

ISSN 0910-9919

BULLETIN OF SOCIAL MEDICINE

社会医学研究

第45回 日本社会医学会総会
講 演 集

日本社会医学会 特別号 2004

JAPANESE SOCIETY FOR SOCIAL MEDICINE

第45回日本社会医学会学術総会

2004年 小野田市

主題 健康権とは何か。

人権としての健康を社会医学から考える

日時：2004年7月24日（土）13時～7月25日（日）15時20分

会場：いこいの村江汐（えじお）

〒756-0023 山口県小野田市千崎東

Tel : 0836-84-2323 Fax : 0836-84-6223 HP:<http://www.ejio.net>

基本的人権である健康権（保健・医療・福祉）が「構造改革」の名の下に後退している。

人々に提起される新たな健康の課題にどのように向き合うのか。

社会医学の役割は健康権の実現、健康権の向上と言える。一人ひとりが健康で
幸せになる社会をどう目指すのか、議論の場にしたい。

第45回日本社会医学会学術総会

企画運営委員会（代表 原田規章）

山口大学医学部衛生学教室

〒755-8505 山口県宇部市南小串1-1-1

Tel : 0836-22-2229 Fax : 0836-22-2345 E-mail : masaiwa@yamaguchi-u.ac.jp

2004年度日本社会医学会評議員会

7月24日（土）11時～12時 第3会場（中会議室）

2004年度日本社会医学会総会

7月25日（日）8時～8時40分 主会場（丹頂の間）

参加要領

・受付場所

7月23日（金）15時から、いこいの村江汐 1階エントランスホールにて

7月24日（土）11時から、いこいの村江汐 同上

7月25日（日）8時から、いこいの村江汐 同上

・受付方法

「受付」備え付けの参加票に所定の事項を記入し、参加費と共に「受付係」に提出してください。参加費領収証と「名札」をお受け取り下さい。宿泊費も受付の際に領収いたします。

・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

・宿泊（1泊3食）：1日あたり 10,000円（夕食は20時まで可）

昼食費 : 1食あたり 1,000円

前日懇親会費 : 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。

・発表される方へ

一般口演は、1題につき発表時間12分、討論時間8分を予定しております。

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、会場内に設けました「次演者席」にて待機していただきます。前の発表が終了したら、すみやかに次の発表を始めますので、ご注意ください。

発表はWindowsのパワーポイント、スライド、OHPを使用することが可能です。発表用のパワーポイントファイルは事前に会場の担当者と打ち合わせてパソコンに入れておいてください。

- Macintoshをご利用の方は、ご自身のノートパソコンをお持ち下さい（会場では用意されておりません）
- WindowsはOfficeのバージョンが変わると図表やフォントがずれる事がありますので、ご自身で発表前に早めのチェックをする事をお勧めいたします。

【会場までの交通】

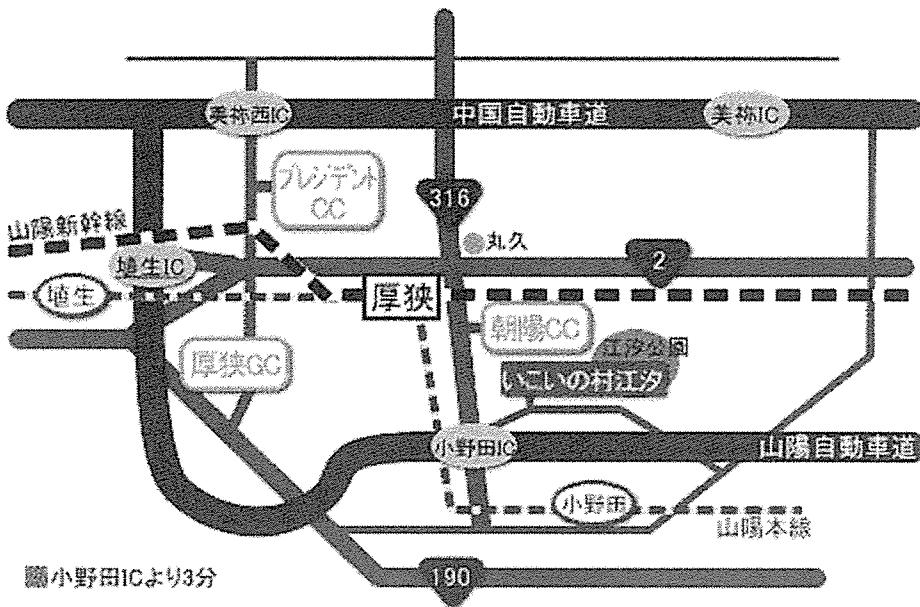
会場：いこいの村 江汐（えじお） 山口県小野田市千崎東 (<http://www.ejio.net>)

- 山口宇部空港：送迎バスを運行
- 新幹線、在来線：JR 新山口駅（旧小郡駅）、JR 厚狭駅から送迎バスを運行

送迎バスの運行時刻：

- ・ 山口宇部空港 → 会場 (30 分)
 - 23日 (金)
 - 15時55分発 (ANA695便)
 - 19時20分発 (ANA697便)
 - 24日 (土)
 - 11時45分発 (ANA693便)
- ・ JR 新山口駅 (新幹線口) → 会場 (30 分)
 - 23日 (金)
 - 17時15分発 (東京のぞみ17号→広島ひかり367号)
 - 24日 (土)
 - 10時30分発 (東京のぞみ1号)
- ・ JR 厚狭駅 (新幹線口) → 会場 (5 分)
 - 23日 (金)
 - 16時55分発 (東京のぞみ15号→新山口こだま659号)
 - 24日 (土)
 - 12時20分発 (東京のぞみ81号→徳山こだま637号)
- ・ 会場 → 山口宇部空港 (30 分)
 - 25日 (日)
 - 15時20分発 (ANA698便)
- ・ 会場 → JR 厚狭駅 (新幹線口) (5 分)
 - 25日 (日)
 - 16時10分発 (こだま670号→新山口のぞみ28号)
 - 16時30分発 (こだま550号→新山口ひかり376号)

- 自家用車：山陽自動車道小野田 I.C. を降り、71号線を厚狭方面へ。約 200m 先の信号を左折のち、約 200m 先の交差点を左折



24日(土)

主会場 2階丹頂の間

11:00	評議員会
-------	------

13:00	開会
-------	----

13:10	主会場 招聘講演 カナダにおける労働衛生活動 Ted Haines MD (座長 西山勝夫)
-------	--

(主会場 2階丹頂の間)	
14:00	シンポジウム1 市町村合併と地域保健・医療・福祉の課題 —住民の健康への影響— 座長 波川京子、上畠鉄之丞
14:00	一般口演1-8 食品・労働衛生 座長 平田 衛、石山珠江

1. 中山間地域の保健福祉政策に対する市町村合併の影響
—地方自治の視点から—
(水谷利亮)
2. 地域と医療サービス—北海道の現状から—
(小橋 元)
3. 地域福祉における市町村合併の捉え方
(石橋雅彦)
4. 地域保健の見直しと市町村保健活動の課題
—保健所の立場から—
(波川京子)

1. 食生活におけるリノール酸削減の社会医学的意義とその具体化について
(片平利彦)
2. 英国の労働安全衛生法制とリスクマネジメント
(重田博正)
3. 公立保育園における運動指導の課題 筋疲労疾患予防健診後の指導から
(藤野ゆき)
4. ホームヘルパーの介護労働における身体的負担の評価と介入効果
(樋口由美)
5. 訪問看護・介護職員の健康問題 —安全衛生管理のあり方を考える—
(北原照代)
6. 小学校教師の持ち帰り仕事と労働負担
(千田忠男)
7. 元石綿セメント管製造作業者の健康影響(第1報)
(小山義則)
8. Cervical spondylosis among professional coolies carrying load on the head in Bangladesh
(Mahbub MH)

主会場 2階丹頂の間	
16:00	シンポジウム2 障害者的人権とまちづくり 座長 中本 稔、占部芳里
16:40	一般口演9-13 保健・医療・薬害 座長 仁平 将、菊地頌子

1. 振動障害からの社会復帰事業
(山田信也)
2. 障害者的人権と社会医学の課題
(岸田和史)
3. 障害者の地域生活と人権
(中野加代子)

9. 3年間の当事者参加型リサーチによる薬害HIV感染被害者遺族研究の
政策・実践と理論への寄与
(山崎喜比古)
10. 現場を尊重する衛生行政への転換を 実質的な保健所長確保策、
薬害被害の根絶を例として
(西 三郎)
11. 一般病院外来における療養中断者へのアプローチ
(青木珠代)
12. 介護保険制度導入4年で見えてきたホームヘルプ労働の変容
(加藤大典)
13. 市町村合併における保健師配置の留意点
(波川京子)

18:10	夕食(1階レストラン)
-------	-------------

主会場 2階丹頂の間	第2会場 1階大会議室	第3会場 2階中会議室
19:30 自由集会1 ホームレス者の健康・生活問題 世話人 黒田研二、逢坂隆子	19:30 自由集会2 市町村合併と公衆衛生活動 世話人 中本 稔、波川京子	19:30 自由集会3 カナダと日本の労働衛生 世話人 原田規章、西山勝夫

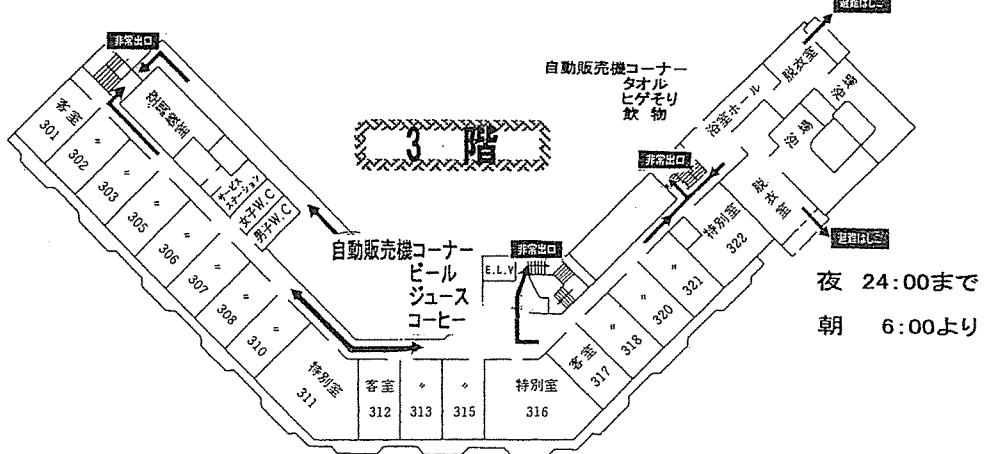
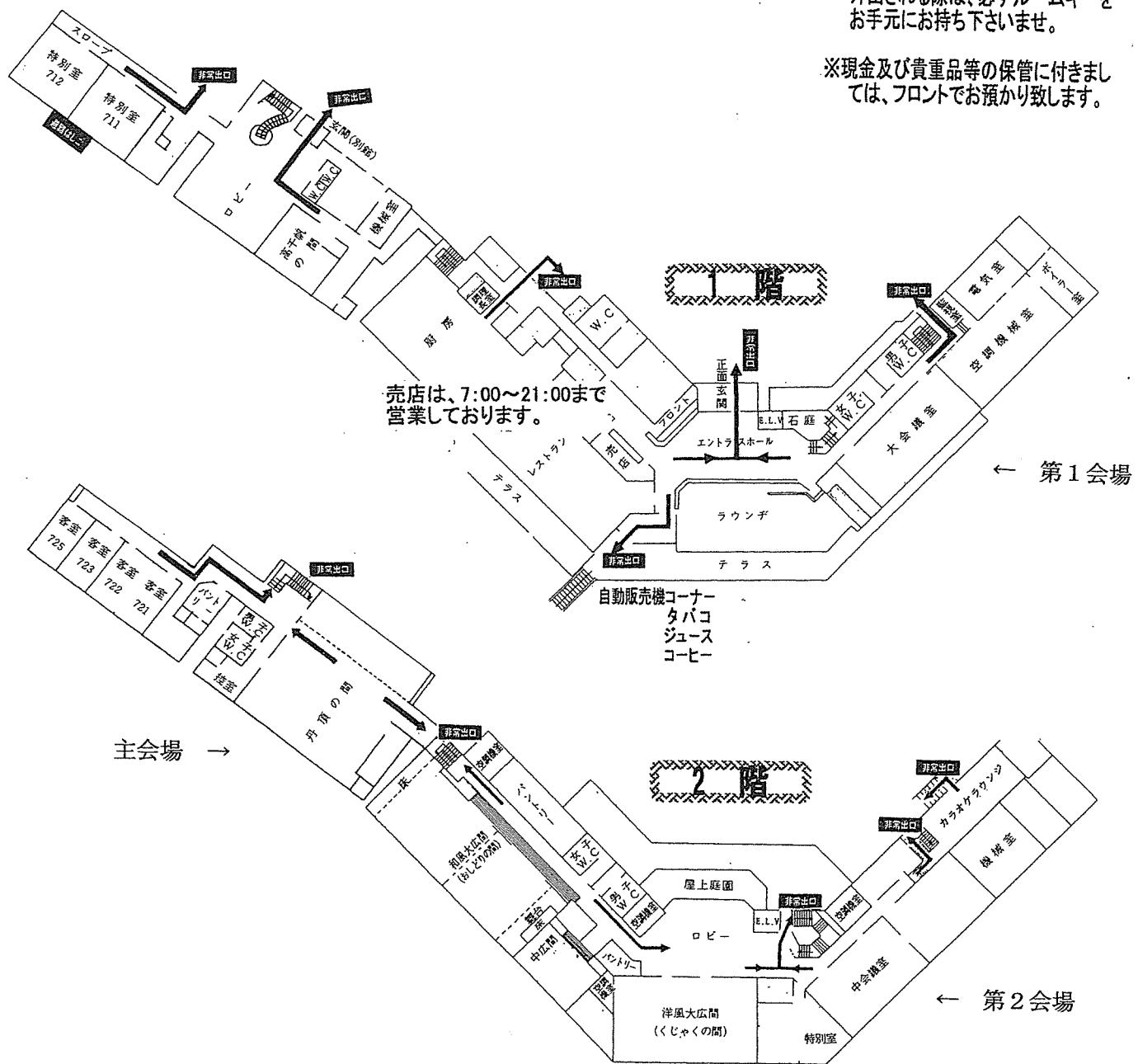
25日(日)

7:00	朝食(1階レストラン)	主会場 2階丹頂の間
8:00	総会	主会場 2階丹頂の間
8:40	特別講演 人権・健康権の成立過程と理念 真田 是 (座長 原田規章)	主会場 2階丹頂の間
9:30	<p>主会場 2階丹頂の間</p> <p>シンポジウム3 医療保険・介護保険:制度の現状と課題 座長 野田浩夫、西 三郎</p> <ul style="list-style-type: none">1. 「医療費抑制の時代」を超えて —医療費拡大に軋じたイギリスに学ぶー (近藤克則)2. 在宅医療の現場から見た医療保険・介護保険の現状と課題 (立石彰男)3. 2002年10月老人保健法改定の在宅酸素療法への影響 (野田浩夫)	<p>第2会場 1階大会議室</p> <p>一般口演14-19 社会と医学 座長 山本 繁、宮尾 克</p> <ul style="list-style-type: none">14. 日本における「健康と人権」研究の特徴 (神馬征峰)15. 色覚異常者の就労と人権 (国家公務員、警察官、自衛官、JR職員に対する採用制限) (高柳泰世)16. 平成15年度「介護報酬の見直し」で、権利の保障は可能か —“老後を豊かに生きるために”『地域福祉研究会』の考察からー (前田黎生)17. ハイタク労働者の過労死と予防の現状 (上畠鉄之丞)18. 15年戦争と日本の医学の関係を考える「戦争と医学」訪中調査をふまえて (西山勝夫)19. 「健康への力」に関する新しい諸概念と社会医学 (山崎喜比古)
11:30	昼食(1階レストラン)	
12:30	<p>主会場 2階丹頂の間</p> <p>シンポジウム4 非正規・派遣労働者の健康問題を探る 座長 田村昭彦、福地保馬</p> <ul style="list-style-type: none">1. 不安定雇用労働者の労働実態と健康問題 (青木珠代)2. 派遣労働者の健康問題 派遣労働者の労災事例の考察 (藤野ゆき)3. 女子パート労働者の労働と生活にみる社会医学的 問題点について (広瀬俊雄)	<p>第2会場 1階大会議室</p> <p>一般口演20-25 生活と健康、公害 座長 安部貞雄、服部 真</p> <ul style="list-style-type: none">20. 水島協同病院における大気汚染公害認定患者死亡者501人の病態調査(第1報) (里見和彦)21. 公害病認定患者に対する介護サービスへのニーズと課題 —生活実態調査の結果よりー (矢羽田薰)22. ホームレス者の健康・生活実態より健康権を考える その1:大阪市における高齢者特別清掃事業従事者の健診結果より (黒田研二)23. ホームレス者の健康・生活実態より健康権を考える その2:入院患者調査から見たホームレス者の医療保障の課題 (高鳥毛敏雄)24. ホームレス者の健康・生活実態より健康権を考える その3:ホームレス者の生活習慣病対策について (逢坂隆子)25. ホームレス者の健康・生活実態より健康権を考える その4:公園・路上等へのアウトリーチを通じて見える医療福祉制度の課題 (黒川 浪)
14:30	総括討論 社会医学の到達段階と課題－人権・健康権の観点から－ (座長 上畠鉄之丞、原田規章)	主会場 2階丹頂の間
15:10	閉会	

いこいの村江汐 館内案内

※本館の客室のドアは、防犯対策の為
オートロック式となっております。
外出される際は、必ずルームキーを
お手元にお持ち下さいませ。

※現金及び貴重品等の保管に付きまし
ては、フロントでお預かり致します。



招聘講演

カナダにおける労働衛生活動

Ted Haines MD

(McMaster University School of Health Sciences)

座長 西山勝夫（滋賀医科大学）

特別講演

人権・健康権の成立過程と理念

真田 是

(立命館大学名誉教授)

座長 原田規章（山口大学）

Clinical Occupational Medicine in Ontario, Canada

Ted Haines

McMaster University, Hamilton, Canada

I will present a practitioner's perspective on the practice of occupational medicine in Ontario, Canada.

Primary care physicians have low levels of knowledge regarding occupational health and low awareness of their patients' workplace exposures. They also have little information about resources, such as occupational health clinics, that are available to help them to manage occupational health problems.

There are several different types of occupational medicine practice settings. The Occupational Health Clinics for Ontario Workers (OHCOW) are funded by the Workplace Safety and Insurance Board. They are located in 5 centres, with additional part-time satellite clinics. OHCOW also employs nurses, industrial hygienists and ergonomists. Lakeshore Multiservice Project (LAMP) is a community health centre, which includes LAMP Occupational Health Centre (LAMPOHC). LAMPOHC is a resource to the community health centre network throughout Ontario, funded by the Ministry of Health. In addition, there are specialty university-based occupational health clinics at St Michael's Hospital in Toronto and McMaster University.

Other occupational medicine practitioners are employed by the Ontario Ministry of Labour or the occupational health departments of industries. Many primary care physicians work part-time for smaller workplaces.

The certification process in Canada comprises several levels of qualification, including: the Royal College of Physicians and Surgeons of Canada – which requires a five year residency; the postgraduate Canadian Board of Occupational Medicine – which entails preparation of a detailed review paper and an examination; and less intensive upgrading such as through McMaster's Diploma in Occupational Health.

I will present some typical cases and how they are managed in our context. I will outline certain research projects that have resulted from the clinical occupational health context.

I hope to interact with Japanese occupational medicine physicians to learn about your practice, in order to enrich my own, and possibly also to initiate collaboration in areas of mutual interest.

カナダにおける労働衛生活動

Ted Haines、マクマスター大学、カナダ

カナダ、オンタリオ州における労働衛生活動の実践的展望について述べる。

プライマリーケア医師の産業保健に関する知識や患者の職場状況への関心は十分とは言えない。また、産業保健クリニックなど職場における健康問題の解決に寄与できる社会的資源についての情報も十分に有していない。

オンタリオ州にはいくつかの異なったタイプの産業医学実施体がある。オンタリオ労働者のための産業保健クリニック（OHCOW）は職場安全・保険委員会によって設立された。OHCOW は 5 センターと複数のパートタイムクリニックを持っており、看護士、産業衛生技術士、人間工学専門家を擁している。Lakeshore マルチサービスプロジェクト（LAMP）は地域保健センターであり、LAMP 産業保健センター（LAMPOHC）を含んでいる。LAMPOHC はオンタリオ州全体の地域保健センターネットワークの資源であり、州保健省により予算措置されている。さらに、特に大学に基盤を持つものとして、トロントの St Michael's 病院や McMaster 大学の産業保健クリニックがある。

他の産業医学医師はオンタリオ州労働省か企業の産業保健部門に雇用されている。多くのプライマリーケア医師が中小企業のパートタイム産業医として働いている。

カナダにおける専門産業医の認定プロセスは、いくつかの異なるレベルの資格を含んでいる。Royal College of Physicians and Surgeons では 5 年間のレジデンシーを必要とし、Canadian Board of Occupational Medicine の卒後資格では詳細な文献レビューと試験が課され、一方、McMaster 大学の産業保健ディプロマのように比較的容易な資格もある。

今回は、いくつかの典型的症例と我々がどのように対処したかを紹介し、臨床産業保健活動から導き出された研究プロジェクトについても概括したい。日本の産業医学医師との活動交流により共通の関心領域について協力が進むことを期待している。

人権・健康権の成立過程と理念

真田 是

I. 西欧の近代と自由権としての人権

* 神学=教会の支配からの人間の解放

西欧の近代はルネッサンスと宗教改革で幕が開けられたといわれる。ルネッサンスは文芸に限られるものではなく人間主義を表現したものであり、宗教改革は神と教会の束縛から人間を解放したものであり、人間の心身の価値と自主・自律を求めることで人権確立の基盤を用意したものであった。

* 近代民主主義の開花

神学=教会からの解放は現世の支配を法王から王権に移したが、人間の解放は、現世の王権の支配からの解放をも求める。自然法思想は国家の絶対化を“自然状態”と“社会契約説”でうち破り、国民に抵抗権・革命権を認めるに到った（J. ロック）。個の確立と政治的民主主義である。

近代をリードしたのが生産と労働にたずさわる人々であったことから“レッセ・フェール”（自由放任）のような経済活動の自由も確立していった（A. スミス、J. ベンサム）。経済的民主主義であり、社会的生産力が解放され飛躍的な富の増大を実現する。

政治的権力や社会的諸力・拘束からの解放としての自由権と個人主義が人権のベースであった。

* 関連テーマ

(1) 政教分離と人権

(2) 社会の生産力と生産関係の人権との関わり

II. 自由権としての人権の限界——資本主義的社会問題の噴出

産業革命以降失業と貧困・労働問題・伝染病・住宅と環境問題などが深刻化して（F. エンゲルス）、神と封建制からの解放による近代及び近代民主主義の神通力が失われた（J. S. ミルの自由主義の苦悩）。

有産者となった一部の生産階級を除く、無産者として働くものにとっては、自由権の行使は“飢餓の自由”を意味した。資本主義的社会問題に巻き込まれている多くの人々の状態を改善し自由権を少しでも実質化しなくては、人権は絵に描いた餅にとどまることが認識されるようになった。

III. 生存権としての人権の登場

* 権利侵害の社会問題対策

社会問題対策は、人権の制限・剥奪を伴う救貧制度としてまず登場した。ついで資本主義の下での多数者になった労働者階級上層の小規模な相互扶助組織がつくられ、労働組合の発展とともに共済活動として広がった。資本家も労働者の馴化のために共済活動を支援するようになる（世界最初のビスマルクの疾病・老齢の社会保険—1883年、日本の企業内福利厚生制度）。

* 生存権保障の要求と制度

救貧制度改革や工場法など労働法制を生み出すことによって、労働者階級の個別資本に対する要求の他に国家に対する生存権保障要求が政治的民主主義の要求と結んで展開されるようになる（ラダイツからチャーチストへ）。デンマーク（1891年）、ニュージランド（1898）、オーストラリア（1901）、フランス（1905）、イギリス（1908）で作られた社会扶助は人権の制限・剥奪を伴う救貧制度とは違うし、イギリス国民保険法（1911）、ドイツワيمール共和国憲法（1919）は生存権保障のさきがけとなった。第2次大戦期に反ファシズム諸国と国際機関で作られたものは、宣言や文書であったが戦後の国際的な生存権保障の具体的制度の原動力になっている（ベバリッジ報告、ILO社会保障への途、「4つの自由」、大西洋憲章とともに1941）。ILO文書は「フィラデルフィア宣言」（1944）でも社会保障を所得保障と医療保障として規定しており、健康権との関わりで注目される。

IV. 生存権の構造

* 自由権・生存権と市民社会—国家の関係

自由権としての人権は国家の市民社会への干渉を排して“夜警国家”化を求めるが、生存権を要求する人権は、逆に国民・市民社会に対する国家責任を果すことを求める。

生存権保障は健康で文化的な最低限度の生活保障を軸とするが、家族の民法規定、教育権、労働権、労働法制の整備が不可欠である。生存権は労働法制要求から始まるが、労働以外の生活領域の要求に発展してナショナル・ミニマムの確立になってきている。

* 自己責任論と社会的責任論

人権・健康権をめぐっては、国民と国家は相反する二つのベクトルの関係を持っていることになる。自由権では国家は夜警のように活動領域を最小限にせねばならず、生存権では労働・生活の広範な領域で保障活動を行わなければならない。この両方向は、社会問題についての自己責任論に立つか社会的責任論に立つかによって全く違ってくる。自己責任論では国家は警察・軍事の治安と外交の機関になって生活保障は恩恵になりときどきの都合で「あれか、これか」の選択で取り上げられるにすぎないことになる。社会的責任論では権力や経済力・社会力で侵害されやすい自由権・生存権を共々に守り保障する機関として主権者に奉仕するために「あれか、これか」の選択ではなく不可欠の優先施策になる。

シンポジウム 1

市町村合併と地域保健・医療・福祉の課題

—住民の健康への影響—

座長 波川京子（札幌医大）

上畠鉄之丞（聖徳大学）

1) 中山間地域の保健福祉政策に対する市町村合併の影響

—地方自治の視点から—

水谷利亮（高知短期大学）

2) 地域と医療サービス—北海道の現状から—

小橋 元（北海道大学）

3) 地域福祉における市町村合併の捉え方—合併の現場から—

石橋雅彦（大朝町社会福祉協議会）

4) 地域保健の見直しと市町村保健活動の課題—保健師の立場から—

波川京子（札幌医科大学）

シンポジウム 1

「市町村合併と地域保健・医療・福祉の課題－住民の健康への影響－」

座長　　波川京子（札幌医科大学）　上畠鉄之丞（聖徳大学）

人口を担保に市町村の枠組みを変える平成の大合併が、今年度末をめざして突き進んでいる。自治体間で合併協議会が設立され、合併か否かの住民投票や、新しい自治体名をどうするかなど、それぞれの思惑を抱えた報道が連日されている。合併合意に至る協議会もあれば、合併協議会の離合と集散に終わってしまう例などが日々繰り広げられている。

国の人団1万人未満の自治体を認めない発言によって、人口集めが最優先され、市町村が嘗々と築いてきた文化や歴史的な地名が消えていくことも懸念されている。政令指定都市をめざした都市部の合併と、囲い込み的に合併しか選択肢が残されていないと判断した地方の中山間地や離島の合併とは質的に違う。

老人保健や母子保健、介護保険、国民健康保険、地域福祉などは市町村が実施主体となって、住民に一番近い所で、住民の生活にあった行政サービスを提供してきた。国・都道府県立病院などの総合病院から遠距離にあり、一次医療の確保が困難な町村は国保病院（診療所）を設立し、文字通り住民の生命と暮らしを支えている。それらは全国一律の保健・医療・福祉事業であっても、地域に根を張った市町村独自のシステムを構築しながら運営している。

市町村合併はそれらのものを根底から作り直すことになる。この時に行行政サービスのレベルをどこに設定するかで、合併協議会の真価が問われることになる。合併賛成組も反対組も「住民のために」は変わらない。合併をしても、しなくても市町村は住民の生命と暮らしを衛する役割がある。

このシンポジウムでは、合併が住民の健康とどうかかわるかを保健・医療・福祉の観点から議論し、住民一人ひとりの健康が保障される「くにづくり」を考えていきたい。

中山間地域の保健福祉政策に対する市町村合併の影響 —地方自治の視点から—

水谷利亮（高知短期大学）

はじめに

この報告では、総務省などの中央政府が現在強力に推進している市町村合併、いわゆる「平成の大合併」時代で、中山間地域における小さな自治体・町村の保健福祉政策がどのような影響をうけているのか、あるいは受けつつあるのかについて、その一端を2つの事例を主な素材にして分析してみたい。

その事例は、ともに長野県にある（市）町村であり、県の南部に位置し飯田市と下伊那郡からなる飯伊地域にある。長野県は、全国の47都道府県のなかで、合併する市町村に対する支援だけでなく自律・自立をめざす町村に対しても積極的に支援策を講じているほとんどの唯一の県である。市町村の地方自治においては市町村に対する都道府県の果たす役割・支援策が重要な規定要因になりうるが、保健福祉政策の領域では近年の社会福祉基礎構造改革などによって市町村にいくつかの主要な権限が移譲されているので、とりあえずは一般化しうる可能性をもちうる事例であると考える。

市町村合併の推進や道州制については、第27次地方制度調査会の答申や現在検討中の第28次地方制度調査会などで積極的に議論されており、その流れで地方自治のシステムが3層制をより集権化した形で進行しつつあるが、他方で、特定目的の自治体として広域連合や「町村連合」と基礎自治体・市町村を縦横に組み合わせた複線型の自治体を制度化して多様な地方自治が共存する多元化を基礎とした地方自治システム形成にむけたチャレンジも「長野モデル」においてなされつつある。この報告での事例や分析は、後者のモデルのなかに位置づけた町村の保健福祉政策のあり方を模索する視点を含んでいることを示唆しておきたい。

まず、従前の合併特例法のもとで、1993（平成5）年に飯田市に編入合併した旧上郷町（現在の上郷地区）の保健福祉政策が合併前とその後現在までどのような点が変わっていったのかについて整理する。そして、「平成の大合併」のなかで、高い高齢化率のもとでこれまで育んできた在宅福祉・在宅医療に重点をおいた「安心の村」づくりを維持するために、厳しいけれど自律・自立の選択を行っている長野県泰阜村の取り組みをみてみる。その後で、中山間地域の保健福祉政策と市町村合併に関するいくつかの点を指摘したい。

1. 編入合併による保健福祉政策の変化—長野県飯田市と旧上郷町の事例—

飯田市は、人口は約10万7千人で、高齢化率24.1%（2002年現在）、面積は325平方キロで、昭和の大合併の折1956（昭和31）年に1市7ヶ村の合体合併以降も現在に至るまで周辺の6町村を編入合併してきた経緯がある。現在もさらに周辺の喬木村、上村、南信濃村との任意合併協議会を設置して来年の3月あたりをめどに合併協議を進めている（合併後の規模は、面積725平方キロ、人口約11万6千人）。旧上郷町で現在の上郷地区は、人口約1万5千人、面積は約27平方キロ（2000年現在）である。

合併前後での変化としては、次のような点である。

- ・保健・医療・福祉の連携した政策・サービスの分裂（ハードとソフトの両面）
- ・地域を担当する保健師の数の減少（4人→2.5人）

- ・保健師の5ブロック14地区での数年ごとの人事異動と地域との交流・連携の低下
- ・住民の健康教室などを通しての保健福祉教育・知識の衰退傾向
- ・地域保健医療福祉サービス（の質）水準の全体的な低下
- ・地域課題の政策化機能や専門職の能力・意欲の弱体化、その他

2. 自律・自立による保健福祉政策の維持—長野県泰阜村の事例—

泰阜村は、長野県の最南端に位置し、人口は2,159人、高齢化率37%（2003年度）、面積は65平方キロ、林野率87%の過疎の山村で、19集落が標高300mから700mという標高差の中に散在している。産業は狭い耕地を耕しながらの養蚕、こんにゃく、畜産などの農林業が中心である。現在、村では、自律プランとして『やすおか 自律への道：求められるスピーディな改革とスローな村づくり～泰阜村自律（立）構想』（2003年9月）をまとめて具体的な取り組みを進めている。

泰阜村の保健福祉政策を含む村づくりでは、次のような考え方や取り組みをしている。

- ・「心もからだも癒してくれる『安心』の地をめざして」、「住民が安心して過疎の村で暮らしていくように、高齢者福祉、医療の提供、子育て支援など必要な専門サービスを提供」し、「真の『住民自治』実現への取り組み」や住民に身近なところでの素早い政策決定を重視している。
 - ・新たな自治のスタイルをめざして、多元的・複線型の自治システムを構想している。
- ①今後とも村が実施していく分野：小学校運営、福祉、子育て支援、村づくりなど
 ②現在の広域連合：ごみ処理、消防、介護保険認定、特養ホーム運営など
 ③県が加わる広域連合「町村連合自治体」：ハード整備、専門的技術的分野、医療など
 ④県の自律代行制度の利用：精神・母子保健、道路管理、森林整備など

3. 中山間地域の（市）町村の保健福祉政策と市町村合併

市町村合併の動向と関連して中山間地域における自治体・町村などの保健福祉政策のあり方を考えるにあたっては、次のような点が重要になってくるのではないだろうか。

- ・ハードとソフトの両面での保健・医療・福祉の連携した政策・サービス提供
- ・その際に、単なるサービス提供というより、まちづくり・地域づくりといった視点
- ・住民（コミュニティ）－NPO・社会福祉法人－行政による協働・パートナーシップ
- ・保健師をはじめとした専門職の「機能的責任」と、「応答責任」・「導管」機能の発揮
- ・町村連合も視野に入れた多元的で複線型の自治システムの構築、その他

おわりに

[参考文献]

- ・松島貞治・加茂利男『「安心の村」は自律の村—平成の大合併と小規模町村の未来』自治体研究社,03年
- ・加茂利男編著『資料と解説 自治体自立計画の実際—「三位一体の改革」と町村—』自治体研究社,04年
- ・水谷利亮「中山間地域の国保診療所と地方自治—地域包括ケアの徳島県相生町モデルを素材にして」篠崎次男・日野秀逸編『社会サービスと協同のまちづくり』自治体研究社,03年、など

地域と医療サービス～北海道の現状から～

小橋 元（北海道大学大学院医学研究科）

【はじめに】地域医療における医療資源の有効活用は重要な課題であり、従来対策がなされてきたが、まだまだ問題点が多い。特に医療サービスの地域格差の問題は深刻である。北海道でも、昭和63年の北海道地域保健医療計画をはじめとして、1次～3次の保健医療圏ごとに整備が図られてきた。今後予定されている市町村合併に際して、医療サービス体制の地域格差の問題を、改めて医療サービスの受け手である住民の立場からも十分に議論していく必要があろう。

