

ISSN 0910-9919

BULLETIN OF SOCIAL MEDICINE

社会医学研究

第48回 日本社会医学会総会
講演集

日本社会医学会 特別号 2007
JAPAN SOCIETY FOR SOCIAL MEDICINE

第 48 回日本社会医学会総会

2007年 名古屋市

メインテーマ

「格差社会の健康を守る社会医学」

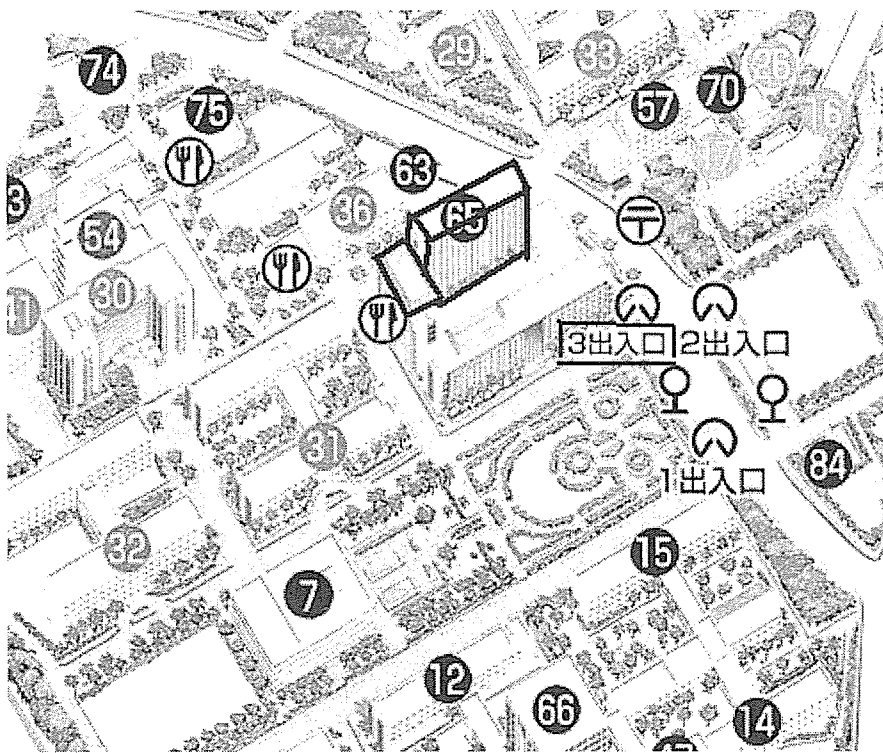
日時：2007年7月21日（土）～22日（日）

会場：名古屋大学東山キャンパス I B 電子情報館

〒464-8601 名古屋市千種区不老町 Tel 052-789-4363

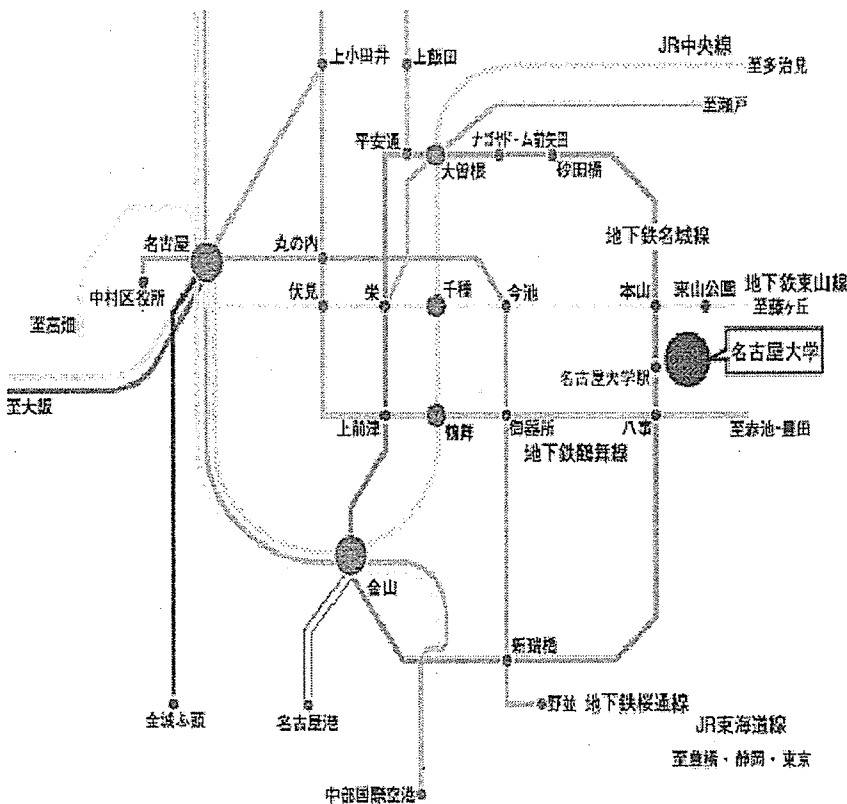
主催：第 48 回日本社会医学会総会 企画運営委員会

企画運営委員長 久永直見・愛知教育大学教授



学会会場
IB電子情報館
北館1階及び2階

地下鉄・名古屋大学駅
3番出口下車



地下鉄名城線名古屋大学駅下車徒歩5分

JR名古屋駅・名鉄新名古屋駅・近鉄名古屋駅からの場合…地下鉄東山線藤が丘行きに乗車し、
本山駅で地下鉄名城線右回りに乗り換え、名古屋大学駅下車。所要時間約30分(乗換含)

ごあいさつ

第48回日本社会医学会総会は2007年7月21日・22日の2日間、「格差社会の健康を守る社会医学」をメインテーマとして、名古屋大学東山キャンパスで開催することになりました。

本学会総会は、招待講演に韓国のウルサン（蔚山）大学金良昊（キムヤンホ）教授をお迎えし、「韓国における産業医学の歩みと展望」をお話いただきます。

また、特別講演は名古屋大学医学部附属病院長の松尾清一先生にお願いし、「国立大学病院の現状と医学医療の課題」をご講演いただきます。

4つのシンポジウムが企画され、1. メンタルヘルスのフロンティア、2. ホームレスの健康、3. 格差社会の健康、4. アスベスト問題の解決、という、まさに今学会のメインテーマにふさわしい社会医学の課題が発表・討論されます。

また、2つの教育講演が企画され、1. 死因別寿命延長への寄与年数からみた都道府県格差、2. エビデンスに基づかない特定健診とメタボ対策、という今日的な話題が解説されます。

一般口演もたくさんの演題をいただきました。メンタルヘルス、介護、職域健康、障害者・高齢者・公害、医師の勤務条件、薬害の演題が発表されます。

自由集会は、1. 健康格差と社会医学、2. 大企業労働者の安全と健康問題、3. 戦争と医の倫理題、の3つが、1日目の懇親会の後で開催されます。

懇親会がもたれることも、今学会の特徴です。学会員の交流と懇親を深めていただきたいと思います。

おおむね40歳以下の会員の発表にたいする奨励賞が最高5題まで、表彰されます。また、すべての優秀発表は、機関誌「社会医学研究」への投稿が奨励されます。

会場は、地下鉄・名古屋大学駅（名城線）の3番出口徒歩1分のガラス張りの美しいIB電子情報館です。名古屋駅から東山線本山乗り換えで、30分以内で着きます。中部国際空港からは、名鉄で金山駅に行き、地下鉄名城線で名古屋大学駅まで、1時間くらいで着きます。

学会をつくるのは、会員の皆さまです。ぜひ、積極的なご参加と活発な討論をお願いします。

なお、学会の開催にあたり、公益信託第24回日本医学会総会記念医学振興基金から、多大なご援助をいただいたことをご報告し、感謝の意を表します。

第48回日本社会医学会総会 企画運営委員長 久永直見

第48回日本社会医学会総会参加の皆さまへ

1. 第48回日本社会医学会総会・総合受付は、I B電子情報館北館1階の会場015号室の前でおこないます。

すべての参加者は、総合受付で受付をお済ませください。

① 参加費を納入された方には、『参加証』とネームプレートをお渡しします。

会員	3000円	(非会員 4000円)
院生・学生	1000円	
懇親会費	3000円	
抄録集追加	1000円	(会員には事前配布されるのでご持参ください)

② 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、総合受付で、その旨、申し出てください。

その際、パワーポイントなどのためのプロジェクター使用についてお聞きします。発表するファイルは、ウインドーズのソフトとして、USBフラッシュメモリーか、CD-Rにコピーして事前にお届けください。遅くとも、発表のセッションの前の休憩までにお届けください。マックで作った場合は、Winに入れて、動作を確認してからご持参ください。

3. 座長は、定刻に座長席に着席してください。

なお、運営は時間を厳守して、定刻に終了してください。

一般口演は、講演12分、質疑・討論8分です。

シンポジウムや教育講演などは、それぞれ、指定された時間です。

4. 演者は、口演時間を厳重に守ってください。

5. 自由集会の運営は発起人にお任せします。

6. 7月22日(日)の昼食は、I B電子情報館の1階の突き当たりのカフェテラスで、軽食やお弁当、飲み物を用意しております。カフェテラスは、11時半から13時半まで開店しています。総会に余裕をもって出席するには、お弁当を当日、10時までには総合受付でご注文ください。

7. その他、ご質問は総合受付で、お申し出ください。

第48回日本社会医学会総会 プログラム

7月21日(土)

IB館012号室

10:00~11:30

理事会

IB館012号室

11:30~12:50

評議員会

IB館2階大講義室

13:00~13:05

開会挨拶 久永直見 企画運営委員長

IB館2階大講義室

13:05~14:00

招待講演

韓国における産業医学の歩みと展望 金良昊(キムヤンホ)韓国蔚山(ウルサン)大学教授
座長 久永直見

IB館2階大講義室

IB館015号室

14:10~16:00

シンポジウム1. メンタルヘルスのフロンティア
座長:上畑鉄之丞、山崎 喜比古
1. 精神保健福祉センターにおけるメンタルヘルス対策
大重頼三郎(愛知県精神保健福祉センター)
2. メンタルヘルスの最前線で
—メンタルクリニックという臨床現場から
天笠 崇(メンタルクリニックみさと)
3. 医師の過労と医療の改善を求めて
中原のり子(中原利郎過労死裁判原告)
4. 患者の立場からみた心の病の職場復帰
藤野ゆき(同志社大学大学院)

14:10~16:00

シンポジウム2. ホームレスの健康
座長:逢坂隆子、福地 保馬
1. 格差社会における貧困の世代間連鎖
—釜ヶ崎からの報告—
逢坂隆子(四天王寺国際仏教大学)
2. 格差社会における外国籍無保険者の健康問題
大脇甲哉(神奈川県勤労者医療生活協同組合)
3. あいりん地域の高齢者特別清掃事業登録者における
結核の現状 落合裕隆(大阪市立大学)
4. 東京上野周辺の路上生活者の実態調査と支援
のあり方の考察 義平真心(東京大学)

IB館2階大講義室

IB館015号室

16:10~17:30

一般口演 1-1 メンタルヘルス
座長:埴田和史

1. <ひきこもり>現象分析視点の検討
檜垣昌也(聖徳大学短期大学)
2. メンタル不全に関する復職判定とならし勤務の
事例について
阿部眞雄(東海大学)
3. 精神科訪問看護の現状と課題
—地域での生活を支える仕組みとして—
武田弘美(神戸市看護大学)
4. 不安からパニックになる高齢独居女性の在宅支援
センターによる援助の限界
古川潤子(A市地域包括支援センター)

16:10~17:30

一般口演 1-2 介護
座長:関谷栄子

1. 介護労働者の筋骨格系障害に関する実態調査
—腰痛が多発する老人ホーム・老健施設、介護福祉社
における作業の影響— 服部 真(城北病院)
2. 介護労働者の筋骨格系障害に関する実態調査
—労働時間と筋骨格系症状との関連の検討—
舟越光彦(九州社会医学研究所)
3. 介護労働者の筋骨格系障害に関する実態調査
—夜勤・交替制勤務と腰痛訴え率—
北原照代(滋賀医科大学)
4. 高齢化社会における介護専門職の需給についての
考察
伊藤八寿子(聖徳大学短期大学)

17:45~19:00

懇親会 会場:花の木

19:10~21:00

自由集会1
健康格差と社会医学
発起人:逢坂隆子
IB館015号室

自由集会2
大企業労働者の安全と健康問題
発起人:三栄国康
IB館014号室

自由集会3
戦争と医の倫理題
発起人:西山勝夫
IB館013号室

7月22日(日)

	IB館2階大講義室		IB館015号室
9:00~10:00	一般口演 2-1 職域健康 座長:近藤高明 1. 単身赴任労働者の健康状況の実態調査 服部由起夫(星槎大学) 2. 特定健康診断に向けての栄養指導のあり方 村上律子(星槎大学) 3. 勤労者の睡眠時間と勤務・生活・心理関連要因との関連—愛知県内某自治体職員における検討— 八谷 寛(名古屋大学)	9:00~10:00	一般口演 2-2 障害者・高齢者・公害 座長:榊原久孝 1. 近畿水俣病検診の教訓 中村賢治(大阪社会医学研究所) 2. 視覚障害リハビリテーションワーカーの資格認定の重要性について 高柳泰世(本郷眼科) 3. 市場原理のもとでの高齢者小規模デイサービスの運営上の課題 関谷栄子(白梅学園短期大学)

	IB館2階大講義室		IB館015号室
10:10~12:00	シンポジウム3. 格差社会の健康 座長:高島毛敏雄、山本 繁 1. 格差社会における公衆衛生活動の諸問題 高島毛敏雄(大阪大学) 2. 野宿から居宅へ、そして地域で生きる 梅田道子(社福法人・ヒューマンライツ福祉協会) 3. 貧困と健康と医療システムに関する一実践報告 黒川 渡(くろかわ診療所) 4. タクシー労働者に見る今日の貧困とホームレス問題 荒木弘幸(福岡医療団 千鳥橋病院)	10:10~11:50	シンポジウム4. アスベスト問題の解決 座長:久永直見、田村昭彦 基調講演 柴田英治(愛知医科大学) 建設労働者に対する石綿曝露対策の課題 シンポジスト 1. 中皮腫患者の肺内石綿および非石綿繊維濃度の経年変化 酒井 潔(名古屋市衛研) 2. 石綿肺がんを疑われる建築業従事者10例のまとめ 久永直見(愛知教育大学) 3. ホームレス者のアスベスト被害 田村昭彦(九州社会医学研究所) 4. 東京・大田区でのアスベスト被災掘り起こしの取り組み 色部 祐(アスベスト被災対策大田連絡会)

	IB館2階大講義室
12:00~12:55	総 会 ・ 昼 食 (IB館1階カフェテリアなど)

	IB館2階大講義室		IB館015号室
13:00~14:00	一般口演 2-3 医師の勤務条件 座長:中川武夫 1. 社会の医者の養成 ~社会医学と公共政策大学院の役割 佐分利応貴(東北大学) 2. 勤務医の労働環境実態と意識に関する調査 原田佳明(大阪府保険医協会勤務医部会) 3. 病院勤務からの離職を希望する医師の特性 埜田和史(滋賀医科大学)	13:00~14:20	一般口演 2-4 薬害 座長:舟越光彦 1. 救済制度創設前の予防接種事故 1948京都・島根ジフテリア予防接種禍事件の周辺事情 栗原敦(京都・島根ジフテリア予防接種禍事件研究会) 2. タミフル薬害と国の対応(第1報) 異常行動という「重大な副作用」の肯定から否定、そして実質的肯定へ 片平潤彦(東洋大学) 3. 薬害HIV感染患者および家族の「薬害」の認識 溝田友里(東京大学) 4. 薬害HIV感染患者の健康と生活の変化 —7年の追跡研究から 井上洋士(東京大学)

	IB館2階大講義室
14:25~15:25	教育講演1. 死因別寿命延長への寄与年数からみた都道府県格差 渡辺智之(社福法人仁至会・認知症介護研究・研修大府センター) 教育講演2. エビデンスに基づかない特定健診とメタボ対策 服部 真(城北病院) 座長:山田裕一

	IB館2階大講義室
15:30~16:30	特別講演 国立大学病院の現状と医学医療の課題 松尾清一 名古屋大学附属病院長 座長 宮尾 克

	IB館2階大講義室
16:40~17:00	奨励賞表彰式 ・ 閉会 上畑鉄之丞 理事長

招待講演

韓国における産業医学のあゆみと展望

金良昊（キムヤンホ）

韓国蔚山（ウルサン）大学教授

座長 久永直見（愛知教育大学）

特別講演

国立大学病院の現状と医学医療の課題

松尾清一

名古屋大学附属病院長

座長 宮尾 克（名古屋大学）

招待講演

韓国における産業医学のあゆみと展望

金良昊

蔚山大学病院産業医学科

1. はじめに

私は、韓国の軍事政権の時期に学生生活を送り、労働衛生の激動期に労働衛生の現場、あるいは、政府付属研究院及び大学で、約20年近く労働衛生の問題に取り組んできた。それをふりかえって、その各時期の労働衛生と関連した歴史的イベントを考察し、産業医学における労働者、政府及び産業医学専門家の役割について検討し、産業医学専門家の課題について考えてみたい。

2. 韓国の労働衛生の時代的考察

- 産業荒廃期(産業保健行政の全無期/解放後及び戦後混乱期): 1945-1950年代
- 産業化基礎確立期(産業保健行政の揺籃期): 1960年代
- 産業構造高度化・基盤造成期(産業保健行政の足踏み期): 1970年代
- 産業自立化及び開放期(産業保健行政の構築期): 1980年代中盤まで
- 経済世界化進入了期(産業保健行政の跳躍期/社会民主化時代/労働者参加の拡大/職業病発生の社会問題化): 1980年代末-1990年代
- 経済世界化拡大期(IMF/FTA)(産業保健行政の定着期/低出産及び高齢化/産業構造の変化/民主主義定着/国内労働者健康問題の多様化・両極化/労働者健康問題の開発途上国への転嫁): 2000年代

3. 産業医学専門家の今後の課題

今後は、今までとは異なり、労働衛生の目標及び労働衛生の対象また労働衛生戦略方法論の再検討が必要であろう。特に、職業病及び労災の下請け労働者、非正規職及び外国人労働者への移転が深化し、労働者健康問題の両極化が進む韓国の現状で、産業医学専門家も、これらの脆弱階層の労働衛生問題に取り組んでいくべきであろう。また、国際的にも労働衛生問題の開発途上国への転嫁が拡大され、アジア各国のNGOの国際的連帯も重要になるだろう。

特別講演

国立大学病院の現状と医学医療の課題

松尾 清一

名古屋大学医学部附属病院長

以下、学会事務局の編集による、名古屋大学附属病院のホームページ等より転載

病院長からの挨拶 名古屋大学附属病院長 松尾 清一

皆様、名大病院のホームページアクセスして頂き大変ありがとうございます。

名大病院は、明治4年の名古屋藩評定所跡に仮病院が置かれたときに始まり、診療、教育、研究の中心として、130年以上にわたって東海地方のみならず世界的なレベルで医学医療に貢献してきました。

名大病院には多くの優秀なスタッフが勤務しており、医療の質と安全を重視し、患者様の満足度の高い医療を提供できるよう、日々医学医療の研鑽に努めています。また設備面の充実も着々と進んでおり、平成18年度に最新鋭の設備を備えた中央診療棟が完成し、また平成20年度には患者様のアメニティーを重視した新外来診療棟が竣工する予定です。

私たちは、患者様には安全かつ高度で満足度の高い医療を提供し、学生や研修生には豊かな教育を行い、そして職員には社会貢献度の高い仕事を通して深い満足感を得て頂ける、病院になりたいと願っています。また、次世代を担う優れた医療人の育成や、新しい医療技術の研究開発も、国民から名大病院に課せられた大切な使命であると考えています。

私たちは、名大病院がこのような使命を達成するために、構成員である職員や学生だけではなく、広く市民や患者の皆様の率直なご意見に耳を傾け、社会に開かれた病院・国民の負託に応える病院として一層の充実を図るため、努力を続けて参りたいと考えています。

松尾 清一 先生 ご略歴

現職： 名古屋大学医学部附属病院長

名古屋大学大学院医学系研究科 病態内科学講座 免疫答内科学分野 教授

研究分野： 免疫学、内科学一般（含心身医学）、腎臓内科学

名古屋大学医学部 1976年卒

名古屋大学 院 医学研究科 内科学 1981年修了 医学博士

シンポジウム 1

メンタルヘルスのフロンティア

座長 上畑鉄之丞（過労死・自死相談センター）

山崎喜比古（東京大学）

1) 精神保健福祉センターにおけるメンタルヘルス対策

大重頼三郎（愛知県精神保健福祉センター）

2) メンタルヘルスの最前線で

ーメンタルクリニックという臨床現場から

天笠 崇（メンタルクリニックみさと）

3) 医師の過労と医療の改善を求めて

中原のり子（中原利郎過労死裁判原告）

4) 患者の立場からみた心の病の職場復帰

藤野ゆき（同志社大学大学院）

シンポジウム メンタルヘルスのフロンティア(最前線)

司会のことば

上畑鉄之丞(過労死・自死相談センター)

山崎 喜比古 (東京大学)

わが国の自殺死亡数が、警察庁の統計で、1998年から昨年まで連続9年間3万人を越えていることがよく知られるようになった。ちなみに、1997年の自殺数が約2万2千人強であったことからみると、毎年8千人以上、9年間で実に8万人以上の国民が自ら命を絶つという選択をしたことは、この期間に生きるすべを失わざるを得ない社会状況があったことを物語っているにもかかわらず、小泉内閣をはじめ歴代の政権がなんらかの救済策や予防対策をとったという記憶はない。わずかに、健康日本21の「こころと休養」対策で、年間自殺数を2万2千人台にまで減少させるという目標を定めただけで、具体的な方策は示さなかった。昨年の通常国会では、ようやく超党派の議員立法で自殺防止法が成立したものの、ここでも具体策は今後にゆだねられている。本年6月8日、国はようやく「自殺総合対策大綱」を閣議決定し、内閣府のなかに「自殺対策推進本部」をおき、厚生労働省、総務省などの関係省庁連絡会議を強化したものの、年間自殺数の減少目標は20%(2万5千人)以上とするにとどまった。

一人の自殺者の背景には数十人のうつ病に悩む人の存在、あるいは多数のメンタルヘルスの不安をかかえる人の存在が指摘されている。とくに、わが国の自殺急増が、中高年男性の「社会経済的」環境によっていることが大きいことが指摘されていることからみても、職場や地域でのメンタルヘルス対策は重要である。前述の「大綱」は、「心の健康づくり」として、(1)職場におけるメンタルヘルス対策の推進、(2)地域における心の健康づくり推進体制の整備、などがかかっているものの、従来の対策の域を超えるものはみられない。

本シンポジウムでは、こうしたわが国の精神保健施策の貧困のなかで、現場の第一線で活動する人たちが、どんな問題をかかえ、どのように活動をすすめているのか、また、どのような展望を持っているかを、シンポジストの問題提起をもとに、参加者が議論をし、対策を煮詰めていくことを期待している。

精神保健福祉センターにおけるメンタルヘルス対策

愛知県精神保健福祉センター 大重頼三郎

1. はじめに

精神保健福祉センターは、「精神保健及び精神障害者福祉に関する法律」第6条に規定されており、精神保健福祉に関する中核施設として、県民の精神的健康の保持増進を図るとともに精神障害者の福祉の増進を図るための専門機関です。保健所、市町村、社会復帰関連施設や医療機関をはじめとする地域関係機関、団体と連携して地域精神保健福祉活動を推進します。

職員は、精神保健指定医、精神科ソーシャルワーカー、臨床心理技術者、保健師などの専門職が多く、全員で協力しこころの病の予防から精神障害者の社会復帰に至るまでの課題について、専門的かつ総合的に対応しています。

2. 精神保健福祉センターの業務内容

精神保健福祉センターは、『精神保健福祉センター運営要領』に基づき下記の業務を行っています。

(1) 企画立案

主管部局及び関係機関への精神保健福祉に関する施策等の企画立案

(2) 普及啓発

こころの健康について、県民の理解と意識を高めるために、関係機関・団体が実施する普及啓発活動に協力。パンフレットを作成し広く配布。

(3) 技術援助

精神保健福祉に携わる関係機関が行っている相談や事業に対する技術的な援助。

(地域支援計画援助、個別事例援助、事例検討会援助、パイロット事業援助など)

(4) 人材育成

精神保健福祉に携わる保健所、市町村、障害福祉サービスを行う事業所等の関係機関や関係職員の方たちの知識や技術の向上を図るための研修会の開催。

(5) 組織育成

県単位の精神保健福祉関係の組織育成。社会復帰施設、家族会、ボランティアなどの交流会活動の支援。

(6) 調査研究

地域精神保健福祉活動を推進するための必要な調査研究と、関係機関の効果的活動のための精神保健福祉に関する統計及び資料の収集・整備・提供。

平成17年度研究テーマ『うつ病予防対策に関するアンケート調査』

平成18年度研究テーマ『地域精神保健医療福祉研究会』を開催し、作業所の今後の運営の方向性に関するアンケート調査を実施。

(7) 精神保健福祉相談

心の健康を守るための個別相談や家族教室、グループ活動など。

(8) 精神医療審査会

入院している精神障害者の人権を守るための入院届・病状報告等の審査や退院請求等

入院中の精神障害者の処遇審査にかかる審査会事務。

(9) 自立支援医療（精神通院）・精神保健福祉手帳の判定および手帳・自立支援医療受給者証の発行業務

平成 19 年 4 月 1 日現在、精神保健福祉手帳所持者 15,641 人（名古屋市除く）

3. 精神保健福祉相談について

(1) 面接相談

初回の人との面接相談は週 1 回（木曜日）に予約制で行っています。まず、電話で相談内容を簡単にお聞きし、予約日を決めます。相談内容によっては、より適切な相談機関や医療機関を紹介させていただいたり、あるいはアドバイス等で終了したりすることもあります。

平成 18 年度の相談件総数 2,723 件

（予約相談：1,020 件（うち新来相談 68 件）、予約外相談：1,703 件）

新来相談内容：性格上の問題、精神障害、ひきこもり、薬物・アルコール関連

(2) グループワーク

当センターで継続相談を行っているご本人やご家族の方を対象に、グループ活動を行っています。グループとしては、以下のものがあります。

①ひきこもりを考える親の集い

②薬物問題を考える親の集い

③対人交流の苦手な青年やひきこもりがちの青年の活動グループ

(3) 家族教室

いろいろな精神保健問題に関する家族教室を開催しています。現在行われている家族教室としては、以下のものがあります。

①薬物問題に関する家族教室（薬物依存に関する学習と家族同士の交流を図ったり、相談を受ける関係者の学習の場となったりしています。）

②うつ病家族教室と家族の集い（うつ病に関する学習と家族同士の交流を図ります。）

(4) 心の健康電話

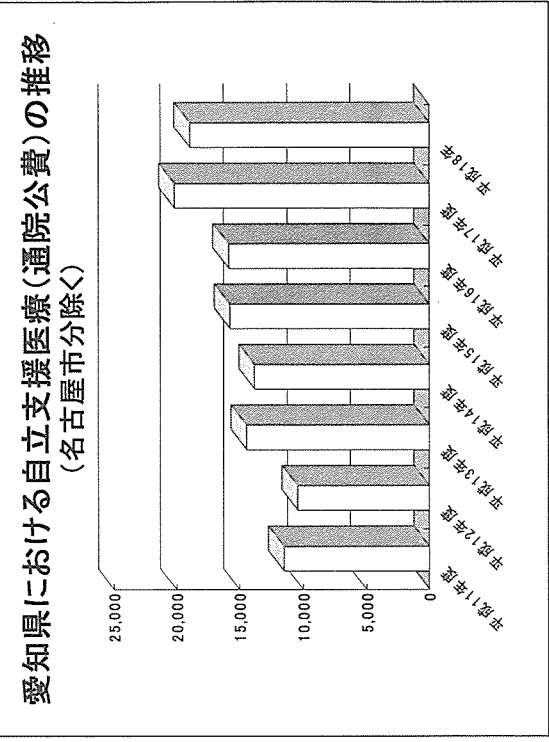
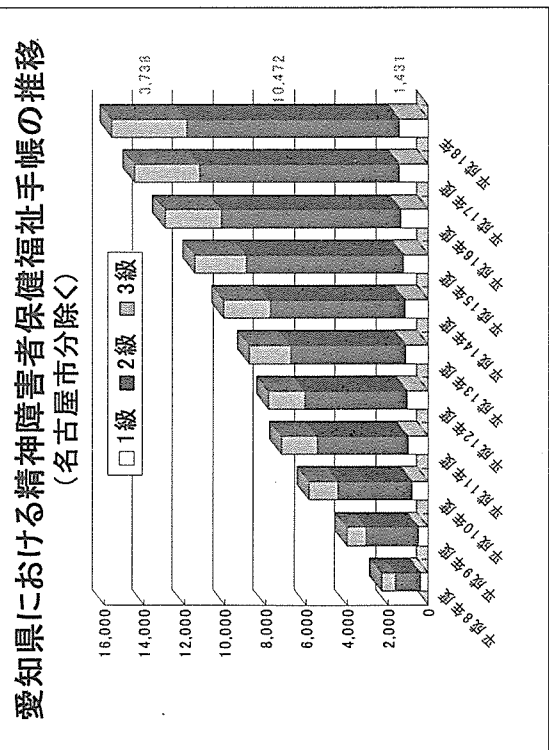
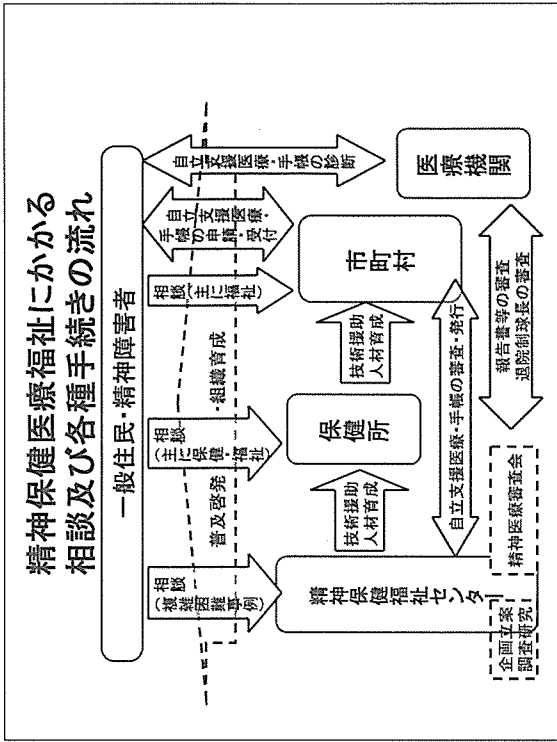
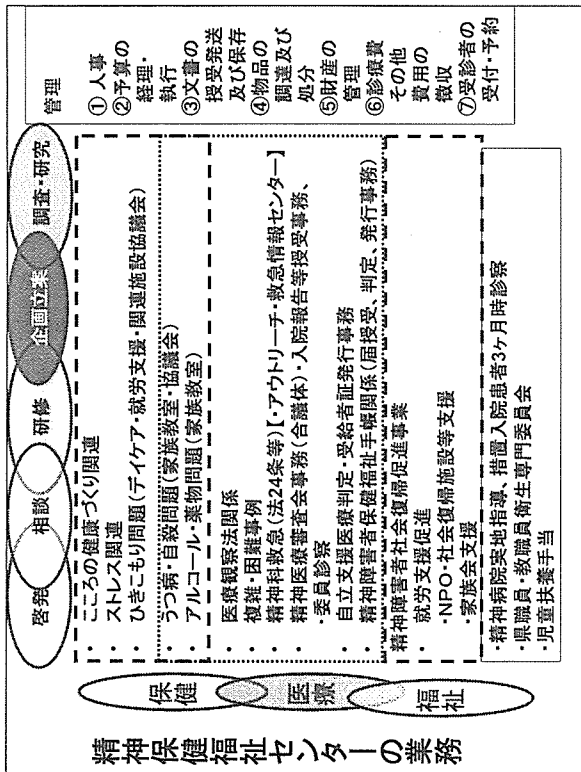
広範囲の心の健康（保健・医療・福祉）に関して、匿名で電話相談を行っています。従来は一回線で開設時間が月～金曜日（年末年始・祝日を除く）の午後 1 時から午後 4 時までとなっていましたが、この他に特に自殺予防を中心とした相談に対応のために 365 日午前 9 時から午後 5 時まで対応出来るようにと「心の健康電話あいちこころほっとライン」と銘うって 3 6 5 今年度から一回線増やしました。

平成 18 年度 電話相談件数：1,042 件

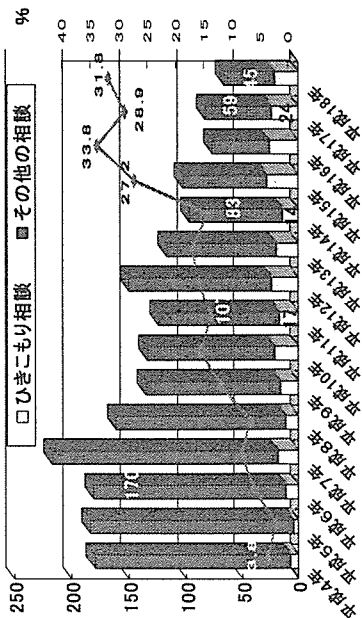
相談内容：病気関連（罹患の有無・診断について）、性格上の問題、社会復帰問題

4. 課題について

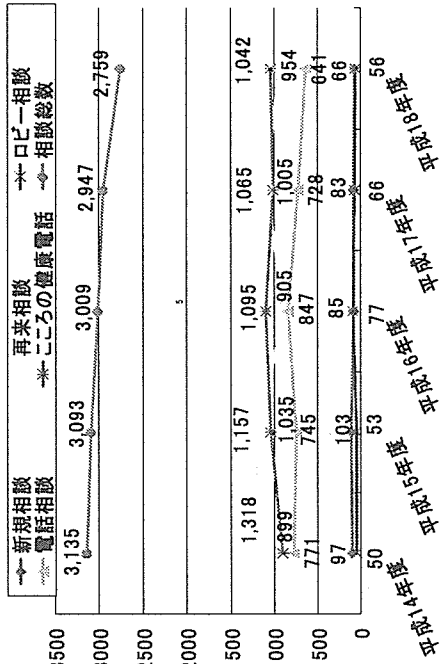
今年度は、知事のマニフェストに自殺対策・ひきこもり対策が重点施策として取り上げられ、いわゆるメンタルヘルス対策の重点がますますの思われます。センターへの要求も増大しています。限られた職員数の中でどのように精神保健福祉に関する知識の普及・啓発をより効率的にかつ効果的に行っていくのかが今後の課題となってくると思われます。



