

*BULLETIN OF SOCIAL MEDICINE*

# 社会医学研究

第 47 回 日本社会医学会総会  
講演集

日本社会医学会 特別号 2006

JAPANESE SOCIETY FOR SOCIAL MEDICINE

# 第 47 回日本社会医学会総会

2006年 徳島県徳島市

メインテーマ

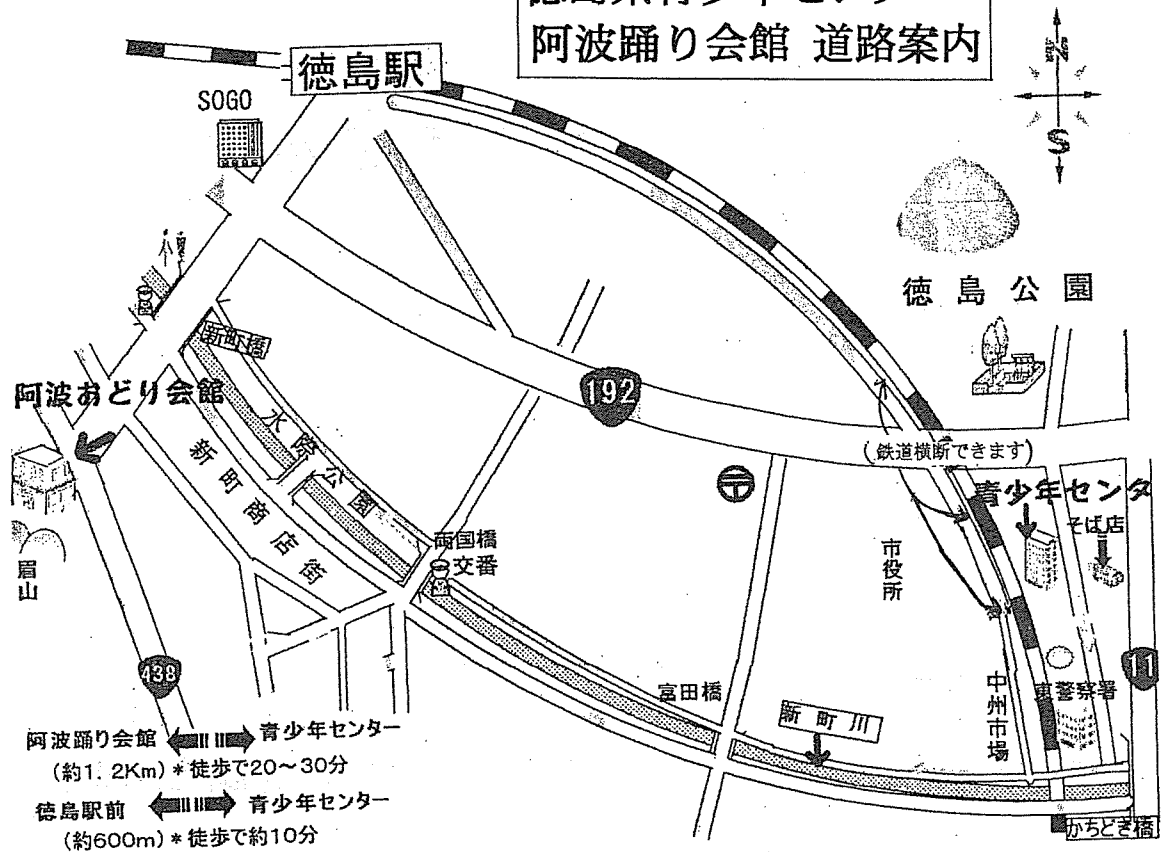
「歴史の教訓に学びつつ、今日の社会医学の課題を探る」

【日時】 2006年7月22日(土)～7月23日(日)

【会場】 徳島県青少年センター

〒770-0851 徳島市徳島町城内2番地1 Tel 088-625-6166

# 徳島県青少年センター 阿波踊り会館 道路案内



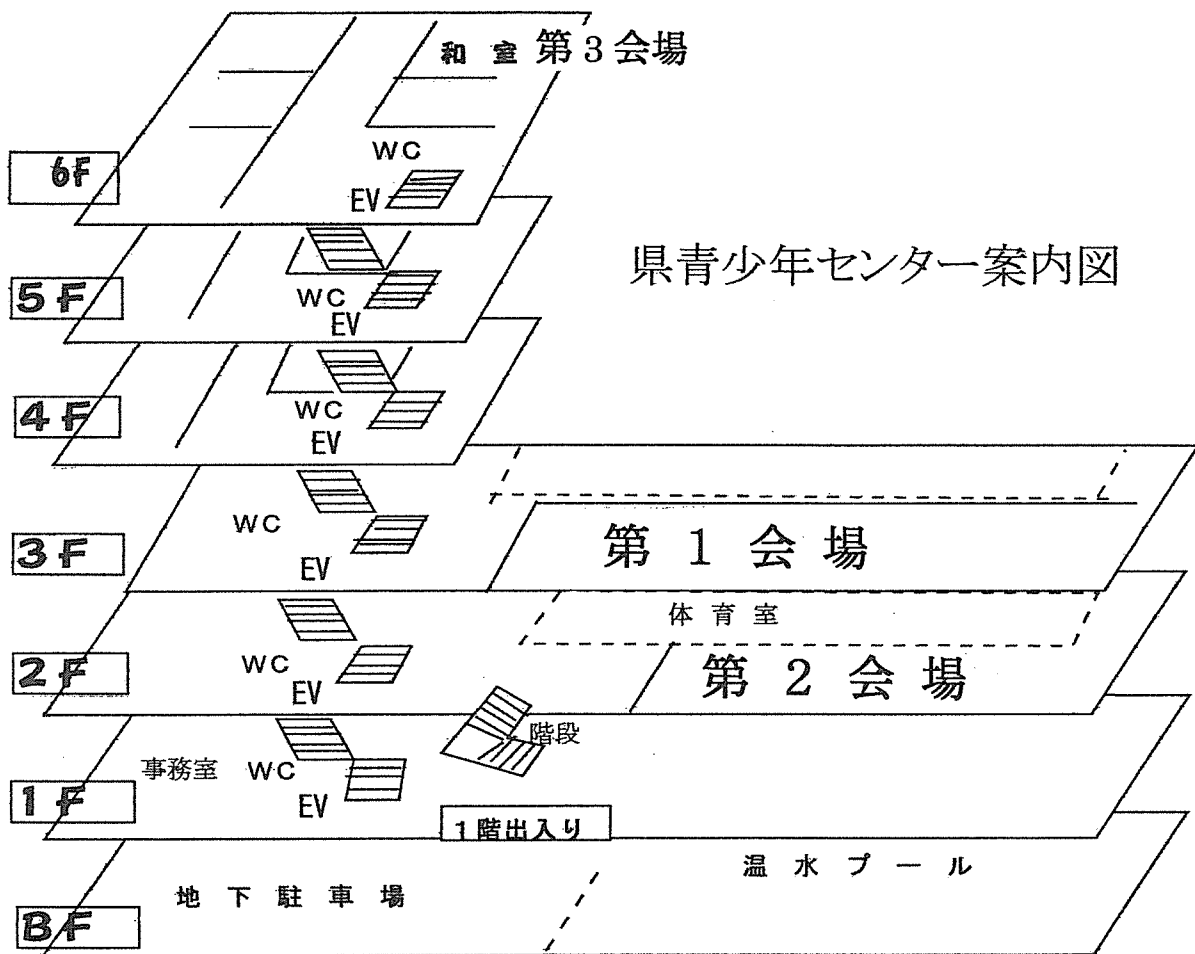
東京～徳島 (2006年7月22日)  
 東京 羽田空港第1ビル/羽田空港 07:30 発  
 空路 JAL1431 便 徳島空港 08:45 着 [75分]  
 連絡バス [25分] 430円 徳島駅前9時ごろ着

阿波エクスプレス号 新神戸発 2時間3分で 徳島駅 3200円  
 新神戸発 初発7:25 毎時25分発 最終19:25発 初発7:25は徳島9:28着  
 新神戸10:25発が徳島12:28着

東京 羽田空港第1ビル/羽田空港 空路 JAL1433 便 10:15 発  
 徳島空港着 11:30 バス 25分 430円で徳島駅12時ごろ着

学会事務局

7/22(土) 23(日) 青少年センター 6階 「和室」



県青少年センター案内図



# 徳島県青少年センター

☎ 770-0851 徳島市徳島町城内 2 番地 1 ☎ (088) 625-6166 (代)

FAX (088) 625-6228

URL <http://www.toku-seishonen.or.jp>

E-mail [hisho@toku-seishonen.or.jp](mailto:hisho@toku-seishonen.or.jp)

ごあいさつ

第 47 回日本社会医学会総会を徳島で開催することとなり、不肖私がお世話をさせて頂くこととなりました。準備の段階で何かと不行き届きのありましたこと、また運営上でもお気に召さないことがありましたらご容赦頂きたく存じます。

現在、四国在住の学会会員は極めて少なく、これまで社会医学研究の蓄積も多くはありませんでした。今回、本学会総会を徳島で開催するに当たり、これを機会に四国でも学会員を募り、これからの社会医学探究の端緒に出来ればと念願する次第です。

今学会のメインテーマは「歴史の教訓に学びつつ、今日の社会医学の課題を探る」とさせて頂きました。特別講演には医学史研究会常任幹事、神谷昭典先生にお願い致しました。神谷先生には戦後医学・医療史の出発点になった、米占領下の「医学教育改革」とその後に与えた影響についてお話頂く予定です。また、特別報告として、全国トンネル塵肺訴訟の先駆けとなりました四国トンネル塵肺訴訟について、弁護士の川真田正憲氏にご報告をお願いしております。そして今回は臨床の課題として、「今国民が期待する良質の医療」と題してシンポジウムを企画しました。第一線でご奮闘されている 5 名のシンポジストには、医療現場での医療提供者と医療を受ける国民との狭間にある問題点についてご議論頂く予定です。

そして一般演題につきましては、全国から予想を超える多数の演題申し込みを頂き、盛会とすることが出来ました。会員の皆様に心より御礼申し上げます。

今学会が先人の残した業績を継承し、一層厳しい視点で社会と医学の民主的発展に寄与できるよう、実りの多いものであってほしいと念願する次第です。

ところで、徳島市は四国の他の県庁所在地と比べてみて、何か特徴があるという訳でもない田舎の町です。徳島県はと言えば面積の 8 割が山地で、山と川と海しか自慢できるところがないうところ。とは言え、私どもはこの地を愛し、住み続けて一層この地を良くしたいと努力して参りました。参加者の皆様にはこれを機会に徳島という地域に少しでも関心をもって頂ければ幸いです。

なお、企画運営に当たり徳島県民医連から多大のご援助を頂きましたことを皆様にご報告し、合わせて感謝致したいと思っております。

第 47 回日本社会医学会総会 企画運営委員長

樋端 規邦

## 第 47 回日本社会医学会総会参加者の皆様へ

- 1 第 47 回日本社会医学会総会総合受付は第 1 会場前で行います  
全ての参加者は総合受付で受付をお済ませて下さい  
① 参加費の納入と引き換えに『参加証』とネームプレートをお渡し致します  
参加費： 会員 3000 円 (非会員 4000 円)  
院生・学部生 1000 円 (非会員 2000 円)  
1 日だけの参加 (非会員) 1500 円  
② 抄録集は 1 冊 1000 円で頒布致します  
ただし、非会員参加者は参加費に含まれます  
③ 新入会申し込み (年会費 5000 円) 及び年会費納入を受け付けます
- 2 演者は第 1 会場前の総合受付へ申し出て下さい。  
その際、プロジェクターの使用の有無を確認致します
- 3 座長は定刻に座長席へ着席して下さい  
なお、運営は時間を厳守し、定刻には終了して下さい。  
指定口演は、口演 20 分 質疑・討論 10 分  
一般口演は、口演 15 分 質疑・討論 5 分
- 4 演者は口演時間を厳重に守って下さい。
- 5 自由集会の運営は責任者にお任せいたします。  
なお、終了予定時刻は厳守して下さい  
プロジェクターとパソコンは自由集会 1、自由集会 2 ともに準備致します
- 6 7 月 23 日に昼食弁当をご希望の方は  
当日 10 時までに受付へ申し込んで下さい
- 7 第 1 日目の全てが終了次第、希望者を「阿波踊り会館」へご案内致します  
午後 7 時 30 分：青少年センター玄関へ集合して下さい (徒歩所要時間は凡そ 15 分)
- 8 その他観光案内等ご希望の方は総合受付 (第 1 会場前) へお申し出下さい。

## 第 47 回 日本社会医学会総会 プログラム

理事会：	7月22日午前9時30分～10時30分	場所：第3会場
評議員会：	7月22日午前11時～12時	場所：第3会場
総会：	7月23日午後1時～1時50分	場所：第1会場

7月22日

### [第1会場]

- 13:00 開会挨拶 第47回日本社会医学会総会 企画運営委員長
- 13:10-14:10 特別講演： 神谷昭典 先生（医学史研究会常任幹事）  
「米軍占領下の医（歯）学教育」  
座長： 徳島健生病院 樋端規邦
- 14:10-15:10 特別報告： 川真田正憲 先生（弁護士・徳島合同法律事務所）  
「四国トンネル塵肺訴訟が提起したもの」  
座長： 愛媛生協病院 永瀬勉
- 15:15-17:30 シンポジウム： 『国民が期待する良質の医療』  
シンポジスト つるぎ町立半田病院院長 三村経夫  
宇部協立病院院長 野田浩夫  
東神戸病院総師長 津川計子  
わたり病院事務長 竹之内長  
日生協医療部会医活委員長 藤原高明
- 司会： 新居浜協立病院院長 谷井実  
前徳島健生病院看護師長 鎌田千代
- 17:30-19:30 自由集会(1)「都市の公衆衛生活動」 責任者：逢坂隆子
- 1 大阪大学 高鳥毛敏雄  
都市における公衆衛生の課題—官公民の連携と役割

### [第2会場]

- 18:00-19:30 自由集会(2)「医薬品等の被害救済制度について」 責任者：栗原敦
- 1 全国薬害被害者団体連絡協議会 栗原敦  
医薬品副作用被害救済制度の現状と課題  
—制度改善の議論に被害者が参画することの意義—
- 2 薬害ヤコブ病大津訴訟弁護団長 中島晃

薬害ヤコブ病と生物由来製品感染等被害救済制度

- 3 東洋大 片平洸彦  
4 ネットワーク医療と人権 MERS 花井十伍  
仮題「薬害エイズからみた救済制度」

[第3会場]

17:30-19:30 自由集会(3) 「戦争・平和と医学・医療を考える」責任者：西山勝夫  
映画「黒い太陽七三一 戦慄！石井細菌部隊」鑑賞と討論

7月23日

[第1会場]

午前

- 9:10-9:40 4-1 指定口演 大阪大 高鳥毛敏雄 座長 逢坂隆子  
9:40-10:40 4-2 一般口演 座長 田村昭彦  
10:40-11:40 4-3 一般口演 座長 西山勝夫  
11:40-12:20 4-4 一般口演 座長 松浦智恵美

午後

- 14:00-14:30 2-1 指定口演 中京大 中川武夫 座長 久永直見  
14:30-15:30 2-2 一般口演 座長 片平洸彦  
15:30-16:30 2-3 一般口演 座長 賀勢泰子  
16:40 次期企画運営委員長挨拶  
16:45 閉会挨拶

[第2会場]

午前

- 9:10-9:40 1-1 指定口演 愛知教育大 久永直見 座長 埴田和史  
9:40-10:40 1-2 一般口演 座長 船越光彦  
10:40-12:00 1-3 一般口演 座長 服部真

午後

- 14:00-14:40 1-4 一般口演 座長 中村賢治  
14:40-15:10 3-1 指定口演 白梅学園短大 関谷栄子 座長 上畑鉄之丞  
15:10-16:30 3-2 一般口演 座長 並川京子



## 一般口演

### 第1分科会（産業衛生・労働者の健康問題）

- 1-1 座長 滋賀医科大学 埤田和史  
[指定口演] 愛知教育大学 久永直見  
ひと・もの・企業の国際移動と労働衛生
- 1-2 座長 九州社会医学研究所 船越光彦  
1-2-1 城北病院 服部真  
国鉄・JR 車両修繕作業（退職者）に見られたアスベスト関連病変  
1-2-2 九州社会医学研究所 田村昭彦 他  
アスベスト労災相談電話活動からみた石綿被害の実態  
1-2-3 大阪社会医学研究所 中村賢治 他  
大阪泉南地域における石綿による健康被害問題に対する大阪民医連の取り組み
- 1-3 座長 城北病院 服部真  
1-3-1 滋賀医科大学 北原照代・他  
介護・看護労働者における労働と作業関連性筋骨格系障害に関する実態調査  
1-3-2 大阪社会医学研究所 重田博正  
JR 電車運転手の「乗務中の睡気」実態調査結果  
1-3-3 聖徳大学 上畑鉄之丞  
過労自死の背景要因の考察  
1-3-4 金沢医科大学 登坂由香・他  
ある電子部品工場技術職の残業時間と疲労蓄積症状
- 1-4 座長 大阪社会医学研究所 中村賢治  
1-4-1 徳島健生病院 樋端規邦 他  
振動障害認定希望者の健康状態と生活背景-最近の事例から  
1-4-2 東京大学 山崎喜比古  
近年における要療養トンネル塵肺多発の構造と防止の課題

第2分科会（環境問題・公害・薬害）

- 2-1 座長 愛知教育大学 久永直見  
[指定口演] 中京大学 中川武夫  
今日の公害問題
- 2-2 座長 東洋大学 片平冽彦  
2-2-1 東京大学 溝田友里・他  
薬害 HIV 感染被害者の生存患者とその家族への質問紙調査  
ー第1報：患者の恋愛・結婚、性、挙子に関してー
- 2-2-2 東京大学 山崎喜比古・他  
薬剤 HIV 感染被害者生存患者・家族への質問紙全国調査  
ー第2報：患者の家族へのスティグマに関してー
- 2-2-3 京都市民共同法律事務所（薬害イレッサ西日本弁護団） 中島晃  
薬害イレッサにみるマスコミ報道の失敗
- 2-3 座長 鳴門山上病院 賀勢泰子  
2-3-1 東洋大学 片平冽彦  
「薬害 C 型肝炎」事件における国と製薬企業の責任  
（第1報）フィブリノーゲン製剤の製薬承認時における製薬企業と国の責任
- 2-3-2 高エネルギー研 和気正芳 他  
ジフテリア禍事件と GHQ 文書
- 2-3-3 全国薬害被害者団体連絡協議会 栗原敦 他  
戦後薬害第1号事件の被害者救済について  
-1948年京都・島根ジフテリア禍予防接種事件-保障問題「再燃」の背景-

第3分科会（一般医療・老人医療・介護保険・障害者問題）

- 3-1 座長 聖徳大学 上畑鉄之丞  
[指定口演] 白梅学園短期大学 関谷栄子  
街づくりと高齢者の安全・安心・快適な生活環境  
真に有効な介護予防施策の追求
- 3-2 座長 札幌医科大学 並川京子
- 3-2-1 滋賀医科大学 辻村裕次・他  
滋賀県脊損協会会員における健康問題と就労状況
- 3-2-2 聖徳大学 楠永敏恵 他  
在宅要介護高齢者の生きる支えについて
- 3-2-3 白梅学園短期大学 関谷栄子  
介護保険見直しによる介護現場への影響—経営困難になる小規模事業所
- 3-2-4 四天王寺仏教大学 西島治子・他  
ケアマネジャーのケアプラン作成時における医療的処置に関する研究

第4分科会（公衆衛生の課題・ホームレス・学校保健・その他）

- 4-1 座長 四天王寺仏教大学 大阪隆子  
[指定口演] 大阪大学 高鳥毛敏雄  
大都市における公衆衛生の推進方策
- 4-2 座長 九州社会医学研究所 田村昭彦  
4-2-1 東京大学 義平真心 他  
東京上野周辺の路上生活者の健康状態に関する実態と認識  
4-2-2 大阪保険医協会事務局 渡辺征二  
大阪保険医協会のホームレス支援活動  
4-2-3 松浦診療所歯科・歯科保健研究会 渡辺充春  
ホームレス者が抱える歯科疾患の実情と歯科診療の受診状況
- 4-3 座長 滋賀医科大学 西山勝夫  
4-3-1 佛教大学 黒岩晴子  
被爆の実相・被爆体験の継承の課題  
ー被爆者の生活史を学んだ学生の意識と行動からー  
4-3-2 くわみず病院平和クリニック 牟田喜雄  
2004年くまもと被爆者健康調査“プロジェクト04”  
4-3-3 大阪保険医協会 武田勝文 他  
医師・医学者の戦争責任について
- 4-4 座長 徳島健生病院 松浦智恵美  
4-4-1 大阪社会医療センター 鈴木陽 他  
大阪社会医療センター付属病院退院患者の生活実態調査  
退院援助により生活保護法による居宅保護に至った患者の追跡調査  
4-4-2 札幌医科大学 並川京子  
スリランカ南西部A村における健康相談からみた健康課題

## 第47回日本社会医学会総会 特別講演

### 『米軍占領下の医(歯)学教育』

神谷 昭典 (「医学史研究会」 常任幹事)

#### I. なぜいま占領期“医療改革”か？

いま、国会は6月18日の会期末に向けて、「医療制度改革関連法案」の審議が大詰めを迎えている。過日、政府の経済財政諮問会議で提唱された医療費の伸びを名目経済成長率と連動させて抑制する「総額管理制」は見送られたものの、今回の改革関連法案が結局は医療費抑制と、高齢者・患者の新たな負担増となることは避けられない。

考えてみれば、戦後日本の医学と医療は米軍占領下での改編を経て、60年代高度経済成長をウラから支えた国民皆保険体制への順応に続いて、第三の転機ともいべき“市場原理に委ねられた医学医療”の時代を迎えようとしている。

主題の医学教育についてもインターン制度の廃止に代わる新研修制度の発足が地方での深刻な産婦人科医、小児科医不足を呼び起こしていることは周知である。

このときに戦後日本医学の第一の転機となった占領下の“医(歯)学教育改革”を振り返ってみる意味があるであろう。何が変わり、何が変わらなかったか。

#### II. 米軍は日本の医学医療をどうみたか。

日本占領に先立つ事前の研究や到着後の精力的な視察によってGHQ/SCAP/PHWが得た日本の医学医療についての認識は、古いドイツ医学の支配と予防医学の欠如、強固に根を張った“学閥”と“医界の貴族階級”の存在、大学とより低級な医専という医学教育のダブルスタンダード、付き添いの家族が煮炊きする病院、医師に従属した看護婦とその養成制度など。とりわけモンペに下駄履き、黒カバンを提げた *granny midwife* (占領者にとっては“取り上げ婆さん”の語感であろう)が5万人もいて、出産の大部分を担当している日本の助産システムはまさに古いドイツ流の自然分娩と日本医学の“後進性”を象徴するものとして、使命感を以って改革されねばならなかった！

