

ISSN 0910-9919

BULLETIN OF SOCIAL MEDICINE

社会医学研究

第 52 回日本社会医学会総会
講演集

日本社会医学会 特別号 2011
JAPANESE SOCIETY FOR SOCIAL MEDICINE

富山大学五福キャンパス

TOYAMA UNIVERSITY GOFUKU CAMPUS

第 52 回日本社会医学会総会

「地域における暮らし、仕事、健康 と社会医学」

2011 年 7 月 23 日（土）～24 日（日）

富山大学五福キャンパス

主催

第 52 回日本社会医学会総会企画運営委員会

事務局（富山大学・金沢医科大学）

（企画運営委員長 寺西秀豊）

ご挨拶

このたび第 52 回日本社会医学会総会を富山で開催することとなりました。日本社会医学会は、1960 年に創設された社会医学研究会（社医研）の伝統を受け継ぎ、1999 年に「日本社会医学会」として発展、改称された学会です。日本は世界でも有数の長寿国、健康大国に成長しましたが、少子高齢化社会をむかえ、現在も多くの国民は暮らし、仕事、健康に困難な課題を抱えています。今年 3 月には東日本大震災にみまわれ、死者、行方不明者は 2 万人を超え、被災者だけではなく、日本国民全体が大きな打撃をうけました。日本社会医学会は健康や疾病に影響を与える社会・経済的要因等に関して現実に即して長年研究し、多くの成果を上げて参りました。日本社会医学会は、国民の健康や生活に生じる問題と社会との関わりを解明し、社会的な予防対策等を自由闊達に議論する場となっています。日本社会医学会会員は医療関係者だけでなく福祉や教育関係者等を含めて構成されており、学際的研究も活発に行われています。年一回の総会と、地方例会や機関誌「社会医学研究」の発行を通じて、国民の健康問題解明に取り組んでいます。

第 52 回日本社会医学会総会は、「地域における暮らし、仕事、健康と社会医学」をメインテーマに開催されますが、富山という地域性を踏まえながらも、国際性豊かな学会にしたいと考えております。特別講演では佐久総合病院副院長西垣先生に「地域健康管理」についてお話いただき、教育講演では市原あかね先生に「地域再生の展望」を語って頂きます。シンポジウム「社会の安全と人権」では事例に基づいて具体的に論議して頂きます。公開シンポジウムとして「イタイイタイ病の教訓と東アジアの環境問題」を取り上げ、市民公開講座として「原子力災害を考える」を企画しました。一般演題は多様な内容で、ミニシンポジウムを含め 60 演題を超えました。大震災と長期経済不況下の国民の健康問題を社会医学的観点から包括的にとらえ実践的な解決を展望する学会にしたいと考えております。会員の皆様には積極的なご参加と活発な討論をお願いします。富山は日本海と北アルプス等の山々に囲まれた自然の豊かな地域です。岩瀬浜エクスカーションや懇親会では歴史ある古い町並みや食文化を堪能して頂ければ幸いです。

今回は公開シンポジウム「イタイイタイ病の教訓と東アジアの環境問題」に関して富山大学、東アジアプロジェクト（東アジア共生学創成の学術的融合研究、CEAKS）のご協力が得られ、本学会と共同主催することとなりました。また本学会開催には富山県高等教育振興財団および富山市からは協賛を頂きました。この場を借りて御礼申し上げます。

2011 年 7 月 1 日

第 52 回日本社会医学会総会企画運営委員長
寺西秀豊（富山大学大学院医学薬学研究部公衆衛生学）

第 52 回総会案内

富山大学への交通案内

富山までの交通案内

①関西方面、東海方面から特急列車をご利用の場合

■いずれの特急列車(サンダーバード、しらさぎ、はくたか)も富山駅に停車します。

②関東甲信越方面から新幹線をご利用の場合

■「越後湯沢駅」で乗り換え、特急はくたか等で富山駅へお越しください。

③飛行機をご利用の場合

■富山空港から JR 富山駅までの連絡バス(約 25 分)があります。タクシーでは会場(富山大学五福キャンパス)直行で約 30 分です。

大学までの交通案内

■いずれの方面からも富山駅からのアクセスをお知らせします。

【市内電車】

JR 富山駅から約 20 分 「大学前」下車すぐ

(注)市内電車は「2 系統」をご利用ください。「丸の内」から「国際会議場」方面へ行く「3 系統(環状線)」がありますのでご注意ください。

	7 月 23 日・24 日(休日)の「富山駅前」発ダイヤ(「大学前」下車)					
8 時	2 分	12 分	22 分	32 分	42 分	52 分
9 時	2 分	12 分	22 分	32 分	42 分	52 分
10 時	2 分	12 分	22 分	32 分	42 分	52 分
11 時	2 分	12 分	22 分	32 分	42 分	52 分
12 時	2 分	12 分	22 分	32 分	42 分	52 分

【バス】

JR 富山駅前(南口) 富山地鉄・路線バス「富山大学経由」(3 番乗り場)乗車約 20 分

「富山大学前」バス停下車すぐ

	7 月 23 日・24 日(休日)の「3 番乗り場」発ダイヤ(「富山大学前」下車)		
8 時	10 分	15 分	50 分
9 時	10 分	30 分	
10 時	00 分	30 分	40 分
11 時	00 分	30 分	
12 時	00 分	10 分	30 分

【タクシー】

JR 富山駅から約 15 分

会場のご案内

広域図（電車網など）・最寄駅から大学まで



五福キャンパス Gofuku Campus
 〒930-8555 富山市五福3190
 3190 Gofuku, Toyama 930-8555

To Kanazawa
 五福駅
 JR Hokuriku Line
 JR Toyama Station
 To Naoetsu
 五福地区
 Gofuku
 寺町地区
 Toramachi
 五福キャンパス
 Gofuku Campus
 富山県庁
 市役所
 City Hall
 富山城
 Toyama Castle
 R41
 富山県庁
 市役所
 City Hall
 富山城
 Toyama Castle
 R41
 富山県庁
 市役所
 City Hall
 富山城
 Toyama Castle
 R41

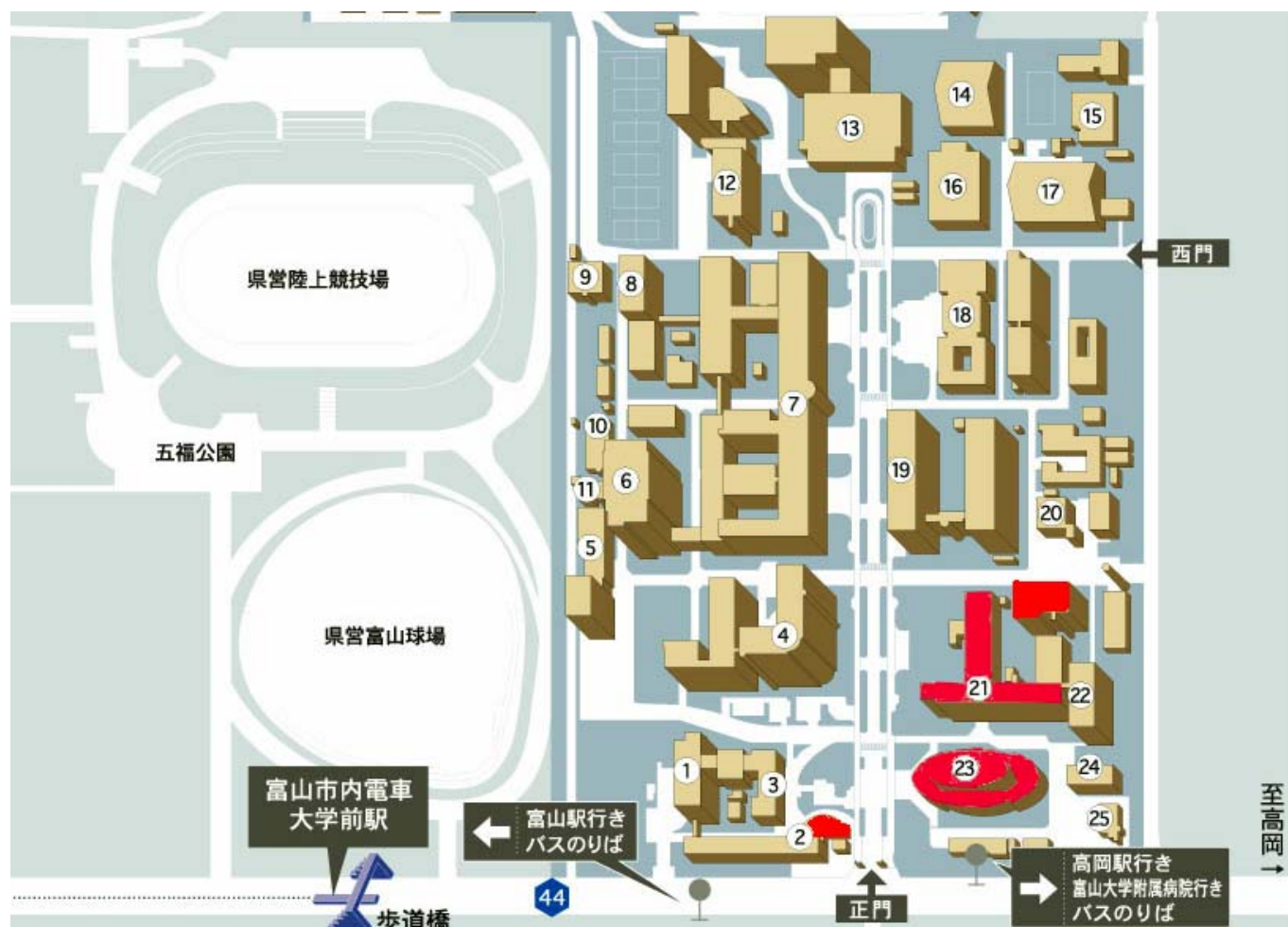
●バス By Bus
 JR富山駅から約20分
 About 20min. From JR Toyama Station

●市内電車 By Tram
 JR富山駅から約20分
 About 20min. From JR Toyama Station

●タクシー By Taxi
 JR富山駅から約15分
 About 15min. From JR Toyama Station

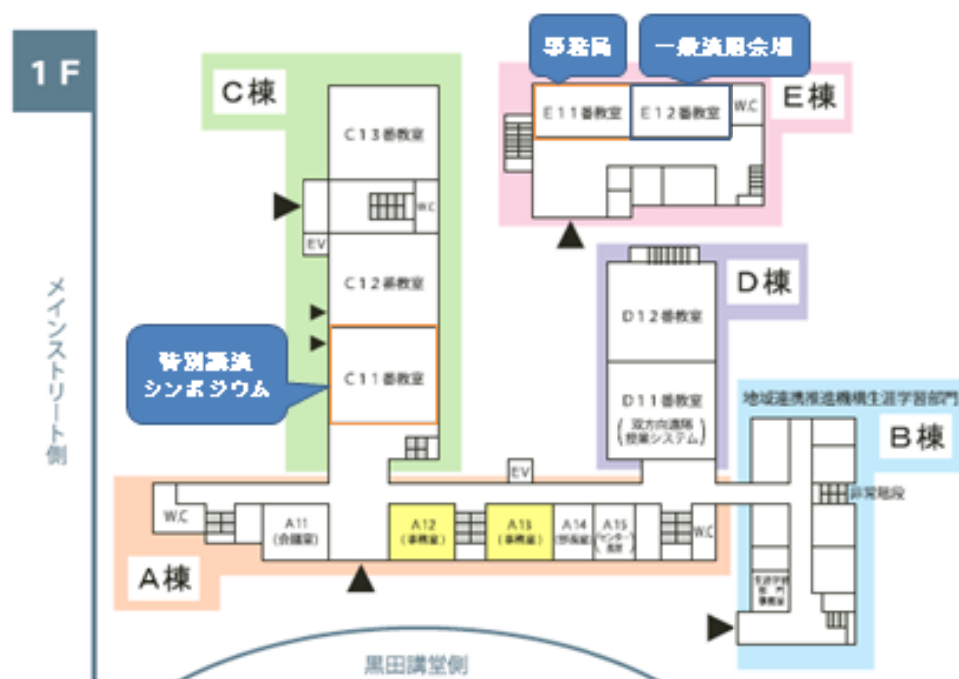
●車 By Car
 北陸自動車道「富山西IC」から約10分
 About 10min. From Toyama-Nishi IC on Hokuriku Expressway

学内見取り図

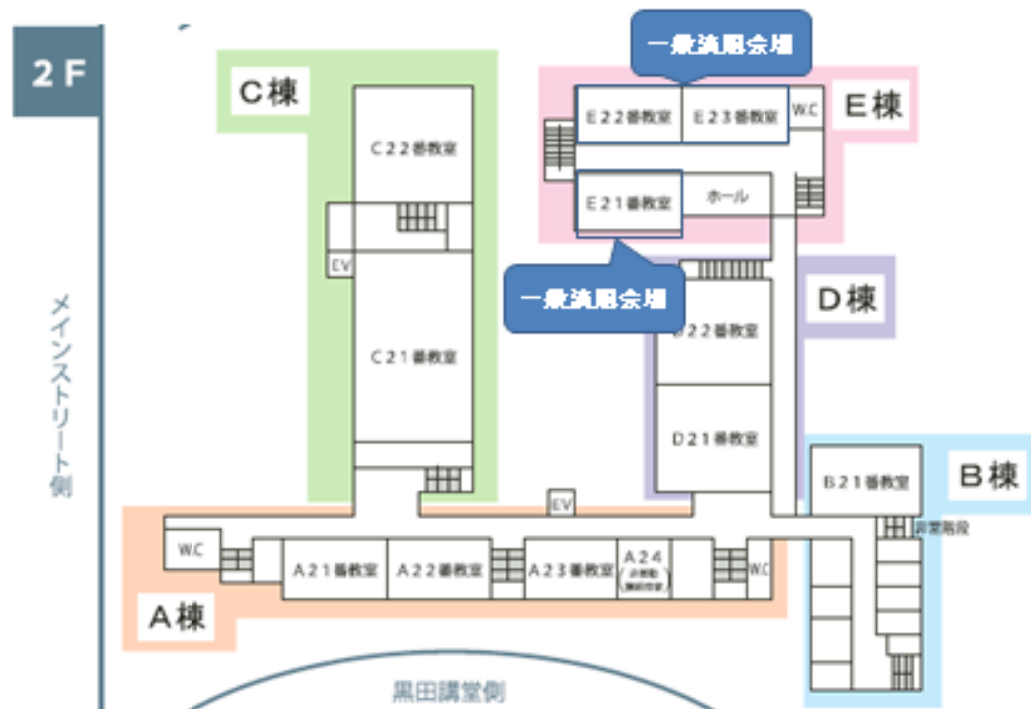


- (2) 富山大学生生活協同組合 AZAMI (懇親会会場)
- (19) 人間発達科学部第1校舎 (2F 大会議室: 理事会、評議員会会場)
- (21) 共通教育棟 C 棟・E 棟 (シンポジウム・特別講演・一般演題)
- (23) 黒田講堂 (教育講演・公開シンポジウム)

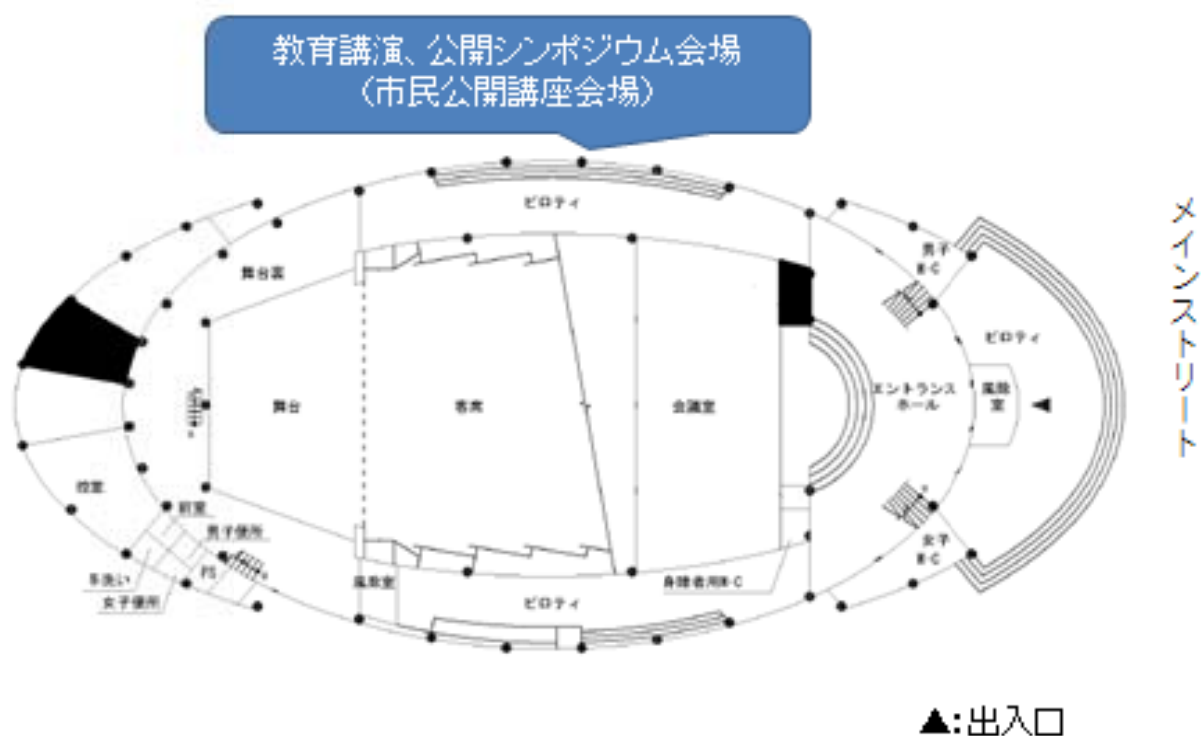
会場建物案内図



▲: 出入口



▲: 出入口



・ 理事会・評議員会会場

(人間発達科学部第1校舎2F: キャンパスマップ⑱)



メインストリート側

参加者へのご案内

✧ 受付場所

7月23日(土) 12:00～ 共通教育棟C棟1階(C11側) 出入口付近

7月24日(日) 8:30～ 共通教育棟E棟1階(事務局前) 出入口付近

受付方法：全ての参加者は「参加票」に必要事項を記入の上、参加費（お釣りの不要なようにお願いします）とともに受付をお願いします。

① 主発表者と座長の方は「主発表者・座長受付」にお越し下さい。

主発表者と座長の方は、次の「研究発表者と座長へのご案内」を参照してください。

② 会員、名誉会員の方は「会員受付」にお越し下さい。

名誉会員の方は参加費は必要ありません。

③ 報道関係者を含む非会員の方は「非会員受付」にお越し下さい。

✧ 参加費

会員：3000円 非会員：4000円 学生・院生：1000円

懇親会費：3000円 抄録集追加購入：1000円

✧ 年会費の納入と入会の手続き

年会費(5000円、学生会員2000円)の納入や新規の入会手続きは、上記の「受付」のいずれにても受け付けております。

✧ 車での来場と駐車場

総会会場に駐車場はご用意できませんので、公共交通機関をご利用下さい。

✧ 事務局では宿泊ホテルの紹介や斡旋は致しませんのでご了承下さい。

多くのホテルがあるエリア：富山駅の南北、大学最寄り駅まで15分～20分程度。

✧ 建物内に喫煙可能な場所はありません。

✧ その他

① 昼食(7月24日分)：23日(土)の学会参加受付時(13:00時まで)にお申込みいただければ、1000円(お茶付き)でご用意いたします。

② クローク：23日12時20分より、事務局(E11)で18:30までお預かりいたします。

③ 飲み物：キャンパス内大学食堂付近に自動販売機がございます。

④ 託児所：託児所はございませんので、ご了承ください。

研究発表者と座長へのご案内

☆ セッションの運営について

時間を厳守し、必ず定刻に終了するようにしてください。

☆ 発表される先生へ

- ① 受付時に、発表者であることをお申し出ください。
- ② 会場には液晶プロジェクターとスクリーンを用意しております。
発表用の **Microsoft Power Point** 原稿は **USB メモリ** でご用意ください。
発表前までに、正しく動作することを受付横の **PC** で確認しておいてください。
PC は **Windows** で、**PowerPoint 2010** をインストールしてあります。**Windows** 以外の **OS** の場合は、ご自身で **PC** と変換プラグをご用意ください。なお、発表スライドは **PowerPoint 2003** 以降を用いて作成してください。
- ③ 発表者は発表前に必ず各会場の次演者席に着き、発表者であることを会場内の係にお申し出ください。
- ④ 一般演題は発表時間 **15 分**、質疑応答 **5 分** です。発表される方は必ず時間内に発表を終えて下さい。
1 鈴：発表開始 **13 分経過**（残り **2 分**）
2 鈴：発表開始 **15 分経過**（発表終了）
3 鈴：発表開始 **20 分経過**（質疑応答終了）
- ⑤ 配布資料がある場合には各自で **50 部程度** ご用意の上、配布願います。
- ⑥ コンピュータの操作は発表者ご自身でお願いいたします。

☆ 座長の先生へ

- ① 受付時に、座長であることをお申し出ください。
- ② 定刻に座長席にご着席下さい。
- ③ セッションの運営は時間厳守とし、定刻に終了してください。一般演題では一演題あたり **20 分** をあてております。円滑な運営をお願いいたします。

☆ ミニシンポジウムについて

7 月 23 日(土)の **16 時**から「薬害イレッサ事件の教訓と今後の課題」、**7 月 24 日(日)**の **14 時 10 分**から「労働者の問題を解決できる職場メンタルヘルス活動のあり方」と題するミニシンポジウムを、それぞれ約 **2 時間**開催します。たっぷり討論の時間をとってありますので、ぜひ参加され、積極的にご発言ください。

プログラム

プログラム

I. 特別企画

<市民公開講座>

『原子力災害を考える』

7月23日（土）13：00－14：30

富山大学黒田講堂ホール

「放射線と健康」

小橋 元（放射線医学総合研究所・主任研究員）

「原子核エネルギーの悪用・誤用と内部被曝の軽視」

沢田昭二（名古屋大学・名誉教授）

司会：宮尾 克（名古屋大学）

<公開シンポジウム>

『イタイイタイ病の教訓と東アジアの環境問題』

日本社会医学会・富山大学東アジア「共生」学創成プロジェクト合同企画

7月24日（日）13：10－16：20

富山大学黒田講堂ホール

「イタイイタイ病の臨床と研究史」

寺西秀豊（富山大学）

「カドミウム汚染地帯における腎障害と死亡率の関係」

中川秀昭（金沢医科大学）

「イタイイタイ病裁判と公害防止協定等の意義」

松波淳一（元イタイイタイ病弁護団）

「タイにおけるカドミウム汚染」

ウィタヤ（Witaya, S.）（タイ国メソト病院医師）

「東アジアの環境問題、課題と展望」

寺西俊一（一橋大学）

司会：佐藤幸男（富山大学）

西条旨子（金沢医科大学）

＜総会シンポジウム＞

7月23日（土）12：40－14：30

共通教育棟C11

『社会の安全と人権』

「農業災害事故の実際と予防」

大浦栄次（富山県厚生連）

「無料低額診療事業の取り組みからみえる運動課題」

吉田晶子（富山協立病院）

「難病者の経験からみる『安全』および『人権』に関する複層的問題」

伊藤智樹（富山大学）

「薬物依存症と人権」

岩田雅彦（大阪大学）

司会：志賀文哉（富山大学）

＜特別講演＞

7月23日（土）14：40－15：40

共通教育棟C11

『地域ぐるみの健康づくり』

西垣良夫（佐久総合病院）

座長：寺西秀豊（富山大学）

＜教育講演＞

7月24日（日）11：10－12：10

黒田講堂

『過疎問題と地域再生：北陸過疎地域の現状と

再生可能エネルギーへの転換もたらす再生可能性について』

市原あかね（金沢大学）

座長：山田裕一（金沢医科大学）

Ⅱ．日程

2 3 日（土）	黒田講堂	共通教育棟				
		C11	E12	E21	E22	E23
09:30-10:30		（理事会）注				
10:30-11:30		（評議員会）				
12:30-12:40		開会挨拶・理事長挨拶				
12:40-13:00	市民公開講座 「原子力災害を考える」	総会シンポジウム 「社会の安全と人権」				
13:00-14:30						
14:40-15:40		特別講演 「地域ぐるみの健康づくり」 西垣良夫（佐久病院）				
16:00-17:00			ミニシン ポ①	地域①	高齢①	メンタル①
17:00-18:20				地域②	高齢②	メンタル②
18:30-20:30	懇親会（富山大学生協 AZAMI）					

注）理事会、評議員会の会場は、人間発達科学部第1校舎2F「大会議室」です。

2 4 日（日）	黒田講堂	共通教育棟				
		C11	E12	E21	E22	E23
09:00-10:00			労衛①	格差①	母子①	
10:00-11:00			労衛②	格差②	母子②	
11:10-12:10	教育講演 「過疎問題と地域再生」 市原あかね（金沢大学）					
12:10-13:00	総会／奨励賞表彰式（黒田講堂）					
13:10-14:10	公開シンポジウム 「イタイイタイ病の教訓 と東アジアの環境問題」		職場メンタル	医療①	高齢③	
14:10-15:10			ミニシンポ②	医療②	その他①	
15:10-16:10					その他②	
16:20-16:30	閉会（黒田講堂）					

Ⅲ. ミニシンポジウムおよび一般講演（第 1 日午後）

7 月 23 日	共通教育棟（E12）		共通教育棟（E21）	
16:00-17:00	ミニシンポジウム①	司会：片平洸彦（新潟医療福祉大） P31 栗原敦（全国薬害被団連協）	地域保健①	座長：波川京子（札幌医大） P50 加齢受容と充実健康感を支える社会関係性の因果構造 高城智圭、貴志義孝、星旦二（首都大学東京大学院・都市環境科学研究科） 高齢者見守り組織発展過程における専門職の役割 前原なおみ、津村智恵子（甲南女子大） 特定保健指導に対する対象者の思いーポジティブ・ネガティブの両側面についてー 竹末加奈（活水女子大学看護学部）、井上和男（帝京大学医学部地域医療学）ほか
		「薬害イレッサ事件の教訓と今後の課題」 薬害イレッサ訴訟における国と企業の責任ー初期の情報と対応について 片平洸彦（新潟医療福祉大学大学院） 薬害イレッサ事件をめぐる行政・業界・学会の癒着の構造 中島晃（京都・市民共同法律事務所） 抗がん剤による死亡と医薬品副作用被害救済制度 加藤幸（薬害イレッサ弁護団）、栗原敦（全国薬害被害者団体連絡協議会）	地域保健②	座長：樋端規邦（健生石井病院） P56 訪問看護ステーション設置主体別の業務委託に関する意向調査 波川京子、岡田尚美、和泉比佐子、上田泉（札幌医科大学） 「公立病院改革ガイドライン」下での自治体病院再編成に関わる保健医療福祉学的研究ー地域医療における自治体病院機能の再検討ー 牧野忠康（日本福祉大学・社会福祉学部） インターネット上の医療情報に関するガイドラインの検討 上田麻絵、山路学、扇原淳（早稲田大学・人間科学）、三谷博明（日本インターネット医療協議会）
				大阪市西成区北部地域での 5 年余ヵ月の実践報告. 社会医学研究における診療所の役割と機能についての模索 黒川渡、白水倫生、富樫トモ子、大釜晴美、藤田泰輔ほか（くろかわ診療所）
17:00-18:20				

Ⅲ. ミニシンポジウムおよび一般講演（第 1 日午後）

7 月 23 日	共通教育棟（E22）		共通教育棟（E23）	
16:00-17:00	高 齢 ・ 障 害 ①	座長：埜田和史（滋賀医大） P64 東京都 A 市在宅高齢者の認知症有病割合の推移：6 年間の追跡調査より 山本千沙子（中京学院大学看護学部）、星旦二（首都大学東京都市環境学部）	メ ン タ ル ヘ ル ス ①	座長：北岡和代（金沢医大） P78 大学生における CES-D と SOC との関連性 澤目亜希、佐藤厳光、上原尚紘（北海道医療大学大学院・看護福祉研究科）、神原龍（道都大学社会福祉学部）ほか
		地域包括支援センターの円滑な支援に向けたネットワークのあり方 上村聡子、藤永新子、松浦尊磨（甲南女子大学看護リハビリテーション学部）		大学生における携帯電話依存とその関連因子についての検討 上原尚紘、澤目亜希、佐藤厳光、長谷川聡、志度晃一（北海道医療大学大学院・看護福祉研究科）
		高齢者の健康寿命を支える社会経済要因の因果構造 星旦二、高城智圭（首都大学東京都市環境学部）、中山直子（慶応大学看護学部）、湯浅資之（順天堂大学医学部）ほか		大学生の抑うつ症状と食習慣の関連 佐藤厳光、上原尚紘、澤目亜希（北海道医療大学大学院・看護福祉研究科）、池森康裕（北海道医療大学看護福祉学部）ほか
17:00-18:20	高 齢 ・ 障 害 ②	座長：仁平将（元青森八戸保健所） P70 介護保険第 1 号被保険者による障害者福祉サービス上乗せ申請要因の分析－新宿区を事例として－ 加納三代（東京医科歯科大学大学院・博士課程）	メ ン タ ル ヘ ル ス ③	座長：志渡晃一（北海道医療大） P84 ストレス対処力 Sense of Coherence (SOC) とその向上策は見えてきたか？－職場、学校、病と生きる人たちに於いて－ 山崎喜比古（パブリックヘルスリサーチセンター附属ストレス科学研究所）、横山由香里（東大）ほか
		障害者を支援する GPS ケータイサイトの開発と検証 西田直子、山本容子、滝下幸栄、岩脇陽子（京都府立医科大学医学部看護学科）、鈴木ひとみ（神戸常盤大学保健科学部看護学科）		社会福祉法人施設における苦情解決第三者委員としての実践活動報告 北岡和代（金沢医大看護学部）
		茨城県 5 市町村における介護予防事業のアウトカム評価 栗盛須雅子（茨城キリスト教大学・看護）、福田吉治（山口大学・医学）、星旦二（首都大学東京大学院・都市環境科学）ほか		トウレット症候群を有する青壮年者の健康関連 QOL に関連する要因の検討 横山由香里（日本学術振興会、東京大学）、山崎喜比古（パブリックヘルスリサーチセンター附属ストレス科学研究所）
		介護老人福祉施設におけるノロウイルス対策を中心とした施設内研修の試み 大浦絢子（早稲田大学大学院・人間科学研究科）、山路学（早稲田大学・人間総合研究センター）ほか		精神障害者社会復帰施設における ICT 利活用支援に関する評価 橋本颯子、北島謙吾（京府医大・看護）、山田京子（元京府医大・看護）、下村洋介（ジョイント・ほっと・就労 B）

Ⅲ. ミニシンポジウムおよび一般講演（第2日午前）

7月24日	共通教育棟（E12）		共通教育棟（E21）	
09:00-10:00	労働衛生①	座長：森河裕子（金沢医大） P92 我が国の職業手話通訳者の労働と健康実態－20年間の推移 埴田和史、北原照代、辻村裕次（滋賀医大 社会医学講座・衛生学）	格差・貧困①	座長：田村昭彦（九州社医研） P102 介護保険料滞納高齢者に関する経済・健康格差に関する研究 高橋和行（早稲田大学大学院公共経営研究科）、扇原淳（早稲田大学人間科学学術院）ほか
		教員の労働負担軽減対策とその効果 久永直見（愛知教育大学）		ホームレス者の健康支援を通じた社会的包摂の推進に関する研究（その2）－釜ヶ崎における19支援団体の聞き取り調査から－ 小椋芳子、大宮陽子、松田光恵（NPO HEALTH SUPPORT OSAKA）ほか
		救急患者搬送時における救急隊員の身体的負荷の状況および負荷軽減策 竹内郁登（千木病院）、中田実、栗岩和彦、栗原義宜、増田浩子、影近謙治、山田裕一（金沢医科大学）ほか		ホームレス者の健康支援を通じた社会的包摂の推進に関する研究（その3）－釜ヶ崎での被支援者への聞き取り調査から－ 鍛冶葉子（甲南女子大学）、小椋芳子（NPO HEALTH SUPPORT OSAKA）ほか
10:00-11:00	労働衛生②	座長：久永直見（愛知教育大） P98 小規模事業所の産業保健活動と従業員の健康レベルの関連 森河裕子（金沢医科大学看護学部）、田畑正司（石川県予防医学協会）、城戸照彦（金沢大学医薬保健学域）ほか	格差・貧困③	座長：逢坂隆子（四天王寺大） P108 ホームレス自立支援センター退所者の就労・生活状況に関する考察 加美嘉史（佛教大学社会福祉学部）
		日本の警察官採用における色覚要件に関わる変遷 高柳泰世（本郷眼科・神経内科）、宮尾克（名古屋大学）		ホームレス状態に陥った軽度知的障害者の療育手帳取得および就労支援について 中野加奈子（佛教大学大学院・社会福祉学研究科）
				深夜の繁華街における10代風俗産業従事女性に関する社会医学的調査 田中勤（中京大学大学院法学研究科法律学専攻）、古橋忠晃（名古屋大学医学系研究科精神健康医学）ほか

Ⅲ. ミニシンポジウムおよび一般講演（第2日午前）

7月24日	共通教育棟（E22）	
09:00-10:00	母子・学校保健	座長：黒田研二（関西大） P114 妊娠期から産後1か月にかけての親性発達とその変化ー初めて親になる妻と夫の変化ー 落合富美江、山崎智里、頼経かをる、坪本他喜子、本多隆文、笹野京子（金沢医大看護学部・母性）
	①	訪問レスパイトの効果と課題ー医療的ケアが必要な子どもを介護している母親の変化ー 小村三千代（東医保大）、橋本佳美（佐久大）
		子どもたちの生活習慣と保護者の心がけとの関連 中山直子（慶應義塾大学看護医療学部）、高燕（中国浙江工商大学公共管理学院）、楊素雯、星旦二（首都大学東京）
10:00-11:00	母子・学校保健	座長：落合富美江（金沢医大） P120 中華人民共和国における新婚検査と妊婦検査サービス利用との関連要因 高燕（中国浙江工商大学公共管理学院）、中山直子（慶應義塾大学看護医療学部）、星旦二（首都大学東京・都市環境科学研究科）
	②	外国人女性の妊娠・出産・育児期における課題ー福岡県における事例を中心にー 逢坂由貴（九州大学21世紀プログラム課程）

Ⅲ. ミニシンポジウムおよび一般講演（第2日午後）

7月24日	共通教育棟（E12）		共通教育棟（E21）	
13:10-14:10	職 場 メ ン タ ル	座長：三戸秀樹（関西福祉科大） P114	医 療 保 障 ①	座長：高鳥毛敏雄（関西大） P130
		Job Stress and the Metabolic Syndrome ～Hokkaido Occupational Cohort Study～ 岡田栄作、吉岡英治、喜多歳子、森永幸子、 佐藤浩樹（北大・公衆衛生）、西條泰明（旭 川医大・健康科学）、岸玲子（北大・E.H.S）		米国の高齢者の健康状態とヘルスケアシス テムの実態 市原京子（金沢医科大衛生）
		北海道内の地域包括支援センターに勤務する 3職種の抑うつ症状とその関連要因 蒲原龍（道都大学社会福祉学部）、志度晃一 （北海道医療大学看護福祉学研究科）		障害者医療からみた医療的ケアの介護保険 等による法制化の問題点 杉本健郎、福本良之（すぎもとボーン・ク リニック）
		労働保険審査会での労基署不支給決定取り消 し裁決の3事例の紹介－制度上の問題点と取 組の教訓について－ 色部祐（働く者のいのちと健康を守る東京 センター）		社会経済的状態が糖尿病の血糖コントロー ルに与える影響の検討 伊藤浩一、木村良子（中野共立診療所）
14:10-15:10	ミ ニ シ ン ポ ジ ウ ム ②	司会：山田裕一（金沢医大） P39 天笠崇（代々木病院）	医 療 保 障 ②	座長：筋也寸志（城北病院） P136
		「労働者の問題を解決できる職場メンタルヘ ルス活動のあり方」 いま職場のメンタルヘルス対策に欠けている もの－労働者の立場に立つこと 天笠崇（代々木病院精神科）		小児アレルギーと住居環境の関連 増成和平、星旦二（首都大学東京・都市環 境科学研究科）
		一事業場におけるストレス調査とその考察 石崎昌夫（金沢医科大衛生） ストレス対処力 Sense of Coherence (SOC) とその向上策を探る 山崎喜比古（パブリックヘルスリサーチセンター附属ストレス 科学研究所）		低蔓延時代の結核医療の課題 高鳥毛敏雄（関西大学社会安全学部）
15:10-16:10		リワークにより、職場復帰の成績向上が期待 できるか 登坂由香（金沢医科大衛生）		医薬品副作用被害救済制度を国民に定着さ せるために－患者の権利・医療の質と安全の 視点から－ 栗原敦（全国薬害被害者団体連絡協議会）

Ⅲ. ミニシンポジウムおよび一般講演（第2日午後）

7月24日	共通教育棟（E22）	
13:10-13:50	高	座長：福地保馬（働くひと・北海道）P142
	齢	在宅人工呼吸器使用 ALS 患者の停電時におけるサバイバル課題
	・ 障 害	関谷栄子（白梅学園大学）、佐々木公一、佐々木節子（NPO 法人わの会）ほか
	③	スウェーデンから学ぶ高齢者の看取りケアに関連する制度－介護保健士教育制度と医療的ケアの関係の視点から－ 後藤真澄（中部学院大学）、間瀬敬子（日本福祉大学）
13:50-14:50	そ	座長：関谷栄子（白梅学園大） P146
	の	外国人の社会保障と多文化ソーシャルワーク
	他	志賀文哉（富山大学）
	①	スギ花粉症の社会的側面と問題解決への方向性の考察 寺西宏太郎
		棚田における農作業災害の実態－聞き取り調査から－ 広島大樹（滋賀医科大学医学部医学科生）、 埴田和史、辻村裕次（滋賀医科大学医学部社会学講座衛生学）
14:50-15:50	そ	座長：服部真（城北病院） P152
	の	The Related Factors of Emerging and Reemerging Infectious Diseases in East and Southeast Asia.
	他	Suwen Yang, Tanji Hoshi, (Tokyo Metropolitan University), et al.
	②	医療訴訟における医師の説明責任 福本良之、杉本健郎（すぎもとボーン・クリニック）
		「戦争と医の倫理」の検証の現段階について 西山勝夫（滋賀医大・社会医学・衛生学）

講演抄録

<特別講演>

7月23日（土） 14：40－15：40

共通教育棟C11

『地域ぐるみの健康づくり』

西垣良夫（佐久総合病院）

座長：寺西秀豊（富山大学）

<教育講演>

7月24日（日） 11：10－12：10

黒田講堂

『過疎問題と地域再生：北陸過疎地域の現状と

再生可能エネルギーへの転換をもたらす再生可能性について』

市原あかね（金沢大学）

座長：山田裕一（金沢医科大学）

＜特別講演＞

地域ぐるみの健康づくり

佐久総合病院副院長

西垣 良夫

長野県八千穂村は、村の標高が 740m 以上であり、特に冬季の寒冷が厳しい農村地域である。農業生産は、かつての米、養蚕中心から、白菜などの野菜、菊などの花卉、畜産などが主要な地域である。人口の高齢化は全国よりも 15 年、長野県全体よりも 10 年早く進行している。

1959 年に長野県八千穂村（現 佐久穂町）にて開始された、村ぐるみの健康管理の取り組みの歴史は 50 年が経過した。村民の立場で健康管理をすすめてきた衛生指導員、当時の村長を始めとする行政担当者、医療従事者らの共同の取り組みの精神が今日まで受け継がれている。現在でも、健康長寿であり、かつ一人当たりの老人医療費が全国平均に比較し少ない地域として知られる。「予防は治療に勝る」ことを実証し、国の公衆衛生行政にも少なからぬ影響を及ぼしている。

今日の課題は、生活習慣の中では塩分摂取量がまだ相対的に多く、高血圧、脳血管疾患対策は持続的な取り組みが欠かせない。現代的な肥満にともなう生活習慣病対策は農村地域でも大切である。何よりも、2005 年の町村合併後も、地域ぐるみで進めるヘルスプロモーションの運動を持続発展させることが肝要である。

1959 年の社会医学研究会準備会にて、若月俊一は「山間部農村における健康手帳による健康管理の経験」のテーマで、八千穂村での取り組みの意義を報告している。その中で「昔東条大臣が健民強兵政策の立場から農民の健康管理をやりました。また資本家はしばしば工場の生産を下げないために、労働者の健康管理を、『上から』します。そういうやり方は、果たして被検者の本当の健康——幸福の道を守るものかどうか甚だ疑わしい場合が多いのです。何しろ健康を守る問題をつきつめていきますと、単にそれだけの問題ではなく、当然経済的あるいは社会的な問題に行かざるを得ないことが多いのです。それを眠らしておいて、ただ健康管理を『上から』与えるだけで、本当の健康を守れるかどうか、これは甚だ疑問です。」と述べている。今日でも、日本的なヘルスプロモーションのあり方に対する基本的な問題提起である。

八千穂村での取り組みから、これまでの教訓と課題、今後の提言等についてお話したい。

ご略歴

1948 年東京都生まれ。横浜市立大学医学部卒業。1978 年より佐久総合病院勤務（内科及び健康管理部）。1988 年健康管理部医長。1994 年健康管理部長。2006 年副院長兼佐久総合病院看護専門学校副学校長。趣味は、音楽・旅行・歩くこと。著書は「自分らしく死にたい」（共著・小学館）「健康福祉ハンドブック」（編集委員長・農村保健研修センター）「健康管理運動の展開と展望」（編集委員長・佐久総合病院）等。慶應大学公衆衛生学講師「地域保健医療活動」も担当。

<教育講演>

過疎問題と地域再生：北陸過疎地域の現状と再生可能エネルギーへの
転換をもたらす再生可能性について

金沢大学 市原あかね

1. はじめに

(1) 過疎化という現象

地理的不均等発展

過疎地域・地方都市の衰退と一極集中

経済／所得の地域間格差

(2) 過疎化の何が問題なのか

極端な都市化の結果

農山漁村を含む地方都市の所得形成が困難に

残存居住者の生活困難

自営業等の生活様式の多様性喪失

食料生産・エネルギー生産等農山漁村機能の弱体化・消滅

大規模経営は残るが、自給的農家と地域社会は消える

野生生物との緩衝地帯の消滅

「東京」は「東京」だけで成り立つのか？

過密状況は災害にも脆弱

過疎地域は大規模で粗放的な農林業が存在する地域となればよいのか？

新しい社会構造はどうあるべきか？

(3) 再生可能エネルギーの地域主義的可能性

再生可能エネルギーは地域自治をうながし、中央集権・中央依存からの脱却を
可能とする？

地域主義者や内発的発展論者の注目し、期待するところ

デンマークの風車はその象徴のようだが…

今日、価格競争力を持つようになってきた洋上風力を見ると疑問も。

極端な不均等発展を解消する技術的基盤となりうるか？

2. 過疎化とは

(1) 地理的不均等発展としての過疎化・過疎問題の現状

グローバル化による格差拡大

世界都市の形成と農山村の疲弊

ヨーロッパには「過疎」という言葉はない？

(2) 過疎化のメカニズム

地理的不均等発展

収穫逡増状況における累積的成長

資本主義の本源的蓄積と農民層分解

農村からの土地を失った農民の排出

労働者・貧困層としての都市への流入

(3) 日本における過疎化の規定要因

① 過疎地域経済解体の進展

エネルギー転換・自営兼業の解体、林業自由化、米過剰、農村工業撤退、農産物自由化、グローバル化、公共事業削減

② 地方都市の空間編成力

③ 所得・生活条件

④ 社会結合（家族、自治組織、NPOなど中間集団）のあり方

(4) 過疎対策

日本の地域間格差是正策

過疎法による生活インフラ整備補助

EUの構造政策（地域政策）

EU予算の3分の1 CAP（共通農業政策）に次ぐ主要な支出項目

港湾、空港、道路等インフラ整備等に投資

3. 過疎化の現状

- (1) 世界の過疎化
- (2) 全国の過疎化
- (3) 北陸の過疎化

4. 過疎地域のこれからと再生への展望

- (1) 人口減少時代に深まる危機

人口減少化での二極化の進行

2050年までに人口は4分の3に(9,500万人へ3,300万人減)

ほとんどの地域で大きく人口減少

居住地域の約6割(過疎化が進む地域)で人口6割

約2割(過疎化している地域)で無居住化

東京圏、名古屋圏の一部、居住地域の約2%のみ増加

三大都市圏の減少率は緩やか

地方小規模都市ほど急減し生活困難の深刻化

過疎地域消滅

- (2) 「選択と集中」か「賢い撤退」かそれとも…

郊外化、ニュータウンや過疎地域からの撤収が不可避な地域も

不採算部門としての地域生活の切り捨てか

地域生活の向上のための住民主体の小規模集中化か

- (3) 再生可能エネルギーへの転換のもたらす可能性

一方で、再生可能エネルギーへの転換は、さまざまな社会的インパクトをもたらすかも

5. 過疎化とエネルギー問題

- (1) 戦後のエネルギー転換と過疎化

自営兼業としてのエネルギー生産

日本の戦後過疎問題の重要な要因として自営兼業の崩壊

(ヨーロッパは産業革命期に森林枯渇を生み、戦後には薪炭生産の消滅が問題にならなかったのでは？ [仮説])

(2) 都市集積の物質的条件

資源としての石油の優れた性質

エネルギー密度

出力密度

ピークオイルと需要増大による原油価格高騰

温暖化、ピークオイル対応による転換

都市集積は継続しうるか

(3) 再生可能エネルギーへの転換の社会的インパクト

《帝国型エネルギーシステム》の可能性

太陽光発電、風力発電

再生可能電力のエネルギーシステムとしてネットワークされている範囲

広ければ巨大都市を維持可能

しかし、交通・輸送手段のエネルギーによって合理的な規模は変化する

《封建型エネルギーシステム》

木質燃料などによる熱利用エネルギーシステム

帝国型であれ封建型であれ、発電施設等の所有、出資を条件づけ地域社会の関与を義務づけることは可能

しかし、再生可能電力には地理的不均等発展を解消させる内的メカニズムは存在しない

6. 北陸地域における可能性について

(1) 北陸の人口動態

(2) 北陸の一次産業、地場産業

(3) 北陸の再生可能エネルギー

おわりに

人口減少状況においてより深刻化する不均等発展

生活をどのように展望するか／どのような生活を望むか

再生可能エネルギーの可能性をどのように引き出すか

＜総会シンポジウム＞

7 月 23 日（土）12：40－14：30

共通教育棟 C11

『社会の安全と人権』

「農業災害事故の実際と予防」

大浦栄次（富山県厚生連）

「無料低額診療事業の取り組みからみえる運動課題」

吉田晶子（富山協立病院）

「難病者の経験からみる『安全』および『人権』に関する複層的問題」

伊藤智樹（富山大学）

「薬物依存症と人権」

岩田雅彦（大阪大学）

司会：志賀文哉（富山大学）

東日本大震災による甚大な被害と続発した未曾有の原子力災害により、果たして私たちの社会は安全を重視して設計されてきたのか疑問が抱かれている。しかし、社会の安全という視点を持って人々の生活を見直し、振り返ってみるとそこかしこに危険が潜んできたことに気づく。例えば、開催地富山ではこの震災の被害と共に、連日大きく報道されてきたものには食中毒問題があり、「食」の安全がかくも脆弱な管理に任されてきたことに愕然とするばかりである。とりわけ、健康に着目すると人々の生活の基本的なニーズの一つと捉えることができるのであり、その健康を確保することが困難であったり、ニーズが満たされない状況を放置したりすることは基本的人権である生存権に関わる問題であり看過できない。

本総会企画運営委員会では、昨年 11 月「地方における暮らし、健康、人権と社会医学」と題するフォーラムを開催し、ここでは様々な生活上の問題に目をやり、労働災害、医療、差別などの課題を確認した。そのフォーラムから、一部は本総会の環境問題の公開シンポジウムへ、また過疎問題と地域再生に関する教育講演へと発展した。本シンポジウムでは新たに難病者に関わる研究、薬物依存に関する研究を含め、「社会の安全と人権」をさらに追究していく。

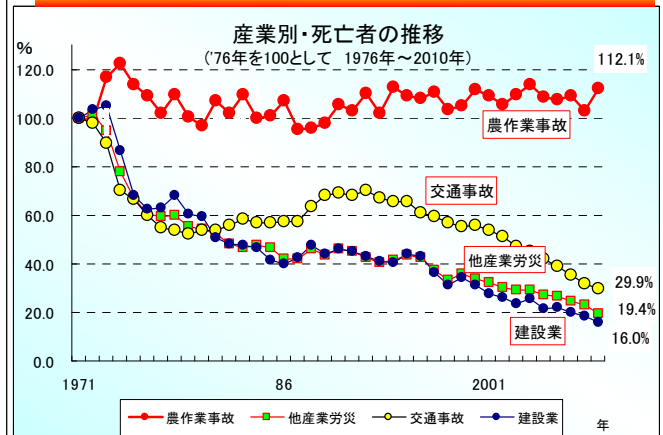
ある著名な作家が「効率」を求めてきた社会の弱点を指摘したが、今、確かな生活のあり様が問われている。本シンポジウムのどのご報告も人々の生活の近いところで、丁寧に調べてこられたご研究の一部であり、必聴である。

農業災害事故の実際と予防

大浦栄次（富山県厚生連）

平成23年7月23日

産業別・死亡者の推移（1976年を100として）



事故実態が分からない

①件数が分からない

→ * 現在、全共連本部の生命・傷害共済の事案を抽出することで、一部把握

②詳細が、分からない

→ * ケーススタディにて把握、ただし現在、個人情報保護の壁で、調査困難

これまでの、実態調査から

①全共連委託研究による実態調査から

－平成12年度－（日本農村医学会）

②北海道の実態調査から

－昭和50年から平成20年の連続35年間の調査から－
（北海道農作業安全運動推進本部）

③富山県の実態調査から

－昭和45年から平成21年の連続40年間の調査から－
（富山県農村医学研究会）

全共連委託研究より

表1 道県別、農機・農機外事故件数（平成12年度）

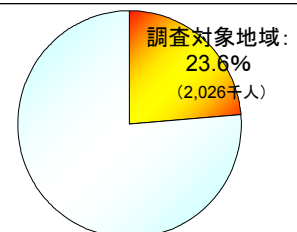
NO	道県	平成12年 農業 従事者数	件数			事故率 (1000人当たり)			
			農機	農機外	合計	死亡数	農機	農機外	計
1	北海道	187,602	1,144	1,287	2,431		6.10	6.86	13.0
2	岩手県	272,351	123	192	315		0.45	0.70	1.2
3	埼玉県	226,564	60	129	189		0.26	0.57	0.8
4	長野県	392,301	554	1,224	1,778		1.41	3.12	4.5
5	富山県	143,323	86	141	227		0.60	0.98	1.6
6	兵庫県	302,568	256	692	948		0.85	2.29	3.1
7	愛媛県	158,441	345	1,125	1,470		2.18	7.10	9.3
8	福岡県	223,981	591	1,150	1,741		2.64	5.13	7.8
9	佐賀県	118,969	591	902	1,493		4.97	7.58	12.5
	小計	2,026,100	3,750	6,842	10,592	107	1.85	3.38	5.2
	全国換算	8,577,329	15,890	28,992	44,881	453	1.85	3.38	5.2

* 調査対象地 / 全国=23.6%

農業従事者人口

（平成12年度）

全国：8,577千人



農機事故：対象地域 3,750件 → 全国 15,890件 **約16,000件**

農機外事故：対象地域 6,842件 → 全国 28,992件 **約29,000件**

1年間に全国で約
45,000件以上発生

死亡者107人
453人

事故対策 第1のポイント

全国共通に集中的に起きている、
農業機械、農機具事故がある

あれこれの対策の前に、集中的に、
徹底的にたたく

*ただし、その県、その地域の特殊性もある。
共済のデータや地域で収集した事例も参考にして、対策
に加味する。

具体的には

(1) 農業機械事故:

草刈機・トラクター・軽トラ・コンバイン・チェーンソー・
耕耘機の事故を防げば60%の事故が無くなる

(2) 農業機械以外の事故:

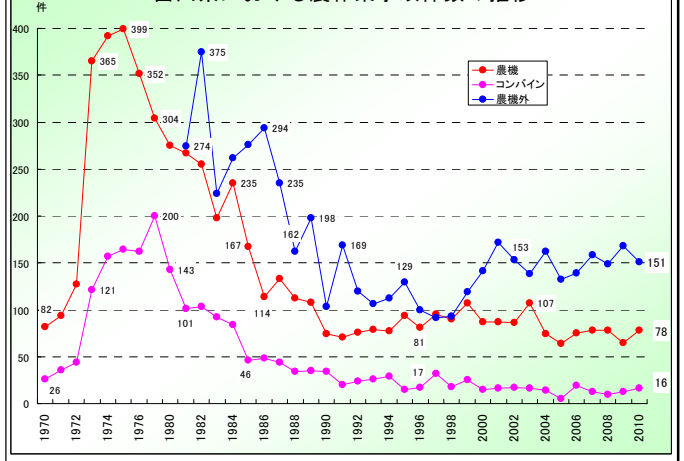
鎌・脚立・はしごの事故を防げば、事故の60%は
無くなる

* 農作業事故は、地域特性が高い
地域毎の実態調査が必要

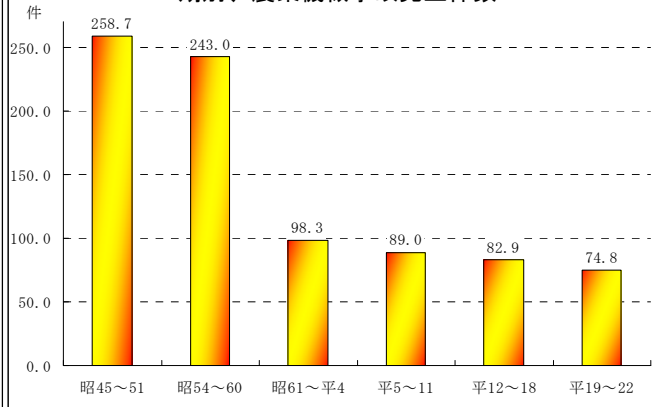
富山県における農業災害事故調査

- (1) 昭和45年から平成21年までの40年間継続(ただし昭和52, 53年は未調査)
(2) 外科、整形外科、形成外科、眼科、皮膚科、ICUを擁する県内の全ての関係診療科および接骨院、計約900カ所に往復はがきで、年2回、臨床例の有無を問い合わせ、「有り」と回答のあった医療機関に、詳細調査票を送付して事故内容を調査
(3) 合わせて、全共済富山県本部の協力で、生命共済・傷害共済の証書より農業災害事故事案を検索、抽出して事故情報の漏れを出来るだけ無いように努めてきている。

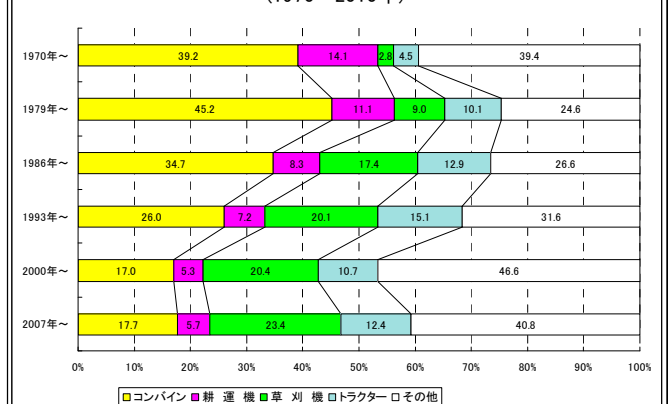
富山県における農作業事故件数の推移

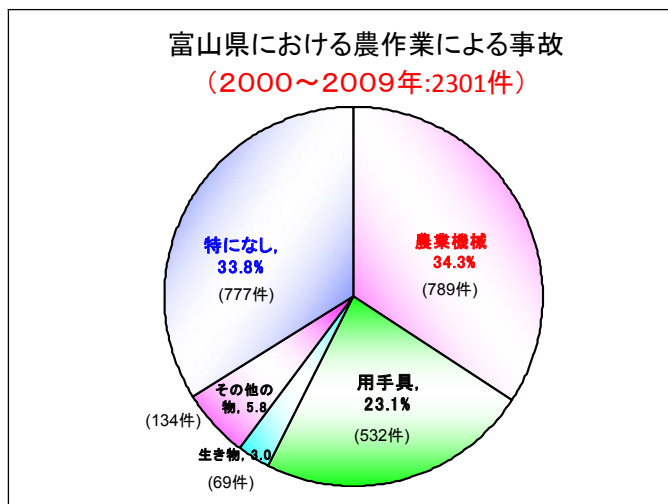


期別、農業機械事故発生件数



期別、種別農機事故発生割合の推移
(1970~2010年)





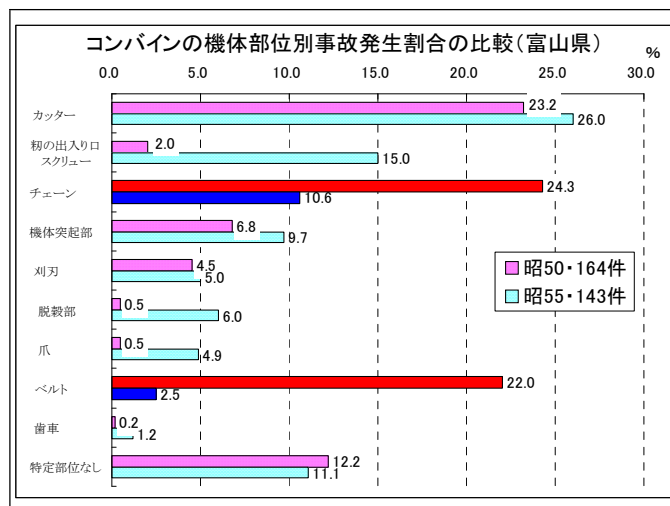
農作業・死亡事故 (2000～2009年:84件)			
農機	人数	農機外	人数
耕耘機	7	はしご	8
トラクター	6	階段	2
軽トラ	4	自転車	2
コンバイン	3	脚立	1
草刈機	2	一輪車	1
単車	2	噴霧器	1
フォークリフト	2	熊	1
チェーンソー	1	農薬	1
防除機	1	特になし	33
トラック	1	合計	50
運搬車	1		
トレーラー	1		
リフト	1		
その他	2		
合計	34		

農機事故に対し取られてきた対策

昭和51年

農業機械の安全鑑定制度

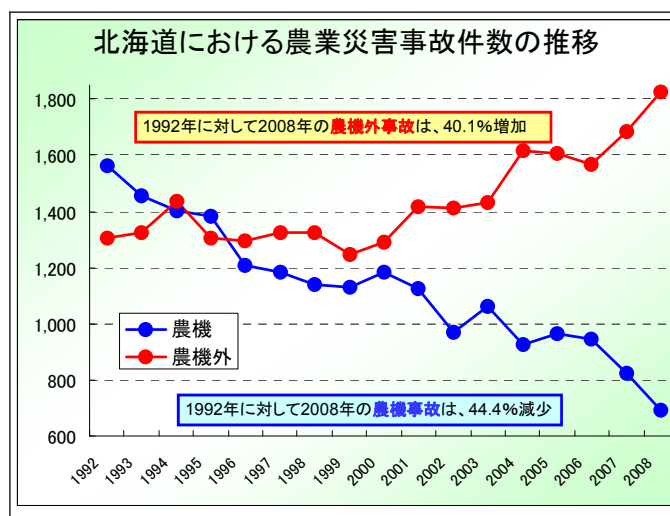
では、その効果は？



用手具の科学がない！！

・はしごの科学
・脚立の科学
・鎌の科学など

改善・改良を系統的に研究する機関や仕組みがない



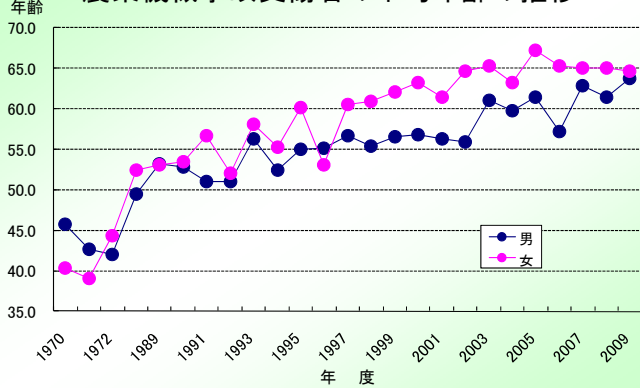
しかし、死亡事故、
農作業事故全体が減らない

なぜ？

農作業事故対策の中心は、高齢者

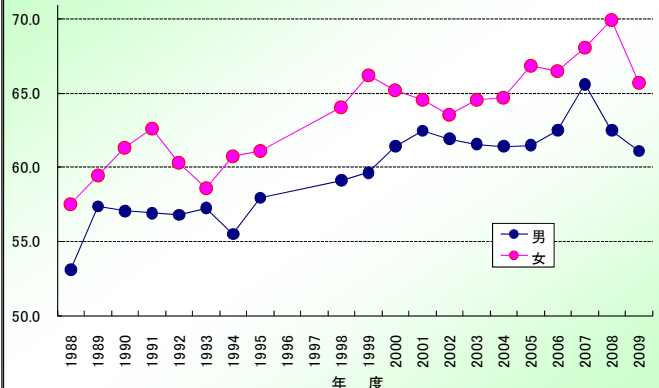
農村高齢者の健康問題の中心の
一つは、農作業事故対策

農業機械事故受傷者の平均年齢の推移



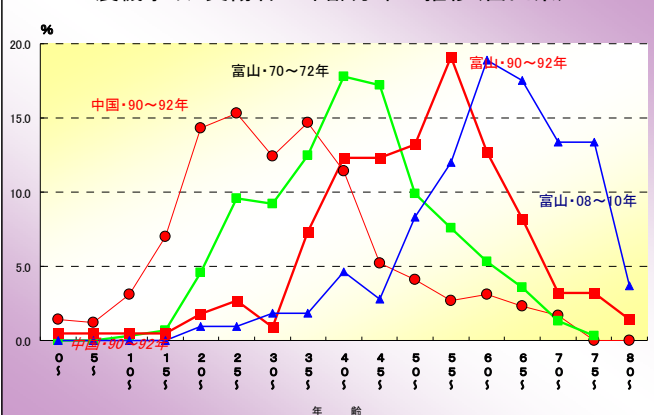
富山県農村医学研究会

農業機械以外の事故受傷者の平均年齢の推移

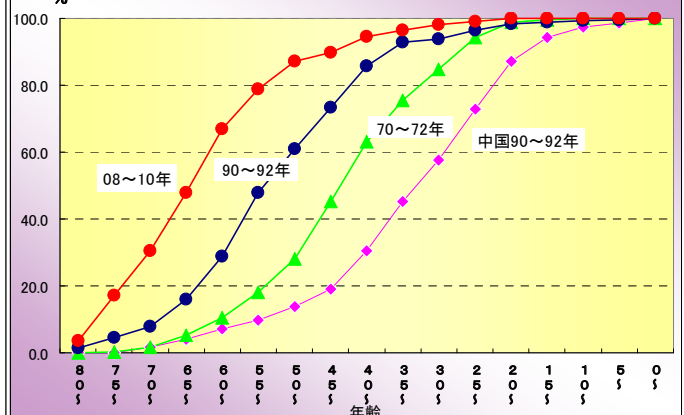


富山県農村医学研究会

農機事故・受傷者の年齢分布の推移(富山県)

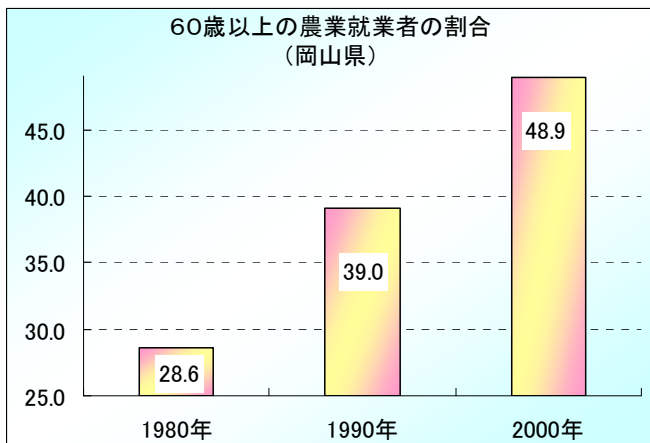
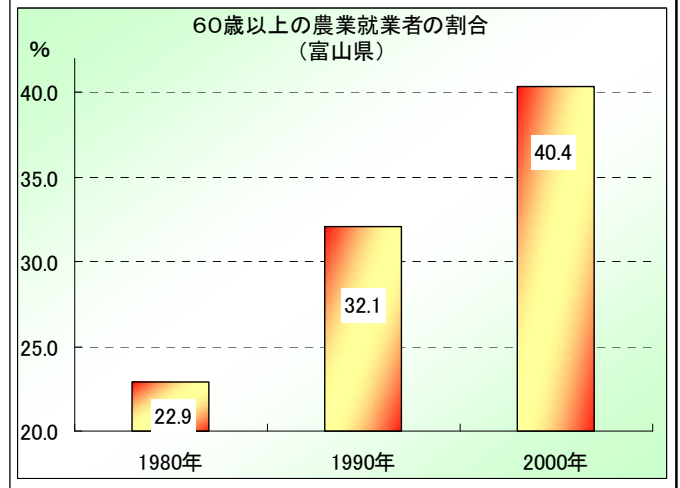


農機事故の受傷者の年齢累積(富山県)



富山県における死亡事故の年齢構成

年齢別・死亡者数				年度別・死亡者数			
	農機	農機外	計		農機	農機外	計
10～	1		1	2000	5	4	9
20～				2001	1	4	5
30～	1		1	2002	3	3	6
40～		4	4	2003	5	9	14
50～	3	2	5	2004	4	8	12
60～	11	12	23	2005	4	8	12
70～	17	28	45	2006	2	2	4
80～	1	4	5	2007	2	5	7
計	34	50	84	2008	4	4	8
60歳以上%	85.3	88.0	86.9	2009	4	3	7
70歳以上%	52.9	64.0	59.5	計	34	50	84
平均年齢	67.5	69.5	68.7				



事故対策 第2のポイント

高齢者に集中的に起きている

高齢者を意識した対策、それがひいては若者を含めた、事故全体の減少につながる

佐々木指針

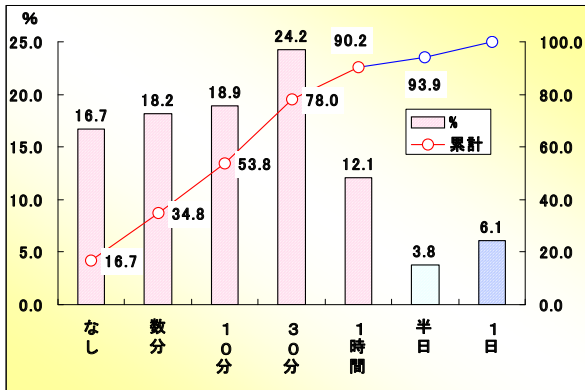
佐久病院・佐々木眞爾先生の提案

高齢者(70歳以上)の事故防止

- ・ 独り作業は行わない。(必ず同伴者を伴うこと)
- ・ 携帯電話を持参する。
- ・ 日中高温時の作業は避ける。
- ・ 高血圧者・脳卒中・心筋梗塞の罹患者は避ける。
(これらの治療薬には血液凝固予防薬が含まれているので、外傷時出血が止まらないことがある。なお安定剤も含まれている。服薬者は多い。)
- ・ 80歳以上の乗車作業は禁止する。
- ・ 農協は高齢者に対し、事故防止を遂行する責任がある。(農協の責任)

安全教育の実態は？

トラクターを初めて使用した時、 使用法を教えてもらった時間



日本の農作業事故のベースライン

- ①65歳以上が中心
- ②兼業農家为中心
 - ・創意工夫、作業工程チェックが入りにくい
- ③季節ごとに集中した作業、逆に年単位では、作業時間が短い:熟練がしにくい
- ④作業環境が、機械や道具とミスマッチ

(4) 作業環境が、機械や道具とミスマッチ

- ①多様な作業環境
- ②新しい安全な機械・装置ができて、簡単に設備投資をできない。
- ③中古品の安全管理システム
- ④圃場整備の時点で出回っている機械のサイズで道路、圃場、取付道が作られている
- ⑤大型の機械を格納に適した納屋、格納庫、照明などになっていない

労働災害

雇用労働

法的な規制:あり

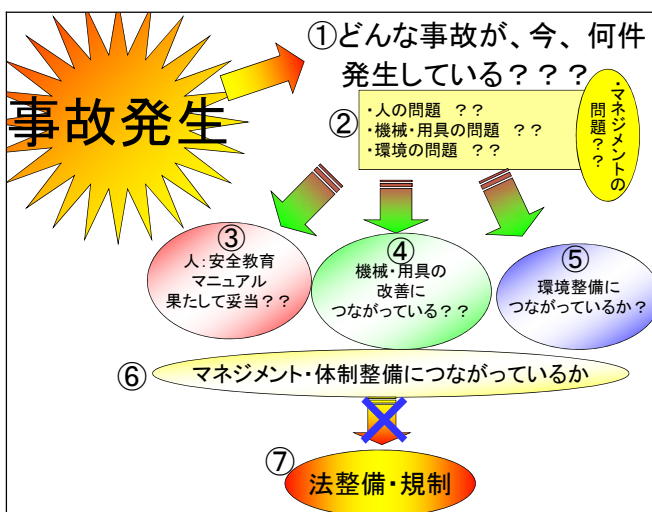
- ・労働基準法、労働安全衛生法、衛生規則など
- ・発生件数の把握
- ・原因究明
- ・個別の改善勧告
- ・法的な網で一斉に規制される
- ・組織的運動として取り組まれている

農作業事故

個人労働
家族労働

法的な規制:なし

- ・発生件数? 実態不明
- ・原因?
- ・何を対策したらいいか?
- ・事故経験が、改善や対策に結びつかない
- ・組織的運動にもならない



日本の現状で法規制により 農作業事故は防げるか?

