

ISSN 0910-9919

BULLETIN OF SOCIAL MEDICINE

社会医学研究

第 44 回 日本社会医学会総会
講演集

日本社会医学会 特別号 2003

JAPANESE SOCIETY FOR SOCIAL MEDICINE

第44回 日本社会医学学会総会

2003年 京都市

主題 社会福祉・社会保障の構造改革と
国民の生存権・健康権

日時：2003年7月26日(土) 午前10時～7月27日(日) 午後4時

会場：同志社大学今出川校地

(〒602-8580 京都市上京区今出川通烏丸東入)

つい先日に関西にイラク戦争があり、この世界から戦雲がまだまだぬぐい去れていないことを知らされているこの頃ですが、わが国においても国民の健康と医療、公衆衛生、福祉に深刻な危機があらわれようとしております。他方では、このことを重大に受けとめて健康と福祉の危機打開をめざす底流的動きが活発化しております。

この時期に開催する日本社会医学学会総会では、これらの動向を見すえつつ社会医学の発展に寄与できるような発表と議論を期待しております。あわせて未来を見通すことが出来るような企画にしたいと願っております。

第44回 日本社会医学学会総会

企画運営委員会 (代表 山本 繁 千田忠男)

同志社大学文学部社会学科千田研究室

〒602-8580 京都市上京区今出川通烏丸東入

電話：075-251-3446 FAX：075-251-3066 E-mail：tchida@mail.doshisha.ac.jp

2003年度日本社会医学学会評議員会

7月26日(土) 12:15-12:45 (A会場)

2003年度日本社会医学学会総会

7月26日(土) 15:00-15:30 (メイン会場)

参加要領

■ 受付場所

7月26日(土) 午前9時から、寧靜館5階505番教室。

12時から16時まで、寧靜館3階中廊下。

27日(日) は午前8時半から終日、寧靜館5階505番教室。

■ 受付方法

「受付」備えつけの参加票に所定の事項を記入し、参加費とともに「受付係」に提出してください。参加費領収証と「名札」を受けとり、「名札」に所属と氏名を記入し、見えやすい場所に携行・掲示してください。

■ 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

■ 年会費の納入と入会の手続き

総会期間中、会場内に設置されます「日本社会医学会本部事務局」で受け付けます。

■ 車での来場、駐車場

会場には駐車場は用意できません。公共交通機関をご利用ください。

■ 発表される方へ

一般発表は、1題について講演時間15分、討論時間10分を予定します。その時間内の進行は座長の指示によります。1題前の発表時間中に、会場内にもうけた「次演者席」に待機していただきます。前の発表が終了したらすみやかにつぎの発表をはじめますので、ご注意ください。

シンポジウム、教育講演、一般発表では、「講演集」を資料として用います。スライド、OHP、液晶プロジェクターは、写真など特別な資料の提示にのみ利用してください。

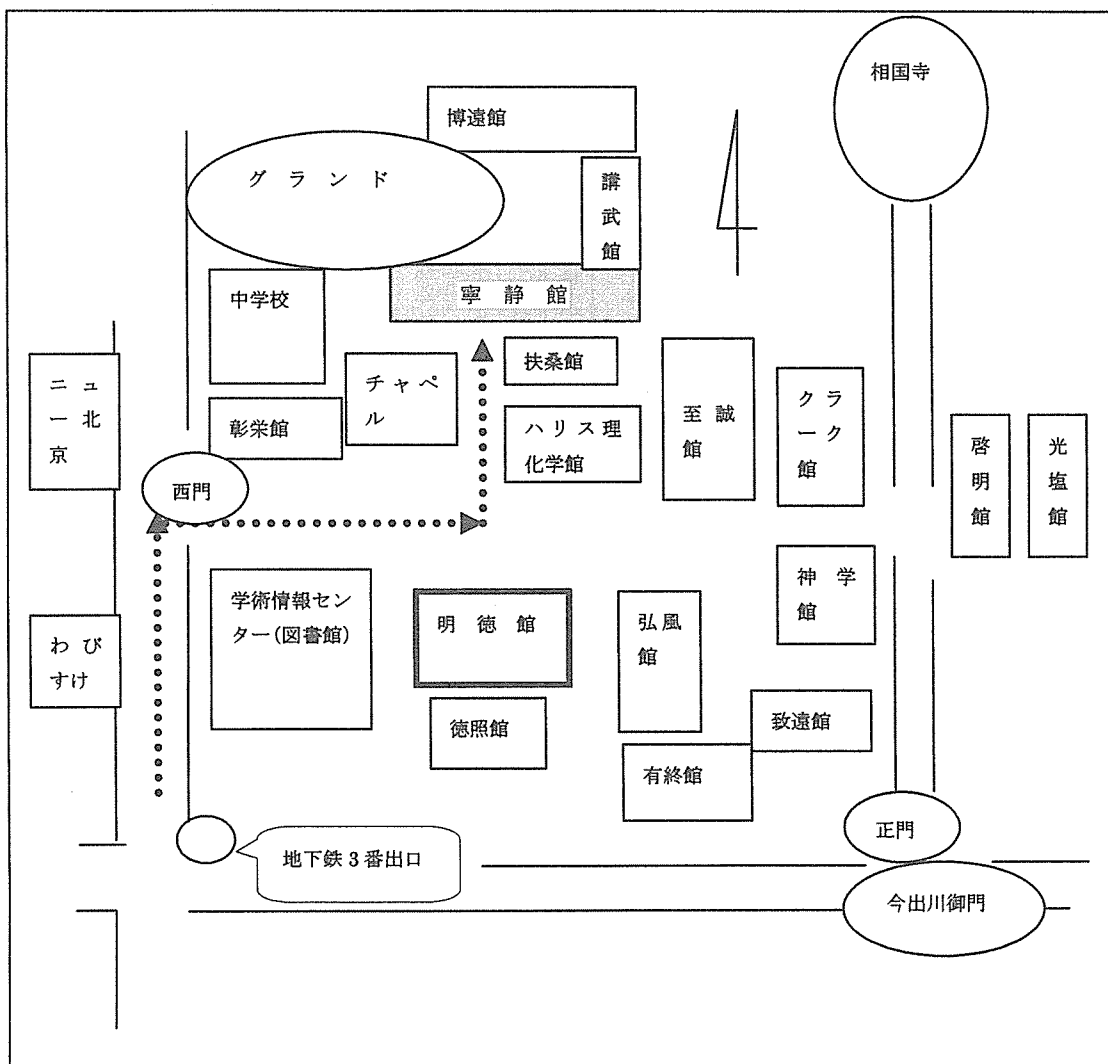
【会場までの交通】

会場：同志社大学今出川校地、寧静館

詳しくは 交通機関 <http://www.doshisha.ac.jp/daigaku/koutsuu/>

学内地図 http://www.doshisha.ac.jp/daigaku/campus/non_imade/

- 1 新幹線京都駅、JR 東海道線、JR 奈良線「京都」下車
→ 京都市営地下鉄烏丸（からすま）線、国際会館行き乗り換え
- 2 阪急京都線「烏丸」下車 → 京都市営地下鉄烏丸線、国際会館行き乗り換え
- 3 地下鉄「今出川」下車 3番出口から、同志社大学西門へ
- 4 京阪「出町柳」下車 → 西へ10分歩き、同志社大学正門へ



受付(寧静館505番教室) 事務局(寧静館504番教室)

26日(土)

A 会場		B 会場		C 会場	
10:00	教育講演 【座長】 西山勝夫	A-01 四日市公害—その回顧と教訓 (吉田 克巳)	B-01 現場に密着した労働衛生をめざして (千田 忠男)		
10:30		A-11 医薬品副作用被害救済制度の問題点と改善の方向—重症薬疹被害者の実態調査からの考察 (片平 洸彦)	B-11 「社会的健康被害」の開講時期と到達目標の検討 (波川 京子)	C-11 八重山諸島における住民のゴミ問題対応について (森 恵美子)	
11:00	薬害 【座長】 西 三郎	A-12 薬害被害者の救済と医師・医療機関の役割 (中島 晃)	B-12 訪問看護ステーション看護師の仕事と健康についての意識 (河野 益美)	C-12 空中花粉調査にみる地球の温暖化 (寺西 秀豊)	
11:30				環境保健 【座長】 福地保馬	

12:15 評議員会(12時15分～12時45分)

受付(明徳館外廊下) 事務局(寧静館504番教室)

26日(土)

13:00	テーマ	シンポジウム(明徳館21番教室)
13:30		「社会福祉・社会保障の構造改革と国民の生存権・健康権」 司会 松田亮三(立命館大学) 尾藤廣喜(鴨川法律事務所)
14:00		1) 「介護保険制度の理想と現実」 石倉康次 (広島大学)
14:30		2) 「医療経営分析から見た医療制度の危機」 野村秀和 (日本福祉大学)
15:00		3) 「支援費制度に見る福祉構造改革批判」 植田章 (佛教大学)
15:30		総会(明徳館21番教室)

A 会場		B 会場		C 会場	
16:00	薬害 【座長】 宮尾 克	A-21 薬害HIV感染被害者遺族の研究(その1) 今なお続く被害 (山崎 喜比古)	B-21 社会に於けるバリア解消とは (高柳 泰世)	C-21 低周波音症候群—公害病の視点から (汐見 文隆)	
16:30		A-22 「薬害」を根絶するために被害者の活動 (矢倉 七美子)	B-22 「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)	C-22 大阪市西淀川区における高齢の公害病患者の実態—聞き取り調査の事例より— (矢羽田 薫)	
17:00					
18:00	自由集会【世話人】黒田 研二(大阪府立大学) ホームレスの問題	自由集会【世話人】川崎 妙子(大山崎保健所) 保健師の活動交流	自由集会【世話人】吉澤 はつ江(京都教職員組合) 教師の働き方と過労死・過労自殺問題		
20:00					

27日(日)		A 会場	B 会場	C 会場
9:00	薬害 【座長】阿部真雄	A-31 薬害統廃が危惧される新薬承認の迅速化(寺岡 章雄)	B-31 大学生は小中高時代にとどのよ うな公衆衛生・健康教育を受けてきた か?(小橋 元)	C-31 NPOが主導する健康安全政策 (シックハウス運動から)(上原 裕 之)
9:30	食品公害 【座長】山本 繁	A-32 個人輸入代行業による医薬品 ネット販売の危険性(岡田 昌之)	B-32 後期中等教育課程編成にお ける労働安全衛生教育考察(佐瀬 聡介)	C-32 京都の高速道路とその問題点 (三宅 成恒)
10:00	感染症対 策【座長】黒田研二	A-33 中国やせ薬(ダイエット用健康 食品)による健康被害とその教訓(川 添 慎浩)	B-33 イギリスにおけるホームヘル パーの労働負担軽減策(重田 博正)	C-33 京都盆地の大気汚染調査から京 都市の交通・まちづくりを考える(谷 田 悟郎)
10:30	策	A-34 森永ひ素ミルク中毒被害者のそ の後(高城 佳代子)	B-34 保育労働負担と“ゆとり”との 関係(内藤 堅志)	C-34 貧困は要介護老人死亡の独立し た危険因子(関沢 敏弘)
11:00	策	A-35 社会的弱者の結核罹患状況(高 島毛 敏雄)	B-35 労働ストレス-要求度・裁量 度・支援度・労働時間-と主観的QOLお よびうつ因子との関連性(天笠 崇)	C-35 高齢者の食事保障に関する考察 -ひとり暮らし高齢者に対する配食 サービス給付の必要性(松井 順子)
11:30	策	A-36 大阪市におけるホームレス者の 結核死亡(逢坂 隆子)	B-36 最近の社会経済変化にともなう 労働者の健康問題(垂水 公男)	C-36 民間の相談室からみた子どもの 育ち、親の悩みの現状(池添 素)

昼食休憩

27日(日)		A 会場	B 会場	C 会場
13:00	ホームレ ス【座長】逢坂隆子	A-41 野宿を余儀なくされている人た ちの健康と生活保障問題-すべての人 人々が健康で人間らしく生きる権利を もっている(上畑 恵宣)	B-41 過労自殺の事例研究(上畑 鉄 之丞)	C-41 シックハウス症候群をめぐる医 学的問題点(笹川 征雄)
13:30	ス	A-42 ホームレス者に対する認識と受 容度に関する意識調査~札幌市某区住 民への質問紙調査~(太田 薫里)	B-42 過労死の企業責任、特に法的責 任(藤原 精吾)	C-42 ホームヘルパーによる医療行為 の一部解禁策が意味するもの(高木 和美)
14:00	ス	A-43 野宿生活者への就労・生活支援 の課題(加美 嘉史)	B-43 過労死裁判と看護労働の実態 (遠藤 吉子)	C-43 地域精神障害者支援資源におけ るグループスパーパーヴィジョン枠組み 形成の試み-大学教員の社会的役割 (加藤 春樹)
14:30	高島毛 敏雄	A-44 ホームレスとアルコール関連問 題(荒木 弘幸)	B-44 じん肺ほりおこし健診と療養権保 障(小山義則)	C-44 障害者支援費制度の問題点と運 動課題(大島 正彦)
15:00	精神保健 【座長】原田規章	A-45 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評価(山 村 昌代)	B-45 民医連スタディにおける心血管 障害の危険因子の解析(助 也寸志)	C-45 血液透析患者の生活実態と保健 医療福祉における課題(西 三郎)
15:30	策	A-46 精神障害者小規模作業所の処遇 理念にリハビリ概念を導入する意義 (加藤 欣子)		C-46 手話通訳者・医師にみる聴覚障 害者の受療における問題(北原 照 代)

メインシンポジウム

社会福祉・社会保障の構造改革と 国民の生存権・健康権

司会 松田 亮三（立命館大学）
尾藤 廣喜（鴨川法律事務所）

発 題

1) 介護保険制度の理想と現実

石倉 康次（広島大学）

2) 医療経営分析から見た医療制度の危機

野村 秀和（日本福祉大学）

3) 支援費制度に見る福祉構造改革批判

植田 章（佛教大学）

社会福祉の基礎構造改革と介護保険**－介護保険制度実施3年の経験から－**

石倉康次（広島大学）

介護保険によって供給されるサービスの内容は形態面からすれば、老人福祉制度と老人医療・保健制度の長期介護部分を統合し連携性を高め財政の効率化を図ったものとみることができる。これは、国際的にはスウェーデンがエーデル改革によって高齢者医療とケアを統合した動きや、ドイツが介護保険によって疾病保険と社会的扶助の介護に関わる部分を統合した動きと共通している。しかし、いくつか重要な部分で我が国固有の特質を有している。

財源調達法からくる問題点

介護保険は財源の半分は税で、のこりを40歳以上の人と事業主を対象とした保険料による、税・保険料の相乗りの制度である。しかも事業費全体の総費用の増大が、保険料負担のアップに連動するように制度設計がなされている。今回の改訂では、全国平均で11%の保険料アップがなされることとなった。これは月額にして3千円を超える額であり、低所得者にとっては厳しい負担増となっている。負担増が続けば、保険料負担の重圧が介護保険システムによる介護サービスの整備の障碍となりかねず、制度の存立基盤をゆるがす。

利用者に対する定率負担の問題

介護報酬単価の1割を利用者負担させる制度が、「自発的」な利用抑制をもたらす機能を果たしている。この種の一律の利用者負担はスウェーデンやドイツにはない。今回の見直しではこの点の変更はなく、介護保険以前からの利用者には激変緩和の観点から3%の利用者負担にとどめられていたものが6%に引き上げられた。この利用者負担は、不要不急な利用に歯止めをかけることが導入の根拠とされているが、現実には必要なサービスであっても利用者負担が利用抑制をもたらす効果がある。要介護認定による利用限度額の設定があることと相まって、必要なサービスの利用を抑制する仕組みができあがっている。浪費を防ぎつつ必要なサービスは自己抑制せずに利用できる仕組みの構築が真剣に探求されるべきである。応能負担原則の貫徹し、市場原理の限界を超えるためには、ニーズ査定における専門家の判断と当事者参加の仕組みの構築が不可欠。

非正規雇用の蔓延が介護の質向上の壁に

介護保険サービス供給主体から行政の撤退が進行し、在宅サービスやグループホーム事業に医療機関や民間企業や協同組合・NPO等の非営利共同組織の参入が促進されたことである（資料1参照）。今回の介護報酬単価の改訂では、施設系では特別養護老人ホームは

重度の要介護者の生活施設、老人保健施設は在宅復帰に向けたリハビリ施設、療養型医療施設は重度療養型施設としての性格を強める方向に誘導され、中・軽度の人の入所を抑制する方向が強められた。他方で、ショートステイ、デイサービス、訪問看護やホームヘルパーの90分以上の滞在型等の単価は軒並み引き下げられ、30分未満のスポット型が引き上げられた。グループホームの夜勤加算がなされた。このような動向は、社会福祉法人や医療法人経営の多い分野を押さえ、企業による参入が進んでいる部分を配慮したように読める。同時に福祉従事者の間で非正規雇用を急速に広げ、サービスの質の向上を阻む厚い壁ができつつある。これを克服するためには、介護報酬の引き上げとともに、それがサービスの向上に生かしている事業者が社会的に評価されるような社会的仕組みをはじめとするのルール化が必要。

市場原理主義的傾向が強まる中で必要となっている新たなルールづくり

- ① 社会福祉福祉事業の「場」の市場原理とは異なる社会福祉事業としての独自の正統性原理を再確認しこれを守る仕組みを構築する。
- ② 社会福祉事業の場で社会福祉の使命を体現して事業展開をする事業体を守り育てる仕組みを構築する。
- ③ 利用者・国民と福祉労働者の地位を高め社会福祉事業の場において有力なアクターとして行動しうる条件を構築する。
- ④ 新たな条件の下での公立施設の存在意義や公的責任のありようを明確にする。

具体的には以下の諸課題があげられる（石倉・玉置編著『転換期の社会福祉事業と経営』かもがわ出版 2002 年から）

（１）事業体に対する規制

- ① 企業参入が進んでも医療・社会福祉事業から得られた余剰を医療・社会福祉以外の分野へ吸い上げる方式を有する事業運営は認めない。
- ② 社会福祉事業の最低基準の遵守を義務づけ、行政はその監視を定期的・随時的におこなう。同じ社会福祉事業に参入している以上、従来の監査にあったような法人格の違いによる扱いの差異は認めない。
- ③ 社会福祉法人や民間非営利（追求）組織に対する税制上をはじめとした優遇的措置の実施。

（２）従事者の専門性確保と労働市場に対する規制

- ① 人的能力に多くを依存する福祉サービスの水準に直結する福祉労働者の身分や労働条件を一定水準で守るための労働市場の規制をおこなう（パート労働、登録・派遣労働の活用分野の規制、これら非正規雇用者に対する社会保険の適用等）。
- ② 福祉労働の解体につながる給食・調理部門等の外注化は、財政的側面からではなくサービスの質の側面からみて抑制されるべき。

- ③ ケアマネージャーは所属する事業所の形態に関わらずその職務の公的性格がまもられるよう人員配置基準を定め経営から独立した専門的権限を確立する。
- ④ 福祉労働者が利用者の権利侵害の実態を知った場合には、経営を超えて第三者機関に提起し調査を依頼する権限や義務を付与する。

(3) 利用者・国民の権利を明確にし事業の監視者としての地位を保障する

- ① 社会福祉における申請権、不服申し立て制度、苦情処理制度が実質的に機能する方向での改善を積み重ねる。
- ② 個々の社会福祉事業体においても経営やサービス内容の情報公開と、運営への当事者参加・労働組合の組織への経営公開等を進める。
- ③ 当事者・国民自身による事業の組織化や事業への参加を推進し、事業全体のパイロット的もしくは先導モデルの役割を期待する。
- ④ 行政による事業体の監視活動の公開を進め住民や第三者の参加方式を確立する。
- ⑤ 行政が把握している社会福祉情報について誰でも知ることができる条件を整備する

(4) 地方自治体の社会福祉への公的責任がはたせるような体制の強化

- ① 社会福祉事業の財源の国から地方自治体への移譲を国に要請する。
- ② 民間事業体への指導・監督責任や、民間が参入しない地域での社会福祉サービスの保障責任が果たすためにも市町村が安易にサービス供給主体から撤退したり消極化するような傾向をくい止め、自治体が直営する現業部門や施設の現代的役割を再構築する。

資料1 開設（経営）主体別事業所数の構成割合（厚生労働省介護サービス施設・事業所調査.2002）

平成14年10月1日現在

	事業所数	構成割合 (%)													
		総数	地方公共団体	公的・社会保険関係団体	社会福祉法人	医療法人	社団・財団法人	協同組合	営利法人(会社)	特定非営利活動法人(NPO)	その他				
(訪問系)															
訪問介護	12 379	100.0	2.1	...	39.1	10.1	2.1	4.8	36.1	3.9	1.8				
訪問入浴介護	2 329	100.0	2.1	...	67.0	2.6	1.1	1.2	25.1	0.7	0.3				
訪問看護ステーション	4 996	100.0	4.9	2.3	10.1	50.7	16.7	5.1	9.2	0.5	0.5				
(通所系)															
通所介護	10 534	100.0	4.5	...	68.9	7.0	1.1	1.5	12.8	3.0	1.2				
通所リハビリテーション	5 723	100.0	3.5	1.4	7.9	72.1	3.2	...	0.1	...	11.8				
(その他)															
短期入所生活介護	5 160	100.0	6.5	...	91.4	0.9	0.1	0.1	0.5	0.1	0.3				
短期入所療養介護	5 746	100.0	5.1	1.7	7.8	73.8	2.9	...	0.1	...	8.6				
痴呆対応型共同生活介護	2 233	100.0	0.8	...	32.7	24.6	0.7	0.1	34.2	6.4	0.6				
福祉用具貸与	4 114	100.0	1.0	...	5.6	2.6	0.4	4.0	83.3	0.5	2.7				

居宅介護支援	20	752	100.0	5.6	...	36.3	25.2	5.3	3.6	20.5	1.5	2.0
--------	----	-----	-------	-----	-----	------	------	-----	-----	------	-----	-----

注：1) 事業所数は集計対象となった事業所数である。

- 2) 「公的・社会保険関係団体」とは、日本赤十字社、厚生(医療)農業協同組合連合会、健康保険組合及び健康保険組合連合会、国家公務員共済組合及び国家公務員共済組合連合会、地方公務員共済組合、全国市町村職員共済組合連合会、日本私立学校振興・共済事業団、国民健康保険組合及び国民健康保険組合連合会、全国社会保険協会連合会をいう。

医療経営分析から見た医療制度の危機

野村秀和（日本福祉大学）

I 医療経営構造の特徴

1 医療経営は保険診療に依拠する
自由診療制度も存在するが、基本的には、医療保険制度により、医療経営の報酬が決定される。したがって、保険制度の改訂は、経営に重大な影響を与えることになる。

2 人件費率の高さ

医療経営のコストの中で最大の費目は、人件費である。地域差等にも因るが、おおむね、50%から60%の水準となる。

3 純剰余率の低さ

一桁の数値が多いのであるが、これは、剰余が確保されているとはとても言えない数値である。

II 構造改革の影響

1 高齢化時代の到来

わが国は、急速な高齢化社会への道を歩んできた。

2 デフレ不況と財政逼迫から医療福祉費の抑制策の強化

とくに、国民医療費の膨張に対する抑制策が最大の緊急策と位置付けられている。

3 措置制度から介護保険制度へ

2000年に導入された介護保険は医療保険とは違う影響を医療経営に与えることになった。

III 経営危機の下での医療・福祉経営

1 保健・医療・福祉複合体

医療保険の改悪と介護保険制度の導入は、先見性のある医療機関をして、複合体経営への道を歩ませることになる。福祉介護事業は、医療機関にとって、新しい経験であった。

2 所有型複合体から、地域提携型へ

所有型複合体は、地方で急速に広がる。そこには、影の部分として囲い込みの弊害も発生する。所有型複合体の完成後は、地域における医療機関と福祉施設とのネットワーク型提携が中心となるが、そのメリット・デメリットの検討が必要となる。

3 居宅サービス（地域福祉）の戦略的位置

介護予防や健康増進活動は、地域福祉の中心課題であるが、この取組みは、保健・医療・福祉複合体の活動のコアでもある。これが、医療機関への経営の支えになりながら、地域医療・福祉の地域における成否を決めることになる。

医療経営分析から見た医療制度の危機

野村秀和（日本福祉大学）

I 医療経営構造の特徴

1 医療経営は保険診療に依拠する
自由診療制度も存在するが、基本的に、医療保険制度により、医療経営の報酬が決定される。したがって、保険制度の改訂は、経営に重大な影響を与えることになる。

2 人件費率の高さ

医療経営のコストの中で最大の費目は、人件費である。地域差等にも因るが、おおむね、50%から60%の水準となる。

3 純剰余率の低さ

一桁の数値が多いのであるが、これは、剰余が確保されているとはとても言えない数値である。

II 構造改革の影響

1 高齢化時代の到来

わが国は、急速な高齢化社会への道を歩んできた。

2 デフレ不況と財政逼迫から医療福祉費の抑制策の強化

とくに、国民医療費の膨張に対する抑制策が最大の緊急策と位置付けられている。

3 措置制度から介護保険制度へ

2000年に導入された介護保険は医療保険とは違う影響を医療経営に与えることになった。

III 経営危機の下での医療・福祉経営

1 保健・医療・福祉複合体

医療保険の改悪と介護保険制度の導入は、先見性のある医療機関をして、複合体経営への道を歩ませることになる。福祉介護事業は、医療機関にとって、新しい経験であった。

2 所有型複合体から、地域提携型へ

所有型複合体は、地方で急速に広がる。そこには、影の部分として囲い込みの弊害も発生する。所有型複合体の完成後は、地域における医療機関と福祉施設とのネットワーク型提携が中心となるが、そのメリット・デメリットの検討が必要となる。

3 居宅サービス（地域福祉）の戦略的位置

介護予防や健康増進活動は、地域福祉の中心課題であるが、この取組みは、保健・医療・福祉複合体の活動のコアでもある。これが、医療機関への経営の支えになりながら、地域医療・福祉の地域における成否を決めることになろう。

社会福祉の基礎構造改革と支援費制度

「支援費制度の現局面 問題点と改善に向けての課題」

植田章（佛教大学社会学部）

【報告要旨】

2003年4月から障害者施策の多くが支援費制度に移行した。大きな転換のポイントは支援「費」制度と名づけられたように、従来の現物給付を金銭に換算したシステムへと移行した点にある。つまり、「措置制度」のもとで行政に課せられていた障害者福祉サービスの現物給付責任が、支給されるサービスの費用の一部を「支援費」という名目で現金給付する責任に転換するという点にある。これによって「措置制度」が廃止され「利用契約制度」となり、在宅福祉の供給体制が規制緩和され営利企業も参入できるようになった。これは、保育における原則「措置制度」の廃止、高齢者福祉における介護保険制度の導入につづく、社会福祉の基礎構造改革の障害者福祉への具体化である。

市町村は、支援費支給の決定に権限と責任をもち、支援費単価や支給量に裁量権をもつことが特徴だか、財政的な負担の困難や基盤整備の遅れから申請や利用の抑制・上限の設定もなされている。ケアマネジメントも制度化されず、市町村に一任されたことは利用者の支援費制度へのアクセス、権利を保障する観点からも問題がある。

本報告では、現段階における支援費制度の評価と問題点を社会福祉の構造改革の角度からも分析し、あわせて、支援費制度の利用促進の中で求められる相談・支援（ケアマネジメント）体制の重要性、事業者のサービス調整のための地域ネットワークの確立、障害者・家族の願いを総合的に具体化させる新しい障害者計画の策定等、障害者福祉改革に向けてのいくつかの課題について提言する。

四日市公害 —— その回顧と教訓

吉田克己（三重大学名誉教授）

1. はじめに一地域開発政策とその行方

昭和30~40年代の経済成長政策の中で
 の中心的なスローガンとして、『地域開発』
 の問題があった。この開発政策の中でもた
 らされたものに公害問題があった。幸いに
 して、地域住民の努力や、一部の先進的な
 地方自治体の政策によって、いくつかの分
 野での環境破壊の改善が見られ、今日に至
 っている。

しかし、平成年代に入ってから経済の停滞
 の中で、『元気な関西を』と言ったような
 掛け声で、新しい開発プロジェクトの実現
 を要求する掛け声が大きくなり、中には後
 世への負担の増大を指摘されながらの公共
 事業、土建事業の推進も見られている。こ
 こでは四日市公害を回顧してその教訓を考
 えてみたい。

2. 第2次大戦後の技術革新、大量生産シ
 ステムの登場と環境問題

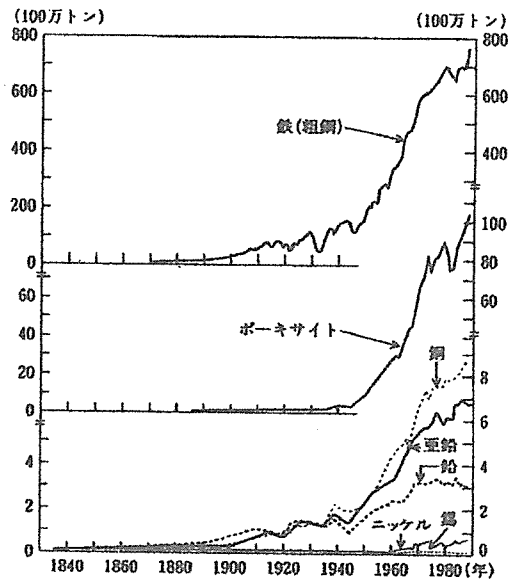
第2次大戦後に何故公害問題が大きな問
 題となったのか、又、その後強調されるよ
 うになった地球環境問題を考える場合、そ
 の背景として忘れてはならない問題に、第
 二次大戦後の技術革新の進展と、その結果
 としての、図1に見られるような、それま
 での10倍、100倍という大量生産システ
 ムの登場と言うことがある。

工業生産とSO₂の排出と言うことは既に
 古くからあったことであり、アセチレンか
 らの水銀触媒の下でのアセトアルデヒド、
 酢酸の製造も水俣病の発生以前より行われ
 ていたことでもある。それがこの時期に、
 四日市喘息や水俣病の発生と言うことに到
 ったのは、この第2次大戦後の工業生産規
 模の爆発的増大と言うことがその背景にあ

る。

図1. 工業生産の爆発的増大

(世界における金属素材の生産の
 推移)



工業生産規模の増大とそれによる排出汚
 染物の増大は、『生産と環境との乖離』を
 もたらし、汚染物質の確実な除去処理とい
 う、本質的な公害防止技術の導入への投資
 なしには、環境問題が顕在化せざるを得
 ない時代へと入って来るようになっていた
 のである。

3. 四日市公害の発生

昭和30年9月(1955年)、当時の鳩山
 内閣は、四日市市の旧第2海軍燃料廠跡地
 に、我が国最初の石油化学コンビナートの
 建設を決め、昭和33年頃にはその操業が
 本格化するようになった。ところが、その
 頃より四日市港を中心とした伊勢湾北部海
 域で漁獲される魚の大半が異臭魚(油臭魚)

となり、東京築地市場を始めとする各地の市場での購入拒否となり、三重県での社会的な大問題となった。当時は、熊本・水俣市における悲惨な『水俣奇病』が全国的に報道されるようになっていた頃でもあった。

4. 四日市喘息の発見とその疫学研究

昭和35年頃より、四日市・塩浜コンビナートを中心として、その近隣地区、特にコンビナートの南に位置する塩浜・磯津地区において、当時その地域に所在していた三重県立大学医学部附属塩浜病院に、それまで経験されたことのない多くの喘息患者が受診するようになり、その原因の解明が大きな問題となった。

このような、それまでは経験されることのなかった未知の問題の解明には、広範な疫学調査が不可欠であると考え、四日市市と協議の上、当時発足したばかりの国民健康保険制度による受診記録（レセプト）による疫学調査を開始し、喘息の多発が事実か、又、その地域疫学的な動向などの究明を開始した。

この喘息性疾患は、アレルギー皮内反応が殆ど陰性であるということを除いて、その臨床症状は、従来からの古典的な喘息性疾患とこれを区別できるような特別な差異は全くなく、その発生の増大の確認、原因の検討等には詳細な疫学的な調査研究が必要であると考え、当初よりその疫学的研究に的を絞った調査研究、特に住民の大量の罹患1次資料（レセプト）の得られる国保の患者受診統計を中心とした疫学研究を開始した。

この疫学調査によって、図2に示されるように、昭和36～37年頃より、コンビナート近接地区（汚染地区）での喘息罹患率の異常な上昇が見られ、さらに図3に見られるように、四日市市での高齢者（50歳以上）の喘息発生が、硫黄酸化物濃度と極め

て強い『量と効果の関係』Dose-Response Relationship があることが見出された。

図2. 汚染・対照地区での喘息受診率の変化

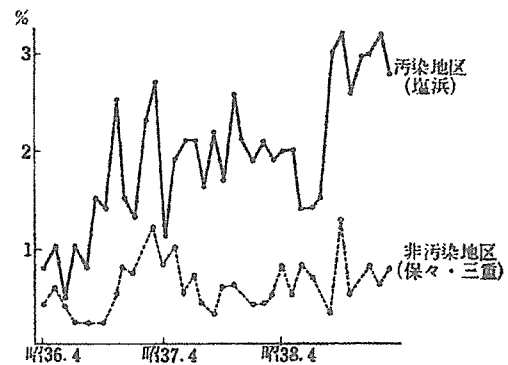
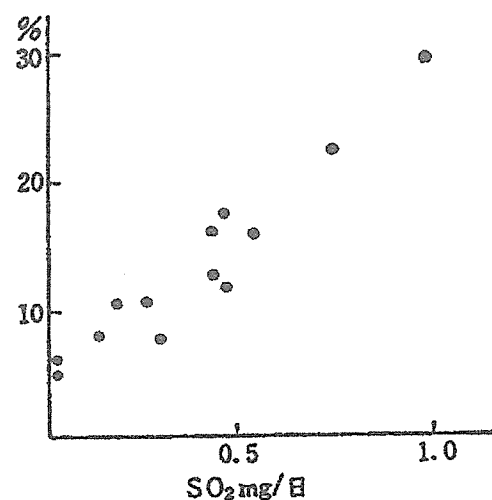


図3. 硫黄酸化物濃度と喘息罹患率



この気管支喘息の異常多発と大気汚染、硫黄酸化物汚染との強い疫学的関連性は全く新しい発見であり、当時のテレビ、新聞は連日この問題を取り上げるようになったが、昭和38年には日本で最初の空気清浄化病室が塩浜病院に設置され、活性炭による空気清浄化が患者の症状改善に強い有効性を示すことが見出され、この疾患の本質を裏付けた。

5. 患者救済制度の発足（公害認定制度）

当時の一般住民の主たる医療保険制度である国民健康保険の給付率は5割で、長期の入院は患者にとっては大きな負担となり、療養半ばで退院する患者が相次ぐなどの問題があり、この増大する喘息患者の医療救済をどのようにするかが大きな問題となった。

この場合、この喘息性疾患は、水俣病の場合のような特異性疾患ではなく、大気汚染などと無関係に、古くから普遍的に発生している非特異性疾患である喘息性疾患患者を、どのような根拠に基づいて認定、救済するのかという難問が存在していた。このため、患者救済に強い熱意を持っていた平田四日市市長と協議し、原爆症認定制度の考え方にならい、表1の3条件を満たした患者を救済する公害認定制度を創設した。この救済システムは当時の厚生省によって拒否され、四日市市単独の市単事業としてスタートした。

この制度は、昭和42年5月より実施され、患者の医療を促進する大きな力となったが、翌年、当時の厚生省橋本道夫課長の努力によって、試験研究制度としての国庫補助が導入され、昭和45年の特別措置法による全国の汚染工業都市への拡大に連なったものである。

表1. 公害認定制度（四日市市）

以下の3条件に該当する患者を認定、救済する

1. 指定疾患：大気汚染に関連して、その発生が増大している指定慢性閉塞性肺疾患に罹患している
2. 指定地域：指定疾患の発生がその自然発生率を超過している指定地域に居住している
3. 指定期間：指定地域に指定期間（3年）以上居住している

5. 四日市公害訴訟とそのインパクト

昭和42年9月、四日市でもっともSO₂汚染が高く、認定患者の発生が最高であった磯津地区の9名の患者が原告となり、公害問題の解決の促進と患者の救済を目的として、四日市コンビナートの6社を被告とする公害訴訟が、多くの住民団体の支援の下で津地裁四日市支部に提起された。これが後に四大公害訴訟の一つとなった四日市公害訴訟である。

この訴訟の、最大の問題点は、①大気汚染と喘息性疾患との因果関係の存否（民法709条）、②大気汚染における共同不法行為の認定（民法719条）の2つであった。

この問題は、この訴訟の勝敗を決める2つの要素であると共に、単なる損害賠償、患者救済の問題を越え、大気汚染発生の責任とその行政的規制に関する基本的問題点を明白にするものであるとして、全国的に大きな注目を集めた訴訟であり、その中核となる疫学的因果関係の立証に渾身の努力を傾けることとなった。