そうしてPHW局長C・F・サムスは「まず第一に着手すべき問題は、明白に医学教育制度であった」(「DDT革命」)とする。

#### III. 米国対日教育使節団報告書と医学教育審議会の発足

「医療および公衆衛生問題全般を研究する特別委員会の設置」「医学校に対して合理的な最低基準を満たすことが要求されるべきであり、さもなければ閉校する」

昭和21年2月、サムスによる *Council on Medical Education* 発足。

第一回医学審議会(21年2月27日)でサムスは、「戦争前のある時期はドイツ医学

が世界に君臨していたが、ここ十年ほど前からはアメリカ医学がドイツ医学を凌駕している。よって戦後日本医学の復興にはドイツを捨ててアメリカに範をとるよう」と訓示した。医学審には三つの小委員会（それぞれ複数の部会、後の看護制度審議会も小委員会の一つであった）が置かれたが、その審議内容は“概して米国のモデルを模す傾向”（モールトン）にあったという。東大医百年史の評「いちおう日本側の自主性を持った会合のごとく見えて実際にはオブザーバーの米国軍医の意見が強く反映する会議であった」。

医学審はサムスの訓示を受けて医専の改善（当面予科設置）、合わせて標準以下の劣悪学校の廃止、医学教育課程の改善、入学・卒業時の情実等の悪習慣の排除、実地教育の増大、卒業後の補修教育などとともに、医学教育の民主化をめざして講座制の廃止や大教室制の提唱、大学教員を教授、副教授、助教授、講師および助手として、副教授以下に任期を設けることなどを建議している。

#### IV. 医学教育の刷新

##### 第一段階 当面の医専の処置と大学昇格

医専の年限延長（5年）、大学付属の医専は廃止の方針。医専の大学昇格と基準に達しない医専の廃校。

医師の国家試験実施、国家試験受験前に1か年の実地修練。

これらの措置は1946年4月から実施する。

昭和21年3月 久留米医科大予科、大阪医科大予科（旧大学令による）認可。

##### 第二段階 PHW・CIAによる「新ガイドライン」（22年1月）

突如、医師国家試験受験の要件として、7年制の医学教育と1年間のインターンを要求し、医専処理について官立大医専とこれに準ずるものについては1年の補習期間を経て卒業を認めるが、それ以外の医専（のちのB級医専）は廃止し、在学生にはあらためて予備教育と医科大入学を求めるとした。

驚いた文部省は移行措置の緩和に動いたが、PHWはSCAPIN指令を出しても実行すると告げたという。

22年1～3月にわたった文部省視学委員（PHWが同行した）の医専査察が各学校の命運を決するものとして緊張を強いられた理由。

51医専→A級校45、B級指定6校。B級指定校在学生、外地の3大学、12医専その他の医学生との収容にともかく道をつけた。

##### 第三段階 新制大学への移行と教育刷新委員会とのトラブル

医歯学系専門学校だけが旧制大学を経て新制大学へ移行したのは、PHWの指導が教育刷新委員会による新制大学設置に先行していたからであろう。CIEと協力して6・3・3制と4年の新制大学を用意していた教育刷新委の安部委員長にしてみれば医学教育が特別だといっても4年の新制大学の枠内におさめられないのかという思いがあり、医学審がただ米軍のいいなりで年限の延長を主張していると映った。特にこれまでの

専門学校だけだった歯科の歯学教育審議会が2年と4年の大学教育を要求することに強い違和感があったのである。

#### 第四段階 教養課程と分離された医学専門課程（昭和23年~30年）

PHW・医学審の主張であった医学教育7年制は結局見送られたが、しかし、医科系大学は予科を持たず、一般の新制大学で2年以上を履修した者から広く入学者を募るとしていた。そのため有力大学の理科系教養部に医科の進学志望者が集中し、学内浪人や他学科への腰掛け入学者を生むとともに、医学系学生だけが学部進学にあたりなぜ再度試験を要求されるのかという不満が鬱積した。結局この制度は昭和30年度入学者から廃止された。のちのインターン問題と同じ経過を取ったのであった。

米軍主導とはいえ、医専廃止、大学教育への一本化、歯科大学創設、看護教育の自立など、これまでの医学界に根深く存在した官学優位、医専や歯科への差別、医師と看護婦の身分差別などの悪弊をともかく払拭した点できわめて大きな出来事であった。しかし、これらの改革が関係者の熱意と努力にもかかわらず、どれほどに医学界の内発性、必然性に依拠しえたか、その検証は70年代以降の医師、歯科医師、医歯学生らの民主化を求めるたたかいのなかで試されることになる。

メ モ

[特別報告]

四国トンネル塵肺訴訟が提起したもの

徳島合同法律事務所 弁護士 川真田 正憲

〒770-0854 徳島合同法律事務所 TEL 088-622-7575 FAX 088-622-7919



## 地域包括ケア責任者会議を核とした「つるぎ町の保健活動」 および徳島県国保直診病院の現状

つるぎ町病院事業管理者

つるぎ町立半田病院長

三村 経夫

総合保健施設保健師

大泉 登子

平成10年に病院に併設して、国民健康保険総合保健施設（総合保健施設）が建設された。総合保健施設とは国保直診に併設した施設であり、直診と一体となって保健・医療・福祉サービスを総合的に行う拠点として、保健事業部門、介護支援部門、居宅サービス部門それぞれの機能を一体的に有するものをいう。現在、総合保健施設には保健師・栄養士を含め8名が席をおいている。地域包括ケア責任者会議の決定の基に総合保健施設を中心に病院職員を含めて、平成12年から数々の保健事業を行ってきたので、その活動について報告する。

徳島県は医師過剰県でありながら、平成16年度から始まった卒後医師研修制度の影響により、自治体病院での医師不足が問題になっている。特に過疎地の国保直診病院は医師不足、看護師不足に加え、町村合併の影響を受けて、その存続さえ問われる時代になった。そこで、徳島県国保直診病院が抱える問題について報告する。

まず、この抄録ではつるぎ町・半田病院・総合保健施設の概要について説明する。

### 1 つるぎ町の概要

つるぎ町は平成17年3月1日に、旧半田町・貞光町・一字村の2町1村が合併した人口12,486人（平成17年7月1日現在）、予算規模約82億円の新町である。本町は徳島市から西へ約50kmの吉野川中流域に位置し、面積194.8km<sup>2</sup>、高齢化率36.6%（平成17年3月31日現在）の静かな町である。町の北側には吉野川が東西に流れ、川に沿ってJR徳島本線、国道192号線、徳島自動車道が通っている。南側には剣山(1955m)をはじめ1000m以上の山々が連なっている。

産業としては清流と寒冷の気候を利用した半田素麺が有名であるが、他にこれといった基幹産業は見あたらない。

### 診療圏および病院の概要

当病院は徳島県西部の美馬郡にあり、1町1市の人口約4万8千人を診療圏としている。その内65歳以上の高齢者比率は30%以上となっており、典型的な過疎地である。なお、病院の受診者の約7割が診療圏の住民であることから、地域密着型の病院といえる。

平成17年3月1日町村合併に伴い公営企業法全部適用した「つるぎ町立半田病院」として認可を受けた。ここ数年来、急激に変動してきた感がある。

診療科目は内科、外科、整形外科、産婦人科、小児科、耳鼻咽喉科、眼科、泌

尿器科、リハビリテーション科、放射線科である。常勤医15名で、耳鼻咽喉科、眼科、放射線科は週2～3回のパート医により診療が行われている。全職員数は160名（非常勤職員含む）であり、病床数は134床（医療型療養病床30床）である。

外来患者数は平成13年度が1日平均389人であったが、14年度に行われた医療費改正の影響により当年度は患者数が346人まで落ち込んだ。しかし、その後は毎年増加し17年度は一日平均397人と平成13年の実績まで回復している。平成13年度の一般病床利用率は97.9%、療養病床を含めた利用率は93.6%、一般病床の平均在院日数は18.4日であった。また、17年度の一般病床利用率は98.2%、療養病床を含めた利用率は92.6%、一般病床の平均在院日数は15.0日である。経営状況は昭和62年度まで慢性的な赤字に陥っていたが、昭和63年度に旧自治省指導による健全化計画を作成し、昭和63年度以降は好転した。しかし、平成8年度から再度赤字に転落した。この2～3年間は経営も安定しており、平成16年度から黒字化し、17年度は約5,000万円の黒字を計上している。

なお参考までに、当院は以下の施設認定を受けている。

1. 臨床研修病院（協力型） 2. 救急公示病院 3. 災害拠点病院 4. 僻地医療支援病院 5. 日本医療評価機構認定病院

## 総合保健施設

総合保健施設は病院建築に伴い、平成10年度に病院に併設されて建築された。全国には国保直診に併設された総合保健施設は71カ所（平成17年度現在）ある。当総合保健施設の特徴は施設内に県看護協会の訪問看護ステーションがあり、保健施設と訪問看護ステーションとの連携が上手く機能していることである。

平成12年度から保健事業として次の事を行ってきた。①健康でまえ座談会②認知症高齢者に対する地域ケア体制③健康づくり講座④健康フェスティバル⑤生活習慣改善教室⑥いきいきリハビリ教室⑦食生活習慣改善教室⑧性教育講座⑨糖尿病予防検討会

## まとめ

1、つるぎ町はこの数年、数々の保健事業を行ってきたが、それが町民の健康増進に貢献したかどうかは疑問である。今後、活動の事後検証を行い、新たな保健事業を構築していきたい。

2、現在、徳島県の地域医療は医師・看護師不足、経営難、その上に市町村合併による財政難等で危機的状況である。もはや各病院独自での再建はあり得ない。県行政の積極的な関与が必要である。

## 国民の期待に応えようとする小規模医師集団の模索から考える

野田浩夫 宇部協立病院 内科

「国民が期待する良質な医療とは何か」という設問について直接論じるというより、その実現を第一義的課題にしている民医連の一地方の医師集団の将来展望との関連から、それを見直すという方法で論じてみたい。

というのは以下のような理由からである。

民医連運動の医療観は「医療は、患者・住民と医療従事者の協同の営み」として捉えるものであり、民医連は「いつでも、どこでも、誰でも良い医療を」という目標を掲げて活動してきた。いずれも、今日では医療を論じる場合に常識的なものとなっているが、少なくとも30年前から最近までは特異な立場であった。そのなか民医連に加わる医師の多くはこの特徴に共感して加わってきた。民医連医師数の拡大は理念の実現の人的保障の重要な前提であり、今後それがどういう道筋で成し遂げられるかという課題の検討のなかに、「国民が期待する良質な医療とは何か」という設問への今日的な意味での答えが隠されているのではないだろうか？

主な対象とするのは大規模病院という利点を生かしての医師獲得が困難であり、理念と将来計画だけが拡大の条件という、県単位にみても小規模医師集団（以下、小県連）である。

1976年時点で医師数が10人以下であった小県連は22あるが、その後の経過から2群にわけ（表1）、対照的な二つの県連を選び検討した。

① 1976年時点で8人だったが、現在では104人の大集団に発展している県連について、その発展と「国民が期待する良質な医療とは何か」の関連を幹部医師にインタビューした。

② 1976年から20年程度で15人前後の医師集団になったが、以後10年以上ほとんど拡大がない県連が7前後あり、筆者が所属している県連もそれに含まれる。（表1 II群山口）そこで自県連を対象にその将来計画と「国民が期待する良質な医療とは何か」の関連を考えた。その際、施設体系、技術、地域連携、住民参加をどう構築するかなどが主要テーマになると考えた。

施設体系としては医療福祉の複合体であることが求められ、住民参加においては「患者の権利章典」の確立や病院利用委員会の活発化などが必要であることは一般的であり、議論の前提として認識されなければならない。

医師集団としては、技術が中心テーマとなるが、最近の消化器科医の退職に伴って生じた変化の経験から、内科の主要3科（呼吸器、循環器、消化器）が備わることが将来計画として必ずしも必須ではないという結論に達した。

決定的に重要なことは、中小病院を核にした医療福祉複合体を担う一般医としての力量向上であり、それを保障する生涯教育である。大学病院総合診療部などとも提携しながら、地域医療を担う医師の系統的な再教育コースを組織内の制度として備えることこそ、「国民

が期待する良質な医療とは何か」の課題に応えうる医師集団の拡大を可能にする道である。

（「学校教育を受ければ受けるほどますます学校教育が必要になる」ドラッカー）問題は、そのカリキュラムの構築である。

地域連携においては、地域の中小病院の課題が「医療の質」に関して共通しており、協同して課題を前進させることができる、協同しなければ病院としての発展はないという認識こそが連携を進めさせる原動力となっている。地域連携を推進させる能力も上記の再教育カリキュラムのなかで重視されるべきテーマである。

表1 小県連医師数推移（2004年度民医連医師数実態調査、「民医連資料」2006年5月号より改変）

	1976年	1986年	1996年	2004年
<b>I 群</b>				
Iw	10	6	9	8
Ni	10	29	40	50
M	10	23	29	18
Tt	10	25	29	33
Ku	10	24	29	34
Ka	10	56	102	111
Yt	9	35	48	53
Fs	8	26	45	46
Na	8	24	75	104
Ty	6	13	25	17
<b>II 群</b>				
Kw		13	24	25
E		16	27	25
Ns	3	13	16	14
W	2	16	19	22
山口	2	7	13	15
Gf	1	5	11	15
Si	1	4	7	14
Ko		8	13	13
Ib	0	0	12	11
Fi	0	3	5	7
Sg	0	0	5	5
Tg	1	1	2	0

集团でつくる安心・安全の医療  
=当院における安全委員会のとりくみから=  
東神戸病院 安全委員会 津川 計子

はじめに

2006年4月の史上最悪の診療報酬改定により、まさに地域における医療の破壊が急速に進んでいる。在院日数の短縮、IT化などによる医療現場の煩雑さ、医療の細分化・高度化、医療訴訟の増加のなかで、医師・看護師の病院離れや、患者と医療従事者、職場間の分断など、制度のみならず内からの医療破壊もすすめている。まさに安心して安全な医療の実現は、国民的な急務の課題である。患者、地域の人々、様々な機関との連帯と共同の取り組みをすすめる必要とともに、日々の医療現場から安心して安全な医療をつくり上げる取り組みが求められている。当院での安全委員会の活動をとおして、集团でつくる医療の安全性について報告する。

当院の概要と安全委員会

- 都市の住宅街に位置する 166 床の一般病院（急性期 100 床、回復期リハ 45 床、ホスピス 21 床）
- 外来患者数 450 名 職員数 290 名（非常勤 80 名）
- 共同組織組合員 26500 人
- 特定医療法人として、他に 5 診療所、4 訪問看護ステーション、ケアプランセンター、ケアセンター施設をもつ。命の平等をかかげる民医連加盟院所として、地域に根ざした医療・介護活動を展開している。

<安全委員会>

- ・ 院長直属の委員会として、院長・医局長・総看護師長・事務長・師長・薬剤師・放射線技師・リハセラピスト・SE・臨床工学技師で構成している。
- ・ 月 1 回定例開催。
- ・ 全職場に安全担当者を選任している。

安全委員会の活動

- 職場に安全文化を根付かせることを基本目標にすすめる
- ・ インシデント・アクシデント報告の奨励（ひやりとしたこと、みたこと、とにかく報告することから安全な仕事がつくられる。報告は簡単に）
- ・ 全職員学習会（顧問弁護士を招き、医療事故・トラブルの実際と対応について学習）
- ・ 医療安全交流集会開催（集团でつくる安全医療）
- ・ 医局の医療の安全性半期ごとのまとめ（消化管出血をおこしたワーファリン服用中の患者検討・人工呼吸器、酸素療法について、コミュニケーション課題など）
- 職場が自らの業務をみなおし、分析、対応できる力をつける
- ・ 職場ごとのインシデント報告 1 ヶ月のまとめ（おきたこと、分析、対策、部署討議）
- 事故防止策の具体化、医療技術の向上・標準化をはかる
- ・ 業務改善プロジェクト（救急薬品使用基準、抗がん剤使用、注射業務点検、転倒防止、人工

呼吸器、輸液ポンプマニュアル、患者参加の安全確認など)

- ・ 事故事例からの教訓
- ・ 全科カンファレンスなど集団事例検討

#### 結果・結論

- インシデント・アクシデント報告は毎月 100 件を越し、2005 年度 1350 件。報告は、注射・点滴業務、投薬、治療・診断、転倒・転落、処置・ケア、検査、患者対応・説明、実務等に大別される。
- 全職場から報告されている
- 職場ごとのまとめ、部会論議が前進した
- 医局の取り組み定着。専門性をいかし各医師が担当し、標準治療基準の作成をすすめた。ベッドサイド技術の統一が進んだ
- 治療、ケアに関する業務が見直され、基準がつくられてきた
- 安全マニュアルの見直しがされた。
- 患者と職員、医師と看護師、職種間のコミュニケーションの円滑化が大切
- 情報の共有化が重要
- 患者と共同するとりくみとすることが大切
- 医療機器、備品、医療技術の統一が必要

医療の安全性をたかめ、質向上をはかるには、医療・治療の標準化をすすめるとともに、患者と医療従事者、医師、看護師、事務などの職員間での共有、共同をとうした信頼関係と、人権尊重・命の平等の医療観を共通のものにすることが大切である。

連絡先 658-0051

神戸市東灘区住吉本町 24 番 13 号

東神戸病院内 津川 計子

TEL 078-841-5731

FAX 078-822-6877

第三者評価は我流を脱し質の向上につながったか？  
医療生協わたり病院 竹之内 長

1、はじめに

当院は2004年2月4日～6日に財団法人「日本医療機能評価機構」の病院機能評価を受審し、2005年6月20日に認定を受けた。受審に当たり3つの目的を設定したが、主たる目的は「病院機能を再点検し、安全・安心・信頼の医療実現のための改善につなげる」であった。

今回は、足かけ2年半の取組みが医療の質の向上にどのようにつながったかを職員アンケートを基に考察した。

2、医療の質とは何か？

考察の前に、医療の質について簡単に整理したい。

医療の質については医療関係者を始め様々な分野の方々が定義しているが、ここでは僭越ながら演者の考えを次のように整理した。

医療の質は下記の4つの視点で評価されるものとする。

- ①構成内容（医療技術、診療の結果、安全、療養環境、経済性等）
- ②仕組み（チーム医療、マネジメント等）
- ③スタッフの能力・スキル（仕組みを運用できる能力・スキル、スタッフ研修、自己啓発等）
- ④患者満足度

そして、医療の質が保たれている状態とは「その時点で標準的な水準の医療内容（医療技術、診療の結果、安全、療養環境、経済性等）を患者に提供でき、かつ患者の満足が得られていること」と整理した。

3、医療の質が保たれていることの評価

仮に医療機関において医療の質が保たれているとして、その評価は次の2つの視点からなされるべきと考える。第1は医療の質が第三者によって客観的に評価されること、第2は利用者である患者の評価である。前者では日本医療機能評価機構の病院機能評価が代表的である。

4、病院機能評価（日本医療機能評価機構）とは？

病院機能評価とは、日本医療機能評価機構が予め定められた評価項目に沿って第三者の立場で病院機能を評価することである。機構のサーベイヤーが病院を訪問審査し、一定の水準に達していると認めた場合に認定証が交付される。

評価対象領域は最新のバージョン（Ver5）で次の8領域である。「第1領域：病院組織の運営と地域における役割」「第2領域：患者の権利と安全確保の体制」「第3領域：療養環境と患者サービス」「第4領域：医療提供の組織と運営」「第5領域：医療の質と安全のためのケアプロセス」「第6領域：病院運営管理の合理性」「第7領域：精神科に特有用な病院機能」「第8領域：療養病床に特有用な病院機能」

5、当院の受審経過と受審目的

当院は2002年11月に受審を意思決定、2004年2月に訪問審査を受けたが認定留保となり、2005年5月訪問による再審査を経て2005年6月20日認定を受けた。

当院は次の3点を受審目的とした。

- ① 病院機能を再点検し、安全・安心・信頼の医療実現のための改善につなげる
- ② 受審結果から当院の位置付けを客観的に知る。結果を公開し、患者・組合員に安心して選んでいただくための情報の一つとする
- ③ 第三者評価が、診療報酬算定・臨床研修等の要件とされているため、その条件づくりとして認定を受ける

前述の通り、①を主目的として取り組んだ。副院長を責任者、看護長・科課長を推進委員とする推進委員会を軸に、全職員参加型の改善運動を進めた。

## 6、職員による受審後評価（200年9月アンケート調査実施、回答者189名、回答率58%）

### 1) 7割を超す職員が何らかの改善を認識

「職員の院内感染防止を考慮した行動」で87%、「職員の基準・手順・マニュアルを遵守する行動」で85%、「職員の安全を考慮した行動」で77%、「職員の接遇」で71%の職員が改善を認識している。

また環境整備では、「医療機器・設備・備品の定期点検、安全点検」で83%、「病院全体の環境整備」で82%、「自分の職場の環境整備」で77%の職員が改善を認識している。

### 2) 職種によって認識に差

「職員の院内感染防止を考慮した行動」では、技術職93%、看護職89%、介護・看護助手88%の職員が、「職員の基準・手順・マニュアルを遵守する行動」では、看護職91%、技術職83%、介護・看護助手82%の職員が改善を認識している。他方事務職は「職員の院内感染防止を考慮した行動」76%、「職員の基準・手順・マニュアルを遵守する行動」72%と相対的に低い結果となった。

「医療機器・設備・備品の定期点検、安全点検」では、看護職88%、技術職83%、介護・看護助手82%の職員が改善を認識しているが、事務職は69%。「自分の職場の環境整備」では、技術職93%、介護・看護助手88%、看護職78%の職員が改善を認識しているが、事務職は52%にとどまっている。

また、全ての項目にわたって、職責者の方が非職責者より改善認識が高くなっている。

### 3) 関り度合いが関係

これは、看護職や技術職が圧倒的に多くの領域で改善運動に関っていたこと、職責者は推進委員会のメンバーとして非職責者より積極的に関わっていたことが背景にあると考えられる。つまり、改善運動に深く関わった職員ほど成果を感じていると言えるのではないかと。

### 4) 全職員参加型が鍵

以上から、第一の目的であった「病院機能を再点検し、安全・安心・信頼の医療実現のための改善につなげる」は達成されたと評価。全職員参加型の改善運動をいかに組織できるかが、医療の質向上の鍵を握っている。

## 7、今後の課題

第一に改善事項を定着させ、改善意識を私たちの体質とすること。そのためには自らの活動を日常的にチェックし、不十分な点を改善していく意識を常に持ち、それが実行されるシステムが不可欠。第二に患者の評価を受けることである。



## 患者アンケートに基づく医療評価活動について

日本生活協同組合連合会 医療部会  
医療活動委員長 藤原 高明

「良い医療」と「医療評価」のものさし

1970 年末頃から医療生協では、「良い医療」とは何かという議論を行って来ました。地域の人々の医療生協活動への参加を大きくひろげて行く上で、医療生協の医療の特徴を討議する中で、他の医療機関との違いを分かりやすく説明する上で、医療生協の考える良い医療が何かを明らかにする必要があったからです。

その討議の中で、1981 年に成文化された良い医療の 3 つの指標は以下の様なものでした。

- ① 治療内容が現在の医療水準を反映しているもの
- ② 不必要な診断や治療は行わない
- ③ 患者に病状や治療方針が納得のいくよう説明されている

この 3 点は、後に医療生協患者の権利章典の内容に反映されています。

しかし、ここで示した「よい医療の内容」をどのような尺度で評価するのか、という問題がでてきました。

設備や施設面の細かな点での評価や技術の向上はもちろん重要ですが、こういった医療活動全般の評価だけでなく、組合員にもわかりやすい「評価」法が重要です。良い医療は患者の満足度によって決まる。満足度の評価は患者参加で行う、という考えかたに到達しました。その結果、以下の様な医療生協独特の評価法が生まれました。

