

I S S N 0910-9919

BULLETIN OF SOCIAL MEDICINE

社会医学研究

第 49 回日本社会医学会総会

講演集

日本社会医学会 特別号 2008

JAPAN SOCIETY FOR SOCIAL MEDICINE

第 49 回日本社会医学会総会

2008 年 東京都文京区

メインテーマ

健康権の確立と共生社会を目指して

日時:2008 年 7 月 12 日(土)～13 日(日)

会場: 東洋大学白山キャンパス

6 号館 地下B12・13 教室ほか

〒112-8606 東京都文京区白山 5-28-20

03-3945-8236

主催:第 49 回日本社会医学会総会・企画運営委員会

企画運営委員長 関谷栄子 白梅学園短期大学 教授

東洋大学白山キャンパスへの交通ご案内

最寄り駅：都営三田線白山駅より徒歩5分、または東京メトロ南北線本駒込駅より徒歩7分

1. 東京駅より

- 1) 東京駅丸の内口より徒歩10分、都営三田線大手町より乗車8分白山駅下車、料金210円
- 2) JR山手線外回り乗車4分有楽町駅下車、徒歩5分、都営三田線日比谷駅乗車10分白山下車、料金340円
- 3) 東京メトロ丸の内線池袋行き乗車1分大手町下車、都営三田線乗車8分白山駅下車、料金260円
- 4) JR中央線快速乗車5分御茶ノ水下車、JR総武線乗車2分水道橋下車、御茶ノ水方面出口から徒歩5分、都営三田線乗車3分白山下車、料金320円
- 5) 東京メトロ丸の内線乗車11分後楽園駅下車、東京メトロ南北線乗車4分本駒込下車、料金190円

2. 品川駅より

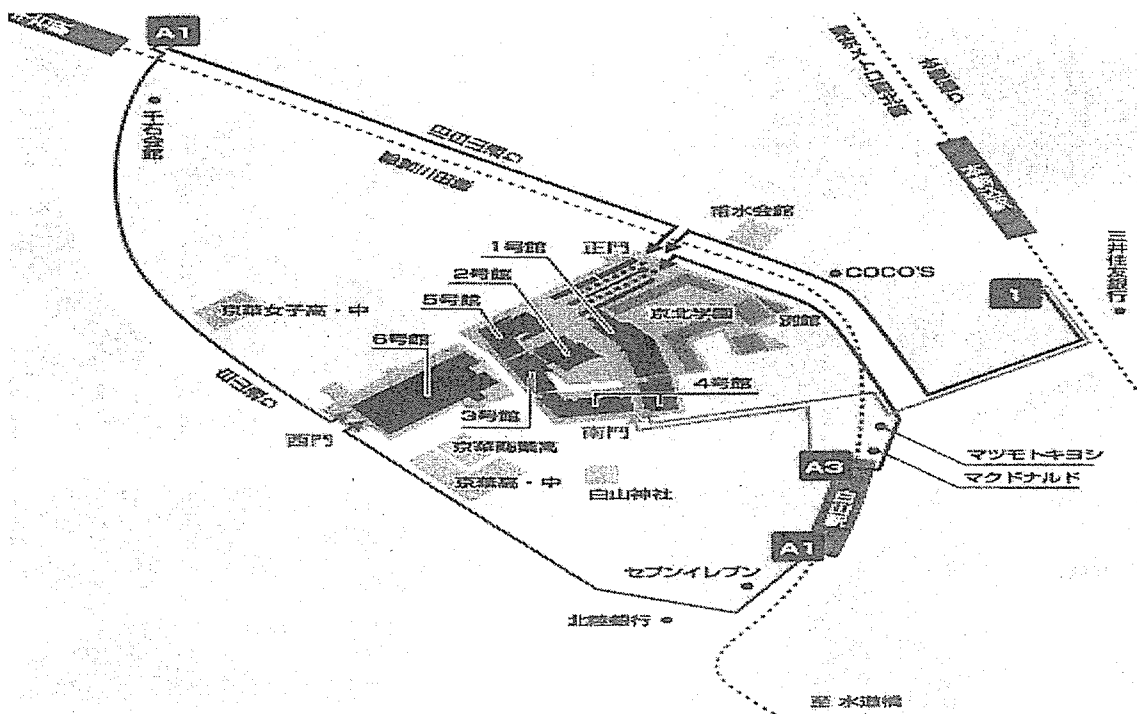
- 1) 京浜急行本線乗車特快乗車4分三田駅下車、都営三田線乗車17分白山下車、料金390円
- 2) JR山手線内回り乗車9分有楽町駅下車、徒歩5分日比谷駅、都営三田線乗車10分白山駅下車、料金360円

3. 羽田空港より

- 1) 東京モノレール乗車19分浜松町駅下車、山手線内回り乗車4分有楽町下車、徒歩5分、都営三田線日比谷駅乗車、10分白山駅下車、料金810円
- 2) 京急空港線乗車26分三田駅下車、都営三田線乗車17分白山駅下車、料金640円
- 3) 東京モノレール乗車19分浜松町駅下車、山手線内回り乗車22分駒込駅下車、東京メトロ南北線乗車2分本駒込下車、料金820円

4. 大宮方面より

- 1) JR板橋駅下車、徒歩5分、都営三田線新板橋駅乗車7分白山駅下車
- 2) JR王子駅下車、東京メトロ南北線乗車7分本駒込下車



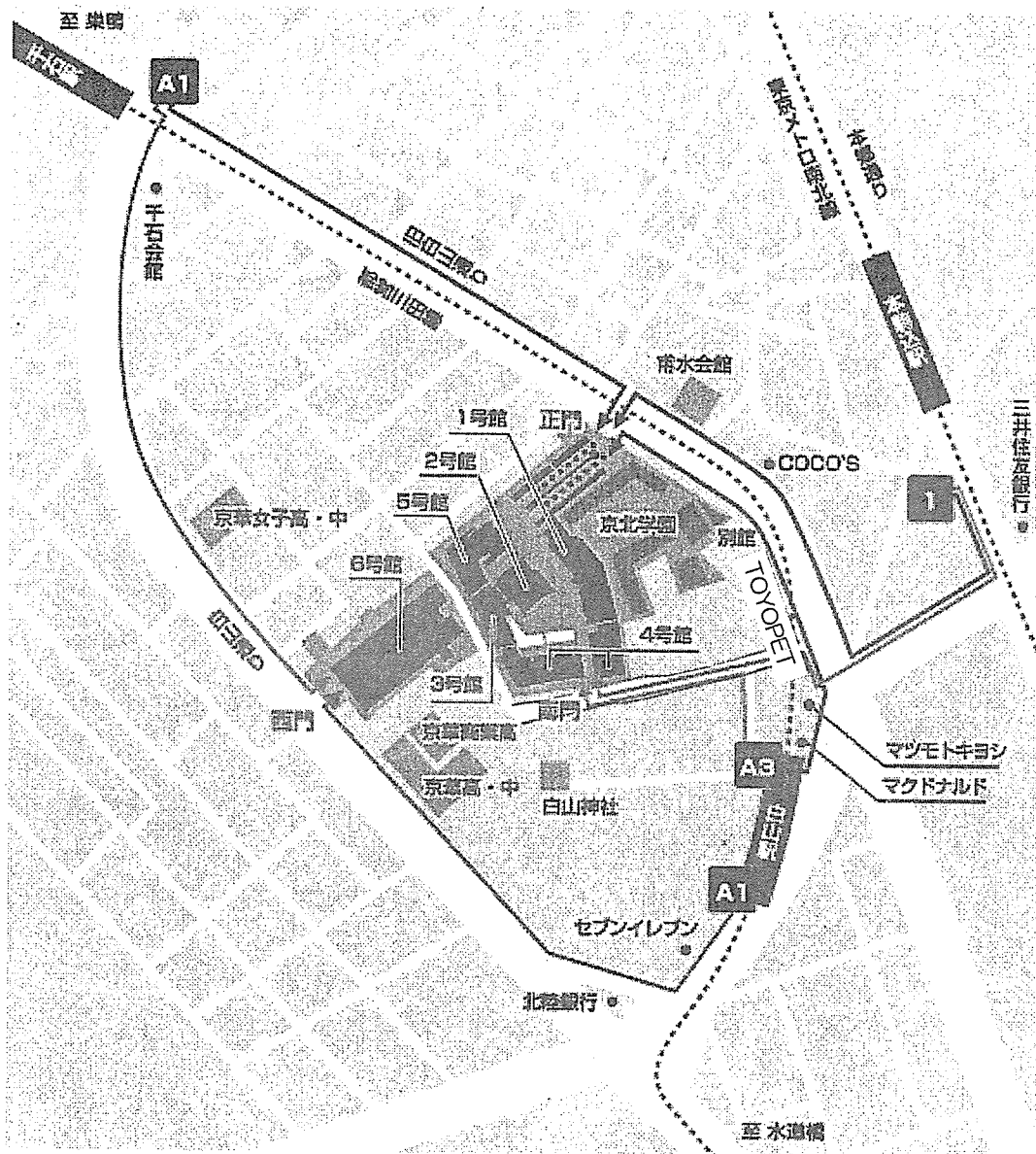
交通機関：都営地下鉄三田線「白山」駅徒歩5分、東京メトロ南北線「本駒込」駅徒歩5分
 都営バス草63系「池袋駅東口⇄浅草雷門」東洋大学前 下車すぐ（正門前）
 西門に文京区コミュニティバス（Bーぐる）も停車いたします
 また、南門は、17：00以降は入門専用になりますので、17：00以降のお帰りは他の門からお願いいたします。

会場案内図

東洋大学 白山キャンパス 6号館

文京区白山5-28-20

正門（東門）より入場ください



地下鉄

都営三田線 「白山駅」下車 徒歩5分

営団南北線 「本駒込駅」下車 徒歩5分

東京駅より山手線で有楽町下車し、都営三田線「日比谷駅」にて乗り換え

御 挨 拶

第49回社会医学会総会は2008年7月12日・13日の2日間「健康権の確立と共生社会を目指して」をメインテーマに東洋大学白山キャンパスにおいて開催することになりました。

本学総会においては、「健康格差解消の地域戦略」というテーマでシンポジウムを企画しました。「健康格差の現状と課題解決方法としてのヘルスプロモーション」を星旦二先生(首都大学東京教授)に、「健康格差解消のための地域戦略」を「ニート」と呼ばれる人々への支援を行っておられる武田敦先生(首都圏青年ユニオン)及び、大阪市において地域保健活動を実践的に展開しておられる保健師の亀岡照代先生(大阪市東住吉保健福祉センター)から生活の権利と健康を守る実践的な戦略についてお話しいただきます。

特別講演は「HIVとグローバルスタンダード」というテーマで、世界規模のHIVの予防活動を行っておられる徳永瑞子先生(聖母大学教授)にお話をいただきます。

さらに、「貧困と健康格差—日本の現状とヨーロッパの動向」について、近藤克則先生(日本福祉大学教授)からお話しいただきます。地球規模で進められている健康に生きることを権利として理解し、健康のまもり手としての社会医学の果たす役割について、学術的な理解を期待できます。

教育講演は2演題を用意しました。ひとつは「健康生成論としてのストレス対処能力概念 SOCのインパクト」、二つ目は「社会調査と統計の基礎」です。

自由集会については第一会場「ホームレスの健康問題」と、第二会場「後期高齢者医療の問題と特定健診の問題」です。これらも時宜にあった今日的な問題として自由な討論の場を設けました。

自由集会の後には、16階スカイホールにて懇親会を開催します。360度広がる夜景を楽しみながら親交を深めていただきたく、どなたでも参加を歓迎いたします。

一般演題は、保健問題への疫学的調査研究、薬害、アスベスト公害、労働災害、ホームレス、難病者、精神障害者、高齢者、妊産婦などの健康課題、介護課題など幅広い領域にわたる調査・研究が28題報告されます。

日本社会医学会ならではの活発な討論が展開されますよう参加とご協力をお願いいたします。

本学会を開催するに際し、東洋大学関係者及び東京の保健師の方々のご理解とご協力をいただきましたことを報告し、感謝の意を表します。

2008年 7月 12日

第49回日本社会医学会総会 企画運営委員長 関谷栄子

第 49 回日本社会医学会総会参加の皆さまへ ようこそ、東洋大学へ！

1. 第 49 回日本社会医学会総会・総合受付は、6 号館地下 1 階の 6B13 教室前で行ないます。正門から入構し、緩やかな階段を上って、学祖井上円了先生の銅像をすぎ、正面の井上記念館に向かって左にあるエスカレーターで地下に降りてしばらく直進すると、6 号館の 1 階ロビーに出ます。その地下 1 階です。

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』となるネームプレートをお渡しします。

参加費：会員 3000 円（非会員 4000 円）、 院生・学生 1000 円

懇親会費：4000 円 抄録集追加購入 1000 円

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、Windows のソフトとして、USB フラッシュメモリーにコピーして当日受付にお届けください。遅くとも、発表のセッションの前の休憩時間までにお届けください。Mac でつくった場合は、Win に入れて、動作を確認してからご持参ください。なお、会場の PC のソフトは、power point2002 です。2007 で作成の場合、互換性のあるように保存してください。配布資料のある方は、ご自分で 50 部印刷して配布願います。

3. 座長は、定刻に座長席に着席してください。運営は時間を厳守して、必ず定刻に終了してください。

一般口演は、口演 12 分、質疑・応答 8 分です。演者は、口演時間を厳重に守ってください。

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. 自由集会の運営は発起人にお任せします。

5. 7 月 13 日は日曜なので、生協食堂など付近の食堂はお休みです。事務局でお弁当（和風盛り合わせ膳、お茶付きで 1000 円の予定）を手配しますので、ご希望の方は、12 日（土）の 17 時までに受付に申し込んで下さい。受付の際に引換券をお渡しします。

6. 飲料は 4 号館 1 階に自動販売機がありますので、そちらを御利用ください。

7. 白山駅に近い南門からの退出は、17 時以降はできませんので、正門（東門）から退出してください。

8. その他、ご質問は総合受付にお申し出下さい。

第49回日本社会医学会総会 プログラム

7月12日(土)

	6号館1階第三会議室		
10:00~11:00	理 事 会		
	6号館1階第三会議室		
11:00~12:00	評 議 員 会		
	6号館地下 6B13		
13:30~13:40	開会挨拶 関谷栄子 企画運営委員長 理事長挨拶 上畑鉄之丞 理事長		
	6号館地下 6B13		
13:40~15:20	シンポジウム 健康格差 ・健康格差の現状と課題解決方法としてのヘルスプロモーション 星 旦二(首都大学東京・都市環境学部) ・健康格差解消のための地域戦略 保健師の立場 亀岡照子(大阪市東住吉区保健福祉センター) ニートの支援 武田敦(首都圏青年ユニオン)		
	6号館地下 6B13	6号館地下 6B12	
15:30~16:30	一般演題A1-3 座長:西山勝夫(滋賀医大) 1.東京土建保健診から見える建設労働者の労働関連疾患 門田裕志(東京社会医学センター) 2.自営業者の死因調査 原死因に基づく再評価 服部真(石川城北健康支援センター)門田裕志、駒ヶ根幸恵(東京社会医学センター) 3.ストレス対処能力SOCの社会階層間格差の検討 戸ヶ里泰典(山口大院)山崎喜比古(東大院)	一般演題 B1-3 座長:埜田和史(滋賀医大) 1.高齢者虐待に関する関心〜日・北欧比較 古川潤子(白梅学園大・短大) 2.貧困に脅かされる妊産婦の実態 田崎陽子(福岡医療団千鳥橋病院) 3.聴覚障害者にとって乳がん検診受診のバリアとは? 北原照代・埜田和史(滋賀医大)、田中彰恵・森本一成・藤田保・辻村祐次	
	6号館地下 6B13	6号館地下 6B14	
16:40~17:30	教育講演1 健康生成論とストレス対処能力概念SOCのインパクト 山崎喜比古(東大大学院)	教育講演2 社会調査と統計の基礎 片平冽彦(東洋大)	
17:40~19:00	自由集会1 公衆衛生・社会医学の教育・人材育成の現状と課題 発起人:高鳥毛敏雄・逢坂隆子 6号館地下 6B13	自由集会2 後期高齢者医療問題と特定健診問題 発起人:田村昭彦 2号館16階スカイホール左	自由集会3
19:15~21:00	懇 親 会 会 場:2号館16階 スカイホール中央・右		

7月13日(日)

<p>6号館地下 6B13</p> <p>9:00~10:00 一般演題A4-6 座長:舟越光彦(九州社医研)</p> <p>4. 零細事業所にみる石綿関連疾患と社会医学上の課題 広瀬俊雄・多田由美子・石橋義彦・斎藤慶史(仙台錦町診療所・産業医学センター)</p> <p>5. 東京・大田地域でのアスベスト被災対策の取り組み(第2報) 色部祐(アスベスト被災対策大田連絡会)</p> <p>6. 建設アスベスト被害者の実態と問題点 青木珠代・田村昭彦・船越光彦(九州社医研)</p>	<p>6号館地下 6B12</p> <p>9:00~10:00 一般演題 B4-6 座長:山岸春江(公衆衛生看護研究所)</p> <p>4. 薬害クロイツフェルト・ヤコブ病患者遺族の介護体験と死別後の心理に関する研究 山本由美子・山崎喜比古(東大院)片平冽彦(東洋大)植田宗(ヤコブ病サポートネットワーク)</p> <p>5. 中野区特定高齢者候補者における運動機能と抑うつ気分について 石濱照子(中野区中部保健福祉センター)・江戸聖人・新井美奈子(中野区保健福祉部)</p> <p>6. 都市部在宅前期高齢者における就労状態別にみた3年後の生命予後 高 燕・中山直子・高橋俊彦・星旦二(首都大学東京)</p>
<p>10:00~11:00 一般演題A7-9 座長:片平冽彦(東洋大学)</p> <p>7. 検証されずに風化する薬害-国と専門家はMMRWクテンの検証を 栗原敦(全国薬害被害者団体連絡協議会)</p> <p>8. 医学研究と利益相反-薬害イレッサ事件に見る利益相反 中島晃(弁護士・市民共同法律事務所)</p> <p>9. 薬害HIV感染長期生存患者におけるQOLの変化とその要因 横山由香里・山崎喜比古(東大院)溝田友里(国立がんセンター)・関由紀子(埼玉大)・井上洋士(放送大)</p>	<p>10:00~11:00 一般演題 B7-9 座長:山本 繁(野村医院)</p> <p>7. 介護保険現場から制度上の矛盾に対する提言 吉野裕子(アジサイの会)</p> <p>8. アルコール依存症患者の社会的孤立と孤独死 荒木弘幸(千鳥橋病院)和田冬樹(菊陽病院)舟越光彦(九州社医研)</p> <p>9. 新宿における野宿者の健康-地域生活移行支援事業の影響 大脇甲哉・金沢さだ子・中久木康一・稲葉剛・新宿連絡会医療班(港町診療所)</p>
6号館地下 6B13	
<p>11:10~12:00 特別講演 I HIV予防とグローバルスタンダード 徳永瑞子(聖母大学・看護学部)</p>	
6号館地下 6B13	
<p>12:00~13:00 昼食・総会</p>	
6号館地下 6B13	
<p>13:00~13:50 特別講演 II 貧困と健康格差 近藤克則(日本福祉大学・社会福祉学部)</p>	
6号館地下 6B13	6号館地下 6B12
<p>14:00~15:00 一般演題A10-12 座長:千田忠男(同志社大学)</p> <p>10. 過労死事例からみた海外出張・派遣者の保健対策の問題 上畑鉄之丞(過労死・自死センター)</p> <p>11. オーストラリアにおける看護師の腰痛予防の取り組み 重田博正(大阪社医研)</p> <p>12. 生活時間調査に基づく女性開業医への診療支援策の検討 峠田和史・北原照代・辻村祐次(滋賀医大)板井八重子・斎藤みち子(全国保団連女性部)</p>	<p>14:00~15:00 一般演題 B10-12 座長:山本訓子(江東区深川保健福祉センター)・音喜多久枝(足立区保健福祉センター)</p> <p>10. 訪問看護の現状と課題-訪問看護師への聞き取り調査から 武田弘美(神戸常盤大)・河野益美(畿畿大)</p> <p>11. 労働組合が取り組む心の病の職場復帰 藤野ゆき(常盤会短大)</p> <p>12. 精神障害者研究機構による弱者主体の共生社会を目指して 柏木久司(入間市精神障害研究会)</p>
<p>15:00~16:00 一般演題A13-14 座長:高鳥毛敏雄(大阪大)</p> <p>13. 在留邦人に対する育児支援 波川京子(札幌医大)</p> <p>14. 中央アフリカ共和国の住環境と肺結核の感染拡大の関連性について 秋山幸恵(順天堂医院)西浜佳子・徳永佳子(聖母大)</p> <p>15. 高齢者の熱中症事例の社会医学的検討 中原英季子(千鳥橋病院)舟越光彦(九州社医研)・正木公子・寺井明日香・荒木弘幸・伊須須朋子・田崎陽子(千鳥橋病院)</p>	<p>15:00~15:40 一般演題 B13-14 座長:阿部真雄(夏目坂診療所)</p> <p>13. 弱視児童生徒の教育を受ける権利を誰が保障するか 高柳泰世(本郷眼科・神経内科、名大)柴崎幸次(愛視研)</p> <p>14. 大学と社会との協働した公衆衛生大学院教育プログラム 高鳥毛敏雄(大阪大院公衆衛生)</p> <p>15. 大阪における公衆衛生・社会医学教育の実践 逢坂隆子・他20名(NPO HEALTH SUPPORT OSAKA)</p>
6号館地下 6B13	
<p>16:00~16:15 奨励賞表彰式・閉会 上畑鉄之丞 理事長</p>	