昭和47年7月、米本裁判長による四日市判決は、因果関係及び共同不法行為の何れについても原告側の主張を認め、それによって初めて大気汚染についての企業責任が確定された。又、判決は、企業の立地、操業についての事前の注意義務についても判示し、後の環境アセスメント制度の根拠となった。

表2. 四日市判決とその影響

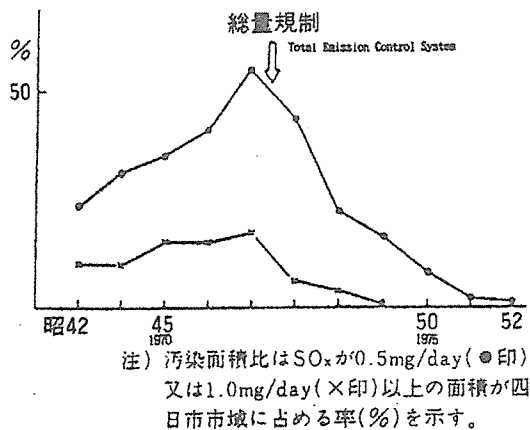
1. 大気汚染と慢性閉塞性肺疾患との疫学的因果関係の確定
2. 立地上の注意義務の存在
3. いおう酸化物環境基準の改定強化
4. 排出総量規制制度の導入
5. 公害健康被害補償法の制定
6. 他地域への大気汚染公害訴訟の拡大

6 総量規制の企画と実施

四日市喘息に対する疫学的研究によって、その起因物質として、大量に排出されているSO₂が問題となったが、当時の対策としては、煙突を高煙突化し、排煙中のSO₂を拡散希釈することなどが実施されるようになっていただけであった。

この高煙突化は、磯津など発生源の近隣地区の高濃度がある程度下げることには成功したが、コンビナートのような工場が集積している場合には、高煙突化によるその広い拡散域が重複することによって、図4に示すように、比較的遠距離の地域全体に濃度上昇をもたらすようになり、その根本的解決には、汚染物質そのものの排出減を実行すること（排出総量規制）の必要性が痛感されるようになっていた。

図4. 高煙突化と汚染面積の拡大及び総量規制の効果



この排出減を行うためには、大きく考えて、2つの問題点があった。その1つは、煙道SO₂の除去技術の開発と、それへの巨額の設備投資の実行という企業側の問題点であり、今1つは、多数の排出源が存在する地域において、数多くの企業の排出量を一定の地域の環境容量の中に、その負担能力に対応して公平に規制する総量規制シス

テムの策定をどのようにして行うかの行政側での問題点であった。

この後者の問題を解決するためのシステムが、三重県の硫黄酸化物汚染解析プロジェクト・チーム（総括者：吉田克己）によって開発され、後に広く全国的に使用されるようになった大気拡散シミュレーションによる総量規制システムの開発であり、この三重県条例による我が国最初の大気汚染の総量規制により、図5に示すように、SO_x排出量の急激な低下により、四日市公害を解決に導くと共に、大気汚染法の改定による全国的な総量規制の導入をもたらしたものである。

図5. 硫黄酸化物排出量の低下

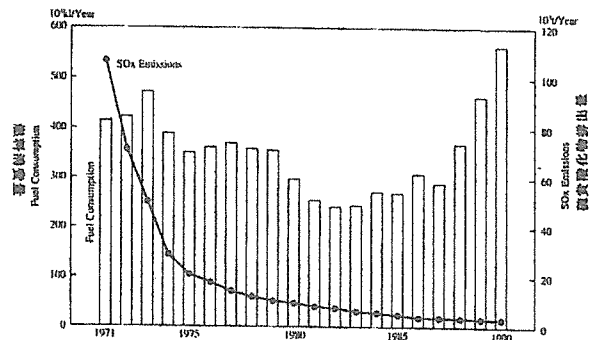
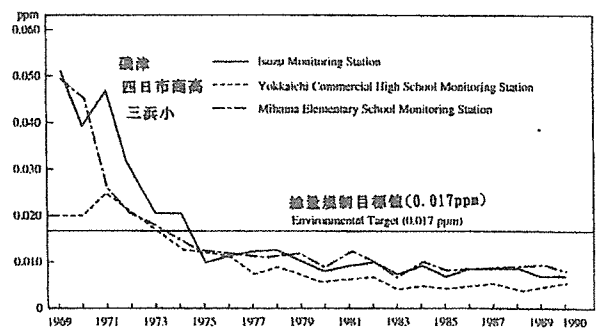


図6. SO₂濃度の低下



7. ディーゼル貨物車による道路公害問題

このように、SO_xを中心とした大気汚染問題は大きな前進をおさめたが、昭和40年

代頃よりの物流の鉄道からトラックへの転換は、ディーゼル貨物車による排ガス汚染を全国的に拡大させ、この改善が遅々として進まず、しかも軽油引取税がガソリン税に比して低額であることなどと相まって問題を深刻なものとしている。この問題の解決は、各地の幹線道路沿道の住民にとって大きな課題となっており、現在いくつかの公害訴訟として闘われている。

8. 公害問題に対する社会の意識転換

硫酸化物汚染による大気汚染について、従来の小手先的な対策の域を大きく離れた抜本的な環境対策が実行されるようになったのは、この時期に、水俣病、四日市喘息、イタイイタイ病などの深刻な公害の続発が、公害問題に対する日本の社会的意識を大きく転換させたと言うことがあり、この社会的な意識転換が、日本の固定排出源による公害問題を解決へ導いた最大の要素であるということが出来る。

9. 環境アセスメントの重要性

四日市公害訴訟判決は、排出企業の責任として、SO₂などの汚染質の排出、拡散、住民への到達などについての何らの事前の検討がなかったことは、重大な民法上の『注意義務違反』であることを明確に指摘したが、これは今日の考えからすれば、環境アセスメントの欠如をその責任の発生点として捉えたものであり、事前に工場の立地とそこからの汚染質の排出、到達についての検討が行われていれば、このような事態は避けうるものであったといえるわけで、今日の環境アセスメントの重要性を正面から指摘したものであるといえる。

三重県は、この判決を受けて、直ちに、『公害事前審査会条例』を制定実施したが、これは、当時はまだ環境アセスメントという言葉はなかったが、その後の環境アセス

メントの先取りともいえるもので、大きな教訓であったといえる。

10. 硫酸化物大気汚染の解決と社会的ダイナミクス

四日市公害訴訟判決は、大気汚染における排出者の責任を明らかにし、その賠償責任を認め、又、この問題を基本的に解決する三重県の総量規制条例の実施を可能ならしめた。このような、それまで見られなかったこのような大きな転換が起きるようになったのは、四日市判決を巡る時期に、我が国の社会に公害問題に対する国民の意識の大きな変革が起きるようになって来たことを示しており、それまでの曖昧な企業責任を明確にし、実質的な公害対策の実行が当然の義務であることが認識されるようになったということがある。

四大公害訴訟は、このような公害問題を巡る社会的ダイナミクスの変化の転回点となったといえる。

11. 環境問題と途上国援助

四日市公害の解決に当たったの諸経験を、途上国にその移転を計り、地球環境問題の解決にも貢献しようとの財団が四日市に設立され、途上国よりの行政官、工業技術者などの四日市などにおける教育訓練、途上国への技術チームの派遣による現地訓練などを実施する（財）国際環境技術移転研究センター ICETT が、四日市市桜町に設立され、活動するようになっている。

12. 公害の社会的コスト

四日市判決とそれによる三重県の総量規制の実施によって、企業は巨額な大気汚染対策投資を行ったが、本来、公害対策投資は、その便益の有無とは関係なく行われるべきものであるが、果たして公害対策投資が、大きな社会的経済的損失となる投資で

あるかどうかということが、途上国への技術移転事業の中で意識、論議されるようになり、幾つかの大気汚染対策投資の費用便益分析 (cost-benefit analysis) 研究が行われるようになり (環境庁、国際環境技術移転研究センター ICETT/四日市大学経済学部・環境情報学部、全国的には公健協会・佐和委員会など)、公害対策による健康被害の減少が、対策費用を上廻るものであることが指摘されるようになってきている。このような公害の社会的・医学的コストの研究、特に疾患による直接的間接的な損害の研究が環境問題についての重要な課題となってきたことを示している。

1 3 . 総量規制と課徴金システム

四日市におけるSO₂大気汚染、さらには日本のSO₂大気汚染問題を解決したのは、四日市で最初に実施された硫黄酸化物の総量規制システムと、これに対応した煙道排脱を始めとする諸技術の開発と実施で、これによって硫黄酸化物汚染は急速に低下し、解決に到ったのであるが、これを実施するに当たって、この排出総量の割り当てを法律 (大気汚染防止法) によって行うか、課徴金制を導入するかという議論があったが、当時は、課徴金システムはまだ行政上も、国民にも馴染んでおらず、又『金を払えばSO₂を出してもよいのか』という当時の社会的雰囲気もあって、課徴金システムの実施は見送られたという経緯があった。しかし実際には、公害健康被害補償法による拠出金制度 (医療費+補償費の給付財源) が、これに代わる実質的に非常に強力な課徴金制度の役割を果たし、SO_xの徹底的な削減に寄与した。

総量規制による排出総量の割り当ては、目前の汚染物質の排出の削減には強力な有効性を発揮しうるが、長期間の客観状況の変化の中では、総量規制による割り当て排

出量の既得権益化や、時代の変化による経済的条件の変動、例えば新技術の開発による、より低汚染化技術を持つものの新規参入などを妨害しかねない状況などが発生しやすく、これらを回避するためには、課徴金制や汚染証券制などによる、より流動的で柔軟な制度の採用が望ましいことは、例えば炭素税の議論などと同様であり、大気汚染対策の全面的な課徴金制への転換が望ましいといえるのではないだろうか。

文献

- 1) 吉田克己：四日市公害 — その教訓と21世紀への教訓,2002年2月,柏書房発行
- 2) ジュリスト臨時増刊：特集四日市公害訴訟,1972年9月,有斐閣発行
- 3) ICETT：四日市公害・環境改善の歩み,1994年12月,(財)環境技術移転研究センター発行
- 4) 吉田克己：四日市地域における大気汚染とその経緯三重大学環境科学研究紀要第9号(1984),p.93-111
- 5) 三重県環境汚染解析プロジェクトチーム：四日市地域における硫黄酸化物にかかる大気汚染解析報告書、昭和47年11月、三重県

医薬品副作用被害救済制度の問題点と改善の方向 —重症薬疹被害者の実態調査からの考察

片平湧彦、小澤温（東洋大学 社会学部 社会福祉学科）

1. 目的

医薬品副作用被害救済制度（以下「救済制度」）は、スモン訴訟の和解による解決（1979年）とあわせて、「医薬品の副作用による被害者の迅速な救済」を目的として1980年から発足した国の制度である。

片平は、スモン問題を研究課題とした関係で、救済制度の発案の時点から関心を持ち、その問題点とあり方について繰り返し指摘してきた〔1-8〕。

2002年に重症型薬疹（SJSとTEN）被害者の実態調査を学生とともに行ったところ、調査対象者69人のうち救済制度が適用されていた人は13人と、2割に満たない結果であった〔9、10〕。

本来、救済制度は、医薬品副作用被害者の「迅速な救済」を目的に作られたのに、なぜこのような実態が生じているのか、その理由を解明し、救済制度改善の方向につき考察した。

2. 方法

2002年8—9月に「スティーブンス・ジョンソン症候群患者の会」会員を対象に実施した郵送調査の結果をもとに考察を加えた。

3. 結果及び考察

1) 郵送調査結果：69人のうち、救済制度の適用を受けていると答えたのは13人（18.8%）、受けていないと答えたのは45人（65.2%）、申請中が7人（10.1%）、不明が4人であった。

受給の内訳は、医療費6人、医療手当

7人、障害年金6人、障害児養育年金11人。

申請から受給までの期間は、「1ヶ月から3ヶ月未満」1人、「半年から1年未満」8人、「1年から1年半未満」2人、「1年半以上」2人であった。

受給していない理由は、「救済制度を知らなかった」18人（45人中40%）、「未申請」12人（同27%）、「制度発足前の発症で対象にならなかった」4人（同9%）、「その他の理由で対象にならなかった」5人（同11%）、「その他」と無回答が共に3人であった。

救済制度への要望としては、「認定基準を緩和してほしい」25人、「広報活動をしてほしい」25人、「受給金額が少ない」16人、「申請してから受給するまでの期間が長い」15人、「棄却の場合その理由が知りたい」12人、「不服申し立て期間が短い」11人、その他7人であった。

2) 救済制度の問題点と改善の方向

(1) 制度の目的・基本的性格：発足当初から指摘され、筆者も指摘していた「恩恵的性格」が、以下のような問題点を生み出している。「被害者」には何の落ち度もなく、救済制度はまさにその当初の目的通り「迅速」にその機能を発揮せねばならない。「加害者」に過失があったか否かは「迅速な救済」の後に究明すればよいのであり、この見地からは、制度の基本的性格は、無過失責任による損害賠償的なものとすべきである。

(2) 救済給付水準が他の「社会的な被害」である交通事故や予防接種（インフルエンザを除く）被害に比べて低い。例え

ば、副作用で死亡した場合、遺族年金は「年2,415,600円で10年を限度とする」ので、限度一杯給付されても、2,415万6千円である。ところが、交通事故の場合、自賠責の限度額は3,000万円となっている。予防接種では、4,350万円である。また、後遺障害を残した場合、18歳以上で1級の場合は年2,762,400円なので、10年間受給しても2,762万4千円である。しかし、交通事故の場合は最高で4,000万円となっており、また、予防接種では、1級で年4,972,000円に、在宅の場合は介護加算が866,400円追加される[11]。

このように数字を比較してみると、副作用被害救済制度は、「恩恵的」救済制度の色彩が強いと言わざるを得ない。前記の見地に立って、救済給付水準を大幅に引き上げ、被害者が人間らしい生活ができるようにすべきである。

(3) 両眼の視力の和が0.08以下でないと障害年金の対象にならない」など、「被害者」でありながら、認定基準を不当に厳しくしている。このような厳しい認定基準を大幅に緩和すべきである。

(4) 金銭給付のみならず、研究・検診・治療・リハビリテーション・在宅/施設ケア、相談活動など、「保健福祉事業」も積極的に行うべきである。

(5) 健康被害を受けた被害者にとって、診断書等の書類を調べ、迅速に申請するには困難が伴い、また、そうした困難を乗り越えて申請に漕ぎつけても、調査結果に示されたような長い時間を要している例が見られる。この問題は、1994年の総務庁行政監察報告[12]のように、「請求者が必要な書類を円滑に提出できるような方策を検討すること」、また、「事案の標準処理

期間を定めること」等により、迅速化をはかる必要がある。

(6) 患者・国民への周知徹底：「基金」は「患者さんのための新しい救済制度」と医学雑誌にPRしていた。そうであれば、この制度の存在は、医療従事者のみならず、患者・国民に広く知らせるべきである。

(7) 救済制度は、1980年5月の制度発足以前の被害は除外しているが、前記(1)の立場からすれば、制度発足以前の被害者も当然対象にすべきである。

文献・注

- 1) 片平洌彦：社会保険旬報、1288：1-6、1979.
- 2) 片平洌彦：朝日新聞、1979年9月18日夕刊.
- 3) Katahira K et al: Drug-Induced Sufferings(Ed.Soda T),295-305,1980.
- 4) 片平洌彦『スモンと損害賠償』(スモン損害賠償研究会編)328-344、勁草書房、1986.
- 5) Katahira K et al: J. Soc. Adm. Pharm. 7:1-13, 1990.
- 6) 片平洌彦『構造薬害』173-188、農文協、1994.
- 7) 片平洌彦：『増補改訂版 ノーモア薬害』85-89、桐書房、1997.
- 8) 片平洌彦『MR 継続教育用テキストII 倫理』(西三郎監修)168-169、エルゼビア・サイエンス、2003.
- 9) 日本薬学会第123年会(長崎)、2003年3月.
- 10) 片平洌彦：月刊「健」32巻第2号41-44頁、2003年5月号
- 11) 週刊社会保障編集部編：社会保障便利事典、143-146、151-152、196-203、法研、2003.
- 12) 総務庁行政監察局編：くすりと行政、108-124、大蔵省印刷局、1994.

片平連絡先：

電話/FAX 03-3945-8236
メール kata@toyonet.toyo.ac.

薬害被害者の救済と医師・医療機関の役割

中 島 晃(市民共同法律事務所)

1 昨年(02年)3月25日、厚労省で、薬害ヤコブ病の全面解決をはかるため、原告団・弁護団と厚労大臣、被告企業らとの間で、確認書が調印された。原告に続いて、坂口厚労大臣が確認書に署名し、大津訴訟の谷さん、東京訴訟の池藤さんの両原告団長が確認書を高々と掲げると、原告席から大きな拍手がわきおこった。

脳外科手術の際に移植されたヒト乾燥硬膜が汚染されていたために引き起こされた薬害ヤコブ病。発病後、急速に痴呆が進み、無言無動となり、多くの患者が命を奪われた。責任と謝罪を求めて闘い続けた原告たちが、悲しみを乗り越えてようやく勝利の和解をかちとった。

坂口厚労大臣は、「医療に責任をもつ立場にありながら、命という償うことのできないものをなくした責任は重大であり、心からのお詫びを幾重に申し上げてもなお言い尽くせない心情が残る」と謝罪の言葉を述べた。たった一人で裁判を始めた滋賀県の谷さんは、流れる涙をぬぐおうともせず、「大臣の謝罪の言葉を聞いて感無量です。調印を明日への希望としたい」と発言した。

2 この確認書は、国と企業が責任を認めて、すべての被害者に悲惨な被害を生じさせたことを謝罪するとともに、こうした薬害を再び繰り返さないことを誓約している。また、国は被害者を支えるために設立される「サポート・ネットワーク」の活動への支援を約束し、被告企業にも被害者の支援などに資金を拠出させるなど、原告の要求を全面的に実現するものとなってい

る。

特に、厚労大臣が、①医薬品の安全性に関する情報収集の拡充強化と収集した情報の積極的な活用に努めること、②安全性に疑いが生じた場合には、直ちに必要な危険防止措置をとること、③薬害教育に取り組むこと、④生物由来製品などの安全性を確保するため規制を強化し、被害救済制度を創設すること、などを確認書に明記した点で、これまでよりも前進した内容となっている。

3 わが国では、過去に何度も薬害が繰り返され、その都度、行政の責任が断罪され、国と企業は薬害の再発防止を誓約してきた。にもかかわらず、悲惨な薬害が再び発生したことは、国民の生命と安全を軽視するという行政と企業の体質がいかに根深いかを示している。こうした体質が根本的にあらためられない限り、決して薬害はなくなるといっても過言ではない。

もちろん、薬害ヤコブ病はこれで全て解決したわけではない。未和解患者の救済や潜在患者の掘り起こしとその救済の実現をはじめ、「サポート・ネットワーク」の拡充強化等の課題が残されている。また、薬害ヤコブ病の教訓を生かして、薬害を根絶できるかどうかは、まさにこれからの課題である。

4 そこで、以下に、薬害ヤコブ病の経験をふまえて、いくつか今後の教訓となるべき事項を指摘する。

(1)機能しなかった厚生省「遅発性ウイルス

研究班」(医学者の研究のあり方が問われている)

厚生省は、1970年代から遅発性ウイルス研究班を組織し、クロイツフェルト・ヤコブ病の研究に取り組んできた。しかし、この研究班では、硬膜移植によるヤコブ病感染の問題は取り上げられなかった。このため、この研究班の調査研究が硬膜移植による薬害ヤコブ病の防止にはつながらなかった。

(2) 医師、病院の副作用報告の著しい遅れ(医師の副作用の見落とし)

アメリカでは、1986年12月に、硬膜移植によるヤコブ病感染の第1症例が出ると、その2ヶ月後にはMMWRに症例報告が載り、硬膜移植の危険性に警告が発せられている。しかし、日本では、1986年12月以前に、少なくとも4例が発症しているが、その時点では、硬膜移植による感染例としては報告されていない。

もし、日本での症例報告がすみやかになされていたのであれば、状況は変わっていたのではないか。その点で大きな立ち遅れがある。

(3) 「病原微生物検出情報」への掲載見送り

アメリカのCDCのMMWR要約レポートが国立予防衛生研究所の「病原微生物検出情報」に月1回載せられている。ところが、1987年2月の硬膜移植によるヤコブ病感染のMMWRレポートは、「病原微生物検出情報」への掲載が編集会議で見送られたという事実がある。これは、日本での被害拡大を招いた要因の1つになっている。

(4) 学会としてヒト乾燥硬膜の安全性を検討する体制がとられなかった

学会として組織的にヒト乾燥硬膜の安全性を検証するという体制が全くとらえられていなかった。これは、米国神経学会のヘルスケア問題委員会では1986年に硬膜を名指しで、ヤコブ病の伝播媒体の1つとなりうると指摘をしていることと対照的である。

(5) 副作用の第1症例報告の重要性について

の認識の欠如

もう1つ重大な問題として、副作用の第1症例報告の重要性についての認識が欠如していることである。

副作用は、第2症例や第3症例ももちろん意味があるが、決定的に重要なのは第1症例である。いちばん最初に気がついた人間が危ないと言わなければ、第2、第3、第4、第5と広がることになる。

したがって、第1症例で警告を出すことの重要性が強調されなければならない。

(6) 患者、家族への情報開示の欠如(むしろ、情報隠しの姿勢が見える)

医療機関は、患者家族にヤコブ病発症の事実と硬膜移植の事実をすみやかに伝えるべきである。特に、硬膜移植の有無をたずねられたのであれば、当然、情報開示をすべきである。しかし、多くの医療機関は、硬膜移植の事実を伝えようとはせず、むしろ、これを意識的に隠そうという姿勢をとった。こうした姿勢は、薬害問題に対する医療機関の認識の不十分さとあいまって、薬害の再発防止を妨げる要因の1つとなっている。

5 安全性確保、薬害防止に鈍感な体質を生む日本の特異な土壌—業界、官界、学会の癒着構造の根本的な改革を

薬害が何故起こるのかといえば、企業は勿論のこと、行政、医師、研究者、学会が薬品の安全性の確保と薬害防止に極めて鈍感であるという体質と、こうした体質を生むわが国の特異な土壌があるのではないか。

業界や官界、学会の癒着の構造を根本的にあらためられない限り、薬害というのは必然的に起こってくるといわなければならない。そうした癒着の構造の抜本的な改革をはかるために、日常不断の努力が求められていると考える。

現場に密着した労働衛生をめざして

千田 忠男(同志社大学)

1 はじめに

この13年間現代労働負担研究会とともに労働負担調査をすすめてきた。しかし時代的状况から見てなお微力であり、現場に密着した調査活動をいっそう旺盛にすすめることが必要である。そこでこれまでの経験を総括し調査の視点と方法をいっそう精錬したい。

2 研究会の端緒と経過

(1) 端緒と継続

三菱電機神戸健康クラブから強制立ち作業が導入されて足が痛くなった、どのようにしたらよいかという相談が1988年に持ちかけられた。そこで労働者と研究者の協力によって「全国立ち作業研究会」(神戸1990年)をはじめた。この過程で労働負担と働き方の問題について労働者の問題関心が先行している、労働実態のある側面は労働者に聞かなければわからないという見とおしで、研究会を基礎にした研究者と労働者の協力・協同関係を構想した。

その後「第2回立ち作業研究会」(東京1991年)で過密労働規制対策案を発表し、第3回研究会(名古屋1993年)、第4回(1994年大阪)、第5回(1996年横浜)、第6回(1997年浜松)、第7回(1999年京都)と3年に2回の割合で継続し、毎回「資料集」を作成して発表内容の向上に努めてきた。

この間に名称を「現代労働負担研究会」に変更し、トヨタ自動車の労働者の参加、三菱電機神戸の強制立ち作業廃止、日立の強制立

ち作業廃止、山武の偽装派遣廃止などを経験し、負担研究と協力協同の方向について確信を得た。首都圏、静岡圏、兵庫圏のそれぞれに地域規模の研究会が例会を継続している。東海圏でも準備中である。

以上から、働者状態を労働負担の視点から明らかにする点で研究会は少しばかり貢献してきたと思っている。とくに現代の職場を調査してきたことはなにも代えがたい経験である。しかし13年も継続してなお時代的要望に応じきれていないという思いも強い。

(2) 研究会に対する関心と期待

当時も今も働者状態を労働苦・労働負担の側面から調査することが少なく、とくにトヨタシステムを焦点にした実態研究が少なかった。他方大企業内の労働者は職場実態を把握する視点と方法を捜し求めていた。また、職場要求を実際に職場で実現するという経験も少なかった。この点で研究会の活動に関心と期待が集まった。労働団体の熱意と努力が支えてきた。

(3) 労働者と研究者の関係

研究会は(1)労働者状態・労働問題を労働負担から明らかにしようと心がける研究者と、(2)労働運動団体の企画・調査・政策立案の担当者、という二種類の会員からなっている。お互いが協力・協同関係を意識的に追求し、研究成果をもとに討論する。つぎのことに留意してきた。

1) それぞれの立場や目的、視点や方法が違

うことに十分に留意して率直に意見を交換する。

2) わかりやすい調査方法と明瞭で具体的な結論に心がける。

3) 事実以外の権威を認めないというルールを守る。

4) 調査の成果をできるだけ広く共有できるように、研究集会などで積極的に発表し、異分野の研究成果をできるだけ吸収するように努める。

5) 経験的には、なによりも熱意と努力、そして信頼と共感が大切である。ヒューマニズムを根底に置くことは当然であり、究極は『人間らしい労働生活をもとめる』という願望である。

3 現代の労働負担

職場の働き方と労働負担は現代の労働者状態を考えるキーポイントである。そこで(1)労働負担とはなにか、(2)調査をどのようにすすめるか、(3)調査からなにが見えてくるのか、(4)見えてきたものをどうするか、等について考案することが重要になる。

(1) 労働負担とは？

狭義には、労働にあたって労働者が遂行しなければならない特別の努力の総称である。広義には(一般的なイメージとしては)、労働者が労働生活で担っているところの特別の努力を要する困難さの総称である。

(2) 本来的労働負担と現代的労働負担

労働における「努力」は、一面では「つらい」努力であるが、他面では「よろこび」や「達成」につながる努力でもある。労働者は日々の仕事を通じてこの両面を実感している。

ここでもし、生産と労働のシステムを変革し、同時に(たとえば)『少人化』をすすめるならばどうなるか？

まず、生産と労働のシステムが変革されて生産性が向上するとすれば、課題処理遂行の仕方が変わる。その結果、同種同量の生産物を生産するのに必要な労働時間を短縮できる。労働負担は変化する。労働における「つらさ」の側面が縮小し「よろこび」の側面が拡大する。このように変化する労働負担を本来的労働負担とすることができる。

他方で同時に『少人化』が強制されれば「つらさ」の側面が増し「よろこび」の側面は減退する。この意味で「つらい」努力が増大する。このように変化する労働負担を現代的労働負担とすることができる。現代的労働負担に対しては特別の軽減対策が必要になる。

実際の労働遂行過程ではこれらが複雑な彩(あや)をなして変化する。また、現代的労働負担は有効な対策によって実際に軽減しなければならない。労働負担の複雑な変化を解明し負担軽減策を明らかにするためには、十分に準備した調査が必要である。

(3) 労働負担調査とは

労働負担調査の究極の目標は、生産と労働のシステムと、個々人の労働者の能力、および労働負担との諸関連を明らかにして、「つらい」努力が増大する現実を明らかにし、本来的労働負担における「よろこび」が増大する可能性を生かす方向で、現実的で有効な負担軽減策を提案することである。調査結果の詳細は、下記文献を参照してほしい。

4 参考文献

- 1) 現代労働負担研究会、第6回、第7回、第8回、第9回研究交流集会資料集。
- 2) 千田忠男『現代の労働負担』文理閣2003年。

「社会的健康被害」の開講時期と到達目標の検討

波川 京子（広島県立保健福祉大学）

【目的】 昨年の報告において、社会的健康被害者に対する看護職の役割は、診断が確定してからを想定し、確定前の患者の不安や、非認定患者支援への言及、発生と再発予防の認識が弱かった。

そこで、昨年と同様の方法で、受講後の看護職の役割と受講感想から、社会的健康被害者発生に関する講義の開講時期と到達目標を検討する。

【方法】 地域看護学関連の講義を最初に受講する2年前期の地域看護学概論（30時間中8時間）で、教材用に作成した年表を用いて、社会的健康被害の講義を実施した。

講義のねらいを①社会の中から作り出される健康被害の発生を知る、②国の健康被害の発生に対する対応、③健康問題の解決方法と再発予防、においた。

昨年と同様に講義終了後に受講生64名に対し、年表で取り上げた①被爆者、②水俣病、③四日市喘息、④森永ヒ素ミルク中毒、⑤カネミ油症、⑥サリドマイド児、⑦薬害エイズ、⑧クロイツフェルトヤコブ病、⑨ハンセン病の9疾患から関心のあるものを1つ選び、原因－患者の特性－治療方法－国の解決策－看護職の役割－受講感想を記述させた。

【結果】 疾患別選択数は、①被爆者1名、②水俣病7名、③四日市喘息4名、④森永ヒ素ミルク中毒6名、⑤カネミ油症2名、⑥サリドマイド児8名、⑦薬害エイズ14名、⑧クロイツフェルトヤコブ病4名、⑨ハンセン病20名であった。

記述された看護職の役割を6つに分類（記述数）した。①差別・偏見をなくすために看護職も含めて正しい知識を持ち普及

する（18）、②患者・家族の不安や悩みを受け止め、精神的サポートをする（17）、③患者の人権尊重とプライバシー保護（8）、④通常の看護を行い、2次感染を予防する（7）、⑤医療と生活を保障する総合的ケアの提供（9）、⑥過去の被害から学ぶ（5）であった。

受講感想（記述数）は、①疾病名は知っていても社会的健康被害者を考えたことはなかった（12）、②国や企業の対応に疑問を持った（18）、③差別と偏見の恐さがわかった（6）、④今までと違う方向から看護職の役割を考えた（10）、⑤自分自身が差別感や偏見を持っていたことに気づいた（5）、⑥正しい知識を持たなければならない（7）、⑦どうすれば発生予防ができるか考えた（7）であった。受講後の自己課題として、コンビニでの薬の販売や、イレッサの副作用への関心も記述されていた。

【考察】 開講が2年前期であり、看護専門科目の開講は少ない。臨床実習は1週間、基礎看護実習を体験しているが、看護職の役割を具体的に考えるには、困難な時期にあると考えられる。しかし、日常報道でハンセン病や薬害エイズ、クロイツフェルトヤコブ病、C型肝炎などを耳にしているも、看護の対象としてとらえてはいなかった。時系列の社会の動きをとらえ、健康問題を包括的に講義する意義はある。

【結語】 講義のねらいは達成できたと言える。学生は社会的健康被害者の存在を知ることから始まり、発生機序を社会の動向からとらえ、患者に接する看護の場を想定して、役割を考えることになる。内容と開講時期、到達目標をさらに検討していく。

訪問看護ステーション看護師の仕事と健康についての意識

河野益美、垣内浩子（藍野学院短期大学専攻科）

1. 目的

訪問看護ステーション制度が発足して10年が経過した。平成14年11月現在、全国のステーション開設数は5300か所、訪問看護従事者は約3万人、利用者は22万人を超えている。訪問看護ステーションは、介護保険制度の創設や在宅医療の推進とあいまって、今日重要な役割を担う存在として位置づけられている。そこで、本調査では訪問看護ステーションで働く看護師（以下、看護師とする）の仕事と健康に関する意識を把握するための調査を実施した。

2. 調査方法・内容

府内の155か所の訪問看護ステーションに自記式質問紙を郵送し、看護師854名に回答を求めた。

調査表は上田らが開発した「働く女性の健康と生活に関する調査表」を一部修正して用いた。

調査機関は2003年3月中旬から4月10である。調査終了後の有効回答数99ステーション、478票（回答率は56%）であった。

3. 調査結果

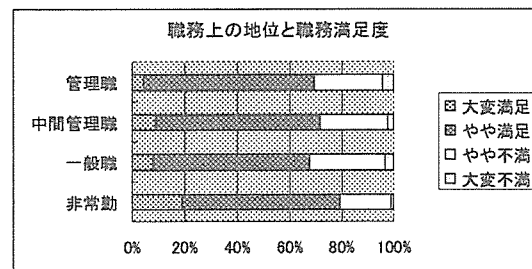
1) 集団の特徴

回答者の年齢は40.2（25～66）歳。その中心は30代・40代（43.5%・32.0%）であった。現在の職場での経験年数は5年以上が最も多く32.6%、ついで1年～3年未満31.8%、3年～5年未満が24.9%であった。回答者の職務上の地位は、管理者68名（14.2%）、中間管理職46名（9.6%）、一般職206名（43.1%）、非常勤150名（31.4%）であった。

2) 集計結果

①職務満足度

総合的評価では、「大変満足している」、「やや満足している」と答えた者が330名（69.1%）であった。職務上の地位と職務満足度の関係を以下の図に示す。



要素別職務満足度については「業務の内容」「昇任・昇格」については過半数の看護師が満足していると回答していた。一方、福利厚生・余暇活動については不満足と回答した看護師が半数を超えていた（表1）。

表1 要素別職務満足度 N (%)

	満足	不満足
1. 業務の内容	300 (62.7)	153 (32.0)
2. 昇任・昇格	258 (53.9)	143 (29.9)
3. 職場の安全対策	228 (47.7)	220 (46.0)
4. 賃金	226 (47.3)	233 (48.7)
5. 母性保護	236 (49.4)	163 (34.1)
6. 福利・厚生・余暇活動	190 (39.7)	247 (51.7)

②生活満足度

「大変満足している」「やや満足している」と回答した者が310名（64.8%）であった。

③主観的健康観

健康状態の総合評価では、回答者の8割近くが「健康である」と意識していた。しかし、自覚症状では、表2に示すように多くの看護師が各項目に「よくある」と回答していた。

表2 自覚症状（ストレス症状） N (%)

1. 首筋や肩の凝り	242 (50.6)	77 (16.1)
2. 背中や腰の痛み	164 (34.3)	104 (21.8)
3. 手足の冷え	149 (31.2)	172 (36.0)
4. 目が疲れる	142 (29.7)	97 (20.3)
5. 力を使い果たす	109 (22.8)	125 (26.2)
6. 頭が重い	98 (20.5)	147 (30.8)
7. イライラしている	91 (19.0)	117 (24.5)
8. 便秘や下痢をする	91 (19.0)	204 (42.7)
9. 胃腸の調子がよくない	65 (13.6)	192 (40.2)
10. 自分がいやになる	63 (13.2)	152 (31.8)
11. ちくらみ	56 (11.7)	208 (43.5)
12. 根気がない	48 (10.0)	129 (27.0)
13. よく眠れない	46 (9.6)	267 (55.9)
14. やる気が起こらない	42 (8.8)	160 (33.5)
15. 手、腋の発汗	40 (8.4)	291 (60.9)
16. みじめな気持ち	39 (8.2)	198 (41.4)
17. 動悸、胸が苦しい	17 (3.6)	329 (68.8)
18. 最近体重が減った	14 (2.9)	378 (79.1)
19. 食欲がない	6 (1.3)	303 (63.4)
20. 生活が楽しい	141 (29.5)	41 (8.6)
21. 心が満たされている	88 (18.4)	79 (16.5)
22. 意欲に燃える	33 (6.9)	140 (29.3)

④健康習慣の項目別実施度

実施率の高かった項目は「毎日朝食を食べている」「喫煙をしない」などであった。しかし、定期的なスポーツ、労働時間などは実施率が低かった（表3）。

表3 健康習慣の項目別実施度

	N (%)
1. 毎日朝食を食べている	386 (80.8)
2. 喫煙しない	343 (71.8)
3. 飲酒しない	309 (64.6)
4. 疲れたら休養する	269 (56.3)
5. 栄養バランスを考えた食事	229 (47.9)
6. 7～8時間の睡眠	187 (39.1)
7. 労働時間9時間以内	98 (20.5)
8. 定期的なスポーツ	64 (13.4)

⑤仕事の特性

仕事の特性においては、「自由度」が高いことが示された。

表4 仕事の特性

	N (%)
自 熟練が必要とされる	308 (64.4)
自 創意、工夫が求められる	247 (51.7)

由	同じことを繰り返す	146 (30.5)
度	内容方法が自分で決めることができる	115 (24.1)
	仕事を自分で決められる	110 (23.0)
	新しいことが求められる	105 (22.0)
要	仕事の完成が急がされる	103 (21.5)
求	困難で骨の折れる仕事を要求される	77 (16.1)
度	仕事をこなす時間的余裕がない	77 (16.1)
	能力以上の仕事を要求される	64 (13.4)
	他人と競争を要求される	18 (3.8)
支	同僚らと世間話をする時間がある	120 (25.1)
援	同僚らの手伝いを受ける機会がある	93 (19.5)
度	急な用件で、職場を離れることができる	36 (7.5)
	仕事以外で同僚らと楽しむ機会がある	27 (5.6)
	自宅を同僚らが訪ねてくる	9 (1.9)