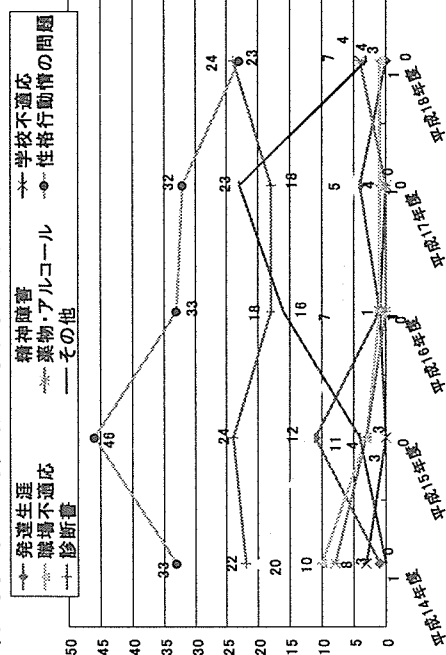
精神保健福祉センターにおける新規相談件数



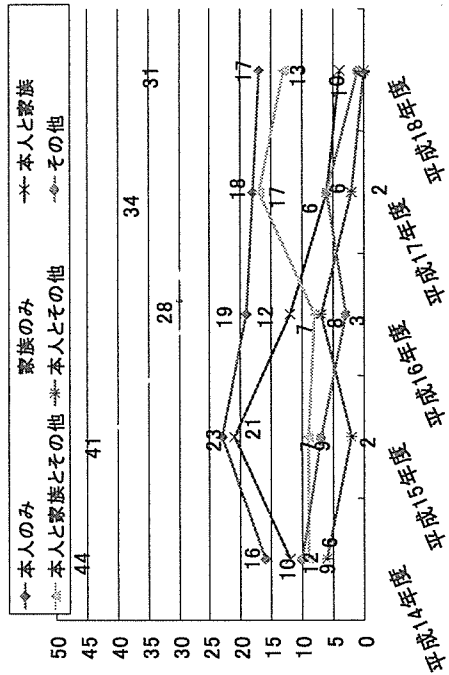
精神保健福祉センターにおける相談件数の推移



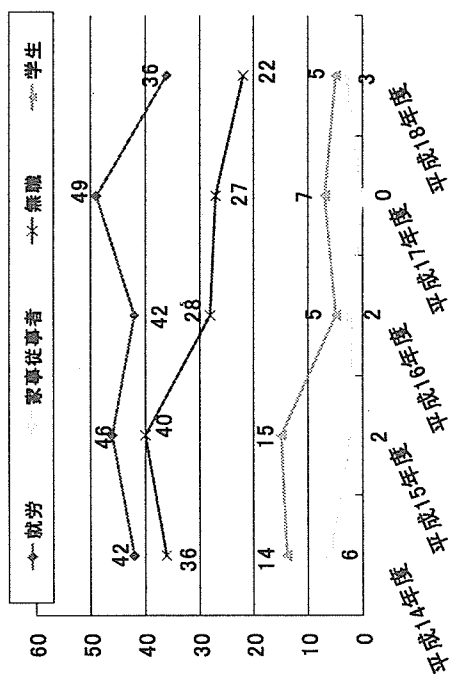
相談件数の推移(新規相談:相談内容別)



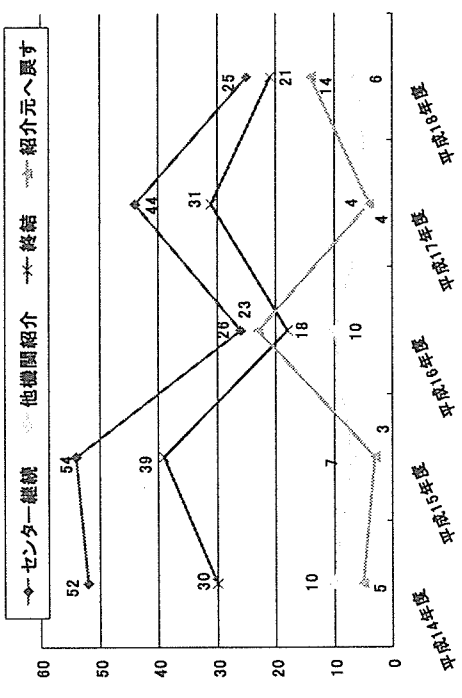
相談件数の推移(新規相談・来所者別)



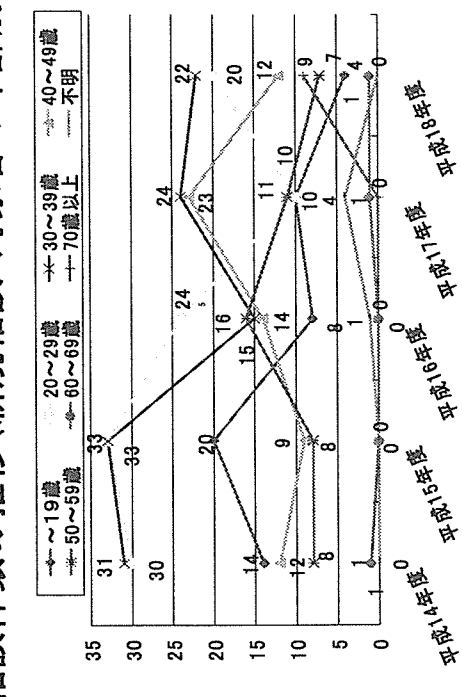
相談件数の推移(新規相談・対象者の職業別)



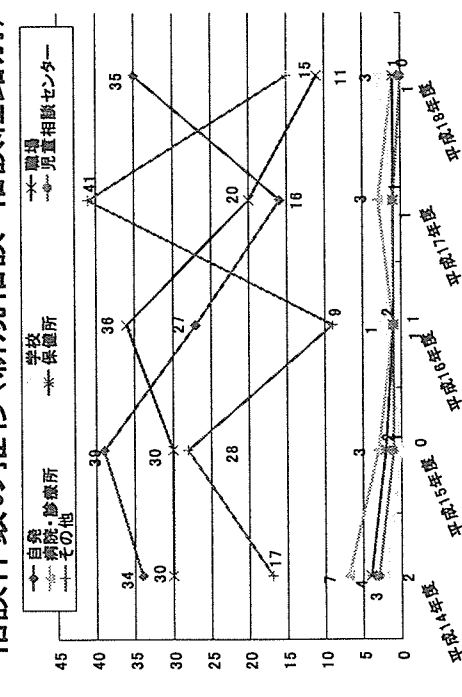
相談件数の推移(新規相談・相談後処遇別)



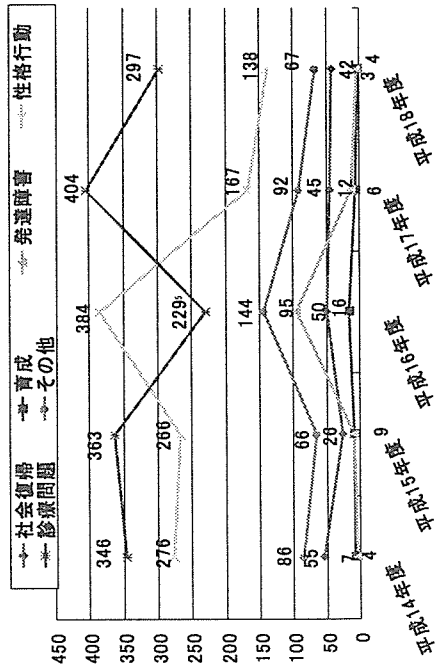
相談件数の推移(新規相談・対象者の年齢別)



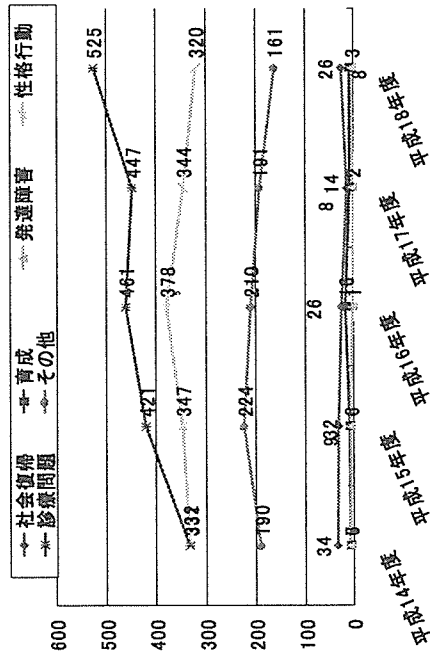
相談件数の推移(新規相談・相談経路別)



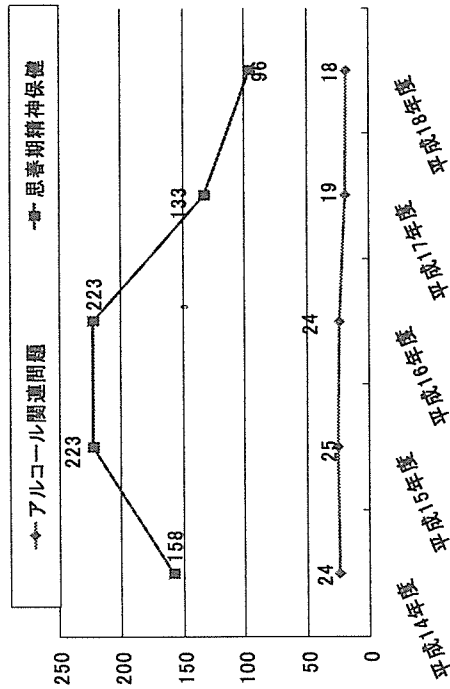
主問題別相談件数の推移（電話相談）



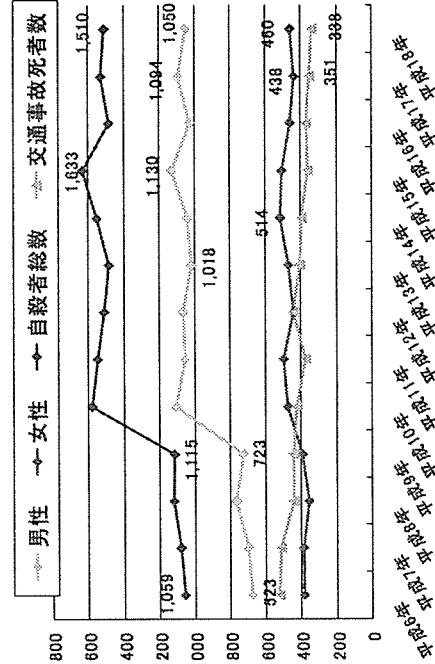
主問題別相談件数の推移（こころの電話相談）



特定相談件数の推移



愛知県における自殺者の男女別年次推移



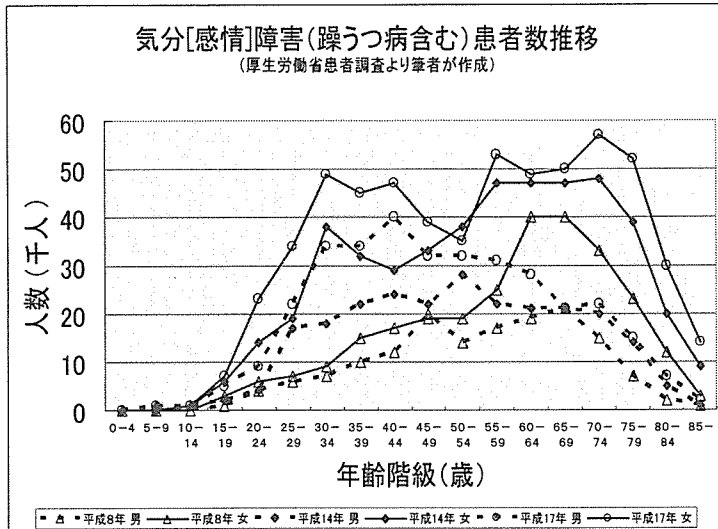
メンタルヘルスの最前線でーメンタルクリニックという臨床現場から

天笠崇（メンタルクリニックみさと）

街の精神科クリニックに勤めて丸5年を過ぎた。臨床医、鑑定医、産業医、公衆衛生学研究者の4つの切り口で見た、メンタルヘルスの最前線についてお話をしたい。

1. 臨床医としての最前線で ～ 一億総過労時代とうつ病の倍増

クリニックの新患予約電話は、途絶えたことがない。新患の6割がうつ病を中心とした気分[感情]障害、3割が不安障害、残りがその他の精神及び行動の障害だった。患者の過半数が有職者で、多かれ少なかれ過重労働の結果うつ病に罹患したり、うつ病を再発させ



たりしている。

患者調査（厚生労働省）によれば、過去10年間で患者数増加が目立つのは糖尿病と気分[感情]障害で、働き盛り・子育て世代でうつ病が増えている。特に外来でうつ病患者数が倍増している。

1987年以来、真っ先に「裁量労働制」が適応されたIT技術者が相次いで受診している。2000年代以降、20代のダブル～トリプル・ワーカーの受診が増えてきている。

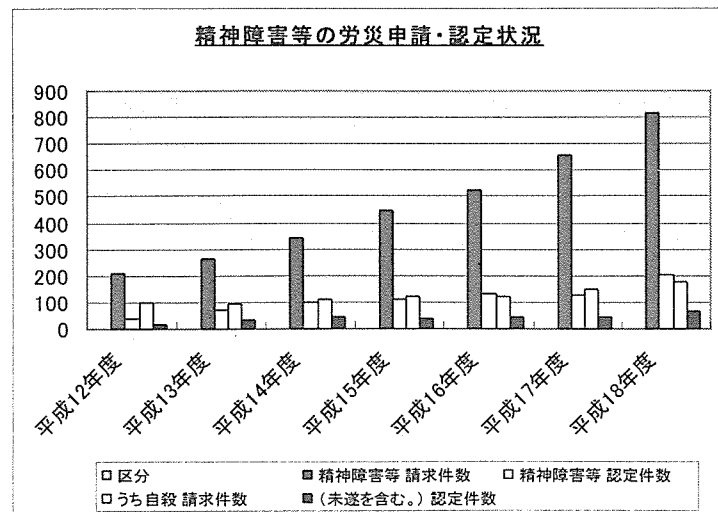
障害を抱えた子どものケアに当たっている主婦、受験と塾通いでくたびれ果てた10代の初診も定期的にみられる。他の職種では、看護師、介護士、教師、保育士の受診が目立つ。

2. 鑑定医の最前線で ～ 女性労働者のうつ病とハラスメント

1～2ヶ月に1事案のペースで、労働関連精神疾患・自死の労災申請や裁判事例に関わってきた。近年、自死事案に加えて、うつ病を中心とした精神疾患（つまりご本人は生きておられる）、男性の事案に加えて女性の事案の相談が目立つ。業務起因性の中味として、長時間過重労働の事案が引き続き見られるが、男女を問わずハラスメントがうつ病の相対

的有力原因であった事案が、この数年続いている。

「精神障害の労災補償状況（厚生労働省）」によれば、近年労災申請件数は右肩上がりで増え、昨年は800件を超えた。認定割合は4人に1人程度だから、労災認定されない事案数が、とうぜん、年々増えている。労災不支給を不服とし（行政）訴訟にまで発展する事案も増加の一途である。労災不支給処分を求めた行政裁判で

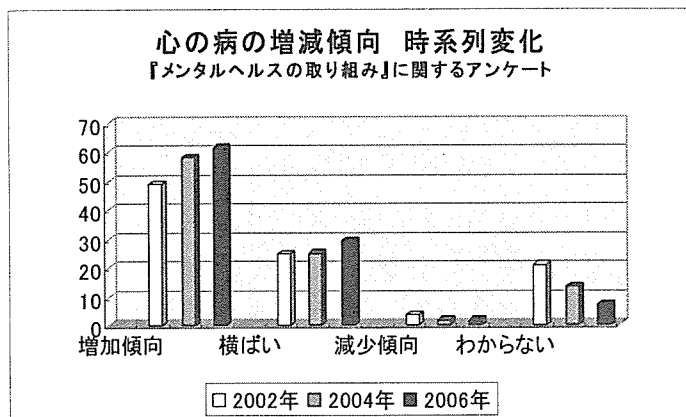


は、近年、原告（＝遺族）勝利判決が相次いでいる。圧倒的に被告＝国に有利な行政訴

訟の中にあつて、過労死・自死案件のみ、国が負けこむという特異な事態となっている。労災認定のガイドラインである『判断指針』の運用上の問題が、労基署側にある。同時に、『判断指針』そのものの改定も求められている。改訂の際には、「判断指針を予防に役立てる」視点を望む。

3. 産業医の最前線で ～ 一次予防活動の重視を

社会経済生産性本部メンタル・ヘルス研究所が実施したアンケート調査によれば、心の病が「増加傾向にある」と回答する企業割合が増加している。



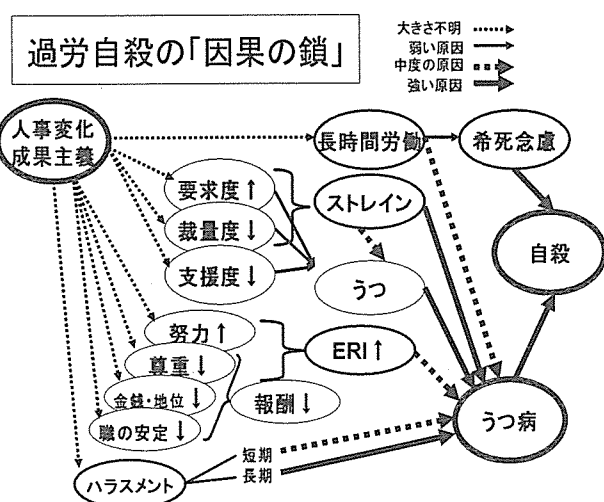
筆者は、いくつもの職場から精神科産業医として関わってほしいという切実な要請をいただくが、身はひとつで全てに応えきれない。

2000年以降、3つの中小事業所に、調査を兼ねて関わった。経営幹部が本気で、職員のメンタルヘルスの保持・増進に取り組んだ事業所では、メンタル不全者の発生数を減らすことに成功している。関わりの具体的

な中味は、①心の健診（労働のストレスとストレスを測定し、職場ごと、個人ごとに分析結果を報告。同時に、ハイリスク者への受診勧奨。）、②メンタル講演（メンタルヘルスに関する基礎知識についての心理教育。対象は、全職員の場合と中間管理職の場合とがあった。）、③ワークショップ（問題解決スキル、コミュニケーション・スキル）の3本柱であった。わが国でも、EAP（従業員支援プログラム）プロバイダーが急成長しているが、「一次予防活動」を重視した本来のメンタルヘルス活動への一層の取り組みを期待する。

4. 公衆衛生学徒の最前線で ～ 新自由主義的人材マネジメントシステム「成果主義」の弊害

拙著『成果主義とメンタルヘルス』（新日本出版社）において、いくつもの社会調査と疫学研究を援用して、「成果主義（賃金）制度」とうつ病・自死の因果関係について解明した。



いずれの先進諸国でもうつ病が増加し国家財政を逼迫しつつある。実証的データは乏しいが、新自由主義的社会経済システムが、メンタルヘルスを悪化させているとしか考えられない。労働組合を初めとした対抗勢力が、もっと力をつけないとメンタル不全は決して減らないだろう。これまで「部分的退出」で労働者は対応してきたが、それも限界で、「退出による改革」(レナード・ジョッパ)の時は近いのではないか。その改革は、労働者一人ひとりに「健康な価値観」(徳永 1991)、すなわち、①会社への忠誠でなく仕事に誠実、②睡眠・休憩を十分にとる、③好きなレジャーで気分転換する、といった働き方、を保証するはずである。

医師の過労と医療の改善を求めて

小児科医師・中原利郎過労死裁判原告 中原のリ子

平成 11 年 8 月 16 日、都内の民間病院に勤務する夫は真新しい白衣に着替えて、病院名の書かれてある煙突の上から投身自殺しました。享年 44 歳でした。こどもが大好きで、小児科医師は自分の天職であると信じ、小児科医であることに高い誇りを持っていた夫が、連続する過酷な宿直勤務体制のなかで疲れ果て、心身をすり減らし、やがては体調とともに精神状態のバランスを崩して行く状況を目の当たりにしていた私は、「医師がこのような追い詰められて行くことは、おかしい。何かが、どこかが間違っている」と、感じ続けていました。その疑問と違和感を、亡くなった時に部長室の机の上に置かれていた『少子化と経営効率のはざままで』を読んだ時、私はようやく理解することができました。「これが、悩みの種だったのか」そこには常日頃、夫が小児科勤務医として生活してる中で、断片的に口にしてきた事が、すべて綴られていました。「少子化と経営効率のはざままで」と題された文書には、都内の病院で相次ぐ小児科の縮小、あるいは廃止。厚生省（当時）が主導する医療費抑制政策から、病院の経営効率化が求められ、そのために人手も手間もかかり、しかも診療報酬の低い小児科が切り捨てられていく現状。疲れ果て、無力感に苛まれながら、それでも子どもたちを目の前にして、医師としての責務をもまっとうしようとする医療現場で、何もかもを見失って行く夫の切々たる思いが、そのままそっくり残されていたのです。「夫は、この小児科が置かれている現状を訴えて、多くの人たちに知ってもらいたかったに違いない」。文書を手にした時に、夫の「小児科医師としての思い」を、広く社会に知らせていかなければならない。それが、私の使命だと感じました。小児科医師としての業務に起因して亡くなったのですから、夫の死は「労災」です。私は直ぐに労災申請の準備を始めました。2001年9月、私は新宿労働基準監督署に、労災申請を行いました。しかし労働基準監督署は2年後の3月、「不支給決定」をしました。夫の死は「業務に起因するものとは認められない」。しかも「当直は労働時間ではない」というのが、その理由でした。24時間救急体制の小児科で、当直室でうたた寝程度の睡眠がとれたとしても、救急患者の受診や、入院患者の急変にいつでも対応できる緊張した体勢と、心構えが要求されます。「ただいればいい」というような、留守番的な当直とは、まるで実体が異なっているのです。そこでは、深夜労働を伴わない法規上の当直と、急患も病棟の重症患者も診る実際の夜間勤務の、言葉の上での摩り替えが行われていました。私は夜間勤務であることの実情を認めない、国の認識に改めて憤りを感じざるを得ませんでした。一般の企業では決して考えられない働き方が、医療の現場では普通に、しかも常識として罷り通っていたのです。私は、東京都労働局に労働保険審査請求を求めました。しかしこれも、翌年に「審査請求棄却」されました。そこで今度は日本全国を管轄する労働保険審査会に再審査を請求するとともに、労基署の決定を不服として、国を相手取った行政訴訟の訴えを起こしました。その行政訴訟を通して、「宿直勤務においては、少なくとも、疲労

を回復し得る程度の深い睡眠を確保することは困難であったといわざるを得ない。月に多数回、恒常的に宿直当番を担当することは、それだけ睡眠が奪われる危険性が高まる」平成19年3月14日、東京地裁で夫・中原利郎の過労死を認定するという判決が出ました。国の控訴断念により、この判決が確定しました。しかしながら、その直後、民事裁判においては、全く正反対の判決が出されました。労働者である医師の管理・監督責任を問い、病院側には安全配慮義務があった、という訴えは、認められなかったのです。医師の過重労働が社会的に認知されるためには、まだまだ長い道のりがあるようです。行政裁判の判決が大きく報道されたこともあり、ここ最近にはようやく医師の過重労働の実態が社会問題としても語られるようになって来ました。医師が良好な労働環境下で、健康に働けるということは、患者さんの健康を守ることそのものでもあります。勤務体制・条件などを早急に見直し、医療者にとって人間らしい労働環境が整うことを願って止みません。

- 医師の過労死による労災申請
- 1 佐世保市の院長代行医師（61歳）過労死（87年）→公務災害認定（92年）
- 2 広島県福山市民病院の外科医師（26歳）過労死（90年）→公務労災認定（97年）
- 3 茨城の外科勤務医（29歳）過労自殺（92年）→労災認定（05年）
- 4 山梨の産婦人科勤務医（35歳）過労死（96年）→労災認定（99年）
- 5 大阪・府立急性期総合医療センターの麻酔科医（33歳）過労死（96年）→損害賠償
支払命令（07年）
- 6 千葉の小児科女性勤務医（43歳）過労死（97年）→労災認定（99年）
- 7 大阪・関西医大の研修医（26歳）過労死（98年）→労災認定、労働者として最
低賃金の保障（01年）
- 8 神奈川の整形外科勤務医過労死（98年）→労災認定（03年）
- 9 東京の部長医師（53歳）過労自殺（99年）→公務災害認定（04年）
- 10 立正佼成会付属佼成病院の中原小児科医師（44歳）過労自殺（99年）→労災認定
（07年）
- 11 神奈川の公立医大の研修医（30歳）過労自殺（00年）→労災認定
- 12 沖縄の嘱託医（30歳）過労死（01年）→和解勝利（05年）
- 13 福岡の内科勤務医（43歳）過労死（01年）→公務災害認定（06年）
- 14 北海道の小児科勤務医（31歳）過労死（03年）→労災認定（07年）
- 15 東京の離島診療所の歯科医師（51歳）過労死（04年）→公務災害申請中
- 16 奈良の内科勤務医（26歳）過労死（04年）→労災申請中
- 17 愛媛県の麻酔科医（28歳）過労自殺（04年）→損害賠償命令（07年）
- 18 日本大学医学部付属病院の研修医（26歳）過労自殺（06年）→労災認定（07年）

患者の立場からみた心の病の職場復帰

○藤野 ゆき (常磐会短期大学)

1 はじめに

近年、心の病による休職者が増加、一定の休職期間を経て職場復帰するようになってきている。しかし、中小企業など産業保健スタッフが不在や十分に機能していない職場では、労働者の職場復帰は労働者個人と使用者が直接話し合い復帰の条件が決定される場合、患者本人の希望が使用者側に十分に受け入れられないということがある。

本稿では、産業医はいるものの十分に機能していない職場の労働者の職場復帰の事例を紹介する。本事例では職場に企業別の労働組合はないが、個人加盟の地域労働組合（以下、地域労組）の職場分会を結成し支援を行っている。事例を通して、患者と支援者の立場からみた職場復帰のあり方を検討する。

2 事例の概要

医療関係の団体職員 A さん (40代女性)

2004年に解雇。2005年1月 裁判で和解、職場復帰。

業務指示がないなど嫌がらせが横行。

2005年5月 うつ病発症、休職。

2006年1月頃 職場復帰に向けて意欲

3月 復帰の意向を主治医に伝える。

4月から復職したい意向を主治医の診断書を添えて会社に伝える。

4月 会社から連絡がなく、主治医が会社に連絡。

6月末 地域労組が団体交渉

7月 1日からリハビリ出勤を開始。

主治医から「意見書」(業務上の配慮)提出

8月 会社から主治医に対して「お尋ね」届く

10月 体調不良となり、再休職。

12月末 退職

3 会社の対応の問題点

会社は本人及び主治医からの職場復帰の意向を受け取ってから、3ヵ月以上も復帰の受け入れをしなかった。また、団体交渉の中で「100%治っているだろうな」といった発言があるなど、心の病を理解する姿勢がなく、地域労組や主治医が提案した職場での病気についての学習会も開催されることはなかった。

4 主治医と支援者の役割

(1) 主治医の役割

主治医は患者の診断・治療に直接かわり、患者の症状とその変化について、誰よりも正確に理解し得る

立場にある。したがって、職場復帰の可能性とその方法および条件について意見を述べることができるのである。

この事例では A さんがリハビリ出勤を開始後、主治医は職場での配慮などを「主治医の意見書」として会社に提出をした。しかし会社は意見書の A さんの希望する配属部署に対して「患者の主観ではないか」と受け入れない姿勢をとり、主治医に対して「お尋ね」として反論した。主治医は会社からの問いかけに対して「主治医は、どんな患者さんの訴えにも、まず心を傾けて傾聴するのが医療の基本です。その患者さんの意見を『主観』という言葉で、表現するのは適切ではありません」と主治医としての立場を明らかにした。会社はこの主治医の意見を否定することはできなかった。

(2) 地域組合の役割

地域労組は患者の職場復帰のためのリハビリ出勤の具体的な条件を検討し要求した。また、復帰受け入れを引き延ばす会社に対して団体交渉権を行使してリハビリ出勤を実現させた。

(3) 職業病相談会(患者会)の役割

職場復帰を前にして、頸肩腕障害などの患者たちの職業病相談会に参加することで、A さんは自らの病気や治療、職場復帰について向き合うことができた。また、A さんの回復状況にふさわしいリハビリ出勤計画を立てることができた。

5 患者の立場からみた心の病からの職場復帰

本事例はフルタイムのリハビリ勤務を行いながら、最終的には賃金を受け取る形での職場復帰に至らないまま退職という結果になった。

厚生労働省の「手引き」では、企業に職場復帰のプログラムの作成を求めているが、企業内の職場改善は明確に位置づけられていない。復帰時の配属先の変更や一時的な時間外労働や休日労働を制限することを示唆しているにすぎない。

しかしながら、本事例のように一定の支援体制を作り、リハビリ出勤プログラムを作成したとしても、それを受け入れる会社側に職場改善の意志が全くなければ、職場復帰を実現していくことは困難である。心の病からの職場復帰を実現していくためには、形式的なプログラムだけではなく、健康に働けるための職場改善も共に行う必要がある。

シンポジウム 2

ホームレスの健康

座長 逢坂隆子（四天王寺国際仏教大学）

福地保馬

1) 格差社会における貧困の世代間連鎖

—釜ヶ崎からの報告—

逢坂隆子（四天王寺国際仏教大学）

2) 格差社会における外国籍無保険者の健康問題

大脇甲哉（神奈川県勤労者医療生活協同組合）

3) あいりん地域の高齢者特別清掃事業登録者における結核の現状

落合裕隆（大阪市立大学）

4) 東京上野周辺の路上生活者の実態調査と支援のあり方の考察

義平真心（東京大学）

格差社会における貧困の世代間連鎖

—釜ヶ崎からの報告—

○ 逢坂隆子、高鳥毛敏雄、山本繁、西森琢、井戸武實、黒田研二、安部満枝

NPO HEALTH SUPPORT OSAKA

【はじめに】大阪市西成区釜ヶ崎における①大阪社会医療センター付属病院（無料低額診療施設）入院患者調査および②大阪市高齢者特別清掃事業従事者調査をもとに、釜ヶ崎の高齢日雇労働者・野宿生活者・元野宿生活者に認められる幼少時・成長期生活状況の影響について分析する。

【方法】①は2003年9月、②は同年8月～12月に実施した調査の再分析である。

【結果】(表1)(表3)(表4)は2003年大阪社会医療センター入院患者調査結果である。

(表1)：調査対象例は国民栄養調査結果をくらべ身長が低い者が目立つ。40代・50代はほぼ2～3cmの差がみられる。60代以上では差なし（但し野宿の有無により身長に有意な差あり）。身長は成長期の栄養状況、特に動物性蛋白の摂取状況との関連が強いことから推測すると幼少時から必要な栄養が摂取できにくいような、なんらかの困難を抱えていた可能性が高い。60代以上に差がないのは国民全てが低栄養状況にあった時期と一致するためか。40・50代に差がみられるのは経済成長に伴って格差が大きくなってきたためか。

(表2)：50代・60代とも国民栄養調査結果とくらべて低身長。

(表3)：中学卒業以下が6割強。不就学者がみられる。

(表4)：5割強が40代までに歯がほとんど役に立たなくなっている（9本以下）。

【おわりに】貧困の世代間連鎖の存在を示唆するものである。

(表1)野宿の有無別身長の年齢10歳階級別平均値(N=141・男)

年齢	野宿なし	野宿あり	合計	国民栄養調査
40～49	165.5(6.1)	168.6(6.8)	166.9(6.5)	169.0(6.1)
50～59	162.7(7.5)	164.6(7.4)	163.7(7.4)	166.2(6.1)
60～69*	165.2(5.6)	160.5(4.3)	163.6(5.6)	163.1(5.9)
70～	160.9(5.3)	160.1(7.7)	160.6(5.6)	159.5(6.3)

*野宿有無の間でt検定にて $p < 0.05$ 単位はcm()内は標準偏差

(表3)教育歴()内は%

不就学	1
小(卒・中退)	3
中(卒・中退)	79(58%)
旧中・高(卒・中退)	47
短大・専門学校・大卒	4
合計	136(100%)

(表2)大阪市高齢者特別清掃事業従事者

年齢	調査と国民栄養調査の身長比較			
	55～59歳	60～64歳		
	特掃	国栄	特掃	国栄
N	405	744	494	694
平均値	164.8	166.2	162.9	163.1
標準偏差	5.9	6.1	5.8	5.9

(表4)歯が9本以下になった年齢()内は%

年代	野宿なし	野宿あり	合計	累積%
20代	1(3)	2(7)	3(5)	(5)
30代	3(8)	8(28)	11(17)	(22)
40代	12(33)	8(28)	20(31)	(53)
50代	16(44)	7(24)	23(35)	(88)
60代	4(11)	3(10)	7(11)	(99)
70代以上	0(0)	1(3)	1(2)	(100)
合計	36(100)	29(100)	65(100)	(100)

格差社会における外国籍無保険者の健康問題

○大脇甲哉、沢田貴志、山村淳平、富田茂、谷潤一、早川寛、天明佳臣
神奈川県勤労者医療生活協同組合 港町診療所

【はじめに】

日本に滞在する外国籍住民、特にニューカマーといわれる 1980 年代以降に来日した人々には日本社会の中で健康面にもさまざまな格差（不利益）が存在する。港町診療所では彼らに対して、診療のみならず医療へのアクセスを容易にし、健康を維持するための社会医学的活動を行ってきた。今回その活動について報告する。

【外国籍無保険者に対する港町診療所の活動】

当診療所には、ニューカマー外国人が多く受診しており、1990 年から 2002 年までの 13 年間に実数で 10,635 名が受診した。2006 年の月別平均受診者 678 名のうち外国籍 207 名、外国籍で健康保険が無いものは 129 名だった。外国人の日本定住化が増え健康保険を持つ人が増加してきたが、現在でも当診療所外国籍受診者の 62%は無保険である。

