

ISSN 0910-9919

BULLETIN OF SOCIAL MEDICINE

社会医学研究

第 46 回 日本社会医学会総会
講演集

日本社会医学会 特別号 2005

JAPANESE SOCIETY FOR SOCIAL MEDICINE

第46回日本社会医学会総会

2005年 宮城県仙台市

メインテーマ

「次世代に健康と健康で暮らせる社会をどうしたら伝えられるか」

【日時】 2005年6月24日（金）～ 6月26日（日）

【会場】 宮城婦人会館 仙台市青葉区錦町1-1-20 Tel.022-222-7721

宮城県民会館 仙台市青葉区国分町3-3-7 Tel.022-225-8641

体制

*名誉企画運営委員長：刈田啓史郎

(介護老人保健施設和多里ホーム施設長、

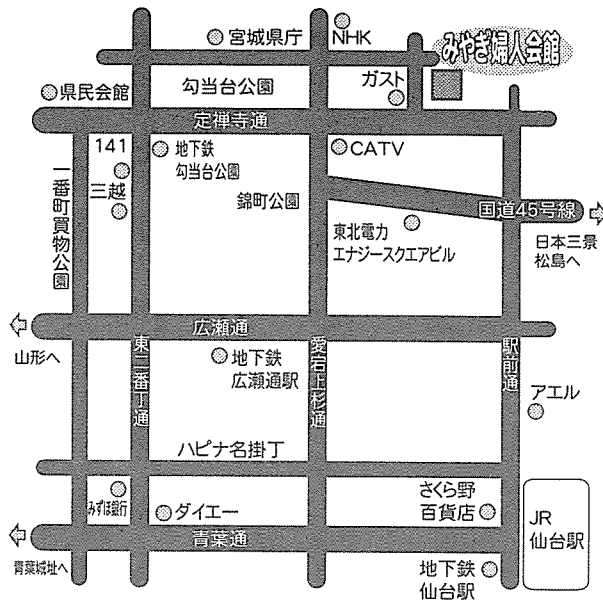
宮城県働く人の健康と環境改善をすすめる会会長、元東北大学歯学部教授)

*企画運営委員長：広瀬俊雄

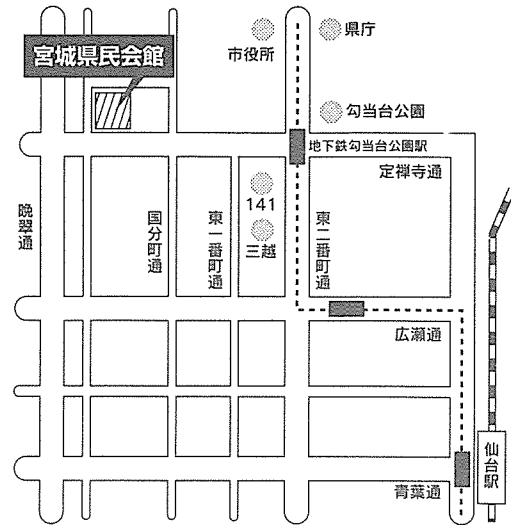
(仙台錦町診療所・産業医学センター所長、

宮城県働く人の健康と環境改善をすすめる会事務局長)

宮城婦人会館案内地図



宮城県民会館案内地図



学会事務局

6/24 (金)	婦人会館	3階	「桂」
6/25 (土) ~26 (日)	県民会館	3階	「305 和室」

分科会の発表について

分科会での口演時間は、特別報告は 20 分、一般口演は 1 題につき発表 8 分+質問 6 分、を予定しています。分科会によって時間は若干異なりますが、約 1 時間の討論時間をとっており、ミニシンポジウム形式にて行いますので、参加者の皆さまはご留意下さい。

県民会館案内図



第46回日本社会医学学会総会(仙台)プログラム

6/24(金)

婦人会館第4会議室

15:00～17:00

理事会

婦人会館大講堂

18:00～20:00

鼎談「社会医学とはどういうものか、どう広げるか」
上畑鉄之丞 (日本社会医学学会理事長)
彦坂直道 (宮城厚生福祉会理事長)
司会: 広瀬俊雄

6/25(土)

県民会館602

9:00～9:30

受付

県民会館602

9:30～10:00

開会集会

県民会館602

10:00～12:00

特別講演「新しい健康と多様な健康規定要因」
星旦二 (首都大学東京)
座長: 広瀬俊雄

県民会館602

12:00～13:30

昼食・評議員会

県民会館602

13:30～16:30

テーマ別分科会 I 「社会的困難者の健康」
座長: 福地保馬 (藤女子大学、働くもののいのちと健康を守る全国センター理事長)
仁平 将 (八戸保健所)

- 【特別報告】「生活困難者の健康」 西郡光昭 (放送大学)
- 1、ホームレス者の医療要求～北九州市における入院患者からの聞き取り調査より～
青木珠代 (九州社会医学研究所)
 - 2、社会的困難者としてのアルコール依存症者問題
—ホームレス(野宿者)層に集積するアルコール依存症者への自立支援策—
上畑恵宣 (釜ヶ崎ストロームの家)
 - 3、ホームレス者の健康支援(1)大阪市高齢者特別就労事業従事者の健康支援の取り組み
西森琢 (NPO Health Support Osaka)
 - 4、ホームレス者の健康支援(2)大阪市高齢者特別就労事業従事者の生活実態と健診結果
黒田研二 (大阪府立大学)
 - 5、ホームレス者の健康支援(3)野宿生活者に対する検診に基づく結核対策の実践的研究
山本繁 (尼崎市役所)
 - 6、ホームレス者の健康支援(4)大阪社会医療センター付属病院入院患者における歯科保健の現状
石川裕子 (尼崎市保健所)
 - 7、ホームレス者の健康支援(5)大阪社会医療センター付属病院入院患者における食事調査結果
平塚儒子 (四天王寺国際仏教大学)
 - 8、保健医療施策の及びにくい地域でのアウトリーチワーカーの役割
—あいりん地域における結核対策実践活動から—
行貞伸二 (大阪府立大学大学院)

県民会館403・404

13:30～16:30

テーマ別分科会 II 「世代をつなぐ健康づくり」
座長: 阿部真雄 (労働科学研究所)
阿部 潔 (中央法律事務所)

- 【特別報告】「世代をつなぐ健康づくり」 刈田啓史郎
- 1、青森県の保育所における児童虐待とその対応について
田畑綾子 (八戸短期大学)
 - 2、戦後開拓地における開拓保健師制度から保健師活動の原点を振り返る
波川京子 (札幌医科大学)
 - 3、高齢者介護施設における介護実習生の位置づけ —世代間の相互発達—
関谷栄子 (白梅学園短期大学)
 - 4、保健師による「ホームレス」への健康支援活動と視点に関する質的研究～横浜市T区で働く保健師の事例から～
鈴木陽子 (横浜市鶴見福祉保健センター)
 - 5、弱視児童生徒用拡大教科書の現状と課題
高柳泰世 (本郷眼科・名古屋大学)
 - 6、医療・介護事業所における過重労働・職業ストレスの子への影響
服部真 (城北病院)

16:30～17:00	休憩	県民会館403・404
17:00～19:00	自由集会①「予防接種問題」 代表者:和気正芳	県民会館602
17:00～19:00	自由集会②「ホームレス者の健康支援」 代表者:黒田研二	県民会館603
18:15～20:15	自由集会③「自殺予防」 代表者:上畑鉄之丞	

6/26(日)

9:00～9:30	総会	県民会館602
9:30～12:30	テーマ別分科会Ⅲ「環境問題・薬害・職業病」 座長:田村昭彦(九州社会医学研究所) 辻 順子(つばさ薬局長町店、宮城民医連環境公害問題委員会) 【特別報告】「日常生活環境・食品中の化学物質が子どもたちの発達に及ぼす影響」 角田和彦(かくたこども&アレルギークリニック) 1、産業廃棄物の不法投棄の問題 佐藤龍朗(長町病院) 2、薬害HIV感染被害者の生存患者とその家族への面接調査から見てきたもの 溝田友里(東京大学) 3、薬害肝炎訴訟提訴者のニーズと課題 —全国被害実態調査から— 安井真希子(東洋大学) 4、薬害肝炎被害者の早期発見における医療機関の役割 片平冽彦(東洋大学) 5、薬害イレッサ事件にみる専門家の役割と責任 中島晃(薬害イレッサ西日本訴訟弁護団) 6、京都ジフテリア禍事件の原因論 和気正芳(高エネルギー加速器研究機構) 7、近年なお多発するトンネル坑夫要療養じん肺発生過程の特徴 山崎喜比古(東京大学) 8、高齢公害病認定患者の被害実態 —全国調査の結果から— 牧洋子(日本福祉大学)	県民会館603
9:30～12:30	テーマ別分科会Ⅳ「過労死・過重労働」 座長:長谷川吉則(千葉健生病院、働くもののいのちと健康を守る全国センター) 小笠原 卓(東北大学医学部、日本科学者会議宮城支部) 【特別報告1】「弁護士から見た過労死事件の現状のスケッチ」 土井浩之(土井法律事務所) 1-1、教員の過労死・過労自殺事例とその背景 富樫昌良(働くもののいのちと健康を守る宮城県センター) 1-2、ソフト開発労働における過労自殺予防への提言 —2人の青年SEの自殺事例を通して— 色部祐(働くもののいのちと健康を守る東京センター) 【特別報告2】「過重労働対策とその課題」 上畑鉄之丞(聖徳大学人文学部) 2-1、事例に見る「生活習慣病」への労働・生活の影響 多田由美子(仙台錦町診療所・産業医学センター) 2-2、一次予防の場としてのストレスマネジメントの取り組み 服部由季夫(星槎大学)	県民会館602
12:30～13:00	閉会集会	県民会館602

特別講演

「新しい健康と多様な健康規定要因」

星 旦二（首都大学東京）

県民会館 602

座長 広瀬俊雄（仙台錦町診療所）

新しい健康と多様な健康規定要因

星 旦二 首都大学東京・大学院都市科学研究科

WHOは、1999年の総会において、新しい健康概念として、「dynamic」と「spiritual」を含む案を提案している。また新しい国際生活機能分類では、人々の参加や主体的な活動を重視し、そのための支援環境づくりを視野におく新しい分類が提案されている。ここでは、1. WHO が提案した新しい健康概念、2. 多様な健康規程要因とともに、3. 健康づくりを支援する理念と方法及び支援環境整備についてまとめる。

1. WHO が提案した新しい健康概念：Spiritual な人生を Dynamic に捉える

「dynamic」は、生きていることの連続性と変動とともに、健康状況を大きな視点で捉えること、「spiritual」は楽しく前向きにいきいきと生きていることと理解している。特に高齢社会を迎えている先進諸国では、QOL (Quality of life) を重視する施策が提案されている。

健康を検査値による一時的な判定だけで捉えるよりもプラスを重視した長い視点で捉えることも大切である。

生きていることの変動を連続性をもって大きな視点から捉えれば、けがや病気の体験が、その後の一病息災に役立つことも理解できる。アントノフスキーが示した、健康生成論¹⁾はこれらのプラスを重視し、疾病をマイナスとしてだけ見るだけでなく、その体験を人生の成長や充実に繋げることができることを論理付けしたものだと考えられる。

老後に対する認識が、その後の生命予後を規定することが報告されている。50歳以上660名を1975年から23年間追跡調査したエール大学 Becca Levy²⁾によると、老化についてネガティブな考え方をすることは、寿命を縮める原因となることを報告している。年齢・性別・社会的地位・孤独感そして健康全般を含む要素を考慮したとしても、7.5年長生きする事が証明されている。血圧が低いとか、コレステロール値が少ないといった生理学的な要素よりも重要であった。

Health 1999 WHO

Health is a dynamic state of complete physical, mental, spiritual and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity

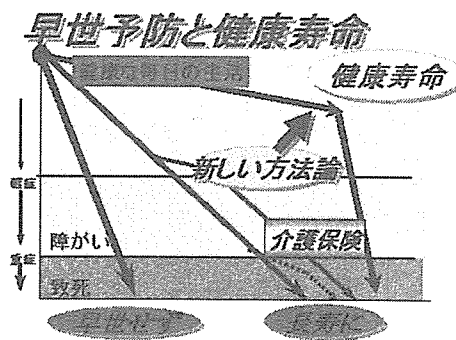
2. 多様な健康規程要因

2-1. 早世と関連する生活特性

「健康日本 21」では、早世予防が示されている。図は、若くして死亡する早世と健康寿命を図示したものである。

アメリカ政府厚生省が、中年期に死亡したその原因を調べ、その原因として寄与した要因として、医療の不備と生活習慣と遺伝、それに環境の4つに分けて、それぞれの寄与割合を、「Healthy People」の中で試算している³⁾。その結果、医療の役割は10%

であり、好ましくない生活習慣が50%、環境要因と遺伝要因はそれぞれ20%



の寄与割合である。またJ.カーター大統領が前書きを書いた「Healthy People」は、早世予防を目標として生活習慣を重視したこと、評価しやすい指標型の目標設定をしたこと、その対策の推進方法として教育分野や企業を含む各機関や住民との連携を薦めて推進する視点が導入されていることから、わが国の健康日本21の理論的な背景にもなっている。

2-2.感染症対策における医療の役割

多くの感染症対策として活用されてきた抗生物質やワクチンは、死亡率がほぼ低下した後から使用されてきた。つまり、抗生物質やワクチンが全ての感染症を撲滅させたわけではない。感染症を撲滅するためには、安全な水の供給体制が不可欠であり下水道を含めた環境の整備が不可欠であることを示唆している。

2-3 がん死亡率変遷とくらし

アメリカ合衆国では、胃ガン対策はほとんどと実施されていなかったにもかかわらず死亡率が急減している。冷蔵庫の普及によって食物保存方法が、発ガンの推進要因となる塩付けと薫製食品を摂取せざるを得ない状況から、新鮮な肉や魚と生野菜の摂取量が増えることを可能にさせた冷蔵庫が各家庭に普及したからだと推定されている。

2-4.生活習慣と社会ネットワーク

健康と生活習慣との関連をトータルに捉えたのは、アメリカのブレスローら4)である。彼らは、日常の生活習慣と健康度や死亡率との関連について追跡調査を実施し、健康保持に寄与する生活習慣として、1)睡眠をとること、2)肥満にならないこと、3)身体の運動をすること、4)喫煙しないこと、そして食事では、5)酒を適量以下にすること、6)朝食をとることと、7)間食をひかえることを挙げている。またこれらの7つの健康習慣をまもる人は、3つ以下の人と比べて45歳の平均余命が男性で11年、女性で7年の較差がある。

その後これらの生活習慣を守る人は、3つの成人病つまり、がん、心臓病そして脳血管障害の死亡率がいずれも少ないことを立証している。

人が持っている社会的関係網の集まりである社会的ネットワークが、身体面・精神面での健康と密接に関連することが明らかにされている。Berkmanら4)は、カリフォルニア州のアラメダという地域において、30歳から69歳までの男女(男性2,229名、女性2,496名)を対象に、9年間にわたって追跡調査を行って、結婚しているかどうか、家族や友人との接触頻度、教会に通っているかどうか、集団に所属しているかどうかで社会的ネットワークを指標化した結果、どの年齢層においても、男女ともにネットワークが少ない人の方がネットワークの多い人に比べて死亡率が高く、死亡年、社会経済的条件、身体的状態をコントロールしても2倍以上であることが示されている。

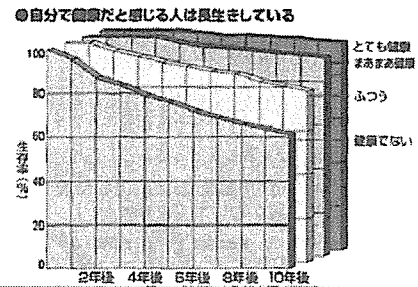


2-5.主観的健康感と健康

現在の自分の健康状態を、自分自身で自己評価したものが主観的健康感で、主観的健康観、健康度自己評価などとも呼ばれている。杉沢らによる詳細な総説研究⁵⁾がある。主観的健康感は1970年代後半から、生命予後に対する予測妥当性が高い健康指標として位置づけられている。

Kaplanら⁶⁾は、カリフォルニア州のアラメダにおいて、1965年に無作為抽出による16歳以上の住民6,921人を対象に、主観的健康感と死亡との関連性を調べている。

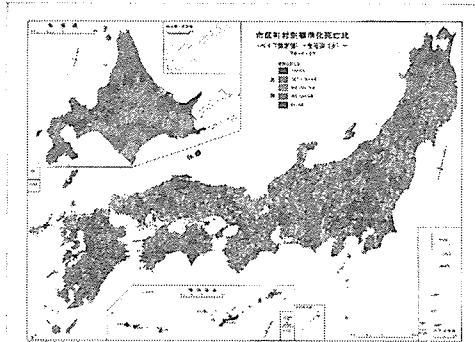
9年間にわたって死亡を追跡し、年齢、性別、身体的健康、健康習慣、社会的ネットワーク、収入、教育、モラルや抑うつ、幸福感などをコントロールし、多重ロジスティック解析を行った結果、生命予後に最も関連していたのは主観的健康感であり、年齢調整後の死亡に対する相対危険度は、健康状態が「悪い(poor)」と答えたものは、「非常によい(excellent)」と答えたものに比べて、男性で2倍、女性では5倍であった。



健康でない人 4割死亡

2-6.市町村別に見た健康水準

図は、厚生労働省統計情報部が報告した市町村別にみた標準化死亡比のマップである。自治体の人口構成を調整し、全国を100とした時の死亡比率を示している。死亡率が低い地域つまり長生きな地域は、フオッサマグナと阿蘇山に位置する比較的標高が高い山の地域と、美しい海に囲まれた沖縄である。



1965年からの30年間の平均寿命延長幅を都道府県別に分けて経年的に分析すると、

男女共に最も平均寿命が延長した県は、秋田県、山形県、岩手県、富山県、熊本県、石川県、大分県、長崎県であり、逆に平均寿命の延長幅が最も少ない県は、東京都、兵庫県、大阪府、愛知県、京都府、神奈川県です。さらにこの較差は、将来的にみてもますます広がろうとする傾向を示している。将来的にみた較差が増大していく傾向を無視は出来ないことだと考えられる。

1995年の東京都平均寿命の都道府県順位は、男性20位、女性が33位である⁷⁾。

2-7.健康長寿長野県からの学び

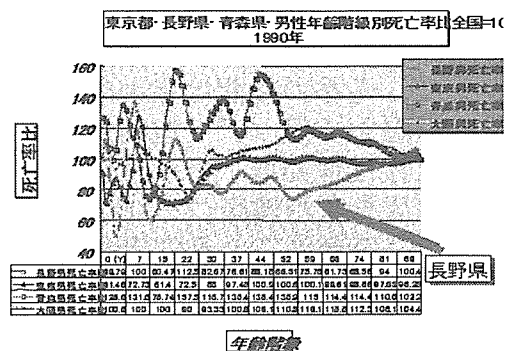
1995年の都道府県別にみた男性平均寿命第1位は、長野県であり、女性は全国第三位である。ここでは、長野県の平均寿命が急速に伸びていった背景を科学的なエビデンスを基にして考察する。

長野県が長寿である理由として以下の仮説を設定した。標高が高く森林が多い山とその緑に囲まれ、きれいな空気と水に恵まれていることや、心和む風光明媚なことがあげられる。次に、公民館活動を背景とした学習意欲が高いことや、高齢者の就業率が高いことである。都道府県別にみた医療費は最も少ない

県で、最も多い県の約45%少なくその較差は、約1.8倍である。地域医療を担う医師らが、コメディカルスタッフと協働し、予防活動を推進する研究会を継続して続けている県の一つである。

1) どの世代の死亡率が低いのか

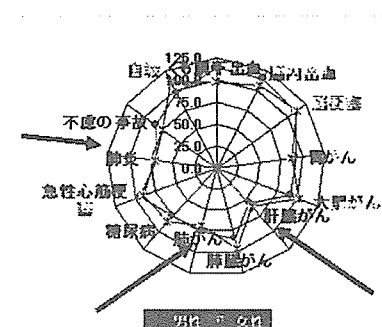
長野県の平均寿命を支える背景は、青壮年の死亡率比（全国の年齢別にみた死亡率を100としたときの比）が、約80前後を示し、全国との比較では、約20%ほど少なく、青森県の同世代に比べると約半分に近い死亡率比である。その分、80歳を越えた死亡率比は全国値を上回っている。



2) どの死因が少ないのか

長野県の平均寿命が男女共に長い理由の一つは、青壮年での死亡率が低いためであるので、どの死因が関連しているかについて分析した。各死因別にみた死亡率を年齢構成を調整し、全国値と相対的に比較し、青壮年での死亡率が低い理由を疾病別にみた年齢調整死亡率を全国値との比較から探った。その結果、肝臓がんによる死亡率比は、全国と比べて男女共に約四割ほど低いことが明らかになっている。男性の肝臓がん死亡率比を見ると、大阪府や福岡県の約三分之一である。

年齢調整死亡率



長野県が長寿県である背景ないし理由として、大胆な仮説が提示できる。それは、地域医療先進県として医療従事者が注射針の消毒をしっかりとしてきたこと、さらには必ずしも医療に恵まれなかったことが、結果的にみて注射や点滴の使用機会を少なくさせ、結果的に肝炎ウイルス有病率を蔓延させることが少なかった事によって、その後数十年後である現在の肝臓がんによる死亡率比が、結果的に全国値からみて約四割も少ないことが本質的な理由である可能性がある。

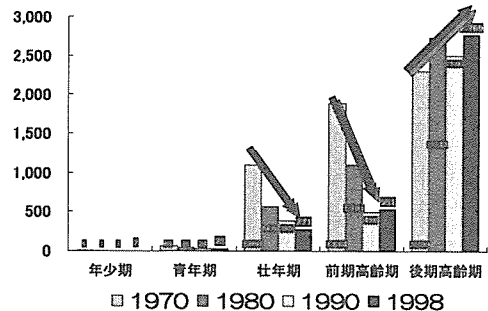
3) 脳血管障害死亡率比が高いことが悪いことか

年齢構成を調整した死亡率比でみると、全国の都道府県に比べて、長野県は、最も高い傾向を示している。脳血管障害で死亡することは、望ましくなく悪いことだろうか。

1970年代の脳血管死亡数は、壮年期や前期高齢者での死亡数が多くを占めていたのである。30年以上の経年変化をみると、その死亡数は、年毎に激減している。その分、後期高齢者での死亡数がしだいに増加している。また経年的に

みて、死亡する年齢がより後期高齢者層にずれ込んでいったことを示している。これらの背景としては、長野県における長年にわたる疾病対策と日頃の疾病予防活動の成果が、30数年間で見事に数量的に明示できている。これまでに推進されてきた地域医療活動はもとより、住民中心の予防活動として、冬季の期間は家の暖房を最低でも一室を暖かく保つ「一室暖房運動」や、食生活改善推進委員、それに健康補導員による食生活を含む健康づくり活動が、成果に大きく寄与した可能性がある。もちろん、経済発展による生活の質が向上したことも大きいと考えられる。

壮年脳卒中死亡者数は激減



3. 健康づくりを支援する理念と支援環境整備

WHO が新しい健康づくりとしてヘルスプロモーションを提示した背景には、健康が医療のみでは対応できにくくその寄与割合が低いことがあげられる。WHOは、これからの健康づくり分野として、医療活動だけではなく、「教育、輸送、住居、都市開発、工業生産、農業の部門等を健康に関連づけて優先にしていこうことになる」ことを示している 8)。

またスウェーデンの厚生省は、20年前に、1990年代に向けた施策の方向性を報告している。その中では「社会のあらゆる分野が健康を阻害するものに対して積極的に対処する責任がある」と「既に病気になった人への対処だけではなく何故病気になったのかと、その予防活動に焦点をおかなければならない」と予防活動の意義を示している。

今後の健康支援活動では、広い健康概念を共有し、健康支援分野を幅広くし、その支援環境作りを予防重視で展開していく、住民主体型のヘルスプロモーション活動を推進させていくことが望まれよう。

文献

- 1) 山崎善比古、吉井清子監訳. 健康の謎を解く. 2001. 有信堂
- 2) Levy BR, Slade MD, Kunkel SR, Kasl SV.
"Longevity Increased by Positive Self-Perceptions of Aging," ; Journal of Personality and Social Psychology, Vol. 83, No. 2.p261-270 ,2002
- 3) The Surgeon General Report on Health Promotion and Disease Prevention. USA DHEW/PHS . 1979.
- 4) Berkman, L.F., and L. Breslow., Health and Ways of Living, The Alameda Country Study. Oxford University Press, New York, 1983.
- 5) 杉澤秀博・杉澤あつ子: 「健康度自己評価に関する研究の展開—米国での研究を中心に」, 日本公衆衛生雑誌, No. 42, pp366-378, 1995.
- 6) Kaplan GA, Camacho T. Perceived Health and Mortality: a nine-year follow-up of the Human Population Laboratory Cohort. American Journal of Epidemiology; 117, pp292-304, 1983.
- 7) 都市の健康水準. 星 旦二編著. 都立大学出版会. 1.2000.
- 8) 星 旦二. 松田正巳編集. 系統看護学講座. 公衆衛生. 医学書院. 東京. 2002

テーマ別分科会 I

「社会的困難者の健康」

県民会館602

座長

福地保馬 (藤女子大学、働くもののいのちと健康を守る全国センター)

仁平 将 (八戸保健所)

特別報告 生活困難者の健康

放送大学仙台学習センター 西郡 光昭

1. はじめに

本学会では以前からホームレス者の医療・保健の問題について調査・研究や支援活動の報告が行われてきた。今回もテーマ別分科会 I で以下に見るようにホームレス者の健康支援について報告される予定である。演者は本分科会を機会に、ホームレスの生活と健康の問題のほかに 2、3 の生活困難者の健康や人権の問題について若干の意見を述べることにした。

2. ホームレス者の健康問題

政令指定都市仙台市をかかえる宮城県でもホームレス者の生活と健康の問題は例外ではなくなっていると考えられる。宮城県内のホームレス者は仙台市に集中しているとされるが、且つ冬期の寒さが影響するせいでホームレス者のわが国の北限ともいわれたようであるが、最近では札幌市にまで伸びているという。

仙台市の調査 (2003 年) によると、市内で生活するホームレス者は約 250 人と推定され、居住場所では都市公園がもっとも多く、次いで駅舎、河川、道路などとなっている。

年齢では 50 歳～60 歳代の中老年層が 7 割を占め、路上生活の期間では 3 年未満がもっとも多い。また、常用雇用から失業して路上生活を余儀なくされているひとの多いことが明らかにされている。

本人の自立についての希望を聞いたところ、「きちんと就職して働きたい」がもっとも多く、「就職できないので福祉を利用して生活したい」、「今のままでいい」の順であった。

仙台市では、02 年度～08 年度の計画で巡回相談事業を行い、ホームレス者の実態の把握、就労、健康、生活などについての相談や、必要な助言指導を行うこととしている。2002 年から行われている結核検診などの事業ではこれまでに肺結核 2 名、肺がん 2 名を発見している。このような事業には地元 NPO の参加の意義は大きく、行政も彼らとの連携を強く求めている状況である。

さらに仙台市は 2004 年度にホームレス

者のための定員 40 人の緊急一時宿泊施設 (自立支援ホーム) を建設し入居をすすめた結果、これまでに 24、5 人の利用をみている。

一時宿泊施設への入所の期間は 2 週間～3 ヶ月とされ、期間中、医師、看護師による健康相談、生活相談員による生活に関する相談・指導、それに公共職業安定所との連携による就労支援などを行っている。

仙台市では、上に述べた一時宿泊施設のほかに自立意欲のあるホームレス者に対して、一定期間、居所や食事などを提供し、生活指導や就労・住居の確保に関する支援を行う路上生活者支援ホームを開設している。この施設では上に述べた生活相談や公共職業安定所への同行、就労業種の検討など、より具体的に就労の確保の支援などが行われている。そして、自立して退所した人については退所後の相談・支援を継続して行っている。

以上、仙台市ではじまったばかりのホームレス者自立支援事業の概要を紹介したが、実績報告も公表されておらず、その評価と今後の支援方針についてはこれからの検討を待つことになるのであろう。

いずれにしても、地方都市におけるホームレス者の生活の実態把握、支援のありかたについても、先行する各地の活動に学びつつ、彼らの人権と生活を保障しつつ各人のニーズに応えた対応がなされるよう今後の行方を見守りたい。

3. 生活保護受給者の医療問題

上にのべたホームレス者の健康支援と大いに関連するものであるが、生活保護受給者の医療問題がある。現生活保護法では、法の用件を満たすかぎり、困窮するすべての国民にたいして無差別平等に保護請求権を保障する、とされている (いわゆる一般扶助主義)。ここで取り上げたいのは生活保護受給者の医療扶助の利用についてである。

医療扶助は、疾病や負傷により治療を必要とする場合に給付を行うもので、治療費全般にわたって給付の対象になるものであって、入退院の際の交通費や訪問看護ステ

ーションを利用する場合の費用なども給付の対象になっているなど、健康保険等医療保険診療の場合の給付内容とほぼ同じものとなっている。

わが国の生活保護受給者のうち医療扶助受給は年々増加傾向にあり、90年の711千人が02年には1,003千人となっており、被保護実人員に対する扶助率も70.0%から80.7%へと増加している(厚生労働白書04年版)。

ここで問題なのは、医療給付の方法が一般の保険医療の場合と異なるということである。どのように違うのか。

医療保険では被保険者や被扶養者が保険医療機関の窓口で被保険者証を提示すれば容易に受診できるのに対し、医療扶助では被扶助者が原則として実施機関(福祉事務所)で医療扶助の手続きをとらなければならないことである。そこで医療の要否の判定が行われ、必要ありとされた者に医療券が発行され、それを医療機関の窓口で提出することとなっているのである。

国民皆保険の61年実現いらい国民が曲がりなりにも等しく医療が受けられるようになった現在、どうして医療扶助がこのような手続きで医療の要否の判定を受けなければならないのか。被扶助者にスティグマを与え人権と生活権に制限を加えようとする排除の論理につながる問題であることを強調したい。

このような医療と健康の問題も社会医学的問題である。貧困問題(生活困難)が社会的でなく個人主義的な努力課題に簡単にすり替えられようとする現在(青木 紀ら03年)から目を離すことはできないと考える。

4. 触法精神障害者の処遇をめぐって

03年7月、「心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療および観察等に関する法律(心神喪失者等医療観察法)」が公布された。この法律は、心神喪失または心身耗弱の状態で殺人、放火などの重大な他害行為が行われた際、精神障害をもつ本人の医療を継続的に確保し、病状の改善と、同様行為の再発防止、本人の社会復帰促進を目的として観察と指導を行うとされている。