法規制
不可能ではないが?
何を法規制すべきか?

- ・全国のような関係者が、個々に努力
- ・関係者が事故実態、対策等の情報共有化
- ・個々の事故防止の成果を共有化
- ・分かるところから、運動として、安全対策を全国展開
- ・必要な機関に対策の発信

全国農作業事故防止対策連絡協議会

無料低額診療事業の取り組みからみえる運動課題

吉田 晶子

(富山医療生活協同組合 富山協立病院)

はじめに

2008 年のリーマンショック以降わが国でも大規模な解雇、雇い止め等が進み、失業者や生活困窮者が増える中、医療保険に加入していない方や保険料が支払えない方が増え、病気になっても「医療費が払えない」「かかりたくてもがまんする」といった実態が広がっており、生活保護の相談や申請件数も年々増加している。医療ソーシャルワーカーとして相談を受ける中、医療費の支払いが困難であるという相談が増えている。

不況が長引く中、経済的に苦しい人でも医療費の心配がなく、がまんせず、安心して医療をうけられるように 2010 年 12 月 24 日より富山医療生活協同組合の 3 事業所（富山協立病院、富山診療所、水橋診療所）で無料低額診療事業を開始した。

開始して 6 ヶ月が経過した無料低額診療事業の取り組みについてと、そこからみえてきた社会保障の課題について述べる。

1. 無料低額診療事業について

無料低額診療事業は、社会福祉法第 2 条第 3 項に「生計困難者のために無料又は低額な料金で診療を行う事業」と定められた社会福祉事業である。

この事業は、実施する法人・事業所が県もしくは市に届出をした上で行える事業で、基準は実施する各法人・事業所の規定による。

全国で 270 を超える医療機関が実施していて、富山県では、済生会と富山医療生活協同組合の 5 カ所の医療機関が実施している。北陸 3 県では、14 カ所で実施している。

- ・無料診療：無保険の人、ホームレスや外国人労働者 DV 被害者などの医療費の全額を免除
- ・低額診療：保険証のある人で医療費の自己負担分の全額免除または一部免除

調剤薬局や介護保険事業は対象とならない。

2. 富山医療生活協同組合での取り組み

① 事業の内容

対象は保険証がない、収入がない、医療費の支払いをすると生活に困難を生じる方などで、減免基準は、生活保護基準を準用し、世帯の一ヶ月の所得が生活保護基準の 130%未満の場合は自己負担の 10 割減免（全額免除）で、130%以上 150%未満の場合は自己負担分の 5 割減免（半額免除）となる。その他自費減免がある。無保険者などは無料診療となる。

具体的には、診療費、食事療養費、病衣代、文書料などが対象となる。

期間は 6 ヶ月で、面接を行い、継続が必要かどうか再評価する。

他の公的な制度の適用が可能な場合は、その手続きを行い、生活が改善するまでの一定期間対象とする。

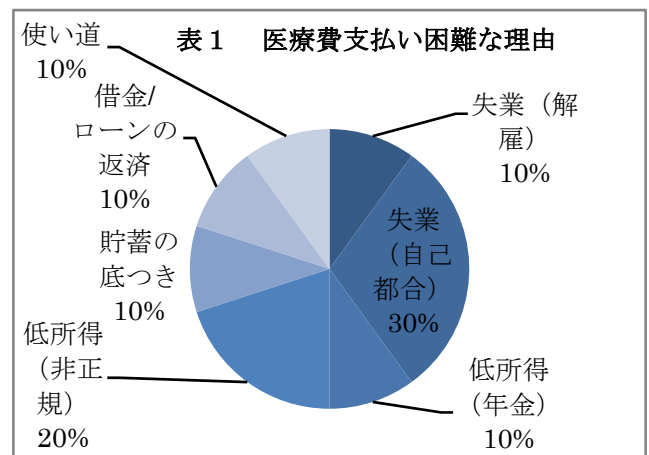
② 富山協立病院での実績

- ・無料低額診療申請数

(2010 年 12 月 24 日～2011 年 5 月 31 日)

12 月	1 月	2 月	3 月	4 月	5 月	計
2	2	0	3	2	1	10

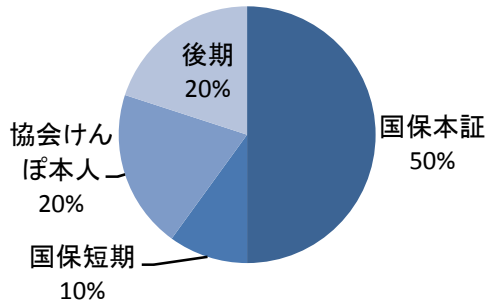
- ・入院 2 名 外来 8 名
- ・低額診療 9 名 自費診療 1 名
- ・その他無料低額診療を利用せずに生活保護申請をした方 2 名



- ・支払い困難な理由としては、失業中が 4 件と一番多く、仕事を探しているがなかなか見つからないというケースが目立った。働いていても、派遣やパートで、

収入が少なく、医療費に回せないというケースも 2 件あった。

表2 加入の健康保険



・加入している健康保険

国保加入者が 6 名と多く、うち 1 名は短期証で、保険料の支払いが分割となっている月 3, 000 円も支払えない状況であった。

・紹介経路

外来患者で直接相談にこられたケースもあったが、外来医師から入院をためらうケースでの紹介や、ホームレス支援をしておられる大学の先生からの紹介、地域包括支援センター、他病院からの紹介など多岐にわたっている。

③ 無料低額診療事業を活用したケース

事例 1 70 代男性

- ・アパートで一人暮らし。半年ほど前からだんだん歩けなくなってきていた。地域包括支援センターからの紹介で、相談があった時は手持ち金もない状況。
- ・年金担保の借金あり、年金が入っても医療費の支払いが困難ということで申請。
- ・整形受診し、腰部脊柱管狭窄症ということで、後に身体障害者手帳取得。診療所からの往診管理に。
- ・介護保険料の支払いができず 3 割負担であった。認知症もあり一人暮らしが困難な状況で、本人も希望し、介護アパートへ入居することとなった。

事例 2 50 代女性

- ・姉夫婦につれられて、息苦しく歩けないということで富山診療所に来院。
- ・市営住宅で一人暮らし。アルバイトには時々行っていたが、それだけでは食べていけず姉夫婦が援助。
- ・国保料も支払えていない状況であった。
- ・もともと糖尿病があり他院へ通院していたが、医療

費が支払えず、6 年前より中断していた。

- ・うつ血性心不全のため入院が必要となり、当院へ。
- ・入院時無料低額診療事業の申請と生活状況から生活保護の申請を検討し、入院日より生活保護となった。

事例 3 33 歳女性

- ・アパートで夫と子供 3 人の 5 人暮らし。
- ・国保料は滞納あり短期証。保険料も未払いの状態。
- ・喘息発作で来院。外来医師を通じての相談だった。
- ・他院へ通院していたが、医療費支払えず、受診せざるがまんしていたと本人。
- ・発作のため昨年 11 月から仕事ができず、夫も派遣でとびの仕事をしていていたが、この度の震災の影響で、仕事が減り、食べていくのも大変な状況。
- ・生活保護の申請も考えていたが、車を手放せず申請できなかった。
- ・定期通院し、体調を整え仕事に就けるようにと申請。

3. 無料低額診療事業の取り組みからみえたこと

- ・医療が必要な方が支払い困難という理由で受診を控えているという現状がわかった。
- ・この事業につながったことで、就労やその他公的制度へつなげるきっかけとすることができたケースもあった一方で、難しいケースも多い。
- ・この事業を開始したことで、同事業を行う済生会や地域の関係機関とのつながりができた。
- ・医療費相談は増えたが、まだまだこの事業は知られておらず、患者になりたくてもなれない人は地域の中に潜在的におられるのではないかと。知らせていくことが必要。
- ・調剤薬局では薬代かかるため、薬局との相談が必要になる。この事業だけでは解決できないことがある。
- ・医療費相談を受ける中で、保険料が払えないという相談も多かった。家族が無保険状態という方も多かった。

4. 今後の運動課題

今後この事業を続けていく中で、患者の受療権が守られ安心して医療を受けられるように、生活保護や法外援助の活用、富山市ではまだ活用されていない国保 44 条の減免制度の活用がしていけるよう社会保障の拡充を訴えていかなければならない。

難病者の経験からみる 『安全』および『人権』に関する複層的問題

伊藤智樹(富山大学人文学部)
tomoki@hmt.u-toyama.ac.jp

<http://www.hmt.u-toyama.ac.jp/socio/ito/index.html>

第52回日本社会医学学会
シンポジウム1「社会の安全と人権」
2011年7月23日 富山大学

報告者による研究の概要

● 自己紹介(別添資料)

- (1)セルフヘルプ・グループは、病いを持つ人にとって社会的資源となる潜在性を持っている。
- (2)その際、参加者の自己物語構成(物語をもって人生の舵取りをする)に着眼することが重要。

伊藤智樹『セルフヘルプ・グループの自己物語論——アルコールリズムと死別体験を例に』ハーベスト社、2009年10月。

補足：社会学では、量的/質的というスタイルで社会調査を行なう。報告者は専ら後者(質的調査)の方法を用いてきた。

神経難病に関する近年の研究活動

- 全国パーキンソン病友の会(2005年10月～)
- 日本ALS協会(2007年5月～)
- VHO-net(Voluntary Healthcare Organization Network:ヘルスケア関連団体ネットワークの会。
(株)ファイザーによる支援)による北陸学習会、富山県難病相談支援によるピアサポーター養成講座等を通して、上記以外の難病を持つ人びととの交流も。

「安全と人権」に関する社会学的視座

- (1)現在もなお発達する近代的技術は、しばしば、病気を文字通り「治してしまう」手段というより、むしろ、病気を持ちつつ(個人差はあるが相対的に)長く、また(それぞれの人にとって)よく生きるチャンスを増大させる手段である。

例)パーキンソン病:薬物療法(L-ドーパ、ドーパミン agonist等々)、外科療法

例)ALS:人工呼吸器(TPPV、NPPV)、経管栄養、コミュニケーション・エイド

「安全と人権」に関する基本的視座

- (2)成熟した社会は、生命の危険に対してその時代と社会において考えられる最善のサポートを供することで、各個人がそれぞれの良き生を送るためのチャンスを十全に駆けようとするだろう。(=「人権」の前提条件としての「安全」を社会的に要求することの妥当性)

*ここでの「人権」には、生存および生活の質(健康で文化的な最低限度のもの)について(たとえ社会的に不利な状況にあっても)個人として有する基本的権利、という意味が託されるだろう。

例)Aさん(女性、60代)

夫、子供夫婦(共に有職)、孫の三世家族。2009年5月にALSと診断。同年夏ごろから急激に病状が進行し、10月に気管切開・人工呼吸器装着。2010年3月から在宅療養開始。当時要介護5、身体障害者(肢体不自由)1級。⇒ケアプラン(別添資料)

「安全と人権」に関するケース・スタディ

Aさんの例における「安全と人権」

- (1)介護保険サービスの限界に対して、障害者自立支援法の「重度訪問介護」サービスを組み合わせた利用によって、平日日中(18時まで)の介護体制を確立。
- 在宅ではトラブル(人工呼吸器の呼吸回路の接合部が外れたり管内に水がたまる、歩ける人の場合は転倒、等)が安全面での不安。
- 介護保険制度のホームヘルプ・サービスでは、この種の「見守り」には対応しきれない(「訪問介護」は通常30分～1時間半 家族の解放にもつながりにくい)。

「安全と人権」に関するケース・スタディ編

(2)しかし、それは「ベスト・アンサー」とはいえない。

- 休日・夜間のAさんの「安全」は家族の負担に大きく依存。(夜間は別室の家族をコールで起こす。うまくコールを鳴らせないこともしばしば。休日でマッサージ等のサービスが入らない日はコールが増加傾向。)
- そもそも二つの制度を組み合わせなければならないというのは、利用者にとっては複雑で負担が大きい。導入時の苦勞;障害者認定に時間がかかる、行政の担当職員の理解と熱意にばらつきあり。Cf.Aさんの場合、当初はAさんの家族が行政の高齢者福祉担当窓口相談→「そんなサービスは聞いたことがない」と言われる。→日本ALS協会富山県支部メンバーに相談。障害者福祉の窓口に行くようアドバイスを受ける。

「安全と人権」に関するケース・スタディ

(2)しかし、それは「ベスト・アンサー」とはいえない。(続き)

- 報酬単価設定が低く、事業者にとっては採算がとりにくい。

*4時間以上4時間30分未満の場合:814単位(=8140円)

出典:障害者福祉研究会監修『2010年度版 障害者自立支援法 事業者ハンドブック報酬編』中央法規(第3章)

考察:「安全と人権」に関する問題(第1層) 「安全」を構成する主体の問題

- 複数の制度(医療保険制度、介護保険制度、障害者自立支援法、等々)をまたがるようにして「安全」「人権」を希求せざるをえない、という難病のおかれる事情。

⇒少なくとも国家がイニシアティブをとるという形にはなにくく、自治体、各専門家、ボランティアな支援者などに主体が分散する。その結果、各主体間の交渉や調整によって暫定的な解が導かれる。

例)『生存学』Vol.1(生活書院) 特集2:独居ALS患者の在宅移行支援
安全な在宅介護支援体制が整うまでは退院すべきでないとする支援者と、現状で組み立て可能なケアプランのもとで在宅療養を始めざるを得ないと考えるケア・マネージャーとの対立。(当事者・関係者間のずれや摩擦もおこりうる。)

考察:「安全と人権」に関する問題(第2層) 「安全」概念の文脈依存性

「安全」と患者本人のQOLが対抗的な関係になる場面がしばしば発生する。

例)伊藤智樹『その人らしさと『ニーズ』:支援者としての体験を振り返る「支援」編集委員会編『支援 Vol.1』生活書院, pp.68-73, 2011年:露天風呂に行くことと「安全」との間で介助者(=私)が葛藤。

例)長谷川唯, 2010, 「自立困難な進行性難病者の自立生活——独居ALS患者の介助体制構築支援を通して」『コア・エシックス』6, pp.349-59:飲酒時のトイレへの移動。飲酒は本人のQOLにはプラスと思われるが、移動時は転倒の危険が増大(ヘルパーは負担にならないが、ボランティア学生は負担に感じる)。

⇒「安全」は「人権」の基盤として<状況を貫いて>機能する概念なのか?

⇒「安全」を実体的概念としてとらえるのではなく、文脈によって意味を与えられる構成的概念としてとらえる。例)「この状況で「安全」を焦点化することは、誰にどのような有用性をもたらすか?」を検討したうえで、価値をおくかどうか決定する。

07 北陸アカデミー

難病など苦しい経験に直面する人々が、同じ目標を掲げながら互いに支えあう「セルフヘルプ（自助）グループ」と呼ばれる活動がある。富山大人文学部の伊藤智樹准教授（35）―社会学―は、この自助グループの参加者たちの自己変容を研究テーマに掲げている。活動を通じて変わりゆく過程を、「物語」というキーワードと共に読み解く試みた。参加者はグループの中で、「自己物語」の語り手となることで新しい生き方を表現しようとするのだという。それは、言葉の持つ力と向き合う研究でもある。

富山大人文学部・伊藤智樹准教授



「自助グループは私たちの社会の貴重な資源」と語る伊藤智樹・富山大准教授

自助グループを研究

セルフ依存症に限らず、死別体験や難病などの当事者たちが互いに経験を語りあう場は、日本でも60年代以降に浸透し始め

た。伊藤准教授はこれまで、きつさやパーキンソン病などの神経性難病の自助グループに継続して参加している。当初は「治らない病気の話をしてもしょうがない」という鬱陶さを感じること

が多かったという。しかし、同じ立場の人が集う場では、参加者たちが「回復」という終点のある理想的な物語を語ることはできなくとも、苦悩を続けながら自分ができるように生きようとしているかを言葉で示すケースをいくつも目の当たりにした。「元

に要することが出来ない」と思っても、その人の「生」が価値がないということにはならない。その事を感じとれる場として、自助グループの可能性は大きい。私たちの社会の貴重な資源だ」と語る。伊藤准教授は現在、神経性の難病であるALS（筋萎縮性側索硬化症）患者の自助グループに参加しながら、研究を進めている。参加者すべてが自己物語を紡げるわけではなく、自助グループは

【八田浩輔】

日本ALS協会富山県支部機関誌『日本ALS協会富山県支部ニュース』2010年秋号より

みんなの広場③

Aさんの

スケジュール拝見しま〜す♪

	日	月	火	水	木	金	土
9:00							
10:00							
11:00							
12:00							
13:00							
14:00							
15:00							
16:00							
17:00							

訪問看護
身体介護1
身体介護2
重度訪問介護
デイスサービス
訪問入浴
訪問リハビリ

『**重度訪問介護**』とは、長時間の支援が必要な障害者に、**身体介護・家事援助・移動支援**などを一体的に提供する障害者自立支援法のサービス。

- 重度訪問介護がない日は16:00～17:00まで「身体介護1」
- 18:00～翌日9:00までは家族で常時対応



《プランで大切にしたこと・良い点》

- ★ 日中の介護者の身体的・精神的な疲労の軽減を図るため**重度訪問介護**を利用。身体介護と違い長時間連続して関わってもらえるので、文字盤などを使ってゆっくり会話を楽しんだり、要望を伝えながらマッサージをしてもらえるので好評。一方で介護者はその間自由に動けるのでリフレッシュできる。ゆえに長期在宅療養を続けるにはとても有効だと感じている。じっくり話せることと、誰かがいつもそばで関わってくれる安心感が得られることは本人の心のケアになるだけでなく、「本人」と「なかなか時間のとれない家族」との関係構築の一助になっている。
- ★ 呼吸器を装着しながら利用できる**デイスサービス**があるので、外出の機会が増え、本人も家族も安心してリフレッシュできる。
- ★ 平日は**訪問看護師**さんに毎日入っただいている。細かい体調の変化にも迅速かつ的確に対応していただくことができ、安心である。

《今後の課題》

①**重度訪問介護**のさらなる時間数の獲得

「小さな子供がいるので日曜日に出かけたいが、**重度訪問介護**の時間数不足のため外出がままならない」のをどう改善するか。

②**夜間の介護体制**の充実

就寝前・深夜の対応に追われて休まらない。仕事をしながらの深夜の対応は身体的・精神的に負担なのでどうしたらよいか。

③**共通理解の図り方**

1週間にのべ30人の方々が出入りするので、誰が入っても変わらないサービス体制を作る必要がある。定期的にカンファレンスを行うが、各方面と複数の業者さんが集まるとなると大人数になるため、日程調整が難しい。

薬物依存症と人権

関西医療福祉コンサルティング株式会社代表取締役
近畿大学非常勤講師
大阪大学大学院医学系研究科博士課程

岩田雅彦

Outline

1. 薬物依存症とは？
2. 統計
3. 薬物の現状と問題点
4. 治療
5. 総括

薬物依存症とは？

なぜやめられないのか？

- 薬物依存症は病気だから

依存症

- 「依存症」は病気
 - 薬物依存症
 - アルコール依存症
 - ニコチン依存症
 - パチンコ依存症
 - 携帯依存症
 - 買い物依存症
- 病気であれば治療が必要
依存対象として「薬物」だけが違法

薬物の依存度

- 低い1⇔高い6

依存薬物	依存性	禁断性	耐性	切望感	陶酔性
ニコチン	6	4	5	3	2
ヘロイン	5	5	6	5	5
コカイン	4	3	3	6	4
アルコール	3	6	4	4	6
カフェイン	2	2	2	1	1
大麻	1	1	1	2	3

依存症へのプロセス

初期使用
↓
機会的使用
↓
習慣的使用
↓
依存症

依存症4つの因子

1. 遺伝
2. 幼少期の性的虐待
3. 精神障害
4. 使用時期

薬物依存症は完治するのか？

- 完治しないが、回復はできる
- 10年間薬物を断っていても、いつ再発するか
わからないリスクを抱えている

統計

覚せい剤事犯

表1-2 覚せい剤事犯年齢別検挙人員

区分	年別	平18	平19	平20	平21	平22
覚せい剤事犯	検挙人員	11,606	12,009	11,025	11,655	11,993
	50歳以上	1,442	1,511	1,472	1,630	1,776
	構成比率(%)	12.4	12.6	13.4	14.0	14.8
	40～49歳	2,524	2,752	2,741	3,060	3,220
	構成比率(%)	21.7	22.9	24.9	26.4	27.4
	30～39歳	4,462	4,537	4,054	4,308	4,324
	構成比率(%)	38.4	37.8	36.8	37.0	36.1
	20～29歳	2,889	2,904	2,509	2,380	2,375
	構成比率(%)	24.9	24.2	22.8	20.4	19.8
	20歳未満	289	305	249	257	228
	構成比率(%)	2.5	2.5	2.3	2.2	1.9
学歴別	うち中学生	11	4	8	6	7
	構成比率(%)	0.1	0.0	0.1	0.1	0.1
	うち高校生	46	39	31	28	30
	構成比率(%)	0.4	0.2	0.3	0.2	0.3
大学生		271	231	18	26	24

薬物事犯の数は微増微減はあるがほぼ横ばい
高齢化傾向
大学生の薬物事犯は増加していない

H22年確定値 警察庁ウェブサイトより

覚せい剤事犯の初犯率

表1-3 覚せい剤事犯の初犯者率

区分	年別	平18	平19	平20	平21	平22
覚せい剤事犯	検挙人員	11,606	12,009	11,025	11,655	11,993
	うち初犯者数	5,270	5,298	4,837	4,880	4,879
	構成比率(%)	45.4	44.1	43.9	42.0	40.7
	年齢別					
	50歳以上	281	283	304	291	334
	40～49歳	767	834	807	935	916
学歴別	30～39歳	2,025	2,002	1,864	1,927	1,894
	20～29歳	1,940	1,903	1,651	1,528	1,536
	20歳未満	257	274	211	209	199

再犯が増加している

H22年確定値 警察庁ウェブサイトより

大麻事犯

表1-4 大麻事犯年齢別検挙人員

区分	年齢	平18	平19	平20	平21	平22
大麻事犯	検挙人員	2,288	2,271	2,758	2,920	2,216
	50歳以上	88	70	82	87	87
	構成比率(%)	3.0	3.1	3.0	3.0	3.9
	40～49歳	185	179	289	227	201
	構成比率(%)	8.1	7.9	9.8	8.1	9.1
	30～39歳	507	452	677	805	578
	構成比率(%)	22.2	19.9	24.5	27.6	26.1
	20～29歳	1,340	1,391	1,503	1,580	1,166
	構成比率(%)	58.6	61.3	54.5	54.1	53.5
	20歳未満	187	179	227	211	164
	構成比率(%)	8.2	7.9	8.2	7.2	7.4
	うち中学生	4	1	2	5	11
	構成比率(%)	0.2	0.0	0.1	0.2	0.5
	うち高校生	21	28	48	34	18
	構成比率(%)	0.9	1.2	1.7	1.2	0.8
大学生		73	92	89	81	49

大学生の検挙数は増加していない
圧倒的に若者(39歳以下)に多い

H22年確定値 警察庁ウェブサイトより

大麻事犯の初犯率

表1-5 大麻事犯の初犯者率

区分	年齢	平18	平19	平20	平21	平22
大麻事犯	検挙人員	2,288	2,271	2,758	2,920	2,216
	うち初犯者数	1,987	1,969	2,359	2,475	1,803
	構成比率(%)	86.8	86.7	85.5	84.8	81.4
	年齢別					
	50歳以上	43	48	52	55	57
	40～49歳	128	131	196	185	129
	30～39歳	411	380	569	660	474
	20～29歳	1,225	1,246	1,331	1,390	996
	20歳未満	180	164	211	185	147

覚せい剤と比べて初犯率が高い→ゲートウェイか？

H22年確定値 警察庁ウェブサイトより

シンナー等有機溶剤事犯

表1-10 シンナー等有機溶剤事犯検挙・補導状況

区分	年齢	平18	平19	平20	平21	平22
検挙・補導件数		2,196	1,831	1,420	1,251	915
検挙・補導人員		2,142	1,802	1,428	1,215	871
うち少年		954	659	479	398	225
同上比率(%)		39.9	36.6	33.5	31.8	25.8
うち暴力団構成員等		168	162	144	178	148
同上比率(%)		7.8	9.0	10.1	14.7	17.0

減少傾向にある→薬物にも流行り廃りがある

H22年確定値 警察庁ウェブサイトより

流行の薬物

1. MDMA(ダイエット薬として売られることも)
2. 大麻
3. 市販薬
4. 処方薬
5. ガス
6. 脱法ドラッグ

- 1以外は違法ではない。使い方を誤っているので乱用と言える
- 大麻の使用に抵抗が少ない若者が増加

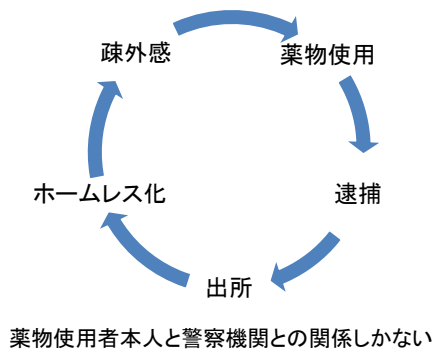
薬物の現状と問題点

「犯罪」か「病気」か

司法か医療か？

- 覚せい剤→警察→犯罪者(取り締まりの対象)
 - 社会的排除の対象となる
 - 使用→逮捕→再使用
- 覚せい剤→病院→患者(治療の対象)
 - 社会的包摂の対象となる

現状(負のサイクル)



現状における社会の役割

- 犯罪者のレッテルを貼り、排除している

→出所→就職が見つからない→再犯

日本式は村八分

日本社会に犯罪者を受け入れる寛容さがあるか？

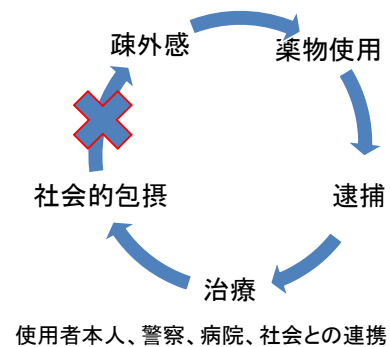
欧米式は包摂

犯罪は社会によって作りだされる

薬物依存者は本当に悪なのか？

- 薬物事犯は隠れてやっているため、基本的には社会にほとんど迷惑をかけていない

負のサイクルを断絶すべき



問題点

- 刑務所に収監されなかった人は？
初犯の場合懲役1年、執行猶予3年
つまり刑務所に収監されているのは再犯者

執行猶予の場合、保護観察さえつけられないこともある。

→再発防止のための教育を受ける機会がない

薬物問題認識の遅れ

- わが国において薬物問題はHIVとの関連性が低い
売人が注射器とセットで販売。感染症の心配がない
- 海外では注射の回し打ちによるHIV感染多発
– Needle ExchangeによるHarm Reduction

現実を把握できていない

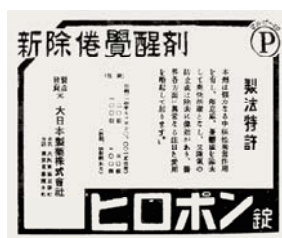
1. 薬物事犯が増加している
 2. 学生の薬物事犯が近年増加している
 3. 大麻はゲートウェイドラッグである
- 1' 検挙者数はあくまでも検挙できた数だけであり、未検挙者数の方が圧倒的に多い。
- 2' 学生の薬物問題は今も昔も変わらない
報道が多くなっただけ
- 3' 大麻はゲートウェイドラッグではない

大麻はゲートウェイドラッグか？

- エビデンスはない
- 効果が異なる(アップー系とダウンー系)
- 施設で聞いたところ「そうではない」との回答

薬物使用経験者は 日本にどれくらいいるのか？

- 一説によると100万人とも言われている



社会構造

エコノミックアニマルと呼ばれる過労気味の日本人は
覚せい剤に手を出しやすい環境にある



薬物依存者は一般社会に潜んでいる

- 暴力団員よりも一般人に多い
- ダルクに通所しているのは刑務所からの紹介が多い→必然的に覚せい剤事犯が多い
- コントロールできなかった人だけが露呈する
- 麻薬のコンビニ4000人の顧客(大阪)

※ダルクとは薬物依存者のリハビリ施設

問題点

- 相談できる施設を知らない
 - 知らなければ存在しないのと同じ
- 「薬物＝排除」という意識が強い
 - 治療できる環境にない
- 回復する権利が与えられていない
 - 排除されるだけ

治療

治療

- 化学的
 - － 確立されていない
 - － 体内に一定量だけ薬物を残す治療法もあるが日本では違法
- 物理的
 - － 薬物を入手できない環境に身を置く
- 心理的
 - － カウンセリング、グループミーティング

薬物依存更生モデル

	司法モデル	ソーシャルモデル
	取り締まり	回復
原因	意志の弱さ	病気
介入目的	しよく罪 社会防衛	自立 社会的包摂

	司法モデル	ソーシャルモデル
更生の方法	強い意志を持たせる	自分の無力さを認識 治療する
家族の役割	監督・命令する	介入しない
再使用	意志の弱さ 反省が足りない	回復の過程にある

ドラッグコート

- 裁判で裁くのではなく、裁判で見守る

収監するのではなく回復の手助けをする

ドラッグコートは通常の裁判よりもコストを削減できる

米国158万5千ドル(年間)

【判例時報1674号ドラッグ・コートより】

再犯防止へ向けて

- 2005・2006年の監獄法改正→受刑者処遇法
同法103条、受刑者の各種指導に関する訓令
→全国の刑務所で「薬物依存離脱指導」

再犯率は低下すると予測されるが、依然として再犯率は高い

治療の妨げになる可能性のある法律 ～麻薬及び向精神薬取締法～

(医師の届出等)

- **第五十八条の二** 医師は、診察の結果受診者が麻薬中毒者であると診断したときは、すみやかに、その者の氏名、住所、年齢、性別その他厚生労働省令で定める事項をその者の居住地(居住地がないか、又は居住地が明らかでない者については、現所在地とする。以下この章において同じ。)の都道府県知事に届け出なければならない。

治療の障壁となりうる

【医師】

患者から恨まれる可能性
守秘義務違反？（虐待等ではない）

【患者】

通報されるかもしれない
受診をあきらめる

総括

薬物はなくなるしない

- 依存度の高さ
- 社会的閉塞感
- 巧妙なマーケティング手法（資金源として）

結局は意志の問題？

- 薬物を使用するときはほとんどの人が他人に勧められて使用する。
 - 薬物をやめるときも他人に助けてもらいやめる
- ⇒結局は本人の意志の問題であるが、
他人の意思によることも大きい

啓発

- 「ダメ絶対」のような1次予防だけではなく、2次予防、3次予防との併用が必要である。
- 薬物から遠ざけるのではなく、薬物が近付いてきたとき、どう対処するかを教える必要がある。
- 薬物依存症という病気を理解する必要がある。

社会的包摂

- 犯罪を社会から一掃することは不可能
- 社会が積極的に受け入れていく必要性
- 薬物依存者の人権を尊重

薬物依存症DVD ～すぐそばにある現実～



薬物教育のご利用ください

薬物依存症DVD

学校用

企業用

家族用

★薬物相談サービスも提供しております

売上げの15%はダルクに寄付されます。

薬物相談サービスではダルクのスタッフを雇います。

参考文献

- 大槻和男: 刑事事件としての薬物依存大阪ダルク支援センターセミナーブック)
- 倉田めば: 「連携」をめぐって思うこと(アディクション看護)
- 西川京子: 薬物依存症当事者と家族・友人のためのグループワーク

ミニシンポジウム・一般講演

ミニシンポジウム 1

「薬害イレッサ事件の教訓と今後の課題」のねらい

司会：片平洸彦（新潟医療福祉大学大学院）、栗原 敦（全国薬害被害者団体連絡協議会）

2004 年に大阪・東京両地裁で起こされた「薬害イレッサ訴訟」は、6 年を超す審理を経て、2011 年 1 月に両地裁から和解勧告が出されたが、被告国とアストラゼネカ社はこれを拒否した。このため、2 月に大阪で企業の責任、3 月に東京で国と企業の責任を指摘する判決が出されたが、被告側、さらには原告側も控訴し、訴訟は両高裁に移行している。従って、この薬害事件はまさに「未解決」であるが、本ミニシンポジウムでは、現在までに明らかになった数多の事実・データ等を踏まえ、事件の教訓と今後の課題を明らかにすることを目的に開催する。

片平会員は、2002 年 7 月のイレッサの「世界に先駆けて」の承認に至るまでの「初期」において、どのような情報（特に危険性情報）が存在し、それが誰によってどのように伝えられた（伝えられなかった）かを、訴訟等で明らかにされた事実をもとに解明することを通じて、被告である国と製薬企業（アストラゼネカ社、本社英国）の責任を明らかにする。

中島会員は、いわゆる「下書き問題」を取り上げる。1 月の和解勧告に対し、日本肺癌学会、日本血液学会、国立がん研究センターや、高久史麿・日本医学会会長、田村和夫・日本臨床腫瘍学会理事長、堀内龍也（日本病院薬剤師会会長）等が、相次いで裁判所の和解勧告を批判す

る声明や見解を公表し、被告企業と国は、これらを受けて和解勧告を拒否した。ところが、その後、これらの声明や見解の下書きが被告厚生労働省から学会関係者に提供されていたことが判明したのである。この「下書き問題」については、厚生労働省内に問題の検証チーム（責任者＝小林正夫政務官）が作られ、その結果に基づき、一定の処分が行われたが、真相の解明は不十分と指摘されている。中島会員は、この問題の解明の重要性と、学者・研究者により構成される学会のあり方等について論ずる。

加藤・栗原会員は、1980 年に創設された「医薬品副作用被害救済制度」において、抗がん剤が対象から除外されているが、抗がん剤による死亡を除外することの不当性と、除外しなかった場合の運用可能性、そして今後の課題を提示する。

前記のように、6 年を超す裁判では、多くの事実が明らかにされ、それらを受けた地裁判決は膨大な字数になっている。この事件はまさに数多の問題提起をしており、2 時間のミニシンポジウムでは解明し尽くすことは困難だが、「薬害イレッサ事件の教訓と今後の課題」のポイントを共に学び、「医薬品の安全性確保」「がん患者の権利」「がん医療のあり方」等について共に考えたいと思う。

薬害イレッサ訴訟における国と企業の責任—初期の情報と対応について

片平冽彦（新潟医療福祉大学大学院）

〔目的〕2004年に大阪・東京両地裁で起こされた「イレッサ薬害訴訟」は、6年を超す審理を経て、2011年1月に両地裁から和解勧告が出されたが、被告国とアストラゼネカ社（以下「企業」）が拒否した。このため、2月に大阪で企業の責任、3月に東京で国と企業の責任を指摘する判決が出されたが、被告側、さらには原告側も控訴し、訴訟は両高裁に移行している。本報告では、訴訟の最大の争点である、2002年7月5日のイレッサ承認までの間における国と企業がイレッサについて得ていた情報（特に危険性情報）と、それらに対する国・企業の対応の実態につき解明することを目的とした。

〔方法〕これまでに訴訟の場に「書証」として提出された文書・資料類を取り寄せ、その内容について検討した。日時を追っての検討が必要なので、略年表を作成した。

〔結果・考察〕国の審査センターによるイレッサ審査報告書によれば、イレッサの臨床試験は、1998年4月～2001年3月の間に、延べ677人を対象に行われている。この臨床試験において、国内に3例、海外に4例、間質性肺炎（以下ILD）が発症していることから、審査センターは、因果関係を否定する企業に対し、添付文書の「重大な副作用」欄へのILD記載指示を行い、企業は同欄の最後に記載したが、その致死性については記さなかった。しかし、国内3例のうち、「初症例」のA氏は、企業が厚生労働大臣宛に出した「治験薬副作用・感

染症症例報告書」（2001年2月9日及び4月5日付）によると、2001年1月29日に64歳で死亡したが、企業は「死亡または死亡のおそれ」がある場合の「7日報告」に該当すると判断しており、剖検所見としては「間質性肺炎像が・・・認められた」と記載されていたこと等のことが分かる。また、海外4症例のうち、3例がイレッサ投与後の死亡例であり、うちD氏については、企業も、「（イレッサ投与との）関連性は否定しきれない」と記していた。（B・Cの2氏については、当初医師は関連性を認めていたが、何故か、「追加報告」では、因果関係が否定された記載になっていた）。さらに、「海外での副作用症例」はこれら4名だけではなく、企業の「拡大治験プログラム」（EAP）の実施過程で、イレッサの承認までに196例に達し、うち死亡は56例であったことが、2002年12月25日と2003年5月2日の厚生労働省「ゲフィチニブ安全性問題検討会」で明らかにされた。福島雅典証人意見書（2005年3月7日付）では、これら196例のうち、35例が肺に関する重篤な副作用であり、うち20例は死亡例であったと指摘されている。厚生労働省資料「承認までに報告された副作用症例報告一覧」や「治験薬副作用・感染症症例報告書」を筆者が調査した結果では、肺障害関連の「副作用による死亡者」は国内外から少なくとも15例報告されていて、うち1例は日本から報告されており、また、死亡とは報告されていなかったが、副作用名が「間質性肺

炎」と明確に記されていた報告も国に届いていたのである。

このような情報を得ていた企業と国の対応はと言えば、以下の如くである。

まず、企業であるが、2002 年 7 月に肺がん患者向けに作成した「イレッサ錠 250 についてのご説明」という文書では、副作用については、「ほとんどの副作用は、軽度から中等度で、重度の副作用が認められた割合は約 8%」「主な副作用・・・は、発疹、下痢、かゆみ、皮膚乾燥、にきび様の皮疹」と記し、肺障害については、「重大な副作用」と記しながらも、活字のポイントを落として、「肺の炎症によるかぜの様な症状（呼吸がしにくい）」とだけ記していた。そして、添付文書には、7 月作成の第 1 版では、2 枚目の左の「重大な副作用」の 4 番目（最後）に、「間質性肺炎（頻度不明）：間質性肺炎があらわれることがあるので、観察を十分に行い、異常が認められた場合には、投与を中止し、適切な処置を行うこと」とだけ記した。この記載は、8 月改訂の第 2 版でも不変であった。「致死的な経過をたどることがある」ことが記載されたのは、10 月 15 日の「緊急安全性情報」の発出を受けて改訂した第 3 版においてであった。

次に国であるが、前記審査報告書（2002 年 5 月 9 日付）では、ILD との関連の記載自体はしているが、国内 3 例につき考察しているだけで、海外 4 例は単に「報告されている」と記したのみであり、その概要は記載していない。また、その他の海外副作用症例報告は、この欄には数字の紹介すら記されていない。5 月 24 日に開催された「薬事・食品衛生審議会医薬品第二部会」では、ILD についての報告がされず、議

事録には、間質性肺炎の「か」の字もない。審議の過程で、堀内部会長代理が、「・・・これをこのままやると、大変問題が起こるのではないかと発言したが、等閑視された。6 月 12 日開催の「薬事・食品衛生審議会薬事分科会」においても、ILD の副作用報告については事務局からは説明がされず、質疑においても全く触れることなく、イレッサは、進行非小細胞肺癌患者への「奏効率」が 18.4%（国際共同臨床試験）、11.8%（外国臨床試験）という「有効性」のデータ等により、「非小細胞肺癌（手術不能又は再発）に対する本薬の有効性及び安全性の更なる明確化を目的とした十分なサンプルサイズを持つ無作為化比較試験を国内で実施すること」という「承認条件」を付けた上で承認されたのである。

【結論】以上の経過から言えることは、イレッサは、企業と国が「致死性の間質性肺炎の副作用が起きることがある」ことを臨床試験と EAP の段階で知っていたにもかかわらず、そうした情報を軽視・無視した形で、審査→承認→輸入を行い、危険性情報を医療機関・患者に十分伝えることをせずに、「世界に先駆けて」販売したのである。こうした事実が示しているのは、イレッサの問題は、単なる「副作用問題」ではなく、まさに「医薬品の危険性を軽視・無視する形でその医薬品が承認・販売され使用されることによって起こされる重大な健康被害」である「薬害」の問題であるということである。

【文献】片平冽彦：イレッサ訴訟における国の責任―初期の情報と対応について。

（第 1 報）、（第 2 報）共に、「国民医療研究所」の HP（2011 年 2・3 月）等参照。

薬害イレッサ事件をめぐる行政・業界・学会の癒着の構造

中 島 晃

(弁護士 京都・市民共同法律事務所)

1. はじめに

薬害イレッサ訴訟で、2011年1月7日、東京地裁と大阪地裁から、和解勧告がなされ、勧告にあたって両地裁から、国とアストラゼネカ社には被害者を救済する責任があるとの所見が示された。

この和解勧告に対して、1月下旬、日本医学会や日本血液学会、日本臨床腫瘍学会、日本肺癌学会などの複数の学会や日本病院薬剤師会会長などの学会の代表者が、相次いで裁判所の和解勧告を批判する声明や見解などを公表し、これを受けて1月24日にアストラゼネカ社が、1月28日には国が、和解勧告を拒否するとの態度を表明した。

2. 厚労省が声明文の下書きを作成

ところが、その後2月下旬になって、厚労省から声明文の下書きが学会関係者に提供されていたことが新聞に報道された。具体的にいうと、厚労省が複数の学会に裁判所の和解勧告を批判する声明を発表してもらいたいと要請し、厚労省・医薬食品局の担当職員が声明案の案文を起案して、これを日本医学会の高久史磨

会長などに渡して、厚労省の主張に沿う見解を発表してもらうように依頼し、これをもとにして上述したとおり声明が出されていることが判明したものである。

3. 検証チームの調査報告

この問題については、2月24日国会質問で取り上げられ、厚労大臣が事実関係を調査すると答弁したことから厚労大臣の指示にもとづき、小林正夫厚労省政務官をトップにした検証チームがつくられて、調査が実施され、5月24日、薬害イレッサ訴訟の問題検証チームの調査報告書が大臣に提出され、公表された。

厚労省政務官がトップになった検証チームによる調査がどこまで客観性をもっているか大いに疑問があるが、その調査報告によると、厚労省の間杉純・医薬食品局長主宰の会議において上述した学会への働きかけが決定され、薬系技官トップの平山佳伸審議官を中心にして、声明文案を作成して、日本医学会の高久会長をはじめ、複数の学会関係者に上記文案を提示して、声明の発表を依頼していた事実が明らかになった。

4. 問題の所在

日本医学会や日本肺癌学会などの学会が、裁判所の和解勧告に対して、自らの立場で意見を述べ、これを公表することはもとより自由になしうることである。しかし、その意見は、あくまでもそれぞれの学会が独自に和解勧告の内容を検討し、自分たちで文案を考え、自分たちの責任で決めるということが大前提である。

ところが、今回の学会の声明・見解は、厚労省の言われるままに、声明文案の提供を受けて、これをほとんどそのまま自分たちの見解として発表しており、これでは学会が独立して行うべき内部意思の決定に行政の介入を許したものとわざとをえ、学者としての良心や誇りを放棄したとの批判をまぬがれないものとなっている。行政の要請に唯唯諾諾として従い、これに対して何らの反省も示さない、こうした学会の体質は、学問研究の自由と独立を自ら放棄したものであるというほかなく、もはや学術研究団体の名に値しないといっても過言ではない。

しかも、声明や見解を発表して、国と製薬企業の和解拒否を正当化することに手を貸した点でも、これら学会関係者の罪は深いといわなければならない。

5. 結びに代えて

薬害イレッサ訴訟では、医薬品の承認や安全対策に関わった医師のなかに、アストラゼネカ社から多額の研究費や寄付などを受け取っていた者がいることが判明しており、それが医薬品の評価にも影響を及んでいるのではないかと疑念をもたれ、かねてから利益相反関係について透明性を高めるためのルール作りの必要性が指摘されてきた。こうしたなかで、今回の問題で、あらためて行政・業界・学会の関係が厳しく問われることになった。

現在、福島第一原発事故を契機にして、この三者の癒着、もたれ合いの構造が世論のきびしい批判にさらされている。学会と行政・企業との間に、緊張関係が保たれずに、この三者が癒着することで、それによって被害を受けるのは市民である。このことは、過去の多くの薬害の歴史が示していることであり、また現在進行中の原発事故でも明らかになっている。

今回の下書き問題は、社会の奥底にある病巣を浮かび上がらせたものであり、こうした官・業・学の癒着の構造を一刻も早く断ち切ることにし、国民の生命・安全を確保することができないことを私たちに教えている。

抗がん剤による死亡と医薬品副作用被害救済制度

○加藤幸（薬害イレッサ弁護団） 栗原敦（全国薬害被害者団体連絡協議会）

【医薬品副作用被害救済制度】 医薬品の副作用により患者が死亡した場合、医薬品副作用被害救済制度（以下「現行制度」という）による給付を受けることができる。現行制度は、薬害スモン事件の教訓から同事件の被害者らの努力により、1980年に創設された。医薬品は国民の健康の保持増進に欠かせないものだが、他方で、万全の注意を払って適正に使用しても、副作用被害を完全に防ぐことは困難である。そこで、医薬品を適正に使用したにもかかわらず、副作用被害が発生した場合に、迅速な被害救済を図るため、医薬品の製造販売業者の社会的責任に基づく拠出金を財源として、救済給付を行なうというのが現行制度の趣旨である。死亡患者が生計維持者であった場合は10年を限度に月額19万8000円の遺族年金、生計維持者でない場合は、遺族一時金713万5200円に加え、いずれの場合も葬祭料20万1000円が支給される。

【抗がん剤は救済対象外】 抗がん剤は現行制度の対象医薬品から除外されている。このため、抗がん剤の副作用被害により死亡した場合、現行制度の給付を受けることができない。抗がん剤は、その使用にあたり相当の頻度で重い副作用の発生が予想されること、がんの治療のためにはその使用が避けられずかつ代替する治療方法もないため、抗がん剤による副作用は「本来の治療のために受忍を求めることが適当と考えられる副作用」にあたるというのがその理由である。

【抗がん剤を除外する理由はない】 現行制度の創設から30年が経過し、その間、抗がん剤治療の研究は進み、治療法の選択肢も増え、抗がん剤はもはや特殊な医薬品ではなく、日本国民の多くが使用する医薬品となっている。現在では、抗がん剤の副作用による死亡被害を、「本来の治療のために受忍を求めることが適当と考えられる副作用」として患者に受忍させる理由はない。

【抗がん剤による副作用死亡被害に対する救済制度の創設を】 前記のとおり、抗がん剤による副作用死亡被害を救済対象から除外する理由はない。現行救済制度の創設時には、「救済制度から除外される、がんその他の特殊疾病に使用される医薬品の範囲については真にやむを得ざるもののみに限定するものとする」とする付帯決議が衆参両院で付され、救済対象外とする医薬品は極力限定すべきものとされており、この観点からも、抗がん剤副作用死亡被害に対する救済制度を創設する必要がある（以下「本制度」という）。

本制度の救済内容としては、原疾病が「がん」という相当程度、稼働能力の低下をもたらす疾病であることから、患者が死亡した場合に、生計維持者か否かを問わず現行制度の遺族一時金713万5200円と葬祭料20万1000円を支給することを提案したい。

【本制度の運用可能性】 本制度創設の大前提として、経済的に成り立ちうる必要がある。そこで、PMDAが集計している抗がん剤の副作用による死亡者数、現行制度の死

亡被害に対する救済率、抗がん剤の売り上げ等をもとに、救済給付金の確保が可能かを検討したところ、救済率を 20%（救済症例数 160 例）と想定した場合でも、副作用拠出金率が 1.49/1000 で足りることとなり、現行制度の上限である 2/1000 に収まることとなった。したがって、本制度の運用は可能であるといえる。なお、検討にあたっては、本制度を、現行制度とは経済的に独立した制度とする前提で試算をおこなった。現在、抗がん剤の売り上げは、毎年数百億円単位で伸びており、仮に将来的に救済率がさらに上がった場合にも制度の運用は可能であると考えられる。

【制度創設の現状と課題】2011 年 1 月 7 日の薬害イレッサ訴訟和解勧告後、多くのマスコミが本制度創設の必要性を訴える記事を掲載し、政府や製薬企業関係者からも本制度創設に向けた前向きな発言がなされている。

しかし、本制度創設に向けた議論は始まったばかりであり、検討課題が多く残されている。他方、本制度は創設後の副作用被害しか救済対象とされない可能性が高いため、早期の制度創設が求められる。本制度を、がん患者にとって、本当に有意義な制度とするため、今後の制度創設に向けた動きを国民全体で見守っていく必要がある。以下、今後の検討課題をあげておく。

1 因果関係の認定

本制度の運用において、被害者が死亡するに至った原因が、抗がん剤の副作用によるものか、がんによるものかの認定が困難なのではないかとの懸念が提起されている。しかし、死亡副作用被害救済制度の目的は迅速な被害救済にあり、因果関係の認定を

厳格に行い、救済対象を限定することは、患者側に過重な立証の負担を課すものであり、制度の趣旨に反する。したがって、抗がん剤の副作用以外の死亡であることが判明しない場合は、抗がん剤による副作用と推定し、救済給付を行なうという運用を検討すべきであり、そのためには「発症の原因がその医薬品にあるとすることに大きな矛盾がなく、そのほかに原因を見いだせない場合は幅広く救済することとする」など法令上の規定をおくことも検討すべきかもしれない。

2 救済制度の認知率の向上

現行救済制度の認知度は低く（一般国民の認知は 5.1%、2010 年度 PMDA 調査）、この認知度の低さが、現行救済制度の利用率の低さ（死亡被害に対する申請率は被害全体の 10%に満たない）につながっていると考えられる。本制度においても、制度の周知が徹底されなければ被害者の救済にはつながらない。よって、本制度の創設にあわせて、本制度および現行救済制度の利用率の向上策を検討する必要がある。具体的には、医薬品を投与・処方する際に、医薬品副作用被害救済制度についての告知を義務づける等といった方法が検討されるべきである。このことを筆頭に、現行制度の周知活用を阻害する要因の分析と対策等を行うことが抗がん剤による副作用死亡の救済制度化の大前提ともいえよう。

【結語】現行救済制度の運用状況を検証し、その周知活用を図ること、抗がん剤による死亡の救済を図ること等は、医療の質・安全を向上させることに寄与すると期待され、本制度の創設に関する議論の展開を望むものである。

ミニシンポジウム 2

「働く者を守る職場メンタルヘルス活動のあり方」のねらい

司会：山田裕一（金沢医科大学衛生学）、天笠崇（代々木病院精神科）

日本における職場メンタルヘルスの歴史もけっして短いものではない。昭和 39 年（1964 年）の米国・ライシャワー駐日大使襲撃事件後、精神衛生法がより社会防衛的に改正された時期に、産業衛生協議会（現：日本産業衛生学会）の「産業精神衛生委員会」が「産業精神衛生に関する答申書」を報告（1968 年）している。職場内での精神障害者の早期発見と対処法、職場復帰や採用の基準、職場の精神衛生的場の醸成の必要性などが述べられている。

職場状況を表す表現として、1960 年代は「単調労働と疎外」だったが、1970 年代以降は「モーレツ社員、ワーカホリック」ということばに象徴される「疲労」だと言われる。一方で、C.ブロードの「テクノストレス」（1984 年）以降、職場へのコンピュータ導入や OA 化の中でおこる心身の障害が注目されるようになった。本学会員の西山が B.ピアスの編書を「OA 症候群」として訳出（1986 年）している。

中災防「職場メンタルヘルスのすすめ方」（1985 年）の中で、技術革新、高齢化、女性の職場進出、国際化が問題の背景であると述べられる。すでに 1978 年（昭和 53 年）に、本学会前理事長の上畑らにより「過労死」の存在が指摘されていたが、1988 年の「過労死 110 番」設置以来、長時間、過密労働による心身の障害は国民の一大関心事となった。

1990 年代以降には、職場で強いストレスを感じる労働者が全体の 6 割を越えるという状況に至り、多くの企業でメンタル不調による長期休業者が急増した。厚労省は平成 12 年（2000 年）に「労働者の心の健康づくりのための指針」を発表したが、精神障害による労働災害の申請数は増加し続け、年 1 千件に迫り、認定数も 250 件を越えるといった事態が続いている。厚労省は 2006 年に指針を改定するとともに、「職場における自殺の予防と対応」も発表した。

今日の職場メンタルヘルス問題は、激しい企業間競争がもたらす絶え間ない技術革新と長時間、過密労働を背景としたものであることは明らかである。1980 年代以降の約 30 年間、職場メンタルヘルス問題は、労働衛生、産業保健の重大テーマとして政府も取り上げ、学会でも盛んに討議され、数多くの研究発表がなされてきた。しかしながら翻って、こうした議論や研究が、實際上、職場メンタルヘルスの問題の軽減や解決に役立ってきたのかと問うと、必ずしもそれは明白と言えないように思われる。現在では、問題解決のために企業外の EPA 機関などの活用も議論されているが、本シンポジウムでは、それらの意義を含めて、労働者の問題解決に真に役立つ職場でのメンタルヘルス活動のあり方を求めて討議を深めたい。