⑥職場の人間関係

表5 職場の人間関係

	うまく行っている
職場全体の人間関係	432 (90.3)
自分と上司/同僚/部下	429 (89.7)

まとめ

今回の調査で以下のことが分かった。

①今回調査した集団は、全般的に「職場の人間関係」は比較的良好であり「主観的健康観」は高かった。しかし20%強に「職務満足度の低下」「主観的健康観の低下」がみられた。また、運動、労働時間に関する「健康習慣」の実施率が低値であった。

②仕事の特性では、「自由度」が高く、「支援度」「要求度」は低かった。

③多くの回答者に自覚症状がみられることにより、ストレスや危険にさらされる可能性を潜在的にもっていることが示唆された。

ストレスは作業者を取りまく作業（業務内容）と生活に関わる因子や社会構造に規定される。今後はさらに解析を加え、訪問看護ステーション看護師のクオリティ・オブ・ワーキングに及ぼす業務の影響、ストレスの様態とその対応策を検討していきたい。

八重山諸島における住民のゴミ問題対応について

森 恵美子、阿部 眞雄（東海大学体育学部）

【はじめに】地域で発生する一般廃棄物の収集・運搬・処理では、市町村行政とともに地域住民の協力が欠かせません。沖縄県の一般廃棄物は、一人あたり一日 1,049 グラム（平成 11 年）で年々微増傾向にあります。全国平均 1,118 グラムよりやや少ない。最終処分率は全国が 20%に対し沖縄県では 32%と多い。再生利用率は全国が 13%に対し、沖縄県では 6.5%と低い。沖縄県は、最終処分場の残余ひっ迫や不正処理対策として、平成 17 年度までに、排出量減量、最終処分率低下、再生利用率増加を目指した廃棄物処理計画を策定・実行しています。

【結果】

行政の取り組みは、この地域全体の平均的な状況に対する施策ですが、人口の少ない島嶼より成り立っている八重山諸島においては、島ごとにばらつきが大きく、一様な対策では、解決に至らないケースが多いのではないかと推測します。今回は、住民から見た生活廃棄物について聞き取りにより調査を行いました。住民の意識では、一般廃棄物と産業廃棄物、し尿の区別が明確ではないため、ここで表記する「ゴミ」とは、し尿を除く生活周辺で発生する廃棄物としています。

表：八重山諸島におけるゴミ処理の現状

島記号	聴取対象者	処理施設	ゴミ穴	リサイクル	収集車	住民対応	ゴミ処理主体	人口 (平成7年)	観光客 (平成12年)	観光客 /人口
TK	公民館館長 地元観光業	なし	直接	ピンカン	1回/月 不燃物	あり	公民館活動	262	295,566	1128.1
AG	祭事担当者 公民館関係者	なし	直接	なし	なし	なし	祭事によって	5	1,721	344.2
IR	エコツーリズム 協会 観光業者	なし	可燃物 のみ 直接	ピンカン	1回/月 不燃物	あり	町役場 「シマ」	1,888	315,839	167.3
KH	住民 島外観光業	なし	直接	ピンカン	1回/月 不燃物	なし	観光業者 中心	486	56,128	115.5
IS	役場担当者 4地区住民	あり 19000t	処理 後	ピンカン	あり	あり	石垣市	45,000	590,039	13.1

IR 島では、公的な最終処分場である「ちり捨て場」がありますが、残余量はきわめて少なく、平成 15 年には満杯となると予測されています。八重山地区の TT 町では公式データとして年間 2000 トンの一般廃棄物が排出されているとしていますが、観光客の排出したもの、飲食店、土産物店、宿泊施設からのものも、それぞれの集落ごとに処理をしているのが現状です。そして、「シマ」と呼ばれる公民館を中心とした地縁組織が共有地にちり捨て場を設置し管理しているところもあります。TK 島では、公民館組織が、住民に公民館活動運営費用として、所属構成員から会費を徴収し、一部をごみ処理費用に充てています。徴収額は、廃棄物排出量と収入、「シマ」への貢献度で調整しています。KH 島は、人口の半数を超える人数が観光業三社の雇用者で、彼らの廃棄物は、所属企業の事業場廃棄物として扱われ、住民への負担は多くありません。IS 島は、島内に十分な能力の廃棄物焼却施設があり、収集車による巡回回収も行われています。しかし、最終処分場の残余は少なく、漏水防止や漏水処理施設もなく、住民や観光客からは、廃棄物管理が十分でないことは、直接かいま見ることはできません。AG 島は、現在でも住民は 10 人程度ですが、島出身者を中心とした祭事には数百人から数千人が集まり、発生する廃棄物の量は莫大になりますが、中心となる 28 家が、それぞれ処理し、多くの廃棄物は観光客も含め住居地へ持ち帰っていますが、公共の場で発生した廃棄物は青年会が処理し島内にある「ちり捨て場」へ廃棄します。「ちり捨て場」は過去に何回も埋められ、古い「ちり捨て場」の場所は、把握されていません。

【まとめ】これら八重山諸島の一部の島における廃棄物処理の共通点は、観光客の数と人口の比で、住民の廃棄物に対する負担度が異なり、日帰り客が多い TK 島では、住民の負担度は（費用と便益という点から）最も多いと思われます。多くの島で人口の高齢化が進み、静脈系ライフラインである廃棄物処理を住民が支えられなくなり、環境への負荷が増加することが推測されます。KH 島は、既に「ワイキキ化」され、観光客からは地元住民の生活は見えませんが、「シマ」内の共同体は十分機能しています。その機能の中心は、公民館活動と祭事で、これは、多くの「シマ」に共通する点です。ツーリストとレジデントの間には、大規模リゾート化によって、接点が減少し、互いの理解が少なくなることは、今後、利害が明確になるにつれ、レジデントの生活不安を増加させる可能性は否定できません。特にゴミ問題は、責任の所在が明確ではなく、解決が困難な時点で発見されるためです。現在の「シマ」の廃棄物は、「シマ」の組織が担っていますが、ツーリストの増加とそのための基盤開発は、レジデントの持っているゆとり資産を消費する形で、ゴミ問題を浮き彫りにしています。レジデントの一部は、「シマ」の資産を過大に評価していますが、従来的人口と生活では環境負荷は少なく、リスクとして感じることはなかったため、ツーリストにゆとり資産を開放することに、抵抗がなかったと推測されます。従い、目の前のゴミ問題を生活の中との関連で住民に示すことで、未来への投資に対する自己決定の精度が向上すると考えます。

空中花粉調査にみる地球の温暖化

寺西 秀豊 (富山医科薬科大学公衆衛生学)

〔目的〕

地球規模の温暖化が世界各地で問題になっているが、その生物や健康に対する影響については十分解明されていない。今回は、富山医科薬科大学におけるスギ花粉飛散指標の年次変動を観察することによって、スギ花粉飛散開始日が、気候温暖化に関係しているか否かについて検討した。

〔方法〕

1983年から2003年まで21年間のスギ花粉症飛散指標の経年変化を観測した。資料はダラム型標準花粉検索器を使用して得られた毎年のデータを用いた。気象データは富山気象台の観測記録を使用した。

〔結果と考察〕

富山医科薬科大学におけるスギ花粉飛散開始日の年次変動を図1に示した。飛散開始日はその年の1月1日からの日数を用いて示した。1983年には73日、1984年には80日だったものが、2002年

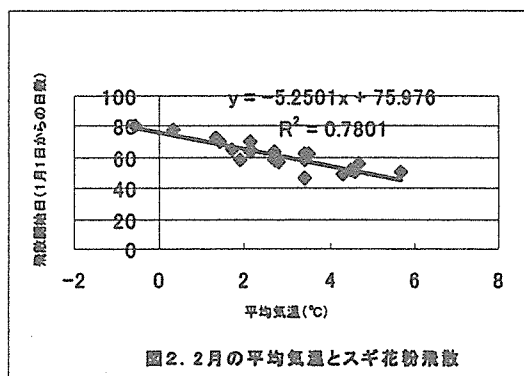
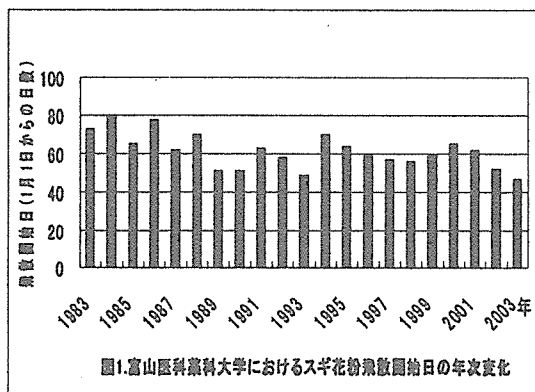
には52日、2003年には47日と、21日～33日早まっていることがわかる。

富山市における1月、2月および3月の月平均気温の21年間の年次変動を観察すると、1月には $-0.4\sim 2.8^{\circ}\text{C}$ 、2月には $2.1\sim 5.1^{\circ}\text{C}$ 、3月には $0.4\sim 6.2^{\circ}\text{C}$ 、の温度上昇が認められ、2月の温度上昇が最も顕著であることがわかった。

1月、2月、3月の平均気温とスギ花粉飛散開始日との相関を検討すると、1月には相関係数： $r=0.48$ 、2月には $r=0.88$ 、3月には $r=0.70$ と、それぞれ5%水準以上で有意の相関が得られた。図2に2月の平均気温とスギ花粉飛散日の関連性を示した。平均気温は 6°C 程度変化し、それに伴い飛散開始日が約30日変動していることがわかった。

〔結論〕

富山県において、スギ花粉飛散日の早期化が観察されたが、その背景に地球規模の気候の温暖化が存在し、特に2月の平均気温の上昇が大きな影響を及ぼしている可能性が示唆された。



薬害 HIV 感染被害者遺族の研究（その 1）今なお続く被害

山崎喜比古(東京大学大学院健康社会学),小澤温(東洋大学),赤松昭(大阪市立大学大学院),
関由起子(群馬大学),若林チヒロ(埼玉県立大学),
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)

【目的】 薬害 HIV 感染被害は、1980 年代、輸入非加熱濃縮血液製剤により約 1500 名の血友病患者が HIV に感染し、これまでに約 530 名の方が亡くなり 530 組の遺族が生み出されている。しかし、わが国で薬害 HIV 感染被害訴訟が起きてから 10 年以上、和解が成立し国の責任において救済事業を行うことが約束されてから 5 年以上も経つというのに、遺族の被害実態についてはほとんど明らかにされてこなかった。我々は、遺族等の当事者ととも、遺族の被害実態について 2 年がかりの調査分析を行い、遺族に今なお続く被害を定性的かつ定量的に明らかにし得たので、その結果を報告する。

【対象と方法】 面接調査および無記名自記式質問紙での配票調査をそれぞれ 2001 年 5 月～2002 年 4 月、2002 年 10 月末～12 月に実施した。面接調査では 34 家族 45 名から協力を得、配票調査では 392 家族に質問紙を配布し、214 家族 (294 名) から有効回答を得た (有効回収率 54.6%)。

【結果と考察】 面接調査・配票調査を通じて以下の諸点が明らかになった。

- (1) 遺族は死別を通じて喪失の深い悲しみとともに、怒りや悔しさ、自責・後悔の念、差別不安・孤立感を強く経験していたが、それらは喪失の悲しみを除き死別後平均 7～10 年経過した現在もほとんど癒やされていないことが明らかになった (表 1)。
- (2) 遺族の 7 割以上が現在でも病名を隠したり人づきあいを避けるなど、差別不安による何らかの生活行動の自主規制を行っており、いまだに不安と警戒の日々にあることがうかがわれた (表 2)。
- (3) 現在、遺族の 55.2%が IES-R のカット

オフ値を上回っており、PTSD が疑われた。また、遺族の 45.0%が GHQ12 項目版のカットオフ値を上回っており、精神的な問題を有している可能性が考えられた。

(4) ほとんどの遺族が故人のために「墓参りや供養」や「亡くなった人を偲び、生きた証を残す」ことに務め、多くの遺族が「家族を支える」ことや「前向きに生きる」ことに努めていた。また、ストレス対処能力を表す SOC (Sense of Coherence) スコアも全体としてはむしろ高い傾向にあった。しかし、そのような遺族にもその半数前後に PTSD の疑いや精神健康面の問題があることが明らかになった。

(5) 遺族が望んでいる救済策は「遺族年金の給付」が 72.0%と最も多く、次いで「維持育英奨学金」と「相談事業の充実」が各々 26.9%であった。世間や社会や行政への要望では、各 7、8 割の遺族から、「薬害 HIV 感染被害者への支援」以外に、「薬害の再発防止」や「真相や責任の究明」が挙げられ、「偏見・差別の軽減・除去」も多かった。

【結論】 2 年にわたる調査・分析の結果、わが国の薬害 HIV 感染被害者遺族は、未曾有の過酷な経験と被害を余儀なくされ、それが今なお続いていることが明らかになった。本研究の結果、第 1 に、遺族への相談・支援事業の抜本的拡充が急務であること、第 2 に、HIV 感染症・血友病への偏見差別が被害者の「生きづらさ」を生む最大の源になっており、その除去と適切な知識と理解の普及が遺族への支援という点でも極めて重要であること、第 3 に、薬害の発生・拡大要因の解明と再発防止への周囲の人々や社会の取り組みは、遺族にとって大切な家

族の死をむだにしない、死に意味をもたせ 味をもち、同じく遺族への支援という面か
 る、死者の「遺志」に応えるという重要な意 からも極めて重要であることが示唆された。

表 1 遺族の気持ちを表す主な項目の最近1年間における出現頻度 (N=270)

	最近1年間		
	よくある(%)	ときどきある(%)	ない(%)
喪失の悲しみ (全10項目中3項目)			
・生きていく支えや目標を失ったという感じは	24.9	36.5	38.6
・愛する人を失った悲しみで何も手につかない	10.1	54.7	35.2
・生きているのがつらいという気持ちは	13.2	37.6	49.2
悔しさ・怒り (全6項目中5項目)			
・厚生省の役人や専門委員、製薬企業への怒りや憎しみは	73.0	23.8	3.1
・殺されたようなものだという悔(くや)しい思いは	61.2	30.6	8.1
・どうして死ななければならなかったのかという釈然(しやくぜん)としない思いは	54.4	40.8	4.8
・十分な HIV 医療を提供しなかった医療者への怒りは	51.0	31.2	17.8
・汚染された血液製剤を投与した主治医への怒りや憎しみは	41.7	34.4	23.9
自責・後悔 (全5項目中4項目)			
・血友病患者として生を授けて申し訳なかったという気持ちは	74.4	15.9	9.7
・生きているうちにもっとあれこれしてあげればよかったという後悔の気持ちは	67.8	24.0	8.1
・非加熱濃縮血液製剤や HIV 感染の危険にもっと注意を払ってあげていればよかったという後悔の気持ちは	60.4	29.2	10.4
・十分な HIV 医療を受けさせてあげることができなくて申し訳なかったという気持ちは	54.4	29.4	16.3
差別不安・孤立感 (全5項目中2項目)			
・亡くなった方が HIV 感染症であったことを周囲に知られないようにしなければならぬ気苦労やつらさは	60.0	23.1	16.9
・自分や自分たちの心の痛みや重荷を支えてくれる人がほとんどいなくてつらい	31.3	31.3	37.3

表 2 遺族がとった差別不安に由来する生活行動の自主規制 (N=294)

行動の内容	感染後から	亡くなって	
	亡くなるまで	以降今まで	
病名を隠す	①死因の病名を変えようとした	175 (66.5%)	127 (50.6%)
	②病名を隠すようないいわけを考えた	206 (76.6%)	163 (62.9%)
	③病気の話をしないようにした	218 (81.0%)	169 (67.1%)
	上記①②③のいずれか一つでも該当	215 (85.3%)	176 (73.6%)
人との付き合い	④居づらくなって転居した	20 (7.7%)	16 (6.2%)
いを避ける	⑤地元の人や知人に会わない病院を受診	69 (27.1%)	15 (6.1%)
	⑥職場・学校・近所では密接なつき合いを避ける	79 (30.5%)	28 (11.2%)
	⑦親戚との付き合いを避けた	39 (15.6%)	26 (10.4%)
	上記④⑤⑥⑦のいずれか一つでも該当	95 (39.6%)	41 (17.3%)

注 1) %表示は無回答数を除いた数の中で占める割合 注 2) 複数回答

「薬害」を根絶するために 薬害被害者の活動

矢倉 七美子 (全国薬害被害者団体連絡協議会)

連絡協議会結成と活動の経過

多発する薬害の根絶にむけて連絡協議会を発足させて5年目を迎える。サリドマイドスモン、MMR、HIV、筋短縮症、CJD、陣痛促進剤による被害者の構成である。

連絡協議会の目的は、薬害の根絶と被害者の早期救済である。

主な活動は、8月24日厚生省が、サリドマイド、スモン、エイズを引き起こした反省にたつて建立した「誓いの碑」の前で毎年この日を**薬害根絶デー**として、厚生省に被害者の要望書を手渡し、当日交渉を実施。同日文部科学省交渉も実施している。2001年は、薬害ヤコブを中心に、2002年は、MMRの被害者、幼くして亡くなった被害児の遺影を前に、厚生大臣への手紙を政務次官に手渡すことができた。薬害ヤコブは、解決し、MMRは、阪大技研が今年損害賠償に応じた。国は、責任論で控訴している。私達の支援は微々たるものだが、共に共感し、同じ目的で闘ってきた。

薬害問題の解決のポイントの1つに教育の問題がある。私達は、高校、中学の社会、保健体育の教科書を昭和30年代にさかのぼって調査した。32年まで記述があった高校現代史から、サリドマイド、スモンの名前が消え、現在では、高校現代史の消費者問題の中に、年表、及び、資料の隅に記載している程度である事実をつかみ、文部科学省に対して、何故薬害の記述が消えたのか、薬害多発の社会的事象について、教育の重要性を指摘し学習指導要領の改訂や、教科書に薬害の記述を要求してきた。しかし、当省の薬害に対する認識の低さに驚きながらも毎年交渉しているがなかなか

実現にほど遠い。ヤコブの和解調書の中に厚生労働大臣の「薬害多発を防止するために医学薬学あらゆる医療従事者の教育の充実に努める。」とある。これをてこに要求を盛り上げ、文部科学大臣との交渉を要求している。国民の誰もが、被害者にもなり、加害者にもなりうる現実があることを訴えている。

一昨年、全国の国立、公立、私立の医薬系大学に、薬害教育実施の有無、薬害に関する図書の設定状況等について**アンケート**を実施。327校のうち141校の回答を得た。約6割以上が薬害の背景などを学ぶ本来の「薬学教育」を実施していないことがわかり、医師国家試験に薬害の問題を出題させること。高等教育に「薬害」を指導すること。被害者を大学に講師として派遣することなどを要求してきた。昨年、3校に被害者を派遣することができ被害実態や、医療現場での問題点を指摘した。また、毎年、市民に薬害を知っていただくために実施している「**薬害根絶フォーラム**」で被害者の被害実態報告や、薬害根絶のための討論を行うなかで、元東京医科歯科大学、現東洋大学教授の片平先生が、講演の中で学生に薬害の知識についてアンケートを取った結果あまりにも低い認識のレベルにいか教育が重要であるかを説かれている。また「薬害根絶フォーラム」実施後の感想文に、参加した学生さんや、若い薬剤師のかたが、学校で教えてもらえなかった。こんなに恐ろしい薬害が多発していることに驚きと、決意を持たなければと記述している。

さて、昨年、薬害の多発を厚生省自らが起こしかねない問題が提起された。

「独立行政法人医薬品医療機器総合機構法案」反対行動

スモンの闘いの中で、勝ち取った薬事二法案の1つに企業が拠出金を出して被害責任を取るため、厚生省の委託事業として「医薬品副作用被害救済機構」が出来て、救済業務を行ってきたが、稀少難病の患者の救済のため新薬の研究の必要性があると、研究振興調査機構がひっついて新薬の開発をはじめた。「医薬品副作用被害救済・研究振興調査機構」と改名した。

今度の独立法人は、これまで、国が行ってきた薬の審査や、安全性も救済業務も研究開発も1ヶ所に集めて業務を行うもので、厚生省は、「これまでの医薬品機構救済業務の仕事とは何ら変わらない、副作用被害救済の文字が消えるがこれをつけると長くなるので」と、まるで子供だましの説明をした。しかもこの説明は、製薬企業より40日以上遅れ、しかも内容も異なっていた。私達は、この法案を学習する中で、多くの薬学の専門家の意見もいただき協議を重ねて、これがいかに無謀で危険な法案であることを確認した。衆議院では、審議が不十分であり問題の本質も掴めないまま、一部野党議員の質問趣意書が提出されたが、他の45本の法案と一括審議一括採決となった。そして参議院に送られた。この間、私達にも認識の温度差があったが、それを乗り越え、ここから闘いが大きく盛り上がった。

法案反対の要望書、特別議員に陳情、厚生省前でビラまき、リレートーク、野党議員のヒアリング、ロビー活動、院内集会、記者会見、専門家、および外郭団体の反対署名、厚生省交渉等、野党議員の支援も大きくなった。参議院厚生労働委員会の審議傍聴、参考人意見陳述と。この間の闘いをマスコミも大きく取り上げ毎日のように宣伝してくれた。10月から12月にかけての

この行動は、いつも行動を共にして暖かい励ましやアドバイスをしてくださった専門家と薬害オンブズパーソン会議の先生方、J I pの先生への信頼が、私達が運動に自信を持って取り組めた要因と思う。銀座でビラ、トークをしているとき、抗ガン剤イレッサによって娘さんを亡くされた方との出会いがこの問題に大きな進展をもたらしてくれた。

民主党、共産党の議員が厚生労働委員会でこの法案とイレッサの問題点をとりあげて追求。厚生労働大臣は、「自分の頭で整理し、薬害被害者に年内にお会いする」と発言した。そして研究開発業務を近い将来この法人から、切り離し、被害者の代表を含めた幅広い専門家に入っていただくとの整理した文書の説明が12月26日になされた。これによって、今年から、厚生労働省医薬管理審査課との協議が月1回の割合で始まっている。毎回、要望、意見の交換をおこなって、突き合わせをしている段階であるが、まとまる前に大臣と交渉になるみ込み約束されている。どこまで食い込めるかが正念場である。この行動に九州から北海道まで被害者が結集できたことは、今後の大きな薬害根絶の財産だと信じる。胎内で悲惨な被害をもたらしたサリドマイド剤や多くの死亡者をだしているイレッサが抗ガン剤として患者がわらにもすがりたい救いのクスリとして、医師の直接購入という扱いで処方されていることに、恐怖すら覚える。命の尊厳は、誰が責任を取るのか。行政の管理、責任は野放しになっていないか。C型肝炎の増加が鮮明になってくる。当協議会の仲間にも被害者がおられる。医薬品が薬剤師無しにどこでも入手できるという販売の拡大が改革案になっているがこれこそ薬害の垂れ流しにつながるのではないか。私達は、即、厚生大臣と石原改革担当大臣に面会を求め要望書を送った。

社会に於けるバリア解消とは

高柳泰世（本郷眼科・名古屋大学）

宮尾克（名古屋大学）

最近直面した二つの問題について一緒に考えていただきたい。

はじめに

社会に於けるバリア解消を進めていく場合には、諸方面からの情報提供により、進めていく必要があることを述べたい。

I 色覚異常者のバリア解消とは

最近、色覚バリアフリーが声高に提唱されているが、私は1998年に「色覚異常に配慮した色使いの手引き：色のバリアフリーマニュアル」をばすてる書房から出版した。この仕事は、社会防衛、危険防止の視点から、石原表を誤読するものが障害者扱いをされていたことを是正する運動の中で、本当に日常生活の中で色の混乱を起こしている人にはどのような配慮が必要かとの視点で書いたものである。所が、今マスコミで報道されているのはその配慮を必要とする者が「自分は第1色盲で、このように見にくく障害者であるので、社会の色表示を見やすくしてほしい」と呼びかけ、マスコミの言葉として「色覚障害」と称し、約300万人を対象とすると述べている。300万人は石原式色覚異常検査表を誤読する人の数であって、色覚障害者の数ではない。この報道は日常生活を問題なく生活している人の人権に係わる事である。石原表誤読を能力評価の基準にせず、現場の能力評価をして、不便さは主張し、マスコミの過ちを是正していくのが呼びかけた人の責務であると考えている。

II 段差無しは視覚障害者にとってバリアである

目的：十年ほど前から、「バリアフリー」が提唱され、バリアフリーといえは、「段差な

し」の感さえある。バリアフリーの施設として、段差がスロープに変わり、フラットになってみると、視覚障害者にとってはかえって危険になったということである。

車椅子使用者には段差がバリアになることは簡単に創造できる。しかし、視覚障害者にとっては段差がないことがバリアになっていることが判ったのでバリアフリーに関する調査研究を行った。

方法：フラットな床にアルミ板で長さ1500mm、幅10mmで高さを1、2、3、5mmのバーを作り、かどを角、丸、斜めの3通りして、計12本の仕切り板を作り、木の床に貼り付けて、白杖と車椅子でそれぞれ通り抜けて貰い感触を聞いた。

対象：視覚障害者9名、車椅子使用者7名で、場所はTDL本郷（視覚障害者の日常生活訓練所）とAJU（あいち自立の家）で行った。

評価の方法：凹凸は判る、判りにくい、判らないの3段階、杖の引っかかり具合は5段階、上がり易さ、振動を感じるはそれぞれ3段階とした。

結果：現在の点字ブロックは高さ5mmのため、憶測では1mmでは不可能と思っていたがバーの確認は出来ることが判った。視覚障害者全員がこの「仕切り」は有効であると答え、車椅子使用者も問題ないと答えていた。考察：視覚障害者が歩道から車道に出るとき不安はこれで解消されると考えられる。

公共の施設、トイレの入り口、エスカレーターの入り口などにも敷設されることが望ましい。

謝辞：試験室の提供 TDL 本郷, AJU, 調査研究に関わった名城大学理工学部建築システム工学科藤田、今泉、江崎先生に感謝します。

「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。

今回は、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、(1)大学1,2年目の文科系学生における調査、(2)「健康科学」講義前後のイメージの変化などを中心に報告する。主な目的は、若者（非医療系学生）の現状把握と、健康教育による改善可能性の検討である。

2. 方法

平成15年6月に、北海道札幌市北区にある国立総合大学において、「健康科学」の講義を受講した1年目2年目学生を対象として、自記式質問紙調査を行った。当日の出席者164人中、153人（男性84人、女性69人）から有効な回答が得られた。

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。調査用紙には学生番号を記入してもらい、1回目の講義の前後における各病名の自己責任イメージポイントの変化を、対応のあるt検定を用いて解析した。

「健康科学」は複数の教官が担当し、調査施行以前に講義は別の教官により7回行われている。今回、小橋は2週連続で担当した。1回目の講義では、(1)危険要因の概念について、(2)ほとんどすべての病気は多因子疾患であるということ、(3)遺伝的な体質が関与すること、(4)生活習慣の中に自分で変えられるものと変えられないものがあるということ、(5)ホームレス者にも糖尿病などの生活習慣病があるということなどについて、敢えて自己責任という言葉や具体的な数字を用いずに示した。

2回目の講義は1週間後に行い、病気の自己責任イメージ調査結果を、(1)医学生、(2)地域住民、(3)今回1回目の講義時のそれぞれについて示しながら、(1)病気の発症は自己責任によるものだけではないことを強調し、(2)自分だけではなく周囲（社会）の健康を守るために何が必要なのかを各自が考え、議論し、そして共同する必要性を訴えた。

3. 結果

回答者153人の平均年齢は 18.6 ± 0.2 歳（mean \pm SE）であった。講義前に、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（81.3ポイント）、生活習慣病（79.5ポイント）、成人病（73.1ポイント）、高コレステロール血症（64.5ポイント）、糖尿病（64.5ポイント）などであり、一方、自己責任のイメージが低かったのは、先天異常症（9.8ポイント）であった。

講義後には、アルコール依存症、生活習慣病、成人病、高コレステロール血症、糖尿病、高血圧、肺がん、AIDS、心筋梗塞、うつ病、脳卒中、老年期痴呆において、有意に自己責任ポイントが低下し、30-40ポイントとなった。

4. 考察

講義前においては、病名の自己責任ポイントの高低は、一昨年～昨年に本学会において報告した結果（(1)医学生、(2)地域住民）とほぼ同じ傾向であった。調査施行以前に「健康科学」と題した講義は7回行われているが、生活習慣病に関連した内容は、ほとんどが「自分の健康を守るために生活習慣どのように改善するか」というものであった。調査日の講義時に学生に改めて確認したところ、ほとんどすべての病気についての知識・実感が乏しく、また、危険要因についても「タバコをすわなければ肺がんにな

らないですむ」と真顔で答えるものがほとんどという状況であった。

今回の結果から、教育により、多少なりとも学生の認識が変化することがわかった。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、病気や健康の背景に遺伝要因や社会的要因が存在することをどの程度認識しているかに関わる可能性がある。

今後は、今回得られた上記の仮説を検証しながら、若年者を含む多くの人たちに、社会医学的視点の重要性を訴えていきたいと考えている。

また、当日の発表においては、2回目の講義の後2週間経過した時点での調査結果、医療従事者を対象とした予備調査結果なども時間の許す限り紹介したいと考えている。

	講義前	講義後
	mean ± SE	mean ± SE
アルコール依存症	81.3 ± 3.7	61.2 ± 4.9 ***
生活習慣病	79.5 ± 2.9	36.0 ± 3.0 ***
成人病	73.1 ± 2.9	30.9 ± 1.9 ***
糖尿病	64.5 ± 3.4	41.3 ± 2.8 ***
高コレステロール血症	64.5 ± 3.2	45.5 ± 3.8 ***
高血圧	62.5 ± 2.4	40.0 ± 3.1 ***
肺がん	60.4 ± 5.7	42.0 ± 5.2 **
AIDS(エイズ)	49.5 ± 4.7	30.8 ± 3.7 ***
心筋梗塞	48.3 ± 4.2	35.5 ± 4.4 *
大腸がん	46.3 ± 4.2	39.3 ± 4.4
胃がん	44.9 ± 4.7	38.6 ± 3.6
うつ病	42.8 ± 3.9	32.0 ± 4.0 *
脳卒中	41.6 ± 4.3	29.5 ± 2.7 **
老年期痴呆	30.8 ± 3.7	22.1 ± 3.2 *
更年期障害	26.5 ± 3.5	24.8 ± 3.6
先天異常症	9.8 ± 4.4	7.3 ± 2.5

* p < 0.05、** p < 0.01、*** p < 0.001 講義前 vs. 講義後

(対応のある t 検定による)

低周波音症候群 — 公害病の視点から

汐見 文隆 (和歌山県保険医協会)

〔低周波音とは〕

20 Hz以上を可聴域とし、それ以下を超低周波音と称する。しかし、低い周波数の音による被害は20 Hz以上の周波数にも発生するため、超低周波音を含めてこれを低周波音領域(100 Hz以下)にまで拡大して、1~100 Hz(あるいは80 Hz)を低周波音と呼ぶこととなったが、極めてアバウトな定義である。

〔低周波音症候群とは〕

① 住民の生活の場が、連続的に長時間・長期間低周波音にさらされることによって発生する慢性~超慢性の人体被害である。

暴露から発病まで数週間・数ヶ月・数年を要することが普通である。

② 症状は自律神経失調症類似の多様な不定愁訴である。医学的に客観的所見を伴わない。つまり、機能的疾患であって器質的疾患ではない。

③ 推定される音源が停止するか、被害現場を立ち去れば、これらの症状は直ちに、あるいは間もなく消失する。内因性疾患ではなく、外因性疾患であることを示す。

④ 被害は時間経過と共に激しくなり(鋭敏化)、低周波音に対する感覚も上昇していく(低周波音過敏症)。

⑤ 被害現場(被害者の生活の場)では、10~40 Hzの間に60 dB前後の卓越周波数(ピーク)が認められる。55 dB以上を一応の目安とするが、長期の被害者では50 dB前後でも被害が訴えられる。

⑥ 低周波音の測定値を得て確定診断とするが、行政や測定業者、測定の専門家をもってしても正確な測定値が提供されないことが多く、多くの被害者が確定診断されずに放置されているのが現状である。

〔騒音被害とは異なる〕

低周波音被害も普通騒音被害も同じ空気振動であって周波数が異なるだけであるから、被害は類似したものであろうと考えがちであるが、両者は全く異なる。

① 騒音被害は「やかましい」で表現される主として生活妨害であるが、低周波音被害は不定愁訴という身体被害である。被害者の多くは音が聞こえるというが、「やかましい」ではなく、音が聞こえることが被害の主体ではない。

② 騒音は聴力障害者を除けば誰にも分かりやすい。しかし、低周波音症候群は個人差が著しく、同じ生活の場でも平気な人と耐え難い苦しみを訴える人とあり、被害者は「感覚異常者」に扱われたりする。

③ 騒音は慣れるが、低周波音は一旦被害を覚えるとどんどん鋭敏になっていく。

④ 低周波音は距離減衰が少なく、遠くまで届く。また、隔壁をよく貫通する。

⑤ 低周波音被害は騒音によってマスクングされる。被害者は普通、テレビその他の音によって苦しさを免れている。

⑥ 騒音は防音壁・耳栓・二重サッシなどにより対策は容易であるが、低周波音はこれらの対策は無効、ないし逆効果である。

〔頭蓋骨遮音壁説〕

では、同じ空気振動でありながら、騒音被害と低周波音被害とは何故こんなに相違しているのか。両者を同じルート、同じ方法での感知と理解するわけにはいかない。

丈夫な頭蓋骨は遮音壁と考えられる。音は外耳道というトンネルを通じて聴覚器・聴覚野に到達する。しかし、40 Hz以下の低周波音は、この遮音壁を貫通して脳に到達できると考えたい。

[感覚閾値]

低周波音で被害が出るというなら、それは何Hz、何dBで感じる、あるいは聞こえるのかというのが、理工学系の学者・研究者の次なる関心であった。そこで実験室において、周波数ごとに音圧を上下してその感知可能な限界を求める実験が繰返し行われた。これが感覚閾値であり、研究者により多少の差はあるものの、それは現実の被害と懸け離れたものであった。

その最大の理由は、低周波音症候群は慢性の被害であり、このような実験的な急性の感知力とはほとんど無関係であることは医師には常識であるが、理工学系の人にはなかなか理解できないらしい。感覚閾値以下では感じず聞こえないのであるから、被害は有り得ないといまだに主張している研究者もいるほどである。それどころか最近の公害等調整委員会の裁定では、この感覚閾値を採用して、弱いものではあったが実在する被害を否定した。法文系にもこの感覚閾値は理解しやすいものであるらしい。

行政においても、騒音公害の判定は測定の容易さと共に、法的な基準の存在が大きな便宜を供してきた。その線で低周波音公害についても基準を願望する声が強く、この感覚閾値が基準として被害切り捨ての武器となっている例が後を絶たない。理由の理解できない被害者も、救済の遅れを基準が存在しないためと考える人すらいる。

基準というならば、先に記述した[低周波音症候群とは]が診断基準であろう。

ところが、2000年10月の環境庁大気保全局「低周波音の測定方法に関するマニュアル」を契機に、G特性という超低周波音の周波数補正特性がISO-7196という国際性に名を借りて、第2の偽基準として登場し、100dB以下切り捨てという更なる不合理すら一部の自治体に導入される結果になっている。

[公害病の視点から]

低周波音による被害の存在は、1967年の公害対策基本法の公布に数年遅れて認識されるようになり、典型7公害に次ぐものとして対応が注目された。

環境庁は1976年度以降調査研究を進め、1984年そのまとめを発表した。

「一般環境中に存在するレベルの低周波音空気振動では人体に及ぼす影響を証明するデータは得られなかった」

明らかなでたらめであることは、その後の経過が物語っている。

では、1976年以降何があったのか。1978年第二次石油ショック、そして、「二酸化窒素に係る環境基準」の規制緩和と、政官財の姿勢は公害規制からその規制緩和へと明らかな転換があり、低周波音も規制から否定・無視へと転換した。

しかし、あるものはないとは言えない。それが2000年のマニュアルであるが、それは一步前進二歩後退の感を免れない。

工学機械の進歩は文明の進歩であるが、それは騒音源の増加に他ならない。その騒音を低下させる有力な手段は、周波数を低くすることである。すると今度は低周波音被害が増加する。低周波音被害は文明の進歩と、それによる企業利益とに敵対する。これを無視したいという欲望が政官財にうごめくのも当然であり、それに協力する御用学者・研究者の存在も当然であろう。