外国籍であることによって発生する健康面での不利益は以下の項目が上げられる。

- A. 彼らの多くは健康保険を持たず、自己負担額が高額なため、早期受診が困難である。
- B. 就労先が中小企業であり、事業所健診を行っていないことが多く、早期発見が困難である。
- C. 言葉が通じないため、診療に障害が生じ、治療内容に関しても本人が納得できない。
- D. 社会保障システムに関する情報に疎遠であり、保健サービスを受けられない。などである。

我々はこれらの健康格差を解決するため諸団体と連携し以下の活動を行ってきた。

(1) みなとまち健康互助会 MF-MASH

港町診療所の外国籍受診者(実数)は 1990 年以降急激に増加し、ピーク時の 1993 年には 1,688 名に達した。彼らの大多数が無保険者であったため、1991 年カトリック教会や支援団体と連携して「みなとまち健康互助会 (MF-MASH)」を設立し、自己負担額を低減し医療へのかかりやすさを実現し、健康診断による予防医学的な活動を開始した。月 2,000 円の会費を支払い、港町診療所での診療費の 30%を自己負担するというシステムである。互助会設立後会員数は急速に増加し、4 ヶ月後 2,000 名、4 年後には 5,000 名を超えた。14 年経過した 2007 年 3 月現在の会員はフィリピン・韓国など 78 ヶ国・7,801 名、女性の割合は 26%である。

(2) 外国人結核検診・健康相談会

MF-MASH の活動の一つである健康診断は、当初会員を対象に港町診療所で開催されたが、より幅広い対象者を求めてキリスト教会・外国人支援団体と連携し、公的施設や教会などで開催した。1994 年川崎市との合同開催を始めに、横浜市・神奈川県などの自治体とも協力関係を構築した。また同時期からシェア=NPO 国際保健協力市民の会と連携している。港町診療所とシェア協働の健診受診者は 1993 年から 2006 年までに 7,548 名、国籍はフィリピン・中国など 67 ヶ国である。健康保険保有者は平均 31.3%、過去に健診を経験した受診者は年々増加し 2006 年は 69.4%であった。

(3) MIC かながわ

医療通訳ボランティアを養成し、神奈川県内の医療機関に医療通訳を派遣することを目的に、2002 年 MIC かながわ (NPO 多言語社会リソースかながわ) が設立された。通訳対象言語はスペイン・ポルトガル・中国・英・タイ・タガログ・コリアなど 10 言語であり、神奈川県事業 17 病院への通訳派遣実績は 2002 年から 2006 年の累計 6,627 件である。外国人健診会への通訳派遣も行っている。

(4) 外国人労働者と連帯する神奈川連絡会議

1991 年入国管理法改正問題をきっかけに、当診療所と教会・労働組合・シェルターなど外国人に関わる団体が集まり、外国人労働者と連帯する神奈川連絡会議を組織した。外国人の健康や人権に関わる問題を話し合い、政策提言・申し入れを行ってきた。また外国人に保健情報を伝える活動も行っている。

【まとめ】

以上のように神奈川では、多方面の団体が連携し、行政とも協力関係を構築して外国人問題に取り組んできた。高額な医療費に対してはソーシャルワーカーの努力で未払い補填事業などの制度の活用や分割納付、健康診断による早期発見・早期治療、通訳派遣、健康情報の周知などの面で改善がみられた。しかしここ数年外国人に対する取締り強化や医療制度改正による経営の圧迫が、医療へのアクセスや受入に悪影響を及ぼしている。もう一度外国人の人権を考え直す時期になったと考える。

あいりん地域の高齢者特別清掃事業登録者における結核の現状

落合裕隆¹、下内昭²、西森琢³

¹大阪市立大学大学院医学研究科公衆衛生学、²大阪市保健所、³NPO Health Support Osaka

【背景】

大阪市西成区のあいりん地域は、大阪市内において最も結核罹患率の高い地域であり、ホームレス人口が多いことでも知られている。

あいりん地域には、NPO 釜ヶ崎支援機構というホームレスの自立支援を目的とする NPO がある。この NPO 釜ヶ崎は大阪府、大阪市からの委託事業として 55 歳以上のホームレス者等に高齢者特別清掃事業を提供し、日給 5700 円を支給する。同時に、再就職のための技能講習を行う支援をしている。18 年度の登録者は 2530 人であるが、実際に労働に従事している人数は約 1500 人であった。又、登録者の特性上、結核の発病率が非常に高く、平成 17 年度に 9 日間にわたって行われた健診においては 1546 人の健診受診者中、30 人(2%)が結核要医療者であった（厚生労働科学研究費補助金「ホームレス者の医療ニーズと医療保障システムのあり方に関する研究」、主任研究者 黒田研二）。したがって、この集団に対して結核対策を重点的に行うことは公衆衛生上、非常に重要である。

この状況下、平成 18 年度はあいりん地域で無料結核健診が大阪市保健所によって、月 3 回行われた。

【目的】

平成 18 年度のあいりん地域における結核健診の結果を検討し、今後の対策を模索する。

【方法】

結核健診結果を基に、健診受診者中における特掃登録者の受診者数・受診率・肺結核症者数・菌陽性者数（塗抹陽性者数、培養のみ陽性者数）を算出した。平成 18 年に肺結核症で治療した者を調査し、特掃登録者数・菌陽性者数を算出した。

【結果】

2006 年 4 月 1 日～12 月 31 日の期間において、特掃登録者における結核健診受診者数は 975 人（受診率：39%、実働人数を分母とした場合は約 65%）であった。特掃登録者の受診者 975 人中、肺結核症と診断された者は 13 人（1.3%）であった。

同期間、肺結核症で治療した者の中で、結核健診によって発見された特掃登録者数は 10 人であり、10 人中 5 人が菌陽性（塗抹陽性：2 人、培養のみ陽性：3 人）、すなわち菌陽性率は 50%であった。一方、健診以外で発見された特掃登録者数は 8 人であり、8 人中 8 人が菌陽性（塗抹陽性：5 人、培養のみ陽性：3 人）、すなわち菌陽性率は 100%であった。

【考察】

無料であり、月 3 回、さらには受診に便利な場所での健診にもかかわらず、受診率は 39%と低率であった。このことは特掃登録者における早期発見・治療の重要性に対する認識不足が考えられる。

健診で早期発見された患者における菌陽性率（50%）は、健診以外で発見された患者における菌陽性率（100%）よりも低かった。これは健診の早期発見の有効性を示すものであると同時に、健診を受診しない者にどのように受診を普及していくかという課題を提議している。

対策としては、健康教育により定期的に健診を受診し早期発見・治療することの重要性を説いていく、かつ登録時において登録希望者全員が健診を受診できる環境を整えていく必要があると考える。

本研究は、厚生労働科学研究補助金新興・再興感染症研究事業「効果的な結核対策に関する研究（主任研究者、石川信克）」の研究として実施された。

東京上野周辺の路上生活者の実態調査と支援のあり方の考察

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 精神医学研究所付属東京武蔵野病院

1. はじめに

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、路上生活の実態と支援のあり方について分析、検討を行った。本調査の新規性は、より調査協力者との信頼関係を重視した当事者参加型調査であること、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及び抑鬱状態のスクリーニング調査を実施したことにある。

2. 研究の目的

- ・ 上野周辺における路上生活者の実態（生活・直前居住・健康の状態）を明らかにする
- ・ スクリーニングにより精神疾患の可能性を探り、他の要素との関連性を調べる
- ・ 以上の結果の考察より支援のあり方の提言に繋げる

3. 調査結果

<生活状況>

路上生活の期間は 1 年未満の人が全体の 46% を占め、一方で 5 年以上の路上生活者は全体の 24% となる。また、収入が無い人が約 70% で、収入が有る場合でもその約 65% が月 3 万円未満。路上生活期間が長いほど年齢が高い、路上生活期間が長いほど家族との連絡を取らないという傾向が見られた。

<路上生活直前の居住状態>

路上生活になる前に、関東地方に住んでいた人が多く（約 90%）、飯場や簡易宿泊所等の非住宅に居住していた人が多い（約 60%）。非住宅居住者層は、国際的にホームレス生活者と定義されており、路上生活となる以前より福祉・住宅政策の対象者である可能性が高い。

路上生活直前の居住状態と台東区にいたかどうかのクロス表 N=192

	台東区にいたかどうか			合計
	関東地方 (東京都除く)	東京都内 他市区	台東区	
路上生活直前 の居住状態				
住宅	53	18	2	73
非住宅	106	9	4	119
合計	159	27	6	192

<健康状態>

東邦大式うつ状態自己評価尺度(SRQ-D)と久里浜式アルコール症スクリーニングテスト(KAST)を行いクロス集計した結果、抑うつ状態とアルコール依存症の有意な関連性がみられた。

その他、疾患数が多いと自覚症状数が多い、疾患数が多いと抑うつ傾向にある、疾患数が多いとアルコール依存症のリスクが高い、路上生活期間が長いほど抑うつ傾向にある等の有意な相関が見られた。

抑うつ状態とアルコール依存症のクロス表

N=211

	アルコール依存症					合計
	正常 飲酒群	問題飲酒 予備軍	問題 飲酒群	重篤 飲酒群	治療が 必要	
抑うつ状態						
問題なし	120	36	12	11	10	189
境界	6	2	1	2	6	17
軽症うつ病	2	2	0	0	1	5
合計	128	40	13	13	17	211

4. 支援のあり方の考察

路上生活期間に対する年齢及び抑うつ状態の相関が見られることから路上生活の長期化が問題視される。路上生活者の精神疾患は顕在化しにくく病識がないケースが多いため、支援を受けにくい状況にあり、アウトリーチ活動の必要性がある。また、アルコール依存症の路上生活者に対する効果的な支援の開発が求められる。発表では路上生活の問題を予防的支援と対処的支援とに分けて論じることでより効果的な支援の提言に繋げたい。

連絡先： 義平真心（よしひらまごころ） magokoro-ky@umin.ac.jp

一般口演 1-1

メンタルヘルス

座長：埜田和史

＜ひきこもり＞現象分析視点の検討

○檜垣昌也

聖徳大学短期大学部

＜ひきこもり＞を問題にするとき、報告者は大きくわけて次の三つの視点から問うことができると考える。それは、①個々の＜ひきこもり＞行為の病理性を問うもの、②＜ひきこもり＞を生み出す病理的な環境を問うもの、③＜ひきこもり＞を問題化する人々の側の病理性を問うものである。

＜ひきこもり＞をめぐる研究は、これまで精神医学・心理学・社会福祉学・教育学といった視点からのものが多くみられる。精神医学・社会福祉学からの研究成果は、主に厚生労働省が提示した『10代・20代を中心とした「ひきこもり」をめぐる地域精神保健活動のガイドラインー精神保健福祉センター・保健所・市町村でどのように対応するか・援助するかー』に反映され、精神保健福祉政策に寄与している。また、心理学的な知見は、ガイドラインに示された行政の政策のみならず、民間の支援団体の個々の活動にも影響を与えている。教育学の知見は、不登校対策やフリースクールにおける＜ひきこもり＞児童への対応に寄与しているだろう。これらの研究成果は＜ひきこもり＞という行為を個人の内在的要因に注目し、その成果としての対策も個人のメンタルヘルスの問題に収斂される。

また＜ひきこもり＞という行為を生み出す、病理的な環境を問題視する視点は、家族・学校・文化など＜ひきこもり＞者を取りまく外在的要因が個人のメンタルヘルスに及ぼす影響に注目し、＜ひきこもり＞状況に対する原因究明と予防を主眼にした研究であるといえる。

しかしながら、これらの対策が効果を挙げているのかは疑問である。たとえば、ある県の精神保健福祉センターでは、独自のプログラムにより＜ひきこもり＞支援を展開しているし、また、ある精神保健福祉士は、ガイドラインに沿った援助の限界を語っている。民間の支援団体をみると、大きく分けて三つの立場が存在する。一つは、訪問引き出し型支援であり、矯正視点に立つものである。二つ目は、刺激投与型支援ともいえる立場で、カウンセリング手法が支援の中心である。三つ目は、待機寄り沿い型ともいえる立場でソーシャルワーク的な手法が支援の中心である。このように、支援方法が分立する民間支援団体の具体的な援助内容が当事者およびその家族に混乱を招かせている現状もある。報告者が参画しているNPO団体では、色々な支援団体（機関）を渡り歩き、どの支援にも活路が見出せず相談に来るケースが多い。そのような当事者や家族には多大な時間と経費と労力を強いる社会的状況であるといえよう。また、教育機関では将来の＜ひきこもり＞予防や＜ひきこもり＞状況の不登校者対策に限定され、現在問題視されている成人年齢の＜ひきこもり＞者への対策にはならない。

報告者は、このような＜ひきこもり＞をめぐる社会の動きの中で、ラベリング論の視座から＜ひきこもり＞現象にアプローチし、いわば③の立場で、＜ひきこもり＞が問題となる社会的背景と、＜ひきこもり＞に対する社会的反作用、そしていわば「＜ひきこもり＞ラベル」をめぐる、貼る側と貼られる側の対応過程について把握しようとしている。そのことを通じて、社会がいかんにしてある現象を問題化するのか、そして、いかんにして社会が当事者を「逸脱者」として処遇するかを明らかにできるのではないかと考えるからである。このような社会の処遇が個人のメンタルヘルスに与える影響については重要視されない状況がある。この視点からあらためて＜ひきこもり＞現象を考察し、個人のメンタルヘルスの問題を再考することが必要であると報告者は考えている。

メンタル不全に関する復職判定とならし勤務の事例について

○阿部 眞雄

労働科学研究所 健康管理研究グループ

【はじめに】メンタル不全の予防が労働者の健康管理のおおきな課題となった。厚生労働省の指針に書かれている4つのケアは、国の施策のごく一部であるが、そこに示されているとおり、根本的な課題についてはふれず、指針の他の部分も同様であり、メタボリック対策と並んで、個人要因への関与が中心となっている。メンタル不全の増加はメンタル面で脆弱な労働者が増加したのではなく、労働環境の激変がもっとも大きな要因であり、一次予防を中心とした施策が望まれるところである。ところが現状では一次予防策は無く、二次予防に終始している。三次予防では復職とならし勤務が課題であるが、一次予防無しで行う三次予防は復職阻止と退職勧告と同義のように感じられた事例を数例経験した。11の事業場において、メンタル不全者の復職とならし勤務に関して判定や軽減勤務についてセカンドオピニオンを産業医または人事・総務より委託を受けたものについて報告する。

【目的】復職判定とならし勤務を決定する組織とその運営、健康管理責任者の理念について現状の課題を探ることが目的である。

【方法】セカンドオピニオンは、本来、本人の意志・申し出で主治医が他の専門医師に依頼するものであるが、今回の事例は、産業医の名を通して依頼を受けたもので本来のセカンドオピニオンではない。面談した労働者に対しては、面談時に本人に面談の影響について説明し、受診意思を確認し、同意を得たものについて今回は発表する。

面談内容は、復職についての判定委員会があったか、判定委員は誰か知っているか、判定の基準と委員会で話された内容について聞かされたかを質問した。また、ならし勤務についても同様に質問した。

【対象】メンタル不全で3ヶ月以上休職し、復職判定委員会で復職可とされならし勤務を一ヶ月以上経験し、1年以内に再発・休職した労働者11名である。うち、女性は4名である。

【結果】11例すべての復職契機は、本人の焦りからくる主治医への復職診断書要求から始まっている。主治医による復職可の診断書が提出されてからおおよそ2週以内に産業医もしくは保健師、一部は産業カウンセラーが面談している。一カ所は産業医の中に精神科医がおり、面談している。

面談記録からは、構造化された面接はなく、カウンセラーや精神科医は症状を重視し、保健師は診断書を書いた医師への聴取結果を根拠としている様子がうかがわれた。産業医が関与する場合は、ほとんど主治医の意見に基づいた判定を行っている。すべての事例において、復職判定委員会が開かれているが、人事・上司が産業医や保健師の意見を参考にして判断しているようである。ケースごとにその判定が異なり首尾一貫していない。ところが、その後のならし勤務に関するプランは、常に同じ形をとっている。「前職場への復職」、「半日勤務から実施」、「四つのケア」、「ならし勤務中は休職中」が型どおり行われ。

【考察】復職およびならし勤務に至るプロセスを一貫して管理する担当者がおらず、その場限りの対応となった事例であると推測した。産業医や保健師に「何になれていないのか、どの程度までなれると正式復職なのか」と質問しても「なれる」という状況についての理解が無かったことから、生活者としての理解が担当者にはなく病者としての扱いが先行したところに問題があるように感じられた。

精神科訪問看護の現状と課題—地域での生活を支える仕組みとして—

○武田 弘美、河野 益美

神戸市看護大学大学院博士課程前期、神戸常盤短期大学

はじめに

精神科医療の比重は病院から地域へとシフトしているが、いわゆる「社会的入院」といわれる長期入院患者は全国で約7万人といわれている。長期入院患者の退院促進が行われている今日、訪問看護は、精神障がい者の地域生活を直接的に支援する制度として重要な役割を担う。今回、我々は県内の精神科訪問看護を実践している施設の現状を把握し、その機能と役割を明らかにすることを目的として質問紙による調査を行った。

1. 調査方法・内容

「県訪問看護連絡協議会」に加盟している施設のうち、精神科訪問看護を中心に実施している施設5件に質問紙を送付し、回答を得た。調査期間は平成18年11月～平成19年2月である。

3. 調査結果

1) 施設の概要

- ①病院併設型が4、独立型が1
- ②開設年は1997年から2005年
- ③利用者数は30～175名
- ④利用者の疾患の内訳は統合失調症が最多
- ④利用者の年代は50代が最多

2) 精神科訪問看護を実施していて「困難な状況」とは

- ①症状が悪化しても入院を拒否したり、自己判断で服薬・通院を拒否する
- ②暴力行為があつて単独での訪問が困難
- ③症状のために連絡がとれなかったり、コミュニケーションが困難
- ④利用者が訪問看護の必要性を認めておらず拒否されたり訪問継続が困難である
- ⑤家族が疾患を受容できないため、医療者に不信感を持ち生活全体を抱え込んでしまう
- ⑥家族にも精神障がいを抱えている人がいるが、対応できず利用者まで症状が悪化傾向にある

3) 「困難な状況」にどのように対応したか

- ①病状が悪くつらかったときを思い出してもらい、服薬の必要性を繰り返し説明する
- ②利用者が興奮状態で会話が成り立たない場合は無理に訪問を続けず立ち去ることも必要
- ③家族に理解してもらうために疾患に関する教育、家族会への誘い
- ④医師やPSW、ケアマネに相談

4) 訪問看護の効果を実感するとき

- ①入退院を繰り返し、長期入院していた患者が再入院しないとき
- ②訪問拒否のあった人と信頼関係ができるにつれ看護師を待っていてくれるようになったとき
- ③日常生活が普通に送れるようになったとき
- ④過去と同様の困難な場面が生じたときに利用者が自分で対処する行動を起こすことができたとき

5) 訪問看護の役割

- ①(利用者が)自分らしく生きていくこと、そのためにできないことを援助する
- ②(利用者にとっては)家族以外の人との交流を始める第一歩
- ③治療の継続のために、利用者自身が自覚をもって通院・服薬が継続できるよう援助する
- ④緊急時の対応が常にできる体制であり、必要時に社会資源をうまくつなげていけるよう援助する
- ⑤継続的に症状を観察し、変化を利用者に伝えて対処方法を一緒に考え行動していく

6) 精神障がい者の地域での生活を支えるために訪問看護以外に必要なこと

- ①地域が偏見を持たずに見守ること
- ②作業所やデイケア、グループホームなどの社会資源の質と量の充実
- ③看護師、ヘルパーの教育
- ④現状は看護師に負担が大きく、行政も非協力的

まとめ

今回の調査では以下のことが明らかになった。

- 1) 精神障がい者の地域生活を支える上での訪問看護の役割として、治療や服薬継続への援助・生活全般への援助・対人関係能力への援助・利用者だけでなく家族への援助といった項目があげられている。また、精神科訪問看護は専門性をもった看護師の訪問が望ましいとする意見もある。
- 2) 訪問看護以外に必要なものとしては、社会資源の充実・地域の理解・行政との連携があげられている。

不安からパニックになる高齢独居女性の在宅支援センターによる援助の限界

古川潤子（東村山市南部地域包括支援センター）

関谷栄子（白梅学園短期大学）

研究目的：独居の高齢者が疾病や精神不安により要支援状況に陥ったときに、どのような経過を経て援助機関にたどり着くのかを追うことは、超高齢社会における援助システムを考えるために有用である。事例への援助を振り返り現状の問題を提起したい。

研究方法：事例検討方法を用いて援助の内容を分析した。

事例概要：70代後半の女性、現病歴は高血圧症、糖尿病、発作性心室性頻脈、神経症。

民間アパート生活で独居。日常生活動作は何とか自立しているが、掃除・調理はできない。民生委員により支援を受けている。生活保護受給。20年前までは看護師の勤務経験あり。結婚歴なし。親族の支援は近郊にすむ姪が時折連絡している。

援助経過：

某月某日 本人より市役所に電話あり。「死の不安が強い」物忘れ、判断力低下がある。

糖尿病は近医にて管理中だが、血糖コントロールが良くないので入院精査を勧められている。しかし入院、服薬は拒否。被害妄想がある。

在宅支援センター支援職員が民生委員と同行訪問する。服薬拒否、被害妄想がみられる。食事はコンビニエンスストアで買っている。

その後本人から在宅支援センターにたびたび電話あり。訴えの内容は死の不安、体調不良のことなど。夜間にも興奮して大声で電話あり。近所とのトラブルもあり。

市役所、在宅支援センター、社会福祉協議会などへも電話する。介護保険活用を勧めるも調査拒否のため経過観察。

某月某日 「具合が悪いので訪問してほしい」とのことで、在宅支援センター職員が家庭訪問。乱雑な室内、本人は生命の不安、将来についての不安を訴える。

某月某日 本人より「金が無くなったので警察へ行った。いろいろ質問され嫌だった。」介護保険の活用を再度勧めるも拒否。

某月某日 隣人より市役所に電話あり。「夜間大声を出して困る。近所のドアをたたく。」在宅支援センター職員が訪問したところ本人は不穏状態となる。親族と相談し緊急入院先を探す。救急病院に受け入れてもらったが長期入院は不可能。

中間総括と今後の対応についてケースカンファレンスをもった。

本人は入院拒否。親族の頻回な支援は得られない。近隣とは疎遠。在宅支援センターの対応だけでは限界。緊急入院できる病院の不足(糖尿病と神経症状への治療)、公的援助体制の不備などの問題が明確になった。

考察：在宅支援センターとしては本人の自己決定を尊重したいが、本人が介護保険の活用を拒否しているので利用者の自己決定を待つのは危険である。予防的支援としては公的支援体制で主に機能してほしい。関係者の連携協力による支援が必要である。24時間対応とはいえ民間支援センターのみの支援では限界状況にきている。地域住民の立場で見守りをするネットワーク機能の必要性を痛感する。市民の人権を擁護する立場の公的機関の責務をなくすことはできない。

一般口演 1-2

介 護

座長：関谷栄子

介護労働者の筋骨格系障害に関する実態調査

—腰痛が多発する老人ホーム・老健施設、介護福祉士における作業の影響—

○ 服部真¹、埴田和史²、北原照代²、佐藤修二³、田村昭彦⁴、

中村賢治⁵、舟越光彦⁴、辻村裕次²、西山勝夫²

¹城北病院・健康支援センター金沢 ²滋賀医大・予防医学 ³勤医協札幌病院

⁴九州社会医学研究所 ⁵大阪社会医学研究

【はじめに】

私たちは、介護労働者の労働と健康の実態を把握するため、2005年に全国規模の調査を実施し、昨年の本学会で事業所調査結果を、今年の日産業衛生学会で個人調査結果の一部を報告した。腰痛は若年者ほど多く、性差はなかった。今の仕事につく前に腰痛の既往がない群（腰痛既往なし群）では、腰痛は老人ホーム・老健施設や介護福祉士に多く、グループホーム・ショートステイ、訪問介護やヘルパー2級では少なかった。既往あり群では事業所種類や職種による差はなかった。本稿では、予防に生かせる情報を得るため、腰痛が多かった集団で従事する作業と腰痛との関連を検討した。

【対象と方法】

ある医療団体に加盟する1590介護事業所のうち調査に協力していただいた402事業所に6632枚の質問紙を郵送で配布し、40都道府県388事業所の4685人（男性423人・平均35(19~73)歳、女性4262人・平均44(18~74)歳）の看護・介護労働者から解析可能な回答（有効回答率70.6%）を得た。質問項目は、性別、年齢、職種、勤務形態、頸肩腕背手指部自覚症状、腰痛、月経の状態、妊娠異常の有無、ストレス関連症状、疲労回復状況、睡眠・眠気などである。

腰痛既往なし群（男254人・34.9歳(20~73)、女2426人・43.9歳(18~74)）、腰痛既往なし群のうち事業所種類で腰痛が多かった老人ホーム・老健施設群（男112人、28.8歳(20~62)、女387人38.8歳(18~73)）と腰痛既往なし群のうち職種で腰痛が多かった介護福祉士群（男114人、29.2歳(20~66)、女338人33.2歳(18~67)）をそれぞれ対象として、ロジスティック解析を行った。過去1ヶ月間の腰痛（いつも・時々）の有無を従属変数とし、独立変数には性・年齢に加えて、作業の変数として入浴、排泄、移乗、食事、体位交換、清拭、清潔、リハビリ、医療行為、家事援助、運転、送迎、事務、ケアマネ業務についてほぼ毎日行っているか否かを一つ

ずつ加えた。統計ソフトはSAS社のJMP5.01Jを用いた。

【結果と考察】

腰痛既往なし群では、過去1ヶ月間の腰痛（いつも・時々）ありは54.5%で、性・年齢を考慮して、入浴、排泄、移乗、食事、体位交換、清拭、清潔、リハビリ、医療行為、運転、事務と正、家事援助と負の関連を示し、送迎、ケアマネ業務は有意の関連がなかった。性別（男性）と年齢は多くの作業で腰痛と負の関連を示した。同様に、老人ホーム・老健施設群では1ヶ月間の腰痛ありは73.6%であり、性・年齢を考慮して、入浴介助（オッズ比:1.8・95%CI:1.2~2.8）、移乗介助（オッズ比:2.0・95%CI:1.1~3.5）と正の関連、介護福祉士群では1ヶ月間の腰痛ありは68.8%であり、性・年齢を考慮して、移乗介助（オッズ比:1.7・95%CI:1.0~2.8）と正、送迎介助（オッズ比:0.6・95%CI:0.4~1.0）と負の関連を示した。

老人ホーム・老健施設の看護・介護労働者や介護福祉士は一般によく似た業務をしていると思われる、ほぼ毎日当該作業を行っていない労働者でも時々はその作業をしている可能性が高い。従って、作業による腰痛の差が出にくく、作業による腰痛への影響は観察されたオッズ比以上に強いと思われる。

【まとめ】

新規の腰痛が多かった老人ホーム・老健施設や介護福祉士では、入浴介助や移乗介助をほぼ毎日行っていることが腰痛の新規発症に関連していた。腰痛予防のために、入浴介助や移乗介助に焦点を当てて、腰部負担を改善するための環境改善や補助具の使用などによる作業改善を具体的に提案する必要がある。

【謝辞】

本研究の一部は、平成17年度文部科学省科学研究費補助金（若手研究(A)16689014）および「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。

介護労働者の筋骨格系障害に関する実態調査 —労働時間と筋骨格系症状との関連の検討—

○ 舟越光彦¹、北原照代²、埜田和史²、佐藤修二³、田村昭彦¹、
中村賢治⁴、服部真⁵、辻村裕次²、西山勝夫²

¹九州社会医学研究所、²滋賀医大・予防医学、³勤医協札幌病院、
⁴大阪社会医学研究所、⁵城北病院・健康支援センター金沢

【はじめに】2005年に全国規模の介護労働者の労働と健康に関する調査を実施したが、本稿では事業所種類別に介護労働者の労働時間等の労働条件と筋骨格系症状との関連について報告する。

【対象と方法】個人調査に回答のあった女性4262名を対象に、事業所種類別に頸肩腕障害、腰痛、膝痛と労働時間、労働日数、時間外労働時間、休憩取得の有無、休日出勤の有無の関連を検討した。なお、頸肩腕障害は「頸肩腕部のいずれかにいつも痛みやしびれあり」、腰痛は「過去1月の腰痛がいつもor時々あり」、膝痛は「いま膝痛あり」と答えた者とした。統計学的検討は、Cochran-Mantel-Haenszel法の χ^2 乗検定を用いて年齢調整を行い実施した。

【結果と考察】各事業所群別の労働時間の中央値は、訪問介護で週17時間と他の事業所群と比べ短かった(表1)。

労働時間等と筋骨格系症状との関連では、施設介護では労働日数が20日以上のある時のみ有意に腰痛の訴え率が高かった(表2)。訪問介護では、

労働時間が40時間以上と20時間以上および労働日数が20日以上で頸肩腕障害と腰痛、休日出勤ありで頸肩腕障害と膝痛の訴え率が有意に高かった。訪問看護では、労働時間等による筋骨格系症状の有意な差はなかった。通所では、労働時間40時間以上で腰痛、休憩が取れないと頸肩腕障害、休日出勤があると腰痛と膝痛の訴え率が有意に高かった。以上から、在宅系の訪問介護と通所で労働時間等の労働条件が筋骨格系症状の訴え率に多く関連していた。

【まとめ】在宅系の訪問介護と通所では適正な労働時間管理等が介護労働者筋骨格系障害の予防に必要であることが示唆された。

表1、事業所群別の労働実態

	人数	中央値		
		労働時間 (時間/週)	労働日数 (日/月)	時間外 (時間/月)
施設介護	728	40	21	6
訪問介護	2091	17	20	10
訪問看護	707	38	22	10
通所	736	37	20	10

表2、事業所種類別の筋骨格系症状の訴え率

		労働時間(週)		労働日数(月)		時間外(月)		休憩		休日出勤			
		<40h	≥40h	<20日	≥20日	<10h	≥10h	取れる	ない	なし	あり		
施設 介護	頸肩腕障害あり(%)	19.6	22.0	14.9	23.5	19.0	25.2	24.5	20.3	20.8	26.4		
	腰痛あり(%)	77.5	75.6	67.1	78.4*	77.3	79.0	74.7	78.1	77.3	76.6		
	膝痛あり(%)	23.5	23.9	21.9	24.9	22.7	27.8	21.5	29.0	25.5	21.8		
訪問 介護	頸肩腕障害あり(%)	16.1	24.8*	14.9	20.7*	15.0	20.6*	19.6	23.8	18.1	19.6	16.5	20.2*
	腰痛あり(%)	59.1	71.3*	57.8	64.9*	59.1	66.2*	65.7	69.0	61.6	64.2	60.8	63.6
	膝痛あり(%)	25.7	25.9	25.8	26.0	24.6	26.4	22.7	25.0	24.9	26.4	23.7	28.6*
訪問 看護	頸肩腕障害あり(%)	20.8	19.6			22.6	19.8	17.7	24.5	20.8	24.1	20.9	20.1
	腰痛あり(%)	74.8	74.5			68.2	75.5	76.1	71.6	77.6	73.5	74.5	75.1
	膝痛あり(%)	21.3	22.1			25.2	19.3	20.4	23.7	20.9	28.7	19.9	24.0
通所	頸肩腕障害あり(%)	21.1	23.4			20.0	25.9	22.3	30.1	22.8	34.6*	22.5	29.2
	腰痛あり(%)	69.6	77.5*			70.2	74.5	72.7	79.0	75.7	73.2	71.3	81.3*
	膝痛あり(%)	23.7	24.0			26.9	21.7	19.9	23.6	24.2	24.5	21.9	31.4*

*; p<0.05

介護労働者の筋骨格系障害に関する実態調査

—夜勤・交替制勤務と腰痛訴え率—

○ 北原照代 1、埤田和史 1、佐藤修二 2、田村昭彦 3、中村賢治 4、
服部真 5、舟越光彦 3、辻村裕次 1、西山勝夫 1、平田衛 6

1 滋賀医大・予防医学 2 勤医協札幌病院 3 九州社会医学研究所

4 大阪社会医学研究所 5 城北病院・健康支援センター金沢 6 安全衛生総合研究所

【はじめに】

介護労働者の労働と筋骨格系障害に関する全国規模の実態調査の結果、事業所の種類では老人ホーム・老健施設で、職種では有資格介護福祉士で腰痛訴え率が最も高かった（前演題にて服部が報告）。施設介護と在宅介護の労働形態の違いの一つに、当直や待機を含む夜勤・交替制勤務（以下、夜勤交替勤）があり、疲労蓄積の大きな要因と考えられる。しかし、介護労働者の夜勤交替勤、特に在宅介護での実施状況は明らかでない。そこで、夜勤交替勤の実施状況と腰痛訴え率との関連性を検討した。

【対象と方法】

調査対象と方法は前演題の通り。解析対象 4685 人を、性別および事業所種類別に分類し、施設介護では夜勤交替勤の形態別に、在宅介護では夜勤交替勤の有無別に、過去 1 ヶ月の腰痛訴え率を算出した。また、二交替における労働時間や仮眠状況を把握するため、施設で二交替に従事している労働者が所属する事業所に、別途電話にて追加調査を実施した。統計学的検討は、年齢調整後、 χ^2 検定を用いた（有意水準 5%）。

【結果と考察】

1) 施設介護

施設介護労働者の 70% (656 人) が夜勤交替勤に従事しており、女性より男性の方が従事率は高かった（男性 80%、女性 68%）。夜勤交替勤の形態（表）は、二交替が最も多かった。二交替の施

設（22 事業所）では、拘束 10～17 時間、うち 16 時間以上は 19 事業所（86%）、所定仮眠時間は 1.5～3 時間、仮眠なしが 3 事業所あった。性別に夜勤交替勤形態別の過去 1 ヶ月腰痛訴え率を見ると、女性では二交替群で最も高率だったが（図）、男性では差はなかった。

