ISSN 0910-9919

BULLETIN OF SOCIAL MEDICINE

社会医学研究

第50回 日本社会医学会総会
講 演 集

日本社会医学会 特別号 2009

JAPANESE SOCIETY FOR SOCIAL MEDICINE

第 50 回 日本社会医学会総会

2009年　札幌市

メインテーマ

「生存権・健康権のルネッサンス」

日　時：2009 年 6 月 27 日（土）～28 日（日）
場　所：札幌医科大学　臨床講堂
〒060-8556 札幌市中央区南 1 条西 17 丁目
TEL:011-611-2111　http://web.sapmed.ac.jp

国の経済の動向が社会保障を左右する社会基盤の考え方は国民の心身を疲弊させています。国民皆保険・国民皆年金の崩壊、ヘルスプロモーションの健康づくりからメタボリック症候群に矮小化した健康政策は、国民が希求する健康を否定する方向に速度を速めています。
国民の生存権と健康権を国策の根幹に据える国づくりを考えたいと思います。

第 50 回 日本社会医学会総会
企画運営委員会（代表　波川京子）
札幌医科大学保健医療学部看護学科
〒060-8556 札幌市中央区南 1 条西 17 丁目
FAX : 011-612-5525　E-mail : namikawa@sapmed.ac.jp

2009 年度日本社会医学会評議員会
6 月 27 日（土）11：00－12：00　B 会場（共用実習室）

2009 年度日本社会医学会総会
6 月 28 日（日）12：10－13：00　A 会場（臨床講堂）

参加要領

◆受付場所
6月27日（土）9：30－17：30　臨床講堂前
6月28日（日）8：30－15：00　臨床講堂前

◆受付方法
「受付」備え付けの参加票に所定の事項を記入し、参加費と共に「受付係」に提出してください。参加費領収書と『参加証』となるネームプレートをお受け取りください。

◆参加費

会員	3000円	非会員	4000円
院生・学生会員	1000円	非会員	2000円
懇親会費	3000円		
抄録集追加購入	1000円（会員には事前配布されるのでご持参下さい）		

◆ 年会費の納入と入会の手続き
総会期間中、会場内に設置されます「日本社会医学会本部事務局」で受け付けます。

◆車での来場、駐車場
会場には駐車場は用意できません。公共交通機関をご利用ください。

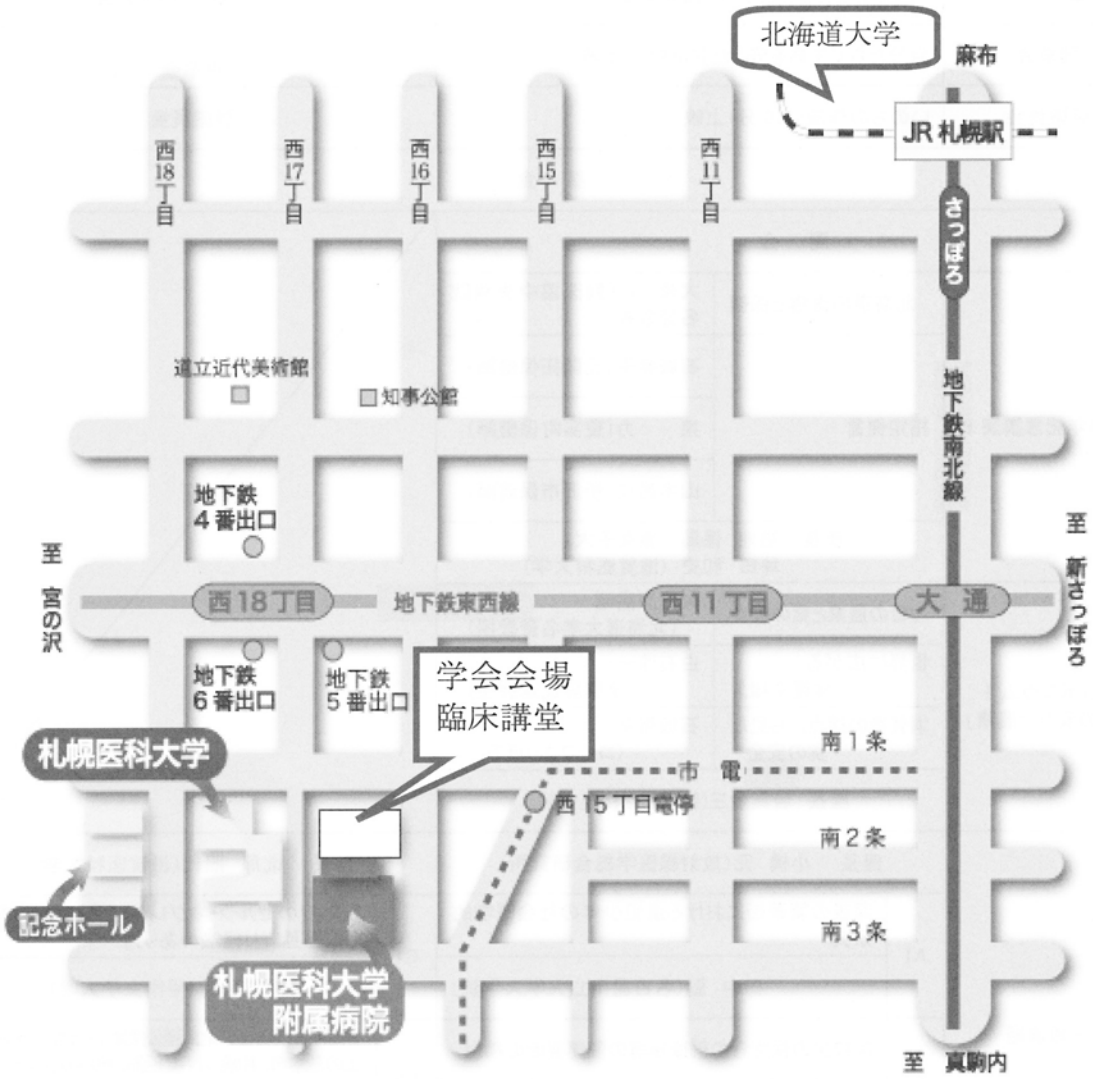
◆発表される方へ
一般口演は、一演題につき発表時間12分、討論時間8分を予定しています。発表時間の厳守をお願いいたします。その時間内の進行は座長の指示によります。一題前の発表時間中に会場に設けた「次演者席」に待機していただきます。前の発表が終了したらすみやかに次の発表をはじめますので、ご注意ください。
パワーポイントなどのためのプロジェクター使用される場合は、USBメモリーにて当日発表される群の開始30分までに、必ず受付にお届けください。なお、プレゼンテーションソフトはpower point 2007 for Windowsです。Macintoshで作成した場合は、Windowsにて動作確認してからご持参ください。
配布資料のある方は100部用意のうえ、ご自分で配布願います。

◆座長、シンポジスト、演者の方へ
座長は、定刻に座長席にご着席ください。運営は時間を厳守して、定刻に終了してください。一般演題は一演題20分を当てておりますので円滑な運営をお願いいたします。
シンポジウムや教育講演などは、それぞれ、指定された時間での講演をお願いいたします。

◆自由集会
6月27日（土）17：40－18：50に開催します。多くの方の参加をお待ちしています。

◆ その他
6月28日（日）のお弁当（お茶付きで800~1000円の予定）を申し込まれた方には、受付の際に引換券をお渡しします。昼休みに受付で引き換えてください。
なお、A会場（臨床講堂）内は飲食禁止となっておりますので、ご協力ください。

会場のご案内



札幌医科大学への交通機関

千歳空港から

① JR で札幌駅へ

② JR で新札幌駅へ、地下鉄東西線「宮の沢」行に乗換え「西 18 丁目」駅で下車、5 番・6 番出口から徒歩 3 分

③ 大谷地（おおやち）行きリムジンバスで、大谷地から地下鉄東西線「宮の沢」行に乗換え「西 18 丁目」駅で下車、5 番・6 番出口から徒歩 3 分

札幌駅から

① タクシー ＪＲ札幌駅から乗車約 10 分

② 地下鉄南北線「さっぽろ」駅（ＪＲ札幌駅直結）から「真駒内」行に乗車、「大通」駅で東西線「宮の沢」行に乗換え「西 18 丁目」駅で下車、5 番・6 番出口から徒歩 3 分

第 50 回 日本社会医学会総会（札幌）プログラム

6 月 27 日（土）

<table>
<tr><td colspan="2">6 月 27 日(土)</td><td colspan="2">A 会場(臨床講堂)</td><td colspan="2">B 会場(共用実習室)</td></tr>
<tr><td>10:00～11:00</td><td>理事会</td><td colspan="2">自分たちで生命を守った村(34 分)上映</td><td colspan="2">理事会</td></tr>
<tr><td>11:00～12:00</td><td>評議員会</td><td colspan="2">いのちの作法(110 分)上映</td><td colspan="2">評議員会</td></tr>
<tr><td>12:00～13:00</td><td colspan="5">昼　食</td></tr>
<tr><td>13:00～13:10</td><td colspan="3">開　会</td><td colspan="2" rowspan="5"></td></tr>
<tr><td>13:10～14:10</td><td rowspan="4">50 周年記念講演 I</td><td>北海道の医療と保健</td><td>大橋　晃(勤医協中央病院
名誉院長)</td></tr>
<tr><td rowspan="4">14:10～15:00</td><td rowspan="3">指定発言</td><td>石城赫子(元開拓保健師)</td></tr>
<tr><td>泉　　力(豊富町保健師)</td></tr>
<tr><td>山本昌江(所沢市保健師)</td></tr>
<tr><td colspan="2">座長　福地　保馬（藤女子大）
埒田　和史（滋賀医科大学）</td></tr>
<tr><td>15:10～16:20</td><td rowspan="4">シンポジウム I
「食の安全と農業」</td><td>今日の農業と食の安全</td><td>大田原高昭
（北海道大学名誉教授）</td><td colspan="2" rowspan="4"></td></tr>
<tr><td>世界に広がる
『食糧主権』</td><td>白石淳一
（全国農民連会長）</td></tr>
<tr><td>消費者の視点から見た
食の安全</td><td>石坂裕幸
（コープさっぽろ）</td></tr>
<tr><td colspan="2">座長　若葉金三(勤医協　札幌病院)</td></tr>
<tr><td rowspan="7">16:30～17:30</td><td rowspan="7">一般演題</td><td colspan="2">座長　小橋　元(放射線医学総合研究所)</td><td colspan="2">座長　北原　照代(滋賀医科大学)</td></tr>
<tr><td rowspan="2">A1</td><td>深夜の繁華街における虞犯少年の社会医学的研究</td><td rowspan="2">B1</td><td>高齢者のセルフ・ネグレクト(自己放任)を防ぐ地域見守り組織のあり方</td></tr>
<tr><td>田中　勤(名古屋市立大学大学院)</td><td>大井　美紀(甲南女子大学)</td></tr>
<tr><td rowspan="2">A2</td><td>高校生の保護者の健康指標の関連要因の検討</td><td rowspan="2">B2</td><td>保健所統廃合後の北海道公衆衛生行政(地域保健法上の政令市、札幌、小樽、函館、旭川の各市を除く)</td></tr>
<tr><td>佐藤　みほ(東京大学大学院)</td><td>猪股　寛(北海道地域自治体研究所)</td></tr>
<tr><td rowspan="2">A3</td><td>地方都市中学生を対象とした性に関する実態調査ー男女比較を中心にー</td><td rowspan="2">B3</td><td>地域看護における健康概念について</td></tr>
<tr><td>布施　千恵(北海道大学大学院)</td><td>西島　治子(四天王寺大学大学院)</td></tr>
<tr><td rowspan="7">17:40～18:50</td><td rowspan="7">一般演題
(17:40～18:40)</td><td colspan="2">座長　戸ヶ里　泰典(山口大学大学院)</td><td colspan="2" rowspan="7">自由集会</td></tr>
<tr><td rowspan="2">A4</td><td>HIV/AIDS 患者の就労の社会基盤整備と当事者の社会アクションに対する人・職域・社会の反応動向</td></tr>
<tr><td>久地井　寿哉(東京大学大学院)</td></tr>
<tr><td rowspan="2">A5</td><td>高度経済成長時代の高速鉄道、幹線道等の建設事労働者の振動工具使用作業と障害発症の経過の考察から</td></tr>
<tr><td>山田　信也(名古屋大学)</td></tr>
<tr><td rowspan="2">A6</td><td>精神障害者の社会復帰への実現化における中国の地域福祉サービス</td></tr>
<tr><td>高　　飛(中国瀋陽師範大学)</td></tr>
<tr><td>19:00～20:30</td><td colspan="5">懇親会　（地下 1 階：e-dining）</td></tr>
</table>

6月27日(土)		C会場(臨床第1講義室)		D会場(臨床講義室A)	
16:30～17:30	一般演題	座長　田村　昭彦(九州社会医学研究所)		座長　逢坂　隆子(四天王大学)	
		C1	PSWの心理的・身体的ストレスとその関連要因についての考察 岡田　栄作(北海道大学大学院)	D1	社会正義の実践とその教育-生活困難者の支援から- 志賀　文哉(富山大学)
		C2	PSWの満足度に関する関連要因 花澤　佳代(北海道医療大学)	D2	健康障害や社会構造により排除される野宿者-胆道閉塞症の一事例より- 福元　進太郎(名古屋市立大学大学院)
		C3	医療介護事業所におけるうつ関連要因の職種による違い 服部　真(石川勤医協城北病院 健康支援センター金沢)	D3	障害者雇用と労働安全衛生管理 中村　賢治(大阪社会医学研究所)
17:40～18:50	自由集会			自由集会	

6月28日（日）

6月28日(日)		A会場(臨床講堂)		B会場(共用実習室)	
9:00-10:00	一般演題	座長　佐藤　修二(勤医協　札幌病院)		座長　羽原　美奈子(北海道文教大学)	
		A7	肺癌患者における胸膜プラーク合併頻度に関する検討「全日本民医連アスベスト多施設調査の中間報告」 田村　昭彦(九州社会医学研究所)	B4	MSWの勤務継続意志とその関連要因 木川　幸一(独立行政法人国立病院機構北海道がんセンター)
		A8	じん肺(間質性肺炎)と労災申請 北島　史子(九州社会医学研究所)	B5	医療ソーシャルワーカーにおける心理的ストレスとその関連要因について 桝野　裕也(医療法人母恋天使病院)
		A9	「疑わしきは措置をとる」原則の制度化と徹底を―「薬害の歴史」からみた薬害防止策の基本― 片平　洌彦(東洋大学)	B6	精神科訪問看護に携わる看護職のストレスに関する調査報告 河野　益美(畿央大学)
10:00～11:00	50周年記念講演Ⅱ	広がる社会経済格差と人々の生活・健康・安全―特に労働者の現状を中心に 岸　玲子(北海道大学大学院)			
		座長　波川　京子(札幌医科大学)			
11:10～12:10	特別講演	命の輝きをつたえる～旭山動物園の試み～ 菅野　浩(元旭山動物園園長)			
		座長　千田　忠男(同志社大学)			
12:10～13:00	総　会				
13:10～14:40	シンポジウムⅡ「現在の貧困」	現在の貧困 青木　紀(北海道大学大学院)			
		ワーキングプアをなくすには 川村　雅則(北海学園大学)			
		ホームレスの自立支援 逢坂　隆子(四天王寺大学大学院)			
		座長　木下　武徳(北星学園大学)			
14:50～15:50	一般演題	座長　上畑　鉄之丞(過労死自死相談センター)		座長　志渡　晃一(北海道医療大学)	
		A10	若年無職者のストレス対処能力とメンタルヘルス～有職者との比較から 戸ヶ里　泰典(山口大学大学院)	B7	地方都市高校生の性に対する態度および行動に関する調査―性感染症知識との関連― 保田　玲子(札幌市立大学)
		A11	近年のワークライフバランス論に期待される社会医学・健康社会学的な視点と研究 山崎　喜比古(東京大学大学院)	B8	地方都市高校生の性に対する態度および行動に関する調査―保護者との関連― 後藤　ゆり(札幌国際大学)
		A12	都市部高齢者における要介護度の三年後経年変化と生存予測妥当性 阿部　智恵子(首都大学東京)	B9	地方都市高校生の性に対する態度および行動に関する調査―ライフスキルとの関連― 吉村　有未(北海道大学大学院)
16:00～16:15	奨励賞表彰式・閉会				

6月28日(日)		C会場(臨床第1講義室)		D会場(臨床講義室A)	
9:00-10:00	一般演題	座長　佐久間えりか(北海道医療大学)		座長　服部　真(石川勤医協城北病院 健康支援センター金沢)	
		C4	特別支援学校での「二次障害」に関する取り組みの現状	D4	釜ケ崎結核患者の生活実態と生活・健康支援 ー訪問型DOTSをとおしてー
			辻村　裕次(滋賀医科大学)		大宮　陽子(元四天王寺大学大学院)
		C5	在宅障害児の主な介護者の健康と生活 ー1994年調査と比較してー	D5	「派遣村」からの結核患者
			垰田　和史(滋賀医科大学)		代田　和博(東京勤労者医療会 代々木病院)
		C6	ひきこもり」支援の現場から一心理的環境調整と演出—	D6	仕事と病気の関連について一看護学生への意識調査ー
			檜垣　昌也(聖徳大学短期大学部)		青木　珠代(九州社会医学研究所)
14:50～15:50	一般演題	座長　宮尾　克(名古屋大学)			
		C7	児童・生徒の生活習慣と親の健康意識との関連		
			中山　直子(首都大学東京大学院)		
		C8	北海道の議会議員を対象とした青少年の健康教育に関する調査ー包括的健康教育についてー		
			吉田　恵(北海道大学大学院　)		
		C9	北海道の議会議員を対象とした青少年の健康教育に関する調査ー性教育についてー		
			奥村　昌子(北海道大学大学院)		

「北海道の医療と保健」

大橋　晃（勤医協中央病院名誉院長）

座長　福地保馬（藤女子大学）
　　埒田和史（滋賀医科大学）

指定発言　石城赫子（元開拓保健師）
　　泉　　力（豊富町保健師）
　　山本昌江（所沢市保健師）

「医療崩壊」と医療費抑制策にどう立ち向かう－北海道の医療と保健－

勤医協中央病院名誉院長　　大橋　晃

北海道は国土の２２％を占める広域の地に、札幌一極集中と広大な過疎地域を抱え、日本の食糧基地や雄大な自然の一方で、多くの経済的困難を抱えている。

我が国を覆う「医療崩壊」の危機がとりわけ急速に現れている地域でもあり、他方、全国１，２を争う「高医療費」地域として、国から「医療費抑制策」の実験場の役割を担わされてきた。

全国的な視点も含め、北海道の医療と保健の実情と問題点を明らかにし、その打開の道を探る。

１．「医療崩壊」－とりわけ急速に進行する北海道

１）医師不足

①「全国平均より上」と言うが、面積当たりでは全国４７位、病床当たりでは４５位

②「地域偏在」－少ない所はますます少なく

③もともと医師養成数の少ない北海道（九州、四国との比較で）

④とりわけ深刻な産科、小児科

⑤臨床研修制度が医師不足を「顕在化」

２）療養病床廃止－膨大な「医療難民」「介護難民」の恐れ

①９５％が在宅療養は「不可能」

②必要とされる「受け皿」は－特養ホーム待機者は約２３，０００人

③医療型はほぼ現数で、しかし転換先「未定」が依然１１％

３）地域から病院がなくなる－自治体病院再編

①全国の中でもとりわけ困難を抱える北海道の自治体病院

・自治体病院のウエイトが高い

・小規模自治体病院が多い

・医師の医療法標準を満たさない病院が約３分の２

・地方交付税の削減

②自治体財政健全化法が追い打ち

・不良債務を有する市町村立病院が２４病院。２９４億円

・連結決算で「第２の夕張になるな」

③病床利用率などで縮小・診療所化に追い込む総務省の「公立病院改革ガイドライン」

④道の「広域化・連携構想 」－３８病院の診療所化

⑤道立病院事業改革プラン－指定管理者制度の導入

２．医療費抑制策の実験場としての北海道

１）国保をめぐる「北海道いじめ」

①国保１人当たり医療費　全国１

②北海道の国保をターゲットにした数々のペナルテイー

国保安定化計画、基準超過費用負担金、調整対象外医療費など

③全国に先駆けて「国保安定化支援計画」

２）１人当たり老人医療費日本１－何故か？

①入院受療率が高く、入院期間が長い

②何故北海道の老人の入院が多く、長いのか

・高齢化のスピードが全国よりも早い

・核家族化、老人のみ世帯が多く、家庭の介護力が少ない

・積雪・寒冷、広域性

・炭鉱閉山など地域の崩壊、札幌一極集中

・病院・病床数が多く、身近な診療所が少ない

・在宅死が少ない

・歴史的、文化的な要因

③根本的な解決を先延ばしして、「老人追い出し」を追求してきた国と道

④その結果、老人医療費は抑制されてきたが、老人は

３．「医療・福祉アイランド－北海道」を目指して

１）自治体病院の切り捨てに抗して－キーワードは“連携”

①住民・医師・自治体一体で国・道に対峙

②住民自身が学び、発言すること－「お任せ」は最もだめ、「文句言うだけ」でもダメ

③様々なレベルの“連携”を

・砂川市立病院の例

・奈井江町の例

2）医療・介護の連続性と充実を－医療難民・介護難民を出さないために

・本別町の例

3）予防・健康作り、健診活動の充実を

・瀬棚町の例

4）「医療・福祉アイランド－北海道

２１世紀の北海道　４つの目標

１．農業など１次産業を守り発展させる－「日本の食糧基地」
　　素材提供型から付加価値形成型へ

２．豊かな自然を生かした滞在型観光

３．地域・生活密着型の公共事業への転換
　　「ハコもの」から「メンテナンス」型へ

４．「医療・福祉アイランド－北海道」

★「医療・福祉アイランド－北海道」の条件

・デンマークとの類似性

・豊かな自然と結びついた「癒しの場」

・真の意味での「地方分権」の先進地として

開 拓 保 健 婦 の こ と

— 何を学んで来たか —

石 城 赫 子（元早来町保健婦）

1　開拓保健婦とは —— 設置から廃止までの歴史 ——

・北海道の特殊性 —— 戦前の開拓者、戦後の開拓者

明治19年、開拓使庁を札幌に設置

大正6年、拓殖医・拓殖産婆制度

昭和20年8月、第二次世界大戦で敗戦

昭和21年3月、北海道開拓集団入殖施設計画(第二期拓殖計画一緊急開拓事業)

昭和22年、入殖者文化厚生施設補助要項 —— 開拓保健婦の股置(昭和23年～)

昭和28年、北海道開拓保健婦会結成 —— 身分の安定を計る運動

昭和44年、昭和45年度内に開拓保健婦の身分を保健所保健婦に統一する方針

2　開拓保健婦の身分、活動内容

・戦前の拓殖産婆 —— 拓殖医と同一箇所に配置の方針

・戦後の開拓保健婦 —— 敗戦による社会経済の混乱、国土・人心の荒廃、伝染病の多発蔓延、食料不足による栄養障害や餓死者対策(GHQによる厚生行政機構の再編指令)

・発足当初の事情から、都道府県職員との間に身分保障、定数化などに格差

(昭和30年、14／98，32年27／98，33年33／98，37年全員定数化)

・昭和37年、国民皆保険・皆年金制度 —— 開拓保健婦会の運動によって身分保障がようやく間に合った。

3　開拓保健婦の仕事 —— 何を学んだか

・母の仕事を見て育った。夜昼を問わぬ分娩介助、自宅での妊婦検診、動物の廃棄部分(内臓など)の調理方法指導、救急医療一搬送の手配、漢方薬の作り方指導など。

・「赤本」(初版大正4年 —— 昭和4年の第141版を参考書にしていた)

・昭和37年からたった2年間の「開拓保健婦」を体験。

・退職後(平成11年より)、元開拓保健婦の会「わらび会」の事務局を手伝っている。

・「住民に寄り添う仕事とは何か」、が生涯の課題だった。

最北のまち豊富町の保健師活動　～地域保健活動の現状と課題～

泉　　力
豊富町役場保健福祉課　主任保健師

≪豊富町の概要≫

豊富町は北海道の北部に位置し、北は稚内市、南は幌延町、東は猿払村、西は日本海に面した人口約4,500人の町です。

年間出生数は30～40名、65歳以上の人口は約1,200名で高齢化率は約27%と住民の4人に1人は65歳以上という状況です。

産業は酪農と観光です。酪農は牛乳の生産がメインで「豊富牛乳」というブランドで販売されております。また、観光は皮膚の病気に効果が高いと言われる「豊富温泉」があり、町外、北海道内外から多くの方が湯治を目的にいらしています。

≪豊富町の保健活動体制≫

専門職の配置は、保健部門に保健師4名、助産師1名、栄養士1名。介護部門に保健師1名の配置となっています。

保健部門保健師は、業務分担制と地区分担制の両方をとっています。

≪各分野別の活動状況≫

大きく分けますと、母子保健分野と成人・高齢者保健分野に分かれます。

当町では従来から母子保健分野への支援に力を入れてきました。妊娠届出時の面接支援から子どもが保育園に入園する4～5歳までに頻回な関わりで母子そしてその家族を支援しています。

平成21年度からは助産師が雇用され、今後は助産師が主軸となり母子保健活動を担い、徐々に保健師が成人・高齢者保健活動に業務をシフトできるよう体制を整えることが必要と考えています。

一方、成人・高齢者保健分野においては、平成18年の地域包括支援センター設置や同時期の保健部門保健師の産休・育休により、それまでの成人・高齢者保健分野の活動が弱くなりました。現在は、昨年度から導入された「特定健診・特定保健指導」がメインの業務となっています。

≪豊富町の保健活動の課題≫

国は「特定健診・特定保健指導」を導入し、国保をもつ市町村保健師の活動は「特定健診・特定保健指導」にメイン化する傾向が強まっています。しかし地域で活動する保健師として「本当に国保加入者だけの対策でよいのか？」「それだけでこの町の住民の健康支援をしていると言えるのか？」と感じていました。

そこで、予防活動の原点であります、「地域の課題の明確化とその対策」についての検討が急務とし、保健部門スタッフを中心に特定健診・特定保健指導も含めた「豊富町民への健康支援」について現在、検討を始めたところです。

豊富町は近隣市町村と比べ、住民自身の健康づくりの基盤が弱く、地域ぐるみでの健康づくりというものが欠けていると感じています。

また、医療との連携も不十分です。保健活動は医療と切り離せません。医療と保健が十分にそれぞれの機能を住民に発揮できる仕組みづくりも同時に進めていく必要を感じています。

今後は、保健、医療などの関係職種が連携をとりながら、行政主体の健康支援だけではない、住民自身が自己の健康や地域の健康状況をみつめて行動できるような支援を住民と共に展開していきたいと考えています。

「健康ところ２１」と地域づくり

所沢市保健センター保健師　山本昌江

１、保健計画づくりで培った住民と職員の「意欲」と「関係」

（１）計画づくりのはじめの一歩は、「迷ったら住民に聴く」ことから

・・・住民懇談会 13 ヶ所・600 人からの生の声

（２）住民の生の声を基に、計画づくりの全体像をつくる

・・・企画・準備会

（３）２年間の策定分科会は、学習活動を中心に

・・・6 分科会で合計 112 名のメンバーと 152 回会の分科会活動

策定分科会で一番時間をかけてきたのが、学習活動である。各々の立場や現場がつかんでいる状況をみんなで聴き合ったり、行政がもっている統計資料をみんなで読み合ったり、大学の研究者からは全国的な動向や先駆的な事例について学んだ。意見をまとめながら、仮説を立て、調査票を作成した。

調査票の分析においても、研究者によるものと併せて、メンバー自身も自由記載を中心に一枚一枚読みながら、分類し話し合った。このような共同作業は、現実的な議論をつくる下地となった。さらにこの過程は、ひとり一人の意欲を高め、自主的な活動へと広がりをみせていった。

２、「意欲」と「関係」が推進のエネルギーに・・・実態を知ったらじっとしていられない！

★ 分科会の策定メンバーは地域の健康づくりの推進役に

→職員が地域で学習を組織する

保育園・幼稚園・学校・公民館・児童館・自治会・健康づくりサークル…

→「情報の届きにくい人には直接届けよう」と市民からの提案

働き盛りの人たちへ、早朝の駅前で健康情報を市民ボランティアと一緒に配布

→当事者や市民とともに作る学習媒体づくり

パネルシアター・紙芝居・定年ジャンプ・精神保健ガイド

→地域の健康づくりのきっかけに

【住民がつくる小地域のウォーキングマップ（わくわくお散歩マップ）】

・身近な生活圏内のウォーキングマップを住民が中心となり作成することで、地域課題を発見し、歩きやすい安全なまち・歩いて楽しいまち、環境にやさしい健康なまちづくりをすすめる。また、マップを活用したイベントや自主活動を行なうことで、地域住民の「歩く」機会を応援する。

