

BULLETIN OF SOCIAL MEDICINE

社会医学研究

第 53 回 日本社会医学学会総会
(大阪・高槻)

講演集

日本社会医学学会 特別号 2012

JAPANESE SOCIETY FOR SOCIAL MEDICINE

ごあいさつ

第 53 回日本社会医学会総会を 7 月 14 日(土)、15 日(日)、16 日(月)に、高槻市で開催させていただくことになりました。

わが国は先進国に追いつき追い越すことを目標とし、経済発展、経済成長を優先してやってきました。負の側面として、公害、薬害、経済災害などの国民の健康に影響を及ぼす多くの深刻な健康問題を経験してきました。わが国は経済大国となりましたが、経済発展だけで貧困問題や健康問題が解決されたわけではないことも明らかであります。孤独、自殺、虐待・暴力、薬物依存などの健康問題も深刻化しています。医療・介護・年金の問題に加え、生活保護を巡る人々のセーフティネットのあり方も近年問われています。生物としての人間の側面は大きな変化がないにも係わらず、社会環境や社会政策により健康課題や疾病構造が大きく変化してきました。人間の歴史を振り返ると明白であります。

学会開催地の高槻市は、京都と大阪の中間に位置し、人口は約 36 万人の中核市です。旧石器時代や弥生時代の遺跡があり、国内有数の古墳群地帯とされています。戦国時代から城下町となり、キリシタン大名の高山右近も居城していました。学会会場の北側道路は、西国大名が参勤交代で、また人々が東西に往来していた交通の要所であった「西国街道」です。高槻の地は、奈良、大阪、京都といった日本の中心都市として栄えた地域と直線距離でほぼ等距離にあり、いずれの都市とも距離が離れていることにより独自性のあるところとして今日に至っているところであります。

本学会プログラムは、大学研究者、保健行政、医療機関、民間団体と幅広い方に企画委員に就任していただき、作成することができました。そのお蔭で演題数は 93 題と幅広い分野から応募いただきました。学会事務局は、社会医学会役員が 6 人所属している「NPO ヘルスサポート大阪」に担っていただきました。事務局に大きな負担を追われることになり申し訳なく思っています。何とか学会に演題を応募いただいた方々、講演者、シンポジスト、参加者に喜んでいただける総会となることを願っています。

また、学会の開催に当たり、関西大学より会場の提供、学会開催費用について一部ご支援をいただきました。紙面を借りてお礼を申し上げさせていただきます。

今回の学会のメインテーマを「社会医学の立脚点 - 原点から考える - 」とさせていただきます。現代社会における「社会医学の立ち位置」について、是非とも、会員、参加者の皆さんと考えてみたいと思ったからです。不十分な点多いと思いますが、ご参加の皆さんの活発な発表、質疑応答により盛会となることを願っています。

第 53 回日本社会医学会総会

会長 高鳥毛 敏雄

関西大学社会安全学部・社会安全研究科教授

懇親会のご案内

懇親会場 茶臼山 料亭 阪口楼

歴史の散歩道が通じる上町台地にあり、川底池を望む池畔の佇まいです。
明治十年の創業以来大和家の分家として幽ちく幽邃閑雅の地として今日に至る。

- 普茶料理とは -

普茶料理とは、三百有余年の歴史ある肉や魚をまったく使用しない懐石料理です。
昔を知る風流人やご歳貢から雲水の普茶料理とのご要望も多く、
伝統のすたれるのを惜しんで引き継いでおります。
時間と手間をたっぷりかけて作り上げる料理は、
淡泊な中にも深みがあり、膳の心に通じるものがあると粋人方から喜ばれています。
島崎藤村も雲水の普茶料理をたずねになったと記されている。
貴重な日本の食文化です。ぜひ賞味してください。きっと満足します。

〒543-0063 大阪府大阪市天王寺区茶臼山町 1-30

TEL 06-6771-3522

J R天王寺駅 北口 徒歩 5 分

地下鉄谷町線天王寺駅 徒歩 5 分

地下鉄御堂筋線天王寺駅 徒歩 7 分

近鉄南大阪線大阪阿部野橋駅 徒歩 8 分

<http://r.gnavi.co.jp/c823900/>

○と き 平成 24 年 7 月 14 日 (土曜日) 午後 6 時 30 分～8 時 50 分

○ところ 茶臼山 料亭 阪口楼 現地集合 (上記 URL に詳細説明あり)

○申し込み : 学会総会事務局 npo@heso.or.jp

○締め切り : 平成 24 年 6 月 30 日

会場の都合で、先着 50 名で〆切らせていただきます。

○お問い合わせ先:事務局 npo@heso.or.jp 電話:06-6645-7381 携帯:080-3789-0091

○会 費 7,000 円

料理は事前に食材の手配が必要であり、手間をかけますので完全予約制です。
このため、事前に会費を振り込んでいただければ有難いですが、当日会場での支払いも可能です。

[振込先] : ゆうちょ銀行

口座番号 : 00940-8-115664

加入者名 : HEALTH SUPPORT OSAKA

振込金額 : 7,000 円

懇親会のご案内

開催日時 平成24年7月14日(土曜日) PM6時30～8時50

集合場所 現地集合(下記アドレスにお店・普茶料理の説明あります)

会費 7,000円 (予約制ですので事前に会費お振り込み有難いですが、現地支払いも可能です。)

振込先: 郵貯銀行: 口座番号: 00940-8-115664

加入者名: HEALTH SUPPORT OSAKA

申し込み締め切り: 平成24年6月30日 申込先着50名で〆切ります。

お問い合わせ先: 事務局mail: npo@heso.or.jp 井戸武實: 電話080-3789-0091

普茶料理 茶臼山 料亭 阪口楼

〒543-0063 大阪府大阪市天王寺区茶臼山町1-30

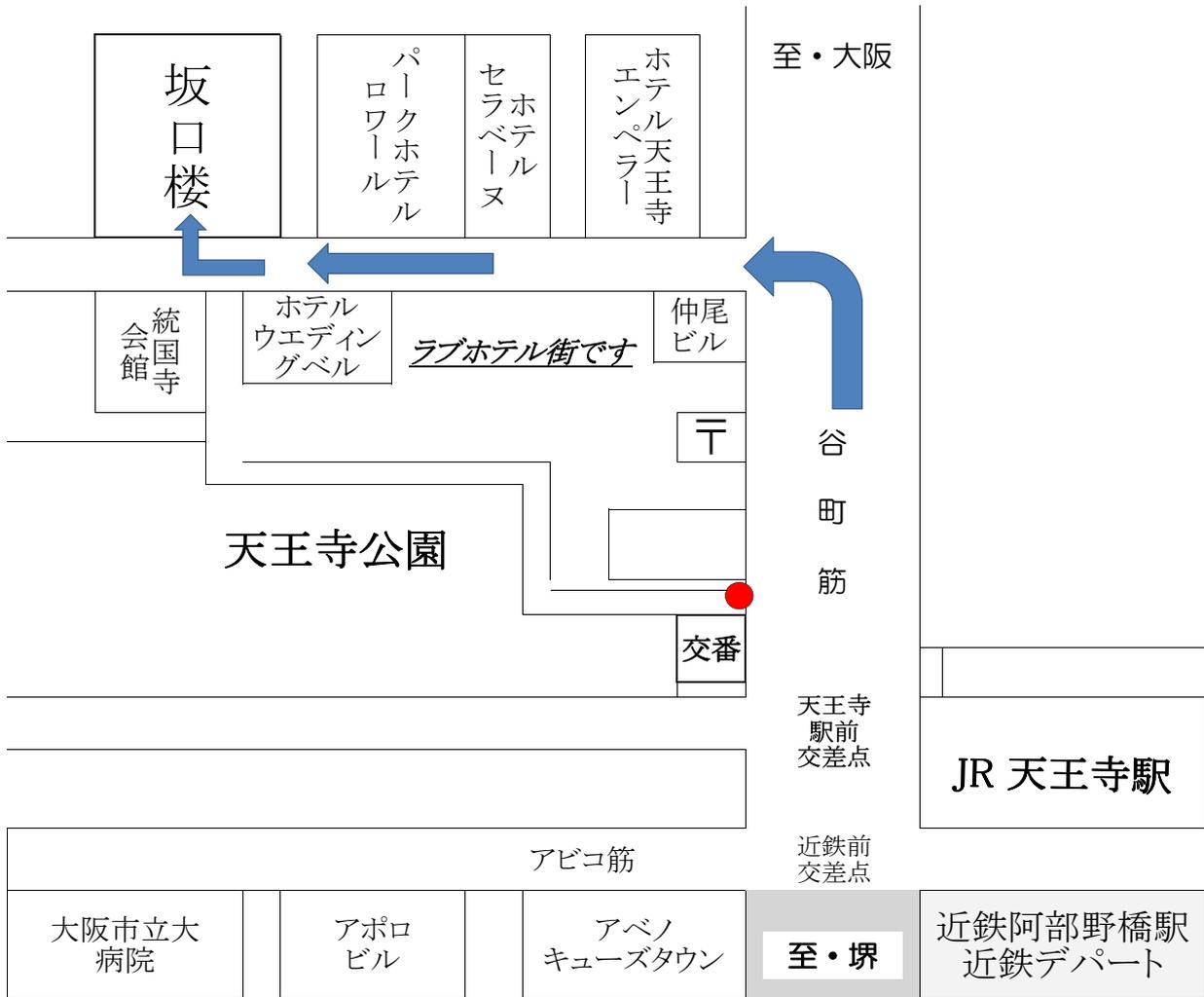
TEL 06-6771-3522

JR天王寺駅 北口 徒歩5分

地下鉄谷町線天王寺駅 徒歩5分

地下鉄御堂筋線天王寺駅 徒歩7分

近鉄南大阪線大阪阿部野橋駅 徒歩8分



学会総会会場への交通案内

● JR線利用：JR 東海道線「高槻」駅下車（徒歩約7分）

大阪方面、京都方面からの普通、快速、新快速のすべての電車が停車します。

京都からの快速電車は高槻までは各駅に停車します。

<所要時間>

大阪駅から高槻駅： 新快速（14分）、快速（16分）、普通（27分）

京都駅から高槻駅： 新快速（13分）、普通（22分）

● 阪急電鉄利用：阪急京都線「高槻市」駅下車、徒歩約10分

大阪方面、京都方面からの普通・準急・急行・特急のすべての電車が停車します。

大阪市内から大阪市営地下鉄堺筋線が高槻市駅まで乗り入れています。

<所要時間>

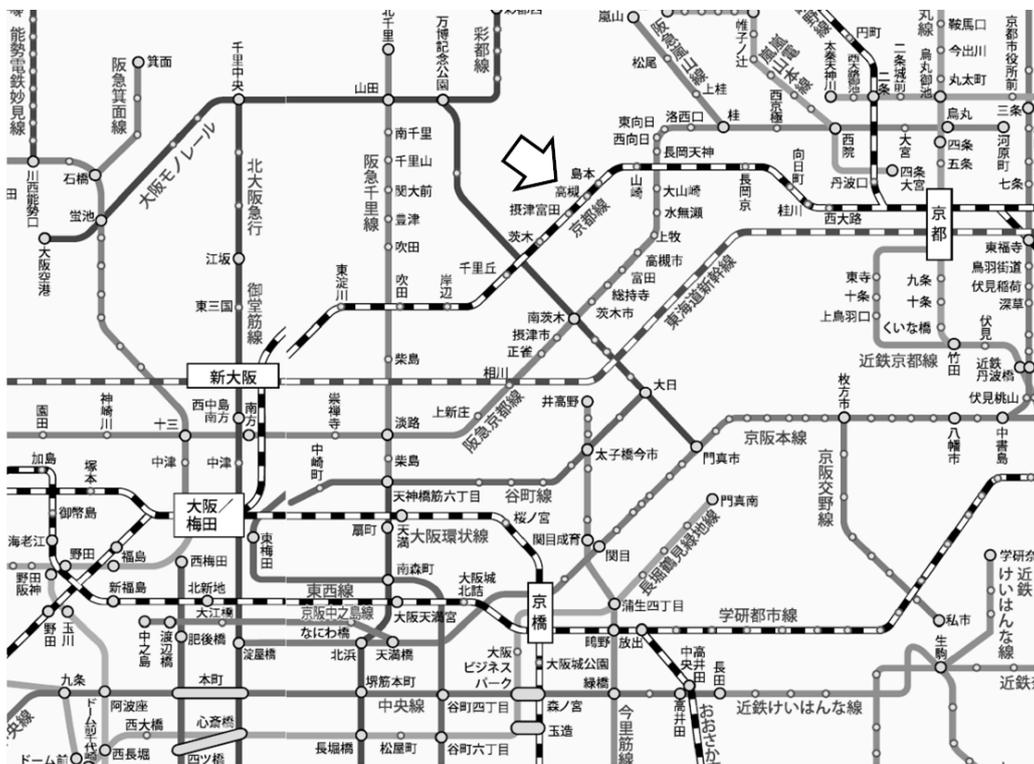
河原町（京都）から高槻市駅： 特急（21分）

梅田（大阪）から高槻市駅： 特急（23分）

● 飛行機利用：大阪空港（大阪モノレール）～高槻市駅（阪急電鉄）：約35分

大阪空港（大阪モノレール）に乗車：大阪空港～南茨木（大阪モノレール）、南茨木で乗り換えて南茨木～高槻市（阪急京都線）、高槻市駅下車、徒歩10分

京阪神鉄道路線図



JR高槻駅・阪急高槻市駅からの案内図

JR高槻駅高槻駅からは2階の陸橋伝いに歩いて行けますが1階
(地上)に降りて線路沿いに歩く方が近く、わかりやすい順路です。

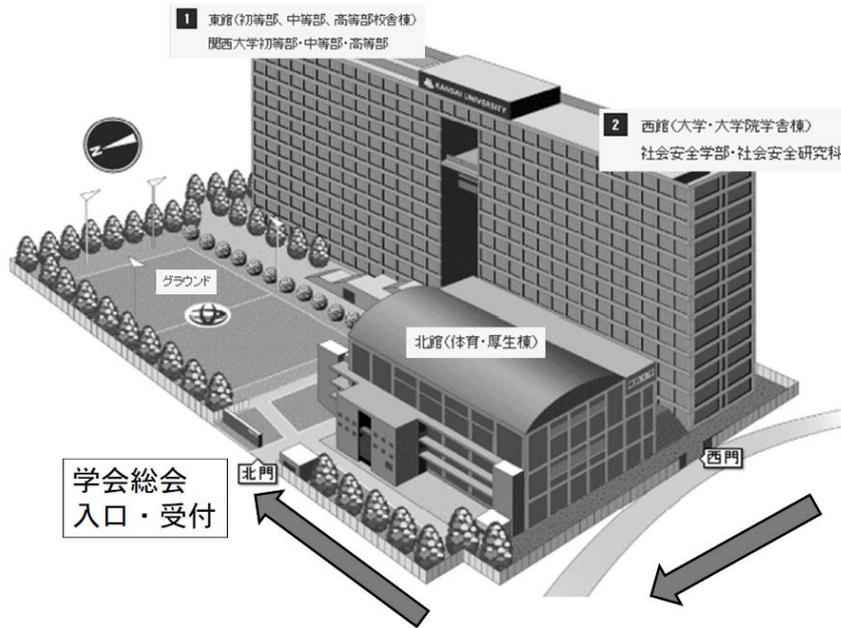


高槻ミュージズキャンパス周辺拡大図



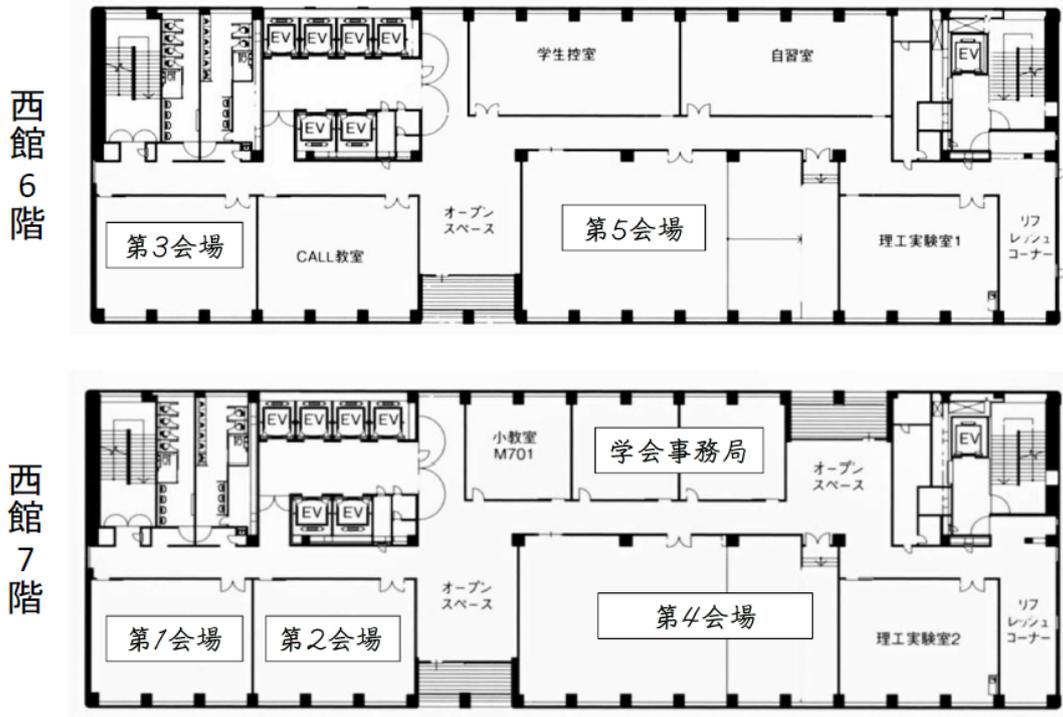
建物案内図

北門から入り、受付をして、エレベータで6階、7階にお上がり下さい。



会場案内図

食事は、北館1階のミュージズレストランで弁当を注文販売します。会場は6階と7階です。



参加者の方へ

1. 受付

7月15日(日) 8:30～ 高槻ミュージックキャンパス 1F エレベーターホール付近

7月16日(月) 8:30～ 高槻ミュージックキャンパス 1F エレベーターホール付近

参加者は「参加票」に必要事項を記入の上、参加費(お釣りの不要なお返しを
します)とともに受付をお願いします。受付はエレベーター前で行う予定です。

① 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。

② 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。

2. 参加費

会員:3000円 非会員:4000円 学生・院生:1000円

講演(抄録)集の追加購入:1000円

3. 会員の年会費の納入、学会への新規の入会手続き

「学会受付」で、年会費(5000円、学生会員2000円)の納入、新規の入会手続きを
行っています。「総会受付」とは別に受け付けていますのでご注意ください。

4. 座長・発表者の方へ(講演、口演、シンポジウムなど)

発表者と座長の方は「発表者・座長受付」にお越し下さい。

発表者と座長の方は次頁の「研究発表者と座長へのご案内」をご参照して下さい。

5. ご来場方法について

JR東海道線、阪急電鉄京都線など、公共交通機関をご利用の上、JR高槻駅、阪急
高槻市駅より徒歩でご来場下さい。

会場内での駐車場は用意できません。

万が一、車でお越しの方は、近隣の有料駐車場をご利用下さい。

6. 宿泊について

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。

大阪市内の阪急電鉄、地下鉄堺筋線沿線、JR東海道沿線にホテルがあります。

7. 喫煙、飲食について

建物内に喫煙可能な場所はありません。

弁当など、飲食は、1階ミュージックレストランで行って下さい。

① 昼食は、学会事務局で弁当を予約制で約200食、1,000円でご用意する予定です。

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。

8. その他

① クローク: 学会事務局で16日16時45分まで預かりいたします。

② 託児所: 託児所はございませんので、ご了承ください。

研究発表者と座長の方へ

－講演、口演、シンポジウムの運営－

座長の方は、時間を厳守し、必ず定刻に開始し、定刻の終了をお願いします。

1. 発表される方

- 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、液晶プロジェクターとスクリーンを用意しております。
- ③ 発表用の Microsoft Power Point 原稿は USB メモリをご用意ください。
- ④ 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。
- ⑤ 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。
- ⑥ 発表、質疑応答時間
一般口演：発表時間 15 分、質疑応答 5 分です。
特別口演：発表時間 25 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。

一般口演

- 1 鈴： 13 分経過 (残り 2 分)
- 2 鈴： 15 分経過 (発表終了)
- 3 鈴： 20 分経過 (質疑応答終了)

特別口演

- 1 鈴： 23 分経過 (残り 2 分)
- 2 鈴： 25 分経過 (発表終了)
- 3 鈴： 30 分経過 (質疑応答終了)

- ⑦ 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。
- ⑧ 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。

2. 座長の方

- ①受付時に、座長であることをお申し出ください。
- ②定刻前に、座長席に、ご着席し、待機して下さい。
- 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、特別口演では 30 分をあてております。円滑な運営をしていただきますよう、お願いします。

日本社会医学会総会のご案内

- 7月15日（日）12:30-13:00 に日本社会医学会総会を1階のミュージズレストランにおいて開催いたします。
- 会員の方は、出来るだけ多くの方が参加していただきますよう、お願いいたします。
- 総会参加者は、弁当の購入ないしご持参をお願いいたします。
- 弁当を販売いたしますが、数に限りがありますのでご注意ください。

見学ツアーの申込みについて

- 7月14日（土）の午後に大阪市内のコリアンタウンと釜ヶ崎の見学ツアーを企画しています。参加人数に限りがあります。
- 申し込みは、下記の必要事項を記載のうえ、総会事務局までFAXまたはハガキ、電子メールにて6月末までにお申し込みください。
- 本人負担は交通費実費のみ。
- 詳細は次のページをご確認ください。

〈大阪市内見学ツアー事前申し込み記載事項〉

1. 大阪市内見学ツアー参加の有無
2. 見学希望先に○をつけてください（コリアンタウン 釜ヶ崎ツアー）
3. 見学希望者の氏名と所属・連絡先（住所、電話/FAX、mail アドレス）

プログラム

講演リスト

口演リスト

シンポジウム一覧

第53回日本社会医学学会総会プログラム・会場配置一覧表

7月15日（日）					
	第1会場	第2会場	第3会場	第4会場	第5会場
	M704	N705	M601	M706	M602
9:00-9:15	開会式				
9:15-10:15	医療福祉①	地域保健①	労働衛生①	感染症①	シンポジウム 1
10:15-11:15	医療福祉②	地域保健②	労働衛生②	感染症②	
11:20-12:20					会長講演
12:20-13:20	総会 昼食（弁当） 1F ミューズレストラン				
13:20-14:20					講演 1
14:30-15:30	医療福祉③	地域保健③	労働衛生③	感染症③	シンポジウム 2
15:30-16:30	特別口演①	地域保健④	労働衛生④	感染症④	
16:40-17:20	ミニシンポ 「戦争と医学」		ミニシンポ 「障害者の労働と健康」	特別企画 シンポジウム 「原子力災害と公衆衛生」	
17:20-18:00					
18:00-19:45	自由集会 1 「戦争と医学」		自由集会 2 「障害者の労働と健康」	自由集会 3 「原子力災害と公衆衛生」	

7月16日（月）					
	第1会場	第2会場	第3会場	第4会場	第5会場
	M704	N705	M601	M706	M602
9:15-10:15	生活格差①	虐待・薬物①	健康問題①	放射線影響①	シンポジウム 3
10:15-11:15	生活格差②	虐待・薬物②	健康問題②	放射線影響②	
11:20-12:20					講演 2
12:20-13:20	昼食（弁当） 1F ミューズレストラン				
13:20-14:20					講演 3
14:30-15:50	生活格差③	ソーシャルサポート①	健康問題③	特別口演②	シンポジウム 4
16:00-16:30	生活格差④	ソーシャルサポート②	健康問題④	特別口演③	
					奨励賞授与 閉会式

7月15日(日) 一般演題・特別口演 プログラム(第1、2会場)

第1会場 M704					
9:15 10:15	医療福祉 ①	座長:白阪 琢磨(大阪医療センター)	14:30 15:30	医療福祉 ③	座長:片平 洸彦(臨床・社会薬学研究所)
		1 薬害HIV感染被害者・家族の支援環境構築(第一報) 柿沼 章子(はばたき福祉事業団)			7【第2報】医薬品副作用被害救済制度を国民に定着させるために 栗原 敦(全国薬害被害者団体連絡協議会)
		2 薬害HIV感染被害者・家族の支援環境構築(第二報) 久地井 寿哉(はばたき福祉事業団)			8【第3報】検証されずに風化する薬害一國と専門家はMMR ワクチンの検証を! 栗原 敦(全国薬害被害者団体連絡協議会)
10:15 11:15	医療福祉 ②	3 薬害HIV感染被害者・家族の支援環境構築(第三報) 井上 佳代(お茶の水女子大学大学院)	15:30 16:30	特別口演 ①	9 在日外国人糖尿病患者が抱える療養での困難な事柄—インタビューを試みて 白井 玲華(多摩センタークリニックみらい)
		座長:浜 六郎(医薬ビジランスセンター)			座長:河野 公一(大阪医科大学)
		4「カルテがない」C型肝炎感染被害者調査からの考察— 第1報 横山 由香里(岩手医科大学)			1 介護裁判からみる医療と介護のつながり 横田 一 (ジャーナリスト・元毎日新聞記者)
		5「カルテがない」C型肝炎感染被害者調査からの考察— 第2報 片平 洸彦(臨床・社会薬学研)			2 タイのカドミウム汚染とイタイイタイ病 寺西 秀豊(富山大学公衆衛生学)
		6「カルテがない」C型肝炎感染被害者調査からの考察— 第3報 榎 宏朗(新潟医療福祉大学)			

第2会場 M705					
9:15 10:15	地域保健 ①	座長:山崎 喜比古(日本福祉大学)	14:30 15:30	地域保健 ③	座長:西垣 千春(神戸学院大学)
		10 福祉施設におけるTQM展開を促進する職員満足度向上モデルの提案 大浦 絢子(早稲田大学人間科学研究科)			15 日本における外国人介護福祉士候補者の教育に関する研究:EPAに基づくフィリピン介護職の就労に関する考察 ケリ・イメルダ(立教大学)
		11 CES-Dと学習状況の関連-SOCの影響を視野に入れて 志渡 晃一(北海道医療大学)			16 訪問看護を利用している高齢者の抑うつ傾向とその関連要因に関する研究 石山 満夫(千里津雲台訪問看護ステーション)
10:15 11:15	地域保健 ②	12 山間過疎地域と新興住宅地におけるソーシャルキャピタルと健康の関連の違い 小林 俊哉(九大・科学技術イノベーションC)	15:30 16:30	地域保健 ④	17 認知症高齢者の要介護認定評価について—介護の手間の構成要因 午頭 潤子(日本社会事業大学大学院)
		座長:石竹 達也(久留米大学環境医学)			座長:志賀 文哉(富山大学)
		13「中核市」移行へのHIA(Health Impact Assessment:健康影響予測評価)適用事例 星子 美智子(久留米大学環境医学)			18 地域見守り活動における個人情報の取り扱いに関する課題 前原 なおみ(宝塚大学)
		14 大牟田市立総合病院の経営形態移行に関するHIAの適用事例 星子 美智子(久留米大学環境医学)			19 Language Barrier Free とアンドロイド仕様多言語問診票の可能性 林田 雅至(大阪大学CSCD)
					20 グループダイナミクスと生活福祉 志賀 文哉(富山大学人間発達科学部)

7月15日(日) 一般演題・特別口演 プログラム(第3、4会場)

第3会場 M601					
9:15 10:15	労働衛生 ①	座長:柳 尚夫(兵庫県洲本保健所) 21 男性労働者の抑うつ症状とその関連要因における疫学的研究 上原 尚紘(北海道医療大学大学院)	14:30 15:30	労働衛生 ③	座長:北原 照代(滋賀医科大学) 27 看護職者の頸部周囲痛に対して理学療法士による介入の効果 富田 純也(近石病院)
		22 保健医療福祉職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)			28 夜勤交代勤務の多量飲酒習慣との関連 森河 裕子(金沢医科大学看護学部)
10:15 11:15	労働衛生 ②	座長:平田 衛(関西労災病院) 24 盲ろう者通訳介助員の心身負担に関する一考察 ~質問紙調査の結果から 北原 照代(滋賀医科大学)	15:30 16:30	労働衛生 ④	座長:西山 勝夫(元滋賀医科大学) 30 問診票を用いた振動障害特殊検診対象者絞り込みの試み 樋端 規邦(徳島・健生石井クリニック)
		25 盲ろう者への通訳・介助作業の負担要因 重田 博正(大阪社会医学研究所)			31 鋳業の削岩機使用者に見られた振動障害の問題点 三宅 成恒(京都市南診療所)
		26 某医療団体職員の休業統計 中村 賢治(大阪社会医学研究所)			32 三池炭鋳炭じん爆発事故にみる被災者世帯の生活問題と労災補償のあり方 田中 智子(三池高次船連絡会議)

第4会場 M706					
9:15 10:15	感染症 ①	座長:川畑 拓也(大阪府立公衛研) 33 大阪府内のHIV感染症の流行状況と対策について 川畑 拓也(大阪府立公衆衛生研究所)	14:30 15:30	感染症 ③	座長:田村嘉孝(大阪府立呼・ア・C) 39 高齢者結核療養支援における保健師の困難感～発症から治療開始まで～ 山路 由実子(三重県立看護大学)
		34 夜間休日常設HIV検査場における受検者の分析 第1報 毛受 矩子(スマートらいふネット)			40 2010年のハイチ大地震と結核をめぐる諸問題 角 泰人(日本リザルツ)
10:15 11:15	感染症 ②	35 夜間休日常設HIV検査場における受検者の分析 第2報 中西 眞弓(スマートライフネット)	15:30 16:30	感染症 ④	41 低まん延を迎える結核対策について ーサンフランシスコ視察から その②ー 田淵 紗也香(高槻市保健所)
		座長:田丸 亜貴(大阪府立公衆衛生研究所) 36 大阪府における多剤耐性結核の分子疫学 田丸 亜貴 (大阪府立公衆衛生研究所)			座長:高野 正子(高槻市保健所) 42 東日本大震災における感染症情報の収集と対策 砂川 富正 (国立感染症研究所)
		37 飯場における結核患者の分析と課題 内藤 康志(大阪府茨木保健所)			43 東日本大震災の食中毒発生への影響に関する検討 徳田 浩一(東北大学)
		38 当院における外国人結核患者の発生状況と医療提供体制の課題 田村 嘉孝 (大阪府立呼吸器アレルギー医療センター)			44 南相馬市における仮設住宅入居者のコミュニティづくりの実践から 川口 敦子 (摂津市高齢介護課)

7月16日(月) 一般演題・特別口演 プログラム(第1、2会場)

第1会場 M704					
9:15 10:15	生活格差①	座長:逢坂 隆子(四天王寺大学大学院)	14:30 15:30	生活格差③	座長:黒田 研二(関西大学)
		45 西成区北部地域での貧困と生活保護・社会保障と医療について 黒川 渡(くろかわ診療所)			50 食を通じたホームレスの自立支援 ーサンフランシスコ視察から その①ー 山中 珠美(大阪女子短期大学)
10:15 11:15	生活格差②	46 西成区北部地域での医療活動において看護が出来ること 岡田 広美(くろかわ診療所)	15:30 16:30	生活格差④	51 生活困窮に陥った難病患者世帯の実情 西垣 千春(神戸学院大学・総合リハ)
		47 釜ヶ崎で歯科診療所開設して一年半の試み 渡邊 充春(わたなべ往診歯科)			52 医療事務業務からソーシャル・ワークへの業務発展の試み 川島 亮(くろかわ診療所)
		48 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4) 鍛冶 葉子(甲南女子大学大学院科)			座長:星 旦二(首都大学東京)
		49 近年におけるホームレス問題の特徴と変容に関する考察 加美 嘉史(佛教大学社会学部)			53 緊急一時宿泊事業における若年利用者の実態 中野 加奈子(佛大・社会学部研究科)
					54 The Chronological Relationships between Socio-economic Status, Physical Health and the Long-term Care Needs of Japanese Urban Elderly 楊 素雯(首都大学東京)
					55 看護師の看護業務負担と腰痛の現状 西田 直子(京都府立医科大学)

第2会場 M705					
9:15 10:15	虐待・薬物①	座長:尾崎 泰子(府立高槻支援学校)	14:30 15:30	ソーシャルサポート②	座長:嵯峨 嘉子(大阪府立大学)
		56 子どもの虐待を止めるために～厳罰よりも回復ケアを 伊藤 悠子(子育て運動えん)			61 GISを用いた飛び込み自殺に関する空間分析 波多野 頌子(早稲田大学人間科学部)
10:15 11:15	虐待・薬物①	57 服薬アドヒアランスに関する医療人類学的考察ーアフリカから学ぶ、感染症治療に服薬者の社会関係が果たす役割ー 西 真如 (京都大学アフリカ地域研究資料センター)	15:30 16:30	ソーシャルサポート②	62 移住外国人女性の妊娠・出産・育児期における課題とソーシャルサポートーカナダ・トロントの事例を中心にー 逢坂 由貴(九州大学 21 世紀プログラム課程)
		58 深夜の街における思春期少年の健康問題 田中 勤(名古屋市立大学大学院)			63 乳幼児を育てる母親へのサポートとSense of Coherenceとの因果構造 高城 智圭(首都大学東京大学院)
		59 薬物を使う人はなぜ「助け」を求められないのか 倉田 めば(大阪ダルク、Freedom)			64 生徒指導の在り方と保健室経営の関連性ー保健室閉室についてー 野口 法子(関西福祉科学大学)
		60 MSM向け予防啓発大規模イベントの継続が大阪のMSMコミュニティに与えた影響 塩野 徳史(名古屋市立大学看護学部)			65 重症心身障害児(者)施設における福祉と医療の調和とは 佐藤 祐輔(四天王寺大学)

7月16日(月) 一般演題・特別口演 プログラム(第3、4会場)

第3会場 M601					
9:15 10:15	健康 問題 ①	座長:森岡 幸子(大阪府国保連合会)	14:30 15:30	健康 問題 ③	座長:内藤 義彦(武庫川女子大学)
		66 山間過疎地域における循環器疾患と生活習慣, 生活への満足感, 近隣および地域との親交との関連について 須永 恭子(富山大学)			70 地域の健康格差における健康習慣の関連—生活習慣病を対象に— 立瀬 剛志(富山大学)
		67 過疎地域における高齢者の暮らしに関する研究—医師・保健師の視点から 上村 聡子(甲南女子大学)			71 認知症有病割合の減少—地域在宅高齢者のレディネスと教育効果への期待 山本 千紗子(中京学院大学 看護学部)
10:15 11:15	健康 問題 ②	座長:渡邊 充春(わたなべ往診歯科)	15:30 16:30	健康 問題 ④	座長:吉田 寛(吉田アーデント病院)
		68 全国調査にみる介護保険料滞納者に対する自治体対応の検討 高橋 和行(千葉県流山市企画政策課)			73 低出生体重児の発現要因に関する体系的文献レビュー 芹澤 加奈(早稲田大学人間科学研究科)
		69 高齢者における口腔機能向上プログラムの実践と効果 井上 直子(首都大学東京)			74 災害時における保健師活動—支援活動の経験から— 吉田 澄世(大阪府泉佐野保健所)
					75 公共政策と社会医学—後期高齢者診療料の検証によるかかりつけ機能の考察から— 熊澤 大輔(東京医科歯科大学大学院)

第4会場 M706					
9:15 10:15	放射線 影響 ①	座長:大島 明(大阪がん相談支援センター)	14:30 15:30	特別 口 演 ②	座長:寺西 秀豊(富山大学)
		76 低線量放射線障害の検討—中枢神経系への影響 入江 紀夫(いりえ診療所)			3 安全学からみる薬害と安全の関係 辛島 恵美子 (関西大学社会安全学部)
		77 低線量被曝の影響 高松 勇(たかまつこどもクリニック)			4 ソーシャル・イノベーションと社会医学 佐分利 応貴(京都大学)
10:15 11:15	放射線 影響 ②	78 保育園の保護者を対象とした内部被ばくに関する意識調査 西村 知沙香(京都府立医科大学付属病院)	15:30 16:30	特別 口 演 ③	座長:高鳥毛 敏雄(関西大学)
		79 低線量被曝が胎児に与える障害に関するレビュー 林 敬次(はやし小児科)			5 公衆衛生サービス供給の日英比較制度分析—方法論的考察— 松田 亮三 (立命館大学)
		80 低線量放射線障害の検討—福島原発事故を巡って—乳児および小児白血病 柳 元和(帝塚山大学)			6 東日本大震災と「自己責任型社会政策路線」の破綻 池上 洋通 (自治体問題研究所)
		81 フィルター類に付着した福島原発事故の放射性物質の調査と保存 イメージングプレートへの画像化と定量の取り組みとその意義 郷地 秀夫(東神戸診療所)			

会長講演・一般講演の日時・場所

会長講演 7月15日 11:20-12:20 M602

現代社会における社会医学の立ち位置

高島毛敏雄（関西大学 社会安全学部・社会安全研究科）

講演1 7月15日 13:20-14:20 M602

薬害事例からみた安全政策の推移と課題

浜六郎（NPO 法人医薬ビジランスセンター：薬のチェック）

講演2 7月16日 11:20-12:20 M602

政策評価に社会医学の視点をツールとしての HIA（健康影響予測評価）の必要性

石竹 達也（久留米大学 医学部 環境医学講座）

講演3 7月16日 13:20-14:20 M602

わが国の NCD（非感染性疾患）対策への警告

大島 明（大阪府立成人病センターがん相談支援センター）

シンポジウム・特別企画・ミニシンポジウムの日時・場所

シンポジウム 1 7月15日 9:15-11:15 第5会場 M602

医療と介護を結ぶ多職種連携ー地域包括ケアを進める条件を考えるー

座長 西垣 千春（神戸学院大学 総合リハビリテーション学部）

黒田 研二（関西大学 人間健康学部）

1 病院の立場から

橋田 亜由美（東大阪生協病院 神経内科医師）

2 ケアマネジャーの立場から

須原 忍（（有）総合医療企画 総合ケアプランセンター 管理者）

3 地域包括支援センターの立場から

前原 由幸（藤井寺市地域包括支援センター所長）

4 コミュニティソーシャルワーカーの立場から

木村 由美（ミス・ブール記念ホーム CSW）

シンポジウム 2 7月15日 14:30-15:30 第5会場 M602

新生児医療の進歩と障害児療育

座長 野田 哲朗（大阪府立精神医療センター）

武内 一（佛教大学社会福祉学部・小児科医）

1. NICU医師の立場から

平野 慎也（大阪府立母子保健総合医療センター）

2. 重度心身障害児施設医師の立場から

松下 彰宏（西宮すなご医療福祉センター）

3. 障害児学校教員の立場から

原田 文孝（兵庫県立いなみ野特別支援学校・青野原訪問学級教諭）

4. 保護者・支援者の立場から

成田 憲子（全国重症心身障害児・者を守る会大阪支部）

シンポジウム3 7月16日 9:15-11:15 第5会場 M602

「感染症と人権」～予防と治療のハザマにある課題～

座長 白井千香（神戸市保健所）

1. HIV・AIDS 残された課題
白阪 琢磨（国立病院機構大阪医療センター・HIV/AIDS 先端医療開発センター）
2. ハンセン病対策の歴史と教訓
青木 美憲（国立療養所 邑久光明園）
3. 感染症法における人権の配慮
川本 哲郎（同志社大学法学部）
4. 感染症の生命倫理
谷田 憲俊（山口大学大学院医学系研究科医療環境医学）

シンポジウム4 7月16日 14:30-16:30 第5会場 M602

「現在の公衆衛生の課題」

エビデンスに基づく公衆衛生とそれを担う自治体の役割

座長 柳 尚夫（兵庫県洲本保健所長）

1. 市町村の抱える課題 「基礎自治体は何ができるのか」
福永 冨美子（摂津市保健福祉部）
2. 都道府県と保健師の抱える課題 「行政保健師は公衆衛生活動を守れるか」
森岡 幸子（大阪府国保連合会）
3. 府県と市町村の連携と保健所医師の課題 「地域保健指針の見直しを受けて」
高野 正子（高槻市保健所）
4. 社会問題を自治体の政策へ反映させるには
田淵 貴大（大阪府立成人病センターがん予防情報センター）

特別企画シンポジウム 7月15日 16:40-18:00 第4会場 M706

「原子力災害と公衆衛生」

座長 高鳥毛 敏雄（関西大学 社会安全学部・社会安全研究科）

1. 原子力災害と保健所の役割
荒木 均（茨城県ひたちなか保健所長）
2. 原子力災害避難区域へのボランティア保健師派遣の現状と課題
荘田 智彦（ジャーナリスト）
3. 緊急時避難準備区域における保健師派遣に応じて ―その活動と課題―
小野川 恵利（高知県四万十町保健師・係長）

ミニシンポジウム 7月15日 16:40-18:00 第1会場 M704

「戦争と医学」

座長 道端 達也 (玉島病院、岡山)

三宅 成恒 ((財)京都労働災害被災者援護財団 京都市城南診療所)

1. 今なぜ「戦争と医学」か
筋 昭三 (城北病院、金沢)
2. 日本の医学犯罪
土屋 貴志 (大阪市立大学)
3. 日本の医学会(界)の戦後と医学教育
吉中 文志 (京都民医連中央病院)
4. 15年戦争時の医学犯罪の検証が行われてこなかったことによる現在の医学界への影響
刈田 啓史郎 (東北大学歯学研究科)
5. 731部隊関係者の京都大学の医学博士の学位授与状況
西山 勝夫 (滋賀医科大学)

ミニシンポジウム 7月15日 16:40-18:00 第3会場 M601

「障害者の労働と健康」～障害のある人が健康に働き続けるために～

座長 埜田 和史 (滋賀医科大学社会医学講座衛生学)

白星 伸一 (佛教大学保健医療技術学部・理学療法学科)

1. 職業安定所から見た障害者の就労
糸井 仁美 (全労働省労働組合近畿地方協議会)
2. 障害者雇用を進めている企業の取り組みと課題
石田 瞳 (滋賀医科大学医学科5年)
3. 当事者としての体験から、障害者の労働と健康を考える
高橋 弘生 (肢体障害者二次障害検討会)

特別口演の発表日時・時間・場所

7月15日 第1会場 M704

特別口演① 座長:河野 公一 (大阪医科大学)

15:30-16:00

1 介護裁判からみる医療と介護のつながり

横田 一 (ジャーナリスト・元毎日新聞記者)

16:00-16:30

2 タイのカドミウム汚染とイタイイタイ病

寺西 秀豊 (富山大学公衆衛生学)

7月16日 第4会場 M706

特別口演② 座長:寺西 秀豊 (富山大学)

14:30-15:00

3 安全学からみる薬害と安全の関係

辛島 恵美子 (関西大学社会安全学部)

15:00-15:30

4 ソーシャル・イノベーションと社会医学

佐分利 応貴 (京都大学)

7月16日 第4会場 M706

特別口演③ 座長:高島毛敏雄 (関西大学社会安全学部)

15:30-16:00

5 公衆衛生サ-ビス供給の日英比較制度分析-方法論的考察-

松田 亮三 (立命館大学)

16:00-16:30

6 東日本大震災と「自己責任型社会政策路線」の破綻

池上 洋通 (自治体問題研究所)

一般演題の日時・場所

7月15日(日) 第1会場 M704

9:15-10:15 医療福祉① 座長:白阪 琢磨 (大阪医療センター)

- 1 薬害H I V感染被害者・家族の支援環境構築 (第一報)
柿沼 章子 (はばたき福祉事業団)
- 2 薬害H I V感染被害者・家族の支援環境構築 (第二報)
久地井 寿哉 (はばたき福祉事業団)
- 3 薬害H I V感染被害者・家族の支援環境構築 (第三報)
井上 佳代 (お茶の水女子大学大学院)

10:15-11:15 医療福祉② 座長:浜 六郎 (医薬ビジランスセンター)

- 4 「カルテがない」C型肝炎感染被害者調査からの考察-第1報
横山 由香里 (岩手医科大学)
- 5 「カルテがない」C型肝炎感染被害者調査からの考察-第2報
片平 洸彦 (臨床・社会薬学研究所)
- 6 「カルテがない」C型肝炎感染被害者調査からの考察-第3報
榎 宏朗 (新潟医療福祉大学)

14:30-15:30 医療福祉③ 座長:片平 洸彦 (臨床・社会薬学研究所)

- 7 医薬品副作用被害救済制度を国民に定着させるために
栗原 敦 (全国薬害被害者団体連絡協議会)
- 8 検証されずに風化する薬害-国と専門家はMMR ワクチンの検証を!
栗原 敦 (全国薬害被害者団体連絡協議会)
- 9 在日外国人糖尿病患者が抱える療養での困難な事柄-インタビューを試みて
臼井 玲華 (多摩センタークリニックみらい)

7月15日(日) 第2会場 M705

9:15-10:15 地域保健① 座長:山崎 喜比古 (日本福祉大学)

- 10 福祉施設におけるTQM展開を促進する職員満足度向上モデルの提案
大浦 絢子 (早稲田大学人間科学研究科)
- 11 CES-Dと学習状況の関連-SOCの影響を視野に入れて
志渡 晃一 (北海道医療大学)
- 12 山間過疎地域と新興住宅地におけるソーシャルキャピタルと健康の関連の違い
小林 俊哉 (九大・科学技術イノベーションセンター)

10:15-11:15 地域保健② 座長:石竹 達也 (久留米大学環境医学)

13 「中核市」移行への HIA 適用事例

星子 美智子 (久留米大学環境医学)

14 大牟田市立総合病院の経営形態移行に関する HIA の適用事例

星子 美智子 (久留米大学環境医学)

14:30-15:30 地域保健③ 座長:西垣 千春 (神戸学院大学)

15 日本における外国人介護福祉士候補者の教育に関する研究

ケリ・イメルダ (立教大学)

16 訪問看護を利用している高齢者の抑うつ傾向とその関連要因に関する研究

石山 満夫 (千里津雲台訪問看護ステーション)

17 認知症高齢者の要介護認定評価について～介護の手間の構成要因

午頭 潤子 (日本社会事業大学大学院)

15:30-16:30 地域保健④ 座長:志賀 文哉 (富山大学)

18 地域見守り活動における個人情報取り扱いに関する課題

前原 なおみ (宝塚大学)

19 Language Barrier Free とアンドロイド仕様多言語問診票の可能性

林田 雅至 (大阪大学コミュニケーション・デザインセンター)

20 グループダイナミクスと生活福祉

志賀 文哉 (富山大学人間発達科学部)

7月15日(日) 第3会場 M601

9:15-10:15 労働衛生① 座長:柳 尚夫 (兵庫県洲本保健所)

21 男性労働者の抑うつ症状とその関連要因における疫学的研究

上原 尚紘 (北海道医療大学大学院)

22 保健医療福祉職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)

23 職場のメンタルヘルス不全者の患者会の役割と課題

藤野 ゆき (常磐会短期大学)

10:15-11:15 労働衛生② 座長:平田 衛 (関西労災病院)

24 盲ろう者通訳介助員の心身負担に関する一考察 ～質問紙調査の結果から

北原 照代 (滋賀医科大学)

25 盲ろう者への通訳・介助作業の負担要因

重田 博正 (大阪社会医学研究所)

26 某医療団体職員の休業統計

中村 賢治 (大阪社会医学研究所)

14:30-15:30 労働衛生③ 座長:北原 照代 (滋賀医科大学)

27 看護職者の頸部周囲痛に対して理学療法士による介入の効果

富田 純也 (近石病院)

28 夜勤交代勤務の多量飲酒習慣との関連

森河 裕子 (金沢医科大学看護学部)

29 在日韓国朝鮮人集住地域における保育の一考察

森本 宮仁子 (大阪聖和保育園)

15:30-16:30 労働衛生④ 座長:西山 勝夫 (元滋賀医科大学)

30 問診票を用いた振動障害特殊検診対象者絞り込みの試み

樋端 規邦 (徳島・健生石井クリニック)

31 鉱業の削岩機使用者に見られた振動障害の問題点

三宅 成恒 (京都市城南診療所)

32 三池炭鉱炭じん爆発事故にみる被災者世帯の生活問題と労災補償のあり方

田中 智子 (三池高次脳連絡会議)

7月15日(日) 第4会場 M706

9:15-10:15 感染症① 座長:川畑 拓也 (大阪府立公衛研)

33 大阪府内の HIV 感染症の流行状況と対策について

川畑 拓也 (大阪府立公衆衛生研究所)

34 夜間休日常設 HIV 検査場における受検者の分析 第1報

毛受 矩子 (スマ・トラifuネット)

35 夜間休日常設 HIV 検査場における受検者の分析 第2報

中西 眞弓 (スマ・トライフネット)

10:15-11:15 感染症② 座長:田丸 亜貴 (大阪府立公衆衛生研究所)

36 大阪府における多剤耐性結核の分子疫学

田丸 亜貴 (大阪府立公衆衛生研究所)

37 飯場における結核患者の分析と課題

内藤 康志 (大阪府茨木保健所)

38 当院における外国人結核患者の発生状況と医療提供体制の課題

田村 嘉孝 (大阪府立呼吸器アレルギー医療センター)

14:30-15:30 感染症③ 座長:田村嘉孝 (大阪府立呼吸器アレルギー医療センター)

39 高齢者結核療養支援における保健師の困難感～発症から治療開始まで～

山路 由実子 (三重県立看護大学)

40 2010年のハイチ大地震と結核をめぐる諸問題

角 泰人 (日本リザルツ)

41 低まん延を迎える結核対策について-サンフランシスコ視察から その②-

田渕 紗也香 (高槻市保健所)

15:30-16:30 感染症④ 座長:高野 正子 (高槻市保健所)

- 42 東日本大震災における感染症情報の収集と対策
砂川 富正（国立感染症研究所）
- 43 東日本大震災の食中毒発生への影響に関する検討
徳田 浩一（東北大学）
- 44 南相馬市における仮設住宅入居者のコミュニティづくりの実践から
川口 敦子（摂津市高齢介護課）

7月16日（月） 第1会場 M704

9:15-10:15 生活格差① 座長:逢坂 隆子（四天王寺大学大学院）

- 45 西成区北部地域での貧困と生活保護・社会保障と医療について
黒川 渡（くろかわ診療所）
- 46 西成区北部地域での医療活動において看護が出来ること
岡田 広美（くろかわ診療所）

10:15-11:15 生活格差② 座長:今西 秀明（関西女子短期大学）

- 47 釜ヶ崎で歯科診療所開設して一年半の試み
渡邊 充春（わたなべ往診歯科）
- 48 ホ・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4）
鍛冶 葉子（甲南女子大学大学院科）
- 49 近年におけるホ・ムレス問題の特徴と変容に関する考察
加美 嘉史（佛教大学社会福祉学部）

14:30-15:30 生活格差③ 座長:黒田 研二（関西大学）

- 50 食を通じたホ・ムレスの自立支援-サンフランシスコ視察から その①-
山中 珠美（大阪女子短期大学）
- 51 生活困窮に陥った難病患者世帯の実情
西垣 千春（神戸学院大学・総合リハ）
- 52 医療事務業務からソーシャル・ワークへの業務発展の試み
川島 亮（くろかわ診療所）

15:30-16:30 生活格差④ 座長:星 且二（首都大学東京）

- 53 緊急一時宿泊事業における若年利用者の実態
中野 加奈子（佛大・社会福祉学研究科）
- 54 The Chronological Relationships between Socio-economic Status, Physical Health and the Long-term Care Needs of Japanese Urban Elderly
Suwen Yang（首都大学東京）
- 55 看護師の看護業務負担と腰痛の現状
西田 直子（京都府立医科大学）

7月16日(月) 第2会場 M705

9:15-10:15 虐待・薬物① 座長:尾崎 泰子 (大阪府立高槻支援学校)

56 子どもの虐待を止めるために～厳罰よりも回復ケアを

伊藤 悠子 (子育て運動えん)

57 服薬アドヒアランスに関する医療人類学的考察

西 真如 (京都大学アフリカ地域研究資料センター)

10:15-11:15 虐待・薬物② 座長:野田 哲朗 (大阪府立精神医療センター)

58 深夜の街における思春期少年の健康問題

田中 勤 (名古屋市立大学大学院)

59 薬物を使う人はなぜ「助け」を求められないのか

倉田 めば (大阪ダルク、Freedom)

60 MSM 向け予防啓発大規模イベントの継続が大阪の MSM コミュニティー
に与えた影響

塩野 徳史 (名古屋市立大学看護学部)

14:30-15:30 ソーシャルサポート① 座長:嵯峨 嘉子 (大阪府立大学)

61 GIS を用いた飛び込み自殺に関する空間分析

波多野 頌子 (早稲田大学人間科学部)

62 移住外国人女性の妊娠・出産・育児期における課題とソーシャルサポート

逢坂 由貴 (九州大学 21 世紀プログラム課程)

15:30-16:30 ソーシャルサポート② 座長:三戸 秀樹 (関西福祉科学大学)

63 乳幼児を育てる母親へのサポートと Sense of Coherence との因果構造

高城 智圭 (首都大学東京大学院)

64 生徒指導の在り方と保健室経営の関連性-保健室閉室について-

野口 法子 (関西福祉科学大学)

65 重症心身障害児(者)施設における福祉と医療の調和とは

佐藤 祐輔 (四天王寺大学)

7月16日(月) 第3会場 M601

9:15-10:15 健康問題① 座長:森岡 幸子 (大阪府国保連合会)

66 山間過疎地域における循環器疾患と生活習慣, 生活への満足感,
近隣および地域との親交との関連について

須永 恭子 (富山大学)

67 過疎地域における高齢者の暮らしに関する研究～医師・保健師の視点から

上村 聡子 (甲南女子大学)

10:15-11:15 健康問題② 座長:渡邊 充春 (わたなべ往診歯科)

68 全国調査にみる介護保険料滞納者に対する自治体対応の検討

高橋 和行 (千葉県流山市企画政策課)

69 高齢者における口腔機能向上プログラムの実践と効果

井上 直子 (首都大学東京)

14:30-15:30 健康問題③ 座長:内藤 義彦 (武庫川女子大学)

70 地域の健康格差における健康習慣の関連-生活習慣病を対象に-

立瀬 剛志 (富山大学)

71 認知症有病割合の減少 -地域在宅高齢者のレディネスと教育効果への期待

山本 千紗子 (中京学院大学 看護学部)

72 カザフスタン共和国における青少年の健康知識と態度に関する研究

齋藤 篤 (早稲田大学人間科学研究科)

15:30-16:30 健康問題④ 座長:吉田 寛 (吉田ア・デント病院)

73 低出生体重児の発現要因に関する体系的文献レビュー-

芹澤 加奈 (早稲田大学人間科学研究科)

74 災害時における保健師活動 -支援活動の経験から-

吉田 澄世 (大阪府泉佐野保健所)

75 後期高齢者診療料の検証によるかかりつけ機能の考察から

熊澤 大輔 (東京医科歯科大学大学院)

7月16日(月) 第4会場 M706

9:15-10:15 放射線影響① 座長:大島 明 (大阪がん相談支援センター)

76 低線量放射線障害の検討-中枢神経系への影響

入江 紀夫 (いりえ診療所)

77 低線量被曝の影響

高松 勇 (たかまつこどもクリニック)

78 保育園の保護者を対象とした内部被ばくに関する意識調査

西村 知沙香 (京都府立医科大学付属病院)

10:15-11:15 放射線影響② 座長:高松 勇 (たかまつこどもクリニック)

79 低線量被曝による胎児への障害

林 敬次 (はやし小児科)

80 低線量放射線障害の検討

柳 元和 (帝塚山大学)

81 フィルタ-類に付着した福島原発事故の放射性物質の調査と保存

イメージングプレートへの画像化と定量的取り組みとその意義

郷地 秀夫 (東神戸診療所)

抄 録

- 会長講演
 - 講演 1
 - 講演 2
 - 講演 3

現代社会における社会医学の立ち位置

高鳥毛敏雄（関西大学 社会安全学部・社会安全研究科）

【はじめに】

現代社会における人々の健康問題は貧困、暴力、生活習慣など社会的要因が深く関わっているものが多い。医学・科学の進歩で解決できないものも多い。社会医学研究会の発会后、その立ち位置が変わったのであろうか、皆さんと考えてみたい。

【社会医学とは一発足時の議論から】

京都で開催された1955年4月に第14回日本医学会総会が開催された折に「全国公衆衛生懇談会」がもたれた。その後、公衆衛生学会の折に準備会がもたれ、社会医学研究会の設立に至ったとのことである。「公衆衛生学会があるのになぜ必要なのか」、「社会医学では医学関係の人しか参加できない会となるのではないか」、「社会と名称がついていると行政関係者が参加しにくい」などの様々な意見があったようである。そのため設立へのためらいもあったようである。日本公衆衛生学会だけでは自由闊達な議論を行うことができないとの思いが設立に至った最大の理由のようである。

つまり、「社会医学」とは何かの明確な定義を行い、「社会医学」を大上段に掲げて設立されたわけではなさそうである。また欧米の学会の模倣としてつくられたのもなさそうである。強いて言えばわが国の「公衆衛生」は官製の堅いものであったことに対し、それだけでは戦後の経済社会の中で生じてきている人々の健康に焦点を当てた論議を深めることができないとの思いを持った有志が、「社会医学」の存在意義を感じて、作るに至った研究会であったのではないと思われる。

【わが国の社会医学の名称の使われ方】

「大学」と「一般社会」で「社会医学」

は対照的な用いられ方をしている。「大学」では、社会医学は、従来、一般的に公衆衛生学、衛生学、法医学の総称として使われていた。近年はさらに広がり学部や大学院の専攻名称として、無色透明な、曖昧な言葉として使われるようになっていく。社会医学という言葉には、公衆衛生と比べると行政の色彩が乏しく、健康問題を社会的に学問として扱うには便利な言葉であると受け止められてのことからではないかと思われる。他方で、「一般社会」においては、限定的に使われている感じがする。労働衛生、職業性疾患に関わる問題を扱う場合の研究組織の名称として特に使われている。これは一般住民の健康問題は公衆衛生行政が扱うものとされ、他方で、労働者の保護に関わる健康や医療に関わることは産業分野で対応され、公的機関で十分に扱われていないことと、労働問題には社会的要因が関わる問題であることからではないかと思われる。大阪の日雇い労働者の街、あいりん地域にある医療施設も大阪社会医療センターと、「社会医療」や「社会医学」という言葉が用いられていることも、その一例であると思われる。

【ドイツ、イギリスの歴史から考える】

ドイツで確立された社会医学とわが国で使っている社会医学とは正反対のものである。ドイツの「社会医学」は国家の臭いがする。わが国の「社会医学」は、イギリスの「公衆衛生」と似て地域、労働者の臭いがする。ドイツはヨーロッパ諸国の中では遅れて統一国家となった国である。社会医学は強い国をつくるために国家がつくりあげたものである。ドイツでは医学の知を国家の力とし、医師など専門職を国家に取り

組み、国家が社会医学を確立したようである。これに対し、わが国は強い国をつくるために国家が「公衆衛生」制度を利用してきた歴史を有している。これはイギリスが確立した公衆衛生とは大きく異なる。イギリスの公衆衛生は教区やパリッシュなどの自治体の上に、産業革命により生じた深刻な労働者の貧困と健康と不衛生の問題が深刻化し、そこに自治体機能強化と国の強い関与が組み合わさり公衆衛生の基本形ができたように思われる。中央集権的、官僚的な社会を好まない自治の国のイギリスの制度は真似のできない難しいものである。

社会医学研究会は、戦後、新しい憲法のもと、「公衆衛生」とは何かを問うことが可能な雰囲気が出てきた中で、欧米の公衆衛生制度を研究していた人々が中心になって、立ち上げられたのは、単なる偶発的なものではなく、必然だったように思われる。

【大阪と社会医学】

大阪で育った長与専齋、福沢諭吉などが明治初期に英米型公衆衛生制度を直輸入しようとしたことが知られている。昭和初期に大阪市保健部長となった藤原九十郎は、昭和5年にロンドンのサウス・ケンジントン母子保健センターで貧困母子に対して家庭訪問する保健師の姿をみて、大阪市に導入しようとしたことが記述されている。

高度経済成長期には日雇い労働者の健康医療問題に対処するために本田良寛医師は大阪社会医療センターを設立している。大阪は江戸時代からの商工業都市であり、都市問題としての健康問題がわが国の中で突出して存在し続けているところである。そこで問題解決には必然的に「社会医学」の存在を最も必要としているところである。

【公衆衛生と社会医学の錯綜】

わが国の公衆衛生と社会医学の立ち位置を考えてみる。わが国の公衆衛生制度は、明治中期から国家的、行政的色彩の強いも

のとして体系づけられてきた。そのために、公衆衛生制度は、戦前は内務省の中で位置づけられてきた。厚生省・保健所体制の中でそれとは異なる歩みも作られてきた。しかし、地域保健法制定後はややもすると総務省行政の位置づけが大きくなっている。保健師は行政職員、保健所は行政事務所となってきたことなどからである。それはわが国の地方自治体の位置づけにある。地方自治制度の現実からすると当然の帰結と考えることもできる。わが国で、人々の健康問題を行政組織の論理を中心に対処していくのか、人々の立場に立った制度として発展させていこうと努力していくのか、問われている。

【イギリスで問われた公衆衛生組織】

公衆衛生制度を生み出したイギリスでは1970年代には壮大な National Health Service の建設に力を注ぐあまり公衆衛生制度が崩壊して、深刻な事態となっていた。この現状を深刻に受け止め、1988年に首席医務監 Donald Acheson を委員長として現状分析が行われ「Public Health in England」がまとめられた。「地域保健」の言葉を「公衆衛生」に戻し、公衆衛生組織、公衆衛生専門職員の位置づけの大幅な見直しが行われた。

わが国は現在、公衆衛生の危機に直面している。健康危機事例、健康格差など社会的要因に対応できる公衆衛生でなければ、社会から存在意義を問われかねない。

【おわりに—社会医学の立ち位置—】

社会医学研究会発足当初と比べ、わが国は大きく経済発展している。経済発展すれば健康問題が解決すると期待されていたがそれだけでは人々の健康問題を解決できないことが明らかとなっている。社会医学の立ち位置は変わらないが、豊かな社会では健康問題は多様化、複雑化し、これまで以上に社会医学の真価が問われている。

薬害事例からみた安全政策の推移と課題

○浜六郎（NPO 法人医薬ビジランスセンター：薬のチェック）

【背景と目的】

今日、総医療費の30%(約12兆円)を薬剤費が占め、医薬品の安全政策は医療の安全において、極めて重要である。根拠に基づく医療(EBM)の言葉は一般化し、診療ガイドラインが広く作成されている。売上上位100位までの薬剤が全薬剤費の半分近くを占め、ローカルドラッグは減少した。しかし、日本の薬価は英仏の2倍超が続いており、相変わらず高薬価である。

一方、肺がん用薬剤イレッサや抗インフルエンザウイルス剤タミフルによる死亡・重篤被害例が薬害として認められない状況が続く。今日、医薬品の安全性を確保するために必要なことを考察する。

【方法】薬害とは、「国・企業・学者が、ある薬剤と被害との因果関係を適切に認識し、かつ、適切な情報提供や回収など適切な措置をしていれば防ぎえたはずの被害が、利益に比して許容限度を超える規模で生じている状態」と定義する(被害が正当に救済されない状態が持続することが多い)。

過去から現在まで、社会的事件として取り上げられた薬害事例を分析し、薬害がどのような環境のもとに発生し、発見の発端と因果関係の解明がどのように行われ、科学的・行政的な医薬品の安全確保にどのように反映され、変化してきたか分析し、今後の安全対策はどうあるべきかを考察する。

【結果】

1. 20世紀型薬害

多くの薬害事件は、企業の利益優先・安全軽視と、それに対する行政的規制の欠如、歪んだ学問体系のもとで発生した。薬害事

件のつど、安全で有効な医薬品を確保するための法的規制、学問体系の整備がなされたが、表面的・不完全で、抜け道が常に作られ、新たな薬害を招いた。

1937年米国：スルファニルアミド・エリキシル事件の後「安全性データ」要求、動物を用いた毒性試験が整備され、**1940～50年代**：慢性毒性試験が体系化された。

58年日本：国民健康保険法制定、**61年**国民健康保険事業開始。国民皆保険体制確立。

61.11世界規模：サリドマイド胎芽症。

62.4米国：MER-29事件(コレステロール低下剤で白内障、脱毛等):毒性試験隠蔽発覚。

62.7米国：医薬品承認条件の厳格化：**2**件のランダム化比較試験(RCT)による有効性の裏づけなど、**4**項目を要求。世界各国に広まる。また、医薬品害反応モニタリングシステム、薬剤疫学が始まる。

60年代：高血圧、高脂血症、糖尿病など慢性疾患用薬剤の評価：死亡をエンドポイントとする長期RCT実施され始める。

67年日本：薬務局長通知：ランダム化比較試験を要求、有効性・安全性の根拠データの公表義務化。しかし、SMONの早期原因究明にはつながらなかった。

70年：SMONの原因がキノホルムと判明。

同年：コラルジル(全身性脂質症、肝硬変を来す)、クロロキン網膜症、筋肉注射による筋短縮症が社会問題化。

添付文書の見直し作業、再評価実施。70年代は承認新薬が減少した。

79年：薬事法改訂、副作用被害救済制度発足。

70年代～：国際的には、医療技術評価

(HTA). 90年代～：EBM, Cochrane systematic review.

80年代日本：「全般改善度」「全般安全度」により、効果も安全性も個別症例を医師が評価する日本型 RCT, 遮蔽が外された治験により無効・有害な脳代謝・循環改善剤などローカルドラッグが多数許可. 薬価は英・仏の平均 3 倍, 新薬は 4 倍超の高薬価. 国民皆保険と薬価差益のもとで, 多剤併用が定着.

82年：非加熱製剤による HIV 感染.

87年：乾燥硬膜による CJD,

70～80年代：肝炎ウイルス感染血液製剤で多数の C 型肝炎.

93年：ソリブジン事件 (FU 剤併用で).

以上が, 20 世紀型薬害事件. 通常の注意力があれば, 2～3 例の個別症例シリーズで気づかれるタイプの害反応が放置され拡大.

2. 21 世紀型薬害

21 世紀型医薬品開発：基本的な医薬品は 1980 年代までに開発. 1990 年以降, 真に画期的新薬は数少ない. 一方で biotechnology の発達により強力な生物活性物質が多数開発され臨床応用の incentive が大. 産学官により図られ, 本来, 公衆に対し責任を有する研究者・官の利害衝突 (conflict of interest).

企業と規制当局の対応：サリドマイド事件後の規制強化は開発側にとって重荷となり, 90年代～規制緩和. 対策は ICH(日米 EU 医薬品規制調和国際会議：日米 EU の規制当局と大手医薬品メーカーが参加)主導で. 1) 規制緩和, 2) 適応拡大, 3) 情報非開示, 4) 市民への直接宣伝などがその柱.

1)60年代の規制緩和対策が顕著.

a)2 件の RCT が 1 件で OK に. b)毒性試験の期間短縮, c)明瞭な毒性の表れない用量

での毒性試験の容認, d)臨床試験のプロトコールに種々の抜け道, e)有害事象(AE: adverse event)と副作用 (ADR : adverse drug reaction)の使い分け：因果関係が否定できなければ「副作用」とするが, 「薬害」を問われると「相当な蓋然性を認めたわけではないから, 対策に結び付けるのは不要とする. f)因果関係を医師が判断し切捨てる日本の悪弊を, ICH が導入. 医師の判断で因果関係の否定が可能, g)死亡をエンドポイントとすべき状況に代理エンドポイントを認める h)初期の死亡率増加が後療法の操作で隠される.

2)適応拡大：学会主導「ガイドライン」を行政(WHO も含め)が利用し適応拡大. 高血圧, インフルエンザとタミフルがその典型.

3)情報非開示：日本は ICH に合わせ, 公表要件廃止. 肝心のデータは大部分が非開示.

4)市民への直接宣伝：実質的な直接宣伝は, 世界的に増えている.

以上を, タミフル, イレッサ薬害などを例に具体的に示す.

