

ISSN 0910-9919

BULLETIN OF SOCIAL MEDICINE

社会医学研究

第42回 日本社会医学会総会
講演集

日本社会医学会

特別号 2001

JAPANESE SOCIETY FOR SOCIAL MEDICINE

第42回日本社会医学会総会

2001年北九州市

メインテーマ

「人権輝く21世紀に・・・社会医学の役割」

日 時 2001年8月4日(土)午後1時～5日(日)午後5時

会 場 北九州市立女性センター・ムーブ(北九州市小倉北区大手町)

21世紀最初の日本社会医学会総会を20年ぶりに九州・山口地方で開催することになりました。九州・山口地方は、公害の原点といわれる水俣病をはじめ、土呂久の亜硫酸中毒、カネミ油症、炭鉱夫の塵肺、興人八代工場の慢性二硫化炭素中毒、新日鉄八幡のコークス労働者の肺癌、三菱化成におけるベンジジンによる膀胱癌、そして、農山村からの出稼ぎ労働者の塵肺、振動病など日本の社会医学の課題が凝縮された地域といえます。

こうした、近代日本資本主義の「人権侵害」というべき影響を濃厚に受けた九州において、「人権」をキーワードに現代日本の社会医学的問題点を改めて討論したいと思います。

シンポジウムには、「介護保険」と「メンタルヘルス」の2つを取り上げました。2つの課題は、「人権」の擁護という観点で、今日的に最も問題を抱える課題であると考えられます。「介護保険」は、施行後1年を経過し認定の問題、利用の問題、そして、介護労働者の健康問題など様々な分野で問題点が現れています。「メンタルヘルス」についても、児童虐待、17歳の事件、過労自殺など国民的な関心も非常に高い課題です。各々のシンポジウムでは、社会医学的な切り口で学際的な議論を行い、問題解決のための方向性を探りたいと考えています。この他、労働者の健康問題、薬害など広範な課題について議論を深めていきたいと考えます。

21世紀最初の日本社会医学会が実り多いものとなりますよう、多くの皆さんの参加を期待しています。

第42回日本社会医学会総会・企画運営委員会
企画運営委員長 田村昭彦(九州社会医学研究所)

第42回日本社会医学会プログラム
2001年8月4日(土)

	A会場(大セミナー)	B会場(小セミナー)
13:00	企画運営委員長あいさつ 田村昭彦(九州社会医学研究所)	
13:10	シンポジウム1 「介護保険と人権」 座長:中本 稔(山口大学医学部人間環境予防医学) 波川京子(広島県立保健大学) 1、介護保険の夢・目的と現実—医療経済学と医療政策研究の視点から 二木立 (日本福祉大学社会福祉学部) 2、ケアマネージャーの視点から 小山義則(おさゆきリハビリテーション病院) 3、施設の現場から 広本賢郎(特別養護老人ホーム任運荘) 4、人権を守る立場からの介護保険の検討 伊藤周平(九州大学) 指定発言1、利用者の立場から 指定発言2、公的責任と行政の役割	
15:45	休憩	
16:00	<p>○介護保険・高齢者福祉医療 座長:黒田研二(大阪府立大学)</p> <p>A1 全日本民医連「2000年介護実態調査」 原 一人(全日本民主医療機関連合会)</p> <p>A2 世帯の年取と要介護老人の死亡率の関係—要介護老人 208名の2年間前向き追跡調査— 関沢 敏弘(西七条診療所)</p> <p>A3 高齢者施設ケアにおける権利擁護の取り組み—京阪神地域へのアンケート調査から— 河野 益美(藍野学院短期大学)</p> <p>A4 高齢者が住み慣れた街で安心して住み続けられるために 茶久 和幸(城北病院介護相談センター)</p>	<p>○薬害・地域保健 座長:西三郎(財団法人統計研究会)</p> <p>B1 医薬品と薬害に関する大学生の知識と意識(第3報)A・C薬科大学生とD・E医科学生との比較 片平 冽彦(東洋大学社会学部社会福祉学科)</p> <p>B2 ヒト乾燥硬膜・ライゲデュによる加齢性脳神経病(CJD)に関する文献的考察(第4報)ライゲデュの輸入・販売承認審査に関する問題点 片平 冽彦(東洋大学社会学部社会福祉学科)</p> <p>B3 食品の安全に関する意識調査 木佐 健悟(北大医学部)</p>
16:45		<p>座長:仁平 将(青森県五所川原保健所)</p> <p>B4 札幌市のホームレス者に対する聞き取り調査〜きっかけ・ニーズを中心に〜 小橋 元(北大大学院・医・予防医学)</p> <p>B5 ホームレス者に対する認識と受容度に関する学生調査 太田 薫里(北大大学院・医・予防医学)</p> <p>B6 障害児のリハビリの現状と保険診療上の問題点について—小児リハビリの減点状況について 田島 重吉(医療法人親仁会 米の山病院小児科)</p> <p>B7 愛知県における乳児期死亡の要因の多重ロジスティック回帰分析 福田 博美(名古屋大学大学院医学研究科・愛知教育大学・教育学部)</p>
17:00	<p>座長:関谷栄子(白梅学園短大)</p> <p>A5 医師と介護支援専門員との連携についての実態調査 西 三郎(財団法人統計研究会)</p> <p>A6 施設・在宅介護労働者腰痛健診結果の分析 鹿島 耕一(城北病院 健康支援センター金沢)</p> <p>A7 ホームヘルパーの労働実態と健康問題 青木 珠代(九州社会医学研究所)</p>	
17:45	休憩	
18:00	<p>ワークショップ 「現場で役立つコミュニケーション技術」 児島達美(長崎純心大学)</p>	<p>自由集会1</p>
20:00		<p>自由集会2</p>

2001年8月5日(日)

	A会場(大セミナー)	B会場(小セミナー)
10:00	<p>シンポジウム2 「現代社会のメンタルヘルスの課題を探る —メンタルヘルス対策と支援のあり方について—」</p> <p>座長：児島達美(長崎純心大学) 永田耕司(長崎大学医学部公衆衛生)</p> <p>1、現代社会のメンタルヘルスの問題とその背景 山崎喜比古(東京大学大学院医学系研究科健康社会学)</p> <p>2、母子保健の立場から 宮田ゆう子(長崎純心大学現代福祉学科)</p> <p>3、学校保健の現場から 久保田あや子(「学校」と子どもの健康・発達研)</p> <p>4、職域の立場から 永田耕司(長崎大学医学部公衆衛生)</p>	
12:15	昼食休憩	
13:15	総会議事	
14:00	<p>○メンタルヘルス 座長：山田裕一(金沢医科大学衛生学)</p> <p>A8 福岡における子どもの虐待防止活動について-ネットワークと児童相談所の連携- 正木 公子(総合病院 千鳥橋病院小児科)</p> <p>A9 学校保健と医療的ケア 杉本 健郎(関西医大 男山病院小児科)</p> <p>A10 スクールカウンセラー等で5年間高校現場に関わってきた 永田 耕司(長崎大学医学部公衆衛生学部)</p>	<p>○産業保健 座長：西山勝夫(滋賀医科大学予防医学)</p> <p>B8 雇用時の色覚検査の見直しについて 高柳 泰世(本郷眼科・名古屋大学公衆衛生学)</p> <p>B9 過労死事例と健康配慮義務 東 幹雄(大阪民医連社会医学研究所)</p> <p>B10 病気になるた労働者の休む権利・働く権利 田村 昭彦(九州社会医学研究所)</p> <p>B11 事例による注射・与薬業務における看護職員の医療ミス発生要因の検討 関 由紀子(財団法人 労働科学研究所)</p>
14:45	<p>座長：上畑 鉄之丞(国立公衆衛生院)</p> <p>A11 業務起因性自殺—いわゆる過労自殺-26 事例の精神医学的検討：メンタルヘルス支援への提言 天笠 崇(みさと協立病院、京大医学部社会健康医学科)</p> <p>A12 コホート生命表による自殺の年代別比較 渡辺 智之(名古屋大学大学院医学研究科)</p> <p>A13 乳癌患者におけるメンタルヘルスサポートシステムとしての乳癌患者の会及びグループセラピーについて 小川 尚洋(下関市立中央病院 外科)</p>	<p>座長：櫻井 忠義(日本体育大学・健康科学)</p> <p>B12 労働形態の多様化と労働者の健康・相談事例を通して考える・色部 祐(働くもののいのちと健康を守る全国センター)</p> <p>B13 長時間夜勤交代労働と労働災害、健康・生活問題 佐々木 昭三(働くもののいのちと健康を守る全国センター)</p> <p>B14 交通労働者の食生活調査 鶴飼 綾子(健和会大手町病院)</p> <p>B15 看護婦の交代制勤務改善に関する研究-2交代勤務について- 上畑 鉄之丞(国立公衆衛生院)</p>
15:00	<p>○介護保険・高齢者福祉医療 座長：福地保馬(北大・院・教育)</p> <p>A14 介護保険前後における居宅サービス利用状況の比較 山田 智(みさき病院 リハビリテーション科)</p> <p>A15 広島県市町村保健婦の高齢者医療削減に向けた取り組みと他団体との連携 波川 京子(広島県立保健福祉大学)</p> <p>A16 安心して在宅が出来る家庭介護力についての調査 寺井 明日香(健和会中原病院・医局)</p>	<p>座長：原田規章(山口大学医学部人間環境予防医学)</p> <p>B16 振動病患者の症状固定に伴う就業と再振動曝露について 橋端 規邦(徳島健生病院)</p> <p>B17 女性にみられる振動作業(草刈)と障害 櫻井 忠義(日本体育大学・健康科学)</p> <p>B18 プロイラー解体作業にみられた頸肩腕障害及び「指曲がり症」の4症例 道端 達也(玉島協同病院)</p> <p>B19 トンネル建設従事経験者における重症じん肺多発と意識形成遅滞の要因 久地井 寿成(東京大学大学院医学系研究科健康社会学)</p>
15:30	<p>座長：宮尾 克(名古屋大学院多元)</p> <p>A17 高齢者と携帯電話 大森 正子(名古屋大学大学院医学研究科)</p> <p>A18 高齢者疑体験セットを用いた高齢者向け認知機能評価の試み 内藤 堅志(東海大学体育学部)</p> <p>A19 参加者に態度変容が見られた認知機能評価について 山村 昌代(東海大学体育学部)</p>	
16:00	<p>座長：宮尾 克(名古屋大学院多元)</p> <p>A17 高齢者と携帯電話 大森 正子(名古屋大学大学院医学研究科)</p> <p>A18 高齢者疑体験セットを用いた高齢者向け認知機能評価の試み 内藤 堅志(東海大学体育学部)</p> <p>A19 参加者に態度変容が見られた認知機能評価について 山村 昌代(東海大学体育学部)</p>	
16:15	<p>座長：宮尾 克(名古屋大学院多元)</p> <p>A17 高齢者と携帯電話 大森 正子(名古屋大学大学院医学研究科)</p> <p>A18 高齢者疑体験セットを用いた高齢者向け認知機能評価の試み 内藤 堅志(東海大学体育学部)</p> <p>A19 参加者に態度変容が見られた認知機能評価について 山村 昌代(東海大学体育学部)</p>	
17:00	<p>座長：宮尾 克(名古屋大学院多元)</p> <p>A17 高齢者と携帯電話 大森 正子(名古屋大学大学院医学研究科)</p> <p>A18 高齢者疑体験セットを用いた高齢者向け認知機能評価の試み 内藤 堅志(東海大学体育学部)</p> <p>A19 参加者に態度変容が見られた認知機能評価について 山村 昌代(東海大学体育学部)</p>	

参加手続き

- 参加受付は、女性センター・ムーブにおいて、8月4日(土)は午前12時より、8月5日(日)は午前9時30分から、5階ロビーにて行います。早めに受付をおすすめ下さい。
- 受付前にある「参加票」に所定事項を記入し、参加費とともに参加者受付にお出しください。
- 参加費は、正会員3000円、一般会員4000円、学生1000円です。

年会費納入・入会の受付

- 総会の期間中、会場内に設置されます「社会医学会本部事務局」で承ります。

発表される方へ

- 一般演題の報告は討論も含めて15分です(発表時間10分、討論5分とします)。発表開始後10分後にベルを鳴らしますので運営にご協力ください。
- 前演者の講演が始まりましたら、「次演者席」にお着き下さい。
- スライド、OHPは各会場で使用できます。スライド使用の方は、発表時間の30分前までにスライド受付にて、各自でスライドホルダーに装填して下さい。発表終了後、受付で返却いたします。OHPは会場で、演者が使用して下さい。

座長の方へ

- 一般演題は、1演題あたり15分を当てていますので円滑な運営をお願いします。
- 後日、担当されたセッションのまとめを「社会医学研究レター」に掲載しますので、よろしくをお願いします。

第42回日本社会医学会総会

- 8月5日13:15~14:00にA会場にて開催します。

全国世話人会

- 8月4日(土)午前11時から、会場前の九州厚生年金会館1階にて開催します。

自由集会

- 8月4日(土)18:00~20:00に開催します。多くの方のご参加をお待ちしています。

A会場	ワークショップ 「現場で役立つコミュニケーション技術」	児島達美(長崎純心大学)
-----	--------------------------------	--------------

他にも、自由集会が用意されています。

シンポジウム1

「介護保険と人権」

座長：中本 稔（山口大学医学部人間環境予防医学）
波川京子（広島県立保健大学）

1、介護保険の夢・目的と現実—医療経済学と医療政策研究の視点から
二木 立（日本福祉大学社会福祉学部）

2、ケアマネージャーの視点から
小山義則（おさゆきリハビリテーション病院）

3、施設の現場から
広本賢郎（特別養護老人ホーム任運荘）

4、人権を守る立場からの介護保険の検討
伊藤周平（九州大学）

指定発言 1、利用者の立場から
福田淑江（利用者家族）

2、公的責任と行政の役割
野口久美子（保健婦）

シンポジウム1(座長のことば) 「介護保険と人権」

中本 稔(山口大学医学部人間環境予防医学講座)、波川京子(広島県立保健福祉大学)

介護保険の1年を振り返って、以下のよう
な視点で介護保険制度の社会医学的考察
を行いたい。

1. 人権を守る福祉サービスかどうか

利用者、家族の立場、福祉労働者の立場
あるいはケアマネジャー、公務労働者の立
場から、それぞれが安心して生きていける
老後や介護が託せる制度かどうか。

2. 地域の活性化につながったか

介護保険の基盤整備のとなった新旧のゴ
ールドプランは、地方自治体が高齢者福祉
サービスの目標を決めて基盤整備に取り組
み施設やマンパワーが増えていった。しか
し、介護保険で在宅福祉サービスはなぜ進
まないのか。地域保健との関わりでも老人
保健事業が後退する中、校区単位から事業
者単位のサービスで地域コミュニティの衰
退がすすんでいないだろうか。介護福祉

士・ヘルパーを中心に地域労働力は増加し
ただろうか。

3. 医療と介護保険

一般病床の現場では平均在院日数の短縮
が使命であり、入院時には退院先の計画づ
くりとして症状固定しないうちに要介護認
定を申請する。一方で、療養型病床が当初
の予測と違って介護保険施設に転用されな
いのはどうしてだろうか。介護老人福祉施
設(特養)の入所待ちが増加しているのは
予想外か。

4. 公的介護制度の構築

保険料の徴収と減免、要介護認定の公平
性、ケアプランと契約、施設入所と在宅の
バランス、そして介護の質の議論は何を目
標に、これからの介護制度をどう構築すべ
きか。また、医療制度改革を含めた社会保
障制度はどうすすむべきだろうか。

介護保険制度の夢・目的と現実－医療経済学と医療政策研究の視点から

二木 立（日本福祉大学社会福祉学部）

〒470-3295 愛知県知多郡美浜町奥田

キーワード：介護保険、老人医療費、介護保険事業者、保健・医療・福祉複合体

はじめに

介護保険制度導入後1年4カ月。厚生労働省は「順調な滑り出し」を強調している。しかし現実には逆であり、介護保険の現場ではさまざまな混乱・困難が生じており、そのために介護保険開始前に語られていた「夢」や目的の多くは達成されていない、と私は考える。

本報告では、私が専門とする医療経済学と医療政策研究の視点から、介護保険開始前に、高齢者医療やサービス事業者に関して語られていた次の3つの夢や目的が実現したか否かを、介護保険開始後1年間の現実に基づいて「点検」する。①介護保険により、老人医療費を大幅に削減できる。②介護保険により、高齢者介護は施設ケアから在宅ケアにシフトする。③民間事業者（介護ビジネス）が介護サービス事業者の主役になる。

老人医療費の削減は目標の半分

まず、第1の夢・目的を点検する。

介護保険制度は「今最も恵まれていない在宅を扱う『福祉の社会化』というよりも、施設を主眼においた財源対策…である。より本質的には厚生省の本丸であり、行き詰まりを見せている医療制度の建て直し…老人保健法の延命策」にすぎない。滝上宗次郎氏は、厚生省の高齢者介護・自立システム研究会が1994年12月に公式に介護保険構想を提唱する2カ月前の同年10月に、こう喝破した(1)。

ただし、同研究会の報告書ではこの点は明らかにされていなかった。しかし、翌1995年7月に発表された老人保健福祉審議会の介護保険制度についての「中間報告」では、「増大する医療費、特に老人医療費をまかなう各種医療保険の保険料負担の在り方についても問題が提起されている」と、介護保険制度創設の狙いの1つが老人医療費対策にあることが示された。これ以降、厚生省幹部もこの狙いを公式・非公式に認めるようになった。

そのために、2000年度予算では、それまで老人医療制度で給付されていた慢性期医療費の大半が介護保険制度に移行する結果、老人医療費は約2兆円（対前年度比11.8%）も削減可能と見込んでいた。しかし、2000年度上期（4～9月）の老人医療費の減少率はその半分の5.6%にすぎない。その結果、介護保険制度創設により老人医療費を大幅に削減するという目的の達成は困難になっている。

これの主な理由は、当初19万床と予定されていた老人医療から介護保険に移行する療養型医療施設の病床数が、制度開始時11.5万床（目標19万床の6割。療養型等病床総数34万床の34%）にとどまったためである。この病床数（定員）は、介護保険開始後もほとんど増えていない。これにより医療保険に「社会的入院」が大量に温存されることになった。

＜社会的入院の解消で医療・福祉費総額は増加＞

私は、患者が医学的治療を終了し、病状が安定した後も病院に長期間入院し続ける「社会的入院」は日本医療の恥部の1つであり、受け皿（入所施設と在宅ケア）を拡充して解消すべきだと考えている。

ただし、ここで見落とししてならないことは、病状が安定した長期入院患者を介護保険の療養型医療施設へ転送し、社会的入院を解消すると、常識とは逆に、医療・介護の総費用が増加することである。なぜなら介護療養型医療施設の介護報酬は、出来高払い分（リハビリテーション医療費等）を除いた定額払い分だけで月約40万円であり、老人の社会的入院医療費月32.5万円よりはるかに高いからである（1年以上入院の場合。厚生省『1998年社会医療診療行為別調査報告』。両者とも食費相当分を除く）。

厚生労働省はかつて、老人の社会的入院医療費を月50万円と発表していたが、これは急性期入院患者も含む老人入院患者総数の平均医療費だったのである。

では常識と異なり、病院への「社会的入院」の方が介護保険の療養型医療施設よりも安いのはなぜか？療養環境が劣悪（病室面積は1人当たり4.3平方メートルで、療養型医療施設の6.3平方メートルの3分の2）な上に、介護職員数も少ないからである。

なお、特別養護老人ホームの介護報酬は社会的入院医療費より安いようにみえるが、これに含まれていない資本費用（キャピタルコスト）や医療費等を加えると、社会的入院医療費と同水準かやや高くなる（2）。

在宅サービス利用は低調で施設需要が急増

次に、介護保険の第2の夢・目的、「介護保険により、高齢者介護は施設ケアから在宅ケアにシフトする」を点検する。言うまでもなく、介護保険の金看板は「自立を支える多様な在宅サービスを重視している」（『平成12年版厚生白書』）ことである。

しかし、介護保険施行1年を期して、主要紙（「朝日」「読売」「毎日」「日経」）が行った全国自治体調査は1致して、在宅サービスの利用が低調であり、特別養護老人ホームへの入所待ちが急増したことを報じた。

実は厚生労働省自身も、初年度は、利用率（サービスをまったく利用しない人も含めた支給限度額に対する利用割合）を33%と非常に低く見込んでおり、各自治体もこの見込みに沿って、介護保険の事業計画を策定していた。それにもかかわらず、大半の市町村の在宅サービスの給付・利用実績は、計画を下回っているのである。

「日本経済新聞」（3月26日）の全国693市区を対象にしたアンケート調査（回答率92%）によれば、各自治体が立てた介護保険事業計画に対する実際の在宅サービスの利用割合は全国平均で74%にとどまり、利用実績が計画を上回っていた自治体はわずか5%に過ぎまない。

「朝日新聞」（3月8日）の全国自治体アンケート調査（回答率91%）でも、介護サービス利用（在宅と施設の合計）が年度当初の予算を下回る自治体が69%、在宅サービスの利用割合が（予想より）少ないと判断している自治体が67%に達していた。「読売新聞」（4月1日）の全国自治体アンケート調査（回答率81%）もほぼ同じ結果である。

これらの調査では、共通して、自治体が「利用が伸び悩んだ最大の要因は利用者の1割

の自己負担」と判断していることも、報じられている。「朝日新聞」の調査では、63 %の自治体が、在宅サービスの理由が少ない理由として、「自己負担が重い」ことをあげている。

他面、特別養護老人ホームへの入所希望は激増し、「毎日新聞」(4月1日)の全国の人口5万人以上の自治体・広域連合399を対象にした調査では、データが得られた268自治体で特別養護老人ホームへの入居待ちは4万6622人から7万7837人へと7割も増加していた。

本来「通過施設」である老人保健施設の長期入所施設化も進んでいる。全国老人保健施設協会が昨年11月に実施した「介護保険制度開始後の実態調査」(3)によると、1施設当たりの月間「在宅復帰」者数は介護保険開始前(1999年度上期)の6.8人から開始後(2000年度上期)の4.5人へと3分の1も減っている。そのために、介護保険開始後、退所者に占める在宅復帰者の割合が「増えている」施設はわずか6.5%にすぎず、「減っている」施設が47.7%、「変わらない」施設が44.4%を占めている。退所者の平均在院日数が「長くなっている」施設も53.8%を占め、逆に「短くなってる」施設は9.8%にすぎない。

<施設需要が急増した理由>

このように介護保険制度開始後、施設需要が急増した直接の理由は、かつては自治体が「措置制度」により特別養護老人ホームの入所者を管理していたのと異なり、介護保険では要介護と認定された者は自由に入所を申し込めるようになったからである。

しかし、主因は介護保険の現在の在宅サービスの支給限度額では、たとえそれをすべて使ったとしても、重度の要介護者が家族介護に依存せずに在宅生活をおくることが不可能なため、と私は考える。

先に述べた、厚生省の高齢者介護・自立支援システム研究会の報告書は、「重度の障害を持つような高齢者や1人暮らしで介護が必要な高齢者の場合には、24時間対応を基本とした在宅サービスを基本とした在宅サービス体制を整備する必要がある」と提言したが、それは文字通り夢に終わった。それどころか、介護保険開始前に措置制度の下で高水準の在宅介護サービスを提供していた一部の先進自治体では、介護保険導入後、要介護者1人当たり利用可能な在宅サービス量の上限が削減された結果、施設入所がかえって増加したとも報じられている。

在宅サービスが拡充しないのは訪問介護の介護報酬(公定料金)が低すぎるからだとして、その引き上げも提唱されている。しかし、それと合わせて現在の在宅サービスの支給限度額を大幅に引き上げない限り、介護報酬の引き上げは利用できるサービス総量の減少を招き、かえって在宅介護の条件を狭めてしまっている。

私は、在宅ケアを拡充するためには、支給限度額の大幅引き上げと利用者の自己負担の減額の両方が必要だと考える。さらに、在宅ケアの拡充で施設ケアを減らすことは不可能であり、今後は在宅ケアと施設ケアの両方の拡充が必要である。これは、国際的にも、国内的にも確認されている医療経済学の常識である(4,5)。

ただし、ここでの(入所)施設には、介護保険施設だけでなく、介護保険法上は在宅サービスに分類されている、グループホームやケアハウス、有料老人ホーム等の施設も含める。

大手介護事業者の挫折と私的医療機関の進出

最後に、介護保険の第3の夢.目的を点検する。

介護保険開始前は、介護保険市場は8～10兆円の巨大市場であり、その主役が民間介護ビジネス（民間事業者）だとはやし立てられた。

実は、介護保険市場8～10兆円説には2種類あった。1つは、介護保険からは給付されない介護関連サービス（シルバーサービス）を含めて8～10兆円とするもの、もう1つは、介護保険開始時に、家族介護がすべて社会的介護に置き換わると仮定して、介護保険市場が8兆円に急拡大するというものである（後者はニッセイ基礎研究所の推計）。現時点では、これらが虚構の数字であることは明らかだが、ほとんどの新聞は社説や報道で、介護保険開始前だけでなく開始直後まで、この数字を無批判に用いていた。

しかし、介護保険開始後、民間事業者（営利法人）が参入可能なのは制度上在宅介護市場のごく一部にすぎず、最大限でも1兆円（当面は数千億円）にとどまることが判明した。その結果、介護保険市場を過大評価して全国に事業所を急展開した大手の民間訪問介護事業者は大幅な戦線縮小を余儀なくされた。コムスンが昨年4月には1200カ所もあった事業所（拠点）を、1年後には4分の1の約300カ所にまで減らした。ニチイ学館も同じ期間に、約780カ所から600カ所に減らした。

地域密着型の堅実経営を行っている民間事業者も少なくないが、それらはほとんどが中小零細企業であり、介護保険のサービス提供事業者の「主役」とはとても言えない。ちなみに、営利企業の訪問介護事業所のうち、最大手のニチイ学館とコムスンの2社のシェアは昨年4月の45%から、本年3月には16%へと激減している（営利法人の訪問介護事業所総数の出所はWAMネット）。

介護保険事業者の種類別の介護給付費シェアは公表されていない。しかし、日本在宅サービス事業者協会会長でニチイ学館代表取締役社長の寺田昭彦氏は、「民間事業者が（介護保険）マーケットに占める割合は、いまだに在宅介護分野の10%に達していない」と認めている（ただし、これは協会の公式調査ではなく、寺田氏個人の独自推計）。介護保険給付費総額のうち在宅サービスの割合が3割強（2000年5～12月の審査分で32.7%）であり、しかも民間事業者は施設サービスに参入できないことを考慮すると、介護保険給付費総額のうち民間事業者のシェアはわずか3%にすぎないことになる。

<介護保険事業者の主役は「複合体」>

その結果、在宅サービス、施設サービスの大半は、社会福祉法人（社会福祉協議会を含む。以下同じ）、医療法人を中心とする私的医療機関、農協.生協等、広義の非営利組織によって担われることになるのである。

介護保険開始後、社会福祉法人が健闘していることはよく知られている。しかし、実は広義の非営利組織の中心は私的医療機関である。

この点についての全国データはない。そこで、私が昨年8月時点の公式.非公式データを用いて、京都府で調査.推計したところ、私的医療機関（病院.診療所）母体の事業所の介護給付費シェアは、在宅サービス費で48.4%、施設サービス費で61.9%、給付費総額で57.2%に達しており、社会福祉法人のシェア（在宅サービス費の33.1%、施設サービ

ス費の 35.4 %、総額の 34.6 %) を大きく上回っていた。

なお、ここで私的医療機関母体の事業所には、私的病院・診療所本体、それが直営する老人保健施設、訪問看護ステーション等だけでなく、私的医療機関系列の社会福祉法人や生協、企業等が開設している事業所も含んでいる。たとえば、京都府では、特別養護老人ホームのうち 21 %は、私的医療機関系列の社会福祉法人が開設している。

私は、このように多角経営を行う医療グループを「保健・医療・福祉複合体」(略して、「複合体」)と呼んでいる(7,8)。この「複合体」は、病院・老人保健施設・特別養護老人ホームの「3 点セット」を開設している比較的大規模なグループから、訪問看護ステーションやヘルパー・ステーション等の在宅ケア施設のみを開設している診療所や中小病院(「ミニ複合体」)まで、多様である。

私は、介護保険開始前から、介護保険のサービス事業者の「主役」は民間事業者でも社会福祉法人でもなく、「複合体」となると予測してきた。介護保険開始後の現実、私の予測通りになっている。

おわりに—介護保険の改革課題

以上、医療経済学と医療政策研究の視点から、介護保険開始後 1 年間の現実を「点検」してきた。

最後に、これを踏まえて、私の考える介護保険の 3 つの改革課題について簡単に述べる。

①低所得者の利用料・保険料の減免制度の法定化する、②要介護認定システムの廃止する、もしそれを残すなら現金給付を制度化する、③介護保険の適用範囲を高年齢障害者から全年齢の障害者に拡大する。これらの改革課題は、介護保険制度を前提にしたものであるが、私は長期的には、介護保険の抜本改革課題として、社会保険方式を廃止して公費負担方式に転換することが必要になると考える。これらの改革課題については、別に詳しく述べたので参照されたい(9,10)。

引用文献

- 1) 滝上宗次郎:福祉は経済を活かす,147,勁草書房,東京(1995).
- 2) 二木立:日本の医療費,34,医学書院,東京(1995).
- 3) 介護保険制度開始後の実態調査集計結果(概要資料,老健,2001年3月号:66-71).
- 4) 二木立:日本の医療費,173-197,医学書院,東京(1995).
- 5) 二木立:わが国の高齢者ケア費用—神話と真実.月刊/保険診療,56(6):61-67(2001).
- 6) 吉田明彦:(民間事業者の)シェアは 10 %未満,力が発揮できない状態.介護保険情報,1(12):50-51(2001).
- 7) 二木立:保健・医療・福祉複合体.医学書院,東京(1998).
- 8) 二木立:介護保険と医療保険改革.勁草書房,東京(2000).
- 9) 里見賢治・二木立・伊東敬文:公的介護保険に異議あり.145-149,ミネルヴァ書房,京都(1996).
- 10) 二木立:介護保険施行半年間の現実と改革課題.社会保険旬報,2078:16-22(2000).

[本稿は、日本老年社会学会第 43 回大会シンポジウム「21 世紀の高齢者『ケア』を問う—介護保険制度の点検」(本年 6 月 13 日)での報告に加筆・補正を加えたものである。]

シンポジウム『介護保険と人権』

ケアマネージャーからの報告

小山 義則（健和会おさゆきリハビリテーション病院）

はじめに

介護保険制度スタート前後の混乱（国の準備の遅れ、特別対策等による）を経験し、給付管理、請求など実務にも忙殺されケアマネージャーとしての1年3ヶ月が経過した。近頃は「ケアマネージャーの質」いわれはじめ、介護支援事業所の運営、整備と個別指導（県による）に備えるという新たな課題が現場を襲っている。

増えるケアプラン数や解消されない兼務状態のなかでも、ケアマネジメント過程や医療と福祉の連携状況など「本来の仕事」の点検、整備などに努力を費やす。さらに、申請・更新、訪問調査、給付管理をはじめ煩雑な実務も多く、あまりに広がっていく業務に追われ、「何が（ケアマネージャーの）本来の業務」なのか、自問を繰り返している。燃え尽きそうなケアマネージャーや退職した者も多いのではないだろうか。

「地域密着」と「利用者の人権と生活を守る」実践を念頭に、現場においてケアマネージャー（介護支援専門員）業務の確立をめざす一人として、常日頃感じ、考えていることを報告することにしたい。

1. 利用者の状況

介護保険は確かに在宅生活において介護サービスの利用を増大させた。制度をよく知らない高齢者もまだ多いが、ヘルパー利用やデイ・サービス（ケア）、ショートステイなど利用が広がっている。

しかし同時に、要介護認定の不合理性や保険料、一割の利用料負担が高齢者世帯の生活にとって重い負担となっていることなど介護保険制度の問題点も知られるように

なっている。

1) 申請・訪問調査・要介護認定

介護保険給付を受けるには申請と要介護認定が必要になる。利用者にまかされると医療保険に比べて最初のアクセスは難しいと感じている。

認定までには「（原因疾患とともに）障害による生活上の支障」を具体的に細かく反映させる（医師意見書・訪問調査）援助が必要である。利用者、家族にこうしたしくみの説明することや調査への同席（委託ではない自治体）は大切な点である。

①一人ぐらし世帯の多くは要支援・要介護1の認定にとどまる。基本調査（85項目）の判定は一人ぐらしには不利に働く。頼るべき人が居らず無理をして暮らしていることが「自分でできる」になる。体調不良や栄養状態の悪さなども調査には反映させにくい。また、うつ等の心の病気、痴呆の症状なども同様である。早目の支援が在宅を安定させることにつながると思うが、実態がそうなっているとはいえない。

②重介護のケースでも介護度はさまざまである。「歩ける痴呆（徘徊あり）」（要介護1程度）、「排泄に昼夜の介助が要る」（要介護3以上）、「ADL全介助で経管栄養」（要介護4・5）等々。いずれも昼夜通じた介護が必要なケースである。しかも老老介護が普通である。保険給付に上限があるため不足する部分は利用者、家族が犠牲になり、共倒れや事故の危険も考えられる。

2) 経済的状況（保険料、利用料負担等）

高齢者世帯の生活には階層性（現役時や現在の職業による収入格差）があり、保険料と一割の利用料は年金収入の少ない低所

得階層には重い負担となっている。当然ながら世帯によって（要介護度とはかかわりなく）家計から保険料・利用料に支出できる金額は違ってくる。「いくらまで（利用料として）出せますか」はケアマネージャーが利用者に対して必ず最初に訊ねる質問である。アセスメントによって導かれた生活・介護ニーズよりも、また利用者の意向よりも、家計の事情がケアプランに優先されるケースが存在しているのである。低所得階層に対して公費によって介護ニーズをカバーして行く方がもっと求められて良いはずである。

II. ケアマネージャーの状態と改善点

介護保険は「介護の社会化」、「利用者本位」、「自立支援」などの理念を掲げる。ケアマネジメントは介護保険の中に初めて位置づけられたが、医療・社会保障構造改革下の政策の先駆けとして、在宅生活への誘導、効率的な費用対効果を担う役割をあわせて持っている。

1) 介護保険のなかの介護支援専門員

〔業務範囲の整理〕

- ①申請、更新代行手続や訪問調査の委託を通じて要介護者を介護保険の利用に結びつけ、要介護度の管理を行う。
- ②生活全体の把握（アセスメント）、介護ニーズ、利用者希望にもとづいてケアプランを作成し、利用者の同意を得る。サービス調整を行い、カンファレンスを主宰する。
- ③主治医との連絡や情報の交換を図るなど医療と福祉の連携のための業務。
- ④住宅改修や福祉用具の購入の相談、手続き。
- ④介護保険施設等の紹介、見学などの援助。
- ⑤給付管理業務等を通じて不正受給防止や行政実務の代行を担う。介護報酬の請求を行う。
- ⑥特別対策（ヘルパー減額等）や法外給付等の利用援助。

こうした申請から訪問調査、アセスメントにケアプラン作成、給付管理業務に諸手続き等々とあまりに幅広い業務がケアマネージャーに課せられている状況でゆとりや裁量性がもてない実態がある。実務がケアマネージャーの仕事の中心と理解している関係者も少なくない。

介護報酬の低さがそもそもの根本にあり、福祉系の低位な賃金・労働条件水準などからまってケアマネージャーの低待遇を形成させている。

2) 改善すべき点

利用者との間でコミュニケーション過程形成に支障があり、医療との連携やカンファレンスが開催できていない現状は緊急に改善すべきである。そのために制度として改善すべき点をあげる。

- ①ケアマネージャーの人員規準の見直す。
（現行利用者50名まで常勤1名。50名を超える毎に1名プラスの基準）これを「30名を超える毎に1名」プラスに改善する。
- ②ケアマネージャーの兼務を規制すること。常勤とは名ばかりで兼務が認められている。特に一人目の常勤ケアマネージャーの兼務は禁止することが必要だ。
- ③サービス事業所併設型の介護支援事業所を前提とせずに、地域に独立型の介護支援事業所を作りやすくすること。これには公的支援策も必要だと思う。
- ④給付管理業務等の軽減策をさらに講じること。
- ⑤上記の点が可能となるよう介護報酬の単位を引き上げること。定額の3区分は高い方にあわせ、訪問頻度が高い事例には加算を設けるなどを盛り込むこと。

3) 自治体と介護支援事業所の役割、連携

自治体（保険者）の役割は認定実務や苦情対応、情報提供などにとどまりがちである。

自治体が公的責任を果たすためには、直

接的な相談援助応受の体制を持ち、きめ細かい地域（町内）での保健・医療・福祉の連携づくりの実践に踏み込む必要性を痛感する。「事業者、ケアマネージャーまかせ」では高齢者、要介護者の生活実態や困難はけっして見えてこない。また、援助困難ケースほど潜在化、放置されて行くはずだ。

上述したケアマネージャーの状態が改善されなければ、介護支援事業所（営利・非営利法人設立）の撤退や休止も出てくる。採算ベースにのせるためのマニュアル化、効率化が進行して行く。

対人援助のコミュニケーション過程や生活全体をとらえる視点、人権はさらに軽視されざるを得なくなるだろう。介護支援事業所やケアマネージャーの地域のネットワークづくりや街づくりへの参加意識は低くなって行く。

ケアマネージャーが高齢者の生活を世帯にそくして把握、支援して行けば、高齢者のQOLが見えてくるし、その地域で不足しているサービス見えてくる。自治体と連携して、ケアマネージャーが地域生活に密着した介護支援事業所づくりを意識して実践することが最も求められている方向だと感じる。こうした方向がインフォーマルな資源を地域で育てる。費用対効果も出てくると思う

おわりに

拙い報告で言い足りてないことも多いと感じているが、現場から見ても介護保険制度改善の論点が多い。利用者の生活実態調査にあらためて取り組む自治体も出てきて

いる。

利用者、従事者実態のリアルな把握から出発した介護保険制度改革のための議論と取り組みが各地で前進することを期待してやまない。

「介護保険この1年」現場からの報告

大分県大野郡緒方町
特別養護老人ホーム任運荘
施設長 広本賢郎

この学会参加にあたり、事業者の立場でということテーマをいただいております。冒頭にあたり、その立場を説明させていただきます。

任運荘の背景

緒方町は、熊本県、宮崎県に堺を接する山間部の農村です。現在人口6800人、高齢化率39.4%県下で2位の高齢化率です。

任運荘は1975年、定員50人で開設、当時の人口は12,000人、27年を経過した今、人口約半分となった過疎地域にあり、入居者の平均年齢は87.3歳です。

しかし、当時でも町立養護老人ホーム70人定員、緒方国保総合病院150床、当法人が三年後に開設した身体障害者療護施設50人定員と数量的には医療、福祉ともに比較的充足された地域でした。

特に当時は施設建設反対運動がめずらしくない時勢にもかかわらず、当町は町有地二千坪を無償貸与し特別養護老人ホームを誘致するという先駆的風土もありました。

当地のような小地域では一法人、特に民間社会福祉法人が既存すれば、その法人が地域の福祉サービスを全て賄うのが普通です。しかし現在は、当法人が運営しているのはデイサービスセンター2単位、配食サービス、居宅介護支援事業です。緒方町の社協がデイサービスセンター2単位、グループホーム、配食サービス、居宅介護支援事業、在宅介護支援センター、訪問介護事業など事業型社協として活動しております。

1990年代初め、緒方町社協が事業型

として活動開始するにあたり、当法人は、一法人が地域福祉サービスを全て占有するより競合があった方が住民には良しとして、当方への誘導はあえてしませんでした。その結果は他町村からの評判からもでていると自負しております。

そして郡内はもとより都市部を除いた県内でも突出した福祉サービスのある町と思います。

負担金一当町民の場合

ではその保険料はどうか。介護保険の保険料、費用負担についてふれてみたいと思います。

まず保険料。「突出していない。普通だ」と、緒方町介護保険担当者の弁。私もこの原稿を書くにあたり、隣接町村を調べてみて意外でした。年額で平均より1,048円、月額にすると87円高いだけです。

皆様ご存じのように、この保険料一概にいくらとは言えません。所得に応じて5段階に分けられています。開始から年々割引率が減少するというか、増額というか、12年度は25%、13年度は75%、14年度で定額負担となります。

その5段階の内、基準額である第3段階のみを追ってみますと12年度9,800円/年、13年度29,400円/年、14年度39,300円/年となっていくます。

隣接5町村の平均は13年度で28,352円/年、最低額の27,100円/年に対し我が緒方町は平均額より1,048円高くトップです。

緒方町第1号被保険者の総数2,658人の内訳として、第2段階の方が48%1,291人、第3段階の方が37%985人、第2、第3段階の方々が85%を占めております。

負担金一施設利用者の場合

それでは利用者負担を考察します。それも私の関係する特別養護老人ホームに限らせていただきます。

措置費制度最後の月12年3月、入居者50人の平均負担額27,101円、最高額は139,700円、最低額は0です。

次に介護保険制度開始初月4月(入居者平均介護度3.8)は、同じ入居者50人の平均額17,802円と平均約1万円の減額です。最高額の方は96,200円の減額、扶養義務者負担を併せますとかなりの額になります。旧措置者への特例効果がうかがえます。

1年を経過した13年5月分では平均負担額は23,857円と6,055円上昇しています。

新制度でのこの1年入退居が頻繁で、14人の新入居者がありました。この方々の自己負担平均月額が44,730円(食費負担含む)です。データとしては少ない人数ですが、最高額51,660円、最低額34,590円と突出して高額な方はいませんから、ほぼこの地域でのこれからの利用料平均月額と見なせます。

平均月額とあえてもうしました。年額にすると536,760円、来年からの保険料19,600円(第1段階)を加えて556,360円を施設利用者は支払わなければなりません。農業しか経験していない高齢者の唯一の収入源である、老齢(福祉)年金額をはるかに超えています。

しかし救済策はあります。低所得者減免制度です。自治体により所得上限の金額に

違いはありますが、最低でも老齢福祉年金額です。該当者は申請し、認定されたのち、社会福祉法人の提供する介護保険サービスに限り減免が受けられます。

ここで私が危惧するのは、その申請に至らない方々です。貧困でも健康でさえあれば何とか耐えられます。病弱でも金さえあれば、これまた何とか耐えられますが、貧困で病弱であると人はただ絶望するだけです。私の経験から、こういう方々ほど情報に疎く、いまある社会資源の利用ができていないのが現状です。

申請先の役所には「申請主義」の形式主義がまだねづよく残っています。本人の「申請」を尊重すべきは勿論のことですが、その利用の仕方を知らない方には探し出しても積極的に理解させ選択できるようにすべきです。そこにケアマネージャーとしての活躍の場が見いだせると思います。

生活相談員とケアプラン

介護保険で新しく生まれた役割、それがケアマネジメントです。当方にも在宅担当2人、施設入居者担当1人のケアマネージャーを配置しております。

まず入居者担当のケアマネージャーですが、生活相談員が兼務しております。従来相談員は入居者の利益代弁者と位置づけしておりました。これまでは、利用者お世話の適、不適を常に考察し、寮母と共に適正なお世話を模索することを主な責務とし、ほかに入居者預かり金管理、各種社会制度利用の代行等しておりました。とにかく入居者の得になることを考えておればよかったのですが、ケアプランなるものをコンピューターで作成するようになると、大半をコンピューターのある机上で過ごすようになり、コンピューター操作に精通し、複雑な介護保険制度を理解するほど、利用初期段階(契約と利用料の決定)の業務を押しつ

けられ、入居者とのコミュニケーションの時間が犠牲となってきました。(現在生活相談員は2人体制)

ここにその思いを綴った任運荘相談員(ケアマネージャー)三浦恵美子の手記を転載します。

「老いの流れにそってこそ」

その人の身体状況をもとにその人にとって良いと思われる、必要と思われることを一人ひとりのケアプランとしてたてました。介護度の低い人はできることを、できそうなことを自立にむけて。そしてそのプランどおりにお世話することが最高のおもいがちです。果たして本当にそのことが利用者のためになることでしょうか。確かに、自立に向けたお世話は大切です。人にしてもらうより自分でできるようになることは大きな喜びです。しかし、反面、余りにも「自立」ということにのみこだわりすぎることは、利用者本人にとっては、大きな負担にもなるのだということを介護する私たちは忘れてはならないと思います。もしがんばって、目標がやっと達成できたとしても、風邪などで体調を崩せばまたすぐ元に戻ってしまうのがお年寄りです。

そして「自立」ということばの中にややもすると介護者側にとって都合の良い、お世話の手抜きの要素になる危険性を感じます。

調査の中で「出来るはず」という介護者側の勝手な判断で、押しつけるようなことがあってはならないと思います。元気な私たちでさえ、その日の体調や心身の状況によってちがいます。「今日は何もしたくない」そういう時もあります。ましてや、80歳にも90歳にもなったお年寄りにとっては、もっと日々の中で心身のゆれ動きは大きいことでしょう。叱咤激励して精神的、肉体的苦痛を与えてまで、自立を強いることにどれ程の価値があるのでしょうか。疑

問におもいます。

ケアプランはその人にとってお世話の一つの方向付けであって何が何でも、ケアプラン通りにしなければならないというものではないと考えています。

お年寄りのその時々での身体的、精神的状況に応じながら、老いの流れに沿ったお世話こそ最も大切なことです。優しい言葉、優しい眼差しの中で一つひとつのお世話に心を添えることこそ、心身共に弱り果てたお年寄りにとっては、大切なお世話です。

良寛和尚のことば“老い人は心弱気ものぞみ心をなぐさめたまえ朝な夕なに”良寛をこよなく愛した私たち施設の故吉田会長は、その良寛の思いを「心の介護」として、お世話の目標に位置づけました。

利用者のお一人おひとりが、悲しい思い、つらい思いをすることなく、一日一日を平穏に心安らかに過ごしていただけるよう、お金では表せない「心の介護」心ある介護を一番大切にしたいとおもいます。—後略

何が変わったの？

任運荘は介護保険開始にあたり入居者の方々に約束しました。「これからは制度が変わります。でも皆様にとっては、前とたいして変わらん一と思えるよう、ゆっくりした変化にします。せめて、介護保険料を除いた施設独自の費用負担が増えることのないように」と。確かに利用者への負担の変化は、今のところありません。約束の根底には、「新たな負担には新たな利益を」と考えるからです。

しかし運営に関わる職員の意識は確実に変わってきています。特に私は変わりました。

措置時代では、公が決めた一定金額が毎月確実に収入としてあり、それを余さず使うことでした。私の主観的表現で申し訳ないのですが、与えられた予算を利用者にと

って有益となるよう全精力を傾ければよかったです。その好例として、併設の身体障害者療護施設(14年度まで措置費制度)では措置費の事業費分(入居者の生活費)約3,600万円を入居者から成る自治会が予算計画、執行を行っています。

現在、増収をはかることは勿論ですが、内心は、それ以上に支出を抑えることに関心が高まり使うことが惜しくなっています。

介護保険開始当初は、介護職員からの質問も、「この石鹸代は利用者負担ですか、施設負担ですか」といったような日常生活の中にまで、負担のことで引っ掛かりが生じていました。

施設長会の雑談でも日本経済新聞からの話題が多くなっています。以前はほとんどなかったことですが。

生活の場?介護の場?