特別講演 1

HIV予防とグローバルスタンダード

徳永瑞子 (聖母大学)

特別講演 2

貧困と健康格差—日本の現状とヨーロッパの動向

近藤克則 (日本福祉大学)

特別講演 1

HIV 予防とグローバルスタンダード

— 中央アフリカ共和国での活動を通して —

聖母大学 徳永瑞子

1. エイズのグローバル化

国連の統計によると、2007 年末の世界の HIV 感染者は 3320 万人、エイズによる死亡者数は 1 年間で 210 万人である。1981 年 CDC が奇妙な病気（エイズ）の症例を発表した。それから 27 年を経て HIV 感染は世界に拡大した。世界は交通手段の発達・スピード化、情報伝達の発達によりグローバル化の進行と同時に HIV・エイズもグローバル化してきた。

国連は 2000 年に「ミレニアム開発目標」を掲げ 2015 年までに達成すべき 8 つの目標を示した。目標 6 に「HIV/エイズ、マラリアその他の疾病の蔓延防止」があげられ、HIV エイズの蔓延を阻止し、その後減少させるとしている。しかしすでに UNAIDS は、この目標達成は不可能であるとの見解を述べている。

2. ブラックアフリカの HIV 感染の状況

世界の HIV 感染者の 68% がブラックアフリカである。2007 年の子供白書によると 2005 年末の 15 歳以上の HIV 有病率は、スワジランド 33.3%、ボツワナ 24.1%、ジンバウエ 20.1%、南アフリカ共和国 18.8%、中央アフリカ共和国 10.7% であり感染拡大に歯止めはかかっている。HIV/エイズは、医療費の増大、労働人口の減少、乳幼児死亡率の増大などの社会的インパクトは国の経済を疲弊させている。HIV の感染拡大防止は急務である。

3. アフリカの医療現場における HIV の感染防止基準

- 1) 患者が自分用の注射器、包帯類、手袋を持参する
- 2) 使用済みの医療品はすべて焼却し、再生はおこなわない
- 3) 医療器具は、70%エタノール 30 分間浸して消毒をおこなう
- 4) HIV 被曝後予防 (PEP postexposure prophylaxis) は、CDC のガイドラインを適応する。針刺し事故の場合、2 時間以内に多剤療法をおこなう。職業上の HIV 暴露後の感染の危険性は程度や種類によって異なるが、経皮的暴露では 0.3%、で粘膜暴露では 0.09% と推定されている。現場で針刺し事故は 2 件あったが、ガイドライン適応により感染には至らなかった。

4. 住民に対する HIV の感染防止基準

- 1) VCT (Voluntary Counseling and Testing) の奨励 無料で検査し、早期治療につなげる
- 2) 啓発教育でコンドーム (男性用・女性用) の奨励、コンドームを安価で販売し販売経路の拡大
- 3) 女性感染者は妊娠を控えるように指導

5. HIV の母子感染防止基準

UNICEF による母子感染予防プロジェクト PMTCT (Prevention of Mother To Child Transmission)

妊婦健診時に HIV の抗体検査を無料で実施する。HIV 陽性妊婦の陣痛が開始すればネビラピン錠を内服、新生児には生後 24 時間以内にネビラピンシロップを与える。

予防措置をとらなかった場合、20-40%の確立で母子感染率するが、ネビラピンの予防的投与により、感染のリスクを減らすことが可能である。母乳保育における児への感染確立は 5-15% があるが、アフリカでは母乳育児をおこなう。

6. 提言

HIV の感染拡大を防止するためには、VCT の受検率を上げることが必要であるが、途上国では VCT の受検率は 10%未満である。中央アフリカ共和国でおこなった VCT の研究によると、VCT を受けていない若者 50 名に個人カウンセリングをおこなった結果、19 名 (38%) が VCT を受けた。VCT を受けない理由は、恐怖心が主な理由であった。フォローアップ体制があることを知らせることが VCT 受検につながった。集団啓発教育の再検討が必要である。

母子感染防止基準でも、HIV の抗体検査は受けるが、結果を聞きに来る妊婦は約 20%である。この問題の根底にも恐怖心があるようだ。

アフリカにおいては、フォローアップ体制を充実させることが、HIV 感染拡大防止につながると考える。中央アフリカ共和国では、「世界基金」で ARV (抗レトロウイルス剤) の治療を受けているエイズ患者は、5,000 名であるが、治療を必要としている患者は 4 万人と推定されている。途上国では、フォローアップ体制の確立を急ぐことが、HIV の感染拡大防止につながると考える。

特別講演 2

貧困と健康格差—日本の現状とヨーロッパの動向

日本福祉大学 社会福祉学部 近藤克則

日本で、貧困層が増えている。今や OECD 加盟国の中で、アメリカについて 2 番目に相対的貧困率が高い国が日本である。

社会医学は「貧困層に疾患（不健康）が多い」という健康格差があることを明らかにしてきた¹⁾。その膨大な蓄積を、WHO（世界保健機関）が「確固たる事実（solid facts）」を副題とするレポート 1998 年（第 2 版 2003 年）にまとめている²⁾。本講演では、古くて新しい健康格差について日本における現状を紹介する。

社会医学の先人たちは「健康に生きる権利」の視点から見て、健康格差は許されるべきではないと主張し続けてきた。ヨーロッパでは、健康格差を抑制するために、社会医学者たちが立ち上がっている。その動向を紹介する。

日本の高齢者における健康格差の実態—AGES プロジェクト

AGES (Aichi Gerontological Evaluation Study, 愛知老年学的評価研究) プロジェクト³⁾では、要介護認定を受けていない高齢者 32,891 万人（回収率 55.2%）を対象にした大規模調査⁴⁾に取り組んだ。うつや閉じこもり、口腔機能の低下、転倒など要介護状態になりやすいリスクや虐待などの観察割合は、社会経済的地位が低い層で有意に高かった。その中で差が最大であったのは、男性におけるうつ状態で、400 万円以上（等価所得/年）で 2.3%であるに対し、100 万円未満の低所得層では 15.8%と、実に 6.9 倍もの格差が見られた。つまり、今も日本社会は「健康格差社会」¹⁾なのである。

「健康格差社会」への対処戦略

健康格差には、どのような対策がありえるのであろうか。

第 1 に、環境因子への着目である。例えば、高齢者の社会的孤立である閉じこもり状態も、その人の暮らす地域環境と関連を示す⁴⁾。コミュニティにおける協調行動を促すソーシャル・キャピタルの概念も注目に値する。コミュニティに介入してソーシャル・キャピタルを豊かにすることができれば、そこに属する人々の社会参加を促す環境づくりにつながり、それが健康水準の向上をもたらすと期待されるからである¹⁾。

第 2 に、ライフコースの視点から、小児期から青年期における社会的排除を予防し、包摂

(inclusion) を促進することである{近藤克則, 2006 #3455}.

第3に、いろいろな政策の健康への影響を、事前にアセスメントし、介入後もモニタリングし、必要な是正を図ることである。なぜならば社会経済政策も健康に影響することがわかってきたからである。公共事業に対して環境アセスメントが義務づけられるように、広範な政策に対して健康インパクトアセスメントをすることを WHO も推奨している。健康は、すべての人の福祉（ウェル・ビーイング）の基礎だからである⁵⁾。

ヨーロッパにおける健康格差是正策

すでにイギリスやスウェーデンなどヨーロッパの国々や WHO では、健康格差への対策が試みられはじめている。それは健康（格差是正）にとって好ましい社会経済環境を作り出すために、社会政策を動員する総合的な戦略である。それらの介入対象は、ミクロ（個人・家庭）・メゾ（コミュニティ）・マクロ（国）レベルの、多くのリスクに及ぶ⁶⁾。

例えば、健康によい学校や地域、WHO が推進する健康都市（Healthy Cities）、安全で健康な職場（Safe and Healthy Workplace）づくりがある。マクロレベルで言えば、医療保障政策はもちろん、所得保障政策や労働政策も健康政策としての側面を持つ。低所得や失業は、不健康をもたらすからである。イギリス政府は、「確かなスタート(Sure Start)」—母子世帯を中心とする貧困世帯の就労支援（の結果としての所得拡大支援）—を強化した。スウェーデンの公衆衛生法のように、健康格差の是正が国の責務であることを法律に明記し、数値目標を掲げ、総合的な施策を導入し、健康格差をモニタリングする国も出始めている。一例をあげれば、イギリスで 1999 年から始まった貧困児童を減らす取り組みによって、340 万人（1998 年）のうち 2005 年度までに 50 万人が貧困から脱出した。これは、健康格差の是正という最終アウトカムから見れば、中間指標における改善にすぎないが、今後の推移は注目に値する。

おわりに

まだ、効果が十分に検証されていないことを理由に、我が国で取り組むのは時期尚早という考え方もありうる。しかし、基本的人権に関わる問題である。健康格差は、「避けうる死（avoidable death）」が社会の特定の集団に見られることを意味する。しかも、死んだ後では取り返しがつかない。論点にすべきは「明らかなのは正効果が立証されるまで待つべきか否か」ではなく、「健康格差をこのまま放置しておいて良いのか否か」であろう。

すでにヨーロッパでは、すでに健康格差是正の数値目標まで掲げ、そのための社会政策を導入する国々が複数出てきている。また、WHO もそれを支援する取り組みをしている。我

が国でも、健康格差の事実が国民に共有され、「それぞれの価値観しだい」「悪平等」「平等と効率のトレードオフ」など「答えのない格差論争」⁷⁾を超えていくことが必要である。そのためには、日本でも、社会医学者による研究とその成果の社会への発信が不可欠である。

文献

- 1) 近藤克則: 健康格差社会—何が心と健康を蝕むのか。医学書院, 2005
- 2) Wilkinson RG, Marmot M: Social Determinants of Health; the solid facts. World Health Organization, Geneva, 1998
- 3) 加藤悦子, 近藤克則: AGES プロジェクト—介護者・介護状況・一般高齢者調査の概要. *社会政策研究* 8: 216-229, 2008
- 4) 近藤克則 編: 検証『健康格差社会』—介護予防に向けた社会疫学的大規模調査. 医学書院, 2007
- 5) 近藤克則: 連載「健康格差社会」への処方箋. *保健師ジャーナル* 62: 854-859, 946-952, 1054-1059, 2006
- 6) 近藤克則: 「格差社会」対策の戦略—ヨーロッパの到達点を踏まえて. *保健師ジャーナル* 63: 444-450, 2007
- 7) 近藤克則: 「健康格差」の視点が格差論にもたらすもの. *社会政策研究* 8: 53-72, 2008

シンポジウム

「健康格差の実態と格差解消のための地域戦略」

座長 福地 保馬

「健康格差の現状と課題解決方法としてのヘルスプロモーション」

・星 旦二（首都大学東京）

「健康格差の解消のための地域戦略」

・保健師の立場から

亀岡 照代（大阪市東住吉区保健福祉センター）

・ニートの方の支援

武田 敦（首都圏青年ユニオン）

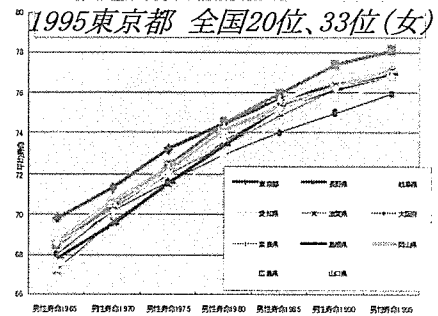
健康較差の現状と課題解決方法としてのヘルスプロモーション

首都大学東京・都市環境学部

都市システム科学専攻 星 旦二

1. 都市の健康度の変遷

都市の健康水準を平均寿命でみると、他県との相対比較では経年的にみて低下し続けています。東京都 23 特別区の平均寿命較差は、男女ともに約三歳近くです。1995 年の平均寿命と自治体の所在地の標高との関連では、正の相関が見られました。



全国自治体の動向を見ると、都市よりも地方の平均寿命が長い傾向を考慮すると、健康を規定する要因は、医療だけではなく、生活文化を含む社会環境と自然環境が大きく寄与する可能性が示唆されます。

2. ヘルスプロモーション

ヘルスプロモーション (1986 年 WHO:以下 HP) の定義は、人々が自らの健康をコントロールし、改善する事が出来るようにするプロセスです。この中では、人々が主語となり、プロセスが注目されています。活動方針は、①健康的な公共政策、②健康を支援する環境、③地域活動の強化、④個人技術の開発それに⑤ヘルスサービス方向転換ですが、とくに環境整備が重要です。

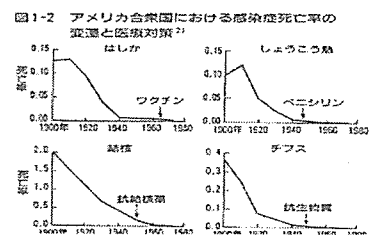
HPの活動方針

- ①健康的な公共政策
- ②健康を支援する環境
- ③地域活動の強化
- ④個人技術の開発
- ⑤ヘルスサービス方向転換

3. 医療の役割

マキューンが著した「医療の役割 (Role of Medicine)」によると、感染症が撲滅された主な理由は、医薬品でもワクチンでもありません。手洗いと共に上下水道の整備、なによりも栄養の確保が背景です。生活習慣と健康の意義を世界で初めて明確にしたのは、ブレスロー博士ですが、その後の生活習慣行動変容を促した介入研究 (MRFIT) では、行動変容効果は見られたものの、死亡率の低下はみられていませんでした。

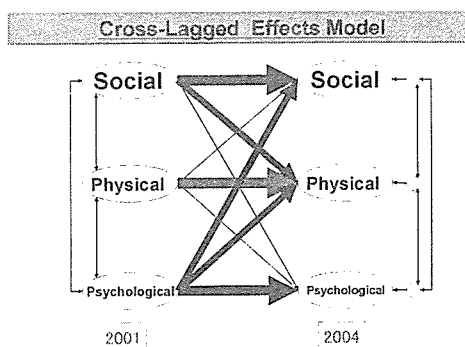
USA感染性死亡低下と医薬



都市部城東地区の胃がんと子宮がんの年齢調整死亡率は、ここ 10 年来増加傾向が見られます。今後の対策では、二次予防とともに、一次予防つまり食生活や日常生活の役割を重視すべきと考えられます。米国 Healthy People によると、早世の寄与割合として、保健医療 (Health Care) の役割は、10%であるのに対し、生活習慣が 50%、環境と遺伝がそれぞれ 20%でした。

4. 健康三要素でのこころの意義

2001年から開始した都市部高齢者13,066人の三年間の追跡研究によって、健康三要素の因果関係を分析しました。健康三要素、つまり精神と社会と身体的健康度は、観測変数で測定しています。三年後の各健康との関連を分析すると、主観的健康感と生活満足度それに昨年との元気度比較と関連する『精神的健康度』（『』は潜在変数）は、『社会的健康』とともに『身体的健康』の原因となる可能性が示唆されました。これらのエビデンスは、様々な健康支援介入の前提として、個々人の主体性や、思いや夢を重視するテーラーメイドに添った個別支援が必要であることを示唆しています。



5. 保健医療社会学会の展望


右図は、2005年に韓国で開催された国際健康教育学会の基調講演で著者が提起した健康規定要因の一部です。

所得の公平な再配分、持続的な経済発展と環境整備は、生物と共に人間の健康維持にとって不可欠です。また、安心安全の推進と共に、政策決定への住民の参画が重要であり、戦争がないことは全ての前提条件です。

幸せを感じることができる平和とともに、それらを支える環境整備が不可欠です。そのためにも、東洋医学と共に統合医療も重視すべきではないでしょうか。

Conclusion for Health

- Redistribution income fairly
- Pure Air & pure Water for Sustainable development
- Promote healthy behavior
- Promote safe & same communities
- Improve system for personal and public health by citizen involvement
- Feel happiness Peace with Buddhism
- Comprehensive oriental medicine
- Supportive environment



6. まとめ

HPが展開されてきた潮流の主な背景は、健康への医療の役割が大きくなるのではなく、社会経済的要因と共に環境要因が大きな役割を持つことの共有化があります。個々人の健康を支援するモデルとしては、医療モデルとともに生活モデルが求められ、同時に本人の意志決定を重視し、人々の力量形成とそのプロセスを重視する、協働の支援環境づくりが大切です。また、専門家に偏りがちな、情報と意志決定権を本人主体へと移行させていく改革が必要です。また、諸課題を解決させていく上で、人の想いと夢を支援する生活モデル方法論を構築する保健医療社会学会の発展は、時代の要請に合致した必然性があるのではないかと考えます。

文献

- Hoshi Tanji :Healthy japan 21 objectives and strategies.New challenges of Health Promotion Activities in Korea,Korean society for health education and promotion :57-88.2005.
- Hoshi Tanji, Ryu Shinu, Fujiwara Yoshinori, Kurimori Sugako.Urban Health and Determinant Factors for Longer Life for the Elderly Urban Dwellers in TOKYO Proceedings of the International Symposium on

1、健康格差の実態

賃金格差、所得水準格差など経済的な格差が広がっていく中の一つの問題として「健康格差」が取り上げられるようになった。世帯の年収や教育年数、職業や持ち家の有無などの比較とともに、家族や友人との関係、自分の役割やいきがいの有無など、精神的な面での健康観が身体的健康と同じくらい重要であると思う。

大阪市は、死亡率や結核罹患率など、全国最低レベルの健康実態であり、特に西成区のあいりん地域（通称「釜ヶ崎」）では深刻な生活問題を抱え、さまざまな不健康の実態がある。

(1) 西成区あいりん地域の概況

面積	0.62 km ²	人口	推定27335人
簡易宿泊所	約120軒（04年）	男性比率	81.2%
簡宿収容能力	約10000人	世帯構成	1.22人
福祉アパート他	約60軒（サポート）	あいりん有効求人数	6445人（05年）
シェルター 自立支援センター	2カ所 1040人 4カ所 330人	生活保護世帯 (居宅保護)	6104世帯（05年）

(2) 生活保護率 05年度 全国 11.8%、大阪市 41.8%

1996年に比べ全国1.7倍、大阪市2.2倍、あいりん地域 4.8倍

(3) ホームレス数の推移

98年 大阪市 8660人 07年 全国 18564人、大阪市 4069人

平均年齢 56.4歳 男性の比率 96% 1年未満 3割 5年以上 4割

(4) ホームレスの死亡調査（2000年大阪市内で発生したホームレス者の死亡294例を

逢坂隆子先生他が大阪府監察医事務所記録から分析・調査）

平均年齢 56.2歳 野宿者 213例、簡易宿泊所投宿者 81例

病死 172例（59%）、自殺 47例（16%）、他殺 6例（2%）

不慮の事故 43例（15%）（内 餓死 8例、凍死 12例）

男性野宿者の標準化死亡比（SMR）は総死亡3.6（結核45、自殺6 他殺79）

死亡発見時の状況：高度腐敗（24例 8%）ミイラ化（1例）白骨化（6例）

(5) 高齢者特別清掃事業従事者の健康の実態調査より（2003～2005 黒田研二先生他）

* 国民栄養調査との比較 ①「やせ」の人が多い ②重症高血圧の人の割合は4倍以上多い

③貧血傾向を示す人が多い ④血糖値は140mg/dl以上の人の割合が多い

1年後には、血圧の自己測定をする人が増加（54%から64%）高血圧治療を受ける人が増加

（9%から17%）高血圧は要医療者の減少（16%から12%）問題飲酒者の減少（31%から19%）

* 結核検診（特別清掃、三角公園、野宿者支援統一行動等）の結果

・ 要医療者は2～4%、有所見者は約3割（CR車により即診断、即医療につなげる体制）

・ 入院にあたっての障害を解決し、病院訪問などを行い治療継続への支援

- ・ 退院後はDOTSの実施を行い100%治療終了
- ・ 当事者が検診に対して受身から主体者に変化（自分から参加したい。検診を勧める等）

(6) 結核の実態と取り組み

- ①大阪市は罹患率が全国の約3倍、西成区は約1.3倍、釜ヶ崎は約3.2倍
- ②大阪社会医療センターで0.5年から外来患者に結核検診。3.5人に1人が要医療
- ③ ホームレス死亡総数294例中19例が結核死亡、10例が活動性所見あり
- ④病院訪問（発生届から7.2時間以内）、DOTS（あいりん、ふれあい、医療機関、薬局など）、コホート検討会など取り組みの強化。患者との信頼関係を築き中断の減少。