いま職場のメンタルヘルス対策に欠けているもの—労働者の立場に立つこと

○天笠崇（代々木病院・精神科、京都大学医学部大学院・健康情報学）

【目的】現在の職場メンタルヘルスの問題と、その解決のための基本的方向について、演者の現状認識を述べる。

【方法】入手可能な各種データおよび演者の関わった職域等での調査結果。

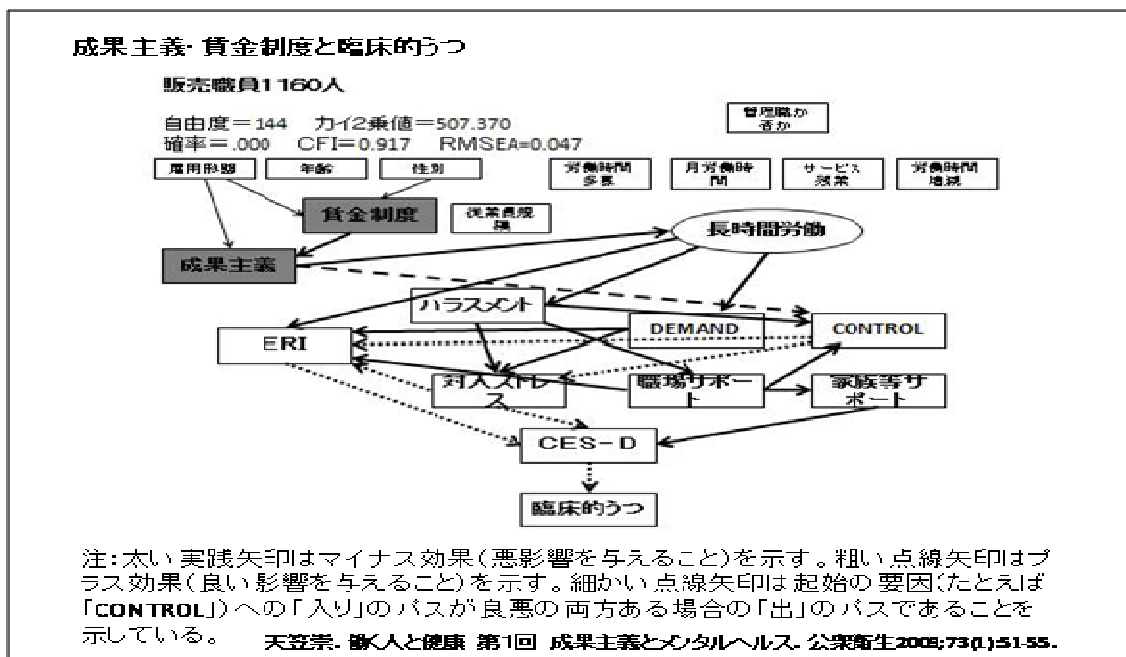
【結果と考察】

・1995 年は「3つの元年」：今に続く職場のメンタルヘルス問題の“事の始まり”は、リストラの名を借りた整理解雇・成果主義賃金制度の導入・雇用の非正規化の3つが本格的に始まった1995年である。

・労働者のメンタルヘルス破壊の状況：
1994 年まで減少傾向にあった労働者の年間自殺者数 9 千人程度が 1995 年に増勢に転じ、1998 年に一挙に 1 万 2～3 千人に増加し、「経済生活問題」「勤務問題」が原因とされる自殺者数も 7 千人余り、2 千人前後で今に至っている。

上場企業の人事担当者を対象にした2010年調査によれば、過去3年間に「心の病」が「増加傾向」「横ばい」を合わせて約9割に上った。30代を中心に「心の病」が、近年増加していることが指摘されている。これは、近年の年代別うつ病動向（患者調査）と合致している。

・「3つの元年」とうつ病：リストラによる失業後 1 カ月以内のうつ病罹患リスクは 6.7 倍との報告がある (Kendler1997)。ワーキングプア (WP) とうつ病は「鶏と卵」の関係にあり、WP はうつ状態やうつ病に対し小～中程度の原因となり得ることが示唆されている (天竺 2008)。成果主義賃金とうつ状態・うつ病との関係についての解明を試みた横断研究結果から、下図のようなモデルが成立し得ることが示された (天竺 2008)。



・**労働条件悪化の現状**: 政府統計によれば、2000 年以降、一般労働者の現金給与総額は減少傾向にあり、月間労働時間は漸増傾向にある。逆に、パートタイム労働者のそれは減少傾向にあって、労働時間の二極化が進んで来ている。労働時間帯では、近年、平日の仕事をする時間帯が、山の裾野に向かって広がってきているという特徴が指摘されている。一方、年間休日日数は増えず、週休制度の定まっていないう職者が 4 人に 1 人である。前自有給休暇日数は漸減しながら、有給休暇取得率は 5 割に満たない。総じて過去 10 年で、働かされ方は悪化してきている。

・**進まぬ「心の健康づくり」状況**: 労働者健康状況調査（2007）から、下表を示す。従業員数の少ないほど長時間労働者面接も、

心の健康対策も取組が不十分であった。特に、衛生委員会活動や職場環境改善の取り組みが遅れていた。

・**無防備な労働者像**: こうした労働条件の悪化や職場のメンタルヘルスの進まないのは、鏡の一面は事業者責任の放棄であるが、もう一面は、労働者の対抗力、特に、青年労働者を対象にした調査結果（POSSE2007）などから見えてくる、労働者の“無防備”な姿である。

【結論】職場のメンタルヘルス対策で欠けているのは、一次予防対策であり、労働者の対抗力の強化である。義務教育下での労働者の権利の学習はもちろんだが、現労働者に対する教育的な視点も喫緊の課題である。

表 長時間労働者に対する面接指導について

区分	面接指導等を実施した	その内、事後措置を講じた	事後措置(複数回答)				
			就業場所の変更	作業の転換	労働時間の短縮	深夜業の回数の減少	その他
計 (事業所規模)	12.2	80.9	6.4	9.5	59.6	16.1	11.2
5000人以上	100.0	100.0	35.9	35.9	93.0	46.7	7.0
1000～4999人	86.5	92.6	15.7	23.4	80.4	21.6	21.2
300～999人	58.2	86.3	10.5	12.6	69.9	15.7	16.4
100～299人	36.8	85.9	8.7	9.1	66.2	12.9	14.1
50～99人	21.6	81.4	5.7	8.1	63.8	11.2	13.8
30～49人	12.5	74.8	1.2	11.4	51.0	20.9	9.1
10～29人	8.9	80.7	7.0	9.0	58.1	17.0	9.9

表 心の健康(MH)対策の取り組みについて

区分	MH対策に取り組んでいる	その取組内容(複数回答)						
		衛生委員会等での調査審議	MHケアのための計画の策定・実施	労働者への教育研修等	管理監督者への教育研修等	職場環境等の評価・改善	相談対応の体制整備	職場復帰支援
平成19年 (事業所規模)	33.6	17.6	13.8	49.3	34.5	20.5	59.3	18.0
5000人以上	100.0	58.2	85.3	100.0	100.0	42.4	93.0	100.0
1000～4999人	95.5	49.2	59.7	80.0	82.5	36.6	91.6	72.5
300～999人	83.0	35.6	24.6	58.3	61.1	20.4	75.3	46.6
100～299人	64.1	32.7	16.0	49.4	44.1	19.2	65.6	30.5
50～99人	45.2	26.2	14.1	51.2	42.1	20.3	61.4	19.4
30～49人	36.8	18.2	10.6	44.4	30.0	18.7	55.8	19.1
10～29人	29.2	13.1	13.7	49.6	31.8	21.0	58.2	14.6
(MHケア専門スタッフ) あり		28.3	23.9	52.7	40.1	19.1	69.3	25.3
なし		6.0	2.9	45.7	28.5	22.0	48.4	10.0
平成14年	23.5							

一事業場における職業性ストレス調査とその考察

石崎昌夫（金沢医大・衛生学）

ある事業場における職業性ストレス調査結果と疾病調査結果を報告するとともに、職業性ストレス調査を始めとする職場のメンタルヘルス一次予防の今後の動きを考察する。

《職業性ストレス調査》

方法）ある金属製品製造事業場において1996年、2002年、2007年の3回にわたって職場環境を把握するために、自己記入式により仕事要求・コントロール(Job Content Questionnaire)と抑うつ度(Center for Epidemiologic Studies - Depression : CES-D)を調査した。

結果）仕事要求は、ホワイトカラーでは男性が女性よりも高い傾向があったが、ブルーカラーでは男女差はなかった。仕事コントロールは、男性の方が高くかつホワイトカラーが高かった。仕事ストレイン(仕事要求÷仕事コントロール)は(表1)、いずれの年度も女性・ブルーカラーの方が男性・ホワイトカラーよりも高い値を示した。また、2007年の男性のブルーカラーを除いて、2002年の仕事ストレイン値が他の調査年より高い傾向が見られた。職場のサポートに関しては、男女ともホワイトカラーの方がブルーカラーより若干高い値を示していた。

次にCES-Dで得点22以上の頻度を図1に示した。いずれもブルーカラーの方がホワイトカラーより頻度が高かった。また

1996年から2002年の間に、CES-Dの高得点を示す者の割合が明らかに増加していた。

《精神疾患の推移》

ICD-10による精神および行動の障害に分類される欠勤者は2001年から徐々に増加し2006年にピークを迎えていた。(2001年から2007年までのデータより)

また対象事業場が含まれる組合健保の資料からは、精神および行動の障害に関する疾病での受診率は、2002年から年々増加傾向を示していたが2007年からは増加が止まっていた。(2002年から2009年までのデータより)

《人事制度およびメンタルヘルス教育他》

2000年から成果実力主義人事制度を導入する。

2003年から職長教育の中にメンタルヘルス教育を導入する。

2004年から管理監督者に対してメンタルヘルス教育を導入する。

2004年から長時間労働者への産業医による面接が始まる。

2007年から長時間労働への管理強化が始まる。

【考察】

仕事要求・コントロールモデルは、職業性ストレス把握に役立ち、長時間労働の抑制がメンタルヘルス不全者増加予防に効果的であることは明白である。

さらなるメンタルヘルス対策(特に一次予防)として、仕事要求・コントロールモデルに加えて、別の視点から、職場環境を把握・整備する必要があると考えられる。それ故、MIRROR・WIN(産業医大精神保健)や職業性ストレス簡易調査票改訂版、快適職場形成(ソフト面)からのあらたな知見の集積が望まれる。なお、これらの対策には人事労務関係との連携が不可欠であるので、健康管理部門との役割分担を明確にするためのルール作りが必要になる。

また、増加する適応障害やいわゆる新型うつに対し個人のストレス対処能力向上のぞまれ、種々の教育が実施され始めている。しかし、これはメンタルヘルスが個人属性に大きく依存するという考えに陥る可能性があり理解をもって行わなければならない。

一方で、小規模事業場従業員や自営業者に対するメンタルヘルス対策は依然として不十分であり、産業保健推進センター、地域産業保健センターや社会労務士、健康診断実施機関、厚生センターなどが連携し活動することが一層求められる。

表 1 各調査年別の仕事ストレインと職場サポート

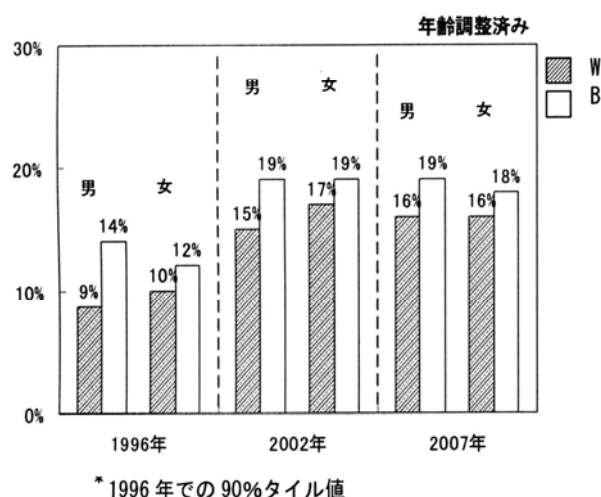
		1996 年		2002 年		2007 年	
		男	女	男	女	男	女
ストレイン	W	0.465	0.521	0.482	0.525	0.466	0.502
	B	0.522	0.568	0.528	0.591	0.531	0.568
職場サポート	W	22.6	22.1	23.0	22.4	23.0	22.2
	B	21.8	21.3	22.4	21.5	22.3	21.7
n		4417	2546	4386	2442	3698	2052

W:ホワイトカラー

B:ブルーカラー

年齢調整済み

図 1 各調査年別抑うつ尺度(CES-D)得点の頻度(≥ 22*)



ストレス対処力 Sense of Coherence(SOC)とその向上策を探る

山崎 喜比古

(財)パブリックヘルスリサーチセンター附属ストレス科学研究所

【健康生成論と SOC】 健康生成モデルとその中核概念 SOC は、ユダヤ系アメリカ人の健康社会学者 A. Antonovsky によって 1979 年と 1987 年に刊行した 2 大著作において発表・提唱された。それらは、ユダヤ人強制収容所からの生還という過酷な経験を思春期・青年期にしながらその後も心身の健康が保たれ明るく元気な日々を送っているイスラエルの更年期女性たちを支えてきたものは何だったのかという問いに端を発して産み出された概念であり理論モデルである。人間のネガティブな面の除去よりはポジティブな面の支援強化に力を注ごうという健康生成論は、世界のヒューマンサービス分野に大きなインパクトを与え、SOC の実証研究も、これまで学術誌に発表されたものだけでも 2000 件以上に及んでいる。

Antonovsky によれば、SOC は、その人の生活世界への見方・向き合い方・関わり方における把握可能感・処理可能感・有意味感から成り、ストレス対処・健康保持力として機能しているという。SOC がストレス対処・健康保持力としてその後の心身の健康度に対し予測的妥当性を有するという縦断・追跡研究結果も次々に報告されてきた。

私は、SOC を、実証研究も踏まえて、「病や障がいを抱えながらも、あるいはストレスフルな出来事に曝されたり状況下に置かれたりしながらなお健康で明るく元気に生きていくことを可能にする力」(2010)と定義した。

【SOC 向上策の探究・開発の現段階】 こうした SOC に関して、我々の一般演題抄録にも記した通り、近年はますます SOC 向上策への関心が高まってきている。しかし、現状では残念ながら、介入研究の報告がまだきわめて少ないばかりか、SOC 向上策への示唆に富んだ研究や論考も少ない。

我々は、SOC 向上策への示唆を得るべく、この 1 年有余の間に、数少ない SOC 介入研究の丹念なレビュー以外に、縦断研究でも横断研究でも SOC の向上や高維持と正の関連性を有する具体的な人生経験、特に、「病と生きる人々」においては逆境下成長(adversarial growth; 以下 AG)や肯定的変化の感覚(perceived positive change; 以下 PPC)の探索

に努めてきた。以下では、その結果をご報告し、こうした具体的な人生経験を探り明らかにすることが、SOC 向上策の開発にとって示唆に富むのかについては、我々の一般演題抄録を参照されたい。

働く人々の SOC を高める方策には、Antonovsky の原書においても、その後の実証研究の結果からも、二つのアプローチがあることが示唆されている。働く人々たち個々人に直接働き掛ける方法と、働く人たちの労働職場環境条件を変えることにより働く人たちの SOC 向上を期待する方法とがある。以下で紹介する先行研究と我々の研究結果も、この二つの取り組み方への示唆を含意しており、また、一般論として、この 2 種類のアプローチの併用が SOC 向上には不可欠である。

【SOC 向上に繋がった二つの患者支援プログラムの共通点とその介在因子】 慢性疾患や難病の患者において SOC の有意な向上が認められた患者支援プログラムとその評価研究は、世界に数件しかない。そのうち Langeland ら(2006,2007)と山崎ら(2010)がそれぞれ研究対象としたプログラムには共通点が 2 点あった。第 1 は、患者のグループトークが活発に行われ、進行役のベテラン患者やナースはファシリテータに徹することが求められている点。第 2 は、話題と学習課題として、患者の誰もが日常生活において直面し得る問題とそれへの対処の仕方が取り上げられている点であった。

さらに、我々の評価研究において、患者の SOC 向上と有意に関連していた「参加を通して得られた肯定的変化の感覚」(以下「肯定的感覚獲得経験」)は、「気持ちが楽になった」「少しずつでよい/無理しなくてよいと感じられるようになった」という自己肯定感の強まりと「何事もよい方向で考えられるようになった」というものごとに対する見方・考え方の変化であった。

【薬害 HIV 感染生存患者の SOC 変化と密接に関連変動する 3 種類の不安と生きる支え】 事件発生以来 20 年にもなる薬害 HIV 感染生存患者 84 名における 1998 年から 2005 年までの 7 年間を挟む 2 時点間の追跡調査データの検討結果(山崎ほか、2006)は、以下のようであった。

肝臓疾患を抱えている人では、SOC が有意に低下していた。SOC は、精神・身体症状数の増加、差別不安由来の生活自主規制件数の増大、経済的不安の増大とは密接な負の関連、生きがいの在処数の増加とは密接な正の関連を示して変動していた。SOC が健康不安、経済的不安、差別不安によって脅かされている可能性、こうした不安の軽減・除去が SOC 回復に繋がる可能性が示唆されていると考えられた。

【就労経験をもつ HIV 感染者で SOC 高群の人たちに特徴的な出会い・遭遇環境と対処・適応努力】 就労経験をもつ HIV 感染者 40 名(うち性感染に由来者 85%)へのインタビュー調査結果の SOC 考中低軍艦比較の結果は、以下の通りであった(大宮朋子, 2011 より。但し山崎引用により一部改変)。

出会い・遭遇環境: 『『いい人たち』『いい職場』に恵まれた』に尽きるという結果であった。しかも、「いい人たち/職場」とは、「自分を認めてくれる、信頼してくれる、尊重してくれる、または、大切に思ってくれる人たち/職場のことであった。それらによって、SOC が高められたか高めで維持された可能性が示唆されている。

対処・適応努力: 以下の 3 点。

- ・『『いい人』『いい職場』との出会いの可能性を信じて/にかけて話してみるなどやってきた』……つまり、「いい人たち」や「いい職場」との出会いも中には幸運だけによっている人もいようが、多くは、高い SOC が「いい人たち」「いい職場」との出会いに至らしめ、他者からのヘルプやサポートを引き出した可能性が示唆されていると言えよう。

- ・「明るい面にも目を向ける/(少なくとも)暗い面にもみ囚われないように努めてきた」……「人間だれだって困難や不安はある/問題は本当に HIV のせいなのか/感染や辛い経験は自分の人生の一部でしかない、と考えるようにした」などが上記カテゴリーに含まれた。

- ・「生きる支え、生きる目標を立て直した/新しく見付けた」……上記二つの対処・適応努力カテゴリーと SOC の向上または高め維持との関係は、生のスパイラルの関係、または、同時進行過程の表裏の両面との関係にある可能性が考えられた。

【働く者の SOC を高める職場の条件に関する研究と介入方策への示唆】 SOC を高める労働職場の条件は横断研究で示唆され、国際的には縦断研究による検証も始まっている。我々が探究中の「健康で明るく元気に働き続けられる職場」において山崎が

当初仮説的に提示した「健康で明るく元気に働き続けられる職場」の六つの条件: ①情報の共有が図られている職場、②コミュニケーションが良好で、相互理解や相互支援協力のある職場、③ものが言える職場、④一人の人間として尊重されていることを感じられる職場、⑤目標や価値観がある程度共有されている職場、⑥学びのある、成長の得られる職場、は「ストレス特にストレスサーへの対処力 SOC の高い職場/対処資源の豊富な職場」に通じ、さらに、世界の次のような概念とも通じるとも考えられた。

クーパー博士ら(1997)も、調査をもとに、類似した条件を提示(オープン、風通しがいい、コミュニケーション・相互理解が良好、等々)。ハウス博士(1986)の「参加のある職場」。グレーザー博士ら(1987)の「参加的組織風土」、関ら我々(2009, 2010)も取り上げて研究。そしてカワチ博士(1999)の「職場ソーシャルキャピタル(社会関係資本)」などである。

益子ら我々(2009, 2010)が研究する「働く人たちのストレス対処力 SOC を高める職場の条件チェックリスト」(「働きやすく働きがいのある職場チェックリスト」)……①役割・目標の明確な職場、②心理的報酬のある職場、③信頼と協力のある職場、④自己表出ができる職場、で働いていると回答している人で SOC が高かった。なお、因果関係にあることの縦断研究による検証等が目下準備中。

【高校生における SOC 形成の促進に関連している可能性の高い学校生活要因】

高校生 1500 名の 3 年間追跡調査データの横断分析の結果によれば、SOC の順調な形成と関連の深いと思われた学校生活要因は、以下のようなものであった(戸ケ里・坂野ら, 2007; 米倉・横山ら, 2010。山崎引用に当たって一部改変)。

- ・学校帰属感項目中では「学校には自分の居場所がある」「学校に溶け込んでいる」「学校では本来の自分でいられる」に代表される、受け入れられている/認められているという感覚

- ・「高校生活は面白い、充実している、仲間・友達に恵まれている、学びが多い、成長がある」といった学校生活充実感

- ・学校(友達や先生)でも家庭・家族でも「自分のことをよくわかっていてくれると思える人」の存在が重要、ということであった。

【SOC の向上や高め維持と関連する具体的な人生経験は、SOC 向上のための取り組み・実践によって示唆的ではなかろうか】

リワークにより、職場復帰の成績向上が期待できるか

○登坂由香^{1,2}、山田裕一¹（¹金沢医大・衛生、²松原病院）

【目的】

うつ病などの精神疾患で仕事を休む社員が増加しており、休職による療養に専念することが少なくない。しかし、症状が回復し復職してはみたものの、短期間で再休職するケースの増加が報告されている。これらは社会の変化、職場環境の変化に加え、自責的ないわゆる“うつ病”とは異なる、“現代型うつ病”や“社会不安障害”、“双極性障害”などを背景とした、うつ症状の複雑化も要因と言われており、休養と薬物療法という従来の治療法だけでは、復職が困難になっている。今回、職場のメンタルヘルスの真に役立つ対策の一つと考えられるリワークについて、現状や事例を交え現時点での評価を試みたいと思う。

【リワークとは】

“Rework”の直訳は「やり直す」「再生する」などであるが、我々の目的は「復職支援」そして「再休職を防ぐこと」にある。現在、独立行政法人、高齢・障害者雇用支援機構や少数の精神保健センターなどで職場復帰援助プログラムやリワークプログラムが実施されている。さらに2008年に「うつ病リワーク研究会」（研究会）が五十嵐らにより発足し、リワーク活動を行っている医療機関約80施設が登録している（2010年12月末現在）。各々の施設の立地環境により、参加者の職種は様々であるが、プログラムは主に、ミーティング、オフィスワーク、疾病教育、心理教育、運動・作業療法などで構成されている。

【リワークの必要性】

精神疾患で休職した場合、薬物療法と一定期間の休養を必要とする。徐々に症状が改善してくると患者は復職を希望し、主治医は「復職可能」

の診断書を書く。職場では、それを受け、治ったと判断し受け入れる。しかし、診察室での“復職可能”と、実際の職場が求める“復職可能”には隔たりのあることが多く、隔たりが大きければ大きいほど、症状の再燃に至りやすく、再休職を繰り返すケースを筆者は経験している。実際、2008年に研究会が実施した調査によると、『うつ病休職者の復職時や復職後に困ること』（複数回答制、回答率97.8%）という質問に対し、「復職可能な状態か判断が難しく迷うことが多い」、「復職しても短期間で再休職することが多い」と答えた精神科医が55.1%、52.9%と半数以上を占めた。また、「不十分な回復状況だが、本人や家族から強い復職の希望があり対応に困る」、「会社とのコミュニケーションが取れないのでスムーズに復職が進まない」（49.1%、43.4%）という回答も多く、逆に「困ることは特にない」という回答は7.1%のみであった。

リワークにより、病気への理解、物事の捉え方、考え方の癖や休職に至った過程の振り返り、更に心理療法による認知の修正、また、職場を想定した作業や、通勤できる体力作りなど、現実的なプログラムを薬物療法と共に治療の一環として行っていくことは、主治医・患者・職場の溝を埋め、復職へとつながり易く、また休職を繰り返しにくくすると考えられる。また、これらは休職が長期間に及ぶ場合や、再休職を繰り返している場合ほど効果的と予想される。

【職場復帰支援の今後】

リワーク効果のエビデンスは研究会で継続的に検証されている。施設基準やプログラムの標準化、評価法、その有効性についても試行錯誤がなされており、順次報告され反映されている。

厚生労働省による「心の健康問題により休業した労働者の職場復帰支援の手引き～メンタルヘルス対策における職場復帰支援～」が平成 21 年 3 月に改訂され、3 次予防（復職プロセスを含む事後処置の再発予防）をしっかりと行うことが、職場の信頼性と活力を向上させることにつながり、それが疾病に至るリスクを低減させていく可能性につながることを示唆されている。これら行政の示すハードと、現場サイドのリワークプログラムというソフトが相互に柔軟にリンクすることが望まれ、それらが主治医、産

業医、職場、そして患者自身により有効に活用されることで、職場復帰が円滑に進み、さらには再休職の予防に反映されることが期待できると考えられる。

【参考文献】

- ・厚生労働省 HP
- ・日本生産性本部 HP
- ・「誰にも書けなかった復職支援のすべて」
秋山剛 監、日本リーダーズ協会 出版

職場復帰支援の流れ（厚生労働省 改訂 平成 21 年 3 月）

<第 1 ステップ>

病気休業開始及び休業中のケア

ア病気休業開始時の労働者からの診断書（病気休業診断書）の提出

イ管理監督者によるケア及び事業場内産業保健スタッフ等によるケア

ウ病気休業期間中の労働者の安心感の醸成のための対応

エその他

<第 2 ステップ>

主治医による職場復帰可能の判断

ア労働者からの職場復帰の意思表示と職場復帰可能の判断が記された診断書の提出

イ産業医等による精査

ウ主治医への情報提供

<第 3 ステップ>

職場復帰の可否の判断及び、 職場復帰支援プランの作成

ア情報の収集と評価

（ア）労働者の職場復帰に対する意思の確認

（イ）産業医等による主治医からの意見収集

（ウ）労働者の状態等の評価

（エ）職場環境等の評価（オ）その他

イ職場復帰の可否についての判断

ウ職場復帰支援プランの作成

（ア）職場復帰日

（イ）管理監督者による就業上の配慮

（ウ）人事労務管理上の対応

（エ）産業医等による医学的見地からみた意見

（オ）フォローアップ（カ）その他

<第 4 ステップ>

最終的な職場復帰の決定

ア労働者の状態の最終確認

イ就業上の配慮等に関する意見書の作成

ウ事業者による最終的な職場復帰の決定

エその他

職場復帰

<第 5 ステップ>

職場復帰後のフォローアップ

ア疾患の再燃・再発、新しい問題の発生等の有無の確認

イ勤務状況及び業務遂行能力の評価

ウ職場復帰支援プランの実施状況の確認

エ治療状況の確認

オ職場復帰支援プランの評価と見直し

カ職場環境等の改善等

キ管理監督者、同僚等への配慮

一般講演

7月23日（土）午後

E 2 1	地域保健①	1 6 : 0 0 - 1 7 : 0 0
	地域保健②	1 7 : 0 0 - 1 8 : 0 0
E 2 2	高齢者・障害者問題①	1 6 : 0 0 - 1 7 : 0 0
	高齢者・障害者問題②	1 7 : 0 0 - 1 8 : 2 0
E 2 3	メンタルヘルス①	1 6 : 0 0 - 1 7 : 0 0
	メンタルヘルス②	1 7 : 0 0 - 1 8 : 2 0

7月24日（日）午前

E 1 2	労働衛生①	0 9 : 0 0 - 1 0 : 0 0
	労働衛生②	1 0 : 0 0 - 1 0 : 4 0
E 2 1	格差・貧困問題①	0 9 : 0 0 - 1 0 : 0 0
	格差・貧困問題②	1 0 : 0 0 - 1 1 : 0 0
E 2 2	母子・学校保健①	0 9 : 0 0 - 1 0 : 0 0
	母子・学校保健②	1 0 : 0 0 - 1 1 : 0 0

7月24日（日）午後

E 1 2	職場メンタルヘルス	1 3 : 1 0 - 1 4 : 1 0
E 2 1	医療保障①	1 3 : 1 0 - 1 4 : 1 0
	医療保障②	1 4 : 1 0 - 1 5 : 1 0
E 2 2	高齢者・障害者問題③	1 3 : 1 0 - 1 3 : 5 0
	その他①	1 3 : 5 0 - 1 4 : 5 0
	その他②	1 4 : 5 0 - 1 5 : 5 0

加齢受容と充実健康感を支える社会関係性の因果構造

○高城 智圭 貴志 義孝 星 旦二
(首都大学東京大学院 都市環境科学研究科)

【研究の背景】

近年、高齢者の健康度に影響を与える要因を明らかにする研究が報告されるようになり、高齢者の健康には、収入や学歴などの社会経済的要因や社会的ネットワークが影響することが明らかになっている。しかし、壮年期を対象とした先行研究は、勤務している人を対象に職務ストレスとの関連については報告されているが、地域住民の一人としての社会的ネットワークとの関連についてはほとんど報告されていない。壮年期は、社会、家族内において中心的な役割を担う時期であるとともに、心身において徐々に加齢を自覚する時期でもある。この時期の自分自身の変化を前向きに受け入れることは、充実した高齢期を過ごすことにつながると予想され、壮年期における加齢の受容や社会関係性が健康とどのように関連しているのかを明らかにすることは、充実した高齢期への支援を検討する一助になると考えられる。

【研究の目的】

社会関係性と加齢の受容、充実感、主観的健康感の因果構造を明らかにすることを目的とする。

【研究方法】

調査対象は首都圏 A 区在住、2003 年時点で 40 歳から 65 歳以下 61,000 人のうち無作為抽出した 10,000 人である。調査方法は郵送自記式質問紙調査である。調査時期は第 1 回調査 2003 年 11 月、第 2 回調査 2008 年 9 月である。第 1 回調査を実施し、回収した 4,443 人(回収率 44.3%)を対象に 5 年後に第 2 回調査を実施した。追跡できた 2,917 人を分析対象とした。調査項目は、対象者の属性、主観的健康感、充実感、疾病予防可能認識、加齢の受容 2 項目、近所付き合い、親しい友人数などである。分析

方法は、クロス集計により加齢受容と他の要因との関連を確認し、有意な差があった項目について因果構造を明らかにするために共分散構造分析を行った ($p<0.05$)。分析には、SPSSver.11.0、Amos5.0 を用いた。

【研究結果】

性別、年齢別の分析対象者数は、表 1 のとおりである。

表1 性別、年齢階級別の分析対象者数

		40-49歳	50-59歳	60-64歳	合計
男性	人数	328	568	338	1,234
	%	26.6	46.0	27.4	100.0
女性	人数	448	745	490	1,683
	%	26.6	44.3	29.1	100.0
合計	人数	776	1313	828	2,917
	%	26.6	45.0	28.4	100.0

クロス集計の結果、2008 年加齢受容と有意な関連があった項目は、2008 年主観的健康感、2008 年充実感、2008 年疾病予防可能認識、2003 年社会的関係性 2 項目、2008 年仕事の有無であった。これらの項目を用いて、探索的因子分析を行った結果は表 2 の通りである。

表2 探索的因子分析結果

	因子		
	1	2	3
近所とのつきあい2003	0.626	-0.087	-0.013
親しく相談できる友人2003	0.616	0.073	-0.016
主観的健康感2008	-0.079	0.618	-0.082
充実感2008	0.093	0.391	0.177
疾病予防可能認識2008	0.025	0.302	0.039
年をとることはいいこと2008	-0.079	-0.023	0.607
年をとるにつれて役割重要2008	0.139	-0.004	0.296
累積%	19.24	25.38	27.92
cronbachのα 係数	0.521	0.435	0.324

因子抽出法: 最尤法 回転法: Kaiser の正規化を伴うプロマックス法

探索的因子分析の結果を参考に、“2008 年加齢受容”（以下、“”は潜在変数を示す），“2008 年充実健康感”、“2003 年社会的関係”の 3 潜在変数を設定し、共分散構造分析を行った。その結果、“2003 年社会関係”が基盤となり、“2008 年加齢受容”を経由し、“2008 年充実健康感”を内生潜在変数としたモデルが得られた。このモデルを男女別に同時分析を行った結果、“2003 年社会関係”から“2008 年加齢受容”への標準化直接効果は、男性 0.50、女性 0.42 であり、男性が女性よりも有意に高かった。“2003 年社会関係”から“2008 年充実健康感”への標準化直接効果は、男性 0.27、女性 0.13、“2003 年社会関係”から“2008 年加齢受容”を経由した“2008 年充実健康感”への標準化間接効果は、男性 0.29、女性 0.32 であった(図 1)。

本モデルの適合度は、RMSEA=0.026、CFI=0.966、NFI=0.951 と高い数値が得られた。また、本モデルは男性 57%、女性 68% と高い説明力をもつモデルであった。

【考察】

得られたモデルから、社会関係は 5 年後の充実健康感に対して直接的だけでなく、加齢を受容することを経た間接的に充実健康感を高める方向に影響している可能性が示唆された。社会関係が充実健康感と関連していることは、高齢期を対象とした先行研究と同様の結果が得られたが、壮年期では、間接的に加齢の受容を経ている可能性が示唆された。このことから、壮年期においては前向きな加齢受容ができるような視点を取り入れた支援の有効性が示唆された。

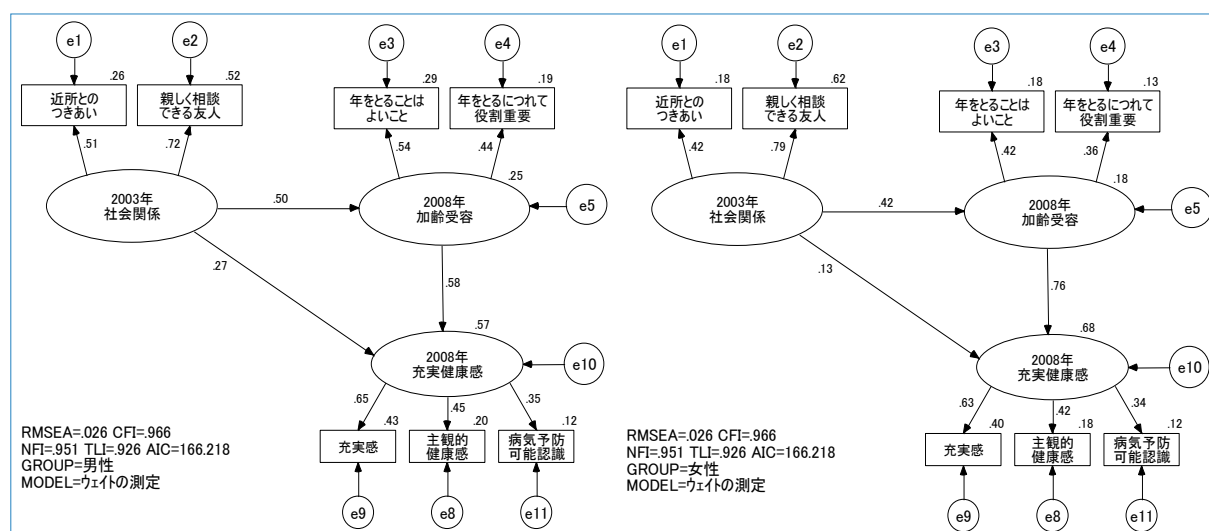


図 1 加齢受容と充実健康感の因果構造モデル(左;男性、右;女性)

高齢者見守り組織発展過程における専門職の役割

○前原なおみ¹・津村智恵子¹（甲南女子大学¹）

【目的】

住民・組織が行動変容し、地域の見守り活動が組織として構築される過程における専門職の役割を明らかにすることを目的とした。

【方法】

特徴ある高齢者見守り活動を行っている3地域の高齢者保健福祉関係職員に、組織の展開過程について聞き取り調査を行い、関係箇所の視察を3時間程度で行った。

視察した組織の組織構築過程を、行動変容ステージモデル(The Transtheoretical Model)を参考にした5つのステージに整理し、専門職の果たした役割の共通性を抽出した。本研究で使

無関心期:行動変容する意思がない時期
関心期:行動変容を実行する意思がある時期
準備期:行動変容を実行する意思があり
準備をしている時期
実行期:明確な行動変容が見られた時期
維持期:明確な行動変容が持続している時期

地域の特徴:

A市:経済的虐待の早期発見と対応を目指したボランティア組織が結成され、住民主体の研修が活発に行われている。地域金融機関や商店街の協力と行政の組織的介入により、家庭訪問を行っても発見困難な経済的虐待の早期発見ネットワークの構築に成功している。

B市:認知症になっても住み慣れた地域で、生活し続けられるよう、市民・NPO法人が一体となって高齢者を地域で支える支援組織ネットワーク化に成功している。

C市:認知症ケアを中心とするまちづくりに向

け、地域の実態調査、ケア研究会活動、認知症サポーターの育成など認知症支援・活動の基盤となる活動を地域全体で取り組んでいる。

倫理的配慮

平成20年5月に甲南女子大学倫理審査委員会に提出し、承認を得ている。視察は地域包括支援センター長と高齢者の担当課および担当者の了解を取って実施した。また、地区が特定できないように地区名と活動名は文字・記号化して記述した。また、分析は研究メンバーで行い、分析した内容は視察地域の専門職にフィードバックし、妥当性を担保した。

【結果と考察】

3地域の見守り組織の構築過程を、各ステージにわけ、専門職の関わりの共通性を抽出し組織への影響をまとめる。

<無関心期>

専門職は問題意識を持ち、地域住民、特に認知症の人とその家族や独居高齢者など困っている人から、健康や生活に関する情報を収集し、問題に即時に対応していた。

困っている人々への個別支援は、住民の生活実態把握につながり、即時に対応することにより、住民は専門職に信頼を寄せ始めた。顔の見える関係づくりによる生活実態把握は、地域住民のニーズを掘り起こし、安心して地域で生活するための課題の抽出につながった。

<関心期>

専門職は、住民同士、住民と関係機関(事業所・NPO法人など)、行政など、課題に関係する人々の出会いの場をつくり、情報交換と相互理解を促す役割を担っていた。また、関係機関等

のグループづくりを支援し、活動の組織づくりを支援した。

住民・関係機関・行政の情報交換は活発に行われ、3 者間の関係作りにつながった。課題を通して 3 者の相互理解は促され、立場を尊重しながら課題に向かって連携しはじめた。

＜準備期＞

専門職は、さらに地域のニーズの掘り起こしのために、住民・関係機関・行政と協働して、地域に生活する全住民と関係機関等を対象に、実態調査を行った。また、調査結果を 3 者で共有するとともに、市広報や回覧板を用いて地域住民にフィードバックした。

実態調査によって、地域住民のニーズは掘り起こされ、課題はより明確化し包括的に把握された。その結果、住民・関係機関・行政は、共通の目標に向かって協力し、課題の優先順位を決め、役割分担するなど具体的に組織として展開し始めた。3 者が課題解決に向かって協働して活動することにより、地域の活動基盤は整備され、地域住民の課題意識も向上した。

＜実行期＞

専門職は、3 者の協働を促しながら専門的知識を用いて、活動を支援していた。住民・関係機関・行政は、共通した目的を持って研修・啓発事業を企画・実施し、見守り活動を担う人材の発掘・育成を継続して行っていた。地域の金融機関や町内会、事業所を巻き込むなど活動協力者は増加し、さらに、育成した人材を登録したことは、地域住民の活動参加に拍車をかけた。

さらに住民は、関係機関・行政との協働から、事業や企画、活動に関するノウハウを学び、住民を主体とした地域活動は活発に進められ、地域独自の活動として広がり始めた。活動の広報と研修や啓発活動による人材育成は、地域住民に課題意識を持たせ、地域で活動する人材の拡大につながっていた。

＜維持期＞

住民・関係機関・行政は、見守り組織の将来的なビジョンから対象年齢層を拡大した人材の確保を目指し、小中学生・高校生を対象とした研修会を行っていた。

専門職は、住民の企画に参加し、実践しながら活動の喜びと課題を共有し、住民グループの力動をアセスメントして助言を行うなど、間接的な支援を継続していた。また、3 者間が交流する場をつくり、目標の見直しや、基準の作成など常に相談ができる関係を維持することで、行政や専門職からの役割委譲や相互的な関係を支援していた。

専門職の意図的な関わりによって、住民・関係機関・行政による自発的な組織運営は成功し、地域独自の自主的な活動の継続につながっていた。

【結論】

大井田氏は、『高齢化・無縁社会では、地域のサークル活動などが民生や衛生活動に取り組めるよう行政がリードすることが求められる』1)とし、地域の組織作りの先導役を行政が果たすべき役割と述べている。

しかし、本研究において、専門職の意図的な関わりは、地域住民のニーズの掘り起こし、課題の明確化と意識化、住民・関係機関・行政のグループづくり、地域への発信と組織の基盤づくりにつながっており、専門職は高齢者見守り組織の発展過程において先導役を担っていることが明らかになった。

【引用・参考文献】

- 1) 週間保健衛生ニュース:ソーシャルキャピタルの活用を提案,2011年2月14第1595号. P17
- 2) 星旦二, 栗盛須雅子:地域保健スタッフのための「住民グループ」の作り方・育て方, 医学書院, 2010.

「特定保健指導に対する対象者の思いーポジティブ・ネガティブの両側面についてー」

○竹末加奈（活水女子大学看護学部 首都大学東京都市環境学部大学院博士後期課程）

井上和男（帝京大学医学部地域医療学） 小林美智子（活水女子大学看護学部）

星旦二（首都大学東京都市環境学部大学院・都市システム科学専攻域）

【背景と目的】

特定保健指導は、特定健診の結果、生活習慣病ハイリスク群と判定された受診者に対して実施される。特定保健指導による生活習慣や検査データの改善については、一定の効果が見られているという積極的効果についての報告が多い。

一方で Kipnis らは、数値の改善だけを目的にした、生活に負担を与える保健指導で開始された健康行動は決して長続きしないばかりか、対象者の生活に不安定さを与え、生活の質を低下させてしまうことを指摘している。しかし、こうした負の側面にも着目した保健指導を受けた個人の生活の質や思いに関する先行研究は、ほとんど見当たらない。

本研究は、特定保健指導を受けた者 6 名のインタビューにおける「語り」の分析を行い、保健指導に対する思いを明らかにすることを目的とした。その結果、今後の事後指導のあり方についての示唆を得たため報告する。

【対象と方法】

調査期間：平成 21 年 9 月～22 年 2 月

対象：特定健診でメタボリック症候群該当者が予備群に判定され、特定保健指導を受けかつ、研究参加に了承を得られた男性 6 名。全員同じ物流販売の企業の従業員であるが、所属部署はさまざまであった。6 名の指導内容は積極的支援 2 名、動機づけ支援 4 名で、年齢は 38 歳から 47 歳であった。

特定保健指導後、うち 1 名は腹囲や体重に減少

が認められ、1 名は増加していた。4 名は特別な変化がみられなかった。

方法：対象者に対し、30～50 分の半構成面接を行い、特定保健指導についての思いを聞いた。インタビューはすべて、特定保健指導の最終面接（6 か月後）修了直後に行った。面接時の録音データはすぐに逐語録にし、修正版グランデッドセオリー（木下）の手法により帰納的に分析を行った。解析と同時に構成要素のサンプリングを継続し、新たなカテゴリーが見いだせなくなるまで続けた。概念間の関係図を作成した後、ストーリーラインを記述した。

【倫理的配慮】

本研究は、活水女子大学倫理委員会の承認を得た。対象者には自由参加、匿名性の保証等について口頭および書面で説明し、研究参加承諾の自署を得て行った。

【結果とストーリーライン】

解析の結果、19 のカテゴリーが抽出された。カテゴリーは、「診断と指導に対する思い」「自分の生活への適合」「行動を変えることへの思い」に大別され、それぞれにポジティブな思いとネガティブな思いという両側面が見られた。（図 1）さらに、腹囲や体重のデータ改善の如何にかかわらず、対象者全員から、両側面の思いが語られていた。

ストーリーライン：特定保健指導を受けたことは、行動変容へ取り組む意欲を刺激し、セルフケア知識を得たことへの満足感を惹起していた。しかし一方、知識を得たために、却って理想的な生活と

のギャップに苦しんだり、メタボリック症候群である自分に対する羞恥心、自責の念を抱いたりといった、ネガティブな思いも引き起こしていた。また、診断に伴う社会的不利があり、それに対する憤りも感じていた。

生活に負担のない行動変容に対してはできるかもしれない、という効力期待があり、身体に良い行動による快の情動を実感できた場合、減量などの結果に繋がり、周囲の評価によって行動が強化されるという良い循環につながった。

しかし、将来の健康のために現在の生活を変えることは簡単ではなく、特に、仕事により生活が規定されているため変えることができない、という思いは全員から聞かれた。

行動変容が生活の楽しみを低下させるという認識、行動変容を意識するとかえってどうでもよくなるといったネガティブな感情がみられ、できない自分に対して、自己効力感や自尊感情の低下が引き起こされていた。

【考察】

特定保健指導によって、対象者はポジティブな思いだけでなく、ネガティブな思いも抱くことが明らかになった。

生活に負担のない行動に対する効力期待が、行動変容につながり、ポジティブな思いの循環を引き起こしている様子が、多くの先行研究と同様に

示された。しかし、行動変容が成功した人にも、成功しなかった人にも、ネガティブな思いが同時に見られたことは新しい知見であった。

特定保健指導はメタボリック症候群という、疾病の診断—治療の構造を出発点とし、その時点で負の側面を内在している。また、健保組合が主体になって実施し、受診率やデータの改善率から、ペナルティが課せられるというシステム上、受診やデータの改善に対する強制力も有している。行動変容の必要性を感じて自らが希望するレディネスにない受診者に対して、このような負の側面に考慮せず、一方で強制力を持つ指導を行うことは、「自分の状態や生活を正視したくない」感情や「できない自分への自尊感情、自己効力感の低下」を引き起こす原因になると考えられる。保健指導による生活習慣の改善が持続しない誘因としても、考慮を要するかもしれない。

保健指導の評価では、通常ポジティブな側面だけが対象とされるが、ネガティブな側面にも注目し、対象者の生活の質を低下させないシステムに改善していく必要があると考えられる。

【結論】

特定保健指導は、対象者に対して良い影響を与える一方、多くのネガティブな思いを引き起こしていた。対象者の生活の質が低下しないよう、負の側面についても十分に配慮していく必要がある。

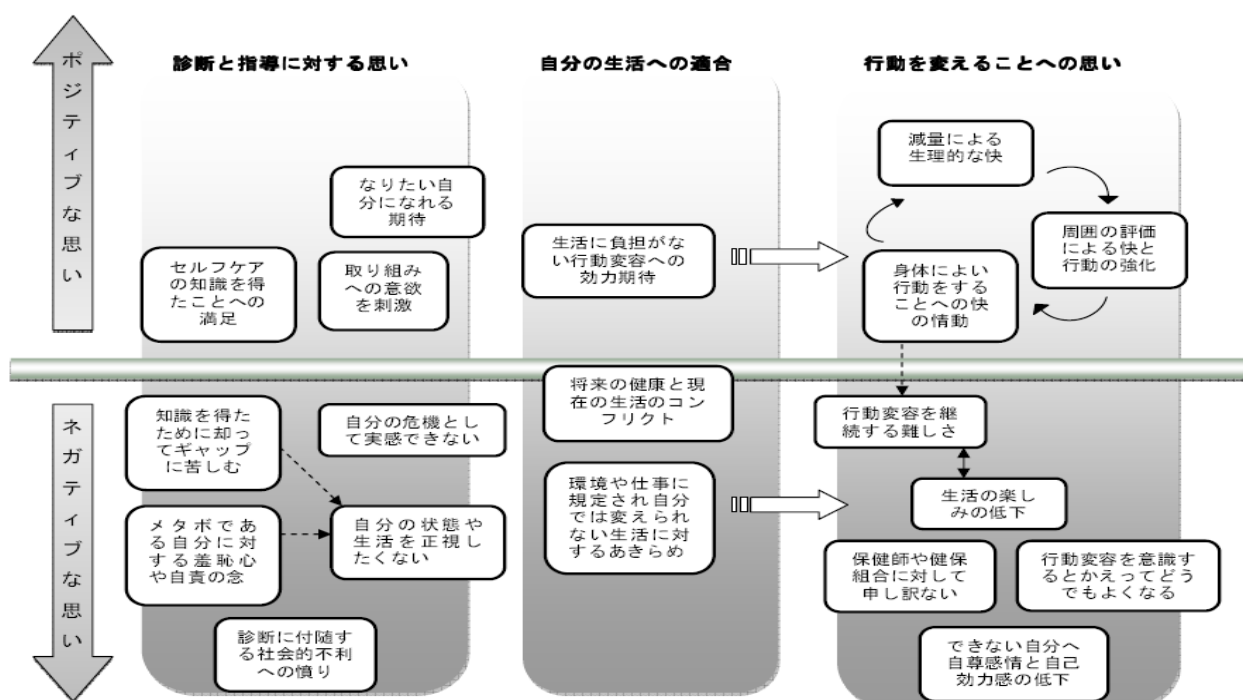


図1. 特定保健指導を受けた対象者の修了時（6ヶ月後）の思い

訪問看護ステーション設置主体別の業務委託に関する意向調査

○波川京子・岡田尚美・和泉比佐子・松原三智子・上田 泉（札幌医科大学）

【目的】 訪問看護ステーションの経営安定的に継続するために業務の効率化や、業務委託が検討されている。業務委託において設置主体による差があることが予測される。そこで、設置主体による業務委託の意向の相違を明らかにすることを目的とする。

【方法】 社団法人全国訪問看護事業協会登録の2,688か所(2008年11月末現在)の訪問看護ステーション管理者を対象に、無記名自己記入式の郵送調査を2009年10～12月に実施した。訪問看護に付随する26業務について「委託したい」、「委託したくない・委託できない」の意向を調査した。設置主体別を医療法人と医療法人以外（社会福祉法人、医師会、株式会社、看護協会・社団法人、市町村、有限会社）に分類し、設置主体による業務委託の意向についてカイ 2乗検定を行った。回収数 539 部(回収率 20.1%)の内、有効回答 443 部を分析対象とした。

本調査は札幌医科大学倫理委員会の承認を受けた。

【結果】 訪問看護ステーションの設置主体は医療法人 36.3%、医療法人以外 63.7%（社会福祉法人 9.7%、医師会 9.3%、株式会社 7.0%、看護協会 5.2%、社団法人 5.2%、市町村 4.7%、有限会社 4.5%、消費生活協同組合 2.7%、NPO 法人 1.6%、社会福祉協議会 1.1%、訪問看護振興財団 0.5%、その他 12.2%）であった。

患者・家族に関する9業務のうち「委託したい」が50%以上であった業務は、医療

法人は「在宅関連用品取扱業者の患者・家族へ対応」と「患者・家族への在宅医療機器説明」、医療法人以外では「在宅関連用品取扱業者の患者・家族対応」であった。

訪問看護に付随する17業務のうち「委託したい」が50%以上であった業務は、両者とも「訪問看護紹介パンフレット作成」「訪問看護実施マニュアル作成」「退院時に導入が必要な社会資源の情報提供」「クレーム対応研修」「制度関係の研修」「訪問看護技術研修」「在宅用医療機器研修」「処方薬研修」「医療機器・福祉用具の説明会」の9業務であった（表）。

医療法人と医療法人以外とで有意な差が見られた業務は、「市町村役「市町村役場、福祉事務所、保健所等との連絡」のみであった（ $p<0.05$ ）。

【考察】

訪問看護ステーションの業務委託の意向は、設置主体によらず、訪問看護師が患者・家族に関する業務委託は否定的な意向をもっていると考えられる。しかし、訪問看護ステーションパンフレットやマニュアルの作成および社会資源情報提供業務の委託、訪問看護ステーションに共通する研修など訪問看護に付随する業務においては委託を望んでいることが明らかとなった。また、訪問看護ステーションの業務委託の意向は、設置主体別による差はほとんどないことが示唆された。

（本調査は厚生労働省平成21年度老人保健事業推進費等補助金により実施した）

表 訪問看護ステーション設置主体別の業務委託意向

業務内容		計	医療法人				医療法人以外			
			委託したい		委託したくない 委託できない		委託したい		委託したくない 委託できない	
			n	%	n	%	n	%	n	%
患者・家族に関する業務	患者からの問い合わせの電話	407	21	13.7	132	86.3	22	8.7	232	91.3
	患者からのクレーム対応	407	19	12.4	134	87.6	19	7.5	235	92.5
	患者以外からのクレーム対応	404	32	20.9	121	79.1	53	21.1	198	78.9
	在宅関連用品取扱業者の患者・家族対応	413	93	61.6	58	38.4	160	61.1	102	38.9
	訪問看護契約説明と同意書受理	414	30	19.6	123	80.4	45	17.2	216	82.8
	患者への看護計画の説明	412	7	4.6	146	95.4	8	3.1	251	96.9
	患者への看護内容説明	411	10	6.5	144	93.5	7	2.7	240	97.3
	患者・家族への在宅医療機器説明	410	75	50.3	74	49.7	121	46.4	140	53.6
	患者・家族への感染性廃棄物取扱説明	405	59	39.3	91	60.7	95	37.3	160	62.7
訪問看護に付随する業務	訪問看護紹介パンフレット作成	417	104	66.2	53	33.8	167	64.2	93	35.8
	訪問看護実施マニュアル作成	422	83	52.5	75	47.5	149	56.4	115	43.6
	希望者への訪問看護紹介・相談	401	36	24.0	114	76.0	58	23.1	193	76.9
	退院時導入が必要な社会資源の情報提供	401	80	54.1	68	45.9	135	53.4	118	46.6
	訪問看護指示書作成	382	37	26.4	103	73.6	58	24.0	184	76.0
	施設外訪問看護計画書・報告書作成	416	15	9.7	139	90.3	17	6.5	245	93.5
	OT.PT.ST 等の派遣調整	376	46	34.1	89	65.9	94	39.0	147	61.0
	他施設との入退所連絡調整	391	56	39.4	86	60.6	91	36.5	158	63.5
	退院時カンファレンスの日程調整	397	47	31.8	101	68.2	73	29.3	176	70.7
	サービス担当者会議の日程調整	399	46	31.3	101	68.7	72	28.6	180	71.4
	クレーム対応研修	405	115	78.2	32	21.8	186	72.1	72	27.9
	制度関係の研修	411	119	79.3	31	20.7	189	72.4	72	27.6
	訪問看護技術研修	416	114	74.5	39	25.5	182	69.2	81	30.8
	在宅用医療機器研修	415	118	76.6	36	23.4	193	73.9	68	26.1
	処方薬研修	400	116	81.7	26	18.3	193	74.8	65	25.2
	医療機器・福祉用具の説明会	405	125	83.9	24	16.1	198	77.3	58	22.7
	市町村役場、福祉事務所・保健所等への連絡	383	44	30.6	100	69.4	49	20.5	190	79.5

「公立病院改革ガイドライン」下での自治体病院再編に関わる 保健医療福祉学的研究 ―地域医療における自治体病院機能の再検討―

○牧野忠康 （日本福祉大学・社会福祉学部）

【目的】「公立病院改革ガイドライン」（総務省・2007年12月24日策定）が、公立病院の統廃合等の再編に及ぼした影響を明らかにし、地域医療の再構築のあり方を検討することを目的とする。

【方法】厚生労働省「医療施設動態調査」（2005-2011年の各年1月末概数）により開設者別にみた施設数・病床数の変化を整理し分析と考察を行った。加えて「地域医療を考える会」運動に報告者が自験の事例をもとに、住民参加型の地域医療のあり方を検討した。

【結果と考察】都道府県立病院数は、2005年の312施設から2011年の234施設に至るまで年々減っていた^{表1}。2011年の312施設から2005年の312施設までは、不変で推移していた^{表1}。2004年からの新臨床研修制度実施以降に顕著となった医師不足と病院赤字で再編が行われた影響である。2009年以降の減少は、独立行政法人への移行が増えた影響である。

市町村立病院数は、2005年の764施設から2011年の701施設に年々その数が減っていた^{表1}。特に2008年以降の減少傾向が顕著に認められた。「平成の大合併」が進む中で新自治体が医師不足と病院赤字に悩む複数の自治体立病院を抱える状態になっていた。2007年12月に「公立病院改革ガイドライン」が総務省より示され、病院赤字

の解消が迫られた。その対策として、新自治体は機能分化を主軸とした経営効率化の統廃合の再編に流れた。さらに、2010年度に「地域医療再生計画」の交付金が各都道府県に50億円が付けられ再編は加速された。また、独立行政法人化も進んでおり、再編の困難なところは民間移譲を行っている。市町村立の病院の減少は、こうした政策の反映とみることができる。

都道府県立病院病床数は、2005年の87155床から2011年の61808床へと大幅な減少がみられた^{表1}。病院数の減少とともに、医師や看護師の不足で病床の集約や廃止が行われたためとみられる。しかも、病棟休止や診療科目の減少などがあちこちの自治体病院で見られるので、病床稼働の実態はもっと少ないはずである。

診療所も病床数が減少していた^{表1}。これは、都道府県立では病院が無床診療所化されたり、市町村立では有床診療所が無床化されるなどが影響している。

表1では読み取りにくいだが、都道府県立や市町村立では救命救急医療や急性期医療への集中や慢性医療やプライマリーケアとの機能分化の統廃合・再編が進められミニ大学病院化している。病院や診療所が地域住民の身近な存在でなくなっている。

【事例1】愛媛県宇和島市の例

宇和島市は2005年8月1日に、宇和島

市・吉田町・三間町・津島町が合併して新しい宇和島市が誕生し、合併時人口は 92,602 人であった。自治体病院は、旧宇和島市に市立宇和島病院、旧吉田町に吉田町立病院、旧津島町に国保津島町病院と国保診療所が、宇和島市立となった。

吉田病院と津島病院は医師不足と病院赤字で新宇和島市の重荷になると懸念された。合併前から旧町民や病院労働組合が「病院存続運動」を行い、合併後は病院存続と地域医療を考える市民運動に発展させた。現時点では、主に救命救急と急性期医療を担当の宇和島市立病院とプライマリーヘルスケアで地政学的に両脇を固める吉田病院と津島病院が共存している。

【事例 2】秋田県北秋田市の例

北秋田市は、阿仁町、鷹巣町、合川町、森吉町が合併して誕生。秋田県の北部中央に位置し、面積は 1152.5km² と秋田県全体の約 10%を占めている。人口は 2011 年 4 月現在 36,862 人で高齢化率 35.7%である。

自治体病院は、組合立米内沢病院、国保阿仁病院があったが、2007 年に国保阿仁病院を無床診療所化、2011 年に組合立米内沢

病院を解散し市立米内沢診療所（無床）にしたことで分限免職が発生し（係争中）た。

2003 年 4 月に許可病床 320 床（稼働 150 床）の市立市民病院を開設した。広大な敷地に豪華な建物の市民病院は、北秋病院（厚生連）、米内沢病院、阿仁病院を再編統合という唄い文句であるが、実体は北秋病院の改築移転で厚生連が管理委託している公設民営の病院である。医師不足で全体の 3 分の 1 のオープンしかできていない。市民病院は山の中に立地し、高齢者などの通院に不便でもあり住民の評価は高くない

【結論】自治体病院は、老朽化と財政難と高度医療展開の医療側のニーズなどで再編は避けられない。しかし、再編成は住民参加で行う必要がある。専門家に「お任せ」ではなく、地域住民の主体的な参加を促して再構築する地域医療の哲学が必要である。専門家の論理による専門医療化や経営効率化の志向では、外面は一見豪華でも地域住民の使い勝手の悪い病院ができてしまう。

【参考文献】牧野忠康（2008）「宇和島地域の実態調査で見えた地域医療の諸問題一問いなくして地域医療の充実なし」『月刊国民医療No.252』、2008. 09. 01、国民医療研究所、1-23)

表1 2005-2011年(1月概数値)の都道府県・市町村別、病院数・診療所数・病院病床数・診療所病床数の推移

	平成17年 2005	平成18年 2006	平成19年 2007	平成20年 2008	平成21年 2009	平成22年 2010	平成23年 2011
都道府県（病院数）	312	307	289	277	270	256	234
市町村（病院数）	764	755	753	741	727	713	701
地方独立行政法人（病院数）					22	32	54
都道府県（診療所数）	357	341	300	279	269	249	240
市町村（診療所数）	3 421	3 325	3 274	3 227	3 178	3 138	3 101
地方独立行政法人（診療所数）					7	8	10
都道府県（病院病床数）	87 115	85 628	79 178	75 679	72 944	68 637	61 808
市町村（病院病床数）	167 130	164 843	163 607	161 374	158 197	154 086	151 526
地方独立行政法人（病院病床数）					12681	16 408	23267
都道府県（診療所病床数）	76	76	113	132	131	169	131
市町村（診療所病床数）	3096	3021	2796	2736	2709	2 774	2 690
地方独立行政法人（診療所病床数）							

資料：厚生労働省・医療施設調査より作成

インターネット上の医療情報に関するガイドラインの検討

○上田麻絵、山路学、扇原淳（早稲田大学・人間科学）

三谷博明（日本インターネット医療協議会）

【背景】 日本のインターネット利用人口は 9,000 万人を超え、人々は多様な情報をインターネットから入手している。しかしながら、インターネット上の医療情報については、特に規制がなく、個人的な意見と科学的客観的な情報が区別されずに公開され、情報を入手する側に過度な判断能力が求められている現状が指摘されている。問題となっている。海外では、こうしたインターネット上の医療情報については 1990 年代後半から第三者機関による認証活動が行われ、政府が財政的な支援を行っている国もある。一方、我が国では厚生労働省が情報提供者向けのガイドライン作成や遵守状況の認証を提案しているが前述のような支援をしていない。