併設するデイサービスセンターなごみ塾でこのようなことがありました。4月は花見のシーズンです。12年の花見はいつもと様子が違います。屋内での花見です。

虚弱な高齢者にとっては厳しい冬を越えた春が本当の年越しです。満開の桜を見て「あー、今年も生き延びた」と初めて実感するそうです。だから任運荘では行事の中でも「お花見」を特に大事にしています。それも地域の名所の桜でなければならないのです。

介護保険運用にあたってデイサービス報酬は敷地内でのサービスに限るそうです。

私たちは、その解釈を「やってはならない」と誤解して、迷いながらの屋内での花見でした。遅ればせながら行政の介護保険担当者に再度問いかけをしました。「やってもいいけど、介護報酬は請求出来ない」との回答。

秋の行楽シーズン、5時間程のドライブに出かけ、5時間を差し引いた介護報酬を

請求しました。やはりおかしい、再再度の問い合わせ。「機能回復訓練的なものであれば戸外活動も介護報酬の対象となる」と言われました。

デイサービスセンターにおける端的な例を記したのですが、これまで任運荘、なごみ塾とも利用者のお世話に関しては施設側の一方的な、おしなべて良しとする傾向がありました。

しかしデイサービス利用者の自己主張、選択能力を考えた場合、今日は風邪気味だから風呂は入らない、食欲がないから食事は入らない、孫が来るから早く帰る等、使ったサービスだけの料金を払えばよい、このようなスパーマーケット方式も良いではないかと思えます。料金計算する職員はとても煩雑です。

それに対して特別養護老人ホームでの生活は介護だけではとても足りません。先に三浦が書いているように「寄り添うもの」が絶対条件です。ただの介護だけなら生存の場でしかありません。

平均年齢88歳の高齢者が集う任運荘の歴史、結局は終の棲家たらんことを目指していたのです。

しかし、介護保険の仕組みを知ればるほど、終の棲家であってはならないのかと感じるのは私だけでしょうか。

介護保険の人権問題

第42回日本社会医学会総会シンポジウム1

2001/8/4

伊藤周平（九州大学）

はじめに

21世紀をむかえても、長期不況にあえぐ日本では、企業のリストラや雇用破壊、社会保障の後退などによって、生活不安や生活破壊が深刻化している。そうした中、2001年4月には、国民に「自助・自立」と「痛み」を公然と求める小泉内閣が誕生し、現在の閉塞状況の打破と変化を求める期待感からか、各種世論調査でも、8割を越す驚異的な支持率を維持し続けている。しかし、小泉内閣が断行しようとしている「構造改革」とは、今以上の失業の増大や低賃金・不安定雇用化の進展、そして社会保障の後退を意味し、その意味で、「改悪」にはほかならないのだが、マスコミなどでも「構造改革」の中身は問われないうまま、言葉だけが一人歩きし、改革＝正義で、改革に反対する勢力＝旧勢力という単純な図式化による改革賛美と改革批判の封じ込めの動きがみられるのは大きな問題である。

今回の「構造改革」の中でも重点が置かれているのは、医療保険改革を中心とした社会保障構造改革だが、その内容は、第1に、福祉・医療分野への公費支出、特に国庫負担の抑制・削減、第2に、応益負担を原則とする患者・利用者負担の強化、特に高齢者をターゲットにした負担増、第3に、福祉・医療事業の営利化と同事業からの公の撤退に要約できる。そして、これらの内容を先がけ的に実現しているのが、2000年4月から実施されている介護保険制度で、それをモデルに医療保険や社会福祉制度全般（「社会福祉基礎構造改革」と呼ばれる）の改革と再編が進められようとしている。それは最終的には、社会保障における財政責任を含めた国や自治体の公的責任の放棄を意味する。

そのため、このまま改革が進められていけば、社会保障制度が、低所得者や高齢者の生活破壊、さらには生存権の侵害をもたらすという信じられない事態が生じるだろう。まさに社会保障が社会保障でなくなるといってよい。ここでは、実施1年以上を経て明らかになってきた介護保険の諸問題を人権問題という観点から検証し、今後の課題を展望する。

1 サービスの利用抑制の拡大と強まる施設志向

明らかになってきた介護保険の第一の、そして最も深刻な問題は、負担増等によるサービスの利用抑制が予想以上に広がっており、介護保険のサービスが必要であるのに、それを利用できない、もしくは削らざるをえない人が多数出てきていることである。

中でも介護保険の定率一割の利用者負担は、従来の福祉制度や老人保健制度のもとで、無料や低額でサービスの利用が可能であった低所得者や多くの高齢者をサービス利用の抑制に向かわせている（逆に中高所得者は負担が軽減された）。言い換えれば、低所得者が介護保険のサービス利用から選択的に排除され、要介護者のサービスの利用量が、本人の支払能力によって左右される階層化された介護システムが構築されつつあるといえる。

また、介護保険では、要介護度ごとに保険給付に支給限度額が設定され、それを越えた部分のサービス費用は、保険がきかず、全額自己負担となる。しかも、その給付水準は低

く、重度の人ほど、保険がきかないサービスが大量に発生し、多額の保険外負担が必要になる。特に痴呆の高齢者の場合には、要介護認定で要介護度が低く判定される傾向があり、その分だけ支給限度額が低くなり（保険がきくサービスが少なくなり）、必要なサービスが十分利用できず、家族介護者の負担が増大するケースが目立っている。低所得層だけでなく、保険料や利用料を無理なく負担できる中所得層も、重度になれば、家族介護者の負担や経済的負担が増えて、在宅介護を継続することが困難となっている。いわゆる「老老介護」の高齢者世帯やひとりぐらしの高齢者など、家族介護が全く、もしくはほとんど期待できない場合も同様である。結果として、それらの人は施設へ流れている。介護保険施設は、要介護以上の判定なら入所可能だし、支給限度額を越えるという形での自己負担はなく、24時間体制で必要な介護が保障されるからである。

サービスの利用抑制が、在宅サービスの分野で、低所得者や重度の要介護高齢者のように、最もサービスを必要とする人に集中的に現れ、しかも、それらの人の在宅介護が困難となり、施設志向が強まっていることは、介護保険が掲げる「介護の社会化」や「在宅重視」の理念に全く逆行しており、社会保障制度としての介護保険の致命的欠陥といえる。介護保険は、負担面からみれば、高所得者の負担を軽減し、低所得者に過酷な負担（経済的負担増だけでなく、家族介護者の負担増も含む）を強いるゆがんだ制度といえる。

ただ、施設志向が強まっているといっても、特別養護老人ホームは数が不足し、どこも待機者であふれ、2～3年待ちが通常である（介護保険実施後、前述のように、在宅介護が困難となり、特別養護老人ホームの入所待機者は、どこも激増している）。一般病院への長期入院も、診療報酬の操作や平均在院日数の強化のため難しくなっており、簡単に施設に入れるわけでもない。しかも、介護報酬が在宅に比べ高い施設への入所者が増えれば、介護保険の給付費（以下、介護費と総称）が増大し、介護保険料の引き上げにつながるため、将来的には、施設増設の抑制が進められる可能性がある。そうなれば、在宅介護が困難となった低所得や重度の要介護高齢者は、まさに「行き場」を失うこととなる。

2 高齢者に過酷な保険料負担

第二に、介護保険料の負担が、特に年金生活の高齢者にとって、過酷なものであることが明らかとなり、保険料減免をめぐる問題が大きくクローズアップされてきた。

厚生労働省は、低所得を理由にした保険料や利用料の減免を認めず、払えない人は、生活保護を受ければよいとしている。確かに、生活保護を受ければ、介護保険料の負担は実質的になくなり、利用料も介護扶助の形で無料になるが、在宅の場合、介護扶助は、支給限度額を超えた部分のサービス利用はカバーしない。しかし、必要なサービスが支給限度額内に収まらない場合もあり、福岡市では、生活保護世帯の高齢者夫婦（夫が要介護3、妻が要介護2）が、昼間のサービス利用だけで支給限度額一杯となるため、夜間の見守りのサービスが利用できず、早朝の失火で、焼死するという痛ましい事件が起きている。

3 要介護認定の問題

第三に、介護保険の給付資格を確定する要介護認定が、一次判定ソフトの欠陥などで、説明できない判定結果をもたらし、利用者不在のシステムになっていると同時に、施設入所者を中心に高齢者の自立意欲の減退とねたきり化をもたらしている。

介護保険の要介護認定は、心身の状態のみを基準に、介護の必要性（要介護度）を判定するもので、本人の生活力や経済状況などの生活環境は全く考慮されない。しかし、痴呆の高齢者が典型的だが、身体的な自立度は高くても、身守りや精神的援助が必要な人もいる。施設では介護の必要性が少なくても、知的障害や内部疾患のために、在宅生活が困難な人も多い。そして、こうした限定的な要介護認定の基準により、すでに全国で何万人もの人が、サービスの打ち切りや施設退所に直面し、それらの人や家族の間からは「もっと体が悪くなって、重い判定がでてくれればよかったのに」とか、「施設を出ろということは、死ねというのと同じ」などといった悲痛な声が聞かれるようになっている。本人やその家族が体の状態が悪くなることを願うなどということは、これまでの福祉制度のもとでは考えられなかったことである。

特別養護老人ホームなどの福祉施設では、これまで、できるだけオムツをつけずに、トイレまで誘導したり、離床させて食事をとらせるなど、入所者に対してリハビリテーションや自立支援を積極的に行ってきた。しかし、介護保険のもとでは、そうした働きかけを行って、原則六ヶ月ごとに行われる要介護認定で、要介護度が下がれば、介護報酬も少なくなるし、「自立」や「要支援」に判定されようものなら、施設退所となってしまう。職員の側からみても、高齢者をねかせきりにしておいた方が負担も少なくなるから、当然、自立支援の働きかけの意欲は減退する。もっとも、介護保険の導入で、施設職員の過重労働化が進み、そうした働きかけをしたくても行う余裕すらなくなっている。

高齢者自身の自立意欲も減退している。そもそも、要介護認定の結果次第で、サービスを打ち切られたり、施設を退所しなくてはならないというのは、高齢者にとっては深刻なストレス、いや恐怖以外のなにものでもない。いくら経過期間があるとはいえ、行き場のない特別養護老人ホームの入所者に退所を通告すること自体、精神的虐待行為にあたるだろう。特に前述のように、介護保険のもとでは、在宅介護では悲惨な状況に陥ることが明らかになっていることもあって、現在の施設入所者は、決して施設を動こうとせず、自立意欲はますます減退している。このことは、形骸化しつつあったとはいえ、在宅と病院との中間施設として位置づけられていた老人保健施設が、介護保険のもとでは、その在宅復帰の機能を完全に喪失し、入所待機者まで出てきていることから明らかである。

現場では、高齢者の自立支援という介護保険の理念とは、全く逆の現象が起こっており、介護保険は、サービスを打ち切られ、状態を悪化させている高齢者も含めて、多くの重度やねたきりの高齢者をつくり出しているといつてよい。

4 事業者の不振と福祉労働の変質

第四に、以上のようなサービスの利用抑制の広がりによって、サービス事業者の側が採算がとれない事態が生じ、そうした事業者の不振は、現場で働く福祉労働者の労働条件の悪化とそれに伴うサービスの質の低下をもたらしている。

5 市町村の福祉機能の後退と高齢者の権利侵害の拡大

第五に、介護保険法施行により、国や自治体の公的責任があいまい化され、基礎自治体である市町村の高齢者福祉の機能が大幅に後退しつつあるとともに、ケアマネジメントの民間依存化に伴い、営利企業などによる高齢者の囲い込みや権利侵害が拡大している。

6 今後の課題

わずかな年金だけで生活している高齢者に過酷な負担を強い、体力も気力も衰えている高齢者に必要なサービスを打ち切り、施設退所を強要し、高齢者から生きる気力さえも奪い取っている。負担増に耐えかねた低所得者や高齢者の多くは、必要な介護サービスを削り、無理ながまんで、状態を悪化させ、「老老介護」による共倒れや衰弱死の危険にさらされている。これが介護保険のもたらしている現実であり、その意味で、介護保険の問題は、人権問題として捉えられる必要がある。

とはいえ、これだけ深刻な問題が生じているにもかかわらず、国民の側からは、今のところ介護保険制度に対して大きな批判はまき起こっていない。その大きな原因の一つは、介護保険の現実が、まだ多くの人に知られていないことにあると思われる。同時に、介護保険のもとでは、中高所得層は負担が軽減され、ある程度の恩恵を受けている一方で、負担増などの最大の被害を被っているのが、低所得者やひとり暮らしの高齢者、そして「老老介護」の高齢者世帯などであることも大きい。介護保険制度に対する評価が分かれるのも、制度の及ぼす影響が所得階層によって異なっているからである。そして、後者のいわゆる「弱者」と呼ばれる人々は、声をあげることも少なく、無理な我慢を重ね、家族でなんとかしようとする傾向が強い。そのため、国や自治体の表面的なアンケート調査では、その生活実態をつかむことは困難だし、何よりも、措置制度の廃止と高齢者福祉機能の後退の中、それらの人々の生活破壊を自治体自身がかめなくなっている。

それどころか、改革派を称する政党やマスコミによって、介護保険の問題を事業者の対応や利用者の選択の問題にすりかえ、負担増とサービス水準の低下を正当化するような介護保険擁護論が流布されている。その意味でいえば、野党の民主党なども、社会保障の改革（改悪）を進めるという点では与党と同じで、違いはその速度を早めるか否かではないといえる。民主党支持層の多くが、構造改革を旗印にした小泉内閣の成立とともに、なだれを打って、その支持に回ったことが、その何よりの証拠である。また、社会保障運動の側も、負担が軽減した中高所得層を運動に組み込むことが困難なこともあってか、現時点では、介護保険法の改正を含めた抜本的見直しをかちとる力量は有していない。介護保険制度に明確に反対し、対案を示している政党も存在しない（唯一、日本共産党が、介護保険料減免などの制度の見直しを主張しているが、改善要求にとどまっている）。

特に最近では、厚生労働省が、医療費抑制のために、「成人病」を「生活習慣病」といいかえ、例えば、喫煙者が肺がんになっても、医療保険の適用をすべきでないとか、痴呆や終末期の高齢者の治療を否定するような議論まで展開している。これは新たな優生思想の台頭といえ、憂慮すべき状況である。そして、こうした議論に対して、研究者の側から有効な理論的批判が加えられているともいいがたい。今後の研究や運動の大きな課題といえる。何よりも、優生思想が権力と結びつけば、障害者や高齢者の組織的抹殺をもまねくことは、ナチスの例が証明している。歴史的にみても、社会保障費の抑制は、軍備費の増強と相関関係にあり、憲法25条が空洞化されつつある現在、憲法9条改正の動きが出てきているのは、きわめて示唆的である。小泉内閣の政策は、強い政治的権威を求める声をバックにしたその異常な支持率と改革批判の封じ込めという点で、ファシズムの足音を感じる。それを阻止するためにも、介護保険の実態や「構造改革」の危険性を多くの人に知らせ、政治的争点にしていく運動の広がりが求められている。

介護者からみた介護保険とこれから

福田 淑江

1. 自己紹介

夫一76歳(要介護5)介護して13年、寝たきり6年、実質在宅5年(妻、働きながら8年の介護)

同居家族(現在、妻一無職62歳・次女一勤務・夫の母一要介護1、102歳)

北九州市介護保障をよくする会(代表)、新日本婦人の会小倉支部副支部長

2. 介護保険が始まるまでの介護

胃ろう手術まで、自宅との往復(1年間のうち半年は病院)

1週間 2日ホームヘルパー(1時間250円)、入浴車月2回(1回500円)

訪問看護週3回(350円)、医師の往診(月2回)、ショートステイ月7日

費用負担、平均(月)23,000円、おむつ代その他は別

妻勤務しているとき一近所の奥さん留守番と昼食週6日(1時間600円)平均6時間

3. 介護保険後の介護

ホームヘルパー週6回(1日一1時間30分)、訪問看護週3回(1日1時間)、リハビリ週1回、入浴車月2回、医師往診月2回、ショートステイ月7日

費用負担一4月(34,066円)、5月(40,072円)、6月(37,528円)、7月(40,810円)、

おむつ代その他は別

保険料、義母月3,500円(年金月33,000円)ホームヘルパー週3回、費用負担月(平均8,000円)

費用負担、月平均57,000円、夫の年金収入だけの場合は、要介護5であっても全額は利用しない。

4. 介護保険の運動の中で

保険料の問題、年金月5~7万円の方が保険料2段階を支払(生活保護以下かすれすれ)子どもが補助。利用料の問題、全額利用できない(収入枠と相談になる)。

ホームヘルパー、研修(時間も含め)の浅さと自宅からの派遣でヘルパー同士の交流も難しい。待遇の不安定(利用者が入院すれば途切れる)、待機時間に加算がない。

自宅改造の問題、(北九州市すこやか住宅助成は業者選定が縛られている)だれにでも頼めない。

医療と介護の連携を利用者が理解しにくい(一般病棟、療養型病棟、老人病棟、老健施設)。

5. これからの運動

介護が福祉から保険にかわることで起きている問題

☆提供サービスは、国が決めた「標準」の範囲内それ以外は、社会保険として認めない。

☆一人暮らし、二人暮らしの病気のときの生活問題 一人の生活に必要な世話の軽視

☆ 基礎的暮らしの共同(少し専門的なサービスを作り出す暮らしの共同)

- 一 制度や事業のサービス制度の改善
- 一 介護保障を良くする運動で自治体への問題提起

介護保険と人権

水巻町健康福祉課
保健婦 野口久美子

1) 介護保険とのかかわり

平成11年4月 福岡県介護保険広域連合立ち上げ時にかかわる。
広域連合という巨大組織で介護保険に対応するメリット、デメリット

2) 現在健康づくりの保健行政にかかわってみえてくるもの

- ケアマネージャーによるマネジメント業務により、保健婦のかかわりは、減少した。
- 高齢者が「契約」というしくみを理解していない。
- どこも対応できない認定者が増えてきた。
- 自己作成者をどのように支援するか。
- 自立支援の考え方は。
- 自己決定を支えるものは。

3) 痴呆の方への認定のあり方

4) 介護者を支える仕組みがない

- 家族に依存している体質が見え隠れ

5) 保険と保健をつなぐもの

シンポジウム2

「現代社会のメンタルヘルスの課題を探る

—メンタルヘルス対策と支援のあり方について—

座長：児島達美 （長崎純心大学）
永田耕司 （長崎大学医学部公衆衛生）

1、現代社会のメンタルヘルスの問題とその背景

山崎喜比古（東京大学大学院医学系研究科健康社会学）

2、母子保健の立場から

宮田ゆう子（長崎純心大学）

3、学校保健の現場から

久保田あや子（「学校」と子どもの健康・発達研究会）

4、職域の立場から

永田耕司 （長崎大学医学部公衆衛生）

シンポジウム2(座長のことば)
「現代社会のメンタルヘルスの課題を探る
～メンタルヘルス対策と支援のあり方について～」

児島達美（長崎純心大学）、永田耕司（長崎大学医学部公衆衛生）

一般に、メンタルヘルスの問題はその取り扱いが難しいと言われている。その最大の理由は、やはり何と言っても“こころ”というまさに捉えどころのない領域に関わる問題であるからであろう。さらにまた、“こころ”は単に個人の中にあるだけでなく、人と人との相互関係のうちに立ち現れてくるものであるから、メンタルヘルスの問題は、われわれの通常の思考形式である因果論をなかなか受け付けてくれない。

人間は、原因がはっきりしていなかったり、説明がつかない現象には殊のほか不安をつのらせる。病気のような不幸な事態についてはなおさらである。そのために、メンタルヘルスの問題は、それ自体としてよりも、そこに常に何らかの社会的・文化的な意味づけがなされる傾向が強い。その際たる例は、メンタルヘルスの問題をかかえたその人自身や、家族、さらにある社会を問題視することである。要するに「これこそが原因である」ということを求めないわけにはいかないのである。そして、そのようにして因果論的に意味づけされたものは、社会的通念としてしっかりとわれわれの思考を支配してしまう。もし、そのような思考を前提に、メンタルヘルスの対策と支援のあり方を考えてみても、おそらく、その

結果は、らたな問題を発生させる可能性が高い。なぜなら、「これこそが原因である」ことを前提に立てられた対策は、即“悪者探し”になりかねないからである。

また、メンタルヘルスの専門家と呼ばれる人々は、それぞれある“理論”を持っており、かつ、それらは客観性と普遍性を備えたものと信じられている（そうでなければ、そもそも専門家とは言われない）。ところが、そうした専門家による対策や支援の多くが、実は、自らの“理論”を証明せんがために行われていることが少なくない。その結果、理論に合わない結果がでると、ついつい、クライアントを問題視してしまう。メンタルヘルスの対策と支援に関わる諸“理論”の妥当性は、それ自体にあるのではなく、それが当のクライアントに役に立っているかどうか、つまりクライアントがさらなる希望をもてるものとなっているかどうかによって決められる性質のものでなければならないと思う。

今回のシンポジウムでは、それぞれ第一線の現場で活躍されておられる方々ばかりである。それらの実践報告の中から、参加者それぞれがメンタルヘルス対策と支援に関わるあらたな“理論”を発見されるように期待している。

はじめに

－ 「心の病」を「社会の病」と見る立場から －

1. 「ハイストレス時代／社会」の現段階

1) ストレス・疲労は増えているか、なぜ蔓延しているのか：

労働・職業生活と余暇・家庭生活のアンバランスが背景に。

2) 20世紀の最後の4半世紀における労働・職場の変化

- a. 動的・全身性の負担から「やっかいな」静的・拘束性・局所性の負担へ
- b. 判断業務と精神神経緊張の増大
- c. 労働・職場生活の時間的心理的な肥大化とそれによる余暇・家庭生活の圧迫
- d. ゆとりとあそびの切り詰めと欠如
- e. 労働・職場のめまぐるしい変化が再適応努力を絶えず要求

3) 労働・職場をめぐる近年の新しい変化および動向

- a. 経済不況・リストラ・高失業の時代へ：
経済不況の2通りの（失業者と現役就業者への）健康影響
- b. 人事・労務管理の変化と労働の多様化
 - a) 成果主義・能力主義
 - b) 裁量労働制の陥し穴
 - c) 「人事・労務管理制度の変化が労働者の心身に及ぼす影響に関する研究」で示唆されたこと

2. ストレス理論の近年の動向

1) 1999年「心理的負荷による精神障害等に係る業務上外の判断指針」の意義と残された問題

- a. 1999年改訂のポイント
- b. 新しい「判断指針」の意義
- c. 残された理論的実際的問題

- 2) アントノフスキーによる新しいストレス対処理論が提起したもの
 - a. 対処能力と対処資源への注目
 - b. 対処資源欠損としての慢性ストレッサー
 - c. 対処資源としての自由裁量度や職務保証など
 - d. すぐれて社会学的なストレス対処能力概念SOC

3. 労働・職場と職業生活の健康化

- 1) 「ストレス・コントロール/リダクション」とともに
「ストレッサー・コントロール/リダクション」のとりくみを
 - a. 個人への対策とともに労働職場の環境および条件への対策を
 - b. 「ヘルシー・ワーク/オーガニゼーション」(健康職場)の考え方
 - c. WHOヘルス・プロモーションの挑戦との共通性
 - d. 「先進例を探せ」
- 2) 「働き方」「生き方」が問われる時代に
 - a. 「会社との距離のとり方」
 - b. 自己管理能力
 - c. 労働時間の短縮と男性の家庭・地域参加
 - d. 男も女も多重役割の、トータルな人生へ

おわりに

— 21世紀「健康な社会」を展望して —

地域における支えあいネットワークづくり

宮田ゆう子(長崎純心大学現代福祉学科)

〔はじめに〕

琴海町は、長崎市のベットタウンとして、農業中心の町から都市化へと変わりつつある。母子健康センターという拠点を持っていた時代もあるが、いつのまにか高齢者対策中心の時代を過し、今また育児する母親や精神を病む人と出会いのきっかけが巡ってきた。それらの事例を通して支えあうネットワークづくりについて考えてみたい。

〔事例紹介〕

子育て支援・精神保健事例

1. 子育て支援の取り組み

動機

ニュータウンで赤ちゃんが、温風ヒーターに指を挟んで赤ちゃんが泣いたので救急車を呼んだお母さんがいた。赤ちゃんがテレビでみた自閉症に似ているとあって不安で病院や相談所に電話しているお母さんがいるという話を保健婦と主任児童委員がしているうちに、近所に相談する人や、話す人がいないからではないかという気づきをもち、小さな集まりの場を作ってみてはということになった。

展開

保健婦と主任児童民生委員で話し合い保母会に相談し、園長会に諮り、町の事業として承認される。(平成7・12)



子育て支援事業として

『フラワーチャイルド』の開始〔平成7・4〕

保母、主任児童民生委員、保健婦によって当初は月1回から実施



地域の中が動き始める

- ①お母さんたち同士やスタッフが顔見知りになる (信頼関係づくり)
- ②若い人のことや子育てのことがスタッフ間で話題となる (共通認識が育つ)
- ③こぐまぐみというお母さんのグループが発生 (自主グループ育成)
- ④幼児教育として親子教室の開催へ (教育委員会動く)
- ⑤保育園でフラワーチャイルド開始へ (保育園の地域開放)
- ⑥住民にフラワーチャイルドが知られるようになる (地域への浸透のきざし)
- ⑦フラワーチャイルドの日、保育園送迎バスが出る (ノーマライゼーションか)
- ⑧活動の報告や発表、視察の依頼がくるようになる (自信と意欲の盛り上がり)
- ⑨相談、学ぶ場としてどんぐりの家ができる。(子育て支援の拠点獲得)
- ⑩子育て支援センターが始まる (町全体の拠点の位置づけの始まり)
- ⑪関わりを持った人たちの自主性の高まりと支援者の広がり
お母さんたち、主任児童民生委員、母子保健推進員、婦人民生委員、保育園、ボランティアセンター、保健婦
食生活改善グループ、栄養士、子育て支援センター、ボランティア、社協、教育委員会、保健所
- ⑫いろんな情報が入るようになる (お母さんたちのいろんな様子がわかってくる)

考察

これまで培った地域の人々との信頼関係の土壌の上に、子育て支援のネットワークができようとしている。ここまで支援の輪を広げられた要因はいろんなところにキーパーソンがいたことである。

①保健婦と主任児童民生委員

いつも子どもの相談を受けている立場の者密に連携して問題を解決する姿勢でいる

②保育園より今の親たちの様子をいつも発信、連携して対応する体制がとれていた

③お母さんと同年代の保健婦が担当となってニーズを掘り起こす

④お母さんの中に積極的なグループが芽生える。

この体制で虐待ではないかという事例や育児ノイローゼ、閉じこもりの事例に対応してきた。地域も役職で動く傾向にあるため、既存のものを生かすことが求められる。日頃の声のかけ合い、語り合いが思わぬネットワークづくりへ発展していったといえる。

2、精神障害者地域活動所の取り組み

(作業所)

動機

一人の母親が、後継ぎの長男を精神病と診断され、苦悩の末に10余年かけて子どもを受容するところにたどり着き、その場面に保健婦が出会い、皆のため前で語ってもらうことからこの活動は、始まった。

展開

精神障害者家族の集いを開く

4名参加 (平成2. 3)



精神障害者家族会の発足

12名が参加 (平成2. 6)

その後、精神障害者家族として舞台上で表明



精神障害者の集いデイケア始まる

6名参加 (平成4. 4)

保健所、精神科医と連携



地域活動所の開所となる

6名参加 自治会開所を承認(平成7. 3)



当事者会の発会から長精連発会へ
自主的活動開始(平成9. 6)



共同住宅を家族会が始める

町が場所を提供 (平成11. 10)



地域活動所の効用が波及し始める

地域で働ける人が出始める

通所者で入院する人がなくなった

それぞれ自分の生活ビジョンを立てている

地域の人に受け入れられてきた

地域の人と会話できる関係ができた

当事者の要求が多くなってきた

登録者30人で通所16人位と増えてきた

作業所で作った石鹸、ぼかしを町内の店で販売

野菜などは団地や役場で販売



グループホーム始まる

グループホームを支える会実施主体

世話人1人で5人入居

現在、作業所は週5回開所している。通所している当事者は、友人ができ、兄弟のような関係に見える。とくにグループホームの入居者同士は世話人を中心に助け合いの

関係づくりが増しているように見受けられる。

考察

精神障害者の保健、福祉の支え合いネットワークは、障害者家族を

①行政が中心となって支え、施策化した家族、当事者の思いを実現する支援に努めた。

②的確な保健所、精神科医師の支援を受けた。

③家族や当事者も勇気と熱意があった

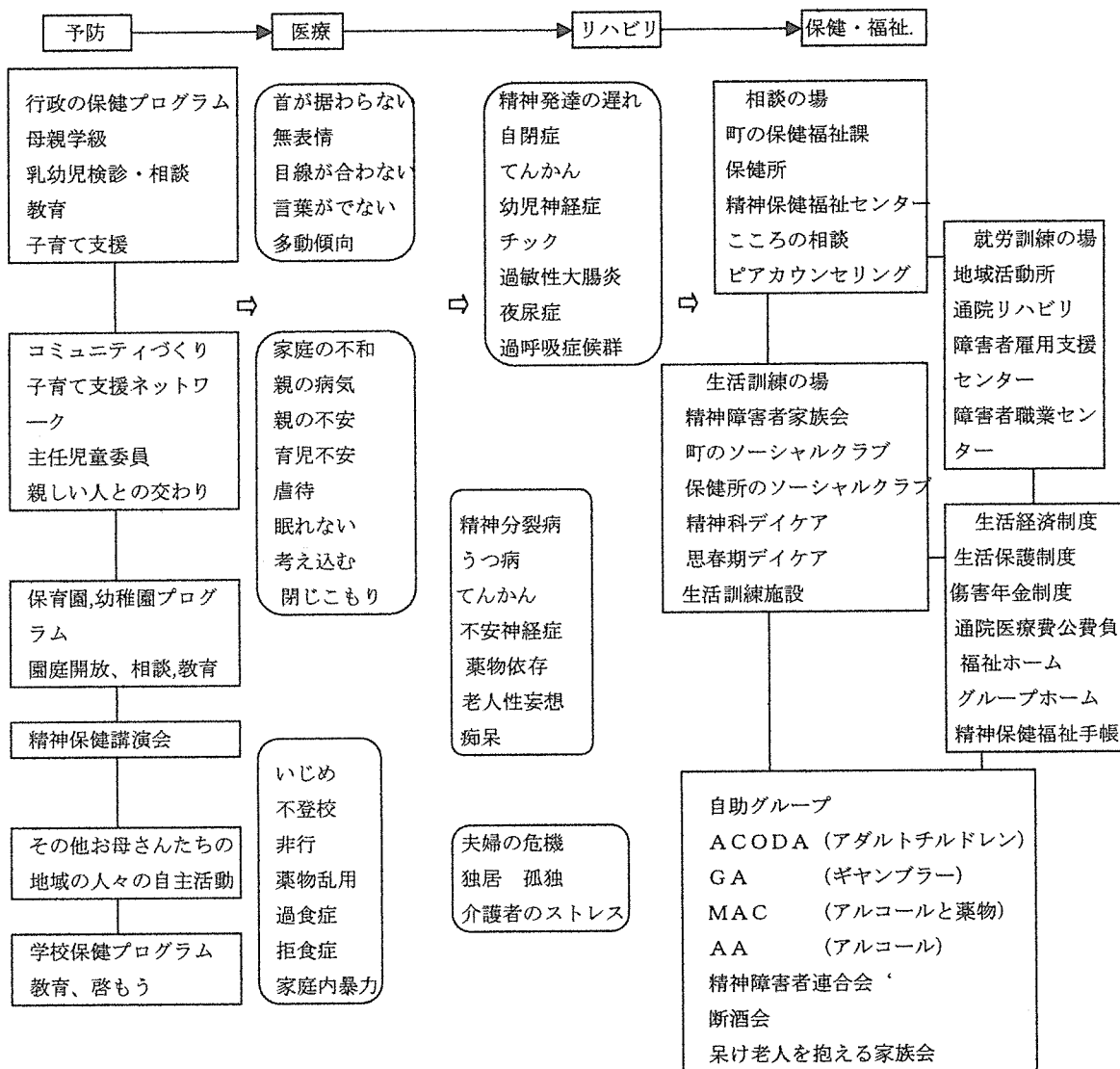
このことが議会、自治会、婦人会、ボランティアの協力をえて地域に広がっていったといえる。

信頼関係は、直接ふれあってはじめて育まれていくものである。またそこに時間も必要とすることがわかった。

おわりに

ひとりひとりを認め合う社会をめざして、ひとりひとりがカウンセリングマインドをもてるように、地道に時間をかけて取り組んでいくことが大切である。

精神保健・福祉・医療の流れ



学校におけるメンタルヘルスの問題について

— 「生活スタイル」と「心の健康」に関する調査から —

久保田 穠子 宇野和代 畑中とも子
(「学校」と子どもの健康・発達研究会)

1. 報告の課題

現在、13万人を超える不登校をはじめ、授業が成立しない学級崩壊、いじめ、暴力、薬物問題など子ども達の「心の健康」をめぐって様々な事象が現れ、増加の傾向にある。現代社会は多様な価値感が広がり、社会生活面では安定を欠き、今や子どもの独自の世界は崩壊させられ、大人社会と子ども社会との境界がなくなっている。子どもの生活と内面に大きな変化が生じているといわれているが、学校はそれらに十分対応できないでいる。様々な対応が求められていることは確かであるが、そのためにはまず子どもの生活と発達の状態を把握することが重要である。子どものメンタルヘルスは、身体状況、教育状況、環境など他の健康問題として切り離されて論じられるものではなく、生活のあらゆる面の反映である。以上の問題意識から、本報告では、①最近の中学生のライフスタイルの特徴と②養護教諭のメンタルヘルスに関する関心、について質問紙法及び聞き取りによる調査を行った。あわせて、③文部科学省の教育施策の動向を報告する。

2. 現代中学生のライフスタイルの特徴

2000年7月、京都市内の中学校3校の協力を得て、質問紙法による中学生のライフスタイルの調査を行った。対象は中学生2年生と3年生(13歳～15歳)とし、担任がホームルームの一部を使って実施した。回収数283人、回収率100%であった。補足的に面接法を実施した。

調査結果

- ①食生活では夕食で「家族揃ってとる」は66.3%、「夕食時間に家にいる者でとる」29.1%、「一人でとる」3.9%で、39.9%に問題がみられた。
- ②就寝時刻は、深夜0時を超える中学生が90.7%で、③平均睡眠時間は7.2時間であった。NHKの1990年の調査の8時間03分に比較すると1時間近く短くなっている。さらに6時間以下は20.8%であった。
- ④朝の健康状態では、「しんどい」「眠い」という回答は、合わせて69.6%であった。
- ⑤午後10時を超える帰宅は、47%であり、その理由(複数回答)は塾通い94.7%、公園で遊んでいた16.5%、続いて友人の家、コンサート、ゲームセンターであった。
- ⑥塾・習い事・家庭教師(以下塾)が生活に組み込まれている中学生は、合計73.5%であった。1週間のうち2回と3回の合計は43.8%、一方、1週間に6・7回に及ぶ場合は、合計5.6%であった。3回までと4回以上で2つのグループに分けられた。
- ⑦自由時間は平日の場合、授業後、部活や塾が中心で少なく、また休日は、テレビ視聴、部活、マンガを読む、ゲームで遊ぶ、CDを聴く、買い物、録画ビデオを観るなどが上位を占めた。
- ⑧中学生が欲しいものは(複数回答)、服11.7%、お金11.7%、次いで携帯電話、パソコン、ゲームが上位であった。
- ⑨友人関係では「親友はいる」という回答は男子83.3%、女子88.7%であった。
- ⑩親については「父のようになりたくない」

男子中学生が 10 年前の総務庁調査結果と比較して上昇しているのが特徴であった。

⑪悩みの解決では「相談できる人がいる」と回答したのは、78.4%であった。その相談相手はインタビューの結果、兄姉という答えが一番多く、部活をしている中学生は先輩であった。親や教師などはあげられなかった。一方、「相談する人がいない」は 19.4%で、そのうち「相談する人が欲しい」という回答は、8.8%を占めた。

⑫テレビを観る時間は、平均 3.4 時間で、2 時間から 4 時間が 53.4%を占めた。よく観ている番組は、男子の場合、バラエティ、野球、歌番組の順で、女子の場合、歌番組、バラエティ、ドラマであった。自室で一人で観ている中学生は 36%であった。

⑬携帯電話（PHS 含）の所持率は 27.2%で使用方法はメールが主流を占めた。

⑭飲酒の経験は 68.9%にみられ、喫煙の経験は、19.4%にみられた。

⑮熱中できるものが学校内にあるのは 46%、学校外にあるのは 64.1 %であった。

⑯学業成績の自己評価では「上位」と「やや上位」の合計は 18.4%、一方「よくない」「ややよくない」の合計は 43.8%であった。

以上、中学生のライフスタイルをまとめると次のような特徴があるといえる。

(1)生活リズムの乱れ（夜型生活、慢性的睡眠不足、少ない自由時間）

(2)「個別化」の進行（夕食、テレビを一人で観る—36%に現れているように）

(3)希薄な達成感（自己肯定感の低さ、楽しいことがない）現代中学生は、学業での自己評価の低さにも現れているように、達成感が少なく、ゆとりのない生活に欲求不満を抱えながらも、現代的な中学生のライフスタイルを生き、様々な模索をしながらけなげに生きている。

(4)モデル喪失（父親のようになりたくない男子中学生）大人との関係では父親のよ

うになりたくない男子中学生が増え、悩みの相談相手も大人ではない場合が多い。これは精神面で、大人に対する依存から自立を始める時期と重なる時期であるからでもあろう。しかし、見方を変えると今日の大人が子どもにとって信頼のおける存在ではないことに問題を見ることができる。これらの中学生は孤立し安心感のない精神生活をしてはいないだろうか。

(5)非自律的傾向（ゆとりなく、他律的生活）生活全般は時間のベルトコンベヤーの上で否応なく動いている

(6)大人への不信感（相談相手に選ばれない）

全体として、中学生は余裕がなく、孤立し、安心感のない精神生活をしているといえないだろうか。大人が子どもにとって信頼のおける存在になること、子ども達に説明責任を果たすことなどが求められているといえる。

3. 保健室に来る子ども達

①（財）日本学校保健会は『保健室利用状況に関する報告書』（平成 9 年）をまとめている。この調査は、「保健室に来る児童生徒に、身体面のみでなく、学習面、友人関係、家庭の事情をなどで、相談を求めてくる者が多い。表面的には身体的症状を訴えながら内面で心の問題があり保健室には多くの子どもがやってくる」としている。調査結果では、小・中・高校を合わせた全体の、1 校 1 日あたりの利用者は 36.3 人で、平成 2 年度の結果と比較すると、5.7 人増加し、調査校全体では、約 1.2 倍に増加しているとしている。調査結果の特徴では継続援助のケースが増えていることである。

②保健室に来る子どもたちは、「授業がうまくいかないとき保健室に行く」「（成績が）親の期待にそえないとき」「話を聞いて欲しい」「保健室に荷物（学校に必要な）

を置いて(授業に必要な教科書だけ持って)教室に行く」「相談して先生(養護)が答えをくれなくてもすごく楽になる、誰でもいいって訳じゃない」「(担任を始め)先生はスクールカウンセラー任せにする前に信頼関係を」と話している。(『健』2001、6月号)

保健室、そこには、教室にはないベッドがあり養護教諭が「どうしたの」と声をかける。子ども達はそれを待っている。子どもの保健室利用状況が、外傷の救急処置から発達援助(心のケアを含めて)に比重が移ってきている。身体の症状を訴えながら、心の疲れを表現するのも子どもの特徴である。学業、家族生活、友人関係などで困難を感じながら、そこには健康への願いを持っている。毎日のように、保健室にやってくる保健室依存症ともみえる子ども達に対しては、メンタルヘルスに配慮した養護教諭の教育援助の課題がある。

4. 養護教諭への聞き取り調査結果から

2001年5月、京都府内の小・中・高校の養護教諭を対象として、子どものメンタルヘルスに関して電話による聞き取り調査を実施した。その結果、小学校10校、中学校10校、高校7校、合計27校の養護教諭から回答が得られた。

調査内容は、①学校には「心の健康」に関してどのような子どもが在籍しているか(障害児学級の子どもは含まない)、②メンタルヘルスについて困難性の有無とその内容、③メンタルヘルスに関する情報は得られているか、④問題点や関心事項、必要性を感じていることなどである。

結果

①学校における「心の健康問題」は、「不登校」24、「虐待」16、「自律神経失調症」15、「ADHD」11、「保健室登校」11、「LD」10、「いじめ」8、「保健室依存」8、「アスペ

ルガー」7、「拒食症」7、「神経症」7、「リストカット」5、「鬱病」4等であった(数字は人数ではなく、学校数である)。

表1 心の健康に関する子どもの状況

校種	小	中	高	合計
不登校	9	9	6	24
保健室登校	1	9	1	11
拒食症	0	2	5	7
神経症	1	3	3	7
自律神経	4	6	5	15
うつ病	0	2	2	4
分裂病	0	0	1	1
リストカット	0	2	3	5
いじめ	1	4	3	8
LD	7	3	0	10
ADHD	8	3	0	11
アスペルガー	4	2	1	7
保健室依存	2	4	2	8
虐待	8	4	4	16
その他	4	2	0	6

不登校は小・中・高校のどこにも多く、LD・ADHD・虐待は小学校により多くみられた。中学校は、保健室登校・自律神経失調症が多く、他の精神的問題にはばらつきが見られた。高校は、拒食症・自律神経失調症・神経症・リストカット・鬱病や分裂病も見られ病的様相が明確化していた。これらの子ども達は、「学校にきている」場合が多く、次に「休んだり来たり」などであった。

②メンタルヘルス面で養護教諭が「困難」を感じている学校は、26校(96.3%)であった。困難の理由は、「精神衛生の情報不足」14、「子どもや家族が受診していない」11、「養護教諭自身の精神衛生の学習不足」9、「学校内の理解不足」8であった。

③メンタルヘルスについての「情報は得られているか」では、「不足」・「得られない」が合計19(70.4%)、「得られる」は9(33.3%)であった。中学校では、臨床心理士・心の相談員のどちらかが配置されていたが養護教諭とそれらの人との連携は「取れる」4、

「分からない」4、であった。

④問題点や課題意識では、「医療との連携」15、「保護者の理解不足」14、「社会」・「家庭」・「学校」の問題が各13、「学校内研修の実施」13、「十分な医療情報の提供」11、「精神科医を校医に」10、などであった。

⑤養護教諭が日頃感じていることは、小学校では、「相談機関が身近になく不足」「子どもの行き場がたくさん必要」「養護教諭が専門的アドバイスを受ける体制が欲しい」であった。中学校では、「社会は子どもに安心感を与える環境にない」「教育現場は受験問題に代表されるように一面的評価、がんばることが要求される構造で子ども・教師にゆとりはなく、精神主義に陥らされがちである」「メンタルヘルス面で対応が必要な子どもがさらに増えそうに感じる」「本人だけの問題でなく保護者や教職員の理解と協力が不可欠でそこに養護教諭の役割もある」であった。高校では、「親の生活困難が子どもに反映している」「子どもを置き去りにする親が増え、メンタル面の問題として出ている」「不登校から退学となった生徒へ支援が出来ない」「色々な問題の対応に追われ、自分自身のメンタルヘルスも不安がある」「メンタル面の情報は整理が出来ないほど多くあり問題を抱えている」「問題の対処より問題の発生しない社会の構築必要」「養護教諭の複数化切実」「教員の会議でも、出席日数ばかりが問題になり生徒の変化を待つ、工夫してみる積み重ねが出来ない」などであった。

以上から、養護教諭は子どもの健康に対処する第一線において、精神衛生上の問題が存在すると感じながら、精神衛生の専門的知識、対処方法を含めて多くの問題を抱えていることが明らかになった。