【北海道における医師配置の現状】北海道の面積は、約83,000km²、人口は565万人であり（平成14年）、212の市町村を持っている。人口密度は72.2人/km²であるが、これは日本全体の人口密度338.0人/km²の1/4以下である。北海道の医師の総数は、11,898人であり、人口10万対では209.8人と、平成4年の9716人（人口10万対165.5人）に比べて順調に増加している。

人口10万対の医師数を地域別に見ると、札幌市287.0人、旭川市337.1人、函館市262.2人、釧路市192.9人、帯広市220.5人、小樽市253.4人、砂川市299.5人、美唄市250.8人、滝川市241.8人、名寄市251.8人、深川市260.0人、江差町243.0人、俱知安町229.8人、室蘭市289.7人、八雲町225.4人、遠軽町267.8人と、大都市・基幹都市で高かった（その他には洞爺村590.9人、大漁村333.3人、壯瞥町324.3人が高い）。一方、100人未満の市町村は144（212市町村の68%）あり、これらの市町村の人口を合計すると全道人口の19%にあたる。特に、東藻琴村0人、新篠津村25.6人、剣淵町24.4人、風連町18.5人、仁木町23.8人、戸井町26.3人、恵山町22.2人、豊頃町25.0人、増毛町16.9人、浜中町27.8人、鷹栖町27.8人、比布町22.2人、愛別町25.6人と低かった。また、医師の人数で見ると、0人が1、1人が33、2人が30、3人が31市町村であった。医師が3人以下の市町村が多くかかる保健所は、深川（5市町村/6市町村）、名寄（7/10）、留萌（6/9）、岩内（3/4）、俱知安（9/15）、江差（4/6）、紋別（7/12）、稚内（6/10）、苫小牧（5/7）、浦河（2/4）などであった。

【北海道の都市間距離、気候が医療サービスに及ぼす影響】北海道の都市間距離は、全国平均の1.5倍以上あり、最寄りの都市までの平均道路距離は、都市の規模にかかわらず全国平均の約2倍である。例えば札幌～稚内の所要時間は約6時間、札幌～根室間の所要時間は約9時間であり、それぞれ東京～盛岡、東京～岡山間の所要時間に匹敵する（図1、2）。特定地方交通線の廃止に伴い、自動車輸送の分担率が増加しているが、国道をはじめとする幹線道路網密度は、全国平均と比べ依然として半分以下という低い状況である。また、冬期には、吹雪や雪崩の発生により、各地で通行止めが発生し、特に道東・道北地域でその頻度が高い。

上記の人口当たりの医師数が少ない市町村は、多くが旭川市、名寄市、網走市、帯広市、函館市、小樽市などの近郊に位置しており、夏季には都市部まで車で1時間圏内と見られる（浜中町は釧路から約2時間で例外である）が、積雪や路面が凍結する冬季には2～3時間以上かかる場合が少なくない。医師が少ない市町村では、たとえば深川、名寄、紋別エリアから旭川まで通院したり、稚内であれば飛行機で札幌の病院に通うような場合もある。また、北海道の沿岸部は、一本の国道のみで細長い地域が結ばれること多いため交通の便が非常に悪く、特に岩内、俱知安、江差、浦河保健所管内の医療事情の悪さは、数字が示す以上のものであることが推測される。

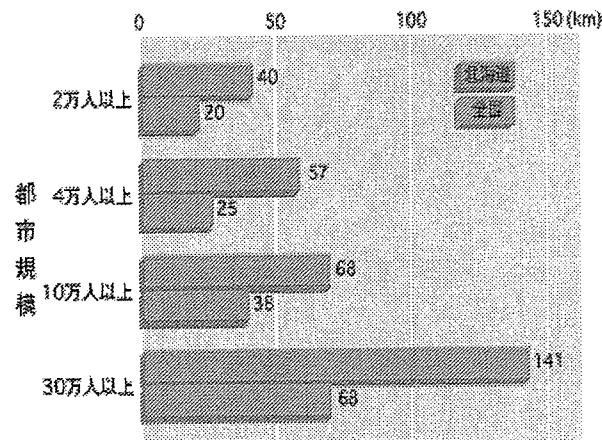
これらの事情は、住民の病院へのアクセスを悪くするだけでなく、大学からの医師派遣の困難

さにもつながっている。若手の医師が大学での研修・研究の傍ら関連病院の出張をこなし、地域医療を支えることは少なくないが、北海道においては、大学から関連病院への移動だけで半日以上を費やす場合も少なくなく、他の都道府県の医師に比べて大きなハンディキャップとなっている。また、最近は、(1) 医師の名義貸し問題の影響や、(2) 平成 16 年 4 月からの臨床研修の義務化で若手医師が不足する大学病院が地方から医師を呼び戻す可能性が懸念されており、地域における医師の確保はますます切実な問題になると見えられる。

【近年の対策とその課題・問題点】近年は、地域医療における IT（情報技術）の活用が期待されている。IT 化により、遠隔地同士の迅速で正確な情報交換と診療連携、EBM（根拠に基づく医療）の実践、リスクマネージメントや情報開示などが可能となるため、厚生省、郵政省、通産省、厚生労働省などによる様々な研究班、モデル事業が展開されている。多くの事業は、産学公民の連携を目標に進められているが、地域にシステムを活用できる人材や拠点があるかどうかに依存する傾向があり、まだ住民にとって実際にどの程度役立っているのかの客観的な評価ができるまでにはいたっていない。また、IT は、都市と地域との間のバーチャルな距離は縮めても、医療の原点である人の手の温かさまでは十分に届けることはできない。北海道においては、地域医療振興財団が、へき地医療支援機構の運営、ドクターバンク派遣事業、過疎地勤務医総合臨床研修事業、医育大学生インターンシップ事業、北海道地域医療三大学協議会の運営などを行っている。しかしながら、たとえば、平成 14 年の研修事業参加実績は 6 人と決して十分に普及しているとはいはず、北海道地域医療三大学の医局を巻き込んだ展開は今後の大きな課題といえる。卒後臨床研修先として、最近は大学病院よりもむしろ都市の私立総合病院の人気が高い傾向があるため、今後大学が、家庭医、総合診療医あるいは予防医学・公衆衛生学専門医の養成をその研修のアイデンティティーの一つとしながら、地域医療への貢献をめざすという方向性も十分考えられる。

また、市町村合併により、行政単位の広域化が進めば、現在示されている統計的な数値が丸められ、地域ごとの細かな課題や問題点が見えづらくなる可能性がある。合併前に現在の市町村の特徴をよく整理し、現在解決が先送りになっている問題をうやむやにしない努力が必要であろう。

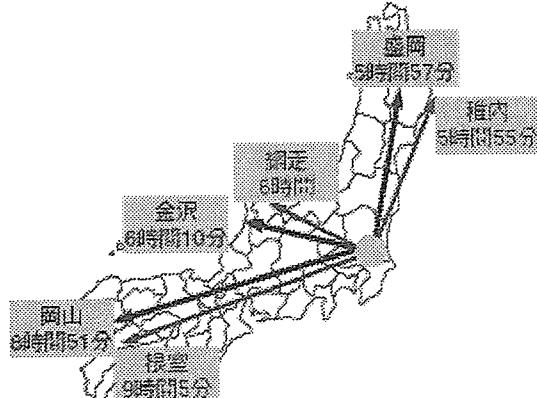
図 1 人口 1 万人未満の市町村から、人口規模の大きい市町村への平均道路距離



資料: 北海道開発局

注: 人口は H7 国勢調査報告、道路距離はデジタルロードマップによる。

図 2 札幌・東京と主要都市間所要時間比較



資料: 道路時刻表 2001~2002、H11 道路交通センサス

注: 北海道は平成 14 年 2 月末道路網

地域福祉における市町村合併の捉え方

石橋雅彦（大朝町社会福祉協議会）

1. はじめに

特例法で定められた平成17年3月を目指した合併が全国の市町村で進められている。合併についての住民説明はどの市町村も判を押した様に次のとおりである。合併の必要性を「生活圏の広域化への対応」「多様化するニーズへの対応」「地方分権の推進」「財政難への対応」とし、合併の効果については「広域的観点に立った施策展開」「住民サービス」「利便性の向上」「サービスの高度化・多様化に対応した職員の確保」「行財政の効率化」「地域のイメージアップ」としている。

合併による広域化や伝統的生活圏の変化が住民の日常生活や活動にどのような影響を与えるのか、その影響により地域福祉はどのような展開をしていかなければならないかを社会福祉協議会（以下「社協」）の役割や存在意義を含めながら考察する。

2. 大朝町の概要

大朝町は広島県北西部、広島市と島根県浜田市の中間（いずれにも約60km）に位置し、島根県に隣接する典型的な中山間地で過疎化が進んでいる。東西15km、南北11km、面積が約90.5km²（うち山林が84%）、標高400m前後の平地部が広がる盆地で、冬期には頻繁に積雪がある。人口は約3,500人、世帯数は約1,300、高齢者率約33%である。

広島市へ通勤可能（約1時間）な浜田自動車道のインターチェンジ、町外からの入学者が多い私立の中・高等学校を有してはいるが、過去20年間の人口年平均伸び率は-0.75%、15歳未満年少者の平均伸び率は-3.02%である。合併は平成16年2月1日を目途に、同じ中山間地の隣接する3町との新設（対等）合併で進められており、合併をしても2万人規模の「町」である。面積や人口等は現在の6～7倍の規模となる。

3. 合併への住民意識

合併にあたり、合併を行う4町の住民に対しアンケート（平成15年6月）が実施された。アンケートの「合併に対する不安は」という質問に対し、4町の合計でも、大朝町でも上位を占めた回答は「周辺部が取り残される」「きめ細かい行政サービスが困難」「意見が行政に反映されにくい」の3つである。また、「合併に期待する効果は」の質問に対しては「経費削減・行財政の効率化」「行政サービスの向上」の2つが上位を占めた。

アンケート結果からは、管理総務部門職員減や議員数減による経費削減で、行財政の効率化ができるという期待に対して、身近に意見を言える職員・議員がいなくなり、意見が行政に反映されにくいという不安が出ている。専門職員や専任職員の設置が可能になることで行政サービスが向上するという期待に対して、専門職員の絶対数が減少することにより周辺部が取り残されるという不安がうかがえる。

つまり、三位一体政策により、権限が地方へ委譲されることによる都市部を基準にした国の画一的施策から、市町村自らの判断と責任により個性豊かで活力に満ちた地域社会を、地域の実情に応じた創意工夫を持った政策形成が進められるという期待がある。それらが期待どおりに進められなかつた場合に、無施策な自治体で生活をしていかなければならなくなるのではないかという不安とが、表裏一体をなしていると考えられる。

4. 合併と地域福祉と社協

市町村社協は社会福祉法第109条において、「同一都道府県内の2以上の市町村の区域

内において事業を行う」とある。つまり、1市町村に複数の社協は設置できず、市町村合併に伴い社協も、市町村合併にあわせた合併をしなければならないのである。

住民個々の生活課題やニーズを対人相談活動により把握をし、対応をしてきた社協の地域福祉事業は、合併で次の問題が発生する。

- (1) 事業地域の広域化と社協組織が事業規模及び職員数増加により、新たに管理間接部を設置しなければならない。その部門に職員を配属することにより、地域活動専門職員が充分に確保できず、地域福祉活動の効率が落ち地域福祉の後退を招きかねない。
- (2) 生活に身近である福祉制度・サービスは、地域が歩んできた経緯や実情が違う分、差異があり、足並みを揃えることは簡単ではない。当面は既存の諸サービスの提供と、広域化した中での普遍的なサービスの開発・提供が平行して実施されることにより住民の混乱と職員の業務負担が懸念される。

一方、次のようなスケールメリットも考えられる。

- (1) 従来の社協では、福祉団体事務や補助・委託事業の報告事務等に追われながら、地域福祉活動を組織的にではなく、職員個々の力量に頼る中途半端な形で進めてきた。これが地域福祉を専門に担当する部門の設置で、組織的なレベルアップを図ることが可能となり、地域の実態把握能力・問題把握能力・企画開発能力の底上げが可能となる。
- (2) 対象者の絶対数が少なく(例えば、知的障害者等)、不十分な対応であったものが新たな視点での対応が可能になってくる。

いずれにせよ、合併は社協だけでなく、住民生活に関わるものすべてを見直し、地域福祉・まちづくりを見直す最大のチャンスであるというプラス思考で捉えるべきである。その見直しは、ややもすると高齢者対策や在宅サービス対策が、あたかも地域福祉の実践と誤解された福祉を、少子高齢化・合併による広域化や生活圏の変化、過疎化による町の活力の低下などという視点で捉えなおし対応していくかなければならない。

5. 合併後の社協の役割・取り組み

2. の住民意識で述べた不安は、現状の行政システムや地域コミュニティを継続している限り間違いなく現実のものとなるであろう。また、補助金が交付税に参入され一般財源化すると、本来福祉に使われるべき財源が他に流用される恐れもある。それでは、社会福祉法に「地域福祉の推進」と明記され、行政ではない中立性を持った民間団体である社協がどのような役割や取り組みをしていかなければならぬか。

結論から言うと、合併による広域化で、新たな機関・団体・住民との様々な関係を発生させ、社協主導ではない橋渡しとしてのコーディネートこそが社協の重要な役割であると考える。そのコーディネート遂行のためには「既存の地縁コミュニティの他動的活動の改革」「新たな互助力や発言力をもったコミュニティ・団体の再編や創出」「課題の発見から解決までの各プロセスでのコミュニティ・団体・住民のからみ」「社会や人の役に立ちたい・生きている意味を感じ取れる参画と協働・連携の図り方」が重要な要素である。

そして「目的を顧在化させ共通の課題と認識してもらう作業」「専門職と多様な生活住民の合意形成を図る作業」「住民が地域の担い手であり課題解決の過程での主役であることを確認できるようにする作業」の各作業を実施していかなければならない。そのためには、工夫した様々な情報の収集・分析・発信・共有こそが信頼されるコーディネートの道具であると考える。

地域保健の見直しと市町村保健活動の課題ー保健師の立場からー

波川京子（札幌医科大学）

I. 市町村が実施主体になっている行政サービス

1. 保健・福祉部門

- 1) 母子保健：妊婦一般健診、4ヶ月・10ヶ月乳児健診、1歳6ヶ月健診、3歳児健診、母子手帳、妊婦教室、育児相談、育児教室、親子歯磨き教室、思春期教室、母子保健推進員育成、母子愛育会、電話相談、育児サークル、障害児親の会、訪問指導子育て支援センター、児童虐待防止、エンゼルプラン、次世代育成支援
- 2) 高齢者・成人保健：基本健診と健康手帳交付、がん検診（胃・肺・大腸・子宮・乳）、乳ガンマンモグラフィー、前立腺がん、（糖尿病・動脈硬化・骨粗鬆症・転倒）病態別健康教育、個別健康教育、機能訓練教室、食生活改善教室、歯周疾患予防教室、閉じこもり予防、介護予防教室、痴呆予防教室、介護家族健康教室、歯科相談、肝炎検査と健康管理手帳、健康相談、食生活改善推進員育成、健康づくり講演会、老人クラブ、高齢者大学、訪問指導、ゴールドプラン21
- 3) 精神保健：精神保健福祉相談、精神障害者保健福祉手帳、社会復帰相談、精神障害者就労支援、家族会、精神保健福祉ボランティア育成、（ホームヘルプ・ショートステイ、グループホーム）居宅支援、こころの健康講演会、作業所
- 4) 感染症対策：予防接種、エイズ対策、SARS 対策
- 5) 介護保険：保険料徴収、介護保険認定審査会
- 6) 医療費：国民健康保険、乳幼児医療費助成、通院医療費公費負担、老人医療制度
- 7) 支援費制度 etc.

II. その他の市町村行政サービス

1. 小・中学校、学校給食、放課後学童クラブ
2. 国保病院等市町村立病院、介護施設、福祉施設
3. ゴミ収集、消防車・救急車、斎場
4. 住民基本台帳ネット
5. 住民税・固定資産税
6. 市町村道
7. 上・下水道
8. 条例、職員定数、人件費、議会・議員報酬 etc.

III. 市町村保健活動の課題－合併協議会の動向に注目－

1. 保健サービスの統合と保健事業の見直し

- 1) 行政サービスのすり合わせ
- 2) この水準に合わせるか
- 3) どこに活動拠点を置くか
- 4) 保健活動の目標を共用化
- 5) 活動形態－地区分担か、業務分担か－
- 6) 直営事業と委託事業
- 7) 合併したからできることを明示

2. 保健師の人材確保に向けて

- 1) 保健師への退職勧奨の先行
- 2) 保健師の動線と住民の動線
- 3) 住民のプライバシーを扱う職種
- 4) 落ち着かない本庁の動きをキャッチする
- 5) 分散配置での職種間情報ネットワーク形成
- 6) 住民の声が聞こえる物理的距離
- 7) 住民の声を拾う基盤整備

3. 合併後の予算、特例は住民のため？

- 1) 合併前の駆け込み建設（債務）
- 2) 10年間の合併特例債（7割は国が払うが、3割は自前）の使い方
- 3) 3年間の合併市町村補助金（合併に伴うコンピューターシステムの統一・庁舎の改修）
- 4) 旧市町村単位の「地域審議会」の設置
- 5) 合併後の一定期間、議員の在任特例（任期延長）、議員数を増やす定例特例（2倍）
- 6) 市の条件は人口5万人以上、これが4万人で可（平成16年3月までは3万人）
- 7) 市必置施設のランニングコスト、まだ続く人口減

IV. 保健師活動とは何か

行政の中で発言権を持つ

住民から見えるところで活動する

公務員であることの意味を誤解しない

期待されているのは予防活動

シンポジウム 2

障害者の人権とまちづくり

座長 中本 稔（山口県立大学）

占部芳里（福岡県）

1) 振動障害からの社会復帰事業

山田信也（名古屋大学）

2) 障害者の人権と社会医学の課題

堺田和史（滋賀医科大学）

3) 障害者の地域生活と人権

中野加代子（宇都市）

シンポジウム 2

「障害者の人権とまちづくり」

座長 中本稔（山口県立大学看護学部） 占部芳里（福岡県職員健康管理センター）

地域保健の変革は老人保健法（1982年成立、83年実施）といわれている。それまで、保健所が中心に実施してきた循環器検診、がん検診を始めとする保健事業を、市町村の責任で行うとするものであった。老人医療制度を健康保険制度の中で別枠にし、老人福祉法のもとで高齢者医療費が無料であった制度を医療費削減に向けて土台をつくったのもこの法律であった。6つの保健事業は、成人・高齢者の予防医学の視点から言えば、1次予防から、2次、3次予防と、包括的な地域保健活動を視野に入れた制度である。この流れをうけて、高齢者保健福祉推進10カ年戦略（いわゆるゴールドプラン）（89年）が成立し、市町村単位で目標値を設定しそれに向かって福祉サービスを増やすという計画が作られていった。ここでも都道府県という広域ではなくて市町村という「地域」を限定した福祉の始まりでもあった。住民に身近な市町村という地域単位で財政力や物的・人的資源の分布、住民も含めた関係者の意欲（例えばNPO法人）で地域格差が生まれる制度となった。いわゆる「地域福祉」である。その後、福祉関連8法の改正（1990年）、市町村・都道府県老人保健福祉計画（93年）、新ゴールドプラン（94年）、エンゼルプラン（同年）、障害者プラン（95年）、そして介護保険（97年成立、00年実施）とつながる。分権化、民営化の流れは加速していった。

健康づくり計画策定の際には、地域住民のまちづくりの目標を設定する。健康寿命を延ばしたい、仮に障害を持っても生き生きと暮らし続けたいという議論が必ずされる。福祉の分野では以前から強調されていたようだが、保健・医療の分野でも憲法第25条の生存権だけでなく、第13条の幸福追求権が引用されるようになった。障害（あるいは病弱）を持ちながら「最低限度の生活の保障」だけではなく、より高いQOLを目指す「個人として尊重され……生命、自由、および幸福追求の権利は……最大限の尊重を必要とする」が、地域社会の中でどう生かされているのか。社会医学のめざす究極の目標であるとも言える。

この社会医学会ではこれまで薬害を含む公害問題や、被爆者、労働災害、難病患者など幅広い分野について社会医学的な課題が議論されてきた。患者や障害者の人権と、それを支える家族や地域の人々の人権、これらの人権の復権とまちづくりはつながらないだろうか。障害者、病弱者にやさしい地域社会は、健常者にとってもやさしい地域ではないだろうか。このシンポジウムでは、「地域福祉」をキーワードに、障害者（労働災害患者、ホームレスや病弱者も含む）が地域でどう暮らし、地域がどう支援しているのか、また、社会復帰・社会参加・地域社会づくりを通して、人権の問い合わせをしたいと考えている。社会医学の役割として、人権の復権・向上と、地域社会、その先の国づくり（地球規模まで？）まで思いをめぐらす議論をお願いしたい。

振動障害からの社会復帰事業

山田信也

(1) 社会復帰というテーマを知る

「社会復帰」が職業病の研究と対策の上で大切なテーマだと知ったのは、1951・52年の頃（医学部の1・2学年）、衛生学教室の鋳物業、窯業での珪肺検診の手伝いに参加して、症状の進んだ珪肺患者に出会った時である。窯業での鉛中毒の症例や、建設事業での高所作業中の転落による脊椎損傷の症例の社会復帰の検討も経験した。大学を卒業して化学工場の衛生管理で働いた時代には、有害物で障害された人たちの職場復帰の実際計画に責任を持つようになった。

この経験の中で、治療の効果がこれ以上期待できなくなってきたときに適用される労災補償の打ち切り制度のあり方に考えさせられた。補償の適用が厳しく、その内容も貧しいことへの疑問と同時に、障害を受けた人達が、仕事で損なわれた生活や労働の能力を回復していくという目標が、労災医療の本来の目標としてもっと強調されてもいいのではないか、と考えた。

(2) 労働衛生相談室の経験から

1962年に附属病院の医療社会事業部で開設した労働衛生相談室活動から、キーパンチャー、タイピスト、電話交換手の人たちの頸肩腕障害や、有機溶剤（n-ヘキサン）中毒による重症の下肢運動神経障害の人たちの社会復帰を実現する息の長い仕事が生まれた。とりわけ、頸肩腕障害の人たちや治療にあたる医師たちと協同した「治療を続けながら職場への段階的な復帰計画」は新しい発展だった。この実際案は、治療に携わる医療や仕事を考える労働衛生の関係者から具体的な例を添えて提案された。最初は、多くの企業は、「完全に直ってから戻ってきて欲しい」という理由で拒んだ。やがて、労働省が段階的復帰の促進をはかる通達を発したこととは画期的なことであったと思う。「部分的な就労とリハビリ医療の結合」という考え方と実際を身につけることができたと思う。

1964年に白ろう病の調査依頼が持ち込まれた。1965年から69年までの間、国有林業、民間林業、石材業などでの数百名の患者の診断、その中の重症者の治療と社会復帰が、予防の方法の確立と並ぶ私の大きな課題になってきた。

白ろう病の症状で、回復が難しいのは、体が冷える時に、手の血管が過敏な収縮反応をおこし、痺れや痛みがおこり、手の動きに差し支えること、暖かいときでも手指の巧緻性が悪く、冷えたときにはそれが強まり、仕事が出来ないこと、肘の関節の動きがやりにくく、時には痛みが起り、冷えればいつそう苦痛が増す、などである。のために、常に体を暖かく保ち、ゆるやかな体の動かし方をつづけ、細かい手を使う仕事の仕方を工夫し、一冬越えるごとに、体の内部から沸いてくる温まりを感じようになることを繰り返し、出来ないことがやれるようになることを意識し、自分の計画的な生活様式を育てていくことが大切だと悟った。そして地域の医師と協同して、振動に曝されない軽度の部分的な就労とリハビリ的な療養を結びつける計画を実施していくことが出来た。

(3) 国有林での職場復帰計画

こうした経験は、1970年度から実施された国有林での労使協定による振動障害対策の中に含まれた「障害者の職場復帰計画」の実施に役立つことが出来た。

この協定は、1) 前職賃金保障による転職種のすすめ、2) 部分就労と療養計画（温泉療養、リハビリ医療）の結合、3) 部分就労を支える支援チームワークの工夫（負担軽減、保温休憩、療養休暇、待機など）、の総合計画を生み出し、其の実際は、予防対策と平行して約10年余の歳月をかけて展開された。これを進める林野庁の対策委員会で働き、貴重な経験を得ることができた。

(4) 民間林業での振動障害社会復帰事業

しかし安定した雇用のない民間産業には、独

自の方法を育てることが必要であった。私は、三重、高知の民間林業の障害者の相談にのりながら、「部分休か、全休か」という論争を乗り越えて、障害者による社会復帰事業を育てる中で、問題を解決していくことを提案した。それには、戦後イタリア復興期の仕事作り運動のイメージが係っていた。(1.振動障害対策としての社会復帰計画,産業医学 25巻,巻頭言, 2. 振動障害対策の歴史的経過を振り返りその対策の一層の前進を,いのち, 21, 1-8, 1987)。

新しい復帰事業活動は、1970 年代の終り頃から北海道や高知で始まり、全国に広がっていった。私が最初に訪れた北海道の足寄は、林業の大集散地で、町中をあげての支援計画が進行していた。高知では、地方自治体の事業を請け負う事業団を発足させ、健康な人や障害を持つ人が混じって、それぞれの健康状態や力量に応じて仕事をするスタイルであった。1990 年代になって、労働省は振動障害の予防と障害者の社会復帰を促進するための公的な支援計画を徐々に拡大し始め、其の支援がこれらの活動に活力を与えた。

復帰事業の内容は、それぞれの地方で、実にユニークな計画がある。この事業は、農村地域の再生、高齢者の社会参加、農地の再生など、職業病対策の領域を越えた大きな意義を持つものになっていると私は感じている。

(5) 宮崎県での社会復帰事業の紹介

近年私が参加している宮崎では次のようにある。宮崎県は、工業製品出荷額が沖縄と並んで全国最低という農業県で、四国や東北・北海道等と同じく、高度経済成長期から停滞期までを通し、各地の公共事業を中心としたトンネル、幹線道路、ビルなどの建設・解体事業などに、多くの農民が出稼ぎにでかけ、下請けの零細な企業に雇われ、削岩機、コンクリートブレーカー、コンクリートバイブレーターなどの使用で振動障害にかかり、帰郷した人たちがいる。

宮崎県の振動障害認定者数は 2003 年末で約 500 名である。このうち 226 名が自分達で社会復帰事業団を育て、県内の居住地ごとに 19 の作業グループ（39 名～6 名）をつくり、それ

ぞれ工夫して、農園を経営している。農園の作物は、茶、梅、シイタケ、こんにゃく芋、栗、にんじん、薬草などである。

農園の仕事の日数は、週 1 日、2-3 日、4 日などであったり、隔週であったり、など、個人の健康状態に見合った日数を出し合い、全体の作業計画を立てている。私は全体の安全日誌と衛生日誌、個人ごとの作業のはかどりと体の動き具合、健康状態などの記録を提案し、実行されている。その中で、振動障害の回復を示す作業指標、健康指標を見つけ出す検討も行われている。地域で療養を受け持っている医師の皆さんへの応援は積極的で、リハビリ訓練士と一緒に作業場を巡回している人もある。

事業団の収入から、個々人に日当が支払われる。その相当額は労災保険の給付金から削減される。（事業団は、公的に設立され、労働局の管理・指導を受けている）。のために、こうした作業をしなくても、労災保険の休業補償がもらえるのに、そんなにまでして働くことはないという意見の人もいて、議論が起こった。健康を取り戻し、働いて生きていくことが出来るようになるのが幸せだと、という意見がかわされ、その討論は、私に深い感銘を与えた。

農地の多くは、近隣の高齢者が、自分で世話が出来なくなったからと、趣旨に賛成して格安で貸してもらったものが多いと聞いた。事業団の年次総会や集会には、近隣の町村長から祝辞や激励のメッセージが届く。農村地域での、高齢に近づいた人たちによる新しい社会事業の創設は、厚生労働省の今日的な政策モデルではないかとも感じる。

(6) 障害者の社会復帰

振動障害者の社会復帰事業の成長過程は、多くの教訓を示唆している。これよりもはるかに多くの困難を抱えている障害者の社会復帰の取組みは数多くある。私は、そうした取組みの中で、人間の生きる権利を、自らの意思と仲間の連帯、社会的な支援によって示していく努力とその過程を、貴重なものと思うとともに、そこからの教訓を汲み取り、活かしていくことが大切だと考える。

障害者的人権と社会医学の課題

塙田和史（滋賀医科大学予防医学講座）

1 はじめ

私の専門領域は労働衛生学で、その中でも、近年、作業関連性筋骨格系障害と呼ばれる職業性腰痛や頸肩腕障害を中心に仕事をしている。この職業病は作業の合理化や機械化が困難な医療・福祉・教育職に頻発する。こうした障害者の健康や生活や発達を支援する専門職の健康問題に関わる中で、障害者的人権保障の現状や課題について考えてきたことを本シンポジウムでは述べたい。

2 本学会での障害者研究の系譜

社会医学会での障害児・者に関する研究の系譜をみると、1966年に開催された第7回社会医学研究会で「我が国の肢体不自由児対策と肢体不自由児運動・・不自由児の一父兄からの提言」と題した発表が初めてのものとなっている。その内容は、地域で家族と生活することや適切なリハビリや、教育を受けることさえ保障されていない現状を告発し、不自由児親子と医師を中心とする総合研究組織との連携なしには不自由児対策の推進がありえないことを述べている。この問題提起を受けて、第9回の研究会では「心身障害者（児）をめぐる社会医学的問題」と題した企画のもとに、保健師、児童相談所、整形外科医、親がそれぞれの立場から障害児療育に関する報告がおこなわれ討議されている。座長まとめとして整

理された討議の論点としては、障害児対策に関して保健所が持つ役割、障害児をめぐる医療体系の整備の必要性、医療と教育と福祉の相互過信と不信の問題、家族に対する支援の重要性等が指摘されている。障害者問題を、障害者や家族の人権に関わる問題として生活全般からとらえ、関係する専門家が障害者や家族と連携して問題の改善に取り組む本学会の基本姿勢がここに示されている。こうした姿勢が問題の認識や解決に大きな力を発揮した「森永ヒ素ミルク事件」について、被害児の生活実態が初めて報告されたのは第10回研究会である。この調査は、ミルク飲用障害児の悲惨な生活実態を出発点として、医療と教育と福祉と家族の連携でなされたものであり、食品公害被害者の救済に歴史的な成果をうみだした。第11回研究会以降に報告された障害者に関する調査研究をみても、在宅難病患者問題、高齢障害者問題、障害者の受療問題、障害者家族の問題など、医療や教育や福祉が専門領域の枠に止まらず障害者やその家族の人権を守り高める観点から幅広く行われている。最近では、障害者の職業選択権を制限していた「欠格条項」問題や色覚問題など職業選択や学習権に関わる問題が検討されるなど、より広い視点で新しい問題提起が行われている。

3 障害者的人権に関わる課題

では、本学会で障害者の人権問題が、特に健康や生活に関わる問題が障害者のライフステージや生活場面に沿って系統的に検討されてきたかといえば、まだまだ不十分と言わざるを得ない。例えは、私自身が認識している課題をあげてみても次のようなことがある。

1) 学校や地域での医療連携

新生児医療の進歩は学校生活や地域生活において医療的な支援を必要とする障害者を増加させたと言われているが、障害児教育と医療の連携に関する問題や重度の障害者が医療支援を受けながら地域での生活する問題はあまり検討されていない。

2) 労働と安全衛生問題

障害者が働く場合、健常者と同等の生産性が追求されると健康や残存身体機能に影響がおよびやすくなる。一般企業において障害者を雇用した場合、当然ながら障害者も安全衛生管理の対象になるが、障害の種類に応じた安全衛生管理の知見集積は極めて不十分である。通所作業所等へ福祉的就労を行った場合は、経済的に低水準状態におかれるだけでなく、労働安全衛生法による安全衛生管理の対象ではなくなるため安全衛生の水準さえ低水準におかれることになる。

3) 医療保障

障害者が必要な医療を受けることができているのか。もし受療抑制が起きているとすれば何が原因なのかを解明することは生存権に関わる課題といえる。我々が聴覚障害者について行った調査では明らかに受療

抑制が起きていた。その一方で、手話通訳者を病院に配置した地域では、受診抑制が解消される傾向が示されていた。聴覚障害者だけでなく、すべての障害者が安心して医療を受けることができるための調査研究が求められている。

4) 教育保障とくに医療福祉領域の専門教育について

障害を理由に長らく門戸を閉ざしていた医師や看護師・助産師や薬剤師など専門職への道が2001年の法改正により開かれた。医師や看護師・助産師として必要な能力が明確化されていない状況下で、障害に対応した教育技法の集積がないにもかかわらず障害学生の受け入れが始まっている。国民の負託に応えることができる専門職養成と障害者の教育保障の両課題の追求が大学や実習研修機関等に求められている。

4 おわりに

個人間に経済的な差や社会的地位などの差があったとしても、社会の構成員に最低基準として「人に値する生活」や「人として発達できる条件」や「人生を楽しく豊かにすごせる条件」が保障される。こうした考えは、現在の憲法や「世界人権宣言」の中で、社会や国家が保障する基本的人権として記述されている。社会医学の使命は、社会構成員の健康や生活の実態を把握分析し人権保障水準を改善・向上させることであり、障害者の問題は社会医学の重要な課題と考える。

障害者の地域生活と人権

中野加代子、滝川洋子(宇部市)

1. 宇部市保健センターの障害者支援について

宇部市では、平成9年に県下に先駆けて「退院情報連絡システム」をつくり、退院調整から地域支援への結びつけを行ってきた。対象は、小児から高齢者までの全年齢層を対象としている。そのため、障害者への支援は自然と始まったと言ってよい。その後介護保険制度・支援費制度が始まり、そうした障害者への関わりの中で、一人ひとりの個別性や人権問題に、これまた自然にぶつかってきた。

2. 関係機関のネットワークづくり

行政のみで出来ることはごく限られており、私たちの主な役目は、地域のネットワークづくりであった。高齢者のサービス調整会議に対して、65歳未満の方の諸問題に対応する「若年者ブロック会議」を平成10年から開催している。従来の保健・医療・福祉のネットワークに教育・就労関係者が加わった。また、「宇部市障害者ケア協議会」という障害者問題をとおしたまちづくりをめざす任意の会議が、出来ることから始めようと、平成12年から始まった。現在当事者・家族の方がメンバーに加わった。会議・懇談会やイベントを開催するが、その一番の効用は、みんなが顔見知りになり「みんなが障害者問題を、まちづくりと一緒に考えている」に尽きる。

3. 市民との協働

行政主導ともいえる二会議であるが、これにはもはや限界がある。会議のマンネリ化やイベントに終わる不完全燃焼感である。そのため活動は次第に、市民生活の中に入り込む形に変わった。商店街の人達・ボランティアと共に三障害の当事者が行う「ふれあいバザー」、学生たちと当事者が共に企画から参加する「キャンプ」などである。障害者問題としての大きな偏見に対して、講演会などの啓発活動を行いがちであるが、私の経験からだと、大きなイベントよりも、一人ひとりの身近な地域活動（例えば、地区の公民館行事に参加できるようになったなど。）を地域住民と一緒にこと細かく支援していくことが、効果は絶大であると感じる。