現在の日本では、精神障害者が犯罪にお

よんでもその多くは罪に問われないか刑が軽減される(刑法39条)。そこで、触法精神障害者を裁判官と精神科医が共同で、犯罪に及んだ精神障害者の危険性を判断し、特別な施設で治療することができることになったのである。しかし、この法律は、国が刑法を改正し保安処分制度の新設を企図したあの1973年当時の動きと通底しているのではないかと考えさせられる。

法律の施行から未だ日が浅く、法の執行状況がどのようなものであるか、の判断はできないが余ほどの注意が必要であると考ええる。

厚生労働省でも、措置入院のための指定医の診察にあたっての一般人からの申請、警察官からの通報、精神病院管理者からの届出の件数は年々減少傾向にあったが、近年増加傾向に転じていることを認めている(国民衛生の動向04年)。なかでも、警察官通報による措置入院が増え、年々減少してきている入院患者のうち新規の措置患者数は増加しつつあることが指摘されている。

このような傾向やいわゆる医療観察法の施行を知るにつけ、精神障害者は次第に社会と法の世界から排除されていくのではないかという懸念を打ち消すことができない。つまり、裁判を受ける権利を奪われた精神障害者は特別な存在にされ、彼らの将来は再犯の恐れに判断に左右されることになってしまうのである。医療観察法の主旨にはたしかに本人の社会復帰の促進も目指すとされてはいるがどれだけのことが期待できるであろうか。

彼らは罪を犯したという意味では犯罪者であるが、精神疾患に罹患しているという意味では精神障害者である。しかし、私たちの社会は長年、この精神の病に対して過剰な意味づけをしてきたのではないか。

私たちも反省する必要があるが、メディアの報道にも注意が必要だと考える。過去に精神科受診があったという、ほんの一行のコメントで触法精神障害者がすべての精神障害者を代表し、精神障害者全体が潜在的な犯罪者であるかのような印象を与えてしまう。そのような報道や「有識者」のコメントが多いことに注意を払い、その意味でも生活困難者となっている彼らへの支援について検討する必要があると考える。

nishim7354@ybb.ne.jp

ホームレス者の医療要求～北九州市における入院患者からの聞き取り調査より～

○青木珠代・田村昭彦・小山義則 (九州社会医学研究所)・構智子 (大手町病院)

1. 目的

ホームレス者自身の医療要求を掴むため、北九州市でホームレス者を多く受け入れている大手町病院に入院中のホームレス者から聞き取り調査を実施した。

2. 対象と方法

(調査対象者) 2004 年 12 月 20 日時点で入院中のホームレス者 (調査方法) 対象者 31 名のうち調査主旨を文書で示し同意が得られた 24 名に対し、病棟看護師長・主任が別室で聞き取りを実施した。(調査期間) 2004 年 12 月 21 日～2005 年 1 月 10 日

3. 結果及び考察

男性 23 名、女性 1 名だった。65 歳未満の労働稼働年齢階層が 83%であった。野宿生活の期間は、6 ヶ月未満が 8 名、6 ヶ月～3 年未満 4 名と、半数は 3 年未満と野宿生活歴が短い層であった。

野宿生活の原因 (複数回答) は、「失業 10 名」「仕事減 8 名」と仕事に関連したものが多く、「病気や怪我 8 名」「家賃未払い 7 名」であった。

① 発症から医療機関受診までの期間

外傷の場合は殆ど当日受診となっている。しかし、他の疾患では数週間～数ヶ月経過後の受診となり、症状がより悪化しているケースが認められる。受診まで間の対処法は「我慢する 11 名」「売薬・自分で対処 3 名」「NPO の炊き出し時に相談する 2 名」であった。入院前の医療上援助として希望することは「相談窓口 5 名」「無料や低額での健康診断 2 名」「薬の無料提供 1 名」であった。

【事例 1】10 日前からタール便があり、胃潰瘍穿孔のため入院となる。「体調が悪く仕事が出来ないため収入がなくなり受診できなかった」。この事例は 2 年前に脳梗塞を発症し、この一年間にも言語障害等の症状が出現し 2 回入院していたが、退院後は療養継続が出来ていなかった。

【事例 2】3 週間前から体調が悪いため何度か福祉事務所に相談に行っていたが対応してもらえなかった。自立支援センターへ入所予定であったた

め、偶然、巡回相談指導員の訪問時に倒れているところを発見され脳梗塞で入院となる。

【事例 3】半年前、左下肢打撲。市販の湿布で対処していた。お金や保険証がないため受診できず、放置していたが、痛みで動けなくなり救急車で受診し左脛骨偽関節で入院となる。

事例 1～3 は、まさに生存権が脅かされている事例であり、基本的人権の問題である。救急車での搬送 (急迫保護) 以外にも重篤化するまでに医療機関へ受診できるシステムが必要である。

②入院での生活支援

入院生活上困ったことは「お金がない 15 名」「日用品がない 10 名」であった。

入院生活を送るうえでの最低限の生活必需品である、下着・パジャマ・はし・湯飲みなどの調達が出来ないことを意味している。現状は病院 MSW を中心に日用品を寄付などで調達し当座の入院生活を送れるよう援助を行っている。本来は行政が速やかに、きめ細やかな対応を行うべきであるが、生活保護の申請を行っても決定までに一ヶ月かかっているのが現実である。

また、入院により仲間やペットと離れることでの孤独感や誰に相談したらよいかかわからないといった不安を訴えていた。病院 MSW はホームレス者が入院した場合、早期の面接を行うなどして精神的なサポートを行っている。

③退院後の療養継続

今回の入院前一年間に入院治療を経験したものは 17 名、うち 11 名は糖尿病や肝硬変、胃潰瘍といった療養継続が必要な慢性疾患であった。しかし、退院後生活保護が打ち切られることにより継続療養が出来ず悪化を繰り返していた。

ホームレス者自身も療養継続のため「生活保護による療養継続 15 名」「無料・低額で療養継続 7 名」「薬の無料提供 5 名」等を希望している。

慢性疾患を悪化させないためにも療養継続ができる医療扶助の単独給付などが必要である。

—社会的困難者としてのアルコール依存症者問題—

ホームレス（野宿者）層に集積するアルコール依存症者への自立支援策

上畑恵宣（釜ヶ崎ストロームの家）

1. はじめに

戦後日本の復興を担い、高度経済成長を支えるため多くの日雇労働者が、全国から大阪の釜ヶ崎などの日雇労働市場へ、寄せられていた。その中にアルコール依存症に苦しむ姿が見られ、家族やまわり人たちを巻き込みながら、健康を破壊し、働く場を失い、やがてホームレスとなって、精神病院や、路上で命を断つ無念の死を迎えている。今や、ホームレス自立支援施策の中でも放置できない課題となってきた。

東京・大阪の調査でも、野宿を余儀なくされたホームレスの人たちの中にアルコール依存症者の割合が全国平均（1.9%）と比較して高いことが明らかになっている。今回の報告は、その病気としての回復の困難さを、釜ヶ崎にある精神障害者通所小規模授産施設であるN作業所での事例の推移を通して、現状の一端を明らかにし、今後の対策を求めようとするものである。

2. 「健康日本 21」が目指すものと野宿者のくらしの実態との乖離

- ・全国で 82 万人と推計されるアルコール依存症者。「早期発見と早期介入と適切な介入」強制退院・退所、社会的排除の背景、の中でのアルコール依存症発見と適切な対応。
- ・「アルコール依存症者へは適切な支援のもとでの完全断酒が必要」とする適切な支援

3. ホームレス自立支援対策でのアルコール依存症を抱える人たちへの対応の欠落

- ・大阪市での行旅死亡人、行旅病人の推移 セーフティネットから突き落とされて
- ・アルコール依存症に陥る人たちの労働・生活環境
- ・断酒の思いを打ち砕く酒屋、酒ビールの自動販売機、一杯飲み屋に囲まれ
- ・家族、社会の支えもない単身アルコール依存症者の、路上での孤独死、自殺。
- ・自立生活を支えるサポハウスの取り組みやグループホーム、作業所
- ・在宅自立支援の精神障害者通所小規模授産施設の現状
- 地域でのニーズの拡大と、断酒からのスリップの苦しみ

4. まとめ —アルコール依存症者在宅自立生活支援の施策の拡充—

- ・社会的困難をどう取り除くか。「健康日本 21」や、「ホームレス自立支援計画」での、アルコール依存症者対策の不十分さを、実効性のある具体的対策の展開を図る必要性。
 - ・生活、労働環境の整備、在宅支援のための居場所作り、安心の保障としての住宅、医療、生活のバックアップ。サポハウス、作業所、グループホームの利用拡充の施策。
 - ・アルコール依存症の人々を地域で支える在宅生活支援のネットの構築
- 高齢化が進む釜ヶ崎では、地域での高齢単身者やアルコール依存症などの精神障害者の在宅生活を支えるネットワークを形成、関係者が定例的に集まって、情報の交換や支援体制の構築への努力が重ねられ始めている。このような地域の支援ネット作り行政も積極的に参画し、サポートしながら各地で展開していくことが必要であろう。

キーワード：ホームレスとアルコール依存症者

連絡先：uehata@wombat.zaq.ne.jp

ホームレス者の健康支援

(1) 大阪市高齢者特別就労事業従事者の健康支援取り組み

○ 西森琢¹⁾・黒川渡¹⁾²⁾・黒田研二¹⁾³⁾・逢坂隆子¹⁾⁴⁾・山本繁¹⁾⁵⁾・高鳥毛敏雄¹⁾⁶⁾

1)NPO Health Support Osaka 2)四ツ橋診療所 3)大阪府立大 4)四天王寺国際仏教大
5)元尼崎保健所 6)大阪大学医学部公衆衛生

§はじめに

ホームレス自立支援に向けて NPO 釜ヶ崎支援機構を通して特別就労事業が行われているが、ホームレス者の抱える健康問題に十分な理解が届かないまま、就労中に具合が悪くなり亡くなる方が 3 年連続で発生した。これを契機に年間を通しての健康支援の取り組みを始め、日々の健康支援活動に定着させた一例を紹介したい。

§対象

大阪市あいらん地区を中心に 55 歳以上の路上生活が中心になる方を対象に大阪府・市による委託事業として NPO 法人釜ヶ崎支援機構によって行われている高齢者特別就労事業の登録・就労者 (2004 年度は登録数は 3100 名)

§方法

事業所内に自由に使える自動血圧計を設置、また事業所内に公衆衛生部門と現場指導員との合同の健康班が結成され、自動血圧計付近には健康問題に関するポスター、パンフレットを置き健康に対する最新の情報の提供と注意の喚起 (アドボカシー) を行った。そして 2003 年より健康診査を府立大黒田研二チームにお願いし、週に 2 回から 3 回ボランティアの医療従事者の健康相談が年間を通じて行われる。全体の活動を通して要医療と認められた者には早期の医療の介入を勧め医療機関への紹介状を出している。結核疑いの場合は近くの保健所分室において胸部レントゲン撮影、若しくは喀痰検査も行う。

§結果

健康診査が始まってから就労中の死亡事故はなくなった。また健康診査が始まってから 2 年後の現在では就労者の血圧値において改善が見られた。

§考察

ホームレス者を中心とするような集団においても、健康に対する正確で最新の知識を伝播し、それに伴って必要とされるサービスを付与し、実際に行動を起こすことを励まし続ければ、当事者の中で何らかし行動変容が起こっていると思われる。

§結論

医療の持つ敷居の高さを、公衆衛生部門が保健活動を中心にコミュニティー・ヘルス・ポスト的に機能することにより、段階的に自覚が促され、具体的なサービスを伴うことを通して、当事者利益に繋がり、健康に対する行動の変容を促したことを、示唆できる。今まで対策が難しいとされている集団でも、このような手続きの元でなら健康支援が有効であることを示している。

キーワード：健康診査・保健活動・コミュニティー・ヘルス e-mail: t_chris@be.to

ホームレス者の健康支援

— (2) 大阪市高齢者特別就労事業従事者の生活実態と健診結果 —

○黒田研二¹⁾、逢坂隆子²⁾、高鳥毛敏雄³⁾、黒川渡⁴⁾、西森琢⁵⁾、山本繁⁶⁾

1) 大阪府立大学人間社会学部、2) 四天王寺国際仏教大学、3) 大阪大学、
4) 医療法人弘清会四ツ橋診療所、5) NPO HEALTH SUPPORT OSAKA、6) 元尼崎保健所

§ 始めに

ホームレス者が多くを占める大阪市の高齢者特別就労事業登録者を対象に健康診査を実施した。問診票により生活の現状を分析し、検査結果を国民栄養調査および前年度実施した健診の結果と比較した。

§ 対象と方法

55歳以上のホームレスの人が対象となっている大阪市の特別就労事業の従事者に、2004年8月、健康診査を実施した。問診票に回答した1,238名（うち男1,229名、平均年齢60.4歳）について分析を行った。

§ 結果

(1)寝起きしている場所で最も多いのは「野宿」の32.8%、次いで「あいりん地区シェルター」30.2%、「簡易宿舎(ホテル)」23.3%などであった。野宿者はその他群に比べ、次のような特徴を有していた。健康状態に問題がある人の比率が高い、とくに歯の状態が劣悪で治療を受けることができないでいる人が多い、夜の不眠、ストレスの健康への悪影響という点でも、問題を訴える人の比率が高い、食事内容が劣悪で、1週間に食事を一食も摂ることができない人の比率も高い、健康管理を行う条件(検診受診、健康保険加入)が整っていない人が多い。ホームレス状態の中でも野宿者はとくに困窮度が高く、食事、健康などの基本的な生活ニーズが満たされていない状況にある。(2)歯の状況が劣悪であること、すなわち残存歯が少なく、歯の噛み具合が悪いことによって、卵肉魚、野菜果物の摂取頻度が少なくなるなど、食事内容にも問題が生じていることが明らかになった。(3)2004年度の間診回答結果と前年度のそれとを比較すると、高血圧で治療を受けている人の増加(8.7%から17.0%)、血圧の自己測定をしている人の増加(53.5%から63.5%)、問題飲酒者の減少(30.7%から19.1%)など、健康管理状況に改善が認められた。また、血圧値の判定結果では、要医療者は昨年度に比し15.7%から11.5%に減少、要精検者も19.5%から15.2%に減少した。昨年度から実施してきた健診・相談活動の効果だといえる。しかし国民栄養調査の結果と比べると、依然として重症・中等症の高血圧の割合が多かった。

§ 結論

ホームレス者は依然として厳しい生活条件に置かれている。しかし、昨年度から継続している健康診査、健康相談の活動により健康意識が高まり、健康管理を積極的に行う人が増加している。ホームレス者においても健診支援活動を通じ高血圧など生活習慣病の改善が可能である。

キーワード：ホームレス、健康支援、生活実態、口腔衛生、食生活

e-mail kuroda@sw.osakafu-u.ac.jp

ホームレス者の健康支援

(3) 野宿生活者に対する検診に基づく結核対策の実践的研究

○山本繁¹⁾、高鳥毛敏雄²⁾、西森琢³⁾、逢坂隆子⁴⁾、黒川渡⁵⁾、黒田研二⁶⁾

1) 尼崎市役所、2) 大阪大学医学部、3) NPO HESO、4) 四天王寺国際仏教大学、
5) 医療法人弘清会四ツ橋診療所、6) 大阪府立大学人間社会学部

〈はじめに〉中高年齢層の日雇い労働者等の者、単身で、住所不定の者などの生活基盤が脆弱な者は、検診の受診機会が乏しく、受検後の事後体制についても個人レベルでの対応が経済的な困難な状況にある。本研究では、結核検診を行うことにより、野宿生活者の結核の現状を明らかとするだけでなく、患者発見、精密検査、治療まで一貫した対策を実施し、これらの人々の結核問題の解決の可能性について実践的に検討を行った。

〈対象と方法〉高齢者特別清掃事業登録者を対象に結核検診を行った。平成 16 年度は 7 月下旬の 8 日間の午前 8 時 30 分から委託検診機関の検診車を用いて行った。撮影した胸部 X 線間接フィルムは検診機関で即現像し、昼までに検診実施場所に届けてもらい 12 時から 13 時の間に読影、判定を行った。「緊急要入院者」と「緊急性が低いと判断された要治療患者、要精密検査者」に分けた。異常陰影があり、緊急要医療と判断された者の中で、保健所の登録・治療歴がない者を緊急要入院者とし、昨年度受検者については前年の間接写真と比較読影し、緊急要医療者と最終的に判定された者については、仕事から戻ってきた時に、本人に対して「入院治療が必要なこと」をレントゲン写真で説明し、入院の障害となるものを取り除き、本人の同意のもとに市立更生相談所で生活保護受給の手続きを行い、病院に入院して頂いた。

〈結果〉

1) 胸部レントゲン検査判定結果：受検者 1,545 人について、結核有所見者は 34.7%であった。このうち、即要医療と判断された者は 17 人 (1.1%) であった。精密検査で判断が必要と判断された者は 1.6%、過去の胸部レントゲン写真と比較して判断が必要と思われた者が 7.6%、治療型・陳旧性変化と思われる者が 24.3%であった。

2) 結核管理指導区分：有所見者の中で治療が必要と思われる人については、保健所で過去の登録歴を確認した。また、問診、聞き取りで情報を収集し、過剰な治療者が出ないようにした。しかし、大阪市外の結核登録歴については、大阪市保健所ではわからないために漏れている可能性がある。結核有所見者は 34.6%であった。この中で、要治療者は 25 人 (1.6%)、要フォロー者は 13 人 (0.8%)、結核治療・登録歴を有する者は 73 人 (4.7%)、治療歴はない結核有所見者は 413 人 (26.7%) であった。結核の治療・登録歴を有する者の治療していた地域がわかっている者の中には京都、群馬、千葉、名古屋市で治療している者がいた。

〈考察〉有所見者が 3 分の 1 いるために要治療者の判定にあたっては、過去の治療歴、登録歴を踏まえた判定が必要である。また、これらの人々に対しては検診を単に実施するだけでは結核対策の目的を達成できず、検診結果の説明、精密検査の受診勧奨、要医療者に対する医療費の手続き、入院病院の手配を、迅速かつ適切に、患者中心主義で行わなければ、患者を発見しても結核問題を解決できないことが平成 15 年度に明らかになった。そこで、平成 16 年度は、検診実施にあたって、保健所、福祉行政、結核病院、精検支援医療機関、検診機関、NPO 団体などと繰り返し連絡調整を十分に行って、研究者、学生、保健医療福祉の関係職員のボランティア参加を得た人的な配置を整えてから検診に望んだ。その結果、発見患者を 100%治療に結びつけることができた。これらのことは、野宿生活者の結核問題は克服困難なものではなく、野宿生活者の生活実態、行動形態に合わせた戦略的な結核対策を行えば克服可能であることを示唆するものであり、この実践をさらに発展させていく必要がある。

takatorige@pbhel.med.osaka-u.ac.jp

ホームレス者の健康支援

(4) 大阪社会医療センター付属病院入院患者における歯科保健の現状

○石川裕子¹⁾、福田英輝²⁾、逢坂隆子³⁾、黒田研二⁴⁾、針原重義⁵⁾¹⁾尼崎市保健所、²⁾長崎大学、³⁾四天王寺国際仏教大学、⁴⁾大阪府立大学、⁵⁾大阪社会医療センター付属病院

§はじめに： 「ホームレスの実態に関する全国調査」によると大阪市のホームレス者数は、全国の大都市のうち、最も多い 6,603 名であると報告されている。ホームレス者は、歯の状態が悪いことが頻回に指摘されているにも関わらず、その実態は明らかにされていない。今回は、ホームレス者の歯科保健の実態を明らかにすることを目的として、大阪市あいらん地区における社会医療センター付属病院入院患者を対象とした歯科に関する聞き取り調査、および口腔内診査を実施したので報告する。

§対象と方法： 2004 年 9 月から 11 月にかけて大阪市西成区社会医療センターに入院している患者 116 名を対象として、歯科に関する聞き取り調査、および歯科医師による口腔内診査を実施した。なお、対象者の年齢については、「54 歳未満」、「55-64 歳」、および「65 歳以上」に区分し、分析を行った。本口演では、社会医療センター入院患者における歯科保健の現状について、全国平均との比較を通じて明らかとするため、平成 11 年度に実施された「保健福祉動向調査」、および「歯科疾患実態調査」における結果との比較を行った。

§結果： 20 歯以上の歯を有する者の割合は、歯科疾患実態調査の結果と比較して、いずれの年齢階級においても小さかった。とくに、55 歳未満の者においては、20 歯以上を有する者の割合は、全国平均が 89.4% に対して、入院患者では 53.5% であった。また、未処置の歯を有している者の割合、および重度の歯周病を有している者の割合は、歯科疾患実態調査の結果と比較すると、いずれの年齢階級においても大きかった。

今までに義歯を「作ったことがない」と回答した者の割合は、54 歳未満では 63.6%、55~64 歳では 53.7%、65 歳以上で 35.7% であった。保健福祉動向調査と比較したところ、すべての年齢階級において今までに義歯を「作ったことがない」とした者の割合は大きかった。

§考察： 社会医療センターの入院患者は、成人歯科における目標として一般に利用されている「80 歳で 20 本の歯を残そう」という 20 歯以上を有している者の割合が、55 歳未満であるにも関わらず、全国平均と比して極めて小さいことが明らかとなった。また、う歯、および重度な歯周疾患が治療されずに放置されている実態についても明らかとなった。本調査の対象者は、約半数の者が医療保険を有していなかったことから、これらの者が歯科医療機関へアクセスすることは極めて困難であることが予測される。劣悪な口腔内状況にあるにも関わらず、歯科医療を受ける機会が極めて少ない者に対する歯科保健対策が急務であることが示された。

§キーワード： ホームレス者、歯科保健

§連絡先： 石川裕子 <hcf41901@hcc1.bai.ne.jp>

ホームレス者の健康支援

(5) 大阪社会医療センター付属病院入院患者における食事調査結果

○平塚儒子¹⁾ 名倉育子²⁾ 阪東徳久栄³⁾ 黒田研二⁴⁾ 逢坂隆子¹⁾ 針原重義³⁾ 安部満枝³⁾

1) 四天王寺国際仏教大学大学院 2) 大阪樟蔭女子大学

3) 大阪社会医療センター付属病院 4) 大阪府立大学

§はじめに 大阪社会医療センター付属病院は無料低額診療施設としてあいりん地区に居住する低所得者、要保護者、行路病人、住所不定者などの生活困窮者に対して医療費の減免をしている。入院患者のほぼ 95%は入院中生活保護を受給している。都市部におけるホームレス者の食生活状況把握を目的に入院患者を対象に聞き取り調査を実施したので、その結果を報告する。

§方法 大阪社会医療センター付属病院入院患者 116 名を対象に、食生活に関する聞き取り調査をおこなった。調査拒否 1 名を除く 115 名を分析対象とした。平均年齢は 56.4 ± 7.6 歳、すべて男である。そのうち、アオカン・テント・シェルターで生活するもの（以下ホームレス者とする）は 49 名（43%）である。調査期間は 2004 年 8 月から 11 月である。調査項目は日頃の生活習慣や生活状況、入院前 1 週間の食生活状況である。

§結果 ①1 週間のうち食事を 1 回もとれなかった日数(欠食日数):ホームレス者では 47%のものが週に 1 日以上欠食日を有し、うち 27%は週に 2 日以上 1 食も食べていない。ホームレス者以外のものでは 8%が週 1 日以上欠食日がある。②食べ物の入手先(複数回答):ホームレス者では、弁当を買う 57%、外食 41%、炊き出し 41%、コンビニ廃棄食品 25%、キリストのパン(教会が配るパン) 20.4%、自炊 4%などである。ホームレス者以外では、弁当を買う 63%、外食 45%、自炊 23%が多い。③炊き出しの利用:ホームレス者の 69%、ホームレス者以外の 27%が利用している。炊き出し利用者のうち、14%は毎日 1 回以上利用、29%は週 3 回以上、29%は週 1~2 回以上利用していた。④インスタントラーメンの摂取頻度:対象者の 19%は週に 3 日以上インスタントラーメンを摂取していた。⑤肉・魚・卵の摂取頻度が週 2 日以下の割合:ホームレス者の 49%、ホームレス者以外の 36%⑥漬物以外の野菜の摂取頻度が週 2 日以下の割合:ホームレス者の 73%、ホームレス者以外の 59% (A 市 50 歳代男では 43%、国民栄養調査 50 歳代男では 19%) ⑦果物の摂取が週 2 日以下の割合:ホームレス者の 90%、ホームレス者以外の 67% (A 市 50 歳代男では 59%、国民栄養調査 50 歳代男では 46%) ⑧缶コーヒーなど嗜好飲料を毎日飲んでいる割合:54%⑨甘いお菓子やスナック菓子を毎日食べている割合:20%⑩飲酒するものの割合:ホームレス者の 63%、ホームレス者以外の 70% (A 市 50 歳代男では 54%、国民栄養調査 50 歳代男では 48%) ⑪毎日飲酒する割合:ホームレス飲酒者中 69%、ホームレス者以外飲酒者中 62% (A 市 50 歳代男 56%、I 市 50 歳代男 51%) ⑫3 合/日以上(日本酒換算)飲酒者割合:ホームレス飲酒者中 90% (5 合以上は 33%)、ホームレス者以外飲酒者中 78% (5 合以上は 24%)

t:ohsaka2002@hcn.zaq.ne.jp

保健医療施策の及ぶにくい地域でのアウトリーチワーカーの役割

— あいりん地域における結核対策実践活動から —

○行貞 伸二 大阪府立大学大学院 博士後期課程
西森 琢 NPO HESO 準備室

§ 背景

(1) 大阪市西成区あいりん地域は、2003 年の結核罹患率はおよそ人口 10 万対 860 にも上り、大阪市平均 (68.1) の約 13 倍である。

(2) あいりん地域住民の特性から、一般的な保健医療の施策からこぼれ落ちてしまう人が多く、また、従来より実施されているあいりん対策事業だけでは結核患者の早期発見が困難となっている。

§ 目的

結核患者の早期発見および治療支援に関するアウトリーチ活動をモデル的に実施し、それを通じて結核対策におけるアウトリーチワーカーの役割について検討する。

§ 対象

- (1) 公園や道路などを生活の場としている野宿生活者
- (2) 福祉マンションの住民
- (3) 簡易宿泊所の利用者

§ 方法

特定非営利活動法人 (「NPO おおぞら」、「NPO 釜ヶ崎支援機構」) と行政 (大阪市保健所、保健所分室、西成保健福祉センター) とが連携し、次の活動を実施した。

- (1) 野宿生活者、福祉マンションの居住者、簡易宿泊所の利用者に対して、路上や居室などの生活の場に出向き生活相談や医療相談を受けるとともに、あいりん住民検診の受診勧奨を行った。
- (2) ふるさとの家において、結核啓発ビデオを放映するとともに大阪市保健所の医師による健康教育の機会を設けた。

§ 結果

- (1) あいりん住民検診の受診者数は、活動を実施した期間についてみれば、対前年比で月平均およそ 35% の増加であった。
- (2) 活動を通じて、直接的に患者発見につながった事例はなかった。

§ 考察

学会総会において報告する。

§ 結論

学会総会において報告する。

キーワード：あいりん地域、結核、アウトリーチ

メールアドレス：yukisada@ouhs.ac.jp (行貞)

t_chris@be.to (西森)

テーマ別分科会Ⅱ

「世代をつなぐ健康づくり」

県民会館403・404

座長

阿部真雄 (労働科学研究所)

阿部 潔 (仙台中央法律事務所)

世代をつなぐ健康づくり

刈田啓史郎（介護老人保健施設和多里ホーム）

1. 健康は誰もが求めているものであるが、それを破壊する要因は、人生のどの世代にも起きている。しかも、それぞれが互いにリンクしている。したがって、健康を守っていくためには、「世代をつなぐ健康づくり」の観点が是非とも必要となっている。特に、それを実現できる環境作りが大切になってきている。ここでは、話しを分かりやすくするため、機械的ではあるが、子ども世代、親世代、お年寄り世代に分けて考えてみたい。

① 子ども世代

いま子ども達に、心や身体の異常が出ている。保育園からは、「生気がなく、遊べない、お昼寝から起きられない、散歩ではすぐに疲れて座り込む」子ども達の、小学校の保健室からは、「居眠りで椅子から落ちそうな」、「むかつく、切れる」子ども達の報告が出ている。さらに、大人になって過労死しやすいからだが作られている。危険因子としての「家族歴、肥満、高血圧、高コレステロール」が高い状態である。これらは、子ども達の食生活、塾通いや長時間のテレビ視聴などを含めたライフスタイルに起因している。さらに、親たちの喫煙、過重労働などは、それに拍車をかける。子どもへの虐待も増えてきている。親世代がかかえる心の不安がそれに関係している。虐待を受けた子ども達は、その後の心や体の発達に、さまざまな影響を受けている。

② 親世代

多くの親達は、働きすぎで疲れ、不安を抱えている。これらは、過労死、自殺を増やしている。過労死は、影響の山の頂であり、ふもとは脳循環障害等による、介護を必要とする運動障害をもった生活である。進行しているリストラ、倒産、長時間労働、安全性軽視の労働環境がそれらをもたらしめている。責任を持たされる管理職がとくに被災をうける職種であるが、若くても責任を問われる専門技術職も、その環境にさらされる。これら親世代の過重労働が、子ども世代、お年寄り世代の健康に直接、間接に影響している。身近に相談にのってくれる人がいないような場合は、深刻な状況となる。

③ お年寄り世代

介護保険施設へ入所のお年よりを観察すると、その人たちが、親世代の時に、さらには子ども世代の時に、どのような生活をしてきたのかがよく反映されている。親世代の働き過ぎは、お年寄り世代（親世代の親たち）の寝たきり、認知症を増やしている。年金制度の不備は、老後の生活不安を進行させている。また、高齢者介護システムの不備は、介護地獄状態をつくり、お年寄りへの虐待を進行させている。

2. この悪循環を断ち切るためには、「世代をつなぐ健康づくり」の環の中で、特に親世代の生き方が重要となってくる。親世代の生き方は、こども世代の健康づくりにも、お年寄り世代の健康づくりにも、それぞれ強く影響しているからである。

① 健康づくりに、いかなる暮らし方がよいかを考える

子ども世代が健康に成長し、親世代になって、過労死しない生き方をするためには、親世代自身が健康で過労死しないような働き方、暮らし方をし、それを子ども達に見せることが肝要である。こどもに親がしてあげることが、こどもの個性を大切にし、もっている能力を活かせる場を発見できるよう導くことである。有名大学に無理に送り込むことではない。

② たとえ、お年寄り世代が、認知症や寝たきりになった場合でも、親世代は、介護保険制度の不備を克服しながら、できるだけお年より世代が満足のいく生活ができるよう工夫した働き方、暮らし方をしなければならない。介護を必要とするお年寄り世代への十分な対応は、働きすぎの親世代の家庭では困難となるからである。