3. 今後の課題

・イレッサ薬害, タミフル薬害の徹底的検証：21 世紀型薬害の典型

・種々の見直し：動物実験方法, 有害事象・害反応の定義, 因果関係判定方法, 臨床試験方法(エンドポイントとして全生存重視, 試験物質と対照との入れ替えの禁止等)

- ・情報の徹底開示(コクラン声明の実現).
- ・害隠しを見抜く作業の重視(人, 資金).
- ・医学的解明する力の強化を
- ・日本の薬価の見直し
- ・監視装置を実効性あるものにする方策
- ・開発側の科学的不正の排除は可能か

政策評価に社会医学の視点を ツールとしてのHIA（健康影響予測評価）の必要性

石竹 達也（久留米大学 医学部 環境医学講座）

1. はじめに

行政組織により策定された政策、施策、事業は、当初想定していなかった健康の社会的決定要因（Social Determinants of Health）に変化を及ぼし、結果的に個人や集団において何らかの健康影響を生じさせる可能性がある。そこで、政策・施策・事業の計画時に、これらの健康影響を予め評価して、健康影響を是正するような取り組みが国際的に重要視されるようになってきた。このような背景のもと 1990 年代に入って、Health Impact Assessment (HIA: 健康影響予測評価) と呼ばれる手法が欧州を中心に普及している。わが国では日本公衆衛生学会が昨年秋に HIA の必要性と学会版ガイダンスを提案するなど、HIA に関する関心が進んできた。本日は HIA の概念やその方法、具体的実践例を紹介するとともに、地方自治体における HIA 導入の必要性と課題について考察する。

2. 健康の社会的決定要因と健康格差

最近、健康格差という言葉がよく使われている。これは社会経済状況の差による健康状態の違いが存在することであり、その傾向がさらに拡大していることが多くの地域で報告されている。WHO（世界保健機構 欧州地域事務局）は、1998 年に健康の社会的決定要因に関する意識の向上を目的

に、“The Solid Facts”を公表（2003 年に第 2 版）している。それらを列挙すると、①社会格差、②ストレス、③幼少期、④社会的排除、⑤労働、⑥失業、⑦社会的支援、⑧薬物依存、⑨食品、⑩交通、である。さらに WHO 健康の社会的決定要因委員会の最終報告書（2008 年）では、健康の社会格差是正に向けた取り組みとして、全ての政策において HIA を行うことが推奨されている。

3. HIA とは

HIA の目的は、政策、施策、事業などが新たに提案された際に、それらが地域住民や関係者に与える可能性のある健康影響を事前に予測・評価することである。そのプロセスを通して提案された政策の実施過程における修正・改善を求めていくことである。2010 年に WHO（アデレード声明）は多岐にわたる政策分野と連携をはかり、それぞれの政策分野において健康配慮を求める Health in All Policies (HiAP) という新しい健康戦略を提案しており、それを具体的に実践するツールと HIA が位置づけられている。

HIA の実施方法は 5 つの基本的プロセスからなる。

① **Screening (スクリーニング) :**

HIA 実施の要否を決定する。

② **Scoping (仕様決定) :**

HIA を実施するチームの設置やその権限と責任、実施スケジュール、予算などを決める。

③ **Appraisal (事前評価) :**

起こりうる健康影響評価を行う。

④ **Reporting (報告) :**

便益を促進し、不利益を軽減するための推奨意見 (報告書) を作成する。

⑤ **Monitoring/evaluation (モニタリング/事後評価) :**

提案の変更などの確認、HIA 実施過程を評価する。

4. 地方自治体による HIA 実施の意義と課題

地方自治体は、「住民の経済的、社会的そして環境的な幸福を推進する」義務を負っている。このことは、地方自治体における主要な政策、施策、事業の決定が健康 (幸福) にどのように影響するかを評価することが重要であることを意味する。この視点に立てば、現在実施されている行政評価に健康 (幸福) という指標は含まれておらず、この点を重視している HIA の意義は大きいと考える。

実際に英国の自治体では、政策、施策、事業の計画や決定の際、長期にわたる住民の健康 (幸福) が基準の一つとして日常的に考慮されることを保証するひとつの手段として HIA が広く活用されている。実際の

導入にあたっては、まず、幅広い健康の概念や健康の社会的決定要因と健康格差との関連を行政担当者が理解することが最も重要である。自治体内部での HIA の実践には、それを管理推進するための組織体制が不可欠である。HIA の手順の中でとくにスクリーニングを簡易にできる自治体職員用のための HIA スクリーニング手法の確立が必須である。分野は異なるが、産業保健分野においては既に藤野らにより、「HIA-企業活用への応用」として、スクリーニングツールが提案されている。

著者らもある地方自治体の職員の協力を得て、施策や事業について HIA スクリーニング・チェックリストの開発に取り組んでいる。昨年秋には日本公衆衛生学会でも「健康影響予測評価ガイドランス」が提案され、公衆衛生関係者における HIA の認知も少しずつは進んでいる。

今後は、HIA に対する理解を深め、これを実践できる人材の育成が重要となる。我々は HIA の手法を英国リバプール大学の 5 日間コースで学んできたが、残念ながら我が国には現時点で HIA のトレーニングコースはない。今後は自治体職員を対象とした HIA 実践ためのトレーニングコース (ワークショップ形式) の開設が必要と考える。

5. 最後に

HIA は今後自治体において、行政評価ツールの一つとして意義が大きく、その導入発展のためには、社会医学的視点にたった政策評価の有用性の理解が不可欠である。

わが国の NCD（非感染性疾患）対策への警告

大島 明（大阪府立成人病センターがん相談支援センター）

【はじめに】

1967年6月に大阪府立成人病センター調査部に就職し、2007年3月に退職するまで40年間、一貫してがん予防の現場に身を置き、頑張ってきたつもりである。しかし、がんの統計指標を見る限り、成果をあげることができなかった。わが国のがん対策の失敗を振り返り、今後のあり方についてコメントさせていただくことにする。

【NCDの予防とコントロール】

NCD（Non-Communicable Diseases）とは、非感染性疾患のことで、特に、がん、心血管疾患、糖尿病、COPDの4疾患をさす。これらの4疾患は、喫煙、不健康な食事、運動不足、多量飲酒という共通のリスク要因を有する。NCDは、発展国だけでなく途上国においても重大な健康の脅威となっており、NCDの予防とコントロールはグローバルなレベルにおいて最重要課題の一つである。

世界の潮流：

2003年に、たばこの規制に関する世界保健機関枠組み条約（Framework Convention on Tobacco Control, FCTC）が世界保健総会で採択され、2004年には、食事、運動、健康に関するグローバル戦略が採択され、2008年には過度の飲酒を低減させる戦略が採択された。そして、2008年非感染性疾患の予防と管理に関するグローバル戦略の2008-2013年行動計画を承認する決議が採択された。2011年9月19、20日には、WHOの提案を受け、国連においてNCDハイレベル会合が開催され、日本政府代表団も参加した。また、2012年5月に開催された第

65回世界保健総会では、NCDによる死亡を2025年までに25%減少させる目標を含む決議を採択した。

わが国の動き：

このような状況を受けて、2012年4月13日にとりまとめられた「国民の健康の増進の総合的な推進を図るための基本的な方針」（「二十一世紀における第二次国民健康づくり運動（健康日本21（第二次））」（案）の「第一 国民の健康の増進の推進に関する基本的な方向」には「2. 生活習慣病の発症予防と重症化予防の徹底（NCD（非感染性疾患）の予防）」の項が設定され、NCDという用語が用いられている。

NCDは、これまで成人病や生活習慣病といわれてきたものに相当するが、単に言葉の言い換えをするだけで、NCDの予防とコントロールを実現することはできない。

FCTCは、2005年2月27日に発効し、締約国数は現在175である。日本はFCTC締約国でありながら、第14条の禁煙治療以外には誠実に履行しているとはとても言えない状況にある。ちなみに5月31日は世界禁煙デーであるが、2011年のテーマは、The WHO Framework Convention on Tobacco Control（たばこの規制に関する世界保健機関枠組条約）、2012年のテーマは、Tobacco industry interference（たばこ産業の干渉を阻止しよう）であった。

【がん対策の反省から】

これまでがん予防対策に関与してきた立場から、反省点を以下の4点にまとめる。

① がん予防の決め手は早期発見と考える

呪縛から脱却すること。

- ② がんの死亡率、罹患率、生存率を総合して、がん対策を評価すること。
- ③ がん、心血管疾患、糖尿病、COPDは、NCDとして共通のリスク要因を持つので、がん予防という枠にとらわれず、循環器疾患予防などを含むNCDの予防とコントロールという広い視野で、関連の研究者・学会と協働して取り組むこと。
- ④ NCDの1次予防として多くの国で成果が実証されているたばこ規制の推進に取り組むこと。

なお、医師の視触診による乳がん検診と神経芽腫マスキングは、有効性のエビデンスなしにいきなり事業として全国

展開した後、中止するという失敗を犯した。この失敗から学ぶことなく、メタボリックシンドロームにのみ焦点を当てた「特定健診・特定保健指導」事業をいきなり全国展開するという失敗をまたもや犯し、見直し必至という事態を迎えることとなったのは、まことに残念である。

【おわりに】

「社会医学」についてよくわかっていないし、いまさら勉強するのも困難である。そこで、胃がん検診にはじまり、たばこ対策に取り組むようになるまで、長い間がん予防の実践の場に長年身を置きながら何ら成果を挙げるができなかった反省を込めて、講演することとしたい。

抄 録

■シンポジウム

シンポジウム1 医療と介護を結ぶ多職種連携 ～地域包括ケアを進める条件を考える～

座長 西垣 千春（神戸学院大学・総合リハビリテーション学部）
黒田 研二（関西大学・人間健康学部）

【地域包括ケアとは】

2012年4月に施行された改正介護保険法は、新たに、国および地方公共団体に対し、介護、予防、生活支援のサービスを医療、住まいに関する施策と連携させ包括的に推進する努力義務を条文に加えた（介護保険法第五条3）。この改正に先立って出された「地域包括ケア研究会報告書」（2010年3月）では、「地域包括ケアシステムは、ニーズに応じた住宅が提供されることを基本とした上で、生活上の安全・安心・健康を確保するために、医療や介護、予防のみならず、福祉サービスを含めた生活支援サービスが日常生活の場（日常生活圏域）で適切に提供できるような地域での体制」であると定義している。

介護保険法の中に「地域包括ケア」の条文が盛り込まれたものの、「地域包括ケアシステム」は、介護保険制度の枠組み内部では完結しえない。医療、住宅施策のほかにも、障害者施策、雇用・就労支援、公的扶助などさまざまな領域との架橋なしには、「地域包括ケアシステム」は成り立たない。地域包括ケアとは、日常生活圏域で機能するセイフティネットの別称だともいえるだろう。

【地域包括ケアをめぐるさまざまな課題】

医療と介護、および様々な生活支援サービスが総合的に提供されて、はじめて生活が成り立つような複雑な生活課題をもつ

人々が増えている。そうした課題に応える「地域包括ケアシステム」を、どうしたら日常生活圏域ごとに作り出していくことができるだろうか。

地域包括ケアでは、医療と介護の連携は必要最小限の条件である。実際に、こうした支援が必要な事例が地域では常に生じている。しかし、医療保険と介護保険という異なった制度のもとで、医療機関、居宅介護支援事業所（ケアマネジャー）、地域包括支援センターなどの多機関、多職種の連携は必ずしも有効に機能していない。

医療と介護の連携が必要となるいくつかのケースを考えてみよう。例えば、脳卒中や大腿骨骨折などで緊急入院し、急性期・回復期の治療を病院で受け、後遺症をもったまま退院する場合、退院後の継続医療だけでなく、介護サービスの利用が必要となるだろう。

あるいは、神経難病の患者では、医療においても日常のかかりつけ医と専門病院というように2つの医療機関に主治医をもつことが有効なことがあるが、さらに加えて、障害福祉サービス、介護保険サービスなどの利用も必要となる。

認知症をもつ人の支援などで、適切な医療や介護サービスにつながっていない場合には、地域包括支援センターの支援が求められる。地域包括支援センターは、医療や介護サービスに結びつける個別支援とともに、地域の医療と介護のネットワークづく

りの役割も期待されている。

【シンポジストの紹介】

本シンポジウムでは、地域で包括的ケアを進めるための条件を、異なる立場、職種からの視点を交えて考察したい。

病院の立場から、99床を有する生協病院医師の橋田亜由美氏より報告していただく。橋田氏は、神経内科医として、入院・外来診療や往診・訪問診療を実施し、在宅ケアを継続するため多機関連携、多職種連携を追求している。

次に、ケアマネジャーの立場から、大阪狭山市に事務所をもつ総合ケアプランセンター所長の須原忍氏に報告していただく。須原氏は、筋萎縮性側索硬化症（ALS）などの神経難病のケアプランを担当する中で、医療、看護、介護の連携を図ってきた。難病患者に対し介護職が行う医療的ケアの実施の条件としても、医師、看護職と介護職の連携は欠かせないものである。

地域包括支援センターの立場からは、藤井寺市地域包括支援センター所長の前原由幸氏から報告をしていただく。藤井寺市で組織されている医療とケアの連携の仕組みである“いけネット！”の紹介とともに、ネットワークの一員である社会福祉協議会

に設置されている地域包括支援センターの活動を報告する。

最後に、大阪府社会福祉協議会および老人施設部会に取り組んでいる社会貢献事業を通じて、制度の縦割りを超えた支援を実践しているコミュニティソーシャルワーカーの立場から、高槻市にあるミス・ブール記念ホームの木村由美氏に報告をしていただく。木村氏は、複合多問題の世帯の支援を多く経験し、精神障害のある方を含む世帯の支援に関わってきた。

【本シンポジウムの目指すもの】

本シンポジウムは、「医療と介護を結ぶ多職種連携～地域包括ケアを進める条件を考える～」とのタイトルのもとで、次のような点を追求したい。まず、第1に、現場の問題意識から入り、多職種の連携という観点から地域でのケアを議論する。第2に、職種や立場によって、問題意識や見えてくる課題が異なるとしても、議論を通じて、総合的な視点から、地域のセイフティネット構築の課題を浮き彫りにしたい。第3に、各シンポジストの報告にみられる一歩進んだ実践への取り組みから、地域包括ケアの実現に向けて、一般化できる方向性を探求したい。

シンポジウム1 「医療と介護を結ぶ多職種連携」～地域包括ケアを進める条件を考える～

医療現場（病院）での現状と課題

橘田亜由美（神経内科医師）

【はじめに】

医療と介護を必要としつつ、住み慣れた地域の中で、なじみの人々との関係を大切にして過ごしたいと希望される人々が多い。当院では「地域と生活の場に根差す医療」を理念に、介護サービスや行政とも連携して、医療の立場からそういった人々への地域での医療と生活を支援する取組みを長年続けてきた。

当院は99床の小規模病院であり、在宅療養支援病院の認可を受け、24時間365日体制の在宅医療に取り組んでいる。現在、240件以上の在宅患者を有し、中には、近隣大病院を基幹病院としてかかりつつ、当院が地域の主治医として訪問診療を提供しているケースや、別に地域の開業医のかかりつけ医がいるけれども、24時間365日体制の訪問診療が必要なために、当院が訪問診療を担当しているケースもある。

医療としては病病連携、病診連携が、地域包括ケアとしては地域の他職種との連携が必要であり重要な中で、制度上の矛盾や、法律の壁、介護保険制度の欠点、医療制度における限界など、様々な課題と困難にぶつかることもしばしばである。問題解決の糸口すら見いだせないまま悶々とかかわり続ける事例があることも事実だが、中には連携がうまく機能し、良好な支援に結びついた事例もある。医療の現場からの現状と課題を報告する。なお、報告事例には個人情報保護のため粉飾を施している。

【困難事例を通して見えてきた地域包括ケアを進めるうえでの課題】

事例1 「困難事例への地域包括ケアを行う上での情報の共有が個人情報保護という

名目で困難であったケース」

- ・若年性アルツハイマー型認知症、女性50歳代
- ・家族構成：小学生の息子との2人暮らし
息子は発達障害あり
- ・支援者：実妹、離婚した夫とその母親

【経過】 40代前半からもの忘れを認めた。46歳で離婚。離婚後直ぐに、大学病院神経内科にて若年性アルツハイマー病と診断。50歳時には認知症が高度に進行、夜間不穏、徘徊等のBPSDが顕著になり、地域でのこまめなケアも必要との判断で、当院からの訪問診療を開始。病状の進行が早く、ADL全介助、障害のある息子の養育能力は喪失。本人のサービス担当者、主治医、看護師、行政の保健師、息子さんの学校の教諭、児童相談所も加えた情報の共有と連携が必要な事例であった。地域カンファレンスが2回開かれた。

【問題点】 地域カンファレンス後、保健師が代表して、元夫に今後のケアの希望、息子さんの養育についての問題等を聴取したが、その内容を「個人情報」という理由で、ケアマネージャーや関係者との情報共有に難色を示され、「個人情報保護と情報共有」の問題が生じた。また、大学病院の主治医とも、薬の変更等医学的な情報の相互提供はスムーズであったが、地域カンファレンスへの参加や社会的な問題に対して意見を寄せてもらうということは難しく、病病連携の困難さがあった。

事例2 「地域包括支援センターと主治医の連携が困難であった事例」

患者家族が主治医への不満を地域包括支援センターのケアマネージャーに漏らした

ことを、主治医に伝えずに、地域包括支援センターが直接保健所に通報。保健所から病院に聞き取り調査が入った。

主治医の説明と患者家族の理解の些細なずれがあっただけであり、地域包括支援センターケアマネージャーがもっと主治医と連携できなかったかという事例。

事例3 「医療でのプランの多い利用者の介護保険サービスとの連携が難しかった事例」

癌の終末期での訪問看護は「医療」での提供となり、ケアマネージャーがコーディネートしない場合も多く、介護保険での通所サービスと医療での訪問サービスが重なったり、全体を包括してプランニングすることの困難さがあった。

その他、毎日点滴が必要な認知症の方に、点滴の間の見守りを訪問介護に依頼したが、中々見守りを実際には履行されず、在宅での点滴治療を断念した。

【困難事例だが、地域の医療介護の連携で、最後まで在宅で過ごすことを支援できた事例】

事例4 乳癌末期、50歳、女性

家族構成：娘20代前半、孫1歳半、娘の友人

【経過】 乳癌の再発、肺、骨転移があり、終末期を在宅で過ごしたい希望で、近隣病院から在宅終末期医療の目的で当院へ紹介となる。初回訪問で、家の中が犬猫のペット尿尿で汚染あり。汚染された床に哺乳瓶が転がっている。足の踏み場もない状況の中で、在宅酸素をして患者は喫煙している。患者は基礎疾患に精神疾患あり、精神の自立支援での訪問介護が入っていた。

すぐに介護保険を申請。ケアマネージャーを決め、福祉用具を導入。医療で訪問看護導入や、訪問介護の提供事業所を質の良いところへ変更することも本来の介護保険

のケアマネージャー業務ではないにもかかわらず一括してプランを作成。行政の保健師、孫の養育のネグレクトもあったため児童相談所もかわかり、地域カンファレンス開催。相互に情報の共有がスムーズに進み、訪問介護の奮闘で自宅の清潔な環境がつけられ、ベッドも導入。孫への食事も配慮（冷蔵庫に何も無い日はヘルパーが食材持参したことも）。呼吸不全で亡くなるまで在宅でのケアが継続できた。

【地域包括ケアを進めるために】

我々は、特に困難事例を通して地域包括ケアの在り方を考えてきた。もちろん、「ベッドが必要なのに要介護1で使えない」「絶対的に訪問介護の時間が足りない」「訪問看護と訪問診療が同日に行けない」等、制度上の制約での困難さは日常的に感じるところだが、良好な地域包括ケアのネットワークに欠かせない情報共有という点では、個人情報にも配慮した仕組み作りが重要と考える。

介護放棄や介護虐待の問題では地域包括支援センターの果たす役割は大きいですが、抱えているプラン数の多さからこまめな連携が困難であったり、困難事例にかかわりきれない実態もある。

現状では、ケアマネージャーの資質や熱意、実際のサービス提供者の良心や熱意で地域のケアが保たれている部分も多いのが実態だと感じる。

障害者自立支援法でのサービスを調整する障害の相談員の絶対的な不足、研修制度の不備、介護職に医療行為を認める一方で研修等の整備が追い付いていないなど、まだまだ課題は多いが、今回のシンポジウムで、地域包括ケアを進める条件をさらに深めたいと考える。

シンポジウム1 「医療と介護を結ぶ多職種連携」～地域包括ケアを進める条件を考える～

ケアマネジャーの立場から
～難病支援から見える多職種連携の課題～

須原 忍 ((有)総合医療企画 総合ケアプランセンター管理者)

【在宅での難病支援について】

難病患者の支援、特に神経難病の場合は進行性の場合が多く療養のスタイルは常に変化を必要とします。当センターでは2012年5月現在116名の利用者のうち、神経難病は16名（TPPV7名、NPPV1名）これらの方は、かかりつけ医師、専門医、歯科医師、看護師、リハビリ、ヘルパー（介護・障害）、保健師、訪問入浴、福祉用具など多職種が関わる事が多くあります。我々、相談援助の専門家であるケアマネジャーでも皆さんの意見を集約することにとっても困難さを感じるところですが、ご本人ご家族達はそれ以上のストレスを強いられていると常に感じています。そのため、ケアスタッフの介入を減らしてほしい、と希望されることもしばしばあります。ここでは事例を通して、チームケアにおける連携のポイントとケアマネジャーの役割、また、介護職における医療的ケアの実際について考えてみます。

【事例からみる多職種連携のポイント】

ALS 女性 呼吸困難が増し、気管切開人工呼吸となり、在宅療養が再開になりました。入院前も毎日のヘルパーの援助と週4回の看護は利用していましたが、ご高齢のご両親が介護にあられるため、退院に向けての準備としてあらゆる資源が活用できるように調整をしていました。

週7日、1日複数回の訪問看護、複数回のヘルパーの利用、意思伝達装置の準備、

障がい区分申請、必要医療機器の準備等、ご家族との打合せの中でも「吸引はヘルパーにもお願いしたい、患者会の支援も受けたい、介護負担軽減になる医療機器等もぜひ活用したい」など、不安もあり多くの支援を希望されました。数回のカンファレンスを経て在宅療養が始まりました。多職種、多事業所が関るため、まずどのように情報を共有するのか、誰が何を発信するのか、カンファレンスで話し合いを重ねても、実際はなかなかうまくいきません。その中で退院後の2週間はケアの優先順位を皆で共有し、安全な生活が送れるようベクトル合わせをしました。お互いの立場から遠慮なく意見が言えるように、ケア記録等は工夫してくれました。その頃になるとご家族の生活パターンが馴染んできて、多くの支援に対しての精神的ストレスが発せられ、介護サービスは一旦減らす、ということになりました。次の2週間(病状が落ち着いてきた)は同じ職種間でも役割を設け、ケアの視点を病状から生活に広げていきました。そして退院1ヵ月後、ご本人、ご家族の希望を元に医師を中心にカンファレンスを開き今後のQOLの向上を目指した支援にそれぞれの職種でどのような役割を担っていくかを検討しました。たとえば、経口で食事がしたい、おしゃべりしたい、という希望に対して言語聴覚士の訪問を保健所に依頼しました。このときもケアマネジャー対関係者で完結するのではなく、リハビリスタ

フや訪問看護師に介入を求め、お互いが主体的にケアに参加してもらうように調整しました。このように多職種、多事業所、多人数が関る場合、双方の思いや、役割を知ることが重要と考えます。医療、介護の専門職として同列の関係で意見が出し合える事こそ、有機的な連携が図れる条件だと思います。このケースではカンファレンスでそれぞれの立場からの意見が活発に交換されました。我々ケアマネジャーはこのような機会をつくり、互いの信頼関係構築に関与することは連携を考えるうえでとても重要な役割だと思っています。

【医療的ケアの実際】

次に、医療的ケアの実際を考えるとともに、そこでの連携について、医療的ケア実施中のヘルパーへのアンケートを元に考えて見ます。

今回、当センターの利用者のうち、医療的ケアを行っている 10 名に関するヘルパーにケアに関するアンケートを行いました。その中でケアに対するストレスは約半数が有ると答え、落ち着いて本人の状態を観察しながらケアできるようになってきた、と答えながらも、いつになっても怖いとの回答が多く見られました。相談しやすい環境か？の問いには、全員がはい、と答え、サービス提供責任者、訪問看護師、ケアマネジャーに相談しているとの事でした。

しかし、在宅でのケアは、基本的には 1 人で訪問するので、その場で相談というわけにはいきません。よって、いかにお互い

信頼関係ができており、連携ができるかがここでも大きなポイントです。訪問看護師も、指導後に継続してフォローするなど訪問時間外に同行するなどの配慮をしてくださっています。今後はこれらのケアにしかるべき報酬が認められるかどうかにも注目するところだと思います。

【連携を行ううえでの課題】

このように、医療ニーズの高いケースでは、連携というと医療からの視点になりがちですが、生活、介護者、生きがいなど、生きていくうえでのあらゆる要素が関わってくる利用者の在宅生活においては、関るスタッフの専門性が十分発揮され、他職種の思いや視点をお互いが理解しあえることがポイントではないかと思います。ケアマネジャーの立場からこれらの連携がうまく行えるようにご利用者、ご家族、ケアスタッフのコーディネーター役として情報共有の手段を工夫していくことに注意しています。

また、在宅の現状はマンパワー不足という課題も抱えています。調整やカンファレンスが行える時間的余裕がないことは多くの事業所で聞かれます。そのような貴重な時間の中でご本人のためになる連携が行えるよう努力していきたいと思っています。

シンポジウム1 「医療と介護を結ぶ多職種連携」～地域包括ケアを進める条件を考える～

地域包括支援センターの立場から
～現場発 多職種ネットワーク“いけ！ネット”の実践～

○前原 由幸（藤井寺市地域包括支援センター）
数尾 展（数尾診療所）

【目的】

平成 18 年度に創設された地域包括支援センター（以下：包括センター）。その機能として①地域のネットワーク機能②ワンストップサービス窓口機能③権利擁護機能④介護支援専門員（以下：ケアマネ）支援機能が期待されている。ここでは藤井寺市の包括センターが実践した医療と介護の連携強化にむけた現場発の取り組み『医療・ケアマネネットワーク連絡会（以下：いけ！ネット）』を紹介する。

【発足趣旨】

医療と介護の連携の必要性については今になって挙げられてきたことではなく、藤井寺市では平成 13 年度からケアマネと医師会の懇談会や連携用紙を作成するなど連携強化に努めてきたが、いずれも断片的であり広く普及できていたとは言えない状況であった。

包括センター職員は、医療・介護の連携強化が急務と感じながらも、医療職への働きかけのノウハウがなかった。そこで包括センター運営協議会会長である数尾展氏（医師）が連携強化の中心的な役割を担っていただくこととなった。準備段階での方針として①主治医とケアマネだけでなく、医療従事者とケアマネの連携強化を目指す。②セレモニ的な会議でなく、継続的に協議する場を設ける③協議だけで終わらせず、出来ることをまず実行するとした。

【発言できるネットワーク会議】

現在“いけ！ネット”は、医師・看護師・MSW・歯科医師・薬剤師・保健師・社会福祉士・ケアマネ・市職員の多職種が 35 名程度集っている。

この会の方向を決めるのは毎月の定例会で、「月に一度 1 時間」という約束を徹底している。また、以前までは 30 名でひとつの案件を協議していたが、現在では参加者全員が連携推進の担い手として発言できるよう「研修チーム」・「啓発チーム」・「共有促進チーム」に分かれそれぞれのテーマに沿った協議を重ねている。

【これまでの主な取り組み】

1) 交流会：発足時から欠かさず行っており、医療職・介護職双方の交流を目的とする他、“いけ！ネット”で実施したアンケート報告や、連携ツールなどの成果物を報告している。同時に参加者から報告した内容の評価や新たな課題を収集し、活動の修正や新たな課題に取り組むといったサイクルにしている。

2) 連携ツールの開発：「多職種連携の重要性は理解できるが、それに力を注ぐと時間を取られ本来業務が煩雑になる」などの意見をよく耳にする。それは、自分以外、自機関以外の職種にアプローチするルールが確立されていないからと推測する。“いけ！ネット”では強制力のないローカルルール（下記）を手掛けてきた。

- ①医療・介護連携シート（多職種に相談したい際、アポイントメントを取るためのシート）
- ②関係者間の連携体制図（在宅時・入院時・退院時に各職種の基本的な動きを示したフロー図）
- ③私の支援マップ（医療ニーズの高い利用者やひとり暮らし高齢者を中心に使用し、その人に関わっている機関や、隣人などを一目で分かるようにしたシート）
- ④アンケート調査（連携に対する意識調査、連携ツールの認知度調査）
- ⑤地域資源情報ファイル（高齢者や認知症の方と携わる専門職が使用するファイル）
- ⑥在宅生活情報シート（利用者が入院する際、ケアマネから病院へ送る情報シート）
- ⑦PRビデオの制作（“いけ！ネット”メンバーや、地域で活動しているボランティアが出演し、連携の重要性をテーマにしたPRビデオの制作）

【地域へのアプローチ】

“いけ！ネット”の活動は専門職が日常業務で得た経験を通して、個別のケースを切れ目なく継続的に支援していくための仕組みづくりを中心に展開してきた。しかし、ここ1年で必要にせまられた課題としては、地域へのアプローチがあげられる。「専門職が連携強化を図っても限界があり、民生委員をはじめとする地域住民による見守り活動や、そこからの情報をキャッチ・共有できる仕組みが必要である」という発想が自然発生的に挙げられてきた。個別支援を全うしようと思えば思うほど、地域のチカラが必要であるという“地域包括ケアシステム”の理念と合致している。

【社会福祉協議会（以下：社協）が運営する包括センターの強み】

地域福祉の推進役である社協は地域アプローチがその業務の本丸である。本包括センターはその強みを活かし、これまでも民生委員と連携強化を図るため、事例検討会やシンポジウムの開催や、認知症徘徊対応模擬訓練などの事業を多数手がけてきた。地域アプローチもまた難しさはあるものの、いずれは専門職のネットワークと地域住民のネットワークが重層的かつ実践的に活用できる包括ケアシステム構築できる手ごたえを感じている。

【考察】

この“いけ！ネット”を改めて振り返ってみると、多忙極まりない医療・介護の従事者が、多岐に渡って議論し、さまざまな事業を展開していくプロセスの中で、多職種間の対等性が高まった。また、企画を多職種自らが行き実践を繰り返していくことで、介護・医療の連携は包括センターや行政によって構築されるものではなく、自身が作り上げていくといった当事者性を実感できるようになったのではと考える。このことは、構想段階での「できることをまず実行する」という積極性と、走りながら修正していく柔軟性、新たなものを組み込んでいく包容力を、“いけ！ネット”運営において意識した成果だと考えている。

一見耳触りのよい『連携』という言葉。各職種が受けて来た教育やワークスタイルの違いなどからうまく展開できないことも当然ある。だからと言って何もしないよりは“いけ！”つまり前進あるのみ。そんな精神が“いけ！ネット”を前進させる。

シンポジウム1 「医療と介護を結ぶ多職種連携」～地域包括ケアを進める条件を考える～

コミュニティソーシャルワーカーの立場から
 ー社会貢献事業から「医療・介護」多職種へ繋ぐ支援ー

木村 由美 (ミス・ブール記念ホーム・CSW)

【社会貢献事業について】

社会貢献事業は、2004年大阪府社会福祉協議会老人施設部会加入の社会福祉法人による人的・経済的拠出および大阪府の支援によって始まった。老人施設部会は、社会福祉士やケアマネージャー等の資格を持ち活動している職員にコミュニティソーシャルワーカー(CSW)としての研修を行い、府社協の委託職員として、府内の老人施設に配置された社会貢献支援員とともに、訪問を中心とした生活相談援助活動を行う職員を配している。現在活動をしている相談員数は、

府社協 社会貢献支援員 19名

コミュニティソーシャルワーカー 650名
 である。

【社会貢献事業の目的】

福祉制度の狭間で生活に困難をきたしている方々や地域のセーフティネットにたどりつけないで困っておられる、援護を要する方々を、地域の諸機関と連携して発見に努め、これらの人を訪問して相談活動を行ない、心理的不安の解消や必要な諸制度に繋ぐなど課題解決に努める。

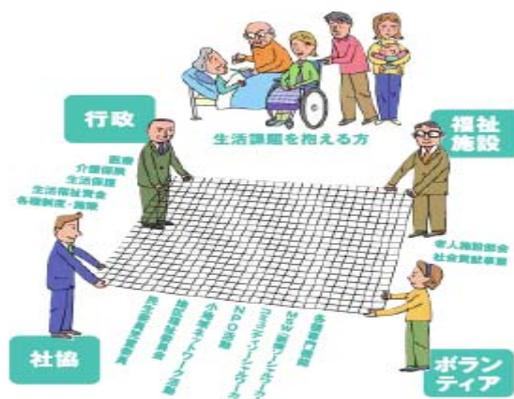
【社会貢献の支援について】

社会貢献の経済的援助の原資は、老人施設部会の会員施設が、毎年それぞれの定員数に応じた額を拠出(総額約7000万/年)することにより「社会貢献基金」が設置され、運営・管理を大阪府社協が行なっている。

社会貢献事業が平成16年から始まり、経済援助をとともなう支援は、年々増加傾向にある。経済的援助の内容は、対応件数の多い順に、食材費、光熱水費、家賃、引越し費、環境整備費、日用品費、医療費、入院費となっている。

発見された段階で生命に関わる急迫した状況に陥っている方も多くみられる。現金での支援は行なわず、現物支援もしくは代行支払を行なっている。相談件数の増加に伴い、今後の財源不足が予測される中、「10万円を上限とする」という原則が周知徹底され、10万円を超えての支援を要する場合は、理由書を要する。企業等からのお米や乾物などの寄贈も有効に活用されている。

社会貢献事業の全体像



【多問題世帯への関わり】

高槻にあるミス・ブール記念ホームでケアマネージャーとの兼務で CSW として働いている。

社会貢献事業において、緊急に経済的支援を必要とするケースは、約半数の世帯が失業状態にあり、6割が食べるものもままならない状況にある。社会貢献の CSW として、どこまで関わられるのか考えさせられるケースは多い。私が担当した中の2事例を紹介する。

ケース1

地域包括支援センターからの紹介であった。父親、娘、息子2人の世帯であるが、困窮していた。父親は、寝たきりであり認知症状が見られた。娘は、生活への意欲がなく自己的な行動が見られ、息子の一人は、殆ど自宅には帰ってこない。もう一人は、明らかに知的障害が見られた。

この家庭を再生構築していくには、金銭的支援だけではなく、長期にわたり一緒に関わっていく相談体制が必要であった。施設長、支援員、CSW にて、どのように支援に繋がっていくかを検討し、父親に対しては、包括、医療、高齢福祉課、娘に対しては、ハローワークにつないだ。息子については、ケースに関わっていくうち、障害手帳を申請していたことが判明、障害者就労・生活支援センターと連携を行った。世帯だけではなく一人ひとりへの支援が必要なケースであった。

ケース2

父親、母親、息子の三人暮らし。父親が心身喪失状態で失業中。息子は統合失調症(手帳所持)。母親は、息子の治療には、熱心であるが、夫に対しては、叱咤激励を繰り返しており、家族崩壊に近い状態であった。訪問を行い、家族間の話し合いもでき、生活のライ

フラインも整え、生活のめぼしがついた矢先に父親が自殺した。

生活環境が整えられ、金銭的にも心配がなくなったからといって、すべてが上手くいくわけではないことを痛感した。このケースのように、表面的には、支援が行なえたように見えても、精神的な困窮を抱えている方は、多くなっていると感じる。

【多様な問題を含んだ現実と連携の必要性】

困窮の原因を探っていくと、失業をしたから生活が苦しくなったというだけでなく、ご本人に問題があるのではないかと思うケースも増えている。

このような場合、最近では精神疾患の相談窓口である、地域生活支援センターの精神保健福祉士の方との同行訪問を行い、ご本人の状況を見ていただき、「発達障害」の診断をされ精神科の医師、精神保健福祉士、行政、市社協と連携し、生活が成り立つまで支援を行なうことも多い。

その他にも、病気や事故、DV や虐待などさまざまな問題が重複してしまい生きる意欲までが低下しておられる方や、不景気を背景とする派遣切りなど、仕事がしたいと意欲を持っておられても就労できない方など、一人、あるいは家族だけでは問題解決が難しく、負の連鎖を引き起こしている現実にも出会う。

社会貢献事業の CSW は、兼務をしているため、多くの時間をケースにつぎ込めるわけではない。関わられるのは、短期間である。多種多様な問題を抱えるケースが増えてくると、短期間での解決が難しく、他機関の支援者との密な連携が、より良い支援を可能にすると思われる。

シンポジウム2 新生児医療の進歩と障害児療育

座長： 野田 哲朗（大阪府立精神医療センター）
武内 一（佛教大学社会福祉学部）

シンポジストと演題

1. NICU医師の立場から
平野 慎也（大阪府立母子保健総合医療センター）
2. 重度心身障害児施設医師の立場から
松下 彰宏（西宮すなご医療福祉センター）
3. 障害児学校教員の立場から
原田 文孝（兵庫県立いなみ野特別支援学校）
4. 保護者・支援者の立場から
成田 憲子（大阪府重症心身障害児・者を支える会）

学会準備会において医療と教育に関するシンポジウムを企画するように依頼され、議論がなされた際、「障害児が増え、特別支援教育の受け入れに混乱を来している」ということが話題になった。

はたして障害児は増加しているのだろうか。晩婚化が進み、いやおうなく高齢出産が増加していること、不妊治療により多胎児が生まれ、障害児が増加しているのではないかという憶測がある。近年、少子化が進みながら極小・低体重出生児が増加し、その中には重度障害児も含まれ、NICU（新生児特定集中治療室）の長期在院が増え、新生児救急に困難を来している現実がある。一方、新生児医療の進歩で、様々な要因に起因する低出生体重児や先天性疾患を抱えた新生児が救命され、延命することから障害児が増加し

ているかに見えるだけという見方もある。

厚生労働省の「身体障害児・者実態調査」¹⁾によると、全国の18歳未満の身体障害児数は、93,100人（平成18年7月1日現在）と推計されており、前回（平成13年）調査の推計数と比較すると、11,200人（13.7%）増加している。また、身体障害の原因についてみると、出生時の損傷によるものが19.2%、疾患によるものが9.9%、事故によるものが2.9%であり、最も多い「出生時の損傷」が原因である割合は、前回調査（17.3%）と比べても増えている。こうした政府の統計資料にも、医療の問題がわずかに伺える。しかし、本調査の対象は在宅の身体障害児のみである。では、施設や病院に入所・入院中の障害者はどうか。厚生労働省の「社会福祉施設等調査」²⁾を見ると、平

成 22 年度における重症心身障害児施設の在籍者数は 11,004 人で、ここ数年横ばいであったが、病院入院中の障害児数、あるいは障害児の出生率に関する統計資料などは見あたらなかった。やはり、障害児の発生が増えているかは、よくわからないのが現状ではないだろうか。

一方、胎児エコー検査の進歩などで羊水チェックなくとも先天性障害の出生前診断がある程度可能となり、障害児を出産するかしないかは、親の選択権となりつつあるが、障害児を産むことへの理解はかえって得られにくくなっていることが危惧される。

その現れのひとつが、野田聖子議員が長年の不妊治療が実らずアメリカで卵子を提供され、50 歳で妊娠し、出生前に先天性疾患があることがわかりながら出産した事例である。NICU の懸命な治療により生存が可能になったのだが、そのドキュメンタリー番組が放映されることにより、議員はバッシングをうけることになった。

バッシングの論点は、「障害」があり、「大変な治療」を受けることがわかっていたのにもかかわらず、出産したのは親のエゴ、子どもが可哀想、莫大な医療費がかかる、ということであった。

これは著名人が体験した事例であったために偶然、大衆の意識が明らかになったのだが、障害児の出産を否定する世論が強くなれば、障害者の生存権は阻まれることになる。医療の進歩がもたらす影の部分も、医療者として意識しておかなければ、医療者は知らず優性思想に加担する結果になりかねない。

とにかく現状を把握することだと考え、当シンポジウムでは新生児医療の最先端医療を提供する NICU、障害児を受け入れる重度心身障害児療育施設、障害児の教育を保障する特別支援学校、障害児を育てた保護者、の立場から話題提供をしていただける方々をシンポジストとしてお願いすることにした。

当日はフロアーからの忌憚ない意見をいただきながら議論を深めたいと考える。

<参考資料>

- 1) 厚生労働省 社会・援護局障害保健福祉部企画課. 平成 18 年身体障害児・者実態調査結果. 2008 年
- 2) 厚生労働省 統計情報部人口動態・保健社会統計課. 平成 22 年社会福祉施設等調査. 2011 年

シンポジウム2 新生児医療の進歩と障害児療育

N I C U医師の立場から

平野 慎也 (大阪府立母子保健総合医療センター)

新生児集中治療の現場では、人工呼吸器に代表されるような医療器具、また人工肺サーファクタント補充療法をはじめとする薬物療法の進歩、妊娠・分娩管理の改善、周産期医療体制の整備などと相まって、ソフト面、ハード面そしてインフラストラクチャーの面での進歩・発展により出生体重500g、在胎期間22-23週といったより小さな、より未熟な新生児が救命されるようになってきた。現在我が国は少子高齢化時代にある。2010年では出生数107万25人、人口は減少の一途をたどり、大きな社会問題となっている。低出生体重児にかぎってみると出生体重2500g未満の低出生体重児は全出生数のおおよそ10%。極低出生体重児(1500g未満)は0.8%、超低出生体重児(1000g未満)は0.3%年間3500人である。近年プラトーに達した感はあるが新生児医療の対象となる早産児、低出生体重児はその割合を増している。その生命学的予後はというと、日本小児科学会新生児委員会の調査によると、低出生体重児の新生児死亡率は明らかに改善している。出生体重1000g~1500gの極低出生体重児の新生児死亡率は1980年の20.7%から2000年には3.8%に、500g~1000gの超低出生体重児の

新生児死亡率は55.3%から15.2%にまで低下した。

時代の経過とともに医学・医療は進歩しても、治療を施す児の在胎期間が変わらなければ、その未熟性には大きな違いはないとすると、より未熟な児に、より高度な医療を提供していることは、長期的な発達、神経学的予後にもより大きな影響を与え、超低出生体重児の生存率が改善しても障害の増加が危惧されるのは当然であろうと思われる。

超低出生体重児の主要な神経学的障害は、脳性麻痺、精神遅滞、視力障害、および聴力障害である。全国調査において超低出生体重児の3歳時予後の変遷をみると、1990年、2005年の脳性まひの罹患率はそれぞれ12.0%、12.4%。視力障害は8.3%、8.5%。聴力障害は2.2%、1.7%であり、総合発達評価で異常(以下のいずれかに該当①自立歩行が不可能な脳性まひ②両眼失明③精神発達遅滞:2項目のDQ<70+1項目のDQ<80)とされたのは1990年14.1%、2005年17.1%であった。これらの結果から見ると死亡率の改善に比し、神経学的予後はあきらかに改善しているとはいいがたい。2003年から2005年出生児の極低出生体重

児の各年ごとの神経学的障害の推移をみても大きな改善は見られていない。

NICUでの長期入院の児をめぐる問題も大きく取り上げられてきた。近年在宅支援のシステムも徐々にではあるが改善されつつある。それに応じる形で医療的ケア（在宅人工呼吸療法、在宅経管栄養など）を必要とする状態で退院している児は増えている。大阪府の統計によると、在宅で医療的ケアを必要とする児への支援実績の推移（府保健所分）をみると、平成16年度は実人数220人であったが、平成22年度は519人となっている。在宅高度医療児は平成16年か

ら22年度の6年間で2.3倍、特に人工呼吸器装着児は4.8倍に増えている。

これらの背景にはより未熟な児が救命できるようになってきたことも一因であるが、胎児診断が広くなされ、今までは積極的な治療の対象とされてこなかった児（染色体異常など）の周産期センターへの集積と積極的な治療の選択もその一因のひとつであると考えられる。

障害児をめぐる諸問題の議論の契機として新生児集中治療の現場での情報を共有できたら幸いである。

重度心身障害児施設医師の立場から
“地域支援サービスの利用を”

松下 彰宏（西宮すなご医療福祉センター）

【はじめに】平成25年制定予定の「障害者総合支援法」に向けていわゆる「つなぎ法」が平成24年4月から施行され重症心身障害児施設の名称はなくなった。障害の区別をなくした支援、相談支援の強化、在宅支援の強化がこの法のポイントになっている。西宮すなご医療福祉センターは平成22年1月「砂子療育園」より名前を変え、入所者中心のサービス提供から、広く地域の障害者へ医療福祉サービスを総合的に提供する施設として、新たなスタートを切った。当院は兵庫県西宮市にあり、阪神電車武庫川駅から徒歩1分の都市型の施設で、兵庫医科大学病院にも隣接している。提供しているサービスは1) 入所サービス180床（児童福祉法に基づく医療型障害児入所施設と自立支援法に基づく療養介護施設）、2) 外来診療とリハビリテーション、3) 地域支援サービスからなっている。地域支援サービスはショートステイ8床、通所（指定生活介護15人定員、放課後等デイサービス5人定員）、訪問看護、訪問介護、相談支援、発達障害児支援などである。また、院内に特別支援学校も併設されている。

【利用ケースから】入所者は措置制度からの継続利用者が多くを占めるが、近年の入所ケースや小児ケース、また通園やショートステイ利用のケースをみると昨今の障害者を取り巻く状

況を強く反映していることが窺われる。一部改変してお示しする。

＜最近の入所ケース＞

多くの障害児・者は病院から在宅という流れに乗っており、医療度の高いケースでも入所ニーズはそれほど高くない。同時に退所者が出ない限り新規受け入れが困難であり、待機者リストの中から最も患児と家族の利益になるケースを、緊急度を勘案して入所させている。

A. 7歳 滑脳症+てんかんで通院中の2歳時に窒息で心肺停止→低酸素脳症。喉頭気管分離+人工呼吸で5年間入院後に転院して入所。

B. 2歳 正常出生であったが新生児室で心肺停止。低酸素脳症による重度脳性麻痺。喉頭分離を受け在宅で人工呼吸。母が介護に疲弊した為、再度在宅療養を目標に入所。

C. 38歳 レット症候群疑いの診断で6歳児に気道感染症時に心肺停止→低酸素脳症。以降在宅で26歳気管切開、29歳から人工呼吸。両親の体調不良の為37歳で入所が12年ぶりの外出となる。

＜小児入所ケース＞

入所時に「いずれは在宅に」と希望を表明されている場合でも、在宅に帰れたケースは極めて稀である。

D. 4歳 4か月時（4.9kg）ぐったりしてい

ると救急搬送。ゆすぶられっ子症候群、虐待の疑い。気管切開+胃ろうで1歳3カ月時入所。

E. 10歳 CMVウイルス脳症 母行方不明

F. 15歳 早期破水で24週567gにて出生NICU8カ月 CP,MR,EPI,盲 母パニック障害で養育困難。パートナーが見つければ在宅希望。

G. 10歳 重度脳性麻痺 気管切開 下の子供の養育の為入所。その後母就労。

<通所、ショートステイ、外来利用>

いろいろな経過で地域に戻った患児・家族は、主治医をはじめとする医療、福祉サービスなど地域資源を活用して生活を営むが、地域性や保護者の考え方などにより利用や状況に差を生じている。

H. 28歳 16歳時に脳動静脈奇形破裂による小脳出血→遷延性意識障害 当院入院10カ月後在宅に。ショートステイと通所利用中。

I. 8歳 品胎の第3子833g 呼吸窮迫で人工呼吸管理5か月、筋緊張性ジストロフィー。訪問看護+リハビリ、ショートステイを利用。母も同じ病気で徐々に進行。

【終わりに代えて】

寝たきりで反応がないように見える障害者でも日々の生活を共にしていると喜怒哀楽をはっきり表現していることに驚かされる。子供が初めてしゃべったり、よちよち歩きを始めるのと同様感動であり、この変化を在宅では家族が、施設では職員が感じることができる。

医療や介護技術の進歩によってかつては生存が困難であった方が、豊かな生活を送れる時代になっている。その中で、病院など医療中心の場での生活から、地域・在宅生活に医療が入

っていくという流れは正しいと思うが、病院か在宅か？施設か？や、施設は悪であり在宅が善であると白黒をつけようとする方向性は理解しがたい。A～Iに示した利用者も常に揺れている。在宅、施設どちらにも長短があり、障害者のセーフティーネットに位置付けされた入所施設としては、どちらも重要であることを解ってもらうためにも、地域支援のうち比較的敷居の低いショートステイから利用してもらうのが良いのではと考える。

しかし、生活環境が変わるということは健全者であっても大きなストレスであり、短期の利用では障害者や家族も、施設もお互いに慣れたところに利用終了となってしまう事が多い。お互いが信頼関係を樹立して安心してサービスを利用・提供できるためには、入所サービスの流動性を上げて、数か月以上の期間限定で施設サービスの長所短所を理解していただけるような制度運用が必要であろうと考える。そして家族の頑張りを評価し、その上で施設の役割を認識してもらえれば、在宅・入所にかかわらず障害者の生命と生活を守り支援することを前進させていける。その為にもショートステイの利用時には家族、施設職員お互いが良いところを褒め、うまくいかない事も共有できる関係を作っていけるよう、言いたい事を言えるコミュニケーションをお願いしている。障害児・者とその保護者、医療・福祉・教育などの地域の資源が一体となって、入るのも出るのも難しい医療福祉施設から、気軽に利用できて気軽に家にも帰れる状況を目指していきたい。

最後に保護者会会報から最近の入所者の手記（承諾済み）を披露できればと思う。

重度心身障害児施設医師の立場から 追加資料

親子の距離

岩本 隆子

子供は障害があってもなくても、いつか必ず親から独立するべきだと考えて子育てをしてきた。障害のない長男は自立できるであろうし、障害のある理樹はいかに人に助けてもらい、それを受け入れて自分なりに快適に暮らす術を身につけさせるか…である。

去年の3月西宮養護学校の中学部を卒業すると同時にすなごに入所し、理樹の新しい生活がスタートした。手放すには様々な葛藤があり、不安があり、努力が足りないのではないかと自分を責めた。精神的にも肉体的にも限界まで追い詰められていたので、そのままの生活を続けるには無理があったし良い親子関係を保つ自信を失っていた。後頭部を卒業するまでは家から学校へ通わせてあげたいと思っていたが、少し早い15歳での巣立ちとなった。

離れて暮らすようになり一番怖かったのは親を忘れるのではないかとということだった。実際は忘れるどころか使い分けまでする、今まで知らなかつ

た理樹のいろんな面を見せてもらう事になった。心配をよそに驚くほどの速さで適応していく姿には本当にビックリした。私が思っていたより理樹の生きる力はずっと逞しかったようだ。学校へも時々様子を見に行くが、今までと変わりなく穏やかに過ごしている。たまに帰宅して家族と過ごす時も、それまで在宅で暮らしてきた時と様子は変わらない。自分がどこにいるのか混乱しないかを心配したが、それは無いようで、場所の認識も出来ていることがわかった。人の認識もどこまで出来ているかはわからないが、家族・学校の先生・すなごの職員さんの使い分けをしているようだ。この子は何も状況を理解していないし、自分では何もできない。私がいなければ生きていけないのではないかというのはもの凄いい込みだった。むしろ理樹がいなければダメになるのは私の方だったようだ。子供から独立しなければならぬのは自分である。どうやってその課題をクリアしていくかは現在試行錯誤中…

今春長男も社会人として巣立っていく。さあ、どうしよう。子供は親から簡単に巣立っていくが、親は簡単には子供から巣立てない。たぶん何年もかかって自分を納得させていくのだろうが、長男の所と理樹の所に通う姿が想像出来て笑ってしまう。

今、すなごにいるおかげで私はいつ

も笑顔で理樹に接することが出来るようになった。疲れ果ててすべてに余裕を失い、笑顔で接することさえ難しくなっていた頃を思うとこの選択が正しかったと思える。これからもたくさんの人に支えて、もらいながら親子の距離を保っていきたいと思う。

(平成 24 年 5 月 西宮すなご医療福祉センター保護者会会報より)

歳月

田中 美紀

37 年間、一度も離れることがなかった親子でした。7 歳から寝たきりになりまして特に呼吸器をつけてからの自宅での 7 年 7 ヶ月は、生きること、そうでない事の狭間を見つめながらの日々でした。どのような姿でも生きてほしいという思いは親のエゴなのかも知れないと涙もしました。

37 歳までいくつかの困難を乗り越え 1 年大切に歩んできました。これは絃子の内に秘めた強さだったとも思えます。

『苦しんだ一步一步が勝利なんだ』と、かつてヘレンケラーの言葉として聞いたことがあります。私達もそうでありたいと思います。

すなごに入所させて頂いてこの四ヶ月絃子は家に居りました時と同じく笑

顔が多くなっている様子です。反面、私自身年齢を意識せずに過ごしてきましたが、いまではその年齢が重く覆い被さり体力の減退を強く感じています。側に居た絃子が私を助けてくれていた様にも思えます。

親から離れ絃子にとっては、ようやく社会に順応し、自立したと言えるのかもしれない。

すなごでいちばんお手数をおかけしていることと思います。スタッフの皆様、保護者の皆様、今後もよろしくお願ひします。

(平成 24 年 5 月 西宮すなご医療福祉センター保護者会会報より)

障害児学校教員の立場から

○原田 文孝（兵庫県立いなみ野特別支援学校）

【実態】

ここ10年の間でも特別支援教育を受けている児童生徒は、年々増えている。兵庫県教育委員会作成の「年度別特別支援学校在籍者数の状況」によれば、2002年度の3457人が2011年度は4,874人と1,147人増えている。肢体不自由特別支援学校は、若干の微増減を繰り返しているが、知的特別支援学校は、2,277人から3,711人へと1,434人増えている。知的特別支援学校では、特に高等部で発達障害の生徒が増えている。同じく「年度別公立小・中学校特別支援学級の状況」によれば、2002年度は3,703人で2011年度は5,958人と2,255人増えている。自閉症・情緒障害学級や発達障害の児童生徒が増えている。合計すると、この10年で、児童生徒は、3,702人増えている（この他に、通級指導教室に通う児童生徒や国立の特別支援学校に在籍する児童生徒がいる）。

このように増加する児童生徒に対応して、特別支援学校は、2009年に1校、2010年に2校、2011年に1校、2012年に1校新設し、2014年に1校新設予定である。小・中学校特別支援学級は2002年度に1537学級であったが、2011年度には2076学級となり、539学級増えている。

また、「大阪の障害児教育をよくする会」のニュース（2011,8月発行）では「支援学級の児童・生徒数も増加の一途をたどっています。とくに、2000年度以降の急激な在籍増は、2006年度過去最多の10,541人に

および、2011年度は1,603人となり、昨年度比1,269人の増となっています。」と述べている。

【課題】

少子化により、通常学校の児童生徒数は減少していて、学級減や廃校が進んでいる。それに反して、特別支援教育を受ける児童生徒数は、年々増加している。そのため、2012年度は、児童生徒数が200人を超える特別支援学校が5校、300人を超える特別支援学校が2校、400人を超える特別支援学校が1校となっている（知的特別支援学校の適正規模は100人～150人と言われている）。これらの特別支援学校では、教室が不足し、特別教室を教室に転用したり、運動場にプレハブの教室を建てたりしている。そのため、運動場で運動会が実施できないところもある。特別教室や体育館、プールなどの使用も制限されているし、給食数が多すぎて教員が食べられないところもある。このような大規模化により教育条件が悪化し、教育活動に支障をきたしている。特別支援学級では、障害の重い児童生徒が増えている一方で、LD・ADHDなどの発達障害のある児童生徒も在籍している。1学級の中に多様な障害・発達の児童生徒が7～8人在籍しているところもあり、1人の教員では指導に苦慮している。通常学級には、国立特別支援教育総合研究所の調査では、知的な遅れはないけれど、学習や行動上に問題を抱える児童生徒が6.3%（約60万人）在籍している。40人の学級で1～3人の割

合で在籍し、学級担任が指導することが困難になっている状況がある。また、肢体不自由特別支援学校では、身体障害だけの単一障害の児童生徒は少なくなり、重度重複障害の児童生徒がほとんどになっている。少子化の中でも児童生徒数が減らないのは、重度重複障害の児童生徒が相対的に増えているということである。吸引・注入などの医療的ケアの必要な児童生徒が増え、学校に看護師を配置している。医療的ケアの必要な児童生徒が全校児童生徒の3~4割を占める学校もあり、教員が医療的ケアを実施している。肢体不自由特別支援学校では、医療との連携や経験豊かな教員の確保などが課題となっている。

【特別支援教育の役割】

教育は、児童生徒のねがい、悩み、要求を受けとめ、文化（教材・教育内容）との出会いを演出し、自らねがい、悩み、要求を実現していくことを励ます営みである。児童生徒は、文化を学ぶことを通して、能力を身につけ、感受性を磨き、感情表現を豊かにしていく。私が勤務している重症心身障害児者病棟の訪問学級には、6歳から62歳までの児童生徒が31人在籍している。児童生徒の生活体験は、限られている。また、その体験を「楽しい」「面白い」というように意味づけたり、内面化したりするじっくりとしたかかわりが少なく、体験が浅い状態である。さらに、かかわりのスピード、体験のスピードが速く、児童生徒がじっくりと受け止めにくい実態がある。このような生活実態の中で、児童生徒は「もっとゆっくり、じっくりかかわってほしい、体験したい」「体験したことを意味づけたい、体験の意味をわかりたい」という生活要求をもっている。

【実践例】

病棟でのオシメ交換、着替え、食事などの生活介護は、教育の視点では生活文化を学ぶ学習である。生活文化を学ぶ学習を紹介する。Fさんは、43歳。話し言葉の理解は難しいが、着替えの時にマヒのない左手を袖に通そうとしたり、食事の時にスプーンに食物をのせると口に運んで食べたりするなど、生活の行為に意味づけをすることはできている。一方、Fさんは、着替えなど他者に触れられると、大きな声を出し、激しく左手を噛んで怒る。他者に対する不安感、不信感が強いようであった。

授業「男前になろう」は、朝の洗面・身だしなみの生活文化を学ぶものである。洗面器でタオルを絞って温かいおしぼりを作るのをじっくり見る→温かいおしぼりを手で触って感じ取り、手や顔を拭くのを気持ちよく感じる→電気髭そりで髭を剃る→スキんクリームをぬって気持ち良くなる→鏡に写った自分を見る→「男前になったね」の言葉かけに喜ぶ。発達要求の「自分に関心をもつ」と生活年齢要求の「かっこよくなりたい」を受けとめ、洗面・身だしなみの生活文化との出会いをじっくりとつくっていった学習である。Fさんは、この生活文化の意味がわかり、鏡を見て、嬉しそうに笑うようになった。この他、授業「涼む」、授業「足湯で演歌を楽しもう」など生活文化をじっくり、ゆっくり体験し、意味を伝えていく学習をしていった。Fさんは、体験の意味をわかり、他者との触れ合いを楽しめるようになった。着替えの時に怒ることが少なくなり、触れ合いを喜ぶようになった。そして、人間関係が深まる中で、嬉し涙、哀しい涙を流すようになった。

シンポジウム2 新生児医療の進歩と障害児療育

保護者・支援者の立場から

成田 憲子

全国重症心身障害児（者）を守る会大阪支部
大阪府重症心身障害児・者を支える会 副会長

成田宜子の紹介

1980 年生まれ、4 人姉弟の第 3 子。

健常児であったが 2 歳 6 カ月の時難治性てんかんを発症し、4 歳時には顕著な脳萎縮がおこり植物状態と診断される。目覚めれば発作の重積で呼吸状態が不安定になる。嚥下が出来ないため経管栄養で頻回の吸引が必要であった。

訪問教育を経て、病状が安定してから養護学校に付き添いで通学する。高等部のころから喘息発作、骨折、胆のう炎による胆のう摘出と不安定になる。

卒業と同時に感染から ARDS に陥り、回復したが人工呼吸器装着となる。

23 歳腕頭動脈婁で死去。

支援について

地域医療に熱心な地元の病院に係ることができていたのは非常に幸運であった。

稀々な発作であったため専門病院を紹介され転院、長期の入院の後も主治医と連携し治療を継続することができた。主治医による自宅・学校への往診と訪問看護、大量の薬と物品の配達は在宅生活を支える土台であった。

病棟による自宅視察を含めた退院時カン

ファレンスとソーシャルワーカーが当時の福祉事務所につないで幼い兄弟の保育所の段取りまで、生活全般にわたり相談に乗ってくれたことは在宅生活の大きな安心につながった。このソーシャルワークは退院時に非常に重要なことであると実感したが、退院してからの支援をコーディネートできる専門性をもった地域生活の相談支援機能が確立していないことは残念である。

しかし、重い医療を必要とする重症心身障害児者が利用できる社会資源は非常に限られている。娘は学校卒業後、ホームヘルプ・ガイドヘルプ・通所・ショートステイの福祉施策をほとんど利用せずに暮らしたが、介護負担は想像を絶するものであった。

心身が疲労困憊して非常に苦しかったとき、他市に重症心身障害児施設が新設され 2 カ月半入所した。そこで疲れが癒され、再び在宅生活を送ることができた。

このような経験から、身近な地域に重い医療を受け止める重症心身障害児施設が必要だと考え、そんな施設の設立を願って活動してきた。

娘の 20 年余の闘病生活の中で、何度か命と向き合う大きな事態があった。

4 歳の時、大きく脳が委縮し意識が戻らなくなった際、医師から「今夜、人工呼吸器を付けなければならぬかもしれない、つけますか？」と訊かれたことがあった。訊ねられたことに当惑して、「付けなければどうなりますか？」「死にます」「付けたらどうなりますか？」「生きますが、障害は治りません」即座に「付けてください」と答えた。後、危機を脱し呼吸器は使わなかった。その時「付けません」と答えていたら今日の自分はないと思う。医師の率直な問い方に感謝している。

18 歳の時、感染から重篤な肺炎、ARDS

に陥った際、誰もがあきらめかけた時にも主治医は「お母さん、もう一度強心剤を使います」と諦めなかった。その後、人工呼吸器を装着して、6 年間在宅生活ができた。たった 2 回であるが家族そろって旅行に行ったことは、姉弟の胸にも深く刻まれている喜びだった。

23 歳の時、腕頭動脈婁が起こった際、緊急手術をしてくれた外科医、そのあと、命を助けようとベストを尽くしてくれた医師、決してもうここまでとは言われなかったことは、家族のその後の歩みを支えている。

シンポジウム3

「感染症と人権」～予防と治療のハザマにある課題～

座長： 白井 千香（神戸市保健所 医務担当部長）

演題とシンポジスト

1. HIV・AIDS 残された課題
白阪 琢磨（大阪医療センターHIV/AIDS 先端医療開発センター長）
2. ハンセン病対策の歴史と教訓
青木 美憲（国立療養所 邑久光明園 副院長）
3. 感染症法における人権の配慮
川本 哲郎（同志社大学法学部 教授）
4. 感染症の生命倫理
谷田 憲俊（前 山口大学大学院医学系研究科医療環境学 教授）

【シンポジウムの趣旨】

感染症法（平成10年）の理念には、伝染病予防法には欠けていた人権への配慮が掲げられている。国、地方公共団体、医療機関、国民それぞれに感染症対策における責務が示されている。患者の隔離ありきの社会防衛ではなく、個々人の治療を尊重し、医療へのアクセスを良くし、早期治療による二次感染や拡大防止につなげることが感染症対策の基本である。しかし、「人権の尊重」という表現は、患者の権利にある程度の制限を加えることになることについての配慮、という逐条解説もある。

また、早期発見・治療という医療の提供の効果は、急性感染症については、理解しやすいが、慢性感染症である HIV 感染症や結核（特に多剤耐性結核）については、いまだ完治が困難であることなどから、患者が十分に人権を尊重されて地域で生活して

いくには社会的な課題が残されている。また「人権」の解釈について患者のみならず、感染を受ける立場の者の人権をどう尊重するか、悩ましい問題もある。予防を徹底するために、感染を受ける立場の者を、治療が必要な患者の人権と天秤にかけるわけにはいかない。

HIV 感染症については、感染の不安以上に性感染症としての感染経路に関して、社会的なステイグマとの戦いがあり、ともするとマジョリティの意見に陥りやすい。白阪先生は、エイズ治療ブロック拠点病院の専門医として、関西で拡大する HIV 感染者・AIDS 患者の治療を一手に引き受けていただいている。HIV の発見から 30 年以上経過し、患者の背景やエイズ治療の変遷などから、エイズは決して死に至る病ではなくなったが、残された課題は何か、生きていくことを続けるための就労や経済的基

盤、他の多くを解決していく必要があることを示唆していただく。

らい予防法は平成8年に廃止されたが、「らい予防法の廃止に関する法律」が同年に制定され福利増進や社会復帰等の項目が挙げられた。感染拡大のおそれのない今日の医学的理解のうえに立っても、患者のQOLの向上において、失ったものを取り戻すには、まだなお、時間がかかりすぎる。ハンセン病対策の歴史は、反省を含めて現在の感染症対策においても教訓になるのではないか。青木先生には、ハンセン病の療養施設の内側から見えてくる、それら人権に関する課題を含めて総説していただく。

さて、急性感染症においても、2009年の新型インフルエンザ騒動では、新しい経験していない感染症に対する過大な不安が、風評被害や患者への偏見を生み、インフルエンザの感染の前後を通して、法の理念に沿って人権が保護されたとは言いがたかった。関西地区では神戸、大阪の学校での集団発生事例を経験し、H1N1インフルエンザと季節性インフルエンザの違いが大きくないことを把握しつつも、地域によって柔軟ではない、わが国のインフルエンザ対策の運用指針や専門家と称する学識経験者のコメントに保健所や地方公共団体は苦渋した。川本先生は、刑法の専門家であり、精神障害者の人権の問題にも精通し、保健所の感染症審査協議会委員を務めていただいている。多剤耐性結核や新型インフルエンザ対策に及んで感染症法における人権の尊重について解説いただく。

「感染症」は従来、公衆衛生対策の重要な対象として疾病の克服を目標にしている。しかし、感染症はウイルス学や細菌学、診断学、治療学など医学の領域のみで解決できるものではない。人を介して拡大するゆえ、人々の生活をどのように管理するか、社会の視点が対策の基本に含まれる。予防においては、法に管理されるのではなく当事者が自らの健康管理を必要性とするところにも気づき、治療の推進においては社会的な患者支援を意図して、医療提供の受け皿づくりを具体的に進め、地理的にも経済的にもアクセスをよくする環境づくりが「感染症」に対する負のイメージを払拭し、積極的な対策につながるのではないだろうか。

しかし感染症において、さまざまな人権の取り扱いがなされた歴史の繰り替えしが、新型インフルエンザ特措法の成立という、医学的根拠が乏しい、倫理的にも触れる強制的な政策に及んでいるのは何故なのか。生命倫理の研究を専門にされてきた、谷田先生には、患者の権利や患者中心の医療の原点から、感染症の社会医学的課題を包括的に教示いただく。

このシンポジウムでは法的な人権尊重の解釈を学び、果たして現行の制度は社会防衛を超えた理念に基づいているのか、予防と治療の間には「人権」の競合があるのか、さらに、感染症と生命倫理という哲学的テーマに及んで、フロアと共に活発な討論を行いたい。

シンポジウム3 「感染症と人権」～予防と治療のハザマにある課題～

HIV・AIDS 残された課題

○白阪琢磨（大阪医療センター・HIV/AIDS 先端医療開発センター）

【歴史】1981年、米国で原因不明の免疫不全症が報告され、翌年、後天性免疫不全症候群（AIDS）と命名された。1983年にはAIDSの病原体ヒト免疫不全ウイルス（HIV）が発見され、1985年にHIV抗体検査が承認された。1987年、米国で世界初の抗HIV薬AZTが満屋博士らによって開発された。1996年頃に多剤併用療法が登場し、その著しい効果でHIV感染症も慢性疾患と捉えられるまでになった。我が国ではHIVが混入した非加熱血液凝固因子製剤の投与で1400名を超える血友病患者らがHIVに感染し、600人以上がAIDS発症などで死亡した。1996年の薬害HIV訴訟の和解に基づき、恒久対策の一環として国立国際医療センター（当時）にエイズ治療・研究開発センターが新設され、8ブロックに14のブロック拠点病院が選定された。さらに、抗HIV薬等の迅速審査の導入や、身体障害者制度の対象疾患にHIV感染症が認定されるなどHIV医療環境は飛躍的に改善された。この過程で薬害被害者が対策は感染経路に依らないと訴えた事を忘れてはならない。

【HIV医療の現状】多剤併用療法が登場し、ブロック拠点病院が選定された1997年は日本全国で新規の感染者が397件、患者が250件報告され、2010年には、それぞれ1075件、469件と大きく増加し、累積で2万人を超えた。当院の累積患者数も2241名（3月末日現在）となり、患者数の増加と特定の病院への集中が続いている。多剤

併用療法の登場から約15年が経過し、致死の病と呼ばれたAIDS発症での死亡率も約1割にまで改善した（図-1）。薬剤開発の進歩で、服薬も1日1回1-2錠で良くなり、外来での治療も容易となった。25-30%の母子感染率も予防対策の実施で1%程度にまで低下し、最近の臨床研究から“治療は予防”との概念も提唱されるまでとなった。このような医療の大きな進歩の反面、HIV陽性者が拠点病院以外を受診するのは容易でなく、歯科や精神科受診や、慢性腎不全例での血液透析、各種の長期療養支援は、まだまだ閉ざされているのが現状である。1980年代、1990年代当初にあったハードルは、果たして消失したのだろうか？

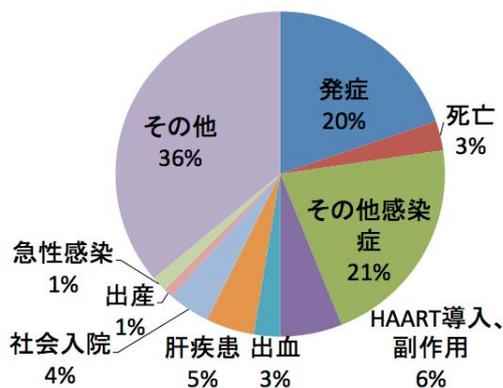


図1. HIV陽性者の主な入院理由

平成9年4月から平成23年11月までに当院感染症内科に入院した“のべ”2364名の主な入院理由を示した。

【課題と今後の対策】国はエイズ対策方針であるエイズ予防指針を昨年改定した。1)

普及啓発と教育の重要性 HIV 感染症 /AIDS を考える上でも重要なのは、感染し病気と共に生きている“人”である。HIV 陽性者、その家族、支援者にとって、HIV /AIDS は、どう変わったであろうか。HIV 陽性者には未だに HIV に感染している事を言えないでいる人が多い。職場で、友人、恋人、パートナーに、さらに家族にも。セックスで感染しない方法があり、その他の日常生活での感染がない感染症であるが、未だに市民に受け入れられていない。一般向けに、さらに教育の現場での正しい知識の普及が求められる。 2) 医療の提供 当院の外来受診状況を表-1 に示した。HIV 陽性者の多くは併発する高血圧、糖尿病、花粉症、アトピー性皮膚炎等で他科を受診している。近医を受診する上での煩わしさのため、多くは当院を受診している。今後は、HIV 感染症/AIDS への専門的医療と HIV 陽性者への一般医療の提供体制を整える必要がある。AIDS 発症での入院患者で死亡例は現在もあるが、それらでは発見と治療の遅れが大きな要因である。HIV 陽性者の生涯の治療費は約 1-2 億円を要する。感染者の予後の改善、感染の予防、両者の観点から早期発見に向けた取り組みが今後も

一層、重要である。今回は時間の制約からあまり触れ得ないが、血友病、HIV 感染症そして C 型慢性肝炎を抱える薬害被害者の病状は引き続き厳しい状況にあり、ブロック拠点病院等の関係者の手厚い医療の提供が必要である。 3) 検査・相談体制の充実 この数年、保健所等での自主検査数は低迷か減少傾向にある。AIDS 患者の新規発生の減少を目指すためにも、早期発見は必要であり、保健所等での自主検査の推進および相談体制の構築が重要である。 4) 個別施策層への対策 エイズ動向委員会の報告では、感染経路の大半は男性同性間性的接触である。若者や MSM などの個別施策層に有効な対策を、関連 NPO/ NGO を介して実施などが重要と考える。また対策の立案と実施には、“市民の目線”が必要である。

【結論】医療の進歩で HIV 感染症は慢性疾患となったが、従来の認識を未だに持ち続けている市民が少なくなく、多くの課題が山積している。その解決には、エイズ予防指針に沿って、正しい知識の普及と教育、今後も増加する患者数に応じた医療体制の構築、自主検査の推進及び相談体制の構築、個別施策層へのきめ細かな対策、関連 NGO/NPO の育成と連携が必要である。