4. 市保健師の個別支援の実際

ここでは市役所保健師として関わり中の知的障害者への支援について話したい。スーパーでの買い物・バスへの乗車・薬局での待ち合いなど、当たり前の生活をしたいのに、当たり前のことできない。現状とそこから何が見えてきたかについて述べたい。

5. 人権問題を日常の支援に生かす

「人権問題」は、個別性を生かすべき今の保健活動における究極的なものと考える、が時に忘れることがある。個人としての尊重は保健活動の基本であり、それをいかに現場の私たち日常業務に浸透させていくか、考えている。

シンポジウム 3

医療保険・介護保険：制度の現状と課題

座長 野田浩夫（宇部協立病院）

西 三郎（元国立公衆衛生院）

- 1) 「医療費抑制の時代」を超えて—医療費拡大に転じたイギリスに学ぶ
近藤克則（日本福祉大学）

- 2) 在宅医療の現場から見た医療保険・介護保険の現状と課題
立石彰男（宇部協立病院）

- 3) 2002年10月老人保健法改定の在宅酸素療法への影響
野田浩夫（山口県保険医協会）

シンポジウム 3

「医療保険・介護保険：制度の現状と課題」

座長 野田浩夫（宇部協立病院） 西 三郎（元国立公衆衛生院）

医療保険は「構造改革」の主要なターゲットであり、毎年のように制度改定が続いている。それらの影響は具体的にどう現れ、どのような新しい課題を生んでいるのだろうか？

その1例を2002年10月の老人保健法改定による在宅酸素療法患者への影響に見たのが開業医団体である山口県保険医協会の野田の報告である。これは、患者負担増への当面の対応策をさぐるという発想からではあったが、身体障害者福祉法や単県福祉制度など、医療保険周辺の制度と医療保険の関連、また治療法の普及と保険適応の解離について新たな課題への注目を引き出した。

また、医療保険と隣接している介護保険との関連も深い在宅医療分野では、この間の保険制度の変化によりどのような影響や新たな課題が生まれているだろうか。宇部協立病院の立石の報告は【在宅医療—その急性増悪（救急医療）—入院医療—在宅への復帰】というサイクル全体に関わっている立場から、緊急の課題になっている地域の医療・福祉連携形成への医療保険・介護保険の変化の影響、それにともなう今後の課題に触れる。

視野をもっと大きくとれば、今日が第三次医療革命の中にあるという見かたもある。
(第1次医療革命—50から60年代・拡張の時代 Era of Expansion。第2次医療革命—70から80年代 医療費抑制の時代 Era of Cost Containment。第3次医療革命—90年代以降 評価と説明責任の時代 Era of Assessment and Accountability…Relman)

そういう規模の視野から、日本福祉大学の近藤は「医療費には無駄があるので抑制すべきだ」という方向の構造改革に対し、「公的医療費を一律抑制すれば医療の荒廃を招く」という主張をイギリスの医療改革を例にとって展開する。その中で、今後10年単位の時間をかけて進むであろう医療福祉をめぐる大きな変化「評価と説明責任の時代」の到来が医療福祉政策関係者の共通認識となること、そして医療制度改革論議において、公的な医療費拡大という選択肢が取り上げられることが強調される。

以上、慢性疾患の中止という臨床医にはごく身近な小状況から始まり、次いで地域医療の形成という中状況、さらに今後の日本の医療福祉のありかた、医療保険制度のあり方に関わる大状況に至る議論によって、医療保険・介護保険の現状と課題に迫りたい。

「医療費抑制の時代」を超えて—医療費拡大に転じたイギリスに学ぶ

近藤克則
日本福祉大学社会福祉学部

日本の医療費（概算値）は、2002年度に実質史上初めて減少した。日本の医療費水準は、先進7か国中第6位で、イギリスをわずかに上回ってきた。しかし、わが国は近く第7位に転落するであろう。なぜならば、イギリスは、医療費水準を1.5倍にするNHS（国民保健サービス）改革の最中にあるからである。

本報告では、医療費抑制政策のために荒廃したイギリス NHS の危機的状況と、日本にも同じような荒廃の兆しが見られることを述べる。それを踏まえて、日本医療の現状と改革課題を考えたい。

◆「第3世界並み」の危機的状況

イギリスの待機期間の長さは半端ではない。日本の病院医療は、「3時間待ちの3分診療」と批判されているが、イギリスでは救急部門の最大待機時間を4時間にすること、病院外来患者の予約の最大待機期間を3か月にすることが目標とされている。

・深刻な人員不足—イギリスでは、医師が1万人、看護婦で2万人は不足している。医師不足の原因是、仕事の多さや給与の安さなど待遇の悪さから、養成しても医師・看護婦が海外に流出していることにある。年間新規登録医師数は、1995年の11,000人から2000年の8,700人へと26%も減少した。

・研修医は週56時間以上働く—イギリス政府は、研修医の労働時間の上限を(EUの基準である週48時間を超える)56時間(日曜も休まず働いても毎日8時間)に引き上げている。しかし、問題となったのは、この引き上げではない。上限を超える長時間労働をしている研修医が年々増加しており、2001年には60%を超えたことである。

・高い自殺率—医療従事者の自殺率の高さが指摘されている。医師の自殺率は他の専門職の2倍に上り、看護婦の自殺率は、他職種の女性の実に4倍であるという。さらに看護婦の3人に2人は抑うつ状態という調査結果もある。

・相次ぐ医療事故・スキヤンダル—2001年1月に、3歳のナジヤちゃんが酸素の代わりに笑気ガスを投与され死亡、2月には18歳のウェイン君が薬を誤って脊髄腔に注入され死亡している。このような医療事故は年間84万件起きているという推計も出された。

◆日本にも医療現場荒廃の兆し

日本で医療改革と言えば、「医療費の抑制」「競争強化」などによる「効率化」が課題とされている。しかし、「医療費の抑制」を続ければ、いくら「競争を導入」しても、やがて医療従事者の士気は低下し、医療現場が荒廃することをイギリスの経験は示している。

・日本でも医師不足の兆し—日本で社会問題となっているのが、「医師の名義貸し」問題である。この背景に医師不足がある。人口あたりの医師数は、日英で同水準でOECD平均を下回る。医師数が医療法に基づく標準に満たない医師不足の病院は、2002年度で25%もある。

・研修医の長時間労働とうつ—日本では、国立大学病院の研修医達の平均労働時間は、イギリスの労働基準上限の56時間を軽く超える88時間である。文部省研究班の調査に

よれば、一年目の研修医のうち、研修開始後に新たにうつ状態になった者が 25% もいる。

・医療事故一日本でも医療事故のニュースは、連日のように新聞紙上をにぎわせている。医療事故の中には、現場にもう少し人手があり、基準労働時間が守られていれば、防げた事故もあったのではなかろうか。

こうしてみると、イギリス NHS で見られた医療現場の荒廃ぶりは、決して「対岸の火事」ではない。ここから、一律に医療費を抑制して、さらに効率化を図れば、日本でも医療現場がさらに荒廃する危険は高い。

◆効率化の余地と医療サービス研究

効率とは、投入される資源・費用とそれにより生み出される産出・効果の比率、費用対効果のことである。効率を上げるためにには、費用を抑えるか、効果を高めるか、あるいはそれらを同時に実現する必要がある。したがって効率化が容易なのは、費用が膨らみ非効率が目立つ場合である。日本の医療はこれに当てはまらない。費用は低く、WHO も日本の医療効率は優れていると認めている。

・3つの E — 「効率」は、医療制度改革の唯一の基準ではない。医療サービス研究の分野では、医療を評価する基準として、3つの E—Effectiveness(効果)、Efficiency(効率)、Equity(公平・公正)を、用いることがコンセンサスとなっている。そして、これら 3E を同時に満たすことはできないことも常識である。質が良い医療を全ての人に提供するにはお金がかかり、安くすれば（全ての人に医療を提供する）公平・公正か質か、どちらかが犠牲になる。つまり、これらをバランスさせることが重要である。

我が国の医療改革の課題は、効果や安全性を含む「医療の質」や「医療のかかりやすさ」も視野に入れた「3E のバランス」がとれたものであるべきだ。

・医療サービス研究の推進が必要—効率化を追求するには、ニーズとサービスの間にある「ムダ」「ムラ」「ムリ」がどこにあるのか見極め、非効率な医療だけを選択的に抑制すべきである。そのためには、医療経済学や政策科学の手法を取り入れた医療サービス研究がもっと必要である。

◆イギリスに学ぶ日本医療の3つの教訓と課題

第1は、いったん医療・福祉が荒廃すれば、その立て直しには膨大な費用と 10 年単位の時間が必要となることだ。将来に禍根を残すような事態を招く前に、日本も現在のような厳しい社会保障費抑制策を見直すべきである。第2に、日本の改革課題は、追加投入されるお金を効率的に効果的に使う仕組みを整備することである。日本では、これが大きく遅れている。第3に、その仕組み作りに向け実証的な根拠を提供する研究を推進することである。それにより、医療の効果や質、効率、公正の現状を評価し、どうすればそれらを改善できるのかを明らかにし、その結果を国民にも公表することである。そのことなしに、医療水準の維持に必要な適度な医療費拡大にも国民の理解は得られまい。

これらが、「医療費抑制の時代」を超えて「評価と説明責任の時代」に向かう「第3次医療革命」の必要条件である。

文献：近藤克則 「『医療費抑制の時代』を超えて—イギリスの医療・福祉改革」 医学書院

在宅医療の現場から見た医療保険・介護保険の現状と課題

医療生協・健文会 宇部協立病院 立石彰男

1. 介護保険実施後の状況

1)制度利用者数・利用率；全国的には認定者数、利用者数は事業所数とともに増加しており、制度に基づくサービス供給とサービス利用が順調に発展しているかに見える(厚労省「介護保険事業状況報告」03年6月)。しかし、その内容を、制度利用率を含む市町村での調査結果から検証すると、認定者中、未利用者が約20%を占めている。未利用の理由としては、依然として、家族介護への依存、病院への社会的入院が目立ち、「ためし認定」は第一位とはいえない。家族介護への依存は、介護項目別の介護者(家族か公的サービス提供者か)の調査結果にも現れている(厚労省「国民生活基礎調査」01年)。

2)介護保険サービス利用の実態；現に在宅で介護サービスを利用している場合でも、支給限度額に対する平均利用率は40%強にとどまっている。とくに要介護度が上がるほど、家族介護がかなりの比率で残っており、障害が重症化し家族介護力のない場合、地域での暮らししが不可能となり、社会的入院や施設利用につながっていく。また、重症例の在宅ケアで必要となる「医療系」サービス(訪問診療、訪問看護、訪問リハ)は、供給不足の状況にあると考えられ、「介護系」サービス利用の1/3～1/4である。

3)費用負担増加と介護報酬改定；家族介護への依存には、公的サービスにうまく馴染めないという側面もあるが、保険料引き上げ(平均13%、地域格差も最大約3倍)、高齢者世帯の所得悪化・医療費自己負担増加などの費用負担増加による利用抑制も無視できない。また、03年度の介護報酬改定では、在宅分野でも、長時間介護の報酬単価の逓減や訪問看護緊急時加算の引き下げの形で、国の社会保障給付の抑制が実施された。

2. 在宅ケアの現場からみた制度の問題点

1)在宅ケアのニード；従来の、日常生活動作の身体的能力低下に対する介護支援や生活リハビリ、痴呆患者の介護やデイケアに加えて、一方では介護予防のためのパワー・リハビリ、他方では医療依存度の高い在宅ケア(神経難病、慢性呼吸不全や在宅ターミナルケア)のようにニードは多様化している。これらのニードに答えて質の高いサービスを提供するには、専門性を磨いた各職種が継続的に連携する必要があるが、今回の利用者負担増加と介護報酬制限はともに大きな障壁となっている。

2)社会的困難例；社会的困難例、とくに医療・介護依存度の高い生活保護受給者は、全室個室・ユニット化された介護療養施設でのホテルコストが扶助対象とならない上に、在宅での介護保険利用上(介護扶助)も制限が加わるなど、社会的排除を被っているといつても過言ではない。利用者が長期の社会的入院を余儀なくされる原因となっている。

3)制度運用上の問題；「住み慣れた自宅」での療養継続を望む利用者にとって、介護保険利用開始時や要介護度変更申請時の認定に要する時間は長く、必要とするサービスの変化に即応できおらず、逆に、「暫定的変更」の幅は狭められている。更新時期の延長などの対策がとられているが、手続きの簡素化が求められる。

シンポジウムでは、当施設と関連事業所での経験を通してみた医療・介護保険の問題点について提言したい。

2002年10月老人保健法改定の在宅酸素療法への影響

○野田浩夫、寺見 悟、加藤孝明（山口県保険医協会）

【はじめに】2002年10月の老人保健法改定により高齢者の外来窓口負担の定率化が徹底され、一部の慢性疾患患者の負担が急増した。中でも在宅酸素療法患者は、従来月1700円前後であった負担が平均1万円に増加した。この負担増による治療中断を山口県保険医協会会員アンケート、山口県内の酸素取扱い業者へのアンケートで調査したので報告する。

【方法】老人保健法改定実施後1ヶ月の時点で、山口県保険医協会の会員中の内科医に改定後の負担増によると思われる治療中断の経験を問うアンケートを行い、中でも在宅酸素療法患者の中止についての回答を求めた。

次に改定実施後6ヶ月時点で、県内酸素取扱い業者4社へのアンケートで、6ヶ月間の経済的理由での中断数の提示を求めた。これを他県でも行われた同様の調査と比較した。

【結果】改定実施後1ヶ月時点で保険医協会会員より在宅酸素療法中断の経験7人の報告を受けた。その後の主治医と患者さんへの聞き取りで、その中の4人が負担増による中断と確認できた。この4人については訪問してより詳細な聞き取りを行い、2名は明らかに中断によりADL低下を生じていた。

改定実施後6ヶ月後の業者アンケートでは、改定以前は平均1700人弱いた在宅酸素療法実施者というなかで、6ヶ月間に85人が経済的に中断したとの回答を得た。中断は当初の1ヶ月に集中していた。これは他県での調査とほぼ同規模、同傾向だった。

【考察】在宅酸素療法の保険適応と身体障害者手帳3級の認定基準はほぼ一致し、山口県では身体障害者手帳3級以上については医療費自己負担分が助成されているので、中断例は少ないと予想されていたが、実際には助成レベルが低い他県とほぼ同じ割合での中断が生じた。その理由として、身体障害者手帳制度の普及の不十分さ、在宅酸素療法の保険適応基準と実施例の間の乖離、さらに身体障害者認定基準の不適切さがあることが考えられた。

【結論】老人保健制度の変化により、これまでさほど注目されなかった身体障害者手帳制度や、在宅酸素療法の保険適応の問題が改めて検討課題となった。

シンポジウム4

非正規・派遣労働者の健康問題を探る

座長 田村昭彦（九州社会医学研究所）

福地保馬（北海道大学）

1) 不安定雇用労働者の労働実態と健康問題

青木珠代（九州社会医学研究所）

2) 派遣労働者の健康問題 派遣労働者の労災事例の考察

藤野ゆき（同志社大学）

3) 女子パート労働者の労働と生活にみる社会医学的問題点について

広瀬俊雄（仙台錦町診療所）

シンポジウム4

「非正規・派遣労働者の健康問題を探る」

座長 田村昭彦（九州社会医学研究所） 福地保馬（北海道大学）

今回の社会医学会は人権としての健康を社会医学から考えることをメインテーマに開催致します。そこで特別講演と並んで「地域保健」「地域福祉」「年金医療」「労働衛生」の各部門で「健康権」の考え方と「問題解決」を指向するシンポジウムを企画しました。

労働衛生部門ではパート、アルバイト、派遣労働者など「不安定雇用労働者・非正規労働者」の健康問題について多面的な討議をしたいと考えています。

今日若年労働者、女性労働者、高齢労働者の多くがこの層に含まれています。賃金・労働条件が正規労働者と比べ大幅に引き下げられており、職場における健康診断受診も労働時間が正規労働者の4分の3以上の者のみに義務づけられているなど極めて不十分です。今後労働者の多くが不安定雇用労働者となっていく可能性が高く、従来の労働運動のワクに入らない層ともいえます。

しかし我々社会医学の研究も未だ十分ではなく、社会的運動とともに調査研究活動の充実が必要と考えています。

今回のシンポジウム4「非正規・派遣労働者の健康問題を探る」を一つのきっかけとして社会医学会として研究の前進が図られることを期待致します。

シンポジスト1. 青木先生には非正規労働者のアンケート調査からみた労働や健康実態について報告と問題提起をして頂きます。

シンポジスト2. 藤野先生には派遣など若者の非正規労働者の健康実態や労災問題についての報告と問題提起をして頂きます。

シンポジスト3. 広瀬先生には産業医活動を通じて研究されているパート・アルバイト労働者の健康問題の報告と問題提起をして頂きます。

不安定雇用労働者の労働実態と健康問題

○ 青木 珠代、田村 昭彦、小山 義則（九州社会医学研究所）

【1. はじめに】今日「雇用の弾力化」として正規労働者が削減されパート・契約・派遣社員などの不安定雇用労働者に置き換えられている。またSOHOなど形態的には請負自営業者であるが実態としては労働者そのものといった雇用形態の「新たな自営業者」も増加してきている。総務省の調査によっても短時間労働者が雇用者に占める割合は昭和40年の6.2%から平成13年には26.1%へと急増している。今後増大の一途をたどるであろう不安定雇用形態に従事する労働者の労働状況や健康状態の問題点を明らかにする目的で行った、アンケート活動の結果を報告し問題提起をしたい。

【2. 調査の方法】労災職業病九州セミナーの福岡、北九州地区の実行委員を通じて自記式アンケート用紙を配布し郵送で回答を得た。調査期間は1999年9月中旬からの一ヶ月間である。調査票を2000枚配布し、406名の回答を得、有効回答374名の分析を行った。

【3. 分析の視点】分析するにあたっては1労働日の勤務時間と月勤務日数を労働基準法上の正社員の本来的労働時間と比較して各々3段階に分け、表1に示す「正社員度」とする4つの類型を独自に設け、この類型に基づいて分析を行った。

【4. 不安定雇用の中の「正社員】男女・類型別の人数を表2に示している。今回の調査では女性が341名と圧倒的多数であった。女性労働者の45.7%がパートなど非正規労働者である現状を反映しているものと思われる。雇用形態としては不安定雇用

表2	女	男	不明	計
社会参加型	20			20
パート型	98	3		101
準社員型	106	6		112
正社員型	90	21	2	113
無回答	27	1		28
計	341	31	2	374

にもかかわらず、正社員型が30%を占め準社員型を含めると61%となっている。労働実態と雇用形態の解離が伺われる。

職種別では「技能・生産」「運輸・労務」では正社員型が57.8%、65.0%と高く、「販売・営業」「サービス」ではパート型・準社員型の雇用形態が多く見られた。会社との雇用期間はどの類型も半数以上が期間の定めのない契約としていた。形式としては不安定な雇用形態であるが労働実態は「正社員」とかわらないことを示していた。

【5. 残業・有給休暇】残業を頻繁に求められる割合は正社員型の労働者が23%余りと多く、準社員型の約2倍、パート型の約4倍となっている。

表3 残業	頻繁	時々	ない	NA
社会参加型	5.0%	30.0%	65.0%	0.0%
パート型	5.9%	54.5%	38.6%	1.0%
準社員型	11.6%	49.1%	36.6%	2.7%
正社員型	23.0%	43.4%	31.9%	1.7%

残業についても正社員型労働者はまさに「正社員」として当然のごとく残業を要求されているものと推測される。また、時々求められる場合も含めるとパート型以上の正

表1 正社員度	勤務日数≤10日	10日<勤務日数≤20日	11日<勤務日数≤20日
4時間≤勤務時間	社会参加型	社会参加型	パート型
4時間<勤務時間≤6時間45分	社会参加型	パート型	準社員型
6時間45分<勤務時間	パート型	準社員型	正社員型

社員度の場合にはほぼ60%以上の労働者が残業を求められており、長時間過密労働の実態が不安定雇用形態にも深く浸透していることが窺える。

有給休暇に関しては、6ヶ月以上継続していれば本来正社員と同様に有休休暇が与えられるまでの正社員型でも約5割程度しか有休休暇が与えられていない。

【6. 肉体的疲労・精神的疲労】パート型以上の正社員度の高い労働者は労働省調査のデータと比べて肉体的にも精神的にも疲労度が高かった。肉体的にとても疲れるとする正社員型、準社員型の割合はそれぞれ22.1%、20.5%と労働省データの割合11.8%のほぼ2倍である。精神的疲労に関しては正社員型の労働者ととても疲れるとする割合は23.0%と、平成9年度労働省調査のデータの割合17.3%（同データの正社員のみの割合17.5%）はよりはるかに高い割合を示している。労働環境の改悪が不安定雇用形態の労働者の精神的疲労度をさらに進め、準正社員型で平成9年度の正社員並み、正社員型ではそれをはるかに上回る精神的疲労度をもたらす労働環境になってきていることが窺える。

【7. 健康診断受診】

表4 職場健診受診率	
社会参加型	15.0%
パート型	35.6%
準社員型	38.4%
正社員型	59.3%

1年以内に事業所で健康診断を受けた労働者は正社員型でも約6割弱であった。

準社員型以下の正社員度の労働者については逆に6割以上が健康診断を受診しておらず、事業主とともに労働者自身も健康診断

(表6. 働く理由)

正社員度	生計維持	家計補助	自由資金	資格・技能	就業経験	生きがい	子の成長	余暇時間	その他	無回答	総計
社会参加型	1	12	8		3	5	4		1	6	40
パート型	16	63	31	1	19	10	8	4	3	47	202
準社員型	30	75	25	5	16	13	9	1	5	45	224
正社員型	67	35	30	2	18	3	1	1	6	63	226
総計	122	201	105	9	58	34	24	7	17	171	748

受診に関して「不安定雇用形態である以上健康診断を受診できなくて当たり前」という意識」が根底にあるように思われる。

【8. 労災申請】

不安定雇用形態の労働者が仕事上けがや病気になった場合に、労災申請をしているかという点に関しては、常に申請するという割合が正社員型でようやく50%を若干超えている程度である。「正社員」でないと労災においても健康診断においてもきちんとした保障を与える必要はないというような経営者の誤った理解と、不安定雇用形態の労働者自身「不安定雇用形態である以上労災申請できなくて当たり前」という意識）が根底にあるように思われる。

表5 労災申請	常に申請	重い場合のみ申請	申請しない	その他	N/A
社会参加型	35.0%	5.0%	40.0%	10.0%	10.0%
パート型	26.7%	5.0%	22.8%	27.7%	17.8%
準社員型	43.7%	4.5%	26.8%	7.1%	17.9%
正社員型	51.3%	9.7%	13.3%	5.3%	20.4%

【働く理由】正社員型の労働者の働く理由は生計の維持のためとする者が多い。これに対し、パート型、準社員型として働いている者については家計の補助のために働いているとする者が多い。不安定雇用形態の労働者であるにも関わらず正社員並みに働いている、あるいは働くことを事実上甘受せざるを得ないのはやはり生活のためという経済的理由であることがはっきりする。

【まとめ】非正規労働者の多くは、正規労働者と同等の労働を行っているにもかかわらず、様々な権利が制限されている。主に正規労働者に対応して作られてきた労働衛生基準を全ての労働者に対応としたものに変えていく必要がある。さらに学校教育行く等における労働衛生教育の充実も重要である。

派遣労働者の健康問題

派遣労働者の労災事例の考察

同志社大学大学院 藤野 ゆき

1 はじめに

現在、多くの人の労働者としての権利が守られているとはいえない。労働時間、休日休暇などの基本的な労働条件から、健康にかかわる健康診断や安全衛生管理体制など労働安全衛生の諸課題が軽視され、長時間過密な労働の結果、様々な健康破壊が生じている。頸肩腕障害や腰痛により就業困難となったり、過労死、過労自殺によって生活困難に陥るなど、労働者とその家族が受ける心身の不安の大きさは社会問題となっている。

一方で年々増加する非正規労働者といわれるパートや契約社員、派遣労働者の健康問題の実態を捉えることが課題の一つとしてある。しかしながら、非正規労働者、特に派遣労働者の健康問題、労災申請や職業病への取り組みの事例はこれまでに数が多いとはいえない。その中で1人の派遣労働者が労災事故から労災申請、企業の責任追及を行った。多くの派遣労働者は労働組合などの組織に所属することなく、労災事故に遭遇しても泣き寝入りをしていると推測される。そんな中で労災申請等を行った経過には派遣労働者ならではの不安や困難があり、今後の派遣労働者の健康問題を考える上で貴重な事例である。

2 派遣労働者の労災事例

1999年8月、Kさんは派遣会社S(派遣元)から薬品会社F(派遣先)へ派遣され、就労2日目に労災事故にあう。本来あるべき局所排気装置のない場所で、誤った作業指示を受けて作業をしたところ大量のエタ

ノールを吸入したため、咽頭部に炎症を起こし「喉が焼けるようにじりじりとし、上あごは皮がむけ、舌は荒れ、鼻から喉にかけては腫れて、常に火傷をしたような痛みがでる」状態になった。

Kさんはその場で症状を訴え、作業改善を要求した。翌日には異なる作業が指示されたが、原因の究明が行われることではなく、適切な作業指示が行われたとは言い難い状況であった。心身の苦痛をおして作業を続け、10月には休業を余儀なくされた。

休職後、HPなどを駆使して相談機関を探し出し、労災申請を行い、1999年12月、労災認定を受けた。その後、派遣先企業などへの責任追及を行う。

3 事例からみる問題点

(1)職場の労働安全衛生

労災事故発生の原因は、第一に派遣先での誤った作業指示にあった。また、本来であれば局所排気装置を設置やマスクの使用が義務づけられているにもかかわらず、その徹底がされていないなど安全衛生管理が不十分であり、雇い入れ時の安全衛生教育にも不備があった。また、雇い入れ時の健康診断については、事故発生後Kさんが要求してはじめて実施されるなど派遣労働者への労働安全衛生不備が浮き彫りにされた。

(2)医療情報の欠如

労災事故発生から約半月後にKさんの要求により産業医による面談が行われ、局所排気装置がなかったことは問題である、しばらくの間有機溶剤を扱う作業から離れることが指示された。しかし、再び

症状が悪化すると、労災であることを否定する発言がある。

また、Kさんは労災申請までに、独自に3つの医療機関を受診し、急性咽頭炎とは診断されるが、原因について十分検討されず、適切な治療を受けるに至らなかった。結果として、症状の悪化を招き、様々な化学物質に体が反応するようになっていた。

4 考察

(1) 派遣労働者としての不安

派遣労働者という立場からくる漠然とした不安がいくつも生じている。まず、就業2日目での労災事故による症状があっても有給休暇がなく、すぐに通院をできなかつた。Kさんとしては、派遣されたばかりで問題を起こしてしまったという意識が生じており、休むことができず、就業後に受診可能な病院を探して受診する。また就業間もないことから健康保険証の発行が遅れ、最初は自費診療での受診を試みている。

労災申請の際は、今後の雇用に影響があるのではないかという不安がKさんを何度も襲っている。実際には労災申請が以後の仕事に影響を及ぼすことはない。

(2) 派遣労働者の労災申請

派遣労働者の労災保険は全面的に派遣元事業が適用事業となるが、安全衛生については主に派遣先事業主の責任とされている。事前の予防措置と事後の災害補償の責任が分離され責任が曖昧にされる危険を含んでいる制度である。

Kさんは労災申請を行うに際しては、派遣元から「派遣先会社を訴えることになる」と言われ、労災申請を阻止するような行為が行われている。派遣元にとっては派遣先是営業相手であり、労災という「迷惑」をかけないように指示したと思われる。ここで正しい知識と理解がなければ、派遣労働者の労災問題は曖昧にされる危険がある。

(3) 派遣労働者の職場改善

Kさんの労災申請後、職場での改善が行われている。局所排気装置の設置及びメンテナンスの充実、産業医の巡回の充実、派遣労働者への教育マニュアルの作成と安全教育の徹底など、安全にかかわる要求をしやすくなつたなどが伝えられている。

労働安全衛生は事業主の責任で行うものである。しかし派遣先の責任の曖昧さに加えて派遣労働者自身が派遣期間を無事に過ごせるようにという思いから職場改善の要求がしにくく状況が予測される。Kさんの労災認定により職場改善が行われたことは注目に値するが、一方で就業を継続しながら職場を変えていくことの難しさを示唆している。2004年3月施行の改定派遣労働法では製造業に派遣が解禁されている。これまで以上に職場の労働安全衛生のあり方が問われることになるだろう。

5 おわりに

選択的な働き方の一つとして派遣労働があるとされるが、実際には正社員として働きたい派遣労働者は多い。この仕事がしたいと思って応募したら、派遣登録をしないと働けないという実態もある。働かなければ生活できない労働者は、派遣であっても安定した雇用を求め、安全で快適に働きたいと思うのは当然のことである。

人たるに値する生活を維持しながら働くためには、第一に労働基準法や労働安全衛生法といった労働者としての当たり前の権利を身につけ、使用者に守らせていくことである。これは派遣労働者をはじめとした非正規労働者だけに限らず、正規労働者にも言えることである。Kさんは労災事故を通して労働者としての当たり前の権利を主張し、同時に学習した。このことからも労働者としての権利を守ることこそ健康を守るために重要である。

女子パート労働者の労働と生活にみる社会医学的問題点について

仙台錦町診療所・産業医学センター 広瀬俊雄

§はじめに

今年6月12日の朝日新聞朝刊の声の欄に「24時間の店で深夜働く主婦」という投書が掲載されている。投書されたのは37歳のパートの方であるが、24時間営業に変わった際の深夜勤務者募集への応募者のほとんどが乳児・幼児、小学生のいる主婦だったという。徹夜勤務が週3日で年金保険料、介護保険料合計とほぼ同額を得るそうである。最後に「深夜、母親の居ない家で寝ている子供たち、・・・それが現実です」で終わっている。

我々はこの10数年主にみやぎ生協でのパート労働者、深夜労働者の健康実態と共に生活の実情を明らかにしてきた。夜勤の健康影響を軽視する主張も多い中で、投稿にあるような生活への重大な影響にも着目してきた。その主な特徴と1997年以降取り組んでいるストレス調査の内容を中心に報告する。

§惣菜工場で働く女子パート労働者の夜勤労働継続による生活への影響、犠牲的対応

我々は約10年余、惣菜工場で週5日働く女子労働者の夜勤者健診を進めている。通常の項目の他24時間血圧記録（ABPM）、24時間心電図（Holter ECG）も合わせて実施している。基本シフトは当初の早朝5時から、3時からを経て、半数が0時からの勤務と変化した。ABPMでは、全てが3時からの勤務の際での1日平均血圧ではおよそ約半数が境界域以上の異常であった。1人を除き子育てしつつ夜勤を続けている主婦において、夜勤継続がどういう生活上の変化を生んでいるか、言い換えれば、どういう生活変化（犠牲）が夜勤を継続させ得ているかを調べる為の調査を2000年秋の夜勤者健診時に施行した。健診時に40名の女性パート労働者に直接ヒアリングにて聴取した。質問項目は1978年に日本産業衛生学会夜勤交替制委員会が検討した生活項目を基本とし休養（3）、食事（8）、運動（4）、団欒（2）、趣味（3）、付き合い（5）役員（1）等とした。（）内の数字は細項目である。各労働者毎にシフトの変更の前後の変化について「減らす方向」「増やす方向」「同じ」「判定困難」から選ぶ形で質問した。回答数は、A群：無職又は日勤から5時開始に働き出したのは16人、B群：無職又は日勤から3時開始に働き出したのは21人、C群：5時開始から3時開始に変わったのが15人、D群：3時開始から0時開始に変わったのが12人である。結果として、①「健康状態の悪化」は、D群で4割、B,C群で3割強、「疲労、疲労回復悪化」は、D群4割強、B群6割強、C群3割強に見られた。②「睡眠状態」の変化では、「時間減少」がD群6割強、A,B,C群が3割前後、に対し、「睡眠の深さが増した」がA,B,D群で7割前後、C群でも5割に見られ「睡眠時間減少」を大きく上回った。③生活内容の変化では、どの群でも3割以上の労働者が制限しているのは、「休養」「食事」関係であった。制限する項目の多いのは、A群（無職から5時からの勤務）、D群（3時からの勤務から0時からの勤務）であり、その変化では生活上の対応がより強く余儀なくされていることが示された。このように、より深夜近い時間から働くことによって、健康状態や疲労の回復の遅れに影響しているが、それでも夜勤が続けられているのは出

来るだけ睡眠時間は減らさず、睡眠の深さを得る工夫の下で、食事の質を落としたり、家族との食事回数や団欒の機会、運動の他、付き合い、役員への活動等の社会的な活動を減らしている為と考えられた。

§ 惣菜工場で深夜に働く女子パート労働者における疲労と睡眠障害

先の報告において「睡眠の確保」が健康を何とか維持して夜勤継続出来る一つの条件であることが知れたので、更にその点に関する調査を 2002 年春の夜勤者健診において実施した。対象は 29 名で 3 時から働く者（3 時から群）13 名と 3 時以前から働く者（3 時前群）16 名を比較して検討した。年齢はそれぞれ 49.2 ± 7.4 歳、 46.4 ± 8.1 歳、夜勤経験年数が 7.2 ± 3.2 歳、 8.4 ± 4 歳で両群間に差は無かった。日本産業衛生学会産業疲労研究会による「新疲労調査項目」では、スコア合計では両群に差は無かったが、3 時前群において「足がだるい」「肩こり」が多かった。両群合計で夜勤後に増加する項目は「横になりたい」「頭ぼんやり」「全身倦怠感」「足がだるい」「あくびが出る」であった。ピツツバーグ質問表による睡眠困難（過去 1 ヶ月）の頻度では、「あり」は 3 時から群 8 人（61.5%）、3 時前群 11 人（68.8%）と差は無かった。「生活に支障有り」は、5 人（38.5%）、8 人（50%）で 3 時前群にて少し高率であった。エップワース睡眠尺度による眠気尺度では、全項目で人数補正した該当数、総スコア共に 3 時前群が上回った。特に「読書中」「車中」「運転時」で明らかな差を認めた。実際深夜勤務に向かう途中で交通事故を起こして死亡した労働者が居るとか昼間の睡眠がうまく取れない夏季に作業中の怪我が多発する等、睡眠障害の影響は大きいと考えられる。

§ ストレス調査にみる女子パート労働者の健康実態と背景

我々は 1997 年に JCQ と NIOSH 計 316 項目からなる調査を定期健診時に実施し約 8 割から回収した。2002 年にはそれらの項目は減らし、ERI（努力報酬不均衡理論）を加味した調査を実施し 9 割以上の回収を得た。この間 5 年間の全診断書の解析も行っている。これらは岡山大川上教授等と共同で進めてきている。1997 年では、工場のラインでは事務、店舗に比して「職務満足度が低い」「量的労働負荷が大」「技能の低活用」「上司の支援不足」がみられ夜勤帯を主とする高密度の労働の特徴が出た結果を得た。診断書における特徴では（2.5 年後時点）「筋骨格系群」では、休業の診断書が無い者（対照群）に比して「仕事のコントロールが低い」、「胃潰瘍・大腸炎群」では加えて「労働負荷大」という傾向にあった。2002 年度の調査で、女子パート間で総拘束時間（労働時間+通勤時間）5 時未満、5~8 時間、8 時間以上の 3 群で比較すると 8 時間以上で有意に高率な項目は「いらいら感」「疲労感」「不安感」「抑うつ感」であった。ERI もこの群で最大で 5 時間未満に対し有意に大であった。