今回、インターネット上の医療情報のガイドライン、認証活動の相違点について明らかにすることを目的に、我が国を含めた 3 カ国のガイドラインを比較検討した。

【対象・方法】 日本、アメリカ、スウェーデンの各国に本部事務局を置く第三者認証機関の次の 3 つの認証コードを対象とした。1. 「eヘルス倫理コード 2.0」日本インターネット医療協議会 (JIMA)、日本、2. 「Health Web Site Accreditation Guide、Version 3.0」URAC、アメリカ、3. 「the HON code」Health on the Net Foundation(HON)、スウェーデンである。2011 年 5 月 1 日から 7 日に上記の団体のウェブサイトアクセス

し、ガイドラインについてはフォーマットや対応言語など形式的な部分と内容量を中心とした実質的な部分の 2 つに区分し、評価を行った。内容量については、基本情報 (5)、情報内容 (10)、広告・スポンサー (10)、データ保護 (10)、説明責任 (5)、アクセシビリティ (5) の 6 カテゴリー計 45 項目の評価基準を作成し、各項目の有無を比較した。なお、() 内に項目数を示す。認証活動の実態については、開始年数、スタッフ数、認証サイト数、認証国数、期間、費用の 6 項目とした。

【結果】 ガイドラインの形式的部分については、フォーマットは HONcode 以外の 2 つの組織では箇条書きで提供されていた。対応言語は HONcode が最も多く 35 カ国語、次いで JIMA の 3 カ国語（日・英・中）、URAC の 1 カ国語（英）であった。実質的部分では、ガイドライン別でみると、45 点満点中、JIMA が 36 点、URAC が 28 点、the HONcode が 27 点であった。さらに、カテゴリー別では全ガイドラインの合計点を平均すると、基本情報が 7.3 点、情報内容が 6.7 点、広告・スポンサーが 6.3 点、データ保護が 8 点、説明責任が 7.3 点、アクセシビリティが 4 点であった。そこで、今回、全てのガイドラインで記載が最も得点が高かったデータ保護と最も得点が低かったアクセシビリティの結果を表 1・2 に示す。認証活動の詳細結果を表 3 に示す。認

証活動が開始されたのは HONcode が最も早く 1996 年、次いで URAC が 2001 年、JIMA が 2002 年であった。スタッフ数、認証サイト数、認証サイト所有国数の 3 項目とも HONcode が最も多く、わずか 30 人で 102 カ国 7,300 以上のサイトを認証していた。一方、費用に関しては、HONcode の他に 2010 年に新たに導入された JIMA のレギュラーマークの認証が無料であった。期間は JIMA が最も短く最短で 1 週間、最長で 8 週間と残りの 2 つの組織と比較して 2 ヶ月以上も早かった。

【考察】ガイドラインの形式的部分と実質的部分を総合すると、HONcode や URAC より後に作成された JIMA「eヘルス倫理コード 2.0」が医療情報提供者にとって欠かさない内容を明確に提示していた。ただし、旅行者などによる海外からの医療情報アクセス増加などを考慮すると、ガイドラインのグローバル化対応も求められる。その点に関しては、HONcode の 35 カ国語対応は見習うべき課題である。認証活動との結果より、JIMA のガイドラインのように情報の質の向上を目指し、基準自体が厳しくなることは認証サイトや費用に大きく影響を

与えることが予想される。しかしながら、わずか 30 人のスタッフで 1 ヶ月の間に 23 サイトを認証し、204 サイトの再評価を実施する HONcode のような簡易的な認証システムでは、活動そのものの質が問われることになるであることが考えられる。しかしながら、これだけの数のサイトを集積させた PR に関するノウハウは他の団体も参考にすべき点があると思われる。

【結論】今後、インターネット上の医療情報をより質の高いものにしていく上で、法律による規制をかけることは選択の自由や費用的にみても困難であるため、第三者認証機関による活動が重要であることが明らかとなった。本研究の結果より、今後に向け、1. ガイドラインの国内統一、2. ユーザーの育成、3. 認知度の向上を提案する。

今後の課題として、対象としたガイドライン以外にも、近年作成・提供されはじめて国内外のガイドラインについての運営や認証活動の状況を調査する必要がある。ガイドラインが複数存在する場合、基準とするガイドラインの選定方法や認証活動自体の評価方法など、まだこの分野の諸課題について議論していかなければならない。

表 1. 認証団体の基礎的情報

	JIMA	URAC	HON
開始年数	2002	2001	1996
スタッフ数	6	13	30
認証サイト数 (2011.5.1 現在)	27	19	7,300
認証サイト所有国数	1(日本)	2(アメリカ・カナダ)	102
認証機関	1 週間~2 ヶ月	4~6 ヶ月	4~7 ヶ月
認証費用	無料~10 万円	認証サイト次第	無料

大阪市西成区北部地域での5年余ヵ月の実践報告 社会医学研究における診療所の役割と機能についての模索

○黒川 渡、白水倫生、富樫トモ子、大釜晴美、藤田泰輔、川畠 亮、
山中小百合、岩戸博子、福森 隆（くろかわ診療所）

【目的】地域医療を実践する過程に影響を与える諸因子を具体的な実数と事例を通じて明らかにすること。

【方法】1) 病診連携・診療連携の実践を通じ明らかにできる医療保険システムの現状と課題を抽出する。2) 医療と福祉（高齢者介護・障害福祉・社会保障制度適応など）の連携の実践例を通じた課題を抽出する。3) 患者の受診行動と健康上の行動変容に見られる影響因子を生物・心理・社会モデルの視点から抽出・列挙する。4) 診療所実践における各職種とその業務における課題を明らかにする。以上を経験的に得られた種々の因子と課題を明らかにすることで、今後の社会医学的研究に資することができる診療実践の方向性を模索・検討する。

【結果と考察】2005年12月1日に開設した当診療所の実践報告を2007年第48回社会医学会総会で行った。現在、診療実績では、健康診断を含めカルテは約2900名で、病診連携のため、開放型病院登録医療機関11件を含む患者紹介を行う医療機関は20件近くになる。専門科診療所との交流も日常的に行われている。

ホームレス問題に見られる医療の重要な課題は、重症疾患があっても受診できない、または受診しても不十分な診療のため、再野宿化する人々の存在や医療不信が根強く

存在している。典型的には路上死という事態が未だに存在する。こうした課題に地域の医療システムが果たすべき役割はそれぞれの医療機関のパフォーマンスに応じた応分の役割を担うことが求められる。このような問題や課題は、高齢者、障害者を初めとする単身生活者やさまざまな社会的脆弱性を有する人々に関わる医療の課題と本質的に共通する。

こうした課題の実践的な解決のためには日常実践における病診連携・診療連携が有効に機能する必要がある。その根本には医師をはじめとする異なる医療機関に所属する医療従事者間の連携のあり方の共通認識と相互理解が必要である。同時に、各医療従事者の行動と判断に影響する所属医療機関の現状と、これらを規定する医療保険制度の度重なる変更と修正が与えている問題が潜在し、障壁となっていることも事実である。私たちは実践を通じ、個々の患者の問題を解決してきたが、課題も明らかになりつつある。以上に関し、実数と事例をもって課題を抽出し報告する。

脆弱な社会基盤にある人々の生活を支え、健康を守る活動は、医療のみでは十分な解決を図ることは不可能である。たとえ家族が居ても家族が十分に患者を支えることができないことも少なくない。医師が、診察室で処方行為を行い、生活指針を助言して

も、日常生活の中で患者自身の遂行が不十分であれば、治療や健康作りが成功することを期待することは不可能である。理解と実践の解離を補う生活レベルでの支援と強く結びつくことが必須である。とくにさまざまな社会保障制度の運用と福祉サービス提供者との緊密な連携が求められる。生活保護行政の課題や福祉サービス制度とそこで働く人々の現状から、期待すべき連携を行うことは容易ではない。こうした課題を分析・検討した結果を整理して報告したい。

現在、私たちはサービス担当者会議を継続的に行う努力をしているが、必ずしも十分な結果を得ているとは言えない。また、社会サービス・福祉サービスを受けていない人々の場合、日常生活を見守り、助言・支援できる手だてがない。診察室の実践のみで問題を明らかにすることはできない。たとえば薬を指示どおり服用できない患者の生活上の問題を明らかにするために、本人の同意を得た上で看護師・事務職員などが家庭訪問をし、始めて認知症が明らかになる場合や、低下した生活機能のために乱雑な居室や薬が散乱しているという事態が認められる。生活保護受給者が日常的に社会とつながる機会が少ないために居室に引きこもり、抑うつ的な状態を長引かせ、生活意欲まで低下させている事態は多数存在する。自己責任論では解釈しきれない深刻な問題は、精神科的治療と投薬のみでは解決できない。また、居室の立て付けが貧しいため、隣人の生活音がもたらす不眠などさまざまな事例を認める。そして、受診行動には種々の因子が複雑に絡み、治療上の適切な医学的適応判断に重要な影響を与え

ている。これらの患者の行動様式における多数の因子は、本報告ですべて列挙することも、分析的な整理をすることも困難であるが、象徴的な事例を通じた問題提起をしたいと考えている。

以上の実践を担うために私たちの診療所の職員構成は、医師 1（他非常勤 1）、看護師 2（他非常勤 1）、事務職 4（医療相談を含む）である。診療所レベルでは、家庭訪問、医療福祉相談は医療保険では手当てされていない。また、さまざまな生活歴と価値観を持つ個々の職員が、多様な問題と利用主義的で不適切な受診行動や対人関係行動をとる患者の問題を冷静に受け止め、理解し、援助的な姿勢を一貫することは大きな課題である。また、診療所組織としての一体感をもった共通認識を作り上げていくことも重要な課題である。こうした問題を克服するための具体的な工夫と課題についても報告したいと考える。

【結論】西成区北部地域での診療実践を通じ、地域医療と地域に暮らす人々に提供される医療サービスの向上と、提供された医療サービスが各個人が目標とできる健康課題の達成を具体的に実現することは大きな課題である。そして、それはおそらく他の地域でも共通する課題であると考えられる。これらを実践するためには、だれが、誰とどのような課題意識を共有し、継続的な努力を連携しながら行うことの重要性が指摘される。そして、それは地域や社会システムという大きなレベルでも、診療所内部での個人間での関係にも依存している。

東京都 A 市在宅高齢者の認知症有病割合の推移：6 年間の追跡調査より

○山本 千紗子（中京学院大学 看護学部）

星 旦二（首都大学東京 都市環境学部）

【背景】日本の平均寿命は 2009 年に男性 79.59 歳、女性 86.44 歳、高齢化率は 22.7% であったが、2055 年にはそれぞれ 83.67 歳、90.34 歳、40.5%になると予測されている。高齢化率が高まる中、認知症者数も 2005 年の 205 万人から、2035 年には 445 万人に増大すると見込まれている。軽・中等度の認知症は、薬物やさまざまな療法によって症状の改善や進行抑制が可能な今日、早期発見による早期治療開始が肝要である。しかし、認知症の初期症状は加齢による物忘れと間違われやすく、専門医受診までに 2 年程度の遅れが見られる¹⁾。山本らは認知症見逃し割合を明らかにし、2001 年(男性 6.3%、女性 9.3%)、2004 年(5.1%、6.6%)、2007 年(4.1%、5.8%)と減少傾向が見られることを報告している²⁾。一方、政府は認知症対策の重要性を認識し、認知症になっても安心して住めるまちづくりを目指して 100 万人の認知症サポーターを育成する全国的運動を展開し、各自治体が市民対象に認知症初期症状の理解促進教育プログラムや認知症予防教室を開催して啓発活動に尽力している。

【目的】東京都 A 市における 65 歳以上在宅高齢者全数調査に基づき、2001 年、2004 年および 2007 年の認知症有病割合の推移とその傾向を明らかにすることを目的とした。

【方法】ベースライン 2001 年の 65 歳以上在宅高齢者全数調査は、基本的属性、回答者(本人または代理の別)、家族構成、主観的健康感、日常活動能力、社会経済的状況、介護保険等の 44 項目からなる自記式調査票で、郵送配布・回収方式により、16,462 人のうち 13,195 人から回答があった(回収割合 80.2%)。追跡調査は 2004 年

と 2007 年にほぼ同様の項目で実施し、併せて 2001 年の分析対象者の生存状況も調査した。分析対象者は 2001 年が 13,058 人(男性 6,010 人、女性 7,048 人)、2004 年は 13,182 人(同 6,235 人、6,947 人)、2007 年は 15,084 人(7,081 人、8,003 人)であった。家族が代理回答の理由として認知症を選択した場合と、本人が治療中の病気について認知症を選択した場合を認知症認識群(the recognized-demented; RD)とし、それ以外を非認知症群(the non-demented; ND)と定義した。ただし、2001 年調査には治療中の疾患を問う項目は含まれず、すべて家族判断に基づく。

日常活動能力として、東京都老研式活動能力指標の一部を改変・活用して「預貯金出入・年金等書類記入・新聞書物を読む・買い物・食事の用意」の 5 活動を用い、ベースライン時の 5 活動能力と家族の認知症判断との関連の強さを連関係数 Cramer's V にて求めた。男性は食事の用意が 0.178 と低く、その他は 0.296(預貯金出入)～0.322(年金等書類記入)、女性は 5 活動とも 0.344(新聞書物を読む)～0.404(預貯金出入)の範囲だった³⁾。男性の食事の用意以外について、どのような活動能力が低下したときに家族は認知症と判断するのかを多重ロジスティック回帰分析(変数減少法、 $p \geq 0.10$)にて求めた。年齢は調整要因とした。オッズ比(OR)は、男性では年金等の書類記入ができない場合の 18.852 ($P=0.000$, 95%CI: 4.489- 79.168)～新聞書物を読まない場合の 1.920 (0.043, 1.021-3.609)、女性は年金等の書類記入ができない場合の 18.154(0.000, 6.354-51.866)～新聞書物を読まない場合 1.947 (0.001, 1.316- 2.879)で、買い物は最

終ステップまで残らなかった³⁾。

多重ロジスティック回帰分析による男女共通の要因「預貯金出入・年金等書類記入・新聞書物を読む」を知的能動性活動項目として各 1 点に得点化し、ROC 曲線でカットオフポイント(0-1/2-3)を求め、0-1 点を低得点群(lower-scoring cohort; LSC)、2-3 点を高得点群(higher-scoring cohort; HSC)とした。2001 年の ND の低得点群割合は、6 年間追跡した累積死亡割合と死亡時平均年齢から認知症見逃し割合に相当することが明らかにされている⁴⁾。簡潔に示すと、男性では累積死亡割合は RD が 63.5%、ND における LSC は 55.6%だったが HSC は 15.3%、平均寿命と標準偏差(SD)は、RD が 85.6±8.6 歳、ND における LSC は 84.8±8.1 歳だった。女性の累積死亡割合は RD が 54.0%、ND における LSC は 45.6%だったが HSC ではわずか 8.1%、平均寿命と SD は RD が 90.1±6.7 歳、ND における LSC は 90.2±7.6 歳であった。ND における LSC は数値の高さが RD に類似しており、ベースライン時に受診していれば認知症と診断された可能性が高い。この結果より、認知症有病割合は RD と ND における LSC の割合から求めた。

【倫理的配慮】自記式調査票項目に「答えたくない」を設定して参加意思を尊重した。A 市と大学間で個人情報保護の協定を結び、東京都立大学都市科学研究科と首都大学東京都市システム科学専攻倫理委員会の承諾を得た。解析処理は量的に行った。

【結果】2001 年では、RD は男性 1.1%、女性 2.5%、ND における LSC が男性 6.3%、女性 9.3%であり、認知症有病割合は男性 7.4%、女性 11.6%(全体 9.6%)、女性は男性の 1.6 倍であった。2004 年の RD は男性 1.2%、女性 2.8%、ND における LSC は男性 5.1%、女性 6.6%で、認知症有病割合は男性 6.3%、女性 9.3%(全体 8.4%)、女

性は男性の 1.5 倍であった。2007 年の RD は男性 1.8%、女性 3.0%、ND における LSC は男性 4.1%、女性 5.8%で、認知症有病割合は男性 5.8%、女性 8.9%(全体 7.5%)、女性は男性の 1.4 倍であった。

【考察】2001 年～2007 年の認知症有病割合は男女とも着実に減少し、男性は 20.3%、女性は 25.4%減少していた。女性の有病割合も男性に比べて高いものの通減傾向が見られた。有病割合の減少は、政府の積極的な認知症対策と各自治体の認知症予防講座や早期発見のための教育プログラムの成果の表れと思われるが、この点に関してはさらなる検証が必要であろう。しかしながら、2007 年時点でなお 7.5%の高齢者に認知症が見られることから、晩年の生活の質を高めるために一層の努力が求められる。

【文献】

- 1) Wackerbarth SB, Johnson MM: The carrot and the stick, benefits and barriers in getting a diagnosis. *Alzheimer Disease and Associated Disorders*, 2002; 16(4): 213-220.
- 2) Yamamoto C, Hoshi T: Steadily decreasing proportion of overlooked dementia in community-dwelling Japanese elderly: six-year follow-up in an urban population. *Bulletin of Social Medicine*, 2011; 28(1):1-7.
- 3) 山本千紗子, 星旦二: 在宅高齢者のどのような活動能力の低下をもって家族は認知症と判断するのか—7 道県 10 町村と東京都 T 市の調査から—.*Health Sciences*, 2008; 24(4):375-384.
- 4) 山本千紗子, 星旦二: 首都圏 A 市在宅高齢者の知的能動性と 5.9 年間追跡生存予後に基づく認知症見逃し割合—家族が認知症と認識している群とそれ以外の群との比較から—.*厚生の指標*, 2010; 57(6):18-24.

地域包括支援センターの円滑な支援に向けたネットワークのあり方

○上村聡子 藤永新子 松浦尊磨

(甲南女子大学・看護リハビリテーション学部)

【目的】本研究の目的は、地域包括支援センター(以下センターとする)における支援の実態を明らかにし、地域で暮らす高齢者への円滑な支援に向けたネットワークのあり方を検討することである。

【方法】●調査方法と対象:A 県下の全地域包括支援センター180施設(2009年6月現在)を対象に、郵送自記式質問紙調査を行った。

●時期:2009年5月～2010年2月

●調査項目:圏域人口、高齢化率、人員配置、業務量に関すること、地域のネットワーク構築機能、ワンストップ窓口サービス機能他。分析にはSPSS Ver.17を用いた。

倫理的配慮 研究の依頼は、地域包括支援センター運営管理者に調査の主旨、内容、データの取り扱い方法、個別事業所が特定できない項目設定、結果の公表などについての説明文を添え回答への協力を依頼した。なお、この研究は甲南女子大学研究倫理委員会の承認を得ている。

【結果と考察】アンケート回収率は、180施設中82施設(回収率45.6%)であった。回答した職種は、主任介護支援専門員37.9%、保健師・看護師26.7%、社会福祉士21.6%、事務職・その他13.8%であった。センターの圏域人口は、30,000人以下の所が最も多く、次いで30,000～60,000人であった。高齢化率21～25%の地区が48%、高齢化率14～21%の地区が36%、高齢化率28%以上の地区が15%であった。センターの人員配置に対して、66%が人員の不足を感じていた。

①地域のネットワーク構築機能

センターの要支援高齢者への周知状況は、80%以上であったが、一方で、自立度の高い高齢者、認定後非該当になった高齢者、要介護高齢者への周知度は低いと感じていた。2005年にセンターが設置されて3年が経過し、介護予防・総合相談の対象となる高齢者への周知は進んでいる。要介護者へは後方支援という形で関わるため、周知度が低いのであろう。今後支援の対象となる、自立度の高い高齢者・認定後非該当になった高齢者への周知が課題といえる。また、関わりが薄い高齢者がどのようにセンターを認識しているかわからない可能性もある。ネットワークの一員である高齢者とのかかわりもまた、今後の課題といえよう。

民生委員への周知度は96%と高く、民生委員への働きかけが十分に行われていることがわかる。一方で、警察や消防、医療機、地域団体への周知度は「周知されている」に比して、「どちらかといえば周知されている」の割合が高くなる。また、センターの役割が圏域の中で「あまり明確でない」「明確になっていない」と回答したものが46%と、半数近くに及ぶ。センターからのアプローチだけでなく、双方向で関係性を深める必要があるのではないだろうか。

ネットワークを構築することにより円滑な支援が行えた具体的な事例について、自由記述で回答を得た。内容から、ネットワーク構築の効果を次の1～7に整理することが出来た。

1. 実態把握が出来る、2. 情報の共有が出来る、3. 情報提供が出来る、4. 協働できる、5、

連携が深まる、6. 地域包括支援センター・関係機関の役割が明確になる、7. 民生委員・ケアマネージャーからの相談件数の増加。

事例は、「虐待」「認知症(徘徊)」「困難事例」が多く挙げられており、この 3 種への支援を行うためには、ネットワークの構築が必要であることがわかる。事例の多くは、対象への支援をきっかけとして民生委員や医療機関、警察、自治会関係者など地域の社会資源とのつながりや連携が深まっていた。

- ・認知症高齢者への支援。民生委員からの相談を受けケアマネージャーと共に訪問した。地域での生活が出来るだけ継続できるよう、地域の理解を得るために自治会長が認知症サポーター養成講座を開催した。
- ・定例ケース会議で専門機関による虐待等困難事例の検討を行った結果、関係機関の役割が明確になり緊急時の体制作りが出来た。

(自由記述より抜粋)

圏域内での役割の明確化が課題として挙げられたが、事例への丁寧な対応が、関係機関とのつながりを深めることにつながるがわかる。また、民生委員の会合への出席や、日常的に医療機関と連携を図ることがネットワークづくりに有効であることも多く挙げられていた。

- ・民生委員との交流、自治会、福祉推進委員等主催の会議参加により、顔の見える関係作りを行うことにより、地域の情報が得られやすくなった。
- ・圏域内のクリニックと日頃より連携をとっていたためか、何かあればすぐ往診に来てもらえるようになった。(自由記述より抜粋)

ネットワークを構築するためには、日ごろから関係機関との「顔の見える関係作り」の必要性が示唆された。

対象者への支援から、関係機関の役割が明

確になる事例が多い。

- ・徘徊や虐待のケースについては、警察からセンターに連絡が入るようになり、早期に調整が行えるようになった。他機関についても、声かけの際に役割分担が明確になり、協力体制がスムーズになった。
- ・定例ケース会議で関係機関の役割が明確になり、緊急時の体制作りが出来た。

(自由記述より抜粋)

円滑な支援には、センターが全ての支援を行うのではなく、関係機関との役割分担が重要であることがわかる。さらに、役割を明確にするためには、関係機関で事例に取り組むプロセスが重要であるという。

②ワンストップサービスの窓口機能

高齢者の急な相談に対して、体制整備が出来ていると回答しているセンターは 85%であった。必要なサービスにつなげることが出来ない理由は次の、1. 特に認知症の方への社会資源の不足、2. 本人・家族の意向との相違に分類することが出来た。1・2 共に、社会資源の不足に起因している。先行調査・研究において、円滑な支援に向けての課題は、「地域ネットワークづくり」や「役割の明確化」が多く挙げられていたが、現在はネットワークの形成が進んできたため、課題が「社会資源の不足」へと集約されてきたのではないと思われる。

【結論】ネットワークを構築するためには、意図的な関係作りと、事例を通して深まる関係作りが重要である。さらに、円滑な支援を行うためには、関係機関が役割意識を持ち協力する体制作りが重要である。

高齢者の健康寿命を支える社会経済要因の因果構造

○星 旦二、高城智圭（首都大学東京・都市環境学部）中山直子（慶応大学・看護学部）湯浅資之（順天堂大学医学部）櫻井尚子（東京慈恵会医科大学）

【背景】世界保健機関(WHO)から示された健康三要素(身体、精神、社会)は、健康を示す要素として活用され、生存を規定する要因として活用されてきた。健康三要因以外の生存を規定する要因としては、社会経済要因、望ましい食生活をはじめとした生活習慣が報告されたり、健康三要素間の因果構造は明確にされているものの、生存日数や要介護認定度を規定する因果構造については、これまでに報告されていない。

生存日数や要介護度の因果構造が明確になれば、健康長寿を促すための効果的な健康施策を立案する上で、科学的エビデンスとして活用することが期待できる。

【目的】研究目的は、都市在宅高齢者における、社会経済要因と健康三要素を基盤としてその後の食生活と生活習慣との因果関係と、生存日数と要介護度との因果構造を共分散構造分析を用いて明確にすることである。

【対象と方法】研究対象は、都市郊外在宅居住高齢者であり、調査方法は、郵送自記式質問紙調査を踏まえ、その後の生存と要介護の追跡調査である。

研究対象は、2001年9月にA市に居住する在宅高齢者16,462人全員を対象とし、13,195人(回収率80.2%)を基盤データベースとした。3年後の2004年9月に同様の調査が実施できた、8,558名と

し、2007年8月までの生存を追跡した。要介護度は2004年9月時点の要介護認定度とした。共分散構造分析によって因果構造を解析した。

【結果】分析対象数は、表1に示した。調査した観測変数の分布は、先行研究で示した(健康教育学会2010)。

観測変数に対して因子分析を実施し、5つの潜在変数を抽出し、2004年時点の要介護認定度と2004年から2007年までの生存日数と関連する“健康寿命”(“”は潜在変数を示す)を内生変数とする因果構造モデルを検証した。

好ましい生活習慣得点と食生活得点と関連する“食生活と生活習慣”と三年後の“健康寿命”との二つの潜在変数間の因果関係进行分析した女性モデルでは、標準化推定値が0.40という直接的因果効果を示した(図1)。しかしながら、社会経済要因と健康三要素を含む総合的にみた因果構造を明確にする解析では、健康寿命に対する“食生活と生活習慣”の直接効果は、ゼロ値を示した(図2)。

学歴と2001年の年間収入額と関連する“社会経済要因”が基盤となり、好ましい“健康三要素”を経て、要介護度が抑制されるとともに生存日数が増加する、つまり“健康寿命”が延伸する因果構造が示された。適合度指数NFI=0.875、RMSEA=0.036と高い適合度が得られた。

好ましい生活習慣得点と食生活得点と

関連する“食生活と生活習慣”から、“健康寿命”に対する直接的な因果効果は社会経済要因と健康三要素を交絡要因とする偽相関である可能性が示された。

食を含む好ましい生活習慣は、社会経済要因が背景基盤となり、健康三要素が望ましいことに基づく結果要因であることが示された。本モデルにより、男性“健康寿命”の 54%が、女性“健康寿命”の 44%が説明された。

【考察と検討課題】

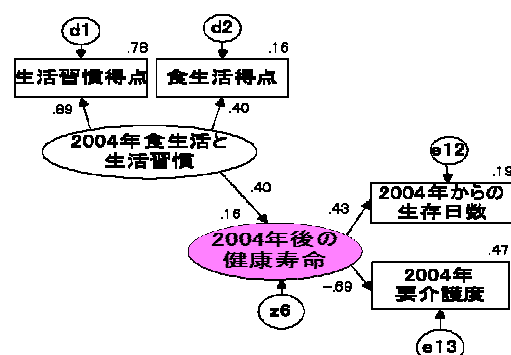
高齢者の“健康寿命”は、社会経済要因が基盤となり、精神と身体、それに社会の健康三要素を経て間接的に規定される因果構造が示された。

健康維持と関連するとみなされてきた生活習慣は、社会経済要因と健康三要素を交絡要因とする擬似相関である可能性が示された。また、社会経済要因から健康寿命への直接効果はほとんど見られず、健康三要素を経た媒介効果である可能性が示唆された。

今後検討すべき研究課題は、本研究結果の内的、外的妥当性を検証することである。また、社会経済状況を維持向上させる事を経て、その後の健康三要素が維持され、結果的に健康寿命が延伸できる介入研究により、健康寿命の延伸効果を実証する追跡介入研究調査が求められる。

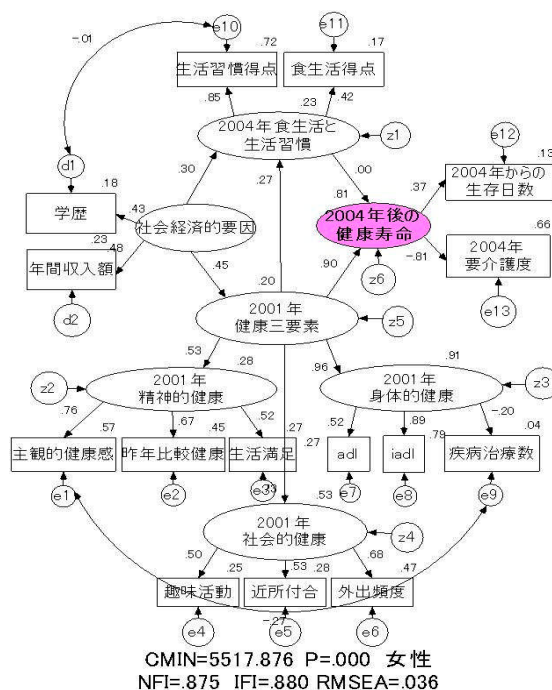
表 1 性別、年齢階級別、分析対象数

	65-69	70-74	75-79	80-84	85-89	90以上	合計
男性	1,858	1,097	604	292	98	27	3,976
	46.7	27.6	15.2	7.3	2.5	0.7	100%
女性	1,822	1,185	871	431	204	69	4,582
	39.8	25.9	19.0	9.4	4.5	1.5	100%
合計	3,680	2,282	1,475	723	302	96	8,558
	43.0	26.7	17.2	8.4	3.5	1.1	100%



CMIN=14.278 P=.046 女性
NFI=.998 IFI=.999 RMSEA=.006

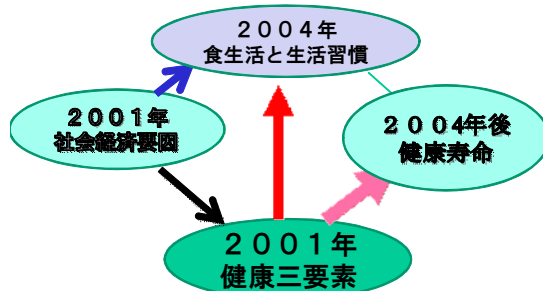
図 1 健康長寿と生活習慣との因果構造



CMIN=5517.876 P=.000 女性
NFI=.875 IFI=.880 RMSEA=.036

図 2 健康長寿と関連する要因の因果構造

高齢者の健康寿命関連要因の因果構造



介護保険第1号被保険者による障害者福祉サービス上乗せ申請要因の分析 —新宿区を事例として—

加納 三代

慶應義塾大学 グローバルセキュリティ研究所 客員助教（平成22年度・調査時）

東京医科歯科大学大学院 歯学総合研究科 博士課程1年（現在）

キーワード：介護保険サービス 障害福祉サービス 医療保険サービス ケアマネジメント 地域包括ケア

1 本研究の背景・問題整理

平成22年2月、テレビのクイズ番組で人気を博したS氏は、難病指定を受けている筋萎縮性側索硬化症（ALS）で、自宅療養中であった。氏は新宿区在住で65歳以上かつ障害者手帳を取得している。即ち、第一号被保険者として介護保険サービスを、難病患者として医療保険サービスを、また障害者として障害者自立支援サービスを利用申請する権利を有していた。氏は介護保険サービスを給付上限近くまで利用していたが、在宅生活を継続するにはサービス量が不足しているとして、障害者自立支援サービスを新宿区に申請した。しかし、新宿区は、65歳以上の新規申請者には応じない内容で21年10月に改訂された事務処理要領を根拠に、「申請は受け付けられない」とした。このことは給付を一方的に制限するものであり、「法令違反の可能性がある（平成19年3月28日付け障企発第0328002号「障害者自立支援法に基づく自立支援給付と介護保険制度との適用関係について」）」という厚労省の見解を引き、平成22年2月2日、TBSテレビは新宿区の対応を批判し、マスコミ各紙も報道した。

報道を受けて、新宿区は、区長名で平成21年10月の事務処理要領改訂が不適切で対応が誤っていたことを認めた。22年3月下旬には、障害者手帳を取得しており、介護保険サービスを上限近くまで利用している介護保険第一号被保険者1862人と、新宿区でサービスを提供している介護事業所のケアマネジャーにあてて、障害福祉課長名で、お詫びと障害者福祉サービス利用の案内を郵送した。

2. 問題の所在

本事例の背景には、要介護認定基準が、より厳しくなる方向で見直され、軽度の要介護者に認定される割合が増加していた平成21年度の介護保険制度の見直しがある。障害者手帳を取得している介護保険第一号被保険者にとっては、利用制限の厳しい介護保険サービスより、自己負担が少なく利用上限が緩やかな障害者自立支援サービス

スを利用したいと考えるのは必然であった。

問題の所在だが、第一に厚生労働省老健局による介護保険制度の見直しと、同援護局による障企発第0328002号との整合性が疑われる。第二に、介護・医療・障害者自立支援サービスの給付にあたり、横断的なケアマネジメントが制度化されていない。即ち、訪問看護・訪問介護・訪問入浴等、利用者から見ると重複するサービスがそれぞれの枠組みで提供されており、制度横断的な給付管理が働いておらず、モラルハザードが懸念される。

3 本研究の目的と意義

本研究が、事例研究の場合として新宿区を選ぶのは、介護保険第一号被保険者とケアマネジャーに対し、一斉に案内文を送付したからである。「障害者自立支援サービスの上乗せ申請が可能である」ということが周知された前提において、実際に申請する者の傾向を明らかにすることが、本研究の目的である。また本研究の意義は、医療保険サービス・介護保険サービス・障害福祉サービスがそれぞれ独立して提供されている問題点を、事例から見出すことにある。

4 研究方法

平成22年4月から7月の間に、新宿区障害者福祉課に対して、介護保険第一号被保険者の障害者福祉サービス上乗せ申請支援を行ったケアマネジャーに聴き取り調査を行う。聴き取りによるデータを分析し、上乗せ申請を行う者の傾向を明らかにする。

5 倫理的配慮

インタビューを実施する場合は、研究目的等を説明した書面を郵送し、本研究への調査協力に同意した方のみに訪問インタビューを依頼した。また、インタビューにあたって、いったん参加・協力に同意した場合でも、いつでも不利益を受けることなく同意を撤回できること、また個人や事業所が特定されない配慮を徹底することを説明し、厳守した。研究成果は、関連学会や学会誌にて公表することの了解をとると同時に、公表の際にも

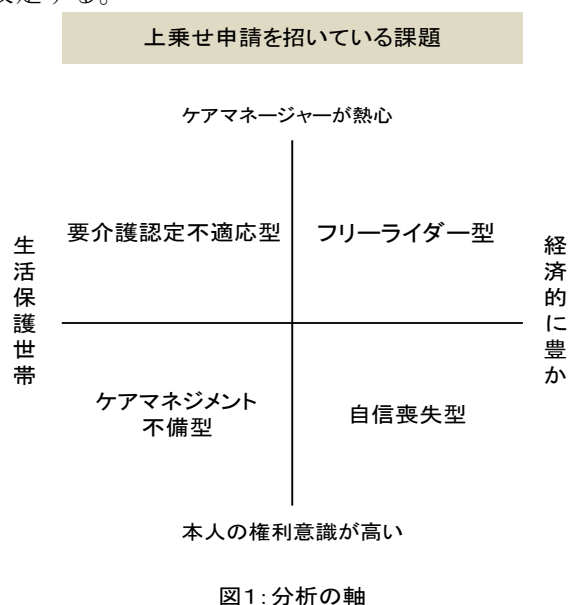
個人情報保護への配慮及び職業上の守秘義務を徹底することを説明し、厳守した。

6 研究成果

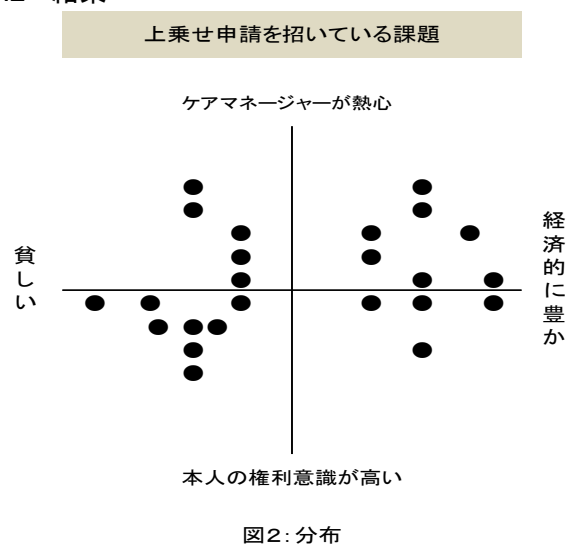
本研究は、新宿区内で介護保険制度の居宅介護支援サービスとしてケアプラン作成を行っている 89 事業所のうち、30 事業所を無作為に抽出した。ここから電話で調査協力依頼を行ったものの、多くは「上乗せ申請支援を行ったケースがない」等の理由で拒否され、最終的に 10 事業所のケアマネジャー 16 名より協力を得られた。ケアマネジャーの証言を基に、障害福祉サービス上乗せ事例 24 例について分析を行った。

6.1 分析の軸と仮説

分析の軸を、図 1 に示し、4 つの仮説モデルを設定する。



6.2 結果



インタビューデータを、図 1 にあてはめて、分布を確認したのが、図 2 である。障害者自立支援サービス上乗せ申請は、介護保険サービスの自己負担を、上限いっぱい支払うことができる方が対象となるため、経済的に豊かなケースが大半であった。また、自己負担を課せられない生活保護受給者の申請も、顕著にみられた。

7 考察・提言

給付の伸びが著しいことから介護保険財政の危機が叫ばれるようになり、平成 21 年 4 月に、要介護認定の基準が厳しくなったほか、各自治体でも給付を抑制する傾向が出てきた。その抜け道として障害者自立支援サービスが利用された観が強い結果となった。

本事例は、介護保険サービスと障害者自立支援サービス一元化が実現しなかったことから生じた齟齬とも言えるのではないだろうか。加齢に伴い障害状態となった高齢者と、若年時から障害を負った障害者とは、区別されるべきだというのが、一元化反対の根拠とされていた。

両サービス一元化が厳しいとあれば、医療・介護・障害者自立支援サービスにまたがったケアマネジメント体制整備が急がれる。

またモラルハザードに歯止めをかけるには、障害者自立支援サービス利用者と、障害者自立支援サービス上乗せ申請を行う介護保険第一号被保険者の平均所得を明らかにするなどして、上乗せ申請にあたっては、所得条件を課す必要も検討されるべきであろう。

厚生労働省には、障企発第 0328002 号と要介護認定方法との整合性が疑われる点について、現状を踏まえた見直しの必要性を提起したい。

(謝辞)

公文書開示請求に快く応じてくださった、新宿区障害者福祉課と、インタビューにおつきあいいただいた居宅介護支援事業所に、感謝いたします。

参考資料

¹障害者福祉課における事務処理要領決定手続き等にかかる調査報告について（平成 22 年 4 月 14 日新宿区公式HPで公開されたもの）

<http://www.city.shinjuku.lg.jp/whatsnew/pub/2010/0414-01.html>

介護扶助と障害者自立支援法に基づく自立支援給付との適用関係等について（平成 22 年 10 月 21 日現在公開中）

<http://www.jupiter.sannet.ne.jp/to403/hourei/h19sen0329004.html#top>

障害者を支援する GPS ケータイサイトの開発と検証

○西田直子、山本容子、滝下幸栄、岩脇陽子(京都府立医科大学医学部看護学科)

鈴木ひとみ(神戸常盤大学保健科学部看護学科)

【背景】車いす利用者を含む障害者の人口は2006年時点で約180万人とされ、多くの方々が移動に関して不自由を感じている。これらの方々は屋外で移動する際に道路の段差やトイレ使用等で困難な状況を体験することが多い。そのため、「高齢者、障害者等の移動等の円滑化の促進に関する法律」(平成18年法律第9号)に基づき、2006年12月に「移動等円滑化の促進に関する基本方針」が制定された。しかし、2008年に行ったバリアに関する現状では、観光都市である京都は神社や仏閣が多く、バリアが多いため、障害者は不自由を感じていることが明らかとなった。

【目的】本研究は、障害者が観光を安全に行い、生活の質を高めるように、観光に関するバリア情報を携帯サイトに掲載し、その利用状況について検証調査を行い、使いやすさ、見やすさ、必要度、役立ち度、情報の内容について検討することを目的とする。

【方法】フィールド調査は、2010年10月に京都市東山区の観光名所を9か所に分け、脊髄損傷者1名と調査補助者2名で、観光経路、車いす用トイレ、飲食店などのバリア・バリアフリー情報を収集した。得られた情報をサイトに入力し、観光バリアフリーマップを完成し、GPSケータイサイトを端末とするユビキタスシステムを開発した。

次に検証調査は、2010年11月～12月に脊髄損傷者1名と介護者1～2名で、東山区の観光名所9か所のうち、希望するエリアを観光し、寺社仏閣の観光、車いす用トイレ、飲食店、舗道、駐車場などのバリア・バリアフリー情報をGPSケータイサイトを用い検索し観光した。

検証調査内容は、属性、観光地、情報内容、サイトの必要度、役立ち度、見やすさ、わかりや

すさ、使いやすさを4件法で尋ね、希望を自由記述で求めた。対象者は、観光終了後調査用紙に記入した。検証調査から得られた情報を入力し、SPSS解析ソフト16.0J for Windowsを使用し記述統計を行い、今回の障害者と介護者によるサイトの必要度、役立ち度、見やすさ、わかりやすさ、使いやすさと2008年に調査した結果をカイ二乗検定で分析を行った。倫理的配慮として、対象者の匿名性、データ管理について説明し同意を得て行った。

【結果】1. 検証調査の対象者は、手動車いす利用者10人(32.3%)、電動車いす利用者5人(16.1%)、介護者16名(学生含む)(51.7%)で合計31名であった。観光したエリアは、祇園・円山公園など5か所のエリアが多かった。

2. このサイトの必要度はとても70.8%、まあまあ19.4%(図1)、役立ち度はとても役立つ36.7%、まあまあ36.7%(図2)、見やすさはとても6.5%、まあまあ67.7%(図3)、わかりやすさはとても9.7%、まあまあ9.7%、使いやすさはとても使いやすい10.0%、まあまあ40.0%であった。情報の内容について、トイレはとても良かった42.9%、まあまあ42.9%、飲食店はとても28.6%、まあまあ50.0%、エレベーターはとても23.1%、まあまあ61.5%、駐車場はとても18.5%、まあまあ55.6%であった。これらの評価は対象者の特性やエリアの特性に有意な差は見られなかった。

3. 希望する内容では、車いすの表示や広さなどトイレの情報が多く、次にバス停、段差など路上の情報、コンビニ、食べもの屋などの店舗情報であった。

4. 2008年と2010年の調査の比較
必要度の評価は今回の2010年で[とても・まあまあ]23人、[全く・あまり]1人であり、2008年の

旧サイトの場合の 35 名を対象とした調査結果では、〔とても・まあまあ〕22 人、〔全く・あまり〕13 人で、カイ二乗検定によると 2010 年の調査の方が有意に〔とても・まあまあ〕が多かった ($p=0.003$)。役立ち度の評価は、2010 年で〔とても・まあまあ〕22 人、〔全く・あまり〕8 人であり、

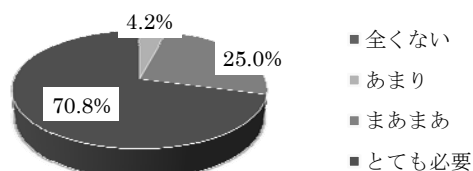


図 1. 必要度の評価 n=24

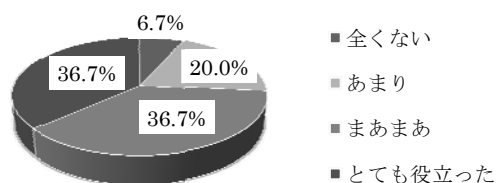


図 2. 役立ち度の評価 n=30

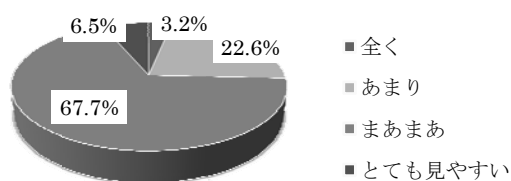


図 3. 見やすさの評価 n=31

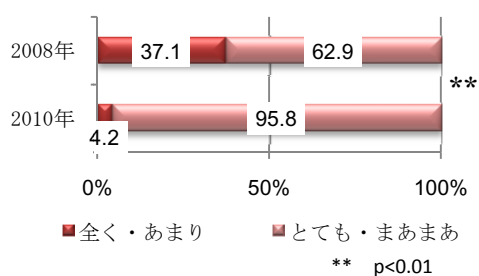


図 4. サイト必要度の比較

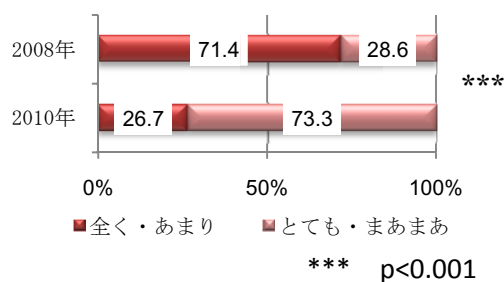


図 5. サイト役立ち度の比較

2008 年度の旧サイトの場合の調査結果では、〔とても・まあまあ〕10 人、〔全く・あまり〕25 人であり、カイ二乗検定によると 2010 年の方が有意に〔とても・まあまあ〕が多かった ($p=0.000$)。

【考察】今回作成した障害者のためのユビキタスシステムは、2 年前に作成した携帯サイトより見やすさや情報量は倍以上に良くなり、必要度や役立ち度が高まったものとする。また、情報内容の中で一番役立った情報はトイレであり、障害者にとって、外出するときに一番の問題となる報告と同様であった。今回の対象者は、障害者として脊髄損傷者を対象に検証調査を行った。そのため、今回の情報内容の中で役立った情報はトイレの情報が多いため、脊髄損傷者にとって、外出するときに一番の問題となる。次に役立った情報は「飲食店」「エレベーター」であり、観光時に車いす利用者がどこでも入れる店を求めている。

一方、今回の希望する内容では、車いすの表示や広さなどトイレの情報が多く、次にバス停、段差など路上の情報、コンビニ、飲食店などの店舗情報であった。このようにトイレ情報が重要であり、広さや表示など具体的な情報を求めている。また、ケータイの字が小さい、音声入力希望、天候により情報が得にくいなどケータイそのものに関する意見もあった。今回の調査で観光地域や繁華街での車いす用のトイレの不足が見られ、一定のエリアに多目的トイレなど設置する必要があることが明らかになった。また、観光地の案内や交通に関する情報を増やしていき、情報が見やすくなる工夫など情報提供の方法の工夫が求められた。

【結論】今回の調査で京都市東山区域におけるトイレ、飲食店、駐車場、エレベーターなどの情報が求められていることがわかった。また、今回のケータイサイトは 2 年前に作成したものより、必要度や役立ち度は改善されていた。しかし、見やすさ、わかりやすさ、使いやすさでは、2 年前よりよくなったものの課題が示された。

茨城県 5 市町村における介護予防事業のアウトカム評価

○栗盛須雅子（茨城キリスト教大学・看護、茨城県立健康プラザ） 福田吉治（山口大学・医学） 星 旦二（首都大学東京大学院・都市環境科学） 大田仁史（茨城県立健康プラザ）

【背景・目的】長期的に安定した介護予防事業を推進するためには、介護予防事業評価を行い、施策の意思決定の根拠とする必要がある。国は、実施者である市町村区（以下、市町村）は介護予防事業の評価を行い、事業の見直しを行う必要があるとしている。具体的には、介護予防特定高齢者施策評価事業（平成 22 年 8 月地域支援事業実施要綱改正以前の名称）の中で、事業のプロセスとしての「プロセス評価」、事業の実施状況の評価としての「アウトプット評価」、事業の効果の評価としての「アウトカム評価」の 3 段階の評価指標が設定されている。国は、市町村が介護予防事業を行うにあたり、この 3 段階の評価を行うことを推奨している。そこで、本研究では、茨城県 5 市町村における障害者の割合（加重障害保有割合：WDP）の経年変化により、介護予防事業のアウトカム評価を行い、WDP をアウトカム指標として提案した。

【方法】性・年齢階級別 WDP は、性・年齢階級別・介護度別の認定者数、性・年齢階級別人口、および介護度別の効用値を用いて算出した。年齢調整 WDP、65～69 歳と 75～79 歳の年齢階級別 WDP について、2000 年から 2008 年までの経年的な変化を観察した。対象自治体は、茨城県の 5 行政区分の市町の中から、合併をしていない市

町村を 1 つずつ選択した（北茨城市、茨城町、結城市、牛久市、鹿嶋市）。

【結果】年齢調整 WDP では、2000 年から 2004 年まで増加傾向にあった（図 1）。その後、男性は北茨城市が 2005 年、牛久市が 2004 年から低下し、茨城町が 2006 年から増加した。女性は北茨城市と牛久市が 2005 年から低下した。牛久市の男性のみが、2001 年に対する 2008 年の減少が認められた。年齢階級別 WDP では、65～69 歳男性は北茨城市が 2005 から 2007 年まで低下し、女性は北茨城市が 2006 年から低下した（図 2）。75～79 歳男性は北茨城市が 2006 年、鹿嶋市が 2005 年から低下し、女性は北茨城市と結城市が 2006 年から低下した（図 3）。

【考察・結論】2004 年までに認められた WDP の増加は介護保険の認知と普及によるものと考えられた。その後の増減のばらつきは、自治体ごとの介護予防事業による影響が示されている可能性がある。市町村は国が提案している二次予防事業の対象者、一次予防事業の対象者のプロセス評価、アウトプット評価、およびアウトカム評価と合わせて、WDP を用いて経年的に介護予防事業のアウトカム評価を行ったうえで、介護予防事業の効果の検証を行い、事業を見直し、介護予防施策を策定・推進することを提案する。

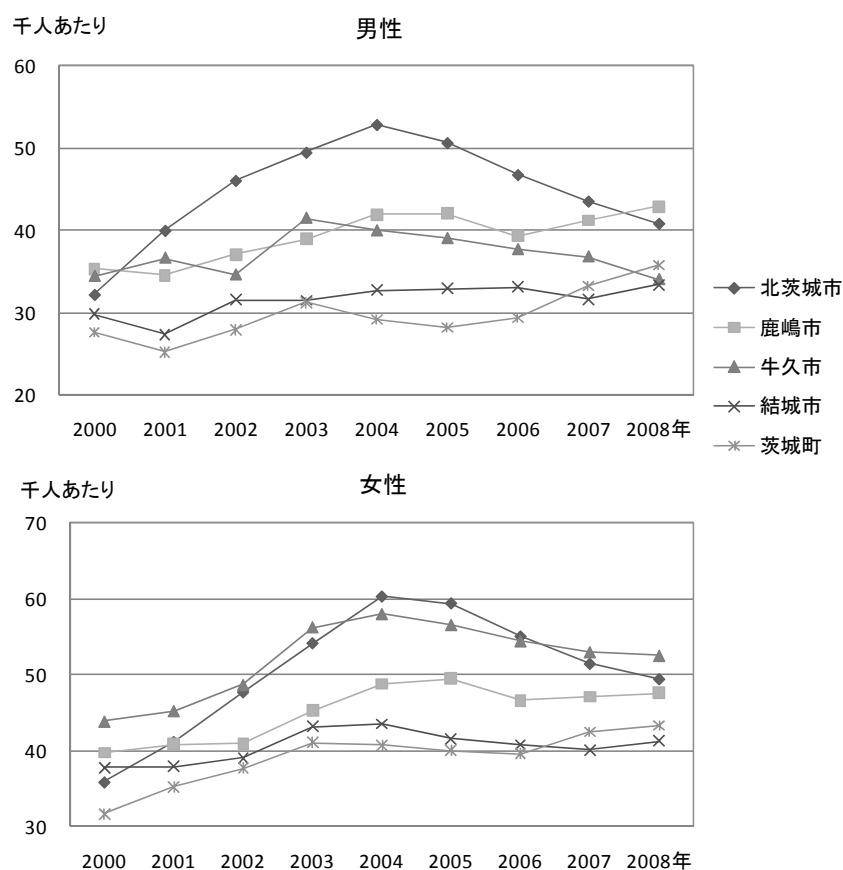


図1 5市町の2000～2008年の年齢調整WDPの年次推移（男女）

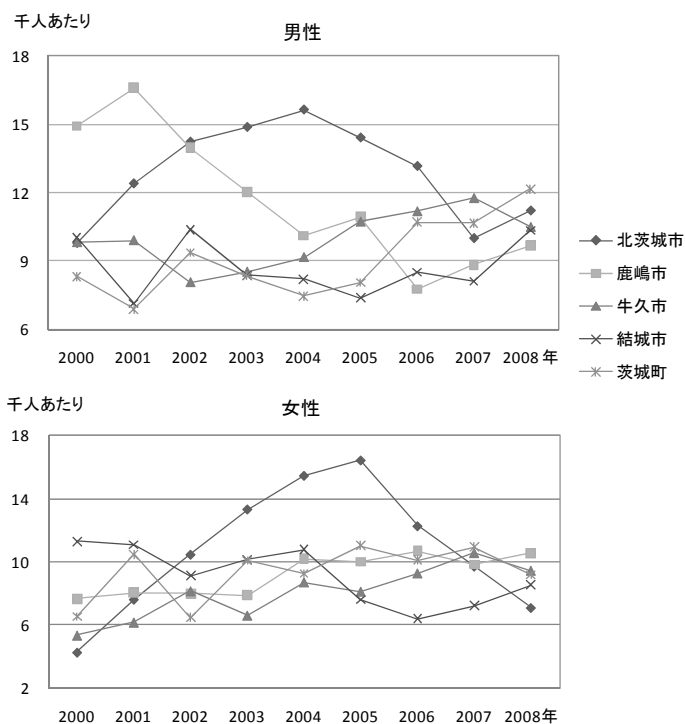


図2 5市町の2000～2008年の65～69歳WDPの年次推移（男女）

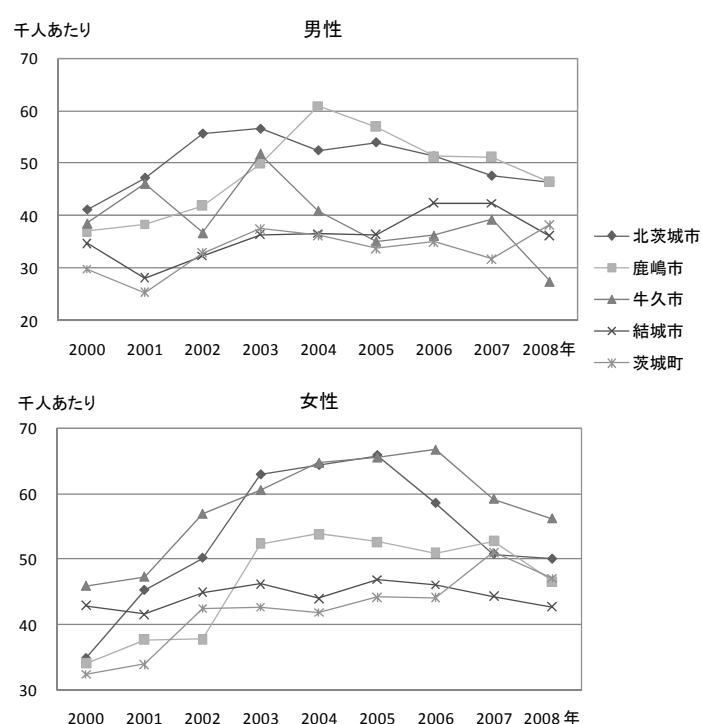


図3 5市町の2000～2008年の75～79歳WDPの年次推移（男女）

介護老人福祉施設におけるノロウイルス対策を中心とした施設内研修の試み

○大浦絢子（早稲田大学大学院・人間科学研究科）

山路 学（早稲田大学・人間総合研究センター）

扇原 淳（早稲田大学大学院・人間科学）

保泉幸男、馬場信幸（社会福祉法人栄寿会）

【背景・目的】わが国の介護事業者には、介護保険制度の改正も相まって、利用者に対してより一層の質の高いサービスの提供が求められている。しかしながら、質の高いサービスの提供には、施設で展開される個々のサービスが独立に存在しているわけではなく、各サービス、職員のモチベーション、および施設環境等が相互に関連している。

我々はこれまで、介護老人福祉施設での質の高いサービスの提供には、総合的品質経営という視点での取り組みが必要であることを提案し、実証的な取り組みの成果を報告してきた¹⁻⁴⁾。本稿では、埼玉県内介護老人福祉施設 A において、感染症対策を目的とした施設内研修について、その活動の成果と課題について報告する。

【対象・方法】埼玉県内介護老人福祉施設 A において実施された感染症対策を目的とした施設内研修を題材とした。A は、1991 年に開設され、現在、特別養護老人ホーム 74 床、ショートステイ 36 床、デイサービス 3 カ所、入所定員 69 人、職員数 88 人の施設である。

施設内研修に取り組んだ背景、および研修日当日までの準備状況、研修内容、さらに現在までの活動内容について、現存資料および活動に参加した職員の証言から明らかにし時系列的に分析した。

【結果・考察】表 1 に、取り組みの概要を示した。A では、ノロウイルスの集団感染が 2007 年に発生した。そのため、施設において根本的な対策が必要であることが認識されていた。

また、同時期に、福祉施設における総合的品質経営に関する取り組みを開始し、その一環として職員研修を目的としたグループによる研究発表を含んだ研修会が企画された。そのサブグループのひとつに看護職員を含んだ感染症対策班が結成された。

この当時、A だけでなく、福祉施設でのノロウイルスの集団発生が社会問題となっており、自施設での予防対策が必要となった。

感染症対策班では、職員の感染症に関する基礎的知識、感染予防および拡大防止技術の周知のためには、実習を伴い、かつ復習可能な教材を用意することが必要という見解になった。

2007 年 12 月に研修会が実施された。できるだけ多くの職員が参加可能な時間帯および負担の少ない時間数が設定された。当日の内容は、ビデオ録画し、復習だけでなく新人研修での利用を可能とすることを目指した、ビジュアルマニュアルが作成された。

このビジュアルマニュアルは、製造業において、短期間の工員の作業スキル習得に

有効であることが報告されているが、今回作成したビジュアルマニュアルについては、実際の感染症対策に必要なスキルの獲得に有効で悪化どうかどうかの検証が必要である。

表 1. 取り組みの概要

年月	取り組み内容
2007 年 9 月	・埼玉県社協にて事例発表 ・感染症対策委員会(現:研究会)より、委員長と看護師長がパワーポイントを用いて事例発表を行う。
10 月	リーダー会議 パワーポイントを用いての事例発表は初めてだったことから、“より効果的なプレゼンテーション資料の作成”についての講義受講。具体的には、「事例検討資料の改編」と「プレゼンテーションの仕方」
11 月	2007 年 11 月～2008 年 3 月までを感染症予防期間に設定
12 月	研修会 ・ノロウイルス・インフルエンザ予防としてプレゼンテーションによる研修 ・嘔吐処理実演研修(後にビジュアルマニュアルとなる)
2 月	保健所へ再発防止策報告書提出
2008 年 1 月	リーダー会議 ビジュアルマニュアル視聴。編集上の改善点をフィードバック。 処遇会議(現:カイゼン会議) ビジュアルマニュアル上映
3 月	法人内研修 ・「第 1 回 福祉施設における品質経営兼球体—福祉施設におけるリスクマネジメントと品質経営—」を開催。 ・「介護福祉施設における感染症マネジメントに関する最近の動向」として、基調講演を依頼。
12 月	処遇会議(現:カイゼン会議) 「高齢者介護福祉施設における感染予防策」として、B 大学看護師による感染症全般に関する研修会を開催。参加者は栄寿会全職員に呼びかける。
2009 年 10 月	新型インフルエンザへの模索 SARS や新型インフルエンザについての警戒が強まるが、具体的な予防策が見つからず、前述の看護師に相談。インフルエンザ予防についてのアウトラインを示す。
12 月	「インフルエンザ注意」のビラ配布
2010 年 10 月	下期全体会議での研修会開催 感染症対策研究会を中心に、法人の下期全体会議で感染予防の研修会を実施。

この一連の取り組み以降現在まで、施設内における感染症の集団発生はなかった。

職員は、一連の活動で、ノロウイルスについて予防や対策方法を見直すことができたことに加え、新人職員への教育のための資料を残していくことの大切さを実感できた、等々活動を肯定的に捉えていた。

今後、客観的な指標を使った活動の評価に加え、他施設でも同様の職員研修が可能かどうか、その適用可能性について検討していく必要がある。

【引用文献】

- [1] 大浦絢子, 扇原 淳, 山路 学: “高齢者福祉施設における品質経営に関する実証論的研究”, 第 45 回日本経営システム学会全国研究発表大会講演論文集. pp.120-121, 2010.
- [2] 扇原 淳, 沖繁 希, 関根淳美, 山路 学: “高齢者福祉施設における業務プロセスの改善に関する研究”, 介護経営, pp.52-57, vol.4, No.1, 2007.
- [3] 扇原 淳, 武藤 充, 山路 学: “介護技術・技能の変革による介護作業価値向上に関する基礎的検討”, 介護経営, pp.43-51, vol.3, No.1, 2008.
- [4] 扇原 淳, 武藤 充, 山路 学: “テキストマイニングによる特別養護老人ホームにおける総合的品質経営の課題に関する探索的分析”, 介護経営, pp.45-58, vol.4, No.1, 2009.