表 1. 国立大阪医療センターにおける HIV 陽性者の外来受診状況

診療科	N	診療科	N	診療科	N	診療科	N
精神科	885	眼科	600	耳鼻咽喉科	130	脳神経外科	23
歯科口腔外科	706	総合内科	262	整形外科	122	小児科	14
皮膚科	698	泌尿器科	147	循環器科	109	産科	7
消化器科	639	外科	144	婦人科	36	その他	7

注) H22 年 11 月から H23 年 10 月までの 1 年間に、国立大阪医療センターで HIV 陽性者が感染症内科以外の各科外来の利用状況を示した(受診科の重複を含む 4429 例)。同期間に感染症内科の受診患者数は 11885 人であり、その 38% が他科を受診した。その他の内訳は、放射線科 3 名、心臓血管外科 2 名、リハビリ科 2 名であった。

シンポジウム3 「感染症と人権」～予防と治療のハザマにある課題～

ハンセン病対策の歴史と教訓

青木 美憲（国立療養所邑久光明園副園長）

【疾患】ハンセン病とは抗酸菌の一種である「らい菌」(*Mycobacterium Leprae*)の感染によって生じる慢性感染症である。感染経路は上気道感染で潜伏期間は3年～10年以上と考えられている。主に皮膚と末梢神経が侵される。感染しても不顕性感染が大部分で発病に至ることはまれである。特に、現在のわが国を含む先進国国民での新たな発病例はほぼ皆無である。隔離など特別な感染症対策は不要である。

【偏見差別】ハンセン病は有史以来、洋の東西を問わず、天刑、業病などと捉えられ嫌悪されてきた。わが国においても故郷を追われた患者が神社仏閣に集落を作ることがあった。疾患に対する偏見の原因は末梢神経障害による顔面、上下肢の変形に対する嫌悪感が第一に考えられ、遺伝する、不治の疾患といった誤解も重なったと考えられるが、1931年に改正された「癩予防法」に基づく強制隔離政策により「恐ろしい伝染病」という誤解が加わり、その結果、患者・家族は村八分や結婚差別、さらに一家心中にまで及ぶ被害を受けるようになった。

【隔離政策】わが国のハンセン病対策は1907年に制定された法律「癩予防ニ関スル件」に基づき、全国に5箇所の府県連立の療養所を設置しホームレス患者の収容を行ったのに始まる。その後1931年に癩予防法に改正されると、「極悪の疾患」であるハンセン病の根絶を目標に全患者の強制隔離、終生収容を行った。県ごとに「無癩県運動」と呼ばれる患

者隔離のキャンペーンが行われ、医師らの届出や住民の通報に基づき県職員が自宅に出向き入所を強要した。民間においては「らい予防協会」が設立され、ポスター、映画などを通じ疾患に対する市民の恐怖心、患者排除の風潮を広めた。患者は社会に居場所を失い、結果として患者の約9割が療養所に収容されるに至った。

【患者、家族の受けた被害】国の誤った隔離政策により患者、家族は生涯にわたる被害を受けた。入所者のほぼ全員が実質的な強制入所であった。所内結婚の条件として男性が不妊手術を強要され、あるいは妊娠した場合に人工妊娠中絶が強制された。外出は厳しく制限され、逃走した場合には園長の懲戒検束権により園内の監禁室に監禁させられた。看護師はごく少数、介護員の配置は皆無であったため、入所者の元気な者が患者作業として要介護者の付き添いを強制され、手指の障害を進行させた。故郷の家族を被害から守るために自ら縁を切ったり偽名を使うなどした。家族は村八分を受けたり結婚に支障をきたす事も珍しくなく、中には自殺に追い込まれたケースもあった。長年に及ぶ収容の結果、肉親や故郷との絆は一層薄れ、加齢、身体障害、偏見、社会基盤の喪失などからもはや社会復帰が極めて困難な状況に置かれている。

【医学的判断の誤り】癩予防法時代の医師、光田を筆頭としたハンセン病専門医集団の「危険な伝染病」説に対し、京都大学皮膚科助教授であった医師、小笠原は「伝染力は微

弱で、発病には体質が影響する」と独自の説を唱え、1941年のハンセン病学会で激しい論争がなされた結果、小笠原は学会から葬られた。今日では小笠原説の科学的正しさが明らかである。また戦後に抗菌剤プロミンが療養所に導入され、著明な効果がもたらされたことから厚生省より軽快退所の提案がなされたが、光田はこれに「生兵法大けがのもと」と反論し、遺言として「軽快者だとして出してはいけない。遺言としておく」と延べた。さらに1951年に全国の療養所入所者全員が加盟する患者団体（現在の全国ハンセン病療養所入所者協議会）が組織され、国に対し隔離の廃止を強く求めた。これに対し光田は国会において隔離の強化の必要性を訴え、1953年に改正された「らい予防法」は従来どおり強制隔離、終生収容の法律となってしまった。

【熊本地裁判決】1996年の「らい予防法」廃止に続き1998年に回復者が国を相手取った裁判を起し、2001年5月11日に原告勝訴判決が出された。判決文では1953年の「らい予防法」改正時点で、少なくとも病型による伝染力の強弱を問わずすべてのハンセン病患者を対象としなければならないほどの隔離の必要性はなかったと述べられている。その根拠は以下の通りである。

①もともとハンセン病は感染し発病に至るおそれが極めて低い病気であって、専門家に十分に認識されていた、②わが国のハンセン病患者数は1950年までの50年間に半減あるいはそれ以下に減少し、新法制定当時のハンセン病の蔓延状況はもはや深刻なものではなくっており、その後も患者の発生は社会経済状態が好転していくことで自然に減少していくと見込まれていたこと、③ハンセン病はもともと致死的な病気ではない上、自然治癒

するものもあったこと、④既にプロミンがハンセン病に著効を示すことが国内外で明らかとなっていたこと、⑤国際会議等では戦前から隔離を限定的に行おうとする考え方が見られており、特に患者を伝染性患者と非伝染性患者に分け、前者のみを隔離の対象とすべきことが1922年の第3回国際ハンセン病会議以降、繰り返し提唱されており、隔離政策の正当性・有効性も疑問視されていたことなどである。その後は抗菌剤の効果が一層確定的となり、国際的に次第に強制隔離否定の方向性が顕著となり、1956年のローマ会議、1958年の第7回国際らい会議（東京）でハンセン病に関する特別法の廃止が繰り返し提唱されるまでに至り、遅くとも1960年にはすべての入所者及びハンセン病患者について隔離の必要性が失われたと述べられている。

【ハンセン病対策の教訓】以上よりわが国のハンセン病対策の過ちは、専門医らを中心に、ハンセン病を「どんな犠牲や労力を伴っても根絶すべき疾患」と誤って捉え、患者の人権を無視し、感染性の無い病型は隔離不要という国際的知見、経済状態の好転で自然に減少するだろうという予測、隔離の有効性への疑問、抗菌剤の使用経験に基づく有効性の認識、隔離廃止の国際的動向などの科学的かつ総合的判断を欠いた「隔離のみが根絶の唯一の方法」という思い込みによって引き起こされたと言える。

感染症対策の面で得られる教訓は、感染症対策の立案実施において、疾患の性質に応じた対策の重要性、対策の有効性、感染者の人権の制約度合い、労力やコスト、代替方法との比較、国際的動向などを科学的、総合的に検討し判断することが求められるということと考えられる。

シンポジウム3 「感染症と人権」～予防と治療のハザマにある課題～

感染症法における人権の配慮

○川本 哲郎（同志社大学法学部教授）

【感染症法と人権】我が国において、患者本人の意思に反する介入＝強制治療が認められるのは、精神障害と感染症である。感染症の場合は、感染症のまん延を防止するために、強制介入として、健康診断（感染症予防法 17 条[以下では法〇〇条と表記する]）、就業制限（法 18 条）と入院勧告および強制入院（法 9 条）が定められている。そして、就業禁止違反については、罰則（法 77 条 [50 万円以下の罰金]）が規定されている。

このような強制処分が誤った判断に基づいて行われたときは、対象者の人権侵害につながるわけであるから、その運用にあたっては、慎重な姿勢が要求されることになる。

【人権擁護－最小限度の措置の原則】上記のような強制的介入が認められる根拠は、患者本人の治療と感染（他人に対する危害）防止ということに求められるが、強制的介入は、患者の人権を侵害するものであるから、その防止のための方策が必要となる。法 2 条は、基本理念として、「国及び地方公共団体が講ずる施策は、・・・患者等・・・の人権を尊重しつつ、総合的かつ計画的に推進されること」を掲げている。そして、健康診断、就業制限、強制入院の措置は、「感染症を公衆にまん延させるおそれ、感染症にかかった場合の病状の程度その他の

事情に照らして、感染症の発生を予防し、又はそのまん延を防止するため必要な最小限度のものでなければならない」（法 22 条の 2）。としている。

強制入院などの措置は、自由な行動を制限するわけであるから、人権を直接侵害し、制約するものであり、対象者が大きな不利益を受ける可能性がある。たとえば、就業制限・入院の場合は、収入の途が断たれることになるが、それ以外にも、営業の契約が困難となり、多額の損失を被ることもあれば、申請や登録などの手続きができなかったために、被害を受けることもある。したがって、当該措置を行うに当たっては、十分な説明を行い、対象となる者の任意の協力を求め、それが奏功しない場合に限り、強制措置を行い、さらに、当該措置については、必要最小限度のものとしなければならない。

【手続と救済手段】強制入院が認められる正当化根拠があるとしても、患者本人の意思に反する入院は不利益処分であるから、患者に対して、告知と聴聞を行い、不服申し立てを認めるという制度が必要になる。精神障害の場合は精神医療審査会が設けられており、感染症の場合は、感染症審査協議会が設置されている（法 24 条）。

強制入院以外にも、感染症の場合は、患者の不利益処分として、健康診断を受ける

ことと、行動制限＝就業制限が課されている。就業制限については、行政不服審査法で争うこともできるが、職業選択の自由を制約するものであるから、人権尊重の観点から、この法律では、対象者に就業制限義務のないことの確認を求める権利が与えられており（法 18 条 3 項）、さらに、就業制限の通知をしようとするときは、あらかじめ、感染症診査協議会の意見を聴かなければならない（18 条 5 項）、とされている。また、前述の入院期間延長の際にも、感染症診査協議会の意見を聴くことが必要である（法 20 条 5 項）。

【感染症診査協議会】 この協議会は、基本的に保健所ごとに置かれるもので、就業制限の通知や入院勧告、入院期間の延長などを事前に審議する。協議会は委員 3 人以上で組織され、委員は、感染症指定医療機関の医師、感染症治療や法律などに関し学識経験を有する者のうちから、都道府県知事によって任命される。（法 24 条）

【新型インフルエンザ等対策特別措置法】

この法律は、2012 年 4 月に公布された。この法律では、都道府県知事の権限も強化され、住民への外出自粛や学校の休校、集会の制限を要請することや、医薬品や医療機器を取り扱う企業などが物資の売り渡しを拒否した場合の強制収用が可能とされている。このように、人権侵害を伴う措置が規定されていることから、参議院において、人権擁護などの観点から、19 項目の附帯決議がつけられた。たとえば、課題として、患者のプライバシーへの配慮や、風評被害の防止、透明性の確保された手続の制定、予防接種の優先順位の決定、不服申し立て

制度の整備などが挙げられており、その際には、現場や専門家の意見を聴取することが要請されている。

【多剤耐性結核】 新型インフルエンザの場合も、軽症のインフルエンザにタミフルを処方することは、耐性菌の発生することが危惧されるので、治療にあたる医師にはジレンマのあることが指摘されていた。結核については、多剤耐性菌の患者の治療が問題となる。精神科では、治療可能性のない場合に強制治療は認められない、とされているが、結核の場合の治療可能性は適正に判断されているのであろうか。

【法の運用】 法の運用にあたっては、法の内容を正確に把握したうえで、対象者の状況を的確に理解して、法を適用しなければならない。そして、そのために、患者の自己決定権に配慮すると同時に、医師と患者を中心とする関係者の間で、十分なコミュニケーションを図る必要がある。また、感染症の場合は、比較的緩やかな処分である就業制限から、厳しい処分の強制入院までのものが定められているのであるから、処分の選択ということも大きな課題となる。終局的な目標は、「感染症の拡大の防止と人権の尊重との調和を図る」という困難な課題であるから、様々な分野の経験と叡智を結集することが肝要であろう。

シンポジウム3 「感染症と人権」～予防と治療のハザマにある課題～

感染症の生命倫理

○谷田 憲俊（前山口大学大学院医学系研究科医療環境学教授）

【緒言】人間の尊厳は、それ自体が究極目的である。人間の尊厳を認めるうえの前提に、その人の人権および自己肯定と自己決定を積極的に尊重すること、さらにその人のプライバシーへの配慮、すなわち不当な介入から守り正当な公的空間を保持できることがある（ユネスコ）。他方、立場上、患者は基本的人権さえ主張できない境遇に置かれがちである。とりわけ、感染症では病に冒されたうえに“感染源”として多重に弱い立場に置かれてしまう。ここで、感染症にまつわる差別と烙印を概観し、生命倫理的側面について考えたい。

【感染症差別】ハンセン病への差別と烙印は人権侵害の典型である。日本では21世紀になって決着した（ことになっている）。日本のみが遅れたわけではなく、欧州でも強制的断種が規則上は残っていた。また、諸宗教も「罪業」として、患者と家族の迫害に荷担してきたことが特記される。

一方、ペストでは患者から社会を隔離した。中世、欧州では、港を閉鎖し、境界を築いて対応した。ロンドン大ペストでは、患者を自宅に隔離し、警告の赤十字をドアに描いた。他方、ペストは背教者や異教徒に対する神の怒りとされ、悪魔の手先のユダヤ人が虐殺された。

【支配と自由】衛生思想は、絶対君主制国家の出現と医科学の発展に基盤をおく。衛生は富国強兵目的であり、国家による監視と強制的種痘や隔離などが導入された。細菌学の発展は消毒や検疫、隔離政策に医学

的根拠を与え、医療官僚と医療保健制度などから成る包括的な医療体制の成立となる。

他方、続く産業革命と貿易発展は市民権の自覚へ進み、市民は警察的公衆衛生施策へ反対し自由を求めた。その極端な例が、医療専門職への攻撃である。1892年ロシアでは、医師と行政当局者がコレラ暴動の際に殺された。ピッツバーグでは病院が焼き討ちにあい、ニューヨークのスタテン島の検疫病院は暴徒に破壊された。衛生政策に対する市民の抵抗はワクチン反対運動で燃え上がり、その運動は今日まで続く。

【宗教道徳】宗教者による公衆衛生政策への反対運動も長年継続している。不道徳や不摂生、深酒、性行為過剰、怠惰に与えられた神罰が感染症とされ、社会的弱者に責任が帰せられた。性病の予防と治療は神罰をないがしろにするものであり、サルバルサンやペニシリン、エイズ治療薬などが開発される度に聖職者は治療導入に強く反対した。その思想はHPVワクチン導入への強固な反対運動となって継続されている。

【医師の職業倫理】ペストが猖獗を極めたペルシャの王アルタクセルセスは、ギリシャでペスト制圧に成功したヒポクラテスにペストを鎮めにきてくれるように頼み込んだ。しかし、ヒポクラテスはギリシャの敵ペルシャを助けることを拒んだという。古代ローマのガレノスはペスト流行を避けてローマを脱出した。ロンドン大ペストでは医師と聖職者は病者に付き添うことを期待されたが、多くは郊外に退避した。1970

年台、ロンドンでラッサ熱と自己申告した患者を専門病院に搬送しようとしたが、救急隊は出動を拒否した。1990年台の日本では、救急隊が結核患者搬送を拒否した。

西洋医学では、医療を受ける患者の権利が認められて、はじめて医師に応召義務が生じたのが実態である。ただ、医療従事者は応召義務からというより、職業倫理上から患者診療にあたる。2003年のSARS流行では多くの献身的な医療従事者が犠牲になった(台湾では医師、看護師が逃げたが)。他方、米国の慢性ライム病問題では、反EBM派の市民と司法当局が一体となって、「自分たちの言うがままに対応せよ」と医師を脅迫している。

【感染症の生命倫理】本来保護されるべき患者が不条理な理由で差別を強いられてきた。一方、感染症には伝染性という他者への傷害を伴う場合があるのも事実である。それら内包する問題を考察し、人間の尊厳を保障する術を確立するのが生命倫理の存在理由である。前述の事柄も含めて感染症に関わる生命倫理的課題は、「人間の尊厳とその前提になる個人の自律や自由とプライバシーの制限などは公衆衛生上どこまで許容されるか？」という間に換言できる。

したがって、主に検討すべき課題は隔離等の人権制限のあり方であり、その検討にあたっては感染症の医科学(EBM)が必須となる。エイズを例に挙げると、HIV感染血液は感染源となるので封じ込めが必要となる。しかし、HIV感染患者は、血液・体液をやりとりする状況にない限り、感染源となり得ない。したがって、HIV感染患者を封じ込める必要性はない。かりに、体液のやりとりが生じるなら、その対策を講じ

ていれば問題は生じないので、やはり患者を隔離する必要性はない。これらエイズの医科学については初期に判明しており、理不尽であることが明白であったにも拘わらず、根強い差別と烙印がつきまとった。

目前に致死率100%の病原体が存在しても、その感染経路上に身を置かなければ完璧に安全であるという特徴が感染症にある。その感染症の成り立ちを理解していれば恐怖は生じないが、「致死率100%」のみに囚われれば恐怖を覚えて人々是不合理的対応に走る。人々が感染症患者を差別する背景には、そういった感染症に伴う人々の恐怖がある。一方で、致死的感染症に対しては恐れるだけで他人を差別する余裕はないようである。すなわち、そこに恐怖があっても、それだけでは他者への差別につながらない。人々は「自分は安全」となってから、その時点で自分より弱者となった感染症患者を差別するようになる。すなわち、感染症患者に対する差別は、他の社会現象の弱者差別という人権問題である。

一類感染症のように、真に患者の隔離が必要な疾患の場合は、適切な封じ込め対策の一環で個人の自由を制限することも求められる。その場合も可能な限り個人の尊厳を損なわない対応をとることがシラクサ原則という国際的な取り決めになっている。

【結論】感染症患者に対する差別や烙印は、人々の無理解と弱者に対する人権侵害が背景にある。すなわち、感染症患者差別は他の社会的な弱者差別と同根といえる。感染症に対する理解を深めるとともに、世代間に引き継がれる差別意識を乗り越えることまで見据えた人々に対する人権教育が求められる。

シンポジウム4 現在の公衆衛生の課題

～エビデンスに基づく公衆衛生とそれを担う自治体の役割～

座長 柳 尚夫（兵庫県洲本保健所長）

シンポジストと演題

1. 市町村の抱える課題 「基礎自治体は何ができるのか」

福永 富美子（摂津市保健福祉部長 保健師）

2. 都道府県と保健師の抱える課題 「行政保健師は公衆衛生活動を守れるか」

森岡 幸子（大阪府国民健康保険団体連合会 保健事業専門員 保健師）

3. 府県と市町村の連携と保健所医師の課題 「地域保健指針の見直しを受けて」

高野 正子（高槻市保健所長 医師）

4. 社会問題を自治体の政策へ反映させるには

田淵 貴大（大阪府立成人病センターがん予防情報センター 医師）

企画趣旨

21 世になり、「超高齢社会の到来」「健康格差の拡大」「社会保障制度の崩壊」「医療崩壊」と公衆衛生上の非常に重要な課題が多く提示されている。これらへの早急な対応の必要性が認識されながら、抜本的改革は常に先送りにされ、政権が交代しても国からの明確な長期的ビジョンは何も出されていない。

しかし、一方、「地方分権」と「行財政改革」を進める大きな流れはとどまることなく、結果として、多くの業務とそれに伴う「計画づくり」が、国から県へ、そして基礎自治体である市町村に、十分な財政的裏付けもなく、中途半端な権限の移譲によって、押しつけられる事となっている。

本来の「公衆衛生」活動では、地域の実情に併せて保健・医療・福祉のニーズに対応した実践を行う事が理想であるが、ニーズは目の前にあるのに、それとはかけ離れた事業を

国の根拠が不明確な場当たりの方針や計画に併せて、こなさざるを得ないのが、自治体で働く公衆衛生従事者の現状である。

昨年に関った東日本大震災では、これらの課題が顕在化し、市町村保健師の活動のあり方が見直され、保健所が市町村を支援する機能の必要性も再認識されてきている。

一方、国においても、「地域保健指針の見直し」が行われたことは評価できるが、新たな指針に従えば、地方主権と言うような形で地方自治体が、独自に地域ニーズを把握し、それらを分析し、その結果得られたエビデンスに基づいて計画をつくるというような地方自治体独自の公衆衛生施策が展開できるかは、大いに疑問である。

今回のシンポジウムでは、これらの課題を再認識するとともに、この現状を打破するためには、現場にとって、今何が必要なのかをフロアーの参加者とともに、議論を交わしたい。

シンポジウム4 現在の公衆衛生の課題

エビデンスに基づく公衆衛生とそれを担う自治体の役割
市町村の抱える課題「基礎自治体は何ができるのか」

○福永 富美子（摂津市保健福祉部長 保健師）

【発表趣旨】

平成6年に地域保健法が制定されすでに18年が過ぎようとしている。当時「公衆衛生」という言葉が「地域保健」に変わることについて議論がされていたが、近年入庁した保健師は学生時代に一度も「公衆衛生」という言葉を聞いたことがないと言う。平成12年の介護保険法施行や平成14年の健康増進法の施行、平成17年の食育基本法、18年のがん対策基本法、高齢者医療確保法など新たな法律の制定が相次ぎ、これらの法律に基づき、また地方分権の名のもとに市町村にはさまざまな事業がどしゃ降りのごとく降りてきている。

加えて、社会環境の現状は超高齢社会に突入し人口減少という新たな局面を迎え、単身世帯や高齢者のみ世帯の増加など、家族の機能の低下とともに地域社会からの孤立化を招き、経済危機や規制緩和の進展の影響などによる貧困・格差問題は市民の生活に深く暗い影を落としている。

さらに平成21年に発生した新型インフルエンザや平成23年3月の東日本大震災など、日常からの健康危機管理対策の準備や広域的な連携体制の構築が必要な事案が増え、それぞれの分野においての対応が必然である。このたびの大震災では日常の保健

師活動のあり方の重要性が浮き彫りになったところであるが、基礎自治体としての公衆衛生活動の展開課題を検証したい。

【市の概況】

摂津市は大阪府北部を流れる淀川右岸、三島平野の西南部に位置し、面積は14.88k㎡、人口83,295人の、流通機能を持つ北大阪の中核都市である。

介護保険が始まった平成12年の市の概況は、人口85,011人65歳以上の高齢者人口9,838人、高齢化率11.6%、要介護認定者数1,030人、生活保護受給世帯406世帯であったものが、平成24年4月末現在、人口83,295人、65歳以上の高齢者人口17,364人、高齢化率20.8%、要介護認定者数2,782人、生活保護受給世帯1,018世帯となっている。人口は減少しているにもかかわらず、高齢者数は1.8倍、要介護認定者数は、要支援認定者も含めて2.7倍、生活保護受給世帯も2.5倍になっている。

当然のことながら、これらの支援を要する市民への扶助費などの社会保障関連予算は、年をおって増加の一途をたどり、歳出総額に占める割合は大きく膨らみ、平成12年度決算では27%であったものが22年度

決算では37%を占めている状況である。

今また、平成23年に示された「地域の自主性及び自立性を高めるための改革の推進を図るための関係法律の整備に関する法律」（第1次・第2次一括法）により、市町村の責務となる事業は大幅に増加し歳出増に拍車をかけているが、職員体制は、行財政改革により常勤職員が平成12年度の841人から192人減少し現在は649人体制で、業務量のみが増加している現状である。

【保健活動の現状】

全体の常勤職員数が減少している中において、常勤保健師数は平成12年に介護保険課1人、健康推進課7人から、現在は介護保険課2人、保健福祉課9人となり、一見

増加してはいるが、全国の例に漏れず課題も多く抱えている。

介護保険の導入により、好むと好まざるとにかかわらず業務分担の仕組みが導入され、摂津市においても高齢担当と成人・母子担当に二分された保健師活動の色合いが濃くなっている。介護保険分野以外は地域担当制をとっているが、成人保健分野に比べ児童虐待への対応なども含めて母子保健分野の比重が重くなっている。地区診断や公衆衛生指標や医療費の分析などにかかる時間が取れないことや、地域づくりが大切とわかっていながら実際の活動が伴いにくいことなど、課題は山積している状況にある。

シンポジウム4 現在の公衆衛生の課題

都道府県と保健師の抱える課題
「行政保健師は公衆衛生活動を守るか」

森岡 幸子（大阪府国保連合会）

【発言趣旨】

時代の変遷とともに新たな健康課題が積み重なって政策・施策の推進が多様化、高度化して求められており、とりわけ災害対策・健康危機管理、児童虐待・高齢者虐待問題、生活習慣病予防、介護予防、うつ病・自殺対策など最重要課題となっている。

一方自治体を取り巻く環境は大きく変化し、地方分権の推進、基礎自治体の役割拡大に伴い市町村保健福祉事業は増大し、一方で都道府県広域行政における直接事業が減少するなど、さらに行財政改革に伴うマンパワーや財源確保の問題等地域保健法施行以降の変化が著しい。

また少子・高齢化による社会構造の変化は、住民の組織活動や地域に根付いた生活文化が弱体化しており、コミュニティを拠り所として住民との協働を基盤に、人々の健康問題に関わって実践してきた保健師活動に与える影響も大きい。

【行政保健師を取り巻く状況と問題傾向】

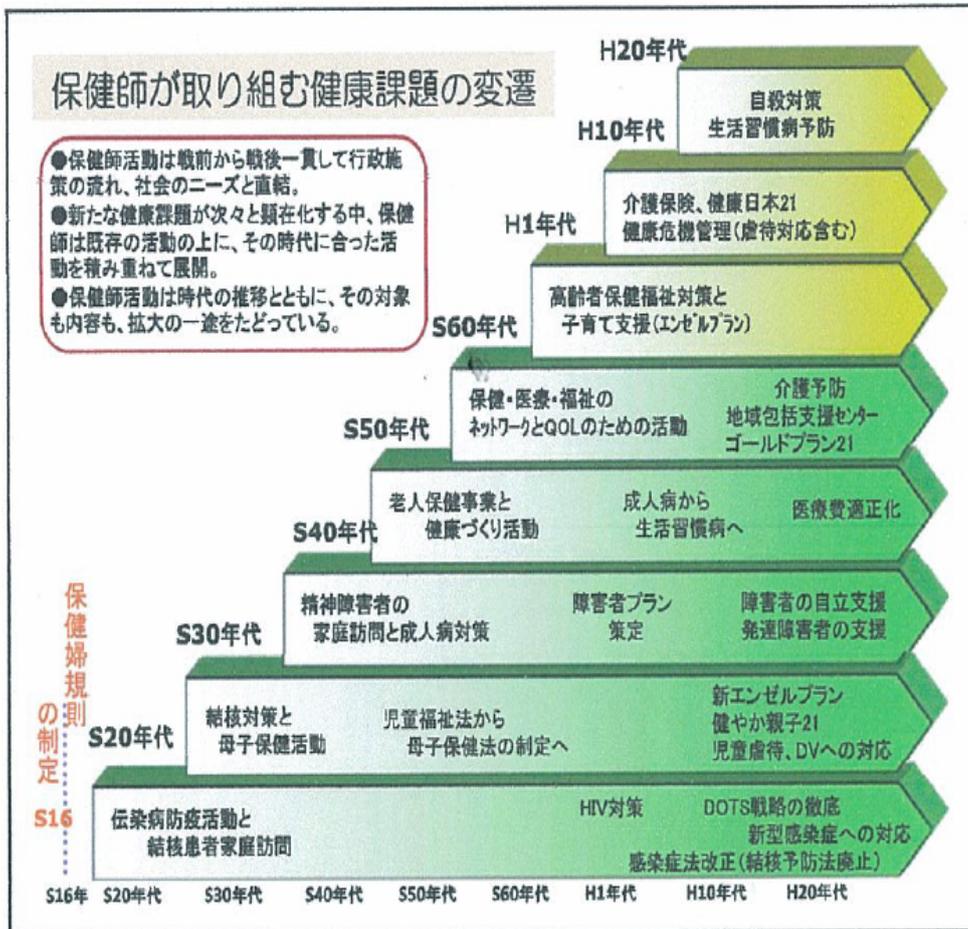
①基礎自治体の保健医療福祉施策が増加の一途にあり、保健師に関連する事業だけでも100を超えている。（日本看護協会調査）これら既成化された施策は行政の縦割りで地域の実態に関わりなく進められる傾向にあり、結果として保健師の分散配置が進み、住民の側からみると地域の様々な健康問題を統合して捉えることにはなりにくい。

②こうした多くの事業の優先性や実効性を組織的・計画的に誰がどのように判断するのか、そのプロセスは明らかではない。公衆衛生診断や政策・施策の効果評価など高度な問題だけに曖昧に置かれてきていると言えないか。近年、都道府県保健所の広域化が進み格差が著しい。公衆衛生医師不足も無縁とは言えないのではないか。

③自治体の保健師数は23900人（政令市・特別区6081人、それ以外17819人：厚労省調査 H22年10月現在）で、市町村では年々増加している。一方で保健事業のアウトソーシングが進んでおり、地域全体の健康ニーズを把握する手段として歴史的にこだわってきた乳幼児健診や両親教室等も委託する自治体が出てきている。人々の健康問題に関わる責任制とアウトソーシングの条件等の検討もないままに進んでいることを危惧する。

④専門職保健師の基礎教育・現任教育の課題は法改正はなされたが、実態として統合カリキュラムの問題は解消されていない。地域を基盤に人々の健康問題に関わる保健師の養成は、公衆衛生活動の公的責任を明確にして取り組んでいく必要がある。

地域保健対策の基本指針が見直されつつある中で、地域住民との協働を基盤とする保健師の活動を弱体化させないために行政保健師の公衆衛生活動について討論したい。



図● 保健師が取り組む健康課題の変遷

図引用：

平成 23 年度厚生労働省先駆的保健活動交流推進業「市町村保健活動のあり方に関する検討報告書」公益社団法人日本看護協会

シンポジウム4 現在の公衆衛生の課題

府県と市町村の連携と保健所医師の課題

高野 正子(高槻市保健所)

【はじめに】

昭和 12 年に制定された(旧)保健所法は、昭和 22 年に全面改正された。以来、保健所は公衆衛生の第一線機関として活動を展開してきた。しかし疾病構造の変化や新たに地域での保健福祉サービスの提供が必要となってきたため、平成 6 年に保健所法は抜本的に改正され、地域保健法が制定された。この事により住民に身近で頻度の高い対人保健サービスは市町村へ保健所は広域的・専門的・技術拠点としての機能を持ち、市町村に対しては専門的・技術的援助を行うとされている。

【保健所・市町村保健センターの数の推移】

平成 4 年に 852 カ所あった保健所は、平成 23 年 4 月 1 日現在では 495 カ所となった。一方、市町村保健センター数は平成 4 年に 1,152 カ所であったが、平成 22 年 10 月現在 2,680 カ所である。

【保健所医師数】

保健所の医師は平成 11 年 1,070 人であったのが、平成 21 年度末で 803 人となっており、年々減少傾向にある。また、保健所長兼務は 42 名である。(平成 22 年)

【保健所管内の市町村数】

都道府県型 1 保健所当たりの市町村数は 4.6 である。

【保健所機能、役割】

平成 21 年度地域保健総合推進事業「保健所の有する機能、健康課題に対する役割に関する研究」のアンケート結果では、「職員の減少や集中配置により業務に支障が出ている」保健所は 52.3%で最も多く、次に「保健所の管轄範囲が広域になりすぎ、地域の顔が見えない」との回答は 24.4%であった。これは保健所の型別で見ても同様の傾向である。その他、市町村保健活動支援に関して報告されているが、決して良好な連携が図られているとは言えない。

また、保健所の役割として期待するものは「情報提供」(89.5%)、関係団体や他市町村との調整」(88.7%)、「専門的な立場からの活動への支援・助言」(86.0%)の順に多い。ちなみに「健康危機管理」は 79.6%、「人材育成・研修」は 77.7%であった。

【地域保健対策検討会報告書】

本年 3 月、地域保健対策の推進にかかわる基本的な指針改正に向けた「地域保健対策検討会報告書」がまとまり、提言として以下の 5 点が示された。

1. 住民主体の健康な街づくりに向けた地域保健体制の構築
2. 医療や介護福祉等の関連施策連携を推進するための体制の強化
3. 健康危機管理体制の強化
4. 地域保健対策における PDCA サイクルの確立
5. これからの地域保健基盤のあり方

とある。

このような現状の中で保健所(所長・医師)は本当に何が出来るのか、何をしなければならないのか。また、市町村は何を保健所(所長・医師)に望んでいるのかを討議し、保健所の役割を再考する機会としたい。

シンポジウム4 現在の公衆衛生の課題

社会問題を自治体の政策へ反映させるには

田淵貴大（大阪府立成人病センター）

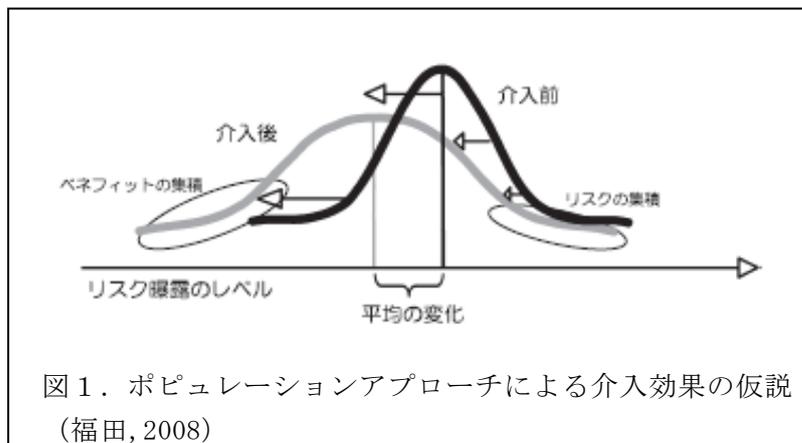
発言趣旨

疫学および疫学研究における主要な目的の一つは、健康に関する社会問題を記述し、対策につなげていくことである。例えば、大阪市あいりん地区における結核の問題は記述疫学の分析によると、この地区が世界の結核高蔓延地域に匹敵する高い結核罹患率を有しており、大阪全体へと拡散していることが分かる。この疫学データに基づいて大阪における結核対策の推進が図られている。

疫学は「健康問題の制御に応用する学問」であり、「医学全般の疫学研究成果を国・自治体の政策立案・運用に反映させていく」ことが従来から求められてきた。しかし、疫学研究成果を政策に反映させるのは容易ではなく、さまざまなプロセスを経て実現される。政策の優先順位を決定するプロセスにおいては正確な疫学データが重要である。例えば、日本における死亡の予防可能な危険因子を評価した疫学研究では、喫煙および高血圧が最大のリスクであることが示された。日本人の死亡を減らすための対策を考える場合、データに基づいて喫煙対策・高血圧対策が優先課題であると決定されるのが本来である。しかしながら、優先順位決定のプロセスにはエビデンスだけでなく、業界団体や政治的意向など多くのステークホルダーが関与するため、政策立案者がリーダーシップを発揮して調整していくことが求められる。

社会問題を政策につなげるための一つのプロセスとしての「政策の目標設定」においても課題は多い。Frohlichらによる研

究では、ポピュレーションアプローチ戦略の結果として健康指標の全体平均を向上させる一方で、格差を拡大する可能性が指摘された（図1：介入の効果は一様ではなく、恩恵を受けやすい集団とリスクが集積しやすい集団が存在する）。現在策定されつつある次期国民健康づくり計画では「格差の是正」が課題になっている。恵まれた状況にある者しか対応できないような政策では格差はむしろ拡大していくのであり、恵まれない状況にあるハイリスク（またはvulnerable）ポピュレーションの健康を改善するためには、その人々に重点的な対策を要する。政策の目標設定では健康の



全体平均を向上させることだけでなく、格差を是正する視点が欠かせないのである。

疫学研究成果を円滑に政策へつなげるためには、疫学研究に政策立案を考慮した方法論の導入が必要であろう。例えば、政策立案との距離の近い変数を疫学研究で使用することは、政策立案にダイレクトに結び付けることができ有効であると考えられる。

こういった視点でがん検診受診に関す

る状況についてみてみたい。疫学研究成果が適切に政策に反映されているだろうか？

日本におけるがん検診受診率の代表的データとして、国民生活基礎調査がある。この調査個票を用いた先行研究では社会的要因として主に所得や職業関連変数が注目されてきた。日本のがん検診受診率は欧米に比べてかなり低いことに加えて、所得が低いほどがん検診受診率が低く、就労者では勤務先の企業規模が大きいほどがん検診受診率が大きいという受診率格差があることが示されている。一方、2007年、国のがん対策推進基本計画ではがん検診受診率を50%まで高めることが目標として掲げられ、目標を実現するために厚生労働省では「がん検診無料クーポン」・「がん検診企業アクション」などのプロジェクトが実施された。無料クーポンは子宮・乳がん検診を無料で提供するものであり低所得層への効果が期待された。企業アクションでは主に大企業による職域がん検診を推進しており、がん検診受診率の全体平均は向上するが、企業規模によるがん検診受診率格差は逆に拡大するかもしれない。

大阪府では組織型検診（対象者名簿を用いて受診行動を把握し、必要に応じて受診勧奨やフォローアップを実施する方法）を推進するため、国保加入者に対する個別の受診勧奨を府内の市町村に促している。しかし、2011年の大阪府内43

市町村を対象とした調査で、「国保加入者に対する個別の受診勧奨が困難である」と答えた17市町村のうち15が「国保加入者に重点的アプローチを行うことは公平ではない」と回答した。そこで国民生活基礎調査個票を用いて医療保険別のがん検診受診率を計算した（図2）。組織型検診を自治体に導入する場合の対象者としてまず市町村国保の人々を選択することが妥当であるかを検証するためである。この医療保険別の疫学研究結果によれば、被用者保険にたいして国保加入者が相対的にがん検診を受けておらず国保加入者がハイリスクポピュレーションであることは明らかであり、今後研究成果を政策へと繋げる努力が求められている。

「無料クーポン」が実際に導入された経緯をみると疫学的根拠によるところよりも政治的決断によるところが大きかった。事実、これまでの先行研究でも子宮頸がん検診において受診者のコストを削減する介入が有効であるというエビデンスは得られていない。やはり、疫学データというエビデンスに基づいて政策方針が決定されるべきであり、その実現のために疫学研究者は政策決定に役立つように疫学研究のデザインを工夫するなど努力する必要があるだろう。さらには実施された政策の効果を評価することも疫学研究に課されたテーマである。

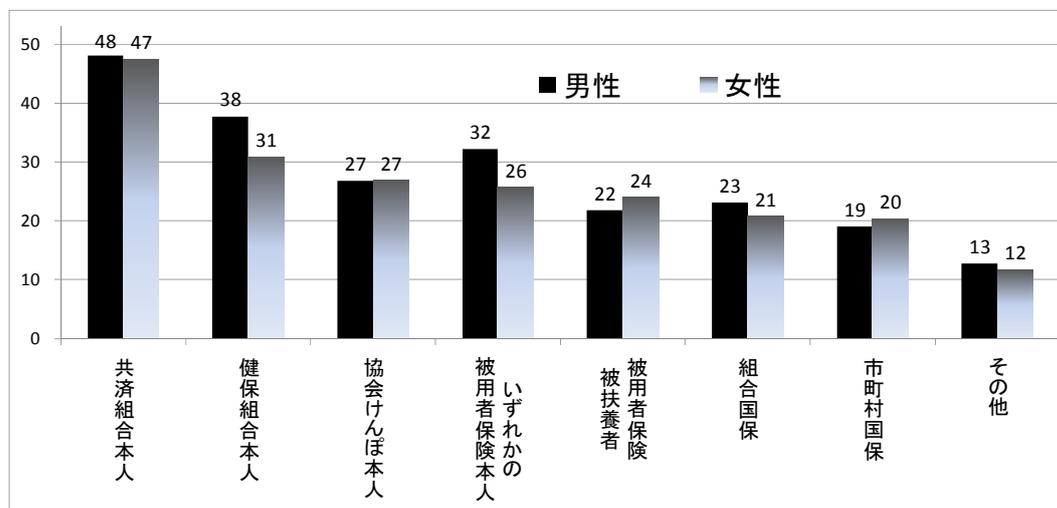


図2：医療保険別の年齢調整した大腸がん検診受診率，40-69歳，2010年国民生活基礎調査

抄 録

- 特別企画シンポジウム
- ミニシンポジウム

特別企画シンポジウム 「原子力災害と公衆衛生」

座長：高鳥毛 敏雄（関西大学社会安全学部）

シンポジストと演題

1. 原子力災害と保健所の役割

茨城県ひたちなか保健所長 荒木 均

2. 原子力災害避難区域へのボランティア保健師派遣の現状と課題

ジャーナリスト 荘田 智彦

3. 緊急時避難準備区域における保健師派遣に応じて ―その活動と課題―

高知県四万十町保健師・係長 小野川 恵利

【企画趣旨】

わが国は原子力発電所事故は起こらないとされていましたが、現実には起こってしまいました。

世界的に原子力発電所の事故は、1979年3月28日に米国のペンシルベニア州のスリーマイル島原子力発電所、1986年4月26日にソ連（現：ウクライナ）のチェルノブイリ原子力発電所4号炉で発生しました。

わが国では、原子力災害はすでに1999年9月30日に発生していた。茨城県東海村で核燃料加工施設（株）JCOで発生した臨界事故である。死亡者も出ました。起こらないとしていた原子力災害が実際に起こりました。その後、原子力災害に備えて、原子力災害特別措置法が作られ、原子力災害が発生したおりに迅速に対応するために原子力施設の近くにオフサイトセンター

が設置されました。

つまり、原子力災害は起こりうるとして、一応、制度や体制が整えられていた。

そんな中で、2011年（平成23年）3月11日（金）に発生した東北地方太平洋沖地震とそれに伴って発生した津波により、福島第1原子力発電所の非常用の電源が喪失し、原子炉、燃料棒の冷却が十分にできなくなり、炉心溶融、燃料棒のメルトダウンが起こり、水素爆発も発生し、レベル7の世界を震撼させる原子力発電所の大事故が発生した。

今日も、まだ多くの問題が解決されていません。事故を起こした原子力発電所そのものの安全性の確保と今後の解体作業、放射能汚染された地域の除洗作業、それまで

の間の住民の生活の場の確保や支援などなど、問題の解決の目処も立っていないことも多く残されています。特に、地震、津波だけの被災した地域と比べて、原子力発電所の災害地域においては、人々の生活再建や生活復興の見通しが今日も立っているとは言えない状況にあります。

わが国は、公害、薬害など様々な災害に見舞われてきましたが、原子力災害は従来の公害等の問題とも、自然災害とも、次元の異なる極めて深刻で複雑な社会影響を及ぼしています。原子力災害は一度起こってしまうと、パンドラの箱を開けてしまったように取り消しの出来ない事態となることが明らかとなりました。

【シンポジウムのねらい】

ところで、原子力災害は、公衆衛生の関係者にとっては直接に係わることのあまりない問題でありました。そのために、原子力災害が発生した折に、公衆衛生に関係する者は、どのようなことを行う必要があるのか、行うことが求められているのかなど、原子力災害と公衆衛生の関係について考えてみる必要があります。

原子力災害は、社会医学会の会員にとっても、考えてみる必要がある重要な課題であります。原子力政策について、発言しづらい状況もありますが、本学会総会の中で企画を入れたと考えて、準備させていただきました。

【シンポジウムの報告概要】

本シンポジウムにおいては、まずわが国ではじめて原子力災害によるわが国ではじめて原子力災害により死者を発生させたJCO 臨界事故を経験した保健所の立場から、「原子力災害と保健所」について荒木均先生にお話しいただきます。

次に、ジャーナリストとしてJCO 臨界事故、柏崎刈羽原発事故についても聞き取り調査をされ、今回の福島第1原子力事故の折に緊急時避難準備区域の南相馬市で孤立している保健師を応援しようと、全国に保健師の応援・派遣を働きかけられた庄田智彦氏にお話しいただきます。

そして、その南相馬市への保健師の派遣依頼に応じて現地に入り保健師活動支援を行った小野川恵利さんに保健師の立場からお話しをしていただきます。

わが国の保健所など公衆衛生体制は、地域保健法施行後、保健所数が減少し、公衆衛生医師も減少傾向にあり、原子力災害に対応できる、組織や人材をどうするのか、など多くの課題が存在しています。

公衆衛生、保健所、人々の健康の保護、健康支援の観点から、議論を進めていきたいと思っています。

特別企画シンポジウム「原子力災害と公衆衛生」

原子力災害と保健所の役割

荒木 均（茨城県ひたちなか保健所）

【地域の概況】

茨城県ひたちなか保健所は、東海村、ひたちなか市を管轄し、管轄面積 136.52 k m² 人口約 19 万人である。東海村は、1957 年日本原子力研究所東海研究所が設置され、日本初の原子炉 JRR-1 が臨界に達して以来、原子力関連機関が集まって居住地域と一体となった街となっている。北部は日立市、南部はひたちなか市に隣接し日立製作所関連の企業が多い。西部の那珂市には、那珂核融合研究所があり世界の研究者が行き来している。また、保健所管内は子どもの出生率が県内でも高く、人口も増加している。このような事情から、ひたちなか保健所管内及び周辺地域は、原子力災害関連研修等の機会も他の地域に比べて多く提供されていた。

【JCO 事故とその影響】

平成 11 年 9 月 30 日午前 10 時 35 分頃、東海村にある JCO 東海事業所ウラン加工工場の転換試験棟の沈殿槽内で、混合中の硝酸ウラニル溶液が臨界に達し、臨界停止までの約 20 時間にわたって核分裂状態が継続した。臨界により生成された短半減期のヨウ素等を含むガス状物質が放出され、周辺からガンマ線として検出された。また、臨界持続中は中性子線が放出され、施設外でも検出された。この事故では作業員 3 名が高レベルの被ばくを受け、うち 2 名が死亡したほか、JCO の作業員、防災業務担当

者、周辺住民などが、1～120nSv までの低レベルの被ばくを受けた。

事故後に 80,742 名の住民が救護所や近隣の医療機関を訪れて汚染検査と問診を受けたが、放射能汚染や放射線による身体影響は認めなかった。また、県と市町村が実施した健康影響調査には延べ 7,456 名が受診したが、受診した周辺住民には、放射線障害によると考えられる臨床症状と異常値を示したものはなかった。

しかし、多くの人は国内で初めての臨界事故で 2 名が死亡したことにより放射線への不安を強く感じた。また、住民の中には推定被ばく線量の数値や健康障害は起こらないという国、県の公式の発表を疑う人たちが少なからずおり、事故のことを忘れても、体調が悪くなると放射線の影響かと考えて不安になる人がいた。

【JCO 事故後の保健所の役割】

ひたちなか保健所は周辺市町村と協力して、事故当初は住民への健康相談、健康診断、汚染検査と問診を行い、その後、専門家との家庭訪問を加えながら、継続的な相談支援体制を構築した。平成 12 年 8 月に茨城県は「茨城県緊急被ばく医療活動・健康影響調査マニュアル」策定し、JCO 事故による住民の不安を軽減する目的で、茨城県が地元市村と協力して年 1 回の健康診断を実施するとともに、汚染検査と問診、行動調査、除染などを実施する緊急被ばく医療

の大規模訓練、及びそこで使う資機材の使用訓練を定期的実施している。その結果、ほとんどの技術系職員は何らかの基礎研修や訓練への参加が実現されている。

【保健所長会の動き】

平成20年度から、健康危機管理北川班に放射線部会（竹之内班長）が加わり、原子力災害・医療機関放射線事故・身元不明放射性物質などの健康危機に対して、保健所が適切に対応できるよう、保健所の放射線関連事故に対応する健康危機管理体制や資材配備の状況の調査を行うとともに、「放射線関連事故への保健所の対応の手引き」を作成した。全国調査の結果は、回答率30%弱と、当研究班のほかの分野の回答率70～80%と比較し極めて低く、保健所長へのこの問題に対する意識啓発の必要性を痛感した。

【福島第一原子力発電所事故後の福島県からの避難者への対応】

平成23年3月11日の東日本大震災に引き続き、14日には福島第一原子力発電所の事故が起こり、翌日から福島県の避難者が隣接県である茨城県に移動してきた。日立、水戸の両保健所と避難者が多かったつくば保健所も避難所で汚染検査、健康相談を実施し、JCO事故の経験がここで生かされた。一方、大規模な原子力災害では、広域化とともに土地や水、農水産物の汚染など多く被害が発生し、自治体が協力して同一の災害対応を行うことの必要性を感じた。

【事故後の保健所調査】

保健所長会の前述の研究班では、事故後の平成23年7月に、保健所の活動や県外か

ら福島県へのスクリーニングの支援活動についてのアンケート調査を実施した。結果として、回答率は64.8%（321保健所）と前回の倍となり、全国保健所の関心の高さが示された。また、正確な情報を迅速に提供できる初期体制の確立、緊急被ばく医療への対応、保健所における相談に対する専門家のバックアップ、県内の専門家の養成と派遣、スクリーニング測定・除染・健康相談窓口等に対応する職員の訓練・研修、除染の施設整備、機材の配備、ヨウ素剤の備蓄等が今後の検討課題としてあげられた。

【参考文献】

- 1) 佐藤正:「住民の不安に対応するために」保健師ジャーナル 第60巻第4号 平成16年 P324-327
- 2) 「核燃料加工施設臨界事故の記録」茨城県 平成12年9月
- 2) 「茨城県緊急被ばく医療活動・健康影響調査マニュアル」茨城県 平成15年3月
- 3) 「健康危機管理体制の評価指標、効果の評価に関する研究」報告書 平成21年3月 P323-345
- 4) 「健康危機発生時における行政機関相互の適切な連携体制及び活動内容に関する研究」報告書 平成22年3月 P497-517
- 5) 「地域健康安全・危機管理システムの機能評価及び質の改善に関する研究」報告書 平成24年3月 P67-72、P213-307

特別企画シンポジウム「原子力災害と公衆衛生」

原発事故・災害緊急時避難準備区域へ保健師派遣

荘田智彦（ジャーナリスト）

【はじめに】

社会医学会がどんな学会なのかこれまで参加したことはないので、まず、私の立ち位置を明らかにすることからはじめ、原子力災害時の公衆衛生、保健師について、これまでの関わりの中で行ってきたこと、考え続けていることについて、報告させていただくことにしたい。

【私の立ち位置】

市民ジャーナリストとして40年間、戦後の社会史を彩る、ヒロシマ（原爆）、ミナマタ（公害）などさまざまな問題取材してきた。振り返ればこれまで取材してきた内容はどれも「公衆衛生（憲法25条）」と深い関わりがあることであるとある時に気づいた。私のジャーナリスト魂を常に後押ししてきたのは、深い絶望の後によみがえる「ノーモア」の思想、文化（「安らかにお眠り下さい 過ちは繰り返しませんから」）であった。「ノーモア・フクシマ」を3度目にまた叫ばねばならなくなった事態は、日本文化の消すことのできない痛恨の事態である。同時代を生きている我々みんなが犯した「過ち」として、歴史に記憶されるべきことである。こんどこそは忘れてはならない。

「公衆衛生」（憲法25条）の理念や領域に深く関心を持つようになったのは1999、2001年に相次いで2冊の『保健婦』の本を上梓してからである。その後、保健師の研修会に招かれた時に、全国の保健師たちに「住民と共にある公衆衛生（看護）」を目指すように求めている。そうした私の思いとは逆に、地域保健法が制定されてから、

わが国の政策は、「公衆衛生」に背を向けて動き出している。東日本大震災はわが国の「公衆衛生（行政機構）」が如何に脆弱化してしまっていたのか、現実を白日の下にさらし出した。「公衆衛生」は、社会の成員、すなわち市民（住民）の理解、協力がなければ成立しないものであると主張してきた。雑誌『公衆衛生』（医学書院）2007年2、3月号に市民の立場から『日本版パブリックヘルスを求めて』（“世間一般”の側から「公衆衛生」を考える）（上、下）を寄稿した。この寄稿文に私の立ち位置を示したが、残念ながら公衆衛生医師や専門分野の方々からの反応が伝わってこない。

【保健師（婦）か、危険師（婦）か】

保健師はかねてより行政と住民の架け橋であると言われている。保健師たちに「あらゆる住民の生命と健康問題は除外しない」ことを求めてきた。身近に起こっている公害や原発、薬害エイズ、自殺、孤独死、虐待などから目をそらすことは許されないとやってきた。しかし、行政に籍を置く（公務員）保健師は、『行政の縛り』があり、とりわけ「国策」に関係することについては発言や行動が抑制されていた。かつての「水俣病」「新潟水俣病」に対する地元保健婦たちの対応は際立っていた。住民の架け橋であることと相反するものであった。公害裁判の中であくまで住民（被害者）の側に立って証言台に立つことを選んだ新潟保健師たちには、役所内からは「保健婦ではなく危険婦だ」と批判された。住民の立場に立つことは「PHN=危険師（婦）」が1つのキーワードになっている。

【原子力災害と保健師】

1886年4月26日、旧ソ連邦ウクライナでチェルノブイリ原発事故が起きた。それ以降、私の関心の中心が建設されていく原子力発電所と地区住民の健康問題に移っていく契機となった。私のジャーナリスト活動の大きな転換点となった。保健師たちには研修会で、必ず日本にも原発事故は起こると警告してきた。その時に真っ先に召集がかかるのは「自衛隊」と「保健師」であるとまで口を極めてきた。

【JCO 東海作業所の臨界事故を契機に】

1999年9月30日、午前10時35分、茨城県東海村JCO東海作業所で国内初の臨界事故が発生した。3名の従業員が重篤な被曝を受け、そのうち2人が死亡した。また、被曝従業員を搬送した消防隊員、社員および事業所周辺の住民らが被曝した。事故直後から、住民対応に県内保健所、自治体から保健婦128人が身体表面汚染検査、健康調査や健康相談事業のために投入された。この事故後の保健師たちは、翌年の平成12年度日本看護協会「先駆的保健活動交流推進事業」として『ひたちなか保健所、保健所保健活動モデル事業“地域における危機管理システム構築について”』としてまとめている。そのメンバー（スーパーバイザー）の一人として私も加わった。

民間人としてこの研究プロジェクトに加わるようになったのは『事故後の対応のまとめ』というの、事前のことも含め、私たちにとってはつらい、十分でなかったという反省から始まらざるを得ない。その報告は誰のためにするかと言えば、県や、国の上部へというよりも、同じ立場にある全国の保健婦や住民のために、その反省が生かされなければならないと思う。そこで、全国の保健婦のこと、住民の側での取材をしてこられた方にぜひ加わって欲しいので

す』との要請があった。私が担当したのは、全国の原子力関連施設、原子力発電所の管轄保健所および、管内自治体の全保健師830人を対象とした、『ひたちなか保健所』が事故対策、安全対策についてのアンケート調査（返信用封筒月）であった。回答者512人（回答率62%）と、さすがに事故直後であったことから保健師の関心は高かった。しかし、県、自治体ともにこの問題に対して自由な発言は封じられている状況が顕著であった。このことを契機となり原発地区保健師たちとの交流が始まった。全国のPHN保健師たちとの日頃からの問題意識の共有は（メールマガジン『風』＜市民と共に創る公衆衛生＞）を通してであった。今日まで10年継続している。福島第1原子力発電所事故の緊急時準備避難区域へ「ボランティア保健師チーム」を結成し、派遣することができたのも、このような活動を過去10年続けてきたから可能となった。

【おわりに】

報告したいと考えていることは、一般社会の人間として、①なぜ、私たちが原発地区へ出向くことになったのか、②「公的派遣保健師」とボランティア保健師について、③そこで被災地、被災者の何を見たのか、④公衆衛生医師（PHD）のチーム参加がどんな意味を持ったのか、⑤現地の公衆衛生の実態はどうであったのか、⑥公衆衛生の専門家たちは、なぜ原発問題を避けようとするのか、である。

福島第1原発事故の緊急時準備区域へボランティア保健師派遣を行ったことから、期せずして、「保健師（PHN）＋市民（ジャーナリスト）＋公衆衛生医師（PHD）」のコラボができあがった。このことが、新しい日本の「公衆衛生（パブリックヘルス）」の原型となって欲しいと思っている。

特別企画シンポジウム「原子力災害と公衆衛生」

緊急時避難準備区域における保健師派遣に応じて
—その活動と課題—

○小野川 恵利（高知県四万十町 健康福祉課）

【経過】

ジャーナリスト荘田氏からの情報により緊急時非難準備区域には災害支援のための保健師派遣がされていない現実があることを知った。南相馬市や相双保健所の職員が「擦り切れそう」な状況であるにもかかわらず公的派遣はされておらず、荘田氏の呼びかけにより、短期支援であるがボランティアチームとして南相馬市へ支援に参加する事となった。

【派遣準備】

4月、公的派遣状況を調べたが、福島県への支援は少なく、原発立地地区の双葉地区が避難している会津若松や郡山などには公的派遣がされても、20~30km圏内を含む南相馬市には応援がなかった。

他の被災地派遣の為に職員減の状況で南相馬市への支援参加は困難な上に、納得がいかない状況がいくつかあった。なぜ、被災地なのに、南相馬には保健師の派遣支援がないのか。派遣要請がされていないのか。被災者や住民の支援はどうしているのか。緊急避難準備区域だから？民間やボランティアが対応する場所では無いはず。公が対応しなくて誰が対応するのか？支援申し入れ側としての疑問もあった。個人ボランティアの集まりであり、短期間の単発支援のため自己満足で被災地に迷惑をかけるものではないのか、ボランティアは

公務の代替えが出来るのか。

県からの依頼文書が送られ、全国からの保健師ボランティアチームが下記の日程で支援に参加した。所属する自治体の判断で、公務、ボランティア休暇、ボランティア参加など様々な扱いだった。

放射線量測定への対応・必要物品や宿泊場所、移動手段と参加者の日程調整などを、荘田氏と摂津市の保健師等が行い実現した。

【活動】

5月の第1次の派遣では、南相馬市からの支援希望内容に従い、主な活動は被災当時から手つかずだった精神障害者の現状把握をメインにした。「PHN.vol.team」という腕章をつけて、表の日程での活動をした。メンバーは、ジャーナリスト2名、公衆衛生医、保健師5名、福島県庁OBで、全日程参加~3日間参加まで参加条件も様々だった。

南相馬の保健師らからは、震災後情報も無い中、ガソリンが無くなるので動けなかった事、保健師の応援の申し入れが届かなかった事、他の地域には保健師の応援が入っている事も知らず自分達だけでなんとかしないといけないと思っていた事を聞いた。単発支援ではあるが、初めて保健師が入った事で、保健師の支援の必要性を感じたとの事だった。

双葉地方8ヶ町村の震災後初めての保健師の連絡会に参加した。震災直後の非難時は、数千人の村に1万を超す避難者がおしかけ災害協定を結んでいても村に入れずにバラバラの避難になったり、2次避難先での検査で初めて放射能を浴びている可能性を知った事などが話された。ヨウ素剤の使用についての指示もうやむやであり、かつ、住民への放射線やヨウ素などへの教育をしてこなかった事への後悔などが語られた。

不信などストレスの増大によるうつ、自殺、依存症などの増加

- ④放射性物質による身体的健康被害：予防対策の普及・早期発見・早期治療
- ⑤東海、南海地震と原発問題：発電稼働していなくても燃料棒や放射性廃棄物は存在しているため同じ被害を避ける対策必要
- ⑥ライフスタイルの見直しの必要性など、課題は多くあると思う。

【課題】

- ①派遣について：原発事故という特殊な状況下での適切な派遣への検証。
- ②超高齢化：要医療、要介護者の増加と介護力の低下
- ③精神的負担の影響：罹災、家族分断、保障・訴訟への不安や精神負担、被災条件等による不公平感や人間不信、情報への

福島を示す課題は、今後我々が、「人を大事にする社会」をつくっていけるかどうかにかかっていると思う。

表 全国からの保健師ボランティアチームの日程

月日	日 中 活 動	夜
5月16日	東京発 相双保健所福祉事務所（オリエンテーション・現地確認）南相馬市保健センター（ミーティング）	ミーティング
5月17日	ミーティング・自立支援医療受給者訪問台帳作成・妊婦への安否確認	東電説明会・ミーティング
5月18日	ミーティング・自立支援医療受給者訪問	ミーティング
5月19日	ミーティング・自立支援医療受給者訪問	
5月20日	ミーティング・自立支援医療受給者訪問・乳幼児健診対象者把握・海岸部視察・ミーティング	福島市へ移動
5月21日	双葉地方8ヶ町村保健師連絡会への参加 避難所訪問（ビッグパレット他）	解散

※7月（2次）～12月（5次）まで仮設支援などに多様なメンバーで行っている。

ミニシンポジウム 「戦争と医学」

座長:道端 達也 (玉島病院、岡山)

三宅 成恒 ((財)京都労働災害被災者援護財団 京都市城南診療所)

企画: 蒔 昭三、刈田 啓史郎、西山 勝夫

シンポジストと演題

1. 今なぜ「戦争と医学」か 蒔 昭三 (城北病院、金沢)
2. 日本の医学犯罪 土屋 貴志 (大阪市立大学)
3. 日本の医学会(界)の戦後と医学教育 吉中 丈志 (京都民医連中央病院)
4. 15年戦争時の医学犯罪の検証が行われてこなかったことによる現在の医学界への影響、その2例 刈田 啓史郎 (東北大学歯学研究科)
5. 731部隊関係者の京都大学の医学博士の学位授与状況 西山 勝夫 (滋賀医科大学)

自由集会「戦争と医学」

侵華日軍第七三一部隊罪証陳列館製作ビデオ「731部隊遺跡」上映
と意見交換

【企画趣旨】

私たちは、2007年4月に大阪で開催された第27回日本医学会総会を機に、日本医学会総会として、かつての戦争に日本の医学会・医師会が加担したことや日本の医学者・医師により行われた人道に反する残虐な「人体実験」「生体解剖」等に向きあうように日本医学会総会当局に要請してきました。しかしながら、要請は受け入れられずに今日に至っています。

私たちは、独自に同総会に並行して、かつての「15年戦争」と日本の医学界・医療界の関わりを検証するパネルを展示し、国際シンポジウムを取り組んできました。

最近の医学・医療の進歩発展は著しく、人類は新たな倫理的問題に直面しています。医学者・医師も自らの問題としてその解決

を求められています。その取り組みに際して、医学・医療のこれまでの歩みを真摯に振り返ることは「医療従事者のみならず一般市民にも開かれた議論の場」における不可欠な重要課題ではないでしょうか。

かつての戦争時の資料の焼却、散逸と残された資料の「未公開」「隠蔽」のために、戦争加担の全貌は未だに明らかではなく、検証は容易ではありません。731部隊に関しては、当時日本を占領したGHQ(連合軍総司令部)は、関係した多くの医学者・医師に対する訊問をしましたが、その研究成果を得るために戦争医学犯罪を不問とする取引をしました。

日本医師会は、1951年の世界医師会加盟にあたり、「日本の医師を代表する日本医師会はこの機会に、戦時中に敵国人に対して

行った暴行を非難し、また行われたと主張され、そして 2、3 の場合には実際行われたという患者の虐待行為をとがむ（日本医師会雑誌第 26 巻、71 頁、1951 年）」と声明し、問題は解決済みとしてきました。これは、日本の医学者・医師の戦争中の行為を真摯に反省し、その後目指すべき医療(人間の救命、健康の維持・回復・促進)、人権擁護、人種差別の根絶、人間の尊厳を基調とした日本の医学・医療のあり方を示したものと、到底いえません。このような日本の医学・医療の風土は、戦後繰り返されてきた数々の医療事故・医療過誤や薬害において幾多の人々が犠牲になったことと決して無縁ではないと批判されてきました。その後も、日本の医学界・医療界は、戦時中の医学者・医師による非人道的行為に真摯に向き合い教訓を活かす取り組みをしないまま、日本は 21 世紀を迎えました。

「過去に目を閉ざす者は結局のところ現在にも盲目となる（ワイツゼッカー、1985 年）」という歴史の教訓に沿い、ナチス時代に精神科医によって死に追いやられた 25 万人以上の精神障害者について謝罪を表明し、会長による追悼講演がなされたドイツ精神医学精神療法神経学会（2010 年 11 月）や「様々な人権侵害の罪を犯したことに對して、深い遺憾の意を表し、我々は深い遺憾の意を表し、「ナチ医学の犠牲者に許しを乞う」宣言を行ったドイツ医師会総会（2012 年 5 月）などに学び、かつての戦争における日本の医学者・医師の非人道的行為について、史実を明らかにし、検証を進めることは、医の倫理の確立やこれからの医学・医療のために不可欠です。その際、日本の医学界・医療界を代表する日本医学

会、日本医師会や関わった学会・大学などが自らの問題として取り組むことは欠かせません。2015 年に京都で開催される次回第 29 回の日本医学会総会では、今度こそ公式の企画が設けられることを願っています。

50 数年前に社会医学関係の学会のあり方を問うて発足した日本社会医学会でも、戦前・戦後の日本医学界の歩みを「戦争」との関連で振り返るシンポジウムなどの企画が総会でなされたことはなく、第 53 回日本社会医学会総会でのミニシンポ「戦争と医学」が初めてです。

そこで、最初に、戦後 70 年近く経った今この問題を取りあげる社会医学的意義を明らかにし、ついでかつての戦争中の史実の概要の紹介を通じて日本の医学者・医師の医学犯罪についての共通の認識を深めます。そして、第 27 回日本医学会総企画展示出展「戦争と医学・医療」展実行委員会が実施した日独の医の倫理に関する教育の実態調査の結果等を参考にしながら、再び医学犯罪を起こさないための倫理教育の方向を検討します。また、最近起きた「人体の不思議展」や東日本大震災を契機にした「研究プロジェクト」を例に医学会のモラル低下と歴史検証の欠如との関連を検討します。最後に、京大の医学博士の学位授与状況の調査を例にして歴史検証の課題が多数に残されていることを提起します。

討論を通じて「戦争と医学」に関する社会医学的アプローチの方向と当面の課題を明らかにできればと願っています。

自由集会では、旧日本軍関東軍防疫給水部隊(731 部隊)の平房の遺跡の状況についてビデオで説明した後、自由闊達な討論をして頂く予定です。

ミニシンポジウム「戦争と医学」

1. 今なぜ「戦争と医学」か

○蒔昭三（城北病院名誉院長）

【発言趣旨】 今なぜ戦争と医学か？—15年戦争の敗戦により、国民的、国家的な反省から、明治憲法を破棄、「戦争放棄」「人権」を明示した「日本国憲法」が公布。その公布に伴い各界でも過去の「戦争政策」とそれへの加担の反省が行われた。日本医師会も、従来の戦争加担の「官制医師会」を解散して「新生医師会」に組織を改めた。

一方、日本医学会総会及びその各分科会をみると、戦後最初の第12回医学界総会（1948年）及びその後の総会においても、過去の侵略戦争政策への追従とそれへの加担についての反省は極めて少ない。歴史の教訓は未来への指針といわれるが、改めて日本医学会（界）は、自らの侵略戦争への加担の歴史を検討する必要がある。

【富国強兵政策と医学界】 日本の近代医学の曙に決定的な影響を与えたオランダ東インド会社のシーボルトは軍医であったが、その後も多くの「軍医」が長崎に来日。日本外科学会は1899年に発足しているが、第2,3,4,13,17回総会の会長には陸・海軍軍医総監が就任。このように日本の近代医学・医療の黎明は、国家の暴力組織としての軍隊との共同に何の矛盾も抱かずに出発している。その後、明治・大正時代—富国強兵政策の柱として設置された「保健衛生調査会」（1916）は、その後の日本の医学会、医学研究に及ぼした役割は大きい。更に1927年の「人口食糧問題調査会」の設置、1930年の「民族衛生調査に関する特別委員会」、

及び「科学動員協議会」設置（1937）等は、日本の医学研究を次第に戦争政策に従属させていった。断種を規定した「国民優生法」は1940年に公布された。

【戦時期の日本医学会総会】 第9回日本医学会総会（1934）は、15年戦争が開始されて最初の総会である。会場には「石井式無菌濾過器」「陸軍衛生車」が展示され、陸軍省医務局長合田平が特別講演をおこなった。日本民族衛生学会（優生学）もこの総会から分科会としてみとめられる。次の第10回総会（1938）は従来の学会形式を中止して、「戦時体制下医学講習会」となり、戦場外傷、毒ガス問題、体力問題、防疫問題等々と戦時色そのものとなり、医学者、医師の洗脳セレモニーであった。第11回総会（1942）は「戦場医学の確立」「大東亜医学会の結成」であり、各分科会も骨折治療、優生学、栄養問題、結核問題等の「富国強兵」を中心の演題となっている。

【戦争協力、戦争犯罪を論議しない「日本医学会」】 終戦後、日本医師会は1949年3月、世界医師会加入のために、次の声明を発表している。「日本の医師を代表する日本医師会は、この機会に、戦時中に敵国人に対して加えられた残虐行為を公然と非難し、また断言され、そして時として生じたことが周知とされる患者の残虐行為を糾弾するものである」—この「声明」は、「世界医師会」への加盟条件として求められたものであるが、戦時中の731部隊等での日本人医

師や軍医の残虐行為を一応認め、反省するという文言となっている（きわめて曖昧な表現である）。同時期に出されたドイツ医学会の戦争犯罪加担についての反省声明とは雲泥の差がある。

一方、日本医学会総会はどうであったか？戦後最初の医学会総会（第12回）は1947年4月開催。佐谷副会頭は冒頭挨拶でアメリカ占領軍の配慮に感謝し、日本の混乱の中での「救国済民」の高い倫理性の発揮を訴えているが、戦争中の非倫理的な医師、医学者の行為については一切言及していない。しかも更に医学会各分科会の役員には旧役員や元731部隊関係医師が就任。九州大学アメリカ兵生体解剖事件は当時学内で問題になっていたが、医学会総会や外科学会総会では言及されなかった。日本民族衛生学会（1946）では戦後においても永井潜は「・・・優生問題の研究,普及、断種法制定の促進・・・」をさえ主張している。日本衛生学史（大谷佐重郎）でも侵略戦争とのかかわりの記述がない。富国強兵政策として「社会浄化」を主張してきた日本らい病学会も、戦後も隔離政策強化を主張し（「新らい予防法」1953,8,15公布）、隔離政策を学会として反省したのは戦後50年後の1994年5月であった。

