

ISSN 0910-9919

BULLETIN OF SOCIAL MEDICINE

社会医学研究

第43回 日本社会医学会総会
講演集

日本社会医学会

特別号 2002

JAPANESE SOCIETY FOR SOCIAL MEDICINE

第43回日本社会医学会総会 2002年 東京

第43回日本社会医学会総会
企画運営委員長 山崎喜比古
(東京大学大学院医学系研究科健康社会学分野)

21世紀初頭、残念ながら、世界の平和も日本の政治経済も未曾有の新しい危機に直面し、わが国の人々の健康と保健医療にも深刻な影を落としています。同時に、この危機を危険な理念にもとづいて打開、改革をめざす動きも活発になってきています。

第43回日本社会医学会総会は、こうした状況下、第一線現場の経験やとりくみを踏まえるとともに、打開や改革の基本理念や考え方・見方の基礎も大事にした、日本社会医学会ならではの活発かつ質の高い議論を通して、健康と保健医療をめぐる未来ある危機打開の道を探り当てる学会にしたいと考えています。多くの会員のご参加と日本社会医学会のいっそうの発展を期待します。

メインテーマ： 政治経済と健康の危機打開の道を求めて

期日： 2002(平成14)年7月27日(土) 午前10時～7月28日(日) 午後3時

会場： 江東区文化センター

〒135-0016 東京都江東区東陽町4-11-3 Tel：03-3644-8111 (代)

※地下鉄東西線東陽町駅下車 徒歩3～5分

参加費： 一般 会員3,000円、非会員4,000円
学生・院生 会員1,000円、非会員2,000円

連絡・問い合わせ先：

第43回日本社会医学会総会 企画運営委員会事務局 山崎喜比古

〒113-0033 東京都文京区本郷7-3-1

東京大学大学院医学系研究科健康社会学研究室気付

電話：03-5841-3513 FAX：03-5684-6083 E-mail：yyamazak@m.u-tokyo.ac.jp

当日は、江東区文化センター6階第4会議室

学会への入会申込等の問い合わせ先：

〒351-0197 埼玉県和光市南2-3-6

国立保健医療科学院 人材育成部気付 日本社会医学会事務局 渡辺

電話：048-458-6111-(内)2811 FAX：048-458-6714

第43回日本社会医学会総会プログラム

前日：7月26日(金)

18:30-20:30 理事会 (5F 第6・7会議室)

第1日目：7月27日(土)

9:00- 開場、受付開始 (6F エレベーターホール)

10:00-11:40 口演

<A会場> (6F 第1~3会議室)

【ホームレス問題】

座長： 山本民子 (江東区城東保健相談所)

1A 北九州におけるホームレスの社会医学的研究(第1報)

一救急病院における入院患者の疾病構造一
田村昭彦 (九州社会医学研究所) 他

2A 北九州におけるホームレスの社会医学的研究(第2報)

一入院事例からみたホームレスの療養権一
小山義則 (九州社会医学研究所) 他

3A 総合病院医療相談室からみたホームレスの実態

荒木弘幸 (千鳥橋病院) 他

4A ホームレスに関する看護支援的視点からの文献研究

石井苗子 (東大院医健康社会学)

・総括討論

<B会場> (3F 視聴覚室)

【労働衛生・産業保健】

座長： 千田忠男 (同志社大学文学部)

1B 職業曝露で発症した化学物質過敏症(CS)の3例

道端達也 (玉島協同病院)

2B 振動工具を扱う労働者の手の巧緻性障害と労働衛生学的課題

樋端規邦 (徳島健生病院) 他

3B 過労死労災認定新基準と課題について

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)

4B 「過労自殺」労災認定をめぐる諸問題

色部 祐

(働くもののいのちと健康を守る全国センター)他

・総括討論

11:40 -13:10 昼休み / 評議員会・理事会 (6F 第1~3会議室)

13:10-14:10 基調講演「将来不安を取り除く福祉改革を」(6F 第1~3会議室)

金子 勝 (慶応義塾大学経済学部)

座長 山崎喜比古 (東京大学大学院健康社会学)

14:20-16:20 メインシンポジウム「経済危機のもと、いのちと健康を守る」
(6F 第1～3会議室)

座長：福地保馬（北海道大学教育学部）

色部 祐（働くもののいのちと健康を守る全国センター）

- ・ 経済危機下で労働者はどのような「働き方」をしているか
高森敏次（現代労働負担研究会）
- ・ ホームレスの不自然死から何を見るか—大阪の野宿者死亡調査を中心にして—
逢坂隆子（大阪ホームレス健康問題研究会）
- ・ 子どもと家庭の問題から—児童相談所の相談事例からみて—
富田洋子（東京都足立児童相談所）
- ・ 困窮増す不況下の共同作業所
藤井克徳（きょうされん）

16:30-17:50 口演

<A会場> (6F 第1～3会議室)

【障害者保健福祉と親子保健】

座長：榊原久孝（名古屋大学医学部）

11A 労働安全衛生法及び学校保健法から色覚
検査削除後の色彩に関する啓発について
高柳泰世（本郷眼科）他

12A デイケア施設におけるレクリエーション
プログラムの評価 ～精神科施設と高齢者
施設における事例を通して～
山村昌代（東海大学体育学部）他

13A A県における婚外子出産の推移について
の検討
渡辺智之（名古屋大学大学院医学研究科）他
・ 総括討論

<B会場> (4F 第2・3研修室)

【健康の不平等】

座長：片平冽彦（東洋大学社会学部）

11B 日本における死亡の職業間格差の特徴
—北欧との比較を中止に—
藤岡光夫（静岡大学人文学部）

12B 日本における健康状況の社会経済的格差の
検討
—全国サンプルの調査・分析から—
山崎喜比古（東京大学大学院健康社会学）他
・ 総括討論

18:00-19:00 懇親夕食会 (5F 第6・7会議室)

19:00-21:00 自由集会

自由集会1 (6F 第1～3会議室)

「医学教育における社会医学の未来
—若手・古株で考える」
小池 宙（東京医歯大医学部）

自由集会2 (4F 第2・3研修室)

「ホームレス問題を考える」
黒田研二（大阪府立大）
逢坂隆子（四天王寺国際仏教大）

第2日目：7月28日(日)

9:00— 開場、受付開始 (6F エレベーターホール)

9:40—11:20 口演

<A会場> (6F 第1～3会議室)

【公衆衛生・社会医学】

座長：宮尾 克 (名古屋大学)

21A 救急搬送要保護傷病者の生活実態と
必要とされる援助

高鳥毛敏雄(大阪大院医系社会環境医学)他

22A 「生活習慣病」などの病名がもつ自己責任
イメージについて

小橋 元 (北海道大院医予防医学) 他

23A 15年戦争と日本の医学医療

西山勝夫 (滋賀医科大予防医学)

24A 社会的健康被害者に対する看護大学生の
役割認識

波川京子 (広島県立保健福祉大)

・総括討論

<B会場> (3F 視聴覚室)

【薬害】

座長：阿部眞雄 (東海大学体育学部)

21B 薬害ヤコブ病訴訟和解の意義と今後の課題
片平冽彦 (東洋大学社会学部) 他

22B 薬害HIV感染被害発生に対する遺族の
受け止め

若林チヒロ (埼玉県立大社会福祉) 他

23B 薬害HIV感染被害者遺族の被害の深さと
大きさ

山崎喜比古 (東京大学大学院健康社会学) 他

・総括討論

11:30—12:00 総会 (6F 第1～3会議室)

12:00—13:00 昼休み

13:00—15:00 メインシンポジウム「公衆衛生と地域保健福祉の展望を探る」

(6F 第1～3会議室)

座長：仁平 将 (下北地方保健福祉とこどもセンター)

関谷 栄子 (白梅学園短期大学)

・公衆衛生—近年のわが国の政策の方向

上畑鉄之丞 (産業メディケア研究所)

・公衆衛生行政の危機

小倉 敬一 (千葉市保健所)

・地域保健活動と保健師をめぐって

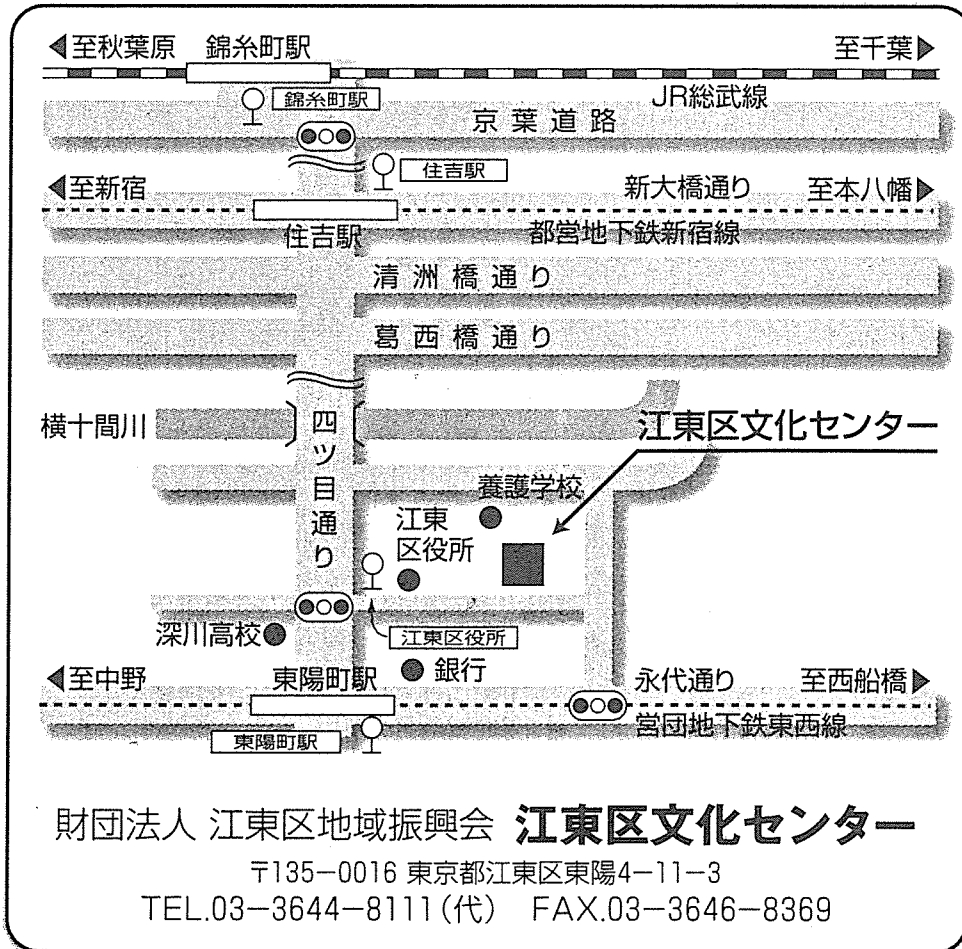
菊地 頌子 (全国保健師活動研究会)

指定発言：西 三郎 (日本統計研究所)

学会総会参加者へのご案内

●会場へのご案内

江東区文化センターは 地下鉄東西線東陽町駅下車 徒歩3～5分
区役所（区役所方面出口、4つ目通りを 錦糸町方面に歩くとすぐ）の奥の建物です。



●学会総会参加者受付

学会参加者受付は、7月27日（土）・28日（日）とも午前9時より、江東区文化センター6階エレベーターホールにて開設しております。お早めに受付をお済ませ下さい。

●入場

会場への上場の際には、必ずネームカードを付けて下さい。未着用の方には、係が声をおかけする場合があります。

●昼食

各自でご用意いただくか、会場の江東区文化センター内のレストラン、または近辺に多数ある飲食店やコンビニをご利用下さい。

●懇親夕食会

7月27日(土)18時より5階第6・7会議室にて懇親夕食会(バイキング形式)を行います(会費2,500円)。お申し込みは、参加受付時に承ります。

●座長、シンポジスト、応募演題発表者の方に

○シンポジスト・応募演題発表者は、学会参加者受付の横に設置する講演者受付で受付をして下さい。シンポジスト・応募演題発表者とも、スライドまたはOHPを使用できます。スライドまたはOHPを使用される方は、会場で早めに講演者受付にご連絡下さい。

○シンポジウムの打ち合わせは、開催日の昼休み12時～13時、5階第10会議室にて行います。

○応募演題発表者は、一つ前の演題発表の間に、次演者席にお座り下さい。応募演題の発表は討論を含めて20分です(発表時間12分、討論7分とします)。発表開始12分後にベルを鳴らしますので時間管理にご協力下さい。ベルは12分を過ぎると1分ごとに鳴らします。

○応募演題発表の各セッションの座長には、お一人2～4演題を担当していただきます。各セッションには、最後に1演題分の総括討論時間を設けていますので、ご活用下さい。

●評議員会

7月27日(土)11時40分～13時10分に、6階第1～3会議室にて、評議員会を開催いたします。評議員の方はご出席下さい。

●喫茶休けい室

学会開催中、喫茶休けい室(6階第5会議室)に飲み物を用意しています。ご自由に利用下さい。

●宿泊は、会場周辺のホテルについてお知らせしますので、各自でお申し込み下さい。

1. 東陽町ビスタホテル 江東区東陽4-4-3 Tel: 03-3699-0333 (会場より徒歩3～4分)
2. 東京サニーサイドホテル 江東区東陽2-3-12 Tel: 03-3649-1211 (会場より徒歩5～6分)
3. ホテルイースト21東京 江東区東陽 6-3-3 Tel: 03-5683-5683 (会場より徒歩5～6分)
4. ホテル東陽 江東区東陽1-16-16 Tel: 03-3615-1041 (会場より徒歩10～15分)

詳細は、<http://www.koutou.net/hotel/toyocho.htm>

<http://www.koutou.net/hotel/kiba.htm>

●その他

会場内では、携帯電話の電源をお切りになるか、マナーモードへの切り替えをお願いいたします。

喫煙は所定の場所をお願いいたします。

第1日目：7月27日(土)午後

13:10-14:10 (6F 第1～3会議室)

基調講演「将来不安を取り除く福祉改革を」

金子 勝 (慶応義塾大学経済学部)

座長： 山崎喜比古 (東京大学大学院健康社会学)

14:20-16:20 (6F 第1～3会議室)

メインシンポジウム「経済危機のもと、いのちと健康を守る」

座長：福地 保馬 (北海道大学教育学部)

色部 祐 (働くもののいのちと健康を守る全国センター)

・経済危機下で労働者はどのような「働き方」をしているか

高森 敏次 (現代労働負担研究会)

・ホームレスの不自然死から何を見るか

—大阪の野宿者死亡調査を中心に—

逢坂 隆子 (大阪ホームレス健康問題研究会)

・子どもと家庭の問題から—児童相談所の相談事例からみて—

富田 洋子 (東京都足立児童相談所)

・困窮増す不況下の共同作業所

藤井 克徳 (きょうされん)

将来不安を取り除く福祉改革を

金子 勝（慶応義塾大学経済学部）

1 将来不安ばかりで景気回復なし

①長期停滞の時代

- 1) 物価も金利も下落しながら世界同時不況は70年ぶりのこと
- 2) アメリカのITバブル崩壊：企業会計不信・過剰設備調整・財政赤字（双子の赤字）
→ドル安・株安→世界貿易の縮小過程（V字型回復はない）
- 3) 日本の金融システム不安は繰り返す：厳格な債権査定と巨額の公的資金が前提
- 4) 2003年問題（規制緩和と都市再生事業）が起きる

②なぜデフレが止まらないのか

- 1) 規制緩和・民営化路線（市場原理主義）が将来不安を作り出す
 - ・サッチャリズムとの比較
 - ・将来不安と消費の低迷→デフレ不況
- 2) 信用という基盤が崩れている
- 3) セーフティーネット論の本質：人間の合理性の限界→安心と信頼から底割れを防ぐ

2 ヴィジョンなき負担増

①医療制度改革法案の問題点：「三方一両損」の偽瞞

- 1) サラリーマンの本人負担（2割→3割）
 - 2) 政府管掌保険の保険料引き上げ
 - 3) 保険料の総報酬制
 - 4) 70歳以上の高齢者の負担：定額制から定率制（1割負担と上限額の引き上げ）
 - 5) 診療報酬の引き下げ（来年は包括払い制を検討：一律カット）
- * 規制改革会議：株式会社の導入

②財政の帳尻合せだけで、改革の方向性が見えない

- 1) 少子高齢化や不況の長期化や医療技術の発達などの要因
→2025年の医療費が70兆円に膨れ上がるとの予想
このまま負担増だけでもつのか
- 2) 市場活力の導入（官か民か）という論点の不毛：アメリカの事例
 - ・保険未加入者3000－4000万人）
 - ・市場原理主義では医療費抑制につながらない。問題は保険財政の改善
- 3) 保険制度の抜本改革と医療介護の供給体制改革がない

3 迷走する医療介護改革

①パッチワーク的「改革」の破産

- 1) 老人保健法の破産：国保の赤字、組合健保の解散や事業所数の減少
- 2) 社会的入院の削減のために、入院日数に応じた診療報酬の逓減制度（たらい回し）
- 3) 市町村単位の介護保険導入；パッチワーク的な制度、保険料システムの複雑さ
 - ・介護保険報酬の抑制や医療への不安から、介護保険は一応黒字
 - しかし健康保険財政は悪化
 - ・サービス支給抑制やクリム・スキミング
- 4) 中堅・中小病院の過剰投資

②制度分立の矛盾が拡大

- 1) 雇用流動化と高齢化
- 2) 国家総動員法の遺物としての国保：矛盾のシワ寄せ

4 一元化と分権化

①市町村単位の保険 vs. 全国消費税という座標軸はありえない

②地域医療と予防医療を目指すとするれば、保険制度の一元化と税源を含む地方分権化が必要

- ・大胆な制度の組み替え（医療介護の連携と地域内分業）
- ・複数の一元化案と利害対立

【参考文献】

金子勝『セーフティネットの政治経済学』ちくま新書

神野直彦・金子勝編『「福祉政府」への提言』岩波書店

金子勝・大澤真幸『見たくない思想的現実を見る』岩波書店

経済危機下で労働者はどのような「働き方」をしているか

高森敏次（現代労働負担研究会）

1. ますます悪化する「働き方」

経済のグローバル化、規制緩和と長期にわたる不況に連続して行われた労働法制の改悪によって、労働者の「働き方」は悪化の一途を辿っている。最近の「働き方」について第9回現代労働負担研究会・交流会及び4. 20働き方を見直す交流集会で出された実態をもとに報告する。

2. 労働の階層性

「働き方」の実態を見る場合、産業別、年代別、企業の大小、性別など様々な角度がある。今回は現代労働負担研究会で出された労働の階層別、おおむね雇用形態による労働の有様、「働き方」についてその特徴点を示す。

3. 移住労働者の働き方

日系ブラジル二世、三世や東南アジア、中近東、アフリカ、中南米、ロシア東欧など日本には世界のあらゆる地域から移住してきた労働者が働いている。移住労働者は日本人労働者がやりたがらない3Kの仕事に従事しているが、無権利、低賃金、長時間労働を強いられている・その中でもパスポートを持たない不法就労者は一番無権利な労働を強いられている。一ヶ月350時間の夜勤労働に従事しながら半年間にわずか3日間の休みしか取れず、一方的に解雇された事例は珍しくない。

4. 派遣労働者は時間単位のJIT労働

次に無権利、低賃金の「働き方」は派遣労働者である。派遣労働と言っても派遣元の会社の正社員として派遣されているか、登録社員として一時的に派遣されているかで

労働条件は違う。登録型の派遣労働は待機期間の保障もなく、派遣先の会社の使い捨てとして労働を酷使されている。最近の特徴は派遣サービス会社が若者を大量に登録し、携帯電話でのネットワークを構築して、時間単位派遣労働をしていることである。社会保険もなく、事故などの労災の補償もどうなっているのか？このような労働者に対しても能力考課があり、A～Eまでの5段階のクレードを設け、時給の差を付けている。職務能力のようなシビアなものである。

違法な生産現場の派遣労働者が長時間過密と重い責任を課せられて過労自殺に追い込まれている事例は痛ましい。

5. 請負業という派遣労働

会社がより利益を確保する目的で行われる分社化や別会社化の中で、今までの仕事を請け負いとして独立させ、そのまま同じ仕事をさせる「働き」が増えている。

表面的には会社との雇用関係が無いので、労働時間や労働災害、安全衛生の責任を雇用している会社は免れている。

労働災害時に労災保険の適用が受けられずに生存まで脅かされている事例がNHKでも取り上げられた。

6. パート労働者の働き方

最近のパート労働者はパート労働とは名ばかりで、事実上のフルタイム労働になっている。契約時間を超えて延長労働、残業などはあたりまえになり、休日出勤も強制されるなどパート労働ではなく、単なる低賃金と短期雇用の使い捨て労働とし、女性の