精神科医療に対しては、抵抗感や必要性の理解がすすまず問題解決を遅らせていることも明らかになった。当面の課題として、

身近な所に相談機関を増やす、精神障害への理解を深め、子ども達を学校から閉め出すのではなく発達保障をしていく学校に再生してことが提起されていた。

5. 教育行政の特徴と問題点

①平成9(1997)年に出された文部科学省(当時文部省)の保健体育審議会答申『生涯にわたる心身の健康保持のための今後の健康に関する教育及びスポーツの振興のあり方について』では、WHOの健康の概念に触れているが、国際的にその概念の捉え方を変更する議論があることを避けている。そして、生涯にわたる心身の健康保持増進のため、個人の「生きる力」の形成を強調している。具体的には、健康教育の中で、ストレス解消やストレスへの抵抗力を増す観点で運動、栄養、対処方法などで行動変容をはかるとしている。第一次予防一公衆衛生を教育にとりくむ方向を打ち出しつつ、その基本は公衆衛生の問題を健康に対する個人努力を求めているのである。また、学校教育そのものが子どもにとってストレスになっていることの説明がなく、ヘルスプロモーションは生活習慣病の予防としてのみ位置づけ矮小化されている。ストレスマネジメントも教科「保健」の時間で教えることになっているけれども、健康問題は努力目標として子ども達の前に提示され、精神主義に陥る危機を含んでいる。

②(財)日本学校保健会の平成13年1月発行「学校保健」(広報紙)で文部専門技官は「心に関する」のパイロット事業として精神科医を、学校保健の場で活躍するとし、その際養護教諭はコーディネーターとなると発言している。スクールカウンセラーの配置により、養護教諭にコーディネーターの仕事が加わるとなると、その過大責任と負担が増大する懸念がある。また、現状では、精神科医とスクールカウンセラー

との役割分担や連携、学校の連携はまだ統合的でない。事件性のある問題に対しては何らかの方策が採られるが、日常的場面で学校に必要な方策はほとんど行われていない。子どもに必要なことは、教育環境（真の学力、体力、希望を育てる）と、空間的（自然の中での）、時間的（睡眠・休養とともに）、経済的（安全を大切に）安心を緊急に保障することであろう。その点で今後の状況を注意深く見ていく必要がある。

③さらに教育予算では、スクールカウンセラーを5年計画で全校に配置、心の教室相談員も配置し子どものメンタル面の対処をすとしている。そのためか現在、臨床心理士の「促成栽培」が行われ、臨床心理士の資格要件の関連で学校が実習場所となってきた状況が生まれている。

④学校教育全般では、2002年度から、小・中学校は完全週5日制になり、授業科目も大幅に変更となる。保健体育を除くすべての教科の授業時間が約1/3カットとなり、授業内容も大幅削減される。削減した時間を振り向け新たに始まる「総合的な学習の時間」は、当初、評価・評定はしない自由な授業と言われていたが、次第に評価は行う、教育委員会の承認を必要とするなどの動きになってきている。

以上から、学業で子どもに自由に学ばせるといいつつ、新たな教育的枠組みで2重3重に子どもの希望や意欲を失わせる教育政策が見通しなく出されている。教育新3法は、管理・競争・強制を強め諸矛盾をますます激化する現状となっている。

6. まとめ

①中学生のライフスタイルは、食生活・深夜型生活など問題を有し、家族生活においても、個別化傾向を余儀なくされていた。人間相互の関係の中で築かれるべき、情緒的安定が十分得られているとはいえない。

②教育行政は、様々な教育政策を提起するがそこに一貫性はなく、教育における競争原理は意図的に巧みに仕込まれてきており、学力の格差は大きくなっていくであろう。このようなつくられた教育病理現象を背景に、学校解体論が一部から出されているが、それは子どもの発達を視野に入れたものではなく、逆に教育予算削減に手をかしていることに留意が必要である。

③養護教諭は、子どもの心身の健康問題を軸に活動をすすめ、一般教員とは異なる視点で子どもの姿を捉えている。しかし、今日の病理社会に対応するため、養護教諭に対する実践的教育は系統的にされてこなかった。現在、養護教諭は、多くの困難を感じながらメンタルヘルスでは必要性にせまられ、手探りで「応急手当」的対応に追われているといえる。

④精神科領域の医療・保健・福祉を学校を対象に、展開していくことが求められているといえる。一面混乱している現状があればこそ、困難な中に子ども達への真の健康への願いを受けとめ、21世紀の教育方向をねばり強く提起していかなければならないと考える。

参考文献・資料

『青少年白書』平成10年版、NHK『図説日本人の生活時間1990』1992年、『健』日本学校保健研修社 2001年6月号。

職場のメンタルヘルスについて…(A)自治体等へのメンタルヘルスへの質問紙調査分析と(B)健康教育・相談などを通して支援のあり方の検討…

長崎大学公衆衛生学教室 永田耕司

【はじめに】心の健康づくりの指針を出されたが、現状や具体的な取り組みについてはどこの職場も試行錯誤の段階である。そこで全国自治体等の各職場のストレス状況や現在のメンタルヘルスの取り組みについて質問紙調査を行ったので報告する。また自治体や民間企業で嘱託産業医やカウンセラーとして相談・診療に関わってきたので、相談方法や健康教育等のメンタルヘルス対策を通して、その支援のあり方について検討したい。

(A)自治体等へのメンタルヘルスへの質問紙調査分析

【対象と方法】自治体職場のメンタルヘルス対策に資するために職場におけるメンタルヘルス状況や対策の実施内容、その評価などについて、2000年4月アンケート調査を実施した。調査票は3295単組(全道庁支部14、都庁職局支部・区職労25を含む)、及び調査に協力を得た全国消防職員協議会(全消協)168組織に配布して、回収集計されたのが1495(45.4%)、全消協99(58.9%)で記入漏れを除いた1575(47.8%)を分析対象とした。団体区分別回収数及び回収率は都道府県67、72.8%、政令市18、81.8%、特別区2、3.8%、市で371、63.2%、町村779、45%、一部事務組合117、63.2%、公社・事業団60、32.6%、社協20、22.7%、国保21、51.2%、民間企業30、16.9%、市町村共済29、72.5%、その他県本部30、16.9%、臨時・非常勤31、36.9%と都道府県、政令市、市町村共済、その他県本部は回収率が高かった。

【結果と考察】(1)職場でのストレスについて8割が増えていると回答していた。特に一部事務組合、社協、臨時・非常勤の職場は9割を越えていた。また5割近くが「職場でメンタルヘルスに関することが問題になっている」と回答していた。特に社協、30万以上の市、臨時・非常勤の職場が高かった。社協、いわゆる社会福祉協議会の職員は主にヘルパー等のスタッフであるが、介護保険導入による業務負担や、社協自身が最近では補助金や委託料が減らされるなど経営問題が発生していることがストレス要因になっている事などが意見としてあげられた。

(2)設問2-1のストレス要因については業務の量や質に関するストレスがほとんどの団体で高かった。労働省「労働者健康状況調査」(平成10年版労働白書)と比較すると、そこで最も高い(ストレスあり)のは職場の人間関係46.2%で、次いで職場の量のストレスが高かった。また仕事への適性の問題22.8%、配置転換の問題7.5%と比較的低率であった。記入法が異なるため一概には比較できないが、今回の結果からは当該職場において1)人員削減などによる業務の量のストレスの増大、2)配置転換やテクノストレス等によって業務の質のストレスや仕事への適性ストレスの増大を引き起こしていると考えられる。また職場の人間関係ストレスについては「増えている」かつ「問題である」と回答している職場が多かった。仕事の量や質のストレス、人員削減などで職員間のコミュニケーションが不足して、ひいては職場の人間関係の悪化をもたらしていると考えられる。今後、職場のコミュニケーションできるような環境づくりが必要である。

(3)ストレス要因で「最も問題」と回答していたのが最も多かったのが「業務の量のストレス」であった。国保、その他県本部、臨時・非常勤は「業務の質ストレス」、消防では「人間関係ストレス」の方が高かった。それ以外では市や町村、公社、国保では「職場の人間関係ストレス」、県、政令市、一部事務、民間、共済、臨時・非常勤では「人員削減に関するストレス」であった。以上のように団体別により様々なストレス要因が異なることが判明した。また消防職は「人間関係ストレス」が最も高かった要因として、「職階級をより所として人事、労務の管理」「閉鎖された空間」「古い慣習に縛られた意識で昇進」などがあげられた。また救急搬送の増加や救急救命士としての責任、医療機関との連携の難しさなどのストレス要因もあげられている。これまで慣習からの脱却、職階級と労務管理を離すことに加え各機関との連携をスムーズしていくこと等の取り組みが急務であることが示唆された。

(4)メンタルヘルス対策実施は2割近くにとどまった。さらに職場のメンタルヘルスケアについて「うまくいっている」と回答

していたのはわずかに5%であった。具体的な取り組みとしては「内部に相談窓口をつくる」「他の研修会・講習会を実施する」が多かった。

(5)メンタルヘルス対策実施について安全衛生委員会等で協議しているが2割、団体交渉で協議している1割だった。まだ労使協議は行われていないが6割を越えていた。特に政令市、国保、民間、消防では7割を越えていた。「メンタルケアがうまくいっている」のうち半分近くは町村であった。また5割が安全衛生委員会等で協議しており、4分の3は労使で合意の上で実施していると回答していた。今後、メンタルヘルス対策実施においては安全衛生委員会などで協議して、労使合意の上で実施していく必要性も示唆された。

(6)メンタルヘルスケアがうまくいっていると最も高率であったのは「主治医の意見が復帰時尊重される」であった。次いで「復帰について同僚の理解がある」、「管理職が職場復帰について理解がある」であった。職場での同僚や管理職の理解の必要性やそのための健康教育や研修の必要性が示唆された。しかし、ほとんどでまだメンタルヘルス対策が実施されていない状況であった。多くが大切であると感じているが、いまだにメンタルヘルス対策が行われていない状況が示唆された。小規模な職場では一つの職場で相談室を設けたり、スタッフを確保するのは困難であるという意見が多かった。また「産業医、人事担当者があたることになっているが、利用者がいない」等の意見が多かった。よって広域相談体制をつくったり、また「委員長及び労安委員として近年私に相談が多く来るようになった。」等の意見も多く、三役、執行委員などが相談役になったり、また組合が嘱託のスタッフを専属、もしくは広域で雇用する、職員厚生課等人事課と離すなどの対策を講じていく必要があると考えられた。

(7)「うまくいっている」の中での最も大きな理由(5つまで)の問いで最も多かったのは「職員間の交流が活発」であった。その一つとして文化・体育活動があるが「交流を行おうとするが参加者が少ない」等の意見も多かった。若い人が個人主義になり、同じ職場の人と休日や5時以降に交流したいとは思わない等の意見も多く聞かれる。だからといってやらない方向がよいのか？ 交流が活発なところの工夫などを参考にしながら「各職場での交流のあり方、やり方」について今後検討していく必要があると思われる。

(8)身体疾患以外で長期休む職員について3割、更に体調不良を訴える職員については5割、職場の雰囲気については4割を超える職場が「増えている」もしくは「悪化している」と回答していた。自殺者も増えており、メンタルヘルス対策は待たなしの状況である。今後、継続的かつ各職場に応じた柔軟なメンタルヘルス対策を進めていくことが示唆された。

(B)健康教育・相談などを通して支援のあり方

1)職員への相談・診療のやり方

1、相談してくれたことに感謝する。傾聴

・時間を上手に使う・・・要約、時間を区切る 「なるほど、あなたがおっしゃりたいことは〇〇と仰うことなんですね」・ちょっとした言葉が話しやすい雰囲気をつくる。「そうですか」「なるほど」「〇〇なんですね」「それで」「それから」

2、症状や病名の具体的説明

・精神症状は自律神経やホルモンのバランスの崩れから来ている。
・決して希な病気ではないこと・・・これまでのケースを話す。 外的要因も多いこと
・頑張りすぎはよくないことを説明。 例 「鬱症状は車のバッテリーが消耗した状態。 2-3割充電されると、元気にはなるので、これまでのを取り戻そうとして更に頑張ってしまう。 そしたら、すぐに放電してしまいうつが悪化する。」

3、症状を悪化させている要因(業務要因等)とその対応について一緒に考えていく・・・段階的に、仮復職を

例 仕事の優先順位を決める、「やれない」自分も認めることも大切、「遅くまで仕事をしていないと悪い」相互依存の社

会規範やつきあい文化への過剰適応からの抜け出すことが大切であることを認識してもらおう。職場環境を整える。ストレスマネジメントやリラクゼーションの重要性を理解してもらおう。今の自分を否定しないことが大切であると伝える。専門家にカウンセリングを受けたり、受診してみる(精神力で治すことに固執しない)・「何とかなる」という思いを大切に。「全か無かの思考、マイナス化思考、結論の飛躍、早合点、拡大解釈と過小評価」しない

4、それでも症状改善が難しいようなら薬物治療へのインフォームドコンセントをした上での治療を一時的に行う。(必ず治ること、ずっとのむ必要はないこと、無理には服薬はやめないこと、薬物の説明等必要。) 結局は信頼関係づくりが最も大切。その関係づくりには継続性と柔軟な対応(時間外や訪問など)が大切。

・上司からの相談の場合はあんまり腫れものをさわるような感じもよくないことを説明。職場での抱え込みが本人にとって逆に負担になっていることもある(温情主義は逆効果になることも) ・結局、普段からの声かけや信頼関係が大切であることを知ってもらおう。うまくいかないことも多い。しかし、一生懸命に解決法について共に考えたりしてくれる人がまわりにいるということを感じることが大切なような気がする。

……健康教育実践例……

1) 例 こんな人・職場・時期があぶない

1、いつも笑顔を絶やさないと(から元気している) 2、まわりに立派な人がいる 3、挫折体験していない 4、うつ回復期 5、責任感強く、真面目、「いい人」 6、まわりから尊敬、期待されている 7、自分は大丈夫と言い切っている人 8、自分の弱みを出せない人 9、大きな問題が解決して、荷が下りたとき 10、職場で抱え込んでいる場合(まわりの善意が本人にとってプレッシャーになっている) 11、研修から戻ってきた人 12、4-5月

2) カウンセリングマインドとは……24歳女性職員Aさんの訴え

「今、一番嫌なことは、Bさんとうまくいっていないということなんです。Bさんは挨拶してもソッポを向いているんです。私も気が短いかもしれませんが、本当に腹が立ちます。仕事の時、私たちはBさんの指示に従わなければなりません。でも、Bさんは、私にははっきり指示をしてくれません。もっとはっきり指示をしてほしいという、にらみつけたり、少しでもまちがって仕事をするとネチネチといやみを言います。だから、私も反抗したくなるんです。こんなBさんと仕事するのは嫌なんです……自分が選んだ仕事だし、最近は就職難だし……毎日 我慢をしているんです。」

応答

(1) そういうBさんだったら、他の人もみんな嫌がっているでしょうね。他の人も何か言っていますか？ (2) あなたは、Bさんのために毎日嫌な思いをしていると思いますが、Bさんはあなたをいじめようとしているのでしょうか？ あなたの方で、何かBさんに対して先入観を持っているのではないのでしょうか？ (3) あなたとしては、Bさんがあなたをよく思っていないような態度を取るの、ひどく反抗したいような気持ちになってしまうのですね。(4) ずいぶんひどい人ですね。まあそういう人はどこにでもいるものですからね。大変でしょうが、しばらく我慢するしかないでしょうね。様子見て、それでも、どうにもならないようでしたら、また相談してください。なんとか対応策を考えましょう。(5) おそらく、Bさんとしても、何か事情があって不機嫌になっているのでしょうね。いろいろなことがあるでしょうから、その気持ちを察してあげて、むやみに反動的にならないようにできないものではないでしょうか？

以上の応答からカウンセリング対応はどれだと思いますか？ 白い玉を投げてきたら、白い玉を投げ返してやる大切さ

3) 傾聴訓練例 @演習: 傾聴訓練: ロールプレイ演習

(1) 三人組(一人は観察役となる) (2) じゃんけんして勝った方がクライアント役になり二分間話す。・今日朝起きてから職場に来るまでにしてきたこと・昨日の出来事・この一ヶ月間で心に残っていること(嬉しかったこと、嫌だったこと)

(3) 終わったら一分間フィードバックする(クライアント役がカウンセラー役の聴き方・応え方について感想を言う) (4) 役を交代して同じ事をやる 5, 6-8人でグループになり「難しかった点」「うまくいったコツ」などについてグループ討議

【表1 自治体団体別設問別集計結果】

	1都府	2政令市	3特別区	4市(30万以上)	5市(10-30万)	6市(10万以下)	7町・村	8一部事務組合	9公社・事業団	10社協	11国保	12民間企業	13市町村共済	14その他・県本部	15臨時・非常勤	計	消防
回答数	67	18	2	51	98	222	779	117	60	20	21	30	29	30	31	1593	99
職員合計	429128	132290	8283	107435	113066	103167	109395	14990	6189	1307	2408	9642	1626	1629	3205	1043760	10494
設問1) 職場でのストレスについて																	
増えている	85.9	88.2	100.0	73.5	85.6	84.3	85.4	90.1	84.5	90.0	85.0	76.7	65.4	86.7	96.7	85.0	95.6
問2) 1業務の量のストレス																	
増えている	80.6	66.7	100.0	72.5	74.5	76.4	78.5	88.5	78.3	80.0	95.2	73.3	79.3	90.0	80.6	78.9	92.1
2業務の質のストレス																	
増えている	76.1	77.8	50.0	70.6	69.1	79.8	77.1	81.1	76.3	78.9	100.0	60.0	75.9	86.7	77.4	77.2	85.2
3仕事の適性ストレス																	
増えている	43.3	43.8	50.0	48.0	36.6	44.7	45.5	52.3	33.3	65.0	57.1	36.7	37.9	53.3	40.0	45.0	67.5
4職場の人間関係ストレス																	
増えている	50.7	66.7	50.0	49.0	54.8	45.0	51.8	56.8	48.3	50.0	61.9	43.3	41.4	40.0	50.0	50.8	78.3
5昇進・昇格に関するストレス																	
増えている	26.9	33.3	50.0	40.0	34.4	32.6	33.9	43.2	25.0	25.0	33.3	30.0	20.7	31.0	26.7	33.4	63.4
6配置転換に関するストレス																	
増えている	29.9	38.9	50.0	43.1	36.2	39.0	40.5	45.9	28.3	50.0	47.6	30.0	24.1	26.7	32.3	38.8	68.3
12人員削減に関すること																	
増えている	74.6	55.6	50.0	80.0	66.7	69.1	65.1	82.6	73.3	80.0	85.7	70.0	65.5	63.3	80.6	68.9	88.1
13賃金カットなど待遇に関する																	
増えている	41.8	61.1	100.0	38.0	47.3	46.3	54.8	58.9	38.3	15.0	57.1	46.7	31.0	24.1	74.2	50.5	83.1
14育児・介護への配慮に関する																	
増えている	17.9	11.1	0.0	13.7	19.6	30.3	27.9	42.6	10.0	0.0	20.0	13.3	13.8	20.7	12.9	25.5	79.2
15男女差別に関すること																	
増えている	13.4	22.2	0.0	14.0	8.9	23.3	25.0	41.5	21.7	15.0	28.6	16.7	24.1	34.5	9.7	23.3	100.0

設問2-2 最も問題となっているストレス要因について(3つまで)

	県	政	特	大市	中市	小市	町村	事務	公社	社協	国保	民間	共済	他	臨探	合計	消防
1業務の量のストレス	68.7	61.1	100.0	66.7	55.1	65.8	66.0	65.0	70.0	60.0	57.1	60.0	75.9	70.0	58.1	65.3	58.6
2業務の質のストレス	62.7	33.3	0.0	43.1	48.0	54.1	52.6	42.7	55.0	60.0	76.2	40.0	51.7	73.3	61.3	52.4	39.4
3仕事の適性ストレス	17.9	16.7	0.0	17.6	18.4	19.8	16.9	23.1	16.7	40.0	28.6	26.7	17.2	30.0	12.9	18.7	13.1
4職場の人間関係	43.3	38.9	50.0	47.1	35.7	32.4	35.8	31.6	43.3	35.0	38.1	33.3	31.0	26.7	25.8	35.6	32.3
5昇進・昇格に関する	14.9	11.1	50.0	13.7	12.2	12.6	13.6	11.1	18.3	5.0	9.5	20.0	3.4	10.0	3.2	13.0	8.1
6配置転換に関する	9.0	11.1	0.0	19.6	10.2	13.1	12.3	9.4	6.7	20.0	19.0	3.3	0.0	6.7	9.7	11.6	12.1
9定年後就職・老後など	1.5	5.6	0.0	2.0	5.1	4.1	6.0	4.3	10.0	0.0	4.8	3.3	6.9	10.0	3.2	5.3	3.0
12人員削減に関する	44.8	44.4	50.0	43.1	29.6	28.8	30.2	38.5	38.3	35.0	28.6	36.7	41.4	36.7	54.8	33.1	37.4
13賃金カットなど待遇	13.4	27.8	50.0	3.9	13.3	14.9	20.8	23.1	3.3	5.0	14.3	20.0	10.3	13.3	32.3	17.8	16.2
14育児・介護への配慮	1.5	0.0	0.0	2.0	2.0	0.5	1.8	1.7	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	3.3	3.2	1.5	1.0
15男女差別に関する	0.0	0.0	0.0	3.9	3.1	5.0	5.6	6.0	5.0	5.0	4.8	3.3	3.4	6.7	3.2	4.9	5.1

設問3 メンタルヘルスに関することが問題になっている

なっている	37.3	38.9	100.0	58.0	44.2	44.6	48.8	52.7	37.9	63.2	47.6	40.0	32.1	56.7	58.1	47.6	63.7
設問4-1 身体疾患以外で長期に休んだりする職員について																	
増えている	34.4	17.6	50.0	41.2	40.4	37.2	35.4	46.8	45.8	45.0	28.6	31.0	17.9	30.0	38.7	36.7	57.3
設問4-2 体調不良を訴える職員について																	
増えている	64.2	38.9	50.0	54.0	59.6	61.2	59.4	64.0	62.7	80.0	61.9	50.0	51.9	63.3	61.3	60.0	79.5
設問4-3 職場の雰囲気について																	
悪化している	47.7	29.4	100.0	38.0	45.3	40.9	43.6	50.9	39.7	45.0	47.6	44.8	27.6	41.4	38.7	43.2	69.0
設問5-1 今メンタルヘルス対策が実施されていますか?																	
1実施している	16.9	16.7	0.0	18.0	25.3	17.8	20.2	24.3	13.8	35.0	23.8	6.7	10.3	33.3	22.6	20.1	28.4
設問6-1 職場のメンタルヘルスケアについて																	
うまくいっている	6.2	0.0	50.0	6.0	4.3	5.1	5.0	2.7	8.3	10.5	0.0	6.7	11.1	3.3	0.0	5.0	2.3

6-2) 具体的取り組み	県	政	特	大市	中市	小市	町村	事務	公社	社協	国保	民間	共済	他	臨探	合計	消防
22誰にでも起こりうると理解されている																	
うまくいっている	10.4	5.6	50.0	4.0	8.3	7.8	11.4	8.5	6.8	10.0	15.8	6.9	7.1	3.3	9.7	9.7	3.4
23職員研修など啓発活動が活発である																	
うまくいっている	3.0	5.6	0.0	4.0	5.2	1.8	4.7	4.6	1.7	10.0	0.0	3.3	3.6	3.3	3.2	4.0	3.3
26管理職が職場復帰について理解がある																	
うまくいっている	37.3	27.8	50.0	26.0	27.4	20.1	24.7	18.9	32.2	20.0	5.0	20.7	35.7	20.0	29.0	24.6	20.0
28主治医の意見が復帰時尊重される																	
うまくいっている	25.8	22.2	50.0	38.0	33.3	32.6	32.1	29.1	29.3	45.0	5.0	27.6	46.4	33.3	32.3	31.8	30.7
29関係者の連携が十分にとれている																	
うまくいっている	13.4	5.6	0.0	8.0	10.4	9.6	10.4	11.8	10.2	15.0	0.0	6.9	17.9	10.3	6.5	10.3	11.2
30慣らし勤務など復帰前の猶予期間が設定																	
うまくいっている	10.4	11.1	50.0	14.0	7.4	14.3	13.3	11.0	10.3	20.0	5.0	10.3	14.3	20.0	12.9	12.8	16.9

一般講演

A会場

A1 全日本民医連「2000年介護実態調査」報告

原 和人、肥田 泰、佐藤誠一、永田勝美、林 泰則、伊藤浩一、川村博文、国光哲夫、小林浄子、斎藤 稔、重光 一、武田知明、橋 晃弘、西銘圭蔵、水尻強志、山口つぎ、和田洋一、澁谷幸伸、山本淑子（1）、大野勇夫（2）

（1）全日本民医連「2000年介護実態調査」推進プロジェクトチーム

（2）日本福祉大学教授

1. 目的

2000年4月に介護保険が実施されたが、制度スタート以降、様々な矛盾が噴出している。今回、①制度利用上の不利益が多数生じているのではないか、②とりわけ、低所得者層にその矛盾が集中的にあらわれているのではないか、③介護保険制度によって、介護者の介護負担が緩和・解消されているのかを検証するために、介護実態調査を行った。

2. 研究方法

対象は、2000年11月時点において全日本民主医療機関連合会（民医連）の介護保険事業所のサービスを利用している人で、調査への協力を同意していただいた方とした。

方法は、事業所職員による聞き取り方式による訪問調査で、調査期間を2000年11月から2000年2月末日とし、3月に全体を集約した。

なお、この訪問調査には、民医連の加盟院所から、1万人以上の職員が参加した。

3. 結果

①調査対象者のプロフィール

総集約数は23,123件であったが、記載不十分などを除外したため有効回答数は22,202件であった。

その内、男性が7,249(32.7%)、女性が14,953件(67.3%)であり、年齢別では、85

歳以上32.7%、80~84歳22.9%、75~79歳18.6%など、後期高齢者が全体の74.2%を占めた。

対象者の全国値（2000年11月の介護保険事業概要報告）との比較では、要支援と要介護1では全国値の比率が高く、逆に、要介護2~5では今回の対象者の比率が高かった。また、今回対象者の世帯収入では、50万未満は全国4.4%に対して、今回調査7.9%と高かったが、50万以上から400万未満では全国が高くなり、それ以上では今回調査の比率が高かった。

②収入と介護保険料、利用料の負担

介護保険料の段階別では、生活保護10.9%、第1段階4.3%、第2段階27.2%、第3段階35.1%、第4段階10.8%、第5段階8.8%、自治体独自2.9%であった。

介護保険のサービスを受けるには、保険料と利用料、食事代などの諸費用が必要である。介護保険の支払額は、1,000~4,000の世帯が5割を占めた。利用料では、回答者の4割が5,000から15,000円であった。

介護にかかる費用が、介護保険実施前と比較して「増えた」と答えた人は74.5%であった。「減った」と答えた人は、わずかに4.9%であった。

介護にかかる費用の平均は、介護保険実施前の5,594円から14,640円へと約2.6倍に増加しており、「増えた」と答えた人の平均は10,100円であった。介護にかかる費用について、全体でほぼ5割の人が、「かなりの負担」「やや負担」と答えている。

利用者本人の収入階層ごとに、介護にかかる「総費用」の平均をみると、年収100

万円未満の人が、収入の 18%にあたる月 14,759 円の負担を強いられている。

③サービスの利用率

サービスの利用率の平均は、生保を除く第 1 段階は 38.5%、第 2 段階は 39.3%、第 3 段階 39.8%、第 4 段階 40.7%、第 5 段階 42.9%と、低所得層では、サービスの利用が低位にとどまっていた。

介護保険実施後、サービスが「減った」理由は、「自己負担が増えたから」が 48.7%でもっとも多かった。サービスを支給限度額まで使わない理由は、「サービス利用の必要がない」38.1%、「家族介護で間に合う」25.7%、「利用料を負担しきれない」14.5%などであった。

介護保険実施後、サービスが「増えた」理由は、「介護度が重くなったから」46.0%、「介護保険ができたので」39.6%、「介護者の就業・病気のため」21.6%であった。

今回の調査では、サービスの利用時間は 13.9 時間にとどまっており、「モデルプラン」と比較しても約 6 割の低水準であった。

④介護者の負担

今回の調査では、同居の主な介護者が「いる」と答えたのは 75.5%であった。

主な介護者の続柄では、配偶者が 4 割で、60 歳以上の介護者が半数以上を占め、80 歳以上の介護者も 1 割を占めており、「老老介護」の実態が明らかになった。

介護者の健康状態では、65.6%の人が、「疲れがたまっている」「具合が悪い」などの体調の不良を訴えている。

介護保険が実施されて、介護者の 25%が介護の負担感が「増えた」と答えている。

⑤介護保険によって、格別の困難層が出現

今回の調査で、「本人のみ」の世帯は約 2 割であった。このうち、75%が第 1、第 2 段階の非課税世帯であり、又、半数が持ち家ではなかった。

「本人のみ」の世帯は、要支援、要介護 1 が合計 72.1%で多く、介護度が増すにつれて、「本人のみ」の世帯は急激に少なくなる。介護保険によっても、介護度が重くな

れば、一人ぐらしは困難な状況が続いている。

4. 考察

介護保険が実施されて 1 年あまりが経過し、国は一貫して「順調に推移している」としているが、今回の介護実態調査によって、介護保険の制度的な矛盾が明らかとなった。

介護保険によって、保険料、利用料負担などの自己負担の増加が重くのしかかり、サービスの利用を抑制し、生活全体を圧迫している。特に、5 段階の所得段階別の定額保険料の設定は、逆進性の強い負担システムになっている。従って、低所得者にとっては、生活全体を一層困難においやっており、「応能負担」の原則にたった、低所得者世帯への対策が極めて重要になっている。

介護保険によって、月 1 万円を越える負担が増え、その一方で、介護者の負担はほとんど軽減していない。サービス利用時間は必要時間の 1 割にとどまっており、重度の要介護者はほとんど家族介護に頼らざるをえない中で、介護者には相当の疲労感が蓄積している。

利用が伸びたのは、介護度の重症化と家族の介護条件の変化が大きな要因であり、「負担が大変だから」と必要なサービスを利用できない実態もあきらかになった。

「サービスを減らした層」が 12%存在したことは重大な問題である。制度の切り換えによって、不利益をこうむった層が発生していることは、介護保険制度自体が制度上重大な欠陥を持っていることに他ならない。

まとめ

今回の介護実態調査によって、介護保険の問題点が明らかになった。特に、低所得者層に対する対策を緊急に行うべきである。

A 2 世帯の年収と要介護老人の死亡率の関係 要介護老人 208 名の 2 年間前向き追跡調査

関沢敏弘(西七条診療所)

佐野春枝 (吉祥院病院) 山路優美子 (吉祥院病院)

はじめに

貧困と疾病の悪循環については古くから指摘されている。社会福祉／社会保障が介護保険を突破口に変質させられようとしている現在、貧困と死亡の関係を科学的に把握する目的で要介護老人の生命予後と経済水準との関係についてコホート調査を行った。

1. 対象

長野県飯田市内の 1 病院 2 訪問看護ステーション、京都府京都市内の 1 病院 1 診療所で 1998 年 10 月・11 月に継続的に在宅医療を行っていた患者 275 名のうち、世帯の年収の把握できた 208 名(男 75 名、女 133 名)を前向きに 2 年間追跡した。

2. 調査方法

追跡開始時の対象者世帯の世帯人数と年収(50 万円単位)から、下記の近似値により生活保護基準と比較して基準未満の年収の群(以下「基準未満」群と略)と基準以上の年収の群(以下「基準以上」群と略)に二分し、両群の 2 年間の死亡率を比較し χ^2 乗検定を行った。

- 一人世帯：年収 150 万円未満
- 二人世帯：年収 250 万円未満
- 三人世帯：年収 300 万円未満
- 四人世帯：年収 350 万円未満
- 五人以上世帯：年収 400 万円未満

3. 結果

生保基準との比較	死亡	生存	死亡率
基準未満(N=69)	25	44	36.2%
基準以上(N=139)	33	106	23.7%

$$\chi^2=3.578 \quad p=0.059$$

「基準未満」群の死亡率は統計学的には有

意でなかったが、「基準以上」群の約 1.5 倍に達した。男女別にみても以下のように同様に「基準未満」群の死亡率が高く、女性では統計学的に有意な差を認めた。

[男]	死亡	生存	死亡率
基準未満(N=24)	9	15	37.5%
基準以上(N=51)	16	35	31.4%

$\chi^2=0.276 \quad p=0.600$

[女]	死亡	生存	死亡率
基準未満(N=45)	16	29	35.6%
基準以上(N=88)	17	71	19.3%

$\chi^2=4.208 \quad p=0.040$

4. 考察

死亡率にこのように差が見られることの要因を調べるため、両群が追跡開始時にどのように異なっていたかを比較検討した。

- ① 男女比は「基準未満」群で 1:1.88、「基準以上」群で 1:1.73 と差は無かった。
- ② 男の平均年齢は「基準未満」群で 81.2 ± 7.9 歳 「基準以上」群で 80.6 ± 7.7 歳、女の平均年齢はそれぞれ 82.7 ± 6.6 歳と 82.5 ± 6.6 歳で差がなかった。年齢構成では 85 歳以上の比率は男では「基準未満」群 45.8% 「基準以上」群 33.3% とやや差があり、女ではそれぞれ 40.0% と 39.8% で差が無かった。
- ③ 家族または本人への問診による主な疾患群の頻度では、死亡率の大きな差を説

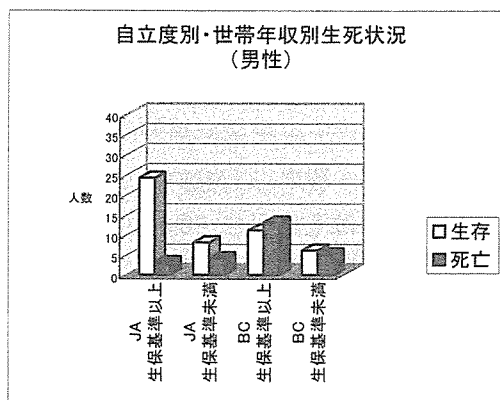
明できるような違いは見出されなかった。

	「基準未満」群	「基準以上」群
脳血管障害	44.9%	51.8%
循環器	39.1%	39.6%
筋骨格	20.3%	16.5%
分泌系	17.4%	15.1%
膠原病	5.8%	2.9%
心疾患	27.5%	30.9%
呼吸器系	18.8%	13.7%
消化器系	10.1%	13.7%
脳神経系	11.6%	18.0%
精神神経系	18.8%	11.5%

(いずれも統計学的有意差なし)

- ④ 健康保険の種類では両群とも国民健康保険が6割～7割だったが、社会保険(組合/政府管掌/共済)は「基準未満」群で18.8%、「基準以上」群で34.8%、生活保護は「基準未満」群で11.6%、「基準以上」群で0.7%とかなり差があった。
- ⑤ 家族構成では、「基準未満」群は独居が多く(29.0% 対 7.9%)、本人を含む同居家族人数の平均も少なかった(2.3人 対 3.3人)。
- ⑥ 寝たきり度、痴呆度では「基準未満」群の方がむしろやや軽い傾向であった。

自立度分布 「基準未満」群 「基準以上」群		
JまたはA	49.6%	60.9%
BまたはC	46.8%	36.2%
無記入または不明	3.6%	2.9%



痴呆度分布 「基準未満」群 「基準以上」群		
I または II	40.3%	50.7%
III, IV または M	22.3%	17.4%
無記入または不明	37.4%	31.9%

⑦ 特徴的なのは、寝たきり度の重い B および C のランクの死亡率が「基準以上」群では41.5%、「基準未満」群では48.0%と差がないのに、寝たきり度の軽い J および A のランクの死亡率は「基準以上」群の8.7%に対して「基準未満」群では28.6%とADLのよい人の死亡率が高いという事実だった。

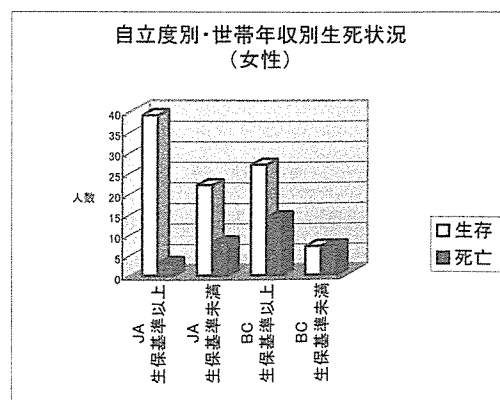
自立度別死亡率 「未満」群 「基準以上」群		
J または A	28.6%	8.7%
B または C	48.0%	41.5%

(男女別には下図参照)

要約すると、「基準未満」群は「基準以上」群と比較して身体的な違いは少なく、違いが見られたのは主に社会的指標においてであった。「基準未満」群ではADLのよい人の死亡率が高いことが特徴的だった。

5. 結論

「基準以上」群と比較して「基準未満」群は死亡率が高率であって、この格差の要因を検討したところ、「基準以上」群と「基準未満」群とでは、身体的な指標よりも社会生活上の指標に明瞭な違いがあった。あらためて貧困の問題を正面から捉えて社会医学的に追究することが求められる。



A 3 高齢者施設ケアにおける権利擁護の取り組み —京阪神地域へのアンケート調査から—

河野益美（藍野学院短期大学） 黒田研二（大阪府立大学） 佐瀬美恵子（大阪府立看護大学）

はじめに

2000年4月に実施された介護保険制度は、利用者が主体的にサービスを選択できる可能性を開いた。しかし現状ではサービス供給量の不足、情報の不足により、選択が困難な状況が続いている。

このようななかで、制度の可能性を開くには、事業者や施設の情報（各施設のサービス基準、苦情解決や権利擁護などへの取り組み）が市民に伝わるのが不可欠と考える。そこで特定非営利活動法人「福祉を拓く会 GOWA（以下、GOWA）」では、昨年に引き続き、利用者がより確かな満足が得られる施設が選択できるよう、施設のサービス内容の開示を目的に、京阪神の特別養護老人ホーム（以下、特養ホーム）、介護老人保健施設（以下、老健施設）にアンケート調査を実施した。

施設における権利擁護の取り組みの現状と課題について、若干の示唆を得たので報告する。

調査方法

調査期間は2000年10月から翌年1月で、京阪神圏の特養ホーム378施設と老健施設230施設に、郵送で調査票への回答を依頼した。アンケートに回答があったのは特養ホーム86、老健施設62、合わせて148施設（回収率24.3%）であった。集計で示すパーセントは、無回答の施設を除く有効回答数を分母にした。

調査結果

1. 介護職員数

入所者100人あたりの介護職員数（看護職を含む）は、特養ホームでは平均35.1人、老健施設では平均40.8人であった（非常勤を0.5人換算）。介護職員一人あたり

の入所者数は、特養ホーム2.4人（1.6人～3.5人）、老健施設2.2人（1.5人～2.8人）であった。

2. 個室の数

個室の数は、特養ホームでは、平均13.8部屋であり、老健施設では7.8部屋。特養ホームでは、1985年以降に開設された施設に個室の保有率が高い。

利用者の希望を聞いて部屋を決定しているところは、特養ホームで50.0%、老健施設では69.4%であった。

3. 入浴について

予定日以外でも希望すれば入浴できると答えた施設は45.9%みられた。また、希望すれば一人でも入浴介助が受けられると答えた施設は52.1%（特養ホーム52.9%、老健施設50.8%）であった。

4. 排泄の介助について

排泄時に心がけていることは、「プライバシーに配慮したケアを行っている」が98.0%（特養ホーム100%、老健施設95.2%）、「排泄状況が他者に聞こえるような会話をしない」66.2%（特養ホーム79.1%、老健施設48.4%）、「可能な限り同性介助を行っている」36.5%（特養ホーム32.6%、老健施設41.9%）、「同時に複数の方の排泄介助をしない」47.3%（特養ホーム48.8%、老健施設45.1%）であった。

5. 痴呆のある人へのケア

痴呆のある人が「どのような症状にもかかわらず利用できる」と回答した施設は38.8%（特養ホーム46.5%、老健施設27.9%）であった。

6. 抑制・拘束について

ひも・Yベルト・つなぎ服などによる拘束を「いかなる場合にも行っていない」と答えた施設は20.3%（特養ホーム17.4%、老健施設24.2%）であるのに対して、「状

況により行うことがある」と回答した施設は 65.5 % (特養ホーム 66.3 %、老健施設 64.5 %)、「やむをえず行っている」と回答した施設が 14.2 % (特養ホーム 16.3 %、老健施設 11.3 %) みられた。

7. 利用者の意向を尊重する取り組み

利用者や家族の声を聞くための取り組みは「目安箱を設けている」が 73.6 % (特養ホーム 70.9、老健施設 77.4 %)、「利用者の会から要望を聞いている」25.7 % (特養ホーム 33.7 %、老健施設 14.5 %)、「家族や利用者の意見を聞くための会を持っている」が 29.7 % (特養ホーム 36.0 %、老健施設 21.0 %)、「家族会からの要望を聞くようにしている」19.6 % (特養 19.8 %、老健施設 19.4 %) であった。

苦情解決への取り組みは「窓口や担当者を明示している」が 95.9 % (特養ホーム 98.9 %、老健施設 91.9 %)、「第三者委員を設置している」23.6 % (特養ホーム 37.2 %、老健施設 4.8 %)、「利用者の権利を明示している」18.9 % (特養ホーム 22.1 %、老健施設 14.5 %)、「外部の相談機関を明示している」37.8 % (特養ホーム 45.3 %、老健施設 27.4 %) と、いずれも特養ホームでの積極的な取り組みがみられた。また、第三者委員の電話番号や連絡先を明示している施設は 51.2 % (特養ホーム 55.6 %、老健施設 28.6 %) であった。

考察とまとめ

今回のアンケート調査の結果より、排泄の介助や痴呆のある方へのケアといった援助の内容、入所者や家族の意向を尊重する取り組みについて、課題があることが示された。

介護保険導入後は介護保険施設においての身体拘束は原則禁止になった。身体拘束が禁止されることは、利用者の人権擁護の観点のみならず、拘束が身体機能や心理状況を悪化させかねないことから、当然のことである。しかし、抑制を「いかなる場合にも行っていない」と回答した施設は 2割

に過ぎなかった。「原則は理解していても完全な実施は難しい」という葛藤が現場には生じている。拘束全廃への取り組みは善意だけでは成果をあげ得ない。外部研修への職員の積極的な参加を促し、職員の人権意識の高揚を図り、また設備・用具面の改善など、今後の施設長の具体的なリーダーシップに基づく取り組みが期待される。

ケアの質の向上には入所者やその関係者からの声を多様な形で聞く取り組みが必要である。2つ以上の方策を講じている施設が約半数に達していたのは評価できる。

苦情解決の方法も利用者の声を聞く取り組みと同様、いくつかの方法が設定されていることが望ましい。そのなかでも、平成 12 年度より施設に設置が求められている「第三者委員」の制度を積極的に取り入れているかどうかで施設の取り組みへの姿勢が確認できるのではないだろうか。同様に「外部の相談機関の明示」については、施設が外部に開かれているかどうかの目安にもなる。利用者のすべてのニーズが施設の中だけで解決できるとは限らない。その点においても外部の相談機関の明示を行うことは重要であろう。

施設を地域に開かれたものにしていく、また、入所者も地域の一員であるという意識を育てていく、そして入所者・家族の声をサービスや施設運営に反映できるようにしていくことが、今後の課題だと思われる。

おわりに

介護を必要とする高齢者は、さまざまな意味で人権が侵害される立場に置かれている。高齢者のもつ力を引き出して、市民としての、あるいはサービス利用者としての当然の権利を実現するためには、介護サービス事業について、第三者による公平な評価を含んだ情報の提供は有効な道具となり得るであろう。今後も、市民にサービス情報を提供し、サービスの質の向上に向けて市民参加を促す活動を担って行きたい。

A 4 高齢者が住み慣れた街で安心して住み続けられるために

城北病院 茶久和幸（城北病院介護相談センター）
服部真 （城北病院健康支援センター金沢）

1. 目的

公的介護保険制度が施行されて1年が経過した。

どんな状態であっても「住み慣れた地域でいつまでも暮らし続けたい」と願うことは、高齢者に限られたものではない。しかし、とりわけ高齢者にとっては、心身の機能変化に伴い、やむなく住み慣れた地を離れなければならない場合がある。こうした事由の大半は、一人暮らしの高齢者が痴呆を発現又は進行する過程で、食生活、住環境への対応が困難となったり、隣近所との関係が難しくなったために、本人の意思に関わらず家族（子供）が同居を決定したり、施設への入所を選択するケースである。

本来、介護保険制度は在宅を中心とした介護サービスの提供による介護の社会化を目的とし、誰もが自由にサービスを選択し、利用することで老後を安心して過ごせるものとしてスタートした制度と言われている。しかし、現実にはこの制度になじまない高齢者の生活に遭遇したり、高齢者の思いとは逆の生活を選択せざるを得ない事例にも多く接する。

今回、一人暮らし高齢者の事例を通し、「地域で住み続けるための援助・連携」について検討したので報告する。

2. 調査方法

当事業所がこの1年間にケアプランを作成した129名の年齢、性別、世帯状況、サービスの利用状況、その後の転居について調査した。また、家族との同居や施設への入所を断り、住み慣れた地域で一人暮らしをしている事例の検討をおこなった。

3. 結果

- ①ケアプラン作成依頼者の年齢は、60歳から100歳
- ②性別は、男48名、女81名
- ③家族との同居有無は、単身40名、高齢者二人暮らし18名、他家族との同居71名
- ④サービス種類別では、訪問介護50件、訪問看護21件、通所リハ31件、通所介護33件、福祉用具貸与33件、訪問リハ、入浴サービス2件
- ⑤施設等への入所は、特養1、老健3、（家族との同居による転居2件）