3. 「世代をつなぐ健康づくり」は、地域のまちづくりが生み出す

生活の基盤である地域が、安心のできる健康づくりの拠点でもある。したがって、どの世代も地域でのまちづくり活動に積極的に参加していき、そこで「世代をつなぐ健康づくり」を実現していく努力をすることが要求される。その集団の活動の中で、個人の健康づくりも実現されていく。

① 幸いどの地域でも、健康なお年寄り世代の人たちが沢山いる。この人たちの多くは、過労死にさらされている状況にはない。多くの地域でのまちづくり活動が、お年寄り世代の活躍に任されている。こども世代、親世代、お年より世代が、それぞれの役割を分担しながら、住民が安心できるまちづくり、健康づくりをおこなっていくことが大切であり、それは実現可能である。

② 地域の人たちが動き出せば、そこでは子どもや高齢者の虐待、不安の相談にのってくれる。働きすぎの不安にも話し相手になってくれる。

③ 誰でもが実行できるわけではないが、可能性のあるひとたちは、地域のボランティアとして、健康相談や介護サービスの提供のできるNPOを結成しながら、世代をつなぐ健康づくりに活躍できる。

keishiro.Karita@mc2.seikyoku.ne.jp

青森県の保育所における児童虐待とその対応について

○田畑綾子、熊谷春美、上村佐恵子、大久保沙希、奥隆子、佐々木由香、
瀧上留美、福田朱音、米田美賀子、川村一真、瀧澤透

八戸短期大学幼児保育学科瀧澤ゼミ

§はじめに

保育園では、児童相談所に通報される前の段階の、子どもに対する「虐待(abuse)」や「不適切な対処(maltreatment)」に対する対応がなされている。例えば園児の衣類の洗濯や入浴といったケアや、父母との面接や支援、関係機関との調整などである。虐待の早期発見やハイリスク児の支援といった一次予防に加え、重症化を未然に防ぐ二次予防、そして再発防止に向けての親子の支援といった三次予防など保育園が担う役割は極めて大きい。このほか今日では、啓発普及や育児相談といった地域の子育て支援と通じての一次予防も展開している。

本研究の目的は青森県の保育園における児童虐待と保育士の対応について、現状を把握し、実態を明らかにすることを目的としている。

§対象と方法

調査対象は青森県にある全ての認可保育園485カ所(市町村立137、民間立348平成14年社会福祉協議会名簿による)である。調査方法は郵送法で無記名の質問紙を園長もしくは保育士に回答してもらった。また調査期間は平成16年9~11月であり、八戸市内67カ園については5~7月に先行して実施している。なお回収にはFAXを用いており、回収数は200カ園、回収率は41.2%であった。調査内容は乳幼児の精神保健に関する総合的なもので虐待のほか、障害児保育や小児心身症、子育て支援などの項目もあったが、今回は本調査から虐待に関するものの報告を行うこととする。

§結果

「あなたの保育園で、最近(過去1年程度)虐待を受けたと思われる園児はいましたか」の設問では「いた」と回答した園は20カ園(10.0%)、また園児数は43名であった。これより被虐待出現率を算出すると、調査に協力いただいた全ての保育園には園児が13943名在園していたため、この値で除することにより0.31%と算出された。

一方で、「虐待の種別」は身体的虐待と養育放棄(ネグレクト)がともに47.8%と高く、心理的虐待は21.7%、性的虐待は4.3%であった(複数回答、有効回答%)。

そして「虐待の対応」では「児童相談所へ相談」が9カ園と最も多く、ついで「その他(園での対応、面談など)」が7カ園、「役所へ連絡」が4カ園、「家庭訪問」が3カ園などの順に高かった(複数回答)。

§考察

本調査は青森県の全県的な調査であったが、過去1年程度に「虐待」を受けていたと思われる園児が在園していた保育園は全体の1割にのぼっていた。また疫学的な厳密性に欠けるものの被虐待出現率は0.31%となっている。これらより極めて大雑把な推計となるが、青森県の保育園(保育園数約485園、在園数35000人)では、約50カ園程度に110人ほどの被虐待児が過去1年程度にいと考えられる。

青森県では現在、「わくわくあおもり子育てプラン」が展開されており、重点施策に虐待未然防止対策を掲げている。また、児童相談所が全県で6ヶ所と多く、児童福祉司も人口比では全国一配置されている。このため近年はいわゆる児童虐待相談処理件数が減少傾向を示し、また今回の調査でも保育園での虐待の対応では「児童相談所へ相談」が最も多く選択されるなどしている。しかし、これら統計上にのぼらない暗数の存在や、公的機関への通報の前の段階での保育園での対応が、本調査にて明らかにされたことは、今後の地域における児童虐待予防施策に示唆を与えるものとなった。

キーワード：虐待、保育園、青森県

連絡先 tohru24@jc.hachinohe-u.ac.jp

戦後開拓地における開拓保健師制度から保健師活動の原点を振り返る

○ 波川京子（札幌医科大学）

【はじめに】戦後復興の1つとして1945（昭和20）年11月「緊急開拓実施要領」が閣議決定され、農林省の戦後開拓制度が始まった。開拓入植者の保健衛生と生活指導を受け持つ開拓保健師は1947（昭和22）～1969（昭和45）年までの23年間、農林省所管の保健師制度として保健・医療サービスに恵まれない入植者の健康管理と健康づくりを支援してきた。最盛期には全国に約300名の開拓保健師が活躍していた。社会的資源に乏しい開拓地に入り込んだ開拓保健師の活動は保健師活動の原点の1つと言える。開拓保健師の活動を振り返ることで、今日の保健師活動について再考する機会とする。

【方法】開拓地の状況は広島県開拓農業協同組合編「広島県戦後開拓史」を参照に、広島県の元開拓保健師1名から、①開拓地の場所、②保健師配置方法、③保健師配置場所、③保健所保健師との連携、④開拓地での保健指導内容、⑤家庭訪問時の持参品などの項目に沿って、半構成的面接調査を2001（平成13）年～2005年に計8回行った。

【結果】広島県の戦後開拓制度は昭和22年に始まり、開拓地197カ所への入植者を県が募集した。開拓地は県中央部の盆地地域と台地地域並びに高原地域に多く分布し、沿岸島嶼地域並びに山間地域に点在していた。昭和23年に入植戸数2,017戸、昭和28年2,637戸・入植者10,598名に増えた後、昭和33年に2,486戸・10,462名、43年1,958戸・6,884名と推移していた。

開拓保健師3名は8カ所の農林事務所のうち3カ所に駐在配置されたが、保健師活動の対象となった入植者は全体の1～2割程度であった。開拓地の農業指導は営農指導員が指導し、保健衛生面の指導は開拓保健師が担当し、作物の流通や融資は開拓農業協同組合が支援していた。

保健師の活動体制は地区分担制をとり、各自が所轄保健所と2ヶ月に1回程度連絡を取っていたが、保健所保健師と開拓保健師の協働の機会はなかった。保健師が配属されている開拓地への保健所からの巡回診療や保健指導はなく、入植者の健康管理と保健指導は開拓保健師に任されていた。保健師一人当たり5～6カ所の開拓地を担当し、家庭訪問は主にバスと徒歩、農林事務所の公用車で移動していた。開拓地は大半が無医地区であるためセルフケア、自給自足の栄養確保を重視した保健活動であった。農林省から活動指針となる「開拓保健師実施要領」が出され、衛生思想の普及、栄養の改善、住宅・上下水道・清掃等環境衛生、母性・乳幼児の保健、成人病・伝染病予防などの保健指導を実施していた。家庭訪問にほぼ毎日出かけ、訪問鞆の中身は現在とほぼ同じであったが、ペッサリー、コンドーム、蛋白検尿液は現在の訪問鞆には入っていない。

【まとめ】保健師配置場所と開拓地は離れているが、担当人口は約500人と予測される。開拓地の保健師活動は衛生的で健康な生活、蛋白質や栄養確保のための自家用栽培作物指導、寄生虫除などを営農指導員と連携しての保健指導であった。家族計画指導用具、栄養指導の計量器やカロリーメーターなど入植者に合わせた保健指導は、今日の保健師活動の再考につながると言える。

キーワード：開拓保健師、保健活動、保健指導 連絡先：namikawa@sapmed.ac.jp

高齢者介護施設における介護実習生の位置づけ—世代間の相互発達—

○関谷栄子、鷹野直子、柴生田美里（白梅学園短期大学）

はじめに：介護福祉士養成校（2年課程）においては、施設実習（450時間）を段階的に行い、利用者の個別介護計画をたてて実施・評価までを目標とする。卒業時までには事例検討報告レポートを作成し、介護福祉士としての自己覚知を深め、介護観を形成する。要介護高齢者との信頼関係を深めて、成長発達を遂げる。高齢者、施設指導者、学生との3者間の世代間交流による、相互発達の様相を分析する。

方法：介護実習で援助した要介護高齢者の介護記録レポートの分析を行う。施設指導者からの評価結果を参考資料とする。

結果：下表は、各自が実習終了後3ヶ月かけて作成した介護体験レポートの一部である。抽出した援助事例の結果・及び自己評価部分の概要を示す。

学生	介護援助結果・自己評価
A	パーキンソン病で歩行困難な高齢者に対して、一緒に歩き、歩行姿勢の改善を見た。しかし一人になると前の小刻み歩行に戻る。また散歩に行きバドミントンを実施した。今までになく高齢者が楽しそうに実施して、潜在能力の活用がされた。{自己評価}それを見て「歩行」の大切さと大変さに気づいた。相手の立場に立つことができた。
B	昼夜逆転のため傾眠がちな高齢者に、歌や会話をして脳への刺激を加えたところ、笑顔が引き出せた。夜間よく眠れるようになった。職員から和裁の先生をしていたという情報を得て会話に役立てた。{自己評価}個別ケアの重要性を修得した。
C	情緒不安定で悲観的な高齢者に、楽しみを見つけてほしいと接触を深める。化粧を施したところ「うれしい」という。利用者が自分から職員にも話しかけている様子を見て行動変容援助を学ぶ。{自己評価}人として尊重することを忘れてはならないと痛感した
D	視野欠損のある人に食事の自立のための残存機能を活用した。箸で食べるようになった。時間がかかると職員が介助してしまうが、{自己評価}自分で食べるほうが満足感が高いと分かった。
E	無意欲で孤立している60代の男性に対して語りかけ、一緒に絵を描いた。{自己評価}絵をほめられることにより今までにない生き生きした表情になった。潜在能力は職員も気づかなかった。
F	情緒不安定で否定的な発言が多い難聴の痴呆性高齢者、会話による接触を深める。アイコンタクトをとり一緒にタオルたたみを実施。{自己評価}傍にいただけでも不安が軽減し笑顔が引き出せて信頼関係ができる。
G	以前の入院時の拘束が原因か、介護拒否、暴言暴力がある痴呆症の人、受容的介助、五感への働きかけ、歌、じゃんけん遊びなどを通して信頼関係が深まった。笑顔が増えて、自発性を引き出せた。食事も箸で食べられるようになる。相手への気遣いをできる、穏やかな性格であると再発見。{自己評価}痴呆症の人は今を生きる人だと学ぶ。

結果及び考察1. 学生の介護援助は高齢者のQOLを高め、自立性を引き出し生涯発達に貢献する。

2. 学生自身が高齢者との援助体験実践の中で成長し、自分の生き方にプラスの影響を受ける例が多い。人間を尊重する、利用者本位の理念、情緒不安定時の対処を学ぶ。

3. 職員と学生の指導関係の場で職員に対してもプラスの効果がある。職員が初心に帰る、学生の気づきに影響されて自分の介護を見直すきっかけとなる。

4. 実習生を受け入れることにより施設全体の介護を振り返る機会となり、よりよい介護を目指し職員全体の介護意欲の活性化される。就職した先輩が後輩学生を指導するシステムはよい学習動機づけになる。

5. 高齢者自身が若い人への指導性を発揮し前向きな生き方になる。介護現場は生涯発達の間である。

6. 援助水準を維持継続させるためには、人員の確保が必要である。常時実習生を受け入れ、継続援助を図ることも考慮するべきである。効率化による人件費の削減は介護の質を低下させる恐れがある。

7. 介護とは、利用者・介護職員・学生の相互発達の間であり、学びあい・相互発達の観点を介護観に含める必要がある。教育側は学生の質の担保をはかり、福祉マインド教育を強化する。

キーワード 介護実習、相互発達、生涯発達 email sekiya@shiraume.ac.jp

保健師による「ホームレス」への健康支援活動と視点に関する質的研究
～ 横浜市T区で働く保健師の事例から ～

○鈴木陽子(横浜市鶴見福祉保健センター 福祉保健課)

山崎喜比古(東京大学大学院医学系研究科健康社会学)

§ はじめに

本研究は、実証的データに関して未だ十分な記述がなされていない保健師による「ホームレス」への健康支援活動を対象とし、具体的な活動内容を記述することを目的とした。ここでいう「ホームレス」とは、「ホームレスの自立の支援等に関する特別措置法」で定義されているいわゆる「路上生活者」のみに限定せず、不安定な居住状態にある人々を広く包含した言葉として用いる。

§ 1 研究対象・方法

研究対象、保健師SはT福祉保健センター 健康づくり係に所属し、結核・感染症、健診（検診を含む）、予防接種、健康教育等を担当している。ここで支援対象とした「ホームレス」7名の年齢は30歳後半から60歳前半、全員男性で、生活保護を受けている。結核を患っていたことから保健師Sが関わるようになったケースである。

研究デザインは質的記述的研究とした。データの収集方法は2002年1月～2005年3月に保健師Sが実施した「ホームレス」を対象とした健康支援活動に関する記録をふまえ、P.ペナーのナラティブ法等を参考に研究者が記述し、共同研究者と分析を行った。なお、保健師Sは研究者自身のことである。

§ 2 結果・考察

記述・分析の結果、以下のような活動、視点が抽出された。

保健師による「ホームレス」への健康支援活動

〈当事者の“住まい”を大事にする〉 ①“住まい”を失うという不安に応える、②住まい観を変える

〈当事者の医療機関受診に同行する〉

〈検診の機会を生かす〉 ①当事者の話しを聞く、②検診結果の記録を当事者に渡す、③学習の場を設ける

〈当事者の力をつける〉 ①「ホームレス」の力を信じる、②セルフチェックできるようにする、③疾患についてわかってもらう、④自ら薬を飲むようにする

保健師による「ホームレス」への健康支援活動に必要な基本的な視点

〈予防・生活改善の視点〉〈健康自立支援の視点〉〈当事者の自己決定の視点〉

§ まとめ

検診や健康相談を型どおり実施していたのでは、「健康に不安を抱えるホームレスに対して、ホームレスの健康対策を推進し、その自立を支援すること」は難しい。「ホームレス」の自立化にとってこうした検診や健康相談に関わっている専門職のもつ機能が十分生かされることが大事になってくる。

キーワード：保健師、健康支援活動、記述すること

連絡先：yokohamasun@guitar.ocn.ne.jp

弱視児童生徒用拡大教科書の現状と課題

Making Large-Print Books to Support People with Visual Impairments

Current situation and issues regarding large print textbooks for students with visual impairment

○高柳泰世^{1)~3)}、坂部 司^{3, 4)}、小笠原浩美^{1), 3)}

- 1) 本郷眼科・神経内科、2) 名古屋大学公衆衛生学、3) 愛知視覚障害者援護促進協議会
4) 日本医療福祉専門学校

はじめに：私共は1981年に中途視覚障害者の社会復帰、家庭復帰を支援する目的で「愛知視覚障害者援護促進協議会（以下愛視援）」を設立し、中途視覚障害者の歩行および日常生活訓練、晴眼者を対象とした視覚障害者援護講習会、視覚障害原因疾患調査等の事業をして、来年で25周年を迎える。当初は全盲に至った中途視覚障害者を対象としてきたので、日常生活訓練のマニュアルなども点字で用意していたが、残存視覚の利用出来るロービジョン者が多いことが判り、1989年から拡大写本活動を導入した。1992年から弱視児童生徒のために手書きの拡大教科書をも製作してきた。

「ロービジョン」は社会医学会では聞き慣れない表現と思われるが、かつて教育関連では機質的に視覚が障害されて、低視力になった場合を「弱視」と称してきたが、医学的、眼科学的「弱視」は機質的には正常で、機能的に低視力になった場合を「弱視」と称して、視能訓練を行い、健常視力に回復させる治療が行われ、言葉の混乱があったので、盲学校或いは弱視学級適応の低視力者或いは疾病により回復不可能な低視力者を総称してロービジョン者と称している。

ξ対象：残存視覚を利用して読むことの出来る中途視覚障害者或いは先天性弱視児童生徒

ξ方法：ロービジョン者の見え方は、原因疾患により、又その病期により、千差万別であるので、必要とする字の大きさ、字間、行間は個々に異なる。従って、まず拡大教材を必要とする当事者及び保護者と視覚障害リハビリテーションワーカー及び拡大教材政策担当者が面談をして、字の大きさ、字間、行間及びその製作の方法（手書き、拡大コピー、パソコン）を選択決定する。

ξ結果：2004年度は31タイトル144分冊製作し、2005度は37タイトルを予定している。

ξ考案：愛視援で拡大教材を製作当初は拡大コピーも十分ではなく、パソコンなども使われていなかったもので、もっぱら手書きのものを作ってきたが、2004年度は拡大コピーが16、パソコンが7、手書きが12であった。2005年度は拡大コピーが23、パソコンが5、手書きが8の予定となっている。一部に既成のもので出ているが拡大教材は、まず眼科医が屈折検査、近距離視力検査などの後、写本ボランティアと面談して、各自に見やすい字の大きさ、字間、行間を決めて作るオーダーメイドの教材である。私共はこの十年余り名古屋市教育委員会の指導を得ながら、弱視児に適した本の製作を迅速に提供することを心がけてきた。名古屋市教育委員会では弱視学級在籍者の拡大教科書については無償給付してきたが、認定就学者制度が実施され、視覚障害児も普通学校に在籍するようになり、昨年から学校教育法の改正による拡大教科書の無償給与が実施されることになった。ボランティアとして製作してきたものとしてその手続きの煩雑さで現在困惑している。手書きの教材作りはボランティアとして継続出来るが、コピー、パソコンによる拡大教科書作りは役割分担として教科書出版社が担当されるのがよいと考える。県教委は最初から、「拡大写本はボランティアにお任せしてあります。」とのことであった。

ξ結論：義務教育において支給される教科書と同じ内容の拡大教科書は迅速適切に各教育委員会が用意すべきである。ボランティア任せは問題である。

yatata@yacht.ocn.ne.jp

医療・介護事業所における過重労働・職業ストレスの子への影響

○服部 真 （社）石川勤医協 城北病院

始めに § 医療・介護事業所では職員のメンタル不全や筋骨格系障害の多発と同時に子の身体的・精神的・社会的問題（以下子の問題と略す）により休職や退職する事例が散見される。過重労働・職業ストレスが子の問題に与える影響を検討するため以下の研究を実施し、全体の概要は第77回日本産業衛生学会で発表した。今回は医療介護事業所における結果を中心に報告する。

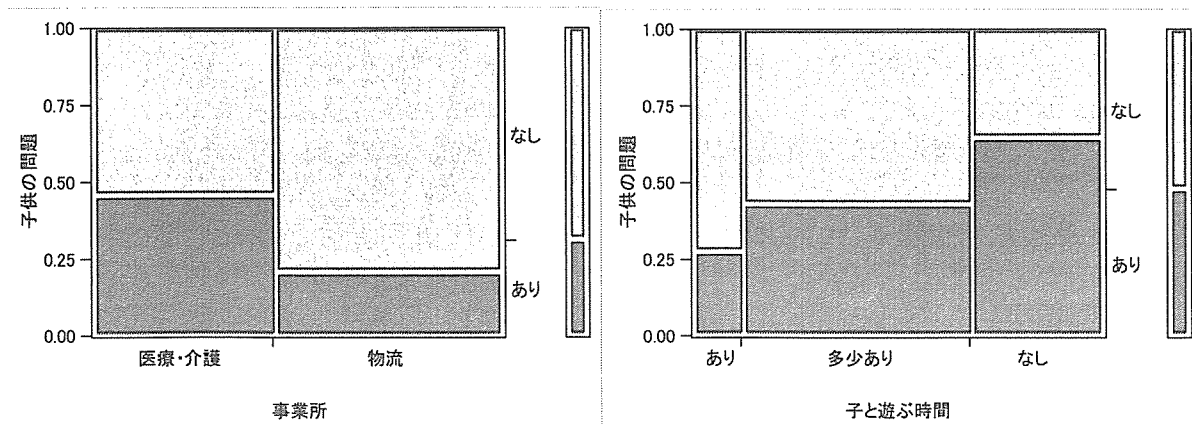
対象と方法 § 医療介護の7事業所（795人）と物流の8事業所（480人）のパートを含む職員を対象に質問紙調査を封筒法（匿名）で行った。回答者は医療介護336人（回答率42%）、物流373人（回答率78%）であり、そのうち20歳未満の子を持つ357人（医療介護158人—子を持つ職員数の約65%に相当、物流199人）（男性82人、女性275人）について、子の問題と労働時間や職業ストレスとの関連を検討した。子の問題の有無の判断は回答者に委ね、ある場合には記載を求めた。職業ストレスは（旧）労働省研究班の「職業性ストレス簡易調査票」の項目を使用した。

結果 § 子の問題「あり」の割合は労働時間が長いほど有意に増加し、医療介護46%が物流21%より（図1）、看護師58%は他職種40%より有意に多かった。性別・年齢や子の数による差はなかった。医療介護事業所で子の問題を持つ者はない者に比べて仕事の負担度（ $p=0.02$ ）・イライラ感（ $p=0.04$ ）・抑うつ感（ $p=0.07$ ）が高く、子と遊ぶ時間が少なかった（図2、 $p=0.003$ ）が、支援度・仕事満足度・他のストレス症状には有意差がなかった。多変量ロジスティック解析では子の問題に対して子と遊ぶ時間・看護師か否か・仕事の負担度によるモデルが最適（ R^2 値0.07、 $p=0.005$ ）であった。子の問題は、学力、健康、不登校等の問題が多かった。

考察および結論 § 子の問題を抱える者は物流事業所より医療介護事業所、中でも看護師に多く、子と遊ぶ時間の少なさや仕事の負担度と関連していた。過重労働や仕事ストレスが医療従事者の精神状態とともに子とのふれあいにも悪影響を与え、子の問題に関連していることが示唆された。従業員の健康はもちろんその子の健康を損なわないことは事業所の社会的責任であるが、地域の医療や介護が従事者の過重労働により支えられている面もあり、その改善には制度改善を含む社会全体の合意が必要である。この結果は合意形成に役立つ資料となると思われる。

図1 子の問題を抱える割合の事業所格差

図2 子と遊ぶ時間と子の問題（医療介護）



キーワード：子の問題、医療介護、過重労働、仕事ストレス 連絡先：hattori@imir.jp

テーマ別分科会Ⅲ

「環境問題・薬害・職業病」

県民会館603

座長

田村昭彦 (九州社会医学研究所)

辻 順子 (つばさ薬局長町店、宮城民医連環境公害問題委員会)

日常生活環境・食品中の化学物質が子どもたちの発達に及ぼす影響

○角田和彦 かくたこども&アレルギークリニック 院長

1) 小児の成長発達からみた環境ホルモン（内分泌攪乱化学物質）の重要性

文部科学省の学校保健統計調査によると、2003年の気管支喘息有病率は1970年に比べ、幼稚園は3倍、小学生7.3倍、中学生23倍、高校生13倍に増加した。気管支喘息有病率増加には、室内の気密化に伴うダニ、カビ抗原の増加、室内でのペットの飼育、タバコ煙など多種の影響が考えられている。しかし、環境ホルモン物質への曝露によってアレルギー疾患全体が増加させられている可能性も考えられる。

環境ホルモン物質と免疫発達との関係は未解明な点が多い。しかし、免疫が関与する疾患の多くに男女差が存在し、中枢神経と同様、胎児免疫系においても性的二形性の存在が考えられている。女性は男性に比べて細胞性免疫・液性免疫が高く自己免疫性疾患に罹患しやすい。現在の日本ではアレルギー疾患は男児に多い。アナフィラキシー症例では性ホルモン分泌が開始される思春期に一時的に発症数が増えた。思春期前では男子に頻度が高く、思春期以後では女性に多くなる傾向がみられた。

動物実験などの研究では、少量のエストロゲンはTh1を活性化させ、多量のエストロゲンは反対にTh1を抑制し、IL-10を増加させて炎症反応を抑制する。プロゲステロンはTh2を活性化させる。男性ホルモンであるジハイドロテストステロンはTh1もTh2も抑制する。男子は思春期初期に女性ホルモンが増加する時期があり、この時期に一致してアレルギー疾患の悪化が起こる可能性がある。また、環境ホルモン物質の多くはエストロゲン作用や抗男性ホルモン作用を有している。したがって、性ホルモン様の作用を有する環境ホルモン物質が免疫に影響する可能性は充分に考えられる。

免疫抑制作用を有する男性ホルモンの分泌が開始している成人男性の総IgE値は、女性に比べて低くなるはずであるが、アレルギー疾患を疑って精査した症例の総IgE平均値（年齢別）は、男性の方が高値である。この結果は男性の免疫が女性化していることを疑わせる。思春期前の男児の生理的女性ホルモン産生量は女児に比べてかなり低く、思春期前の男児における女性ホルモン作用物質の影響は男児の免疫に大きな影響を及ぼす可能性がある。

哺乳動物は外界に変化が生じると、内分泌・神経・免疫系が機敏に反応して体内を健康な状態を保っている。これらの反応は、体内に侵入したさまざまな化学物質の影響を受けることが分かってきた。植物や動物、細菌などには、免疫を刺激する化学物質（植物レクチン、細菌エンドトキシンなど）が自然な状態で存在する。また、植物には女性ホルモン作用を有する植物性エストロゲンが存在する。これらの自然界からの適度な刺激によって動物たちは免疫を発達させる。しかし、産業の発展とともに人工的の化学物質が多量生産され、環境を汚染した。ダイオキシン、PCB、ベンゾピレン、有機塩素系殺虫剤、有機スズ、有機水銀、ビスフェノールA、ノニルフェノールなどの化学物質は免疫能を障害する。環境ホルモン作用を有する化学物質（女性ホルモン作用や抗男性ホルモンを有する化学物質）は内分泌の攪乱を介して、神経を刺激・麻痺を起こさせる有機リン系化合物や有機塩素系化合物などの殺虫剤・農薬関連の化学物質は神経系的作用を介し、室内で揮発するトルエンやホルムアルデヒドなどの揮発性有機化合物は知覚神経や神経ペプチドを介した神経原性炎症を経てアレルギー症状を悪化させる可能性がある。

胎盤は人工的に作られた環境汚染化学物質や植物ホルモンの侵入を阻止できないため、胎児は化学物質の影響を受ける。生後は乳児期に母乳や人工ミルクを介して化学物質の影響を受け、免疫発達に異常を起し免疫能力が充分に発達できない状態、または、免疫調節能力を発揮できない状態に陥っている可能性がある。生後には、生活環境中（室内空気、室外空気、水、土壌）、食品中の人工化学物質の影響を受ける。加えて、牛乳・卵・肉などの食品に含まれる女性ホルモンが影響してアレルギー反応が過剰となり、さまざまなアレルギー疾患を増加させている可能性が

考えられる。これらの化学物質や食品中の環境ホルモン物質は、男性の場合は免疫の女性化によるアレルギー疾患の増加や悪化、精巣癌、前立腺癌、不妊などが、女性の場合は、生理開始の早期化、子宮内膜症、不妊、自己免疫疾患 (SLE、シェーグレン症候群、関節リウマチ、多発性硬化症など)、乳がんなどの性ホルモンに関係する疾患の頻度や重症度に影響すると思われる。

2) シックハウス症候群・化学物質過敏症－日常の環境空間中の化学物質から受ける影響

エネルギー効率改善の目的で室内の高気密化が進む一方、便利・経済性を追求し生産された建材・塗料・日常生活品などが室内で多数使用されるようになった。これらの物質から多種の化学物質が微量に揮発し、神経・免疫・内分泌ネットワーク機能が攪乱されることが明らかになりつつある。環境中に存在する化学物質は、子供たちの神経・免疫・内分泌機能の発達に影響する。しかし、化学物質による障害の機序は様々であり、まだ未解明な点が多い。有機リン系殺虫剤・難燃剤などの有機リン化合物によるコリンエステラーゼ、神経標的エステラーゼなどの障害、有機塩素系殺虫剤・ピレスロイド系殺虫剤による神経細胞 Na⁺チャンネル、GABA 受容体の障害は神経を過敏な状態に導く。ホルムアルデヒドなどアルデヒド類やトルエンなどの揮発性有機化合物は知覚神経 C 繊維を刺激し軸索反射や神経ペプチドを介するアレルギー反応の増強なども加わりながら症状を誘発させる。これら多種の原因が重なり、多種の症状を起こすことが病態を複雑化させ、診断・治療を難しくさせている可能性がある。

新築・改築に伴って室内で使用された化学物質は神経原性炎症を惹起し、低年齢では転居後気管支喘息様症状またはアトピー性皮膚炎の悪化・発症などアレルギー症状の悪化を、年長児では神経系症状の悪化を起こした。室内ホルムアルデヒド濃度が高いほど転居後に総 IgE (免疫グロブリン E) 値は上昇した。

シックハウス症候群の小児の知能・認知能力の発達を、WISCⅢを使い調査した。複雑な図形の中から一定の図形を見つけ出す能力 (視知覚機能) が低下している可能性が示唆され、室内空气中パラジクロロベンゼン濃度高値、TVOC (総揮発性有機化合物)、脂肪族炭化水素高値の例でこの傾向が高かった。また、この異常は滑動性眼球運動の異常と関係することが示唆された。乳児期に新築家屋で生まれ難治性の喘息様症状を起した症例では、その後、WISCⅢで動作性 IQ が低下していた。乳児期に受けた化学物質の影響はその後も持続し、認知能力の発達に影響している可能性が示唆された。近赤外線脳内酸素モニター (NIRS) を使った化学物質吸入負荷試験とガス吸入負荷前後起立試験によってシックハウス症候群例を経過観察した結果、シックハウス症候群の症状増悪時にスマトリプタン (セロトニン受容体刺激剤)、選択的セロトニン再吸収阻害剤、ビタミン B6 などセロトニン動態に影響する薬剤が有効であることが示唆された。