労働力が大量に投入されている。コンビニや生協の店舗ではパート労働者が店長となり管理職として登用されている事例が増えている。低賃金のマネジメント労働のあり方が注目されている。

7. 空洞化の中での大企業現場の「働き方」
大企業の生産現場は生産拠点を中国など海外に移したために、国内の工場は空洞化し、リストラを繰り返している。生き残りをかけた施策として、①高い生産技能を生かした高付加価値製品を作る。セル生産方式によるフレキシビリティーナ生産での生き残り。事例としてキャノンや日本電産など。②製造受託生産として、外部からのOEM生産と中小企業や農業などから注文をもらう下請け生産方式。事例として沖電気本庄生産センターや松下電器、三菱電機京都など。

ここの現場労働者は正社員であるが、毎日仕事が変わり、不安定になっている賃金制度を一方的に変えられて30%の賃下げや別会社化され転籍を強要されて労働条件を切り下げられている。キャノンや日本電産などの国内での高付加価値生産での労働は、逆に中国などとの競争に打ち勝つためとしてパート化されたり、超過密労働に追い込まれている。

8. 安全無視の装置産業の「働き方」

住友軽金属では、安全設備投資を削り、安全教育をおざなりにして利益確保に狂奔している中で、毎年死亡災害が多発している。リストラで熟練の労働者が辞めさせられ、新人の若い未熟労働者が入社後数ヶ月で重大災害を起こしている。

このような事例は化学装置産業にも見られる。出光北海道、東燃川崎などの爆発事故

による人身事故は装置のメンテナンス費用を削減しているための老朽化事故である。このように安全投資を抑制し労働者の命と健康に直結する。事例として中電浜岡原発の配管腐食による冷却水洩れ事故などは、地域住民をも巻き込む大災害につながりかねない。

9. 多国籍企業の働き方

日本IBMではハード製品の生産は、海外移転か他社に事業ごと転売し、ソフト生産で利益をあげる戦略にシフトしている。そのため生産部門の労働者は別会社化されて賃金が30%ダウンするか、退職強要である。利益源のソフト部門は、花形のSE〔システムエンジニア〕の「働き方」は長時間過密労働の体力勝負になっている。SEの労働者はメンタルヘルス問題が深刻になっている。開発期間の短縮と、技術革新のテンポが速く追いつかないというSE特有の問題をはらんでいる。

10. ヒューマンサービス労働者の働き方

介護労働者、ケア・マネージャーの労働や、保育士、教職員などのヒューマンサービス労働も質の高い労働を保障できる賃金と時間が必要である。しかし介護労働やケア・マネージャーのような介護保険制度の低い行政水準では労働者の崇高なボランティア精神に頼らざるを得ない。介護労働者自体が職業病になってしまうほど劣悪な労働条件になっている。教職員の「働き方」も持ち帰り残業と言われるサービス労働に支えられている。熱血先生という側面のみ強調されて、教師の「働き方」の質を保障する勤務体制になっていないことに、もっと光を当てなくてはならない。

ホームレスの不自然死から何を見るか
—大阪の野宿者死亡調査を中心に—

逢坂 隆子

(大阪ホームレス健康問題研究会・四天王寺国際仏教大学国際仏教文化研究所)

1. はじめに 深刻な経済不況の長引くなかで、ホームレスあるいは野宿生活者といわれる人々の全国的な急増が社会問題となっている。1998年8月の「野宿生活者の概数・概況調査」によると大阪市内に8660人が確認され、2000年10月の国勢調査では6431人が把握されている。ここでは、大阪市内野宿生活者や、簡易宿泊所投宿者などの野宿予備軍についての死亡調査の報告を中心にしながら、いのちと健康を守るための課題について考えていきたい。

2. 大阪市における野宿者死亡調査の概要

2000年に大阪市内で発生した野宿者の死亡の実態とその背景について、大阪府監察医事務所(大阪市内における死亡のうち、異常死体又はその疑いのある死体として警察に届出のあった死体の検案、解剖を行い、その死因をあきらかにするための活動を行っている。)資料をもとに分析した。ここでは、野宿現場を確認できている死亡135、現場は確認できていないが野宿者と推測される死亡78、その他に野宿予備軍として、簡易宿泊所投宿中死亡81、追い立てを喰っている住居ずまいの死亡6、市内救護施設入居者の死亡5、計306(うち女6)の死亡を分析の対象とした。

3. 調査結果 事件発生は2月が最多で42、次に1月が36と寒冷期に多い。異常を通報した者は、通行人や運転手(111)・簡易宿泊所の管理人や掃除人(77)の他、ホームレス仲間(47)や警備員(10)などとなっている。通報後、医療機関に搬送された

のは84のみである。死亡場所は路上90・公園45・河川敷17・水中7の他、医療機関51・簡易宿泊所71・追い立てられた自宅や自室7などである。

死亡者の平均年齢は56.1歳(SD 10.2)であり、最多は50代で120(39.2%)、20・30代が20(6.6%、20歳が最年少)、70・80代が23(7.5%、83歳が最年長)である。

身元が判明した者は236(77.1%、うち93は指紋照会による)、本籍地は大阪府46・九州51・四国29・府以外近畿26などである。死亡後に家族・親族と連絡がついた者は81(うち、配偶者2・親7・子12・兄弟姉妹65・その他の親族15)。177については葬儀社が死体検案書や遺体を受け取っている(司法解剖26を除く)。

内縁の妻と簡宿で暮らしていた男1人と妻および長男と高速道路高架下路上のテントで暮らしていた男1人以外は全て独居である。

予備軍を除く死亡者の野宿場所は、路上62・公園37・河川敷16の他に空き室や空き倉庫3・駅や地下街6などであるが、不定4、不明も76ある。野宿の形態はテント39・布団や毛布23・段ボールハウス19・車両9・小屋8などである(不明95)。区別には西成区が144(47.1%)と最多であり、浪速区21、中央区21、北区17、天王寺区12が続く。

死亡時所持金について記載のあった144についてみると、100円未満が30(うち12は0円)、100円以上1000円未満が26あり、62.2%が3000円未満である。施設入所者以外の生保受給は11(50代3・60代5

・70代以上 3、障害者と高齢者)、3人は年金受給が判明している。

以上のような状況で死亡した野宿者やその予備軍の人々の死因や解剖結果はつぎのようなものである。

142 (46.4%) は行政解剖、26 (8.5%) は司法解剖がされている。死亡の種類としては、病死 167 (54.6%)・自殺 52 (17%)・不慮の外因死 53 (17.3%)・他殺 7 (2.3%) 不詳 28 となっている。

死因としては、心疾患 52(20.3%)、肝炎・肝硬変 22(7.2%)、肺炎 22(7.2%)、肺結核 19(6.2%)、脳血管疾患 17(5.6%)、悪性新生物 8(2.6%)、胃・十二指腸潰瘍 3(1.0%)、その他の病死 14(4.6%)、栄養失調・餓死 18(5.9%)、アルコール中毒 3(1.0%)、その他の中毒死 5(1.6%)、溺水 8(2.6%)、首吊り 31(10.1%)、その他の窒息死 4(1.3%)、交通事故 2(0.7%)、墜落や転落 16(5.2%)、その他の損傷 19(6.2%)、凍死 19(6.2%)、不詳 21(6.9%)である。自殺では首吊り 31・墜落や転落(飛び降り自殺) 13が多い。20代・30代の死亡の半数は自殺である。溺水は今回対象となった死亡 8 の中では自殺 2・不慮の外因死 2・不詳 4 である。(監察医事務所資料中の溺水は 37 あるが、身元不詳が多く、ほとんどは野宿者か否かが不明である。)

不慮の外因死のうち、餓死が 18、凍死が 19 ある。餓死・凍死は全て 40 代以上である。餓死の最年少は 49 歳、最年長は 83 歳であり、60 代(8)・50 代(7)が多い。凍死でも 60 代(11)が多い。(最年少は 40 歳、最年長は 80 歳) 死亡場所は、餓死では路上 11・公園 4・医療機関(搬入後死亡) 1・簡宿 1・追い立てられた自室 1 である。凍死では路上 9・公園 5・医療機関(搬入後死亡) 4・簡宿 1 である。凍死は 2 月 10・3 月 3・1 月と 4 月と 12 月が各 2、餓死は 11 月(6)・2 月(4)が多いが、各月に散

らばる。身長・体重が記載されていた死亡 128 のうち低体重(BMI 18.5 未満)は 34.1%である。身長・体重の記載なく高度るいそうと記載された死亡をあわせると、餓死の全数(最低 BMI は 15.0)、凍死の半数(最低 BMI は 13.2)が低体重である。餓死・凍死には生活保護や年金のあるものはいなかった。

高度腐敗が 25、ミイラ化が 1、白骨化が 7 ある。

大阪市内の野宿者数を「野宿生活者の概数・概況調査」(1998 年 8 月)による 8660 として、大阪市立大学都市環境問題研究会の 2001 年報告書記載の市内ホームレスの年齢分布を用いて、野宿現場が確認できた死亡と現場は確認できないが野宿者と推定される死亡、計 209 (男)につき、全国男年齢 10 歳階級別死亡率を基準として年齢調整した SMR を表に示す。

大阪市男子ホームレス死亡者の SMR
(2000 年全国男 = 1)

	観察死亡数	
総死因	209	3.56**
心疾患	37	3.25**
自殺	29	6.04**
肺炎	18	4.52**
肝疾患	11	3.78**
結核	13	44.82**
脳血管疾患	10	1.13
悪性新生物	7	0.25**
胃・十二指腸潰瘍	3	8.57*

** P < 0.01 * P < 0.05

4.おわりに 監察医の使命は不自然死したヒトの人権をまもるため、死の真実を代弁することという。監察医事務所資料からみた野宿者たちの不自然な死は、我々になにを語っているのだろうか。

子供と家庭の問題から（児童相談所の相談事例からみて）

富田洋子（東京都足立児童相談所 児童福祉係長）

1. 児童相談所とは

* 児童相談所業務

* 相談の種類

* 処遇の種類

2. 最近の相談の変化

* 親からの相談の減少

* 虐待通告の増加

背景として

社会の変化・価値観の多様化・地域社会のあり方・親の孤立化

3. 処遇の困難さ

* 納得しない親への対応

* 子どもの変化

育てにくい子の増加・切れる子、多動な子、普通の子から急激な非行化、
非行の低年齢化、家庭内暴力、不登校児

4. 今後の課題

* 子育て支援のあり方

* 治療的ケアの必要性和専門機関の設置

2002. 7. 27

困窮増す不況下の共同作業所

藤井克徳（きょうされん 常務理事）

1、共同作業所の実態

1)設置数

小規模作業所や無認可作業所などとも呼称されている共同作業所は、2001年8月現在で5868カ所に達した。これは、都道府県ならびに政令指定都市、中核市、東京特別区による補助金交付対象ヶ所数の合算値であり、その後の増加数などを加えると6000カ所を超えているものと推測される。なお、分布状況は都道府県別にかかなりの偏りが見られ、都市部に偏在の傾向にある。その背景として、利用ニーズの量的な差異や自治体による補助金水準の高低があげられる。

2)社会資源としての特徴

共同作業所には、いくつかの特徴が備わっている。主なものとしては、①法定外事業である(同種の法定事業に授産施設がある)、②利用者数の平均が15人前後と小規模である(一般の通所型施設の最低定員は20人)、③重度・重複障害の利用者が多い、④地域性に富んでいる、などがあげられる。

活動内容の特徴としては、作業活動(下請け作業、オリジナル製品づくり)を主柱としながら、一般就労への支援活動ならびに社会教育的活動(自治活動など)などが行われている。なお、利用者の障害実態の多様化に伴って、高生産性をめざしているところ、逆にデイサービス活動がメインになっているところなど、活動内容に幅を生じつつある。

3)補助金制度

法定外事業であることから、国による財政支援は極めて不十分な状況に置かれている。2002年度現在、無認可の共同作業所に対する国庫補助は一カ所当たり年間110万円となっている。交付の対象は共同作業所

の全数ではなく、予算上の理由もあって約半数に当たる2875カ所でしかない。

国による貧策とは別に、自治体における補助制度にはかなりの進展が見られる。東京、滋賀、京都、大阪、神奈川、北海道などの都道府県では、一カ所当たり年間1000万円を超えている。ただし、九州地域を中心に年額200万円前後に留まっているところもあり、自治体間の格差が拡大しているのも昨今の特徴である。

2、設置数の推移と増勢の背景

1)沿革・設置数の推移

共同作業所の第一号は、1969年3月に名古屋市中区で開設されたゆたか共同作業所で、知的障害者を対象としたものであった。当時の経済不況の悪化によって解雇された障害のある青年たちの働く場づくりとして、教職員や家族の力が開設の原動力となった。共同作業所づくり運動は、1970年代に入って各地に飛び火し、知的障害者に加えて肢体障害者をも対象とするようになった。なお、精神障害者を対象とした共同作業所の最初は、1976年10月に小平市で開設されたあさやけ第2作業所である。

初の行政調査が行われたのは1981年のことで、同年10月現在で638カ所存在していることが判明した(その後行政調査は行われていない)。1980年代、1990年代を通して一貫して増加傾向を続け、1993年度に3000カ所を、1999年度に5000カ所を超え現在に至っている。対象とする障害の範囲も徐々にひろがり、当初の知的障害者や肢体障害者、精神障害者から、現在では脳血管障害やアルコール・薬物依存症などによる中途障害者や難病など、文字通りすべての障害に門戸を開くものとなっている。

2)増勢の背景

共同作業所の増勢の背景については、いくつかの要因をあげることができるが、主因となるのは成人期障害者関連施策の貧しさということになる。障害児教育は障害程度に関係なくすべてが対象となるが、高等部卒業後の支援策となるとその水準は極端に低劣化する。精神医療にあっても同様に、医療機関と一般就労とをつなぐ中間機能的な社会資源は全くといっていいほど整備されていない。福祉的就労制度の代表的な存在である授産施設を例にあげると、まず障害の重い人々は利用しづらく(元々障害の重い人を想定した人的・物的な配慮はなされていない)、設置数についても全市町村の3割程度でしかない。こうした中で、貧寒な施策の補完機能として、また絶対数不足の授産施設の代用機能として共同作業所が急増しているのである。

3、調査結果に見る不況下の共同作業所

共同作業所をめぐる課題については、政策面を中心にさまざまあるが、ここでは長引く不況との関係に限絞して最新の調査結果をもとに報告する。

調査結果は、きょうされん(旧称・共同作業所全国連絡会)に加盟する 1172 ヲ所(一部授産施設含む)を調査の対象とし、このうち回答のあった 872 ヲ所(回答率 74,4%)から得られたものである。調査期間は、2001年12月7日から2002年1月31日。調査結果の概要は、次の通りである。

1)全体的な傾向

有効回答 872 ヲ所中「不況の影響有り」は 735 ヲ所(84,3%)で、前回調査の 1999年3月時点とほぼ同値である。今回の回答のうち「この一年間影響が増した」とあったのは半数近い 394 ヲ所で、この点では前回調査より厳しさを増している傾向にある。

2)利用者への影響

利用者への影響については、「仕事量減」

が 366 ヲ所、「企業離職者受け入れ増」177 ヲ所、「利用者の時間のもてあまし」137 ヲ所、「工賃減」114 ヲ所の順となっている(複数回答可とした)。

「企業離職者受け入れ増」177 ヲ所については、その実数は 248 人で、このうち 198 人が始めて共同作業所を利用するというものである(最低賃金を得る能力がありながら、やむを得ず共同作業所を利用するケース)。

3)運営面への影響

運営面への影響についても深刻で、「収益事業収入減」(自主財源を作るためのバザーなどの収益活動が不調)348 ヲ所、「寄付金減」245 ヲ所、「自治体補助金減」130 ヲ所などは、いずれの共同作業所にも共通する現象となっている。こうした状況にあって、職員の給料減額に踏み切っているところも少なくない。

4、共同作業所をめぐる課題(政策面を中心に)

社会や経済に歪が生じたとき、その影響は障害分野に、より集中的・集積的に現れやすいことは多くの事実が示すところである。国の貧策を背景とする共同作業所は、元々多くの問題や矛盾を抱えているが、長引く不況は問題の深刻さをいっそう増幅させているのである。政策上の課題を探求していくにあたっての視点として、①基本的には原因療法的な方策を講じること、すなわち成人期障害者施策に根幹的な転換を図ることである(年内に策定される新障害者基本計画の出来栄えが問われる)、②その上で、当面の緊急策・打開策を講じることである(1999年8月の旧厚生省による通知、「授産施設等の製品等の利用促進について」の実効度を高めていくこと、自治体による独自施策の拡充など)。

第2日目：7月28日(日)午後

13:00-15:00 (6F 第1～3会議室)

メインシンポジウム「公衆衛生と地域保健福祉の展望を探る」

座長：仁平 将 (下北地方保健福祉とこどもセンター)

関谷 栄子 (白梅学園短期大学)

・公衆衛生—近年のわが国の政策の方向

上畑鉄之丞 (産業メディケア研究所)

・公衆衛生行政の危機

小倉 敬一 (千葉市保健所)

・地域保健活動と保健師をめぐって

菊地 頌子 (全国保健師活動研究会)

指定発言：西 三郎 (日本統計研究所)

公衆衛生—近年のわが国の政策の方向

上畑鉄之丞（産業メディケア研究所）

はじめに

今年3月末、厚生労働省の教育研究機関だった国立公衆衛生院が64年間の幕を閉じた。保健所などの公衆衛生従事者の教育研修は、新設された国立保健医療科学院が引き継ぐことになったが、長年親しまれた「公衆衛生」の名称は消えた。昭和58年の老人保健法発足とともに消えた「公衆衛生局」、平成6年の「保健所法」にかわる「地域保健法」の制定後に消滅した公衆衛生審議会など、「公衆衛生」への再認識が強調されるたびに、行政から「公衆衛生」の名前が消えるという不思議な対応が今回も繰り返された。日本の保健衛生行政が様変わりしていくなかで、あらためて公衆衛生とはなにかを考えてみる必要があるのではないだろうか。

戦後のわが国の公衆衛生

わが国で Public Health の訳語として「公衆衛生」を最初に使用したのは、1938年の厚生省発足とともにロックフェラー財団の援助で設立された公衆衛生院である。これは20世紀当初から地域レベルの総合 health center の普及やハーバード大学をはじめ各地に設立された School of Public Health など、めざましい発展を示したアメリカの公衆衛生をモデルとしたものであった。そして、当然のことだが、第二次大戦後、占領軍はアメリカの理想とする「公衆衛生」システムをわが国に導入、地方自治法改正による衛生部局の設置、新保健所法による人口10万に1カ所の保健所網の整備など、保健所を organizer とする住民参加による積極的な地域保健活動の展開を意図した。その結果、1950年代以降、結核撲滅や母子保健活動、栄養改善活動など地区衛生組織活動が発展したが、その反面、都道府県の衛生部局の設置が完全にすすまなかったこと、急激な中央主導の町村合併の推進による負のインパクトが住民の意見の自治体への反映を困難にするなどの弊害を生み出すとともに、保健所の果たす役割の「空洞化」は「保健所たそがれ論」を生み出すことになった。これは、明治以降のわが国の衛生行政は、ドイツ医学を範として明治7年（1874）の医制74条を制定、翌8年（1875）に内務省衛生局設置、26年（1893）には地方衛生行政の警察移管など、「高度に中央集権的での取締りの体制が支配的で、（中略）地域住民による自主的、主体的な活動が育たなかった」という長い前史があること、さらに、朝鮮戦争を契機としたアメリカの日本への統治政策の変更が、民主主義を基本とした「公衆衛生」の考え方を十分根付かせないままにしたことに求められる。