彼等には有利な状況が存在する。

① 低周波音は聞こえない、あるいは聞こえにくい音で、存在が分かりにくい。

② 低周波音症候群は不定愁訴であって、被害の客観的な証明がない。

③ 個人差が著しく、被害を訴えるのは一部の少数者である。

④ 測定が困難で、証明が難しい。

低周波音症候群の追求はこうした社会的陰謀に対する戦いでもある。

大阪市西淀川区における高齢の公害病患者の実態 —聞き取り調査の事例より—

矢羽田薫（(財)公害地域再生センター）、牧洋子（大阪体育大学健康福祉学部）

1. はじめに

わが国では、大気汚染に起因する公害健康被害者の迅速かつ公正な保護を図ることを目的として、「公害健康被害の補償等に関する法律に基づく法律（以下、補償法）」が、昭和 49（1974）年 9 月 1 日より施行された。しかし、昭和 62（1987）年 9 月には補償法の改正法が成立し、翌 63 年 3 月からは 41 の第一種指定地域が全面解除され、新たな患者の認定は行われなくなった。制度創設から 29 年を経て、患者の高齢化が進んでいる。平成 14 年 3 月末現在、60 歳以上の公害病認定患者は約 23,000 人であり、全体の約 4 割以上を占めている。

これに伴い、患者の加齢に伴う病態の変化、公害病の特殊性に配慮した福祉ニーズ、生活上生じている新たな困難など、補償法において捕捉すべき課題の把握および効果的な施策の検討が求められている。

2. 目的

旧第一種指定地域の 1 つである、大阪市西淀川区の公害病認定患者や家族などで構成される「西淀川公害患者と家族の会（以下、患者会）」の会員（以下、会員）を対象として、聞き取りによる調査を実施した。

調査では、現在の生活の実態と要望を総合的に把握し、今後の公害保健福祉事業および施策を検討する上で、具体的な課題について明らかにすることを目的とした。

3. 対象と方法

(1) 対象者

本調査においては、患者会役員会での討議をふまえて、①すでに寝たきりや痴呆状

態などにあり質の高い介護および生活支援を必要とする者、②65 歳以上である者、③自治体や患者会などが主催する健康回復事業への参加が困難である者、④本人及び家族からの聞き取りが可能な者、以上に該当し、緊急に聞き取りを必要としている 18 名を対象とした。

(2) 調査方法

調査方法は、調査員が対象者（患者及び家族）に、直接個別ヒアリング（聞き取り）をおこなった。平均 1 時間 30 分の調査時間で、基本属性、医療、介護、家族、施設、人生、政策要望の 7 項目からの聞き取りを行った。調査時期は、2001 年 9 月から 2002 年 5 月に実施した。調査場所は、自宅および老人保健施設、病院などであった。必要に応じて、患者会役員、家族や施設職員などに、調査への協力（同席）を依頼した。

4. 結果

(1) 基本属性

対象者は、男性 5 名、女性 13 名、平均年齢は 82.7 歳（男性 82.6 歳、女性 82.8 歳）であった。家族構成は 2 人暮らしが 7 名と多く（夫婦が多い）、次いで独居が 6 名であった。在宅生活者が 12 名、病院に入院中の者が 4 名、特別養護老人ホームおよび老人保健施設に入所中の者がそれぞれ 1 名ずつであった。

(2) 公害医療の受診と公害病の症状

公害病の等級別では、1 級が 1 名、2 級が 5 名、3 級が 12 名であった。認定疾病別では、慢性気管支炎が 8 名、気管支喘息が 6 名、両方の病気で認定をうけている者が 4 名であった。

公害病による息切れや呼吸困難感の憎悪によって、買い物や家事など、日常生活における通常の移動をとまなう労作に耐え難い状態になることもある。中には、診療所や病院への通院が困難となり、往診を受けざるを得なくなった重症の患者も見られた。最も重症の患者は、在宅酸素療法（HOT）を受けていた。

（３）高齢者特有の疾患および身体障害

身体障害者福祉手帳については、9名が所持していた。内訳は以下のとおりである。1級が6名（肢体不自由と心臓機能障害が1名、肢体不自由が2名、呼吸機能障害が2名、視覚障害が1名）、2級が1名（肢体不自由と視覚障害）、3級が2名（呼吸機能障害が1名、1名は障害名不明）。

公害病以外で罹患している病気については、慢性間接リウマチ、パーキンソン病、脳卒中後遺症、うつ状態や痴呆状態、骨折による歩行不能など個別のかつ多種多様であり、ほとんどの者が、治療（入院、往診、通院）を必要とする状態であった。

（４）療養生活における家族の支援と介護状況

自宅で生活している12名には、病院の入退院や施設の入退所を繰り返している患者もみられた。公害病と加齢による病気の発症、進行のため、在宅での看護・介護の多くを家族に頼っていた。また、子どもや親戚など、患者の家族もその大半が65歳以上で、老老介護であった。

独居の患者からは「施設入所を希望」する声があったものの、継続的な入所ができず入退所の繰り返しになること、老人保健施設（以下、老健施設）などでは医療対応ができないため入所が困難なこと、老健施設に入所すると療養手当など公害の補償給付が支給されなくなること、待機者が多くいつ入所できるかわからないので、今後の生活設計がたてられないこと、等の

問題点が浮きぼりとなった。

介護保険制度については、デイサービスや訪問看護の利用が数例あったが、患者の大半の介護を家族が担っているため、利用が少なかった。最も重要な問題点は、呼吸器疾患特有の障害等が、介護保険制度における要介護認定に反映されるものとはなっていないため、実際の患者の状態像との乖離がみられたことである。

5. 考察

公害病は、その特殊性もさることながら、症状や増悪の程度が体調に左右される要素が大きく、体調のよい時と悪い時の差が激しい。特に呼吸困難を伴う発作は、夜中や明け方に頻発するため、普段患者に接している家族など以外には、本質的な被害や精神的苦痛が理解しにくいという実態がある。

本調査の対象者のみならず、全国における公害病認定患者は、認定をうけて30数年を経た現在においても、横になって寝ることができないほどの咳や痰、息切れに苦しみながら、さらに加齢による重症化、他病の併発、今後の生活への精神的不安等の問題を抱えている。

6. おわりに

以下の点を今後の課題として提起したい。

（１）公害病の特殊性に配慮した、介護支援が享受できるよう、補償法の拡充と経済的な支援を行うこと

（２）現行の社会福祉制度など社会資源の活用を進め、専門職や地域関係機関との連携を図る体制を整備すること

（３）全国の公害病認定患者の生活実態を把握するための調査や、呼吸器疾患に伴った罹患率の高い合併症等の疫学調査などを実施し、公害医療の充実を図り、予防的検査・治療などが実施できるようにすること

薬害続発が危惧される新薬承認の迅速化

寺岡 章雄 (新薬学研究者技術者集団 / 柏花診療所)

薬害は多くの要素が原因として絡み合って起こるが、現時点において最も危惧されるのは、医療用医薬品の審査・承認迅速化がもたらす薬害続発である。

その最近の典型的な例としては、肺がん治療薬イレッサ(一般名:ゲフィチニブ)による間質性肺炎などの重篤な肺障害がある。

この承認迅速化がもたらす問題点についてまとめ、考察・提言する。

1 承認の迅速化を推し進める厚生労働省

日本はこれまでとりわけ薬害が多発しており、有効性・安全性に問題のある「医薬品」が多く、医薬品の情報伝達や使われ方にも問題が多い。承認の迅速化は将来の課題とはなりえても、現在はひとつひとつ着実に有効性・安全性を確認して承認することが大切な筈であるのに、厚生労働省は「新薬承認の迅速化」を強調し、近く米国にならったファーストトラック制度も発足させる。最近の承認審査を独立行政法人で行うとの決定も、審査費用の企業依存をもたらし、以下の米国の教訓にみるように、薬害に繋がることが危惧される。

2 米国での承認迅速化とその教訓

日本が手本にしている米国であるが、かつては米国FDA(食品医薬品局)は医薬品審査の厳しさと知られ、FDAにより承認されていること自体が、その医薬品の評価ともなっていた。しかし、それらがおかしくなってきた大きな原因が審査費用の製薬企業依存と、その見返りとして企業に約束された「審査の迅速化」である。

1992年に処方薬ユーザーフィー法が施行され、以降承認審査費用の企業依存度が高まり、2002年には経費の半分を製薬会社が負担するまでになってきている(1,2)。審査のスピードアップは迅速な市販を可能に

するが、その課程で安全性については妥協される。糖尿病薬トログリタゾンのように、市販後わずかの期間で重篤な副作用のために販売中止となる薬剤が続出した。

1996年には、がんの新薬についてFDAと製薬企業は、承認促進と患者アクセスの拡大のため次の内容の協定をしている(3)。最近イレッサが米国でも承認されたが、すでに真のエンドポイントである生存期間で評価した第3相比較臨床試験の成績が出ていながら、FDAが第2相までの成績で承認したと述べているが、これを読むとその事情が推測できる。

- 腫瘍縮小がしばしば治療効果の早い段階での指標であることを認めることにより、承認期間を短縮する。
- 米国で承認される前であっても、外国で承認された有望ながん治療薬を患者が使用できるよう、製薬会社と協力して動く。
- すべてのFDAがん治療薬諮問委員会の会議が、その審査薬の対象疾患に個人として経験を有する特別委員を含むことを確実にすることにより、審査を促進する。
- 他の適応で承認され市場に出ている製品を、医師ががん治療に用いることを容易にする。

FDAは、患者の薬剤へのアクセスを促進するとして、ファーストトラック指定、優先審査、加速された承認、オーファンドラッグ・ステイタスのプログラムを確立している(4)。これらを組み合わせることで、慢性骨髄性白血病治療薬グリベックが申請からわずか73日間で承認されている。

ファーストトラック指定は、会社とFDAの相互関係に関するもので、接触を密にす

ることで開発と審査の促進をはかる。一括申請でなくとも部分的な申請を積み重ねて行うことが可能となる。また通常は優先審査の対象ともなる。加速された承認は、とりわけ研究デザインに関するもので、代替エンドポイントに基づく承認に道を開いている。

FDA 審査費用の製薬企業依存と新薬承認迅速化がもたらす問題について、米国 HHS(保健福祉省)監査官の報告書が 2003 年 3 月に出された(5)。監査官報告のポイントは、FDA の CDER(審査センター)新薬審査官 401 人の調査結果である。58%が優先審査期間の 6 か月は不適切と答えた。25%は標準承認申請薬の審査期間とされている 10 か月についても同様に不適切と感じている。優先審査の対象となる薬はこれまでにないタイプで、審査の難しい薬なのに逆に審査期間は短縮されるのである。18%の審査官は、安全性・有効性・品質について保留したいにも拘わらず、販売できるよう早く承認せよと促すプレッシャーを感じている。監査報告書は「総じて、これらの所見は重要な警告シグナルをあらわしている」と結論している。

3 イレッサ

イレッサは日本で優先審査のもとで申請から 5 か月という非常に短期間の審査で、世界に先駆けて承認された。「分子標的薬」という安全性が高そうなイメージで期待が先行し、アストラゼネカ社は臨床試験以外にも多くの薬剤をがん患者に供給していた。7 月中旬に薬価未収載のまま販売開始、8 月末に薬価収載、内服剤という手軽さもあり 10 月 13 日までに約 7000 人が服用、死亡 13 人を含む 26 人の間質肺炎などの肺障害が報告され、10 月 15 日緊急安全性情報が出された。その後も重篤な副作用が増加し、2003 年 1 月末までに死亡者は 183 人(肺障害死亡 173 人)に達した。承認審査における多くの問題点が指摘されている(6)。

4 考察と提言

新薬承認の迅速化が強調される大義名分は新薬の患者への速やかな供給であり、その牽引車となっているのががんなど生命にかかわる疾患で治療法の選択が限られている場合である。これについては、

1 「新薬の承認」と「患者への迅速な薬の提供」を 1 つのものとして新薬承認の迅速化をはかるのではなく、切り離して考える必要がある。

2 「新薬の承認」は、最低限必要な有効性と安全性の確認をきちんとしてから行う。

3 他に治療方法がない分野では、一定の開発段階に達した未承認薬について、米国などの制度を参考に日本でも、国が関与した人道的見地からの供給制度(compassionate use)のルール作りをする必要がある。臨床試験への参加を基本とし、参加が困難な患者については 1 例治験(single patient IND)などによりその未承認薬に患者がアクセスできるようにし、承認申請時の安全性データにはその症例も含めることを提言したい。

日本の承認審査に関連する情報公開は、米国に比べても非常に遅れており、情報公開を促進させねばならない。

必須薬の活用による基本的な標準治療を確立する。新薬の開発はその薬剤の位置づけを明確にして行い、対象患者・用法などが適切なものとなるよう、企業への指導を強める必要がある。

参考資料

- (1)Brit Med J 324,808,2002
- (2)Brit Med J 325,592,2002
- (3)FDA ウェブサイトに公表されていた(アクセス 2002.11)が最近掲載期間満了
- (4)Am J Health Syst Pharm 60,339,2003
- (5)<http://www.oig.hhs.gov/oei/reports/oei-01-01-00590.pdf>(アクセス 2003.6.27)
- (6)<http://www.npojip.org/iressa/iressa10-q1.html>(アクセス 2003.6.27)

個人輸入代行業による医薬品ネット販売の危険性

岡田 昌之（京都民医連すこやか薬局二条店）

インターネットが普及するなかでホームページを利用した個人輸入代行業が増加している。医薬品を扱っているホームページも多く存在し、日本では未承認の医薬品や処方箋がないと入手できない要指示医薬品もここでは簡単に購入することができ、健康被害の増大が懸念される。インターネットによる医薬品の個人輸入代行について調べたので報告する。

1 個人輸入とは

個人輸入とは「外国製品を個人で使用することを目的とし、自ら、あるいは代行業者を通じて海外の通信販売会社、販売店などから購入すること」を指す。

個人輸入も輸入のひとつの形態であるので輸入が禁止されているものや、輸入時に規制がかかるものもある。

医薬品関係ではアヘン、コカイン、ヘロイン、アヘン吸煙具、覚醒剤、大麻の輸入が禁止されている。その他の医薬品については、品目による規制はなく、法的にはどの医薬品でも個人輸入できる。ただ、医薬品には数量規制がかけられており、一般の医薬品は2か月分以内。要指示薬は1か月分以内、食品扱いとならないビタミン剤は4か月分以内などとなっている。¹⁾

2 薬事法での規制は広告規制のみ

医薬品を事業として輸入する場合は薬事法により厚生労働大臣の許可が必要となるが、個人輸入代行業に関しては許可の必要はない。現在医薬品の輸入代行業に対しての規制は、事実上薬事法における広告規制

（68条承認前の医薬品等の広告の禁止、67条特定疾患用の医薬品の広告の制限）のみである²⁾。中国やせ薬事件以後、厚生労働省もインターネットなどの違法サイトの規制に乗り出している。しかし医薬品の名前を明示しなければ、今までどおり、未承認医薬品や要指示医薬品を販売できるのが現状である。

3 問題多い個人輸入代行業のホームページ

インターネット上には、数十の医薬品を扱う個人輸入代行業のホームページがあると考えられるが、薬事法の規制さえ守っていないホームページが数多く存在する。具体的な問題点をいくつか紹介する。

① 薬事法違反と思われる未承認医薬品などの名前・薬効などを未だに明示しているもの。

薬品名を明示している違法業者も少なくない。ED治療剤、ダイエット用医薬品、育毛剤、漢方薬、抗うつ剤などがよく宣伝されている。医薬品の知識のない素人でも興味のある医薬品がすぐに購入できる。医師が薬の詳しい説明をしているもの³⁾や、薬効ごとに多くの商品が写真入りで出ているサイトもある⁴⁾。

ED治療剤では、バイアグラの他にもさらに作用時間の長いシリアス（イギリス）など新しい薬剤も紹介され、亜硝酸剤との併用による副作用の危険性がさらに高くなっている。

② F D A承認のアメリカの医薬品が多数購入できる。

日本では、要指示薬として医療機関を受診し、処方箋がなければ手に入らない医薬品が、数百種類も購入可能なホームページがあり、英語の一般名で検索できる。エイズ薬ガンシクロビルなどもリストに載っている⁵⁾。

薬剤の中には、日本で発売されているものより用量の多い薬剤も多く、素人判断による使用は、副作用の危険性を増大させている。

③ スマートドラッグ (スマドラ) として使用される医薬品。

スマドラとは、本来治療用として用いるものを健常者が服用することによって、脳の活性を強めたり、記憶力を一時的に向上させたりする薬の総称。あるいは、合法ドラッグとして幸福感・快感を高める目的で使用されているものもある。抗うつ剤・脳循環改善剤・パーキンソン治療剤などが用いられている。インターネットでは、リタリン (中枢神経刺激薬)などのスマドラとしての使用方法やドラッグ使用の体験談を詳しく解説し、⁶⁾スマドラの使用をおおるようなホームページも見受けられる。

4 個人輸入代行業者の医薬品ネット販売に健康被害をなくすために

要指示薬の医薬品の個人輸入については、国によって規制が違う。たとえば日本からアメリカに薬を郵送する場合は、米国で承認されている医薬品であり、米国の法律に抵触せず、かつ医師の処方箋の写しなど必要性を証明する書類の添付が必要となっている。

医薬品は、たとえ輸入業の資格を取得しても、外国で承認された医薬品をすぐ国内で販売できるのではなく、有効性・安全性データなどを厚生労働省に提出して審査を受け、輸入承認されてはじめて販売できる特殊な商品である。

どうしても治療上必要な未承認薬品については、国が介入して厳密な管理のもとで供給する方法などを検討すべきである。

医薬品の販売を目的にビジネスとして行う代行業に対し、現行の薬事法を適用し、規制するのみでは充分でなく、被害を十分防止することはできない。個人輸入代行業が医薬品を扱うのは全面禁止すべきである。

参考文献

- 1) 「医薬品や化粧品などの個人輸入について」
平成13年4月1日厚生労働省医薬局監視指導・麻薬対策課通知
- 2) 「薬事法における医薬品等の広告の該当性について」平成10年9月29日 厚生省医薬安全局監視指導課長通知
- 3) Dr. イシカワのアメリカの薬
<http://www.americanokusuri.com/index.html>
- 4) J I S A
<http://www.jisapp.com/index-j.htm>
- 5) インターナショナル
ファーマスーティカル サービス
<http://www.internationalpharmacy.com/jp/>
- 6) ドラッグマニアネット
<http://www.drugmania.net/>

中国製やせ薬（ダイエット用健康食品）による健康被害とその教訓

川添 禎浩（京都府立大学 人間環境学部 食保健学科 食品安全性学研究室）

【目的】2002年、中国製やせ薬（ダイエット用健康食品）が原因とみられる肝障害・甲状腺機能障害・死亡などの健康被害が多数発生し、無承認無許可医薬品を含む健康食品の安全性問題が浮上した。この問題は、当初マスコミを通じた報道によって社会的な関心が引き起こされるとともに、インターネットを使った個人購入による健康食品に対する注意が喚起されたが、その後の健康被害状況や行政的対応などについては情報が少ない。よって今回、この健康被害に関して報告された情報および取られた対応についてまとめた。次に、この健康被害は再発防止のために教訓として今後に生かさなければならぬ。そこで、食品衛生規制の見直し（食品衛生法等の改正）に注目し法的対応状況を調べた。さらに、これを評価し求められる今後の対応について考察した。

【方法】インターネットを使って、厚生労働省のホームページから中国製ダイエット用健康食品関連情報（1-4）を収集し、まとめた。食品衛生法等・健康増進法改正に関する情報（2, 3, 5, 6）も同様の方法で収集し、さらに関連文献（7）を収集し、健康食品による健康被害防止に対応する箇所を抽出し、評価した。

【結果・考察】

1. 中国製ダイエット用健康食品による健康被害

1-1. 健康被害に関するまとめ

2002年7月12日に厚生労働省は中国製ダイエット用健康食品による健康被害事例（肝障害、死亡）を発表した。直後、寄せられた被害報告数は急激に増加している。事例数は7月後半466人、8月前半181人、

8月後半48人であった。それ以降、半月毎の数は0人～19人の中で推移している。12月末までの延べ人数は874人に達し、このうち4人の死亡が確認されている。

健康被害を起こした中国製ダイエット用健康食品は100製品以上にもなるが、被害の半数以上が「御芝堂減肥こう囊（おんしどうげんぴこうのう）」、「せん之素こう囊（せんのもとかうのう）」、「茶素減肥（ちゃそげんぴ）」の3製品によって引き起こされている。さらに、3製品すべてから食欲抑制成分フェンフルラミンの誘導体N-ニトロソフェンフルラミンが高濃度（約3%）で検出されている。最終的に、動物実験の結果N-ニトロソフェンフルラミンは肝障害を引き起こすことが判明し、これが3製品による健康被害の原因物質と判断された。

1-2. 厚生労働省の対応

厚生労働省は、7月22日時点でN-ニトロソフェンフルラミンに関して毒性・薬理情報が存在しない段階でも予防的視点からそれを有害物質とみなし規制すべきであると、同時に医薬品成分として取り扱い、これを含有する健康食品については未承認医薬品とみなすことを発表している。

2. 中国製ダイエット用健康食品による健康被害からの教訓を生かした対策

2-1. 食品衛生法等の改正における対応

2003年5月23日に国会で食品衛生法改正案が成立した。「飲食に起因する衛生上の危害の発生を防止し、公衆衛生の向上及び増進に寄与する」ことを目的とした旧食品衛生法は戦後間もない時期に制定されたものであったため、現在の食品の安全をとりまく環境の変化に対応しきれていない状

況にあった。改正された法では目的自体が変わり、「食品の安全を確保することにより、国民の健康の保護を図る」ことが目的となり、また、国・地方公共団体及び販売業者等の責務も明確化された。そこで、食品の安全を確保するための規格・基準の見直しが行なわれた。そのなかで、新開発食品の安全確保の充実を図るための①特殊な方法により摂取する食品等の暫定的流通禁止措置は、中国製ダイエット用健康食品による健康被害などへの対応策であり、被害と原因物質の因果関係が明確でない場合でも食品の販売を暫定的に禁止できるようになった。対称となる食品は、濃縮化した成分を錠剤化・カプセル化するなどして特殊な方法により摂取される食品と、これまで食経験のなかった物を含む可能性のある健康被害の原因を疑われる食品が想定されている。

2-2. 健康増進法改正における対応

健康増進法の改正によって新開発食品の安全確保の充実を図るための二番目の対応が行なわれた。②健康増進に関する虚偽・誇大広告の禁止は、食品として販売されている物について、健康の保持増進の効果等に関して、著しく事実と相違するあるいは著しく人を誤認させるような広告等の表示をしてはならないという規定である。広告等を行うものが違反した場合、勧告、命令、罰則が適用される。これによって、健康食品等の適切な情報提供をするための広告の適正化が図られている。

3. 求められる今後の対応

食品衛生法等の改正において、被害の因果関係が不明でも食品販売を暫定的に禁止できる規定が設けられ、食品の安全を確保するための予防的な法的仕組みが限定的ではあるが準備されている。健康増進法の改正において、食品の広告等の面から問題がある場合罰則を含めた対策も設けられてい

る。今後はこれらが実効性をもって運用されることが重要である。中国製ダイエット用健康食品による健康被害は既に 2000 年時点から報告されている。被害を少なくするために早い段階での情報収集・分析・評価そして情報開示が求められる。広告面を含め問題があると考えられる食品は市場から排除できる体制も必要と考えられる。また、インターネットを使った個人購入に係わる輸入代行業者の責任およびインターネット上の健康食品の広告の在り方への対応も今後の検討課題である。

【参考資料】(URL: 6月27日現在)

- (1) 中国製ダイエット用健康食品等関連情報 <http://www.mhlw.go.jp/kinkyu/diet.html>
- (2) 第1回「健康食品」に係る制度のあり方に関する検討会資料 <http://www.mhlw.go.jp/shingi/2003/04/s0423-6.html>
- (3) 第1回「健康食品」に係る制度のあり方に関する検討会議事録 <http://www.mhlw.go.jp/shingi/2003/04/txt/s0423-1.txt>
- (4) 第2回「健康食品」に係る制度のあり方に関する検討会資料 <http://www.mhlw.go.jp/shingi/2003/05/s0509-5.html>
- (5) 食品衛生規制の見直しに関する御意見募集結果について <http://www.mhlw.go.jp/public/bosyuu/iken/p0207-1.html>
- (6) 「食品衛生法等の一部を改正する法律」「健康増進法の一部を改正する法律」の公布について <http://www.mhlw.go.jp/topics/bukyoku/iyaku/syoku-anzen/kisei/index.html>
- (7) 食品衛生規制の見直しに関する骨子案（食品衛生法等の改正骨子案）. 食品衛生研究、53(1)、64-70 (2003).

森永ひ素ミルク中毒被害者のその後

高城 佳代子

((財)ひかり協会東近畿地区センター事務所所属)

はじめに：事件から48年が経過し、被害者及び親族の加齢による健康・生活の状況はどのように変化してきているかについて報告し、改めてミルク中毒事件による「被害」を捉えなおし、今後の恒久救済事業の課題について考察を試みます。

1 被害者の現状

①被害者数の特徴：ア飲用認定申請者がこの間、極少数ではあるが発生している。イ1982年以降障害被害者の死亡が多くみられる等死亡状況に特徴が見られた。ウ住所不明者の増加、本人・親族からの連絡希望の保留者の増加等がみられる。かつて連絡拒否として親が届けていたケースで、被害者による文集発行の新聞記事を本人が見て連絡希望をしてきた事例もある。エ住所不明者の中には協会設立前及び設立後なんらかの事情から連絡が不能となり、協会事業を知らない人もいる。

②被害者の全体的健康状況と社会生活状況：A全体的健康状況：96年の実態把握活動結果報告と2000年の同報告とを比較すると下記の特徴が見られた。ア有病者が増加し、半月以上の受療者が38.8%から42.7%へ増加。イ「生活や仕事に支障がある」被害者が19.1%から21.3%増加。ウ検診受診の結果「異常あり」が33.7%から43.9%へと増加。エ検診受診者は58.5%から63.9%増加している。しかし、がん検診受診者は全被害者の約3分の1にとどまる。B対象者全体の社会生活状況：雇用労働者が67%から64%、主婦・自営・在宅保護等が32.8%から36%へと変化し、特に障害被害者の社会生活の状態が後退の兆しを見せている。C医療費申請者は、上記の健康実態と健康保険制度の「改革」とも関連し、増加

の一途にある。

③障害被害者数と障害内容：ア障害特徴は中枢神経系の障害が多い。約800人の障害被害者の内42.2%が知的発達障害とてんかん等との重複障害、てんかん及び精神障害が17%である。内部疾患については第96年の実態把握活動結果より3.3%増加している。イ障害のある人の死亡が多い。新たに障害を発症する人が増加している。

④死亡者数と死因：1982年から1994年までの疫学的研究の結果では下記の特徴が見られた。ア大阪府一般住民の死亡率を基準とした予想死亡数に対して実測死亡数は2.3倍である。イ死因では「循環系の疾患」2.8倍、「神経系及び感覚器の疾患」1.6倍、「交通事故」1.8倍、「自殺」1.6倍であったが、調査開始後5年以上で2.2倍となった。また、「悪性新生物」では調査開始1年未満で、予想死亡数との比は4.1倍であり、その後5年以上経過した段階では1.0倍となった。しかし、現在も引き続き「悪性新生物」についての罹患状況を把握し、疫学的特性の分析を行っている。

2 障害被害者の現状

①生活の場の状況：1996年と2001年の比較では、親族との同居が41%から36%へ、結婚生活で32%から34%へ、単身生活が9%から11%へ、施設入所が11%から13%へと変化している。②社会生活の状況：①と同年比較すると、在宅が18%から20%へ、就労が41%から39%へと減少の傾向を見せている。施設入所については11%から12%へ、施設通所、専業主婦等には変化は見られない。③健康の状況：知的発達障害者や精神障害者の日常の健康管理の困難性から生じる糖尿病や循環器病の発症、

脳性麻痺者の二次障害の発症,基本障害に加えてあらたな難病の発症等,予断を許さない状況にある。

3 被害者の主体的な活動の現状

上記1で記述した通り,被害者は健康上リスクの高い集団である。また加齢による変化が顕著になる時期にあることを示している。

①救済事業協力員活動:この実態を自ら直視して,被害者自身が健康でありつづけたいという基本的な要求をもとに,仲間集団が連帯しながら,毎年健康管理を呼びかけ働きかける活動を「森永ひ素ミルク中毒の被害者を守る会」の組織的協力を得て,着実に展開している。現在全国で約400人規模の「自主的健康管理促進の救済事業協力員」がその役割を担っている。②被害者の自主的健康管理のとりくみ:①の活動の結果,健診受診者の増加,検診の結果を協会に提供し専門家のアドバイスを求める人が増加する等被害者の意識と活動が変化してきている。③「私の将来設計と協会援助プラン」作成と実現のとりくみ:ア障害被害者自らが2010年までの「プラン」を協会と共同で作成し,実現に向けて主体性を発揮しつつある。一方で障害・症状故に自らの「プラン」を作成することが困難な被害者に対しては,協会の援助プランに基づいて事業を実施している。イ地域での生活を維持・充実していくための制度や資源の活用が「支援費」制度のもとで,地域間の福祉基盤整備の格差や,従来活用できたものが活用しにくくなる等の実態があり,今後引き続き支援費制度による影響の把握と的確な対応が求められる。

4 ひかり協会の救済事業

①これまで記述してきた被害者の実態と要求をもとに,95年度に被害者の参加のもとで作成した「40歳以降の被害者救済事業のあり方」,および99年度の協会事務局の機構改革時の「ブロック制実施要綱」をもとに事業を実施している。②①の内容を被害者の実態と要求をもとに被害者の参加のもとで決定した二

つの年次計画・「すべての被害者の自主的健康管理の援助」「障害のある被害者の将来設計実現の援助」の目標実現の為の事業を開始している。加えて,この間の「がん」の罹患者数の増加の実態を踏まえ,「がん」検診の受診促進を目的として事業内容の改正を行った。③これらの決定にあたっては,厚生労働省・森永乳業・森永ひ素ミルク中毒の被害者を守る会が「全被害者の救済に三者が合意しそれぞれの立場と責任にもとづき努力する」という三者会談確認書の実行を確認して協会が作成した。なお,救済資金は森永乳業が負担をし,1974年から今期まで拠出した資金総額は約320億円となる。④事業実施の協力体制は,国・自治体の行政協力,協力専門家,「守る会」である。

5 恒久救済の今後の課題

①健康上リスクの高い集団が,健康であり続けていくために,年次計画のとりくみにすべての被害者が参加できるよう働きかけ援助していくこと。特に障害被害者の健康管理上の対応はきめ細かな内容で求められる。②社会保障制度の根本的な変化にあって,障害被害者の人権保障と「プラン」実現のために協会・守る会が国・自治体に対応していくことが求められる。③「三者会談」の三者と協会が夫々の立場と責任において問題が全面的に解決するまで,恒久対策案実現のために努力すること。④守る会が被害者組織として,その主体性を発揮していくこと。

★資料:対象者数 対象者数の推移等は当日配布

2002年3月末現在 協会の対象者数	13420 (内1052 は飲用認定者)
常時連絡希望者	5998人
本人・親族より要請の あった場合連絡	2908人
一切の連絡拒否	1647人
住所不明	1981人
死亡者	886人

★使用資料:恒久救済NO62 保健・医療・福祉・労働などの市町村の行政協力パンフ等

社会的弱者の結核罹患状況

高鳥毛敏雄（大阪大学大学院医学系研究科社会環境医学）

1. はじめに

都市には、日雇い労働者、自営業者などの多様な人々が生活している。これらの人々のある者は、病気、けが、アルコール依存症などや、失業・失職にともない生活破綻に結びつくことになる。一旦、生活が破綻してしまうと、疾病と貧困と不衛生の悪循環の構造の中で、あり地獄に陥った状況となり自力脱出が極めて困難な状況となる。このような状況にある者は、「検診機会が乏しく」、「医療機関の受診に制約がある」ことから、結核の初感染と発病後の進展阻止の両面において結核感染伝播鎖を断ち切れない状況にあると考えられる。

今後の都市の結核対策の推進のためには都市の特定地域、特定集団の結核蔓延状況を理解し、対策のやり方を明らかにする必要がある。

2. 研究の方法

平成8～11年度は厚生科学研究・新興再興研究事業の分担研究として「大都市の特定地域における結核実態と対策の在り方に関する研究」を、平成12～14年度は厚生労働科学研究・新興再興研究事業の分担研究「社会経済弱者における結核対策の強化に関する研究」を進めてきた。これらの研究は大都市の保健所の医師に研究協力者となりすすめてきたものである。

これらの研究班の調査として過去7年間に行った調査結果を集約して社会経済弱者の結核罹患状況を以下に示す。

3. 社会的弱者の結核罹患状況

平成8年度から厚生科学研究として行った調査や検診事業報告から社会的弱者の結

核罹患状況について概観してみた。

1) 働いている状態にある者

(冬季臨時宿泊施設、飯場検診)

- ①大阪市（あいりん総合センター前結核検診、昭和48年～）：1～3%
- ②東京都（中西ら）：4～8%
- ③大阪市（撫井ら）：2～4%
- ④名古屋市（山中ら）：1～7%
- ⑤横浜市（吉田、土田ら）：2～8%
- ⑥千葉市（池上ら、飯場検診）：1～2%

2) 生活保護など社会的支援受給者

(保護・救護施設、社会福祉施設入所者)

- ①東京都（中西ら）：1～6%
- ②大阪市（大阪市立更生相談所来所者検診、平成2年4月～）：3～14%
- ③千葉市（池上、路上生活者生活支援事業）2～3%

3) 野宿生活者検診

- ①大阪府（田村ら、大阪府下）3.4%
- ②川崎市（多田ら）1.6%
- ③横浜市定住型（吉田・土田）0%
- ④横浜市移動型（吉田・土田）4%

4) 要医療状態にある者

- ①大阪市（高鳥毛ら、大阪市要保護傷病者）2～3%

5) 異状死体（検案）

- ①大阪府監察医事務所死因調査統計年報2～4%

5. 過去の労働者の結核罹患状況

結核予防法が制定されて当初の時代の結

核の罹患状況を参考のために示す

産業分類	男	女	計
全産業	3.4	2.0	3.1
農林・水産業	0.8	1.3	0.8
鉱業	3.2	2.8	3.2
建設工業	2.2	1.3	2.1
食品工業	2.8	2.6	2.7
金属鉱業	2.9	3.1	2.9
機械器具工業	3.7	3.0	3.6
化学工業	2.6	1.8	2.4
窯業・土石工業	2.7	1.4	2.4
紡績工業	2.2	0.9	1.2
製材・木製品工業	2.3	1.4	2.1
印刷製本業	7.0	6.2	6.9
その他の工業	2.1	1.3	1.8
商業・金融業	5.9	3.4	4.8
ガス・電気・水道業	4.5	5.0	4.5
運輸通信業	4.3	3.3	4.1
その他の産業	5.5	4.0	5.0

(労働省:50人以上の事業場)

表1 産業別労働者肺結核有病率(昭和29年)

敗戦後早い時期に結核予防会第一健康相談所が行った東京都内の企業に対する検診の成績(浅羽陽ら、1953)をみると、治療を必要とする活動性患者が6.3%、仕事を休んで療養する必要のある者が2.3%であったと報告している。このような罹患状況にあった結核が昭和30年代に入り急速に減少してきたことが示されている。

6. まとめ

これまでの社会経済弱者に対する検診からみた結核の有病率はいずれも数%の高率な状況にあった。この有病水準は結核対策がスタートした昭和20年代のわが国の有病率に近い状況にあることを示すものであった。

このことは、これらの人々に対しては、これまで結核対策が十分に及んでこなかった状況にあることを示すものと考えられる。また、十分な結核対策が講じられるこ

とがないと、いずれの時代においても、このような有病状況になることを示すものとも考えられる。

わが国の結核対策の推進の上の大きな課題は、今回示した極めて有病率の高い社会経済弱者に対する結核対策にはこれまでの全国画一的な結核対策では効果が上がるものではなく、これらの集団に対する積極的な関わりを伴う対策の推進が必要である。

つまり、戦略的な結核対策の推進、都市の生活者の実態を踏まえた対策の推進を考えないとこれより先の段階に歩を進めることができない状況にあるといえよう。

世界の大都市の中でも、人種のるつぼ、多様な移民と言語をもつ人の存在、HIVの流行の中で新たな結核対策を構築して結核問題を克服したニューヨーク市の成功例はわが国の大都市の結核問題が解決できないという言い訳が許されないものとした。成功の鍵は患者の実情を押さえたサービス精神に富んだプラグマティックな事業の運営と推進にあることが知られている。