子供たちの健全な発達のためには、免疫・神経・内分泌に影響を及ぼす化学物質や食品中の女性ホルモンの過剰曝露を避ける必要がある。

参考文献：

角田和彦：環境ホルモンとアレルギー。小児科 46：429-438、2005

角田和彦：環境ホルモンと小児アレルギー疾患。アレルギー科 18：402-411、2004

角田和彦：化学物質とアレルギー。Endocrine Disrupter News Letter 6(4):2、2004

森千里、窪田吉信、角田和彦、井口泰泉：特別座談会－環境ホルモンの今日的課題について。Vita 21(no.2):3-29、2004

角田和彦、吉野博、天野健太郎、松本麻里、北條祥子、石川哲：子供のシックハウス症候群。臨床環境医学 13：85-92、2004

石川哲、坂部貢、宮田幹夫、吉野博、角田和彦：シックハウス症候群の最近の考え方。埼玉県医学会雑誌 39：173-180、2004

角田和彦、吉野博、天野健太郎、松本麻里、北條祥子、石川哲：新築・リフォームに伴って室内で使用された化学物質が小児のアレルギー疾患の病態に及ぼす影響。臨床環境医学 13：36-34、2004

角田和彦：シックハウス症候群とシックスクール症候群：小児科の見地から。アレルギー・免疫 10 巻：1595-1604、2003

角田和彦：近赤外線脳内酸素モニターによるシックハウス症候群の診断。臨床環境医学 12：15-26、2003

BZH07614@nifty.ne.jp

第46回日本社会医学会総会 「環境問題」

テーマ 産業廃棄物の不法投棄問題

発表者 氏名 佐藤 龍朗

所属 宮城厚生協会 長町病院

わたしの住んでいる地域（茂庭）は、仙台市西部の農村地帯です。
一昨年10月に、近隣地域（坪沼）の山林に家屋解体業者が「たい肥」づくりを名目とした、産業廃棄物の不法投棄が摘発されました。その後、逮捕、翌年には有罪判決がだされました。仙台市環境局からは「全量の撤去」を命ずる行政処分がだされています。現在、業者は、それを不服として、裁判を起こしています。この業者は、以前からわたしたちの住む地域の山林を所有しております。当初は谷間を埋め立てて「資材置き場」にする計画でした。

その後、果樹園、造園、宅地開発、貸し農園など計画内容を次々と変えて開発を推し進めようとしてきました。業者の目的は、坪沼の廃棄物を肥料といつわり、開発地域に埋め立てることです。開発がおこなわれると、自然環境への多大なる影響や、周辺住民への健康被害が危惧されます。

わたしたちは、現在、開発予定地の搬入道路入り口の土地を共同所有して、裁判をおこないながら開発に歯止めをかけています。

青森県と岩手県の県境にまたがる「大量の廃棄物の不法投棄」も肥料製造を名目として行われてきました。

宮城県内の産業廃棄物の施設の状況、不法投棄の実態を資料で紹介しながら、産業廃棄物処分のあり方について考えてみます。

tatsuro@zmkk.org

薬害 HIV 感染被害者の生存患者とその家族への面接調査から見てきたもの

○溝田友里¹⁾、山崎喜比古¹⁾、関由起子²⁾、若林子ヒロ³⁾、
大平勝美⁴⁾、小山昇孝⁴⁾、後藤智巳⁴⁾、藤原良次⁴⁾

¹⁾ 東京大学大学院医学系研究科健康社会学、²⁾ 群馬大学医学部保健学科、

³⁾ 埼玉県立大学保健医療福祉学部社会福祉学、⁴⁾ 薬害 HIV 感染被害者(患者・家族)生活実態調査委員会

§ 背景

薬害により HIV/HCV に重複感染した血友病患者（以下患者）とその家族の生活実態・ニーズを明らかにし、患者や家族への理解を広げるとともに、被害救済と患者・家族支援のさらなる具体化や提案を得ることを目的として、2004 年に薬害 HIV 感染被害者(患者・家族)生活実態に関する調査研究プロジェクトを発足させた。本調査は、薬害 HIV 感染患者を対象とする初の全国規模の調査である点や、患者のみならず、今まで目を向けられることのなかった家族を初めて対象とした点、患者とその家族の語りや生の声（ボイス）が初めて明らかにされる点などを特徴にもつ。

§ 対象・方法

本調査は当事者参加型リサーチの方法にのっとり、当事者と研究者との一貫した共同で進められている。また、初年度の面接調査をふまえて、次年度には質問紙による全国悉皆調査を行うという方法的トライアンギュレーションを採用している。本報で報告する初年度面接調査は、第一段階として、2004 年 5～6 月に、調査研究の焦点を質的に明らかにするために、東京および大阪 HIV 訴訟原告団に所属する患者家族 2 名、患者 11 名の計 13 名を対象とした個別インタビューおよびフォーカスグループディスカッションを実施し、それらの分析結果をもとに、第二段階として、2004 年 9～12 月にかけて両原告団の患者家族 8 名、患者 22 名の計 30 名を対象とした個別インタビューを実施した。

§ 結果・考察

面接調査により、以下の点が明らかになった。2005 年度の質問紙調査によって、これらの点における実態や問題、ニーズについて、全国的な広がりや分布を把握していく。

(1) 薬害 HIV 感染患者被害者は、HIV/HCV 重複感染血友病患者として 3 重の疾患と薬の副作用に由来する多様な症状に日常的に悩まされており、今後どうなっていくかわからないという不確実感と不安は、生活や人生にまでも影響をもたらしていた。

(2) 患者のみならず家族も、プライバシー漏洩と偏見・差別への不安から、日常生活や人付き合い、社会生活、サービス利用のすべてにおいて警戒や自主規制が解けない日々を余儀なくされていた。

(3) 薬害 HIV 感染被害は、多くの患者の生命を奪った一方で、「HIV イコール死」と言われた時代を経験してきた患者においては、死（生物学的死）を免れたものの、生きる希望を奪い（心理的死）、社会的孤立を引き起こした（社会的死）。特に、感染当時 10 代～20 代前半（現在 30 代～40 代前半）の患者、すなわちこれから社会人として世の中に出よう、あるいは社会的役割を新たに獲得しようという人生の大事な時期にあった患者は、生きる希望を奪われ、人生設計とキャリア発達、また恋愛や結婚に著しい困難がもたらされており、HIV 医療が進歩し患者の長期生存が可能となったその後の人生においても深刻な影響が及んでいた。

(4) 患者の職業自立・社会参加への支援は、現在 20 代の患者も含めて、極めて重要な課題であることが示された。また、患者の恋愛、結婚、性生活、挙子（子どもをもうけること）の問題はますます重要な問題になってきていることがうかがわれた。

(5) 患者と家族から語られた人生は、薬害により HIV 感染被害をもたらされたことへの怒りを心の底に持ち続けながら、しかし、実際には、薬害 HIV/HCV 重複感染血友病患者であることに由来する様々な困難に対処する毎日であり、そうしたなかで自分たちなりの価値観や成長、人生の喜びを得ていくという、まさに「今を生きることに精一杯」や「懸命に」あるいは「精一杯生きている」と形容できる人生であった。

キーワード：薬害、血友病、HIV、HCV、重複感染、患者、家族

連絡先：myuri-tky@umin.ac.jp（溝田友里）

薬害肝炎訴訟提訴者のニーズと課題 —全国被害実態調査から—

○安井真希子（東洋大学大学院）片平冽彦（東洋大学社会学部）
牧野忠康（日本福祉大学社会福祉学部）

1. はじめに

現在、フィブリノゲン製剤（F剤）と非加熱凝固因子製剤による「薬害肝炎」が大きな社会問題になっている。本研究では、これら血液製剤による肝炎感染被害者がこれまで受けてきた身体的・精神的・社会経済的被害と置かれている現状を解明し、被害者のニーズと課題を明らかにすることを目的とする。

2. 対象と方法

全国5地裁に提訴した原告74名を対象として、調査票を作成し、2005年2月～4月にかけて自記式の郵送法によるアンケート調査を行った。回収数は62名（回収率84%）。

3. 結果

①性・年齢では女性53名、男性9名で、10歳代から70歳代に及んでいた。②使用した製剤は、F剤が51名、第Ⅸ因子製剤が9名、無記入が2名であった。③病気の段階については「慢性肝炎」が71%、「無症候キャリア」が17%、「肝硬変・肝がん」が7%。④最近の自覚症状で「いつもある」「しばしばある」と回答した割合が最も多かったのは「疲れやすい」で48%、次いで「全身倦怠感」27%、「皮膚の痒み」19%、「腹が張る」13%であり、「黄疸」は0%であった。⑤日常生活では「通院治療中」と回答した人が83%であり、そのうち「専門医の治療を受けている」と回答したのは62%、「受けていない・専門医がどうかかわからない」と答えた人は21%であった。通院の問題点については77%が「医療費が負担」と回答している。⑦これまでの医療費の総額は「10万～100万円」「101万～200万円」で37%、「計算できない」が16%であった。続く、医療費の負担について聞く項目では「医療費をとっても負担に感じる」「ある程度負担に感じる」と回答した人が89%を占めた。⑧肝炎患者であることを他者に知られる不安は73%の人が感じており、その内容は多い順に「本人が差別・偏見を受ける」「誰かに話すと皆に知られてしまう」「周囲が差別・偏見を受ける」「健康診断で知られてしまう」であった。また、差別・偏見を実際に体験した人は41%であった。最も多かったのは「医療機関を受診した時の対応」次いで「職場・学校での人間関係、近所付き合い」「親戚付き合い」であった。⑨日常生活の不安や困難を把握する項目では、最も多かったのが「経済的問題」55%、次いで「家族に負担がかかる」48%、「医療」44%、「進学・就労」32%であった。⑩「病気による生活設計・将来設計の変更があった」と回答した人は41%であった。⑪裁判で求めているものは多い順に「国・製薬会社の責任を明確にする」94%、「薬害を繰り返さない」87%、「医療費助成の充実・強化」82%、「治療法の開発・確立」77%、「薬害肝炎の真相究明」76%などであった。

4. 考察・結論

対象者の人々は、病気の進行・悪化に伴う身体的・精神的苦痛や不安に加え、高額な医療費等の経済的問題、差別・偏見等の社会的な問題を抱えていることが明らかになった。これまで受けた被害の経過や、今後の生活を考える際に経済面での不安を感じるものが「多いにある・少しある」と回答した人が89%を占めていることから、時間の経過と共に被害が重くなり、肝炎感染が自己実現の大きな阻害要因となっていることが示唆された。被害者の人々の主要なニーズは医療体制の整備、原状回復、真相究明、反省・謝罪、再発防止、経済的負担の軽減であり、これら諸問題の解明・解決が急務の課題であるといえる。

[本研究は、東洋大学社会学部のプロジェクト研究であるHIRC21の研究助成を受けた]

キーワード：薬害C型肝炎、薬害肝炎訴訟、被害実態調査

メール：toshi-03@beige.plala.or.jp

薬害肝炎被害者の早期発見における医療機関の役割

○ 片平冽彦（東洋大学社会学部） 安井真希子（東洋大学大学院）
牧野忠康（日本福祉大学社会福祉学部）

1. はじめに

2004年12月9日、厚生労働省はC型肝炎対策として、ようやくフィブリノゲン製剤（以下F剤）納入先医療機関の名前を公表した。本研究の目的は、この公表の経過・意義と問題点を解明するとともに、名前を公表された医療機関のこの問題への対応のあり方を考察することにより、薬害肝炎被害者の早期発見における医療機関の役割を明らかにすることである。

2. 対象と方法

1) 医療機関名公表問題については、新聞報道やネットを通じて情報・資料を収集し、意義と問題点を考察した。2) 医療機関の対応については、この問題に早くから対応している全日本民主医療機関連合会（全日本民医連）の対応について調査した。3) 2005年2月に、全日本民医連の加盟病院である九州地区のA・B病院を対象に事例調査を行った。

3. 結果

1) 2001年3月、厚生労働省は、非加熱第Ⅷ・第Ⅸ因子製剤使用の803医療機関名を公表し、肝炎検査を呼びかけた。しかし、F剤については、「病院の利益を害する」「投与者が多すぎる」などを理由として公表しなかった。被害者側の要求・運動の高まりを背景として、2004年2月に内閣府情報公開審査会は「医療機関の利益よりも人の生命・健康を保護する利益の方が上回る」と正当に判断し、公表を求めた。厚生労働省は、2004年12月に至り、6,933（現存5,395、廃院1,213、不明308、その他17）の医療機関名を公表した。その後同省は相談電話を開設し、年末までの電話は1万件を超えたと報道されている。

2) 全日本民医連では、すでに2001年に加盟病院のF剤使用調査を実施し、155病院のうち90病院から回答を得たが、カルテ確認は9病院にとどまった。2003年10月には再度加盟病院に対し調査要請を行い、企業への問い合わせや患者への検査受検呼びかけ等の促進を行っている。

3) A病院では、2002～03年に三菱ウェルファーマに3回問い合わせしたが、納入実績なしとの回答であった。しかし、医師等の証言があったため、2004年4月に4度目の問い合わせをしたところ、80年に11本、87年に3本の納入が回答された。このため、直ちに掲示等で患者向け緊急連絡を行い、問い合わせへの対応やカルテ調査を行った。2005年2月中旬現在、F剤使用による肝炎感染被害者は発見されていない。

B病院では、1980～88年に693本の納入があった。この期間のカルテは廃棄されていた。手術台帳より304名を抽出し住所が判明した166名に2004年4月に検査を呼びかけた。83通が宛先不明で返送されてきた。12月13日までに23人から相談があり、うち4名が既にC型肝炎の診断を受けていた。14名に検査を奨め、9月6日までに検査を受けた5名中1名が陽性（くも膜下出血による手術あり）であった。

4. 考察・結論

医療機関名の公表は、ようやく実施されたとはいえ遅きに失した感があり、今後、遅延の理由と責任を明らかにする必要がある。このような中で、早くから積極的に患者発見の取り組みを行ってきた全日本民医連の取り組みは評価できる。カルテが廃棄されていても、B病院のように手術台帳を元にした調査により感染者が発見される場合もあることが調査から判明した。このような患者早期発見・治療の取り組みを医療従事者は積極的に行っていく必要がある。

[本研究は、東洋大学社会学部のプロジェクト研究であるHIRC21及び大学院の研究助成を受けて行った]

薬害肝炎、C型肝炎、フィブリノゲン製剤、医療機関の役割

kata@toyonet.toyo.ac.jp

薬害イレッサ事件にみる専門家の役割と責任

弁護士 中島 晃(薬害イレッサ西日本訴訟弁護団)

はじめに

肺ガンに効果があると期待され、2002年7月、世界にさきがけて、日本で承認・販売されてきた医薬品「イレッサ」による薬害が多発している。2005年4月までに、イレッサの副作用が原因とみられる死者が、すでに600人を超えていることが明らかになった。

その一方で、2004年12月イレッサには延命効果がないとの臨床試験結果が発表された。これをうけて、製造・販売元のアストラゼネカ社は、2005年1月4日、欧州連合（EU）でのイレッサの承認申請を取下げた。又アメリカのFDA（食品医薬品庁）も、2004年末、回収などの新たな規制が必要との声明を出した。

こうしたなかで、日本の厚労省は、今年3月、イレッサについて「検討会」を開催したが、使用を制限するなどの規制は必要ないとして、イレッサの使用継続が認められた。しかし、販売開始から2年9ヶ月の間に、間質性肺炎などイレッサの副作用で、600人以上もの死者が出ていることは、きわめて深刻な事態である。

このように、イレッサの副作用による死亡例が相次ぐなかで、2004年7月15日、大阪地裁に薬害イレッサ訴訟が提起され、次いで同年11月25日、東京地裁にも訴訟が提起された。この訴訟は、イレッサの輸入承認をした国(厚労省)とアストラゼネカ社の日本法人を相手どった、被害の救済を求める損害賠償請求訴訟(国家賠償訴訟)であり、薬害の再発防止・根絶に向けて重要な意義をもつものである。

訴訟の概要

- (1) イレッサ（一般名ゲフィチニブ）とは
イレッサは、これまでの抗ガン剤と異なり、ガン増殖に関わる特定の分子を標的とする分子標的薬であり、副作用のない「夢

の新薬」として大々的に宣伝された。

- (2) 販売直後から副作用被害が多発

しかし、イレッサの販売直後から急性の間質性肺炎による死亡例が相次ぎ、2004年10月15日、緊急安全情報が出され、その後添付文書が何回も改訂された。

- (3) 急性肺障害の予見可能性

イレッサが急性の肺障害を引き起すことは、臨床試験や動物実験の結果から、承認前にすでに明らかになっていることである。

- (4) アストラゼネカと国の責任

にもかかわらず、急性肺障害による死亡という重篤な副作用について警告を行うことなく販売したアストラゼネカと十分な安全審査を行うことなくこれを承認した国（厚労省）の責任は重大である。

- (5) 問われる抗ガン剤の承認のあり方

抗ガン剤の承認には、延命効果が認められることが必要というのが、国際的な基準となっている。ところが日本ではそうならないことに問題がある。

結びに代えて－専門家の役割と責任

- (1) 薬害イレッサ事件にみる専門家の役割

厚労省のイレッサ「検討会」に参加している専門家は、イレッサの安全性を確保するという最も重要な役割を放棄している。

- (2) 専門家と市民の共同の取り組みの一層の前進に向けて

nakajima@shimin.biz

京都ジフテリア禍事件の原因論

○和気正芳¹⁾ 田井中克人²⁾ 栗原敦³⁾高エネルギー研¹⁾ 立命館大学(聴)²⁾ 予防接種情報センター京都³⁾

1948年に京都で起こったジフテリア予防接種禍事件は死亡者68名重傷者606名に及ぶ大惨事であり、リュウベック事件と並ぶ世界史上最大の予防接種事故であるが、その原因についてはまだ十分解明されていない。当時の厚生大臣による国会説明¹⁾では、1ロット1000本が実は4本のコルベンに分けて製造され、そのうちの1本がホルマリン量の不足で無毒化されずに製造されてしまったことが原因であり、1000本中750本は正常な注射薬であったために抜き取り検査では発見されずに子どもたちに注射される事になったものであるとされた。

しかしながら、後年出版された予研の論文²⁾には、国会答弁とは異なり、4本中2本が有毒なコルベンであり、しかも有毒な小瓶は500番を境に、後半の番号にはっきりと分かれて存在したことが示されている。これが8本の無作為抜き取り検査で1本も発見されないことはまずあり得ない。厚生省の検定実態が疑われるが、検査官は検査の詳細について「記憶がない」としか供述しておらず、裁判でも深く追求された痕跡はない。

検査は大阪府の検査官が抜き取り、予研に送付して行われたが、多くの抜き取りが当日同時に行われているので、木箱詰めにした注射薬がいくつも積み上げられており、上の方の箱からだけサンプルを取り出したか、あるいは、あらかじめ検査用に用意された別品を検査するといったランダムサンプリングの原則から全くはずれたことが行われたことが強く疑われる。

この被害は京都だけでなく、島根にも波及しており16名の死亡者を出している。島根での事件の原因となったのは京都とは別の2ロットの注射薬であるから、同じ事故が3ロットで別個に発生したことになる。実はこれらは全て同じ日に検査されたものであることがわかった。検査記録として公表されているものには検査合格のものしか記載されていないが、京都府衛生部が刊行した事件記録³⁾、裁判調書の調査から、製造番号の「飛び」と製造総量で実は、同じ日に他にも10以上のロットが検査されて不合格になっていたことが割り出された。

この事件はメスピペットでのホルマリンの注入を行う回数を間違えるといった人為ミスで発生し、まともな抜き取り検査が行われなかったことでそれが見逃され、さらに多数の不合格品が発生していることを無視して、注射薬をそのまま子供たちに注射することで起こった。製造者、検査官、行政のどれか一つでもまともであれば十分防げた事故であったと言える。

終戦直後の日本は伝染病地域としてアメリカ兵が恐れたことから、GHQが予防注射の施行を性急にせまったことが、無理な予防接種を罰金を課してまで実施したことの根底にあった。この事件が原因と責任を十分究明せずに葬り去られたことが、後日の薬害の原点として悔やまれる。

参考文献

1) 林讓治 衆議院厚生委員会議事録, 1948年12月4日

2) M.Kurokawa, R.Murata, Japanese Journal of Medical Science & Biology. 14 249(1961)

3) 京都ジフテリア予防接種禍記録 京都府衛生部(1950)

keyword : ジフテリア, 予防接種事故, 京都

連絡先 : wake@post.kek.jp

近年なお多発するトンネル坑夫要療養じん肺発生過程の特徴

○山崎喜比古、久地井寿哉（東京大学大学院・医・健康社会学）

§はじめに—目的と背景—

1970年代後半から80年代初頭にかけて、トンネル建設工事業における重症(要療養相当)じん肺の発見・把握が激増した。当時、その要因が検討・指摘され(e.g.山崎,1983;山崎,1984)、その後の改善が期待された。しかし、トンネル坑夫経験者における重症じん肺多発はその10-20年後の90年代にもなお続いた。

1999年に、全国トンネルじん肺補償請求団に加入しているトンネル工事従事経験者786人(要療養認定じん肺患者は81%、うち約90%が89年以降に認定)を対象に調査し分析した結果、①トンネル坑夫経験者において90年代に発見・把握されている重症じん肺患者の大部分は、70年代に発見・把握された重症じん肺よりも、全体として10年から20年、近年にずれた時期(入職時期で言えば1950年代、1960年代)のトンネル工事に従事した人々(従事期間平均約25年、平均実従事年数約17年、従事期間の68%)であること、②70年代に従事を開始した人々からも重症じん肺がすでに少なからず発生してきていること、③90年代における重症じん肺の発見・把握も、70年代の重症じん肺と同様、工事現場・出稼ぎ就労先ではなく、大部分がそこから遠く離れた時や場所(多くは郷里県)においてなされるという特徴をもっていること、が明らかになり、トンネルじん肺が社会問題化して以降の80年代にも、出稼ぎ就労先でのじん肺の健康管理や予防のとりくみはきわめて不徹底であったこと、21世紀最初の10年も、トンネル工事従事経験者からの重症じん肺多発が続く可能性は高いこと、を示唆した(山崎ら,2001)。

本研究は、最近までに要療養じん肺と認定されたトンネル坑夫経験者を対象に、1999年調査で認められたトンネル坑夫経験者における重症じん肺発生過程の特徴を再確認するとともに、新しく、トンネル坑夫経験者では、同じ地下産業の炭鉱坑夫や金属鉱山坑夫経験者と比べて、要療養じん肺発生に至るまでの粉じん作業従事年数が短いのではないかと、つまり、急進じん肺の傾向にあるのではないかと、したがって、粉じん環境リスクが高いと言えるのではないかとという以前からの指摘・示唆を検討する目的で行われた。

§対象と方法、

全国じん肺弁護団がもつじん肺訴訟原告患者名簿から、トンネル坑夫要療養じん肺患者については、1945年以降にトンネル建設工事に坑夫として入職(粉じん作業開始)し、その後じん肺に罹患し、2003年までに、要療養じん肺と認定され、提訴を通じて職歴(粉じん作業歴)が確定している原告429人を分析対象とした。比較対象の炭鉱坑夫と金属鉱山坑夫の要療養じん肺患者には、それぞれ1989年以降の従事者がいるA炭鉱とB金属鉱山の従事経験者で、上述のトンネル坑夫要療養じん肺患者と在職時期、要療養じん肺認定、提訴、職歴確定等の点で同じ条件を有する要療養じん肺患者原告それぞれ113人と102人を選定した。

入職(粉じん作業開始)時期と離職(粉じん作業終了)時期の組み合わせによる従事期間パターン別に従事年齢や従事期間年数等について、トンネル・炭鉱・鉱山の各坑夫間で比較検討した。

§結果と考察および結論

トンネルでも炭鉱でも鉱山でも従事期間パターン別該当者が比較的多い「1951-60年→1971-80年」「1951-60年→1981-88年」「1961-70年→1981-88年」各群の粉じん作業従事期間年数は、トンネル(順に19.5年、27.7年、20.0年) <炭鉱(20.6年、30.9年、24.5年)≒鉱山(21.8、31.1年、22.8年)と、トンネル坑夫で短い傾向にあった。トンネル坑夫における従事期間年数中の実従事年数は、被告のゼネコン等が認めたものに限れば51%、1999年調査によれば68%、多めに見積もっても80%で、炭鉱坑夫や鉱山坑夫の従事期間年数≒実従事年数と比べてさらに短くなる。かくして、1950年代から1970年代に至る職場において粉じん環境リスクはトンネルでは炭鉱や鉱山と比べて数十%は高かったものと推測された。

キーワード： トンネル坑夫、要療養認定じん肺、粉じん作業従事年数、粉じん環境リスク
連絡先： E-mail: yyamazak@m.u-tokyo.ac.jp

高齢公害病認定患者の被害実態－全国調査の結果から－

○牧洋子（日本福祉大学）、矢羽田薫（財団法人公害地域再生センター）

§はじめに

環境省は、2004年2月に、加齢が進む認定患者に適合した、効果的な施策の検討を行うため、「公害健康被害の補償等に関する法律（公健法）による被認定者の生活実態に関するアンケート調査（以下、調査）」を実施した。本報告では、調査の結果概要を紹介し、今後の課題を提示する。

§対象

2004年1月1日現在で、65歳以上の公健法認定患者全員である18,862人を対象とした。

§方法

実施期日は2004年2月1日～29日、実施方法は、環境省が、公健法主管担当部局課を通じて、対象者に郵送でアンケート調査票を配布し、郵送により回収した。配票数は18,862票、回収票は12,232票、回収率は64.8%であった。

§結果（１）独居の弊害

「独居」割合は約21%、「65歳以上の配偶者との2人暮らし（高齢者夫婦世帯）」が29.5%であった。さらに、「昼間独居」の割合は4%増の約25%となっていた。

（２）認定疾病にともなう呼吸苦

回答者の約9割が5年前との公害病の症状比較で、「悪化」もしくは「変わらない」と答え、約4割の患者が「ぜん息や息切れなどが毎日出る」等と回答した。また、認定疾病のための入院経験を認定等級別に見ると、重症者ほど入院経験の確率が高くなる傾向が見られた。

（３）経済的負担

認定疾病等が原因で継続的な仕事に従事できなかったため、年金を支給されていないとの回答も見られた。その他、認定疾病の治療のために、発作や呼吸器症状が重症になった場合、特に夜間や緊急時には、タクシー等の移動手段に頼らざるを得ず、回答者の47%が「支出がかさむ」と答えた。

（４）介護保険制度を利用する上の問題点

認定患者が介護保険制度を利用する上で、重篤発作や在宅酸素療法等の公害医療特有の治療や対応を必要とする患者の介護施設等への入所が困難な実情や、要介護認定審査時には身体機能が中心判定評価基準となるため、気候や気温の変動等に起因する症状の増悪に伴う日常生活動作能力の低下等の実態が反映されず、患者の要介護度の認定が軽い傾向にあった。

§考察

本調査の結果により、公健法が施行されて30年以上経た現在においても、大気汚染による認定疾病に伴う症状が改善せず、依然公害被害に苦しむ患者の実態が浮き彫りになった。

郵送による書面アンケートとしては高い回答率と考えるとよい。背景には、高齢化が進む不安、や認定患者の困難な状況に対する改善要望の強さや環境省への期待強いことが伺える。

独居に伴う、症状悪化時の対応における影響が懸念された。多くの高齢認定患者が、認定疾病のために、外出等、通常の社会生活の範囲や程度を阻害されている状態が明らかとなった。

§課題

高齢認定患者は、住みなれた場所（地域）で、必要な公害医療を適切に受けながら、安心して住み暮らすことを希望している。独居、病気の重症化、他病の併発、外出困難等様々な個別課題を抱える患者の要望に応じて、医療機関と日常生活の両方の場で活用できる、リハビリテーション事業が展開され、高齢被認定者の日常生活動作に伴う呼吸苦と労作時の身体的精神的負荷が緩和され、療養生活の向上に資することを期待したい。

キーワード：公健法、大気汚染、公害病認定患者、生活実態、公害保健福祉事業

連絡先メールアドレス：牧洋子（maki@n-fukushi.ac.jp）、矢羽田薫（yahata@aozora.or.jp）

テーマ別分科会Ⅳ

「過労死・過重労働」

県民会館 602

座長

長谷川吉則（千葉健生病院、働くもののいのちと健康を守る全国センター）

小笠原 卓（東北大学医学部、日本科学者会議宮城支部）

弁護士から見た過労死事件の現状のスケッチ

土 井 浩 之
(全国過労死弁護団、宮城県働く者の生活と環境改善をすすめる会)

1 過労死認定の推移

労働基準監督署等で、脳血管、心血管疾患が労働災害であると認定された件数は、平成 6 年までは多くて 30 件台であり、平成 7 年から平成 12 年までは 70 件台から 90 件。平成 13 年 143 件、平成 14 年、平成 15 年は 300 件台となった。精神疾患が労働災害と認められたのは、平成 10 年までは 1 桁。平成 11 年からは 2 桁と増加している (民間労働者)。

厚生労働省における、過労死事案の認定については、ここ 10 年で飛躍的に認定件数が増加しており、かつ、多い認定件数が維持されていると評価してよいと思われる。

この要因は、医師、弁護士を中心とした過労死を社会問題として取り上げる運動により、過労死という言葉が定着してゆき、世論が高まっていった。同時に、業務外事案 (労働災害と認定しないとされた決定事案) の認定取り消し判決 (労働者側勝訴判決) が相次いでだされていった。その中で厚生労働省は、平成 11 年の精神疾患、平成 13 年の脳、心疾患の認定基準の変更を余儀なくされたのである。

しかし、毎年多くの認定がなされ続けているということは、依然として改善が進まない過重労働の深刻な実情が蔓延していることも指摘しなければならない。

この点をさらに推し進めると、まだまだ業務上の災害と扱われるべき過労死事案で、労働災害として扱われていない事案が存在する可能性が高いと言わざるを得ない。実際、過労死 110 番の電話を取ると、補償がなされていない過労死の存在をうかがわれる相談や質問が多数存在する。

2 過労死認定の争点

過労死の認定に当たっての運動の前進は、過労死を労災と認定させる理論の前進に連動する。当初労働省は、脳心疾患等疲労蓄積型疾患は原則として私病として扱い、極端な例を除いて労働災害とはしなかった。労働省の労働災害イメージは、建築現場の転落事故、工場等の手足などの切断事故等、労働と疾病の因果関係が明確な場合に限定していたように思われる。いわゆるエピソード型、災害主義的である。

上述の認定マニュアルの改定後は、蓄積疲労という概念を認めるに至っているはずである。しかし、それでもなお、不合理と思われる認定があった場合には、この災害主義的な考え方が背景に強く感じられることが多い。

過労死の認定運動は、国 (労働省) の災害主義的な考えをどのように打ち破り、被災者の疾病と業務との因果関係をどのようにして立証してゆくかということが、大きなテーマであった。また、それは、現在においても、形を変えつつも、テーマとなっていると考えられる。

過労死事件の国との論争の具体的な争点は、以下のものがある。

過重労働か否かの判断を、「同種労働者」を基準とするか被災者本人を基準とするか (例えば基礎疾患を有する被災者にとって過重であれば過重労働とするべきか)。疾病発症の原因が、過重労働を主たるものとする必要があるか、過重労働と他の原因があいまって発症すれば足りる