公衆衛生をとりまく環境の変化

19世紀の産業革命の矛盾として噴きだした大都市労働者やその家族の悲惨な生活環境改善の試みとして始まった Public Health Activity は、20世紀前半には一層発展した。1920年に Winslow は「公衆衛生とは、（中略）、地域社会のすべての人に、健康保持のために適切な生活水準を保障する社会制度の発展のために、共同社会の組織的な努力を通じて、疾病を予防し、健康と能率の増進をはかる科学と技術である」と定義した。WHO は1948年に世界保健憲章を採択、そのなかで基本理念としての健康の定義を示した。また、イギリスでは National Health Service、アメリカでは National Institute of Health が発足し、わが国の戦後の公衆衛生はこうした流れのなかで再編されたが、1950年代後半から60年代にかけての感染症や結核死亡の減少、脳卒中死亡の増加など疾病構造の変化のなかでの前述の「停滞」は、型別再編（1960）

や基幹化構想(1967)、保健センター構想(1972)など、住民参加とはおよそ縁のない保健所の再検討や試みを繰り返した。保健所はライシャワー事件をきっかけとした精神衛生法改正で精神保健業務を初めて所管することにはなったが、国民の最も切実な課題であった公害対策には殆どタッチすることはなく、脳卒中対策でもワキ役に終始した。さらに、70年代以降の第一次国民健康づくり対策(1978)、第二次国民健康づくり「アクティブ 80 ヘルスプラン」(1988)などが提唱されるものの、地方自治体予算では、健康増進センターや市町村保健センターなど、ほとんど「ハコモノ」建設の健康づくりが競われるだけで、住民参加や住民の意思を主体とする公衆衛生の方向性は示されなかった。そして、老人保健法(1983)や地域保健法(1997)が施行される一方で、「公衆衛生」の名前は、行政組織から消失するのである。他方、健康保持や増進にかかわる国際動向では、1978年のアルマ・アタ宣言での「2000年までに世界のすべての人に健康を」とするプライマリ・ヘルスケア、1986年のオタワ憲章では、ヘルス・プロモーションの目標としての健康を享受することのできる公正な社会の創造が提唱される。そして、その後 Healthy People 2000(アメリカ)、The Health of the Nation(イギリス)、Health Promotion Program(カナダ)、Health for All(ヨーロッパ・EU)などが計画される。

わが国のヘルスプロモーション政策

「健康日本21」は、基本的にはアメリカの Healthy People 2000 がモデルであるが、アメリカの目標にある「健康の不平等の解消」は、日本にはない。また、日本が生活習慣病対策に重点にしているのに対して、アメリカではがんや心臓病・糖尿病対策だけにしぼらず、事故、労働衛生、暴力・問題行動、食品・医薬品の安全、STD や HIV 感染など、公衆衛生上の重点領域をひろくとらえている。日本の目標に「不平等の解消」がないのは、日本国民は平等なサービスを享受と考えていると思われるが果たしてそうか。さらに、国の「目標値」をもとに、地方が独自目標を設定するという手法は似ているが、アメリカが現場から上層部に意見をあげる〈ボトムアップ〉を重視しているのに対して、日本は、都道府県段階でも、住民参加や住民の意向を反映する積み上げ方式は採用していない。カナダの80年代当初のプログラムでも、様々な生活習慣上の問題の改善の戦略として、①人々が対処できる情報、手段の提供、②健全な生活習慣を支持する社会的雰囲気助長、③自助努力と市民参加の支援、④保健や社会保障などのプログラムの促進、など〈ボトムアップ〉をすすめる環境整備に重点をおいているが、日本では地方計画の段階でも「目標」設定に終始している感があり、具体的手段の提供は乏しいが多い。ヘルスプロモーションの課題をひろくとらえ、さまざまな手段を提供する政策展開は、ヨーロッパも同じで、イギリスではホームレスの住宅政策までも提案している。タバコ対策でも、欧米のどの国も「禁煙」をいかにひろめるかの政策を重視し、様々な具体的手段を提案しているにもかかわらず、わが国では「分煙」の普及を重視しているが目立つ。

保健医療福祉の一体化と公衆衛生

社医研が発足した1950年代後半、公衆衛生の分野では「福祉」はまだ十分視野には入っていなかった。21世紀の少子高齢社会の今日、「福祉」は、保健・医療とつながった公衆衛生の領域として認識され、地域では一体化した施策展開が望まれている。また、地域、職域、学校のタテ割り保健の矛盾を克服した新たな中央バリアフリー行政の展開、地方分権の重視、住民参加を基本にし、自由な意志で活動するNPOを含めた公衆衛生の展開が強く望まれている。健康増進法案のなかにある「国民の健康保持努力「義務」」ではなく、21世紀には、国民が健康支援の手段を要求し、積み上げていく公衆衛生の展開が望まれている。

公衆衛生行政の危機

小倉 敬一（千葉市保健所）

平成6年7月に地域保健法が公布され、9年より全面施行されて約5年間が経過した。

保健所法から地域保健法への全面改正は、その主旨として、サービスの受け手としての生活者の視点を重視、身近な保健サービスを基礎的な自治体である市町村に移管、保健所の新たな位置づけと機能の強化、保健医療福祉の連携強化、地域保健に従事するマンパワーの確保充実等々が強調されたが、引き続き保健所に勤務するものとして現状を考察してみたい。

まず、「頻度の高い身近なサービスを担う」とされた市町村の実状を見ると、別表1の如くその約半数は人口1万人未満で高齢化率は著しく高くその財政力指数も低い町村で、またマンパワーの中心的役割を果たす保健師の配置状況も小規模自治体では80%以上が3人以上であり、2年前から加わった介護保険関係の業務も加わり、母子保健活動等が大幅に低下している現状である。また、活動拠点となる市町村保健センター（必置義務はない）の設置もあまり進まず、市町村間の格差は次第に拡大している。財政的基盤を含めた基本的条件の整備が強く望まれる。

地域保健法施行後の保健所は、まさにカオスの状況である。

公衆衛生行政の第一線機関である保健所はレーゾンデールをWHO憲章、日本国憲法第25条に求めることが出来るが、公的責任により住民の健康と生活を衛る、総合性、専門性（科学性）、第一線を兼ね備えた機関でなければならない。しかし、その数も別表2にみる如く年々減少の一途をたどり、住民との距離は遠のくばかりで第一線性は失われつつある。また、多種の専門職を含む職員数も減少し（別表3）、医師の複数配置も進まず、都道府県型の保健所の医師は、管内人口が合併等により急増したのにもかかわらず70%

が所長のみという1人配置のままで、基本的業務の遂行にも大きな支障を来している。

また、環境部門、検査部門等を切り離す保健所が次第に増加し、総合性も崩れつつある。

保健所法では必置であった保健所運営議会も任意設置となったため約3割の保健所では廃止され、貴重な住民との接点が失われている。

一方、地域保健法施行後、保健と福祉の統合を合い言葉に保健所と福祉事務所の組織統合が全国的に急速に進んでいる。

正式な名称として、保健所は消え保健福祉センター、はなはだしきは保健福祉事務所と称しているところもある現状である。

連携の強化とは安易な組織統合を指すものではない。従来の日本型福祉行政は、法律と前例にほとんど依拠しており、判断力、想像力、創造力、柔軟な発想が要求される公衆衛生行政とはベクトルの方向が正反対である。安易な合併は単なる行政改革（リストラ）に利用されるのみである。

真に住民の立場にたった連携の強化は、組織対組織、または、個々の実例を通して行わなければならないことは当然のことである。保健所長の医師資格の撤廃問題が再び現実味をもってとりざたされているが、このような背景も影響しているものと思われる。

憲法に定められた公衆衛生の向上及び増進を目指し、住民に信頼される、住民と共に歩む保健所の再編を、各自治体（設置主体）で具体的に展開しなければならない。

別表 1

市町村人口規模別にみた市町村保健師設置別市町村数（平成12年度）

(政令市・特別区を除く)

市町村人口規模	市町村数 (%)	保健師設置数									
		未設置	1人	2	3	4	5~7	8~13	14~26	27~39	40~
5千未満	688 (21.6)	13	135	363	140	32	5				
5千~ 1万	848 (26.6)	1	17	266	350	145	67	1			1
1万~ 2万	707 (22.2)	4	3	69	231	197	191	12			
2万~ 3万	268 (8.4)	1		4	25	60	150	27	1		
3万~ 5万	267 (8.4)	1		2	4	19	139	100	2		
5万~ 10万	225 (7.1)					3	65	137	20		
10万~ 20万	121 (3.8)				1	1	6	51	61	1	
20万~ 30万	34 (1.1)				1		1	6	20	5	1
30万以上	24 (0.8)								11	7	6
総数	3,182(100.0)	20	155	704	752	457	624	334	115	13	8
率 (%)	100	0.6	4.9	22.1	23.6	14.4	19.6	10.5	3.6	0.4	0.3

別表 2

保健所数の推移

	県	指定都市	政令市	中核市	特別区	合計
平成4年	635	122	42		53	852
平成5年	631	122	42		53	848
平成6年	627	120	44		53	844
平成7年	625	122	45		53	845
平成8年	623	122	21	26	53	845
平成9年	525	101	15	26	39	706
平成10年	485	93	15	29	36	658
平成11年	474	93	11	31	31	640
平成12年	460	70	11	27	26	594
平成13年	459	70	11	28	24	592
平成14年	448	70	11	30	23	582

別表 3

保健所の職種別職員数

(平成9年)

職 種	職員数 (人)
医師	1,156
歯科医師	80
薬剤師	2,379
獣医師	2,313
診療放射線技師等	1,089
衛生検査技師等	1,334
管理栄養士	1,163
栄養士	121
歯科衛生士	333
理学・作業療法士	53
保健婦等	8,196
その他	13,863
〈再掲〉	
医療社会事業員	222
精神保健福祉相談員	1,403
衛生教育指導員	524
総計	32,080

(平成12年)

職 種	職員数 (人)
医師	1,088
歯科医師	94
薬剤師	2,585
獣医師	2,313
診療放射線技師等	957
衛生検査技師等	1,262
管理栄養士	1,152
栄養士	133
歯科衛生士	357
理学・作業療法士	118
保健師等	8,201
その他	12,093
〈再掲〉	
医療社会事業員	106
精神保健福祉士	483
精神保健福祉相談員	1,812
栄養指導員	768
総計	30,353

地域保健活動と保健師をめぐって

菊地頌子（全国保健師活動研究会）

1. 保健師の歩み、戦後一時期の自由人

故丸山博先生（大阪大学医学部教授）は『保健婦の使命について』（1946年保健婦養成所での講義録）の「保健婦事業の発生史」の中で「…地域の実情からいかになすべきかを考えながら仕事をやる。これが自由人だ。命令がなければ仕事ができない。これは奴隷である。ドレイ根性があれば仕事が型にはまって新しい芽生えはない…」とされている。保健婦規則（1941年）の制定から60年を経た今日、保健師（保健婦）達は丸山先生の言われる“自由”を日常の活動の中で果して獲得しているだろうか。

保健師の歩みを振り返ってみると、戦後の1950年代前半の保健師の活動は、「保健婦活動指針」や「保健婦業務要覧」など、保健師活動の基本になる手引書も不備であった一方で、住民の衛生状況も悪く保健師達は家庭訪問や衛生教育に地域を駆け巡り、地域の実態に応じた創造的な活動ができた時期であった。

1950年代の後半を過ぎると、保健師の結核に関する活動指針が整備され、結核の健康管理システムが全国的に整備されるが、国の公衆衛生予算は頭打ちになり、特に60年には保健所の型別再編成が行われ、健康相談業務が型別によって決められるようになった。都市部の保健所を中心に自由来所の乳幼児健診が廃止になっている。

2. 継続活動ができず「浮き草稼業」に

1960年代の前半には、保健師の増員が不十分な中で、個々の住民の家庭訪問に追われ、継続した活動ができない状態で「浮き草稼業の保健婦活動」と言われた。

この状況からの脱皮し、保健師の増員を

図るため、保健師の活動が見えるものとして年間の「業務計画」を実施するようになった。（住民の要求量に対してどの程度の業務が可能かを出したもの。特に家庭訪問については、例えば、結核の家庭訪問時間は30分、乳児は40分と決め更に訪問の優先順位を決めて、年間可能な稼働量を出していたが、実際には計画通りにはいかず、1970年代には廃止されている）

1960年代後半から70年代前半にかけては保健所のあり方問題が活発になるが保健師についても、自治体における国保保健師の増加、定着化に伴い、「保健婦の活動の場を市町村とし身分は県に置く」などの考え方や、保健師のみを配置するヘルスステーション構想が出されている。この頃は法的な事業に縛られない市町村の国保保健師の自由な活動に比較し増員のない保健所は、法的な事業を処理するのに手一杯で、一部革新首長下の自治体を除き、地域活動が減少する。

3. 「公衆衛生看護」から「地域看護」に

1970年代の後半から1980年代の前半にかけては、国保保健師の市町村への身分の移管や、市町村保健センターの設置、国民の健康づくり対策、老人保健事業の市町村実施など、保健サービスを市町村とする方針の具体化に伴い、市町村の業務量が急増。市町村においては地域密着型の活動ができず、老健事業を年中追いかける日々に「仕事が面白くない」という声が多くなった。一方保健所は各種事業の空洞化が進むが、市町村支援の活動は前進せず、保健師活動の対象は個別化の傾向が強まる。

1970年代には、「看護は一つ働く場の違い」という考えから、「総合看護」「継続

看護」「訪問看護」「地域看護」の新語が生まれ、保健師は地域看護、継続看護の部門を担当する看護職と位置づけ、退院患者の訪問連絡が増えた。この時から『公衆衛生看護』の名称が「地域看護」になり、一時的な傾向ではあったが、保健師は技術を持たない職種として、病院での再教育や臨床の場との兼務辞令が出されたりした。

この考え方の延長として、1984年に看護協会は「看護職の教育と名称を看護師に一本化し、保・助の免許と国家資格を廃止する提案」をしているが、この方針は現在も継続されている。

1983年の老健事業のスタート（特に訪問看護指導事業）とともに、保健師の活動には地域ケアの考え方が強まり、予防活動の視点が弱体化するが、1990年代になると、高齢化対策としてのゴールドプランの実施、保健と福祉の連携・統合の掛け声の下に、福祉部門に配置替えになる保健師が次第に増加し、保健活動を行う保健師の数が減少。保健師1人当たりの担当人口も、2.30年前の状況に戻るところが増加した。

4. 管理される保健師活動、自主性の喪失

1997年以降、地域保健法のスタートによって保健所の統廃合が全国で実施されるが「保健所保健師の活動は、地域の全住民を対象にするのではなく、多様化する要求に併せて個別を対象に」という方針の中で、地区担当制は一方的に廃止され、精神、母子など業務別専任の体制が一斉に実施された。一方市町村においても、次々と移譲される事業（97年母子保健、02年精神保健福祉）に応じた対応が増え、業務別専任をとるところが増加している。

従来保健師の活動は、全ての住民を対象とする『地区担当制』が当然であり、その内容については、保健師集団の話し合いによって決定をしていたが、業務別専任制の導入以降、専任の担当分野まで人事当局の管理下になり、保健師は自主的に担当する

業務を選ぶことが不可能になった。

また、地域保健法の制定を機に「保健師のあり方」の検討が活発になり、保健師の企画や政策・調整の役割、コーディネーターの機能が、どの検討会の報告書を見ても強調されるようになった。

しかし殆どが、国の事業の地方計画や事業の評価・報告の仕事を担当し、資料づくりや会議に明け暮れるだけで、地域に根ざした健康対策の企画の仕事にはなっていない。更に、これらの部署に配置される中堅の保健師が、従来実施していた若い保健師の卒後教育や、保健師集団の調整の役割を行わないため、保健師の仕事の先輩から後輩への繋ぎも極めて不十分になっている。

5. 「福祉モデル」か「公衆衛生モデル」か

精神障害者の対応に関して、保健師の仕事は「福祉モデル」なのか「公衆衛生モデル」なのかここ数年論議されているが、介護保険制度で導入された「ケアマネジメント」の手法が、保健師活動の中にも浸透しつつあり、支援の対象が問題のある個人に限定をされれば、保健師の仕事は「福祉モデル」に完全に吸収されかねない。また、これに加えて事業毎に活動マニュアルが機械的にどんどん作られ末端の保健師にも配布される。今や保健師活動の創造性は年を追うごとに失われつつある。

保健師活動への管理が強まる中で、保健師達は丸山先生の言われる「自由人」を獲得することが今だにできていない。しかし地区担当制の復活など、公衆衛生を基本とする活動を取り戻す動きも少しずつ拡がり公衆衛生の灯を消してはならないと行動を起こす保健師が増えつつある。「保健師と話していると最後には“予防”は“集団”はという発想になる」と言われるが、魂がまだ残っている間に活動の場を現地に戻すことが今日の課題である。

第1日目：7月27日(土)午前

10:00-11:40 <A会場> (6F 第1~3会議室)

口演【ホームレス問題】

座長： 山本 民子 (江東区城東保健相談所)

1A 北九州におけるホームレスの社会医学的研究(第1報)

—救急病院における入院患者の疾病構造—

田村 昭彦 (九州社会医学研究所) 他

2A 北九州におけるホームレスの社会医学的研究(第2報)

—入院事例からみたホームレスの療養権—

小山 義則 (九州社会医学研究所) 他

3A 総合病院医療相談室からみたホームレスの実態

荒木 弘幸 (千鳥橋病院) 他

4A ホームレスに関する看護支援的視点からの文献研究

石井 苗子 (東大院医健康社会学)

・総括討論

10:00-11:40 <B会場> (3F 視聴覚室)

口演【労働衛生・産業保健】

座長： 千田 忠男 (同志社大学文学部)

1B 職業曝露で発症した化学物質過敏症(CS)の3例

道端 達也 (玉島協同病院)

2B 振動工具を扱う労働者の手の巧緻性障害と労働衛生学的課題

樋端 規邦 (徳島健生病院) 他

3B 過労死労災認定新基準と課題について

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)

4B 「過労自殺」労災認定をめぐる諸問題

色部 祐 (働くもののいのちと健康を守る全国センター) 他

・総括討論

北九州におけるホームレスの社会医学的研究(第1報) ——救急病院における入院患者の疾病構造——

○田村 昭彦、青木 珠代、小山 義則 (九州社会医学研究所)

【はじめに】

1990年代以降の長引く不況による企業の倒産・リストラ、「グローバル経済」による生産拠点の海外移転などにより失業者は急増しており02年5月の完全失業率は5.4%に達している。こうした社会経済的情勢を反映してホームレスが三大都市圏のみならず、地方政令市や中核都市においても増加している。ホームレスは住居の喪失のみならず、仕事の喪失、家族関係の喪失、社会関係の喪失など複合的な問題点を抱えている。健康問題もホームレスの重要な課題である。病気や怪我(労災事故を含め)がホームレス生活の直接的動機となった例や長引くホームレス生活が健康悪化に繋がった例は数多く見られる。しかし、日本においてホームレスの社会医学的研究は未だ少なく実態は明らかではない。今回我々は九州の政令都市である北九州市の1救急病院におけるホームレスの入院患者の疾病構造について検討し、社会医学的考察を行ったので報告する。

【対象と方法】

北九州市(人口101万人)にある〇救急病院における2001年1月1日～12月31日に救急入院した全ホームレス患者を対象とした。

〇病院は北九州市のほぼ中心街に位置する600床を越える民間病院で、周辺にはホームレスが多く住む公園や駅・商店街がある。また救急医療に積極的に取り組んでおり、2001年には4946台の救急車を受け入れ、その数は北九州市全体の約13%を占めている。

解析に用いた資料はカルテ、死亡診断書、生活保護申請時の住所不定者収容報告書、相談記録等である。

今回は入院時の主病名を検討の対象とし

た。副病名として基礎疾患等についても併せて検討を加えた。なお入退院を繰り返している例では、同一疾病により退院後1ヶ月以内に再度入院となったものは、連続した同一入院と見なした。

【結果と考察】

①調査期間に入院したホームレスは表1に示すとおり214名であり女性14人、男性200人と男性が殆どであった。平均年齢は女性50.8歳、男性55.5歳であり40才代～60才代が大半を占めていた。実人数でも女性10人男性166人の合計176人であった。厚生労働省が2001年9月末現在で行った「全国のホームレスの状況」に関する概数調査では北九州市のホームレスは197人とされている。実態はこの数より多くのホームレスが住んでいるものと考えられているが明らかではない。北九州市においてホームレスに対する支援活動を長年行ってきたNPO法人「北九州ホームレス支援機構」は約400人と推計している。この400人という推計人数に対しても1年間で約半数のホームレスが入院治療が必要であったことは(しかも1病院の調査にしかすぎず実態はより多くの入院例があったものと思われる)ホームレスの医療要求が極めて切実なものであることを指摘することが出来る。