今日、「731部隊問題」や戦時中の捕虜生体実験、細菌戦等への加担等については医学界以外から次第に究明されつつあるが、日本医学会（界）は未だに「知らぬふり」を続けている。

【ドイツ医学会（界）の反省】 ナチス・ドイツの医師・医学者の戦争犯罪を裁いたニュールンベルグ国際軍事裁判判決後、ドイツ医師会は「人類に対する凡ての罪及び人類

に対する戦争犯罪に参加した凡てのドイツ人医師を責める決議」を1947年に採択。その後1958年、アデナウアーによってナチの犯罪に対する処置は一時中止されたが、再び1985年のワイゼッカー大統領声明、1988年11月のボグロム50周年ベルリン医師会声明（「1983年11月9日を思う」等と自らのユダヤ人虐殺事件、医学犯罪を反省した。更にドイツ精神医学精神療法神経学会（DGPPN）は、2010年11月、ナチス時代の「強制移住」「強制断種」「強制研究」への加担にたいし、その罪の確認、被害者への謝罪、そしてあまりに永く続いた「学会の沈黙」にたいして会長声明で謝罪した。その会長声明では「・・・1945年の大戦後も一度として犠牲者の側にたつことがなかった・・・、約70年たって漸く無言に終止符を打ち、科学による解明の伝統に立ち戻ることを、この学会は決意しました・・・」と述べている。

【今、私たちに求められているもの】 戦後の日本の政治経済文化等を規定しているものの一つに「日米安全保障条約」がある。「731部隊問題」の解明も当時のアメリカ（GHQ）の「免責」問題が決定的影響をあたえてきた。医師、医学者、そして医学会を狂わした「戦争」—あの過去をほんとうに克服できるのは、破局の歴史的原因を遡って究明する者だけである。われわれは死と絶望と憎悪に満ちた人間蔑視の行為の記録者にならなければならない。われわれの仕事は、告発でもなければ、免罪でもなく、同時代を伝達することである。

ミニシンポジウム「戦争と医学」

2 日本の医学犯罪

土屋 貴志（大阪市大・哲学）

日本は1932年から1945年までの時期に、主に海外の地で、総計で何千あるいは何万ともいわれる人々を、医学実験の材料や手術の練習台にして殺害した。医師の手により医学の名のもとに行われたこうした日本の「医学犯罪」について、文書で確認でき時期を特定できる事例と、その時代背景となる出来事を年表にまとめておく。これらは全体のごく一部にすぎず、未だに闇に埋もれたままになっているものが多数あると推定される。

日本の医学犯罪・関連年表

年月日	医学犯罪・関連事項
1925	ジュネーブ議定書締結（生物・化学兵器の使用を禁止）
1925	石井四郎、生物兵器開発を軍上層部に働きかけ始める
1930	石井、陸軍軍医学校防疫部・防疫学教室教官となる
1931.9	満洲事変。関東軍が満洲を支配下に収める
1932	「満洲国」建国
1932	陸軍軍医学校が防疫研究室（石井機関の中核）を新設。石井、部員となる 背陰河に「東郷部隊」発足
1933 秋	東郷部隊で致死的人体実験が開始される
1934.9	東郷部隊で捕虜 16 人が脱走
1935	ハルビン郊外の平房で基地建设が始まる
1935 頃	東郷部隊の菅原敏、中国人捕虜に、水だけ飲ませる実験を実施
1936	東郷部隊、陸軍の正式部隊となる（満洲第 731 部隊） 満洲医科大学の田崎亀夫、死刑前の「匪賊」に行った鼠蹊淋巴肉芽種症の接種実験を論文で発表
1937	日中戦争始まる。日本、中国全土への侵攻開始
1938 頃	731 部隊、平房への移転を開始
1938	陸軍、石井式濾水機を正式採用。北京に 1855 部隊、南京に 1644 部隊、広東に 8604 部隊が新設
1939.9	ナチス・ドイツがポーランドに侵攻、第 2 次世界大戦始まる
1939	731 部隊、陸軍科学研究所・関東軍技術部化学兵器班と合同で化学兵器の人体実験
1939.8	ノモンハン事件。731 部隊、生物兵器を使用
1940.5	山内豊紀ら、731 部隊にて 20 人の中国人捕虜にコレラワクチン投与実験を実施
1940.6	731 部隊、農安で生物兵器を使用
1940.9	731 部隊、大規模なイペリット（マスタード）ガス人体実験を実施
1940.10-11	日本軍、寧波を生物兵器で攻撃
1941	吉村寿人、ハルビンで「凍傷ニ就テ」講演
1941.1-2	谷村一治軍医少佐ら「駐蒙軍冬季衛生研究」実施。8 人の中国人捕虜を虐殺

1941.5	登戸研究所の伴繁雄技術少佐ら、1644 部隊で約 15 人の捕虜を毒物実験で殺害
1941(?) .6	谷村一治軍医少佐・三浦理平軍医中尉、大同陸軍病院で 6 人の捕虜を用い「軍陣外科学集合教育」を実施
1941.6	731 部隊の安達実験場でペストノミ爆弾の人体実験が行われる
1941.11	日本軍、常德を生物兵器で攻撃
1941.12	日本軍、真珠湾・コタバル・香港を攻撃。太平洋戦争始まる
1942.4.18	米空母より発進した爆撃機が東京を空襲、中国浙江省に着陸
1942.5-8	日本軍、浙贛作戦で生物兵器を使用
1942.8	731 部隊長が石井から北野政次に交代
1942	シンガポールに 9420 部隊が設置される
	池田苗夫軍医少佐、黒河陸軍病院で流行性出血熱の接種実験
	青酸ガスの人体実験で捕虜を虐殺
1942-43	満洲医科大学解剖学教室で「最も新鮮にして健康なる北支那人成人男性脳」を用いた人類学的研究を実施
1943 末	731 部隊で 50 人の中国人捕虜にチフスワクチン実験
	731 部隊安達実験場で炭疽爆弾人体実験
1944	笠原四郎、北野政次ら、「猿」を用いた流行性出血熱の病原体確定を論文として発表
1944.8-9	100 部隊の松井経孝、毒物実験により捕虜を殺害
1944-45	第 24 野戦防疫給水部の平野英之助軍医大尉、ラバウルで米国・オーストラリア・ニュージーランドの捕虜を用いて実験
1945.1	731 部隊の安達実験場でガス壊疽榴散爆弾の人体実験
	731 部隊の武藤技師、食塩大量摂取の基礎代謝への影響について人体実験
1945.3	米軍、東京・大阪・神戸・名古屋を大空襲
1945.3	石井四郎、731 部隊長に復帰
1945.5-6	九州帝国大学医学部の石山福二郎教授ら、8 人の米軍捕虜に実験手術を行い殺害
1945.8.6	米軍、広島に原爆投下
1945.8.8	ソ連、日本に宣戦布告。日本軍、731 部隊等で生き残っていた捕虜を全員殺害し施設を破壊、満洲から敗走
1945.8.9	米軍、長崎に原爆投下
1945.8.15	日本、連合国に無条件降伏、終戦
1945.9-10	米陸軍化学戦部隊のマレー・サンダース軍医中佐、来日し日本軍の生物兵器開発について調査。GHQ、石井とその研究者たちに戦犯免責を保証
1946.1-3	米陸軍化学戦部隊の A. T. トンプソン獣医中佐が石井とその研究者たちを調査。致死的人体実験の証拠はつかめず
1946.12	ニュルンベルク国際軍事法廷で「医師裁判」始まる
1947.1	ソ連、石井とその研究者たちの致死的人体実験に関する尋問を要求
1947.4-6	米陸軍化学戦部隊の N. H. フェル主任、致死的人体実験に関して石井とその研究者たちを調査
1947.8	米三省調整委員会極東小委員会が石井とその研究者たちの戦犯免責を容認
1947.8	ニュルンベルク「医師裁判」判決（米国判事団による。→「ニュルンベルク綱領」）
1949.12	ソ連、関東軍・731 部隊・100 部隊の将校と下士官をハバロフスクで軍事裁判にかける（ハバロフスク裁判）。米国、共産主義者の宣伝にすぎないと非難
1956	中華人民共和国、日本人戦犯を軍事裁判にかける（731 部隊幹部の被告は 1 人のみ）
1959	石井四郎、喉頭癌で死去（享年 67 歳）

ミニシンポジウム「戦争と医学」

3. 日本の医学会（界）の戦後と医学教育

○吉中 丈志（京都民医連中央病院）

【はじめに】

大学医学部や医科大学で医療倫理の教育は国際的にもわが国においても必須項目に位置付けられている。しかし、十五年戦争の時期に日本の医師が犯した戦争犯罪を取り上げることは少なく、医療倫理のテキストに記載されていることも稀である。戦争犯罪の代表的な事例である 731 部隊について触れることはタブー視されてきたことが、その背景にある。その原因は、これらの医学犯罪を隠蔽し免罪してきた戦後の歴史の中にある。

これには二つの理由がある。第一に、日本政府は 731 部隊の存在や加害の史実を認めて来ず、反省と謝罪をして来なかったこと、第二に、日本の医学界も自ら関与した事実の検証と反省をして来なかったことである。これらには米国の関与も大きい。

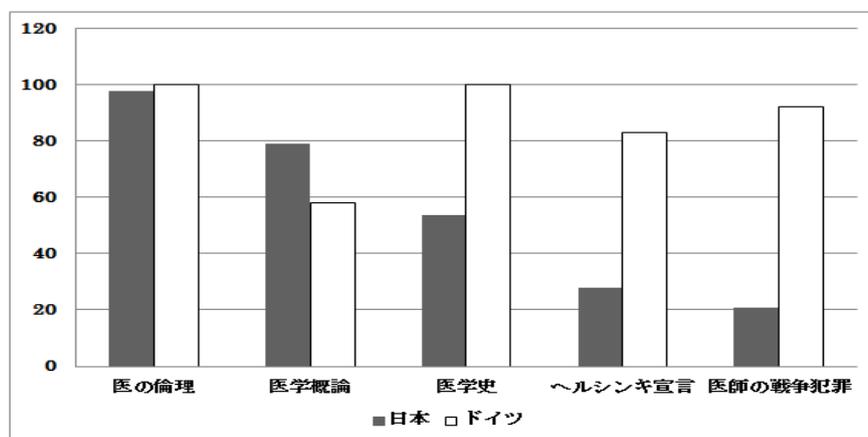
今回は医療倫理教育の現状を報告し、生命倫理、医療倫理の課題について検討を加えたい。

【日本とドイツの医療倫理教育比較】

日本医学教育学会医療倫理教育ワーキンググループは 2001 年に「卒前医学教育における医療倫理教育カリキュラム提言」を発表し、医療と医学研究における倫理の重要性を理解するため「医療倫理の歴史と現状について説明できる」を掲げた。歴史の例には「戦争と医学」も示されている。

しかし、日本の医療倫理教育において戦争と医学がどのように取り上げられているか実態は明らかではない。そこで質問紙によって実態を調査しドイツとの比較を行った。結果を図 1 に示す。医の倫理と医学概論は両国ともほとんどの医学部・医科大学で教えていた。医学史、ヘルシンキ宣言、医師の戦争犯罪については両者に大きな違いがみられた。特にヘルシンキ宣言と医師の戦争犯罪についてはドイツに比べて日本で取り上げている医学部・医科大学は少な

図 1 医療倫理教育各項目を実施割合（%）日独比較

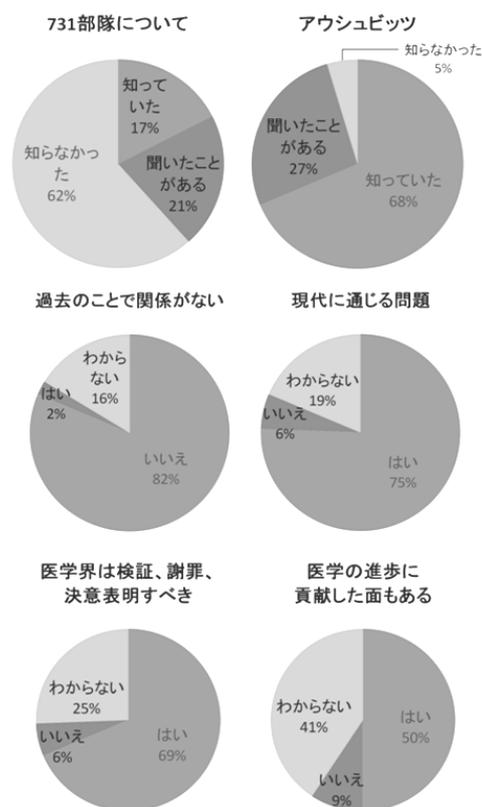


戦後間もなく731部隊についてはアメリカと関係者の間で取引が行われ免責された。その後1949年に日本医師会とドイツ医師会は反省と決意を決議して世界医師会に加盟したが、日本医師会の決議は「日本の医師を代表する日本医師会は、この機会に、戦時中に敵国人に対して加えられた残虐行為を公然と非難し、また断言され、そして時として生じたことが周知とされる患者の残虐行為を糾弾するものである」というものであった。これはドイツ医師会が提出した声明に比べて事実の検証を欠き、主体者としての記述と反省がなく、将来への決意表明を欠いていた。ニュルンベルグ綱領への言及もない。日本では現在でも医療倫理のテキストで731部隊に言及することはほとんどなく日本医師会の「医師の職業倫理指針」も同様である。今回の調査結果で見られた日本とドイツとの違いにはこのような歴史的背景があるのではないか。

【医学部で「戦争と医学」の講義経験】

2009年から2012年まで京都大学医学部で「戦争と医学」をテーマにして医学概論講義を行った。聴講した学生に対して講義の後質問紙により学生の意識調査を行った。回答結果を図2に示す。731部隊については三分の二の学生が知らないのが現状である。一方で四分の三が現代に通じる問題があると受け止め、医学界は検証、謝罪、決意表明をすべきと答えている。

医療倫理教育の質を向上させるためだけでなく、現代の医学・医療にとっても重要な課題として検証を進めていく必要があることを示す結果である。



【課題】

このような経緯の中で日本の医の倫理は世界標準からも遅れていると言わざるを得ない。

日本医師会の倫理綱領は患者の権利の視点が弱く、被験者保護、患者保護を欠いている。それは結果として、日本の臨床研究、治験、疫学研究の遅れを招いている。戦後67年経つ中で、医学と医療技術は進展し社会も変化してきた。それに伴って両者の関わりにも大きな変化が生じている。その中で生命倫理や医療倫理そのものも問われている。十五年戦争の時期の戦争医学犯罪からくみ取るべき教訓と課題はこの観点からの検証される必要がある。それは日本の医学界が医学・医療の進歩とともに国際的に寄与できるもう一つの重要なテーマである。

ミニシンポジウム「戦争と医学」

4. 15年戦争時の医学犯罪の検証が行われてこなかったことによる
現在の医学界への影響、その2例

○刈田 啓史郎（東北大学大学院歯学研究科）

【はじめに】

1. 15年戦争当時何が起きたのか

日本が中国をはじめアジアを侵略した15年戦争の時期に、日本の医師・医学者はその戦争に加担するとともに、他民族住民に対し、残虐で非人道的な生体実験・生体解剖などの医学犯罪をおこなった。

その内容は多彩で、731部隊や各地の防疫給水部（研究所）で行われた細菌兵器開発のために毒性の強いペスト、コレラ、腸チフスなどの菌を被験者に投与してその毒性強化を行った実験、極寒で行動する日本兵に多発した凍傷の予防法を開発するためにおこなった人工的な凍傷実験、日本人軍医の外科医の不足を補うため外科医でない医師を外科医として速成養成するための研修で住民を被験者にして行った生体解剖、大学の医学研究者が自分たちの研究業績を上げる目的で新鮮な大脳標本を得るために行った生体解剖などが良く知られている。

2. 戦後になって何が起きたのか

しかしながら戦後になって、731部隊などでの実行者たちは、冷戦の狭間の中で占領国アメリカの思惑によって免責となった。また医学犯罪を行ったその他の医師・医学者の多くも罪を問われることがなかった。その後彼らの多くは、医学界に相当な地位を得て復帰し、しかも平穩に活躍することとなった。彼らが行ったことについて多くは表だって批判を受けることはなかつ

た。ごく一部の人が一時マスコミに取りざたされることはあっても、医学界あげて沈黙を守ることによって彼らを庇護し、批判も沙汰やみとなった。

残念ながら、彼らが行った医学犯罪行為は如何なるものであったか、その行為の責任はどう問われるべきものかなど、実行者と関連のある医学界の中で真摯に検証することもなされてこなかった。そのため日本の医学界は、長い間この問題に関して沈黙を守りながらタブーを抱えこみ、知らず知らずのうちに深刻なモラル（医の倫理）の低下を来すこととなった。

3. モラルの低下が医学界にもたらした事

そのモラル低下の一つは、医学犯罪を行った実行者自身が戦後まもなく、自分たちが行った行為そのもの内容を研究業績として公然と医学界で発表（公表）し、学問的評価を受けたことである。学位（医学博士）の取得のため、医学犯罪の内容を論文として提出し、学位を得たのである。これは、学位論文の提出者と認定者の双方のモラルに問題がある。学位論文以外にも、吉村寿人（後に京都府立医大学長）が日本生理学會誌（英文）に投稿した3編の凍傷実験論文などが良く知られている。

【研究目的】

15年戦争当時に行った医学犯罪について、戦後にその検証がきちんとなされてこなかったことによって医学界に生じている

モラルの低下が、戦後まもない時期には明瞭にみられていた。しかし、戦後60数年を経た現在、果たしてそのモラルの低下は克服されているのであろうか。最近生じている2つの事柄から検証してみようとするものである。

【研究対象とその問題点】

1. 「人体の不思議展」

ある興行主が、人間の死体を特殊加工した後、その遺体の現物を展示し「人体の不思議展」と銘打って高い入場料を取って全国36か所を巡業していた。その遺体の多くは、皮膚を剥ぎ取られ、筋肉をむき出しにされ、弓を引くポーズをとらされていたものもあった。成人だけでなく乳児や胎児の標本も展示していた。

この「人体の不思議展」は、1995年日本解剖学会100周年事業として開催された「人体の世界」展を模倣して業者が引き継いだものである。そして当初から医学界は、この「人体の不思議展」の監修委員、解説員などの形で協力を行っていた。「人体の不思議展」監修委員長として前日本医学会会長の森亘氏、委員には現日本医学会会長の高久史麿氏の名前が出され、展示の図録に推薦文も書いている。さらにこの展示には、日本医師会、日本医学会、日本歯科医師会、日本看護協会、日本赤十字社など日本の医学界が挙げて後援した。また、各地の教育委員会も内容が教育的であるとして後援をしていた。展示業者は展示について指導的役割をしていた研究者の母校東京大学に8,400万円の寄付をしており(2004、2005年)、業者と医学者との癒着があったことが後に明らかにされた。

展示巡回の途中から、遺体の展示に故人

や遺族の同意が得られていないのでは、また内容が教育的でないなど、モラル上の問題から、市民団体が展示内容、展示行為に疑問を出し、後援者に抗議がおこなわれ、後援を辞退するよう申し入れたことで、徐々に医学界、教育委員会ともに後援を辞退していったが、そのどちらからも、これまで支援してきたことに対する反省の声は聞かれていない。明らかにモラルの低下がみられる。

2. 「東北メデイカル・メガバンク機構」

2011年3月11日の東日本大震災の復旧・復興に向けての事業が目白押しとなる中で、東北大学(医学部)が中心となって研究プロジェクト「東北メデイカル・メガバンク機構」が発足した。総予算約500億円の巨大プロジェクトである。その内容は被災地の医療支援と被災地住民の遺伝子ゲノムの蒐集である。大学から医師(研究者)を被災地に派遣し、治療と同時に被災地住民(7万人分)からのゲノム情報を提供してもらい、その情報を使って製薬企業と協力して新薬を開発しようという構想である。

しかしながら、被災地住民にとって当面利益にならない、プライバシーなど人権にかかわる遺伝子情報の提供要請は、被災地の復旧・復興を待ちわび、生活苦にあえいでいる被災民を対象に行うのにはふさわしくなく、大学医学研究者に明らかなモラルの低下がみられる。

【考察】

戦後60数年を経た現在も、依然として医学界にはモラルの低下と判断される状況が見られる。その根源には、15年戦争で行った医学犯罪の真摯な検証の欠如が深く根付いているものと考えられる。

ミニシンポジウム「戦争と医学」

731 部隊関係者等の京都大学の医学博士学位の授与状況の検証

西山 勝夫 (滋賀医科大学)

【目的】京都大学(以下、京大)医学部と戦争医学犯罪の関連の検証の一環として、旧日本軍関東軍防疫給水(731)部隊に加担した京大医学部卒業生等の医学博士学位論文の授与状況の全面的解明。

【方法】京大蔵書検索 KULINE、京大附属図書館(以下、京図)医学博士論文カード、国立国会図書館(以下、国図)蔵書検索・申込システム、京大大学図書館(以下、京大文書館)所蔵資料

表. 731部隊関係者等の京都大学の医学博士学位の授与状況の概要					
京都大学医学博士学位論文情報					
整理番号	著者	論題	主論文数	参考文献数	陸軍軍医学校防疫研究報告 ^a 等番号(下線:未復刻)
5	石井 四郎	ぐらむ陽性双球菌ニ就テノ研究	3	7	—
6	増田知貞	沈降反応に於ける沈澱量の数量的研究	6	10	参:軍医団雑誌(195,212,213,204,191)
7	中留金蔵	骨質並ニ歯牙ノ生体染色ニ関スル実験的研究	1	5	軍医団雑誌(208),参:軍医団雑誌(204,207,213)
8	内野 仙治	Über die Wirkung der proteolytischen Fermente auf die Polypeptide	1	6	—
9	西郡彦嗣	刺戟性瓦斯の循環器に及ぼす影響	3	9	—
10	園田太郎	日本住血吸蟲の感染並に發育の上に及ぼす黄疸の影響	4	6	参:軍医団雑誌131)
11	吉村 壽人	ON THE ACID CHANGE IN SHED BLOOD.	5	3	—
12	田部井 和	Bacterium pullorumヲ以テスル経口免疫ノ実験的研究	9	5	—
13	内藤 良一	ばくてりおふあーじ定性的検出法各種手技ノ比較	11	12	—
14	齋藤幸一郎	A DOUBT AS TO THE EXISTENCE OF AN OXIDATION-REDUCTION POTENTIAL IN THE HAEMOGLOBINMETHAEMOGLOBIN SYSTEM.	1	3	—
15	佐々木義孝	急性腹膜炎時に於ける大腸菌の尿中出現に就て	5	1	—
16	岡本 耕造	Über das Gewebeseisen.	2	1	—
17	林一郎	組織呼吸系の色素珠に色素摂取顆粒の意義(独文)			—
18	石川 大刀雄丸	Studien über Reduktions-Oxydations-Potentiale	1	4	—
19	野口 圭一	弱毒「ペスト」菌ノ凍結真空乾燥法ニヨル生存保存方法ノ研究	14	3	2(208,216,262,313,444,445,464,631,643,682,681,787-9)参2(438,528,562)(216, 562以外 [Ⓞ])
20	吉村 博	北支那ニ於ケル『サルモネラ』症ノ疫学的觀察	5	9	表紙 [Ⓞ] ,主 [Ⓞ] ,参2-4,6,8,10 [Ⓞ]
21	山中 太木	創傷感染に関する実験的研究	1	36	—
22	大月 明	らいしゅまにあ・どのうあにノ生物学的性状ニ関スル研究	3	6	参2(780,674,697,856,664)(697,856以外 [Ⓞ])
23	湊 正男	血漿培養基ニ於ケル葡萄球菌ノ研究	6	7	—
24	鈴木 啓之	特種大量生産ヲ目的トスル生菌乾燥保存ノ研究	1	7	表紙軍事機密,II-215,記事II-30石井紀要1(4),1(4)
25	杉橋豊次	イペリットの吸収作用に関する実験報告	1	3	表紙 [Ⓞ] ,海軍省教秘116(5) 赤表紙
26	竹広登	内分泌異常と血圧とに関する実験的研究	5	5	—
27	大田黒 猪一郎	炭疽ニ関スル研究補遺	7	4	2(285,286,308,273,307)58,920,参2(929),南方軍防疫給水部業報丙35(Ⓞ273,753,923)
28	平澤正欣	イヌノミCtenocephalus canis Curtisのペスト媒介能力に就ての実験的研究	1	4	1(64,65,73,74)
29	上田 正明	粘質ニ関スル細菌生物学的研究	5	3	2(621,933,884,917,918)
30	柴田 進	「マリア」ノ發生ト其ノ防遏ニ関スル研究	5	11	参2(535)
31	三谷 恒夫	グリコール類の微生物学的応用	3	2	参2(94,93)(いづれも [Ⓞ])
32	田中淳雄	本邦産放線菌の生産する抗菌性物質に関する研究			—
33	妹尾 左知丸	鉄に関するニ二三の生物学的研究	1	4	—
34	宮崎 淳臣	破傷風能動免疫に関する研究	2	2	参(910,876)
35	山田常道	免疫とアレルギーの分離に関する実験的研究			—
36	植西忠信	The mode of action of CS2	1	6	—
37	出井 勝重	コレラ菌及びコレラ類似菌のオキシダーゼ反応に関する研究	5	6	参2(552,561,571,246,551,743)([Ⓞ] 246,551,571)

検索システム、国立公文書館（以下、京大文書館）所蔵資料検索システム、国立公文書館デジタルアーカイブズによる学位論文の検索。京図と国図の学位論文、京大文書館の学位授与記録、芝蘭会員名簿の閲覧。

【結果】 得られた情報の中で主なものについて、国図の授与年月日情報順に著者別に学位論文の内容や授与状況の概要をまとめたのが表である。①大正年間の京大の学内規程では、学位論文は3部提出(医学部図書館、京図、文部省

[現在は大部分、国図に移管])。医学部にはない(2011/8/5)。京図か国図一歩のみ所蔵あるいは内容・学位授与日の不一致の論文の存在。②陸軍軍医学校防疫研究室報告を学位論文として(含む、改竄)提出した者10名、内7名は戦後(最近は1960年)。③秘等の論文の提出者は8名(内3名はカードにも秘等の記載)、内3名は戦後。海軍軍医学校の論文も存在。④陸軍軍医学校防疫研究報告 2(743, 758, 910, 917, 920)、1?(4, 30, 215)、石井紀要 1(4)、軍事機密等の所在の確認。
【結論】 全面的検証のためには更なる情報の収集と整理・検討が必要。

京都大学医学博士学位論文情報					国会図書館・授与年月日	卒業年	精魂会所属	医学部長
整理番号	所属	肩書	指導教授等	年間学位授与数	授与年月日			
5	微生物学	大学院学生 医学士	清野謙次	106	1927/7/2	1927/6/24	20	森島庫太
6	微生物学	大学院学生 医学士	木村廉		—	1931/9/3	26	
7	病理学	大学院学生 陸軍一等軍医	—			1931/9/7	26	
8	—	—	—	142	1932/2/12	1932/2/10	18	
9	内科	医学士	眞下		1932/11/14	1932/11/11	27	戸田正三
10	病理学	大学院学生 陸軍一等軍医	—	118	1933/11/22	1933/11/21	28	○
11	—	—	—	135	1936/4/8	1936/4/7	30	○
12	微生物学	医学士	木村廉		1936/5/6	1936/5/4	31	○
13	微生物学	大学院学生	木村廉		1937/4/9	1937/4/8	31	○
14	第1生理学	—	正路倫之助		1937/7/31	1937/7/30	31	
15	外科学	大学院学生	鳥瀧		1937/12/13	1937/12/13	30	○
16	—	—	—	146	1938/3/5	1938/3/3	31	○
17	—	—	—		—	1938/3/3	33	
18	病理学	—	清野謙次		1938/3/5	1938/3/3	31	○
19	陸軍軍医学校軍陣防疫研究室	陸軍軍医大尉	石井少将	133	1945/4/21	1940/4/13	37	○
20	—	—	—		1945/4/21	1940/4/13	—	
21	大阪医専微生物学	助教授	里見教授	101	1940/6/11	1940/6/10	—	
22	微生物学	医学士	木村廉		1945/7/20	1940/7/7	38	
23	微生物学	医学士	木村廉	101	1940/12/9	1940/12/7	35	小川陸之輔
24	關東軍防疫給水部	陸軍軍医少佐	川島清、北川正隆	102	1943/2/8	1943/2/6	30	○ 舟岡省五
25	海軍軍医学校	海軍少佐	—		1943/2/25	1943/2/22	31	
26	第2病理学	大学院学生 医学士	森茂樹		—	1943/5/4	34	○
27	陸軍軍医学校軍陣防疫研究室	陸軍軍医大尉	西澤行藏	133	1945/9/30		—	木村廉
28	満州七三一部隊	部隊長 陸軍軍医中將	石井四郎		—	1945/9/26	33	○
29	—	医学士	—	59	1946/4/15	1946/4/15	—	
30	—	—	—		1946/6/4	1946/6/5	—	
31	微生物学	医学士	木村廉		1946/7/26	1946/7/29	36	○
32	—	—	—	59	—	1948/2/19	—	○
33	病理学	—	森、天野	99	1949/1/10	1949/1/10	40	荻生規矩夫
34	伝染病研究所第一研究部、陸軍軍医学校防疫研究室	陸軍軍医大尉	細谷省吾 井上隆朝		1949/4/1	1949/4/4	39	○
35	—	—	—	156	—	1954/2/3	39	内野仙治
36	兵庫県立医科大学	産業医学	古澤一夫		—	1954/10/12	38	○
37	国立京都病院研究検査科	—	石井四郎 田部井和	127	1960/2/11	1959/2/11	33	山本俊平

ミニシンポジウム

「障害者の労働と健康」
～障害のある人が健康に働き続けるために～

座長

埜田 和史（滋賀医科大学社会医学講座衛生学部門准教授）

白星 伸一（佛教大学保健医療技術学部・理学療法学科准教授）

シンポジスト（発言順）

1. 職業安定所から見た障害者の就労
糸井 仁美（全労働省労働組合近畿地方協議会）
2. 障害者雇用を進めている企業の取り組みと課題
石田瞳（滋賀医大・医学科5年）
3. 当事者としての体験から、障害者の労働と健康を考える
高橋弘生（肢体障害者二次障害検討会）

〇ねらい

憲法には、勤労はすべての国民の権利であり義務であると定められている。その憲法の下に、労働基準法では労働時間や休日や賃金などの最低基準を、労働安全衛生法では事業主に労働者の健康の保持増進と安全で快適職場環境作りを、指示している。では、障害のある人たちも健常者と同じ水準で、安全に健康にそして快適に働くことができているのだろうか。この問題意識が、本シンポジウムの基本的な問いかけである。2010年4月に高等裁判所判決が確定した「マツヤデンキ過労死事件」は、障害者の労働負担評価や健康・安全管理が適切になされていない職場の現状と行政認識のレベルの低さを露呈した。事件は、身体障害者枠で採用した心臓に障害のある労働者について、適切な健康診断や産業医からの意見

聴取を行わないまま10時間以上の立ち仕事に従事させ、その結果、入社後わずか1.5ヶ月で当該労働者が「死亡」した事例である。労働災害として補償を請求したが、「業務上外」と判断されたために遺族が裁判での救済を求めた。監督署長は「平均的労働者を基準」に死亡に結びつく過重な労働はなかったと判断していたが、確定した判決では「身体障害者であることを前提として業務に従事させた場合に、その基礎疾患が悪化して災害が発生した場合には、その業務起因性の判断基準は、当該労働者が基準となるというべきである」と判断している。この判決を踏まえれば、個々の障害者の労働負担特性に基づいた業務管理や健康管理が事業主に求められる。身体障害者については、以前より「二次障害」とよばれる健康障害や機能低下が当事者間では深刻な問題

として取り上げられてきた。私たちのわずかな経験でも、作業所や職場での作業負担が「二次障害」の発生や悪化に結びついたり、推定される事例にたくさん出会っており、作業所を含む職場での、障害者の特性に応じた労働負担評価や健康管理の必要性を痛感している。障害のある人が健康に働きつづけるために、解決しなければならない課題は少なくない。医師や理学療法士だけでなく、公衆衛生や

労働衛生や人間工学の専門家が果たすべき役割もあるし、地域や職場を結ぶ新たなネットワークも必要になるだろう。本シンポジウムでは、障害者の労働をめぐる現状を知り、障害のある人が健康に働き続けるために解決すべき課題を参加者とともに考えてみたい。また、シンポジウムに引き続き、自由集会としても議論を深める予定である。

なお、本シンポジウムの抄録では「障がい」ではなく「障害」と表記する。

○各シンポジストのねらい

1. 職業安定所から見た障害者の就労

糸井 仁美（全労働省労働組合近畿地方協議会）

地方の障害者職業相談室に在籍し就労支援に関わった経験から、障害者が就労するに至る経過や障害者を受入れる事業所の実態に基づき、安心して障害者が働きつづけることができるための「事業所支援」について報告する。

2. 障害者雇用を進めている企業の取り組みと課題

石田瞳（滋賀医大・医学科5年）

障害者が健康に働きつづけるための保健医療分野の課題を探るために、我が国で先進的な取組を行っている企業7社を訪問して調査検討した結果を報告する。石田氏は、理学療法士としての経験もあり、北欧の支援機関などの訪問調査も行っている。

3. 当事者としての体験から、障害者の労働と健康を考える

高橋弘生（肢体障害者二次障害検討会）

自身が脳性麻痺障害者であり、小学生の頃から57才の現在に至るまでの生活や労働の変遷と健康障害や身体機能の低下過程を報告し、障害者が健康に働きつづけるために必要と考える9つの課題を提起する。

ミニシンポ「障害者の労働と健康」

職業安定所から見た障害者の就労腎機能障害の関係

○糸井 仁美（全労働省労働組合近畿地方協議会）

1 はじめに

私は以前に全国で唯一障害者の職業相談を専門に行う京都障害者職業相談室に6年間在籍し、特別支援学校の就職希望の高等部の生徒の相談も含め、知的・身体・精神・発達障害者の方の相談担当をした経験を持っている。主にその間の経験から障害者を取りまく状況や事業所の実態について、全国的に同じような傾向が見られるのではないかと思われるので、京都の例を参考に述べたい。

2 全国の障害者の雇用状況

厚生労働省から毎年6月1日に発表される障害者の雇用状況は、「障害者雇用促進法」に基づく雇用する義務のある企業（常用労働者数が56人以上の規模）等からの報告を集計したものである。平成23年の報告では36万6,199人と過去最高を更新し、実雇用率は1.65%、法定雇用率達成企業の割合は45.3%になった。

しかし統計対象は一定規模以上の事業所であり、障害種類・等級関係なく手帳所持をされている身体・知的・精神障害者の数である。障害者の職業紹介に携わった経験から言えば、実際にはもっと事業規模の小さな事業所で就労されている障害者の数はもっと多く存在すると思われる。また重度障害の場合は週30時間以上勤務を2人分とダブルカウントし、20～30時間未満

勤務を0.5人カウントとされているため、実際に就労されている障害者数とは異なる。また昨年7月に制度改正がされ、短時間労働者の導入や除外率の引下げ等があったため、一概に比較することはできないが、この雇用状況により毎年法定雇用率は見直しされ、来年度からは15年ぶりに引き上げられ、2%になると先日報道されたばかりである。

3 京都の障害者の雇用状況

京都府では雇用状況の統計では就労中の障害者のうち身体障害者が77.8%を占め、次いで知的障害者が19.3%、精神障害者が2.7%程度となっている。

4 障害者が就労できるまでの経過

実際に窓口で相談に来られる対象としては知的障害者が最も多く、次いで精神障害者、最近では発達障害者の支援事例も増加しているが、次いで身体障害者で内部疾患の方や聴覚障害の方が多かった。安定所を利用されずに就労されているケースや在職中に手帳取得されたケースなども潜在的にあると推測される。

障害者向けとして受理した求人は、雇用率のカウントのため手帳所持者を前提にしており、応募希望者があっても企業が求める人物像（年齢や性別、職業経験、障害内容や程度など）や職業スキルが一致せず、具

体的な職業紹介に結びつかないケースが多かった。

では、具体的な職業紹介の手順はどのようにしていたかという、障害者を想定されてはいない一般求人の中から、本人の希望条件や状況に合致して、通勤や仕事内容などから「できそうな仕事」をさがして問い合わせをすることから行っていた。

京都の地域特性として、交通の便利なエリアには歴史のある企業も多いものの、通勤にも駐車場確保ができず、段差が多く、道は狭いという難点も少なくない。加えて、新しい従業員のために設備や環境を変えていくことが体制的・経済的にも厳しい中小零細事業所が圧倒的に多かった。そうした事業所に対して、本人の障害特性を説明して理解を求めていくことから、勤務条件・仕事内容などをいかにすれば適応できるのか、他の機関（本人が利用されていればその福祉施設や就業・生活支援センター、職業センターのカウンセラーやジョブ・コーチなど）とともに体制を組み、就労準備から支援をしていく。一方、事業所に対しては、作業環境を整備する助成金や雇用にかかる人件費の一部を助成する助成金等の活用を助言したりと、一つのケースごとにまったく異なる経過を経なければならない。何よりそこまでこぎつけられる件数はかなりしぼられ、最終的に採用に結びつく件数はもっと限られた。

5 就労が継続できたケースでは

こうした限られた就労が、継続している、成功ケースの要因を考えてみると、当事者本人の努力はもちろんであるが、事業所側の受入れに対する人的・設備的な余裕が必

要である。現在特に必要最小限の人数でいかに効率を上げていくかを追求する企業に対して、社会的意義を声高に言うだけでなく、障害者が働きやすい職場は高年齢者やすべての人が働きやすい職場であるという、企業にとっての利点を改めて理解してもらうことが重要だと考える。

6 職業安定所の役割と課題

安定所が果たす役割は障害者就労の入り口の採用にかかる部分が主であり、実際の職場環境を整備するための助成金等は、企業から納められた納付金を財源に厚生労働省の外郭団体である高齢・障害者雇用支援機構が担っている。

安定所職員としての障害者との接点は、専門相談担当として配置されて始めてもつことも少なくない。また業務は障害者だけを担当するわけではなく、高齢者や母子家庭、生活保護受給者といった社会的なサポートを必要とする人たちを幅広く担当する。そして次の人事異動までのわずか1～3年の間で、障害者の職業紹介に携わっているのが実情である。

最近では正規職員の定員削減が進んでおり、非正規雇用の職員が急増しているが、障害者窓口には、資格や知識をもった非正規職員の配置が進んでおり、安定所での就職数の増加は、その方たちの協力なしではなし得ない状況となっている。

7 おわり

今後も労働行政としては職場の安全衛生の観点などからも障害者の雇用と就労継続に焦点をあてた制度改善などの要望に応えられるようにすべき責任があると考えられる。

ミニシンポ「障害者の労働と健康」

障害者雇用を進めている企業の取り組みと課題

○石田 瞳（滋賀医大・医学科5年）

【目的】

障害者雇用において企業が行っている取り組みを探ると同時に、雇用促進に必要な現場のニーズを把握し、今後の支援体制の在り方、中でも保健医療分野の役割について検討する。

【方法】

障害者を雇用している特例子会社5社、中小企業2社を対象に、半構造化インタビューおよび職場視察にて実態調査を行った。調査項目は障害者雇用におけるハード面（治工具、設備など）・ソフト面（勤務条件など）の取り組み、安全衛生・保健医療面の状況、障害者雇用にまつわる財政状況である。

【結果と考察】

雇用率を制定し企業の障害者雇用を推進してきた日本では、特例子会社制度は雇用率上昇に大きな役割を果たしてきた。今回調査した特例子会社では、障害者を支援すべく企業独自の工夫が講じられ、中でも、高度な技術と細やかな配慮を生かした治工具や環境整備などハード面の工夫は非常に充実していた。一方、勤務時間・休暇の調整などソフト面において実践的な取り組みを行っている事業所は少なく、今後改善の余地がある。

また、大きな課題として障害者雇用に難渋している中小企業への対策がある。今回調査した中小企業でも、環境整備への資金投入や、障害に応じた職種の提供といった面で大企業に比べ制約があり、障害者雇用を進め方に困惑している様子が伺えた。中小企業で障害者雇用促進には、より実践的で親身な企業支援体制の構築が求められる。

今回の調査を通して、障害者の就労支援は福祉的、経営的側面から、現場職員による経験、試行錯誤により取り組まれてきたが、保健医療的側面からの支援は不十分であることがわかった。障害者は働く能力はあっても、健康上の不安を健常者より抱えている場合が多い。また、企業での障害者雇用が始まって30年余り経つ今、障害者の高齢化が問題となっている。加齢による障害の重症化や筋力低下が作業能力低下をもたらすケースが多く、長く継続して働くにはそれらの予防、適切な対処が不可欠であることから、今後保健医療ニーズはさらに増大していくであろう。課題が生じる度に改善の努力を重ねてきた従来の支援体制に、保健医療専門家による障害の知識と予測的観点が加われば、ハード・ソフト面両方においてより良い就労環境を構築できる。障害の的確な把握と、それに応じた職務・環境設定、二次障害の予防を通して、保健医療が障害者の就労支援、ひいては雇用促進に貢献できると考える。

【結論】

障害者雇用を進める企業では、治工具・環境整備を中心に様々な就労支援策が講じられているが、そこに保健医療的視点が加わることの必要性を今回の調査で見出させた。医療・福祉連携—それが今後障害者雇用を

促進する鍵であると考える。

¹障害者雇用率の算定において親会社の雇用分と見なされる、厚生労働大臣 から認可された子会社のこと。

ミニシンポ「障害者の労働と健康」

当事者としての体験から、障害者の労働と健康を考える

○高橋 弘生（肢体障害者二次障害検討会）

1 プロフィール

現在57歳、脳性麻痺アテトーゼタイプ。2007年に頸椎症性脊髄症により手術。頸椎2番から胸椎1番まで固定。それ以前は自動車の運転や倉庫の管理等も行っていた。現在、外出時の移動は電動車いす使用、短距離なら歩行可能。2箇所の障害者相談支援センターで相談員（非常勤職員）、障害者団体役員。

2 生活と身体症状の履歴

小学生の頃は、毎日サッカー等で走り回り、中学からはそれまでの寄宿舎を出て、学校まで片道2時間をかけて通っていた。その頃の体験がその後の心身の基礎（自信）になったが過信にもつながった。大学卒業後、32歳まで愛知にて障害者団体や作業所の職員として車を運転して外回りや倉庫の管理、事務作業を行っていた。この頃は疲れが出て一晩休めば回復していた。33歳の時に大阪に転居し、結婚。その後、障害者団体専従を経て無認可作業所の設立時から13年間勤務し所長なども務めた。ここでは、昼間は利用者の送迎、介助、職員会議、夜や休日は作業所の運営委員会・家族会・後援会・バザー準備などの運動を行っていたが、41歳頃から、疲労が蓄積し始めた。医療機関を受診、頸肩腕症候群と筋膜炎腰痛との診断を受ける。医師や回りと相談し、42歳の時に現場に戻ることを前提に7ヶ月間休職。この休職

がなければ、この時期に仕事を辞めるか、体を壊すことになっていたと考える。それができたのは、信頼できる医療機関との関わりや、他の職員や利用者、その家族、合わせて自分の家族の理解があったからこそだと思う。47歳から2年間、新たな無認可作業所の職員、運営委員長として働く。49歳の時に神経根症となり退職。49歳からは、障害者相談支援センターにて相談員・ピアカウンセラーとして、週4日働いている。

50歳を過ぎてからは、徐々に体の機能が低下し、何も無いところでつまずいてこけることが増えた。また、首や肩・背中のこりや痛みを、マッサージを受ける事などでごまかしていた。ある日、靴を持ち上げることができなくなり、改めて受診、頸椎症性頸髄症と診断され手術。52歳の時であった。術後すぐは、術前よりはかなり改善したものの、左手を上げることができず、入院中の5ヶ月間は、筋力トレーニングやリハビリに励んだ。退院後も充分には左手を上げることができず特製の補助具等を使って食事などをしていた。手術後7ヶ月目に右手の補助なしで上げることができるようになったが、以前の状態と比べると上肢・下肢ともに機能は低下している。現在、移動時は電動車いすを使用。

3 現在の医療機関とのかかわり

20年来受診している主治医（リハビリ

テーション科)に月1回受診。術後もリハビリ以外にも、生活環境整備や職場復帰時のアドバイスなど、精神的な支えともなっている。信頼できる医療機関、医師の存在は不可欠だと考える。また、定期的な受診(整形外科:執刀医)により、術後の経過管理とリハビリの指導を受けている。今は、週に1回のリハビリ(理学療法1回1時間)を受けているが、待機患者が多く、18歳以上の者は基本的には、連続して16回しか出来ず、半年以上待機させられる。

4 仕事上での大変さ(特にフルタイムで働いていた作業所時代を中心に)

長時間の運転(送迎・物品回収等)は、年々負担になっていた。利用者の身体介護(送迎の際の車への移動援助、トイレ介助等)等は、休職以降はできなくなった。職場を辞める直前は、利用者の声さえ精神的に負担を感じた。言語障害が重いので、利用者や家族への対応や、電話、会議などが年々負担になった。利用者帰宅後の仕事として、事務作業も多く、体力的に負担が大きかった。

5 職場の人間関係

他の職員や利用者とその家族の理解があったので、7ヶ月の休職ができた。45歳を過ぎてからは、出来ない仕事が増え、他の職員への負担が大きくなり、気を使い、精神的にきつかった。(メンタル面の異常が、スグに身体への異常につながった)

6 長く働く上で気をつけてきたこと

主治医と局面ごとに相談しながら働いてきた。身体のケア(定期的な受診・理学療法・マッサージ・処方箋・手術等)、気分転換(休日に息子の少年野球観戦等)にも気をつけてきた。自宅でのパソコン作業等の

作業負担を軽減できるように環境をできるだけ整えた。一方、正直な所、自分を「頑張れ」と奮い立たせながら働いてきた。

7 自分の経験等から、特に脳性マヒ者が一般就労の継続には何が必要だと思うか?

- 1) 子どものときからの本人(当事者)・家族の障害への理解と自覚の保障
 - 2) 職場での回りの理解(専門機関からの十分なサポートも含めて)
 - 3) 障害・体力に応じた仕事内容や労働時間の設定(休暇の保障も含む)
 - 4) 障害・体力に応じた設備や人的配置などの職場環境の整備等、仕事上のサポート体制
 - 5) 当事者の立場で相談ができ、雇用主にも言える第三者機関・相談機関(支援チーム)
 - 6) 健康管理や二次障害予防のための医療機関との連携(少しの変化も見逃さない定期受診と定期健診)適切な時期に適切な治療が出来る雇用上の配慮も含めたシステムが必要。
 - 7) 所得保障(最低賃金の厳守、労働能力・家稼能力に応じた年金額の引き上げ、個々に応じた若齢からの年金支給等)
 - 8) 家族への負担の軽減:通院・入院時のヘルパー派遣。その他家族の精神面での負担軽減も含めた支援。
 - 9) 個々で悩んでいる人たちのために実態調査が必要。(現在、大阪の肢体障害者二次障害検討会にて調査を実施する予定)…障害者が健康で働き続けるためには、どういう「合理的配慮」が必要なのか?国や行政が率先して実態調査をする必要がある。
- 当日は、自分の経験だけでなく、他の人の経験についても紹介する予定です。

抄 録

■特別口演

介護裁判からみる医療と介護のつながり

○横田一（ジャーナリスト）

【はじめに】医行為として原則禁止とされていた「たんの吸引」などが2012年4月に医療職の指示のもとではあるが介護職（以下「ヘルパー」と表記）にも認められるようになった。これにより喉を傷つけ、出血するといった不適切処置により傷害罪など刑事訴追される可能性がヘルパーにも生じてきて、利用者との関係にも変化が出てくることにつながる。一方で、このような状況の変化など施設ケアの質の現状について利用者には十分に伝わっていない。介護施設では認知症や健康ハイリスク高齢者が増え、医療的ケアの必要度は高まりつつあるが、介護と医療（看護）の連携が十分ではないために不幸なトラブルが目立ってきている。そこで、介護裁判判例から見える介護現場の実態と改善策を考えてみた。

【方法】

1988～2012年公開の判例誌から得た介護・看護ケアにからむ民事訴訟74ケースをもとに、介護サービス提供者サイドの考え方、行動について判決や法廷証言から分析した。

【結果】

人はミスを犯す。介護過程でも同様である。損害賠償を求めるのは100%、利用者または遺家族である。一方、74ケースを施設種別で見ると、一番多く訴えられたのは特養で21、ついで老健12、デイサービス6、グループホーム4、有料老人ホーム4と、介護施設系が47(64%)を占めていた。医療機関は17(病院16、精神科デイ1。うち病院1件は老健被告と併合)であった。

74ケースの事故内容は、暮らしをサポートする介護という業務の性格から幅広い。転倒

24件、転落13件、誤えん19件、疾病・健康管理6件(床ずれ、体重管理、病院搬送、下血・吐血など)、見守り4件(行方不明、単独入浴死、高齢者住宅管理不備、異食)、療養環境3件(ベッド柵窒息、テレビコード首巻き付き、福祉ベッド構造)や虐待・拘束2件、使い込みなど雑多であった。そこではヘルパーと医療職の間でいかなるやりとりが交わされているのか、事例からみてみる。

<事例 ヘルパーの医療的判断>

【2007年5月28日、東京地裁判決】97歳女、日曜の出前デーに誤えん。看護師3人休み。急変3回目で嘱託医来るも死亡。292万円賠償。原告代理人より「(1回目、2回目も)口から泡を出していたけれども)お医者さんをお呼びする必要はないと考えたんですか」などと聞かれたヘルパーはつぎのように証言した。「そのときはしっかりされていたので」「判断はみんな、その当時そこに勤務していた人たちでしました。私も含めて」「以前にもそういうような感じのことはあったので、今回も(中略)そのようではないかと思いました」。

【2007年5月30日、名古屋高裁金沢支部和解】77歳女、夜100cc吐血と中等量下血、バイタルサイン(血圧112/64、体温36.7度、脈拍73)から「問題なし」とだれにも連絡せず。翌日、嘱託医の指示で入院するも、午後に急性心筋こうそく死。特養が10万円支払い(遺族の敗訴の和解)。夜勤リーダー(介護福祉士)の証言「[利用者とも]意思疎通がとれていましたし、しばらく様子を見ようということで〔同僚と〕話をしました」「バイタルチェックに異常があった場合とか、入居者や利用者の方が

心停止しているとか、意識がないとか、そういう場合は直ちに看護師の方に連絡するというところに「緊急時対応マニュアルでは」なっています」「何度も繰り返すというのは、もう限りなく何回も繰り返すという状況だと思います」。

<事例 医療情報もたずにケア>

〔2008年9月24日、名古屋地裁一宮支部判決〕15歳男、体幹障害。3週間前ジャガイモを誤えんしかけたのに、誤嚥を疑わず。重い障害のケアはこの子が初めて。2032万円賠償。

介護事業所経営者の男性看護師はインタビューで言う。「〔本人は〕お母さんの言うとおりにやった。医師とのコンタクトはない。障害者ケアでは家族のやり方、考え方が強くなる。高齢者ケアとはちがう。制度の問題だ」。

<事例 白いカルテ>

名古屋地裁金沢支部で和解する前、法廷に立った特養嘱託医の証言（一審・富山地裁高岡支部、2005年10月）。「〔介護施設のカルテは〕非常にメモ的なんです。〔特養は〕医療機関じゃありませんので」「書く必要がなかったからです。（略）1年以上書いてない人いっぱいおられます」。

<事例 医師間コミュニケーション欠如>

〔2012年3月23日、横浜地裁判決〕87歳男、要介護4、有老ホームで床ずれから敗血症（死亡）。2160万円支払い命令に控訴中。かかりつけ医の診療情報提供書、訪問看護ステーションの看護情報に「皮膚ジヨクソウ」とあるも、嘱託医はまったく知らず。発熱に抗生剤など電話で処方。原告代理人の尋問に嘱託医は証言する。「もっと細かいことが分かれば、ひょっとするとこれはただならぬことだというふうな認識があれば、当然〔施設へ往診に〕行ってますんで」（一審）。ケア主任の証言（趣

旨）「入居について看護師は反対していた。糖尿病でインスリンも投与してリスクが高いため」。

<事例 契約スタッフ、介護は初めて>

〔2008年10月7日和解、高松高裁〕85歳女、特養・朝食誤嚥（21日後死亡）、800万円賠償（遺族の勝訴的和解）。介護は初めての20代女性契約職員。嚥下障害について体系だった食事介助の教育・指導なく、「少量ずつ食べさせて」と上司から言われていただけ。

<事例 エアウェイは医行為>

〔2010年8月26日、横浜地裁判決〕82歳女、要介護3。老健・夕食誤嚥（死亡）。死因は脳梗塞か、心筋梗塞による発作後の吐き戻しとして請求棄却。「エアウェイ挿入及び吸引は、いずれも介護福祉士が行うことが法令上禁止されている医行為に該当する可能性が極めて高い」（判決文のまま）。

以上の事例のほか、「ケアプラン見直しの手抜き」、看護師の「足の可動域確認もれ」、施設全体の「ケアカンファレンスを通した家族に対する医療的説明の懈怠」など健康管理に対する不注意をとがめた判決は少なくない。

【結論】事故がすべて訴訟になるわけではない。被害者にとって「そこまで親身にケアしてくれたのか」という赦しへ通じる要因が多いほど、荒事になる確率は低い。それには、最悪の事態を想定して日々ベストを尽すほか、お年寄りの体調にもっとも詳しいのはヘルパーだという共通認識をもとに、ヘルパーから医療職へ自由にものが言える環境、反対意見をぶつけ合える同僚関係などリスクに強い民主的な組織づくり、働くモチベーションを上げるためスタッフの常勤化と研修・教育システムの強化がとくに急務であると考える。

（当日、判例一覧表を配布の予定）

タイのカドミウム汚染とイタイイタイ病

寺西 秀豊（富山大学・公衆衛生）、西条 旨子（金沢医科大学・公衆衛生）

【はじめに】

第52回社会医学会総会の公開シンポジウムとして、富山大学東アジア「共生」学創成プロジェクトと合同で「イタイイタイ病の教訓と東アジアの環境問題」を企画した。近年、環境問題は日本だけでなく、世界共通の問題となっている。発展途上のアジア地域における環境問題の一例として、タイからウィタヤ医師をお招きし、タイにおけるカドミウムの健康被害について貴重な報告を頂いた。ここではその成果をふまえ、富山県で発生したイタイイタイ病とタイのカドミウム汚染の共通点と相違点等に関し、若干の考察を加え報告する。

【対象と方法】

イタイイタイ病については、過去の文献を批判的に読み直すとともに、関係者の話を聞きまとめた。タイにおけるカドミウム汚染については、ウィタヤ医師の報告を中心にまとめたが、昨年、現地に足を運び、鉱山と汚染地の現状等を視察し、病院関係者等と懇談し、まとめる上で参照した。

【結果と考察】

富山県神通川水系で発生したイタイイタイ病は第二次世界大戦後、萩野昇先生によって発見、命名された疾患である。患者は骨折、疼痛、歩行障害、寝たきり状態など大変悲惨な状態に置かれていた。骨折に似た所見は、「骨軟化症による偽骨折」であり、骨折とは異なる。また、腎臓に萎縮腎と言

われる高度の病変があり、骨と腎臓の二つ変化が重なり合って形成されることが明らかになった。

イタイイタイ病の原因を究明するために、地域住民を対象とした疫学的調査が行われ、環境中カドミウム濃度の高い地区にイタイイタイ病の患者有病率が高いことなど、カドミウムがイタイイタイ病の原因であることを示す重要な証拠が明らかにされた。

これらの疫学調査結果をふまえ、原因が神通川上流にある神岡鉱業所（三井金属）のカドミウム汚染によるものであることを特定した。被害住民はカドミウム汚染を引き起こした企業（三井金属）を相手取り裁判闘争を起こした。1968年に提訴し、第一審の勝訴判決が出たのが1971年である。特に注目されるのは、1972年に名古屋高裁での勝訴判決後に企業と住民の間で交わされた誓約書等である。裁判では基本的には被害に対する賠償を争うが、イタイイタイ病の場合は、それだけでなく患者の治療関連費も企業に補償させることを勝ち取った。さらに、汚染土壌の復元も企業側が行なうことを約束させた。

これは、PPP（Polluter-Pays Principle）（汚染者負担原則）を日本的な形で適用したものである。もう一つ重要なイタイイタイ病裁判の成果は公害防止協定である。これは、責任企業に発生源対策までを確約させた点に、非常に優れたところであったと考えられる。この協定により、被害住民および協力科学者が毎年直接工場に立ち入

り、発生源対策のための調査と監視ができるとことになった。立ち入り調査は40年間継続され、現在では排出されるカドミウム

は3kgほどに減少し、自然界の水とほとんど変わらない状態になった。



図1. 日本とタイにおけるイタイイタイ病（慢性カドミウム中毒）の層状構造

一方、タイのカドミウム汚染地域では、日本と同じように上流の垂鉛鉱山のカドミウムに汚染された灌漑用水を利用して稲作や大豆栽培をおこなっていた。住民は汚染水や汚染米を食べたことでカドミウムに暴露され、健康障害発生に至った（図1）。

タイの環境汚染の共通性として、共に環境カドミウム暴露による健康障害であり、腎障害が発生していることが確認された。しかし、その健康障害には、若干の相違があり、日本では骨障害（骨軟化症）が注目されたが、タイの場合は、近年の環境医学的進歩をふまえ、カドミウム暴露とその健

康障害ということを念頭に置いた疫学調査が系統的に実施されている。

今日、国際化が進み、日本で公害を引き起こした企業が、海外で資源開発するという状況にシフトしつつあるが、海外での日本企業の環境対策をウォッチするネットワークはほとんどない。国際的相互協力のあり方やネットワークづくり等について、更に議論を重ね、タイのような途上国での環境問題解決のために、イタイイタイ病の歴史的教訓をふまえ、適切に対応することが今日、日本に求められている課題と言えよう。

安全学の観点から見た薬害と安全の関係

○辛島恵美子（関西大学 社会安全学部・社会安全研究科）

【はじめに】安全学は縦割り型の知識体系の弱点を補うべく総合の観点から問題を明らかにしていくことを目指す。本論では多くの領域横断を可能にする共通基盤整備の観点から、対照的な装置・機械系の故障率曲線を材料に医療分野の基礎用語「安全」と「薬害」の疑問点を指摘するものである。

【故障率曲線からみえる課題】機械や装置の時間経過に伴う故障率曲線は三要素（(1)故障率減少型（時間の経過と共に故障率が減少していくもの：製造上の欠陥等）、(2)故障率増加型（時間の経過とともに増加していくもの：摩耗、損耗等）、(3)故障率一定型（時間経過に関連しないもの：突発的事象によるもの）の合成とされる。その時間経過から①初期故障期②偶発故障期③摩耗故障期と区別され、①と③の高い形が特徴であり、バスタブ曲線とも呼ばれる。

たとえば初期の東海道新幹線運転阻害件数にもその特徴が認められる。高速走行こそ新しい挑戦であるが、鉄道開業・運行業務自体は明治以来の蓄積をもつ組織である。それでも現場最高責任者がこれによしと安全宣言したのは二年後であった。開発過程でどれほど努力しても、また審査を厳密にしても、実際に社会に導入して活用しようとするれば、想定外のような問題に遭遇し、適切な調整が必要であり、些細な事柄でも丁寧に賢明に解決して初めて故障率を低く抑えた安定運行期に入ることができる。そのため深刻な問題になる前に、些細な問題も含めて問題点を出し切るのがコツとさえいわれる。また近年、敗戦からの復興期に

建造したものが一斉に摩耗故障期に入りつつあり、新課題の登場ともいわれる。これまでは急速な技術発展のため、設計目標を超えて使うことなど考え難く、経験を積んでいないのである。しかし経済低迷の昨今、事情が変化した。しかし摩耗故障期は研究体制から考え直す必要がある。たとえば材料調達の問題であり、長く使い続けた材料入手が必要であるが、同時に使用履歴の有無や記録内容の優劣が研究の成果を決めかねない。

このトラブル発生時期の特徴の別を広く領域横断的に使うために名称を若干変更している。①初期警戒期（初期故障期に該当）、②安定期（偶発故障期に該当）、③余寿命期（摩耗故障期に該当）である。社会導入前の④研究開発期を加えて四つに区別する。

【応用事例としての医薬品】医薬品開発・普及過程をこの分類で整理すると、「研究開発期」には動物実験や臨床試験（治験 1 相~3 相）を、「初期警戒期」には市販後調査と再審査制度（GPSP と GVP）を用意していると整理できるであろう。

医薬品の場合、治療目的の効果（これを医療分野では有効性、あるいは主作用と表現）しか作用のない物質を見つけることは不可能である。人体はいまだに複雑で未知のことが多いからである。そのため“無効無害（無効でも無害）”ならよしとした時代、時期もあったが、明治末期には医薬品と認める以上は“有効無害”と明確に意識するようになった。この「無害」は広義には薬の害の意味であるが、この分野では有効と対で

使われるときは「有害な副作用が無い」意味である。ゆえに「薬害」は“医薬品の使用による医学的に有害な事象のうち、社会問題となるまでに規模が拡大したもの、中でも特に不適切な医療行政の関与が疑われるもの”を指すと説明される。領域独特の解釈ではあるが、薬害の歴史を学べばその意図を理解することは難しくない。ここで指摘するのは初期警戒期の解釈と制度的に求めている内容との齟齬と用語問題である。

【初期警戒期と薬害と安全の用法】「有効無害」を文字通り実現できるのが理想であるが、現実には有効作用と各種の有害作用とをバランスさせて最終的な治癒効果を上げることが問題にせざるをえない。そのためには有効情報ばかりでなく、有害副作用情報も重要な判断材料であることは間違いない。しかし先の鉄道領域での安定期への転換点で出した「安全宣言」の意味はトラブルの原因はほぼ出尽くし適切に対応したので、これからは鉄道運行の本来の力を十分発揮できるというものであり、これを医療世界に翻訳すれば、医師も患者も実現したいこと、すなわち弊害を最小限におさえながら期待する効果を最大限に発揮して病を回復に向かわせることである。安定期は薬を安全に使うコツの完成、薬の標準的使い方の確立している時期であり、病気に即していえば、標準的治療法が確立している時期となろう。初期警戒期はその確立を目指す移行過程ともいえる関係にあり、深刻な薬害を引き起こさないためにも、この時期に些細な問題も見逃さず丁寧で賢明な解決が求められることになろう。

そう考えてよいのであれば、この GPSP と GVP 制度で収集すべきものは何である

べきなのだろうか。求めているのは「医薬品の品質、有効性及び安全性に関する情報」であり、GPSP の「使用成績調査」では一言でいえば有害副作用情報である。しかも一部特定条件の患者情報を集めもするが、基本は「医薬品を使用する患者の条件を定めることなく」である。これは審査段階で求めた内容の延長にみえる。この時期は専門分科化の更なる深化よりは、発想を切り替え、専門知識を持ち寄り、実践的総合結果を比較検討しながら、標準的治療法の確立・改善を目指すことではないのだろうか。今日では「標準化(規格化)」は一つに揃える意味より、時代的要請もあり、その焦点はしかるべきレベルの合理的エビデンスの保証にウエイトが移ってきている。安定期とはしかるべきエビデンスに支えられた治療法が患者の病状や体質に応じて選択できるだけ揃っていることではないのか。

現代は情報の受発信技術やデータベース構築と活用のソフト開発の進歩も目覚ましい。領域を超えて心を合わせて目標に迎えるだけの諸条件が整いつつある時代であり、他領域の発想から学べることも少なくない。目指す方向を最小限の誤解レベルに抑えて伝える工夫が必要であり、そのとき基礎用語の果たす役割は大きい。各分野しか通用しない用語は排除しなければならないが、他にはない発想が隠されているかもしれない。有効無害と発想してきたこの分野で「無害」を「安全性」と言い換えるのはなぜなのだろうか。そのメリットは何であるのか。安全学で説明する「安全の意味」と一度合わせて検討してもらいたいと願っている。

ソーシャルイノベーションと社会医学 ～ NPO フェアトレード東北の被災者支援事例より ～

○佐分利応貴（京大・経研）、布施龍一（NPO フェアトレード東北）

【目的】 社会問題解決における医学的手法の有効性及びソーシャルイノベーションの重要性を、被災者支援活動の事例をもとに説明すること。

【方法】 宮城県石巻市で社会的弱者の自立支援活動を続けている NPO フェアトレード東北の事例分析と考察。

【結果と考察】 社会的弱者（東日本大震災の被災者を含む）の自立支援においても、介護における要介護者支援と同様の手法が有効に機能した。一方で、社会的弱者の自立（支援からの Exit）のためには、受け皿となる地域コミュニティや雇用環境の整備が必要であることが明らかとなった。

NPO フェアトレード東北（代表：布施龍一、以下 FTT という。）は、震災前の平成 14 年から、宮城県石巻市で高齢者、障害者、DV（家庭内暴力）被害者、生活保護受給者、シングルマザー、引きこもり、若年失業者などの社会的弱者に対し、①要支援者の発見、②アセスメント、③巡回訪問や専門家による自立支援等を行ってきた。

震災後は、政府の雇用調整助成金の予算（平成 23 年度 6,000 万円）により、巡回スタッフ 28 人を雇用し、石巻市の高齢者世帯を中心に約 1,200 世帯、2,200 人の巡回訪問を行い、被災地の独居老人の孤独死や自殺を防止し、高齢者や障害者、引きこもりやシングルマザーといった社会的弱者のコミュニティへの復帰や就業に成功した。

FTT 方式の特徴は以下のとおりである。

1) アウトリーチ（戸別訪問）

社会的弱者が自ら支援を求めて窓口を訪問するとは限らない。支援を行っている FTT の存在を知らない、知っていても FTT が公的機関でないため躊躇する、支援を求めることが恥ずかしい、などである。このため、FTT では、公的支援サービスがある仮設住宅以外の在宅被災者の実態を把握するため渡波・湊・大街道地域の全戸を戸別訪問し、聞き取り、アンケート等により要支援者の発見を行った。

2) 独自のアセスメント体制

これまでの支援経験を通じ、FTT は独自の簡易判別シートを作成しており、学生の調査員が記入した内容により訪問した当日に要支援者認定を行える独自のアセスメント体制を構築している。内容によっては専門職による 2 次判定を行うが、これも当日のうちに実施される。

3) SP・SO・SF 等による包括的支援

FTT では、要支援者の自立支援のため、電話相談窓口や DV 被害者のためのシェルター等を設けるとともに、カウンセリングのための専門職 (Specialist Personnel: SP) として臨床心理士、弁護士、医師、看護師、ケースワーカー、社労士、大学教員等を配置し、うつ等の精神疾患から債務の整理、就労先のあっせん、生活保護の申請まで包括的に支援をしている。また、被災により交通手段も奪われ食物にも事欠いている郊外の人々等へは、支援団体 (Support Organization : SO) の NPO セカンド・ハーベストからの食糧支援物資を届けている。

また、要支援者の Exit（支援からの卒業）のため、炊き出しや料理教室の開催などによる地域コミュニティ形成（所属先を確保することで精神的自立）や、一般企業に就職するまでのリハビリ（社会化：socialization）のためソーシャルファーム（Social Firm：SF）の設立・運営を行っている。SFでは米や野菜、果物や花き等を栽培・販売しているが、引きこもりやニートだった若者が土いじりや集団作業を通じて自信をもつようになり、これまで6年間で約100人が一般企業等に就職した。生産された作物は支援企業であるRUSH社、レッドロブスター社等が全量買い取りを行うため、事業としても安定している。

一方で、FTTの活動の持続可能性（sustainability）には課題もある。雇用調整助成金により平成24年度の活動は確保されているが、石巻市の約15万人の市民の中には被災前でも少なくとも6,000人の要支援者がいると見込まれており、これらの人々にFTTの支援を供与するためには年間約3億円の予算が必要となると見込まれる。地域コミュニティ活動が盛んになり高

齢者が健康となって医療費が減る、要支援者が生活保護等から卒業する、などが実現すれば自治体の財政負担減にはなるが、一人当たり約5万円の支出を苦しい地方自治体の一般財源から捻出することは容易ではない。自治体がFTTにサービス委託をする場合は、SFの誘致による雇用創出も含めた地域全体へのプラスの影響を総合的に評価すべきだろう。

【結論】 FTTによる要支援者の発見、評価（アセスメント）、生存から生きがいを見つけるまでの包括的支援システム＝FTTシステムは、介護支援システムを独自に発展させた他に類を見ないものである。FTTシステムは、地域の厚生委員や自治体会長、農地の地権者や要支援者の受入企業など幅広い人々が関与するシステムであり、縦割り行政を克服するソーシャルイノベーション（社会問題を解決する新たなシステム構築と普及）の萌芽である。社会的弱者の支援は、被災地に限らず過疎地でも都心でもますます必要とされており、今後FTTシステムの更なる発展と他地域への展開・普及を期待したい。

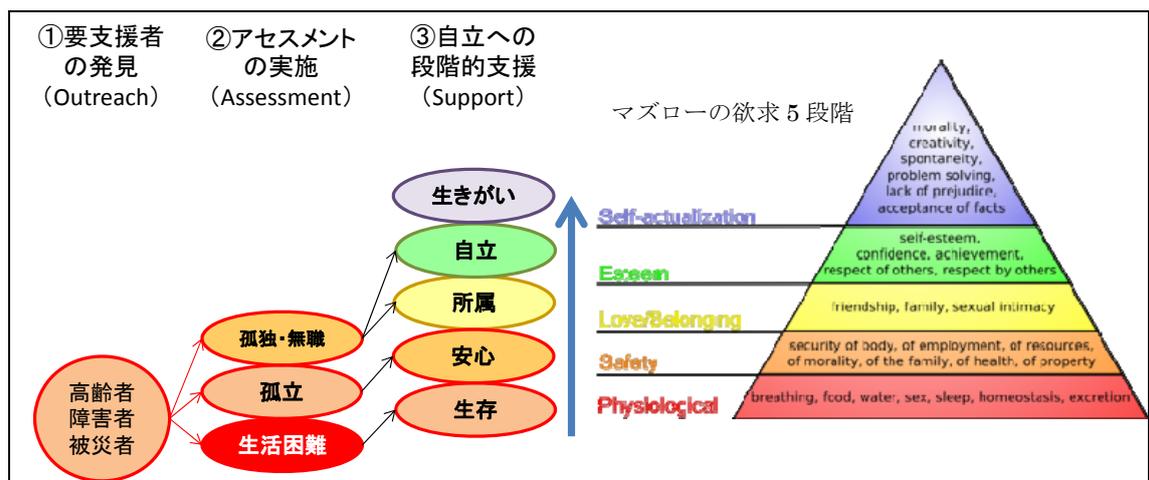


図1. フェアトレード東北の支援スキーム

公衆衛生サービス供給の日英比較制度分析—方法論的考察

○松田 亮三（立命館大学・産業社会学部）

【背景】 疾病のリスクに関わる知識が増大し、さまざまな予防的介入が集団レベルとともに個人レベルにおいても開発される中で、対人予防サービスをどのようにして住民に供給するかが課題になってきた。このような課題は、少なくとも先進国の共通の課題となっており、とりわけ慢性疾患の増大の中で改めて対人予防サービスへのアクセスの確保や効率的供給のあり方が問われている。