- ① 病院・診療所の医療水準を客観的に把握するための「医療評価アンケート」
- ② 患者の満足度ををはかる「患者アンケート」
- ③ 医療機関の側で日常活動を自己診断する「医療評価自己チェック」

の 3 つです。

このアンケートは、医療従事者の主観と、患者の思いをすりあわせる目的をもつもので、より厳密な医療従事者の対応を求めるものになっています。これらの、患者参加による医療評価が開始され、「患者の権利章典」に結実しています。

また、これら自前の評価に加え、病院機能評価の受審、「ささえあい医療人権センター COM L (コムル)」の協力を得て行う「病院探検隊」、や病院システムそのものの評価である ISO 9001 の取得なども広がって来ています。

### 医療評価の実際

外来アンケートは、特定の 1 週間の、任意の 2 日間を選び、外来患者全員にアンケートハガキを渡します。極端に患者数の多い病院に左右されないように、1 院所の上限は 1000 枚に設定しています。記入したハガキは、待合室にある「患者アンケート投入箱」に入れるか、郵便ポスト

に投函するかのいずれかが選べます。退院患者アンケートも同様の方法で行います。

質問項目は、受付などの声のかけやすさ、医師の説明や診断・治療、職員の態度、施設の清潔さや医療設備、待ち時間など、個別の項目のほか、全体的な利用しやすさ、知り合いに紹介したかなど総合的な評価を聞くものとなっています。

各院所では、前回結果との比較を行うことにより、接遇の改善や説明について評価を行うことが出来ます。

2004年度の調査では、従来の自己チェックの設問の多くが定性的なないようであったため、客観調査との比較が難しいため、職員の意識調査アンケートに変更。また、医療評価アンケートは、医療機能評価が客観的指標として認知されて来ていることより、管理者による医療機能評価とし、調査項目を大幅に変更して実施しました。

※ 医療生協レポート No.57 「医療評価・歯科医療評価 報告書」(2005.7)

#### 調査の問題点

医療生協の調査の問題点はいくつかあげます。

一般的に言って、評価に差がでる条件があります。病院内投函ボックスの回答の方が、郵便ポストに投函したものより評価が高い。年齢が上がる程評価が高い。家族が書く方が評価が高い(小児科以外)。小規模院所の方が評価が高い。小児科や産婦人科などは、他の科に比べ評価が厳しい、などです。こういった要素に差があると、単純な比較は難しくなります。

直接比較する事の可能なデータがないため、「世間一般」の医療機関との比較が困難である、事などがあげられます。

しかし、全国調査を行わない年には独自に行う事により、一定の比較は可能だと思います。こういった調査を元に、自院所の問題点を明らかにしていく事により、「良質な医療」を担保することが可能になるのではないのでしょうか。

## 都市における公衆衛生推進の課題

### 官・公・民の役割と連携

大阪大学大学院医学系研究科社会環境医学公衆衛生学 高鳥毛 敏雄

#### 1. はじめに

結核対策には克服可能な疾患でありながら大都市部では足踏みを続けている。その理由は、人がいない、物が無い、金がない、からではない。社会資源が乏しかった時代の方が母子保健（愛育会）活動、結核対策（結核予防会）など、官、公、民が協力しあった活動がなされていたのではないだろうか。「公」の組織として「専門職」を配置した保健所制度を設け、欧米社会から羨ましがられる公衆衛生制度を整えて様々な都市の保健課題に対処してきた仕組みが現在も存在し続けているのに、それ機能不全になっているとすればなぜなのだろうか。公衆衛生制度の理念と目的の希薄化はないのだろうか考えてみた。

#### 2. 「公」「民」からなる公衆衛生対策の再興

大都市のように多様な人々に対応した公衆衛生活動の展開のためには地域保健、職域保健の既存の制度をあてはめる考え方ではなく、目の前の現実をどう解決するかを重視した対策の実践が必要である。わが国の地域保健体制は、近年市町村に依存する傾向が強まっているが、大都市の人々の活動圏域は個々の市町村行政域を超えてしまっている。また大都市圏域の中には指定都市、中核市など様々な行政体が混ざることになってきたために、大都市の公衆衛生問題に責任をもつ行政主体が不明確になってきている。一方で、職域保健体制は事業主責任を柱に制度がつくられているために、日雇い・臨時雇用労働者、自営業者などが多い大都市においては、職域保健制度は穴の開いたザルとなってしまっている現状にあるのではないだろうか。つまり、大都市に多い自営業、零細企業勤務者、またホームレス、野宿生活者、日雇い労働者の多様な人々に対する保健活動のためには、固い「官」ではなく柔らかい「公」の組織の存在、現場で問題解決できる自律的な「専門職」の存在が必要であり、このような公衆衛生対策の対策が求められる。

#### 3. 欧米の格差社会における都市の健康問題への方策

イギリスのロンドンには、多様な文化的、人種的な人々で構成されている。このような厳しい現実社会の公衆衛生課題に対するには、歴史の紆余曲折を経て到達したのは「公」と「専門職」の両輪を基盤とした仕組みをつくることであつたのだと思われる。保健医療サービスを公的に供給するNHS制度はその一例である。しかし、NHS制度をつくっただけでその目的が実現できたわけではない。官・公・民、専門職・非専門職、専門職間のチームケア、Centrally funded, Locally managedの原則の確立など、格差社会の中であつて多様な人々に対応できる理想的な制度を模索する社会実験を今も続けているように思われる。

#### 4. おわりに

わが国の生活困窮者に対する公と民の輝かしい歴史が存在している。現在も社会福祉法人大阪自彊館、大阪社会医療センター、西成労働福祉センターなどが西成区には存在している。平成15年から野宿生活者に対する特別清掃事業就労者に対する健康支援活動を試行してきたがそこで明らかになったことは、大都市の公衆衛生に欠けているのは自律した専門職種による「公」の公衆衛生活動の確立が必要であるということである。

## 医薬品副作用被害救済制度の現状と課題

—制度改善の議論に被害者が参画することの意義—

栗原 敦

全国薬害被害者団体連絡協議会

医薬品などの副作用等被害救済制度には、①予防接種健康被害救済制度（1977 運用開始）、②医薬品副作用被害救済制度（1980 同）、③生物由来製品感染等被害救済制度（2004 同）の3つの制度がある。ここでは、②について救済給付受給者家族の立場から現状の報告と課題の指摘を試みることにする。

**■運営評議会への被害者参画** 薬害サリドマイド・スモン両事件の後、1979年の薬事法改正と医薬品副作用被害救済基金法の制定（薬事二法）により同基金が設立され、1980年5月1日以後の副作用被害の救済が始められた。その後幾度か業務の拡大と法人の名称変更が繰り返されてきた。2002年、特殊法人等改革関連46法案が上程された際、この制度創設の契機となった薬害スモンの被害者を中心に、薬被連（やくひれん、全国薬害被害者団体連絡協議会、現在9薬害11団体で構成）が、46法案のなかの医薬品医療機器総合機構法案は薬害・副作用被害防止の潮流に逆行するものとして批判と国会での行動を展開した。同法案成立直後、同年12月の坂口厚生労働大臣（当時）と薬被連の面談において、新機構発足においてその運営に関する諮問機関に被害者代表を加えること等が確認され、薬被連等の被害者代表が運営評議会に参画することとなった。救済給付の受給者（副作用被害者）は、「薬害」被害者のような組織を通じてつながることが困難である。原因薬がさまざまであり、同時多発ではないため被害者は全国に散在することになる。唯一SJS（スチーブンス・ジョンソン症候群）患者会が影響力をもつ現状である。

**■放置された保健福祉事業** この制度が抱える問題は多岐にわたるが、受給者家族からみて最大の問題として、制度創設以来四半世紀の間、受給者への保健福祉事業が具体化されず、研究委託におきかえられてきたことがある。1979年に上程された法案が衆議院で修正され、保健福祉事業が付加されたが、法律の規定どおり受給者に還元された事業は皆無であり、委託された研究の報告書はほとんど公表されなかったといっても過言ではない。現在の法人設立前の1年、10回あまりの交渉過程で本制度改善要求の柱として取り上げた結果、事業具体化のため受給者の実態調査が、被害者代表2名を含む「医薬品による被害実態調査検討会」をへて2005年度に実施され、ようやくその一歩が踏み出された。その他の問題として、①制度広報が不足している、②支給決定に長期間を要する、③一部給付の申請がわずか2年以内とされている、④審査申立て意見陳述が保障されていない、⑤救済事例が公表される必要がある、⑥給付内容の見直し、等々山積していた。①②④⑤は改善または実施されている。

**■改善の背景** 課題解決が図られていることを指摘したが、その背景に薬害・副作用被害者の諮問機関への参画がある。そもそもサリドマイドやスモンという薬害事件を契機に創設された制度だったが、その充実のために被害当事者の声を聞くことなく経過し、法人設置の起点としての救済業務よりも開発研究等の業務拡張に力点があった。しかし、近年の改善傾向には警戒が必要とも推測される。医薬の分野でも進行する規制緩和（コンビニでもかぜ薬が買えるとよい等の世論誘導、一部医薬品の医薬部外品への移行拡大、06.3月内閣府の政府広報「構造改革ニッポン」）、06.6.8薬事法改正（登録販売者の新規参入）などが医療費抑制の方向に合流し、セルフメディケーションに連動することで、市販薬への依存度が高まる＝それに伴い副作用被害が増加することも考えられる。救済給付金は業界の拠出金で賄われるもので業界にとっての「保険」的システムでもある以上、近年の改善傾向は業界にとっての対策（投資）なのかも知れない。永年要求してきた、医薬品のパッケージに救済制度を明示する（業界の抵抗が予測された）ことも実現しかねない昨今の状況の背後には、市販薬の不適正な使用から生じる異状、副作用被害の増加などが隠れていると見る必要もあるのかもしれない。

表 医薬品副作用被害救済の概要（1980.5.1～2005.3.31）

請求実人数 5,857人 支給実人数 4,212人 総支給額 141億8538万5千円

出典：独立行政法人医薬品医療機器総合機構『平成16年度業務概要』

医療費	医療手当	障害年金	障害児養育年金	遺族年金	遺族一時金
3,594	4,306	333	40	323	399
372,133	463,417	5,483,839	149,882	5,043,984	2,567,118

上段：支給決定の件数 下段：支給総額（単位 千円）

【参考文献】厚生省薬務局 編『医薬品副作用被害救済制度の解説』中央法規出版 1982.6  
 医薬品副作用被害救済・研究振興基金／医薬品副作用被害救済・研究振興調査機構 編  
 『医薬品副作用被害救済・研究振興基金 十年史』1989.10（参考文献が網羅されている）  
 『医薬品機構二十年史』1999.10

【キーワード】副作用 被害救済 医薬品医療機器総合機構

【連絡先】mmr@osaka.email.ne.jp

## 薬害ヤコブ病と生物由来製品感染等被害救済制度

中島 晃（弁護士、薬害ヤコブ病大津訴訟弁護団長）

### 1、汚染硬膜の移植による薬害ヤコブ病

- ・ 脳外科手術の際に、脳硬膜の破損部分を填補するために、ヒトの死体から取った脳硬膜を原材料とする乾燥硬膜（製品名・ライオデュラ）がドイツで製造され、1973年以降、日本国内に輸入されて、医療器具として販売・使用されてきた。
- ・ ところが、この乾燥硬膜がクロイツフェルト・ヤコブ病（CJD）の病原体に汚染されていたことから、硬膜移植を受けた患者がCJDに感染し、これまで日本国内では、このようにCJDに感染した薬害ヤコブ病の被害者は、106人に及んでいる。

### 2、医薬品副作用被害救済制度の問題点

- ・ わが国の医薬品機構法では、血液製剤や乾燥硬膜などの生物由来製品ないし医療用具によってひきおこされた副作用被害は、医薬品による副作用ではないとして、救済の対象から外されていた。
- ・ しかし、HIV薬害や薬害ヤコブ病などが相次いでひきおこされたことから、被害者の制度改正を求める運動により、ようやく2002年に法律改正がなされ、生物由来製品や医療用具による副作用被害についても、救済の対象とされるに至った。

### 3、現行制度の欠陥と問題点

- ・ しかし、上述した制度改正後もなお、現行の副作用被害救済制度には多くの欠陥と問題点がある。
  - ① 被害認定と救済の遅れ。その最大の原因は、因果関係の証明責任を被害者に負わせていることにある。
  - ② 抗ガン剤などの副作用被害については、救済の対象としていない。
  - ③ その他、様々な欠陥と問題点がある。

以上

【連絡先】市民共同法律事務所（075-256-3320）



## ひと・もの・企業の国際移動と労働衛生

久永直見（愛知教育大）

【はじめに】経済活動のグローバル化の中で、国家間・企業間の競争が熾烈化すると同時にひと・もの・企業の国際移動が活発化し、労働衛生に関しても国際情勢の変化に応じた対策が重要化している。本報告の目的は、筆者のフィリピン、韓国、マレーシアでの JICA の労働安全衛生技術協力プロジェクトや産業医学総合研究所での国際研究交流業務などの経験から、国際的背景のある労働衛生上の問題事例を紹介し、国際化に対応した労働衛生について考えることである。

【事例】(1) 2-ブromopropanによる生殖器障害と貧血： 1995年に、韓国の電子部品製造工場では労働者に月経中止、精子減少、貧血が多発していることが判明した。疫学調査の結果、コーティング剤中の 2-ブromopropanが原因として浮上し、日韓が協力した動物実験により裏付けられ、世界で初めて 2-ブromopropanの生殖・血液毒性が明らかにされた。このコーティング剤は、日本の従業員 2名の A社が作り始め、需要が多いため従業員 5名の B社に生産委託し、中企業 C社のブランドで輸出されたものであった。韓国での中毒発見の前年に B社で貧血が生じていたが見逃されていた。

(2) トリクロロエチレンによる肝炎を伴う重症皮膚粘膜眼障害： 1997年にフィリピン労働安全衛生センターから、出稼ぎ台湾の電子機器製造工場に働いていたフィリピン人に上記障害が集団発生したとの情報をえた。その後、タイ、フィリピン、韓国、タイ、中国からも患者発生情報をえた。本障害は、以前から発生していたが、散發的であったため十分な研究がなされず、近年になりアジアにおける多発が判明し、重要性が認識された。韓国、日本等からの進出企業での発生もあった。2006年には、韓国で不法就労フィリピン人の死亡例が労災認定されている。

(3) 立ち作業： 2001年、マレーシアの外資系企業で椅座作業から立ち作業への変更に伴う労働負担増が問題となった。複数の日系企業で労働争議に発展し、変更中止をよぎなくされた企業も現れた。この作業姿勢変更は、相対的に賃金が高いマレーシアで企業が存続するための生産性向上策の一つであった。マレーシア政府は、立ち作業に係るガイドラインを作成した。その後、同様な問題は、タイ、フィリピン、中国の外資系企業でも発生している。

(4) n-ヘキサンによる多発神経炎： 2005年1月に韓国の液晶部品加工工場では不法就労のタイ人 8名が上記のため四肢麻痺、歩行困難などを生じていることが報道された。近隣の市で 2002年に、中国から出稼ぎの韓国系中国人 3名が同じく多発神経炎に罹患し労災認定されていたことも報じられた。韓国産業安全公団の調査の結果、タイ人労働者はコンテナ様の狭い室内で高濃度の n-ヘキサンの曝露されていたことが明らかにされた。

【考察】事例からみて、(1)海外進出企業における労働衛生の実態把握と母国からの支援、(2)外国人労働者の労働条件改善、(3)化学物質の危険有害性情報の国際的伝達、(4)労働衛生を担う人材養成などが急務であり、国・企業・教育研究機関・NGO など多様なチャンネルでの国際的に連携した取り組みが求められていると考えられる。

## 国鉄・JR 車両修繕作業（退職者）に見られたアスベスト関連病変

服部 真（城北病院・健康支援センター金沢）

### 1. 目的：

石川県白山市にJR（旧国鉄）の車両工場があり、アスベストが使用されていた車両の修理・解体が行われていた。退職者から中皮腫患者が1名発生しているが、アスベスト曝露と被害の状況が公表されていないため不安が広がっている。この車両工場のアスベスト曝露と被害の状況を推測する資料として、当院を受診したこの工場の退職者・労働者の検査結果をまとめた。

### 2. 対象と方法：

2006年3-4月にアスベストに関する検査や検診のため城北病院を受診した車両工場の旧国鉄退職者10人、JR退職者4人、50歳代の現役労働者6人の計20人について、胸部単純X P画像、胸部MDCT（HR）画像、問診結果を見直し、集計した。

### 3. 結果：

主な作業の内訳は塗装1名、配管・設備3名、車輪・連結部3名、電気・艤装・内装7名、溶接・鉄鋼6名で、問診上、全員に何らかのアスベストとの接触歴が認められ、青石綿の吹きつけ粉塵の吸入歴が10年以上の者は13名であった。画像検査では旧国鉄退職者のうち2型石綿肺+石灰化胸膜肥厚1名（下段左図）を含め全員に胸膜プラークがあり、JR退職者2名と現役4名にも胸膜プラーク（下段右図）を認めた。プラークがなかった4名は全員60歳以下であった。中皮腫や肺がんを疑う所見はなかった。喫煙習慣は喫煙中5人、禁煙11人、非喫煙4人で禁煙者が多かったが、禁煙者の7人はB.I.400以上であった。

### 4. 考察と結論

わずか20人の集計であるが、上記の結果はこの集団が高度の石綿曝露を受けており、今後中皮腫や肺癌のリスクが相当高いことを示唆する。修理工場の退職者・労働者については旧国鉄・JRの責任で一人残らずCTを含む検診を実施して曝露と被害を調査するとともに、健康管理を支援することが必要である。

図1. 国鉄退職者の石綿肺+石灰化胸膜肥厚

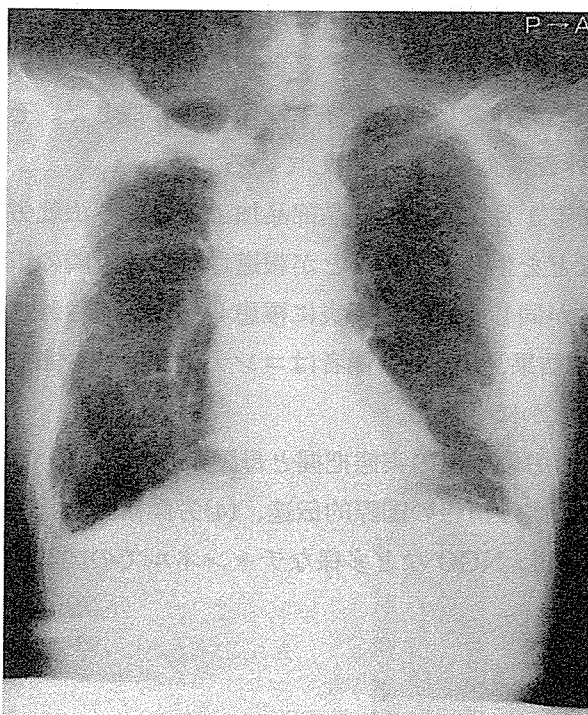
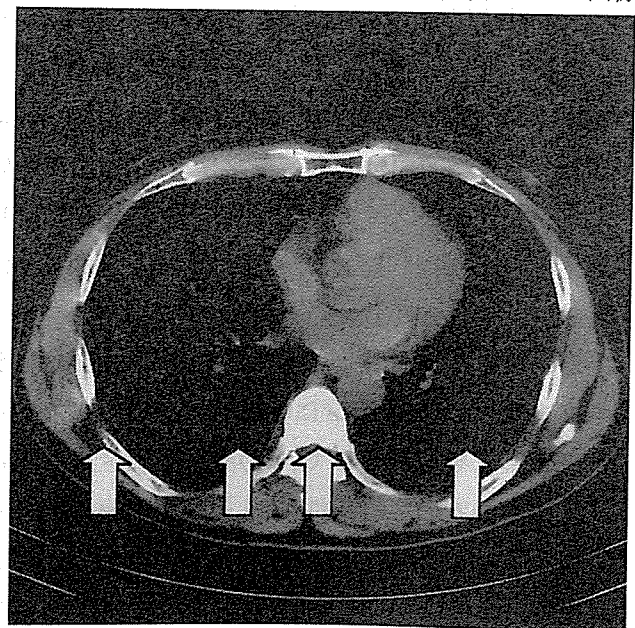


図2. 現役に認めた胸膜プラーク（初期）のCT画像



連絡先：920-8616 金沢市京町 20-3 076-251-6111



アスベスト労災相談電話活動からみた石綿被害の実態

○田村昭彦、舟越光彦、青木珠代、池田和生（九州社会医学研究所）

【目的】2005年6月末の「クボタ・ショック」以降アスベスト健康被害が労働者・国民の不安となっている。しかし中皮腫や肺がん罹患したアスベスト取扱い作業で労災認定を受けているのは少数にとどまっていた。多くの被害者は労災申請が出来ることを知らなかったり、諦めていると思われた。我々は急速「アスベスト労災相談電話実行委員会」を結成して労災申請の援助活動を行った。相談電話で明かとなった労災申請上の問題点を明らかにする。

【方法】2005年7月13日から7月27日に電話相談を行った。その後も継続的に電話相談を受け付けた。相談員は医師・弁護士・MSW、看護師、建設業の労働組合員、自営業者団体役員などで当たった。

【結果】相談は福岡県を中心に8月8日までに252件であった（その後の相談を合わせると現在300件を超える）。その内、労災申請を希望される相談は66件に達した。「来週、中皮腫の手術予定だが、労災にならないだろうか」「兄弟で肺がんになった」「夫が肺がんで既に死亡し、職業的アスベスト曝露歴のない妻が中皮腫で現在入院中」といった切実な相談が多く寄せられた（図1）。

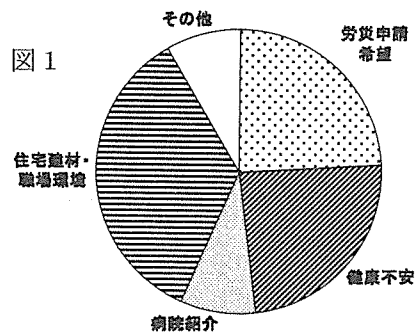
内訳は表1に示している。中皮腫26件、中皮腫疑い3名、肺がん26名、石綿肺・じん肺など6件、その他5件である。

石綿曝露作業は石綿の第一次製品製造工場にとどまらず、配管・築炉、大工、溶接、運搬など多くの職種に及んでおり、広範な職場で被害が発生していた。

この相談活動から労災申請上は以下の問題点があることが解った。

- ① ほとんどの相談者は労災申請に関して医療機関から適切なアドバイスを受けていなかった。後日詳細な問診を行った28名中労災申請を進められた者はわずか3名であった。
- ② 建設業や築炉工など作業場を転々と替わっている労働者からは「会社が在職証明をしてくれない」など就業証明に関する相談が寄せられた。
- ③ 「10年前に死亡した」など労災保険の時効に該当する相談も多く寄せられた。遺族年金の時効（5年）には12名(18%)が、療養費・休業補償の時効（2年）は30名(45.5%)が該当した
- ④ 大工・左官などの建設業の労働者からは「偽装請負」を含め労働者性に関する問題や1人親方の労災特別加入制度を知らなかったといったものは35名中16名(45.7%)と高頻度であった。
- ⑤ また「労基署に相談に行ったが十分な対応をしてもらえなかった」といった労働基準行政上の問題点も指摘できる。