4. 事例①

MT氏 83歳 女性 一人暮らし

【主病名】：変形性膝関節症、糖尿病

【家族状況】

子供4人、息子2人は東京在住、娘2人は金沢市郊外に居住、子供それぞれが家庭を持ち生活基盤は独立安定している。

【住居環境】

まちの中心部の一軒家、家は昔の造りで居間、台所、洗面、風呂場が土間を挟んであり、いたるところに高い段差がある。

【日常生活自立度】

歩行は杖、食事摂取、排泄は自立、入浴、外出は一人で困難

事例②

I Y氏 95歳 女性 一人暮らし

【主病名】：喘息

【家族状況】

10年前に夫を亡くし一人暮らし（子供なし）、郷里は岐阜（音信はない）

【住居環境】

借家に生活用品が山積みとなり倉庫化した一角で座布団1枚を生活空間としている。

風呂はない

【日常生活自立度】

歩行、食事摂取、排泄は自立。全て巡回の小売業者を利用しており、練炭火鉢のみが火元、この冬中、入浴はおこなっていない。

事例③

T M氏 75歳 男性

【主病名】脳血管性痴呆

【家族状況】

子供は2人、長女が市郊外に在住し週末に身の回りの援助に訪問。

【住居環境】

住宅密集地の一軒家、自宅に風呂はない。町内の銭湯も閉鎖され入浴は校下外。

スーパーは近くにあり、好きな缶コーヒーとタバコのみ買い物へいく。

【日常生活自立度】

指示、見守りがあれば生活は自立、痴呆症状が不安で状態にあわせた援助がないと生活維持は困難である。

3. 考察

どんな状態であっても本人の思いを出発点に、介護保険内外のサービスとインフォーマルなサービスを利用することによって、一人暮らしが困難と思われる高齢者が地域の一員として生活している。

三つの事例で共通していた点は、

- ①本人が住み慣れた家、地域にこだわり今まで通りの生活を希望した。
- ②家族、隣人は不安を持ちながらも本人の意思を尊重する立場から課題に取り組んだ。
- ③近所に信頼出来る住民との関係保持が以前からあったこと、民生委員が協力し地域との関係調整役として動いていた。
- ④離れた地域に居住する家族が安心出来るよう状況変化に応じた情報提供がおこなわれた。
- ⑤ケアマネジャーが全ての問題を抱え込まず、関係機関に積極的に働きかけることで関係者間に共通認識が持てた。

4. 結論

高齢者が生活のすべてにおいて「自己決定」するという権利を持つことと、実際にこのことを保障する「自己決定能力」を持っているかどうかの判断は現実に難しいものがある。

しかし、すべては、利用者の生活ニーズから課題を明らかにし、在宅生活を継続するために必要なサービスを調整することと、必要なサービスをつくっていく、求めていく運動が必要であり、そのためにも地域の介護力と共同した実践の積み上げが高齢者施策につながっていくものとする。

A 5 医師と介護支援専門員との連携についての実態調査

西 三郎（財団法人統計研究会）

はじめに：東京都医師会医療関係者対策委員会「介護保険下における各種医療関係者との連携について」（平成 13 年 3 月）答申より東京都医師会長の承諾を得て報告する。

1. 目的：医療福祉関係者の連携の鍵は主治医と介護支援専門員であることより、この二者の連携の実態を明らかにし、利用者の福祉の増進を図ることを目的とした。

2. 調査方法：東京都医師会 A 会員のいる 41 地区医師会より、各医師会ごとに A 会員数 5% の介護認定審査会委員（以下主治医とする）及び同地区内の同数の介護支援専門員を対象に、地区医師会を通じて医療福祉関係者との連携に関する自記式調査票を平成 12 年 10 月に配布、回収、分析した。

3. 結果：有効回答数は、主治医 395（回収率 79.9%）介護支援専門員 328（66.3%）。

1) 主治医に対する主な調査結果：「男」93.2%。「年齢」は、39 歳以下 4.3%、40～49 歳 33.7%、50～59 歳 28.1%、60～69 歳 19.5%、70 歳以上 13.9%。「診療科目」は、内科・精神科・神経内科標榜の何れか標榜の内科系 86.3%、それ以外で外科・整形外科・産婦人科標榜の外科系 12.2%、その他 1.3%。「介護認定を受けた患者」は、最高 500 人、平均 27 人、10～19 人 23.5%、1～9 人 21.0%。「介護支援専門員からケアプラン作成の連絡」あり 35.2%。「主治医ではないのに介護支援専門員から病気について意見を求められた」「ある」12.7%。「同じくホームヘルパーから」「ある」5.3%。

§ 介護支援専門員にケアプランの作成を依頼した患者がいる主治医 191 人に介護支援専門員との連携について質問：「介護支援専門員との連絡ができています」10 割 9.9%、6～9 割 14.1%、3～5 割 16.2%、割合の平均 3.6 割。「連絡の頻度」は、「必要に応じ」53.4%、「定期的」12.0%。「介護支援専門員からケ

アプランの作成に意見を聞かれた割合」は、1～2 割 38.2%、0 割 28.3%、意見を聞かれた割合の平均は、1.7 割。「訪問看護婦より指示を求められた」は「ある」77.5%、割合の平均は 4.5 割。「介護支援専門員からサービス担当者会議に出席を求められた」は、「ない」が 80.1%。「介護支援専門員から連絡がきた」は、「ある」62.8%。「連絡の内容」は、複数回答で、「病状の変化」74.2%、「患者の希望」45.0%。「連絡がきた際、介護支援専門員への対応」は、複数回答で、「納得できるまで説明・指示」89.2%、「一方的に指示」10.8%、「相談を無視」0.8%。「人を介しての連絡」は、「ない」69.6%、「ある」20.4%。家族が 82.1%、訪問看護 64.1%、ヘルパー 56.4%。「サービス提供者に直接している介護支援専門員」は、「いる」63.9%、「いない」18.8%。「要介護度の変更が必要と思った場合に、介護支援専門員への連絡」は、「ない」61.8%、「ある」31.9%。「連絡の内容」は、複数回答で、病態変化 93.4%、病状改善 4.9%。

2) 介護支援専門員に対する主な調査結果：「女」82.6%。「年齢」は、39 歳以下 43.3%、40～49 歳 34.1%、50～59 歳 18.3%。「職種」は、看護婦が 53.0%、介護福祉士 18.6%、社会福祉士 6.7%。「居宅支援事業者の種類」は、医療系 20.4%、行政を含む福祉系 28.7%、株式会社 11.6%。「居宅支援事業者の規模」は、常勤 1 人 21.3%、2 人 26.5%、3～4 人 5.5%、5 人以上 19.2%。「居宅支援事業者の事業(含連携)」は、訪問看護が 52.7%、訪問介護 24.1%、通所介護 18.3%、居宅療養管理指導 11.9%、以下略。フェースシートの個々の項目と主治医との連携に関する各調査項目との相関関係は認められなかった。

§ 医師等との連携についての質問：「1 か月間（9 月）にケアプラン作成人数」は、30

～49人が24.4%、続いて1～9人19.5%、50人以上19.2%。「そのうち、医学的管理が必要」は、1～9人が44.5%、10～19人20.7%。「ケアプラン作成に主治医意見書が役立」は、役立った49.4%、不十分33.5%。「主治医にケアプランの情報提供」は、「した」と「しない」が47.6%。不十分だったと回答した110人に「主治医に連絡」は、「ほとんど連絡しなかった」が75.5%、「大体連絡」16.4%。「主治医に連絡する必要がある場合」は、最高35件5件以上が22.0%、3～4件16.2%、2件14.6%、1件15.2%、0件14.3%。平均3.6件。「1か月間（9月）のサービス担当者会議開催数」は、開かなかった55.8%、1件14.3%、2件8.8%、最高15件。「開催時に出席した主治医」11.6%。「ケアプラン作成にあたり、主治医に病状等の相談・質問のためらい」は、「ある」が63.1%、「ない」は33.5%。「主治医のなかに介護保険制度そのものの認識が十分でない医師の割合」は、無回答が35.1%。無回答を除いた有効百分率〔 〕内に示す。いなかった0割9.8%〔15.0%〕、1～2割19.8%〔30.5%〕、3～5割20.7%〔31.9%〕、6～9割14.3%〔22.1%〕、10割0.3%〔0.5%1人〕。「主治医のなかに介護支援専門員の認識が十分ではない医師の割合」は、無回答が37.5%。いなかった0割9.1%〔14.6%〕、1～2割17.4%〔27.8%〕、3～5割18.6%〔29.8%〕、6～9割16.8%〔26.8%〕、10割0.8%〔1.0%2人〕。この二つの質問の相関係数0.94。「利用者が希望するサービスと主治医の意見とが異なる際に調整に苦労した」は、「ない」が64.3%、「ある」が33.5%。「ある」と回答した110人にその内容は、訪問リハビリテーション31.8%、通所リハビリテーション、通所介護、介護老人保険施設がそれぞれ17.3%。「ある」と回答した110人に「利用者が希望しても主治医が必要としない場合」は、複数回答で、訪問看護28.2%、訪問リハビリテーション19.1%。「ある」と回答した110人に対する「主治医が必要と

認めても利用者が希望しない場合」は、複数回答で、訪問看護47.3%、訪問介護24.5%、通所リハビリテーション20.9%、通所介護17.3%。「ある」と回答した110人に対する「主治医が必要と認めても利用者が希望しない場合の理由」は、複数回答で、利用者が好まないもの61.8%、費用負担が大きい59.1%。「要介護度変更の必要」は、「ある」74.4%、「ない」23.8%。「ある」と回答した244人に「主治医に連絡」は、「した」は59.0%、「しない」が37.3%。「今後はもっと緊密に医師と連携の必要」は、必要73.8%、必要だと思わない1.5%、どちらともいえない22.6%。

4. 考察とまとめ：主治医は男が多く年齢は59歳以下が半数以上、診療科目は内科標榜が多い。介護支援専門員は大部分が女、年齢は49歳以下8割。職種は半数以上看護職、所属は医療系約半数。医師会を介しての調査のためと考えられる。主治医に対する質問では、介護支援専門員と主治医の間の連携は良く取られていた。しかしながら、問題があると感じても主治医の方から介護支援専門員に連絡を取ることは少なく、取りづらい状況にあると思われた。また、主治医でない医師が介護支援専門員から相談を受けていることから、主治医の中には相談しづらい医師がいることが推測された。このことから担当者会議の開催が少ないという結果とあわせて、主治医、介護支援専門員双方が多忙で時間調整困難かと思われる。連携がとれている主治医はよい対応。しかしながら、介護度変更の必要時でさえも、率直に介護支援専門員に伝えていない。一方、介護支援専門員からは、ケアプラン作成に関して主治医意見書が不十分だとしながら、主治医には質問せずに半数が看護婦に相談している。「主治医の6割以上が介護保険制度そのものの認識が十分でない」と感じている介護支援専門員が14.6%、「主治医の6割以上が介護支援専門員についての認識が十分でない」と感じている介護支援専門員が17.6%いることは、主治医研修の必要性を強く感じ。これからは、相互理解の推進が強く望まれる。

A 6 施設・在宅の看護・介護職員腰痛健康診断の分析

鹿島耕一、横矢喜代恵、入江広美、増田嘉代子、東洋一、尾蔵律行、服部 真
(石川勤医協 城北病院・健康支援センター金沢)

1. はじめに：

介護保険の創設により介護労働者が急増している。石川民主医療機関連合会（石川民医連）には3病院、6診療所、5保険薬局に加えて、1特別養護老人ホーム、1老人保健施設（病院併設）、2療養病棟（病院併設）、2在宅介護支援センター、9訪問看護ステーション、6ヘルパーステーション、1福祉用具相談センターが加盟し、職員は900人余りに増加した。腰痛に代表される筋骨格系障害は職員が休職する原因の約3割を占めており（表1）、安全衛生の大きな問題になっている。これまで対策は各施設に任せられ、腰痛健康診断を実施していたのは1病院1特別養護老人ホームに限られていた。介護保険の実施を期に石川民医連の全施設で健康診断項目を統一し、健康支援センターが全職員の健康診断結果を管理するシステムを構築した。今春実施した腰痛健康診断の結果を分析したので報告する。

2. 研究方法：

石川民医連に加盟する上記施設のうち1病院の看護職（助手を含む）86人（受診率91%）を病院群、1特別養護老人ホームと1療養病棟の看護・介護職62人（受診率87%）を入所群、5訪問看護・ヘルパーステーションの看護・介護職29人（受診率83%）を在宅群とし、腰痛健康診断結果を比較した。男性職員、出産・育児・病気で休職中の者は対象から除いた。また、1999年-2000年に採用時健康診断を受診していた病院群15人、入所群24人、在宅群9人の採用時と今回の健康診断の結果を比較した。

3. 結果：

受診者の年齢分布（表2）は入所群が最も若く、次いで病院群で、在宅群が最も高齢であった。全体の自覚症状は「いつも肩こり」が26%、「時々腰痛」が35%、「いつも腰痛」が15%、「下肢が冷える」が10%であり、3群間の比較（表3）では、「いつも肩こり」は病院職員に多く、「腕の痛み」は在宅群に多く、「下肢が冷える」は

入所群に多かった。3群間の他覚所見の比較（表4）では在宅群に「首の運動痛」が多く、「腰の運動痛」は入所群にやや多かった。年齢別比較（表5）では30歳未満（87人）は30歳以上（90人）に比べて「いつも肩こり」「いつも腰痛」「下肢冷える」が多かった。年齢による症状の差は病院群と入所群で大きく、在宅群では差がなかった。

採用時健康診断受診者の年齢構成（表6）も病院群・入所群は若く、在宅群はより高齢であった。採用時と今回の健康診断の比較（表7）では「いつも腰が痛い」が1人（2%）から10人（19%）に急増していたが、他の項目には変化がなかった。特に病院群では新採用の33%が今回の健康診断で「いつも腰が痛い」と訴えていた。「腰の運動痛」は採用時と今回で差がなかった。

考察と結論：

「肩こり」は病院群に、「腕の痛み」と「首の運動痛」は在宅群に、「腰の運動痛」と「下肢の冷え」は施設群に多かった。「時々」と「いつも」をあわせた「腰痛」が在宅群では55%で、北原らの常勤ホームヘルパー断面調査（1999）の54%に近かった。在宅群で「腕の痛み」が多い理由は、家事援助、特に、家の拭き掃除による負担と考えられる。病院群や入所群で若年者ほど肩こりや腰痛の症状が多い理由にははっきりしないが、体格や筋力の影響が疑われる。

採用時との比較では病院の採用1-2年後の看護職員に腰痛の訴えが増加していた。

「腰の運動痛」は入所群が多かったが、病院では多くの医師が健康診断に関わるため所見がもれている可能性が考えられた。他の施設に比べて病院の新しい看護職員に腰痛の訴えが増えていた理由として病院では看護・介護業務に加えて採血や注射など前屈位の業務が加わり密度も高いことが考えられる。有所見者について順次外来で詳しい検査や問診を進めている。この結果を各施設に返し、現場の職員とともに背景にどのような病態や業務との関連があるのか検討し、対策を考えたい。

表1 2000年度のA病院での休職の理由

	筋骨格系		精神神経系		産婦人科系		その他		合計
実休職者数(人)	13	(28.3%)	9	(19.6%)	13	(28.3%)	11	(23.9%)	46
休職日数(日)	655	(25.8%)	1192	(47.%)	574	(22.6%)	114	(4.5%)	2535

表2 腰痛健康診断受診者の所属施設群別年齢分布(%)

	人数(人)	-29	30-39	40-49	50-59
在宅施設	29	17.2	37.9	24.1	20.7
入所施設	62	64.4	10.2	18.6	6.8
病院	86	49.4	20.0	20.0	10.6
合計	177	49.1	19.7	20.2	11.0

表3 3群間の他覚症状の比較(%)

	いつも肩こり	いつも首痛	いつも腕痛	時々腰痛	いつも腰痛	下肢冷える
在宅施設	13.8	3.4	10.3	41.4	13.8	6.9
入所施設	22.0	0.0	1.7	33.9	15.3	20.3
病院	32.9	1.2	0.0	35.3	14.1	4.7
合計	26	1.1	2.3	35.8	14.5	10.4

表4 3群間の他覚症状の比較(%)

	首運動痛	腰運動痛
在宅施設	10.3	13.8
入所施設	1.7	18.6
病院	4.7	15.3
合計	4.6	16.2

表5 年齢による症状の比較(%)

	いつも肩こり	いつも腰痛	下肢冷える
30歳未満	23	17.2	17.2
30歳以上	12.2	6.7	3.3
合計	18.6	11.9	10.2

表6 1999年-2000年の採用時健康診断受診者の所属施設別年齢分布(%)

	人数(人)	-29	30-39	40-49	50-59
在宅施設	9	22.2	44.4	22.2	11.1
入所施設	24	86.4	4.5	9.1	0.0
病院	15	92.9	7.1	0.0	0.0
合計	48	76.6	12.8	8.5	2.1

表7 採用時健康診断と今回の健康診断の自覚・他覚症状有所見者の比較(%)

		いつも肩こり	首運動痛	時々腰痛	いつも腰痛	腰運動痛
在宅施設	採用時	0.0	0.0	55.6	0.0	11.1
	2001年	0.0	11.1	44.4	11.1	0.0
入所施設	採用時	0.0	4.2	22.7	4.5	8.3
	2001年	0.0	0.0	18.2	18.2	16.7
病院	採用時	0.0	0.0	14.3	0.0	6.7
	2001年	0.0	6.7	28.6	28.6	6.7
合計	採用時	0.0	2.1	25.5	2.1	8.3
	2001年	0.0	4.2	27.7	19.1	10.4

○青木珠代・田村昭彦(九州社会医学研究所)

1. はじめに

急速に進行している高齢化社会への対応のため、2000年4月介護保険が導入された。介護事業には民間企業も参入し、介護労働を支えるヘルパーの養成も急速に展開されてきた。介護保険導入から半年経過した2000年秋、介護労働の現場を支えるヘルパーの労働実態や健康問題についてアンケート調査を行ったので報告する。

2. 調査対象と方法

労災職業病九州セミナーに参加している団体を通じ、医療関係や生協・NPO、公的機関、福祉関係、民間企業等で働くヘルパーに調査協力を依頼した。

労働形態や実態、健康問題等に関する調査を自己記入形式で行い、郵送による回収を行った。

調査期間は2000年9月13日～同年10月31日

3. 解析対象と方法

186名が回答。内ヘルパーとしての労働実態のないものや未記入が多い者17名は今回の解析から除き、169名(全回収数の90.9%)の解析を行った。

解析は雇用形態と週労働時間に区分し行った。雇用形態では正規型(正規職員・常勤ヘルパー)、非正規型(パートヘルパー・登録ヘルパー)と区分した。週労働時間では30時間以上、15～30時間未満、15時間未満と区分した。

4. 結果及び考察

1) 集団の特徴

圧倒的に女性が多く(97.0%)、その中心は40代・50代(46.2%・31.4%)であった。ヘルパー歴は、1年未満が最も多く(32.0%)、1～3年未満(20.7%)と合わせ

ると、3年未満のヘルパーが全体の半数であった。また、主な介護内容は、身体介護11.2%、複合型42.6%、家事援助19.5%であった。

2) 労働実態

雇用形態は正規型は30.8%(正規職員8.9%、常勤ヘルパー21.9%)、非正規型65.1%(パートヘルパー11.8%、登録ヘルパー53.3%)と非正規型が多かった。週労働日数は5日(37.9%)、6日(21.3%)と約6割が週5日以上働いていた。週労働時間は30時間以上が33.1%、15～30時間未満19.5%、15時間未満が32.5%であった。非正規型の中にも週労働時間が30時間を超える者もいて、雇用形態と労働実態が一致したものではなかった。

3) 肉体的疲労・精神的疲労とその背景

週30時間以上働いているヘルパーの肉体的・精神的疲労の訴え率は、肉体的疲労は「とても疲れる」「やや疲れる」を合わせると91.1%、精神的疲労は89.3%と高値を示していた。労働省が行った平成9年度の健康状況調査結果では、働く女性の平均は肉体的疲労79.3%、精神的疲労73.5%と、労働省調査の女性平均より、肉体的にも精神的にも疲労が強いことが示唆された。

疲労の背景としては、労働時間の問題では、「いつも時間に追われている(46.4%)」、「仕事が終わらずサービス残業になっている(26.8%)」などが挙げられる。精神的な面では、「職場の人間関係」(32.1%)、「利用者やその家族との人間関係」(21.4%)で不安や悩みを抱えているにも関わらず、「施設側に意見や要望を出すことが出来ない」(12.5%)状況にあることがストレスの一因と推察できる。また、ヘルパーの仕事に関

しては、「社会的評価が低く」(30.4%)、「雇用が不安定」(33.9%)であり、「ヘルパー同士が気軽に利用できる休憩場所や時間ない」(39.3%)といったことも背景にあるのではないかと推察される。

4)健康管理

事業主の責任で健康診断を受けていたのは正規型で 63.5%。週労働 30 時間を超える非正規型では 14.3%と著しく低率であった。しかし、何らかの形で健康診断を受けた人は全体で 71.0%。本来、週労働 30 時間以上働いているヘルパーに対しての健康管理の責任は事業主にあるはずである。ヘルパー一人一人の自己責任でカバーすべきもではない。これらのことは、ヘルパー自身の健康管理上の問題とヘルパー自身が感染の媒介者になりうることから早急な改善が必要である。

5)情報提供と職業病予防教育

利用者の感染情報に関しては、身体介護や複合型といった「身体に直接接して行う介護」等を行うヘルパーの 23.1%が知らされていなかった。また、腰痛等の職業病予防に関する教育を受けたのは全体で 26.6%、正規型では僅か 5.8%であった。感染等に関する必要な情報の提供や職業病等に関する予防教育等の不十分さ感じざるを得ない。

6)労災事故と労災保険

労災保険の加入状況は全体で 38.5%、正規型 84.6%、非正規型 14.5%であった。仕事の原因のケガや腰痛は全体で 30.8%が経験していた。内労災保険を使用したのは正規型で 30.4%、非正規型では一人もいなかった。ケガや腰痛経験者の 46.2%の人が休業を伴ったにも関わらず、賃金保障をうけたのは正規型で 57.2%、非正規型では賃金保障は全くなかった。非正規型のヘルパーは仕事の原因のケガや腰痛等で仕事を休んでも何の保障もなく、ヘルパーを取り巻く

社会補償制度の不備を感じざるを得ない。

7)仕事によるストレス判定

仕事によるストレス判定について「簡易版ストレス調査票」を使用し検討を行った。正規型ホームヘルパーでは仕事の量的負担は 9.0 と高く、仕事のコントロール(自由度・裁量権)は 7.5、「仕事の量的荷重とコントロール」について用いられている計算式によると健康リスクは 109.37 であった。しかし、「職場の支援」では上司の支援は 7.2 であったが、同僚の支援が 9.1 と高いため「職場の支援」の計算式で求められた健康リスクは 88.15 であった。職場支援が十分得られているため正規型のホームヘルパーの総合的健康リスクは 96.42 であった。

一方、非正規型では仕事の量的負荷は 7.5、仕事コントロールは 8.6、健康リスクは 95.70。職場支援では上司支援 8.0、同僚支援 8.2、健康リスクは 89.01 であり、総合的健康リスクは 85.18 であった。非正規型ということで、仕事の量的荷重は正規型に比べてコントロールは可能であるが、自宅から利用者宅へ直行直帰といった仕事の形態から正規型に比べ上司や同僚からの支援が得られにくい状況が伺える。

5. まとめ

今回の調査で以下の事がわかった。

①健康管理上の問題では、事業主責任に於ける健康診断実施の不十分であること。

また、腰痛予防や感染症対策といった労働衛生教育が不十分であり、これらについては早急な改善が必要と思われる。

②仕事の原因と思われるケガや腰痛といった疾病に罹患し、休業した場合の社会補償制度の充実が求められる。

③仕事上でのストレスを軽減するためには、職場内での支援が有効でありかつ重要である。また、ヘルパー同士が気軽に利用し交流出来る施設等も必要と思われる。

正木公子(千鳥橋病院小児科医、F・CAP-C運営委員)

日本でも、欧米諸国に遅れること20年後の1990年代になって、児童虐待が大きな社会問題となり、2000年秋には、児童虐待防止法が施行されました。子どもへの虐待を防ぐためには、従来の行政システムや、医療福祉などの単独の分野の活動では対処できないことが明らかになり、90年大阪、91年東京、95年愛知など全国各地で民間ネットワークが立ち上げられ、福岡県では95年に北九州と久留米で相次いでネットワークが結成されました。福岡市でも弁護士や小児科医の有志が連絡を取り合いネットワーク結成の準備をしていましたが行政の対応が遅く、97年8月に児童相談所や保健所、警察などの公的機関による連絡会議が開かれ、同年11月に民間ネットワークの前身である「福岡市児童虐待防止研究会」が結成されました。児童相談所、医療機関、保健所、福祉事務所などの関係機関に呼びかけ、月1回の例会で、各機関の活動の紹介や、過去の事例検討などの研究会活動を行いました。この会の中心メンバーが事務局となり、99年11月に「ふくおか・こどもの虐待防止センター略称F・CAP-C」を立ち上げました。今起こっている子どもへの虐待に対して早期に危機介入し、親と子に適切な援助を行うため、行政機関を巻き込んで運動体として活動することを当初から目指しています。

会長に福岡市小児科医会会長、連絡委員に県内6児童相談所(以下児相)所長と福岡県と市の児童家庭部長を始め、児童虐待に理解と関心のある大学の小児科と精神科の教授、子ども病院院長、保健所所長、弁護士、マスコミ関係者をお願いして、年1回の総会で活動報告と意見交換をしていま

す。日常的な活動は、運営委員が中心となって行います。運営委員は、福岡県弁護士会子どもの権利委員会の弁護士、大学、病院、保健所、開業など所属は様々ですが、小児科医と精神科医、臨床心理士、保健婦などの専門職です。厚生労働省による「子ども虐待対応の手引き」では、民間虐待防止団体との連携の重要性を掲げながら、法的権限を有していないことや、法上の守秘義務がないことが指摘されていますが、運営委員の職種上守秘義務を持っており、各委員とも自身の職場で専門職として活動しており、当面児相との連携上問題はありませんが、NPO法人化を目指しています。

ふくおか・こどもの虐待防止センターの活動を紹介します。

①研究会部会としては、広く市民に運動を広げるため、また電話相談員の研修を兼ねて、2000年度は、研修講座7回、講演会1回、クローズドの研究会4回を行い、毎回数十人から百数十人の参加者でした。今年も講演会や研究会を企画しています。各地で開催される子どもの虐待をテーマとする講演会への講師派遣も行っています。

②電話相談部会では、「こどもの虐待防止ホットラインふくおか」を運営しています。初年度は、専門職が交替で電話相談員を務めました。相談時間の延長のためもあって、一般市民から電話相談員希望者を公募し、1年間の研修の後、専門職とペアで電話相談を行うことになりました。子育てに悩む親が気軽に相談できるよう、また虐待を疑った市民に早く通報してもらうため、パンフレットやポスターを医療機関、保健所や保健センター、公民館などに配布していますが、予算不足で十分な広報活動がで

きていません。

③昨年暮れに、F・CAP-C弁護士が県内46名の弁護士により結成され、緊急介入部会（事例検討委員会を含む）を運営委員とともに担っています。F・CAP-C弁護士事例検討部会は月1回開催、弁護士に持ち込まれた事例の検討を行っています。今、虐待を受けている子どもを救出するために、法律、医療、心理、福祉の専門家として児相にスーパーバイズしたり、児相に働きかけて処遇検討会を開催したりしています。また、入院中の被虐待児を児相が一時保護する現場に立会い、親に虐待である旨を告知し、今後の援助のあり方の説明をしています。

児童相談所を中心とした公的機関とF・CAP-Cがお互いの立場を尊重しながら連携していくために、2000年春に、県内6児相と「児童虐待の援助活動に関する覚書」を交わしています。しかし、児相により子どもの虐待防止活動の水準は様々で、その結果F・CAP-Cとの連携のあり方も異なります。福岡県中央児童相談所では、97年から所外の専門家を含めた児童虐待事例検討部会を設け、特に介入時に協議を行ってきました。弁護士、小児科医、精神科医、臨床心理士の4名（内2名がF・CAP-C会員）が事例検討委員を務め、事例毎に必要な場合は、他のF・CAP-C会員に応援を依頼しています。医療機関としては①虐待の重症度を診断し、治療する②虐待であることを明記した診断書を発行して児相が介入しやすくする③委託一時保護による被虐待児の入院を引き受け、診断や治療だけでなく子どもの安全確保に協力する④入院中の子どもを親元に帰さず退院と同時に児相が一時保護するよう連携するなどの活動をしています。

虐待を受けた子どもの保護のための権限が児相に集中しているため、F・CAP-C

Cとしては児相の活動をバックアップしつつ、対応に問題のある事例については、児相に申し入れをして合同検討会を開催したり、また児童相談所の機能向上のため、職員を増員し専門職を配置することなどの陳情を市長に行ったりもしてきました。

本格的なネットワーク活動を開始したばかりで、課題は山積しています。

第一に、子どもを虐待死させないための危機介入の運動は進みつつありますが、親のケアは極めて不十分です。「親を敵視しない救済システム」「親と子の再統合のためのシステム」を作り上げるためには、精神科や心理学分野の専門家をもっと運動に巻き込む必要があります。また加害者の刑事罰や強制治療について明記されていない「サル法」である児童虐待防止法の改正に向けて（施行後3年に再検討予定）国会を動かす運動も必要です。

第二に、心身ともに傷ついた子どもたちのケアのためには、まず一時保護所や児童養護施設の設備やスタッフの充実が求められます。経済的に成り立たないこともあって専門家がきわめて少ない子ども専門の精神科医や臨床心理士の養成と、診療へ適正な報酬が求められています。

第三に、児童相談所や福祉事務所の児童福祉士やケースワーカーなど、第一線で親と子に向き合う職種の力量向上を早急に図らねばなりません。児童相談所が関わっていないながら子どもが亡くなるという痛ましい事件が報道されますが、ケースワーカーの人員不足、力量不足、児相内での協議不足に大きな原因があります。専門職を配置する、研修を充実させるなどの抜本的対策が急がれます。

A 9 学校保健と医療的ケア

杉本健郎（関西医大男山病院小児科）

1. 目的および方法：演者が平成8年から取り組んできた厚生省研究班「学童期療育のありかた」での研究成果をまとめて提言します。

2. 「医療的ケア」をどうとらえるか。

学校内での「医療的ケア」行為は、在宅医療の責任体系とは異なり、国の義務教育内での公的責任が明確です。学校での「医療的ケア」の問題は、国・文部科学省が重度重複脳障害児の教育にいかに関与をもちかという立場から考えねばなりません。さらに突き詰めると、重度児への教育の中身そのものが問われているといえます。明治時代から討論された「学校保健体制」をいかに充実させるかという立場で、現状にあった体制にリメイクすることが、今問われています。

在宅医療での重度児へのケアは、どこまでが医行為で、どこからが生活行為なのかという討論は、保護者がケアの主体者である限り、あえて問われることはありません。主治医の治療方針を保護者が「納得」した時点から在宅医療が始まります。訪問看護の看護婦であっても、緊急時でない限り、医師の指示をこえる行為をすることはできません。しかし、保護者の行う行為であるから保護者に責任があると考えられがちですが、基本的には主治医に指示責任があります。

在宅医療での公的責任はあまり討論されず、日本では歴史的に曖昧に推移してきました。今後もさらに、個人責任（保護者負担・受益者負担）の傾向が強くなります。地域医療・在宅医療にも学校と同様の公的責任が存在しています。在宅医療の指示責任は医師ですが、医行為を

も包括した在宅での障害児のよりよい環境作りには、行政の公的責任が問われるべきです。障害者の自己決定に基づいて障害者（含老人）自身がいかにハッピーに生きるか、その環境作りを誰が責任をもって整えるべきなのかが問われています。専門職の役割分担の線引きをすることだけが「公的責任」であってはなりません。本来、障害児への豊かな環境作りは、文部科学省、厚生労働省と国の担当省庁が異なっても、障害児にとっては学校も家庭も同次元のものであり、公的責任が明確に問われるものです。

学校での「医療的ケア」の討論は、法律的に誰が行うのが適切か、という矮小化した討論になりがちです。「医療的ケア」の問題は、障害児教育とは何か、学校保健体制、地域医療・保健体制、ひいては国の障害児・者医療福祉政策としてのノーマライゼーション思想を実現することを問いかけています。なによりも討論の中心にいる一人ひとりの児童・生徒が、障害をもっていても「ハッピーに生きる」、「発達する」、「学ぶ」権利を保障する視点をはずさないよう討論しなければなりません。

3. 結論：「医療的ケア」の具体的な取り組み：誰が、どこまで担当するか。

(1) 校医は専門医であること。在学児童・生徒の病態が理解でき、ケアの中身が理解でき、指導出来ること。そして、ケアが妥当であるかも評価できる専門医が望ましい。主治医が指示したケアが校内で可能かも判断できなければならない。校内キーパーソンの養護教諭の指導ができ、校内の疑問にすぐ対応できる医師が

望ましい。校医赴任については、地元医師会の理解のもと、日本小児科学会や日本小児神経学会の協力を得る。なお、校医に専門医が当たれない時は、専門の指導医巡回が必要である。

(2) 養護教諭は看護婦免許が必要である。現在の医師法、保助看法下では、重度重複児の医療的ケアは看護婦免許が必要である。さらに、臨床経験と臨床実習が必須である。特に重度認定クラスの多い学校では、養護教諭の増員が必要である。養護教諭は、中心静脈栄養の管理、気管切開部の管理とカニューレ内の吸引、坐薬挿入や抗てんかん薬の投与、挿入が容易な児の鼻腔チューブの挿入、導尿を実施する。それには適宜、主治医と校医の指導が必要である。校医の指導下で担任教師への校内実地研修を担当する。ケアは出来る限り、保健室ではなく、教育現場である教室で行う。

(3) 担任教師は、児童・生徒との特定関係下で「軽微な3項目」を教室内で実施する。3項目とは、口腔内吸引、鼻腔チューブ栄養、導尿介助を指す。胃瘻への注入も研修後は問題なく実施できる。むしろ、ゼロゼロの強い児や嚥下が不得手な児の経口からの給食は、養護教諭、校医の指導が必須である。

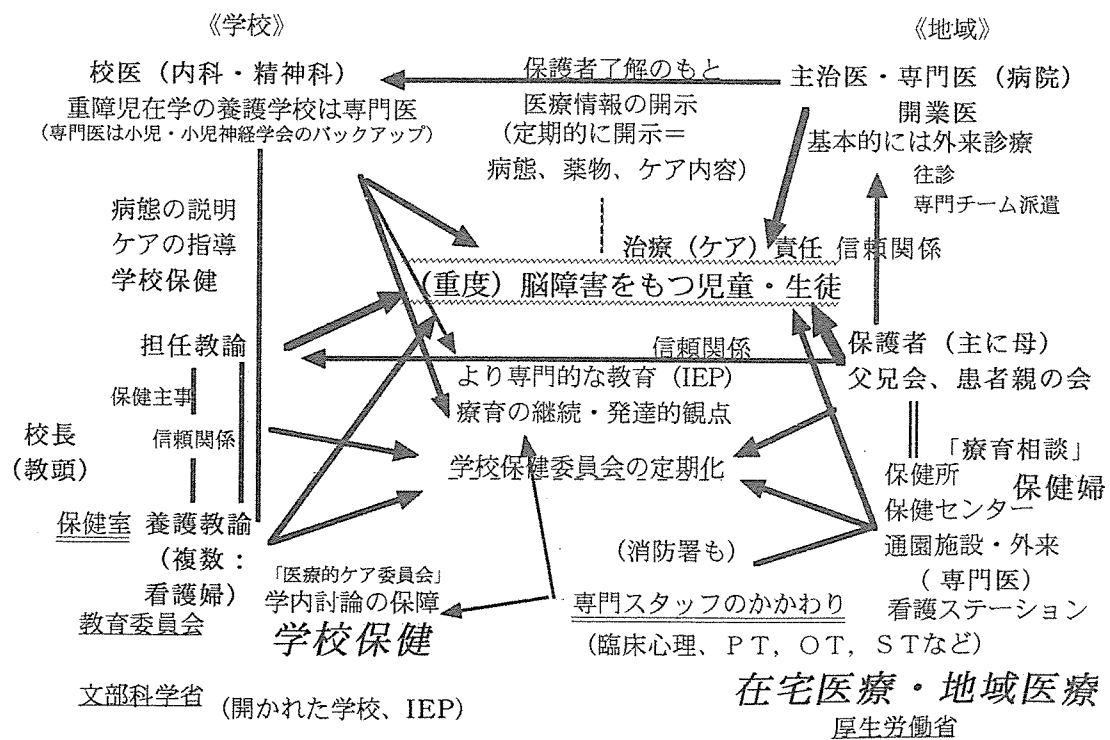
4. 付図 (下記)

演者がこれまで考えてきた学齢期に達した重度脳障害児を学校・地域でサポートしていくための連携図である。

ご意見・ご批判をお願いします。

HP : <http://web.kamogawa.ne.jp/~sugimoto/>

脳障害児への学校と地域でのサポート連携図



A10 スクールカウンセラー等で5年間高校現場に関わってきて

…面談や講話の感想からの最近の生徒の傾向とその関わりについて…

長崎大学公衆衛生学教室 永田耕司

【はじめに】いじめや不登校の問題など学校現場での心の問題に対応するために、学校におけるカウンセリング等の機能の充実を図る目的で、文部省が平成7年度から「スクールカウンセラー活用調査研究委託事業」が開始された。平成平成8年度：全国で小学校97校、中学校337校、高等学校119校（計553校）をはじめ、年々増加し平成12年まで事業が続けられた。平成13年度からは中学校を中心に展開されている。これまで、スクールカウンセラーとして高校現場に入り、6年目となる。スクールカウンセラー以外での対応も加えて、主に高校生中心に延べ300名近くの生徒やふけいと面談してきた。これまでの面談事例や講話の感想をもとに最近の生徒の傾向とその関わりについて検討を行った。

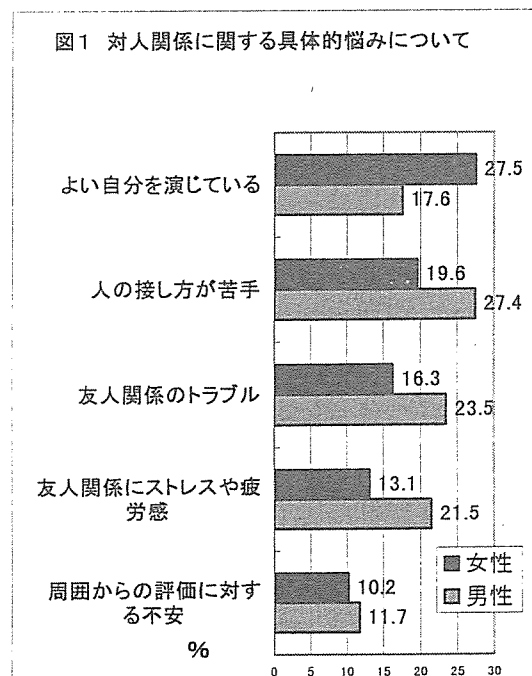
【対象と方法】スクールカウンセラーの業務は1)生徒へのカウンセリング・訪問相談 2)生徒を支援していくため教職員及び保護者との連携 3)教職員のカウンセリングに対する理解の向上とカウンセリング・マインドの修得等である。原則として週8時間勤務で期間は2年間である。これまでA高校（普通科、分校）、B高校（商業科）、現在はC高校（単位制、夜間部・通信制併設）に関わっている。

生徒への講話の感想分析は平成12年10月から12月の人権週間にあわせて行った公立A高校 昼間部64名、通信制35名、公立D高校 普通科37名、私立女子E高校 商業科127名（計262名、うち男子生徒

51名）を対象に行った。各校で行われた『人間関係づくり』に関する講話に寄せられた感想、意見をもとに、KJ法によるカテゴリー分類を行った。講話の内容は、これまでの相談事例をもとに話を行った。（50分から2時間程度）

【結果】これまで年間延べ80-150件の相談があった。A、B高は担任やカウンセラー担当教諭、養護教諭、担任、女子生徒、1年生からの相談が多かった。C高は自主来談（特に通信制）、ふけい、カウンセラー担当教諭からの相談が多かった。女子生徒はクラスの人間関係（グループ内、間）での悩みが最も多かった。身体症状としては、「だるさ」「腹痛」「頭痛」が多かった。男子生徒の自主来談は通信制以外は少なかった。症状は「イライラする」「人とうまくつきあえない」等が多かった。ふけい・カウンセラー担当教諭からの相談は不登校が多かった。講話の感想は女子はいい自分を演じてしまっていることに悩んでいるという意見が多かった。男子は人との接し方が苦手と答える割合が高かった。（図1）

図1 対人関係に関する具体的悩みについて



対応はカウンセリングだけでなく以下のようなことも行い、必要性が示唆された。

1) 担任・両親・友人へのはたらきかけ、
2) 訪問、3) ミーティングへの参加、4) リズム障害へのメラトニン等の紹介、5) 他機関との連携、6) フォーマルでない場(第3の場所)での関わり、7) メールや電話相談、8) スタッフとの学習会等々

【考察】多くの生徒が対人関係で悩んでいることが判明した。またいろんな困難やストレスを乗り越えていく力がついていないと感じた。また不登校生徒や退学する生徒も多く、今後は学校やカウンセラーだけの対応だけでは限界があり、より学校と社会との連携が必要であると考えられた。

【生徒の感想】(一部)・自分は嫌われないように自分を演じていたのかもしれない。ありのままの自分を出せる勇気をもとうと思った。・今まで自分が感じてきたことや悩んでいることを他の人も私と同じように体験しているんだと思うと少し気が楽になった。いろんな経験をした方がいいと身近な人に言われてきたけど、ツライものはツライと少し反発するようなどこもあった。人はそれぞれだから、今の自分も自分と受け入れられるような気がした。・私は友達をつくるのが苦手です。友達をつくるにはどうしたらよいかわかりません。でも、そのことを人に聞くと「話し掛けたり、自分から中に入っていけばいいんだよ」とか返ってくる。けど私の場合話し掛けることすら満足にできません。・聞いて少し楽になったように思う。今までは人に合わせようとしていたけど、それに疲れてイライラしたときもあった。今度からは無理にあわせたりとかしないでみよーと思った。・自分だけがかわいそうと思っている自分が嫌になってきた。・今まで、私も弱みやコンプレックスを隠して平然とすることが自分にとっての強さだと思っていたけど、心から相談できたり、本音をぶつけたりできることが強いことだと思った。・友人との付き合いのトラブルは結局は自分で考えて、自分を変えようとしなければどうにもならないと思う。

相手を責めて、自分は悪くないと思っていたら、いくら人に相談しても、解決できないと思う。やっぱり、いつでも自分を見直すことでなければいけないと思う。自分のことをかばってばかりじゃ、心は成長しないと思う。・いじめを止めようとした人のよなものを聞きましたが、止めようとするのは無理だと思います。あと手首を切ってしまう女の人ですが、私も同じようなことで悩みましたが、ある人の言葉で「人間が生まれたきた理由はない」というのを聞いて少しはわかったような気がします。先生はどうですか？私は友人がとても少ないので「人のつき合い方」をよく考えたことがあります。それにつきあっても、学校が終わったりすると別れる友人も多く、人のつき合い方は私には必要ないのかもしれない。・今僕には本当の意味での「信じる」人、「信じれる」人はいない。もし、これを破る人が現れるなら僕はその人にすぎるだろう。しかし、それを実行して、その人が、その人がそれでも僕の近くにいたことは、今までに一度もない。・私は既に人とのつき合い方というものは決まっています。どういうものかという「何を言われても気にせず、適当に答えて、できる限り自分からは話さず、人の悪口には参加しない」ということです。なぜこの方法を使っているかという、これなら人に関わらなくてもすむからです。人に関わると面倒ばかり増えるから嫌です。・つらいことがない人にはやさしくなれないと思います。いろいろな仕事があつて悩んで、だから人に優しくなれると思いました。楽しく過ごすのも大切だけど、幸せすぎたら何ごとでも簡単に考えてしまい、思いやりを忘れてしまうと思います。人間つらいことも必要だと思います。・人の身体の傷はかさぶたがとれると元に戻りますが、人の心の傷は一生消えることはないけれど、・悩む人はよけいなことまで悩みすぎ。もっと楽に何でもやればよいのになあつて前に中学の先生の言ったら、お前はもっと悩めといわれた。私はその先生が大嫌いだ。正直言って今日の話を聞いてねむくなった、とゆーか教頭が寝ていたのが面白かった。等々

A11 業務起因性自殺——いわゆる過労自殺——

28事例の精神医学的検討；メンタルヘルス支援への提言

天笠 崇（みさと協立病院）、遠山照彦（京都民医連中央病院）、蟻塚亮二（藤代健生病院）、南雲與志郎（林病院）、中澤正夫（代々木病院）

1. 目的

業務起因性自殺——いわゆる「過労自殺」（川人）——が増加し、社会問題化している。労災申請や訴訟の途上で、精神科医意見を求められてきた。その際、精神科医は、被災者本人の生前の情報を可能な限り収集・総合し、後方視的に自殺に至る被災者の精神心理状態を専門的に判断する。これを「心理学的剖検」と呼ぶ。この心理学的剖検事例が集積され、都合23事例に上った。本研究の目的は、我々のところに集積された心理学的剖検23事例に、詳細が公表されている5事例を加えた28事例について、精神医学的に検討を加え、今後のメンタルヘルス支援への提言を試みることである。