2 回の調査時点では「パートリーダー制」があり、正規職員の居ない職場での役割が急増していたが、その後「エキスパート制」といってほぼ正規並みの労働時間と責任を持つパート職能も制度化されており、より一層の実態把握と対策が必要となっている。

一般口演 1-8

食品・労働衛生

座長 平田 衛（産業医学総合研究所）

石山珠江（キャノン販売大阪健康管理室）

食生活におけるリノール酸削減の社会医学的意義とその具体化について

東洋大学社会学部○片平冽彦、水戸薬局 小松喜子

1. 食生活におけるリノール酸削減の意義

2002年9月、日本脂質栄養学会（以下「学会」）は、「リノール酸摂取量の削減および油脂食品の表示改善を進める提言」（以下「提言」）を採択し公表した[1]。

植物油に多いリノール酸は、以前から「コレステロールを下げ、健康に良い」と言われ、現在でも、食品売り場（「健康食品」売り場を含む）やネット上では販売が促進されている。しかし、リノール酸の摂取は国民栄養調査の平均値（13.5 g、1986～1990年の5年間[2]）では、その必要量から計算すると明らかに過剰摂取であり、これに伴い種々の有害性が指摘されていることから、全体として削減することが必要である。

リノール酸の必要量については諸説があるが、「摂取エネルギーの2～3%」（菅野[3]）として計算すると、一日 2,550Kcal（生活活動強度が「適度」な 30～49 歳男子のエネルギー所要量）食べる人では、重量に換算すると 5.67～8.5 g となり、13.5 g という量はこの必要量の 1.6～2.4 倍に相当する。同様に女子の場合の 2000Kcal で計算すると、重量換算で 4.4～6.7 g となり、上記摂取量はこの 2～3 倍に相当する。また、「摂取エネルギーの 1%」（浜崎[4]）で同様に計算すると、男子では 4.8 倍、女子では 6.1 倍に相当する。

また、これらの数字をもとに n-6（リノール酸とその代謝脂肪酸）/n-3（ α リノレン酸とその代謝脂肪酸）比を、例えば菅野の「必要量」で計算すると、2.5 ないし 1.33 にしなければならなくなる。ところが、「日本人の通常の食生活では、平均的に 4.2 程度の摂取」で、「健康人では 4 程度を目安とする」ことが国のレベルで推奨されているのである[5]）。

以上のことから、現在の平均的日本人のリノール酸摂取は明らかに過剰であるといえる。このような過剰摂取は、血栓、アレルギー、炎症を促進し、種々の疾病への罹患・増悪をもたらしていることが、学会内外に蓄積された知見によって明らかになってきている [1, 4, 6～8]。浜崎・奥山らの総説をもとに、この問題の基本点と疾病との関連を以下に記そう：

- 1) リノール酸はコレステロールを低下させるとされるが、近年、むしろコレステロールの低い方が総死亡率が高いとのデータが出されている。
- 2) リノール酸は「アラキドン酸カスケード」の最上流に位置し、酵素の働きで PG, LT, TX 等の炎症性メディエーターになるが、これらは、大量に産生されると炎症（持続するがんのもとになり得る）・アレルギー・血栓等を発生・促進させる。
- 3) 炎症性メディエーターの量産を止めるには「アラキドン酸カスケード」の亢進を止めねばよいが、ステロイド・NSAIDなどの薬はそうした作用があることが判明している。このことは、そうした薬を必要とする患者は、そもそも、リノール酸摂取を減らす必要があることを示している。
- 4) α リノレン酸を最上流とする「EPAカスケード」は EPA、DHA という「健康食品」にも使われている有用なものを作るが、これは「アラキドン酸カスケード」と同じ酵素で代謝されるため、リノール酸が多いと、それらの酵素はリノール酸の代謝のために使われてしまう。
- 5) 上記2) の「炎症・アレルギー・血栓等の発生・促進」は実験的データから提起されたが、これに対応す

る臨床的・疫学的データも出されつつある。例えば、動物実験では、リノール酸は発がんあるいはがんの増殖に対して促進的に働くことが報告されている。疫学調査では、否定的な結論のものが多いが、前立腺がん、大腸がん、乳がんなどでリノール酸が「悪かった」とする報告が出されている。例えばハワイの白人女性では、リノール酸摂取の多い群では、乳がんの診断を受けてからの死亡率が高いことがわかっている。

事例報告であるが、片平の過去の大病（アレルギー、旅行者血栓症、潰瘍性大腸炎）の原因および健康状態の回復過程も、アラキドン酸カスケードの理論で説明が可能である [9, 10]。

以上からすれば、国民の健康状態を改善し、それにより医療費も削減し、健康な21世紀の日本を作るのに貢献する上で、リノール酸の削減は極めて重要であり、大きな社会医学的意義があると考えられる。

2. リノール酸削減具体化の方策

この問題については、筆者らは以下のように考えている。今後これらの研究・教育・実践をはかる予定であるが、皆様のご批判・ご提案をいただければ幸いである。

(1) 保健医療における改善：①脂肪酸バランス比測定検査の健康保険への取り入れ促進(現在は、高脂血症、動脈硬化症、脳血栓、心筋梗塞の4病名だが、保険点数は500点。検査費用は1.5～2.5万円)②脂肪酸バランス比測定検査の健康診断項目への取り入れ③病院給食の改善④服薬指導の改善(ステロイドやNSAIDが有効な疾患の患者に対するリノール酸摂取削減の指導)⑤栄養相談・食事指導の改善・強化

(2) 調査研究：①疾病・健康との関係に関する実験的・疫学的調査研究②脂肪酸摂取実態調査③国民の知識・意識調査

(3) 知識の普及・教育：①小学校から大学までの教育での取り上げ②社会教育・消費者教育での取り上げ③関係文献の普及

(4) 食品・栄養・食糧政策：①表示の改善②n-6/n-3比の推奨値の改定③n-6系食品消費の抑制とn-3系食品消費の促進④n-3系食糧生産・販売の促進

文献・注

1. 浜崎智仁、奥山治美：脂質栄養学、12(1)7-34、2003. 日本脂質栄養学会のHPも参照。
2. 板倉弘重他：脂質研究の最新情報、28-29、第一出版、2000
3. 菅野道廣：「あぶら」は訴える 油脂栄養論 16頁、講談社、2000
4. 浜崎智仁：EPA/DHA 誰もが必要な栄養素、89頁、メディカルレビュー、2002
5. 健康・栄養情報研究会編集：第六次改定 日本人の栄養所要量—食事摂取基準一、56頁、第一出版、1999
6. 日本脂質栄養学会監修：油脂（あぶら）とアレルギー、学会出版センター、1999
7. 日本脂質栄養学会監修：脂質と癌、学会出版センター、2000
8. 日本脂質栄養学会監修：心臓・脳血管の動脈硬化と脂質栄養、学会出版センター、2001
9. 片平冽彦：肉食より魚食を—「エコノミークラス症候群」の一事例からの考察、第34回社会医学研究会、1993年7月、神戸
10. 片平冽彦：あすなび 明日を読みとく 23、文化連情報、312:8-11, 2004

英国の労働安全衛生法制とリスクマネジメント

淀協社会医学研究所 重田博正

はじめに

- * 労働安全衛生マネジメントシステム(以下「OSHMS」または「リスクマネジメント」)導入の国際的潮流の中で、日本でもリスクマネジメントが普及されようとしている。
 - ・EU「労働安全衛生に関する枠組み指令」1989、ILO「OSHMSに関するガイドライン」2001
 - ・労働省告示「OSHMSに関する指針」1999、第10次(2003~2007年)労災防止計画で強調
- * 本報告は、わが国で進められようとしているリスクマネジメントの特徴・問題点を検討することを念頭におき、リスクマネジメントの源流である英国の労働安全衛生法制におけるリスクマネジメントの特徴を検討する。

1. 報告の前提として英国安全衛生法令の概要

(1) 法、規則、「公認実施準則」、ガイダンス

- * 法、規則：議会で。強制力あり…一般的義務、一般原則、目標 ⇒ the enabling Act
- * 「公認実施準則」：大臣の同意を得て HSC が公認。強制力はないが、刑事訴訟では雇用主が別の方針を採った場合、それが「準則」と同じ効果のあることを証明する必要。
- * ガイダンス：諮問委員会や HSE が。雇用主は自由。部門ごとのアドバイス。年 350 以上。

(2) リスクマネジメント関連法令

《すべての職域・職種に適用される法令》

- * 基本法：労働安全衛生法 1974 (以下「法」) ←「ローベンス報告」
- * 安全衛生管理規則 1999 (以下「規則」)
- * 安全代表者及び安全委員会規則 1977 ('承認された労働組合'がないところでの安全代表者の指名と協議を取り決めた安全衛生労働者協議規則 1996) (以下「安全代表者規則」)

2. 法規定におけるリスクマネジメントの特徴

(1) 予防中心の安全衛生法制、その下での主要な方策としてのリスクマネジメント

- * 「健康管理」の規定はほとんどない。唯一「ヘルスサーバランス」(ハイリスク集団に対する特殊検診?)
- * 「予防の原則」の明記 ('規則 4' 別表 1)
 - (a) リスクの除去 (b) 除去できないリスクのアセスメント (c) リスクの根源で対処 (d) 作業を個人に適合させる (e) 技術進歩への適合 (f) 危険物の代替 (g) 総合的予防方針 (h) 集団的対策の優先 (i) 労働者の教育

(2) すべての雇用主の義務としてのリスクマネジメント ('法' 第2条、「規則 3」)

◇ 5人以上雇う雇用主—アセスメントの結果と有リスクの労働者集団を記録する義務

《参考》労働省告示「OSHMSに関する指針」(1999年)

第2条「この指針は、…OSHMSを確立しようとする事業者に適用する」

◇ HSE(安全衛生庁)では商業、サービス業向けの手引き「ファイブステップ」やホームヘルパ

ーのリスクマネジメントの実例集を発行。

(3) the enabling Act の規定

強制力のある「法」「規則」では「合理的に可能な限りで」 ‘so far as reasonably practicable’との表現で一般的義務、一般原則を定め、具体的な事項は「公認実施準則」、ガイダンスを示しながら、現場の裁量に委ねている。

⇒課題や雇用主の責任を曖昧にする表現ではない。最新の技術進歩に対応できる柔軟性と現場の多様な実情に即した対策を可能にする (enabling) 立法の手法である。

(4) 安全衛生問題に関する「安全代表者」との協議義務

* 「法」第2条（雇用主の一般的義務）で「安全代表者」との協議義務を規定し、「安全代表者規則」では①「安全代表者の機能（◇リスクや災害原因等の調査、◇調査結果に基づく雇用主への申立て、◇作業場の点検、◇労使協議における代表、◇安全委員会の設置要求と出席権限、等）、②その機能を保証する雇用主の「便宜・援助提供義務」、③具体的な「協議義務（◇安全衛生に影響する措置の導入、◇「安全衛生補助者」の指名、◇労働者に提供する安全衛生情報、◇労働者の安全衛生訓練の計画、◇新技術の導入（計画）が安全衛生に及ぼす影響）」を定めている。

* 労働組合の基本的態度－「安全代表者はリスクマネジメントに関与するが、実施責任は雇用主にある。」

※労使間の交渉ルールの出発点である「協議義務」を法定していることの意義。労働者・労働組合の権利を不問にした「労働者の意見の反映」（「労働省告示」）とは質が違う。

おわりにー英国から何を学ぶか

1. 「the enabling Act」の理解をめぐって

小木らは「ローベンス報告」を翻訳した際 the enabling Act を「自主対応型の法律」と訳出し、その意味を「自主対応型の法律は単に予防措置を自主規制に任せるというものではなく、…法律で基本的な責任義務を明確にする一方、あまりに細分化した法規定をさせて、自主対応の規範となる指針や実践コードを活用する立場」である、と適確に解説している。しかしその訳出の本意から離れて「自主対応型」の用語が一人歩きする傾向がある。

⇒わが国では、リスクマネジメントを雇用主の義務として法定することの意義こそ強調すべきである。

2. リスクマネジメントを「すべての雇用主」の義務とすることの意義

わが国でリスクマネジメントを普及・推進しようとしている動きをみると、目的については事故・労働災害の防止、対象領域では建設業や製造業が重視されている。労働者の現状からすれば、災害防止だけでなくストレスと産業疲労の軽減、産業分野では第三次産業、特に保健・福祉・教育、そして小零細企業におけるリスクマネジメントの普及が求められている。この点も「すべての雇用主の義務」とする英國から学ぶべき点である。

公立保育園における運動指導の課題 筋疲労疾患予防健診後の指導から

藤野ゆき（同志社大学大学院） 服部由季夫（星槎大学共生科学部）
阿部眞雄（東海大学体育学部）

1 はじめに

一般及び特殊健康診断を行った場合、その結果を活用することが大事なことである。健診後の措置として、異常所見者への適切な保健指導や労働安全衛生委員会等での検討などがあり、これらの事後措置を確実に実行していくことが特に重要である。

K市では1980年前半から特殊健診が実施されている。しかし、近年、健診への関心低下がみられ、予防につながる健診を行うことが求められていた。そこで、2003年度のK市の特殊健康診断（筋疲労疾患予防健診）で、現場の要望を取り入れながら、健診の結果の報告と連動して運動指導を行うという新たな試みを行った。健診の事後措置の一つの事例として運動指導の実施について報告する。

2 K市 筋疲労疾患予防健診

(1) 実施時期と対象

実施時期：2003年10月、健診アンケート（筋疲労項目、労働関連項目、SOC項目）を配布、回収

対象：公立保育園、全8園、保育士91人

(2) 集計結果と傾向

最も多い訴えは「肩や腕がこる、痛い」で8割以上の何らかの症状があると回答している。自覚症状の訴えが3番目に多い「腰がだるい、痛い」の項目は、同時に「強く日常生活や仕事に差し支える」が最も多く4.4%あった。

	少しある	ある	強い	強く仕事や日常生活	合計
肩や腕がこる、痛い	25.3%	38.5%	18.7%	2.2%	84.6%
疲れが翌日に残る	42.9%	24.2%	7.7%	1.1%	75.8%
腰がだるい、痛い	25.3%	30.8%	14.3%	4.4%	74.7%
背中がだるい、痛い	23.1%	22.0%	18.7%	2.2%	65.9%
目が疲れる	36.3%	22.0%	5.5%	1.1%	64.8%
体がだるい	33.0%	19.8%	7.7%	0.0%	60.4%
腕がだるい、いたい	30.8%	17.6%	5.5%	0.0%	53.8%
いろいろしやすい	31.9%	11.0%	8.8%	0.0%	51.6%
足が冷たい	24.2%	19.8%	5.5%	1.1%	50.5%
ものがぼける、かすむ	26.4%	18.7%	3.3%	1.1%	49.5%

3 K市の保育園の状況

事後指導実施にあたり、各保育園の現状と要望の聞き取りを行った。

(1) 保育を取り巻く状況

K市は自営業が多い地域と都市部への長距離通勤者の多い地域がある。前者では祖父母が同居し協力者の存在が大きい。後者では核家族、母子家庭などが多く、保護者への配慮が求められ、延長保育への要望も多くなっている。

障害児の受け入れとともに、障害児ではないが配慮の必要な児童も増加の傾向にある。また、保護者が不安定な状態にある（うつ病、虐待の疑い）子どもへの配慮も深刻である。また、待機児童対策として定員以上の児童を受け入れている。

(2) 筋疲労症状（健康状態）

腰痛のために定期、不定期に通院している職員の存在がみられた。「筋疲労の症状（肩こりや腰痛など）について医者に相談したことがありますか」に対してYesは44.4%と半数近くが医療機関にかかっている。また、内科系の疾患、精神疾患、加齢

に伴う健康障害などの訴えもあった。

(3) 健康対策

健康対策については個人に任せられていることが多い、「対症療法（整体、鍼灸、マッサージなど）を受けていますか？」では、Yesが44.4%、「運動（プールやストレッチなど）をしていますか？」でYesが49.4%であった。

職場での取り組みについては、以前に職員全員でストレッチなどを行っていたことがある園もあったが、待機児童受け入れ以降は困難となってできなくなっていた。

(4) 事後指導への要望

事後指導への要望では、個別面接で一般的な指導よりも、職員全体で指導を受けることが望まれていた。また、ほとんどの園で時間の確保が困難との訴えがあり即実行でき、実用的な指導が求められた。

4 事後指導

(1) 事後指導実施

実施時期：2004年2月～3月

実施場所及び時間：各保育園

16:30頃から約45分

参加状況：対象者91人中、71人が参加

(2) 健診結果報告

健診の結果報告は、個人票とは別に各保育園、担当別、年代別などの集計結果とともに、各保育園でどのような訴えが多いかを示すレーダーグラフを配布した。

(3) 運動指導の内容

①腰痛症の原因

内科、整形外科、婦人科疾患が原因であることもある。その場合は医師による適切な治療が必要である。運動で対処できるのは体の使い方が悪い場合である。

②股関節主体の動き

股関節を中心にして動くことで、腰への負担を軽減することができる。股関節主体の動きのためのストレッチを行うことで腰痛の

予防が行える。また、その際のストレッチは、正しいストレッチを行わなければならない。

(4) 運動指導に対する感想

事後指導に対する満足度は、とても満足18.0%、満足58.4%、普通20.2%であった。理由として、「具体的な指導でわかりやすかった」「手軽にできるストレッチであった」「股関節などの新しい知識が習得できた」「腰痛の可能性への気づき」などあり、とにかく気持ちいいこともあげられた。また、指導への希望として、「指導時間の長時間の確保」「指導の継続」「肩こりの指導」などがあげられた。

5 運動指導の課題

(1) 職場での取り組み

予防的に行う運動は日常的に取り入れて効果的となる。しかし、それを個人任せにしているだけではその効果も期待できない。筋疲労疾患の発生職場としての保育園で積極的な取り組みを行うためにも、職場での取り組みをどのように進めていくかが今後の課題である。

(2) 予防活動の展開

K市では人員の配置や施設改善の点で多くの対策が実施されているが、健診への事後指導に対しては「時間がない」が強調された。予防の取り組みの時間が確保できない理由には、子どもや保護者への配慮の増大や待機児童受け入れによる仕事の密度の高まりがある。また、以前はできていたストレッチの実施が困難となったということなども含めて、徐々に保育を取り巻く状況に変化があり、労働条件が切り下げられているといえる。こうした労働時間や配置基準なども含めた内容を検討することが労働安全衛生活動では重視されなければならない。予防的な運動を取り入れるために仕事の内容をも含めた検討が必要である。

ホームヘルパーの介護労働における身体的負担の評価と介入効果

樋口 由美¹⁾ 大矢 紀昭¹⁾

1) 滋賀医科大学地域看護学修士課程 2) 大阪府立看護大学総合リハビリテーション学部

【はじめに】

厚生労働省が2001年に実施した介護労働実態調査によると、事業所の業務遂行上の課題として介護職員の腰痛予防ならびに身体的負担の軽減が上位に挙げられており、35%が何らかの腰痛予防対策を講じている。しかし、肩こり、足腰・腕の痛みの訴えは精神的疲れと並んで介護職員の業務上の悩みとして上位に列挙されており、介護労働者の健康管理の効果は十分とはいえない。海外でも介護労働における身体的負担は問題視されており、特にホームヘルパーの筋骨格系障害発生率は女性職業の中でも最頻度であること、施設介護職員よりも身体的負担が高いことが報告されている。そこで今回、ホームヘルパーの介護労働における身体的負担の評価を行い、介入効果を検討することとした。

【対象と方法】

ホームヘルプステーションに所属し、身体介護を含むケースを担当する女性ホームヘルパー3名を対象とした。

1) 介入事前評価と介入方法の決定

英国健康安全行政部（HSE）が提案する評価票の改訂版を用いて、介入事前評価を利用者宅へ同行し行なった。評価項目は介護者姿勢（頸腕・腰背部への負担が高いとされる動作要因）、被介護者（体重が重い、座位立位の保持が困難など、介護量が増加する要因）、環境（作業空間の不十分さ、福祉用具の不適合など環境要因）、聞き取り（つらい動作について）を含む22項目である。その結果に基づき、ホームヘルパーの身体的負担改善案（介入方法）を提案し、ホームヘルパー、利用者を交えて検討を行なった。

2) 介入前後の評価指標

介入前後の評価指標として、肩・腰背部の筋活動量、自覚的疲労および作業困難度について調査測定した。

筋活動量は、表面筋電図を用い両側の僧帽筋、脊柱起立筋群（Th12-L1, L3-4傍部）を測定筋とした。自覚的疲労の調査には日本産業衛生学会産業疲労研究会作成質問紙票を、作業の困難度は Borg Scale を用いた。

【結果1】ポータブルトイレとベッド間の移乗介助

被介護者は92歳女性。脳梗塞後に身体機能が低下したこと、両側の変形性膝関節症および腰椎症が移乗動作の阻害因子となっていた。日常生活動作のほぼすべてが要介助で、移乗動作は全介助に近い。ホームヘルパーは31歳女性（常勤）であった。

1) 介入事前評価と介入方法

事前評価から、「被介護者」の体重の重さ（約60kg）、排泄目的の移乗のため肌が露出され安定した把持部分がないこと、「環境」では、ポータブルトイレ高が低い（36cm）、ベッドから立ち上がる際のベッド高が低いこと、が問題点と考えられた。介入方法は環境面に焦点を当て、ポータブルトイレ高を補高便座で高くする（42cm～）、立ち上がる際にはベッド高を利用者の立ち上がりやすい位置まで上げる（電動式）、以上2点とした。

2) 介入前後の評価指標

介入後はポータブルトイレへの移乗時に、腰背部の筋活動量が減少し、作業困難度はscale 3から2へ低下した。

3) 改善経費

補高便座の購入は介護保険に含まれる制度を利用し、自己負担金千円程度であった。

【結果2】制限のある空間で行なう清拭介護
被介護者は73歳男性。診断名は頸椎症性四肢麻痺、機能的には両麻痺症状を呈する。起き上がりを含め基本動作のほとんどは全介助で終日ベッド上で過ごしている。日中独居のため、上肢の届く範囲内に生活用品を配置している。ホームヘルパーは30歳女性(登録)であった。

1) 介入事前評価と介入方法

介入事前評価では、作業空間の狭小が大きな問題とされた。被介護者のベッド周囲は、壁と家具および生活用品を配置する棚に囲まれ、ホームヘルパーが作業可能な幅はベッド右側、約40cmのみであった。作業空間が制限されていることから、頭部や足先の清拭時には体幹の回旋動作と上肢を延ばした姿勢での持ち上げ、引き上げ動作等、身体的負担の高い動作が観察された。介入方法は、ベッド脇にある棚をホームヘルパー作業時のみ移動し、作業空間拡大を図ることとした。移動し易いように棚の底面に、家具すべりシートを貼付した。

2) 介入前後の評価指標

介入後は、上半身の清拭介護時、膝立ち位にて利用者の身体に近づくことが可能となり、体幹の前傾・回旋動作がほぼ消失した。評価指標では、腰背部の筋活動量が著明に減少し、膝立ち位は負担の非常に低い作業姿勢であることが示された。作業困難度は3から1へ軽減した。

3) 改善経費

家具すべりシート代700円程度であった。

【結果3】ホームヘルパーの介護技術

被介護者は70歳、脊髄小脳変性症による四肢麻痺を呈し自発動作はほぼ無く、日常生活動作全介助である。ホームヘルパーは63歳女性(登録)であった。

1) 介入事前評価と介入方法

福祉用具や住宅改造が積極的に導入され、移乗はリフトを使用、ベッド周囲には介護動作に適切な空間が設けられており、環境要因はほぼ

問題を認めなかった。問題とされたのは、ホームヘルパーが被介護者の下肢を他動運動およびマッサージする際の「姿勢」であった。左下肢を対象にする際にも右側から作業を行なうため、体幹から離れた位置での上肢作業は、肩・腰部への負担が増加しているように観察された。介入方法として、左下肢の介護時にはベッド左側へ移動することをアドバイスした。

2) 介入前後の評価指標

介入後は右僧帽筋の筋活動量が減少した。しかし、作業困難度に変化無く、腰背部の筋活動量も著変しなかった。体幹近位での作業により右上肢を遠位で支持する必要がなくなり、右僧帽筋の負担が低下したと思われる。腰部への負担は、ベッド高を高くし(約80cm)寄りかかることで腰部の支持を既に得ており、介入前でも非常に低い筋活動であった。困難度の不变は、介入前の介護方法が「慣れた姿勢」であることから、作業方向が変わると「やりにくさ」が強く訴えられ、自覚的尺度の軽減につながらなかったと思われる。

【提言】

介護保険利用者宅でサービスを提供するホームヘルパー労働は、環境が一定でなく、労働場面を評価される機会も乏しい。そのため、身体的負担を積極的に軽減するリスクマネジメントが行われにくいと感じられた。

今回の介入内容は、ホームヘルパー自身の「困っていること」と結果的に関連し、その要因と考えられる点に問題も見い出された。つまり、ホームヘルパーが自覚する介護労働の「困難さ」は改善への糸口であり、自身の改善しようとする意識・知識によって問題点を発見し、身体的負担を低下させることができることが可能であることが示唆されたと言える。ホームヘルプ労働に関わる人々の、福祉用具に対する知識を増やすこと、身体的負担の少ない介護方法を再認すること等が、それを保障する重要な課題であると考える。

訪問看護・介護職員の健康問題～安全衛生管理のあり方を考える～

○北原照代^{*1}, 橋口由美^{*2}, 金岡智博^{*1}, 中村賢治^{*1}, 堀田和史^{*1}, 辻村裕次^{*1}, 西山勝夫^{*1}

*1 滋賀医科大学・予防医学講座

*2 大阪府立看護大学・総合リハビリテーション学部

【はじめに】

我々は、某市公務員ヘルパーを対象とした先行研究で、腰痛や頸肩腕部痛の訴え率が高いことやホームヘルプ労働の負担を明らかにした上で、作業負担の重いケースが特定のヘルパーに集中しないようなマネジメントシステムの必要性を提起した¹⁾。ここでは、筆者が産業医を務める某民間医療機関でマネジメントシステムの導入を試みた時に生じた検討すべき課題を報告する。

【ケース・マネジメントシステムについて】

ケース・マネジメントシステム（図）とは、被介護者家庭から依頼を受ければ、1) まず、マネージャーが被介護者の状況および必要とされる介護内容を詳細に聞き取った上で被介護者家庭を訪問し、家庭内の作業環境を調査、2) マネージャーは、聞き取り調査と訪問調査の結果を基に、心身の負荷を初期評価し、ヘルパーの健康状態や他の業務負担も勘案して担当ヘルパーを決定、3) 介護業務が開始され一定期間が経

過した時点で、実際に介護を行うヘルパーが、チェックリストを用いて心身の負担を検証した後、担当ヘルパーとマネージャーによるカンファレンスを行い、介護業務遂行上の問題を把握、4) 問題があれば対策を検討し、業務の見直しにより解決を図り、それが困難な場合はヘルパーの変更や複数化を行い、新しい担当ヘルパーを決定、5) また、担当ヘルパー決定時やカンファレンス時にはヘルパーの健康状態をチェックし、健康管理に役立てる、というものである。

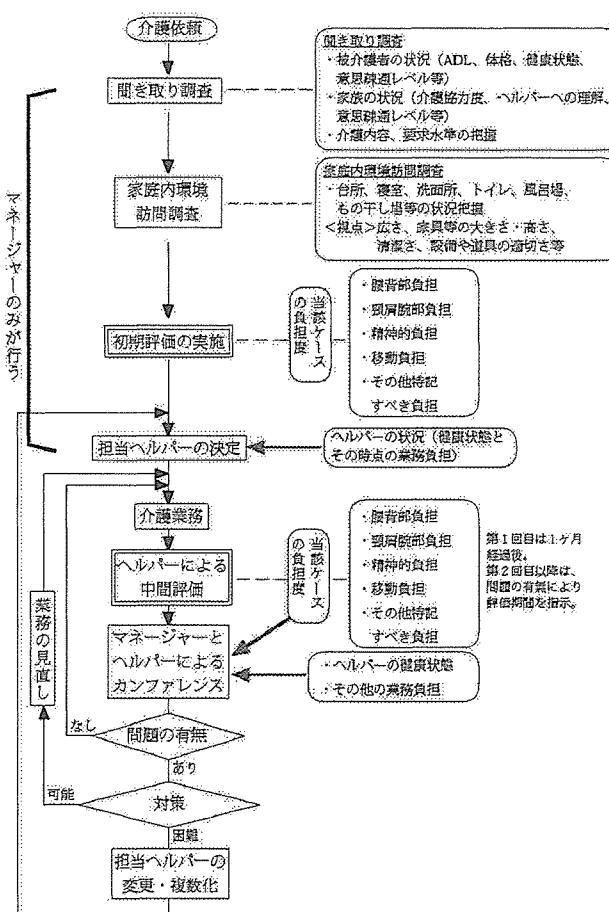


図2 ホームヘルパーの労働安全衛生管理のためのケースマネジメントシステム
□:本システムの中でも特に重要なポイント

図 先行研究にて考案したケース・マネジメントシステム
(参考文献1より抜粋)

【対象と方法】

大津および栗東市内にある3診療所(いずれも同一医療団体傘下)の、訪問看護・介護およびデイケア・サービス業務に従事する労働者(以下、在宅看護・介護労働者)、計103名を対象に、産業医活動として、労働と腰痛・頸肩腕障害に関する質問紙調査および特殊検診を実施し、業務軽減や休業が必要な職員について雇用主に事後措置を指示した。安全衛生委員会にて、検診結果の報告とともに、ヘルパーについて、先に述べたケース・マネージメントシステムが導入できなか、提案した。

【結果と考察】

①労働と腰痛・頸肩腕障害に関する質問紙調査(回答率100%)の結果、過去1ヶ月の頸・肩・腕部の痛み訴え率は、女性のヘルパー(n=46)でそれぞれ4%、7%、18%、看護師(n=48)で25%、25%、13%であった。過去1ヶ月の腰痛有訴率は、ヘルパー59%、看護師67%、就業後の腰痛経験率はヘルパー78%、看護師71%であった。検診結果は、受診者94名中、要休業が1名、要業務軽減および治療が18名であった。雇用形態は、看護師の場合常勤と非常勤が約半数ずつであったが、ヘルパーでは2名を除いて非常勤と登録型であり、週あたり平均労働時間が、非常勤で20時間、登録で11時間と短かった。それでもヘルパーの腕の痛みと腰痛訴え率は、看護師と同程度に高かった。

②ケース・マネージメントシステムの導入を安全衛生委員会にて提案したところ、考え方には賛同を得たものの、実際には導入できないとされた。その最も大きな理由として、非常勤もししくは登録型で働くヘルパーの動ける曜日と時間帯が限られているため、被介護者家庭から依頼される曜日と時間帯に合わせたヘルパーの割り付けが最優先されているという現状が挙げられた。また、誰が同システムのマネージャーを担当するかということも課題となつた。

我が国のヘルパーの雇用形態は、非常勤もし

くは登録型が圧倒的に多い²⁾。よって、ヘルパーの動ける曜日と時間帯を最優先とした担当ヘルパーの決定方法は、調査対象事業所特有の問題ではないと考えられるが、こうした状況では、雇用主の健康管理責任が不明確になっていえると言えよう。その一方で、こうした現実において少しでも役に立つマネージメントシステムが求められている。その一つとして、調査対象事業所では腰痛・頸肩腕障害に関する特殊検診が昨年度から始まったので、検診結果と事後措置を担当ヘルパーの決定に生かす方策を今後検討したい。併せて、ヘルパーからも収入減少や解雇の不安なく健康状態をマネージャーに申告できるような体制作りが必要である。また、ケースをアセスメントする能力を要するマネージャーについては、衛生推進者にノウハウを習得してもらう方法と、人間工学の専門性を発揮できる職種である理学療法士、あるいはケア・マネージャーや在宅看護・介護経験者を対象として養成する方法が考えられる。

ヘルパーを対象とした身体的負担を軽減するための介入研究(本学会にて樋口が報告)によると、評価票を用いて身体的負担の事前評価を行った結果、ヘルパーが困難に感じていることは、負担軽減策を検討する際の糸口になりえる事がわかつてきた。したがって、担当ヘルパー決定後一定の期間が経過した時点で、担当事例における介護上の問題点と自らの健康状態をマネージャーに申告できるようにすれば対策立案に役立てることができる。そのためには、ヘルパーが自らの身体負担と健康状態についてチェックできる評価票を検討すべきではないかと考える。

【参考文献】

- 1) 北原照代、他。ヘルパーの安全衛生管理-労働と健康に関する実態調査をふまえて-。社会医学21号(印刷中)。
- 2) 小野雄一郎。介護労働者の労働条件・労働衛生対策。産業衛生学雑誌2001; 43: 172-173.