健康日本２１所沢市計画　策定フローチャート

スローガン「健康づくりはあなたが主役、みんなでつくる健康のまち所沢」

H18. 3月
最終報告

市民公表

政策会議

所沢市健康づくり市民会議

決定部門

分科会代表者会議

キーワード「快適な"めざめ"は健康のバロメーター」

策定分科会

目的

各ライフステージの①健康課題を明らかにし、みんなで取り組む健康づくり計画をつくる
②健康づくりの支援ネットワークを構築する

6つの分科会とメンバー

乳幼児期	児童・生徒期	青年期	壮年期	中・高年期	みんなだれでも
0～6歳	7～18 歳	19～29 歳	30～54 歳	中年:55～64 歳 高年:65 歳～	健康づくりに取り組みにくい状況にある人
市民会議委員 子育てサークル 文化サークル 母子愛育会 民生委員 （主任児童委員） 社会福祉協議会 公民館・児童館 保育園・幼稚園 教育センター 子ども支援課 母子保健課	市民会議委員 小・中・高校生の親 文化サークル 学童クラブ 民生委員 （児童部会） 教育センター 学校教育課 保健給食課 子ども支援課 母子保健課	市民会議委員 大学保健職員 地元大学生 保健給食課 成人保健課	市民会議委員 国保運営委員 保健所 国保年金課 成人保健課	市民会議委員 健康づくりサークル 地域活動実践者 長生クラブ 民生委員 （高齢者部会） 社会福祉協議会 生涯学習センター 成人保健課	市民会議委員 家族の会 親の会 介護者 民生委員 （障害部会） 福祉総務課 成人保健課
早稲田大学　人間科学部					

策定部門

H16. 4月～

企画・準備会議

準備部門

事務局
保健センター

早稲田大学

保健所

所沢市健康づくり市民会議
市民委員

保健給食課

政策企画課

生涯学習センター

財政課

福祉総務課

国民健康保険課

H15. 9月～
H16. 3月

「広がる社会経済格差と人々の生活・健康・安全—特に労働者の現状を中心に」

岸　玲子（北海道大学大学院医学研究科）

座長　　波川京子（札幌医科大学）

広がる社会経済格差と人々の生活・健康・安全
――特に労働者の現状を中心に

北海道大学医学研究科予防医学講座公衆衛生学分野
岸　玲子

I　問題の背景

世界的な経済危機の深刻化で雇用労働環境をめぐる状況は極めて厳しい。非正規労働者の大量の首切り・失職があいついでいるが業績悪化から正社員の雇用継続にも先々の不安材料が多い。過去10年以上、自殺者が年間3万人を越え、最近は35歳にピークがある。不況や雇用環境悪化、過重労働などとの関係が示唆される。労働者の健康安全面の課題を年次別労働災害申請およびその認定数からみると、過去10年、鬱や自殺を含むメンタルヘルス悪化があり、また長時間労働によるいわゆる過労死を含む「心臓および脳の循環器系疾患」も依然、高いレベルで続いている。

OECD統計によると2006年、日本の貧困率はアメリカについで先進国中第2位である。現役世代（15-65歳まで）でみても、貧困率は世界第2位にのぼることから、貧困率上昇の背景に雇用問題がある。実際、国税庁民間給与実態統計で年間200万円以下の収入しかない労働者が1000万人を超え、総務省労働力調査で非正規雇用労働者は1732万人、非正規雇用は女性では5割、男性は2割をこえ、あわせて3割にのぼり、彼らの多くは従来の労働安全衛生のしくみでは十分カバーしきれていない。長年、労働安全衛生法における労働者50人未満の事業所と50人以上の事業所間格差も放置され、女性労働者と男性労働者間の賃金格差も極めて大きい。省庁縦割の弊害で、「健康日本21」重点項目や（メタボリックシンドローム）特定健診」に職場環境改善が位置づけられて入っていないなど、わが国では国民の健康づくり施策と職場環境改善が乖離している。このように長年の積弊と最近の矛盾と2重の桎梏が指摘される。

労働環境の課題は職業性疾患予防や職場の安全などカバーすべき領域が広いうえ、その影響は労働者個人にとどまらず、家族や地域社会など国民全体に及ぶ。特にこの数年は“ワーキングプア”の存在とその子どもたちの貧困問題も露呈され、労働者の健康や安全は、わが国の産業全体の発展にも直結している点から、労働環境は、単に一時的な経済問題の影響としてとらえるのみならず、働き方や雇用労災保険など労働問題と医療保険制度など社会保障全体を含め、日本の新しい方向を考える重要な課題といえる。

II　社会経済格差の現状

新自由主義経済政策に基づく財政改革の結果、富める者は一層豊かになるチャンスに恵まれるが、貧しい者や“敗者”は容易に這い上がれず、最も弱い者が社会的に排除(exclusion)され、孤立する状況が生まれた。ホームレスはその一端である。「経済格差」拡大のありなしをめぐって、わが国では大論争が行われた。「生活保護受給世帯比率がこの10年間で1．7倍に増えたことや、貧困率（中央値の半分しか収入のない世帯家計の割合）の上昇から見て格差が拡大しつつある」という橘木俊詔氏と、「日本における不平等の拡大は高齢化が原因で、近年の所得格差“拡大傾向”は統計上の見かけ的なものだ。もともと貧富の格差が大きい高齢者数が高齢化によって増加しているので、アメリカに比べると日本の格差は依然小さい」という大竹文雄氏らの立場であった。確かに90年代から、少子高齢化のため全人口比率の中で単身・二人家族世帯が増加した。その結果、資産もなく月額10万に満たないわずかな年金で細々と暮らしてきた貧しい高齢者群と、退職金や比較的高い年金に恵まれた高齢者層との間の格差が明るみに出た。しかし最近の格差拡大は日本の労働者をめぐる雇用環境の悪化が見逃せない。

アメリカ・イギリスでは1980年代レーガン、サッチャー政権時代から格差が大きく広がった。一方、新自由主義経済化には一定の距離を置いたフランス・ドイツでは、この20年、格差が拡大する傾向は遅かった。北欧5カ国、例えばデンマークのように2001年に社会民主主義政権から保守自由主義政権へと変わった国でも未だ世界で最も格差が小さい。このように、各国が取る政策の違いによっては20-30年後、人々の生活や健康状態がさらに大きく変わる可能性がある。

Ⅲ　社会経済格差に基づく健康への影響

戦後60年、我が国では、公衆衛生は大きな成功を成し遂げた。平均寿命延長の理由の一つは戦後、国民全体が豊かになったことである。一方、医療も医科学も世界最高のレベルのアメリカであっても、乳児死亡率や平均寿命は、世界で30位前後、公衆衛生的な諸水準は中進国並みである。日本でも「格差」問題を軽んじるとアメリカの二の舞になりかねない。しかし社会階層別統計が存在するイギリスや、90年代に入ってから社会疫学が急速に発展したアメリカに比べると、日本では社会経済要因を主とした疫学研究は少なかった。理由は戦後、経済成長とともに所得格差は大幅に小さくなり、地域間所得格差も減少し、"一億総中流"といわれる意識があったためである。

（1）社会経済要因のうち、何がどのくらい死亡や疾病リスクに関係しているか

「所得の絶対的なレベル」よりも、「相対的な不平等（distribution）、相対的な格差こそが健康を損なう」というRodgersの報告(1979)、経済史学者で疫学者Richard Wilkinsonの仮説(1996)が、アメリカを中心に数多くの研究で検証がなされ支持する結果が得られてきた（Kawachi & Kennedy、2002ほか）。しかしアメリカ以外の国では、収入の相対的な分布（格差）が健康アウトカムに影響をあたえるかどうかについては系統的な研究はほとんど行われていない（アメリカに比べ格差そのものが小さく、十分なデータセットが少なかったためである）

日本では、教育年数に基づき社会経済要因と健康アウトカムの関係を検討したものや、厚生労働省が調査データを収入を含めて再分析し直したものが散見される。企業労働者で職業上の地位（職種）と健康の関係を調べた報告などが少なからずある。

主要な結果を要約すると、

1）がんに関する大規模研究（文部省コホート）で、全死亡、外因死は男女ともに教育年数と有意に関連していた。虚血性心疾患は男性において教育年数はリスクを減少させた。(Hujino Y et alら, 2005)

2）1989年と1998年にかけて10年の変化を厚生労働省データを用いて比較したものでは、女性の健康関連QOLは男性より低く高齢者でその傾向はより顕著。寿命が延びているにも拘わらず、健康関連QOLは低下している。長寿は必ずしも健康関連QOLの改善とは一致していない。経済格差のジニ係数は0.3に近いが日本における健康格差のジニ係数は0.1で健康格差は収入格差に比較するとより小さかった。(Asada Y & Ohtsuka Y、2004)。

3）1995年の厚生労働省国民生活基礎調査データを用いて都道府県別の収入や個人別の社会経済諸変数が健康度の自己評価に強く関係した。世帯別年収300万円以下の収入で低い人では、調整後も健康度自己評価が低かった。(Shibuya K et al 2004)。

4）1973年から98年にかけて市町村単位の統計解析から、地域間格差の縮小が25年間の寿命の増加に貢献していることがわかった。格差に基づく「過剰死亡」と関係しているのは、人口、人口密度、過密居住地区の割合，都市化率、平均収入が高いことで、いずれも過剰死亡率を高めた。逆に農業人口比率は格差に基づく過剰死亡を低める方向で有意であった（Fukuda Y et al 2004)。貧富の所得差が拡大している都市部における健康政策の重要性が指摘される。社会経済要因（収入、教育、失業、居住空間）全てが高い死

亡率と関係していたが、近年になるほど「失業と居住空間が過密」の影響が、「収入と教育」より、早期死亡との関連が強く現れた。市町村死因別に見ると、社会経済要因がより低い地域で事故死と自殺が男女ともに増加した。(Fukuda Y et al 2005)。

5）職域コ-ホートによる調査解析

教育年数と職種は、健康行動や疾病リスク要因、健康自己評価、心理的な指標に対してそれぞれ異なる影響を示す。職種の比較では、我が国と欧米では職場実態が異なるためか、欧州の社会階層に見られる優位性・差が逆転する(Mattikainen P, et al 2001)。この背景として、男性労働者では年齢や教育、労働時間で調整して、むしろ中間階級職種である事務職で週当たりの余暇運動活動性が最も高く、熟練工に比べても、あるいは管理職や専門職に比べても有意に高く、日本の心血管系疾病の死亡率が管理職で高いように、管理職がより長時間働き、職場に過大にのめり込みがちであることが関係していると指摘される。なお女性ではこのような差は認められなかった。日本の職場での性別役割の差が大きいことも原因かも知れない (Takao S et al 2003)。職域研究の限界として調査は大企業の正規雇用労働者に関するデータが主であって、中小零細企業で働く人々のデータが少なく、請負、パートタイマーなど労働条件や福利厚生面で恵まれない労働者についての調査がほとんど行われていない。正規労働者のみを対象にした研究では格差と健康影響を調べるには不十分で、今後は非正規雇用労働者を対象にした系統的な調査研究が必要である。

（2）健康格差の国際比較

イギリスと日本で世帯収入およびその格差と年齢層別の死亡率を地理的な関係を比較した。1989—91年にかけて、世帯収入と死亡の関係はイギリスのほうがよりクリアであった。勤労世代・男では日本はイギリスと同じ傾向で収入が高いほど死亡率が低かったが、日本では地理的に収入の絶対レベルが高い地域でむしろ高齢者の死亡率が高く、その点がイギリスと異なっていた。イギリスは収入の格差が小さいほど死亡率が低く、年齢別や性別にみても同じであった。一方、日本では経済格差が死亡率の差に結びつかなかった。アメリカとカナダの比較（Ross）では、両国は文化的背景が似て経済的にも深い関係を持つにも拘わらず、収入格差と死亡率の関係はアメリカでのみ観察されカナダではなかったのと似た結果であった。(Nakaya T & Dorling D, 2005)

（3）社会的サポート・ネットワーク要因の緩衝効果

社会的サポート・ネットワークの多寡は各国で中高年の早世の重要な予知因子で、社会経済要因に対して緩衝要因になる。2000年から日本の地方都市に居住する中高年9650人を対象に健康度自己評価に影響する社会経済要因、社会的孤立とサポート、ライフスタイルの関係を調べたところ世帯収入、活動性、睡眠、喫煙、BMIは健康自己評価と関連が強く認められた。男性は特に世帯収入が減るほど健康度が下がり、女性は社会的孤立、サポートが少ないことが世帯収入より健康度との関係が有意であった。都市部の男性は、田舎の男性より収入の影響が大きかった。男女ともに失業は有意に自覚的健康度を下げた（Wang N et al、2005)。

Ⅳ　今後の課題

（1）我が国では今後、格差の健康影響を示すデータがでてくる

1990年代、我が国でも社会経済的要因が有意の健康影響を引き起こしているのは確かである。しかし80年後半から90年にかけては国民間の経済格差が比較的小さかったためイギリスのような大きな階層間格差や、アメリカの研究に見られるようなより重大な健康格差を引き起こすには至らなかった。曲がりなりにも国民皆保険制度があり、戦後、保健所を中心になされた地域予防

活動や、職域での健診システムなど日本全体で遍く発展させた公衆衛生活動が幸いしていると思われる。しかしイギリスのようにNHS（National health system）のある国でも、最も低い階層は高い階層に比較すると1980年代のＳＭＲは２倍に、1990年代は３倍にと健康格差が拡がった（The Black Report）のだから予断は許されない。また現在発表されている日本のデータは1990年代までの解析分である。今後、格差の広がりとともに健康影響を示すデータが出てくるであろう。

（２） 労働条件や労働環境の重要性

経済格差の大きい都市部では、貧しい人は収入格差を補うためにさらに長時間労働やダブルjobをしている。従って所得や賃金ばかりでなく労働条件や労働環境調査も平行して行うことが健康格差を調べる視点では大事である。かって労働時間削減で世界をリードしたアメリカで70年代にはドイツより短かった労働時間が、90年代半ば（1995年）には、年間平均300時間多く働いている。イギリスは1735時間、フランスは1631時間、ドイツは1559時間、スウェーデンは1544時間、日本人は1898時間であるのに、アメリカ人は1952時間も働いている。（ただし、日本の数字は正規雇用とパートタイマーの平均であり、正規常用雇用では依然として2000時間を超えている）。アメリカでは過去20数年間、経済格差が著しく拡がり、人々は余暇よりも長時間働くことを選ぶようになった。余暇の時間が短くなれば、家族とともに過ごす時間、社会的活動時間が減るので、働けば働くほど不健康になる現実がある（Kawachi、2002）

（３） 社会的弱者に関する公衆衛生学的調査サーベイ

特に失業者、生活保護受給者、ホームレス者、災害時の高齢者など社会的弱者に関する調査については、全国のホームレス者の実態と健康管理の問題、山谷・西成地区の日雇い労働者の結核の問題など関係者の努力でなされた貴重な研究が相当数ある。日本社会医学会はそのために大きな貢献をしている。

（４） 厚生労働省など官庁統計の積極的な活用が望まれる。社会経済的格差が健康格差にどのような形で結びついているか、あらゆる疾病や健康障害の種類ごとに研究を行う必要がある。健康格差が現れる機序についても明らかにすることも重要である。このために、もっと政府統計の活用を進めることが必要である。日本学術会議はパブリックヘルス科学分科会は2008年、８月「保健医療分野における政府統計・行政資料データの利活用について－国民の健康と安全確保のための基盤整備として」という提言を出した。

（http://www.scj.go.jp/ja/info/kohyo/pdf/kohyo-20-t62-6.pdf）

（５） 予防医学的な研究推進の重要性

格差への対応は個人・国・地域・企業・NPOなどそれぞれで重要である。特に個人や地域、NPOなど諸団体のエンパワーメントにつながる研究、社会的排除・孤立を予防する研究、早世など健康格差を減らす研究として社会的サポートネットワーク研究が重要になる。例にあげると、日本では特に高齢者分野で研究が多くなされており（岸ら、2007年ほか）、最近は地域での大規模研究（近藤克則らの「介護予防に向けた社会疫学的大規模調査」）も知見の集積がなされてきている。今後は高齢者に留まらず、子どもの健康や安全（虐待予防）、青少年のHIV、薬物汚染など多くの分野で予防的な研究を発展させるために一層、社会経済要因との関係について研究を進める必要がある。

（６） 政策研究がより一層重要になる

すでにヨーロッパの多くの国では、健康格差の減少は国の公衆衛生政策の重要な柱になってきている。（岸、2006）本来、国は格差を縮める政策、“痛み”を緩和する政策をとるべきだったが、

財政改革はむしろ地域格差、貧富の差を一層拡大させた。「地方分権」が途上である上、国の財政難も深刻である。その中で、「格差」をどう認識しどう対応するか？が問われている。日本はもともと低水準の年金・社会保障制度だったのに、アメリカとの比較でのみ見て格差拡大を過小評価する論調もある。公衆衛生から見ると、セイフテイネットをどう設けるか？　格差が世代を超えて固定しない仕組みを作るためにどうするのか？フリーターがフリーターで終わらない就職支援や、非正規労働者の社会保険など保障加入制限をどう扱うのか？は喫緊の課題である。高等教育の機会均等策をどうするのか？（仏・独・北欧のように大学授業料は無料、あるいはイギリスは奨学金が手厚いなどを国を見れば)、格差の固定・拡大を放置することは、将来の文化、芸術、科学技術など人間活動に大きな差ができることが懸念されるからである。

（7）種々の分野の格差を視野に。

種々の格差についての研究が重要である。Equity は「公平・公正であること」、Equality は「平等であること（比較)」であるが、「Equity でない結果、生じた Equality」に対して、もっと関心を持つ必要がある。たとえば、“地域間医療格差”。国民にとって安心安全な医療のためにも保健医療の格差問題への対応は極めて重要である。

V　関係機関の動き

ILO 本部は 1999 年に「decent work for all（全ての人びとに人間らしい労働を)」を 21 世紀の第一目標とする活動を呼びかけた。2008 年の ILO 年次報告書の中では、世界の 3 分の 2 の国で経済格差が顕著になり、労働者の健康や安全に大きな影響が広がってきていることが指摘されている。また WHO では、2008 年に「Commission on Social Determinants of Health(健康の社会決定要因委員会)」が最終報告「Closing the gap in a generation---Health equity through action on the social determinants of health」をとりまとめ発刊した。それによれば、Daily Living Conditions の中で「Fair Employment and Decent work」の重要性が触れられ、特に不安定雇用(precarious employment, e.g. non-fixed term temporary contracts, being employed with no contract, and part-time work)では精神健康が悪い、仕事の不安定さを感じている労働者では心身の健康問題が増加することについても記載がある
http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789241563703_eng.pdf)
国際労働衛生会議（International Congress of Occupational Health）には、我が国からは 100 名を超える active member がおり、ICOH には Scientific Commission of Unemployment, Job Insecurity and Health があるが、position paper はまだでていない。

日本社会医学会をはじめ各学協会の今後の取り組みも大いに期待される。

特に、日本学術会議では、労働安全衛生あるいは雇用問題などに関しては、過去、昭和 40 年に「産業安全衛生に関する諸研究の拡充強化について」勧告が出され、昭和 55 年 11 月、「労働衛生の効果的推進について」短い要望がだされているものの、それ以降、労働安全衛生について関連する報告や提言は過去 30 年間、全く出されていなかった。そこで、「労働者およびその家族の現状と課題」に関する課題別委員会の設置が提案され、発足が認められた。働く人とその労働環境の課題は、わが国のみならず世界各国の課題とも連動し、海外、特に EU などで、多くの先進的な取り組みがなされているので、世界的な動向に注意しつつ情報収集をはかり、学術会議としての見解を集約し提言をまとめることがわが国の今後の対応に役立つものと思われる。

特別講演

「命の輝きをつたえる～旭山動物園の試み～」

菅野　浩（元旭山動物園園長）

座長　　千田忠男（同志社大学）

特別講演

「命の輝きをつたえる～旭山動物園の試み～」

菅野　浩（元旭山動物園園長）

座長　　千田忠男（同志社大学）

命の輝きをつたえる～旭山動物園の試み～

菅野　浩

旭山動物園は1967年に開園した日本で一番北の動物園である。今は動物たちの生き生きとした生態をユニークに観せる『行動展示』で有名になり、多くの観客で賑わっているが、このような楽しい観せ方があるとき突然にできたわけではない。その蔭には、どうすれば自分たちが理想とする「お客さんに感動してもらえる動物園」を創ることができるか、真剣に臨論しあい、そのために頑張った二十数年にわたる飼育係員たちの努力の積み重ねがあったのである。

1980年代、施設の老朽化、レジャーの多様化などによる入園者減を、大型遊具導入により集客を図る方策がとられた。さらにマスコミを中心に動物園罪悪論・無用論の盛り上がり、市議会議員の「動物園金食いお荷物施設」発言などもあって、動物園の遊園地化・民営化への危機感がつのり、飼育勉強会などでの徹底した粘り強い話し合いがもたれていった。動物園の役割・存在意義、動物園の在り方、どんな動物園にしたいと思うのか、さらに、市民にとってはどうなのか、など議論は多岐にわたった。そのなかで、市民が動物園に関心をも持たず足を運んでくれないのは「自分たちが動物たちの素晴らしさ、楽しさを伝えていないからではないのか」と気づき、お金がなく施設がボロでも出来ることはあると、担当する動物それぞれの能力の高さ、凄さ、素晴らしさを伝える教育活動に取り組み始めたのである。

伝える工夫は展示施設へも進み、動物たちの能力を引き出し命の輝きを伝える『行動展示』へと発展し、動物たちが生き生きと楽しく生活できる施設創りが課題となっていった。

それは同時に、入園者が楽しく面白いと感じる展示であり、動物たちのゆったりと満ち足りた幸せな姿を観て、お客さんも幸せを感じる、命の輝きをつたえる観せ方なのである。

○動物園はこどもたちが始めて生きている野生動物に出会い、いのちを実感し、生命の多様性を学び、生命の大切さ尊さを学ぶことのできるところである。
宇宙の奇蹟といわれる地球で共に生きる生命を共感し、生命への思いやりやさしさをはぐくむことができるところである。

○動物園が存続し発展していくためにはなによりも平和でなければならない。太平洋戦争時代の「上野動物園の象トンキーたち」のことや、「ぞう列車がやってきた」の物語は、日本の動物園史のなかで決して忘れてはならない事実である。
北海道函館市でも、カール・レイモンさんが帰国する際に贈ったライオンとクマが、空襲下の暴脱を恐れて処分する新聞報道があったことを、北海道新聞卓上四季(09.3.30)が伝えている。

シンポジウムⅠ

「食の安全と農業」

座長　若葉金三（勤医協　札幌病院労働衛生科）

１．今日の農業と食の安全	大田原高昭	(北海道大学名誉教授)
２．世界に広がる『食糧主権』	白石淳一	(全国農民連会長)
３．消費者の視点から見た食の安全	石坂裕幸	(コープさっぽろ)

「今日の農業と食の安全」

大田原高昭（北海道大学名誉教授）

第50回　日本社会医学会総会　シンポジウム「食の安全と農業」

世界と日本に広がる「食糧主権」

農民運動全国連合会　会長　白石淳一

1，世界の食糧はいまどうなっているか

1）食糧危機は収束したのか

＊投機マネーの撤退もあって、落ち着いたかに見える世界の農産物価格は依然として高値で推移。

＊在庫水準もＦＡＯ（国連食糧農業機構）の適正と言われる17%～18%の水準に低迷している。

＊世界の飢餓人口は半減どころか、０７年～０８年に１億５千万人増え１０億人に達しようとしている。これは、世界の全人口の７人に一人が飢えていることであり、食糧危機がこれに拍車をかけている。

2）食糧危機の背景にあるもの

①地球温暖化や異常気象

②発展途上国の経済発展と食糧需要の大幅な増加

③バイオ燃料ブーム

④投機マネーの暗躍

3）「お金さえ出せば食糧を買える時代は終わった」日本の状況

＊食料自給率40%の現状は、食の安全と量の確保の両面からの国民の不安を広げている。

＊人口２%の日本が世界の貿易に出回る食糧の１０%を買い占める異常。

＊金融危機を契機に、外需依存型から内需拡大型への転換が迫られている。農業は内需拡大の重要なキーポイント。

2，自由貿易の推進役、ＷＴＯ（世界貿易機関）体制は世界に何をもたらしたか

1）ＷＴＯのもとで進んだのは「世界の農民の三すくみ構造」、勝者は多国籍企業だけ

①輸出大国の農民は、多国籍企業の買いたたきとダンピング輸出。

②ダンピング輸出された穀物が発展途上国の主食作りをやめさせ、輸出用作物作りに転換。

③途上国の輸出用農産物が、日本などの家族経営を押しつぶす。

2）日本には何をもたらしたか

＊ＷＴＯ体制のもと増えたのは農産物、加工品の輸入増加と至上最高の減反。減ったのは、「水より安い米」に象徴される農産物価格の下落。

＊消費者には、残留農薬野菜、遺伝子組み換え食品などの輸入の氾濫。国民が食べもしないミニマムアクセス米を義務だとして輸入をつづけたことが根っこにある汚染米事件。「ニセ国産」などインチキ表示事件など食の安全へのかぎりない不安。

3）ＷＴＯは漂流状態に

＊自由貿易万能論は、世界中で農業と食料をめぐって矛盾を深めていることや多国籍企業に対する横暴への怒り――これが発展途上国や世界の民衆の反発や抵抗となって現れ、ＷＴＯを「集中治療室と火葬場の間にいる」（インド・ナート商工相）状況に追い込んでいる。

3，ＷＴＯに対する根本的な対案、「食糧主権」にもとづく貿易ルールの確立を

1）食糧主権を求める世界の動き

①食糧主権とは

＊1996年に世界的な農民組織「ビア・カンペシーナ」が提案した「食料と農業に関わる政策や方針を自主的に決める権利」というのが食糧主権。農民にとっては「自分たちが作りたい作物を作る権利」。消費者にとっては「自分たちの食べたいもの、安全で安心なものを食べる権利」。

＊国連人権委員会でも、「『食料に対する権利』に重大な否定的影響を与えている世界貿易システム（ＷＴＯ）に緊急の対処が必要。各国政府は『食糧主権』のビジョンが提起しているような…農業と貿易に関する新たな対抗モデルを検討すべき時」と指摘。

②世界に広がる食糧主権

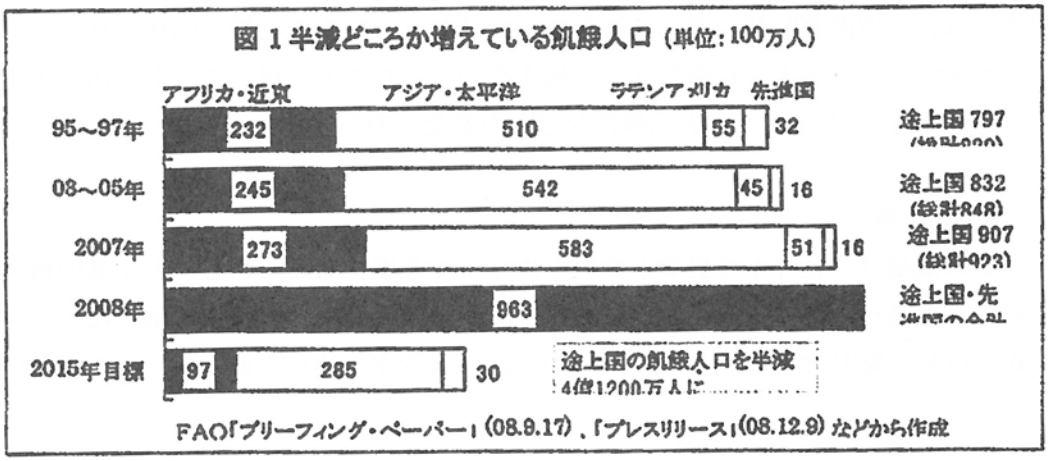
＊食糧主権の運動をリードしてきたビア・カンペシーナは、63ヵ国137組織（０８年）へと発展している。

＊アフリカのマリ共和国で農業法の基本原理として食糧主権を明記。ネパールでは憲法に盛り込まれ、ベネゼイラでは食糧主権を実現するための農地改革などの施策の実施。ボリビア、アルゼンチン、ニカラグアなどでも同様の動きが進んでいる。

＊日本でも、０８年12月の４野党緊急集会で「食糧主権を保証する貿易ルールの確立」を決議。全中の農民連大会へのメッセージで「食糧主権の確立が必要」と強調。マスコミでも注目を集めるなど、食糧主権の考え方が広く受け止められてきている。

2）食糧主権が地球を救う

＊ＷＴＯ体制は、世界に食糧が充分にある事を前提としている。食糧危機や気候変動に対処するには、新自由主義的なモデルは通用しないことが明白になっている。食糧主権の確立こそが必要となっている。