とするか。などがある。

3 実際の訴訟活動

実際の訴訟では、個々の理論的争点も大事だが、当該被災者において、①具体的にどのような過重労働が存在し(過重労働の存在)、②その過重労働が具体的にどのように発症に寄与したか(医学的因果関係)が二つの大きなポイントとなる。

過重労働の内容を具体的かつ詳細に主張立証することができるのであれば、裁判官に対して強烈にアピールすることができ、心証を有利に進めることができるように思われる。しかし、本人が死亡している場合等は特に、企業の緘口令が敷かれることも多いため、①については立証に困難を極める場合も少なくない。

国は、訴訟において、過重労働と疾病発症との因果関係について、マニュアルに該当しない労働は過重労働ではないとし、その旨の主張立証を行う。例えば脳・心疾患のマニュアルは、発症前1ヶ月の残業時間(週40時間を越える労働時間)が100時間以上あるか、又は、発症前6ヶ月の各月の残業時間が80時間以上ある場合を過重労働であるとする。これに数時間足りなければ過重労働でないと切り捨て、労働災害と認めない傾向にある。実際の事件(44歳で蜘蛛膜下出血死亡)でも、例えばBMI 26.0~26.8を肥満症といい、蜘蛛膜下出血の高リスクファクターであるとの主張を行っている。精神疾患(うつ病)でも、発症時期とライフエピソードの時間的關係を硬直に捉え、例えば業務の繁忙期から一定期間経過後のうつ病発症は、因果関係を否定する。そして、これらの主張に沿う医師の意見書を提出する。労働者側がこの意見書を否定することに多くの労力が費やされているのも現状である。

4 宮城県の過労死事件への取り組み

宮城県は、全国の過労死事件への取り組みと連動し、当初から過労死110番活動に参加している。また、全国に先駆けて、毎年2回(父の日の前の土曜日、勤労感謝の日の前後)ずつ行ってきた。本年6月で35回目となる。当初、医師を中心に弁護士、労働組合が参加する宮城県働く者の生活と環境改善をすすめる会が行ってきたが、これに労組を中心とした職業病対策の運動体が加わり、近年は宮城県のいわゆる「いの健センター」が加わり共催している。

実際の労災申請や、訴訟も比較的多く行われ、認定例も勝ち取っている。

宮城県の過労死事件の取り組みは、全国の縮図的な傾向が強い。県内の弁護士で組織する過労死研究会(アドバイザーとして広瀬医師にも参加いただいている。)の調べでも、一つに若年層(30代)の過労死事案の増加がみられ、若年に精神疾患、50代を中心とした中高年齢層に脳・心疾患が多いという傾向も見られる。

5 弁護士サイドからの観想

過労死事件に取り組む目的の大きな理由の一つは、過労死の予防にあると思う。自分や家族の幸福のために懸命に働くことが致命的な症状をもたらすということは、悲惨な矛盾である。危険な長時間労働が今もなおいたるところで野放しにされている。わずかの間に数人の自殺者を出している労働現場でも、過重労働自体を放置したままカウンセリングで対処する方法の探求に苦心している。改めて言葉に出す人は少ないけれど、21世紀の今日でも、使用者のために命を捧げる結果となる過重労働を行うことが当たり前の風潮となっているように思われてならない。過重労働の危険性をもっとリアルにアピールする必要性を痛切に感じている。

doihi@zd5.so-net.ne.jp

教員の過労死・過労自殺事例とその背景

○ 富樫昌良／働くもののいのちと健康を守る宮城県センター

§1 教員過労死・過労自殺事案と基金支部裁定の特徴

1 各事案の共通性

県内教員の公務災害認定を申請した過労死・過労自殺事案はこれまで4件ある。92年3月の三浦事案（中学校教諭）は95年に基金支部審査会で逆転認定。98年8月の大友事案（中学校教諭）は現在再審査中。98年9月の高橋事案（高校教諭）は仙台高裁係争中。00年6月の高野事案（小学校教諭）は基金支部審査中。3件の支部認定結果は、いずれも「他と比べて職務は過重でない」「疾病と公務は無関係」あるいは「疾病は個体の脆弱性に原因」という理由で公務外としている。

2 把握されていない勤務実態

問題は、教員の異常な長時間過密労働の実態が把握されていないだけでなく、被災者の職務・業務の特殊性についても殆ど無理解だということである。被災職員の勤務の実態は基金支部はもちろん行政当局も殆ど把握していない。審査会裁定書に「時間外手当が支給された実績がない」と記載されたことはその典型である。

§2 教員の職務と勤務態様の特殊性と法的問題

1 宮城県教委の調査結果

元来、行政当局は「教員の時間外勤務は存在しない」という建前から、勤務に関わる実態調査をしてこなかったが、宮城県教組と県教委の話し合いによって、01年度、行政当局による初めての实態調査が行われた。その結果を見ると、「毎日が忙しい」小学校63%、中学校70.5%。「時間外の仕事がよくある」は、小78.2%、中78.7%。「毎日2時間以上の残業」は小10%、中58.6%。1月から9月末までの年休取得「5日以下」が小36.4%、中61.4%となっている。家庭への持ち帰り仕事を含めると、1日平均3時間近い残業をしている。

2 公然と強いられるサービス残業

『義務教育諸学校等の教育職員の給与等の特別措置に関する法律』によって、教員には原則として時間外勤務は命じないことになっており、時間外勤務手当の制度も存在していない。教育という仕事の持つ特殊性や部活・生徒指導などのように時間外に及ぶことの多い勤務の特殊性を考慮し、4%の教職調整額が支給されているが、このことを根拠に無定量の時間外勤務が野放しにされている。勤務時間内には教材研究や授業準備、事務処理の時間は取れず、殆どが時間外に行われているにもかかわらず、無視されているのが実態だ。

§3 教員の健康破壊の実態

1 人間ドック受診結果

02年度2100人の人間ドック受検者の有所見率は81%（宮城県教職員互助会資料）である。6423人の健康診断結果も、正常28.4%、境界域26.2%、要再検・要医療は45.4%となっている。

2 精神疾患急増

03年度の教員の休職者6017人のうち3194人（53.1%）が精神疾患である。94年度の休職3364人、精神疾患1113人（33.1%）、99年度の休職4376人、精神疾患1715人（39.2%）と比べて、病気休職者数も大幅に増えているが特に精神疾患が急増していることが分かる。通院・投薬でがまんしている教員の数は、少なくともこの数倍はいると思われる。

§4 教員の健康保持・管理は教育的且つ社会的な課題

教員の健康はまさに教育条件そのものである。子どもたちに明るく楽しい授業や学級・学校での生活を保障する上でも、教員の多忙・過労・健康破壊は大きな社会問題である。

Masayosi.Togasi@mb8.seikyoku.ne.jp

ソフト開発労働における過労自殺予防への提言 2人の青年SEの自殺事例を通して

○ 働くもののいのちと健康を守る東京センター 色部 祐
大田労災職業病患者会 網野 裕

§ 目的

情報処理会社に入社、初期研修を終えた直後に実務のSE労働に従事し、高い精神的負荷を負い続けた結果自殺。この自殺原因となるSE労働を分析し、予防策を提言すること。

§ 事例…2人の青年SEの自殺

1) O氏 独立系ソフトハウスへ転職、初めての顧客環境で未研修実務を担当、一年で自殺、26歳

2) K氏 銀行系IT子会社入社、未研修分野を含む実務を初めて担当、半年で自殺、24歳

§ SE労働の特徴

1) 曖昧さを持つ利用者のシステム化要求を、開発工程毎にその曖昧さを具体化・解決して、完璧な論理を持ったコンピュータ・システムを構築する技術労働

2) 体で覚える技術であり、理解不十分な技術分野や未経験分野では労働者に不安定さが付きまとう

3) 納期・品質・原価という管理3目標が課せられる労働

この特徴から云えるSE労働は、目標達成までの全期間に亘り精神的緊張が続き、しかも作業工程が進むにつれその緊張が高まるという、精神的負荷が極めて高い労働である。

したがって今回のケースのように実務経験がない場合は、問題解決方向においても仕事の見通しを持つ場合でも、いずれも先が見えないために、精神的なストレスが高まりやすい。

§ 考察 なぜ自殺したのか

1) 共通する問題点は何か

初心者研修終了の技術力しか持たない青年に、過大な技術力が要求される実務であった。

精神的負荷を軽減する実支援がなかった。

うつ病を発症していた。

2) 個別の問題

O氏 自ら望んだSE職であり情報処理技術者2種試験に合格したが、プロジェクト経験がないのに、いきなり顧客業務の外部設計を任せられ、10ヶ月後の統合テスト段階で自殺。その間、仕様変更や仕掛りも多発し、内部設計工程からは新参加者の管理まで任された。抜擢主義の会社・上司は激励しても実支援をせず、うつ病であることを知りながら放置したところが問題であった。

K氏 「コンピュータ初めての方でも大丈夫」の人材募集で入社。企業の研修部門は一年間の研修が必要としながら、実際の集合研修期間は前年の半分に短縮。研修後の主催者評価は「技術力で未消化分野もある」としながら、配属後の新入社員への実支援を継続しなかった。

次の配属後の現場研修も実施されたが、必要な技術研修が漏れたまま終了し、実務を担当。

理解できない諸事象に直面しても社員自ら取り組む姿勢が強調される職場であり、一人で未経験技術に挑戦させられた。最終盤になって新たな設計変更も発生、それを仕上げたが納期は遅れ、目標は未達成となった。この悩んでいる最中に無神経にも上司から次の実務が指示された。

このような実務での精神的負荷に絶えられずついに休暇取得。休暇明けには退職を申告したがしばし慰留され、退職迄の間、無関係な雑務を指示され、自分の居場所を失う状態になり自殺した。

§ 結論 予防に向けた提言

1) SE技術は理解したことを体で覚えるもの、新人研修はその余裕が必要。

2) 本番で使う技術はすべて研修で習得

3) 教えあう仲間意識を作ること。

4) リーダーは要求される技術を参加者に確認し、能力未成熟の場合は支援が必須である。

以上 aeh88940@moon.odn.ne.jp

過重労働対策とその課題

聖徳大学人文学部教授 上畑鉄之丞

過労死防止を目的とした今日の過重労働対策は、2001年12月の過労死の労災認定基準の見直し、さらに、翌年2月の「過重労働による健康障害防止のための総合対策」を打ち出したことにはじまる。ほぼ3年を経過した時点で、当初の目的はどの程度達成されているであろうか。変化のひとつに、過労死、すなわち脳血管疾患や虚血性心疾患等の労災認定件数が、それ以前の年80件前後から300件を越えるようになったことがあげられる。しかし、月80時間を超える時間外労働が確認された場合は認定されるものの、それ以下の時間外労働の場合や夜勤交代勤や運転労働のような変形勤務の従事者の場合は、認定されにくいなどの指摘がある。また、会社の非協力のために、被災者の遺族などが生前の労働時間を調べきれないなどの事例も多い。労基署が、サービス労働、すなわち賃金未払いの時間外労働の立ち入り調査や是正に積極的に取り組むようになったのも好ましい変化であり、2003年度に労基署の是正指導を受けた企業は1184社、残業代の支払い総額は約238億7千万に上るとの新聞報道もある。ただ、36協定での時間外労働の限度基準として月45時間などを示したものの、最近になって月50時間まで年6回まで延長できるとする特別条項も示されたり、多くの企業で相変わらずのサービス残業の実態がある。過労死防止のための保健対策では、高血圧、糖尿病、高脂血症、肥満の所見を有するいわゆるカルテット症候群について、精密検査費用を労災保険から給付する制度がつけられたほか、時間外労働45時間以上の労働者の保健指導、月80時間以上の場合は健康診断をともなう保健指導や助言指導などの対応もおこなわれるようになったが、指導や助言の内容をめぐる、現場でのとまどいがあるとの意見も多い。現在、国会で審議されている労働安全衛生法の改定では、月100時間以上の時間外労働をおこなっている労働者に、本人の申告にもとづき、保健指導を実施することを盛り込んでいるが、なぜ100時間以上なのか、100時間未満でも身体リスクが高かったり、疲労蓄積や基礎疾病が悪化しつつある労働者はどうするのか、申告できない職場環境下で働いていち場合の救済措置はどうするかなど、問題が噴出する「骨抜き」法案として、効果を疑問視する専門家が多い。また、実際の現場での状況では、多くが生活習慣病としての単なる個人の生活上の注意のみに終わっているきらいがあり、長時間労働や職業ストレスなどの、職場環境要因による発症や増悪に目を向けた対策は、健康管理部門スタッフがとりずらいとの指摘も多い。

生活習慣病は1996年12月、厚生省の公衆衛生審議会の「生活習慣に着目した疾病対策の基本的方向性」の意見具申で提起された政策用語である。この報告では、「昭和30年代以降、国によってすすめられた脳卒中、がん、心臓病などの『成人病』対策にかわる用語」として生活習慣病の名称をとりあげたこと、また、その目的は、「生活習慣の改善や患者のQOLに着目した疾病予防への取り組みは必ずしも十分であったとはいえず」、「疾病別に明らかになった生活習慣との関連を集約し、国民に対して、生活習慣改善のための実行可能な手法を提示し、その定着を促すとともに、患者のQOLの向上に重点を置いた対策をより一層推進する」にあるとしている。そして、「疾病の発症要因には、食生活、運

動、喫煙、飲酒、休養などの『生活習慣要因』のほか、病原体、有害物質、事故、ストレスなどの『外部環境要因』、遺伝子異常や加齢などの『遺伝要因』など、個人の責任に帰することのできない複数の要因が関与していることから、『病気になったのは個人の責任』といった疾患や患者に対する差別や偏見が生まれるおそれがあるという点に配慮する必要がある」とも述べている。今日、過重労働対策が示した過労死防止のために示した長時間労働の削減は、まさに、「個人の責任に帰することのできない複数の要因」のひとつであり、かつ「改善可能」である。意見具申が出された当時は、「生活習慣対策は厚生省」、「職場の環境要因対策は労働省」などの縦割り行政の弊害による「仕分け」があったが、厚生労働省になった今日ではそうした弊害は消失している。生活習慣病と作業関連疾患を、別々の概念として分離せず、両者の互換性を意識した思い切った対応が求められている。

一方、産業保健の分野で用いられている作業関連疾患(work-related disease)は1976年、WHO総会で提唱され、82年に設置された専門委員会で採択された国際用語である。「一般住民にもひろく存在する疾患ではあるが、作業条件や作業環境の状態によって、発症率がたかまったり、悪化したりする疾患」と定義されている。高血圧や虚血性心疾患などの循環器疾患、腰痛などの筋骨格系疾患をはじめ、消化器系や呼吸器系、さらには、精神疾患を含むストレス関連疾患などがあげられている。わが国では、90年に開始された旧労働省の「作業関連疾患総合対策研究」が、高血圧、心疾患、脳血管疾患、糖尿病、動脈硬化疾患を取り上げ、その作業関連性の検討している。こうした作業関連疾患への対策では、既に、80年代からアメリカでは、BreslowらのEAP(Employee Assistant Program)取り組みがおこなわれ、運動、栄養、喫煙、飲酒、ストレスなどの多くのプログラムが開発され試みられてきた歴史があり、ヨーロッパでも、work-related stressと位置づけた「職場のストレス緩和」策として、"Spice of life, or kiss of death"などのスローガンで予防が呼びかけられている。なお、日本産業衛生学会は92年、「循環器疾患の作業関連要因検討委員会」を組織し、95年及び98年の2回にわたって「職場の循環器疾患とその対策」を提言、そのなかで、長時間労働の削減、夜勤労働規制、職場のストレス対策などの必要性を強調している。こうした動きは80年代以降、重症の脳血管疾患や心疾患で倒れた労働者やその遺族による、労災補償を求める運動が急速にひろがりによるところが大きく、これらの疾患群の殆どは、96年の公衆衛生審議会の意見具申で示された生活習慣病でもある。

生活習慣病と作業関連疾患のふたつの概念は、疾患群として重なるものが多いこと、また、両者とも予防をを目的にしている点で共通している。にもかかわらず、今日のわが国では、「地域」では生活習慣病、「職域」では作業関連疾患として使用されている奇妙な実態がある。厚生省と労働省は00年に合体し厚生労働省となったが、今日でも縦割り行政の弊害は解消されていないことに起因している。2010年を目標にした「健康日本21」では、一次予防を重視したヘルスプロモーション政策であるものの、作業関連要因には触れていないし、過重労働である長時間労働の削減目標は示されていない。地域保健と産業保健の連携が叫ばれる今日、こうした面での抜本的な認識の改善が求められている。

注、本要旨は、4月におこなわれた第78回日本産業衛生学会での産業医フォーラムでの口演に加筆したものである。広瀬俊雄学会長からの要請により、再度報告する。

uehata@seitoku.ac.jp

事例に見る「生活習慣病」への労働・生活の影響

○多田由美子 広瀬俊雄

仙台錦町診療所・産業医学センター

§はじめに

現在、過労死、過労自殺が急増する背景には、偏った生活習慣の積み重ねに起因することが多いとされているがその生活習慣には業務上の過重な負荷、ストレスも直接・間接に影響している。その意味では労働者の健康を守る産業保健活動は益々重要になってくる。夜勤労働者や労働形態の変化が高血圧や糖尿病において見出された事例や対応した事例を報告する。

§対象

事例1 M生協夜勤専門パン製造工 (男性 当時48才)

血圧が、1年目は正常だったが経年時に高くなり、4年目、5年目では収縮期160、170、拡張期105、100と悪化し、眼底出血し退社した例。その後2時間の仮眠が制度化された。

事例2 M生協惣菜工場労働者 (女性 当時44才)

夜勤者健診の24時間血圧記録(ABPM)においてam3時~5時の勤務中や、主婦に多い夕方にも血圧が高かった。対策として日中犬の散歩を家人にゆだね、夕方に仮眠を入れたことで全体の血圧が下がった例。

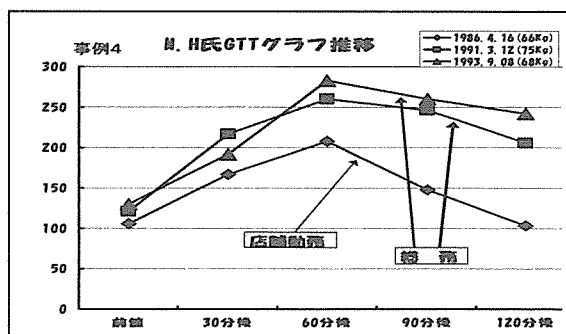
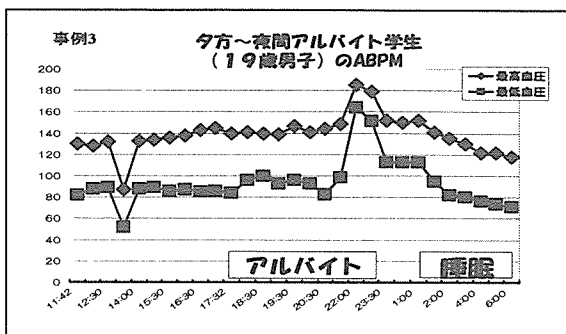
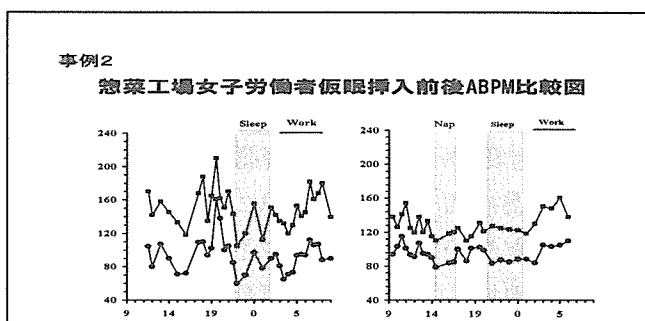
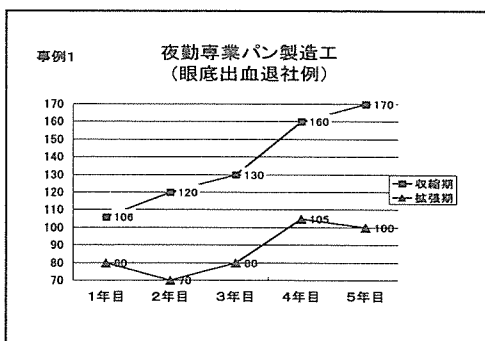
事例3 夕方~夜間のアルバイト学生 (男性 19才) のABPM

授業終了後、17時半~23時半店舗レジのバイトをしている学生で、仕事の終わりには血圧が200近くに悪化した例。今後若年夜勤者への対策が求められている。

事例4 H氏のGTTグラフ推移 (男性 S15年生まれ)

健診で食後血糖高値にて施行した耐糖能検査(GTT)が店舗勤務の時は正常型であったが、総務に異動してから、悪化した例。労働内容によって健康に影響が現れている。

連絡先 (メールアドレス) sanjo@rb3.so-net.ne.jp



一次予防の場としてのストレスマネジメントの取り組み

○服部由季夫 1) 阿部眞雄 2) 広沢真紀 2) 内藤堅志 2)

1) 星槎大学共生科学部 2) (財)労働科学研究所

§はじめに

健康診断は、はっきり疾病と認められる者に対してのスクリーニングとしては奏功しているが、健康診断で異常なしとされる者は、多くの場合、放置されてしまう。しかし健康診断で異常なしと診断された者の中にも、限りなく異常に近い境界域の者も存在する。こうした者に対してもより疾病から遠ざかる方向へ進むよう対策が図られるべきであり、ひいては健康診断上何の問題もない者も健康増進の目的で積極的にアクションを起こすことが望ましいと、保健医療の観点からも、一次予防の視点からも考えられる。また、健康増進のプログラムにありがちである「受動的な楽しみ」は一過性のものに終わってしまうケースが多く、その場では良くとも定着に繋がりにくい。一次予防として捉えるなら、参加者が体験したことを経験に昇華させ、定着を図ることが重要であると考えられる。今回、男女7名ずつ、計14名を対象にプレリサーチを行った。

§対象

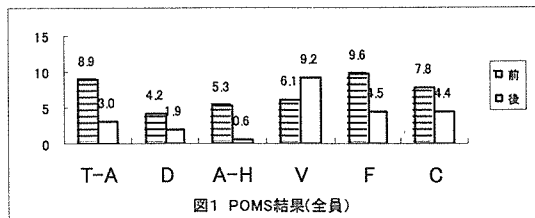
都内某企業に勤務する男性7名(49.7歳)、女性7名(43.6歳)を対象とした。

§方法

一次予防を目的とした「身体を通した発話」の手段として、切り絵で自己表現を行うコラージュと呼吸と、緩やかな身体運動で快適さを追求するプレス&モーションを行った。プレス&モーションでは、より一層の快適さにつなげる為、趣旨を理解し得る専門家に依頼し、オリジナルの音楽を作成し使用した。また、コラージュはセラピーでも用いられるが、今回はセラピーのように深部意識を掘り起こすことはしないものとした。コラージュの前後にPOMSを行い、効果について検討した。

§結果

コラージュの効果について、POMSの結果を図1に示す。緊張・不安、抑うつ、怒り・嫌悪、疲労、混乱の項目では、コラージュを行う前に対して行った後の方が減少した。また活力の項目は増加した。プレス&モーションでは、14名中9名が心地よいものとして捉えていた。また、プレス&モーションに用いたオリジナルの音楽を、14名中12名が心地の良いものとして認識していた。



§考察

手段としてのコラージュの有効性が示唆された。今後は一次予防としての「身体を通した発話」に繋げるべく、クライアントの自由裁量度を高めた、弾力あるレシピの開発を行い、一過性に終わらない、経験を積めるものの提供に努めたい。

abemasao@a2.ocv.ne.jp

鼎談資料

「社会医学とはどういうものか、どう広げるか」

上畑鉄之丞（日本社会医学会理事長）

彦坂 直道（宮城厚生福社会理事長）

司会 広瀬俊雄（仙台錦町診療所）

婦人会館 大講堂

講師略歴・役割

広瀬俊雄

- 1970年 東北大学医学部卒、同付属病院内科
- 1971年8月 宮城厚生協会 坂総合病院内科・外科
- 1974年 東北大学医学部第1内科（呼吸器）
- 1977年 宮城厚生協会 坂総合病院呼吸器科長、産業医学科長
- 1984年から 仙台錦町診療所・産業医学センター所長

労働衛生コンサルタント（全国幹事・宮城理事）、作業環境測定士
日本産業衛生学会理事、産業医部会副部長、同専門医制度委員、指導医、
同産業精神衛生研究会世話人、同中小企業安全衛生研究会世話人
同職業性呼吸器疾患研究会世話人、同免疫毒性研究会世話人
宮城産業保健推進センターアドバイザー
日本産業ストレス学会理事、日本社会医学会理事、
日本健康教育学会評議員、東北大学医学部、産業医科大非常勤講師
内科学会認定医、仙台呼吸器疾患研究会世話人、仙台市肺癌委員

坂総合病院産業医学科開設の意義と今後の方向

広瀬俊雄*

はじめに

インフレと不況の同時進行といわれる70年代後半の情勢の特徴の一つとして、国民の健康破壊の極度の進行が挙げられている。有病率もこの20年間に3倍と急増している。その要因として全国総会第23回方針は、「公害、大気汚染、労働強化と過労など自民党の『高度成長』政策のもとでいちだんと激化した国民の健康悪化は、深刻な状態となっている」と指摘している。労災死者は、年間4,000人、労災保険の新規受給者も10万人にのぼっている。労災の件数が15年ぶりに増加へ転じたことは、きわめて重大である。

このように現在の健康破壊の進行が、労働条件の悪化や職場環境の悪化によって拍車がかかっているということは、日々病院に訪れる患者には、もちろん検診対象者、友の会会員、などの多くにその影響がすでに及んでいることを意味している。我々の医療の目標の一つとしてこれらの影響の内容、程度を解明し、それに対して有効に対応する任務はきわめて重要になっている。

坂病院では、S48年に、内科より、上記の課題を担当する独自の科と組織部、部屋を持つという方針を持った。(資料1参照) 医局、病院の方針とする中で担当医の育成をはかり、52年4月に部分的ながら開設にふみきった。この小論は、本年4月に開かれた第4回労災職業病研究交流集会で「体制作りの経験」というテーマで活動報告を求められたことに合わせて、本誌編集部からの要請に応じてまとめたもので、産業医学科の意義、経験、発展方向について記してある。全国の仲間からの批判、指導を期待したい。

第1章 産業医学科を設立するにいたった経過

坂病院では、ずっと以前から、個々の公害や職業病に対して必要な取りくみをすすめてきた。昭和41年以降の具体例を挙げてみても41～2年、熱中症企業内認定、放射線障害→労組結成、F運輸で職場検診開始の取りくみ、44年、じゅう骨処理場周辺悪臭、45年、グラスファイバー皮膚炎、脳卒中、メチルプロバインド公害、鉱山cd中毒、新仙台火力公害、白ろう病等がある。いずれも、地域住民、労働者と共に、病院として一定メンバーを担当にあて、積極的な活動の結果、成果を得てきた。その中心は、医師、保健婦、ケースワーカーであった。

こうした分野に、多くの職員の参加を可能にしたのは、従来のグループを発展させて設置した公害、職業病委員会である。(47)全職場から委員を選び、広範な職種の参加により恒常的な取りくみが可能となった。委員会の性格には以下の点が明記されていた。

- ① 患者、労組、地域から持ちこまれる課題に取りくむ(窓口)、院内の諸グループ諸活動の指導調整機関
- ② 公害、職業病に関する調査、研究
- ③ 院内外での学習会
- ④ 他団体との協力、共同

月2回の定例委員会は、時間内にほぼ確実に開かれ、ニュース等とともに委員を通じても普及がなされた。小委員会も新仙台港公害対策、喘息グループ(大気汚染もテーマ)、矢本皮膚病グループ、鉛グループ、ケイワングループ、検診グループ、ワックスグループ等がつくられ、49年までにそれらへの参加者は60名(全体の1/4)にもなった。各々の取りくみの参加は更にそれを大きく上まっていた。

* 坂総合病院産業医学科

各グループの責任者は、ケースワーカー、保健婦の他、事務、X線技師、看護婦、薬剤師と様々の職種にわたり、実に精力的にリードした。これが先の参加数にもあらわれたといえる。内容的にも、鉛の測定、フローボリューム、クローズイングボリュームの肺機能検診など技術的前進、大学、科学者との連携もすすみ更に大気汚染調査では県下8つの小中学校で正式な形で検診がなされ、医師会、教育委員会での理解もすすみ、学会へも報告がなされた。この間の取り組みの特徴は以下のようにまとめられる。

- 1) それぞれの取りくみは、医療機関としての唯一の参加であったこと。
- 2) 要請に早く応えた方が、それだけ被害の実態が明らかになり解決に役立つこと。
- 3) 被害者には、診断とともに、治療にも強い要望があること。
- 4) 多くは慢性微量中毒であり、原因究明と実証は、必ずしも容易でないこと。
- 5) 多くは、住民組織作りや労組との共同に力を入れることにより、取りくみは大きくすすんだこと。
- 6) 学会、研究会への報告は、積極的な意義を持っている。

以上の教訓をもとにそれまでの取りくみを総括し、そこで産業医学科設立という新たな方針を持つにいたった。

公害、職業病委員会の性格(前述)に欠けていた点、それが明らかになった。公害、職業病に特徴的なことは、発症へ与える原因が、言わば“特殊”であっても、その発現の内容をみると、日々病院を訪れる患者の訴えと類似していることが多い。いや病態もまた、全く同じようなこともありうる。逆に言えば日々外来に訪れる患者の中に、そうした環境因子の関与するケースが、相当含まれている可能性があるわけである。そうした意味で診療科として公害、職業病に取り組むことの意義はきわめて大きいといえる。また学会等に参加する中でも、患者を診続けているところの取りくみは必ずしも多くないことがわかり、その意味での民医連の役割は大きいこと。何よりも、被害を受けた人々は、もっと高度な医学的解明を望んでいること、なども産業医学科設置の

根拠となっていた。

48年の医局総会方針に5年後開設をかかげ、現科長を、東北大学第一内科に49～51年の3年間内地留学させた。主として大気汚染と呼吸器の障害について勉強し、じん肺や大気汚染影響調査の方法論を確立する事に努めた。52年に設置直前は、公害職業病委員会の機能も低下していた為に、その再確立とともに、初年度においてこの分野のあらゆるテーマに広く能力を持つこと、全職員が何らかの形で参加する形、病院全体としてのレベルアップの基礎をつくることを目標にその活動のスタートを切った。