2) 在宅介護

在宅介護労働者においても、訪問看護で 15%、通所リハビリ/サービス（以下、通所）で 4%、訪問介護で 3%が夜勤交替勤に従事していた。夜勤交替勤の形態（表）は、二交替・三交替以外の当直・待機を含む交替勤が最も多かった。夜勤交替勤あり群(n=205)に占める職場管理者の割合は 27%と、同なし群(n=3410)の 11%と比べて高かった。性別に夜勤交替勤有無別の腰痛訴え率を見ると（図）、女性ではあり群でなし群より高率だったが、男性では差はなかった。

【まとめ】

施設では二交替における長時間拘束の実態があり、在宅では待機や当直などにより利用者のニーズに対応していた。また女性介護労働者では、施設、在宅介護とも、夜勤交替勤の状況と腰痛訴え率との関連が示唆された。

【謝辞】

本研究の一部は、平成 17 年度文部科学省科学研究費補助金（若手研究(A) 16689014）および「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。

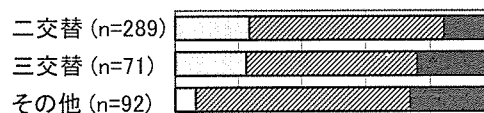
表 夜勤交替勤の形態(%)

		二交替	三交替	その他 ^{#1}	無回答
施設	施設介護 (n=656)	61.7	14.6	18.0	5.6
	訪問看護 (n=107)	0.0	0.0	95.3	4.7
在宅	訪問介護 (n=61)	6.6	0.0	70.5	23.0
	通所 (n=37) ^{#2}	18.9	0.0	54.1	27.0

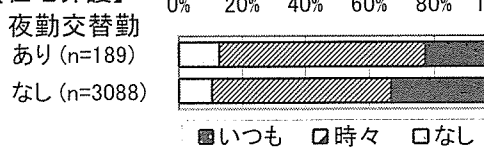
#1 二交替・三交替以外の当直・待機を含む交替勤

#2 二交替と回答の7名中6名は同一事業所所属でショートステイ担当

【施設介護】 0% 20% 40% 60% 80% 100%



【在宅介護】 0% 20% 40% 60% 80% 100%



■いつも □時々 □なし

高齢化社会における介護専門職の需給についての考察

伊藤八寿子・横井雅代・石井享子・小河由美・紙谷順子（聖徳大学短期大学部 介護福祉学科）
上畑鉄之丞（産業メデイケア研究所）

1. はじめに

急激な高齢化、とくに団塊世代の定年退職とこれら世代が後期高齢に移行する過程で予想される認知症の急増では、多数の高度な専門技術を持つ介護専門職の需要が求められるにもかかわらず、その対策は、質量ともに乏しい現状である。最近の行政対応について検討と考察を試みた。

2. 現状

今日高齢者の介護は、介護福祉士やホームヘルパーのほか、多くの無資格者がかかわっていることが知られている。このうち中核を占める介護福祉士は、昭和 62(1987)年発足した法律により国家資格として発足、平成 17 年 12 月現在、約 46 万 8 千人が資格取得しており、約半数が就労している。資格取得は、介護実務経験 3 年以上の実務経験者が国家試験を受験して合格する場合と、養成施設で 2 年以上 1650 時間の講義実習を経て単位を取得した者が無試験で取得する場合があります。資格取得者は年々増加、とくに国家試験組の増加が著しく平成 17 年度は、国家試験合格者 281,998 人に対して、養成施設取得者は 185,703 人、計 467,701 人である。他方、ホームヘルパーは、国家資格ではなく、300 時間程度(2 級)の介護研修を経て、都道府県知事が、「訪問介護」資格者を認可するもので、年間 20 万人程度が認定されており、介護施設でのケアワークの主流にもなっている。介護施設で介護福祉士の占める割合は 20%強と考えられており、25-29 歳女性の月額給与は、介護支援専門員 24.1 万に対して、ヘルパー 20.0 万、介護員 21.4 万に対して、看護師 29.9 万となっている(平成 16 賃金構造基本統計)。

3. 改善の動き

介護保険制度発足以来全くなんの対応もおこなってこなかった国は昨年来曲がりなりにも質の「向上」を提唱している。介護福祉士に関しては、施設養成の場合は講義実習を 150 時間程度増やして国家試験を必修とする、他方、従来の国家試験者の場合は、500 時間程度の講義演習実習の「基礎研修」を課すなどである。また、国家試験不合格者やフィリピンなど外国人を対象に「准介護福祉士」資格導入も計画し、法改正を求めている。

4. 考察

これまでの国の対応で介護の質や量が果たして確保できるかでは疑問が大きい。急増する要介護高齢者へは、地方自治体が主として対応することになるが、平成 18 年 3 月に高齢者保健福祉計画を発表した千葉県の場合は、需要増の予測のみで、必要とする介護専門職の供給体制についてはなんの計画も示していない。平成 19 年 2 月、千葉県浦安市では無届の介護施設で入所者を職員が虐待していた事件が明るみに出たが、この事件は、「無届」、「無資格」という施設の特徴とともに、千葉県で高齢者の占める割合が最も低く、かつ、住民当たりの高齢者介護施設ベッド数も最も少ない自治体でおこった事件であることから特徴的であり、高齢者介護での需給体制を計画的にすすめる必要性を示している。他方で、専門介護職員では、介護福祉士だけでなく、ヘルパー、無資格と分離している現状を、准介護福祉士を含めて、さらに複雑化する制度改正は、「質」の向上にもマイナスに作用すると考えられ、看護師職のように、名称独占だけでなく、業務独占を付与した介護職の確立を将来的方向とした検討をおこなうべきである。

シンポジウム 3

格差社会の健康

座長 高鳥毛敏雄（大阪大学）

山本 繁（尼崎市）

1) 格差社会における公衆衛生活動の諸問題

高鳥毛敏雄（大阪大学）

2) 野宿から居宅へ、そして地域で生きる

梅田道子（社福法人・ヒューマンライツ福祉協会）

3) 貧困と健康と医療システムに関する一実践報告

黒川 渡（くろかわ診療所）

4) タクシー労働者に見る今日の貧困とホームレス問題

荒木弘幸（福岡医療団 千鳥橋病院）

格差社会における公衆衛生活動の諸問題

○高鳥毛敏雄¹⁾、井戸武實²⁾、西森琢²⁾、黒川渡²⁾、山本繁²⁾、逢坂隆子²⁾、黒田研二³⁾

1)大阪大学・院・医・公衆衛生、2)NPO Health Support Osaka、3)大阪府立大学人間社会学部

<はじめに>

現代社会においては地縁や職縁関係以外の関係性のもとで存在する人々が多くなっている。ホームレス者や不安定就労生活者は社会の関係性の中からはみ出ている存在である。企業型福祉社会が崩れてくるとともに、これらの人々に対する責任主体がなくなっている。格差社会においては「公」の責任性と「民間」の柔軟性を併せ持つ組織の存在が必要である。公衆衛生活動においては、不衛生、低栄養、結核等の感染症から、脳血管疾患、悪性新生物、最近では糖尿病などメタボリック・シンドロームが課題となってきている。社会と人々の関係性のあり方の変化にともないすべての人々に関わりがもてる社会制度を確立することが必要となっている。西欧の格差社会における公衆衛生組織とその活動の状況を視察する機会があった。これらの経験をもとにわが国の公衆衛生活動の諸問題を検討した。

<西欧における格差社会における保健活動組織の現状>

1) 英国社会の対応 –プライマリケアトラスト–

英国では保健医療サービスをどのような単位で行うべきかについて試行錯誤し、「地方自治体」から「NHS 組織」の下で地域 (Area)、地区 (District) など保健医療サービスをどのような単位で行うかについて検討し続けてきている。格差社会である英国では、税を財源とし、専門職の自律性と柔軟性を取り入れたサービス提供体制が進められている。「地域」の概念にサービス提供の機能を重視した「Primary Care Trust (PCT)」という新たな公の専門組織を中心とした活動形態に挑戦している。

2) 独社会の対応 –プレーメン保健所–

独の保健所ではわが国の保健所同様に母子保健、感染症対策、生活衛生業務を行っている。しかし、対象者の認識と活動様式が異なっているように思われた。成人病対策はセルフヘルプグループの育成・支援に重点が置かれていた。一方、ホームレス者や移民などの住民ではない人々に対する保健活動にも対応する部門が設けて対応が行われていた。保健所を中心とした不特定多数の市民型社会に対応した保健活動が展開している。

<わが国における保健活動組織の現状と課題>

わが国では直接的な対人保健サービスは「市町村」自治体に位置づけられるようになってきている。雇用に對しては事業主による保健サービスが行われている。しかし、都市のホームレス者など不安定就労の人々に対する保健サービスは国が直接の責任のある主体から後退してきているが、その一方で自治体、企業が責任主体として存在するようになってきているとは言えない。その結果、不特定多数、ホームレス者などの不安定就労者に対する保健活動に責任をもつ主体が不明確なままであり、これに備えた体制づくりが課題である。

<結論と考察>

わが国の保健活動は行政依存傾向が強い状況にある。そのため、市町村合併・地方分権、医療保障政策等の政治行政制度の変化の影響を大きく受けている。欧米社会で見られるような格差社会に対応した「公」「民」の立場を併せ持つ組織が成熟していない。現在、「官」ではなく、「公」の役割を果たす「民」の組織の存在が重要になってきているように思われる。そこで、格差社会に対応するために NPO Health support Osaka を立ち上げ、新たな保健活動組織のあり方を模索している。

野宿から居宅へ、そして地域で生きる。

社会福祉法人ヒューマンライツ福祉協会
梅田 道子

—健康相談会からの報告—

大阪市西成区は高齢者（一人暮らし含む）や障害者、一人親家庭をはじめ、野宿を余儀なくされた人たちなど、社会的弱者と呼ばれる多くの人たちが集まっている。また、大阪市のなかでも特に失業率が高く、いわば日本が抱える諸問題が凝縮した区といえる。

2003年度から、西成区内の野宿を余儀されている労働者、元労働者、生活保護受給者、地域住民を対象に、個別相談、指導、助言を通して、疾病の予防、健康の増進を図ることを目的に健康相談会を実施している。ここに事例を通して地域で生きる姿を報告する。

（事例1）多剤耐性持続排菌の結核で未治療のまま在宅生活から治療に繋いだケース

H氏 58歳男性、生活保護、犬2匹と同居、結核治療歴あり（入退院繰り返す）

2002年、住民より「犬2匹を連れ、咳をしながら空き缶集めている人がいる」との情報により対応、入院治療となる。03年退院後居宅保護となるが、犬がいるからと在宅せず野宿生活をしてきた。DOTSの必要があったが、本人の所在が不確かで服用できず。その間、西成区福祉事務所の対応は詳細不明。06年6月、住民より「4年ぶりに会ったが、咳をしながら商店街をあるいている、痩せてぐったりしていたが結核ではないか？」との相談。CW、保健師に連絡すると、入院が必要だが、すぐに無断で退院してしまう困難ケースとのことであった。また排菌がありガフキー6の状況。集合住宅で戸一枚両隣に独居の男性が住み、また4畳半の室内は窓が小さく十分な換気ができない。犬2匹が横たわる敷きっ放しの薄い布団は何年も陽に当たっていないし洗濯もされていない、犬の毛が飛び散っていた。その布団の上で、るいそう著明のH氏は、肩で息をし、返事をするのもやっとの状態であった。また布団のまわりには食べ残しの弁当やペットボトル、箸、食器が散乱していた。CW、保健師が入院を促すが「犬が心配なので入院はいや！もうほっといてくれ！」と眉間にしわをよせ拒否。何日も弁当を運びながら説得するが、応ぜず、体力の減退も目にみえてきていた。

「なぜ、この苦しい呼吸で医療を拒むのか？どうしてほしのか？」とH氏に問うが「放っといてくれ！」との言葉が返ってくる。汗ばんだ身体に犬の毛が付き、身体の向きを変えるごとに、空中に毛が舞う。肩での呼吸状態はさらに苦しさを増していた。身体をさすりながら「犬のことが心配なの？」「どうしたら、安心して入院治療ができるの、どうしてほしいの？」とねばり続けると、少しずつ心を開き「犬が好きで信頼出来る人が預かってくれるのなら入院する。」と言う。支援者を通して公園で「テント生活」をしている方に依頼、やっとH氏は納得して入院に至った。

資源もあるのに、援助もあるのに、それでも頑なに他者からの支援を拒み続ける。そこには、他者に心を開けない何かがあるのではないかと溢れるほどの医療機関があり医療技術も機器も高度といわれる日本社会でH氏のような状態の人が現実にいる。この地域はまさに「健康格差」の極にあるのではないかと。

H氏の現在の姿は、5～6年前の野宿の状態からの線上にあり、皮肉にも病に倒れてやっと社会保障の対象になったのである。野宿に至る経緯には、日本が抱える失業（仕事がない）の問題がある。

仕事を失った時点、いいえ、失う以前からの対応があれば、H氏の心はここまで頑なにならずにすんでいたと思われる。

働きたいのに仕事がない、寝るところもない、必然的に税金も納められない、という思いがいつしかその人の自尊心の低下をまねく。H氏に限らず野宿を余儀なくされた人達の多くはそういう思いをいただいている。「放っといてくれ！」は自尊心が踏みにじられた叫びなのである。特に感染症の予防、治療は本人だけの問題ではない、失業が生む諸問題がこのような形で現れているに過ぎない。地域で生きることへの支援は野宿を余儀なくされる以前の問題の取り組みがなされなければならないことを、この症例からあらためて考えさせられる。

貧困と健康と医療システムに関する一実践報告

大阪市西成区北部地域での診療所活動報告

○黒川 渡

くろかわ診療所

1.はじめに

一般に疾病は貧困層に多いと言われる。わが国では国民皆保険制度が採られているが、保険料が支払えず医療保険制度を利用できない人が多数存在する。その多くは経済的困窮が原因である。また、緊急を要する疾患、急性・慢性疾患のそれぞれに対応する医療システムとそれをサポートする保健・福祉制度は存在するが有機的に連携が取れているとは言いがたいのが現状である。行旅病人への緊急医療・無料低額診療システムも同様の問題を抱えている。

わが国でもっとも生活保護受給者数が多い大阪市西成区のうち、愛隣地域を含む区内北部を主な診療圏とする地域での診療所での実践活動を整理し考察を加えて報告する。

2・診療所開設にむけた問題意識とその目的・方法

ホームレス状態にある人々・その脱却・自立過程への医療・健康支援活動を通じ、自立支援がいまだ未成熟で多くの課題を抱えていることが明らかになった。自立支援施設や居宅生活に至ったホームレス状態にあった人々が自律的生活を営む上で直面するさまざまな問題は、生活を営む上で何らかの困難を抱える都市単身生活者の問題と共通する問題があり、健康問題はそのひとつの重要な要素であると推測された。しかし、医療システムとそれを取り巻く保健・福祉などの社会システムは、それらの問題解決のための支援システムとして十分に機能していない多くの事例を示している。

医療保険制度の枠組みにおける診療所医療の実践を通じ、問題の実情を知ること、そして一事例ごとの問題解決のための支援を経て、一定の結果を得ることでこれらシステムの課題解決の可能性を探ることを目的とした。

診療所は2005年12月1日、内科・心療内科を標榜し開設した。2006年4月より在宅支援診療所の申請をおこなった。2007年5月31日までの18ヶ月間の診療所活動で得られたデータを1) 数量的に整理し、診療所の特徴を明らかにし、2) 象徴的な事例を提示し経過的に問題整理を行う。

3・結果と結論

診療所は、医師1名、看護師3名(1)、事務職1名で開設した。2007年4月より医師3名(1)、看護師5名(3)、言語聴覚士1名、事務職3名(1)、環境整備係1名(1)の職員構成である(括弧内は非常勤)。18ヶ月間で受診した患者数は、実数で857名(健診を含む)。年齢階層別の患者数は、60歳代をピークに各年代に比較的満遍なく分布している。医療保険上は生活保護による医療扶助をはじめとした公費助成を必要とするものが大半であり、介護支援・障害者支援・母子・子育て支援などの各種支援を必要とするひと達が受診している。また、高齢者虐待・DV問題・アルコール・薬物依存などの多様な問題を抱えた人々を診ている。診療活動は、外来に加えて毎月約30名の往診を実施している。著しく劣悪な住宅で劣悪な生活をしている人が少なくない。医療・保健・福祉をはじめとする社会的支援システムは有効な機能化に向けて多くの問題と課題を抱えていることがより明確になった。

投薬が適切であっても患者が内服をできなければ治療は成立しないように、疾病が生活の中でどのように病として体験され、生活にどのような影響を与え困難を生み出しているかを知り、その上でどう乗り越えることができるかという視点を持った治療の枠組みと方針が求められる。そのために当事者を中心に据えた生活支援を行う人々との協働が必須であると考えられた。

タクシー労働者に見る今日の貧困とホームレス問題

○荒木弘幸・伊規須朋子・田村真希子・中原芙季子・田崎陽子（千鳥橋病院）

舟越 光彦（九州社会医学研究所）

【目的】格差社会が進行する中、千鳥橋病院・医療相談室に医療費の支払いが困難と相談に来られる患者・家族が増えている。その中でも、タクシー運転手からの相談が多い。そこで、ワーキングプアの象徴ともなっている、タクシー労働者の経済状況等を調査し、その実態を考察した。

【対象と方法】

調査対象は2006年5月1日～2007年5月31日の間に、千鳥橋病院で医療費の支払いを心配し、MSWが面接を実施したタクシー運転手（最近離職した元運転手も含む）21名。方法は直接面接により、性別、年齢、疾患別分類、入院・外来別、家族形態、保険種別、勤務形態、月収（手取り）等を聴取した。

【結果】

- ①性別：すべて男性（現職16人、元運転手5人）
- ②年齢：40歳代2人、50歳代14人、60歳代4人、70歳以上1人。
- ③疾患別分類：悪性新生物3人（肺がん2人、直腸癌1人）。循環器疾患9人（うち脳梗塞2人、心筋梗塞1人、狭心症3人）。代謝疾患3人。呼吸器疾患2人。肝疾患2人。その他2人。
- ④入院が17人 外来が4人
- ⑤家族形態：家族との同居が4人。独居が17人（離婚経験15人、死別1人、未婚1人。）
- ⑥保険種別：現職16人中、社会保険13人、国保3人（個人タクシー、パート2人、）。元職5人は保険なし4人（うち3人ホームレス）、生活保護1人。
- ⑦収入は：現職16人中（10万円以下が9人。11万～15万円が7人）。元職5人は無しが4人、生活保護受給中1人。
- ⑧MSWによる援助：生活保護申請が11人、法人の無料低額制度利用が7人、障害者福祉医療制度活用が2人、生活保護継続援助1人
- ⑨元職5人の離職の理由、病気や怪我を理由に解雇された4人。給料が少なく生活困難1人。

【事例】 入院患者I氏（59歳） 男性 ホームレス

2006年6月に市内のM病院を受診し、肺がんおよびリンパ節転移を診断された。その後も病気を放置したまま、タクシーの運転を続けていた。2ヵ月後病院の説得で入院したが、医療費の不安により、一旦2週間で退院した。退院後、会社に病気のことを報告すると退職を勧告された。タクシー会社の寮も追い出されホームレスになった。退職金はなく、所持金も底をつき、食べていくことにも困った。母・兄とは疎遠。離婚した妻子とも絶縁。その日から博多駅や周辺の公園で寝泊り。ホームレスを初めて1週間後、体調不良。M病院の病状説明書を持参して当院に入院となった。

【まとめ】

調査の結果、17人が生活保護基準以下という厳しい所得状況が確認された。17人が入院となったが、重症化して来院するケースが目立っており、病気になっても安心して病院にかかれない状況にあった。肺がん患者の一人は初診時に末期がんを診断された。患者の多くが家族とのつながりといったセーフティネットを喪失していた。その結果、休職を要する病気になると、即、解雇・ホームレスになる状況にあった。今回、生活保護の申請や無料低額診療制度の利用で治療につなげたが、円滑なセーフティネットの活用がますます重要になってくる。

建設労働者に対する石綿曝露対策の課題

○柴田英治¹、久永直見²、酒井 潔³、長谷部哲也⁴、上島通浩⁴

¹愛知医大医衛生、²愛知教育大保健環境センター、³名古屋市衛研、⁴名大院医環境労働衛生学

【はじめに】 建設労働には物理化学的な有害因子への曝露、筋骨格系への負荷など、広範な労働衛生上の課題が存在する。とりわけ、石綿問題に関して言えば、輸入された石綿の大部分が建材として使用されていたこともあり、産業保健の分野では建設労働者の石綿曝露に関わる労働衛生管理は重要な課題と考えられてきた。

一方、建設現場で働く作業員はいわゆる一人親方、従業員2、3名の事業所の事業主および従業員が大半を占めている。また、短い工期の中で次々に工程が変わり、現場では作業員が次々に入れ替わって行く中では労働者に対する労働衛生管理には困難がともなう。

我々は建設労働者で組織する労働組合、さらにこれを基礎に運営される建設国民健康保険組合(国保組合)との協力関係により、労働衛生活動支援サービスを提供する一方、建設労働に関わる有害物曝露、運動器疾患に関する研究及び死因に関する疫学研究に取り組んできた。一般には産業保健活動が困難とされる建設労働における石綿曝露対策についてこれまでの取り組みとその意義、限界、今後の展望について報告する。

【対象となった建設労働組合及び国民健康保険組合について】 2つの団体が我々の研究フィールドとなっている。三重県建設労働組合は主に一般住宅の建設に従事する建設職人で組織され、組合員は1万7千人余りである。職種の内訳は大工が最も多く、電気工、土木作業員などがこれに続いている。労働組合員のうち、約1万5千人が建設国民健康保険組合に加入している。組合員本人のうち、給付の異なる31歳以下の組合員約2,600名の雇用形態は不明であるが、いわゆる一人親方及び事業主で32歳以上の組合員は全体の約70%を占めている。なお、1970年の設立から現在までに2名の悪性中皮腫による死亡が確認されている。

【これまでの石綿関連健康障害対策】

1.胸部 X線写真読影

毎年、労働安全衛生法に規定された項目に準

じた健康診断が行われ、約5000名の組合員本人が受診している。撮影された胸部 X線写真は、臨床医に読影の後、我々が改めてじん肺所見・石綿関連所見を中心に読影する。さらに一般健診を受診できなかった組合員に対しては、「アスベスト検診」の名称で胸部 X線写真撮影のみを行い、例年約100~300名に対して上記と同様に読影を行っている。

2.二次面接

上記の胸部 X線写真上、じん肺所見、胸膜肥厚所見等建設作業に伴う石綿等の粉じん曝露が疑われる所見がみとめられた場合には、本人との面接により、1)職歴・粉じん発生・保護具着用状況などの聴取、2)胸部 X線写真の所見と作業との関連に関する説明、3)条件があれば、じん肺管理区分申請のための検査を本人居住地近隣の病院に依頼、4)胸膜肥厚所見がみられる場合には、確認のため、胸部 CT撮影を本人居住地近隣の病院に依頼などを行う。

【これまでの活動の意義と限界と今後】 小零細事業所、一人親方が多くを占める建設作業員集団としての労働組合、国保組合の組織力を活用した、胸部 X線写真上の所見への対応が中心の活動である。労働衛生対策支援の中心となるのは労働組合・国保組合の各支部の担当者、また、産業保健スタッフは研究フィールドへのサービスとして活動する筆者らであり、課題に対してはマンパワー不足である。また、二次・三次予防に比べ、一次予防の活動が弱い。今後、建造物の解体に伴う石綿曝露防止のための活動と潜伏期を経て増加が予想される肺がん・中皮腫への対応についてはより広範な建設業関係者を巻き込んで強化する必要がある。中小企業を対象とする産業保健に共通する課題とも言えるが、各地で条件に合わせた建設業従事者への産業保健活動の担い手、形態を模索し、労働者、事業者、産業保健関係者で成功例を共有することも必要であろう。

シンポジウム 4

アスベスト問題の解決

座長 久永直見（愛知教育大学）

田村昭彦（九州社会医学研究所）

基調講演 柴田英治（愛知医科大学）

建設労働者に対する石綿曝露対策の課題

シンポジスト

- 1) 中皮腫患者の肺内石綿および非石綿繊維濃度の経年変化

酒井 潔（名古屋市衛生研究所）

- 2) 石綿肺がんを疑われる建築業従事者 10 例のまとめ

久永直見（愛知教育大学）

- 3) ホームレス者のアスベスト被害

田村昭彦（九州社会医学研究所）

- 4) 東京・大田区でのアスベスト被災掘り起こしの取り組み

色部 祐（アスベスト被災対策大田連絡会）

中皮腫患者の肺内石綿および非石綿繊維濃度の経年変化

○酒井 潔¹⁾、久永直見²⁾、柴田英治³⁾、上島通浩⁴⁾、市原 学⁴⁾、那須民江⁴⁾

1)名古屋市衛研、2)愛教大・保健環境センター、3)愛知医大・医・衛生学、4)名大・院・医・環境労働衛生学

研究の背景: 演者等は1980年代半ばから中皮腫、肺がん等の患者の肺内石綿および非石綿繊維濃度の測定を行ってきたが、近年、肺内石綿濃度の低い患者が目立ってきた。そこで、石綿関連職歴を有する中皮腫患者の肺内繊維濃度の経年変化を検討し、その原因を推察した。

方法: 調査対象は、石綿関連職歴、累積曝露年数、曝露終了後経過年数が判明した患者で、肺内無機繊維測定ができた中皮腫患者49例(胸膜44例、腹膜5例)である。一般環境での石綿曝露と考えられた患者は含めていない。肺試料の採取年によって1979年以前(3例)、1980年代(21例)、1990年代(12例)、2000年代(13例)の4群に分けた。肺内の種類別石綿濃度と非石綿繊維濃度は低温灰化-透過型分析電顕法で測定した。

結果と考察: 表1に、石綿曝露作業の開始・終了時暦年、累積曝露年数、肺試料採取時年齢、曝露終了～肺試料採取の経過年数、ならびに全石綿、クリソタイル、角閃石系石綿、非石綿繊維の濃度を年代別に示した。各年代の平均年齢はほぼ同じであった。石綿曝露年数の平均値は年代とともに減少する傾向にあったが、曝露終了後経過年数の平均値は逆に増加する傾向にあった。1979年以前と2000年代の繊維濃度を比較すると、石綿は 73.2×10^6 本/乾燥gから 0.9×10^6 本/乾燥gに、非石綿繊維も 324×10^6 本/乾燥gから 19.6×10^6 本/乾燥gに大きく減少していた。クリソタイルと角閃石系石綿も同様に減少傾向にあった。

経年的な石綿および非石綿繊維濃度の減少傾向の理由としては、作業環境の改善による曝露濃度低下、曝露年数の減少、曝露終了後経過年数の延長による肺からの消失、少量曝露・長期潜伏期例の発症増加などが考えられる。

今回の結果は中皮腫患者から得られたものであるが、一般に肺内石綿濃度から過去の石綿曝露量を評価する際には、肺内石綿濃度の高低だけでなく、問診によって得られた石綿関連職歴を考慮する必要があること、ならびに肺内石綿濃度を肺がんの業務上外の判断にどのように用いたらよいかに関し、今後、研究が必要であることを示唆すると思われる。

表1 中皮腫患者の属性および石綿・非石綿繊維濃度の年代別変化

年代	例数 (うち 男)	石綿曝露作業		曝露 年数 ²⁾	採取時 年齢 ²⁾ (B)	A～Bの 経過 年数 ²⁾	繊維濃度(百万本/乾燥g) ³⁾			
		開始 暦年 ¹⁾	終了 暦年 ¹⁾ (A)				全石綿	クリソ タイル	角閃石系 石綿	非石綿 繊維
～1979	3 (2)	1942	1974	34±14	63±3	0.3±0.6	73.2(1.6)	23.0(3.1)	11.9(1.6)	324(2.07)
1980	21 (12)	1946	1972	25±17	63±13	13±16	16.1(5.2)	4.0(4.5)	8.0(6.8)	76.5(2.9)
1990	12 (10)	1958	1982	26±11	61±11	9±10	1.8(6.9)	0.7(4.7)	0.9(9.8)	18.2(3.2)
2000	13 (12)	1966	1982	18±15	63±8	22±18	0.9(7.0)	0.3(5.8)	0.6(6.7)	19.6(2.3)
全体	49 (36)	1954	1977	24±16	63±11	14±16	4.8(9.5)	1.4(7.6)	2.3(10.5)	41.0(3.7)

1) 平均、2) 平均±標準偏差、3) 幾何平均(幾何標準偏差)

石綿肺がんを疑われる建築業従事者 10 例のまとめ

久永直見¹⁾、柴田英治²⁾、酒井 潔³⁾、長谷部哲也⁴⁾、上島通浩⁴⁾

1) 愛教大・保健環境センター、2) 愛知医大・医・衛生学、3) 名古屋市衛研、4) 名大・院・医・環境労働衛生学

肺がんは、中皮腫に比し、石綿との関係を見逃されやすい。そこで、筆者らへの労働衛生相談事例中、2006 年改正の石綿肺がん業務上認定基準(基発 0209001 号)を満たす建築業従事者 10 例(表参照)を吟味し、石綿肺がんの把握のポイントを検討した。事例の出生年は 1921~1952 年、職種は配管、鳶・解体、板金、大工、左官、電気、鉄骨、石綿曝露開始~最終曝露の年数は 28~56 年で、全員喫煙者であった。3 例で測った肺内無機繊維濃度(単位:百万本/g 乾重量)は、番号 1 が白石綿 2.1、角閃石系石綿 4.3、非石綿繊維 75.7、番号 2 が各 0.6-0.9、0.4-0.4、17.6-18.9、番号 3 が各 79、8.4、255、であり、番号 3 は著明に高濃度であった。番号 5、6、7、9 は、胸部 X 線上は胸膜肥厚を認めなかった。今後、職歴で多量石綿曝露が疑われる患者については、胸部 CT にて胸膜肥厚等を的確に掴み、必要ならば肺内石綿小体または繊維分析を実施することが重要と思われる。

表. 石綿肺がんを疑われた建築業従事者 (番号 1、2、3 の症例は肺内無機繊維濃度測定実施)

番号	出生年	職種	曝露開始年・年齢	最終曝露迄の年数	肺がん発症時年・年齢	胸部 X 線(腫瘤除く)	CT(腫瘤除く)	肺がん病理型	労災補償	石綿曝露作業	喫煙歳-歳(本/日)
1	1921	配管	1946(25)	35	1990(69)	円形無気肺#	#と同部の胸膜石灰化。のう胞。	扁平上皮がん	申請せず	断熱材を巻く前の配管作業。希に断熱材取扱い。	19-67(20-25)
2	1924	鳶解体	1960(36)	31	1991(67)	不整形陰影	胸膜肥厚斑。蜂窩肺。	扁平上皮がん	申請せず	建材打付け。石綿吹付けを 2,3 日した。	20-67(10)
3	1933	板金	1949(15)	56	2004(71)	不整形陰影	胸膜肥厚斑。蜂窩肺。	小細胞がん	2006 労災認定	建築板金と水道工事。平型・波型屋根材のサンダー切断。	20-61(25)
4	1935	大工	1959(24)	46	2005(70)	不整形陰影	胸膜肥厚斑。蜂窩肺。	小細胞がん	申請中	石綿セメント板、平型屋根材等を使用。電気鋸、サンダー切断。	23-70(20)
5	1936	左官	1953(17)	48	2006(70)	特になし	胸膜肥厚斑。胸膜直下の線状、粒状影	小細胞がん	申請準備中	石綿煙突、石綿粉、蛇紋岩巾木など使用。サンダー切断。	20-70(20)
6	1940	大工	1957(17)	43	2000(60)	特になし	胸膜肥厚斑	小細胞がん	救済法検討中	けいカル板、サイディング板、平型屋根材を使用。	(30)
7	1941	大工	1956(15)	50	2006(65)	特になし	胸膜肥厚斑	不明	申請準備中	けいカル板、スレート波板、サイディング板、フレキシブル板使用。	18-62(60)
8	1944	電気	1959(15)	45	2005(61)	胸膜肥厚斑	胸膜肥厚斑。横隔膜石灰化。のう胞。	未調査	2007 労災認定	火力発電、化学、製紙工場等で、保温材、吹付石綿、石綿板、石綿粉取扱。	20-61(20)
9	1947	鉄骨	1973(25)	34	2006(59)	特になし	胸膜肥厚斑	未調査	申請検討中	化学工場でスレート張り、サンダー切断。ポイラー等、溶接。保温・断熱材等取扱。	15-49(40)
10	1952	配管	1971(18)	28	1999(46)	胸膜肥厚斑	胸膜肥厚斑	がん肉腫	申請準備中	ビル新築、改修の空調、水道。サンダー切断、はつり、溶接。	16-47(10-20)

ホームレス者のアスベスト被害

○田村昭彦

九州社会医学研究所

【はじめに】2005年の「クボタショック」以降、アスベスト製品製造に止まらず多くの職業でアスベスト被害が発生していたことが明らかとなってきた。しかし、未だに被害の実態は明らかとなっていない。ホームレス者は建設現場や製造業でアスベスト曝露を受けた可能性が高いにもかかわらず、これまでアスベストによる健康被害の実態報告はほとんど行われていない。北九州市におけるホームレスの圧倒的多数を受け入れている医療機関における事例を通じて、ホームレス者のアスベスト被害を検討した。

【事例1 56才男性】 工作中、呼吸困難となり失業→ホームレスとなった電気工

2005年2月、電気工事で8階建ての工場に登った際、呼吸困難出現し救急入院となる。退院後呼吸困難持続したため失業となり、2005年3月生まれ故郷に帰るが身寄り無く車中生活へ。2005年5月ホームレス者への「炊き出し」に出かけ医療相談を行う。2005年9月ホームレス支援医師の紹介により救急入院となった。

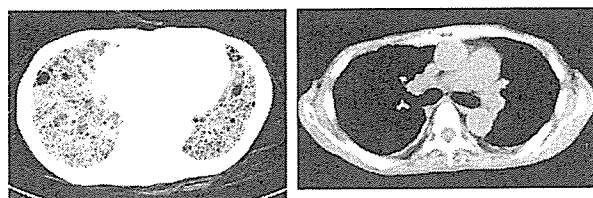
職歴；電電公社の電話線アスベスト被覆工事に従事。アスベストばく露をうけた。

胸部レントゲン、CT、職歴よりアスベストによるびまん性胸膜肥厚と診断、2007年5月労災認定された。

{肺機能}肺活量 1660ml、%肺活量 50.9%、1秒量 1330ml、1秒率 78.2% F(++)