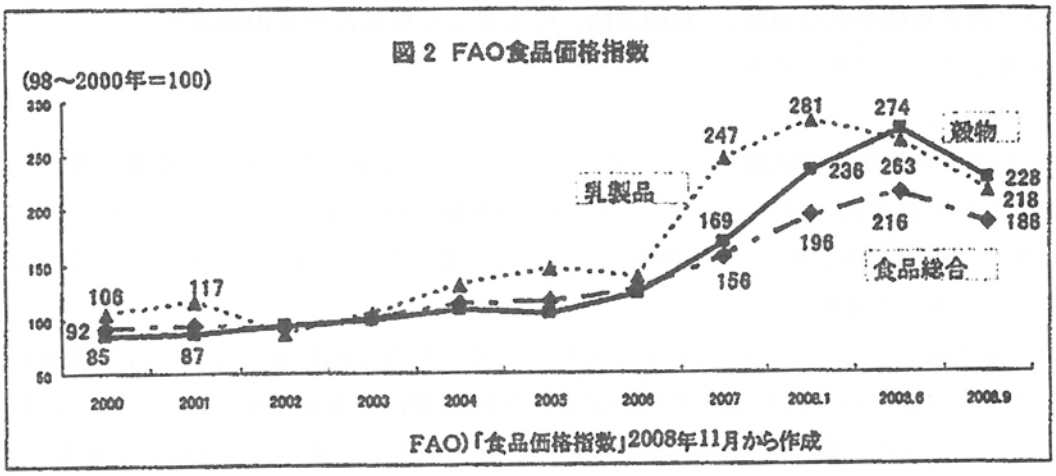


表4　日本多国籍企業のバイオ燃料進出

企業名	進出国	事　業　内　容
伊藤忠商事	インドネシア	スマトラ・ジャワに年産10万klのバイオエタノール生産を計画。
	ブラジル	穀物メジャー・ブンゲと合弁2社を設立。総事業費は850億円。2011年以降の年産能力は40万kl程度。
	ブラジル	豊田通商、ペトロプラスと組んでサトウキビ栽培、エタノール精製工場を5～7カ所新設する事業計画書に調印。
丸紅	インドネシア	スマトラ島でサトウキビを使ったバイオエタノール生産を検討中。
	タイ	07年からサトウキビを原料にエタノール生産を開始。
双日	インドネシア	カリマンタン島でパーム油を原料にバイオディーゼルの生産を検討中。
	ブラジル	オーデブレヒト社と共同でサトウキビ栽培からエタノール生産までの一貫事業に着手。2015年までに年産300万klをめざす。
兼松	インドネシア	キャッサバを使ったバイオエタノールの生産を検討中
住友商事	ブラジル	200～300億円を投じて合弁会社を設立、3万haでサトウキビを栽培、年産20～30万klを予定。
三井物産	インドネシア	スマトラ島などを対象にバイオエタノール生産のための調査。
	ブラジル	ペトロプラスと共同で09年から生産を開始、年20万klをめざす。
三菱商事	インドネシア	バイオ燃料の生産に向け調査・検討中。
トヨタ自動車	マレーシア	新日本石油などと組んでパーム油からバイオ燃料生産を計画。

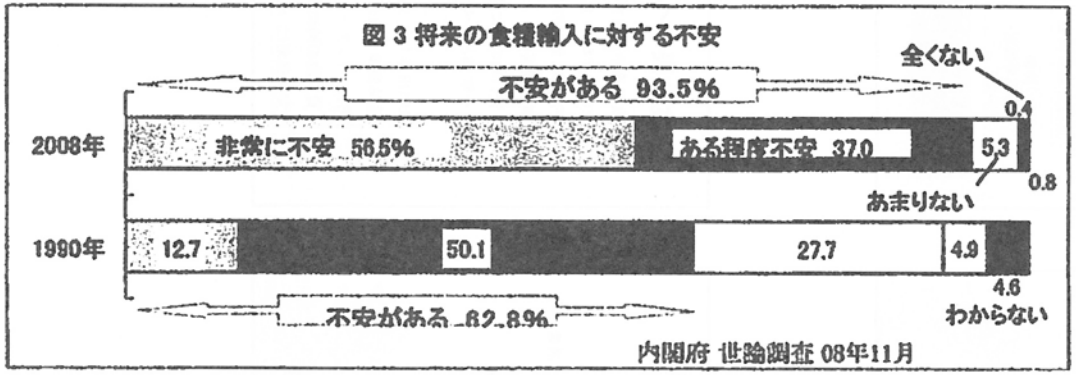
「日経」、農業情報研究所、『バイオ燃料』(天笠啓祐)などから作成。08年9月現在

表２　穀物価格暴騰のなか、膨大な利益あげるアグリビジネス

企業名	業種	08年1～3月期利益（万ドル）	07年1～3月期に対する伸び（倍）	08年7～9月期利益
ＡＤＭ	穀物メジャー（穀物販売部門）	5億1700万ドル 3億6600万ドル	1.42倍 7.96倍	10億5000万ドル 4億2800万ドル
ブンゲ	穀物メジャー	2億8900万ドル	19.64倍	
カーギル	穀物メジャー	10億3000万ドル	1.86倍	
モンサント	種子メジャー	11億3000万ドル	2.08倍	
モザイク	肥料メジャー	5億2080万ドル	11.34倍	

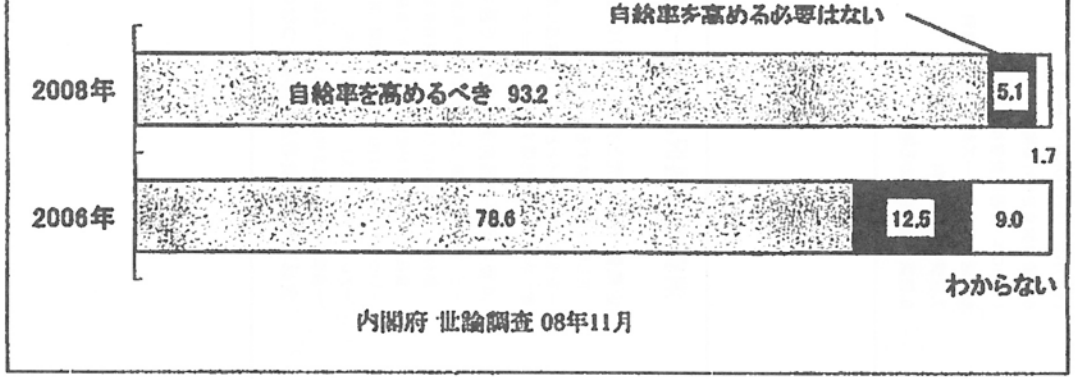
「ウォールストリート・ジャーナル」08年4月30日、11月5日から作成

図３将来の食糧輸入に対する不安



内閣府 世論調査 08年11月

図４国民の93.2%が食料自給率向上を望んでいる



内閣府 世論調査 08年11月

表３　進む農地の囲い込み

農地を確保した国	確保総面積	相手国	国別確保面積
日　本（企業）	32万4,262ヘクタール	アメリカ ブラジル ニュージーランド エジプト	21万6,862ヘクタール 10万ヘクタール 5,700ヘクタール 1,600ヘクタール
中　国（政府＋企業）	209万0,796ヘクタール	フィリピン ラオス ロシア オーストラリア カザフスタン キューバ ウガンダ メキシコ カメルーン タンザニア	124万ヘクタール 70万ヘクタール 8万0,400ヘクタール 4万3,000ヘクタール 7,000ヘクタール 5,000ヘクタール 4,046ヘクタール 1,050ヘクタール 1,000ヘクタール 300ヘクタール
韓　国（政府＋企業）	230万6,000ヘクタール	マダガスカル スーダン モンゴル インドネシア アルゼンチン	130万ヘクタール 69万ヘクタール 27万ヘクタール 2万5,000ヘクタール 2万1,000ヘクタール
サウジアラビア（政府＋企業）	161万0,117ヘクタール	インドネシア スーダン	160万ヘクタール 1万0,117ヘクタール
アラブ首長国連邦（政府＋企業）	128万2,500ヘクタール	パキスタン スーダン フィリピン アルジェリア	90万ヘクタール 37万8,000ヘクタール 3,000ヘクタール 1,500ヘクタール

（注1）イギリス紙「ガーディアン」（08年11月22日）、NGO"GRAIN"のリポート（" SEIZED！ The 2008 land grab for food and financisal security " 08年10月）など から作成。
（注2）表に示したのは面積が確定しているものだけであり、現在、交渉中の案件は表に示した面積をはるかに越える。
（注3）便宜上「確保」と表現しているが、多くのケースは長期借地である。

第50回日本社会医学総会

消費者の視点から見た食の安全

～コープさっぽろの取組みから

2009年6月27日

コープさっぽろ　　石坂　裕幸

1

コープさっぽろの現状（2009年3月）

2007年3月21日全道ひとつに

北海道どこにお住まいの方にも同じサービスの提供

・北海道の人口　562万人　・世帯数246万世帯
・組合員130万人(52.8%)　・出資金562億円
・事業高　2,325億円
・職員数　10,794人(正規1400人)
・業態　スーパーマーケット(おいしいお店)97店舗
　＋スーパードラッグ、宅配事業(トドック)31センター
・組合員活動
　北海道全域8地区30エリアでの活動

2

消費者基本法－消費者の8つの権利

(ケネディの提唱－消費者の4つの権利)

1.安全である権利
2.知らされる権利
3.選択できる権利
4.意見を反映させる権利

(1975年　ジェラルドR・フォード)

5.消費者教育を受ける権利

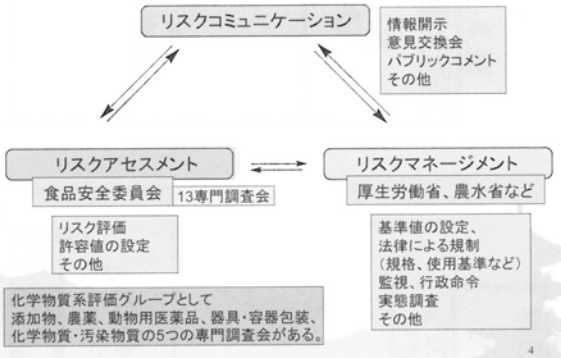
(1980年　国際消費者機構)

6.生活の基本的ニーズが保障される権利
7.救済を求める権利
8.健康な環境を求める権利

→ 2000年施行　消費者基本法で明文化

3

わが国の食品安全行政－消費者視点で



4

消費者の選択と表示－消費者の権利

企業側（食を商売とする全ての）の社会的責任

－正しい情報を提供する社会的責任

－安全確保に努めるとともに、当該食品に関する正しい情報、消費者が求める情報を発信する責務 ⟹ 表示

消費者側が食品を選択する上で最も基本的な情報

－どこで収穫した野菜、どこで獲れた魚か（原産地表示）
－原料には何が使われているのか（原材料表示）
－食品添加物には何が使われているのか（食品添加物表示）
－いつまでに食べれば良いのか（賞味期限、消費期限表示）
－アレルギーは大丈夫か（アレルギー表示）
－遺伝子組み換え農産物を使っているか（遺伝子組換え食品表示）

食品表示は消費者と生産者をつなぐ唯一の情報源

5

食品表示への関心の高まりと不信感の増大

食品表示に関する意識調査
2002年5月　食品表示に関する消費者の意識調査
内閣府（全国の生協組合員及び協力者）
有効回答数　4，326件　　方法　インターネット
・買い物の時に食品表示を見ている人は　92%
・一年 前と比べて表示されていることが信頼できなくなった　78%

2008年1月　消費者の「食品表示への意識」について
農林漁業金融公庫（全国の20～50代男女　2，000人）
方法　インターネット
・買い物の時に食品表示を確認している　95%
・食品表示について「信頼が低い」との回答　84%

6

手作り餃子事件のコープさっぽろの進む方向

・質の確保

→残留農薬検査の強化、検査機能の強化、加工品も生産履歴追跡

・量の確保

→北海道産原料を使用した加工品の開発

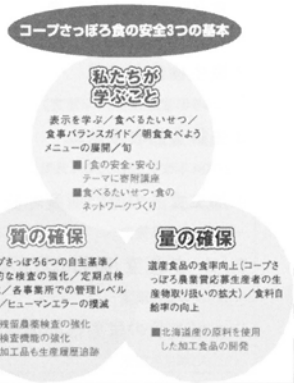
→北海道１００として開発

・私たちが学ぶこと

→食べるたいせつ食のネットワークづくり（食育）

→「食の安全・安心」をテーマに寄附講座（酪農学園大学）

その他大学との連携



組合員への発信①コミュニュケーションの確立

安全・安心の誤解　不信ーコミュニュケーション不在

与えられるものではなく、自ら確保すること

（一面的な理解→もっと深め、それぞれの役割を考えよう）

「添加物や農薬は危険なものであると教えられてきた」

「過去に不幸な食品事故があった」

「安全だという科学的な根拠がわかりにくい」

「安全であると言っていたのに、後になって危険だとわかったことがあった」

「農家や食品メーカーが安全基準を守るとは限らない」

「紛らわしい表示や偽装事件があるから信用できない」

→行政や企業に対する不信感

8

組合員への発信②食べるものは自分で選ぶ時代

従来の経験・知識では判断しにくいものが出現

～自分で食べるものを安心して選べない時代

～できるだけの科学的な知識が必要ー

例えば、次のような問題についてどう考えていくか？

・遺伝子組み換え農産物（GMO）ー

アメリカでは、トウモロコシ52%、大豆87%（遺伝子組み換え作物）どんどん増える

北海道では、許可制、届出制

・BSE（牛海綿状脳症）

肉骨粉禁止、全頭検査、危険部位の除去

危険部位が除去してあれば日本1億2600万人のうち0．004人（食品安全委員会）

全頭検査にかかる費用　40億円

北海道は全頭検査をやっている

9

組合員への発信③「食の安全・安心」というけれど

食の安全を議論する上で、「安全」と「安心」の両者を混同してはならない

「安全」とは、科学的に定量化された指標。食品に含まれる農薬等がある値の水準以下なら健康に被害はないという指標

（食の安全の3分類）

・Food Safety

・Food Security　食糧安全保障

・Food Defence　食品防御（テロ）

「安心」とは、消費者の気分。納得できるかできないかという理解度。根拠はなく、不安を煽られるといくら「安全です」とデーターを示されたりしても安心はしない

10

組合員への発信④食品情報過多と不確かさ

faddisim：**流行傾れ、一時的流行。）高橋久仁子１９９８年**

『フードファディズム』（food faddism）とは、食べものや栄養が健康と病気に与える影響を過大に信じること、科学が立証した事実に関係なく何らかの食べものや栄養が与える影響を過大評価することである。科学が立証したことよりもその影響を信じ固執していることである。

○人間は『情報』で食べているということー飽食の中で　だが

○食は複雑ーマスコミは一面的なことしか報道できない

○マスコミ情報をそのまま鵜呑みにしない賢さ

○受身から学び、情報発信をしていかないと生きていけない

○自分で判断する知識ー多様な情報収集と疑うこと

×あるある大辞典・番組偽装で２００７年１月打ち切り、『納豆で激やせ』

そもそも、納豆で痩せるわけがないのにーそれでも騙される

11

組合員への発信⑤食料自給率４０％の意味

・輸入が停まれば餓死寸前になるー日本を心配してくれる国はない

ー穀物相場が異常事態にすでになっている

・STVー「中国が日本を捨てる日」

・1993年ーコメの大凶作時

・今の国内農地だけでは、1440キロカロリーしか生産できない（1500が必須）

・食べすぎと栄養不足が共存している（食べ方）

15歳～39歳ーカロリー摂取8～13%不足（異常なダイエット）

60歳以上ー11%過剰摂取

40%以上ーたんぱく質の摂り過ぎ10%～20%（メタボ）

若い世代ー脂質の摂り過ぎ、カルシウム不足　若い女性ー鉄分不足

→食品の危害を危険視する前に問題

・食育がたいせつ

12

消費者が農業・漁業、食を変える

いろいろな事件の体験や経験で、消費者は確実に成長している。

（21世紀になってから）

○食品衛生法の改正を求める国会請願まる運動

○雪印乳業食中毒事件

○BSE事件

○雪印食品からスタート様々な偽装事件

2003年「食品安全基本法」「食品衛生法大改正」「食品安全委員会」

○不二家、ミートホープ事件等様々な偽装事件

○中国産毒入り手作り餃子事件

消費者も一緒に考え学習し、悩み、体験し、発言し、行動し自立の方向を求めている。　**流通事業者と消費者組織の両面をもつ生協の特質と役割**

13

コープさっぽろ6つの自主基準

1.食品添加物自主基準

－2007年3月改定（1977年策定）

2.微生物自主基準

－2005年改定（2001年策定）

3.生鮮食品表示基準

－2004年改定（2003年4月策定）

4.加工食品の原料原産地表示基準

－2004年9月策定

5.「コープ産直」商品の取り扱い基準

－2005年9月策定

6.生鮮食品の栄養情報提供等に関する自主基準

－2005年9月策定

14

表示ウオッチャー制度～みんなでつくるコープの食品表示

2003年スタート「生鮮食品表示自主基準」を制定と同時に取り組む

表示に関心のある全道組合員が地域ごとにグループを作り、表示の法制度自主基準を学びながら、売り場、宅配カタログを見て意見や要望を発信→月次で改善状況確認

（参加組合員）

34グループ　　174人

15

農業賞の様子

農業賞への想い

組合員及び道民全体の「安全な食を求める」願いを実現するために、健全な農業への努力を惜しまない農業者と支援を惜しまない道民の双方を励ます

幅広い支援

協力・協賛

北海道　札幌市　ホクレン　北海道漁連

北海道生協連5団体

⇒コープさっぽろ含め実行委員会を形成。

その基に審査委員会・事務局を設置運営。

現地審査の様子

表彰式の様子

交流会の様子

16

広がる生産者との交流

農業賞生産者を通じて地域の生産者との積極的な交流

17

食べるたいせつフェスティバルの風景

新しい試み　～「北海道100」の開発～

北海道で餃子を作る（6月4週から）

中国産手作り1個10円
北海道紋別産1個20円
北海道手作り1個40円

発売中!

北海道産
こだわりの餃子

組合員への価格差の明記
買支えのお願い
『北海道100』ブランド展開
雪印乳業

『北海道ブランド』形成に貢献

産地も工場も。
北海道にこだわりました!

こだわり 北海道100

20

北海道100－組合員が求めるもの

北海道ｸﾞﾗﾝﾏﾙｼｪ ﾎﾃﾙ&ｱｽﾊﾟﾗ（店舗・宅配）
・北海道ほたてﾄﾞﾘｱ（店舗・宅配）
・北海道ﾁｬｰﾊﾝ（店舗・宅配）
・北海道産こだわりの餃子（店舗・宅配）
・北海道産ななつぼし せんべい（店舗・宅配）
・北海道江別小麦ラーメン（店舗・宅配）
・北海道だいこん1本（店舗・宅配）
・サトウの北海道切り餅（店舗）
・北海道小麦冷凍うどん（店舗）
・帆立の香り焼き（宅配）
・北海道産乱切りそば（宅配）
・手包み焼売（宅配）
・北海道赤井川産豚肉使用　ロースとんかつ（宅配）
・道産合鴨丼の素（宅配）
・北海道産こだわりの牛丼の具（宅配）
・柔らか肉団子（宅配）
・豚肉野菜巻き（宅配）
・北海道産豚串カツ（宅配）
・北海道産男爵コロッケ（宅配）
・北海道産かぼちゃコロッケ（宅配）
・十勝あんコロッケ（宅配）
・北海道産・放牧豚　一口カツ（宅配）
・北海道産原料にこだわって作ったとんかつ（宅配）
・北海道手包み餃子（宅配）
・お米と小麦の北海道食パン（宅配）
・北海道クロワッサン（仮称）　（宅配）

さらなる安全・安心の信頼性確保のために

1.食品の鑑定－DNA分析による種判別技術の向上

原料肉の種類（牛・豚・鶏）　黒毛和種かホルンスタインか　黒豚
米の品種　魚種
原産地　遺伝子組換え表示対象食品

2.トレーサビリティシステム

電子カルテシステム
キヨスク端末全店へ導入－情報開示

3.食の安全　啓発へ表示検定

食品表示検定協会の立ち上げ　11月24日（中級）
業界関連者のみではなく消費者も含む幅広く

シンポジウムⅡ

「現在の貧困」

座長　木下武徳（北星学園大学）

１．現在の貧困	青木 紀	（北海道大学大学院）
２．ワーキングプアをなくすには	川村雅則	（北海学園大学）
３．ホームレスの自立支援	逢坂隆子	（四天王寺大学大学院）

現代社会における貧困問題
―不安定な社会の招来と待ったなしの対話の徹底―

北海道大学大学院教育学研究院　青木　紀

大事な現代の貧困のイメージ

5、6 年前から、「“見えない”貧困を見えるように」とあちこちで講演したり、機会があればそのことを執筆してきた。それがあれよあれよという間に情勢が一変し、「貧困」ということばがメディアをにぎわすようになった。この背景には、格差社会の「格差」ということばでは、もはや表現し足らない深刻な事態が生まれ、とくに昨年後半からの世界同時不況、年末年始の「日比谷派遣村」の出現など、貧困が目に見えてきたことがある。つまり、貧困が社会問題になったのである。だから、いいか悪いかは別にして、今は「貧困」と名付けると本が売れるという状況にあるそうだ。

しかし、このような「貧困」の流行はまた、大きな危うさと隣り合わせでもある。実際、貧困率が何パーセントになったと言っても、多くの人はそのイメージができない。それは人びとが「自分は貧困にはない」と思い、人びとのイメージする貧困は、圧倒的には「途上国の貧困」「戦災国の貧困」「敗戦後や戦前の日本の貧困」であるからでもある。それはあながち間違いとも言えない。だが貧困に反対する側からすれば、ことは重大である。少なくない人びとが生活保護受給世帯も、ホームレスの人びとでさえ「貧困にない」とアンケートに回答するような、もう一つの国民の意識という現実を考慮に入れると、生活保護基準の引き下げや社会保障の“値切り”に歯止めをかけるのは容易ではないからである。とくに日本は貧困の基準を決めていないことがまたこれに追い打ちをかけている。

わたしたちはともかく、世界中の「１日１ドル以下で暮らす人びとが何億人」といった極貧ともいえる情報を日々のメディアを通じて与えられるわけだから、以上のことは重要だ。しかしだからこそ、「健康で文化的な最低限度の生活」の保障がだれにでも当たり前といった、たんなる憲法２５条のお題目ではない、真の国民の合意がほしいところである。それにはやはり、どんな生活にもお金のかかるこの現実の社会にふさわしい貧困基準が求められる。そしてそこでは、「自分は貧困にはない」と思う人びとが、自ら必要だと思う生活様式を基準として、他人の生活をともかく見るべきであろう。つまり、現代の日本という社会における援助を必要としている人びとの生活と途上国の極貧の生活とを短絡的に結びつけるのではなく、今のわたしたちの生活のありかたを念頭において考えるべきである。しかも、その生活ができないような社会的不利を負った人びとがたどってきた人生の歴史は、他人からは簡単に見えないものであるから、そのくらいの寛容な態度がまずは望まれる。くどいようだが、わたしたちの目は他者の行動のほんの一部しか見ていないし、見られないことを、頭の片隅にでもおいておくべきである。

貧困がもたらす社会の根幹システムの崩壊の兆し

だがそのことはともかく、貧困をめぐって深刻に捉えなければならないことは、その現実を通して、わたしたち生活している社会の根本が崩れてきていることだ。それはこう言うことである。

この日本においても、多くの人びとがこの社会の貧困のなかで生活している。だがことはそれですまない。人びとの生活の基本である健康が不安になっても医療を受けられない状況が生まれ、その背景として健康保険料を支払う余裕もない状況が生まれている。すでに社会疫学・公衆衛生などの研究者が明らかにしてきているように、人びとの間に「健康格差」「命の格差」が生まれてきている。また、世界に誇る平均寿命の長さが維持されているなかで、否応なく高齢化社会が進行している。しかしそのなかで、国民年金の納付率が61 パーセントと制度の維持も危うい状態が生まれ、さらにその制度を今後支えるはずの肝心要（かんじんかなめ）の子どもが少なくなり、社会を根底から支えてきた家族をも作れない若者が生まれてきている。このことは大いに危惧されるところだ。ここには言うまでもなく、90 年代以降の、そして最近の世界同時不況の中での深刻な雇用問題・失業問題が横たわっている。加えて、無制限の国債の発行と貯蓄率のアメリカ並みの低下を考慮すると、「混乱した沈みゆく日本」というイメージも大袈裟な表現であるとは思えない。とくに多くの若者が、ワーキングプアーの状態にあることは、確実に、社会の基盤としての、社会の最小ユニットとしての家族の安定を掘り崩している。

このように、社会の根幹のシステムが崩れ、赤信号が点滅始めているのが減局面である。新聞などをにぎわす振り込め詐欺や悲しい高齢者の犯罪や中高年の自殺などはその表面に現れた現象であり、これらは不安社会の到来と言っていい。

「知らないふり」が貧困の世代的再生産を促進する

かつてわたしたちは、今のようにメディアにも、学問の世界にもほとんど受け入れられなかった「貧困」ということばを使い、「貧困の世代的再生産」という概念を強調した。そのきっかけは、わたしどもが学生とともに、無理を承知で地域社会の底辺で生活しているお宅におじゃまし、勉強させていただいたとき、そこで見たことは「格差」ではなく、「貧困」や「許容できない不平等」としか言いようのない現実だったことにある。しかも、その人びとに不利な状況が世代から世代へとあたかもつきまとわれているような現実に、わが目が大きく開かされたからである。すなわち、人びとの生活をスナップショットのように一時点ではなく、親世代から子世代へというような長い期間でながめ、とくに子どもが育つ環境に視点を据えて想像してみると、だれがどう考えても、親や家族を選べない子どもにとって、次の世代としてわずかばかりの社会的な上昇を狙おうとしても、それがまったく容易ではない構造が横たわっていることに気づかされたのである。ここにどんな人生の見込みが生まれようか。

さらに、このような社会の周辺に生きる人びとの人生をうかがえばうかがうほどに、多

様な貧困の諸形態の連鎖という事態も推測された。たとえば、母子世帯の貧困は元（もと）夫の借金や暴力の原因でもある社会的スキルの不足から、家族のことを決して話さないホームレスの人びとと結びつき、身近な援助者の存在を問えば親と子が双方にたすけあうこともままならない状況が浮かび上がり、かくして高齢者の独り暮らしや施設での生活と結びつき、さらに事態が進んで家族が壊れれば養護施設の子どもの存在と結びつき、といった具合である。どこかで、だれかが、この「貧困の世代的再生産」や「貧困の連鎖」に歯止めをかけなければならない。

思いは焦っても、わが国の社会保障システムでは、子どもの不利や家族の不利はほとんど解消できない構造になっている。すなわち、広い意味での社会サービスが弱く、その代わりをしてきたのが家族であるという「家族依存型社会」をベースに作られている。その上に、すべてを包摂するような強力な市場が展開している社会である。このような環境において、困難な家族にだれが手をさしのべるかと考えても、地域には民生委員・児童委員などもいるものの、また福祉事務所にはケースワーカーも配置されているものの、実際にはこれらの不利を負った家族を援助する専門職はいないに等しい状態である。そして地域社会の家族間の競争も止むことはない。そのなかで一番気になるのは、隣の家族には「知らないふり」をしてしまっている社会状況である。そこでは、問題を抱える家族自体がなお「家族責任」という社会規範に縛られ、自ら家族を開けないでいる。その例は、たとえば「社会的引きこもり」や「家族内殺人」として表出される。

もちろん、この社会に相互扶助がないとは言えない、事実、集められた税金の再配分が生活保護や児童扶養手当などを通じて行われている。また地域には町内会があり、職場には労働組合があり、反貧困といった全国ネットも形成されてきている。しかし、それでも社会の根本の単位である家族が不安定化し、脆弱となり、あるいは壊れてきているとしたら、とくに不利を負った若者が層として家族そのものを形成できない状況が生まれている現実を考えると、この先どんな事態が出現するのだろうか。今まさに、このような事態のこれ以上の現出を防ぐシステムが問われなければならない。真の相互扶助とはこのことに応えるものでなければ実質的な意味を持たない。そうでなければ貧困の「モグラたたき」にもならないような状況に陥っていくかもしれない。

教育費負担に象徴される自己責任論＝家族責任論と社会的公正

なぜこんなことを言うのか。その例を一つあげてみよう。それは今述べた「知らないふり」ということに関わっている。これはわたしが教育学部というところに籍を置いていることもあるが、その点で指摘したいのは、たとえば日本の教育費負担の問題である。この教育費、これを国民総生産に対する割合で見ると先進国でもっとも低く、いわゆる公私分担割合で見ると「私的負担」割合が飛び抜けて高いのが日本である。それは言いかえれば、子どもや若者が育つ環境が日本はもっとも「民営化」され、いわば市場化されすぎており、それゆえまた彼・彼女らの未来が、経済的にも、文化的にも、社会的にも家族資源にもっ

とも左右されやすい状況にあることを意味している。そこには、将来を担う、社会からのコミットメントを果たす市民を生み出す基盤がなお弱い現実がある。言い換えれば、そこに社会的公正の姿勢が貫かれていない現状が横たわっている。

繰り返すのだが、子どもは親や家族を選べない。だがそれにもかかわらず、わたしたちはこのような不平等・不公正の社会構造をなお国民的課題として問うていないのである。親は高い教育費に悩みつつも、この事態を「わが子のため」にと「受容」してしまい、ちょうど貧困がいわゆる「自己責任論」で捉えられてしまっていたように、この教育費負担が「私的問題」「家族責任」にとどまり「社会問題」になっていない、これを「政治問題」として登場させえていないのである。このあたりを考えることから実質的な相互扶助とは何かを問うてみる必要が、もう待ったなしのところに来ていると思う。そのためには社会的公正をあらゆる場面で問いかける対話が求められる。