大学生における CES-D と SOC との関連

○澤目亜希¹、佐藤巖光¹、上原尚絃¹、蒲原龍²、岡田栄作³、志渡晃一¹

1：北海道医療大学大学院 看護福祉学研究科

2：道都大学 社会福祉学部

3：北海道大学大学院 医学研究科

【はじめに】

近年、抑うつ症状を緩衝する要因として、首尾一貫感覚(Sence of Coherence;以下 SOC)が注目されている。一般労働者を対象とした調査では、SOC 得点が高いほどストレス対処能力や健康維持能力が高く、CES-D 得点は低いことが報告されている。しかし、大学生を対象とした先行研究は少ない。そこで、本研究では、大学生の CES-D 得点と SOC 得点の関連を検討することを目的とした(図 1)。

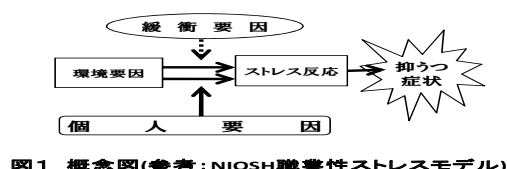


図1 概念図(参考:NIOSH職業性ストレスモデル)

【研究方法】

調査対象：某大学の 2010 年度新入学生 572 名

調査方法：無記名自記式質問紙調査表を用いた集合調査

調査期間：2010 年 11 月 1 日～11 月 30 日

調査内容：1)基本属性

2)CES-D 20 項目

3) SOC 13 項目

4)生活習慣 12 項目

5)生活満足度 12 項目

6)身体の自覚症状 12 項目

7)その他：計 92 項目

分析対象：同意を得た 494 名(回収率 86.0%)

の中の 430 名(有効回答率 87.0%)

集計方法：CES-D は、合計得点をもとに 3 分類

「normal case」：0～15 点

「risk case」：16～25 点

「possible case」：26～60 点

SOC は、合計得点をもとに 3 分類

「低値群」：13～45 点

「標準群」：46～59 点

「高値群」：60～91 点

検定方法：CES-D 得点を目的変数、SOC 得点を説明変数として設定。

散布図の相関：pearson

平均値の差：多重比較

分割表： χ^2

【結果】

CES-D について、合計得点は 2～51 点の範囲にあり、平均値は 18.7 であった。3 群の分布では、「normal case」は 42.6%、「risk case」は 33.0%、「possible case」は 24.4%であった。「risk case」と「possible case」を合わせると全体の約 6 割(57.4%)に及んだ。

SOC について、合計得点は 22～83 点の範囲にあり、平均値は 50.3 であった。3 群の分布では、「低値群」は 35.6%、「標準群」は 44.4%、「高値群」は 20.0%であった(図 2)。

CES-D と SOC との散布図では、有意な負の相関($r=-0.575$)が認められた(図 3)。

CES-D 得点の 3 分類と SOC 得点 3 分類との間に有意な関連が認められた(表 1)。

CES-D の 3 分類と SOC 合計得点の平均値は抑うつの度合いが高くなるにつれ SOC 得点が低くなった(表 2)。同様に SOC の 3 分類と CES-D 合計得点の平均値は SOC の度合いが高くなるにつれ CES-D 得点が低くなった(表 3)。

【考察】

本研究では、抑うつ症状の緩衝要因のひとつとして考えられる、SOC を用いて調査を行った。CES-D 得点の 3 群と SOC 合計得点の分布を比較したところ、大学生においても抑うつ症状の低いものは SOC 得点が高く、抑うつ症状が高いものは SOC 得点が高いという結果が得られ、抑うつ症状とストレス対処能力との関連が示された。

抑うつ症状の緩衝要因を検討していくことは、

抑うつ症状を軽減していくことに繋がり、学生の抑うつ症状に対する早期発見、早期介入の手掛かりを得る上でも有効であると考え。しかし、調査対象は新入学生であり、ライフイベント等によっても個人の緩衝要因は異なると推測すると、CES-D 得点と SOC 得点の関係が今後どのような変動をするかは、追跡調査を行う必要がある。

また、得点のカットオフ値の設定における適切な分割点の検討など研究のエビデンスを得る

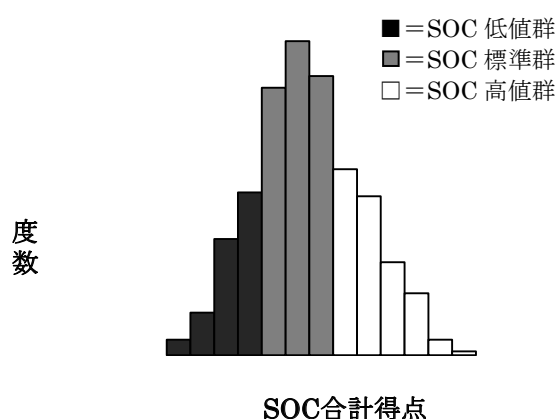


図 2 SOC 合計得点の 5 階級別ヒストグラム
(SOC : 13~91 点の範囲に分布する
N=430 : 平均値 50.3、中央値 49.5)

までには多くの課題がある。今後は調査対象を拡大し、大学生の抑うつ症状と SOC 得点の関連性、他の緩衝要因の詳細な知見を集積していきたい。

【倫理的配慮】

対象大学の倫理委員会より承認を得て調査を行った。個人情報の保護、研究以外の目的では使用せず、統計的に処理することを調査表に記載し、口頭でも説明した。

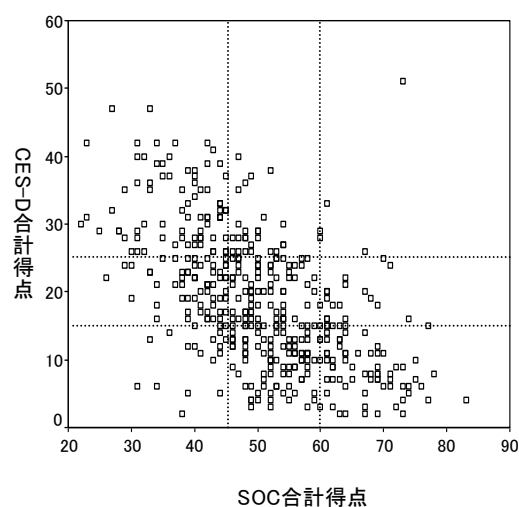


図 3 CES-D 合計得点と SOC 合計得点の散布図
(N=430、 $r = -0.575$ 、 $p < 0.05$ by pearson)

表 1 CES-D 得点と SOC 得点との関連 N(%)

SOC 分類 ^b	CES-D 分類 ^a					
	normal case		risk case		possible case	
	183	(100.0)	142	(100.0)	105	(100.0)
低値群	19	(10.4)	59	(41.5)	75	(71.4)
標準群	97	(53.0)	67	(47.2)	27	(25.7)
高値群	67	(36.6)	16	(11.3)	3	(2.9)

a : normal case= 0~15 点、risk case=16~25 点、possible case=26~60 点

b : 低値群=13~45 点、標準群=46~59 点、高値群=60~91 点

表 2 SOC 合計得点の平均値の比較

CES-D 分類 ^a	N	SOC	95%CI
normal case	183	57.1	55.6-58.5
risk case	142	48.2	46.7-49.7
possible case	110	41.3	39.5-43.0
計	430	50.3	49.2-51.4

$p < 0.05$ by multiple comparison test

a : normal case= 0~15 点

risk case=16~25 点

possible case=26~60 点

表 3 CES-D 合計得点の平均値の比較

SOC 分類 ^b	N	CES-D	95%CI
低値群	153	25.6	24.1-27.0
標準群	191	16.5	15.4-17.6
高値群	86	11.5	9.9-13.1
計	430	18.7	17.8-19.6

$p < 0.05$ by multiple comparison test

b : 低値群=13~45 点

標準群=46~59 点

高値群=60~91 点

大学生における携帯電話依存とその関連因子についての検討

○上原尚紘、澤目亜希、佐藤巖光、長谷川聡、志渡晃一
(北海道医療大学大学院看護福祉学研究科)

【背景・目的】

パソコンや携帯電話を媒介とする Computer-Mediated Communication(以下 CMC)の急速な普及は人間関係における新たな結びつきを可能にしたが、その反面、青年期における携帯電話のメール使用が人間関係の発達に悪影響を及ぼす恐れが懸念されている。しかし、これまで大学生に対して携帯電話がどのような影響を及ぼしているかという研究の知見は少ない。そこで本研究では、大学生を対象として携帯電話依存の実態と関連する項目の検討を行う事を目的とした。

【研究方法】

調査対象：某大学 2010 年度在籍第三学年 511 名

調査方法：無記名自記式質問紙調査表を用いた
集合調査

調査期間：2010 年 6 月 14 日～7 月 14 日

調査内容：1)基本属性
2)CES-D20 項目
3)Young のインターネット中毒を携帯電話依存用(以下携帯依存とする)に修正した尺度 20 項目
4)普段の生活に対する満足度 10 項目
5)その他：計 89 項目

分析対象：同意を得られた 388 名(回収率 75.9%)
の中の 360 名(有効回答率 92.7%)

集計方法：携帯依存は合計得点をもとに 3 分類
「依存無し群」：20～39 点
「依存有り群」：40～69 点
「依存有り高得点群」：70～100 点
CES-D は合計得点をもとに 3 分類
「Normal case」：0～15 点
「Risk case」：16～25 点
「Possible case」：26～60 点

検定方法：携帯依存の合計得点を説明変数とし、3 分類したが、高得点群の対象が少ないため、40 点をカットオフ値とした。以下の解析は「依存無し群」と「依存有り群」に「依存有り高得点群」を含めた 2

群で行う。

CES-D、普段の生活に対する満足度に関する項目を目的変数として設定。

分割表： χ^2 検定

【倫理的配慮】

対象大学の倫理委員会より承認を得て調査を行った。個人情報保護、学術的研究以外の目的では使用せず、統計的に処理することを調査票に記載し、口頭でも説明した。

【結果】

携帯依存得点の度数分布で 3 分類の割合をみると、「依存無し群」で 69.4%、「依存有り群」で 30.0%、依存有り高得点群で 0.6%であり、全体での携帯依存有り群は 30.6%であった(図 1)。

CES-D 得点の度数分布で 3 分類の割合をみると、「Normal case」で 41.4%、「Risk case」で 33.9%、「Possible case」で 24.7%であり、全体の抑うつ症状有り群は 58.6%であった(図 2)。

携帯依存と CES-D の散布図では有意な正の相関($r=0.403$)が認められた(図 3)。

携帯依存と抑うつ症状との分布をみると、携帯依存有り群で「Normal case」は 18.2%、「Risk case」は 40.0%、「Possible case」は 41.8%であった(表 1)。

普段の生活に対する満足度に関する項目では、依存傾向有り群は依存傾向無し群に比べ、満足度が低かった(表 2)。

【考察】

本研究では大学生の携帯依存とその関連因子を検討した。その結果、全体での携帯依存率は 3 割であった。これは、和田¹⁾が 2001 年に東京の大学 1 年生を対象に行った調査と同様の割合である。

携帯依存者は抑うつ傾向が高く、普段の生活に対する満足度が低かった。このことは、Beranuy²⁾の「携帯電話依存は抑うつ感および不安感と関連が強い」という報告と一致する。

田山³⁾は、「携帯電話依存によって心理的ストレス反応の増悪およびネガティブフィードバックが起こ

り、携帯電話依存度をより高める悪循環が成立する」と推察している。本研究では、携帯依存を原因系、抑うつ傾向等を結果系としているが、厳密にはそれらは、相互に原因であり、結果であると考えることができる。

今後は以上の点を踏まえて、調査票の改変・精査を行い、より詳細な携帯依存に関連する要因を検証したい。

【参考文献】

1)和田正人. 大学生のインターネット中毒とインターネット不安の関連についての実証的研究. 東京学

芸大学教育学部附属教育実践総合センター研究紀要 2002 ; 第 26 集 199-207

2)BernuyM,Oberst U,Carbonell X, et al . Problematic Internet and mobile phone use and clinical symptoms in college students : The role of emotional intelligence. *Comput Human Behav* 25 : 1182-1187, 2009

3)田山敦. 高校生の携帯電話依存と心理・行動要因との関連について. 心身医学 2011 ; Vol.51 No3 245-253

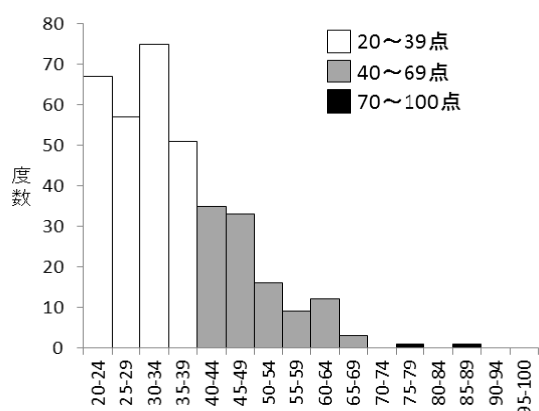


図 1 携帯依存得点の 5 階級別ヒストグラム

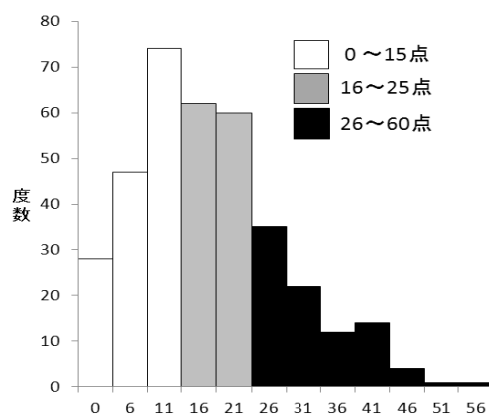


図 2 CES-D 得点の 5 階級別ヒストグラム

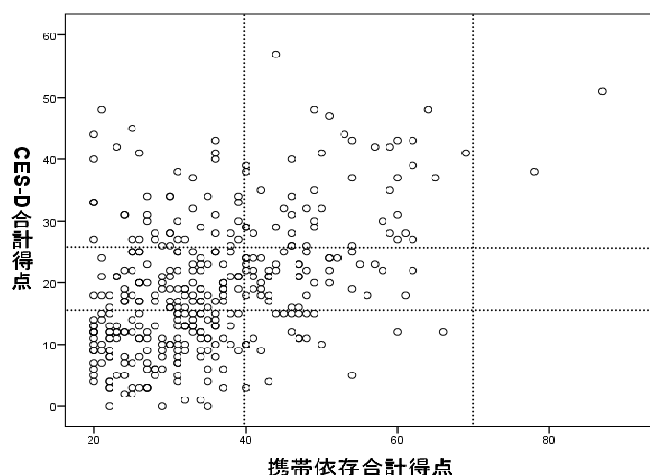


図 3 携帯依存合計得点と CES-D 合計得点の散布図 (N=360、 $r=0.403$ 、 $p<0.05$ by Spearman)

表1 携帯依存と抑うつとの関連 N(%)

依存傾向の有無	無し	有り
	N=250	N=110
Normal	129 (51.6)	20 (18.2)
Risk	78 (31.2)	44 (40.0)
Possible	43 (17.2)	46 (41.8)

$p<0.05$ univariate analysis(fischer's exact test)

表2 携帯依存と生活の満足度との関連 N(%)^a

No	質問項目	携帯依存無し群	携帯依存有り群	有意差
		250(100)	110(100)	
1	大学生生活全般について満足	147 (59.0)	44 (40.0)	*
2	大学の講義内容に満足	119 (47.8)	42 (38.2)	
3	大学のカリキュラムに満足	109 (43.8)	40 (36.4)	
4	大学の設備に満足	106 (42.6)	33 (30.0)	*
5	クラブ・サークル活動に満足	138 (59.5)	53 (50.0)	
6	大学での人間関係に満足	191 (76.7)	72 (65.5)	*
7	私生活全般に満足	180 (72.3)	57 (51.8)	*
8	私生活での人間関係に満足	198 (79.5)	80 (72.7)	
9	食生活に満足	190 (76.3)	68 (71.9)	*
10	居住環境に満足	194 (77.9)	77 (70.0)	

*: $P<0.05$ univariate analysis (fischer's exact test)

注: 各項目について、①満足、②ほぼ満足、③あまり満足していない、④不満足 of 4 選択肢を設定し ①②を該当ありとした。

a: 個々の設問項目で欠損値が生じることがあるため度数が同じでも%が異なることがある。

大学生の抑うつ症状と食習慣の関連

○佐藤巖光¹ 上原尚紘¹ 澤目亜希¹ 池森康裕² 志渡晃一¹

1.北海道医療大学大学院 看護福祉学研究科

2.北海道医療大学 看護福祉学部

【目的】

これまで大学生を対象とした CES-D を用いた研究では、人間関係や生活習慣、食習慣が抑うつ症状に関連する要因であるとして報告されている。本研究では大学生の抑うつ症状に関連する要因として、食物摂取頻度も含めた食習慣に焦点をあてて調査を行い、抑うつ症状との関連を検討する事を目的とする。

【方法】

対象者：某大学の 2010 年度第三学年 511 名

調査方法：無記名自記式質問紙調査表を用いた集合調査

調査内容：1) 基本属性 7 項目
2) CES-D 日本語版 20 項目
3) 食習慣 10 項目
4) 食物摂取頻度 13 項目
5) その他 計 89 項目

調査期間：2010 年 6 月 14 日～7 月 14 日

分析対象：同意を得た 389 名(回収率 75.9%)
の中の 366 名(有効回答率 94.3%)

集計方法：CES-D は合計得点をもとに 2 分類

「normal case」：0～15 点

「risk case」：16～60 点

食物摂取頻度は全体での摂取頻度が 6 割に最も近い区分で 2 分類

検定方法：CES-D 得点 (2 分類) を目的変数、
他の項目を説明変数として設定し
 χ^2 検定を行った。

【倫理的配慮】

対象大学の倫理委員会より承認を得て調査を行った。個人情報の保護、研究以外の目的では

使用せず、統計的に処理すること、回答は自由意志であり、回答拒否によって不利益が生じないことを調査表に記載し、口頭でも説明した。

【結果】

1.CES-D の 2 群の割合

「normal case」：41.3%、「risk case」：58.7%

2.抑うつ症状と関連要因

「normal case」群に比べて「risk case」群において、「食生活の満足度」、「決まった時間に食事をしている」「バランスを考えた食事習慣」の 3 項目で該当率が低く、反対に「暴飲暴食の習慣」の項目で該当率が有意に高かった(表 1)。

3.CES-D と食物摂取頻度との関連

「normal case」群に比べて「risk case」群において、肉類、果物、野菜、ワカメ・海苔、貝類の 5 項目で摂取率が有意に低かった(表 2)。

【考察】

これまでビタミン類やミネラル類などの栄養素はもとより、セロトニンの代謝に必要な動物性蛋白質の不足が、特に抑うつ症状に影響していると報告されている。今回の調査において、「normal case」群に比べて「risk case」群において、肉類などの動物性蛋白質、ビタミンを多く含む果物や野菜、ミネラルを多く含むワカメ・海苔、貝類の食品群の摂取頻度が低い事が示されている。それは従来の研究結果に合致するものである。

今回の調査の問題として、食物の摂取量に関する正確な情報が得られていない事や、食物摂

取頻度の区分点を任意に設定したことが挙げられる。今後はそれらを考慮して調査票を改良し、より詳細な調査を行うことが必要である。また、個々の食物摂取パターンを包括的に類型化し、食物摂取パターンと健康との関連を明らかにすることも視野に入れて知見を集積していきたい。

表 1 CES-D 得点と食生活満足度、食習慣との関連

N(%)

項目	Normal 151(100.0)	risk 215(100.0)	合計 366(100.0)	P
食生活に満足している	119(78.8)	140(65.1)	259(70.8)	0.005
食事は決まった時間である	115(76.2)	143(66.5)	258(70.5)	0.049
食事のバランスを考えている	110(78.2)	115(53.5)	225(61.5)	0.000
暴飲暴食をしている	43(28.5)	97(45.1)	140(38.3)	0.002
ダイエットを意識している	72(47.7)	117(54.4)	189(51.6)	0.243
朝食を毎日食べる	117(77.5)	152(70.7)	269(73.5)	0.152

Fisher's exact test

表 2 CES-D 区分と食物摂取頻度の関連

N(%)

項目	回答	Normal 151(100.0)	risk 215(100.0)	合計 366(100.0)	P
卵	週に 3~4 回以上	103(68.2)	138(64.2)	241(65.8)	0.436
肉類	週に 3~4 回以上	114(75.5)	133(61.9)	247(67.5)	0.007
魚類	週に 1~2 回以上	117(77.5)	148(68.8)	265(72.4)	0.075
貝類	月に 1~3 回以上	128(84.8)	152(70.7)	280(76.5)	0.002
野菜	週に 5~6 回以上	100(66.2)	119(55.3)	219(59.8)	0.040
ワカメ・海苔	週に 1~2 回以上	120(79.5)	150(69.8)	270(73.8)	0.041
乳製品	週に 3~4 回以上	100(66.2)	123(57.2)	223(60.9)	0.102
インスタント類	週に 1~2 回以上	82(54.3)	136(63.3)	218(59.6)	0.105
果物	週に 1~2 回以上	106(70.2)	128(59.5)	234(63.9)	0.046
豆腐、納豆	週に 1~2 回以上	121(80.1)	155(72.1)	276(75.4)	0.085
チョコレート	週に 1~2 回以上	87(57.6)	129(60.0)	216(59.0)	0.667
味噌	週に 3~4 回以上	88(58.3)	106(49.3)	194(53.0)	0.110
清涼飲料	週に 3~4 回以上	95(62.9)	125(58.1)	220(60.1)	0.387

Fisher's exact test

□cut off point 設定にあたって全体での摂取頻度の 6 割に最も近い区分を設定した。

□各質問項目について 1. 1 日 2 回以上、2. 毎日、3. 週に 5~6 回、4. 週に 3~4 回、5. 週に 1~2 回、6. 月に 1~3 回、7. 食べない、の 7 選択肢を設定した。

ストレス対処力 Sense of Coherence (SOC) とその向上策は見えてきたか？ —職場、学校、病と生きる人たちに於いて—

- 山崎喜比古（財）パブリックヘルスリサーチセンター・ストレス科学研究所）
横山由香里、益子友恵、木村美也子（東京大・疫学予防保健学）
朴敏廷（東京大・医療コミュニケーション学）、戸ヶ里泰典（放送大学）
大宮朋子（東邦大・看護学）

【背景と目的】 Antonovsky の 2 大著作(1979, 1987)で提唱された SOC は、今日までに、少なからぬ追跡・縦断研究によってストレス対処・健康保持力概念としての予測的妥当性が検証されてきた。そのため近年はますます、SOC を高める支援・介入方策への関心が高まっている。

SOC 向上策の開発にとって、SOC の回復・向上や高め維持と関連性を有する具体的な経験、特に、ストレスフルな出来事や状況に曝された人々における逆境下成長(adversarial growth; 以下 AG)や肯定的変化の感覚(perceived positive change; 以下 PPC)は有力な手掛かりを提供してくれるものと考えられる。なぜなら、この両者間には、SOC が高ければ AG や PPC が得られやすくなり、AG や PPC が得られることで SOC が回復・向上するか高め維持されるという正のスパイラルの関係性があると考えられ、また、PPC や AG は SOC よりも具象性が高く、他者による観察や間主観的概念として他者との共有も可能なため、SOC 向上策の具体的な目標になり得るからである。

我々は、比較的大規模な二つの患者

調査データを用いて、「病と生きる人々」における AG や PPC を構成する個々の具体的な経験と SOC 及びその三要素すなわち把握可能感・処理可能感・有意味感との関連性を分析・検討した結果を報告し、SOC の「見える化」と SOC 向上策への示唆性という観点から考察を加えたい。職場と学校における分析結果については、シンポ報告で紹介する。

【対象と方法】 分析対象の一つは、2005 年に実施された薬害 HIV 感染生存患者 257 人の質問紙法による断面調査データ（山崎ら,2008）である。AG は「薬害 HIV 感染以降今までに、あなたには、以下の点で、どのような変化がありましたか」という主質問の下、10 項目を設け、各 5 件法で回答を得た。

もう一つは、慢性疾患セルフマネジメントプログラム（CDSMP）の週 1 回 2 時間半 6 週に亘るワークショップ（以下 WS）に参加した慢性疾患患者 299 人の WS 開始から 3 ヶ月後、6 ヶ月後の質問紙法による追跡調査データである。PPC は 3 ヶ月後の調査で「ワークショップに参加することを通じて、あなたには、次の点で、どのような変

化がありましたか」という主質問の下、7項目を設け、各5件法で回答を得た。

相関は Spearman's correlation で検討した。

【結果】 薬害 HIV 感染生存患者における SOC と正の強い相関関係にあった AG 項目は、「精神的に強くなった」「新しい生きがいや人生の楽しみが得られた」「人や社会のために役立ちたいという思いが強くなった」「物事を良い方向に考えるようになった」の4項目であった。「精神的に強くなった」は、SOC の3要素中、把握可能感と最も相関が高い唯一の項目であった。その他の項目では、有意味感との相関が最も高く、なかでも、「物事を良い方向に考えるようになった」とは相関係数が 0.49 にも上っていた。

一方、CDSMP に参加した慢性疾患患者の WS 参加前後における SOC の向上と3要素とも有意な正の相関が認められたのは、「気持ちが楽になった」感覚であった。「少しずつで良い、無理しなくて良い」感覚と、傾向レベルではあるが、「何事に対しても良い方向に

考えるようになった」感覚は、把握可能感・有意味感と正の相関関係が見られた。

【考察および結論】 「気持ちが楽になった」「少しずつでよい、無理しなくて良い」という感覚がストレス対処力になるメカニズムについて、患者でもあり CDSMP のマスタートレーナーでもある人の次のような言葉が示唆的である。「他者が設定した目標にがんばっても届かない自分という自己イメージから解き放たれ、今のままの自分から始めれば良いといった体験をし、自己肯定できるようになった」、つまり「自己肯定感」の介在が指摘された。

AG や PPC を構成する個々の具体的な経験と SOC しかも各要素との関連性分析は、抽象度が高く、そのため目には見えにくい/イメージしにくい/具体的経験的には理解しにくい人間の内面・深部の力/パワー/エネルギー概念である SOC の具象化・「見える化」に役立ち、SOC を高める支援・介入方策に有力な手掛かりを提供してくれるものと考えられた。

社会福祉法人施設における苦情解決第三者委員としての実践活動報告

○北岡和代（金沢医大・看護学部）

【社会福祉法人施設の紹介】

当施設（なごみの郷）は精神障がい当事者、家族会、地域住民等が設立発起人となって法人化しており、平成12年4月に精神障害者社会復帰施設を開設した。障害者自立支援法による新事業体系への移行は平成19年6月にほぼ完了しており、『就労支援センター』、『相談支援センター』、『地域活動支援センター』、『ケアホーム』等に変更している。

【社会福祉法第82条の規定による苦情解決システムの設置とその後の経緯】

社会福祉法第82条の規定により、当施設では「社会福祉事業の経営者による福祉サービスに関する苦情解決の仕組みについての指針について（平成12年6月、厚生労働省）」に基づき、平成12年11月苦情解決システムを設置した。2名の苦情解決第三者委員が理事長により任命された。著者はその一人であり、今日に至るまでその任を負っている。他の一人はメンタルヘルスボランティアである。

しかし、平成12年11月ー平成17年5月まで、このシステムが稼働した例はなかった。そのため、苦情解決責任者、苦情受付担当者、苦情解決第三者委員が集まり、今後のシステムの在り方について話し合いをもった。その結果、次に示すポリシーを掲げ、実践活動を行うことを取り決めた。

【苦情解決システムのポリシー】

システムがあっても、待っているだけでは苦情は出てこない。こちらから活動して

いき、誠意をもって聴く姿勢を示していくことが必要である。

【第三者委員の主な取り組み】

- 1) 第三者委員の存在と役割を周知させる。
- 2) 第三者委員は毎月一度施設を訪問し、利用者と直接接する。
- 3) 利用者の意見を出しやすくするため、意見箱を設置する。

【この6年間の実践活動】

1) を達成するため、さまざまな広報活動を行ってきた。まず、平成17年7月に利用者を対象に説明会を開催した。その後は、月の訪問日を知らせるポスター“なごみの郷苦情解決第三者委員がやってくる！”を毎回作成し、各施設7カ所に掲示している。また、季刊通信に“なごみの郷苦情解決第三者委員がやってくる！”欄を設けてもらい、エッセイ風の広報も行ってきた。新しく入ってきた利用者に対しては“私たちは、苦情解決第三者委員です”と紹介したA4サイズの名刺を渡している。

2) については、2名の第三者委員による月一度の半日施設訪問を、この6年間欠かさずことなく、実践している。

3) については、『苦情BOX』をプライバシーが保護される場所に設置し、苦情メモを備えつけた。BOXは訪問日に、第三者委員が開け、対処している。

以上述べた実践活動を通して、受けた利用者からの相談を、表1に示す。相談件数は、18件（平成17年度）、20件（18年度）、30件（19年度）、48件（20年度）、48件（21

年度)と増えている。訪問日に、直接相談される場合がほとんどである。苦情 BOX を通しての相談は少ないが、活用されている。

相談内容は職員やサービス内容の事、他利用者の事、自分の事等に分けることができる。職員やサービス内容についての相談は極めて深刻な‘苦情’レベルのものではない。しかし、それらの相談一つ一つに対して、本人の希望に応じて対処している。具体例を掲げる：苦情 BOX による匿名相談である。内容は「施設の中で行われる催事にできるだけ参加してほしいと言われるが、いろいろな都合があり、自分自身は本当は参加したくない。でも、参加しないと、通いづらくなったり、職員さんから冷たくされるのではないかと不安です」というものであった。どうすればいいかわからないので、皆に分かるように掲示してほしいという希望であった。この事例では、苦情受付担当者および理事長に会い、そのようなことがないことを確認した上で「何かの催事への参加を断った結果、不安が生じるのはもっともなことかと思います。しかし、参加を断ったからといって、そのことを理由に職員がそのメンバーさんに冷たくするこ

とは決してありません。また、そのことを理由として、ご自身が他のメンバーや職員に遠慮したり、引け目をもつ必要もまったくありません。ただ、今後もいろいろな催事がある際は、誘いの声掛けはされると思います。そういうとき断りたければ“誘ってくれてありがたいけど、いろいろな事情があって参加できない。悪く思わないでほしい”などとはっきり伝え、それに対してアレコレ考えすぎないようにすることが大切かと思います。そうしないと、要らぬストレスを抱え込んでしまうのではないかと心配です。」と回答し、7カ所に掲示をした。年度を追って、自分の事の相談が増えているのは、相談というより自分の話を聴いてもらいたい、受け止めてほしいという思いからと考えている。

このような活動により、‘苦情’へと発展することを予防し、苦情解決第三者委員としての真の役割を果たしていきたい。

(平成 17-18 年度の 2 年間の実践活動については、日本精神障害者リハビリテーション学会第 15 回大会において発表している：北岡和代・他、苦情解決第三者委員としての実践活動 2 年間を振り返る、2007。)

表 1. 5 年間の相談件数・申出方法・相談内容

		17年度	18年度	19年度	20年度	21年度
件 数		18	20	30	48	48
申出方法	直接相談	7	12	27	41	43
	苦情BOX	9	7	2	4	4
	電話相談	2	1	1	1	1
	職員からの相談				2	
相談内容	職員の事	5	4	2	3	4(複)
	サービス内容	5	2	2	5	4(複)
	他利用者の事	1	5	1	1	1
	自分の事	6	8	23	35	43
	他(家族、病院等)	1	1	2	4	0

トゥレット症候群を有する青壮年者の健康関連 QOL に関連する要因の検討

○横山由香里（日本学術振興会，東京大学）、

山崎喜比古（財団法人パブリックヘルスリサーチセンター附属ストレス科学研究所）

【背景と目的】

トゥレット症候群は、運動チックと音声チックによって特徴づけられる疾患である。運動チックの例としては、瞬き・首振り・人や物に触るといった症状がある。音声チックには、咳払い・鼻を鳴らすといった単純性のものや、「アロン」「オラオラ」と言った奇声・「バカ」「オッパイ」といった卑猥な言葉・相手の言った言葉の繰り返し等の複雑性のものが挙げられる。チックの種類は患者によって異なるが 1 年以上にわたり、多彩な運動チックと 1 つ以上の音声チックが認められる場合に、トゥレット症候群が疑われる。

海外の先行研究では、小児や学童において、患者の Quality of Life（以下、QOL）が一般住民に比して低い水準にあることが示唆されてきた。しかし、本邦において患者の QOL に着眼した研究は行われていない。また、トゥレット症候群は小児期や学童期に発症、重症化することが多いため、小児期や学童期の患者を対象とした先行研究が多い。しかしながら症状が軽減していくとされる青年期以降においても、前述のような症状は看過できない。青年期以降は他者との関係性が拡充する時期でもあり、就学・就労場面などでチック症状が生活に支障をきたしていることが十分に予想される。

そこで本研究では、トゥレット症候群を有する青壮年者を対象とし、健康関連 QOL の実態を把握したうえで、健康関連 QOL を左右する要因について探索することを目的とする。

【方法】

2009 年 11 月から 12 月にかけて、NPO 法人日本トゥレット協会を通じて、無記名自記式質問紙を郵送配布し、横断的調査を実施した。本調査では、トゥレット協会に加入する 16 歳以上のトゥレット症候群患者を対象とした。患者の年齢情報が事前に把握できなかったため、患者本人票と家族票を同封し、世帯単位で質問紙を配布した。患者票は 170 世帯 171 名に、家族票は、170 世帯 178 名に送付した。回収できた質問紙は患者票が 72 通、家族票が 118 通であった。（患者票の回収率は約 6 割）。72 通のうち、代理回答や 16 歳未満の患者の回答を除き最終的に合計 62 通を分析対象とした。

分析に用いる変数は、年齢、性別、チックの重症度、併存症(ADHD、OCD)の症状、就学・就労状況、からかい・誤解による不快な経験の数、差別不安・遠慮による行動の自主規制、情緒的サポート、生きる支え、健康関連 QOL(Medical Outcome Study Short-Form36、以下 SF36)とした。SF36 は、下位尺度である身体的側面、精神的側面に分けて用いた。有意確率は両側 5%水準とした。

【結果と考察】

対象者の平均年齢は 27.0 歳(範囲：16 歳～47 歳)で、67.7%が男性であった。95.2%がからかい・誤解による不快な経験をしていた。21.0%は無職であった。約 7 割が差別不安・遠慮による行動の自主規制を行っていた。対象者の情緒的サポートの提供者として最も大きな割合を占めたのは母親であった。

表1. 健康関連QOLの身体的側面に関連する要因(N=61)

	身体機能 (PF)		日常生活機能_身体 (RP)		体の痛み (BP)		全体的健康 (GH)	
	β	P	β	P	β	P	β	P
年齢	-.256	*	.087		.113		-.346	**
性別 (男性=0,女性=1)	.083		.035		.032		-.248	*
チックの重症度	-.210	†	-.346	**	-.223		-.308	**
ADHDの症状	-.213	†	-.326	**	-.190		-.124	
R ² (調整済みR ²)	.215	(.157)	.226	(.169)	.085	(.017)	.352	(.303)

*** P<0.001, ** P<0.01, * P<0.05, † P<0.1.

表2. 健康関連QOLの精神的側面に関連する要因(N=61)

	活力 (VT)				社会生活機能 (SF)				日常生活機能_精神 (RE)				心の健康 (MH)			
	model 1 β	P	model 2 β	P	model 1 β	P	model 2 β	P	model 1 β	P	model 2 β	P	model 1 β	P	model 2 β	P
属性・特性																
年齢	-.238	*	-.088		-.063		.062		.036		.026		-.278	*	-.144	
性別 (男性=0,女性=1)	-.167		-.173		-.027		.073		-.069		-.005		-.081		-.056	
チックの重症度	-.386	**	-.343	**	-.365	**	-.209		-.317	*	-.209		-.276	*	-.165	
ADHDの症状	-.256	*	-.260	*	-.023		-.009		-.303	*	-.286	*	-.116		-.081	
社会生活																
就学・就業状況			ref.				ref.				ref.				ref.	
無職																
就労中			.287	*			.283	†			.389	*			.427	**
学生			.418	**			.210				.080				.356	*
専業主婦・休職中・その他			.195				-.082				.087				.224	
からかい・誤解による不快な経験			.089				.098				-.199				-.130	
差別不安・遠慮による行動の自主規制			-.172				-.463	**			-.162				-.212	
情緒的サポートの範囲			.252	*			.074				-.110				.213	†
R ² (調整済みR ²)	.377	(.330)	.527	(.426)	.151	(.087)	.403	(.276)	.209	(.150)	.363	(.228)	.220	(.162)	.433	(.312)

*** P<0.001, ** P<0.01, * P<0.05, † P<0.1.

対象者の健康関連 QOL は、「身体機能」と「体の痛み」の下位領域を除き、同世代の国民標準値よりも有意に低かった。

健康関連 QOL に関連する要因を探索したところ、チックが重症な者や ADHD の症状がある者で低いことが示された。これは、先行研究を支持する結果であり、チックと併発症そのものに働きかける介入の重要性が再確認された。

健康関連 QOL の精神的側面について、階層的重回帰分析を用いて検討したところ、社会生活の変数を投入した後、チックの重症度の影響が減少していたことから、チックの重症度は、社会生活を介して健康関連 QOL の精神的側面に影響を与えていることが推察された。社会生活の変数では、無職者が就学者や就労者に比して健康関連 QOL が低いことが示された。からかい・誤解に

よる不快な経験とは、関連性が認められなかった。その理由としては、からかい・誤解による不快な経験が多かったとしても過去の経験についての再解釈がなされ現在の健康関連 QOL には影響が及んでいない可能性や、本研究では同一の相手から繰り返されるからかいや誤解の経験をとらえられていないため、累積的な影響がとらえられていない可能性が考えられる。

他方で差別不安・遠慮による行動の自主規制が多い者ほど、健康関連 QOL の精神的側面が低く、情緒的サポートが多い者では、良好であることが示された。トゥレット症候群は、チック症状が可視化しやすい。本研究でも約 7 割の患者が何らかの規制をしていたことから、患者が自らの行動を規制しながら生活している可能性に配慮しながら支援していくことの重要性が示唆された。

精神障害者社会復帰施設における ICT 利活用支援に関する評価

○橋本颯子、北島謙吾（京府医大・看護）、山田京子（元京府医大・看護）
下村洋介（ジョイント・ほっと・就労 B）

【背景】

平成 17 年より、筆者（看護師）は、精神障害者の社会参加を目的に、ある精神障害者社会復帰施設（以下、施設）を利用する精神障害者（以下、利用者）に、パソコンにおける ICT（情報通信関連技術）利活用支援を行ってきた。筆者は、この支援を、施設職員とパソコン・ボランティア（以下、パソボラ）と協働して取り組んできた。

【目的】

6 年間の ICT 利活用支援による、利用者のパソコンにおける ICT 利活用への影響を明らかにし、評価することを目的とした。

【方法】

1. 研究対象：平成 17 年 1 月～平成 22 年 11 月の期間に、ICT 利活用支援に関与したパソボラ 4 名および施設職員 6 名、支援を受けた利用者 21 名を対象とした。

2. 研究方法

1) データ収集の方法：平成 17 年 1 月～平成 22 年 11 月までの、ICT 利活用支援記録・会議録や利用者の日誌より、ICT 利活用支援内容および利用者の ICT 利活用状況についての情報を収集した。

2) 評価の方法：平成 23 年 1 月～3 月に、支援導入時からの 6 年間を 5 期に分け、ICT 利活用支援内容と利用者の ICT 利活用状況について整理した。

3) 倫理的配慮：京都府立医科大学医学倫理審査委員会の承認を経て、口頭で研究の目的、研究の参加による不利益は被らない

ことなどを説明し、研究対象者の自由意思で研究の同意を得た。

【結果】

1. ICT 利活用支援導入時

平成 16 年 12 月、利用者 22 名中、2 名を除いて、パソコン経験者はいなかった。ICT 利活用支援の利用者の要望は、パソコン基本操作や ICT 利活用の指導であった。

2. I 期の経過と評価（支援導入から 1 年後）

平成 17 年 1 月～10 月の ICT 利活用支援（計 36 回）は、パソボラ 1 名が週 1 回 2 時間、休憩室にいる利用者を対象に、パソコン基本操作の指導や ICT 利活用例の提示を行った。パソボラは、利用者に顔を覚えてもらえるように関わった。施設職員は、支援時に同席するなどパソボラ導入を支援した。パソボラと施設職員、筆者で頻繁な連絡や会議を実施し、情報を共有した。

パソボラは、支援導入から 2 ヶ月後に利用者からの認知を意識し、4 ヶ月後に利用者とインターネット検索を行うなど利用者からの友好的な雰囲気を感じた。1 回以上の ICT 利活用支援参加率（利用者数のうち支援参加者数の割合）は、1 年後に 21.7% であった。継続的に支援を受けている利用者は 2 名であり、支援内容と方法が課題であった。

3. II 期の経過と評価（2 年後）

平成 18 年 1 月～10 月の支援（計 37 回）は、パソボラ 2 名が、利用者との会話を楽しんでパソコン操作の質問や疑問に応じ、利用

者の状況から段階を踏んで指導を進めた。施設職員は、支援日以外にパソコンの電源を入れるなどパソコン動作環境を整備した。

1 回以上の支援参加率は 54.2%であり、利用者の過半数は ICT 利活用支援を受けた。利用者は日常的にパソコンの前に座るなど、パソコンは休憩室の一部になった。パソボラと職員とが連携して、利用者個々の興味・関心を引き出すことや、利用者の興味・関心を引くような ICT 利活用例を提示することが課題であった。

4. III期の経過と評価（3 年 4 ヶ月後）

平成 19 年 4 月～11 月（8 月を除く）、平成 20 年 2 月～4 月の支援（計 37 回）では、利用者の主体性を引き出すため、パソボラは、支援希望者を対象に、1 対 1 で、集中力に応じて 30 分あるいは 1 時間支援した。また、施設職員と連携して施設内作業に連動性を持たせた。施設職員は、利用者に支援内容などの日誌記入を促し、新しい利用者には ICT 利活用支援を紹介した。会議では、利用者の支援日以外の ICT 利活用状況や興味・関心などの情報を共有した。

1 回以上の支援参加率は 60.0%になり、支援希望者は固定化し、支援内容は文章作成や関数計算などに集約された。利用者は日常的にインターネット検索するようになった。

5. IV期の経過と評価（5 年後）

平成 20 年 4 月～11 月、平成 21 年 2 月～11 月（両年ともに 8 月を除く）の支援（計 55 回）では、パソボラ 2～3 名、月 2 回 2 時間、休憩室ではない個室で、支援希望者が集中して学べるように関わった。会議では、利用者ひとり一人の ICT 利活用支援方法についての情報を共有した。

支援回数の減少や場所の変更、施設利用者の増加から、1 回以上の支援参加率は 43.3%に減少し、支援希望者の潜在する可能性が課題であった。支援内容は、利用者の志向性により、年賀状作成やブログ開設、案内文など日常生活や施設内作業であった。

6. V期の経過と評価（6 年後）

平成 22 年 2 月～11 月（8 月を除く）の支援（計 18 回）では、潜在する支援希望者の参加を目的に、休憩室での支援を 5 回取り入れた。

1 回以上の支援参加率は更に 38.2%に減少する一方で、休憩室では利用者間の ICT 利活用の相談を施設職員は観察した。ICT 利活用支援の紹介や利用者の動機への働きかけが引き続いて課題であった。利用者の ICT 利活用の志向性は生活の質や幅の拡大、一般教養、一般就労に 3 点に分類された。

【考察】

ICT 利活用は、パソコン技術習得のみならず日常生活に連動することが希求される。そこで、ICT 利活用支援には、個人の興味・関心を引き出し、ICT 利活用例の提示へ連動させる能力が求められる。また、精神障害者は自発性が低く、新しい環境への適応力が低い。そのため、利用者への ICT 利活用支援の場合は、更に、身近な環境で、時間をかけて、丁寧に、利用者の興味・関心を掬い取ることが求められると示唆された。

【結論】

福祉的就労に従事する利用者には、パソコン環境を整備し、利用者の興味・関心を引き出し、ICT 利活用に連動する継続的な援助を行ってきた。これらの支援により、利用者自らの志向性とペースによってパソコンにおける ICT 利活用することがわかった。

我が国の職業手話通訳者の労働と健康実態—20年間の推移

○ 埤田和史 北原照代 辻村裕次（滋賀医大社会医学講座・衛生学）

【はじめ】 手話はろう者の言語であり、手話通訳制度は聴覚障害者の社会参加の基盤となっている。我が国の手話通訳制度は、1970年の手話奉仕員養成制度と1973年の手話通訳設置事業に始まり現在に至っている。この制度下で働く手話通訳者には、過度の業務負担に起因して頸肩腕障害等の健康問題が発生しており、1990年代には大きな社会問題となった。我々は1989年に重症患者事例を報告して以来、全国手話通訳問題研究会および全日本ろうあ連盟と協力して、予防対策と5年ごとの「労働と健康」に関する全国悉皆調査に取り組んできた。2010年に第5回目となる調査を実施したので、その結果と経年変化を検討した。

【方法】 全国手話通訳問題研究会の都道府県支部（以後、支部と略）の協力を得て把握した、2010年9月1日現在、手話通訳を職務として行っている者1536人を対象とした。調査内容は、個人属性、労働条件、手話通訳業務の内容、現在の健康状態、身体部位別の自覚症状、蓄積的疲労徴候、ストレス関連事項、予防対策（健康管理に関する学習会、体操、特殊健診）実施状況などである。調査票は支部を介して配布、

封入され回答の回収を行った。調査は2010年10月に実施した。

【結果と考察】 1414人より回答を得た（有効回答率92.1%）。専任手話通訳者数は経年的に増加しているものの、近年は増加率が低下していた。また、女性の構成比が高まり2010年には93.4%を女性が占めていた。平均年齢は調査ごとに増加しており、2010年には平均年齢が49.5歳で50歳代が最頻世代となっていた（表1）。専任手話通訳者の中で勤務日数が週5日以上ある常勤者について正規雇用率をみると（表2）、1990年の37.2%を頂点に漸減し、2010年では16.5%に低下していた。正規雇用と非正規雇用では給与に大きな差があり、非正規雇用通訳者の給与は月17万円以下で1990年以来大きな変化がなかった。常勤手話通訳者の継続勤務年数をみると、半数が5年未満で入れ替わる状況が続いており、働き続けることができる条件の整備が課題

表1 専任手話通訳者数の推移と調査結果概要

調査年	1990	1995	2000	2005	2010
対象専任手話通訳者数(人)	598	844	1147	1376	1535
有効回答率 (%)	92.3	95.1	85.9	88.2	92.1
女性比率 (%)	85.1	89.4	90.9	93.7	93.7
平均年齢 (歳)	37.0	42.0	44.5	47.0	49.5

表2 常勤専任手話通訳者の雇用条件と在職率

調査年	1990	1995	2000	2005	2010
常勤専任手話通訳者数(人)	457	661	832	1060	1189
正規雇用率 (%)	37.2	30.7	27.1	19.4	19.6
平均月収					
正規雇用(万円/月)	—	24.6	28.5	27.2	26.7
非正規雇用(万円/月)	—	15.6	16.2	15.5	16.8
在職5年未満率 (%)	49.9	55.7	56.4	50.5	45.1
通訳実施件数19件/月以下率 (%)	49.9	46.4	47.0	45.7	55.1

と考えられた。

女性について、頸肩腕（右側）の「痛み」の有訴率の経年変化をみると（図 1）、腕の「痛み」は漸減傾向が認められたが、頸肩は 1995 年以降の有訴率が 20～30%で持続していた。近年、手話通訳者では重症頸肩腕障害事例の発生は減少しているものの患者の発生は続いており、頸肩腕の自覚症状有訴率の高さは、尚対策が必要なことを示していると考えられた。蓄積的疲労徴候は（図 2）、1990 年以降改善傾向を示しており、手話通訳者の働き方が改善されつつあると評価できた。予防対策の実施状況を表 3 に示した。頸肩腕障害の予防にとって大切な「ストレッチ」体操の実施率は増加傾向にあるものの、毎日の実施は 15.1%に止まっており、不十分な現状にあった。

特殊検診の実施率は増加傾向にあり、少数職種でありながら健康管理の実施を事業主に求めてきた取り組みの成果として評価できた。頸肩腕障害についての学習会への参加

率は 39.5%であり、5 年未満で半数の手話通訳者が交代する現状を踏まえて、安全衛生教育の充実が今後の課題と考えられた。

謝辞：本調査にご協力いただいた手話通訳者の方々に感謝します。また、本調査は独立

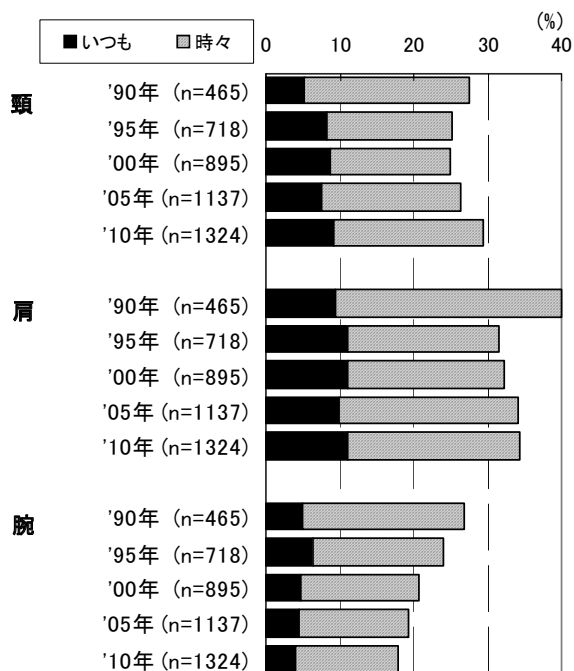


図1 頸肩腕の「痛み」の有訴率【女性右側】

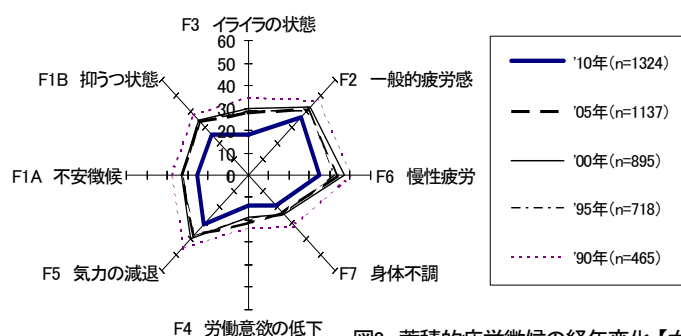


図2 蓄積的疲労徴候の経年変化【女性】

行政法人福祉医療機構より助成を受けました

表3 予防対策実施状況

調査年	1995	2000	2005	2010
人数	803	985	1214	1413
ストレッチ体操の実施状況				
ほぼ毎日している	8.5	8.7	12.4	15.1
まったくしていない	31.5	29.3	25.6	22.9
職場における頸肩腕障害に関する特殊検診実施状況				
健診がない	—	56.6	50.4	41.4
健診があり受診している	—	35.3	44.6	51.0
検診結果が業務に反映	—	8.8	25.1	28.7
最近1年間の頸肩腕障害についての学習会への参加状況				
参加あり	58.3*	53.4*	45.4	39.5
参加なし	31.9*	35.1*	42.4	54.8
学習会は行われていない	9.1*	11.1*	12.0	5.3

*1995年と2000年は、質問で「最近1年間」と期間を限定しなかった。

教員の労働負担軽減対策とその効果

○久永直見（愛知教育大）

【背景と目的】 Benesse 教育研究開発センターが 2010 年に全国の公立小・中学校教員を対象に行った抽出調査（第 5 回学習指導基本調査）によれば、睡眠時間 5 時間以下が小学校では 12.5%、中学校では 31.0%である。また、文科省によれば、教員の精神疾患による休職数が 2008 年には 1997 年の約 3 倍である。これらは教員の労働負担の大きさを物語る。本報告の目的は、教員の労働負担軽減に関する筆者の経験を述べ、助言を頂くことである。

【方法】 対象は、筆者が労働安全衛生に関係している義務教育学校 5 校である。教員 147 人の定期健康診断と人間ドックにおける有所見者健康相談で把握した労働負担との関連の疑われた危険・不健康な状況や疾病を集計し、学校が講じた労働負担軽減のための措置と効果を検討した。

【結果】 1. 労働負担の内容としては、長時間高密度労働、学級崩壊等があった。労働負担との関連を疑われた危険な状況、健康障害、外傷を表 1 に示した。（個々の障害の人数は口頭で述べる。）家族と過ごす時間が減り、子供の不登校等を生じた例もあった。

2. 労働負担軽減策としては、2009 年度までに、(1) 研究会の回数減、全員討議の回数減等による業務量削減、(2) 研究室等の冷暖房導入が実施された。一定度の効果はあったが、十分ではなく、2010 年 2 学期からは、22 時以降は業務をしない規則が施行

された。その効果を、2010 年秋に健康面談をした教員 45 人の平日の睡眠時間でみると、1 学期の平均 4.1 時間が 2 学期には 4.8 時間に伸びた（図 1）。並行して産業医面談の完全実施、不調への早期対応等がなされたが、休憩設備、机・椅子、栄養摂取等の改善は遅れている。

【結論】 報告した学校は、なお一層の労働負担軽減策を要する。しかし、個々の学校の努力には限界があり、人員増、施設改善等の公的支援が不可欠である。

表 1. 労働負担との関連を疑われた危険な状況、健康障害、外傷

睡眠：不足。不眠。帰途、店舗駐車場で仮眠し目覚めたら朝で、そのまま出勤。

交通：居眠り運転。信号で寝た。事故。

自覚症：倦怠感。頭痛。めまい。口内炎。

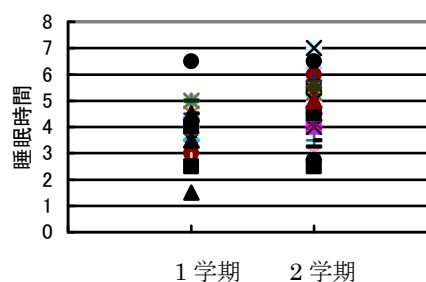
動悸。下痢。腹痛。吐き気。腰痛。意欲低下。疲労困憊。うつ状態。死にたい。

健康障害：体重急減。肥満。十二指腸潰瘍。

急性肝炎。不整脈。狭心症。脳梗塞。

外傷：普通なら生じない転倒。

図 1. 2010 年度健康面談 45 人の平日の睡眠時間（平均値は 1 学期 4.1、2 学期 4.8）



救急患者搬送時における救急隊員の身体的負荷の状況および負荷軽減策

○竹内 郁登¹⁾²⁾、中田 実¹⁾、栗岩 和彦¹⁾、栗原 義宣¹⁾、増田 浩子¹⁾、影近 謙治¹⁾、山田 裕一¹⁾、吉澤 正尹¹⁾³⁾、西島 吉典⁴⁾、加藤 達雄⁵⁾ (金沢医科大学¹⁾、千木病院²⁾、福井大学³⁾、大阪教育大学⁴⁾、常磐会学園大学⁵⁾)

【目的】

平成 23 年 3 月 11 日に発生した東日本大震災は、観測史上最大のマグニチュード 9.0 で、広大な範囲に多大な被害をもたらした。死者は 15,000 人以上、重軽傷者は 5,300 人以上といわれ、高齢者を中心に避難所での発病・死亡も相次いでいる。この未曾有の危機に対して、日本全国各地あるいは世界中からたくさんの医師・コメディカル、レスキュー隊、消防隊、自衛隊、軍隊、一般企業など様々な職種の人々による救助・支援活動が行われている。負傷者の搬送は昼夜を問わず行われ、とりわけ救急隊員は自分自身の健康管理にまで意識が回らない状況であることが想像される。平時から救急隊員の労働環境・健康状態を把握し、その改善に努めることは、普段の救急搬送の状況を改善させるのみならず、今回のような大震災や同時多発テロ、地下鉄サリン事件などの大規模災害時における救助活動を迅速かつ効率的に行い継続していく上で、大変重要である¹⁾と考える。

本調査は、平時における救急隊員の労働環境・健康状態の実態を知るために震災直前の平成 23 年 3 月初旬に実施したものである。

【方法】

石川県内 4 地区の消防署に勤務する救急隊員に、職務内容および健康・生活面に関するアンケートを実施したところ、128 名

の隊員より回答を得た（回答率 95%）。この集計結果から、救急隊員の労働環境・健康状態について検討を行った。

【結果と考察】

回答者のプロフィールは、男性 126 名、女性 2 名。平均年齢 37.8 歳。救急隊員の経験年数は平均 10 年 5 ヶ月であった(表 1)。

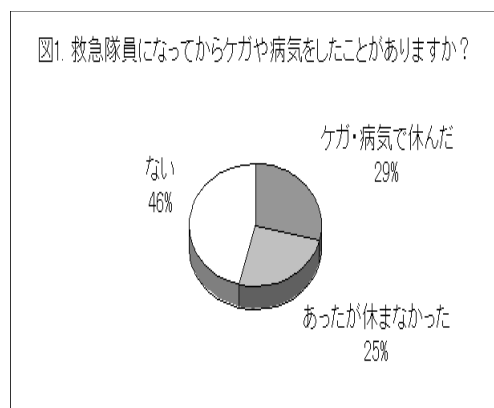
表 1. アンケートに回答した救急隊員のプロフィール

性別		男：126 名、女：2 名	
平均年齢		37.8 歳	
これまでの 経験年数	救急隊	10.4	年
	消防隊	9.5	年
	救助隊	10.5	年
	その他	5.3	年
所属	A 地区	76 名	(回答率 100%)
	B 地区	24 名	(回答率 100%)
	C 地区	17 名	(回答率 100%)
	D 地区	11 名	(回答率 61%)

救急業務は、傷病者を搬送するという肉体的・精神的に負担のかかる業務内容であり、救急隊員自身がストレスにさらされる可能性が高いことが予想できる。

1. 「救急隊員になってから、ケガや病気をしたことがありますか？」の質問に対し、「ケガや病気で休んだことがある」と答えた者 29%、「ケガや病気はしたが休まなかった」と答えた者 25%を合わせると 54%であった(図 1)。そのうち、救急経験 5 年以下の隊員では 29%、同 6 年以上の隊員では 69%が「はい」と回答した。
2. 「最近 12 ヶ月で腰痛や腰部の違和感などの腰部症状を自覚したことがありますか？」という質問に、「はい」答えた 63%

のうち、経験 5 年以下の隊員で「はい」と回答したのは 47%、同 6 年以上の隊員では 72%であった。



3. 「最近 1 ヶ月間に腰痛がありましたか？」という質問では、経験 5 年以下の隊員では 18%が「はい」と回答したのに対し、経験 6 年以上の隊員では 32%が「はい」と答えており、経験年数の長い者ほど腰痛者が多かった。

4. 近年都市部では、住居が一戸建て家屋から高層アパートやマンションへと変化してきている。石川県加賀地区はまだ一戸建て住居が多いが、それでも地方都市の金沢市では、住居の高層化が進みつつある。救急搬送において、高層階からの患者搬送には大変な困難が伴う。「ストレッチャーがエレベーターで使えなくて困ることがありますか？」という質問に対して、「よくある」と答えたのは 35%で、「ときどきある」(34%)、「まれにある」(22%)をあわせると、91%の隊員がエレベーターでの搬送で困っていた。また、「狭い場所でストレッチャーが使えないときによく使う搬送方法は？」との質問には、71%が布担架、12%がスクープストレッチャー、8%が直接持ち上げる/背負う、7%がバックボードと回答した。

5. 「救急搬送時に、患者や家族とトラブルになったことはありますか？」という質問には、75%の隊員が「ある」と答えた。

6. 以上の調査結果から、救急隊員には、搬送時に特に腰部を中心とする肉体的なストレスがかかり、救急隊の勤続年数が増えるに伴って身体的故障が増え、その結果、経験を積んだ救急隊員が勤務を継続できなくなる可能性が懸念された。とりわけ高層建築や狭い場所での搬送は、ほぼ人力で搬送しており、今後有効な方法や資機材の開発等による改善が必要であると考えられた。

1995 年の阪神淡路大震災の際に救急活動の主役となった兵庫県の救急隊員の調査²⁾では、救急隊員自身は高い職務満足度を示したが同時に高率の腰痛問題と強いメンタルストレスとにさらされており、労働環境の改善とストレス管理が重要であることが指摘されている。

【結論】

今後の救急業務の高度化に伴い、救急隊員の身体的・心理的両面のストレスの軽減を救急システムの一環として組み入れて推進する必要がある。

【参考文献】

1. 平成 22 年度消防白書 消防庁編
2. N. Okada, N. Ishii N, M. Nakata, S. Nakayama: Occupational Stress among Japanese Emergency Medical Technicians: Hyogo Prefecture. Prehospital Disaster Medicine 2005;20(2):225-121.