第二章 坂病院産業医学科の構成について

医療法上、産業医学科という標榜が不可の為と、患者、市民、労働者、職員の理解を良くする為に、同科の別名として、公害調査センター、検診、職業病外来を用いることにしている。スタッフは、医師2名(45卒、52卒)と保健婦1名、事務1名で構成している。54年度の独立、専任体制を目標にしているが、科長は、呼吸器担当兼任、もう1名の医師は、初期研修重点、他の2名もそれぞれ任を兼ねている。同時に、4名は公職委事務局、県連公職委をも兼ねて、その面での中心ともなって活動している。

検診は、検診委員会が組織され、医療活動部に窓口、事務局があり、医師2名、看護婦1名、保健婦2名、放射線技師1名(52年度)で、大ワクでの方針決定のスムーズな実施をはかっている。

さらに53年1月には、検査室と科双方から参加する微量分質測定委員会が設置された。当面の任務は、産業医学領域の微量物質についての測定のあり方、方法を管理委員会に提案することであるが、方向として53年度に有機溶剤(代謝産物)、重金属測定を開始することを目指している。この分野の能力向上に加えて、健診機関、必須条件、労働衛生コンサルタント、作業環境測定士などを満たす方針も持っている。

第三章 産業医学科設立の意義

産業医学科は、公害や労災・職業病に関わる患者を独自に扱う診療科として位置づけられる。じん肺や頸肩腕障害、有機溶剤中毒、職業性疲労などを、

独自の診断能力を持ち、従来からの労働医学的知識にもとづき、職場調査、環境調査などを組みあわせ、診断していくことになる。治療においても、中毒のような急性期のものへの対処から、職場の改善により、あるいは、運動療法の併用により、蓄積を生かした独自の管理がなされることになる。

一方前述の如く以上に述べた患者は、内科や整形外科を始め、多くの科、分野と広く接点を持っている。じん肺における呼吸器、熱中症の心臓や、消化器、有機溶剤中毒における脳神経、血液、肝など例を挙げれば、すべてがそうであるというほどに様々なジャンルと関わりを持っている。その面で、産業医学科とそれぞれの科・分野の共同の管理ということが行なわれることになる。

民医連の総会決定でも何度も強調され、又日常の活動でも確かめられている如く、日々外来に訪れ、入院してくる患者の中には、主として、あるいは、間接的に、職場や環境の悪条件によって発症したり、症状の悪化をみる人がかなりいることが予想される。すべての医師・職員がその面から、解明していくことは当然の課題であるが、病院の一角に、より専門的にそうした面から追求している医師、診療科があることは、きわめて有利となることは、より明白である。日々進歩し、高度化していく技術面と、複雑化している疾病を生む要因、多くの患者と日常化している多忙の中にあっては、より持続的にその意義を明きらかにし、前述の如き共同の取り組みを可能とする役割、組織者的な役割をこの診療科が持っていることを意味している。

坂病院の産業医学科の持つ意義は、同時に全職場から選出された委員からなる公害職業病委員会と共にあることによって更に生きてきている。この委員会の経過は、すでに述べたとおりだが、診療科で得た症例や、職場の現実、又その関連性について全体に普及する役目も持つし、調査などもそれらのメンバーが中心になって取り組むなど、活動全体を全病院規模で支える役割を果たしている。その意味で産業医学科と公害職業病委員会の双方が、この分野の発展を支える上で重要な役割を果たす車輪のようなものと言える。

第四章 52年度総括

一步をふみだした産業医学科

内科の呼吸器分野の担当を兼ねながら、診療科を登場させた昭和52年には、新しい発展の芽を生みだしている。

① 症例の発見、蓄積がくり返えされてきた。

53年3月までのリストカードはすでに100名を越し、その後も着実に増えてきている。有機溶剤、粉じん、頸肩腕障害が最も多く、大よそ20~30名、振動病、重金属中毒も数名発見されている。

内科からは、頭痛や喘息の患者、形成外科から爪変形を伴う皮膚炎、皮膚科からも皮膚炎（例えばタバコフィルター中のカーボン？）なども紹介されてくる。「出血性膀胱死の手術例の職業が塗装工だがどうか」とか、病棟の看護婦より「最近の肝炎の職業として長距離運転手が多いが関係を調べてほしい」とか、めずらしい例では、「5才の子供でアメをしゃぶるといつも、口のまわりに発疹がでるが、添加物のアレルギーか何かでないか」というものもある。次に環境面の聴取の重要性を示す例を紹介する。

『30代の女子で主訴は、めまい、けんたい感、はきけ、3ヶ月ほど検査、加療を続けたが一進一退、良く聞くと、階下の部屋でシンナー遊びのグループが集まっていて、マンションの構造ミスが、患者の押し入れの方に上昇し、連日吸っていたという。警察も入り、シンナー遊びの中止のあとしばらくして上記の症状は消失した』例である。高度な技術が、この分野で役立つ例を示す。

『熔こう炉の前で働く労働者、よく狭心症発作をおこすというので受診。心臓担当の医師は、24時間モニターのテープ式心電計をつけ、発作の現場を労働の関係で明らかにしようとした。』この例、それ以来の発作がなく、証拠は、末だつかまらなかった例であるが、教訓に富むアプローチといえる。

以上のように、産業医学科には、あらゆるところから紹介があること、独自に労働条件、環境条件と疾病との関わりを追求してほしい症例がかなりいることが明らかにされてきた。

② 産業医学的アプローチの一つの基本方法として
職場調査が確立した。

52年度に16ヶ所27回の職場調査が行なわれた。主として検診対象を重点とし、最近は、患者毎の職場調査や友の会を通じての調査が増えてきている。毎週午後1日を調査日とし、スタッフと公職委のメンバーで可能な人が参加していて、患者を生む職場をみることにより、具体的なイメージを描きながら訴えを聞くことが可能になった。今後の課題は職場の環境や作業条件と疾病の関わりをより明らかに診断し、治療に役立つ改善を指示できるようにすることである。ここにおいて特に産業医学科が独自の診療科を持つ意義があるからである。他科からの紹介もここに最も期待が大きいようである。

③ 診断能力向上のとりくみ強化の課題

労働遺伝性の疾病の診断や認定要件に関する検査についての能力は、従来持っていた検査レベルを拡充、向上する必要がある。前述の如く、重金属測定、有機溶剤代謝産物測定の体制が現在検討から実現に一步向いつつある。この分野の診断は、問診や職場調査が重要であると同時に、発生する疾病をより早期に把握する為の診断技術を確立しておく必要がある。将来の方向(後述)に関連する分野の技術を中心に一定のレベル—認定条件—を目指している。じん肺、頸肩腕障害、振動病、鉛中毒、有機溶剤中毒などがまず当面の目標となっている。

一方これらの診断においては大学や研究機関との協力関係も重要である。クリーニング業者のテトラクロールエチレン中毒の調査—東北大学衛生学教室池田教授—や亜鉛フュームによる金属熱における尿、血中、痰中濃度測定—(同)—大気汚染影響調査—東北大学医学部第一内科—など実際例の解明において有益な指導と援助をうけてきた。第一線の医療機関として、どんな時期の症状や検査成績をも正確につかむと共に、こうした専門的な力量の持つグループの協力は、更に有効な診断能力向上の方法と考え重視している。

④ 院所全体でとりくむ上での具体的な作業をすすめる上で前進をみた。

産業医学科開設後、多くの科からの紹介をうけ、職場条件に関わる疾病の実例を知る中で、徐々に院内全体に普及しつつある。現在まで特に重視して力を入れてきた点に簡単にふれる。

イ) 職業、職種、職歴聴取及び病気との関係についての解明の課題

現在のカルテ上での職業等の記載が不十分であり、産業医学科確立と相反する弱点としてとりあげ、医事、看護部、医局、主任会議、医療活動委、全病棟で討議して克服しかつ、有効な力を発揮するように努めてきた。入院においては、医事で現在の職業、職種を聞き記入後、過去の職種についても本人、家族、看護婦により2連様式のカードに記載し、一枚をカルテに一枚を産業医学科(医療相談室)へ集中する。科のスタッフは、それを点検し、疾病との関わりをチェックし、より詳しい調査用紙による問診をやる。一つの参考としていく手だてにすることがほぼ確定してきている。これが徹底することが、産業医学科の確立の意義にふれる大事な活動として53年の最重点の課題となっている。

ロ) 産業医学科、公害職業病委員会月報の発行

前述の如く、我々は数々の事例を経験してきたし、職場調査は話しに聞く何倍もの具体性を持っていた。職場検診も、一人一人が健康そうにみえても集団としてまとめると、白血球の平均値で他より低値を示しているとかの実例も経験してきた。そうした事例を全職員に普及する方法を従来持たずにいた。そこで我々は、毎月①代表的な症例を症状と職場環境との関わりからまとめる。②職場調査のまとめ、③検診のまとめを月報として普及することにした。医局会議では、全医局員に配布することが確認された。医療活動委員会事務局員、管理委員会にも配布することになった。全職場には、ファイルをおき、公害、職業病委員が管理し普及することにした。

以上2つの活動が総会決定も強調する、又我々が最も重視する“眼とかまえ”を病院全体で持つ上での当面の課題となっている。

第五章 宮城民医連長期計画と産業医学科の 発展方向

S52年10月に宮城民医連は、10年を構想した5ヶ年計画、S53年3月には、仙台圏構想案を発表した。その柱の一つとして、公害・職業病へのとりくみの重視を掲げている。主な院所に産業医学科を、仙台に外来も持つ組織化のセンター—公害・職業病診療所をつくる。それには研究所も併せてつくる計画である。

坂病院の産業医学科は、当面は県連の中心的な役割を持つ。54年度には、専任の医師の配置を目標としており、52～53年に得た前進的な第一歩をより定着させることにしている。5ヶ年計画では、呼吸器、中毒、疲労・運動器疾患、精神科の医師のチームを中心に、更には、婦人科、皮膚科、眼科などとも共同の取り組みを考えた一つの総合的な診療チームを想定している。測定部門、技術部門、組織部門も十分確立し、労災・職業病、公害への医学的、社会医学的アプローチをより充実する方針である。産業医学科科長は、できたら交代してその任にあたるように考えている。即ち、科長は、この分野の窓口と組織の中心となり、専念してスタッフをまとめる役割を持つし、交代後は、一定の分野を担当し、より産業医学的アプローチに寄与できるようにつとめる。そのつみ重ねが大事であろうと考えている。

県連の計画では、長町病院には、運動器を中心とした産業医学科、古川民主診療所には農村医学を中心とした産業医学科を開設することとした。県都仙台には、前述の如く組織化の中にもおくこととし、県連事務局も同じところにおく。他の団体にも呼びかけ、共同の事務所とすることも考えている。単なる組織化の窓口でなく、診療もし、他方公害、職業病の研究も併せておこなうわけだが、これらは、県連各院所の産業医学科のスタッフが共同で運営するように考えている。研究のテーマとして現在までだされているものを挙げると、①汚染物質による肺の障害 ②運動器の疲労性疾患 ③東洋医学的治療法 ④埋没組織療法 ⑤一定の臓器での中毒による変化などである。交代で研究日、研究時間をつくり、実験用動物飼育などの体制を、外科における実験的手術などとも関連させていく計画も検討中である。位

置的にも大学に近いところを検討し、大学やその他科学者会議の研究者の協力も得ることも当然考えられている。以上の計画の実施は、全部門での人事計画が、十分達成することと、産業医学にころざす仲間がより多く必要としていることは自明である。この数年、坂病院産業医学科がリードしてこうした発展方向をめざすことになる。

§おわりに

産業医学科開設後わずか1年において、十分な蓄積もない段階で、深い総括は困難である。しかし貴重な体験を自らくり返えす中で、よりその意義が具体的に理解されてきた。一年目の総括にふれたように貴重な前進面の中で我々が最も重視していることは、病院全体でどうとりくんでいくか、その体制づくりである。全職員の理解の前進の中でしか、圧倒的な患者数に見あった活動は不可能であり、その為に、まず独自にいつもこの分野について努力している専門的な集団が必要であった。民医連に参加する医師、職員は、学生時代や医療従事者になる前の生活の中から、医学・医療の社会的側面にきわめて強い感心を持っている。しかし日常の医療の中で必ずしも有効な形でその情熱が生かされていない面もあると言わざるを得ない。病院が大きければ大きいほど独自の部門として、小さい院所ならば全体での活動計画の中に十分位置づけつつ、県連やブロックとしてどうしても専門的なグループを形成し、そこと常に連携しつつ、活動のレベルを向上させていかねばならないと思う。当院の産業医学科がそうした意味で役割を持っていると言える。その意味で、多くの関連する人々の御指導で更に一步一步前進していきたい。民医連の仲間にとどまらず講読中の労働者、医系学生の皆さんの御意見をおねがいしてこの稿を終了。

資料 1.

これからの坂病院内科 (S48.内科資料)

- 高度経済成長とその産物、労災、職業病、公害病等。深刻化する貧困化現象にもなって起る社会問題としての医療問題。一方では、大衆闘争の高揚と共に、発展する医療、社会保障の闘い。医療要求の高度化。又一方では技術革新への我々の対応。これらの要素の中から

- ① 疾病構造はどうかかわるか。
 - ② 医療要求はどうかかわるか。
 - ③ 医療供給体制とそれへの対応
- という点でより討議していく必要あり。

● 当面は：

- ① 公害、職業病問題では
慢性呼吸器疾患
複合的職業病公害 応 } を想定した、それへの対応
 - ② 医療問題としての
慢性疾患の問題
老人医療の問題 } への対応
- を重視して、内科の体制を

- 診療体制の面では、「出かけていく医療」をより前面にすえて検診活動を強めること。
- 前記の対象へ処理できる技術的水準を確保すること。に重点をおいて再検討していく。
- さらにこのような医療活動の保障となる資料の近代的な管理システムを是非とも早急に確立する必要がある。

☆ なお、4～5年後の内科のスタッフのかくとも目標は次の通り。
(従来計画を若干手直した。)

※ 県連として。次の専門スタッフをおき、そのもとにチームをつくる。

循環器 3. 呼吸器 2. 消化器 3. 職業病専門 1.
腎 1. 腎センター 1. 内分泌 1. 神経 1. 脳卒中 1. 血液 1. 計 15 人。

なお、施設については、

- (1) 従来の建設計画を新しい展望で再検討の必要あり。
- (2) 現在の病院は 300 床を限度とし、診療所建設の方向を考える可き。
- (3) リハビリテーションは、現在までの建物と別に、内科リハビリ 50～60 床が必要になるろう。これは 5 ヶ年位の展望で実現する必要あり。
- (4) 腎不全に対する人工腎臓は現在各病院一施設へのすう勢にあり、5 年以内には設置せざるを得ないであろうし、又その積極的意義もある。今からその計画にとりかかろう。
- (5) (3)(4)の計画の為に、今の医局のある場所を第三期計画の時に、こわして、その為の建物をつ

(54)

くる。

内科各領域の 7 3 年計画

—各分野の長期計画をも含めて—

〔1〕 労災、職業病、公害のとりくみ。

〈今年〉近辺の職場調査(労働の条件、状況、発生する職業病、必要な検査項目等)一覧表作り、日常診療に導入、水準をあげる。

〈将来〉4～5年後独立科に。

〔スタッフ〕 部屋をつくること。

組織部の発足が必要。(73年)

(74年) 重金属測定装置と技術者のかくとも

● SO₂ は必ず今年坂病院ではかれるようにする。

〔2〕 呼吸器

- 慢性呼吸器疾患の検査体制の充実
- 気管支の内視鏡検査の充実
- 検診を通して早期診断の体系を慢性呼吸器疾患の地域的管理体制をつくっていく。

→ 今年はアイエルメーター、気道抵抗計を使用して、緊急に呼吸器専門の検査技師が必要

〔3〕 循環器

高血圧：管理カードをつくり資料をととのえていく。

脳卒中：将来はリハビリ病棟、理学療法士のかくともが必要、今年 Appo がどういう経過で発症したかの調査を行う。

心：心筋梗塞を前梗塞の段階でつかまえる体制。

当面検査体制の充実を

心カテ coronary Angio

更に、テレビのより高性能のものを購入し、ビデオ、ミネ、連続をとれるキカイにする必要あり。

又、ccu も必要になる。

又、検査技師(心疾患専門)を含むチームを作る必要。

〔4〕 消化器

生活環境と胃腸疾患、労働との関係という視点を。

坂総合病院産業医学科開設の意義と今後の方向

4～5年の見通しで

- 検査体制としては、Colouo Fiber ,Duodeuo Fiber を
- 大腸疾患，小腸疾患，……消化吸收の問題にとりくむ。
- 膵臓疾患……早期膵癌へのアプローチを。セクレチンテストは必要。
- 肝胆道系……早期肝癌発見体制づくりをめざして
今年：肝の細胞診について検討。αフェト蛋白の検査態度の向上

〔5〕その他の分野<略>

資料 2.

公害・職業病委員会メンバー（52年度）

- 委員長 広瀬俊雄（医師）
- 副委員長 天谷静雄（医師）（頸腕・腰痛 Group）
- 事務局長 金谷貞雄（事務）
- 事務局次長 佐藤あみ子（保健婦）
- 事務局員 遊佐悦子（大気汚染 Group）（検査技師）
只野京子（水質汚染 Group）（事務）
西根静子（食品添加物 Group）（事務）

委員

- 2 病棟 鈴木まさ子（看護婦）
- 3 病棟 壇崎みさを（看護婦）
- 5 病棟 高橋洋子（看護婦）
- 6 病棟 菅原きよ子（看護婦）
- 7 病棟 永沢豊子（看護婦）
- 内科外来 高橋幸子（看護婦）
- 整形外来 佐々木智紗子（看護婦）
- 薬局 朝田雅貴（薬剤師）
- 検査室 渡辺京子（検査技師）
- 物療室 尼ヶ崎ケイ（マッサージ師）
- 保育所 佐藤則子（保母助手）

資料 3.

疾患別学習会「公害・職業病」シリーズ，参加者数
レポーター欄

月 日	テーマ	参加数	レポーター
① 5.21.21.3	公害・職業病の総論	23	金谷（事）
② 20	有機溶剤	27	牧野（部外） 広瀬（Dr）
③ 5.3. 1.10	洗剤汚染	21	広瀬（Dr） 佐藤あ（保健婦） 金谷（事）
④ 17	食品公害	20	西根（図書） 壇崎み・菅原（看） 金谷（事）
⑤ 23	タバコの害	31	朝田（薬） 鈴木ま・斎藤（看） 遊佐（検） 広瀬（Dr）
⑥ 30	頸肩腕症候群	20	斎藤（Dr） 佐藤（保） 尼ヶ崎（物療）
⑦ 2. 7	腰痛	26	佐藤（保） 只野（X線事務） 尼ヶ崎（物療） 斎藤（Dr）
⑧ 14	院内の職業病	17	天谷（Dr） 尼ヶ崎（物療）
⑨ 28	振動病	21	広瀬（Dr） 鈴木敏（看） 遊佐（検）
⑩ 3. 7	じん肺	20	広瀬（Dr） 田中あ（看）
⑪ 14	大気汚染	22	広瀬（Dr） 西山・高橋洋（看） 遊佐（検）
⑫ 28	農薬・殺虫剤	13	彦坂（Dr） 佐々木（看）
⑬ 4.11	薬害	30	朝田・青田（薬）
⑭ 18	続院内の職業病	20	天谷（Dr） 尼ヶ崎（物療） 渡辺（検）

14回

311名 講師実数 23名

経 歴

彦坂直道

一 経歴

- 1939. 8 山口市生れ
- 1964. 3 東北大学医学部卒業、
- 1965. 5 坂病院に勤務
- 1976. 5 古川民主診療所設立のため赴任・診療所長。病院化して病院長
- 1985. 8 宮城民医連会長(95年まで) 坂総合病院副院長(90年まで)
- 1990. 4 宮城厚生協会泉病院院長 (95年まで)
- 1994. 8 宮城厚生協会副理事長：2000年まで、2004同協会顧問
- 1995. 4 宮城厚生福社会理事長
- 1999. 11 福田町クリニック所長――2004. 7 退任

二 活動歴：環境、福祉関係

- 1996－2000：みやぎ生協理事
- 1995－1998：(財)宮城環境と生活ネットワーク(MELON)理事
- 1995－1998：宮城医療と福祉ネットワーク代表委員：1998. 6同会顧問
- 1993－1994：泉区社協顧問

三 活動内容

1) 資格

- 医師免許証 ; 1965. 5. 7、187784号、厚生大臣神田博
- 医学博士 : 1973. 2. 21、792号、東北大学、
- 認定内科医 : 1990. 12. 21、68679、内科学会
- 糖尿病学会専門医：1991. 12. 2、1016号

2) 専門：糖尿病臨床、成人病一般、社会医学

主な業績

消化器病学 : 肝疾患の超音波診断法の開発。穿刺法では世界初

中毒研究 ; パラコート慢性中毒の研究。農薬空散の環境および健康影響調査
トリカブト中毒、毒ゼリ中毒など

環境問題関係 ; 農薬による環境汚染、農薬汚染と健康被害 などの研究調査、
住民運動団体への援助

地域医療論、慢性疾患の社会医学

「医療におけるパターンリズムの転換」「医療情報の公開」

「慢性疾患の治療成果評価 尺度としてのQOL」などに関する研究。

四 主要発表論文および掲載誌

超音波医学関係

- 1、肝腫瘍診断の新しい試み、超音波下狙撃細胞診の方法とその意義；内科、27(5),1971
- 2、Aspiration Cytology in the Diagnosis of Liver Diseases with the Help of Ultrasonic Contact Scanning；Medical Ultrasonic, 8 (1)、'70
- 3、肝悪性腫瘍の超音波診断について；肝臓；17(6)、'76

農村医学・中毒学関係

- 1、パラコート散布作業者の健康問題；日本農村医学会誌、33(1)、'83
- 2、山菜と誤ってトリカブトを食べた急性中毒の2症例；公衆衛生、47(3)'83
- 3、アコニチン中毒、1985年版今日の治療指針、医学所院
- 4、農薬と健康；労働者の健康、3(2)、'88
- 5、農薬空散の環境および健康への影響調査；公衆衛生、54(5)4、353-357
- 6、毒ゼリ中毒25症例の検討、中毒研究、93年1月号
- 7、農薬被害、その健康および環境への影響、民医連医療、229、1991
- 8、ここが問題ゴルフ場での農薬使用、ゴルフ場問題宮城県ネットワーク記念出版。1990

社会医学・民医連連医療論

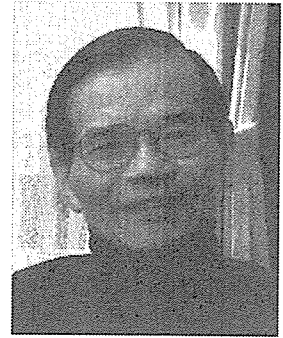
- 1、診療所における慢性疾患管理と3つのポイント；民医連連医療、93、'80
- 2、地域における癌早期診断、医療体制上の2つの課題、民医連医療、109、'81
- 3、肝胆膵疾患早期発見の努力、小規模院所の役割と診断技術；民医連医療131、83
- 4、「心のかよいあう医療」への視点；民医連連医療、138、'84
- 5、宮城県における医療運動と憲法；宮城の憲法運動、宮城憲法会議、'87
- 9、90年代の慢患運動、民医連医療、241、1992
- 10、現代の環境問題と民医連、民医連医療、258、1994
- 11、ノーマライゼーション・QOLと慢患、宮城民医連雑誌、17(1)、1995

私の言いたいこと

社会医学の力で 民医連医療の再構築を

—— 60年代から70年代の宮城民医連における
医療技術発展の軌跡をふりかえって ——

福田町クリニック 医師 彦坂直道



はじめに

このごろ、「民医連医療」という言葉をあまり聞かなくなった。今では、宮城民医連も、独自の力で医師を育てる力量が付いてきたが、ここに至る過程で、「民医連医療」という言葉に託された思想は重要な役割を果たしてきたと私は思う。

今厚生協会の55年史の編集が行われており、私もこの編集に参加することとなった。あらためて宮城における医学技術の歩みを振り返る機会を持つこととなった。現在の「宮城民医連雑誌」に改名された1978年以前の坂病院研究室報告、坂病院医療報告を通読してみた。それを縦糸にして筆者の記憶をたぐり、未整理資料を引き出し1960年代から70年代の今日の発展の基礎を築いた時期の医療活動を整理してみた。

あらためて、民医連がよってたった民衆との固い絆と、それをつくるために情熱的に奮闘した職員活動の軌跡に感動した。「困難な時期にこそ民医連医療の原点に帰ること」の必要性を痛感した。そんな想いにひたりこの小論をまとめてみることにした。県連職員諸氏の議論の材料になれば幸いである。

1. ルーツとしての無産者医療運動を担った医師たちとその研究成果

宮城民医連のルーツは、第2次世界大戦前から民衆の立場に立った医師を目指し活動していた坂猶興、鈴木保、前田秀雄、佐藤正雄、石垣義一郎、渡邊正彦、高橋実ら進歩的医師たちであることは「40年の歩み」に詳しく記載されている。ここでは、「宮城厚生協会」の設立は単なる革新的医療運動としての意義だけではなく「生活の科学としての新しい医学の創造」を目指した「社会医学の展開の歴史」の上でも大きな意味をもち、宮城の民医連を築く基礎になっていたことに注目したい。

創設者たちの意気込みは「東北厚生科学研究所」を仙台に設立し、『1. 東北住民の生活に関する研究および調査を行うこと。2. 東北住民の生活に関する特殊方面につき研究または調査を依頼すること。3. 研究業績を刊行すること。(高橋実：「発刊に当たって」坂病院研究室報告創刊号、1954)』などの構想に現れており、66年10月まで29号を重ねた「坂病院研究室報告」よりその成果を読みとることができる。

創刊よりの坂病院研究室報告、坂病院医療報告を通読してみると、一つには当時ほとんど我が国には紹介されていなかった「ロシア医学」を翻訳するなどオリジナルな領域に手をつけ、

新しい医学の方法を探ろうとした指向がよみとれる。例えば「ビタミン並びにホルモン代謝における神経調整について、病因と病理、メチオニン、(病院研究室報告創刊号)」「病理における反射原理、食中毒について、(病院研究室報告第2号)」など、ソビエト・ロシアの医学文献の翻訳が毎号の坂病院研究室報告に掲載されている。

もう一つは社会医学論文で「相馬勝義：山形県大和村農民の保健状態。中谷敏太郎：国民医学の課題について—常磐炭坑医療救援工作の中から—(以上坂研究室報告第3号)、坂病院医局：建設省塩竈工作事務所の鑄造工の珪肺(坂研究室報告第4号)」など、調査活動を通して疾病の背景に貧困や労働など生活実体があることを明らかにし、それを解決する社会変革や環境改善を処方箋として提起している論文である。

坂病院研究室報告第3号の編集後記を読むと、この坂病院研究室報告は全国規模で配布され、意欲的で創造的な姿勢と情熱にたいし、全国の社会医学に取り組む医師たちからの反応があったようだ。

2. もう一つのルーツ「社会衛生部」のこと

1950年10月20日東北大学医学部に皆川国雄、瀬戸泰士、西成辰雄、佐々木信男などによって「社会衛生部」というサークルが誕生した。始まりは松田道雄著「結核をなくするために」という本の読書会であった。その本にある「結核で自宅療養している人はどんな生活をしているのであろうか」という問題意識の検証のため、彼らは仙台市内83世帯の在宅結核患者を訪問調査した。街頭に出て現実から学びつかんだものが社会医学の方法であった。彼らは、『社会衛生は生活の学である。この学の培われる沃土は人間生活の現実である(社会衛生部機関誌「ス



1975年ころ、地域検診のあとの話しあい

テト」創刊号「発行に際して」より)』と宣言し、以後「社会衛生部の農村調査」として10数年続いた活動や都市の貧困層や労働の現場の実態調査を行いながら自らの医学をそだてていった(この項は高橋実：「社会衛生部編ステトについて」、坂病院研究室報告第9号、1962を参照)。

この東北の社会医学の探究と実践の動きは古くはエンゲルスが「イギリスにおける労働者階級の状態(マルクス・エンゲルス全集2巻、337-338、大月書店、東京、1963)」に「リバプールの市民の寿命は階級が低いほど短い」という調査結果を示し社会の革新を訴えた実践や、25才の大学副手石原修が工場と農村を実態調査し「工場は白昼女工を殺している」という調査(衛生学上よりみた女工の現況、立川昭二：病気の社会史、NHKブックスp152より引用、1913)を公表し女工の労働条件改善を訴えた歴史に通ずるものであった。また、「女工哀史」に記された「コレラ残酷物語」の中にある「感染の蔓延を防ぎ労働力を確保するために、生きながら海岸で焼かれたコレラ患者の記録(細井和喜蔵：岩波クラシックス6、女工哀史p245、岩波書店、東京、1982)」などが問にかけてきた「このとき医学は何をしたのか」「医学はどうあるべきなのか」という問題への応えでもあった。

そして、この想いは先に述べた「東北厚生科学研究所」を作ろうとした医師たちと共鳴しあうものであった。

社会との接点の乏しいアカデミーの医学を越えて、現場から国民のための医学を作らなければならないと考えた。

こんな若い医学生たちの多くが社会医学実践の場として全国の民医連に参加した。宮城民医連には皆川が同級生の熊谷を誘い参加した。その後も河野、広田、平塚など社会衛生部出身者の参加が続き、1950年代半ばから宮城民医連は新しい発展の時代にはいっていった。

3. 厚生協会の危機と再生

—— 1957年病院方針と医療技術の新展開 ——

しかし、意気高く建設された厚生協会、その中心である坂病院は1957年17%の賃金カットをやらざるをえないような経営危機に突きあたる。この事情は「あゆみ」に詳しくかかっている。ここでは、これを契機に医療技術を大きくレベルアップし、地域住民との結合を強めていった1957年「坂病院方針」に注目しよう。

「私たちは塩竈市およびその付近の住民の病気を治し、または防ぐ仕事に従事しています。(中略) 住民との信頼と支持による結びつきを強めることこそ病院経営の第1の方針でなければならないと私たちは考えます。従来、経営状態が悪くなるごとに増収が叫ばれました。しかし、増収増収といくら叫んでみても信頼できない病院には患者さんが来ませんし、患者さんのこない病院は増収できるわけがありません。(中略) 『(信頼されるために) 必要なことは』と方針書はのべ、「よい診療、高い水準の医療、そのための医師の勉強と研究、大学などとの交流、内地留学、地域住民と結合を強める社会医学の取り組み、地域住民や労働者と結びつく組

織作り(坂病院研究室報告第5号より)」などの方向を出している。

ここで注目する必要があるのは、「地域住民に、立場も技術も信頼されることで住民との接点を拡大することこそ危機突破の主軸」という基本的立場にあくまでこだわり、従来積み重ねてきた「医療工作的社会活動」と「近代的医療技術の獲得」を結合した新たな発展を指向したことである。これは現在にも通じる考え方だ。