【事例2】呼吸困難増強し、労働下宿より救急入院となった、はつり工

2006年5月頃より呼吸苦、胸痛、咳嗽出現したが健康保険がないため労働下宿で安静にしていたが呼吸困難増悪し7月救急入院となった。



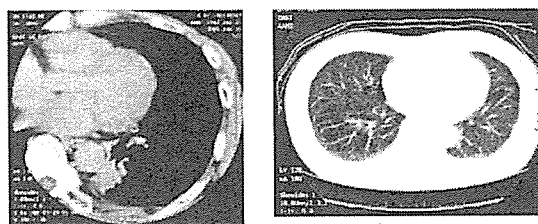
胸部レントゲン、CTでは honey comb lung 所見及び両側胸膜プラークも認めた。

肺機能は、肺活量 1750ml、%肺活量 51.8%、

PO2 56.8 TORR、PCO2 50.2と著明な低肺機能を認めたため、在宅酸素療法を開始したが、平地歩行時3分後にはSPO2 65%まで低下していた。じん肺健康管理区分申請を行い管理4・F(++)にて労災認定された。

【事例3】呼吸困難精査入院の結果、アスベスト肺に合併した肺がんと診断された発電所（原発）バルブ修理工

自動車修理工、発電所バルブ修理工としてアスベストばく露を受けた。2004年12月頃より咳嗽、胸痛、労作時の呼吸困難が出現、2005年2月ホームレス炊き出し時の医師の紹介で精査入院となった。



左肺S10に mass lesion を認め、扁平上皮がんの診断で外科的手術を行った。胸部レントゲン及びCTにて2型の不整形陰影を認め、病理学的にも間質性肺炎所見を認めたため、アスベストによる肺がんとして現在労災申請中。

【まとめ】2007年厚生労働省が行った「ホームレスの実態に関する全国調査報告書」によればホームレス者の野宿生活直前の仕事は建設業関連が5割を占め次いで生産工程・製造作業者が12.2%となっている。これらの産業現場でアスベスト曝露を受けたホームレス者が多数いることが想定される。また、ホームレス生活をするようになった主な理由として21%が「病気や怪我、高齢で働けなくなった」としている。今回の我々の調査でも、アスベスト関連疾患による呼吸困難から、ホームレス生活を余儀なくされたケースが存在していることが証明された。しかし、ホームレス者におけるアスベストによる健康被害の報告は少なく、労災認定等の社会資源活用も多くないと考えられる。今後ホームレス者の健康支援活動においてはアスベスト被害との関連を十分検討する必要がある。またホームレス者に対して行政機関や支援団体によるアスベスト健康被害の健診・啓蒙活動も重要と考える。

東京・大田区におけるアスベスト被災掘り起こしの取り組み

色部 祐(アスベスト被災対策大田連絡会・働くもののいのちと健康を守る東京センター)

「はじめに」 06年9月20日に「アスベスト被災対策大田連絡会」(以下 大田連絡会)は発足した。東京・大田区は、京浜工業地帯の一角を占め、厚生労働省の「石綿ばく露作業に係わる労災認定事業所一覧」、環境省の「石綿取り扱い事業所一覧」にリストアップされている事業所が多く、また「平成7年～16年市区町村別の中皮腫の死亡者数」(環境省総合環境政策局環境保健部企画課・石綿健康被害対策部 H18.4.1 時点)によれば大田区は33名であり、その数は東京市区町村では第1位である。こうしたアスベストをめぐる環境の下での「大田連絡会」発足の意義は大きいと自覚している。大田連絡会で掘り起こし、聞き取りをした事例、また労災申請や「石綿救済新法」に基づく申請例などの具体事例は、別紙にて報告する。ここでは「大田連絡会」の発足の歴史と取り組みの概要を報告し、今日の時点での教訓を述べてみたい。

1、結成に至るまでの「前史」－宮寺石綿(株)での被災実態の調査・発掘

- ・1977年12月31日 宮寺石綿大森工場(大田区大森南)元従業員のS氏、大田病院にて肺がんで死亡 剖検結果→石綿による肺がんと胃がんの重複合併→労災遺族補償(79年認定)
- ・1978-9年 大田病院の医療ケースワーカー・看護師らが医師の協力を得ながら宮寺石綿の被災状況の調査実施→アスベスト原因と見られる死亡事例9例、病苦による自殺者1例を確認
また同事業所従業員、通院患者Tさんの石綿肺による労災認定(81年)
- ・1979年12月15日 ・色部ら「ある石綿工場における石綿肺発生および経過に関する社会医学的検討」を報告(東京民医連南部医療活動研究集会)

2、調査・取り組み中断の時期 (1980年4月～2005年3月)

その後約25年間にわたって相談・調査などの中断となる。94年(平成6年)宮寺石綿大森工場の閉鎖

3、「大田連絡会」結成に向けた準備期－二世世代にわたる被災者の掘り起こし

- ・2006年3月2日 81年石綿肺認定のTさんの死亡が判明し遺族に連絡→Tさんの子供で宮寺石綿工場敷地内社宅で幼年期を過ごした3人がいずれも医師から胸膜肥厚斑が指摘されたことを知る
- ・2006年4月1日 東京センター事務所にて「アスベスト健康被害110番を実施」その場で居合わせた医師、弁護士と東京センターのスタッフにより、宮寺石綿被災者の追跡調査実施を確認
- ・2006年4月28日 第1回大田区内アスベスト調査実施6団体7人、放送記者同行→Iさん、Mさんと面談 宮寺石綿工場跡地を見学
- ・2006年4月29日 上記Iさんの娘さん(中皮腫にて療養中)に面談→その後、環境保全機構より「石綿健康被害救済法」により認定される
- ・2006年6月1日 旧日本ダイカスト下丸子工場従業員2人(胸膜肥厚斑有所見)から聴取
- ・2006年6月15日 Tさんの長女Yさんに面談・聞き取り 6団体7人参加
- ・2006年7月7日 区内航空会社の整備士の中皮腫事案労災申請→07年2月認定
- ・2006年8月31日 本年5月9日大田区在住の大工Hさんの中皮腫死亡事例の労災申請の相談→07年2月認定
- ・2006年9月20日大田連絡会結成(区内労働組合、医療機関、法律事務所などにより構成)
- ・その後、2回にわたる相談会実施(06/10/8 07/3/11)

4、この間の教訓と今後の課題

- ①地域でのアスベスト被災の実態の掘り起こし・支援の取り組みはこれから益々必要であること
- ②親から子へと二世世代にわたる被災の継続があること
- ③労・医・法の連携の必要性
- ④企業責任追求、自治体や労働基準監督署の役割機能の明確化 など

教育講演 1.

死因別寿命延長への寄与年数からみた都道府県格差

渡辺智之（社福法人仁至会・認知症介護研究・研修大府センター）

教育講演 2.

エビデンスに基づかない特定健診とメタボ対策

服部 真（城北病院）

座長：山田裕一

死因別寿命延長への寄与年数からみた都道府県格差

渡辺智之¹、小長谷陽子¹、宮尾 克²

¹ 認知症介護研究・研修大府センター、² 名古屋大学情報連携基盤センター

はじめに

各都道府県における健康状態を把握し、改善させるための目標設定などをおこなう上で、都道府県別の平均寿命による比較がよく用いられるが、都道府県の平均寿命の格差がどのような要因に起因しているかは平均寿命がすべての死亡による指標であるため、特定の年齢・死因における死亡率の変化が平均寿命の差にどの程度寄与しているかを評価することは困難である。そこで、本報告では47都道府県について寿命延長という視点から都道府県の死因の特徴、地域格差を明らかにするために、平均寿命に寄与する年齢階級別・死因別死亡を都道府県別に解析し、都道府県別の死因分析を行った。

方法

1975年から2000年における性別、死因別の寿命変化への寄与年数、つまり、対象期間における平均寿命の変化は、どのような年代および死因が影響を与えていたかを各都道府県について比較するために、死因別死亡率の変化による寿命変化への寄与を評価することが可能な、Pollardによって開発された平均寿命の変化に対する寄与年数を用いて算出した。年齢階級は0-14歳、15-34歳、35-64歳、65-74歳、75歳以上とし、疾病分類は死因簡単分類によって分類した。対象疾患は、全死因、感染症および寄生虫症、悪性新生物、心疾患(高血圧性除く)、脳血管疾患、自殺とした。なお、都道府県別死亡率の年次変動の影響を考慮するために、対象年の前後2年をあわせた5年分の死亡率データの平均値を用いた。

結果

全死因の寿命延長への寄与における地理的特徴として、全年齢階級では男女ともに青森県を除く東北(特に日本海側)、信越、北陸、四国(高知、徳島県)、九州(長崎、大分、熊本、宮崎、鹿児島県)で寿命延長が大きい傾向にある。一方、関東(特に東京都)、近畿(特に大阪、京都府)といった大都市部では他の都道府県と比して寿命延長が小さい傾向にある。死因別にみると、感染症が寿命へ与える影響は男女ともに小さく、地域差はほとんどなかった。悪性新生物については、男性では東北(日本海側)、北陸、九州で寿命延長への寄与が高い。しかし、75歳以上ではほぼ全ての都道府県で負の寄与を示し、この年代での悪性新生物死亡率が悪化したことにより、寿命を縮める要因となっている。女性では東日本の日本海側、近畿、四国でやや高い傾向にあるが、寄与の程度は低い。75歳以上では男性と同様に全ての都道府県で負の寄与を示しており、地域的な顕著な差はみられなかった。心疾患では、男女ともに全体的に寿命延長への寄与が高く、その中でも特に75歳以上の高齢者の改善が大きい。地域別では北海道、北陸、中部、近畿、九州で高い傾向にある。脳血管疾患は全体的に他の疾患と比較しても高い正の寄与を示し、年代別では心疾患と同様に男女ともに高齢者で高い正の寄与を示しており、その中でも特に75歳以上で高い傾向にある。また、自殺については、男性ではどの都道府県も負の寄与を示し、ほとんど寿命延長に寄与していない。また、女性もどの年代もほとんど寄与しておらず、全体的にみても正の寄与を示しているが寄与は小さい(表)。

結論

地域における寿命延長への寄与が最も良い地域に底上げされれば、結果として日本全体の水準が改善されることが期待される。本報告の結果から各年代に特有な疾患や地域の傾向を同定することによって、死亡率の改善だけでなくQOLの改善を目指した年代別の対策を立てるための有用な基礎資料として寄与しうると考える。

表：性別・年齢階級別・死因別にみた平均寿命の変化への寄与年数(1975-2000年)

都道府県	疾病分類	男性						女性						
		0-14		15-34		35-64		65-74		75-		Total		
		0-14	15-34	35-64	65-74	75-	Total	0-14	15-34	35-64	65-74	75-	Total	
全国	全死因	0.91	0.40	1.62	1.36	1.64	1.64	5.94	0.71	0.29	1.48	1.71	3.22	7.40
	感染症及び寄生虫症	0.03	0.01	0.09	0.05	0.04	0.23	0.01	0.03	0.01	0.05	0.01	0.03	0.15
	悪性新生物	0.02	0.04	0.20	-0.02	-0.23	0.01	0.03	0.06	0.29	0.18	-0.12	0.45	
	心疾患(高血圧性除く)	0.00	0.02	0.16	0.21	0.36	0.74	0.01	0.02	0.22	0.28	0.56	1.09	
	脳血管疾患	0.00	0.02	0.62	0.75	0.91	2.31	0.01	0.01	0.43	0.74	1.40	2.59	
	自殺	0.00	0.00	-0.17	0.00	0.01	-0.16	0.00	0.04	0.02	0.03	0.03	0.11	
北海道	全死因	1.04	0.33	1.64	1.49	1.65	6.15	0.83	0.27	1.49	1.88	3.35	7.82	
	感染症及び寄生虫症	0.05	0.01	0.09	0.07	0.06	0.28	0.05	0.01	0.06	0.02	0.02	0.17	
	悪性新生物	0.02	0.04	0.18	0.07	-0.24	0.05	0.04	0.04	0.23	0.20	-0.11	0.40	
	心疾患(高血圧性除く)	0.00	0.01	0.17	0.25	0.47	0.90	0.00	0.02	0.23	0.36	0.79	1.41	
	脳血管疾患	0.01	0.02	0.66	0.69	0.81	2.18	0.00	0.01	0.48	0.75	1.34	2.58	
	自殺	0.00	-0.04	-0.22	0.00	0.01	-0.24	0.00	0.06	0.02	0.03	0.03	0.13	
青森	全死因	1.19	0.67	1.51	1.46	1.25	6.07	0.82	0.30	1.23	1.76	2.94	7.05	
	感染症及び寄生虫症	0.09	0.02	0.13	0.07	0.06	0.36	0.08	0.02	0.08	0.05	0.06	0.29	
	悪性新生物	0.02	0.06	0.09	-0.01	-0.26	-0.10	0.03	0.08	0.19	0.19	-0.13	0.36	
	心疾患(高血圧性除く)	0.00	0.05	0.14	0.19	0.22	0.60	-0.01	0.03	0.18	0.23	0.46	0.89	
	脳血管疾患	0.01	0.04	0.88	0.85	0.74	2.51	0.00	0.01	0.45	0.84	1.20	2.50	
	自殺	0.00	-0.01	-0.32	-0.01	0.01	-0.33	0.00	0.01	-0.01	0.02	0.01	0.03	
岩手	全死因	1.29	0.58	1.81	1.60	1.62	6.90	1.07	0.37	1.43	1.94	3.37	8.19	
	感染症及び寄生虫症	0.05	0.01	0.11	0.05	0.03	0.25	0.05	0.02	0.05	0.01	0.03	0.17	
	悪性新生物	0.02	0.03	0.10	-0.04	-0.24	-0.13	0.04	0.06	0.15	0.15	-0.15	0.25	
	心疾患(高血圧性除く)	0.01	0.02	0.14	0.22	0.34	0.74	0.00	0.03	0.19	0.27	0.70	1.19	
	脳血管疾患	0.01	0.04	1.00	1.02	1.14	3.20	0.00	0.01	0.59	1.03	1.84	3.47	
	自殺	0.00	0.00	-0.26	0.01	0.02	-0.23	0.00	0.07	0.02	0.05	0.04	0.18	
宮城	全死因	1.00	0.35	1.63	1.62	1.69	6.29	0.76	0.31	1.39	1.81	3.28	7.55	
	感染症及び寄生虫症	0.05	0.02	0.07	0.02	0.01	0.17	0.04	0.02	0.04	0.01	0.02	0.12	
	悪性新生物	0.02	0.03	0.21	0.12	-0.15	0.23	0.06	0.08	0.22	0.18	-0.07	0.47	
	心疾患(高血圧性除く)	0.00	0.01	0.20	0.23	0.32	0.77	0.00	0.02	0.23	0.26	0.55	1.05	
	脳血管疾患	0.01	0.01	0.74	0.94	1.09	2.79	0.01	0.01	0.53	0.94	1.82	3.31	
	自殺	0.00	-0.05	-0.23	-0.01	0.00	-0.27	0.00	0.04	0.00	0.03	0.01	0.09	
都道府県		0-14	15-34	35-64	65-74	75-	Total	0-14	15-34	35-64	65-74	75-	Total	
秋田		1.01	0.56	1.88	1.81	1.47	6.72	0.91	0.29	1.57	2.13	3.42	8.32	
		0.02	0.01	0.07	0.05	0.03	0.18	0.03	0.02	0.04	0.01	0.05	0.15	
		0.02	0.08	0.28	0.10	-0.23	0.24	0.04	0.06	0.34	0.29	-0.06	0.67	
		0.01	0.01	0.21	0.26	0.37	0.85	0.01	0.02	0.23	0.34	0.65	1.24	
		0.00	0.03	0.98	1.06	0.90	2.97	0.01	0.01	0.56	1.05	1.58	3.20	
		0.00	0.01	-0.29	0.01	0.02	-0.25	0.00	0.04	0.01	0.03	0.02	0.10	
山形		0.91	0.42	1.77	1.90	1.81	6.80	0.91	0.27	1.55	2.02	3.33	8.09	
		0.02	0.01	0.05	0.04	0.04	0.16	0.04	0.01	0.04	0.02	0.02	0.12	
		0.02	0.04	0.38	0.13	-0.20	0.36	0.05	0.08	0.36	0.22	-0.11	0.61	
		0.00	0.04	0.07	0.28	0.27	0.66	0.01	0.03	0.20	0.29	0.44	0.97	
		0.00	0.03	0.91	1.05	1.05	3.03	0.01	0.01	0.55	1.01	1.55	3.14	
		0.00	-0.02	-0.23	0.00	0.00	-0.25	0.00	0.02	0.04	0.03	0.02	0.11	
福島		1.15	0.49	1.80	1.53	1.58	6.55	0.84	0.35	1.41	1.85	3.24	7.70	
		0.05	0.01	0.08	0.03	0.01	0.18	0.03	0.02	0.03	0.00	0.02	0.11	
		0.03	0.03	0.22	0.07	-0.18	0.16	0.04	0.07	0.27	0.20	-0.08	0.52	
		-0.01	0.00	0.10	0.19	0.24	0.52	0.00	0.04	0.16	0.26	0.40	0.86	
		0.00	0.03	0.89	0.96	1.10	2.98	0.01	0.02	0.58	0.98	1.77	3.35	
		0.00	-0.03	-0.20	0.00	0.00	-0.23	0.00	0.03	-0.01	0.02	0.02	0.05	
茨城		1.10	0.58	1.69	1.57	1.76	6.70	0.84	0.32	1.63	1.81	3.31	7.91	
		0.05	0.02	0.03	0.02	0.02	0.14	0.05	0.02	0.03	0.00	0.02	0.11	
		0.02	0.03	0.15	0.02	-0.23	-0.01	0.04	0.05	0.30	0.16	-0.11	0.44	
		0.00	0.01	0.17	0.21	0.33	0.72	0.01	0.05	0.24	0.25	0.50	1.05	
		0.00	0.01	0.79	0.91	1.00	2.71	0.01	0.01	0.51	0.91	1.45	2.89	
		0.00	-0.02	-0.19	0.00	0.00	-0.21	0.00	0.04	0.00	0.01	0.01	0.07	
栃木		0.95	0.52	1.76	1.56	1.82	6.61	0.71	0.27	1.47	1.87	3.25	7.57	
		0.04	0.01	0.08	0.04	0.03	0.20	0.03	0.01	0.03	0.02	0.03	0.13	
		0.02	0.04	0.14	0.01	-0.19	0.01	0.02	0.03	0.21	0.17	-0.11	0.32	
		-0.01	0.01	0.09	0.19	0.26	0.54	-0.01	0.02	0.21	0.25	0.46	0.93	
		0.00	0.03	0.82	0.92	1.14	2.90	0.01	0.00	0.53	0.94	1.67	3.16	
		0.00	-0.01	-0.17	0.00	0.01	-0.17	0.00	0.01	0.01	0.04	0.03	0.08	

表：性別・年齢階級別・死因別にみた平均寿命の変化への寄与年数(1975-2000年)(つづき)

都道府県	疾病分類	男性					女性					男性					女性														
		Total					Total					Total					Total														
		0-14	15-34	35-64	65-74	75-	0-14	15-34	35-64	65-74	75-	0-14	15-34	35-64	65-74	75-	0-14	15-34	35-64	65-74	75-	0-14	15-34	35-64	65-74	75-	Total				
群馬	全死因	1.09	0.56	1.65	1.58	1.82	0.89	0.38	1.50	1.80	3.28	7.86	0.99	0.48	1.68	1.62	1.83	6.61	0.99	0.48	1.68	1.62	1.83	6.61	0.73	0.31	1.39	1.99	3.79	8.22	
	感染症及び寄生虫症	0.02	0.02	0.06	0.02	0.01	0.14	0.03	0.01	0.03	-0.01	0.08	0.06	0.02	0.06	0.03	0.02	0.19	0.06	0.02	0.06	0.03	0.02	0.19	0.05	0.01	0.04	0.02	0.04	0.16	
	悪性新生物	0.02	0.03	0.13	0.07	-0.15	0.09	0.04	0.05	0.20	0.20	-0.10	0.38	0.02	0.03	0.32	0.06	-0.17	0.26	0.02	0.03	0.32	0.06	-0.17	0.26	0.04	0.08	0.36	0.30	-0.01	0.76
	心疾患(高血圧性除く)	0.01	0.02	0.14	0.22	0.34	0.72	0.01	0.03	0.23	0.27	0.54	1.08	0.00	0.00	0.12	0.17	0.26	0.56	0.00	0.00	0.12	0.17	0.26	0.56	0.00	0.01	0.15	0.23	0.43	0.82
	脳血管疾患	0.00	0.02	0.76	0.90	1.14	2.81	0.01	0.01	0.51	0.88	1.71	3.13	0.01	0.03	0.78	0.94	1.05	2.81	0.01	0.03	0.78	0.94	1.05	2.81	0.00	0.02	0.48	0.94	1.70	3.15
	自殺	0.00	0.07	-0.14	0.01	0.01	-0.06	0.00	0.07	0.03	0.03	0.03	0.16	0.00	-0.05	-0.23	0.02	0.02	-0.23	0.00	-0.05	-0.23	0.02	0.02	-0.23	0.00	0.03	0.02	0.05	0.05	0.15
埼玉	全死因	0.88	0.40	1.53	1.63	1.81	6.24	0.70	0.19	1.55	1.84	3.24	7.53	0.97	0.53	1.77	1.80	1.92	6.99	0.97	0.53	1.77	1.80	1.92	6.99	0.86	0.27	1.63	1.92	3.71	8.40
	感染症及び寄生虫症	0.04	0.01	0.05	0.04	0.03	0.16	0.04	0.01	0.05	0.01	0.03	0.14	0.02	0.01	0.09	0.07	0.04	0.23	0.02	0.01	0.09	0.07	0.04	0.23	0.01	0.03	0.05	0.01	0.05	0.15
	悪性新生物	0.01	0.03	0.19	0.03	-0.21	0.04	0.03	0.04	0.27	0.17	-0.14	0.37	0.02	0.09	0.35	0.14	-0.17	0.43	0.02	0.09	0.35	0.14	-0.17	0.43	0.04	0.05	0.42	0.28	-0.13	0.66
	心疾患(高血圧性除く)	0.01	0.01	0.09	0.22	0.35	0.69	0.01	0.02	0.24	0.31	0.52	1.08	0.00	0.02	0.23	0.27	0.44	0.96	0.00	0.02	0.23	0.27	0.44	0.96	0.02	0.02	0.23	0.30	0.72	1.29
	脳血管疾患	0.00	0.01	0.70	0.89	0.98	2.58	0.00	0.01	0.48	0.81	1.43	2.73	0.00	0.02	0.69	0.93	0.96	2.60	0.00	0.02	0.69	0.93	0.96	2.60	0.00	0.01	0.45	0.85	1.55	2.86
	自殺	0.00	0.00	-0.14	0.01	0.02	-0.11	0.00	0.00	0.02	0.04	0.03	0.09	0.00	0.00	-0.19	0.00	0.01	-0.18	0.00	0.00	-0.19	0.00	0.01	-0.18	0.00	0.04	0.03	0.03	0.02	0.11
千葉	全死因	0.85	0.36	1.61	1.56	1.76	6.13	0.67	0.21	1.52	1.71	3.14	7.25	0.87	0.41	1.73	1.67	1.73	6.41	0.87	0.41	1.73	1.67	1.73	6.41	0.81	0.27	1.63	1.91	3.70	8.32
	感染症及び寄生虫症	0.03	0.00	0.06	0.05	0.02	0.15	0.02	0.01	0.06	0.01	0.01	0.11	0.03	0.01	0.09	0.06	0.04	0.23	0.03	0.01	0.09	0.06	0.04	0.23	0.02	0.02	0.07	0.02	0.04	0.16
	悪性新生物	0.02	0.04	0.22	0.03	-0.21	0.10	0.02	0.05	0.30	0.17	-0.16	0.39	0.01	0.04	0.27	0.08	-0.25	0.16	0.01	0.04	0.27	0.08	-0.25	0.16	0.05	0.05	0.37	0.23	-0.08	0.62
	心疾患(高血圧性除く)	0.00	0.01	0.15	0.22	0.32	0.69	0.00	0.01	0.23	0.25	0.42	0.92	0.00	0.02	0.16	0.24	0.39	0.81	0.00	0.02	0.16	0.24	0.39	0.81	0.00	0.03	0.21	0.31	0.68	1.23
	脳血管疾患	0.00	0.01	0.63	0.82	0.95	2.41	0.00	0.01	0.44	0.78	1.38	2.61	-0.01	0.01	0.65	0.82	0.80	2.28	-0.01	0.01	0.65	0.82	0.80	2.28	0.01	0.01	0.43	0.80	1.27	2.51
	自殺	0.00	-0.01	-0.14	0.01	0.01	-0.13	0.00	0.02	0.03	0.03	0.03	0.10	0.00	-0.01	-0.16	0.01	0.02	-0.15	0.00	-0.01	-0.16	0.01	0.02	-0.15	0.00	0.04	0.00	0.02	0.02	0.08
東京	全死因	0.70	0.22	1.16	1.25	1.52	4.85	0.56	0.19	1.21	1.48	2.87	6.31	0.79	0.47	1.51	1.60	2.05	6.42	0.79	0.47	1.51	1.60	2.05	6.42	0.77	0.22	1.74	1.85	3.72	8.30
	感染症及び寄生虫症	0.02	0.01	0.08	0.04	0.03	0.18	0.02	0.01	0.06	0.01	0.01	0.10	0.05	0.01	0.06	0.07	0.09	0.27	0.05	0.01	0.06	0.07	0.09	0.27	0.02	0.00	0.05	0.02	0.09	0.18
	悪性新生物	0.02	0.04	0.16	0.07	-0.19	0.10	0.03	0.05	0.24	0.16	-0.11	0.37	0.02	0.04	0.30	0.04	-0.20	0.19	0.02	0.04	0.30	0.04	-0.20	0.19	0.02	0.08	0.40	0.20	-0.14	0.56
	心疾患(高血圧性除く)	0.00	0.02	0.13	0.19	0.30	0.64	0.01	0.01	0.18	0.26	0.48	0.95	-0.01	0.01	0.13	0.25	0.44	0.82	-0.01	0.01	0.13	0.25	0.44	0.82	0.00	0.01	0.27	0.31	0.67	1.25
	脳血管疾患	0.00	0.02	0.54	0.64	0.94	2.14	0.00	0.01	0.38	0.63	1.44	2.47	0.01	0.02	0.52	0.78	0.85	2.18	0.01	0.02	0.52	0.78	0.85	2.18	0.01	0.00	0.41	0.76	1.23	2.41
	自殺	0.00	-0.02	-0.15	0.00	0.01	-0.16	0.00	0.02	0.00	0.02	0.03	0.06	0.00	0.05	-0.21	0.00	0.03	-0.14	0.00	0.05	-0.21	0.00	0.03	-0.14	0.00	0.07	0.03	0.01	0.03	0.13
神奈川県	全死因	0.75	0.27	1.36	1.39	1.59	5.35	0.57	0.24	1.33	1.55	2.99	6.67	0.86	0.62	1.52	1.52	1.80	6.31	0.86	0.62	1.52	1.52	1.80	6.31	0.62	0.35	1.40	1.69	3.44	7.50
	感染症及び寄生虫症	0.02	0.01	0.06	0.04	0.02	0.16	0.03	0.01	0.04	0.01	0.00	0.08	0.04	0.03	0.06	0.05	0.03	0.21	0.04	0.03	0.06	0.05	0.03	0.21	0.06	0.02	0.03	0.00	0.05	0.15
	悪性新生物	0.02	0.04	0.14	0.05	-0.21	0.04	0.04	0.07	0.27	0.18	-0.12	0.43	0.03	0.03	0.15	0.11	-0.15	0.18	0.03	0.03	0.15	0.11	-0.15	0.18	0.04	0.03	0.25	0.24	-0.08	0.49
	心疾患(高血圧性除く)	-0.01	0.01	0.18	0.25	0.35	0.77	0.01	0.02	0.22	0.27	0.56	1.08	-0.01	0.02	0.09	0.17	0.28	0.55	-0.01	0.02	0.09	0.17	0.28	0.55	0.02	0.03	0.17	0.26	0.51	0.99
	脳血管疾患	0.00	0.01	0.60	0.71	0.92	2.25	0.01	0.02	0.43	0.65	1.33	2.43	-0.01	0.02	0.64	0.83	1.20	2.69	-0.01	0.02	0.64	0.83	1.20	2.69	0.00	0.02	0.46	0.84	1.88	3.20
	自殺	0.00	-0.03	-0.14	0.01	0.01	-0.16	0.00	0.01	0.00	0.02	0.03	0.06	0.00	0.07	-0.21	-0.01	-0.01	-0.15	0.00	0.07	-0.21	-0.01	-0.01	-0.15	0.01	0.06	0.00	0.01	0.03	0.11
山梨	全死因	0.75	0.27	1.36	1.39	1.59	5.35	0.57	0.24	1.33	1.55	2.99	6.67	0.86	0.62	1.52	1.52	1.80	6.31	0.86	0.62	1.52	1.52	1.80	6.31	0.62	0.35	1.40	1.69	3.44	7.50
	感染症及び寄生虫症	0.02	0.01	0.06	0.04	0.02	0.16	0.03	0.01	0.04	0.01	0.00	0.08	0.04	0.03	0.06	0.05	0.03	0.21	0.04	0.03	0.06	0.05	0.03	0.21	0.06	0.02	0.03	0.00	0.05	0.15
	悪性新生物	0.02	0.04	0.14	0.05	-0.21	0.04	0.04	0.07	0.27	0.18	-0.12	0.43	0.03	0.03	0.15	0.11	-0.15	0.18	0.03	0.03	0.15	0.11	-0.15	0.18	0.04	0.03	0.25	0.24	-0.08	0.49
	心疾患(高血圧性除く)	-0.01	0.01	0.18	0.25	0.35	0.77	0.01	0.02	0.22	0.27	0.56	1.08	-0.01	0.02	0.09	0.17	0.28	0.55	-0.01	0.02	0.09	0.17	0.28	0.55	0.02	0.03	0.17	0.26	0.51	0.99
	脳血管疾患	0.00	0.01	0.60	0.71	0.92	2.25	0.01	0.02	0.43	0.65	1.33	2.43	-0.01	0.02	0.64	0.83	1.20	2.69	-0.01	0.02	0.64	0.83	1.20	2.69	0.00	0.02	0.46	0.84	1.88	3.20
	自殺	0.00	-0.03	-0.14	0.01	0.01	-0.16	0.00	0.01	0.00	0.02	0.03	0.06	0.00	0.07	-0.21	-0.01	-0.01	-0.15	0.00	0.07	-0.21	-0.01	-0.01	-0.15	0.01	0.06	0.00	0.01	0.03	0.11

表：性別・年齢階級別・死因別にみた平均寿命の変化への寄与年数(1975-2000年)(つづき)