そのなかでも、緊急の課題として取り上げなければならないもう一つは、人びとの「健康格差」「命の格差」、まとめて言えば「生活の格差」であり、ある水準を超えて存在している「貧困」の問題だろう。最初に述べたように、たしかに「派遣切り」ということばは一般に通用する状態になった。あるいは問題が可視化された。しかし、ある格差を通り越した「貧困」「不平等」の問題が、社会の安定した再生産の「要」（かなめ）に位置すること、この問題の解決がいかに重要か、このことが国民にどこまで共有されているかは疑問である。大事なことは、ここらあたりの展望を見通ししながら、ことを判断する力の共有であろう。もしはっきりと問題をすでに共有できていたら、「定額給付金」などといったことは議論にもならないはずであり、実行されるはずもないだろう。さまざまな場面で、社会的公正にかかわる徹底した対話、議論が求められる時である。

第50回日本社会医学会シンポジウム
「ワーキング・プアをなくすには」

川村雅則（北海学園大学教員）
masanori@econ.hokkai-s-u.ac.jp

与えられたタイトルで論ずる能力はないので、本稿では、北海道のワーキング・プア[1]の現状と、調査研究活動の中で考えている幾つかのことについて報告するにとどめる。

Ⅰ．構造改革とワーキング・プア

景気の回復期にあっても（とりわけ大企業で）労働分配率が低下し続け、非正規雇用労働者が増加し続けたように、かつてのような、景気回復と勤労者の生活の改善という連動がみられない状況が続いてきた。また、税制改革（大企業・高所得者の優遇、累進性の後退・逆進性の強化）や社会保障改革（「受益者」負担の徹底、社会保険料の引き上げ・給付の削減、公私二階建て方式、生活保護の抑制）などを通じて、所得の再分配構造も変化している。さらに、地域や産業に目を転じてみると、前者では、いわゆる三位一体改革で地方・農村部への所得再分配の回路が細められ、後者では、経済成長の桎梏になっているという理由で、産業に課せられた規制が緩和・撤廃（規制緩和）され、企業間競争が過熱化し、個別企業の経営や産業の持続可能性が低下している。

以上をおおざっぱにまとめると、構造改革という名の下で、富が一極に集中するような構造がつくりだされているといえよう。最近になって、構造改革路線への反省や見直しの動きがみられつつあるとはいえ、その目指している方向は明らかではない。

1 ワーキング・プアの定義やその規模などについては後藤道夫を参照（例えば、「戦後日本における貧困問題の展開」『世界』岩波書店、2008年1月号）。

Ⅱ．北海道におけるワーキング・プアの状態—幾つかの労働者調査から

次の政府統計にも示されるとおり、北海道は全国と比べても、雇用・労働に関する指標が低い水準にある。

表　北海道及び全国における雇用・労働指標

単位：%

	a. 労働力比率	b. 完全失業率	c. 非正規雇用比率	d. 有業者の所得	
				200万円未満比率	300万円未満比率
北海道	56.9	5.1	36.6	38.6	56.8
全国	60.4	3.9	33.5	33.7	51.5

注：a、bは総務省『労働力調査年報　基本集計（平成19年）』、cは同『詳細集計』、dは総務省『就業構造基本調査（平成19年）』（同省サイト）より作成。

そのことをふまえて、ここ1年の間に行ってきた労働者調査（アンケート調査）の結果を報告する。詳細は、以下に掲載している（引用等の際にはもと原稿を参照されたい）。データ等は大会当日に持参する予定である。
http://www.econ.hokkai-s-u.ac.jp/~masanori/index

1．タクシー労働

需給調整規制や価格規制などが撤廃・緩和されたタクシー産業において、激しい増車・価格競争が展開され、乗務員の多くがワーキング・プア状態に陥っていることについては、周知のとおりである。その後、乗務員の待遇改善を目的に運賃改定が行われたがその効果が得られていないのではないか、あるいは、規制緩和の見直しに向けた動きが政府内でみられる中であらためて実態を把握しておくべきではないかという問題意識のもと、2008年5月、産別労組の協力を得て、タクシー乗務員を対象に調査を行った。有効回答2166人）。

1）低賃金と歯止めにならない最賃制度

主要な結果の第一は、やはりというべきか、賃金水準の低さである。2007年度の収入が

250 万円未満という割合は全体の 44.2%を占め、06 年度から 7.3 ポイントも増加した。札幌交通圏を除くとその割合は 63.7%にまで上昇する。ちなみに、今回の運賃改定がその目的を果たしていないことは先述のとおりで、運賃改訂後に利用者や売上が「減った」という回答はそれぞれ85%前後に達した(札幌交通圏)。

最低賃金制度が収入減の歯止めになっていない。生活保障という目的を実現し得ない水準の問題だけでなく、文字通り歯止めになっていないのである。すなわち、説明文と計算式をふして、実際の労働時間で計算した場合に最賃水準を下回る月はあるかと問うたところ、年に 1 回以上あるという回答が 46.0%に及んだのである。精査が必要だとはいえ、北海道労働局による調べでも、監督対象となったタクシー事業所の4分の1で最賃違反が明らかになっており、最賃違反がこの業界ではいまやレア・ケースではないことを示している。

2）無理をした働き方と疲労、通院・治療の断念

第二に、売上減のもとで無理をした働き方も目立った。1 週間の総拘束時間が 60 時間を超えるものが札幌交通圏に限ると 44.3%に及んだほか、働き方にみられる問題点を尋ねた問いでも、所定の休憩よりも短い休憩しかとらずに働く（47.6%）を筆頭に、売上をあげようという焦り、体調不良、違反場所での客待ち等が自覚されている。

第三にそして、他産業労働者と比べるとタクシー運転者の健康状態がよくない(疲労度や疲労蓄積状況を年齢別に厚労省データと比べると、有意な差がみられた)。さらに懸念されるのは、低い収入を背景に、通院・治療の必要がありながら控えているという回答が 21.4%に及ぶことである。この間指摘されている、所得水準による「健康格差」に通ずる結果といえよう。あわせて、金銭的な負担から親戚づきあいや近所づきあいを控えているという回答が 20.3%を占めたことも、低い所得水準が生活の様々な面に否定的な影響を与えていることが示唆される。

2．介護・介護労働

社会保障費の（自然増）部分が削減され、介護報酬も 2 回にわたって切り下げられるなど（09 年度は増額)、社会保障構造改革のもとで、介護労働者の賃金・労働条件が悪化し、そのことが高い離職率にもつながっている。そこで、特別養護老人ホームで働くひとを対象に労働・生活・健康に関する調査を行い、介護職 1148 人の回答をまとめた。うち女性（78.3%）の回答を中心にみていく。

1）仕事が続けられない！―低賃金・低処遇

第一の特徴は、介護職の高い離職率の主たる背景の一つである、賃金水準の低さである。非正規を含む介護職全体の 2007 年の収入は、「300 万円未満」が 72.8%、「200 万円未満」も 36.4%に及んだ。非正規に限ると、「200 万円未満」は 3 人に 2 人の割合（66.0%）である。

ところで、非正規と一口にいっても、特養施設では、フルタイム型非正規とパートタイム型非正規が働いており、前者は、深夜勤務も含め、正規とほぼ（あるいは全く）同じように働いている。それにもかかわらず、一時金や諸手当がないなど、賃金・処遇は正規に比べて著しく低い。そんな理不尽な環境に彼女らはいる。例えば、「30 歳未満」の若い非正規では、1 人を除く全員がフルタイムで働いており、ほとんど（85.4%）が深夜勤務にも従事していた。だが彼女らの 6 割(60.6%)は年収 200 万円に満たないのである。「同じ仕事なのに何故？」「正職につきたい！」（自由回答）という彼女らの鬱屈した思いに、組織された正規労働者は敏感でなければなるまい。

2）介護の理想と現実―慢性的な人手不足と心身の疲弊

離職の背景は低賃金だけではない。なにがしかの夢をもって介護の仕事をはじめたものの、慢性的な人手不足の職場で時間に追われるように仕事をこなし、利用者（入居者）からの頼まれごとにも、「ちょっと待ってて！」が口癖に。あげくに、職員の目が行き届かないときに万が一事故が起こってはという心配から利用者の意に反して座ったままにさせておかざるを得ない、等々。利用者と向きあい、時間をかけて信頼関係を構築していくような理想の介護にはほど遠く、むしろ「人手不足で適切な介護ができない」（62.1%）、「ひろい意味での「身体拘束」をせざるを得ないことがある」（29.6%）というのが現状である。こうして、人手不足は介護の質をも変容させていき、それは、介護職の仕事のやり甲斐の喪失にもつながっていく。

しかも、その少ない人数で、早番・日勤・遅番・深夜勤という変則的な勤務をまわしていかざるを得ない。とりわけ深夜勤務時には職員配置が圧倒的に手薄になり、なおかつ、看護職も不在になるため、6割（61.6%）が何か起きるのではないかという不安を抱えながら夜勤に従事し、なおかつ、4割(41.1%)が仮眠がとれないと訴えている。

さらに、そんな人手不足の中で、もし自分が休みをとってしまったらと考えると、有給休暇の取得もままならない。有休を「ほとんど使っていない」（49.1%）あるいは「4分の1程度の取得」（19.1%）だけで全体の7割を占める。そもそも、有休取得以前の問題で、「体調が悪くても休めない」（38.9%）状況に職場はある。

以上の結果、5割超の回答者がふだんの仕事で「強い疲れ」を感じ、「いつも」（22.1%）あるいは「よく」（27.4%）、疲れを翌日に持ち越してしまっている。

3）利用者の安全、介護の質の危機―犠牲的な労働による限界

こうした事態は、すでに示唆されているように、介護の質や安全性に否定的な影響を与えることにもなる。ひとつの事故の背後には、事故につながりかねないトラブルが数多くあるといわれているが、介護の現場でもしかりである。例えば、この1ヶ月の間で利用者の介護中にヒヤッとしたりハッとした経験が「ある」のは3人に2人（65.4%）に及ぶ。

事態はさらに深刻である。程度・頻度の差はあれども、忙しさや処遇の低さ等を背景に、利用者につい憎しみを感じてしまったり（63.7%）、つい強い口調で対応してしまったり（81.8%）、あるいは、ついこづいてしまったり（14.1%）。職員の献身的な（犠牲的な？）労働ではもはや限界がきているといわざるを得ない。

身体拘束・虐待問題など利用者の人権に対して社会は感度を高めつつある。だがその一方で、十分な教育・訓練の機会も与えられずに現場に放り出され（人手不足でＯＪＴも困難）、認知症の利用者から叩かれたり・暴言をはかれたりしながらも、なす術もなくぐっとこらえて働いている介護労働者の人権に対する私たちの感度はどうか。「介護の社会化」と称してその全てを負わせるのは社会的な虐待ではないか。6割（59.3%）の介護職が「介護の仕事に対する社会的評価が低い」という思いを抱えて働いているその事実に対して、私たちはどうこたえるのか。

3．季節労働者

公共事業費の総額削減、民間建築部門の不況など建設需要が急速に縮小する中で、季節労働者の就業機会が減少し、生活の困難が増している。北海道労働局の調べでも、2008年の短期特例被保険者数は前年比で1万人も減少したまま、夏場にも回復することなく推移した。雇用保険から漏れる層が急速に拡大しているのである。しかもこの間、短期特例一時金の給付額が50日分から40日分に減額され、技能講習制度も廃止されるなど、不十分ながらも季節労働者の生活を支えてきた条件が切り崩されてきている。彼らの就労・生活実態を明らかに

するための調査を2009年の1，2月に行った（有効回答1570人）。

1）高齢化する季節労働者、高い就業率

(a) 回答者には高齢者が多く、男性でも女性でも60歳以上が半数を超える（女性に限ると3人に2人）。(b) しかし、高齢であるにもかかわらず、アルバイトやシルバー人材センターでの登録なども含め、昨年（2008年）に全く働かなかったというケースは、男性ではわずか2割弱（17.6%、女性では26.4%）にとどまる。(c) 就業先（業種）は、男性の場合には建設業が圧倒的に多く（79.9%）、女性の場合は、建設業（41.6%）と農業（27.9%）が多い。(d) 雇用形態は、季節雇用が全体の4分3を占めている（別の雇用形態・仕事とのかけもちも含む）。(e) 職種は、男性では普通作業員が最多（37.7%）で、大工（16.3%）、その他（14.9%）が続く。女性に限ると、その他46.8%、普通作業員34.2%、造園10.4%の順に多い。

2）就労日数の減少と低収入、社会保障制度からの排除

就労日数が減少している。2008年（平均値）は170日で、一昨年に比べて15日減少した。女性に限定してみると150日である。仕事上での問題状況でも、全体の6割(58.2%)が(ア)仕事の量（就労日数）が減っていると回答している。また年間（2008年）の賃金収入は、200万円未満が3人に2人（65.7%）、100万円未満でみても全体の4分の1（23.8%）が該当する。女性はそれぞれ94.6%、52.9%である。

年金の受給状況等は、「受給している」と「まだかけている」がそれぞれ45.4%で、残りの12.2%は、公的年金には「一切入っていない（かけるのをやめた場合を含む）」となっている。また、たとえ年金保険に加入している者であっても、保険料を「滞納している」（14.8%）、一部あるいは全部を「免除されている」(13.3%、9.2%）など事態は深刻である。

そして、国民皆保険が言われていながら、年金制度同様に、医療保険制度からの排除がみられる（年間を通じて無保険24人、冬だけ無保険25人）。また年間を通じて国保に加入してるものに限定して保険料の滞納状況をみたところ、全体の4分の1弱（23.7%）が保険料を滞納している。正規保険証以外が交付されているものも15.4%に及ぶ。背景には、低所得にもかかわらず、保険料負担が高い（年間で20万円以上が48.8%、30万円以上も27.3%）という問題がある。払わないのではなく払えないのである、といえよう。

厚生労働省の「国民生活基礎調査」と同じ項目で尋ねた生活の困窮度は、「大変苦しい」だけで39.2%（男性40，50歳代では5割）に及び、生活保護の受給を希望するものは（現在受給者も含めると）2割（20.3%）に及んでいる。

Ⅲ．まとめに代えて

遠藤ら（2009）の提言が示すとおり、わが国の社会保障・社会政策の転換が求められている[2]。あわせて、本調査研究の問題関心にひきよせていえば、それぞれの産業（交通、社会保障、建設）政策の見直しが必要であり、さらに踏み込んでいえば、この国のかたちが問われているのだと考えている。その中にあって、本学会に果たして何をどこまで期待してよいのか。ごくひかえめに述べても、労働者の働き方や所得水準と健康[3]との関連についての分析と提言は期待してもよいと思うがどうだろうか（例えば、労働時間・休息期間あるいは働き方・労働負担のガイドラインの設定、現行の過労死認定基準や「自動車運転者の労働時間等の改善のための基準」告示の妥当性の検証、ナショナル・ミニマムとして保障されるべき所得水準の提言などなど）。

---

2 遠藤公嗣ら『労働、社会保障政策の転換を―反貧困への提言』岩波書店（ブックレット）、2009年。

3 所得水準と健康との関連については、近藤克則らを参照。

ホームレスの自立支援

逢坂　隆子（四天王寺大学大学院・NPO HEALTH SUPPORT OSAKA）

はじめに 大阪、特に大阪市のホームレス数は全国一多く、公園や路上で野宿する姿を見ない日はないほどである。本学会会員が中心となって進めてきた「ホームレス研究」から「NPO設立」に至る実践を振り返りながら、“社会医学研究者はホームレス自立支援にいかにかかわることができるのか”について考えてみたい。以下にその研究の経過を述べるとともに、調査研究の過程で**「ホームレスが口にした印象的言葉」**を紹介することで彼らから学んだことを分かち合いたい。とはいえ、我われ研究者にできそうなことは、（初期は研究費もない中では）限られている。黒田研二氏とともに①大阪ホームレス健康問題研究会の開催（第1回 2001・12。1～2ケ月に1回。無料の場所・講師）②死亡調査（菓子箱1つ）から開始することとなる。

Ⅰ　死亡調査　2000年大阪市内で発生したホームレスの変死の全数調査（大阪府監察医事務所資料による・294例）。死亡時平均年齢：56.2歳。死亡の種類：病死59%・自殺16%・他殺2%・不慮の外因死15%（餓死8例・凍死12例を含む）。男野宿者SMR（全国平均＝1）：全死因3.6・結核44.8・自殺6.0・他殺78.9。（死因が結核である死亡19）＋（死因は結核以外で活動性結核を有する死亡 10）＝29。死亡発見時の状況（高度腐敗24例・ミイラ化1例・白骨化6例）⇒生命を維持するために必要な最低限の食や住さえ保障されない中での死亡。同じような状況で死に直面しているホームレスが多数いるにちがいない。

Ⅱ　釜ケ崎におけるホームレス（高齢日雇い労働者）調査

(1) 大阪社会医療センター(釜ケ崎の無料低額診療施設)入院患者聞き取り調査（2003~2005厚生労働科研費：主任研究者黒田研二による）　2003年後半に入院した139人（全て男）の聞き取り調査(1人当たりほぼ1時間)⇒①家族との縁が人たち（全て単身、未婚6割・離婚3割強・既婚者も妻と連絡がとれない）②教育とも縁が薄い（中卒以下が6割以上。学校に一度も行ったことがないものもいる。）③歯の状況が極めて劣悪。6割以上は40代までに歯がほとんどなくなっている④野宿生活者は極めて強いストレス状態にある者が多く、不眠状態にあるものも極めて多い（GHQ12スコア）⑤身長が低いものが多い（成長期に必要な栄養が取れなかったものが多いと考えられる）⇒貧困の世代間連鎖**「話をきいてもらえて胸のつかえが取れた」「腹にあったかたまりがなくなった気がする」**（話を聞いているだけで思わず目頭が潤んでくるような、苦しみ・悲しみ・寂しさ・無念さ・あきらめを胸の中、腹の中に抱え込んでいる。）

(2) 大阪市高齢者特別清掃事業従事者調査（同上厚生労働科研費による）　特掃登録者(55歳以上)約3000人。問診・身長体重・結核検診・血圧測定・血液検査(8日間連続・毎日30人以上のボランテイア参加)**「お前ら、わしらをモルモットにする気か！」**⇒血液・血圧・身長体重測定結果①重症高血圧が極めて多い。②貧血・血清総コレステロールが低い・痩せが多い・肝機能異常が多い→その後 1 ケ月間検診結果をもとに健康相談→自動血圧計購入し、特掃から帰ってくるホームレスの健康相談継続。⇒2004年調査時には血圧の自己測

定をする者増加・高血圧で治療を継続する者増加・血圧で要医療者減少・問題飲酒者減少・毎年続いていた特掃事業従事中死亡事故がゼロになる。学生ボランテイアの言葉「うちのお父ちゃんやとなりのおっちゃんとちっともかわらへん」**「家に残してきた娘に似ている。からだに気をつけや」「釜ケ崎に青空がみえたみたい」「若いもんがわしらの話を一生懸命に聞いてくれる」「ホンマは、わしらが一番自分のこと心配してんのや」「血圧高いのに『ほっといてくれ』言うたら本気で怒ってくれた。うれしかったで」「血圧高いからわし酒やめてんで。お前もやめろ」**　結核検診結果要医療者約 2%→関係機関との十分な事前調整・要医療者に対しては患者中心主義・マンツーマン的サポートで必要な医療からの脱落を防止。**「死にたい。ほっといてくれ」** ex 治療開始にあたって障害になっているとしてあげる問題の解決(・犬猫を飼っている・公園やロッカーに荷物がある・入院中の自分のテントが心配・洗濯物がある・友だちに連絡したい)　入院を継続するために必要な支援(・借りている月ぎめロッカーの継続・衣服の補充・退院後の生活の見通しなど心配事の相談・見舞い訪問など)⇒結核発見患者を全員治療に結びつけ、全員治療を終了させることができた。治療終了後、退院後、何人ものホームレスが礼をいいに来る。**「えらい世話になったな」「無理なことばっかりゆうてすまなんだな」**生保を受給しながら**「ボランティアしたろか」**

Ⅲ　特掃従事者・センター入院患者以外の大阪市内ホームレス（移動型）の生活と健康の実態調査（2004～2006 文部科研：研究代表者逢坂隆子による）　大阪で初めての CR 結核検診①2004 年　釜ケ崎三角公園　受診者 90 人中要医療者 3 人②2005・2006 年　中ノ島公園・淀川河川敷・JR 大阪駅前　結核検診受診者 109 人中要医療 5 人。 なんでも相談会と同時開催(参加ボランティア 250 人以上。医師・歯科医師・保健師・看護師・歯科衛生士・社会福祉士・弁護士・司法書士・社会保険労務士・学生・巡回相談員・自立支援施設職員・主婦その他)「なにかできることがあれば自分も参加したい。」⇒日常的な支援活動にも多くの他専門職との連携の輪が広がる。自分たちが不得意のところは他専門職の人たちと協働すれば解決できる。

Ⅳ　大阪市のホームレス結核対策充実　①大阪市 CR 結核検診車導入⇒2006 年 4 月から新規運用開始②公的結核病院⇒大阪市市民病院結核病棟にホームレス受け入れ③大阪社会医療センター(釜ケ崎にある無料低額診療施設)⇒2005 年から外来受診者対象に結核検診(整形外科受診者の 40 人に 1 人・内科外科受診者の 30 人に1人が結核要医療)⇒2006 年 10 月より結核専門外来開始④結核要医療者(菌陰性)の生活施設開設

Ⅴ　NPO HEALTH SUPPORT OSAKA 設立　研究に参加してきたものが中心となって設立。大阪市のホームレス結核対策を大阪市から受託。釜ケ崎地区を中心に結核対策・健康支援・自立支援活動を推進するとともに、併せて人材育成にも力をそそいでいる。研究事業で結核が見つかった元ホームレスがボランティアとして NPO の活動を支えてくれている。

おわりにかえて　ホームレスの自立支援は、単に必要な医療や生活保護受給につなげることだけでは充分ではない。社会的に排除され続け、生きる意欲すら失ってしまったホームレスが、研究者・ボランテイアとのかかわりの中で、他人への信頼をとりもどし、自分自身を大切にしていく人間回復過程が我われにそのことを教えてくれている。

一般演題

A会場

A－1

深夜の繁華街における虞犯少年の社会医学的研究

○田中　勤1），古橋忠晃2），福島一彰3），趙　陽1），福元進太郎3），市原明居子3），徳留信寛4）
1）名古屋市立大学大学院医学研究科健康・栄養政策学分野　2）名古屋大学学生相談総合センター
3）名古屋市立大学大学院医学研究科・医学部公衆衛生学分野
4）独立行政法人国立健康・栄養研究所

【背景と目的】深夜徘徊をする少年は少年法により「虞犯」少年に該当する。平成 19 年司法統計年報によれば、虞犯少年の年間保護件数は 700 件程度であり、少年法に定義された「虞犯」の広い概念からみると、この保護件数は少なく、十分な実態把握がなされているとはいえない。現実には、家庭や学校、地域社会で居場所のない少年たちが、自らの居場所を求めて深夜の街を徘徊している。非行は少年の健康を脅かす事象の一つである。非行の前段階として大多数を占める虞犯少年の実態を明らかにすることは意義がある。

【対象と方法】毎週土曜日深夜より日曜日未明まで、名古屋市内繁華街周辺を巡回し、深夜徘徊を虞犯少年のメルクマールとして聞き取り調査を行った。ここで、対象は思春期少年とし、対象年齢は 18 歳未満の男女（ただし、通常の高校３年生年齢の 18 歳は対象者に含めた）とした。質問内容は、匿名により、当該少年の生活状況やリプロダクティブ・ヘルスに関する質問項目、DSM-Ⅳの境界性人格障害診断基準を参考に作成したメンタル・ヘルスに関する質問などを主な項目とし、被対象者の口頭による回答を調査者が記入した。この調査を通じて出会った虞犯少年たちの中から、深夜の街との関係が構築され、著しく健康を脅かされていると思われる深刻なケースについて検討した。

【結果】聞き取り調査は 2007 年 9 月より 2009 年 5 月にわたり実施され、現在まで 73 名の少年から聞き取りを得た。夜の街とつながりが認められる深刻な虞犯少年のケースから、以下の特徴が認められた。

1．家庭、学校に居場所のないこどもは仲間とのつながりを求め、深夜の街に出てくる。
2．深夜の繁華街には、違法風俗店や薬物などのブラックマーケットがあり、つながりがうまく構築できないこどもはブラックマーケットの人たちとの安易なつながりへと流れようとする。
3．児童虐待を少なからず受けている少年の存在が認められる。
4．親権・監護権者および義務教育期間における教師との関係性が良好なこどもにも虞犯傾向は認められる。

【結び】本調査活動により、こどもを取り巻く環境の重要性と、少年非行・少年犯罪の予防には多数を対象とする一般予防とともに少年個人を対象とする個別的対応、すなわち特別予防が重要であり、それは行政・司法・警察関係者のみによって達成されるものではなく、最も身近にいる親・教師などが個別的に熱意と愛情をもってこどもたちに接しなければならないという基本原則が導きだされる。虞犯少年のすべてが将来罪を犯す成人になるというわけではない。少年と接するすべての大人は、長い目で少年を見守っていくことが大切である。結論としてはありきたりで単純なものかもしれないが、そのシンプルなところにこそ少年福祉の基本があることをわれわれ大人は忘れてはならない。本調査活動は現在も継続中であり、単なる調査にとどまらず、現場にて接した少年たちの悩みなど相談を受けるようにしていることを付記しておく。

A－2

高校生の保護者の健康指標の関連要因の検討

○佐藤みほ[1]、戸ヶ里泰典[2]、小手森麗華[3]、米倉佑貴[1]、横山由香里[1]
木村美也子[1]、熊田奈緒子[1]、山崎喜比古[1]
1:東京大学大学院医学系研究科
2:山口大学大学院医学系研究科
3:中央大学附属高等学校

【背景および目的】思春期の身体、心理、社会的健康は幼少期からの家庭環境や家族背景に影響を受けることから、家庭や家族に内在する心理社会的資源に対して高い関心が寄せられており、家族同士の関係性や家庭環境と子供の健康状態との関連について言及する研究は国内外ともに散見される。家庭環境や家族背景は、子供を養育する親の身体、心理、社会的健康に対しても影響を与えており、さらに親の健康状態は子供の健康状態や成長発達に影響するとされている。家族の習慣の形成度は、家族の関係性を表し、子供の健康を守る家庭に内在する心理社会的資源として注目されているが、子供が幼少期に形成されていた家族の習慣が特に重要とされている。また、家族の習慣の形成度は子供ばかりでなく、家族の習慣を形成する主体者である親にも影響し、親への影響を介して子供の健康状態にまで影響が及ぶと述べる先行研究も見られる。そこで本研究では、思春期にある高校生の保護者を対象として、高校生が幼少期に家庭で形成されていた家族の習慣および現在の家族関係が、現在高校生の保護者の健康状態に及ぼす影響を検討することを目的とした。

【方法】都内私立A高等学校に在籍する生徒の保護者1540名を対象に、2007年10月から11月に郵送法による自記式質問紙調査を実施した。有効回収率は65.8%、分析対象者は810名とした。保護者の健康指標として精神健康(Mental Health Index)、主観的健康を用いた。また、保護者の健康に関連する家庭要因として、家族の習慣(Family Routines Inventory)、家族関係指標(Family Relationship Index)のうち凝集性、葛藤性を用いた。その他基本属性・特性として、性、年齢、最終学歴を用いた。分析方法は、基本属性、高校生が幼少期の家族の習慣形成度、現在の家族関係を順次投入する階層的重回帰分析を用いた。

【結果および考察】保護者の主観的健康と精神健康には、高校生が幼少期の家族の習慣のうち、日々の習慣の形成度が影響していた。主観的健康については、現在の家族関係を投入しても、高校生が幼少期の家族の習慣の形成度が影響していたが精神健康については、影響が弱まった。また、保護者の主観的健康に影響する家族関係は葛藤性のみであり、保護者の精神健康には、家族関係の凝集性、葛藤性双方が影響していた。

		主観的健康			
		model Ⅰ	model Ⅱ	model Ⅲ	model Ⅳ
		β	β	β	β
性別					
	男性	ref.	ref.	ref.	ref.
	女性	−.074	−.071	−.111	−.105
年齢		−.097	−.097	−.098	−.102
最終学歴					
	高校以下	ref.	ref.	ref.	ref.
	専門学校		−.019	−.028	−.030
	短大・高専		−.058	−.067	−.063
	大学・大学院		−.033	−.041	−.031
FRI日々の習慣				.143***	.119**
FRI週末の習慣				.017	−.001
家族関係					
	凝集性				.039
	葛藤性				−.146***

*** p<0.001 ** p<0.01 * p<0.05

		精神健康			
		model Ⅰ	model Ⅱ	model Ⅲ	model Ⅳ
		β	β	β	β
性別					
	男性	ref.	ref.	ref.	ref.
	女性	−.035	−.024	−.075	−.053
年齢		.056	.049	.049	.048
最終学歴					
	高校以下	ref.	ref.	ref.	ref.
	専門学校		−.009	−.023	−.020
	短大・高専		−.008	−.022	−.019
	大学・大学院		.039	.026	.050
FRI日々の習慣				.170***	.089*
FRI週末の習慣				.050	−.003
家族関係					
	凝集性				.174***
	葛藤性				−.283***