(7) 自営業者の健康破壊の実態

全国商工団体連合会共済会2002年10月の調査では、初診から死亡迄の期間が1年以内57%、3ヶ月以内36%と病院受診時すでに手遅れ。国民健康保険・無保険の問題が大。

(8) 高齢者、障害者、若者等の実態

介護保険に続き後期高齢者医療制度による保険料の強制徴収、医療内容に年齢による差別。障害者は自立を阻む「障害者自立支援法」。若者はワーキングプアやネットカフェ難民。

2、保健師の活動を通して考える地域戦略

全国すべての地域に保健師が配置されており、憲法、地方自治法に基づく活動が求められている。

保健所は住民の身近なところで住民のいのちと健康を守る砦であり、保健師は住民の健康に責任を持つ活動を展開しなければならない。大阪市は人口260万人の巨大都市であり、370名の保健師がいるが、地域担当は約200名で、1人当たり1万人を超える人口を担当している。

各種世論調査で健康が一番の願いではあるが、生き方や自己実現の達成が重要であり、しあわせになるために人々は健康を求めていると思う。あいりん地域の人たちは、多くの人が辛い過去を背負って生きており、だからこそ一層「誰かの役に立ちたい、社会とつながって生きたい」という思いが強いのではないか。人が信頼できて初めて心を開いて本音でつきあい、健康を求めるようになる。以前、あいりん地域を担当して、あまりにもひどい健康実態に悩んでいた時に故丸山博先生や山本先生、逢坂先生をはじめとする先生方や関係機関の方や住民たちから多くのことを学んだ。その後他の区に転勤してからも、あいりん地域で学び、活動したことを原点に活動してきた。

今では全国に野宿を余儀なくされる人たちが生活するようになり、あいりん地域の人たちの健康問題は、ドヤ街をかかえる地域のみでなく、全国の多くの自治体の共通の問題となっている。また、年金、医療、健康保険、生活保護制度など社会保障制度の後退が続く中で、保健師の役割の重要性を痛感している。シンポジウムでは事例を通じ、身体面のみでなく精神面や社会参加の点から保健師の立場で感じたことを報告し、皆様からのご意見やご助言をもとに地域戦略をともに考えたい。

「格差解消の地域戦略 ワーキングプアと呼ばれる若者たちからの問題提起」

首都圏青年ユニオン委員長

武田 敦

1, 若者が置かれている現状

正規社員も非正規社員も健康を維持できない現実

- ・ 美容室A s hでの働き方
朝から深夜までの立ち仕事
一日中外で監視付のチラシ配り
正社員で年収 200 万
- ・ SHOP 9 9での働き方
4 日間で 80 時間労働
入社して 9 ヶ月で店長へ／名ばかり店長で残業代なし
心身の疲弊で鬱病へ
- ・ 派遣労働者の働き方
未だ無くならない二重派遣と偽装請負
ネットカフェ難民調査

2, 人間性の回復を求める若者

- ・ 職場復帰が出来ない若者／メンタルヘルスの重要性
ユニオンに駆け込んでくるときに弱っている若者が少なくない
職場を辞めて、手遅れにならないうちにユニオンへ相談して欲しい
- ・ 人間性回復の手段としての労働運動
仲間とともに現実を変えていく行動が組合員に自信をつける
仲間の交渉に駆けつけることで自分の問題を冷静に見られるようになる

3, 人間らしく生きていくための戦略

- ・ 労働基準法などの法令遵守の徹底
労働時間に対する規制や残業未払いの一掃
社会保険への加入
有給休暇の取得
不当解雇の撲滅
- ・ 最低限のセーフティネットを／たすけあいネットワークの立ち上げ
所持金が 1000 円もない相談者もいる
仕事が決まっても給料日まで貯蓄が持たない若者
- ・ 多重にからみあう貧困の現実／反貧困ネットワーク
多重債務で苦しむ組合員
ケガを負ってしまった組合員

4, さいごに

教育講演 1

「健康生成論とストレス対処能力概念 SOCの
インパクト」

山崎喜比古

(東京大学大学院 医学系研究科)

6号館 地下 6B 13 教室

教育講演 2

「社会調査と統計の基礎」

片平 洸彦

(東洋大学 社会学部)

6号館 地下 6B 14 教室

健康生成論とストレス対処能力SOC研究のインパクトとチャレンジ

山崎 喜比古

東京大学大学院医学系研究科

健康社会学教室／健康教育・社会学教室

1. 「健康への力」とヘルスプロモーション

WHO（世界保健機構）が1980年代半ばに21世紀を見据えた健康戦略としてヘルスプロモーション（健康推進）を提唱して以来、これまで久しく健康教育の目標と焦点に置かれ研究の蓄積もある「保健行動」「保健実践」「行動の変容」とともに、ライフスキルやコントロール能力、能力の付与（イネイブリング）やエンパワーメントなど、「健康に生きる力」や「能力の形成」にますます向けられるようになってきている。

2. 健康生成論とSOC

アントノフスキー博士（社会学）は、『健康、ストレスそして対応：心身健康の新しい見方』（1979）と『健康の謎を解く：ストレス対処と健康保持のメカニズム』（1987）とで、健康生成論とSOC概念を提唱し深化を図った。「社会階層と健康・ストレス」「生活/人生ストレスと健康」あたりの研究をしていた博士は、逆境に置かれ、あるいは曝されながらも、心身の健康を守れているばかりか、その経験を成長と発達の糧にさえしてポジティブライフを実現している人々に共通する特性は一体何なのだろうかと問い、調査と理論研究を重ね、人生の窮極の健康要因としてストレス対処・健康保持能力概念SOCを見出した。この問いの立て方が伝統的な疾病生成論的発想とは180度転換した健康生成論的発想であった。

3. 健康生成論のインパクト

博士が提唱した健康生成論とSOC概念は、保健医療看護、福祉、心理、教育など世界のヒューマンサービス分野の学問と実践にパラダイムシフト的なインパクトを及ぼし、あるいは響き合った。ヘルスプロモーション（WHOオタワ憲章、1986）は、20世紀半ば以降健康・病気と保健医療の世界で進行したパラダイムシフトをパブリックヘルス領域において継承・発展させた21世紀健康戦略である。このヘルスプロモーションを理論的実践的にリードしたのもヘルスソシオロジストたちであり、健康生成論はヘルスプロモーションの「哲学的基礎」とも言われてきた。

4. リソース依存性の強い概念SOC

SOCは、セルフエフィカシー（自己効力感）やセルフエスティーム（自尊感情）のような単なる自己への信頼にとどまらず、自分を認め愛し信頼し、あるいは助けてくれる重

要な他者やソーシャルサポートネットワークや家族や集団成員間の絆・紐帯やルールが存在などに裏付けられた環境への信頼によっても構成されている。こうして、SOCは、他者や環境との相互作用関係と人生経験を通して、その人に刻み込まれ獲得・形成される学習性の感覚であるとされているように、リソース（資源）や環境依存性の強いライフ次元の能力概念である。

5. 健康生成モデルに基づく新しいストレス研究や病経験研究

SOC概念を核とする健康生成モデルは、まずストレス研究分野において、ストレスが疾病生成的とは限らず、成長促進的・健康生成的でもあり得るという見地から、ストレスへの対処プロセスとその成否を分ける要因への着眼と研究を促すことになった。同様に、病気経験研究においても、病気がもたらす苦痛や困難とその人生等の破綻プロセスが主に描かれてきた従来型の研究に加え、そうした様々な苦痛と困難に日々対処し、病を生きていこうとしている人々の人生再構築プロセスとその成否を分ける要因や支援のあり方の探究を新たに促しつつある。

6. 薬害 HIV 感染患者研究にみる SOC

当日、薬害 HIV 感染事件後 10 数年を経た 1998 年から 2005 年までの 7 年間における患者の SOC と健康および生活との相互関係を検討した結果について報告する。

7. SOC実証研究のチャレンジ

「逆境を生きる」「病を生きる」あるいは「サクセスフルコーピング」といったいわゆる「生きる力」や「健康への力」の根っ子に当たる部分が概念化され、かつ尺度化され実証研究の俎上に乗せられ、その予測的妥当性をはじめ構成概念妥当性も検証されつつある概念がヒューマンサービスに関わる諸学問・諸実践に導入されたことの意義はきわめて大きい。あえて言えば、愛や信頼、希望や安心は「健康への力」になることを科学する営みなのかも知れないのである。

【参考文献】

山崎喜比古，戸ヶ里泰典，坂野純子 編：ストレス対処能力SOC，有信堂，2008.

1. 社会医学研究の方法としての社会調査・統計

「社会調査」について、筆者は、木下栄二（大谷信介ほか編著「社会調査へのアプローチ」ミネルヴァ書房、1999）の定義をもとに考察した結果、「人間社会の問題について、調査者の問題意識に基づいて、社会科学的な方法により、その実態や人びとの意識、問題の原因や対策のあり方等について調べ、結果を報告・公表することによって、問題の解決に資する一連の過程」と暫定的に定義している。社会医学の分野では、患者・健康被害者の実態調査などの際、こうした社会調査の方法論が必要となる。

筆者は 1970 年以来 38 年にわたり、薬害問題研究を主たる研究課題にしているが、最初に参加したのは、厚生省スモン調査研究協議会保健社会学グループが埼玉県戸田・蕨と、岡山県井原で実施したスモン被害者実態調査（1971 年）であった。この調査はまさに社会調査の方法論を用いたもので、筆者は社会調査のテキスト（福武直ほか編「社会調査法」有斐閣、1967 等）には多少目を通したが、方法論としての社会調査法（社会調査論）を体系的には学ばない状態で、教室の先輩たちの手ほどきを受けながら、調査票の作成、調査の実施、データ処理、報告書執筆等に協力した。その後の薬害エイズ被害者の調査なども同様で、いわば「必要に迫られて実践的に学んできた」と言える。2001 年に東洋大学に赴任してから社会調査方法論の講義と実習

を担当し、その準備をする中で、社会調査方法論が（日本では 1923 [大正 12] 年の東大における戸田貞三の講義開始以来の）歴史と伝統のある体系的な学問分野であることを認識した次第である。

以上からの反省・教訓として、若い社会医学分野の研究者には、社会調査を実施する前から、統計学を含め、社会調査法を体系的に学ぶことをお勧めしたい。

薬害被害者や難病患者の実態調査結果を報告した時、疫学の専門家たちから、『被害の実態』というが、比較する対照群を設定していないと、特徴が明確にならない。患者会の会員のみを対象にしたのでは、結果は偏るのではないかと批判されたことがある。これについては、「①対照群を設けて有意差を見るなどの仮説検証調査ではなく、問題発見のための調査である。②現実問題として、患者会会員以外は把握ができず、調査対象にはできない。」などと反論・釈明した。仮に調査目的が調査対象群の特徴を明確にしたのであれば、対照群を設けて比較することは基本的な方法であり、調査の企画段階において、そうしたことの検討が必要である。但し、その場合も、「調査は、対象群のみならず、対照群にも役立つようにする」という、調査倫理を十分踏まえることが必要である。

2. 社会調査の基礎

2003 年度から発足した「社会調査士資格認定

機構」の「社会調査士資格の標準カリキュラム」(7科目)のうち、[A]社会調査の基本的事項に関する科目の内容は、以下のように記されている:「社会調査の意義と諸類型に関する基本的事項を解説する科目。社会調査史、社会調査の目的、調査方法論、調査倫理、調査の種類と実例、量的調査と質的調査、統計的調査と事例研究法、国勢調査と官庁統計、学術調査、世論調査、マーケティング・リサーチなどのほか、調査票調査やフィールドワークなど、資料やデータの収集から分析までの諸過程に関する基礎的な事項を含む。(90分×15週)。また、[B]調査設計と実施方法に関する科目は以下のものである:社会調査によって資料やデータを収集し、分析しうる形まで整理していく具体的な方法を解説する科目。調査目的と調査方法、調査方法の決め方、調査企画と設計、仮説構成、全数調査と標本調査、無作為抽出、標本数と誤差、サンプリングの諸方法、質問文・調査票の作り方、調査の実施方法(調査票の配布・回収法、インタビューの仕方など)、調査データの整理(エディティング、コーディング、データクリーニング、フィールドノート作成、コードブック作成)など。(90分×15週)

前記のように、筆者は、「社会調査方法論/入門」の講義において、このA、B2科目の内容を教えてきたが、春学期は特に「社会調査史」(井垣章二「社会調査入門」ミネルヴァ書房、1968年、に記されている「社会調査の発展過程」は、日本の戦後の歴史の紹介は簡略だが、欧州の貧困調査の紹介、「社会改良でなく個人改良に転換していった」米国社会調査の批判などは、注目すべき内容である)、「調査倫理」(広田伊蘇

夫・暉峻淑子編「調査と人権」現代書館、1987年、は、絶版ということだが、調査倫理という点で重要な問題提起をしている)、「世論調査」(マスコミのRDD等を用いた世論調査の結果の紹介と問題点の指摘など)、調査票の作り方(特にワーディングと選択肢の作り方)、調査の実施方法等に力点を置いて講義している。また、秋学期は、下記のような「初等統計学」を、拙著「やさしい統計学」を用いて、社会調査への応用を意識しながら講義している。そして、薬害・難病・公害問題等、自分の研究領域を中心に、社会調査事例について、DVD等も用いて紹介している。

3. 統計の基礎——初等統計学理解のコツ(以下、「拙著」とは、「やさしい統計学」桐書房)

1) 標本と母集団を区別し、標本データ(通常はサイズが大きくない)から「モノを言う」ためには、「母集団の縮図となるように標本を抽出すべき」ことの意味 [拙著第4章]。

2) 代表値と散布度の理解。データが得られたら、①まず表・図にし、②分布の型を調べ(説明上必要)、③分布を、位置を示す平均値等の代表値と、ひろがり(バラツキ)を示す標準偏差SD等の散布度で示すことの意味。特に、SDを「偏差平方和を標本数 n で割ったものの平方根」で算出することの意味 [拙著第5章]。

3) 点推定の理解。標本と母集団それぞれに平均値等の代表値とSD等の散布度があるので、その両者が(例えば標本平均と母平均が)どのような関係にあるかの理解。結論は、「標本平均の平均は母平均に近くなり、標本標準偏差の平均は、平方根の中の分母の n を $(n-1)$ に置き換

えた不偏標準偏差の方が母標準偏差に近くなる」。このことを、(何となく?)なるほどと理解するには、乱数表を用いた標本抽出実験を試みると良い。[拙著第6章]。

4) 正規(Z)分布・標準誤差SE・中心極限定理の理解。このことを、(何となく?)なるほどと理解するには、前項3)の標本抽出実験で得られた「100個の標本平均値」の分布の特徴をつかむために、①度数分布表・図を作り、②平均と標準偏差(実測値)を計算し、その理論値(n例の標本抽出を多数回繰り返した場合に近づく値)を考察すると良い。この理論値の考察で、「標本平均値の標準偏差が近づく値」は、母標準偏差をnの平方根で割った数値であり、これをSEと言う。中心極限定理は、緒方昭ほかの「看護統計学への招待」(金芳堂、1982)中の「図7-3」を見て、筆者はやっとナットクした覚えがある。(実はこの辺で少々学び疲れてくるが)度数分布表・図を作ったついでに、「正規分布の場合、平均値の前後どこまでの範囲に全度数の何%が含まれるのか」を考察しておく、後の「区間推定」や「検定」を理解する上でラクである! [拙著第7章]。

5) 母平均値の区間推定の理解(その1)。問題:「標本平均値と母標準偏差(!)がわかっている時、その数値から、母平均値 μ が存在する範囲とその確率を推定せよ!」。答:①正規分布の性質と中心極限定理から、標本平均値の95%が出現する範囲は、 $\mu \pm 1.96 \times SE$ である。即ち、 $\mu - 1.96 \times SE \leq \text{標本平均値} \leq \mu + 1.96 \times SE$ に標本平均値の95%が存在する。②この式を移項して、(唯一つ存在する)母平均値が存在する範囲とその確率を求めると、標本平均値

$\pm 1.96 \times SE$ に95%の確率で母平均値が存在することになる。これを「95%信頼区間=95%CI」という。(申し遅れましたが)ここで出てくる1.96という数値は、平均=0、標準偏差=1の標準正規分布表によって得られる、区間面積 $P=95\%$ の時のZの値である。SEは母標準偏差をnの平方根で割った数値で、母標準偏差は上記のようにわかっているから(!!)計算できる!。[拙著第8章]。

6) 母平均値の区間推定の理解(その2)。上記の「母標準偏差(!)がわかっている時」は、普通ありえない。通常の問題は、「標本平均値がわかっている時、その数値から、母平均値が存在する範囲とその確率を推定せよ!」である。どうしたら良いか? 考えられるのは、母標準偏差の代わりに、それに近い不偏標準偏差を使うことである。Gossettの研究から、そのようにした場合は、正規分布は使えず、代わりにt分布を使うべきことが判明した。このt分布は自由度DFというのが登場し、 $DF = n - 1$ 。t分布を用いると、例えば上記の $Z = 1.96$ は、 $n=100$ の場合、 $t \doteq 1.98$ を用いることになり、母平均値の95%CIは、標本平均値 $\pm 1.98 \times SE$ となる。[拙著第8章]。

7) 母比率の推定の理解。標本比率の分布は、サイコロ投げや硬貨投げその他確率分布の研究から、2項分布の研究を基礎としており、点推定も区間推定も、基本的に平均値と同様の論理によって計算する。例えば、母比率の95%CIは、標本数が多い(目安は30以上とされている)時は、標本比率 $\pm 1.96 \times SE$ となる。[拙著第9章]。

8) 検定の論理と手順の理解。検定がなぜ必要

か？ここまで推定を学んだ人には「釈迦に説法」だが、「標本同士で差がある時、それぞれの属する母集団同士でも差があるか（標本は同じ母集団に属するのか否か）」を検証するために行なうのである。その手順は、①差があってほしい、という逸る心を抑えて、「差がない」という帰無仮説を立て、これが否定（棄却）されて、「差がある」という対立仮説が採用されるかを検証する【否定の否定の論理】。②帰無仮説のもとで、調査等で得られた平均値等が生ずる確率を検定統計量（ Z , t , χ^2 など）の計算で求める。③計算結果が通常5%の確率（有意水準、危険率）より小さければ、稀なことが起きたとして帰無仮説を棄却し対立仮説を採用する。④棄却域（帰無仮説を棄却できる区域）を検定統計量の分布の両側に設け、差の有無を問題にする場合は両側検定、片側だけに設けて一方が他方より大きいかどうかを問題にするのを片側検定というが、片側検定の方が有意になりやすく、通常は両側検定をすべきと筆者は理解している。[拙著第10章]。

9) 2標本比率・平均値の差の検定の理解。パソコンの発達で、昔のように計算に苦勞することは不要になった。それだけに、何を目的に、どの方法を用いるかについて、誤りなきを期すること。検定統計量の計算に用いる式は次第に複雑になっているが、基本的には「偏差をSEで割った数値」になっていることを念頭に入れておく。どの方法を用いるかは、拙著107頁の表10-1が役に立つはず。[拙著第10・11章]。

10) 2変数(量的データ)の相関と回帰の理解。
①散布図の作成、②ピアソンの相関係数算出、
③相関の有意性検定、④相関を1本の直線で示

し、一方から他方を予測するため、回帰式を計算し、回帰係数を算出、などを行なう。[拙著第12章]。

11) 「クロス表の検定」の理解。これは、2変数(質的・分類データ)の関係解明のための独立性の検定と呼ばれている。通常の「対応のない場合」は、以下の手順で行なう。①帰無仮説は「2変数に関連がない」。②この検定は上記の「2標本比率の差の検定」と同じであり、比率に差がないと仮定した場合のそれぞれの数値(期待値E)を計算する。③実際に得られた実測値O(オー)との食い違いの程度を見るため、クロス表の中のマス(セルという)毎に、(O-E)の2乗をEで割ったものを計算し、合計する。これを χ^2 の測定値 χ_o^2 とする。④ $m \times n$ のクロス表の場合、自由度DF = $(m-1)(n-1)$ と有意水準(通常5%)によって決定する χ^2 の値(例えば、 2×2 表の場合は、5%で $\chi^2=3.84$)よりも χ_o^2 が大きければ、棄却域に入るので、帰無仮説を棄却し、「有意な関連がある」=「比率に有意な差がある」と判定する。なお、 2×2 表でセルの期待値(注：実測値ではない!)が5以下のような小さい値の時は、以上のような手順での計算は適当ではないとして、かのFisher先生が、危険率Pを直接求める「フィッシャーの直接確率法」の計算式を考案した。この式は、! (階乗)が沢山出てきて、場合によっては天文学的数値の計算になるが、パソコンでは瞬時に計算してくれる。そうした点ではまことに便利な時代になったが、適用と解釈を誤らないことが重要である。[拙著第13章]。