【まとめ】医療機関はアスベスト曝露者の中皮腫・肺がんなどの労災・アスベスト新法申請援助を積極的に行うべきである。就業証明、時効、労働者性などに関して被害の現状にあった労災保険の弾力的運用が必要と考える。その後2006年2月に「アスベスト新法」が制定され、2006年3月27日から労災の時効の緩和や、工場周辺住民や自営業者に対する特別遺族弔慰金等の制度が開始されたが、被害の救済は限定的であり今後さらなる制度改善が望まれる。



【表1】	生存者	死亡者	計
中皮腫	8	18	26
中皮腫疑い	1	2	3
肺がん	8	18	26
石綿肺・じん肺	5	1	6
その他	5	0	5
計	27	39	66

【連絡先】北九州市戸畑区中原東 3-11-1 九州社会医学研究所 田村昭彦

大阪泉南地域における石綿による健康被害問題に対する大阪民医連の取り組み

中村 賢治<sup>1</sup>, 水島 潔<sup>2</sup>

<sup>1</sup>大阪社会医学研究所, <sup>2</sup>東大阪生協病院

【背景】

大阪府泉南市、阪南市は昔から紡績と織布業が盛んな地域であった。そして、明治の終わりにその紡績の技術が石綿糸製造に応用され、また堺に近いことなどの有利な条件により、この地域で石綿業が発達したと考えられている。そして2度の大战の特需で市場が大きく開け、工場も増えていった。戦後は様々な商品に石綿が使われるようになり、最盛期の1960年代～1970年代には石綿紡織の工場数は200以上あったと見られている。その生産額も全国の6～7割を占めていた。

泉南地域の石綿製造の特徴として、その生産単位の小ささが挙げられる。一工場当りの従業員数は最大でも40人未満で、多くは15人以下であった。家内工業の場合はもっと少ない人数であり、下請けや内職として行なっていたケースも珍しくなかった。それは、石綿製品は多品種少量の需要が多い特徴があり、製造過程の管理の困難さから大規模生産には向かないことが大きな要因と考えられている。そして、泉南地域で製造された製品の多くがクボタやニチアスなどの大手石綿会社に出荷されていた。

こうした零細企業にとって、粉塵除去に資金を投入することは困難であったと想像できる。また、石綿粉塵の大半は原料から糸などを製造する紡績過程で発生するため、この地域での石綿粉塵発生量は大きかったと考えられる。換気扇によって工場外に石綿粉塵が飛散し、土やあぜ道が白くなることもしばしばあった。しかし、石綿使用量が減少する中で、石綿工場は減少し、1980年代には石綿業としては21社のみであった。そして、大企業とは異なり操業記録も残っておらず、事業主もなくなっているケースが多く、従業員名簿もほとんどない。したがって、石綿による被害の実態が表面化しにくく、救済のための被害者の特定だけでなく、石綿に曝露した者の特定すら困難な状況であると考えられる。

【目的】

大阪泉南地域における石綿による健康被害状況を明らかにするために、地域住民における石綿の影響を把握することが重要である。そこで我々は、石綿の影響を把握することを目的に、その萌芽的な取り組みとして、民間レベルで検診を行った。

【対象・方法】

泉南地域の住民を対象とした。対象者に対して新聞の折り込み広告などで検診を行うことを宣伝し、2005年11月27日、泉南市樽井公民館において検診を行なった。検診内容は、職歴や居住歴などの聞き取り、医師による診察、胸部レントゲン写真とした。後日、レントゲン写真の読影を4名の医師で行なった。

【結果】

検診の受診者は99名で、胸部レントゲン写真を撮影された者は83名であった。83名のうち男性37名、女性46名で、平均年齢は64.2歳であった。83名のうち職歴の聞き取りで業務上の曝露と考えられる者63名であった。業務上の曝露と考えられなかった者は20名で、そのうち石綿による影響があると考えられた者は7名であった。

【考察】

今回の取り組みでの有所見率は、一般健康診断での有所見率と比較しても高く、泉南地域において石綿による健康影響が広く存在することを示唆していると考ええる。また、職業上の石綿曝露がないと考えられる者にも石綿の影響が認められたことは、石綿による健康影響が、石綿業者以外にも広がっていることを示すものと考えられる。したがって、同地域における石綿の健康影響の全体像を明らかにするために、今後石綿業者以外の住民も対象とした広い範囲での疫学調査が必要であると考ええる。

介護・看護労働者における労働と作業関連性筋骨格系障害に関する実態調査  
—事業所調査の結果—

○北原照代<sup>1</sup>、埜田和史<sup>1</sup>、佐藤修二<sup>2</sup>、田村昭彦<sup>3</sup>、服部真<sup>4</sup>、舟越光彦<sup>3</sup>、山田智<sup>5</sup>、辻村裕次<sup>1</sup>、西山勝夫<sup>1</sup>  
1 滋賀医科大学・予防医学、2 勤医協札幌病院、3 九州社会医学研究所、4 城北病院、5 みさき病院

【はじめに】 安全で安心の介護を実施するには介護・看護労働者が健康で働ける条件整備が重要である。介護・看護労働者の労働と健康に関する全国規模の実態調査を実施したので報告する。

【対象と方法】 全国組織を有する某医療団体の協力のもと、計 201 の同団体所属法人を通して、名簿から抽出した介護・看護事業所計 1590 箇所への質問紙配布を依頼し、郵送にて回収した。質問項目は、当該事業所における職種別性別の介護・看護労働者数、休業者数、夜勤・交替勤務の状況、安全衛生体制、福祉用具・介護補助具の導入状況などとした。解析にあたり、一事業所が介護サービスの種類を複数有する場合（例：訪問介護と訪問看護など）は、従事する労働者数が多い方の種類をもって当該事業所を代表させた。調査は 2005 年 7～10 月に実施した。

【結果と考察】 調査への協力が得られた 134 法人、計 996 事業所に質問紙が配布され、有効回答数（率）は 592（59.4%）であった。以下、事業所の種類が不明であった 3 箇所と療養病棟 3 箇所を除く 586 事業所の結果を示す。本調査の回答は、施設介護よりも在宅介護の事業所が圧倒的に多く、訪問看護の 8 割、

通所リハビリ・サービスの 7 割が 10 人未満の事業所であった（表 1）。2005 年 7 月 1 日現在での筋骨格系障害による 4 日以上休業者は 43 人（労働者数合計の 0.5%）、うち腰痛が最も多く 23 人いた。夜勤・交替制勤務は、施設でほぼ全部が実施、また在宅でも約 10%で待機や変則の交替勤務が行われていた。安全衛生体制について（表 2）、老人保健施設・老人ホームでは衛生委員会の設置や産業医の選任および筋骨格系障害予防のための教育・研修が進んでいるものの、職場巡視、特殊検診、予防体操の実施率が低く、ショートステイ・グループホームと在宅では総じて低かった。施設でのリフト設置・配備率も低く、スライディングボード・シートと腰部保護ベルトは、老健・老人ホームで比較的配備されているが、全体に介護補助具の普及が不十分であった（表 3）。

本研究の一部は、「非営利・協同総合研究所・いのちとくらし」の研究助成を受けて実施した。

【連絡先】 北原照代（滋賀医大・予防医学）

E-mail; [teruyo@belle.shiga-med.ac.jp](mailto:teruyo@belle.shiga-med.ac.jp) TEL; 077-548-2187

表 1 事業所規模と労働者数

事業所の種類	規模別事業所数(箇所)						労働者数(人)				
	<5人	<10人	<20人	<30人	<50人	50人以上	平均	最小	最大	労働者数計	
施設	老人保健施設、老人ホーム (n=33)	0	0	1	2	14	16	48.0	13	68	1583
	ショートステイ、グループホーム (n=16)	0	4	9	2	0	1	15.6	7	60	250
在宅	訪問介護 (n=173)	15	26	45	36	35	16	24.8	1	142	4258
	訪問看護 (n=205)	46	126	30	3	0	0	6.9	2	25	1401
	通所リハビリ・サービス (n=159)	24	75	52	7	1	0	9.3	2	36	1480

表 2 安全衛生体制の実施状況 (%)

事業所の種類	衛生委員会設置	産業医の選任	職場巡視	腰痛検診	頸肩腕障害検診	予防教育・研修	予防体操	情報の共有
	施設							
老人保健施設、老人ホーム (n=33)	54.5	60.6	24.2	21.2	6.1	54.6	18.2	60.6
ショートステイ、グループホーム (n=16)	31.3	43.8	18.8	12.6	0.0	12.5	0.0	43.8
在宅								
訪問介護 (n=173)	30.1	32.4	9.2	9.2	4.7	25.4	4.7	54.9
訪問看護 (n=205)	24.4	26.8	4.4	7.9	4.4	12.7	8.8	51.2
通所リハビリ・サービス (n=159)	30.2	35.3	13.8	10.7	4.4	22.6	15.1	61.0

表 3 福祉用具、介護補助具の配備率 (%)

事業所の種類	車いす	高さ可変式ベッド	体位変換器	床走行型リフト	固定式リフト	据置式リフト	スライディングシート・ボード	持ち手つき介助補助ベルト	持ち手つきシート	腰部保護ベルト
	施設									
老人保健施設、老人ホーム (n=33)	93.9	81.8	12.1	27.3	9.1	6.1	33.3	12.1	12.1	42.4
ショートステイ、グループホーム (n=16)	75.0	37.5	6.3	0.0	0.0	0.0	6.3	0.0	0.0	25.0
在宅										
訪問介護 (n=173)	37.0	9.2	0.6	0.0	0.6	1.2	4.6	4.0	1.2	13.3
訪問看護 (n=205)	26.8	3.4	0.5	0.0	0.0	0.0	15.1	7.8	1.0	21.0
通所リハビリ・サービス (n=159)	93.7	41.5	0.0	2.5	8.8	1.3	6.3	10.1	3.1	17.0

## JR 電車運転士の「乗務中の眠気」実態調査結果

重田博正（大阪社会医学研究所）

### 1. 問題意識

2005年4月のJR福知山線脱線事故で死亡した当該運転士は、事故発生の20数分前に始発駅に車両を回送・入駅させる際、異常な運転操作で二度ATSが作動、緊急停車した。その際指令に報告せず無断で出発したことが事故につながる異常心理の出発点になったと考えられる。この発端となった異常な運転操作は眠気による可能性がある。

### 2. 調査実施概要

①目的 JR電車運転士の運転中の眠気発生状況を「日勤」「泊り」「明け」の行路別に明らかにし眠気発生要因と必要な対策を検討する。

②実施時期 2005年11月17日～12月20日

③対象 国鉄労働組合近畿地本に所属する電車運転士で、調査に協力できる者。

④調査内容 自記式記名の質問紙で以下の内容に回答を求めた。

A: \*最近1ヶ月間の乗務中の眠気頻度 \*過去1年間の眠気による「ヒヤリハット」

B: 《1勤務ごとに》\*前日の勤務種別 \*前夜の睡眠（時間、熟睡、睡眠不足感）\*起床時の自覚症状 \*勤務開始・終了時刻 \*乗務中の眠気の有無 \*（眠気感じた者に）列車種別、走行場所、時刻、眠気の程度 \*（眠気感じなかった者に）「眠気を感じさせない特別なこと（緊張、興奮など）の有無」 \*乗務した行路の全般的負担感

⑤調査方法 任意の勤務日に、起床直後（前夜の睡眠・起床時の症状等）と乗務終了直後（乗務中の眠気関連）の2回記入を求めた。同一人が「日勤」「泊り」「明け」の各勤務につき最大3回まで記入できるようにした。

⑥調査票回収状況 63名から延べ491行路（日勤137、泊り176、明け178）の回答。

⑦回答者の年齢、乗務歴 平均年齢47.7歳±5.6 平均乗務歴16.7年±6.8

### 3. 結果

#### ①最近1ヶ月間の乗務中の眠気

ほぼ毎日	週2、3回	週1回程	月2、3回	ない	無回答	計
14	17	13	13	1	5	63
22%	27%	21%	21%	2%	8%	

#### ②過去1年間の眠気によるヒヤリハット

ある	ない	無回答	計
37	21	5	63
59%	33%	8%	

#### ③勤務種別眠気発生率

日勤	泊り	明け	全体
61%	44%	59%	54%

#### ④時間帯別眠気発生件数

時間帯	0時	1時	2時	3時	4時	5時	6時	7時	8時	9時	10時	11時	
日勤							6	2	5	8	7	12	
泊り	19	4								1			
明け			1	1	2	20	19	22	22	19	15	8	
全体	19	4	1	1	2	20	25	24	27	28	22	20	
時間帯	12時	13時	14時	15時	16時	17時	18時	19時	20時	21時	22時	23時	全体
日勤	26	17	5	7	3	1							99
泊り	7	3	11	1	4	4	9	6	3	7	20		99
明け													129
全体	33	20	16	8	7	5	9	6	3	7	20	0	327

#### ⑤日勤の勤務開始時間帯別眠気発生率

5時台	6時台	7時台	8時台	9時台	10時台	11時以降
79%	77%	75%	63%	50%	44%	20%

#### ⑥睡眠時間別「明け」行路眠気発生率

2時間	3時間	4時間	5時間	6時間	7時間
100%	75%	70%	50%	21%	0%

注) ③⑤⑥のねむけ発生率は「眠気を感じさせない特別なこと」があったケースを母数から除いた。

### 4. まとめ—事故防止のための問題提起

高頻度の「事故の芽」である「眠気」の発生自体を抑制する対策が必要

①眠気を助長する長時間の拘束時間と長時間の連続乗務の短縮

②「泊り」の睡眠時間6時間以上の確保。「早出」時の前泊も6時間以上の睡眠が確保できる勤務間隔時間

③休憩時間、食事時間の確保。昼食後20分程度の短時間睡眠が可能な時間保障。

## 過労自死の背景要因の考察

上畑鉄之丞(聖徳短期大学部介護福祉)、天笠崇(みさとメンタルクリニック)

過労自死(自殺)の背景要因をさぐることを目的に、労災請求や企業への損害賠償請求訴訟をおこなっている事例を対象に調査を実施した。本報告は最終報告である。

【方法】過労死労災請求もしくは裁判の代理人となっている弁護士に、あらかじめ目的及び調査内容を文書で示したうえで調査を依頼、同意を得た上で法律事務所を訪問しすべての資料を閲覧し、必要事項を調査票に記入、不明な点がある場合は質問し回答を得た。調査は02年4月から04年3月まで。調査項目は、被災者の属性と自殺状況のほか、①死亡前の労働状態(雇用形態、勤務態様、労働時間、時間外残業及びサービス残業、休日、出張など)、②発症前の身体的、精神的健康状態、および治療状態、③被災者の自殺行動にいたるまでの周囲の気づき(家族、同僚、上司及び主治医など)、④自殺に関連すると考えられた職場及び職場以外でのストレスフルイベントの有無(62項目)などである。なお、ストレスフルイベントは、イベント数、それぞれのストレスの大きさ、自殺から遡ってのイベントの継続期間、及びうつ状態などの精神身体徴候との前後関係を推定することでこれらに影響する要因を検討した。ストレスの大きさは、「著しく大きい、自殺に強く関連」、「非常に大きい、自殺に関連」及び「大きい、自殺の遠因」に3分し、それぞれ「3」、「2」、「1」のポイントを与えた。継続期間は、「直前又は1週間内」、「1カ月内」、「6カ月内」、及び「6カ月以上」の4段階に、うつ状態などとの関連では、「徴候発現前」、「徴候発現後」及び「前後とも継続」の3つに区分した。

【結果】事例は東京、札幌、名古屋、大阪などで38例(男33、女3)収集した。このうち1例を除く37事例について検討をおこなった。

【年齢、職業】年齢は20歳台10例、30歳台13例、40歳台8例、50歳台6例であった。産業別では、サービス業(9名)が最も多く、次いで建設業、製造業(各5名)、卸・小売業、公務(各4名)、情報産業(3名)の順。職種は、専門的・技術的職業従事者が16名と最も多く、システムエンジニア(SE)3名、建築コンサルタント3名、医師2名が含まれている。次いで、管理的職業従事者(9名)、事務的職業従事者(5名)、サービス職業従事者(4名)、販売職業従事者(3名)の順であった。企業や事業体の規模は、大企業(23名)が最も多く、次いで、中企業(6名)、小企業(4名)の順で、自治体などの公共企業体は5名であった。

【自殺場所、自殺方法、遺書】自殺場所は、自宅や寮などが15件、その周辺が5件など多くが普段の生活場所を選び、会社又は会社近くを自殺場所を選んだ者は5件と少なく、その他、ホテルや出張先などを含めた遠隔地4件、車中3件、実家又は実家近く2件、入院先及び墓所各1件、不明1件であった。自殺方法は、縊死14件が最も多く、飛降り10件、ガス吸引4件、入水及び薬物各2件の順で、焼死、感電死、凍死、自刺は各1件であった。遺書は18件と約半数が残っていた。

【自殺に関連するストレスフル・イベント】1事例平均4.3個(最大7、最小2、SD = 0.8)であり、内容では、「長時間不規則労働」が最も多く、次いで、「予期し得なかった重大事」、「いやがらせ・ハラスメント」、「仕事目標の未達成」、「不本意な配置転換」、「職場

の人間関係トラブル」などの順で、その他、「昇進・昇格ストレス」、「職場サポートの喪失」、「初めて経験する仕事」、「単身赴任」、「本人・家族の病気や生活ストレス」などであった。また、これらイベントのストレスの強さでは、「いやがらせ、ハラスメント」(2.76)が最も大きく、次いで、「仕事目標の未達成」(2.67)、「職場の人間関係トラブル」(2.50)、「長時間・不規則労働」(2.40)などが大きく、「予期し得なかった重大事」、「不本意な配置転換」、「予期し得なかった重大事」、「本人・家族の病気や生活ストレス」などの項目が続いた。ストレスフル・イベントの出現又は継続状況と身体不調や行動異常の関係では、身体不調や行動異常の出現前のみが多い傾向のみられたものは、「初めて経験する仕事」、「昇進・昇格ストレス」、「不本意な配置転換」などであり、「いやがらせ・ハラスメント」、「職場サポートの喪失」、「予期し得なかった重大事」は、出現前及び出現後にも生じる傾向にあり、「仕事目標の未達成」は、発症前のみ場合は少なかった。なお、「長時間不規則労働」や「単身赴任」、「仕事目標の未達成」などは、身体不調の発症に関係なく継続する傾向がみられ、「過大な仕事責任」や「本人・家族の病気や生活ストレス」は、前後を通じて継続するだけでなく、どの時期にも生じ得るイベントであることが示された。また、こうしたイベントが自殺から遡ってどの程度の期間継続していたかでは、「長時間不規則労働」、「過大な仕事責任」、「不本意な配置転換」、「職場サポートの喪失」、「単身赴任」、「本人・家族の病気や生活ストレス」は長期間継続した傾向が大きいのに対して、「予期し得ない重大事」、「仕事目標の未達成」、「初めて」経験する仕事、「昇格・昇格の場合」は6カ月内、「いやがらせ・ハラスメント」は、より短期間で自殺に至っている傾向がみられた。

【身体不調への周囲の気づき】自殺にいたるまでの被災者の身体不調について、家族や近親者、職場の同僚や上司などが気づいていたかの状況では、家族や近親者の場合は26名(70.3%)が気づいており、職場の同僚では10名(27.0%)、上司ではわずか3名(8.1%)であった。また、3者の組み合わせでは、家族や近親者のみしか気づいていなかった場合は17名(45.9%)と約半数、次いで、家族や近親者と職場の同僚の場合が7名(18.9%)であり、3者のいずれも気づいていなかった場合は8名(21.6%)であった。

【考察】わが国の自殺者は、今日でも減少傾向にはなく、年間3万人を越えており、その増加の中心は中高年男性で、「勤務問題」や「社会経済問題」など職場生活にかかわるストレス要因の影響が依然として減少していない。今回収集した事例は20-30歳台が比較的多く、また、女性の割合割合も高かった。これは、自殺の労災申請や損害賠償では、子供を失った父母が中心になる場合が多く、配偶者の場合は、「自責」や「喪失」感が強く行動をおこすまでにいたらないことを反映していると考えられた。また、事例の背景には、長時間労働を含めて複数の職場のストレスフルイベントが関連していることが示唆された。また、これらの要因では、「いやがらせ、ハラスメント」、「仕事目標の未達成」、「職場の人間関係トラブル」、「長時間・不規則労働」などのイベントのストレスがより大きく、うつなどの身体不調の発症との関連では、身体不調によって誘発されたイベントとともに、身体不調を訴えないままでストレスフルな仕事への従事を継続することで、新たなストレスフルイベントを発現する傾向がみられることが明らかになった。また、自殺に至るまでの被災者の悩みや苦しみ、身体不調などは、約半数は家族によって気づかれていたものの、職場のなかでは殆ど気づかれていなかった。

ある電子部品工場技術職の残業時間と疲労蓄積症状

登坂由香、山田裕一（金沢医大・社会環境保健医学）

〔目的〕電子部品製造企業(本社東京)の石川工場（正社員 800 人余り、構内下請け約 500 人）において、過重労働（長時間残業）が疲労自覚症状に及ぼす影響を明らかにし、彼らの健康管理と労働時間管理対策について考察する。

〔対象と方法〕この工場での長時間残業はほとんど技術職に限られていたので、技術職約 400 人を対象に厚労省の「疲労蓄積度自己診断チェックリスト」を配布し、回答を得た。勤怠記録から過去 6 ヶ月間に 1 回でも月 80 時間以上の残業をした 55 人を「過重労働者」と定義し、それ以外の年齢が近い 30、40 歳代の技術職 160 人と疲労蓄積症状を比較した。

〔結果〕表 1 に示すように、80 時間以上の残業をした者では「イライラする」「ゆううつだ」「へとへとだ(運動後を除く)」「朝、起きた時、ぐったりした疲れを感じる」の 4 つの自覚症状が 2 倍以上多く見られた。一方、表には示していないが「物事に集中できない」「やる気がでない」などの項目は、80 時間以上残業者でかえって低かった。仕事の精神的負担、身体的負担とも、残業時間の延長とともに直線的に増大していた（表 2）。

〔考察と結論〕技術者の大半が月 50 時間以上の残業をしているが、月 80 時間をこえると疲労蓄積症状が急増した。月 80 時間以上残業者の多くは、緊急性の高い社内プロジェクトに属していて、大きな期待と責任も負わされている。彼らが「抑うつ感」「へばり感」を持ちつつも、「やる気」や「集中力」を高めて健気に働いている様子が見て取れる。産業保健従事者はこうした症状が「燃え尽き症候群」や「うつ病」の前駆症状となりうることを社内に周知させ、過重労働者に対して、単なる「健診」を超えた、実際の有効な社会的支援や長時間残業抑制の対策を採るよう、経営陣、労組などの社内関係者に働きかける必要がある。

表 1. 残業時間と疲労蓄積症状

グループ(6ヶ月間での最長残業時間) 人数	I 80 時間以上 N=55	II 79~50 時間 N=104	III 50 時間未満 N=46	$\chi^2$ 検定 p
イライラする	7(12.7%)	6(5.8)	1(2.2)	0.093
ゆううつだ	8(14.5)	5(4.8)	3(6.5)	0.087
へとへとだ	5(9.1)	3(2.9)	1(2.2)	0.136
朝、ぐったりした疲れを感じる	8(14.5)	7(6.7)	3(6.5)	0.194