わが国の公衆衛生制度の真価が問われている課題であると認識すべきと考える。

7. 引用資料

1) 平成8～11年度厚生科学研究・新興再興研究事業主任研究者森亨「再興感染症としての結核対策確立のための研究」分担研究「大都市の特定地域における結核実態と対策の在り方に関する研究」高鳥毛班報告書I、II、III、IV

2) 平成12～14年度厚生労働科学研究・新興再興研究事業主任研究者森亨「再興感染症としての結核対策確立のための研究」分担研究「社会経済弱者における結核対策の強化に関する研究」高鳥毛班報告書I、II、III

大阪市におけるホームレス者の結核死亡

- 逢坂隆子（四天王寺国際仏教大学） 黒田研二（大阪府大社会福祉学部）
坂井芳夫（大阪府監察医事務所） 的場梁二（大阪大学・医・法医学講座）

1. はじめに

大都市における結核罹患率・有病率は他地域に比して高く、ホームレス者（住所不定者）などの特定のハイリスク集団における結核蔓延との関連が指摘されている。大都市の中でも結核蔓延が問題となっている大阪市におけるホームレス者の結核死亡の実態について報告する。

2. 研究方法

2000年に大阪市内で発生したホームレス者の死亡の実態を大阪府監察医事務所などの資料をもとに分析。野宿生活現場を確認できているか、発見時状況から野宿生活者と推測される死亡213例、および野宿予備集団として簡易宿泊所投宿中の死亡81例、計294例のホームレス者の死亡のうち、結核死亡19例（以下結核死亡例）、死因は結核以外であるが死亡時に活動性結核を有していることが判明している死亡10例（以下活動性結核例）を分析対象とした。

3. 結果

基本的属性 結核死亡例は1例が女、平均年齢53.1歳（年齢レンジは43~73歳）、活動性結核例はすべて男、平均年齢は56.2歳（年齢レンジ52~75歳）。ホームレス者死亡総数294例の平均年齢は56.2歳（年齢レンジは20~83歳）。（表1）

異常発見の状況 異常が発見され届出があった数（月別）は結核死亡例では1月が最多、4月・5月が続く。活動性結核例では年間を通じて変動が少ない。発見地区は結核死亡例・活動性結核例とも西成区が多く結核死亡例19中11、活動性結核例10例中7例を占める。発見場所と死亡直前の生活場所は表2のとおり。異常通報後、医療機関に救急搬送されたのは結核死亡例では8例

（42%）、活動性結核例では1例（10%）。救急搬送後医療機関で死亡したのは結核死亡例のうちの1例のみ。

解剖結果と死因 結核死亡例のうち13例、活動性結核例のうち6例について行政解剖が実施されていた。発見時高度腐敗の状態にあったのは結核死亡例の2例でいずれも野宿生活者。活動性結核例の死亡の種類は病死7例、自殺2例（2例共縊死）、不慮の外因死（凍死）。病死の死因は心臓疾患3例、肺炎1例、気管支肺炎1例、胃潰瘍1例、栄養失調1例。

野宿生活者（男）の標準化死亡比 全国男=1として結核SMRは44.82($p<0.01$)と極めて高い。総死因SMRは3.56($p<0.01$)。

事例 ①45~55歳男。死因肺結核。死亡発見は1月。百貨店横歩道で、客待ちのタクシー運転手が死亡後4日たってから発見。死亡時所持金810円。解剖結果：両側肺上葉に硬結多数。腹膜に粟粒結核。全身栄養状態不良。身長157cm 体重42.5kg(BMI=17.2)

②50歳代男。死因肺結核。異常発見は9月。現場近く公園で野宿している発見人が、小学校先路上で身動きしない男を見つけて声をかけると、「しんどくて動けない」と言ったので通報。救急搬送された時には血圧低下で測定不能、看護婦の呼びかけには応じていた。胸部X線検査で肺結核と診断され、転院準備中に病態急変し死亡。解剖はなし。死亡時所持金400円。

③40歳代男。死因は肺結核。異常発見は1月。前年の11月頃から高速道路高架下公園で毛布を被って野宿生活をしていた。口から血を吐いているのに気づいた野宿仲間が通報したが、すでに死亡していた。解剖

結果：血液の気道吸引による窒息。右肺下葉に約5cm径出血を伴う新鮮な乾酪性壊死巣。両側気管・気管支・肺に血液吸引所見。両肺の過膨張気腫状変化。肝硬変。

④50歳代男。死因は肺結核。異常発見は7月。市営住宅横公園藤棚下で生活していた野宿生活者。血を吐いて死亡しているのを通行人が発見。藤棚下ベンチ周辺には同人のものと思われる血液・吐物・運動靴・買い物袋にフランクフルトソーセージとクラッカー、賞味期限の切れた弁当。解剖結果：肺に多数の結核結節。肝臓に粟粒結核。身長170cm 体重39kg(BMI=13.5)。

⑤40歳代男。死因は肺結核。異常発見は1月。前年10月より簡易宿泊所に連泊。数日前から苦しそうな咳をしており、ほとんど外出していなかった。隣室客が簡易宿泊所従業員に様子がおかしいと連絡。部屋をのぞくと布団の上であぐらをかいた状態で前のめりになって死亡していた。口腔内に血液。解剖なし。

⑥50歳代男。異常発見は2月。児童公園で遺書（結核・リュウマチを苦にする内容）を残して縊死。

4. おわりに

ホームレス者の死亡総数294例の10%にあたる29例が結核による死亡もしくは活動性結核を有する死亡

であり、野宿生活者男の結核標準化死亡比（全国男=1）は44.8 ($p<0.01$)と極めて高い。野宿生活者などの住所不定者は一般住民男子の結核罹患率および有病率の約20倍高いという山中等の報告もあり、低栄養状態にあるため予後を一層悪くし、標準化死亡比にみられる高い値になったものと考え。生命を維持するための最低限の食や住さえ保障されない中で、必要な医療を

表1 結核死亡ホームレス者の基本的属性

		死因			
		結核死亡例 (n=19)		活動性結核例 (n=10)	
		人数	%	人数	%
性別	男	18	95	10	100
	女	1	5	0	0
年齢	20・30歳代	0	0	0	0
	40歳代	6	32	0	0
	50歳代	9	47	4	40
	60歳代	3	16	4	40
	70歳代	1	5	2	20
	80歳代	0	0	0	0

表2 結核死亡ホームレス者発見場所と死亡直前生活状況

		死因				
		結核死亡例 (n=19)		活動性結核例 (n=10)		
		人数	%	人数	%	
発見場所	簡宿	4	21	4	40	
	路上	10	53	1	10	
	公園	3	16	2	20	
	河川敷	0	0	1	10	
	駅・地下街	1	5	0	0	
	水中	0	0	0	0	
	空き室	1	5	0	0	
	その他	0	0	2	20	
	死亡直前の生活状況	簡易宿泊所	5	26	4	40
		テント	2	11	0	0
布団・毛布		4	21	1	10	
段ボールハウス		1	5	1	10	
車両		0	0	0	0	
小屋		1	5	0	0	
空き室		0	0	0	0	
その他		1	5	0	0	
	不詳	5	26	4	40	

受けずに結核で死亡したホームレス者は粟粒肺結核や新鮮な出血をとともなう広範囲の乾酪壊死巣を有する肺結核など、解剖結果からみて恐らくは長期にわたる持続排菌状態の後に死亡したであろうと推測される。事例からも明らかなように、若年者を含む一般住民との接点を多く持っていた可能性があり、結核予防対策上からみても緊急の支援対策が必要である。

大学生は小中高校時代にどのような公衆衛生・健康教育を受けてきたか？

小橋 元、太田薫里（北大院・医）、福地保馬（北大院・教育）

1. 目的

近年、生活習慣病や性行為感染症などの健康・社会問題への取り組みの一環として、小児期、青年期からの一次予防の推進を目的に、主に学校において、健康教育が行われている。健康教育には、自分の健康を守ることはもちろん、みんなの健康、社会の健康を守るという、社会医学・公衆衛生的な視点も、次世代の健康増進、健全な社会づくりのためには不可欠であると考えられる。

今回は、大学1,2年目の文科系学生を対象として、過去（小中高校時代）に教育内容の項目別にどの程度の健康教育、公衆衛生教育を、主にどこから受けてきたかを調査した。

2. 方法

平成15年6月に、北海道札幌市北区にある国立総合大学において「健康科学」の講義を受講した学生を対象として、自記式質問紙調査を行った。当日の受講者合計164人のうち、157人（男性89人、女性68人）から有効回答が得られた。

質問内容は、健康に関する事柄について高校時代までにどの程度教わってきたか、そしてそれらを主に誰（何）から教わったか、である。健康に関する事柄として、健康の定義、生活習慣、予防に関する知識、健康や環境を守ることなどについての16項目を設定し、それぞれについて選択肢を設定し回答してもらった（表1）。

3. 結果

回答者157人の年齢は18~24歳で、平均年齢は18.8±1.0歳（mean±SD）であった。

設定した18項目のうち、半分以上の学生がきちんと教わったと回答したものは、喫煙の健康影響（71%）、飲酒の健康影響（56%）、規則正しい生活の重要性（55%）、虫歯の予防（52%）、

摂取栄養の量とバランス（50%）の6項目であった。逆に、10%以上の学生が「聞いたこともない」と回答した項目は、みんな（社会）の健康を守ること（42%）、やせすぎの予防（25%）、心の健康の保ち方（11%）、健康とはどういう状態をいうのか（10%）であった（表1）。

「みんな（社会）の健康を守ること」を教わった媒体では、きちんと教わった者のほとんど、教わったことがあるものの約3分の2が、中学校、高校と答えた。小学校、テレビ、新聞、両親などの回答もみられた（表2）。

4. 考察

今回は、過去に受けた教育の経験の程度を聞いたが、獲得した具体的な知識については聞いていない。また、対象とした学生たちは、文科系であるが健康に興味を持つ、十分な理解力・記憶力を持つ国立大学生であるが、すべての大学生、若者を代表するわけではない。これらの点については今後検討すべき余地があるが、今後の健康教育の課題を多少なりとも示唆するものと考えられる。

やせすぎの予防や心の健康の保ち方は近年その重要性が認識されてきたものであるため、ここ数年の間ではまだ教育が不十分であった可能性もある。一方、対象者の42%は、小中高校時代に、「みんな（社会）の健康を守る」ことについて、聞いたこともないと回答した。実際、講義時に「自分の健康は自分の力だけで守れるものではない」「個人の健康には健康な社会が必要」などと述べると、多くの学生が、「初めて聞いた」「目から鱗が落ちた」などの感想を寄せた。このことは、今のところ、保健・福祉・医療系学生の公衆衛生学（社会医学）の講義・実習以外の場では、「周囲の人々（社会）の健康」について、学生が考え及ぶ機会がほとんどないことを示唆するものである。

自分自身の健康はもちろん、社会の健康を守るのも、社会を構成する私たち一人一人の重要な役割であり、「周囲の人々(社会)の健康」についての教育は、けっして保健・福祉・医療従事者だけが学ばばいいというものではない。今回の結果から、学校教育はもちろん、両親やマスメディアからのより一層の健康教育、とりわけ社会医学教育の必要性、可能性が示唆された。

今後、(1)質問項目数、対象者を増やしてさらなる現状把握を行い、(2)他の先生方からも具体的な教育手法や内容を学びながら、いろいろなところで講演・議論をし、より適切な社会医学の教育方法を開発していきたい。また、(3)家族、青少年、学生を中心に、「周囲の人々(社会)の健康」を考える視点を積極的に訴えていきたいと考えている。

表 1 学生たちは高校時代までに各項目についてどの程度健康教育を受けてきたか (n=157)

項 目	選 択 肢	回 答 の 分 布 (%)			
		(1)	(2)	(3)	(4)
健康とはどういう状態をいうのか		26	52	12	10
摂取栄養の量とバランス		50	47	2	1
適度な運動の重要性		47	48	4	1
規則正しい生活の重要性		55	39	5	1
太りすぎの予防		18	45	28	9
やせすぎの予防		11	37	28	25
風邪の予防		47	40	11	2
虫歯の予防		52	39	7	2
食中毒の予防		21	51	22	6
けがやスポーツ障害の予防		39	53	5	3
喫煙の健康影響		71	24	3	2
飲酒の健康影響		56	34	8	2
心の健康の保ち方		14	45	29	11
性行為感染症の予防		42	50	6	2
正しい避妊方法		38	50	10	2
外傷や心肺停止時の応急処置		36	55	6	3
みんな(社会)の健康を守ること		5	27	25	42
地球の環境を守ること		25	56	15	4

選 択 肢 : (1) きちんと教わった、(2) 多少教わったことがある
(3) 教わったことはないが聞いたことはある、(4) 聞いたこともない

表 2 「みんな(社会)の健康を守ること」を教わった媒体

媒 体	選 択 肢		合 計
	(1) (n = 8)	(2) (n = 43)	
小 学 校	3	8	11
中 学 校	7	29	36
高 校	8	29	37
両 親	0	3	3
本	0	1	1
雑 誌	1	0	1
新 聞	0	4	4
テレビ	1	5	6

複 数 回 答 可 と して、(1) きちんと教わった、(2) 多少教わったことがある、を 選 択 した 者 が 選 択 した 媒 体 名 の み を 示 した。

後期中等教育教育課程編成における労働安全衛生教育考察

佐瀬駿介（京都府立桃山高等学校教諭）

1、はじめに

この発表のねらいは、日本の労働の変容と21世紀の日本の教育の変貌の中で、高校教育における労働安全衛生基礎教育の5年間の取組と教訓を紹介し、新学習指導要領などの学校設定教科「産業社会と人間」と本校における学校設定科目「公民研究・労働安全衛生教育」（以下労働安全衛生教育という。）との教育内容の相違と今後の課題を明らかにすることである。

本校では、1995年以前から定時制生徒を対象にした労働安全衛生基礎教育の必要性を痛感し、一定の取組を行ってきた。しかし、その当時は、労働衛生に関わる事項は、保健体育・家庭科などの教科書で取りあげられているにすぎなかった。そのため本校で1998年4月から学校設定科目「公民研究・労働安全衛生教育」と公民演習の教科を設置することになった。その後、文部科学省は、保健体育などの教科で労働安全衛生を詳細に教えることや学校設定教科「産業社会と人間」の例示を示し「望ましい勤労観、職業観の育成」をはかり「産業社会における自己の在り方や生き方について考えさせ、社会に寄与」ことを強調し、労働衛生などの教育を強調してきている。しかしその教育内容は、5年間取組んできた「公民研究・労働安全衛生教育」と著しい相違がある。

以下発表する本校における労働安全衛生教育受講生は、夜間定時制（単位制）3年生（3卒・4卒普通科）であり、その半数は流動的であるが何らかの労働を行っている。

2、労働安全衛生教育学習編成の基礎的性格と演習試行

① 基本的学習課程 教科書「健康で安全に働く」（細川汀編著）の特徴と教材加工

教科書「健康で安全に働く」の主な構成	
7章	Q&A P181
1	健康の意味
2	人間のしくみと労働
3	職業と労働
4	仕事の疲れと回復
5	危険有害な仕事—安全衛生—
6	女子の健康と母性
7	労働災害・職業病
8	若い人たちに
9	コラムQ&A -

授業の展開と主な構成 (教材プリント 40単元 B4 54枚余を作成)	
1	授業の展開と到達目標と評価とアンケート
2	不注意とミスと人間の特性
3	事例から学ぶ 高所作業・生徒の災害・その他
4	健康とはどんなことか 日本と国際
5	過労死・過労自殺の事例と裁判及び教訓
6	安全衛生活動の具体的取組
7	長期休暇とヨーロッパ・日本の比較
8	慣れと破綻の実際と人間の身体
9	健康診断の法的意味とその問題
10	労働行政と労働者と労働基準監督
11	国際労働機関と国際労働基準と日本
12	明治以降の日本の労働史といのちと健康
13	女性の労働と母性保護などの取組
14	労働災害とその補償と事例検討
15	1年間の学習のまとめ

② 学習過程再編成の基礎条件

・生徒の労働実態とニーズに応える・毎時間生徒・生活周辺の労働状況をリサーチする。

(資料 い)

- ・テスト・評価・評定による再構築・再編 テストの大半は記述式とし、教師の合議で評価する。
- ・労働安全衛生の動向の変容による再編成 労働安全衛生の動向をリサーチし、授業に反映する。
- ・教職員労働安全衛生の現実と課題を授業に還流する。

③ 授業の展開（基本的には、教科書と教材プリントを中心にすすめるが②を非恒常的に取り込む）

前回の授業と生徒のニーズに応える⇒授業の目的と授業内容の説明⇒教師と生徒・教師と教師の応答と問題提起⇒今日の労働安全衛生用語と問題の提示⇒生徒は問題を文章で解答し、教師に提出する。

④生徒が受けた労働災害とその教訓と伝承

(資料 ろ)

⑤学習理解の特徴

(資料 は)

3、今後の課題

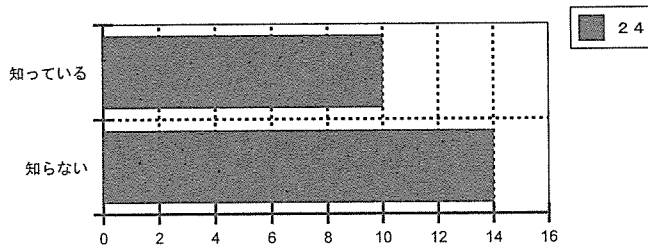
以上の取組から今後の課題を整理すると以下の点が挙げられる。

- ① 本校の場合は、情報教育や総合的な学習の時間など新教育課程と商業科・普通科と労働安全衛生教育の再編成が求められる。

- ② 高校における労働安全衛生教育は、利益優先の企業論理の克服とあくまで基礎教育とすることが重要である。
- ③ 知識と労働の乖離から「労働と知識の統一」の再評価と現代的重視
- ④ 生徒の発達と労働を踏まえた螺旋上昇型の学習形態の追究
- ⑤ 学校教育と労働安全衛生教育の系統性・持続性と教育内容の分担
- ⑥ 基本的人権としての労働組合の取組（団結権、争議権など）の公的保障・公的理解とその参加権の保障と学校教育

(資料 い)

教師は、労働安全衛生など詳しく知っていると思うかどうか、について生徒からの回答。



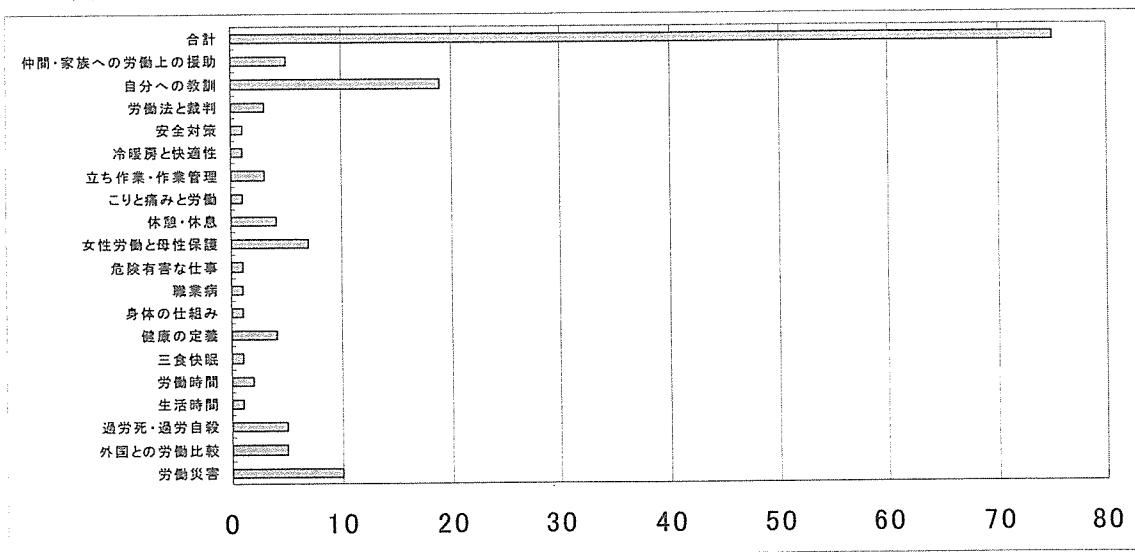
(資料 ろ) 2002年度授業を選択した生徒の主な労働と知っている労働災害(4月当初)

生徒の労働	生徒が受けた労働災害など
スーパーの品出しの立ち作業	白菜を切るとき指を切った。
マンション・病院の清掃	
接客サービス	
親の店の手伝い・配達	
マクドナルドの製造部門	段ボールの処理の時、指をよく切る
製本作業の立ち仕事	梱包時に指を挟む
なっとう工場の出荷	
レストラン厨房・ウェイター	職場で小指を落とした人がいる
テキ屋	お父さんが仕事で病気
半導体系の部品製造	
調理補助	長靴を履いているためむせて足の裏がぼろぼろになる
お好み焼き店製造	足や腰に痛みがいつもある
冷凍庫内の仕分け研修中	母が新聞配達途中、バイクで転んだ
パン製造	

(02/4 授業を受ける決意文から作成)

(資料 は)

2001年度 1年間の授業を通して生徒が特に印象に残っていること



イギリスにおけるホームヘルパーの労働負担軽減策

重田博正（淀川勤労者厚生協会社会医学研究所）

はじめに

2001年、英国の労働安全衛生行政機関であるHSE（Health and Safety Executive）が在宅介護事業者を主な対象に、ホームヘルパーの筋骨系作業負担軽減のための手引書（Handling home care ; Achieving safe, efficient and positive outcomes for care workers and clients）を出版した。「手引書」は総論部分と27の改善事例集から成る。そこに示されたヘルパーの健康と安全に対する基本的考え方と労働負担軽減の手法には、わが国の厚生労働行政及び関連業界にとって参考とすべき論点が含まれている。

以下「手引書」が出版された背景と労働負担軽減策の特徴点を検討する。

（1）「手引書」出版の背景

①「コミュニティケア改革」（国民保健サービス及びコミュニティケア法 1990：1993年施行）による介護労働の変化

- ・民間労働者の増加（2000年、64%）
- ・家事援助から身体介護を含むサービスへ

②J. スキャンラン等による労働・健康実態調査報告書（「グラスゴーのホームヘルパーが直面する諸問題」1998）は「いかなる先行調査でも似通ったものがほとんどない水準の不健康状態」であり「誇張なしに危機と評することのできるものである」と指摘。

③一般労組 GMB による政策要求運動（「GMB 憲章」—上記調査結果にもとづく政策：ストレス／暴力／セクシャルハラスメント／力仕事／医療的業務／職業訓練）→リスクアセスメントを、労働安全衛生法下の雇用主の義務として提起。

④HSE の認識：「福祉保健サービス部門は（腰部障害の）最もリスクの高い分野の一つである。…50%が身体作業、特に人の動

作介助に関連している」（「手引書」序文）

（2）「手引書」の特徴

- ① 利用者のニーズアセスメントの一環として介護作業のリスクアセスメントを。「危険に曝される前の対処」。ケースマネジメント過程に組み込んだリスクマネジメント。
- ② ヘルパーの安全・健康の権利と利用者の権利保障の統一的実現。「ヘルパーと利用者双方にとってのリスク」。
- ④ ヘルパーの健康とケアの質の両方に法的義務を負うサービス事業者。
- ⑤ リスクアセスメントを行う専門家としての作業療法士の役割。
- ⑥ リスクの評価者、ヘルパー及び利用者の三者による「協同のアプローチ」。
- ⑦ ヘルパーに対する安全衛生教育・訓練の重視。

（3）ミニマムスタンダードとして

ケアスタンダード法 2000（「全国介護基準委員会」を新設し、各種施設・サービス事業の登録を義務付け。2002年施行）に基づき制定されたホームヘルプの最低基準では、事業者に対して労働安全衛生法に基づく諸法規の遵守とともにHSEの「手引書」とほぼ同内容のリスクマネジメントの実施を義務付けた。

まとめ

日本でもケアマネジメントシステムに、ヘルパーのリスクマネジメントの組み入れが望まれる。そのための条件検討が必要。

参考 * 「グラスゴーのホームヘルパーが直面する諸問題」及び「GMB 憲章」の邦訳は『賃金と社会保障』1999年11月上旬号。

* HSE「手引書」の邦訳も『賃金と社会保障』に近く掲載予定。

保育労働負担と“ゆとり”との関係

○内藤堅志、阿部眞雄（東海大学）

【保育労働の負担について】

保育士の疲労は、受持ち児童数と児童の発達によって増加し、肩のこりや痛み、腰痛が多く発生していることが1950年代から報告されている¹⁾。筋骨格系の症状は、近年の保育労働の現場においても同様な傾向を示している²⁾。労働負担の軽減対策が行われてきたのにも拘らず、過去と同様な傾向を示している要因として、保育労働が教育的要素を含むヒューマンサービス労働であること、保育施設が園児中心に設計されていることなどから、基本的には昔と労働の方法や内容が変わっていない事があげられる。また近年、両親の就労条件の変化により「延長保育・一時預かり・待機児童減少の為に定員増」や核家族化による「地域における子育て支援」など急速且つ多様な社会的要求を求められるようになり、国も社会的要求に対応できるよう新エンゼルプランに代表されるような法的整備も検討し施行している。その結果必然的に保育園の役割が拡大することとなる。

保育園への職場巡視の中でも、延長保育における捕食の用意・後片付け、子育て支援教室のプログラム内容作成、教室のボランティア募集の為に要項作成など、仕事内容の変化や負担の増加がみられる。また近年は、保護者からの苦情を受け付ける窓口の設置義務や保育サービスに係る情報提供体制の整備などを行い、積極的に保護者及び第三者の評価を受ける体制の整備を積極的に行っている。この結果、保護者に対するサービスも発生し、引渡しの時、園児のけがや食事・一日の健康状態や活動の説明を詳細に行なわなければならない、人間関係等のストレスが増大することとなる。以上、社会的要求による仕事内容の変化や負担の増加が、保育士の新たな健康阻

害の要因となることが懸念される。

【目的】

労働内容に変化が見られる保育労働に注目し、健康生成論的立場から労働環境や生活の中における「ゆとり」と筋骨格系症状およびうつ症状との関連性を考察し、保育労働における症状軽減の為に「ゆとり」プロモーションを提案する。

【対象及び方法】

2002年に某地方自治体で行った、筋疲労調査をもとに、保育士を抽出し集計を行った。保育士は111名、全員女性で平均年齢は41.1±10.8歳であった。

疲労調査票は、うつ症状、筋骨格系症状、生活に関する項目を中心に構成されている。

「ゆとり」の抽出は、「ゆとり」が構造として持つ、精神的、活動的、主体性、時間、空間、継続性（世代間）、能動的、受動的³⁾や自己への投資⁴⁾などの要素をキーワードとして、生活に関する質問項目から

- ・ 食事はゆっくりとする
- ・ 食事は仲間や家族と一緒にする
- ・ 睡眠時間は充分とっている
- ・ 自分のための楽しみな時間がある
- ・ 家族や仲間とリラックスする時間がある
- ・ 趣味に費やす時間は多い

以上の6項目選択し、因子分析を行った。因子分析の結果、「自由・交流時間、睡眠、家族・仲間との食事」の3つの因子を抽出した。今回は、各因子の因子負荷量の最も高い項目、「自分のための楽しみな時間、睡眠時間は充分とっている、食事は仲間や家族と一緒にする」を加算し「ゆとり」得点とした。そして「ゆとり」得点を得点別に「低ゆとり、中ゆとり、高ゆとり」の3群に分け、各群における症状の訴えを分散分析にて比較を行った。

【結 果】

表1は、「ゆとり」得点とうつ症状の訴え(%)を示したものである。疲労感を除く項目全てにおいて、「ゆとり」得点が高くなるに従い症状の訴えは有意に減少していた。

また疲労感に関しては有意な差は見られなかったが、「ゆとり」得点が高くなるに従い、減少する傾向にあった。

表1. ゆとり得点とうつ症状の関係 (%)

	低ゆとり	中ゆとり	高ゆとり	
疲労感	24.3	17.7	16.7	ns
気力低下	19.5	14.3	8.9	*
睡眠障害	15.1	10.8	9.1	*
元気挑戦	14.1	8.5	6.5	*
引きこもり	12.0	7.4	6.7	*

分散分析、ns：有意差なし、*P<0.05

次に、ゆとり度と筋骨格系症状の訴え(%)を表2に示す。筋骨格系の症状に関しては、「めまい・頭痛、首・肩こり、腕肘手首の症状」において、「ゆとり」得点が高くなるに従い症状の訴えは有意に減少をしていた。

表2. ゆとり得点と筋骨格系症状の関係

	低ゆとり	中ゆとり	高ゆとり	
喉の痛み	17.9	17.3	16.1	ns
めまい・頭痛	13.7	9.0	6.5	*
首・肩こり	31.5	21.8	18.8	*
腕肘手首の症状	9.3	5.6	4.2	*
指の痛み、腫れ、変形	3.4	3.4	4.0	ns
手のしびれ、指のこわばり	4.9	5.5	1.2	ns
手の荒れ	14.3	18.4	15.5	ns
背中・腰の痛みだるさ	26.8	26.7	20.6	ns
膝の痛み	13.4	18.0	8.9	ns
足・足首の痛み・冷え・痺れ	8.7	7.8	3.4	ns

分散分析、ns：有意差なし、*P<0.05

有意な減少をみることができなかったが、保育労働の特徴的な症状である「喉の痛み」や訴えの多い「背中、腰の痛みだるさ」において、「ゆとり」得点が高くなるに従い症状の訴えの減少をみる事ができた。

【考 察】

保育労働は、遊戯、学習、昼食、トイレなど労働時間の全てが園児を中心に進められている。唯一、午睡の時間は保育士一人になることができる時間であるが、午睡の時間に日記をつけているのが現状である。従って保育労働においては、時間的、空間的「ゆとり」が著しく乏しく、一日の労働において休憩時間はトイレの中だけといえるのが保育労働の現状である。

今回、「ゆとり」がストレス症状を軽減させる結果を得ることができた。特にうつ症状においては著しく症状を軽減させる結果となった。今後は、保護者や保育園を評価する第三者との人間関係が複雑化することが予測される。メンタルストレス軽減のためのコーピング資産として「ゆとり」の積極的な活用が望まれる。一方、筋骨格系症状に関しても、古くから報告されている「首・肩こり、腕肘手首」の症状を軽減させる結果となった。

今後、保育労働の現場においては、衛生の三管理を行なうと同時に、健康生成論的立場から家庭における「ゆとり(自分の時間・社会との交流など)」や職場における「ゆとり(落ち着いて食事ができる、リラックスできる場所など)」を個人が積極的に選択できる環境の整備や、仕事により収斂された生活時間への気づきのための教育を行なう事が望まれる。

【参考文献】

- 1) 三浦豊彦：現代労働衛生ハンドブック第2版：(財)労働科学研究所出版：1994. 1562-1567
- 2) 内藤堅志：筋骨格系の疲労：からだの科学230；日本評論社；2003. 5
- 3) 阿部眞雄：労働者のストレスマネジメントにおける「ゆとり」プロモーション；「労働者の健康水準と睡眠・余暇生活の関連に関する研究」報告書：労働科学研究所2003. 3
- 4) Tom DeMarco：Slack ゆとりの法則：日経BP：2002. 1

労働ストレス— 要求度・裁量度・支援度・労働時間 —と主観的QOLおよびうつ因子との関連性

天笠 崇 (京都大学医学部大学院社会健康医学健康情報学博士後期過程)

[背景]

過労自殺が社会問題化するとともに、職域でのメンタルヘルス対策が、わが国の課題になっている。労働者が認知した質的労働ストレスと、健康障害・うつ状態(ないしはうつ病)との関連性については、evidenceが集積されてきた。しかし、労働時間とそれらの関係、さらには、労働ストレスと精神健康(主観的 QOL)の関連性について解明しようとした研究は、ほとんどない。そこで、1999 年以來取り組んできた「心の健康診断」で得た、事務系職域のデータを用いて、特に労働時間を含んだ労働ストレスと労働者の主観的 QOL およびうつ因子との関連性について解明を試みた。

[対象と方法]

1)対象：埼玉県下某事業所の事務系職員 225 名。
2)方法：質問紙調査。調査票(「心の健康診断・質問表」)は、人口学的項目、勤務状況(労働時間、休日の日数、仕事の特徴など)に加え、過去1年間の生活上の出来事と人間関係、生活習慣(健康管理、食事の状況など)、久里浜式アルコール症スクリーニングテスト(KAST)、Kawakami のニコチン依存度調査票、ピッツバーグ大学睡眠障害調査票邦訳版(Pittsburgh Sleep Quality Index:PSQ より抜粋)、うつ病と自殺を中心としたメンタルヘルスの知識、米国で開発され日本語版の妥当性・信頼性が確認された 18 項目の自記式質問票“General Well-Being Schedule (GWBS;主観的良好状態一覽)”など、134 項目で構成され、精神科への受診勧奨者スクリーニングを兼ねた。ベースライン(第1回)調査を、1999 年 12 月に実施し、1年ごとに調査を継続している。
3)統計解析:a) 因子分析;サンプル数の多い 2000 年に実施した第2回調査データを用いて、仕事の特徴に関する質問項目 23 項目と人間関係に関する5

項目の計 28 項目から、探索的に因子分析を行って質的労働ストレス因子を抽出した。b) 重回帰分析;GWBS 得点およびその下位因子であるうつ因子得点を従属変数とし、性・年齢・職位・ライフイベントの有無・精神科受診歴の有無・質的労働ストレス因子・労働時間を独立変数とした重回帰分析を実施した。c) 多重ロジスティック回帰分析;1999 年(第1回)・2000 年(第2回)調査時のうつ因子得点の低い5パーセントイルを「うつ(ケース)」として、「うつ」の有無を従属変数とした多重ロジスティック回帰分析を実施した。d)コホート研究;「うつ」を除外した第1回調査時の労働ストレス関連因子を独立変数とし、第2回調査時の「うつ」の有無を従属変数とした多重ロジスティック回帰分析を行った。

[結果]

1)回答数・有効回答数:対象 225 名中、204 名・192 名(第1回)、219 名・196 名(第2回)だった(1年間で 17 名が入退職)。
2)因子分析:抽出された 3 因子(要求度・裁量度・支援度)で、全分散の 55%が説明され、各因子の α 係数は 0.89、0.61、0.56 だった。
3)GWBS 得点を従属変数とした結果:2 回の調査とも、男性・高齢・低要求度・高支援度ほど GWBS が高まった ($p<0.05$)。
4)うつ因子得点を従属変数とした結果:2 回の調査とも、女性・若年・高要求ほどうつが悪化した ($p<0.05$)。
5)労働時間:週間労働時間が 40 時間以下、40~60 時間、60~80 時間、80 時間以上にカテゴリー化し、順序尺度とした場合、第 2 回調査データの GWBS 得点(110 点満点)でのみ統計的に有意で ($p=0.018$)、週間労働時間が 20 時間増えるごとに 3.80 ポイント減少した。
6)「うつ」を従属変数とした結果:第 1 回調査でのみ回帰式が統計的に有意で ($p=0.035$)、独立変数で統計的に有意だったものは、10 歳低下(オッズ比; 2.61)・ライフイベント有り(5.95)・週間労働時間 20 時間増(3.22)だった(以下の表)。
7)コホート研究:回帰式は統計的に有意でなかつ

た ($p>0.05$)。

表 「うつ」と労働関連因子との関連性(第1回データ)

[結論]

- 1) 女性・若年労働者への教育や支援を高め、労働の要求度を低下させ、労働の支援度を高めることで、労働者の精神健康を高め得る高い可能性が示唆された。
- 2) 長時間労働を是正することで、労働者の精神健康を高め得る可能性が示唆された。
- 3) 若年労働者への教育や支援、生活上の出来事発生時の支援、労働時間の短縮化によって、労働者のうつ状態を減らし得ることが示唆された。
- 4) より大規模な調査研究およびうつ病をendpointとしたコホート研究が望まれる。

	オッズ比	95%CI	有意確率
女性/男性	4.57	0.93-22.2	0.061
10歳低下	2.61	1.19-5.75	0.017
ライフイベントあり	5.95	1.01-34.5	0.048
精神科受診歴あり	1.73	0.29-10.4	0.551
週間労働時間20時間増	3.22	1.02-10.2	0.046
高需要度	2.08	0.44-9.86	0.358
低裁量度	1.51	0.37-6.06	0.564
低支援度	1.95	0.44-8.62	0.512

最近の社会経済変化にともなう労働者の健康問題

垂水 公男 (産業医大医学部進路指導部)

【背景】バブル経済崩壊以後の社会経済状況の変化はめまぐるしく、企業は大幅なリストラにせまられている。リストラにともなう変化は、企業に残った労働者にも業務負荷の変化や心身の健康に何らかの影響を与えていると思われる。

【目的】業務の見直しと組織改革の比較的大きな変化があった企業の社員を対象に、業務負荷や健康状態の変化を経年的に観察し、①社員の生活や健康への影響を観察し、②今後の社会変化の中でいかに健康を確保するかを検討しようとした。