公衆衛生行政の展開については、これまで各国の概況報告や個別の取り組みについての紹介はなされているものの、対人予防サービスの供給制度およびそれに関わる財政的な仕組みについて、理論的な枠組みを設けた検討がなされてこなかった。しかし、国際比較を通じて、各国の制度の仕組みを分析し、その特徴を明らかにすることは、現在の制度の限界と特質を示すとともに、構想可能な施策の幅を広げ今後の対人予防サービスを展望するのに寄与することが期待される。

【課題と方法】 このようなことから、本研究では、対人予防サービスの供給についての国際比較に向けて、まずは公共政策、医療政策、社会政策等の国際比較および日英の公衆衛生行政についての先行研究をもとに、以下の方法論的な検討を行った。

- 1) 対人予防サービスの概念および比較対象とすべき制度の範囲について
- 2) 対人予防サービス供給の全体的仕組みについての比較分析について

3) 個別的対人予防サービスおよび地域予防プログラムについての比較分析について

4) 国際比較研究の意義と限界について
なお、本稿で述べる日英両国における制度の状況はあくまでも方法論的検討のために提示されるものであり、総合的な分析は今後の課題であることをあらかじめお断りしておく。

【結果】

1) 対人予防サービスの概念および比較対象とすべき制度の範囲について

対人予防サービスは、人を対象として実施される疾病予防を目的とするサービスとして定義できるが、具体的にどのようなサービスをそのようなサービスとするかは自明でない。この意味では、どのようなサービスが対人予防サービスとして位置付けられるか、それがどのような手続きによって実施されるか自体も丁寧な比較検討が必要である。日本でも英国でも、網羅的なリストがあるだけでなく、①政府が政策として推進しているサービス、②医学界が推奨しているサービス、等基準を設けて判断する必要がある。前者については、英国では各種の政府の計画や NHS 組織の業績評価また一般医（GP）への支払方式での追加支払額評価に用いられる項目によって示されており、日本では法令によって行われる事業等あるいはがん検診の場合など実施が望まれ促進されている事業において表現されている。

2) 対人予防サービス供給の全体的仕組みに

ついでに比較分析について

対人予防サービス供給がどのような全国的制度によって実施されているか、そこでの政府および関係する組織の責任と権限はどのようなものか、供給組織はいかなる規制のもとで編制されているか、財政はどのような方式によって賄われているか、が分析の課題となる。

この場合、対人予防サービスと治療サービスとが異なる制度で実施されるかどうかは重要な特徴である。日本の場合は、かつては市町村が、現在は公的医療保険の保険者および市町村が、医療機関への委託等の手段により実施を推進している。

英国では、国民医療サービス（NHS）制度において主に GP によって実施され、NHS 地方行政組織がその実施を推進している。英国では NHS の一部の業務として位置付けられており、自治体の関与は少ない。一方、日本では社会保険にもとづく医療制度とは別の仕組みとなっており、従来は市町村が主な責任主体であったが、現在は市町村・保険者のそれぞれがサービスの種別によって実施を推進することとなっており、複雑な構成になっている。これら推進団体についての経済的、非経済的インセンティブの導入は、共通した制度上の特徴となってきた。しかし、英国では GP は政府と団体契約を結び、日本での医師会等と保険者・自治体が個別契約を行っており、これら契約の状況と目標設定方法についても検討が必要である。

3) 個別的対人予防サービスおよび地域予防プログラムについての比較分析について

全体的な仕組の比較だけでなく、個別の対人予防サービスを、いくつか一種の「追跡市(tracers)」として綿密に検討することにより、そのサービスの政策上の位置づけ、医学上の位置づけとの関わり、供給制度上の諸問題、財政制度の特徴、それらの継時的な変化などを、より正確に把握し、比較することが考えうる（注 1 Stephen Peckham 氏の示唆による）。

またこの作業を通じて、制度の枠組み全体の記述が一般的にどこまで適用可能か、例外としてどのようなものがあるのかを検討することに役立つであろう。

4) 国際比較研究の意義と限界について

医療制度の国際比較研究がこの 30 年間で多方面に展開し、基礎的知識も蓄積されているが、そこでの対人予防サービスの位置づけは必ずしも明らかでなかった。また、対人予防サービスの供給については、日本で社会保険医療以外の保健行政によるサービス供給が行われているように、主要な医療制度とは異なる仕組みが活用されており、この点を適切に考慮にいたした独自の分析枠組みが必要となっている。こうしたことから、対人予防サービスに焦点を絞った国際比較研究の意義があると思われる。とはいえ、公衆衛生は各国の統治機構と密接な関連にあり、その点からして、どこまで独自のものになるかは今後の実証研究による。

【謝辞】本論は、中原俊隆（京都大学医学研究科）、Stephen Peckham（London School of Hygiene and Tropical Medicine）らとの共同研究の成果の一部である。

東日本大震災と「自己責任型社会政策論」の破綻

池上 洋通（自治体問題研究所）

【はじめに】 原発事故を含めた東日本大震災による被害の現実を確認し、市場原理主義による新自由主義的政策理論に基づく公共政策の展開が被害を招き、拡大したことを、統計的データなどによって明らかにし、日本国憲法に基づく展望を示す。

図1 日本の政策的支配構図と大災害



1 東日本大震災の現場で

(1) 被害状況の確認

表1 東日本大震災の被害状況<都道県別 2012.3.28>警察庁資料により作成

都道県別	人的被害 (人)			建物被害 (戸)						
	死者	行方不明者	重軽傷者	住家被害						非住家被害
				全壊	半壊	全半焼	床上浸水	床下浸水	一部破損	
岩手	4671	1237	198	20189	4680	15	1761	323	8121	4752
宮城	9512	1634	4133	84749	147165	135	15403	12842	221895	34124
福島	1605	214	182	20335	66061	80	1054	339	151436	1116
北海道	1	—	3	—	4	—	329	545	7	469
青森	3	1	61	311	852	—	—	—	832	1194
秋田	—	—	12	—	—	—	—	—	3	3
山形	2	—	29	37	80	—	—	—	—	—
東京	7	—	90	—	11	3	—	—	257	20
茨城	24	1	709	2723	24046	31	1725	719	180433	14555
栃木	4	—	134	265	2079	—	—	—	69992	295
群馬	1	—	38	—	7	—	—	—	17246	—
埼玉	—	—	42	24	194	2	—	1	1800	33
千葉	20	2	251	798	9861	15	154	722	44162	660
神奈川	4	132	—	—	38	—	—	—	407	13
総計	15854	3089	6025	129431	255078	281	20432	15513	696625	57261
阪神震災	6433	3	43792	104906	144274	6217	—	—	263702	4848
3県計	15788	3085	4513	125273	217906	230	18218	13504	381452	39992
対総計	99.6	99.9	74.9	96.8	85.4	81.9	89.2	87.0	54.8	69.8

表1 (続き)

都道県別	道路橋梁等被害 (カ所)				
	道路損壊	橋梁被害	山崖崩れ	堤防決壊	鉄軌道
岩手	30	4	6	—	—
宮城	390	29	51	45	26
福島	187	3	9	—	—
北海道	—	—	—	—	—
青森	2	—	—	—	—
秋田	9	—	—	—	—
山形	21	—	29	—	—
東京	13	—	3	—	—
茨城	307	41	—	—	—
栃木	257	—	40	—	—
群馬	36	—	9	—	—
埼玉	160	—	—	—	—
千葉	2343	—	55	—	—
神奈川	162	1	3	—	—
総計	3918	78	205	45	29
阪神震災	10069	320	378	430	—
3県計	607	36	66	45	29
対総計	15.5	46.2	32.2	100.0	100.0

◆注1 ①表1には、東北地方太平洋沖地震の余震による被害を含む。

②新潟、山梨、長野、静岡、岐阜、三重、徳島、高知の各県の個別の被害は省略してある。ただし、総計にはそれらの県の被害も含めた。

◆注2 「3県計」は、岩手・宮城・福島3県の人的被害と建物被害の合計を特記したもので、「対総計」は「総計」に対する比率(%)を示したものである。

◆注3 「阪神震災」は阪神・淡路大震災の略で、被害状況は2003年4月1日現在。死者には関連死を含んでいる。建物被害の単位は「棟」で、世帯数はこれより大きく、住家全壊186175世帯、住家半壊274181世帯など。なお一部破損は世帯数。

表2-1 農林水産業の被害<全国被災地、被災3県—岩手・宮城・福島、2011.8.23現在>

年間産出額（億円）①	被害額（億円）②		②÷①×100				
	全国被災地	被災3県	全国被災地	被災3県			
産出額総計	97000	8426	被害額総計	22839	20668	23.5	245.3
農業産出額	83162	6669	農業関係	8418	7586	10.1	113.8
			農地・農業用施設	7903	7087	—	—
			農産物等	515	499	—	—
林業産出額	4122	407	林野関係	1967	1777	47.8	436.6
漁業産出額	9716	1350	水産業関係	12454	11305	128.2	837.4

農林水産省「東日本大震災と農林水産業 基礎データ（図説）」（2011.10）により作成

①全国被災地は、農業関係は、青森、岩手、宮城、秋田、山形、福島、茨城、栃木、群馬、千葉、山梨、長野、新潟の各県。林業関係は、青森、岩手、宮城、秋田、山形、福島、茨城、栃木、群馬、千葉、山梨、長野、新潟、静岡、高知の各県。漁業関係は、北海道、青森、岩手、宮城、秋田、山形、福島、茨城、千葉、東京、神奈川、新潟、静岡、愛知、三重、和歌山、徳島、高知、大分、宮崎、鹿児島、沖縄の各県。

②産出額は、農林水産省「平成21年生産農業所得統計」、「平成21年生産林業所得統計」、「平成21年漁業生産額」による。

表2-2 他の震災との農林水産業被害額の比較

	東日本大震災	新潟県中越地震	阪神・淡路大震災
被害額（億円）	22839	1330	900
比較	100.0	5.8	3.9

同上

表3 津波浸水地域の鉱工業事業所（59カ所）の月別生産額の試算値<2010・2011比較>

	年	月別											
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
生産額 （億円）	2010	836	877	994	931	949	711	683	886	924	1030	1015	1041
	2011	960	965	168	21	14	24	31	98	215	281	309	356
前年比	%	15	10	▲83	▲98	▲99	▲97	▲95	▲89	▲77	▲73	▲70	▲66

経済産業省の資料により作成

①「津波浸水地域」は、青森・岩手・宮城・福島・茨城・千葉各県の62市町村・561k㎡。

②「事業所」には、一部浸水の事業所は含まれない。

③対象となった59事業所には、繊維工業品、木材・木製品、パルプ・紙・紙加工品、化学工業製品、石油・石炭製品、プラスチック製品、ゴム製品、窯業・土石製品、鉄鋼、非鉄金属、金属製品、汎用機械器具、電子部品・デバイス・電子回路、電気機械器具、鉱物を製造する事業所を含む。なお、沿岸部での産業集積が高い水産加工食品の製造事業所等は含まれていない。

表4 被災3県の失業状況<2011年3月12日～6月5日>

	実数（件）				前年同期との比較			
	岩手	宮城	福島	計	岩手	宮城	福島	計
雇用保険離職票交付数	25312	51689	42775	119776	187	222	267	227
前年同期	13561	23312	15999	52872	100	100	100	100
雇用保険受給資格決定件数	16293	35667	24759	76719	222	309	275	275
前年同期	7341	11553	8999	27893	100	100	100	100

厚生労働省資料により作成

(2) 広がる「関連死」

◇増大し続ける災害関連死（NPO法人・多摩住民自治研究所・機関紙「緑の風」より）

1 1500人をこえた関連死

ここで、災害関連死について記すことにしたい。

災害関連死とは、災害がもたらす生活条件の悪化などの原因による死亡（自殺を含む）をいい、災害による直接的な死と区別して用いられている。阪神・淡路大震災で問題視され、弔慰金（250～500万円）の対象とするなどの制度整備が行われてきた。

何を「災害関連死」とするかについては、市町村の条例とそれに基づく審査にゆだねられている。審査は、医療関係者や弁護士などを含む審査会が行うが、厚生労働省は、東日本大震災後の4月30日付で、中越震災の実例資料を付けた「関連死基準」を、都道府県担当部局にあてて「情報提供資料」として通知した。だが、被災市町村の事務作業が困難をきわめていることもあり、県に委託したり、複数市町村の共同事務にしている自治体もあつたりして、なかなか認定作業が進まない状況があつた。

昨年5月に「被災3県で500人を超える」、9月に「850人にのぼる」とマスコミが報じたが、今年3月25日に河北新報が岩手・宮城・福島の3県で1520人を認定、と報じた。関連死の認定者数は増大し続けているのである。

じつは表1注3にあるように、阪神・淡路大震災の死者には900人をこえる関連死が含まれている。これと同じように東日本大震災の死者をカウントするなら、死者・行方不明者の総計はゆうに2万人を超えたということになる。

2 関連死を生み出しているもの

災害関連死を生み出す原因はさまざまだが、何といっても生活環境がはげしく変わったことが大きい。それには次のような例がふくまれる。

- ・津波による多量の飲水、身体の冷え
- ・病院の機能停止による初期治療の遅れや既往症の悪化
- ・交通事情等による初期治療の遅れ
- ・避難所や仮設住宅での肉体的精神的疲労
- ・地震のショック・余震への恐怖
- ・近親者の死亡によるショック
- ・救助、救護活動などの激務

このように関連死の原因を見ていくと、災害時・直後、避難所生活、仮設住宅生活などについての経験知の蓄積と情報交換が極めて重要であることが分かる。また、被災者への精神的なケアがきわめて重要であることも、改めて確認しておきたい。

(3) 破壊されていた地域の産業と財政力

表5-1 被災3県別・主な被災市町村の財政力指数別に見た自治体数（2008年度）

県別	財政力指数別										計
	0.1 ～ 0.2	0.2 ～ 0.3	0.3 ～ 0.4	0.4 ～ 0.5	0.5 ～ 0.6	0.6 ～ 0.7	0.7 ～ 0.8	0.8 ～ 0.9	0.9 ～ 1.0	1.0 以上	
岩手	4	3	3	1	1	—	—	—	—	—	12
宮城	—	—	1	3	4	1	2	3	—	1	15
福島	1	2	2	1	1	1	2	1	1	3	15
計	5	5	6	5	6	2	4	4	1	4	42

財政力指数別の「0.1～0.2」は「0.1～0.2未満」を表す。

※財政力指数は、基準的な事務の経費に対する自主的な収入の割合を示す。基準は1.0である。

2 原子力発電所事故をめぐって

(1) 原発事故が生んだ被害とその闇

- ①果てしない健康被害—医学の責任を自覚する—「核分裂」という認識
- ②人間関係と地域社会の破壊
- ③地域経済の破壊
- ④いくらかかるか分からない補償金額—避難区域見直しの本当の目的

- ⑤ついに東電を国有化
- ⑥被害の全貌も闇の中
- (2) 地域と自治体の貧困こそ原発の立地条件
 - ①「貧困地帯の救世主」
 - ②植民地主義と同じ—単作支配の手法

表5-2 原発立地自治体との歳入構造の比較<2009年度決算・普通会計>

(標識別単位=総額百万円、1人当千円、構成比%)

団体名 人口 (人)	歳入状況							財政力指数
	標識別	歳入 総額	地方税			地方交 付税	国庫支 出金	
			総額	所得割	固定資産税			
大熊町 11405	総額	7117	3342	560	2352	15	1704	1.5
	1人当	624	293	49	206	1	149	
	構成比	100.0	47.0	7.9	33.0	0.2	24.0	
双葉町 7178	総額	5880	1839	322	1423	454	2071	0.8
	1人当	819	256	44	198	63	289	
	構成比	100.0	31.3	5.5	24.2	7.7	35.2	
飯館村 6584	総額	4834	537	125	337	2053	553	0.2
	1人当	734	82	19	51	311	84	
	構成比	100.0	11.1	2.6	7.0	42.5	11.4	
川俣町 16065	総額	5910	1252	454	607	2475	487	0.4
	1人当	368	78	28	38	154	30	
	構成比	100.0	21.2	7.7	10.3	41.9	8.3	
国見町 10402	総額	4385	997	331	528	2021	235	0.4
	1人当	422	96	32	51	194	23	
	構成比	100.0	22.8	7.5	12.0	46.1	5.4	
西会津町 7862	総額	5931	611	169	361	2889	466	0.2
	1人当	754	78	21	46	367	59	
	構成比	100.0	10.3	2.8	6.0	48.7	466	

各自治体の「決算カード」を加工して作成した。
 「標識別」のうち「総額」の端数は切捨て、「1人当」「構成比」の端数は四捨五入した。
 「1人当」は各金額を住民総数で割ったもの。財政力指数は決算カードの数値をそのまま掲載した。

- (3) 果てしない利権構造
- (4) 「原子力村」という腐敗

表6-1 福島第一原子力発電所の概要 所在 福島県双葉郡大熊町・双葉町

原子炉	出力 万 Kw	燃料 二酸化ウラ ンt/年	契約社			設置費 億円	営業運転 開始	現 状
			原子炉	タービン 発電機	付属設備			
1号機	46.0	約 69	GE	GE	GE	約 390	1971.3	事故停止
2号機	78.4	約 94	GE	GE	東芝	約 560	1974.7	〃
3号機	78.4	※約 94	東芝	東芝	東芝	約 620	1976.3	〃
4号機	78.4	約 94	日立	日立	日立	約 800	1978.10	〃
5号機	78.4	約 94	東芝	東芝	東芝	約 900	1978.4	〃
6号機	110.0	約 132	GE	GE	東芝	約 1750	1979.10	〃
7号機	138	計画中止						
8号機	138	〃						

原子炉型式は、いずれも沸騰水型軽水炉(BWR) ※ MOX 燃料 (プルスーマル):3 割程度
 1~6号機 2012.4.20 廃止

表6-2 福島第二原子力発電所 所在 福島県双葉郡楡葉町（敷地一部が富岡町）

原子炉	出力 万 Kw	燃料 二酸化ウラン t/年	契約社			設置費 億円	営業運転 開始	現 状
			原子炉	タービン 発電機	付属設備			
1号機	110.0	約 132	東芝	東芝	東芝	?	1982.4	事故停止
2号機	110.0	約 132	日立	日立	日立	?	1984.2	〃
3号機	110.0	約 132	東芝	東芝	東芝	?	1985.6	〃
4号機	110.0	約 132	日立	日立	日立	?	1987.8	〃

原子炉型式は、いずれも沸騰水型軽水炉(BWR)

表6-3 玄海原子力発電所の概要 所在 佐賀県東松浦郡玄海町今村・約 87 万㎡

原子炉	出力 万 Kw	燃 料 t/年	建設費 億円	営業運転開始
1号機	55.9	二酸化ウラン	約 48	1975.10
2号機	55.9	二酸化ウラン	約 48	1981.3
3号機	118	ウラン・プルトニウム混合酸化物	約 89	2004.3
4号機	118	二酸化ウラン	約 89	2007.9

(5) 復興をめぐる基本問題

- ① 基本的人権の保障を最優先にするか、市場型復興を優先するのか
- ② 地域産業、自治体財政の自立を実現できるか
- ③ 水産特区計画が明らかにしたこと

3 「自助・共助・公助」論による自己責任型社会政策から転換するために

●日本国憲法（抄）

第 11 条 国民は、すべての基本的人権の享有を妨げられない。この憲法が国民に保障する基本的人権は、侵すことのできない永久の権利として、現在及び将来の国民に与えられる。

第 12 条 この憲法が国民に保障する自由及び権利は、国民の不断の努力によって、これを保持しなければならない。又、国民は、これを濫用してはならないのであつて、常に公共の福祉のためにこれを利用する責任を負ふ。

第 13 条 すべて国民は、個人として尊重される。生命、自由及び幸福追求に対する国民の権利については、公共の福祉に反しない限り、立法その他の国政の上で、最大の尊重を必要とする。

第 97 条 この憲法が日本国民に保障する基本的人権は、人類の多年にわたる自由獲得の努力の成果であつて、これらの権利は、過去幾多の試練に堪へ、現在及び将来の国民に対し、侵すことのできない永久の権利として信託されたものである。

抄 録

■ 一般口演

薬害H I V感染被害者・家族の支援環境構築（第一報） ～自立と意思決定に関する課題

○柿沼章子¹、久地井寿哉¹、井上佳世²、玉井真理子³、大平勝美¹（1.社会福祉法人はばたき福祉事業団、2 御茶ノ水女子大学大学院、3 信州大学）

【目的】

本研究は、実証研究として、薬害H I V被害者・家族に対し、血友病とともに生きる生活の質の向上、心理社会的な問題の解決、薬害被害の歴史を伝える等の観点から、包括的な支援構築のあり方について分析と検討を行う。

本報告では、薬害H I V感染被害者・家族等の現状と困難経験より、自立と意思決定に関する課題について検討する。

【方法】

1) 当事者参加型アクションリサーチ・面接調査を行った。全国の薬害H I V感染被害者家族（母親(n=19)、父親(n=16)、きょうだい(n=6)）への面接調査、比較対象群としての全国の血友病患者母親への面接調査(n=9)。社会的関係性（家族内・家族外）に係わる生活上の出来事を時系列に尋ね、得られたデータは個人別に要約し、当事者・専門家協働により KJ 法などを用いて、系統的に課題を分類した。

2) 前述の分析により、支援環境についての課題を知るため、血友病関連の医療従事者への面接調査(n=6)、教育関係者への質問紙調査(n=37)を行った。

本研究は、「疫学研究に関する倫理指針」等を遵守する形で、社会福祉法人はばたき福祉事業団倫理審査委員会に諮り、平成 21 年 4 月 12 日承認を得た上で、研究を実施した（承認番号 1）

【結果】

薬害H I V感染被害者・家族の自立と意思決定に影響した生活上の出来事として、特徴的な以下の 10 点が抽出された。

- 1) H I V感染告知
- 2) 治療機会
- 3) 医療側の対応
- 4) 受療機関の変更
- 5) 新聞報道等による社会的な影響
- 6) 地域生活
- 7) 教育現場
- 8) 家族関係
- 9) 経済的問題
- 10) 患者会からの支援

本調査により、血友病・遺伝についての今まで抑圧されてきた思いが初めて語られた事例も多く認められた。

前述の 10 点による生活への否定的な影響について、特に、HIV 感染刊告知の遅れ、適切な治療機会の喪失、医療側の誠実性を欠く対応、地域生活における風評被害の発生・懸念、教育現場における混乱、家族関係の崩壊・ゆがみ、経済的負担の増加、患者会の阻害と支援機能の低下について多く語られたため、その出来事の受け止めについて、分析することにした。

その結果、生活上に否定的に影響された出来事に対する受け止めについて

- 1) 子供に対する防衛的な心情形成
 - 2) H I V感染告知遅れによりに対する自責の念
 - 3) 血友病や遺伝に加えH I V感染など秘密を抱えることによる心理的負担
 - 4) 父親の家庭内役割の混乱
 - 5) 発達段階におけるきょうだいを感じる寂寥感
 - 6) 母親の患児ときょうだい間での関心の偏り
- など、一連の成育上の影響と課題が抽出された。

血友病・遺伝の心理社会的負荷の患者背景として、

- 1) 血友病・遺伝に関する情報不足
 - 2) 遺伝相談と包括的な情報・支援へのアクセスの障壁
- などの課題が存在した
- 学校においても、
- 1) 事故発生の懸念
 - 2) 責任の所在の不明確さ
 - 3) 情報不足
 - 4) 他の保護者へのトラブル対処
- など、医療対応・地域対応についての当事者負担が発生しており、患者の病い経験の

深刻さと合わせて家族への二重の重荷となっていた。

【考察】

血友病に特有な医師・患者関係への依存、社会関係性の脆弱化が認められ、母親に心理・社会的負担が家族内で集積したこと、自立と意思決定に関する困難として、社会的な抑圧も生じていた。

特に 1.周囲にオープンにできない 2.差別・偏見を取り除くために社会に立てない、など本研究による初めての語りに基づく課題が抽出された。

【結論】

血友病患者としての自立と意思決定に関して、当事者のエンパワーメント及び、家族内および社会関係性の改善と支援が必要である。

(本研究は、平成21年度～平成23年度 厚生労働科学研究費補助金エイズ対策研究事業「血友病とその治療に伴う合併症の克服に関する研究」(代表：坂田 洋一)の一環として実施した。

薬害H I V感染被害者・家族の支援環境構築（第二報） ～情報支援とF A C Tアプローチ

○久地井寿哉¹、柿沼章子¹、井上佳世²、玉井真理子³、大平勝美¹

(1 社会福祉法人はばたき福祉事業団、2 御茶ノ水女子大学大学院、3 信州大学)

【目的】

第1報では、薬害H I V感染被害者・家族等の現状と困難経験について、血友病患者としての自立と意思決定に関して考察し、当事者のエンパワーメント及び、家族内および社会関係性の改善を目的とした支援の必要性が示唆された。本報告では、具体的に、F A C Tアプローチに基づく情報支援を行い、支援妥当性について考察する。

【方法】

当事者参加型アクションリサーチ法に基づき、具体的アクションとして情報支援を行った。当事者、利害関係者への継続的なアセスメントに基づき、支援法開発と並行して情報支援を実施した。当事者参加型アクションリサーチ法に基づき、I) 具体的アクションとして情報支援を行った。当事者、利害関係者への継続的なアセスメントに基づき、提供する情報を精査した。あわせて、面接調査（全国の薬害H I V感染被害者家族（母親(n=19)、父親(n=16)、きょうだい(n=6)、比較対象群としての全国の血友病患者母親への面接調査(n=9))の聞き取りデータを利用し支援妥当性を検討した。

また、支援資材の開発に当たり、支援妥当性向上の観点から、諸外国の薬害H I V感染被害者家族向け支援事例の情報収集、海外の支援動向に関する情報収集と分析をあわせて行った。

本研究は、「疫学研究に関する倫理指針」等を遵守する形で、社会福祉法人はばたき福祉事業団倫理審査委員会に諮り、平成21年4月12日承認を得た上で、研究を実施した（承認番号1）

【結果】

第一報で明らかになった、1.周囲にオープンにできない 2.差別・偏見を取り除くために社会に立てない、などの支援課題に対応して、情報を集約する作業を行い、情報資材・コンテンツ作成を行い、一元化された情報提供を実施した。具体的には、
1.血友病に関するファクトシートの作成、
2.情報提供のための血友病情報提供ホームページの開設・運営
3.海外文献の翻訳および解説、提供
を行った。

【考察】

支援概念および支援策として、
1) 家族内関係構築の支援としては、医療からの自立性の確保、事前的・予見的な意思決定の支援としての情報支援が有効と考えられた。
2) 具体的には、インターネットを通じての諸外国の治療・研究・支援動向の紹介や解説、海外文献の翻訳と解説を行った。
3) 社会関係構築の支援として、患者・家族を含めた包括的な医療関係・社会関係構築、特に血友病の遺伝と相談体制の構築が重要

課題と考えられ、血友病のファクトシートにより情報資料を作成し、血友病に関する基礎的な事実 (Solid fact)、歴史的事実として、医療費助成制度構築の経緯、薬害エイズ事件の経緯などの情報提供を行った。

支援妥当性としては、

- 1) 医療的・社会的事実を一元化した情報の提供を行うことにより、家族内で情報を共有し、医療者とのコミュニケーションを円滑に行えること。
- 2) 患者自身が将来に対する状況把握や判断に役立つことが考えられる

【今後の実践への示唆】

- 1) グローバル化する医療への対応

血友病治療は、現在、遺伝子治療の開発が模索されており、国内医療に限定した医療対応では、国内の医師・患者がグローバル化した医療に取り残される懸念があるため、海外情報の集約と、国内情報の発信力を持つ必要がある。

- 2) 患者・家族の意思決定支援

多くの良質の情報に基づいて意思決定することに患者・家族・医療者は慣れていかなければならないのではないかと。現状は、情報支援の水準の向上を模索している段階であろう。

- 3) 生活中心の医療情報支援

海外の情報提供事例では、治療法の開発

に、社会心理分野の専門家が研究段階からかわり、あらたな治療法開発について、患者の生活への影響について検証、情報公開が行われていた。これらは専門家のみならず、患者・家族に対しても、客観的なFACT (事実) に基づいて前もって中立的な判断ができるような配慮として、良事例として紹介されていた。なお、FACT (事実) としては、確かな事実 (Solid FACT)、歴史的事実 (Historical Fact) に加え、治療例の少ない段階から治療の成否についての確率的な情報も、事実の提供として扱われていた。患者・家族と医療の間で情報のフィードバックループを確立し、生活中心の視点で、医療情報の流れがクリアになる必要もあるだろう。

【結論】

情報支援は、患者・家族に対して医療的な自立を担保し、医療に参加しているという気づきと実感を促すのに有用な支援方法であると考えられた。今後、情報支援水準の向上のために、支援評価が課題である。継続的な自発的な学びの機会の創出や、有効な教育啓発につなげたい。

(本研究は、平成21年度～平成23年度 厚生労働科学研究費補助金エイズ対策研究事業「血友病とその治療に伴う合併症の克服に関する研究」(代表：坂田 洋一)の一環として実施した。

薬害 HIV 感染被害者・家族の支援環境構築(第三報) ＜遺伝性疾患であることの課題と支援＞

○井上佳世（お茶の水女子大学大学院）、玉井眞理子（信州大学）、
柿沼章子、久地井寿哉、大平勝美（はばたき福祉事業団）

【目的】

薬害 HIV 感染被害者の多くは血友病患者である。血友病は遺伝性疾患として古くから知られている。遺伝性であることが、薬害 HIV 感染被害の患者家族にどのような影響を与えているかについて、育児、治療に関わってきたキーパーソンであり、また血友病保因者の可能性もある患者の母親に対してインタビュー調査を実施し、心理社会的課題とその支援について考察する。

【方法】

血友病男性患者の母親(28 名)に対して、インタビュー調査（「平成 21 年度厚労省科研（エイズ対策研究事業）血友病とその治療に伴う合併症の克服に関する研究」）を実施した。その内容から血友病が遺伝性疾患であることが、患者家族の心理社会的状況（就労、結婚など）に与える影響について注目しその内容を分析した。

【結果と考察】

対象者: 血友病患者A男性 27 名(HIV感染者 15 名、非感染者 11 名)、血友病B男性 9 名(HIV感染者 5 名、非感染者 4 名)計 36 名の母親 28 名。内容: 患者本人の就労状況(表 1)は、就労 69%(HIV感染者 80%)、非就労 14% (HIV感染者 20%) であった。患者本人の婚姻状況(表 2)は既婚 25%(HIV感染者 40%)、未婚 55%(HIV感染者 60%)、離婚 1 名であった。既婚者はすべて就労しており、そのうち 4 名(44%)は子がいた。また、表 3 の通り、患者の姉妹(20～50 歳代)19 名のう

ち既婚 47%（そのうち女兒出産 3 名、男児出産 4 名(血友病 1 名)) 未婚 37%(そのうち知的障害 1 名、非行 1 名、精神的不安定 1 名、引きこもり 1 名)であった。血友病患者は HIV 感染有無に関わらず就労している者が 69%と高い。障害者枠で就労(3 名)している一方で、職場に病名(血友病)を告げずにいるケース(5 名)や、病名を告げたことが就労に影響した経験を持つケースなど社会的な偏見や誤解があることがわかった。また結婚についても HIV 感染の有無による影響はみられなかったが、55%が未婚であった。未婚者のうち、肝炎や肝がん、てんかん、うつ、引きこもりなどの二次障害をもつケースが 55%(11/20 名)あった。既婚者の 44%(4/9 名)は子どもがいる。血友病男性患者の子どもは罹患しないので患者にとって遺伝性疾患であることの影響は少ないのではないかと推察される。一方で患者の姉妹のうち既婚者は 47%であり、37%は未婚であった。未婚者のうち精神症状や問題行動のあるケースが 57%(4/7 名)あり、患者家族におけるきょうだいの支援の重要性が示唆された。また、血友病は、X連鎖性遺伝病であり、患者の姉妹は 50%の確率で保因者の可能性をもつ。血液製剤の安全性が高められ、治療法も確立しており、患児を出産し育てる環境は整いつつあるが、家系内で受け継がれてきた血友病のイメージや正確な情報の不足、社会の偏見が血友病患者家族に様々な心理社会的影響を与えていること

が伺える。

【結論】

今後医療は患者の治療だけでなく、保因者女性、患者のきょうだいを含む血友病家系全体への心理社会的支援が求められている。そのためには、血液内科医のみならず、産婦人科医、臨床遺伝専門医、遺伝カウンセラー、臨床心理士など多種の専門家と知識や情報を共有し、血友病家系全体への支援体制の構築が必要である。

本研究は、厚生労働科学研究費補助金(エイズ対策研究事業)の助成を受け実施した「血友病とその治療に伴う合併症の克服に関する研究」の調査内容を分析したものである。

【謝辞】

川目裕教授(お茶の水女子大学大学院)ならびに、玉置知子教授(兵庫医科大学)のご指導ご鞭撻を賜り深く感謝申し上げます。

表 1.血友病男性患者の就労状況

血友病男性患者(36名)	就労	未就労	学生
	69%(25名)	14%(5名)	17%(6名)
HIV感染者(20名)	80%(16名)	20%(4名)	0名
非感染者(16名)	56%(9名)	6%(1名)	38%(6名)

表 2. 血友病男性患者の婚姻状況

血友病男性患者(36名)	既婚	未婚	離婚	学生
	25%(9名)	55%(20名)	3%(1名)	17%(6名)
HIV感染者(20名)	40%(8名)	60%(12名)	0名	0名
非感染者(16名)	6%(1名)	50%(8名)	6%(1名)	38%(6名)

表 3.血友病男性患者の姉妹の婚姻状況

姉妹(19名)	既婚	未婚	学生と幼児
	47%(9名)	37%(7名)	16%(3名)

「カルテがない」C型肝炎感染被害者調査からの考察 第1報 C型肝炎感染被害者の医療と生活の実態

○横山由香里(岩手医科大・公衆衛生)、榎宏朗(新潟医療福祉大院・医療福祉)、
内山由美子(上智大・看護)、吉川健明(臨床・社会薬学研究所)、
片平洌彦(健和会 臨床・社会薬学研究所、新潟医療福祉大院・医療福祉)*

【目的】 肝炎ウイルスが混入したフィブリノゲン製剤等の汚染血液製剤によってC型肝炎に感染した被害者は10,594人から279,394人の範囲と推計されている。2009年10月5日までに和解が成立した1,205人については、厚生労働省の研究班(堀内班)が実態調査を行い、肝硬変・肝がんへの進行、精神健康上の問題、治療にかかる金銭的負担など様々な困難を抱えながら生活していることが明らかにされてきた。しかしながら、カルテ等がないために、汚染血液製剤投与の証明が得られない患者(以下、「カルテがない」C型肝炎患者)の医療や生活の実態は明らかにされていない。C型肝炎の病態や予後を鑑みると、「カルテがない」C型肝炎患者においても、薬害と認定された患者と同様に深刻な身体的・精神的・経済的・社会的問題を抱えていることが危惧される。そこで本研究では、「カルテがない」C型肝炎患者の医療と生活の実態について記述することを目的とした。

【方法】 2011年9月28日までに東京・大阪・鹿児島県の3地裁に提訴した232人を対象に、無記名自記式質問紙調査を実施した。調査票は弁護団を通じて配布・回収した。

2012年2月19日までに得られた患者調査の回答は、東京87人、大阪64人、鹿児島5人(合計156人)であった。遺族調査は19人から回答を得た。回収率は75.4%であった。記述統計の他、疾患のステージ

別(肝硬変・肝がんの群と、無症候性キャリア・慢性肝炎の群)で医療や生活実態に差があるのかを検討する目的で χ^2 検定とt検定を行った。本研究は新潟医療福祉大学倫理委員会の承認を受けて実施した。

【結果と考察】 回答者(患者)は平均65.1歳(範囲:41~82歳)であり、男性42人、女性113人であった。無職者が43.3%、専業主婦が29.6%であった。肝臓がんに至るまで進行している者は26人(16.9%)、肝硬変の診断を受けている者は25人(16.2%)となっており、「カルテのない」C型肝炎患者においても深刻な病状の患者が少なくないことが推察された。慢性肝炎は93人(60.4%)、無症候性キャリアは6名(3.9%)であった。最も多かった自覚症状は「全身倦怠感(61.3%)」で、「かゆみ(36.1%)」、「便秘・下痢(29.0%)」と続いた。近年では、肝臓疾患患者のQOLを考える際、倦怠感への着目が重要であるとの指摘もあり、こうした症状を看過しないことが必要と考えられた。本調査では95人(61.3%)が過去にインターフェロンを行っていたが、インターフェロン療法は「効果が得られた(27.1%)」とする者がいる一方で、「副作用が出る(55.5%)」、「費用が高い(38.7%)」、「時間がとられる(32.2%)」、「効果が出ない(24.5%)」という問題点も報告されていた。身体障害者手帳の取得者は、18名(12.2%)にとどまっていた。肝硬変・肝

がんの群と無症候性キャリア・慢性肝がんの群との間で手帳取得率に有意な違いは認められなかった。現在、手帳取得の認定基準には主に Child - Pugh 分類が用いられている。Child-Pugh 分類は医学的な肝臓機能障害の分類基準として広く用いられているが、今後は本研究の結果で示されているような精神的な負担や社会生活上の困難に関する評価軸についても検討する余地があると考えられた。精神的な負担のうち、「不安感」は回答者のほぼ全員 (97.2%) に該当した。「憂鬱さ」「不眠」「ストレス」「憤り」も 9 割以上に認められた。さらに、「死んでしまいたい」と回答した者が「時々ある」「よくある」を併せて半数を超えていることから、精神健康上の問題の深刻さが窺われる。肝硬変・肝がんの群と、無症候性キャリア・慢性肝炎の群で、精神的な負担感が異なるのかを検討したが、両者に有意な違いは認められなかった。肝炎の場合には、疾患のステージにかかわらず常に「不安感」や「憂鬱」を感じている可能性がある。したがって、肝硬変や肝がんの患者はもちろん、慢性肝炎や無症候性キャリアの患者に対しても十分な配慮が必要と考えられた。現在の暮らし向きは「大変苦しい (27.6%)」、「やや苦しい (32.2%)」、「普通 (38.2%)」であった。これまでにインターフェロン療法によって自己負担した総額は平均約 87 万円で、民間療法を含めた医療費の自己負担の累積額は平均約 402 万円と高額であり、これらの医療費を「とても負担に感じる」と回答した者は 67.4% を占めた。その一方で、約 3 分の 1 が公費負担医療制

度を利用していない現状にあり、適切な情報提供が必要であると考えられた。経済状態と精神的な負担感は有意な関連性を示していたことから (相関係数 $r=-.208$ 、有意確率 $p=0.034$)、精神健康の観点からも生活基盤を支える支援が必要であると考えられた。

社会生活上の不安や困難として最も多く報告されていたのは「家族への負担 (64.5%)」であった。また、51 人 (32.9%) が、肝炎患者あるいは感染者であることが理由となって、本人または家族が社会的偏見や差別、いじめにあうといった不愉快な思いをした経験をしていた。自由回答では、実際の差別経験だけでなく、差別を恐れて周りに言えない状況になっていることも明らかとなったことから、社会に対する正しい知識の発信と共に、こうした不安に対するサポートも今後の課題と考えられた。

なお、患者、遺族の願いとして多かった回答は「薬害の根絶 (83.2%)」「医療費の自己負担をなくす (82.6%)」「健康保険料の減免 (54.2%)」であった。本調査では、患者が経済的に大きな負担を強いられている様子が推察されたことから、経済面へのサポートを拡充していくことが重要と考えられた。

【結論】「カルテがない」C 型肝炎患者においても、身体的・精神的・経済的・社会的な困難が多く認められ、支援策の必要性が示唆された。

【謝辞・研究費】 調査に多大なご協力を戴いた原告団・弁護団に厚く感謝します。

本研究は「東洋大学 HIRC21」の 2011 年度研究助成金により実施した。

「カルテがない」C型肝炎感染被害者調査からの考察 第2報 「カルテがない」薬害肝炎被害者の認定問題

○片平洌彦* (健和会 臨床・社会薬学研究所、新潟医療福祉大院・医療福祉)、横山由香里 (岩手医科大・公衆衛生)、榎宏朗 (新潟医療福祉大院・医療福祉)、内山由美子 (上智大・看護)、吉川健明 (臨床・社会薬学研究所)

【目的】第1報では、「カルテがない」が、薬害肝炎被害者として認めて欲しいとして提訴したC型肝炎患者156人と遺族19人の実態調査結果を報告した。第2報では、これらの人たちの「カルテがない」ことの実情と、この「認定問題」についての意見等を紹介したうえで、問題解決のあり方につき、試案を提示する。

【方法】訴訟受任者の弁護団が行った「事前調査」と、実態調査での「投薬証明となるカルテを得ようとしてどのような苦勞をされたか」の設問への回答をもとに、認定問題解決のあり方につき考察した。

【結果】今回の対象者は、第1報記載のように、2011年9月末までに提訴しているが、提訴に際し、弁護団が「事前調査」を行っている。そのうち、東京弁護団が130人を対象に実施した調査の結果概要は以下の通りである：本人(生存)109人、本人死亡(遺族回答)21人。性別：男性31人(23.8%)、女性99人(76.2%)。感染原因となったと思われる血液製剤の使用は、「産婦人科での出産時」75人(57.7%)、「(産)婦人科での手術時」16人(12.3%)、「外科、整形外科等での手術時」39人(30%)。その実施時期は、1964～1993年。止血剤使用「あり」との回答は54人(41.5%)で、「なし」との回答はなく、残りは無回答であった。手術又は出産を行った病院・担当医師の現存又は連絡が「可」なのは28人

(21.5%)。これらの数字から、この130人の患者本人は、出産時の出血や(産)婦人科での手術、外科、整形外科等での手術の際にフィブリノゲン製剤等の止血剤を使用したためにC型肝炎に感染した可能性があると考えて提訴した人たちであると言える。問題は、その「証拠」であるが、上記「事前調査」では、当時のカルテ入手の可能性が「あり」は9人(6.9%)。「当時の病院の領収書や、止血剤を使用した・又は使用した可能性が高い」という内容の医師・看護師の証言が「あり」25人(19.2%)との回答であった。そして、今回の私たちの調査票で「投薬証明となるカルテを得ようとして、どのような苦勞をされましたか」と質問したところ、6人が、「投薬証明書」が入手できた旨記載していた。

事例(#77):「娘を出産した時から20年以上も経ってしまいましたので、病院は使用を認めても個人的にはカルテがない、医師が亡くなり、助産婦さんもわからず、一度は断られたのですが、幸運にもその病院に親戚の者が看護師として働いていましたので、薬局の方の証言もあり、何とか院長も認めて下さった(カルテはない)。輸血代を払った上に肝炎にされた者として、一日も早く国の補償を待っています。」

然しながら、その他の原告の多くは、「投薬証明書」の入手が困難な事例である。そうした状態を招いたのは、やはり、「5年間」

*東洋大 HIRC21 2011年度客員研究員

のカルテ保存期間の問題である。今回の私たちの調査では、「C型肝炎に感染したと思われる時期」については設問を設けていないが、「事前調査」では、「1964～1993年の間」であり、最も遅い1993年から算定しても、既に18年を経過している。そうした「時の経過」が、「証明の壁」を作り出したのは疑いないことである。

事例(#52). 病院でのカルテは保存期限が過ぎて廃棄していたためカルテの入手が出来ず、製薬会社に投薬証明の証明書類の提出を求めたが、個人には出せないとの回答で、病院を通じて製薬会社に証明書類を提出してもらうこととなった。個人での書類を求めることは大変困難で、製薬会社へ連絡してから書類を入手するまで3ヶ月ほどの時間を要した。

調査結果から、「証明の壁」が厚く、その壁を乗り越えるために、原告らは懸命の努力をしている実態の一部が示された。このような「懸命の努力」を原告側がしなければならぬことについて、以下のように、「理不尽」との声が出されている。

事例(遺族、#8)「繰り返し起きる薬害問題は、行政・国が過去から学んでもなく、その時々で対応してきた結果です。何か問題が起きれば個人が因果関係の立証をしなければならない理不尽さには辟易です。・・・なぜ被害者が立証し、利益を得るだけの加害者は責任を取ろうとしないのか理解できません。」

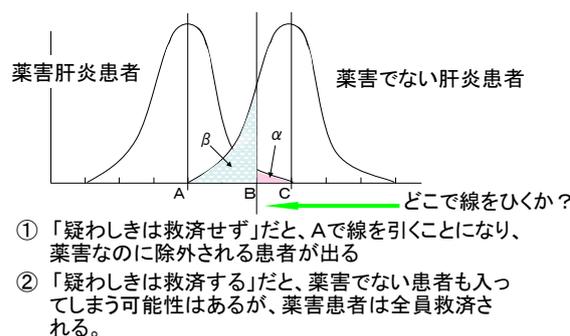
事例(遺族、#14)「国の失政をなぜ私たちに負わせるのか理解に苦しみます。私たちに誠意を見せて欲しい。今回の大震災で被害を受けております。助けて下さい。」

【考察・結論】2008年1月に成立した薬害肝炎「特措法」による「和解」は、2012年1

月13日現在、提訴者2,157人、和解成立は1,657人と報告されており、「少なくとも1万人」の「被害者全員救済」にはほど遠いのが実情である。しかも、「特措法」の期限は2013年1月迄とされている。今後急いで以下のようなことをすべきである。

- 1) 「特措法」を無期限に延長すること。
- 2) 「特措法」で対象の2種製剤以外の、第VIII因子製剤、アルブミン・グロブリン製剤・生体組織接着剤等により感染した人も対象とすること。
- 3) 加害責任を認めた国・製薬企業が、被害者に積極的に情報を開示・提供すること。
- 4) 裁判所における認定は、「疑わしきは認定」とすべきである(下図参照)。
- 5) 裁判では被害者と認定しえない「C型肝炎感染被害者」については、2009年11月に制定された「肝炎対策基本法」を活用して、医療体制の拡充、医療費の助成、生活への援助、身体障害者認定の改善等の支援策を促進・充実させること。

「疑わしきは救済する」が 全員救済になる



【謝辞・研究費】調査に多大なご協力を戴いた原告団・弁護団に厚く感謝します。本研究は「東洋大学HIRC21」の2011年度研究助成金により実施した。

「カルテがない」C型肝炎感染被害者調査からの考察

第3報 ソーシャルワークにおけるエンパワーメント・アプローチ試論

○榎宏朗（新潟医療福祉大院・医療福祉）、横山由香里（岩手医科大・公衆衛生）
内山由美子（上智大・看護）、吉川健明（臨床・社会薬学研究所）、
片平洸彦（健和会 臨床・社会薬学研究所、新潟医療福祉大院・医療福祉）*

【目的】

第1報では「カルテがない」C型肝炎患者においても、身体的・精神的・経済的・社会的な困難が多く認められたこと、第2報では認定のあり方についての提言を報告した。今回の調査は、提訴した232人を対象にしたものである。訴訟とは弁護士を代理人とし、法手続きにより賠償を求めるものである。ソーシャルワークは人と環境を対象にした支援であり、その支援はニーズに対応することに正当性と根拠があり、このニーズとは、金銭的なものに限定されない。エンパワーメント・アプローチはソーシャルワークにおける主要な実践方法の1つである。その沿革は米国における公民権運動に端を発し、その支援は主に少数民族、女性、ゲイ・レズビアン、障害者であることを理由にスティグマ化されている人びとを対象に展開されてきた。支援の内容はスティグマ化されていること、また、それによって社会資源に結びついていないことなどによってPowerless（環境と比較しパワーがより少ない状態：つまり、本来持っている力が環境によって行使できない状態）におかれている人びとを対象に、ワーカーがパートナーシップという関係性にもとづき、利用者のニーズを満たすためにfacilitator（促進者）として支援するとともにadvocator（ニーズの擁護者）として社会変革を目指すものである。

そこで本研究では、片平が提唱している「被害者福祉学」の立場から、調査結果にもとづき、特に差別に焦点を当て、「カルテがない」C型肝炎感染被害者に対する支援として、エンパワーメント・アプローチの適合性と、被害者のニーズにもとづく支援について考察することを目的とした。

【方法】

2011年9月28日までに東京・大阪・鹿児島3地裁に提訴した232人を対象に、無記名自記式質問紙調査を実施した。調査票は弁護団を通じて配布・回収した。2012年2月19日までに得られた患者調査の回答は、東京87人、大阪64人、鹿児島5人（合計156人）で、回収率は75.4%であった。記述統計の他、「本人または家族が社会的偏見、差別、いじめにあった体験の有無」と「恒久対策として望むこと」に統計上の有意な関連があるのかを検討する目的で χ^2 検定を行い、自由記載欄の事例から分析した。そして、結果にもとづき、エンパワーメント・アプローチの適合性と支援方法を考察した。本研究は新潟医療福祉大学倫理委員会の承認を受けて実施した。

【結果】

「本人または家族が社会的偏見、差別、いじめにあった体験の有無」と「恒久対策として望むこと」についての関連を知るために χ^2 検定を行なったところ、A:「医療サービス格差の解消」とB:「偏見・差別をなくす」の項

目に有意な関連が見られた (A: $\chi^2=8.358$ 、 $Df=2$ 、 $P<0.05$ 、B: $\chi^2=9.049$ 、 $Df=2$ 、 $P<0.05$)。差別体験がある人は差別体験がない人にくらべ「偏見・差別をなくす」こと望んでいることがわかり、また、差別体験がある人は差別体験がない人にくらべて「医療サービスの格差の解消」を望んでいることがわかった。しかしながら、医療サービスの「格差」の内容は未解明である。そこで、差別体験の内容についての回答記載欄と、困りごとや要望、思い、苦しみ、訴えたいことについての自由記述を探索的に分析したところ、医療従事者の心ない言葉や感染を気にする余りに患者を傷つけるような扱いをうけた経験を経ていること、また、その体験により医療サービスと結びつかずにいる人も存在していることが明らかになった。このことから被害者の考えている「格差」の一部には、「差別や偏見によって生じる格差」も含まれているのではないかと分析できた。

【考察】

IFSW(国際ソーシャルワーカー連盟)の「ソーシャルワークの定義」によれば「ソーシャルワークの専門職は、人間の福利(ウェルビーイング)の増進を目指して、社会の変革を進め、人間関係における問題解決を図り、人々のエンパワメントと解放を促していく」とある。今回観察された、「差別・偏見をなくす」「医療サービスの格差の解消」は人間関係における問題と位置づけられる。また、エンパワメントはスティグマ化されていること、また、それによって社会資源に結びついていないことなどによって、Powerlessに陥っている人びとを対象としている。その観点から今回の結果を考察するならば、被害者は、差別されている人びとであり、それを原因として医療

サービスという社会資源に結びついていない人もおり、エンパワメントの対象者として位置づけられる。そして、「差別、偏見をなくす」、「医療サービスの格差の解消」というニーズは、人間の尊厳に関わる問題であり、人間の福利(ウェルビーイング)の増進にとって欠くべからざる要素である。そのために必要な社会の変革とは、医療サービス従事者の意識や行動の変革と社会におけるC型肝炎という病に対する意識の変革であると考えられる。

IFSWの「実践」の項目には「社会に存在する障壁、不平等および不公正に働きかけて取り組む」とあり、「さまざまな技能、技術、および活動を利用する」とある。実践には多様な方法があるが、研究者としては、パートナーとして、調査によって被害やニーズを明らかにし、それを社会に公表すること、また、社会運動としての原告団の活動を支援することが推奨される実践方法であると考えられる。

【結論】

以上の考察から、「カルテがない」C型肝炎感染被害者に対する支援として、ソーシャルワークのエンパワメント・アプローチの適合性は確認できた。また、被害者のニーズは訴訟によって実現できる金銭的賠償は当然として、エンパワメント・アプローチによって、当事者が求める制度の変革、特に医療サービスにおける人格を尊重した対応のあり方について、調査結果にもとづき社会に対して効果的な方法によって訴えてゆくことが、ソーシャルワークの価値である人権と社会正義を実現することになると考えられる。

【謝辞・研究費】調査に多大なご協力を戴いた原告団・弁護団に厚く感謝します。本研究は「東洋大学HIRC21」の2011年度研究助成金により実施した。

【第2報】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、医薬品
医療機器総合機構運営評議会救済業務委員会）

【はじめに】昨年の総会において、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、制度利用の水準がきわめて低いのではないかと推測し、制度運用における課題を提示した。第2報として、制度の定着に関して最近の動向を報告する。

【1、医療の安全に位置づける動き】2011年8月24日付の全国薬害被害者団体連絡協議会から厚生労働大臣に提出された要望を受け、2012年1月30日付で医政局医療安全推進室長及び医薬食品局総務課医薬品副作用被害対策室長連名の事務連絡「医薬品安全管理責任者が行う従業者に対する研修資料について」が発出された。医療機関の全職員が対象となる医薬品安全使用に関する研修において本制度が取り上げられることで、頭打ちの観を呈している認知度を押し上げ、制度活用への弾みがつくのではないかと期待される。

【2、診療報酬改定における病棟薬剤業務の評価と日病薬の対応】2012年2月10日に決定した平成24年度改定により、病棟薬剤業務に点数がつくこととなった。それを受けて日本病院薬剤師会が「病棟薬剤業務の進め方」を作成し、そこに該当患者への制度説明と申請支援を業務として記述している。同会が6月2日に実施した新人薬剤師を対象とした研修において、本制度の現状や課題に関するテーマもとあげた（栗原「副作用被害者救済制度について」）。こ

れまで、制度運用の主体である医薬品医療機器総合機構は、不特定多数への広報を充実させてきたが、日病薬のマニュアル作成により、該当患者への制度説明がなされることの意義はきわめて大きいことと評価され、期待される。

【3、救済申請者への判定部会議事録開示における改善】予防接種法上の救済に関し、審査会議事録開示において原則的にマスキングしないことが長妻厚生労働大臣の答弁（2009）により実現したことを受けて、本制度においても同様の開示が実現した（2010年11月より、副作用・感染等被害判定第一、第二部会）。かつて大幅にマスキングされて、当事者にとって因果関係の判定経緯がほとんどわからない状態であった。ただし、それまで個人情報をもマスキングして公開されていた同判定部会の議事録が議事要旨とされ、やや後退したことも否めない。

【まとめ】1項、2項の結果、医療機関の状況がどのように変化し、制度利用が推進されるのか否か、追跡する必要がある。また、制度利用を阻害する要因を明らかにする調査が実施されることが引き続き課題であるといえる。

（演者連絡先：mmr@osaka.email.ne.jp）

資料1 2012. 1. 30 付事務連絡

平 成 24 年 1 月 30 日

都道府県衛生主管部(局長) 殿

厚生労働省医政局総務課
医療安全推進室長
医薬食品局総務課
医薬品副作用被害対策室長

医薬品安全管理責任者が行う従業者に対する医薬品の安全使用のための研修資料について

平素より厚生労働行政の推進にご協力を賜り感謝申し上げます。
医療法施行規則(昭和23年厚生省令第50号)第1条の11第2項第2号ロに規定する「従業者に対する医薬品の安全使用のための研修」の内容として考えられる事項に「医薬品による副作用等が発生した場合の対応(施設内での報告、行政機関への報告等)に関する事項」があります(【別添1】参照)。

当該事項の研修の際、独立行政法人医薬品医療機器総合機構法(平成14年法律第192号)に基づく医薬品の副作用による健康被害の救済に関する制度(以下「健康被害救済制度」という。)の資料等が、下記のとおり利用できるように、貴職においてご了知の上、貴管内市区町村及び医療機関等に活用して頂くよう周知願います。

記

独立行政法人医薬品医療機器総合機構(以下「機構」という。)において、リーフレットの他、広報資料を無料で配布します。なお、ホームページに健康被害救済制度のリーフレット【別添2】が掲載されており、ダウンロードして活用できます。
また、研修で健康被害救済制度の説明を行う際、機構の職員を講師として派遣することについて、相談に応じます。

(リーフレット掲載箇所)
機構ホームページの「健康被害救済制度」のサイト
<http://www.pmda.go.jp/kenkouhigai.html>

(広報資料等の申込先・相談先)
救済制度相談窓口：0120-149-931(フリーダイヤル)

【別添1】

【医療法(昭和23年法律第205号)(抜粋)】

第三章 医療の安全の確保

第六条の十 病院、診療所又は助産所の管理者は、厚生労働省令で定めるところにより、医療の安全を確保するための指針の策定、従業者に対する研修の実施その他の当該病院、診療所又は助産所における医療の安全を確保するための措置を講じなければならない。

【医療法施行規則(昭和23年厚生省令第50号)(抜粋)】

第一章の二 医療の安全の確保

第一条の十一 病院等の管理者は、法第六条の十の規定に基づき、次に掲げる安全管理のための体制を確保しなければならない(ただし、第二号については、病院、患者を入院させるための施設を有する診療所及び入所施設を有する助産所に限る。)

- 一 医療に係る安全管理のための指針を整備すること。
 - 二 医療に係る安全管理のための委員会を開催すること。
 - 三 医療に係る安全管理のための職員研修を実施すること。
 - 四 医療機関内における事故報告等の医療に係る安全の確保を目的とした改善のための方策を講ずること。
- 2 病院等の管理者は、前項各号に掲げる体制の確保に当たっては、次に掲げる措置を講じなければならない。
- 一 (略)
 - 二 医薬品に係る安全管理のための体制の確保に係る措置として次に掲げるもの
 - イ 医薬品の使用に係る安全管理(以下この条において「安全使用」という。)のための責任者の配置
 - ロ 従業者に対する医薬品の安全使用のための研修の実施
 - ハ 医薬品の安全使用のための業務に関する手順書の作成及び当該手順書に基づく業務の実施
 - ニ 医薬品の安全使用のために必要となる情報の収集その他の医薬品の安全使用を目的とした改善のための方策の実施
 - 三 (略)

【良質な医療を提供する体制の確立を図るための医療法等の一部を改正する法律の一部の施行について(平成19年3月30日付け医政発第0330010号厚生労働省医政局長通知)(抜粋)】

- 第2 医療の安全に関する事項
- 3 医薬品の安全管理体制について

病院等の管理者は、法第6条の10及び新省令第1条の11第2項第2号の規定に基づき、医薬品の使用に際して次に掲げる体制を確保し、医薬品に係る安全管理のための体制を確保しなければならないものであること。

- (1) (略)
 - (2) 従業者に対する医薬品の安全使用のための研修
 - 新省令第1条の11第2項第2号ロに規定する、従業者に対する医薬品の安全使用のための研修の内容については、具体的には次に掲げる事項が考えられる。また、研修の実施については必要に応じて行うこととし、他の医療安全に係る研修と併せて実施しても差し支えないこととする。
 - ① 医薬品の有効性・安全性に関する情報、使用方法に関する事項
 - ② 医薬品の安全使用のための業務に関する手順書に関する事項
 - ③ 医薬品による副作用等が発生した場合の対応(施設内での報告、行政機関への報告等)に関する事項
- (以下略)

(別添2は略)

資料2 日病薬「病棟薬剤業務の進め方」

日病薬宛第24-16号
平成24年4月16日

会員各位

一般社団法人日本病院薬剤師会
会長 堀内 謙也
薬剤師委員会委員長 松田 公子

薬剤師の病棟業務の進め方(Ver.1.0)について

平素より日本病院薬剤師会の活動にご高志を賜り御礼申し上げます。
さて、ご存じのとおり、平成24年度診療報酬改定では、薬剤師が病棟で薬物療法の有効性、安全性の向上に資する業務を実施することが評価され、入院基本料の加算として病棟薬剤業務加算が新設されました。それに伴い、本会では、病棟薬剤業務加算と薬剤管理指導料に係る各業務を区分して、薬剤師の病棟業務を円滑に遂行できるよう本書を作成いたしましたので、参考していただき、会員各位におかれましては、ご一読いただき薬剤師の病棟業務の推進にご協力下さいませようお願い申し上げます。

4. 病棟専任薬剤師の業務

(2) 病棟薬剤業務(主に投薬前における患者に対する業務、医薬品の情報及び管理に関する業務、医療スタッフとのコミュニケーション)

⑤ 副作用等による健康被害が発生した時の対応・医薬品を適正に使用したにもかかわらず、重篤な副作用や感染症等が発生した場合に、患者の相談に応じるとともに、PMDA(医薬品医療機器総合機構)の健康被害救済制度(「医薬品副作用被害救済制度」と「生物由来製品感染等被害救済制度」)について説明して、救済申請の支援を行う。

(<http://www.pmda.go.jp/kenkouhigai.html>を参照)

・医薬品等の使用によって発生した健康被害の情報を、行政機関等に報告する。

(薬剤師の病棟業務の進め方(日病薬2012.4.16)より抜粋)

【第3報】 検証されずに風化する薬害一國と専門家は MMR ワクチンの検証を！

栗原 敦

(全国薬害被害者団体連絡協議会、医薬品医療機器総合機構救済業務委員)

【はじめに】 88年9月承認、同12月定期接種への導入決定、89年4月接種開始から93年4月当面接種見合わせまでMMRワクチンが無菌性髄膜炎を中心に2,000人を超える被害(任意接種MMR、おたふくかぜを含む)を発生させ、国は予防接種史上最大1,041人の被害を認定せざるを得なかった。原告の実質勝訴で2006年10月に訴訟が終結したがこれまで検証されなかった課題が残り、真相未解明のうちに風化しつつある。08年、10年本学会総会での発表に引き続き、その後の調査ではじめて明らかになった極めて重要な情報を踏まえ、第3報とする。

【1、新しいムンプスウイルス鑑別法としてのPCR法の完成を厚生省が知った日を送らせている可能性】 厚生省は、訴訟において1989年7月の衛生微生物技術協議会で予見関係者がPCR法の完成を発表したことでその事実を知ったと主張していた。今回開示された旧薬務局文書においてもそのことが伺われるが、PCR法の完成発表は1989年3月予防接種研究班においてすでに発表されているのであり、その時点でしらないとすればきわめて不自然なことである。3月の同発表では、MMR推進に当たり髄膜炎発症を監視する必要があると提言している。厚生省はなんら監視体制なくMMRを開始した責任を回避するため、意図的に7月に知ったと主張した可能性がある。一方1989年5月、徳島県内で発生していた単味ムンプスワクチン後髄膜炎児の検体からワクチン株のウイルスが鑑

別された(予研のPCR)ことから同県保健環境センター担当者が県内医療機関に対しMMRにおいて同様のことが起こりうる旨、注意喚起を行なっている。そのことから対応しなかった厚生省の責任は明白である。

【2、都道府県が独自に髄膜炎発症率を発表することを厚生省が抑制した事実】 1989年11月21日付静岡新聞は、「新三種混合ワクチン(MMR)について静岡県内で実施した発生状況調査結果を発表する予定でいたが、当日になって厚生省が『これは厚生省の調査。公衆衛生審議会にも資料として提出するので各県で個別に発表するな』と”圧力”をかけてきたため急きょ発表を取りやめた。」と報道していた。今回開示された公衆衛生審議会伝染病予防部会予防接種委員会(1989.12.20開催)の議事メモにおいて当時の保健医療局疾病対策課結核・感染症対策室長が席上「今日までは県独自で頻度の発表をするなど言っているが、今日の夜以降はおさえられない、群馬の1/400というのも出てくるだろう。」と発言していることが確認され、先の報道と対応するものであり、厚生省が情報を制限していたことが明らかになった。

【3、家族内(二次)感染は想定されるべきだった?】 札幌市で二次感染患者を診た医師は、MMRワクチン接種後耳下腺腫脹例において、咽頭ぬぐい液等からワクチン株が分離されているという報告(1991西野)から自験例の二次感

染を疑ったと、1993年4月、製造企業の聞き取り調査に対し語っていることが今回開示された厚生省文書で判明した。MMR接種後に耳下腺腫脹を発症した患者の咽頭からワクチン株が分離された時点で、それを知った製造企業や医師は二次感染を想定しえた可能性がある。

【4、MMR ワクチンをめぐる問題が検証されていない故に、誤った認識を前提にして予防接種制度の見直しが行われている可能性がある】

2010年7月7日開催の厚生科学審議会の予防接種部会に提出された「おたふくかぜワクチンに関するファクトシート」(国立感染症研究所ほか)において2つの誤りが指摘される。①おたふくかぜワクチンの副作用としての髄膜炎問題は、MMR導入以前に問題にされた形跡はない、としていること。②1991年10月自社株MMRワクチンが導入された際、統一株MMRワクチンは中止されたとしていること。1988年ころからPCR法開発研究があったことはプラークサイズ法の無効性認識や副作用としての髄膜炎を

予見した故であり、1981年おたふくかぜワクチン市販後間もないころから髄膜炎症例が報告されていることから①は誤りであり、②は自社株導入以後のモニタリングで統一株接種の報告も求められていることから明白な誤認である。そういった誤認の上でおたふくかぜワクチンを定期接種化することを含む議論がなされていることには不信感を禁じ得ないのであり、予防接種において再び薬害発生の危険性を予感させるものでもある。

【まとめ】訴訟では、国については企業への指導監督責任のみが指摘されたが、これまでの調査からそれではすまない、審議会委員や国の責任がみえつつある。引き続き、MMRワクチン薬害事件の検証、全体像を明らかにする作業が求められているのであり、行政や学界の積極的関与が望まれる。

(連絡先 mmr@osaka.email.ne.jp)

資料1 新三種混合ワクチン副作用の発表 厚生省が静岡県に”圧力” 1989.11.21 静岡新聞

静岡県は二十日、副作用による無菌性髄膜炎が問題となっている、はしか、おたふくかぜ、風しんの新三種混合ワクチン(MMR)について静岡県内で実施した発生状況調査結果を発表する予定でいたが、当日になって厚生省が「これは厚生省の調査。公衆衛生審議会にも資料として提出するので各県で個別に発表するな」と”圧力”をかけてきたため急きょ発表を取りやめた。これについて静岡市内の市民団体「静岡予防接種を考える会」(鈴木美子代表)は「子供の健康を心配しているからこそ県も接種延期を打ち出したのに肝心の調査結果が公表できないなんて。厚生省は一体国民か審議会か、どっちの方角を見ているのか」と同省の姿勢を批判している。

MMRはことし四月から新規導入されたが、その後、副作用とみられる無菌性髄膜炎の発症報告があり、厚生省が十月二十五日付で各都道府県に「MMRの使用は慎重に」と通知したため十日現在十八府県が接種を見合わせている。本県でも「慎重に対応では市町村がかえって混乱する」として同省が調査結果に沿って最終判断を示すまでは接種を延期するよう県内十七保健所長と静岡、浜松両市長に要請していた。

一方、県では各保健所を通して四月から十月末までのワクチン接種後の副作用発症例について調査。この結果、同ワクチンの接種が原因とみられる無菌性髄膜炎の症例が見つかったため二十日、同省に調査結果を報告するとともに結果の公表の準備を進めていた。

ところが、同省保健医療局結核感染症対策室から発表に関し「待った」がかかり急きょ中止。県保健予防課では「患者のプライバシーを除けばなんら発表に問題はないはず。厚生省の調査といっても実際は県や市の機関が調査したもので、こんなことは異例」として厚生省の姿勢に疑問を投げ掛けている。

資料2 二次感染に関する製造企業の調査報告書

1. 小児科 先生

日時：1993年4月5日 18:10~19:30

面談者：

小児科でMMRを受けた妹から、その姉へおたふくかぜが感染し、診断、検体採取（北大、との相談）が行われた。

1) MMR被接種者（妹）の臨床反応

1991年 2月26日 統一株MMR (Lot.014) 接種

3月19日 耳下腺腫脹 発熱 38.5℃

3月20日 耳下腺腫脹 発熱 37.5℃

3月21日 耳下腺腫脹 発熱 36.5℃

3月22日 耳下腺腫脹消退

麻疹ワクチンによる副反応および無菌性髄膜炎の症状はなし。

2) おたふくかぜに罹患した姉の症状については、学会抄録、あるいは、新聞報道どおり（ただ、年齢は9歳が正しい。）

3) MMRワクチン被接種者のうち耳下腺腫脹のあるものからは、ムンプスウイルスが分離される（日本医事新報 No. 3513、平成3年8月24日）という先生のレポートもあり、ウイルスが取れるということは、次へ感染し発症する可能性がある。（先生）

(1993.4.8 付阪大微研会報告書より抜粋)

在日外国人糖尿病患者が抱える療養上の困難な事柄

—インタビューを試みて

- 臼井玲華、箱木まゆみ、大石亜由美、岡崎扶美恵、徳永礼子（多摩センタークリニック みらい）名嘉真香小里、高村宏（高村内科クリニック）、任和子（京都大学大学院医学研究科）、朝倉隆司（東京学芸大学）、渡邊祐子、藤井仁美、宮川高一（多摩センタークリニック みらい）

【目的】

日本の外国人登録数は平成 22 年度約 213 万 4000 人、最多の東京都で約 41 万 8000 人にのぼる。在日外国人は、自身の生育過程において培われた文化・生活習慣を持ち、さらに日本での文化生活習慣に適応しなければならぬという困難を抱える。これまで外国人糖尿病患者と関わった中で医療者側の療養上の説明をしても自分の生活習慣をそう簡単に変えられないという反発が垣間見えたりした。これらの差異を踏まえたサポートが重要ではないかと考えた。今回、在日外国人糖尿病患者が抱える、療養上の困難を探ることを目的にインタビューを試みた。

【方法】

期間は、2011 年 6 月から 2012 年 4 月。対象は、3 つの糖尿病専門クリニックに通院する 2 型糖尿病患者計 9 カ国 12 人にインタビューをした。質問内容は、「糖尿病をどう捉えているか」「糖尿病の理解方法」「日本での生活」「ソーシャルネットワーク」「医療者に望むこと」「母国へ思い」「家族でのサポート」「日本医療との比較」「医療者に望むこと」「宗教」など、半構成面接で日頃抱えている思いを自由に語ってもらった。