一般演題

A 会場

6 号館地下 B 13 教室

A-1 東京土建国保統一健診からみえる建設労働者の労働関連疾患

○ 門田 裕志¹⁾、駒ヶ峯 恵¹⁾、服部 真^{1),2)}

1) 東京社医研センター、2) 石川勤医協 城北病院

目的 建設労働者の健康診断結果より労働関連疾病や症状を見出し、保健指導の資料とする。

方法 東京民医連に加盟する医療機関で行った東京土建国国民健康保険組合（以下「土建国保」）の健診結果を個人を特定出来る情報を除いて東京社医研センターに集め、分析対象とした。女性の多数は主婦のため、男性の疾患や自覚症状の有症率を職種別、作業別に比較した。有意性の検定には統計ソフト JMP5.1J のカイ 2 乗検定と名義ロジスティック回帰分析を使用した。

結果 2007 年の年齢別受診数を表 1 に示した。

4000Hz 聴力異常者は騒音作業従事者に多く、職種では建設大工、型枠大工、鉄骨、レンガ・タイル、板金に多く、事務、内装、通信、ビルメンテナンスは少なかった。

喘息・肺気腫の既往や現在通院中の者や肺炎の既往者は粉じん作業従事者に多く、職種では建設大工、鉄筋、機械器具設置などが多かった。

腰痛の既往者は重量物作業や前屈作業従事者に多く、職種では床・内装や板金、表具などを行うものに多かった。頸肩腕痛の既往者はたたみ職や通信などに多くみられる。

「寒い日に指が白くなることがある」「指がしびれる」などレイノー症状が見られる男性には、振動工具の使用経験者で多く見られる。

考察 東京民医連では 2005 年より土建国保の組合員と家族約 23 万人を対象にした健診を行ってきた。この健診では、土建国保の基準に従った職種と危険作業従事の状況、また、身体症状などを統一して聴取する問診票を用い、当東京社医研センターにおいて、作業性疾患との関係を見ることを目的としてきた。

今回、初年度（2005 年）健診の結果に基づき、2006 年と 2007 年の結果についてまとめた。

結果として得られたものは、作業内容から考えると当然のことではあるが、該当している組合員に、その職業が危険作業との認識が低いという問題もみられる。粉じん作業の中で耐えられる身体でない「一人前ではない」、モルタルの粉を吸って「これが元気の源だ」といわれたのが実際である。

まず、これら既知の事柄から健康指導、危険防止指導を行い、建設労働者の健康意識を高めることが必要である。

表 1. 健診受診者年齢分布

年齢階層	受診者数 (男)	構成比
-19	208	0.8%
20-29	2,974	12.1%
30-39	7,373	30.0%
40-49	4,826	19.6%
50-59	4,490	18.2%
60-69	3,816	15.5%
70-79	882	3.6%
80-	38	0.2%

表 2 作業と症状などの関係 p<.0001

騒音作業	全体	聴力異常(%)
従事	6,198	29.4
非従事	18,286	29.7
喘息・肺気腫		
粉塵作業	全体	の既往歴
従事	10,356	4.0
非従事	14,250	2.5
粉塵作業	全体	通院中
従事	10,356	1.4
非従事	14,250	0.8
肺炎の		
粉塵作業	全体	既往歴
従事	10,356	2.9
非従事	14,250	2.1
腰痛の		
前屈・無理な姿勢	全体	既往歴
従事	5,826	24.8
非従事	18,780	12.5
前屈・無理な姿勢	全体	通院中
従事	5,826	5.0
非従事	18,780	2.4
頸肩腕痛の		
前屈・無理な姿勢	全体	既往歴
従事	5,826	2.5
非従事	18,780	1.0
前屈・無理な姿勢	全体	通院中
従事	5,826	1.1
非従事	18,780	0.4
白蟻症状あ		
振動工具使用	全体	%
従事	6,152	4.5
非従事	18,454	2.8
指のしびれ		
		全体
振動工具あり	6,152	15.4
振動工具なし	18,454	10.3

A—2 自営業者の死因調査 ICD-10 原死因に基づく再評価

○ 服部 真^{1),2)}、門田 裕志²⁾、駒ヶ峯 恵²⁾

1) 石川勤医協 城北病院、2) 東京社医研センター

【目的】 自営業者の全国組織である全国商工団体連合会共済会が毎年加入者の死亡原因の内訳等を発表し、30-50 歳代の自殺割合が多いこと、病気の初診から死亡までの期間が短いことなどを指摘している。加入者の性年齢別死亡率が算出されておらず、死因分類が ICD-10 に基づいていないなど、その解釈には限界があったため、公的調査と比較出来るよう加工し、評価を試みた。

【方法】 全国商工会連合会共済会の 2006 年 4 月から 2007 年 3 月までの死亡弔慰金請求書の死因情報、共済会加入者の 2006 年 1 月 1 日時点の性別年齢別分布、2006 年人口動態統計の年齢階級別死因別死亡率を使用し、死因別標準化死亡比 (SMR) を算出した。共済会の年齢分布は 15-20 歳と以後 5 歳刻みのため、人口動態統計の 15-19 歳と以後 5 歳刻みに合わせた年齢分布を推定した。また、2007 年 10 月 1 ヶ月間の死亡弔慰金請求書に添付された死亡診断書を演者が ICD-10 の原死因で分類し、従来の分類と比較した。

【結果】 共済会の死因割合と 2006 年人口動態

調査の自営業者世帯の死因割合を比較すると、共済会の悪性新生物と自殺の割合が多く、心疾患、脳血管疾患、事故の割合が少なかった (表 1)。

共済会の全死因 SMR は 0.86 と低く、死因別では肝疾患と自殺の SMR が 1 以上であった (表 2)。

ICD-10 分類を従来の分類と比較すると、心疾患と呼吸器疾患が減り、脳血管疾患、悪性新生物、肝疾患とその他の疾患が増えた (表 3)。ICD-10 の原死因では初診から死亡までの期間が従来の死因より長くなり、1 カ月未満が 32.7% から 21.0% に、1~3 ヶ月未満が 10.7% から 7.8% に減少し、2 年以上が 22.0% から 28.1% に、不明が 3.0% から 9.6% に増加した。

【考察と結論】 共済会の全死因 SMR が低いのは健康労働者効果と考えられ、職種による比較や他の職業集団との比較を要する。従来の分類と ICD-10 分類との差は大きく、今後は ICD-10 分類と、公式統計に合わせた年齢区分を用いることが必要である。今回の分析の範囲では肝疾患死亡が多いことが全商連共済会の特徴といえる。

表 1 全商連共済会死因割合と人口動態調査の自営業者世帯の死因割合との比較(2006 年)

2006 年死因%	悪性新生物	心疾患	脳血管疾患	呼吸器系	他の病気	事故	自殺
人口動態統計自営業	33.6	15.5	11.4	9.5	21.0	5.1	3.9
全商連共済	45.4	12.8	7.4	9.8	15.6	3.4	5.6

表 2 全商連共済会の全死因、および、主な死因別 SMR (2006 年性別年齢階級別死亡率を使用)

	全死因	悪性新生物	心疾患	脳血管疾患	呼吸器系	肝疾患	事故	自殺
観察死亡	2083	946	266	155	204	95	70	117
期待死亡	2430.2	998.3	328.3	237.8	230.7	62.4	124.1	106.4
SMR	0.86*	0.95	0.81*	0.65*	0.88*	1.52*	0.56*	1.10

SMR の有意差検定 * p<0.05

表 3 従来の死因分類と ICD-10 分類の比較 (2007 年 10 月分の外因を除く死亡 168 人の死因割合)

死因%	悪性新生物	心疾患	脳血管疾患	呼吸器系	肝疾患	その他
従来の分類	56.0	11.9	6.0	16.1	1.8	8.3
ICD-10 分類	57.2	10.1	9.5	7.1	2.4	13.7

○戸ヶ里泰典¹ 山崎喜比古²

1 山口大学大学院医学系研究科環境保健医学分野

2 東京大学大学院医学系研究科健康社会学分野

【研究の目的】健康保持・ストレス対処能力である sense of coherence(SOC)は、健康社会学者 Antonovsky により提唱され、WHO におけるヘルスプロモーションの基礎理論として評価される健康生成論の中核を成している。近年国内外の多くの実証研究により SOC は客観的・主観的健康の予測因子であることや、ストレス緩衝効果を持つことが明らかとなっており、保健、医療、福祉をはじめとした諸分野で注目を集めている。その一方で、SOC は幼少期における家庭の社会的役割や、その後の学歴、職業、収入といった、社会経済的地位に裏付けられた人生経験によって形成、規定されるという Antonovsky の仮説がある。そこで本研究では、学歴、現在の雇用形態も加味した職業、および収入といった社会経済的地位と、現在の SOC との関連性を、20 歳から 40 歳までの男女に関する大規模全国サンプルにおいて検討し、社会階層間におけるストレス対処能力概念 SOC の格差を探索することを目的とする。

【対象と方法】東京大学社会科学研究所が実施しているパネル調査「働き方とライフスタイルの変化に関する全国調査」の 2007 年調査データを使用した。日本国内に在住の 20 歳から 34 歳（若年調査）と 35 歳から 40 歳（壮年調査）の男女を性、年齢、地域、都市規模による層化 2 段無作為抽出によりサンプリングし、自記式調査票を郵送で配布、調査員による訪問回収の結果、回収した 3,367 名（若年調査、有効回収率 34.5%）と 1,433 名（壮年調査、40.4%）を統合し分析対象とした。従属変数は SOC3-UTHS（東大健康社会学版 3 項目 SOC スケール）、独立変数として学歴（高校以下、専門学校、短大・高専、大学以上）4 カテゴリ、職業は有職者（雇用形態（正規・非正規）別に専門・ホワイトカラー、ブルーカラー、および自営・経営業）7 カテゴリに無職者（学生（アルバイト学生も含む）、主婦、無業）3 カテゴリを加え 10 カテゴリを、収入は等価所得を 3 群に分け欠損群を加えた 4 カテゴリを扱った。年齢、幼少期の父親の職業、過去に経験したいじめや災害、大病などの経験を制御変数とした。分析は重回帰分析を行なった。

【結果】学歴は男性においては職業、収入を考慮しても高卒以下に比べて大学卒以上において高い SOC スコアに関連することがわかった。女性においては、職業を投入するとその関連性が消失した。職業に関しては、非正規雇用のブルーカラー職と無業者であることは、男性、女性ともに、正規雇用の専門・技術職よりも低い SOC が規定されており、等価所得を投入しても同様であった。その一方で、男性では、正規雇用のブルーカラー職においても低い SOC と関連が見られており、等価所得を投入しても関連性は変わらなかった。また主婦は、自営・経営業や専門職と変わらない水準の SOC スコアであることがわかった。等価所得に関しては、男性では、低群に比して、中群、高群との有意な関連性はみられなかったが、女性においては、低群に比して高群で有意に高い SOC であることがわかった。

【考察】以上より男女間では、学歴（男性のみ）、収入（女性のみ）で SOC との関連性がことなるが、職業に関しては概ね男女同様の関連性であることがわかった。SOC は、生活や人生における安定性や、社会的に重要な決定への参加といった経験によって形成されることが言われており、大卒以上 > 高卒以下、正規職 > 非正規職であることや、専門技術職や経営・管理、ホワイトカラー職 > ブルーカラー職であること、無業者で低い SOC が規定されることはこうした経験を介している可能性がある。健康保持能力・ストレス対処能力として概念化されている SOC は健康状態の予測力が実証されており、こうした SOC の階層間格差により健康の不平等につながる可能性がうかがわれた。

○広瀬俊雄、多田由美子、石橋義彦、斉藤慶史
 仙台錦町診療所・産業医学センター

§はじめに

クボタの報道以降、当診療所・センターにも患者、健診依頼、労災・新法認定相談の事例が増えているが、実はそれ以前から健診を長期に担当してきた事業所の中にも石綿関連の作業を有するところがいくつかあった。胸部レントゲン上での軽い変化に気付いていた例もあったが、「軽度」ということで「経過観察」に分類し積極的な「精査」指示をしないうで済ませてきていた。今回は、単純写真も3方向とし、疑い例はCTによつての画像診断を実施し、作業環境をヒアリングして再度詳しく聴取し、異常者を生んだ作業上の背景、零細事業所故の事情、今後の健診や健康の保持にあつての対策上の課題を検討した。

§個々の事業所の特徴（健診結果、ヒアリング内容）

- ①K 工務店 大工。06年15名受診中「肋膜肥厚（CT）」3人、繊維化・粒状影2名、それぞれ10年以上11名では27.3%、18%と高率。石綿を直接扱わず間接的暴露。例えばマンション等の工事では、当該労働者の作業階と違う階で吹き付け作業をしていると、その階を通る毎に吸入したり、休憩場が同じ場合受動的に吸入した。工場など大きな現場では、同じフロアの離れた場所で吹き付け作業をしていて吸入したこともあった。
- ②K 電設 ビルの電気工事の仕事。「肋膜肥厚（CT）」3/9人。40歳以上3/4(75%)人。仕事場に入っていくと、吹き付け作業をやっており、必然的にその傍での作業となる。1985年頃吹き付け作業に多く遭遇したが、何を吹き付けていたのか、石綿とすればその含有率は不詳であった。建材の切断作業あり。マスクはほとんどしていなかった。危険性説明やマスク着用指示はなし。パットのつめものの取り外しでも埃が飛散する。作業後鼻閉、黒い鼻汁、咳き込み見られた。
- ③T 工建 電力関係配管溶接・大型機械保守点検。肺癌（石綿関連で労災）1名。「肋膜肥厚（CT）」6/18人、間質性変化1人。石綿を扱う専門の人の傍で作業していて知らないうちに吸ったという。同じ部屋で服をはたくと埃出るし、マスクはしていても服にはつく。溶接作業時に「養生」する＝石綿のマットを床に敷き、そこに火の粉・火花が落ちるようにする。マットは幅1メートル×長く切って使うが、切る時、たたむ時に埃が出る。高いところから投げて降ろしたりもした。同じものを何度も使うので、だんだん劣化してくる。「危ないもの」という認識は無かった。
- ④T エンジニア ボイラー修理。40歳以下健診受診者10人中「肋膜肥厚（単純）2⇒CTで脂肪沈着」（40歳以上人間ドック他機関）。ボイラー本体（鉄）には石綿無く「つなぎ」「シートパッキン」等の部品交換・修理する時に飛散。現在も年400件修理するうち、50件くらいが石綿含有と思われる。残りは含有少ないと思われるが、少量の含有は否定できない。古い年代のもので、初めて又は久しぶりの対象の作業が危ない。10年前はグラインダー等使用していたが、防塵メガネはしていたがマスク無しであった。最近ボイラー協会主催の石綿防具の講習は受けたが、防塵服等の説明はあったが、天井裏や機械室などの狭い空間に入る際は着衣が難しくどこも着用はしていない。

§零細事業所としての産業保健上の問題点（主な事項）

- ①石綿専門業者はそれなりにきちんとした防具や対策をしていたが、上か下の階や同じ階での離れた所は無防備であった。石綿の種類、量、危険性に関して特に説明が無かったといえる。
- ②次の工程に入ってからの手際でやり直し指示された際に、思いがけなく吸引することがあった。その際危険だが、下請けの為、「契約」と押し付けられ断れず「不用意」な暴露がしばしばあった。
- ③食事の場所が石綿専門業者と大抵同じであった。退出時等も石綿専門業者の衣服や囲いからの飛散埃を吸う事があった。間接暴露の軽視の「つけ」が健康障害の要因である。

§今後への要望（主な事項） ①健診費用への援助 ②手帳交付 ③高性能マスクの支給

A—5 東京・大田地域でのアスベスト被災対策の取り組み(第2報)

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」

昨年の当学会において東京・大田区での M 石綿工業の元従業員とその家族、工場周辺住民のアスベスト被災実態の調査結果などを報告した。その調査で住民の中での中皮腫罹患患者 1 名、石綿肺 1 名、胸膜プラーク所見者 7 名について把握したことについても報告した。この間、私たちは被災実態について広く住民に知らせ、同時に自治体に対してアスベスト検診の実施をはじめ、早急に対策を講じることを求めてきた。こうした中でこの間、新たな急激ともいえる変化があったので第 2 報として報告する。

1、アスベスト大田区住民検診の実施

大田区は、M 石綿工業の近隣に立地する東京労災病院より、職業性の暴露のない患者で中皮腫、胸膜プラーク有所見者が発見されたこと、その患者らがいずれもかつて存在した石綿工場の周辺に居住していることを指摘した。大田区はその報を受けて 08 年 2 月 1 日より同年 3 月 7 日にかけて、M 石綿工業から半径 1 km の住民のアスベスト無料検診を実施した。問診と胸部 X・P 撮影、さらに要精密者には CT 撮影をするという内容であった。住民の不安と関心が強く、期間内に 916 名が受診した。

2、検診結果とその特徴

検診受診者の中で、調査対象者が 862 名とし、次のような結果が発表された。

	労働現場と関連するばく露	労働現場と関連しないばく露	計
対象者	255 名	607 名	862 名
胸膜プラーク	34 名	9 名	43 名

3、アスベスト健検診結果の評価と自治体の今後の対策

検診の評価のために組織されたアスベスト健康調査専門委員会は、5 月 12 日に大田区長に対し「提言書」を提出した。その内容は①胸膜プラークの所見がある区民についての定期的検診の実施 ②相談窓口の充実、医療機関における読影技術の向上の取り組み ③石綿健康被害救済法の周知 ④国に対する救済措置の充実等の働きかけ などである。区はその提言内容に沿って具体化していく意向である。

4、私たちの取り組み方向について

専門委員会は労働現場と関連しない住民の胸膜プラーク有所見率は $9/607=1.5\%$ であり他の地域の健康調査結果より低い値であると指摘した。しかし 1 名の死亡者を含め、中皮腫被災者が 2 名存在する事実は決して軽視できない。私たちは、引き続き被災の実態を明らかにすると同時に、大田区全体のアスベスト対策の確立に向け取り組んでいきたい。

A—6 建設労働者のアスベスト被害の実態と問題点

○ 青木珠代・田村昭彦・舟越光彦（九州社会医学研究所）

【はじめに】アスベストは建築材料として、建設現場で大量に使用され、潜在的な曝露者が最も多い職種が建設労働者である。

我々が関わりを持っている建設関係労働組合内で、1997年～2007年の間発生した、アスベストに関わる労災認定やアスベスト救済法での認定事案から建設関係労働者のアスベスト被害の実態をまとめた。

【結果】全て男性で14件であった。50代5名、60代7名、70代2名。最小年齢は50歳、最高年齢は77歳、平均年齢は61.5歳であった。

病名は「中皮腫」10名、「肺がん」1名、「石綿肺」2名、「がん性胸膜炎」1名と中皮腫が71.4%であった。中皮腫では9名が労働者制を立証することが出来、労災認定された。

職業は「吹きつけ塗装業」3名、「内装」「配管工」「左官」「大工」が各2名、「電気工」「板金工」「鉄工」「計装工事」各1名だった。

事例	年齢	性	病名	仕事	認定種類
1	50	男	中皮腫	計装工事	労災
2	52	男	中皮腫	電気工	労災
3	54	男	中皮腫	吹く付け塗装	救済法
4	56	男	中皮腫	配管工	労災
5	60	男	中皮腫	大工	労災
6	61	男	中皮腫	吹く付け塗装	労災
7	62	男	中皮腫	左官	労災
8	64	男	中皮腫	吹く付け塗装	労災
9	66	男	中皮腫	左官	労災
10	72	男	中皮腫	配管工	労災
11	65	男	がん性胸膜炎	鉄工	労災
12	67	男	肺がん	内装工	救済法
13	55	男	石綿肺	板金工	労災
14	77	男	石綿肺	大工	労災

【事例紹介】事例4 建設労働組合の中建国保の傷病手当金の申請手続きの中で職病業の疑いがあり、本人・家族を含め組合内に対策会議を設置し、労災申請に向けた準備をすすめた。本人は痛みに耐えながら、仕事の経歴書を作成し、同僚証言も得られ申請を行った。全ての事業所がゼネコンの下請けで労災保険に加入していなかった。労基署は労災番号がわからないと受理できないと、受付を拒否。2005年のクボタショック後は最終事業所が特定できれば良い、ということで労働組合の力で特定し、労災申請を行った。診断から2年経過しての申請であった。

事例14 一人親方の労災加入期間が短いため、特別加入での労災申請は出来なかった。家族は本人が生前克明に記録していたノートを頼りに職歴の整理を行い、組合の奔走で労働者性を証明することが出来労災申請を行い、認定された。

事例3 父親の経営する塗装業で長年働き、その後他の工務店で勤務する。中皮腫と診断され、仕事のせいであるという本人の話に家族が労災申請を試みるが、自営の期間が長く、労災保険未加入であったこと。雇用されていた事業所ではアスベストは使用していないという証明書が出され労災申請は困難であると判断し、アスベスト新法での認定となった。

【まとめ】建設関係の労働者では中皮腫の発症が多かった。発症年齢の平均61.5歳と現役中の発症が多かった。一方で労災申請においては、仕事柄会社を転々とすることも多く、最終事業所を特定することが困難であり、自営業も多く、労働者性を証明することの困難さが伺えた。