小学校教師の持ち帰り仕事と労働負担

○千田 忠男(同志社大学・社会)

1 はじめに

ストレスや進行性疲労に悩む教師が多い、課題が多すぎるために生じる長時間労働も一因であると指摘してきた¹。この指摘をさらに検証するために一連の労働時間調査を実施した。今回は、10名の教師を対象に仕事内容と発生理由などをくわしく調べた結果を紹介し、長時間労働といえるかどうか、および長時間労働規制の可能性を検討した。

2 方法

A 対象者と記録方法 京都府下公立小学校教師 10名(男 3女 7、属性は図表1参照)に、2003年10月25日から1週間の生活時間を、10分刻みの記入用紙に5分間隔で記入するように求めた。生活時間の例示に睡眠、起床、朝食、家事、私用、昼食、夕食、テレビなどの娯楽、入浴、就寝などを示した。学校にいる時間の例示に通勤、職朝(朝の職員会議)、朝の会、授業科目、給食指導、そうじ指導、こども指導、帰りの会、プリント印刷、学年会、ノート〇つけなどを示した。また、中間休みと昼休みの実態について詳細な記録を求めた。持ち帰り仕事については成果物を確認した。

B 労働時間の分析視点 第1に、授業、教材研究、授業の準備と後処理、学級経営、同僚との共同活動、上司の指示命令による活動など強力に束縛される時間を「拘束される労働時間(以下単に労働時間)」とする。それ以外に創意と工夫の時間(たとえば発達心理学の本を読む時間など)もあるので、週案や成果物を参照して両者を区分する。今回は前者について取りあげる。第2に、教師の休憩時間を子どもの休み時間から明確に区別して、「子どもの目線からはなれて、仕事をしている同僚の視線からはなれて、上司の視線からはなれて、5分以上自由な時間を過ごしたとき」と定義して、記録を求めた。第3に、子どもの生活時間にあわせなければならない仕事と、そうでない仕事をわけて、朝の会から帰りの会まで

図表1 対象者(10名)の特性

項目	M. (Max, Min)
年齢	48.1(55,43)歳
教師経験	24.8(32,19.5)年
学校経験	3.1(6.5,0.5)年
クラス人数	31.8(38,24)人

¹ 千田忠男『現代の労働負担』(第4章参照)文理閣 2003年。

の仕事を前者に、それ以外を後者に区分する。

3 結果

A 労働時間はきわめて長い 平日(機会は 10 人×5 日間=50 回、以下おなじ)に在校して仕事をしている時間の平均値は 10 時間 3 分である(Min 6:50—Max 15:30)。平日の持ち帰り仕事は 45 回発生し、その時間の平均値は 1 時間 34 分である(Min 0:30—Max 4:20)。休日(20 回)の仕事は 15 回発生し、その時間の平均値は 2 時間 47 分である(Max 5:00)。週の労働時間の平均値は 61 時間 28 分である(Min 52:32—Max 77:20)。長時間労働の例証と考えられた。

時刻別の仕事時間の分布をみると平日には 8 時頃に出勤し 17 時・18 時頃に退勤する。さらに 21・23 時か翌朝 5・6 時に自宅で仕事をする例が多い。

B 子どもの休み時間にも働く 平日の 2 限目と 3 限目の間に設定されている 15 分の中間休みと、給食指導終了後の昼休みにおける教師の休憩状況をみた。発生機会 50 回に対してそれぞれ 47 例(94.0%)で仕事をしていた。内容は(複数回答)「ノート点検・採点など」が 32.4% と最も多く、ついで「子どもへの対応」19.6%、「教材研究・授業準備」14.5%などであった。おもに授業進行にかかる仕事をあわただしくすすめている様子がうかがえる。過密労働の例証と考えられた。

C 授業進行にかかる仕事が多い 子どもの生活時間に合わせなくともよい仕事の内容を吟味し、授業関連、学級経営関連、校務分掌関連、その他に区分して、それぞれの構成比率(%)を算出した。図表 2 に示すように、授業関連の仕事が半分以上みられた。長時間労働の有効な対策を構想する際にはこの事情に切りこむことが必要であると考えられた。

4まとめ

教師は過密・長時間労働を担っている。授業の準備やその後処理などを、休憩時間中や持ち帰り仕事で対応している場合が少なくない。長時間労働を是正するためには、授業関連の仕事を減らす、あるいはその根幹の受け持ち

図表2 子どもの生活時間に合わせなくともよい仕事内容

授業関連	56.0 %	ノート点検、教材研究、週案作成
学級経営関連	25.4 %	子どもの対応、学級通信、家庭訪問、学年会
校務分掌関連	17.6 %	児童会、研究部会
その他	1.0 %	事故対応

注：子どもの生活時間に合わせなくともよい時間帯の仕事(朝の会から帰りの会までの仕事を除外する)と持ち帰り仕事を含む 70 例(10 人×7 日)。仕事内容を区分して構成比率(%)を算出した。

授業時間数を減らすことが有効な方策の 1 つと考えられた。さらに解析をつづけたい。

元石綿セメント管製造作業者の健康影響（第一報）

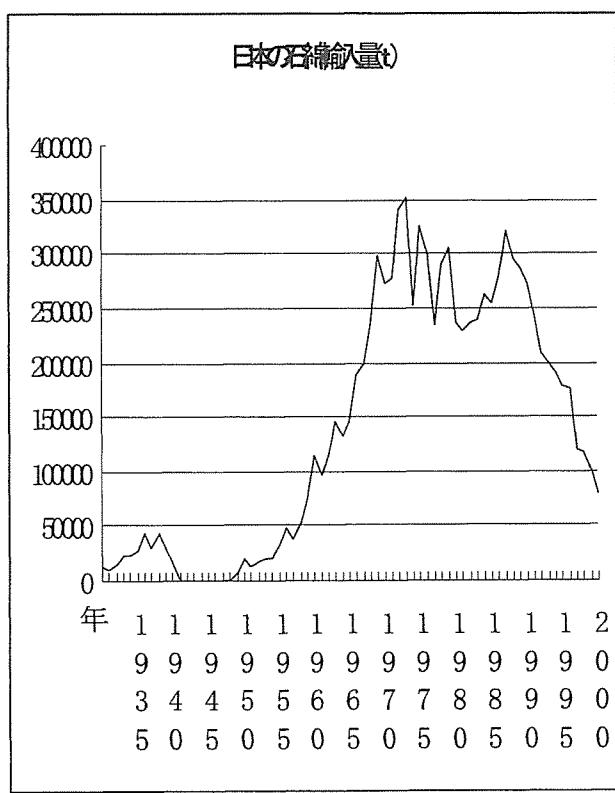
○小山義則、田村昭彦（九州社会医学研究所） 副島文（多久生協クリニック）

【はじめに】

今回我々は佐賀県鳥栖市にあった石綿セメント管製造工場 E 社(最盛期には 180 名の作業者)の元作業者の自主健診を行い多くの者に石綿による健康影響を認めた。社会医学的考察を加えて報告する。

【石綿セメント管とは】

石綿とセメント、珪砂を原料とするパイプで、安価な水道管材として地方都市などで大量に使用された。しかし耐用年数が短く老朽化した時の強度が著しく低いために漏水の原因となっており、1985年頃までに製造中止となっている。E社も同時期に操業中止となっている。



【自主健診結果】

2002年12月、2003年12月に自主健診を行い14名の受診者があった。石綿肺所見を3名に認め、この3名を含む8名に胸膜肥厚を認めた。

番号	性	年齢	作業内容	従事期間 (年)	不整型 陰影	胸膜肥厚班 ・石灰化
1	女	65	研磨	13	PRO	—
2	女	61	倉庫内事務	15	PRO	+
3	男	63	旋盤・パキューム	28	PR1	+
4	男	63	原料挿入	18	PRO	—
5	男	68	製造	28	PRO	—
6	男	64	事務	28	PRO	—
7	男	69	混合・巻き取り	26	PRO	—
8	男	62	原料	21	PRO	+ *
9	男	66	製管引き抜き	25	PRO	+
10	男	69	切断加工	5	PRO	+
			機械設備点検	20		
11	男	68	製造	10	PRO	—
12	男	65	製造	29	PR1	+
13	男	65	製造	7	PRO	+
14	男	66	石綿解綿、配合	25	PR2	+

【症例 66歳 男性】

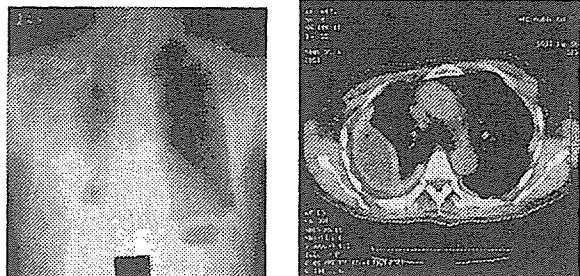
職歴：石綿パイプ（水道管）原料室にて石綿の解綿・配合作業に25年間従事。

現病歴：2002年2月より呼吸困難・咳嗽増強傾向にあり、2002年5月近医入院。右血性胸水を多量に認め胸腔ドレーンにて排液を行うが不十分であった。胸水の検査では悪性所見を認めなかつた為、結核性胸水が疑われ抗結核剤を半年間投与されているが改善無し。2002年11月開胸胸膜生検を行つたが中皮腫、結核ともに否定的であった。

自主健診受診時所見：2002年12月我々が行った
じん肺自主健診受診。胸部レントゲンでP R 2型の
じん肺・石綿肺所見に加えて多量の右胸水貯留
を認めた。胸部CTでも被包化された大量の胸

水及び胸膜肥厚を著明に認めた。肺機能検査で%肺活量36.5%と著しい拘束性障害を認め、労作時の低酸素血症の為、在宅酸素療法の適応と診断した。

健診受診時の胸部レントゲン及び胸部CT



管理区分申請：じん肺健康管理区分申請を行い添付意見書として①良性石綿胸水②悪性中皮腫③結核性胸膜炎が考えられるがいずれの疾患でも労災に該当する旨主張したが、労働局では管理3イ（PR2、F（-））の決定であった。（2003年3月5日）その後、中央じん肺審査会への不服申請が認められ同8月、じん肺管理区分4として労災認定を受けた。

療養支援について：この事例は、在職中に健康管理区分の決定を受け、退職後に健康管理手帳の交付を受けていた。欠かさず受診をしていた健康管理手帳の健診でも肺機能障害はF（+）と認められてきた。2002年2月から症状悪化していたが、直近の健診でも症状変化について個別フォローは行われていない。

自主健診にはE社の同僚に紹介されて受診。その後に患者会や医療機関の療養支援を受けるなかで身体障害者手帳の取得や労災認定などの療養条件整備ができた。健康管理区分決定に対する不服申立に際しても、患者会や医療機関の支援というつながり（ネットワーク）のなかで、自身の石綿の健康障害についての認識を深めることができ、申請をあきらめずに制度を活用することにつながった。我々は、こうした制度への結びつけ、活用にあたって患者の社会参加や療養を促進するには、行政・医療機関・患者会等の公私の社会資源が一体となった継続支援のためのネットワークづくりが有効だと考えている。

【健康管理に関して】

石綿管には最も発ガン性の強いクロシドライトが使用されていた。E社では昨年1年間でも2名の元作業者が中皮腫で死亡しており、健康管理は極めて重要である。しかし就労中の石綿に関する教育は行われておらず、退職後の健康管理もほとんど実施されていなかった。また、今回の自主健診における有所見者はいずれも石綿健康管理手帳を持していなかった。そのため患者会、医療機関等でよびかけて2004年4月7日、鳥栖市で石綿健康管理と制度活用の学習会を、佐賀労働局安全衛生課、労災補償課を講師に開いた。学習会には自主健診受診者やE社の元従業員が相互に連絡を取り、働きかけ合って参加した。学習会後には石綿健康管理手帳交付の集団申請へと結び付いて行った。こうした経過は、E社の元従業員を地域のなかで集団として把握し、一人一人の健康管理を進めて行く契機になったと考えている。今後、石綿健康管理手帳による健診の充実、とりわけ胸部CTの導入などが求められる。さらに、石綿の健康影響や制度の周知徹底、制度への結びつけへの支援をはじめ地域保健・職域保健が一体となった総合的な取り組みを早急に確立する必要がある。

【まとめ】

佐賀県鳥栖市にあった石綿セメント管工場の元従業員に対する自主健診を実施した。14名の受診者の内、石綿肺所見を3名に認め、この3名を含む8名に胸膜肥厚を認めた。しかし離職後の健康管理は不十分であった。

自主健診後、労災認定や療養支援を患者会、医療機関等と取り組むなかで、石綿の健康障害と制度に関する学習会を、佐賀労働局を講師に行なった。学習会には自主健診受診者やE社の元従業員が連絡を取り合い参加した。学習会後は石綿健康管理手帳交付の集団申請を行なった。

今後、E社の元従業員に対して地域保健・職域保健が一体となった総合的な取り組みを早急に確立する必要がある。

Cervical spondylosis among professional coolies carrying load on the head in Bangladesh

MH Mahbub¹, MS Laskar¹, SF Akter², H Altaf³, M Inoue¹,
K Yokoyama¹, T Wakui⁴ and N Harada¹

¹Department of Hygiene, Yamaguchi University School of Medicine. ²NIPSOM, Bangladesh. ³Dhaka Medical College Hospital, Bangladesh. ⁴Ube College

Introduction

Carrying load on the head imposes a considerable amount of strain to the axial skeleton.¹ As cervical spine is the most cranial and actively mobile part of the vertebral column, so it may be vulnerable to the stress placed on it by weight. The practice of carrying heavy loads, weighing 50 to 100 kg on the head is very common in Bangladesh. Professional coolies are the people who use their heads as a mean of carrying loads to transport these from one place or vehicle to another. So they are in increased risk of developing cervical spondylosis. The present study was designed and carried out to find out the prevalence of cervical spondylosis in a sample of professional coolies and how it varies with age, duration of occupation, weight of carried load, and daily working hours. Additionally, subjective symptoms in the musculo-skeletal system of the coolies were also documented.

Methods

For this cross-sectional study a random sample of 98 coolies was studied. A previous history of neck injury was used as an exclusion criterion. Data were collected on questionnaire by direct interview and from the reports of cervical spine x-rays. Anteroposterior and lateral view radiographs were used for the assessment of cervical spine. Diagnosis of cervical spondylosis was based on the presence of osteophytes along the border of the vertebral bodies and narrowing of the intervertebral space.² Means of age, duration of occupation, weight of carried load and daily working hours were 35.6 years (range 47 years), 11.7 years (range 34 years), 74.3 kg (range 25 kg), and 13.2 hours (range 5 hours) respectively. All statistical analyses were performed with SPSS statistical software version 10.0. Statistical associations were investigated using chi-square test and logistic regression analysis.

Results

All the respondents of this study were male with most (76.5%) aged below 40 years. Exclusively all of them used head to carry load. Cervical spondylosis was found in 39 of 98 coolies (39.8%). Nineteen out of 39 (48.7%) cases of cervical spondylosis were of or above the age of 40 years

and the rest 20 cases (51.3%) were below the age of 40 years. Significant association was found between age group and cervical spondylosis. The study observed that duration of occupation had a significant association with cervical spondylosis. A comparison of the results for coolies with duration of occupation 10-15 years or more demonstrated a significantly higher prevalence of cervical spondylosis than with duration of occupation less than 5 years. A trend towards an increasing prevalence of cervical spondylosis with an increase in the duration of occupation was observed. Prevalence of cervical spondylosis was statistically associated with average weight of carried load. The study found that the coolies who carried load more than 75 kg per day they suffered more from cervical spondylosis. But statistical analysis revealed no significant association between daily working hours and prevalence of cervical spondylosis. The association of duration of occupation with cervical spondylosis remained statistically significant in multivariate analysis, whose odds ratio was 1.159 (95% CI 1.036 to 1.296).

Tingling and numbness of fingers (74.4%) was found to be the most common symptom in coolies with cervical spondylosis and back pain (39.0%) in coolies without cervical spondylosis. Muscle weakness of upper limbs (69.2%), pain in the neck (43.6%) and restriction of movement of cervical spine (35.9%) were also frequent complaints reported by the coolies with cervical spondylosis. Among the coolies without cervical spondylosis a high percentage reported that they had also pain in knee joint (32.2%), headache (30.5%) and shoulder pain (23.7%). The current prevalence of symptoms like tingling and numbness of fingers, muscle weakness of upper limbs and pain in the neck was significantly higher among coolies with cervical spondylosis compared to coolies without cervical spondylosis.

Discussion

The 39.8% prevalence during our study suggests that coolies have increased risk of developing cervical spondylosis than the general population. This finding is in accordance with findings of an increased rate of cervical spondylosis in a

Jamaican rural population who carried burdens on their head.³ Our results were also confirmed by Jumah and Nyame in a study among Ghanains showing a significantly increased prevalence of cervical spondylosis in load carriers.⁴

Degenerative change in the cervical spine is common and correlates very closely with the aging process. Cervical spondylosis is a disease of elderly affecting mostly those over 50.⁵ In a study among the patients with cervical spondylosis in Bangladesh it was found that maximum number of cases (60.0%) was in the age group above 50.⁶ In the present study it was observed that out of 39 cases of cervical spondylosis, 20 (51.3%) coolies with cervical spondylosis were of below 40 years of age. A higher rate of cervical spondylosis in relatively younger age group was shown in our study. The reason behind this may be that cervical spine is susceptible to earlier disc degeneration in head loading.

An important factor found in this study was the duration of occupation, as its increase significantly increased the prevalence of cervical spondylosis. Coolies, who worked for 10 to 15 years or more than 15 years, had higher rate of cervical spondylosis. Long term heavy load carrying on head may exacerbate the process of disc degeneration in the cervical spine. In the present study, prevalence of cervical spondylosis increasing with the weight of carried load was found statistically significant. But there was no significant association between daily working hours and cervical spondylosis. Moreover, it seemed from the multiple logistic regression analysis that duration of occupation was the significant variable in predicting the prevalence of cervical spondylosis in coolies. So it can be assumed that cervical spondylosis results from the gradual degenerative changes of the cervical spine over time.

It was clearly revealed that most of the coolies suffered from pain in different parts of the body. This might be a result of prolonged working hours and constant posture to keep the head erect to maintain the balance of heavy load. Tingling and numbness of fingers, muscle weakness of upper limbs, pain in the neck, restriction of movement of cervical spine, shoulder pain, headache and pain along the arms were the most common symptoms among the coolies with cervical spondylosis in this study. Findings like pain in the neck, headache, and shoulder pain are comparable with the observation reported by Ahmed et al except for tingling and numbness (74.4%) and muscle weakness (69.2%), which were only 50% and 17.5% respectively in their study.⁶ The explanation for this difference is probably due to the fact that

in their study the patients with cervical spondylosis were the subjects, whereas we assessed the symptoms among coolies. Our study also observed that 35.9% of the cases had limitation of movement of cervical spine. The symptom correspondents well with the findings of the study of Ahmed et al.

Neck symptoms like pain in the neck and restriction of movement of cervical spine were absent in 22 (56.4 %) and 25 (64.1 %) coolies respectively with cervical spondylosis. Correlation of radiographic changes in cervical spondylosis with clinical symptoms is low. Many individuals with radiographic evidence of cervical spondylosis may be completely asymptomatic. The reason for this discrepancy is explained by differences in the initial size of the cervical spinal canal.⁴

The results of the present study must be interpreted in the light of limitations of the study. The study place was selected purposively. So prevalence of cervical spondylosis among the coolies studied cannot be generalized. As an obvious limitation of our study we must emphasize that no control group not exposed to load carrying on head was used as a reference population to compare prevalence of cervical spondylosis. Certain information were recorded according to the statement of the respondents, e.g., age, duration of occupation as cooly. These were not possible to verify as they did not keep any record. Limited national data also restricted the researches from comparing the findings, and thus led the researchers complying on to the information provided by other countries.

In conclusion, the high prevalence of cervical spondylosis among professional coolies may be associated with the practice of carrying heavy loads on the head. Therefore, we suggest that further research by a case-control study using a large sample of population with more advanced radiological tools is required among the coolies to investigate the problem of cervical spondylosis.

References

1. Joosab M, Torode M, Rao PV. 1994. Preliminary findings on the effect of load carrying to the structural integrity of the cervical spine. *Surg Radio Anat*, 16(4), 393-398.
2. Hagberg M, Wegman DH. 1987. Prevalence rates and odds ratios of cervical spondylosis in different occupational groups. *Br J Ind Med*, 44(9), 602-610.
3. Bremner JM, Lawrence JS, Mial WE. 1968. Degenerative joint disease in a Jamaican rural population. *Ann Rheum Dis* 27, 326-332.
4. Jumah KB, Nyame PK. 1994. Relationship between load carrying on the head and cervical spondylosis in Ghanaians. *West Afr J Med*, 13(3), 181-182.
5. Pallis G, Jones AM, Spillane JD. 1994. Cervical spondylosis. Incidence and complication. *Brain*, 77(2), 274-278.
6. Ahmed Z, Khan M, Islam N. 1992. Cervical spondylosis. *Asian Medical Journal*, 25(4), 271-277.

一般口演 9-13

保健・医療・薬害

座長 仁平 將（青森県むつ保健所）

菊地頌子（江東区役所）

3年間の当事者参加型リサーチによる薬害 HIV 感染被害者遺族研究の 政策・実践と理論への寄与

山崎喜比古（東京大学大学院医学系研究科健康社会学）

溝田 友里（東京大学大学院医学系研究科健康社会学）

井上 洋士（千葉大学看護学部地域看護学）

若林チヒロ（埼玉県立大学保健医療福祉学部社会福祉学科）

1. 本報告の目的

2001～2003 年度の 3 年間にわたる薬害 HIV 感染被害者遺族調査（以下「遺族調査」）は、2003 年 12 月に『薬害 HIV 感染被害者遺族調査の総合報告書』としてまとめられた。本報告では、この調査の概要を紹介した上で、この調査の意義と示唆および今後の課題について論じ、まとめに代えたい。

2. 調査の概要

1) 調査の目的

遺族調査は、第 1 に、薬害 HIV 感染被害者遺族の困難や被害とニーズを明らかにし遺族の救済に役立てること。第 2 に、未曾有の被害をもたらした薬害エイズ事件から遺族の経験と目を通して最大限教訓を引き出し、薬害の再発防止と医療環境の改善そして信頼のおける地域環境づくりに役立てること。第 3 に、いずれの結果も広く社会にアピールし、歴史の証言として永久に刻印し、将来にわたって生かされることをめざすこと。以上の 3 点を目的とした。

2) 調査の方法の特徴

今回の遺族調査の方法における特徴として、以下の 3 点があげられる。

第 1 に、当事者参加型リサーチという新しい調査研究スタイルを採用した点である。2001 年 5 月に東京、大阪両 HIV 訴訟原告団（被害者遺族、患者被害者）・弁護団、研究者からなる委員会を組織し、調査の設計から結果のまとめや発表までの全過程を当事者と研究者の一貫した協議・共同により行った。

第 2 に、面接法による 1 次調査（質的調査・事例調査）と質問紙法による 2 次調査（量的調査・統計調査）を組み合わせて用いる方法論的トライアンギュレーション（三角測量）を採用した点である。

具体的には 2001 年 5 月より 2002 年 3 月までに、33 件 31 家庭 41 名の遺族を対象に面接調査とケーススタディを行い、2002 年 11 月より 2003 年 4 月までに東京および大阪の HIV 訴訟原告団と弁護団が連絡のとれる 392 遺族家庭を対象に、無記名式質問紙を郵送にて配布・回収する配票調査を行った。配票調査では、2003 年 4 月末までに 225 家庭 307 名の遺族から回答を得、集計・分析に用いた（有効回収率 57.4%）。

第 3 に、調査にあたっては、プライバシーの保護とカウンセリングマインドを利かすことに徹底配慮した点である。

3. 主な調査結果

面接調査・配票調査を通じ、

(1) 遺族は「喪失の深い悲しみ」を抱くとともに、死別後平均 7～9 年経過した現在でも、「悔しさや怒り」、「自責・後悔の念」、「差別不安・孤立感」を複合的に強く抱いていること、

(2) 故人や遺族の約半数が医療・保健・福祉や行政関係者からの差別経験を有し、死別以降現在までについても、遺族の約7割が「病名を隠す」、約2割が「人とのつきあいを避ける」などの差別不安による生活行動の自主規制を行っており、差別不安が遺族の生活しづらさの根幹にあること。

(3) 現在、遺族の55.2%がIES-Rのカットオフ値を上まわっており、PTSDが疑われ、また、遺族の45.0%がGHQ12項目版のカットオフ値を上回り精神的な問題を有すること。

(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」ことに努めていたが、そのような遺族にも広くPTSDの疑いや精神健康面の問題がみられたこと、などが明らかになった。

4. 本研究の意義と示唆

1) 政策・実践への示唆

今回の遺族調査は、薬害HIV感染被害者遺族が抱える問題の解決に向けた、さまざまな主体による政策と、実践レベルでのさまざまな取り組みが必要であることを具体的に示唆することとなった。

柱としては、遺族の心のケア提供についての抜本的充実・強化、経済的生活保障サービスの整備・充実、真相究明と薬害再発防止への取り組み、HIV感染症・血友病への偏見・ステイグマ・差別の除去・解消への取り組みの必要性、被害者や遺族の当事者団体・グループへの支援が挙げられ、今後これらについての議論と具体化への発展を期待したい。

2) 理論への示唆と寄与

(1) 薬害HIV感染被害論への寄与として、今回の遺族調査は、薬害HIV感染被害の核心部分の把握解明に迫るものであり、それによって、薬害HIV感染被害の全容解明に寄与するとともに、生存被害者とその家族の問題を見る新たな目を提供するものとなった。例えば、家族としてエイズ発症・重症化から死に至るまでの過程において凄まじい医療体験・看病体験を余儀なくされた点についてその一部がはじめて明らかにされた点が挙げられよう。

(2) 遺族論への示唆としては、一般の病気により人生の中途や比較的早期において最愛の家族を亡くした遺族一般と比べ、グリーフやグリーフワークの範囲をはるかに超える死別体験とその後の影響を有する遺族が広範にいるということ、さらに死別体験とその影響は死別に至る文脈に大きく依っているということ、薬害HIV感染被害者遺族のそれは、①加害・被害関係において発生した健康被害による死別であることと、②強烈なステイグマを伴うなどの特徴をもった疾患による死別であることによって特徴づけられることが示された点が挙げられる。これらは、近年注目を浴びている暴力犯罪・飲酒運転・医療ミスといった人為的事故、交通災害などによる被害者遺族へのアプローチを考える上でも有用となるだろう。

(3) また、被害者遺族の要望や願い・ニーズには、社会や周囲の人々に対して「あなた方自身を反省し是正して欲しい」という性質のものがあることが明らかになった。これらに応えるためには、援助・被援助の枠組みを超えて、薬害の再発防止や偏見差別のない環境づくりといった加害構造の解消・是正に向けた被害者および遺族との協働・連帯（ソリダリティ）の関係に置く取り組みも必要と考えられ、援助・被援助の関係に固定しがちな従来のサポート論の修正拡大の必要が示唆された。

現場を尊重する衛生行政への転換を
実質的な保健所長確保策、薬害被害の根絶を例として

西 三郎（無所属）

研究目的：わが国の衛生行政における現場を尊重することの重要性について具体例を示しながら、法理念を具現化できていない現状を明らかにし、現在の課題の一つである実質的な保健所長確保策、薬害被害の根絶を例として、その解決に資することを目的とする。

研究方法：現行制度とその実態を調査し検討する。

研究結果

1) 立法と行政との関係及び法理念と現場の乖離

国会で審議する法案の多くは、行政が作成した内閣提出法案である。行政における政策決定者は、法案および予算案の作成を主な任務とし、法に基づく予算の執行を、政策決定者の指揮監督を受ける幹部職員が中心になって行っている。行政法の多くは、法目的・理念がいかにも高邁に規定されていようとも、その法理念の実現に対応する現場職員の確保が十分でなく、さらに、行政改革による職員減員は、幹部職員より現場職員に厳しい事実がある。このため、保健所長資格見直しに際して、所長の資格の論議が主となり、所長を継続して確保する策に十分な検討がなされていない。

2) 保健所長資格の検討と所長継続確保策の欠如

戦後、保健所の新生に伴い、国は、GHQの指示の下で、モデル保健所の設置等を行うとともに、保健所長・職員を養成訓練するため、当時の国立公衆衛生院に対し、昭和22年4月から28年3月末まで7年間に正規課程医学科42名、特別課程医学科（3か月コースを1年間に2乃至4回開催）758名を含む6013名、その他、保健所職員講習1119名等の短期講習を実施させた

（表1）。当時の多くの保健所長は、国立公衆衛生院の同窓としてお互いに協力して保健所長の任務を果たす努力を行っていた。この成果として、実質的に全国に優れた保健所網を確立した。なお、地方自治体の国立公衆衛生院研修派遣費用は、地方交付税の衛生教育費に算定されている。

表1 保健所数・保健所医師数と国立公衆衛生院正規課程・特別課程医学科卒業生数

年 度	保健 所数	定員 数	現員 医師 数	累積 卒業 生	医学 科回 数		卒業 生 日 数
					科回 数	卒業 生 日 数	
22	675			41	1	41	9/15
				86	2	45	12/23
				130	3	44	3/27
23	675			171	4	41	7/3
				207	5	36	10/2
				245	6	38	12/23
				287	7	42	4/2
24	679			332	8	45	6/30
				372	9	40	9/24
				403	10	31	12/23
				441	11	38	3/25
				449	正1	8	3/25
25	692	4226		487	12	38	6/30
				528	13	41	9/27
				567	14	39	12/20
				575	正2	8	3/24
				608	15	33	3/28
26	723	4606		645	16	37	6/27
				667	17	22	9/26
				693	18	26	3/26
27	746	4846		723	19	30	6/26
				748	正3	25	6/28
				778	20	30	12/23
				795	21	17	3/28

注1：正規糧定員25名、期間は、第1回のみ9か月、他は、1年間、特別課程医学科定員50名、期間は3か月

注2：医学科の回数は、正規課程：正と番号 特別課程：番号のみ

資料1：国立公衆衛生院15・20・25周年記念誌、保健所30年史、厚生省統計

しかしながら、その後は、国立公衆衛生院の保健所医師の養成課程である1年コースの定員は下回り、短期コースの開催回数も減少し、さらに、国立保健医療科学院では、コースを細分化し、課題に対応する研修を含め、保健所長資格者の養成に努めているが、必要数の確保にはほど遠い現状と言えよう。このように、国は、継続的に保健所長有資格者を確保するための効果ある施策を欠いたまま、新しく保健所長資格要件の制度を発足させようとしている。

3) 繰り返される薬害被害の背景の現場軽視

薬害問題は、片平冽彦らの研究者から多くの提言がなされ、国においても薬事法等の法制度の改革を行っている。しかしながら、薬害が根絶されることなく、現在に至っている。その基本的な背景には、製薬企業、薬事行政、医療のそれぞれの責任者及び担当者に、人権尊重の思想の欠如をあげることができよう。しかしながら、ここでは、この基本的なことを論ずる前に、国の制度改革にもかかわらず、規制行政による成果が十分に効果を挙げていない理由の一つとして現場行政担当者に対する制約の実態を論じよう。

国の法制度に基づく衛生行政の現状は、国の財政制約による予算の減額に伴い現場担当者の不足、地方自治体に対する国の補助金の減額に加えて、制度的に地方自治体の自治事務においては、それぞれの自治体による各種の制約のため現場行政担当者の不足があげられる。

保健所補助対象職員数の推移のうち医師についてのみ表2に示す。定員は保健所級別の定員の合計数、予算定員は当時の国補助対象職員数合計、現員は実際の人数を示す。

食品衛生法施行令に食品衛生監視員による監視回数が定められている。昭和42年当時の監視実態について国の担当者は、「食品関係営業施設は最近10年間では1年平均6%の増加を示している。これに対し、これら施設の監視指導にあたる食品衛生監視員数は年々わずかずつ増加しているものの、監視率は次第に減少し、昭和42年末には政令監視率は16.8%に低下している。」と述べてい

る（保健所30年史）。また、表3に示すように、現場職員の手薄さが示されている。

表2 保健所補助対象職員(医師)数の推移

年度	医師				
	定員	予算 人員	予算 化率	現員	充足 率
36	3512	2105	0.60	1781	0.85
37	3343	2258	0.68	1746	0.77
38	3562	2348	0.66	1706	0.73
39	3594	2368	0.66	1665	0.70
40	3623	2368	0.65	1597	0.67
41	3661	1729	0.47	1609	0.93
42	3669	1734	0.47	1553	0.90
43	3679	1739	0.47	1511	0.87

資料：保健所30年史

表3 新薬審査体制日米比較

		日本	米国
専従者	人	45	1400
		0	100
		25	40
予算(円換算)	億円	6.4	196
新医薬品成分承認数	成分	32	26
医薬品生産額	兆円	5.6	6.4

資料：石原昭夫「FDA巨大化と近代化への道」

薬事日報社（1999年）等から作成

又、薬害問題に関しても、法制度に規定される業務量を消化することができない現状である。このことは、国の定めた政策評価・事業評価・実績評価も、必要な資料よりも収集可能な資料に依存し、その一部を地方自治体の報告に頼り、その改善策も職員増を含めて提案しているのみでその実効を担保することにまでは触れていない。

まとめ：衛生行政の理念をいかに高らかに謳っていても、その理念を現場で実現できる体制を持続的に維持できなければ、国民不在の行政、薬害根絶への道遠しといわざるを得ないであろう。現場から多くの実態報告を期待したい。

片平冽彦の勧めで肝炎に関する研究からの発展の報告で、彼に深甚の感謝を申し上げます。

一般病院外来における療養中断者へのアプローチ

○ 青木 珠代・小山 義則（九州社会医学研究所）、岩田 裕子・花田 貴子・有光 信恵（大手町病院）

【1.はじめに】長引く不況のもとリストラ合理化が進み、働く人々を取り巻く雇用関係や労働環境は厳しくなっている。また、相次ぐ医療福祉制度の改悪により患者の療養権が守られていない状況が増加しているのではないかと考える。

今回、私たちは、北九州市の民間〇病院外来に循環器疾患で通院中の患者の中断訪問を実施し、中断となっている背景について検討する機会を得たので報告する。

【2. 訪問調査の概要】〇病院で2003年1月～2004年1月までの13ヶ月間に中断フォロー対象者としてリストアップされた17名を訪問調査の対象者とした。調査期間は2004年2月～4月。

外来カルテ・入院カルテより必要な情報を収集後、患者個々人の問題点を整理し、対応策等を検討のうえ、複数人で実日数7日間訪問を行った。看護職の参加は延べ16名で、訪問は土曜日の午後や平日の午後を中心に実施した。

【3. 結果】対象者の属性は男性14名、女性3名、うち単身者は男性6名、女性3名と単身者が多かった。

年齢は40代1名、50代6名、60代7名、70代以上3名と稼働年齢層の中高年が多かった。

中断の理由は、仕事が多忙である8名、保険資格の喪失3名、転院3名、体調が良い1名、医療機関の問題1名、転居1名、死亡1名であった。

就労者は8名、失職し求職活動中の者が1名（すべて男性）。就労者のうち3名は他の医療機関で療養継続していた。他の3名は電話やはがきといった中断フォローにより療養へ繋がった。2名は仕事が不規則で忙しいと面談することも出来なかった。

【4. 考察】①今回の調査で、就労者は長時間労働や不規則労働、長期出張等で主治医の外来診療日に受診することが困難となり中断していることがわかった。また、就労者のうち3名は療養継続が出来るようにと自宅や勤務先の近くの医療機関に受診していた。これらのことから、就労者が療養を継続していくうえでは、医療機関が自宅や勤務先に近いなどといったかかりやすさも重要なポイントとなることが判った。

〇病院も就労者のかかりやすさ、療養継続を可能なものにするため「夜間外来」を実施してきた。しかし、医師体制等の問題で夜間外来の診療単位が縮小となり、就労者の受診がより困難な状況となってきた。

慢性疾患を抱えた患者が就労しながら療養継続できるためには、医療従事者は患者をとりまく環境、とりわけ労働環境（仕事内容、労働時間、通勤時間、職場の地理等）や生活環境を掴み、患者の療養ニードを捉えたうえで療養が継続できるようサポートしていくことが求められる。

②次に療養継続が必要でありながら保険資格を喪失したため中断となった3事例の考察を行う。

（事例1）A氏、50歳男性。病名は本態性高血圧・脳梗塞・高血圧性網膜症。健保家族から無保険。以前は新聞販売店を行っていたが、現在は無職。

2001年9月高血圧の精密検査目的で〇病院に入院。入院中に脳梗塞を発症、リハビリーションを実施し退院。外来へ定期受診していたが突如中断。電話やはがき連絡を行っていたが連絡がとれなくなっていた。

今回の調査の中、入院カルテ情報で姉が東京に在住していることが判明し、連絡を取りA氏の近況が判った。A氏は離婚し現在は長女と次男と三人暮らしであり、長男の結婚を契機に健康保険の扶養からはずれ、無保険となった。障害もあり仕事が出来ないため経済的にも困窮した状況にあり、療養継続が困難となり中断となっていた。