*** p<0.001 ** p<0.01 * p<0.05

A－3

地方都市中学生を対象とした性に関する実態調査
－男女比較を中心に－

○布施千恵[1)]、沼田栗実[1)]、永野勝稔[1)]、芦村寿生[1)]、保田玲子[1)2)]、後藤ゆり[3)]、吉村有未[1)]、奥村昌子[1)]、吉田　恵[1)]、大林由英[1)]、神尾知佳[4)]、小林八重子[5)]、塚原英代[4)]、玉城英彦[1)]
[1)]北海道大学大学院 医学研究科予防医学講座 国際保健医学分野
[2)]札幌市立大学 看護学部　[3)]札幌国際大学 スポーツ人間学部スポーツ指導学科
[4)]札幌旭丘高等学校　[5)]札幌市立山鼻中学校

【目的】近年、若者の性体験の早期化や日常化とともに、この世代の性感染症罹患率の高さが明らかになっている。よって、思春期の保健対策の強化はわが国の母子保健施策の重要課題のひとつである。今回、学校保健活動を効果的に展開するための基礎資料を得る目的で、札幌市の中学生を対象に性に関する実態調査を行ったので、概略を報告する。

【対象・方法】札幌市立中学校18校に在籍する3年生2,545人を対象に、2008年9月に無記名自記式質問紙調査を実施した。調査当日、各校の教師が調査の概要を説明した後、質問紙を配布しその場で回答してもらった。質問内容は、対象者自身および家庭環境、性についての考え、性に関すること、性感染症について、妊娠・出産や避妊・人工妊娠中絶についての29項目である。今回の分析では、性別未回答と「わからない」という回答を除いた。それぞれの質問項目に対する回答の男女間の違いを、χ^2検定を用いて分析し、有意水準は$p<0.05$とした。

【結果】家庭環境や性への関心について男女間に大きな違いが認められた（表1）。男子は女子に比べ、自分のことがより好きで、普段の生活の中で性的欲求の衝動がより多かった。女子は自分の身体を大切にし、保護者とよく会話し、家庭が楽しいと感じていた。また女子は男子より、「性行動が相手の体や心を傷つける」「相手や友人の心身を大切にすることは重要である」と考え、相手を実際に大切にしていた。

表1. 自分自身および家庭環境、性への関心、性感染症の知識に対する男女の比較（中学生）

質問項目	男子(n=1278) 思う※ n (%)	男子(n=1278) 思わない※ n (%)	女子(n=1251) 思う※ n (%)	女子(n=1251) 思わない※ n (%)	オッズ比	95%信頼区間
Q1. あなたは自分のことが好きですか	408 (42.2)	559 (57.8)	357 (35.1)	661 (64.9)	1.35	(1.13 ～ 1.62)
Q2. あなたは自分の体を大切にしていますか	817 (73.6)	293 (26.4)	879 (80.3)	215 (19.7)	0.68	(0.56 ～ 0.83)
Q3. あなたは保護者(親)とどの程度会話をしますか	961 (79.9)	242 (20.1)	1090 (89.6)	127 (10.4)	0.46	(0.37 ～ 0.58)
Q4. あなたは自分の家庭を楽しいと思いますか	879 (77.4)	257 (22.6)	978 (84.3)	182 (15.7)	0.64	(0.52 ～ 0.79)
Q5. あなたは普段の生活の中で、性的な欲求の衝動がありますか	269 (26.4)	750 (73.6)	235 (23.1)	781 (76.9)	1.19	(0.97 ～ 1.46)
Q6. あなたは性的な接触はいつごろから行ってもかまわないと思いますか	608 (75.4)	198 (24.6)	709 (80.8)	169 (19.2)	0.73	(0.58 ～ 0.92)
Q7. あなたは性行動(性的な接触など)が相手の体や心を傷つける可能性があると思いますか	693 (81.6)	156 (18.4)	791 (86.4)	124 (13.6)	0.70	(0.54 ～ 0.90)
Q8. あなたは交際相手や友人の心や体を大切にすることはとても 重要なことだと思いますか	1106 (97.4)	30 (2.6)	1155 (99.1)	10 (0.9)	0.32	(0.16 ～ 0.66)
Q9. あなたは交際相手や友人の体や心を実際大切にしていると思いますか	810 (87.3)	118 (12.7)	932 (95.5)	44 (4.5)	0.32	(0.23 ～ 0.46)
Q10. あなたは今、性に関する悩みや問題を持っていますか	167 (13.5)	1066 (86.5)	252 (20.8)	961 (79.2)	0.60	(0.48 ～ 0.74)
性感染症の知識の有無	(4問以上正解群) 278 (21.8)	(3問以下正解群) 1000 (78.2)	(4問以上正解群) 276 (22.1)	(3問以下正解群) 975 (77.9)	0.98	(0.81 ～ 1.19)

※ Q3 話す:話さない、Q4 楽しい:楽しくない、Q5 ある:ない、Q6 高校入学以降:高校入学以前、Q8 重要だと思う:重要だと思わない
Q10 もっている:もっていない、Q9 大切にしていると思う:大切にしていないと思う

【考察】女子の方が男子に比べ、自身の身体に対する興味がより強く大切にしていた。女子にとって、許容できる性交渉開始時期は全体として、男子に比べ遅い傾向にあった。また、性に関する悩みや問題をより多く抱えており、特別な配慮が必要である。また、家族との交流においても男女間に大きな違いが認められた。一方、性感染症やエイズに関する知識についての男女差は見られないが、誤答率が高い項目も散見されるので、効果的な性・エイズ教育の機会を設ける必要がある。これらの結果を踏まえ、家庭環境などと性知識や態度、行動の関連を今後詳細に検討する予定である。

【*本調査は、平成20年度札幌市教育委員会研究委託事業の一環として実施した。*】

A－4

HIV／AIDS患者の就労の社会基盤整備と当事者の社会アクションに対する人・職域・社会の反応動向

○久地井　寿哉（東京大学大学院）　大平　勝美（(社福）はばたき福祉事業団）

目的： HIV／AIDS患者の就労促進と質の向上のために、就労の社会基盤整備の歴史的経緯について概観し、当事者の社会アクションと人・職域・社会の反応について報告する。

背景： HIV／AIDS患者に対する差別・偏見や不当解雇が社会問題化し、1992年10月東京商工会議所が経済団体として初の企業向けエイズ対策マニュアル「職場とエイズ」を作成した。1995年2月労働省は「職場におけるエイズ問題に関するガイドライン」を策定、関係機関へ通知した。1998年1月身体障害者福祉法施行令の一部改正により、免疫機能障害が内部疾患身体障害者・障害年金の対象として認定されるようになった。同4月身体障害者福祉法により、HIV 感染者は「免疫機能障害」として身体障害者認定を受け、身体障害者手帳の交付を受けることができるようになった。これは薬害エイズ訴訟の和解の恒久対策の一環として定められた。2003年4月に身体障害者等に対する「支援費制度」の導入が決まり、従来の措置制度から大きく転換し福祉サービス利用が推進された。一方、働く意欲のある障害者が必ずしもその機会を得られていないという状況が発生し、こうした制度上の問題を解決し、障害者が地域で安心して暮らせる社会を実現するために「障害者自立支援法」が2005年10月に成立し、翌2006年4月から順次施行された。

当事者の社会活動内容：1998年4月から身体障害者手帳の交付を受けることができるようになり、障害者雇用の対象になった。HIV 感染者は、社会防衛の対象から社会福祉の対象とすることや、疾患のイメージを変えることでHIV／AIDSに対する差別・偏見を解消することを目指した当事者活動の成果となった。しかし近年でも、障害者自立支援法に基づく「ハローワーク」「医療従事者」「当事者」等への調査事業が示すように、HIV／AIDS の疾病観は従来から変容しておらず、社会的な啓発が遅れていることが示された。「企業」「官公署」等といった職域での、理解や制度の円滑な活用も進んでいない。HIV／AIDS 患者当事者についても、強い差別不安・差別経験を抱え、ネガティブなHIV／AIDSに対する疾病観をもつことが示され、低い就労率や制度活用の困難へとつながっていることが示された。こうした社会的な閉そく感を変えるため「HIV／AIDS患者」「障害者」「免疫機能障害者」「労働者」としての多面性のある人間理解と同時に、当事者のエンパワーメントと就労促進を目的にした行政・当事者・学問・NPO・企業等の協働によるシンポジウムが継続されている。

考察：当事者の社会アクションは、制度や、多関係者の協力により維持されている。定期的なアセスメントと、課題領域の設定、就労や社会参加を勧める各種アプローチが社会的な啓発活動となり、HIV／AIDS に対する差別・偏見も解消していくと考えられる。今後も関係各者が連携を強化し、活動を継続していくことが必要である。

Keyword：HIV/AIDS、就労、社会参加、協働

A－5

高度経済成長時代の高速幹線鉄道、幹線道路等の建設従事労働者の振動工具使用作業と障害発症の経過の考察から

山田信也（名古屋大学医学部公衆衛生学）

（はじめに）東北から九州の地域に在住し、1967～1977年の間に、高速の幹線鉄道や幹線道路の建設でのトンネル掘削作業、橋脚深基礎掘削作業を開始し、その後、重い振動障害にかかり、1998～2007年の間に退職に至った労働者に、2005～2008年の間に、それぞれの居住地で面接し、その労働と振動障害発症の経過を聞き取った。以下にその概要と社会医学的な考察を記す。

（6名の作業者の居住地）青森県2名。福島県1名、岐阜県2名。鹿児島県1名

（従事した工事作業）地方幹線道路および水路のトンネル掘削。全国的な主要幹線道路、高速幹線鉄道のトンネル掘削および、橋脚（あるいはビル）深基礎の掘削。

（就業先）大規模建設企業の事業の下請け企業が多い。各地の作業場での主要な掘削作業が終了すると、他の工事場の企業へ移動する。次の工事までの間を利用して帰郷する場合が多い。宿舎は作業地の合宿所が多い。作業従事期間は、1～2年もしくは数ヶ月～半年という期間が目立つ。

（作業地の分布）作業地を日本地図上にプロットすれば、北海道から沖縄に及び、各個人では、おおむね、沖縄～近畿、中国～東北、近畿～北海道の範囲におよぶ。

（作業従事期間）21歳から38歳の間(1967～1977)に就業を開始し、54歳から61歳の間に、振動障害の症状悪化に伴う業務上疾病の認定による療養開始がきっかけで、退職している。

(振動工具使用状況) 1970～1985年の間は使用時間は一日8時間労働のうち3時間前後が多い。トンネル掘進、橋脚（あるいはビル）深基礎作業では、レッグ削岩機が主で、補助的にピックハンマーを使用する。1980年以降は徐々に掘進作業の機械化がすすみ、1985～1990年の間に、大型トンネルでは、ほぼ機械化が普及した。深基礎作業では機械化はほとんど進んでいない。

（症状の発症）振動障害の初発症状である手の冷え、あるいは痺れなどは、全員が10年前後で感じており、それ以降、強張り、白指などが現れ、体を冷やさない工夫、暖める工夫を努力している。1980年頃からの機械化の徐徐の進行が、症状を持ちながら坑内作業を続けることを可能にしたと考察されるが、一方、症状は確実に進行している。

（健康診断）一般的な健康診断は受けているが、振動障害早期発見の診断は5名は受けていない。1名は定期健康診断での異常から振動障害特種検査にまわされたが、その結果を知らされないままに、企業から解雇され、他の企業に就職して仕事を続けたという。この6名は、いずれも、1998～2007年の間に、医療機関で振動障害検診を受け、認定を申請し療養ができることを知り、救済されている。このきっかけは、建設関係の労働組合の努力によって生まれている。

わが国の振動障害の認定数は、他産業では1990年までの間にほぼ減少の傾向を見せているが建設産業では上記の諸例のように埋もれていたものが多く、90年代になってようやくその実態が注目されるようになったと推測される。私自身も、長年振動障害の問題に取り組みながら、こうした深刻な事態に気付くのが遅れたことを反省している。

A－6

精神障害者の社会復帰への実現化における中国の地域福祉サービス

高　飛　（GAO FEI）　　（中国　瀋陽師範大学）

近年、社会福祉制度の改革に伴ない、福祉事業は政府による完全給付から、政府、民間団体、個人の共同で行われる社会福祉事業の促進に向かっている。それに、従って、障害者の地域活動の推進、人格の尊重、援助、保護思想の普及、障害者の福祉事業の実施と増進を図ることを目的として企業や個人、コミュニティが 積極的に参加し、コミュニティごとに福祉施設を創設し、綜合的な地域福祉サービスを提供するようになった。

障害者の中でも精神障害者は特殊な障害者として非常に多くの問題がある。精神障害者社会リハビリテーションは、精神に障害を持つため家庭において日常生活を営むのが困難な精神障害者が日常生活に適応できるように、低額な料金で居室、その他の設備を提供し、必要な訓練及び指導により、社会復帰の促進を図る ことを目的としている。

近数年来、中国で、各種障害者の中に、精神病患者の発病率が著しく上昇している、各地調査により、18．14‰となった。また、軽度精神病患者の発病率が 22.1‰になった。

精神障害者における予防、治療及び回復等大きな社会問題に対し解決をしなければならない状態である。福祉施設で精神障害者に対し障害者の家族と親に疾病の性質、発展過程及び治療に関する基本知識を伝授し、患者存在の病状、各種治療、介護手段を把握させ、患者障害者に心理衝突を識別し、応急に対処能力上げるようにする心理教育性家庭関与の研究を進めた。

町精神衛生リハビリテーションの概況

精神衛生リハビリテーションは治療、康復指導、職業訓練、福祉のサービスを提供する、地域の精神障害者の社会生活へ適応、社会復帰の促進を図ることを目的として総合的な福祉施設となった。

精神衛生リハビリサービスの内容

- 診査治療・心理諮問――同精神衛生リハビリテーションにおいて、指定専門の精神科医師による精神障害者に関するあらゆる問題について診査、相談、判定、指導などが行われ、かつ患者と家族の心理諮問及び在宅重度患者には訪問診査を担当する。
- デイステーション介護――病状が軽い患者は本人及び家族の望みによりデイステーションでの文化活動、機能訓練、食事等日常生活を営むのに必要なサービス提供。
- 在宅治療――回復訓練が終わったら病状がまだ残っていた患者は居宅で治療を受け続けられる。
- 職業訓練、雇用――基本的に治った患者が就職の願望に対し、本人申請、家族許可によって、福祉工場と契約してから職業訓練を行い、職能判定を経て、固定職業を与える。固定職業をもつ障害者が医療保険、退職金など優遇を受けられる。
- 入院治療部門――急に発病または再び発病の患者は入院治療することができる、開放式な介護を講じる。

実施心理教育性家庭関与の方法

① 維持量の抗精神薬を飲み続けるように及び薬量を調節と薬物反応を解消する方法を患者と家族に指導する。
② 関与過程は、精神衛生常識を普及させるから初め、相談の方式で行っている。
③ 関与の実施方針は、主に家族成員の情感表現を調整すること。
④ 関与の目的は、家庭に矛盾衝突を避け、社会性的な緊張因素を減少するためです。

精神障害者の場合は、人格全体が否定されたり、軽視の対象となりやすく、現在もなお不当な差別観がはびっこている。こうした状況が家族や本人に大きな犠牲を負わせる結果となっている。この状態に対して、日本の精神障害者社会リハビリテーション施設と中国のモデル施設（前述）の現状をともに調査研究しながら 、施設と地域住民支援の関連性に比較検討したものを中国の関連機構に報告する。本研究の結果は中国の今後の精神障害者に関する社会復帰施設を設立ことに非常に参考になる。

A－7

肺がん患者における胸膜プラーク合併頻度に関する検討
「全日本民医連アスベスト多施設調査の中間報告」

○田村昭彦[1)]、長谷川吉則[2)]、伊志嶺篤[3)]、小池昭夫[4)]、丹内則之[5)]、藤井正實[6)]、服部真[7)]、平野治和[8)]、中村賢治[9)]、船越正信[10)]、里見和彦[11)]、舟越光彦[1)]、山下義人[12)]、福地保馬[13)]、菅沼成文[14)]

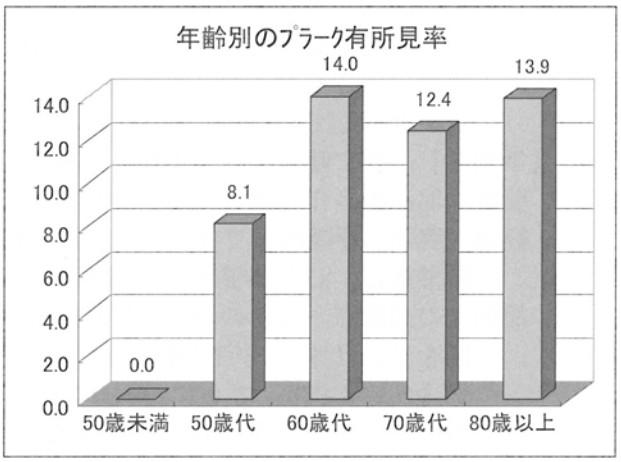
1）九州社会医学研究所、2）千葉健生病院、3）勤医協中央病院、4）埼玉協同病院、5）立川相互病院、6）芝病院、7）城北病院、8）光陽生協病院、9）大阪社会医学研究所、10）潮江診療所、11）水島協同病院、12）鹿児島生協病院、13）藤女子大学、14）高知大学教育研究部医療学系医学部門

【目的】肺がんによる死者は 2007 年度 65,576 に達し悪性新生物による死亡原因ではトップである。しかし臨床現場では中皮腫と比較して、肺がんがアスベスト関連疾患であるとの認識が高くない。肺がん患者におけるアスベスト曝露の関与する頻度を明らかにする

【対象と方法】全日本民主医療機関連合会に所属し本研究への参加を表明した 6 都道県 12 病院で、2006 年 1 月 1 日～2007 年 12 月 31 日に初めて病理学的に診断の確定した原発性肺癌を対象とし、診断時直近の胸部レントゲン及び胸部 CT について研究班の医師により胸部ﾚﾝﾄｹﾞﾝは旧労働省作成の「じん肺標準フィルム」を使用し、胸部ＣＴは「Kusaka らによる HRCT 国際分類」を参考にして研究班のメンバーが読影し、NIOSH B リーダーが最終判定を行った。診療録から職歴、喫煙歴等も検討した。

【結果】本研究は 1000 件を目標に現在進行中で今回は中間報告である。エントリーされた 490 例中、肺内転移等で 19 例を除外し 471 例（男/女；339/132 例、平均年齢 70.2±9.9 歳）について検討した。胸部レントゲンにおけるプラークの有所見率は 5.9%（男/女 7.4/2.3%）、胸部ＣＴでのプラーク有所見率は 12.3%（男/女 15.6/3.8%）であった。組織型別頻度は、腺癌/扁平上皮癌/小細胞癌は 48.8%/29.3%/13.2%であった。

【職歴記載】診療録に何らかの職歴が記載されていたのは 401 例（85.1%）であった。会社員・自営・主婦・現在無職などを除き中分類以上の職業分類を行うことが出来たのは 301 症例（63.9%）であった。



【大分類】「生産工程・労務」24.1%「運輸・通信の職業」18.2%と高率に胸膜プラークが認められｱｽﾍﾞｽﾄによる影響が示唆された。

【中分類】「建設」「土木」が各々40.0%、「金属材料製造」30.8%、「自動車運転」21.1%、「金属加工」20.0%、「電気作業者」「採掘」各々18.2%とｱｽﾍﾞｽﾄ曝露が考えられる職歴の肺癌患者に胸膜ﾌﾟﾗｰｸの高い合併を認めた。

【考察】肺癌患者における胸膜プラークの有所見率は 12.3%と高く、臨床現場でｱｽﾍﾞｽﾄ関連職歴を十分聴取することが極めて重要である。医師・放射線技師・看護師・ＭＳＷ・医事など多職種での対応が必要となる。さらに、労災申請等を円滑に進める上でも、現役中からｱｽﾍﾞｽﾄ作業歴、健診結果等の情報を労働者自身が所持できる新たな健康管理手帳制度の確立が望まれる。

A－8

「じん肺（間質性肺炎）と労災申請　～高度に進行した事例との関わり～」

○北島史子　田村昭彦　舟越光彦　青木珠代（九州社会医学研究所）

【はじめに】

じん肺の症状が悪化し、日常生活の支障や医療費の増加、また死亡に至った患者の抱える問題点を労災申請の関わりを通して考察する。

【事例１】　６２歳　男性　独居

職歴　全国の発電所や焼却場のボイラー、チューブの高周波溶接（約 40 年）

経過　４年前じん肺及び石綿肺と診断。肺の線維化の進行に伴い、呼吸困難が増悪。就労が困難になり自宅療養。在宅酸素使用し、入退院を繰り返す。労働局へじん肺管理区分申請し、管理３ロ、ＰＲ３、Ｆ(＋)、療養 否の判定。中央じん肺審査会へ審査請求申請し、棄却となる。

援助上の問題点　就労困難なほど症状が悪化し「相当する」との主治医意見書がありながら労災が認められなかった。審査請求棄却後、裁判と再申請との並行した対応を検討中に亡くなった。じん肺が高度に進行しており、管理区分の結果を待つ間も病状が進行していった。

【事例２】　死亡時６７歳　男性　労働下宿

職歴　部品の製作・電気工事等 10 年、日雇いのはつりや解体 38 年

経過　胸痛、呼吸困難で救急搬送され入院。入院直後より酸素療法開始。８ヶ月後、石綿肺で死亡。じん肺管理区分 管理４、身体障害者手帳１級

援助上の問題点　受診の ２ ヶ月ほど前から症状が出ていたが、無保険であった為医療機関を受診せず、在宅で療養を行っていた。管理区分の申請に先んじて行われた生活保護受給の決定、さらに、身障手帳の取得により障害者加算を受給することができ、当面の医療費・生活費を確保することができた。日雇いを転々としていたことから職歴調査に時間がかかり、休業補償の平均賃金額の決定が間に合わず、休業補償を受け取ることができなかった。

【事例３】　死亡時７６歳　男性

職歴　製鉄所のコークス工場勤務（約 27 年）

経過　2003 年 8 月間質性肺炎と診断。2004 年 2 月より在宅酸素使用。間質性肺炎の悪化で死亡。死亡診断書「特発性間質性肺炎」。労災申請するも、労働基準監督署にて不支給決定、審査請求の労働者災害補償保険審査官にて棄却。再審査請求の労働保険審査会にて業務上の認定。

援助上の問題点　他の医療機関を受診中であった。本人が間質性肺炎と粉塵作業との関係を検討してほしいと主治医に何度も訴えたが対応がなく、当研究所所長の外来受診に至った。身障手帳や特定疾患の制度についても利用されていなかった。退職後年 2 回受診していたコークス健康管理手帳健診においてじん肺所見の指摘がありながら、本人は何ら知らされていなかった。患者本人の職歴が病名・直接死因に反映されなかった結果として、遺族による労災申請も審査会までかかり、精神的負担となった。

【まとめ】

患者は身体だけでなく、精神的・経済的にも苦しい状況にある。補償によって生活が守られることで安心して療養できる環境が整うことから、労災の申請と並行して、当面活用できる社会資源をフルに活用し患者の生活を支える必要がある。日雇い労働者は、無保険である為症状が進行するまで医療機関にかからない、また職場を転々とした為最終事業所の確定が困難で給付の受給に時間がかかる場合がある。予防としての健康管理が機能していない問題もある。高度に進行した事例では、労災の認定や給付を待てないほど進行が早く、患者の救済にあたって、医療従事者全体で職種をこえた連携と情報交換を行い、早期の職歴の確認と社会資源の活用の検討に取り組む必要があると考える。

A－9

「疑わしきは措置をとる」原則の制度化と徹底を
―「薬害の歴史」からみた薬害防止策の基本―

○片平洌彦（東洋大学）寺岡章雄（京都大学大学院）

［目的］薬害C型肝炎訴訟の和解合意書に基づき、2008年度に厚生労働省に設置された「薬害肝炎事件の検証及び再発防止のための医薬品行政のあり方検討委員会」は、2009年4月30日に「薬害再発防止のための医薬品行政の見直しについて（第一次提言）」を出し、2009年度も検討を継続している。薬害再発防止のためには、1950年代から続発してきた薬害事件の教訓から共通点を抽出した上で、「抜本的見直し」策を考える必要がある。そこで、本報告では、主要な薬害7事件を取り上げ、それらの薬害を起こした社会的な原因を考察し、その共通点を解明することによって「薬害の歴史」からの基本的な教訓を抽出し、それに基づく対策のあり方を考察した。

［方法］文献的考察により、「薬害の歴史」が示す事実を、以下の論点を設定しまとめた。(1) 事件の概要 (2) 当該医薬品の開発・承認・販売と薬害被害発生・拡大の経過 (3) 危険性の予知・警告とそれへの企業・国の対応 (4) 販売中止等の措置の経過。この考察から、各々の事件について、①原因医薬品等の使用開始②危険性予知・警告③販売中止等の措置④対処の遅れ、の各々の時期とその内容を表にして対比した。

［結果・考察・結論］主要7薬害事件における対処の遅れは、表の通りである。

表　薬害事件における対処の遅れ

事件（医薬品）名	日本での使用（承認、販売）開始時期	初の危険性予知・警告時期（その内容）	日本での措置時期（その内容）	対処の遅れ
サリドマイド	1958年1月（販売開始）	1961年11月18日（西ドイツ・レンツ警告）	1962年9月13日（回収開始）	約10ヶ月
スモン（キノホルム）	1929年（内用開始）	1935年（アルゼンチン・バロス報告）	1970年9月（販売停止）	約35年
薬害エイズ（第Ⅷ因子製剤） （第Ⅸ因子製剤）	1978年（承認） 1972年（承認）	1982年7月（CDCの報告） 1982年7月（CDCの報告）	1985年7月（加熱製剤承認） 1985年12月（加熱製剤承認）	約3年 約3年5ヶ月
ソリブジン	1993年9月3日（販売開始）	1989年7月（動物実験の終了）	1993年11月（回収）	約4年4ヶ月
薬害ヤコブ病（ライオデュラ）	1973年7月（承認）	1978年12月（予知可能） 1987年6月（米国で禁止措置）	1997年3月（使用禁止）	約18年 約10年
薬害C型肝炎（フィブリノゲン製剤） （第Ⅸ因子製剤）	1964年（承認） 1972年（承認）	1963年（内藤論文） 1963年（内藤論文）	1998年（適応限定） 1985年（加熱に切換）	約35年 約22年
イレッサ薬害	2002年7月（承認）	2001年（治験で死亡例認知）	2002年12月（使用制限）	1年以上

対処の遅れの共通の原因は、当該医薬品等の危険性を示す情報に接しながら、企業も国も直ちに適切な安全対策を取らなかったことである。各薬害事件の初期における企業の対応に共通しているのは「危険性情報の軽視・無視」であり、そうした企業の姿勢を国が容認してきたことが、重大な薬害を引き起こしたと言える。

従って、今後薬害を防止するには、安全対策の原則を「疑わしきは有効な措置をとる」とすることが不可欠である。つまり、初期の段階で、重大な害作用との因果関係が疑われる際は、因果関係確定前であっても、その情報を公開して、予防原則の観点から薬害防止のために有効適切な安全対策を行うことが絶対に必要である。

米国では2007年に「ＦＤＡ再生法」が成立し、医薬品安全対策が強化されたが、その一環である「因果関係未確定段階での有害事象早期公表システム」はこのような考え方に立って導入されたと見られる。上記の厚労省検討会も「因果関係が確定する前に、安全性に関わる可能性のある安全性情報を公表し」、「グレー情報の段階においても、市民や医療機関に積極的に伝達する」よう提言しており、日本での早期の制度確立が求められる。

A-10

若年無職者のストレス対処能力とメンタルヘルス～有職者との比較から

○戸ヶ里泰典[1]　山崎喜比古[2]　佐藤みほ[2]　横山由香里[2]　原田規章[1]
1山口大学医学部衛生学教室　2東京大学大学院医学系研究科健康社会学教室

1990 年以降慢性的な不況下で完全失業率は上昇し、2002 年以降やや低下しているものの、過去 10 年間に、若年層特に 20 代後半の完全失業率は、6.0～7.8%、30 代前半では 4.8～5.5%と他の世代に比較して高い水準で推移している(総務省　労働力調査　2009)。その一方で、こうした失業者における健康状態は、有職者に比して社会的地位の低下や社会的排除などの健康決定要因の欠如を招き著しく低下することが言われている(Wilkinson2005)。しかしながら健康状態を損なうことで職を失う逆の関係もまた示唆されている。そこで本研究は若年者を対象として、(1)横断データより、無職者と有職者との間で、メンタルヘルスやそれにつながるストレス対処能力がどのように異なるのか、また、それは壮年者における関係とは異なるのか、(2)縦断データより、健康状態と職業の有無との因果関係、無職であること、ないし、職を失うことがメンタルヘルスやストレス対処能力を低下させるのか、逆の関連性なのかを検討することを目的とする。