建設関連業種では今後もアスベスト被害が増大することは明らかであり、予防対策と健康管理が重要である。

A-7 検証されずに風化する薬害、国と専門家はMMRワクチンの検証を！

栗原 敦

全国薬害被害者団体連絡協議会（MMR 被害児を救援する会）

【はじめに】89年4月導入から93年4月当面接種見合わせまでMMRワクチンが無菌性髄膜炎を中心に2,000人を超える被害（任意接種MMR、おたふくかぜを含む）を発生させ、国は予防接種史上最大1,040人の被害を認定せざるを得なかった。2006年10月に原告の実質勝訴で訴訟が終結したがこれまで検証されなかった課題が残り、真相未解明のうちに風化しつつある。

【目的・方法】(1)副作用としての無菌性髄膜炎の予見可能性、(2)国内外の副作用情報収集の問題、(3)2次感染発生とMMRワクチン評価の問題、(4)最終有効期限をすぎた統一株ワクチン大量使用の問題、等々を明らかにして、MMRの承認・導入が時期尚早だったこと及び被害拡大を防止できた可能性を指摘する。そのために訴訟の過程で収集された旧厚生省資料や文献等を調査した。

【結果】

1985 ～1986	阪大微研会自社株臨床試験で2例の髄膜炎発生（臨とウィ誌89.6）	1989.6.xx 9.8	前橋市で髄膜炎症例 初の対策会議（予防接種委員会）
1987	PCR（キャリー・マリス、USA）	10.25	厚生省「慎重接種」を通知
1988.9.20	製造承認（自社株、統一株）	1990.10.2	カナダから日本に副作用文献要請
11.19	（同日発行のCan Dis Wkly Rep vol.14-46）*カナダでこれまでに髄膜炎8例88.7.18オンタリオ州政府の要請で自主的に使用中止	12.15	（同日発行のCan Dis Wkly Rep vol.16-50）*これまでにカナダ政府が販売禁止・承認取消をきめた
12.18	定期接種への導入決定	1991.3.31	これまでに中止した市町村506
1989.3.xx	予研が株鑑別PCR法を発表（予防接種研究班総会で報告）	1991.4.xx	2次感染がPCRで確定（予研他）
4.5	1号症例となる接種（東京都）	1992.9.14	イギリスで中止、その後ニュージーランドも（占部株を含むMMR）
5.xx	徳島県立保健環境センターが県内医療機関に髄膜炎発症の注意喚起	1992～93	期限切れワクチン接種2千人以上
		1993.4.16	感染症学会で2次感染発表
		4.27	当面接種見合わせ

* Can Dis Wkly Rep は1990年には発行日から2か月あまりで図書館に受入れられている（保健医療科学院調べ）
参考文献『MMRワクチン薬害事件』同訴訟弁護団編著2007.7

【考察】一審、二審判決ともに、製造企業の薬事法違反を許してしまった国の指導監督責任を認めた意義は大きい。しかし、この調査から、海外情報、PCR法開発状況などを無視しMMR承認や導入をはやまった上、予見された髄膜炎をフォローする体制なく接種を開始したことは誤りであり、髄膜炎発生と同時に一時見合わせるべきだったといえる。さらに厚生省は接種しながらMMRの評価を行うことを選択、幼児の被害を拡大させた。また91年4月、予研等が2次感染を確認してもなお続行し、モニタリングで、有効期限切れワクチンの使用を、自治体、厚生省とMMR研究班も放置したことが近年確認された。今後同様の被害を防止するため、迅速な情報収集体制や評価のシステム、法的規制が検討されるべきではないか。

良識ある研究者による検証が望まれる。

（連絡先：mmr@osaka.email.ne.jp）

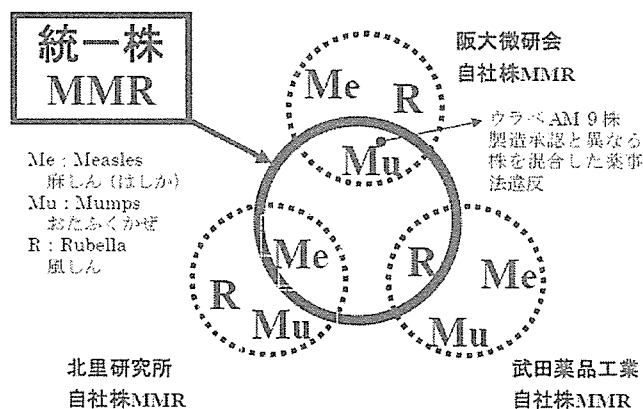


図 統一株 MMR ワクチンと自社株 MMR ワクチン

A-8 医学研究と利益相反—薬害イレッサ事件にみる利益相反

中 島 晃
(弁護士・市民共同法律事務所)

1、はじめに—タミフルの副作用評価と利益相反の顕在化

医学研究における利益相反とは、研究者が、研究対象と利害関係のある企業等との間に、経済的つながりをはじめとする利害関係を有する状態をいう。

2007年3月、抗インフルエンザ薬タミフルについて、異常行動との因果関係を調査していた厚生省タミフル研究班の主任研究者の主宰する講座に、製薬会社から、多額の寄付金が提供されていたことが報道された。その後、厚生省の調査により、他の研究者にも同様の資金提供があったことが明らかになり、3名の班員がタミフル研究班から外されることになった。

この問題が契機となって、薬事・食品衛生薬議会等では、製薬会社等から年間500万円を超える寄付金等を受け取っている医師は、当該品目の審議に加わらないことなどの暫定ルールを定めるとともに、利益相反に関するルールが新たに定められることになった。

2、利益相反をめぐる問題状況

日本では、これまで、利益相反の問題は殆ど論じられてこなかった。このため、利益相反に関する問題意識が欠如したまま、研究者が企業から寄付金等を受け取ることが一般化してきたのが実情である。

しかし、海外では、医学研究における利益相反について、その問題点を指摘する研究報告などが発表され、研究の公正さを担保するうえで、深刻な問題として受け止められている。例えば、マーシャ・エンジェル（NEJM前編集長）の「ビッグ・フォーマ」シェルドン・クリムスキーの「産学連携と科学の墮落」などは、利益相反の問題、とりわけ企業による資金提供が医学研究にとって大きなバイアスとなっていることを具体的に明らかにしている。

3、薬害イレッサにおける利益相反

ヒトを対象とする医学研究の倫理的原則を定めたヘルシンキ宣言（第6版、2000年改訂）では、研究者に対して、資金提供の財源、関連組織との関わり及び可能性のあるすべての利害関係の衝突の開示を義務づけている。ところが、イレッサでは、臨床試験に関与している責任ある医師・研究者の利益相反に関する具体的情報が全く開示されていないという問題がある。

しかし、薬害イレッサ訴訟のなかで、治験調整医師（福岡正博近畿大学教授）が代表者をつとめるWJTOG（西日本胸部臨床機構）に対して、イレッサの承認後、数年間にわたって、アストラゼネカ社から毎年約2000万円の寄付金が提供されている事実が明らかになった。間質性肺炎などのイレッサの副作用のために、すでに700人を超える死者が出ており、きわめて深刻な薬害が発生している。こうしたイレッサによる薬害の背景として、上述した利益相反の問題があることは見逃されてはならない。

4、今後の課題

- (1) 利益相反の隠ぺいは医学研究の公正さを損なう
- (2) 医学研究、とりわけ臨床試験における利益相反の公表の義務づけと透明性の確保
- (3) 医薬品の承認申請の際に、利益相反に関するあらゆる情報の開示とそれに関する資料の添付の義務づけ

A-9 薬害 HIV 感染長期生存患者における QOL の変化とその要因

○横山由香里、山崎喜比古（東京大学大学院医学系研究科健康社会学）

溝田友里（国立がんセンターがん対策情報センター）

関由起子（埼玉大学教育学部）

井上洋士（放送大学教養学部）

1. 背景と目的

1980年代、非加熱濃縮血液製剤によって血友病患者が HIV に感染するという薬害 HIV 事件が発生した。薬害 HIV 感染血友病患者に対しては 1998 年に健康・医療・生活・福祉に関する基礎調査が行われているが、それ以後、患者の QOL がどのように変化しているのか、また、長期生存患者において、どのような対処努力や人生の再構築がみられるのかについては明らかにされていない。

よって本研究では、薬害 HIV 感染後、1998 年まで生き抜いてきた長期生存血友病患者を対象に、2005 年までの 7 年間に生じた変化の実態を、医学的狀態、社会経済面、心理社会面、精神面から記述的に明らかにすること、医学的狀態、社会経済面における変化と心理社会面における変化の相互関連性を探索すること、対象者の精神健康について、その変化に関連する要因を明らかにすることを目的とした。

2. 対象と方法

第 1 回目の調査は 1998 年、第 2 回の調査は 2005 年に行われた。第 1 回目の調査では 283 票（回収率約 57%）の回答を得、2 時点ともに回答した生存患者は 91 名（追跡率 32.2%）となった。分析対象者は女性患者 4 名を除く 87 名とした（有効追跡率 30.7%）。

3. 結果と考察

1998 年、2005 年の両調査に回答した対象者では、医学的狀態において CD4 細胞数が改善を示しており、多剤併用療法や医療体制の整備が功を奏していると考えられた。一方、血友病の重症度、肝臓疾患では悪化傾向が認められた。また、社会経済面でも暮らし向き、差別不安由来の生活行動自主規制、情緒的サポートネットワークサイズが有意に悪化していることが明らかになった。さらに精神健康についても有意な悪化が認められた。

肝臓疾患の発症経験が有ることおよび差別不安由来の対人行動自主規制の変化は、生きる支え件数の変化に関連性を有しており、差別不安由来の対人行動自主規制、社会参加および婚姻状況の変化は、情緒的サポートネットワークサイズの変化に関連していた。また、30 歳代の者、肝臓疾患の発症経験を有する者、暮らし向きが悪化した者において経済不安が生じていた。事件後の人生の再構築を問わず Perceived Positive Change (PPC) は、肝臓疾患発症経験、社会参加、婚姻状況との関連が見られた。精神健康状態とは、肝臓疾患、差別不安由来の対人行動自主規制、経済不安との間に有意な関連性が認められたが、PPC を投入したところ、肝臓疾患の経験と経済不安との関係が消失し PPC は有意な関連性を示した。

以上より、身体面、心理社会面における支援や、経済的基盤を確立するための経済的援助ならびに就労支援を強化していくことの重要性が示唆された。また、今後支援策を講じる上で、人生再構築の過程についてその詳細を一層明らかにする必要があると考えられた。

A—10 過労死事例からみた海外出張・派遣労働者の健康保持の課題

上畑鉄之丞(過労死・自死相談センター)

企業の海外進出にともない、発展途上国に出張・派遣される労働者が増加している。出張・派遣先で突然の病気で死亡する労働者もあり、業務に関連する疾病、とくに過重労働が関連する過労死や過労自死として労災認定を請求する場合もある。最近、経験した2つの事例を紹介する。

事例1 男性、52歳、スペイン語とポルトガル語の才能を買われ、使い捨てライター製造会社に35歳で途中入社。ドイツ、スペイン、メキシコの工場長を歴任。94年5月、会社が倒産、更正会社の嘱託となり、96年1月中国広東省の総経理(社長)として1年契約で中国に単身赴任。中国語は全く話せず。その後、再度単身赴任で98年12月まで継続するも人件費の高騰で工場を閉鎖することになり、本人は、従業員の完全整理まで工場長として留まり、別の工場の社長に就任。99年10月、同僚とゴルフ中に虚血性心不全で死亡。高脂血症、高血圧、高血糖、脂肪肝があり、太りすぎ。アルコールはほとんど飲まず、タバコは一日20本。食事の好き嫌いはなく、朝から夜まで会社の食堂で摂り、ゴルフは当時始めたばかりだった。単身赴任中は、会社から車で20分くらいのアパートを借り、現地人運転手の出迎によっていた。仕事は、各部門会議への出席、来客の応対、経営管理、書類の決裁などで、デスクワークがほとんどだった。発症直前は、前の工場からの機械の移動で工場間の往復がしばしばあり、夜の12時、1時に帰ることもあり、土日にも会社に出ていたという。健康診断は、年に数回日本に帰国の都度受診し、精密検査や治療の指示を受けていたが、実際に実施されたか否かの把握や治療や経過観察のフォローは全くおこなわれていなかった。労災申請をおこなうが「労働者性」がないとされたため、厚生会社に損害賠償訴訟をおこなっている。

事例2 男性、41歳。プリンターの海外製造現地法人で従業員の技能認定をおこなう業務。使用言語は英語。同社は約1年前からプリンター製造を海外生産に切り替えた結果、海外出張も00年11月から01年9月末まで183日、それ以前は年間約60日。発症直前、フィリピン、インドネシアに連続出張し帰国後、東京台場での海外工場製品のリワーク(点検)作業で出張、4日目の01年10月くも膜下出血で死亡。遺族は海外出張の疲労が回復しないままの国内出張が原因と労災請求したが業務外。地裁の行政裁判も敗訴。時間外労働がほとんどない海外出張時の労働負荷、帰国後の国内出張時の過重性が争われた。判決は、「海外出張業務では現地での時間外労働は月30時間未満で土日の休日も確保され、拘束時間が長時間に及ぶことはなかったが、宿泊先のホテル生活は環境、食事、睡眠などの面で不規則となり、夜間や休日における過ごし方も単調で、自宅で過ごすのとは質的に違い精神的、肉体的に疲労を蓄積させるものであった。また、現地人の知識や技能を評価する技能認定業務は、個人差や言葉の違いのほか、生活風習面も異なることから通訳を介してもなかなか見極めるのがむづかしい仕事、フィリピン出張後実質的に2日間だけ自宅で過ごし、9月末までインドネシアに出張、帰宅した時点は相当の疲労蓄積があったと推認できる。インドネシア滞在中に同僚に訴えていた頭痛は、解離性脳動脈瘤の前駆症状であった蓋然性があり、その後のリワーク業務は、肉体的に過重な負荷のかかる業務とまではいえませんが、立ち仕事ないし動き回る仕事で、被災者がかかわってきた人材育成や技能検定の業務とは性格を異にするもので、緊急性のあるものとして精神的な緊張をともなうものであった。死亡前日及び前々日にはしきりに頭痛を訴えているが、業務遂行を第一にし病院に行くために休みをとったり、交代を申し出るのは事実上困難な状況下で、頭痛をこらえて業務に従事し、業務終了後は飲酒をしてまぎらわしていたと推認できる。以上の結果、本件は、フィリピンやインドネシアでのほぼ連続した出張業務で疲労が蓄積した状態で、帰国後ほとんど日をおかず出張リワーク作業に従事せざるを得ず、かつ前駆症状の増悪があったにもかかわらず、そのことが基礎疾病を有する被災者に過重な身体的、精神的な負荷を与え、自然経過を超えてくも膜下出血を発症するに至ったとみるのが相当」と述べ業務起因性を認めている。

〔考察〕厚生労働省は海外派遣労働者の健康管理について、6カ月以上にわたる場合、派遣前に生活習慣病などの健康診断(平成1.6.30,告示)を課し、派遣前教育(平成3.1.21,基発39号)を海外勤務健康管理センターを中心に実施し、企業の自主的努力にまかしている。とくに、半年内の出張では指示はなく、事例のように派遣中での期間や出張先の変更もあり、出先での体調不良や心身不調での対応が懸念される。あるべき海外派遣者の保健対策が望まれる。

A-11 オーストラリアにおける看護師の腰痛予防の取組み

重田博正（大阪社会医学研究所）

はじめに オーストラリアビクトリア州ヒューマンサービス省は1998年に、保健医療施設で働く「看護師の腰痛予防プロジェクト」を立ち上げ、ノーリフティング（人力のみでの患者介助をなくす）原則にもとづく腰痛予防対策を推進し、めざましい成果をあげた。本報告ではその取組みの特徴を紹介する。

1. 「プロジェクト」の概要

- ①諮問委員会が「プロジェクト」を管理
 - * 現場での改善実施の枠組み作り
 - * 実施状況の継続的モニターと評価
- ②改善を実施する保健医療施設に資金提供
1999～2003年を4期に分け、111施設に計835万ドル
- ③施設における展開
 - * 腰痛予防委員会を設置し、計画を推進
 - * 専任コーディネータの配置
 - * 労災発生状況を分析し、優先順位の高い病棟・ユニットから実施
 - 《介入実施前》* リスクアセスメント * 訓練・機器購入等に必要予算確保 * 患者への情報提供と教育
 - 《介入》* スタッフの訓練と実践能力の評価
 - * 患者ごとの「患者移動作業計画」（看護計画の一部）を作成し実行
 - 《介入実施後》* 実行状況のモニタリング、実行上の問題点把握 * 実施前・後調査の比較、成果の評価 実施後に発症した腰痛の調査とさらなるリスク低減

2. 「プロジェクト」の成果

「評価報告書」（2002年、2004年）から

- ①実施12ヵ月後の看護師調査では
 - * 「所属施設でノーリフティングポリシーを採用」88% * 「患者の移動・移乗に機器

を使用」88%

- ②実施後1年間の看護師の腰痛労災
実施前1年間に比べ * 請求件数40%減少
* 労災補償費用54%減少 * 損失労働日数74%減少、1件あたり平均100日→77日
- ③コスト・ベネフィット分析
1998年12月～2003年6月の期間で
* 全費用24.4百万ドル、節減費用23.3百万ドル →純費用1.1百万ドル
⇒損益平衡点は2003財政年度の早期（計画開始から5年後）に発生すると推計
* 個人、組織、社会の無形の利益は含まず
- ④患者の安全性、快適性、自立性の向上

3. 「プロジェクト」の実践面での特徴

- ①労働組合の積極的な関与が推進力
- ②労働者参加型アプローチの有効性
 - * 現場看護師や労働組合の安全衛生代表との協議による腰痛予防委員会
 - * 購入機器選定への参加
 - * 個々の「患者移動作業計画」の作成
 - * 直面した問題の管理者へのフィードバック
- ③施設への資金助成方式の特徴
ノーリフティングの現場への定着を促進する条件を整備することが資金援助の基準に
- ④実践に活用できるツールの開発
 - * 看護師の実践能力評価のチェックリスト
 - * 介助作業のリスクファクター評価シート
 - * 多様な介助方法を採用した場合のリスク評価の結果一覧表
 - * 患者の要介助度の評価や用いた介助方法などを病棟で記録する様式
 - * 施設設計の手引き

おわりに

ノーリフティング原則の日本への導入の展望

○埜田和史¹、北原照代¹、辻村裕次¹、板井八重子²、齊藤みち子²
 (1 滋賀医科大学社会医学講座予防医学部門、2 全国保険医団体連合会女性部)

【はじめに】

医師に占める女性割合は年々増加しており、勤務医のみならず開業医としての重要性を増している。女性開業医の労働実態に基づき診療支援策を検討する目的で生活時間調査を実施した。

【対象と方法】

対象は、10 道府県の保険医協会に所属する 40 歳代会員で、本調査の参加に同意が得られた、医師 60 人（女性 42 人、男性 18 人）、歯科医師 36 人（女性 26 人、男性 10 人）。調査方法は NHK 国民生活時間調査に準じ、連続した 1 週間の各 1 日 24 時間を、睡眠、通勤、診療、往診、家事、育児、休息など 24 項目の生活内容別に、15 分単位の記入を求めた。また、年齢、末子年齢、家事支援者の有無、診療科、開業後年数、平均外来患者数、在宅療養支援診療所登録の有無、居住地が都市部か郡部かなども合わせて尋ねた。本調査は、滋賀医科大学倫理委員会の承認を得て、2007 年 6 月 17 日～23 日実施した。

【結果と考察】

平均年齢は、医科歯科とも女性 45 歳、男性 46 歳、開業後平均年数は医科が男女とも 7 年、歯科が女性 8 年、男性 12 年だった。医科標榜科は女性の 88%、男性の 72%が内科と小児科だった。医科女性の 75%、男性の 100%、歯科女性の 69%、男性の 90%に子どもがおり、平均末子年齢は医科歯科に関わらず女性で 10 歳、男性で 9 歳だった。家事援助者がいる割合は、医科女性で 74%、歯科で 50%、医科男性で 44%、歯科で 30%、援助者は医科、歯科ともに女性では「親」が 61%、77%と高く、男性では「配偶者」が 88%、67%と高かった。平日の主な生活時間を性別医科歯科別および、女性について子どもの有無別家事

支援者有無別に表に示した（参考：2005 年 NHK 国民生活時間調査「40 代勤め人」結果。診療時間として、仕事時間を記入）。

女性開業医の仕事関連時間（診療、往診、事務、仕事に関連したつきあい、学習・講演時間の合計）は男性医師に比べて短いものの、「40 代勤め人」より長かった。平日、半日診療日および休診日の仕事関連時間から、週 4 平日、2 半日診療日、1 休診日のモデルを用いて週合計仕事関連時間を推定すると、医科女性 44.9 時間、男性 58.2 時間、歯科女性 44.8 時間、男性 53.8 時間となった。