②入院に至った主病名を表2に示している。

i) 感染症は7名でホームレスでの集団感染が指摘されている結核は2名と比較的少数であった。

ii) 新生物は6名に認められた。このうち早期で術後退院に至ったものは1名にしか過ぎず大半は進行性の癌であり予後は不良であった。

iii) 糖尿病の症状増悪による入院は9名に認

めた。入院の主病名ではないがコントロール不良の糖尿病患者は8名であった。しかしこれらの糖尿病患者にとってはホームレス生活は定期的な食事を摂ることが困難であり、ましてや食事療法を行うことは不可能に等しい。第2報で報告する様に退院後の療養継続が行われないまま年数回の入院を繰り返しながら合併症の併発など病状を悪化させている例が多く見られた。

iv) 喘息患者も9名に認めた。上記の糖尿病と同じく退院後受診できず、もしくは数回の自費治療しか継続できず増悪して再入院となるケースも多い。

v) 胃・十二指腸潰瘍は23名と多く認めた。発症から一週間程度経過した後救急受診した、出血性胃潰瘍や穿孔例も認められた。入院後ピロリ菌陽性者には積極的に除菌が行われ、再発例が比較的少ない傾向にある。

vi) アルコール性肝障害は12名に認めた。アルコール依存症、急性アルコール中毒による入院6名、他疾患で入院しているアルコール性肝障害の患者20名と合わせると38名(18%)になりアルコール問題はホームレスの医療問

題として大きな位置を占めているといえる。
vii) 骨折、外傷などの障害を47名に認めた。この中には、他人からの襲撃や交通事故など第三者行為も認められた。

【おわりに】

救急入院患者の検討からはホームレスの医療要求が極めて切実で高いものがあることが解った。とりわけ北九州市においては入院を要する急迫保護以外にホームレスに対する適切な医療システムが存在していないことが、慢性疾患患者の療養継続の阻害要因となっており、症状増悪して再入院せざるを得なくなっていると思われる。今後退院後の経過について詳細な検討を行っていきたい。

表1. 入院患者の性・年齢別構成

	女	男	計
20才代		4	4
30才代	3	8	11
40才代	3	30	33
50才代	6	85	91
60才代	2	56	58
70才代		17	17
計	14	200	214

表2. 入院患者の疾病分類(主病名)

1. 感染症および寄生虫症	7	8. 消化器系の疾患	57
腸管感染症	(3)	胃潰瘍・十二指腸潰瘍	(23)
結核	(2)	アルコール性肝障害	(12)
2. 新生物	6	9. 皮膚及び皮下組織の疾患	7
胃の新生物	(2)	皮膚及び皮下組織の感染症	(7)
結腸の新生物	(2)	10. 筋骨格系及び結組織の疾患	17
肝の新生物	(2)	関節炎	(5)
3. 内分泌、栄養及び代謝疾患	19	椎間板症	(4)
糖尿病	(9)	腰痛	(4)
脱水・栄養障害	(10)	11. 尿路・性器系の疾患	3
4. 精神及び行動の障害	5	腎不全	(2)
5. 神経系の疾患	2	12. 妊娠・分娩・産褥	1
6. 循環器系の疾患	18	妊娠中毒症	(1)
虚血性心疾患	(4)	13. 損傷・中毒・その他の外因の影響	47
脳内出血	(2)	骨折	(17)
脳梗塞	(4)	内臓の損傷	(2)
7. 呼吸器系の疾患	20	中毒	(6)
肺炎	(5)	その他の損傷及び外因の影響	(23)
喘息	(9)	14. その他	5

北九州におけるホームレスの社会医学的研究（第2報）

—— 入院事例からみたホームレスの療養権 ——

○小山義則・田村昭彦・青木珠代（九州社会医学研究所）

1. はじめに

第1報では救急病院に入院となったホームレスの疾病構造を報告し、長期療養が必要な疾患、障害を抱えている実態や療養の阻害要因を検討した。

この第2報では、入院中のみならず、救急車による搬入前の症状の経過や退院後の療養継続に着目し、療養継続の阻害要因について事例検討をおこなった。

あわせて本報告では、療養権保障を含めたホームレス支援の必要性、あり方についても検討、考察を加えた。

2. 受診・受療が遅れて重症化したケース

受診・受療が遅れ重症化したケースは死亡例やアルコール問題関連疾患で見られたが、胃・十二指腸潰瘍、糖尿病などでも数多く見られた。

【事例①】50歳男性・出血性胃潰瘍

単身者（結婚歴有）。11月10日まで市内の労働下宿で働く。9月頃からタール便があり、体重減少が顕著になり働けずに野宿生活となる。12月23日頃から食事を受けつけず、同27日からは腹痛が出現した。同30日に腹痛が増強して路上で動けなくなり〇病院に救急搬入。出血性胃潰瘍の診断で治療のため入院となった。

【事例②】54歳男性・糖尿病、糖尿病性末梢神経障害、糖尿病性網膜症

単身（結婚歴有、31歳で生別）で両親ともすでに他界。中卒後、自動車塗装会社や自衛隊で働く。24歳で板金塗装工場経営するが30歳で倒産。その後タクシー乗務員として働く。44歳の時糖尿病を指摘され入院。49歳頃から糖尿病による末梢神経障害が出現、52歳の

時には末梢神経障害が悪化し、タクシー乗務が出来なくなり、日雇労働（労働下宿）に従事。しかし、53歳で働けなくなり、野宿となる。

2000年6月から半年間、糖尿病性白内障の手術のため国立病院に入院。退院後の療養指導がないまま年末退院となり、野宿生活に戻る。2001年2月初めから食事を取ってなく、動作後の息切れや動作も困難となって2月9日ボランティアに連れられて救急外来受診。脱水、低栄養状態が見られ、糖尿病、糖尿病性末梢神経障害、糖尿病性網膜症の治療のため入院となった。

最初の事例①は野宿生活になってまもないケースで、働いていたときも健康保険なく受診できず、野宿となって短期間で症状悪化している。事例②は、糖尿病の合併症が見られ治療を必要としたが、野宿生活によって悪化し、入退院を繰り返したケースである。

本調査で日雇労働に従事していたケースは多いが、健康保険日雇特例への加入者は一人もいなかったことを付記しておく。

3. 退院後の療養保障されず悪化したケース

【事例③】46歳男性・大腸癌（ストマ造設）

単身者（結婚歴無）。中卒後34歳まで船員（タンカー）、その後職を転々とし42歳から日雇労働者として働く。44歳の時住んでいたアパートが取り壊されたのが契機で野宿生活（テント）となった。2000年10月血便が出て動けないところを救急車で搬入される。大腸癌のため、人工肛門造設（身体障害者4級）。本人は在宅生活をして仕事を探したいと希望したが住所不定のため叶わず、2月に療養継続のため転院する。飲酒のため7月強制退院とな

り、野宿生活へ。ストマ管理が出来ず、ストマ形成部が悪化し12月末入院。

この事例③は、長期の正規雇用や日雇労働を経て野宿となり、まもなく入院となった。大腸癌のフォロー継続と手厚いケアが必要な身体障害者となって退院を迎えているが、生活保護法（福祉事務所）の援助の中で退院後の療養保障が検討されず退院となり、治療中断と症状悪化にいたった事例である。

4. 症状悪化した自立できたケース

【事例④】50歳男性・高血圧、脳出血、気管支喘息

単身者（結婚歴無）。約20年間日雇労働者として出張仕事等を続けてきた。1999年末まで建設会社の寮に住み込み働いていたが、膝の痛みや息苦しさなどの症状があり、働けなくなって寮を出て野宿となる。2000年7月頭痛、左足のしびれがあり救急病院受診し、脳出血・高血圧で入院。退院後はNPO（ホームレス支援機構）の紹介で出張仕事に行くが、体調不良で働けず再び野宿生活となる。2001年2月喘息重積発作で入院。退院後日雇労働に戻ったが、体調不良で働けず野宿生活に戻る。7月中旬左頭部に締め付けられるような痛みが出現し、NPO ボランティアが救急車を呼び、重症高血圧・脳出血後遺症・気管支喘息で入院。病院MSW、NPOの支援を受け慢性期病院へ転院した後、ビル管理（守衛）の仕事を探して退院。NPOの住居支援を受け、自立して社会復帰を果たしている。現在はNPOのボランティア活動にも参加している。

この事例も長期にわたって日雇労働に従事する中で高血圧や気管支喘息を発症し、働けず野宿となったケースで、やはり脳出血を経ても再発防止などの退院後の療養は保障されず、本人の就労と自立への意思を支えたインフォーマルな支援によって社会復帰したケースである。

5. 考察

今回の調査は救急車や救急外来を経た入院事例が対象であり、その意味では、北九州市においてホームレスは極めて限局的・消極的な受診・受療行動しかとれない状態にあると指摘できる。ホームレスにとって、医療へのアクセスがこうした急迫保護に限られていることは、病気や障害を持つということが常に重症化や死と隣り合わせに在ると言っても過言ではないかもしれない。

今回の調査からも、失業などの背景要因によって日雇労働者などが野宿に追い込まれ、そこに疾病や障害が介在し、ホームレスの療養問題が発生するという構図が見えてくる。こうした構図を捉えたとき、急迫保護のみによるホームレスへの対応は、事例でふれたように疾患の重症化などを顕在化させており、転換が必要だと指摘したい。自治体では福祉事務所の役割が一層重要となっている。

また、ホームレスの療養権保障には、急迫保護以外にも医療へアクセスできるシステムの確立や慢性疾患や障害を持つホームレスへの治療継続と生活、就労を含んだ支援システムが不可欠だと考える。

ホームレス対策は、医療・福祉・労働行政にまたがる総合的な支援施策が必要であり、自治体レベルでフォーマル、インフォーマル（NPO などさまざまな支援組織）の社会資源を活用、創出してゆくネットワークづくりの支援・援助方法の確立が急務である。

6. おわりに

北九州市におけるホームレスの療養状況を事例によって説明し、受診・受療の遅れや退院後の療養継続が保障されていないことを指摘した。重症化の要因になっている急迫保護のみの医療システムからの転換と療養権を保障する自治体施策の必要性にふれた。今後さらに退院後の詳細な経過を追うことで、ホームレスの療養権保障の条件を検討することを課題としたい。

3A

総合病院・医療相談室からみたホームレスの実態

千鳥橋病院 MSW: 荒木弘幸、医師: 舟越光彦

1. 調査の目的

当院は福岡市内で最も多くホームレスの患者を受け入れている。そして治療だけでなく、退院後の自立支援の面でも積極的に援助を行なっている。しかしながらホームレス患者が抱えている様々な社会的問題は、入院の長期化など当院の医療活動にも直接影響を及ぼしている。急増するホームレスの実態や要因から、その背景にある社会的問題と福岡市の保護行政を検証する。

2. 対象と方法

対象は2002年4月1日～6月30日の期間に、当院医療相談室MSWが面接したホームレスの患者。調査方法はMSWの直接面接による聞き取りで、①性別 ②年齢 ③主病名 ④受診経路 ⑤救急車搬 ⑥寝泊り場所 ⑦生活状況 ⑧結婚・離婚の有無 ⑨受診までのホームレスの期間 ⑩ホームレス前の職業 ⑪ホームレスになった原因 ⑫その他の社会的問題 ⑬アルコール問題の有無としてまとめた。

3. 結果

来院患者は55人で、01年度同時期の32人を大幅に上回った(表1)。ホームレスになった直接的な原因は、日雇土木の寮を追出された18人、病気15人、その他6人(家族関係の悪化・刑務所出所後・借金からの逃亡・生活保護廃止で住居喪失)。不明が16人(表2)。上記「寮を追出された人」でその原因として身体疾患10人・精神疾患6人で、18人中16人が病気が原因で寮を追出されている(表3)。ホームレスの期間は21人(38%)が9ヶ月以内。半年以内は27人(49%)(表4)。退院先設定として24人に援助を行なったが、住居設定等でホームレス

を脱する人が18人。一方6人はホームレスに戻る(表5)。

4. 考察

①ホームレス急増の背景について

ホームレスになった原因を調べた結果「寮から追出された」という人が最多。その背景に病気があった。その日その日の契約、つまり「使い捨ての労働力」という厳しい労働条件の中で病気をしたことが致命傷になったと考えられる。そして不況がそれに拍車をかけていると考えられる。

ここで、事例を紹介する。52才・男性、日雇土木を転々とし、2ヶ月前から福岡市近郊の土木会社の寮に入ったが、最近右膝に水がたまり働けなくなった。夕方5時近くになり会社の主任と寮長が病院まで連れてきて「クビ」と言い放ち、荷物ごと置いていった。保険もなければ手持ち金もなく医療費の支払いも困難。患者は「兄が支払う」と繰り返す。兄に電話すると「関係ない、彼の息子に言ってくれ」と。息子に電話すると「10年前から音信不通、今さら困る」と援助拒否。会社に電話すると「うちはもう関係ない。入院でしょう？、家族には連絡しています。」と、取りつく島もない。結局入院となりホームレスで生活保護申請に至った。

問題はこういう人たち、つまり寮で病気＝働けなくなった人たちに対するセーフティネットがない点である。。生活保護は憲法で保障された生存権の最後の砦であり、生活に困窮した人は無差別に救済することになっている。しかし福岡市では入院にならないと生活保護の適用はしない。困窮した時点で直ちに医療と生活の保障を行えば、ホームレスにならずに済んだはずである。

②自立支援について

当院はホームレス患者の退院後の自立支援の面も積極的に行なっている。昨年は38人（143人中）を家庭復帰、施設へとつなぐことができた。住居設定に関しては、保護課の敷金支給の拒否や保証人の問題でうまく行かないケースもある。どうせ家を設定しても退院後保護が切れれば、この不況の中では仕事を見つける自信も、家賃を払っていく自信もない。そうなればまたホームレスになるだけ、と住居設定を諦める人もいる。自立支援の為には仕事の確保と共に退院後、生活保護を一方的に廃止するのではなく自立を見定めて廃止するなど、行政のきめ細かな対応が求められる。

一方、病院との関係で問題点をあげると、長期入院の問題がある。病院によっては原則としてホームレスは2週間しか入院させないと決めているところもある。各病院での医療活動の違いもあると思うが、極端に短縮される平均在院日数の関係がある。当院は平均在院日数17日を目指している。療養型病棟を活用して住居設定援助を行なっているが、療養型病棟の存在しない病院では、住居設定の為の社会的入院の長期継続は困難であろう。福岡市のホームレスの場合、生活保護申請から決定までに1ヶ月以上の期間を要する、住居設定はその後の課題なので、住居設定までは最短でも2ヶ月程かかる。1民間病院の努力では限界がある。

福岡市は2000年3月、厚労省「ホームレスの自立支援方策」が出された後、救護施設の1室を住居設定のための通過施設として活用を始めたが、65才以上で厳しい審査がなされる。今調査でもホームレスは46才～65才の層で約70%占めており、その層への対策が必要である。

5.まとめ

①ホームレス急増は不況や社会施策の不備もあるが、その背景に疾病が大きな要因として存在すること示唆された。

②ホームレスになることを防ぐための医療や生活の保障とホームレスから脱するための住宅・雇用の確保といったセーフティネットが必要と考えられる。

表1. ホームレス来院患者の状況(人)

	4月	5月	6月	1月平均	計
01年度	10	8 (3)	14 (1)	10.9	32 (4)
02年度	17 (7)	19 (4)	19	18	55 (11)

表2. ホームレスになった原因

	人数	強制退院				その他	不明
		病	気	身体	精神		
30～39	6	2	1	1			1
40～49	12	6	1		1	3	1
50～59	23	8	2		4	1	8
60～69	13	2	1		3	2	5
70～79	0						
80以上	1						1
合計	55	18	5	1	8	1	6

表3. 寮を追い出された原因

	人数	身体疾患	精神疾患	不明
35～39	2	1	1	
40～44	3	1	2	
45～49	3	2	1	
50～54	5	4	1	
55～59	3	2	1	
60～64	2			2
70～74	0			
75～79	0			
80以上	0			
計	18	10	6	2

表4. ホームレスの期間

	人数	1月以内	2～3月	4～6月	7～1年	1～2年	3年以上	不明
計	55	12	5	3	7	4	13	11

表5. 退院先(人)/02年度

脱ホームレス (18人)	→ 住居設定	15
	寮	1
	施設	1
	家族と同居	1
ホームレスに戻る→ (6人)	強制退院	1
	自己退院	3
	住居不要	2
計		24

4 A

ホームレスに関する看護支援的視点からの文献研究 —ホームレスに関する医療援助的見解と改善策に焦点を当てて—

石井苗子 (東京大学大学院医学系研究科健康社会学)

1. 目的

本研究の目的は、ホームレスに対して日本ではどのような取り組みがなされているのかを知るために、日米の先行研究についての文献を分析・検討することで、現在ホームレスに対するどのような医療や看護の対策・援助がおこなわれているか明らかにし、今後の日本のホームレスに向けて援助の方法や、特にナースがどのような役割を担うことができるかを考察することである。

2. 研究方法

キーワード「ホームレス」「看護」を用いて医学中央雑誌Web版でコンピューター検索、また最新看護索引(1995-1999)で検索したところ総計34件が検出され、それらのタイトルや掲載雑誌から本研究に関連すると著者が判断した中で入手可能であった看護に関する文献31件を選び出した。文献の傾向を見るために31件のリストから17件を選び出し、サンプルとした。文献中には、医療や看護との関連性が低いエッセイ的なものも含まれていたが、今回は、それを対象外とした。

「ホームレス」「ケア」「ナース」「ヘルス」をキーワードにホームレスに関するアメリカの文献を検索したところ、総計51件が検出され、本研究に21件を選び、14件をサンプルとした。エッセイ体験談は、除外した。

3. 結果

日本の文献からホームレスに関する医療・看護の文献は、健康調査が5本、結核が2本、精神的側面が5本、その他の問題が5本。アメリカの文献からは、健康調査が5本、結核1本、精神的側面が3本、その他

の問題が5本。

4. 考察

全体を通してホームレスへの看護に関する日本の文献には、その結論を踏まえた具体的な改善策の提言までしているものはほとんど見られなかった反面、アメリカの文献にはその研究目的や具体的な方法を一定の方法に基づいて記述し、研究結果を分析しそれを今後のホームレスに対する看護ケアのあり方につなげているものが多かった。このことから、ホームレスの問題はアメリカに比べてそれほど深刻な問題ではなく、それに関する研究もまだ初歩的な段階にあるのだと思われる。アメリカでは、保険に加入せず所得金もわずか、あるいはまったくないホームレスが病院の救急室などを利用することが国民の医療費増加の一因として捉え、医師に比べサービスコストの安いナースによるケアや医療的介入を積極的に行うことにより、医療費削減を図っている。このことを、ナースによるホームレスの研究が日本より盛んに行われている理由のひとつであろう。

アメリカと日本では、ナースが合法的に遂行可能な業務内容やその資格の種類自体に違いがあるので、例えば日本でもアメリカと同様にホームレスの数が増え医療費増加の原因となったとしても、現行制度のままではナースの介入により医療費を削減することは、難しい。したがって、アメリカの緩急内容やその結果に基づく提言を、日本でそのまま適用することは出来ない。しかし、全ての住民の健康保持、増進、その人の健康を生活面から捉えた全人的ケア、他職種、他機関とのコーディネートなどが、

ナースの専門とする仕事内容の一部であることは日米共通のはずである。医師や他の医療専門職ではなくナースの知識と経験を踏まえたホームレスへのアプローチは、アメリカから学べる分野も多いと思われる。例えば、多くのナースが、自らの仕事として、あるいは、修士・博士課程の学生が、自分の研究として、ホームレスの健康問題に取り組んでいたりと、ナースの層の厚さと幅の広さを感じた。

日本では、今後も不況が続きホームレスの数が増えることも予想され、ホームレスが大きな社会問題となれば必然的に彼らの健康問題もクローズアップされてくると思われる。そのときに、医療従事者として、ナースは具体的にどのような働きができるのかを今から考えるのは、決して早すぎることではない。アメリカで数多く行われている先行研究を参考にしながら、日本の文化、社会制度、法律などを踏まえて独自の援助方法を模索するべきではないだろうか。