東京大学社会科学研究所が実施する Japanese Life course Panel Survey(JLPS)データを使用した。第 1 波調査(W1)として 2007 年 1~3 月に全国在住の 20~34 歳(若年調査)と、35~40 歳(壮年調査)の男女を層化二段無作為抽出し、自記式調査票を郵送配布、調査員による訪問回収した。回答が得られた若年調査 3,367 名(回収率 34.5%)壮年調査 1,433 名(回収率 40.4%)を統合した計 4,800 名をベースラインに 2008 年 1~3 月に第 2 波調査(W2)を行い、回答が得られた 3,965 名(追跡率 82.6%)を分析対象とした。また、今回の分析にあたっては、25 歳以上の群(w1: 3,827 名、w2: 3,198 名)を対象とし、25～34 歳を若年群、35~40 歳を壮年群とした。メンタルヘルスは Mental Health Inventory(MHI-5)を使用した(5 項目 5 件法、w1 の α=.79、w2の α=.78)。ストレス対処能力は University Tokyo Health Sociology version of 3-item sense of coherence scale(SOC3-UTHS)を使用した(3 項目 7 件法、w1 の α=.82、w2の α=.82)。無職者については「仕事探しや開業準備中」「仕事はしたいが動いていない」「仕事をしたいと思わない」の 3 分類し(玄田 2005)、それぞれの群別に検討した。また、追跡データでは、2 時点における組み合わせ、すなわち「有職⇒有職」「無職⇒有職」「有職⇒無職」「無職⇒無職」の 4 カテゴリを扱った。

横断データにて男女別の分析の結果、壮年、若年ともに、男性では有職者に比較して「仕事探し中」「仕事はしたいが動いていない」の群で低い($p<.05$)メンタルヘルス状態であったが、「仕事をしたいと思わない」群では差が見られなかった。一方女性では、若年、壮年ともに「仕事をしたいと思わない」群が最も良好なメンタルヘルス状態であり、「仕事をしている」群は最も低いスコア($p<.05$)であった。ストレス対処能力は有職、無職の間には差は見られなかった。縦断データにおいて、w1でのメンタルヘルスで調整していない状態では、男性では、壮年、若年ともに「有職⇒有職」>「無職⇒有職」>「有職⇒無職」>「無職⇒無職」であったが、w1 で調整すると、「有職⇒有職」=「無職⇒有職」>「有職⇒無職」=「無職⇒無職」の関係であり、少なくとも、w1の状態に限らず無職であることは有職よりもメンタルヘルスが悪化することが示された。女性では、同様の調整を行っても若年、壮年ともに無職者のほうが有職者よりも良好なメンタルヘルスであり、男性とは異なる関係性を有する可能性が考えられた。ストレス対処能力に関しては、w1の値で調整した場合、若年男性のみ、「無職⇒有職」群においてもっとも良好な値が得られており「有職⇒有職」群よりも有意($p<.05$)であった。すなわち成功的な経験により向上するという仮説を支持する結果となった。

A-11

近年のワーク·ライフ·バランス論に期待される社会医学·健康社会学的な視点と研究

○山崎　喜比古[1,2]、関圭子[2]、木村美也子[1]、横山由香里[1]、竹内朋子[1]1、加藤礼子[1]、益子友恵[2]
1:東京大学大学院医学系研究科·健康社会学、2:同·健康教育·社会学

ワーク·ライフ·バランスの言葉·認識·取り組みは、2000 年前後から国内外において急速に広がった。連合総研は、2007 年 1 月、日本女子大学教授の大沢真知子氏を主査とする「ワーク·ライフ·バランス研究委員会」を立ち上げ、2009 年 4 月には『広がるワーク·ライフ·バランス—働きがいのある職場を実現するために—』と題する研究報告書を発表した。山崎と関は、この 2 年有余に亘る委員会に参加し報告書を分担執筆した。その分担執筆内容は、本報の共同発表者の研究や議論に負うところが小さくない。

その報告書の新しい特徴は、連合総研所長の前書きによれば、第 1 に、労使の現場に根差した研究·提言になっている点、第 2 に、ワーク·ライフ·バランス(以下 WLB)の問題が育児や介護支援にはとどまらない、すべての勤労者に関わる問題であるという見地を重視した点、第 3 に、WLB の実現に向けた労働組合の役割を考察した点にある。

我々は、これに加えて、この報告書が近年の WLB 論において、最も大きく、社会医学·健康社会学的な視点と研究成果を取り入れている点で新しく画期的な報告書であると高く評価している。報告書では、〈提言〉、〈総論〉に続く、「働き方」「働かせ方」の改革と WLB の基盤形成に関する 9 章から成る〈各論〉の第 1 章に、山崎と関が執筆した「健康職場とワーク·ライフ·バランス」が置かれている。また、〈提言〉には、我々が強調した視点と提案がかなり取り上げられている。

第 1 章 1 において、山崎は、「健康で元気に働き続けられる『働き方』と『働かせ方』」と題して、次の諸点を説いた。

1. はじめに／2. 過労と過ストレス状態をワーク·ライフ·インバランスの評価基準に／3. 20 世紀最後の四半世紀日本の働く人々の過労と過ストレス状態が増大·蔓延した背景／4.「働き方」と「働かせ方」の両方を問うことの重要性／5. ワーク·ライフ·バランスを脅かす残業時間と帰宅時刻の臨界点／6. ワーク·ライフ·バランスは時間配分だけには因らない:1)「(家族重視があれば)帰宅遅くとも大丈夫!?」、2)「仕事·会社一辺倒」の「働き方」は堅過ぎる!?、3)帰途「飲みに行くこと」等「寄り道」の功罪／7. 乳幼児のいる共働き家庭における夫の家事·育児分担は妻と夫の両方の健康にプラス／8. 仕事と家庭の両立に支援的な職場の条件／9. 働きやすい職場で働く職員が提供するサービスの質は高い!?／10.「健康職場」の考え方とストレッサーを変えるとりくみ:1)ストレッサー·コントロールのとりくみと健康職場の概念、2)ストレッサーを変えるとりくみの難しさと始め方／11.「健康職場」の新しい考え方と「健康で元気に働き続けられる職場」の条件／12. おわりに／

筆者は、ここにおいて、①WLB の評価基準は過労や過ストレス状態の出現に置いて、「働き方」と「働かせ方」の両方が問われる必要があること、②WLB の実現には、伝統的な性別役割分業体制の変革や男性の家庭参加·地域参加の促進をめざす取り組みが不可欠であること、③WLB の実現は、仕事の質の向上にもつながり会社にとってもプラスになる可能性を有すること、④働く者同士の問題の共有に始まるボトムアップ方式の取り組みとその点での労働組合の役割が極めて重要であることなどを強調した。

第 1 章2において、関は、「健康職場づくりとコミュニケーション」と題して、次の諸点を論じた。

1. 健康職場づくりの機動力:コミュニケーション:①健康職場に求められる要素、②健康職場づくりがもたらす効果、健康職場づくりの推進力／2. 健康職場づくりに向けた職場コミュニケーション改善の取り組みとその効果～英国における事例～／3. ワーク·ライフ·バランスに支援的な職場とは:ワーク·ファミリー·カルチャー·スケール(両立支援組織文化尺度)／

A-12

都市部高齢者における要介護度の三年後経年変化と生存予測妥当性

○阿部智恵子 1)　中山直子 1)　星　旦二 1)（首都大学東京・都市システム科学専攻域）

研究目的：

本研究の目的は、都市郊外自治体に住む高齢者全数を調査対象として、介護状況の実態別にその経年変化と死亡を含めて明確にし、同時に介護度が三年後の生存を予測する妥当性の高い指標であることを明確にすることである。

調査データ研究方法：調査対象は、2001 年 9 月時点の都市部 A 市 65 歳以上の全高齢者から施設入所者 657 人を除く 16,462 人全員とした。分析対象者は、郵送配布回収方式による自記式質問紙調査に回答した、13,195 人(80.2%)の中で、記載不充分 129 人を除く 13,066 人とした。2001 年と 2004 年の要介護認定状況を追跡し、更に 2007 年までの生存を追跡した。分析ソフトは SPSS 12.0J を用いた。調査研究については、大学倫理委員会の承諾を得た。

研究結果：2001 年時点で介護認定がない群の男性は 88.4%が、女性では 89.2%が、三年後でも介護認定がない群であった。一般的に介護度のレベルは、三年後にもそのレベルに留まる傾向が見られたが、要支援群のみ、三年後に介護度 1 に移行する割合は、男性 34.3%女性 40.8%であり、介護度が低下する割合が最も多かった。

2001 年の介護度別にその後三年間の死亡状況をみると、介護度 5 では、男性の 60.4%が、女性の 48.6%が死亡した。一般に、介護度が厳しくなるほど、死亡する割合が高くなる統計学的に有意(p<0.01)な傾向が見られた。

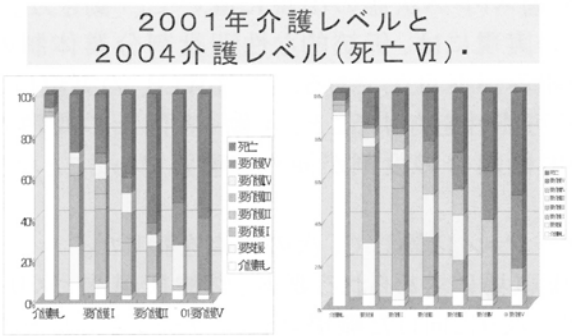


図 2.要介護度別、性別に見た三年後の要介護度との関連

・要介護度別に見た三年間の累積生存

ｶﾌﾟﾗﾝﾏｲﾔｰ生存分析により、男女ともに介護度レベルが高くなるに従って、累積生存率が低下する傾向が見られ、介護度レベルが生存予測妥当性の高い指標であることが示された。

また要支援群の累積生存率曲線は得意な傾向を示した。要支援群の生存追跡後 800 日を経過した累積生存率は、介護度レベル 1 の累積生存曲線と交差した後、その後は介護度レベル 1 と同様な累積生存曲線を描いた。要支援群と介護度レベル 1 の生存累積曲線以外の各群の全ての組み合わせを比較すると統計学上（Breslow）有意（p<0.01）な差がみられた、この傾向は、性別でも同様であった。

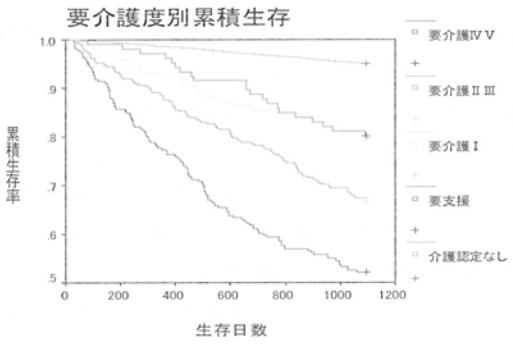


図 3.要介護度別三年後累積生存

結論と課題：要介護認定無し群の生存率が維持されていることと、要介護状況は、その後の生存率の低下に繋がりやすいことと、要支援群の生存率低下が要介護度 1 よりも大きくなる可能性が明らかになった。生存維持のためには、要介護状況を予防する意義が明確になった。

要介護度がその後の生存を予測する妥当性の高い指標であることも明らかになった。

今後の研究課題は、再現性を明確にすると共に、経年的にみた、要介護度の維持改善を規定する要因を明確にし、予防的な介入研究によって介護予防を実証することである。

連絡先；55613a@ishikawa-nu.ac.jp

一般演題

B会場

B－1

高齢者のセルフ・ネグレクト（自己放任）を防ぐ地域見守り組織のあり方

○大井美紀　津村智恵子　中村陽子　　甲南女子大学看護リハビリテーション学部

背景

現代日本の超高齢化社会は、近隣のつながりの希薄化や、経済基盤の脆弱な高齢者等の孤独死の増加など多様な側面を内包し進行中である。孤独死増加の背景には、セルフ・ネグレクト（自己放任）状態にある高齢者の早期発見や早期介入支援が十分整備されていないことがあり、その対策が緊急課題となっている。

研究目的

本研究の目的は、都市部と限界地域在住の地域見守り関係者を対象とし、地域特性を踏まえた見守り活動の状況や今後の課題を明らかにすることである。

調査方法

都市部と限界地域においてそれぞれアンケート調査及び、見守り関係者（民生委員等）へのインタビュー調査を行い検討のための基礎的資料とした。対象と方法は、以下のとおりである。**1)アンケート調査**：対象は、神戸市A区（人口 170,737 人）及び、高知県B町（人口 5,311 人）に在住の高齢者見守り関係者 173 人である。郵送法による自記式質問紙調査とした。分析ソフトは、SPSS　for17.0 を用いた。**2)インタビュー調査**：対象は、A区及び、B町に在住の高齢者見守り関係者（民生委員・保健師等）13 人である。収集データを質的帰納的に分析した。

結果

表 1　地域特性別見守り活動の状況・課題

政令指定都市（神戸市A区）	限界地域（高知県B町）
・震災直後から高齢単身者の閉じこもりや孤独死が問題となり、体系的な見守りシステムが全市的に展開している ・孤独死のハイリスク者には、健康問題の他、経済的問題閉じこもりや本人の支援拒否がみられる傾向にある。 ・住民ボランティアらの見守り活動を阻害する3大要因は本人からの拒否、本人の動向把握の困難性、非専門家として活動に対する重責感や負担感であった。（特に対象者の急死や病変等に遭遇した際の精神的負担）	・地理的にも厳しい生活環境の中で住民は相互扶助の文化を育んできた。こうした「地域の力」が見守り活動にも生かされている。しかし近年、近隣の希薄化にともなう孤独死の危険性も危惧されている（対象者の 15%回答） ・都市部のような見守り組織を特に必要としていない。 ・介護保険や医療保険ではカバーしきれない安否確認等見守り活動は、配達や移動販売など高齢者の生活支援と合わせた体制が必要である。

結論・課題

セルフ・ネグレクト早期発見のアセスメントにおいては、経済状況、社会的ネットワークからの孤立状況、本人からの支援拒否の要因等を明らかにする必要がある。住民による見守り活動の推進や活動中に生じる精神的負担の軽減には、見守り専従職員（神戸市は見守り推進員を各包括に配置）や保健師等専門職の助言や状況に応じた同伴訪問が有効である。課題として、行政と住民だけの見守りシステムに止まらず、高齢者の生活圏内で関わる商店や公共機関等を含む周辺見守り環境組織を育成支援する具体策の検討が必要である。

B－2

保健所統廃合後の北海道公衆衛生行政
（地域保健法上の政令市、札幌、小樽、函館、旭川の各市を除く）

猪股　寛（北海道地域自治体研究所）

B－3

地域看護における健康概念について

西島　治子（四天王寺大学大学院）

B－4

ＭＳＷの勤務継続意志とその関連要因

○木川幸一（国立病院機構北海道がんセンター）
桝野裕也（天使病院）
蒲原龍　（道都大学）
長谷川聡（北海道医療大学）
志渡晃一（北海道医療大学）

【目的】

北海道の医療ソーシャルワーカーを対象として，職務継続意志とその関連要因（勤務状況，ソーシャルサポート，職務満足度等）を検討し，職務継続意志が高い人の特徴を明らかにすることを目的とした．

【方法】

北海道医療ソーシャルワーカー協会全会員836名を対象として，2008年11月28日から12月25日に無記名自記式調査票による郵送調査法にて調査を実施した．

調査項目は，1)基本属性・労働属性20項目，2)勤務継続意思・職業性ストレス20項目，3)心理的・身体的ストレス29項目，4)ソーシャルサポート9項目，5)職務満足度や生活満足度などの6項目，6)CES-D20項目，7)SOCスケール13項目の計117項目である．

勤務継続意志を「有群」と「無群」とに二分して目的変数とし，その他の調査項目を説明変数とし勤務継続意志との関連性について検討を行った。

【結果】

回収率は，33.9%(283/836名)で，回答に不備があった5名を除く278名を解析対象とした（有効回答率98.2%）．全体の平均年齢及びSDは，32.8±7.9歳だった．

勤務継続意志「有群」の割合は66.9%であった．勤務継続意志「有群」の特徴としては，「役職者」，「年収350万円以上」，「時間外勤務内容・運営・手当について満足している」，「自分で仕事の順番・やり方と決めることができる」，「職場の仕事の方針に自分の意見を反映できる」，「職場で雰囲気は良好である」，「仕事の内容は自分にあっている」，「働きがいのある仕事だ」，「上司と気軽に話ができる・相談できる」，「設置主体の方針に満足している」，「報酬に満足している」などが認められた．

【考察】

勤務継続意志の高い人の特徴としては，職務自由度・支援度が高く，労働条件に満足している人と推察できる．

ただし本調査の回収率は33.9%であり，ノンレスポンスバイアスを考慮に入れなければならない．さらに無答理由と勤務継続意志との関連について質的分析も行う必要がある．

今後は例数を増やし，勤務継続意志の関連要因を職域間や職種間(保健師，看護師など)の比較研究を通じて検討する．加えて説明変数間の関連を考慮した上で交絡状況を把握し，勤務継続意志と関連する要因を構造的に把握する．

B－5

医療ソーシャルワーカーにおける心理的ストレスとその関連要因について

○桝野　裕也　　天使病院
木川　幸一　　国立病院機構北海道がんセンター
蒲原　龍　　道都大学
長谷川　聡　　北海道医療大学
志渡　晃一　　北海道医療大学

【目的】

対人援助職である医療ソーシャルワーカー（MSW）は身体的・心理的ストレスが大きいと言われている。本研究は北海道医療ソーシャルワーカー協会会員を対象とした職務満足度に関する調査の結果を元に、MSWの心理的ストレスに関連する要因について検討した。

【方法】

調査は北海道医療ソーシャルワーカー協会全会員836名を対象として、2008年11月28日から12月15日に無記名調査票による郵送法により実施した。

調査項目は基本属性・労働属性20項目、勤務継続意思・職業性ストレス20項目、心理的・身体的ストレス29項目、ソーシャルサポート9項目、職務満足・家庭満足などの6項目、CES-D20項目、SOCスケール13項目の計117項目とした。

分析は統計的に行い、「心理的ストレス」15項目に基づいて「高ストレス群」と「低ストレス群」の2群に分け、基本属性及び各項目についてt検定またはカイ2乗検定により関連要因の群間比較を行った。

【結果】

836名中283名から回答があり回収率は33.9%だった。この中から回答に不備のあった5名を除く278名（有効回答率98.2%）のデータを分析対象とした。

解析の結果、「高ストレス群」と「低ストレス群」の間で関連項目14項目において有意差が認められた。すなわち高ストレス群は低ストレス群に比べて、職業性ストレスにおいて「自分で仕事の順番・やり方を決めることができない」、「職場の仕事の方針に自分の意見を反映できない」、「私の部署と他の部署ではうまがあわない」など18項目中7項目においてストレスを示唆する強い感情を抱いていた。同様にしてソーシャルサポートでは「上司が自分が困ったときに頼りにならない」、「配偶者、家族、友人などが自分が困ったときに頼りにならない」の9項目中2項目を強く感じていた。職務満足・家庭満足などでは「職場に満足していない」、「設置主体の方針に満足していない」などの6項目中4項目で、時間外勤務では「時間外勤務の内容に満足できない」の3項目中1項目を低ストレス群より高ストレス群が強く感じていた。

【考察】

MSWの心理的ストレスは仕事のコントロールができず、上司などの支援もなく、仕事への満足度が低いことと関連することが示唆された。

B－6

精神科訪問看護に携わる看護職のストレスに関する調査報告

河野 益美（畿央大学健康科学部）

目的

本調査は、精神科訪問看護に携わる訪問看護師の訪問看護に伴う負担や困難感と精神的健康状態、SOCとの関係を明らかにし、精神科訪問看護に携わる訪問看護師のストレスマネジメントに関する研究の基礎的資料を得ることを目的とした。

対象と方法

1．対象：近畿2府4県に所在する精神科訪問看護を実施している訪問看護ステーション（以下、ステーションとする）に協力を依頼し、承諾の得られた22カ所のステーションに勤務する訪問看護師142名である。郵送による返送があった86名（男性19名、女性67名）を分析対象とした。

2．調査期間：2008年11月～同年12月

3．調査内容：基本属性（年齢、看護師の経験年数、精神科訪問看護の経験年数、結婚・子どもの有無、疾病の有無）、職務状況に関すること（職位、勤務形態、訪問件数、困難事例の数、ステーション内での人間関係）、精神科訪問看護に伴う負担および困難感、日本版GHQ28、SOCスケールである。

4．倫理的配慮：質問紙を郵送する際に、調査の目的、趣旨、プライバシー保護などについて文書で示し、回答は自由意志で行うものとした。質問紙の回答は無記名であり、個別に返送してもらい、同事業所内での守秘義務は守られるようにした。

結果

1．対象者の属性

平均年齢は46.5±9.5歳であり 、40代が34名（39.5%）と最も多く、次いで50代23名（26.7%）の順であった。看護師としての経験年数は、11～15年が最も多く28名（32.6%）、精神科訪問看護の経験年数は4～6年が最も多く28名（32.6%）であった。結婚していて（69名 80.2%）子どもがいる看護師（68名 79.1%）が多く、治療中の病気があると回答した看護師は27名（31.4%）であった。

精神科疾患を有する利用者への週平均訪問件数は、21件以上が最も多く（29名 33.7%）、看護体制は、利用者を決まった訪問看護師が担当する担当制が57名（66.3%）と最も多かった。

2．精神科訪問看護に伴う負担や困難感

利用者や家族との価値観のズレ（23.3%、18.6%）、主治医との連絡調整（20.9%）、一人での判断（14.0%）に負担や困難を感じると回答した看護師が多かった。

3．精神科訪問看護に携わる看護師の精神的健康状態

回答した訪問看護師のGHQ28の合計得点は、平均6.43±5.5であった。最小値0から最大値20に分布していた。6点以上を精神健康状態でのハイリスク群とすると、ハイリスク群は43名（50%）であった。

4．精神科訪問看護に携わる看護師の首尾一貫感覚（SOC）

SOCの得点は、最小値36から最大値69に分布し、平均54.6±6.4であった。

まとめ

今回の調査により、精神科訪問看護に携わる看護師の精神的健康状態のハイリスク群は50%であり、精神健康状態は良好とはいえなかった。また、ハイリスク群には首尾一貫感覚の低い者が見られた。しかし、精神科訪問看護に伴う負担や困難感が、直接的に精神健康状態影響している結果は得られなかった。

謝辞

本調査にご協力いただいた訪問看護師の皆様に深謝します。

本調査は、平成20年度フランスベッド・メディカルホームケア研究・助成財団の助成を受け実施した調査の一部である。

B－7

地方都市高校生の性に対する態度および行動に関する調査
－性感染症知識との関連－

○保田玲子[1) 3)]、後藤ゆり[2)]、奥村昌子[3)]、吉田恵[3)]、吉村有未[3)]、芦村寿生[3)]、永野勝稔[3)]、布施千恵[3)]、沼田栗実[3)]、大林由英[3)]、神尾知佳[4)]、小林八重子[5)]塚原英代[4)]、玉城英彦[3)]
[1)]札幌市立大学 看護学部 [2)] 札幌国際大学 スポーツ人間学部スポーツ指導学科
[3)]北海道大学大学院 医学研究科予防医学講座 国際保健医学分野
[4)] 札幌旭丘高等学校 [5)] 札幌市立山鼻中学校

【目的】近年、10代の性体験の早期化や日常化とともに、この世代に性感染症が広く蔓延している。性感染症対策は、思春期保健対策の一環として、わが国の母子保健施策の重要な一つとなっている。これらの保健施策を効果的に展開するためには、その地域の若者の特性を把握することが不可欠である。本報告では、一地方都市の高校生を対象に、我々が2008年に実施した「性に関する実態調査」のデータを用いて、性感染症に関する知識水準と、性に関する態度や行動の関連を検討した。

【対象・方法】札幌市立高校全日制普通科6校に在籍する2年生1843人を対象に、2008年9月に無記名自記式質問紙調査を実施した。調査当日、各校の教師がそれぞれの教室で調査の説明を行った後、質問紙を配布しその場で回答を得、対象者自身が回答用紙を封緘したものを回収した。質問内容は、対象者自身および家庭環境、性に対する悩み・疑問の有無、性および性感染症に関する態度・行動、性感染症知識の49項目である。分析にはχ^2検定を用い、有意水準は$p<0.05$とした。

【結果】1791人から回答を得た（回収率97.2%）、有効回答数は1735人（有効回答率94.1%）であった。4名の性別不明者を除く1731人を対象に、性感染症知識に関する5問の正解数0～3を低知識群（男子363人、女子351人）、正解数4～5を高知識群（男子474人、女子543人）に分類し、性および性感染症に関する態度・行動の各設問について分析した。

性感染症知識に関する5つの設問の平均正解数は3.6（±1.3）であった。個々の設問では、「性感染症予防にはコンドームが効果的（正）」92.7%、「HIV感染者の咳などでもエイズウイルスに感染（誤）」77.5%、「決まった相手との性交だけでも性感染症にかかる（正）」72.1%、「性感染症に感染しても症状が出ない人もいる（正）」59.1%、「公衆トイレでエイズに感染する可能性がある（誤）」57.8%であった。

「エイズに感染した友人とは今までどおり付き合う」（$p<0.01$）、「性感染症に感染したら相手に話す」（$p<0.05$）は知識水準と関連しており、いずれも高知識群の方が低知識群に比べて肯定する割合が高かった。一方、「高校生が性交を行うこと」「愛情がなくても性交すること」「金銭を媒介しての性交」「恋人以外との性交」への是非、性交経験の有無と知識水準については関係が見られなかった。

性交経験者（男子109人、女子113人）において、「性交時にコンドームを必ず使用する」割合は男女とも約半数で、知識水準との関連は見られなかった。しかし、高知識群は低地域群に比し、コンドームの使用理由に「性感染症予防」を挙げる者が多く（$p<0.05$）、自分の性感染症への罹患のリスクを高く認知していた（$p<0.05$）。

【考察】性感染症の知識水準の高い高校生は知識の低い者と比較して、性交が性感染症に感染しうることをより認知しているが、不特定多数との性交の容認や性交時のコンドーム使用などの態度や行動面では違いはみられなかった。このように、高校生では、知識が予防的な態度や行動に必ずしも結びついていない現状を踏まえ、自らの感染リスクを認識し行動につなげられるような健康教育を実施することが強く求められる。

【本調査は、平成20年度札幌市教育委員会研究委託事業の一環として実施した。】

B－8

地方都市高校生の性に対する態度および行動に関する調査
－保護者との関係について－

○後藤ゆり[1)]、保田玲子[2) 3)]、奥村昌子[3)]、吉田恵[3)]、吉村有未[3)]、芦村寿生[3)]、永野勝稔[3)]、布施千恵[3)]、沼田栗実[3)]、大林由英[3)]、神尾知佳[4)]、小林八重子[5)]、塚原英代[4)]、玉城英彦[3)]

[1)] 札幌国際大学 スポーツ人間学部スポーツ指導学科 [2)]札幌市立大学 看護学部
[3)]北海道大学大学院 医学研究科予防医学講座 国際保健医学分野
[4)] 札幌旭丘高等学校 [5)] 札幌市立山鼻中学校

【目的】わが国では、10代の若者の性体験の早期化や性感染症罹患率の高さが明らかになっている。さらに、HIV/AIDSは1996年以降増加傾向にあり、過去5年間のデータによると、感染者全体の約32%が10－20才代であった。これらのことから、思春期の健康教育の充実を図ることは地域の健康教育を効果的に展開するために重要であり、その地域の若者の性行動の特性を把握することが不可欠である。そこで、健康教育の充実のための基礎資料を得ることを目的に、札幌市の高校生を対象として性行動などについての実態調査を行った。ここでは、保護者との関わりと性に関する態度や行動の関連について報告する。

【対象・方法】札幌市立高校全日制普通科6校に在籍する2年生1843人を対象として、2008年9月に無記名自記式質問紙調査を実施した。調査当日、各校の教師が調査の説明を行った後、質問紙などを配布しその場で回答を得、対象者自身が回答用紙を封緘したものを回収した。性感染症に関する態度・行動と保護者との関係について男女別に解析した。分析にはχ^2検定を用い、有意水準は$p<0.05$とした。

【結果】回収数1791件（回収率97.2%）、有効回答数1735件（有効回答率94.1%）、そのうち男子837人(48.4%)、女子894人(51.6%)であった。

全体の13.7%(男子13.9%、女子13.6%)が「性交経験あり」と答えた。男女とも保護者が男女交際に寛容な場合、「経験あり」が有意に多かった。「高校生の性交」「恋人以外との性交」について「かまわない」と答えた割合は、それぞれ全体で67.7%（男子73.4%、女子62.3%)、10.1%(男子14.3%、女子6.2%)であり、女子のみ、保護者とあまり話さない群で有意に多かった。「金銭を媒介しての性交」は、全体で14.1%（男子20.8%、女子7.8%）が「かまわない」と答えた。女子では、保護者との会話が少ない群および家庭が楽しくないと思っている群で有意に多かった。「愛情がなくても性交すること」に「かまわない」と答えた割合は、全体19.5%（男子27.4%、女子12.2%)で、男女とも保護者との会話が少ない群、女子では家庭が楽しくないと思っている群で有意に多かった。

【考察】高校生の性交経験の有無について男女差はなかったが、保護者の男女交際に対する考え方との関連がみられた。他の性に関する態度は、男子よりも女子で、保護者との会話の頻度や家庭の楽しさとの関連が強くみられた。生徒や保護者、地域住民も交えて、健康教育や性教育に関する情報や意見を交換・共有する機会を多くつくり、それぞれの特徴や考え方、状況に対応できるような、健康教育の内容・方法を検討することが大切であると考える。