【対象と方法】某企業のオフィス事業所に勤務する正社員の男子ホワイトカラーを分析対象とした。変革時期を挟む 1999 年～2002 年の在籍社員の調査結果 (毎年 7 月)のうち精神的健康度、労働時間、睡眠時間、病気欠勤、運動習慣について年次変化を検

討した。なお、社内改革は事前に 2001 年度末に完結することが通知されていた。

【結果と考察】①社員数の変化は大きいが他事業所への異動も含まれている。②GHQ が 3 点以上 (0-1 採点) の割合は 2001 年の時点でもっとも高くなっていた。これは労働時間の変化とも合致し、③週当り労働時間が 50 時間を超えるものの割合は 2001 年にもっとも高かった。同様に、④睡眠時間が 6 時間未満のもの割合も 2001 年にもっとも高かった。⑤40 歳代を除いて病気やけがによる欠勤がなかったものの割合は 2001 年にもっとも低かった。⑥週 1 回以上の運動習慣があるものは 20,30 歳代は 2001 年にもっとも低かったが、40 歳以上では年次とともに高くなっていた。以上より、変革にともなう労働負荷に対応した適切な健康管理が必要と思われる。

The number of the subjects

Age	'99	'00	'01	'02
20-29	26	15	6	6
30-39	113	94	75	78
40-49	113	80	55	36
50-59	59	52	45	8

Working hours (%: 50hr/wk and over)

20-29	15.4	33.3	83.3	42.9
30-39	55.8	60.4	74.7	65.4
40-49	31.9	36.3	61.4	44.7
50-59	17.0	28.3	42.2	35.1

Sickness absence (%: No absence)

20-29	53.9	53.3	50.0	—
30-39	61.1	42.6	41.3	—
40-49	63.4	70.0	65.5	—
50-59	78.0	73.6	60.0	—

GHQ-12 (%: 3 points and over)

'99	'00	'01	'02
34.6	26.7	66.7	33.3
40.7	36.2	41.3	47.4
37.2	32.5	38.2	44.7
37.3	32.7	40.0	13.9

Sleep (%: less than 6hr/day)

—	20.0	33.3	28.6
—	12.5	24.0	16.7
—	6.3	22.8	19.2
—	9.4	17.8	10.8

Exercise (%: 1/wk and over)

—	46.7	33.3	57.1
—	26.0	18.7	23.1
—	45.0	45.6	58.7
—	39.6	47.7	56.8

NPO が主導する健康安全政策（シックハウス運動から）

上原 裕之（特定非営利活動法人シックハウスを考える会）

1 はじめに

シックハウス症候群は 1994 年に自ら新築の住居兼診療所に入居したのをきっかけに私がつくった名前です。

2 設立の意義と活動の経過

当初は総合病院や保健所でも原因が分からず、自ら新建材由来の化学物質が主たる原因であることを突き止め、このような社会環境を変えるために 1 人で「シックハウスを考える会」（1994 年任意団来で設立 2000 年 NPO 法人に）をつくり、現在は行政関係者、医師、化学者、建築関係者、消費者など、様々な分野で啓蒙と研究を行っています。

3 活動の成果と今後の課題

その 10 年間の活動で、本年 7 月 1 日に建築基準法改正に持ち込むまでの行政、建築関係業界、企業、医師会、その他の皆さんの協働作業と、問題点、その問題を乗り越えるポイントについてお話いたします。

京都の高速道路とその問題点

三宅成恒（京都市城南診療所）

足立 明（京の道と交通を考えるネットワーク）

（1）経過と問題点

1991年に住民に対する京都高速道路の説明会が始まった。そもそも「京都に高速道路を建設する必要があるのか」という基本問題は住民に納得のいく説明は未だに得られていない。現在は経済の問題が大きくなったが当時はもっぱら環境問題であった。行政は「渋滞をなくし、経済を活性化させる」と現在も言っている。それに対し住民側は、「高速道路は車を呼び込み、交通量は増え市内の渋滞は更にひどくなり、かつ京都市内は道路容量が限られていて交通渋滞は現在より増える。交通は生活道路整備と京都の主要河川である桂川、鴨川、宇治川等の架橋で完全に緩和できる」と主張してきた。このことは事実、住民の交通調査で当初より裏づけされている。

高速道路は30年前に商工業界が待望した時とは社会的にも様々な条件が変化した。住民が最も心配するのは環境破壊とその健康影響である。しかし当初の環境アセスメントの作為的な誤謬のまま、「健康影響は問題なし」と行政は押し切った。たとえば2kmも離れた市街の一面を大気測定局や自動車排ガス測定局からアセスメントできるとした。そしてその公式はアメリカの砂漠での測定を基準にしているなど。

とくに京都市には、二酸化窒素酸化物NO₂等に京都市環境保全基準（NO₂は0.02以下等）がありながら、京都市内を通る高速道路のアセスメントは産業界に押され、大気保全局長も説明できないような国の環

境基準（NO₂は0.04～0.06以下→0.06以下と同じこと）を採用している。

1970年頃より急速に自動車事故が多くなり京都もまず国道から満杯状態となり、京都盆地の特性から、自動車排ガスが貯留し、東山、中京、下京区等のSMR標準化死亡比が上昇している。早急に排ガスの全量規制が求められるところである。

昨年の道路関係四公団民営化推進委員会等の論議の中で、道路公共事業というのは政官財の相互のもたれ合いとか権益温存の場となっていることや、いったん閣議決定するとそれは行政上、財政上そして国会のチェックもなく硬直した自己回転をひたすら続けているものだということが国民に理解されてきた。それはもっぱら道路を作るために作るのであって、国民の福祉とは関係のない存在になっている。政府、官僚、経済界のしがらみは甚だ強く、民営化委員会もあまり実効はないままに政治に押し切れようとしている。

しかしCO₂の20%は自動車から排出し、増える一方のNO₂の46%はこれまた自動車からなのでCOP3のコアは自動車問題である。

（2）路線が抱えている問題

京都高速道路5路線の中、現在、山科から東山を抜けて、伏見区の鴨川東岸に出る新十条通がほとんど開通しようとしている。出入口は始めの説明では芝生が植えられた環境の良いランプになる筈であったが、何時の間にか計画変更され花卉市場（はなき

いちば)とトンネルからの泥水処理場となっている。市場は市内の花の市場を統合したものであり再び交通混雑を来たすであろうと予測される。

また予想を上回った出水のために掘削工法からシールド工法に変更し、泥水処理場とともに巨大な出費となっている。

問題の排気処理は山科側入口では単なるゴミ除去だけの排気塔とされており、伏見出口は何の約束もされていない。排気ガスに関しては土壌脱硝装置と吸着、吸収システムによる除去システムが実用化に近づいているが、前者は土地、性能および大装備による費用問題があり、後者は効果が除去率80%以上と良いが現在のところ、まだパイロット実験中である。住民側も必要なことは判っているが要求の落としどころがない状態である。

経済状態の変化で京都市および阪神高速道路公団ともにこれからの建設は政府の姿勢伺いになっている。当初よりも出費がかさむやり口は京都でも全国同じ手口であり、始め「国費だから安く作れる、早く作ろう」という形が公団の建設のテクニックと種々の名目で自治体に負担金が増えてきてその財政を圧迫するようになってきている。京都市も財政の非常事態を宣言しており、増高する高速道路負担金に予算をつぎ込むことは非常識のそしりを免れない。

新十条道は完成時期が数年先に延びることになっているがそれは事業費の膨張を意味する。新十条通では東山で強制土地収用法を適用し現在、住民団体と折衝中で大変な社会問題である。東京都首都圏中央連絡道や大阪淀川左岸線でも強引な土地収用法が適用されているように、そこに住む住民

の憲法に保障された権利が危うくなっている状態である。

油小路線は南へ一直線に走る道路で、ここも橋脚だけは既成事実としてすばやく建っている。

東西に走る久世橋通はまだ用地買収が少し進んだ程度で、この道路は現在全く建設不要の状態である。西端で南北どこにも繋がらないし交通量の増加も全くないからである。

残る市内の地下の西大路線、堀川線は市内に自動車を呼び込むだけの、まさに歴史都市には相応しくない世界の非常識の高速道路建設予定である。

西山に予定されている第二外環状道路と京都縦貫道を結ぶ自然破壊の高速道路は、自然環境を守ることからも利用価値からも建設の意味がない。

(3) 結論

京都市内の交通は、交通需要管理施策TDMで、公共交通機関を増強し、住民団体が早くから要望している軽快電車LRTの導入、地域環境バス等に、改善策の選択肢はいくらでもある。

自動車優先の交通体系を止めて自然環境を守り、人に優しい交通施策の実践を望みたい。

資料：

(1)「京都の交通今日と明日」パート3 -G&A ひと・まち・交通-21世紀・京都のまちには高速道路か？LRTか？

(2)「建築とまちづくり」281号 特集-京都に高速道路は必要か！？-

京都盆地の大気汚染調査から京都市の交通・まちづくりを考える

谷田悟郎(猪熊診療所)、足立明(唐橋診療所)

1. はじめに

京都市は、21世紀のまちづくりの理念的な京都市基本構想(1999年12月)、具体化した10年間の京都市基本計画(2001年1月)、前半5年間の実施計画「安らぎ、華やぎ京都21推進プラン」(2001年3月)を、さらに、これらに即した土地利用や道路・公園・緑地を適正配置し、健康で文化的な都市生活や機能的な都市活動を確保する都市計画マスタープラン(2002年5月)発表と、次々とめまぐるしく、重複、美しい形容の、膨大な資料が提起されている。

一方、1986年の計画を改定した新環境管理計画(1995年)を発表、さらに市計画局都市企画部交通政策課が2003年5月「歩くまち・京都」交通まちづくりプラン・京都市TDM施策総合計画(素案)提案とその市民意見聴取をしている。

これら政策の実施では、1978年市電撤去から始まり、1991年京都市(内)高速道路計画が建設中の現在までに数々の問題点がある。市電撤去前に、京都府医師会へ自動車排気ガスによる健康影響調査を依頼したが、その後、京都市(内)高速道路建設案が都市計画の重要な柱とされた。市内の住民説明会の際、京都盆地などの地域特性を考慮した「市の環境保全基準」をとらず、政治的に緩和した「国の環境基準」に基づく環境アセスメントを実施、多くの反対意見を無視した。

京都市は、二酸化窒素(以下NO₂)濃度を、大気局(市内10カ所)と自排局(6カ所)で測定し、この10年間ほぼ横ばい、国の環境基準で、1日平均値で大気局全部、自排局では4局達成、市の「当分の間」

の基準では大気局2局達成と公表している。しかし、自排局では都心部僅か4カ所、1日平均値のみを基準とし、22年前決定の「市環境保全基準」では大気局、自排局いずれも一度も達成できていない現状である。このような大気汚染調査の現状報告に対し、保健医療従事者として、住民とともに調査方法を検討して、大気汚染の現状を明らかにした。

2. 調査方法

1) 京都市依頼の京都府医師会環境保全委員会調査は1973年から12年間にわたり東大路通、九条通、北大路通、丸太町通で、幹線道路沿道とその後背地の住民の自覚症状と、臨床医学的の調査の疫学調査を行って、市電撤去前後の京都市の自動車排気ガスなどによる健康に及ぼす影響について提言した。

2) 1991年高速道路計画案説明会から組織された南区住民組織と下京西部医師会有志とともに、12年間にわたり、天谷式簡易NO₂測定カプセルを用い年2回、幹線道路とその後背地でメッシュ法測定、公害汚染マップを作成した。

3) 2000年12月より、さらに広く都心部の市民の協力で市内幹線道路交差点のNO₂濃度を同様に天谷式カプセルで測定した。

3. 調査結果

1) 京都府医師会調査 幹線道路沿道と后背地の汚染は、自覚症状では有意の差で因果関係があるが、臨床医学的に明かな影響はない。10年のタイムラグでの疾病の顕症化が認められると報告。その後の調査は市の一方的中止で現在に至っている。

- 2) 南区・下京区での12年間、計24回の調査では、NO₂濃度は、国道1号線はじめ九条通、十条通、久世橋通は常に「とてもきたない」(0.061ppm以上)高度汚染され、これらに面する世界遺産の東寺はじめ寺院、学校、幼稚園、病院、公園などの汚染が全く改善されていない。
- 3) 京都市都心部の幹線道路交差点での年2回、2年間、計4回であるが、2002年6月調査では、以下の問題点が指摘され、最近の都心部汚染増悪を予測できる。
- ① 都心部の大気汚染は、北は今出川通、西は葛野大路通、その後さらに北の北大路通まで汚染地域が北上し、「きたない」(0.041~0.060)地域となる。
 - ② 世界遺産の東寺は、いつも高度汚染、二条城付近が始めて高度汚染に、下鴨神社、金閣寺付近は汚染地域となる。
 - ③ 京都御苑は、今まで「きれい」(0.020以下)が、迎賓館工事の御苑東部では、「ややきたない」(0.021~0.040)と悪化。
 - ④ 洛北市原野の市家庭廃棄物処理場に入る鞍馬街道市原バイパスでは、2000年4月操業開始後1年余で、「きれい」から2段階進み「きたない」に著明増悪。
 - ⑤ 団地では、最上階(12階)でも1階と変わらぬ汚染が認められる。名神高速道路に接した竹田市営住宅では、「とてもきたない」高度汚染で、しかも終日汚染。また、高速道路と同じ高さの4階は、NO₂が最高値であるだけでなく、許容限度を超える騒音があり、窓を閉めても高度の粉塵被害を受けている。
 - ⑥ 周辺部の山科区と結ぶ五條通、国道1号線、外環状線の交差点では、「きたない」から「とてもきたない」と高度汚染地域となる。

4. 考案と結論

山紫水明の自然のなか、1200年の伝統と

文化の京都の環境を破壊する産業・自動車公害、さらに化学物質による新たな問題発生、都市開発による環境破壊など、グローバルな環境破壊が次々発生している。健全で恵み豊かな環境を享受する市民の権利と、それを次代に継承するとされた基本理念の1995年新環境管理計画のなかで、「澄んだ空気と青い空を確保するため、京都市の環境保全基準等を達成し、維持することを目標」とある。京都市の高速道路建設で、政治的に緩和された国のNO₂環境基準に固執し、22年間達成できていない京都市の「当分の間」の保全基準で大気汚染の実態を隠蔽しているとの批判は免がれかねないと考える。

また京都市は、国の「健康日本21」に呼応して市民健康づくりプランで生活習慣病対策重視対策を提起している。すでに「健康都市」を宣言し、「ひと」重視の都市計画を進めている。「ひと」は自然環境と社会的環境の中で生活しているので、自然的、社会的、生物学的要因の如何によって発病する。疾病予防はこれら3大要因から守ることである。3人に一人という超高齢化社会を、短期間に世界先進国の中でトップにさせたことは老人医療無料化政策が大きな役割を果たしていたのではなかろうか。高齢者医療の無料化を廃止し、いま当然のように有料化させ、社会的環境因子を無視しての基本計画があつてよいであろうか。

いま、2001年秋から京都のまちづくりの交通運輸労働組合京都地方会議(京交運)と京都商工会議所からの2提案、2002年11月近畿弁護士会連合会からの交通政策への提案が出されている。1993年以来、京都道路問題住民研究会「京都の交通 今日と明日」がすでに提起してきた問題である。

貧困は要介護老人死亡の独立した危険因子

関沢敏弘（西七条診療所/京都民医連）

対象と方法

1998年に全日本民医連傘下の13事業所で927名の在宅要介護老人を登録した。2～3年後に安否確認の抽出追跡調査を実施した。

全体の追跡数は450名で、観察期間は最短30日、最長1189日、平均694日であった。

解析

不明例・欠損値例236名を除く214名について、統計パッケージSPSSを用い、性別、年齢、自立度、痴呆度、貧困度、同居家族数の各指標を独立変数として生存率をCox比例ハザードモデルで解析した。

貧困の指標として、同居人数と世帯の年収を生活保護基準の概算値(表①)と比較した。

表① 生活保護基準の概算値

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

結果

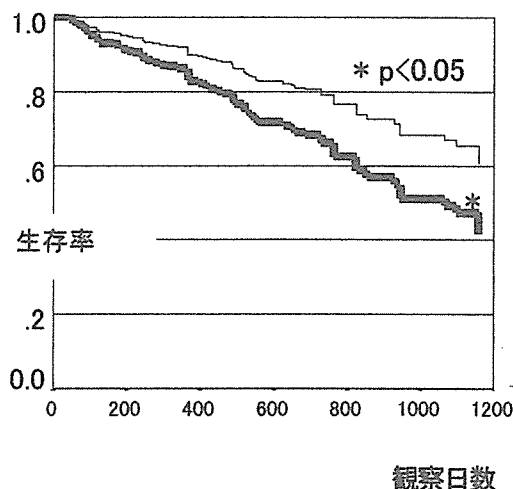
死亡率の相対危険度は、表②のとおりで、自立度、痴呆度、貧困度のいずれもが在宅要介護老人の死亡率に有意に関係していた。同居家族数は関連がなかった。生存率曲線を図①に示す。

表② 死亡率の相対危険度

男性 vs 女性	1.98	P<0.01
85歳以上 vs 84歳以下	1.26	N.S.
自立度 B・C vs J・A	2.32	P<0.005
痴呆度 II・III・IV・M vs I	1.99	P<0.05
生保基準未満 vs 基準以上	1.76	P<0.05

図①

年収による在宅要介護老人生存率の格差
 — 世帯の年収が生活保護基準以上
 — 基準未満



n=214 平均観察期間 694日
 性・年齢・自立度・痴呆度を調整後

考察

自立度、痴呆度だけでなく、貧困という社会的要因も在宅要介護老人の死亡率に有意に関係していたことは、狭い意味の「生物学的医学」だけではなく、社会的な関係の中で要介護老人の問題を捉えることの重要性を示している。医療者は社会医学的な視点をいつも大切にして医療を行なわなければならないことを示している。

不況やリストラで家庭の介護力がどんどん低下し、一方で介護保険などの社会的な「セーフティネット」が充分機能していない現在、貧困と疾病・死亡の問題は古くて新しい問題である。貧困を正面から捉えた研究と問題提起を精力的にすすめることが求められている。

高齢者の食事保障に関する考察 —ひとり暮らし高齢者に対する 配食サービス給付の必要性—

松井順子

(奈良女子大学大学院人間文化研究科)

1. はじめに

配食サービスに代表される高齢者の食事保障の主な事業は、厚生労働省介護予防地域支え合い事業による給付である。その対象者について、同省は概ね 65 歳以上の単身者世帯、及び、高齢者のみの世帯を基準とすると指針を示している。ではなぜ、世帯形態が基準なのか。一般論でその理由を述べることは容易いが、しかし、そもそも食事保障は研究蓄積が乏しく、事例報告や事業実施の課題整理はみられるが、原点である、なぜ高齢者へ配食サービスを給付しなければならないのか、その根拠の究明や対象世帯に関する数量的な研究はみあたらない。諸外国では、Edward A Frongillo,[1992]らが回帰モデルを使い、欠食の要因を推定するためサービス利用者の属性を変数として分析した結果、マイノリティー、寝たきり状態、がんの罹病者、Medicaid 受給者、男性のひとり暮らし世帯の係数が大きいことを報告している。Ann M.Coulston[1996]らは、meals-on-wheels 利用者の血液検査を行い、低栄養のリスクを調査した結果、ひとり暮らしの者の 74%が低栄養の危険を伴っていると述べている。つまり属性で分類すると、ひとり暮らし高齢者は食生活上、大きな問題をはらんでいると予測されている。

では、我が国のひとり暮らし高齢者の食生活はどうか。先に述べたように、食事保障の研究は現在、事例報告と質的分析に留まると言わざるを得ない。そこで本稿は、筆者のこれまでの配食サービスを中心とした高齢者の食事保障に関する調査研究の結果を用

いて、数量的にどのようなことから「ひとり暮らしの者へ配食サービスの給付が必要である」と述べることができるのか。高齢者歯科学の研究も参考にしながら、給付対象者(世帯)に関する一考察を試みるものである。

2. 研究の方法

筆者の以下の3つの調査結果を応用する。

- ①「A 市要介護認定者を対象とした配食サービスを含む食生活に関するアンケート調査」
- ②「東京都国立市の配食サービス利用者を対象とした高齢者の食生活に関するアンケート調査」
- ③「東京都各自治体を対象とした配食サービス事業に関する調査」

3. 分析結果

(1)記述統計による分析は、②の調査結果から、「ひとり暮らしの者へ食事を給付する必要があるのではないか」とみなせる事柄を示す。

(2)①②の両調査で行った配食サービス需要の数量化分析から述べられる事柄を示す。

(3)回帰分析の試みは高齢者の歯科医療費を被説明変数とし、③の調査回答で得られた配食サービスの利用登録者数を含む、高齢者のライフスタイルを示す世帯形態などを説明変数として回帰式で推定し、ひとり暮らしの高齢者への食事給付を考える。

4. 考察

食費は年金等で保障済みであるため、公的費用負担を伴う配食サービスは一見、二重保障の印象を与えかねない。また、食事は文化的要素に大きく左右され、更に、飽食と言われるわが国において、それでもなぜ、保障しなければならないのか。分析結果から、ひとり暮らし高齢者への配食サービス給付の必要性と世帯形態を基準にする意義、そして今後の課題を整理する。

民間の相談室から見た子どもの育ち、親の悩みの現状

池添 素（らく相談室）

はじめに

らく相談室は「コミュニケーションの悩みの相談にのります」というキャッチフレーズで、9年前に開設した。当初はビルのテナントの一室を借り運営していたが、現在は京都市北区北野白梅町において、プレイルーム、相談室2室を有し、さまざまな相談に応じている。スタッフは言語聴覚士1名、発達相談員2名。相談の内容は多岐にわたり、発達相談、子育て相談、療育、言語訓練、音楽療法など多様。対象の年齢も赤ちゃんからお年寄りまで、特に年齢に制限を設けず、「心配事はとりあえず、一度相談に来て、一緒に考えましょう」という姿勢で取り組んでいる。これまでの相談件数は、おおむね1年に100の新規ケースを受けしている。

相談の傾向

開設当初は、障害児の発達や療育相談、あるいは言語指導が中心であった。現在も、公的な社会資源不足、あるいは長期の待機期間のため、早期に診断や療育を求める切実な保護者の相談は増えている。さらに、最近では、育児相談が増え「子育て不安」、特に子どもの育てにくさへの対応に苦慮する内容が多くなっている。又、相談の子ども年齢も上がり、思春期以降の相談、場合によっては20歳を超える相談もあり、子育ての苦悩を感じさせる。また、軽度発達障害をもつ学童期の子どもたちの相談も増加している。くわえて、在籍する学校の担任との話し合いや情報交換も増えている。

具体的な対応

相談を経て、継続的な指導や援助が必要な場合、基本的に個別で対応している。しかし、学童期の軽度発達障害児については小集団でゆったりと一人ひとりが活動できる場を作り、ソーシャルスキルやコミュニケーション能力の向上をめざし、グループを運営している。3年前に始めたときは、6名からスタートしたが、現在は20人を越え、5つのグループで活動している。

又、月1回は集団音楽療法「音楽あそび教室」を開催し、きょうだいも含めて家族で楽しいひと時をすごせる場も提供している。

子育てをめぐる現状と相談室

障害のあるなしに関わらず、子育てに悩みはつきもの。子育て情報誌、早期教育や学習教材の勧誘など、親を焦らす「子育て情報」が氾濫している。このような状況の中で、我が子の主張を受け止め、ゆったりと子育てに向き合うことがますます困難になっている。とりわけ「言うことを聞かない」など、親の思うように子どもが育っていないと感じるとき、焦りや不安、子育ての自信を喪失し、虐待などの事態を招くことも想像にたやすい。

些細な悩みも気軽に相談でき、適切なアドバイスが受けられる場や、母親だけでなく、父親や祖父母も含めて相談にのれる場合は、子どもの豊かな育ちを保障する上でもますます重要になってくると感じている。

野宿を余儀なくされている人たちの健康と生活保障問題

すべての人々が健康で人間らしく生きる権利をもっている

上畑恵宣（仏教大学健康福祉学科）

はじめに

昨年 7 月に施行された「ホームレスの自立支援等に関する特別措置法」に基づいて国の初めての全国調査が今年 1・2 月に行われた。そこで明らかになった全国で二万五千人を超える野宿生活者（厚生労働省報告）の存在は何を物語っているのか。

I. いのち・健康を脅かすくらしの破壊

1) 生活を支える雇用のネットの崩壊

働く場、仕事を失い、収入が途絶えると労働者の生活はどうなっていくのか。完全失業率 5.5%、失業者 350 万といわれる雇用情勢のなかで、若者たちは就職難にあえぎ、求職者は職安に群れをなす。この背景には、バブル崩壊後の不況の長期化と深化があり、リストラの進行、倒産、賃金不払い、パート・派遣労働など不安定就労の拡大と失業、さらにはサラ金などによる多重債務の増大などをもたらし、国民の生活基盤をその根底から揺るがしている。

失業したときの所得を保障し、労働者の暮らしを守るはずの雇用保険のネットは、その機能を十分に果たしているのか。雇用労働者数と被保険者数の乖離の広がり、そのネットから落ちこぼれる人たちの増大を示している。高い完全失業率と失業者数の中で、有効求人倍率の地域別年齢別格差は広がり、高齢者はより厳しい現実にさらされている。

日本最大の日雇労働市場を抱えている大阪釜ヶ崎（あいりん地区）にある西成労働福祉センターでの日雇現金求人就労状況推移は、不況が一番弱い部分に深刻な打撃を与えていることを示し、大阪を全国最大の野宿者数の存在として表れている。

産業構造の変動と好不況の波に翻弄され

た人たちの多くが今や高齢化し、失業の谷間で野宿を余儀なくされ死に直面している。

あいりん労働公共職業安定所の有効求職者数推移は、日雇労働者の失業保障のネットの機能のさらなる低下を示している。不況と高齢化の進展で、受給資格取得の困難さは増大し、保険料納付としての一枚の印紙の有無が生殺与奪の権を握っていることの非情さを為政者は知らない。

2) 健康の破壊をおし進める医療保障の後退—皆保険の形骸化

構造改革で病院の窓口での自己負担が増加し、受診の自己抑制、治療の中断、重症化がすすんでいる。政府管掌健康保険適用事業所、被保険者推移でも、正規雇用労働者数の減少、パート・派遣労働などの増大がそのほころびを大きくしていることを示している。特例被保険者(日雇労働者)にいたってはその打撃は大きく、雇用保険同様印紙保険料納付による受給資格要件の改善なしでは、役立たずの無用の長物でしかない。

釜ヶ崎にある大阪社会医療センター付属病院外来患者医療保障別推移は、底辺の医療の現実を如実に示している。低額無料診療の依頼券の果たしてきた役割、日雇健保給付改善が 50 年不況を乗り越えさせたこと、怪我と弁当の自分もちから労災補償へ導いたこと、そして最近の生活保護患者の増加などが特徴的に示されている。

3) 最後のとりで、セーフティネットはなぜ役立っていないのか

憲法 25 条が保障する健康で文化的な最低限の生活が、自助自立、自己責任の名の下に、見捨てられ、どんどん路上に落ちて非人間的な生活を強いられている。ホーム

レスは増大し、自殺者は、3万人をこえる。全国調査のホームレス分布でも見るように、その存在は大都市から周辺部分へ、全国へと広がってきている。シェルターが作られ、自立支援センターが設置されても焼け石に水でしかない。

東京・名古屋・大阪での生活保護被保護者数、保護率推移は国民のくらしの破壊がいつそう進み、生活に困窮する層が急増している姿を示している。生活保護廃止理由別推移は、退院即自立、保護廃止を示し、被保護からの失踪となって、路上へと放り出していく。大阪市福祉事務所別職権保護状況は野宿を余儀なくされている人たちの多い地区で、救急搬送による職権保護の多いことを示している。

釜ヶ崎を抱える西成福祉事務所での被保護者推移は、これまでドヤ（簡易宿所）での居宅保護を認めていなかったのが、ドヤからアパートへの衣替えて一挙に被保護者を増やしていることを示している。一方、地区の住所が定まらない単身者の保護を担当する大阪市立更生相談所では、肝心の生活を支える仕事がなくなって、ドヤにも泊れず、めし代もなく、困り果てて相談に行っても、「稼働能力あり」で相手にされていない。行旅死亡人・行旅病人等推移は、追われ追われて、路上に放り出され、救急で運ばれ、初めて保護のネットにかかるか、路上での孤独死の姿をみせる。

II. 野宿者のくらしの実態が問いかけるもの

これまでの東京・名古屋・大阪の聞き取り調査や今回の全国調査から特徴的なものを見てみよう。野宿期間別では、98年以降に急速にホームレス化がすすんだこと。野宿直前職と直前住居では、日雇などの不安定就労、飯場生活。失業と同時に住む場所を失う社宅、会社の寮、住み込みが多いこと。野宿生活での仕事では、夜中から朝にかけて、アルミ缶集め、その行動範囲の

広さ、収入の少なさなど涙ぐましい事実が明らかにされている。食事回数と食事内容は、一日一食しかとれない人もおり、その内容も、コンビニで廃棄食品を待つ姿を浮き彫りにしている。その健康状況と自覚症状は、「悪いところはない」、とは言っても、自覚症状の数々が、野宿の長期化による健康の破壊を示している。

III. 社会保障制度の修復、再構築がホームレスの増大を防ぎ、いのちと健康を守り、自立を支援する。

解雇規制の強化。安易なりストラを許さない。サービス残業をなくし雇用増へ。失業時の生活保障、失業手当給付期間の延長。長期失業者への失業扶助の創設。家賃の支払い、ローンの返済困難な場合の立替貸付、一時扶助によってホームレス化を防ぐ。生活保護の法の目的に沿った運用を行う。住所不定、稼働能力ありで排除しない。居宅保護の原則の上に立った、自己選択、自己決定を尊重する保護の確立。退院時、退所時の住居の確保、アフターケア。生活保護を基礎生活保障法として、就労扶助を追加し、公的就労事業への給付を行う。すべての人たちの人間らしい生存権保障のため、セーフティネットの第一線機関への十分な職員配置を行う。

資料—当日配布予定

1. 雇用労働者数と被保険者数、有効求人倍率
2. 日雇現金求人状況推移
3. あいりん労働職安有効求職者数
4. 高齢者清掃事業、緊急地域雇用特別交付金事業
5. 政管健保適用事業所、被保険者推移
6. 特例被保険者推移
7. 社会医療センター外来患者医療保障別推移
8. ホームレス分布
9. 生活保護被保護者数、保護率推移
10. 保護廃止理由別推移
11. 大阪市福祉事務所別職権保護状況
12. 西成福祉事務所、生活保護被保護者推移
13. 市立更生相談所措置状況推移
14. 行旅死亡人・行旅病人等推移
15. 野宿期間別、直前職と住居
16. 野宿生活での仕事、食事回数と食事
17. 健康状況と自覚症状、など。

ホームレス者に対する認識と受容度に関する意識調査 ～ 札幌市某区民への質問紙調査 ～

太田薫里（北大院・医・産科・生殖医学）、小橋 元（北大院・医・予防医学）、
山田秀人、水上尚典（北大院・医・産科・生殖医学）、福地保馬（北大院・教育）

【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。今回は札幌市某区の住民を対象として質問紙調査を行った。

【研究方法】平成14年7月に、大通やすすきのある札幌市の都心部で、ホームレス者が多く集まっていると思われる某区の住民（平成14年6月1日現在の推計人口187,713人）の選挙人名簿（平成14年6月2日現在の登録者総数151,573人）から、20～69歳までの登録者を選挙区ごとに無作為抽出により抽出された、1472人に無記名の自記式質問紙調査票を郵送した。回収数は472部（回収率32.1%）であった。

【結果】住民がホームレス者を実際に見た頻度は、「ほぼ毎日見た」が24.2%、「見たことがない」が9.7%であった（表1）。住民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疾病は「下痢」（70.1%）、「かぜ」（66.1%）、「赤痢」（59.5%）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住民の割合が高かった疾病は「高コレステロール血症」（45.8%）、「糖尿病」（44.5%）、「薬物中毒（麻薬、覚

せい剤など）」（33.3%）であった（表2）。ホームレス者に対する考え・イメージについての質問では、「ホームレス者がいると街の景観を損なう」、「ホームレス者は臭いがひどいと思う」、「ホームレス者自身が現状を何とかしないと仕方がない」に対しては、それぞれ69.5%、68.9%、68.0%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によるところが多い」、「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怖い」に対してはそれぞれ78.4%、71.4%、60.8%の者がそうは思わないと回答した（表3）。ホームレス対策への意見・考えでは、「仕事の世話」（23.3%）、「住居」（18.4%）、「立場の理解」（15.0%）の順であった。

【考察】今回の結果では、「高コレステロール血症」、「糖尿病」について半数近くの人が、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。海外の調査のみならず、我々のホームレス者を対象とした調査でも生活習慣病の罹患率は高い傾向にあることが明らかとなっている。今回の調査結果から、住民はまだまだホームレス者の健康問題等の実情をよく知らない可能性が示唆された。今後も、調査などによる基礎資料を提示しながら、ホームレス問題に対する行政、医療機関、NPO等の共同への道を模索していきたいと考えている。

表 1 ホームレス者を実際に見た頻度 (n = 472)

	人 数	(%)
ほぼ毎日見た	114	24.2
2～3日に1回見た	49	10.4
1週間に1回程度見た	54	11.4
1ヶ月に1回程度見た	35	7.4
2～3ヶ月に1回程度見た	29	6.1
半年に1回かそれ以下	24	5.1
今までに2,3回見たことがある	82	17.4
1度だけ見たことがある	25	5.3
見たことがない	46	9.7
無回答	14	3.0

表 2 ホームレス者の疾病状況に関する認識 (n = 472)

回 答	罹りやすい	変わらない	罹りづらい	無 回 答
	人 数 (%)	人 数 (%)	人 数 (%)	人 数 (%)
下 痢	331 (70.1)	86 (18.2)	20 (4.2)	35 (7.4)
か ぜ	312 (66.1)	88 (18.6)	42 (8.9)	30 (6.4)
赤 痢	281 (59.5)	139 (29.4)	16 (3.4)	36 (7.6)
アルコール 依 存 症	235 (49.8)	150 (31.8)	57 (12.1)	30 (6.4)
結 核	233 (49.4)	181 (38.3)	24 (5.1)	34 (7.2)
腰 痛	155 (32.8)	229 (48.5)	53 (11.2)	35 (7.4)
うつ病	151 (32.0)	173 (36.7)	111 (23.5)	37 (7.8)
分 裂 病	114 (24.2)	219 (46.4)	97 (20.6)	42 (8.9)
高 血 圧	95 (20.1)	215 (45.6)	123 (26.1)	39 (8.3)
薬 物 中 毒	95 (20.1)	179 (37.9)	157 (33.3)	41 (8.7)
高コレ血症	67 (14.2)	150 (31.8)	216 (45.8)	39 (8.3)
糖 尿 病	60 (12.7)	162 (34.3)	210 (44.5)	40 (8.5)

表 3 ホームレス者に対する考え・イメージ (%) (n = 472)

回 答	そ う 思 う	そ う は 思 わ な い	ど ち ら と も い え な い	無 回 答
多くのホームレス者は何とかして現在の生活を改善したいと考えている	27.8	35.8	33.5	3.0
ホームレスになった原因は健康問題によるところが多い	1.7	78.4	17.6	2.3
ホームレスになったのは自分の責任である	43.9	15.3	39.2	1.7
ホームレス者は自分たちに何か危害を加えそうで怖い	13.6	60.8	23.1	2.5
ホームレス者は臭いがひどいと思う	68.9	8.3	20.8	2.1
ホームレス者は麻薬や覚せい剤の温床となっている	3.4	71.4	23.1	2.1
ホームレス者は感染症などの病気を蔓延させる	22.2	33.7	41.5	2.5
ホームレスが増えるのは経済不況のせいである	60.0	11.0	26.9	2.1
ホームレス者が近くにいると、子供たちの安全が心配である	37.3	25.8	33.9	3.0
ホームレス者がいると街の景観を損なう	69.5	8.7	19.5	2.3
私はホームレス者がいるとことは通らず、回り道したいと思う	38.3	35.6	23.3	2.8
ホームレス者は気ままな生活を楽しんでいる	16.5	42.2	39.0	2.3
ホームレス問題解決には有志によるボランティア活動が必要である	47.0	16.7	33.1	3.2
ホームレス者に対しては、周囲のあたたかい理解が必要である	41.3	16.1	39.8	2.8
ホームレス者は生活保護を受けるべきである	29.7	26.1	41.5	2.8
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	65.3	7.2	24.8	2.8
ホームレス者自身が現状を何とかしないと仕方がない	68.0	5.5	24.2	2.3

野宿生活者への就労・生活支援の課題

加美 嘉史 (佛教大学)

はじめに

一路上新聞「なにわ路情」を配布して一

- 「自己否定」感情の強い人・・・
- 野宿に至るまでの様々な出来事
- 野宿生活者にとって医療の大切さ

(Cさんの事例)

野宿→自立支援センター→就職(建設関係)→腰を痛み退職→野宿生活・・・

1. 「ホームレスの実態に関する全国調査報告」が意味すること

(1) 新たに生み出される野宿生活者

① 野宿生活までのいきさつ

- 最長職・直前職時の特徴、ほか

(2) 「破壊」される心と身体

① 全国調査から見る野宿生活者の健康状態

- 約半数の人が身体の不調を訴える
- 68.4%もの人が治療を受けず
- 「めまい」「よく眠れない」・・・
- 食事「1日3回」は28.9%のみ

② 福祉制度の利用状況

- 福祉事務所へ相談に行ったことのない人が66.9%を占める実態・・・
- 福祉事務所での対応の現状
- 「自立支援センター」の利用について
- 生活保護制度の利用実態

2. 「自立支援事業」の政策的課題

(1) 「ホームレス」対策の現状

① 「ホームレスの自立支援特別措置法」

は何を目指しているのか?