面接方法は本人・また家族と一緒に 1 回 40～120 分、面接内容はテープレコーダに録音し検討した。インタビュー言語は、日本語と 3 人は英語を用いた。倫理的配慮として研究の趣旨、プライバシーの保護を説明し同意を得た。

【結果と考察】

対象者の年齢 44 歳～78 歳（男性 8 人、女性 4 人）、調査当時の HbA1C6.4～10.5%（NGSP）。

在日期間は、6 年～30 年（在日韓国人 2 世の 3 人は除く）。国籍は韓国、中国、台湾、エジプト、アメリカ、ペルー、インド、ガーナ、バルバドス。

在日期間は 4～30 年。「糖尿病専門」という理由で選択して外来受診した人が 5 人もいるが概して「自宅から近く」という理由で通院していた。「言語障壁」は「障壁」と捉えられていないことが多かった。就業上の差別は多くが経験しており、「散歩していたら職務質問を受け尋問のようだった」「職場では言葉が通じず同僚から暴力を受けた」というケースもあった。

職業は清掃業、国際的企業、飲食店、警備員、建築業、ベーカリー、専業主婦、無職等であった。

自営業(焼肉・不動産)や国際的企業で収入が安定している人もいたが、就労に着けない人や、常勤採用されずパートタイム労働者もいた。「好景気の際は、日系人を雇用する風潮もあったが、今は勤務調整・減給で人30年近く働いても家のローンが支払いきれず、退職したら帰国を考えている」と話す人もいた。医療情報は主に医師から伝達されており、英語圏ではインターネットを活用していた。一方韓国、台湾出身者は小学校卒であり、疾患の理解・知識習得に障壁があった。韓国人は漢字が読めず、医療者側が渡していた疾患のパンフレットの内容も十分に理解が出来ず、血糖値の正常値がわからないと話をした人もいた。

インド、ペルー、フィリピンでは野菜摂取の習慣がなく病気が悪くなったら、病院に行くと話しており、慢性疾患を定期通院して治療するという概念がなかった。イスラム教徒はラマダンを実行し、ヒンドゥー教徒は日本のお寺で瞑想時間を作っていた。ソーシャルネットワークとしては、以前景気の良かった頃は同国人の集まりはあったが今はないという人や同国人や日本人との付き合いもない人もおり、同国人コミュニティも縮小しているようだった。看護師によるサポートは期待していないと答えた人もおり、医療者側、患者側双方に「言語障壁」が原因とみられた。

事例では、中国人男性、2004年娘の教育とC型肝炎の妻の治療のために来日。当初仕事はスーパーの品出しと飲食店の洗い場など立ち仕事を掛け持ちしていたが、長くは続かず。経済的に困難と不安を抱えていた。

初回インタビューでは、自分は中国では良い仕事をしていたが、日本では安定した仕事に就けないと悩んでいた。そこで、福祉・ハローワークなどとの連携をとり、家族ビザの範囲で清掃業開始。雇用保険にも加入でき、最近のインタビューでは「お金いっぱいもらえた、うれしい」、「この先生とみんなのおかげ」という言葉が聞かれ、信頼関係も深まった。初診時のHbA1c11%から現在では、6.6%に改善した。糖尿病の負担感あらず指標である、PAIDも24点に改善し心理負担感が軽減した。生活が安定する中でデータ改善にもつながった。

【結論】

在日期間の長短に関わらず、自国のアイデンティティを大切に生活している人がほとんどであった。看護師は「文化・言語障壁」があり感情面の会話(家族・社会背景・雑談など)がしにくく、療養相談は不十分のまま終わり人間関係を深めにくい現状にある。外来の中で、看護師から患者への療養のTips(わざとコツ)を伝えるににくい。日本人同士なら会話の間を埋めているはずの「非言語的コミュニケーション」はさらに困難であった。言語的障壁を乗り越え、「非言語的」にも、信頼関係を得ることがまず重要である。そのためにはその人が持つ宗教なども含めた生活習慣への理解と尊重、時間を惜しまず、忍耐強い交流の努力が必要であると考えられる。今後日本はさらに多文化社会に向かうことになろうが、医療分野では、さらに早期のより良いサポートが求められているといえよう。

福祉施設における TQM 展開を促進する職員満足度向上モデルの提案

○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、町田和彦（早稲田大学・人間科学学術院）

【背景】2000年介護保険制度の施行により、日本の福祉業界の施設と利用者の関係は、措置制度から契約制度へとパラダイム転換した。これを機に、新たな民間企業が福祉サービス事業に参入するようになり、福祉施設で提供するサービスの質が問われるようになった。ここで注目されてきた考えが、戦後より製造業で発展を遂げてきた総合的品質経営と呼ばれる経営手法である。福祉業界においては、業務のムリ・ムダ・ムラを省くことで、効果的かつ効率的な施設経営を行うことが可能である。我々は、福祉施設内における総合的品質経営の活動として、職員の情報共有の取り組み[1]と、同施設における人材育成の取り組み[2]を報告した。これらは、業務の効率化や学習する組織の醸成へつながったという点で評価できるが、最も注目すべき点は、改善の風土が組織内に根付いたところであった。参加した職員も一連の取り組みを肯定的に評価し、職員満足度の向上がうかがえたが、具体的に総合的品質経営の取り組みが職員満足度のどの要素に影響したのかは不明であった。そこで本研究は、職員満足度の構成要素を明らかにすることを目的とした。

【対象と方法】埼玉県内の介護老人福祉施設および老人保健施設、計414の施設職員を対象とし、職員満足度に関して郵送法による質問紙調査を行った。回収した122件（30.0%）の回答データについて、SPSS statistics19によるクラスター分析（平均連結法）、相関分析、また text mining studio3.2を用いた単語頻度解析、ことばネットワーク分析の結果をもとに、職員満足度モデルを提案した。

【結果と考察】回答の基本属性を表1に示した。特徴的な回答は、他施設との情報共有と給与に対する評価が低いことであった。次に、分析結果をもとに職員満足度モデルを構築した（図2）。クラスター分析から、回答結果は大きく3分類でき、それぞれ“コミュニケーション能力”、“介護作業能力”、“業務改善能力”と表札をつけ（図1）た。また、相関の強く出た設問同士を考慮し、3つの能力を配置した。さらにテキストマイニングにより重要単語を抽出して、それらを3つの能力を構成する要素として配置した。“職員配置の適正化”は最も出現頻度の高かった単語で、職員満足度を構成するベースとなりうると考えた。

表1 回答の基本属性

	総数	性別		年齢別									
		男	女	～20歳	21～25歳	26～30歳	31～35歳	36～40歳	41～45歳	46～50歳	51～55歳	56～60歳	61歳～
総数(人)	221	91	130	5	25	45	41	34	19	20	10	19	3
構成比(%)	100.0	41.2	58.8	2.3	11.3	20.4	31.5	15.4	8.6	9.0	4.5	8.6	1.4

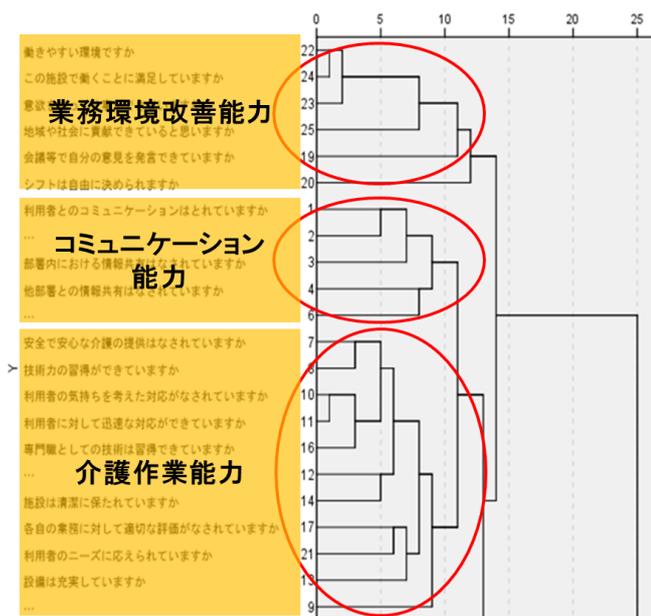


図1 クラスタ分析の結果



図2 職員満足度モデル

2012年3月、企業におけるディーセントワーク達成度スコアは、「従業員規模が大きい」、「能力開発に熱心である」、「労働組合がある」、「働きやすさ向上に関する施策の周知に力を入れている」企業において高いという分析結果が報告されている[3]。これらは全て従業員満足度との相関が認められたが、職員満足度モデルに当てはめると「職員配置の適正化」、「3大能力（コミュニケーション能力、介護作業能力、業務改善能力）の育成」、「業務環境改善」と置き換えられる。「働きやすさ向上に関する施策の周知に力を入れる」に関しては、福祉施設においてはまだ認識されていないが、今後従業員満足度を向上させるための要素の1つとなることが予想され、これに対する取り組みを行っていくことも、総合的品質経営の達成のために不可欠となるであろう。

本研究では、職員満足度の構成要素を明らかにしたので、今後は利用者満足度および社会的満足度の構成要素について検討を

行うことが課題である。3つの満足度モデルを統合することで、福祉施設における総合的品質経営モデルの提案が可能であると考えられる。

【参考文献】

[1]大浦絢子、山路 学、扇原 淳：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、120-121：2010。
 [2]大浦絢子、山路 学、扇原 淳：特別養護老人ホームにおける感染症予防に関する施設内研修の試み、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、76-77：2011。
 [3]みずほ情報総研株式会社 平成23年度厚生労働省委託事業 ディーセントワークと企業経営に関する調査研究事業報告書、2012。

CES-D と学習状況の関連—SOC の影響を視野に入れて

○志渡晃一、上原尚紘、長谷川聡
(北海道医療大学大学院看護福祉学研究所)

【目的】

これまでの大学生を対象とした「うつとその関連要因」に関する一連の研究では、うつである可能性が高い学生の割合は(大学や専攻の種別に関係なく)全体の6割に及んでいることや自己一貫性感覚がうつを緩衝する要因のひとつであることが示唆されている。本報告では、医療福祉系大学生を対象として、抑うつ症状と学習状況との関連を自己一貫性感覚の影響を視野に入れて検討する。

【方法】

2011年11月～12月に医療福祉系大学生1年生を対象に、無記名自記式調査票による集合調査を行い、同意を得られた499名をのうち、433名を対象とした。調査項目は、基本属性、抑うつ尺度(The Center for Epidemiologic Studies Depression Scale 以下、CES-D)、学習状況、自己一貫性尺度(Sense Of Coherence 以下、SOC)、等である。分析にあたり、抑うつ症状を「高うつ群」(CES-D 合計得点 16 点以上)、「低うつ群」(CES-D 合計得点 16 点未満)の2群に分類し、学習状況 32 項目各々について分割表を作成し、変数間の関連をフィッシャーの直接確率法を用いて検定した。さらに、抑うつ症状を目的変数、学習状況を説明変数とした多変量ロジスティックモデルを構築し、性、SOC を調整変数として投入し個々の変数の独立性を検討した。

【結果】

表 1 に示すように、「高うつ群」の割合は全体で 63.0%であった。「高うつ群」の割合は、男性

(57.1%) に比べて女性 (66.4%) において有意に高かった。

表 2 に示すように、単変量解析では、うつ症状と学習状況に関する 32 項目すべてとの間に有意差がみとめられた。「低うつ群」に比べて「高うつ群」において、学習の負担感が大きく、裁量度が小さく、満足感が低く、士気・使命感が乏しかった。

性、SOC の影響を調整した上で、うつと強い関連がみとめられた変数は、学習の負担感(8項目)では「課題がいっぱいあり押しつぶされている感じだ」(オッズ比:2.51)の1項目、学習の裁量度(10項目)では、「先生や仲間と勉強について話合いたい、その機会がない」(オッズ比:3.52)「趣味に費やす時間がつくれている」(オッズ比:0.43)「自分のペースで勉強ができる」(オッズ比:0.46)の3項目、満足度(7項目)では、「私の学部・学科は、他の学部・学科にくらべて教育水準が低い」(オッズ比:2.72)「いつまでも学習成果があがらない」(オッズ比2.38)「私の学校の雰囲気は友好的である」(オッズ比0.38)の3項目、志気・使命感では(7項目)では、「自分は他の学生の役に立っているという確信がない」(オッズ比:2.33)「将来に展望が持てない」(オッズ比:2.06)の2項目であった。

【考察】

学園生活の QOL を高める上で、うつ予防およびその軽減対策を講じることは重要である。SOC を調整した場合でも「高うつ群」において、学習の負担感が大きく、裁量度が小さく、満足感が低く、士気・使命感が乏しい傾向がみとめられ

たことは意義深い。今後は、学習状況 32 項目について、因子構成をもとに項目数を絞り込むなどして、調査票の簡略化を目指していく予定である。

表 1 性別における抑うつ症状との関連 N(%)

項目	N(%)		全体 N=433	P
	男性 N=160	女性 N=273		
高うつ群	89 (57.1)	184 (66.4)	273 (63.0)	*

* : p<0.05 単変量解析(Fisher の直接確立検定)

表 2 抑うつ症状と学習状況との関連 N(%)

	項目	高うつ群 N=273		低うつ群 N=160		P	OR	(95%信頼区間)
		N	(%)	N	(%)			
学 習 負 担 度	1.非常にたくさんの勉強をしなければならない	227	(84.4)	119	(74.4)	*		
	2.一生懸命勉強しなければならない	248	(92.2)	134	(84.3)	*		
	3.かなり注意を要する必要がある	179	(66.8)	74	(47.1)	*		
	4.高度の知識や技術が必要な難しい勉強だ	190	(70.9)	83	(52.9)	*	§	
	5.学校にいる間はいつも勉強のことを考えていなければならない	72	(26.9)	16	(10.3)	*		
	6.身体的に負担の多い勉強だ	108	(40.1)	31	(19.7)	*		
	7.課題がいっぱいあり押しつぶされている感じだ	141	(52.8)	34	(21.4)	*	§ †	2.51 (1.43-4.42)
	8.勉強の負担が増している	152	(56.9)	69	(43.4)	*		
裁 量 度	9.自分のペースで勉強ができる	149	(55.6)	125	(78.6)	*	§ †	0.46 (0.25-0.83)
	10.自分で勉強の順番・やり方を決めることができる	160	(59.5)	127	(80.9)	*		
	11.知識・技術をもっと高めたいがゆとりがない	167	(62.1)	73	(46.2)	*		
	12.これまで培った知識・技術を発揮できている	85	(31.6)	74	(46.5)	*	§	
	13.自分の知識や技術を勉強で活かすことが少ない	122	(45.5)	48	(30.6)	*		
	14.ゆっくり考えたり、議論したりする時間のゆとりがない	153	(57.3)	48	(30.2)	*	§	
	15.先生や仲間と勉強について話合いたいが、その機会がない	96	(36.0)	23	(14.5)	*	§ †	3.52 (1.81-6.83)
	16.話し合うゆとりがない	112	(42.3)	26	(16.5)	*		
	17.趣味に費やす時間がつくれている	139	(52.3)	112	(70.4)	*	†	0.43 (0.24-0.76)
	18.自分なりにストレス解消の方法を見つけている	171	(64.3)	138	(86.8)	*	§	
満 足 度	19.私の学科内で意見のくい違いがある	75	(28.2)	20	(12.7)	*		
	20.私の学科と他の学科とはうまが合わない	68	(25.5)	19	(12.0)	*		
	21.私の学校の雰囲気は友好的である	188	(71.2)	136	(86.1)	*	§ †	0.38 (0.19-0.77)
	22.他大学と比べて教育の質が低いと感じる	105	(39.2)	47	(29.7)	*		
	23.私の学部・学科は、他の学部・学科にくらべて教育水準が低い	95	(35.7)	32	(20.3)	*	§ †	2.72 (1.40-5.27)
志 気 使 命 感	24.自分の学部、学科の教育内容に不満がある	107	(40.1)	34	(21.7)	*		
	25.いつまでも学習成果があがらない	126	(47.4)	32	(20.3)	*	§ †	2.38 (1.30-4.33)
	26.今後の自分の学習成果が不明確である	142	(53.0)	56	(35.4)	*		
	27.自分が何をすべきが明確にされていない	140	(52.4)	43	(27.4)	*		
	28.自分は他の学生の役に立っているという確信がない	185	(69.3)	61	(38.9)	*	§ †	2.33 (1.36-3.97)
	29.今の状況で学習のしがいが見つけづらい	159	(60.0)	48	(30.2)	*	§	
	30.今の学校に入った初心を忘れがちだ	180	(67.7)	77	(48.7)	*		
	31.授業に主体的に関われていない	135	(50.8)	58	(36.7)	*		
32.将来に展望が持てない	134	(50.6)	33	(20.9)	*	§ †	2.06 (1.14-3.72)	

* : p<0.05 単変量解析(Fisher の直接確率検定)

§ : p<0.05 多変量解析 (二項ロジスティックモデル) ; 性・年齢

† : p<0.05 多変量解析 (二項ロジスティックモデル) ; 性・年齢・SOC 調整

OR : 各質問項目に該当しない群を 1 とした場合、該当する群における抑うつ症状 (高うつ群) の相対出現率

山間過疎地域と新興住宅地における ソーシャルキャピタルと健康の関連の違い

○小林俊哉（九州大学科学技術イノベーション政策教育研究センター）、
山田広明（北陸先端科学技術大学院大学）、
樽田泰宜（富山大学地域連携推進機構地域医療保健支援部門）、
立瀬剛志、須永恭子（富山大学医学部）

【目的】

ソーシャルキャピタルの概念が、公衆衛生や社会疫学の分野で注目を集めている。米国の政治学者 Putnam は、ソーシャルキャピタルを「信頼・規範・ネットワークといった社会組織の特徴であり、人々の協同行動を促進することにより社会の効率を高めるもの」と定義した。近年のソーシャルキャピタル研究では、経済格差が人々の信頼感等を核とするソーシャルキャピタルを弱め、結果として健康に悪影響を及ぼす可能性が追求されている。本研究では、富山県内の山間部と都市部における社会調査結果を基に、ソーシャルキャピタルと住民の健康度との関連性を明らかにすることを目的とした。

【方法】

本研究における検討材料として、富山県内の異なる特徴を有する 2 地区における平成 22 年度と 23 年度に実施した住民の生活環境と暮らしの調査における収集データを用いた。富山県西部の山間部の高齢化と人口減少の顕著な過疎地域の T 地区、そして県東部平野部に位置する人口増加の著しい新興住宅地域の F 地区の 2 地区である。T 地区は平成 22 年 12 月下旬に地区内に住民票を有する全成人住民 604 人にアンケート調査票を郵送し、平成 23 年 3 月中旬までに 433 件を回収した（回収率 71.6%）。F 地区は平成 23 年 9 月初めに F 地区に住民票を

有する全成人住民 2159 人にアンケート調査票を郵送し、1 月下旬までに 1529 件を回収した（回収率：70.82%）。両地区とも所属自治体の首長を責任者とする社会調査委員会を設けて調査の倫理性の評価を行った上で実施した。アンケート調査項目として、住民の健康状態の指標として住民の主観的健康感を使用した。主観的健康感とは調査対象者自身が自分ほどの程度健康だと考えているかを示す指標であり死亡率との関連が報告されている。ソーシャルキャピタルの項目としては、回答者の地域住民への「信頼度」、回答者以外の地域住民が他人の役に立とうとするか否かを問う「貢献度」を設問とした。

【結果】

上記ソーシャルキャピタルの 2 指標を、主観的健康感の「良い」・「悪い」で 2 分割した指標とクロス集計し、 χ^2 乗検定を行った。その結果、F 地区では男女とも近隣信頼度が高い集団は主観的健康感が良好な割合が高く、同様に近隣貢献度が高い集団は主観的健康感が良好な割合が高いことが明らかになり、共に有意差が認められた（表 1 参照）。T 地区でも、F 地区と同様に男女とも近隣信頼度が高い集団は主観的健康感が良好な割合が高く、同様に近隣貢献度が高い集団は主観的健康感が良好な割合が高かった。しかし、男性において近隣信頼度、近隣貢献度と主観的健康感との間に

有意な関連を示したが、女性では近隣信頼度で有意な関連はなく、近隣貢献度では境界有意であった(表2参照)。

【考察】

F 地区では、性別を問わず住民全体で近隣信頼度、近隣貢献度が主観的健康感に関連していた。一方、山間部の T 地区では男性にのみ関連性が見られた。T 地区の女性で近隣信頼度、近隣貢献度と主観的健康感

の関連に有意差が示されない原因として、女性の場合、近隣信頼度の低さと健康との関連を緩衝する別の因子が関連している可能性がある。また近隣信頼度向上の要因となる地域活動の担い手として常勤の有職者が多い男性より、女性が地域活動の主要な担い手となるため体力面・気力面で疲弊する可能性が推測された。今後この点について詳細な検討が必要である。

表1 F地区における主観的健康感と近隣信頼度・近隣貢献度のクロス表

性別			近隣信頼度			近隣貢献度			
			高い	低い	合計	高い	低い	合計	
男性	主観的 健康感	良い	度数(人)	202	123	325	157	166	323
			信頼度の%	77.7%	68.3%	73.9%	78.9%	69.5%	73.7%
	悪い	度数(人)	58	57	115	42	73	115	
		信頼度の%	22.3%	31.7%	26.1%	21.1%	30.5%	26.3%	
女性	主観的 健康感	良い	度数	209	116	325	163	159	322
			信頼度の%	73.9%	61.1%	68.7%	75.1%	63.3%	68.8%
	悪い	度数	74	74	148	54	92	146	
		信頼度の%	26.1%	38.9%	31.3%	24.9%	36.7%	31.2%	

近隣信頼度；男性：p<0.028 女性：p<0.003／近隣貢献度：男性：p<0.025 女性：p<0.006

表2 T地区における主観的健康感と近隣信頼度の近隣貢献度クロス表

性別			近隣信頼度			近隣貢献度			
			高い	低い	合計	高い	低い	合計	
男性	主観的 健康感	良い	度数(人)	137	12	149	115	33	148
			信頼度の%	77.8%	42.9%	73.0%	77.7%	63.5%	74.0%
	悪い	度数(人)	39	16	55	33	19	52	
		信頼度の%	22.2%	57.1%	27.0%	22.3%	36.5%	26.0%	
女性	主観的 健康感	良い	度数(人)	110	22	132	93	34	127
			信頼度の%	72.4%	66.7%	71.4%	75.0%	60.7%	70.6%
	悪い	度数(人)	42	11	53	31	22	53	
		信頼度の%	27.6%	33.3%	28.6%	25.0%	39.3%	29.4%	

近隣貢献度；男性：p<0.000 女性：p<0.511／近隣信頼度；男性：p<0.044 女性：p<0.052

「中核市」移行へのHIA(Health Impact Assessment :健康影響予測評価)適用事例

○星子 美智子(久留米大学医学部環境医学講座),
原 邦夫(帝京平成大学地域医療学部),
石竹達也(久留米大学医学部環境医学講座)

【目的】

地方分権制度の一つである「中核市」は、人口 30 万人以上が要件であり、県から多数の事務権限が市へ移譲されるために独自の市政を担うことが可能になる。福岡県久留米市は 2005 年に 1 市 4 町を合併し、2008 年に「中核市」へと移行した。久留米市は約 2,000 項目の権限が県から移譲され、6 割は保健関連であった。そこで、本研究では久留米市が「中核市」へ移行する 1 年前に住民・市職員を対象にどのような健康影響を及ぼすものか、HIA の手順に基づいて評価を行うことを目的とした。

【方法】

代表的な HIA ガイドラインに基づいて迅速 HIA を採用した。迅速 HIA は、「スクリーニング」、「仕様決定(Scoping)」、「事前評価(Appraisal)」、「報告(Reporting)」で構成される。「事前評価(Appraisal)」では、①政策分析、②コミュニティのプロファイリング、③定性・定量データの収集、④健康影響評価、を行った。健康影響予測評価では、「健康の社会的決定要因」ごとに予測される影響を、ポジティブ(便益)であるかネガティブ(不便益)であるか、影響の確からしさ(確定的・可能性がある・推定的)はどうか、を 3 人の研究者で分析した。最終的には提言を含めた報告書を久留米市側へ提出した。

【結果】

①市民への健康影響(表)

ポジティブかつ確定的と予測した影響は、新設された保健所の業務と示された「保健所窓口利用の増加や障害者申請手続きの迅速化」であった。ポジティブかつ可能性のあるものと予測した影響は、住民アンケート結果から健康づくりへの関心の高さが認識されたので「自治体が行う健康づくりの参加者増加」であった。ポジティブかつ推測的と予測した影響は、「中核市」になることで独自に保健所を設置することができ、これまで 2 人であった保健師が 77 人まで増員するため、「校区別訪問看護の実施により個人及び地域への保健サービスの向上」であった。ただし、初年度は十分機能できないことを考慮して推定的とした。

一方、ネガティブかつ確定的と予測した影響は、北野町(旧 4 町のうちの 1 つ)制作の健康白書から市町村合併後に住民健診受診率が低下(2003 年 50%→2007 年 34.2%)したことから、「北野町の住民健診率の低下」であった。以上のことから久留米市民にとっては「中核市」になることは健康影響面ではポジティブが多く、確からしさの多くは確定的あるいは可能性のあるものであった。

②市職員への健康影響評価

ポジティブかつ確定的と予測した影響は、

先行 35 中核市へのアンケート結果や先行市である「長崎市」へのヒアリングの結果から「新たなことへの挑戦」、「仕事量・残業の増加」、「仕事への満足感」、「他職種との連携」、「人的補充による組織強化」であった。

一方、先行 35 中核市へのアンケート結果、先行市である「長崎市」や久留米市保健所へのヒアリング結果から、ネガティブかつ確定的と予測した影響は、「仕事量・残業の増加」であった。ネガティブかつ可能性があるものと予測した影響は、「地方交付税の減額などによる財政不足」であった。

以上のことから、「中核市」移行により市民や市職員にとってポジティブ、ネガティブ両面の健康影響が予測された。

【考察】

本研究は日本の自治体で初めて HIA の手法を用いて行った事例である。HIA を遂行する過程で「健康の社会的決定要因」ごとに予測される健康影響を示し、ポジティブまたはネガティブか、影響の確からしきはどうかで評価を行い、問題を顕在化して整理することができた。

我々は本研究の 1 年後のモニタリング調査として久留米市民へのアンケート調査と市職員(労働組合)へのアンケートと中核市移行に関連した部署へのヒアリング調査を施行した。その結果、住民に対する HIA では予測と一致したのは約 2 割であり、多くは評価困難であった。市職員に対する HIA では移行業務に該当する部署か否かで大きく結果が異なっていた。移行業務に該当した部署では、予測一致したのは約 3 割で残りは評価困難であった。移行業務に該当しない部署では、約 1 割が予測一致で残りは評価困難であった。モニタリングの結果か

ら予測が不十分であった理由として、市職員では、移行業務の部署か否かで影響が異なったこと、1 年後の追跡調査では事業評価を行うための時間が十分ではなかったと考えられた。

表. 市民に対する予測される健康影響評価

健康の健康決定要因	予測される影響	方向性： ポジティブ(P) ネガティブ(N)	確からしさ： 確定的(D) 可能性がある(P) 推定的(S)
個人のライフスタイル因子	健康づくりへの参加増加	P	P
	住民健診の受診率増加	P	S
	相談窓口の利用促進(乳幼児発達相談、栄養相談、性感染症相談、精神保健相談など)	P	D
	障害者申請手続きの迅速化	P	D
	校区別訪問看護による個人及び地域への保健サービスの向上	P	S
	北野地区での保健サービスと健診受診率の低下	N	D
社会的・地域的影響因子	健康活動を介したコミュニティーの強化・拡がり	P	P
	保健サービスの充実	P	P
	健康志向が強くなり運動や食生活の改善	P	S
生活・労働条件因子	独自の街づくり展開	P	S
	野犬管理・廃棄物管理による生活衛生の向上	P	D
社会・経済・文化環境因子	行政組織の効率化	P	D
	中核市の認知度不足	N	D

大牟田市立総合病院(現・大牟田市立病院)の経営形態移行(地方独立行政法人)に関するHIA(Health Impact Assessment:健康影響予測評価)の適用事例

○星子 美智子(久留米大学医学部環境医学講座),
原 邦夫(帝京平成大学地域医療学部),
石竹達也(久留米大学医学部環境医学講座)

【目的】

大牟田市立総合病院(以下,市立病院)が地方独立行政法人(以下,独法)・非公務員型へ経営形態を移行することで,住民・患者,市立病院職員,関連部署にどのような健康影響を及ぼすのか,同時的な健康影響予測評価(Health Impact Assessment:HIA)を用いることで市立病院が地域医療の維持・向上に寄与し続けられるように提言をまとめることを目的とした。

【方法】

HIAの手順はHIAガイドラインに基づいて包括的HIAを採用し,「スクリーニング」,「スコーピング」,「アセスメントの実施」,「結果の報告」の手順で進めた。「スクリーニング」では,HIAを行う意義を明らかにした。「スコーピング」では運営委員会として市民を含めた利害関係者から成る「大牟田市地域医療を考える会」(以下,「考える会」)を結成し,会の設置要綱を作り運営上の取り決めを行った。「アセスメントの実施」では,市立病院を含め経営形態移行に関して複数の病院へのヒアリング,インターネットによる関連資料,病院の刊行物,病院職員へ行ったアンケート調査結果の収集を行った。人口動態や疾病統計などのプロファイリングに関しては,市のホームページよりデータを収集した。全てのデータを基に,健康影響予測評価を行った。「考える会」によっ

て,対象を6集団に分け,それぞれの予測される健康影響を方向性(ポジティブ,ネガティブ),影響の確実性(高・中・低),影響を来す集団の大きさを示す影響の強さ(大・中・小)に分けて評価を行った。

【結果】

①住民・患者への影響予測評価

ポジティブであると予測した影響として「独法になっても母子・救急医療を安心して受けられる」を挙げた。医師不足の現状ではあるが,市立病院での救急患者の受け入れが多いことを考慮すれば,確実性は「中」,影響の強さは「大」とした。また,「病院職員全体への研修内容に人間性の向上を含めることで住民は安心して医療が受けられる」は,現時点では人間性向上のための研修が実施されていないため確実性は「低」,影響の強さは「大」とした。

一方,ネガティブであると予測した影響として「公的機能を残せるかどうか心配」,「医療事故を来した時の病院の対応が心配」,「独法に向けての情報提供不足のため住民間に不安を招く」などを挙げた。それぞれの確実性は「中～低」,「低」,「中～低」,影響の強さは「大」,「中」,「中」とした。

②専門職(看護師・技術職)への影響予測評価

ポジティブと予測した影響として「7対1看護配置が確立するとゆとりある看護がで

き各種研修会へ参加できるなどメリットが大きい」、「独法に向けて事前話し合いを繰り返し行われたため、職場間の信頼関係が構築された」を挙げ、それぞれ確実性は「中」、「低」、影響の強さは両者とも「中」とした。

一方、ネガティブと予測した影響として「非公務員となり労働条件・給与の変更による不安」を挙げ、確実性は「高」、影響の強さは「大」とした。

③医師への影響予測評価

ポジティブと予測した影響として「医師への待遇改善による仕事へのやりがいや満足感の向上」、「病診連携が充実すれば勤務医の労働負担が改善される」を挙げ、それぞれ確実性は「中～低」、「低」、影響の強さは両者とも「中」とした。

④病院管理職への影響予測評価

ポジティブと予測した影響として「独法になるため事前の話し合いを繰り返し行った結果、職場間の信頼関係が構築した」を挙げ、確実性は「中」、影響の強さは「中」とした。

一方、ネガティブと予測した「7対1看護配置が確立するか不安」、「独法に対する職員の理解不足のためのストレス増大」、「独法後の病院経営に対して不安」を挙げ、それぞれ確実性は「高～中」、「高」、「高」、影響の強さは全て「中」とした。

⑤病院行政職への影響予測評価

ポジティブと予測した影響として「非公務員となることで定期的な異動が無くなり、専門職へ特化できるために仕事への満足感が上がる」を挙げ、確実性は「低」、影響の強さは「中」とした。

一方、ネガティブと予測した影響として「独法後、派遣職員とプロパー職員との間に

労働条件の格差が生じ、プロパー職員のストレスが増大する」、「独法の準備に向けた新しい業務が増える」を挙げ、それぞれ確実性は「中」、「高」、影響の強さは全て「中」とした。

⑥消防署への影響予測評価

ネガティブと予測した影響として「救急患者の受け入れ体制が縮小される」、「救急患者の搬送受入れ拒否による不安」を挙げ、確実性はそれぞれ「中」「低」、影響の強さは「大」、「小」とした。

【考察】

住民・患者、市立病院職員、関連部署を対象とした健康予測評価は合計 20 個に及んだ。特に、ポジティブかつ確実性が「高」かつ影響の強さが「大」とすると予測した影響は、住民・患者の「独法となっても母子・救急医療が安心して受けられる」であった。また、ネガティブかつ確実性が「高」かつ影響の強さが「大」とすると予測した影響は、専門職の「非公務員となり労働条件・給与の変更による不安」であった。

最終的には予測した健康影響のポジティブ面をさらにより良くするため、ネガティブ面を少しでも軽減するための提言書を作成し病院長へ提出した。特に、専門職の「非公務員となり労働条件・給与の変更による不安」に対しては、給与体系が変更せざるを得ない病院の経緯を十分に職員へ納得してもらえるように説明を繰り返し行い、給与が変更する分病院は職員の労働環境を良くするなどの対応を検討することを提言とした。市立病院が移行して2年を経過している現在、「考える会」が予測した健康影響評価と提言集の活用のモニタリング調査を予定している。

日本における外国人介護福祉士候補者の教育に関する研究 EPAに基づくフィリピン介護職の就労に関する考察

ケリ・イメルダ (立教大学大学院コミュニティ福祉研究科)

【目的】

高齢化が進む日本で、医療や介護を要する人が増大しつつある。病院や施設では、介護の人材不足である。外国人介護職は、人材育成や確保の重要な課題になっている。この研究は、介護福祉士候補に関するフィリピンの各国との協定と日本との違いを明らかにした。フィリピン政府が経済連携協定(EPA)と覚書(MOU)を締結している台湾、イスラエル、カナダ、イギリス、日本の5か国を検討する。

【方法】

フィリピン介護福祉士候補者に関わる連携協定を締結している5か国(台湾、イスラエル、カナダ、英国、日本)の受け入れ条件を比較した。日本を除く各国の大使館に連絡し、研究の目的について理解を得た上で訪問した。そして、各国の情報を収集、分析した。

【結果と考察】

連携協定による受け入れ各国の条件整備に伴い、フィリピン人が介護者として各国に就労することが可能になっている。本研究では、フィリピン人介護者の受け入れに関してEPAとMOUを検討することにより、5か国の中では日本の受け入れ条件が最も厳しいことが明らかにした。

日本国内において、介護現場で研修している外国人介護候補者をどのように介護福祉士に育成するかが、大きな課題になって

いる。日本とフィリピンの経済連携協定(EPA)に基づいて、2009年5月来日したフィリピン人候補者が、半年間の日本語研修を終え、2009年11月から全国の受け入れ施設で就労・研修を行っている。介護施設でのフィリピン介護福祉士候補者の受け入れはまだ始まったばかりであるが、病院や介護施設の職員はフィリピン介護福祉士候補者が日本の介護現場に定着できるのかどうかということに不安を持っている。

介護に関わる外国人介護労働者は、受け入れ国によって労働条件が大きく異なっている。フィリピンとの間で介護に関するEPAが結ばれた国は日本だけである。台湾、イスラエル、カナダ、イギリスは覚書が締結されている。これらの国の目的は介護労働力不足問題がある。しかし、日本の場合、経済活動の連携強化の観点からJPEPAに基づいて公的な枠組みが特例的に締結された。

受け入れ国に入国する前の介護候補者の学歴は各国ごとに異なる。イギリスのみ点数制となっており、学歴、介護の経験及び年齢、資格、以前の収入、英語能力、貯金等が条件とされる。台湾とイスラエルは、雇用主の要請に合わせて介護候補者の学歴は問わない。安里(2007)によると、台湾では資格要件がないので、無資格で在宅介護と施設介護に従業することになる。台湾へ入国する前に、一応斡旋業者が90時間の訓練を行っている。しかし、業者にしてみれば訓練を行っても、儲かる保証はない。やればやるほどコストがかかるということで、

有名無実化していると指摘されている。カナダは、介護コースを卒業し、更に1年間介護職歴があり、英語かフランス語を話すことができる者が条件とされている。日本の介護候補者の条件は4年制大学卒業プラス介護コースを卒業した者、あるいは看護師であることが条件とされている。これは、5カ国を比べると、日本の学歴要件が最も高い。次いで、カナダである。イギリスは学歴より貯金がないと難しい。台湾とイスラエルは介護者の要件がほとんどない。

入国後は、日本のみ最初の半年間に言語研修をし、その後、施設で就労しながら介護福祉士国家試験を目指すことになる。イスラエル、カナダ、イギリスでは、言語研修や介護に関する試験はない。台湾は、(安里 2007)によると、施設で従事する場合には、約2週間の研修をそれぞれの施設で受ける。この研修は斡旋業者から派遣された通訳が付いている。

外国人介護候補者を受け入れている国の中で、国家資格の取得を条件としているのは日本だけである。カナダとイギリスは定住することができる。しかし、台湾とイスラエルは定住することができない。日本は、就労期間に制限はなく、就労できる。

各国の受け入れの条件を検討した結果、5カ国の中では、言葉の壁や介護に関する試験がないこと及び定住することができ、家族を呼び寄せることができることから、カナダとイギリスが他国より働きやすいと思われる。次に、台湾とイスラエルは学歴を問わず、入国して働ける。また、介護に関する試験もない。しかし、日本の場合は、介護候補者の学歴が4年制大学卒業で、介護コース卒業が条件とされ、言葉の壁や文

化の違いが大きく、介護福祉士国家試験もある。フィリピン人介護候補者にとっては限られた期間で合格しなければならず、非常に厳しい条件である。しかし、国家資格合格は、学ぶ者にとっての大きな成果であり、同一条件で専門職として働く道が開ける意味は、日本の医療・介護にとって大きいものがある。

今日までフィリピンからの介護福祉士候補者に対する研究は行われていない。この研究は、フィリピンの大学での介護教育を検討する上でも重要である。また、日本で外国人が介護福祉士として働くことで日本の介護労働者の人材不足への対応ができる。さらに、介護分野の国際交流とアジア諸国の高齢化に伴う介護教育への貢献ができるのではないだろうか。

訪問看護を利用している高齢者の抑うつ傾向と その関連要因に関する研究

○ 石山満夫（千里津雲台訪問看護ステーション）

【目的】 訪問看護ステーション利用中の高齢者の抑うつ状態とその関連要因を明らかにする。

【方法】 大阪府S市S訪問看護ステーションを利用中の認知機能が正常かつ意思表示可能な60歳以上の者131人(男性48人,女性83人)を対象に、質問票を用いて調査を行い、全員から回答を得た。抑うつ状態の評価は、老年期うつ病評価尺度(Geriatric Depression Scale、以下GDS)を用いて実施した。心身の状態に関する評価は、健康関連QOL尺度SF8(HRQOL: Health Related Quality of Life)を使用した。

GDSは高齢者の抑うつ状態を評価するために開発された30項目からなる尺度で、信頼性と妥当性が確認されており、高得点ほど抑うつ状態が強いとされている。

GDSは5点以上が抑うつ陽性、4点以下を抑うつ陰性と判定することが指定されているので、それに即して分析した。

SF8高低は、SF-8TM日本語版マニュアルからSF8日本国民標準値(性年齢階級別)の各項目ごとの平均値より高い者を高、低い者を低とした。)既往歴との関連につき、脳卒中、心疾患、糖尿病、整形疾患の有無で分析した。社会生活活動の項目は、視力障害、転倒不安、家庭不和、配偶者の有無、気持ちのハリ、隣付き合いの6項目とし、GDS得点との関連を分析した。

さらに、6項目を正と負の要因に分け、GDS得点と比較した。視力障害、転倒不安、男では視力障害のない者において抑うつ症

家庭不和が「なし」が正の要因、「あり」が負の要因、配偶者、気持ちのほり、隣付き合いが「あり」が正の要因、「なし」が負の要因とした。

【結果と考察】 GDS5点以上の抑うつ症状のある者は、男では81.2%、女では66.3%で、男の割合が高く、総数では71.8%であった。総数の傾向として、高齢の者ほど抑うつ症状ありの者の割合が大きかった。(表1)

心身の状態をSF8高低別にみると、男女ともに全ての項目においてSF8低値の者において、抑うつ症状ありの者の割合が大きかった。なかでもVT(活力)、SF(社会生活機能)、MH(心の健康)については、男女とも有意差が認められ、さらに男はBP(体の痛み)、GH(全体的健康感)、女はPF(身体機能)、RE(日常生活機能)において有意差が認められた。

既往歴有無別にみた抑うつ症状ありの者の割合は、男女とも心疾患、糖尿病、整形疾患の既往歴ありの者において大きかったが、有意差のある者はなかった。脳卒中の既往歴なしの者では、男は抑うつ症状ありの者の割合が大きかった。女は脳卒中の既往歴ありの者に、抑うつ症状ありの者の割合が大きく、男女間で相違が見られた。

社会生活活動と抑うつ症状ありの者との関係については、男女とも転倒不安があり、家庭不和があり、気持ちのほりがなく、隣づきあいがいない者において、抑うつ症状ありの者の割合が大きかった。視力障害は、状態ありの者の割合が大きく、性差がみられ

た。男は気持ちのほりがない者において、抑うつ症状ありの者の割合が大きく有意差がみられた。(表2)

男女とも社会生活活動各項目において、負の要因数が多い者ほど抑うつ症状ありのある者の割合が大きかった。

【結論】 訪問看護を利用している高齢者の抑うつ状態は、男女ともに年齢、QOL 尺度 SF8 における活力、社会生活機能、心の健康が深く関連する要因であることが明らかになった。また社会生活活動各項目につい

て、男では負の要因数が多い者ほど抑うつ症状のある者の割合が大きかった。

謝辞

研究の遂行と論文の作成にあたり、多大なるご指導をいただいた放送大学客員教授の多田羅浩三先生に心より感謝申し上げます。

表1 性・年齢階級別にみた抑うつ症状ありの者の割合 (%)

	男 (48 人)	女 (83 人)	総数 (131 人)
年齢 (歳代)	抑うつ症状あり (GDS5 点以上)	抑うつ症状あり (GDS5 点以上)	抑うつ症状あり (GDS5 点以上)
60	77.8	40.7	50.0
70	72.7	66.7	70.3
80-	94.1	82.9	86.2
総数	81.2	66.3	71.8

表2 社会生活活動有無別 GDS 得点 (%)

		男			女			総数		
社会生活活動	あり/なし	n	抑うつ症状あり	P値	n	抑うつ症状あり	P値	n	抑うつ症状あり	P値
			(GDS5点以上)			(GDS5点以上)			(GDS5点以上)	
視力	あり	15	73.3	0.41	22	77.3	0.30	37	75.7	0.67
障害	なし	29	86.2		58	63.8		87	71.3	
転倒	あり	32	84.4	1.00	53	69.8	0.59	85	75.3	0.65
不安	なし	15	80.0		21	61.9		36	69.4	
家庭	あり	3	100.0	0.60	13	69.2	1.00	16	75.0	1.00
不和	なし	42	78.6		62	67.7		104	72.1	
配偶者	あり	44	79.5	0.58	39	59.0	0.16	83	69.9	0.43
	なし	4	100.0		43	74.4		47	76.6	
気持ちの	あり	22	68.1	0.009	40	60.0	0.13	62	62.9	0.005
はり	なし	20	100.0		33	78.8		53	86.8	
隣付	あり	34	79.4	0.56	60	63.3	0.09	94	69.1	0.06
合い	なし	5	100.0		11	90.9		16	93.8	

認知症高齢者の要介護認定評価について～介護の手間の構成要素

○午頭潤子^{1) 2)}、今井幸充³⁾、長谷部雅美⁴⁾、山崎葉子¹⁾、
田中悠美子¹⁾、松本望¹⁾、朴賢貞¹⁾

¹⁾ 日本社会事業大学大学院社会福祉学研究科、²⁾ 白梅学園大学客員研究員、³⁾ 日本社会事業大学大学院、⁴⁾ NPO法人 認知症ケア教育機構

【目的】

介護保険制度内における要介護認定審査において、一次判定結果の変更事由となる「介護に手間」の構成要素について介護者の考える認知症者を介護する上での「介護の手間」とは何かを明らかにする。

【調査方法】

調査対象者：

①在宅で認知症者を介護する家族の家族介護者会員 n=10 (5名×2G) ②認知症ケア専門士 n=24 (6名×4G) ③居宅介護支援事業所に勤める介護支援専門員 n=6 (1G)、④訪問介護員(サービス提供責任者) n=6 (1G)。対象者の選定方法：老人保健健康増進等事業「認知症者の要介護認定に関わる介護の手間判定指標の開発から介護の手間に関する評価尺度の開発～(研究代表者・今井幸充)」の研究協力者。調査期間：平成23年9月～11月。調査方法：「介護の手間」に関するテーマで、手間の多い介護(以下、Tema2)、手間の少ない介護(以下、Tema1)とは何かをワークショップ内でKJ法的手法を用いて分類した。倫理的配慮：日本社会事業大学の倫理審査の承認を経て実施。

分析方法：

質的分析方法を用い、ブレインストーミングで出た回答をテキストマイニング(以

下、ttm)にて解析。(「認知症者の要介護認定に関わる介護の手間判定指標の開発から介護の手間に関する評価尺度の開発～の二次分析)

解析を行うにあたり Tema1.2 共に、同義語・不要語を同ファイルにて作成し使用した。

【結果と考察】

・Tema1 ttm2 語の集計結果 出現件数5回以上、語の出現件数：10
自立：102、自分：11、食事：19、寝たきり：7、介助：6、理解：6、協力：5、言葉：5、行動：5、忘れる：5、入浴：5
・係受け解析：出現件数5語以上とした所該当なし。2以上とした語の出現件数：10
指示+従う：3、すぐ+理解：3、怒る+理解：2、文句+コミュニケーション：2、管理+自立：2、家具+見守る：2、自分+食べ物られる：2、よい+睡眠：2、食べ物+用意：2、食べ物+食べ物：2

・Tema2 ttm2 語の集計結果 出現件数5回以上、語の出現件数：29
自立：106、トイレ：22、食事：27、理解：28、忘れる：14、入浴：13、繰り返す：10
拒否：10、自分：9、飲む：9、徘徊：9、薬：8、必要：8、部屋：7、時間：7、行く：6、急：6、話：6、人：6、説明：6、夜間：

5、こぼす：5、かかる：5、出る：5、言う：5、怒る：5、電話：5、探す：5、着替え：5

・係受け解析：出現件数5語以上とした1つのみ。その他全て1語
時間+かかる：5

○ KJ 法的手法による分類

・ Tema1

日常生活が自立している。見守りだけの介護。認知症者の身体機能全介助。BPSD 無。意思疎通可能。

・ Tema2

随時見守りが必要。何度も同じ行動の対応。後始末、後片付け。BPSD (徘徊・介護拒否・昼夜逆転・異食・感情の不安定)への対応。

上述のように、介護者の考える認知症者を介護する上での「介護の手間」には自己予防、リスクマネジメント、セーフティマネジメントが関連していると考えられる。よって、要介護認定審査における認知症者の認定評価には ADL 及び BPSD が関連していることが明らかになった。

本研究の限界

本研究では数値では十分に表現できない人間の情動や思想・言動・日常の中で潜在化した「意味」を分析・抽出を試みたが、認知症の症状評価に医学的診断情報を用いていない点や、対象者数や対象者選定方法に限りがある点など課題であると考え。そのため今後、関係機関との協力により、

具体的な要介護認定における現状や課題、介護の手間の程度の調査を行う必要があると考える。

付記

本研究は、老人保健健康増進等事業「認知症者の要介護認定に関わる介護の手間判定指標の開発から介護の手間に関する評価尺度の開発～(研究代表者・今井幸充)」の一環として行われたものである。

本研究に協力頂きました、家族会会員の皆様、関係機関職員の皆様に深く感謝いたします。

地域見守り活動における個人情報の取り扱いに関する課題

○前原なおみ(宝塚大学)

【目的】

高齢者が住みなれた地域で安全に生活を営むためには、見守り組織が情報を共有しながら関わる必要があると言われていたが、個人情報保護法により情報共有が困難となり、活動に支障が出ていると言われている。

本調査では大阪府下の3地域における見守り活動の情報の取り扱い状況を調査し、個人情報の取り扱いに関する課題を明らかにする。

【方法】

2012年4月3日から5月7日に大阪府下の3つの地域で見守り活動を行っている民生・児童委員、校区福祉委員・住民ボランティア等を対象として、無記名自記式調査用紙を配布し、ミーティング後に回収した。調査項目は、①個人情報保護に関する研修経験の有無と頻度 ②個人情報保護に関する勉強会経験の有無と主催 ③見守り活動における情報源 ④情報収集で困っていることの有無と内容 ⑤情報を提供する対象 ⑥情報提供で困っていることの有無と内容 ⑦個人情報に関する研修の希望 ⑧研修への意見を設定した。

【倫理的配慮】

平成23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。調査対象者には書面と口頭で研究趣旨、目的、方法を説明した。また調査は対象者の所属する現地関係専門職および地域包括支援センター長等の了解をとり実施した。アンケート回収後はすみやかに記号化して集計し、個人が特定できないよう配慮した。

【結果】

1. 回収率

調査票はミーティングに参加していた66名に配布し、63名(95.5%)から回収できた。

2. 対象者の基本属性

性別は、女性60名(95%)、男性3名(5%)であった。

年齢構成は、50歳以下2名(3%)、50歳代8名(13%)、60歳代30名(48%)、70歳代11名(17%)、80歳代2名(3%)、無回答10名(16%)であった。

地域福祉活動歴は、1年未満4名(6%)、1~3年7名(12%)、3~5年3名(5%)、5~10年16名(25%)、10年以上21名(33%)、20年以上4名(6%)、無回答8名(13%)であった。

3. 個人情報保護に関する研修経験の有無と頻度

研修を受けたことがある	12名(19%)
研修を受けたことがない	49名(78%)
無回答	2名(3%)

研修を受けた経験のある者はすべて1年以内に研修を受けており、2年以上連続して毎年1回以上受けた人は、8名(13%)であった。

4. 個人情報保護に関する勉強会経験と主催

勉強会をした	3名(5%)
しなかった	55名(87%)
無回答	5名(8%)

勉強会をしたと回答したものはすべて研修を受けたと回答したものであった。勉強会の主催は行政2名、活動者同士1名であった。

5. 見守り活動における情報源(複数回答)

近所の人	39(51%)
地域を歩いて	17(22%)
地域の専門職やスタッフ	6(8%)
行政	5(7%)
その他	2(3%)
無回答	7(9%)

6. 情報収集で困っていることの有無と内容

困っていることがあると答えたのは10名(16%)、ない45名(71%)、無回答8名(13%)であった。

関係性によるもの	8(47%)
タイミングや時間によるもの	3(18%)
体力や個人の労力に関するもの	3(18%)
情報の内容に関するもの	2(12%)
その他	1(5%)

7. 情報を提供する対象(複数回答)

町会長、ネットワーク委員など決まっている	43 (44%)
活動者同士	36 (37%)
専門職やスタッフ	8 (8%)
決めていない	1 (1%)
無回答	10 (10%)

8. 情報提供で困っていることの有無と内容

困っていることがあると答えたのは8名(13%)、ない47名(74%)、無回答8名(13%)であった。

見守り活動の認知度が低い	2(18%)
話を聞いてくれない・聞き流される	2(18%)
提供した後の対応が気になる	4(36%)
提供する情報に悩む	3(27%)

9. 個人情報に関する研修の希望

	希望する	どちらでもない	希望しない	無回答
法制定の経緯	15	5	12	6
個人情報の具体的内容	15	10	8	5
法の活動への影響	12	15	3	8
活動における守秘義務	19	8	6	5
トラブル事例	27	6	2	3
プライバシー権	15	10	4	9
専門職の情報保護対策	12	13	7	6

研修について回答した38名のうち、半数以上のものが希望した研修は、「活動における守秘義務」と「トラブル事例」であった。また、時期は①今すぐ(3名) ②いつでも(4名)であり、緊急性を感じている者もいた。

10. 研修への意見(自由記載)

研修の必要性は ①役割遂行のため(2名) ②自分自身の安全(4名) ③悪徳業者への対応(1名)があげられ、不必要な理由として ①現在困っていない(3名)があげられた。

【考察】

1. 個人情報保護に関する知識や研修

調査した3地域では守り活動を行っている者のうち、個人情報に関する研修や学習会を受けたものは20%に満たなかった。その理由として、情報収集・提供共に70%以上は困っていないと回答しており、また困っている内容からも活動において研修への希望が逼迫した状態ではないことがあ

げられた。

研修では、個人情報保護法に関する希望は半数に満たないが、「見守り活動における守秘義務」と「個人情報に関するトラブル事例」は半数以上が研修を希望しており、活動を行う上で個人情報保護に関する関心は見られた。

2. 地域ネットワークの状況

情報の70%以上は、地域住民、または地域を歩いて得られており、情報提供先には80%以上に活動者があげられていた。行政や専門職をあげたものは15%に満たず、活動者同士のネットワークを中心に活動していることが明らかであった。3地域では、町会長またはネットワーク委員への報告が定期的になされており、また緊急時の報告も同様であり、情報共有の体制はできていた。60%を超えるものが5年以上継続して活動に参加しており、情報収集および提供の体制から見守り活動が継続して可能であったと考えられる。

しかし、活動を行っている者の70%以上は60歳を超え、うち20%が70・80歳代であること。活動の困難点として、時間や体力・労力に関する意見があげられていることから、今後の人材育成と地域ネットワークの整備による負担の軽減は課題である。ネットワークの整備では、活動する者の守秘義務や知識に関する課題があり、行政や専門職との共有は課題である。

3. プライバシー権

個人情報保護を考える上で、見守られる者のプライバシーの問題がある。本調査では、困った内容にプライバシーに関する内容はあげられず、また、プライバシー権に関する研修を希望するものは40%に満たなかった。情報共有の7割以上が地域ネットワーク内で行われており、研修を受けていないものが80%を超える活動の中で、見守られる者の「情報のコントロール権」の侵害に抵触する可能性はある。見守られる者、見守るものの安全な個人情報の取り扱いには課題があった。

【結論】

高齢者が住みなれた地域で安全に生活を営むための情報取り扱いとして、情報取り扱いに関する知識不足、人材育成とネットワーク整備、プライバシー権の保護に関する課題があった。

Language Barrier Free とアンドロイド仕様多言語問診票の可能性

○林田雅至(阪大・CSCD)、中本朋成(株式会社ミウラ)

【目的】 Language Barrier Free 概念の応用ソフトウェア「アンドロイド仕様多言語問診票」の開発。

【方法】前提となる社会分析・考察

マイノリティに関する林田仮説——5%の法則: 大阪市人口約 260 万人比 5%程度の在日人口 13 万人弱 (府下)。一方、サンパウロ市人口約 1,100 万人比同様に 5%程度の日系移民人口 55 万人、教育現場 40 人クラスサイズでの言語・文化を継承維持する最小単位 2 名、5%はマイノリティの最下限の割合。ところで、2006 年米国のヒスパニック系(4,400 万人)の占める総人口比は 14.8%、総人口比 12%に上る米国最大人口 3,700 万人を抱えるカリフォルニア州、ヒスパニック系人口は 2000 年 26%から 2004 年 35%へと激増推移。家族最少単位=親子 3 人が 2 組 (6 人) 存在するのを言語・文化を継承維持する「家族」最小単位、40 人クラス枠で 15%。マイノリティの最上限の割合。各家族の子供 (2 世) が結婚し、3 世の誕生により両家族成員合計 10 人、割合が 25%、さらに 3 世が結婚、4 世の誕生で 14 人、35%となる。

大阪府下人口約 880 万人比 2.2%程度の外国籍住民人口 (超マイノリティ)。2009 年日本語学習者数: 12,000 人、日本語教員数: 3,000 人、比して 2010 年日本語学習者数: 16,000 人、日本語教員数: 5,500 人。両者合計: 15,000 人(2009)及び 21,500 人(2010)は府下外国籍住民数約 20 万人に対して、7.5%(2009)及び 10.75%(2010)となる。この数字は外国籍住民のみの総人口に照らすと、

所謂《量的マイノリティ 5%》を超え、「日本語で伝え得る、また多言語で対応可能な人数である」と理論的には言える。ところが、2010 年度大阪府が実施した「外国人府民への情報流通促進調査事業」結果、約 8 割の外国籍住民は行政の「多言語情報窓口」の存在を知らないと回答。一部の日本語教室は学習者と日本語教員数が 1 対 1、2 対 1、場合によると 1 対 2 という贅沢な教育環境。他方、1 クラス学習者数も少なく、教員数の割合も平均を大きく割り込む場合もある。母社会との数量的関係において圧倒的劣位にある 多言語外国籍住民層はやはり所謂「マイノリティの最下限」未満である。

量的 Language Barrier Free へ ~25%の迫力 ~: 日本社会のことを批判的に「異質な他者を排除する和の論理」と言う。総人口 1 億 2,800 万人(2010)のうち外国人登録者数は 213 万 4151 人(2010)であり、わずか 1.67%。年間インバウンド観光客 620 万人(2011 年推計)とも 860 万人(2010 年)とも言われる——仏: 9 千万人弱、スペイン: 6 千万人弱、米国: 5 千万人。総人口に比してもあまりにも少なすぎる数字。実質的に鎖国に近い状態、外国人感覚は殆ど存在しない。インバウンド観光客 3,000 万人を想定。関西圏来訪 4 分の 1——2010 年訪日外客数 860 万人のうち大阪市内に 219 万人(25%)——、年間 750 万人は月割すると 62 万 5 千人となり、大阪市内人口 260 万人に対して 24%。その割合は米国カリフォルニア州ヒスパニック比率 2,000 年 26%に相当。マイノリティ最下限 5%を考えれば、総人口に対して 640 万人

の定住型外国籍住民を想定。これは現状の約3倍の数字。一時的にせよこうした外国人観光客の増加によって、当然定住型外国籍住民の増加押し上げの契機となる。

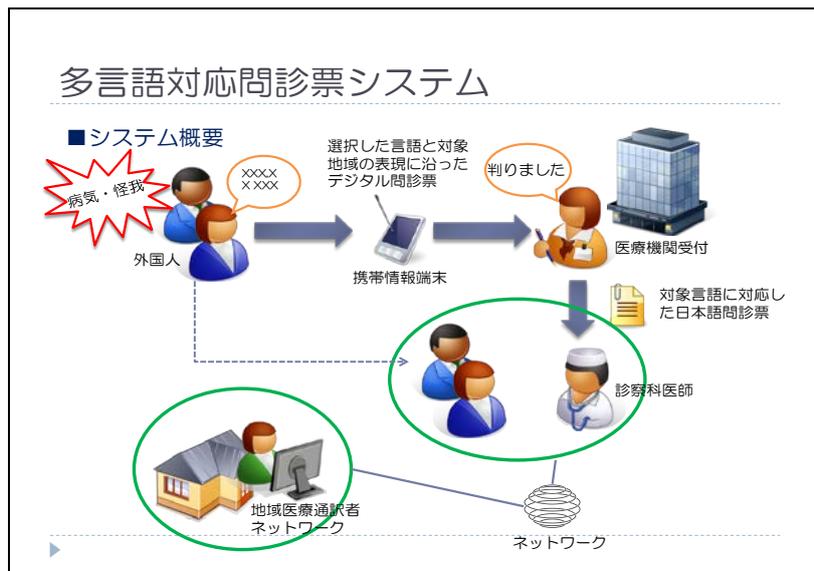
量は質を生み、質の変革をもたらす：一時的に多国籍構成の観光客を大量に導入して、4分の1の割合で市街地に外国人が存在することで、外国人接遇に慣れ、早急に外国人感覚を日常感覚にしなければならないというのが目下の急務である。「量は質を生み、質の変革をもたらす」鉄則により、「異質な他者を排除する和の論理」を打破し、**Language Barrier Free**は実現すると期待される。

【結果と考察】上記の社会状況を前提に、昨年度7言語試作版(日本語・英語・中国語(簡体字・繁体字)・韓国朝鮮語・スペイン語・ポルトガル語)が完成し、多言語政策関連の複数のシンポジウムで報告した。11月から12月にかけて府下病院などで実証実験を行い、それを踏まえて年度末総言語数17まで増やす取り組みを行ない、6月下旬17言語

版が暫定完成した。10月末から1週間大阪市で開催される「世界最大規模の国際金融関係会議 Sibos」において、日本語・英語・中国語(簡体字・繁体字)・韓国朝鮮語・タイ語の6言語版を無償提供し、外国人のための多言語対応問診票システムとして世界の国際会議の必須ツールに定着すべく戦略を練っている。

【結論】そうした意味でも、現在の暫定版は日本語を基軸とした運用になっており、自在に基軸言語を変更できることが求められる。一方、こうした電子ツールはグローバルな国際社会においても、対応可能であり、汎用性は極めて高い。

現状の社会構造はなかなか外国籍住民が安全・安心に暮らしやすい状況には至っていない。そうした意味からも、この類の電子ソフトウェアは「量は質を生み、質の変革をもたらす」構造改革に資する社会的意義は非常に高い。



アンドロイド仕様多言語対応問診票活用概念図

グループダイナミクスと生活福祉

○志賀文哉(富山大学人間発達科学部)

【初めに】 集団を対象としてソーシャルワーク実践を行う場合に、そのグループの特性を理解したうえで、組織のエンパワメントを行うことがある。いわゆるグループワークの手法は、意図的に(目的を持って)形成された集団を対象として、構成員間の相互作用を活用しながら、構成員の自己実現を支援するものである。グループを形成する経緯や人間関係、共通の目標は何か等を理解する必要がある。また同時に、そのグループは固定化されて不変であるのではなく、相互作用を重ねながら、刻々と変化していくものと捉えなければならない。そのように考えた時、ある一時点で支援に関わるようなクロスセクショナルなアプローチでは効果的な集団支援にならない可能性があり、それを避けるためには集団の持ちうる特性などを広く理解しつつ、個別的・具体的に対応していくことが求められる。

生活福祉の支援はケースワークで対応することが多いが、その対象者は一人で生活しているわけではなく、仲間や継続的支援をしてくれる人らとのかかわりの中なのであり、また何らかの人の関わりを持つべきともいえる。

そのような観点から、本報告では地域社会の中で変化していく集団の中にある生活福祉の課題とその支援に注目し、集団理解の必要を問う。

【集団内の作用】 集団を対象としたグループワークの展開過程は[準備期][開始期][作業期][終結期]の4つに整理される。このうち、作業期は目的の実現に向けてメンバー

間の相互作用を活性化し、集団としてのまとまりやはたらきを生み出していく段階とされる。集団内での活動を通じて集団化が進行する。そのプロセスでは各メンバーが集団内での自らの位置づけを確認し親密なサブグループを形成したりする。そこでかかわるワーカーなどの支援者は主に3種の役割がある。積極的介入、側面的援助、媒介的支援である。これらの役割を果たすために、変化していく集団の状況を把握し、適切な支援を展開していく必要がある。

集団内の指揮命令の到達度は集団凝集性の程度にも関係する。リーダーが必要な指示を出しておく場面(トップダウン)の他に、サブメンバーを意思決定に参加させ、ともに集団の方向性を定めていくことがある。そのような作業は組織の活性化や集団のエンパワメントにつながることもある。ボトムアップのアプローチを適宜組み入れることで、集団としての成長につながる。

【結果・考察：事例研究】 グループダイナミクスを踏まえて、実践場面で解釈し、支援との関係を考えてみたい。

支援の対象者は「生活困窮者」と分類される集団である。野宿者も含まれるが、それに限らず、生活保護を受給後も生活課題を抱えている人、年金生活者、また就労に結びついた後でも職場の人間関係等から見て離職のリスクを少なからず抱えていると思われる人らが含まれる。

こうした人らを対象にした相談会を組織する時、相談を受けるという本来の目的のほかに、旧知であったり、相談会の場で知

り合いとなったりした「仲間」らが共有する情報や支援の関係は、その機会をつなぐりの場とすることを考えると、(可能かどうかは別として)規制するよりも、それを活かすことが重要となる。それは、極めて限定的に開かれる相談会以上に日常の当事者同士の関係が重要な助けになることが珍しくないためである。

その場合に、一見無規制のもとにある仲間関係に対しても相互の影響を観ながら支援や支えあいが効果を上げる方略を考える。変化する集団を捉えるグループダイナミクスは活動理論と親和的であり、人間の行

為を一連の変化する流れ(集合流)の一コマとみているが、これは同時に集合・集団を変革するもので、人間の行為を変革していく実践のための、意思決定の理論である(杉万, 2006年)。

支援者は、自分たちが被支援者の集団を形成して管理するというより、当事者を中心として形成され不定形に変化するグループの一部になりながら、参与的観察のもとに支援される当事者グループが今何を求めているのかを適宜判断していくことが必要になる。

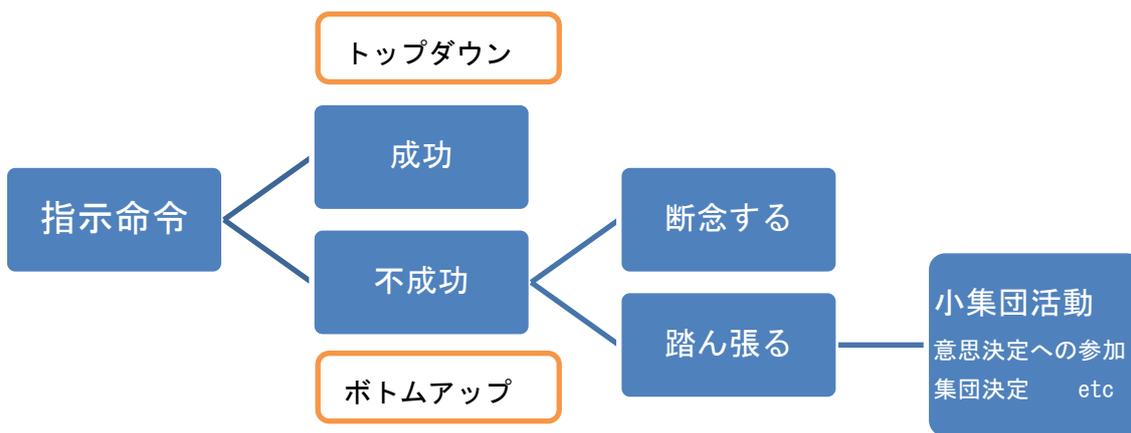


図1 指示命令と小集団活動(吉田 2001 年を改変)

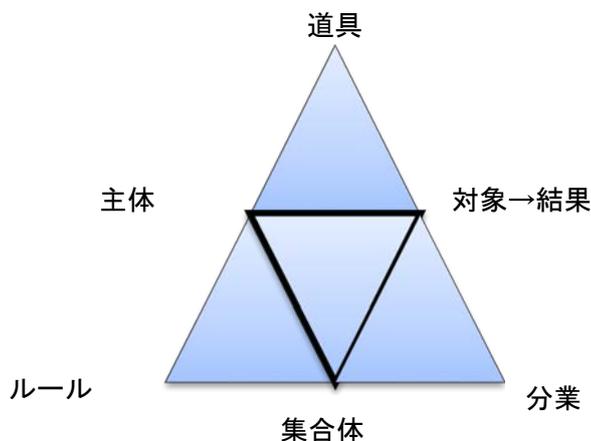


図2 活動の構造(杉万, 2006 年)

男性労働者の抑うつ症状とその関連要因における疫学的研究

○上原尚紘¹⁾、蒲原 龍²⁾、志渡晃一¹⁾、西 基¹⁾、三宅浩次³⁾

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) 北海道産業保健推進センター

【目的】

北海道及び東北地方で勤務する男性の労働者において、抑うつ症状とその関連要因(労働条件等)を検討すること。

【方法】

2010年11月～12月に北海道・東北の労働者を対象に、無記名自記式調査票による留め置き調査を行い、同意を得られた8246名をのうち、男性4894名を対象とした。調査項目は、基本属性、抑うつ尺度(The Center for Epidemiologic Studies Depression Scale 以下、CES-D)、勤務条件・内容等である。分析にあたり、抑うつ症状を「高うつ群」(CES-D合計得点16点以上)、「低うつ群」(CES-D合計得点16点未満)の2群に分類しこれを目的変数とした。説明変数を勤務条件・勤務内容等を設定して、分割表を作成し、抑うつ症状と個々の変数間の関連を検討した。

【結果】

表1に雇用形態と抑うつ症状との関連を示した。全体の高うつ群の割合は43.3%で、非正規職員は39.3%、正規職員は43.5%で、雇用形態における有意な差は認められなかった。

表2に勤務条件・勤務内容と抑うつ症状との関連について示した。仕事負担度に関する5項目では、単変量解析の結果4項目で高うつ群と低うつ群における差が認められ、多変量解析の結果4項目全てが独立した項目であり、「次の日まで疲れが残る」の項目が最も関連が強かった(オッズ比:2.91)。裁量度に関する3項目では、単変量解析の結果3項目全てで高うつ群と低うつ群における差が認められ、多変量解析の結果3項目全てが独立した項目であり、「自分の仕事はおおいに社会に

役立っている」の項目が最も関連が強かった(オッズ比:0.57)。職場環境に関する4項目では、単変量解析の結果4項目が高うつ群と低うつ群における差が認められ、多変量解析の結果4項目全てが独立した項目となり、「仕事の伝達、連絡、報告はよく行われている」の項目が最も関連が強かった(オッズ比:0.55)。職務評価に関する3項目では、単変量解析の結果3項目全てで高うつ群と低うつ群における差が認められ、多変量解析の結果2項目が独立した項目となり、「やりがいのある仕事である」の項目が最も関連が強かった(オッズ比:0.43)。適職度に関する3項目では、単変量解析の結果3項目全てで高うつ群と低うつ群における差が認められ、多変量解析の結果3項目全てが独立した項目となり、「仕事と仕事以外の生活をうまく両立させている」の項目が最も関連が強かった(オッズ比:0.28)。人間関係に関する3項目では、単変量解析の結果3項目全てで高うつ群と低うつ群における差が認められ、多変量解析の結果3項目全てが独立した項目となり、「職場の人間関係は全体的に見て良い方」の項目が最も関連が強かった(オッズ比:0.42)。