女性医師の家事、育児にかかる時間は男性に比べて長かったが、「40 代勤め人」に比べると家事時間は短かった。家事支援者がいる女性医師では支援者がいない医師に比べて、診療時間が長く、特に子どもがいる場合は、診療時間と家事時間に有意な差が認められた。この結果は、家事支援者が子どもを持つ女性医師の家事負担を軽減し、診療を支える役割を果たしていると解釈できたが、家事支援者の多くが親であったことから、将来的には「親の介護負担」が女性医師の診療活動を制限する可能性が危惧された。

【まとめ】

40 代の女性開業医は男性に比べて短いものの、「勤め人」女性に比べて長時間、診療等の仕事に費やしていた。家事支援者の存在は、診療時間の長さに関連しており、特に子どものいる場合、診療時間に加えて家事時間の長さとも関連していた。

【謝辞】

本調査にご協力いただいた保険医協会会員のみな様に深謝いたします。

表 性別医科歯科別、子ども・家事支援者有無別、平日生活時間（分）

	女性			男性		子どもあり（女性）		子どもなし（女性）		
	医科	歯科	NHK *	医科	歯科	NHK *	支援あり	支援無し	支援あり	支援無し
人日数	178	112	495	80	49	566	130	71	59	27
睡眠時間	373	395	400	383	420	425	376	392	379	391
診療時間	395	445	(373) #	456	472	(553) #	479	425 *	515	488
仕事関連時間	470	484	377	623	599	567	607	550	688	630
家事時間	93	103	238	2	1	24	110	182 *	67	69
育児時間	75	39	32	13	0	6	127	110	-	-
自由時間	172	172	204	176	201	216	161	185	237	269

☆：2005年NHK国民生活時間調査「40代勤め人」結果

#：（）内は仕事時間

*：家事支援の有無で有意差あり p<0.05

波川京子(札幌医科大学)

【はじめに】経済のグローバル化や企業の海外進出により、乳幼児を同伴して海外赴任する労働者が増加している。海外在留中は市町村からの母子手帳交付や乳幼児健診、予防接種、育児支援は受けられない。バンコクでの育児相談から在留邦人に対する育児支援の課題を明らかにする。

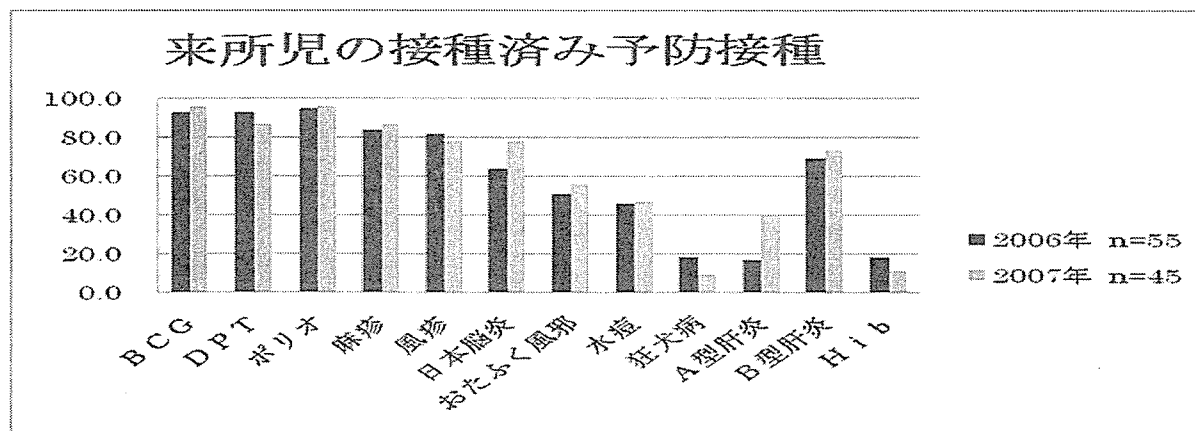
【対象と方法】バンコク日本人会と海外邦人医療基金共催の育児相談を、2006年12月15～17日(62組)と2007年10月20～22日(50組)に実施した。来所児は2ヵ月～6歳、保護者の在留期間は6ヶ月未満～永住者、1組あたりの相談時間は約30分、2年間継続来所者は2組であった。

【結果と考察】食事に関する相談は離乳食の進め方や、発育・年齢に応じた食事量や栄養バランス、野菜を食べない、好き嫌い、アレルギー食などであった。食事量や発育の遅れを気にしている保護者は、母子手帳の発育曲線上の発育バランスを気にする傾向があった。乳歯が萌える時期には、夜間授乳や虫歯予防、点検みがきなど口腔ケアに関することであった。

言葉の相談は母国語としての日本語の取得や、不明瞭な発語、語彙が少ない、発語の遅れなどが出ていた。2歳前後から入園する幼児が多く、家庭内での言語、集団生活での使用言語なども出された。予防接種に関する相談は、日本と接種方法や回数の違い、予防接種スケジュールの途中で赴任した場合の継続、二重接種などであった。来所児の予防接種の接種状況は図に示す。

相談内容は乳幼児健診や育児相談で出される内容とほぼ同じであった。市町村が実施している乳幼児健診を期待し、相談者のほとんどが日本の母子手帳か、バンコクで購入した日本人向け母子手帳を持参していた。バンコク購入の母子手帳にはパーセントイルや離乳食など日本での改訂が反映されていなかった。

子どもの成長・発達に伴って出現する身体面、精神面、生活時間、人間関係などの他に、日本語の獲得やバイリンガルの育て方など、在留邦人特有の相談内容も出された。日本語での育児相談の機会が少ない保護者にとって、在留邦人を対象にした育児相談は発達・発育の確認、自分の育児方法の確認が日本語でできる機会になっている。日本語で相談し、母子手帳等に記入し、食事・運動・生活リズムを振り返ることで、育児方法を肯定し、修正し、自信と安心感を持たせるきっかけになっていると言える。育児相談は日本語でゆっくり話し、育児不安や心配ごとを母親自身が自己解決できる支援と継続相談の機会が求められていると考える。



中央アフリカ共和国の住環境と肺結核の感染拡大の関連性についての研究

○秋山 幸恵 西浜 佳子 徳永 瑞子
順天堂医院 聖母大学 看護学部

I. はじめに

中央アフリカ共和国では、HIV の感染拡大と共に結核が増加している。結核は HIV/AIDS の日和見感染症のひとつであり深刻な問題となっている。その誘因として住環境がある。結核患者の多くが自宅療養せざるを得ない状況であり、結核の感染拡大を招く可能性がある。住環境を整備することは、結核の予防・治療を行ううえで重要であるため、患者の住環境と結核に対する知識に注目し肺結核と住環境を調査した。それらの問題を明らかにし、肺結核の感染拡大を防ぐための有効な対策について考える。

II. 研究方法

1. 対象：登録されている結核患者で 2007 年 10 月 22 日から 23 日に受診した 54 名
2. 調査期間：2007 年 10 月 19 日から 11 月 8 日
3. 調査方法：新規登録結核患者名簿からデータ収集、聞き取り調査、家庭訪問
4. 倫理的配慮：対象者に研究の趣旨、方法、プライバシーの保護について説明し同意を得た。また、研究書類は研究終了後シュレッダーで破棄する。

III. 研究結果

1. 肺結核患者が空気感染することを知っていたのは 29.6%だった。また、部屋の換気を行っている患者は 68.6%だった。
2. 調査した家は、窓は小さく、換気が悪く、日中の室内は暗かった。患者は家族と部屋を共有し、ひとつのベッドに複数人で寝ていた。洋服は下着から上着まですべてが、壁に掛けられているか、台の上に置かれていた。

IV. 考察

肺結核患者の中には感染経路を理解していないものが多く、知識が定着していない。そのため、地域住民には結核は身近な問題として受け取られておらず、結核に対する正しい知識が普及していない。肺結核患者の住居では、高温・多湿・暗所で結核菌が繁殖しやすい。防犯および日光を遮るため、窓が小さく換気が悪い状態である。肺結核感染者と家族が長時間同じ空間を共有し、家族内の感染拡大をまねく可能性がある。

V. 結論

1. 肺結核の感染経路を正しく理解していないため、患者自身が感染源になってしまう可能性がある。そのため、教育背景を考慮し、ポスターや紙芝居などの媒体を利用した啓発教育を充実させていく必要がある。
2. 窓が小さく換気が悪い住環境は、結核菌が繁殖しやすく家族内感染を助長する。患者には換気を促し、衣類や寝具の清潔保持を心掛け、患者の家族には換気の良い所で就寝できるよう協力を得るなど、定期的に医療者が結核患者の家庭訪問をし、住環境を改善するための指導を行う。

○中原芙季子¹⁾ 舟越光彦^{1,2)} 正木公子¹⁾ 寺井明日香¹⁾ 荒木弘幸¹⁾ 伊規須朋子¹⁾ 田崎陽子¹⁾
 1)千鳥橋病院・貧困と医療研究会 2)九州社会医学研究所

1. はじめに

毎年夏期には救急外来に「熱中症」で搬送・受診される患者が多い。発症時の場所は、若年層ではスポーツ時、成人層では就労中、高齢者では屋内と年代別で発症の場所・要因が大きく異なる。そこで、屋内で熱中症を発症する高齢者の要因・社会的背景について検討した。

2. 対象と方法

2007年7月1日から8月21日までに当院に受診または救急搬送され、「熱中症」と診断された60歳以上の8名(熱中症群とする)について性別、年齢、保険種別、閉じこもりの程度等について、直接面接により調査した。また、同時期に受診した60歳以上の熱中症以外の診断を受けた376名全員を対照群として、性別、保険種別、居住地域について比較検討した。

3. 結果

(1) 高齢者の熱中症発症事例

【患者概要】

A氏(82歳・男性・独居)生活保護受給

【事例概要】

往診、訪問看護、訪問介護利用。

築40年以上の老朽化した集合住宅で生活。間取りは1Kでエアコンをつけるだけで電力消費は限界となる状況であった。2007年8月17日、ヘルパーが訪問し、炊飯器のスイッチを入れて帰宅。その後、ブレーカーが落ちてしまい、エアコンも止まってしまう。室内の気温は上昇し、B氏は脱水状態に。電気が切れたことにより、設置していた緊急通報システムが作動。訪問看護師が安否確認に行ったところぐったりしており、救急車で来院。熱中症で同日入院となった。

(2) 熱中症群での検討

◆患者概要・・・61～98歳(平均73.3歳)

男性5人、女性3人

独居6人(男性はすべて独居)

家族との同居の2人も明確なキーパーソンがおらず、社会的に孤立している状況。

◆教育歴・・・中卒5人、尋常小学校卒1人、無学1人、不明1人

◆独居6人はいずれも家族・親類とは絶縁。

独居6人の福祉サービス以外の相談相手は全員なし。訪問してくる人は訪問看護師やヘルパーのみ。

◆外出機会・・・全くなし3人、あり5人

(ほとんどが通院・買い物のみ)

◆緊急時の連絡手段あり2人、なし6人

表札あり2人、なし6人

◆住環境・・・エアコンあり3人、なし5人

風呂あり3人、なし5人

◆保険・・・生活保護6人、無保険1人、

国保老人1人

(3) 対照群との比較検討

◆男女比・・・熱中症群で男性の比率が高い傾向にあった

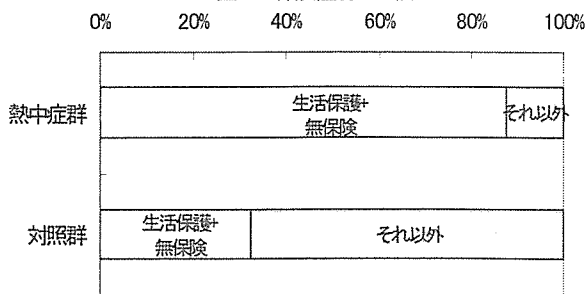
◆保険種別・・・熱中症群で生活保護と無保険の患者の比率が高かった(図1)

◆高齢単身世帯率・・・熱中症群で単身高齢世帯率が10%以上の地域に居住する者が有意に高かった。(図2)

4. 考察とまとめ

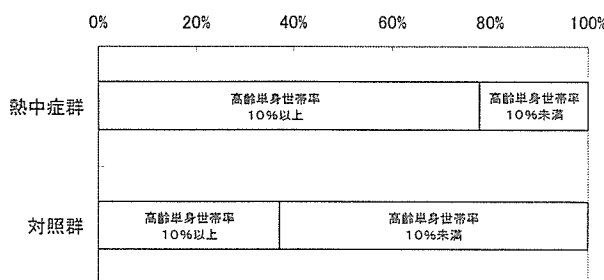
今回の調査により、高齢者の熱中症は、「独居男性」、「家族・地域交流の少なさ」、「貧困」と関連していた。社会的排除や貧困が健康をおびやかしている状況がうかがえた。経済的な貧困と、周囲との関係性の貧困の両方を解決していく必要がある。

図1 保険種別の比較



P < 0.01

図2 高齢単身世帯率の比較



P > 0.01

一般演題

B会場

6号館 地下 B 12 教室

1、研究目的

日本では2006(H18)年4月より改正介護保険法が施行され、高齢者を養護するうえで、注目すべき制度「高齢者に対する虐待の防止、高齢者の養護者に対する支援等に関する法律」、いわゆる「高齢者虐待防止法」がスタートした。以前より福祉制度・高齢者虐待に対し取り組まれてきた北欧に対し、日本でもようやく「家庭の中での出来事」等として見過ごされてきた高齢者虐待問題が表面化され、今後さらなる増加傾向を示すと予想されている。このような背景の中、高齢者の人権尊重のもつ意味は大きく今後の高齢者支援の大きな課題である。国策・慣習を踏まえ国民の関心について問題提起したい。

2、研究方法

日本・スウェーデン・デンマーク在住の介護サービス利用者に同アンケートを実施。自国の福祉制度を基に現在の生活に満足しているか・虐待の経験の有無・有の場合の内容や相談できる相手がいるか等を比較調査を行い分析した。

- ・ 日本(東京都東村山市)―介護保険サービス利用している在宅生活高齢者
- ・ スウェーデン(エスロブ)―デイケアセンター・グループホーム・ホームヘルプサービス利用者
- ・ デンマーク (コペンハーゲン) ―プライエボーリ(自立支援型)・プライエム(介護提供型施設)入所通所者

各項目ごとにヒヤリングとアンケートを経て集計分析を施行。日本と北欧の差、国策・家族への要望との相違。質的研究の手法でデータを集計し慣習・虐待の真相の重要性を検証した。数値では十分に表現できない人間の情動や思想・言動・日常の中で潜在化した「意味」を分解・抽出し、現象の社会的意味、その説明による納得した了解への到達という一連の過程を取り解釈する。

3、研究結果

在宅支援、施設支援に関わらず、高齢者虐待は身近で起こりえている重要な問題である。

3地域全てで『虐待経験有』が半数を超えた。しかし、北欧では対象者本人からの申し出や職員からの報告で早期解決のシステム化がなされている事に比べ、日本では表面化を拒む対象者が多かった。これは成人になると独立する習慣を持ち自立心の高い北欧に比べ、子供と同居し家族介護を望む日本との国策・家族への要望の相違、慣習の差・自己発言力の差から生まれてくるものと考え。虐待の内容としては『心理的虐待』が3地域とも多く『困った時に誰に相談するか』の問へは北欧では約7割が『家族』と答えたのに対し、日本では『専門職員』との回答が約5割となった。今日、日本での虐待は子のリストラ・親の介護のための退職などでの過剰なストレスも原因となっており社会医学的関心が高まっている。虐待の発見・対応・その後の支援は、精神面への介入が主な焦点となるため、高い専門教育を受けた有資格者の関与が必要であると考え。北欧での早期対策を取入・遂行していく為に、日本の介護福祉士に注目した。介護福祉士の役割は身の回りの世話をするだけの介護から、高齢者や障害者等の生き方や生活全体に関わることで利用者の暮らしを支え、介護利用者や家族と共に実践する事へと変わってきている。今後、介護福祉士の活躍に期待したい。

<参考文献>

- 1) 家庭内における高齢者虐待に関する調査 H15年11月～H16年2月調査結果,財)医療経済研究・社会保険福祉協会
- 2) 牧野里奈,わが国における高齢者虐待防止についての取り組み,人間福祉研究,2005.NO8 55-65
- 3) 大村壮,施設内老人虐待研究と家庭内老人虐待研究の異同の検討,実践女子大学人間社会学部紀要 2,183-191,20060430

【はじめに】

近年、産科医療において、病院不足・医師不足で受入れ先が見つからない「医療供給体制」や、飛び込み分娩や妊婦検診未受診の原因としての「貧困」が社会問題となっている。当院においても、受診の中断や、費用不安から早期退院希望する患者も増えており、妊産婦の経済的困難が深刻になっている。相談事例を通して、出産に関する制度活用にとまなう問題点や、貧困に脅かされている妊産婦の実態を考察した。

【対象と方法】

医療相談室のMSWで経済的問題について対応した妊産婦（2005年/17件、2006年/16件）。

直接面接にて保険、経済状態、家族関係などを聴取。

【結果】

<事例1>20歳。当院初診時38週。派遣社員（倉庫内作業）として働きフルタイムで月10万円。妊娠に対し会社の配慮がなく辞めざるをえなかった。夫はアルバイトによる不安定収入。健診料の工面が難しく、1回の無料健診のみを他院で受診し来院した。当院初診時は国民健康保険であったが、その後、夫がアルバイトから正社員になり、社会保険に加入したため、出産費用は社会保険の出産一時金を利用した。

<事例2>30歳。当院初診時37週。シングルマザーで二児との3人暮らし。フルタイムで月10万円の収入。子どもの父親は低収入で経済援助得られず、妊娠24週頃に生活保護と助産制度の申請に行くが、どちらも窓口で断られた。その後退職し、病院に行くための交通費さえ捻出ができなくなった。37週で再び生活保護と助産施設を申請。未受診のため出産受け入れ施設なし、と福祉事務所より当院を紹介された。

【考察】

①助産制度利用の際の問題点：助産制度は経済困窮の妊産婦を対象としている。

（目安として、市民税・住民税非課税世帯。また、災害や疾病、失業等で著しく収入が減少した世帯も対象。）しかし実際には、役所で申請の際に家族等からの援助を執拗に求められ申請がスムーズに行かなかつたり、窓口で門前払いというケースが発生している。

②妊婦健診の問題：出産費用の問題を抱える妊産婦は出産までの妊婦健診の受診にも困難を抱えていることがわかった。妊婦健診料は、保険適応外の自費健診であり、1回5千円前後、感染症検査では1～2万円等の高額な負担が発生する。費用が工面できず、健診を受けたくても受けられない状況が見られた。2005年の相談者17人の当院初診時の妊娠週数では、9人が30週以上で来院していた。38週を超えて初診のケースもあった。

③非正規で就労する妊産婦は仕事の制限による減収や退職・解雇等により貧困を深刻化させる。

④国保料滞納によるペナルティー：滞納者に対する保険証取り上げでその過酷さが全国的に知られる福岡市の国保行政においては、出産一時金についても、保険料滞納がある場合は、基本的に満額支給はしない。受領委任払い制度を利用させない、滞納分を差し引いて支給するなどの制裁措置がとられている。

【終わりに】

産科の現場では貧困・格差社会の広がりの中で、安全で安心な出産の保障が困難になっている。本来、新しい命の誕生を喜ばずの妊娠・出産が貧困を促進する要因となつてはならない。また、貧困は出産時だけの問題ではない。生まれてくる子どもたちの成長や発達にも重大な影響を及ぼし、世代を超えた問題である。出産・子育て支援に関する制度拡充や貧困を解決するため社会保障改善を求め、広くこの問題を訴えていく必要がある。

【はじめに】

我が国の女性のがん死亡第一位は乳がんであるが、早期発見・治療による生存率は高く、40 歳以上の女性にマンモグラフィ併用乳がん検診の受診が推奨されている。一方、過去の調査で、聴覚障害者（以下、聴障者）が医療を受けるときに様々な困難や苦痛を感じていることが明らかになっている。そこで今回、聴障者が乳がん検診を受けるときにバリアについて健聴者と比較して検討した。

【対象と方法】

対象は、乳がん検診受診と調査への協力について文書で説明し同意を得た、滋賀県内の聴障者 16 名および健聴者 31 名。検診時には、①カルテに「耳マーク」を貼付、②検査前に、本調査のために製作した手話・字幕付きのマンモグラフィ解説ビデオで検査手順を学習、③検診会場に手話通訳者と要約筆記者を配備、④顔の向きを指示する紙を検査室の壁に貼付、⑤診察ベッドの横に「上着を脱いで横になって下さい」というイラスト付の紙を貼付、といった聴障者に対する配慮を行った。また、聴障者の診察はすべて同一の医師が担当し、主に筆談と、簡単な手話や身ぶりを交えて行った。

調査は、①検診における問診表記入、検査および診察の所要時間測定と、②質問紙調査である。質問紙の項目は、過去の乳がん検診受診の有無、受診・未受診の理由、今回の乳がん検診の感想などとした。検診終了後に、自記式調査票を配布し、その場で全員から回収した。必要な場合は手話通訳者を伴う面接法を用いた。健聴者と聴障者の比較について、平均値の差は対応のない t 検定、率の差は χ^2 検定（いずれも有意水準 5%）を用いた。