表 2. 最近 1 ヶ月間の勤務状況

グループ		I	II	III	p
仕事の精神的負担	大きい	34(61.8%)	58(55.8)	19(41.3)	0.022
	非常に大きい	4(7.3)	5(4.8)	0	
仕事の身体的負担	大きい	16(29.1)	19(18.3)	5(10.1)	0.005
	非常に大きい	4(7.3)	1(1.0)	0	

連絡先：登坂由香、〒920-0293 石川県河北郡内灘町大学 1-1、TEL 076-218-8101

振動障害認定希望者の健康状態と生活背景—最近の事例検討から

徳島健生病院 樋端規邦 健生西部診療所 石川長英

**【緒言】** 振動障害は削岩機・チェンソーなどの手持ち振動工具の長期使用により手腕に発生する職業病で、手腕の末梢循環障害・末梢神経障害および筋骨格系の3障害とされている。近年、我が国の認定患者数は工具の改良や振動業務における作業管理の改善・労働時間の短縮などにより減少しているが、なお毎年数百人が新たに労災認定を受けている。そして労災認定労働者が高齢化しているという特徴がある。中高年労働者では加齢現象や多様な合併症のために、振動障害か否かの鑑別が困難なことが多い。また、認定を希望する労働者は労働能力の低下を来し、生活困難を訴える例も多く、認定が得られるか否かはその後の生活に大きく影響している。そのような事情を反映して、労災認定をめぐる監督署との間に厳しい争いがしばしば発生している。そこで今回、振動障害の労災認定を希望した労働者の健康状態と生活実態について考察した。

**【対症と方法】** 2006年1月から6月までの間に、振動障害の労災認定を希望して来院した患者8名について調査した。全てが友人等から振動障害についての知識を得て労災認定を希望されたものであった。これらの対象者について、自覚症状、家族歴、既往歴、振動業務歴を含む職業歴、振動業務の内容、家庭状況などを聞き取り調査した。

**【結果】** 年齢は60才台5人、50才台2人、40才台1人であった。居住地は全て徳島県西部（美馬・三好地域）の労働者であった。業種は1人が林業（伐採）で、他は全てトンネル工夫を含む土木作業員であった。林業ではチェンソー、土木作業では削岩機・ピック・ブレーカー・バイブレーター・ランマーなどの振動工具が使用されていた。8名のうち4名（3名はレイノー現象あり）は末梢循環障害をはじめとする3障害が確認され、労災申請がされたが、残る3名は振動業務の影響が認められるものの、脳血管障害・頸椎症などの合併症があるか、または認定要件を満たさない程度の軽い障害であるために労災申請は困難であった。彼らのすべてが長男で、家督継承者であった。50・60才台の6人は職業生活からの引退を機に労災申請を希望したものであった。40・50才台の2人は転職を希望する人たちであった。年金受給者は5名であったが何れも国民年金で、年額60万円までであった。

**【考察】** 最近我々が経験した振動障害労災認定を希望する労働者は高齢者が多く、業種は土木建設業・林業であった。これらの労働者は振動業務に因る手腕の障害の上に、さらに加齢に因る重筋肉労働への限界感を持ち、またさまざまな合併疾患のために労働の継続が困難であるものがあつた。振動障害の認定が得られることは、休業補償による生活安定に結びついていた。山村労働者の老後の不安を解消する社会政策的対策が求められると考えられた。

連絡先：〒779-3223 徳島県石井町高川原 2186-1 TEL 088-674-0287 樋端規邦



## 近年における要療養トンネル塵肺多発の構造と防止の課題

○山崎喜比古、久地井寿哉（東京大学大学院・医・健康社会学）

### § 目的

1970年代後半から80年代初頭にかけて、それまでのトンネル建設工事従事により要療養じん肺となった患者が激増した。当時、トンネルじん肺は社会問題化し、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要療養じん肺の多発はその10~10数年を経た1990年代にはいってもなお続いた。我々は、1990年代にはいってもなお続く要療養トンネルじん肺多発が基本的には何に由来するのか、1980年代前半に指摘された要因や構造はその後どの程度改善されたのだろうかという点を検証すべく、ここ7,8年間に、全国のトンネルじん肺患者を対象に二つの調査を行い、その結果は当学会でも発表してきた(山崎ら,2001;山崎ら,2005)。本報告は、今回の学会でトンネルじん肺が特別報告として取り上げられていることに勝手に呼応し、この二つの調査の研究結果を、一部再分析の上、合体、要約し、若干考察し直したものである。

### § 対象と方法

研究Ⅰ：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約1000人を対象に質問紙調査を実施し、786人から有効回答を得た。以下では、このうちの81%に当たる要療養認定患者638人(合併症治療のためその後打ち切られることになった7人を含む)を分析対象とした。

研究Ⅱ：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年以降に粉じん作業を開始し、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A炭鉱坑夫とB金属鉱山坑夫の要療養じん肺患者には、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。

### § 結果と考察

研究Ⅰ：1)要療養じん肺と認定された時期は、1994年以降が75%と最も多く、次いで1989~93年18%と、全体の92%が1989年と90年代以降に要療養と認定された患者であった。2)彼らのトンネル建設工事への入職(粉じん作業開始)年次は、1950年以前は9%に過ぎず、1951~60年が44%、1961~70年が36%と計80%を占め、1971年以降の入職者も11%存在した。1970年代後半に激増した要療養認定トンネルじん肺患者の入職年次は、1945年以前が約30%、1946~55年が50%以上であり、1971年以降はほとんどみられなかった。3)彼らが要療養じん肺と認定されるまでの粉じん作業従事期間(開始年次~離職年次)は平均27年、平均実従事年数約15年(従事期間の56%)と、短い傾向がみられた。4)彼らにおける要療養じん肺の発見・把握・認定も、70年代後半の認定患者と同様、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おり、トンネルじん肺が社会問題化して以降の80年代も、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が示唆された。

研究Ⅱ：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事者が比較的多い「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58%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、粉じん環境リスクはトンネルでは炭鉱や鉱山と比べて2倍近く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

34

本人 GOM 的实际控制人  
杨爱军先生为 GOM 的实际控制人

## 今日の公害問題

中川 武夫 (中京大学)

### 1. はじめに

本年5月1日は「水俣病公式確認50年」であった。ご承知のごとく、水俣病はそれ以前から発生していたが、複数の患者を診察した窒素付属病院から「奇病(原因不明の中樞神経疾患)発生」が水俣保健所に届け出された1956年5月1日が公式確認とされていることによる。50年の年月があれば、被害者の救済も当然とて終わらせることができたはずである。また、04年10月15日には、最高裁判所が①国と県の責任を認め、②38人の行政認定を拒否された患者の認定を認める判決を下している。しかし、現時点で1000名を超える原告団が「ノーモア・ミナマタ国賠訴訟」を闘っており、過去に歴代首相の誰一人も水俣に足を運んでもいないし、国として不知火海沿岸での被害実態全容調査を実施していないのである。

私には、国は、裁判でも責任を指摘された行政の「不作為」を今後も続け、胎児性水俣病患者も含めた被害者が死に絶えるのをひたすら待ち続けているのではと思える。

以下、私が知り得た範囲で現在の「公害問題」の「まきかえし」を中心に述べてみたい。従って、字数の関係もあり、被害住民やそれを支援する専門家、一般市民、労働組合などなどの力で、1つ1つ「巻きかえし」を打破しながら、1歩1歩被害者救済、公害関係法規の改善や規制の強化、情報開示の改善、環境影響評価の確立などを前進させてきた点については、割愛させていただきます。

### 2. 公害問題の「まきかえし」

最近では、「公害問題」は「環境問題」と表現

されることが多くなっているが、私はあえて「公害問題」と記述したい。

①温暖化で地球の気温が上がり、氷が溶けて海水面が上がると危機をあおっているが、氷河期も含めた長い地球の歴史の中での変動の範囲で、騒ぐほどのことではない。まだまだ未知の部分も多い。②ダイオキシンは太古の時代から存在した。ダイオキシンで死んだ人は世界で4人しかいない。マスコミが騒ぎ過ぎだ。③酸性雨で森が枯れたという証拠はない。などとの主張が、マスコミや書籍に散見されるようになり、今日の世論に一定の影響を与えている。こうした論陣を張っている1人が、かつて宇井純氏の下で環境問題に取り組んでいた人物であることも、マスコミが飛びつく要因でもあろう。こう言った主張の尻馬に載って、「イラクなどでの劣化ウランで白血病などが増加していると言うのも、母数もはっきりしていないし、非科学的で取るに足りない」とか「ベトナムでダイオキシンのために奇形児が生まれたと言うが、奇形児の発生率では日本も同じぐらいだ」との論破された主張を言いふらしている輩も見られる。

### 3. 社会医学を学ぶものとして

社会医学を学ぶものとして認識しておかなければならないのは、①こうした「まきかえし」は社会の中で一定の影響を持っていること、②しかし、こうした主張に一喜一憂するのではなく、科学的な眼で真実を探求する姿勢を堅持すること、③その中でこうしたまきかえしの「不可知論」「コストパフォーマンス論」の誤りに確信を持つこと、④過去の教訓から明確であるが、環境問題は取り返しがつかないことから「疑わ

しきは中止する」とする対応が基本であること、⑤起きてしまった公害については、最大の課題は一刻も早い被害の全面救済であること、である。公害問題に限らず、わが国の為政者の対応は、自らが「大の虫」と認識するものを守るためには、「小の虫」の犠牲はやむを得ない、とするものである。昨今を見るだけでも、被爆60年を迎えた被爆者救済の問題、戦後の「移民」と称する南米各地への「棄民」の救済、薬害肝炎、HIV、などなど、枚挙に暇がない。「国を愛する心」と言われても、美しい自然を持った国土や勤勉で人間味満ちた国民は愛せても、「権力としての国家」は、私にはとても愛せない。

公害問題でも、はじめに述べた「みなまた病」の問題が特別なのではない。

全国各地で裁判を闘い、一定の被害救済と今後の環境改善策の策定を勝ち取ったはずの大气汚染訴訟も、現実には環境改善への取り組みは遅々として進んでいない。和解当初こそ、一定の話し合いが持たれていくが、年を経るに従い行政の対応は一般的には後退する。その結果、大気と言えば全国で二酸化窒素の環境濃度が依然として深刻な事態が続いている。

私が深く関与した、名古屋新幹線公害も然りである。最高裁での和解が成立して20年を経過したが、原告居住地域での環境基準は継続的な達成はまだである。全国的に見ればお寒い状況が続いている。新幹線鉄道に係わる環境基準は、裁判が始まる中で1975年に告示された。70dBを超える既設新幹線では10年以内に達成するとされている。告示後31年を経ても、全く達成の目処は立っていない。いや、立っていないのではなく実行していないのが事実である。裁判の経過の中で、防音技術は線路でも車両でも格段に進んだ。和解成立時点での走行速度が維持されれば、たちどころに環境基準はほとんどの沿線で達成できると私は考えている。然るに、新たな防音技術で下がった騒音は、ス

ピードアップで帳消しにされているのである。名古屋の原告も当然であるが高齢化が進んでいる。現在の原告団長も90歳を超えた。先日も環境省の担当課長との話し合いで、「原告が死に絶えるのを待っているのでは」との詰問が寄せられたほどだ。

廃棄物問題でも然りである。違法を見逃し、いや積極的に擁護し、莫大な税を投入することになった豊島、三重、岐阜、福井の産廃うめたてなど、枚挙に暇がない。

また、先日の6月8日、国会では「容器包装リサイクル法」の「改正」案が成立した。この法律は、ドイツに習って廃棄物の原料を目指して1995年に制定された。私はこの法律が肝心な点でドイツの法と異なっており、廃棄物の減量には繋がらないと批判したが、この10年の実績は残念ながら私の指摘通りとなり、廃棄される容器は増加し、リサイクルをすると費用がかかると、自治体が悲鳴を上げた。「リサイクル貧乏」という言葉も生まれた。今回の改正案は、この根本を変えるのではなく、国民に負担を強い、長期的には減量の効果も見込めない「有料化」を柱とするものである。廃棄物の減量は、生産者責任を明確にすることなしには進まないことは明確であるのに、である。

その他、産業界からの強い圧力があってからと言われる「環境ホルモン」への取り組みの、腰引けも指摘せざるを得ない。

#### 4. おわりに

公害問題はまだまだ終わっていない、引き続き社会医学の重要な課題の1つとして取り組む必要がある。これが私の意見です。そのためにも、先に述べたような郊外問題全体に係わる動向を踏まえながら、ここでは述べなかった今までの成果も認識し、具体的な課題1つ1つ太約実に取り組んでいくのが今私たちに求められているのではないであろうか。

## 薬害 HIV 感染被害者の生存患者とその家族への質問紙調査

### —第1報：患者の恋愛・結婚、性、および挙子に関して—

○ 溝田友里<sup>1)</sup>、山崎喜比古<sup>1)</sup>、関由起子<sup>2)</sup>、楠永敏恵<sup>3)</sup>、大平勝美<sup>4)</sup>、小山昇孝<sup>4)</sup>、後藤智巳<sup>4)</sup>、藤原良次<sup>4)</sup>

<sup>1)</sup> 東京大学大学院医学系研究科健康社会学、<sup>2)</sup> 埼玉大学教育学部、

<sup>3)</sup> 聖徳大学短期大学部介護福祉学科、<sup>4)</sup> 薬害 HIV 感染被害者(患者・家族)生活実態調査委員会

#### § 背景

1980年代中盤の日本で発生した薬害 HIV 感染事件は、約 20 年間に HIV 感染血友病患者被害者の約 3 分の 1 以上の 500 数十人の命を奪い、その家族に被害者遺族としての深刻な困難と苦痛をもたらした。一方で、死を免れ今日まで生き延びてきた生存患者とその家族には、いかなる困難や経験をもたらし、今日どのようなニーズを生んでいるのか。こうした問題意識から、全国の薬害 HIV 被害者生存患者とその家族を対象に、当事者参加型リサーチ方式を採用し、2004 年度の面接調査の結果を踏まえて作成した質問紙による調査を 2005 年度に行った。

調査内容は、調査項目群レベルでは、回答者の属性と健康問題、HIV 感染に関する説明と告知、偏見・差別をめぐり経験やトラウマティックな経験、周囲の人々との関係、家族内の関係や患者の介護関係、仕事・生計・社会参加、心の支え・種々の気持ち・認識・要望など多岐に渡る。

恋愛や結婚、性、挙子などは、患者の QOL との関係で非常に重要な生活領域であり、人生設計や社会的役割の獲得においても不可欠な要素である。しかし、HIV 感染血友病患者においては、これらの問題に触れることはタブー視される傾向にあった。そこで、本報告では患者の恋愛・結婚、性、夫婦生活および挙子に焦点をあてた分析結果を報告する。

#### § 対象・方法

全国の薬害 HIV 感染患者被害者の 8 割以上を掌握する東京と大阪の各 HIV 訴訟原告団の生存患者 652 人を対象に患者本人用と父親用、母親用、きょうだい用、子ども用、配偶者用の計 6 種類の無記名自記式質問票各 1 部ずつ(希望により追加票を送る旨を付記)をセットにして郵送し、親票以下は患者本人からの手渡しもしくは送付を依頼した。記入後は各自で密封の上、郵送回収した。配票・回収時期は 2005 年 9 月～2006 年 1 月であった。調査は東京大学の倫理委員会の承認を受けて行われた。患者本人 257 人(有効回収率 39.4%)、父親 99 人、母親 138 人、きょうだい 55 人、子ども 10 人、配偶者 64 人から有効回答が得られた。

本報告では、患者本人 257 人を分析対象とした。

#### § 結果・考察

「相手に HIV 感染をいつどのように伝えるか悩んだ」「HIV 感染が理由で恋愛や結婚に踏み切れない」など、HIV 感染が原因の恋愛や結婚における困難な経験を 7 割近くの回答者が有しており、3 割以上が現在でも問題を抱えていると回答した。また、HIV 感染のために、現在、性生活を抑えているのは回答者の 4 割以上にのぼった。性生活へ不満を感じている人も 4 割以上にのぼっており、特に、性生活を抑えている人で満足度が低くなっていた。

子どもをもうけることに関しては、相手や子どもへの HIV 感染のリスクや血友病の遺伝の問題、将来健康状態が悪化することへの不安、子どもを育てる体力がないなどの理由から、3 割の回答者が「ほしいがあきらめた」と答え、子どもをもうけることに関してほしい情報やサポートとして、「人工授精の具体的な方法について」、「相手への HIV 感染のリスクを下げる方法」などがあげられた。一方、HIV 感染後に子どもをもうけたのは全回答者の 1 割で、精液中のウイルス除去や人工授精をおこなっていた。

薬害 HIV 感染被害は患者の恋愛や結婚、性、挙子などに著しい困難をもたらしており、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およんでいることがうかがわれた。また、患者の年齢が上がるにつれ、これらの問題はますます重要な問題になってきていると考えられた。

キーワード：薬害、血友病、HIV、HCV、恋愛・結婚、性生活、挙子

連絡先：[myuri-ky@umin.ac.jp](mailto:myuri-ky@umin.ac.jp) (溝田友里)

薬害 HIV 感染被害者の生存患者とその家族への質問紙全国調査  
— 第 2 報：患者と家族へのスティグマに関して —

○山崎喜比古<sup>1)</sup>、溝田友里<sup>1)</sup>、関由起子<sup>2)</sup>、若林チヒロ<sup>3)</sup>、楠永敏恵<sup>4)</sup>  
大平勝美<sup>5)</sup>、小山昇孝<sup>5)</sup>、後藤智巳<sup>5)</sup>、藤原良次<sup>5)</sup>

<sup>1)</sup> 東京大学大学院医学系研究科健康社会学、<sup>2)</sup> 埼玉大学教育学部、

<sup>3)</sup> 埼玉県立大学保健医療福祉学部健康開発学科、<sup>4)</sup> 聖徳大学短期大学部介護福祉学科、

<sup>5)</sup> 薬害 HIV 感染被害者(患者・家族)生活実態調査委員会

### § 目的

(第 1 報)で示した通り内容的には多岐に亘る調査の中から、第 2 報では、薬害 HIV 感染被害者生存患者本人とその家族が、薬害 HIV 感染事件の発生から 15~20 年を経た今日、どのようなスティグマを経験しているのかを明らかにし、そうしたスティグマを取り除くとりくみへの示唆を得たい。

### § 対象と方法

質問紙調査の対象と方法は、(第 1 報)の通りであるが、本報告では、患者本人 257 人、父親 99 人、母親 138 人(親計 237 人)、妻 64 人を比較分析の対象とした。

### § 結果と考察

#### (1) 薬害 HIV 感染に関連して偏見・差別・スティグマを受けた経験

最近 5 年間にも、薬害 HIV に関連して「差別的な態度や不快に感じる態度をとられた経験」は、患者の 23%、親や妻の 15~16%にあり、「人々の何気ない会話やマスコミ情報中に薬害 HIV 感染患者に対する偏見や差別などを感じた経験」は、患者の 47%、親と妻の 32~46%にもものぼった。

#### (2) 薬害 HIV 感染患者がもつ各疾患に対する偏見・差別・スティグマへの認識(perceived stigma)

ここ 5 年間における世間の人々の「HIV 感染症」「血友病」「C 型肝炎」への偏見・差別は強いという見方をしている者の率は、「HIV 感染症」で最も高率で 63~70%に及び、次いで「血友病」だが、患者 25%に対し、親 36%、妻 35%と高く、「C 型肝炎」は 23~25%であった。「薬害 HIV 感染症はそれ以外の HIV 感染症よりも偏見・差別は少ない」に「そう思わない」とする非同意率は、患者と親では、「そう思う」との同意率を上回り、それぞれ 23%、29%にもなっていた(この他に「どちらともいえない」の回答がある)。

#### (3) 差別不安(perceived stigma)由来の自主規制

人付き合いを避けるタイプの 2~4 項目と病気・病名を隠すタイプの 3~5 項目のそれぞれにおいて、ここ 5 年間に、1 項目でも該当する、つまりそういう行動をとったという者の率は、親と妻でも前者のタイプ 18%、後者のタイプ 70~72%であったが、患者では 53%、94%に及んだ。こうした差別不安由来の自主規制行動は、患者本人・親・妻のいずれでも、SRH(self-rated health, 自己評価による健康状態)と経済状況とともに、リッカート法による GHQ12 スコアでみた精神健康度の 3 大因子を構成していた。

### § 結論

患者・家族とも薬害 HIV 感染に関する perceived stigma が、患者のみならず、家族にも(患者に関連して家族に生じるスティグマのことを courtesy stigma という)広範に存在し、生活行動に様々な自主規制をもたらし、精神健康度の低下とも強い関連性を示していた。患者・家族をこうした perceived stigma から解放するとりくみの重要性和、それを社会や周囲の人々への働きかけと患者・家族への働きかけの両面から探っていく必要が示唆されたものと考えられる。

キーワード：薬害、血友病、HIV、HCV、スティグマ、perceived stigma、courtesy stigma  
連絡先：[vyamazak.tky@umin.ac.jp](mailto:vyamazak.tky@umin.ac.jp) (山崎喜比古)

## 薬害イレッサにみるマスコミ報道の失敗

中島晃（市民共同法律事務所・薬害イレッサ西日本弁護団）

### 1. はじめに

薬事法は、医薬品の承認前の広告を禁止している（薬事法68条）。しかし、実際には、承認前から、その薬の効能・効果が医師や患者に広く知られていないと、大量に販売できない。そこで、承認前の広告禁止の抜け道として使われるのが、マスコミの報道である。抗がん剤イレッサは、販売直後から、間質性肺炎などの多数の副作用死を招いたが、承認前から、マスコミ報道によって、“副作用が少なく、従来の抗がん剤とは違う作用機序をもつ画期的な新薬”と喧伝されていた。本報告は、抗がん剤イレッサに関するマスコミ報道のはたした役割を通して、医薬品に関する報道のあり方を検討するものである。

### 2. イレッサに関するマスコミ報道

イギリスに本社をおくアウトラゼネカは、2002年1月25日、イレッサの輸入承認申請を厚労省に提出し、同年7月5日、厚労省は「手術不能又は再発非小細胞性肺癌」との効能・効果で、イレッサを承認した。

マスコミ各社は、承認申請前から、肺がんの高い効果をもつ新薬として、イレッサを報道してきた。朝日新聞は、最も早くからイレッサの報道をしており、例えば、2001年11月2日には、「新抗がん剤、肺がん治療高い効果／近大など臨床試験、副作用、大幅に改善」という見出しで、本文中に、「この抗がん剤は、がん細胞の増殖に関係する酵素の働きを妨げる「分子標的薬」の一つ。正常な細胞も攻撃するこれまでの抗がん剤と異なり、がん細胞のみを狙い撃つ。」という記事を掲載しており、2002年5月25日には、「新抗がん剤、日本が世界初承認へ／肺がん治療に期待、異例の早さ」との報道を行っている。

こうした報道は朝日新聞だけではなく、他の新聞でも同様の報道が行われた。しかし、朝日新聞の場合には、イレッサによる多数の副作用死が明らかになり、その一方で臨床試験の結果、延命効果が認められないとされた後も、2005年9月26日に、「イレッサ適性細胞で検査／延命効果進むデータ収集」との見出しで、EGFRの遺伝子変異が「陽性」の患者には、イレッサには延命効果が認められる可能性があると報道しており、その突出ぶりが目立っている。