【本調査は、平成20年度札幌市教育委員会研究委託事業の一環として実施した。】

B－9

地方都市高校生の性に対する態度および行動に関する調査
－ライフスキルとの関連－

○吉村有未[1)]、芦村寿生[1)]、永野勝稔[1)]、布施千恵[1)]、沼田栗実[1)]、後藤ゆり[2)]
保田玲子[1)3)]、奥村昌子[1)]、吉田　恵[1)]、大林由英[1)]、神尾知佳[4)]、小林八重子[5)]、
塚原英代[4)]、玉城英彦[1)]
[1)]北海道大学大学院 医学研究科予防医学講座 国際保健医学分野
[2)]札幌国際大学 スポーツ人間学部スポーツ指導学科 [3)]札幌市立大学 看護学部
[4)]札幌旭丘高等学校 [5)]札幌市立山鼻中学校

【目的】近年、若者の性体験の早期化や日常化とともに、この世代で性感染症が蔓延し，思春期の健康教育の重要性が改めてクローズアップされている。そこで、高校生の性に関する意識や実態についての現状を把握し、今後の性教育の在り方を検討するために、札幌市の高校生を対象に実態調査を行った。本研究ではライフスキル、特に自己認識・共感性と性に関する態度や行動の関連を明らかにした。

【対象・方法】札幌市立高校全日制普通科６校に在籍する２年生 1,843 人を対象に、2008 年９月に無記名自記式質問紙調査を実施した。質問内容は対象者自身および家庭環境、性に対する悩み・疑問の有無、性および性感染症に関する態度・行動、性感染症知識の 49 項目である。分析はライフスキルと性に関する態度・行動との関連に関して χ^2 検定を行った。有意水準は $p<0.05$ とした。

【結果】回収数 1,791 件（回収率 97.2%）、有効回答数 1,735 件（有効回答率 94.1%）、そのうち男子 837 人(48.4%)、女子 894 人(51.6%)であった。「自分のことが好き」と回答した学生は、男子 334 人(47.0%)、女子 377 人(53.0%)、「自分自身の身体を大切にしている」とした学生は、男子 572 人(45.6%)%、女子 682 人(54.4%)%であった。

ライフスキルと性に関する態度・行動に関して、男女とも、自身の身体を大切にしている人ほど愛情のない性交、金銭の授受のある性交を否定的にとらえていたが、女子ほどこの傾向が強かった。さらに女子においては、高校生の性交、恋人以外との性交を否定的にとらえていた（表１）が、男子ではこの傾向が見られなかった。また男女とも、自分の体を大切にしている人はそうでない人に比べて、性交経験が有意に少なかった。

表1 高校生のライフスキルと性への態度および行動(性別)

質問項目		全体	自分自身の体を大切にしているか？ 男子			女子		
		n (%)	している n (%)	していない n (%)	オッズ比 (95%信頼区間)	している n (%)	していない n (%)	オッズ比 (95%信頼区間)
1. 高校生の性交	構わない	1130 (78.6)	384 (75.3)	139 (75.1)	1.009	356 (78.1)	251 (87.8)	0.496
	よくない	307 (21.4)	126 (24.7)	46 (24.9)	(0.683-1.489)	100 (21.9)	35 (12.2)	(0.327-0.754)
2. 愛情のない性交	構わない	1166 (78.8)	133 (69.3)	393 (77.1)	0.671	48 (51.6)	592 (86.4)	0.168
	よくない	314 (21.2)	59 (30.7)	117 (22.9)	(0.464-0.971)	45 (48.4)	93 (13.6)	(0.106-0.266)
3. 金銭の授受のある性交	構わない	1192 (79.1)	100 (67.1)	442 (77.0)	0.609	31 (50.8)	619 (85.6)	0.174
	よくない	315 (20.9)	49 (32.9)	132 (23.0)	(0.411-0.903)	30 (49.2)	104 (14.4)	(0.101-0.299)
4. 恋人のいる人が、恋人以外と性交	構わない	1173 (78.9)	66 (69.5)	465 (75.6)	0.734	28 (54.9)	614 (84.6)	0.222
	よくない	314 (21.1)	29 (30.5)	150 (24.4)	(0.457-1.179)	23 (45.1)	112 (15.4)	(0.123-0.399)
5. 性交経験の有無	あり	1175 (78.9)	68 (66.7)	469 (76.4)	0.618	67 (63.2)	571 (85.5)	0.292
	なし	315 (21.1)	34 (33.3)	145 (23.6)	(0.394-0.972)	39 (36.8)	97 (14.5)	(0.186-0.458)

【考察】性行動のモラルは多様で、これらの設問に対して肯定否定は一概に言い切れないが、今回の調査でライフスキルと性行動には関連があり、男女差もあることがわかった。特に自身の体を大切にするという概念は男女ともに重要であり、大切に思っている人ほどより適切な性行動を行っていることが伺える。高校生のうちに性に対する男女の考えの違いをよく考慮し、ライフスキル、特に自己認識・共感性を高める機会を性教育に取り入れていくことが重要である。

【本調査は、平成 20 年度札幌市教育委員会研究委託事業の一環として実施した。】

一般演題

C 会場

C－1

PSW(精神保健福祉士)の心理的・身体的ストレスとその関連要因についての考察

○岡田栄作(北海道大学大学院　医学研究科　公衆衛生学分野)
蒲原龍　(道都大学　社会福祉学部)
花澤佳代（北海道医療大学　看護福祉学部)
志渡晃一（北海道医療大学　看護福祉学部)

【研究目的】

北海道のＰＳＷ（精神保健福祉士）における心理的・身体的ストレスとその関連要因(基本属性、勤務状況、職業性ストレス、ソーシャルサポート)を明らかにし，その関連要因がどのように結びついているのかを構造的に示すことを目的とした。

【研究方法】

北海道精神保健福祉士協会の全会員を対象として，自記式質問紙票を用いた郵送調査を実施した。調査項目として，①基本属性，②勤務状況，③職業性ストレス，④心理的・身体的ストレス，⑤ソーシャルサポート，⑥職務満足度，⑦CES-D による抑うつ感に関する項目を設定した。回収した質問紙票をもとに，集計、解析を行った。分析にあたり，心理的・身体的ストレス反応を目的変数とし、説明変数として職業性ストレスやソーシャルサポート等を用いた。

【結果】

単変量解析（Fisher の直接法）で心理的・身体的ストレスと有意（P<.05）な関連が認められた項目は，全部で約 15 項目であった。多変量解析(ロジスティックモデル)の結果，特に「身体的ストレスハイリスク群」の特徴として、時間内に仕事を処理しきれないといった「心理的な仕事の量的負担」が高く，「職場の作業環境」が合わない、仕事の内容が自分に合っていないなどの「仕事の適性度」が悪いといった結果が得られた。「心理的ストレスハイリスク群」の特徴としては、私の職場の雰囲気は友好的ではないなどの「職場環境」が悪く、「働きがい」も低いといった結果になった。

【考察】

北海道の精神保健福祉専門職の職業性ストレス，ソーシャルサポートなどの関連性を多面的に検討したが、ストレッサーとソーシャルサポート、心理的・身体的ストレス反応との関連が、予想していたよりも弱く、職業性ストレス要因が、必ずしも心理的・身体的ストレス反応に結び付いていないことがわかった。課題としては、本調査の回収率が低く、ノンレスポンスバイアスを考慮に入れなければならない。

今後は，職域間や他職種(介護福祉士，精神保健福祉士など)との比較を行い、職業性ストレス要因が、ストレス反応だけではなく、バーンアウトやうつ疾患、離職などの具体的な疾病またはイベントにどのような影響を与えているのかを調査し、考察したい。

C－2

PSWの職務満足度に関する関連要因についての研究

○花澤佳代（北海道医療大学　看護福祉学部）
蒲原龍　（道都大学　社会福祉学部）
岡田栄作（北海道大学大学院　医学研究科　公衆衛生学分野）
志渡晃一（北海道医療大学　看護福祉学部）

【研究目的】

北海道のＰＳＷ（精神保健福祉士）における職務満足度とその関連要因(勤務状況、ソーシャルサポート等)を検討し，職務満足度が高い人の特徴を明らかにすることを目的とした。

【研究方法】

北海道精神保健福祉士協会の全会員(2008年8月21日現在635名)を対象として，自記式質問紙票を用いた郵送調査を実施した。調査項目として，①基本属性，②勤務状況，③職業性ストレス，④心理的・身体的ストレス，⑤ソーシャルサポート，⑥職務満足度，⑦CES-Dによる抑うつ感に関する項目を設定した。回収した(回収率27.4%，回収数174名)質問紙票をもとに，集計、解析を行った。分析にあたり，職務満足度を「満足群」，「不満足群」と2値データにし、目的変数とした。説明変数として健康生活習慣，職業性ストレス等を設定し，職務満足度との関連の有意性について分割表を用いて検討した。

【結果】

単変量解析（Fisher の直接法）で職務満足度と有意（P<.05）な関連が認められた項目は，全部で20項目であった。多変量解析（ロジスティックモデル）の結果，「満足群」の特徴として、勤務中は仕事のことを常に考えていなければならないといった「心理的な仕事の質的負担」が高く，「技術の活用」が出来、「職場環境」が良く、「同僚からのサポート」が高く得られるなどの結果が得られた。

【考察】

北海道のＰＳＷにおいて，職務満足度は，職業性ストレス，ソーシャルサポートなどと多面的に関連していた。結果を総括して，職務満足度の高い特徴をまとめると，「職務に裁量があり、専門職としての技量の活用が要求され、仕事量は多いが、働きがいがあり、上司、同僚からのサポートのある職場」と考えられる．しかし本調査では，回収率が低く、ノンレスポンスバイアスを考慮に入れる必要がある．また横断研究のため、因果関係までは検証できない。今後は，他職種との(介護福祉士，社会福祉士など)との比較を行い，具体的な勤務体制，職場環境，賃金等の項目を追加し、職務満足度との関連を検討したい。また説明変数間の交絡状況を踏まえて、年齢、性別などで交絡因子を調整した解析方法を検討する必要がある。

C－3

医療介護事業所におけるうつ関連要因の職種による違い

服部　真（石川勤医協　城北病院　健康支援センター金沢）

【目的】　うつ病など精神疾患で休職する件数や日数が増加している医療介護事業所群で、職種別にうつ状態に関連する要因をあきらかにし対策の資料とする。

【方法】　各事業所管理会議と対応する労働組合の了解をえて、労働者 1300 人を対象に職場で無記名自己記入式調査票を配付し、封筒に密封して回収した。回収は 1011 人（77．8%）で、そのうちＣＥＳ－Ｄ点数が計算できた 972 人を解析対象とした。解析ソフトはＪＭＰ5.1J を使用した。

【結果】　ＣＥＳ－Ｄ16 点以上は、介護職、看護職、対人専門職（ＰＴ、ＯＴ、ＭＳＷ等）の順に高く、事務職で低かった（図 1）。多変量ロジスティック解析により、職種毎にＣＥＳ－Ｄ16 点以上と関連する有意な要因を抽出した結果を示す（表 1）。

【結論】　ＣＥＳ－Ｄ点数の高い職種ではオーバーコミットメントの関与が強く、その他、各職種に特徴的な要因が抽出された。

図１　職種別ＣＥＳ－Ｄ点数

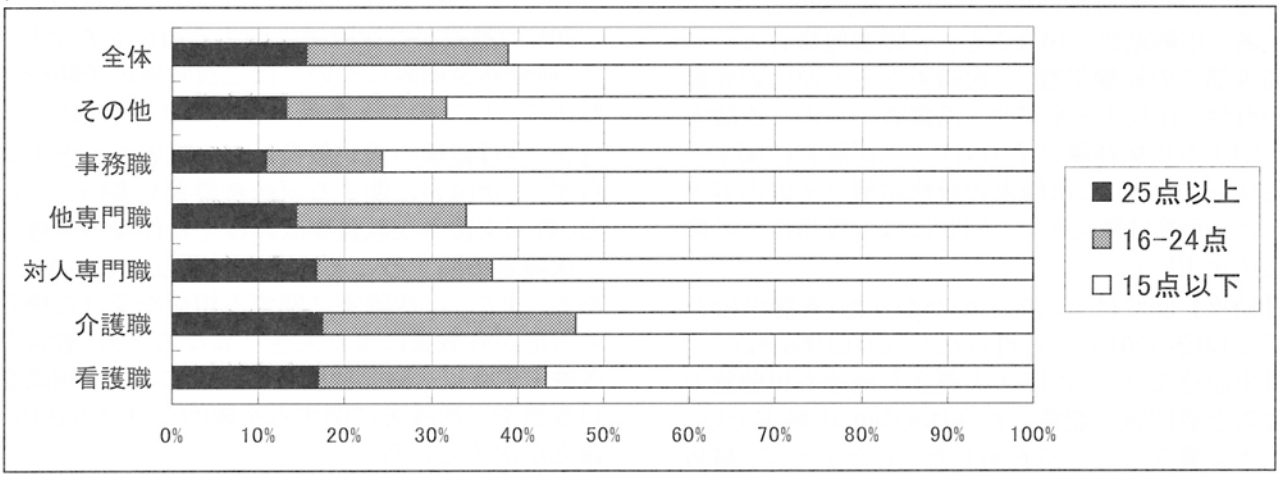


表１　職種別ＣＥＳ－Ｄ16 点以上に関連する要因（ｐ値：逆の関連は－で表記した）

職種	全体	看護職	介護職	対人専門職	他専門職	事務職
要因　有効回答数	809	221	218	93	110	119
年齢（若い）	0.01		0.02	0.01		
Log（努力／報酬比）（高い）	<0.0001			0.04	<0.0001	
オーバーコミットメント（高い）	<0.0001	<0.0001	<0.0001	0.05		
量的負担（高い）	−0.001		−0.05		−0.02	0.004
身体負担（高い）			0.006			
コントロール度（低い）	0.001					0.05
対人関係ストレス（高い）			0.001			
適性度（低い）	0.001	0.006				0.001
家族・友人のサポート（低い）	<0.0001	0.03	0.0001			0.04
上司からの期待（低い）		0.006				
同僚からの期待（低い）	0.04		0.04			

C－4

特別支援学校での「二次障害」に関する取り組みの現状

○辻村裕次[1)]、垰田和史[1)]、北原照代[1)]、片山雅崇[2)]、松本美穂子[3)]
[1)]滋賀医科大学 社会医学講座（衛生学）、[2)]滋賀肢体障害者の会「みずのわ」、
[3)]滋賀県立成人病センター

【はじめに】心身の負担が促進要因となって発症する「二次障害」が問題となっている。その予防や治療に関しては、障害児教育や産業衛生・医療・福祉などの各関係機関が連携して取り組む必要がある。そこで、連携体制構築のための基礎資料として、特別支援学校教員における二次障害についての知識や意識を質問紙にて調査した。

【対象と方法】対象は滋賀県内の特別支援学校高等部に勤務する教員とした。学校の内訳は、国立滋賀大学附属校1、県立の盲学校1、聾話学校1、養護学校12の合計15校であった。質問内容は、学校名、年齢階級（10歳ごと）、障害児教育とその高等部での経験年数、二次障害とその原因の知識の有無、在校生・卒業生・保護者からの二次障害に関する相談経験とその対応、二次障害に関する生徒への指導、二次障害の研修希望とその内容とした。回答は無記名で、回収には学校単位での郵送法を用いた。

【結果】回収は、高等部のなかった1養護学校を除く14校の201名から得られた（回収率61%）。自由記述より、二次障害の概念が発達や視聴覚の障害と質問紙に記載した肢体や知的の障害では大きく異なることが判明した。したがって、解析は国立・盲・聾話の3校を除く11校の中で、属性が無記入であった1名を除いた168名で行った。

図1に経験年数階級別（3年未満57名、9年未満56名、9年以上53名）の二次障害に関する知識の有無を示した。全体では約6割の教員が二次障害に関して、その内容と原因を知っていた。経験年数階級別では経験を積む程、有意に二次障害に関する知識をもっている人が多かった（内容、原因ともに$p<0.01$）。逆に3年未満の教員は 21%が二次障害のことを知らなかった。

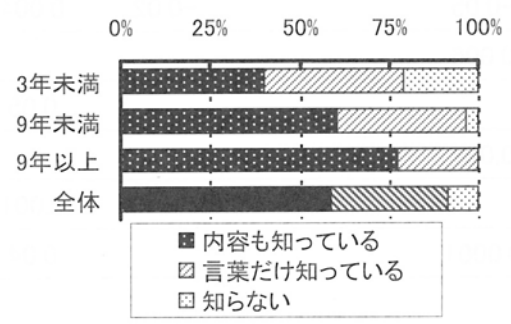


図1. 「二次障害」についての知識（n=166）

二次障害に関する相談では、28%の教員が相談を受けていた。その対応（複数回答可）を図2に示した。他の教員に相談する人が最も多く、次いで医師または療法士（学校側または生徒のかかりつけ）に相談する人が多かった。ただし、医師の中では学校医に相談する人は少なかった。また、自分で考える教員も11%いた。

46%の教員が二次障害予防に関する指導に留意していたが、28%の教員は留意していなかった。

79%の教員が二次障害に関する研修を希望した。研修希望内容については二次障害の予防や対処法についてのことが最も多かった（29%）。

【まとめ】経験の浅い教員は二次障害のことを知らず、二次障害に関する研修希望者も多いことから、特別支援学校教員養成課程や就任後の研修で二次障害に関することが取り上げられるべきである。また、二次障害に関する相談を受けた場合の対応が各教員により大きく異なるため、教育と医療・リハビリ関連機関との連携により、相談窓口設置や二次障害に関する系統的な対処方法の確立が求められる。

なお、本調査は滋賀県立リハビリテーションセンターから平成20年度調査研究事業「肢体障害者（脳性まひ者等）の学齢期と学校卒業後の二次障害予防・軽減のための連携システムづくりに向けた調査・研究」として委託を受け、行った。

謝辞

本調査にご回答をいただいた各学校の先生方に深く感謝申し上げます。

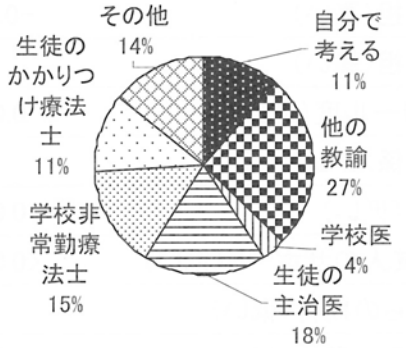


図2. 「二次障害」に関する相談の対応（n=47）

C－5

在宅障害児の主な介護者の健康と生活
－ 1994 年調査と比較して －

○垰田和史[1, 2]　山田宗寛[2]　村松大治[2]　北原照代[1]　辻村裕次[1]
（1:滋賀医大社会医学・衛生学、２:障害児者介護問題研究会）

【はじめに】　障害児の家族介護者の健康や生活を維持するためには社会的支援が必要である。滋賀県下の養護学校通学児童の家族介護者の健康と生活に関する調査を実施し、1994 年実施した同様の調査結果と比較することで支援策のあり方を検討した。

【対象と方法】　滋賀県下で、協力が得られた８養護学校（７知肢併置校、１知的障害校）1034 世帯を対象に、無記名質問紙調査を行った。調査項目は、児童の性別、年齢、ADL レベル、主たる介護者の性別、年齢、児童との続柄、健康・疲労状態、睡眠時間、緊急時の交代介護者等、基本的には 1994 年調査（94 年調査）票と同様の項目とし、放課後の児童の生活に関する項目等を追加した。調査計画は滋賀医科大学倫理委員会の承認を受け、2009 年１月に実施した。

【結果と考察】　628 世帯より有効回答を得た（回答率 60.7%）。94 年調査後、県立の養護学校はすべて知肢併置校となったため、本調査は 94 年調査時に対象とした校種（２知肢併置校、1 肢体不自由校）構成とは異なり、児童が移動、食事、排泄などの生活場面で自立している率が高かったが、行動障害のある児童は 94 年結果より高率だった。主な介護者は母親 91.4%、父親 4.6%で、94 年結果の 96.9%、1.5%に比べると父親の比率が増していた。主な結果を表に示した。94 年結果に比べて、病気や急用時の代わりの介護者が「誰もいない」とする回答率は低下し、ヘルパーの利用が進んでいたが、健康状態の改善は認められなかった。また、家族介護力を高めるためと考えられる３世代同居率は、94 年結果に比べて減少しているものの、一般国民世帯の３倍近い高率が続いていた。

表　調査年別介護者の健康と生活（%）

項目		2009年 628人	1994年 183人
健康状態	非常に不調	3.8	2.7
	やや不調	14.2	21.9
現在治療が必要な病気がある		29.3	26.2
毎日の生活で身体がとても疲れる		25.0	15.3
毎日の生活で神経がとても疲れる		23.7	11.5
腰がいつも痛い		17.1	14.8
肩がいつも痛い		19.2	5.5
平均睡眠時間（時間：分）		6:00	6:17
いつも寝不足		20.4	13.1
介護のために毎日夜起きる		6.8	12.0
就労している		50.5	59.0
病気や急用時の代わりの介護者（複数回答）			
	同居の家族	65.9	60.7
	別居の家族	29.5	17.5
	ヘルパー	21.7	1.6
	誰もいない	12.9	25.1
３世代同居		27.5	37.7

【結語】　1994 年時と比べてヘルパーの利用はすすんでいたが、在宅障害児の主な介護者の健康状態は改善していなかったことから、より適切な支援施策の検討が必要と考えられた。

（本調査にご協力いただいたみなさまに感謝いたします）

C－6

＜ひきこもり＞支援の現場から
―心理的環境調整と演出―

檜垣昌也（聖徳大学短期大学部）

はじめに

2000年以降＜ひきこもり＞という行為そのものにスポットをあてた報道がテレビメディアでも頻繁に取り上げられ、同時に＜ひきこもり＞対策（治療・援助）の専門家が脚光をあびてきたという経緯がある。このような流れの中で、2001年厚生労働省が「ひきこもり対策のガイドライン（暫定版）」を示した（このガイドラインは2003年に完成版が出ている）。このガイドラインの目的は、＜ひきこもり＞者が人間関係の修復や人間関係を構築をするための援助や、就労支援まで、彼らの状態に応じた援助方法を示したものである。このガイドラインによって、＜ひきこもり＞は精神保健福祉の対象とされた。

様々な支援の場

報告者は、1990年代後半から“＜ひきこもり＞支援”の場で支援者・当事者と共に活動をし、また近年、自身で“支援の場”をつくり、その場に集う者たちと関わっている。支援の場には、公的なもの、民間のもの、ボランタリーなものなどその運営主体もさまざまであるし、支援の対象も大きくわけて＜ひきこもり＞当事者（経験者）に対するもの、保護者を対象にするものがある。

＜ひきこもり＞当事者に向けての場もその目的により、大きく「就労支援の場」と「生活支援の場（居場所）」にわかれる。

＜ひきこもり＞の支援の場として、公・民問わず、就労を目的とする団体は多い。しかしその実態は多様である。それは、ゼロから立ち上げたケースもあれば、不登校支援（学習支援）からの変化、障害者就労支援からの展開など生成の過程、支援者の立ち位置によるものである。

生活支援の場についても、さまざまな立場がある。これも就労支援同様、それぞれの支援組織のカラーが色濃く出ているといってよい。

支援の相互作用（オルタナティブな形）

報告者は、現在も様々な支援団体との関わりと平行して、自身で企画した支援の場を主宰（共同代表）している。本報告の中心となる支援の場は、参加者が当事者限定でもなく、目的を就労支援や日常生活の支援といった、明確な形で提示していない。本報告では、この形に至る過程と現状を提示する。

相互作用の実態

この場では、参加者同士の交流（相互作用）がゴールを設定しない形で行われている。それは、筆者と当事者はもちろんのこと、当事者同士の場合もあり、当事者と親の立場のもの、親と学生ボランティア、高齢者と当事者、障害者と当事者、など様々な組み合わせの相互作用が発生する。＜ひきこもり＞支援の場に限ったことではないが、当然のことながら様々なトラブルが発生するのも事実である。その中で、＜ひきこもり＞支援の場における支援者・参加者双方が留意すべき重要事項を挙げるとするならば「心理的な環境調整と演出」ということになろうかと思う。本報告の中心的事項である。

新たな支援の提示

現在、報告者はこれまでの経験から、これまでの＜ひきこもり＞支援そのものを捉えなおすことを試みている。ここで提示する形は、当事者（経験者）の即時的ニーズ全てを網羅するものではないが、従来の支援では得られない効果をもたらすものでもある。本報告では、支援の場は現実社会への準備の場ではなく、現実社会そのものであるということを提示する。

C－7

児童・生徒の生活習慣と親の健康意識との関連

○中山　直子、高　燕、星　旦二
首都大学東京大学院 都市環境科学研究科

Ⅰ. はじめに

近年、欧米を中心として、生活習慣病を予防するために、児童・生徒への健康教育や学校それに家庭での健康教育が、ヘルシースクールやファミリーヘルスを推進する重要な課題であるといわれている。とりわけ、家庭の果たす役割が大きいことが注目されている。

そこで、本研究の目的は、都市の公立小中学高校生とその保護者を対象として、子供達の生活習慣やその形成状況と、保護者の食育支援、子供との過ごし方や保護者の生活習慣との関連について、共分散構造分析を用いて、総合的に、構造的に明確にし、今後の健康支援のための科学的なエビデンスを明確にすることである。

Ⅱ. 研究方法

東京都の小学校 61 校 3,930 名・中学校 33 校 3,548 名・高等学校 16 校 3,882 名の児童生徒とその保護者に、自記式質問紙調査を実施し、同一封書にて回収することで、保護者と子供とのデータをリンクさせた。実施時期は平成 19 年 11 月である。

Ⅲ. 結果

分析対象は、10 の観測変数で一つでも欠損値があるものを除いた、児童・生徒とその保護者の 6,527 ペア（小学生 2,706 ペア、中学生 2,244 ペア、高校 1,577 ペア）である。探索的な因子分析を踏まえ、共分散構造分析を行った結果、喫煙や飲酒に手を出さず、自分自身が健康にとって好ましい生活習慣が身についていると認識していることと関連する『生活習慣形成』(『　』は潜在変数を示す）は、保護者が子供と共に運動したりすることと関連する『家庭学校食育支援環境』から直接的に規定され、子供たちの『家庭学校楽しい健康生活』を経由し間接的にも規定されることが明らかになった。このモデルの適合度は、AGFI=0.971、GFI=0.984、RMSEA=0.026 であり、決定係数は小学生で 74%、中学生で 75%、高校生で 58%であった（図 1、2）。共分散構造分析の結果は、小学生のみを示す。

Ⅳ. 考察

家庭での食育とともに、保護者と子供とが共に運動をする家庭において、児童・生徒の好ましい生活習慣を形成していくことに、大きな意義があることが示唆された。特に小学生ほど、家庭による食育、屋外活動や運動を共にする支援の意義が高いことも示された。また、中学生や高校生では、楽しい学校生活と家庭生活が、好ましい生活習慣を形成していく上で、小学生よりも直接的に大きく影響している可能性が明らかになった。

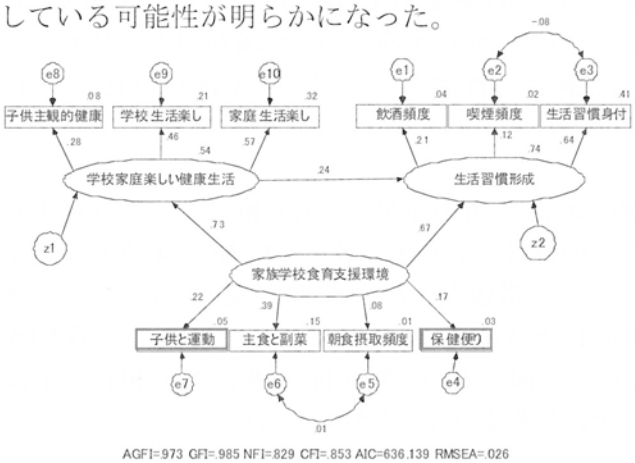
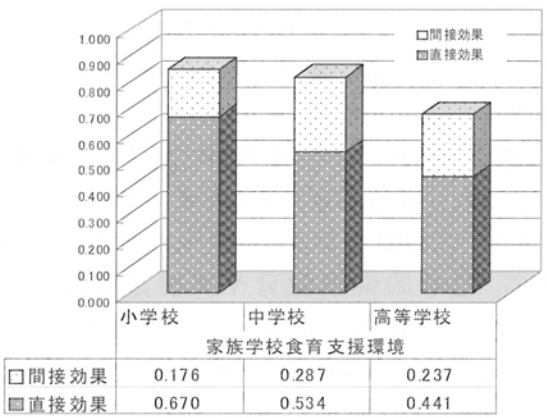


図 1　生活習慣形成に関する構造分析（小学生）



	小学校	中学校	高等学校
□間接効果	0.176	0.287	0.237
▨直接効果	0.670	0.534	0.441

図 2　生活習慣形成に対する直接効果と間接効果

C－8

北海道の議会議員を対象とした青少年の健康教育に関する調査
－包括的健康教育について－

○吉田恵[1)]、奥村昌子[1)]、後藤ゆり[2)]、吉村有未[1)]、大林由英[1)]、玉城英彦[1)]
[1)]北海道大学大学院　医学研究科予防医学講座　国際保健医学分野
[2)]札幌国際大学スポーツ人間学部スポーツ指導学科