2. 研究方法

我々が携わった心理学的剖検事例23事例と、「激増する過労自殺」（皓星社、2000）収録の4事例とマスコミ向けに弁護士が声明を出した1事例を連結して28事例とした。この28事例について、性別・年齢・死亡年・遺書の有無・自殺手段・婚姻の状況・職場・職位・ストレス状況・死亡時推定診断・認定状況などを調査した。その上で次の2点を検討した。1）自殺に至る身体・心理・精神症状について共通するプロセスを抽出。2）死亡時推定診断に先立つストレス因（業務起因）の抽出と類型化。

3. 結果（表・図）

28事例の概要：女性は2例のみで圧倒的に男性。20代若年労働者10名。死亡年は

1984～2000年。遺書は17例で無かった。自殺手段は縊首が多く、いずれも致死的な方法。独身でも交際中か婚姻中だった。職種は、公務員・教諭・大手会社製造およびサービスなど多彩。役職は中間管理職が多かった。死亡時推定診断は、25例がうつ病だった。1）業務起因性自殺に至るプロセス：図示した。2）類型化：ストレス因を「環境」（転勤・配置転換・劣悪な職場環境が先立つ）、「過労」（長時間労働、過密労働、責任の重い仕事などが先立つ）、「イベント」（発症や自殺のきっかけに明確な生活上の出来事を認める）の3軸に分け、それらの組み合わせで6類型とした（表中に記載）。I：環境＋過労、II：過労、III：環境＋過労＋イベント、IV：環境＋イベント、V：過労＋イベント、VI：イベント

4. 考察：メンタルヘルス（以下MH）支援への提言

産業医教育でMHの強化が必要である。職場の安全衛生委員会等でMHに意識的な取り組みが必要である。

- (ア) 環境へのアプローチ：快適職場作りの実践、上司や関係者（父兄や地域近隣含む）のサポート体制の強化、労働者いじめの払拭が必要。
- (イ) 過労労働へのアプローチ：労基法遵守（労基署の監督指導強化含む）、休息の諸相をタイミングよく挿入、労組活動に期待。
- (ウ) 疲労への気づきを高め対処法を習得する労働者教育が必要である。
- (エ) 身体科受診で「異常（所見）なし」

は精神科を考慮：身体科医へのMH啓発が必要。かかりやすい精神科（心療内科）への環境整備。

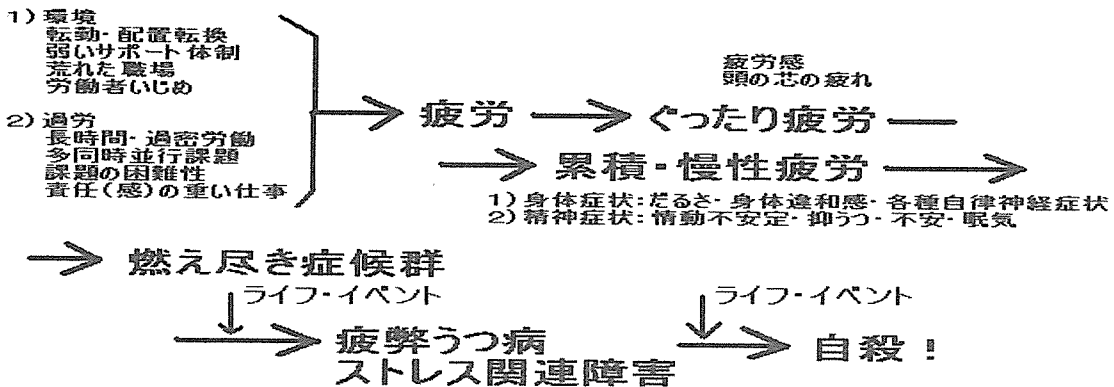
(オ) 自殺のサインへの気づきを高める：自殺予防プログラムの開発と実践が望まれる。

北米でアルコール依存症に対して発達してきたEAP（Employee Assistance Program）をわが国にふさわしく改変導入する。

5. 結論

業務起因性自殺28事例を精神医学的に検討し、自殺に至る共通プロセスを抽出した。精神疾患発症および自殺に先立つストレス因を環境・過労・イベントに3大別し、それらの組み合わせから6類型に分けた。考察で、メンタルヘルス支援に向けた提言を述べた。

過労自殺のプロセス



表：業務起因性自殺28事例の概要

事例	性別	年齢	死亡年	遺書	手段	婚姻	職場	役職	認定状況	推定診断	類型
事例1	男	42	1995	メモ	投身	既婚	町役場	係長	公務外	うつ病	II
事例2	男	28	1997	日記	縊死	独身	市役所	係員	審査中	PTSD→うつ病	VI
事例3	男	28	1997	レポート	ガス	独身	大手製造	主任	係争中	うつ病	III
事例4	男	26	1988	なし	縊死	独身	高校	教諭	係争中	うつ病	VI
事例5	男	29	2000	遺書	縊死	独身	大手企業	営業職	—	うつ病	V
事例6	男	44	1992	ノート	縊死	既婚	都市設計	主任	認定	うつ病	III
事例7	男	53	1998	なし	ガス	既婚	大手企業	部長	係争中	うつ病	VI
事例8	男	24	1995	なし	縊死	独身	食品会社	責任者	勝訴・認定	うつ病	III
事例9	男	46	1996	なし	縊死	既婚	研究開発	責任者	係争中	うつ病	V
事例10	男	41	1991	なし	投身	既婚	大手製造	掛長	勝訴・認定	うつ病	II
事例11	女	41	1996	あり	縊死	既婚	小学校	教諭	係争中	うつ病	V
事例12	男	30	1983	あり	縊死	既婚	小学校	教諭	勝訴	うつ病	III
事例13	男	31	1998	あり	縊死	既婚	製造総務	人事・労務	審査中	適応障害→うつ病	I
事例14	男	54	1997	なし	縊死	既婚	建設会社	現場監督	審査中	うつ病	V
事例15	男	35	1988	なし	投身	既婚	自動車	係長	係争中	うつ病	V
事例16	男	46	1993	あり	溺死	既婚	造船工場	主任	認定・係争	うつ病	II
事例17	男	49	1996	なし	投身	既婚	店舗販売	営業員	認定・係争	うつ病	V
事例18	男	41	1999	メモ	投身	既婚	レストラン	料理長	認定	うつ病	V
事例19	男	31	1985	なし	縊死	既婚	製造会社	班長	勝訴	うつ病	III
事例20	男	45	1996	なし	縊死	既婚	建設会社	所長	認定	うつ病	III
事例21	男	26	1997	なし	縊死	独身	プログラム開発	プログラマー	認定・和解	うつ病	I
事例22	男	35	1998	なし	縊死	既婚	水道工事	支店長代理	認定・係争	うつ病	V
事例23	男	30	1997	なし	縊死	独身	製造会社	課員	係争中	うつ病	I
事例24*	男	24	1991	なし	縊死	独身	広告代理	入社2年目	認定・勝訴	うつ病	V
事例25*	男	25	1984	なし	投身	独身	製鋼会社	技術指導員	勝訴	短期反応性精神障害or反応性うつ病	IV
事例26*	男	28	1988	なし	投身		建設会社	技術開発部	認定	うつ病	I
事例27*	女	21	1992	あり	縊死	独身	無認可保育園	保母(主任)	勝訴	ストレス関連障害	III
事例28*	男	43	1998	なし	投身	既婚	球団	スカウト	認定	重度ストレス反応	VI

* は他者の報告、「激増する過労自殺」および弁護士声明文(マスコミ各社向け)

A12 コホート生命表による自殺の年代別比較

渡辺智之、大森正子、宮尾 克、大沢功、佐藤祐造（名古屋大学）、
長谷川敏彦（国立医療・病院管理研究所）

はじめに

我が国の平均寿命は1984年以降、世界第一位となり、現在もなお非常に高い水準を維持している。一方、自殺による死亡は近年、増加傾向にあり、平成11年では3万1413人に達している。このような現状において、年代ごとの自殺が与える影響について分析を行うために、今回、コホート(世代)生命表を用いて、自殺による死亡を除去した場合の各年代に与える影響を比較検討した。

方法

コホート生命表を用いて、1900年～1904年 出生コホート(同時出生集団)から1960年～1964年 出生コホートまでの13集団の生存数の変化を検討した。

1. 特定死因を除去した場合の生命表死亡率

ある死因が克服された場合、 x 歳でその死因によって死亡していた者は、 x 歳以後に他の死因で死亡することになる。その結果、死亡時期が遅れることになり、死亡率が低下し、生存数は増加する。これにより、各死因がどの程度生存数に影響しているかを測ることができる。今回、死因 i を除去したときの5歳階級生命表死亡率 ${}_5q_x^{(-i)}$ の計算方法として Jordan の方法を用いた。

$${}_nq_x^{(-i)} = 1 - (1 - {}_nq_x)^{1 - r_x^i}$$

但し、 $r_x^i = {}_nD_x^i / {}_nD_x$ (${}_nD_x$: 年齢階級 $(x, x+n-1)$ における全死亡数、 ${}_nD_x^i$: 年齢階級 $(x, x+n-1)$ における死因 i による死亡数)。なお、全死亡数、自殺による死亡数は人口動態統計を用いた。

2. コホート(世代)生命表

コホート生命表とは、ある出生コホートについて加齢とともに生存数が減少した場合、その生存と死亡の秩序を年齢を追って表したものである。コホート生命表の作成には、まず1895年か

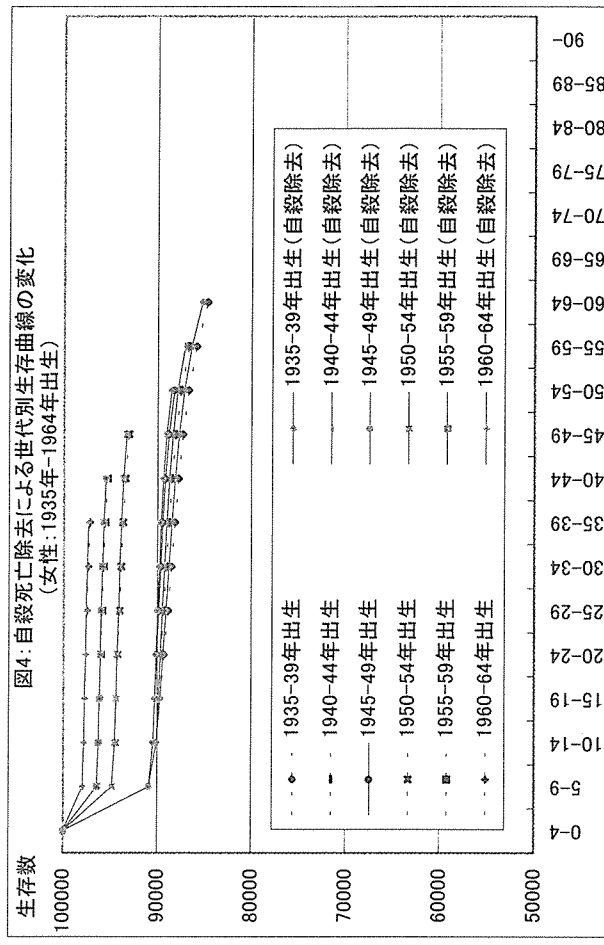
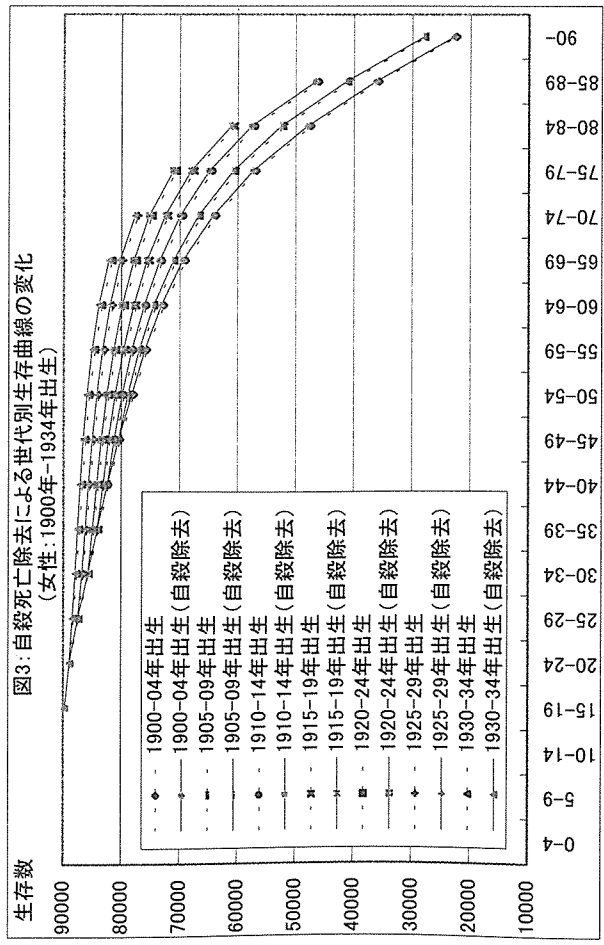
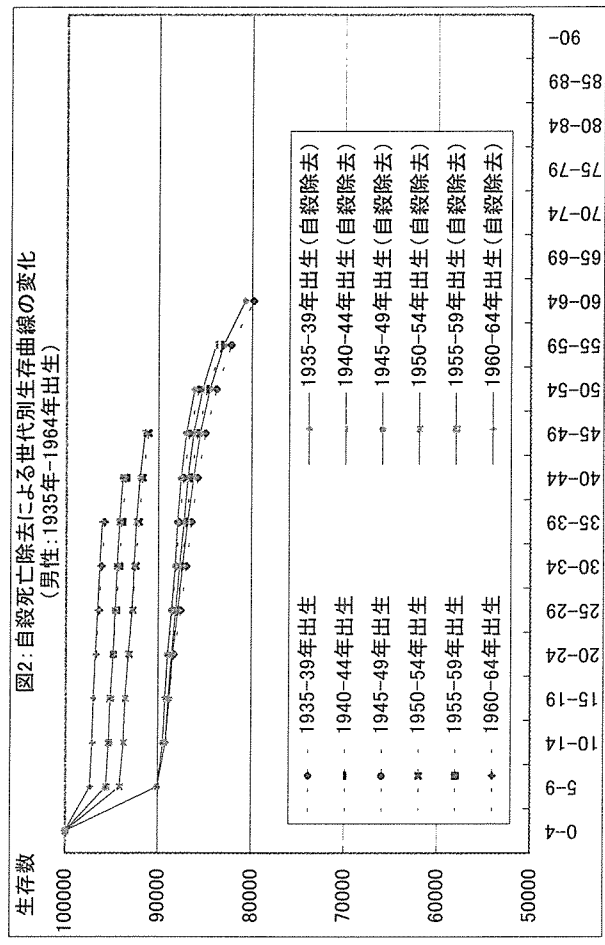
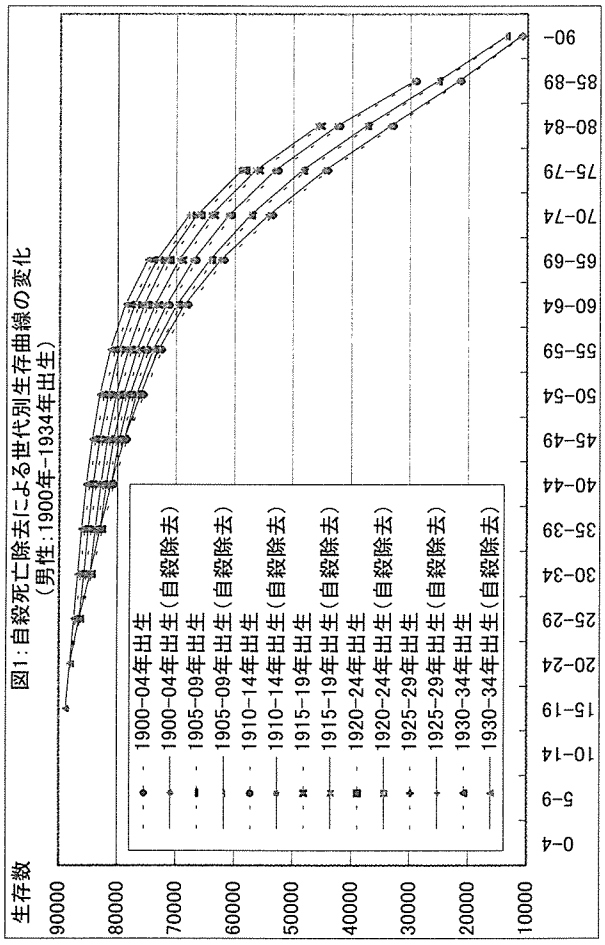
ら1995年までの期間生命表(通常用いられる生命表)の5歳階級死亡率 ${}_5q_x$ を要素とするマトリックスを考える。1895年から1995年までの年齢0歳から90歳までの一連の ${}_5q_x$ を順に並べたマトリックスに対し、左斜め上から右斜め下へと縦断的に ${}_5q_x$ を捉えていき、これをコホート生命表の死亡率として考えれば生存数を導き出すことができる。同様に、自殺死亡を除去した生命表死亡率 ${}_5q_x^{(-\text{自殺})}$ を用いれば、自殺を除去した場合の世代別生存数が算出できる。

結果・考察

図1～4には自殺死亡を除去した場合、しない場合の生存曲線を出生年代別に示した。男性について見ると、1934年以前の出生コホートは、自殺死亡のピークである1958年、1983年および近年において青年または中高年期であり、この自殺死亡のピーク時を数多く経験している。したがって、他の世代と比べると自殺死亡除去による生存数の増加は大きくなっている。特に1930年～1935年 出生コホートは最も大きな生存数の増加がみられる。女性については男性ほどの増加はみられなかった。近年における自殺による死亡の急激な増加は、団塊の世代が自殺好発年齢に達したことが考えられる。よって、今後、この世代が自殺死亡によって受ける影響を検討する必要がある。

結論

中高年において自殺死亡のピーク時を多く経験している世代ほど生存数に大きく影響を受けている。近年まれにみる自殺死亡の増加により、この影響は大きくなると考えられる。今後、さらに追跡を行い、特に団塊の世代が自殺の多い年齢に達した近年における影響を検討する必要がある。



A13 乳癌患者のメンタルヘルスサポートシステムとしての患者の会、グループセラピーについて

小川尚洋(下関市立中央病院外科)、吉田順一(同左)、篠原正博(同左)
住友健三(同左)、松尾憲一(同左)

「緒言」

乳癌治療においては、ほとんどすべての患者に正確なインフォームドコンセントがなされているが、ほとんどの医療機関では病名や再発の告知を受けた患者に対する精神的サポートシステムは不十分であるのが現状である。

「方法」

当院では 1999 年 12 月に乳癌患者の会「フォワード」を設立し、2ヶ月に1度主治医と患者が集まり、乳癌治療や食生活、健康食品、患者の体験談などについて語り合っている。現在、会員数は約 50 名、会の参加者は家族、病院職員も含め約 90 名。患者の会の利点は、1. 主治医と患者互いの関係が深まる。2. 患者の治療についての理解、積極性の向上。3. 主治医が患者の悩みを十分に聞くことにより、より繊細な精神的サポートが可能となる。4. 効果が疑わしい健康食品に頼らなくなる(健康食品が精神的支えとなっている患者もいることもあり、健康食品を全く否定している訳ではない)。5. 患者同志が支えあえる。などがあげら

れる。欠点としては、1. 患者のプライバシーが侵害される可能性。2. 医師の患者に対する守秘義務が厳守されない可能性。3. 患者が再発の危険性や生命予後について詳細に知ることにより不安になる。4. 違う病期の患者間の問題。などがあげられる。しかしながら、乳癌の場合、化学療法、抗ホルモン療法、放射線療法などの治療の奏効率や他の癌腫に比べると高く、病気についてよく知り、ストレスを発散できた患者ほど長生きできるというデータがあるように、患者の会は治療成績の向上にも貢献する可能性が考えられる。また、当院では乳癌で再発した患者4、5名と、2週に1度会合を開き、何でもよいから話しをするといった Group Therapy もおこなっている。この治療法では、患者のうつ状態の改善により食欲が増進し、抗癌剤の副作用の軽減、免疫システムの賦活化などが期待される。

「結語」

患者の会は、患者に対する精神的サポートとともに治療成績の向上においても有用と考えられた。

A14 介護保険制度開始前後における居宅サービス利用状況の比較

山田 智（医療法人 親仁会 みさき病院）

【はじめに】

2000年4月より介護保険制度が施行され、各種のサービス事業の利用状況について報告が多数なされている。しかし介護保険実施前と比較しての報告は少ない。そこで今回我々は、介護保険実施前後の居宅サービス利用状況の比較調査を行ったので報告する。

【調査対象】

2000年3月および、4月から6月までのいずれかの月に在宅サービスを利用し、親仁会でケアプランを作成した利用者315名を集約し集計分析しました。内訳は、男性96名、女性219名になり、女性が男性の2倍以上になりました。

保険者別では、大牟田市216名(68.6%)、荒尾市44名(14.0%)、南関町48名(15.2%)であり、その他の広域保険者に属する方は7名でした。

【調査方法】

利用者の性別、住所(保険者別)、介護度、家族構成、介護状況、寝たきり度、痴呆度、介護保険以外で希望するサービス、課税の有無を基本調査とし、サービス比較調査と訪問介護、訪問看護、訪問入浴、訪問リハビリ、通所介護、通所リハビリ、短期入所の各サービスの回数(訪問介護と訪問看護については、時間についても記載)と自己負担額を調査し、保険外負担とサービス利用額の記載を行ない、集計分析する手法を取り入れました。尚、それ以外に個別の深刻事例については介護保険実施前後(週間および月間)のサービス内容の比較調査を行ないました。

【結果及び考察】

介護保険制度の実施により、それまでに

訪問介護や訪問看護などの介護サービス体制が不十分であった南関町や荒尾市では、民間の事業者がサービスを開始し、それまでは利用困難であったサービスを利用できるようになりました。また、有償のヘルパーを利用されていた方々も介護保険制度になり、かなり負担が軽減するようになりました。

しかし、これまでの調査の集計結果では、圧倒的に多くの利用者が、介護保険制度の実施前のサービス利用を減らしている事が判明しました。南関町や荒尾市では、先に述べましたようにサービス事業の新たな開始により、全体的に回数が増加しておりますが、単純利用回数比較では、大牟田市だけで見ると10%以上減らしています。自己負担は全体で約2.6倍になり、8370円も増加しています。とりわけ訪問看護や訪問介護では、措置制度などにより介護保険実施前は負担の少ない利用者が大半であったために、大幅に増加しています。それに加えて、支給限度額により、とくに介護を要する利用者のサービスが著しく制限されている実態も明らかになりました。これらの大半は、大幅に自己負担が増えるにもかかわらず、サービスを維持しなければ、在宅生活そのものが成り立たない独居や高齢夫婦等でした。

この調査を通して、介護保険制度になり、サービス利用の状況がどのように変化したのか、どのような層の人々に深刻な問題が発生してきたのかが明らかになりました。特に痴呆を有する独居者で巡回型の介護が必要な高齢者ではケアプランの限度額では不十分なサービスとなり在宅生活を支えられないことが明らかになっています

この調査は介護保険制度が実施された直後の3ヶ月についての調査でした。この後10月からの保険料半額徴収やその後の全額徴収へとさらに負担が増加していく中で、利用者のサービス抑制の動きが加速されるものと推察されます。

4月からの3ヶ月間は、制度が導入された直後であり、利用料など自己負担が増えるにもかかわらず導入以前のサービスの維持確保を期待してサービスを利用してきた方々が多いと思われます。3ヶ月間の経過の中で「このままでは貯金を使い果たす」という利用者の悲鳴も聞きました。

【おわりに】

この調査を通して、介護保険制度の大きな問題点が明らかになったと思います。

加えて今年10月からは保険料の全額徴収はじまりますが、非課税世帯の高齢者の生活に深刻な影響が出ることが予想されます。このままの制度では、サービスを制限させられ、介護を受ける高齢者はもちろん、介護者の負担も増加し、健康破壊の広がりが心配されます。

介護を必要としているすべての人々の役に立つ介護保険制度に変えていきましょう。

A15 広島県市町村保健婦の高齢者医療費削減に向けた取り組みと他団体との連携

波川京子（広島県立保健福祉大学）

【目的】高齢者の医療費は総医療費の3分の1を占めている。高齢者の医療を減らす目的の1つに介護保険があるが、移し替えも予定通り進んでいない。介護保険も国民健康保険も保険者は市区町村であり、市町村保健婦には健康な高齢者を増やす方向での、高齢者医療費削減が求められている。

そこで、①市町村の保健婦が高齢者医療費削減に向けてどんな取り組みをしているか、さらに保健婦だけでは困難が予測されることから、②他団体と連携している事業は何か、③これから連携する事業として期待しているものを何かを明らかにする。

【方法】広島県内86市町村（13市67町6村）の保健婦を対象に、2000年12月から2001年1月に郵送式調査を行った。回答は1市町村1回答とし、11市40町3村の計53市町村からの回答をえ、回収率は61.6%であった。

調査項目は高齢者医療費削減に向けた、①多受診者訪問、②健康教育の増加、③たまり場づくり、④移送サービス、⑤配食サービス、⑥リハビリの回数や会場増加などである。また、保健婦活動を補完する他団体との連携については、①連携している事業と他団体、②連携を期待している事業と他団体などである。

【結果】1) 高齢者医療費削減の取り組み（表1）

①保健婦が多受診者訪問実施は29カ所、希望は12カ所、その他5カ所、なし9カ所であった。②健康教育を増加したのは26カ所、希望は18カ所、その他3カ所、なしは11カ所あった。③たまり場づくりの

実施は12カ所、希望は21カ所、その他は32カ所であった。④移送サービスはその他が34カ所、なし19カ所であり、⑤配食サービスはその他29カ所、希望1カ所、なし23カ所であり実施はなかった。⑥リハビリの回数や会場を増加しているのは21カ所、希望は14カ所、その他は4カ所なしは17カ所であった。

高齢者医療費削減への地理的影響を見るために、市町村を中山間地指定の有無で大分類し、次に沿岸部・内陸部・島嶼部・山間部の4つに分類した。（広島県における中山間地指定市町村とは、へき地・過疎指定を受けている市町村で、中山間地未指定市町村はそれ以外の市町村をいう。内陸部と山間部の境界は、中国自動車道から北を山間部とした。）

多受診者訪問の取り組みは指定市町村の島嶼部に多い。健康教育の実施増加は未指定市町村に多く、指定市町村は希望が多い。たまり場づくりの実施・希望は指定市町村の内陸部・島嶼部・山間部に多い。移送サービスと配食サービスはどことも保健婦以外での実施を望んでいる。未指定市町村はリハビリの回数と会場を増加させている。

島嶼部を除く未指定市町村の高齢化率の平均は13.7%であったのに対し、指定市町村の沿岸部は18.9%、内陸部26.2%、島嶼部29.4%、山間部29.5%と高くなっていた。

2) 他団体と連携している事業（表2）

高齢者関連事業で連携している他団体は民生委員・食生活改善協議会・社会福祉協議会など既存の団体と、公民館などの施設、

ボランティアグループであった。連携している事業は新しい介護保険関係と従来からの健康づくり事業であった。

3) 保健婦が連携を期待している事業と他団体(表3)

連携を期待している事業と団体は、民生委員等の既存の団体よりもボランティアグループとであった。

【考察】高齢者医療費削減に向けた取り組みは多受診者訪問と健康教育の増加、リハビリ回数と会場数の増加で実施されている。たまり場づくりは未指定市町村と指定市町村の沿岸部は保健婦以外での実施を希

望しているが、指定市町村の内陸部・島嶼部・山間部では保健婦がしているか、希望している。移送サービスと配食サービスを保健婦が実施する方向にはなく、保健婦は保健の専門的な事業を施行している。

連携の団体は、介護保険に関連する新規事業の介護予防・生活支援事業が多くなっている。連携相手は既存の団体からボランティアとの連携に動いているといえる。

【結論】未指定市町村に比べ指定市町村は高齢化率が高く、必然的に高齢者医療費は高騰する。高齢化率の高い中間地指定の島嶼部や山間部の保健婦には、元気な高齢者づくりが求められている。保健婦活動を補完するマンパワーは既存の団体から自主的なボランティア団体に移行している。

表1 高齢者医療費削減に向けた取り組み

地理区分	高齢者医療費削減の取り組み						1995年高齢化率(%)
	多受診者訪問	健康教育の増加	たまり場づくり	移送サービス	配食サービス	リハビリ回数増加	
中山間地沿岸部6	なし	実施	希望・他	他	他	実施	8.4
未指定17	なし	実施	他	他	他	実施	18.4
内訳	なし	実施	他	他	他	実施	12.1
沿岸部8	なし	実施	希望	他	他	実施	17.5
内陸部7	なし	実施	他	他	他	実施	17.0
島嶼部2	なし	実施	希望	他	他	実施	13.9
内陸部4	希望	実施	他	他	他	なし	9.9
回答数11	なし	実施	実施	他	他	なし	12.9
	なし	実施	実施	他	他	なし	11.4
	なし	実施	希望	他	他	なし	15.2
島嶼部1	希望	希望	他	他	他	実施	24.3
中山間地沿岸部4	他	実施	他	他	他	実施	19.0
指定89	なし	実施	希望	他	他	なし	20.1
内訳	なし	実施	他	他	他	実施	17.9
沿岸部6	希望	希望	他	他	他	なし	18.7
内陸部2	なし	実施	他	他	他	希望	18.8
内陸部1	なし	実施	他	他	他	希望	18.5
島嶼部18	希望	実施	他	他	他	実施	29.8
山間部20	希望	なし	希望	他	他	実施	27.5
回答数42	希望	希望	他	他	他	希望	28.1
	実施	なし	希望	他	他	なし	32.0
	実施	実施	希望	他	他	なし	25.0
	実施	希望	他	他	他	希望	37.7
	実施	希望	希望	他	他	希望	35.5
	実施	実施	他	他	他	なし	32.2
	実施	実施	他	他	他	実施	27.9
	希望	実施	他	他	他	希望	28.9
	実施	実施	希望	他	他	実施	30.0
	実施	実施	希望	他	他	希望	18.9
	実施	実施	希望	他	他	希望	28.2
	実施	実施	希望	他	他	希望	33.6
島嶼部1	実施	実施	希望	他	他	実施	23.7
	実施	他	希望	他	他	なし	21.6
	希望	希望	他	他	他	実施	28.7
	希望	希望	他	他	他	なし	25.8
	希望	希望	他	他	他	なし	28.6
	希望	希望	他	他	他	なし	19.5
	希望	希望	他	他	他	なし	28.7
	希望	希望	他	他	他	なし	25.0
	希望	希望	他	他	他	希望	38.1
	希望	希望	他	他	他	希望	38.8
	希望	希望	他	他	他	希望	39.2
	希望	希望	他	他	他	希望	30.5
	希望	希望	他	他	他	希望	37.1
山間部9	他	希望	希望	他	他	実施	21.4
	なし	実施	希望	他	他	なし	35.3
	実施	希望	希望	他	他	なし	31.2
	なし	希望	希望	他	他	なし	30.4
	希望	希望	希望	他	他	希望	34.3
	希望	希望	希望	他	他	希望	28.3
	希望	希望	希望	他	他	希望	25.1
	希望	希望	希望	他	他	希望	31.2
	希望	希望	希望	他	他	希望	28.0

実施 保健婦がしている 希望 やりたいと思っている 他 保健婦以外でほしい

表2 他団体と連携している事業 N=52

事業	民生委員・児童委員 食生活改善協議会 社会福祉協議会	公民館・社会教育	ボランティアグループ その他の団体
母子関係	8カ所	13カ所	3カ所
高齢者関係	22カ所 ふれあいサロン 地域リハビリ 介護予防事業 ボランティア養成 国民保健事業	12カ所 高齢者学級 老人会健康相談 ミニデイ作品展 元気教室	23カ所 介護者教室・交流会 痴呆予防教室 A型・B型リハビリ ミニデイの食卓づくり 脳刺激訓練教室
障害者関係	2カ所	0カ所	6カ所
健康づくり関係	14カ所 健康教室・健康相談 運動普及教室 健康福祉まつり 福祉講座	15カ所 健康講座・健康教育 出前講座 健康づくり推進大会 胸和対策健康づくり 運動教室 ウォーキング	2カ所 地域健康づくり 健康教室
食生活改善	5カ所 食生活改善教室	2カ所 男性の料理教室	0カ所

表3 連携を期待している事業と他団体 N=19

事業	民生委員・児童委員 食生活改善協議会 社会福祉協議会	公民館 社会教育	ボランティアグループ その他の団体
母子関係	なし	6カ所	1カ所
高齢者関係	1カ所 生きがい活動支援	3カ所 ボランティア養成 高齢者大学 ミニデイ	10カ所 生き生きサロン ミニデイ B型リハビリ 通所訓練事業 独居老人食事一品炊飯 ケアプラン共同作成 ふれあいサロン共有 健康福祉祭り 高齢者サークル 元気応援ボランティア育成
障害者関係	なし	なし	3カ所
健康づくり	なし	健康教育出前 健康づくり事業 運動推進事業	なし

A16 安心して在宅がおくれる家庭介護力についての調査

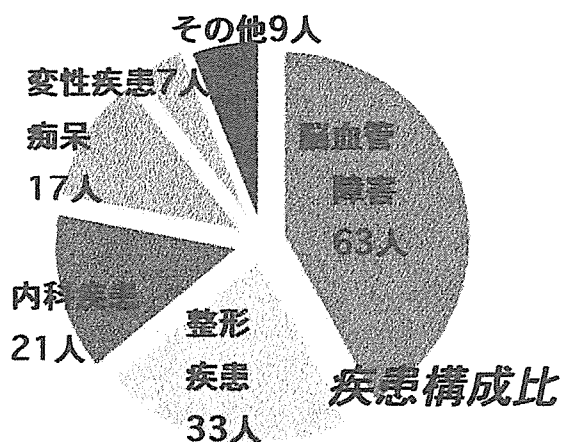
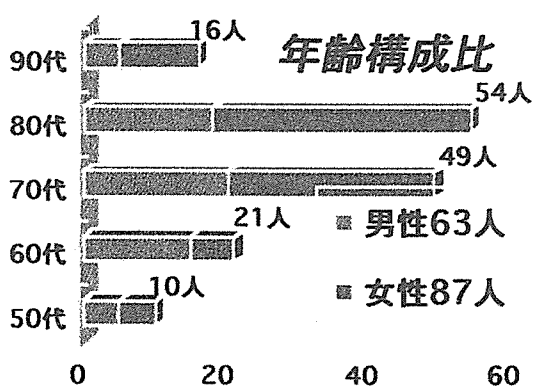
寺井 明日香 (健和会中原病院)、毛利 愛 (同左)、角田 みどり (同左)、
大杉 純子 (同上)、作取 京子 (訪問看護ステーションコスモス)、福原 光次 (同左)、
松尾 仁美 (訪問看護ステーション若松)、田村 俊一郎 (筑豊医療団直方診療所)

1、目的

昨年介護保険がスタートしたが、特に在宅介護は多くの困難を抱えている。これは介護保険下であっても家庭介護力に多くを頼る日本のシステムでは、その介護力の如何により、在宅が安心しておくれるか否かが決まってくるからだろう。そこで必要な援助を検討する上で参考とできる指標作り

のため、当院在宅患者を調査し、家庭介護力の数値化を試みた。

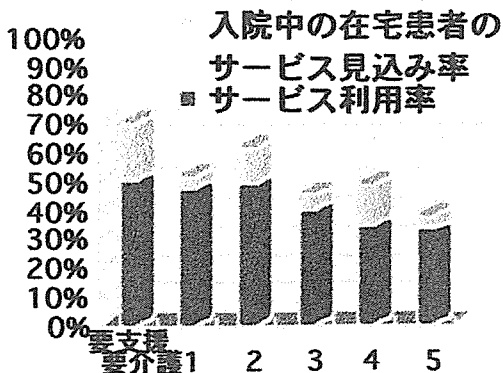
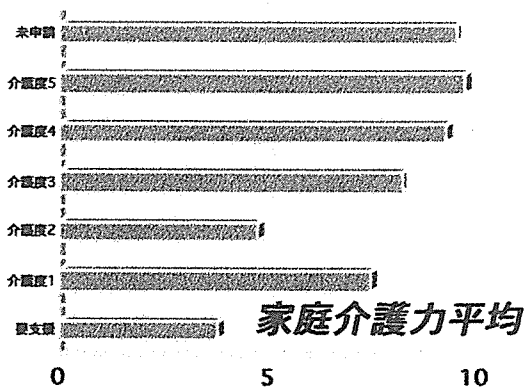
対象は当院往診、通所リハビリを利用する患者 150 人で、要介護度 5 が 11 人、4 が 18 人、3 が 28 人、2 が 32 人、1 が 40 人、要支援が 10 人、自立が 2 人介護保険適用外が 2 人、未申請が 7 人であった。



2、研究方法

家庭介護力評価は、健康な 60 歳未満の介護者 1 名を 10 点とし、年令、就業状況、介護者の身体条件、家事や介護への関与、

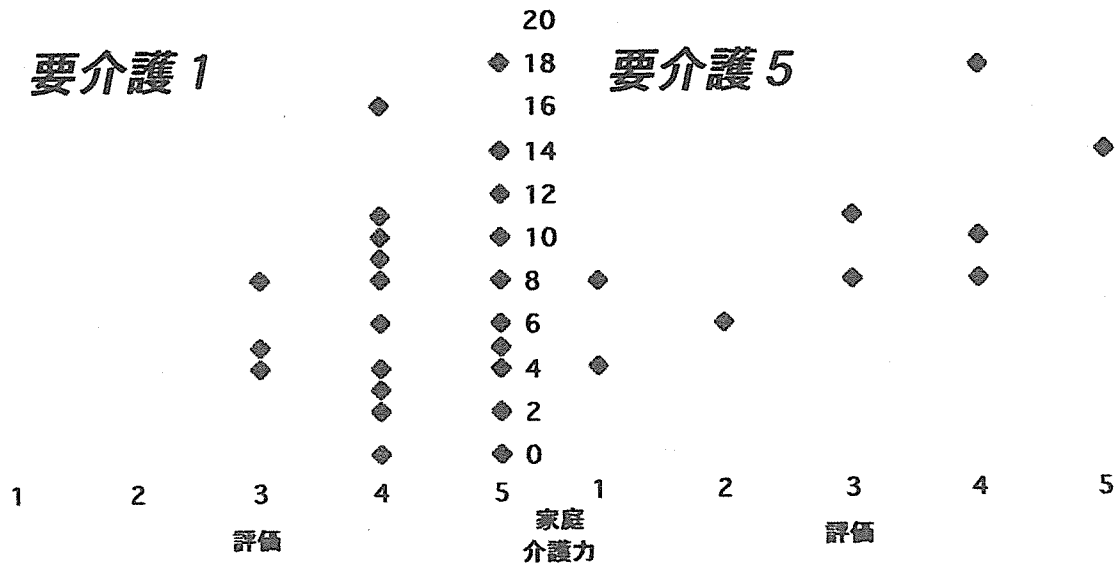
別居などで点数を減じた。在宅安心度は入院状況、病状や介護者の介護疲れを総合判断して私達が 5 段階評価した。他の介護力として介護保険利用状況も調査した。



3、結果

この指標を用いてある程度の傾向がつかめた。低介護度では家庭介護力の如何に関わらず、ある程度の在宅安心度が得られた。一方高介護度では、家庭介護力と評価は比例し、家庭介護力が低い場合、サービスを

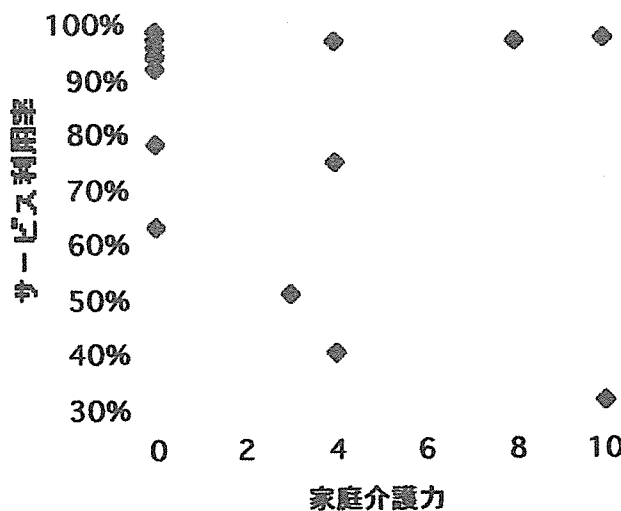
利用しても在宅安心度が低い傾向があり、目安として家庭介護力が8点以下ではなんらかの対応策が必要と思われた。また利用料負担ができずにサービスを縮小していることが在宅介護継続を困難にすることも分かった。



対象のうち、生活保護者で利用負担がない患者を調べたところ、介護保険利用率を

最大限使用し、家庭介護力不足を補っている傾向があった。

生活保護世帯の介護保険サービス利用率



4、考察

在宅介護はやはり家庭介護力で支えており、高介護度で低家庭介護力では在宅は困難。逆に低介護度であれば家庭介護力に極端に左右されない。そして介護度別に基準となる介護力をクリアしていればなんとか在宅が過ごせる。しかし本当に安心して在宅が過ごせるには、家庭介護力二桁以上欲しい。

また介護保険は経済的な問題が絡んできており家庭介護負担の軽減に直結しにくい。今後利用料負担軽減が在宅医療を勧める上で、鍵になってくると思われる。

○ 大森 正子, 渡辺 智之, 高田 宗樹, 高柳 泰世, 宮尾 克 (名古屋大学),
石原 伸哉 (愛知教育大学), 佐藤 祐造 (名古屋大学総合保健体育科学センター)

1. 緒言

わが国の65歳以上人口は、2015年から2020年にかけて、25%になるとみられる¹⁾。今日、高齢者の自立や社会参加などを可能にする手段として、携帯電話をはじめとした情報通信機器の利用が注目されている。また、誰もが情報通信の利便を享受できる環境を整備することが必要となっている。しかし、携帯電話の使用性に関する先行研究では、研究対象は若年健常者が主である。

本実験では、特に加齢に伴い、さまざまな視覚機能に変化がみられる高齢者を対象に、種々の視覚機能を測定し、加齢と視覚機能に関連した携帯電話の使用性について検討した。

2. 対象と方法

18歳から86歳の正常視力または正常な矯正視力を有する健常者、男女計130名(うち60歳以上60名)を被験者とした。

今回使用した携帯電話は、実験実施時(2000年8月時点)に市販されていた6種類(A, B, C, D, E, F)とした。これらの携帯電話の表示画面は、カラー液晶(非TFT)画面2台、モノクロ液晶画面4台であった。被験者は、種々の視覚機能の測定(眼の屈折、眼鏡レンズ、遠見・近見視力、近点距離、水晶体白濁度)を行った後、裸眼もしくは普段、近見のときに用いる眼鏡を装用した状態で、明所・暗所の2条件においてバックライトを点灯させた携帯電話の数字の可読実験を行った。なお、提示した数字は乱数から採用した11桁を用い、提示の順序はランダムとした。実験者は被験者が数字を読み終わるのにかかる時間を測定し、その時の誤読した数字を記録した。

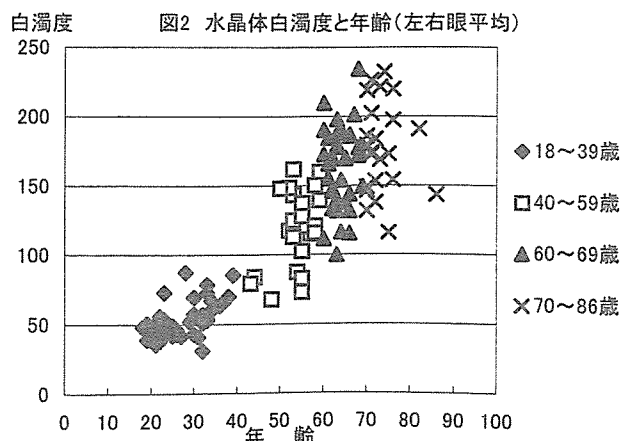
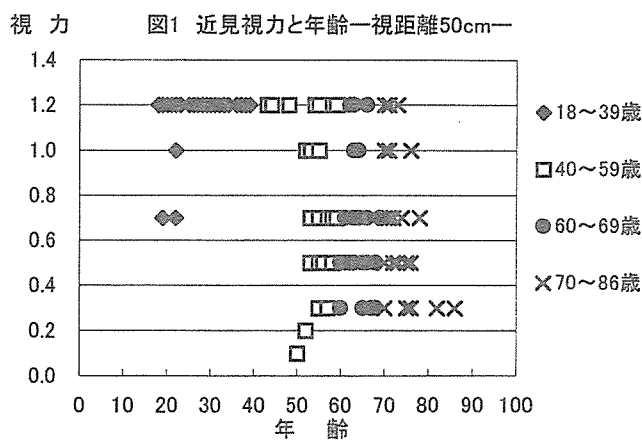
評価方法として、被験者が各携帯電話に表示された数字を読み終わるのに要した時間を一つの目的変数とした。また、その時の誤読数をもう一つの目的変数とした。6種類の携帯電話を一要因とし、年齢、視距離50cmの近見視力、水晶体白濁度、携帯電話の使用の有無、明所・暗所の5変数を他の一要因として、2要因ずつの組み合わせ(携帯の種

類を常に一要因として含む)で読み上げ時間を目的変数とする2元配置分散分析を行った。同様に誤読数を目的変数とする分析を行った。また、上記の要因を独立変数に用いて、読み上げ時間や誤読数を外的基準とする数量化理論I類による分析を行った。

3. 結果と考察

各被験者の両眼視での近見視力を年齢別に図示した(図1)。近見視力の平均は、10~39歳では1.17、40~59歳で0.76、60~69歳で0.64、70~86歳で0.68であり、40歳以降で近見視力の低下が見られた。

年齢と左右眼の平均白濁度との関連(図2)より、年齢別平均は18~39歳では52.5、40~59歳で118.4、60~69歳で162.9、70~86歳で177.4であった。加齢によるリニアな白濁度の上昇が見られた。



昼間と夜間環境の 2 条件を比べると、読み上げ時間、誤読数とも有意差は見られず、類似した傾向が見られた。

読み上げ時間に対する年齢層と携帯電話の種類との 2 要因による 2 元配置分散分析では、2 要因ともに読み上げ時間との有意差が認められた ($P<0.001$)。同様に、携帯電話の使用の有無と携帯電話の種類についても有意差が認められた ($P<0.001$)。視距離 50cm の近見視力と携帯電話の種類との 2 要因ともに読み上げ時間との有意差が認められた ($P<0.001$)。また、読み上げ時間に水晶体白濁度と携帯電話の種類が、有意に関連していることも認められた ($P<0.001$)。

誤読数を目的変数とし、年齢層と携帯電話の種類を 2 要因とする 2 元配置分散分析において、いずれの要因にも有意な関連が認められた ($P<0.001$)。また、同様に、目的変数としての誤読数は、携帯電話の使用経験の有無と携帯電話の種類との 2 要因、視距離 50cm の近見視力と携帯電話の種類との 2 要因、水晶体白濁度と携帯電話の種類との 2 要因に対するそれぞれの 2 元配置分散分析でいずれも有意であった ($P<0.001$)。

そこで、数量化理論 I 類を用いて携帯電話の使用環境 (明所・暗所)、使用経験の有無、近見視力、白濁度、年齢、携帯電話機種をアイテムとし、読み上げ時間 (図 3) と誤読数 (図 4) を外的基準とする分析を行った。その結果、近見視力が低下し、水晶体の白濁が進行するにつれ、いずれも読み上げ時間・誤読数が増加する傾向を示した。また、携帯電話機種間の顕著な差が明らかになった。

以上より考察すると、携帯電話の使用性は、使用環境の明所・暗所には関連が薄かった。しかし、年齢、携帯電話の使用経験の有無、近見視力、水晶体白濁度、携帯電話の種類との 5 変数は、いずれも読み上げ時間と誤読数との間に有意差が認められた。図 1、図 2 をみると、加齢影響には個体差が大きく、高齢であっても近見視力がよく、水晶体白濁度が低い被験者も少なくなかった。これは、年齢が高くても、老視が進んでいない人や、眼にあった眼鏡の装用などにより近見視力をよい状態に保つことができている、または、水晶体白濁度が高くなれば、読み上げ時間や誤読数は増加しないことを示している。したがって、携帯電話の使用性には、暦年齢ではなく、視覚機能の老化による影響が大きいと考えられる。そして、これら個体要因にも増して、携帯電話機種との相違による読み上げ時間や誤読数への影響が大きいことから、画面表示の改善はきわめて重要な課題であることが明らかとなった²⁾。

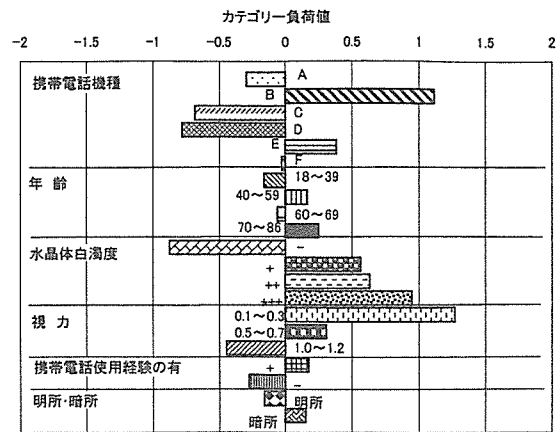


図3 誤読数の数量化 I 類による分析

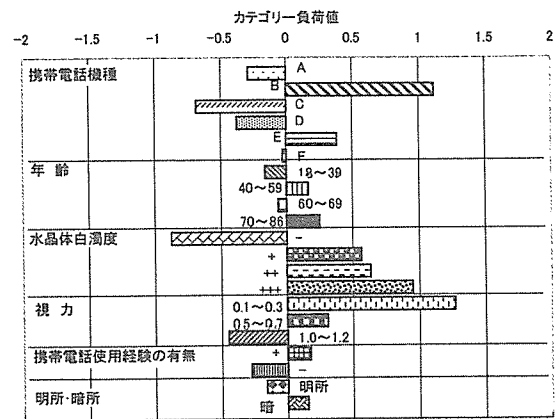


図4 読み上げ時間(秒)の数量化 I 類による分析

* 年齢を 18~39 歳、40~59 歳、60~69 歳、70~86 歳、水晶体白濁度を (-): 0~99、(+): 100~149、(++): 150~199、(+++): 200~255、近見視力を 0.1~0.3、0.5~0.7、1.0~1.2、携帯電話使用経験の有無を (+): 有、(-): 無と分類した。

4. 結語

老視の始まる 40 歳から視覚機能の低下が認められたが、暦年齢より、個人の視覚機能の老化による、読み上げ時間や誤読数の増加に影響が認められた。また、携帯電話の数字の表示については、背景と文字のコントラスト比が大きく、文字が太く、大きいことが読み取り時間と誤読数に多大な影響を与えることと、眼にあった眼鏡の装用が重要であることがわかった。

本研究で明らかにした利用者側の視覚機能と携帯電話の使用性の関連から、今後は、携帯電話のユニバーサル・デザインの推進に寄与したい。

参考文献

- 1) 総務庁統計局 統計センター: 高齢者人口の現状と将来, 2000.
- 2) M. Miyao et al.: Effects of VDT resolution on visual fatigue and readability: an eye movement approach, ERGONOMICS, 1989, vol.32, no.6, 603-614.