こうして検査室の整備が進み、酵素や電解質の測定、細菌検査の領域拡大、肺機能測定装置、レントゲン装置、内視鏡装置などの設備も整備された。また医師研修の方法としての内地留学制度、医学生獲得のための奨学金制度もこの方針の延長のなかで決められた。こうして1960年代から今の研修病院へつながる発展の基礎がつくられた。

坂病院研究室報告を見ると1963年頃より従来の社会医学系の集会での発表だけでなく一般の学会への発表が増えはじめ、症例報告、臨床原著論文などが目立ちはじめ、坂病院研究室報告も、66年までは2ヶ月に1回の頻度で出版されている。1964年8月発刊された「坂病院研究室報告第18号」では医局学習係の小松は、「本年1月から7月に至る前半は、医局会議が盛会で、学会出席が系統化し学習サークルがいくつもできて、坂病院学習史上の黄金時代」と書いている。

こんななかで、社会医学の方法も、社会科学的視点に先端の臨床医学的視点を結合した新しい方法に発展していく。

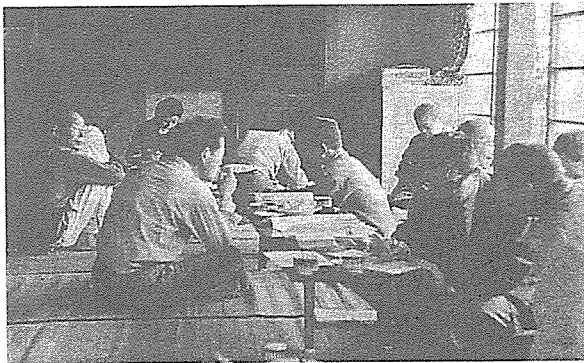
4. 労働運動、住民運動を支える疫学という問題意識

—— 60年代後半からの発展 ——

「疫学の方法で集団を診断し社会医学的処方

箋を出そう」「我々の健診で健康破壊の元凶を科学的に明らかにしそのデーターを運動の武器にしておこう」「専門家集団として我々はそのような役割を持とう」という思想であった。「働く人々の立場に立った医学」という旗印を鮮明にすることで民衆との接点が広がっていった。ていねいな聞き取りと、職場調査と、客観データーも加えた健康診断の組合わせで職場診断や地域診断を行い環境改善の処方を出すのである。この処方が実施されるには労働運動や住民運動、そして、闘いが必要であった。全国的にも、労災、職業病、公害、薬害問題などが起き、被害者の立場に立った科学者が求められていた時代であった。民衆に専門的データーに基づく証拠を提供し運動を進めよう。そんな意気込みで世界の文献知識を旺盛に検索し、また、トップレベルの研究者の協力を得たり、自ら新しい方法を生み出し、それを闘いの武器にしていった。意気盛んであった。民衆の要求を科学的データーで支える民医連の医学は民衆に頼もしくうつり民医連のすそ野は広がっていった。

以下そんな取り組みの一端を振り返ってみる。



地域住民の健康を守るために－健康相談会

1) 自らの力で新しい方法：細倉鉦山のカドミウム中毒調査

1966年県の調査で鶯沢地域がカドミ米の要観察地域に指定され、宮城科学者会議は1970年8

月現地調査を実施した。このとき指曲がりの人が1名発見され、宮城民医連は地域健康調査を10月に実施した。その結果は佃、斉藤、長谷部、彦坂連名の論文で報告されている（宮城民医連公害グループ：三菱金属細倉鉦業所に働く労働者の健康問題、坂病院研究室報告第38号、1978）。この調査で画期的であったのは、未だ尿細管障害におけるミクログロブリンの研究が著についたばかりの時期に、阿部検査技師が尿の濃縮とセルロースアセテート膜による電気泳動で微量の尿細管性の蛋白（現在マイクログロブリン分画といわれているもの）を証明する技術を開発し、それを使って尿の微量蛋白の分析を行い初期尿細管障害の集団検診に成功、疫学的データーと併せて初期のカドミウム中毒の存在を証明しその方法の有用性について発表したことであった。この結果は彦坂が内科学会地方会に発表した。その後細倉鉦山労働者と民医連のつながりは塵肺問題でさらに強くなっていく。

2) 個別データーでは見過ごされる軽度異常の意味に気がついた：「熱疲労」

坂病院は1960年に東洋刃物多賀城工場の嘱託医になり、工場内に医務室を持ち、労働者の健康管理にあっていた。河原田は毎年の耳鼻科健診を通じ職業性難聴についての予防策を訴えていたが、そんな努力の中で1967年には総合健診が行われた。その結果は各人への結果返しだけでなく「東洋刃物定期健康診断報告書」という全労働者向けの1冊のパンフレットとしてまとめられ全組合員に配布された。それは「職場改善処方」の形で作られ、「多発している腰痛が加齢性のものでなく労働起因性であること」「騒音性難聴の対策が必要なこと」、そして、「だるい、はきけ、食欲不振」の人が多い一つの工場働く労働者の症状は単なる疲労ではな

く「熱疲労」という熱中症の中に入る一つの疾患概念で労働環境の改善が必要であることを提起していた。この時彦坂は健診にとりいれた血中の電解質測定結果と労働環境の関係の疫学的分析で「軽度のカリウム低下の持つ診断的意義」に気がつき「熱疲労」という疾患概念に到達できた。こうして単なる疲れといわれていた「だるさ」を職業病として認めさせる運動に貢献した。

3) 日常診療から始まり、健診、組合結成という取り組み

ある晩当直をしていた斉藤は、その日同じ職場から同じような「風邪」の患者が数人来たことに疑問を持ち、原因究明のための小さな調査団を組織し現場を見に行った。現場では不十分な防御の中で放射線を使った金属の検査が行われていた。風邪の背景として放射線による白血球減少があることを健診で明らかにし、宮城一般労組や生活と健康を守る会と協力し労働組合をつくり職場環境改善に取り組んだ（坂病院保健活動委員会：日常診療を基礎に未組織労働者を組織した初歩的経験、坂病院研究室報告第23号、1966.2）。こんな活動もこの時期の特徴的なものであった。

4) 外部の研究者の技術協力を組織し公害の原因を究明

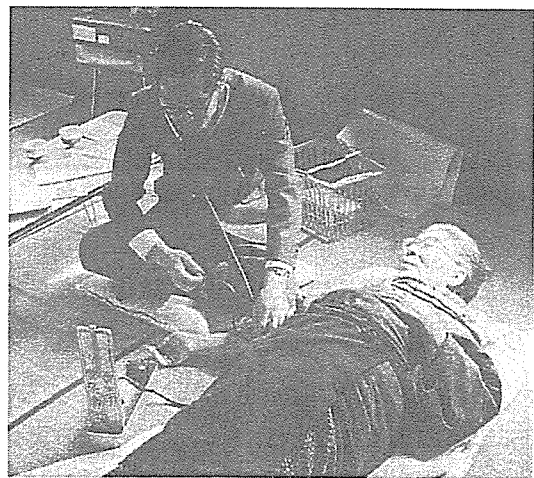
1972年10月、宮城県桃生郡矢本町柳目地区に原因不明の皮膚病が多発したという連絡が入った。約1年半の取り組みの後に、広瀬を中心とした坂病院公害職業病委員会は重金属を中心とする工場廃棄物ダストやノロによる公害疾患との結論を出した。この調査の中心は疫学調査であるが、それを裏付けるデータは、通信病院

皮膚科部長宮沢によるパッチテストなどの皮膚科的検討、東北大学選研徳田による蛍光X線法やマイクロアナライザーによるダスト分析などの協力で得たものであった（坂病院研究室報告第40号、1974.6）。

このような民医連外の専門家の協力は2つの大きな意味がある。1つは結果の科学的価値を高めること。2つには自己完結的取り組みでなく、他の分野の研究者たちと共同の取り組みを組織して、それを民衆のためにつかうという民医連医療の1つの姿を示すものだという面である。

5) 日常診療を前進させた多くの調査活動

海苔漁民の一人が脳出血で倒れた。発足したばかりの坂病院医療活動部は早朝現場まわりを始めた。毎日朝5時頃から海苔採取の現場を回り、早朝の作業現場で血圧を測って歩いた。朝の血圧のコントロールが重要であることを知った。交通労働者の胃潰瘍、木材薫蒸作業所周辺の臭化メチル中毒、タンクローリー労働者の鉛中毒（坂病院研究室報告第40号）、多くの調査活動が行われ診療内容を奥深いものにした。この患者はどこに住んでいてどんな家に住んでい



血圧測定会

て、何を食べていて、どんな生産現場にいるのかをすることで診断がより正確になった。そしてまた、働くものの味方としての坂病院の姿が地域でより鮮明になっていった。この分野での広瀬の活躍はめざましかった。著書「労働・生活環境をさぐる問診法（あゆみ出版）」は時代を経た今でも一読に値する。

5. おんぼろ病院の新しい技術と分野への挑戦：資金がなくとも創意で勝負

このような社会活動の面だけではなかった。日常医療の中でも「お金がなければよい医療は受けられない制度の現状」と闘うため、「最高の医療を働く人に」という意気込みで新しい医療技術を追求した。これも又民医連医療の重要課題と位置づけた。

建物はおんぼろでも中身は最高といわれるようがんばった。資金がないぶんだけ創意でがんばろうと考えた。また、時には思い切った投資をし技術の向上を追求した。

以下、そんな意気込みでの取り組みを紹介する。

1) 見つめる先は世界、先端医療「腹膜透析」(1965年)

腹膜透析が実用化されるのは1968年Tenckhoffらによる開発以来のことである（「内科100年の歩み：腎臓」日本内科学会誌91（5）、2002）。もちろん腎透析も研究段階であった。そんな時医局の抄読会でJAMAに載った腹膜透析の臨床経験が紹介された。その時我々はある腎不全の患者を抱え悩んでいた。「これ以上尽くす手はない。一つ文献を読みながら透析をやってみよう」ということになった。このとき坂病院ではもう確立していた腹腔鏡の技術が役に立った。

ダグラス窩にドレンを的確に留置することは容易だった。後は計算問題である。文献に載っている灌流液をリンゲルやその他入手可能な電解質製剤を組み合わせて調整することであった。灌流後BUNが下がった時は嬉しかった。

これが1965年。とするとこの治療は世界的規模で先端医療だったことになる。

2) 治しきろうという情熱、左手の親指を再生した手術（1966年）

1966年8月の坂病院研究室報告第27号に「中手骨移植により拇指形成を試みた経験」という齊藤、皆川の共著論文がのっている。労災で左の指をすべて無くした労働者の手の機能を少しでも改善しようとした当時としては先端的な手術経験である。前に述べた透析の例もこの例も、「治したい」という執念で先端的な文献を参照し取り組んだ当時の熱気を伝えるものである。もっともこのころの坂病院は建物はおんぼろで、冬になると、病棟の廊下には雪がうっすらと積もり、その中を懐炉で手を暖めながら回診したものだ。でもそこにはそれに負けない情熱があり共に闘う住民の連帯と信頼があった。

3) 思い切った技術投資の内視鏡、大学より早く2重造影、短期研修で技術獲得

1964年。私の記憶に間違いなければまだガストロファイバースコープは当時の価格で100万円もする高価なもので研究機関にしかなく、市中病院には全国で10台位しかなかったと思う。その時期に貧乏な坂病院がどうしてこんな高価な機械を買うことが可能だったのだろうか？それだけ新しい技術にチャレンジする気風に満ちていたのだと思う。

熊谷、小松はすぐ使いこなし秋の学会に「ファ

イバーガストロスコプによる直視下生検の経験」という演題で講演している（坂病院研究室報告第20号、1964）。

1965年思い切って購入したレントゲンテレビは検査分野の前進に役だった。1965年頃の東北大学第3内科（消化器内科）の胃透視撮影は「レリーフ法」といって暗室の透視台に向き合い丁寧に圧迫しながら胃の粘膜にバリュームをこすりつける方法だった。しかしすでに消化器病の先端は白壁らの2重造影法であった。坂病院は大学より早く2重造影を取り入れ癌センター方式の早期胃ガン診断に挑んだ。セルジンガー法による選択的血管造影も可能になった。北村は文献で情報を得て短期間千葉大学に学びに行き、直輸入で径皮的胆管造影を行った（坂病院研究室報告第39号、1972）。こうして全国に視野を広げ、短期間技術研修に行く方法も使い積極的な技術導入を進めた。

長谷部の気管支鏡、磯野の細胞診、彦坂の腹腔鏡や超音波診断など様々な検査が可能になった。その多くは塩竈地区では初めてであった。

坂病院が独力で全身麻酔を始めたのも1965年であった（横山：全麻500例の検討、坂病院研究室報告第37号、1970）。

4) 循環器の救急への取り組み、そして総合病院へ

60年代、70年代と熊谷のリードのもとに消化器系の診断技術は進んだが、循環器系の診断治療技術など消化器以外はまだ弱く早急な解決が必要だった。それを解決する医師養成が急務だった。当時坂の研修制度は4年間坂で技術を習得しその後2年内地留学し専門技術を身につけて病院に戻るシステムだったが、医局はその制度を崩し、心臓を担う医師を早く研修に出し早く戻ってもらい循環器疾患への対応水準を上げるという方針を持った。選ばれたのは村口だった。

村口が循環器を研修して帰ってからのことであつた。「タンクローリー運転手が心筋梗塞で心室細動を起こし、スライダックと心電計電極で即製の交流除細動装置を作り蘇生に成功した（村口：当院における心筋梗塞の検討、坂病院研究室報告第41号、1975）」などのエピソードもあつた（当然その後坂病院では除細動装置を購入した）。このように、「あきらめない姿勢」はあらゆる場で貫かれ患者との絆を深めていった。

70年代には心カテもできるようになり、守備範囲が広がった。2期棟の完成（69年）、整形外科の開設（68年）、総合病院認可（70年）病理室発足（74年）形成外科、産業医学科開設（77年）など医療技術が総合的に強化された。患者数も増え、60年代初頭はまだ「場末の病院」だった坂病院も70年代末には、立場だけでなく、医療技術の面でも信頼される有力な病院に変貌していった。坂病院の外来患者数は1960年の6万人から79年には20万人に増えていた。しかし同時に専門分化の弊害も出始める時期でもあつた。

5) パソコン慢患管理の元祖

「水戸部秀利著：パーソナルコンピューターによる慢性疾患管理プログラム」という本が1980.3.29工学図書出版から出された。「私のつとめている病院は救急指定ではないが……心筋梗塞や脳卒中が搬入される。搬入された患者の病歴を聞いて常々感じることであるが、以前高血圧や糖尿病を指摘されていたながら……中断し……それを貧乏な、ものすごく忙しくて慢患を管理する人もなかなか配置できない中で、どうやって、もれなく管理？」という問題意識を披露しながら1975年頃からの彼のコンピューターを使った慢患管理の経験が書かれている。

もうその頃は大型コンピューターを使えば同じことができた時代である。しかし、そんなことができるのは大学や大企業などに限られ、民間の貧乏病院では不可能であった。それでも彼はあきらめず、内部メモリー32kバイトのマイコン（当時はパソコンとは言わずマイクロコンピューター、略してマイコンといていた）に外部メモリーとして容量82kのフロッピーディスクをつなぎこれを実現しようとはがんだ。そして、今では考えられないような貧弱な容量のマイクロコンピューターTRS80を使いベシックという言葉を使って、毎日勤務が終わって帰宅した10時過ぎから深夜までキーをたたき約1月かけて慢患管理プログラムを作った。医療中断をなくし慢患を抱えた人の命を守ろうとする執念を感じさせる業績であった。そしてこれは慢患を持った人の人権を守る取り組みという意義をもつものだった。これが民医連の慢患管理の精神であり、「慢患の民医連」を築き民医連の医療活動を広げる大きな力になっていった。

今クリティカルパスが評価を得ているが、疾患毎に管理基準を作り、治療計画を立て、治療費の見積もりも作り、患者の同意を得て、チームで実践するという基本はこのころ民医連が作り上げた慢患システムそのものである。但し大きな違いはクリティカルパスが医療の標準化や効率化の発想から出たのと違い、民医連の慢患システムは診る医療水準が違ったり、倒れた場所の違いで内容が異なる医療でなく、「いつでも、どこでも、誰でもが」そのとき到達しうる医療の水準で医療管理を受けられるようにという患者側の権利の視点から始まったことを付け加えておく。

6. 終わりに

—— 現代の危機に対応する道

こうして60年代から70年代の技術建設は進んでいった。民医連と民衆の接点も飛躍的に拡大した。何もない病院が近代的技術を備えた病院に変身した。自前で臨床医を育てることができるようになった。宮城民医連はこうして80年代に発展期を迎えた。

それを可能にしたのが患者の立場に立つ努力、疾病を社会的側面と医学的側面の両面から見る社会医学の暖かい視点であったと筆者は考える。我々はそれを「民医連医療」とよんだ。これが支持され地域によって育てられた。結果として患者数が増え収入も増えた。どんな視点で医療を行い、どんな視点で規模を拡大するのか、患者増をどう見るか、目的か結果か、筆者はいつもそれを振り返りたいと思う。

今、医療を巡る状況が激動し、我々は対応に追われている。そのことに筆者は危機感を持っている。何よりも大切な民医連の存在意義をふまえ、新たな発展を作り危機を乗り越え元気に活動するために、原点を思い起こしそれに学びたいと思う。そんな思いを込めて、60年から70年頃の医療技術への取り組みについて書いた。

技術の発展を中心に書いたので、医師の活動が主になってしまったが、当然、それぞれの取り組みは、他の職種とのチーム医療で成功してきた。そこが省略されていることを了解願いたい。また、人の名前はすべて敬称を省略した、極力文献を引用し記憶による不正確さを排除しようと試みたが、記録が不十分であり、また、筆者が内科医で、記憶が内科に偏ってしまった。これもご了解をいただきたい。ここにかかれなかったこと、その後のこと、是非ともどなたかに記載してほしいと願っている。

プロフィール

上畑鉄之丞(うへはたてつのじょう)

1940年滋賀県生まれ、医師、医学博士

学歴・職歴

1965年 岡山大学医学部卒

1970年 岡山大学大学院医学研究科修了

1973年 杏林大学医学部衛生学助教授

1987年 国立公衆衛生院疫学部成人病室長

1994年 同 付属図書館長(疫学部成人病室長併任)

1997年 同 栄養生化学部長(付属図書館長併任)

1998年 同 次長(栄養生化学部長併任)

2002年 聖徳大学人文学部生活文化学科教授

2003年 同 大学院人間栄養学研究科教授併任

2004年 同 短期大学介護福祉学科学科長併任

現在に至る

所属学会

日本産業衛生学会評議員

日本産業ストレス学会理事

日本社会医学会理事

日本産業精神保健学会評議員

日本疫学会会員

ほか

著書

1985年 地域産業保健(編著)、医学書院

1990年 オフィスストレス(共著)、労働旬報社

1993年 過労死の研究、日本プランニングセンター

2002年 根拠に基づく保健政策のすすめ方(監修訳)、医学書院

ほか

表彰・他

1997年 日本心臓財団 予防医学賞

2001年 日本疫学会 功労賞

1994年 日本産業衛生学会産業指導医

過労死研究の到達点

上畑鉄之丞(国立公衆衛生院)

過労死問題に一人の研究者としてどこまで取り組んだかという報告をさせていただきます。私が東京にきたのは1973年です。岡山の医学部卒業後に大阪の成人病センターで1年間循環器の疫学の勉強をしました。東京では労働衛生相談活動を始めました。過労死の問題に取り組んだのは、新聞労連の宮野伸介さんから過労死の事例を紹介されたのがきっかけです。当時はポックリ病が問題になっていました。内因性急死ともいわれ、体格も栄養状態もよい健康な20-30代の男性が夜中、就眠中に突然ウンとうなり声をあげ、気がついたら死んでいたというものです。たまたま私のいた杏林大学の法医学教授で吉村三郎先生という方がおられました。当時、私は大学で組合委員長をしていましたが、この先生は組合活動は絶対反対だったのですが、この話になると、「それは、君、こういうのがあるよ」と言って、論文を紹介されたり、いろいろなアドバイスをいただきました。ポックリ病は胸腺リンパ体質という特異体質といわれていたのですが、死亡前に疲労や過労の訴えをする人が多いという論文も書いておられ、大変なヒントをいただきました。ただ、そういう意見は少数派でして、ポックリ病で突然死することがよくある運転手は、事故を起こす性格が問題だとか、カッと頭にくる人とか、自分本位の人とか、はったり型とか、他人の邪魔をする人とか、屁理屈をいう人とかが起こしやすいんだという意見が堂々と新聞に出ている時代でした。

循環器疾患の労災問題も、いろいろなかたちで取り組まれていました。一番象徴的なのは、1974年9月、朝日新聞大阪の労働組合が労働保険審査会で勝ち取った竹林労災です。私が東京にきた翌年です。この事件には私はタッチしていませんが、大阪の田尻俊一郎先生や京都の細川汀先生が意見書を出されたり、労働科学研究所長の斉藤一先生が綿密な論証をされました。東京では、弁護士の岡村親宣先生と大森綱三郎先生の二人が中心で明治パン裁判が77年に画期的な高裁判決を勝ち取りました。このときも斉藤一先生が「労働の科学」誌でパン工の夜勤問題の論文を書かれるなど大変な貢献をされました。このときは私もお手伝いをしました。新聞労連の宮野さんは、その後こいつは使えると目をつけられのか、やたらと私の大学の教室に労災事件を持ち込まれました。そこで、一度まとめてみようとして初めて「職場における急性死亡の事例研究」という論文を書き、急性死亡の社会的メカニズムを考えたりしました。また1978年に松本市の日本産業衛生学会で「過労死に関する研究 第一報 職種の異なる17ケースでの検討」の報告をしました。「過労死」という言葉を学会で初めて報告したわけです。新聞記者、タクシー運転手など、労働組合が取り組んだケースの検討で、それぞれの事例をサマリーして、深夜労働や長時間労働、高密度の労働、過重責任労働が続くなかで、災害的な予期しない出来事が加わると、緊張の糸が切れるように発症すると推定したのです。学会後、なにを言いたんだとみんなから冷やかされたのを覚えています。翌年の東京の産業衛生学会でも懲りずに、第2報として発症前の労働態様がどうだったか、また、過労の蓄積が大事なんだという報告をしました。このときは33事例になっていて、最初の第1報の過重労働が、発症直前にはどうだったかを解析しました。この年には、大阪の田尻俊一郎先生も「クモ膜下出血の及ぼす労働条件の検討」というテーマで観光バス運転手の発症例を報告されました。先生の報告は説得力があり、ストレスが脳皮質に働き、視床下部を通じて、全体に影響するというセリエのストレス説をもとにメカニズムを説明されました。このころは、労働組合が、あちこちで過労死の認定闘争に取り組んでいました。当時の闘いの成果を報告したパンフレットをたくさん持っていますが、私たちも北区職業病研究会で「労働者と健康」という刊行物を発行し、自分の書いた意見書はこれに発表しました。当時、イタリアに行ってイタリアの労働組合と交流をしました

が、そこでは、"Salute non si vende. (命は売らない)" という合言葉を教えてもらい、日本に帰って労働組合の学習会に行き流行らせたりしました。

私は、過労死のメカニズムをもっと検討しなければと、いろいろなモデルを考えました。そのひとつが、外環境としてのストレスと、生体の内環境としてのストレス反応を区別し、その間に生活習慣の悪化を入れるという考え方です。重筋肉労働や長時間残業、休日なし労働、深夜労働、過重な責任負担、単身赴任などのストレスが加わった場合、生活習慣上では、睡眠リズムが乱れる、休養や余暇が減少する、酒を飲みすぎるとか、タバコを吸いすぎる、食習慣が変わる、治療や療養がうまくいかない、あるいは家族関係など家庭生活そのものもうまくいかないなどの問題も生じます。そういう内容が疲労蓄積を進め、過労状態を起こし、過労死につながっていく。また、内環境としてのストレス反応も進行することを、これまでの成人病の危険要因と矛盾なく説明する形を考えたりしました。また、この生理的メカニズムを、タクシー運転手の労働やトラックの夜間ターミナルの深夜労働の現場で、ストレス物質としてのカテコールアミンを測定するなどして実証する実験もしました。この内容は、93年に出版した「過労死の研究」にも紹介しています。また、労災認定でも、昭和30年代の認定基準もとの状況はどうだったかを日本災害医学会のシンポジウムで報告しました。これは当時、総評の安全センターの信太さんが労災保険審査会の参与をされていたので、審査会で出された資料から循環器系の事例を借りて調べたものです。その結果、当時は重筋労働中心の時代で、災害的な事態だけを想定して認定していたことがわかり、精神・神経への負担が大きくなるその後の労働態様の変化を考慮すると、認定基準を変えなければ実態に合わないという考え方を打ち出したのです。当時には過労死として扱った事例は増えて43例になっていましたが、こういう事例研究の手法を用いて、81年には安全センターの機関誌だった「いのち」に、「職場の急性循環器障害」というテーマの論文も書きました。当時は、急性死亡や急性循環器障害と言ったり、過労死と言ったりしていたのです。

そのうち、田尻先生や細川先生たちと本を出そうという話になり、82年に3人で「過労死」という本を出版しました。この本の準備には3年ぐらいかかっていますが、東京での産業衛生学会のあとに最初の打ち合わせをしたと思います。原稿は田尻先生と私がかかなり書き、全体のレイアウトや割り付けは東京にいる私がしました。本の名前も最終的に「過労死」でいこうと決めました。3人の名前を出す予定でしたが初版には細川先生は入っていません。出版元の労働経済社は細川先生が大きな影響力をもっておられ、出版されてから細川先生の名前が入っていないことに気がつきました。どうしてですかと聞くと、「公職上、ちょっと都合が悪いから」と言うことでした。当時、細川先生は、京都市衛生研究所の所長をされていて、京都はうるさいところだから、こういうところに名前を出すとヤバいということを出されなかったと理解しました。この本は大変よく売れて、2年くらいで改訂版を出しましたが、それ以降は細川先生の名前も一番上に入っています。もっとも、私は初版のときは一生懸命やったんですが、改訂版以降はあまりタッチしておらず、ほとんど細川先生が書き足して出されたと思います。

過労死という言葉は、このような経過で世に出たのですが、私自身は、認定問題だけでなく、予防も考えなければと、労働者への啓蒙本として「働きざかりの突然死」とか「過労人間に捧げる健康学」の出版に関係しました。ゴースト・ライター本といわれるもので、レポーターに口述したり、資料を渡して書いてきたものに手を入れるなどで作ったものです。私が全部書いたわけではありませんが、考え方はみんな入っているものです。過労死予防のチェックリストもつくりました。最初のアイデアは「過労死」の本に入れましたが、その後改訂したりしています。これも大変評判がよく、講演会などで紹介しましたが、大阪府の医師会がイラストを入れて出したり、いろいろな雑誌で取り上げたりして、英語で紹介されたりもしました。過労死の問題を、いろいろなマスコミが取り上げるなかで、なんとか予防しなければいけないという広がりをもてたらと思っていたので、それなりの効果はあったと思います。

そうこうしているうちに、86年になると、司法研修生時代からの同志である上柳敏郎先生や安藤朝規先生らによって、ストレス疾患労災研究会を始めようという動きが始まりました。岡村先生や宮野さん、それに私を含めてやろうということで発足しました。第1回の際には、斉藤一先生に特別講演をしていただきました。ニュースも発行しました。現在は、「安全と健康」になっていますが、最初は、「ストレス疾患労災研究会会報」という名前で出しました。87年には「ストレスと労災研究」という論文集の第1号も出しました。現在4号まで出ています。第1号には、斉藤先生の特別講演のほか、私の研究室の山川直子さんという保健婦さんに手伝ってもらって、過労死 110番の被災者の労働特徴を調べた重要な論文もあります。Karasek modelという仕事特徴のストレスモデルか過労死のモデルとしてもあてはまるというものです。これは、WHOのMONICA研究という循環器疾患の国際モニタリング研究ですが、その研究会が西ドイツのアウグスブルグであり、その会議で出された資料をヒントにしたもので、その後、アメリカのマサチューセッツ工科大学教授になったカラセック先生にもお目にかかった際には、大変な評価をいただきました。職業的、心理的ストレスの構造は欧米と同じだが、労働時間の長さだけが日本は突出しており、日本固有の問題ということもわかりました。こういうなかで過労死の問題は国際的な広がりをもっていきました。日本の過労死問題が初めて外国の雑誌にも載りました。1989年の「タイム」です。榎原久美子さんというタイムの記者がおられ、熱心に過労死の取材をされていましたが、この方が書いたタイムの記事に「Coming to grips with KAROSHI」というタイトルがつき、日本のビジネスマンが過労死につかまれていると報道されたのが最初です。これをきっかけに世界中のマスコミに広がっていったわけです。

1987年に国立公衆衛生院疫学部にて転職した機会に、過労死の発症モデルをもとに疫学研究的な検討を始めました。労働ストレスと循環器疾患の関連を疫学的に証明するのが課題で、高血圧、糖尿病と脳卒中や心臓病の関連、喫煙や過剰飲酒、睡眠不足や栄養の偏りなど食習慣との循環器疾患の関連もわかっているため、こういう既存のリスクファクターと労働の関連を矛盾なく説明することも目的でした。長時間労働や過大なストレスのかかる労働は、病気を増やすだけではなく、生活習慣そのものを不健康にし、不健康な生活習慣がさらに高血圧などの基礎疾病を増悪させるという仮説を立てました。この構想は、1988年に西ドイツのアウグスブルグでWHOの虚血性心疾患国際共同研究であるMONICA会議に出席したのが契機でした。研究班の組織や調査票のデザインを考え、1989年秋には予備調査を発足させました。人がいない、金もないで準備は大変でしたが、協力してくれる労働組合と研究仲間はたくさんいました。事務局は、当時東邦大の看護短大におられた関谷栄子さんを3年間という条件でお願いしました。ほとんどボランティア並の安い給料で手伝っていただいたのです。労働組合には、調査に協力してもらっただけでなく、お金を出してほしいとお願いしました。そのかわり、個人の健康状態やストレスの評価結果はちゃんとお返しするという約束で1人200円をいただきました。もちろん足りないため、いろいろな助成研究金に応募して100万円とか50万円とかをもらいました。厚生省の糖尿病疫学研究班が1990年に発足したので、そこにも加えていただきました。労働省も1990年に脳卒中や心臓病をテーマに作業関連疾患研究班を発足させましたが、私は最後まで排除されました。研究班のメンバーからは、一緒にという声はしばしばかかるのですが、しばらくすると実は労働省がウンといわないんだ申し訳ないというのです。脳卒中の疫学で有名な九大の上田教授などは、不思議そうに「あなたの名前を出すとむこうが嫌うんだよな」と言っていました。ただ、東京医歯大の田中教授は最後まで主張され、研究協力者という条件で一度だけ150万円の研究費をいただくことができ、研究費では本当に困っていたので涙が出るほどありがたいかったです。だいたい後になって、厚生省から労働省に出向した何人かの技官が、労働省が私を排除した理由を話してくれました。大物の某先生がどうしてもウンといわなかったのが真相だということです。この某先生とは、渋谷の道玄坂の上にある料亭風の飲み屋に呼ばれて、過労死やストレスの議論をしたことがあり、積極的に耳を傾けていたように思いましたが、と