早速MSWと長男の健康保険扶養となることが可能ではないか検討を行い訪問した。検討結果と精密検査や治療の継続が必要であることを本人と家族（長女）に説明し、訪問から3週間後息子の保険へ加入することが出来、療養へと繋がった。

A氏の場合、世帯の問題としてA氏が障害を持ち、子供たちも若齢で、社会的に孤立しやすい状況にあった。また、A氏自身の問題として「病気に対する認識乏しさ」「健康保険に関する知識不足」「障害福祉制度の利用等の知識不足」といったことを感じた。また、医療機関側の問題として、患者情報が整理されず、適切な支援策の検討が不十分であった。

(事例2) B 氏、61歳男性、市営住宅の4階(EVなし)に一人暮らし。高血圧、TIA、TR。長年船の仕事をしていたが失業、その後国保に加入していたが保険料を滞納し「無保険」となる。

2002年4月末TIAで〇病院に緊急入院となり、ゴールデンウィーク明けに退院。入院時、急迫状態で生活保護の申請を行ったが、生活保護の担当官の面接前に退院となる。退院後、区役所を来訪したが、担当官は入院中の急迫保護は認めず、来訪日を生活保護の申請日として生活保護受給が開始となる。外来通院から一年後「軽作業可能」という判断のもと、生活保護が打ち切られ中断となる。その後もTIAの発作を繰り返し、他の医療機関へ入院し治療を行っていたようであるが、入院中のみ保護を受け、退院後は「軽作業可能」という判断で保護が廃止されていた。そのようななか、2004年2月、屋外での作業に従事し、仕事開始から二日目に作業現場で倒れ病院に搬入された。脳血管障害のため失語症や右半身麻痺という重い障害が残り、現在も療養中である。〇病院中断後の状況は実際にB氏の介護にあたっている知人から聞き取った。

〇病院にB氏が入院した時、病院MSWを通じて行った急迫保護に対して、福祉課の担当官がとった対応(退院直後に来訪しなかったという理由で入院中の生活保護を実施しなかった)には疑問が残る。また、今回発病した経過の中でも、退院後から受給していた保護を打ち切られ、働くないと生活が出来ないという状況下に追い込まれ、外来での療養継続が出来ていなかった状況が推察される。

B氏の〇病院での入院が急迫保護として認められなかったこと、さらに療養の必要がある患者に対して、「軽作業可能」という医師の意見だけで、直ちに保護を打ち切るという判断をしたことは、保護行政上、急迫保護の理念・運用やセーフティーネットのあり方として人権上も鋭く問われるところだと思う。

保護が廃止される場合の条件のひとつに「被保護者が保護を必要としなくなったとき」(法26条前段)とあるが、これは収入が最低生活費を上回った場合のこと指しているのである。仮に最低生活費を上回る給料が得られる仕事に就くことが出来たとしても、現実に収入を得るまでの期間は保護が必要であったと考える。

この事例は療養問題を抱えた、中高年の稼働年

齢層に対する公的扶助がいかに機能していないかを示しており、今後具体的な改善策の検討が必要である。

(事例3) C氏、61歳男性。高血圧、慢性心不全。以前は警備の仕事をしていたが現在無職。就労中に意識消失発作を起こし、〇病院に搬入され緊急入院。社会保険本人で療養は継続していたが、アルコール問題もあり入退院を繰り返していくなかで、失職、離婚となる。国保へ加入していたが保険料を滞納し現在は「無保険」となり、療養中断となる。年金収入は月額9万円あるが、飲食店の二階に間借りし、家賃代・食事代で5万円を大家に支払い、残りで保険料や医療費・日常生活費をまかなっていた。心不全の急性憎悪で入院したときの治療費はMSWの関わりで急迫保護として生活保護で対処することが出来たがこれまでの外来治療費が未払いとして一定額残っている。

C氏の場合は、一定の年金収入があり、滞納している保険料の納付相談を行い、国保への継続を行えば、外来での療養継続も可能になると考えられる。アルコールリハビリテーションプログラムへの結びつけを行うためにも、今後C氏の生活を支えるキーパーソンとなる人が誰なのか見極めながら、地域の保健師やC氏を含めて今後の生活・療養について検討する必要がある。

【5.まとめ】今回の中断患者訪問から以下のことわざった。

- ①慢性疾患を抱えた就労者が中断することなく療養を継続できるようにするために、患者自身が病気についての正しい知識を取得し、健康行動へ結びつけられるような支援が専門家(医療従事者)には求められる。
- ②また、医療従事者は患者の就労場所や仕事内容・居住地など必要な情報を収集し、患者個々に適した療養環境を患者と共に検討し、療養を支援していくことが必要である。
- ③家族という身近な支援者がいない単身者や障害を抱えた世帯は他者に比べより中断となりがちである。フォーマルな支援体制の強化や居住地域での支援体制などについても検討が必要である。
- ④セーフティーネットとしての社会保障制度の充実、とりわけ、公的扶助や国民健康保険において療養の継続や就労などの社会的自立を支援していく機能の強化が求められる。

介護保険制度導入4年で見えてきたホームヘルプ労働の変容

加藤 大典（立命館大学大学院）

1. はじめに

介護保険制度では在宅介護サービスの充実が柱にすえられている。在宅介護サービスの担い手であるホームヘルパーは雇い主である事業所、利用者やその家族、他のホームヘルパーなどが絡み合う構図のなかで働いている。そこに社会保障制度・政策が絡んでくる。

本報告は、まず介護保険制度が導入されて4年が経過した今日のホームヘルパーの「働き方」を現場で働くホームヘルパーの聞き取り調査を通して把握する。そして介護保険制度導入による在宅介護サービスの市場化・営利化が、ホームヘルプ労働にどのような影響をもたらしているのかについて考察したい。

2. 調査について

調査は京都市にある社会福祉法人に所属するホームヘルパー9人に対して、2003年1月より11月まで行われた。対象となるホームヘルパーは、介護保険制度導入前(2000年4月以前)から働いている人である。そのうち女性は8人、男性は1人であった。年齢は60歳代が5人、50歳代が3人、20歳代が1人であった。また就業年数はもっとも長い者で12年(2人)、もっとも短い者が6年(3人)であった。介護関連の保有資格はホームヘルパー1級が6人、ホームヘルパー2級が3人であり、そのうち介護福祉士の資格を持っている者が5人おり、ケアマネジャーの資格を持っている者が1

人いた。週の労働日数はもっとも長い者で6日(4人)であり、もっとも短い者で2日(2人)であった。

3. 調査結果の整理

聞き取り調査からみえてきた、介護保険制度創設前から就労しているホームヘルパーの介護保険制度創設後の仕事の変化と主要な回答を列挙すると以下の通りになる。(カッコ内の年数は就労年数を示す)

(1)介護保険制度創設によって利用者との関係の変化に戸惑いが生じている

「措置の頃は『ヘルパーさん本当にありがとうございます』いうてたのが介護保険になってコロっと変わるものもいる。やっぱりお客様感覚。『お金払ってるんだからお客様』とヘルパーに対する態度がコロっとかわらはった方も。こっちは、同じ仕事の仕方してるし、同じ心構えで。介護保険になったから、どうのこうのと、自分が変わった覚えもない」(12年)

「みんなお金を払ってるでしょ。だからお金を払ってヘルパーを雇ってるんだという意識で。言葉ひとつにしても変わってきましたから。ぱっと豹変した利用者さんもいます。だからすごく悲しいです」(6年)

(2)介護保険制度創設後もホームヘルプ労働に対する専門性が認知されていないことに対して強い不満を覚えている

「『私にもできる』ってよくいわれますけど、そうじゃないんですね。やっぱりプロ意識、

専門職意識を持たないといけないんです。ホームヘルパーというのは、その人が在宅で安心して暮らせる、健康で暮らせるようにする、すごく大事なところを担っている仕事なんですね」(8年)

「利用者さんの介護に対する意識というか『やってもらってる』という意識の方がが多いんです。そうじゃなくて、生活はご自分でなさって、できないことは私たちがするという、意識というか考え方をしてほしいです。このままだと私たちは利用者さんの自立支援をするんじゃないくて、ただ利用者さんの言いなりになってしまいます」(6年)

(3)「不適正事例」や時間的制約などによって自らの労働内容が「規格化」されたことに、強い不満を抱いている

「仕事の内容について不適正事例が多すぎます。これもだめ、あれもだめと。措置の時は私達いろいろしてましたから。ヘルパーは実際におうちの中で仕事してますから困ります」(12年)

「(不適正事例について)あれも一方的に決められたものですから。事例なんていっても一方的に線を引いて決められるもんじゃないです。相手は命にかかわることでしょ。その命にかかわることを不適正事例といってしまったらどうしたらいいんでしょうね。それは困ります」(9年)

(4)サービスが「競争」されたことによる労働条件・労働環境の悪化を危惧している

「雇用面でこれから私は1人で生活していくのだろうか、という不安だったりとか。賃金がいくらだったらいいとか聞かれると困りますね。最低賃金というか、ヘルパー1人が

食べていける賃金がほしいです」(6年)

「事業所によっては賃金が極端に安いところがあるんです。最低賃金というか。そういうものを行政で定めてほしいです。ヘルパーにはパートとか契約とかいろいろありますけど、祝祭日に仕事をしたときは手当をつけたいです。介護保険制度の中にはそういったものがないんです。実際に利用者さんは土日もきてもらわなかんのですから。そういう点はもう少しヘルパーが働きやすいように制度を整えないと若い人も入ってきません」(8年)

(5)1回の訪問時の仕事量が増え、身体的負担・精神的負担が共に多くなった

「今までやつたら10分くらい前に掃除とか終わっても『もういいよ』っていわはったんが、介護保険になってから、みんな5分でも10分でも時間あまれば『あれして、これして』って、めいいっぱい言われることがあります」(6年)

「『ヘルパー派遣は1人につき1日2回にする』とかにしてほしいですね。でないと、ヘルパーは何十年と働けないと思います。みんな身体悪くしてやめてしまいます」(6年)

4.まとめ

介護保険制度導入後のホームヘルプ労働には大きな変容が見られる。それは、利用者との関係の変化、専門性の不認知、労働内容の「規格化」、労働条件・労働環境の悪化、労働密度の強化などである。特に、多くのホームヘルパーは介護保険制度が導入されて4年か経過した今日でも自らの仕事が正当に評価されていないことを不満に思っている。

市町村合併における保健師配置の留意点

波川京子（札幌医科大学）

【はじめに】

保健師を含む看護職の需給計画は2次医療圏ごとに算出され、2005年は病床100床に51.2人の受給の必要があると試算されている。保健所保健師も市町村保健師もこの中に含まれているが、配置根拠となる基準は示されていない。市町村保健師に関する配置根拠として、現在までに出されている通達等は、「国民健康保険の保健施設の拡充強化に関する件」（1949.6.1発令、1978.5.13廃止）で、「市部では人口3,000人に1人、郡部では人口2,000人に1人配置」が出されていた。続いて、「国民健康保険の保健施設について」（1960.5.20発令）で、「人口3,500人に1人を標準として配置」となっていたが、1978年に廃止されている。

全国の市町村には保健師が配置され、日々の保健サービスを実施しているが、保健師の配置基準となるものは出されていない。むしろ、市町村長の公約や、業務量増加に伴う担当課・係からの要求、都道府県の指導などで決まることが多い。

【目的】

2005年3月を目指した市町村の合併が続く中で、合併規模は人口の数合わせが先行している。そこで、合併を機会に市町村の保健師を配置する際に留意すべき点を考察する。

【方法】

保健師配置の留意事項を考えるにあたって、合併モデルを県が示し、ほぼ全市町村に合併協議会が設置され、2次医療圏内の市町村合併が進んでいるH県を事例にした。2002年度の県統計資料から、①市町村の人口と面積、出生児数、高齢者数、保健師数を収集し、それらを2次医療圏（7カ所）、合併予定市町村（17カ所）ごとに集計した。次に、②①の集計から得た、一人あたりの担当人口、面積、出生児数、高齢者数を算出し合併市町村ごとに記載した。同様に1994年度厚生科学報告で出された「保健婦の配置のガイドラインに関する研究（11年度の配置目安算定式：人口2万人までの場合； $1/5,000 * 11$ 年度市町村人口 * (1+5 * 11 年度市町村の 65 歳以上人口) / (1+5 * 0.177) + 1、人口2~25万人までの場合； $1/6,000 * 11$ 年度市町村人口 * (1+5 * 11 年度市町村の 65 歳以上人口) / (1+5 * 0.177) + 1、政令市・特別区； $1/7,000 * 11$ 年度市町村人口 * (1+5 * 11 年度市町村の 65 歳以上人口) / (1+5 * 0.177) + 1 + 1 / 15,000 * 11 年度市町村人口 * 0.35、に沿って、2000年国勢調査の人口数と高齢者数から合併予定市町ごとの保健師数を算定した。

【結果】

2002年度の2次医療圏・合併市町村ごとの集計では、2次医療圏内の合併後の市町数は1~4カ所になり、村はなくなる。合併の型は政令市・中核市、中心となる市に吸収合併する都市圏拡大型と中心都市拡大型が7カ所、同条件で合併する対等型の生活圏域、一体型と内陸拠点形成型は10カ所であった。保健師556人の一人あたりの平均は人口5,178人、面積12.5km²、出生児数48人、高齢者数984人であった。2次医療圏・合併市町村ごとの保健師一人あたりの担当数を2002年の数値（556人）と配置目安（554人）とでは、総数はほぼ同じであるが、人口に比例して都市部が多くなる傾向を示した（表）。

【考察】

2次医療圏単位の看護職需給計画は病床数から算出されるが、根底には人口がある。11年度の配置目安算定式では人口に加えて高齢者数が保健師算定の根拠になっている。保健師の配置数は2002年度と配置目安はほぼ同数であったが、保健師一人あたりでみた担当人口、面積、出生児数、

高齢者数は同じ2次医療圏内に属する市町村でも格差は大きい。行政の職員配置は対象人口と業務量を根拠にして算出されることが多いが、職種によってはこれに可動面積も換算されなければならない。

合併は市町村域を拡大させる。生活圏一体型や内陸部拠点形成型は、人口数が少なく、面積が広い市町村の合併である。保健婦1人当たりの担当人口は少なくとも保健師の担当面積は広い。高齢者数に比例する配置数であっても、移動を要する時間は面積に比例して長くなる。合併後の保健師の配属場所によっては現状維持にもなるが、新しい中心地に集中配属されれば住民に接する時間よりも移動時間が長くなることも予測される。市町村合併における保健師配置は地理的な面積や移動条件を留意する必要がある。

表 2次医療圏・合併市町村ごとの保健師一人あたりの担当数

合併の型	2002年3月時点					配置目安から算定した保健師数による				
	保健師数	担当人口	担当面積	出生児数	高齢者数	配置目安	担当人口	担当面積	出生児数	高齢者数
広島(18)	192	5,897	10.5	60	925	222	5,897	10.5	60	925
都市圏拡大型	155	8,030	5.3	83	1,168	202	6,161	4.0	64	896
生活圏域一体型	11	1,103	54.1	5	426	5	2,428	119.2	12	937
生活圏域一体型	9	2,108	43.5	18	600	6	3,162	65.3	26	901
内陸拠点形成型	17	1,972	31.6	14	624	9	3,724	60.0	26	1,178
広島西(5)	39	3,956	20.2	32	746	28	5,510	26.1	43	1,059
中心都市拡大型	39	3,956	20.2	32	746	28	5,510	26.1	43	1,059
呉(12)	77	3,786	5.9	28	920	60	5,605	8.7	41	1,362
都市圏拡大型	62	4,181	5.7	31	991	52	4,985	6.8	37	1,182
生活圏域一体型	15	2,151	6.7	13	632	8	4,035	12.6	24	1,186
広島中央(9)	52	4,327	17.7	38	799	61	3,689	15.0	33	681
中心都市拡大型	36	4,739	19.2	47	675	48	3,554	14.4	35	506
生活圏域一体型	16	3,400	14.1	22	951	13	4,185	17.4	27	1,171
尾三(11)	73	3,747	12.5	29	950	60	4,559	15.2	35	1,156
中心都市拡大型	42	3,695	6.8	27	963	33	4,703	8.6	35	1,225
中心都市拡大型	20	4,931	17.5	42	1,127	20	4,931	17.5	42	1,129
生活圏域一体型	11	1,790	25.3	12	605	7	2,812	40.0	18	951
福山・府中(8)	71	7,192	14.2	69	1,346	93	5,491	10.9	53	1,028
都市圏拡大型	63	7,908	10.0	79	1,411	88	5,661	7.1	56	1,010
生活圏域一体型	8	1,564	48.0	8	640	5	2,502	76.4	12	1,023
備北(16)	52	2,303	40.5	17	678	30	3,993	70.4	29	1,175
生活圏域一体型	10	1,763	22.1	7	420	6	2,939	36.8	12	700
内陸拠点形成型	22	2,653	32.4	24	752	13	4,490	54.8	41	1,272
内陸拠点形成型	20	2,189	58.8	13	726	11	3,980	106.9	107	1,320
保健師1人平均	556	5,178	12.5	48	984	554	5,196	12.5	48	988

一般口演 14-19

社会と医学

座長 山本 繁（尼崎市役所）

宮尾 克（名古屋大学）

日本における「健康と人権」研究の特徴

東京大学大学院・医学系研究科・国際地域保健学教室
神馬征峰

はじめに

健康と人権との関連の歴史は浅い。米国の大独立宣言にも、フランス革命のさなかに草案がつくられた「人及び市民の権利宣言」のなかにも、健康という言葉は一言もでてこない。健康が人権に関わってくるのは第2次世界大戦後である。WHO憲章(1946)、世界人権宣言(1948)、やや遅れて、プライマリー・ヘルスケアのためのアルマ・アタ宣言(1978)などのなかで、ようやく健康は人権との関連づけられるようになった(1)。しかし健康と人権の関連が実際の保健政策や保健事業との密な関係の中で、リアルに取り扱われるようになったのはここ約10年のことである(2)。

学術的には、医学系の国際誌のランセット、米国医師会雑誌、米国公衆衛生雑誌などは健康と人権関連の記事を積極的にとりこむようになってきている。2000年には、MEDLINEに用いた1966年から1999年の間の「健康と人権」研究に関するレビューがなされ、1975年以降人権関連文献がふえだし、1990年代に入るとさらにその傾向が高まることが指摘されている(3)。日本でも近年「人権」をテーマとした論文は増えていると言われている。しかし、その経緯についてはまだ十分に調べられてはおらず、日本における「健康と人権」研究の特徴は明らかにされていない。そこで本研究は、文献調査によって、日本の「健康と人権」研究の特徴をみいだすこととする。

方法

日本の「健康と人権」関連の学術文献の特徴を調べるために、医学中央雑誌データベース「医学中誌WEB」を用いた。「医中誌WEB」では1983年からの文献検索が可能である。そこで、

「Advanced」サーチエンジンを用い、まず、「人権」をキーワードとし、1983年から2002年まで、20年間の人権関連文献数を年毎に数え上げた(2316編ヒット、2004年6月20日にアクセス)。文献の種類としては、原著に限らず、総説、解説、会議録などデータベースに含まれるすべての文献をとりあげた。ついで、人権関連研究の論文として、数の多いものに注目し、その経緯を追うことにより、日本の「健康と人権」研究の特徴を見いだすようにした。具体的には、総数が250編以上ヒットしたキーワードとして「精神」、「患者」、「看護」、「倫理」、「公衆衛生」、「死」関連文献の5年ごとの推移を比較した。これらは必ずしも独立したキーワードではなく、文献によってはたとえば、「精神」領域の「患者」の「看護」と「人権」を論ずる論文もありうる。その場合は一つの論文を3回カウントした。よって、それぞれの期間毎の総計は100%を超えている。

結果

まず、表1に示すように、この20年間の文献総数の推移をみてみると、1983年から1994年までは、年間15編から55編、平均約31編の「人権」関連文献が登録されていた。しかし、1995年からは著しい文献の増加がみられ、この年を契機に日本の「健康と人権」研究が一気に増加する傾向が確認できた。

ついで、5年毎の主要文献の変動を表2に示す。最初の5年間の62.5%の人権関連文献は精神関係のものであった。この傾向は次の5年間も若干は保たれていたが、全体に占める割合は28.7%と一気に減少した。

表1 日本医学中央雑誌データベースにおける年別「人権」関連文献数

年	1983	84	85	86	87	88	89	90	91	92
文献数	19	15	41	24	29	21	36	15	32	39
年	1993	94	95	96	97	98	99	00	01	02
文献数	55	42	74	98	128	156	228	301	433	530

表2 5年毎のテーマ別人権関連文献数の推移

年	1983-87	88-92	93-97	98-02
人権文献(数)	128	143	397	1648
精神(%)	62.5	28.7	14.6	18.4
患者(%)	32.0	39.2	47.1	60.1
看護(%)	21.1	25.9	35.8	37.6
倫理(%)	9.4	14.0	10.8	18.3
公衆衛生(%)	4.7	10.5	14.6	19.8
死(%)	0.8	13.3	25.4	10.3

当初、精神について多かった患者と看護関連文献は年々増加し、98年から02年の主要文献となった。また、公衆衛生関連文献も、1983年から87年の4.7%から10.5%と2倍以上増加し、最終5年間は精神を抜く19.8%となった。

また、倫理関連文献も、当初は全体約9%であったものが、最終5年間は全体の約18%を占めるほどにまで増加した。ターミナルケアや尊厳死など死の問題と人権を論ずる文献は、1983年から87年の0.8%から13.3%と急激に増加し、次の93年から97年にかけてはさらに25.6%にまで増加したが、最終年度には全体の約10%となつた。

1998年以降は、全体の文献数がそれに先立つ5年間にくらべて約4倍増加した。最も多かったのは、患者と看護関連文献であった。精神、公衆衛生、倫理、死に関する文献の占める割合は10~20%程度に収まりながら、人権関連の主要テーマの地位を保持した。

考察

以上より、日本では1995年から、人権研究

文献数が急激に増加したことまず示した。このような人権研究数の上昇はFlanaginによるMEDLINEの調査では、第1の波として1975年から79年の5年間に、第2の波として1990年から94年の5年間に生じている(3)。第1の波と単純に比較すれば、日本の人権研究は20年遅れて急激な増加傾向を示し始めたといえる。またFlanaginは、倫理、拷問、国際保健、公衆衛生、難民を最も多い人権関連研究内容として示した(3)。本研究においては、近年、患者、看護に関する人権関連の文献が多く、この領域において日本の「健康と人権」研究が最も盛んであることが示唆された。また精神、公衆衛生、倫理、死関連の分野でも過去15~20年間、比較的コンスタントに人権研究がなされていることがわかり、これらもまた日本の「健康と人権」研究の特徴であることが示唆された。

文献

- Dujardin B. Health and human rights: the challenge for developing countries. *Social Science and Medicine* 1994;39:1261-1274.
- Gruskin S, Terantola D, Health and human rights. Detels, McEwan, Beaglehole and Tanaka (eds.), *The Oxford Textbook of Public Health*, 4th edition, Oxford University Press, 2002.
- Flanagin A. Human rights in the biomedical literature: the social responsibility of medical journals. *JAMA* 2000;284:618-9.

色覚異常者の就労と人権
(国家公務員、警察官、自衛官、JR職員に対する採用制限)
○高柳泰世(本郷眼科・名古屋大学)、宮尾 克(名古屋大学)

I はじめに:私がこの30年間問い合わせてきて、今漸く日本社会が解決の糸口についていた色覚問題という切り口からこの会に参加したい。

II 健康度:健康とは何か、健康度評価という表現が公衆衛生、学校保健の場でも聞かれるが、私はこれを普遍的、平均的に特に教育の場で云われることに疑問を感じる。慢性疾患で、或いは難病で、どのように治療を受けても身体条件は改善されない場合の健康度はその患者自身の成長記録の上から評価されるべきものである。先天性であることは他の難病と変わらないが、明らかな遺伝形式を持ち、一生変わらない色覚異常に關しての日本における健康度評価は大変間違っていた。

III 色盲・色弱・色覚異常は眼科学的診断名である:眼科学の中では数種類の検査機器を使って初めて正確に近い診断が出来ると考えられている病名を一冊のスクリーニング表から、その解説書によつて呼称し、能力評価までてしまい、人権侵害になっているとも気づかれず、全人格を否定する現状になっている身体特性は他に例を見ない。正につくられた障害である。

IV 職業適性を判定する色彩識別能テスト法はない:色覚異常者の職業適性を判定する検査法はないにもかかわらず、日本では入社時あるいは定期健康診断の場において、石原式色覚異常検査表による色覚検査を行い、誤読する者を色覚障害者とみなして、様々な職種に就かせない状況が続いてきた。このことに気づいてから30年が経過して、漸く色覚検査は人権問題であることが理解され、色覚検査廃止の方向が見えてきた。しかしこの労働安全衛生法が適用されるのは個人企業であって、国家公務員などは人事院の管轄ということで、日本社会の中で国家公務員になる夢を持っていても、石原表を誤読し、パネルD15テストをフェイルするものは、採用されないかも知れないという現状である。

V 誤った社会的通念の根元:それは義務教育の中で強制的に行われてきた学校保健の中の色覚検査にあると考える。石原表誤読者は日本人男性の約4.7%であり、明治時代から多くの誤読者がその持つ能力を試される場も与えられずに悔しい思いをしてきたことと思われる。最も広く使われている石原式色覚異常検査表の解説書と、さらに程度表として高い頻度で使われている東京医大式色覚異常検査表(TMC)の解説書を示す。

石原式色覚異常検査表は、東大の眼科教授、陸軍軍医監の石原忍氏が、大正5年に作り、大正10年に学校用となり、解説書に、「もし強度の色覚異常者が誤って、医師、薬剤師、化学者になれば、その人・終生の不利益であるのみならず、他人に災害を及ぼすことがないとも限らない」と記されていた。

東京医大式色覚異常検査表の解説書は昭和38年発行以来、改訂なしで、色覚検査機器で詳細に職業適性を記載してあるのはこの検査表だけである。色覚異常の職業適性を甲乙丙丁に分け、甲類は色覚異常があると、人命に関わることがある職種で、軽度の異常者でも就業させない方がよいとして、医師、薬剤師、保健婦、看護婦など。乙類は、色覚異常があると、仕事の遂行に重大な過誤を来す職種で、自衛官、警察官、海上保安官など。丙類は色覚異常があると、仕事の遂行にやや困難を感じしめる職種で、その中に中学校の教員、高等学校の教員などが入っていた。最後に丁類として異常者であっても就業して差し支えないとして、ダフ屋とか競馬予想屋など現代にそぐわない職業まで、502種目も掲載されていた。驚くべき人権問題が平然と記載されていて、どうしてこのような本が未だに基準にされているのか、東京医大では就労と人権について何も考えてこなかったのか不思議に思われる。

日本人の殆どが、この解説書を信じて疑わず、仮性同色表を誤読したものを、色覚障害者と見なし、社会防衛の意図で障害者として危険視してきた歴史がある。

VI 色覚異常者の色識別能:私は十数年前から、学校保健法に則って行われてきた色覚検査によつ

て色覚異常と判定された中学1年生に、実社会における色識別能検査を同時にを行い、分析した結果、眼科学的色覚検査結果と、社会的色識別能とに大きな差があることを明らかにしてきた。色識別能を眼科学的色覚検査からは推定出来ないと云うことである。実際の場面で試してみなければ判らない。

大学は何らかの障害があっても教育によって社会に適応する能力を教育する場であり、一冊の検査表のみによって、誤読する者を排除するのは間違いであるので、見直してほしい旨文部省に要望してきた。また、入社制限している企業に対しては、人材の損失があるので、実際の能力評価をして合否の判定をするよう呼びかけてきた。文部省(現文部科学省)は相当の早さでこれに応え、工業高校入試制限、大学入学制限はほぼ撤廃された。

VII 厚生労働省の労働安全衛生法改正による雇入時の色覚検査廃止:厚生労働省は平成13年10月から労働安全衛生法の一部改正を行い、雇入時の色覚検査を廃止した。「知見の蓄積により、色覚検査で異常と判別されても大半は支障なく業務を行うことが可能であることが明らかになってきている。特に支障がないにも関わらず事業者において採用を制限する事例も見られた。そこで法令上の措置として、雇入時健康診断時の色覚検査を廃止した」と述べ、更に「色覚検査は現場における職務遂行能力を反映するものではないことに十分な注意が必要である」と明記している。同時に「各事業場内において色の表示のみにより安全確保を図っているものについては、文字との併用などにより、誰もが識別しやすい表示方法の配慮が必要」と色のバリアフリーにまで言及していることは画期的な快挙であった。

しかしこれはプライベート企業を対象にしたものであり、国家公務員、警察官、自衛官、JR職員には適応されていない。警察庁官房長に面談したが、警察官としての欠格条項に色覚正常なことが入る確たる理由は示されず、人事課企画官などを当院に派遣して頂いて、色覚に関する詳細な説明を行ったので、近い将来変わることを期待したい。更に、人事院人材局企画課採用指導官という肩書きの方達とも面談させて頂いたが、こちらもこれから変わることを期待したい。JR職員はすべて‘のぞみ’の運転手になるかも知れないローテートを考えて色覚正常なこととしているのが現状であるが、危険防止には職種に応じた現場のテストが考案され、合否判定がされるべきと考える。

VIII 日本眼科医会と一部の教育委員会の動向と色覚啓発の必要性:日本眼科医会は学校保健法による検査が廃止された今、「色覚異常を早期に知る機会を失う」「予期せぬ色誤認」を防ぐために早いうちに色覚検査をすべしと、アンケートにより学校での色覚検査を薦める傾向にある。石原表は健常者には一目で読めるが、異常者はそれが読めないので結果の判読は顕著であり、母親が検査に立ち会つた際の精神的打撃は大変大きい。筆者が経験した相談例の中にはこの検査による色盲との診断で、母親は墮胎したとの例もあった。このような個人のトップ・プライバシーにかかる検査は無造作に行われてはならない。学校で、従来の遺伝情報も明らかになる石原式色覚異常検査表を使うのならば、学校医が検査すべきである。児童の人権を守り、本当の意味の説明と納得を得ての色覚検査は眼科学校医にも難しい。学校生活で特殊な色の組み合せの識別に困難を感じている児童に出会ったときには、小学生のうちならば、指摘せずに、構図などが優れていることなどで勇気づけ、個々に違うであろうが自我が確立して、色覚検査をしたいと自覚した折に検査を受けるよう指導すればよい。

IX おわりに:私ども臨床家は患者の欠陥を見いだすのが仕事ではない。制限を示す以外事後措置のない色覚検査は当事者にとって何の役にも立たなかつたどころか、将来の芽を摘み取ってきたと考えられる。人間には誰しも足りないところを補う代償機能が働くものである。幸い、強制的な色覚検査は削除されたので、もし、色の使い方が違う人に出会ったならば、それを個性として受け止めるのがよい。

最後に、我が国での長い色覚検査の結末として、日本人の心の中に色覚についての間違った偏見が醸成された。欧米に見られるような人前で自ら色覚特性を宣言できる明るい社会が育つことを心から期待している。

Email:yataka@yacht.ocn.ne.jp

平成15年度「介護報酬の見直し」で、権利の保障は可能か
— “老後を豊かに生きるために”、「地域福祉研究会」の考察から—

前田黎生（愛知県高齢者生活協同組合）

1はじめに — 出題する契機 —

私は、名古屋市の保健婦で働いた頃から社医研(現学会)の会員になり、貴重な学習の機会を得た。今まで、聴講する立場で参加したが、今回は、在宅ケアの利用者の立場からも出題者になって在宅介護ヘルパーの労働負担特に、ヒューマンサービス労働のもつ共通の社会性、健康権の侵害に現場の声から問題提起をしたいと考えた。

2 平成15年「介護報酬の見直し」の問題点

今回の改正は、在宅介護支援を重視。サービスの向上。介護報酬の引き上げ、ケアマネージャの報酬の引き上げ、介護タクシーの新報酬設定など上げられている。これらの改定で介護サービスの質の向上、利用者の必要とするサービス提供は不充分と考えられる。

地域福祉研究会が現場の声を聞く ①利用者の身体介護の時間が30分と決まっているので超えた分は、その後の生活援助の時間になり、全体で毎日10分～15分とオーバーしてしまう。②ケアマネージャが立てる介護計画が現場の実態とずれる。③登録ヘルパーは、介護事業所から直行、一人職場で孤独。④介護保険は利用者本人以外のサービスは禁じられても、人間関係を築くために、介護保険で使えないサービスもしてしまう。

⑤ケアマネの報酬引き上げも、ケアマネには月50件というノルマを嫁し、実績がないとペナルティが課せられる。

3 登録ヘルパーのレベルアップを…

ヘルパーの労働負担は、利用者の権利行使にも影響する。私は、故久保全雄先生に感銘深い教えを頂いた。「保健婦が生理休暇もとらずに働いて、住民の健康に責任は持てない。」と。「ヘルパーは在宅福祉の要」と私は考えている。そのヘルパーの大半は、雇用契約や社会保険がなく、身分や収入が不安定な登録ヘルパーで、夫の扶養家族の範囲で働いている主婦が目立つ。経験をつんでも待遇は変わらず、研修を受ける機会や介護内容についての検証や相談の場がない。身分の安定や労働の場の整備などレベルアップは急務。

4 起爆剤になった、地域福祉を考える研究会(名古屋市)発足

日本の福祉サービスは貧しい。自分達の老後はどうするか。行政任せにしてはおけない。1984年第1回日本女性会議福祉部会が名古屋で開催されたあと、「介護の社会化」と「女性の社会参画」、「住民参画」をキーワードとして、名古屋の住民参加型在宅福祉サービス供給組織=「地域福祉を考える会」を自主グループで結成した。そこでは、問題を抱えた主婦たちや長い間の嫁姑のあつれきに苦しむ嫁同士が集まってきた。「他の家のお年寄りには優しくできるのだから、姑の介護を仲間内で交替できないだろうか」…と、「介護の社会化」にむけた取り組みが始まった。①労力預託的な発想。②地域ボランティア活動。③有償サービスと、試行錯誤しながら互助組織で研修や実践をした。この活動は、名古屋市が「なごやかヘルプ事業」を立ち上げる起爆剤になった。

急速に接近する高齢化の進行にもかかわらず、名古屋市は不充分な介護体制(人口210万人の名古屋市のホームヘルパー数は110人、過去10年間の増員数は1人)整備は進

行しない。参考した主婦たちで結成した「地域福祉を考える会」(会長野村文枝)のホームヘルプ事業は、財源は会員の拠出金と、利用者から徴収した1時間700円前後の実費で賄うことになった。形の上では非営利・有償ボランティアホームヘルプ事業である。

約2年余り継続した事業は、名古屋市の委託事業「なごやかヘルプ事業」として、1990年8月から社会福祉協議会の事業に移管されることになったのであるが、これに先駆けて名古屋市は、ヘルパーの養成研修センターを作り、1990年1月から3か月を1期として60人ずつスタッフの養成を行った。この研修は、現在も継続されている。