A18 高齢者疑似体験セットを用いた高齢者向け レジャーレクリエーションプログラムの評価の試み

○内藤堅志 江ヶ崎仁文 山村昌代 阿部眞雄 大堀孝雄 (東海大学)

I. はじめに

近年、高齢者施設においては多様なレジャー・レクリエーションプログラムが提供されているが「評価を充分に行なっているか、評価内容が十分にフィードバックされているか」また「フィードバックした後のプログラム評価を行なっているか」等 (CAPD) の疑問は残る。また現場の状況として医師の多くは提供するプログラムは、アクティビティーを向上させる要素のあるもの、リハビリ的なものを求める傾向にあり、レクリエーションプログラムにもリハビリ的なものを求めているのも事実である。

これからの福祉現場においては、職員、クライアント及びボランティアの3者が「コンシューマーオリエンティッド的な考え」あるいはさらに発展して「プロシューマー的な考え」によって施設への参加や運営を行なうことは「参加者の生きがい、ボランティア (前期高齢者を含む) の生きがい、スタッフの作業負担」などの面からも理想的であると考えられる。これらのことからプログラムの指導や効果の評価は無論の事、プログラム提供者 (開発者)・指導者とクライアントの評価の乖離を明確にすることも必要であると言える。

今回はレジャー・レクリエーションプログラム評価方法の研究として、デイケア施設用に開発したレジャー・レクリエーションプログラムを高齢者疑似体験セットを用いて実際に行ない、方法や効果、安全面について、プログラム提供者 (開発者)・指導者とクライアントとの間の乖離を調べ具体的な対策方法を立てたので報告する。

II. 対象及び方法

プログラムは東京都某区の痴呆単独型デイケア施設で実施した。プログラムの評価は、プログラム中に「動き、態度、笑顔、理解度、ねらいの達成」を「活動評価シート」を用いてチェックし、プログラム終了後参加者から直接、感想を聞いて評価した。

また同様のプログラムを20歳代の成人に (株) 高研社製高齢者体験セット「LM-060」を着用させて行ないプログラム評価を、高齢者と同じく、プログラム中に観察法で「動き、積極性、安全性」等を確認し、プログラム終了後参加者から直接、感想を聞いて評価した。なおデイケア通所者の介護度は1~2、平均年齢は75歳 (最高年齢96歳、最小年齢65歳) であった。高齢者体験セットを着用した被検者の年齢は22歳と24歳の2名であった。

III. 評価したプログラムの種類と位置付け

我々はプログラムを提供する際に、プログラムを属性「身体、交流、心」と効果「身体的能力、転倒予防効果、二次性痴呆及び生活習慣病予防、知的機能、記憶力、集中力、協調性 (社会性)」に分類し、参加者のニーズ、施設の状況、季節性、参加者の人数や特徴等に応じて提供している。今回は、身体的要素の強い「歩行運動 (ガイドを床に置き指定された場所を踏む)、リズムタッチ (リズムに合わせて手や下肢に触れる)」を中心に評価を試みた。

IV. 結果

1. 歩行運動

1) 歩行運動のねらい

床に青色及び赤色のガイドを置いて (間隔は20cm及び30cm)踏みながら歩く為、

平衡性・巧緻性などの身体能力の向上や、横歩き、開脚歩きなど歩き方のバリエーションを変え転倒予防効果を目的とする。

2) クライアントの評価及び感想

- *ガイドを踏む為に歩きにくい。
- *歩幅に関しては、歩きやすい幅が異なる。
- *ガイドを見る為に視線は下を向いている。
- *「横歩き」が意外と歩きやすい。

3) 高齢者体験セットでの評価

- *下を見られずにいられない。
- *指定された場所を踏む行動は、運動能力向上の為には必要。(印しを置く意味)
- *間隔が広くなるとふらつき易くなる。
- *歩くとき腕振り・体幹を捻りにくい。

4) 評価により判明した改善点

- *間隔はクライアントに合わせて変える。
- *手が振りにくいので、歩かせる前に腕振りや体幹を捻る運動を行なわせる。

2. リズムタッチ

1) リズムタッチのねらい

リズムに合わせて身体を手で叩く為に、敏捷性や巧緻性などの身体能力の向上及び集中力・協調性(他の人にリズムを合わせる)の向上を目的とした。

2) クライアントの評価及び感想

- *態度は積極的。
- *上肢下肢ともあまり良く動かない傾向。
- *ゆっくりとしたリズムに反応しやすい。

3) 高齢者体験セットでの評価

- *左手で右肩をタッチする場合、体幹の回旋を意識しているが手だけを回している。
- *手を挙げる際、首を挙げにくいので視野が下がる。
- *肘関節が曲げにくいので、頭部や上肢より腰部や下肢の方が触りやすい。
- *下肢に触れると上体を起こしにくくなる。
- *リズムに合わせるのがつらい。

4) 評価により判明した改善点

- *初めはゆっくりとしたリズムで行なう。
- 徐々に速くする。

*やりにくい頭部や上肢の触りはトレーニング的な運動になる

*音楽に合わせるよりも、音楽はBGM程度に使う。

V. 考察

今回、プログラム提供者(開発者)・指導者が考えている効果、安全面等とクライアントの評価の間に乖離があるのかを身体的要素の強いプログラムを中心に高齢者疑似体験セットを用いて評価を行なった結果、リズムタッチの場合、健康な若年令層ならば楽な動作である「頭や上体」に触れる動きが、高齢者にとっては肘の可動範囲が少なくなる為に比較的つらい動きであることが分かった。指導者がこの事に対して認識不足であったために、プログラム提供の際に、クライアントの態度が消極的に映ったと予想される。これらの事実を認識した結果、「比較的遠い部位から尚且つリズムをゆっくりとして行なう」という一つの改善点が生まれることになる。

歩行運動に関しても、我々が高齢者は「苦手」であろうと予測していた「横歩き」が意外と楽であった事も判明した。また身体機能のトレーニング効果を考えるならば、高齢者が苦手とする動作を安全に充分配慮して行なわせることも有効な方法であるとも言える。

今回は身体的な要素の強いプログラムに関して評価を行なったが、知的要素の高いプログラムに関して同様の評価を行なった場合、乖離が発見されると考えられる。

以上のことから高齢者体験セットを用いてプログラムの開発及び評価を行なうことは高齢者施設における、レクリエーションプログラムを実施する際に、指導者とクライアントの間の乖離が減少しプログラムに対する共有が生まれ、福祉現場におけるコンシューマーオリエンティッドへの移行の為の有用な手法となることが考えられる。

A19 「利用者が態度変容したレジャー・レクリエーションプログラムについて」

○山村昌代 内藤堅志 江ヶ崎仁文 阿部眞雄 大堀孝雄（東海大学）

I. はじめに

デイケア施設におけるレクリエーション活動は、施設利用者が「楽しみ」・「快さ」を求めてプログラムに参加し、時間を過ごすといった施設の中で行うことだけでなく、家から外に出て利用する施設へ行くこと自体が、すでにレクリエーション活動である。デイケア施設の役割は、引きこもり傾向になりがちな高齢者がデイケア施設を利用することによって、再び自らその施設に「行きたい」という気持ちを持つ態度変容が必要である。そのためには、利用者が、レクリエーションプログラムに対して好意的態度に変容させるプログラムサービスが基本的な目標である。

デイケア施設の現状として、プログラムに対して医師やスタッフの多くは、リハビリ的な効果を求める傾向にあり、今回私たちがレクリエーションプログラムをサービスしている施設側のニーズも同様であった。

しかし、リハビリテーション指向を重点とするプログラムでは、社会性の向上は難しく、つらさとともに再帰性が低下する恐れもある。利用者自身の身体への接近法が魅力的であれば、再帰性が高まると考えられる。

II. 目的

本研究では、定期的にレクリエーションプログラムを実施しているデイケア施設において、最初の「創作」プログラムに否定的態度（参加拒否）を示した一利用者が、2回目の創作プログラムでは、好意的態度

に変容し、「最初のプログラムも参加すればよかった」と言ったことから、「身体・心・交流」に対する認知に焦点をあて、態度変容の要因をプログラム内容から明らかにする。

III. 方法

1、研究対象

東京都豊島区内の週一回レクリエーションプログラムを実施する痴呆単独型のデイケア施設である。施設利用者は、2～10名である。

2、研究方法

平成13年4月から5月にかけての一利用者の活動プログラム記録（逸話記録法）にある発言・態度から、創作プログラムと態度変容の関連を「身体・心・交流」に対する認知に焦点をあて、検討した。一利用者は、73歳 女性。介護保険ではなく、自費で参加している。

IV. 結果

1、態度変容した利用者の特性

ストレッチ体操や道具を使ったマッサージでは、「気持ちがいいよ」「体を動かすのは、好き」という発言が見られ、身体活動に対する好意的態度である、と考えられる。

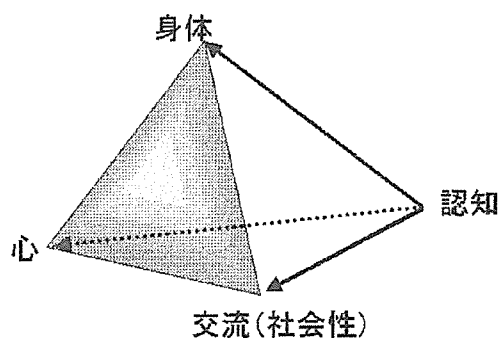
しかし、創作プログラムでは「絵を描くなら帰る」と言われ、その理由は、「下手だから」「絵を描くのが嫌い」であった。

2、プログラム内容の選択

今回、好意的態度に変容した利用者は、身体活動に対して好意的態度であったことから、身体に対する認知ができていたことがうかがえる。そこで、その後の創作プログラムの導入として、身体活動から入り、他者との交流を図り、本人が苦手である「描く」という活動に入りやすいように組み立てた。そのプログラム内容を以下に示す。

- ①各一人ずつ、好きなペンを持つ。
- ②ペンで手等のマッサージ。
- ③模造紙上にペンを置き、線を引きながら、隣の人へ渡す。
- ④右回り、左回りや一回円を描いてから、前の人へ渡す。
- ⑤模造紙上の様々な線や曲線を見る。
- ⑥様々な線や曲線から、それらをクレヨンで色分けして塗っていく。
- ⑦作品の完成については、利用者が決める

モデル



創作活動の内容は、一般的に「身体」の活動量が少ない。利用者は身体活動に好意的態度であることを踏まえ、身体活動量を補うために大きな動きを伴う模造紙上でのライン作りを取り入れた。また、「交流」が図れるグループ創作活動とし、ペンを自ら他者へ渡すという直接的な交流がある点、

種々の色に触れることができるという点の二点から取り入れた。

V・考察

利用者に対し、「絵を描く」という表現をするのではなく、「クレヨンに親しんでもらう」「種々な色に触れる」等、具体的に伝えることがイメージしやすいことがわかった。また、創作活動は、「うまく描く」「きれいに描く」「上手、下手と評価する」ということは全くない、自由に表現する時間であることを伝えることに留意した。

今回、ペンを使う内容があり、ペンは描くためだけの物ではなく、手のマッサージに使うといった日常生活に根ざしてできる身体の動作からの導入を行った。「絵を描くということではなく、ペンで体操してみましよう」と利用者が好意的態度を示した身体の内容から導入したことが要因で態度が変容したと考えられる。このことから、認知の焦点を「身体」から「心」と「交流」に移動させることによる態度変容が可能であることが示唆された。

VI. 最後に

本研究では、レクリエーションプログラムの活動により態度変容した要因を検討したが、利用者の態度変容を目的としてプログラムを計画・実施しているわけではなく、利用者が参加しやすいように、主体の自由性を認識しながら、カンファート（心地よい）な時間を作り上げようと計画したところ、利用者が否定的態度から好意的態度に変容した事例が観察された。今後は、モデル図を利用した評価方法を考え、レクリエーションプログラムサービスの評価を考案することが課題である。

一般講演

B会場

B 1 医薬品と薬害に関する大学生の知識と意識 (第3報) A・C薬科大学生とD・E医科大学生の比較

片平洸彦 (東洋大学), 森 多華代 (同大学院),
小松喜子 (北小岩薬局), 西山勝夫 (滋賀医科大学)

1. 目的 戦後の日本では、ペニシリンショック事件を初め、サリドマイド、スモン、クロロキン、薬害エイズ、ソリブジン等々、悲惨な薬害が繰り返されてきた。¹⁾この歴史的事実を直視し、事実を事実として記述・伝達し、若い世代に伝えていくこと=薬害教育の推進=は、今なお被害に苦しめられている被害者に対し加害者がその責任を最後まで果たすようにするために、また、かかる被害をこれ以上繰り返させないようにするためにも、教育者とりわけ医・薬・看護・保健系教員の責務である。しかしながら、薬害教育という用語自体が近年提唱されたことに示されているように、その教育は大幅に立ち遅れていると考えられる。そこで、薬害教育推進の基礎資料とするため、筆者らは、2000年5月より、大学生を対象とした「医薬品と薬害に関する知識と意識」についてのアンケート調査を開始した。これまでに、「A薬科大学生とB社会科学系大学生の比較」(第1報)⁴⁾、「A薬科大学4年生、C薬科大学2年生、B社会科学系大学1年生の比較」(第2報)⁵⁾を報告してきたが、今回は第3報として表題の結果を報告する。

2. 対象と方法 2000年5月以降、A薬科大学4年生37人、C薬科大学2年生77人、D医科大学3年生58人、E医科大学3年生102人を対象に、B4の紙1枚に収めたアンケート調査票を作成し、「集合調査」を実施した。質問項目は、以下の通りである：(1)医薬品・薬害の正規授業での学習の有無(2)医薬品・薬害についての知識について、文章の正誤を尋ねる質問(それぞれ6

問ずつ、Tab.1の下に記載)(3)医薬品・薬害についての意識を尋ねる質問(医薬品8問、薬害9問、Tab.2の中に記載)。

3. 結果 (1)医薬品・薬害についての知識：Tab.1に示す。「医薬品・合計」「効果」「プラセボ」そして「ヤコブ」で医学生の方が正解率が高く、その差は有意であった($p < 0.01$)。他方、「キノホルム」($p < 0.05$)と「ソリブジン」($p < 0.01$)は薬学生の方が正解率が高く、その差は有意であった。医学生では、「医薬品」の正解率は全て85%以上で、成績は「優」であったが、「薬害」の正解率は、「エイズ」が「優」、「薬害繰り返し」が「良」、「ヤコブ」が「可」であったものの、「合計」が43.2%、「ソリブジン」が18.1%、「サリドマイド」と「キノホルム」が共に6.3%で、いずれも「不可」であった。(2)医薬品・薬害についての意識：Tab.2に示す。「そう思う」と「それ以外」とに区分してFisherの直接確率を計算したところ、「そう思う」が医学生の方に高く、有意な差を示した項目は、「医薬品」というのは有り難いものだ」1項目、逆に「そう思う」が薬学生の方に高く、有意な差を示した項目は、「医薬品は積極的に活用する方が良い」であった。

[考察・結論] 医学部で「不可」となった「ソリブジン」「サリドマイド」「キノホルム」はいずれも有名な薬害であり、「薬害・合計」も「不可」であったことから、医学部での「薬害教育」の必要性が示唆される結果が示された。但し、医学生は3年生なのに、薬学生は4年生と2年生なので、今後、薬学部3年生を対象として調査し、比

較検討する予定である。また、「医薬品というものは有り難いものだ」は医学生、「医薬品は積極的に活用する方が良い」は薬学生の方に「そう思う」が多く、この微妙な意識の差の意味について、今後考察を深めていきたい。

4. 文献 1)片平洸彦:増補改訂版 ノーモア薬害, 桐書房, 1997. 2)片平洸彦:薬科

大学における薬害教育の必要性と課題 第18回社会薬学研究会全国総会, 1999年10月, 名古屋. 3)片平洸彦:薬害教育の推進を薬害オンブズパーソン(同タイアップグループ機関誌), 2000年1月. 4)片平洸彦・他:日本社会薬学会第19年会, 2000年10月, 船橋. 5)片平洸彦・他:日本薬学会第121年会, 2001年3月, 札幌.

Tab.1 医薬品と薬害についての知識(薬科大生と医科大生の比較)

	薬科大学(n=114)			医科大学(n=160)			検定結果		
	正解	非正解	正解率	正解	非正解	正解率	Fisher P	有意差	
15 必要性	106	8	93.0	156	4	97.5	0.08097	ns	15: 病気を治すためには医薬品は必ず必要である。16: 医薬品の服用後に症状が改善したら、その医薬品は効果があったと言える。17: 薬理作用のないもの(でんぷん等)を薬と言って飲ませた後に改善が見られることがある。18: 医薬品には多かれ少なかれ副作用がある。19: 複数の医薬品を飲むと、単独では見られなかった激しい、時には致命的な反応が起きることがある。20: 漢方薬は作用が弱く、副作用が起きることは絶対ない。29: サリドマイド剤は、西ドイツ(当時)のグリュエーネンタール社が開発し、西ドイツ、日本、イギリス、アメリカ、ブラジル等世界各国で市販された。30: スモンとは、胃腸薬クロロキンによって起きた薬害事件の病名である。31: 薬害エイズ事件は、血友病等の患者の治療のため用いた非加熱の血液製剤がHIVに汚染されていたために起きた。32: 皮膚病薬ソリジンと抗がん剤と一緒に飲んで、15人以上の死者が出た事件が日本で起きた。33: 薬害ヤコブ病と言われている事件は、医薬品を誤って投与したために起きた事件である。34: ある国で起きた薬害事件が、何年も後になって別の国で起きたことがある。
16 効果	71	43	62.3	137	23	85.6	0.00001	**	
17 プラセボ	96	18	84.2	151	9	94.4	0.00708	**	
18 副作用	103	11	90.4	141	19	88.1	0.69535	ns	
19 相互作用	110	4	96.5	152	8	95.0	0.76623	ns	
20 漢方薬	111	3	97.4	150	10	93.8	0.24936	ns	
合計	597	87	87.3	887	73	92.4	0.00070	**	
29 サリドマイド	11	103	9.6	10	150	6.3	0.35870	ns	
30 キノホルム	17	97	14.9	10	150	6.3	0.02310	*	
31 エイズ	111	3	97.4	156	4	97.5	1.29692	ns	
32 ソリジン	38	76	33.3	29	131	18.1	0.00445	**	
33 ヤコブ	11	103	9.6	98	62	61.3	0.00000	**	
34 薬害繰返し	78	36	68.4	112	48	70.0	0.79173	ns	
合計	266	418	38.9	415	545	43.2	0.08420	ns	

Tab.2 医薬品と薬害についての意識(薬科大生と医科大生の比較)

		薬科大学(n=114)		医科大学(n=160)		検定結果		
		実数	割合	実数	割合	Fisher P	有意差	
21 医薬品というものは有り難いものだ	そう思う	70	61.4	129	80.6	0.00056	**	
	その他	44		31				
22 医薬品は恐ろしいものだ	そう思う	63	55.3	94	58.8	0.62060	ns	
	その他	51		66				
23 医薬品の扱いは患者は知る必要はない	そう思う	1	0.9	1	0.6	1.48769	ns	
	その他	113		159				
24 患者は医薬品の主要な情報を知る権利がある	そう思う	100	87.7	145	90.6	0.55066	ns	
	その他	14		15				
25 医薬品はできるだけ使わない方が良い	そう思う	41	36.0	49	30.6	0.36401	ns	
	その他	73		111				
26 医薬品は積極的に活用する方が良い	そう思う	15	13.2	5	3.1	0.00205	**	
	その他	99		155				
27 日本人はくすり好きだ	そう思う	79	69.3	101	63.1	0.30440	ns	
	その他	35		59				
28 自分にくすり好きだ	そう思う	16	14.0	20	12.5	0.72021	ns	
	その他	98		140				
35 被害者には気の毒だが薬害は仕方がない	そう思う	6	5.3	3	1.9	0.17004	ns	
	その他	108		157				
36 薬害は絶対許せない	そう思う	44	38.6	55	34.4	0.52407	ns	
	その他	70		105				
37 薬害は私には関係ない	そう思う	1	0.9	3	1.9	0.64338	ns	
	その他	113		157				
38 いつ薬害の被害にあうかわからない	そう思う	79	69.3	99	61.9	0.24766	ns	
	その他	35		61				
39 薬害の責任は基本的に医師医療機関にある	そう思う	27	23.7	28	17.5	0.22346	ns	
	その他	87		132				
40 薬害の責任は基本的に会社と国にある	そう思う	28	24.6	33	20.6	0.46381	ns	
	その他	86		127				
41 患者にも薬害の責任がある	そう思う	17	14.9	17	10.6	0.35308	ns	
	その他	97		143				
42 薬害は絶対なくならない	そう思う	56	49.1	92	57.5	0.17838	ns	
	その他	58		68				
43 薬害は人災であり必ずなくせる	そう思う	19	16.7	26	16.3	1.13043	ns	
	その他	95		134				

注:この設問はスペースの関係で、実際より短く記している。

B 2 ヒト乾燥硬膜・ライオデュラによるクロイツフェルト・ヤコブ病(CJD)に関する文献的考察(第4報) ライオデュラの輸入・販売承認審査に関する問題点

片平湧彦(東洋大学), 松山順子(同大学院), 小松喜子(ガレヌス北小岩薬局),
牧野忠康(日本福祉大学), 浅川久恵(日本社会薬学会)

1. はじめに 筆者らは、1997年以降、ヒト乾燥硬膜・ライオデュラによるCJD(以下「葉害ヤコブ病」^{1,2)}に関する文献的考察を続けている。³⁻⁶⁾ 1999年の「第40回社会医学研究会総会」においては、松山を除く4名で「第1報」を報告し、「ライオデュラの製造・輸入販売業者と国には、1974年ないし遅くとも1978年の時点で、薬事法の規定に従い同製品の輸入販売を中止すべき法的義務があったと考えられた。」と結論した。

然しながら、ドイツ・ブラウン社からのライオデュラの輸入が承認されたのは1973年であり、この時点では、またその後はどのような審査をしたのか、その判断は妥当であったのか、という問題が残されている。そこで、今回は、ライオデュラの輸入・販売承認審査に関する問題点を検討し、筆者らの「第1報」の結論の妥当性を検証した。

2. 方法 2000年5~6月に大津地裁で行われた被告側の川原章証人(厚生省医療機器審査管理官)の証言調書^{7,8)}を閲覧し、また、関連の文献調査を行った。

3. 結果 ライオデュラは1973年7月に「医療用具」としてドイツからの輸入販売が承認された。人体組織の一部である脳硬膜を、メスやピンセットと同じ「医療用具」として扱ったことは大きな疑問である。この点につき、川原証言では、

「臓器移植ではガンマ線等の滅菌処置は基本的にできないが、滅菌処理ができる製品については、滅菌のチェックができれば、最終製品の安全性も確認できる」

として、ライオデュラを「滅菌済医療用具」として扱い、既承認の「羊の腸線から製造された縫合糸等」と共通性を持っているので、「医療用具としての新規性に欠ける」から、中央薬事審議会に諮らず承認したと述べた。そして、ライオデュラは「エチレンオキシドガス滅菌またはコバルト60によるガンマ線滅菌(照射線量約2.5MR)」をするという条件で承認され実際はガンマ線滅菌が行われていたという。

ところで、厚生省の機関である国立衛生試験所においては、1958年頃から、腸線縫合糸や医療用具の「無菌試験法」「放射線滅菌」等に関する研究が行われ、その結果が「衛生試験所報告」に掲載されている。そして、1972年には国立衛生試験所の松井⁹⁾らは、上記の線量(2.5Mrad ≒ 2.5MR)では「滅菌不完全なことが時に起る」ことを指摘していた。

さらに、1976年に発行された医学書「遅発性ウイルス感染症」においては、国立予防衛生研究所(当時)の甲野礼作部長が、「CJD病原体は紫外線や放射線に異常な抵抗性を示す」とするGajdusekの指摘を紹介している。¹⁰⁾

4. 考察・結論 以上の事実からすれば、1973年時点では無理としても、1976年時点では、厚生省の職員でもある甲野部長の紹介によって、ライオデュラの滅菌法ではCJD病原体の不活化はできないことが判明していたことになり、ライオデュラは「病原微生物により汚染され、または汚染されているおそれのある医療

用具」及び「その使用によって保健衛生上の危険を生ずるおそれのある医療用具」(薬事法第65条)に該当することが、少なくとも疑い得たことになる。この疑いを持ってライオデュラの滅菌の有効性を調査してゆけば、「第40回社会医学研究会総会」で指摘したGibbsらの論文¹¹⁾は当然知り得たことになる。従って、筆者らが「第1報」で得た結論は、今回の考察においても再び裏付けられたと言えよう：

【文献】 1)井本里士：薬害ヤコブ病，かもがわ出版，1999. 2)薬害ヤコブ病問題実行委員会：薬害 シンドロームを絶て！くりかえされた悲劇 薬害ヤコブ病 ケイ・アイ・メディア，2000. 3)片平洸彦

他：社会薬学 1998;17:34-47. 4)小松喜子他：社会薬学 1998;17:48-55. 5)片平洸彦他：社会薬学 1999;18:43-5. 6)片平洸彦：第12回総合学術研究集会予稿集，1998;232-3. 7)川原章証人証言調書，大津地裁，2000年5月22日.

8)川原章証人証言調書，大津地裁，2000年6月26日. 9)松井道子他：衛生試験所報告 1972;90:85-8. 10)Gajdusek DC 甲野礼作訳：遅発性ウイルス感染症の概念と亜急性海綿状変性ウイルス脳症の発生病理. 医学研究振興財団編：遅発性ウイルス感染症，1-14，東京大学出版会，1976. 11)Gibbs CJ et al:Proc Natl Acad Sci USA 1978;75:6268-70.

B 3 遺伝子組換え食品に関する意識調査

木佐健悟（北大・医）、小橋 元、太田薫里（北大・院・医）、
長野俊輔（北大・医）、福地保馬（北大・院・教育）

1. 目的

遺伝子組換え食品は、食品の安全性という観点から、今日、マスコミなどで取り上げられる機会が多くなっている。遺伝子組換え食品が普及した場合、毎日摂取せざるを得なくなり、健康問題に直結するであろう。

我々は今回、学生を対象に遺伝子組換え食品を中心とした食品に関する調査を行い、遺伝子組換え食品についての知識や意識および健康や新技術に対する意識を考察した。

2. 研究方法

札幌市内の某専門学校看護学科1年生の講義時に、1年生80名（男性3名、女性77名、年齢18～38歳）を対象に、質問紙調査を行った。内容は、「遺伝子組換え食品を知ったきっかけ」、「遺伝子組換え食品に関する知識」、「研究」・「生産」・「摂取」、「学生の考え」についてである。事前に遺伝子組換え食品についての説明は行わなかった。

3. 結果

「遺伝子組換え食品をどこで知ったか」という質問に対しては、「テレビ」66人、「新聞」47人と答えた者が多く、「知らない」と答えた人は6人であった（表1）。

また、「遺伝子組換え食品について正しいものを選択肢の中から選んでもらう」という形で学生の知識を聞いたところ、「その生物がもともと持っていない蛋白をつくることができる」、「他の生物の遺伝子を入れて作った食品である」の2問については、正解者がそれぞれ36人、29人と、あまり知られていないことが分かった（表2）。

「遺伝子組換え食品を「研究」「生産」「摂

取」することはよいことかどうか」については、全体の傾向として、「研究」することは容認するが、「生産」「摂取」については抵抗感があると答えた者が多かった（表3）。特に、「生産」「摂取」については、現在の遺伝子組換え食品の主流である「殺虫毒素を作る遺伝子を導入した作物」や「除草剤に強い性質にした作物」を認める者がそれぞれ「生産」11人「摂取」0人、「生産」25人「摂取」10人と少なかった。

また、「完全に安全性が証明されていないので、遺伝子組換え食品は危険だと思う」、「なんとなく遺伝子組換え食品は危険だと思う」に同意した者はそれぞれ58人、62人であった。また、「将来自分が病気になる可能性が上がるかもしれない」に同意した者が46人いた（表4）。

4. 考察

今回の調査結果をまとめると、全体としては、遺伝子組換え食品について「研究は容認し、技術自体には期待するところが大きい」、実用化は慎重であるべき「現在わかっていないことへの不安」「直接自分や家族の健康のみならず、発展途上国や自然環境などへ影響することへの不安」といった意識が多かった。一方、今回の対象学生には、遺伝子組換え食品という言葉は知っているが、知識は十分にもっていない者が多かった。すなわち、学生は遺伝子組換え食品について、不十分な知識で、あるいはその場の雰囲気、研究を認めるかどうか、利用するかどうかの意思決定をしていることが示唆された。

今日、新しい科学技術の登場によって、十数年前までは考えられなかった問題が生じて

いる。私たちは、健康影響の有無が現段階ではよくわからない物質や倫理的に従来の考え方では対応できない様々な問題に対処していかなければならない。そのためには、消費者個人個人が、その物質や問題点に対しての十

分な知識を身につけていくことが不可欠と考えられる。今回は、少数の学生を対象とした調査であるが、今後さらなる調査研究を行い、これらの問題について検討していく予定である。

表1 学生が遺伝子組換え食品を知ったきっかけ(複数回答可)(n=80)

	人数
テレビ	66
新聞	47
購入した食品のラベル	34
スーパーなどのチラシ	29
学校の授業	11
友人との会話	10
雑誌	9
その他	4
知らない	6

表2 学生の遺伝子組換え食品に関する知識(複数回答可)(n=80)

	はい	いいえ
主にアメリカで生産されている *	48	32
主にイギリスで生産されている	16	64
主にドイツで生産されている	9	71
主にフランスで生産されている	7	73
主に日本で生産されている	15	65
主に発展途上国で生産されている	7	73
その生物がもともと持っていない蛋白をつくること * できる	36	44
世代を経ると、品質がどんどんよくなる	9	71
他の生物の遺伝子を入れて作った食品である *	29	51
農薬に対して耐性がなくなる	10	70

* 正しい設問

表3 学生が考える遺伝子組換え食品の「研究」、「生産」、「摂取」について(n=80)

	「研究」	「生産」	「摂取」
他の生物がもつ殺虫毒素を作る遺伝子を導入してそれを虫が食べるとその虫が死ぬようにした作物	61	11	0
除草剤に強い性質にした作物	69	25	10
腐りにくい性質にした作物	66	31	16
その生物では本来合成できないタンパク質を作れるようにした作物	64	24	12
特定の栄養素をたくさんもつようにした作物	69	50	39
寒さに強い作物	76	59	50
乾燥に強い作物	75	57	44
種子ができない作物	63	31	29

表4 遺伝子組換え食品に対する学生の考え方(n=80)

項目	とても そう思う	そう 思う	そうは 思わない	全くそうは 思わない	分からない	無回答
1. これから食料が不足することを考えれば、遺伝子組換え食品は必要だと思う は危険だと思う	0	10	38	10	21	1
2. 完全に安全性が証明されていないので、遺伝子組換え食品は危険だと思う	22	36	7	1	14	0
3. なんとなく遺伝子組換え食品は危険だと思う	13	49	11	2	4	1
4. 政府や企業の発表は信用できるので、遺伝子組換え食品は安全だと思う	0	2	44	25	9	0
5. 将来自分が病気になる可能性(発癌性など)が上がるかもしれないので、 遺伝子組換え食品は危険だと思う	10	36	9	3	21	1
6. 遺伝子組換え食品の生産、摂取が続いた場合、子孫に影響が現れる可能性がある	11	38	1	1	29	0
7. 遺伝子組換え食品の生産、摂取が続いた場合、自然環境に遺伝子組換え生物が 混ざってしまう可能性がある	13	45	2	0	19	1
8. 遺伝子組換え食品の生産、摂取が続いた場合、お金がない人は遺伝子組換え 食品を選択するしかなくなる可能性がある	8	32	13	7	20	0
9. 遺伝子を組み換えた農作物を飼料として食用のウシやブタに食べさせるのは 構わない	0	3	43	26	8	0
10. 遺伝子組換え食品の安全性の確認は、今以上に厳重に行うべきである	55	20	3	0	2	0
11. 遺伝子組換え食品を今のところ自分は受け入れるつもりだ	1	8	35	21	15	0
12. 将来、新たな技術を用いて作られた食品が登場したら、自分は支持すると思う	0	3	26	3	47	1
13. 環境を破壊しながら作られた食品を購入するのには抵抗がある	29	38	1	2	7	3
14. 品質の良い牛を作るためには遺伝子を組換えても構わない	0	4	34	28	12	2

B 4 札幌のホームレス者に対する聞き取り調査 ～きっかけ、ニーズを中心に～

小橋 元、太田薫里、長野俊輔、木佐健悟、玉城英彦（北大・院・医・老年保健医学）
福地保馬（北大・院・教育）

1. はじめに

いわゆる「ホームレス者」、すなわち、失業、家庭崩壊、社会生活からの逃避など様々な要因により、特定の住居を持たずに道路、公園、河川敷、駅舎などで野宿生活を送っている人々の概数は、平成 11 年 5 月には全国で約 1 万 6 千人、それから約半年後の平成 11 年 10 月には約 2 万人とされている¹⁾。しかしながら、その分布は東京都、横浜市、川崎市、名古屋市および大阪市の 5 都市に 9 割以上が集中しており、従来、北海道においては、ホームレス者問題は他の地域ほど大きく取り沙汰されてこなかった。しかしここ数年、経済・雇用情勢の悪化などを背景にして、北海道においてもホームレス者の数は増加していると思われる。我々が札幌市中心部を中心に行った調査では、平成 11 年 11 月には 50 人以上、平成 12 年 11 月には 100 人以上のホームレスの人々が確認されている。

我々は、札幌市において、ホームレス者の支援と、健康問題、生活習慣などの実態を明らかにするために、平成 11 年 12 月から、1～2 ヶ月に一回、休日の午後に、炊き出しと健康相談会、すなわち、札幌市の主なホームレス集落の一つである通称「テント村」（JR 札幌駅から約 300 メートル西側の高架下）の近くの公園にテントを設営し、おにぎり、豚汁、缶詰、入浴券、衣類などを無償提供し、同時に希望者を募り、問診、医師による健康相談、血圧測定、福祉関係者による面談、また、公園近くの施設内においても問診、健康相談、面談、血圧測定、尿検査を行っている。約 1 年間の健康相談

における 60 名の問診、検査結果のまとめから、札幌市のホームレス者における生活習慣病の問題が示唆された（投稿中）。

今回は、札幌市のホームレス者の全体像を、その生活状況とニーズを中心に、より一層明らかにするために、聞き取り調査を行った。

2. 研究方法

平成 12 年 12 月 3 日の炊き出しと健康相談会に訪れたホームレス者 60 人に対して、会場周辺のベンチなどで医学生を中心とする調査員 15 名が聞き取り調査を行った。調査内容は、自覚症状、既往歴、健康不安、食事、睡眠、精神的・身体的ストレス、飲酒、喫煙、運動、仕事、ホームレス歴、ホームレス生活のきっかけ、所持品、ニーズ、居住場所・形態、今後の予定などである。

3. 結果

当日訪れた 60 人のうち 49 人（82%）から協力が得られた。そのうち女性は 3 人であった。年齢は 40 歳以上が 92%、60 歳以上の者が 24%であった。ホームレス歴は 1 年未満の者が 22%であった（表 1）。ホームレス生活のきっかけは、失業による者が 22 人、話せない特殊事情による者が 7 人であった（表 2）。

自覚症状は「歯が悪い」が 29%、「不眠」が 20%であった（表 3）。生活習慣は、食事が不規則な者、一日の睡眠 5 時間以下の者がそれぞれ約半数、喫煙者は 80%であった（表 4）。今後新たに欲しい物は、仕事と住居がそれぞれ約半数を占めていた（表 5）。

4. 考察

近年のわが国における、経済・雇用情勢の悪化などを背景に急増したホームレス者問題は深刻である。今回の調査から、札幌のホームレス者においては、「失業」をそのきっかけとする者が多く、「仕事」へのニ

ズが高いことが示唆された。

今後、ホームレス生活のきっかけやニーズなどとホームレス歴との関係などの詳細な検討を行い、札幌市のホームレス者問題対策への資料を提示したいと考えている。

表1 対象者(n=49)の基本的属性

	属性	人数(%)
年齢	20~29 歳	1 (2)
	30~39	3 (6)
	40~49	15 (31)
	50~59	18 (37)
	60~69	11 (22)
	70~79	1 (2)
ホームレス歴	1年未満	11 (22)
	1年以上2年未満	10 (20)
	2年以上5年未満	18 (37)
	5年以上	8 (16)
	無回答	2 (4)

表2 ホームレス生活のきっかけ (n=49)

項目	人数
失業	22
言えない事情	7
なし	3
定年退職	1
借金	1
お金を盗まれた	1
手のしびれ	1
刑務所に入った	1
無回答	12

KJ法により項目をまとめた

表3 自覚症状を訴えた人数とその割合(n=49)

自覚症状	人数 (%)
歯が悪い	14 (29)
眠れない	10 (20)
おしっこが近い	9 (18)
背中・腰の痛み	8 (16)
目がかすむ	8 (16)
足のしびれ	6 (12)
めまい、耳鳴り	6 (12)
咳、痰がでる	6 (12)
肩こり	5 (10)
不安な感じがする	5 (10)
やる気が出ない	5 (10)

複数回答可

表5 受診者(n=49)がこれから欲しいもの

項目	欲しいと回答した人数(%)
仕事	25 (51)
住居	21 (43)
テントや布団	11 (22)
入浴券	10 (20)
毎日の食事	9 (18)
行政の対応	9 (18)
医療	6 (12)
市民・地域住民の理解	5 (10)
自由	4 (8)
健康診断	4 (8)
住民票	4 (8)
機会の平等	1 (2)
仲間・友人	0

複数回答可

表4 食生活習慣、生活の負担感の分布(n=49)

選択肢	(1)	(2)	(3)	(4)	無回答
食事は規則正しいか*	15	5	5	23	1
一週間の肉魚の摂取回数**	13	14	13	9	0
一週間の野菜の摂取回数**	14	11	10	14	0
生活の身体的負担***	12	8	11	11	7
生活の精神的負担***	7	12	12	12	6

選択肢

- * (1)規則正しい、(2)どちらかといえば規則正しい、(3)どちらかといえば不規則、(4)不規則
 ** (1)5回以上、(2)3~4回、(3)1~2回、(4)食べていない
 *** (1)かなり負担がある、(2)やや負担がある、(3)あまり負担はない、(4)ほとんど負担はない

B5 ホームレス者に対する認識と受容度に関する学生調査

太田薫里、小橋 元、長野俊輔、木佐健悟、玉城英彦(北大・院・医・老年保健医学)、
福地保馬(北大・院・教育)

1. 目的

ここ数年、日本では経済・雇用情勢の悪化などを背景として、全国のホームレス者数が増加している。札幌市においても、ホームレス者数は増加しており、その対策が急務と考えられる。より良いホームレス者対策のためには、行政のみならず一般市民がホームレス者の実情を認識することが不可欠と考えられる。今回は、大学生を対象として質問紙調査を行った。

2. 研究方法

平成12年7-12月に札幌市内某大学の一般教養科目の講義で、1年生のクラス(男性229名、女性69名)と2年生のクラス(男性83名、女性66名)、計447名を対象に、質問紙による調査を行った。回答率は100%であったが、無効回答3名は解析の対象から除外した。事前にホームレス者についての説明は行わなかった。

3. 結果

学生がホームレス者を実際に見た頻度は、「1週間に1回以上」が42.9%、「見たことがない」が18.3%であった(表1)。学生がホームレス者の方が一般の人よりもかかりやすいであろうと回答した病気は「かぜ」(75.8%)、「下痢」(75.6%)、「赤痢」(67.6%)であった。これに対して、ホームレス者の方が一般の人よりもかかりづらいであろうと回答した学生の割合が高かった病気は「高コレステロール血症」(75.2%)、「糖尿病」(71.4%)、「高血圧」(54.4%)であった(表2)。ホームレス者に対するイ