### 3. 製造企業の新薬販売とマスメディア

NEJMの前編集長マーシャ・エンジェルの「ビッグ・ファーマ、製薬会社の真実」は、巨大製薬企業が新薬の販売にあたってとるマーケティング戦略のなかで、その広告宣伝がしばしば資金提供を背景にした学術情報や医師に対する教育プログラムの提供という形をとって行われ、それが製薬企業の宣伝攻勢の手段として利用されている実態をあますことなく暴露している。

イレッサなどの学会報告に関する新聞記事は、確かにニュースの報道ではあるが、それが商品名を載せている場合には、広告宣伝としての機能も同時に果たしている。したがって、その報道には厳密な正確性が要求される。そうした観点から見た場合、イレッサの報道には、科学的な正確性が欠如していたといわざるをえない。

例えば、朝日新聞の記事は、イレッサは「がん細胞のみを狙い撃つ」としているが、イレッサが標的とするEGFRは、がん細胞にだけあるわけではなく、正常細胞にもあり、「分子標的薬」であるイレッサががん細胞だけを攻撃するとの記事は明らかに誤りである。こうした誤りを見抜けず、イレッサは副作用の少ない画期的な新薬であるとの非科学的な報道が行われた。ここに、イレッサに関するマスコミ報道の失敗がある。

### 4. 結び—医薬品に関するマスコミ報道のあり方

(1) 医薬品等に関する研究が学会報告や医学論文として公表される場合には、その研究に対する製薬企業等からの経済的援助の有無とその内容が明示されなければならない。これはヘルシンキ宣言が要求するところであるが、マスコミは医学研究に関する報道を行う場合、それが上述した事項を明示しているか否かについて、必ずチェックするべきである。

(2) また新薬開発等に関する研究内容を報道する場合には、その研究内容の科学的正確性を評価する第三者のコメントをあわせ掲載するするとともに、メリットとデメリットの双方を伝えることが必要である。

nakajima@shimin.biz

## 「薬害C型肝炎」事件における国と製薬企業の責任

### (第1報) フィブリノゲン製剤の製造承認時における製薬企業と国の責任

片平洸彦 (東洋大学社会学部)

はじめに：2004年10月以降、東京・大阪・福岡・仙台・名古屋の5地裁で進められている「薬害C型肝炎訴訟」は、2006年6月22日に大阪で初の判決が出される。本演題では、被告製薬企業、特に旧ミドリ十字と国の責任について考察した。

方法：福岡訴訟弁護団から資料の提供を受け、文献的に考察した。

結果および考察：

#### 1) フィブリノゲン製剤の製造承認について

1964年6月、日本ブラッド・バンクはフィブリノゲン製剤(以下F剤)「フィブリノーゲン—BBank」の製造承認を申請し、厚生省はこれを承認した。同年10月、日本ブラッド・バンクは社名をミドリ十字に変更し、F剤の商品名を「フィブリノーゲン—ミドリ」に変えた。後述のように、この当時、F剤を含む血液製剤によって肝炎に感染する危険性があることは知られており、ウイルスの不活化対策としては、紫外線照射処理が行われていた。

#### 2) 薬事法における病原微生物汚染医薬品販売の禁止規定について

F剤製造承認当時、薬事法(第56条)は、病原微生物により汚染され、または汚染されているおそれのある医薬品は、販売したり、販売の目的で製造または輸入することを禁じていた。従って、F剤がそうした医薬品であれば、販売することはできなかったことを確認しておく必要がある。

#### 3) フィブリノゲン製剤使用による肝炎感染の危険性について

##### [1] プール血漿を原料とした血液製剤による肝炎感染の危険性

F剤は、千人から1万人程度の供血者の血漿をプールして作られた血液製剤で、その原料となる血液は、国内外の売血であった。このような製剤の使用で肝炎に感染する危険があることは、例えばWHOの勧告(1953年)、「防疫必携」の記載(1957年)などにより、1964年当時、既に明白であった。

##### [2] フィブリノゲン製剤による肝炎感染の危険性

(1) 公表論文による肝炎感染の危険性の指摘  
F剤による肝炎感染の危険性は、WHOが1964年

に出した Technical Report Series における以下の記載から明らかである：「ある研究における感染率は17%であり、その感染率は、フィブリノゲンが製造されたプールの大きさに関係していると思われる。」

#### (2) 旧ミドリ十字自身が認識していた危険性 ① 治験報告中の百瀬らの論文における記載

F剤製造承認の申請時に提出された治験報告は6報61症例であるが、「Fibrinogen 臨床例総括表」では、いずれも「有効で安全であった」ことを強調している。しかし、そのうちの百瀬ら(東邦大学)の報告の本文中には、F剤使用後の肝炎感染報告として、「3人感染、うち1人死亡」(Rettew, 1957年)、「61人中3人感染」(Paxson, 1958年)、「727人中37人感染、死亡1人」(Pritchard, 1958年)という数字を紹介している。

#### ② 添付文書の記載

旧ミドリ十字の「フィブリノーゲン—BBank」の添付文書には、血清肝炎ウイルスの完全不活化を「信頼することが出来ない」(1964年)「保証することができない」(1965年)と記載していた。しかし、後に発売された「フィブリノーゲン—ミドリ」の添付文書(1971—72年)には、紫外線照射をしたF剤は肝炎感染の危険性が低い旨の記載がされていた。

#### ③ 「紫外線照射は殆ど無効」との1963年の記載

旧ミドリ十字の創設者内藤良一専務は、1963年の「日本産科婦人科学会雑誌」において、乾燥人血漿による肝炎発生率・死亡率の数値を紹介した後、紫外線照射は肝炎ウイルスの不活化には『殆ど無効』と学者から1958年に指摘されたことを紹介し、「肝炎災害」が起きていたという認識に立って、「その罪業の深さを痛感する」などと記載をしていた。

#### 結論

以上から、被告製薬企業と国には、薬事法に違反してF剤を製造・承認し販売した法的責任があり、特に旧ミドリ十字と国の責任は大きいと考えられる。

連絡先：kata@toyonet.toyo.ac.jp

電話/FAX 03-3945-8236



## ジフテリア禍事件とGHQ文書

○和気正芳<sup>1)</sup> 田井中克人<sup>2)</sup> 栗原敦<sup>3)</sup>

高エネルギー研<sup>1)</sup> 立命館大学(聴)<sup>2)</sup> 予防接種情報センター京都<sup>3)</sup>

昨年の社会医学会で「京都ジフテリア禍事件の原因論」を報告し、1948年ジフテリア禍の原因が、政府の公式見解とは異なり、国家検定の手抜きによるものであることを明らかにした。また厚生省は接種薬に多くの不良品が発生していることを知りながら予防接種を強行したことも指摘した。84名の乳幼児を犠牲にしてまで、このような無謀な予防接種が行われたことが、戦後の成立過程における医療行政の質を左右しており、それが今日の薬害問題の根幹を成していると考えられる。今回はGHQ文書を中心に無謀なジフテリア予防接種がなぜ強行されたかを明らかにする。

1948年当時、日本は連合軍の占領下であり、日本政府の施策は逐次GHQに報告・協議されて行われていた。GHQの政策は文書による通達、記録が徹底されており、1952年4月の占領終了と同時に、そうしたGHQ側の記録文書は横浜港から米国に向けて搬送され、そのままヴァージニア州アレキサンドリアの旧海軍倉庫に保管された。したがって、「現代史の貝塚」GHQ文書を読み解くことにより当時の状況がよく理解される場合が多い。

**[軍事作戦としての予防接種]** ジフテリア予防接種は連合軍指令(SCAPIN698)で開始されたが、それには日本人の健康状態、特に乳幼児のジフテリア被害が強調されている。しかし、我々が発見したGHQの起案文書では軍事力への影響が第一に挙げられており予防接種が軍事作戦の一環であったことがわかった。

**[官僚の保身による不合理な実施]** GHQ指令を受けた厚生省の実施計画は荒唐無稽なもので、予定通りには実施できず2年もの遅れを生じた、戦中に猛威を振るったジフテリアは戦後急速に減退したので実施の時期にはもはや緊急の事態ではなくなっていた。しかし、内容の見直しなどは行わずひたすらGHQへの弁明のためだけに予防注射が実施されたことが厚生省とGHQのやりとりでわかった。

**[報道干渉による世論操作]** ジフテリア禍の報道には圧力がかけられ、ニュース映画のフィルムが切り取られた。これに関する国会報告が虚偽であり、実際は厚生省がGHQの下請けで映画干渉をしていたことがGHQの文書で明らかになった。

**[接種薬の分析資料]** 事件後に接種薬の分析を行ったのが米軍406部隊であり、また最大のサンプル数である49本が米国本土に空輸されたことがわかった。このサンプルがどのように使われたかはいまだに判明していない。

以上のようなジフテリア禍をめぐるGHQ文書の調査研究をした結果、無謀な予防接種強行がGHQに取り入ろうとする官僚機構の自己保身に起因する事がわかった。これは現代の薬害事件に波及する遠因となっている。

### 参考文献

1) 和気正芳 「1948年ジフテリア禍事件の原因論」社会医学研究 23 pp19-24, (2005)

2) 田井中克人「京都ジフテリア予防接種禍事件—69人目の犠牲者」新風舎 (2005)

keyword : ジフテリア, 予防接種事故, 京都

連絡先 : wake@post.kek.jp

## 戦後薬害第1号事件の被害者救済について

—1948年京都・島根ジフテリア予防接種禍事件「補償問題再燃」の背景—

○栗原敦<sup>1)</sup> 田井中克人<sup>2)</sup> 和気正芳<sup>3)</sup>

全国薬害被害者団体連絡協議会<sup>1)</sup> 立命館大学(職)<sup>2)</sup> 高エネルギー研<sup>3)</sup>

1948年11月に京都市及び島根県東部で実施されたジフテリア予防接種において、84名の乳幼児死亡を含んで1,000人規模の被害を生み、世界の予防接種史上最大の事件となった。製造企業が予防接種液の製造過程で無毒化とロットの取扱いを誤り、品質管理＝安全性確保において最後の砦である国家検定の試験品抜取りに重大な誤りがあり、それこそが大惨事の原因だったと考えられる。しかし刑事訴訟では企業関係者のみが有罪、告発された試験品抜取り担当者である大阪府職員は無罪となり、民事訴訟は提起されず、国家検定に関する国の責任は問われなかった。本事件の研究史上はじめて生存被害者による遺族訪問調査、国会会議録、厚生労働省・京都府・島根県・京都市などの行政文書とGHQ/SCAP文書、その他の文献に関する総合的な調査に取り組んだ結果、真相解明されぬまま風化しつつあった戦後薬害第1号事件の実相が見え始めてきた。ここでは、1971～72年京都府議会・京都市会・国会で再燃する補償問題とその背景を検証し、予防接種被害・薬害被害における被害者救済について考察する。

**■補償法制定の要求、一方的な示談** 罰金をもって接種を強制された被害児家族(遺族会・被害者同盟)、労組・政党からは「補償法制定」などの要求があがる。法務庁訟務部長官は提訴されれば国の敗訴は免れない故、死亡児慰謝金15万円を支払い訴訟の回避を図るべきとの見解を厚生省に伝え、遺族会は30万円支払いの請願を出す、厚生省は一人10万円での解決を強行した。またその過程で警察による被害者への圧力、GHQと厚生省により労組・ニュース映画会社への圧力がかけられた。島根県東部に散在する被害児家族の動向は、資料が乏しく不詳である(被害者同盟島根県支部が結成されている)。

**■議会でも再燃した補償問題** 1971～72年に京都府・市、国会で補償問題が取り上げられている(表参照)。その際議員も行政当局も共に和解したことは共通の認識であった。しかし、72年府議会で当時の厚生省に和解文書が存在しなかったことが紹介されているし、現厚生労働省にある簿冊から示談書の様式が作成されたことは確認できるが、署名捺印された文書はみつからなかった。府知事、市長共に被害者への何らかの手だてが必要であるという認識を明らかにし、それ故に京都市が71年に生存被害者の実態調査を実施したが、国、府・市ともに具体的な救済策を講じなかった。その理由を確認できる資料はみあたらない。71～72年の「再燃」は、70年の「種痘禍」を契機に閣議決定(1970年7月)による救済措置が具体化されるが、過失責任が明白な本事件の被害がその対象外とされたことに起因すると考えられる。

**■結論** GHQの指示の下、罰則を課して接種を強制する一方、被害救済規定をもたない予防接種法による感染症対策において重大な人権侵害が発生した。本事件は行政当局の強圧的な姿勢で解決が図られ、その和解の根拠となる文書の存在は確認できない。また、遺族会内部で解決をめぐる意思の不一致があったと推測される。1970年予防接種被害の救済措置を契機に「補償問題」が再燃するが、京都市が生存被害者の実態調査を実施したのみであった。今後、本事件解明と共に予防接種法(1948)制定過程や救済制度法制化までの道のり(1970年予防接種事故防止推進会成立以前)の解明が課題といえる。

【参考文献】 田井中克人『京都ジフテリア予防接種禍事件 69人目の犠牲者』新風舎2005.8

【キーワード】 ジフテリア 予防接種 被害救済 京都

【連絡先】 mmr@osaka.email.ne.jp

表 予防接種被害の救済措置とジフテリア事件「補償問題再燃」の経過

被害者の動向と予防接種法改正	1948.11	京都・島根ジフテリア予防接種禍事件⇒「補償法制定」の要求			
	1950.3.31	京都府衛生部『京都ジフテリア予防接種禍記録』刊行			
	1967.3 ～1968.4	梅田敏郎が「ワクチン物語」(『科学朝日』の連載)で過去20年の予防接種による死亡者が数百名であることなどを指摘			
	1970.5,6	種痘禍(武田薬品)が社会問題化(昭和45)5.18～6.30 読売新聞に46件の記事			
	1970.6.21	種痘被害者を中心に予防接種事故防止推進会が結成される(東京)			
	1970.7.31	閣議了解による救済措置が決まる			
	「ジフテリア 補償問題再燃」		(議会)	(質問)	(答弁)
		1971.2.23	京都府議会	山川善三郎議員	蜷川知事
		1971.3.10	京都市会	山下良博議員	船橋市長
		1971.7.11 京都市が生存被害者の実態調査を実施			
		1972.3.22	衆議院予算委員会 第3分科会	樋上新一議員	斉藤厚生大臣 滝沢公衆衛生局長
	1972.6.30	京都府議会	松尾孝議員	蜷川知事他	
	1973.6.19	予防接種禍集団訴訟が提起される(東京地裁、以後名古屋・大阪・福岡地裁へ)			
1975.12.22	吉原賢二『私憤から公憤へ—社会問題としてのワクチン禍—』刊行				
1976	予防接種法改正(罰則の廃止、健康被害救済制度の創設)				
1992.12	東京訴訟控訴審勝訴、丹羽厚相控訴断念・謝罪会見				
1994.6	予防接種法改正(義務接種廃止、救済制度の充実へ)				

街づくりと高齢者の安全・安心・快適な生活環境

真に有効な介護予防施策の追求

関谷栄子（白梅学園短期大学）

<はじめに>団塊世代の高齢化を目前に、保険年金、社会福祉諸施策が見直しされている。

誰もが住み慣れたまちで、死ぬまで尊厳をもって自律生活したいと考える。介護予防に関する施策を概観し、自分の老後問題としての社会福祉施策を考えてみたい。

<研究方法>東京都のK市の地域活動をモデルに高齢者施策の行政目標と現状との対比を行なった。65歳以上の人の介護に関する意識調査を参考に、当事者本位の地域福祉に必要な施策を以下の2つの視点で検証した。

○認知症になっても安心して死ぬまですみなれた街にらせる条件はなにか

○そのための社会資源、保健・福祉・医療体制はあるか

<検証結果>

1.K市高齢者保健福祉計画 介護保険事業計画（2006年度から2008年度 2006年.3月）

☆地域包括支援センターを中心とした地域ケア体制の推進

○高齢者が介護や支援が必要な状態になっても安心して地域で暮らし続けることができるよう高齢者を地域全体が支える体制を構築する

○地域住民の身心の健康の維持、生活の安定、保健・福祉・医療の向上と増進のために必要な援助と支援を包括的に行なう

創設された地域包括支援センターと既存の在宅介護支援センターが連携を図り身近な地域の中でいつでも相談、情報を入手できる場を確保している。

☆地域福祉活動の推進

○高齢者が何らかの援護を必要としたときに、

地域でともに支えあう、思いやりある地域社会の実現を目指す

○地域福祉を推進するためには、市民の参加・協働が不可欠である

2.2004年度のK市の施策実績（人口18万人 65歳以上人口3万人、高齢化率16.9%

介護認定約4186人）

要介護認定者4186人（入所含む）に対する介護保険サービス利用状況調査 回収2995人

要支援19.5%、要介護Ⅰ：30.5%、Ⅱ14.9%、Ⅲ12.6%、Ⅳ10.3%、Ⅴ9.7%

K市における高齢者サービス実情（2004年度実績）

○高齢者福祉会館（健康相談2052人、電位治療器、延10,000人、入浴延23,000人）

高齢者館 虚弱高齢者のために介助浴、電位治療器 血圧測定（延49,000人）

一人暮らしや閉じこもりがちな高齢者の交流の場（歌、軽体操など）（3306人）

高齢者クラブ友愛活動（友愛相談390人、446人の寝たきり老人を訪問）

シルバー人材センター 就業活動（1267人）

小学校の空き教室活用、趣味、世代間交流による介護予防。（2417人）

健康教育 生活習慣病の予防、**一般健康教育 (619人) 重点健康教育 (359人)**  
 健康相談 個別相談 **総合健康相談 (2529人) 重点健康相談 (1295人)**  
**訪問指導 看護師等派遣 (実8人 述べ133回)**  
**機能訓練 理学療法士、看護師による日常生活動作の訓練、手工芸 (665人)**

表1 <社会とのかかわり>高齢者生活状況アンケート 2005年 65歳以上 3000人 (無作為)

	収入をあげる	ボランティア	趣味スポーツ	家庭内	その他	無回答 %
65歳-75歳	11.3	8.5	36.8	30.7	3.6	9.0
75歳以上	1.8	4.2	16.8	49.8	6.3	21.1
計	7.3	6.7	28.5	38.6	4.7	14.2

75歳を境に、趣味やスポーツ、ボランティア活動への関心が減り、家で過ごす人が半数を占める。外出機会が減少することにより身体機能が低下し、廃用症候群になりうる。要介護予備群である。70歳代は健康または病気があっても9割は自立している。85歳以上になると自立は7割代となり2割以上が介護者の見守りを要する。自立生活となるよう、訪問介護サービスなどを活用し潜在機能を引き出すことが努力目標となる。

### 3.小規模デイサービス利用の効果をあげた事例

A.男性 80代：頻繁なトイレ要求のため、他のデイケアで不適合、ケアマネジャーの紹介により利用となった。

ケア：1対1対応で受容的な介護を行なった。2ヵ月後には、頻繁なトイレ要求は消失。手引き歩行によりトイレ誘導可能となった。

転帰：介護度の改善がされたが、在宅ケア限界となり施設入所。数年後施設で逝去。

B.男性 80代：徘徊し、路に迷う。妻が病弱。息子と同居しているが日中は夫婦のみ世帯

ケア：話を傾聴し、歌を歌う。デイサービスの家事を率先し手伝ってくれる。デイサービスでの様子を妻へ連絡帳で細かく知らせた安心を得た。

転帰：他施設でショートステイ利用中に誤嚥性肺炎を起こして逝去

C.一人暮らし女性 80代：難聴のため寡黙、偏食。何を食べても「まずい」。

ケア：寿司が好物と分かり、回転寿司を取り寄せ供する。寿司は「おいしい」と笑顔でいう。子どもが他市に住み、交替で泊ったが、在宅ケアの限界となり特別養護老人ホームに入所。

結論：歩いて通える身近なデイサービス、当事者本位の外出の動機付け、当事者及び介護者の健康管理を行い、閉じこもりをなくし、廃用症候群を予防する。生きがいを持ち積極的に生活する。顔なじみによる友愛訪問は有効である。介護当事者の会がきめ細かに誘いあい安否確認活動を行なっている。自助・共助がかみあい、介護ニーズを満たすようになる。公助責任の遂行を見守る。介護予防は、地域に潜在している援助力を掘り起こし、地域の活性化に貢献する。高齢者も子どもも暮らしやすく、安心・安全な町づくりに役立っている。地域活動発展の条件はい①地域市民、当事者団体、専門職の輪、②ノーマライゼーション思想の定着③社会資源の開拓・開発④地域包括支援センターの発展が鍵である。

滋賀県脊損協会会員における健康問題と就労状況

○ 辻村裕次、埴田和史、北原照代、西山勝夫  
滋賀医科大学 社会医学講座（予防医学）

【はじめに】2001年の調査で、身体障害者には多様な健康問題が存在し、その対処は障害の種類や生活・労働環境を考慮すべきであり、脊髄損傷者では、褥瘡や尿路感染などが大きい問題であることが明らかとなった。脊髄損傷は中途障害であるため、健康問題への適切な対処により、その知識や経験を社会の中で活用できうる集団と考えられる。そこで、働くことが脊髄損傷者の健康へ与える影響を探り、働くための条件整備として必要な事柄を明らかにするため、調査を行った。

【対象と方法】滋賀県脊髄損傷者協会正会員（132名、脊髄損傷以外の身体障害を含む）と、同協会に關係する肢体不自由者に対して、郵送法（一部手渡し）により、健康状況と生活・労働について質問紙調査を行った。

【結果と考察】配布数は137通、有効回答は73通で、回収率は53%であった。

原因傷病別では、脊髄の損傷または疾患（脊損）が53名（平均51歳）、その他が20名（平均46歳）であった。脊損者での傷病部位はC5-6とTh12-L1が多い二峰性分布であった。これは他の疫学調査や生体力学から導かれた損傷し易い部位と一致する。頸髄損傷者は21名、胸腰髄損傷者は25名であった。車椅子（電動を含む）利用者が34名（47%）であった。

就労者は37名（51%）であった。就労先と職種別の人数を表に示す。就労者の51%が作業所（事業所型を含む）で働いていた。同じく70%がコンピューターを使用した仕事に就いていた。

頸髄損傷と胸腰髄損傷別の不就労（不）と就労の人数は、頸髄：不4名、就労11名、胸腰髄：不9名、就労15名であった。

表 就労先・職種別の人数（n=37）  
[ ]内は脊損者

	作業所	民間	行政福祉	個人	合計
コンピューター使用	18 [10]	3 [3]	4 [3]	1 [1]	26 (70%)
コンピューター不使用					
事務	0 [0]	1 [1]	4 [3]	0 [0]	5 (14%)
軽作業	1 [1]	0 [0]	0 [0]	0 [0]	1 (3%)
創作・製造	0 [0]	1 [1]	0 [0]	0 [0]	1 (3%)
接客・販売	0 [0]	0 [0]	0 [0]	2 [2]	2 (5%)
その他	0 [0]	2 [2]	0 [0]	0 [0]	2 (5%)
合計	19	7	8	3	
	(51%)	(19%)	(22%)	(8%)	