【背景と目的】

地域での健康教育活動には、その地域の政策策定に大きく関与する議会議員の役割が非常に大きいと考える。しかし、健康教育に対する議員の考え方などについてはほとんど知られていない。そこで、私たちは、北海道・市町村議会議員全員を対象に、青少年の健康教育と地域・社会に対する議員の考えなどを明らかにするために調査した。

【方法】

2007年12月から2008年3月の期間、北海道議会議員・市町村議会議員全員を対象に無記名・自記式質問表による調査を行った。調査項目は基本属性(性別、年齢、所属支庁)の他に、各教育課程における健康教育項目、包括的健康教育として取り組む内容およびその支援活動に関する質問などであった。ここでは、性別に包括的健康教育に関する議員の考えについて検討した。

【結果】

対象2,731人のうち、1,526人から回答を得た(回収率55.9%)。このうち回答に不備のある57人を除いた、1,469人(男 89.2%、女 10.8%)について解析した。各教育課程の学習指導要領に定められている健康教育で扱う項目の中で、議員が最も重要であると考えている項目は、小学校では「健康の大切さの認識」(男　63.8%、女　63.6%)、中学校では「思春期の身体と心の変化」(男　71.9%、女 78.6%)、高等学校では「喫煙・飲酒・薬物乱用の予防」(男 71.3%、女 79.9%)であった。男女間に有意な違い($p<0.05$)が見られた項目は、中学校の「心身の機能の発達」(男 35.1%、女 21.4%)と「喫煙・飲酒・薬物乱用の予防」(男　58.6%、女　76.6%)、高等学校の「喫煙・飲酒・薬物乱用の予防」(男 71.3%、女 79.9%)、「環境と食品の保健」(男 12.6%、女 20.8%)であった。

議員が特に重要であると考える包括的健康教育は「飲酒・喫煙・薬物乱用の予防」(男　56.3%、女 66.5%)で、男女間に有意な差($p<0.05$)が認められた。その取組を支援するための活動として、「子どもが一緒に参加できる健康教育に関する講習会などを行う機会をつくる」べきであると考える議員が最も多かった(男 65.2%、女 62.7%)。「不登校児童・生徒や高校中退者とその家族に対する支援を充実させる」(男 50.7%、女 61.4%)、「精神科での子どもの診療体制や専門医の育成など児童精神医療に対する支援を充実させる」(男 41.2%、女 59.6%)、「包括的健康教育の取組に関する問題とそれに対するニーズを把握する」(男　41.2%、女　56.9%)についても関心が高く、女性議員ほどこの傾向が強かった($p<0.05$)。包括的健康教育の取組について、議会で質問をしたことがある議員は総数 219人(男 219人 14.9%、女 31人 20.3%)であった。

【考察】

議会議員は、中学校、高等学校ともに「喫煙・飲酒・薬物乱用の予防」が最も重要で、その対策に積極的に取り組むべきであると考えていた。また、「心の健康(小・中学校)」「精神の健康(高等学校)」についても関心が高く、昨今の自殺や不登校、いじめ問題など社会問題が反映されていると考えられる。包括的健康教育や支援活動などへの関心は高かったが、これに対して議会での質問が少ないなど、具体的な活動に未だつながっていないことが伺われる。男女間の考え方の相違にも配慮しつつ、今後、地域での活動につながるようなシステムを考案することが求められる。

C－9

北海道の議会議員を対象とした青少年の健康教育に関する調査
－性教育について－

○奥村昌子[1)]、吉田恵[1)]、吉村有未[1)]、後藤ゆり[2)]、大林由英[1)]、玉城英彦[1)]
[1)]北海道大学大学院　医学研究科予防医学講座　国際保健医学分野
[2)]札幌国際大学　スポーツ人間学部スポーツ指導学科

【背景と目的】
性教育を含めた地域での健康教育活動には、その地域の政策策定に大きく関与する議会議員の理解が不可欠である。しかし、学校保健などに対する議員の考え方についてはほとんど知られていない。そこで、私たちは、青少年の健康教育・性教育に対する北海道・市町村議会議員の考えなどを明らかにするために、議員全員を対象に調査を行った。

【方法】
2007年12月から2008年3月の期間、北海道・市町村議会議員に登録されていた議員全員2,731人（道議会議員106人、市町村議会議員2,625人、2007年11月現在）を対象に無記名・自記式質問票による調査を行った。調査項目は、基本属性、学校での性教育、各教育課程における適当な性教育内容（12項目）、包括的健康教育の取組などに関するものであった。ここでは、性教育について性・年齢別に分けて分析した。

【結果】
対象2,731人のうち、1,526人から回答を得た（回収率55.9%）。分析対象者は，男性1,280人（89.2%），女性155人（10.8%）の1,435名であった。年齢は男女それぞれ，60歳未満663人（51.8%）、106人（68.4%）、および60歳以上617人（48.2%）、49人（31.6%）であり、男性ほど高齢であった（p<0.001）。議員の92.1%は、学校で性教育を行うべきと考えており、また82.3%は性教育や　エイズ予防活動の取組に関心があった（表1）。

表1. 性教育についての北海道・市町村議会議員の意識・関心（性・年齢別）

項目	総数 (n=1435)	総数			男			女		
		男 (n=1280)	女 (n=155)	p値	<60歳 (n=663)	≧60歳 (n=617)	p値	<60歳 (n=106)	≧60歳 (n=49)	p
	n (%)	n (%)	n (%)		n (%)	n (%)		n (%)	n (%)	
学校での性教育の実施										
行うべきである	1287 (92.1)	1140 (91.3)	147 (98.7)	0.002	590 (91.2)	549 (91.3)	0.921	99 (98.0)	48 (100.0)	1.(
必要ない/わからない	111 (7.9)	109 (8.7)	2 (1.3)		57 (8.8)	52 (8.7)		2 (2.0)	0 (0.0)	
北海道の学校での性教育の適切な開始時期										
小学校	1098 (81.7)	957 (80.3)	141 (92.8)	<0.001	504 (82.1)	452 (78.3)	0.104	98 (94.2)	43 (89.6)	0.:
中学校/高等学校/その他	246 (18.3)	235 (19.7)	11 (7.2)		110 (17.9)	125 (21.7)		6 (5.8)	5 (10.4)	
北海道独自の性教育の授業内容基準の必要性										
必要である	630 (47.3)	551 (46.6)	79 (52.7)	0.162	282 (46.2)	268 (46.9)	0.808	56 (54.4)	23 (48.9)	0.5
必要ではない/わからない	702 (52.7)	631 (53.4)	71 (47.3)		328 (53.8)	303 (53.1)		47 (45.6)	24 (51.1)	
北海道での性教育やエイズ予防活動への関心の有無										
関心がある	1125 (82.3)	986 (81.0)	139 (92.7)	<0.001	505 (79.5)	480 (82.6)	0.170	93 (92.1)	46 (93.9)	1.(
関心がない/わからない	242 (17.7)	231 (19.0)	11 (7.3)		130 (13.5)	101 (17.4)		8 (7.9)	3 (6.1)	
青少年の医療福祉や健康問題について議会での質問の有無										
ある	529 (37.4)	453 (36.0)	76 (49.0)	0.002	241 (37.0)	212 (35.0)	0.465	49 (46.2)	27 (55.1)	0.:
その他*	885 (62.6)	806 (64.0)	79 (51.0)		411 (63.0)	394 (65.0)		57 (53.8)	22 (44.9)	

*「なし/わからない/質問の機会がない」

学校で取り扱うのに適当な性教育内容として、小学校では「男女の身体の違い」「異性の尊重」、中学校では「生殖に関わる機能や性衝動」「思春期と健康」「性感染症の予防」、高等学校では「性感染症や避妊に関するパンフレット配布」「性感染症の予防」「性行動の適切な選択」が上位を占めた。中学校の性教育の一環として「コンドームの配布」に賛成する議員は、男性19.8%、女性32.5%、高等学校では男性41.7%、女性61.6%であり、女性ほど容認する傾向が高かった（ともにp<0.001）。多くの項目で、男女間、年齢間に差がみられ、男性に比べ女性が、さらに男女ともに60歳未満の議員ほど、多様な内容の指導を支持する傾向にあった。

【考察】
今回、青少年の性教育に関する関心が、とりわけ女性議員で高いことがわかった。また、性教育の開始時期や教育内容についての考えに、男女間および年齢間に違いがみられた。このことから、地域での性教育などを検討する議会議員など、構成員の選択には、ジェンダーや年齢への配慮が重要である。

一 般 演 題

D 会 場

D－1

社会正義の実践とその教育 - 生活困難者の支援から -

志賀文哉（富山大学人間発達科学部）

はじめに

「社会正義(Social Justice)」という言葉は一般的には広く使われる言葉ではないが、例えば福祉専門職の倫理綱領には明記される行動原理の一つであり、専門的援助が社会性を確保するために重要な概念であるということができる。福祉にかかわる専門職は「差別」「多様性」「資源の公正分配」「不公正の是正」「団結して協働すること」などが当然に求められている。しかしながら、これらの原理をもとに社会正義や人間の尊厳に向かうべきところ、実践の中でそれらを実現することは難しい環境にあることも指摘されてきている。社会福祉士として生活困難者の相談支援活動を行ない、それを授業科目の一部に組み込みつつ、将来の福祉専門職に対して倫理的行動規範性習得をめざす取り組みを報告する。

方法

ソーシャルワーク実践において人権や社会正義に価値を置くクリティカル・ソーシャルワークに基づいての生活困難者の相談支援を実践すること、またこの実践の機会を含め、より広い活動・議論の場を設けて、学生教育の機会とする。

結果と考察

社会福祉士資格をもつ教員が１年にわたり生活困難者の相談支援等を展開してきた。まず基本的なラポール形成が困難でその実践を元に、社会福祉士をめざす３年生を対象に１年間同様の活動への参加の機会を提供している。

個別援助・ケースマネジメントが重視されると問題解決に注目するタスクゴールの傾向が強まり、職務をこなすことが優先されるようになる。職務は定量化され、それに基づく評価も進む。その結果、本来の福祉専門職がよって立つべき倫理や価値観、哲学などは規範概念としてはあっても行動に反映されにくい状況が生ずる。「現場を観ながら考える」プロジェクトは、そのような規範概念に基づいた実践をする福祉専門職のもとで、自主的な参加意思をもって関わる学生(将来の福祉専門職)に「生の多様性の受容（Tolerance for Diversity of Life)」を問うものであり、答えのないものの中に自らの行動の原点＝社会正義等の行動原理を見いだす機会となりうる。

D－2

健康障害や社会構造により排除される野宿者～胆道閉塞症の一事例より～

福元進太郎（名古屋市立大学大学院医学研究科・医学部５年）

【はじめに】

夜まわり活動※1に参加し野宿生活をしている人々と関わる中で，彼/彼女らが野宿生活になる要因として、単に彼/彼女らの個人的な問題だけでなく、健康障害や社会構造（雇用や社会保障など）が強く影響していると感じた。今回，夜まわり活動で出会ったＳさん（現在名古屋市内で野宿生活、57歳男性）へのインタビューから見えてきた野宿者を取り巻く社会保障・福祉の現状や将来のあり方を考察した。

【事例報告】

07年２月、夜まわり活動中にＳさんと初対面し、「自分にもできる仕事があればやりたい」とのことで、雑誌ビッグイシュー（以下BI）※2の販売を勧めたところ、本人の希望により３月より販売を開始した。５月頃全身の掻痒感を自覚。社会福祉事務所を通しての病院受診を勧めるも、本人は皮膚病と考えて受診せず。８月頃、BIの購買客より「Ｓさんが販売中におしりをかいている」との苦情があったため、販売活動を中断して病院受診することになった。しかし、受診前に音信不通となった。

その後同年９月、Ｓさんは支援者に民間施設を紹介され同年10月に入所。この民間施設は、野宿者を収容して生活保護を受けさせ、生活保護費の大半を寮費などの名目で受け取る施設で、現在全国各地でその運営のあり方等が問題となっている。入所後、Ｓさんは全身の掻痒感が強くなり、名古屋市内のＪ病院皮膚科を受診。血液検査の結果内科を紹介され、胆道閉塞症と診断された。緊急入院し手術で胆嚢を摘出、症状は改善した。全身の掻痒感は閉塞性黄疸によるものであった。

08年６月施設を退所し、春日井市で野宿生活を続けるも、同年10月に春日井市役所を通して生活保護を受けアパート入居。しかし、過去に保護を受けた名古屋市区役所から送られた保護に必要な書類がＳさんの手元に届かず、その書類がないと保護が受けられないと判断したＳさんは入居後２週間で自ら野宿生活に戻り、現在に至っている。

【まとめ】

これまでの経緯より、Ｓさんを取り巻く問題点が明らかになった。1）Ｓさんが掻痒感を自覚した時点で治療を開始すれば、BI販売に復帰できたのではないか。2）Ｓさんが民間施設に入所した事。生活保護を受けてアパートに入居すべきであった。3）郵送トラブルにより生活保護から野宿生活に戻った事。これらの問題が重なり、現在もＳさんは野宿生活を続けている。行政に不信感を抱いているＳさんは、今後は行政の保護は受けずに社会復帰したいとのことだが、住所がなく年齢のことも考えると、自力で仕事を見つけアパートに入るのは厳しい状況である。この点も日本の社会制度が抱える大きな問題だ。

本例のように、野宿生活のために病院受診が困難となり、健康障害により就労や住居の確保ができなくなるという悪循環を断ち切るために、経済的・社会的弱者が適切な医療が受けられる制度や支援の仕組みの拡充が必要である。また、野宿生活から就労し住居を得るための支援や保護政策の強化、BI等の民間組織や支援団体と行政の連携が重要である。最後になるが、医学部学生として胆道閉塞症を早期発見できなかったことは私自身の反省点である。

※1：ボランティア団体による、名古屋市中心部を歩きながら野宿者に声をかけて仕事や福祉の相談等を行う活動。

※2：有限会社ビッグイシュー日本が発行している雑誌で、ホームレス状態の人のみが販売できる雑誌である。1冊140円で雑誌を仕入れて、300円で販売する。その収入をもとにアパートの確保等を目指すものである。

D－3

障害者雇用と労働安全衛生管理

中村賢治[1]　重田博正[1]　垰田和史[2]　北原照代[2]　辻村裕次[2]
大阪社会医学研究所[1]　滋賀医科大学・社会医学講座・衛生学[2]

【背景・目的】これまで障害者雇用が促進され、2008年6月での法定雇用率は、民間企業で1.59%まで到達した。一方、障害者が働く労働条件や労働環境などは各事業所に委ねられており、健常者と同等の労働内容を求められる事もある。障害者雇用枠で就職したにもかかわらず、障害の特性等を無視した労務管理により、二次障害や過労死に至ったと考えられる身体障害者の事例を経験したので報告し、障害者雇用と安全衛生管理について問題点を明らかにしたい。

【事例 1】歩行障害のある労働者がポスティング作業を行い、腰痛症に至った事例

A氏は1957年生れの男性。18才の時、交通事故による脳挫傷で、歩行障害（身障3級）を負った。1989年に不動産販売業A社に就職。最初はVDT作業（入力業務）をしていたが、1995年頃よりチラシの宅配をさせられるようになり、2004年にはチラシ配布専任にさせられた。2005年7月には配布のための自転車使用が禁じられた。チラシの総重量は、重い時で数十kgあった。2006年3月に腰痛を発症し、近医で腰椎椎間板ヘルニアと診断された。2006年9月に労災申請したが、不支給。理由は、「被災者は脊柱管狭窄症であり、これは年齢によって起きるため」というものであった。

【事例 2】慢性心不全のある労働者が接客販売業務を行い、死亡に至った事例

B氏は1963年生れの男性。基礎疾患がバセドウ病で、心房細動と慢性心不全（身障3級）があった。2000年11月に家電小売業B社に就職し、ゲーム機売り場とパソコン売り場で接客販売業務を行っていた。就業に当たって、主治医は、「事務作業でも悪化する可能性がある」と指摘していたとのこと。同年12月25日、自宅で死亡しているのが確認された。遺族が労災申請したが不支給で、地裁でも労災が認められなかった。その判決理由は、労働時間が「過労死認定基準」に比べて短く、業務での身体負荷は大きくなかったというものであった。

【事例 3】四肢機能障害のある労働者が手積み作業を行い、頸肩腕障害に至った事例

C氏は1956年生れの男性。脳性麻痺による脳原生上肢障害（身障2級）と音声言語機能障害（身障4級）があった。1975年に製本業のC社に就職した。2004年の分社化以降欠員補充要員として、主に手積み作業を行っていた。また、犬やゴミ扱いされる等、職場でのいじめがあった。2006年に頸肩腕障害と診断された。2008年に労災認定された。労基署担当官の口頭説明によると、地方労災医員が「他人と比べて過重ではないが、障害をもっていることで閾値が低いと考えられ、C氏にとっては過重だったと言える」と述べたとのことであった。

【まとめ】これらの事例は、いずれも障害のある身体機能を使わなければならないような作業に従事させられている。障害に合わせた適切な安全衛生管理がなされていたと言えるだろうか。また、労災認定を判断する際に、障害の特性を考慮する必要があるのではないだろうか。

D－4

釜ケ崎結核患者の生活実態と生活・健康支援
—訪問型 DOTS をとおして—

○大宮陽子[1・4] 逢坂隆子[2・4] 桑原洋子[3] 小椋芳子[1・4] 西島治子[2・4] 井戸武實[4] 山本 繁[4]

1 元四王寺大学大学院 2 四天王寺大学大学院 3 龍谷大学㊟
4 NPO HEALTH SUPPORT OSAKA (NPO HESO)

はじめに 大阪の釜ケ崎は、東京の山谷、横浜の寿町と並んで三大寄せ場(日雇い労働力市場)のひとつである。しかも日本最大の寄せ場であり、2 万 5 千～3 万の土木・建築労働者が住んでいる。生活保護を受給可能となる 60～65 歳までは、野宿生活を余儀なくされる。結核の罹患率も極めて高く、2007年は653．3である。NPO HESOは、大阪市保健所から依頼されて訪問 DOTS を実施している。

研究方法 保健師等が週 1～4 回の定期訪問をすることで健康や生活に対する考えや行動が変るのではないかとの思いがあり、対象者の訪問記録,状況記録を基にした記述式調査を行なった。 対象者は、釜ケ崎に居住する元ホームレスを含む高齢単身(全員男性)の結核患者で訪問型DOTSを行なった9名。発表者がかかわった3ヶ月～9ヶ月間の者。 **概要** 対象者すべて生活保護受給者。60 歳代 5 名、80 歳代、2 名、平均年齢 70.2 歳。うち一名は結核再治療者。 **家族の状況** 親の死亡で途絶えている 4 名、兄弟との連絡がある 2 名、子や孫が捜してくれた 2 名。結婚歴あり 6 名(連絡は取れていない)。 **居住環境と生活** ほとんどの者が3畳一間と狭く、近隣との付き合いはなく、訪問当初はごみが散乱し、隣室の死に数日気づかない等、孤独で不安な生活環境である。その生活に服薬が加わり、しかも結核外の慢性疾病を持つ者が大半で薬の種類も量も多い。 **行動変容** 訪問時毎回「変ったことはありませんか」と体調の質問を繰り返し聞く。「来てもらってるけど結核ちゃいますねん」「どうでもいいねん」「こんな病気になってもうて」「ひ孫が生まれたが会われへん」と言いつつ、DOTS訪問を徐々に心待ちにするようになる。訪問時間に、在室が守れるようになり、また窓を開け風を入れ替え、「足が痛いやろう」と座布団を差し出したり、香港フラワーを飾り、部屋を整えて、生活の変化の様子がみられ、訪問が受けいれられたことを知る。そのうち身体の具合の気になることを話し出す。体質や既存の疾病を聞きながら、対処方法を共に考え、単調になりがちな食生活や生活の過ごし方の工夫策を話す。80歳代の者は「メシはうまいんやけど準備するのがなぁ」と食事つくりがおっくうな様子、「口に合うもんが食べられへん」と歯茎で咀嚼しているなど日常の身体の様子を語りだす。訪問を継続すると、DOTSの話しだけでなく、時にゆっくり話すと、迷っていることや不安に思っていることを話し始め、確かめ、一歩踏み出すきっ掛けができてくる。例えば「墓参りに行きたいけどなー」とか「故郷を訪ねたいけれど、身内になあー」と躊躇する。このように日常会話をすることで、自ら考えていることを再確認し心の張りを見つけていく。「終わると思うと寂しいなー」と気持ちの表現。 **変容をまとめると** このように「仕方ないな」の訪問受け入れから「心待ち」へ、そして「心のうちを語り」、自己と「他者との繋がりの行動」へ、「孤立から自立」へと少しづつ変容していく。終了後、「ヘルパー利用を開始した」とか「救急車を呼んでくれたテント仲間の所に礼に行った」と事務所に立ち寄り報告あり。 **働きかけの特徴** 依頼時点で受け取る少ない情報では相手の話しを聞くしかない。 **今後の活動への提言** 対象者は仕事と生活に追われ、「自分のことを聞いてもらったことがない」、「言いたいことも言えない」状況ですごして来た。日々の生活の自立も不十分である。健康行動への変容が継続・発展するように、医療的・保健的・福祉的な支援の確保が望まれる。例えば、気軽に立ち寄り、安価な食事があり、何でも相談もできる、事情を知っている者がいる、信用するに値する者との関係が継続できる場所等である。本来ならば行政の責任で実施できることが最も望ましい活動である。

D－5

「年越し派遣村」から紹介された肺結核の一例

○代田和博、星野啓一
東京勤労者福祉会　代々木病院

いわゆる「小泉構造改革」が推進した一連の規制緩和政策により、表向きの一時的な景気回復がもたらされた舞台裏では、企業が利益の蓄積を優先し、正社員よりも低賃金・低待遇ですむ非正規雇用者の採用を促進、正社員に対しても雇用報酬の伸びを抑制して、「実感なき経済回復」と総称される情勢が続いていた。国民個人の基本的人権を軽視し、社会福祉基盤を脆弱にする政策が次々と進む中で、我が国は、2008 年 9 月の米国サブプライム・ローン破綻に端を発した世界恐慌を迎えたのである。

収益悪化により、企業は、身分保障の不安定な派遣社員や期間工を中心とした人員削減を進め、2009 年 3 月末までに失われた非正規労働者の雇用は 19 万人に達した。経済状況の悪化と貧弱な福祉政策の影響を直接的に被った社会的弱者に対する支援策を、政府や企業が全く打ち出さない状況下で、複数の NPO 及び労働組合によって組織された実行委員会が、派遣先から契約を解除・解雇され、社員寮などの住居を失った元非正規労働者等の支援を目的として、2008 年 12 月 31 日から 2009 年 1 月 5 日まで東京都千代田区の日比谷公園に開設した避難所が、「年越し派遣村」である。期間中に派遣村を訪ねた失業者はおよそ 500 人、参加ボランティアは 1680 人、寄せられた義捐金は 2315 万円にのぼった（数字は 2009 年 1 月 5 日毎日新聞夕刊による）。

代々木病院では「年越し派遣村」の最寄りの支援医療機関として、健康を損なって現地ボランティア医師に紹介された失業者の診察にあたった。期間中の「年越し派遣村」からの外来受診者数は 10 人、そのうち 4 人が当院での入院加療が必要となった。

報告する症例は 35 歳男性、特記すべき既往歴はなく、派遣社員として製造業に従事していたが、2008 年 12 月上旬から湿性咳嗽・熱感・全身倦怠感及び極度の食指不振・体重減少を自覚するようになった。しかし 12 月 15 日に派遣契約を解約されたため収入がなくなり、健康保険もないため医療機関を受診できず、健康ランド等を転々とした上で、2009 年 1 月 2 日に「年越し派遣村」に現れた。ボランティア医師の問診を受け、直ちに代々木病院を受診している。受診時の所持金は数百円であった。

来院時、るいそう及び脱水が著明であり、血算・生化学検査での強い炎症反応と、血液ガス像での低酸素血症を認めた。喀痰は血性ではなかったが膿性で大量であり、胸部 X-p 上、左上葉の巨大な空洞と周辺の浸潤影、右上～中葉にも複数の空洞を伴う浸潤影が認められ、入院後に陰圧室管理とした。入院時に発熱はなかったが、補液を進めると 38～39℃の発熱が持続するようになった。1 月 5 日に喀痰を検査機関に提出し、Gaffky8 号の結核菌が検出されたため、同日、国立療養所東京病院へ転院した。

渋谷保健所では、結核感染拡大予防の目的で、患者から聞き取り調査を行ったが、発症から受診までの期間における濃厚接触者の大多数の身元は判明しなかった。

不況がもたらす雇用情勢悪化の被害者を救済する施策に乏しく、早期受診の機会が奪われ、ひいては社会全般へ拡大していく悪影響を防ぐこともできない。我が国の社会保障政策の貧しい現状を浮き彫りにする症例であると考え、報告する。

D－6

仕事と病気の関連について～看護学生への意識調査～

○ 青木珠代・田村昭彦・舟越光彦（九州社会医学研究所）、荒川優子（健和看護学院）

【目的】看護学生が病気の発症や悪化の原因・誘因に仕事との関連をどのように捉えているか知る。

【研究方法】K市にある某看護学校の１年～３年生227名を対象にアンケート調査を実施した。糖尿病や高血圧など生活習慣病に関連する疾患の発症及び悪化に仕事との関連があるか否か、じん肺や中皮腫など職業病に関連する疾患の発症と仕事との関連があるか否かを「そう思う」「どちらかといえばそう思う」「どちらともいえない」「どちらかといえばそう思わない」「思わない」の五択とした。１年生が入学後の４月中旬に各ホームルーム時に担任が配布し回収した。

【仮説】１年生は入学直後であり、一般人により近い認識を示す。２年生は１年次「環境と健康」(2008年７月)というテーマで公害問題、職業病の問題を２単位(１単位100分)、「生活と労働の場から患者を捉える視点」(2009年２月）と題し、主に労働関連疾患に関する講義を２単位実施し、最後の講義から２ヶ月後なので関連性についての認識は高い。３年生は１年次「生活と労働の場から患者を捉える視点」(2007年10月）主に労働関連疾患に関する講義を２単位実施、講義から１年半が経過しているが、実習経験なかで患者背景を捉える視点が出来てきている。

【結果及び考察】調査票の回収は１年生67/67（回収率100%)、２年生74/76（97.4%)、３年生74/84（88.1%)、215名を解析対象とした。「そう思う」と回答したもののみを学年毎に分析した。

生活習慣病に関する仕事との関連では、１年生はBA＜DM＜CVD＜AMI＜HT＜GU、２年生DM＜BA＜HT＜AMI＜CVD＜GU、３年生BA＜AMI＜DM＜CVD＜HT＜GUであった。各学年とも胃潰瘍については高値で仕事との関連を示していた。発症よりも悪化に関して関連があると認識を持っていることがわかった。（表１）

筋骨格系では各学年とも高値を示した。じん肺・振動病、肺がん・中皮腫・膀胱がんなどは２年生･３年生では仕事との関連を考え、教育前の１年生との間には有意差を認めた。（表２）

【結語】今回の調査で２年生・３年生が職業病に関する認識が高いことがわかった。しかし、この結果が通常の看護教育によるものなのか、対象の学校の授業で重視されている労働関連性の講義の効果なのかは明らかでない。

今後は経年的な意識調査や実習時の患者背景等の情報収集資料を分析するなど追加調査を行い検討を行って行きたい。

表１　生活習慣病に関する仕事との関連（%）

	喘息		DM		脳出血		心筋梗塞		高血圧		胃潰瘍	
	発症	悪化	発症	悪化	発症	悪化	発症	悪化	発症	悪化	発症	悪化
1年	9.0	17.9	14.9	19.4	20.9	22.4	20.9	25.4	26.9	26.9	43.3	43.3
2年	27.0	27.0	14.9	27.0	44.6	45.9	39.2	37.8	31.3	39.2	64.9	67.6
3年	24.3	28.4	31.1	39.2	36.5	37.8	27.0	33.8	36.5	50.0	70.3	73.0

表２　生活習慣病以外の疾患と仕事との関連（%）

	筋骨格系		職病病		癌			肝炎
	腰痛	肩こり	じん肺	振動病	肺がん	中皮腫	膀胱がん	
1年	65.7	68.7	14.9	14.9	7.5	6.0	7.5	10.4
2年	77.0	77.0	67.6	54.1	35.1	45.9	33.8	29.7
3年	87.8	90.5	78.4	54.1	40.5	40.5	25.7	27.0

第 50 回 日本社会医学会総会

企画運営委員会

企画運営委員長	波川京子	(札幌医科大学)
企画運営委員	福地保馬	(藤女子大学)
	橘　晃弘	(北海道民主医療機関連合会)
	志渡浩一	(北海道医療大学)
事務局	和泉比佐子	(札幌医科大学)
	松原三智子	(札幌医科大学)
	岡田尚美	(札幌医科大学)
	波川啓士	(室蘭工業大学)

社会医学研究
BULLETIN OF SOCIAL MEDICINE
特別号 2009 第50回日本社会医学会学術総会講演集

発行年　2009年6月27日
編　集　第50回日本社会医学会学術総会企画運営委員会
JAPANEASE SOCIETY FOR SOCIAL MEDICINE
連絡先　第50回日本社会医学会学術総会事務局
〒060-8556 札幌市中央区南1条西17丁目
札幌医科大学保健医療学部看護学科
FAX : 011-612-5525　E-mail : namikawa@sapmed.ac.jp