5. 結論

ホームレスは、日本社会では通路や建築物の脇に不定期に滞在し、浮浪者と呼ばれるなどして、異端視されてきたが、平成11年8月に、東京都が行った調査では、23区内に5800人のホームレスが存在し、全国で2万人に及ぶ人々がホームレス状態であると推定され、2年間で倍増の勢いを持っていることが判明した（小室明、2000年）。しかしながら、検索した日本文献17件の中で、看護の視点から統計的に問題を分析しているものは、5件のみだった。アメリカは、一方で、14件がすべて看護の視点で書かれており、以下の示唆が含まれていた。

ホームレスを路上生活者集団としてではなく、個人のライフスタイルとして認め、一人一人の看護の早期介入を、地域の医療関係者の協力によって、政策的に行うことで

ある。個人のプライマリーケアを行うことによって、地域の医療関係者の協力によって、政策的に行うことである。個人のプライマリーケアを行うことによって、地域看護の充実を図り、結果的に、社会の環境整備につなげていくという視点である。

これに比較すると、日本はホームレスをあくまでも路上性格から抜け出せない集団として捉え、個人のライフスタイルとして認めてはいない。したがって、ホームレス人口の増加は社会問題であり、そこに共通の疾病が蔓延して初めて、行政手段として医療関係者の協力を持って看護や治療にあたるという考え方だ。今後の日本のホームレスの医療援助は、ホームレスを集団として捉えた健康管理ではなく、個人としてのQOLの向上や健康問題の改善を図る地域看護政策に切り替えていく必要がある。このことは、冒頭に述べた日本国憲法の基本的人権の尊重からも外れていない視点と考える。本研究を通して、日米のホームレス問題の相違、ホームレスに対する医療・看護的対策の相違や、ホームレスへの認識の相違などについて理解を深めることが出来た。今後の対策について、さらに追及が必要と考える。

職業曝露で発症した化学物質過敏症 (CS) の 3 例

道端達也(玉島協同病院内科)

1. はじめに

化学物質過敏症 (以下CSと略) は、「過去にかなり大量の化学物質に接触した後、または微量な化学物質に長期にわたって接触した後で、次の機会に非常に微量な同種または同系統の化学物質に再度接触した際に出てくる不愉快な症状」と定義されている。そして、それは、家庭、学校、職場どこでも発生しうるものである。ただ、職業曝露によるCSの報告はいまだ少ない。今回、職業曝露で発症したCSの3症例を報告し、現在の社会医学的問題点を発表したい。

2. 症例

- ① J. K. '49年12月21日生, 女性。
・14年間電気部品組立工場に勤務。'94年9月より接着剤 (アロンアルファ®) 塗布作業開始。同年11月ごろより、作業中眼周囲の発赤・腫脹、掻痒感、咽頭違和感出現。12月7日アロンアルファの加熱した気体を吸入後顔面全体・口唇の浮腫、頭痛等出現。その後、胸苦、嘔気、全身倦怠感、発汗等消失せず、近医受診後K医大紹介される。受診時の末梢血・生化学検査は異常なく、総IgEも正常。アロンアルファの曝露試験にて、上記症状誘発された。当初「一過性有機溶剤中毒の疑い」、その後「接着剤中毒の疑い」、そして「多種類反応性化学物質過敏症の疑い」という病名にて労災申請し、認められ現在療養中。
- ② T. D. '57年7月26日生, 女性。
・症例1と同じ工場に勤務。'94年12月頃より、暖まると目の掻痒感、臭いが鼻につく、頭重感、咽頭違和感等出現。以後も症状持続するため症例1の紹介でK医大受診。受診時末梢血・生化学検査正常。

Free T4 低下, TSH 上昇. 抗サイログロブリン, 抗マイクロゾーム抗体上昇. アロンアルファ曝露試験で症状誘発され, 症例1と同様に労災申請し, 認定・療養中.

- ③ T. Y. '56年9月16日生, 男性。
・'95年7月より, ガスボンベ再検査工場に勤務し, ボンベの清掃, 塗装, ガス圧検査等を行っていた。作業に有機溶剤を使用していた。'95年9月頃より, 咳, 痰あり。その後, 下痢, 胸苦, 意識障害, 発疹, 関節痛, 腹痛, 知覚異常等あり, 多くの医療機関を受診するも, 検査上明らかな異常は認めらず, '01年4月18日当院初診。初診時身体所見異常なく, 血液検査もほぼ正常。国立南岡山病院へ紹介し, クリーンルームにて, ホルムアルデヒド, トルエン, キシレンの負荷試験を行いCSと確定診断した。

3. 考察—CSをめぐる問題点—

① 診断について

- ・医学界にCSの病名がいまだ十分に知られていない。
- ・日常診療で利用できる簡便な診断方法がない。

② 治療

- ・大原則は、化学物質の曝露を避けることであるが、現在の日本では不可能に近い。
- ・有効な治療法がない。

③ 予防

- ・化学物質が氾濫している。
- ・労働衛生上CSは予防のtargetになっていない。

④ 補償

- ・業務上疾病と認定されにくい。
- * CSへの対策は、学際的な協力、ネットワーク作りが必要である。

2B

振動工具を扱う労働者の手の巧緻性障害とその労働衛生学的課題

徳島健生病院 内科 樋端 規邦・石川 長英

[はじめに]

振動障害は末梢循環障害、末梢神経障害、骨関節の障害を特徴とする。レイノー現象、手の冷え、関節の痛み、手のしびれ・痛みなどが主な自覚症状である。さらに手の巧緻性の障害が現れることが知られている。手の巧緻性の障害は労働者の日常生活に様々な負の影響を与える。Stockholm workshop scale (1994) では、末梢神経障害が高度になれば手の巧緻性が障害されることを示している。しかしその詳細は今日なお明らかにされていない。そこで、具体的にどのように手の巧緻性が障害されるかについて、我々がこれまでに検討した方法とその結果を示し、巧緻性障害の評価方法とその意義について述べる。

[振動障害患者の手の巧緻性=アンケート調査の結果から]

表1は振動障害の認定を受けた振動障害患者は850人(平均年齢64.3才、男817女33)の日常生活について調査したアンケート結果の一部である(1997実施)。「シャツのボタンをうまくかけられるか?」「箸で上手に食事ができるか?」に対する質問に対して、患者の主観的回答は各々約半数が「うまく出来ない」又は「全く出来ない」であった。この結果は振動障害の多くの患者で手先の不自由が自覚されており、生活の質(QOL)の低下があることを示している。

表1

	ボタン掛けがうまくできるか?	箸で上手に食事ができるか?
支障がない	37.5 %	45.5 %
うまく出来ない	55.8 %	46.1 %
全く出来ない	1.5 %	2.7 %

[振動障害患者の巧緻性についての検討結果]

そこで認定患者の手の巧緻性が具体的にどの程度障害されているかを振動障害患者と非振動曝露群で比較検討した。表2は60才代の3群(振動患者群/事務労働者群/重筋労働者群)について、5つボタンの作業衣のボタン着脱に要する時間と、小豆(マメ)30個の移し替えに要する時間について比較検討した結果である。各々の対象は手の巧緻性に影響すると考えられる糖尿病・頸椎症・中枢神経疾患などの合併がないことが確認されている。

表2

	ボタン掛け時間	マメ移し替え時間
振動患者群 (n=30)	34.7±9.5**	69.4±14.6**
事務労働者 (n=30)	19.1±2.8	40.8±4.4
重筋労働者 (n=20)	20.6±4.2	43.6±6.0

表3はFD-Board(労働省認定手先器用検査盤、10個の移し替えに要する時間)の測定結

果を示す。これらの手先の器用さを測定した3つの測定系の結果は何れの方法でもほとんど同じ結果を示していた。

表3 FD-Board 測定時間

	50-59才	60-64才	65-69才	70-79才
振動障害患者	101±30.6(n=6)	94.7±33.2(n=15)	94.8±24.3(n=26)	91.2±15.9(n=9)
事務労働者	46.5±8.2(n=17)	57.9±10.6(n=8)	57.9±9.9(n=8)	64.0±15.9(n=16)

[手の巧緻性は何故低下するか?]

振動曝露によって手の巧緻性がどのようなメカニズムによって障害されるかについて明らかにする目的で、諸検査結果との関連を調べた。その結果レイノー現象の有無との関連は認められなかった。他方、末梢神経機能障害の検査である痛覚閾値・振動感覚閾値との関連が強く示唆されたが、手指や腕の筋力、手関節や肘関節の痛み又は可動域の減少も関連する可能性がある。今後巧緻性に関連する因子についてさらに検討しなければならない。

[手の巧緻性障害の診断法]

現在、手の巧緻性の障害を確認する有効な検査法は確立されていない。早期診断を目的とした健康診断にルーチンに取り入れられる手法（検査法）の開発が望まれる。我々が行った3つの方法では表4のような優点と問題点がある。これらの方法の内でもっとも簡便な方法はマメ法ではないかと考えている。しかし、この場合でも2~3回実施してその内のもっとも良好な数値を測定値とする方法が優れているように思われる。

表4		費用	測定	基準化
	ボタン掛け時間	道具の準備が必要	容易	面倒
	マメ移し替え時間	安価（小豆とシャーレ）	容易	容易
	FD-Board 時間	道具の入手困難	ミスが多い	面倒

[結論]

我々は末梢循環障害や末梢神経障害などを有し、治療が必要と診断された振動障害患者で手の巧緻性の低下を確認した。この結果から振動曝露労働者ではレイノー現象など振動障害の他の症状とともに手の巧緻性の低下が発生する可能性がある。巧緻性の障害は、労働の能力に支障を来すことが考えられ、同時に家庭での日常生活で、箸を使う食事、衣服の着脱、書字が苦手になるなどの様々な障害（QOLの低下）を生む。しかし振動曝露を受けている現役の労働者の手の巧緻性については未だ調査されていない。

このような手の巧緻性障害の早期発見と適切な仕事上の配慮は当然労働衛生の重要な課題にするべきであると考えられる。従って神経機能、循環機能のチェックとともに巧緻性の検査も健康管理の手法として振動障害検診に追加採用されるべきである。また、振動障害の認定を受けた患者のうちで巧緻性の障害をもつ患者に対しては、巧緻性障害の探究とともにその改善を目的とした治療の課題があることを確認しなければならない。

過労死労災認定新基準と課題について

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）

はじめに

厚生労働省、人事院、地方公務員災害補償基金は昨年新たな「過労死認定基準（脳血管疾患及び虚血性心疾患—負傷起因を除く）」を発表した。今年には、厚労省が「過重労働による健康障害防止のための総合対策」を出し、いま、過労死労災認定補償と過労死を出さない予防のとりくみの大きな転機を迎えている。

全国センターは、「過労死認定基準」に関し、過労死を考える家族の会、弁護士、医師、専門家、支援団体などセンター内外の関係者・関係団体と共同し、研究会等での調査・研究活動の成果をふまえ、「過労死認定基準抜本改正要求」をまとめ、厚生労働省と交渉をすすめてきた。

今回の「過労死労災認定新基準」は、要求を一定反映するものであるが、「抜本改正要求」「専門検討会報告書に対する意見と要望」からみると、まだ問題や課題が多くある。

新基準評価の特徴と課題

新認定基準が、「長期間にわたる疲労の蓄積」（長期間の過重負荷）が脳・心臓疾患の発症に及ぼすことを認め、そのため、判定の期間を発症直前1週間を発症前6カ月間に拡大したこと、また、労働時間以外の「過重性」の「就労態様」の要因として、（1）不規則な勤務、（2）拘束時間の長い勤務、（3）出張の多い業務、（4）交代制勤務、深夜勤務、（5）作業環境（温度環境、騒音、時差）、（6）精神的緊張（心理的緊張）を伴う業務を明示し、それらの「負荷の程度を評価する視点」を示したことは評価し、認定や予防の視点から重要な前進である。

過労死の労災認定にあたって、業務との因果関係が、医学的に証明（厚労省の新基準では、「医学上妥当なものから、医学経験則にてらして」に表現は変わったが）されなくても、一般経験則上業務が血管病変を超えて増悪させた蓋然性が高いと認められれば「業務上」と推認し、労災と認め労災補償を適用することが労災補償制度の根本精神に照らして適切であり、最高裁判例でもその考え方を明確に示している。

認定要件

新基準は、「過重負荷」を現行の血管病変を等を自然経過を越えて「急激に著しく増悪させる負荷」から、「急激に」の文言を削除した。しかし、「著しく」を残し、「特に」を強調しているが、自然経過を越えて増悪させる過重負荷のある業務に従事していることが認められれば労災と認めるべきである。

「業務過重性の判断基準」である「評価の基準になる労働者」は、「基礎疾病を有するものの日常業務を支障なく遂行できる労働者」と変更したが、当該労働者本人とすべきである。また、業務により適切な治療を受けることができず疾患を発症、増悪させ、もしくはその増悪により死亡した場合についても、最高裁判例にあるように、業務上と認める認定基準をつくるべきである。

認定要件の運用基準

「過重負荷」は業務が疾病の自然経過を超えて増悪する要因であれば足りるものとし、それは、当該労働者にとっての過重負荷のある業務であればよいとする。

また、「過重負荷」は「急激に著しく」

(旧基準)血管病変等を増悪させる負荷である必要はない。新基準は「特に過重な業務」、「著しい疲労の蓄積」としたが「特に」「著しい」は必要ない。

「異常な出来事」については、災害性のものとするのは当然認定し、それ以外に、発症前に「疾病悪化となる出来事」が認められれば業務上と認定すべきである。

業務の過重性の総合評価

「長期間にわたる過重評価」として、発症前6カ月における就労状態を評価期間としたが、労働衛生の知見では1年、最高裁判例では1年半余もあり、当該被災労働者の実態をふまえ、「発症前6カ月以上」とすべきである。基金は「1年程度」と明示している。

「過重負荷の総合評価」として、「労働時間、勤務の不規則性、拘束性、交代制勤務、作業環境などの諸要因の関わりや業務に由来する精神的緊張の要因」を明示したが、それらを当該労働者にとって過重負荷であったのかを総合的に調査し、評価すべきである。

「労働時間」を「疲労の最も重要な要因」として「着目」するとして、発症前1カ月100時間を越える時間外労働、発症前2カ月ないし6カ月にわたって1カ月おおむね80時間を越える時間外労働は「業務発症との関連性は強い」としているので、この場合は当然労災と認める。(最近この「労働時間」新基準での労災認定が続いている)

しかし、発症前1カ月ないし6カ月にわたって、1カ月45時間以内の時間外労働は「業務と発症の関連性が弱く」とし、45時間を越えて時間外労働が長くなればなるほど「業務と発症との関連性が徐々に強まる」としている。この基準は、時間外労働が45時間以内、45時間から80時間の場合、「過重負荷」と認めないことにつながる運用上の問題がある。

そのため、「疲労の最も重要な要因」として「労働時間」だけでなく、明示されている「労働時間以外の要因」である「就労態様」の要因としての(1)不規則な勤務、(2)拘束時間の長い勤務、(3)出張の多い業務、

(4)交代制勤務、深夜勤務、(5)作業環境(温度環境、騒音、時差)、(6)精神的緊張(心理的緊張)を伴う業務も「重要な要因」して位置づけ、被災労働者の労働実態に即して、「過重負荷」「業務の過重性」を評価すべきである。

また、今後「労働時間以外の要因」として、事業主が労働者の健康保持義務、適正労働条件確保義務、安全配慮義務、安全衛生・労働基準(法基準・省令・通達など)、産業別安全基準に違反した場合や健康診断を受診させない、健康診断結果事後措置がされていない、医療・治療機会がない場合も「業務上」と認定すべきである。

取り扱う疾病

認定基準にある脳血管疾患及び虚血性心疾患対象疾患名以外の循環器疾患でも業務との因果関係が推認できれば労災と認定することを明示すべきである。これも基金では、「留意事項」で認定基準に掲げられていない脳・心・血管疾患でも公務との因果があれば認定するとしている。

認定行政

今回を機会に認定行政を大きく改善して、労基署が入手した資料・情報は申請者の請求があれば、業務上外如何にかかわらず、プライバシー保護を前提にすべて公開し、また、労災認定行政に関わるあらゆる情報はすべて公表し、オープンにすべきである。(今回「検討会議事録」も公開された)

また、労災申請から認定判断を決定する期間は6カ月以内とし、そのためにも認定担当者の増員と法の精神に基づく適正な「被災労働者・家族救済、労働者保護」の立場からの労災認定行政研修を充実させる必要がある。

さらに、被災労働者・遺族の要求でもあり、国際的な労災認定補償の流れにそった、現行の被災者側の業務起因性の立証責任を雇用主側の非業務起因性の立証責任(雇用主が労災でないことを立証しなければ労災と認定)の抜本転換を検討すべきである。

4B

「過労自殺」 労災認定をめぐる諸問題

○色部 祐 清水 滯（働くもののいのちと健康を守る全国センター）

「はじめに一問題意識の出発」警察庁発表資料は、98年中～2000年中の3年間に続けて自殺者3万人超の数字を示している。

またその資料は、年齢別、職業別、原因・動機別状況が掲載されている。その中に「被雇用者」の自殺、そして「経済・生活問題」「勤務問題」を自殺の原因・動機とした自殺者が多く含まれていることは多言を有しない。これらの事態を背景にしながら旧労働省は、98年2月「精神障害等の労災認定に関わる専門検討会」を設置し、その目的に、増加する自殺を含めた精神障害等の労災認定の「迅速、適正な業務上外の認定を図るため」と位置付けた。「専門検討会」の検討結果報告書を受けて99年9月に「心理的負荷による精神障害等に係わる業務上害の判断指針」（以下 指針）を出した。

1. 「指針」の評価について

私たちはこの指針について検討し、その特徴を当時以下のようにまとめた。

- ①対象疾病を従来の心因性、内因性、外因性による成因分類ではなく、国際疾病分類第10回修正（ICD-10）第IV章「精神及び行動の障害」に分類される精神障害とし、対象疾病のうち、業務に関連する可能性のある精神障害を具体的に判りやすく示した。
- ②精神障害の成因として個体側の要因も具体的に検討の対象とする「ストレスー脆弱性」理論を採用したこと。
- ③業務による心理的負荷の評価の中で長時間労働を明記したこと。
- ④業務による「心理的負荷」の内容を「ストレス評価表」として具体的に示したこと

⑤調査にあたってのプライバシーの保護への配慮を示した点

⑥自殺について「心神喪失」の状態を認定要件としていた従来の考え方を改めた点

⑦「遺書」の存在を「故意による自傷行為」として認定から排除する考えを改めて「自殺に到る経緯に係わる一資料として評価することとしたこと」などを評価し、一方では①「検討にあたっては・・・同種の労働者が、一般的にどう受け止めているかという観点からの検討」と述べ、被災者の個別的、具体的検討の観点が弱い ②ストレス評価表の使用においては、調査者の主観依存性が強く、また強度Ⅲの「具体的出来事」の極めて「稀有性」の問題などを危惧として指摘した。

2. 精神障害等労災認定の実際

「指針」が出された後、申請件数、認定件数は以下のように増加した。

精神障害労災補償の推移（ ）は自殺（未遂含）

98年	請求件数 42 (29)	認定 4 (3)
99年	155 (93)	14 (11)
2000年	212 (100)	36 (19)
2001年	265 (92)	70 (31)

3. 今日の過労自殺認定の諸問題

しかし今日いくつかの問題点が過労自殺認定にかかわって明らかになってきたと演者達は感じている。以下、いくつかの業務外事例を通して問題点を検討したい。また「指針」の改善に向けた「提言」をもとめていくことも検討していきたいと考えている。

第1日目：7月27日(土)午後

16:30-17:50 <A会場> (6F 第1~3会議室)

口演【障害者保健福祉と親子保健】

座長： 榊原 久孝 (名古屋大学医学部)

11A 労働安全衛生法及び学校保健法から色覚検査削除後の色彩に関する
啓発について

高柳 泰世 (本郷眼科) 他

12A デイケア施設におけるレクリエーションプログラムの評価

～精神科施設と高齢者施設における事例を通して～

山村 昌代 (東海大学体育学部) 他

13A A県における婚外子出産の推移についての検討

渡辺 智之 (名古屋大学大学院医学研究科) 他

・総括討論

16:30-17:50 <B会場> (4F 第2・3研修室)

口演【健康の不平等】

座長： 片平 冽彦 (東洋大学社会学部)

11B 日本における死亡の職業間格差の特徴—北欧との比較を中心に—

藤岡 光夫 (静岡大学人文学部)