メージについての質問では、「ホームレス者が増えるのは経済不況のせいである」、「ホームレス者にも、就職のチャンスを平等に与えるべきである」、「ホームレス者はくさいと思う」に対しては、それぞれ73.8%、71.6%、63.8%の者がそう思うと回答した一方、「ホームレスになった原因は健康問題である」、「ホームレス者は麻薬や覚せい剤の温床となっている」、「ホームレス者は自分たちに何か危害を加えそうである」に対してはそれぞれ84.8%、70.7%、67.6%の者がそうは思わないと回答した(表3)。ホームレス問題をどのように解決すべきかどうかを聞いたところ、「国が助けるべき」(38.3%)、「ホームレス自身が現状を改めるべき」(22.8%)、「市が助けるべき」(11.2%)の順で多かった(表4)。ホームレス者に最も援助したらいいと思うものは、「仕事」(40.7%)、「立場の理解」(15.7%)、「住居」(14.5%)の順であった(表5)。

4. 考察

今回の結果では、「高コレステロール血症」、「糖尿病」、「高血圧」について半数以上の方が、ホームレス者の方が一般の人よりもかかりづらいと思うと回答した。しかしながら、海外の調査においては、ホームレス者においてこれらの生活習慣病の頻度が高いとの報告もある。

今回の調査対象は大学生であり、必ずしも一般市民を代表するものではないが、今回の結果からホームレス者の現状に対する一般市民の認識を高めることの必要性が示唆された。

表1 学生がホームレス者を実際に見た頻度(n=447)

頻度	人数(%)
ほぼ毎日みた	103(23.0)
2~3日に1回見た	39(8.7)
1週間に1回程度見た	50(11.2)
1ヶ月に1回程度見た	29(6.5)
2~3ヶ月に1回見た	19(4.3)
半年に1回かそれ以下	12(2.7)
今までに2, 3回見たことがある	47(10.5)
1度だけみたことがある	66(14.8)
見たことがない	82(18.3)

表2 ホームレス者は一般の人々に比べて下記の病気にかかりやすいと思いますか」への学生の回答(n=447)

	かかりやすい	変わらない	かかりづらい	無回答
	人数(%)	人数(%)	人数(%)	人数(%)
赤痢	302(67.6)	124(27.7)	9(2.0)	12(2.7)
結核	289(64.7)	140(31.3)	8(1.8)	10(2.2)
高血圧	42(9.4)	155(34.7)	243(54.4)	7(1.6)
高コレステロール血症	28(6.3)	73(16.3)	336(75.2)	10(2.2)
糖尿病	34(7.6)	88(19.7)	319(71.4)	6(1.3)
かぜ	339(75.8)	75(16.8)	27(6.0)	6(1.3)
腰痛	231(51.7)	169(37.0)	36(8.1)	11(2.5)
下痢	338(75.6)	74(16.6)	25(5.6)	10(2.2)
アルコール依存症	243(54.4)	109(24.4)	88(19.7)	7(1.6)
精神分裂病	193(43.2)	178(39.8)	67(15.0)	9(2.0)
うつ病	220(49.2)	149(33.3)	69(15.4)	9(2.0)
薬物中毒(麻薬、覚せい剤など)	130(29.1)	189(42.3)	119(26.6)	9(2.0)

表3 学生のホームレス者に対する考え・イメージ(n=447)

	そう思う	そうは思わない	どちらともいえない	無回答
	人数(%)	人数(%)	人数(%)	人数(%)
ホームレス者は現在の生活を改善したいと考えている	175(39.1)	156(34.9)	115(25.7)	1(0.2)
ホームレスになった原因は健康問題である	8(1.8)	379(84.8)	60(13.4)	0(0)
ホームレスになったのは自分の責任である	154(34.5)	111(24.8)	180(40.3)	2(0.4)
ホームレス者は自分たちに何か危害を加えようである	48(10.7)	302(67.6)	96(21.5)	1(0.2)
ホームレス者は麻薬や覚せい剤の温床となっている	23(5.1)	316(70.7)	108(24.2)	0(0)
ホームレス者は感染症などの病気を蔓延させる	129(28.9)	172(38.5)	144(32.2)	2(0.4)
ホームレス者が増えるのは経済不況のせいである	330(73.8)	47(10.5)	70(15.7)	0(0)
ホームレス者が近所にいると、子供たちの安全が心配である	171(38.3)	164(36.7)	112(25.1)	0(0)
ホームレス者がいると街の景観を損なう	281(62.9)	62(13.9)	104(23.3)	0(0)
ホームレス者がいると邪魔で通れない	138(30.9)	199(44.5)	110(24.6)	0(0)
ホームレス者はくさいと思う	285(63.8)	61(13.6)	101(22.6)	0(0)
ホームレス者は気ままな生活を楽しんでいる	95(21.3)	231(51.7)	120(26.8)	1(0.2)
ホームレス者に対しては、周囲のあたたかい理解が必要	173(38.7)	82(18.3)	192(43.0)	0(0)
ホームレス者は生活保護を受けるべきである	189(42.3)	85(19.0)	173(38.7)	0(0)
ホームレス者にも、就職のチャンスを平等に与えるべきである	320(71.6)	33(7.4)	94(21.0)	0(0)

表4 学生が考えているホームレス問題の解決策(n=447)

回答	人数(%)
国が助けるべき	171(38.3)
国が排除すべき	7(1.6)
道が助けるべき	24(5.4)
道が排除すべき	1(0.2)
市が助けるべき	50(11.2)
市が排除すべき	4(0.9)
自分たち市民が助けるべき	17(3.8)
自分たち市民が排除すべき	0(0)
ホームレス自身が現状を改めるべき	102(22.8)
ホームレス問題は解決すべき問題だとは思わない	20(4.5)
ホームレス問題は解決すべきだと思うあるいは思わないのどちらでもない	50(11.2)
無回答	1(0.2)

表5 学生がホームレス者に援助したらいいと考えているもの(n=447)

	人数(%)
仕事	182(40.7)
立場の理解	70(15.7)
住居	65(14.5)
医療	55(12.3)
食事の提供	29(6.5)
住民票	14(3.1)
入浴	10(2.2)
衣類	8(1.8)
その他	11(2.5)
無回答	3(0.7)

B6 障害児のリハビリの現状と保険診療上の問題点について
 ー小児リハビリの減点状況についてー

田島重吉 (米の山病院小児科)

[はじめに] 当院は266床の一般病院でリハビリ総合承認施設の認定をうけており、積極的に成人・小児のリハビリに取り組んでいます。これまで、成人リハビリの保険診療での減点はありませんでしたが、小児リハビリの減点はありませんでした。しかし、1999年2月から、小児リハビリの減点が始まり、2000年9月は21名の子が減点されました。これらの減点に対して、疑義申請の提出・病名付けの工夫・レセプト提出時の補足説明書の添付などを医師・リハビリ職員で取り組み、減点の復活および減点の減少はみられましたが、減点は相変わらず続いています。今回、障害児の医療を受ける権利を守るという視点で、保険診療上の問題点について検討しましたので、報告します。

[小児リハビリの紹介] 1985年5月に開設され、16年目になります。現在のスタッフは作業療法士1名、理学療法士1名、言語療法士2名です。2000年度の患者状況は運動療法41名、言語療法67名で、うち新患41名(運動10名・言語30名)です。大牟田市及び周辺地域の唯一の小児リハビリの施設として機能しています。

[小児リハビリの減点状況] 1999年2月より言語療法の複雑(220点)を簡単(135点)または0点に減点するのが始まり、最高は2000年9月で延べ31回(患者16名)の複雑訓練(220点)を0点に減点されました。これはこの月の延べ訓練回数146回の21%にあたります。

2000年8月より運動療法の複雑(660点・570点)を簡単(185点・170点)にする減点が始まり、最高は2000年12月で延べ42回(患者10名)の複雑訓練をすべて簡単に減点されました。これはこの月の延べ訓練回数195回の22%にあたります。2000年9月よりレセプト提出時の補足説明の添付、疑義申請の強化を行っていますが、表のように減点は続いています。運動・言語ともに、複雑を簡単にする減点が大部分ですが、一部に0点にする減点もまだあります。

(言語療法の減点レセプト件数)

	1月	2月	3月	4月	5月	6月
99	0	2	6	0	0	0
00	0	0	0	4	2	3
01	6	9	3	1		
	7月	8月	9月	10月	11月	12月
99	0	0	0	0	2	0
00	3	0	16	0	1	0

(言語療法の減点訓練回数)

	1月	2月	3月	4月	5月	6月
99	0	6	20	0	0	0
00	0	0	0	15	7	8
01	20	27	9	1		
	7月	8月	9月	10月	11月	12月
99	0	0	0	0	4	0
00	9	0	31	0	4	0

* 月平均訓練回数：99年151件、
 00年142件、01年140件

(運動療法の減点レセプト件数)

	1月	2月	3月	4月	5月	6月
99	0	0	0	0	0	0
00	0	0	0	0	0	4
01	2	1	3	3		

	7月	8月	9月	10月	11月	12月
99	0	0	0	0	0	1
00	1	0	5	0	4	10

(運動療法の減点訓練回数)

	1月	2月	3月	4月	5月	6月
99	0	0	0	0	0	0
00	0	0	0	0	0	12
01	5	4	23	27		

	7月	8月	9月	10月	11月	12月
99	0	0	0	0	0	3
00	4	0	18	0	22	42

* 月平均訓練回数：99年170件、

00年185件、01年180件

[疑義申請の復活状況] 2001年3月の社保の審査会から、通知があり、2000年9月の言語療法複雑の延べ31回(患者16名)の0点の減点の内、延べ28回(14名)が請求通り全面復活しました。以後の疑義申請については結果を待っています。

[減点に対する考え方]

(1) 国の医療費抑制政策の中で、支払い基金の財政難が深刻化し、社保・国保の減点が強化されているという現状認識が必要です。

(2) 小児リハビリについては保険病名の枠の狭さに問題があります。言語療法については、保険病名は「失語症と構音障害」のみで、自閉症・言語発達遅滞・精神発達遅滞、ダウン症候群は減点されます。運動療法については「脳性麻痺・脳血管障害な

ど」で、運動発達遅滞は減点されます。保険病名が小児リハビリ医療の現状にあっていないので早急に保険病名の枠の拡大を求める運動が必要です。

(3) 小児リハビリの特殊性を考えると、訓練のみでなく、母親指導も含め、一定の時間を要する為、簡単(運動15分・言語15分)では短く、複雑(運動40分・言語30分)を要します。また、成人と異なり、小児は発達過程にある為、複雑訓練の期間も長期間に渡ると考えます。

(4) 小児リハビリの減点は障害児の受療権・発達の権利を否定し、同時にリハビリ士の役割も否定しているという視点をもって対応する必要があります。

(5) 小児リハビリの減点に対して、全国の小児リハビリ施設、多くの小児科医、運動および言語のリハビリの職能団体、障害児の親の団体が協力して、改善に取り組む必要があると考えます。

[おわりに]

リハビリの減点は成人も含め、多くの医療機関で経営的にも大きな問題になっています。患者の受療権・人権を守るという立場で、社会的な問題として国民に知らせて医療制度の改善に向けて多くの医療機関が協力して取り組むべき課題だと考えます。

B 7 愛知県における乳児期死亡の要因の多重ロジスティック回帰分析

福田博美、古田真司、石原伸哉（愛知教育大学）

渡辺智之、高田宗樹、高井城、宮尾克、佐藤祐造（名古屋大学）

はじめに

乳児期死亡は出生時の体重や妊娠週数に大きく影響されることが指摘されているが、出生時の妊娠週数と出生時体重の関係についての研究はあまりなされておらず、また他の出生要因との検討も少ない。そこで、本研究では、出生時の妊娠週数、妊娠週数別の平均出生時体重との体重比、および出生票から得られる主な要因が乳児期死亡に与える影響の検討を行ったので報告する。

研究方法

1995年～1998年の氏名を削除した愛知県の人口動態調査出生票および人口動態調査死亡票を愛知県との共同研究により分析した。1995年の死亡診断書の書式変更に伴い、1年未満に病死した児については出生時の情報が死亡票にも記載されることとなった。この死亡票に記載されている「生年月日時」、「出生時体重」、「母親の生年月日」を出生票の同項目と照らし合わせるにより死亡票と出生票とのレコードリンケージをおこなった。4年間の死亡票より、一年未満に死亡した児は964人であり、前記の方法で死亡票と出生票のレコードリンケージが可能であったのは910人(94.4%)であった。多胎および妊娠週数による出生時体重の違いを調整するために、レコードリンケージ可能であった一年未満死亡の中から多胎での死亡を除いた824人を症例とした。つぎに、出生票より出生時体重の記載があり、死亡児と同一の妊娠週数で誕生日の最も近い単胎の児2人ずつ（計1,648

人）を対照群として選択し、総数2,472人を分析した。ただし、妊娠週数が28週未満と42週以降の出生者が少ないため、この2時期については、死亡児と同一の妊娠週数ではなく、それぞれ28週未満の出生者と42週以降の出生者であり単胎で体重記載があり死亡児と最も誕生日の近い児を当てた。

結果

妊娠週数別に6時期に分け、乳児期死亡症例と対照児の出生時体重について、T検定を行った（表1）。28週未満、32週以上から35週以下、36週以上から37週以下、38週以上から41週以下、42週以降の5時期において生存群が有意に体重が多かったが、28週以上から31週以下の時期において出生時体重の差は認められなかった。

さらに、妊娠週数別の出生時の平均体重を対象期間の出生票より算出した。これを基準値として、両群の個々の児の出生時体重比を算出し、「妊娠週数別平均出生時体重比」とした。この「妊娠週数別平均出生時体重比」と「所在地が名古屋市か他の市か、町村か」「嫡出か否か」「性別」「母の年齢」「初産か経産か」を乳児期死亡の有無に対してロジスティック回帰分析を行った。回帰分析にあたり、表2のようにサブグループを設定した。妊娠週数別平均出生時体重比は、基準とした90%以上から110%未満より、80%以下と80%以上から90%未満においてオッズ比が高く有意に死亡リスクが高く、妊娠週数に比して体重が少ない

ことが乳児期死亡に強く影響していた。母親の年齢は、基準とした 26 歳以上から 30 歳以下よりも 20 歳以下でのオッズ比が有意に高かった。初産婦か経産婦かについては経産婦の方がオッズ比が高かった。

「住所地の市町村」は名古屋市内より町・村のオッズ比がやや高く、「嫡出か否か」は非嫡出子の方がオッズ比が高いが例数が少なく、「性別」は男子がオッズ比がやや高かったが、どれも有意な関連はみとめ

られなかった。

考察・まとめ

従来から乳児期死亡は出生時の体重や妊娠週数に大きく影響されることが指摘されてきた。今回、妊娠週数により補正したことで、妊娠週数別平均出生時体重比が小さいことが乳児死亡に強く影響していることが示された。高年齢出産の児の乳児期死亡が高くないこと、経産の方がオッズ比が高いこと、などが新しい知見といえる。

表 1 妊娠週数別の乳児死亡症例と対照(生存)の平均出生時体重の比較

妊娠週数	症例人数	出生時体重の 平均値(g)±SD	対照 人数	出生時体重の 平均値(g)±SD	T検定
28週未満	107	741±206	214	906±179	p<0.001
28～31週	69	1360±572	138	1389±421	N.S.
32～35週	117	1907±562	234	2154±405	p<0.001
36～37週	103	2522±527	206	2722±349	p<0.001
38～41週	413	2914±513	826	3116±367	p<0.001
42週以降	15	2656±498	30	3396±424	p<0.001

表 2 乳児期死亡についての多重ロジスティック回帰分析による要因分析

		オッズ比 [95%信頼区間]	
妊娠週数別平均 出生時体重比	※	80%未満	5.29 [4.07～6.87] *
		80-90%	1.97 [1.55～2.51] *
		90-110%	1.00
		110-120%	0.87 [0.65～1.17]
		120%以上	1.26 [0.89～1.78]
母の年齢	※	20歳以下	2.24 [1.37～3.67] *
		21-25歳	1.14 [0.90～1.44]
		26-30歳	1.00
		31-35歳	1.05 [0.84～1.31]
		36歳以上	0.76 [0.50～1.14]
初産か経産か	※	初産	1.00
		経産	1.27 [1.06～1.53] *
住所地の市町村	※	名古屋市	1.00
		それ以外の市	1.09 [0.89～1.34]
		町・村	1.26 [0.95～1.66]
嫡出か否か	※	嫡出子	1.00
		非嫡出子	1.47 [0.86～2.53]
性別	※	男	1.16 [0.97～1.39]
		女	1.00

※: オッズ比の基準サブグループ

*: p<0.05

B 8 雇用時の色覚検査の見直し

高柳泰世（本郷眼科・名古屋大学公衆衛生学）

宮尾 克（名古屋大学大学院多元数理科学研究科）

- 1 目的：(1) 労働安全衛生規則の関係条項に「一律に色覚検査をする」と定められている。適正配置に資する為と考えられるが、果たして一律な色覚検査で多種多様の職種への適正を判定することができるか。(2) さらに、職場ではどのような色彩識別能力を必要として色覚検査を求めているのか。(3) 医療機関ではどのような色覚検査が行われて診断しているのか、正確な色覚診断がなされているのか。以上の3点について検討した。
- 2 研究方法：(1) 眼科学的色覚検査の結果と、社会的色彩識別能との整合性を調査研究した。学校保健法のもとに『色覚「異常」者』として選ばれる者に対して、実社会で一般に使われている様々な色の識別検査を調査研究をした。(2) また、現実に臨床の場でどのような色覚検査が行われ、診断をしているかの調査を行った。(3) さらに現場で色覚検査を必要としている理由を調査した。
- 3 結果：(1) 眼科学的色覚検査とくに広く使われている仮性同色表（石原式色覚異常検査表）の検査結果と、日常生活における色彩識別能との間には整合性はなかった。(2) 健康診断書を記載できるとされている公的医療機関における色覚検査は主として石原式色覚異常検査表が使われ「赤緑色盲」「赤緑色弱」などの診断が公然とつけられていた。(3) 色覚の検討をを必要としない職場においても、健康診断書に無意味な色覚欄を配置し、色覚特性をもつものに不要な苦痛を与えていた。
- 4 考察：我が国では徴兵検査の名残から、学校保健法にも色覚検査が取り入れられ、その目的が明らかでないまま漫然と色覚検査が行われ、判定し、不利益を被らしめていることが判明した。最近、明確な欠格条項は見直される時代に入ったが、医師法、薬剤師法には欠格条項としてなかった「色覚」が、大学入試要件として存在し、多くの色覚異常者の門戸を閉ざしてきたことを考えると、制度的な見直しはされても、色覚異常者に対する能力評価の機会が程遠いものになる恐れがある。
- 5 結論：去る平成13年4月15日に静岡新聞のトップ記事に下記のような報道が見られた。『政府は平成13年4月14日、事業者が従業員を雇い入れる際、

色覚異常の有無について調べる検査を一律に義務づけている労働安全衛生規則の関係条項を見直す方針を固めた。厚生労働省の検討会が6月にもまとめる最終報告を受け、規則改正する。改正は「検査の不要な職種もある」との判断に基づき、一律義務づけを廃止。①警報ランプの色の識別など安全に関わる作業を伴う職場や、生産管理に色の識別が問われる専門職・技術職など一部職種に義務づけを限定する。②事業者の自主性に任せる一などとする案が出ている。

検討会は昨年7月の中間報告で「感染症情報や、色覚検査などの遺伝情報は誤解や偏見を招きやすく、社会的差別につながる可能性が大きい」と指摘。「治療などで改善できるものではなく、事業者が積極的に収集すべきではない」と是正を求めている。

色覚検査については、旧文部省（現文部科学省）が1994年12月に省令を改正。95年度から学校での健康診断での実施回数を減らし、集団から個別検査に代わった。教育現場と共に就職現場でもプライバシー配慮が強まる形だ。

労働安全衛生規則第43条は就職時の健康診断について、血液、心電図、視力や色覚検査など11項目の実施を義務づけている。

旧労働省は99年度に企業の健康診断に関する研究を外部に委託。厚生労働省の検討会は色覚異常による危険が予測される職業や職務、検査のあり方などについても検討を進めている。』

労働安全衛生法の雇い入れ時の一律な色覚検査が早急に見直されることを期待している。

B 9 過労死事例と健康配慮義務—事業所一般検診の事後措置を考える

○東 幹雄、田尻俊一郎（大阪民医連社会医学研究所）

1、はじめに

昨年3月最高裁が出した「電通事件」判決は、事業者の健康配慮義務を強調した画期的な判決である。心血管の基礎疾病や危険因子を労働者がすでに持っていたにもかかわらず、事業者が業務軽減などの健康配慮義務を怠っていた為に過労死に至る事例がある。労働安全衛生法は、事業者の定期健康診断実施義務を定めるとともに「健康診断の結果、労働者の健康を保持するため必要があると認めるときは、当該労働者の実情を考慮して、作業の転換、労働時間の短縮などの措置を講じなければならない。」と定めている。その内容や方法については「健康診断結果にもとずき事業者が講ずべき措置に関する指針」（平成8年10月1日労働省通達）に「異常所見があると診断された労働者について、就業上の措置に関し、その必要性の有無・講ずべき措置の内容などに係る意見を医師などから聞く必要がある。」と定められている。今回、このような事後措置を怠り健康配慮義務を果たさなかったとして損害賠償訴訟となっている事例（労災申請はされていない）の相談を受け持った。この事例と、事業所一般検診の事後措置の現状を電話調査した結果を示し、考察及び提案を述べる。

2、事例 52歳 男性 拡張型心筋症

平成10年12月4日午後2時頃
事務所にて 突然死

建物の増改築工事等を目的とする株式会社（従業員約40人）に平成4年5月に入社し、業務課長をしていた。倉庫資材の管理や現場の支払い査定以外に工事の現場管理、小規模補修工事、工事代金の回収、現

場残材の回収、物資運搬、現場調査など様々なことを一人の女子社員を部下としてこなしていた。朝8時前に出社し、昼間は各現場を回って進行状況をチェックし、現場の清掃や廃材引き上げも行う。会社に戻るの毎日夜7時から8時になり、その後デスクワークをこなし、会社を出るのは平常時でも夜9時から10時であった。また顧客からクレームがあると、クレーム処理のため夜になってから現場へ出向くこともしばしばあった。月末の査定日は大量の請求書を査定しなければならず、会社を出るのは朝の4時から5時になっていた。土曜休日勤務も常態化していた。

平成10年2月の健康診断によって初めて心電図異常を指摘された。健康診断個人票には、自覚症状—朝に胸苦しさ、心電図—左室肥大・下壁梗塞とあり、医師の診断—要医療（心電図）とある。この健康診断をした日に即、外来精査（心エコーおよびマスター負荷心電図）をされ、拡張型心筋症（心駆出率33～39%）と診断された。ホルター心電図では心室性期外収縮がわずかに検出された。この時の主治医の指導については、死後5ヶ月経て遺族の求めに応じて書いた診断書には次のように書かれている。「塩分を控えることと、たばこを30本吸ってるとのことであったので禁煙することを説明した。疾患の特徴として、うっ血性心不全または不整脈による突然死の可能性もあることから、入院の後心筋生検することを薦めるも少し様子を見るということであった。仕事に関しては、規則正しい生活の中で無理をしないようにするようにお話した。」とある。

事例はその後、たばこを減らしほぼ1ヶ月ごとの通院と服薬治療を続けたが、病状は会社には言っていなかった。会社は検診の結果要医療（心電図）と判定されたにもかかわらず、就業上の措置に関し医師の意見を聞いておらず、業務軽減等の措置を全く取らなかった。事例は従来どおりの長時間労働を続けた。9月受診時に心エコーがされ、心駆出率約22%と低下していたが、本人は家族に「心臓の動きは少し良くなった」と言っていた。業務は台風の後の補修工事等で増えていった。12月4日昼食後、業者との打ち合わせのため事務所で待機していた時急に苦しみだし突然死した。

3、事業所一般検診後の事後措置の現状について。

当研究所が今まで関わった33事業所（従業員数は、50人未満23ヶ所、50～100人5ヶ所、100～200人4ヶ所、約400人1ヶ所）にたいし電話で調査した質問と結果を次に示す。

イ、検診異常者に対して何らかの事後措置をしているか はい 21 いいえ 12

「はい」の内容は、受診の薦めを口頭で16ヶ所、検診機関から連絡あれば受診を薦める2ヶ所、再検費用は会社負担で1ヶ所、保健婦の指導と受診の薦め1ヶ所

ロ、要治療と判定されたものに対して、医師の意見を聞いて業務軽減などの措置をしたことがあるか はい 1 いいえ 32

4、考察及び提案

1) 上記の調査結果のように、多くの事業所は、検診異常者について医師の意見を聞いて業務軽減などの措置をしていないのが現状だと思われる。前述した労働安全衛生法の規定及び労働省通達が徹底されていない為で、早急に行政指導が必要である。

2) 昨今リストラが増え、当事例のように労働者の方からは病状を事業者に言い出しにくい状況では、事業者の方から検診異

常者について医師の意見を聴取し適正労働条件に措置する義務を定めていることは重要である。こうした健康配慮義務は当事例のような50人未満の事業所にも当然適用される。意見を聞く医師としては産業医選任義務のある事業所についてはその産業医が適当と定められている。しかし、当事例のように検診で判明した異常について精査治療している医師（主治医）がいる場合は、その主治医に意見を聞くことが最も適当だと考える。

3) 事業所が検診結果について監督署に届けているのは検診各項目の有所見者の数だけである。異常と判定されたものについて検診後医師の意見を聞いて事後措置を講じているかのチェックも監督行政に必要だと考える。その為には監督官の増員などの対策も必要であろう。

4) 労働者の意志の尊重とプライバシーをまもるため前述した通達に「事業者が就業上の措置を決定する場合、あらかじめ当該労働者の意見を聞き、十分な話し合いを通じてその労働者の了解が得られるようにつとめること」「プライバシーの保護に特に留意すること」とあるが、これが保証されていることを労働者に示す必要がある。

5) 検診機関が努力すべきことは、労働時間や作業内容などを出来るだけ意識して問診し、労働背景を十分認識した上で労働者本人及び事業者に結果を返すことである。

6) 今年4月から2次検診の費用を労災保険が負担する制度が実施されているが、当事例のような心電図異常の精査は対象になっていない。過労死予防のために作られた制度なのだから当然対象とすべきである。

5、結語

以上の提案を実施する事によって事業所一般検診後の事後措置を充実させ、基礎疾病を悪化させ過労死に至るといったことがないよう、対策が急がれる。

B10 病気になった労働者の休む権利・働く権利

田村 昭彦、青木 珠代（九州社会医学研究所）

1. 病気（私傷病）になった労働者

現在、病気になった労働者がリストラ・出向・解雇の対象となり職場を追われている事例が多く報告されている。

病気はいわば不慮の事故であり労働者の責に帰するものではないにも係わらず、病気になったときの労働者の病気療養に専念する権利や、職場復帰する権利は制限されている。今日は我々が九州地方で行った、56事業所の就業規則調査をもとに病気になった労働者の権利について報告する。

2. 就業規則に見られた病気休業の特徴

1) 回答があった事業所の概要

今回の調査は、労災職業病九州セミナーの実行委員会に加入する労組、団体などを対象とし56事業所分の回答が寄せられた。従業員の規模別では、99人以下が13事業所(23%)、100～299人は10事業所(18%)、300～999人は7事業所(13%)、1000人以上は18事業所(32%)、公務8事業所であった。業種別では、製造業15事業所(27%)、公務員8事業所(14%)運輸業6事業所(11%)その他の産業(医療・マスコミ・その他)27事業所(48%)であった。

2) 就業規則に病気休暇制度があるか記載されているか

病気休暇制度を44事業所(79%)に認めた。これは労働省調査23.1%(1997)を大きく上回っていた。しかし99人以下の中小事業所では5事業所に病気休暇制度がなく、病気時は年休を使うと回答している。

3) 年次有給休暇との関係について

病気になった時、年休と病気休暇が自由に選べると事業所は41事業所(69%)であった。査定等の影響で年休を使用するのは中小企業に多く見られた。しかし現実には

病気の時にはまず年休を使用するのが常態となっていた。

4) 療養できる期間

健康保険法による傷病手当金の支給限度である1.5年を超える事業所が約半数認められた。しかし6ヶ月未満とする事業所も9事業所(16%)認めた。

5) 休暇延長について

29事業所(52%)に疾病による延長があった。ところが従業員数99人以下の小規模事業所では1事業所(7%)に認めたにすぎなかった。病名としては結核がほとんどでガン・心臓疾患・難病・脳血管障害・高血圧・慢性疾患という疾患をあげているところは7事業所にすぎなかった。日本では疾病構造が感染症から「労働・生活習慣病」転換して久しいが、メンタルヘルスを含めほとんど反映していなかった。

その他「会社が必要と認めたとき」「特別な事情」「労使協議」などの規定がもりこまれている事業所もあったが基準は明示されておらず、あいまいであった。

6) 病気休暇の期間が満了時

病気休暇期間満了時には「退職・解雇」がほとんどであったが、再雇用するケースも6事業所(11%)に認められた。一定割合で「ケースバイケース」というかたちで基準は示していないが雇用継続の余地がある、との回答が含まれていた。

7) 職場復帰時の復職判定の有無

復職判定に関しては、34事業所(60.7%)が、復職判定を実施していた。従業員規模別でみると、100人以上の事業所では66.3%が復職判定を実施しているが、99人以下の事業所では復職判定を実施している事業所は、38.5%と低下していた。

業種別でみると、運輸業では100%の事業所で復職判定が実施され、また製造業でも73%の事業所で復職判定が実施されている。しかし、医療・放送・新聞・金融等のサービス業では44.4%と低率であった。

運輸業については、6ヶ月程度の病気休業期間が満了すれば解雇となる事業所もあり、復職判定が“復帰の為の判定か”“解雇の為の判定か”その内容が問われる。

8) 復職判定に関与するスタッフ

復職判定に関するスタッフは、産業医が20事業所、主治医が20事業所、人事担当者が17事業所、職場長が10事業所、労働組合が4事業所であった。(複数回答)複数のスタッフに関与しているケースが多い。しかし産業医が選任されている事業所でも35%は産業医が復職判定に関わっていなかった。主治医とする事業所はほとんど診断書による判定のみを行っており、直接主治医からの意見聴取を行っている事業所はまれであった。また診断書の提出においては産業医か事業所が指定する医師の診断書しか受けつけない事業所もあり、主治医の意見が反映されないケースもあると思われた。

9) 訓練的就労・業務軽減

運用されている事業所は、56事業所のうち20事業所(35.7%)にとどまっていた。

従業員規模別でみると、99人以下の事業所で運用率が23.1%と低く、業種別は、運輸業が17%、公務員が12.5%と低い。訓練的就労運用率の一番高い製造業でも53%にとどまっていた。

10) 訓練的就労・業務軽減の内容

訓練的就労・業務軽減では「労働内容の軽減・変更」が31事業所と最も多く、続いて「残業の制限・禁止」が19事業所、「夜勤の制限・禁止」17事業所となっており、いずれも所定労働時間に影響を与えない措置となっていた。

所定労働時間に影響を与える措置に関し

ては、「短時間労働」が7事業所、「就労時間内通院」が6事業所、「隔日勤務・時差出勤」が3事業所、「休日増加」が1事業所と実施率は低い傾向にあった。

事業所の規模が大きくなるほど措置内容が多く、また業種別では「製造業・サービス業」が多く、「運輸業・公務員」が少ない傾向にあった。

3. まとめ

病気時の休暇・休職制度を就業規則との関係で考察した。病気になった労働者の健康に働く権利を考える上で重要な点について以下に指摘したい。

①病気労働者の法的権利が不十分。

日本においては、病気になった労働者が安心して療養に専念し、軽快したときに職場復帰し得る法的規制はない。労働安全衛生法は伝染病や自他に害を及ぼすのおそれのある精神障害などの病者を就業禁止することや職業病予防の目的のために特定業務への就業禁止を定めているが、配置転換の義務などについては規定していない。

②事業所所間格差が大きい

日本では産業別の協約も存在しないため、病気になった労働者の療養と職場復帰に関する権利は各企業別の労働協約や就業規則によって定められる事となる。今回の調査結果からも企業間の格差は著しいものがあつた。とりわけ99人以下の中小零細企業においては療養期間が6ヶ月未満であるなど療養や職場復帰について権利が制限されている。

③病気休業や職場復帰の基準が不明確

休業期間の延長や職場復帰時の業務制限などが「ケースバイケース」「企業が必要と認める時」など曖昧なものが多く認められた。また職場復帰可能かどうかを判断する基準も明確でなく事業所の「恩恵的」処置によるものが多く、労働者の権利と主張できるものとなっていない。

B11 事例による注射・与薬業務における看護職員の医療ミス発生要因の検討

関 由起子, 前原 直樹, 飯田 裕康 (財団法人 労働科学研究所)

「1. 目的」

看護職員が関与した医療ミスに対する対策の多くは、ミスに對した看護職員個人への注意喚起や、個人に確認作業を義務づける、ルーチ化やマニュアル化を行うことであった。しかし、これらの対策は、看護職員の注意力が有限であることを考えると、一方への注意義務は他方への注意不足につながり、根本的な事故防止対策とは成り得ない。そこで、本研究では看護職員の「注意」に焦点を当て、以上の2点について検討することを目的とした。

1. 看護職員が関与した医療ミスと看護職員の注意には、どのような関係があるか。
2. 事故防止対策につながる看護職員の注意の使い方とは何か。

「2. 研究方法」

調査対象は、ミスがあったが結果として患者に危害がなかった事象であるインシデント事例とした。都内 1000 床規模の総合病院の 4 病棟を選び、2 週間の調査期間中に提出があったインシデント・レポート提出者（看護職員）に、インシデント発生の原因や状況について面接を行った（計 14 例）。面接担当者は、看護職経験が数年以上の研究者 5 名であった。病棟・業務観察を行い病棟の状況や業務内容を把握した後、面接調査を実施した。面接は、当事者の看護職員、リスクマネジメント担当者や病棟責任者、研究者の計 3 名以上で、面接時間は 10～30 分であった。面接内容を記述し、インシデントの内容・原因・状況等を図式化した。それらをもとにリスクマネジメント担当者や、病棟責任者、安全工学研究者らと原因・状況分析を行った。

「3. 結果」

インシデント発生に関与した看護職員の「注意不足」に関連した 5 つの要因を抽出した。

1. 優先順位の高い事象に対する注意の移行

<事例 1> 低血糖のおそれがある A 患者の対応に追われ、B 患者への降圧剤の与薬を忘れた。

この事例は、緊急対応が必要な患者に、看護職員の注意が向いていたため、この状況下で優先順位が低い与薬業務への注意が向かず、インシデントが生じている。一時優先順位の高い業務にすべての注意が移行しても、その後一時中止していた業務内容を思い出せるよう、記憶想起のためのメモやチェックリストを活用したり、多忙時の優先順位の付け方や、通常業務への戻り方のルールを設けたりするなどの手段を講じる必要がある。

2. 患者の行動など予測困難状況への注意

<事例 2> 不整脈の 84 歳の C 患者は、内服薬を自己管理できる状況にあるという看護職員の評価により、入院中も内服薬を自分で管理していた。しかし、ある日間違えて 1 日 1 回服用の薬を他の薬と一緒に 1 日 3 回服用してしまった。

患者のすべての行動を予測し、監視することは不可能である。事故が起こる可能性が高い状況を改善せずに、看護職員の注意で事故を防ぐのではなく、そもそも事故が起きないような状況を考慮する必要がある。この事例の場合には、入院中の患者に処方された内服薬は、原則看護職員の管理とし、内服管理の教育が必要な場合にのみ、患者本人管理とするなどのルーチ化が対策として考えられる。

3. 他の医療従事者の不適切な行動への注意

<事例 3> A 看護職員は、D 患者の点滴のつなぎ換えを B 看護職員から依頼され、B 看護職員から手渡された点滴セットを、患者氏名や薬剤名、量、時間等を確認の上つないだ。しかし、それは他の患者の点滴であった。

この事例は、B 看護職員が異なる点滴を A 看護職員に手渡したことがインシデント要因の一つである。点滴ボトルに記入されている内容を確認する場合、自ら点滴を選び取ったときに比べ、点滴を手渡しされた場合には注意力が落ちる。この事例のように、「D 患者の点滴」として手渡された場合には、たとえボトルの氏名が D

患者ではなくても、D 患者の氏名が書かれていると思ひこむのが人間の特性である。この事例の場合には、A・B 看護職員の注意義務を促すのではなく、手渡しするなど、注射・与薬業務を臨時に他の看護職員に引き継ぐ場合には、どのような項目をお互いに確認し合うかなどの、確認事項を設ける工夫が必要である。

4. 複雑・煩雑な情報源からの情報選択・抽出に対する注意

<事例 4> 指示書には記載されていた指示への注意事項が、処方箋には記載されていなかった。C 看護職員は処方箋のみを確認し、指示を実行したため、インシデントが生じた。

看護職員が指示を実行するために必要な情報源は、カルテ、処方箋、指示書、看護記録、その他の記録用紙、カードックスなど多種多様であり、さらにそれぞれの記載内容に違いが見られることも少なくない。このような状況の中、正確な情報のあり場所を探し当てるには、時間と細心の注意が必要である。看護職員がすべての情報を注意で確認するのではなく、最小の注意で確実な情報が得られるように、情報の一元化や、指示書から処方箋への転記内容のルール化などの工夫が必要である。

5. 通常のルールと異なる状況に対する注意

<事例 5> この病院では、抗生物質は1時間かけて点滴するのが通常のルールであった。2時間かけてある抗生物質を点滴する指示が指示書に書かれていたが、その時間指示に F 看護職員は気づかず、ルール通りに点滴を開始した。

類似性の高い業務が多数ある場合、業務内容を定型化し、関連のある行動をひとまとまりに行う（スキーマ化する）ことで、時間や労力の効率化を図っている。幾度となく繰り返される同じ形態の業務すべてに、細心の注意を払うことは不可能に近く、また、それを求めることは効率的でない。通常と異なる作業や業務が必要な場合には、書体を目立たせたり、ルール外の理由を明記したりするなど、異なる点に注意が向くような工夫が必要である。

「4. 考察」

上記事例に於いて、これらレポートに記載した看護職員は自己の不注意がインシデントの原因であ

るとし、自らの注意努力を事故防止対策としてあげていた。しかし、事例検討の結果からは、インシデントは看護職員が注意を怠ったためではなく、注意することが困難であったために生じていた。これらのインシデントへの対策として、新たな注意や確認行為の追加は、他の行為への不注意につながり、新たなインシデントやアクシデントにつながりかねない。看護職員が処置の最終場面で適切な注意が向けられるよう、余分な注意を働かせなくてもよい病棟・病院環境やシステムづくりが必要である。以下にその対策を提案する。

1. 指示の実行過程すべてが正確であったかの確認を、処置の最終施行者の責任とするのではなく、チーム医療のチーム構成員それぞれが受け持つ業務範囲を明確化し、それぞれがその範囲において責任をもつ。
2. 複雑・煩雑であったり、特記事項が目立たなかったりする情報源から、看護職員が効率よく正確に情報収集・選択出来るように、情報を一元化するなどの情報整備や、注意事項を強調するなどの、情報収集支援方法を考案する。
3. 多種多様な業務の同時遂行を求められる看護職員が、すべての業務に最大で均一の注意を払うのではなく、必要な場面に最大の注意を払い、その後、一時注意が逸れた業務を正確に想起し実施できるような、記憶支援システムや業務内容の定型化などを行う。

「5. 結論」

インシデント事例から看護職員の「注意」とインシデント発生との関連について検討した。1.インシデント発生例では、注意配分に無理が生じていることが判った。2.事故防止には、処置の最終実行者としての看護職員の注意配分が効率的に行われるような環境・システム作りが必要と考えられた。

本報告は、看護職員の「注意」に限定した事故防止対策の議論であったが、事例検討の結果から、インシデント発生要因として、チーム医療のあり方、管理体制の問題、人（医師・看護職員・他の医療従事者・患者）の問題、患者参加のあり方、病院・病棟環境の問題なども挙げられた。医療事故は、多種多様な要因が複雑に絡み合っ

て発生している。看護職員の注意に限定することなく、多方面からの対策が必要であろう。

B12 労働形態の多様化と労働者の健康

—相談事例を通じて考える—

働くもののいのちと健康を守る全国センター

色部 祐

「はじめに」

最近、私たちに寄せられる働く人たちに
関わる相談は切羽詰ったものが多いとの印
象を抱く。相談歴が30年近くになるが、
こうした印象を強くもった時期は、ここ2
～3年の時期を除いては無いように思う。
それが何故なのかの解明はできているわけ
ではないが大いに気にかかるところである。

特に長時間労働、土曜日曜も無く働き続
ける夫の過労死を危惧する妻、やはり長時
間労働、時に深夜、泊まりの作業を反復す
る息子、娘の健康状態に気を揉む母親の相
談である。サービス残業、就労前の労働契
約違反は当たり前、いやなら辞めたらの脅
しに似た会社の言動。慢性の病気を持つ夫
がいつ倒れるか、日々憔悴していく娘がこ
のまま働きつづけて良いものか、配偶者、
母親の苦悶と不安、不法な働かせ方を呪う
声は切羽詰っているのである。

ここではこうした労働に迫いやる背景
について検討していきたい。そして私たち
が関わっている2事例を通して、最近の労
働の実態と健康問題について考えてみたい。

1、失業、雇用不安が長時間労働を促進する

最近の完全失業率の推移は、4.8%前後
であり、統計を取り始めてから最悪の数字
を記録し続けている。特に若年層、中高年
層の失業率が高いことは指摘されていると
ころである。一定の比率での失業者＝産業
予備軍の存在は、資本にとっては労働力の
買手市場として有利に立ち振る舞うことを
可能にする。

雇用した労働者に長時間労働、不払い労

働を強いる、いくらでも代替の労働力は存
在するから強気である。そしてリストラ、
解雇の不安は、労働者をしてより献身的
に、長時間、サービス残業をいとわない
労働に駆り立てている。ある相談依頼者の
妻は、夫が休みがもらえず、11日も連続勤
務、月に6、7回の泊まり勤務があり、泊
まり明けも通常勤務である、肝臓も悪くな
ってきているので心配と述べたあと「本社
に文句をいえば首になってしまうんじゃないか
かと思ひ、なかなか言い出せません」と
嘆いている。長時間労働は、新たな健康破
壊を生み、かつ慢性疾患を持った労働者は、
受診の自己抑制に追い立てられている。

2、労働分野における「規制緩和」、労働力 流動化政策の推進

バブル崩壊以降、日本経済の長期低迷の
中で「規制緩和論」が強調されている。そ
して労働分野の規制緩和は、日経連「新時
代の『日本的経営』」（95年）経済審議会行
動計画委員会「雇用・労働ワーキンググル
ープ報告書」（96年）などあるが、政府は
アメリカ政府や日本の経営者団体の要請に
応えて95年3月に労働行政関係65項目、
翌年は106項目の緩和計画を閣議決定して
いる。

その現れとしてリストラの横行、賃金の
抑制、労働関連法令の一連の「改定」、労働
市場への民間資本の参入拡大などに見られ
る。労働、雇用における規制緩和は、大き
くは二つの柱として進行してきた。それは
①労働時間に関する規制緩和、すなわち裁
量労働制、変形労働時間性の緩和拡大、「女
子保護規定撤廃」による女性の深夜、休日

時間外労働の規制緩和である。②として労働者派遣法の改定による「原則禁止・例外適用」から「原則自由・例外禁止」への転換、民間有料職業紹介事業の緩和などに見られる雇用分野の規制緩和である。

3、事例の紹介

事例一「裁量労働」の下での過労死

Y氏 雑誌編集者 97年7月27日、急性左心機能不全で死亡 24歳

「職歴」96年4月 K社入社 女性週刊誌の編集部配属 実用活版担当

96年9月 有数の多忙班である実用カラーグラフィア班に配属

「死亡直前の仕事の様子」

97年7月25日（金） 2週間合併号を前にて多忙な週。午前自宅を出て入社。入稿して退社したのは翌朝の7時過ぎ

97年7月26日（土） 朝8時に帰宅後、昼まで眠る。その後は読者調査の準備をし、外出。その後、日曜日夕方の読者調査の資料作りをし、翌朝4時半に母に「9時に起こして」と声かけて自室に戻る。

97年7月27日（日）上記疾病により死亡
「労災申請、裁判の経過」

98年5月29日 中央労働基準監督署に労災申請→2000年5月17日付 中央労基署不支給決定

・不支給決定の理由

- ① 勤務時間は長いが業務の密度は疑問
- ② 長時間であるが同じ職場の他の編集者と比べて長いとはいえない
- ③ 裁量労働制の職場なので自分で勤務時間等を工夫できた
- ④ 「読者調査」は、必ずしも業務命令があったとはいえない

2000年6月23日 労災保険審査官に不服申請

2000年8月8日 東京地裁にK社に対する損害賠償請求訴訟を提訴

2000年9月21日 東京地裁第1回公判

2000年11月10日付 審査官不服審査請求棄却 ①業務が特に過重であったとは認められない②恒常的な長時間労働で就労しているため業務起因性は認められない③読者調査は業務命令に基づく社外出張勤務と認めがたい

「争点」 「裁量労働制」は、労働時間管理ができず、際限ない長時間労働に落ち込む危険があること。

事例二 派遣か請負か—自殺した青年

U氏 大学中退し米国留学を夢見て、資金稼ぎのために就職 99年3月10日会社借上げアパートで自殺発見さる

「職歴 仕事の様子」97年10月名古屋市に本社のある業務請負会社n社に入社 N光学機器大手の埼玉熊谷工場で昼夜2交代勤務につく。半導体製造機械最終検査の業につく。さらに社内メール便の処理も担当