うに亡くなっているので死人に口なしです。ただ、労働省が何千万、何億円かけてやったことより、私のほうがずっと成果を上げている自信があったので、ケチな根性の労働省の悪口を言いながら、厚生省で研究をするというスタイルを貫きました。また、こうした一方で、過労の回復過程の研究を念頭に、1986年には、東海大の大堀教授や女子栄養大の安立教授たちと一緒に、労働金庫の健保組合に協力した「保養セミナー」の試みをしました。この研究は、1992年からは厚生省の健康づくり事業のひとつとして健康保険組合連合会(健保連)の事業になりましたが、多くの健保組合から大変喜ばれました。

ストレスの疫学研究は、約3万5000人の労働者が登録して1989年から1996年くらいまで続けました。最初の調査で、個人のストレスや健康状態を確認し、同じ人が1年、2年後にどうなったのかを追跡する研究です。1991年には八重洲口の国労会館の大会議場を無償で借りて、初年度調査の結果報告会をおこないました。報告者は、関谷さんや千田忠男先生、東大の山崎喜比古先生のグループや中央大学の斉藤良夫先生など多士済々で、200人くらいが参加しました。当時は大規模な労働者のストレス調査はほとんど実施されておらず、マスコミでも大きく報道されました。労働組合から報告書はむつかしくてよくわからんと言う苦情がでたので、関谷さんを中心に「過労の予防がわかる20章一働きすぎと健康」という名前の小冊子も発行しました。表紙は、大阪の過労死研究会の北荘英美子さんの漫画で、北海道の浅井俊雄弁護士の漫画イラストも入れました。関谷栄子さんの替え歌、「あなた変わりはないですか 日ごと疲れがたまります」というのもあって、大変な反響でした。毎日新聞の文化欄に紹介されただけで、事務局の電話はかかりっぱなしになり、1か月くらいほかの仕事ができないうらいでした。おかげで4版、2万5000部ぐらいいは売れて、研究費の不足にも貢献しました。研究は苦しかったのですが、こういう楽しいこともあったのです。

1993年には追跡調査結果の報告会をしました。この時期には調査に協力いただいた労働組合単組は250になっていました。1996年には、調査論文や学会抄録などを収録した報告書を出しました。日本産業衛生学会だけでも5年間で20報までの報告をしましたし、日本疫学会でも集中的に報告し、海外の学会でもメンバーが積極的に発表しました。私自身、過労死問題の海外報告の最初は、1987年にイタリアのトレビゾで開催された日伊比較文化シンポジウムでした。トレビゾは、ベネチア北東のリゾート地ですが、そこに5日間ゆったり滞在して討論したのです。イタリアの研究者の反応は、「過労死はわかった。しかし、日本の労働者はどうしてそんなに死ぬほど働くの？」というので、返答に詰まったことを覚えています。過労死ではヘルシンキやコペンハーゲン、ストレスの疫学研究もロンドン、ニューデリー、ストックホルム、テルアビブや名古屋の国際学会で報告し、世界の研究者との交流が深まりました。仲間たちもモントリオール、パリ、東京、アムステルダムなどの学会で報告しました。1995年の日本医学会総会では、教育講演として「過労死」の報告をしました。4年に1回の医学会総会は、医学の総決算みたいなもので、まさに「過労死」が学会で認められたんだと思いました。

過労死のこれまでの研究経過をお話しましたが、成果として、私が仮説として考えていたことはほぼ間違いないと思います。例えば、高血圧や糖尿病の発症には、過剰飲酒や運動不足などの生活習慣だけでなく、様々な職業ストレスがかなり高いリスクで関与していることがわかりました。高血圧が長時間労働で悪化することがわかったのは大きな成果でした。追跡研究では、脳卒中、心筋梗塞の発症数が少ないため、心臓発作に与える影響というところでしか解析できなかったのは残念です。研究を開始してほぼ10年になりますが、個人情報保護の認識が大きく変化しているので、もし継続するとすると、インフォームド・コンセントを取り直さないとむづかしいと思います。

ところで、日本産業衛生学会は1992年に、循環器疾患の作業関連要因検討委員会を発足させました。これは1990年に学会員有志が検討委員会をつくってほしいと理事会に要請し、最初是不採択だったものの、2回目の要請で実現したものです。私は委員長に任命され、各地方会

や関連研究会からの委員の人たちと3年かけて報告書を作り、最後の章で予防や労災認定のあり方を提言しました。しかし、この職場の予防提言には、大企業の産業医から猛烈な反対が出ました。労働時間や深夜労働の法的規制の必要性を強調したのですが、産業医の自主的判断を妨げるというのが論点でした。逆に、中小企業労働者の健康管理をしていた新潟県の健診機関の医師からは「よく言ってくれた」との手紙もいただいたのですが、ある大企業の産業医は「こんな提言では、会社幹部を納得させられない」と、労働者のためなのか、会社のためなのかわからない意見もいただきました。理事会からは、産業医の意見も十分きいて、提言の部分だけを練り直すようにいわれ、1998年に再度提言をおこないました。このまとめも私が責任者でしたが、反対の産業医とも話し合った結果、結局、表現をすこし変えただけで、本質的にはなにも変わらない提言ができました。当時、循環器疾患の作業関連性は、国際的にも共通認識になっていましたが、日本の場合は、だいぶ遅れた認識の人が多かったように思います。なお、労災認定のあり方では、労働省の認定基準にある「直前1週間内の過重負荷」の医学的根拠となる論文は全くみつからず「削除すべき」と提言しました。

最近の労働省では、この内容は「つまみ食い」のような形で少しずつ取り入れられています。夜勤労働者の健診費用の一部を労災保険でもつとか、高血圧、糖尿病、高脂血症や肥満のいわゆる「死の4徴候」を有する労働者の精検費用とかなど、提言でリスクの多い労働者の健康管理を充実せよと言っている部分です。労働条件も、法的規制はダメですが、サービス労働の「取り締まり」姿勢は以前よりはよくなっています。先日、過労死裁判で2つの最高裁判決で労働省が敗訴して認定基準の見直しを始めていますが、労働省労働衛生課から、学会の委員会報告の原文が手に入らないかといってきました。必ず内容に反映させてくださいと言って提供しました。

ストレスの疫学研究の論文は最近も出ています。国立精神保健研究所の杉澤あつ子先生は1998年に、調査データをもとに胃潰瘍とストレスの論文を出しましたが、昨年くも膜下出血で亡くなりました。私は大きなショックを受けましたが、彼女の最後の論文になりました。今年は、国立公衆衛生院疫学部の土井由利子先生が、女性のタイプAに関する論文を出しました。いまは過労自殺が大きな問題になっています。1980年代に増加した自殺数は、その後やや減少しますが、1998年以降は初めて3万人を超えるほど急激に増加し、その多くが45歳から64歳までの男性の自殺の増加です。失業の増加など社会経済的な原因が大きいのですが、中高年に焦点を絞った男性の自殺予防対策をやる必要があると思います。労働者をいかにサポートするかの対応です。労働省は職場のメンタルヘルス対策などいろいろ言っていますが、失業した人は、企業の中では救えないのです。会社から追い出してしまった労働者に企業はなにもしてくれません。リストラで首を切られた人たちは、本当に生きるか死ぬかの選択を迫られているのです。そこにどうやってアプローチするかが大事だと思っています。

1992年に、山田、細川、渡部の3先生の呼びかけで「働く人々の健康を守る国民的な運動を育てるためのシンポジウム」が開かれました。このシンポでは、関谷さんと二人で事務局を担当し、私は医学研究者の立場から「働く人の健康問題の取り組みと課題」というテーマで話しました。働く人たちの状況、働く人の健康の現状、健康対策、研究者と労働組合の共同と克服すべき課題、共通のバックボーンの必要性を話しました。それから8年間、健康をめぐる働く人たちの状況は変わっていませんが、当時のバブル崩壊の時期以上に、現在はより深刻になっていると思います。あの時、私は、「働くものの健康を守る運動では、オマカセ、オツキアイ、アマエでは共通の輪はできない。つき合いだから仕方ない、うちの労働組合は賛同するので、あとはどこかがやってくれるというお任せ。こういうことでは、いっこうに現状は解決しないと申し上げました。現在もこの言葉は通じると考えている次第です。

ジャカラントの花の下でー南アフリカへの旅

上畑鉄之丞

公衆衛生院でおこなっている途上国の保健行政官研修の成果をみるため、この9月に南アフリカ共和国を訪問した。南アの人たちは、多くの途上国の研修生のなかでとくに熱心というのがこれまでの評価だったので期待の大きい旅だった。公衆衛生看護学部のHさん、JICAからはベテランのUさんとルーキーのTさんの3人も一緒だ。キャセイ航空で成田を発ち、香港経由でインド洋をヨハネスブルグへ約19時間かけて到着。エコノミー以外は知らなかったが、今回はあこがれのビジネス・シートだ。隣に日本人の年輩のビジネスマンが座った。南アは2回目で、前はケープタウンに1カ月、今回はヨハネスブルグに2カ月ほど滞在するそうだ。金やダイヤモンドを産出するので、「安く買えるのですか」ときくと、「ヨーロッパのマーケットに直接いくので高いくらい」とのこと。はじめから買う気はなかったのでこれはご挨拶。「お土産はなにがいいですか」ときくと、「アフリカらしいものではダチョウの卵殻を使ったペインティングとライオンやキリンの絵柄のシルクタイ」とたちどころに答えてくれた。空港は最も危険な場所でピストルをもったギャングがうろうろしているので要注意といわれて緊張したが、現地のJICAのワゴンが迎えてくれ、荷物ごとフルスピードでプレトリアのホテルまで直行したので拍子抜け。後できくと、南アではピストル所持は当たり前、黒人のギャングが白人を脅すと、白人は反射的に発砲するし、その逆もあるそうだ。「銃社会」を知らない日本人には想像できない世界だ。

南アの9月下旬は早春である。プレトリアは日本の4月始めの陽気で、国花のジャカラントの花が道路沿いに咲いていた。色はうす紫だが、遠くから見ると桜の花が咲いているように見える。春になるとこの花が南アのあちこちに咲くのだ。いい天気なので私たちは町のレストランでゆっくり昼食をとり、その後世界で最も大きいという動物園にいき、ライオン、ジャガー、カバ、キリン、ハイエナ、ゴリラなどアフリカの動物をたっぷり観察した。動物たちは檻というより、それぞれの区画のなかに住んでいて、ライオンなどははるかな丘の中腹を歩いているのをみかけただけである。

次の日は朝から現地のJICA事務所にいき、ヨハネスブルグからきた2人の研修生に面接、その翌日は東ケープ州のウムタタまで空路を移動した。30人乗りの小さな飛行機で腰をかがめて乗り込むと可愛いスチュワデスが迎えてくれた。彼女はいつも笑顔を決やさず、サービスは行き届き、なにかと乗客に声をかけてくれるので実に好感がもてた。

ウムタタではこの地域一帯の中核病院を訪問した。病院の庭にもジャカラントは咲いていた。1000床以上の大病院で設備もこの地方では最も整っている。看護婦の養成施設もあり、地域のプライマリー・ヘルスケアのサービスセンターも併設している。小児科や産婦人科の病棟を訪問。HIVの感染率が高いので看護婦たちの予防対策をどうしているかと質問したが、特別なことはしていないとの返事でびっくりした。病院の後は、近くの部落にある小さなクリニックへの訪問とのことでワゴンで出発した。8人乗りだが、日本人が4人、ウムタタの地域病院の看護婦さんが4人に運転手さんを入れてすし詰め状態。看護婦さんのなかには昨年公衆衛生院のコースに参加したウィリアムズさんもいる。ウィリアムズさんはこの地の牧師さんの奥さんで3人の子持ち。きさくで親切な人だ。公衆衛生看護学部のHさんとは旧知の間柄で再会を喜び合った。

ウムタタの町を出てから車はまっすぐな道路をひたすら走り、町並みを抜けると一面の平原に変わった。高い山はなく、あちこちに緩やかな傾斜のある小さな丘陵が盛り上がっている。

早春なので緑は少ないが、牛や羊が草をついばんでいる。おそらく夏は一面緑でおおわれ、草花が咲き乱れてサファリにふさわしい風景になるのだろう。平原のあちこちには小石をばらまいたように点々と小さな家が散らばっている。伝統的な丸い草葺きの民家もあるが、単にトタン板の屋根をつけただけの家もある。ウムタタでは白人が住むような庭園とテラス付きの石造りの家を見かけたがそういう家は全くない。しばらく走ると車は右に曲がり、ダーバンとイースト・ロンドンをつなぐ国道に出た。これまでの道は前大統領のネルソン・マンデラ通りという標識が出ていたが、同じ名前の通りは首都のプレトリアでもみかけた。日本にはカクエイ通りとかナカソネ通りはないので、まさに国民的英雄なんだと思う。多分南アフリカのあちこちにあるのだろう。車は舗装道路を快適に走っていたが、突然左折して土ホコリの立つ道に入る。道幅は2車線はあるが、デコボコ道なのでスピードもとたんに落ちる。まわりの景色は相変わらずで何の変化もないが、集落のなかをを時々通り過ぎるようになった。ルーキーのTさんが試しに子供に手を振ると、はにかみながら手を振り返してくれた。これに味をしめて子供たちをみかけるとみんなが手を振るようになった。どの子供たちもはにかんだ様子で手を振り返してくれる。

デコボコ道の右側に小さな湖が見えてきた。その湖を見下ろすような高地を車はしばらくヨタヨタと走っていると、突然一人の男があらわれて車を止めた。正装の上着をきちんと着ている。男は運転手としばらく話して姿を消したが、今度は馬に乗った人が車を追い越し前方に駆けていく。続いて2頭、3頭、4頭と乗馬の男たちが駆け去り、それに従うように車はゆっくりと進む。今度は前方の家の陰から、頭に色彩豊かな頭巾を巻き、白いゆったりとした着物をまとった大柄の女性たちが3、4人飛び出した。彼女たちは手に手に葉のついた小枝を振りかざし、大きな声を出して我々の方へ駆け足で向かってくる。車に近づくと、大声を張り上げ、小枝で車のボディをたたきながらグルグル回り始めた。突然の出来事にあっけにとられていると、たくさんの子供たちの歌声がきこえてきた。車はここでストップである。最初の歓迎の挨拶を受けたのだ。

これからが大変だった。私たちは車を降りてクリニックの世話役に先導されて歩いた。子供たちがひとかたまりになって合唱している。子供たちの額と両頬には一様に白い絵の具が塗っているが、その塗り方が絶妙に違って面白。よくみると、子供たちは交互に2人ずつ前に出て、向かい合ってタップを踏んでいる。他の子供たちは歌声にあわせて腰を振っている。リーダーがピーと笛を鳴らすと歌声は大きくなり、前の2人は交代する。歌は単調だがなにかしら心に躍動感をおこさせる響きである。草のある広場までくると、目の前にあるトタン屋根の建物がクリニックだと気づく。広場ではさっきの子供たちとは別に、もうすこし大きい中学生くらいグループがいて、小声で歌いながらやはり腰をゆらしながらタップを踏んでいた。

世話役たちの案内でクリニックの中に入った。ここには3人の看護婦さんがいて、主任の看護婦さんは毎日ウムタタの町から通っているそうだ。なかには二つの部屋に仕切られ、一つはテーブル、椅子、流し台やガスレンジがある休憩室。もう一つは診察室で、まわりの壁にはHIV予防、予防注射、栄養失調の子供の写真などカラーポスターが貼りめぐらされている。その隙間をぬって今年の月別受診者数や下痢症の発症件数を示すグラフが貼られている。診察機のトレイには、今日の仕事を物語るかのように注射筒や注射針の入った袋が乱雑に置かれている。この狭い部屋に3人の看護婦さん、私たち4人、ウムタタからきた4人、さらに世話役の何人かが坐った。残りの世話役は隣の部屋に待機しているので、クリニックは益々狭い感じになった。まず主任看護婦さんが立ち上がり世話役を一人一人紹介。6人までは立ち上がって歓迎の挨拶、残りは隣の部屋から顔を出して挨拶。その後、主任さんはこの地区の衛生状態を壁のグラフを使って説明。季節により多少の変動はあるが、毎月下痢症の患者が4、5人は出るという。彼女たちはこうした患者たちを毎日診察し、簡単な投薬をし、難しいと判断すると病院に送るという。やがて世話役の一人が立ち上がり、歓迎の挨拶とともに「このクリニックも手狭

になってもっと大きくしたいが資金が十分でない。みんなで出し合って2500R(ランド、1Rは約16円)まで集めたがまだ足りない」と説明した。私たちにカンパをしてくれといったのではないが、私には「なんとかならないか」といっているように聞こえた。

緑の少ない広場にはたくさんの人たちが集まっていた。老若男女合わせて300人くらい。3分の1くらいは子供たちで、日傘をさした女性も何人かいる。日射しは柔らかく、空気もすがすがしい。一番奥まったところに用意された椅子に私たちは案内された。細長い机にはガラスコップとトレイがあり、コココーラとオレンジジュースの大ビンとエビスンのようなお菓子もある。好きなように飲み、食べてくれという心づくしである。

最初に村長さんが挨拶。次いで牧師さんが話しをして、最後にアーメンといった。そしてみんなで賛美歌を歌った。南アの黒人は、過去のオランダやドイツを中心としたボーア人(アフリカーナともいう)の影響でカルビン派のキリスト教徒が多いという。地域の有力者の挨拶がいくつか続いた後、日本の訪問者を代表して私が挨拶した。「このような盛大な歓迎をさせていただいて心から感謝しています。私たちは19時間の空の旅をして南アフリカに着きました。みなさんの健康といのちを守る努力に少しでも貢献したいと思っています。永い友情をもった交流を期待します。」割れるような大きな拍手をいただいたが、「19時間の空の旅」ではびっくりしたようなドヨメキがあった。私の日本語→Uさんの英語→現地語に翻訳する主任看護婦さん、というタイムラグ付きの挨拶だ。

場面は突然子供たちのタップダンスに変わった。さっきのは練習で今度は本番。交互に前で踊る二人は汗だくでタップを踏む。小学生たちの踊りの後は中学生たちのダンスと合唱。彼女たちも汗だくだ。さわやかな風の中に高らかできれいなハーモニーが響き渡る。二つの出し物の後はまた有力者たちのあいさつ。現地語は看護婦さんの通訳でたちまち英語に変換される。私は全部理解はできないが、旅行ガイドでは南アフリカの人たちの英語はむづかしいとあったので無理もない。締めくくりは再び村長さん。「私たちはなんとしても村民の財産であるクリニックを立派にしたい。州政府にも要望しているが、日本人たちも是非応援してほしい。」そして割れるような拍手がこだました。私は心配になってUさんに、「やっぱりなにがしかのカンパをしたほうがよい感じがしますが・・・」、Uさん「ダメです。ここでカンパをしたら、彼らを乞食にしてしまいます！」やはりベテランは違う。正解だ。

集会がすむと私たちは、再びクリニックにいき遅い昼食に招待された。煮豆、ポテト、そして鶏肉料理と野菜。大変なご馳走だと思う。ジュースとコーラも用意されている。日本ならここでビールを一杯というところだが、アフリカの人たちはそんな失礼なことはしない。私は渴いたのどにコーラを流し込み、ポテトと煮豆をいただいた。とても全部は無理で余ってしまった。クリニックの外では中学生たちがきれいなハミングでバックグランドミュージックをかなでてくれる。食事を終えるまで、そして外へ出て帰途につくまで歌ってくれたのだ。その歌声に合わせて踊っている大人たちもたくさんいた。

こうして私たちは名残を惜しみながら次の目的地のヘルスセンターに向かった。デコボコ道を走り続け1時間足らずで着いたが、残念なことにこの勤務時間の4時半はすぎていて、新築の大きなオフィスの門はガッチリ鍵がかかり、人っ子一人みあたらなかった。この施設は、最近アメリカの援助で建てられ、プライマリー・ヘルスケアの人材養成をアメリカのNPOが中心にすすめていると聞いていたが、さっきのアットホームな雰囲気クリニックとはだいぶ違った感じだった。

私たちが訪問した東ケープ州は、黒人政権の初代大統領ネルソン・マンデラ氏の故郷である。ウムタタにはマンデラ氏の記念館があり、翌朝、昨年公衆衛生院で学んだウィリアムズ夫人が案内してくれた。彼は1918年7月18日、ウムタタの町を流れるMbashe川のそばのMvezoで生まれた貧しい農民の子だった。苦学してヨハネスブルグの大学を卒業、黒人解放運動の先頭に

立ち投獄される。90年11月2日に解放されるまで27年間の獄中生活を送り、94年の大統領選挙で白人政権の中道派デクラーク氏に勝利するのだ。獄中解放の第一声は“As I finally through those gate, I felt that my life was biginning a new. My ten thousands days of imprisonment were at last over.”である。記念館には、マンデラ氏の少年時代から現在までの写真パネルが並べられ、解放された90年以降は、ビデオと彼の肉声のテープが流れてくる。獄中での生活用品やトルストイの「戦争と平和」やギリシア哲学などの愛読書もあった。大統領時代にもらった世界各国からの贈り物の展示には、日本からは八重垣姫の人形と天皇・皇后のサイン入り写真、それに人形の久月の店名入りの大きな羽子板があった。贈り物はすべて目録がつけられていたが、中国人形にまで「日本」と書かれていた。この記念館を訪れた日本人として備え付けのノートに一筆を求められた。” Former President Mandela is one of the greatest statesmen in this century.”と書いたら拍手と歓声が上がり、何人もから握手を求められた。

ウムタタの町を去って国道沿いに西へ、次の訪問地の州都ビショーに向かう。途中、大統領を引退したあとにマンデラが住んでいる家を運転手が教えてくれた。国道沿いにあるかなり大きな新築の家で、入口の門のところに男の人が2人立っていた。まわりはどこにでもある平原で、牛、羊、ヤギがのんびりと草を食べているのどかな風景。マッチ箱のようにみえる民家が点在し、大きな灌木はほとんどない。東ケープ州のこのあたりは、かつてのトランスカイ共和国で、悪名高い白人政権時代の「ホームランド」政策の中心である。白人たちは、豊かな土地は自分たちが所有し、黒人たちを貧しい土地に押し込め、白人の土地に出入りさせないようにしたのである。車が東に進み、かつてのトランスカイを離れるにつれて灌木が次第に増加し、豊かな畑地があらわれるようになったことからこのことはよくわかった。途中でいかにもライオンがあらわれそうなところを通過した。Uさんは「今は人間以外に食べるものがないのでライオンはいないのです」と解説した。

南アフリカにいていろいろなことが分かった。

まずこの国は1994年に黒人政権になって日が浅いために政権の基盤はまだ十分に固まっていないと思った。国の財政規模は日本円で約4兆円と日本の約20分の1。現地地のJICA事務所の話しでは、そのうち90パーセントくらいは白人の税金だという。マンデラ氏は大統領就任後にいち早く60歳以上の老人に月300R(ランド)の年金を支給すると決めたのだそうだ。1Rは日本円で約16円なので5000円弱の年金だが、この国ではゆったりと生活できる金額だ。黒人の失業率は今でもかなり高く老人の年金を生活費としてアテにする若者も多いという。私たちが訪問した東ケープ州は南アの9州のなかでも貧しいところである。ウムタタの町の人口構成をみて驚いたのは、15歳以上の働き盛りの男性の人口が、同年代の女性に比較して3分の2くらいしかいなかったことだ。その理由は、男性はAIDSと職業病で早死するそうである。多くの男性はこの国の主要産業の鉱山に出稼ぎにいき、労働災害で死亡したり、じん肺症にかかったりする。故郷に帰ってこない者もいるのだろう。出稼ぎ先で売春婦たちからHIVに感染し、故郷に帰って妻子にも感染させ、自身は早期にAIDSを発病して死亡する者も多い。この国の平均的なHIV感染率は20%くらいという数字をきいたが、かつて私が訪れた赤道直下の中央アフリカでは女性のほうが感染者が多いようで不思議に思っていたが、こうした感染経路があったのだ。アフリカからAIDSをなくす課題は限りなく遠いように思った。

一方、南アは黒人政権になって人種差別はなくなったと思っていたが、現実はまだまだである。政府も努力していることは事実だが、あまり黒人を優遇しすぎると、白人たちが逃げ出すことも考えねばならない。黒人の技術者やホワイトカラーはまだ十分に育っていない。隣国のジンバブエは、黒人たちが白人の農場を実力で占拠する事件がおきているが、そんなことは絶対に起こしてはならないのである。医療や保健サービスの改革も大変である。マンデラ氏は

6歳未満の子どもたちの医療費や予防注射の費用を無料にしたが、黒人の乳児死亡率は依然として高率で、小児の下痢症による死亡も多い。無料化したのはよいが、提供する薬剤や専門スタッフが足りないのだ。優先的に貧困層の多い農村や大都市のスラムに公設のクリニックを開設し、医者は少ないので看護婦を常駐させるなど改革の努力は現在も続けられている。ただ優秀な黒人看護婦は年間3千人もがニュージーランド、オーストラリア、ヨーロッパなど賃金の高い海外に流出し、まるで「先進国のために看護婦養成をしている」状態なのだという。医者も同じで、この国にはアフリカの途上国では珍しく8つの医科大学があるが、卒業してもほとんどは収入のよい企業の私設病院に勤務し、公的病院には勤めたがらないという。外国人の医師を雇ったり、生涯教育を重視して医師の再登録制を強化したりしているが、それでも黒人たちの4-6割は従来の伝統医療に頼っているという実状である。

それでもこの国は、他の途上国とは異なり、先進国からの援助に関する関心は低いという。国として援助を欲しがる姿勢でなく、先進国から申し出がうあればもらうという姿勢である。援助の内容や配分には、中央政府や政治家はあまり関与せず、それぞれの当事者が自由にやってくれという態度だそうである。ちなみに、この国の地方分権は、我々日本人が想像もできないくらい徹底していて、国の予算の8割が地方に配分されるそうだ。途上国援助にからむ政治家や官僚の利権にからむ汚職などは殆どないという。この話しは、私が南ア滞在中に、日本人の関係者から聞いた話だが、日本にくる南アの研修生たちの熱いまなざしの意味が理解できたと思った。南アフリカ共和国は、まさにアフリカの大国、希望の星である。

私たちはビショの町から空路で再びプレトリアに戻り、翌日夜遅く、今度はシンガポール航空でヨハネスブルクからシンガポール、ジャカルタを経て数日後に成田へ帰った。

「健康と安全」第9巻1号、2001 より

上畑鉄之丞(うへはた てつのじょう) 略歴

1940年生まれ、滋賀県出身、1965年岡山大学医学部卒、70年同大学院修了、社会医学系衛生学専攻。医学生時代、山岳部に所属、60年安保闘争時は進学課程2年、山岳部の「安保反対」決議で初めてデモに参加、上京して国会デモにも。その後は新聞部に入部、卒業時はインターン闘争で、卒医連クラス委員長として、全国規模のインターン願書提出拒否闘争に参加。卒後は、大学院生として衛生学教室に入り、翌年、大阪府立成人病センターで循環器疾患の疫学と健康管理を研修。在阪中、大阪大医学部衛生学の丸山博教授の教室にも出入りし、森永ヒソミルク中毒被災児の後遺症問題を知る。その後、岡山民医連岡山協立病院社会事業部長に就任。脳卒中患者の機能訓練施設を立ち上げるとともに、岡山での森永ヒソミルク中毒後遺症調査に参加。「森永ヒソミルク中毒の子供を守る会」の父兄や病院保健婦やケースワーカー、市役所保健婦らと被災児訪問や後遺症健診などを組織。病院では、スラム地区の診療所活動や工場の訪問診療活動にも参加。48年、請われて、新設の杏林大学医学部衛生学教室の助教授就任。教室内に「労働衛生相談室」を設置し、労働者や労働組合の職業病などの健康問題の相談活動を開始。その後、総評安全センター、国鉄労働組合、新聞労連、民法労連、合化労連、全国化学、全通、東京土建、全林野東京地本、自交総連東京、私鉄総連、日航客室乗務員組合をはじめ、多くの自治体労働組合や地区労などと交流。全国労働金庫協会産業医を経験。この間、過労死をはじめ、頸肩腕障害や慢性腰痛症、振動障害、慢性鉛中毒症などの労災認定や治療問題に取り組む。87年、国立公衆衛生院に移り、疫学部を拠点に、多くの労働組合の協力を得て、職業ストレスと健康障害の疫学調査を企画実施。過労死の予防対策としての「保養セミナー」も健保連と協同企画した。90年、厚生省の糖尿病疫学研究に参加。発展途上国の保健従事者のプライマリーヘルス研修の企画・実現にも参加。02年、国立公衆衛生院を退職、聖徳大学で、管理栄養士や介護福祉士養成に従事する。86年設立のストレス疾患労災研究会の一貫した代表世話人であるとともに、93年発刊の「健康と安全」誌の編集者を続けている。

第 46 回日本社会医学会総会 企画運営委員会

宮城県働く人の健康と環境改善をすすめる会

刈田啓史郎 広瀬俊雄 佐藤由紀子 土井浩之 阿部潔 村松敦子 角田和彦
町田光子 小笠原卓 脇本秀紀

宮城県民医連 労働者健康問題委員会

広瀬俊雄 日比野恵子 多田由美子 佐藤知佳子 斉藤裕子 金野由紀枝
只埜則恵 佐々木幸江 松浦誠

宮城県民医連 環境公害問題委員会

佐藤龍朗

宮城県民医連 医療ソーシャルワーカー部会

高橋敦子

社会医学研究

BULLETIN OF SOCIAL MEDICINE

特別号 2005 第 46 回日本社会医学会総会講演集

発行年 2005 年 6 月 24 日

編集 第 46 回日本社会医学会総会 企画運営委員会

JAPANESE SOCIETY FOR SOCIAL MEDICINE

連絡先 第 46 回日本社会医学会総会 企画運営委員会事務局

〒989-6115 宮城県古川市駅東 2-11-14

古川民主病院 医療相談室

電話 (病院代表) 0229-23-5521 FAX : 0229-24-1544

医療相談室直通電話 : 0229-23-0184 直通 FAX : 0229-23-5590

〒980-0012 宮城県仙台市青葉区錦町 1-8-32

仙台錦町診療所・産業医学センター

電話 : 022-222-7997 FAX : 022-225-8495

wakimoto@zmkk.org