12B 日本における健康状況の社会経済的格差の検討

—全国サンプルの調査・分析から—

山崎喜比古 (東京大学大学院健康社会学) 他

・総括討論

労働安全衛生法及び学校保健法から色覚検査削除後の色彩に関する啓発について

高柳泰世（本郷眼科・名古屋大学）、宮尾克（名古屋大学）

昭和 33 年に学校保健法が公布され、その中に色覚検査が入って以来、44 年間全国で学校用石原式色覚異常検査表による色覚検査が実施され、石原表を誤読するものは色覚障害ありとの誤った社会的通念があり、4.5% の男性が実際の能力を試される場を与えられず、芽を摘まれてきた。私の所には沢山の被害者の声が届いているが、この石原表の弊害の実例を示す。

色覚異常者の母として色覚検査の必要性を問うという若い母親からの手紙である。

『我が家の高校三年になる次男は「色覚異常者」です。それを知ることになったのは、彼が小学校 4 年の晩秋でした。あれは一通の封書から始まりました。あの日小学校からの封印された手紙を持って帰りました。何やらいつもの連絡の手紙とはずいぶん様子が違う、何だろうと胸騒ぎを覚えながら、開封した手紙の「あなたのお子さんの学校における色覚検査の結果が異常の疑いと判定されました。」との文面に飛び上がらんばかりに驚きました。

異常の疑いとは何事だ？それまで日常生活では何の不都合もなく暮らしてきた私にとって、「異常」の文字が目の前でチカチカし、すっかり動転してしまいました。私は名古屋で十分な説明を聞いたので、今まで通りでよいと受け入れることができましたが、全国には、不安の気持ちで毎日を送っている方が沢山いるのではと思います。息子は普通の人です。異常者ではありません。』

名古屋市教育委員会は毎年 12 月第 1 日曜日に「色覚に関する説明会」を平成 2 年から開催しているが、その折、筑波大学色彩学名誉教授ご自身第二色覚特性の金子隆芳教授を

お招きしてご意見を伺っている。以下その時の話である。

『「色覚に支障がある」といっても日常は特に問題はなく、本人も家族も教師もともに気づかれないまま経過することが多い。それが突然の様に検査によって「異常」が明らかにされ、やがて進学・就職などの進路を阻まれ、しかもそれが遺伝的宿命であることを知るに至って、家族ぐるみの深刻な心理的コンプレックスとなるのである。

十分な根拠のないまま、いたずらに危険視されて門戸を閉ざされて来たような人権侵害にもあたる差別の温床となってきたのが、学校の色覚検査である。学校の色覚検査はこれまで余計なことをしてきた。

色覚検査の真の問題は当該児童生徒の「ならばその人生を如何に生きるか」にある。他の身体測定とは異なり、このような特異性を念頭に置く必要がある。』

私は今、International Colour Blind Committee の Chair person をしているが、世界の動きはユニバーサルデザインである。日本では、兎に角能力を試す機会を与えよと云う人権問題であったが、漸く 2001 年の労働安全衛生法の改正、2002 年の学校保健法の改正で、ユニバーサルデザインを考える一線に並ぶことが出来たと嬉しく思っている。

有害無益であった色覚検査が廃止されても、色識別に困難を感じる人は男性の 1~2% は必ずいる。配慮が必要な色覚異常か、必要としない色覚異常かを一律に判定する方法は世界に未だないが、CMT はそれを教えてくれる。今後は色覚に関する知識を正しく持ち、児童生徒の能力を伸ばす現職教育、日本国民の常識の教育が重要である。

デイケア施設におけるレクリエーションプログラムの評価

～精神科施設と高齢者施設の事例を通して～

○山村昌代 森恵美子 内藤堅志 阿部眞雄 (東海大学)

I. はじめに

現代社会では、都市化や高度化が進み、ストレス等により、様々な心の病気が引き起されていると指摘している。さらに、経済・政治・文化的状況の変化が早すぎ、社会的適応にとまどうといったことが高齢者にも起こっている。このことは、精神障害者や高齢者に対し、様々な喪失感の体験となり、社会における孤独感や無気力感、さらに社会や人とのつながりの不安感となっている側面がある。このような中で、精神障害者・高齢者が在宅での生活を続けていく上で、デイケア施設は大きな支えであろう。しかし、人生を豊かに生きる上で、生活における充実感や生きがいが必要であり、そのためには自身の役割意識が最も重要であると思われる。

そこで、本研究では「楽しむ」ことを目的としたレクリエーションにおいても、役割意識を感じられるプログラムが、今後重要であると考え、その第一歩として各施設におけるプログラム評価を検討することとした。

本研究では、某クリニックにて、2002年4月から導入した「レクリエーションプログラム」に対する参加者の反応を検討した。

次いで、精神科・高齢者施設のデイケア施設参加者共通の特徴的な側面として「他者との交流が少ない傾向」、「身体活動の低下」が考えられることから、レクリエーションプログラムを「他者との関わり」「スキル」という特性別に分類し、各施設での参加者の反応を検討した。

II. 方法

1. 研究対象

①東京都内の月3回レクリエーションプログ

ラムを実施しているAクリニックの精神科デイケア施設である。参加者は6～10名である。

②東京都内の週1回レクリエーションプログラムを実施しているF医院の痴呆単独型高齢者デイケア施設である。参加者は2～10名である。

2. 研究方法

①では、平成14年4月から6月のプログラム実施報告書、②では、平成13年9月から6月のプログラム実施報告書によるレクリエーションプログラムの特性を、高いスキルが要求され、尚且つ他者のコラボレーションが要求される群(以下高技高協群)、高いスキルが要求され、他者のコミュニケーション・コラボレーションを必要としない群(以下高技低協群)、高いスキルが要求されず、他者のコミュニケーション・コラボレーションを必要とする群(以下低技高協群)、高いスキルが要求されず、他者のコミュニケーション・コラボレーションも必要としない群(以下低技低協群)、の各4つの群別による参加者の反応をあきらかにする。

IV. 結果

1. 精神科デイケア施設におけるレクリエーションプログラムの導入

プログラム内容は、「自己紹介・最近のニュース」「体操」「レクリエーション」を行い、最後に「感想」を述べて、終了する。初回は、体操時まで参加者の反応があまりなく、表情も硬かった。しかし、レクリエーションとして「輪廻し」を行うと笑顔が見られ、自己紹介時、「新しいことは楽しみ」との発言で、表情が硬かった参加者も「輪廻しをしない限り、自分でこんなに足を動かさないし、今日は楽

しかった」「スリルがあつておもしろかった」等、笑顔で感想を言われた。2回目以降、前回までの内容について「体操」「ストレッチ」に対する発言が多かった。その一方で、体操後に、参加者自らが素早く移動し、次のレクリエーションの流れに入りやすい場面が見られる。そして、他者と相談する姿、難しそうな表情から笑顔が見られ、感想時には「努力」「楽しさ」「社会性」に関する発言が見られた。

また、スタッフともに危惧していた参加者の変化による不安等の影響やプログラムに対する否定的態度は、ほとんど見られず、参加人数も7～10名と安定している。

2. プログラム特性別の参加者の反応

1) 精神科デイケア施設

高技高協群では、「なかなか正解が出ず、悩む姿」等の「難解」の反応、また「積極的に質問する」といった「積極性」、「正解すると拍手や笑顔が見られる」等の「満足感」、「チーム内で相談する」の「社会性」が多く見られた。高技低協群では、「ルールの理解が難しい」と高技高協群同様に「難解」の反応がある一方で、「苦手そうな表情から笑顔になる」といった「情緒的变化」の反応、また、「挑戦」する姿やゲームに対する工夫といった「創造性」や「達成感」「満足感」の反応が見られた。また、他者とのコラボレーションを必要としないプログラムであっても、「チームワークを求める」「他者へのアドバイス」といった「社会性」の反応、低技低協群では、「易理解」の反応があり、高技低協群同様に「社会性」が見られた。

2) 高齢者デイケア施設

高技高協群では、「難しそう」といった「難解」の反応がある一方、他者へのアドバイス、チームワークを求める等の「社会性」や上手にできた、思った以上に出来た等の「満足感」の反応が多く見られ、高技低協群では、上手にできた、もう一度やりたい等の「満足感」やプログラムに対する「集中」、もっと上達し

たい等の「自己への挑戦」の反応、また他者とのコラボレーションを必要としないプログラムであっても、他者へのアドバイスの「社会性」の反応が見られた。低技低協群では、「易理解性」、「集中」の反応、高技低協群同様に「社会性」の反応が見られた。

V・考察

1. 精神科デイケア施設でのレクリエーションプログラムについて

プログラム中、参加者には、「体操」への興味の高さがうかがえ、レクリエーションにおいても身体活動の高い内容をより取り入れる必要性が示唆された。

他者とのコラボレーションを必要としないプログラムであっても、他者へのアドバイスや「一人では難しいが、皆で行うとできた」といったチームワークに対する発言が見られ、プログラム内容以上に、楽しむといった雰囲気グループとして参加者になじんできたことがうかがえた。

2. レクリエーションプログラムの評価

精神科高齢者デイケア施設利用者の特徴的側面から、他者との関わり、高いスキルである高技高協群のプログラムは、理想的であると考えられ、参加者のからも「満足感」「達成感」、そして「社会性」の反応がうかがわれた。しかし、高いスキルが求められるため、「難解」の反応が多く見られた。特に高齢者施設での参加者は、プログラム参加を拒否する態度になりやすく、実際に見学する者もあり、スタッフが管理する難しさという側面がある。このことから、プログラムを特性別に分類することで、プログラムの効果判定と計画に有用であることが示唆された。最後に、プログラム実施者が、利用者の反応を受け止めやすく、利用者一人一人に声掛けができる参加人数であることも必要であると言える。

(研究に際して、多大なご協力を頂いた藤本医院をはじめ多数の施設に感謝いたします。)

A 県における婚外子出産の推移についての検討

渡辺智之、大森正子、福田博美、宮尾 克、大沢 功、押田芳治、佐藤祐造（名古屋大学）、
長嶋正實、山崎嘉久（あいち小児保健医療総合センター）

はじめに

わが国の出生数は、第二次ベビーブームのピークであった昭和48年の209万人以降、急激に減少し続け、平成12年には119万人とピーク時に比べて4割以上も減少している。また、先進国諸国についても少子化は深刻な問題となっている。このようなわが国の急速な少子化は平均寿命の延長による高齢者の増加とともに、我が国の人口構造に大きな変化をもたらし、21世紀の国民生活に深刻な影響をもたらすであろう。少子化を考えると時の問題の一つとして、婚外子の問題がある。日本の婚外子出産は他国と比べて非常に少なく、全体の1%前後である。諸外国では、イギリスやフランスで30%前後、スウェーデンでは50%を超えている。このような現状において今回、A 県における婚外子出産の年次推移を母親の年齢別に検討した。

方法

人口動態統計を用いて、平成4年から平成12年までのA 県における婚外子出生数を母親の年齢階級別に整理を行い、A 県での総出生数に占める率(出生1000人対)、つまり:

$$\frac{\text{年齢階級別婚外子出生数}}{\text{総出生数}} \times 1000$$

を算出した。

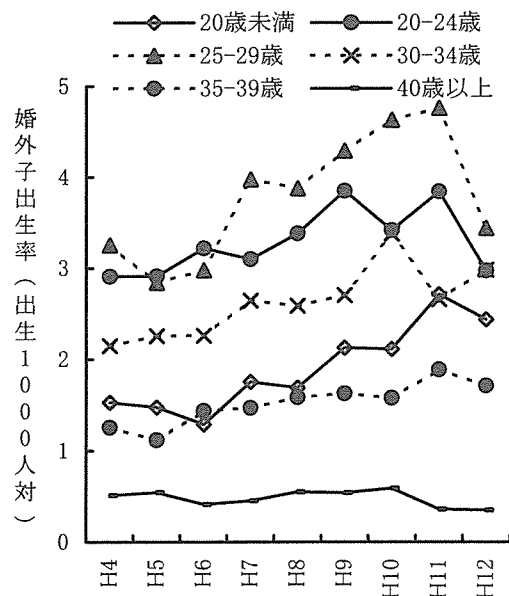
なお、年齢階級については、20歳未満、20-24歳、25-29歳、30-34歳、35-39歳、40歳以上とした。

結果

図には平成4年から12年までの総出生に対する婚外子出生率の推移を母親の年齢階級別に示した。25-29歳における出生率が最も高く、次いで20-24歳の順となっている。ほとんどの年

齢階級で平成11年に婚外子出産がピークに達しているが、平成12年には減少している。しかし、30-34歳では逆の傾向を示し、平成10年にピークを迎え、平成11年には減少し、平成12年には再び増加に転じている。いずれにしても20歳および30歳代における婚外子出産が増加しており、未婚化・晩婚化が進んでいることがうかがえる。

図：母親の年齢別にみた総出生に対する婚外子出生率(出生1000人対)の推移(A 県)



考察

わが国の少子化の主な原因に未婚化や晩婚化があげられる。一方、いわゆる「できちゃった結婚」の増加が、出生増に貢献しているといわれる。しかし、妊娠から結婚に至らない場合に、婚外子となる決断を下せるかどうかは、諸外国と比較するとわが国の現状は、いまだ困難な状況があると考えられる。婚外子を取り巻く社会環境の整備が重要な課題であると考えられる。

日本における死亡の職業間格差の特徴—北欧との比較を中心に—

藤岡光夫（静岡大学人文学部）

1、目的： WHO の“Declaration on Occupational Health For All”（1994）では、労働と健康の問題に関して、労働災害、職業病、及び過重労働や精神的ストレスに関わる健康問題の改善のためには、性別、年齢、国籍、職業、雇用形態、事業所規模、労働場所による差異を解消すべきことが強調されている。労働者の健康実態を把握する統計として、労災・職業統計があるが、労働関連疾患は、そのほとんどが統計数値に現れてこない。職業別死亡統計は、労働との直接的関連は捉えられないが、職業別にみた男女、年齢別、死因別死亡の実態が把握できる。本報告では、日本の職業間死亡格差の特徴を把握するために、職業別死亡統計を用いた北欧諸国との比較を行う。

2、方法： 日本の人口動態統計のマイクロデータを用いて、概略的な比較が可能ないように北欧諸国の職業分類に対応させて日欧の職業分類を組替えし、20～64歳の1970年から1990年のデータ（北欧の1990年データはフィンランドのみ）を用いてSMR及び年齢別死亡比の比較をする。比較対象疾患は、循環器系疾患及び悪性新生物とする。ただし、日本のデータは死亡時点の職業に限定される点に注意が必要である。

3、結果： 循環器系疾患死亡について、北欧では、SMRの相対的高水準を示す職業分野は、運輸労働者及びサービス職従事者であった。これに対して、日本では、「技術職」（データの制約からサービス業以外の専門・技術職の計）、農民、運輸労働者、サービス作業員、失業者（非就業者）の相対的高水準がみられた。日本とフィンランドの年齢別死亡比を比較の結果、日本においては、循環器系疾患においてフィンランドと共通にみられる運輸労働者やサービス職従事者の

相対的高死亡の他に、日本の特徴としてホワイトカラー層の「技術職」の全年齢層、とくに45～64歳の中高年齢層、さらに事務職、管理職の20～34歳層で相対的な高死亡が見出された。また、事務職においては、35～54歳層においても死亡比が平均水準よりも若干高い傾向がみられた。悪性新生物による年齢別死亡比の比較では、上記の傾向がより鮮明に現れた。

4、考察： 職業別死亡統計の国際比較に関しては、マッケンバッハラによるヨーロッパ11カ国やアメリカを加えた12カ国の循環器系疾患のSMR比較が最近のもっとも重要な研究成果である。それらの結果は、これまで各国で行われてきた死亡の職業間格差の研究成果を確認するものであった。すなわち、ホワイトカラー層等上層労働者における相対的低死亡水準とブルーカラー層を中心とする下層労働者の高死亡の健康格差が共通の傾向として把握された。しかし、本研究で得られた日本の労働者のSMRにおける「技術職」の相対的な高水準及び年齢別死亡比における、「技術職」、事務職、管理職の相対的高水準は、従来の研究ではみられなかった日本の特徴である。

過労死110番の相談事例の集計においても、被災者の職業分野は、ホワイトカラー層である管理職や販売、事務職、技術職、公務労働者で約7割を占めている。この傾向は、職業別死亡統計の比較から見出された日本の特徴と類似しており、注目すべきである。過労死の判例にも、これらに対応する事例がみられる。

今後、さらに比較対象国を広げ、検討を深めていく予定である。

日本における健康状況の社会経済的格差の検討 —全国サンプルの調査・分析から—

山崎喜比古・久地井寿哉（東京大学大学院医学系研究科健康社会学）

【目的】

本研究^{注)}の目的は、全国サンプル調査によって得られたデータを用いて、わが国の一般人口における健康状況の社会経済的格差について検討することである。

わが国の一般人口における健康水準の社会経済的格差について、職業大分類別死亡率の知見はあるが、QOL と密接に関連する健康状況についての知見や、社会階層分類の3大要素である職業、収入水準、教育年数(学歴)それぞれの角度からの検討はほとんどない。

【対象と方法】

調査は、層化2段無作為抽出法により選ばれた全国の満20歳以上の男女2000人を対象に、2000年11月9～12日、調査員による個別面接聴取法によって行われた。有効回答者数は1429人(有効回答率71.5%)であり、これを分析に用いた。

分析は、男女別に、健康状況を表す5指標、①自己評価による健康状態(以下SRH)、②医師から診断されたことのある慢性疾患の保有数(以下疾患数)、③体に痛みや不快感(以下痛み不快)、④病気や体の不自由による家事や仕事などの活動の制限(以下活動制限)、⑤CES-Dによる抑うつ傾向(以下CES-D)のそれぞれを従属変数とし、独立変数には、最終的に、年齢を共変量に、学歴、世帯収入、総合職業分類(SSM 総合職業分類をもとに作成した男性10分類、女性11分類のダミー変数)を用いて、重回帰分析を行った。

【結果と考察】

分析の結果(表1)、男女とも、痛み不快とCES-Dでは、年齢以外の社会経済特性変数に有意な説明力または関連性が認められな

かったが、SRHと活動制限では、次のような結果が見て取れた。

男女とも、職業別には、農林漁業従事者で最も良く、無職で有意に不良もしくは不良な傾向にあった。統計学的に有意ではないが、自営業[ノンマニュアル]や大企業ホワイトカラー[事務]や主婦専業で良くなく、自営業[マニュアル]で良好な傾向にあった。しかし、それは、通常考えられている職業階層序列とは違った並び方である。

世帯収入別、学歴別には、統計学的に必ずしも有意ではないが、それらが高いほど健康水準も良好という直線的な関係が弱くではあるが見て取れた。

注) 本研究で用いたデータは、武川正吾(東京大学大学院人文社会系研究科)、石田浩(東京大学社会科学研究所)、山本武志(救急医療財団)、山崎喜比古の共同研究によるものである。

表1 健康状況の各指標に対する年齢と社会経済特性変数の重回帰分析結果

M±SD	男性(n=630)			女性(n=799)				
	SRH不良	疾患数	活動制限	SRH不良	疾患数	活動制限		
	2.47±1.01	.64±.87	1.54±.79	2.48±.99	.57±.79	1.60±.80		
(定数)	M±SD/%	β	β	β	M±SD/%	β	β	β
		1.590***	-.352	1.156***		1.865***	-.205	1.014***
年齢	52.5±16.3	.199**	.300***	.184**	51.4±15.7	.155**	.281***	.199***
学歴	2.35±1.13	.005	-.041	-.079	2.14±0.89	-.059	.004	-.046
世帯収入	4.04±1.92	-.057	-.010	-.057	3.86±1.96	-.134**	.005	-.063
総合職業分類	100 %				100 %			
自営業[ノンマニュアル]	13.7	.097	.115	.062	9.9	.168*	.015	.053
自営業[マニュアル]	4.1	.041	.044	.027	2.2	.055	.028	.044
専門的・管理的職業	8.0	.089	.087	.031	5.2	.052	-.011	.080
大企業ホワイトカラー[事務]	6.7	.101	.047	.048	3.4	.081	.026	.076
中小企業ホワイトカラー [事務・販売・サービス]	11.9	.049	.020	.042	12.0	.115	-.046	.131
中小企業ブルーカラー[熟練]	6.5	.061	.020	.037	1.8	.133*	-.014	.062
中小企業ブルーカラー[半・非熟練]	11.3	.109	.035	.006	7.0	.084	-.034	.016
農林漁業	5.1	ref.	ref.	ref.	2.5	ref.	ref.	ref.
主婦専業	—	—	—	—	39.7	.311*	.026	.145
無職	25.7	.214*	.254**	.165+	12.3	.186*	.104	.177*
その他(学生・分類不能を含む)	6.9	.145*	.048	-.003	3.9	.099+	-.025	.092
調整済みR ²		0.056	0.189	0.086		0.085	0.107	0.064