都道府県	疾病分類	男性					女性					男性					女性								
		都道府県					Total					都道府県					Total								
		0-14	15-34	35-64	65-74	75-	0-14	15-34	35-64	65-74	75-	Total	0-14	15-34	35-64	65-74	75-	Total	0-14	15-34	35-64	65-74	75-	Total	
長野	全死因	0.89	0.31	1.57	1.72	2.07	6.56	0.73	0.28	1.56	1.90	3.60	8.07	0.97	0.45	1.76	1.67	1.95	6.80	0.79	0.32	1.80	1.85	3.51	8.26
	感染症及び寄生虫症	0.03	0.00	0.03	0.02	0.01	0.08	0.04	0.01	0.03	0.00	0.01	0.10	0.03	0.00	0.09	0.05	0.05	0.23	0.01	0.00	0.06	0.03	0.06	0.17
	悪性新生物	0.01	0.03	0.32	0.19	-0.16	0.39	0.02	0.05	0.34	0.22	-0.04	0.59	0.03	0.02	0.26	0.04	-0.23	0.13	0.04	0.07	0.39	0.21	-0.12	0.59
	心疾患(高血圧性除く)	0.01	0.02	0.18	0.24	0.45	0.90	0.00	0.03	0.24	0.30	0.61	1.18	0.01	0.03	0.27	0.31	0.49	1.12	0.01	0.03	0.22	0.28	0.71	1.25
	脳血管疾患	0.00	0.01	0.69	0.93	1.23	2.87	0.00	0.00	0.55	0.97	1.83	3.35	0.01	0.01	0.59	0.78	0.93	2.32	0.00	0.02	0.49	0.78	1.37	2.66
	自殺	0.00	0.00	-0.16	0.00	0.01	-0.16	0.00	0.05	0.00	0.02	0.03	0.10	0.00	0.01	-0.14	0.01	0.02	-0.10	0.00	0.06	0.05	0.04	0.04	0.19
岐阜	全死因	1.00	0.40	1.48	1.35	1.77	6.00	0.76	0.32	1.42	1.81	3.41	7.73	0.77	0.26	1.44	1.42	1.70	5.60	0.58	0.25	1.41	1.66	3.36	7.26
	感染症及び寄生虫症	0.05	0.01	0.11	0.05	0.05	0.27	0.02	0.02	0.07	0.02	0.05	0.18	0.02	0.01	0.11	0.07	0.04	0.25	0.03	0.01	0.05	0.01	0.01	0.12
	悪性新生物	0.02	0.04	0.21	-0.02	-0.25	0.00	0.02	0.07	0.25	0.19	-0.08	0.45	0.01	0.05	0.19	0.02	-0.26	0.02	0.03	0.07	0.34	0.18	-0.14	0.49
	心疾患(高血圧性除く)	0.02	0.03	0.16	0.21	0.35	0.77	0.01	0.03	0.23	0.27	0.61	1.15	0.00	0.01	0.15	0.28	0.45	0.89	0.00	0.01	0.21	0.35	0.65	1.23
	脳血管疾患	0.00	0.02	0.56	0.77	1.00	2.35	0.01	0.01	0.43	0.82	1.48	2.76	0.00	0.00	0.42	0.62	0.85	1.89	0.00	0.01	0.30	0.61	1.31	2.22
	自殺	0.00	0.00	-0.13	0.01	0.02	-0.10	0.00	0.04	0.04	0.06	0.04	0.18	0.00	0.01	-0.16	0.00	0.01	-0.14	0.00	0.05	0.03	0.02	0.03	0.13
静岡	全死因	0.87	0.51	1.61	1.37	1.55	5.91	0.71	0.33	1.35	1.53	3.18	7.10	0.81	0.29	1.48	1.39	1.48	5.46	0.64	0.27	1.56	1.68	3.11	7.26
	感染症及び寄生虫症	0.02	0.01	0.09	0.04	0.02	0.18	0.02	0.02	0.05	0.01	0.04	0.14	0.02	0.01	0.13	0.06	0.04	0.26	0.03	0.01	0.06	0.02	0.02	0.14
	悪性新生物	0.02	0.04	0.10	-0.10	-0.28	-0.21	0.03	0.06	0.22	0.11	-0.11	0.32	0.01	0.03	0.20	0.01	-0.26	0.00	0.03	0.05	0.35	0.16	-0.17	0.43
	心疾患(高血圧性除く)	0.01	0.01	0.14	0.22	0.37	0.76	-0.01	0.02	0.19	0.25	0.59	1.05	0.01	0.01	0.17	0.27	0.43	0.89	0.01	0.03	0.26	0.33	0.69	1.32
	脳血管疾患	0.00	0.02	0.59	0.79	0.88	2.27	0.00	0.01	0.40	0.70	1.32	2.43	0.01	0.01	0.49	0.62	0.74	1.87	0.01	0.01	0.37	0.62	1.17	2.18
	自殺	0.00	0.03	-0.13	0.00	0.01	-0.09	0.00	0.04	0.00	0.03	0.02	0.09	0.00	-0.01	-0.17	0.00	0.01	-0.17	0.00	0.07	0.04	0.03	0.03	0.17
愛知	全死因	0.84	0.23	1.45	1.40	1.80	5.71	0.62	0.23	1.55	1.79	3.21	7.40	0.80	0.46	1.63	1.34	1.61	5.83	0.56	0.33	1.54	1.62	2.98	7.03
	感染症及び寄生虫症	0.04	0.01	0.10	0.07	0.06	0.28	0.03	0.01	0.06	0.02	0.04	0.16	0.03	0.01	0.13	0.07	0.06	0.30	0.04	0.01	0.07	0.01	0.05	0.18
	悪性新生物	0.01	0.03	0.17	-0.01	-0.26	-0.06	0.02	0.05	0.31	0.17	-0.15	0.40	0.01	0.04	0.20	-0.02	-0.29	-0.06	0.03	0.07	0.34	0.17	-0.18	0.42
	心疾患(高血圧性除く)	0.01	0.01	0.17	0.22	0.39	0.80	0.00	0.02	0.23	0.29	0.57	1.11	0.01	0.02	0.15	0.21	0.34	0.74	0.00	0.02	0.22	0.26	0.49	1.00
	脳血管疾患	0.01	0.01	0.49	0.72	0.98	2.20	0.01	0.00	0.44	0.75	1.42	2.61	0.00	0.02	0.51	0.65	0.81	1.98	0.00	0.01	0.36	0.65	1.20	2.21
	自殺	0.00	0.00	-0.10	0.01	0.02	-0.07	0.00	0.04	0.04	0.04	0.04	0.17	0.00	0.01	-0.16	0.00	0.01	-0.13	0.00	0.08	0.04	0.03	0.04	0.18
三重	全死因	0.99	0.46	1.62	1.41	1.77	6.25	0.64	0.27	1.50	1.71	3.34	7.46	0.89	0.31	1.71	1.59	1.96	6.46	0.72	0.28	1.89	1.72	3.25	7.85
	感染症及び寄生虫症	0.02	0.00	0.09	0.05	0.05	0.21	0.01	0.01	0.05	0.01	0.03	0.11	0.04	0.01	0.09	0.05	0.03	0.21	0.04	0.01	0.09	0.01	0.03	0.18
	悪性新生物	0.00	0.03	0.26	0.04	-0.17	0.16	0.02	0.07	0.32	0.22	-0.09	0.53	0.02	0.02	0.38	0.09	-0.18	0.34	0.01	0.06	0.49	0.22	-0.07	0.70
	心疾患(高血圧性除く)	0.01	0.01	0.16	0.24	0.40	0.82	0.02	0.02	0.21	0.27	0.63	1.15	0.02	0.02	0.16	0.27	0.48	0.94	0.02	0.03	0.27	0.27	0.68	1.27
	脳血管疾患	0.00	0.01	0.49	0.71	0.93	2.14	0.00	0.01	0.40	0.74	1.39	2.54	0.00	0.02	0.47	0.72	0.97	2.18	0.00	0.01	0.41	0.68	1.39	2.48
	自殺	0.00	0.02	-0.17	0.00	0.01	-0.14	0.00	0.03	0.02	0.03	0.03	0.11	0.00	0.00	-0.16	0.01	0.02	-0.14	0.00	0.04	0.03	0.03	0.03	0.13

表：性別・年齢階級別・死因別にみた平均寿命の変化への寄与年数(1975-2000年)(つづき)

都道府県	疾病分類	男性						女性														
		1975-2000年			1975-2000年			1975-2000年			1975-2000年											
		0-14	15-34	35-64	65-74	75-	Total	0-14	15-34	35-64	65-74	75-	Total									
都道府県	和歌山	全死因	1.24	0.58	1.27	1.29	1.45	5.83	0.83	0.42	1.36	1.53	3.12	7.27	1.00	0.37	1.75	1.37	1.43	5.92	7.14	
		感染症及び寄生虫症	0.07	0.01	0.11	0.07	0.04	0.29	0.03	0.01	0.06	0.01	0.04	0.15	0.05	0.02	0.10	0.06	0.04	0.27	0.17	
		悪性新生物	0.02	0.04	0.13	0.01	-0.25	-0.04	0.04	0.10	0.26	0.15	-0.09	0.45	0.01	0.04	0.17	-0.03	-0.24	-0.04	0.43	
		心疾患(高血圧性除く)	0.01	0.02	0.05	0.17	0.26	0.52	-0.01	0.03	0.24	0.27	0.44	0.97	0.01	0.00	0.12	0.21	0.30	0.64	0.94	
		脳血管疾患	0.00	0.02	0.43	0.67	0.86	1.98	0.01	0.01	0.34	0.61	1.23	2.20	0.00	0.02	0.63	0.72	0.86	2.24	2.42	
		自殺	0.00	-0.02	-0.20	0.01	0.01	-0.19	0.00	0.07	0.01	0.04	0.04	0.15	0.00	-0.02	-0.14	0.00	0.02	-0.14	0.14	
		徳島	全死因	1.13	0.51	1.52	1.30	1.59	6.05	0.82	0.27	1.37	1.50	3.28	7.24	0.98	0.82	1.77	1.31	1.69	6.57	8.28
		感染症及び寄生虫症	0.05	0.02	0.01	0.02	0.02	0.12	0.04	0.01	0.04	0.00	0.02	0.11	0.05	0.02	0.10	0.05	0.04	0.27	0.21	
		悪性新生物	0.03	0.02	0.13	-0.01	-0.20	-0.04	0.03	0.05	0.31	0.16	-0.08	0.47	0.02	0.08	0.13	-0.10	-0.26	-0.14	0.46	
		心疾患(高血圧性除く)	-0.02	0.04	0.18	0.26	0.41	0.87	-0.01	0.02	0.18	0.25	0.63	1.08	0.01	0.05	0.20	0.25	0.42	0.94	1.36	
脳血管疾患	0.00	0.01	0.66	0.81	0.89	2.36	0.02	-0.01	0.39	0.69	1.36	2.45	0.00	0.02	0.54	0.68	0.78	2.02	2.46			
自殺	0.00	0.02	-0.19	0.00	0.01	-0.17	0.00	0.05	0.02	0.02	0.03	0.13	0.00	0.08	-0.12	0.00	0.00	-0.03	0.21			
島根	山口	全死因	1.00	0.53	1.53	1.41	1.59	6.06	0.47	0.27	1.57	1.81	3.42	7.53	1.35	0.47	1.50	1.28	1.55	6.16	7.50	
		感染症及び寄生虫症	0.03	0.02	0.08	0.03	0.01	0.17	0.04	0.02	0.05	0.02	0.03	0.16	0.04	0.01	0.09	0.05	0.07	0.26	0.14	
		悪性新生物	0.02	0.04	0.12	-0.07	-0.27	-0.16	0.00	0.04	0.27	0.22	-0.09	0.44	0.01	0.05	0.32	0.04	-0.22	0.21	0.76	
		心疾患(高血圧性除く)	0.00	0.04	0.16	0.23	0.33	0.76	0.00	0.03	0.25	0.24	0.56	1.08	0.00	0.04	0.12	0.20	0.42	0.78	1.09	
		脳血管疾患	0.00	0.03	0.69	0.84	0.97	2.53	0.00	0.01	0.45	0.81	1.49	2.77	0.00	0.03	0.39	0.58	0.71	1.71	1.90	
		自殺	0.00	-0.01	-0.23	0.01	0.01	-0.21	-0.01	0.05	0.09	0.05	0.05	0.22	0.00	0.00	-0.13	0.02	0.02	-0.10	0.16	
		香川	全死因	1.00	0.53	1.53	1.41	1.59	6.06	0.47	0.27	1.57	1.81	3.42	7.53	1.35	0.47	1.50	1.28	1.55	6.16	7.50
		感染症及び寄生虫症	0.03	0.02	0.08	0.03	0.01	0.17	0.04	0.02	0.05	0.02	0.03	0.16	0.04	0.01	0.09	0.05	0.07	0.26	0.14	
		悪性新生物	0.02	0.04	0.12	-0.07	-0.27	-0.16	0.00	0.04	0.27	0.22	-0.09	0.44	0.01	0.05	0.32	0.04	-0.22	0.21	0.76	
		心疾患(高血圧性除く)	0.00	0.04	0.16	0.23	0.33	0.76	0.00	0.03	0.25	0.24	0.56	1.08	0.00	0.04	0.12	0.20	0.42	0.78	1.09	
脳血管疾患	0.00	0.03	0.69	0.84	0.97	2.53	0.00	0.01	0.45	0.81	1.49	2.77	0.00	0.03	0.39	0.58	0.71	1.71	1.90			
自殺	0.00	-0.01	-0.23	0.01	0.01	-0.21	-0.01	0.05	0.09	0.05	0.05	0.22	0.00	0.00	-0.13	0.02	0.02	-0.10	0.16			
岡山	愛媛	全死因	0.82	0.54	1.45	1.22	1.42	5.45	0.64	0.30	1.33	1.60	3.35	7.24	1.07	0.53	1.63	1.36	1.52	6.12	7.44	
		感染症及び寄生虫症	0.03	0.01	0.11	0.05	0.04	0.24	0.04	0.01	0.03	0.02	0.03	0.14	0.05	0.02	0.07	0.06	0.02	0.22	0.12	
		悪性新生物	0.02	0.06	0.15	-0.04	-0.25	-0.06	0.02	0.06	0.34	0.19	-0.07	0.55	0.02	0.04	0.16	0.00	-0.22	0.00	0.59	
		心疾患(高血圧性除く)	0.00	-0.01	0.12	0.17	0.28	0.57	0.01	0.01	0.17	0.23	0.53	0.95	0.02	0.01	0.04	0.14	0.26	0.48	0.79	
		脳血管疾患	0.00	0.01	0.48	0.71	0.90	2.09	0.00	0.00	0.36	0.70	1.42	2.49	0.01	0.02	0.65	0.76	0.84	2.28	2.39	
		自殺	0.00	0.02	-0.15	0.01	0.01	-0.12	0.00	0.04	0.00	0.03	0.03	0.09	0.00	-0.01	-0.16	0.01	0.01	-0.16	0.14	
		高知	全死因	0.94	0.46	1.62	1.21	1.57	5.80	0.74	0.32	1.51	1.58	3.20	7.35	0.95	0.87	2.01	1.35	1.52	6.71	8.00
		感染症及び寄生虫症	0.04	0.01	0.07	0.04	0.02	0.17	0.04	0.01	0.05	0.00	0.03	0.13	0.02	0.02	0.10	0.05	0.02	0.21	0.14	
		悪性新生物	0.01	0.04	0.17	-0.06	-0.29	-0.13	0.03	0.08	0.30	0.15	-0.09	0.47	0.01	0.06	0.06	-0.09	-0.28	-0.24	0.49	
		心疾患(高血圧性除く)	0.00	0.02	0.16	0.20	0.37	0.75	-0.01	0.04	0.24	0.28	0.55	1.10	0.00	0.00	0.20	0.18	0.28	0.67	0.88	
脳血管疾患	0.00	0.01	0.51	0.60	0.82	1.94	0.00	0.02	0.39	0.63	1.28	2.32	0.01	0.02	0.64	0.81	1.06	2.53	3.08			
自殺	0.00	0.00	-0.13	0.01	0.01	-0.12	0.00	0.04	0.03	0.02	0.03	0.13	0.00	0.08	-0.16	0.00	0.01	-0.07	0.17			

表：性別・年齢階級別・死因別にみた平均寿命の変化への寄与年数(1975-2000年)(つづき)

都道府県	疾病分類	男性					女性					Total	
		男性					女性						
		0-14	15-34	35-64	65-74	75-	0-14	15-34	35-64	65-74	75-		
都道府県		0-14	15-34	35-64	65-74	75-	Total	0-14	15-34	35-64	65-74	75-	Total
福岡													
	全死因	0.80	0.36	1.93	1.28	1.49	5.87	0.56	0.31	1.42	1.59	3.04	6.93
	感染症及び寄生虫症	0.03	0.01	0.11	0.07	0.05	0.27	0.03	0.02	0.05	0.01	0.02	0.14
	悪性新生物	0.01	0.03	0.23	-0.05	-0.22	0.01	0.02	0.06	0.32	0.20	-0.11	0.49
	心疾患(高血圧性除く)	0.01	0.02	0.24	0.24	0.41	0.91	0.00	0.03	0.22	0.29	0.72	1.25
	脳血管疾患	0.01	0.02	0.61	0.66	0.83	2.12	0.00	0.01	0.38	0.62	1.27	2.28
	自殺	0.00	0.00	-0.20	-0.01	0.00	-0.20	0.00	0.05	0.01	0.01	0.02	0.09
佐賀													
	全死因	0.84	0.49	1.80	1.32	1.47	5.92	1.02	0.39	1.58	1.56	3.44	7.98
	感染症及び寄生虫症	0.06	0.02	0.20	0.08	0.06	0.41	0.11	0.03	0.16	0.04	0.12	0.46
	悪性新生物	0.00	0.07	0.24	0.01	-0.23	0.09	0.03	0.08	0.43	0.18	-0.08	0.64
	心疾患(高血圧性除く)	0.05	0.01	0.21	0.25	0.38	0.90	0.09	0.01	0.20	0.27	0.90	1.47
	脳血管疾患	0.01	0.02	0.61	0.61	0.70	1.94	0.03	0.02	0.40	0.61	1.17	2.23
	自殺	0.01	-0.01	-0.29	-0.02	0.00	-0.30	0.03	0.09	-0.04	0.03	0.01	0.13
長崎													
	全死因	0.79	0.52	2.13	1.55	1.55	6.55	0.90	0.35	1.74	1.83	3.30	8.12
	感染症及び寄生虫症	0.02	0.01	0.15	0.08	0.03	0.30	0.04	0.02	0.09	0.02	0.04	0.20
	悪性新生物	0.01	0.04	0.35	0.00	-0.28	0.11	0.04	0.07	0.37	0.21	-0.16	0.54
	心疾患(高血圧性除く)	-0.01	0.03	0.13	0.23	0.37	0.74	0.00	0.04	0.22	0.27	0.56	1.09
	脳血管疾患	0.00	0.03	0.70	0.72	0.78	2.23	0.01	0.01	0.45	0.71	1.26	2.43
	自殺	0.00	0.05	-0.21	0.01	0.01	-0.14	0.00	0.07	-0.01	0.03	0.01	0.11
熊本													
	全死因	1.22	0.57	1.93	1.56	1.71	6.98	1.02	0.35	1.67	1.75	3.36	8.15
	感染症及び寄生虫症	0.04	0.01	0.14	0.09	0.07	0.34	0.04	0.02	0.08	0.03	0.05	0.22
	悪性新生物	0.02	0.03	0.25	0.01	-0.24	0.07	0.05	0.05	0.37	0.21	-0.11	0.58
	心疾患(高血圧性除く)	0.00	0.06	0.26	0.29	0.48	1.08	0.02	0.04	0.26	0.32	0.73	1.38
	脳血管疾患	0.01	0.02	0.63	0.75	0.84	2.26	0.00	0.01	0.43	0.70	1.25	2.39
	自殺	0.00	0.02	-0.23	0.00	0.01	-0.20	0.00	0.02	0.00	0.02	0.02	0.06

エビデンスに基づかない特定健診とメタボ対策 ーヘルスプロポーションよりヘルスプロモーションー

□服部 真 石川勤医協 城北病院・健康支援センター金沢

はじめに

2005年12月に「医療制度改革大綱」が閣議決定され、2008(平成20)年4月から保険者に対して加入者と扶養する家族に対する特定健診と特定保健指導が義務付けられた。これにより健診とその後の保健指導が従来のものから大きく変わるようになった。40~74歳に対して介護保険と同様の手法(コンピュータによる階層化と民間営利企業の参入)を使い、メタボリック症候群およびその予備軍を公的保険診療ではなく健康産業に誘導して、医療費の公費負担を削減する仕組みである。同じ2008年から始まる75歳以上の後期高齢者医療制度での定額化(まるめ)等による医療費抑制とともに、都道府県に義務づけられた医療費適正化(削減)計画の二本柱である(図1)。

2008年から都道府県医療費適正化計画で
健康・介護産業市場の拡大と狭まる公的保険医療

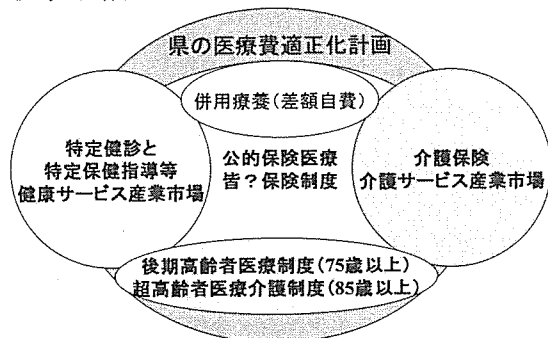


図1 医療費の公費負担を削減する仕組み

厚生労働省が2006年6月に特定健診や特定保健指導の具体的な内容を定めた「標準的な健診・保健指導のプログラム(以下、標準プランと略す)」暫定版とアウトソーシングの基準を、8月には「特定健診・特定保健指導に関する保険者における平成20年度に向けた主な作業(案)を公表した。その後、見直しや労働安全衛生法の事業場健診と整合性をつける改訂が行われ、2007年4月に標準プランの確定版が公開された。詳しくは、厚生労働省健康局のホームページ(<http://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/seikatsu/>)や保険局の「国保ヘルスアップモデル事業の実施を踏まえた特定保健指導を核とした市町村国保における保健事業

実施のための手引書」を参照していただきたい。

(<http://www.mhlw.go.jp/topics/2007/06/tp0629-1.html>)

しかし、現在でも未定部分が多く、これまで健診や保健指導を担ってきた医師や医療機関には不安やとまどいが広がっている。

一方、大企業の健康保険など一部の保険者や健康産業は数年前から経済産業省や厚生労働省の助成を受けてモデル事業を実施して保健指導ソフトや各種設備・機器・商品を開発しており、保険者に対して特定健診・特定保健指導の委託を受けるための営業活動を旺盛に展開している。事業の実施以前から民間健康産業先行の事業であることは明らかだ。

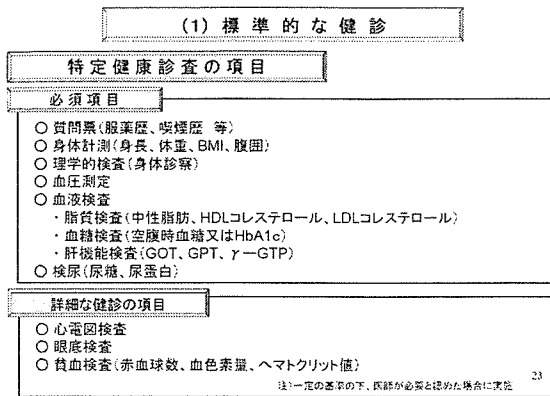
特定健診・特定保健指導の概要

特定健診・特定保健指導は「健康増進法」と「高齢者の医療の確保に関する法律」に従い、医療費適正化計画の一環として2015年(平成27年度)までに「生活習慣病・予備群の25%減少」、「生活習慣病予防による2兆円の医療費抑制」のために、「健診受診率80%、保健指導の実施率60%」を目標とし、このために健康保険料率の上限を95/1000から100/1000に引き上げ、2012年(平成24年度)の健診と保健指導の実績と成果によって75歳以上の高齢者医療制度への支援金を加算減算(±10%)するというものである。

① 特定健診の対象と項目

特定健診と特定保健指導の対象は保険加入者と扶養する家族の40-74歳で、健診項目は表1に示す。従来基本項目に入っていた血算は医師の判断で実施するとされ、心電図・眼底は前年度の特定健診で肥満、高血圧、高血糖、脂質異常の4項目に該当した者の中から医師が必要と認めた場合にのみ行うとされた。胸部X線写真は廃止された。健診項目の追加や自己負担額は保険者が決めることだが、自己負担が高いと受診率が下がり、支援金が10%加算される可能性もある。経団連が未受診者に対して何らかのディスインセンティブを求めていることに対して、厚生労働省は加入者には健診を拒否する権利があるが、ペナルティを与えるかどうかは保険者にまかしていると答えている。

表1 標準的な健診の項目



75歳以上に必須項目に限定して特定健診を実施することも保険者の努力義務となった(ただし、75歳以上は保健指導の対象としない)。特定保健指導の対象者を減らすため、脳血管疾患や虚血性心疾患など動脈硬化による疾患の既往者や高血圧、高脂血症、糖尿病の服薬中の患者は特定保健指導の対象から除外され、65歳以上は動機づけ支援にとどめることになった。

特定健診の結果から「標準プラン」で決められたステップに従って自動的に3つの階層に分ける仕組みは介護度判定と類似している。全員に行う「情報提供」は保険者が健診事業に委託し健診結果の報告と併せて受診者に提供される。「動機づけ支援」が必要な群には1回きりの指導と評価が、「積極的支援」が必要な群には3ヶ月以上の指導や実践と評価が実施される(図2)。

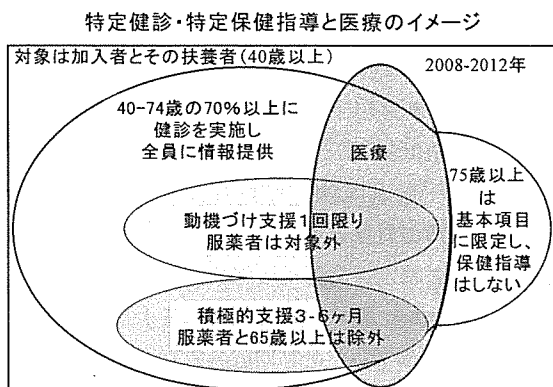


図2 特定健診による階層分けの仕組み

□特定健診・特定保健指導のアウトソーシング

特定健診や特定保健指導の大部分がアウトソーシング(外部委託)されるが、基本項目が血清検査とテープで検査可能な尿検査に限定されたことにより、健診現場に検査機器がなくても特定健診が実施でき、フィットネスクラブやスーパーマーケット、ドラッグストアなどでも可能となった。特定健診の施設要件であった敷地内禁煙は分煙など確実な受動喫煙防止措置の実施に変更され、対応しやすくなった。

特定保健指導の管理者は医師・保健師・管理栄養士のいずれかとされたが、人員不足が予測されるため当初5年間は指導経験のある看護師も最初の面談と評価が出来ることになった。特定保健指導のアウトソーシング先には健診機関・医療機関の他、民間業者、管理栄養士や保健師が設立するNPO、自治体など様々な実施主体が想定され、この1月に委託先の調査が行われ結果が公表された。健診機関や医療機関以外に191の民間事業者や211のその他の業者が保健指導を予定しており、新たに1580人の医師、1481人の保健師、2453人の管理栄養士を採用する計画があるという結果であるが、医師不足・看護師不足の中で現実的とは思えない。

大手保険会社などの民間企業は他の大企業と提携して、特定健診・特定保健指導のための会社を設立し、独自の保健指導システムを開発するなど、準備万端で2008年から一気に全国展開を狙っている(表2)。フィットネスクラブの乱立やアウトソーシングに必要な保健師・管理栄養士・健康運動指導士の引抜きも各地で始まっている。

表2 保険会社等が設立した健診・保健指導等の支援を主な業務とする会社

会社名	主な概要
ファイブケアパートナーズ	日本生命、UFJニコス、総合警備保障、三井住友海上火災、NITデータ、日立製作所、ニチイ学館
ヘルスケアフロンティアジャパン	協保ジャパン、NITデータ、オムロンヘルスケア
東京海上日動メディカルサービス	東京海上日動
(株)日本健康開発財団	日本交通公社、東芝、第一生命、東京三菱UFJ、みずほコーポレート

□従来の健診との関係

保険者と健診・保健指導事業者との契約は保険者とりまとめ団体と日本医師会・全衛連・日本病院会などの医療・健診機関団体が一括で契約することになり、どの保険の加入者がどの団体の事業者を受診しても良いことになる可能性が高い。しかし、常勤雇用者や週約30時間以上のパート等は勤務先の事業場(事業場が指定する健診機関)での労働安全衛生法健診や指導が優先される。事業場健診は特定健診に合わせて項目の追加・変更が行われたが、胸部写真や心電図などは従来同様である。

がん検診は老人保健法から外れて健康増進法やがん対策基本法のもとで各自治体が一般財源で実施することとなった。がん検診受診率を5年以内に50%以上にするという目標が閣議決定されており、特定健診と併せて自治体や保険者に実効性のあるとりくみを求めたい。

65歳以上には市町村が老人保健法介護保険地域支

援事業の生活機能評価を特定健診に加えて健診機関に委託し同時に実施することになると思われる。

また、多くの保険者や自治体では特定健診ががん検診や何らかの追加健診と併せて行われる所が多いため、従来同様、がん検診や追加健診の契約を結んだ医療機関や健診機関でない特定健診も実施しにくいと思われる。

これまでの健診は早期発見・早期治療が目的で、異常が指摘されたときは医療機関で精密検査や治療を勧めていたが、特定健診ではまず特定保健指導に誘導され、そこでは腹囲や体重を減らすことが求められる。特定保健指導という名の下で、医師・保健師・管理栄養士が民間会社が作成した保健指導ソフトを使って健康産業の営業マンとして運動施設や健康食品などの利用を勧める指導がされる可能性がある。

以上の結果、メタボリック症候群が減れば医療費が減るし、減らなくてもその分医療から健康産業に誘導される患者が増え、医療費は減る。なかなかうまい仕組み(図3)を作ったものだと日本の官僚の能力に感心した。

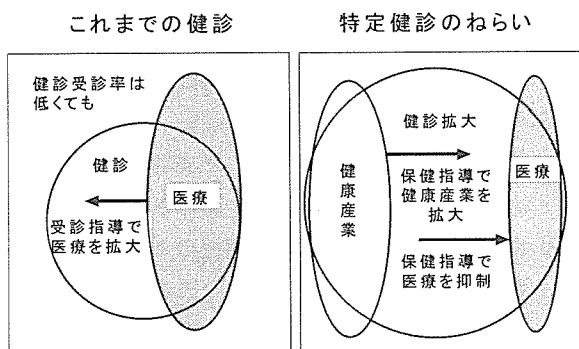


図3 特定健診・特定保健指導と医療のイメージ

特定健診・特定保健指導制度の問題点

問題点□ 国の公衆衛生責任を回避して保険者に押し付け、無保険者はカヤの外

従来の老人保健法では保健事業の実施者は自治体であったが、新制度では保険者に代わる。国は目標と標準プランやアウトソーシング基準、保険者の評価と支援金の加算減算の仕組みを定めただけで、具体的な対象・項目・方法・自己負担額、アウトソーシング先や委託料金などは保険者が決めるため、保険者による格差が大きくなる。

県の音頭で保険者協議会や地域・職域連携推進協議会が調整することになっているが、「保険者の義務として市場原理の中で医療費適正化の目標を果たしな

さい。各々の財源の中で都道府県は保険者間の調整をし、市町村は足りないところを自主的にカバーしなさい」ということである。国の責任をかわし、医療費削減の実をしっかりと取るうまい仕組みである。

憲法第25条の「国民は健康で文化的な生活を営む権利を有する。国は公衆衛生・社会保障・社会福祉の向上に努めなければならない」という立場とは異なり、健康増進法が国の義務を情報提供と専門家育成に限定し、健康は国民の義務とした流れの具体化である。

2006年4-6月期の非正規雇用者は1647万人で労働者の32%を占めて増加し続けているが、これに伴って健康保険の未加入者(無保険者)も増加している。無保険者でもこれまでは住民として健診を受診できていたが、これからは特定健診の対象からはずされる懸念が指摘されている。

問題点□ 医療保険者格差拡大の悪循環

この制度は加入している健康保険による格差を一層拡大する医療保険者格差拡大事業である。地域国保の特定健診については国や県から各々1/3の補助があるが、保健指導の財源を保険料増加でまかなわなければならないところも出てくる(そのために保険料率の上限が既に引き上げられた)。

更に、健診や保健指導の実施率や改善率により保険者同士を競争させ、高齢者医療制度への支援金を加算減算する仕組みによって、経団連の要求通り大企業健保は支援金を削減できる。現在の健診受診率は組合管掌が45%、政府管掌15%、国保25%と推定され、組合管掌が勝ち組となる一方で成果を挙げにくい政府管掌や国保が負け組を競うこととなり、医療保険者間の格差拡大は必至である。

支援金を加算され、財源難から魅力的な健診や保険指導が出来ず自己負担も引き上げざるを得ない保険者は受診率や保健指導実施率がますます低下して負け組が固定化し、保険料引き上げにより滞納者や無保険者がさらに増える格差拡大の悪循環を招く。

問題点□ メタボリック症候群対策は医療費と年金削減の一石二鳥

メタボリック症候群の中核をなすBMI 25-30の肥満が死亡や大きな障害に繋がるという根拠はないが、医療費を増加させるという証拠は明らかであり、特定健診の目的をメタボリック症候群等に限定したこと自体が、国民の健康改善より医療費削減を重視したことを示している。

か否かを決めるための精密検査や医師の判断を経ずに非医療機関で指導が実施されることになる。不整脈や心臓病、動脈硬化や感染症、貧血や骨粗鬆症などがあっても一律に減量のための食事制限や運動の指導が行われる可能性が高く、それによって病気が悪化したり合併症が発症する危険がある。保健指導の際は安全性に配慮して行うことになっているが、心電図や血算の検査もしないで安全性に配慮できるだろうか。責任を負わされる保健指導管理者がかわいそうだ。

問題点⑤ 医療費削減・健康産業拡大の巧妙な仕組み

介護保険導入で民間の介護事業者が参入し要介護認定者に対する医療が制限されたと同様に、この仕組みはメタボリック症候群の患者に対する指導の民営化と医療制限に繋がる。

この制度改革の背景には 2003 年の経済産業省健康サービス産業創造研究会報告の「健康サービス産業モデル都市構想（ウエルネス・コミュニティ）」、2004 年の自民党「健康フロンティア戦略」や 2005 年の経済産業省「健康サービスビジネス化研究会」中間提言などがあり、経済産業省や財界主導の社会保障費（医療保険への公的支出）削減と健康産業市場拡大（民間企業の儲け）のための制度である。

医療費削減・健康産業への誘導は、主に 3 つの仕組みで行われる。

(1) 保険者が医療より特定保健指導に強く誘導

第 1 は、特定健診の血圧や中性脂肪の判定値としリスクの判定値とは別に受診を勧める判定値を定めたことである。従来は要医療と判定されていた血圧 140-159/90-99、中性脂肪 150-299 や HDLC35-39 は医療より保健指導が優先されることになった。また、その他の項目でも個別項目で要医療（または治療中）と判定されると同時に階層別判定で保健指導の対象と判定される受診者が多くなると予測される。

保険者は医療費削減と支援金の加算減算がかかる保健指導の実績づくりのために、医療機関の受診より特定保健指導の実施に強く誘導すると思われる。

特定保健指導は医師・保健師・管理栄養士・保健指導経験のある看護師が指針に沿って行うが、効率的に行うには健康産業などが開発した指導ソフトを使用する必要がある。それらのソフトでは受信者の好みや状況に応じた多様な食事や運動などのプランを短時間で作成できるが、特定保健食品や運動器具・運動施設の利用、特殊な歩数計の使用など健康産業が潤うプランも作られるに違いない。医療機関受診は後回しにされ

る。

(2) 特定保健指導が減量最優先で医療を軽視

第 2 は、保健指導事業者は翌年の健診で指導した受診者の半数以上で判定が改善することを求められる。判定を改善するには腹囲や体重を基準以下に減少させるか、薬以外の方法で検査値を改善する必要がある。薬により検査値を正常化しても判定は改善せず、また、治療中の患者が中断により検査値が悪化しても判定は変化しない。むしろ糖尿病が悪化したりがんを見落として体重が減少すれば、階層別判定は改善する。そのため、特定保健指導では減量の状況と食事や運動の状況だけがチェックされ、改善が見られなければ本格的にフィットネスクラブなど健康産業の利用を勧める指導が行われる可能性がある。肥満者に対する医療機関への受診指導や中断を防ぐ指導は軽視される。

(3) 高血圧・糖尿病・高脂血症の保険診療制限

第 3 に、医療機関で高血圧・糖尿病・高脂血症で服薬治療中の患者は特定保健指導の対象とせず、医療機関において生活習慣病指導管理料、外来栄養食事指導料、集団栄養食事指導料を算定して指導することが望ましいとされたが、管理栄養士を有しない多くの開業医では実施できない。2008 年の診療報酬改定で指導を実施できない治療の診療報酬が引き下げられる可能性もあり、結局、高血圧・糖尿病・高脂血症を有する患者について、介護保険と同様に医療はがしが進むと予想される。