5 「地域福祉を考える会」のジレンマ

公的制度の充実を基本に置きながら、住民参加のホームヘルプサービスとしてどう取り組むのか? 名称は「ふれあいサービス」。サービスの担い手は、パートでも、ボランティアでもなく、「協力員」と呼び、ふれあいサービスは、家事10ケースから取り組んでみた。事業開始に先立って「協力員60人確保」を目標に、「協力員養成講座」も開催した。ビジョンを持って立ち上げた会であるが、運営上の限界や、行政の下請けになるのではないか。対象枠外で困っている老人世帯や要介護者を抱えた家族に、喜ばれた福祉と、自分達の手作りの喜びを感じたが、マンパワーの確保を第一に、協力員の介護支援を「労働」として位置づけた、スタッフの身分保障。労働条件の確保が急務だ。…などの意見の検討を重ねた。1990年8月「なごやかヘルプ事業」が名古屋市の委託事業として社会福祉協議会に移管されたあと、ヘルパー2級の資格を持った「協力員」は、社協の介護事業所の登録ヘルパーになった。行政と協同して、地域の介護力をあげて、利用者、協力員ともども成長したいと考えることなどは重視されず、社協の業務規程で、動かざるをえなくなり、主婦の安い労働力を買い上げられたにすぎない。…とジレンマを抱えている。

会は、会長が居宅事業者になり、会長を辞されたことを契機に会の運営を継続するか、解散かの岐路に立ち、会議の上、名称を地域福祉研究会と変更して、小グループ(5部)毎のグループ活動を中心に、老後を安心して暮らす地域社会づくりの研究会として、2000年7月28日発足。事業として連続講座を年10回開催。身近な福祉や老後の生き方の学習、情報の発信をしている。他に月2回「ふれあいサロン」を開設、地域住民や高齢者とのふれあいの場をもっている。**会員の構成 32名**(登録ヘルパー(個々の介護事業所に)15名。 ケアマネジャー 2名。 福祉関係ボランティア活動 5名。 居宅事業者 3名。 民生委員 1名。 福祉に関心のある人 5名)

6 まとめ

- ① ヘルパーが、自分の健康権を度外視して、利用者の為に献身的に働くのは、支援費制度に移行し、「措置制度」が「利用契約制度」になったこと。
- ② 在宅福祉の供給体制が、規制緩和され、営利企業の参入を許したこと。そこには市場原理が強く働き、ヒューマンな福祉の面が後退した。
- ③ 支援費支給の決定の権限をもつ市町村が、財政的な負担や基盤整備のおくれで相談支援など支援制度の要、公的責任の位置づけができていない。
- ④ 自主研究会の発展と継続を。「いのち、くらし」に関して、こうありたい、こうすべきと、自分達の声を出し、行政を変えていく力にしていく活動の促進、
以上まとめとする。

ハイタク労働者の過労死と予防の現状

上畠鉄之丞(産業メディケア研究所)

佐々木昭三(いのちと健康を守る全国センター)

[目的] 東京のハイタク労働者の年間死亡数は千人対4人強でこの10年ほとんど変わらず、一般企業の1人弱の約4倍であり、在職死亡者が極度に高い職場である。循環器疾患のほか、がん死亡、とくに肺がんが増加し、自殺も多い。演者らは、ハイタク労働組合が、過労死やその予防についてどのように把握しているかを知る目的でアンケート調査を実施した。

[方法] 春闘学習会に参加した職場代表を対象に、労働時間などの職場の過重要因やストレス、在職死亡や長期休業の実態、健康診断などの健康管理や予防体制、過重労働の防止対策など国の保健政策への意見を求めた。営業所単位に各1部宛の回答を求め、翌日に粗集計結果を、詳細は組合紙を通じて公表した。主な調査項目は、月あたりの出番回数、勤務終了時間、過労死や過労自殺の原因と考えられる労働条件や会社の対応、この2年間の在職死亡や長期休業者の状況、過労死などの労災申請の取り組み、営業所単位の産業医や看護職等の有無、定期健康診断や結果返しの状況、厚労省の「過労死防止のための過重労働」対策や「サービス残業」をなくす指針への対応状況、健康日本21や健康増進法への関心度などである。

[結果] 96職場から回答を得た。常勤者が「やや減少」、非常勤者が「増加傾向」にあり、若い人がやや減り、中高年者が増加する傾向にあった。

月出番回数は12回(56%)が最も多く、次いで11回(28%)。一勤務の拘束時間は21時間(22%)が最も多かったが、長い人の場合では25時間とする回答があった。「過労死」や「過労自殺」の原因になる労働条件では、「長時間労働」が最も多く48%、次いで「深夜勤務」、「営業ノルマ」が34%、「休日少ない」、「会社の健康管理が悪い」が33%、以下「職場の人間関係」(16%)、「ただ働き」、「リストラ」(15%)の順だった。また、長時間労働以外で健康に悪影響を与える要因では、「成果主義の賃金」(76%)、「深夜勤」(53%)、「会社の経営状態」(44%)、「休日・休暇の少なさ」(43%)、「競争主義」、「長距離走行」(42%)であった。「労働者の仕事への努力を会社は評価しているか」では、「全くしていない」(35%)、「していない」(33%)と否定的な回答が多かった。

「この2年間の営業所の在職死亡者は何人」の質問では、「なし」は21職場(22%)に対して、「2人」27職場、「1人」18職場であり、最大は「6人」2職場であった。また、「在職死亡のうちどんな病気を過労死と思ったか」では40事例があげられ、内訳はがん20人、心臓病8人、自殺5人、脳出血・くも膜下出血、脳梗塞などの脳血管疾患4人で、長時間労働、休憩なし労働、公休出勤のほか、サラ金自殺、借金自殺が原因として指摘されていた。更に、「働き過ぎで長期休業を余儀なくされた病気」では、脳出血・くも膜下出血、脳梗塞などの脳血管疾患が6人と一番多く、がん4人、糖尿病3人、心筋梗塞1人のほか、エコノミー症候群としての肺血栓(肺梗塞)、女性運転手の病気として自律神経失調症(2人)をあげた例があった。

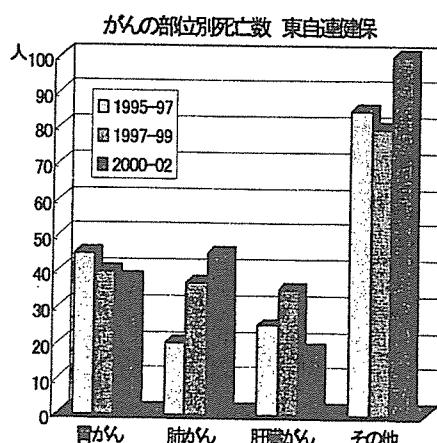
「過労死や過労自殺事例への職場での対応」では、「労組が遺族と話し合い」12件、「労組が業務実態を調査」6件、「仲間が遺族と話し合い」6件などの取り組みがあり、会社が「遺族と話し合った」、「業務実態を調べた」は各2件、過去に、「労災申請した」とする職場は17件(17%)あった。過労死を予防する職場の体制では、「産業医の配置」は29職場(30%)、「保健師・看護師の配置」9職場(9%)に対して、「安全衛生委員会」は37職場(39%)にあり、そのうち「年4-5回以上開催」は32職場であった。また定期健康診断は年2回ほぼ完全におこなわれ、「健診結果」の個人通知も、35職場が「2週間以内」、41職場が「1カ月内」と早めに返却されていた。ただ、検診結果にもとづく個人の保健指導が「全員にされている」は7職場と少なく、「異常所見者のみ」40職場、「文書のみ」は29職場であった。

一方、過重労働防止での会社の取り組みでは、「一日残業時間の規制」が31職場(32%)、「週又は月残業時間の規制」11職場(11%)、「休日労働の根絶」2職場、「サービス労働の根絶」1職場などであったが、「そういう取り組みはない、知らない」も23職場(24%)あった。また、取り組みは、「労使一致」は21職場(22%)に対して、「労組要求のみ」は32職場(33%)であった。厚生労働省のすすめる国民の健康づくりについては、「健康日本21」計画については「知らない」が46人(48%)、「詳しく知らない」28人(29%)で、「関心あり」はわずか2人。「健康増進法」については、「知らない」26人(27%)に対して、「知っている」31人(32%)、「聞いたことはある」27人(28%)で、「知っている」のうち「有意義」の回答は16人と約半数だった。なお、ハイタク労働者のたばこ対策への取り組みでは、「とくになし」が54職場(56%)、「分煙」は22職場(23%)であり、「喫煙場所の指定」は3職場、「全面禁煙」は2職場のみ、禁煙希望者への「禁煙支援」は5職場であった。さらに、高血圧、糖尿病、肥満や高脂血症などの生活習慣病を有する労働者への支援では、「職場の食事メニューが充実している」が5職場あったものの、「メニューはあるが利用しづらい」も11職場あり、54職場は「とくにない」と回答した。

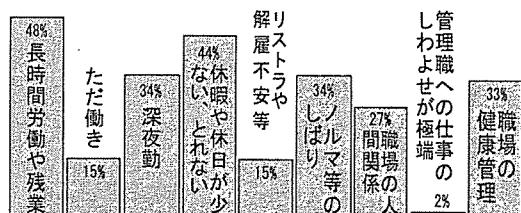
[考察] ハイタク職場での過労死は、他職場に比較して厳しい実態があり、本格的な予防対策が求められ、労働条件の改善がなによりも優先されるべきである。また、健康診断後の保健指導体制の改善とともに、たばこ対策や食生活改善を支援する職場単位の取り組みが重要と考えられた。

東京自動車健保被保険者死亡の状況

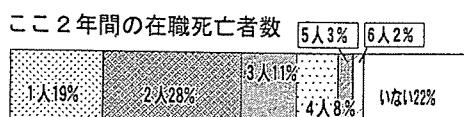
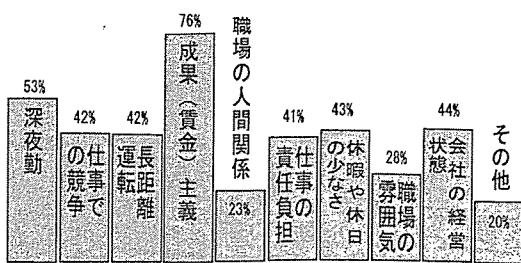
	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
被保険者数	48,152	48,875	49,380	49,859	49,551	49,095	47,854	47,384	47,303	46,625	46,085	45,765
死亡者数	161	228	205	201	178	179	182	201	222	195	193	190
千対死亡率	3.34	4.67	4.11	4.03	3.59	3.65	3.80	4.24	4.69	4.18	4.18	4.15
死因別死亡(2年、千対)	1993-94年	1995-96年	1997-98年	1999-00年	2001-02年							
悪性新生物		1.37	1.82	1.90	1.88	1.94						
心疾患		0.80	0.46	0.46	0.73	0.62						
脳血管疾患		0.34	0.41	0.42	0.40	0.32						
自殺		0.29	0.42	0.44	0.69	0.45						
呼吸器疾患		0.32	0.16	0.23	0.23	0.16						
肝疾患		0.38	0.16	0.11	0.17	0.13						
不慮の事故		0.05	0.03	0.05	0.10	0.09						



「過労死」や「過労自殺」に関する要因



ハイタク労働と健康との関連（長時間労働を除く）



職場での対応



15年戦争と日本の医学の関係を考える

「戦争と医学」訪中調査をふまえて

西山勝夫

滋賀医科大学予防医学講座

1. 訪中にいたる経緯

本学会第39回総会（'98年）で、日本の医学医療界の戦争責任の研究の必要を述べ、第43回総会（'02年）で日本の医学・医療界の15年戦争とのかかわりに関する研究の枠組みを論じた。

同年10月米国で開催された世界医師会・WMA総会準員会議で、『七三一部隊に関する決議案』が議論された。日本医師会は、1951年にWMAに加盟する際、第二次大戦時の日本軍の蛮行を糾弾する声明を出して加盟を承認されたので、同事案は議論済みであり、過去のWMA準員会議でも当件は否決されているにもかかわらず、フランスブラウ医師は、それ以降も総会毎にこの案件を提出し、日本医師会に対して執拗に回答を迫っているとの認識を示した。また、'04年のWMA総会は東京開催が予定された。

さらに、同年11月、日中国交回復30周年を記念して日中医学大会2002が北京で開催された。この機に「15年戦争と日本の医学・医療研究会」の活動を紹介し、同問題の日中共同のアプローチを探求した。その際に訪問した中国对外人民友好協会の黄嵐庭理事から'03年9月に訪中調査団受け入れの連絡があった。それは'03年8月4日に中国で旧日本軍遺棄化学兵器による多臓器不全で死亡する犠牲者が出、9月3日に旧日本軍の化学戦に関する戦争犯罪展の開幕式が行われ、日本政府に対し、その責任を果たし、旧日本軍遺棄化学兵器が被害者を出した問題を迅速かつ適切に処理するよう強く求めた直後のことであった。

これを受け、「戦争と医学」訪中調査団を'04年4月18～28日に派遣することになった。

2. 調査団の構成

筆者、勘昭三（城北病院）、土屋貴志（大阪市立大学大学院文学研究科）、若田泰（京都民医連中央病院）、一戸富士雄（中国戦争被害者の要求を支える宮城の会）、木永恵子（福島県立医科大学）、刈田啓史郎（東北大学大学院歯学研究科）、池田一郎（立命館大学）、色部祐（働くもののいのちと健康を守る全国センター）。

3. 調査の主な目的

1. 「旧日本軍の遺棄化学兵器」の現状、その被害の実態、及び化学兵器禁止条約による日本側の処理義務に伴なう現地の諸問題の調査。

2. 「731部隊」関連では、旧731部隊施設跡の見学と凍傷実験室、動物飼育室等の実体の把握、ペスト被害者等との意見交換、北京旧1855部隊の施設跡の調査とその実態、日本軍の細菌戦についての中国側研究者との意見交換。

3. 「旧、満州医科大学（瀋陽）」などの訪問では、単に731部隊のみならず15年戦争中の日本の医学界が、中国で果たした役割と問題点の調査の糸口を掴み、関係者や中国医学界等との交流の手がかりを得ること。

4. 本年10月、世界医師会総会開催にあわせて東京で予定している「15年戦争と日本の医学医療研究会」主催の国際シンポジウムの成功のために、中国側の研究者の協力を得ること。

4. 訪中調査の行程

4月18日

北京国際空港。全日程に随行する黄嵐庭・中國人民对外友好協会理事と邵維堅・通訳と合流。

4月19日

中国人民好日戦争記念館（蘆溝橋）会議室にて、午前中、郭成周・軍事科学院元教授より、中国における日本軍の細菌戦について講話および質疑応答。午後、謝忠厚・河北省社会科学院現当代史研究所所長より河北省における細菌戦被害について、黃韶清・人民解放軍307医院教授より日本軍の遺棄化学兵器被害について、それぞれ講話および質疑応答。

4月20日

北支那派遣軍防疫給水部（北京甲1855部隊）跡見学。その後、石家庄へマイクロバスで移動。午後、ホテル会議室にて、何天義・中国抗日戦争史学会理事より河北省の毒ガス戦および遺棄化学兵器被害について、秦光・元八路軍兵士より戦争被害について、田莽莽・河北省社会科学院抗日根拠地研究センター副主任より河北省における細菌戦被害について、それぞれ講話および質疑応答。

4月21日

午前、藁城市へマイクロバスで移動、藁城第一中学にて遺棄化学兵器被害について、江小虎・藁城一中弁公室教諭および武床玉・藁城一中保健科職員より講話ならびに質疑応答、発掘現場見学。午後、マイクロバスにて北京国際空港へ移動、空路チチハルへ。

4月22日

午前、ホテル会議室にて、2003年8月4日

の遺棄化学兵器被害について、郭海洲・チチハル市人民政府顧問より講話・質疑応答、牛海さん（被害者）の聞き取り調査。人民解放軍 203 医院へマイクロバスで移動、被害者の治療にあたった主任医師と事務所主任による講話および質疑応答。午後、遺棄化学兵器発掘現場を見学後フルキ地区へマイクロバスで移動、遺棄化学兵器托管所（保管施設）見学。帰途、516 部隊（化学研究所）跡を見学。

4月 23 日

鉄路にて、チチハルからハルビンへ。宿泊先ホテルにて、午後、辛培林・黒龍江省社会科学院歴史研究所元教授より 731 部隊について講話および質疑応答。

4月 24 日

侵華日軍 731 部隊遺址を見学、陳列館会議室にて館長および靖福和さん（731 敗走後ペスト禍被害者）より講話および質疑応答。

4月 25 日

ハルビン国際空港から瀋陽へ。午後、9.18 記念館、瀋陽軍事法廷跡、皇姑屯事件（張作霖爆殺）現場跡を見学。

4月 26 日

午前、中国医科大学（旧満州医科大学）訪問、会議室にて、姜樹学・中国医科大学解剖学教室教授と周政仁・微生物学教室教授より、満州医科大学における生体解剖および人体実験について講話、解剖標本および小動物飼育室跡見学。午後、遼寧省档案館訪問、日本軍の医学犯罪についての史料について質疑応答。夕方、再び中国医科大学訪問、姜教授および周教授と質疑応答、北野政次・満州医科大学教授の研究室跡見学。

4月 27 日

マイクロバスで撫順へ。平頂山事件記念館および撫順戦犯管理所跡を見学。

4月 28 日

瀋陽国際空港から北京国際空港経由で帰国。

5. 結果・考察

1) 旧日本軍の細菌戦、毒ガス戦について

軍事医学科学院の郭、307 軍医病院の黄、河北省社会科学院の謝、田、黒龍江省社会科学院の辛等の各氏の講話から明らかになったこと。
・731 部隊以外の部隊や東北地方以外での生物化学兵器戦の実態の追求、調査・研究が重視されている。

・しかし、系統的な調査研究活動は'80 年代になってからである。
・調査研究活動を行っている人々は主に社会科学系で、医学系は非常に少ない。

2) 旧日本軍の遺棄化学兵器とその被害の事態等について

・'03 年 8 月 4 日までに各地で起こった遺棄毒ガスによる被害の経過を聴取した。特にチチハルではマスター・ドガス兵器被害の悲惨・凄惨な実態と日本の対応を目の当たりにした。

・「日本軍が遺棄した毒ガスの場所と数量を正確に示し、すみやかに処理してほしい」「この問題の解決案を早く提出してほしい」という各地の住民の願いに日本はいまだほとんど応えられていないことが明らかとなった。

3) 731 部隊関係について

・「731 部隊遺跡」に関し「'45 年から'82 年まで当局は一人の監視人を置いて、一応全体を囲んで対処してきた。'60 年代に入ってから付近に住宅が建設されはじめた」「'82 年 12 月から 731 部隊研究所が発足した、'00 年から遺跡の発掘を始めた」と、731 部隊そのものの中での研究も、15 年戦争後かなりたってからのことであることが明らかとなった。

・その理由は多々あげられたが、「日本との友好を阻害すると考えられた」と言う中国の研究者の言葉の含意を考えさせられた。

4) 旧満州医科大学（瀋陽市）について

関係教授の講話だけでなく、「生体解剖」が行われた可能性をしめす標本の提示、中庭にある地下の小動物飼育室（多数の人体のホルマリン液標本が乱雑に放置されていた）、北野政次使用していた教授室と什器を見学できた。再開発のラッシュでこれらの施設も年内には廃棄予定であることが明らかとなった。

5) 档案館について

中央政府のみならず各省政府などの档案館、大学などの図書館などには、未だ、未整理の資料が山積されているらしいことが分かった。各档案館などの連携も確立されていないようである。各館で整理、解題は進められつつあるが、医学関係は専門家不足で、微々たる進捗である。

6. 課題

日本の医学医療界は、15 年戦争への加担について、WMA 加盟時の決議で議論済みとするところなく、過去の克服に取り組まねばならない。

未整理・未解明の資料や遺物が中国にかなりある一方、開発により、痕跡が急速に消失している。医学面でも早急に中国の協力を得て、保存・整理・調査研究を推進しなければならない。

過去の克服の一環として戦時中の被害だけでなく、中国で遺棄し、長年にわたって放置してきた兵器による被害の予防や治療ためにも日本医学界が果たすべきことが多々ある。

「健康への力」に関する新しい諸概念と社会医学

山崎喜比古（東京大学大学院医学系研究科健康社会学）

1. 本報告の目的

日本社会医学会が目指す社会医学は、健康問題とそれへの人間と社会の対応が社会（文化・歴史）構造に深く根ざしていることを明らかにし、こうした構造の変革を視野に収めた健康問題解決の展望とプロセスを示そうという点に特徴があると考える。このような社会医学において、問題解決および変革の主体像の構築とその力（以下ではこれを「健康への力」と呼ぶ）の形成の課題は重要である。

実は、こうした健康問題の捉え方と「健康への力」の重視は、WHOが21世紀健康戦略として1986年のオタワ憲章で打ち出したヘルスプロモーションの考え方と基本的に一致する。「健康への力」の重視は、ヘルスプロモーションが「人々が自分たち自身の健康をコントロールできるようにする過程である」と定義されているように、WHOヘルスプロモーションの主眼である。「健康への力」に関する諸概念・諸理論は、ヘルスプロモーションの提唱と前後して、さまざまな分野で開発・提唱され研究も広がった。

本報告では、こうした「健康への力」に関する諸概念・諸理論のうち、我々が日本への導入と普及を図っているものを中心に紹介し、社会医学の研究と実践への問題提起としたい。

2. 「健康への力」概念の新しさ

「健康への力」概念の新しさ、それによって切り開かれるものとして、次の4点を指摘できよう。

第1に、「健康の科学」に対して「健康への科学」にみる新しさと似て、健康状態を見据えつつ、焦点は健康の回復・維持・増進に向けた人間と社会の行動や対応に当てられ、それが科学され、そのためには社会科学の理論と方法が大幅に動員される点である。

第2に、リスクファクターの解明と軽減・除去を志向する「疾病生成論」的発想よりも、サリュタリーファクターの解明と支援・強化を目指す「健康生成論」的発想に基づいている点である。

第3に、従来の健康教育が主眼にしてきた「行動」と比べて、より抽象的、一般的、内的、潜在的であり、「行動」は「健康への力」の発露として捉えられ、「健康への力」へのアプローチでは、「行動」へのア

プローチよりも自立性や内発性がはるかに重要視される点である。

第4に、従来のQOL概念が静的な状態概念の傾向があるのに対し、動的な能力概念である点である。

3. 「健康への力」に関する諸概念・諸理論

1) ヘルスリテラシー

ヘルスリテラシー（health literacy）は、「健康を維持・促進するために情報にアクセスし、理解し、活用する個人の能力を決定する個人の認知的社会的スキル（技能）」と定義され、ヘルスプロモーションと健康教育の最も典型的な効果指標になるとの考え方を示されている。

ヘルスリテラシーには、3つのレベルがあり、より高次のヘルスリテラシー向上のためには、知識や情報の伝達と提供という従来の教育の枠組みを超えて、保健医療のサービス提供者と患者や住民との間の双方向的関係や協力共同関係が成立して初めて開発され向上が望めるものとされている点も興味深い。

2) ライフスキルと「生きる力」

WHOのライフスキルは、「個々人が日常生活で遭遇する要求や難題に対して効果的に対処できるよう適応的、積極的に行動するため必要な能力」と定義され、第15次中央教育審議会答申（1996）以来わが国でも強調されている「生きる力」は、日本型ライフスキルとも呼ばれている。

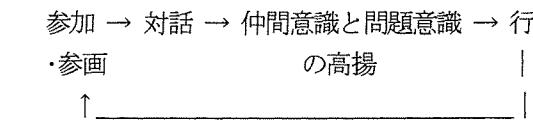
注目されるのは、こうしたライフスキルや「生きる力」の育成と向上を図るために、高次のヘルスリテラシーの開発・向上をめざす教育のあり方と似た考え方方が適用され、スキルトレーニング技法として、ゲームやディベート、ブレーンストーミング、ロールプレイ等の活用が推奨され、薬物乱用防止や喫煙防止教育なども、従来の知識伝達型、受け身の学習、動機づけに焦点を当てた教育から、調べ学習による知識の主体的な獲得、参加型学習、体験学習重視への転換が試みられている点である。

3) エンパワーメントの過程と指標

すでに述べたように、WHOヘルスプロモーションの重要な目標は、能力やパワー・権限・手段の付与を意味する住民や患者のエンパワーメントにある。

欧米では、このような能力やパワーの中核に統御感 (sense of control) がおかれる傾向があり、統御感のスケールも提案されている。

エンパワーメントが図られる過程において最も重
要視されているのが参加、特に意思や政策の決定過
程への参加すなわち参画である。参加・参画を起点
として個人や組織、コミュニティが次のような過程
とその螺旋状の発展を経てエンパワーされ健康等の
問題を解決していくとされている。



4) 当事者参加型リサーチ

1990年代にはいって、セルフヘルプグループやWHOヘルスプロモーションの分野において、上述したエンパワーメントの過程モデルを適用した当事者参加型リサーチ (Participatory Research または Participatory Action Research) と呼ばれる新しいスタイルの調査研究(リサーチ)が推奨されている。

当事者参加型リサーチは、従来の調査研究では調査の客体や対象でしかなかった患者や障害者、住民などの当事者が調査研究の立案・計画から実施、そして結果のまとめと公表に至る調査研究の全過程に、研究者と対等の立場で参加し共同で進める方式の調査研究である。このような方式のリサーチ自体によって、当事者のエンパワーメントと問題解決や改革・変革の促進が期待できるとされている。

5) ヘルスコンピテンス

自己効力感(Self efficacy)は、想定する課題の範囲によって、人が生きていく上で直面するあらゆる課題にまたがる一般的自己効力感と、特定の課題に対応した特定課題別の自己効力感とに2大別され、後者は、これまで保健医療看護分野でも特定の患者用に尺度が開発、使用されてきた。

地域で展開されるさまざまな保健活動や取り組みの統合的な目標や効果指標に使うべく、特定の健康課題別ほどには絞らず、しかし一般的自己効力感よりは限定的な健康管理領域での自己効力感として Smith らによって概念化され尺度化されたのがヘルスコンピテンス (health competence; 健康管理能力) であり、主観的健康管理能力スケール (Perceived Health Competence Scale; PHCS) である。

6) ストレス対処能力概念 SOC

以上に述べてきた問題解決能力や課題達成能力とはやや趣を異にした「健康への力」に、ストレス対

処能力がある。

ユダヤ系アメリカ人の健康社会学者 A. Antonovsky が、トラウマとしてその後の人生に引きずり心身の健康を害しても不思議ではない極めてストレスフルな経験を余儀なくされながら、その後も心身の健康を保持しているばかりか、その経験を成長と発達の糧にさえし得ている一群の人々に見出したストレス対処能力概念が SOC (Sense of Coherence) である。Antonovsky は、SOC 概念を、人生において比較的まれにしか経験しないような逆境に置かれた人々の対処能力という考え方の枠組みを超えて、人々の人生にあまねく存在するストレッサーや危機（クライシス）にサクセスフルに対処する能力として一般化し、概念化、尺度化を試みた。

SOC尺度は1987年に提案以来今日までに、数百本の実証研究に使われ、SOCスコアが高ければ健康の回復・維持・増進が図られやすいという予測力をもつことが確かめられてきている。SOCは、自己効力感やセルフエスティーム（自尊感情）のような単なる自己への信頼にとどまらず、自分を認め愛し信頼し、あるいは助けてくれる重要な他者やソーシャルサポートネットワーク、家族や集団成員間の絆やルールの存在などに裏付けられた環境や状況への信頼によっても構成されている概念である。

SOCは、今日、保健・医療・看護から心理・教育などヒューマンサービス分野でますます広く注目を集めしており、健康支援活動の目標や効果指標としての活用・応用が期待できる。

近年、臨床看護において注目を集めているホープ（希望）概念も、こうした逆境やストレスフルな状況下にあっても明るくたくましく生きていくことを可能にする力に関する概念の一つと考えられる。

4. 結び

本報告では、社会医学において、健康に関連する問題の解決および変革の主体像とその形成に関する理論的解明は重要であると考える立場から、WHOヘルスプロモーションの提唱以来急速に発展している「健康への力」に関する諸概念・理論を紹介した。

我々は、3.「健康への力」に関する諸概念・諸理論のうち、1) 2) 3) は、紹介レベルにとどまっているが、4) 5) 6) は、それらを用いて実証研究・調査研究を行っている。報告当日は、各概念・理論に関して、我々の研究を含むわが国の研究段階と課題についても触れてみたい。

一般口演 20-25

生活と健康、公害

座長 安部眞雄（東海大学）

服部 真（城北病院）

水島協同病院における大気汚染公害認定患者死者 501 人の病態調査（第 1 報）

里見和彦 福田博 道端達也 浅野純生 松岡健一
水島協同病院

1) 調査の目的

第一に、不幸にして死亡された公害病患者が如何に苦しみながら、病と闘ってきたか、その実態を医学的な資料にもとづき、明らかにすることである。

第二には、現在も、日々病と闘っている公害病患者の、治療や療養の援助に役立つ教訓を引きだすことである。

第三は、公害病患者が受けた損害について、医学的な面から、可能な範囲で検証することである。

2) 対象

1976 年から 2000 年までの 25 年間、水島協同病院の死亡診断書で確認した「公害健康被害補償法」（以下「公健法」と略す）認定患者 501 人（男 326 人、女 175 人）を対象とした。

3) 調査・分析方法

調査資料は、死亡診断書、外来・入院カルテを基調として、「公健法」に基づく認定申請書、毎年提出される「医学的検査結果報告書」・「主治医報告書」、剖検記録（95 例）から、以下のチェック・ポイントで、個人別要約ファイルを作成し、集計して分析を行った。

①公害認定病名とその治療経過（入院期間と病態を含む）、②公害病以外の病態と入院治療経過、③既往歴、④死亡診断書を基にした原死因並びに直接死因、⑤悪性新生物の診断と治療、⑥病理解剖所見、⑦主治医報告書による管理区分 etc

なお、病名は主治医の記載を基本とし、国際疾病分類（ICD-10）で若干の修正を行いコード化した。また、呼吸器学会に提唱されている Subset 分類を用い、呼吸器病態の表現を正確にすると共に、その時間的変化を観察した。

4) 結果

今回は、第 1 報として、調査結果の全容と共に、対象患者の Life Span と、原死因並びに呼吸器疾患病態（Subset 分類による）の概要、更に併発症としての悪性新生物の発症頻度について報告する。呼吸器疾患の病態の詳細な分析や、合併症・続発症並びに治療情況等については、後報に譲ることとする。

①死亡数は、1976 年の 6 人から漸増し、1994 年最高の 34 人となり、以後漸減傾向を示した。

②死亡年齢は、最低 21 歳、最高 97 歳、平均 75.3 歳であった。これを 1976 年から各年齢

での余命と、『厚生の指標』による全国の平均余命と 5 年間平均値で比較すると、その差が男性では、1976~1980 年では-8.8 年、1996~2000 年では-3.2 年、25 年間の平均では 5.1 年患者が短命であった。女性では、前者で-12.0 年、後者で-2.6 年、25 年間の平均で 7.3 年短命となった。男女共に、その差が時間と共に縮小していたが、余命の減少という結果が生じていることは重大なことである。2002 年版の『厚生の指標』によると、悪性新生物が零になったと仮定した場合、平均寿命の伸びが、男 4.12 歳、女 3.05 歳となっていることをみると、患者の平均余命の短縮の重要性が明らかとなる。

③原死因について、臓器別に大別すると、呼吸器疾患 216 人 (43.1%)、悪性新生物 151 人 (30.1%)、循環器疾患 77 人 (15.4%)、その他 57 人(11.4%)であり、当然ながら呼吸器疾患が多数を占めた。

④呼吸器疾患 (Subset 分類による) 病態と推移について

初回申請時は、慢性気管支炎 (Subset 3) 337 例 (67.3%)、肺気腫(Subset 4)25 例 (5.0%)、気管支喘息 (Subset 9) 82 例 (16.4%) であったが、最終申請時には、それぞれ 231 例 (46.1%)、13 例 (2.6%)、61 例 (12.2%) と変化していた。顕著なことは、慢性気管支炎、肺気腫、気管支喘息の併発である。慢性気管支炎に気管支喘息を合併した Subset 6 は初回の 23 例から最終 105 例と著明に増加している。これに肺気腫を合併した Subset 8 は初回 1 例であったが、最終は 25 例となっており、このことは、三者が絡み合って病態が悪化していることを示している。

⑤悪性新生物

これが原死因とされたのは 151 人であるが、重複癌があり、治療により原死因にならなかつたものも多く、悪性新生物と診断された件数は、合計 229 件に昇る。臓器別に見ると、肺 55 件、胃 37 件、大腸 32 件、肝 20 件、胆道系 13 件、リンパ節 10 件、前立腺 10 件、その他 52 件で、肺癌が多数を占めている。

『厚生の指標』による全国統計と比較する。全国の 5 年おき数値とこの期間に対応する公害病患者の五年平均値と対比すると、その発症率は、下表のごとく患者に高率であることが解る。

	76-80 年	81-85 年	86-90 年	91-95 年	96-00 年
全国	22.4%	25.0%	26.5%	28.5%	30.7%
公害患者	20.8%	26.7%	30.1%	33.5%	32.2%

公害病認定患者に対する介護サービスへのニーズと課題 －生活実態調査の結果より－

矢羽田薰 ((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

「公害健康被害の補償等に関する法律（以下、公健法）」は、大気汚染公害による健康被害者の救済を目的として、昭和49年から施行されたが、昭和63年以後法改正により、第一種地域が指定解除され、新規患者の認定が行われなくなった。制度創設から30年を経て、平成15年3月末現在、全公害病認定患者54,819名のうち41%が60歳以上となり、患者が高齢化している。患者の加齢に伴い、公健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

本調査では、公害病認定患者を対象として、現在の生活および療養実態を総合的に把握することにより、とくに介護サービスに関するニーズや課題について明らかにし、患者の今後の療養生活の向上に資する施策を検討することとした。

3. 対象者と調査方法

本調査では、大阪市西淀川区（旧第一種地域）の公害病認定患者等で構成される「西淀川公害患者と家族の会」会員のうち、平成15年7月1日時点で公健法による認定患者193名を対象とした。

方法は、調査員による面接聴取を基本として、患者の居住地に比較的近い場所での懇談形式によるグループからの聞き取り（129名）と、自宅への訪問による個人からの聞き取り（5名）により実施した。また、日程や仕事の都合および居住地が遠方のため聞き取りに参加できなかつた患者には、郵送による配布回収法（58名）により、調査への協力を呼びかけた。

4. 結果

(1) 回答者の基本属性

本調査の回答者の性別は、男性64名（33.2%）、女性が128名（66.3%）であった。年齢構成は、70代が最も多く65名（33.7%）であった。最少年齢は19歳、最高年齢は94歳、平均年齢は69.2歳であった。居住場所は、「自宅」が172名（89.1%）と最も多く、「病院に入院中」が3名（1.6%）、「老人保健施設に入所中」が2名（1%）であった。世帯構成（同居人数）は、「2人暮らし」が最も回答が多く83名（43%）、「独居」は45名（23.3%）であった。