本調査は、滋賀医科大学倫理委員会の承認を得て、2007 年 11～12 月に実施した。

【結果と考察】

①問診表記入、検査および診察の所要時間

問診表記入時間は、健聴者で平均 3.5 分（最長 6 分）に対し、聴障者では平均 7.5 分（最長 20 分）要し、有意な差があった。聴障者の質問にスタッフが筆談や手話通訳者を介して説明したためと考えられる。一方、検査および診察の所要時間は、健聴者と聴障者で有意差がなかった。検査では、事前に見た手話・字幕付きビデオが聴障者の円滑な受診に有効であったと思われる。ただ、診察時、聴障者では、触診中に医師へ質問しにくい、診察後の医師への

質問が少ない、といった質的な違いが観察された。

②質問紙調査

過去 2 年間のマンモグラフィ併用乳がん検診受診率は、聴障者 25%、健聴者 29%と差がなかった。乳がん検診を初めて受診した人に過去未受診の理由を尋ねたところ（図）、情報のバリアが聴障者の受診を妨げていることが示唆された。

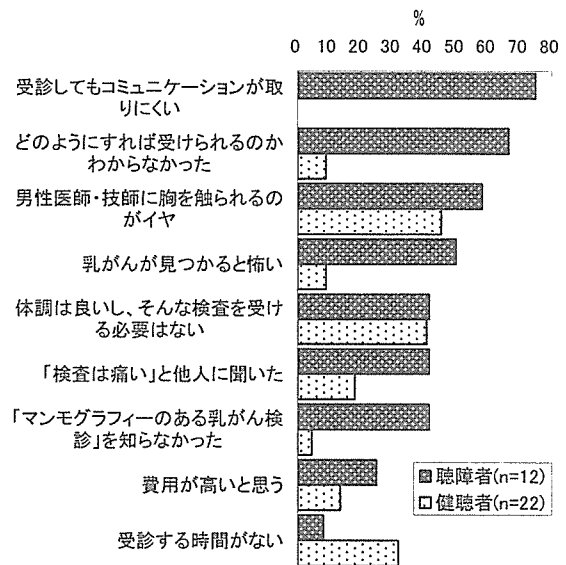


図 過去に乳がん検診を受けなかった理由

今回の検診での医師・看護師とのコミュニケーションは、健聴者全員が「ほぼ通じた」とした一方、聴障者では「ほとんど通じなかった」が 13%いた。また、結果説明の理解度は、健聴者では「よくわかった」が 97%に達したが、聴障者では 74%にとどまった。

【まとめ】

聴障者に対し現状で可能な配慮をしたが、それでも乳がん検診受診に際してさまざまな問題が生じていた。今回の検診は概ね好評で、「このような検診が行われるのであれば、また受診したい」という感想が相次いだ。今後も同様の配慮を継続するとともに、聴障者と医師・看護師との意思疎通にどのような工夫が必要か検討する必要がある。

【謝辞】

調査にご協力いただいた、滋賀県中途失聴難聴者協会・滋賀県ろうあ協会・滋賀県手話通訳問題研究会・滋賀県要約筆記サークル連絡会の女性会員の皆様へ感謝します。また、ともに調査を実施した、滋賀医科大学医学科学生の杉原芳子さん、内藤志歩さん、永縄由美子さん、林亜揮子さん、藤岡沙江さん、松村弥生さん、吉橋彩子さんに感謝します。

本研究の一部は、文部科学省科学研究費補助金を受けて実施した（基盤研究(B) 課題番号 18300193）。

○山本 由美子¹⁾³⁾、山崎 喜比古¹⁾、片平 洸彦²⁾³⁾、上田 宗³⁾

東京大学大学院 医学系研究科 健康科学・看護学専攻 健康社会学分野¹⁾

東洋大学社会学部社会福祉学科²⁾

ヤコブ病サポートネットワーク³⁾

目的・方法：薬害ヤコブ病感染被害者遺族の介護中の経験や、死別後から現在までの困難及び心理状況を明らかにし、遺族への支援のあり方や、これからのヤコブ病患者の介護者への支援に活用できる示唆を得ることを目的とした。薬害ヤコブ病感染被害者遺族を対象として、面接調査及び無記名自記式質問紙を用いた配票調査を2007年5月～2007年9月、2007年10月上旬から下旬にかけてそれぞれ実施した。面接調査では33家族35名から回答を得て、配票調査では配布した101名のうち59名から回答を得た(有効回収率58.4%)。

結果・考察：両調査より、1. ヤコブ病家族介護者の介護経験の特徴として、急速に進行する、希少難病である、感染症というヤコブ病の疾患に特異的な困難があげられ、それらの負担・苦痛度はきわめて高かったこと、2. 介護に関する後悔、死別の悲しみに対する悲嘆反応、薬害に対する怒りや無念は死別直後より改善または改善傾向にあるものの、それらの心理を今なお有する遺族の数が多かったこと、3. 介護中に経験した強い苦痛は周囲からの支援により軽減されていたことが明らかになった。以上から、疾患に関する介護者への適切な情報提供や、医療者の対応のあり方の重要性が示唆された。また、介護中における家族・親戚といった一般の人々からのサポートや、遺族のピアサポートによる心理面への支援の重要性が示唆された。

B-5 中野区特定高齢者候補者における運動機能と抑うつ気分について

○石濱照子 中野区中部保健福祉センター・東洋英和女学院大学大学院修士2年
江戸聖人 新井美奈子 中野区保健福祉部健康・推進分野

<目的>特定高齢者候補者のうち基本チェックリストの集計結果から抑うつ傾向にある区民が7割であることが判明した。そのためWHO大規模調査にて指摘されている運動機能との相関について分析したのでここに報告するとともに、今後のプログラムのあり方について検討する。

<分析対象者>2006年度区民健診受診者のうち65歳以上で地域支援事業実施要綱の基準を遵守し生活機能評価を26965人に実施した。生活機能低下ありの1174人のうち今回の調査項目である基本チェックリストの運動機能項目及びうつ項目に欠損のない1035人を対象者とした。

<倫理的配慮>当区の個人情報審議会で承認を得ている他対象者のサインを求めたうえで実施している。

<分析結果>1035人(男323/女712)の平均年齢は78.2歳(男78.2/女78.17)であった。前期高齢者は後期高齢者の半数程度で、いずれも男性3割女性7割であった。

ここ2週間の抑うつ気分については7割が抑うつ気分(2点以上)にあり、その内訳は抑うつ気分(2~3点)は4割、(4~5点)は3割であった。抑うつ気分(2~3点)では女性が高く、(4~5点)では男性が高い傾向を示した。さらに抑うつ気分3点以上で見ると、男女とも後期高齢者は5割を上回った。

運動機能の衰えない人とある人は約半々であった。男性では運動機能の衰えない人は59.1%で女性は52.1%で男性のほうが衰えない人が7%上回った。一方運動機能低下の著しい5点の人は男性では8.7%で女性の8.3%をわずかに上回った。

抑うつ気分と運動機能のクロス集計では、抑うつ気分が重度化すると運動機能低下のない群が減少しているのがうかがえた。ピアソンの積率相関係数を平均点でみると抑うつ気分と運動機能との間に緩やかな相関がみられた。

<今後の展望>これらのことから特定高齢者把握事業を展開するにあたり、後期高齢者に着目する必要がある。さらに平均年齢から介護予防プログラムを展開するに当たり安全管理を重視するとともに個別性に配慮することが特に大切である。また予備能力が不足し体調を崩しやすい対象として短期プログラムを繰り返し実施するなどの工夫が必要である。また抑うつ気分と運動機能の相関が示されたことから、心理的サポートを重視した運動プログラムの開発も必要となる。

介護予防事業・通所運動プログラムへの参加者アンケートからも、運動習慣の効果だけでなく対人交流や生きていて楽しいなどの設問にも効果が示唆されている。今後のプログラムの開発や虚弱高齢者を誘い出す仕掛けが、望まれる。

B-6 都市部在宅前期高齢者における就労状態別にみた三年後の生命予後

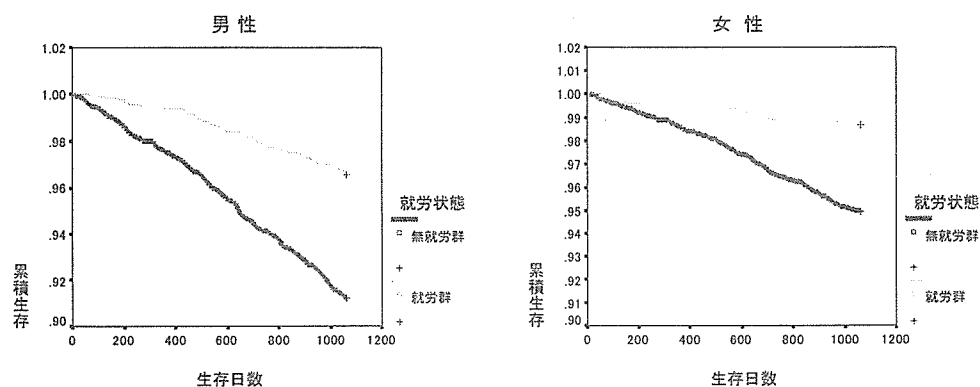
○高 燕 中山 直子 高橋 俊彦 星 旦二

首都大学東京大学院 都市環境科学研究科

目的 本研究は、在宅前期高齢者の就労状態と生命予後との関連を検討し、就労状態別にみた生命予後の関連要因を明確にし、前期高齢者の生存維持に有効な健康支援に役立つ基礎資料を得ることを研究目的としている。

方法 本研究は、多摩市に居住する高齢者を2001年9月に郵送配布回収方式による自記式アンケートで基礎調査を行った。分析対象者は、2004年9月に生存状況を含めて追跡調査の有効回答者から要支援・要介護者及び欠損項目を除いた在宅前期高齢者6,943人である。調査は、東京都立大学大学院都市科学研究科倫理委員会の承諾を得て実施した。就労状態は、現在収入がある仕事の有無とした。本研究の分析項目は、年齢、ADL、治療中の病気の有無、仕事以外の趣味、経済的満足感、主観的健康感の6項目を生存の予測因子とした。就労状態と各要因との関連を明確した上で、就労状態別に死亡に対する累積生存率を明確し、就労状態別にみた死亡ハザード比を解析した。

結果 累積生存率は男女とも、就労高齢者に比べ、無就労高齢者が統計学上有意に低下することが示された(図)。前期高齢者全体での分析では、死亡ハザード比は、高い年齢群2.45($P<0.001$)、低い主観的健康感群2.58($P<0.001$)と有意に高いことが示された。就労有無状態別にみると、無就労高齢者は、ADL低下群1.54($P=0.006$)、治療中の病気がある群1.35($P=0.028$)、仕事以外の趣味がない群1.39($P=0.053$)と就労高齢者に比べて有意に高い死亡リスクを示した。



結論 就労有無は前期高齢者の生命予後に大きく影響する可能性が示唆された。また ADL 低下、治療中の病気がある、仕事以外の趣味がない場合、就労高齢者では、生存を規定しないものの、無就労高齢者の生存は有意に規定されることが明らかになった。よって、高齢者の仕事意欲を尊重し、社会的な役割を持ち続けられるような環境整備を行うとともに、多様なライフスタイルや個別の生活状況に応じた有効な健康支援が必要であることが示唆された。

吉野裕子（あじさいの会）

はじめに：介護保険が財政上の理由から、二度にわたる介護報酬の引き下げがなされた。その結果介護の現場では介護時間の細切れ化、監査のための記録類の煩雑化、管理の強化が生じている。居宅介護サービスの現場に働くホームヘルパーの事業の実態を明らかにし、介護現場の矛盾をどのようにしたら改善されるか現場のヘルパーの学習会で検討した。

目的と方法：介護現場に生じている様々な矛盾点を事例検討の方法で解析し、利用者本位、自立支援を目的にした介護保険制度への転換の方策について提言する。

結果

事例：

1. 利用者の望む介護とは何か： 単身の右麻痺の高齢女性、介護度2、「生活援助」のため週1回、1時間訪問介護を利用。本人の希望は、自分で風呂掃除をしたいので手伝ってほしい。そのためには「身体介護」にケアプランを変更しなくてはならない。単価が高くなるため変更できない。
2. デイサービス利用中に急変した場合：利用者がデイサービスで、具合が悪くなった。近接の診療所に急遽受診、ヘルパーがつきそい半日を診療所で過ごし帰宅した。その日のデイサービスは欠席扱いのため介護報酬の請求はできない。
3. 窓ガラス拭きは介護にあらず：利用者は一日中室内で過ごすため、窓からの眺めが楽しみになっている。しかし窓ガラス拭きは家事から除外されている。利用者のニーズにあわないケアプランでよいのか。現場で利用者の気持ちを知っているヘルパーの裁量は生かされないのか。
4. 毎週訪問していた利用者が持病を悪化させて入院となった。その後仕事がなくなったため事業所を辞めざるを得なくなった。不安定雇用なので、ヘルパーの仕事は好きだが、別の仕事を求職中。
5. 監査のための記録類のチェックが厳しい。間違えたら訂正印を押すなど緊張しながら記録を書く。事務作業にあてるよりも介護に力を集中したい。サービス提供責任者も記載間違いがないか緊張している。

考察：1 ホームヘルプ事業は、介護保険の安全弁にされている。監査のために記録類のチェックがきびしくなり返戻要求の不安で緊張が高い。事業所としても慢性的な人手不足で経営困難である。2 介護現場では、ケアプランに柔軟性があって良いはずである。その中で利用者本位のケアを実行することがヘルパーの就業意欲の動機付けとなる。3 非常勤パート労働者の雇用不安定がもとでモラル低下が問題となっている。ホームヘルパー同士の連携により、草の根民主主義を強化し、介護現場の矛盾点の改善につとめたい。また安定経営のために事業所同士の競争でなく、連帯や協力を強化する必要がある。

B-8 アルコール依存症患者の社会的孤立と孤独死

○荒木弘幸（千鳥橋病院） 和田冬樹（菊陽病院） 舟越光彦（九州社会医学研究所）

【目的】

高齢者の孤独死が社会問題となっているが、当院でアルコール依存症患者の孤独死（誰にも看取られず、死後発見された人）が相次ぎ、その対策を要する事態となった。そこで当院アルコール依存症患者の孤独死を調査し、原因と対策を検討することにした。

【対象と方法】

千鳥橋病院アルコール外来には年間60～70人が通院している。調査対象者は2004年12月1日から2008年5月31日の間、治療継続中に死亡した15名の通院患者。

方法は面接と診療記録により、性別、年齢、家族形態、離婚の有無、保険種別、死因、内科疾患、死後発見までの日数、発見場所等を調べ、合わせて事例の検証も行なった。

【結果】

	孤独死群(8人)	非孤独死群(7人)
性別	男性:7人 女性:1人	男性:6人 女性:1人
年齢	30代:1人 40代:1人 50代:4人 60代:2人	40代:1 50代:4 60代:2 70代:1
家族形態	独居:7人 アルコール更生施設:1人	同居:5人 独居:2人
婚姻状況	離婚経験:6人 結婚歴なし:2人	既婚:5人 死別:1人 内縁解消:1人
保険種別	生活保護:7人 社保:1人	社保:2人 国保:2人 生保:3人
死因	病死8人(原因疾患名不詳:6人)	病死:6人 自殺:1人
内科疾患	糖尿病 肝硬変 心疾患 呼吸器疾患	肝障害・肝硬変 うつ病(自殺)
死亡場所	自宅:7人 ホテル:1人	全員病院
発見日数	1日内:3人 3週間:1人 1月以上3人 不詳1人	

【事例】

62歳、男性。離婚により独居生活。近くに娘が居るが飲酒問題で関係は断絶していた。当院にはアルコール依存症と慢性閉塞性肺疾患で2週間に1回通院していた。年金増額により生活保護の打ち切りで、自らの医療費支払を負担に感じるようになった。アルコール外来や内科受診が中断気味になり、また立ち退きによりキーパーソンの知人等との離別の結果、外出の機会や人的交流が途絶えてしまった。患者は死後2ヶ月たって発見された。

【まとめ】

調査の結果、孤独死群には①8人中7人が独居で、うち6人が離婚を経験していた。②全員が就労年齢層にあるにも関わらず、7人が職を持たず生活保護で生計をたてている。③半数が死後3週間以上経って発見されており、日頃から他者との交流が希薄であった。④全員が孤独死に至る重篤な疾患を有していることなどがわかった。

アルコール依存症は「喪失の病気」と言われている。孤独死群に属する人は長期の飲酒により、健康、仕事、家族、社会とのつながりを喪失しており、これらの喪失の結果が孤独死につながった。

当院アルコール外来通院中の患者で、独居、生活保護、重篤な基礎疾患の3つのリスクを持っている「孤独死予備群」が26人（約40%）いた。アルコール外来ではリスクの高い人に対しては訪問看護やヘルパーなどの導入、未受診患者宅の訪問などを行なっているが、アルコール依存症患者の孤独死予防の対応は、見守りを中心とした高齢者の孤独死予防とは異なり、「喪失の回復」を見据えた援助を必要としている。

B-9 新宿における野宿者の健康 ―地域生活移行支援事業の影響―

大脇甲哉、金沢さだ子、中久木康一、稲葉剛
新宿連絡会・医療班

【はじめに】 新宿連絡会・医療班は1996年から現在まで新宿駅周辺に生活する野宿者に対して、定期的に健康相談を開催してきた。2000年から東京都が緊急一時保護センターや自立支援センターなど施設を利用した自立支援システムを施行したにもかかわらず、新宿区の野宿者数は増加傾向が続いていた。しかし2004年ホームレス地域生活移行支援事業¹⁾(以下移行支援事業)施行以降、明らかにその数が減少した。新宿区内野宿者数は2004年の1102から、2008年には285に減少した。この減少傾向は健康相談受診者数も同様である。今回移行支援事業前後の健康相談記録を比較することにより、この事業が新宿の野宿者の健康状態に及ぼした影響を検討した。

【対象・方法】 2001年4月から2008年3月までの新宿連絡会・医療班健康相談受診者を対象とし、毎月1回の「定期相談」と年末年始の「越年期相談」で医師が作成した相談記録を、移行支援事業の前3年間(2001-3年度、以下前期)と後3年間(2005-7年度、以下後期)に分類し、相談者数・年齢・性別・主訴・既往歴および健康相談後の医科医療機関受診状況などを比較検討した。

【結果】 前期・後期3年間を比較すると相談者数は年平均428.7人から188.3人に減少、後期は前期に比べ平均年齢が54.7歳へ1歳高齢化、女性の割合は3%から2%に減少した。受診時の主訴では前後期ともに高血圧・感冒・湿疹・上部消化管障害の順に多いが、後期には高血圧・感冒・湿疹の割合が減少し、上部消化管障害が増加した。既往歴では前期には胃潰瘍・高血圧・結核・糖尿病の順に多かったが、後期では高血圧・胃潰瘍・糖尿病・骨折の順であり、後期には高血圧・糖尿病の割合が多く、胃潰瘍・結核が少なかった。

相談後医療機関受診件数は前期368、後期196である。その内入院件数は前期51、後期21であった。受診原因疾患は前後期とも高血圧・胃潰瘍・蜂窩織炎・骨折・糖尿病・結核(疑い)の順に多かった。

【考察】 移行支援事業を利用して2004,5年度に23区で1190人が野宿生活からアパートに移行した。新宿区の利用者は2004年度内、公園421人であった。23区及び新宿区野宿者数の前期・後期の減少率は、各々59%・35%である。23区における新宿区の割合は2004年前後で16%から10%に減少している。医療班の健康相談者数は、2003年度の474件から大きく減少して2007年度には146件となった。前期に比べ後期は43%である。後期では相談者の高齢化・野宿期間の長期化傾向も認められた。

相談者の主訴では前後期とも高血圧が最も多いが、後期では最高血圧200mmHg以上の重症者が少ない傾向を認めた。また心疾患・浮腫・全身衰弱などの重篤な症状の割合が後期で減少したが、糖尿病・精神疾患の割合は後期に増加した。

定期相談後の医療機関受診者は後期では前期の47%に減少したが、越年期相談では76%であった。重症疾患で入院治療を要したものは定期では18.2%へ大きく減少しているが、越年期では83.3%である。相談者数は定期・越年とも後期は前期の44%程度である。よって定期相談では医療機関受診を要したものの割合は相談者の減少とほぼ同率であるが、入院を要する重症者が大きく減少した。しかし越年期では受診・入院ともにその割合は後期において明らかに増加している。即ち後期では定期相談者には重症疾患が少なくなったが、越年期相談者には重症疾患の割合が多くなったと言える。

越年期相談者はこの時期に遠方から新宿に来るもの、野宿期間が1ヶ月以内と超短期であるものが多く、普段連絡会の炊き出しや医療班の定期相談を利用していない人達が多いという特徴がある。

【まとめ】 移行支援事業によって新宿に生活圏を持つ野宿者の数は明らかに減少し、その健康状態は相談記録にもとづけば重篤な疾患が少なくなった。しかし年末年始期新たに流入する野宿者の健康状態は相対的に重篤化しており、彼らに対する健康支援活動が今後も重要であると考えられた。