- 「野宿生活に陥った後」での対応でいいのか

② 「自立支援センター」の課題

- 「再野宿」を防ぐための取り組み

(2) 野宿生活者への雇用失業対策と就労支援の課題

- ①働く場を獲得することの意味
- ②「公的雇用」に期待される役割
- ③就労支援と生活保護の連携

(3) 野宿生活者への医療福祉の課題

① 自立支援センターの通院状況(比較)

- 通院経験者・・・78.6%(※1)

② 心と身体を休ませることの大切さ

- 舐まれる身体(京都でのアンケート)
- なぜ「再野宿」が多いのか?

→早急に「就労」へと追い立てる自立支援事業プログラムの問題点

- 心に深い傷を持つ人への対応を

→多い自殺者、うつ状態・・・

- まず身体と心を休ませるための医療福祉的支援プログラムの充実が必要

③ 不足している医療・福祉情報

- 知られていない「無料低額診療受診」
- 生活保護など社会資源につなげる支援
- 「路上死」を生み出さないために・・・

3. 新たな「野宿化」を防ぐための対策を

(1) 野宿に陥る前にまず生活保護の適用を

- 稼働能力者への生活保護適用

(2) 雇用失業政策と公的扶助の連携

- 失業者に対する生活保障制度の構築
- 「公的雇用」と「就労扶助」の連動

(3) 野宿を生み出さない居住政策の重要性

(4) 地域での支援体制の整備

- 地域で孤立化する人々への支援体制

(※1) 水内俊雄・花野孝史「大阪市内の自立支援センター入所者・退所者の傾向、特徴分析」『季刊Shelter-less』No.17、2003年6月

ホームレスとアルコール関連問題

総合病院 千鳥橋病院 医療相談室 荒木 弘幸
九州社会医学研究所 医師 舟越 光彦

1. はじめに

2002年ホームレスに関する初めての法案「ホームレス自立支援法」が成立した。それをうけて今年1月から2月にかけて厚生労働省による「ホームレスに関する全国調査」が実施され、全国で2万5千人、福岡市でも607人が確認された。いずれも調査を開始した1999年以降最多となり、都市部集中から地方にも広がりを見せていた。当院においても救急搬入が急増しており、その実態を探るために、2001年4月からホームレスの実態調査に取り組み、実態については昨年の本学会で報告した。今回、第二報として2002年度の調査と自立支援の援助過程で把握されたアルコール(以下ALCとする)問題について報告する。

2. 対象と方法

対象は2002年4月1日から2003年3月31日の期間に、福岡市にある千鳥橋病院に来院したホームレスの患者。調査方法はMSWの面接調査による聞き取りで、①性別、②年齢、③主病名、④寝泊り場所、⑤受診までのホームレスの期間、⑥ホームレスになった原因、⑦ALC問題の有無についての調査と面接を行った。尚、ALC問題患者の定義としては、(イ)医師によりALC依存症、急性ALC中毒、ALC肝障害の診断や飲酒の問題を指摘されたもの。(ロ)ALCリハビリ施設などへの入所経験がある者。(ハ)飲酒が原因で日雇い土木などの寮を追い出されたなどMSWの面接でALC関連問題が確認された者。以上のいずれかに該当する者とした。

3. 結果

来院患者は215人で2001年度の140人の約1.5倍となった。性別は女性17人(8%)、男性が198人(92%)。年齢階層は50代・60代で全体の69%を占めていた。各年齢階層におけるALC問題患者の存在は若年層ほど高い割合を示した(表1)。主病名は消渴症が最も多かった。また、全患者のうち81人(38%)にALC問題があった(表2)。ホームレスの期間は1年以内が60%、4年内では88%であった(表3)。ホームレスになった原因は病気と失職で149人(81%)で、その中の60人(40%)がALC

問題を有していた(表4)。退院先は退院患者110人のうち住居設定・家庭復帰者・施設入所が68人(62%)となっていた。約6割の人がホームレスを脱することができた。以下事例を紹介する。

事例1. 29歳 男性 ALC性肝硬変 23歳頃より発症。断酒困難続く。市内の病院へ転々と入院を繰り返す。両親から追い出されホームレスとなる。その後路上から再三当院へ救急搬入される。ALC病院への入院、ALC外来、施設への入所など治療を勧めるが、本人一切拒否。27歳時生活保護から敷金を出してもらい住居を設定したが、家賃を酒に使い3ヶ月でホームレスに戻った。その後精神科病院に入院し、患者の希望で当院転院。再度自立援助を開始。敷金の支給を福祉事務所から拒否され、敷金は入居後分割という事でアパートを借り退院した。退院後もALCを飲みつづけ、破滅的な生活となった。「入院して治療をしないと生活保護を打ち切る」という指導で、現在精神科に入院中。

事例2. 50歳 男性 拡張型心筋症 3年前にも当院入院し住居設定希望。敷金支給も可能。家を探すが保証人見つからず、やけになり飲酒し退院。今回も同じ病名で入院。「心臓が悪いので家を見つけて病院にかかりたい。ホームレスの生活を断ち切りたい。」と住居設定を希望。敷金の支給を拒み続ける福祉事務所へ再三足を運び許可をもらった。MSWも不動産の情報など提供したが見つからず挫折。再度飲酒して無断退院した。

4. 考察とまとめ

厚労省の全国調査では、ホームレス急増の背景として「仕事が減った・倒産・失業」が68.5%、「病気・けが・高齢で仕事ができなくなった」が18.8%となっていた。しかし、当院に救急来院したホームレスは病気(47%)と不況・リストラなどの経済的問題(34%)がその二大要因となっており、病気を原因としてあげる者の割合が高かった。またホームレス期間が1年以下の者が60%を占めており、全国調査(30.7%)よりもその割合が高かった。以上のこと

から、病院に救急来院した者は、一定重篤な疾患に罹患した状態でホームレスに至ったこと、そしてホームレス生活への環境の変化が急速に持病の悪化をもたらしたことが示唆された。以上のことから①病気や経済的問題に直面した時に、迅速に対応できるセーフティネットがあれば、ホームレスの発生を少なくすることが可能である。一方、来院患者（215人）の中でALCの問題を有する者が、約4割であった。また、病気が原因でホームレスになったと答えた者の中でALCの問題を持った者が約6割だったことから、ホームレスを生み出す要因

にALCが直接あるいは間接的に関与していることが考えられた。ALC依存症は、「喪失の病気」ともいわれ、健康をなくし、職を失い、家族をなくし、社会的信用を失う。しかも「否認の病気」ともいわれるように、病気を認めないため、なかなか治療に結びつかないと言われている。事例でも示されたように、②ALC問題はホームレスの自立支援においても、その阻害要因になっていた。若年ほどALCの問題を抱えている割合が高く、破滅的なケースも見られた。以上のことから、ホームレスへの自立支援にはALC問題への視点が不可欠である。

表1.年齢階層

年齢区分 歳	全体		ALC問題者	
	人	%	人	%
20～29	3		2	67
30～39	14		8	57
40～49	37		18	49
50～59	100		36	36
60～69	49		15	31
70～79	9		2	22
80以上	2		0	0
不明	1		0	0
計	215		81	38

表3.ホームレスの期間

期間	人	%
1ヶ月以内	28	17
1ヶ月以上～半年未満	39	24
半年以上～1年未満	15	9
約1年	16	10
約2年	14	9
約3年	25	15
約4年	8	5
5～10年未満	13	8
10年以上	6	4
小計	164	100
不明	51	
計	215	

表4.ホームレスになった原因

原因	人	%
病気	87	47
失職・経済的問題	62	34
刑務所出所後	15	8
生活保護廃止	11	6
人間関係	6	3
施設を飛び出た	4	2
小計	185	100
不明	30	
計	215	

表2.疾病分類(ICD-10分類による)

疾病	人
感染症	1
新生物	5
内分泌・栄養・代謝疾患	17
血液および造血器疾患	5
神経系および感覚器の疾患	1
循環器 心臓疾患	11
脳血管疾患	7
その他の循環器疾患	6
呼吸器疾患	22
消化器 胃・十二指腸潰瘍	25
肝障害	17
その他の消化器疾患	5
泌尿器 尿路 生殖器疾患	6
皮膚疾患	11
筋骨格および結合組織疾患	15
損傷および中毒	13
耳鼻科疾患	1
精神疾患	14
症状・徴候・診断不明	20
歯科疾患	5
眼科疾患	4
先天性奇形・染色体異常	2
計	213

※再掲:ALC問題患者 81人

:主病名がALC疾患 28人

(社会的入院・受診なし 各1名を除く)

表5.退院先とALC関係の有無

原因	ALC問題あり		ALC問題なし		計 人
	人	%	人	%	
住居設定	21	45	30	48	51
転院	1	2	6	10	7
家庭復帰	5	10	5	8	10
強制・自己退院	6	13	7	11	13
死亡	1	2	1	1	2
未	13	28	14	22	27
計	47	100	63	100	110

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評価

○山村昌代 森恵美子 内藤堅志 阿部眞雄（東海大学）

I. 目的

精神科デイケアは、患者の退院後の治療場面と社会生活を支える場として、施設によって、多様なプログラムが試みられている。某クリニックの精神科デイケアでは、平成14年の4月から「レクリエーションプログラム」を実施している。

そこで、精神障害者の特徴的な側面として、退院後に対人交流が少なく、自閉的な生活となり、人間関係に障害が生じやすい傾向がある。このような特徴を持った施設利用者に対し、楽しむ時間を目的として実施された「レクリエーションプログラム」と参加者の反応を検討することとした。

II. 方法

1. 研究対象

東京都内の月3回から4回レクリエーションプログラムを実施するAクリニックの精神科デイケア施設である。レクリエーションプログラムは43回40種類の「ゲーム」を実施した。

2. 研究方法

平成14年4月から平成15年のプログラム実施報告書からレクリエーションプログラムの要素別による参加者の反応を明らかにする。参加者の反応は、プログラム参加時の全体の雰囲気として「積極性、集中、盛り上がり、好意的発言、笑顔」と他者との関係性として「他者との相談、応援、他者への関心、他者を認める発言、協力」の各5項目とした。各5項目がプログラム参加時の反応に当てはまる項目を合計した。

III. 結果

プログラムの要素別と参加者の全体の雰

囲気では、有意差が認められなかった。他者との関係性では、「身体動作の大きさ」において、主に上肢を使う大きすぎない動作が高く有意差が認められた。「ゲームの特徴」において、協調性が高く有意差が認められた。「ゲームの体系」において、チームでの実施が高く有意差が認められた。

IV. 考察

プログラム要素別と参加者の全体の雰囲気では、有意な差が認められなかったが、参加者がレクリエーションプログラム自体に積極的に参加していることから、参加者の楽しむ時間に繋がっていると考えられる。また、プログラム要素別と他者との関係性では、チーム対抗で身体動作が大きすぎない、協調性を求めるプログラムが他者との関係性を高める効果のあることが示唆された。これらの要素を含んだプログラムとして、チームごとに一列となって、先頭の人同士がジャンケンし、勝ったら棒を負けたら箱をより早く隣へ渡し、最後尾の人が中央に置かれた紙風船を割る「爆弾ゲーム」が挙げられた。ゲーム中、最初不安そうな表情であった参加者もチームごとに分かると積極的に参加され、他者との発話や他者に対する関心から笑顔が見られた。

これらのことから、プログラム要素別と参加者の反応を明らかにすることは、他者との関係性を高めることを可能とし、プログラムに対し参加者が受け身的ではなく、参加者同士が作り上げ、楽しむプログラムへと進展することとなる。このことは精神科デイケアの意義である参加者の「社会復帰の回復を図る」上で治療的な効果へ繋がると考えられた。

精神障害者小規模作業所の処遇理念にリカバリー概念を導入する意義

加藤欣子（札幌大保健医療学部）、加藤春樹（藤女子大人間生活学部）
中村恵見、木下 巖、向 寛（社会参加作業所）

研究動機と目的

地方自治体助成で運営される精神障害者小規模作業所は、施設数・利用者数共に今やわが国の地域リハビリテーション資源として最も普及した存在である。しかし、その内実はどうか。

精神障害者のみを対象とした作業所は 1970年代に誕生した東京都下の「あさやけ第2作業所」を嚆矢とするが、以来十数年を経た 1986年、既に黒田が「共同作業所における利用者の沈殿、即ち、作業所での生活には適応できているが、社会的な自立までにはなかなか到らない作業所内寛解のケースがぼつぼつ増加しつつある」¹⁾と指摘している。

その後 1992年、筆者らも保健師らの作業所「設立」活動の高まりの中で、「作業所内滞留」、「作業所内適応」²⁾を警告した。

しかし、2000年に到っても、「かつてのホスピタリズムに代わって、社会参加とは似て否なる『地域内施設症』や『地域内逼塞』を助長することにもなりかねず、極論すれば、社会の受け入れ条件の悪さを理由に社会的入院を安易に容認することと同次元の、リハビリ関係者の責任放棄にも通じよう」³⁾と憂慮される事態が現出している。

一方、長引く不況下で下請け作業等の減少から来る利用者工賃の減少、自治体補助金の減額が進む中で⁴⁾、作業所は病院や家庭以外の日中の居場所であることをもって良しとする学会報告も続いており、これに対して当事者の意向調査を背景とした批判も存在する。

作業所の活動形態、即ち処遇は、利用者の病状や作業能力を専ら処遇側が既存下請け作業や空間適応性から判断して組み立てたもので、松岡らが「作業所の中心活動は、サービス提供者たる作業所側が自らどのようなサービスを提供しているか」という認識（サービスの視

点）を反映したものである」⁵⁾とするのは当たっている。従って、処遇する職員の理念は極めて重要な位置をもつ。

筆者らは、作業所を利用する精神障害者が施設内適応/施設内滞留にとどまることなく働く権利が保障され、その生活世界の拡大に希望をもって社会参加し、より豊かな生活をするを旨とした地域リハビリテーションを作業所がどのようにプロモート出来るか、その手立てを明らかにすることを目的として、共同演者が所属する精神障害者小規模作業所に研究協力を依頼しアクション・リサーチを実施した。その研究において、リカバリーの理念が作業所の職員や利用者にとどのような影響をもたらしたかを報告する。

研究方法

研究方法はミューチュアルタイプ・アクション・リサーチ⁶⁾の研究枠組みに①主研究者の参与観察と随時の職員ミーティングへの参加、②副研究者をスーパーヴァイザーとした月1回のケースカンファランスの実施、③職員研修会の企画・実施、④随時の文献提供を組み合わせた。

研究グループは施設長と職員2名及び主副2名の研究者で構成した。共同研究者としての職員の役割は、処遇に責任を持ちつつケースカンファランスや研修会に主体的に参加し、アクション・リサーチのプロセスにおける事実と自分の考えたこと・感じたことを記録することであった。施設長は、作業所の予算や施設運営規定に基づきつつ職員の実践の自由を保障した。3人共、精神障害者リハビリテーションに従事したのはこの作業所が初めてで、3年を経過していた。研究開始時の職員のアクション・リサーチ参加への期待、即ち、

参加目的は、利用者の再発予防/危機介入及び回復過程の支援スキルの獲得であった。研究期間は、2002年6月から8ヶ月間である。処遇の方法論の背景理念として「リカヴァリー」、「ストレンクス・モデル」、「ソリューション・オリエンテッド・アプローチ」を置いた。これらはいずれも本来方法論的枠組みだが、方法としてのダイレクトな導入以前にその基本的理念の有用性を職員に伝える事を優先した。

ここでいう「リカヴァリー」は、Anthony⁷⁾の「回復は極めて個人的で独特な過程として描かれる。それは、その人の態度、価値観、感情、目的、技量、役割などの変化の過程である。疾患によりもたらされた制限つきであるが、満足感のある、希望に満ちた、人の役に立つ人生を生きる道である。回復は、精神疾患の破局的な影響を乗り越えて、人生の新しい意味と目的を創り出すことでもある」という提起である。

研究結果

8ヶ月間の action-reflection spiral は、①作業所の処遇記録整備、②職員の利用者一人ひとりの生活像/社会像/病像の把握と、利用者の生活世界に見合った処遇展開、③利用者一人ひとりの回復像を職員が共有（回復過程支援の基本要件）、④再発予防の危機介入、⑤グループワークの導入、⑥利用者への作業所の理念・運営方針に関する説明責任遂行、⑦実践研究を全国学会に発表するという社会的公開の7つの実践をもたらした。

また、リカヴァリー概念の導入は、上記の7つの action-reflection spiral 実践の過程で、導入前の職員の利用者像、即ち、「身体的・精神的・社会的な不利をもつ、保護すべき対象」から、「周囲の人の支援は必要であっても、自己の人生や現実を引き受け自らそれを回復しようとする潜勢力 (strengths) を持った主体であり支援プロセスの共同者」と価値転換がなされた。

その結果、この作業所の長期利用者の一部からは、「職員は冷たくなった」と言われたが、別の利用者からは、「以前より冷たくなったけど、大人として扱ってくれているんだね」と評価された。他方職員側は真の意味でその親密の度合いの深まりを感じている。また、自己の現実的な回復像を示しながら職員に支援を求める利用者が増えた。

考察

リカヴァリーは、主体が障害者本人であり、自らその態度、価値観、感情、目的、技量、役割の変化を体験する過程である。しかし、そこには回復を願う人を信じ、傍らに寄り添う人々の存在が必須と言われている⁷⁾。作業所の職員はその傍らに寄りそう人々の一翼であり、且つ、利用者にとって最も親密なケースマネジャー、換言するとパートナーである。職員が利用者像をどのように捉え、どのような処遇をするかが利用者のリハビリテーション過程に有用且つ決定的な影響を及ぼすと考えられた。

(本研究は、平成14-15年度科学研究費補助金よつた)

<文献>

- 1) 黒田隆男：共同作業所と精神障害者の社会復帰。全国障害者問題研究会：44 (3), 23-32
- 2) 加藤次子, 加藤春樹：今, 中身づくりのとき—保健婦として作業所に関わることを問う。生活教育36 (3) : 16-29, 1992
- 3) 菱上殊夫：リハビリテーション実践上の原典と課題。村田言男, 川崎和俊, 伊勢田瑛編集：精神障害リハビリテーション, 医学書院, 2000, p13-24
- 4) 藤井克徳：困窮者不況下の共同作業所。社会医学研究—第43回日本社会医学学会総会講演集, 16-17, 2002
- 5) 松岡克尚, 荻川鏡子：精神障害者共同作業所の機能分化に関する研究—大阪府下の作業所の機能分化に関する研究—。関西学院大学社会学部紀要67 : 113-129, 1993
- 6) 藤恵美子, 新田なつ子：ミューチュアルアプローチの方法。看護研究34 (6) : 471-480, 2001
- 7) ウィリアム・A・アンソニー, 濱田龍之介翻訳・解説：精神疾患からの回復：1990年代の精神保健サービスシステムを導く視点。精神障害とリハビリテーション2 (2) : 145-154, 1998

過労自殺の事例研究

上畑鉄之丞（聖徳大学人文学部）

天笠 崇（みさとメンタルヘルスクリニック）

過労自殺は 1998 年、川人が「仕事による過労・ストレスが原因となって自殺に至ることを、『過労自殺と』呼ぶ。過労自殺は、過労死の一種であり、現代日本の職場の矛盾のあらわれである。」と定義し、多くの場合、うつ病などの精神障害に陥った末での自殺とされている。過労自殺は、労災補償や企業への損害賠償裁判などの場で顕在化することが多く、最近の自殺の労災保険請求は、自殺 3 万人時代に入った 99 年以降は急増し、99 年 93 件（うち業務上認定 11 件）、00 年 100 件（同 19 件）、01 年 92 件（同 31 件）、02 年 112 件（同 43 件）と着実に増加している。演者らは、こうした過労自殺の実態と予防対策をさぐることを目的に、過労自殺として労災認定の請求、もしくは企業に対して損害賠償請求をおこなって事例を対象にした検討調査を実施している。今回は 02 年 4 月から 03 年 3 月までに収集を終了した事例について報告する。

（調査方法）労災請求もしくは裁判の代理人となっている弁護士に、あらかじめ調査の目的及び調査内容を文書で示したうえで事例調査を依頼した。また、同意を得た弁護士について、直接その法律事務所を訪問、それぞれの事例に関連するすべての資料の閲覧し、必要事項を調査票に記入した。調査項目は、被災者の属性（性、年齢、家族、企業規模、業種、職種、職階など）のほか、①自殺場所、自殺手段、遺書の有無と内容、②死亡前の労働状態（雇用形態、勤務態様、労働時間、時間外残業及びサービス残業、休日、出張など）、③発症前の身体的、精神的健康状態、および治療状態（一般医、専門医）、④被災者の自殺行動にいたるまでの周囲の気づき（家族、同僚、上司及び主治医など）、⑤自殺前の職場及び職場以外での出来事の有無（62 項目）とあった場合のストレス度、⑥その他職場内でのいじめなど、である。

（結果）東京、札幌、名古屋など各地での収集事例は 18 例（男 15、女 3）。年齢は 20 歳台 7 例、30 歳台 4 例、40 歳台 5 例、50 歳台 2 例。職業は、公務員 3 例のほか、営業員、事務員、技術者など。企業規模（公務員除く）は、大企業が 10 例、中企業 3 例、小企業 2 例と、比較的大企業が多い。自殺直前の労働負担の過重性では、長時間労働があったとした者は 12 例（66.7%）。全員がなんらかの仕事上のイベント・ストレスがあり、職場のいじめがあったとした者は 9 名（50.0%）。自殺前に本人の精神的不調を、配偶者や両親など家族などに訴えていたのは 14 例（77.8%）で、医師の治療を受けていた者は 6 例（33.3%）のみ（うち 5 例は精神科医）であった。ただ、本人の精神不調は、職場内では、同僚が気づいていた場合が 5 例（27.8%）あったものの、上司が気づいていた場合はなく、職場内でなんらかのサポートが適用された事例もなかった。

（考察）調査が継続中であるため、結論的なことはいえないが、職場での過労自殺の二次予防をすすめることにはかなりの困難がともなうことが予想され、一次予防としての日常のメンタルヘルス対策が重要と考えられた。また、本人の悩みや心身の不調を知る立場にいた近親者や同僚の場合、しばしば自責の念にかられパニックに陥る危険が指摘されており、地域の場に安心して気軽に相談できる場を確保することが、被災者の自殺防止だけでなく postvention 対策としても期待された。

※本研究は、平成 14 年度「地域における自殺防止対策と自殺防止支援に関する研究」（国立保健医療科学院）の分担研究として実施した。

過労死・過労自殺と企業の法的責任

藤原精吾(弁護士)

過労死・過労自殺とは、労働者が長時間・過密労働あるいは過重な精神的負担によって心身の健康を損ね、死亡に至ったものである。それは憲法 25 条(健康で文化的な最低生活の保障)に基づき就労の場と労働時間、労働条件を「人たるに値する生活を営むための必要を充たすべきもの」(労働基準法 1 条)と定めた法令に企業が違反したことを示すものである。

1 1 次予防の責任

〔1〕雇用関係において労働者の健康を守るため、使用者(事業者)は以下の法的責任を負っている。

- ・ 過重な労働によって心身の健康を破壊することの無いよう、労働時間、休憩時間、休日、労働密度、人員配置、労働環境などの労働条件を適切なものにし、健康診断等健康管理を実施する責任(労働契約上の安全配慮義務)
- ・ 「事業者は・・・快適な職場環境の実現と労働条件の改善を通じて職場における労働者の安全と健康を確保するようにしなければならない」(労働安全衛生法 3 条)
- ・ 「事業者は、労働者の健康に配慮して労働者の従事する作業を適切に管理するように努めなければならない」(労働安全衛生法 6 5 条の 3)

- ・ 「事業者は・・・医師による健康診断を行わなければならない」(同法 6 6 条)
- ・ その他労働基準法、労働安全衛生法等に定める義務

〔2〕適正労働時間を確保するための通達

- ・ 「労働時間の適正な把握のために使用者が講ずべき措置に関する基準」平成 14 年 4 月 6 日基発第 339 号
- ・ 新「サービス残業解消対策指針」2003 年 5 月 23 日通達
- ・ 「過重労働による健康障害防止のための総合対策について」(基発第 0212001 号平成 14 年 2 月 12 日厚生労働省労働基準局長

2 2 次予防の責任

- ・ 健康障害(基礎疾患も含む)が発見された労働者について残業、深夜労働の禁止その他疾病の悪化を招くことのないよう、適正な労働条件を確保する義務(労働契約上の安全配慮義務)
 - ・ 健康診断実施後の措置(労働安全衛生法 6 6 条の 5)
 - ・ 病者の就業禁止(同法 6 8 条)

3 法違反が行われた場合の企業責任

- 〔1〕行政の監督によるもの
法令違反についての是正命令、勧告(労働基準法 97 条等)
2001. 4. 1 ~ 2002. 9. 30 の基準監督によるサービス残業の是正結果
1 企業あたり合計 100 万円以上の割増賃金

支払い 是正企業数 613 企業
対象労働者数 71,322 人
支払割増賃金の合計額 81 億 3,818 万円
企業平均 1,328 万円
労働者平均 11 万円
1 企業での最高支払額 12 億 8,793 万円

〔2〕 司法処分によるもの
刑事罰が定められている法令違反について、刑罰を課する。

例 ・川崎製鉄隠し災害事件
・武富士違法サービス残業告発事件、
など多数
その成果・・・不払い残業代の支払い

〔3〕 民事訴訟によるもの
例 ・電通過労自殺事件(最高裁第 2 小
法廷 2000 年 3 月 24 日判決)ほか
「使用者はその雇用する労働者に従事
させる業務を定めてこれを管理するに際し、
業務の遂行に伴う疲労や心理的負荷等が過
度に蓄積して労働者の心身の健康を損なう
ことのないよう注意する義務を負う」
「(労働者) が恒常的に著しく長時間に
わたり業務に従事していること及びその健
康状態が悪化していることを認識しながら、
その負担を軽減させるための措置を採らな
かったことにつき過失がある」
「特定の労働者の性格が同種の業務に
従事する労働者の個性の多様さとして通常
想定される範囲を外れるものでない限
り・・・使用者の賠償すべき額を決定するに
当たり、その性格及びこれに基づく業務遂
行の態様等を、心因的要因としてしんしゃ
くすることはできない」

4 B 企業の労働基準法違反事件(要 約)

〔1〕 告訴の趣旨

被告発人を労働基準法第 119 条及び同法
第 121 条 1 項該当、同法第 32 条及び同法
第 37 条違反の罪で捜査の上、厳重処罰す
ることを求める。

〔2〕 告訴にかかる事実

★労働基準法 32 条違反

被告発人 A は B 株式会社の業務に関し、
同社勤務の労働者に、労働基準法 32 条に
違反して 1 週間について 40 時間を超えて
労働させたものである。

★労働基準法 37 条違反

2002 年 1 月より現在に至るまで、労働
者に 1 週間について 40 時間を超えて労働
をさせながら、これに対する労働基準法 37
条所定の割り増し賃金を支払っていない。

〔3〕 情状に関する事実

被告発人 B 株式会社は、労働基準法に違
反することはもとより、過労死等の健康被
害の発生を防止するため、労働省の「労働
時間の適正な把握のために使用者が講ずべ
き措置に関する基準」も全く無視し、労働
者を酷使しているものである。

B 株式会社は出勤・退勤の客観的な記録
の作成すら怠っていたものであり、その情
状きわめて悪質である。法に違反した長時
間過重労働を取締り、新たな犠牲者が生じ
ることがないように、労働基準監督署におい
て、早急に本件違反事実の捜査に着手し、
処罰し、是正を求める。

過労死裁判と看護労働の実態

遠藤 吉子（全医労近畿地方協議会）

はじめに

近年の医療の発達、技術の進歩に伴い、看護業務も多種多様化し繁雑を極めていきます。また、政府の徹底した医療費抑制策と「効率」最優先の経営姿勢の下で、看護師の労働条件はかつてなく劣悪になっています。相次ぐ医療事故に象徴されるように、患者の命と安全さえ脅かされています。医療事故をなくし、安全で行き届いた看護をしようと看護師は日々努力していますが、そのために看護師が命を落とすことになったり、健康を害する状況になったりしている現状があります。25歳で過労死された看護師の裁判と看護労働の実態から、今後の課題を考えたいと思います。

1、看護師の労働実態

日本医労連の報告では、「看護現場実態調査」において4人に1人が看護婦確保法・基本指針に違反する「月9回以上」の夜勤を行っており、勤務時間前後の時間外労働が平均1時間、「月平均20時間以上」は15,7%、となっており、4年前の2倍以上になっています。サービス残業は平均4,9時間、「なし」は37,6%に過ぎません。有給休暇を所得したのは「5日以内」が約3割、「0日」が4,1%です。体調の変化の激しい交替制勤務に従事しているにも関わらず、休暇も充分にとれず、妊娠中の夜勤・当直免除は6割という状況です。

そのような中、「十分な看護を行なっている」と答えたのは8,2%で、「ミス、ニアミスを起こしたことがある」は93,8%を占めました。「慢性疲労」は8割、「健康不安」

が7割にも達しています。そして、7割の看護師が「こんな仕事もう辞めたいと思う」と答え、理由は「仕事が忙し過ぎる」56,3%「仕事に達成感がない」32,5%「本来の看護ができない」30,5%「夜勤がづらい」25,7%となっています。

病院が打ち出す「経営合理化」の方針の下、在院日数短縮、ベット稼働率・紹介率アップが徹底して追求され、患者の重症化と混合化がすすんでいます。

在院日数の短縮は、入退院が多くなり、それだけ重症患者が増えるということで、看護業務は煩雑化し、業務量を大幅に増やしています。患者の名前も病状もわかりません。仕事の就くことも少なくありません。ベット稼働率アップのため、空いてるベットには違う科の患者も受け入れ、ますます、看護が複雑になっています。

申し送り廃止やモジュール・プライマリなどの患者受け持ち制がチーム医療の機能を破壊し、個人責任化の傾向を強めています。また、委員会や研修、看護研究などを通して、看護業務の見直しは常時行なわれ、そのための資料作り、話し合いなどはすべて時間外、休日にならなければなりません。

2、過労死裁判

国立循環器病センターの25歳の看護師村上優子さんは、平成13年2月13日頭痛を訴えて倒れ、3月10日くも膜下出血で亡くなりました。

平成9年3月、国立大阪看護学校を卒業後、国立循環器病センターの脳神経外科病棟で勤務していました。高度先進医療を目

的とするナショナルセンターで、常に看護の見直し、改善を要求される病院であり、勤務していた病棟の看護師の平均年齢は27歳で、卒後4年になる優子さんは病棟で中堅として勤務している状況でした。そのため、看護研究のリーダー、配置換えされた年上の看護師のプリセプターをしており、休日や年休は学会や出張、看護研究のために使い、病院で認めている残業は月20時間ですが、メールや同僚の話から実際は80時間と推測されます。三交替で不規則な勤務、几帳面で真面目な性格から手抜きすることもできず、精神的肉体的ストレスからの過労死と両親は判断し裁判を起こされました。第5回裁判が6月20日行なわれました。この裁判では、

- ① 看護労働そのものが厳しい労働であり、過重性が高いこと
- ② 三交替の不規則勤務をしていること
- ③ 長時間勤務の実態があったこと

の3つを証明することを重点として進められています。看護師の過激な勤務実態については随分前から問題とされてはいますが、弁護士との話合いや裁判報告を通して、理論的に残されている文献が必要であることや時間外労働を具体的に示すものが必要であることなどが指摘されました。

3、考察・まとめ

看護現場は体調の変化の激しい交替制勤務の上、数十時間にも及ぶサービス残業で、看護師は心身ともに、疲れ果てています。私は国立大阪南病院の脳外科病棟で勤務している看護師ですが、同様の勤務実態です。二人勤務の夜勤では、一人が休憩に入れば勤務者は一人になってしまうため、休憩していても、ナースコールや緊急事態には対応しなければならない。これは、手待ち時

間といって、勤務時間であることが裁判を通して、弁護士さんから指摘されました。これも含めればサービス残業の時間はもっと増えます。

今年2月6日の朝日新聞でも、「基準を満たしていても看護師は人出不足」であること、中部地方の公立病院の院長からの「3対1や4対1の基準があること自体が不思議。これでは家族など付き添いの手助けなければ看護は不可能でしょう」「患者さんに満足してもらうためには今の2倍以上の人が必要」という談話が掲載されました。

褥創予防のための2時間毎の体位変換、気管内挿管、気管切開している人の頻回の吸引、人工呼吸器も2時間毎に正常に作動しているかチェックします。夜中に徘徊する人や脳障害で立位保持も困難なのにベッドから降りようとして転倒する危険のある人など常に見まわりながら勤務しているので、夜勤でも休憩どころか、椅子に座る時間さえありません。

病床100床当たりの看護師数は、日本は46.6人。スウェーデンは225.6人、米国228.5人、ドイツ102.1人、英国109.1人、フランス69.7人です。

私達が健康で、生きがいを持ち、医療事故を起こさず、患者に安全で行き届いた看護を提供するためには、看護師の労働条件の改善は不可欠なものと考えます。

また、医療事故を防止していくためには、採算性重視、経営合理化優先の医療ではなく、他者によるリスクマネジメント、看護師をはじめ医療スタッフの充実、古い人工呼吸器などを更新したり、何種類にも及ぶ医療機器を出来るだけ、少数の種類の機器に統一していくことなどが求められていると考えます。

じん肺ほりおこし健診と療養権保障

—在宅酸素療法3事例から—

○小山義則 田村昭彦 舟越光彦 青木珠代 池田和生 (九州社会医学研究所)
副島文 (多久生協クリニック)

1. はじめに

2002年10月に老人保健法定率1割自己負担(以下、10.1改訂)が導入された。大阪の在宅酸素取扱業者からのヒヤリングでは10月からの「経済的理由による」在宅酸素患者減が約4%と報告がされている。続く2003年4月の健康保険法本人3割負担と並んでこうした医療費削減を目的に導入された自己負担増が、一方では受診抑制を招いていることが指摘されている。受診の遅れが重症化をもたらす危惧から、低所得者や慢性疾患への自己負担軽減があらためて求められている。

わたしたちは地域において潜在患者の救済を目的にじん肺ほりおこし健診を取り組んできた。直近の健診でも管理4相当の重症事例が発見されているが、そのなかで在宅酸素患者で受診抑制につながるケースに出会っている。こうした事例について10.1改訂による自己負担増や受診抑制の出現が、重症化の要因につながっている状況の把握を試みた。また、じん肺患者の療養権保障にとっての阻害要因を、制度や支援関係の側面から検討と考察を行った。

2. 対象と方法

2002年11月北九州市、2002年12月佐賀県で実施したじん肺ほりおこし健診受診者の内、在宅酸素療法施行中または直後に導入した3事例を対象とした。

これらの事例に対し、ほりおこし健診カルテ等の記録(管理区分申請や健康管理手帳含む)に医療費に関する事項、職歴・療養歴などの生活史を追加し個別面接による聞き取りを行い考察を加えた。

3. 事例紹介

【事例1】O.K(70歳・男)

疾患名：じん肺，職歴：炭鉱夫

1992年にS大学病院でじん肺と診断され治療を受ける。2002年はじめ肺炎でK病院に入院。同年6月から在宅酸素療法を開始しているがこれまでじん肺についての説明を受けたことはなかった。

2002年11月、近所の方がじん肺ほりおこし健診があることを教えてくれたのをきっかけに受診した。じん肺の症状とともに10.1改訂で医療費自己負担が10倍以上になり「酸素を止めたい」と訴えた。

健診所見ではPR4A型のじん肺所見及び胸膜炎所見を認め、著明な呼吸機能障害が見られた。じん肺管理4ならびに身障手帳1級に相当する状態と判断し、本人、家族への説明と面接のうえで主治医、MSWへ連絡を取り、じん肺管理区分、身障手帳の申請援助を依頼した。