問題点⑥ 健康都市づくりではなく、小太りいじめ

特定保健指導では日本で不健康習を大流行させている元凶である職場の不健康、コンビニ弁当やファストフードに頼る食生活や歩かない生活スタイルを作り出している社会の不健康を改善する視点はない。欧州のように労働時間短縮や夜勤制限、歩行者や自転車を優先するまちづくりやスローフードなどのポピュレーションアプローチは保険者や民間事業者任せでは出来るはずがない。健康的な職場や地域づくりこそ保健の基本であり、石綿問題は労働や環境の健康に対する影響の大きさとそれを守るための国・企業の責任を再認識させたが、政府にはそのような責任の自覚はない。

経団連は健診や保健指導を受けない加入者について何らかのディスインセンティブ（ペナルティ）を検討するよう要求しており、腹囲の大きい国民が有形無形のいじめを受ける可能性がある。健診結果や保健指導結果は全て電子データで保険者に送られ、腹囲や好み、生活や悩みなど個人情報が入り込められて管理され

る。レセプトとの突合せも行われ、将来、病気の個人責任が追及される可能性が懸念される。保険が変わった場合の情取の引き継ぎは本人が希望した場合に引き継ぐとされたが、将来的には自動的に引き継がれる仕組みも検討されている。

問題点⑦ 非医療機関の参入と医療機関の評価

健診と保健指導に医療機関ではない民間事業者が参入し、コスト競争や階層別判定を改善する競争を強いられることとなった。組合健保などではこの事業を健診機関に丸ごと委託し、更に安い費用で医療機関に再委託するケースも現れている。また、医療費削減のために保険者は医療機関を敬遠し、民間業者に委託する所が増加すると思われる。

非医療機関においては健診や保健指導の精度や医学的妥当性・安全性が問題になる他、他の病気の早期発見（診察での貧血・甲状腺疾患・消化器疾患などの発見）は期待できず、経団連が要求する関連サービス・商品の売り込みにつながる問題もある。

また、健診結果・保健指導結果とレセプトとの突合せは保健指導事業者の評価にとどまらず、医療費削減のための医療機関の評価や指導に繋がる恐れがある。

ヘルス・プロポーシヨンよりヘルス・プロモーションを

① 標準プランの特定保健指導実施要件

動機づけ支援の面接による支援については1人20分以上の個別支援、もしくは、1回に8人以下で80分以上の集団支援を行い、6ヶ月後に文書（通信）で最終評価を行うこととされた。

積極的支援の1回目と最終評価は動機づけ支援と同じであるが、動機づけ支援者とは区分して実施することとされた。3ヶ月以上の継続的支援は各指導にポイントがつけられ、積極的関与が160ポイント以上、励まし支援が20ポイント以上、併せて180ポイント以上の指導が必要とされた。個別支援は10分40ポイント（電話での支援は10分30ポイント、電子メールは1往復40ポイント）、グループ支援40分40ポイント、電話での励まし支援は5分10ポイントである。

従来から健診後の保健指導や職場・地域で健康教室・保健講座・健康班会などを行ってきたところでは、特定保健指導の対象者に対して上記の条件を満たすように実施すればこれらの活動を特定保健指導として保険者に請求出来るようになったのであり、一層旺盛に

取り組みたい。

② 具体的な支援方法

具体的な保健指導の方法としては個別面談の後、一ヶ月おきに2回20分の個別支援を行い、3ヶ月間に電話かメールで3-4回の励ましを行うのが最低限の方法である。

しかし、個別面談だけで実際に指導を受けた方が生活を変え、それを継続できるようにすることは容易ではない。動機づけ支援や積極的支援1回目の対面支援は20分の個別面談では十分な指導が行えない上、個人で考えるより集団討議をしながら考えていただいた方が良い案や強い動機づけが得られると思う。

集団支援を基本としながらプライバシーに配慮して最後に短時間の個別面談で個人毎に目標や計画を確認したい。じっくり討議をするには1回に3-6人程度が望ましい。その後は毎月電話かメールなどで励ましを行いながら、家庭・地域・職場、あるいは、医療機関などで健康サークルを結成し、健康に良い取り組みを多様に行っていただくプランである。3ヶ月後の中間評価と最終評価は個人面談で行い、次年度の健診までの取り組みについて相談したい。

このプランでは積極的支援対象者のまわりに他の対象者や対象者でない仲間を巻き込んで多様な健康サークルを作れるかどうか成果の鍵を握る。健康のために活動している個人や団体に呼びかけ、各地域や職場に健康サークルを作りたい。サークルの運営費用は参加する支援対象者の人数に合わせて支援対象者を管理する保健指導事業者が出し合う仕組みを作る。

健康サークルは、太極拳、ヨガ、ピラティス、ジャズダンス、ダンス、歩こう会、ヘルシーバイキングなど狭い意味の運動や食事だけではなく、また自分達の健康のためだけを目的にせず、家庭や社会に役立つ活動と併せて行うのもやる気を長続きさせる要素である。

たとえば、家庭で配偶者や子供などと作る掃除・家事サークル、保育所や介護施設などの職員が地域の方と作る大掃除サークルやお祭りサークル、地域で作る登下校時見守りサークルや夜間の見回りウォーキングサークル、地域の名所・史跡を巡るサイクリングサークル、休日の掃除ウォーキング・清掃登山サークル、介護ボランティアサークル、手話サークル、音訳サークル、一人暮らし高齢者などと一緒に行うヘルシークッキングなどアイデアを出し合って多彩なサークルを作りたい。人数も家族なら2人、それ以外は3人以上なら何人でもよく、とりあえず3ヶ月以上継続して行

えればよいと思う。

可能なところでは病院や診療所に小規模なメディカルフィットネス施設やカルチャー教室を行う多目的室を確保して、気楽に健康サークルを運営したい。これらのサークルを運営・コーディネートする人は保健指導管理者や栄養士・健康運動指導士である必要はなく、地域や職場にいる人材を見いだして協力していただくための働きかけが求められる。ポイントにはこだわらずに成果を出すための活動として行いたい。

③求められるのは社会を健康にする国民運動

(1) メタボリック対策より「メチャドリスク対策」を

現在、日本の中老年者の健康を脅かしている最大の問題はワーキングプア、不安定な雇用や収入、過重労働・深夜労働・過大な職業ストレスなどの労働問題や福祉の後退による社会不安で、その象徴が働き盛り世代のうつ病と自殺である。1990年にそれまで長寿日本一だった沖縄県男性の平均余命がいきなり26位に転落したが(26ショック)、原因は40歳代を中心とした自殺の急増だった(図9、10)。

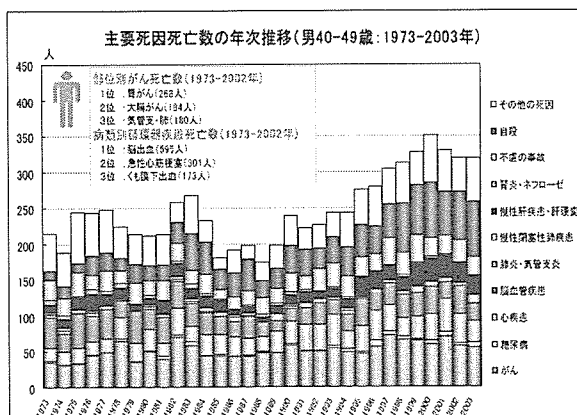


図9 沖縄県40歳代男性の死因別死亡数の推移

— 自殺 —

● 期間(10年)別にみた年齢階級別死亡率の推移(沖縄)

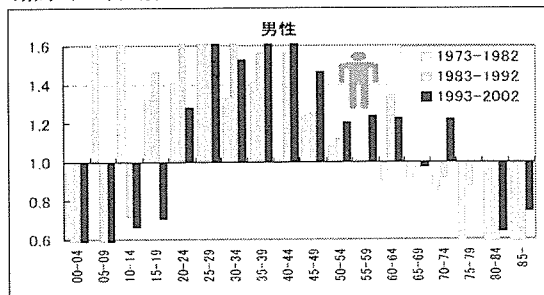


図10 沖縄県男性の全国に対する自殺死亡率比の年齢別推移

また、厚生労働省の集計による過労死・過労自殺の

請求件数・認定件数(図11)も増加しているが、これらの背後には請求に至らない多数の過労疾患・過労うつ病などが全国的に多発していることが推測される。

過労死・過労自殺・精神疾患の請求および認定件数の推移

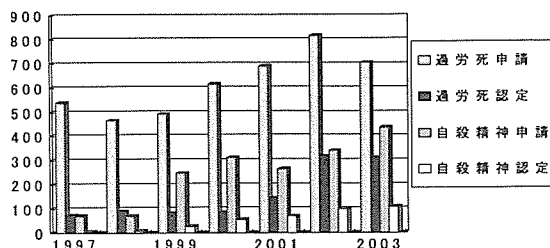


図11 過労死・過労自殺の申請数・認定数の推移

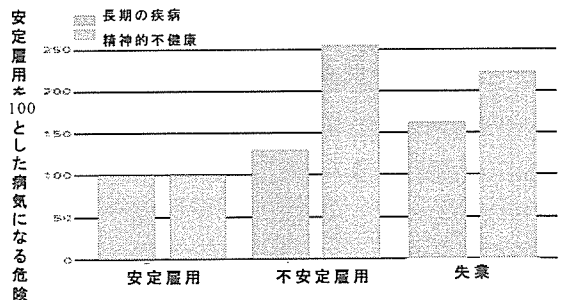
日本産業衛生学会「循環器疾患の作業関連要因検討委員会」がまとめた過労死事例の調査では過労死の7割が高血圧・高コレステロール・糖尿病・喫煙など身体のリスク(危険要因)に過重労働・深夜労働・職業ストレス・社会的孤立など社会生活のリスクが加わって発症していた。

また、社会格差や不安定雇用が健康に重大な悪影響を及ぼすことは世界的にも明らかで(図12)、身体のリスクと社会生活のリスクがいくつも重なった状態を私は「メチャドリスク症候群(図13)」「めっちゃ・どえりゃー危険な状態を示す造語」と命名し、メタボリック対策よりメチャドリスク対策が重要と呼びかけている。

さらにアスベスト・大気汚染・化学物質などの環境問題も重大な社会問題であり、現在の日本社会では肥満対策に税金や人手を無駄遣いするより、社会全体を健康にして、不安によるストレスを減らし、孤立から人々を守る社会的連帯を広げる施策や援助が緊急に必要である。

不安定雇用と失業の健康への影響 確かな事実 (WHOヨーロッパ)

SOLID FACT 2'nd



この図は不安定による不安も、失業同様健康に有害であることを示している

図12 不安定雇用と失業の健康影響(英国)

メチャドリスク症候群

- ・ 社会生活リスク
 1. 過重労働・深夜勤務
 2. 生活リズムの乱れ
 3. 睡眠不足・睡眠障害
 4. 職業ストレス
 5. 不安定雇用・失業
 6. 社会格差
 - ・ 薬物依存
 - 1. 喫煙や高度飲酒
- ・ 身体的リスク
 1. やせ・高度肥満
 2. 高血圧・頻脈
 3. 高血糖
 4. 栄養不良
 5. 脂質高度異常
 6. 慢性炎症・慢性疾患
 7. 心電図・眼底変化

図13 メチャドリスク症候群の構成要因

(2) 食事と運動だけでなく労働生活全体の改善支援を
 血糖・血中脂質が働き方、特に労働拘束時間が長く夜勤・不規則勤務のある職種で値が悪くなることは図15、16を見ても明らかであり、夜勤や長時間労働を適正に管理して、量・質ともに十分な睡眠や休養を確保することが重要である。特定保健指導では血圧や血糖の自己測定なども活用しながら、労働生活の何が悪化する要因か、何が改善に役立つかを受診者が自ら認識できるよう支援することが求められる。また働き方を含む生活全体を見直し、どうしたら改善できるかを保健指導者とともに職場や地域で集団討議をすることも改善に役立つと思う。

血清総コレステロール値の職種別比較

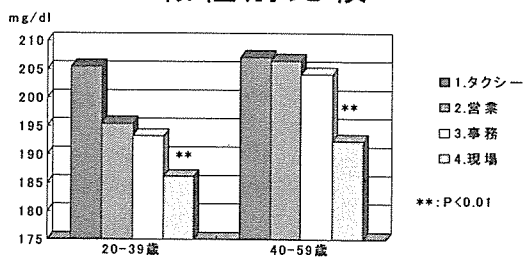


図15 コレステロール値は働き方の影響を受ける
 (城北病院での事業場健診の分析)

城北病院定期通院治療中の糖尿病患者84人の調査

勤務形態とHbA1c

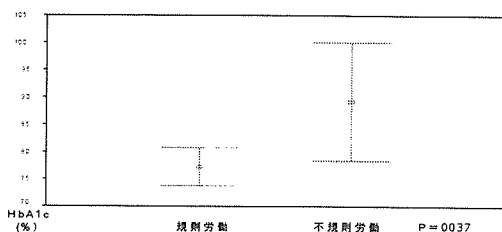


図16 不規則労働で悪化する血糖管理

(3) 個別指導より仲間作り

健康教育の分野で個別指導の効果は限定的であるとされている。一方、高齢者だけでなく、働き盛りの世代でも社会とのつながりや仲間が少ないと病気の発症率が高くなることがわかっている。保健指導では説教的指導や暗示的指導を避け、健康のための仲間作りを支援する関わりが大切である。保健指導管理者には先に述べたような健康サークルを企画・運営・支援する経験や能力が求められる。

(4) ヘルス・プロポーシオンよりヘルス・プロモーション

近年、生き甲斐や自分が健康だと自覚できるかどうか(自覚的健康観)が検査値の異常や喫煙などの生活習慣以上に健康に影響を与えるという研究や、仕事や自分の人生をコントロールできていると感じている者ほど病気になりにくく健康であるという研究報告がたくさん出てきた。保健指導者は特定保健指導の際にこれらの事実を伝えて、体型(ヘルス・プロポーシオン)や検査値だけに注目せず、健康情報を見分ける力をつけることや健康のために仕事や生活、更には環境や社会もコントロールする力をつける(ヘルス・プロモーション)ための支援をしたい。

協力していただける様々な団体の方々とともに職場や地域に無数の健康サークルを作る作業は、健康のための連帯やヘルス・プロモーションの重要な活動であり、健康な職場と地域づくりにつながることは間違いない。医療機関には病気の検査や治療だけでなく、受診者に対してこうした力づけのための支援が求められているが、住民・労働者自らも健康のために仕事や生活、環境や社会をコントロールする力をつけるよう皆で勉強し合い、話し合い、出来る取り組みから行動を始めることが最も大切である。

農協や生協、健康友の会など助け合い・支え合い組織の出番である。

(文化連情報 2007.5 No.350 より転載、一部著者改変)

一般口演 2-1

職域健康

座長：近藤高明

単身赴任労働者の健康状況の実態調査

○服部由季夫1、阿部眞雄2、村上律子3

1) 星槎大学共生科学部、2) 在団法人労働科学研究所、3) 東京都栄養士会

【はじめに】経済状況が上向いてきているといわれている昨今であるが、このことを実感出来ている労働者は多くはなく、媒体の調査でも労働者の生活が決して楽にはなっていない、といった報道が大半を占めている。その象徴として、若年者のホームレスやアルバイト労働者、働けど働けど楽にならないワーキングプアなどが挙げられる。格差社会においては、労働者の階級間の格差が著しく開き、低所得者の生活は、一層厳しいものとなっている。

一部上場企業などは、一般に収入は安定していると考えられており、格差社会においては所謂勝ち組と考えられている。しかし、生活の質というのは、収入だけで決まってくるものではなく、環境や人間関係なども大きく関わってくる。

所謂サラリーマンは、平成不況を何とか乗り切るためにサービス残業を含めた長時間労働に晒されている上に、かなり厳しい人事異動にも従う他はない。他地域への人事異動においては、家庭がある場合は、特に既にマイホームを購入してしまっているなら尚更、単身赴任にならざるを得ない。一定の年齢に達しており、家庭がある場合は、人事異動に伴う単身赴任は労働者にとって、社会的、心理的、生理的、更には経済的負担も計り知れない。

【目的】本研究では、企業規模に関わらず生じている労働と人生の不調和（ワークライフバランス）を明らかにすることを目的とした。都内某東証一部上場企業における単身赴任労働者の健康状態と生活習慣について調査、検討し、単身赴任労働が労働者に対して強いる負担について考察した。

【方法】2005年10月の健康診断結果を下に、運動指導士と管理栄養士による個人面談にて健康状態、生活習慣の聞き取り調査を行なった。対象は東京から大阪への単身赴任者A（55歳、男性、171cm、69kg、BMI23.6、総コレステロール254、中性脂肪328、血圧157/117）、東京から名古屋への単身赴任者B（57歳、男性、175cm、86kg、BMI28.1、総コレステロール193、中性脂肪182、血圧157/90）とした。

【結果】Aの単身赴任歴は2年であった。仕事内容は、主にデスクワークであり、1日の歩行時間は通勤の20分だけであった。仕事自体も大変多忙であり、土日の出勤も多い。にもかかわらず、ストレスから週に1～2日くらいは深酒をしてしまう。食生活も不規則で、自分自身のための時間もほとんどなく、周囲の人が「一緒に飲みに行こう」「野菜を食べよう」と気を使うほど、ストレスが高じている。

Bは、外回りの仕事もあり、1日の歩行が30～60分であった。また、2005年の健康診断後は降圧剤を服用しており、またウォーキングを始め、減量を試みている。食習慣が全く管理されていないため、炭水化物に偏ってしまい、野菜をほとんど食べない状況であった。

【考察】男性の単身赴任の場合、特に今回のケースのように50歳代だと、食習慣の管理が全く為されなくなってしまう。自宅だと朝食と夕食はある程度管理されたものになる可能性が高いが、単身赴任の場合、今回のケースもそうであったが、ほぼ100%外食になってしまう。自宅で食べる場合も、多くがコンビニエンスストアで買ったものになってしまっていた。また自身の好みのものに、いきおい偏ってしまい、野菜不足も顕著であった。中高年の男性の単身赴任の場合の多くは、食生活などが著しく杜撰になってしまい、仕事のストレスに加えて、心身への負担は大きいものになってしまう。今後は健康指導だけでなく、中高年者の単身赴任においては、具体的な食事の指導や、更には早朝から食べられるような食堂を完備するなど、健康資源の提供も不可欠であると考えられた。

特定健康診断における運動栄養指導のあり方

○村上律子 3、阿部眞雄 2、服部由季夫 1

1) 星槎大学共生科学部、2) 在団法人労働科学研究所、3) 東京都栄養士会

【はじめに】平成 20 年度より新しい健康診断のシステム（特定健康診断）が導入され、40 歳以上を対象に、特にメタボリックシンドローム予防を目的とした指導が実施される。新しい健康診断では、健康診断項目にウェスト周囲径の測定が加わり、また、これまでの測定項目の判定も厳しくなり、メタボリックシンドロームの診断が徹底される。更に、以前ならば看過されていた、所謂境界領域に対する指導が始まり、同時に 25%以上の改善を図ることを義務付けられる為、効果的な指導こそが必要不可欠となってくる。厚生労働省が謳っている通り、メタボリックシンドロームの予防には「1 に運動、2 に食事」であり、運動指導、栄養指導が予防のための両輪となる。

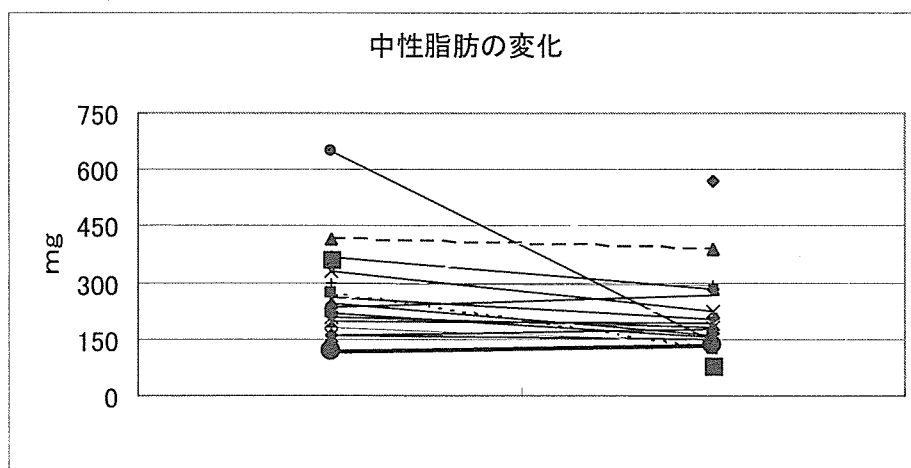
【目的】メタボリックシンドロームの予防を目的とした運動指導、栄養指導を実践し、効果的な指導について検討した。

【方法】都内某企業において、運動指導、栄養指導を行った。対象は、2005 年 10 月の健康診断において、メタボリックシンドロームに関わってくる健診項目、即ち中性脂肪、HDL コレステロール、血圧等の項目が基準値より外れている者を対象とした。対象は、男性 19 名で、平均年齢は 49.6 歳であった。

対象者に対しては、それぞれ 1 時間当たりの運動指導、栄養指導を実施した。指導に際しては、単に理想的な運動や食生活を提示するにとどまらず、個人の生活背景の把握に努めた。指導の後、指導の内容の実施を推進する為、健康カレンダーを配布し、指導内容の実施を本人が視覚的に確認できるよう工夫した。健康カレンダーは、一月毎に回収し、指導者が対象者の実施を確認しやすくするとともに、対象者の動機を高めることの促進に活用した。

対象者は、面談後、2006 年度の健康診断を受診し、私達は 2005 年度と 2006 年度の健診結果の比較・検討と、指導内容の精査を行なった。

【結果】対象者の中性脂肪値の変化を、図に示す。2005 年度の健康診断から、運動指導、栄養指導を



を経て、中性脂肪では 19 名中 10 名に著しい改善が見られた。また、2005 年において、基準となる 150mg を上回っていたものは 19 名中 18 名であったが、うち 5 名は 2006 年の健康診断では 150mg を下回った。

【考察】今回の指導において、総合的には 19 名中 12 名に改善が見られた。指導した内容を、実施している者の改善が顕著であったことが、回収した健康カレンダーより把握できた。一方、7 名の者には改善が見られなかった。今回の私達の指導は、知識の伝達と動機付けであった。健康行動の推進には、その為の資源が欠かせない。今後は、健康行動をより起こしやすくなるような資源の整備が、必要になってくると考えられた。

勤労者の睡眠時間と勤務・生活・心理関連要因との関連

—愛知県内某自治体職員における検討—

八谷寛¹、松永眞章²、玉腰浩司¹、豊嶋英明¹(名古屋大学大学院医学系研究科¹医学部²・公衆衛生学)

【背景】業務の過重性を判断する基準として、疲労回復のための十分な睡眠時間または休息時間が確保できないことがある。今回、勤労男女を対象に睡眠時間と勤務や生活関連要因との関係を検討した。

【方法】対象者：愛知県内某自治体男女職員約1万人に対して平成14年5月に自記式アンケートを配布し、6,651名から回答を得た。本分析は睡眠時間に欠損のない男性5,040名、女性1,439名を対象とした。睡眠時間、勤務・生活・心理関連要因は自己申告によって得た。BMI、収縮期血圧は同年の健診成績を用いた。

【結果】睡眠時間が短い者ほど勤務時間、通勤時間が長い者が多かった。また朝食の欠食や身体活動の不足を感じている者の割合が高く、さらにストレスをかなり多く自覚している者の割合も有意に高かった(表1)。これらの者では、余暇時間の不足、目覚めの悪さを感じている者の割合が高かった。

表1. 愛知県内某自治体職員男女(N=6,479)の睡眠時間と勤務・生活・心理関連要因との関連

	睡眠時間(時間)						P*
	<6.0	6.0 ≤ <6.5	6.5 ≤ <7.0	7.0 ≤ <7.5	7.5 ≤ <8.0	8.0 ≤	
男性							
人数(人) [†]	578	1351	653	1612	257	589	-
睡眠時間(時間) [‡]	5.0	6.0	6.5	7.0	7.5	8.0	-
年齢(歳)	46.4	47.8	48.3	48.9	49.6	51.4	<0.001
BMI(kg/m ²)	24.0	23.5	23.2	23.2	22.8	23.0	<0.001
収縮期血圧(mmHg)	127.1	127.6	126.9	128.0	128.1	130.4	0.002
管理職(N, %)	101 (17.7%)	268 (20.0%)	160 (24.7%)	349 (21.9%)	58 (22.6%)	142 (24.3%)	0.021
事務系(N, %)	485 (84.9%)	1113 (83.2%)	537 (83.1%)	1289 (81%)	202 (79.5%)	414 (71.0%)	<0.001
勤務時間(/日) [§]	9.3 (1.6)	8.8 (1.3)	8.6 (1.0)	8.4 (1.0)	8.2 (0.8)	8.2 (0.9)	<0.001
5時間以上残業の日数(/月) [§]	1.6 (3.8)	0.9 (3.0)	0.4 (1.3)	0.4 (1.6)	0.1 (0.6)	0.2 (0.8)	<0.001
通勤時間(分:片道) [§]	66.9 (29.1)	61.2 (28.2)	60.2 (26.6)	55.6 (26.5)	54.1 (26.8)	52.0 (25.5)	<0.001
喫煙者(N, %)	200 (34.8%)	493 (36.8%)	207 (31.7%)	561 (35.1%)	79 (30.9%)	232 (39.6%)	<0.001
アルコール摂取量(g/日) ^{§,}	19.8 (29.7)	19.4 (26)	17.7 (23.2)	20.1 (24.5)	21.1 (27.7)	25.3 (29.0)	<0.001
朝食(「毎日食べる」以外)	241 (29.4%)	463 (22.1%)	199 (16.0%)	466 (16.8%)	62 (12.9%)	146 (16.0%)	<0.001
身体活動(かなり不足と自覚)	345 (60.1%)	687 (51.1%)	288 (44.1%)	690 (43.1%)	90 (35.9%)	223 (38.4%)	<0.001
自覚的ストレス(かなり多い)	116 (20.2%)	166 (12.3%)	42 (6.5%)	129 (8.0%)	8 (3.1%)	34 (5.8%)	<0.001
生きがい(はっきり言えない)	113 (19.7%)	162 (12.0%)	74 (11.4%)	170 (10.6%)	22 (8.6%)	60 (10.2%)	<0.001
余暇時間(足りない)	340 (59.5%)	616 (46.0%)	251 (38.7%)	545 (34.1%)	76 (30.0%)	148 (25.3%)	<0.001
目覚めるときすっきりしない	241 (41.7%)	463 (34.3%)	199 (30.5%)	466 (28.9%)	62 (24.1%)	146 (24.8%)	<0.001
女性							
人数(人) [†]	283	457	172	360	42	125	-
睡眠時間(時間) [‡]	5.0	6.0	6.5	7.0	7.5	8.0	-
年齢(歳)	46.6	47.1	47.6	46.6	47.6	45.5	0.14
BMI(kg/m ²)	22.1	22.1	21.7	21.9	21.6	21.5	0.38
収縮期血圧(mmHg)	119.1	120.6	118.7	119.0	119.5	120.3	0.71
管理職(N, %)	41 (14.5%)	59 (13.2%)	18 (10.6%)	31 (8.7%)	3 (7.5%)	4 (3.2%)	0.007
事務系(N, %)	146 (52.3%)	270 (60.3%)	109 (64.1%)	192 (53.9%)	25 (62.5%)	59 (47.2%)	0.013
勤務時間(/日) [§]	8.8 (1.3)	8.5 (1.3)	8.3 (1.2)	8.4 (1.1)	8.2 (1.0)	8.1 (1.0)	<0.001
5時間以上残業の日数(/月) [§]	0.9 (3.1)	0.6 (2.2)	0.3 (1.2)	0.4 (1.9)	0.2 (0.7)	0.4 (1.8)	0.027
通勤時間(分:片道) [§]	47.4 (29.6)	43.1 (25.9)	40.4 (23)	39.1 (26.5)	38.3 (22)	32.6 (23.3)	<0.001
喫煙者(N, %)	21 (7.5%)	25 (5.5%)	8 (4.7%)	32 (9.0%)	5 (12.2%)	8 (6.5%)	0.60
アルコール摂取量(g/日) ^{§,}	5.0 (10.7)	5.2 (12.5)	6.7 (15.3)	7.2 (14.4)	7.4 (11.5)	3.4 (7.3)	0.026
朝食(「毎日食べる」以外)	139 (35.0%)	193 (27.7%)	74 (16.3%)	146 (27.5%)	16 (11.9%)	34 (24.0%)	0.007
身体活動(かなり不足と自覚)	171 (61.1%)	271 (59.8%)	82 (48.0%)	196 (54.9%)	27 (64.3%)	55 (45.1%)	0.009
自覚的ストレス(かなり多い)	86 (30.5%)	95 (20.9%)	30 (17.4%)	52 (14.4%)	6 (14.6%)	23 (18.4%)	<0.001
生きがい(はっきり言えない)	39 (13.8%)	66 (14.5%)	25 (14.6%)	47 (13.1%)	8 (19.5%)	22 (17.6%)	0.42
余暇時間(足りない)	233 (82.6%)	321 (70.9%)	111 (65.3%)	208 (58.6%)	21 (52.5%)	70 (56.5%)	<0.001
目覚めるときすっきりしない	139 (49.1%)	193 (42.2%)	74 (43.0%)	146 (40.6%)	16 (38.1%)	34 (27.2%)	0.003

BMI: body-mass index * : 平均値の差は一元配置分散分析、割合の差は χ^2 検定による。†: 項目により欠損値がある場合がある。
‡: 中央値 §: 平均値(標準偏差) ||: 1合(ビール500cc)がアルコール23gに相当する。

【考察】勤務に関連して束縛される時間が長いことが睡眠時間の減少に繋がる可能性が考えられた。また、睡眠時間の短い者では、生活習慣の変化、心理的ストレス、疲労の蓄積も同時に存在することが示唆された。

【謝辞】参加の職員の皆様、研究遂行にご支援頂いている職員厚生課の皆様にお礼申し上げます。

一般口演 2-2

障害者・高齢者・公害

座長：榊原久孝

近畿水俣病検診の教訓

○中村 賢治¹、吉倉 正¹、三宅 徹也²

¹大阪社会医学研究所 ²耳原鳳病院

【背景】

水俣病は、メチル水銀の曝露により中枢神経系に障害をきたす疾患とされ、公式確認より 50 年以上経過しているにもかかわらず、その全貌は明らかとなっていない。最も重症の水俣病の徴候はハンター・ラッセル症候群として知られており、体性表在感覚障害、運動失調、求心性視野狭窄、聴力障害、構音障害が出現する。メチル水銀曝露量が多ければ重症になるが、低曝露量の場合、これらの症状が揃うとは限らない。

1977 年に環境庁水俣病認定検討会で四肢末梢の感覚障害と運動失調の組み合わせを条件とした認定基準が作成された。しかし、2004 年 10 月の水俣病関西訴訟最高裁判決では、感覚障害のみでも認定すべきという司法判断が下され、環境省の認定基準が医学的根拠に乏しいとされた。にもかかわらず、環境省は今でも 1977 年の判断基準が妥当だとしている。したがって、水俣病患者らは、行政は被害者を救済するつもりがないとして、司法による救済制度確立のため、「ノーモアミナマタ国賠等訴訟」を起こした。

八代海（不知火海）沿岸住民は、地元での職を失うことも多く、他の地域、特に大都市に移住する人もいた。近畿地方に移住している人も多く、大阪民医連は過去に、水俣病関西訴訟における原告の検診を行なった経験があった。今回、我々は、水俣病被害者の掘り起こしを目的に検診を行ない、いくつかの教訓を得たので報告する。

【対象・方法】

対象は、八代海沿岸の元住民で、現在近畿地方に在住している人。水俣病患者で構成されている水俣不知火患者会を通して、検診の日時を連絡した。

検診は、2006 年 9 月 17 日と 12 月 3 日の二度、大阪府下の診療所で行なった。診察、および診断は、水俣病共通診断書検討会（代表 原田正純 熊本学園大学教授）が作成した共通診断書に基づいて行なった。診察は、神経内科専門医とその他の医師が、別々に行なうこととした。その他の医師には、研修医や内科医などが含まれていた。

【結果】

二度の検診の総受診者数は 64 名であった。男性は 26 名で平均年齢 62 歳、女性は 38 名で平均年齢 60 歳であった。その内、水俣病と診断された者は 56 名で、診断保留の者が 3 名、自覚症状、他覚的所見ともになかった者は 5 名であった。

【考察】

水俣病認定患者数は、現在約 2300 人であるが、メチル水銀濃厚汚染当時の住民は約 20 万人で、認定申請していない潜在的患者を合わせた患者総数は、数万人とも言われている。今回の検診では、何らかの所見を示す者がほとんどであり、潜在的な患者が熊本・鹿児島以外の地域にも多く存在していると考えられた。また、受診者の中には、感覚障害があっても「当たり前と思っていた」という者もあり、医療機関が積極的に地域に働きかけることも重要であると考えられた。民医連近畿地協では、引き続き水俣病患者の掘り起こし活動を続けていく予定である。

視覚障害リハビリテーションワーカーの資格認定の重要性について

○高柳泰世^{1) 2) 4)}、宮尾克^{2) 4)}、高柳哲也^{1) 2)}、坂部司^{1) 2) 3)}、山本潔^{1) 2)}

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

【はじめに】私は1981年、中途視覚障害者の社会復帰、家庭復帰の援護を目的に愛知視覚障害者援護促進協議会を設立した。その事業は視覚障害原因疾患調査、中途視覚障害者対象の歩行を含めた日常生活訓練、晴眼者対象の視覚障害者との関わり方に関する視覚障害者援護講習会などである。

本事業の活動の軸になるのが視覚障害リハビリテーションワーカー（旧歩行訓練士）である。中途視覚障害者に第二の人生を歩ませることの出来るこの職種の重要性を啓発して、資格化に繋げたい。

【愛知視覚障害者援護促進協議会】

事務局は名古屋市名東区本郷2-144TDL本郷内にあり、会員約300名で会員の職種は医師、薬剤師、看護師、介護師、リハビリテーションワーカー、事務職、ボランティア、主婦など様々である。年会費3千円と寄付で年間約300万円の経理で、上記事業をボランティア活動として継続してきた。昨年の訓練者総数は1,196名、ボランティア活動者総数は1,001名であった。