健康状態については、脊損者で褥瘡がある、または過去にあった人が27名（51%）であった。損傷高位別では、頸髄：なし15名、あり6名、胸腰髄：なし9名、あり21名であった。車椅子利用の有無には、ほとんど関係なかった。脊損者の褥瘡有無については、就労先により分布に違いがあり、「民間」で褥瘡あり割合が有意に高かった（ $\chi^2$ 検定、 $p<0.05$ ）。「民間」への就労では、長い作業時間や脊損者の健康リスクに対する知識の不足などが理由として考えられる。

脊損者における「身体で気になること」を就労・不就労者別にして図に示す。不就労者は「頻尿など」「尿路感染」と答えた人が多かった。これらから生じる不安が、不就労の理由の一つかもしれない。逆に就労者は「太った」「不随意運動」という答えが多かった。作業中の姿勢の拘束と運動不足が伺われる。双方に共通して「痔」の回答が比較的多かった。

仕事に対する「楽しさ」では、6割が「楽しい時（楽しさ）と嫌な時（嫌さ）が半々」と答えた。「民間」就労者で「たいがい楽しい」という答えが少ない傾向を示した。仕事による疲労感では、1割が「たいへん疲れる」と答えたが、就労先による違いはほとんど見られなかった。

【さいごに】今回の調査で、脊損者の健康や就労の実態が把握できた。今後は心身の負担軽減のための介入研究を行い、障害者が健康で長く働き続けるための支援課題を明らかにする予定である。

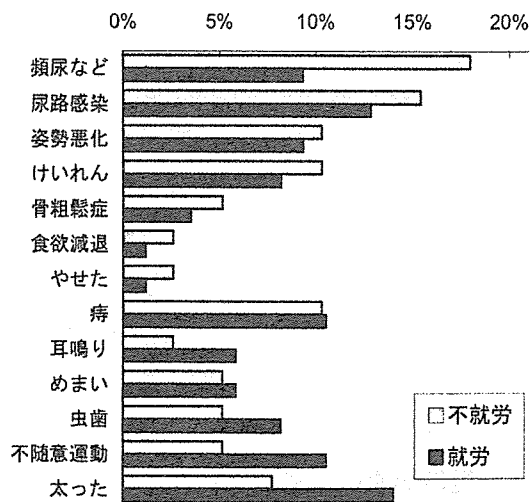


図 脊損者（n=53）における就労・不就労別の「身体で気になること」（複数回答）

## 在宅要介護高齢者の生きる支えについて

聖徳大学短期大学部介護福祉学科 楠永敏恵

東京大学大学院医学系研究科健康社会学 山崎喜比古

### はじめに

要介護高齢者が生きる支えをもつことは、QOLの維持・向上という意味から重要であり、要介護高齢者への支援の手がかりにもなる。わが国では、定量的な研究において、要介護高齢者の主観的ウェルビーイングの関連要因を調べる研究は行われており、対人関係、経済状態、アクティビティへの参加などが明らかにされてきている。しかし、その詳細は十分に把握されていない。そこで本報告では、要介護高齢者がどのようなことを支えや楽しみにしているのかを、在宅要介護高齢者を対象としたインタビューを通じて明らかにすることを目的とした。

### 方法

2003年から2004年に、平均96分の半構造化面接を実施した。調査対象者は関東圏内在住の要介護高齢者28人であり、調査時点での要介護度は、1が19人、2が6人、3が1人、4が2人であった。インタビューの項目は、①病名と経過・障害の程度②要介護になったことによる困難③困難への対応④楽しみや支えは何か・幸せと感じるか・それはなぜか、などであり、本報告では④の一部について、逐語録にもとづいて質的に分析した。

### 結果

28人全員が、以下のような支えとなるものや日常の楽しみについて語っていた。

①「症状の改善につながるもの」として、休息と入浴（6人）、治療（2人）、身体機能の訓練（6人）があげられた。②「アクティビティ」としては、飲食（7人）、受動的なアクティビティ（テレビ・ラジオ、読書、自然観賞など）（23人）、創作（プランター栽培・生け花、手芸・工作・絵画、俳句・短歌）（11人）、外出と旅行（娯楽の外出、習いごと、デイサービス、旅行）（16人）が語られた。③「対人関係」については、周囲の人との交流（情緒的・手段的サポートの受領、おしゃべり、亡くなった人との心の交流）（28人）、役に立つこと（金品や助言の提供、家庭内での日常的な役割、介護者に負担をかけない役割、家族の生き方に与える影響）（17人）があげられた。④「居住環境」として、住宅改修による便利さ、住み慣れた自宅で自由に行き来できることなど（3人）について述べられた。⑤「介護保険等の制度」について、利用料の安さ、安心感、介護家族の負担を軽減（12人）が語られた。

### 考察

調査対象者の生きる支えや楽しみとして対人関係が多くあげられ、サポートを受領することだけでなく、提供することもあった。受動的なアクティビティなど、定量的な研究では見えにくい一見ささやかな楽しみも重要と考えられた。介護保険制度では、「限定的な介護」の提供にとどまっており、要介護高齢者の支えとなるものや楽しみが守られるような支援のあり方や新しいサービス提供形態の開発が必要と思われた。本研究は要介護度が低い高齢者に限られており、今後、対象を広げた検討が必要である。

連絡先 047-365-1111（聖徳大学代表）

介護保険見直しによる介護現場への影響—経営困難になる小規模事業所

関谷栄子 白梅学園短期大学

くはじめに>2006年度介護保険の見直しがされ、要支援1.2に認定されると介護予防サービスを利用しなければならない。また在宅ケア重視が強調されている。

たびたび変更される介護保険施策に対応するために、経営基盤の弱い小規模事業者は困難を抱えている。介護予防のメニューも当初言われたパワーリハビリだけでなく、多種類のを準備しなければならない。大規模でないと需給バランスは取れない。

介護福祉ニーズの把握、調整は地域包括支援センターの責任になるが、市場原理の中では介護の質の向上を実現できるだろうか検証すべきである。

要支援・要介護高齢者のおかれている実態を整理し、介護保険施策の改善すべき方向性を検討することが必要である。

<検証方法>○介護保険見直し後小規模デイサービスの状況と事業者の方向性を検討する。

○福祉ニーズの充足について行政資料を分析する

<研究方法>○K市における高齢者の生活に関する意識調査及び介護保険利用者の意識調査を分析した。(2005年1月に実施)

<研究結果>

1. 高齢者の意識調査からできるだけ在宅で生活したい。家族の介護により終末ケアを受けたいというニーズは根強い。(表1 65歳以上の高齢者3000人を無作為抽出)
2. 介護度が重度化すると在宅介護は困難となり施設介護希望に変更される。
3. 在宅ケアを可能な限り行なうための地域の社会資源、マンパワーの充実と確保。
4. 小規模デイサービスには有用性が多いが限界がある。
5. 一人暮らし、高齢者のみ世帯のケアマネジメントと家族の責任の所在。

<考察>1.高齢者はできるだけ家庭で過ごしたいと思っているが現実的には在宅ケアの限界が分かり、施設入所後に環境の急激な変化により、寿命を早めているのが現実である。

2.孤独死の是非、どこで死ぬか。リビング・ウィルの決定と実行。

3.高齢者が医療にかかれなくなる危険がある。保険診療の変質

4.世代間交流、当事者、高齢者から若い世代への提言

5.地域ケア・ネットワークの構築 当事者からの提案、相互扶助、主張 マネジメント責任は誰か、地域包括支援センターの発展のさせ方

表1 介護が必要になったらどのような介護を利用したいか 単位(%)

世帯の種類	自宅で家族の介護	ホームヘルプ*で自宅	特別養護老人ホーム	有料老人ホーム	その他	わからない	無回答	人数再掲(人)
合計 2221人	33.9	34.4	12.2	5.0	0.5	7.3	6.8	2221
一人暮らし	15.9	40.6	18.1	6.0	0.6	9.2	9.5	315
夫婦二人暮らし	37.0	35.5	10.8	5.3	0.4	6.4	4.6	983
その他	38.3	32.9	11.6	4.3	0.5	8.1	4.4	632

## ケアマネジャーのケアプラン作成時における医療的処置に関する研究

○西島 治子<sup>1</sup>、牧野 由香、三矢 早美

1:四天王寺国際仏教大学人文社会学研究科

**研究目的:**入院期間の短縮に伴い、退院後も医療的処置を必要とする方が多くなっている。それら退院患者が高齢者や特定疾病の場合は、介護保険制度の活用を促され、ケアマネジャー(以後ケアマネと称する)によって初期ケアプランが作成されている。ケアマネは、看護・医療職とは限らず、医療的処置内容に精通しているとは言い難い。特に人工呼吸器等高度医療機器を装着しての在宅療養生活者においては、医療機関等との常時の連携が必要である。今回ケアマネが医療的処置の必要な事例へのケアプラン作成について調査・考察をおこなった。

**研究方法:**WAM NETに登録されているS県下の居宅支援事業所 150 ヶ所を対象に、調査用紙を作成し、1居宅介護支援事業所当たり1人のケアマネに無記名自記入郵送法で行った。調査内容については、S県居宅介護支援事業所連絡協議会事務局にて合意を得た。調査票に調査協力依頼書、拒否権保障の旨の同意書、返信用封筒を同封した。調査期間、平成17年8月末～9月7日まで。

**結果:**有効回答数85件(回答率56.7%)。

女性が多く(90.6%)、元職種として看護職が48件(56.5%)。40歳代34件(40.0%)、50歳代26件(30.6%)、30歳代19件(22.3%)、20歳代は4件である。居宅介護支援事業所の所属は医療機関が23件(27.1%)で、株式・有限会社18件(21.2%)、社会福祉協議会以外の社会福祉法人が14件(16.5%)、社会福祉協議会15件(15.3%)等である。併設の機関数は、なしが1件、1ヶ所が28件、2ヶ所が23件である。併設機関としては、デイサービス・デイケアサービスセンターが44件(51.8%)、次いで訪問介護事業所39件(45.9%)、訪問看護ステーション等27件(31.7%)である。勤務体制では、専任で常勤が56件(65.9%)、兼任で常勤が26件(30.6%)である。ケアマネとしての経験年数は、5年以上が28件(32.9%)、2～5年目37件(43.5%)、2年未満20件(23.5%)である。1ヶ月間の給付管理件数は41～50名32件(37.6%)、31～40名18件(21.2%)、21～30名10件(11.8%)等である。医療的処置事例がある、0名4件、1～5名31件(36.5%)、6～10名16件(18.8%)、11～15名15件(17.6%)、21名以上12件(14.1%)である。元看護職と他のコミニカル職・介護職との間では、 $p=0.000$ で、元看護職に有意な差がある。医療的処置として床ずれ処置46件(54.1%)、在宅酸素療法45件(52.9%)、インシュリン注射39件(45.9%)、人工肛門・膀胱の処置28件(32.9%)、人工呼吸器装着6件(7.1%)、その他13件(15.3%)等である。医療的処置事例のケアプランで、訪問看護ステーション単独活用は38件(44.7%)で、介護サービスとの併用が多い。また、その理由として、利用者負担である利用料金が高額である、看護職が少ないがある。自由記載欄では、元職が看護職以外からは、「身体観察、病状経過内容、医療処置の適正性度、家族への処置指導、緊急度の判断等に不安」を持っている。そのため、看護職等の医療職との連携を工夫しているが、「忙しそう、訪問理由にカンファレンスに参加してもらえない、専門用語が解らない、報告がない、出勤するまで待たされる等」など看護職の姿勢と増員希望が述べられていた。

**考察:**医療的処置が必要な事例を、元看護職以外のケアマネも受け持っている。そして、退院等にも、初回ケアプランを作成しているが、その処置が居宅での安全性についての基準は知らされていない。そして、多くのケアマネは、医療職等と、連携が必要と考えていても、十分その体制は動いておらず、素人の家族が医療的処置をしていることに疑問を持ちつつマネジメントをしている。このような中で、訪問看護を開始するまでに医療的処置は実施されている。訪問看護師は、その医療的処置の安全性を図りつつ、医療職以外の方々に処置手順の指導ができるにも関わらず、かかりつけ医の指示書がないと訪問できない。退院後即、訪問看護師を利用できるよう、医療機関側からの情報提供される必要があり、現在医療連携室・継続看護室などの設置が進行しているので、期待したい。



## 大都市における公衆衛生の推進方策

大阪大学大学院医学系研究科社会環境医学公衆衛生学 高鳥毛 敏雄

### 1. はじめに

大都市には、貧困、不衛生、疾病の問題が集積し、一般対策の及びにくい人々が多く存在している。公衆衛生制度は大都市の誕生とともに発展してきたはずである。現在のわが国の公衆衛生制度は大都市の保健問題に対応できているであろうか。大阪都市圏の事例、他の先進諸国の大都市の事例をもとに、わが国の公衆衛生活動の課題を考えてみる。

### 2. 大都市・大阪市の公衆衛生

昭和12年の「大大阪」に掲載されている藤原九十郎（大阪市保健部長）の論文から都市の公衆衛生論について抜粋してみた。我が国都市衛生に関しては、... 更に行うべき事業および改善すべき施設のすくなからざるものがある、... とし、①衛生教化の方面制度、②保健看護事業の創設、③衛生検査員制の確立：衛生警察官ではなく、公衆衛生全般にわたる真の衛生的監視と矯正と指導を行う。摘発、処罰を主眼とせず、予防と衛生の指導教化を目的とする。④衛生事業の統制：都市の衛生行政は統一合理化の余地が甚だ多い。事業の能率、経済上のみならず効果を損ずること甚だしい。第1は府県の衛生事務との関係、第2は民間衛生事業の統制、第3は事業調査委員会の設置：公正なる調査と研究を極め、都市衛生の指針を示すことは最大急務である。と指摘している。

### 3. ロンドンの公衆衛生

ロンドンのはわが国の大都市とは比べようもないほどの多様な文化的、人種的な人々で構成されている。使われている言語は300以上である。また、年間1,310万人の観光客が訪れる世界でも有数の観光都市である。ロンドンの人口は720万人であるが、住民の52%は過密な住環境の中で生活している。人口の5分の3は社会的に最下層地域に住んでいる。また、ロンドンの人口の3分の1はマイノリティの人種で占められている。英国のマイノリティの約半数がロンドンに住んでいる。6万世帯が仮の住宅に居住しているホームレスであり、英国のホームレスの65%がロンドンに集中している。1万人の単身のホームレスの人々が450か所以上のホステル（簡易宿所）で生活している。ロンドン刑務所の収容者数は超過密状態にあり、人口当たりの収容者数は10万対141でEUの都市の中で最も高い。薬物を使用している者は7万人であり、近年、“crack houses”が増えている。このような多様な問題を抱える多くの人々をかかえるロンドンの再興する結核に対応するには、国家的な対策のポリシーがないと解決できるものではないと想像される。

英国では公的サービスに伴う官僚制の弊害を、専門職の自律性を重要視により、公的でありながら現実対応型の変幻自在な活動を実現できるように工夫がなされているように思われる。地域の保健医療職を住民の初期医療を担う一般医にアタッチメントさせる、トラスト制度を導入し対象者中心の機能的活動形態を模索し続けている、感染症などの公衆衛生対策は地方自治体まかせではなく国が責任をもつ新たな専門組織（HPA）を設けて、新たな時代の感染症対策の制度を再構築していた。保健医療職種の間だけのチームケアではな

く、社会サービス、住宅サービス、民間団体などの活動とも連携した体制をつくり、目の前の困難な人々に対応しようとしていた。ロンドンで結核対策を行っている地域看護師の専門職として、関係機関と連携した活動はわが国の大都市の公衆衛生活動を担う保健師活動の将来像として示唆に富むものと思われる。

#### 4. ドイツの保健所（ブレーメン）

ドイツの保健所は州によって形態が異なる。ブレーメン州（市）の保健所を訪問した。ブレーメン市保健所は全国の中でも規模が大きいものであり、職員が約 200 人、5つの部門に分かれて仕事が行なわれていた。社会の中の保健所の位置づけはわが国と極めて似た感じであった。特徴として、成人社会医学部門があり、ホームレス、移民、性病・エイズ対策、薬物中毒者対策など、一般行政組織では対応が難しい対象者に対する公衆衛生対策を行う組織を有し活動を行っていた。小児保健、精神保健についてもマイノリティの人々に焦点を定めた対応をしている状況にあった。ただし、地域において保健師等の看護職が配置されていない状況にあった。

#### 5. わが国の大都市の保健体制の現状と課題

行政システム、保健所制度が整備されて体制としては整ってはいるが、東京、大阪などの大都市の野宿生活者、移民などの多様な人々に対する公衆衛生活動にあたっては既存の福祉制度の制約により、他律的な制約の中であり、都市固有の公衆衛生課題を自律的、主体的に解決する柔軟性に欠けている現状にあると思われる。結核問題は現在克服可能な疾患であるにもかかわらず、大阪の罹患率は高く、偏在傾向が強くなっている。なぜ解決できないのかについて過去 10 年間検討を重ねてきたところ、不特定多数の人々に対応しにくい市町村主体への地域保健活動の変貌と、専門職の自律的な活動の後退など先人が確立した公衆衛生対策のシステムの運用上の問題点が関係しているように思われた。

#### 6. 考察

英国のロンドン、ドイツのブレーメンのいずれの都市においても、人種、文化、宗教を異にする多様な人々が存在し、薬物依存者、HIV 合併患者なども存在している。そのためにこれらに柔軟に対応できる公衆衛生体制の確立が必要となる。これに対しブレーメンの保健所においては、社会医学部門を有し、社会的要因に起因する公衆衛生課題を有する人々に対応していた。また、ロンドンは公衆衛生制度の発祥の地であり数々の公衆衛生課題を克服してきた歴史を有しているが、現在のロンドンの公衆衛生活動は、地域看護師などの専門職をキーパーソンとし、診療施設にアタッチメントさせる活動に転換することで対応しようとしていた。また、保健医療職種間のチームケアだけではなく、社会サービス、住宅サービス、民間団体などとの連携に工夫し、目の前に存在する対応困難な人々に対処できるような制度の確立に努力していた。わが国の大都市においても保健対策の及びにくい人々が存在しているはずである。これらの多様な人々に対する現実に即した保健対策ができるような努力が必要ははずである。専門職に行政組織の論理を押しつけるのではなく、専門職の自律性を育み保健活動の形態を模索することに大都市の複雑多岐な問題を抱えた人々に対する実効性のある保健活動の実現のヒントがありそうに思われる。

東京上野周辺の路上生活者の健康状態に関する実態と認識

義平真心 東京大学大学院医学系研究科 健康社会学  
 山崎喜比古 東京大学大学院医学系研究科 健康社会学  
 花田照久 精神医学研究所附属東京武蔵野病院

1. 研究の背景

本研究では、東京都台東区上野駅・上野公園周辺の路上生活者 215 名を対象として生活・健康状況の面接調査を行い、彼らの健康状態に関する認識と実態の差を明らかにすることを試みた。自閉的な傾向な傾向・調査者への不信感を抱く傾向の強い路上生活者を対象とした面接調査において回答の確実性を求めることは難しく、問診のみで行われる国内の路上生活者に対する既存の統計・面接調査は有病率・罹患率等における不確定要素が多い感が否めない。

2. 研究の目的

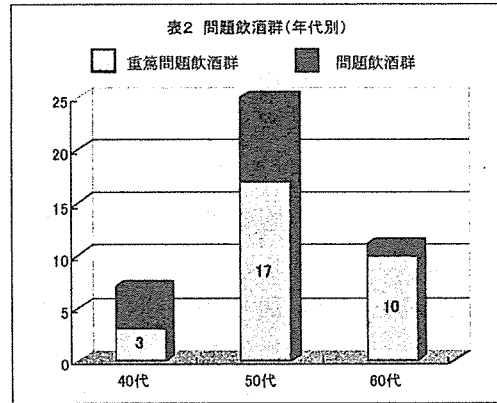
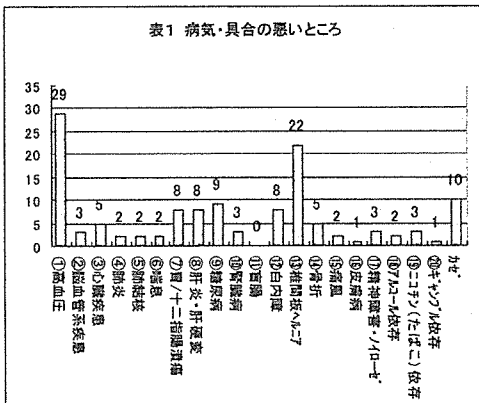
そこで、今回の調査は以下のことを特徴としている。路上生活者の「実態」像に迫るための実験的調査と位置づけられる。

- ・ 当事者参加型調査である。質問項目作成に関わるのみでなく、路上生活経験者を調査員に含める。
- ・ スクリーニング調査を並行する。問診調査のみでなく、スクリーニング調査でより「実態」に近い健康状態を探る。

3. 調査結果と考察

回答者 215 名のうち、高血圧約 13.5%、椎間板ヘルニア約 10.2%、糖尿病約 4.2%、胃/十二指腸潰瘍約 3.7%、肝炎・肝硬変約 3.7%、白内障約 3.7%、肺結核約 0.9%等といった結果が出た(表 1 参照)。また、自覚症状も含め全く健康に問題ないと回答したのは約 25% (54 名) であり、何らかの健康上の問題を抱える人がほとんどである。

また、特に問診では数値として可視化されにくいアルコール依存症に関して、久里浜式アルコール症スクリーニングテストを並行して行った。結果は、重篤問題飲酒群は 14%、問題飲酒群は 6%であった(計 43 名)。問診ではアルコール依存症であると答えたものは約 0.9%の 2 名(40 代 1 名・50 代 1 名) であり、自覚がなく問題飲酒群であるという人口が極めて多いことが分かる。(表 2 参照)



4. おわりに

また、以上のような認識と「実態」の差が生まれるのは、飲酒に関しては特に病識を持ちにくい依存症であるということが大きいですが、他の要因としては、路上生活者の実情が「生きるだけで精一杯」であり、食の確保が最優先する中で自身の健康状態をかまうゆとりがないという路上生活の厳しさが反映されていることも大きいと思われる。

連絡先： 義平真心 (よしひらまごころ) magokoro-tky@umin.ac.jp  
 (自宅) 〒110-0012 東京都台東区竜泉 2-12-10-1003 電話・FAX 03-3873-4302

## 大阪府保険医協会のホームレス支援活動

渡辺 征二(大阪府保険医協会事務局員)

はじめに 大阪府保険医協会では平成15年10月より社会医療対策委員会を発足させ、ホームレスに対する『あおぞら医療健康相談』を行って来た。就労、住居、食事など医療以前の切実な問題があり、路上生活では生活保護も受けられない現状ではあるが、医療扶助の単独給付などで医療を受けられる道を模索してきた。ここでは、支援活動の経過と課題を報告する。

概要『あおぞら医療健康相談』は医科歯科協会の会員や事務局ばかりでなく、大阪市巡回相談員、民医連、国境なき医師団日本、NPO、学生など幅広い関係者が参加して河川敷、公園を中心に行ってきた。

概要は以下のとおりである。

- 第1回：16年3月21日(日)淀川河川敷(大阪市十三駅近辺)25人参加、相談件数12件、医療意見書1件
- 第2回：6月13日(日)桜ノ宮公園(大阪市都島区)48人参加、相談件数20件、医療意見書1件
- 第3回：9月23日(木・祝)大阪城公園(大阪市中央区)35人参加、相談件数40件、医療意見書10件
- 第4回：11月28日(日)大阪城公園・フォローアップ健診27人参加、相談件数12件、医療意見書4件
- 第5回：17年2月20日(日)久宝寺緑地(八尾市)34人参加、相談件数34件、医療意見書5件
- 第6回：4月17日(日)泉北臨海緑地(堺市)68人参加、相談件数20件、医療意見書3件