1) β:標準化偏回帰係数/ ref.:参照カテゴリ/ 有意水準: +:p<.1, *:p<.05, **:p<.01, ***:p<.001。

2) SRH:とても良い=1、まあ良い=2、ふつう=3、あまり良くない=4、悪い=5/ 疾患数:0個=0、1個=1、2個=2、3個以上=3/ 活動制限:よくあった=3、時々あった=2、ほとんどなかった=1、まったくなかった=0/ 学歴:(旧)小・高小・(新)中学=1、(旧)中学・(新)高校=2、(新)短大=3、(旧)高専・大学・(新)大学=4/ 世帯収入:100万円未満=1、100万円以上～300万円未満=2、(200万円刻みで3～8)、1500万円以上～2100万円未満=9、2100万円以上=10。

第2日目：7月28日(日)午前

9:40-11:20 <A会場> (6F 第1~3会議室)

口演【公衆衛生・社会医学】

座長： 宮尾 克 (名古屋大学情報連携基盤センター)

21A 救急搬送要保護傷病者の生活実態と必要とされる援助

高鳥毛敏雄(大阪大院医系社会環境医学)他

22A 「生活習慣病」などの病名がもつ自己責任イメージについて

小橋 元 (北海道大院医予防医学) 他

23A 15年戦争と日本の医学医療

西山 勝夫 (滋賀医科大予防医学)

24A 社会的健康被害者に対する看護大学生の役割認識

波川 京子 (広島県立保健福祉大)

・総括討論

9:40-11:20 <B会場> (3F 視聴覚室)

口演【薬害】

座長： 阿部 眞雄 (東海大学体育学部)

21B 薬害ヤコブ病訴訟和解の意義と今後の課題

片平 冽彦 (東洋大学社会学部) 他

22B 薬害HIV感染被害発生に対する遺族の受け止め

若林チヒロ (埼玉県立大社会福祉) 他

23B 薬害HIV感染被害者遺族の被害の深さと大きさ

山崎喜比古 (東京大学大学院健康社会学) 他

・総括討論

救急搬送要保護傷病者の生活実態と必要とされる援助

高鳥毛敏雄、多田羅浩三（大阪大学・医・公衆衛生）

1. はじめに

豊かな社会が実現された一方で大都市部には野宿生活者が目につく状況にある。

これらの人々は健康時には自立的生活を送っているが、傷病を有して働けなくなったり、失職・失業、高齢化すると、生活が破綻し、経済的な理由から、有病時の受療は救急搬送を利用し、要保護傷病者として治療を受けざるをえない状況にある。救急搬送要保護傷病入院患者を調査し、これらの人々の搬送前の生活実態と退院後に必要な援助内容について検討し、報告する。

2. 研究方法

大阪市西成区K病院における平成13年10月15日から3か月間に救急入院患者について、調査票を用いて、診療録及び患者面接により調査を行った。分析実人数は569人であった。この病院は救急診療のみを扱い、来院患者数月平均700件、入院患者数月平均200人、平均入院期間20日の状況にあり、西成区の救急搬送の要保護傷病者の約6割を取り扱っている。入院中に調査票を用いて、病院の診療録及び看護婦による聞き取り方式で調査を行った。

3. 結果

1) 性・年齢階級別分布：

性別には男性553人(97%)、女性16人(3%)であった。年齢階級別には「0-49歳」70人(12%)、「50-59歳」195人(34%)、「60-69歳」211人(37%)、「70歳以上」86人(15%)、「年齢不詳」7人(1%)であった。

2) 医療保険：

「国保」1%、「社保」0.2%、「ない」68%、

「生活保護」22%、「不明」9%であった。

3) 過去最も長く従事した仕事：

「土木・建設作業員」57%、「運送業・運転手」8%、「会社員（事務系）」8%、「工場労働者」7%、「自営業」5%、「飲食店員」5%、「農林漁業」3%、「船乗り（船員）」3%、「パチンコ・娯楽施設員」2%などであった。

4) 入院直前の生活の場所：

「簡易宿泊施設」27%、「文化住宅」25%、「路上」14%、「テント・公園」7%、「シェルター」6%などであった。

5) 日常生活動作能力：

ほぼ自立の者82%、一部介助の者7%、全面介助の者2%、不明の者9%であった。

6) 主な治療疾患：

肝疾患が74%、胃腸疾患49%、呼吸器疾患24%、高血圧22%、心疾患21%、低栄養14%、脳血管疾患13%、糖尿病12%、貧血12%などであった。

7) 過去1年以内の検診・検査の受検歴：

検診を受けたとした者は23%、受検者の66%は医療機関での受診であった。

8) 病気・体調不良時の対処方法：

「救急車を呼ぶ」34%、「受診する」20%、「売薬を買う」17%、「何もしない」13%、「薬を貰う」1%、「その他」5%であった。

9) 入院歴：

過去2年間に入院歴を有する者は1回の者317人(56%)、2回以上の者228(41%)であった。過去1年間にK病院以外の病院の受診歴を有した者が319人(56%)であった。

10) 看護者からみた退院後に必要と考えられる援助・サービスについて：

「経済支援」29%、「住居」28%、「就労援助」24%、「外来通院施設」17%、「ケー

スワーク」15%、「食料支給」15%、「介護保険サービス」13%、「友人・仲間づくり」12%、「入所施設」10%、「酒害対策」9%、「訪問看護」6%、「入院施設」4%、「保健婦サービス」4%、「ボランティア活動幹旋・紹介」3%であった。

1 1) 今後の希望・計画について：

「生保受給して生活する」31%、「仕事をさがす」17%、「特にない」7%、「施設に入所する」4%、「気ままにやりたい」4%、「故郷に帰る」2%、「人助け・ボランティア」2%、「肉親と生活する」1%などであった。

1 2) 転帰：

転院351人(62%)、治癒137人(24%)、自己退院63人(11%)、死亡7人(1%)、強制退院6人(1%)、入院中3人、不明2人であった。治癒退院の者は少なかった。

4. 考察

大都市の不安定就労・生活者は、一旦、失業すると、帰属する職場も、地域もなくなり、結果として医療保険ももちえない状況になる者も多い。今回調査した救急搬送要保護傷病者は、受療時に医療保険を有さ

ない者が約7割であった。生活も生活保護を受給している一部の者がアパート・文化住宅に住んでいる以外は、簡易宿泊施設、路上、テント、シェルターの不安定な生活基盤の者であった。受療疾患は、継続的に治療管理を要する生活関連の慢性疾患を有する者が多かった。退院後に必要な援助で最も割合が高かったのは「経済支援」であった。次いで住居、就労援助であった。今後の生活の見通しについて最も多かった者は、生活保護を受給して生活するであった。一方で、就労希望をもつ者も多かった。

5. 結論

救急搬送の要保護傷病者は、健康な時には不安定就労・不安定生活者であった者がほとんどであった。これらの者が継続的に治療管理を要する生活関連の慢性疾患を有すると、救急搬送とその入院時のみの治療となり、退院後の継続的な疾病管理・治療がなされず、救急車の繰り返し利用となり、ますます自立した社会生活への復帰を困難とする状況が認められた。

表1 看護者からみた退院後に必要と考えられる援助・サービス

	0-49歳		50-59歳		60-69歳		70歳以上		不詳		総数	
	人数	(%)	人数	(%)	人数	(%)	人数	(%)	人数	(%)	人数	(%)
経済支援	9	(13)	71	(36)	69	(33)	13	(15)	3	(43)	165	(29)
住居	11	(16)	68	(35)	60	(28)	14	(16)	4	(57)	157	(28)
就労援助	41	(59)	79	(41)	18	(9)					138	(24)
外来通院施設	7	(10)	31	(16)	38	(18)	18	(21)			94	(17)
ケースワーク	10	(14)	25	(13)	38	(18)	14	(16)	1	(14)	88	(15)
食料支給	7	(10)	34	(17)	34	(16)	8	(9)	2	(29)	85	(15)
介護保険サービス			5	(3)	38	(18)	33	(38)			76	(13)
友人・仲間づくり	9	(13)	24	(12)	27	(13)	11	(13)			71	(12)
入所施設	1	(1)	16	(8)	24	(11)	15	(17)	2	(29)	58	(10)
酒害対策	11	(16)	20	(10)	19	(9)	1	(1)			51	(9)
訪問看護			3	(2)	12	(6)	17	(20)			32	(6)
入院施設	2	(3)	8	(4)	12	(6)	2	(2)			24	(4)
保健婦サービス	1	(1)	3	(2)	9	(4)	7	(8)			20	(4)
ボランティア活動	5	(7)	4	(2)	6	(3)	2	(2)			17	(3)
その他	2	(3)	10	(5)	8	(4)	10	(12)			30	(5)
不明	15	(21)	36	(18)	58	(27)	21	(24)	2	(29)	132	(23)
総数	70	(100)	195	(100)	211	(100)	86	(100)	7	(100)	569	(100)

「生活習慣病」などの病名がもつ自己責任のイメージについて

小橋 元、太田薫里（北大院・医）、新野峰久（旭川厚生病院）、福地保馬（北大院・教育）

1. 目的

わが国では、従来「成人病」と呼ばれてきた循環器疾患、糖尿病、がんなどに対して、1996年12月より「生活習慣病」の概念が導入され、地域、職域、学校、家庭などの様々な枠組みにおける予防活動に生かされている。

この概念導入の本来の目的は「生活習慣を改善することにより、疾病の発症や進行が予防できる」という認識を醸成し、実際の行動に結び付けていくことと、成人期に先駆けて小児期からの一次予防を推進することである。しかし、その一方でこの名称が、患者に対する「自分の生活習慣が悪かったから病気にかかったのだ」という、いわば「自己責任」的なイメージを助長している可能性もある。

しかしながら、実際にこの病名が人々にどのようなイメージを与えているのかについては、今のところまったく調べられていない。そこで今回、北海道北部農村地域において健康診断受診者を対象として質問紙調査を行い、(1)生活習慣病を含む様々な病名のもつ自己責任イメージの割合、(2)それらのイメージが対象者の属性（性・年齢、既往・家族歴の有無を含む）によって異なるかどうか、(3)「生活習慣病」と従来の名称である「成人病」との間に、自己責任イメージに差があるかどうかについて検討した。

2. 方法

平成14年4～5月に、北海道北部地域の健康診断受診者を対象として、無記名の自記式質問紙調査を行った。調査対象者合計1613人のうち、735人（男性406人、女性329人）から有効な回答が得られた（回収率45.6%）。

質問内容は、(1)もし誰かが以下の病気等（16項目を設定）にかかった場合、それは本人の責任による部分が何%くらいだと思うか、(2)自

分自身、家族が今までにかかったことがあるあるいは現在かかっている（既往歴・家族歴がある）病気、または現在自分が特に気になっている病気、(3)性・年齢、とした。有意差検定は、生活習慣病と成人病のイメージの比較は対応のあるt検定、その他は対応のないt検定を用いて行った。

3. 結果

回答者735人の平均年齢は 52.6 ± 12.6 歳（mean \pm SD）であった。自己責任のイメージ割合が高かったものは、アルコール依存症（82.7%）、生活習慣病（76.6%）、成人病（70.6%）、高コレステロール血症（70.3%）、糖尿病（67.1%）、AIDS（66.5%）などであった。一方、自己責任のイメージが低かったのは、先天異常症（24.0%）であった。

生活習慣病、成人病においては女性のほうが、肺がんにおいては男性のほうが、それぞれ発症が自己責任であるとのイメージを有意に高く持っていた（表）。また、生活習慣病と成人病とでは前者のほうが有意に自己責任のイメージが増加していた（ $p < 0.001$ ）。

糖尿病においては、既往歴のある者（ $n = 31$ ）はそれがない者に比べて（ 76.9 ± 3.0 vs. 66.6 ± 0.9 ）有意に自己責任イメージが高かった（ $p < 0.01$ ）。それに対して、家族歴がある者（ $n = 114$ ）はそれがない者に比べて（ 61.7 ± 2.2 vs. 68.2 ± 0.9 ）、有意に自己責任イメージが低かった（ $p < 0.01$ ）。

更年期障害においては、家族歴のある者（ $n = 40$ ）はそれがない者に比べて（ 29.0 ± 4.0 vs. 45.8 ± 1.2 ）、それが気になっている者（ $n = 80$ ）はそうでない者に比べて（ 37.4 ± 2.9 vs. 45.8 ± 1.2 ）、それぞれ有意に自己責任イメージが低かった（ $p < 0.001$ 、 $p < 0.01$ ）。

4. 考察

病名によって与えられる、その病気がどの程度「自分の責任」によって発症したのかというイメージは、社会医学において、非常に重要な要因である。冒頭で述べたように、生活習慣病と成人病とは本来同じものである。しかしながら、今回の結果を見ると、前者において「自己責任イメージ」が増加していた。また、生活習慣病の中でも、特に「発症後のコントロールが重要」とされる糖尿病においては、既往歴のある者、すなわち患者は、発症の75%以上を自分のせいだと思っていた。逆に、家族歴として糖尿病や更年期障害を持つ場合は自己責任のイメージは低かった。一方、肺がんで男性において自己責任イメージが高かった背景には、喫煙に対するイメージが関係する可能性もある。

生活習慣病をはじめ、ほとんどの「多因子疾患」は、遺伝的体質と生活習慣、生活環境に年齢が相互作用した結果発症すると考えられている。疾病の発症に関わる全危険要因における生活習慣の寄与割合は、今のところ完全には明らかになってはいないが、生活習慣の中にも自らの意思で選択可能なものと、周囲の環境などによって決定されてしまい自分では選択が困難なものがあることなどを考えると、少なくとも生活習慣病の発症において、「自己責任」といえる部分はそれほど大きくはないと考えられる。

今後、これらの結果の背景にある要因および実情を明らかにするために、対象を医療従事者、保健指導者などにも拡大し、また喫煙歴などの生活習慣との関係も含めて、より一層の調査、検討をしたいと考えている。

表 各病名の自己責任イメージ割合の分布(%)

	全 体		
	n = 735 mean ± SD	性 別	
		男 性 mean ± SE	女 性 mean ± SE
アルコール依存症	82.7 ± 22.2	83.0 ± 1.1	82.2 ± 1.4
生活習慣病	76.6 ± 19.9	75.0 ± 1.1	78.3 ± 1.2 *
成人病	70.6 ± 21.1	68.6 ± 1.1	73.0 ± 1.3 **
高コレステロール血症	70.3 ± 20.7	69.9 ± 1.1	70.8 ± 1.2
糖尿病	67.1 ± 21.7	66.7 ± 1.2	67.5 ± 1.2
AIDS (66.5 ± 29.6	68.2 ± 1.5	64.5 ± 1.9
肺がん	62.7 ± 24.8	64.5 ± 1.6	60.1 ± 1.5 *
高血圧	62.3 ± 22.0	61.7 ± 1.2	62.8 ± 1.3
胃がん	59.1 ± 22.9	60.2 ± 1.2	57.3 ± 1.4
心筋梗塞	58.8 ± 23.1	58.8 ± 1.2	58.5 ± 1.3
脳卒中	58.8 ± 24.3	58.5 ± 1.3	59.4 ± 1.4
大腸がん	58.0 ± 24.1	58.6 ± 1.2	56.7 ± 1.5
うつ病	53.8 ± 26.4	53.8 ± 1.3	53.6 ± 1.5
老年期痴呆	49.2 ± 28.0	50.0 ± 1.5	48.1 ± 1.7
更年期障害	44.7 ± 29.0	44.9 ± 1.5	44.4 ± 1.8
先天異常症	24.0 ± 29.5	25.6 ± 1.6	22.1 ± 1.8

* p < 0.05、* p < 0.01 男性 vs. 女性 t 検定による)

15年戦争と日本の医学医療

西山勝夫(滋賀医大予防医学)

1.目的

本学会の第39回研究会総会(1998年)で、日本の医学医療界の戦争責任の研究の必要を述べた。その後「15年戦争と日本の医学・医療研究会」が発足し、3年目を迎えた。この間、研究会(会)の進め方について、様々な議論がなされてきた。本論では、日本の医学・医療界の15年戦争のかかわりに関する研究の枠組みを検討する。

2.方法

これまでに発行された「15年戦争と日本の医学・医療研究会会誌」を対象資料として、

- ①15年戦争と日本の医学・医療界の戦争責任が問題にされる史実
- ②戦争責任の規準
- ③責任をとるということはどういうことかについて整理・検討する。

3.結果

3-1. 戦争責任が問題にされる史実

- *731部隊・生体解剖・生体実験など
- *医学医療の侵略戦争体制の構築
 - ・侵略日本人の現地馴化・疾病対策
 - ・後方支援
- *医学医療組織・医師・医学者の戦争翼賛
- *断種・優生学・人口戦
- *九州大学生体解剖事件
- *日本国民の健康被害・疲弊困憊・医療の崩壊
- *「15年戦争と日本の医学医療」の無反省

3-2. 戦争責任を検討する規準

- ①プロイセン宗教・教育・医療大臣「病院・外来診療所その他の医療施設長に対する命令」1900年

プロイセン宗教・教育・医療大臣「病院・外来診療所その他の医療施設長に対する命令」1900年12月29日

- ②イツ保健評議会「新治療法および人間に対する科学的実験の実施に関する指針」1931年

- ③ニュルンベルク・コード、1947年

- ④ヘルシンキ宣言:ヒトを対象とする医学研究の倫理的原則、2000年

4.考察

4-1. 本研究課題の意義

4-2. 15年戦争時の史実を研究対象とする問題

4-3. 適用すべき規準の原点はどこに

- 現代の規準に基づき検討することの意義
- ・遡及による裁き・認定は許されないという論は国際法や国際倫理の発展を見ない議論
- ・現代の規準が有する問題の認識・整理・解決にとって前向きで有益

- ・「いつから」「いかに」という遡及の方が国際法や国際倫理の成立・歴史的展開の教訓をえやすい

4-4. 現代の戦争責任・戦争犯罪観

- 平和に対する罪、戦争犯罪、人道に反する罪、国際軍事法廷によって有罪とされた犯罪集団および組織の成員であることとの関連

個人責任(部下の立場)については

- ①コマンド(指揮・命令)責任、指導者責任、②上司命令の抗弁、③恐怖、④認識水準、⑤不作為など

4-5. 現代の医学医療の枠組み

- *医学医療の領域の専門性の歴史的段階
- *現代の医学医療の制度(体制)・組織・担い手の社会的な機能・地位・立場
- *現代の倫理観

- ・医の倫理

- ・人を対象とした実験の普遍的な遵守条件

5.結論

日本の医学医療界の戦争責任問題は、日本政府が「15年戦争」など侵略戦争であったことを認め、謝罪・国家賠償・再発防止策等を実施するとともに、日本の医学医療界が自身の問題として解明し、解決に当たらなければならない問題である。

社会的健康被害者に対する看護大学生の役割認識

波川京子（広島県立保健福祉大学）

【目的】看護大学の専門科目に占める地域看護学の規模は小さいが、社会的に健康問題をとらえる科目特徴を持っている。公害や薬害、食品汚染、国の対処法などによる健康被害に関心を持たせるために、これらの疾患に対する看護大学生の社会的看護観を明らかにし、社会的な看護の視点を育成する資料とする。

【方法】2年次前期に開講する地域看護学（公衆衛生看護）概論において、看護学全般に占める地域看護学の位置を定めた。近代から現在までの公衆衛生看護史の中で、保健・医療・福祉政策、戦災、公害や薬害、食品汚染などの発生をその時期の社会事象と組み合わせて講義を展開した。

受講生 64 名に対して被爆者・水俣病・四日市喘息・森永ヒ素ミルク中毒・カネミ油症・サリドマイド児・薬害エイズ・クロイツフェルトヤコブ病・ハンセン氏病の9つの疾患を提示した。そこから関心のあるものを1つ各自が選択し、原因→発生患者の特性→治療方法・国の解決策→看護職の役割を記述させた。