【視覚障害原因疾患調査】名古屋市の人口は2005年に2,202,060であったが、1981年以来5年ごとの人口動態を見ると60才以上の割合が11.7%から24.7%と倍増している。視覚障害者手帳取得率は0.02%未満とほぼ変わらない。その中で高齢重度障害（1～3級）の割合は24.7%から47.9%と非常に増加している。視覚障害原因疾患の推移を見ると糖尿病網膜症が13年間トップの座を占め、2000年まで上位であったが、糖尿病罹患に対する内科医、眼科医の連携と注意深い教育により、昨年は3位になった。緑内障も早期発見・早期治療の体制が整い、緑内障検診が始まったので、改善が期待される。しかし、日本人に比較的多い網膜色素変性症はその発症機序が未だ不明で、予防法、治療法もなく、眼科医にとっても難しい疾患である。しかし網膜色素変性症はアッシュャー症候群を除いて視覚以外は健常であるため、視覚代行リハビリテーションが有効な疾患である。的確な眼科リハビリテーション計画を立てることが肝要である。

【視覚障害リハビリテーションワーカー】かつて歩行訓練士として活動していたが、視覚代行により、中途視覚障害者の歩行のみでなく日常生活の様々な生活技術を指導する職種として重要視されてきている。この重要な職種が未だ認定されていない。資格認定が必要だという意識が大切で、未だ認定されていなくても、少なくとも大学病院にはその資格を持つ人が在籍し、医師が治療不可能と判定した場合は、その専門職に繋げ、訓練に入れば、視覚障害手帳取得者の上位を占める網膜色素変性症、緑内障、糖尿病網膜症の患者さんはより早く家庭復帰、さらには社会復帰できるのではないかと思われる。

【おわりに】眼科疾患に対して、医師側には「治す」という考えが強く、患者さんも「治る」と思って受診している場合が殆どで、変性疾患でも視覚代行リハビリテーションに入るきっかけを双方作れず、漫然と通院を続けて、いよいよ見えなくなってから、病院を離れて、どこか視覚障害者グループから白杖歩行訓練、日常生活訓練などの情報を得て、遅まきながら家庭復帰している方が殆どで、社会復帰している人は余り無いのが現状である。認定されていないリハビリワーカーの養成所は日本では国立リハビリテーション学院と日本ライトハウスにしかなく、名古屋にあった日本医療福祉専門学校も、国が認定しているORTの学校に切り替えてしまった。私は名古屋大学病院の眼科外来に「ローヴィジョン・リハビリテーション外来」を三宅養三教授に開設して頂いて8年半続けたが、やはり大変難しいと感じた。愛知視覚障害者援護促進協議会として、高柳に紹介されてくる中途視覚障害者は、殆どの方が視覚障害宣告後1年以内で訓練に入っている方が多い。眼科リハビリテーションは特にチーム医療として、眼科医、看護師、視覚障害リハビリテーションワーカー、視覚障害者に関わる方途を養成されたボランティアなどのチームとしての関わりが大切である。その軸となる専門職の認定が待たれる。

市場原理のもとでの高齢者デイサービス運営上の課題

関谷栄子、柴生田美里、(白梅学園短期大学)
古川潤子 (東村山市南部地域包括支援センター)
染谷睦子 (NPOふれあいらんど小平)

目的：介護保険の抜本的な改革が2006年度に実施された。介護保険財政を維持するために介護保険報酬の切り下げがサービス事業者に負担を強いている。小規模のデイサービスは利用者の減少により赤字をかかえて運営に苦慮している。その実態を明らかにし、介護保険の根本的な問題である市場主義の問題点を明らかにしたい。

研究対象・方法：NPO法人の小規模デイサービス（開設定数10名、専任職員2名）を対象としてその1年間の運営状況および収支面の課題を分析した。

結果：①サービス利用者の確保。5名の安定利用が必要である。

②デイサービスだけでは在宅生活の維持が出来ず、施設入所により利用者減少にいたる。

③人件費抑制等、利用者単価が低いため、人件費及び、施設経費がかかり運営収支は赤字である。
(ボランティア協力多数) 運営努力は限界で、累積赤字が増加する。

考察：○デイサービスは在宅高齢者の心身状況により安定した利用者確保が困難であり、収入が不安定である。単独デイサービス事業では安定運営に困難がある。○福祉における市場原理への疑問、競争原理による人件費の抑制はサービスの質が低下する。

提言：○施設の意義を訴えて賛助会員の拡大、会費の増加を図る。○利用者確保のための宣伝活動、近隣事業所等との連携、共存・共栄、小規模事業所のよさを宣伝。○市場原理の見直し。

表 1.平成 18 年度の収支状況

表 2. 事業内容

収入	(千円)	支出	(千円)	事業	回数	延数
介護保険収入	7,992	給料	6,411	デイサービス	293	933
介護窓口	844	介護娯楽	144	時間外サービス	7	7
食事預かり金	406	介護衛生	100	レクリエーション	29	105
賛助会費	303	消耗品	345	連絡会	12	70
寄付金	585	水道光熱	148	居宅介護支援事業	12	105
雑収入	23	支払い保険	84	保健福祉医療相談	293	506
借入金	1,082	会議・研修	59	会議研修	43	192
預り金源泉徴収	8	印刷・通信	89	実習生受入れ	2	15
敷金返済	200	地代家賃	1477	困難事例検討	1	2
		送迎委託費	998	職員数 デイサービス	293	1305
		旅費交際費	15	居宅介護支援	238	238
		食費預かり	406	会議研修等	43	109
		法人税	70			
		手数料	26			
		弁済金	1057			
		預かり金	8			
合計	11447	合計	11447			

一般口演 2-3

医師の勤務条件

座長：中川武夫

「社会の医者」の養成 ～ 社会医学と公共政策大学院の役割

佐分利 応貴

東北大学公共政策大学院

先進科学としての社会医学

「地域生活や労働生活、そして学校生活など、社会医学が対象とする領域は国民の生活全般に及びます。」(日本社会医学会ホームページ)

人類は、人体の構造を解明し、人体組織の役割を調べ、病原体を発見し、治療薬を開発することによって、天然痘等数々の人の病(やまい)を克服した。しかしながら、貧困や戦争といった国民の生活全般に及ぶ社会の病(やまい)の治療については、未だにその方法論は確立されていない。

数学の発展が物理学の発展を、物理学の発展が建築学の発展を促したように、先進科学は後進科学の発展を促す。医学の先進的な科学的方法論を用いて社会の構造を解明し(社会解剖論・社会生理論)、社会問題を体系的に分類してその発生メカニズムを調べ(社会病理論)、各種対策の効果を評価し(社会薬理論)、適切な処方に基づき対策を実施すれば(社会診断論)、社会の病も制御が可能である¹。

行政官の使命は社会問題の解決であり、行政官は社会の医師たる職業倫理と技術を身につける必要がある。しかし、行政官は公務員試験対策としての法学、経済学等は学ぶが、社会のメカニズムや各種治療(政策)の効果について体系的に学ぶ機会も、そのためのカリキュラムもない。このため、現実の公共政策の決定過程では、科学的な方法論でなく、KKD(勘と経験と度胸)に基づく江戸時代の町医者的な方法論(前例主義・経験主義)²が未だに支配的となっている。

社会医学と公共政策大学院の役割

社会医学の地平は広い。社会が高度化・複雑化し、従来型の政府による規制や補助金では問題解決が困難となった今日、社会の病を科学的に研究する(より広義の)社会医学の体系化と社会の医師の養成は喫緊の課題である。そのためには、人間の病の専門家である医師と社会の病の臨床医である行政官との協働(コラボレーション)が効果的であり、2004年以降主要大学に設置されつつある公共政策大学院は、社会医学の研究・実践・普及のための有効な場＝社会医学部となる可能性を秘めている。

東北大学公共政策大学院では、医師を含む研究者教員と、中央省庁から出向している実務家教員(行政官)の協働により、社会医学の研究を進めている。具体的には、1)社会問題の治療法の研究：社会問題解決の成功事例や失敗事例の蓄積とその要因分析、症状(問題)に応じた効果的な対策の研究、2)東北地域の社会問題の治療：雇用問題、少子高齢化問題、医療福祉問題など我が国のさまざまな社会問題が顕在化している東北地方での具体的な政策提言活動、3)社会の医師の教育：問題解決手法(社会構造の調査手法、PCM³や協調的交渉術、科学的看護論⁴等)の研修、自治体との協議や政策提言等を通じた学生の実践的社会問題解決能力の向上、を先駆的に実施している。

¹ 不況という社会の病は、イギリスの経済学者ケインズの有効需要理論により、公共事業という薬によって制御可能であることが証明された。(一方で、財政赤字という副作用も発生した。)

² 飲酒運転対策は取締りを厳しくすれば良い、など。実際には、アルコール依存症の運転手の治療、代替交通手段の整備等、多面的な対策が必要である。

³ Project Cycle Management; 国際協力プロジェクトの管理のために開発された手法。

⁴ 科学的看護論は問題解決手法の宝庫である。薄井担子「科学的看護論：第3版」(1997)等参照。

勤務医の労働環境実態と意識に関する調査

○原田佳明 1)、川崎美榮子 1)、鶴田一郎 1)、四方伸明 1)、麻田真知子 1)、別所陽 1)、埜田和史 2)
1)大阪府保険医協会勤務医部会、2)滋賀医科大学社会医学講座予防医学

【はじめに】

勤務医の劣悪な労働環境は医療事故や医療崩壊を招くと危惧されている。2006年11～12月に「第2回勤務医の労働環境実態と意識に関する調査」を行った。

【調査の対象と方法】

大阪府下の病院勤務医 6256人（本会員 880人、会員外 5376人）を対象に、郵送法によるアンケート調査を行った。調査項目は、個人属性、労働に関する事項、疲労に関する事項、将来の希望や現状の打開策等についてである。疲労に関しては、厚生労働省「労働者の疲労蓄積度自己診断チェックリスト」を使用した。

【結果】

回収数は 560人、回収率は 9.0%（本会員 24%、会員外 7%）であった。回答者の性別は男 439人、女 118人、無回答 3人、年齢は 45.3±9.8歳であった。宿当直があると答えた 358人の内、7.5%が仮眠を取れず、連続勤務時間は 54.2%が 24～36時間、32.7%が 36時間以上であった。疲労の蓄積の自覚症状評価の平均は 11.4、勤務時間で分けた平均値は、40時間未満は 8.2、40～60時間は 10.1、60～80時間は 12.4、80時間以上 14.7であった。

どのようにすれば、勤務医の生きがい・やりがいが改善するかとの問いに、「診療以外の業務負担の軽減」が 64.5%と最も多く、「診療技術に対する診療報酬の改善」が 59.6%、「勤務医の増員」が 59.4%、「休日の増加」が 46.1%、「医師個人へのドクターフィー制度の導入」が 41.1%、「勤務時間の短縮」が 36.0%、「医師個人への業績評価の導入」が 32.7%であった。子育て中の勤務医に、勤務環境改善策をたずねたところ、男 250人、女 66人から回答が得られ、女で、「日当直免除」、「オンコール免除」、「フレックスタイム制」、「病児保育」、「院内保育」と迎えに行く時間と子どもが病気になる場合の対応に要望が高かった。

過去1年間に医療事故や「ヒヤリハット事例」に遭遇したことが、あるとの回答が 232人、ないが 265人で週当たりの勤務時間が長いほど、医療事故や「ヒヤリハット事例」に遭遇した勤務医の割合が増加した。「過去1年間に患者や患者家族から不当な扱いを受けたことがあるか」との問いに、あるが 252人（41.4%）で、内容は、「暴言・侮辱」が 243人で「直接的な暴力」に 20人が見舞われていた。

「勤務先と雇用契約を結んでいる人」は 53.9%に留まり、「就業規則を読んだことのない」は 54.3%、「“36協定”を知らない」は 75.0%で、勤務医は雇用契約や規則に関心が低いことが示された。

【考案】

長時間勤務し疲労が蓄積されるほど、希望ややりがいが失われ、医療事故や「ヒヤリハット事例」に遭遇する率が高く、安心・安全な医療を提供できなくなる。現状打開策として、勤務医は診療以外の業務の軽減、勤務医の増員、技術料評価などを強く要望しており、医師会・保険医協会は職能団体としての機能を果たすことが望まれる。

病院勤務からの離職を希望する医師の特性

○埤田和史¹⁾、原田佳明²⁾、川崎美榮子²⁾、鶴田一郎²⁾、四方伸明²⁾、麻田真知子²⁾、別所陽²⁾、

1) 滋賀医大社会医学講座予防医学、2) 大阪府保険医協会勤務医部会

【はじめに】

開業等の理由で医師が病院から離職することは、勤務医の不足の大きな理由にあげられている。そこで、病院勤務からの離職を希望する医師の働き方や疲労状況などについて検討した。

【対象と方法】

大阪府下の病院勤務医 6256 人（本会員 880 人、会員外 5376 人）を対象に、個人属性、労働時間や宿直回数など労働に関する事項、疲労や睡眠に関する事項、将来の希望などについて郵送法による質問紙調査を行った。疲労に関しては、厚生労働省「労働者の疲労蓄積度自己診断チェックリスト」を使用し、回答者ごとに疲労スコア（最大疲労 39 点）を算出した。有効回答の得られた 560 人（回答率：本会員 24%、会員外 7%）のうち、診療科が内科、外科、整形外科、小児科、産婦人科の常勤であり、職階が院長、初期研修医、大学院生・無給医でなかった者 327 人の結果について解析した。統計的検討は、ANOVA・多重比較および χ^2 検定を用い、有意水準は 5% とした。

【結果・考察】

「将来の希望」についての回答は、I 群：勤務医としての就労を希望 194 人（59%）、II 群：開業・他職種への転職・外国での就労・離職を希望 100 人（31%）、III 群：非常勤医として就労希望 33 人（10%）であり、回答構造に性や診療科による違いはなかった。3 群について、年齢・経験、勤務内容、睡眠、疲労・意欲、開業医のイメージに関連する事項を比較した（表）。II 群、III 群は I 群に比べて、疲労スコアが高く、医師の使命ややりがいの喪失感が強く、勤務医の未来に展望を失っていた。勤務内容については、II 群、III 群の宿当直あり率は I 群より高く、月あたりの完全休日数も少なく、勤務時間は長い傾向を示した。また、II 群、III 群は I 群より開業医のイメージとして「現在より生活の質が向上」を指摘するものが高率であった。こうした結果から、過重な労働負担が疲労の蓄積や労働意欲の低下を招き、QOL の向上を求めて、医師が病院勤務から離職する構造が推察された。

表 将来の希望別、年齢・経験、勤務内容、睡眠、疲労・意欲、開業医のイメージ

		I 群	II 群	III 群	p
年齢・経験	年齢	45.6	43.0	46.2	0.03※
	経験年数（年）	19.0	17.2	20.5	0.08
勤務内容	週60時間以上勤務者率（%）	47.7	61.6	57.6	0.07
	週呼び出し回数（回/週）	0.6	0.7	0.6	0.72
	月完全休日数（日）	4.4	3.6	3.7	0.04※
	宿当直あり率（%）	65.5	81.0	78.8	0.02※
	週日当直回数（回/週）	0.8	0.9	0.8	0.70
	宿当直時に36時間以上勤務する者率（%）	34.6	32.1	30.8	0.24
睡眠	平日平均睡眠時間（時間）	6.1	5.9	6.1	0.38
	睡眠充足率（%）	53.2	41.0	42.4	0.11
疲労・意欲	疲労スコア	9.6	14.7	16.2	<0.01※
	医師の使命、やりがいが失われていく（%）	26.8	55.0	75.8	<0.01※
	勤務医の未来は全く有望でないと感じる（%）	17.1	49.0	45.5	<0.01※
	在宅医療で24時間拘束される（%）	34.0	36.0	42.4	0.64
開業医のイメージ	経営や雇用管理が大変（%）	86.1	83.0	97.0	0.13
	宿当直がなく家族と過ごす時間ができる（%）	26.8	37.0	36.4	0.16
	夜間や日曜・休日・年末年始に休める（%）	33.0	42.0	42.4	0.24
	現在より収入が増加する（%）	45.4	42.0	36.4	0.59
	現在より生活の質が向上（%）	16.5	34.0	30.3	<0.01※

一般口演 2-4

葉 害

座長：舟越光彦

救済制度創設前の予防接種事故

1948 京都・島根ジフテリア予防接種禍事件の周辺事情

京都・島根ジフテリア予防接種禍事件研究会 栗原 敦

厚生省公衆衛生局が刊行した『防疫事例集』上・下（1958）に記載のあった 11 例の予防接種事故をはじめ、その他にも相当数の事実があることが推測されたので、事故の事実、訴訟の有無などについて文献調査をおこなった結果を報告する。

【目的】1948 京都・島根ジフテリア予防接種禍事件の周辺事情を明らかにする。

【対象文献】厚生省公衆衛生局『防疫事例集』下巻 1958、梅田敏郎「ワクチン物語④、⑤」（『科学朝日』連載 1967）厚生労働省行政文書ファイル管理簿、厚生省行政文書「京都ジフテリア事件」1949、吉原賢二『私憤から公憤へー社会問題としてのワクチン禍』1975、四国新聞 1948.11-12 など

【対象時期】1945 年から 1960 年

【結果概要】

1. 『防疫事例集』に収録の種痘（2 例）については、人口動態統計から死因となっている事例が多数あることが容易にわかる。そのことは梅田敏郎が 1960 年代に明らかにしていた。
2. 事例集にないものとして 1948 年 11 月に香川県百日咳禍、栃木県ジフテリア禍、名古屋市での毒性ジフテリアワクチン発見などがみつかった。京都府の事件（No.3）で新たな被害がみつかった。
3. 原因は、副反応・副作用、製造ミス、感染、過誤、その他であった。
4. 訴訟事例は事例集の例では宮城県百日咳（No.8）と岡山県百日咳（No.9）が国賠事件でいずれも取り下げ、京都府・島根県のジフテリア（No.3、4）は刑事事件で有罪判決、兵庫県百日咳が刑事事件で後に示談。香川県百日咳は未確認だが厚生省ファイル管理簿から訴訟になった模様。
5. 事例集には事故事例を報告した県主管部局が「救済制度の必要性」に言及するものがあつた。

No.	年	府県/地域	種別	事故の状況
1	s 25	愛知県 碧海郡刈谷町	種痘	3ヶ月女児：汎発性種痘疹、死亡 その母 22 歳：2 次感染
2	s 31	埼玉県 大宮市	種痘	3ヶ月男児：種痘後汎発性牛痘疹、死亡
3	s 23	京都府 京都市	ジフテリア	ジフテリア毒素による中毒 606 名、通常副作用 329 名 死亡 68 名（大阪医薬学研究所製ロット 1013）
4	s 23	島根県 （出雲地方）	ジフテリア	ジフテリア毒素による事故者 323 名、うち死者 16 名 （大阪医薬学研究所製ロット 1012、1014）
5	s 24	秋田県 由利郡松ヶ崎村	ジフテリア (BCG)	事故者 37 人、厚生省の通牒により調査し s23.7-8 接種の後に膿傷化、自然に破壊、切開手術等が判明
6	s 21	兵庫ジフテリア道場 村	腸パラ	道場国民学校で 122 名の結核性淋巴腺腫脹、うち 死者 2 名、結核に感染していた接種医からの感染か
7	s 31	栃木県 宇都宮市	腸パラ	富士重工 KK 工場で接種、事故者 1 名（死亡）
8	s 23	宮城県 栗原郡岩ヶ崎町	百日咳	乳幼児接種結核症、事故者 65 名うち死者 3 名 (s27.1.22 国賠訴訟提訴、s32.2.16 取下げ)
9	s 26	岡山県 吉備郡真備町	百日咳 ジフテリア	事故者 16 名、死者なし、結核菌感染症
10	s 27	兵庫県 神戸市兵庫区	百日咳	事故者 5 人、保健婦が誤って注射液にベンジンを混入 保健所長を業務上過失傷害で告訴、のち示談
11	s 23	京都府 京都市	発疹チ フス	死者 1 名、過敏症によるショック死（鶏卵に対する 特異体質）

表 1958 年に厚生省が公表した「予防接種事故」(公衆衛生局編「防疫事例集」下巻 1958.6.20)

報告者連絡先：mmr@osaka.email.ne.jp

タミフル薬害と国の対応（第1報） 異常行動という「重大な副作用」の肯定から否定、そして実質的な肯定へ

○片平洸彦（東洋大学社会学部）

1. はじめに： 2007年3月、厚生労働省はタミフルの「10歳代原則禁止」を求める緊急安全性情報を出した。これは、それまで「否定的」（辻哲夫次官）であったタミフルと転落等の異常行動との因果関係（以下「因果」）を実質的に認めたと解される。それでは、この日以前は、厚生労働省は「因果」には一貫して「否定的」で、異常行動はタミフルの副作用としては認めなかったのであろうか？ また、「否定的」とした根拠などのようなものであったのか？ これらに関する事実関係を解明し、その背景について考察を加えた。

2. 方法： タミフルに関して、厚生労働省がHPで公表している文書や資料、また、「NPO医薬ビジランスセンター」（浜六郎理事長）の医薬情報誌「薬のチェックは命のチェック」（以下JIP誌）のインターネット速報版を中心に、関連情報・資料を収集し検討した。

3. 結果（以下、判明した主要な事実・数字を記す）：

1) 2007年4月25日の医薬食品局の発表では、タミフルの副作用報告は1268人で、うち「異常な行動が記録されている事例」は186人、「タミフルとの関連を報告された死亡事例」70人（うち異常行動8人、突然死11人）であった。同4月4日の公表資料では、異常行動や幻覚等の「精神障害」の副作用報告は2000～2006年度の7年間に249人で、うち「異常行動」は、2003年度以降年度毎に5人、2人、36人、34人であった。

2) 2004年6月に医薬食品局が出した「医薬品・医療用具等安全性情報」No.202には、タミフルの「重大な副作用」として意識障害、異常行動、幻覚等の「精神・神経症状」を追加するよう「改訂を指導」したとの記載があった。その「根拠となった症例」として、タミフル服用2日目に「体温の低下とともに同時に走り始め、窓から飛び降りようとして母親が抱き留めた」10代女子の「幻覚NOS」の事例を挙げている。

3) 2004年2月、岐阜県で17歳の男子が、タミフル服用後素足でトラックに身を投げ死亡した。この報告は6月に出され、担当医はタミフルと異常行動との因果関係は否定できないとの意見を記していたが、企業は「評価困難」とし、厚生労働省は「専門家」に意見を聞き、因果は「否定的」と判断したが、その記録は残っていないという（共同通信による）。

4) 2004年8月、厚生労働省の「新型インフルエンザ対策に関する検討小委員会」が報告書を公表した。治療薬については、2500万人分の確保が必要と指摘。

5) 2005年11月、浜六郎医師は「日本小児感染症学会」で、前記3)と9階から転落死亡した14歳男子の事例を「異常行動死」として報告。突然死の症例も8例報告し、異常行動死との合計10例は「冰山の一角」と警告。

6) 2005年11月、米国FDAは、タミフル服用の日本の子

供12人が死亡、また、異常行動等の精神神経症状が31件報告されたと報告した。

7) 2005年12月、日経新聞は小泉首相がタミフル30万人分以上をASEANに供与する方針を表明と報道。

8) 2006年3月、asahi.comは、国が2007年度末までに2100万人分のタミフルを備蓄する計画と報道。

9) 2006年10月、厚生労働省は、平成17年度厚生労働科学研究「インフルエンザに伴う随伴症状の発現状況に関する調査研究」（主任研究者横田俊平、以下「横田班」）の調査結果を「医薬品医療機器等安全性情報」No.229に掲載。この報告は、厚生労働省が因果に否定的な態度を取る根拠とされる。これに対し、JIP誌は、「この調査は問題だらけだが、発病初日の昼には、タミフル服用群で異常言動の率が高い」と指摘し、報告書の取下げを求める要望書を提出。

10) 厚生労働省は、2005年11月から「新型インフルエンザに関するQ&A」をHPに出し、2007年4月まで7度に亘り改訂している。これらのうち、2006年11月10日迄の分については「現段階でタミフルの安全性に重大な懸念があるとは考えていない」こと、タミフルは「通常のインフルエンザ及び新型インフルエンザ対策の上で必須の医薬品と考えられている」ことを記していたが、2007年4月にはこれらの記載を削除し、「10歳代原則禁止」の措置を取ったこと等を説明していた。

4. 考察・結論： 以上の経過から、タミフルと異常行動との「因果」については、厚生労働省は当初は「重大な副作用」として認定し、その後「否定的」な態度を取り続けたが、2007年3月に至って実質的な肯定へと態度を変更したことがわかる。「否定的」な態度を取り続けたことの「医学的理由」は、「専門家の意見」などと明確でなく、2006年10月以降は、「横田班」の調査結果を「根拠」としている。しかし、この「根拠」は、前記のようにJIP誌によって批判されている。

「重大な副作用」認定以後、副作用報告が集積していく中で、明確な根拠なく「因果」を否定したことについては、前記のような「タミフル備蓄政策」が打ち出されたことと全く無関係とは考えられない。大量の「備蓄」を決めた医薬品に、死亡につながる「重大な副作用」があり、そのことを多くの国民が認識することは極めて不都合である。厚生労働省は、2004年6月以降、「因果」に否定的な態度を取り続け、タミフルを擁護する広報を出し続けたが、2007年2～3月に立て続けに6件の転落（内2人死亡）事故が起き、これらの事件が大きく報道されて社会問題になるに及び、事実上「因果」を認めるに至ったと考えられる。しかし、タミフルと「突然死」の因果については未だ添付文書にも記載がない。「精査」の結果、「突然死」を副作用と認めるのであれば、まず添付文書に記載させることが必要である。

薬害 HIV 感染患者および家族の「薬害」の認識

○溝田友里¹⁾、井上洋士¹⁾、山崎喜比古¹⁾、大平勝美²⁾、小山昇孝²⁾、後藤智己²⁾、藤原良次²⁾

1) 東京大学大学院医学系研究科健康社会学、2) 薬害 HIV 感染被害者(患者・家族)生活実態調査委員会

【背景】

日本では、主に 1980 年代前半にアメリカから輸入された非加熱血液凝固因子製剤の使用により、国内の血友病患者の約 40%にあたる 1400 人以上が HIV に感染し、600 人近い患者がすでに死亡、2005 年 5 月 31 日現在、約 800 人の患者が闘病中である。HIV 感染被害発生以降、約 20 年経過した現在の患者およびその家族の困難や経験、ニーズを明らかにし、支援への示唆を得るため、本調査プロジェクトを発足させた。本調査では、全国の薬害 HIV 被害者生存患者とその家族を対象に 2004 年度に面接調査を行い、翌 2005 年度に、面接調査の分析結果をもとに作成した質問紙を用いた質問紙調査を行った。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・差別をめぐる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。調査結果の概要については昨年度報告した。

本報告では、薬害 HIV 感染血友病患者およびその家族が、彼らのアイデンティティにもかかわる「薬害」という被害をどのように認識し、どのような感情を抱いているかについて検討した結果を報告する。

【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、母親用、父親用、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紙各 1 部ずつ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 月であり、患者本人 257 人(有効回収率 39.4%)、母親 138 人、父親 99 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。なお、本調査は東京大学医学部・医学系研究科の倫理審査委員会の承認を受けて行われた。

【結果・考察】

薬害エイズが単なる薬の副作用ではなく、『薬が研究・開発され、その製品が国によって製造・販売を承認され、実際の患者に使用されるという一連の過程のなかで何らかの過失や不備があったために被害が発生した(別府, 2002)』、『薬害』であると「十分理解している」と回答したのは、患者回答者の 68.5%、母親の 64.5%、父親の 68.7%、きょうだいの 51.9%、子どもの 40.0%、配偶者の 50.0%だった。いずれの属性も、「なんとなく理解している」と合わせると、回答者の 8 割から 9 割以上が『薬害』を「理解している」と回答した。

理解するようになった時期ときっかけについては、患者本人および母親、父親では 1987 年～1998 年にかけてのテレビ・新聞などの報道が最も多く、1995 年～1996 年でピークとなっていた。次いで、原告団・弁護団からの情報があげられ、1996 年前後で特に多くなっていた。きょうだい・子どもや配偶者については、時期をみて患者本人から伝えられるケースが多くみられた。

旧厚生省、製薬会社、血友病専門医たちなどに対する感情について尋ねたところ、旧厚生省と製薬会社に対しては、患者と家族の全属性を通じて 5 割以上の回答者が、疑問や怒りを「とても感じている」と回答し、「かなり感じている」と合わせると 8 割以上にのぼった。各々について、反省や謝罪をしているかという問いについても、患者および家族の全属性を通じて 8 割以上が旧厚生省や製薬会社からの反省や謝罪が「まったく」または「少ししか」得られていないと回答した。責任をとっているかという問いに対しては、全属性を通じ 7 割前後の回答者が旧厚生省、製薬会社、血友病専門医たちが「まったく」または「少ししか」責任をとっていないと答えた。

【結論】

患者および家族の多くが『薬害』という被害を理解しており、和解が行われた 1996 年前後の報道や原告団・弁護団からの情報が理解するきっかけとなっていた。また、被害を認識するようになってから約 10 年経過した現在でも、患者や家族の多くが旧厚生省や製薬会社などに対して疑問や怒りを感じていた。

薬害 HIV 感染患者の健康と生活の変化—7年の追跡研究から

○井上洋士¹⁾、溝田友里¹⁾、山崎喜比古¹⁾、大平勝美²⁾、小山昇孝²⁾、後藤智己²⁾、藤原良次²⁾

1) 東京大学大学院医学系研究科健康社会学 2) 薬害 HIV 感染被害者(患者・家族)生活実態調査委員会

【背景・目的】1980年代中盤、日本で発生した薬害 HIV 感染事件は、この約20年間に HIV 感染血友病患者の3分の1以上に当たる500人以上の命を奪った一方で、死を免れ今日まで生き延びてきた約900人の生存者にも様々な苦痛と困難をもたらしてきた。我々が2005年秋に実施した薬害 HIV 感染生存患者とその家族への質問紙調査は、こうした生存者の状況を明らかにしたが、同調査回答者には、その7年前の1998年に東京患者原告を対象に行った生存患者調査への回答者が含まれている。それにより、両年の調査への回答者の縦断的な分析が可能となった。本報告は、薬害 HIV 感染生存患者の健康と生活が、訴訟の和解と医療の進展を経て間もない1998年から7年後の2005年にかけてどう変化しているのか、健康面の変化にはどのような要因が関連しているのかについて、2時点の生存患者調査両方の回答者約90人の調査データを用いて検討した結果である。

【対象・方法】98年調査で生存患者本人からの回答があった253人中、05年調査にも本人回答があったのは91人、うち4人の女性患者を除く87人の男性患者を分析対象とした。年齢分布は30代が最も多く(39%)、次いで40代(30%)、20代から50代までが95%を占めた。分析に用いた変数は、以下の各変数のレベル変数([98年の値]+[05年の値])÷2と変化変数([05年の値]-[98年の値])である。①年齢、②主観的健康：SRH(Self-Rated Health)、身体症状数、GHQ(精神健康度)、③医学的状态・客観的健康：出血頻度、CD4細胞数、AIDS発症経験の有無、血中 HIV ウイルス検出の有無、肝臓疾患の有無、④心理社会面：就業の有無、社会参加件数、経済的暮らし向き、経済的不安、差別不安由来の生活自主規制件数、情緒的サポートネットワーク範囲の大きさ、生きがい件数、⑤SOC(首尾一貫感覚、健康生成力)。分析方法は、98年と05年調査データの比較は、順序尺度データについては Wilcoxon 符号付順位検定、間隔尺度データについては対応のある T 検定で行った。要因は、変化変数とレベル変数との関連性を、年齢制御の偏相関分析にて検討・抽出した。

【結果・考察】1)健康面：GHQ スコアには98年から05年にかけて有意な悪化が認められた。それに対し、SRHは $p<0.1$ の有意水準で改善傾向にあった。身体症状数には変化が認められず、SOCにも変化は認められなかった。出血頻度に変化は認められず、HIV ウイルス量では、検出限界未満の率が増えていたものの、統計学的には有意ではなかった。CD4細胞数には回復・改善傾向がみられたのに対し、AIDS発症経験「あり」「わからない・不明」の率と肝臓疾患ありの率は増加傾向にあった。2)心理社会面：就業率や社会参加件数に差は認められなかったが、経済的暮らし向きは有意な悪化、経済的不安は有意な増大を示していた。生きがい件数に変化は認められなかったが、差別不安由来の生活自主規制件数は有意な増加を示し、情緒的サポートネットワークの範囲は縮小傾向にあった。すなわち、経済的状态が脅かされ、サポータティブな人的環境が失われ、全体的に悪化する傾向にあることが窺われた。3)主観的健康面の変化に影響する変数：SRHの変化に有意に影響していると思われるレベル変数はなかった。身体症状数の変化に対し関連性を示していた、つまり影響していると考えられたレベル変数はSOCのみ(但し $p<0.1$)であった。つまりSOCスコアが高い人ほど身体症状数が改善されやすいという関連性が弱いながら認められた。GHQスコア変化に有意な関連性を示していたレベル変数は、GHQ、肝臓疾患の有無、SOCの3つであった。すなわちGHQスコアが高い人ほど、肝臓疾患を抱える人ほど、そしてSOCスコアが低い人ほど、この7年間に精神健康度悪化を招きやすいと考えられた。

【結論】薬害 HIV 感染生存患者の最近7年間にみる健康と生活の変化は、主観的健康の観点から見たとき、全体として悪化する傾向にあることが窺われた。また主観的健康面の変化にはストレス対処能力といえるSOCが効いていることが示された。

※本研究は、文科省科学研究費(「病気・障害・ストレスへの積極的対処と人生再構築に焦点化した健康社会学的研究」)の助成を受けて行われた。

社会医学研究 第48回総会講演集 2007年7月7日発行

日本社会医学会機関誌 社会医学研究 Bulletin of Social Medicine ISSN 0910-9919

日本社会医学会理事長 上畑鉄之丞

発行者 上畑鉄之丞 uehatairon@yahoo.co.jp

発行所 〒464-8601 名古屋市千種区不老町 名古屋大学情報連携基盤センター
宮尾克研究室内 日本社会医学会事務局
TEL/FAX 052-789-4363 mmiyao@med.nagoya-u.ac.jp

編集 久永直見 第48回日本社会医学会総会 企画運営委員長
愛知教育大学保健管理センター
hisanaga@aecc.aichi-edu.ac.jp