昼勤—午前8時半から午後7時30分

夜勤—7時半から翌朝7時半

休日労働も再三あり、自殺直前は、午前8時半から翌未明までの勤務も続く

「身体的精神的変化」体重減少 誤入力の連続 易しい理科の問題も解けなくなったと嘆く 自信喪失、疲弊状態（母親の観測）

99年2月23日 会社に退職願提出→会社拒否→同月26日より無断欠勤→自殺

「裁判上での争点」

2000年7月、母親がN、n両社を相手取って損害賠償裁判を提訴。

派遣か請負か 業務の監督管理、指揮命令系統はどこが責任を負うか、安全・健康配慮義務などの責任を誰が果たすか。

4、考察、結び

労働分野の「規制緩和」は、多様な労働形態、働き方のパターンを作り出した。事例にみる「裁量労働」「派遣、請負労働」は長時間労働に拍車をかけ、職場での「働くルール」を突き崩している。その結果、労働者への健康影響も深刻な姿で現れている。

B13 長時間夜勤交代労働と労働災害、健康・生活問題

佐々木 昭三（働くもののいのちと健康を守る全国センター）

ここではアルミと銅の非鉄金属の素材メーカーで業界トップメーカー住友軽金属（国内生産の25%生産）の主力工場の名古屋製造所（以下住軽金<）における過密な長時間夜勤交代労働が職場で労働災害の増大、労働者の健康や生活上の問題を生み出していることを明らかにする。

労働災害事故の多発

住軽金（2000年<以下00年>社員2,224人）は昨年度1年間で公表されただけでも30件（作業従事1年未満が10人）もの労働災害が多発した。これは前年同期13件の倍増である。この内死亡災害が10ヶ月で3人である。この重大事故の続発に対して、所轄の名古屋南労働基準監督署長は「住軽金の労災多発は異常」との見解を述べ、現在名古屋工場は「特別安全指定工場」となっている。そのためこれが国会でも問題（参院労働・社会政策委員会）で労働基準局長は「災害が多すぎるとの認識」となり、厚生労働省は住軽金社長を呼び厳重な指導をおこなった。

また、アルミ業界の日本アルミニウム協会（住軽金社長が会長）は、00年6月企業に対し安全対策の緊急要請を発表した。そこにはアルミ業界の労災事故の原因が相次ぐリストラ（「合理化」）による人員削減、（徹底した）コストダウン策、生産体制の見直し（正規労働者を減らし非正規労働者を導入）などにより、労働者の「労働負担の上昇」、職場の「安全軽視」、工場の「生産現場の混乱」によるとしている。

人べらし、長時間夜勤交代労働の実態

住軽金は、この間の人べらし、リストラ「合理化」で社員を1993年の3,597人から00年2,224人へ激減させた。99年9月には一挙に550人の大量退職者を出した。それは熟練の正社員を大量に人べらしして、その補充としては非正規・不安定雇用労働者（派遣、臨時従業員）を入れ、まともな安全教育もなまま生産現場で即定員として働かせている。そのため、作業経験1年未満の労働者が被災労働者の4割となっている。

現在こうした減員したなかで住軽金は史上最高の生産量を更新している。

この労災多発の要因に、長時間夜勤交代労働がある。

現在住軽金の勤務実態は実質24時間を2交代で連続操業させる3直（3組）2交代制（以下3-2勤務）である。以前（72年1月～86年9月）は8時間労働制を基本とした4直（4組）3交代制（8時間×3交代）であった。

現在のこの3-2勤務実態は、9日サイクルで残業も含み昼勤（朝8時～21時、途中2回1時間30分の食事休憩で拘束13時間）、夜勤（夜21時～翌朝8時、途中1回1時間の食事休憩で拘束11時間）で、これに前後して交代時の申し送り、職場ミーティングが加わり、その上に、通勤時間がある。したがって、通勤を含む実質拘束は昼勤16時間、夜勤13時間となる。

3人の労災死亡者はいずれも残業時間中であった。1人は2人定員であるのに1人作業

中であった。

3-2 勤務の労働と生活、健康問題

この過酷な3-2勤務で働いている労働者の職場からの声（アンケート調査、労働者聞き取り調査）では、「身体はクタクタだ」「昼休みは皆寝ている」（昼休み30分仮眠をコンクリート床に段ボールを敷いて休んでいる）「高血圧の降下剤を服用して夜勤をやっている」「夏場は工場内が45度を超えて熱中症で倒れる人が何人かである」「早く家に帰れない」「家族と一緒にいられる時間がない」「家族そろって食事・団らんができない」「こんな勤務は変えて欲しい」「前の4直3交代に戻して」などの切実な声が多く聞かれる。

3-2勤務者のAさんの労働と生活をみる。

昼勤は、朝5時30分に起床して洗顔後自動車で出勤し、6時30分に会社の駐車場に着き、30～40分仮眠（朝早く出るのは交通渋滞を避けるため）をする。仮眠後会社の食堂で朝食をとる。8時から12時30分まで勤務（昼勤前半）して、昼食を会社の食堂で食べ、30分仮眠をする。13時30分から17時近くまで勤務（昼勤後半）、その後30分ほどで夕食を会社の食堂でとる。朝・昼・夕食すべて会社の社員食堂でその定食を食べることとなる。あまり疲れているときには夕食をとらずに30分仮眠をする。

18時30分頃から21時までの3時間30分が残業（昼勤残業）である。その後に職場での入浴後、車で自宅へ帰る。自宅へ帰るのは夜10時30分～11時頃で、帰宅後ビールで軽く飲食をして、床につくのは午前0時頃となり、翌朝5時30分には起床する。

夜勤は、就労開始（21時）の1時間30分前（19時30分）に家を出る。21時から22時は夜勤の早出残業である。22時から1時までが夜勤の前半勤務である。1時から2時まで休憩で30分夜食、30分仮眠をとる。職場では、1時から3時の時間帯で交代で休憩1時間をと

る。その後2時から8時まで夜勤の後半勤務が続くのである。以前（25年前の4-3勤務時代）は一番眠たく疲れがでる早朝5時から6時に「黙認の休憩時間」があった。

8時が夜勤の終了時刻であるが、その後1時間ほど申し送り、ミーティング、研修などがあり、実際は9時頃までかかり、その後入浴して、自宅へ帰る。そのため帰宅は10時すぎとなり、1人で食事（妻は9時からの仕事でいない）をして、眠りにつくのである。夕方頃起きて、夕食後19時30分に出勤する。

まとめ

住軽金の労働災害多発や人間らしい生活、健康上の問題の要因に、人べらし・リストラ「合理化」と労働者の安全・健康軽視、3-2勤務による過酷な長時間夜勤交代労働がある。健康で人間らしい労働と生活のためには、残業を削減して長時間労働をなくすこと、夜勤勤務での残業を止め、8時間労働を基準にした4-3勤務にすること、そのためにも正規社員を増やし、安全衛生の教育と管理体制・活動を強める必要がある。

調査・参考資料（主なものは参加者に配布）

- ・住軽金労働災害一覧（99年9月～00年11月）
- ・住軽金労災死亡事故一覧（70年～2000年）
- ・住軽金災害発生件数表・災害速報
- ・軽金属ダイジェスト（業界紙）抜粋
- ・住軽金労災・健康・生活問題アンケート調査結果（2001年6月）
- ・住友軽金属名古屋製造所交代勤務の変遷（1959年～現在）
- ・3直2交代勤務の年間勤務シフト表（2000年4月～2001年3月）
- ・3-2勤務の24時間操業パターン表
- ・3-2勤務の労働者の労働と生活構造表
- ・参院労働社会政策委員会議事録（00年11月）
- ・住軽金「健康と家庭を守る会」資料
- ・住軽金9争議支援連絡会資料ほか

B14 交通労働者の食生活実態調査

○鶴飼綾子・田代由香里(健和会)、田村昭彦・青木珠代(九州社会医学研究所)

(はじめに)

「人間らしく働くために」をテーマに「労災職業病九州セミナー」が、北九州で1999年11月27・28日開催された。私達は、セミナー実行委員会の中でプロジェクト活動を展開し、「交通労働者の健康問題」に着眼し地域の働く人々とともに実態調査に取り組んだ。

実際の労働者への聞き取り調査において、交通産業の特徴である不規則・長時間勤務が、かたよった不規則な食生活を招くという実態を聞いた。今回このような勤務形態と「食生活」との関連について、調査・検討したのでここに報告する。

(対象及び調査方法、解析方法)

1) 調査の対象；交通産業に関連する労働者65名

2) 調査項目；一日の食事内容、一日の生活行動・勤務状況、健康・生活実態調査

3) 調査期間；1999年7月23日から1999年10月2日の間で一日断面調査を行った。

4) 解析方法；日勤勤務者と不規則勤務者に群を分け、生活・健康実態、栄養摂取状況を比較した。栄養摂取状況は厚生省の定めている年齢・生活強度別による栄養素など所要量に対して各栄養素で充足率を算定、その充足率をA(99~80%)、B(79~60%)、C(59~40%)、D(39以下)、E(100%以上)と分類し百分率を比較した。これに関しては、平成9年国民栄養調査の男性の結果とも比較した。他の調査項目も百分率を比較した。

5) 解析の対象；性別による差異を排除するため男性のみを対象とし、調査日は勤務日のみとし休日に調査したものは排除した。解析対象は55名、調査全体の84.6%であった。

(結果及び考察)

1) 集団の特徴；全体の年代では50代が一番

多く43.6%、その他30代20代がそれぞれ20%ほどであった。勤務形態では、日勤勤務者(以下日勤群と略す)49.1%、不規則勤務者50.9%(以下不規則群と略す)(日勤・夜勤の交代勤務25.4%、隔日勤務7.3%、不規則勤務18.2%)であった。日勤群の平均年齢は41.2歳[95%信頼区間；37~45.3]不規則群は49.8歳[46.4~53.1]、BMI(Body Mass Index)の平均は日勤群23.3[22.2~24.4]不規則群23.4[22.2~24.6]であった。

2) 勤務形態と食生活習慣の関連；

		食事の不規則さ	
		あり	なし
勤務形態	不規則	18(64.3%)	10(35.7%)
	日勤	5(18.5%)	22(81.5%)

**

		平均食事回数	
		2回	3回
勤務形態	不規則	10(35.7%)	18(64.3%)
	日勤	1(3.7%)	26(96.3%)

**

** p < 0.01

表のように日勤群に比べ不規則群のほうが「食事の不規則さ」を訴えている割合が多く、また平均食事回数が2回のものが多かった。勤務形態により食生活習慣が影響されていることがわかった。

3) 将来の健康に対する不安；「不安がある」と答えたのは、日勤群92.6%不規則群96.4%であるが、平成9年労働者健康調査では、男性の中で「不安がある」の回答が75.4%であり、この集団が他の労働者に比べ不安を感じている比率が高い。その理由として不規則勤務者は、長時間労働・不規則な生活・不規則な食生活を半数近くが挙げていた。

4) 栄養摂取状況；勤務別に比較してみると、不規則群のほうが不足傾向が強いことが明らかにになった。脂肪・ビタミンAにおいては顕

著であった。また全国水準と比較してみると、不規則群、日勤群の順に不足傾向が強いことが示唆された。カルシウム・鉄・ビタミン類の項目が特に不足傾向が強かった。(表1参照) 食品群別で野菜の一日摂取量平均を見てみると、日勤群では181.1g不規則群では151.5gであり、H9年国民栄養調査の成人の平均292gに比べ野菜摂取不足なのが示唆される。しかし脂肪に関しては、日勤群は全国水準よりも過剰な傾向にあり、不規則群は全国の傾向と類似している。不足な群もいる反面摂取過剰な群も多く、食事の偏りがあることがうかがえる。個別に見ると不規則勤務者は外食・レトルト食品・簡単な弁当が多かった。また食生活習慣では不規則群の方が日勤群に比べ「食事が不規則」「欠食が多い」ことは前に明らかになったが、それに加え「十分な休憩が取りづらい」「拘束時間が長く外食が増える」「時間帯により食事内容が限定される」などが事例よりうかがわれ、このような不規則勤務による食習慣の影響が食事内容に反映していると思われる。これでは各栄養素をバランスよく摂取する事は難しいのではないか。

しかし、日勤勤務者においても不足群は目立っている。これは対象全体が交通産業に関連している労働者であり、勤務形態以外の賃金形態、職場環境等の要因が複合的に絡み合い「食生活」に影響を与えているからだと思う。労働条件の異なる様々な職種と比較すれば、交通労働者の「食生活」の特徴がより鮮明になると思われ、今後の研究の課題である。

(おわりに)

今回は、交通産業における不規則勤務という特徴的な勤務形態が、「食生活」に影響を及ぼしていることが示唆された。また労働が、他の生活習慣に影響を及ぼすことも十分に考えられる。

平成9年の厚生白書に定義されている「生活習慣病」の概念のように、我が国では健康

管理を個人の自己責任に押し付けている面が大きい。しかしWHOにおいて、健康増進は個人の生活習慣の改善を行うだけでなく環境の整備をあわせたものへと変遷してきている。我が国でも健康増進を考えるにあたり、職場を含めた環境整備に積極的に取り組んでいく事が望まれる。

医療人として「働くものの健康」を守るには、常に対象者に対し、労働背景を含めた全人的アプローチをすることが大切である。また一方で地域の活動に積極的に参加し、労働と健康の関連を明確にしていき、労働条件を改善する運動を進めていくことが重要だと思われる。

表1；栄養摂取状況（各栄養素の充足率）

		100%~	80%~	60%~	40%~	~39%
カルシウム	不規則	17.9%	21.4%	39.3%	21.4%	0.0%
	日勤	25.9%	33.3%	29.6%	11.1%	0.0%
	全国	49.1%	28.5%	16.6%	4.9%	0.9%
蛋白質	不規則	28.6%	32.1%	25.0%	14.3%	0.0%
	日勤	55.6%	22.2%	18.5%	3.7%	0.0%
	全国	71.4%	17.2%	8.4%	2.5%	0.6%
脂質	不規則	46.4%	21.4%	25.0%	7.1%	0.0%
	日勤	74.1%	22.2%	3.7%	0.0%	0.0%
	全国	53.4%	18.5%	15.8%	8.7%	3.7%
カリウム	不規則	3.6%	10.7%	17.9%	32.1%	35.7%
	日勤	11.1%	7.4%	33.3%	18.5%	29.6%
	全国	39.9%	18.0%	19.4%	15.3%	7.4%
鉄	不規則	3.6%	17.9%	39.3%	28.6%	10.7%
	日勤	29.6%	14.8%	29.6%	25.9%	0.0%
	全国	65.4%	18.5%	10.9%	4.1%	1.2%
VA	不規則	7.1%	10.7%	35.7%	39.3%	7.1%
	日勤	40.7%	11.1%	18.5%	14.8%	14.8%
	全国	60.4%	11.5%	10.9%	8.3%	8.8%
VC	不規則	39.3%	14.3%	17.9%	7.1%	21.4%
	日勤	51.9%	18.5%	3.7%	14.8%	11.1%
	全国	85.2%	5.0%	4.2%	2.8%	2.8%

B15 看護婦の交代勤務改善に関する研究—二交代制を中心に—

○上畑鉄之丞(国立公衆衛生院)、齊藤良夫(中央大心理)
酒井一博、前原直樹(労研)、山崎慶子(東女子医大病院看護)
宮越由紀子(広大医・保健学)

(目的) わが国の病棟の交代制は、医療技術の高度化、ICU のように夜間に過密労働が集中する勤務の増加などから様々な改善を求められ、定型的な 8 時間分割の三交代制だけでなく、「中勤」を取り入れた変則三交代制や、二交代制が導入されるなど近年は多様化している。本研究では、病棟看護の交代勤務改善について、労働生理学、労働心理学、労働社会学の立場から検討した。

(研究方法)

下記の分担研究を、平成 10 年度から 3 年間にかけて実施した。

1. 看護婦のストレスとライフ・イベントに関する研究—第 40 回社会医学会で報告
2. 2 交代勤務のあり方のシミュレーション研究—健康な若年女性を対象に深夜勤務による生体の身体的負荷量を、深夜及び早朝の覚醒水準などで明らかにするシミュレーション実験を試みた。深夜勤務の長さを 8 時間、12 時間、16 時間の 3 水準に想定、0 時以前に歩行運動負荷をかけた場合とコンピューター監視作業の精神的負荷をかけた 2 条件を設定、0 時以降の覚醒水準の変化を、体温、4 選択反応時間、ヴィジランス、フリッカー値、「自覚疲労しらべ」などを 1 時間ごとに測定した。また、二交代勤務での 16 時間夜勤(16:00-08:00)を実験的にシミュレートし、03:00 から仮眠をとらない場合、1 時間仮眠、2 時間仮眠の場合の 3 条件を設定、その後の早朝時間帯の覚醒水準の相違を調べた。早朝時間帯には、毎時間 30 分間の視覚的監視作業を繰り返した。
3. 看護婦の交代制勤務が生活時間及び心身の消耗度に与える影響—二交代又は三交代で夜勤に従事する看護婦 120 名を対象に 1 カ月の生活時間調査を実施した。対象者の夜勤時間は、8 時間、12 時間、16 時間の 3 グループ。生活時間は、生理的活動、労働、余暇の 17 項目についておこなった。また、8 時間夜勤による変則 3 交代及び 12 時間二交代の 4 病院の夜勤看護婦 36 名を対象に、1 勤務サイクルを 5 日間とする 6 日間について、期間中の生活時間、夜眠前、昼眠前、勤務中仮眠前及び午前中の尿中 S(17-Ketosteroid Sulfates) 及び尿中 OH(17-Hydroxycorticosteroids) 及び S/OH 比を測定した。さらに、12 時間夜勤制を採用する一般病棟の 20 ~ 30 歳代前半の看護職を対象に、休憩時間 1.5 時間を設定、仮眠の有無の 2 条件の比較検討をおこなった。S/OH 比は慢性疲労状態を評価する指標とした。
4. 病棟看護婦の交代制勤務の実態調査— 13 都道府県の 3,965 カ施設の看護部長や病棟婦長を対象に、病床数、病床稼働数、平均在院日数、看護職員数と週所定労働時間、年休消化率、看護単位数などのほか、特定の病棟を対象に、病床種類、患者の重症度と看護必要度、勤務者の職種と人数、勤務形態、夜勤人数とその職種、月平均夜勤回数、各勤務帯での勤務者の構成、日勤・準夜勤・深夜勤のローテーションの頻度・方法などについての郵送法調査を実施した。回答数は 1,515 病院で、回答率は 38.2%であった。

5. 病棟の二交代勤務のモデルシフトに関する研究—病棟での交代制勤務の導入経過を歴史的に検討するとともに、二交代制での長時間勤務による勤務者の疲労蓄積とパフォーマンス低下を克服する条件を付与した場合のモデルシフトの実現性を検討した。モデルは、3人夜勤で夜勤中の2時間休憩、うち90分の仮眠の保証、16時間拘束と12時間拘束勤務の2条件とした。

(結果と考察)

1. 看護婦は、一般事務や教員など他の女性職種と比較して、仕事の要求度や職務ストレスが大きく、とくに夜勤による身体負担が大きい。

2. 若年女性を対象に、8時間、12時間、16時間夜勤を想定したシミュレーション実験では、8時間夜勤と比較して、12時間及び16時間夜勤の場合の心理的、生理的指標の低下は大きく、とくに16時間夜勤での低下が著しい。また、16時間夜勤で60分、120分の仮眠をとった場合ととらなかった場合では、120分仮眠の場合にパフォーマンスの改善効果が著しかった。

3. 12時間や16時間の長時間交代勤務をおこなっている病棟では、多くの看護婦がなんらかの仮眠をとる習慣を定着させていたが、勤務明け後の休日が十分でないことから睡眠不足や疲労蓄積が想定された。また、身体消耗状態を評価する尿中S、尿中OH及びS/OH比の検討では、12時間夜勤で仮眠なし群の場合、勤務終了時及び勤務明け後の休日後の身体消耗は仮眠あり群に比較して大きく、仮眠あり群でも60分以上の回復効果が著しかった。

4. 13都道府県の全病院を対象におこなった交代勤務状況の調査では、3交代は55.3%、2交代は37.6%で採用されており、三交代は国、公的機関や一般病棟、ICU・CCUに多く、二交代は医療法人や個人、老人や精神病棟に多かった。回答者のうち、現在行っている勤務制が望ましいとした者は40-74%であったが、とくに、16時間2交代と8時間3交代が望ましいとしたものが多かった。なお、3交代の循環方式は、反時計まわりを含めた逆循環型が多く、勤務間隔は、約半数が11時間以内であった。さらに、夜勤者数は、3交代では準夜・深夜とも各2人が最も多く、2交代夜勤も3人以上は24.2%であった。また、月平均夜勤回数は、3交代の準夜勤4.3回、深夜勤4.3回、二交代夜勤は4.6回であった。

5. 二交代による長時間夜勤では、2時間の休憩時間のなかで90分程度の仮眠の確保を前提にしたモデルシフトを実施するには、現行の看護配置基準の改訂や週労働時間の弾力的運用が必要と考えられた。

(まとめ)

12時間、16時間などの二交代勤務での長時間夜勤は、看護業務の効率化などの側面はあるものの、疲労の蓄積やパフォーマンスの低下を促進することがシミュレーション実験や現場調査で明らかにされた。これらの弊害を克服するには、長時間夜勤では、週38時間労働を前提に、2時間の休憩時間のなかで仮眠を保証するとともに、3人以上の夜勤数を確保すること、また、将来的には週35時間労働への移行が必要と考えられた。

(注、本研究は平成10-12年度厚生省厚生科学研究補助金政策科学推進事業で実施した)

徳島健生病院 職業病グループ 樋端規邦・村上美智子

[目的]

振動障害患者が症状固定以後に再び振動曝露作業に従事し、振動障害の諸症状が再び増悪した患者を2例経験した。この2例は労災の再認定申請を行った。

このような例をきっかけとして、振動障害の治療を終えた患者がどのように職業復帰をしているか、また振動障害の3症状はどのように変化しているかを調査した。これをもとに、社会復帰に当たってどのような社会医学的な問題点があるかを検討した。

[対象と方法]

対象は当院で症状固定となった全振動障害患者の内、症状固定時の年齢が60才未満の、就労した可能性が高い39名の患者を対象とした。このうち死亡や所在が不明などの理由で調査を行えなかったもの、及び塵肺と振動障害の合併認定者を除いた（除外者は10名）計29名（固定以後の平均年数は11.2年±2.1年、6年～15年、中央値12年）である。固定時の平均年齢は53.6±4.8才（44才～59才、中央値54才）であった。

調査はH12年4月、電話によるアンケートに解答する形式で行った。

[結果]

- 1 固定後に仕事に就いたもの25名（86%）、就かなかったもの4名（14%）
- 2 固定後に就いた主な仕事の内要（25名）

建設土木	10	農業	6	林業	4	運転手	1	造園業	1
サービス業	1	工場経営	1	無回答	1				
- 3 固定後の仕事で振動工具を使用したもの7名(32%)、しなかつたもの22名

林業	3/4	建設土木	3/10	造園業	1/1	計7名
----	-----	------	------	-----	-----	-----

（土木作業員の1名は削岩機を常用、他は何れも「時々」使用した）
- 4 振動障害（3障害）の経過（振動工具を使用した、しなかつたで区分）

①痛み（手や肘）	使用した	悪化3	不変4	改善0	なし0
	使用なし	悪化8	不変7	改善4	なし3
②痺れ	使用した	悪化4	不変3	改善0	なし0
	使用なし	悪化7	不変10	改善4	なし1
③レイノー	使用した	悪化0	不変2	改善0	なし5
	使用なし	悪化6	不変8	改善1	なし7
- 5 アフターケア利用者

5人（17.2%）	内1名が振動工具を使用した	が医師の指導下で使用した
-----------	---------------	--------------

[考察]

1 ほとんどの固定者は就労していた（無回答の1名を除く28名中24名、86%）。そのほとんどは重筋労働（24名中21名、88%）であった。

就労しなかつた者は高齢者か障害者（障害年金受給）であった。

2 固定後の仕事は様々であったが、多くは重筋労働であり、仕事上で振動工具を使用し

たものが7名(28%)あった。そのうちの1名は土木作業に従事し、削岩機を専門的に使用していた。他は時々使用する程度であった。

3 自覚症状については、振動工具を使用したもので手肘の痛み、手腕の痺れ、レイノー現象の何れの症状についても悪化ないし不変であり、改善したものはなかった。悪化の原因の一つに振動工具の使用が考えられる。

4 振動工具を使用しなかったものの中で、手や肘の痛み、手腕の痺れ、レイノー現象について症状の改善が見られた例がそれぞれ8例(36%)、4例(18%)、1例(5%)見られた。振動工具を使用しなかった例でも、悪化した例が各々8例(36%)、7例(32%)、6例(27%)みられた。悪化した要因は、固定後の仕事(特に多くは重筋労働であったこと)による因子、加齢による因子、他疾病の合併、生活習慣の変化(特にレイノー現象は寒冷曝露で増悪する)などが考えられる。

5 一般に振動障害の治療は完全回復を計ることが困難である。ある程度の改善が得られれば症状固定となり社会復帰をしなければならない。しかし、現状では復帰する労働の選択幅は極端に狭い。従って多くは筋肉労働に復帰することになり、新しい仕事場で再び振動工具を使用する場合も少なくはないという実態が明らかになった。

6 アフターケアを受けたものは5名に過ぎず、その内要が医療の提供だけであることから、就労上の指導や、日常生活での健康管理に結びついていない問題があると考えられる。

[結語]

1 振動障害の症状固定以後、再び就労する労働は重筋労働であることが多かった。しかも仕事上、再び振動工具を使用する例が少なからず、一部にはそれを専門的に使用する例もあった。

2 振動工具を使用した例では振動障害の症状が増悪した例が多く、振動工具の使用にその一因がある可能性が考えられた。また振動工具を使用しなかった例でも症状の増悪を来した例が少なからず、重筋労働が増悪要因の一つであろうと思われた。

3 振動障害の症状固定者は全国で毎年数百人出ているが、その中で比較的年令の若い人は高率に職業復帰しているものと思われる。症状固定者が職業復帰することを想定して、病状の増悪を来たさないために、いくつかの支援事業の必要性が示唆された。

4 その第1は公的なサービスによる健康状態に相応しい職業の紹介・斡旋、第2にアフターケア手帳を全ての患者に公布し、定期検診を実施する、第3に監督署による再就業状況の把握と職場での健康管理に対する指導を強めることが必要である。

B17 女性にみられる振動作業(草刈り)と障害

櫻井忠義 (日本体育大学・健康科学)

1. はじめに

男女雇用機会均等法が 1986 年に公布され、雇用の場における男女雇用の均等、待遇の確保を目的とし、女性の就業援助措置を定めた。この法制定以前には女性就業について、母体を守る観点からいくつかの就業規制がとられてきた。振動工具使用作業についても制限が加えられ、多くの職場では基発に例示された振動工具の使用については女性を作業につけることは制限され、振動工具を使用する職場では、もっぱら振動作業は男子が行い、付帯作業に女性が加わる程度であったと考えられる。

今回、1979 年から 1981 年にかけて土木員として振動作業(草刈り)に従事し、現在まで長期間に渡って草刈機、バイブレーター、ランマー等を使用してきた女性達の事例を経験した。女性がそうした作業に従事するにいたった経緯、雇用条件に、男性ではみられない社会的、家庭的に見直さなければならない状況が存在していた。また、使用工具の特徴に応じた障害と、女性であるがゆえに悪化した特異な障害がみられた。

2. 対象症例

現在の年齢は 65 歳から 68 歳の主婦で、土木員として振動工具を使用した期間は 19 年から 21 年になる。身長は 133cm、143cm、145cm、152cm で、極めて小柄な女性達である。主な使用工具はエンジン部を背負う型の草刈機で、道路周囲の草刈作業を行い、溝工事、舗装工事の折はセメント攪拌にバイブレーターを、砂利入れ後、舗装後にはランマーを使用してきた。草刈

機の使用時間は 2 月から 9 月にかけては一月に 21 日から 23 日使用し、10 月より 1 月にかけては一月の使用日が 20 日以下で、17 日から 20 日になる。草刈機は作業日にはほぼ毎日使用し、一日に 3~4 時間使用する。バイブレーターやランマーは月に 3~5 日で、日に 0.5 時間ほど使用していた。就業時間は午前 8 時から午後 5 時までで、草刈作業以外は工事の付帯作業を行う。使用草刈機の振動は手持ち部分で主成分 80~125Hz を中心とする約 136dB の大きさを持ち、肩の背負い部分でも 130dB を越す振動を有している。総重量は 17~19kg で、手持ち部分は 5~7kg になる。

3. 雇用条件、生活状況

職場では健康保険、雇用保険、厚生年金がかけられ、個人でも生命保険をかけていた。雇用は長期雇用であるが、給与は日給制で、仕事日に応じて月毎に支払われ、現在で 10~12 万円になる。職場へは軽トラックで 10~15 分かけて出勤するという比較的近い職場である。特殊健康診断が行われたことはない。それぞれの家庭が約 3 反ほどの田畑を持ち、子供が 1~3 人で、子供の養育費、修学費を得るために仕事にでるようになっている。夫も他の職業に従事する。4 人ともタバコ、酒は一切たしなまない。

4. 健康障害上の特徴

1) 自覚症状

手指、腕手のしびれ、指、手首、肘の痛み、手の冷え、手のひらの汗異常、耳鳴り、

寝つきの悪さ、肩こりを訴える。その他に腰の痛み、疲れやすさ、手指の動きの悪さ、握る力が落ちた等に加え、生活上の訴えが多く、細かい手作業の困難さ、服のボタンのはめ難さ、食事や洗い物のときに茶碗箸を落とす、手指の動きが悪くて仕事をするときに作業しづらい、危険なことがあるなどを訴えた。

2)検査所見

尿検査、血液検査に著変はみられないが2名に高脂血症がみられた。振動作業に伴う障害検査では末梢循環障害(皮膚温低下、指尖容積脈波波高低下、冷水負荷検査による回復遅延など)、末梢神経障害(指の触覚、痛覚、振動覚等の知覚鈍麻)、運動機能障害(握力、ピンチ力低下、タッピング能低下、肘手首指関節可動域制限)、骨関節障害(レントゲン写真にて肘、手首、指関節の変形性変化)が4名全員にみられた。

3)特異な障害

胸部レントゲン写真で多数の粒状影を認める者1名、心電図で右脚ブロック、心肥大を認める者1名、聴力検査で高音域に聴力低下を認める者2名で、振動のみならず騒音や粉塵、肉体労働に伴う障害が見られた。また、頸椎の変形性変化を認める者は3名で、1名には後方すべりがみられた。既往に外傷、転倒事故、交通事故などがないことから背負い型の草刈機による振動の影響が頸椎変化の原因と考えられた。この部位は頭部の体重を支え、可動部であることから側方からの物理的力に弱い。容易に変形を促してきたと考えられる。また、手指のDIP関節(指の末節の遠位関節)、PIP関節(指の中節と基節の間の近位関節)の膨隆がみられ、レントゲン写真でDIP、PIPの骨棘、関節腔隙の狭小化、脱臼様変化が4名全員に認められた。この変化は女性の

骨代謝に関わる女性ホルモンの減少期に、注意をしなければならない骨粗しょう症が、強い力を要する仕事に就いたために指にその変化をきたし、変化を強めていったと考えられる。

5. まとめ

今回の事例は道路建設に組み入れられていった農家主婦の職業性疾患罹患の経緯である。夫は農家のみでは家族の生計を立てられずに仕事に出かけ、今まで田畑を耕していた主婦も子供の養育費、学費、生計のために夫に続いて近隣の土木工事に出かけることになり、簡便な労働力として重宝されてきた。雇用当時は振動作業への女性の雇用制限があったにもかかわらず、振動作業につき、賃金も日給月給制で9時間拘束の割には極めて低く抑えられている。男女雇用機会均等法施行後も変化はみられていない。作業側にも使用者側にも女性と男性では作業の量が違うから賃金が違うのは当然であると言う認識があった。また、農家で食べ物に困らないことがその状況を許容する地域性がある。

障害としては暖かい地域のため、レイノ一現象(寒冷時に発作的に起こる指の循環障害)は認められないが、振動障害に見られる末梢循環障害、末梢神経障害、運動器障害が認められ、これに加えて騒音、粉塵、肉体労働に伴う障害が加わっていた。特に使用草刈機のエンジン部を背中に背負うという特徴に関わって発生したと見られる変形性頸椎症、女性ホルモンの減少に伴う体内変化を指関節症として障害を重くしていた振動作業が特徴と言える。

今後、女性の雇用条件の整備、受傷患者の療養、使用工具の特徴による障害対策が必要とされる。

B18 ブロイラー解体作業にみられた頸肩腕障害及び「指曲がり症」の4症例

道端達也（玉島協同病院）

1. はじめに

1996年7月にブロイラー解体工場に働いている女性4名が、上肢の痛み、手指の変形、疼痛といった症状で水島協同病院を受診した。診察所見、検査結果より、頸肩腕障害と手指の変形性関節症—いわゆる指曲がり症—と診断し、労災申請をおこなったが、労働基準監督署は業務外と判断した。

今回の発表は、①日本での報告が見られないブロイラー解体の作業内容の紹介と頸肩腕障害症例の報告②業務外の判断が1997年に出された「上肢作業に基づく疾病の業務上外の認定基準について」に沿って出されたものであり、判断の内容と問題点の紹介を目的とした。

2. 当該企業の概要、業務内容等

①工場の概要

事業内容：ブロイラーの解体処理

レンダリング（羽根・血液等を加工し、飼料を製造する）

労働者数（1996年）

151名 うち製造部門 119名
（男性41名 女性78名）

所定労働時間：8：00～17：00

休憩時間：10：00～10：10

12：00～13：00

15：00～15：10

②作業環境、作業工程等

室温約15℃。立ち仕事。

解体場所の所々に、お湯を入れた容器があり、作業者は適宜、この中に手を入れて暖めながら作業をする。

③作業工程

ブロイラーのと殺→放血（血を抜くこと）

→羽根を湯につけて取る→内臓をだす→3～5℃の冷水につけて冷やす→解体→計量→真空パック包装→冷蔵→出荷

上記ブロイラーの流れ（天井をつるされて流れて来、途中胴が上下に分断された後ベルトコンベアで流される）のなかで、以下のような作業が行われる。

(1) 食だし：ブロイラーを左手で抑え、片方の手の2本の指で食道等を取り出す。相当2本の指に力が入る。

(2) 関節折り：流れてくるブロイラーの腿を両母指でへし折る。力がある。

(3) ももはずし：右手でえぐるように、骨に沿って肉を残さないように包丁で切つて、左手ではずす。

(4) 胸はずし：肩先に包丁を入れて、筋を切り左手で引っ張る作業。手羽先をとる。

(5) ささみ取り：筋を切つてささみを取り出す作業。

(6) 股切り：股に2ヶ所包丁をいれ、皮だけを切る作業。

(7) その他：背切り、横切り

1日の解体数は83年には1日7500羽。96年には23000羽。一人あたりの処理数は約240羽、2、3分に1羽ということになる。

3. 症例呈示

症例1 T. T 62才、女性。

主訴：両肩から上肢にかけてのシビレ、痛み。手指の変形と痛み。

既往歴：右膝変形性関節症、右第6肋骨骨折

職業歴：1952年4月から1982年まで農業。1983年1月8日より1994年2月20日まで本工場勤務（約11年）

現病歴：1984年夏頃より両手指の腫脹，発赤あり．同時に頸，肩，腕にシビレ，痛みあり．

血液検査所見：CRP(-) RF(-) WBC 4000 ESR 38/81 抗核抗体 (-)

両手X線：変形性関節症

末梢機能検査にて手指皮膚温の著明低下と振動覚の中等度低下．

症例2 M. M 62才，女性．

主訴：手指の変形，痛み，しびれ，冷感．両上肢全体の痛み．

既往歴：メニエル症候群

職業歴：農業および電気製品のコンデンサー取り付け作業（約15年）．1983年より1994年まで本工場勤務（約12年）

現病歴：1985年頃より，肩，肘，手首の痛みあり，徐々に両手指が痛くなってきた．

血液検査所見：CRP(-) RF(-) 抗核抗体(-)陰性 WBC 4500 ESR 18/44

両手X線：変形性関節症

末梢機能検査にて手指皮膚温の著明低下と振動覚，痛覚の低下．

症例3 Y. G 55才，女性

主訴：両手指のシビレ，痛み，変形．頸部，背部の痛み．両肩，両上肢の痛み．

既往歴：虚血性心疾患 貧血

職業歴：農業および電気製品のコンデンサー取り付け作業（約15年）．1983年1月より1997年9月まで本工場勤務（14年8月）．

現病歴：1989年ごろより両手指の腫脹，疼痛出現．次第に上記症状が出現していった．

血液検査所見：CRP0.66 mg/dl RF189.1 IU/ml WBC 5100 ESR72/116 抗核抗体(-)

両手X線：変形性関節症

末梢機能検査にて手指皮膚温中等度低下，振動覚軽度低下．

症例4 A. U 62才，女性

主訴：手指の変形，しびれ．両肩から上肢の痛み，腕のだるさ．

既往歴：高血圧 不整脈 交通事故にて肋骨骨折

職業歴：1964年3月より1974年3月までセーター，カーディガンの製造．1974年4月から1975年9月まで自動車電装部品組立．1979年7月から1982年1月まで清掃作業．1983年1月8日より1995年5月まで本工場勤務（12年4月）．

現病歴：1983年12月頃より，手指がしびれた感じとなり，手指関節が痛み出した．次第に肩，腕にも痛みが生じるようになった．

血液検査所見：CRP(-) RF(-) WBC4700 ESR 20/50 抗核抗体(+)

両手X線：変形性関節症

末梢機能検査で手指皮膚温，痛覚の著明低下と振動覚の中等度低下．

4. 業務上外の判断について

4症例とも労災申請したが，不支給となり，審査請求も行ったが，棄却された．その理由が新通達の基準を満たしていないということであったが，判断の内容を要約すると，以下の様になる：「上肢に負担のかかる作業とは認めるが，他の労働者と比べて請求人が過度に上肢を使用していたわけでもなく，1日，1ヶ月に業務量に特に変動が無く発症前に過重な業務に就労していたとは認められない．」

演者は，そもそもの業務が日常的に上肢に過重な負担がかかるものとする．また，労働負担の過重性は，当該労働者ににとって過重か否かを判断すべきであって，作業量を他の労働者と比較して判断することは妥当でない．従って，業務外の判断は不適切なものだと考える．

B19 トンネル建設従事経験者における重症じん肺多発と意識形成遅滞の要因

久地井寿哉, 山崎喜比古 (東京大学大学院医学系研究科健康社会学)

【目的】1970年代後半から80年代初頭にかけて、トンネル建設工事業における重症じん肺(労災認定相当のじん肺症のこと)の発見・把握が激増した。当時、その要因が検討・指摘され(e.g. 山崎, 1983; 山崎, 1984)、その後の改善が期待された。しかし、トンネル工事従事による重症じん肺多発は、その10-20年後の90年代にもなお続いている。本研究の目的は、近年発見・把握されたトンネルじん肺患者を調査・分析することによって、今なお続くトンネル工事従事経験者における重症じん肺多発の構造的な要因を明らかにすることである。

【対象と方法】全国トンネルじん肺補償請求団に加入しているトンネル工事従事経験者(約1000人)を対象に、1999年秋に、自記式調査票を用いて調査を実施した。項目によっては管理区分決定申請書・通知書等を参考に回答してもらった。分析対象は有効回答者786人(全員男性)であった。

【結果】(1)対象者の属性：現在の年齢は平均65±7歳。現住所は36県(多いのは鹿児島96人、徳島72人、新潟52人、宮崎51人、福島49人、愛媛48人、北海道46人、宮城45人など)にまたがり、出身県と似た分布であった。

(2)粉じん作業従事歴：粉じん作業従事期間パターン別各該当者の特性は、右表の通り。粉じん作業従事歴は、平均値で表現すれば、1960±8年(26±8歳)に開始、1985±10年(51±10歳)に終了、であった。70年代(1971-80年のこと)以降に従事を開始している、いわば近年の従事者も10%みられた。トンネル工事実従事年数は従事期間(開始から終了まで)の67%。トンネル工事以外の粉じん作業歴がある者は全体の22%。多くは、トンネル工事従事以前に数年従事、というものであった。

(3)労災認定状況：労災に認定されたことがあ

る者は、その後打ち切られた者7人を含めて638人(82%)。労災認定時期は、その約9割が90年代(89年以降のこと)であった。認定時の管理区分は、管理2が39%、管理3のイが30%、管理3のロが21%、管理4が10%。合併症罹患は、「ない」6%、続発性気管支炎88%、その他6%であった。

(4)90年代労災認定者の従事歴・健康管理歴：90年代に労災認定された559人中、80年代までに従事を止めた者(「離職後じん肺」群)は322人(58%)、90年代に従事を止めた者(「離職と労災認定とも90年代」群)は238人(34%)。労災認定につながる受診は、「具合が悪かったので」「地元(出稼ぎ就労先ではなく郷里)の病院・医院で」という者が「離職後じん肺」群で90%以上、「離職と労災認定とも90年代」群でも80%前後にのぼる。「離職と労災認定とも90年代」群の34%は、初めてじん肺管理区分の通知を受けたときは既に労災認定相当のじん肺だったという者であった。

(5)じん肺予防の教育と情報提供に関する時代別の状況：60年代までの従事開始者のなかで、70年代までに「じん肺は粉じんの吸入による病気」や「トンネル工事従事者でも発生」という知識・情報を得ていた者は、54-59%であったが、「じん肺の不可逆性」や「離職後の進行可能性」については、23-41%に過ぎず、80年代に得たという者を含めてやっと51%になるという状況であった。出稼ぎ就労先で「じん肺と発じん防止の重要性」に関する教育と情報提供を受けたという者は、80年代まで含めても、累積で20%前後に過ぎなかった。

(6)じん肺に関する知識を初めて知った時期と情報元：じん肺に関する知識の主要な情報元は入職時期に関わらず、「坑夫仲間」であり、6項目中5つの項目で45-67%に上った。

情報元が「就労先」は全ての項目で一割程度であった。また、「じん肺・けい肺が会社に対して損害賠償の請求ができること」を初めて知った時期は、「1989年以降」が63.2%、また、情報元は「組合から」68.1%となった。

(7) 出稼ぎ就業先でのじん肺・じん肺予防に関する情報の提供について：出稼ぎ就労先での「じん肺は粉じんの吸入による病気」や「病気の不可逆性」や「予防と発じん防止の必要性」についての情報や知識を受けた人の割合は全体で5割以下となった。また、1980年の入職時期を境に、回答率の差が見受けられた。

(8) 請求団加入について：請求団に加わった時期「1996年以降」95.9%。判決までに長い年月がかかることに対して特に強い心配・不安があることが分かった。

【考察および結論】今回の調査・分析の結果、

①トンネル工事従事経験者において90年代に発見・把握されている重症じん肺は、70年代に発見・把握された重症じん肺よりも、全体として10年から20年、近年にずれた時期のトンネル工事に従事した人々から発生してきていること、②70年代に従事を開始した人々からも重症じん肺がすでに少なからず発生してきていること、③90年代における重症じん肺の発見・把握も、70年代の重症じん肺と同様、工事現場・出稼ぎ就労先ではなく、大部分がそこから遠く離れた時や場所(多くは郷里県)においてなされるという特徴をもっていること、④トンネルじん肺が社会問題化して以降の80年代にも、出稼ぎ就労先でのじん肺の健康管理や予防のとりくみはきわめて不徹底であったこと、⑤このままでは、21世紀最初の10年も、トンネル工事従事経験者からの重症じん肺多発が続く可能性は高いこと、などが示唆された。

■粉じん作業従事期間パターン別該当者の特性

		終了年代					
開始年代		-1960	1961-70	1971-80	1981-88	1989-	合計
-1960	該当者数	24(3.1)	50(6.4)	96(12.2)	113(14.4)	152(19.4)	435(55.5)
	現在の年齢	68.6	68.4	69.6	67.9	64.3	67.1
	実従事年数	5.9	7.8	14.1	18.6	25.2	18.1
	労災認定状況	96%	90%	94%	81%	79%	85%
1961-70	該当者数		15(1.9)	38(4.8)	74(9.4)	145(18.5)	272(34.7)
	現在の年齢		68.2	68.2	64.4	60.7	63.2
	実従事年数		4.6	8.9	14.3	20.1	16.0
	労災認定状況		100%	84%	89%	70%	79%
1971-80	該当者数			1(0.1)	19(2.4)	51(6.5)	71(9.1)
	現在の年齢			54.0	65.7	59.1	60.8
	実従事年数			4.8	10.7	15.4	14.0
	労災認定状況			0%	67%	61%	61%
1981-93	該当者数				1(0.1)	5(0.6)	6(0.8)
	現在の年齢				36.0	57.6	54.0
	実従事年数				7.5	10.3	9.6
	労災認定状況				100%	60%	67%
合計	該当者数	24(3.1)	65(8.3)	135(17.2)	207(26.4)	353(45.0)	784(100.0)
	現在の年齢	68.6	68.4	69.1	66.3	62.0	65.1
	実従事年数	5.9	7.2	12.4	16.3	21.5	16.9
	労災認定状況	96%	92%	90%	83%	72%	81%

第42回日本社会医学会総会

企画運営委員会

〒804-0012 北九州市戸畑区中原東 3-11-1

九州社会医学研究所内

電話 093-871-0449

FAX 093-872-3695

企画運営委員長

田村昭彦（九州社会医学研究所）

企画運営委員

波川京子（広島県立保健福祉大学）

中本 稔（山口大学医学部人間環境予防医学講座）

永田耕司（長崎大学医学部公衆衛生）

占部芳里（福岡県遠賀保健所）

野田浩夫（宇部協立病院）

今富 誠（福岡県民主医療機関連合会）

小山義則（おさゆきリハビリテーション病院）

舟越光彦（九州社会医学研究所）