小規模事業所の産業保健活動と従業員の健康レベルの関連

○ 森河裕子（金沢医科大学看護学部）、田畑正司（石川県予防医学協会）
城戸照彦（金沢大学医薬保健学域）、小山善子（石川産業保健推進センター）

【目的】

小規模事業場の産業保健活動は規模の大きい事業場に比べて低調であることが報告されてきた。そのことは従業員の健康レベルにも影響すると考えられる。我々は石川県の健診機関に健康診断を委託している事業場を対象に、事業所規模や産業保健活動レベルと健康診断有所見率の関連を検討することを目的に調査を行った。

【方法】

石川県内の一健診機関を利用した事業所を対象とした。当該健診機関が2009年に健診を実施した事業所のうち、1事業所あたりの健康診断受診者数が10人以上であった事業所1900社に調査票を送付した。研究の目的を説明し、調査票への回答と、従業員の健康診断有所見率を健診機関を介して提供を受ける事への同意（署名による）を求めた。調査票に回答があり、かつ健康診断情報提供への同意が得られたのは476事業所（25.1%）であった。このうち、従業員数300人未満の468事業所の健康診断受診者から、60歳未満の13690人（男性8752人、女性4938人）について以下の解析を行った。従業員の喫煙、飲酒、生活習慣改善意欲や健康診断の有所見率と事業所の特徴との関連

を検討した。検討した事業所の特徴は、事業所規模（100-299人、50-99人、20人未満、20-49人）、業種（製造業、建設業、運輸業、卸・小売業、医療、他のサービス業、他）、職種（事務・管理・専門技術職、生産従事・運送・農林漁業、サービス・販売など）、喫煙対策（事業場内禁煙、事業場内分煙、定めなし）、作業環境の維持管理（行っている、行っていない、必要なし）、安全衛生（教育行っている、行っていない、必要なし）である。割合の比較には χ^2 検定を、多変量解析には多重ロジスティック回帰分析を用いた。解析には統計パッケージSPSS19.0を用いた。

【結果】

1. 事業所の産業保健活動レベルの規模別比較：人間ドック実施率、特殊検診や特定業務検診、長時間労働者に対する医師の面接指導は事業所規模が小さいほど高かった。異常者の就業上の措置についての医師に意見聴取、安全対策、作業環境対策、職場の喫煙対策のいずれも、事業所規模が小さいほど割合は低かった。

2. 好ましくない生活習慣の規模別比較：男性の喫煙率はすべての年齢階級で事業所規模が小さくなるほど高かった。“生活習慣を改善に消極的”は40

歳以上で事業所規模が小さいほど高かった。女性では規模による差は認められなかった。

3. 健康診断有所見の規模別比較：男性において 4000Hz の聴力低下は 30 歳以上で規模が小さいほど高かった。

30 歳代男性の脂質有所見率はで規模が小さいほど高かった。血圧、血糖、肝機能は事業所規模による差は認められなかった。

4. 好ましくない生活習慣保有状況、健康診断有所見と事業所規模、業種、職種、産業保健レベルの関連（多重ロジスティック回帰分析）：前述の事業所に関連した各要因と年齢をモデルに強制投入した。事業所規模は男性の喫煙習慣、生活習慣改善に対する消極性、脂質有所見、聴力 4000Hz 有所見に有意に関連していた（事業所規模 100-299 人に対する 20 人未満の事業場のオッズ比：喫煙 1.33、生活習慣改善に消極的 1.32、脂質有所見 1.30、聴力 4000Hz 有所見 1.27）。女性については血圧有所見率と関連が見られたが、他は有意な関連はみられなかった。職場の作業環境維持管理がなされていないことは、女性の生活習慣改善に対する消極性に有意に関連していた。職場の喫煙対策は男女の喫煙率に有意に関連していた。なお、業種や職種は男女の喫煙と有意な関連が認められた。また、職種は男女の生活習慣の改善意欲にも有意に関連していた。

【考察とまとめ】

以上、小規模事業場では規模の大きい事業場に比べて産業保健の取り組みが不十分であることが明らかになった。また喫煙などの好ましくない生活習慣の保有率や聴力有所見率が高い傾向もあった。しかし、小規模事業場の中でも喫煙対策を含め手近なことから安全衛生対策を進めている職場では喫煙率が低く、健康意識も高かった。このことはひいては健康レベルの向上、労働災害の予防につながることを示唆された。小規模事業場の健康管理推進を規定する重要な要素は、健康管理担当者の意欲、外からの情報であるとの報告がある。小規模事業場にとって必要でかつ実現可能な情報発信と具体的な介入が求められる。

日本の警察官採用における色覚要件に関わる変遷

○高柳泰世（本郷眼科、名大公衛）、宮尾 克（名大情報科学）

【はじめに】

私が「石原式色覚異常検査表を誤読する者を色盲あるいは色弱と呼称し、高校、大学入学制限あるいは様々な企業への入社制限がある」事を知ったのは1972年本郷眼科を開設して、学校医を任命されたとき以来であった。学校検診時色覚検査は義務づけられており、誤読すると工業高校志望者は諦める様に担任からいわれているのをみて驚き、調査を始めた。全国4年制の大学466大学から受験要項を取り寄せ、1学科でも制限をしている大学を「制限大学」として集計したのが図1である。

【社会的制限の緩和】

2001年、労働安全衛生法が改正され、雇入時の色覚検査が廃止されたが、人事院管轄に当たる警察庁では石原表による色覚検査によって可否を決めていた事が大学病院からの紹介患者により判明したので、実態調査として、警察庁及び47都道府県警から警察官受験要項を取り寄せた。

【警察官採用に際しての色覚制限の基準】

2007年から警察庁は制限緩和と聞いていたが、全ての権限を47都道府県警本部長に委譲したので、各県に問い合わせるようにとのことであった。2007年には警察庁を初め、各県警採用係に電話でアンケートをしたところ、全ての県で「色覚正常なこと」として、それは石原式色覚異常検査表を正読することであった。

私は各県警本部の採用係と電話で話し、また2001年の厚生労働省における労働安

法の改正により雇入時の色覚検査廃止の情報を提供したところ2008年には「色覚正常なこと」は17県となった。

県民の中の優秀な青年が、国家を守る警察官になりたいと希望した時、母親から受け継いだ「石原表を誤読する特性」だけで、ある県では採用され、ある県では採用されない事態になっていた。この現状を各都道府県警に知らせ、改善を求めていった。2009年には10県となり2010年には2県となり、2011年では「色覚正常」の県は漸くゼロになった。表1

【警察官の職務遂行に支障のないこととは？】

国土交通省海事局海技資格課における「小型船舶操縦士の弁色力に関する検討委員会」が1990年から1995年まで継続開催され、検討した結果、眼科的色覚検査では判らないため、現場に最も近い左右舷灯識別テストを開発し、現在はそれでスクリーニングを実施し、フェイルする場合は三色識別テストで昼間限定免許となっている。

警察官採用の基準として現在は何の県でもパネルD15テスト（15駒の色並べテスト）をパスは可とし、フェイルは不可としている。国土交通省の様に「仮に夜間において小型船舶操縦士に必要な弁色力を有しているものであっても、現行の検査手法では強度の色弱であることをもって、一律に限定のない免許が取得できない状況にあり、検査基準及び検査手法に疑問がある。」との発想で眼科的検査による先天色覚異常の検

査ではなく現場の弁識力テストに変えた。

【県警に提案】 6 月 9 日愛知県警察官採用担当係と面談したが、明確な回答はなく、パネルD15テストは普遍性があるので使っているとのことであった。「パネルD15 テ

ストはどのように警察官に必要な弁識力の判定と関連があるか」の調査研究を現場をよく知る県警が行うよう提案し、被験者に説明できる明確な回答を期待してきた。

% 図 1 大学入学許可要件の色覚に関する見直しの経緯

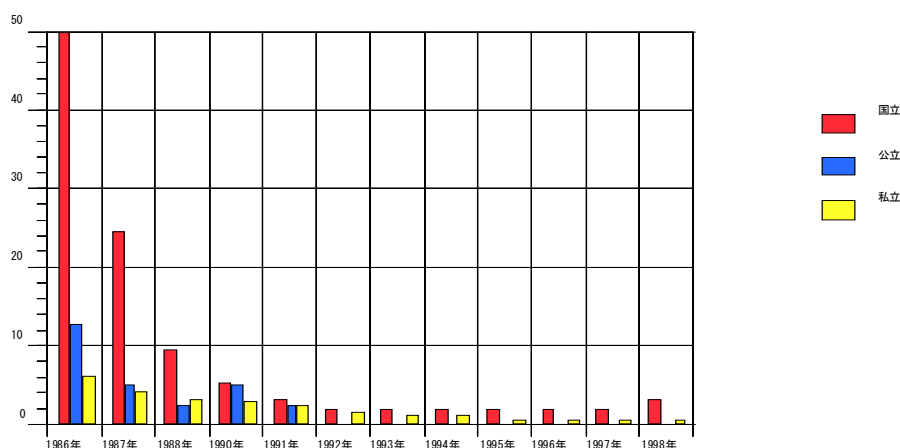


表 1

日本の警察官採用に関わる身体要件 県警別一覧(制限緩和の変遷)														
番号	県	2007	2008	2009	2010	2011				2007	2008	2009	2010	2011
		H19	H20	H21	H22	H23				H19	H20	H21	H22	H23
	警視庁	正常	職務	職務	職務	職務								
1	東京	正常	正常	正常	職務	職務	25	滋賀	正常	職務	職務	職務	職務	職務
2	北海道	正常	正常	正常	職務	職務	26	京都	正常	職務	職務	職務	職務	職務
3	青森	正常	正常	職務	職務	職務	27	大阪	正常	職務	職務	職務	職務	職務
4	岩手	正常	職務	職務	職務	職務	28	兵庫	正常	職務	職務	職務	職務	職務
5	宮城	正常	職務	職務	職務	職務	29	奈良	正常	職務	職務	職務	職務	職務
6	秋田	正常	職務	職務	職務	職務	30	和歌山	正常	職務	職務	職務	職務	職務
7	山形	正常	正常	職務	職務	職務	31	鳥取	正常	正常	正常	職務	職務	職務
8	福島	正常	職務	職務	職務	職務	32	島根	正常	職務	職務	職務	職務	職務
9	茨城	正常	正常	正常	職務	職務	33	岡山	正常	職務	職務	職務	職務	職務
10	栃木	正常	職務	職務	職務	職務	34	広島	正常	職務	職務	職務	職務	職務
11	群馬	正常	正常	正常	職務	職務	35	山口	正常	職務	職務	職務	職務	職務
12	埼玉	正常	職務	職務	職務	職務	36	徳島	正常	職務	職務	職務	職務	職務
13	千葉	正常	正常	正常	職務	職務	37	香川	正常	職務	職務	職務	職務	職務
14	神奈川	正常	正常	正常	職務	職務	38	愛媛	正常	職務	職務	職務	職務	職務
15	新潟	正常	正常	正常	正常	職務	39	高知	正常	職務	職務	職務	職務	職務
16	山梨	正常	正常	職務	職務	職務	40	福岡	正常	正常	正常	職務	職務	職務
17	長野	正常	正常	職務	職務	職務	41	佐賀	正常	職務	職務	職務	職務	職務
18	静岡	正常	正常	職務	職務	職務	42	長崎	正常	職務	職務	職務	職務	職務
19	富山	正常	職務	職務	職務	職務	43	熊本	正常	正常	職務	職務	職務	職務
20	石川	正常	職務	職務	職務	職務	44	大分	正常	職務	職務	職務	職務	職務
21	福井	正常	正常	職務	職務	職務	45	宮崎	正常	職務	職務	職務	職務	職務
22	岐阜	正常	職務	職務	職務	職務	46	鹿児島	正常	職務	職務	職務	職務	職務
23	愛知	正常	職務	職務	職務	職務	47	沖縄	正常	正常	市場	正常		職務
24	三重	正常	職務	職務	職務	職務		石原不可	47	17	10	2		0

介護保険料滞納高齢者に関する経済・健康格差に関する研究

○高橋和行¹，扇原 淳²，大浦絢子³，上田麻絵³

1 早稲田大学大学院公共経営研究科

2 早稲田大学人間科学学術院

3 早稲田大学大学院人間科学研究科

【はじめに】近年の深刻な経済不況により経済格差が如実に表れているなか，大規模人口を対象とした疫学調査の先行事例では，介護保険料の賦課段階による所得格差に示される経済的な格差が健康格差をもたらすという結果が報告され，早期介入の必要性が示されている¹⁾。

また、我々は経済格差の象徴であると考えられる生活困窮者として，介護保険料の滞納者を対象とした研究を行った。その結果，実際の生活や健康実態を把握したところ，経済格差が疾患や障害の早期発見，早期治療を妨げ，健康格差を助長する可能性があることを報告した²⁻³⁾。

こうした2つの研究結果から，経済格差と健康格差との関連という問題が，全国的な問題として潜在化している可能性が指摘された。

そこで、我々は介護保険料滞納者を主とする生活困窮者が抱える健康的，経済的な問題の現状と課題についての把握と今後の介護保険制度検討を目的に，全国の保険者(市区町村)を対象とした調査を行った。

本稿では，結果を速報として報告する。

【方法】 介護保険の保険者である全市町村1750自治体(22年4月1日現在)へ，選択式・記述式混合のアンケート調査を郵送にて配布・回収した。調査項目は，①介護保

険料滞納者の新規要介護認定時の問題，②介護保険料滞納者を含む生活困窮者の新規要介護認定時の問題，③介護保険料滞納者を含む介護保険全体の将来像について，の3項目となっている。なお回答にあたっては，自治体として滞納者に関する数値データを収集することが困難であることが予想されたことから，実務に携わる職員への意識調査としている。

表1 配布数および回収率

自治体人口規模(人)	配布数	回収数	回収率(%)
1万未満	479	128	26.7
1万 - 5万	710	262	36.9
5万 - 10万	266	149	56.0
10万 - 15万	114	85	74.6
15万 - 30万	97	65	67.0
30万 - 50万	49	30	61.2
50万 - 100万	23	17	73.9
100万以上	12	6	50.0
計	1,750	742	42.4

【結果】 回答のあった自治体数は、742件であった(回収率 42.4%)。自治体ごとの人口規模別では，人口1万人未満の自治体の回収率が30%未満となっている。これは，介護保険料滞納者がいない，もしくは滞納者で介護保険の要介護認定を申請した者がいない為に未回答が多いと推測される。

実際の回答では、①介護保険料滞納者の新規要介護認定時の問題において、特に医療サービスの受診機会が制限されていたこと・要介護認定の緊急性が高いなどの問題が指摘された。また、保険料滞納者と滞納の無い一般高齢者を比較しても、滞納者に関する要介護認定の困難度(生活保護受給が必要となるケースなど)が高い・医療介護サービスの利用が制限されているという問題が指摘された。

②介護保険料滞納者を含む生活困窮者の新規要介護認定時の問題においても同様に、医療サービスの受診機会が制限されていたこと・要介護認定の緊急性が高いなどの問題が指摘された他、一般高齢者の健康への意識が滞納者と比べ高いことなどが指摘された。

③介護保険の将来像については、滞納者をはじめとする低所得者でも安心して利用できる制度づくり、費用負担割合についての制度再構築などの改善・改革を求める意見が多く見られた。

【考察】 介護保険料は、原則として公的年金からの天引きを行う為、一般的には滞納が生じない仕組みとなっている。この理由から介護保険料滞納者は、安定した収入を得ておらず、生活が困窮しているといえる。

今回、介護保険の実務を担う自治体職員の中で、滞納者の健康問題に関する意識が明らかになったことにより、経済格差が健康格差に結びついていることが、全国的な問題として生じている可能性が高いことが考えられる。

今後、介護保険料滞納者に関する問題意識に関して、地域・地方間・人口規模等の

特性を加味した分析を行い、よりその問題の背景要因を明らかにしていく必要がある。

また、介護保険料滞納者の健康問題だけでなく、高齢者の所得と介護保険料(介護保険制度)の在り方についても議論すべきと今回の調査からも指摘された。急激な高齢化に伴って、介護保険料の上昇は避けられない状況にあるが、年金所得しかない高齢者の負担の限界、といったことも考慮する必要がある。

特に介護保険の実務を担う自治体の現場の声として、負担と給付のバランスについて苦心していることが指摘されたことから、若年層負担、国庫負担の増額も含めた介護保険制度全体の議論が急務であると思われる。

なお、本研究は、財団法人ファイザーヘルスリサーチ財団の助成(平成 22 年度 10 - 9 - 071, 研究代表者: 高橋和行)により行った。

【参考文献】

- [1] 近藤克則: “要介護高齢者は低所得者になぜ多いか”, 社会保険旬報, vol.2075, 2000.
- [2] 高橋和行, 武藤 充, 扇原 淳: “要介護ハイリスク集団としての生活困窮者に対する早期介入の必要性”, 第 21 回日本保健福祉学会学術集会報告要旨集, pp.6-7, 2008.
- [3] 高橋和行, 扇原 淳: “要介護ハイリスク集団としての生活困窮者に対する早期介入の必要性—介護保険料滞納者の介護認定申請時の特徴”, 保健医療研究, pp.57-67, No.1, 2009.

ホームレス者の健康支援を通じた社会的包摂の推進に関する研究（その2） —釜ヶ崎における19支援団体の聞き取り調査から—

○小椋芳子・大宮陽子・松田光恵・山本繁・井戸武實（NPO HEALTH SUPPORT OSAKA）、逢坂隆子（四天王寺大学）高鳥毛敏雄・黒田研二（関西大学）、鍛冶葉子（甲南女子大学）、嵯峨嘉子・村岡茉莉子（大阪府立大学）、北尾千沙・清水多實子（白鳳女子短期大学）三浦康代（放送大学）

【目的】

大阪市の釜ヶ崎では、経済不況などから野宿を余儀なくされている労働者が多い。高齢、罹患等から生活保護の受給者も急増している。野宿者の受療を契機とした健康支援、人との関わりを通じて社会的包摂推進の方策を探る事が目的である。そのための第1次調査として19民間支援団体の聞き取りを行なったので報告する。（第2次調査は被支援者個々人である。）

【研究方法】

期間は2010年6月～12月。聞き取り内容を録音後、作成した内容を聞き取り対象者に確認していただいた。

【結果】

各団体の支援開始時期からみるホームレス者の実態

各支援団体の活動開始時期と支援開始の契機から当時ホームレス者が置かれていた状況が明確になる。その時代に必要な支援が創設され、その変化にあわせた支援の在り方が再検討されていった歴史のつながりが理解できる。当時の釜ヶ崎の歴史と合わせてその意義を再確認したい。釜ヶ崎の歴史の記述は、『ホームレス研究・釜ヶ崎からの発信—』などを主として参照した。1950年代のバラック時代から1960年代には簡易宿泊所（ドヤ）時代となり、（175軒、宿泊者15000人）地区人口35000人、6～7割が日雇い労働者、単身者40%という、その60年代からを報告したい。

（以下、支援団体とその活動開始年はゴチック体で記述した。）

（1960年代）日雇い労働問題と民間支援団体の創設期

1960年代に釜ヶ崎では暴動が第8次まで起っている。大阪府・市で地域を「あいりん地区」に統一し、府・市連盟で国に「スラム対策に関する要望書」を提出している。

この時期の支援として、**1963年**にドイツの女性宣教師が来日、売春問題、アルコール問題に着目して、活動を開始し、**1977年**の「希望の家」の設立に繋がっている。**1968年**には釜ヶ崎の越冬闘争の医療班から医療支援を通年の活動とするために「**釜ヶ崎医療連絡会議**」が発足している。1960年代後半は万博景気で求人ラッシュとなり活気のある街だった。

（1970年代）万博景気後の不況による失業対策と野宿者生活支援期

ドヤがビルに変わり、個室化となった。1970年に釜ヶ崎に「**大阪社会医療センター**」「大阪市立更生相談所」開設、あいりん職業安定所に「あぶれ手当制度」創設、「釜ヶ崎キリスト教協友会」が発足し、**1977年**キリスト教を基盤とした支援団体「**ふるさとの家**」がオープンしている。1972年の第14次釜ヶ崎暴動の後「暴力手配師追放釜ヶ崎共闘会議」が結成されるが、1973年（オイルショック）の第21次まで釜ヶ崎暴動は続いていく。1976年に「釜ヶ崎日雇い労働組合」が結成され、以降暴

動はしばらく起こっていない。1978 年に「大阪建設労働者生活相談」が、個人のケースワーカーによって、ホームレス者にアパート敷金を用意し生活保護受給の支援を開始している。

(1980 年代)1978 年オイルショック後の不況・失業者増大期

今回の聞き取りでは 1980 年代に開始された団体はないが、今後の調査に期待し当時の釜ヶ崎の状況のみ記述する。1980 年代前半はバブル期の求人ラッシュで、ドヤはビジネスホテル風に改装、1980 年釜ヶ崎日雇い労働者春闘、1981 年釜ヶ崎地域合同労働組合結成、1982 年全国日雇労働組合協議会結成、簡易宿泊所火災(1977、1978、1980、1983、1984 年)1985 年あいりん求職者数が 2 万人を超える、1986 年少年が野宿者を襲撃事件があった。関西新空港などのプロジェクトもあり 1986 年の求人がピークで以降減少化している。1980 年代後半より外国人労働者出現した。

(1990 年代)高齢者失業と野宿者襲撃問題支援期

バブル崩壊 1992 年 17 年ぶりに第 22 次釜ヶ崎暴動、1933 年釜ヶ崎就労・生活保障制度をめざす連絡会(反失連)結成、1992 年「釜ヶ崎日雇い高齢者の仕事と生活を勝ち取る会」を結成し、越冬中だけではなく、通年の週 2 回の炊き出しを始める。1994 年高齢者特別清掃事業実施、寄せ場夜間開放実現、1995 年「野宿者ネットワーク」が活動開始し野宿者襲撃、テント排除問題などにとりくむ。1998 年大阪市野宿生活者概数概況調査実施、1998 年「さつきつつじ会」が高齢者のグループづくりに作業所を立ち上げる。1999 年 NPO 釜ヶ崎支援機構発足、1999 年 アルコール依存症者の「のぞみ作業所」開設、1999 年「釜ヶ崎のまち再生フォーラム」が“老いても一人でも住み続けられる”まちづくりの活動を開始。

(2000 年代)釜ヶ崎高齢者の居住支援とまちづく

り

2000 年サポータビュハウス「おはな」、「陽だまり」、「陽だまりⅡ」オープン。リーマンショック失業者増加。2003 年簡易宿泊所転用住宅 57 棟(5621 室)となる。2003 年から「ココルーム」アートをテーマにインフォメーションカフェ開店、2005 年「紙芝居むすび」が活動開始、(2001 年本学会が大阪で開催されたことも契機となって本学会員が中心となり 2001 年大阪市のホームレス者死亡調査、2003～2005 年度大阪市高齢者特別清掃事業健康・生活実態調査、2004～2006 年あいりん地区内三角公園・大阪駅前・淀川河川敷・中之島公園で CR 結核検診をふくむホームレス者健康・生活実態調査実施を経て)2006 年 NPO HEALTH SUPPORT OSAKA が大阪市とともに CR 結核検診・訪問型 DOTS 開始、2008 年くろかわ診療所開設、2010 年「訪問看護ステーション鶴見橋」開設となる。

【考察】

概括的には、1960 年代は日雇い労働者の労働問題はあがあるが、失業・野宿者の問題は大きくない。1970 年代になると、万博後の不況などで失業問題が大きくなり暴動が頻発する。1980 年代になると、日雇い労働者の組織化が起こり、一方で野宿者の襲撃など新たな問題への対応が必要になる。1990 年代は高齢者問題と不況による就労支援問題が混在し高齢者特別清掃事業などの制度ができる。そして釜ヶ崎のまちづくりの視点が入り、2000 年からは、健康、子供、文化も視野に入れた、全人的支援と人間性回復のとりくみが大きくなり、釜ヶ崎が大きく変貌しようとしている姿が見える。

本研究は日本学術振興会科研費補助金研究事業(課題番号 22614010)(2010～2012 年度・研究代表者逢坂隆子)として実施している研究の一部である。

ホームレス者の健康支援を通じた社会的包摂の推進に関する研究(その3) —釜ヶ崎での被支援者への聞き取り調査から—

○鍛冶葉子(甲南女子大学)小椋芳子・山本繁・井戸武實(NPO HEALTH SUPPORT OSAKA)、嵯峨嘉子(大阪府立大学)、高鳥毛敏雄・黒田研二(関西大学)、逢坂隆子(四天王寺大学)

【目的】大阪市の釜ヶ崎では、経済不況などから野宿を余儀なくされている労働者が多い。高齢、罹患等から生活保護の受給者も急増している。生活保護を受給しても、閉じこもり、うつ状態、アルコール依存をはじめ深刻な問題を抱えながら必要な対応ができないものが目立ち、孤独死・自殺に追い込まれる人も多い。その一方で、支援する人との関わりを通じて「人として生きるパワー」「社会とのつながり」をとりもどし、「釜ヶ崎で生きてきてよかったなあ」と思いながら暮らしている人もいる。本研究ではこのような人たちから話を聞き、ホームレス者の社会的包摂推進の方策を探る事が目的である。

【研究方法】第1次調査で支援団体より聞き取り調査を行った。第2次調査として、それら団体より紹介を受け、被支援者5名への聞き取り調査を行った。

＊倫理的配慮:本研究は、四天王寺大学倫理審査委員会の承諾を得ている。聞き取りに際し、研究目的・個人情報保護について口頭での説明を行い同意を得た。

日本学術振興会科研費補助金研究事業(課題No.22614010)

【結果】紹介元支援団体は以下のとおりである(表1)。

表1 支援団体

支援団体	紹介団体	被支援者
F	釜ヶ崎居住者の紙芝居劇グループ。各地で公演を行なう。	A氏・B氏
G	サポーターハウス(簡易宿泊所転用型サポート付アパート)	C氏
H	大阪市の委託を受け、結核健診・DOTS・研修者受け入れ等を行う。	D氏・E氏

1) A氏(男性91歳、釜ヶ崎居住50年)

- ①生活歴;N区で出生。空襲にあいH県に移住。家族は、妻・2人の息子。妻が農業、A氏は建設業に従事。
- ②釜ヶ崎に来た経緯;A氏のギャンブル好きから家庭内不和となり、A氏が家出した。
- ③ホームレス生活;ドヤに住み65歳まで建設業に従事。厳しい労働で身体をこわした。
- ④支援団体;アパートでの独居生活で憂鬱だったところ、同アパート居住者(Fメンバー)に紹介され、2009年より参加。

⑤現在の状況

- ・生活保護受給。食事は、スーパーの弁当。ヘルパー訪問・デイサービス利用。
- ・紙芝居劇を通じ他者と交流。家族は音信不通。
- ・右膝痛で杖・車椅子使用。高血圧症は加療中。
- ⑥生き甲斐・満足度;ギャンブルは止めた。紙芝居劇で各地に行き、他者との交流が生き甲斐。現在の生活は「最高」だが、「生活保護費が増額すれば、生活に余裕をもてる」と感じている。

2) B氏(男性81歳)

- ①生活歴;O県で出生。父は行方不明。家族は母・

妹。B 氏が 16 歳の時に母死亡。

②ホームレス生活;サンドイッチマンや建設業に従事。A 氏とは古くからの友人。

③支援団体;2008 年より参加。

④現在の状況

・生活保護受給。食事は給食を注文。家事は自分で行う。

・紙芝居劇を通じ他者と交流。家族は音信不通。

・胃疾患、加療中。

⑤生き甲斐・満足度;舞台に立つことが好きで、紙芝居劇が生き甲斐。現在の生活は「普通」で、「金銭的余裕があれば旅行したい」と話す。

3) C 氏 (男性 79 歳、釜ヶ崎居住 53 年)

①生活歴;H 県で出生。父は行方不明。家族は母と妹 2 人。12 歳で家出し、軍需工場で働く。終戦後実家に戻り、靴職人見習となった。その後母は再婚。

②釜ヶ崎に来た経緯;靴職人として青森に出張。そこから東京(山谷)、釜ヶ崎へと移ってきた。

③ホームレス生活;建設業(主に飯場)、市役所環境局などで就労。特清にも従事。60 歳頃騙されて以来人間不信に陥り、孤立して生きてきた。

④支援団体;入居アパートが火災に遭った際、支援者に駆け付けてもらったことから、「人を信じ、つながる」ことの大切さを知った。2010 年に現アパートに転居。

⑤現在の状況

・生活保護受給。家事は自分で行い、自炊。

・アパート住人との交流あり。家族は音信不通。

・高血圧症、加療中。

⑥生き甲斐・満足度;何の心配もない現在の生活を「最高」と感じている。亡母の墓参を希望。

4) D 氏 (男性 66 歳)

①生活歴;高校卒業後、消防士となる。家族は妻・娘。上司への不満から退職し、後に離婚。

②ホームレス生活;アルミ缶回収・特掃業務に従事。「他人に貸し借りを作りたいくない」と孤立した生活を送っていた。

③支援団体;2004 年、結核に罹患し、ボランティアたちによる熱心な受診勧奨を受けたことを機会に、

支援者との交流が始まった。

④現在の状況

・生活保護受給。家事一切を自分で行う。

・NPO HEALTH SUPPORT OSAKA のボランティアとして、CR 結核検診・DOTS 事業に関わっている。

社会ニュースに詳しい。妻・娘とは音信不通。

・結核は完治。糖尿病・高血圧症は加療中。

⑤生き甲斐・満足度;コンサートに行くことが楽しみ。DOTS 事業等のボランティアをしているのは「世話になったから」とのこと。現在の生活は「まあまあ良い」と感じている。

⑤E 氏 (男性 69 歳、釜ヶ崎居住 35 年)

①生活歴;K 県で出生。家族は両親・兄弟。実家の借金返済のため、昼は家業(縫製業)や工場勤務、夜は水商売で働いた。

②釜ヶ崎に来た経緯;借金返済が一段落した頃、E 氏がうつ病に罹患。兄弟と絶縁し、大阪に来た。

③ホームレス生活;日雇い労働に従事。野宿生活でアルコールとの縁が切れない毎日だった。

④支援団体;夜まわりボランティアや支援者が、高血圧治療を拒む E 氏を本気で叱ってくれたことから生活を見直すきっかけとなった。

⑤現在の状況

・生活保護受給。家事一切を自分で行なう。

・子どもを対象とした支援団体のボランティアをしている。アパート住人にも積極的に声をかけている。

兄弟との交流あり。

・高血圧症、加療中。

⑥生き甲斐・満足度;何の心配もない今は、「最高」と感じている。子どもたちの目に映る自分の姿を思い、「恥ずかしい生き方はできない」と考えている。

【考察・まとめ】5 名の生活歴・ホームレスに至った経緯は様々である。しかし、いずれも人との交流から自らが生きる意味・生き甲斐を見出していると言える。社会的包摂推進のためには、本人・支援者にどのような方策が求められているのか、質的な分析については、当日会場で発表する。

ホームレス自立支援センター退所者の就労・生活状況に関する考察

○加美嘉史（佛教大学・社会福祉学部）

【目的】本研究は近年の厳しい雇用情勢においてホームレス自立支援センター（以下、センターとする）の退所者がどのような労働条件で就職しているのか、その実態を明らかにすることが目的である。そして貧困に陥った人々が再び安定した生活を継続的に営むためにはどのような対策や支援が必要かを提起することを目的にしている。

【方法】本研究は京都市のホームレス対策として設置され、(財)ソーシャルサービス協会ワークセンターが運営する「京都市自立支援センター」の退所者が、実際に就職した事業所の求人票等に記載された賃金、職種、雇用形態、社会保険の有無、事業所規模、資格要件等とセンターのケース記録に記載された調査対象者の職種、年齢、学歴等のデータをもとに統計的分析を行った。

調査対象はリーマン・ショック後の2008年12月11日～2011年1月9日までにセンターを「就職により退所」した62名（「就労自立」43名と「半福祉半就労」19名）である。今回の調査では中途退所者など就労先を確保できずセンターを退所した人や「半就労半福祉」を除く生活保護受給者は対象に含んでいない。

【結果と考察】

①年齢階層と学歴

「就労自立」退所者（43名）の年齢階層は50代が34.9%（15名）、40代が25.6%（11名）、30代が23.3%（10名）である。30～40代の稼働年齢層が約半数を占めていた。「半就労半福祉」退所者（19名）も40代

と50代が各36.8%（7名）で稼働年齢層に集中している。「就労自立」退所者（43名）の学歴は、「高卒」44.2%（19名）、「中卒」30.2%（13名）が多い。「半就労半福祉」退所者（19名）は「高卒」68.4%（13名）、「中卒」10.5%（2名）であった。

②就労先の雇用形態と職種、資格の必要性

「就労自立」退所者（43名）の就労先の雇用形態は、「正社員」が62.8%（27名）で、「パート」の20.9%（9名）をはじめ、「契約社員」などの非正規雇用は37.2%であった。一方、「半就労半福祉」退所者（19名）は「パート」が68.4%（13名）、パートを含めた非正規雇用は84.2%であった。「正社員」は15.8%（3名）のみである。

また「就労自立」退所者（43名）の就業職種は、「サービス業」が32.6%（14名）、次いで「工場労働」が23.3%（10名）、ガードマンなど「保安職業」18.6%（8名）などが多い。一方、「半就労半福祉」退所者（19名）の場合は、「清掃作業・廃品回収」が42.1%（8名）、工場労働31.6%（6名）などが多い。

雇用条件としての資格に関しては「就労自立」退所者（43名）のうち74.4%（32名）が「必要なし」であった。

③最低賃金と「就労自立」退所者の賃金

2010年の京都府の最低賃金額を月額換算すると130,176円である（＊計算方法は厚労省が採用する方法に基づく：時給749円×173.8時間）。センター「就労自立」退所者のうち、就職時の賃金が最低賃金額水準

の「14 万円未満」(税込、月額)の者が 21%であった。

④保護基準と「就労自立」退所者の賃金

平成 22 年度の京都市の生活扶助基準額は 81,610 円(単身者、41~59 歳)、住宅扶助の上限額 42,500 円(特別基準)を合わせた保護基準額は 124,110 円である。勤労している保護受給者の場合は勤労に伴う必要経費(勤労控除)として「基礎控除」と、年間収入に対する勤労に伴う必要経費の「特別控除」(=年収の 1 割)が認められるため、勤労収入が保護基準額 124,110 円の場合、基礎控除の 24,940 円と特別控除の 12,411 円と合わせた勤労控除額は 37,351 円となり、勤労控除を加えた保護基準額は 161,461 円となる。そのほか保護基準には冬季加算や期末一時扶助費が加えられるが、今回の調査では含まず、勤労控除額のみを考慮し、勤労世帯における保護基準額を 161,461 円(月額)とみなした。

「就労自立」退所者(43 名)のうち勤労控除額を含む保護基準額を下回る「16 万円未満」(税込、月額)の者は 41.9%(18 名)であった。ボーダーライン層の「16~17 万円」を含めると 58.2%(25 名)を占める。(※ただし、「就労自立」退所者のうち年金受給者 4 名あり)一方、「半就労半福祉」退所者(19 名)の賃金は勤労控除を含む保護基準額未満とボーダーライン層が 89.4%(17 名)であった。

⑤社会保険の適用状況 「就労自立」退所者(43 名)の社会保険加入状況は、「雇用・労災・健保・年金あり」は 60.5%(26 名)、「雇用・労災・健保・年金・退職金あり」18.6%(8 名)であった。一方、「健保なし」「年金なし」は 20.9%(9 名)であっ

た。「健保なし」「年金なし」9 名の雇用形態は非正規雇用 6 名、正規雇用 3 名で、「健保なし」「年金なし」の 9 名のうち 6 名が賃金 16 万円未満であった。健保や年金なしの場合は保護基準以下の賃金から国保保険料や医療費、年金保険料などの負担が必要となる。その一方で「半就労半福祉」退所者(19 名)については「雇用・労災・健保・年金あり」は 47.4%(9 名)であった。「半就労半福祉」の場合、健保等未適用の就労先は多いが、医療扶助の適用が可能である。

【結論】 センター退所者調査から、「就労自立」退所者の 21%が最低賃金水準の低賃金で就労している実態が明らかになった。また賃金額が勤労控除額を含む保護基準額下回る者は 41.9%、ボーダーライン層を含めて 58.2%を占めていた。「就労自立」退所者の約半数は保護基準以下のワーキングプア状態にある実態が明らかになった。「就労自立」退所者は低位で不安定な労働・生活状況に置かれている者が多く、センター退所後において安定した地域生活を営むためには労働環境の改善、失業や低賃金に対する社会保障制度の適用、公的就労制度の導入など諸対策が必要だと考える。

一方「半就労半福祉」退所者の場合、低賃金や社会保険の不備を生活保護が補完している現状が確認された。労働市場において「適切な雇用」が縮小し、労働の質が劣化している現状において医療扶助、住宅扶助など生活保護の部分的適用と「就労」の組み合わせは、当面の支援策としては有効と考えられる。今日の膨大なワーキングプア層への当面の対策として「半就労半福祉」など多様な自立のあり方をより具体的に検討していく必要があると考える。

ホームレス状態に陥った軽度知的障害者の療育手帳取得および就労支援について

中野 加奈子

(佛教大学大学院 社会福祉学研究科)

【はじめに】

ホームレス状態に陥った人の中に、知的障害者や精神障害を抱えている人が少なからず存在する、ということが近年明らかになってきた。(山田 2009、奥田 2010) 彼らの生活史をみると、養護学校・特殊学級(現:特別支援学校・特別支援学級)に通学・通級した経験があっても、障害者福祉サービスに結びつくことなくホームレス状態に陥っていることが多い。中には、幼少時に障害が発見されず成人期に至っているケースもある。

ホームレス支援の現場では見逃されてきた障害や生活問題を発見し、生活再建に向けた支援を行っているが、成人期になってからの障害の告知や障害者施策の活用にはいろいろな困難も伴っている。

本報告では、近畿圏内の A 無料低額宿泊所を利用した軽度知的障害者への療育手帳取得及び就労支援の事例を取り上げ、ホームレス状態に陥った軽度知的障害者の支援課題について考察する。

【研究方法】

各事例の生活史をまとめ、障害が見逃されたり、サービス利用に至らなかった経過を考察する。また、支援経過を通して制度的課題及び、具体的支援場面での課題を考察する。

【倫理的配慮】

事例対象者は匿名とし、個人が特定できないよう事例の特徴を損なわない範囲で修正している。

【事例 1】

30 歳代男性。幼少期に両親が離婚。兄弟と共に父親に引き取られる。小学校低学年より中学卒業まで特殊学級(当時)へ通級していた。父親の反対があり療育手帳は取得せず。中卒後、兄弟と共に土木建築業に従事し飯場で生活を送る。その後、父親は体調を崩し就労できなくなり生活保護受給となる。また、兄弟も体調を崩し、退職。後に生活保護を申請した。本人は職場で兄弟の助けを得られなくなり、作業がこれまでのようには進まなくなってきたこと、また同時期に本人も仕事に体調を崩したこともあり、退職を余儀なくされた。その後、不況の影響もあり再就職もできずホームレス状態に陥った。

困り果てた本人が父親に相談し、生活保護申請、A 無料低額宿泊所利用に至った。入所後、療育手帳 B 取得、家族関係調整や就労支援を受け、就労継続支

援 B 利用となった。しばらくは A 無料低額宿泊所から通所していたが、通所状態が安定したこと、入所後約 6 ヶ月を経てアパートへ転居、独居生活を送っている。退所後も職場での悩みや金銭管理をはじめとする生活の相談を継続して行っている。

【事例 2】

30 歳代男性。両親離婚後、児童養護施設に入所し中学卒業まで過ごす。中学校で特殊学級(当時)に通級した経験があるが、療育手帳は取得せず。卒後、定時制高校に進学するが授業が理解できず退学となり、施設も退所。以後は土木建築業を中心に職を転々としてきた。職場では人間関係のトラブルや、「指示通りに作業ができない」と指摘されることが多く、長続きはしなかった。失業状態になっても仕事が見つからなかったことから「東京に行けば何とかなるかも」と思い立ち、近畿圏内にあった飯場を出て自転車で出かけるがたどり着けず、ホームレス状態に陥った。しばらく野宿生活を送ったが食事にも困る状態となり、福祉事務所へ相談、A 無料低額宿泊所入所となる。

福祉事務所ケースワーカーより障害を指摘され、A 無料低額宿泊所入所後療育手帳 B 取得。以後、就労移行支援事業を利用するが、宿泊所でトラブルを起こす。施設長よりもう一度頑張ろうと説得するが自己退所となった。退所時「療育手帳は取りたくなかった」と語った。

【考察】

知的障害者施策では、療育手帳制度が 1973 年に実施され、身体障害者手帳のような認定制度が位置づいた。しかし、これは知能指数のみで障害を判断しており、差別的だ、という批判があった。また障害児教育では 1979 年に養護学校の義務教育制が実施されるまで、「就学猶予・免除」の下、障害を持つ子ども達教育権が長年剥奪されてきた。養護学校の義務教育化以後、教育の機会は保障されるようになったが、特殊学級・養護学校への差別は根強く、一人ひとりの子どもの発達を保障する教育の実現には課題があった。

本報告で取り上げた事例は共に 30 歳代であり、義務教育を受けたのは制度が整備された後であったが、制度を十分に活用できなかった実態が見られた。また、障害児教育や障害者施策が未整備であった 1970 年代以前に学齢期を過ごしている 50 歳代以上の場合、教育を受ける機会を剥奪されていた可能性が高く、事例のような 30 歳代と比較する、必要な支援を受けられ

ない状況の中で生活を送ってきたと思われる。このように制度の変遷を踏まえ、ホームレス状態に陥った軽度知的障害者の教育、就労、生活経験を考慮し、問題整理を行う必要がある。

軽度知的障害 (IQ50～70 程度) は、日常生活はほぼ自立し、学校生活も学習面での支援があれば、問題なく過ごしていることが多い。そのため、本人・親は障害がある、と受け止めるよりも、「普通学級での教育を」「一般の就職を」といった希望を抱く傾向がある。実際、事例 1 では父親が「将来を考えたら、手帳はかえって妨げになると思った」と語っていたが、療育手帳未取得の背景には、このような考え方が家族や学校・社会福祉関係者の中にあった、と考えられる。

また、障害者雇用施策が整備されているにも関わらず、障害を抱える人の就労先は少なく、雇用条件も劣悪である場合が多い。普通学級での教育や療育手帳の未取得等は、少しでも良い進路を、と願う本人、関係者の思いに基づいた判断だったと思われる。

しかし、軽度知的障害は「抽象的思考や合理的判断に乏しい」「事態の変化に適応する能力は弱い」と指摘されるなど、社会生活では困難を抱える場面が少なく無い。障害が理解されない状況での労働では、作業ができないと責められたり、職場での仲間関係がうまくいかなかったり、あるいは困っていても相談できる人がいない、といった様々な問題や辛さを抱え、退職を余儀なくされるケースもある。あるいは犯罪に巻き込まれて、被害を受けていることもある。さらに、家族の関係が途切れたり、貧困や健康問題が絡み合い、最終的にはホームレス状態に陥っている。このような現実を鑑みれば、特殊学級や養護学校での教育、療育手帳の取得、そして学校卒業後の生活の支援は不十分であった、といわざるを得ない。ただし、これは障害者だけではなく、子どもの貧困や若者ホームレス問題でも問われているように、若年層の生活支援体制が不十分であることも関連していることを忘れてはならないだろう。

具体的な支援場面では、ホームレス状態を脱し、安定した生活を再建していくために、アセスメント段階においてこれまで見逃されてきた疾患や障害、生活問題を適切に整理・把握することが不可欠である。しかし、支援者側に知識・情報が不足していれば、これらの問題を発見することは難しい。特に先述した通り軽度知的障害は発見されにくい特徴を持つ。支援者側も障害に対する知識や情報を学ぶ必要であり、医師等専門家との相談・連携体制を整えていかなければならない。

療育手帳判定には出生時や学齢期など幼少期の生活状況の情報が求められる。これは知的障害が 18 歳までに発生している障害である、と定義されていることによる。しかしホームレス状態に陥った人は家族関係が断絶していることが多く出生時や幼少期の様子につ

いて情報を得ることが困難である。また、学齢期に障害を見逃されていた場合は、学校での情報を得ることも難しい。従って、軽度知的障害者の療育手帳判定は、幼少期に見逃されている可能性があることに配慮して進めていく必要があると思われる。

事例 2 では、当初本人は手帳取得に合意していたが、後に手帳取得は本意ではなかった、と語っている。成人期に至るまで障害者福祉施策を利用したことがなかったり、あるいは障害が見逃されていて本人も自身に障害があることを知らない場合、療育手帳取得は、本人や家族、周囲の人々が障害を理解し、必要な支援を受ける契機になる。しかし、同時に障害の告知という場面となり、十分な配慮が必要である。これまでの経験を知り、本人の揺れ動く思いに寄り添いながら、障害を理解し、受け止め、今後の展望を共に考える支援過程が必須となる。

また、就労は賃金を得るだけではなく、本人自身の力を発揮し技能を磨いたり、職場での交流を通して豊かな人間関係を育むといった、発達保障の場でもある。賃金労働としての雇用条件の向上も図りつつ、居場所としての就労についても検討して行く必要があるのではないかな。

ホームレス状態に陥った軽度知的障害者の支援を考える際には、山田が指摘したように、障害があるからホームレス状態に陥るのではなく、十分な支援が受けられなかったために孤立し、ホームレス状態に陥っている、と捉えなければならない。また、この問題は、そもそも住宅の保障が不十分であること、また深刻な雇用崩壊という、ホームレス問題と密接に関係しているのであり、住宅と雇用に関わる施策の充実が最優先課題であろう。

様々な課題があるとはいえ、ホームレス支援の実践が積み重ねられ、問題が発見されてきたこと、また医療や教育において軽度知的障害や発達障害の研究が進化したことにより、支援体制も徐々に整備されてきた。今後はこの問題について、教育、医療、社会福祉領域で人々がホームレス状態に陥らない為の施策と、陥った後の生活再建への支援のあり方の双方を検討しなければならない。そのためには、障害者福祉とホームレス支援における問題の共有化や連携が求められる。

【文献】

山田耕司「ホームレス状態となった知的障がい者支援の現場から見えてきたもの」『ホームレスと社会』Vol.1 2009 年
奥田浩二「ホームレス状態にある市民を理解し支援するために」『ホームレスと社会』Vol.3 2010 年

深夜の繁華街における 10 代風俗産業従事女性に関する社会医学的調査

○田中 勤（中京大学大学院法学研究科法律学専攻）古橋忠晃（名古屋大学大学院医学系研究科精神健康医学/総合保健体育科学センター）福島一彰（独立行政法人国立国際医療研究センター病院）

【目的】近代社会における価値観の多様化とともに風俗産業も多様化しているが、一般に法は風俗産業を規制している。一方、18 歳未満の少年の風俗産業での就労も規制の網の目を潜るように行われている。本研究では、深夜の繁華街における 10 代風俗産業従事女性の生活環境、メンタル・ヘルス、リプロダクティブ・ヘルスの現状について明らかにし、保健活動の一助としたい。

【方法】2007 年 9 月より継続している深夜の繁華街の街頭における思春期少年の聞き取り調査（拙稿・社会医学研究 27 巻 2 号を参照）を通じて得られた、10 代風俗産業従事女性（経験者も含む）のリプロダクティブ・ヘルスおよびメンタル・ヘルスについて、社会医学的視点から質的考察を行った。

【結果と考察】2011 年 5 月 22 日現在、延べ 155 回にわたる深夜の街頭調査活動において、調査者らが接触し、調査票による聞き取り調査が成立した思春期少年は 95 名（うち男子 32 名・女子 62 名・GID1 名）である。そのうち、風俗産業に従事経験のある 10 代女性（以下、「少年」とする）は 24 名（14 歳から 19 歳）であった。18 歳未満の少年は 11 名であった。業種の性質から発表者が風俗産業を独自に分類・集計し、少年たちの生の声の一部を掲載した（表 1）。調査方法から対象者についての統計学的分析は不可能なため、単なる記述統計とした。

わが国は売春防止法で買売春についての禁止主義をとりつつ、「風俗営業等の規制及び業務の適正化等に関する法律」（以下、「風営法」とする）によって性的サービスについての規制主義をとり、一定行為の合法化を図っている。そのため、わが国は買売春合法国として国際的に非難されている。わが国では 18 歳から風俗店での就業が認められているが、18 歳未満の違法就労も後を絶たない。18 歳未満の少年の多くは、異性紹介型の手段を介して外形的には個人買売春の形式をとっている。こうした素人型の個人買売春に至っては責任ある管理者も不在であり、管理責任者のいる伝統的風俗産業以上に性感染症や性的虐待などの危険にさらされ、彼らのリプロダクティブ・ヘルスにとって脅威となっている。10 代の女性、特に 18 歳未満の思春期女性が風俗産業において就業することを「違法」で片づけることは簡単である。しかし、さまざまな葛藤を経てそこに至ることを思えば、思春期女性の生存権を支援するために重要なことは、風俗産業従事女性について価値づけをすることではなく、少年が自らの健康を守るためのスキルを身につけられるよう支援することである。そのために、少年、特に 18 歳未満の少年について、早期に接触して、健康で文化的な生活確保のための保健支援を行うことが重要である。こうしたアプローチは少年がアクセスのしやすい方法によ

って実施されなければならないばかりか、男性の意識改革も不可欠の課題である。そこには個々の価値観を超えた互いの人としての尊重が必要である。

表 1. 10 代風俗産業従事女性の業種分布（複数回答あり）

総数（うち 聞き取りで得られた声 18 歳未満）		
<伝統的風俗産業>		
【接待・接触型】キャバクラ、エステ・マッサージ（性風俗関連特殊営業に属すもの）		
キャバクラ（接待飲食等営業）	12(5)	「自分の体を売ってはいけない」(18 歳)、 「キャバは風俗ではない」 (16 歳)
【体液交換・買売春型】ファッションヘルス、デリバリーヘルス、ソープランドなど		
ファッションヘルス（店舗型性風俗特殊営業）	2(0)	「楽しい。（oral sex は）生でしている。 本番ではコンドーム付ける」 (19 歳)
デリバリーヘルス（無店舗型性風俗特殊営業）	7(3)	「病気・妊娠が心配」(16 歳)、「中絶のお金が必要だから仕方なく」(17 歳)
<素人利用型> 個人買売春の外形をとるもの		
出会い系サイト（無店舗型電話異性紹介営業）による買売春	2(1)	「神経がいかれていたママ」 (18 歳)
出会いカフェにおける買売春	3(1)	「50 くらいのおっさんと 5 万でした」(18 歳)、 「入りびたっていたのは 17 歳の終わりまで」 (19 歳)
援助交際（市民による買春）	14(8)	「相手は何人も」 (17 歳)、「もうやりたくない」 (16 歳)、「気持ち的にはつらかった。一人になるとさみしい。居場所がほしい。風俗やりたい」 (18 歳)
合計	40(18)	

（太字は深夜の繁華街の街頭において聞き取りで風俗産業従事が認められた女性の業種）

妊娠期から産後1か月にかけての親性発達とその変化

－初めて親になる妻と夫の変化－

○落合富美江、山崎智里、頼経かをる、坪本他喜子、本多隆文、笹野京子

(金沢医大・看護学部母性)

親性は親になる経験の中で変化し成長するといわれており、その視点に基づいた研究や支援が展開されるようになってきたが、妊娠期から産後にかけての親性の発達という視点での変化を言及しているものは数少ない。

【目的】本調査では乳幼児期を対象に作成された親性の発達尺度を用いて乳幼児期の親性に対し、妊娠期から産後にかけてどのように親性の発達が変化するかを検討した。

【方法】調査対象はK病院で出産し、妊娠期から産後1か月まで追跡できた初めて親になる妻46名、夫37名であった。

調査期間：2009年10月より2010年10月

調査方法：K病院産科外来に通院中の初めて親になる妊婦に継続調査であること、夫と共に研究への協力依頼を行い、同意書による了解が得られた妻と夫に妊娠期、産後1か月に質問紙を配布し留め置き法を用いた。本研究は金沢医科大学倫理委員会の承認を得て行った。

調査内容：「親性の発達」を評価する尺度を作成するに当たり及川は、乳幼児を持つ父母を対象とした。乳幼児期の親性の発達状態と本研究結果と比較するため及川の「親性の発達尺度」を用いた。及川は親になることを「子供を出産し、養育していく役割を獲得していくことである」と定義した。及川の「親性の発達尺度」は6つの下位尺度からなり、「次世代因子」8項目「社会環境因子」10項目「生き甲斐因子」5項目「家族の絆因子」5項目

「世代間因子」3項目「抑うつ因子」4項目計35項目からなる。この尺度の回答方法はそう思う～そう思わないの5段階法であった。

分析方法は及川の親性発達尺度を用いて乳幼児の親性発達について報告した結果と本研究結果を比較した。対応あるt検定を行った。さらにzスコアを算出し、レーダーチャートを作成した。解析にはSPSSVer19を用いた。

【結果及び考察】本対象の属性：平均年齢は妻30.1±4.7歳、夫31.0±5.3歳であった。1組を除き既婚者であった。妻は専業主婦が63%と最も多く、夫は会社員が84%を占めた。妊娠の判明時期が結婚前の妊娠のものは、妻20%夫22%であり、約8割が結婚後の妊娠であった。今回の妊娠を望んでいた者は、妻と夫ともに97%以上であった。妊娠に気づいた時の気持ちも妻と夫とも100%がうれしかったと答えていた。妊娠・出産・育児について相談できる人がいると答えたものは両者とも約100%であった。

「親性の発達」の変化：表1及び図1に示すとおり、妻では妊娠期「次世代因子」「社会環境因子」「生き甲斐因子」「抑うつ因子」は及川の結果より有意に低く、「家族の絆因子」のみ有意に高かった。産後1か月は「社会環境因子」「抑うつ因子」が有意に低く、「次世代因子」「生き甲斐因子」は差がみられなくなり、「家族の絆因子」「世代間因子」は有意に高かった。夫は表1及び図2に示すとおり、妊娠

期「抑うつ因子」のみが有意に低く、「家族の絆因子」が有意に高かった。産後1か月は「抑うつ因子」のみが有意に低く、「家族の絆因子」「世代間因子」が有意に高かった。妻は乳幼児を持つ母親に比し妊娠期は子供への思いや、社会環境への考え方、子供は生き甲斐と思う気持ちが育っていないことが示唆された。育児に慣れない産後1か月の方が抑うつは高いのではないかと考えられたが、乳幼児を持つ母親よりかなり低かった。生後1ヶ月児の発達と幼児の発達は大きく異なり、親の子共への対応も違っていると考えられる。子供の発達と親の対応の差に関係していると考えられた。一方家族の絆の高まり、親に感謝する気持ちが高いことは出産という大きな人生の体験をし、これから夫婦2人で子供を育てよう

という気持ち、自分自身が生まれてきたことに対する自身の親への感謝の気持ちが高まっていることを示していると考えられた。夫は妊娠期より子供への思いや社会環境に対する考え、子供が生き甲斐と思う気持ちに乳幼児を持つ父親と差が見られず夫の親性の発達が妻とは異なっていた。

【結論】乳幼児を持つ母親より、妻は妊娠後子供への思い、社会性、子供は生き甲斐という気持ちが育っていないことが示唆された。夫は乳幼児と持つ父親と差が見られなかった。一方出産という体験の中、家族の絆の高まり、親への感謝の気持ちが高まっていた。乳幼児を持つ母親・父親より抑うつ因子が低かった。

引用文献：及川裕子：親性の発達に関する研究-乳幼児の親性の因子

構造と背景要因の検討-、埼玉県立大学紀要 Vol.1, 7, 1-7, 2005

表1 及川の比較からみた親性発達の変化(妊娠期から産褥期)

妊娠前期		次世代因子			社会環境因子			生き甲斐因子			家族の絆因子			世代間因子			抑鬱因子		
対象		本調査	及川	P値	本調査	及川	P値	本調査	及川	P値	本調査	及川	P値	本調査	及川	P値	本調査	及川	P値
妻 対象n=46 及川n=242	Mean	34.7	36.9		34.5	41.7		16.4	18.0		20.2	19.1		12.6	12.4		9.3	13.2	
	SD	3.8	3.7	***	5.0	5.6	***	3.5	4.1	*	4.1	3.6	*	2.4	2.7	ns	4.6	3.5	***
夫 対象n=37 及川n=155	Mean	35.2	35.9		35.6	37.1		17.5	17.5		20.9	19.4		11.5	11.3		7.2	11.1	
	SD	4.1	4.5	ns	7.8	6.6	ns	4.8	4.2	ns	4.0	3.6	*	3.0	2.8	ns	2.8	3.6	***

有意差の検定 t検定: **=0.05 ***=0.01 ****=0.001

産褥1か月時		次世代因子			社会環境因子			生き甲斐因子			家族の絆因子			世代間因子			抑鬱因子		
対象		本調査	及川	P値	本調査	及川	P値	本調査	及川	P値	本調査	及川	P値	本調査	及川	P値	本調査	及川	P値
妻 対象n=46 及川n=242	Mean	37.0	36.9		37.1	41.7		18.1	18.0		21.0	19.1		13	12		10.0	13.2	
	SD	2.8	3.7	ns	5.9	5.6	***	3.3	4.1	ns	4.3	3.6	**	2	3	*	4.3	3.5	***
夫 対象n=37 及川n=155	Mean	36.6	35.9		36.9	37.1		18.7	17.5		21.1	19.4		12	11		7.3	11.1	
	SD	3.3	4.5	ns	7.1	6.6	ns	4.6	4.2	ns	3.3	3.6	**	2	3	*	2.7	3.6	***

図1 妻の親性の発達
妊娠期と産後1か月の比較

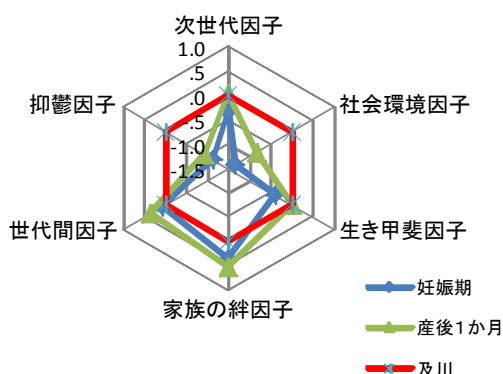
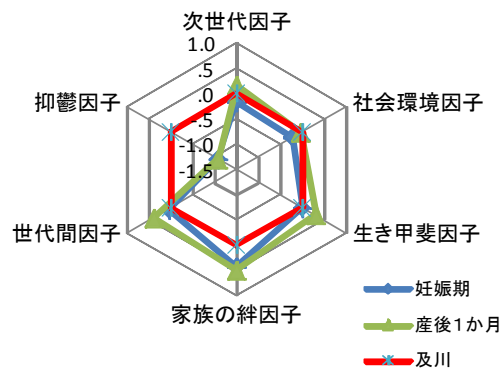


図2 夫の親性の発達
妊娠期と産後1か月の比較



訪問レスパイトの効果と課題 ー医療的ケアが必要な子どもを介護している母親の変化ー

○小村三千代（東医保大）橋本佳美（佐久大）

【目的】医療的ケアを必要としている子どもを在宅で介護をしている母親に訪問レスパイトを試み、その効果と課題を明らかにした。

【方法】参加観察法と半構成的面接法を用いた質的記述的研究である。気管内吸引や経管栄養などの医療的ケアを必要としている子ども（10代前半の男児、気管切開し経管栄養、視覚・聴覚・言語・運動障害）を、家庭で介護をしている母親（50代前半）1名に研究参加への承諾を得、平成21年8月から平成23年2月まで訪問レスパイトを実施した。その内容は、月1回程度90-120分をめやすに、小児看護の臨床経験が5年以上ある看護師1名と小児看護学を履修した看護学生1名の計2名が1組となって行った。訪問時、母親には自由に過ごしていただき、子どもにはそのときの状況に応じて気管内吸引や口鼻腔内吸引、噴霧吸入や経管栄養、清拭やおむつ交換、着替えやマッサージ、遊びなどのケアを実施した。

【結果】母親は初めての訪問時、子どもから離れようとしなかったが、訪問の回数を重ねるごとに徐々に距離をとり、離れている時間も長くなった。また、訪問する前日から予定を立て訪問を待ち望んでいた言動もうかがえた。一方、子どもは表情や仕草などで訴えた欲求が訪問者によってかなえられるという体験から

落ち着いた様子を見せ、次第に訪問者と過ごす時間を楽しんでいることが、子どもの和らいだ表情や母親の言動から読み取ることができた。データを分析した結果、次のことが明らかになった。

1. 母親は自分の思いに蓋をしていたと気づく

母親は退院して初めて家で子どもと過ごした十数年前のエピソードを、「吸引チューブを両手に持って、ガタガタ震えたまま一睡もできませんでした」と、昨日のここのように鮮明に語った。また、「神経を使わないと、子どもの命の保証ができない。私が子どもの命綱にならないければ。だから、身体も気持ちも休まらない」と。子どもの命を託されたという張りつめた思い、子どもの命を守らなければという母様の重責感がひしひしと伝わってきた。そのため母親は、「自分がしたいことを考えるという余裕がなかったし、いつのまにか自分のしたかったことに蓋をしていた」のだった。

2. 罪悪感からワクワク感に

母親は、「母親が子どもを見るのは当たり前なので、子どもを誰かに預けて一人だけ楽しい時間をもつことに罪悪感というか感じていたんですけど。いつも、後ろから押されるような生活なので、訪問の日は何しようと考えただけでウキウキしているというか、そう思っている時間

がワクワクするというか」と語った。「お料理作っていますね」や「美容院に行ってきます」、「上の子とお茶してきます」と子どもから離れて、自分の時間を持つことができるようになった。「子どもから離れていても不安はなかったですね。子どもの表情や気配から、(看護師と看護学生と子どもとの)関係ができていって感じましたから。子離れしなければと思っても、なかなかそういう機会がなかったので、願ってもないチャンスでした」というように、母親の言動に変化が見られた。