総じて、高うつ群の特徴として「次の日まで疲れが残る、自分の仕事が社会に役立っている感覚がせず、仕事の伝達、連絡、報告は潤滑でなく、仕事にやりがいを感じられず、仕事と仕事以外の生活をうまく両立できず、職場の人間関係は全体的に見て悪い」ということが明らかになった。

【考察】

「仕事と仕事以外の生活をうまく両立させている」が全体の項目の中で最も関連が強かった(オッズ比:0.28)。男性労働者の働き方を考えた際に、

人間関係や負担度等を包括的に捉えたワークライフバランスが要因と考えられる。これはILOにて提唱されるディーセントワークの考えに交互していることから、非常に興味深い結果である。

今後の課題として挙げられるのは、男性労働者において、抑うつ症状の関連要因を雇用形態別に検討することである。

【謝辞】本研究は北海道・青森・岩手・宮城・秋田・山形・福島産業保健推進センターの共同研究によるデータベースを使用させていただきました。以下の共同研究者の方々に謝意を申し上げます。三宅浩次、西基、中路重之、小野田敏行、菊池武剋、佐藤祥子、千葉健、伏見雅人、東谷慶昭、五十嵐敦(敬称略)。

表1 雇用形態と抑うつ症状との関連 N(%)

項目	正規職員	非正規職員	p
	N=3925	N=450	
高うつ群	1708 (43.5)	177 (39.3)	

* : P<0.05 単変量解析(Fisher の直接確立検定)

表2 勤務条件・勤務内容と抑うつ症状との関連

N(%)

	該当項目	高うつ群		低うつ群		p	OR	(95%信頼区間)
		N=1961		N=2573				
仕事負担度	1.からだを動かす仕事である	982 (50.3)		1257 (49.0)		—		
	2.仕事の量がとても多い	1423 (72.8)		1694 (66.1)	*	§ 0.71	(0.60-0.84)	
	3.次の日まで疲れが残る	1463 (75.0)		1278 (50.1)	*	§ 2.91	(2.51-3.37)	
	4.勤務時間中はいつも仕事のことを考える	1513 (77.5)		1650 (64.3)	*	§ 1.53	(1.31-1.79)	
裁量度	5.ノルマや納期に追われる仕事が多い	1449 (74.5)		1645 (64.2)	*	§ 1.24	(1.07-1.45)	
	6.仕事の方針を決め、意見を反映できる	923 (47.2)		1532 (59.8)	*	§ 0.77	(0.68-0.88)	
	7.仕事の方針や目標ははっきりしている	1220 (62.6)		1987 (77.5)	*	§ 0.63	(0.54-0.73)	
職場環境	8.自分の仕事はおおいに社会に役立っている	1164 (59.7)		1951 (76.0)	*	§ 0.57	(0.49-0.65)	
	9.職場内で男女間に差別がある	861 (44.3)		862 (33.7)	*	§ 1.28	(1.12-1.46)	
	10.職場内で私生活の話はあまりしない	1074 (55.2)		1098 (42.9)	*	§ 1.61	(1.42-1.83)	
	11.職場での伝統や習慣がかなり強制的	1181 (60.5)		1168 (45.6)	*	§ 1.60	(1.40-1.82)	
職務評価	12.仕事の伝達、連絡、報告はよく行われている	1125 (57.6)		1846 (72.1)	*	§ 0.55	(0.48-0.63)	
	13.やりがいのある仕事である	1033 (52.9)		1909 (74.4)	*	§ 0.43	(0.37-0.49)	
	14.努力に見合った評価を受けている	746 (38.2)		1379 (53.8)	*	§ 0.67	(0.58-0.77)	
適職度	15.現在勤めている企業の将来は明るい	574 (29.5)		985 (38.5)	*	—		
	16.仕事と仕事以外の生活をうまく両立させている	987 (50.5)		2120 (82.5)	*	§ 0.28	(0.24-0.33)	
	17.現在の仕事は自分に適している	877 (45.1)		1833 (71.5)	*	§ 0.56	(0.49-0.65)	
人間関係	18.現在の勤めをやめたいと思う	1328 (68.1)		1029 (40.2)	*	§ 2.26	(1.97-2.60)	
	19.職場の人間関係は全体的に見て良い方	1080 (55.4)		1988 (77.6)	*	§ 0.42	(0.37-0.49)	
	20.困ったときには上司が助けてくれる	962 (49.4)		1612 (63.0)	*	§ 0.77	(0.67-0.90)	
	21.困ったときには同僚が助けてくれる	1071 (54.9)		1764 (68.9)	*	§ 0.69	(0.59-0.80)	

* : p<0.05 単変量解析(Fisher の直接確立検定)

§ : p<0.05 多変量解析 (二項ロジスティックモデル) ; 年齢・雇用形態調整

OR : 各質問項目に該当しない群を1とした場合、該当する群における抑うつ症状(高うつ群)の相対出現率

保健医療福祉職の抑うつ症状とその関連要因

○蒲原 龍¹⁾、上原尚紘²⁾、志渡晃一²⁾、西 基²⁾、三宅浩次³⁾

1) 道都大学社会福祉学部 2) 北海道医療大学大学院看護福祉学研究所

3) 北海道産業保健推進センター

【目的】

北海道及び東北地方で勤務する保健医療福祉職について、抑うつ症状とその関連要因(労働条件等)を検討すること。

【方法】

2010年11月～12月に北海道・東北の労働者を対象に、無記名自記式調査票による留め置き調査を行い、同意を得られた8246名のうち、保健医療福祉職1326名を対象とした。調査項目は、基本属性、抑うつ尺度(The Center for Epidemiologic Studies Depression Scale 以下、CES-D)、勤務条件・勤務内容等である。分析にあたり、抑うつ症状を「高うつ群」(CES-D合計得点16点以上:リスクケース)、「低うつ群」(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。説明変数として勤務条件・勤務内容等の項目を設定し、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。分析方法は、単変量解析においてはFisherの直接確立検定、多変量解析においてはロジスティック回帰分析を用いた。

【結果】

表1に抑うつ症状と仕事内容との関連を示した。単変量解析で有意な関連が認められた項目は21項目中20項目であった。低うつ群に比べて高うつ群の該当率が有意に高かった項目は、「仕事の量がとても多い」、「次の日まで疲れが残る」、「勤務時間中はいつも仕事のことを考える」、「ノルマや納期に追われる仕事が多い」、「職場での伝

統や習慣がかなり強制的」、「現在の勤めをやめたいと思う」、「職場内で男女間に差別がある」、「職場内で私生活の話はあまりしない」の8項目であった。反対に、高うつ群の該当率が有意に低かった項目は、「仕事の方針を決め、意見を反映できる」、「仕事の方針や目標ははっきりしている」、「職場の人間関係は全体的に見て良い方」、「仕事の伝達、連絡、報告はよく行われている」、「やりがいのある仕事である」、「努力に見合った評価を受けている」、「現在勤めている企業の未来は明るい」、「仕事と仕事以外の生活をうまく両立させている」、「現在の仕事は自分に適している」、「困ったときには上司が助けてくれる」、「困った時には同僚が助けてくれる」、「自分の仕事はおおいに会社に役立っている」の12項目であった。

多変量解析では、「次の日まで疲れが残る」、「仕事の方針や目標ははっきりしている」、「職場の人間関係は全体的に見て良い方」、「仕事と仕事以外の生活をうまく両立させている」、「現在の仕事は自分に適している」、「現在の勤めをやめたいと思う」、「自分の仕事はおおいに社会に役立っている」の7項目が独立性の高い変数として検出された。

【考察】

北海道・東北の保健医療福祉職において、高うつ群の特徴は「仕事の目標がはっきりしておらず、仕事内外の生活状況や人間関係が悪く、自分の仕事に適性を感じておらず、勤務継続意思がない人」であることが示唆された。これらの点に配慮した職場環境づくりが保健医療福祉職の抑うつ

症状を軽減させる可能性があることが示唆された。

今後の課題として挙げられるのは、保健医療福祉職において抑うつ症状の関連要因を雇用形態別に検討することである。

岩手・宮城・秋田・山形・福島産業保健推進センターの共同研究によるデータベースである。

以下の方々が共同研究者である。三宅浩次、西基、中路重之、小野田敏行、菊池武剋、佐藤祥子、千葉健、伏見雅人、東谷慶昭、五十嵐敦(敬称略)。

表1 抑うつ症状と仕事内容との関連

N(%)

該当項目	高うつ群 N=515	低うつ群 N=591	有意差	OR (95%信頼区間)
1. からだを動かす仕事である	374(72.8)	402(68.5)		—
2. 仕事の量がとても多い	435(84.8)	457(78.0)	*	—
3. 次の日まで疲れが残る	439(85.4)	373(63.8)	* §	1.91(1.35-2.71)
4. 勤務時間中はいつも仕事のことを考える	451(87.6)	466(79.3)	*	—
5. ノルマや納期に追われる仕事が多い	275(53.5)	236(40.3)	*	—
6. 仕事の方針を決め、意見を反映できる	221(43.2)	324(55.2)	*	—
7. 仕事の方針や目標ははっきりしている	288(56.3)	447(76.4)	* §	0.60(0.44-0.82)
8. 職場の人間関係は全体的に見て良い方	282(54.9)	462(78.6)	* §	0.54(0.40-0.74)
9. 職場での伝統や習慣がかなり強制的	304(59.3)	278(47.4)	*	—
10. 仕事の伝達、連絡、報告はよく行われている	352(68.6)	457(77.7)	*	—
11. やりがいのある仕事である	385(74.9)	526(89.5)	*	—
12. 努力に見合った評価を受けている	201(39.2)	336(57.2)	*	—
13. 現在勤めている企業の将来は明るい	165(32.2)	269(46.2)	*	—
14. 仕事と仕事以外の生活をうまく両立させている	239(46.5)	485(82.3)	* §	0.30(0.22-0.41)
15. 現在の仕事は自分に適している	286(56.0)	480(81.6)	* §	0.61(0.44-0.85)
16. 現在の勤めをやめたいと思う	367(71.8)	245(41.7)	* §	1.99(1.47-2.68)
17. 職場内で男女間に差別がある	135(26.4)	117(20.0)	*	—
18. 職場内で私生活の話はあまりしない	237(46.2)	223(38.0)	*	—
19. 困ったときには上司が助けてくれる	281(54.9)	391(66.8)	*	—
20. 困ったときには同僚が助けてくれる	336(65.6)	445(75.8)	*	—
21. 自分の仕事はおおいに社会に役立っている	387(75.3)	528(89.9)	* §	0.56(0.38-0.84)

* : P<0.05 単変量解析(Fisherの直接法)

§ : P<0.05 多変量解析(ロジスティックモデル)

OR : オッズ比。各質問項目に該当しない群を1とした場合、該当する群における抑うつ症状(高うつ群)の相対出現率

— : 多変量解析(ロジスティックモデル)において、独立性の高い変数として検出されなかった項目

尚、本研究で使用したデータは、北海道・青森・

職場のメンタルヘルス不全者の患者会の役割と課題

藤野 ゆき (常磐会短期大学 非常勤講師)

産業保健分野では、メンタルヘルス不全者の職場復帰、発生予防の取り組みが積極的に行われている。それらは職場のストレスが労働者の精神的な健康を奪うものとしつつも、過労死や過労自殺を発生させるような長時間過密労働などの労働条件、成果主義や評価制度の導入等を背景とした職場環境や人間関係の悪化を改善するに至っていない。

一方で、「いじめ」「嫌がらせ」「パワハラ」という訴えをもつ労働者は、問題の解決ができないままに長期間の休職に追い込まれることもある。近年の精神障害等の労災保険への申請件数も増加を続けているのは、職場における問題と疾病とを関係づけて考える労働者が多いことを示しており、まさに職場のメンタルヘルス不全が「職業病」であることを示している。

「職業病」は、その病気の原因を明確にし、それに伴う改善こそが重要である。原因を正確にとらえるには、当事者である患者の声に耳を傾けることは有効である。しかし、メンタルヘルス不全の特性から、患者自身の声が十分に反映されないままに対策が行われている側面は否定できない。患者が率直に、そして自由に本音を語ることは容易なことではない。家族、労働組合などの支援者に対しても、患者は時に身構え、本音を語るができないこともある。そうした時に、当事者同士で話し合える「患者会」は有効なものとなっている。

本報告では、10年以上続く「職業病相談会」の中に見られる患者会の役割と今後の課題を整理する。

【職業病相談会とは】

大阪労災職業病対策連絡会では、1999年から現在まで「職業病相談会」(以下、相談会)を月1回、開催している。職業病患者の患者会として、当初は頸肩腕障害の患者に始められたが、現在は大部分の参加者が精神疾患となっている。精

神疾患の多くはいじめや嫌がらせを受けた経験を有しており、多くは労働組合に加入して会社との交渉を行い、その一部は職場復帰を果たしている。また、職場復帰がかなわず再就職や社会復帰を目指す仲間もいる。

【患者会の役割】

相談会の参加者は発病後間もない者から、数年間に渡って療養を続ける者もいるが、仕事上の問題を有している点で共通性がある。就労の状態も、仕事を継続中、休業中、職場復帰を果たしている者、退職した者など様々である。また、労災申請をしている者、労働組合を通して会社との交渉をしている者、個人で会社と交渉しているなど、おかれている状況も異なる。

患者会の役割としてあげられるのは、

(1) 病気と治療を支える、自らの置かれている (2) 労働問題について向き合う、(3) 職場・社会復帰等を支援するなどがある。

(1) 病気と治療を支える

精神疾患の患者は大変孤独な状況に置かれていることが多い。そのため、治療の過程で「私だけがつらい思いをしている」との思いを募らせることが多い。患者会では交流を通して孤立を防いでいる。具体的には、①自らの病気がどのようなものかを知り、②治療の上での不安や悩みを共有し、③共に支えあえる仲間がいることを実感するようにしている。

Aさんは退職強要によりうつ状態となった30代女性で「休職してから風邪がなかなか治らない」といった不安を抱えていた。相談会に参加することによって、他の患者も休職後に寝込んでしまうことがあること、それぞれに職場でひどいいじめや嫌がらせを経験したことを交流することで、安心して治療に専念できた。

Bさん(30代男性)は、フリーター生活の後に採用された職場で長時間過重労働と上司からの高圧的な管理のもとにお

かれた労働者である。休職後、主治医の指示に従って療養し、薬を服用していたが、家族から「薬を飲むからよくない」といった言葉に悩んでいた。患者の中には同じように親から病気に対する理解のない言葉をかけられたという者もあり、周囲に対してどのように理解を得るかということと一緒に考えていくこともある。

(2) 労働問題にむきあう

症状が悪化している状態の時の「いじめ」「嫌がらせ」の訴えは、客観性が失われていることが多く、問題の所在が明確ではないということがある。それでも、最初は不安な気持ちをただ話すことで落ち着きを取り戻し、受診、服薬を進めることで問題が整理されてくる。そして、相談会の中で時間をかけて語りを繰り返すことで自らの問題を整理していくのである。

Cさん(30代女性)は、異動してきた上司からの「パワハラを受けて」病気を発症し、長期の休業を余儀なくされ、労働組合に加入した。当初からパワハラの訴えをしていたが、直接的な暴言や暴力はなく、Cさんに対しては間接的な指示、無言で業務を増やされるといった内容であった。治療を進める中で労災申請を行い、さらに職場復帰を果たした。労災は不支給であったが、労働組合、そして相談会の中でCさんの発症は職場に問題があることを確認し、「病気の原因を明確にし、病気についても必要な範囲で職場に理解を得る」ことを目標とした。当時の上司はすでにいなかったものの、職場復帰に伴う会社との交渉では、業務指示のあり方がパワハラにつながるという指摘を行い、Cさんは二度とパワハラを起こさない職場づくりを提起しつづけている。

(3) 職場・社会復帰等を支援する

職場環境や人間関係の問題から発症した患者は、周囲に対する不信感を高まらせており、周囲の言動に過敏に反応することが多い。また、メンタルヘルス不全は周囲から症状がわかりにくく、復職後、職場に適応していくことが難しいことがある。また、長期に休職したことにより能力の低下があっても、早く元の状態に戻らなければという焦りを感じたり、迷惑をかけてはいけないといった思いを抱くことから自ら無理を重ねること

もある。相談会では、そうした患者の思いを共有しながら、職場、社会に戻っていくための方策について考えている。

Dさん(50代女性)は、復職後、「上司から怒られる」「怒鳴られる」と訴えていたが、実際には、他の担当者のミスをDさんを通して指摘されているにすぎなかった。また、復職間もない状態であるにも関わらず、次々に仕事量が増加していく中で、疲労を蓄積させていた。周囲へ不信感を感じているDさんには、不本意な対応として感じながらも、問題解決のために動けないでいた。一つ一つの事象について話を聞きながら、「上司に報告してみる」「他の人のミスであれば気にしすぎてはいけない」といった意見がだされた。また、一つの仕事が終わって、ほっとしていると、次の仕事を与えられる傾向にあることから、余裕をもつこと、仕事を少し残すくらいのペースで行うことなどの指摘があった。仕事を完璧にミスなくやりたいという患者は少なくなく、再び発症させないためには、「頑張りすぎないこと」を患者自身が意識する必要がある。このことは、患者同士の交流の中で納得できることもある。Dさんの訴えから職場での連絡や仕事のマニュアルが不十分などところがあるなどの問題があることがうかがわれ、今後、労働組合を通して指摘していく必要がある。

【患者会の今後の課題】

相談会は患者目線で原因の分析を行い、快適に働くための課題を整理している。一般的に、職場復帰では一定期間の制限勤務や個別の問題を解決などの対応が行われている。しかし、職場全体にある問題への介入は十分にできていない。患者目線で職場を分析していくと、メンタルヘルス不全の原因には、業務指示や情報伝達のあり方、競争の強化による人間関係の悪化などがあることは明らかである。これはメンタルヘルス不全を職業病として捉えることによって得られる視点であり、そこから健康で働くための方策が見えてくる。これはまさに、労働安全衛生の課題となる。今後は患者会での問題提起を労働組合の安全衛生活動につなげていくという道筋を見出し、メンタルヘルス不全の予防活動へとつなげていくことが課題である。

盲ろう者通訳介助員の心身負担に関する一考察 ～質問紙調査の結果から～

○北原照代¹⁾、埤田和史¹⁾、辻村裕次¹⁾、中村賢治²⁾、重田博正²⁾、
島崎郁司³⁾、住尾健太郎³⁾、中野隆³⁾、矢倉愛未³⁾

(1 滋賀医大・社会医学・衛生学、2 大阪社会医学研究所、3 滋賀医大・医学科・5 回生)

【目的】

聴覚視覚重複障害者（以下、盲ろう者）の社会参加にあたっては、盲ろう者通訳・介助者（以下、通訳介助者）によるコミュニケーション支援および生活支援が不可欠である。しかし、通訳介助者の労働環境、作業負担、健康状態などの実態は明らかでない。こうした実態を把握し、心身負担およびその軽減策などについて検討することを目的に、調査を実施した。

【対象と方法】

滋賀県の通訳介助者派遣事務所（以下、「友の会」）を通じて、登録している通訳介助者 100 人に質問紙を配布し、郵送にて直接返送するよう依頼した。質問項目は、性別・年代、就労状況、活動の頻度、盲ろう者とのコミュニケーション方法、活動の契機、過去 1～2 か月の自覚症状、長時間通訳介助を続けたときの症状、通訳介助時の楽しさやつらさ、などとした。

【結果】

①回収数（率）および回答者の基本属性
回収数（率）は 62 人（62%）。

通訳介助者の 90%が女性で、60 歳以上は 50%（50 歳以上は 79%）、聴覚障害を持つ人は 15%おり、通訳介助以外に仕事をしている人は 39%いた。また、視覚障害者のガイドヘルパーまたは点字による支援活動をしている人は 8%であるのに対し、登録手話通訳者・要約筆記者として活動している人は 45%であった。

②通訳介助者の活動状況

過去一年に派遣された頻度は、「月 1～2 回」が最多（31%）で、「2 か月に 1～2 回

以下」を含めると 60%だった。今後の派遣頻度については「今のままでよい」69%、「増やしたい」16%、「減らしたい」8%であった。「今後あればもっと参加しやすいと思われること」を尋ねると、「通訳介助技術を維持・向上するための研修会」が最多（59%）であり、「活動に見合う報酬」は 9%であった。

盲ろう者とのコミュニケーション方法で最も頻度が高いのは触手話、次いで接近手話、手書き文字であった。

活動を始めた契機は「聴覚障害者との関わりの中で関心を持った」が最も多く（62%）、次いで「盲ろう者の役に立ちたい」（35%）、「人の役に立ちたい」（26%）が続いた。

79%の人が通訳介助の活動中に「嬉しい・楽しい」と感じており、その内容は、「盲ろう者から感謝の言葉をもらった」（47%）、「上手く伝えられた」（43%）、「通訳介助者仲間と楽しい活動ができた」（43%）であった。一方、71%の人が「つらい・いやだ」と感じており、その内容は、「うまく伝えられなかった」（68%）、「盲ろう者の態度や言葉に傷ついた」（32%）、「通訳介助者仲間の態度や言葉に傷ついた」（27%）であった。

③自覚症状

過去 1～2 か月の自覚症状訴え率（いつも＋よく＋時々ある）を見ると、「一日の疲れを翌日に持ち越す」（81%）、「全身がすっきりしない」（63%）といった疲労症状や、「肩や頸がこる」（71%）、「腰がだるい、いたい」（61%）といった筋骨格系症状の訴え率が

高かった。また、過去1年間に肩・腕症状で治療（整骨院等を含む）を受けたことのある人は26%おり、湿布やマッサージ器などの使用が「よくある」は23%、「時々ある」は34%いた。

盲ろう通訳・介助を長時間続けたときの自覚症状(図)は、「相手の手を重く感じる」、「肩や頸がだるくなる」、「肩や頸や腕がいたくなる」といった筋疲労症状、および「話の内容がつかめずまとめられなくなる」といった言語変換の支障感が上位に挙げられた。

【考察】

わが国の盲ろう者数は推計2万3200人（厚生労働省、平成18年身体障害児・者実態調査）、滋賀県における盲ろう者数は推計238人（全国盲ろう者協会）とされている。滋賀県の「友の会」に登録している盲ろう者は21人（2011年）と約1割であり、通訳介助者は「100人の登録者中、実働は約30人」とのことである。本調査によると、通訳介助者の約6割が「2か月に1~2回」以下の派遣頻度であり、現在の通訳介助者数でなんとか間に合っている状況にある。しかし、通訳介助者派遣事業における県からの委託費は、盲ろう者1人あたりの通訳介助を要する時間を20時間/月で設定しており、今後盲ろう者の社会参加が進むにつれ、通訳介助者が不足することも予想される。滋賀県では主として50歳以上の女性

が盲ろう者への通訳介助を担っていることが明らかになったが、若年層男女の通訳介助者の増員が課題である。また、現任の通訳介助者が活動しやすい環境を整えることが重要である。

最も頻度が高い触手話通訳は、その作業態様から、聞き取り手話通訳よりも上肢や腰背部の負担が大きいことが推察され、短時間での交替、肘置きやバックレストの活用など、運動器障害の予防対策実施が求められる。

また、本調査の結果、通訳介助者において喜びややりがいを感じている人も多かったが、一方で、うまく伝えられないつらさや、仲間や盲ろう者との人間関係に負担を感じている一面も伺えた。通訳介助のスキルアップのための研修会、経験のある人とペアを組んでの通訳介助、通訳介助者や盲ろう者との交流会や意見交換会の開催による相互理解の促進などは、精神的負担の軽減につながると考えられる。

現在、全国の約1000人の通訳介助者を対象として実態調査を実施しており、今後さらに検討をすすめ、対策立案につなげたい。

【謝辞】

特定非営利活動法人しが盲ろう者友の会、滋賀県の通訳介助者、および関係者の方々に深謝いたします。

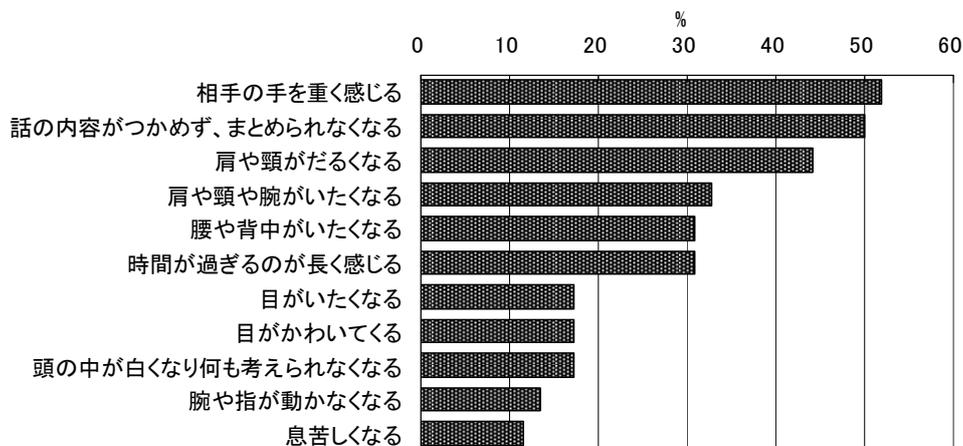


図 通訳介助を長時間続けたときの自覚症状

盲ろう者への通訳・介助作業の負担要因

○重田博正、中村賢治（大阪社会医学研究所）
北原照代、埤田和史（滋賀医大社会医学講座衛生学）

【はじめに】

視覚障害と聴覚障害を併せ持つ盲ろう者に対して移動介助とコミュニケーション支援を行なう通訳・介助員について、頸肩腕障害の症例が報告されているが、その作業負担に関する調査・研究は行われていない。

我々は、盲ろう者の通訳・介助による作業負担の研究に先立って、昨年、負担要因の概要を把握するためのパイロットスタディを行ったので、その結果を報告する。

予備説明1 「盲ろう」の類型

《両障害の程度別》

①全盲ろう、②全盲難聴、③弱視ろう、④弱視難聴。

《障害発生の順序別》

①盲が先行した「盲ベース」、②ろうが先行した「ろうベース」、③「健常」状態から発生した盲ろう、④言語獲得以前からの盲ろう者。

予備説明2 コミュニケーション方法

①手話（触手話、接近手話）、②指文字、③指点字、④ブリスト（点字タイプライター）、⑤手書き文字、⑥音声、⑦その他。

【調査実施概要】

2011年8月から9月にかけて、兵庫県立聴覚障害者情報センターに登録している通訳介助者140名のうち、実際に活動を行っている52名を対象に、質問紙調査を行った。調査票は無記名で、配布・回収は同センタ

一の派遣事業担当者が行った。選択肢を設けた質問だけでなく、回答を自由記入する設問方式を多用した。31名から回答があり（回収率60%）、協力可能な者には氏名をたずね、12名に追加面接を行った。

【結果と考察】

1. 回答者の特徴

回答者は全員女性で、84%が50歳以上であった。通訳・介助以外に就労している者は61%で、多くは短時間就労であった。

2. 通訳・介助活動

各種のコミュニケーション方法のなかで、触手話を使用頻度第1位にあげた者が52%、同じく接近手話32%、手書き文字7%、と続き、指点字を1位にあげた者はいなかった。通訳・介助の派遣頻度は、月1~2回が48%で最も多く、次に月3~4回が26%であった。

3. 健康状態

「いつもある」と「よくある」の合計が多かった項目は、「肩や首がこる」65%、「目が疲れる」48%、「翌日に疲れを持ち越す」39%であった。頸肩腕部の症状に対し、過去1年間に何らかの治療を受けた者が36%、湿布やマッサージ器を使った者が74%であった。

4. 作業負担要因（「ろうベース」の場合を中心に）

① 荷の連続性

*通訳が始まると終了まで盲ろう者の手や体にいつも触れている。

*通訳内容以外にも絶えず関連情報、特に視覚で得られる情報を伝える〔状況通訳〕。

②伝達可能な情報量の制約

情報を選択し、要約する負担。

③筋骨格系の負担

*肘を浮かした肢位で行う。一般の手話に比べ、腕の動きが狭く、胸の高さで肩幅より狭い枠の中で表現する。反応を読み取るため対象者の顔を見続ける。その肢位と姿勢を維持する負担。

*接近手話は、限定された視距離と視野からはずれないように表現しなければならず、肢位や姿勢の拘束性が強い。

*触手話の場合、手話を読み取る盲ろう者の手の重さが絶えず加わっている。盲ろう者が疲れてくるとその手は一層重くなる。

④移動介助・ガイドの負担

*安全確保の注意。

*盲ろう者が左手で介助者の右肩または右腕を持つ。

*移動中も絶えず路上の様子や景観などを

触手話で伝えながらガイドする。

⑤休みなしの長時間拘束

移動介助を含む場合は朝から夜まで長時間になることも多く、宿泊を伴う場合もある。バスや電車の中でもずっと状況通訳が続く。会議や催し物の休憩時間や食事中も通訳・介助者の負担は続く。長時間の介助を1人ですることも少なくない。

【まとめ】

以上の結果から、盲ろう者への通訳・介助作業には、既に一定の対策が講じられてきた一般の手話通訳の場合とは異なった、あるいはそれ以上の作業負荷が想定された。

現在、全国の盲ろう者数は22,000人（平成18年の推計）で、そのうち通訳・介助員の派遣制度に登録している者は全国で795人（3.6%）しかいない。

今後、盲ろう者の社会参加が進展するとすれば、通訳・介助サービスの必要量が増大する。

現在実施している全国規模の調査で労働負荷と健康への影響および対策を明らかにしていきたい。

某医療団体職員の休業統計

○中村 賢治（大阪社会医学研究所）

【目的】

大阪府にある某医療団体（以下、団体）は、2010年時点で病院5、診療所48、歯科診療所6、薬局29、鍼灸院4、訪問看護ステーション24、ヘルパーステーション30、介護老人保健施設2、その他介護福祉施設47、看護学校1、その他6を運営している事業体連合である。同年の総職員数は5267名（正規職員2465名、非正規職員2802名）、うち共済会加入者数は2752名で、常勤換算で看護職員1239名（共済加入者1041名）、介護職員880名（共済加入者381名）、事務638名（共済加入者497名）などが勤務している。団体では、職員が私傷病により休業した場合、健康保険の傷病手当給付金制度以外に職員共済会から疾病休業見舞金（以下、見舞金）を支払う制度がある。近年になり職員の休業者数・休業日数がともに増加し、共済会の見舞金の支払額が増えてきた。見舞金の増加によって、共済会の支出が収入を上回る事態になり、職員の休業を減らすことが、団体の重要課題となった。しかし、休業に至る傷病の傾向などは分析されていない。そこで今回、団体職員の休業者数・休業日数を減らすための対策を検討する基礎資料として、休業者の集計を行った。また、職員の休業により、団体の事業にどの程度の影響を与えるかを、経済的に試算したので報告する。

【対象・方法】

対象者は、2010年度に団体に所属していた職員全員。2010年4月1日から2011年

3月31日までに発生した4日以上 of 病気休業を対象とした。

私傷病（扱い）による休業の場合は、共済会へ見舞金支払い申請のあった申請書類に記載された情報から、労災の場合は病院を運営する法人の労働安全衛生担当者に依頼して、休業した職員の性別、休業時の年齢と職種、所属していた医療機関・福祉施設、休業傷病名、休業開始日と休業終了日の情報を得た。診断名は、ICD-10に基づいて分類した。また、私傷病の場合は休業4日目以降の傷病手当給付金と見舞金、労災では休業補償給付金と休業特別支給金の情報を、併せて得た。休業した職員の月額基本報酬を、私傷病の場合は傷病手当給付金 $\div 0.76$ 、労災では休業補償給付金 $\div 0.6$ という計算式で推定した。推定された月額基本報酬を、当該職員の休業によって発生した、団体の経済的損失推計値と定義した。

【結果】

2010年度に休業した者は149名（男性31名、女性118名）、平均年齢は42.8歳（男性44.3歳、女性42.4歳）であった。私傷病は132名、労災は17名であった。職種は、休業者数が多い順に看護職75名（労災7名）、事務28名（労災2名）、介護職20名（労災6名）であった。疾病分類では、精神41名、筋骨格系25名（労災7名）、外傷21名（労災10名）、妊娠異常15名、新生物12名、消化器12名であった。精神疾患では、診断名が「うつ病」の職員は14名、「抑うつ状態」の職員は14名であった。

新生物では、乳癌が6名であった。労災認定された職員では、通勤災害が7名、介助作業中の急性腰痛症が3名であった。病院職員の休業者数は73名、その他は76名であった。のべ休業日数は11,382日、休業日数の中央値は31.0日であった。傷病分類別の休業日数の中央値は、精神141.0日、筋骨格系23.0日、外傷18.0日、妊娠異常34.0日、新生物26.5日、消化器3.0日であった。病院職員の休業日数の中央値は29.5日で、その他は42.5日であった。職員の休業による団体の経済的損失推計値は、計1億4346万円（私傷病1億3977万円、労災369万円）であった。傷病分類別の損失は、精神7709万円、新生物1384万円、筋骨格系1114万円、妊娠850万円、外傷725万円であった。

【考察】

本調査は、年齢構成など母集団としての職員情報が不足しているため、現時点では疾病の発症率等の疫学的な検討はできていない。今後、職員情報を収集して検討したい。

本調査では、職員が休業せずに働いた場合、その給与に見合うだけの経済的成果をあげるはずであったと仮定し、支払うはずであった給与を経済的損失の推計値とした。その給与は、時間外手当など、月によって変動するいくつかの手当を含まない標準報酬月額として算出した。したがって、経済的損失の推計値としては、少なく見積もった数値であると考えられる。少なく見積もっても、これだけの損失があると考えられ

ることから、休業者・休業日数を減らすことは、団体にとって経済的にも重要な課題であることが示唆された。

団体では、2008年より外部のカウンセラーと契約し、職員のメンタルヘルス調査、カウンセリング、職員向けのメンタルヘルス学習会を行ってきた。2010年度以降、休業者数が徐々に減少し、休業者あたりの休業日数が減少してきている。介護老人保健施設や病院では、2009年頃からノーリフティングの学習会や社会医学研究所職員による職場巡視と改善提案など、主に筋骨格系疾患の減少を目指した取組みを進めてきた。2010年度以降、介護作業中の急性腰痛症の発症は徐々に減少している。新生物については、看護師など夜勤労働者に乳癌が多いとする疫学研究があり、妊娠異常について、看護師に切迫流産が多いとする研究がある。しかし、新生物と妊娠異常については、各法人がガン検診受診促進を行う程度の活動しかしておらず、団体として特に対策を講じていない。

本調査によって、休業対策として大まかに精神疾患、筋骨格系・外傷、妊娠異常が優先的な課題である事が示唆された。団体では、2009年から職員の健康安全委員会を各法人の労働安全衛生委員会を統括する部門として位置付け、様々な活動を行っている。本調査によって、活動の方向性が議論できるようになった。

看護職員の頸部周囲痛に対して、理学療法士による介入の効果

○富田純也（近石病院）、小林右介（中村整形外科）

【はじめに】

保健・衛生業における腰痛は、負傷に起因する疾患のうち92.4%（厚生労働省「平成22年業務上疾病発生状況調査」）とここ数年では、全業種の中で最多であり、また増加傾向にある。また、頸肩腕障害は上肢を反復して使用する作業や長時間同一姿勢の強いられる作業、上肢の特定部位に負担のかかる作業などに多く発生している。

【目的】

本研究に先立ち、当院療養病棟看護師を対象として、日常業務における身体的負担に関するアンケート調査を実施したところ、腰部痛よりも頸部周囲痛の訴えが多くみられた。そこで今回、日常生活ならびに業務における頸部周囲痛に対して、理学療法士による介入の効果を検証するために、再度アンケート調査および各種徒手検査を実施し、介入したところ頸部周囲痛の軽減ならびに改善がみられたので若干の考察を含め報告する。

【方法】

対象は、当院療養病棟の看護師全12名中、初期評価時に頸部痛の訴えのあった10名（年齢 46.17 ± 9.70 歳）とした。対象には研究内容を説明し、同意を得た。

評価項目は、頸部周囲痛のVisual Analog Scale（以下VAS）、頸部側屈の関節可動域（以下ROM）、僧帽筋上部・中部・下部線維の徒手筋力検査（以下MMT）、日常生活に及ぼす影響（能力障害の程度）を判定す

るNeck Disability Index（以下NDI）、肩甲骨のアライメント評価の5項目とした。なおMMTにおいては、Danielsらの基準に準じて行い、4レベルを3段階で評価し、さらに統計処理の為1→1、2→2、3→3、4⁻→4、4→5、4⁺→6、5→7の7段階で数値化した。

その後、個々の必要に応じたセルフエクササイズ（ストレッチ、筋力増強運動）と姿勢指導を実施し、1ヶ月後に再評価を行った。評価、セルフエクササイズ、姿勢指導においては、同一の理学療法士1名が実施した。

なお、それぞれのセルフエクササイズの指導は初回のみ行い、それぞれの内容を記載したパンフレットを配布し、自己管理チェックシートに記載することで継続を促した。

【結果】

初期評価時、VASは全対象者の平均は 50.50 ± 12.91 mm、ROMは全対象者の左右合計の平均は $32.00 \pm 5.33^\circ$ であった。

MMTは、特に僧帽筋中部・下部線維の筋力低下を認めた。これらの左右の筋力を合計し数値化（最高28）すると、全対象者の平均は 21.40 ± 5.23 であった。

NDIは、全対象者の平均は 7.5 ± 5.10 点であり、肩甲骨のアライメントは多種多様であった。

1ヶ月後の再評価時、すべての対象者の頸部周囲痛の改善がみられた。VASは平均 11.70 ± 15.00 mmとなり、有意に減少した

($P<0.01$)。

ROM は、平均 $36.00\pm 2.93^\circ$ となり、70%の対象者が有意に拡大した ($P<0.05$)。

MMT は、僧帽筋中部・下部線維の合計値が平均 23.70 ± 3.97 となり、70%の対象者が改善していたが、統計学的有意差はみられなかった。

NDI は平均 3.00 ± 3.23 となり、対象者の80%に有意な改善がみられた ($P<0.05$)。

肩甲骨のアライメントには著明な変化はみられなかった。

【考察】

頸部周囲筋のストレッチと筋力増強運動、姿勢指導を1ヶ月間行ったことによりVAS、ROM、NDIの項目において、有意に改善し、MMTにおいても改善する傾向がみられた。また、検査項目毎に相関をみると、僧帽筋中部・下部線維の筋力増強により、VASおよびNDIに負の相関がみられ、僧帽筋中部・下部線維の筋力が増強することで、VASおよびNDIが減少することが示唆された。更に、頸部側屈の関節可動域の拡大により、VASやNDIが減少する傾向もみられたが、統計学的相関関係は認められなかった。

頸部周囲痛(肩こり)とは、筋群の過剰負荷・疲労・持続的筋収縮、同一不良姿勢保持などによる阻血が更なる筋スパズムを引き起こして疼痛を生じさせ、炎症が長期間続くことで、柔軟性や筋力低下する機能障害とされている。また、普段の不良姿勢による活動(日常生活・仕事内容)において、理想的なアライメントから部分的な逸脱がみられるとき、筋・筋膜による筋長のインバランスが考えられる。今回、これら

の要因に対して個々に応じたセルフエクササイズと姿勢の指導をすることで、即時的な効果として筋力の増強、関節可動域の拡大、痛みの軽減そして能力障害の改善が得られたと考える。

また、今回の結果では、頸部側屈の関節可動域とVASおよびNDIの間には有意な相関はみられなかったが、それぞれの値が改善していることを考慮すると、これらの間に何らかの関係があると示唆された。

【結論】

看護師の頸部周囲痛に対して、理学療法士が評価、介入することで、痛みの軽減がみられた。

理学療法士の産業保健分野への積極的な介入によって、勤労者の詳細な身体的評価ができ、体の状態を適時把握することが可能となる。そして、体作りの意識(セルフエクササイズの推奨)や日常業務での効率的な動作指導を行うことや環境を整備することで、身体的負担を少しでも軽減し、作業関連性障害を予防できると考える。今後は、理学療法士が産業保健分野へどのように関わっていけるか、その環境づくりが課題である。

今回の研究では、対象者が少なく、客観的所見と痛みの相関を得るには不十分な結果であったため、今後は更に対象者を増やし、また、評価内容を充実させることを課題として取り組むことで有意な結果を得ることができるのではないかと考える。

夜勤交代勤務の多量飲酒習慣との関連

○森河裕子（金沢医大看護学部）、石崎昌夫（金沢医大・医・衛生学）、城戸照彦（金沢大学・医薬保健学）、中川秀昭（金沢医大・医・公衆衛生学）

【目的】

夜勤交代勤務は非生理的な作業であり睡眠障害を招きやすい。労働者はそれに適応するために様々な対処行動をとっている。日本では睡眠障害の対処法として飲酒を用いる率が高いことが報告されている。しかし、睡眠薬替わりの飲酒は耐性ために多量飲酒やアルコール依存を招く可能性がある。本研究では、多量飲酒と交代勤務、睡眠障害の関連を横断的に検討する。

【方法】

北陸の某製造業事業所において、2009年に飲酒や睡眠に関する自記式質問紙調査を実施し、男性従業員 4736 人中 3715 人（78.4%）から有効回答を得た。このうち、35-54 歳の生産従事職 909 人を本研究の解析対象とした。勤務体制は常日勤 530 人、2交代勤務者 114 人、3交代勤務者 265 人であった。

飲酒量は佐々木らの自記式食事歴法質問票 DHQ で評価し、健康日本 21 の基準を用いて 1 日あたりの飲酒量が 60g を超える者を多量飲酒者と定義した。

睡眠については、睡眠時間、睡眠の質、睡眠導入のための寝酒習慣の有無などを質問した。多量飲酒習慣に対する勤務体制と睡眠の質との交互作用を多重ロジスティック回帰分析により分析した。勤務体制は常日勤（530 人）、交代勤務（深夜勤務なし）（72 人）、交代勤務（深夜勤務あり）（307 人）の 3 群に分けた。

【結果と考察】

一日当たりの飲酒量の中央値は 3 群で差がなかった。対象の 24.2%は睡眠導入剤がわりに飲酒を用いていた。その割合は交代勤務（深夜勤務あり）で 29.3%と有意に高かった。多量飲酒者の割合は全体の 10.3%であり、交代勤務者（深夜勤務あり）は 13.0%と高く、逆に交代勤務者で（深夜勤務なし）は 6.9%と低い傾向があった。しかし、いずれも統計的には有意ではなかった。

多量飲酒習慣と年齢、勤務体制、睡眠の質、喫煙、高血圧、高脂血症、糖尿病の治療の有無との関連を検討したところ、喫煙習慣、高血圧治療との関連が認められた。睡眠の質とは有意な関連は認められなかった。

勤務体制と睡眠の質との多量飲酒に対する交互作用を検討した（表 1）。交代勤務（深夜勤務あり）であり、睡眠質不良群では 17.6%に多量飲酒習慣を認め、年齢調整後もすべての交絡因子調整後も日勤者で睡眠の質が良いものの約 2 倍高率であった。しかし、常日勤者や深夜勤務のない交代勤務者では睡眠の質が不良であっても多量飲酒習慣の率が高まることはなかった。

これまでの交代勤務の飲酒習慣への影響をみた研究では常日勤者に比べて有意な差を認めないとするものが多かった。本研究では、睡眠の質を指標とした交代勤務への適応状態を考慮した検討を行うこと、多量飲酒という健康リスクとなる飲酒行動をター

ゲットにすることによって深夜勤務の問題を明らかにすることができたと考える。しかし、横断研究であるので、結果の解釈には限界がある。今後は縦断的研究も行っていきたい。

【結論】

深夜勤務に従事する交代勤務者のうち、睡眠問題を抱える労働者は多量飲酒のリスク群である可能性があることが示唆された。多量飲酒を予防するための早期の介入が必要である。

表1 多量飲酒 (アルコール摂取量>60g/日) に対する勤務体制と睡眠の質の交互作用										
	睡眠の質	対象者数	多量飲酒		年齢調整			全調整*		
			数	(%)	OR	(95%CI)	p	OR	(95%CI)	p
常日勤	良い	364	33	(9.1)	1.00			1.00		
	不良	166	16	(9.6)	1.08	(0.58-2.03)	0.810	0.96	(0.50-1.84)	0.891
交代勤務 (深夜勤務なし)	良い	43	3	(7.0)	0.72	(0.21-2.45)	0.590	0.66	(0.19-2.31)	0.513
	不良	29	2	(6.9)	0.76	(0.17-3.37)	0.720	0.62	(0.14-2.80)	0.533
交代勤務 (深夜勤務あり)	良い	188	19	(10.1)	1.22	(0.67-2.23)	0.520	1.15	(0.62-2.13)	0.650
	不良	119	21	(17.6)	2.17	(1.20-3.93)	0.011	2.14	(1.16-3.94)	0.015
OR: オッズ比(多重ロジスティック回帰分析)、CI:信頼区間										
*年齢、喫煙、治療(高血圧、高脂血症、糖尿病)を調整										

在日韓国朝鮮人集住地域における保育の一考察

○森本宮仁子 (社会福祉法人 聖和共働福祉会 大阪聖和保育園)

<目的>

筆者は大阪市南東部にある生野区の在日韓国朝鮮人集住地域の保育園で「民族保育」と呼ぶ取り組みを開始した。「民族保育」という言葉は、人権を問う観点と、主に新渡日の子どもたちを焦点とした外国人に対する多文化共生保育の観点という2点が、曖昧に複合されているのではないかという問題意識を持った。実施している「民族保育」の評価を中心にその保育の課題を論じる。

<方法>

大阪聖和保育園が取り組んできた「民族保育」について、2007年11月に実施した卒園児と保護者のアンケートについて、アンケートの概要と評価についての結果を分析した。

<結果と考察>

「民族保育」の概観は以下 a~k である。これらに対して1・「非常に良かった」2・「よかった」3・「どちらとも言えない」4・「あまりよくなかった」5・「よくなかった」の点数で回答を得たこととした。

また、評価については「非常に良かった」を4点、「よかった」を3点、「どちらとも言えない」を2点、「あまりよくなかった」を1点、「よくなかった」を0点として求めた。

(質問内容①)

- a、韓国朝鮮語で挨拶をする(「アンニョンハシムニカ」などの挨拶をする)
- b、韓国朝鮮の歌を歌う。(サントッキ・アリラン・など)
- c、韓国朝鮮の物語を聞く(絵本等を見る)(三年峠・子犬のウンチ・うんこもちなど)
- d、韓国朝鮮の手遊びをする(コンセマリ・ケグリガハンマリなど)
- e、韓国朝鮮の遊びをする(カンガンスルレをするなど)
- f、韓国朝鮮の体操をする(ナッチョロムヘバラなど)

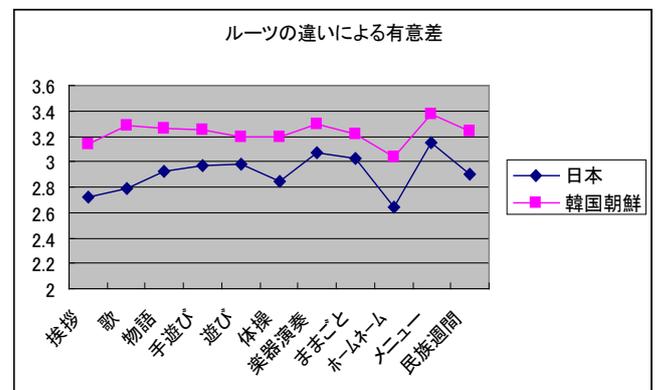
- g、チャンゴやソゴを演奏する(年長児)
- h、ままごとのお着替えセットにチマチョゴリやパヂチョゴリがある
- i、韓国朝鮮語がホームの名前になっている(サラン・チャユ・ピョンファなど)
- j、韓国朝鮮のメニューが給食に出る(ピビンパップ・トック・キムチなど)
- k、民族保育週間がある(ノレ・プッチェチュム・サムルノリなどを見る)

その他、設問として、韓国朝鮮にルーツがあるかないか、本名か通名か等を問うた。また以下のような「民族保育」についての考え方3点を、1・「重点的に取り組むべき」2・「ほどほどでよい」3・「必要でない」という点数で回答を得た

(質問内容②)。

- A、在日韓国朝鮮人の子どもたちが、自国の出身であることに自信や誇りを持って生きていく。
- B、日本人の子どもが在日韓国朝鮮人の子どもたちと一緒に生きていく仲間だと実感できるようにする。
- C、在日韓国朝鮮人と日本人が共に生きていく力を身につける。

(質問内容①に対する結果)



ルーツの違いによる有意差

<ルーツの違いによる有意差>

	ルーツ		t 検定結果	有意差
	日本 (63人)	韓国・朝鮮 (84人)		
保育内容について	(平均値)	(平均値)		
「全体」	2.89	3.24	0.0262	★
a 韓国朝鮮語で挨拶をする	2.72	3.14	0.0158	★
b 歌を歌う	2.79	3.28	0.0036	★★
c 物語を聞く	2.92	3.26	0.0408	★
d 手遊びをする	2.97	3.25	0.0692	
e 遊びをする	2.98	3.19	0.1934	
f 体操をする	2.85	3.19	0.0343	★
g チャンゴなどの楽器演奏をする	3.07	3.30	0.1704	
h マチョリ等の着替え遊びをする	3.03	3.23	0.2483	
i ホームネームが韓国朝鮮語	2.64	3.04	0.0258	★
j 韓国朝鮮の給食メニュー	3.15	3.37	0.2054	
k 民族保育週間がある	2.90	3.24	0.0504	

(質問内容②に対する結果)

<Q6 A 韓国朝鮮人が自信や誇りを持つ>

	重点的に取り組むべき	ほどほどでよい	必要でない	総計
人数(人)	70	68	4	142
割合(%)	49.3	47.9	2.8	100

<Q6 B 日本人が韓国朝鮮人を仲間だと実感する>

	重点的に取り組むべき	ほどほどでよい	必要でない	総計
人数(人)	98	42	3	143
割合(%)	68.5	29.4	2.1	100

<Q6 C 韓国朝鮮人と日本人がともに生きていく力を身につける>

	重点的に取り組むべき	ほどほどでよい	必要でない	総計
人数(人)	100	40	3	143
割合(%)	69.9	28.0	2.1	100

<結論>

筆者が「民族保育」と呼ぶ取り組みについては、韓国朝鮮にルーツを持つ人の方が評価が高いことがわかる。また、「韓国朝鮮人が自信や誇りを持つ」という考え方について、評価が低いこともわかった。在日韓国朝鮮人が日本で暮らす上で、無条件に背負わされる余計な怒りや悲しみから自由になり、余分な負担を被らない自尊感情を育てる保育が課題であり、日本人が在日韓国朝鮮人を仲間と認識し、差別や偏見を克服する力をつけることが必要であると考え。差別と偏見の無い社会を実現することができる力を持つことができるよう、在日韓国朝鮮人の集住地域としての、乳幼児期の保育のあり方について、今後も検討を深めていきたい。

問診票を用いた振動障害特殊検診対象者絞り込みの試み (振動障害特殊検診の改善を図るための提言)

樋端規邦（徳島・健生石井クリニック）

【緒言】 振動障害は振動暴露業務に従事する労働者に発生し、末梢循環障害・末梢神経障害および筋骨格系（運動器）障害の3障害を特徴とする職業病である。我が国で振動暴露を受けている労働者数は林業・土木建設業をはじめ、製造業を含めて、凡そ数百万人いると推計されるが、振動障害特殊検診受診者数は僅かに5万人程度に過ぎない。他方では新規労災認定数が未だ毎年200名を越え、塵肺に次ぐ認定患者が治療を継続中である。産業医学の基本が3管理にあると言われて久しいが、これまでの振動障害特殊検診は極めてお粗末な水準で経過してきた。特殊検診が低調である最大の理由は検診にかかる費用と手間がかかり過ぎることである。そこで今回独自に作成した問診票を用いて振動暴露労働者の自覚症状を調査し、検診対象者を絞り込む試みを行った。

【対象と方法】 振動障害によく見られる症状の中から、①末梢循環障害は2項目（レイノー現象・強い手指のひえ）、②末梢神経障害は2項目（手指の痺れ・知覚の鈍磨）、③運動器の障害は5項目（肘より末梢の関節痛・間接可動域障害・手の筋萎縮・筋力低下・巧緻性障害）を設定し、それらの有・無を問う質問表を作成

した。その他、振動業務の経験年数・1週間当たりの平均的な工具使用時間を追加した。この問診票を用い、建交労四国地区組合員が接触している自動車整備工場労働者を対象として調査を実施した。回収されたものから記載が不十分なものを除外し、分析が可能であった93例を対象として検討した。

【結果】 93例の年齢別員数と、3障害のうちの1障害だけが「有り」のもの、2障害が「有り」のもの、3障害すべてが「有り」とするものの員数を表(1)に示した。また、3障害全てが「有り」とした4例を表(2)に示した。表のように、3障害のうちの2障害が「有り」、または3障害すべてが「有り」とするものの割合は高年齢層で高かったが、それはまた経験年数の増加にも関連していた。また、3障害が全て「有り」とした4例は何れも経験年数が長い、週間工具使用時間が長いであった。なお、白指現象「有り」は2人で、上記case 4と、36歳・経験年数17.7年・週間工具使用時間18時間で、この例は運動器の障害は「あり」、末梢神経障害は「なし」であった。

【考察・結論】 3障害を基本とする振動障害は手持ち振動工具を長期使用

することで発生する。3障害は生命に危険を与えるものではないが、何れも治療が困難でその後の生活の質(QOL)を低下させる。従って予防することこそが重要である。予防のためには3管理が基本となるが、現在の制度はそれが出来て既に35年を超えている。この制度下で、時間と費用がかかること等が理由となって検診受診者数は低迷したままである。振動障害の予防のためには検診の拡充が不可欠であり、検診の普及推進には現行検診制度に代わる新たな方法が必要になっている。EU諸国(特にUK)では重層的な検診制度が設けられているが、我が国も

これらに倣って改善が計られるべきである。今回、自動車整備工場の労働者に対して振動障害で出現し易い自覚症状について調査した結果、全体の凡そ2/3(70%)は振動障害を示唆する障害(症状)がなかった。この結果から振動暴露がある労働者の全てを特殊検診の対象とする必要はなく、真に検診を必要とする労働者を絞り込むことが重要であると考えられた。検診対象者の絞り込みによって無駄な経費を削減して検診の利便性を向上させることが出来、受診者を大きく増やすことが可能になると思われた。

表(1) 年齢改組別員数と3障害の有訴数別員数(率)

Age	N	0	1 item	2 items	3 items
20~<30	35	30(85%)	5(14%)	0	0
30~<40	30	24(80%)	1(3%)	3(10%)	2(7%)
40~<70	28	11(39%)	11(39%)	4(14%)	2(7%)

表(2) 3障害が全て「有り」であった4例の概要

Case	Age	経験年数	週間工具使用時間
1	34	8 year	24.5 hour
2	39	20.3	6
3	52	33	3
4	59	40	15

鉱業の削岩機使用者に見られた振動障害の問題点 —チェーンソー使用者等の林業振動障害対策と対比して—

○三宅成恒、永田文雄、細川汀（京都市城南診療所）

【はじめに】振動工具を使用する現場は、一般に、削岩機など圧搾空気を利用した振動工具を使用する鉱業・土木関係現場と林業などチェーンソーや刈り払い機を使用する林業関係現場とに大別される。筆者らは1,969年（昭和44年）以来、今日まで京都府下の民間林業振動障害対策に資するために、42年間、健診事業を請け負う形を中心に、形を変えながらも、健康診断を継続実施し、併せて障害を発症させた労働者に対しては「振動障害」の労災認定による患者救済を行ってきた。

この取り組みの中で、主に民間分野で、林業振動障害対策と鉱業・土木関係職場における対策の間で両者に大きな差異が見られることを痛感してきた。現場での調査結果を基に以下に意見を述べる。

【問題点—林業と土木・鉱業関係職場の差異】その差異を、以下のように特徴づけることができる。

1：林業関係職場：林業においては1960年代後半から、振動障害の多発が問題にされ、被災者の労災認定・治療とともに、チェーンソー、刈り払い機などの工具の時間規制、工具改善等の様々な対策が取られ、近年では障害の新しい発症は抑えられ、またあったとしても軽症化の傾向がみられる。この減少には、工具の改善（防振と軽量化）が大きく功を奏したと考えられる。ただし山の不安定な足場と云う環境上の制約があり、現場では大型化・機械化は進まなかつ

た。そして外材の輸入等による国産林業の衰退、林業労働者の減少の元で、表面的には改善したように見える現場においては、相変わらず、重大事故やケガが絶えない。

2：土木・鉱業関係職場：近年の厚生労働省の、労災認定の状況を産業別統計資料で見ても、林業を凌駕して、土木・鉱業がもっとも多くなっている。また土木・鉱業関係職場において継続的に健診が実施され、患者救済に資する取り組みがなされているという報告を耳にすることは少ない。他の医療機関の状況を聞いても、それは、被災者個人の自発的意思、それを援助する労働組合や医療機関によるいわゆる「一本釣り」による被災者救済に頼っているのが現状である。ただし現場は、かつての鉱山の閉山からトンネルや高速道路建設工事の機械化・高度化へと進んだ。このことは、これまでの手持ち振動工具のみを使用して削岩や掘削する労働から、規模が大きくより困難な作業を馬力のある機械を使用することによって、一見省力化が図られたかに見える現場において、実は、規模がそぐわない、またより複雑な、周辺作業、前処置、後処置等のために、多くの手持ち振動工具を使用し障害を発生させる要因が決して減少せず、複雑化している傾向が見られる。

またかねてより削岩機等の圧搾空気工具は、チェーンソー等に比べて、振動の周波数帯域も異なり把持する手腕に与える影響もより強いとされており、演者らもその違い

を臨床上よく経験する。

【京都府下における42年間の林業振動障害の取り組み】 演者らの、京都府下における約40年間の取り組みを区分すると、<1960年後半から70年代前半>自主健診、実態調査、<70年代後半から80年代前半>患者の発掘と労災認定、労働者の教育・講習、<80年代後半から90年代後半>治療の促進と全国の医療機関との治療・検査法の交流、<2000年代以降>社会復帰の促進、より軽症者の治療、全身管理の重視、に大別できる。

<取り組みの特徴>①京都府下における取組の特徴は、初期の段階では自主的な健診として取り組まれたが、早くから、京都府林務課、林業災害防止協会(林災協)、労働局、組合、医療機関の共同した取り組みとして継続されてきたことである。そして対象は、林業に限られたものの、年間100日以上労働日数を数える全労働者を対象にした。すなわち、障害の早期発見よりも全労働者健康管理に資する健診として取り組まれた。②健診時に1次、2次健診を必要な人について当日に併せて行い、有症者については早期に医療機関に受診できるよう便宜を図った。このことによって患者の受診と労災認定による治療が促進した。③その他、全休・部分休、理学療法、運動療法、尺骨神経麻痺に対する手術、全身管理等、治療にまつわる様々な工夫を重ねて患者救済を施行し、約40年の取り組みを通じて、全体として林業振動障害対策の問題解決の大きな山を乗り越えることができた。なお出張健診は、京都民医連の院所からの合同編成チームよって行い、当健診機関が設立されて以降、独自の事業として行って

きた。

【土木・鉱業の振動障害の取り組み】 この分野には今日までも私たちの独自の取り組みがない。林業振動障害対策健診にまぎれて受診するか、偶然出会った個人や官庁、労働組合による紹介事例がほとんどである。

<事例紹介> (事例1) 現在満57歳。1977年から建設土工。全国の自動車道、ダム工事にあたり削岩機、電動ドリル、バイブレーター使用後、85年発症。87年からトンネル坑夫。2001年仕事が続かなくなり退職。労働組合からの紹介。04年労災申請、認定。

(事例2) 満61歳、1966年から土木と林業。71年からトンネル坑夫として削岩機、ピック使用。93年発症。07年福井県にて認定、京都へ紹介。

<問題点> これら2人のトンネル坑夫の場合、1980年代からトンネル工法の大規模化、機械化、高度化が進み、土木工事のあり方が大きく変容した。大型化(NATM工法、シールド工法の採用)でジャンボ、アイアン、コンクリート吹き付けロボットなどの運転操作と同時に、エアピック、削岩機、バイブレーター、電気ドリル、高速カッターなどの各種小型手持ちの道具使用が増えたとされる。すなわち振動障害を発症させる要因は一向に減少していない。

【まとめ】 ①削岩機等の圧搾空気を利用した工具使用による振動障害例は一般に重度である。②健診等障害早期発見のための対策が取られず、全国に、とくに都市圏に障害が埋もれていると考えられる。④改良型工具の普及が遅れ、予防策がとられていない。

三池炭鉱炭じん爆発事故にみる被災者世帯の生活問題と労災補償のあり方

田中智子

【目的】

1963年11月9日、三池炭鉱三川鉱で発生した炭じん爆発事故は、死亡者458名、一酸化炭素中毒患者839名をだした戦後最大の労働災害であった。本研究は、被災者世帯の生活問題に着目し、労災補償制度のあり方について考察する。

【方法】

分析には、2つの方法を用いた。ひとつめは、政府が設置した医療委員会議事録や社内時報、労働組合資料、裁判記録、裁判支援団体が被災者世帯を対象に実施した調査資料などの一次資料分析である。ふたつめは、被災者・家族に対するききとり調査(半構造化面接)である。

【結果と考察】

1. 事故の背景

事故は、政府が実施した石炭産業に対するスクラップ・アンド・ビルド政策強化と、会社の合理化強行のもとでおきた。炭じん爆発防止法は、戦前にはすでに確立しており、鉱山保安法でも対策をとることが義務付けられていたものの、会社はコスト削減を最優先し、事故防止策のすべてを意図的におこなわなかった。また会社は、合理化の一環として、労働者に対する保安教育の一切を廃止もしくは後退させたため、労働者は一酸化炭素に対する知識をもたず、事故発生時の避難経路も知らなかった。このことが被害をより拡大させた。

2. 事故後の対応

会社は事故発生を隠し、救出された被災者を鉱業所病院(会社の附属病院)に囲い

込んだ。医療体制は不十分で、体が動く者は家に帰され、一酸化炭素中毒患者に対する初期医療として守られるべき安静が確保されなかった。政府は、事故発生から10日後の検診で、自宅に帰された被災者675人のうち約7割に神経症状がみられることを把握しつつ、これを放置した。

スクラップ・アンド・ビルド政策のいきすぎにより石炭不足をまねいていた政府は、三池炭鉱が生産停止したことによる国内諸産業への影響をおそれ、三池炭鉱に早期生産再開を要請した。これをうけ、会社は生産再開に向けた動きを加速した。

事故当時、三池炭鉱労働者は所属組合(三池労組・新労)や雇用形態(本鉱員・組夫)により分断されていた。三池労組員と新労組員は、賃金や労働条件で「区別」されており、死亡者に対して支払われた退職金あるいは被災者がうける労災補償金にも差が生じた。また下請け労働者である組夫の補償は、三池労組員のそれをも下回った。組夫遺族には、他炭鉱から三池炭鉱にうつってくる際に、下請け会社から支給された金が借金として残った。

3. 被災者医療と職場復帰

政府が設置した三池医療委員会は、労災行政実施のための諮問機関的な役割しかはたさず、事故から3年後には被災者の9割を治癒認定し解散した。また同委員会が被災者の症状が詐病である、という見解をしめたことにより、被災者世帯は地元医療機関や会社、地域で偏見の目にさらされ続けることとなった。

労災補償が不十分だったため、生活に困窮していた被災者は療養も不十分なまま職場復帰せざるをえなかった。しかし、被災者は身体症状や精神症状の悪化とともに一酸化炭素中毒による高次脳機能障害に直面しており、彼らの中には坑内労働についていけず退職を余儀なくされた者がみうけられる。また原職復帰できず、坑外職場に配置転換された者は、生活保護基準ぎりぎりの低賃金しか支払われず、世帯はさらなる経済的困窮におちいった。

4. 被災者世帯の実態

被災者世帯は、被災者の健康問題に加え、労働問題や家族問題に直面した。このような世帯内の問題に加え、被災者の症状が理解されないことから生じる偏見は、被災者世帯を社会的にも孤立させ、一家離散や離婚などにいたったケースもみられる。

被災者家族は、既存の労災補償制度の枠組みを超える CO 特別立法制定をめざし、1967年7月に CO 法が成立した。しかし、その内容は不十分なものであり、被災者世帯の生活問題は解決されなかった。

事故から約10年後、被災者・家族たちは、会社を相手取り民事訴訟を提訴した。たたかわれた3つの裁判のうち、2つは会社側の事故責任を明確にしたものの、被災者たちの生活問題解消にはつながらなかった。

5. 被災者世帯の現状

2004年に厚生労働省が決定した労災病院再編計画により、被災者が入院していた大牟田労災病院が廃止された。大牟田労災病院は、被災者のリハビリテーションを目的に開設され、一酸化炭素中毒後遺症に関わる治療をおこなってきた病院であったため、被災者と家族は反発した。2006年3月

の大牟田労災病院廃止は免れなかったものの、病院自体は民間に委託された。民間委託にあたり、被災者団体は厚生労働省と病院機能を低下させない、とする確認書を締結した。しかし、厚生労働省はこれを6年余りにわたって履行しておらず、現在なお被災者の医療は全く保障されていない。また、治癒認定を受けた被災者たちを対象におこなわれてきたアフターケアも手続きが煩雑化し、利用が難しい状態にある。以上のような状況は、被災者世帯が将来的な展望をもてない一因となっている。

被災者家族は、自身の健康問題とともに、経済問題（事故後、低賃金であったことが年金額を規定している）や家族問題、住宅問題に直面している。本来であればもっとも社会福祉サービスを必要とする彼らであるが、応益負担分を支払えず、サービスを利用できていない。加えて、店舗減少や公共交通機関削減、人口流出といった旧産炭地が直面する諸問題が、被災者世帯の問題をより深刻化させている。

【結論】

被災者世帯の生活問題は、いまなお解決にいたっていない。その要因として、所得などの経済補償や医療補償が中心となる労災補償制度では、被災者世帯が直面する問題に対応することの限界があげられる。

労災補償制度の拡充とともに、被災者の生活問題解消に向けた方策をはかることがもとめられる。

大阪府内の HIV 感染症の流行状況と対策について

○川畑拓也、森 治代、小島洋子（大阪府立公衆衛生研究所ウイルス課）

【目的】

大阪府内の HIV 流行状況を、サーベイランスデータ等をもとに解析し、大阪府内におけるエイズ対策について検討・評価をおこなう。

【方法】

2011 年末までのエイズ発生動向調査（サーベイランス）の年次報告数、府内の無料匿名 HIV 検査における受検者数・陽性者数を解析し、大阪府内における HIV の流行状況を検討する。また、2011 年 6 月に府保健所の一部に導入された HIV 即日検査の有効性を受検者のアンケート調査から評価する。さらに大阪府の実施する、個別施策層向け HIV 対策について、これまでの経緯・得られたデータを報告し、今年度の取り組みを紹介する。

【結果と考察】

大阪府内では 2000 年を過ぎた位から、個別施策層、とくに MSM（男性と性交を行う男性）の間で HIV 感染の急速な拡大が明らかとなり、そこに焦点を絞った対策が急務であった。2002 年に府内の主なゲイタウンである堂山のすぐそばに土曜日常設検査所が府市の委託で開設され、MSM が利用しやすい検査所として機能していたが、2008 年に突然難波に移設され、MSM が受検しやすい環境が失われてしまった。

昨年府保健所に導入された即日検査は、MSM の保健所へのアクセシビリティを高め、検査環境の改善に有効であったと言え

るが、今後公的な無料匿名検査所がゲイコミュニティからの信頼を得、MSM が真に利用しやすい環境として整備されるには、受検者アンケートを元にした利用者の解析や、NGO や行政の更なる連携、ゲイコミュニティへの積極的な情報発信などが必要となってくると思われる。

診療所を受け皿とした MSM 向け検査普及プログラムでは、同時期の府内の保健所における HIV 陽性率(0.55%、2010 年)と比較して高い陽性率(5.7%、2010 年)となり、有効性が示された。そこで今年度は同プログラムを大阪府で事業化し、6/1 から 8/31 までの日程で、実施している。昨年よりも迅速（即日）検査を受けられる診療所を 1 ヶ所増やし、受検者数の増加を見込んでいる。

【結論】

大阪府内では、MSM を中心に HIV 感染は拡大しているが、MSM の中には積極的に HIV 検査を受検せず、発症して HIV 感染に気がつく、いわゆる「いきなりエイズ」となるものも少なくない。こうした状況を鑑み、今後大阪府内では個別施策層とくに MSM に対する予防啓発・検査体制の充実を計り、感染拡大の阻止に繋がる施策を、強化していく必要がある。現状では、MSM の受検環境はまだまだ十分であるとは言えず、今後は行政と NGO 等が緊密に協力し、さらなる検査環境の改善・充実を図ることが重要であると考えられる。

最後に、これから MSM への HIV 対策を進めていく上で必要だと思われる内容を、3つの提言としてまとめたい。

・ゲイコミュニティへ推薦できる、セクシュアリティに後ろめたさを感じることなく安心して受検できる公的無料匿名検査、あるいは診療所・クリニックといった受検可能な施設を、今後拡大していくことが必要である。

・そうした施設へ HIV 感染に不安のある MSM を誘導する予防啓発のメッセージが必要である。(ただし、それは決して一般市民を煽る様なメッセージであってはならない。なぜなら、一般市民が HIV 検査に殺到すれば、本当に必要な MSM の受検機会が失われてしまうからである。)

・そうした予防啓発のメッセージは、早期診断のメリットが受け手に伝わる内容のものであり、また、HIV 陽性告知後の陽性者の生活・治療が具体的にイメージ出来る様なものでなくてはならない。
以上。

(本研究の一部は、厚生労働科研エイズ対策研究事業「MSM の HIV 感染対策の企画、実施、評価の体制整備に関する研究(研究代表者:市川誠一)」班、および「HIV 検査相談の充実と利用機会の促進に関する研究(研究代表者:加藤真吾)」班との共同研究である。)