2003年2月、身障手帳は1級が交付され重度障害者医療費助成制度(以下、障害者医療)の利用を開始。じん肺管理区分は3イ(療養否)で労災とはならなかった。

この事例においては、①専門病院でも粉じん作業離職後の随時申請などの情報提供がなかったこと②1割自己負担という急増が在宅酸素患者に「酸素を止めたい」という受診抑制の意識をもたらしたこと③かかりつけ医においても身体障害者手帳などの制度活用に結びつけられていなかったなどが見取れる。障害者医療の利用で当面の医療費問題は解決した事例であるが、じん肺の今後のフォローが残った課題である。

【事例2】K.U(67歳・男)

疾患名：じん肺，職歴：石工

59歳から坂道で息切れがあり、60歳で退職後、剪定の仕事をしていたが、咳、痰が増えて喘息と診断されて治療を受けていた。2001年8月からは在宅酸素療法を開始し、身障手帳3級の交付を受け老人医療で治療を続けていた。主治医に石工だったことを話し、じん肺ではないかと聞いたこともあったが明確な説明はなかった。

R病院入院中に患者が教えてくれたのがきっかけで2001年12月のほりおこし健診に受診した。そのときにじん肺の診断を受け管理区分申請を勧められたが、その後にR病院への入退院を繰り返したこともあってそのままだった。

10.1改訂で自己負担増に驚き2002年12月の健診にじん肺の制度利用を求めて再受診した。受診後、じん肺管理区分の申請を進め労災給付は2002年3月に管理4(F++)と決定した。

この事例では、①在宅酸素導入時に老人医療の早期適用を受け自己負担は軽減されていた②じん肺については思いをぶつけたが届かなかった③10.1改訂による自己負担増に遭遇し、前年のほりおこし健診によって情報提供されていた制度活用へと受診行動をとったケースである。

【事例3】T.H(66歳・男)

疾患名：じん肺、職歴：採石場

65歳定年だったが62歳で事業縮小により退職。退職後は町内会役員で忙しく過ごしていた。64歳から息切れ、咳、痰が出現し、毎年じん肺健康管理手帳による健診を受けていた。2002年10月に呼吸困難増悪でA病院入院。入院治療中、医師から在宅酸素導入が必要と言われる。入院1ヶ月の自己負担(15万円・国保3割)で「内心療養が続けられるかショック」を受けていたこととも重なり「酸素をしたくない」と断っていた。

家族で今後の療養について話し合っていたが、市の広報でほりおこし健診を知った。在宅酸素療法の必要性のセカンド・オピニオンを求めて受診した。

健診では「活動をいろいろしたいなら(在宅酸素を)導入した方が良い」と説明を受けた。じん肺の労災申請など同じ患者(患者会)が援助している姿もプラスになった。退院後、T診療所にて在宅酸素を開始し、2003年3月にじん肺管理4(要療養)で労災給付が決定した。身障手帳は3級交付。

この事例でも、①フォーマルな健診で個別の指導、説明を受けたことがないこと(A病院は健康管理手帳の健診機関)②本人年金月11万円を大きく超える入院自己負担に衝撃を受けたこと③この時期から療養不安、うつ様症状などとともに在宅酸素への拒否の意識が生じること④行政の広報が健診受診のきっかけになっていることが見て取れる。こうしたプロセスに対して広報を除いて家族やほりおこし健診というインフォーマルな社会資源の支えが大きい。フォーマルな社会資源の活用と合わせた総合的な

支援の必要性が示唆された。

4. 考察とまとめ

①10.1改訂前は障害者医療(多くの自治体で1・2級が対象)と老人保健法の65歳からに適用(身障3級等)が在宅酸素患者など呼吸機能障害者にとって療養権保障の役割を果たしてきた。改訂後の1割負担は医療費問題や受診抑制の意識を発生させており、障害者医療の適用拡大など自己負担軽減策が求められている。

②じん肺の救済については、労災認定が重症に限られていることやシステムの不在が遅滞の要因となっている。後者では在職時教育の不備があり、さらに離職後の対策が安全衛生法による離職時健診、健康管理手帳(管理3を対象)以外にないという問題がある。また、事例では健康管理手帳による健診受診者でも個別指導、相談体制に不備があることが伺える。

③健診や治療を担当する医療機関の課題としては、医療費助成制度やじん肺法、労災制度などの社会資源利用の情報提供の場として役割がある。行政との連携をつくり、治療とともに社会資源への結びつけを積極的に進めることで患者の療養や社会参加の経過に良い影響をもたらすことが推測できる。また、医療機関、労働行政とも情報提供、支援が不足すれば阻害要因ともなることに留意すべきである。

④2002年4月1日から原発性肺がんがじん肺の合併症に追加された。また、じん肺有所見者全員が健康管理手帳交付の対象となったことから、離職後のじん肺対策については肺がんの早期発見・治療のシステム含めて対象者全員への情報提供、周知徹底や相談支援体制づくり、さらに医療機関への働きかけと連携など総合的な取り組みが必要である。

5. おわりに

ほりおこし健診の在宅酸素事例の検討を通じて①療養権保障の条件として医療(費)保障制度が必要なこと②じん肺の離職者対策がさらに求められること③情報提供や支援において医療機関の果たす役割が大きいことを指摘した。こうした点は療養、社会参加における促進あるいは阻害因子ともいえる。地域における療養や社会参加の促進システムづくりが求められている。

民医連スタディにおける心血管障害の危険因子の解析

石川勤労者医療協会城北病院内科 筋 也寸志

1. はじめに

虚血性心疾患と脳梗塞発症の危険因子に関する最終解析結果を報告する。

2. 対象と方法

①登録された2型糖尿病患者(男性1446例、女性1446例)の中でエントリーから平均観察期間;4.89年の観察終了までに心筋梗塞による死亡5例を含め、虚血性心疾患123例(男性57例、女性66例)と脳塞栓3例を含め脳梗塞72例(男性46例、女性25例)が新たに発症した。

②糖尿病の罹病期間と年齢、エントリー時の各項目(BMI、収縮期・拡張期血圧、総・HDLコレステロール、中性脂肪、ヘマトクリット、HbA1c、尿蛋白有無、血清クレアチニン、尿酸、網膜症有無、降圧剤使用、スタチン製剤使用)について、虚血性心疾患発症群と脳梗塞発症群それぞれと非発症群との2群間の差をt検定、U検定、 χ^2 検定で比較した。さらに、就業中の60歳以下の男性864例では、エントリー時の労働とライフスタイルに関する各項目(喫煙歴有無、喫煙

有無、喫煙本数、飲酒有無、睡眠時間、午前0時以降の就寝有無、深夜勤務有無、交替制勤務有無、管理業務有無、1週間の労働時間、1か月間の休日日数)について、虚血性心疾患と脳梗塞のいずれかを発症した心血管障害発症群と非発症群との2群間の差をt検定、U検定、 χ^2 検定で比較した。

③60歳未満の就業中の男性患者では、HbA1cを従属変数、治療方法と労働とライフスタイルに関する各項目を説明変数として重回帰分析をおこなった。

④虚血性心疾患と脳梗塞発症の有無を従属変数、上記の各要因を説明変数として、虚血性心疾患と脳梗塞の発症に関係する要因をCox比例ハザードモデルによって検討した。

3. 結果

①虚血性心疾患発症群と非発症群間で有意であった説明変数は、罹病期間、年齢、HbA1c、HDLコレステロール、睡眠時間であった。

②脳梗塞発症群と非発症群間で有意であった説明変数は、罹

病期間、年齢、HbA1c、HDLコレステロール、尿蛋白陽性、睡眠時間であった。

③60歳未満の就業中の男性患者の虚血性心疾患と脳梗塞をあわせた心血管障害発症群と非発症群間で有意であった説明変数は、HbA1c、総およびHDLコレステロール、喫煙本数であった。

④HbA1cを説明する重回帰分析では、治療方法(食事療法に対する経口血糖降下剤またはインスリン療法)、管理職従事、1週間の労働時間、喫煙が有意な説明変数であった(調整済 $R^2 = 0.127$ 、 $P < 0.001$)。

⑤男女別の虚血性心疾患発症を説明するCox比例ハザードモデルでは、男性ではHbA1c(リスク比 1.26)とHDLコレステロール(リスク比 0.98)、女性ではHbA1c(リスク比 1.27)、HDLコレステロール(リスク比 0.98)、年齢(リスク比 1.05)が危険因子であった。

⑥男女別の脳梗塞発症を説明するCox比例ハザードモデルでは、男女とも、収縮期血圧(リスク比 1.02、1.03)とHbA1c(リスク比 1.15、1.37)が危険因子であった。

⑦60歳未満の就業中の男性患者の心血管障害発症を説明するCox比例ハザードモデルでは、HbA1c(リスク比 1.27)とHDLコレステロール(リスク比 0.97)が危険因子であった。多変量解析では心血管障害発症と労働とラ

イフスタイルに関する要因との直接的な関連は求めなかったが、単変量解析(t検定、 χ^2 検定)

ではHbA1cと1週間の労働時間が有意な正の相関を示し、また管理職に従事する患者のHbA1cが有意に高値であった。

⑧全対象患者のエントリー時のHbA1cを4分割し、6.9%未満群、7.9%未満群、9.1%未満群、9.1%以上群に分類して、6.9%未満群における虚血性心疾患、脳梗塞それぞれの発症の危険度を1とした時の他の3群の虚血性心疾患と脳梗塞の発症の相対危険度の検討では、虚血性心疾患は、HbA1cの上昇と並行して相対危険度が上昇し、9.1%以上群の相対危険は6.9%未満群の約3倍であった。脳梗塞は、6.9%未満群に比較して、9.1%未満群、9.1%以上群の相対危険度が上昇し、9.1%以上群の相対危険は6.9%未満群の約2倍であった。

4. 結論

①虚血性心疾患と脳梗塞のいずれの発症にもエントリー時のHbA1cが強く影響していた。

②虚血性心疾患の発症にHDLコレステロールが影響し、さらに女性では年齢が影響していた。

③脳梗塞の発症に血圧が影響していた。

④血糖コントロールに対して労働時間や管理職従事などの労働関連要因が影響していた。

シックハウス症候群の医学的問題点

笹川征雄（NPO 法人シックハウスを考える会副理事長）

シックハウス症候群は住宅に起因する室内空気汚染物質による健康障害問題として社会的に大きく注目されています。今、全国各地でシックハウス症候群の学校版であるシックスクールが大きな社会問題になっています。日本におけるアレルギー疾患の有病率は成人22%、小児35%であり、子どもの3人に一人はなんらかのアレルギー疾患を持っている状況です。アレルギー疾患患者はシックハウス症候群になりやすいことが知られていますが、全国のアレルギー疾患の子どもを持つ保護者の心配と関心は身近な問題となりました。

一方、シックハウス症候群の恐ろしさは、日本の住宅の約2軒に1軒はホルムアルデヒドのガイドラインを上回っていることを知らない“自分とは関係がない”と思っている人がいかに多いかということです。保育園、学校、オフィス、マンション、住宅でシックハウス症候群は確実に急速に増えています。これにともなう訴訟も年々増えています。シックハウス症候群は今や私たちの健康を脅かす大きな社会問題になって国民の重大関心事になっていますが、シックハウス対策が現実には追いついていないという状況です。とくに患者を受け入れる医学界側の受け入れ態勢が遅れています。

シックハウス症候群の問題解決には医学、建築、化学の3分野の連携プレーが必須ですが、我が国の様々な既存組織の壁によって連携プレーが阻まれているのが最大の社会的問題点です。医学、建築、化学が融合してシックハウス症候群問題の解決に当たろうという社会的使命感がNPO・シックハウスを考える会の活動の原点になっています。

今までシックハウス症候群の診断基準がないことが医学界におけるシックハウス症候群の認知を妨げる大きな要因でした。この社会的、医学的混乱を解決するために、日本（世界）で初めて、シックハウス症候群の定義と診断基準（笹川 2001）を発表しました。

2003年4月には日本を代表する医師団体である日本医師会雑誌にこの診断基準が掲載され、また、2大医師団体の1つである全国保険医団体連合の保団連雑誌にも掲載され、日本の医学界での認知が得られる大きな切っ掛けとなり、医学界の受け入れ態勢が進むことが期待されます。

ホルムアルデヒドは国際癌研究機関（IARC）で、グループ2A（おそらく発癌性がある）に分類されており、発癌性が高いと考えられている物質です。今日、ダイオキシンや工場や車の排気ガスなど大気汚染が問題になっていますが、他方、一日の疲れを癒し、これからの時代を担う子供たちを育み、あるいは人生の締め括りを迎える高齢者が住まいする、「健康で安心して住める住宅」のはずが、実は有毒ガスで充満していたという現在の住宅事情に、国民の健康に携わる医師の一人として真に憂慮すべきことだと考えています。

健康を保持する上で基本的要素である、「水」とともに、「きれいな空気を吸いたい」という自然な要求は、基本的人権に関するものではないでしょうか。

ホームヘルパーによる医療行為の一部解禁策が意味するもの

高木和美（岐阜大学地域科学部）

はじめに

2003年6月9日に、厚生労働省：医政局医事課の「看護師等によるALS患者の在宅療養支援に関する分科会」は、自宅療養中の筋萎縮性側索硬化症（ALS）の患者に限って、「痰の吸引」をホームヘルパーにも認める内容の「報告書」を公表した。

厚生労働省は、この「報告書」を指針として、今後ほかの難病患者等にもホームヘルパーらによる「痰の吸引」を認めていくものと考えられる。また「痰の吸引」に止まらず、ホームヘルパーに他の医療行為も認める展開になることが危惧される。

この「報告書」が、ALS患者とその家族、彼らを支える多くの関係者にとっては、条件付きながらも公然とヘルパーに医療行為を委ねられるようになった点で「朗報」となったことは否定できない。しかし、筆者は、これを「朗報」と言わしめる日本の貧困な医療保障体制、特に看護・介護職員政策を変えなければ、医療行為を含む包括的な看護業務を遂行しうる体系的・継続的な教育・訓練を受けていないホームヘルパー等が看護師の業務を、常態的に代替させられていくおそれがあると考えられる。

なお、24時間365日体制の看護が不可欠な人々に対しては、必要なだけ入院できる条件を制度的に保障すべきであるし、併せて家族と常に往き来できるところに、経済的不安なく誰でも利用できる小規模のケア付集合住宅を設ける施策も求められる。

1. 看護補助者の業務に関する通知の変更

1958年通知→1994年通知

2. ホームヘルパーによる医療行為一部解禁の動向

- ① 1999年9月総務庁行政監察局勧告
- ② 2000年2月厚生労働省告示
- ③ 2003年6月「看護師等によるALS患者の在宅療養支援に関する分科会」報告書（患者団体の日本ALS協会は2002年11月、ヘルパーによる吸引を認めるよう要望。坂口力厚労相は2003年春までに結論を出すと回答）

3. ホームヘルプサービスの現場

- ① 利用者、家族のくらし
- ② ホームヘルパーが担わざるをえず担っていること、不安

4. ホームヘルパーの業務の本質

- ① 社会的存在である人間（利用者とその家族）に対する、包括的ないのち・くらし・健康を守る世話

5. 日本の看護職員と介護職員の養成教育と資格制度の矛盾

- ① 看護（社会的存在である人間に対する、包括的ないのち・くらし・健康を守る世話）は、病院でも社会福祉施設でも、地域でも政策実践に用いられる技術的手段である
- ② 保助看法の問題点（看護師の業務の制限、看護師の裁量権）
- ③ 介護職員の差別的利用を可能にする（同じ業務の担い手をより安く調達する）、分断的養成教育と資格制度

6. スウェーデンにおけるホームヘルパー

(副看護師)の医療行為の認め方とILO
O看護職員条約

- ①スウェーデンの場合
- ②ILO看護職員条約・勧告の座標軸

7. 医師法と保助看法の抜本的見直し、看護・介護職員養成教育統合、ホームヘルプステーションへの看護師配置

資料1

「看護師等によるALS患者の在宅療養支援に関する分科会」報告書要旨(高木による要約)

「報告書」は、一定の条件の下でホームヘルパーなど家族以外の者にも痰の吸引を認める内容になっている。ヘルパーらによる吸引は「当面やむをえない措置」と位置付けられ「(介護保険などの対象となる)ヘルパー業務ではない」と明記。3年後に見直すとしている。

「報告書」は、家族以外の者が吸引する場合の条件として、①主治医や看護師による吸引方法の指導、②文書による患者の同意、③緊急時の連絡・支援体制の確保一などの項目を挙げている。

資料2

スウェーデンにおけるホームヘルパーによる医療行為の認め方(多田葉子「福祉・看護を支える人材」『スウェーデン医療保障制度の概要 1999年版』(医療経済研究機構)の要約および筆者による多田氏からの聞き取り(2003年6月)による)

- ①スウェーデンでは、かつて看護助手教育がヘルパー教育であった。いわゆる家事

中心の教育内容であったが、その教育・訓練の時間が徐々に副看護師並になり、しかも要介護度の高い後期高齢者の長期にわたる世話が增大する中で、ヘルパー教育を副看護師教育に統合・底上げし、細切れにできない人間の生活のトータルな世話の担い手として看護助手を副看護師に再教育するプログラムが推進されている。

副看護師資格は、高校の看護職コースで取得できる。看護コースでない高校を卒業している者には、一般教養部分の履修が免除される。

- ②副看護師は、その養成教育のプログラムの中に、採血やインシュリン注射なども含まれている。
- ③地区看護師は、副看護師であるホームヘルパーに、医療行為の委任をすることがある。但しこれは例外的なことであり、人事管理者は部下に対して委任命令をしてはならない。委任は、一人の患者に対して行われなければならない。委任業務の遂行は、最高1年もしくはそれ以下の決まった期間内で行われる。その期間内に人事異動があった場合、委任業務を継続することはできない。
- ④看護師は、医師にしかできない行為を除いては、自身の裁量によって医療行為をすることができ、だからこそ副看護師への委任を自身の判断を基に行うことができる。

地域精神障害者支援資源におけるグループスーパービジョン枠組み形成の試み

—大学教員の社会的役割—

加藤春樹（藤女子大学人間生活学部）

本報の目的：共同作業所は 1967 年、愛知県で発足した知的障害者対象の「ゆたか作業所」を嚆矢とし、35 年余を経た今日、地域において最も汎化した精神障害者支援資源となった。それにはトートロジーともいふべき二つの要因と二つの帰結がある。

法定外施設故に設立・運営の規制が弱く、不動産確保を要せず低廉なコストで設立できたこと、運営自由度が高く多様な機能的展開を期待でき、都市型のニーズに即応したことなどが増加を加速した。帰結は脆弱な財政基盤に伴う物的人的貧困の固定化で、特に郡部では法人化困難なケースが多く、専門従事者導入あるいは創造的処遇のポリシーを持たなければアナーキーなゲットウー化と形容しうる劣悪な処遇環境に利用者・従事者諸共沈殿する事態も現に生じた。

この状態を脱し極めて汎化したその資源機能を有効に発揮させるため、地域生活支援センターへの機能転換も言われているが、その前提として系統的計画的な公的資金投下による運営基盤の抜本的強化を要することが夙に指摘されている。他方、困難な条件下でより良い処遇を実現するために苦闘している従事者に対しても、給与等の労働条件改善・身分保障はもとより、研修権保障など、その仕事が社会的有用労働として機能するため、やはり系統的計画的な支援が齎されねばならない。

本報ではこのような状況に対し、福祉就中ソーシャルワーク方法論領域を自己のディシプリンとする大学教員が果たし得、且つ教育基本法の定めにも照らして果たすべき試みを報告し、併せて識者の「有能なソー

加藤欣子（札幌医科大学保健医療学部）

シャルワーカーは大学教員になりたがる」という当を得た、しかし実も蓋も無い指摘に応える一助としたい。

方法：共同演者の研究フィールド、S 市内共同作業所の職員集団から依頼され、無償スーパーヴァイザーとしてケースカンファランスに参加した。本来目的は職員の処遇技術水準の向上であるが、スーパービジョン手法として従来型の *problem-oriented* に拠らず *solution-oriented*、且つ職員に内在する *strengths* の発揮を期待して、職員のあり方に肯定的・好意的に対しつつ職員が自由・闊達に自己表現し創造的な対処を自己責任で実施することを目指した。スーパーヴァイザーの臨床現実への介入は排した。

結果 1. その現実：カンファランス構成員は同一の運営体に属する 2 作業所 1 グループホームの男性 3 名、女性 2 名、うち 4 名が 20 代、1 名が 30 代前半の若い集団である。共同演者はファシリテータを担った。

初回カンファランスではケースを特定せず、職員が、感じたままの日常処遇現実を話題提供した。職員からは利用者が示す病的な言葉やマジカルな行動に対して、「普通の人同士の関係でありたい、世間の常識が通らない場で良いのか」とか、「2 年前就労したとき、利用者のすべてを受け入れるのが福祉だといわれ、そういうものかと思ひ自分を殺して利用者の求めに応えてきた。おかしいと思った時は苦しかった」と訴えられた。具体的な事柄を聞きたいというと、「話してもよいのか」という迷いと共にリアルな利用者の言動が表出された。

当初のスーパービジョンは、これらの

背景にある利用者の生活現実、即ち一見奇矯な行動や不可解な言葉にもその利用者が辿ってきた生活事象や paternalism ベースの処遇が反映しており、それらを丁寧に検討することにより事実脈絡が現実的了解性を持つことを、若い職員が理解できるよう解きほぐすことに当てた。その上で利用者の過去の生活や、「今・ここ」で利用者が示す生活上の癖などをより具体的に語るよう促した。職員は不可解とってきたことが生活的脈絡を伴って理解でき、しかも自分の言葉で語り得ることに深い興味を示した。

また前職員からもたらされた非科学的病名 stigma と恩恵的・慈恵的福祉概念には、「人間は馴染みのない他者をすぐには受け入れられず、何もかも受け入れるなどというのは人間業ではない、受け入れられないという後ろめたさで苦しむ職員の姿が利用者には消極的モデルになってしまう」として、むしろ自分本来の人付き合いのスタイルに自信と勇気を持つよう勧めた。

2 回目は個別ケースの検討に入った。ここでもプロセス・リコーディングやケースサマリーなど概念枠の予めの提示は止め、職員が自分の印象を自分の言葉で自由に綴った résumé を提出するようにし、その表現を大切にしつつ、概念的括りの表現を正確な事実記録に転換したり、対象情報セキュリティの作業を共にし、職員が自分の文体を作り出すことを意図した。

3 回目以降は、病理・薬理の質問に、その生物学的操作が日常の対象現実を少なからず規定していると伝えつつ、むしろ対象の生活現実の story telling を求め、生活臨床枠組みに立った生活像理解を促した。

また処遇指針の求めには「仮説」として応じ、臨床現実に関心を持つのはスーパー

ヴァイザーでなく職員であり、自分が苦心して考えた処遇方針に自信を持ち、慎重さと勇気を持って、利用者の意向を確かめつつ実行する、失敗は有り得、それを畏れるのは当然で、萎縮したり恥じる必要は無い。誇りを持ち朗らかに、と伝え続けた。

利用者の持続する問題行動については、その内容と意味を検討し、利用者の日常行動や対人関係で例外的に上手く行ったり良好だった時を想起するよう求め、その時の事実状況を精細に洗いだし、その再現可能性を検討した。

2. その効用: 1 年半を経て、職員は利用者の個性的なあり方に依拠し、以前に増して親密な、人間的信頼を基調とした率直で朗らかな関係を結ぶようになり、それまで支援の客体化してきた利用者を、支援プロセスの collaborator とした。partnership を基調としたグループワークが汎用され、空間の安全保障感は増した。面接や記録、カンファランス運営の基本技能のみならず empowering, advocated support などソーシャルワーク技能も短期間に著しく向上した。病名 stigma やなし崩しの生物学的決定論は過去のものとなり、利用者の権利と共に自らの権利を守るため戦闘的労働組合を結成し、最早懷中に辞表を忍ばせることも無い。

他方スーパーヴァイザーの側は、方法論教員として貴重な臨床に接する場を与えられ、且つ「自らが実施臨床でないものの果たすべき役割と節度」に関する原則的な視点と、スーパーヴィジョン方法論を展開した strengths oriented group supervision の着想の二つを得た。また教育基本法が危機に立つなかで今日的大学人、専門技能従事者として可能な抵抗方略についても、故丸山博の実践の有効性を再認するに至った。

障害者支援費制度の問題点と運動課題

大島 正彦(西九州大学)

1 支援費制度の本質

(1)社会福祉基礎構造改革における基礎構造改革と周辺改革

(2)基礎構造改革の中身

- * 契約制度
- * 運営主体等の規制緩和

(3)周辺改革の中身

- * 懸案事項の規制
- * 市場化に伴う新たな規制

2 支援費制度で何が変わったか

(1)変わらないもの

- * 権利性－権利法(差別禁止法)まで待たなければならない－「対等」の意味不明
- * 選択制－何を選択するのか不明(絶対量が足りないだけでなく価格、品質の選択もできない)
- * 市場原理による品質の向上－サービスの単価と一部量が決められた競争とは何か－つぶれない競争

(2)変わったもの

- * 事務量－利用者、事業者、行政ともに事務量増加、複雑化、分かりにくい
- * 運営の困難化＝運営費の減少(事務量の増加、借入金・減価償却の扱い)
- * 一部負担増
- * ホームヘルプの増加－未だ方向が示されていない生活支援の柱になる可能性がある
- * 地方行政の裁量の増大

3 支援費制度の性格と運動課題

(1)中央集権化と地方分権化(サービスの総量規制と地方負担)

支援費制度の本質から次の施策が予想される

- ・ サービス量の上限の設定(今でもほとんどの施策で行われている)
- ・ 自己負担アップ(保険制度の導入含む)
- ・ サービス単価の切り下げ
- ・ 政府負担割合の減額(一般財源化も含む)

(2)申請窓口(詳細なニーズ把握)の2面性

(3)ケアマネージによる申請支援運動

ケアマネージメント－サービスの独立化、セット販売の解体、総量支給化

血液透析患者の生活実態と保健医療福祉における課題

西 三郎（無所属）

研究の目的：2001年に実施した全国腎不全患者の医療と生活等についての実態調査の結果より、血液透析患者の生活実態と保健医療福祉における課題を明らかにし、腎不法人日本透析医会、財団法人統計研究会からなる「透析医療研究委員会(委員長西三郎)」がまとめた「2001年血液透析患者実態調査報告」2002を用いて研究を行う。なお、全腎協は、1972、1976、1982、1986、19991、1996と今回の2001年と継続して全国規模の調査を行った。

研究結果と考察：本調査の特徴は、①全国規模の血液透析患者調査、②4～6年毎に継続して実施している調査、③血液透析患者の団体と専門医の団体及び調査の専門研究者とが協力して実施する調査、④個々の調査対象者である血液透析患者ごとに、当該患者の主治医が医学的所見に関する質問に回答している調査である。調査は、2001/10/1時点の状態を基準として、全腎協会員10%抽出、有効回答8,549票。課題に即した主な結果を以下に述べよう。

- ・高齢者・長期透析患者が増加
- ・最長透析年数 35年。平均透析年数：男 9.7年(1996年では8.5年)、女 10.6年(9.0年)日本透析医学会の最長透析年数 35年 10月、平均透析年数：男 6.2年、女 6.7年。最長透析年数 35年。
- ・「説明」や「助言」の提供は、医師・患者ともに 70~80%が認識
- ・医師から検査データの文書による提示は、医師・患者ともに認識 53.4%
- 「他の医療機関への紹介」：紹介が必要ある中で「紹介してくれた」 97.6%
- ・通院手段：「自分で運転する自動車」47.9%、「自家用車」 60.2%

全者のための施策の改善と生活の向上するための基礎資料とする。

研究方法：社団法人全国腎臓病患者連連絡協議会（全腎協）、社団

- ・一人で通院している人の「通院困難になった場合」通院介助者が「なし」 39.9%
- ・必要な時にすぐに入院できる病院「ある」 95.0%（前回 93.2%）
- ・「収入のある仕事」男性 50.2%、「無職」男性 40.8%
- ・過去5年間に有業者の中で、解雇や退職の経験「あり」男 35.6%、女 45.8%
- ・更正医療受給：23.2%
- ・暮らし向きに関する自己評価：「非常に苦しい」7.1%（5.2%）、「やや苦しい」19.2%（16.4%）
- ・患者会への期待：「非常に期待している」 61.4%（前回 53.6%）
- ・特に力を入れてほしい活動（複数回答）「透析の公費医療継続」 61.5%。「感染・医療事故のない安全な透析」57.1%。「合併症と体の負担の少ない医療」52.4%。「腎臓病・糖尿病・腎不全合併症の治療法の開発」 51.3%

おわりに：腎不全の治療技術の進歩は、著しく国際的に最も優れた成績を示し、費用単価も減低減している。医療費負担の改善の影響が透析治療にも大きく及び、その上、感染防止のより徹底が求められている。

透析・移植者の医療環境及び労働条件の改善により、社会復帰の可能性がより促進できることから、それぞれの地域での透析者を支援する活動が求められている。

透析医療研究委員名簿：西三郎、杉澤秀博、浅川達人、山崎親雄、鈴木満、鈴木正司、小関修、小宮山淑博、秋山哲男、田中千枝子。

手話通訳者・医師にみる聴覚障害者の受療における問題

北原照代（滋賀医科大学・予防医学）

【はじめに】

聴覚障害者が医療を受けるときに感じている意思疎通の困難さや不便さは、聴覚障害者を対象とした調査^{1,2)}および医療機関を対象とした調査³⁾から、ともに指摘されている。聴覚障害者を対象に行った調査²⁾によると、聴力損失年齢が5歳以下で身体障害者手帳等級が1級もしくは2級の重度聴覚障害者群では、受療時の問題が軽度聴覚障害者群より大きく、また受療時に手話通訳者を同行した場合は、同行しない場合と比べて、医師や看護師との意思疎通が良好に行えていた。そこで、手話通訳者と医師が医療現場における手話通訳を介した意思疎通の問題についてどのように評価しているか調査した。

【対象と方法】

1) 手話通訳者調査

全国手話通訳問題研究集会(2002年8月24～25日、大津市)参加者(手話通訳者・学習者および聴覚障害者合わせて約1800名)のうち、調査の趣旨を理解し協力の同意を得た手話通訳者477名に無記名式の質問紙を集会会場にて配布し回収した。質問内容は、過去の聴覚障害者対象の調査等を参考に、医師に対する不満・要望、聴覚障害者に対する不満・要望および医療の手話通訳や通訳環境に対する不満・要望について作成した質問項目から成る。

2) 医師調査

滋賀医科大学卒業生のうち、聴覚障害者の受療における問題について当大学の医学概論や社会医学実習で学ぶ機会がなかった1994年度以前の卒業年度から3学年分260名を抽出し、同窓会の協力を得て、郵送法にて無記名式の質問紙を配布し回収した。質問内容は、手話通訳者調査の質問項目と可能な限り対応させるよ

うにし、手話通訳を介した聴覚障害患者の診察時に配慮していることや医師としての意見を問う質問項目を作成した。調査は2002年9～10月に実施した。

【結果と考察】

手話通訳者調査の回収数は254名、うち有効回答数は248名(52%)、医師調査では回収数、有効回答数ともに77名(30%)であった。以下、医療通訳の経験がある手話通訳者208名、および手話を介して聴覚障害者を診察した経験がある医師27名についての結果を述べる。

手話通訳者は医師に「よりわかりやすい言葉で説明してほしい」(82%)「患者と向き合ってほしい」(78%)「もっとはっきりとしゃべってほしい」(65%)「もっとゆっくりしゃべってほしい」(48%)と思っているのに対し、医師の78～96%はこうした配慮を「している」と回答していた(図1)。また、手話通訳者の63%が医師や看護師に手話の学習を求めているのに対し、「手話を勉強してみたい」と答えた医師は26%にとどまり、手話通訳者の63%が病院での診療科ごとの手話通訳者配置を要望していたのに対し、「すべき」と答えた医師はいなかった。手話通訳者と医師の間では、聴覚障害者の受療における諸問題への意識に乖離があるのではないかと考えられた。

これまでの調査で、聴覚障害者の受療において主な意思疎通手段となっている筆談は、時間がかかり過ぎ内容も十分に伝わらないといった限界が示され²⁾、手話通訳者の果たす役割の重要性が示されている³⁾。しかし、医師調査の結果、「手話通訳者がいない場合は筆談で聴覚障害者と十分対応できると思う」と答えた医師は59%、「手話通訳が本当にうまくいっているのか不安である」と答えた医師は37%おり、筆談の限界や手話通訳の重要性は医師に十分理解さ

れていないことが示唆された。一方、手話通訳者は医療の通訳についてもっと勉強し専門性を高めることを求めており、そのための学習環境が不十分な現状を訴えていた(図 2)。医師をはじめとする医療関係者が専門家として知識の提供や通訳技術研修における協力などを積極的に行うことは、手話通訳者の専門性向上および聴覚障害者に対する理解につながり、ひいては聴覚障害者の受療時におけるバリアフリー実現に寄与するものと期待される。

なお、本研究において、手話通訳者調査は全国集会参加者を対象としているのに対し、医師調査では回収率が低かったことその他に本学卒業生という地域的に限定された集団を対象としており、また診察したことのある聴覚障害者と手話通訳したことのある聴覚障害者が異なるなどの限界がある。今後、聴覚障害者の受療における問題について、実態のより詳細な把握および支援策の検討が求められる。

【謝辞】本調査は2002年度滋賀医科大学社会医学実習として行った。調査にご協力いただいた全国手話通訳問題研究会、および回答してくださった手話通訳者の皆様ならびに本学卒業生の皆様に感謝します。

【参考文献】

- 1) 社会福祉法人聴力障害者情報文化センター. 耳が不自由な人たちが感じている朝起きてから夜寝るまでの不便さ調査・アンケート調査報告. 1995:82-89.
- 2) 埜田和史, 北原照代, 藤田保, 他. 聴覚障害者の受療に関する質問紙調査. 第40回社会医学研究会総会講演集. 1999;特別号:69-70.
- 3) 北原照代, 埜田和史, 西山勝夫. 聴覚障害者の受療に関する医療機関側の調査～医療機関を対象とした面接調査の分析～. 社会医学研究. 2001;19:45-56.

図1 手話通訳調査と医師調査の回答結果の比較

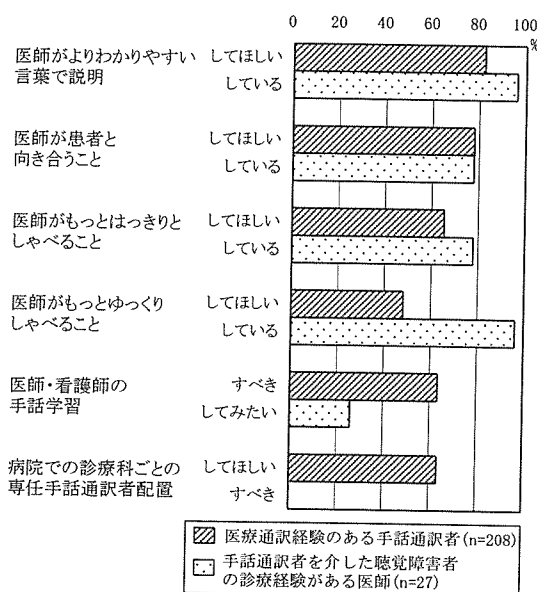
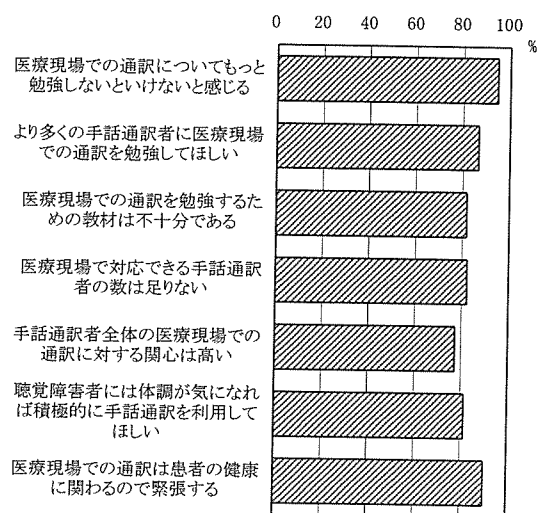


図2 手話通訳者の医療通訳に対する意識



社会医学研究

BULLETIN OF SOCIAL MEDICINE

特別号 2003 第 44 回日本社会医学会総会講演集

発行年 2003 年 7 月 26 日

編集 第 44 回日本社会医学会総会 企画運営委員会
JAPANESE SOCIETY FOR SOCIAL MEDICINE

連絡先 第 44 回日本社会医学会総会 企画運営委員会事務局
〒602-8580 京都市上京区今出川通烏丸東入
同志社大学文学部社会学科 千田研究室
電話：075-251-3446 FAX：075-251-3066
電子メール：tchida@mail.doshisha.ac.jp