(2) 公害病の症状

回答者の公害病による障害の程度（障害等級）は、重症区分の順に、1級が3名（1.6%）、2級が44名（28%）、3級が138名（71.5%）、等級外、無回答が各4名（2.1%）であった。

公害病の症状は、5年前と比較して「悪くなった」が70名（36.3%）、「変わらない」が101名（52.3%）であった。一番辛いと感じる公害病の症状を複数回答でたずねたところ、「ぜん息発作」との回答が86名（44.6%）で、セキやタンなどで苦しむ患者もそれぞれ72%を占めていた。「一番辛いと感じる症状がおこる頻度」については、93名（48.2%）が「毎日」と答え、以下、「週1回」が34名（17.6%）、「月1～2回」が32名（16.6%）と回答した。最近1年以内（平成14年7月～平成15年6月）に、公害病の治療のために救急搬送された患者は44名（22.8%）にのぼり、入院経験のある患者も20名（10.4%）となっていた。

調査結果から、慢性気管支炎や気管支ぜん息などの呼吸器疾患により、セキやタン、息切れや発作がおこるなどの症状が増悪し、日常生活における身体強度や機能が低下するなど精神的苦痛を伴う被害（不利益）を被っており、加齢により、さらに悪化している公害病患者の実状が裏付けられた。とりわけ、「病院と家の往復以外にはどこにもいけないほど歩くのが辛い」、「私たちは常に治療を受けなくてはいけない」、「一生ぜん息が治らないように感じる」などの自由記述意見からも、病気の治療に1日の多くの時間を費やし、生活上の負担となっていることがわかつた。

(3) 日常生活の実態と不安

ADL（日常生活動作）については、44名（22.8%）が「外出時に介助を受けている」または「外

出できない（寝たきり）、34名（17.7%）が「日常生活において介助を受けている」または「外出できない（寝たきり）」と答えた。現在、不自由や不便を感じている他病については、回答の多い順に「関節痛等」が94名（48.7%）、「白内障等」が66名（34.2%）、「高血圧」が53名（27.5%）となっていた。また、99名（51%）が「自分のセキや苦しい呼吸が、他の人の前で気が引ける」、80名（41.5%）が「何かをしようとしても、発作がおこるのではないかと気になる」と回答していることから、患者の日常生活の実態としては、公害病と他病の併発により、家事援助や身体介護に対するニーズが高いと思われた。また、呼吸器症状の増悪に対する不安感が大きく、常にストレスと対峙している状況が伺えた。

（4）介護保険制度およびサービスの活用状況

公害病による被害や日常生活上の負担を解消する社会資源として、介護保険制度によるサービスの活用が想定される。以下では、調査結果で明らかになった利用実態を踏まえて、患者の療養生活の向上に寄与する有効な制度およびサービスのあり方を考察する。

本調査において、介護保険認定を受けている患者は58名（30.1%）、受けていない患者は117名（60.6%）であった。認定を受けている58名のうち、現在の要介護度は「要介護1」が16名、「要支援」が13名、「要介護5」が5名、「要介護2」、「要介護3」が各2名、「要介護1」が1名であった。また、「自立（非該当）」と認定された患者は11名であった。

要介護認定を受けている39名に対して、最近1年間で利用した介護保険サービスについて複数回答でたずねたところ、回答の多い順に「訪問介護」が23名、「デイサービスやデイケア」が11名、「福祉用具のレンタル」が7名、「老人保健施設への入所」が5名となっていた。介護保険認定を受けていない理由については、「本人で対応できる」が47名、「家族で対応できる」が21名となっており、「公害病というのを人に言いにくい」患者が「公害病のことで相談できる」と回答した「家族・親族」に援助を求めていることが分かった。

（5）介護保険制度およびサービスへの期待

介護保険制度やサービスについては、「とくに困っていることはない」が56名（29%）、「介護サービスを利用したことがないのでわからない」が52名（29.2%）と、利用頻度が低いため、改善点について思いあたらない様子が伺えるものの、「介護スタッフが公害病や発作のことを知らない（11名）」、「発作などの緊急時に介護スタッフが対応できない（3名）」などの意見があった。また、「介護保険サービスの利用料の支払が負担（15名）」や「介護保険サービス利用料の無料化を希望する（119名）」などの回答から、費用負担の軽減を求める要望が多くみられた。

また、サービス内容については、「患者が受けたいサービスが受けられない」、「要介護度が低いのでサービスが利用できない」、「ホームヘルパーの教育に公害病のことを取り入れてほしい」など、公害病の特性を踏まえた介護支援が求められている。

5. 結論

以上の結果から、疾病の発症から30年以上経った現在でも、公害病患者がぜん息発作等の慢性化した呼吸器症状に苦しんでいること、高齢化が進み他病を併発し、日常生活においてますます療養が必要な状況になっていることが明らかになった。介護支援施策の検討にあたっての課題としては、介護保険制度の要介護認定区分は身体機能を中心に判定され、日内変動や呼吸困難により生活範囲の限定が反映される項目がないため、呼吸機能障害をもつ患者の介護度が軽くなる事例が多くみられること、公害患者は医療行為が常に必要となる場合が多いことから、利用希望のある介護サービスと実際のサービス内容に齟齬があり、家事援助や身体介助などが効率的に機能していないこと、利用経験が不足しているためサービス内容が周知されていないことなどが示唆された。

6. おわりに

今後の検討課題として、下記の点を提起したい。

- (1) 65歳以上の全公害病認定患者を対象として平成16年2月に環境省が実施した「公健法による被認定者的生活実態に関するアンケート」調査結果との比較・分析
- (2) 聞き取り調査による実態把握―特に介護支援の現状および要望に関する事例一
- (3) 医療機関における認定患者の公害医療受診状況の実態把握

ホームレス者の健康・生活実態より健康権を考える その1：大阪市における高齢者特別清掃事業従事者の健診結果より

○黒田研二（大阪府立大学社会福祉学部） 逢坂隆子（四天王寺国際仏教大学大学院）

高島毛敏雄（大阪大学大学院医学系研究科社会環境医学） 黒川渡（四ツ橋診療所）

下内昭（大阪市健康福祉局・大阪市保健所） 西森琢（NPO 釜ヶ崎支援機構公衆衛生部門）

安田誠一郎（大阪府立呼吸器・アレルギー医療センター）

はじめに

2003年2月、国が実施した「ホームレスの実態に関する全国調査」によると、大阪市における野宿生活者の数は6,603人とされている。実人数として全国大都市中、最多であるだけでなく、人口あたりの数（人口1000人あたり2.52）もまた、他大都市と比して突出している。本研究（その1～4）では、大阪市におけるホームレス者の健康実態のデータをもとに健康権の剥奪の現状を明らかにする。

1. 研究目的

大阪市における高齢者特別清掃事業に登録されているホームレス者を対象に、生活の現状を把握するとともに、健康診査を実施し、野宿生活が健康状態に及ぼしている影響を明らかにすることを目的とした。

2. 研究方法

高齢者特別清掃事業従事者に、2003年9月、生活と健康状態に関する質問票に記入してもらい、健康診査を実施した。質問票回答と健診受診をあわせて行った917名を分析対象とした。対象者の平均年齢は60.5歳（SD 3.5歳）で、55歳から65歳までが9割を占めた。

3. 研究結果

（1）質問票の分析結果

50歳代の人は60歳以上の人より、野宿者の割合が多く、1週間に欠食日がある人、食事内容に問題が大きい人、ストレスが健康に悪影響を与えていると認めている人の割合も多かった。さらに、喫煙者、飲酒頻度が多い人、飲酒に伴う社会行動面での問題ある人の割合も50歳代の方が多かった。

慢性疾患有する人の多くが、必要な治療を受けていなかった。例えば、高血圧と指摘された人は21.3%ありながら、現在治療を受けている人は8.7%に過ぎなかった。

回答者の多くが食事摂取に事欠き、必要な栄養摂取ができていなかった。1週間に一食も食べられなかつた日が1日以上ある人が32.8%みとめられた。卵・肉・魚といったたんぱく源を摂る日が1週間に2日以下の人人が45.2%を占め、野菜・果物の摂取が1週間2日以下的人は62.6%を占めた（表1）。

表1 年齢層別食事摂取状況

	総数	55～59歳	60歳以上
欠食日数(1週間)	(n=728)	(n=356)	(n=372)
0日	489(67.2)	218(61.2)	271(72.8)
1日	111(15.2)	71(19.9)	40(10.8)
2日	65(8.9)	35(9.8)	30(8.1)
3日	36(4.9)	21(5.9)	15(4.0)
4日以上	27(3.7)	11(3.1)	16(4.3)
肉・魚・卵の摂取頻度	(n=854)	(n=387)	(n=467)
毎日	65(7.6)	30(7.8)	35(7.5)
1週間に5～6日	82(9.6)	27(7.0)	55(11.8)
1週間に3～4日	280(32.8)	114(29.5)	166(35.5)
1週間に1～2日	323(37.8)	159(41.1)	164(35.1)
ほとんど食べない	104(12.2)	57(14.7)	47(10.1)
野菜・果物の摂取頻度	(n=856)	(n=385)	(n=471)
毎日	54(6.3)	24(6.2)	30(6.4)
1週間に5～6日	52(6.1)	18(4.7)	34(7.2)
1週間に3～4日	189(22.1)	68(17.7)	121(25.7)
1週間に1～2日	351(41.0)	161(41.8)	190(40.3)
ほとんど食べない	210(24.5)	114(29.6)	96(20.4)

生活のストレスが健康に悪影響を及ぼしていると感じている人は、「ある程度」34.3%、「かなり・非常に強い」27.2%であった。睡眠状態は、「あまり眠れない・ほとんど眠れない」が40.7%を占めた。野宿者ではそれ以外の人に比べ、ストレスの健康への悪影響や不眠を訴える人が多かった（表2）。また、飲酒に絡む問題を有する人の割合も多く、この飲酒に絡む問題は、不眠やストレスとも関連が強かった。

表2 寝起きの場所別にみたストレスの状況

	総数	野宿等	それ以外
睡眠状況	(n=857)	(n=597)	(n=260)
よく眠れる	159(18.6)	90(15.1)	69(26.5)
まあ眠れる	350(40.8)	243(40.7)	107(41.2)
あまり眠れない	315(36.8)	236(39.5)	79(30.4)
ほとんど眠れない	33(3.9)	28(4.7)	5(1.9)
ストレスの影響	(n=816)	(n=568)	(n=248)
影響なし	117(14.3)	70(12.3)	47(19.0)
少し	197(24.1)	124(21.8)	73(29.4)
ある程度	280(34.3)	197(34.7)	83(33.5)
かなり	147(18.0)	117(20.6)	30(12.1)
非常に強い	75(9.2)	60(10.6)	15(6.0)

（2）健診所見の分析結果

実施した17項目の検査のうち、要医療と判定された人の割合は、多い順に、血圧の15.7%、血糖値11.0%、γ-GTP 8.2%などで、1項目以上に要医療と判定された人は34.1%を占めた。要医療・要精検をあわせた割合は、血圧35.2%、尿検査20.2%、血糖値19.6%、トリグリセリド18.5%、総コレステロール15.7%、γ-GTP 11.9%、胸部X線5.7%、ヘマトクリット5.0%などで、要医療・要精検と判定された人は74.8%を占めた。

健診結果を国民栄養調査結果と比較すると、本集団では

- ①「やせ」の割合が多い
- ②重症高血圧の人の割合は4倍以上多い（表3）

- ③貧血傾向を示す人が多い
- ④血清総コレステロール、トリグリセリドの分布も低い値の人の割合が多い
- ⑤血糖値は140 mg/dl以上の人の割合が多い、などが明らかになった。

表3 血圧、ホームレス調査と国民栄養調査の比較

	50歳代		
	ホームレス (n=916)	ホームレス (n=404)	国民栄養調査 (n=361)
至適血圧	10.9	12.9	13.9
正常血圧	11.4	11.1	21.6
正常高値血圧	13.4	14.1	22.2
軽症高血圧	28.4	29.7	28.0
中等症高血圧	20.2	18.1	11.1
重症高血圧	15.7	14.1	3.3

4. 結論

本集団において一般の同年齢男性に比べて高血圧者が多いためには、生活のストレス、飲酒者が多いこと、および服薬によって血圧管理をしている人が少ないことが考えられる。本集団で「やせ」、貧血、低栄養状態の人が多いのは、食事摂取が不十分だからである。

ホームレス者は、一般の同年齢男性に比べて、健康が阻害された人々が多い。生活のストレス、食事内容の貧困さ、飲酒、医療受診から排除されていることが、その要因と考えられた。

ホームレス者は、医療、食事、住居という健康を保持するための基本的ニーズが充足されていない人々である。ホームレス者に、医療扶助の単給を認めるなどの対策を講じることによって、必要な医療を受けられるようにすること、健康を保持できる食事の確保、夜露をしのぎ冬の寒さから身を守ることのできる必要最小限の居住条件の確保が要請される。

本研究は、平成15年度厚生労働科学研究・政策科学推進研究事業として実施したもので、NPO釜ヶ崎支援機構（松繁逸夫事務局長）との共同研究である。

ホームレス者の健康・生活実態より、健康権を考える その2；入院患者調査からみたホームレス者の医療保障の課題

○高鳥毛敏雄（大阪大・医・公衆衛生）、西森琢（NPO 釜ヶ崎支援機構公衆衛生）、安田誠一郎（大阪府立呼吸器・アレルギー医療センター）、黒川渡（四ツ橋診療所）、下内昭（大阪市保健所）、逢坂隆子（四天王寺国際仏教大）、黒田研二（大阪府大社会福祉学部）

1. 目的

健康保険証がなく、現金もない野宿生活者は利用できる医療サービスは救急医療と無料低額診療に限られている。この2つの医療サービスは、性格を異にしている。なかでも救急医療は基本的には応急的なものであり、それに引き続く医療福祉サービスが連動していない傾向にあると考えられる。救急入院したホームレス患者にはホームレス者の医療保障問題が凝縮していると考え、聞き取り調査の中から浮かび上がった内容を整理してその課題を明らかにしようとした。

2. 対象

西成区の要保護傷病救急搬送者の過半数を受け入れているK病院の入院患者について平成13年10月15日からの平成14年1月5日の3か月に入院した患者607人、実人件数は569人を対象とした。調査票に基づき看護師による聞き取り方式で調査をした。

本報告では、調査票の設問項目の聞き取りだけではなく、野宿生活に至る内容を聞き取り「自由記載欄」に記入された内容をもとにまとめた。自由記載欄に記入があったのは569人中412人(72.4%)であった。

3. 結果

1) 入院患者事例の分類

患者をいくつかの事例に分類してみた。重複分類内容を有する者が多かったが、分類のどれかに1つに振り分けた。事例分類を以下に示す。

- ①慢性の病気を有するケース (48事例)
脳卒中、糖尿病、悪性腫瘍、結核、精神・痴呆、てんかんなど
- ②飲酒習慣に問題があるケース (12事例)
- ③傷病や事故などのケース (19事例)：
労働災害、交通事故、腰痛・関節痛など
- ④他の障害や老化問題ケース (8事例)：
障害がある、高齢のため
- ⑤全身状態不良のケース (18事例)：
行路・異常死の予備軍、死亡ケース
- ⑥繰り返し入院ケース (39事例)：
飲酒問題ケース、生活のための入院ケース、自己退院したケース
- ⑦飲酒習慣に問題があるケース (12事例)
- ⑧最近西成に来たケース (33事例)
- ⑨仕事が探しているケース (26事例)
- ⑩リストラ・倒産ケース (12事例)：
自営業、事業所が倒産、またはリストラ
- ⑪家庭に問題があったケース (51事例)：
親・親族死亡・不明のケース、離婚、家出・失踪ケース、女性ケース
- ⑫社会関係の問題ケース (37事例)：
拘置所、刑務所入所歴、社会とのトラブルがあったケース、借金問題があるケース、外国人ケース、暴力・盜難の被害ケース
- ⑬生活保護に関するケース (50事例)：
受給ケース、打ち切りケース、施設入所ケース、施設入所希望ケース
- ⑭生活保護受給希望ケース (15事例)
- ⑮生活保護がまだいらないと思っているケース (11事例)
- ⑯その他 (33事例)

2) 現病歴について

現病歴	K病院		社医C	
	人数	(%)	人数	(%)
高血圧	125	(22.0)	23	(14.7)
高脂血症	27	(4.7)	1	(0.6)
糖尿病	68	(12.0)	26	(16.7)
貧血	68	(12.0)	13	(8.3)
低栄養	80	(14.1)	3	(1.9)
痛風	8	(1.4)	4	(2.6)
胃がん	7	(1.2)	8	(5.1)
大腸がん	2	(0.4)	3	(1.9)
肝がん	8	(1.4)	10	(6.4)
肺がん	2	(0.4)	5	(3.2)
脾がん	0	(0.0)	1	(0.6)
その他がん	3	(0.5)	4	(2.6)
統合失調症	0	(0.0)	1	(0.6)
うつ病	3	(0.5)	1	(0.6)
神経症	1	(0.2)	3	(1.9)
他の精神疾患	15	(2.6)	5	(3.2)
角結膜炎	1	(0.2)	0	(0.0)
緑内障	1	(0.2)	0	(0.0)
白内障	2	(0.4)	1	(0.6)
他の感覺器疾患	4	(0.7)	0	(0.0)
脳梗塞	54	(9.5)	1	(0.6)
脳出血	9	(1.6)	0	(0.0)
ぐも膜下出血	1	(0.2)	0	(0.0)
他の脳血管疾患	12	(2.1)	0	(0.0)
不整脈	7	(1.2)	2	(1.3)
虚血性疾患	32	(5.6)	6	(3.8)
心筋症	23	(4.0)	2	(1.3)
心不全	30	(5.3)	8	(5.1)
他の心疾患	25	(4.4)	6	(3.8)
結核	10	(1.8)	4	(2.6)
喘息	31	(5.4)	3	(1.9)
肺炎	68	(12.0)	3	(1.9)
風邪	2	(0.4)	0	(0.0)
他の呼吸器疾患	25	(4.4)	4	(2.6)
胃炎	77	(13.5)	10	(6.4)
消化器潰瘍	115	(20.2)	17	(10.9)
脾炎	29	(5.1)	1	(0.6)
胆道系疾患	16	(2.8)	4	(2.6)
その他胃腸疾患	41	(7.2)	36	(23.1)
アルコール性肝疾患	66	(11.6)	10	(6.4)
B型肝炎	6	(1.1)	1	(0.6)
C型肝炎	86	(15.1)	12	(7.7)
肝硬変	54	(9.5)	14	(9.0)
その他肝疾患	208	(36.6)	12	(7.7)
腎炎	6	(1.1)	0	(0.0)
腎不全	7	(1.2)	1	(0.6)
尿路結石	6	(1.1)	1	(0.6)
膀胱炎	2	(0.4)	0	(0.0)
腎孟腎炎	2	(0.4)	0	(0.0)
その他腎疾患	8	(1.4)	2	(1.3)
アルコール中毒	25	(4.4)	1	(0.6)
その他の中毒	1	(0.2)	0	(0.0)
真菌症	4	(0.7)	2	(1.3)
アレルギー性疾患	2	(0.4)	0	(0.0)
他の皮膚疾患	2	(0.4)	6	(3.8)
骨折	4	(0.7)	5	(3.2)
ねんざ・脱臼	4	(0.7)	3	(1.9)
外傷	3	(0.5)	4	(2.6)
関節症	29	(5.1)	48	(30.8)
他の整外疾患	49	(8.6)	17	(10.9)
その他	296	(52.0)	21	(13.5)
総数	569	(100)	156	(100)

救急病院と無料低額診療施設に入院した患者の現病疾患を比較した。割合が高かつた疾患は、高血圧、糖尿病、消化器潰瘍、肝疾患であった。K病院の患者では胃腸疾患、栄養障害、肺炎などの疾患の者が多かった。社会医療センターの患者では、整形外科的疾患の患者の割合が高かった。

4. 考察

ホームレスの人々が現在の生活に至った理由は「仕事がない、事業に失敗した、リストラされた」、「傷病や、高齢化のために働けなくなった」、「家族の死亡、離婚などから身寄りがない」、「社会から様々な理由で身を隠している」など様々であった。生活の処し方からは「生活保護を受給している」、「繰り返し入院によって生活を立て直している」、「現金収入になることを何とかして社会に依存せずに生きている」など、これも様々であった。

医療保障の点については、救急医療と無料低額診療施設が存在することにより、一定の医療ニーズが満たされている状況にあった。野宿生活者の変化してきている医療ニーズには対応できない現状にあった。

第1には救急病院による応急的な医療対応では、患者の高齢化、および生活習慣病のような日常的な医療の提供が必要な疾患管理ができないことがある。第2に、疾病管理の外来機能を有している施設は社会医療センターのみであり近年この施設の外来患者数が急増してきているが、開設当初の診療体制であり、疾病構造の変化に対応できなくなってきた。現在の医療保障は緊急時の応急的なもののみに対してなされている。重症化してからの入院治療のみの医療はハイコスト、ティリターンであり、予防的、健康管理的な医療保障の提供制度を生活保護法等の制度改革で構築できるかが大きな検討課題であると考えられる。

ホームレス者の健康・生活実態より健康権を考える その3：ホームレス者の生活習慣病対策について

- 逢坂隆子（四天王寺国際仏教大学大学院） 黒田研二（大阪府立大学社会福祉学部）
- 高鳥毛敏雄（大阪大学大学院医学系研究科社会環境医学） 黒川渡（四ツ橋診療所）
- 下内昭（大阪市健康福祉局・大阪市保健所） 西森琢（NPO 釜ヶ崎支援機構公衆衛生部門）
- 安田誠一郎（大阪府立呼吸器・アレルギー医療センター）

はじめに

国は「成人病」から「生活習慣病」へと呼び名を改め、生活習慣改善への個人の努力を社会全体が支援する体制を整備するため、様々な生活習慣病対策を推進するとしている。その1、その2で述べられたような健診結果や健診後も引き続き実施している健康医療相談、無料低額診療施設入院患者聞き取り調査（2003年8月末から12月初旬までの新規入院患者156人が対象）などからみえてくる健康・生活実態を踏まえた上で、ホームレス者の生活習慣病対策について、あいりん地域を事例として考察してみたい。

1.栄養対策

国が示す食生活指針（2000年3月）は次のとおりである。

- 食事を楽しみましょう
- 1日の食事のリズムから、健やかな生活リズムを。
- 主食、主菜、副菜を基本に、食事のバランスを。
- ご飯などの穀類をしっかりと。
- 野菜・果物、牛乳・乳製品、豆類、魚なども組み合わせて。
- 食塩や脂肪は控えめに。
- 適正体重を知り、日々の活動に見合った食事量を。 など

食事量と栄養バランス

特別清掃事業従事者の調査結果によると、ホームレス者の多くが食事摂取に事欠き、1

食も食べられなかつた日が1週間に1日以上ある人が32.8%、卵・肉・魚といった動物性蛋白を摂る日が週に2日以下のが45.2%、野菜・果物の摂取が1週間2日以下のは62.6%を占める。

入院患者聞き取り調査では、特に野宿生活者は食事ができても1日1回(22.8%)や2回(38.6%)が多く、「金があれば食べられるし、金がなければ、1日中食べられないし、決まっていない」との回答も多かった。食事入手の方法は炊き出し(49.1%)、コンビニの廃棄食品(14.5%)、仲間知人の差し入れ(16.1%)、残飯(7.3%)、その他(キリストのパンなど)である。テントを有さない野宿生活者にとっては、野菜の摂取は極めて困難である。

手にすることのできる食事の量が限られている上に、歯の状況が極めて劣悪である（残存歯数が9本以下のものが半数を占める。義歯のないものが多い。）ため、実際の栄養吸収はさらに悪いと予想される。摂れる食べ物の種類も限られてくる。

食塩摂取

土木・建設関連日雇い労働に長期間従事した経験をもつ人が多く、日雇い仕事からも日常的に失業している今なお、高塩分食を好む傾向がめだつ。塩分量が多いと思われる弁当や炊き出しの雑炊にも醤油や塩を加えて食している人が多い。安価(70円)で簡易なカップラーメンを食べる回数が多く、塩分の多い汁まで全部飲み干さないと「腹がすいてたまらん」状態である。テントのない野宿生活者

にとては、カップラーメンのための熱湯が手に入るのは、夜間はシェルターのみ、昼間は1箇所の施設のみである。

2.運動習慣者の増加の推進

高齢者特別清掃事業に従事できるのは、本年は9日間に1回（1日あたり5,700円）である。他の日には体力の残っている人は、早朝3時頃から自転車で郊外まで行き、アルミ缶回収に走り回っている。あいりん地域まで戻ってくる午後4時頃まで自転車で走り回っている状態は十分すぎる運動量である。アルミ缶回収に行かない人は、早朝5時に炊き出しの食券をもらうために行列し、昼には炊き出しをもらうためにまた行列し、昼過ぎにはシェルターの宿泊券をもらうために行列しなければならない。夕方はキリストのパンのために行列している。

若いときからの肉体を酷使する労働のため、関節症を有する人が多く、アルミ缶回収も行列も、かなり厳しい状況にある。

3.十分な睡眠の確保

「あまり眠れない・ほとんど眠れない」が40.7%を占めた。野宿生活者は特に不眠を訴える人が多い。入院患者調査では、入院前睡眠剤常時服用が2割を占めている。夜間、中学生などに襲撃された経験を有する人が多く、「怖いし、冬は寒いし」夜は眠らずに歩き回り、昼間に眠る人もいる。シェルターでは、早朝2時ころになるとアルミ缶回収に出るためにビニール袋の音をさせながら起きだす人のために目を覚まさねばならず、4時半起床、5時には全員シェルターから出なければならぬ。衛生害虫に囁まれて「かゆみ」のため眠れないことも多い。せめて、1週間同じベッドの使用が約束され、寝具の消毒が可能になればと思う。

4.ストレスへの対応

ホームレス者、野宿生活者はきわめて強いストレスを有していることが明らかになって

いる。生活のストレスや負担感が健康に影響を及ぼしていると感じている人も多い。胃・十二指腸潰瘍を有する者・既往を有する人も多い。

5.今後のあいりん地域におけるホームレス者の生活習慣病対策の課題

- ・今年度の調査は食事・歯に重点を置く。
- ・あいりん地域内で供給されている炊き出しや弁当その他の食品の塩分量、栄養バランス調査を実施
- ・解りやすい「外食の栄養成分表示」の検討
- ・減塩炊き出しの検討
- ・野菜など、極めて不足している食品の供給システムの検討
- ・ホームレス者のたまり場となっている施設で「高血圧症予防」など生活習慣改善を促すビデオを継続的に上映したい。（「結核」関連ビデオも併せて）→ホームレス者の生活実態にあったビデオの作成が必要
- ・自動血圧計を設置し、健康医療相談を継続的に実施できる場所を特別清掃事業集合場所以外にも設定できないか。（特別清掃事業集合場所のみでは同事業登録者に偏る）
- ・公園や道端にポスターやパネル設置検討

おわりに

以上のような生活実態をみる時、生活習慣病の一次予防としていかに重要であっても、本人の自覚により、個人の努力により、生活習慣を変える余地が、ホームレス者にどれほどあるだろうか。しかも、一般国民に比して、極めて高率に、かつ重症の生活習慣病を持つ集団でありながら、二次予防としての健診受診機会や受療機会からも排除されている。生活習慣改善への個人の努力を社会全体が支援する体制は、それを最も必要としている人々には、全く機能していないといわざるをえない。

ホームレス者の健康・生活実態より健康権を考える その4：公園・路上等へのアウトリーチを通じて見える医療福祉制度の課題

- 黒川渡（四ツ橋診療所・大阪市立大学大学院創造都市研究科修士課程）
- 黒田研二（大阪府立大学社会福祉学部）逢坂隆子（四天王寺国際佛教大学大学院）
- 高鳥毛敏雄（大阪大学大学院医学系研究科社会環境医学）
- 下内昭（大阪市健康福祉局・大阪市保健所） 西森琢（NPO 釜ヶ崎支援機構公衆衛生部門）
- 安田誠一郎（大阪府立呼吸器・アレルギー医療センター）

1. はじめに

大阪市には野宿生活状態を送っている人々（以下、ホームレス者）は6000人から1万人存在するといわれている。ホームレス者は基本的人権を自ら守り、それを基盤に自己選択と自己決定による生活を送るあらゆる社会的機会から排除されている。結果として、物理的環境によるストレス防御体制は劣悪で、直接身体に健康上の被害をこうむっている。また、襲撃・差別・ステイグマなどさまざまな直接的・間接的、あるいは外的・内的因子により心理・精神的被害を受けている。

ホームレス者の身体・心理・精神面での健康上の問題は、医療保険制度利用者の健康問題より深刻で、長期化する可能性を有している。野宿生活から自立およびその後のさまざまな過程で健康問題が継続していることが指摘されている。

また、野宿生活状態に至る原因と自立・社会復帰にいたる解決課題は多様性に富んでいるため、一つの制度変更のみでは対応できない複雑性と解決困難性が指摘されている。

本報告者は2003年7月以後、現在に至るまで、アウトリーチ法による医療健康相談および医療サービス需給のための支援活動を行なっている。活動経過を事例を挙げ、ホームレス者の健康実態、問題解決上の課題について考察を加え発表する。

2. フィールドと対象

ホームレス者の野宿生活から自立（自立後を含む）過程での医療健康問題に関する相談活動。

公園・路上生活者への巡回相談や支援活動での医療健康相談、高齢者特別清掃事業（以下、特掃）での健診・医療健康相談（厚生労働省科学的研究補

助金政策科学推進研究事業による）、大阪府保険医協会での野宿生活者への医療健康相談（2004年3月開始）、就労支援活動上における健康相談（自立施設・就労支援団体など）におけるホームレス者および支援活動を行なう者など。

3. 方法

- 1) 医師がホームレス者と直接対面し、問診・相談、診察を経て、医療意見書を作成。提出先は生活保護法に基づく医療給付を行なう公的窓口および想定される受診医療機関担当医師。

- 2) 医療機関・行政・自立支援施設など関連する各種セクターへの聞き取りを行なった。

4. 結果

A. 野宿生活をおくるホームレス者の健康状態

その1. 2. 3で報告されるように、国民生活調査などによる非ホームレス者と比較してあきらかに健康状態は劣悪である。屋内生活に戻ることにより高血圧を示したものが正常高値血圧に回復したことにより見られるように、野宿生活が急速な持続的高血圧状態をもたらし、不整脈、虚血性心疾患などを続発させていることが示唆された。また栄養源の貧困さに加え、歯牙の脱落・う歯・歯肉炎を抱え、摂取食事内容の制限（ラーメンなどの“丸呑み”）により著しい栄養摂取の偏りをもたらし、生活習慣病の増悪因子となっていると思われた。不眠・抑うつ・襲撃などによるPTSDを思わせる精神状態は対人関係、特にコミュニケーション・スキルにさまざまなゆがみをもたらしており、自立経過のさまざまな環境変化への適応の困難さをもたらしている。また、これらはアルコール依存の重大な要因の一つでもあることが

推測された。

B.健康認識と医療受給を拒否する意識の変容

特掃、公園・路上巡回など野宿生活を送る当事者から自発的に健康問題で相談を受ける機会は少ない。特掃健診後の継続した医療相談と担当者の常置により自発的相談者は徐々にではあるが増加しつつある。また、巡回など援助者が他覚的に問題を発見し、医療受給を勧めても拒否する現状がある。理由の大半は、医療機関・行政窓口などでの粗雑な対応の経験からくる不信感であった。医師が生活現場に直接出向き相談・診察し、医療意見書の作成、援助者との協働などの方針を具体的に明らかにすることにより、行動化を図ることができた。

C.医療受給の多様なあり方の可能性（医療単給）

野宿生活を脱するために提供されている制度は、自立支援センター等施設入所、生活保護受給などである。いずれも生活地を引き払うことが前提となっている。野宿生活状態から受診ができないことが受診拒否の理由に挙げられる場合がある。その背景には、自立に向けた自信がない、就労機会が得られるかという不安であった。（いったん生活地を離れるとテント・小屋などがなくなる。あき缶収集領域などの既得権がなくなるなどのリスクがある。）

医療意見書を通じ医療単給が可能となり、受診と生活援助を経て、就労や生活保護へ一步踏み出す例が存在する。生活保護制度には年齢制限も存在し、そのために健康問題を抱えながら受診できない例が多数存在する。個人の実情に即した多様な給付内容を実現できる制度変更が求められる。

D.医療意見書と行政・医療の入り口の関係

当事者は自己の健康問題を説明する力や立場の弱さによる不完全な情報しか提供できないことが多い。このことによる推測や憶測が相談機関担当者に偏見を生み出し、適切な対応とサービス提供ができていない現状がある。

医療意見書には、当事者個人や援助者（非医療従事者）が伝えきれない健康上の問題と対策に関する勧告を記入している。意見書は、日常援助者

と医師による時間をかけた相談の上作成される。

問題が整理され、勧告として提示されることにより、行政窓口担当者や医療機関担当医の負担が軽減され速やかに医療提供に至っている例をあげることができる。

施設入所、生活保護、就労自立のそれぞれの過程で生活習慣病、精神・心理的健康問題をかかえる人は多い。自立に至るすべての経過で、医療との関係性の問題が問われている。特に、医師患者関係の不備は多くのホームレス者にとって不満の原因であり、受診意欲の低下や自立意欲にも否定的影響を与えることがある。たとえ医療受給が可能となっても医療者側での問題意識のあり方が極めて重大な影響を与えることを示している。

5. 考察

大阪市では無料低額医療機関やいわゆる行旅病院といわれる民間病院に問題が集積されることにより、当該機関スタッフが十分な時間を見出せない仕組みが現状をより悪化させている。また、在院日数短縮など効率化が複雑な問題を抱える患者を選別・忌避する傾向を生み出し、高齢者問題でも問題となっている。

医療従事者と医療機関が、問題を認知・理解し、病診連携・病病連携など継続的医療提供を中心に、リスクと負担を分散・分担し、自らの診療の質を改善するための合意と行動が求められる。

大阪社会医療センターの特掃健診とその後の受診依頼に対する協力はその萌芽である。特掃健診、大阪府保険医協会によるあおぞら医療健康相談活動など、徐々にではあるが医療従事者、福祉職、学生などの自発的参加を促している。

社会的再分配システムである医療福祉制度は、基本的人権を構成する概念として、健康権を守り発展させるものとして存在する。

現代社会が生み出す生活様式と条件が生み出す健康問題の象徴としてのホームレス者の健康問題を解決することは、受診可能なもののだけを対象とする排除的機能不全状態に陥ろうとする医療を改革するすべての人の健康権を守る取り組みである。

社会医学研究
BULLETIN OF SOCIAL MEDICINE
特別号 2004 第45回日本社会医学会学術総会講演集

発行年 2004年7月24日
編 集 第45回日本社会医学会学術総会 企画運営委員会
JAPANEASE SOCIETY FOR SOCIAL MEDICINE
連絡先 第45回日本社会医学会学術総会事務局
〒755-8505 山口県宇部市南小串1-1-1
山口大学医学部衛生学教室
電話：0836-22-2229 FAX：0836-22-2345
E-mail:masaiwa@yamaguchi-u.ac.jp