【結果】疾患別選択数は、被爆者3名、水俣病13名、四日市喘息1名、森永ヒ素ミルク中毒4名、カネミ油症2名、サリドマイド児10名、薬害エイズ19名、クロイツフェルトヤコブ病2名、ハンセン氏病7名の61名であった。看護職の役割の記述は、**被爆者**：高齢期の生活と健康の不安ケア、子孫への影響不安のケア、戦争をしない
水俣病：正しい知識の普及、不安の軽減、患者・家族支援、患者の相談にのる、患者を励ます、看護ケアの提供、ケアの質の向上、訪問看護をする、患者調査と救済をす

る、治療内容を理解してもらう、どこに住んでいても申請できるように協力する

四日市喘息：患者負担の軽減

森永ヒ素ミルク中毒：正しい知識の普及、訪問看護をする、被害者の生活支援、治療と産婦人科での情報提供

カネミ油症：精神的ケア、新患者のケア

サリドマイド：治験や新薬への対応、新患者への対応、服薬指導、患児の社会参加とQOLの向上支援

エイズ：医療や看護の主体は患者本人の意識を持つ、精神的ケア、不安軽減、医療と福祉サービスの連携をすすめる、正しい知識の普及、感染予防の健康教育、患者への説明、説明と同意に基づいた医療の推進、個人情報保護、感染者団体に積極的にかわる

クロイツヤコブ病：新しい情報と知識の把握、患者・家族支援、2次感染予防、精神的ケア

ハンセン氏病：正しい知識を身につける、感染予防、偏見をなくす、社会の受け入れ促進、精神的ケアであった。

【考察】時系列で展開した講義の結果は、看護職の役割を原因や治療方針が確定してからを想定していた。社会的健康被害者への対応は正しい知識の普及と患者・家族支援、精神的ケアが多かった。現在も発生している進行形の疾患と、過去形の疾患が混同し、発症の時間差による健康被害者像の認知が弱かった。講義方法が課題になった。

【結論】医療対応のまずさが健康被害を拡大したことや、認定を受けてない患者支援への言及はなく、発生と再発予防に対する役割認識が弱いことが明らかになった。

薬害ヤコブ病訴訟和解の意義と今後の課題

片平冽彦（東洋大社会学部）、松山順子（東洋大学大学院）、牧野忠康（日本福祉大学）

1. はじめに

1996年に滋賀県の谷たか子・三ーさんが初めて提訴して以来、大津・東京両地裁で闘われてきた「薬害ヤコブ病訴訟」は、2002年3月25日、和解が成立し、5年4か月に及んだ裁判は終結することになった。本報告の目的は、この和解の意義を検討し、今後の課題について明らかにすることである。

2. 和解内容

被告企業・国が被害者に「深く衷心よりおわび」し、和解金として1患者平均6千万円を払う、生存患者に療養手当を払い、ヤコブ病の医療福祉対策を充実させる、未和解・未提訴患者も同様に扱う、生物由来医薬品等の被害救済制度早期創設に努める、再発防止に「最善・最大の努力」を重ねる、薬害教育に努める、等である。

3. 和解の意義と今後の課題 [1]

今回の和解の意義は、第1に、「1987年以後に手術した人のみ」という線引きがされずに、基本的に全員が対象にされたということである。訴訟においては、原告側は、ライオデュラの輸入販売時点からの責任を指摘・主張した。しかし被告企業と国は一貫してその責任を否定し、1987年時点での責任すら、「1例だけでは判断できない」（この「論理」では、「ある程度被害者を出さなければ対策は取れない」ことになる）と否定していた。2001年11月に出された裁判所の和解所見では、「国は、遅くとも第1症例を把握した時点で・・・結果回避措置を講じるべき」であった（大津地裁）としてこの「論理」を批判したが、国はこれを逆手に取り、「1987年以前の責任は認められていない」などとする大臣談話を出していた。このようなことから、「手術時期による

線引き」がされるか否かが大きな焦点になっていたのである。原告の多くが1987年以前の手術であったことを考えると、全員が対象とされた意義は大きく、訴訟の迅速な解決のあり方として評価できる。

第2に、生存患者の医療確保や治療法の研究、知識の普及等のみならず、患者家族・遺族への支援・援助事業を行う支援機構（サポートネットワーク）への国の支援検討を明記したことである。ヤコブ病の疾患特性から、患者は、長い潜伏期の後、いったん発症すると、病状が急速に進行し、家族の「覚悟」ができないうちに無動無言状態になって、やがて死に至る。このため、家族の精神的打撃は計り知れないものがある。患者・家族・遺族の支援システムの確立は重要な課題である。

第3に、和解成立時点で、厚生労働省把握の被害患者数は76名だが、提訴原告患者数は44人で、少なくともまだ32名が未提訴被害者ということになる[2]。また、50万件といわれる硬膜移植を受けた人の中から、今後発症する人も出てくるであろう。このような被害者の救済について、和解では「厚生労働大臣は・・・ヤコブ病被害者がヒト乾燥硬膜移植の事実とヤコブ病発症に関する情報を得られるよう配慮する」ことを確認した。このことは、国として潜在被害者の救済に積極的に取り組む趣旨と理解され、ライオデュラを使用した医療機関の調査と患者・家族への情報提供を積極的に進めることを期待したい。

第4に、生物由来の医薬品等の安全性確保と被害救済制度の早期創設努力を確認したことである。安全性が問題になる「生物由来の医薬品等」としては、ヒト血液製剤、

ヒトや動物の細胞組織医薬品等、遺伝子組み換え製剤、ワクチン等がある。これらによるウイルス・細菌・原虫・プリオン病等への感染、GVHD（輸血後の移植片宿主反応）等の被害の防止・根絶と被害者の救済も急務の課題である。

被害の防止に関しては、4月5日に厚生労働省が国会提出した薬事法改正案と「安全な血液製剤の安定供給の確保等に関する法律案」が先議の参議院で修正され、6月5日に可決された。これらの法案では、生物由来製品については医師等の製造管理者を置くこと、直接の容器等に表示すること、感染症の定期報告をすること等を定め、特に血液製剤については、国が安全性確保の基本方針を定めること、「国内自給が確保されることを基本とする」等を規定している。これらは必要で重要なことだが、両法案とも、薬害ヤコブ病被害者・弁護士連絡会議 [3] や薬害オンブズパーソン会議 [4] 等が指摘するように、国の責任の明確化・具体化、安全性情報の収集と伝達、患者・国民の立場での監視体制の確立等の点でなお検討の余地があると考えられる。

また、被害者救済に関しては、「ヒト細胞組織等に由来する医薬品等による健康被害の救済問題に関する研究会」が報告書を出しており、今後これに基づき法制化がされる予定だが、フィブリノゲン製剤による「薬害肝炎」などが大きな問題になっており、そうした過去の被害者も含めて対象にし、国の責任で早期に制定をすべきである。

最後になったが、確認書で、薬害根絶について、情報の提供や迅速な措置のみならず、医歯薬看護学系の教育の中で薬害教育を充実させること等を厚生労働大臣が誓約したのは、これまでのサリドマイド、スモン、エイズの確認書にはなかった事項で、長期的にみて重要である。筆者の医学・薬学生の調査では、医薬品の効果に比し害の知識

が医・薬学生共通して低いという結果が出ており [5、6]、最も必要な学生たちに薬害教育があまりされていないことの反映とみられる。薬害問題について、医師等の国家試験の問題にする、教科書にきちんと記載する、教育関係者の研修会を行う、文部科学省や教育関係者に取り上げを具体的に要請するなどのことをして改善をはかる必要がある。

4. むすび

以上、薬害ヤコブ病訴訟和解の意義と今後の課題につき記した。今後の課題の多さに、「終りなき闘い」という感があるが、和解による前進を確認し、さらに前へと着実に進みたいものである。

文献・注

- 1) 和解確認書等の情報は、
薬害ヤコブ病東京支える会
<http://village.infoweb.ne.jp/~fwke8357/>
大津地裁の CJD 訴訟を支える会
<http://page.sannet.ne.jp/yasuo-t/>
そして外苑企画
<http://www.ne.jp/asahi/gaiki/di/>
のホームページに掲載されている。
- 2) 6月25日までの追加提訴で、提訴患者は計51人となった。
- 3) 2002年3月9日の「薬害ヤコブ病問題緊急シンポジウム」抄録集参照。
- 4) 薬害オンブズパーソン会議のホームページ <http://www.yakugai.gr.jp> 参照。
- 5) 片平洸彦他：医薬品と薬害に関する大学生の知識と意識（第3報）、第42回日本社会医学学会、2001年8月、小倉
- 6) 片平洸彦他：医薬品と薬害に関する大学生の知識と意識（第4報）、日本社会薬学会第20年会、2001年10月、金沢

薬害 HIV 感染被害発生・拡大に対する遺族の受け止め

若林チヒロ(埼玉県立大学保健医療福祉学部社会福祉学科), 山崎喜比古・久地井寿哉(東京大学大学院医学系研究科健康社会), 関由起子(群馬大学医学部保健学科), 赤松昭・小澤温(大阪市立大学大学院生活科学研究科), 江口洋子・瀬戸信一郎(薬害 HIV 感染被害者遺族生活実態調査委員会)

【背景と目的】 薬害 HIV 感染被害では 500 名以上が死亡し、その遺族は今なお和らぐことのない強い怒りや悲嘆を感じて生活している。その背景には、HIV 感染被害によって家族も様々な形で巻き込まれた現実があり、被害の発生・拡大はなぜ生じ、防げなかったのか、家族の立場で医療に関わった者として納得しきれない思いがある。現在、遺族を対象とした生活実態調査を行っているので、その結果を元に、HIV 感染被害発生・拡大を遺族がどう受け止めているのか検討する。

【対象と方法】 対象者は、東京及び大阪 HIV 訴訟原告団を通じて依頼した全国各地の 38 事例(親 28、妻 8、きょうだい 2)。全員、血友病治療に用いた非加熱血液製剤で感染した被害者の遺族。調査時期は 2001 年 5 月～翌年 4 月。本報告は面接調査のトランスクリプトを元に作成中のケースレポートから整理した。

【結果と考察】[当時の医療への遺族の関り] 当時、幼い患者の場合、親が家庭で注射することもあった(家庭療法)。成人患者の場合、家族の関与度は低下し、HIV 感染や体調の悪化を家族が重症化して初めて知った場合もあった。いずれの場合も、遺族には自責の念、後悔が強かった。[非加熱製剤をめぐる情報をどう受け止め、行動したのか] 出血頻度が低い人や患者会と接点が無かった人は、医師から説明もなく何ら情報を得ていない場合もあったが、マスコミないしは患者仲間から情報を得ていた人もおり、この時点では漠然とした不安として受け止められていた。その後、非加熱製剤の危険性を認識した人には、安全な製剤を求める組織だった行動をとった人もいるし、非加熱製剤の量を減らしたり、主治医に安全な製剤への変更を求め続けた人もいた。しかし、

血友病の専門医や主治医から、感染率・発症率が低いとか血友病治療に差し支えるなどの理由から「大丈夫」と説明された場合、不安を解消した人も多かった。この点での遺族の受け止めは、仕方なかったとする人から、裏切られたとする人まで多様だった。[HIV 感染が判明するまでの状況] 加熱製剤に転換されて後も、検査受診の勧めはなく、主治医から感染していないことを示す明確・曖昧な発言・素振りをされ、感染可能性を疑う契機を逸した人もいた。無断検査で感染を確認されながらも、エイズ発症まで未告知だった人もいた。これら HIV 感染判明の遅れは、2次感染の発生や HIV 治療開始の遅れとなり、結果的に死を早めたのではないかという遺族の強い怒りと後悔が表明されていた。[HIV 感染被害発生・拡大に対する被害認識] 当時の遺族には、この HIV 感染が被害であり、誰にどんな責任があったかをある程度理解していた人もいたが、提訴前に亡くなった場合では、孤立し情報が欠如していたため被害認識がもてなかった人も多い。その場合、感染から死に至った責任を遺族内で負い、責め合った人もいた。被害認識の有無に関わらず、HIV・血友病の治療を欠かせない状況下で関係を悪化できない医師患者関係、医療機関の選択肢のなさ、薬害エイズに対する社会の無知、エイズパニックによる強い偏見のなか、HIV 感染“被害者”であることを表明できない状況にあった。

【おわりに】 被害発生・拡大に対する遺族の受け止めや被害認識のありようには、情報を得るネットワーク、家族の医療への関り方、血友病治療および被害発生時から死亡に至るまでの主治医の対応や医療環境等が影響していると考えられた。

薬害HIV感染被害者遺族の被害の深さと大きさ

山崎喜比古（東京大学大学院健康社会学）、若林チヒロ（埼玉県立大学）、
関由起子（群馬大学）、赤松昭、小澤温（大阪市立大学大学院）、久地井寿哉（東京大学大学院）、
江口洋子、瀬戸信一郎（薬害 HIV 感染被害者遺族生活実態調査委員会）

【調査目的と背景】

1) 薬害HIV感染被害者全体の中での死亡患者と遺族：

1980年代前半から中頃にかけて、日本全国数千人の血友病患者がHIV感染の危険にさらされ、1500人近い患者がHIV感染者となった。このうち最近までに約500人の患者がエイズなどで死亡し（毎年増えている）、薬害HIV感染被害者遺族は約500組にのぼっている。一方、1000組の患者・家族が闘病・介護中である。

2) 当事者参加型リサーチ方式でスタートした遺族調査：

2001年5月、東京・大阪双方の原告団側（被害者遺族、患者被害者、弁護士）の当事者と、東大健康社会学出身と大阪市立大在籍の研究者から成る調査委員会（通称21人委員会）がスタートし、そのもとに、研究者側委員の他、若い大学院生等、計20数名から成る遺族研ワーキング・グループが設けられ、調査の実際を担った。

2001年10月～2002年3月、1次調査（約40ケースの訪問面接調査）を実施し、現在、1次調査結果のまとめと2次調査（全遺族を対象とする配票調査）の計画準備を行っている。

3) 遺族調査（1次調査）の目的と方法：
前報参照。

4) 本報告の目的：

1次調査を通じて、薬害HIV感染被害者遺族にもたらされた被害、とくに従来型の遺族とは死別の文脈が異なる薬害HIV感染被害者遺族の経験の特徴とその広がりにつ

いて仮説的な結論を得たので、報告する。

【薬害HIV感染被害者遺族の死別体験】

1) 患者・患児のHIV感染から死亡に至るまでの遺族の経験：

まず、遺族は、[HIV感染→エイズ等の発症・重症化→死亡]の過程（この間、単純平均でも6、7年）で、主に患者・患児のケア、ターミナルケアに伴って、困難と苦悩に満ちたさまざまな経験をしている。

医療者から疎外された。有効な治療、最善最新の治療が得られなかった。不確実感・不安・恐怖にさいなまれた。「患者・患児が不憫」「みるに忍びない」という痛恨の思い。告知に迷い苦しんだ。一人・二人で背負い込んだ。孤立無援の患者・家族。気持ちを共有できる人がほとんどいなかった。医療費負担が嵩むなど、さまざまな生活困難が付随した、などがそれである。

こうした経験が死別後の遺族の精神的心理的つらさに大きく影響している。

2) 死別後の遺族の精神的心理的つらさの特徴：

患者・患児との死別が遺族にもたらしている精神的心理的つらさは、①あらゆるタイプの遺族に共通する、愛する人の喪失による悲嘆に加えて、次のような感情が強く伴う複合的、過酷なものである点に特徴がある。

②無念と悔しい思いが深い。それは、薬害HIV感染がなかったら、もっと長く、よりよく生きてであろう患者・患児の生命が外力によって途中で強制的に絶たれたこと

によっている。しかも、その死が、信頼を寄せてきた、あるいは信頼せざるを得なかった、それゆえに、あつてはならない企業や国や権威者・専門家の人命・人間軽視（「軽くみている」）の結果もたらされたものであることが明らかになるにつれて、さらに深くなった感情である。

③自責・後悔の念や罪悪感がきわめて強い。それは、「満足ゆくケアを提供できなかった」という気持ち以外に、「加害を止められなかった、加害からわが子・わが夫を守れなかった」、「加害に手を貸した、加害の場に送り出した」という意識があることによっている。それは、患者・患児の死によってさらに強まっている。

④こうした心の痛みを、強烈なスティグマを伴う血友病とエイズのダブルバインドにより、1人で背負い込まざるを得なかった、気持ちを共有できる人がいなかった、胸の内に閉じこめざるを得なかったことも、薬害HIV感染被害者遺族にきわめて特徴的なことである。

⑤薬害HIV感染被害者遺族は、その後、加害構造が明らかになるにつれて加害者側への怒りを強くもった。しかし、加害者側への怒りそれ自体は、当然の反応であって、精神的心理的つらさを構成するものでは必ずしもない。遺族を苦しめているものは、怒りの対象となっている加害者側に、心底からの反省や謝罪、責任ある対応があると感じられないことから来る悔しさと苛立ち、無力感や失望感、憔悴感のほうである。

薬害HIV感染被害者遺族の死別体験は、以上のような精神的被害に、社会的被害(さまざまな人間関係の遮断と縮小など)と経済的被害(家計支持者の死亡による経済的困窮など)が伴っている。

【薬害HIV感染被害者遺族の今と「後遺症」】

少なからぬ遺族が「亡くなった人を供養

する、いとおしむ、大事にすること」とともに、「亡くなった人の死の意味を捉え直し、遺族としての生の意味を見つけ出す、手繰り寄せること」をしている。後者の要に、「亡くなった人からもらったミッション(使命、「遺志」)に応えることがある。

今回語り手となった遺族には、このように「遺族を生きている」人々も少なくなかった。しかし、重要なことは、このような遺族でも、依然として、緊張と危機をはらんだ日々にあること、アンソルブド・プロブレム(未解決・未整理の問題)を抱えていること、2次被害(高齢化に伴う問題など)が生じてきていること、緊張と危機への対処が絶えず行なわれていることがうかがえた点である。

また、今回の調査の語り手となった遺族にみられるさまざまな徴候から、全国の遺族の間には、次のような「後遺症」が今なお広範に存在、固定化している可能性が考えられた。

その第1は、PTSD(心的外傷性ストレス障害)。そのほか、生きがいの喪失。自暴自棄的ライフスタイル。SOCの低下。病気。無力感、過剰な不信、落胆・失望、憔悴。故郷喪失。家族・親族との別離。経済苦。自殺、などである。

【おわりに】

未曾有の薬害被害の最も深刻な一部であり、かつ、従来型の遺族とは死別の文脈を異にする薬害HIV感染被害者遺族の被害の特質と広がりをも明らかにすることは、被害者の遺族や患者・家族への支援と連帯の課題を考える上できわめて重要なことと考える。

今回の1次調査の結果をふまえて、われわれは、さらに薬害HIV感染被害者遺族の研究を続ける予定である。

第43回日本社会医学会総会 企画運営委員会

事務局

〒113-0033 東京都文京区本郷7-3-1

東京大学大学院医学系研究科健康社会学研究室（山崎研究室）

電話：03-5841-3513 FAX：03-5684-6083 E-mail：yyamazak@m.u-tokyo.ac.jp

メンバー

- 阿部 眞雄（日本社会医学会評議員、東海大学）
稲垣 孝子（江東区深川南部保健相談所）
色部 祐（日本社会医学会評議員、働くもののいのちと健康を守る全国センター）
上畑鉄之丞（日本社会医学会理事長、産業メディケア研究所）
岡本 典子（東京大学大学院山崎研究室）
片平 冽彦（日本社会医学会理事、東洋大学）
菊地 頌子（日本社会医学会評議員、江東区役所保健福祉部地域保健課）
木村美代子（横浜市）
佐藤 陽子（江東区深川保健相談所）
関谷 栄子（日本社会医学会理事、白梅学園短期大学）
竹内 慶子（江東区深川保健相談所）
寺西 千恵（江東区城東南部保健相談所）
内藤 堅志（東海大学）
服部由季夫（東海大学）
林 恵子（江東区深川南部保健相談所）
三浦いづみ（杉並区和泉保健センター）
森 恵美子（東海大学）
山崎喜比古（日本社会医学会理事、東京大学大学院健康社会学）
山村 昌代（東海大学）
山本 民子（日本社会医学会評議員、江東区城東保健相談所）
山本 訓子（江東区深川南部保健相談所）
横山 弥生（江東区深川保健相談所）

社会医学研究 2002 特別号 第43回日本社会医学会総会講演集
2002年7月19日発行

印刷： 総合印刷 株式会社 イマイシ
〒121-0816 東京都足立区梅島1-36-15
TEL 03-3848-1311(代表) FAX 03-3840-0126