1) ホームレス地域生活移行支援事業：

2004年9月に開始した都区共同事業であり、公園に起居する野宿者に対し低家賃アパートと公的な臨時就労を提供することで、地域生活への移行を進める目的で施行された。

○ 武田 弘美¹⁾ 河野 益美²⁾

1)神戸常盤大学 2)畿央大学

目的

本研究は、精神科訪問看護に携わっている看護師（以下、訪問看護師とする）への面接調査から、精神科訪問看護の役割と精神科訪問看護を実践する上での他職種や行政との連携の実態と問題点について明らかにし、より効果的な訪問看護のあり方を考えることを目的とした。

研究対象と方法

1. 対象：調査研究に協力の得られた訪問看護師（ただし、1名は准看護師）13名。調査対象者の性別は男性2名、女性11名である。訪問看護に従事して、5年未満の訪問看護師が11名、11年～15年の経験を有している訪問看護師が2名であった。また、12名の訪問看護師が、訪問看護に従事する前に病院で精神科看護の経験を有していた。

2. 調査期間：平成19年7月～3月。

3. 調査の概要：聞き取り項目は、①精神科訪問看護を取り巻く現状、②精神障害者の在宅療養を支えるための連携について（主治医、PSW、訪問看護ステーション間、行政等）、③訪問看護の効果をテーマとし、できるだけ幅広く聞き取り調査を行った。

4. 倫理的配慮：調査対象者に研究の趣旨を文書で説明し、研究途中での辞退を保証し、同意書を取り交わした。

結果および考察

精神科医療の施策は、「入院期間の短縮」と「地域ケアへの移行」へと大きく変化している。このようななかで患者は地域社会に出て、症状とつきあいながら生活をしていかなければならない。十分な退院準備や生活訓練を行えないままに地域での生活を開始することは、さまざまな生活上の困難

に直面することが予測される。このような患者が地域での生活をよりその人らしく継続していくために、主治医や関係者と連携を図りながら、生活が営めるように支援することが訪問看護の役割になる。今回の面接調査から以下の支援が精神障害を持つ人々が地域で暮らしを続けるために必要であることが分かった。

納得して訪問看護を利用するための支援

利用者の中には、主治医からの勧めで納得しないまま訪問看護の利用に至るケースも少なくない。訪問看護の必要性や訪問頻度、担当者、費用などについて説明し、本人の自己決定を保障したなかで同意を得て契約することが利用の継続、利用者の生活の質の向上に繋がる。主治医や病院看護職との情報交換や対象者と信頼関係に基づく契約を結ぶための工夫が求められる。

生活スキルを身につけるための訪問看護師の支援

利用者の状態に即して、継続的にお金の管理や家事を指導することで、生活技能のスキルが向上し、それが利用者の自信にも繋がる。訪問看護師は、利用者の病気や病状を見るとともに、生活全般を捉えて支援することが望まれる。

地域の一員としての利用者の生活を支援する

訪問看護を受ける利用者は地域社会の一員である。その利用者の生活を豊かなものに、また、地域での生活を継続するには訪問看護以外の多様なサポート・連携体制（例：保健所、デイケア、作業所、セルフヘルプグループなど）を作ることが必要であり、訪問看護師はその重要な役割を担っている。

職場における心の病の発生は労使関係が直接・間接に関わっていることはいまでもない。職場の「いじめ」「暴言」「退職のほのめかし」、1人の労働者に膨大な量の仕事を与えたり、仕事を極端に取り上げたりといった事柄は多かれ少なかれ人事・労務管理の問題であり、また安全衛生管理特に精神衛生管理の問題である。したがって、使用者責任を明らかにすることが患者の職場復帰に欠かせない。こうした場合、職場復帰に労働組合が大きな役割を果たすことはいまでもない。

本報告では、上司の意図的な嫌がらせが原因となって心の病の発症した労働者が休職をした事例を取り上げる。本事例は企業内組合があったものの、取り組みが十分ではなく、個人加盟の労働組合（スカイネットワーク）と大阪職対連の職業病相談会（患者会）が協力して職場復帰を実現させた。

1 事例の概要

Aさん（40代男性）は2000年7月、F社（外資系航空会社）貨物営業部（大阪）入社。2004年会社から不当解雇され、裁判で和解成立。職場に戻ったAさんには、実質的に仕事を与えないという嫌がらせがあり、その後、大阪転勤を強いられ、かつて部下であった女性が上司となった。仕事の指示命令は気まぐれ、かつ一貫性がなく、Aさんを惑わすことばかりで、2007年7月に発症、休職した。

2 労働組合が取り組む意義

（1）使用者責任の明確化

労働組合が取り組むことの意義の一つは、患者本人が受けた労務管理上のいじめや差別的な処遇に対し、団体交渉権をもって意見を述べることにある。Aさんは、問題をうやむやにしてでも早く職場に戻らなければ雇用継続ができないという不安を感じる一方で、会社の労務管と病気の発症の関わりも強く主張していた。会社の使用者責任がAさんの職場復帰に重要な要素であった。

（2）同じ労働者という立場から

Aさんは症状や経済的なことを含めた生活の不安などあらゆることを語りました。同じ労働者の立場で、いかに不当な扱いを受けてきたかを共有し、労働者としての権利を自覚するプロセスを労働組合がサポートしてきてきた。

3 労働組合の取り組み

（1）定例会議

職場復帰に取り組むにあたって定期的な会議を行った。休職期間満了となる時期を一つの目標として、発症に至った事実と仕事内容の整理、職場復帰のための条件の検討を行った。

（2）主治医との懇談

医療的な配慮、職場復帰に対する意見を聞くために、主治医との懇談を行った。早い段階に労働組合の支援を明確にしてきたこともあり、職場復帰にあたって意見交換や意見書を協力して作成した。

（3）要請文書、職場復帰計画の作成

Aさんの発症は会社側に責任があることを明確にし、職場復帰に協力を求める要請文書及び、厚生労働省の通達文書を7月に提出した。

8月には団体交渉申し入れを行い、職場復帰の要求（軽減勤務、賃金保障他8項目）、その他、休職期間中の不利益回復を含む全6項目の要求を提出し、本格的な職場復帰へ動き出した。

（4）団体交渉

職場復帰の要求案の実現のために団体交渉を行った。第1回目の団体交渉においてヘルスチェック（健康診断）が指示された。第2回目の団体交渉では、主治医の診断書、組合要求、ヘルスチェック等を検討した結果、70%の労働時間、賃金という条件での職場復帰が会社側から提案された。その他の要求について、不十分な回答であったものの、職場復帰の具体的な展望がみられたことから、その条件での職場復帰を受け入れることとなった。

4 まとめ

Aさんは復職後、様々な不安を感じながらも、その後も就業を継続している。以前のような不当ないじめや嫌がらせは、復職後行われることはなかった。この背景には、労働組合が発症が会社の労務管理にあることを一貫して申し入れたことがある。最終的にAさんは労働組合とともに職場復帰に取り組んだことで職場復帰が成功したと認識している。

職場改善のための話し合いを行い、労働者の権利を主張するためには、団体交渉権を有する労働組合が大きな役割を果たすことが、改めて見直す必要がある。

精神障害者研究機構による弱者主体の共生社会を目指して

柏木 久司 入間市精神障害研究会

1.はじめに：私たちは家族に精神障害者をもつものたちで、精神障害の解明と課題を究明するために任意の研究組織を作り活動している。約2年間の活動を振り返り、精神障害者・家族からの提言をまとめるために月一回の例会を持っている。2カ年の成果について総括し到達点と今後の課題を探ることを目的とする。

2.活動の経過：以下の項目について情報収集および改善のための活動を行った。

- (1) .状況判断による治療、福祉行政を反映して疾病者及びその家族の立場から真のニーズを見出し、個々の生活要求、人生の回復、社会生活の充実への道筋を作る。
- (2) 医療関係者及び製薬業などの治療環境改善・治癒を目的に研究活動を行い共同する。
- (3) 官から民へ、国・地方行政の支援施策を入手し効果的な方策を追求する。
当事者主体に、3障害との平等対等の施策を追求する。障害年金取得による自立。
- (4) 疾病家族の在り方、悩み解決、対処方法の研究、思考基盤の作成、自主的な活動基盤を整備する。家族自身の問題解決を図る。
- (5) 関係機関との連携を図り情報交換をふかめて疾病からの影響を解消する。

3.活動の方向性

会員を募り、10名の会員による研究組織とし各自の関心により研究を分担した。情報収集、運動体としての活動、自治体や関連組織への働きかけを行った。

- (1) 医療情報、医療機関の情報、研究機関に関する情報収集。
- (2) 国及び自治体行政の精神障害者に対する支援活動の調査、働きかけ。
- (3) 精神障害者治療状況とその効果について情報収集する。疾病者主体の治療状況を観察し整理し、医療関係者との連携を強化し望ましい治療の仕方を把握する。
- (4) 疾病家族の状況を把握し、悩みの解決、経験相互交流により家族による支援の在り方、家族自身のセルフケアについて研究する。
- (5) 精神障害者を守り尊厳尊重、質の高い人生となるよう支援するビジョンを構想し、実行可能なプランを実施する。

4.2007年度はささやかな成果として、

- ①NHK受信料の減免についての精神障害者の差別をなくし精神障害者への支援を強化するために、外出時の付添者の旅費負担を軽減するよう自治体に要請する。
- ②地域の保健福祉計画策定委員としてモニターに応募し意見具申を行った。
- ③家庭環境の聞き取り・セルフケアへの移行の追求、
- ④薬剤の効果について当事者の立場で明らかにする
- ⑤作業所や保護雇用、職親制度などの精神障害者の社会参加の方法を研究する。

5.疾病当事者と共に障害者の家族として、精神障害問題を内部者の視点で明らかにしたい。

○高柳泰世^{1) 2) 3) 4)} 柴崎幸次^{3) 4)}

1)本郷眼科・神経内科、2)名古屋大学公衆衛生学教室、

3)NPO法人愛知視覚障害者援護促進協議会、4)愛知県立芸術大学デザイン科

【目的】弱視など視覚障害を持つ子供にも憲法に保障された教育を受ける権利がある。従来は視覚障害があるにも拘わらず視覚が正常な児童生徒と同じ大きさの、彼らにとっては見えない教科書が無償給与されてきた。私は愛知視覚障害者援護促進協議会を中途視覚障害者の家庭復帰、社会復帰を援護することを目的に1981年に設立し、当初は点字教材であったが、残存視覚を利用できる場合が多いことを知り1982年から拡大教材を製作し、1993年から拡大教科書をボランティアとして製作してきた。私どもは文部科学省から「拡大教科書作成指定業者」と認定され、所得税、事業税を徴収されることになった。

拡大教科書とは、様々な症状の弱視児童生徒の見え方に応じて作られた教科書である。2005年から無償給与となった折に拡大教科書も各出版社から必要に応じて、編集責任を持って教科書出版社から出版されるべきものと考え、活動してきた。

無償給与になってから、需要が大幅に伸び、ボランティアとしての対応も限界に来ている。ボランティア任せではなく、弱視児童生徒の教育を受ける権利を誰が保障するかを明確にして、弱視児童生徒の教育環境整備に協力したい。

【方法】義務教育期間における拡大教科書がすべて無償給与になった時点で、拡大教科書製作は教科書出版社による自社出版であるべきと考え、そのために、弱視児童生徒の見え方はどの様なものか。その児童生徒が求める拡大教科書とはどの様なものかなど拡大教科書に関わる情報を、教科書出版社、現場の学校教職員に提供して、それぞれの役割を認識すべく「拡大教科書研究協力者会議」を立ち上げ、名古屋市教育委員会の理解と協力の下に名古屋市に於いて4回開催した。

第1回拡大教科書に関わる情報提供の会 05,5,18：対象：名古屋市関連教科書出版社

第2回 05,11,27：対象：愛知県関連教科書出版社

第3回 07,2,17：対象：日本教科書協会関連義務教育教科書出版社

主催はNPO法人愛知視覚障害者援護促進協議会、共催名古屋市教育委員会。

第4回 08,5,12：対象：全国義務教育教科書出版社 主催：愛視援

【結果】

拡大教科書が必要な児童生徒に関わる情報を色覚に関わる問題と共に名古屋市立小・中・高等学校の教頭先生を対象に就学指導説明会の折に情報を提供できている。

本来文科省主催で開催されるべき「拡大教科書検討会議」が日本教科書協会主催で開催され、文科省はオブザーバーとして出席、柴崎・高柳は学識経験者として出席した。07,5/17,8/2,9/19の3回開催されたが、ボランティア任せの意見で自社出版の動きは見られなかった。

漸く文科省主催で08,4/25に「拡大教科書普及推進会議」が「標準規格の策定・自社出版への普及啓発」を主題で開催されたが、そこで今まで不明とされてきた製作費が明らかになった。普通学校在籍児童生徒の中の弱視児童生徒は全国で1700人と推定されるが、拡大教科書を使用しているものは約1/3でボランティア製作はその81%であった。製作費として文科省は2008年度は8600万円用意したがその殆どは14%しか作っていない民間業者にわたっていたことが判明した。

良質の見やすい拡大教科書が迅速に適正価格で責任編集されて各教科書出版社から出版されなければならないという「障害のある児童生徒のための教科書の普及の促進に関する法案」が通ることになった。

【考察】これで漸くボランティアとして、副読本、検定されない教科書を今まで通り提供することが出来る。常に弱視児童生徒に視点を置いて、どうすべきかは文科省の責任に於いてなされるべきである。

B-14 大学と社会との協働した公衆衛生大学院教育プログラム

大阪大学大学院医学系研究科 特任教授（常勤） 高鳥毛敏雄

<はじめに>

わが国においては、結核対策においては大学や結核予防会で開発された医科学技術は、保健所を通じて広げられ、病院や診療所も含めて、地域レベル、現場レベルで健康医療問題を解決するの医師、保健師、放射線技師、検査技師が配置されて取り組まれていました。現在、健康格差問題、生活習慣病、DV、過労死、介護問題など、現場に対象者、当事者の問題を直視し問題解決できるプロフェッションを配置するほかないと思われる。専門職を配置して健康問題に取り組み続けている英国社会を毎年訪問し調査をする機会があったことを報告し、また平成19年度から大阪大学において開講した文部科学省大学院教育改革支援プログラム「医科学修士の健康医療問題解決能力の涵養」の実践を通して課題と感じていることについて報告をさせていただき、皆さんからのご意見をいただきたい。

<英国の公衆衛生専門職の位置づけ>

英国は公衆衛生制度の発祥の地である。しかし、1974年のNHS改革によって地方自治体からNHS組織に公衆衛生医師が移されたことにより、公衆衛生医師の位置づけがなくなり、さらに地方自治体が食中毒事件、感染症の流行にも十分に対応できない状況となった。政府はドナルド・アチソン卿を委員長とする検討委員会を立ち上げ現状分析を行って取りまとめられたのが「Public Health in England」である。現実に新たな公衆衛生体制の確立につながったのは「Our Healthier Nation」（1999年）である。この中で公衆衛生の機能強化と、公衆衛生専門職の育成を進めることが勧告された。2002年にはNHSの保健医療サービスを実施・運営するPrimary Care Trust、2003年に設置された健康危機管理の専門組織のHealth Protection Agency 公衆衛生部門の責任者は、十分に訓練された公衆衛生専門職でなければならないとされた。

<英国の専門職の教育制度とプログラム>

現在、英国における公衆衛生専門職（家）とは英国王立内科医学会公衆衛生部が定めたFaculty of Public Healthの資格認定は得た者とされている。専門職教育のプログラムが確立されたことにより公衆衛生専門職（家）の地位は医師職以外の人にも開放されている。公衆衛生大学院修士課程はFPHのFellowになるプログラムに入るための予備校修了の位置づけになっている。臨床研修医制度のような初期研修、校旗研修を経て、2回の試験と面接試験に合格する必要がある。学生は地方自治体やNHSから派遣されていた。大学、公衆衛生現場、学会などが一体となって公衆衛生専門職の育成が行われている。

<おわりに>

大阪大学のモットーは「地域に根ざし、世界に伸びる」である。新しい大学院修士課程のめざすところもここにある。適塾の原点に返り、教員と学生、学生と学生とが密にぶつかりあい、英国社会が実現しているプラクティカルな教育プログラムとして発展させたい。今後、公衆衛生の現場から多くの社会人の入学者が現れてくることを期待している。

B-15 大阪における公衆衛生・社会医学教育の実践

—NPO HEALTH SUPPORT OSAKA の人材育成事業から—

逢坂隆子¹⁾²⁾井戸武實¹⁾山本繁¹⁾高島毛敏雄¹⁾³⁾黒川渡¹⁾⁴⁾黒田研二¹⁾⁵⁾南和子¹⁾井上静江¹⁾大宮陽子¹⁾高田佐土子¹⁾渡邊充春¹⁾⁶⁾小井司郎¹⁾藤本敬三¹⁾⁷⁾下内昭⁸⁾梅田道子⁹⁾入佐明美¹⁰⁾有村潜¹¹⁾海老一郎¹¹⁾中平文也¹²⁾平山幸雄¹²⁾宮地泰子¹³⁾

1)NPO HEALTH SUPPORT OSAKA 2) 四天王寺大学 3)大阪大学 4)黒川クリニック 5)大阪府立大学 6)松浦診療所 7)NPO 釜ヶ崎支援機構 8)大阪市保健所 9)ヒューマンライツ福祉協会 10)大阪建設労働者生活相談室 11)西成労働福祉センター 12)大阪社会医療センター付属病院 13)シニアハウス陽だまり・サポーターハウス協議会代表

はじめに 大阪をはじめとする大都市では公園・路上で暮らすホームレス者の姿を目にしない日はない。NPO HEALTH SUPPORT OSAKA (HESO) は、釜ヶ崎を中心とする日雇い労働者・ホームレス者の健康支援や研究を推進する中で築いてきたネットワークを基盤にして医師・看護師・保健師など(有資格者・学生・院生)の人材育成にとりくんでいる。ここではこれまでの実績とその効果について報告したい。

平成 15 年度～17 年度:厚生労働科研・大阪市高齢者特別就労事業従事者の生活・健康実態調査実施時・および健診結果説明と健康相談に参加したボランティア(医師・看護師・保健師・学生・院生・ホームレス支援者など)の数は、予期しないほどの数(例えば平成 16 年度には延べ 531 人)にのぼり、人件費を全く確保できないための苦肉の策として始まったものではあったが、結果的に参加者や当事者に大きな感動を与える結果となった。当事者の声「釜ヶ崎にも青空がみえたなあ」参加者の声「ホームレスもお父さんや隣のおじさんと同じだった」「また参加したい」

平成 16 年度～平成 18 年度:文部科研・ホームレス者の健康・生活実態の解明と支援方策に関する研究の一環として(釜ヶ崎外の)中の島公園・淀川河川敷・大阪駅前のホームレス者の健康・生活実態調査は医師・歯科医師・看護師・保健師・歯科衛生師・社会福祉士・精神保健福祉士・弁護士・司法書士・社会保険労務士・学生・院生・MSW・一般住民・研究者など多様な専門職による「なんでも相談会」として実施。毎年 300 人を越えるボランティアが参加。参加者にとっては、その後の日常的ホームレス者支援にも多様な専門職種間のネットワークが活用できるようになり、支援の幅をひろげることができた。

平成 18 年 11 月 NPO HEALTH SUPPORT OSAKA 設立:平成 19 年度マンパワー育成事業
・大阪大学医学部学生 4 年次公衆衛生学実習・同 3 年次公衆衛生実地研修・米国コーネル大学医学部学生医療公衆衛生研修・民医連の医療と研修を考える医学生の集い「格差社会を考える」フィールドワーク・自治医大 5 年次学生・府立呼吸器アレルギー医療センター医師・東京大学医学部 5 年次学生・東京女子医科大学 4 年次学生・マヒドン大学 3 年次学生・ハーバード大学学生・大阪大学院生・大阪市立大学医学部看護学科学生・大阪医専保健看護学生・神戸学院大学介護福祉士学生など
・釜ヶ崎に拠点を持つ専門職集団 HESO の持続的活動により学生・院生・保健医療福祉専門職に対する効果的な社会医学・公衆衛生教育の場を用意できるようになった。

自由集会

第一会場 6号館B13教室

「公衆衛生・社会医学の教育人材育成の
現状と課題」

発起人

高鳥毛敏雄（大阪大学大学院医学研究科）

逢坂隆子（四天王寺大学）

第二会場 2号館16階スカイホール左

「後期高齢者医療及び特定健診の問題」

発起人

田村昭彦（九州社会医学研究所）

社会医学研究 第49回総会講演集 2008年7月1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 名古屋市千草区不老町 名古屋大学情報連携基盤センター
宮尾研究室内 日本社会医学会事務局
TEL/FAX 052-789-4363 mamiyao@med.nagoya-u.ac.jp

編集 関谷栄子 第49回日本社会医学会総会 企画運営委員長
白梅学園短期大学 福祉援助学科関谷研究室気付
sekiya@shiraume.ac.jp 携帯電話 090-4370-8919