昨年7月19日には大阪駅前夜間の巡回相談『ほしぞら医療健康相談』も行った。また一昨年末から雑誌『ビッグイシュー』販売員の健康相談も毎月行ってきた。これらの経験から、お金の心配がいらずに遠慮なく受けることができ、尚且つ親切な医療が求められていることが痛感された。相談の結果、何らかの医療が必要であれば医療意見書を発行し、巡回相談員などを通じて無料低額診療、生活保護などの福祉サービスを受けられるよう行政に働きかけをし、医療受給に至った例もあった。

さらに、野宿生活を余儀なくされている方々の多様なニーズに応えることが健康な生活のためには不可欠であることが明らかになり、生活全般に対する不安や問題を解決しながら野宿生活からの脱却を促進するきっかけをつくるための「10・30野宿生活者支援統一行動」を17年10月30日に実施した。医師・歯科医師・保健師・看護師の医療関係者や研究者、弁護士・司法書士・社会保険労務士・ケースワーカーなどが参加し、総合的な医療・健康・生活相談が行われた。当日の参加者は実数で250人近くになり、一日行動の延べ人数は300人を超えた。実施した3ヶ所での問診・聞き取りは160人以上、CR車(デジタルレントゲン車)での検診は109人で結核患者が2人判明し、あらためて野宿生活者の厳しい実態が浮き彫りになった。7人の喀痰検査では1人から結核菌、2人から非定型抗酸菌が見つかった。居宅相談では当日即入居した方が5人いた。

見えてきた課題 巡回訪問でのやり取りで、明らかに健康上の問題があると思われるにもかかわらず「元氣やから、もうええわ」と相談そのものを拒否されることも少なくない。理由の多くは医療不信や医療受給にいたる手続きの煩雑さである。医療不信に関しては、救急搬送などで医療サービスを受けたときに「露骨にいやな顔をされた」「扱いが悪く、追い返された」「点滴だけで寒い夜中に放り出された」など具体例に事欠かない。何らかの自覚症状があつて外来受診を希望するときには保険証もなく、その道は閉ざされている。そこで生活保護として医療給付を受ける方法があるが、多くの自治体は居宅保護の原則をとっており、野宿生活者は対象外とされる。せめて医療の単独給付だけでも受けられる方向に持っていくべきである。さらに、もっと手軽に通院できる医療機関が身近にあればと痛感する。『医療意見書』の効果で実際に医療単給が実現することもあるが、野宿生活者の抱える問題は、医療や医師のみでは解決できない。弁護士等の専門家、NPOや個人、行政など多くの支援者の協力が必要である。

(大阪府保険医協会：大阪市浪速区幸町1-2-33 TEL・06-6568-7721)

## ホームレス者が抱える歯科疾患の実情と歯科診療の受療状況

渡邊 充春（松浦診療所歯科・歯科保健研究会）

福田英輝（長崎大学大学院医歯薬学総合研究科）

**目的** 昨年度、本会で石川、福田らにより、野宿生活者（ホームレス者）は、全国調査と比較して劣悪な口腔内状態にある現状を社会医療センターに入院者の調査より報告をした。

歯科疾患は、直接に死亡や全身の健康状態の低下に結びつかないため、ホームレス者本人を含め、保健・福祉関係者においても、緊急性が小さい疾患であると判断され、歯科治療につながらなかったことが予想される。現実の社会的な措置においても、歯科疾患には鎮痛処置と抜歯しか認められていない現状である。今回は、歯科的な問題を有するホームレス者に対する歯科検診後の歯科受療状況について追跡調査を実施した。

**対象と方法** 大阪府保険医協会、大阪ホームレス健康問題研究会、ヘルスサポート大阪、国境なき医師団日本が事務局となり、平成 17 年 10 月 30 日、「野宿生活者支援統一行動」が実施された。当活動の一環として、歯科疾患についての相談と口腔内診査を実施した。相談者 27 名中、緊急性のある歯科疾患を有しており、本人が歯科受診を希望する 12 名に対して歯科医師による意見書を作成した。意見書は、同時に大阪市巡回相談員に送付し、本人との面談の上で歯科治療につなげる措置をとった。後日、歯科医療機関に受診しているかどうかの確認を追跡調査した。また治療につながったものに対して、歯科医師のフォローを行った。

**結果** 相談者 27 名中、健全歯を 20 本以上有している者は 0 人であった。義歯を有していない 23 人のうち、義歯の必要性があると判定された者は、9 人であった。意見書の発行理由については、未処置のう蝕に対する処置、歯周疾患に対する処置、および義歯作成に関する内容が多かった。意見書を発行した者 12 名のうち、9 名が「歯科治療」へとつながった。ホームレス者が歯科医療機関の治療につながるには 1、生活保護窓口にて相談し直接しか治療につながる場合と 2、比較的治療につながりやすい医科的問題で医療機関に受診し、それを契機にその医療機関の付属の歯科や、連携の歯科診療所、病院での受診に結びつく場合があった。治療を終了したものにおいては、食事が進み、下痢がなくなり、医科通院もあり血圧も安定し良好な健康回復を図れたケースも見られた。

**考察** ホームレス者においては、う蝕、歯周病、あるいは歯牙欠損による咀嚼障害が大きな関心事であることが明らかとなった。毎日の食事の確保が困難であり低栄養状態になりがちな生活を送っているホームレス者にとって、咀嚼障害は、健康状態の重大な低下を招く可能性があるため、緊急性が小さいという義歯作成に対する認識を改める必要があると考えられる。歯科医師による口腔内診査にもとづく意見書の発行は、福祉事務所など他分野の方に歯科受療の必要性を理解してもらうためには、重要な役割を果たすと考えられた。また歯科疾患に対する治療で義歯作成などが可能になる福祉的措置の改善などが望まれる。

松浦診療所歯科（大阪市港区弁天 2-1-30、TEL 06-6574-8068）

被爆の実相・被爆体験の継承の課題  
～被爆者の生活史を学んだ学生の意識と行動から～

○黒岩 晴子（佛教大学社会福祉学部）

1、研究目的

我が国は世界で初めて原子爆弾による被害を受けた国であり被爆から61年が経過した。被爆者の高齢化、被爆体験の風化が言われているが、被爆者は高齢期に至ってなお、心身に及ぶ健康被害を抱えて生活している。本研究では、未だに被爆者問題が社会福祉やその専門職教育の課題になりえていない現状の中で、被爆者の生活史把握を主体とした教育実践に焦点を当てた。この間、被爆者の生活史を学び変容していった学生の意識と行動から、被爆の実相・被爆体験の継承の今日的課題を探る。さらに将来、保健・医療・福祉の現場で人々のいのち、暮らし、こころにかかわって働く者の教育の課題を明らかにする。

2、研究方法・対象

研究方法として、質的研究法（修正版・グラウンデッド・セオリー・アプローチ）を用いた。対象は社会福祉系大学の教育課程（2005年度社会福祉援助技術演習）のゼミ受講生18名とした。データの収集は、レポート、メール、授業での発言と個別インタビューの記録等をもとにした。

3、結果・考察

当該ゼミは学生の希望による構成ではなく、ゼミ生の多くは原爆被害や戦争と社会福祉を考えることに無関心に生きてきた人達であった。しかし、被爆者関連施策を調査し、被爆者の生活史を聴き、被爆の実相と被爆者の現状を認識する過程で社会福祉と平和について自分自身の考えを深め、無関心領域から関心領域へ移行してきた。そして、被爆者問題が過去のことでなく、現代や未来につながる問題であり、核兵器廃絶や平和を自分の課題として捉えるようになってきている。さらに、歴史的事実と共に人間の痛みとして被爆者を伝えていこうと、原爆展の開催、絵本作りや小学生への読み聞かせ等の活動を通して聞き手から伝え手へ変化し、被爆の継承が社会福祉を学ぶ者としての役割でもあるとの認識に至っている。

それは、被爆者が長い間、語る事が出来なかった被爆体験とその後の生活を聴いた者としての使命感に突き動かされたこと、また自分と同様に他者の変革に希望を託した行動である。学生たちは被爆を超えて生きる被爆者や活動を通して交流した人々に勇気づけられ、被爆体験の風化と継承の困難を痛感しながらも、平和の課題を自己の思想に内在化する過程を歩んでいる。そして、被爆者もまた真摯に耳を傾ける者の存在と支援に励まされており、教育実践においては被爆体験を聴く機会の提供だけでなく、具体的な継承活動を被爆者や他者との連帯により行う意義が見出された。なお高齢化で直接被爆した人々が減少しているが、幼少時被爆で体験の記憶がない被爆者と若い世代による継承の可能性も示唆された。

キーワード：平和、被爆者、生活史、継承、社会福祉専門職教育 連絡先：kuroiwa@bukkyo-u.ac.jp

## 2004年くまもと被爆者健康調査“プロジェクト04”

牟田喜雄 くわみず病院附属平和クリニック

【調査の主要目的】現行原爆症認定基準は、残留放射線に被曝した可能性がある遠距離低線量被爆者（2.5km以遠ないし被曝線量評価システムDS86で0.01Sv未満）をコントロール群とし、1990年までを調査期間とした疫学調査研究（いわゆる児玉論文）に基づいており、残留放射線を限定的にしか評価しておらず、被曝の影響を過小評価している可能性がある。そこで、全くの非被爆者をコントロール群として、被曝から1990年以降現在までも含めた疾患発症状況を調査し、遠距離・入市被爆者の健康障害の実態を解明すること。

【調査方法】2004年6月～2005年3月を調査期間とし、58歳以上の熊本県内在住被爆者男性162名、女性116名、男女計278名、非被爆者男性298名、女性232名、男女計530名を聞き取り調査した。被爆者は熊本県被団協会員を中心に、非被爆者は、年金者組合組合員、教職員退職者の会会員などを中心に調査への協力を呼びかけ、呼応して調査会場（熊本市2会場、八代市、本渡市各1会場）へ来場した者を対象とした。被爆者については、被爆直前の生活状況、被爆状況、急性症状を示唆する症状の有無、被爆後調査時点までの医療機関で治療を要した疾患の有無・状況など、非被爆者については、終戦当時の生活状況、終戦から調査時点までの医療機関で治療を要した疾患の有無・状況につき、一般調査員の聞き取り後、医師が再度聞き取りを行った。

【結果】【被曝状況】被曝距離：2km未満49名、2～3km未満49名、3～4km未満84名、4～5km未満34名、5～12km19名。14日以内におおむね2km以内に入って行動した場合を入市とすると、入市被曝のみ34名。救護での被曝のみ9名。被爆地：長崎230名、広島48名。3km（長崎で約0.01Svに相当）以遠137名中74%が入市していた。

【急性症状】2km以遠被曝または入市被曝のみ群（1群）の65%、入市被曝のみ群（2群）の71%が何らかの急性症状を示唆する症状があったと回答。脱毛は1群で12.7%、2群で8.8%に認めた。1.9km以内被曝群では88%が急性症状を示唆する症状有り。脱毛は44.9%に認めた。

【被爆者と非被爆者での発症数比較】方法：性、調査時年齢を個別マッチさせて被爆者と非被爆者のペアを278組作り比較。マクネマー検定、発症の不一致ペア数20未満は二項検定を行った。

結果：白血病、悪性リンパ腫、多発性骨髄腫を除く悪性腫瘍は1群の男性、男女計で被爆者の方が有意に多く、約2倍であった。2群の男女計でも被爆者の方が有意に多かった。大腸癌、胃癌、肺癌、多重癌は、1群または2群の男性、女性、男女計のいずれかで被爆者の方が有意に多かった。多重癌は被爆者全員の男女計でも被爆者に有意に多かった。悪性腫瘍以外の疾患では、白血病等（骨髄異形成症候群、再生不良性貧血などの血液疾患をまとめたもの）、肝機能障害等（慢性肝炎、肝硬変などの肝疾患をまとめたもの）をはじめ、12の疾患類型で1群または2群の男性、女性、男女計のいずれかで、被爆者の方が有意に多かった。帯状疱疹が多かったことは被爆者では免疫能が低下する機会が多いことを示唆する。被爆者の悪性腫瘍の約8割が児玉論文の対象期間以降、5割近くが放影研の最新の報告（AHS8報）以降の発症であった。

結語：遠距離・入市被爆者にも被曝による急性症状や後障害が認められることが推定された。  
連絡先：〒860-0811 熊本市本荘2-15-18 くわみず病院附属平和クリニック TEL 096-371-4751

医師・医学者の戦争責任について

演者 武田勝文

共同研究者 井上賢二、高本英司、中村 厚、原 文夫

所属 大阪府保険医協会

私たちは、昨年の保団連医療研究集会で「日本の医学・医療と戦争責任」についてのシンポジウムを開催し大きな成功をおさめた。今年5月には中国ハルピンへ「医師・医学者の戦争責任を考える旅」を実行し全国から33名の参加があった。今回のハルピン訪問での最大の目的は731部隊罪証陳列館を訪れることであった。1938年平房地区の中国人を追い出し特別軍事地域として指定された面積は120平方キロに及び、中心部施設がある地域でも6平方キロもあった。現在は、住宅地、工業地として使用されていることや、1945年8月の敗戦時、証拠隠滅のため施設の大部分が破壊されたこともあり、残存施設は限られたものとなっている。それでも15の展示室に分かれて展示されている資料器具などは貴重なものであった。マルタと呼ばれた捕虜を拘束する足かせ、解剖用鋸、臓器を吊るす鉄製の鉤、くすんだガラスの注射器、石井式細菌培養箱、小銃、機関銃、銃剣、軍刀などであった。文書類では関東軍の特移扱い(裁判抜きで731部隊に送る)に関する命令書、中国側労務者の身分証や証言、元隊員の証言などが展示されていた。

生体解剖、凍傷実験、真空実験室など残虐行為を再現した原寸大模型の前では参加者一行、声も出なかった。犠牲になった“マルタ”の名簿の一部がパネルになり廊下の壁になっていたが20代30代の若者も含まれ、中には蒙古出身者も見られた。館長の王氏は「陳列館の世界遺産への登録を申請中であるが日本側の協力をお願いしたいこと、中国側の資料には限りがあり、日本側資料の提供を要請したい、そして多くの中国人、外国人の訪問を期待する」と述べられた。

人間を臓器、組織の集まりとしか見ず、人の命を弄んだ731部隊の精神は巧妙に姿を変え現代の医療に内在している。医師としてこの問題に正しく向き合うことが医療の歪を正して行くことにつながるのではないか。我々は先の戦争と日本の医学、医療のかかわりに関する検証について、今後、出来る限り医学界、医師会などに働きかけていくつもりである。

連絡先:大阪府箕面市百楽荘2-2-1、Tel&Fax 072-724-3555

医療法人 武田クリニック 武田勝文



## 大阪社会医療センター付属病院退院患者の生活実態調査

### 退院援助により生活保護法による居宅保護に至った患者の追跡調査

社会福祉法人 大阪社会医療センター付属病院 社会医学研究会

鈴木 陽、増田 守、針原重義、中田信昭、坂口浩樹、北村和茂、中平文也、吉田栄子

#### I. はじめに

大阪市西成区のあいりんでは、約2万人の日雇い労働男性が主に、簡易宿泊所を生活拠点にして、現場重作業に就労している。当院は、生活基盤が脆弱な日雇い労働者や野宿生活者を主な対象とする無料低額診療施設である。今回、当院に入院し、生活保護法における居宅保護受給により退院後の療養扶助を行なった230名のうち105名に対して、日常生活の現状について聞き取り調査を行なったので報告する。

#### II. 対象

平成12年4月から平成16年3月の間に当院退院時居宅保護を受給し、平成16年8月から12月までの期間中、聞き取り調査に同意した105名(全例男性)で平均年齢は59(39-77)歳であった。居宅保護継続平均日数は767.2(136-1651)日であった。

#### III. 結果

表1. 退院時における疾患

	人	%
感染症(C型肝炎等)	5	4.8
新生物	25	23.8
内分泌疾患(糖尿病等)	2	1.9
循環器系疾患	8	7.6
呼吸器系疾患	3	2.8
消化器系疾患	15	14.3
筋骨格系疾患	40	38.1
尿路性器系疾患	1	1.0
損傷(骨折等)	6	5.7
合計	105	100

・当院退院時居宅保護を受給した230名のうち125名54.3%については、再来院なく連絡がつかないあるいは調査同意が得られなかった等であった。・105名のうち3名は1.5-2.5年の居宅保護期間後廃止となり、その理由のうちわけは就労自立、家賃滞納がそれぞれ2ならびに1名であった。・単身ならびに同居世帯はそれぞれ103名98.1%、2名1.9%であった。・疾患別では新生物ならびに筋骨格系疾患がそれぞれ80名76.2%が入院前就労していたが、8名7.6%のみが「現在仕事をしている」と回答それぞれ23.8%、38.1%と多くを占めた(表1)。・97名92.4%が医療機関を受診し、そのうち「現在の生活に満足していますか」の問いに対して68名65%が「とても満足、複数科受診患者が40名41.2%に及んだ。退院時に比して「体調が悪くなってきた」、まあまあ満足」と答えた(表2)。入院直前生活が簡易宿泊所ならびに飯場であった「ほかの病気がでてきた」との回答(重複回答有り)がそれぞれ27.6%、40%を占め、46名のうち13名28%が居宅保護下の生活は「あまり満足でない、まったく満足でない」との22.9%より多く、「健康に対する不安」を訴えた(88名83.8%)。いと考えていた。

表2. 生活の満足度と直前生活

	野宿	生活ケアセンター	シェルター	一時避難所	簡易宿泊所	飯場	施設	病院	友人宅	その他	合計
とても満足	1	0	0	1	3	1	1	0	0	1	8
まあまあ満足	13	7	6	1	14	7	5	2	1	4	60
あまり満足でない	1	1	1	0	6	2	1	2	0	2	16
まったく満足でない	0	0	0	0	3	2	0	1	0	0	6
普通	2	1	2	0	6	2	0	0	1	1	15
合計	17	9	9	2	32	14	7	5	2	8	105

#### IV. 考察

居宅保護受給について一定の評価が得られた一方で、健康に対する不安が、慣れない定住生活による孤独感、軽作業就労機会不足、ケースワーカー訪問が充分でない(訪問回数3回以下:94名89.5%)等による生活リズムの変調や相談及び要望等に対するコミュニケーション不足ならびに住宅および騒音等周囲環境の劣悪等により増幅されたケースも存在し、健全な疾病療養継続のために病院と行政のきめ細やかな連携による対応が必要と考えられた。

## スリランカ南西部 A 村における健康相談からみた健康課題

波川 京子 (札幌医科大学)

### はじめに

先行する津波被害調査において、香辛料の効いた食事、紅茶にスプーン 2~3 杯の砂糖、肥満体型者が多いこと、健康調査で「熱がある」、「汗っかき」、「食べ過ぎ」、「心臓がおかしい」、「風邪をひいた」、などの訴えなどから生活習慣病の進行が懸念された。

### 目的および方法

2006 年 3 月、インド洋津波被災地の A 村で健康相談を実施した。人口は 2,870 人、世帯数 548 世帯、津波被災世帯 376 世帯である。性別・年齢別構成は把握していない。

医療機関での一般的な受診の流れは、受付→医師の診察→医師の指示で血圧等の測定や検査→処方である。今回の健康相談の流れは、受診票と記録用紙 (Health Sheet) を来所者自身が持って診察と測定・処方等の各コーナーを回ることにした。受付→血圧測定、身長・体重測定、測定値記入→診察、処方箋、受診票記入→投薬→Health Sheet と処方薬を持って帰る流れに会場を設営した。役割分担は現地医師が診察と投薬を担当し、血圧・身長・体重測定と、Health Sheet への記録等は研究者が担当した。

今回の健康相談は、被災者への医療援助だけでなく、血圧・身長・体重測定と自己記録の習慣化を目的とした。

成人来所者の血圧、身長・体重を測定し、血圧は 2000 年の日本高血圧学会の正常範囲 (85-130mmHg) と比較した。身長・体重測定値から標準体重ならびに BMI を算出し、肥満度判定は日本肥満学会肥満症診断基準の普通体重 ( $18.5 \leq \text{BMI} < 25$ ) と比較した。

### 結果

来所者は 64 人 (男性 16 人、女性 48 人) であった。男性 16 人のうち糖尿病 9 人、高血圧 2 人、膝関節炎 3 人、その他の疾患 5 人であった。女性は糖尿病 1 人、甲状腺 1 人、上気道感染 3 人、高血圧 5 人、膝関節炎 10 人、その他の疾患は主に婦人科疾患であった。

血圧測定者は 62 人 (男性 14 人、女性 48 人) であった。男性で最高血圧が正常範囲を超えていたのは 9 人、最低血圧が正常範囲を超えていたのは 5 人であった。女性で最高血圧が正常範囲を超えていたのは 23 人、最低血

圧が正常範囲を超えていたのは 7 人であった。血圧値が正常範囲であった男性は 14 人のうち 5 人、女性は 48 人のうち 24 人であった。男性女性とも加齢とともに血圧は上昇していた。

身長・体重測定者は 61 人 (男性 15 人、女性 46 人) で、体重と身長から BMI を算出した。男性と女性の BMI 平均はいずれも 26 であった。男性で BMI25 以上は 11 人、BMI 18.5 以下は 3 人であった。女性では 23 人が BMI 25 以上、BMI 18.5 以下は 4 人であった。

### 考察

医療費と妊婦健診・出産費は無料であるが、生活習慣病予防の取り組みを来所者から聞くことはなかった。妊婦健診記録には体重と血圧測定、血液型判定が含まれているが Health Sheet への血液型の記述はほとんどなかった。身長・体重や血圧測定の習慣はないが、測定を拒否する来所者はいなかった。

肥満度判定と血圧の正常範囲は日本の基準を用いたが、この基準がスリランカ人の基準に合致するかの検証はしていない。血圧値は高値を示した来所者が多かったが、平素の血圧値がわからないため、血圧測定に慣れていないことで高値を示したのか、生活習慣の結果として血圧値が高いのかを明らかにすることはできなかった。血圧値が高い、BMI25 以上の来所者が約半数いたが、高血圧や糖尿病治療中の者は少なかった。疼痛や不快感などの自覚症状が現れる膝関節炎の治療者が多く、医療機関の受診の流れからも、自覚症状の少ない疾患は治療開始が遅れることが推測され、顕在化しない生活習慣病の発症者は多いことが予測される。

スリランカ人の平均寿命は 1996 年の時点で男性 70.7 歳、女性 75.4 歳であった。WHO 糖尿病プログラムのスリランカの糖尿病罹患率予測は 2000 年で 65 万人、2030 年で 154 万人と予測されていることから糖尿病をはじめとする生活習慣病の予防対策が必要であると言える。また、スリランカに日本の保健師・養護教諭に相当する職種はない。学齢期を含めた健康管理、生活習慣病予防対策を実際に推進する人材育成も課題と言える。

連絡先: [namikawa@sapmed.ac.jp](mailto:namikawa@sapmed.ac.jp)

第 47 回日本社会医学会総会

企画運営委員長 樋端 規邦

事務局長 濱谷 正支

事務局 山下 一義

岸 照人

(協力：徳島県民医連)