3. 一步を踏み出そうとしている

これまで母親は、「自分の子どもは自分で育てなければ」と考えていたが、訪問を始めてから「子どもは色々な人と接することが楽しいんですよね。そのことになかなか気づきませんでした」と、子育て観に変化が見られた。さらに母親は、「子どものためだけでなく、自分のために生きたい。一步踏み出さなければ、新しい風に出会えない。一步踏み出したい」と、新たな初めの一步を歩み出そうとしていた。

【考察】母親は、訪問レスパイトによって子育て観や自分の生き方を見直すことができた。

1. 1 日 24 時間 365 日離れることができない

母親は、これまで子どもの命を守るのは自分しかいないと考え、寝食を忘れて 1 日 24 時間 365 日子どもの介護をしてきた。「身体も心も休まらない」生活を十数年もの間続けてきた母親が、突然訪問

者から「ゆっくりやすみませんか？」といわれても、子どもの命を第三者に預けることに戸惑いを感じ、子どもから離れることができなかったのではないかと考える。

2. 母親が安心する確かな技

看護師は、子どもが言葉以外で表現する表情や身体の動きから子どもの訴えを読み取り、判断し、関わっていた。母親は、訪問者と接している子どもの表情や訪問者が帰った後の子どもの落ち着き方から、子どもを訪問者に任せて良いかどうかを判断していたと考える。実際、母親からは「安心しています」や「子どもが楽しそうにしていますね」という言葉を聞くことができた。母親が子どもと距離がとれるようになったのは、看護師の確かな技があったからと考える。その結果、母親は子どもから離れることができるようになった。訪問レスパイトは、公的な支援だけでなく、親子が地域で生活していくためのちょっとした手助けができる人材を居住地の近くに確保することで、母親の介護負担を軽減できるのではないかと考えたボランティア活動である。今後の課題として、子どもの健康状態が変化しやすいこと、母親の疲れが強い場合の支援等、親子に関わっている他の職種や訪問看護担当者との連携が必要である。

【結論】医療的ケアを必要としている子どもを在宅で介護をしている母親への訪問レスパイトは、母親の子育て観や生き方に変化の兆しが見え始めた。

子どもたちの生活習慣と保護者の心がけとの関連

○中山直子(慶應義塾大学看護医療学部)、高 燕(中国浙江工商大学 公共管理学院)、
楊 素雯、星 旦二(首都大学東京 都市環境科学研究科)

【背景と目的】多くの先進諸国では、疾病構造が変化するにつれて、慢性的な退行性疾患である生活習慣病が増加している。我が国でも、これら生活習慣病を予防するための様々な対策が展開されている。健康日本 21 計画では、早世予防と健康寿命の延伸のために、生活習慣病対策を重視している。また、医療改革と連動した特定健診特定保健指導でも、様々な健康教育が展開されている。

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として注目されている。その理由の一つは、成人が健康にとって好ましい行動へと行動変容することが難しいからである。しかしながら、最も重要な理由は、成人が好ましい健康習慣へと行動変容したとしても、死亡率を指標とすればなんら効果が見られないことがあげられる。

そこで、本研究の目的は、都市部における小・中・高校生の生活習慣とその保護者の子どもへの健康や食生活への心がけとの関連を、共分散構造分析を用いて明らかにすることである。

【方法】対象は、東京都の小学校 61 校 3,930 名・中学校 33 校 3,611 名・高等学校 16 校 3,882 名の児童・生徒とその保護者である

(表 1)。平成 19 年 11 月に自記式無記名の質問紙調査を実施した。調査票は小中学校(区市町村教育委員会経由)、高等学校に配布し、調査実施を依頼し、調査票を記入後、各子どもと保護者が一緒に回収用封筒に封入したものを、学校ごとに回収した(小中学校については区市町村教育委員会経由)。調査票は親子を ID でマッチングした。

表 1 分析対象者

	児童生徒の性別			分析対象者
	男	女	不明	
小学生	1,757	1,774	4	3,531
中学生	1,642	1,572	5	3,214
高校生	1,380	1,526	11	2,906
計	4,779	4,872	20	9,651

今回の分析項目は、子どもたちの生活習慣(主観的健康、自覚症状、朝の目覚め、朝食摂取、睡眠時間、就寝時間、運動頻度、歯の観察、丁寧な歯磨き、喫煙と歯周病、健康への心がけ、健康三要素)と、保護者の子どもの健康への心がけと食生活の心がけの項目について分析した。

分析方法は、探索的因子分析により抽出された因子をもとに潜在変数を命名し、概念モデルを設定し、共分散構造分析を用いて、総合的・構造的な検討を行った。共分散構造分析では、性別・世代別の多母集団同時分析を行い、モデリング改良を繰り返して、パスの方向、標準化推定値、CFI(Comparative Fit Index)、NFI(Normed Fit Index)、RMSEA(Root Mean Square Error

of Approximation)、AIC (Akaike Information Criterion)、決定係数等を確認しながら、最適モデルを探った。

【結果】分析対象は、親子のデータをマッチングできた 9,671 ペアである。共分散構造分析で用いる潜在変数を設定するために、探索的因子分析を行った。探索的因子分析の結果、4つの因子が抽出された(表 2)。

表 2 因子分析の結果

	第一因子	第二因子	第三因子	第四因子
主観的健康	.749	-.134	-.006	-.109
自覚症状なし	.666	.064	-.019	-.115
健康生活習慣	.475	.143	-.002	.183
朝の目覚め	.299	.103	-.050	.111
運動頻度	.264	-.024	.063	.109
朝食摂取	.165	.122	.097	.067
平日就寝時間	-.045	.983	-.011	-.008
平日睡眠時間	.046	.776	.003	-.089
親の健康への心がけ	.006	.010	.926	-.025
親の食生活への心がけ	-.007	-.015	.646	.016
健康三要素	.063	-.081	.008	.421
歯の観察	-.053	.068	-.005	.403
丁寧な歯磨き	.043	-.037	-.011	.399
喫煙歯周病	-.108	-.135	-.013	.370
心がけ再	.115	.128	.019	.305
累積%	17.9	25.4	31.9	31.9
α 係数	0.625	0.839	0.75	0.457

因子抽出法: 最尤法、回転法: Kaiser の正規化を伴うプロマックス法

因子分析の結果をもとに、共分散構造分析を行った。その結果、『子どもの自覚症状と運動・朝食』は、『親の心がけ』から、直接的に規定されるのではなく、『歯磨きと健

康三要素』と『睡眠状況』を経由して間接的に関連している構造が明らかになった。また、世代別・性別で同時分析した結果、CFI=0.866、NFI=0.841、RMSEA=0.021 と良好な適合度が得られた(図 1 は小学生男子と小学生女子のみ示した)。

【考察】子どもの食生活や生活習慣と言ったライフスタイルは、親の食生活やライフスタイルの影響を受けると考えられる。親の心がけが、子どもたちの歯磨きや健康に関する知識、心がけに影響し、子どもたちの睡眠状況や自覚症状や運動に関連していることが示唆された。また、性別や小・中・高校生の世代別にも差がみられることが示された。

【結論】親の子どもへの心がけが直接的に子どもの主観的健康や自覚症状に直接的に関連するのではなく、歯磨きといった日常の生活習慣や健康三要素に関する知識や健康への心がけから、子どもたちの自覚症状や運動と関連していることが構造的に明らかになった。

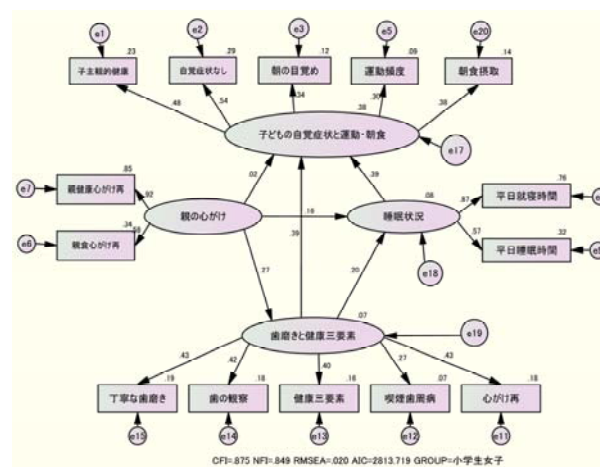
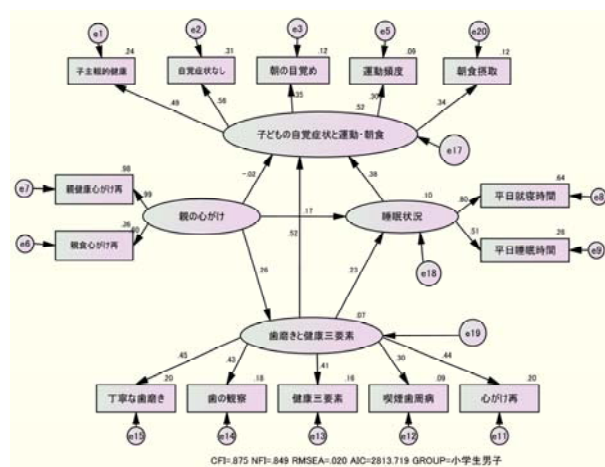


図 1. 親の心がけと子どもの生活習慣の相互関連(左; 小学生男子、右; 小学生女子)

中華人民共和国における新婚検査と妊婦検査サービス利用との関連要因

-中国の杭州市を例として-

高 燕	(中国浙江工商大学 公衆管理学院)
中山 直子	(慶應義塾大学 看護医療学部)
星 旦二	(首都大学東京 都市環境科学研究科)

【背景】1980年に始まった中国の一人っ子政策は、経済発展を大前提として文化大革命期に膨張した人口を抑制し、人口全体の資質向上を求め、国家レベルでの人的資源論的発想に基づくものである国民の出産と育児のプロセスを徹底管理し、「優生・優育・優教」を求めるこの壮大なプロジェクトの枠組のもとで、80年代以降の一連の母子保健面の政策が提供されている。遺伝学的な側面から子どもの資質を上げるために、1994年、「母子保健法」が制定された。また、1980年の婚姻法では、いとこ同士やハンセン病患者らの結婚を禁止し、この「母子保健法」で、□重大な遺伝性疾患、□指定伝染病（エイズ、淋病、ハンセン病）、□関係精神病（精神分裂症、躁うつ病）について結婚禁止と規定されていた。結婚前の健康診断を含め、中国独特な出産と育児政策に対して、世界で人権侵害といった批判もあったものの、中国では、「人口の質」を維持する意味で、「優生」を強く求めたものである。

【目的】本研究は、中国出産と育児のプロセス中、「新婚検査」と「妊婦検査」二つのサービスの利用を焦点にし、出産後の母親を対象として、検査サービスの利用と関連がある要素を検討することを研究の目的としている。

【方法】調査対象者は、杭州A区域に居住する住民の住民票からランダムで、女性600人（新婚女性300人、産後女性300人）を対象とし、2010年7月から8月の間に、街の保健分野の担当者により、家庭訪問の方式でヒアリングで、アンケート調査を行った。本研究の分析データは、その中、産後女性300人の規模である。分析方法は、SPSS11.0の相関分析を用いた。

【結果】『個人属性』から見ると、「新婚検査」と「学歴」は統計学上有意がないものの、「妊婦検査」とは有意な相関があることが示された。また「妊婦検査」と「収入」、「主観的健康感」、「子供の健康状態」は有意的な相関関係が見られない一方、「新婚検査」とは統計学上有意な相関があることが示された。『精神的な健康』に関する各項目は「妊婦検査」と有意な相関がほとんど見られないものの、「新婚検査」と統計学上有意な相関があることが示された。『生活支援環境』の項目の中「看病や世話に困る」、「親族による肯定感」と「妊婦検査」は統計学上有意な相関が見られない一方、「新婚検査」と有意な相関が示された。また「仕事への復帰」、「社会参加への復帰」は「新婚検査」と有意な相関が見られないものの、「妊婦検査」とは有意な相関があることが示された。『検査サービス利用状況』からみると、「新

婚検査」と「妊婦検査」は「現在サービスの必要性」、「サービス利用の便利さ」、「サービス質への利用満足度」とは有意な相関が示された。

【考察】杭州市は2009年から、新婚検査が無料サービスとなっていた。妊娠した女性は定期的に検査を受けるために、杭州市戸籍以外の地域からの労働者、あるいは経済上非常に厳しい場合、一部の検査費用を、政府から負担することによって、無料で検査を受けることも可能となっている。本研究結果でも、調査対象者の「妊婦検査」と家庭収入とは有意的な関連がないことが示唆された。

また、本研究結果では、「家族支援環境」から「親族からの肯定感」と「新婚検査」と統計上有意な相関が示されていた。中国の一人っ子政策が1978年から実施され、特に近年、中国の経済や物質的な生活面は豊かになり、若者たちの結婚に対して、両親共に謹慎的な態度を持ち、相手の文化的な素質から、家庭環境、経済状況及び身体的な健康などを強く求めている傾向である。一人っ子政策の背景上で、生殖能力を含める青年夫婦の健康状態は結婚の絶対条件と

なっている。一つの支援環境の要素として、新婚検査によって、お互いの健康状況を確認し、両親からの同意や肯定的な了承を得るとは女性にとっては重要である。

本研究では、「妊婦検査」と「仕事への復帰」、「社会参加への復帰」と相関があることが示された。妊娠中の各検診を受けることによって、妊娠中の身体的な変化や症状など確認でき、また専門家のアドバイスを受けると、出産の不安や育児の心配などを解消や減少できることも考えられる。一方、妊娠中定期的に検診を受ける人が一定的な経済能力があり、仕事をもち、社会参加にも積極的な人であるだろうと推測できる。

中国では、新婚検査や妊婦検査を含め、精神的な相談支援など母子保健機能が市の各地の病院で提供されている。さらに、市の町単位で、保健センターや保健所では、新婚夫婦や妊娠準備中の女性方を対象とし、定期的な健康診断や育児相談を行っている。本研究結果では、検査サービスに関して「検査サービスの必要性」や「サービスの利用便利さ」は「新婚検査」、「妊婦検査」とは統計学上有意な相関があることから、今後適切な出産や育児支援及びサービスの質への向上などが強く求められる。

表1 生育サービスと各影響要因との相関分析（産後）

変 量	項 目	新 婚 検 査		妊 婦 検 査	
		相 関 係 数 (G)	P	相 関 係 数 (G)	P
個人属性	1 学歴 (女性)	0.277	-	0.238	0.048
	2 学歴 (男性)	0.176	-	0.258	0.032
	3 家庭収入	0.279	0.021	0.034	-
	4 主観的健康感	0.413	0.006	0.154	-
	5 子供の健康状況	0.399	0.009	-0.144	-
精神健康	1 何に興味がない	0.246	0.050	-0.031	-
	2 未来を望まない	0.334	0.014	-0.016	-
	3 ストレスと不安感	0.341	0.007	0.031	-
	4 怖い、恐ろしい感	0.384	0.002	0.102	-
	5 悲しい感情	0.258	0.050	-0.065	-
	6 自分を責める	0.328	0.047	-0.090	-
生活環境支援	1 教育自信	0.262	-	-0.163	-
	2 経済に困る	0.286	-	0.098	-
	3 看病や世話に困る	0.305	0.038	-0.017	-
	4 親族による肯定感	0.300	0.048	-0.039	-
	5 仕事への復帰の心配	0.087	-	-0.225	0.036
	6 社会への復帰の心配	0.121	-	-0.184	0.092
検査サービスの利用	1 現在サービスの必要性	0.572	0.000	0.286	0.015
	2 サービス利用の便利さ	0.460	0.002	0.338	0.004
	3 サービス質への満足度	0.343	0.016	0.297	0.008

外国人女性の妊娠・出産・育児期における課題 ー福岡県における事例を中心にー

○逢坂由貴（九州大学 21 世紀プログラム課程）

【はじめに】定住外国人の現状を 3 点述べる。

(1) <外国人の人口動向>平成 21 年末での外国人登録者¹⁾は約 218 万 6 千人で、20 代及び 30 代で、外国人登録者全体の 52%を占め、さらに 20 代の女性が最も多い。また、日本人の総婚姻件数に占める国際結婚も増加している²⁾。

(2) <定住外国人の乳児死亡率>1992 年から 1996 年の人口動態数合計での算出の死産率（出産千対）は、外国人の死産率の方が、日本人よりも高いという報告（李 1998 年）もあるが、その原因については明らかにされていない。

(3) <福岡における定住外国人>福岡県の H21 年度外国人登録者数は、昨年度と比べ増加している。

【目的】福岡県では、近年では 1998 年と 2007 年に定住外国人女性の生活と社会的支援に関する研究が行われているが、定住外国人母子支援についてはその一部でしかない。先行研究では、医療機関での定住外国人への対応、外国人の受け入れ状況や、看護者側の準備の問題を調査している研究が大部分を占め、外国人当事者への直接インタビューによる研究は全国でも限られている。（藤原ら 2007 年、林ら 2003 年、新實ら 2004 年）本研究では、福岡在住の外国人女性に聞き取り調査を実施し、事例を通して妊娠期・出産・子育て期における問題と支援体制の課題について考え、あわせて聞き取りをした福岡の支援状況も踏まえて考察を加えたい。

【方法】定住外国人女性への聞き取り調査

1. 調査期間 2011 年 2 月～2011 年 5 月 **2. 調査対象** (1) **定住外国人**：日本で妊娠・出産・子育てを体験した（している）外国人女性 9 人（留学生を除く。協力に関して口頭と書面で研究主旨などを説明し、同意を得た者）。出身国は、アメリカ・ロシ

ア・タイ・台湾・韓国。(2) **支援状況聞き取り対象**：福岡県国際交流協会、福岡市国際交流協会、NPO 法人女性エンパワーメントセンター福岡、香椎浜保育園、留学生センター等。**3. データ収集方法** 研究者が作成したインタビューガイドを使用し、半構成的面接方法を用いた。主な質問項目は、1) 回答者の基本情報、2) 妊娠期について、3) 出産について、4) 子育てについて、5) 情報収集と仲間づくりについてである。

【結果】9 事例の中から 2 事例を検討する。

<事例 1>50 代タイ人女性。福岡市在住（出産時は福岡県大牟田市在住）。現在の家族構成：日本人の夫（60 代）、長男（中 2）、二男（小 6）。夫の家族は東京在住。日本語学校修了時に結婚。夫はタイ語・英語はほとんど話せない。第一子出産以前に 2 回流産。第一子出産時の日本滞在年数は 4 年で、日本語は片言しか話せなかった。流産した時は、体調不良を感じても日本語が分からなかったため、病院に行けず、流産後初めて病院に行った。また、長男を妊娠した時はまわりの知り合いは、夫と、自分の姉（車で 2 時間ほどの場所に住んでいたが日本語はあまり話せなかった。）、日本人の友人（男性）しかおらず、産婦人科について全く知らなかったので病院探しが大変だった。病院に行っても医師の言っていることが 10%程度しか分からず、夫が一緒の時は簡単な日本語で説明してもらった。夫は朝から夜まで働いており、自分の体調や出産について不安な気持ちになっても相談できる人がいなかった。産後、医師に安静にしているように言われても他に家事を手伝ってくれる人がいなかっただったので自分で全てした。二男出産後に近所の老夫婦と知り合い、育児の悩みの相談や幼稚園の情報を教えてもらえた。

＜事例 2＞30 代のロシア人女性（大学卒）。福岡市在住（出産時は福岡県柳川市在住）家族構成は、夫の両親、夫（日本人、50 代）、長男（5 才）、長女（4 才）。第一子出産時の日本滞在期間は 3 ヶ月で、日本語はほとんど話せなかった。母親（両親）学級は、妊娠中にロシアで 2 回受けた。日本では、いつ・どこで母親学級があるのか知らず、参加しなかった。産院での診療時や出産時の使用言語は日本語だったのでほとんど理解することができず、非常に不安だった。当時はロシア人や日本人の友達がおらず、心配事があっても相談できなかった。出産後は、夫や夫の姉と子育ての習慣から意見が行き違うことも多かった。夫には姉の意見に従うように言われた。長女出産後に近所に児童館が出来て、日本語教室に通うことができた。夫とは文化の違いからもすれ違いが多くなり、DV を受けたことをきっかけに子どもと一緒に家を出てシェルターに避難している。

＜福岡の支援体制＞福岡市を中心に定住外国人母子への支援体制について聞き取り調査をした結果を以下に 3 点示す。①福岡市行政では、外国人登録をした際にウェルカムパックとして生活情報や各種連絡先等の資料を配布している。また、母子手帳に関しては外国語版（有料）も利用することができる。しかし、行政の支援対象は留学生が主で、定住外国人母子に特化した支援は行われていない。加えて外国人母子も国籍を問わず利用できる行政的なサービスについての情報が、必要な人に届いていない。②定住外国人や留学生が多い地域の香椎浜保育園では、父母のつながりを作るきっかけとして行事を多く行うことや保育士が外国人父母の相談に応じるなど工夫がされている。③多言語による電話相談や DV 対応、自立支援や日本語教室などの定住外国人女性の生活全般のサポートを NPO やボランティアが行っているというのが現状である。NPO 女性エンパワーメントセンター福岡は福岡郊外に託児付きの日本語教室を開設し日本語能力の向上だけではなく、つながりを作るため

のきっかけを提供する活動も行っている。

【考察】今回 9 人の定住外国人女性に日本での妊娠期・出産・子育て期についての聞き取り調査を行い、3 点のキーワードが浮かび上がってきた。

＜① 日本語ができないことによる情報の壁＞聞き取り調査を行った 9 人の定住外国人女性の中には、日本語が分からず、知り合いも乏しい中で孤立してしまうケースや、情報を得ることが出来ず、利用したい支援が受けられないという共通点が見える。産科受診ができなかったり、受診できても医師のアドバイスを理解できず、妊娠中の体調で不安に思っていることがあっても産院で相談出来ないことが多い。また、定住外国人女性も利用できる行政サービスの知名度が低く、情報提供の方法を工夫する必要がある。

＜② つながり＞留学生は日本語がある程度できる者が多く、コミュニティがある上に、教育機関や市や県からの支援もあるのに比べて、結婚を機に来日し、特に福岡の郊外で暮らすようになった外国人女性は同国人も少なくつながりを見つけることも難しい。したがって、相談したり（、体調が悪いつきに助けてもらえず、自分で抱え込んでしまう経験をした女性も多い。児童館のイベントや育児サークルは日本語が出来ないと参加しにくいという答えも多かった。

＜③ 夫の理解と協力＞日本人夫と結婚して来日した場合、外国人女性が夫家族の中で孤立してしまうケースも目立った。妊娠期や産褥期の過ごし方や育児の方法等文化の違いを夫やその家族と理解し合うことが難しく、両者のストレスになってしまうことも多い。加えて妻が日本語を話せない場合、情報やコミュニティの窓口が夫になるため、定住外国人女性のケアに加えて、夫が異文化の中で妊娠・出産・子育てを経験する妻を支えるためのサポートも大切であろう。以上、三点を中心に、定住外国人女性の妊娠期・出産・子育て期における支援の実態を踏まえて考察を深めていきたい。

1)法務省平成 22 年在留外国人統計

2)厚生労働省平成 18 年人口動態統計年報

Job stress and the metabolic syndrome ～Hokkaido Occupational Cohort Study～

○ 岡田栄作、吉岡英治、喜多歳子、森永幸子、佐藤浩樹（北大・公衆衛生）
西條泰明（旭川医大・健康科学）、岸玲子（北大・E.H.S）

【背景・目的】

慢性的なストレスはメンタルヘルスだけでなく、高血圧や心血管疾患、糖尿病、メタボリックシンドローム（Mets）などの生活習慣病に関与することが報告されている。

疫学的には、Chandra(2006)らのコホート研究によって、慢性的な職業性ストレスが、Mets発症のより高いリスクに結びつくことが示されている。

しかし、職業性ストレスとMetsの関連について、先行研究では、関連がないとしている研究が多く、結果は一致していない。

そこで本研究では、信頼性、妥当性の検証された2つのモデルを用いて職業性ストレスを定義し、Metsとの関連を解明することを目的とした。

【方法】

研究デザインは前向きコホート研究である。調査対象は2003年に健康診断を受診した札幌市の35-54歳の公務員9048名（男性7190名：女性1858名）を対象とした。定期健診開始前に自記式質問調査票を職員に配布し、研究の同意の得られた職員の調査票を健診時に回収し、6年間追跡調査した。調査内容は健康診断時に、身長、体重、血圧の測定を行い、空腹時血液検査により、総コレステロール(TC)、トリグリセリド(TG)、HDL-コレステロール(HDL-C)、尿酸(UA)、血糖(FBS)、CRPを測定した。質問紙票により喫煙習慣、飲酒習慣、食習慣、運動習慣、

学歴、病歴、不眠度(Athens insomnia scale)、平均睡眠時間、職業性ストレス、職種、職位、勤務形態、平均労働時間、平均休日、VDT時間を把握した。Metsの基準は、2003年度については腹囲のデータがないので、BMI ≥ 25 を腹囲の代替基準として必須とし、①TG ≥ 150 mg/dLかHDL-C < 40 mg/dL、②血圧 $\geq 130/85$ mmHg、③FBS ≥ 110 mg/dL、①～③を2項目以上該当するものをMetsと定義した。職業性ストレスの評価については、2つのストレスモデルを用いた。1つ目はDemand-Control Model(DCM)を用い、仕事の要求度(5項目)と裁量度(6項目)各尺度の得点を合計し、passive、low strain、high strain、activeの4つのカテゴリーに分類した。2つ目は、Effort-Reward Imbalance model(ERI)を用い、仕事上の努力(6項目)と報酬(11項目)の項目から、努力・報酬比を算出し、1を超えた対象者を高ストレス群と定義した。アウトカムは、Metsで、曝露要因は職業性ストレス(DCM、ERI)とした。

解析方法について、男女別に行った。ロジスティック回帰分析を用いて、職業性ストレス高ストレス群のMets有病オッズ比を算出し、各群と比較した。

【結果】

今回は、ベースライン時の解析結果のみ報告する。対象者のMets有病割合は、男性575名(8.0%)、女性35名(1.9%)であ

った。職業性ストレスと Mets との有意な関連は見られなかったが、男性の High strain 群で、高血圧 (OR=1.20)、高血糖 (OR=1.30) で有意な関連を示し、Low strain 群では、高血圧 (OR=0.80)、高血糖 (OR=0.80) と有意な関連を示した。ERI モデルでは BMI $\geq$ 25 (OR=1.14) と高血圧 (OR=0.83) に有意な関連を示した。

【考察】

ベースライン時の解析結果では、職業性

ストレスと Mets との有意な関連は見られなかったが、Mets 構成要素とは有意な関連が見られた。結果の解釈については、当日発表する。

現在、6 年間の縦断的な追跡結果を整理し、Mets 罹患率を算出中である。今後は Mets 罹患患者の特徴を明らかにし、職業性ストレスだけではなく、他の社会的環境要因との関連の検討を行い、研究を進めていく予定である。

Men		(N=7190)			
	BMI $\geq$ 25	High blood pressure	Dyslipidemia	Hyperglycemia	Mets
	OR(95%CI)	OR(95%CI)	OR(95%CI)	OR(95%CI)	OR(95%CI)
Active	1.01(0.88-1.14)	1.08(0.95-1.24)	0.98(0.86-1.12)	0.99(0.83-1.23)	1.16(0.93-1.43)
High strain	1.01(0.90-1.12)	1.20(1.07-1.34)*	0.98(0.88-1.09)	1.30(1.11-1.51)*	1.18(0.99-1.41)
Low strain	1.07(0.96-1.19)	0.80(0.71-0.90)*	1.04(0.93-1.17)	0.80(0.67-0.94)*	0.85(0.70-1.03)
Passive	0.88(0.78-1.01)	0.96(0.84-1.10)	0.99(0.87-1.13)	0.90(0.74-1.10)	0.82(0.65-1.04)
ERI	1.14(1.02-1.28)*	0.83(0.74-0.93)*	1.11(0.99-1.25)	0.95(0.81-1.12)	1.09(0.90-1.33)

*:p<0.05

Women		(N=1858)			
	BMI $\geq$ 25	High blood pressure	Dyslipidemia	Hyperglycemia	Mets
	OR(95%CI)	OR(95%CI)	OR(95%CI)	OR(95%CI)	OR(95%CI)
Active	0.67(0.41-1.04)	1.14(0.74-1.71)	1.00(0.55-1.69)	1.68(0.82-3.16)	0.99(0.29-2.52)
High strain	1.24(0.93-1.64)	1.11(0.88-1.60)	1.27(0.86-1.85)	1.26(0.73-2.13)	1.45(0.71-2.87)
Low strain	0.76(0.56-1.01)	0.81(0.59-1.10)	0.69(0.45-1.04)	0.55(0.28-1.01)	0.57(0.23-1.24)
Passive	1.26(0.95-1.68)	0.92(0.63-1.40)	1.11(0.74-1.63)	0.99(0.55-1.72)	1.18(0.55-2.40)
ERI	1.05(0.73-1.57)	0.93(0.63-1.40)	0.94(0.58-1.60)	0.62(0.34-1.21)	0.98(0.41-2.89)

*:p<0.05

北海道内の地域包括支援センターに勤務する3職種の 抑うつ症状とその関連要因

○蒲原 龍（道都大学社会福祉学部）

志渡晃一（北海道医療大学看護福祉学研究科）

【目的】北海道内の地域包括支援センターで勤務する社会福祉士、保健師、主任介護支援専門員において抑うつ症状とその関連要因（職業性ストレス、身体的ストレス、ソーシャルサポート等）を検討すること。

【方法】2007年12月～2008年1月の期間に、北海道に登録されている地域包括支援センター232施設（2007年4月現在）に在籍していた全職員（1128名）を調査対象として、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）基本属性や勤務状況に関する13項目、2）職業性ストレスに関する17項目、3）身体的ストレスに関する10項目、4）ソーシャルサポートに関する9項目、5）職務満足度と生活満足度に関する4項目、6）抑うつ尺度（The Center for Epidemiologic Studies Depression Scale 以下、CES-D）20項目の6領域73項目を設定した。回収した質問紙票をもとにデータセットを作成し、統計ソフト SPSS11.0J を用いて集計解析を行った。分析にあたり、抑うつ症状を「抑うつ群」（CES-D 合計得点16点以上：リスクケース）、「非抑うつ群」（CES-D 合計得点16点未満：非リスクケース）の2群に分類しこれを目的変数とした。説明変数として、職業性ストレス、身体的ストレス、ソーシャルサポート、職務満足度等を設定し、抑うつ症状との関連の有意性について分割表を用いて検討した。なお、分析対象は社会

福祉士151名、保健師195名、主任介護支援専門員126名である。

【結果】回収率は、全体で64.9%（732名/1182名）であった。「抑うつ群」の割合は社会福祉士で37.7%、保健師で36.9%、主任介護支援専門員で36.5%であった（表1）。

単変量解析（Fisherの直接確率法）で抑うつ症状と有意（ $P<.05$ ）な関連が認められた項目は、社会福祉士で24項目、保健師で25項目、主任介護支援専門員では21項目であった。

3職種に共通して有意な関連が認められた項目は10項目であり、すべての領域に及んでいた。（以下に領域ごとの内訳を記す。）

職業性ストレスの領域では、3職種に共通して抑うつ症状と有意な関連があった項目は17項目中2項目であった。「非抑うつ群」の該当率に比べて「抑うつ群」の該当率が有意に高かった項目は、「私の部署内で意見の食い違いがある」の1項目であった。反対に「非抑うつ群」の該当率に比べて「抑うつ群」の該当率が有意に低かった項目は、「自分で仕事の順番・やり方を決めることができる」の1項目であった。

身体的ストレスの領域では、10項目中4項目で3職種に共通した差が認められた。「非抑うつ群」に比べて「抑うつ群」において、「動機や息切れがする」、「胃腸の具合が悪い」、「食欲がない」、「下便秘や下痢をする」の4項目の該当率が有意に高かった。

ソーシャルサポートの領域では、9 項目中 1 項目で差が認められた。「職場の同僚と気軽に話せる」で「抑うつ群」の該当率が有意に低かった。

職務満足度などの領域では、4 項目中 3 項目で差がみとめられた。「仕事に満足している」、「職場に満足している」、「家庭・私生活に満足している」で「抑うつ群」の該当率が有意に低かった。

【考察】3 職種に共通して抑うつ症状がある人の特徴として「仕事の裁量度が低く、職場での人間関係が悪く、身体症状があり、仕事・家庭・私生活に満足していない」状況が窺われた。これらのことに配慮した職場環境づくりが、地域包括支援センター職員の抑うつ症状を軽減させる可能性があることが示唆された。しかし、本研究は横断研究のため、得られた結果は直線的な因果関係を言及するには至らず、あくまで相互連関を表すのみであることに留意しなければ

ならない。因果関係を説明するためには追跡調査、症例対照研究、介入研究を行う必要がある。今後の課題として挙げられるのは、具体的な勤務内容や賃金などの項目を追加し、説明変数間の関連を考慮したうえで交絡状況を把握し、抑うつ症状と関連する要因を構造的に把握することである。さらに、抑うつ症状の関連要因について、他の職場で勤務する社会福祉士、保健師、主任介護支援専門員との比較を行い、地域包括支援センターで勤務する 3 職種における相対的特徴を明らかにしていきたい。

本研究は、北海道公衆衛生協会第 9 号課題研究班で行った「地域包括支援センターにおける関係職種間の連携に関する調査」のデータの一部を使用している。班員は、三宅浩次、志渡晃一、大友芳恵、佐伯和子、高橋由美子、櫻井繭子、長井卷子、蒲原龍である。

表 1 3 職種における抑うつ群の人数と割合

職種	d/N	%
社会福祉士	57/151	37.7
保健師	72/195	36.9
主任介護支援専門員	46/126	36.5

d=CES-D で 16 点以上の人数、N=3 職種それぞれにおける全体の人数

労働保険審査会での労基署不支給決定取り消し裁決の3事例の紹介 －制度上の問題点と取組の教訓について－

色部 祐(働く者のいのちと健康を守る東京センター)

はじめに

私たち東京センターは、2008年7月～2011年1月の約2年半の期間に、再審査請求3事件について労働保険審査会において原処分庁(労働基準監督署)の労災補償不支給決定の取り消しの裁決を得ることができた。いずれも事案は「いやがせ」「いじめ」「セクシャルハラスメント」などによる精神疾患事例である。労働保険審査会での再審査請求の救済率は極めて低く、直近の統計では4%である。重い扉をこじ開けることができたと同時に、精神疾患の「労災認定判断指針」等を改訂する上で一定の寄与をした。その教訓を述べる。

● 審査請求の流れ

労働基準監督署(不支給) ⇒ 労働者災害補償保険審査官(棄却) ⇒ 労働保険審査会 (

≪ 3事例の報告 ≫

1 例目 セクハラによるうつ病の事案(2008年=平成20年7月30日裁決) 女性29歳

① 発症の経過 03/春 事業所女性トイレに盗撮用機器が発見さる→強いショックを受け、うつ病発症・PTSD さらに盗聴機器も発見されるに及んで休業へ

② 申請の経過=労基署申請 03/11→不支給決定 04/11→審査官棄却 06/7→審査会裁決 08/7/30

③ 争点=「労基署」・心理的負荷評価表のあてはめ=「対人関係のトラブル」「セクシャルハラスメントを受けた=強度がⅡ・継続的に繰り返されていることではないから強度修正なし。加害者当人は懲戒解雇されているので総合評価「中」で労災不支給 請求人・セクハラ被害に対する過小評価、被災の継続性を見逃し、セクハラを持つ企業犯罪としての認識の欠如

被災者に対する偏見視=「故意に職場の秩序を乱した」など・その後の請求人に対する退職強要を見逃し 審査会・「女性にとってもっとも恥ずかしい、かつ最も悪質な行為が数週間以上にわたって受け続けていたことが認められることから出来事による心理的負荷は「Ⅲ」の労災である」と判断

④ 教訓=イ、請求人本人にとってはつらいが事実関係の復元、ロ、セクハラ問題の本質に迫ること=企業=組織としての犯罪、「喧嘩両成敗」論の克服、男女雇用機会均等法に基づく「事業主が職場における性的言動に起因する問題に関して雇用管理上配慮すべき事項についての指針」(平成10年労働省告示第20号)の活用

2 例目 ひどいいじめ・いやがらせによる「うつ病」発症事案(2009年9月24日裁決) 男性Nさん(53歳)

① 発症の経過=2005年A社入社 光ファイバ-及びBフレックス通信回線導入にむけたテレホンアポイント業務-厳しいノルマ、朝会等でM取締役からの狙い撃ち的な罵倒、いじめ、嫌がらせを受け続ける。07年1月初旬に午前・午後通算4時間の呼び出されての罵倒、詰問を受ける。即日、係長→主任→平社員と二階級の降格を強制される→当日、自殺企図→2日後 T病院にてうつ病診断→以降休業→同年3月解雇

② 申請経過=労基署申請 07/5/15→不支給決定 07/11/19→東京センター相談→審査官棄却 08/12/18→審査会裁決 09/9/24

③ 争点=「労基署」・不支給理由-上司からの業務上の管理監督、指導の枠内 審査会・請求人に対する人格・人間性を否定するような言動があったと推認される。本件疾病は業務による強度の心理的負荷に

よって発病したものと認められる。

- ④ 教訓=イ、「いじめ」の事実を具体的かつリアルに採録 ロ、08/2/6 付「上司の『いじめ』による精神障害の業務上外の認定について」(基発 0206001)の活用
「ひどいいじめ いやがらせ」が「上司とのトラブルがあった」の旧来の出来事評価のあてはめから、具体的出来事表に追加され、ストレス強度Ⅲとなった(09/4 改定)

3 例目 いじめ、嫌がらせ、退職強要の中でのうつ病発症の事件(2011 年 1 月 17 日裁決) 女性 M さん(52 歳)

- ① 発症の経過=1995 台湾に本社を置く D 銀行に入職 2005 年より次長職 新支店長赴任後、一時金の大幅引き下げ、慣行無視した大幅査定→労組結成→激しい弾圧攻撃→M さん首謀者とみなされ、以降業務上でも徹底したいじめ、嫌がらせ→06 年 1 月胃炎、急性咽頭炎、自律神経障害の診断→うつ病へ、
② 申請経過=労基署申請 07/11/20→不支給決定 08/10/29→審査官棄却 2010/3/26→審査会裁決 2011/1/17
③ 争点=「労基署」・上司とのトラブルがあった。修正する視点は働かせず心理的負荷強度はⅡと断定。

審査会「ひどいいじめ・嫌がらせ」に該当→ストレス強度「Ⅲ」、解雇強要もありストレス強度「Ⅲ」に該当→総合評価「強」とすべき。従って労災として認めるべき。

- ④ 教訓=イ、労組結成に対する激しい弾圧による不当労働行為、その敵視の矛先を M さんの業務に対する妨害、嫌がらせ、いじめに発展、不当性を強調 ロ、外国銀行業務の持つ特殊性の解明、労働時間だけでなく精神緊張を伴う労働の密度を強調

《取り組みの教訓》

2009 年 4 月より厚労省は「精神障害等の労災の判断指針」に「ひどいいじめ・嫌がらせ」を出来事に追加し「心理的負荷の強度」をⅢとし、労災認定に道を拓いた。従来は「上司とトラブルがあった」の出来事の当てはめをして負荷強度Ⅱとしていた。いじめ、嫌がらせというハラスメントは上司からの人格をも傷つける一方的な攻撃であることを主張続けたことが功を奏したと言えよう。職場で生起している事実が反映する改定となった。
また現在開催中の「判断指針」見直しの専門検討会では、セクシャルハラスメントの分科会が設置された。認定数が少ないことが問題とされている。(下表参照) 粘り強く職場の実態と精神障害の発症の因果関係を積み上げていくことが「判断指針」の改定に繋がっていくことになる。

.....

(参考)セクシャルハラスメントが認められる事案の労災決定の推移

年度 /	2004	2005	2006	2007	2008	2009	計
決定件数	1	3	18	14	9	16	61 件
業務上	1	0	7	3	7	4	22 件
業務外	0	3	11	11	2	12	39 件

米国の高齢者の健康状態とヘルスケアシステムの実態

○市原京子（金沢医科大学衛生学）

【目的】2010年代は、米国のベビーブーマー（1943-1960年生まれ）のはじめのサブグループが65歳を迎える時代であり、米国人口高齢化時代の幕開けの時代と言える。米国ヘルスケア業界は、高齢人口をターゲットとした市場参入を開始している一方、高齢者保険であるメディケアの医療費削減を目的とした抜本的な改変が行われる可能性が高まっている。本発表では、米国高齢者の健康実態と現在のヘルスケアシステムを概観し、米国高齢者の抱える健康課題を明らかにするとともに、米国の高齢者ヘルスケアサービスの問題点について検討してみたい。

【方法】米国 Center for Disease Control and Prevention（CDC）の統計、および国勢調査に基づく資料から、米国高齢者の健康実態を概観する。Center for Medicare & Medicaid Services（CMS）発行のメディケアハンドブック Medicare & You および、CMS ホームページの資料から、メディケアシステムを概観する。

【結果と考察】**米国高齢者の健康実態：**2008年に発表された米国国勢調査局による高齢者人口推移をみると、2010年の高齢者人口は、約4千万人で、米国全人口の約13%であるが、2020年には16%、

2030年には、およそ20%に達する。我が国では、2010年の高齢者人口は既に全人口の23%に達しており、米国人口の高齢化は、我が国よりも20年ほど遅れているといえる。また、高齢者人口に占めるマイノリティ（黒人、アジア人、ヒスパニック）の割合が増加する傾向にある。

CDCの統計から高齢者の主要死因をみると、心疾患、癌、脳血管障害、慢性呼吸器疾患、糖尿病、アルツハイマー病、インフルエンザ／肺炎があげられている。高齢者の主要疾患の罹患率を、CDCの統計から見ると高血圧67%、関節炎48%、心疾患40%、糖尿病27%、などであるが、男女差、および人種間の差が見られる。

高齢者ヘルスケアシステム：高齢者のための保険システムには、公的保険であるメディケアがある。メディケアの対象者は、65歳以上の高齢者と64歳以下の障害を持つ人々である。メディケアには、パートA（ホスピタル保険：入院治療、スキルドナーシング施設入院治療、ホスピス、在宅治療）、B（メディカル保険：外来治療、在宅治療、予防・検診）、C（Medicare Advantage Plans：メディケアの承認を得た私的保険会社が提供する保険。パートA・Bで提供されるサービスを必ず含む。）、

D（医薬保険：処方薬）の 4 種類がある。

医療機関は、メディケアに参加するかしないかの選択をすることができる。CMS の統計によると、専門医では、メディケア参加率が 95%（皮膚科）から 98%（放射線科）と高いのに比べて、一般医では、91%と低い。内科医のメディケア参加率は、96.7%であった。また、近年のメディケア診療報酬の削減の傾向にあわせて、メディケアの新患を受け入れることを差し控えなければならなくなるかもしれないとする医療機関も現れている。

高齢者のためのヘルスケア・ソーシャルサービス：メディケアパート A は、ホスピタル保険として病院入院、短期のスキルドナーシング施設（SNF）入院、ホームヘルスなどをカバーしている。メディケアパート B は、外来診療、スクリーニングテスト、救急車、外来手術、医療機器などのサービスをカバーしている。また、パート B では、SNF や外来でのリハビリテーションサービスもカバーしているが、支払われる診療報酬高に限度（Cap）がある。メディケアには、長期療養型保険サービスは含まれず、パート A および B とともに介護サービスはカバーしていない。リハビリテーション、在宅治療サービスは、利用限度はもうけられていないもの、長期的なサービス提供は困難である。

他のソーシャルサービスとしては、アダルト・デイケアサービス、ミールズ・オン・ウィールズ（給食サービス）、オンブ

ズマンなどがある。高齢者用住居として、低所得障害者・高齢者住宅（インデペンデント・リビング）、ADL の援助を提供するアシステッド・リビング、またこれらの混合した高齢者コミュニティなどがある。高齢者世帯を地域のボランティアで支える動きも盛んになってきている。

【結論】米国高齢者のヘルスニーズとヘルスケアサービスの特徴と問題点：ベビーブーマー世代の高齢化に伴い、今後 20 年の間に米国人口の高齢化が急速に進む。米国高齢者の約半数は、2 つ以上の慢性疾患を持ち、人種間の健康状態の差が顕著である。慢性疾患、特に糖尿病ケアへのニーズが高い。

しかしながら、米国には公的な長期療養・介護保険はなく、慢性疾患の長期ケアの介護面の経済的負担を軽減するシステムが欠けている。メディケアパート C で導入されたように、公的保険システムであるメディケアの中への私的保険会社参入が既に始まっている。また、メディケア基金の負担の軽減のため、診療報酬削減の傾向があり、メディケアに参加する医療機関が減少する可能性もみられる。そのため、高齢者がそれまでかかっていた医師・医療機関に引き続きかかることが困難になる事態も生じかねない。

障害児医療からみた医療的ケアの介護保険等による法制化の問題点

○杉本健郎、福本良之（すぎもとボーン・クリニック）

【目的】医療的ケアとは養護学校の超重症児の登校保障から生まれてきた造語である。今回介護保険法改正案に医療的ケア（医療行為）の介護職への法的拡大が図られた。個別性を重視し取り組んできた障害児医療と数的に比較にならない多数の高齢者へのケアとが介護福祉士法で討論されている。【方法】演者はこれまで養護学校校医、小児神経学会社会活動委員会、NPO 医療的ケアネットなどを通して障害児の医療的ケアに関わってきた。昨夏から介護職の医療的この問題点を整理し討論を仰ぎたい。

ケア解禁の討論がはじまり 5 月末国会通過の予定となる。以下に問題点を列記する。

【問題点】 1) 医療的ケアを必要とする人たちの構図（表 1）とその数：下図

出産・新生児	乳幼児期	学齢期	卒後・成人	高齢者
(NICU)	在宅、通所	学校（放課後）	通所、入所	在宅・入所・病院
約 300 人	約 3000 人	7000 人	3000 人（キャリアオーバー）	胃ろうで 40 万人（主に入所）
			1 万人（難病）	
			1 万人（遷延性）	
新生児医師	小児神経医	小児神経医	小児神経、神経内科、脳外科医	訪問医、老年科医
母子保健局	母子保健局	社会援護局、文科省	社会援護局	老健局

上表 1 のようにわれわれが取り組んできた医療的ケアは学齢期までが約 1 万人、成人をいれても約 3~4 万人であるのに対して、高齢者は胃ろうだけで 40 万人ともいわれる。しかも担当局が異なる。当初は老健局主導で討論が進められた。

2) 不特定多数へのケアと特定関係下のケアの研修時間・内容の違い：夏からの検討会の討論や関係者の外部からの指摘により、高齢者(主に施設入所)は前者で、後者はより個別性を重視し障害児者でパーソナルアシスタントを強調している。

3) 医療的ケア＝医療行為を残したまま医師の指示のもと介護職がケアを業とする(介護福祉士法案):医師の責任とリスクマネジメントの在り方、医療保険では扱えない指示書の在り方。連携の具体的な構図は。

4) 研修の質的保障と検証システム：都道府県単位で行う研修の質をどう担保し、日常的な支援や事故の検証システムをどう確立するか。地域格差を生まないためには。

5) 看護と介護の違いと協働システムの確立は：療養上の世話が基本となる看護の骨格とその一部の介護への取り込みになる。

6) 医療的ケアへの費用体系の見直しと増額:医療保険での超(準)重症児者加算のみなおし。(社会的)入院とショートステイ。短期入所先の費用の違い。訪問看護の制限解除と増額、介護費の増額など。表2の通り同じ障害児者が入所・入院する先での違いがある。

7) 入所と入院の違い:入院での介護の導入への討論。コミュニケーション支援拡大なのか、「完全看護」の不完全性、安全性の

討論(障害者の病院受け入れ拒否や「終末医療」の減衰の可能性。

【結論】いのちの重さ、障害内容、個別性を重んじた支援に年齢格差などはない。いのちの多様性を保障し快適で安全な医療的ケアの実施にむけて、表1の対象差を超えて討論し、当面この1年は政省令の中身について提言を行っていかなければならない。

表2 重症児者の入所・入院等での事業費比較

	ケアホームでの支援内容 単価の比較					短期入所		入院(小児科) 医療保険
	ヘルパー派遣なし	4時間 重度	5時間 重度	6時間 重度	4時間 身体	病院(I)	重症児施設(II)	看護師 7:1 夜勤正看 2 小児科医 常勤5人以上
訪問介護	0	934	1131	1352	1602	病院は7:1看護 IIは10:1でも可能		
ケアホーム	992	781	781	781	781			
合計単位	992	1715	1912	2133	2383	2600	2400	4000

ケアホームに身体介護のヘルパーの4時間を上乗せした報酬単価が重症児施設の報酬単価とほぼ同じ→ いかにかケアホームが安い単価で設定されているかが理解できる。

*この項のCH事業費についてはびわこ学園障害者支援センター長・田村和弘氏に多くの示唆を受けた。

sugimoto

社会経済的状態が糖尿病の血糖コントロールに与える影響の検討

○伊藤浩一、木村良子（中野共立診療所）

【目的】糖尿病で外来通院する患者において、血糖コントロールに影響を与える社会経済的要因を明らかにする。

【方法】当院に通院する糖尿病患者で、2010年4月からの4ヶ月間に2回以上HbA1cを測定している患者を抽出し、2010年8月から10月の間の外来受診日に、療養に関して負担を感じていることに関するアンケートを行った。アンケート回答者で個人が特定できた者について、診療録から年齢・性別・インスリン使用の有無・2009年1月から2010年12月の間の受診日とHbA1c測定値を抽出した。アンケートで得た事項と、個々の平均HbA1c値との関連を検討した。アンケート項目は、主観的健康感、生活習慣（食事回数・飲酒・喫煙）、仕事（仕事の有無・雇用や勤務形態・職種）、人とのつながり（婚姻・相談者の有無・外出頻度・趣味）、経済状況（医療費負担・負担感・収入）に関するものである。統計的検討はSPSSを用いた。

【結果】アンケートの対象者は649名で、アンケート回収は345名（53%）だった。うち個人が特定されHbA1c・受診日等抽出できた332名について検討した。

対象は、男性202名女性130名、年齢 63 ± 12 歳、医療費負担割合0割35名（11%）1割105名（32%）3割192名（58%）、インスリン使用107名（32%）であった。最初と最終のHbA1c測定間隔は 635 ± 140 日、検査回数は 18.9 ± 5.3 回、検査間隔は 37.2 ± 9.4 日、HbA1cは $7.0 \pm 0.9\%$ だった。

アンケート事項は、4段階の主観的健康感

は良い方から37名（11%）223名（69%）54名（17%）9名（3%）、食事回数3回279名（86%）、喫煙有80名（25%）、飲酒有130名（40%）、仕事収入有158名（49%）、日勤100名（65%）、配偶者有153名（50%）、家族以外に健康など相談できる人有207名（68%）、毎日外出する211名（68%）、趣味有237名（78%）、収入に対する医療費割合5%未満128名（56%）、5～10%未満79名（34%）、10%以上23名（10%）、医療費負担感は、多少有140名（46%）大変負担有39名（13%）、医療費を払えないこと有12名（4%）、医療保険料は高い175名（66%）、医療保険料払えないこと有15名（6%）、生活費を切り詰める時に医療費含む28名（2%）・医療費含まない244名（73%）、一人当年収200万円以下47名（19%）だった。

これらの事項と平均HbA1cとの関連の検討では、インスリン使用群は非使用群より有意にHbA1cが高く（HbA1c 7.4 ± 1.0 vs 6.9 ± 0.8 p0.000）、飲酒の有無は有意差はないが、喫煙群は非喫煙群より有意にHbA1cは高かった（HbA1c 7.2 ± 1.0 vs 6.9 ± 0.8 p0.03）。主観的健康感が良い群は悪い群より有意にHbA1cは低く、仕事の収入有る群は無い群より有意にHbA1cが高かった（HbA1c 7.2 ± 0.9 vs 6.9 ± 0.9 p0.003）。医療費負担感は無の群・多少有る群・大変有る群で有意差があり、負担感が強いほうHbA1cは高く（図）、医療費を払えないことが有る群はそうでない群より有意にHbA1cが高かった（HbA1c 7.9 ± 1.4 vs 7.0 ± 0.9 p0.001）。生活費を切詰める際に医療費を切詰めると

答えた群は何も切り詰めない群より HbA1c が有意に高かった。平均の HbA1c と HbA1c 測定間隔に相関は認めなかった。従属変数を HbA1c とした重回帰分析では、主観的健康感・喫煙・医療費負担感が有意な独立変数として抽出された。社会的つながりの指標は HbA1c と関連しなかった。

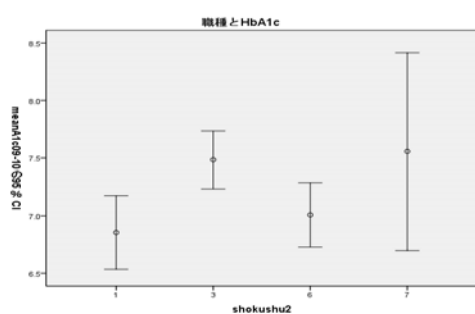
就労し収入を得ている群 158 名についての同様の検討では、インスリン使用群・たばこ有群・主観的健康感が悪い群・医療費負担感の強い群は有意に HbA1c が高かった。また職種では、管理職・専門職群は、営業・事務職群より有意に HbA1c が低かった（図 1 管理職・専門職 2 営業・事務職 6 自

営業 7 運転）。一人当たり年収 200 万円以下群とそうでない群に HbA1c の差は認めなかった。

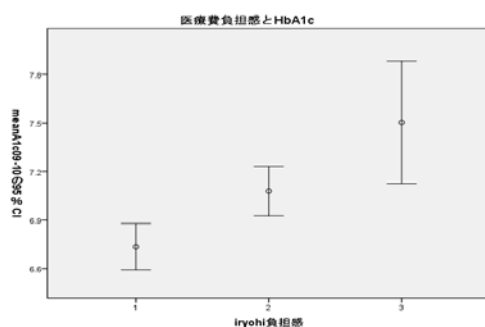
【考察】海外では、社会経済的状態が貧しい群では、糖尿病の頻度が多く、心血管事故が多く生命予後が悪いという報告が散見される。生命予後への影響は、血糖コントロール自体よりも、喫煙・血圧管理不良にともなう心血管事故の増加によるとされる。今回のアンケートは 6 割の患者が、経済的な負担感を感じていることを明らかにした。また経済的負担感や医療費を支払うことが出来ないことがある群は、血糖コントロールが良くない結果を示した。

仕事の与える影響については、常勤・非常勤・派遣といった雇用形態、日勤・不規則労働の勤務形態では差は認められず、労働時間は今回調査できていない。仕事をしている群はそうでない群より血糖は高い結果を示し、職種による差が一部認められた。本邦では社会経済的状態が糖尿病患者に与える影響の報告は多くないが、近年種々の格差が広がり労働条件も改善される見通しがない中では、更に蓄積が必要と考えられる。

【結語】1) 医療費について経済的負担感を 6 割が感じていた。2) 血糖コントロールには、主観的健康感、喫煙、インスリン使用、医療費負担感、就労、職種が、有意に関連していた。



職種とHbA1c
1 専門職・管理職 2 営業・事務 6 自営業 7 運転 1群と2群は有意差あり



医療費負担感とHbA1c
1 負担感なし 2 多少ある 3 大変ある 3群間で有意差あり

小児アレルギーと住居環境との関連

○増成和平、星旦二（首都大学・都市環境科学研究科）

【目的】小児喘息の実態調査やガイドラインで明らかとなった発症要因、増悪要因を体系化し、小児喘息の予防に寄与できる建築学的な対応の可能性を明らかにすることを研究目的とする。

【方法】小児喘息の発症要因や増悪要因と建築に関する先行研究をレビューして調査した。調査内容は、発症要因や増悪要因、予防や対策の記載が見られる既往文献の体系化と、建築学的要素として居住環境と小児喘息の既往研究の調査論文を体系化にレビューした。建築学的要素の抽出の基準は、健康維持増進住宅研究において健康に影響を及ぼす各種要因とした。重点的に検討すべき健康影響要因として挙げられたのは、「室内空気汚染」、「室内の湿気問題」、「室内の熱環境問題」、「屋外環境が与える健康影響」、「その他の健康要因」、「健康影響低減のためのライフスタイル」の6項目である。

【結果と考察】喘息の危険因子は、個体因子と環境因子が複雑に絡み合って形成される。また、個々の患者によってその危険因子は多様であるが、危険因子を発症要因、増悪要因と分類できた。国内の小児喘息の医学的解明研究や室内アレルゲン・粉じん量や揮発性物質の測定調査は数多く報告されているが、小児喘息と居住環境の関連研究は少ない。小児喘息に関しての予防は、一次予防、二次予防、三次予防と体系化し

た。

居住環境と健康状態に関しての既往研究の多変量解析結果から喘息に有意であるものを体系化した(表 1)。個人属性は、アレルギー体質あり、男性、若年層が有意であるとしている。個人属性の結果は国内外の統計調査と同様である。住宅の居住環境が小児喘息の健康影響を及ぼしているといえる。周辺環境は、工業地帯や杉林がある地域が有意であるとしている。先進国の大気汚染は、発展途上国における工場の排気ガスの除去性能と比べ格段に高いが小児喘息に悪影響を及ぼしている。住宅属性は、鉄骨鉄筋、フローリングの部屋数が一つ増加、その他が有意であるとしている。高気密・高断熱性は木造よりも鉄骨鉄筋の性能が高いと思われる。室内環境は喫煙・受動喫煙あり、湿気の疑い、ペットの飼育、防虫剤などの使用が有意であるとしている。喫煙は能動、受動ともに小児喘息だけに限らず健康に悪影響を及ぼす。湿気は Dampness 関連の研究で喘息との関連性が高いとする研究が報告されていた⁴⁾。ペットの飼育は、ペットの毛からアレルゲンが発生するためである。防虫剤などはタバコの煙と同様に関連要因として報告されていた。

室内環境が健康に与える小児喘息の要因の発生源の除去だけでなく、予防としての機能を住宅に備え付けることが重要である。

日本の居住環境における喘息との大規模

な関連研究は少ない。吉野、東が宮城、埼玉県の広範囲において児童の健康と居住環境の関連性について述べているが、喘息との関連性は明確にはされていない。ISAACでは、世界的に小児喘息の実態調査を行っている。ニュージーランドのダニー・ディーン市では、生まれてから数年毎に追跡調査と介入調査を行っている。ガイドラインは医療分野に偏っていることから、今後は小児喘息と居住環境についての関連研究を行うべきである。また、様々な要因が絡み合っただけでは喘息の危険因子の判明や明確な改善・対策方法が得られないことから介入実証研究が必要であるといえる。

【結論】小児喘息の発症・増悪要因は、個体因子と環境因子とが複雑に絡まっている。個体因子は、遺伝的な素因があるため改善は見込めないが、環境因子は改善の余地がある。環境因子は、アレルゲン、呼吸器感染、空気汚染、その他に分けられる。小児喘息数は、発展途上国より公衆衛生や環境

問題に取り組んでいる先進国に多く、中でも 0～5 歳の乳幼児・幼稚園児が多い。

予防に寄与できる建築学的な対応の可能性は、環境因子である。環境因子で建築学的な対応の可能性のあるのは、アレルゲン、空気汚染、気象である。アレルゲンや空気汚染は小児喘息の発症に最も悪影響を与え、居住環境の改善すべき課題である。住宅の健康に寄与する影響を調査し改善することが日本は遅れている。今後は居住環境の改善として珪藻土を使用した介入調査による実証研究を行うことが望ましいことが示唆された。

参考文献

- 1) 小児気管支喘息治療・管理ガイドライン 2008
- 2) 健康維持増進住宅研究
- 3) *The International Study of Asthma and Allergies in Childhood* : <http://isaac.auckland.ac.nz/>
- 4) D P STRACHAN, et al: Damp housing and childhood asthma; respiratory effects of indoor air temperature and relative humidity. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 1989, 43, 7-14

表 1 既往研究における属性、環境要因別に見た関連要因

	調査結果		
	吉野ら	東ら	健康維持増進住宅研究
個人属性	男児＞女児、アレルギー体質あり＞なし	10代未満＞60代以上	父親アレルギーあり＞なし
周辺環境		工場、森林・スギ林あり＞なし	工業地域＞住宅地域
住宅属性		鉄骨鉄筋＜木造、フローリング 部屋が1つ増加＜	5～8畳＜8畳 その他＞ビニルクロス
室内環境	母親の喫煙本数＞11本以上	喫煙者あり＞なし 受動喫煙あり＞なし 床暖房あり＞なし	水シミ両室発生＞なし、室内テレビあり＞なし、猫の飼育あり＞なし、室内加湿器あり＞なし、タンスの防虫剤あり＞なし、居間の防虫剤あり＞なし

低蔓延時代の結核医療の課題

○高鳥毛敏雄（関西大学・社会安全学部）

【はじめに】わが国の結核対策は 1998 年に患者数の増加したことから 1999 年に結核緊急事態宣言を発令され対策が強化されて、現在都道府県の中には結核罹患率が 10 以下となる地域も出ている。しかし、低蔓延状況となった多くの国では結核再興に直面している。それは結核に対する社会的関心が低下し、結核対策に対する保健医療体制が弱体化していくためである。これらの調査研究活動をもとに結核対策の課題について検討し、報告する。

【方法】平成 20 年英国リーズ、ロンドン、平成 21 年米国ニューヨーク、平成 22 年米国サンフランシスコ、サンタクララを訪問し、低まん延状況下における結核対策の現状と課題について調査を行った。また、低蔓延時代の結核対策を考えるために大阪において平成 22 年 1 月 15 日に「関西からストップ結核パートナーシップ関西ー世界から関西の結核を考えるー」の国際シンポジウムを開催した（表 1）。参加者は行政・学生 300 人であった。

【結果と考察】

1. 結核医療の担い手の移行

結核だけの保健医療組織による対策から、一般の保健医療体制の中で結核に対応できる体制へ移行が課題になっている。

2. 結核医療のマネジメント機能の強化

地域の保健医療機関が結核患者に対応する社会においては結核医療をマネジメントする機能の強化が重要となる。保健所がこの役割を担っていけるのか課題である。

3. 結核患者の発見から診断治療の現状

初期医療は開業医や市中病院が担い、結核が疑われた患者の診断治療は結核病床を有する医療機関において担われている現状にある。結核患者の外来治療も結核病床を有する病院によって担われている。患者の登録および管理、接触者健診については保健所が担っている。しかし、結核患者数の減少に伴い、結核病院・病床のみならず、保健所数も減少している。しかも胸部レントゲン検査、喀痰検査などの結核診断機器や検査施設を有する保健所も少なくなってきた。つまり、保健所の対応力も、地域医療の場での対応力の双方とも低下してきている現状にある。

4. 高齢化、合併症、外国人、多剤耐性患者など多様な患者の対応への課題

結核患者が少なくなるとともに、高齢者、ホームレス者などの社会経済弱者、HIV や透析患者など合併症を有する人、外国人など複合的な問題を有する人々、耐性菌患者の割合が相対的に増加していくことが予測されている。このような結核問題に対応していくためには、結核患者の発見、治療、患者支援のためには保健医療福祉に関わる人々のみならず社会の幅広い人々や関係機関や団体と連携したパートナーシップが必要となってきた。また複合的な問題に対応できる専門性の高い援助が必要になってきている。

5. 結核対策予算削減と最新技術の導入

結核患者数の減少に伴い人々の無関心や

予算削減が進んでいくことは不可避の状況である。しかし、効果的な結核対策のためには結核菌の検査体制の整備やサーベイランス体制などの新たなシステムの構築に貯めに投資を行っていくこともおそろかにすることはできない。保健所や病院・病床が歯止めもなく一律に減少してきている現状をこのまま放置していくと結核の根絶を困難なものとするのみならず、将来結核の再興につながることになる。

6. 高罹患地域における結核対策の強化

わが国の中でも結核罹患率が最も高いのは大阪である。関西及び大阪の結核対策においては、WHO が提唱している官・公・民の様々な人々や団体が協働して進めてきているパートナーシップ型の対策戦略を率先して進めるべきである。

【まとめ】

結核は、世界的にはまだまだ大きな感染症として存在している。そのため先進国においては輸入感染症としての対策の強化がなされてきている。先進諸国においては近年結核患者が減少していくにつれ、個別的に濃厚に対応した対策への転換が求められていた。英国では2003年新しく公衆衛生組織 Health Protection Agency が設けられ、従来からの TB Clinic に加え、結核対策の

強化が行われていた。米国のニューヨーク市、サンフランシスコ市では、結核患者の個別性に対する対応力が強化され、患者中心主義が徹底されていた。結核対策において、最新の医科学技術の導入を積極的に進めた the state of the art の対策の徹底がなされていた。結核対策全体をマネジメントする組織と施設の整備がなされ、一般医療機関における結核の診断・治療を支援する体制をつくることに対策の重点をおいていた。英国、米国のいずれにおいても、結核対策を支える公衆衛生体制の基盤の強化と連動して、結核対策の強化がなされていたことが印象的であった。わが国の結核対策を考えると、結核対策を支える公衆衛生体制が崩れてきている。まずは、公衆衛生組織、制度の立て直しが結核対策の再興の最重要課題であると考えている。

ところで、結核対策の最大の脅威はまだ存在し続けている結核問題を社会が忘れてしまうことにある。そこで、WHO のパートナーシップ戦略の理念に学び、全国一里管理の高い関西において今後は「ストップ結核パートナーシップ関西」の組織をつくり、結核のアドボカシー戦略を強化していくことが必要であると考えている。

表 国際シンポジウム～世界から関西の結核を考える～(平成23年1月15日(土)開催)

第1部世界の結核

9:15-10:05	WHO の健康政策とストップ結核パートナーシップ戦略	Dr. Jacob Kumaresan (WHO健康開発センター所長、WKC)
10:05-10:55	WHOストップ結核パートナーシップの現状と課題	Ms. Carol Nawina Nyirenda (WHOストップ結核パートナーシップ会議委員)
11:00-11:50	フィリピンの貧困層に対する結核制圧の取り組みと成果	Dr. Roderick Poblete (結核予防会フィリピン事務所副所長)
13:30-14:20	米国の都市における結核対策の現状とそのプログラム	Dr. Paula Fujiwara (国際結核肺疾患連合)

第2部関西の結核

14:30-14:50	和歌山県の結核罹患率と結核医療の現状と今後の課題	駿田直俊(国立病院機構和歌山病院副院長)
14:50-15:10	兵庫県の結核罹患率と結核対策の現状と今後の課題	田所昌也(兵庫県健康福祉部健康局疾病対策課長)
15:10-15:30	大阪市の結核罹患率と結核対策の現状と今後の課題	松本健二(大阪市保健所感染症対策監)
15:50-16:10	あいりん地域の結核対策の現状と課題	井戸武實(NPOヘルスサポート大阪・事務局長)
16:10-16:30	地域の結核対策と結核菌のサーベイランスの現状と課題	田丸亜貴(大阪府立公衆衛生研究所感染症部細菌課主任研究員)
16:30-16:50	滋賀県甲賀保健所管内における外国人の結核の対策	大井恭子(滋賀県甲賀健康福祉事務所健康衛生課主任保健師)
16:50-17:00	関西地域における結核対策への期待	高山佳洋(大阪府保健医療部医療監)
17:00-17:30	総合討論	下内昭(財団法人結核予防会結核研究所副所長)

医薬品副作用被害救済制度を国民に定着させるために —患者の権利・医療の質と安全の視点から—

○栗原 敦（全国薬害被害者団体連絡協議会、独立行政法人医薬品医療機器総合機構運営評議会救済業務委員会）

【目的】1979年制定の医薬品副作用被害救済基金法により医薬品副作用被害救済制度が翌80年5月より運用開始となった。救済実績と副作用報告（薬事法）のデータ及び医療現場の被害発生に関するデータ等の比較検討により、制度利用の水準を推定、制度運用の課題を明らかにする。

【方法】制度の運用主体である医薬品医療機器総合機構「平成21事業年度業務報告概要」、平成22年度第1回薬事食品衛生審議会医薬品等安全対策部会資料、その他の文献により、死亡事例を中心に救済の実績と副作用被害発生に関するデータとの格差の程度から、救済制度の利用水準を推定する。

【結果】資料から抽出された数値を示す。

1. 請求者/件数 9,722人/11,402件/30年
2. 救済された実人数累計 7,639人/30年
3. 救済された死亡者累計は、1,030人
4. 05-09年の死亡救済申請、75~105件
5. 近年の年間副作用報告は、概ね3万件
6. その内、死亡報告件数は、およそ2千（その内、救済制度対象医薬品による死亡は半数、約1千/年とみられる）
7. よって、死亡の内、救済申請に至るのは、8~11%となる（4、6の数値より）
（ただし、全ての副作用死亡例が報告されているとはいえないことに留意が必要）
8. 学会（誌）にて発表されたデータによれば、積極的にとりくむ医療機関での申請件数は、1.5~3.7件/病院/年

（病院の数を9千、1病院で年に1件請求とすれば9千件となるが、2009年度の請求件数が過去最高で1,052件。）

9. 散見される調査研究による、副作用被害の発生状況に関するデータ

①T病院で年間9.8件（1998宮地ら）

②入院患者の2割に被害（2004森本ら）

③K救命救急センターの年間受診患者総数14,466人の4.8%が副作用により受診し、内40.6%が入院治療に移行（2009長崎ら）

④米国では副作用死が年に10万6千であり、同国死因の第4位と推定（1998Lazarouら）

【考察・結論】乏しいデータによる推定から、救済制度の利用状況は副作用患者の1割程度とみられ、救済されるべき患者が放置されていることが懸念される。近年、制度広報等の取組みが進み請求件数は増加したが、今後は副作用被害発生の実態を明らかにするとともに、制度利用を阻害する要因の分析、及びそれへの対策を講じていく必要がある。患者の権利、医療の質・安全の視点から、本制度を活用することの意義を再認識することが求められている。

□医師は、患者や地域社会のために医療資源を最善の方法で活用しなければならない。

□医師は、医療の提供に際して、患者の最善の利益のために行動すべきである。

（医の国際倫理綱領）

□すべての人は、個人の健康と保健サービスの利用について、情報を与えられたうえでの選択が可能となるような健康教育を受ける権利がある。

（患者の権利に関するリスボン宣言）

図1 リスボン宣言（抜粋）

T病院の副作用

薬効分類	合計	T病院:345床
抗生物質	13	対象期間:1990.4~1996.3(6年間)
中枢神経用薬	10	対象患者:入院患者
循環器系用薬	9	対象副作用疾患:598件のうち、グレード3の重篤例59件
代謝性医薬品	8	
消化器系用薬	5	
腫瘍用薬	5	
漢方薬	2	
アレルギー用薬	2	
その他	5	
合計	59	出典:宮地典子ら「重篤な副作用発生要因の分析と予防対策の検討」薬剤疫学3-1,1998
(%)	100.0%	

表1 副作用被害の発生状況-1

医療機関名	高知医療センター・救命救急センター	
調査期間	2009.4~2010.3	
総受診患者数	14,466	人
医薬品の副作用が原因と疑われる患者	696	人
男女比	男48.3	女51.7 %
65歳以上の高齢者	56.8	%
症状の程度	重2.2 中39.3 軽58.5	%
入院した患者	40.6	%

出典:第43回日本薬剤師会学術大会ポスター発表「医薬品の副作用回避に向けた取り組み」2010.10

長崎大武1)川田敬1)田中聡1)宮本典文1)服部曉昌1)田中照夫1)

杉本和彦2)村田厚夫2)森本雅徳2)

1)高知医療センター・薬剤局、2)高知医療センター・救命救急センター

表2 副作用被害の発生状況-3

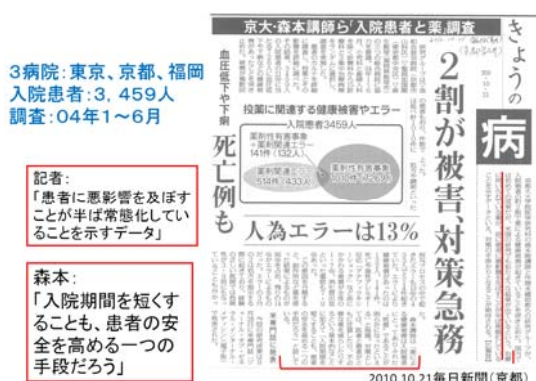


図2 副作用被害の発生状況-2

米国:副作用死10万6千人/年(1998推計値)

死因:
1位 心臓病
2位 がん
3位 脳卒中
4位 副作用

医薬品市場規模の比較からして...日本の死亡?万人

(Lazarou J, et al: Incidence of adverse drug reactions in hospitalized patients: A metaanalysis of prospective studies. JAMA 279:1200-1205, 1998.)

清水隆之・池田康夫「副作用の種類と発生機序」日本臨床65巻8号2007

図3 米国の副作用死(推定)

表3 医薬品副作用被害救済の実績及び死亡事例の申請率(推定)

2011.5現在の最新データ		PMDA		判定部会2部会制			
区分／年度	'03	'04	'05	'06	'07	'08	'09
支給(救済)件数	465	513	836	676	718	782	861
申請件数	793	769	760	788	908	926	1,052
死亡の救済：実人数		1980.5.1～2010.3.31の累計					1,030人
死亡例救済（請求:②）	62(98)	50(101)	76(89)	56(82)	59(105)	69 (75)	48(86)
対象薬の死亡報告:①	?	?	1,085	1,082	1,214	1,125	817
副作用報告(死亡)数			1,933	1,949	2,186	2,256	1,730
死亡例の申請率(②/①)％	—	—	8.2	7.6	8.6	6.7	10.5
全ての請求 (救済実人数)		1980.5.1～2010.3.31の累計					9,722人
(うち支給決定実人数は7,639人)(件数では11,402件)							

出典:独立行政法人医薬品医療機器総合機構「平成21事業年度業務報告(案)」、平成22年度第1回薬事・食品衛生審議会医薬品等安全対策部会資料2他

09.3作成開始 2010.10.26改訂:栗原

在宅人工呼吸器使用A L S 患者の停電時におけるサバイバル課題

○関谷栄子（白梅学園大学）佐々木公一・節子（N P O 法人わの会）長岡紘司（日本A L S 協会）

＜はじめに＞ 3/11 の東日本大震災により、難病で在宅療養中の方も被災され心よりお見舞い申し上げます。難病在宅患者は環境の悪化により容易に生命の危機に陥ることと推察される。震災による影響とその対応について事例検討により示唆を得て、望ましい支援及び

施策について考えたい。また震災遭遇時の精神的状況についても聞き取りを行った。聞き取り対象は長期間の在宅人工呼吸器使用A L S 患者2名である。

＜調査結果＞インタビュー結果表に示す

〔事例1〕表1：在宅人工呼吸器使用A氏の場合（呼吸器装着歴11年、療養歴16年）

事象	その結果	対応策	評価及び課題
3/11（金）14：46 息子の高校卒業式に出席、 後帰宅しベッドで休憩中に 地震に遭遇	揺れは震度4	落下物を予防。 いざとなったら退避す るため窓を開けた。	落ち着いていた。「在宅患者は 選択肢が狭い」とパソコンに 書く
人工呼吸器、吸引器のチェ ック	・充電式呼吸器なので 16時間稼動可能、 ・アンビューバッグがあ る。吸引器は2台 （充電式、足踏み式）	アンビューバッグの確 認、	アンビューバッグになれる必 要あり。緊急時の使用訓練を 行う必要あり。
コミュニケーション手段	対面文字盤は停電時 も使用可能 電話・F A Xは停電時 には不可	対面文字盤で可能、 パソコンは充電式。ア タッチメントの工夫、 蛇腹型のスイッチをほ ぼから2mmくらいに 調整	対面文字盤は使用でき全員が マスターしている。 P C操作1日8時間可能 充電式なら作動
在宅ケア、ADL補助のため 多種の家庭電化製品使用 のため停電時は作動せず。 ☆計画停電は施行されず。 （家庭用エレベーター、入 浴用ポンプ 電動式便座、エアマットレ ス、食事はミキサーで流動 食等）	＜ADL＞ 停電になれば、 〔移動〕2階に居住。 エレベーターは停電 時利用できず。 〔食事〕：ミキサーも 使用不可 〔排泄〕電動便座使用 不可 （睡眠）エアマットレ スが作動できず。	介護マンパワーで代替え 移動：背負う 食事：ミキサー代用す り鉢、茶こしで濾し吸 い飲みにて経口摂取可 能 睡眠、排泄時に介護負 担が増える。本人も不 安	人力で代用可能なもの。 代替え手段がないものは我慢 が必要 睡眠、排泄入浴時の不安あり 介護負担が増える 停電時は自家発電装置が必要 である
介護。看護力； 訪問介護事業所の経営者。6 日/週支援 24時間体制で常時1-2人 の訪問介護員サービスを活 用	訪問介護員の確保と 教育、吸引技術をマス ター。 マンパワーの確保。登 録者は10数人 障害者自立支援法	通勤可能な介護者が支 援 近所に退職看護師、介 護福祉士が居住	訪問介護事業所の登録、近隣 の者が支援しているので安心 である。
ハード面 住居の安全 ライフラインの確保社会参 加 患者会の活動 パソコン通信	停電対策 安全な住居 充電式のパソコンで ネットワーク	家庭用太陽光発電装置 が必要 耐震住居	家庭用太陽光発電装置の開発 が急務 A L S の会で運動課題とする

【地震発生時、精神状況】

○A氏は地震発生時の心境「選択肢が少ない。」呼吸機器の電源が16時間と安定しているため落ち着いていた。○B氏は家族中心

の介護体制が確立している。妻がややパニックになったが、本人と娘と息子が落ち着いて対処した。

【呼吸機器のトラブル】 B 氏：呼吸器外部バッテリーが切れ、10 分おきにアラームが鳴り、睡眠がとれなかった。呼吸器会社との電

話が 8 時間通ぜず不安だった。緊急時の連絡方法については複数の手段が必要である。

〔事例 2〕 表 2：B 氏の緊急時対応（人工呼吸器装着歴 28 年 療養歴 34 年）

事象	その結果	対応策	評価及び課題
3/11（金）14：46 地震発生。震度 5 弱	相当な揺れあるが呼吸器は正常に作動。呼吸器会社に連絡したが電話・携帯も通じず（KDDI の地下ケーブルが切断され電話が不通。）	妻が不安のためパニック、本人と娘は落ち着いていた。電話線が復旧後 23：34 p m に呼吸器会社から電話、訪問あり	会社の所在地は隣市だが道路混雑により 2 時間かかる。電話の不通で不安が強かった。呼吸器会社からの訪問により安心した。
呼吸器の外部バッテリーが不足するたびにアラームが鳴る	呼吸器のアラームにより本人も介護者も安眠できず。	新しい呼吸器に切り替える。6 時間の充電使用可能	新しい呼吸器への切り替え。一度試運転していたため不安なし。
3/12 ナースコールセンサーが停電時により作動せず	電動のため代替手段なし	妻が本人の表情を観察するために懐中電灯を常備し神経集中。	妻の緊張が高まり疲労が蓄積。
3/12 吸引器の確保	充電式のものがあが作動しなかった。	妻が関係機関に要請。近所の往診医から吸引器を貸与。神経研から業者に依頼し吸引器を貸与	予備の吸引器を 3 台確保してあるので安心。手動吸引器
3/12 電力確保：保管していた自家発電装置を作動させようとしたが作動しなかった。	保健所保健師が農家に依頼し農作業用の発電機を借用してくれた。消防署に支援を要請したが個別対応はできないとのこと。	農業用の発電機は音が大きい。近所への影響を考慮。「緊急時は入院を勧められた。」	発電機の音が近所迷惑になることを懸念し使用を断念。入院が必要な状況ではないため在宅ケアを継続。
3/14 訪問介護サービス泊りこみあり	平常の介護サービスを利用。訪問介護週 4 回、週 1 回ヘルパー泊まり込み訪問入浴	近隣の訪問介護職員が主力のためサービスが継続。	平常のサービスが継続されたため安心 3/下旬 在宅ケア体制の確立
3 下旬 自家発電装置の確保について		長男が家庭用太陽光発電装置の通信販売を調査	注文が多く製造に間に合わないとのこと

【ライフラインの確保】 B 氏：常備していた発電機が作動せず電気をおこすことができなかった。借用した農業用の発電機も音が大きいので近所への遠慮で使用できず。静かな発電機の開発が必要である。

【介護体制】 A 氏：訪問介護サービス体制が平常時と同様に継続利用できた。泊まり込みの訪問サービスを利用したことが本人と家族にとって安心であった。○物資の補給については農家の産直野菜や地域の食料店等の地域ネットワークがあった。

<考察>：

○ALS 患者の在宅生活は平常時が緊急時である。介護と看護のマンパワー確保、保健・医療・福祉の連携サービスが確保でき家族が結束して在宅ケアを手厚くしてきたことで乗り越え

ることができた。「緊急時には入院」の選択肢は、本人の体調が安定していれば必要としない。

○呼吸管理のための、長時間有効な充電式の呼吸器及び吸引器や代替え器の確保、呼吸器会社の迅速なサービス対応があれば安心である。

○水・ガス、電気のライフライン確保。広範囲な、長時間の停電対策としては、太陽光発電などの各戸別の自家発電装置で対応できる。難病者には優先的に施工できるよう補助金などの施策が必要である。介護保険に組み入れることは当事者団体としての緊急課題である。○パソコン通信や電話など通信情報手段の確保。当事者からの発信活動ができ、緊急事態を乗り切るセルフケアの確立。

スウェーデンから学ぶ高齢者の看取りケアに関連する制度 —介護保健士教育制度と医療的ケアの関係の視点から—

○ 後藤 真澄（中部学院大学）、 間瀬 敬子（日本福祉大学）

【目的】スウェーデンの高齢者ケアの現場では、住み慣れた自宅で「死を人生の自然な一部」として受けとめ、ごく自然に平穏な看取りケアを実現可能にしている。本稿では、介護職員の教育制度と医療的ケアの関係あり方に視点を当て、生活の中における「看取りケア」を実現させるための介護制度のあり方について考察する。

【方法】視察に行った施設は、先駆的な施設と公的機関が運営する一般的な高齢者ケア現場である。インタビューに応じてもらった（スタッフ）は、スウェーデンストックホルムの財団法人シルビアホームでは、認知症緩和ケアの研究普及に取り組み先駆的な立場で活動を展開している（ウオン・シルビアシスター）、第2は、スウェーデン認知症センターであり、社会庁の要請を受けて認知症研究と成果を収集し、研究と介護の実際のつながりを深める活動をしている研究機関である（ヴィルヘミーナ・ホフマン医師）。第3は、ヨーテボリーのトフターオーセン高齢者センター、障害者・高齢者のケアの総合センターで緩和ケア部門を有している（アン・ソフィー・オドワイヤー・シルヴィアシスター）。第4は、スウェーデンのリーコーピング市が提供している介護付住宅である（ミナ・オベルグ介護士）。以上からの情報収集をもとに、高齢者ケア制度の差異を考察する。

【結果・考察】スウェーデンの高齢者ケアは、社会サービス法と保健医療法によって

規定されている。1992年にエーデル改革（長期医療とケアの統合）によって、高齢者ケアは市（コミューン）が全責任を担うようになり、高齢者ケアのほとんどを公的に行うようにした。自らの住み慣れた環境において、生活を営む可能性を出来る限り長く継続するケアやサービスを保障する（社会サービス法（20条）。現在では、ナーシングホームやサービスハウス等は、「介護つき住宅」として呼ばれるようになり、住居としての「在宅型施設」でのケアが主流である。

専門職としての介護職員の資格は、高等学校の職業教育にあるケアコースと成人学校の1年半コースの専門教育に統合されている（介護保健士）。3タームの講座を各半期間受講し、1350p（p=ポイント、1pは1時間）以上の講習を受け評価（レポート、試験のいずれかを選択）を得て単位を履修する。実習は1タームに4週間（3タームで12週）行う。実習内容は各タームで選択できる。高校3年間のコースは、この講座に加え、国語、数学、社会、体育、宗教学、自然科学等の基礎科目が加わる（基礎科目は高校により差異がある）。

また、看護師教育は、大学3年間の教育を受ける。地区看護師や老年看護師などの専門分野の看護師は、さらに経験と継続教育を重ねていく。

高齢者ケアの理念は、入居者の気持ちに沿ったケア（自己決定の尊重）を行ない、

最後の看取りまで行なう。看取りケアでは、症状のコントロール(対症療法)はするが、点滴や酸素吸入、胃ろう等の処置は一般的にしない。また、薬を与えるのみでなく安心感を与えるために、必ず家族か職員が、傍らに居て看取することを重視している。

介護付住宅への医療サービスでは、医師の往診などの医療サービスはあるが、医療施設ではないため、医師は配置されていない。その代わり看護師(医療責任看護師)1名の配置がコミュニティに義務つけられている。ただし、日常の医療的ケアは必要に応じて、医療責任看護師から権限委譲を受けた介護職員により「医療的ケアの一部」を代行できるようにしている。看護師以外が、医療的ケアを行なうことに際して、黙認することなく「権利委譲」という手続きを行い、ケアの質の確保に努めている。権利委譲とは、日常的に必要とされるような医療的ケアは、限られた人にしかできないものとするのではなく、一定の条件下で必要な知識技術をもとに、適正に行なうことが確認できる限定した行為に限って、権利委譲を行なうことができるようにしている。

日本では、食事が食べられなくなると医療機関にかかり、点滴や胃ろう等をし、病院で80%が死ぬ。理由の一つには、社会がどういう価値観をもつかと関係している。

次に、働く人の意識の問題がある。すなわち介護職員の教育制度に問題があると考ええる。日本の介護教育制度は様々であり、ヘルパー制度(介護保険法第8条第2項)が残存しており、130時間の講座を受ければ、身体介護に従事できる。緩和ケアに絞って時間数を比較すると、スウェーデンでは緩和ケアのみで100時間学ぶことになる。

日本の場合は、時間数は指定されておらず、理念や哲学の教育が少なく、死を恐れるあまりに、死を遠ざける心理が働くことは、現在の教育との関係が深いと考える。

第3に、看取りケアをする際の介護職員の仕事の範囲の問題がある。スウェーデンでは医療的ケアに関しては、医療責任看護師からの権利委譲によって、必要なケアを介護職員が日常的に行えるような体制を敷いている。これは、日本では、医師・看護師の指示を受けて看護を行なう准看護師に類するといえよう。

日本では、「人体に危害を及ぼすおそれ」がなくなったことが確認された時点で、その行為の性質を「生活支援行為」へと変化させた。この業務範囲の拡大を介護職員に適応すると、個人差が生じ、質の確保に問題が残る。また、逆に介護職員は、すべての介護職員に「生活行為」として許される点に不安を強める。

以上に示すように、スウェーデン社会では、大事なことを決定する上では、個人の意思決定に参加でき、参加することで責任を各個人が持つということを徹底している。全てにおいて、自己の選択、決定という民主主義の基本的価値観の原点が、常に貫かれている。このことは、今後日本の介護福祉士制度を考える上で重要な示唆を示している。介護福祉士と無資格の介護士、看護師と准看護師の業務の権限と範囲が明確でなく、チームケアを難しくする。

今後は、ケアの質を確保していく観点からも、高齢者の看取りケアに関する哲学や理念を持ち、日本の教育制度を見直し、仕事の権限や範囲を明確にして、ケアの質を担保していく制度の確立が望まれる。

外国人の社会保障と多文化ソーシャルワーク

志賀文哉（富山大学）

【目的】外国人の地域社会での生活に資する社会保障制度の現状およびその利用に係る支援を考える中で、多文化ソーシャルワークのニーズを問う。

【方法】現行の法・制度から見える外国人に対する社会保障上の問題を整理し、その解決の一助としてのソーシャルワークを検討する。

【結果】
年金：国民年金に外国人が加入できるようになったのは1982年以降であり、無年金者が存在する。在日外国人の年金問題は以下のように整理できる。（表1）

表1 在日外国人の年金制約

基準日（1982年1月1日）による違い
1. 35歳以上60歳未満の者が実質的に外れる（掛け捨て）
2. 1982年1月1日時点で60歳以上の者は外れる
3. 1982年1月1日時点で20歳以上の障がい者には障害年金の受給資格が与えられない
4. 1982年1月1日時点で母子家庭である場合、母子福祉年金を支給されない

（川野,2007年,p124をもとに筆者作成）

これによれば、1982年1月1日時点で、新たに加入する意味があるのは20歳から34歳末までということになり、対象の範囲は極めて狭いと言わざるを得ない。

復帰した沖縄県民や中国残留者に対して

はその事情を汲んで「みなし保険料免除期間」による特例措置があるが、外国人には適用されていない。

1981年の難民条約批准後、内外人平等は義務付けられたが、実際にはそのようになっている。（表2）

表2 年金制度の問題点

内外人平等上の問題
1. 適用期間の問題 帰化・定住外国人の「カラ期間」が約5年短い。「1986年」までの制度で「掛け捨て」になる分はカラ期間に算入されてよいのではないか。
2. 適用資格の問題 1986年時点で60歳以上の在日外国人には国民年金の受給資格がない。
3. 支給金額の問題 外国籍にあることで同時期に生まれた日本人より不利益を被る。「カラ期間」不算入は年金額に影響する。

（川野,2007年,p125-6をもとに筆者作成）

医療：外国人の健康保険の概要を以下に示す。（表3）

表3 外国人の健康保険

保険の種類	概要
被用者保険	加入要件：「常用的に雇用されていること」 例外：5人未満の事業所や臨時雇用者、短期労働契約

	労働者 * 意図的に（雇用者側の理由で）保険加入しない場合もある
国民健康保険	加入要件：「住所を有すること」 また 1 年以上の在留期間またはそれを証明する資料 * 被用者保険の対象でありながら雇用者側の理由で未加入である場合に市町村によっては国民健康保険への加入を認めている場合がある

（北村，2010 年，p114-5 をもとに筆者作成）

介護：介護保険法は対象者を「この法律は、加齢に伴って生ずる心身の変化に起因する疾病等により要介護状態となり、入浴、排泄、食事等の介護、機能訓練並びに看護及び療養上の管理その他の医療を要する者等」としており、外国人もその対象となるが、言語や生活習慣、文化等の違いから、また経済的な問題から、利用が進んでいない(李，2007 年)。

文化を理解するのは簡単ではないが、介護をどのように確保していくかは生活を左右する問題である。在日コリアンに対する家族介護傾向の調査では、「家族が介護すること」を当然と考える人が 7 割ほどと高率である一方で、その傾向の高い群と低い群で在宅サービス利用意向を比べると、高い群の方が、利用意向が強いという結果が示されるような複雑な様相もある(李，2007 年)。在日コリアンの二世・三世が大半を占めるようになり、高齢化が進む中では、介

護の必要の高まりと日本への定着の深化により、制度利用の必要も徐々に認識されているとみることができよう。

生活保護：生活保護法(第 1 条，第 2 条)においては国民が対象となっており、法的な権利(保護請求権)はない。一方で、1950 年厚生省通達で、朝鮮人・台湾人への準用、1954 年同通達で外国人登録者への準用などの対応が図られた。

【考察】多文化ソーシャルワークとは、単発的な多言語情報提供にとどまらず、継続的に生活問題や家族問題の解決のために、専門性に基づいて行うものということができる(石河，2011 年)。上記に見た、社会保障の様々な場面に対応していくためには、社会福祉についての幅広い知識やネットワークの技術、制度等を含む社会資源がない場合にソーシャルアクションを起こす力をもったソーシャルワーカーの存在が求められており、社会福祉士の新たな生涯研修制度の視点の中に「多文化」が含まれていることからその存在の必要が高まっているといえる。

多文化共生の推進については、総務省による多文化共生推進プラン(2006 年)やそれに続く宮城県・静岡県での条例制定の動きがある(志賀，2011 年)。

ソーシャルワーカーの支援は常に地域社会を基盤にすることから対象や問題は無限に開かれていると捉え、社会保障のどれかではなく、そのどれも支援できる力が求められている。その支援を効果的に展開するためにも多文化理解を進める取り組みを地域で行う取り組みが行政に求められている。

スギ花粉症の社会化

--スギ花粉症の社会的側面と問題解決への方向性の考察--

寺西宏太郎

【目的】スギ花粉症問題の解決を政策するにあたり、環境への影響、医療的な啓発、林野の有する経済効果など、政治学、医学、環境学、経済学など多様な学問手法が必要である。これらの連携・協力のありかたを考察する。

【行政対策】2007（平成 19）年、スギ花粉症に対して発生源策の加速化を図るため、新たな対策等について検討を行なう「花粉発生源対策プロジェクトチーム」を林野庁内に設置した。

【行政対策の考察】このプロジェクトの前提は、図表.1 で表す花粉症対策とし、原因の究明、予防及び治療、花粉の発生源に関する対策を総合的に推進する必要性から、関係省庁が協力してそれぞれの分野の対策強化を目的としている。しかし、現在のところ際立った協力関係による対策の確認はできない。

害問題を事例とし、この中のイタイイタイ病を概観すると、1955 年の医療従事者による病気の発見から 1967（昭和 42）年の公害対策基本法が制定までわずか 12 年で行なわれている。このスムーズな流れには、宮本憲一〔2006：137〕は「日本は一九六〇・八〇年代初頭にかけて、世界でも珍しい強力な公害反対の世論と運動がすすみ、それを研究者、弁護士・医師などの専門家が支えて、行政や司法の場で画期的な成果をあげた」と述べるように、問題の解釈手法が違う分野が解決という方向に動く協力・連携（協働とも呼びうる）体制からである。つまり、この＜協働体制＞にこそ 50 年弱にあたるスギ花粉症問題解決の糸口となると考えられる。この事象を簡潔に述べると〈患者〉が〈被害者〉へと社会の認識が変化することである。つまり、〈患者〉という医療的な概念が〈被害者〉という社会的な概念となる。この変化の過程には学問的な手法を越える共通認識が必要である。

図表.1



【患者と被害者】公共環境での疾病問題対策の手法のひとつが疫学である。戦後の公

【問題発生と解決】図表 3.では 2 つの大枠として点線矢印で表した。意味すること

は、上段では〈近代化にともなう生産の社会化〉とし、宮本[1998 : 97-103]にて、〈都市化〉、〈生産の社会化〉、〈生活の社会化〉が複合して、公害などの集積の不利益を生み出すことを述べている。これを総じて、近代化にともなう生産の社会化とした。そして、上段での〈近代化にともなう生産の社会化〉の副産物的要素として公害問題が起こり、この公害の〈問題解決に向けた社会化〉が下段で働く。ここで注意したいことは、この副産物的要素を〈構造的緊張〉と類型し、舩橋晴俊[2001 : 4]は「構造的緊張という言葉には、そこに生じている打撃や損害が偶発的なものや、関係者のミスのようなもので発生するのではなく、社会システムのレベルでの構造的要因に起因する」としているように、これらを一連の歴史的な流れとして捉えている。

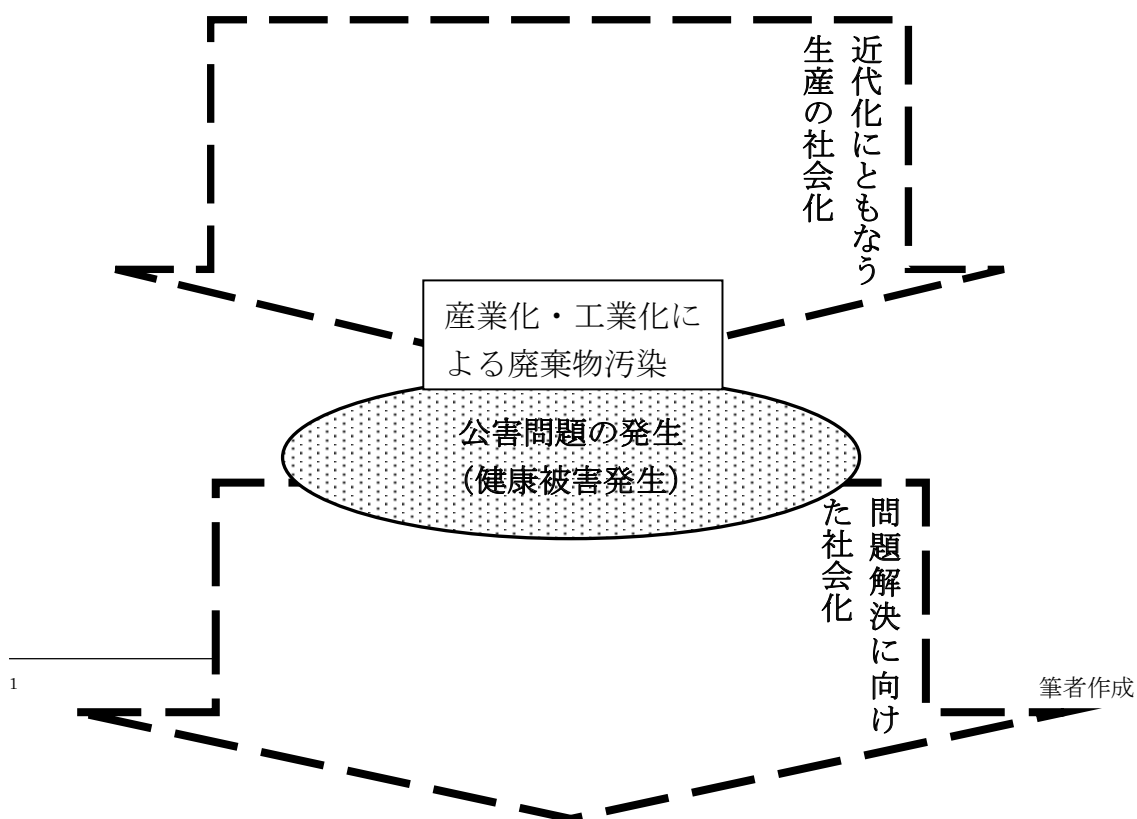
【結論】生活者の生活様式の変化に伴い、その時代の消費・生活や行政のサービスは

多様化しているのである。そこには想定外の問題が発生しうるのである。そして、これら多様化ゆえの問題には、多様化された問題解決の手法・意識が必要である。このように問題意識などが多様化し広がりを見せることは、1967（昭和 42）年に制定された「公害対策基本法」は、1993（平成 5）年には「環境基本法」が制定されることで廃止となり、より広義での立法処置を講じることからも伺える。

引用・参考文献

- 舩橋 晴俊[2001]『講座 環境社会学〈第 2 巻〉加害・被害と解決過程』、有斐閣
- 宮本 憲一[1998]『公共政策のすすめ』、有斐閣
- 宮本 憲一[2006]『持続可能な社会に向かって』、岩波書店
- 堀口 伸作・斎藤 洋三[1964]「栃木県日光地方におけるスギ花粉症の発見」アレルギー、13 号、16-18 頁、74-75 頁

図表 2. 社会化過程（公害問題）¹



棚田における農作業災害の実態 ―聞き取り調査から―

○広島大樹¹⁾、埤田和史²⁾、辻村裕次²⁾

¹⁾ 滋賀医科大学 医学科 5 回生, ²⁾ 滋賀医科大学 社会医学講座 衛生学

【目的】農作業での死亡事故はここ 10 年間で 400 件あまりの横ばいとなっており、農業従事者の減少から考えると死亡事故割合は下がっていないと考えられる。本調査は、今後の農作業事故防止に資するために、ある棚田農村における農作業時（田植え、草刈りなど）の事故や傷害の実態を明らかにすることを目的とした。

【対象と方法】棚田が広がる滋賀県の某地区全 41 世帯のうち、農業を営んでいる 37 世帯を対象とした。

調査の 1 ヶ月前に回覧板で農作業の事故や傷害について調査することを伝えた上で、調査に承諾が得られた農家に直接訪問して、事故の状況と受傷程度を聞き取った。その他の聞き取り項目は、氏名、生年月日、性別、事故が起きたときに使用していた農機具、労災保険への加入の有無などとした。得られた情報を作業別や状況別に分析した。調査は 2010 年の 8 月下旬から 9 月中旬にかけて行った。

【結果と考察】協力が得られ、調査が実施できたのは 16 世帯（43%）の 20 名（男性 16 名、女性 4 名）で、年齢は 43 歳から 85 歳であった。

表 1 に作業別事故件数を示す。全部で 31 件あり、そのうち最多であったのが動力草刈り機使用中の事故で 15 件（48%）であり、その内容を表 2 に示した。一方、農機運転中に起きた事故や傷害は 8 件（26%）であった（表 3 中の下 2 行を除く）。草刈り作業時事故の内容については、7 件が飛び石や欠けたチップソーによる眼の傷害であり、うち 3 件が急斜面での作業中

の事故であった。農機運転中については、7 件が斜面を移動中の事故であった。以上から、草刈り作業時と農機運転中においては 23 件のうち 10 件（43%）が、斜面で発生していた。

次に、斜面での事故に限定し、事故当時の年齢をみると、55 歳以下で引き起こされていたのは、草刈り作業では 3 件のうち 2 件、農機運転中では 7 件のうち 3 件であった。つまり、斜面での作業で発生した両方の事故件数のうち、55 歳以下で引き起こされたのが半分を占めていた。55 歳という年齢は農業の世界においては決して年をとり過ぎているというわけではない。2009 年に全国で発生した農作業による死亡事故件数（408 件）のうち、65 歳以上の高齢者による事故が 79%を占めていたことからしても、棚田における斜面での事故は、高齢化による運動機能や判断能力の低下が主な原因になっているというよりも、棚田という独特な地形が作業者に肉体的および心理的に影響を及ぼし、それに高年齢という負の要素が加わって引き起こされ易くなっていたと考えられる。

【結論】本調査から棚田という独特な地形が作業者に肉体的および心理的影響を与え、事故の危険性を増強させていることが示唆された。

今後は、本調査から明らかになった事故状況を棚田で農業を営む人たちに分かりやすく伝え、注意喚起を促すことや、斜面作業時の肉体的・心理的負担をさらに詳しく調査研究し、棚田における斜面での作業事故を防ぐ方策を考える必要がある。

表 1 聞き取った事故件数（全 31 件，上段：作業内容，下段：災害件数）

草刈り	耕耘	田植え	稲刈り	脱穀	間伐	田渡り	農道 移動中	自宅 改修中	その他
15	3	1	1	1	3	1	4	1	1

表 2 草刈り作業中の事故状況と傷害の内容について

事故状況と傷害の内容	被災時 年齢	現在の 年齢	性別
急斜面を草刈り中に足を滑ら、草刈り機ごと転落したが無傷だった	57 歳	60 歳	男
急斜面を草刈り中にバランスを崩し、エンジン部で手を火傷した	55 歳	56 歳	男
土手を草刈り中に 4m 下の川底に転落し、打撲した	50 歳	59 歳	男
畔の草刈り中に右下肢外側の踝の下を切った	61 歳	61 歳	男
田んぼと土手の間の溝を草刈り中に刃が石に跳ねて、足の裏を切った	49 歳	79 歳	女
草刈り機を持って川を渡る際に滑ってしまい、左手薬指を切った	48 歳	68 歳	女
疲れて石を踏み外して怪我をした	45 歳	50 歳	男
畔の草刈り中に左足の内側を切った	35 歳	75 歳	男
飛んできた石で右眼を怪我した。10 日間病院に通院した	74 歳	75 歳	女
草刈り刃の破片が目刺さった	70 歳	75 歳	男
飛んできたチップで左目を裂傷。病院に 2 週間入院し、2 針縫合した	62 歳	75 歳	女
石が目当たった	60 歳	75 歳	男
石が右眼に当たった	58 歳	73 歳	男
山で草刈り中に飛来物で眼鏡が割れ、ガラスが目刺さった	53 歳	73 歳	男
草刈り刃のチップが目に入った	35 歳	43 歳	男

表 3 農機に関わった事故状況と傷害の内容について

事故状況と傷害の内容	被災時 年齢	現在の 年齢	性別
コンバインで農道を上っている途中で横転したが無傷	73 歳	73 歳	男
トラクターの下敷きになった	65 歳	75 歳	男
田植え機で農道を上っているときに横転し、川に横倒しになった	62 歳	68 歳	女
トラクターを運転中に 4m 転落し、右腕と脊髄を損傷した	61 歳	82 歳	男
四隅の稲刈りのためにバックをしたときに転落したが無傷	51 歳	81 歳	男
トラクターを転落させたが無傷	40 歳	80 歳	女
歩行用の耕耘機を急傾斜地で引っくり返した	35 歳	60 歳	男
稲刈り中にギアで右眼を挫創した	43 歳	43 歳	男
コンバインのカッターで左手人差し指を第一関節から切断した	43 歳	73 歳	男
野焼きを放置したことによるトラクターの全焼	55 歳	75 歳	男

The Related Factors of Emerging and Reemerging Infectious Diseases in East and Southeast Asia

Suwen Yang¹, Tanji Hoshi¹, Naoko Nakayama²

(¹Urban System Science, Tokyo Metropolitan University; ²Keio University)

Introduction

This study aims to explore the related factors of the ERIDs² in East and Southeast Asia using factor analysis. We draw special attention on related factors of a group of notable ERIDs, and then get the information for reforming and modifying the underlying factors. The final goal is to off insights into how to delay the outbreak peak and diminish the health impacts of the ERIDs, in order to improve the public health worldwide in the future.

Data and Method

The database included yearly data of 30 macro-level variables from 1990 to 2009 in 14 countries which were collected mainly from the World Bank and WHO. We chose five infections that have attracted attention in recent years, including tuberculosis, malaria, measles HIV/AIDS, and avian influenza H5N1. From each disease's incidence yearly data, we analyzed their trends for lateral and vertical comparison. In this paper, we applied factor analysis to understand how variables might be related and discover

the likely underlying factor via software SPSS 16.0 for Windows. Besides, the path analysis was applied to examine causal relationships between different variables by Amos 17.0 for Windows.

Results

Factor analysis results indicated the three diseases: HIV/AIDS, tuberculosis (Table 1), malaria extracted three factors—"socio-economic development", "health care", and "demographic shift" as the latent factors. However, avian influenza H5N1 and measles only extracted two factors; these are "socio-economic development" and "demographic factor", "health care" and "socio-economic development" respectively. Furthermore, the path analysis which got the high goodness of fit explained the relationship between each factors. Take tuberculosis as an example (Fig1), Model A revealed the minus direct relationship between "demographic shift", "socio-economic development" and "health care" with the tuberculosis incidence; what is noteworthy is that "socio-economic development" has indirect effect on the tuberculosis via "demographic shift" and "health care". Conversely, the tuberculosis can affect all three factors

² In this paper, the "emerging and reemerging infectious diseases" are hereinafter referred as "the ERIDs".

directly, and affect “health care” and “demographic shift” indirectly via “socio-economic development” (Model B).

Conclusion

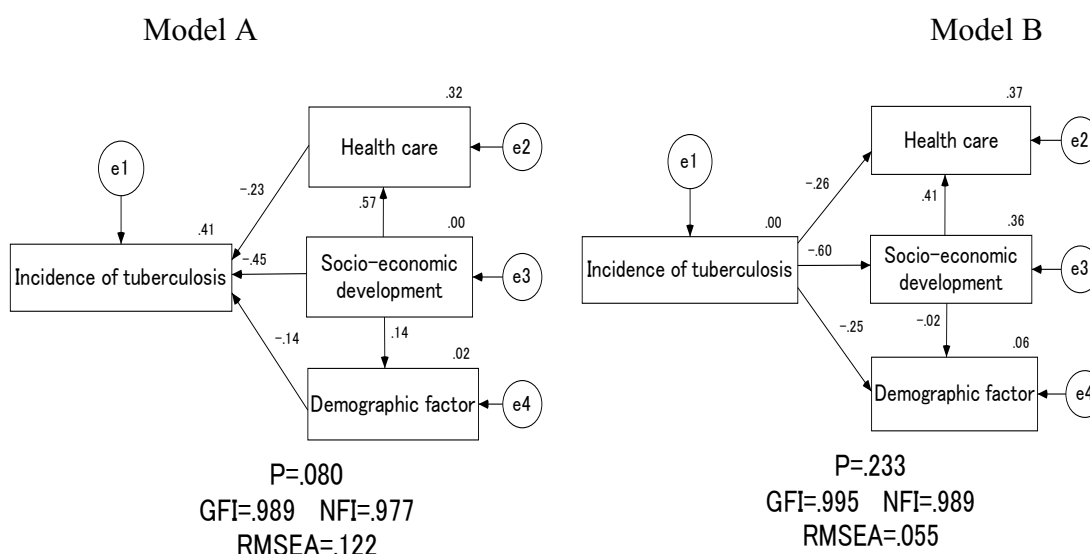
East and Southeast Asian known as an acknowledged epicenter for risk with the emerging and reemerging infectious diseases is likely to remain a hotspot for the ERIDs, including those diseases with pandemic potential. Based on the result,

three correlated factors “demographic shift”, “socio-economic development” and “health care” are the driving factors of the ERIDs; in reverse, the ERIDs can influence three factors directly, especially the “socio-economic development”. There is an urgent need to develop efficient preventive strategies to slow down the growing trend and mitigate the effect of the ERIDs through these factors.

Table 1 Rotated factor matrix of the related factors of tuberculosis incidence

	Factor 1	Factor 2	Factor 3
Improved water sources, total	0.85	0.40	0.10
Under-5 mortality rate	-0.83	-0.70	-0.20
Literacy Rate, adult total	0.81	0.50	-0.08
Improved sanitation facilities, total	0.81	0.47	0.09
Immunization, BCG	0.71	0.29	0.00
GDP per capita	0.43	0.95	0.10
GNI per capita	0.30	0.85	0.02
Life expectancy at birth, total	0.78	0.85	0.23
Per capita total expenditure on health	0.48	0.79	0.01
Urban population of total	0.67	0.76	0.41
Human Development Index	0.62	0.75	0.11
Annual Population Growth	-0.24	-0.13	0.82
Infant mortality rate	-0.69	-0.30	-0.70

Fig1. Path Analysis Results for Tuberculosis



医療訴訟における医師の説明

○福本良之、杉本健郎（すぎもとボーン・クリニック）

【目的】医療訴訟においては、医師の説明義務が争点化しているケースが相当数見られる。さらに、多くの原告も提訴の目的を「事実が知りたい」と語っている。この点に注目し、医療訴訟回避の一助とすることを目的としている。

【方法】対象は、民事訴訟の原告。フィールドワークで接触した原告の中から、当初提訴の意思のなかった者を抽出し、インタビューを行った。逐語録から、原告が提訴に至る過程を因果関係と相互作用に注目して分析した。

【結果と考察】事例A概略 患者はAの子ども（9歳・男児・悪性リンパ腫）。支持療法のため入院。担当医から間質性肺炎と伝える。当該病院にて死亡。

事例B概略 患者はBの子ども（4歳・男児・心膜炎）。生後1歳2ヶ月で白血病と診断。訴外病院で骨髄移植。移植2年後、心外膜開窓術を受けるため当該病院に入院。麻酔時に挿管ができず死亡。

事例C概略 患者はCの夫（59歳・男性・インスリノーマ）当該病院から他院への紹介待機中、赴任した医師により6月16日手術。17日、膿液が漏れ再手術。7月16日、死亡。

事例D概略 （5歳・女兒・心筋炎）11月15日、当該病院を受診。医師から「遠いから、入院をしてもらって、様子を見て、明日、退院になります」「命に別状はありません」との説明を受けた。16日翌朝「心筋炎

で非常に危険な状態」との説明を受けた。午後1時過ぎ死亡。

4事例では、訴訟化への要因として①想定外の悪い結果（原告の主観的判断）②事後説明の不備③添加される要素（経験と関与者）が認められた。

4事例で特徴的なのは、添加される要素（経験、関与者）と医師の説明である。

Aの経験 入院中に漠然とあった不安感（以前子どもが他の疾患で入院したことのある県立病院と比較して当該病院は病室管理がずさん）が、想定外の悪い結果の発生で顕在化。これに対する医師の説明（個室に入れていても、入れていなくても同じ）が、十分に納得させていない。

Bの関与者 二人の医師（主治医、執刀予定医）が「ミスを追及するには、証拠。証拠を取るために、解剖は出した方が良い」語る。

Cの関与者 当該病院の看護師がCの耳元で「病院を変わることも一案」と述べた。

Dの関与者 当該病院事務長が「お金が目的だったら、議会の承認を得なくてはならない。」と発言。行政相談委員の「謝罪という形はとれない、見舞金という形で要求したらどうか」という助言。

事後説明を不十分と思った原告らは、添加される要素（経験、関与者）によって医師への疑念を拡大させた。

原告の求める「事実が知りたい」に対応

する医師の行為は説明になるので、「医師の説明」が有効に機能すれば、医療訴訟を含む医事紛争の減少につながると考えられる。

4 事例では、患者側の主観としての悪い結果に対する想定が無い。想定外の悪い結果を生じさせないためには、リスクを伝えることが求められる。しかし、可能性のあるリスクをすべて患者側に伝えるということは実際上不可能である。また、科学的可能性のあるリスクを網羅的に伝えるのは、患者の意思決定を、混乱と不安により阻害することにもなる。

IC で伝えるリスクの程度は、「専門職である医師が自らを患者と置き換えて伝えておいてほしいと思うリスクの範囲」と、「特に目の前の患者が知りたがっているリスクの範囲」で十分であると考えられる。

想定外の悪い結果が生じると、時間の経過とともに、原告は自らの経験や関与者の存在によって医師に対する不信感を増大させていく。したがって、想定外の悪い結果が生じた場合、医師による速やかな事後説明が、重要となるのである。

4 事例からは、医療訴訟へと進める要因として次の3つを挙げることができる。

- ①原告は事実が知りたいという理由で訴訟を起こしている。
- ②悪い結果が発生し、その結果が患者側の想定外の場合訴訟化しやすい。
- ③事後説明が不十分ないしは行われないと、患者側は自身の経験や関与者の影響により疑念と不信を強める。

4 人の原告は、がすべて口にしていないのは、「犬死させたくない」「不幸な結果を社

会に役立てたい」ということである。この点を更に掘り下げると、医師をはじめとする医療者が、真摯に患者を助けようとしてくれたという事実があったのかという点を知りたいのである。それは同時に、「なぜ自分は、この病院に連れて行ったのか」等の自責の念ともつながっていく。そして、家族の死が社会に貢献することで、亡くなった子どもや配偶者の生きた証ないしは生きた意味を事後的に求めようとしている。

原告らの「事実が知りたい」という意味を理解するならば、事後説明で解決する可能性が存在していると考えられる。

医師が医療の専門職としてより良い治療結果を得るために科学的客観的に患者を眺めるのに対し、家族は情愛という主観によって患者を眺めている。この立場性の違いは、患者側の感じる想定外の悪い結果が生じたときにピークに達する。それゆえに、事前説明を越える重大な事態が生じた時は、事後説明が重要になる。有効な事後説明は、医事紛争の抑止力となる可能性がある。

【結論】 事例において訴訟へと向かったのは、原告の医師への疑念が医療ミス（医療安全上の過誤）の疑いへと転化したからである。そして、医師への疑念は、事後説明の不備（原告の主観）と添加された要素（経験、関与者）が相まって生じている。この原告の疑念は、医療提供する際の医療者の行為（説明、発言、対応）のまずさに起因している。このように、医療訴訟を含む医事紛争の回避は、医療安全の側面だけで不十分であることを示唆している。

「戦争と医の倫理」の検証の現段階について

○西山勝夫（滋賀医大・社会医学・衛生学）

1. 目的

15 年戦争と日本の医学医療研究会（以下、研究会）は「15 年戦争をめぐる日本の医学医療界の責任の解明を目的」として 2000 年に結成され「史実・証言の収集調査とその研究」を主な事業とし、第 27 回日本医学会総会出展「戦争と医学」展実行委員会（以下、実行委員会）、「戦争と医の倫理」の検証を進める会（以下、進める会）に参加した。その共同研究成果は拙稿(2009)で紹介した。

以下では、「戦争と医の倫理」の検証について俯瞰し、現段階の到達点を検討し、その意義と今後の研究課題について論じる。

2. 「戦争と医の倫理の検証」の意味

進める会の設立趣意書では、「実行委員会の活動を継承し、第 28 回日本医学会総会（2011 年春、東京）などに向けて、さらに検証に必要な活動を進めます。」と活動の主な内容が「検証」であること、検証の方法が「史実に基づく客観的な検証」であること、検証対象が「戦争への加担の歴史」であること、検証の主体の範囲は「国民的な」ものであること、検証の国際的・社会的意義が人間の尊厳や人権を基本としたこれからの医学・医療の発展と『医の倫理』の向上の一助となり、ひいては、日本が戦争のない平和な社会になることに些かなりとも寄与すること」にあることが示されている。

進める会が継承した実行委員会はその活動が「医の倫理」に集約されるものでないことを示している。「進める会」の英語や独語の名称は、目指すものが直截にわかるようにする工夫がなされた。

3. 「進める会」の課題、目指すもの

3-1. 「戦争と医の倫理」の検証を進める会への賛同と募金や支持

3-2. 日本医学会総会における医学者・医師の戦争加担のテーマの採用、講演・シンポジウムや展示の実施

3-3. 日本医学会、日本医師会や関わった各学会・大学などによる医学者・医師の戦争加担についての検証、講演・シンポジウムや展示、史料などの整備・保存・公開

3-4. 日本政府、米国政府による資料公開

3-5. 看護師等の医療関係者、歴史学、生命倫理学などの研究者、法律家等の協力

3-6. メディアの関心、協賛、報道

4. 「検証」の到達度

4-1. 到達度の評価・判定の方法

これについては明確でないが、戦争加担について日本の医療界・医学界を代表する機関である日本医師会、日本医学会が自らの検証課題として公式に認めた場合に「進める会」は目的を達成したといえよう。その点にそって進捗を以下に述べる。

4-2. 研究会

2006 年 1 月 19 日、植松治雄日本医師会会長は蒞研究会幹事長らとの懇談において、「① 研究会の要請はきちんと検討する。② 戦争中のことに就いては史実に基づく検討が必要と考える。③ 過去のことはこれからは活かすという点で重要である。④ ただ、政治的に捉えられかねない面があるので、配慮して取り組まなければならない。」という見解を表明した。研究会では幹事が中心になって第 27 回日本医学会総会に向けた取り組みを模索し、実行委員会創立（2006 年 7 月 30 日）に協力した。

4-3. 実行委員会

第 27 回日本医学会総会の岸本会頭は実行委員会とその要請について懇談した。総会当局は有料で狭隘ではあったが展示スペースを

貸与した。実行委員会は総会当局貸与のスペースでの展示以外に独自の展示とシンポジウムを並行して実施した。岸本会頭とは事後報告に関わって残務委員会として懇談できた。

さらに、残務委員会の呼びかけで「戦争と医の倫理」の検証を求める会(仮称)準備委員会が 2009 年 2 月 11 日に東京で開催された。以降その取組みにより、2010 年 9 月 27 日に進める会が設立された。

4-4. 進める会設立以降

「日本医学会総会会頭への懇談のお願い」「日本医師会長への日本医学会総会に関する懇談のお願い」は断られ、所定の手続きに基づき申請した学術展示も「主旨が異なる」「意に沿うことは困難」と拒絶された。

第 28 回医学会総会の期間中に並行して独自の国際シンポジウム、展示の準備を進めた。国際シンポジウムは、「ドイツと日本の検証史の比較」をテーマとし、ドイツから Till Bastian 氏を招き東京大学医学部鉄門記念講堂で、展示は神田駿河台キャンパス明治大学アカデミーコモン等を会場とし開催することになった。これらの企画は東日本巨大震災・原子力災害の発生により無期延期になり、今後については世話人会で検討される。

米国から日本政府に返還されたが公開されないままになっているとされる資料は「検証」に不可欠である。民主党に政権が変わったのを好機と捉え、進める会、研究会は、731 細菌戦部隊の実態を明らかにする会と連携し、内閣総理大臣、防衛大臣に要請するなど、資料公開を目指して取り組んだが、果たせていない。

5. 「戦争と医の倫理」の検証を進める意義

「戦争と医の倫理」に関する、検証プロセス、事実判断、価値判断の特徴からその意義は多方面にわたって認められてしかるべきであろう。それは、多様性、多面性、多義性、多岐性、多要因性に富み、段階的、並列的、階層的、学際的、地勢的、歴史的などともいえ、また無限であるといつて差し支えないのではないか。以

下に、順不同に、若干を提起してみたい。

5-1. 史実の共有

5-2. 教訓を得ること

5-3. 検証結果の認識のあり方・程度

5-3-1. 再検証による再認識

5-3-2. 史実へのアプローチの視点

5-3-3. 検証の到達度の評価・判定

5-3-4. 説明・解説、確固、確信、自信、展望

5-3-5. 社会的認識

5-3-6. 共通の用語・概念

5-4. 現実・当面の問題として交戦、戦争参加に直面

5-5. 国際的な友好・信頼関係の構築

5-7. 憲法 9 条の擁護と全世界への普及

6. 今後の研究課題

6-1. 講評

検証に基づき明らかにされた史実、反省、教訓に基づき、現代日本の医学会・医療界の規範、制度とされているものについて批判的な講評を行うこと。

6-2. 提言

上記講評は、批判のための批判に終わらせず、「日本の医の倫理の向上の一助となることを願って」「医学医療分野の高等教育・卒前・卒後・大学院・生涯教育」「検証の成果の、全国レベル（日本医師会など）の図書・資料館や博物館などの設立・運営による、集約・公開」などの事項についてのあり方を提言文書として結実させ、公表すること。

6-3. 研究

ヘルシンキ宣言は、人の生命・健康に対する最大の人為的脅威である細菌兵器、化学兵器、核兵器、その他の武力の開発研究、平和に反する研究に関しては未だ立ち入った宣言をしていないという問題を解決するための研究が必要なこと。

参考文献

西山勝夫. 「15 年戦争」への日本の医学医療の負担の解明について. 社会医学研究 26(2), 11-26. 2009.

第 52 回日本社会医学会総会

企画運営委員会

企画運営委員長	寺西 秀豊（富山大学大学院公衆衛生学）
企画運営委員（事務局長）	志賀 文哉（富山大学人間発達科学部）
企画運営委員	筋 也寸志（城北病院）
同	石川 丈夫（富山医療生活協同組合）
同	大浦 栄次（富山県厚生連）
同	中川 秀昭（金沢医科大学公衆衛生学）
同	中田 実（金沢医科大学衛生学）
同	服部 真（城北病院）
同	林 節男（富山県立大学）
同	森河 裕子（金沢医科大学公衆衛生学）
同	山田 裕一（金沢医科大学衛生学）
同	吉田 晶子（富山協立病院）

（五十音順）

社会医学研究

BULLETIN OF SOCIAL MEDICINE

特別号 2011 第 52 回日本社会医学会学術総会講演集

発行年 2011 年 7 月 1 日

編集 第 52 回日本社会医学会総会企画運営委員会

JAPANESE SOCIETY FOR SOCIAL MEDICINE

連絡先 第 52 回日本社会医学会総会事務局（富山）

930-8555 富山県富山市五福 3190

富山大学人間発達科学部

fshiga@edu.u-toyama.ac.jp

同事務局（金沢）

920-0293 石川県河北郡内灘町大学 1-1

金沢医科大学衛生学

hygiene@kanazawa-med.ac.jp