常設夜間休日 HIV 検査場における受検者の動向（第1報）

○毛受矩子（四天王寺大学・NPO 法人スマートらいふネット）
中西眞弓（NPO 法人スマートらいふネット）、高鳥毛敏雄（関西大学）

【目的】 HIV 感染は若者を中心として年々増加してきている。感染予防と早期発見のための啓発教育、検査体制の拡充が緊急的課題である。本稿は常設夜間休日 HIV 検査場（shot CAST なんば）における受検者の動向を解析することで、HIV 感染予防と早期発見・早期医療への繋ぎをより確実なものにでき、また今後の受検者への対応の在り方が明らかになると考える。

【方法】 調査対象者は常設夜間休日 HIV 検査場における受検者で、平成 20 年 8 月から平成 24 年 3 月末までの 3 年 8 ヶ月間の総受検者 11,623 名について分析した。平成 24 年度については通常検査は 3 回/週で検査種別は HIV、梅毒、HBV 検査、即日検査は 1 回/週で検査種別は HIV、HBV 検査である。調査項目は検査受付時の検査申し込み票に記載の①性別、②年齢、③検査回数で、検査は無料、匿名で、受検者は受付時に上記 3 項目を記入する。検定は統計 SPSS Ver18 を使用し χ^2 検定を行った。

【特定非営利活動法人スマートらいふネット紹介】 特定非営利活動法人スマートらいふネットは保健行政に働いていた団塊世代の保健師が中心となり、平成 19 年 1 月 15 日に設立された。専門職がつくる NPO として、新しい保健活動のスタイルと保健行政リタイア世代の新しい生き方を実現するプロボノ集団である。行政で培われたキャリアを基礎としながら地域市民とともに地域目線から健康課題を提言してきている。平成 20 年 8 月から行政から HIV 検査業務

の委託を受け、保健行政とのパートナーシップで、HIV 感染予防、早期発見、早期治療への繋ぎを実施している。

【結果と考察】

【通常検査について】

1) 曜日ごとの平均受検者数

常設夜間休日 HIV 検査場における通常検査の 1 回の平均受検者数は曜日により異なり、火曜日は 29.1 名、木・金曜日（平成 23 年度から金曜日を木曜日に変更）は 22.3 名、土曜日は 20.6 名であった。平成 21 年度は新型インフルエンザ流行により受検者は減少した。一般的に週明けに受検者が多く、週末は少ない傾向にあった。

2) 受検者の男女別

受検者全体の男女別割合は男性 62.5%、女性は 37.5%であり女性の方が少なかった。年次別に見ると平成 20 年度の女性割合は 45.8%であったが年々減少傾向にある。

3) 受検者の年齢別

受検者全体の平均年齢は男性 34.2 歳±9.9、女性 28.0 歳±7.2 であった。男性は女性に比較して年齢幅が広く、最高年齢は男性の 80 歳であった。また、女性は男性に比較して低年齢化傾向にあった。（図-1）

4) 受検者の検査回数

受検者全体の検査回数は初回 62.2%、継続 37.8%であった。年次別に見ると、平成 20 年度は、継続は 22.2%であったのが、平成 23 年度には継続が 40.7%であった。継続検査者の割合が増加してきていることは、当検査場が利用しやすく、安心して検査でき

る検査場として、受検者のニーズに応えた場になりつつ事が一要因として推定される。

【日曜日即日検査について】

1) 受検者数

即日検査は平成 23 年 5 月から開始された。即日検査の受検定員枠 (40 名) を超えた受検者の来所があり、午後 2 時からの検査に午前中から順番待ちの列が並んでいる状況である。毎回定員枠の約半数を超える検査申し込みがあり、多い場合には定員の 2 倍の受検者が来て、毎回検査を断っている実態である。即日検査へのニーズは高い。平成 23 年度の即日検査受検者数 1,766 名について分析した。

2) 受検者の男女別

受検者は男性 71.0%、女性 29.0%であり、通常検査に比較すると女性の受検者が少なかった。順番待ち時に顔が見える施設環境が影響しているとも推測できる。

3) 受検者の年齢別

受検者の平均年齢は男性 32.1 歳±8.8、女性 27.0 歳±6.5 であった。男性は女性に比較して年齢幅が広いが通常検査より狭く若い世代が多かった。女性は男性に比較してより低年齢化傾向にあった。

4) 受検者の検査回数

初回が 62.1%、継続 37.9%であり、通常検査と同程度であった。しかし男女別にみると男性の継続が 41.4%と多かった。

(図-1)

【検査結果陽性者 (通常・即日検査含む)】

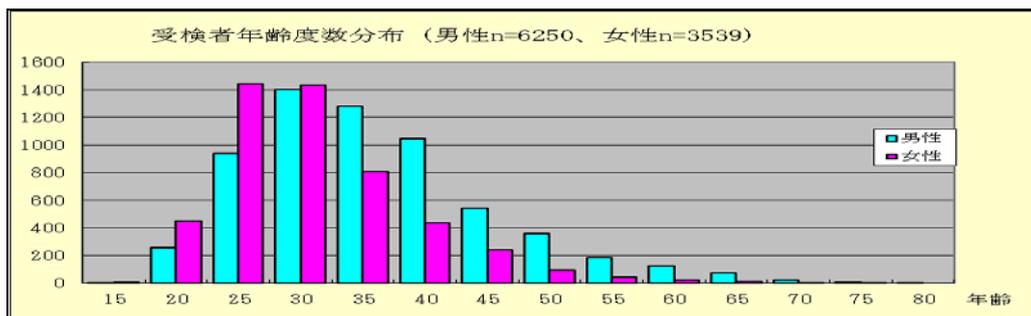
5) 検査回数別男女別 HIV 陽性者

初回の HIV 陽性率は 0.5%であり、継続は 0.99%であった。継続の方が初回に比べ陽性率は有意に高かった。男女別の陽性率は男性 1.1%であり、女性は 0.02%であり、男性が圧倒的に多かった。継続受検者のなかには常時感染リスクを抱えながら定期的に受検している層が多いと推測される。

6) 検査回数別男女別他の性感染症陽性者

梅毒について陽性率は初回 1.4%、継続は 4.1%であり継続の方が初回に比べ有意に高かった。男女別の陽性率は男性 3.5%、女性 0.6%で男性が圧倒的に多かった。HBV 検査では陽性率は初回 0.5%、継続 0.5%であり、有意の差はなかった。男女別の陽性率は男性 0.6%、女性 0.3 であった。

【まとめ】常設夜間休日 HIV 検査場は利便性があり、仕事帰りの幅広い年齢層が受検している。その中で陽性率も他行政機関と比較すると高いものがあつた。今後以下の点を視野に入れ受検者ニーズに応じていく事が求められる。①受検者増加に向けた広報の在り方 (感染リスク行為を持つ群へのアプローチ・女性受検者増加にむけた在り方等)、②継続受検者は感染リスク群として早期の受検行動を勧奨、③継続検査者への信頼関係構築としての確なりリスク行為情報の傾聴、理解、受容、④ハイリスク群のニーズに応えたスタッフの質的向上、である。



常設夜間休日 HIV 検査場における受検者の調査結果 (第2報)

○中西眞弓 (NPO 法人スマートらいふネット)、毛受矩子 (四天王寺大学・NPO 法人スマートらいふネット)、高鳥毛敏雄 (関西大・社会安全)

【目的】 HIV 感染者は増加の一途であり、常設夜間休日 HIV 検査場における HIV 感染予防と早期発見にむけた取り組みの拡充が求められている。本稿は常設夜間休日 HIV 検査場における受検者の動向を解析し、今後、受検者のニーズに応えた相談体制の在り方を明らかにする。

【方法】 対象者は常設夜間休日検査場受検者 3,154 名で、有効回答数は 3,089 名、回収率は 97.9%であった。調査方法は自記式調査方法で、調査期間は平成 22 年 2 月 16 日～平成 23 年 3 月 29 日、調査項目は①属性 (男女、年齢、居住府県)、②当検査場を何で知ったか、③夜間休日検査場を選んだ動機、④感染予防行動ステージ、⑤得たい情報、⑥検査満足度等である。

【倫理的配慮】 受検後 1 週間後の結果返し時に主旨を説明し、個人が特定出来ぬよう、無記名、封書にて会場内に設置した箱に投函してもらった。

【結果と考察】

1) 回収率と属性

回答者の性別は、男性 1,963 (63.5%)、女性 1,121 (36.3%)、その他 5 (0.2%) であった。年齢は男性 34.4 歳±9.9、女性 28.0 歳±6.7 であり、最少年齢は女性 13 歳、最高年齢は男性 77 歳で、女性の方が男性に比較して若年が多かった。居住地は大阪市内 49.3%、市内を除く府内 35.3%、他府県 15.4%であった。他府県の内訳は多い順に、兵庫県 44.4%、奈良県 31.2%、京都府 13.4%、

和歌山県 4.1%、その他 7.1%であり、広範囲の地域から来ていた。国籍は、日本人 98.3%、外国人 1.7%で、国はアジア諸国、アメリカ、カナダ、ヨーロッパ、ブラジル、オーストラリア等多様であった。外国人の場合調査票に記入出来なく、最初から未回答の人も多かった。

2) 検査回数

受検者の内、初回検査が 59.5%、継続検査は 40.5%であった。継続受検者の内訳は、1 年以内に受検した者が 48.1%、1 年以上前に受検した者は 51.9%であった。

3) 常設夜間休日検査場を何で知ったか(重複回答)

上位 3 つは①インターネット 64.6%、②携帯電話のサイト 16.0%、③友人・知人 15.7%、④保健所・保健センター等の情報 6.6%で、ネットが圧倒的に多数を占めていた。

4) 当検査場を (chotCAST なんば) を選んだ理由 (重複回答)

上位 5 つは①交通の便の良さ 60.6%、②無料 59.4%、③夜間の時間帯 46.9%、④匿名 40.5%、⑤個人情報保護 15.4%であり、利便性をあげているものが最も多かった。仕事帰りの受検者が多い事が窺える。

5) 受検動機となった感染不安 (重複回答)

上位 5 つは①異性間性行為 68.1%、②性パートナーへの感染予防をしたい 22.6%、③コンドームを着用しなかった 21.8%、④国内・外の性風俗で性行為をした 13.7%、⑤同性間性行為が 11.8%であった。また、パ

ートナーが陽性者と分かったためも 1.2% いた。

6) 今回受検動機となった感染不安の時期
 上位から①2カ月~1年前 50.7%、②1~5年前 18.1%、③1~2カ月前 15.1%、④0~1カ月前 7.2%、⑤5~14年前 3.6%であり、大半がウインドウ期でない時期に受検していたが、一部は不適切な時期の受検もあった。

7) 受検を決意してから実際に受検に至るまでの期間

上位から①1週間以内 39.5%、②1カ月以内 32.6%、③半年以内 18.2%、④それ以上が 9.7%で、約3割の人が感染の不安を抱きつつ受検行動までに1カ月以上かかった様子が窺える。

8) 結果待ちの1週間の行動(重複回答)

上位から①HIV/AIDSの情報を得た 30.3%、②多数の異性との性行為を控えた 23.8%、③性行為・生活に変化はない 18.9%、④健康の自己管理に関心をもちはじめた 15.4%、⑤性行為の時最初から最後までコンドームを着用 10.6%であった。受検行動が健康を意識し、行動変容に繋がっている事が推測される。

9) 検査回数と感染不安の時期

初回検査あるいは継続検査と、感染不安の期間について、①1年以内が初回 52.3%、継続 47.7%、②1年以上前が初回 78.0%、

継続 22.0%で、継続の方がより有意に感染不安の時期は短かった。継続受検者が感染不安と早期発見のために、早い目の受検を希望していることが窺える。今後も早期発見のための適切な時期に受検行動を促すような正確な情報提供が求められる。

10) 検査回数と予防行動ステージ

HIV 感染予防について、7.6割が③予防行動をおこし④毎回実践中であるが、2.4割は実践出来ていない。また、継続受検者は初回受検者に比べ③予防行動をおこし④毎回実践中の割合が有意に高く、「予防行動ステージ」に差が認められた。(表-1)

11) 検査回数と満足度

検査を受けた感想について、「満足」78.1%、「ふつう」は20.7%、「悪かった」1.2%で、初回検査と継続検査で有意差はなかった。

【まとめ】受検者が年々減少している今日、以下の点が求められる。

- ①幅広い広報と受検者増加に向けた取り組み、②受検時に、正しい予防行動への変容に繋がる情報の提供、③悩んだ末の受検行動である事への共感的理解、受容で臨む、④約1割の同性間性的接触者が存在する中で、人権に配慮した検査・相談体制の確立、⑤予防行動を実践中の継続受検者に対し肯定的な支持感で臨む。

(表-1)

n=2835

HIV 感染予防行動		初回	継続	合計	χ^2 検定
①全く関心がない、性行為は無防備	度数(%)	73(4.3%)	17(1.5%)	90(3.2%)	0.000 (**)
②少し関心はあるが実践はできていない	度数(%)	383(22.7)	207(18.0)	590(20.8)	
③予防行動をおこしているが時々忘れる	度数(%)	600(35.6)	490(42.7)	1090(38.4)	
④予防行動を毎回努力し実践中	度数(%)	631(37.4)	434(37.8)	1065(37.6)	
合計	度数(%)	1687(100)	1148(100)	2835(100)	

大阪府における多剤耐性結核の分子疫学

○田丸亜貴（大阪府立公衆衛生研究所 細菌課）

【目的】

多剤耐性結核は不適切な治療の産物であり再発患者に多いが、結核療法研究協議会の2002年のサーベイでは初回発症患者由来株の0.7%が多剤耐性結核菌(MDR-Mtb)であり多剤耐性結核が感染により広がっていることが示されている。そこで、大阪府における多剤耐性結核の伝搬状況を調べるためMDR-Mtbの分子疫学調査を実施した。

【対象】

2000年3月から2011年4月までに大阪府立公衆衛生研究所に搬入された大阪府および近隣地域由来のMDR-Mtbのうち、同一患者由来株を除いた107株を対象とした。対象MDR-Mtbの患者男女比は70/39、年齢分布は60歳未満が42.2%であった。MDR-Mtbとその他の結核菌の遺伝子型別の比較には、これまで公衛研で遺伝子型を実施した全結核菌1915株のデータを用いた。有意差検定は有意水準5%のフィッシャーの正確確率検定で行った。

【方法】

薬剤感受性試験：リファンピシン(RFP)、イソニアジド(INH)、ストレプトマイシン(SM)、カナマイシン(KM)、エタンブトール(EB)、レボフロキサシン(LV)、スパフロキサシン(SP)、シプロフロキサシン(CP)に対する薬剤感受性を微量液体希釈法にて実施した。MDR-Mtbのうち、RFPとINHに加えてKM耐性かつニューキノロン3剤のうち少なくとも1剤に対して耐性の株を超多剤

耐性結核菌(XDR-Mtb)とした。

遺伝子型別：26lociの多型配列挿入部位を対象としたVariable number of tandem repeats(VNTR)型別法を用いて結核菌の遺伝子型別を実施した。VNTRプロファイルが26lociすべて一致、あるいは1か所を除いて一致する場合を同一遺伝子型と判定した。

【結果と考察】

109株のうち、搬入時生存していた91株について薬剤感受性を実施した(表1)。MDR-Mtbのうち45.1%がXDR-Mtbであった。日本のMDR-Mtbに対するXDR-Mtbの割合は31.5%で、世界的にみて高いと報告されている。大阪でのXDR-Mtbの割合は日本全体での報告よりさらに高かった。表には示していないが、41株のXDR-Mtbのうち12株、残り50株のMDR-Mtbのうち15株は初回発症患者由来株であり、XDR-TBも感染により発生していることが分かった。遺伝子型別の結果、107株のうち29株(27.1%)が8群の同一遺伝子型クラスターを形成した(表2)。MDR-Mtbのクラスター形成率は、2007~08年の大阪府地域分子疫学でのクラスター形成率34.4%より若干低いものの有意差はなく、大阪府では多剤耐性結核もそれ以外の結核と同程度に感染発症していることが示唆された。MDR-Mtbの8群の同一遺伝子型クラスターのうち、M02、V12、V32はMDR-Mtb以外の結核菌にも高頻度でみられる遺伝子型であったが、この5群についてはMDR-Mtbにしか見られない遺伝子型であった。

そのうちV02は12株、18-sa-05は4株からなる大きなクラスターであり、出現時期がV02は2002年から2012年まで、18-s-05は2000年から2008年までと長期間にわたっており、分離された地域も広く分布している。さらに、いずれの群も初回発症患者由来株が含まれていることから、これら2つの遺伝子型のMDR-Mtbは強い感染力を維

持して大阪府内に広がっていると考えられた。

【まとめ】

- ・大阪府のMDR-MtbのうちのXDR-Mtb発生率は全国に比べて高い。
- ・多剤耐性結核はその他の結核と同様に感染発症を起こす。また、特に感染力の強いと考えられるMDR-Mtb群が見つかった。

表1. 大阪府および近隣で分離された多剤耐性結核の薬剤耐性パターン

薬 剤 耐 性 パ タ ー ン								菌株数	カテゴリー	総数
INH	RFP	EB	KM	SM	LV	SP	CP	25	XDR-Mtb	41 (45.1%)
INH	RFP	EB	KM		LV	SP	CP	8		
INH	RFP	EB	KM	SM		SP	CP	1		
INH	RFP		KM	SM	LV	SP	CP	1		
INH	RFP		KM		LV	SP	CP	2		
INH	RFP	EB		SM	LV	SP	CP	3		
INH	RFP	EB		SM			CP	1		
INH	RFP							14		
INH	RFP	EB						8		
INH	RFP		KM					1		
INH	RFP			SM				3		
INH	RFP				LV	SP	CP	1		
INH	RFP					SP	CP	1		
INH	RFP	EB	KM					2		
INH	RFP	EB		SM				6		
INH	RFP	EB	KM	SM				7		
INH	RFP	EB			LV	SP	CP	5		
INH	RFP			SM	LV	SP	CP	1		
INH	RFP			SM		SP	CP	1		

表2. 同一遺伝子型MDR-Mtbクラスター

cluster	MDR No	発生年	年齢	性別	既往歴	地域	判定
V02	050	2003	20	男	初回	南部	MDR
	051	2003	50	女	初回	南部	MDR
	073	2002	70	男	unknown	unknown	XDR
	082	2003	20	女	初回	府外	MDR or XDR
	063	2008	unknown	男	unknown	北摂	XDR
	095	2005	80	男	初回	府外	MDR or XDR
	030	2007	50	女	再発	北摂	XDR
	010	2002	40	男	初回	北摂	XDR
	039	2008	60	男	unknown	堺	XDR
	004	2004	90	男	初回	南河内	XDR
	108	2010	50	男	再発	北摂	XDR
111	2010	80	男	unknown	南部	MDR	
18sa05	013	2000	80	男	unknown	南河内	XDR
	009	2006	30	女	初回	南部	XDR
	014	2000	unknown	女	unknown	南河内	XDR
	061	2008	unknown	男	unknown	堺	MDR or XDR
M02	049	2008	80	女	unknown	北摂	MDR
	020	2002	30	男	初回	北摂	MDR
	002	2003	60	男	初回	北摂	MDR
V12	062	2008	unknown	男	unknown	北摂	MDR or XDR
	027	2004	60	男	unknown	南部	MDR or XDR
V32	052□	2007	30	女	初回	堺	MDR or XDR
	053	2007	30	女	初回	堺	MDR or XDR
080117K	044	2008	30	男	初回	南部	XDR
	042	2008	40	女	初回	堺	MDR or XDR
0709071	026	2007	70	女	unknown	北摂	XDR
	206	2009	80	男	unknown	北摂	XDR
080117F	047	2008	70	男	unknown	南河内	MDR
	107	2010	40	女	初回	北摂	MDR

飯場における結核患者の分析と課題

○内藤康志 松尾由美 矢野純子 板東知子 三輪恵梨子 石田智世
石垣美和子 島田秀和 谷口隆 (大阪府茨木保健所)

【目的】

管内に飯場が点在する地域があり、結核患者発生が経年的・断続的にみられ、その背景に共通の特徴がみられるため、飯場における患者の発生状況と支援の特徴、結核対策上の課題を明らかにする。

【方法】

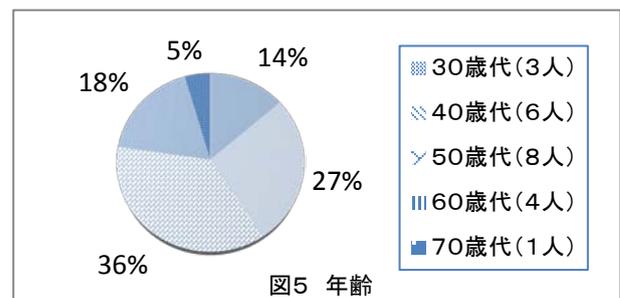
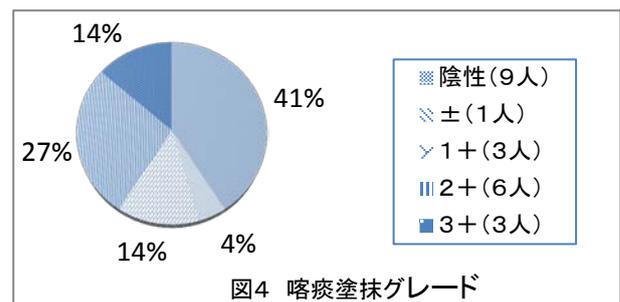
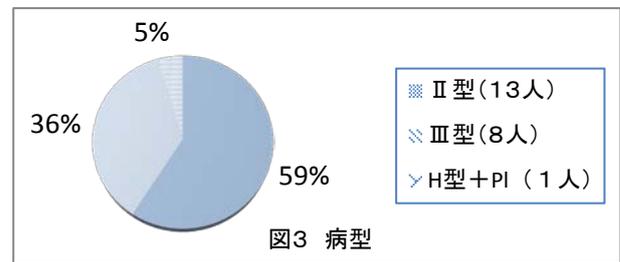
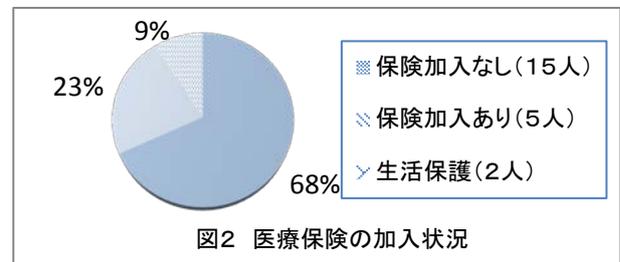
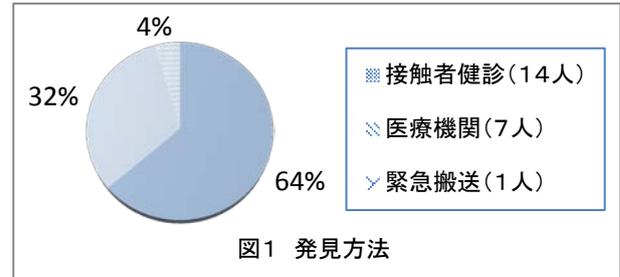
平成14年～20年までの7年間における管内8飯場からの患者22人について、登録時及び支援の過程で明らかとなった患者背景を分析し課題を検討した。

【結果】

- ①発見方法(図1)：自主的な受診による発見が少なく、接触者健診(保健所)での発見が多い。
- ②医療保険の加入状況(図2)：約7割が無保険であった。
- ③登録時の病型(図3)：約6割がⅡ型であり感染性が大きい。
- ④登録時の喀痰塗抹のグレード(図4)：約6割が排菌している喀痰塗抹陽性であり、感染性が大きい。
- ⑤年齢(図5)：30歳～60歳代で95%を占めている。働き盛りの人が多い。
- ⑥治療結果：21人は治療終了し、その他1人が治療途中で結核死。

【考察】

- ①患者の68%が医療保険未加入であった。事業所負担が期待できず、本人だけでは保険料が払えないことが推測される。入院患者においては初期より退院後の生活を見据



えて、医療保険加入の手続きを進めていくことが必要である。その際、飯場の窓口となる担当者及び市役所担当者（生活保護・国民健康保険・市民課等）や社会福祉協議会等との連携が重要である。

②要精検者・要医療者が発見されても、医療保険未加入、日雇いのため収入途絶、問題意識の低さ等から直ぐに受診につながらない現実がある。

③2年間の接触者健診期間が終了すると健診の機会がない飯場が多い。仮に職場健診が実施されていても結果が放置されたままで、健診が本来の目的を果たしていない現状がある。今後、早期発見が早期治療開始、重症化防止に反映されるような行政施策が必要と考えられる。

④接触者健診において同時期に要治療となった患者2人のVNTRが一致した事例、異なる飯場に所属しているがVNTRが一致した事例、同時期に要治療となった患者のVNTRが一致しない事例（表1）も確認された。飯場を転々と渡り歩いている現状や

初発患者以外の患者からの感染が考えられる実態がある。職歴と併せて、飯場歴の聞き取りが必要と考える。

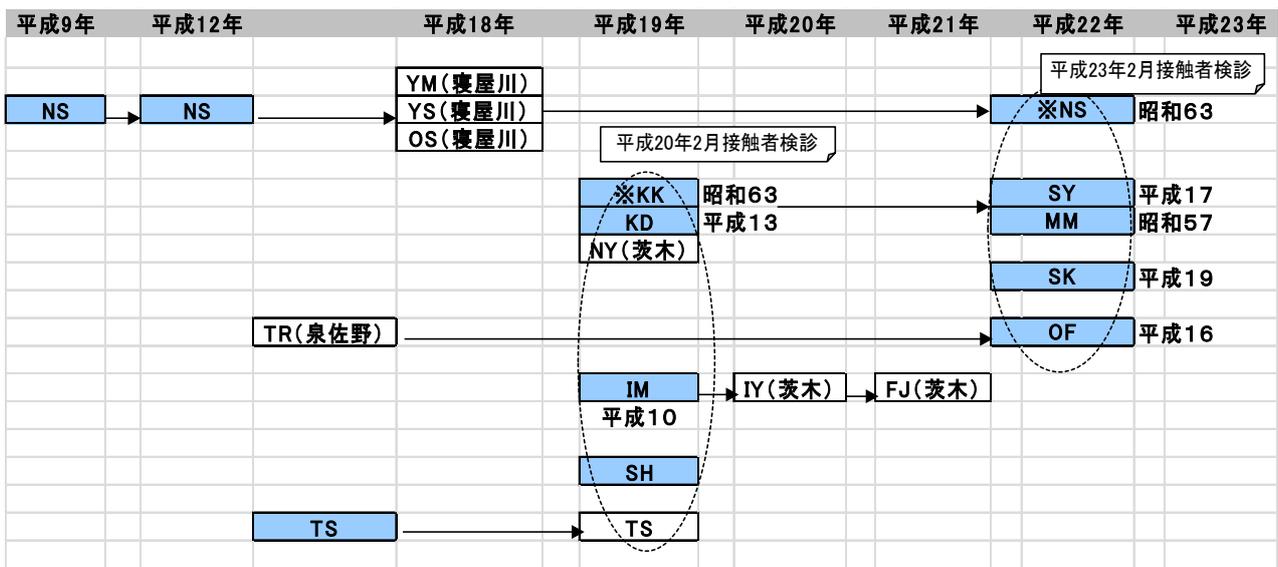
⑤患者発生後の接触者健診においては要精検・要医療者が複数発生することも多い。また、個別の支援においても担当保健師だけでは対応が難しい背景を抱えている場合もある。そのため所内の支援体制としては、チームの保健師間、さらにはチームを超えて他の専門職種間の協力体制のもとで支援していく必要がある。

【今後】

景気低迷・雇用不安定の社会情勢下、飯場で働く若年層も増加すると思われる。結核対策を検討する上で、飯場の抱えている問題は重要な課題である。

今後は、地域医療再生基金を活用し、管内の飯場に対して、ハイリスク層に対する結核健診を実施し、結核の早期発見及び健康教育に努めていく。また、行政施策として同健診に精密検査を盛り込んでもらえるように働きかけていきたい。

表1 A建設におけるVNTR関連図



※は初発患者 色塗りはA建設所属患者 和暦は入職時期

当院における外国人結核患者の発生状況と 医療提供体制の課題

○田村 嘉孝, 黒川 雅史, 韓 由紀, 松本 智成, 永井 崇之,
川瀬 一郎 (大阪府立呼吸器・アレルギー医療センター)

【はじめに】 わが国の結核罹患率も経年的に減少し、中まん延へ向かっており、結核患者の疫学的な偏在化が指摘されている。他の結核低まん延国がそうであるように、高まん延国からの外国人の結核は、対策の課題となっている。

【目的】 大阪南部地域における外国人結核の発生状況と疫学的な特徴を把握するとともに、外国人症例への結核医療提供体制における課題について考察する。

【方法】 大阪南部地域の結核基幹病院である当院にて、2009年7月1日から2011年12月31日の間に結核治療を開始した852例を対象とした。そのうち外国人結核症例は20例(2.3%)については、診療録による症例調査を行った。

【結果】 性別では、外国人では女性が12例(60.0%)と、女性が多かった。平均年齢(95%信頼区間)では、日本人63.8才(62.4-65.1)、外国人35.1才(28.4-41.8)と、外国人で有意に年齢が低かった。(表1)

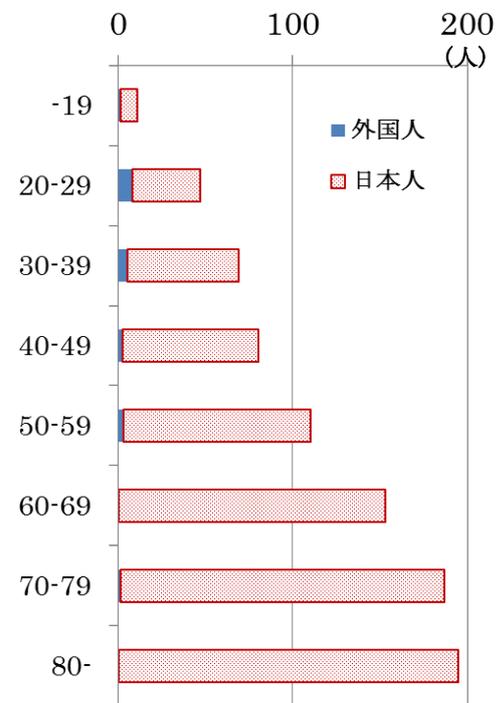


図1 年齢階級別の国籍別患者数

外国人症例数を年齢階級別にみると、20才代8例、30才代5例であり、それぞれの年代に占める外国人症例の割合は、17.0%、7.2%と高くなっていた。(図1)

薬剤耐性の有無では、日本人症例ではRFP耐性は15例(1.5%)であったが、外国人症例では、4例(20.0%)と高率であり、その4例全てが多剤耐性結核であった。

表1 国籍別の症例数の概要

		日本人		外国人	
		n=832	(%)	n= 20	(%)
性別	男	526	63.2	8	40.0
	女	306	36.8	12	60.0
年齢	平均	63.8		35.1	
		n=828	(%)	n= 20	(%)
薬剤耐性	INH耐性	43	5.2	4	20.0
	RFP耐性	15	1.8	4	20.0
	MDR	11	1.3	4	20.0

来日年数は5年以内が8例、5年以上が8例、未把握が4例であった。来日の目的が就労であったものは9例であった。

国籍別では、中国9例(45.0%)、次いでフィリピン4例(20.0%)、と多くなっていた。

表2 国別の外国人症例数

	n	(%)
中国	9	(45.0)
フィリピン	4	(20.0)
ベトナム	2	(10.0)
ネパール	2	(10.0)
モンゴル	1	(5.0)
タイ	1	(5.0)
インドネシア	1	(5.0)

英語を母国語とする症例はなく、日常生活程度の日本語会話が可能であったものは10例で、片言程度は可能であったものは3例、日本語ができないものは7例(35.0%)であった。日本語会話ができない症例では、日本語が可能な家族や、通訳できる支援者をしてケアがなされていた。

多剤耐性結核であった4例は、いずれも初回治療例で、国籍別には中国2例、フィリピン1例、モンゴル1例であった。

HIV検査は8例に実施され、いずれも陰性であった。

治療成績では、治療成功が10例(50.0%)、治療中断が2例(10.0%)、転出・その他は8例(40.0%)であった。治療中断例は、不法滞在のため強制送還された事例と、経過中に

母国へ帰られた事例で、いずれも帰国のため消息の詳細が不明となっていた。死亡例や治療失敗例は認めなかった。

多剤耐性4例は、全て転出・その他に含まれ、その内訳は、他院へ転院が1例、紹介状を持参され母国へ帰国(転出)が2例、当院外来通院治療中が1例であった。

表3 外国人症例の治療成績

	n	(%)
治療成功	10	(50.0)
中断	2	(10.0)
失敗	0	(0.0)
死亡	0	(0.0)
転出	5	(25.0)
治療中・その他	3	(15.0)

【考察とまとめ】若年層が多く、就労のための来日が多くを占めた。日本語が理解できないものも少なくなく、コミュニケーションは課題であった。家族または職場等の支援者によって通訳され、ケアが行われていた。

薬剤耐性率が高く、治療の際には注意を要すると考えられた。

治療成績では、若年層が多いため死亡例は認めなかったが、流動性が高いために転出される例が多かった。帰国された症例では、治療が継続されるか否かが把握できず、課題であると考えられた。

高齢者結核患療養支援における保健師の困難感 ～発症から治療開始まで～

○山路由実子、大越扶貴（三重県立看護大学 地域在宅看護）

【目的】 高齢者の結核療養支援において保健師が支援において困難となっている事象明らかにし、今後の方策について検討することを目的とする。

【方法】 A県内保健師の結核担当保健師を対象とした質的調査。対象者は、H17年以降結核業務に従事した経験のある保健師とし調査協力可能な者とした。データ収集は、インタビューガイドに沿って「どのような状況の時に支援が困難であったのか」に焦点をあて半構成的面接を実施した。なお、承諾のもとインタビュー内容を録音した。データ収集期間は平成23年9月～12月であった。分析方法は、インタビューの逐語録及びフィールドノートを基に、質的帰納的分析を行った。分析の焦点は、先行研究よりかかわりが重要とされる初動時期（発症から治療開始）までに生じる困難である。分析過程においては、コードの類似性と関係性を検討し<コード><<サブカテゴリー>>【カテゴリー】を生成、地域看護学研究者及びに地域看護従事者と妥当性の検討を行った。倫理的配慮は、参加者には口頭と紙面を用いて説明し、同意を得た。なお、本研究は三重県立看護大学倫理審査会の承認[番号111901]を受け実施した。

【結果と考察】 研究参加者は、A県内9保健所19名の保健師、保健師経験年数は平均22年、法改正（H17年）以前の結核業務歴平均5.8年、法改正（H17年）以降の結核業務歴平均1.6年であった。

分析の結果、初動の時期「発症から治療

開始に至るまでの困難」は【結核に対する偏見があり理解してもらうのに時間や労力が必要である】【検診対象者の判断がつきにくい】【感染拡大を念頭においた対応が必要である】の3つのカテゴリーに分類された。

【結核に対する偏見があり理解してもらうのに時間や労力が必要である】は<<患者は病名に過去の結核のイメージをいдаく>><<保健師に対して拒否的である>><<家族が不安をいдаく>><<医療福祉関係者への対応に苦慮する>>の4つのサブカテゴリーに、

【検診対象者の判断がつきにくい】は<<正確な情報が得にくい>><<介護保険利用者は周囲との調整が広域である>>の2つのサブカテゴリーに、【感染拡大を念頭においた対応が必要である】は<<医療につながりにくい状況にある>><<重症化してから診断される>>の2つのサブカテゴリーに分析された。結果を表1に示す。

結核が国民病と呼ばれていた昭和20年代当時のイメージが今も根強く息づいており、<差別されるイメージをいдаく><遺伝病のイメージをいдаく><死のイメージをいдаく>に示されるように、初動調査時から、患者・家族ばかりでなく医療福祉関係者の結核に対する偏見をもった言動や心情に触れ、保健師はその対応に時間や労力を要している。患者・家族の<病気を隠そうとする>が、情報収集を困難にし、さらに加齢による記憶の曖昧さが困難さに拍車をかけ、接触者検診を進めていく上で<<検診対象者の判断がつきにくい>>に影響を及

ぼしていると考えられた。

表1. 分析結果カテゴリー表

カテゴリー	サブカテゴリー	コード
結核に対する偏見があり理解してもらうのに時間や労力が必要である	患者は病名に過去の結核のイメージをいだく	差別されるイメージをいだく
		遺伝病のイメージをいだく
		死のイメージをいだく
	保健師に対して拒否的である	保健所の訪問を嫌がる
		「人に知られたくない」「隠したい」と思う
		地域で忌み嫌われることを恐れ、調査に非協力的である
	家族が不安をいだく	家族が感染に対して不安に思う
		家族も地域から嫌われる
		家族から患者が悪者扱いされる
	医療福祉関係者への対応に苦慮する	医療福祉関係者が診断時に騒ぐ
介護サービスの提供を躊躇する		
検診対象者の判断がつきにくい	正確な情報が得にくい	記憶が曖昧である
		病気を隠そうとする
	介護保険利用者は周囲との調整が広域である	周囲に説明し理解してもらいにくい
		検診対象者が判断しにくい
		患者のプライバシー保護の判断がしにくい
感染拡大を念頭においた対応が必要である	医療につながりにくい状況にある	症状に本人や周囲が気付かない
		受診が困難な状況にある
	重症化してから診断される	医療にかかりながらも発見されない

【結論】 結核が日本の死因の第1位であった時代からおよそ半世紀以上を経過した今もなお、病気への偏見が高齢者結核患者・家族・関係者を翻弄し、保健師の支援を困難にしている。社会・疾患構造の変化に伴い、結核対策が新たな局面を迎えている中、その目的を達成するために「疾病文

化の理解」「最新の専門的知識と保健技術の活用」を軸とした保健師の資質向上が求められている。予防活動推進には、医療福祉関係者の理解と連携が強化され、一丸となって取り組む社会認識と仕組みが必要である。

2010年のハイチ大地震と結核をめぐる諸問題

○角泰人^{1,2}、白須紀子¹、石塚彩、吉田美紀、日置哲二郎（日本リザルツ）
山本太郎（長崎大学熱帯医学研究所国際保健分野教授）
森亨¹（結核予防会結核研究所名誉所長）

1 ストップ結核パートナーシップ日本、2 長崎大学熱帯医学研究所国際保健分野

カリブ海の最貧国であるハイチを 2010 年 1 月に巨大地震が襲い、甚大な被害をもたらした。国際的な支援が集中したが、いまだに多くの人々がテントで生活する状況である。

コレラの流行など、感染症の状況の悪化も報告された。被災者のキャンプでの高い結核罹患率の報道もなされたが、ハイチ全体の結核流行状況が悪化したかどうかははっきりしなかったため、2011 年 2 月に、発表者を含むストップ結核パートナーシップのチームが調査に赴いた。

大きな被害のあった首都ポルトープランス周辺で、結核入院医療を担ってきた 2 つの結核療養所が倒壊し、テントなどを使って仮設外来診療をしており、重症結核患者が出て入院を受け入れられない状況であった。保健省ビルも倒壊し、国家結核対策プログラムも仮事務所であった（調査から 1 年以上たった現在も仮事務所のまま）。しかし、ハイチ全体として結核罹患率や有病率が悪化した、という情報は得られず、その後発表されたハイチの結核統計でも、2010 年の結核流行状況は前年と同じかやや改善していたが、自身による直接の結核流行への影響は明らかになっていない。2010 年以降の結核治療成績はまだ発表されておらず、注意深く見守る必要がある。

一方で、ハイチの結核流行状況は、震災

以前から、WHO のアメリカ地区で最悪で、震災と関係なく支援が必要な状況であった。

ストップ結核パートナーシップ日本の提案に基づき、日本リザルツでは、結核の診断技術の向上により、震災後のハイチでの患者発見率を改善するための事業をジャパンプラットフォームに申請して認定を受け、その予算に基づいて支援を開始した。

簡便で安価な日本発の新規迅速結核診断技術である LAMP 法（核酸増幅検査の一種）のハイチ導入するため、11 月下旬に 2 台の装置をハイチに設置し、検査技師の研修を行って、パイロットプロジェクトを開始した。

3 ヶ月で 2 施設合計 1081 件の喀痰の塗抹検査及び LAMP 検査を行った（新規患者 898 検体、フォローアップ患者 183 検体）。培養検査を併用できず、真の陽性・陰性率を推定することは困難であったが、LAMP 検査を 93 回行い、陽性・陰性コントロールの検査結果はすべてそれぞれ陽性・陰性であり、著しい検査エラーはなかったと推測された。塗抹検査陽性は 184 検体、LAMP 検査陽性は 258 検体であった。新規患者 898 検体の中では、塗抹検査陽性は 172 検体、LAMP 検査陽性は 204 検体で、塗抹検査の陽性率と LAMP 検査での陽性率を比較すると、塗抹検査の陽性率を基準とした場合、19%の上昇（marginal gain）が得ら

れた。塗抹検査陰性 726 検体中、LAMP 検査陽性となったものは 41 検体 (5.6%) であり、培養検査を行うのが困難なハイチでも、LAMP 検査を行うことにより、塗抹陰性の 20 検体に 1 検体程度は迅速に結核と診断できる可能性が示唆された。また、塗抹検査陽性、LAMP 検査陽性のもも 9 検体見られ、一部は非結核性抗酸菌症の可能性もあるが、原因について検討が必要と考えられた。

「結核菌検査指針 2007」でも、フォローアップ症例の喀痰検査に核酸増幅法を使うべきではないとされるが、今回は検査技師のトレーニング症例を増やす目的もあり、

フォローアップ患者の 183 検体の塗抹検査・LAMP 検査を行った。これらの検体の検査では、Marginal gain は 184%で、塗抹検査陰性の 22.1%が LAMP 検査陽性という結果となった。治療中の患者の喀痰には、結核菌そのものが含まれなくとも、結核 DNA は含まれていて、核酸増幅検査では陽性結果が出ている可能性がある。

3月から第2期の事業を開始し、新たに2台の LAMP 装置を導入して、合計4施設で検査を行っている。この第2期の事業は6月いっぱい終了する予定であり、この結果も併せて報告する。

低まん延を迎える結核対策について-サンフランシスコ視察から その②-

○田渕 紗也香 (高槻市保健所)、山中珠美 (大阪女子短期大学)
高鳥毛敏雄 (関西大学)

【目的】日本の結核対策は、低まん延化、患者の高齢化、社会的偏在化など、疫学的状況が大きく変貌してきており転換期を迎えている。今回、結核の低まん延状況を迎えつつある米国サンフランシスコ市スタディツアーに参加し対策の実施状況について情報収集したのでここで報告する。

【方法】平成23年11月2日～4日の3日間米国カリフォルニア州サンフランシスコ市を訪問し、市公衆衛生部 (Department Of Public Health、以下DPHとする) 結核対策課を中心に結核対策に関わる保健・医療・福祉施設などを視察調査した。

【結果】

(1) サンフランシスコの概況

人口は約81万8千人、罹患率は人口10万対12.0 (2010年) で、年々減少傾向にあるものの依然全米の罹患率3.6 (2010年) の3倍以上である。人口構成は、外国生まれが34%を占めており、アジア系が最も多い。その他、ホームレス者6,514人、エイズ患者2万8000人 (2009) と多様な課題を抱えている。なお、市は2004年からホームレス対策に取り組んでいる。金銭的支援から自立支援を促すプログラム及び住宅支援というケア中心の支援に転換させた施策である。施策転換以降ホームレス脱却者が増加しており、その成果が評価されている。

(2) サンフランシスコの結核対策の歩み

1980年代後半の罹患率の反転上昇を機に根絶に向けた市独自の結核対策の強化が図

られた。対策の三本柱は、患者に対する標準治療と選択的DOTの実施、接触者健診の徹底及びハイリスク者への対応である。

(3) 結核対策のフレームワーク

DPH内に基幹型の結核センターを設置し、全結核患者を集中管理している。結核対策課スタッフは医療従事者の他に、Outreach worker、Social worker、DCI (接触者調査担当) がおり徹底した患者管理が行われている。さらにプログラスマネジャー、疫学の専門家も配置されている。

(4) 三本柱の結核対策の方法

1) 患者管理

①治療に専念できる環境整備

排菌患者以外は在宅治療優先である。排菌している場合は入院となるが、家族内にハイリスク者がおらず、また患者の治療継続に対する理解が良好であり、自宅隔離が可能な場合は在宅治療となる。在宅治療の推進のために、2010年の途中からDCIによるホームアセスメントが強化されている。ホームレスの患者には住宅が提供される。治療は保険診療が前提ではあるが、貧困層等の無保険者については無料で提供される。

②DOTによる確実な服薬

在宅治療を選択する上ではDOTが重要となる。Outreach worker が配置され、拠点型のDOT とともに訪問型のDOT 事業が行われている。Outreach worker は、有資格者ではなく、対象者の言語、文化背景に対応できる人材を雇用し実務業務を通して育成

している。チームケアを重視しており、週1回スタッフカンファレンスを開催している。カンファレンスでは、服薬状況の確認、患者に見合った支援方法が検討される。

2) 接触者健診の徹底

初発患者の排菌の有無にかかわらず、肺結核、喉頭結核、胸膜炎患者の接触者は調査対象となる。健診検討の対象となる接触者は曝露時間に関わらずHIV陽性者、免疫抑制者、5歳以下の子ども、もしくは12時間以上の曝露があった者である。薬物中毒者、ホームレス等のハイリスク者が集まる介入が困難な地域には10年以上専属のDCIが配置されている。

3) ハイリスク集団対策

米国の施策である移民入国時健診に加えて市独自の重点施策を行っている。ハイリスク層を対象とするクリニックや施設等と連携システムを構築し早期発見を積極的に行っている。たとえば、シェルター入所時には胸部X線検査を義務付けており、発見された場合は治療が優先的に行われる。異常なしの場合はクリアランスカードが発行される。また、移民や外国生まれの多い地域にはサテライトクリニックを置き、無料で検診が受けられるようになっている。2003年からQFT検査を積極的に導入し、潜在性結核感染症の早期発見、治療にも力を入れている。発病患者の約20%、潜在性結核感染症患者の約70%がこの連携機関からの発見によるものであり、結核罹患率減少に大きく寄与する施策として重点的に取り組まれている。

【考察】視察調査の結果、市の結核対策課による患者に対する徹底した治療とハイリスク集団に対する積極的な介入が結核罹患

率の減少に大きく寄与していることがわかった。また、これらの対策を進める上での日本との相違点は結核対策の仕組みの違いにある。日本では患者登録は保健所だが、治療は医療機関で行われる。サンフランシスコでは、市の結核対策課内にある結核センターに患者管理が集中化されており治療も行っている。また、市で疫学専門家を雇用しデータの蓄積とモニタリングを徹底している。このように、医療を含む直接的な患者ケアから疫学に基づく結核対策の推進までを包括的にマネジメントする仕組みが行政内に位置づけられている。そして、マネジメントするために必要な資源を十分に揃え対策内容を充実させている。特に、DCIやOutreach workerなど地域性に対応できる人材の育成が充実している。また、パートナーシップ関係にある社会資源が非常に多い。DPH内の薬物中毒者、HIV陽性者、難民対象クリニックとの連携のみならず、コミュニティのクリニックや民間の医療保険会社等と幅広い。限られた財源の中で、最新の技術を積極的に導入し徹底したコストベネフィット分析に基づく対策が行われていることが周囲からの評価につながっていると考えられる。

【まとめ】今回視察したサンフランシスコと日本とでは社会的な背景や考え方が異なり、結核対策の仕組みも異なる。しかし、データに基づいた対策の推進は今後取り入れるべきである。今後低まん延化を迎える日本においては、地域ごとにデータの蓄積とモニタリングを徹底し、多職種によるマネジメントを行うことにより地域性に応じた対策を推進していくことが重要と示唆される。

東日本大震災における感染症情報の収集と対策

○砂川 富正、八幡裕一郎、神谷元、安井良則、谷口清州
(国立感染症研究所・感染症情報センター)

【目的】 東日本大震災より1年を経て、各自治体における震災直後からの感染症情報の収集と対策を振り返り、今後の課題を探ること。加えて、国立感染症研究所感染症情報センターがホームページ上で提供した被災地における感染症リスクアセスメント(*)や、ツールとしての避難所サーベイランス(**)(岩手県では岩手医大を中心とするICATにより提供)等の自治体側からの有用性についても情報を収集し、今後の災害時における感染症情報の収集や対策の方法に関する備えを明らかにすること。

【方法】 2012年3月中に、前年の東日本大震災にて被災した東北・関東地方の3県(岩手県、福島県、茨城県)の一部県庁あるいは保健所等の感染症担当者に対して標準的質問票を用いて聞き取り調査を実施し、各自治体の経験と課題を記述的にまとめ、目的に沿って考察する。

1. 各被災地における感染症の問題

(1) 被災後1年間に発生した主な感染症の問題と対応。(2) 当センター提供の感染症リスクアセスメント(*)の有用性と課題。

2. 被災地・避難所における感染症発生モニタリングのあり方。

(1) 被災地・避難所において行われた感染症発生モニタリング方法。(2) 感染研(岩手県では岩手医大)が提示した避難所サーベイランス(**)の評価。1) 公衆衛生上の重要性: 検出数、重症度、費用、情報により予防につながる可能性。2) システムの実際(記述): 各地域の対象人口、実施期間、

地域における情報伝達と活用、分析の有無、還元の方法・頻度。3) 実際の有用性: 還元された情報からとられた対応の有無。4) システムへの寄与要因: ①簡便性、②柔軟性、③受容性、④感受性・特異性等、⑤代表性、⑥迅速性など。5) リソース。

3. 被災地・避難所における感染症対策の問題(医薬品・消毒物資等の分配、衛生教育他、の各時期における不足や過剰の有無。サーベイランスデータの活用の有無、など)。
4. 災害後の感染症情報の収集や対策における国の役割などに関する意見聴取。

【結果と考察】 本結果は途中経過である。これまで自治体から得られた結果の一部を表に示す。自治体(保健所単位等)の被害状況に応じて、超急性期(以下WHO定義一地元のリソースのみによる対応)・急性期(外部からの援助が入る時期)・復興期(外部援助の撤退や内部復興開始)などの時期設定が異なった。当センター提供の感染症リスクアセスメントについては、レファレンスとして有用との声が多かった。一方、当センターあるいは岩手医大が各被災地に提供した避難所サーベイランスについては、有用点としては、高い迅速性、100人以上の避難所はほぼカバーされ代表性が考慮されていた点(岩手)や、データの外部的な監視役が設けられていた点などの評価は高く、集団発生事例の検出に結びついた例は福島県南などより報告があった。課題として、導入の遅れ、避難所駐在医師の感染制御・公衆衛生・積極予防に対する理解度に

左右されたケースの存在、外部支援者でも 県全体の体制不備、被ばくスクリーニング
 容易な入力システムを求める声があった。 の過負荷に関する意見もあった。

表1. 情報収集を実施した各自治体の状況

	岩手県庁	岩手県A保 健所	福島県B保 健所	福島県C市	福島県D市	茨城県庁
被災に関連する問題	広域・甚大な津波被害	甚大な津波被害	家屋倒壊、原発関連避難者	原発関連の大量の避難者収容	津波被害、原発関連避難者収容	津波被害、原発避難者。
自治体が超急性期とした時期	4月第1週目頃まで。	3月20日目頃まで。	3月15-18日頃まで。	3月14日頃まで?	3月25日-31日頃まで。	3月18日頃まで。
自治体が急性期とした時期	3月25日頃から。	3月21日頃から。	3月16日頃-4月下旬	3月中	4月以降	3月18日以降。
自治体が復興期とした時期	地域によるが5月31日~。	明確でない。	4-8月	明確でない。	5月連休明けより。	5月連休明けより。
感染症リスクアセスメント(*)	レファレンスとして有用。	情報なし。	下記開始前までは特に有効	見たことはある。	レファレンスとして有用。	情報なし。
避難所サーベイランス(**)の期間	4月13日から8月16日	4月13日から8月16日	3月31日から8月31日	3月31日から8月31日	4月25日から8月31日	3月21日から5月中旬
被災地・避難所における感染症情報の提供元・把握方法	直後は医療チーム・自衛隊。急性期後、大卒主体の避難所サーベイランス等。	保健師がインフルエンザ・感染性胃腸炎の質問票を毎日確認(主に4月より)	保健師、医師、薬剤師のチームからの情報収集	避難所に常駐する一般職員からの情報収集、保健所での入力。	地区の保健師からの情報収集。外部支援医師団体からの情報収集。	対策本部にて全市町村・医師会・病院協会との協議、還元も実施。
上記情報収集の問題点	職員死亡多い地域は住民に依頼。半分は県職員等(保健関係外有)。	症例定義は明確ではなく、3月下旬には避難所全体の概要不明。	ファックスが情報収集の中心。問い合わせの困難さあり。	一般職員が行うことにより、診断名などの情報に誤りがあった。	残った医療機関からの情報収集が2-3週間は困難だった。	市町村ではサーベイランスの理解が十分でないところもあった。

【結論】 災害時における感染症情報の収集や対策の方法として、被災程度に応じた標準的な様式(チェック形式)を予め準備しておくことが挙げられ、災害下の特別なサーベイランス実施については、平時からの周知やトレーニングの必要性は明らかであり、感染症以外の健康監視に関する項目を統合した内容の検討も必要と考えられた。

東日本大震災の食中毒発生への影響に関する検討

○徳田 浩一、遠藤史郎、八田益充、金森肇、石橋令臣、猪股真也、青柳哲史、北川美穂、矢野寿一、賀来満夫（東北大学・感染制御検査診断学分野）
具芳明、山田充哲、國島広之（東北大学・感染症診療地域連携講座）

【目的】 食中毒事例報告からリスクファクターを抽出し、大震災の食中毒に対する影響について検討する。

【方法】 2007～2011年に宮城県（仙台市を除く）で発生した食中毒事例について、宮城県環境生活部食と暮らしの安全推進課の承諾を受け、管轄保健所が作成した調査報告書をもとに各々の事例に関する疫学情報を収集した。

調査項目は、発生件数、発生時期、患者年齢、原因病原体（物質）、発生地域、発生施設等とし、震災前後における各要因の変化に関して分析を行った。

【結果と考察】 発生件数や患者数、事例当たりの患者数、患者年齢の分布に、震災前後で変化は認めなかった（表1）。また事例数や患者数の月別発生状況、主な原因病原体にも、震災に関連した有意な変化は認められなかった（図1）。地域別発生状況としては、震災による被害の特に大きかった気仙沼地区と石巻地区では増加を認めなかったが、登米地区と塩釜地区においてノロウ

イルスによる事例数に増加がみられた（図2）。食材・食品汚染の起点を、生産者、提供者、消費者の3種に分類して分析したところ、事例発生の要因が提供者にある割合が86.7%と高く、過去4年間に比べてより顕著な傾向であった。発生施設は飲食店が80.0%を占め、家庭からの報告例は無かった。2011年8月に、宮城県を起点とする赤痢菌による広域食中毒事例1件が発生したものの、全事例の93.3%は地域内に限局した事例であった。

【結論】 今回の調査研究から、食中毒発生に関与する、東日本大震災の明らかな影響は無かったと考えられた。ただし、汚染原因の解明されていない広域食中毒事例や、過去に報告件数の少なかった地域における食中毒事例の増加などが認められたため、震災による影響の有無を結論づけるには、今後の発生動向や各々の事例についての追加調査結果等に基づく総合的な評価が必要と考えられた。

表1. 食中毒事例の概要（2012年1月30日現在）

	2007年	2008年	2009年	2010年	2011年	
事件数（件）	13	9	14	10	15	
患者総数（人）	1169	72	387	360	322	
事件当たり	中央値	15	4	15	20	9
患者数（人）	幅	1- 620	2- 37	5- 109	5- 153	2- 117

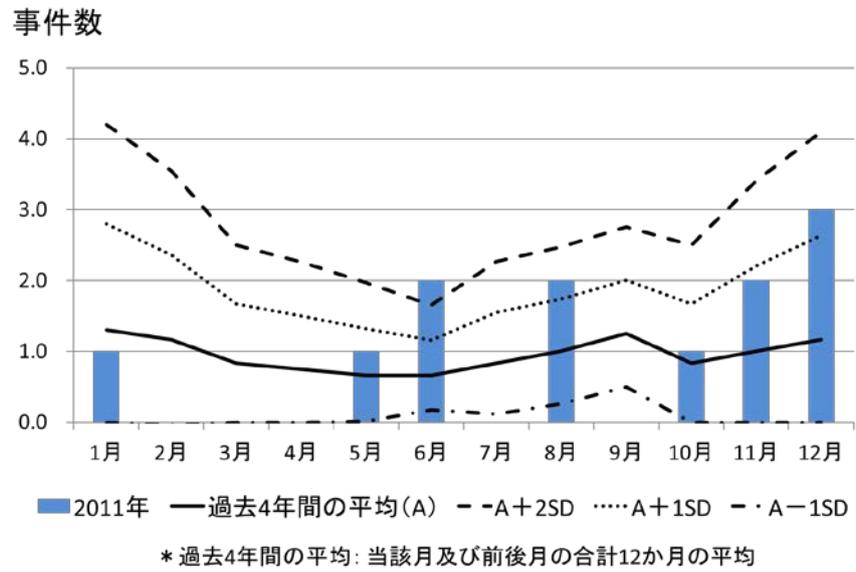


図1. 食中毒事例の月別発生状況

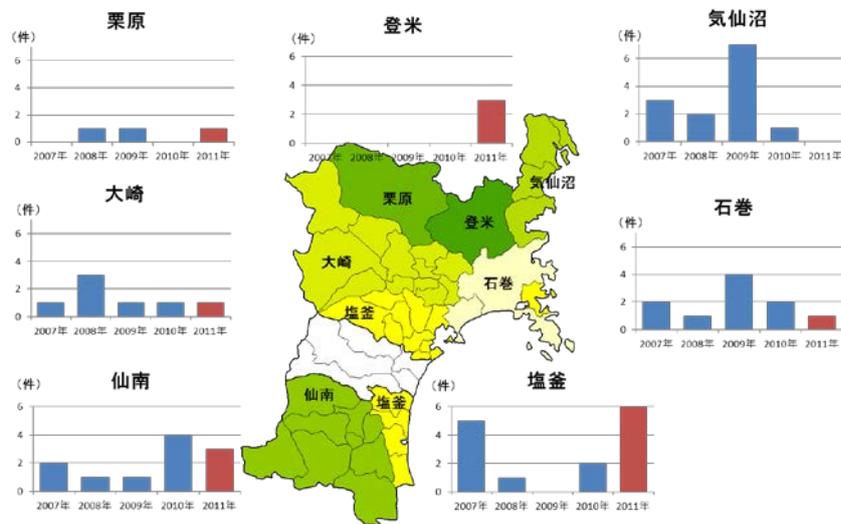


図2. 保健所管轄区域別発生状況 (事件数) 2007~2011年

南相馬市における仮設住宅入居者のコミュニティづくりの実践から

○川口敦子、卜部裕美（摂津市高齢介護課）、高鳥毛敏雄（関西大学）

【はじめに】

福島県南相馬市は地震、津波、原発の複合災害の被災地であったが、外部からの応援・派遣保健師の支援がない状態であった。そこで南相馬市原町保健センター（福島第1原子力発電所から20～30km圏内にある）に、全国からの保健師ボランティアが一つのチーム（保健師、公衆衛生医師、ジャーナリスト）となり平成23年5月16日～21日、現地保健師の活動支援を行った。その後の支援が必要ではないかと状況調査に7月に現地に入ったところ、市内外の避難者が仮設住宅に入り始め、今後は仮設住宅入居者の支援が課題とされていた。

【目的と経緯】

自然災害の場合とは異なり原発周辺の地域は住民がいつ戻れるか不明であり、そのため生活再建の予定を立てることが難しい。その人々をどう支援していくのか、未知の経験であるが、人々を支援する公衆衛生の重要な課題であると考えられた。そこで、7月上旬に現地の社会福祉協議会や民間医療機関（小野田病院）の職員との話し合いを行い、土・日曜日などに、若い人、男性も参加できる形の入居者の集う機会をつくる必要があると意見が一致した。そこで、モデル的に仮設住宅入居者のコミュニティづくりについてどのような支援ができるか、ボランティアチームとして実践活動を行いながら検討していくこととした。

【南相馬市鹿島区の仮設住宅】

南相馬市に21か所（1,596戸、23年7月時点）の仮設住宅がつくられていた。入居者は、市内からや県外からのUターンの避難者で避難経路が異なる人々であり、被災した災害は原発災の者が多かったが、地震、津波による被災者もあった。仮設住宅の戸数は20戸の小規模のものから200戸といった大規模のものまで幅があった。

【日曜サロンの開催】

子どもへの放射能の影響を心配し暮らす親子、生業を失った男性、過ごす居場所をなくした高齢者など、個々人では解決できない先の見えない不安を抱えて暮らしていると推測された。予測される閉じこもりやアルコール依存症、自殺などの防止や対応には、近隣の支え合いが重要であり、その基盤となるコミュニティづくりの支援が必要である。「顔なじみの関係づくり」のためには、平日にはいない若い人、男性や子どもも参加できる日曜日にサロンを開催することが重要と考えた。

【実施場所の選定の実施】

実施場所は仮設住宅の管理を市から委託されている鹿島区社会福祉協議会と相談し選定した。サロン活動は、7月から1か月に1回程度、1回に1～3か所の仮設住宅を、半年間で各々2～3回実施した。

【実施の方法および内容】

開催時には案内チラシの全戸訪問配布に努めた。案内とあわせ入居者の方々の暮らしについて聴くとともに健康状態の把握の機会とした。

【サロン活動から】

1. 子どもの現状と課題

仮設住宅には子どもの姿は少なく、一人の母親は「泣かせないように」と近隣へ気を遣い、また戸外遊びは放射線の影響が心配でさせられない為子どものストレスは高い状況にあった。小学生の女兒は私たちにとにかくかまって欲しいと表現してきた。

2. 男性と女性のサロンと居場所

第2次の訪問時に「笑えないよねえ」と言う50代の2人の女性のつぶやきがあった。漁業や農業の主であった男性の集う機会がなく、所在なげにしているからであった。そこで、第3次の活動として男性の飲み会通称「男談(だんだん)の会」を開催することにした。集会所に約30人の男性が集まり、男性同士がお互いに語り合い、談笑をする光景がみられた。この会合に出す郷土料理の準備に約10人の女性たちが台所に集まり腕を振るった。調理をしながら、女性同士の談笑と賑わいがみられ、災害前の普段の生活時に戻ったかのような女性たちの生き生きとした表情もそこにみられた。

表：平成23年度のサロン活動の経緯

第1次：7月16日～19日

南相馬市民と語る会開催(原町区)

サロン活動①(小池第3)

「大阪(福島)うまいもの歌」

第2次：9月3日～4日

サロン活動②(小池第1、第3)

「三線で歌おう踊ろう会」

第3次：10月8日～10日

サロン活動③(小池第1、第2、第3)

「男談の会」(男性の飲み会)「お芋の会」

第4次：12月3日～5日

サロン活動④(小池第1、第2)

「男談の会」「女性も集まろう会」

「カレーライス会」

【仮設住宅の課題】

大規模仮設では自治会長不在のところもあった。仮設住宅は一時的な住み家であるという意識が自治組織の成立を阻んでいた。一方、入居者が同じ地区の住民からなっている小規模仮設では、故郷に戻れるのか、また、戻らないのかなどや、原発災害にどう対応するのか情報や意識を共有するなどを行っているところもあり、コミュニティの役割の大きさを実感させられた。

【考察とまとめ】

南相馬市に入るようになった契機は、現地の保健師を支援することであった。

その後、仮設住宅入居者への支援が課題であったことから、私たちは支援の目的を仮設住宅のコミュニティづくりと定めた。現地の行政だけでは柔軟な支援ができない状況にあることが伺われた。例えば、夜間の時間帯に飲酒を伴うサロン活動は、行政や社会福祉協議会では開催しにくいものであるが、住民にとっては日頃馴染んでいる人の集まり方であり、それを望んでいた。開催すると多くの人に参加し、にわかに活気づいた。被災地には多くの機関や様々な支援が入ることが定着していきいている。しかし、住民の平時の慣習や暮らし方を踏まえた支援が行えているとは言えない。災害時でも保健師は、人々の生活や健康を支援する専門職として、人々の生活習慣を理解した活動を行えるように関係機関・組織・団体をコーディネートすることが求められていることが認識させられた。原発災害は特殊災害であるが、保健師の通常の地区活動に通じるものがあつた。災害時に役立つ力量は、平時の活動の中から身につけておくことが必要と実感させられた。

西成区北部地域での貧困と生活保護・社会保障と医療について

○黒川渡*¹ 白水倫生*¹ 富樫トモ子*² 岡田広美*² 川島亮*³ 山中小百合*³ 岩戸博子*³
(くろかわ診療所 *¹医師 *²看護師 *³事務職)

【はじめに】プライマリ・ケアは最も患者に近い位置で、最小限の医療機器や知識・技能をもって臨床実践を行うものである。それは、立地するフィールド、衛生的環境を含めた疾病構造、患者の行動様式に影響を与える文化などにより、専門性や構成スタッフに多様性のある具体的形と機能を有する。しかし、共通点は、生活現場の一線で初期医療をとおして生活・文化を含めた個々の疾病と病に臨むことであり、一線医療、初期医療と呼ばれる由縁である。

【背景】西成区北部地域は旧寄せ場を含む生活保護受給者の割合が高い地域である。また、性別にかかわらず、高齢者から若年層に至る幅広い年代の単身生活者が多数暮らしている。幼児・学齢期の子供は比較的少数である。リーマンショック以降、若年稼働年齢層の増加傾向も認める。あくまでも理由の一つとして考えられるのは、非受給者向けには住居費は比較的安価であり、食料・衣料品の物価の安さであり、生活保護受給者を受け容れる集合住宅の多さであると推測される。2011年大阪市長選挙後、現市長に替わり、2012年初頭には生活保護不正受給、医療機関の不正請求問題を理由に、生活保護受給者への一診療科一医療機関登録制の8月実施が議会での議論も無く公表され、すでに登録証が各受給者に配布されている。財政主導による前市長からの施策準備は、現在、マスメディアによる生活保護受給が問題であるかのように全国キャンペーンが連日のように行われ、ようやく就労に一步踏み出すための心身の条件を整えつつある患者が落ち込み、病状が悪化するような出来事も起きている。現在、大阪市西成区は、法的根拠のない「西成特区構想」による不正な「社会実験」を通じた社会保障制度崩壊に直面する地域として

全国に知られるようになった。

【目的】診療実践を通じ経験する貧困と生活保護・社会保障制度運用上の問題を医療の問題と課題にかかわる先鋭化した情報格差との関連で検討を試みる。

【方法】1) 診療所従事者間に存在する情報格差、2) 患者を含む診療所利用者と診療所従事者間の情報格差、3) 各種外部組織との連携における情報格差にわけて、それらが生み出す現状の問題の一部とその対策と結果を検討する。

【結果と考察】

1) 臨床医療にかかわる一般的情報格差

医師・看護師・検査技師・事務職等の各種専門職には、その育成経過、ライセンスに伴う知識・技能および経験により認識された情報と判断・行動様式には常に差異がある。これらは患者情報を中心とする情報伝達における思いこみや齟齬を生み出し、組織間葛藤や患者満足度の低下、事故などの重要な要因の一つとなっている。医療機関、福祉、行政など高度化された専門セクター間でも同様である。各種連携の一つの壁である。これら各種システム利用者には、必要となったときに初めて自分の問題との関連で認識される。これらを利用しようとするときには、多大な情報収集と理解が必要であるが、個人間で利用可能性から実用には大きな差異がある。

2) 当診療所における情報格差と対策

当診療所の診療実務項目にとりたてて特別なことはない。しかし、自覚症状の自己解釈の稚拙さや、問題解決のための治療を含む方法などの理解に個人の生活歴・生活背景、医療サービス利用時の経験の内容と解釈、各種処置の受入れや他のサービス利用の経験と手続きを含めた経験・技能の課題などが複雑に絡んでいる患者が多い。そ

の結果、適切な理解と治療方針を受入れ、行動変容のために多くの時間を要する。単身生活者や高齢者、心理的問題を抱えた人々にその傾向は強い。そのため各職種が情報を共有でき、患者に臨むことができるために情報管理の一元化と問題意識と個別患者情報の共有のための各種対策を実施してきた。(看護部門、事務部門の報告を参照して下さい。)

3) 患者・利用者と医療の情報格差

認知症、精神障害、生来健康で受診経験のない患者などをはじめ殆どの場合、聴診器を持ち「からだの診察をさせてください」と伝え、口を開けるか、胸部を診察できるようにしてくれる。医療行為は、個々の人々に浸透している。にもかかわらず、「どこに行けばよいかわからないので、人づてにここに来た。」という人たちが後を絶たない。いろいろな医療機関で検査を受けたが、無説明の人や、説明を受けていても全く理解されていない人が少なからずおり、医療サービスとくに医師への不信が強い。ドクターショッピングをする人がいる。反面、理解されない臨床情報の多さと、医学的には問題のない自覚症状による不安のために頻回受診をする患者もいる。理解の程度に応じて受診回数は減少する。

自覚症状の解釈に問題が多い。卑近な例であるが、不眠と眠剤希望の訴えに具体的に質問をしていくと、午後7時に就寝し午前3時に起床するため不眠症とまじめに解釈している。質問と対策提案には時間がかかるが、訴えからそのまま眠剤が処方されても、不眠は解消されず、過剰投薬や活動性の低下をもたらす。生活リズム変調の要因を探るための時間を作っている。

加えて、短い診療時間の中で患者が自分を説明する力は制限を受け、医療従事者の理解の深みを妨げ、医療従事者による説明が核心から遠のき、齟齬が強まるという悪循環をもたらす。

また、1日1000円からいくらか見積もっても最大2000円の生活保護費の人にとっては、一般的な栄養管理は実行可能性が低く、孤立に対し就労のためにコンピューターの訓練や各種資格取得を勧めようとしても実現性は低い。

医療従事者には、生活状況を含めた具体的で十分な情報収集とその的確な解釈と実現性の高い解決策を患者に伝え、1回限りでない継続的な助言と粘り強い行動変容を促す努力が求められる。

4) 各種連携における情報格差

プライマリ・ケアは、対象とする患者の治療における初期計画を立案する立場にある。生活条件、情報格差の存在と判断・行動様式に通常以上に影響を与える貧しい状況の人々に、各種連携が意味のある結果をもたらすには工夫を要する。なお多くの障壁があるが、専門的なケア計画を、対象となる連携機関に円滑に伝えることができる詳細でわかりやすい情報提供と情報交換がとくに重要である。

転職の多かった人々には、雇用保険制度による就労訓練や年金などの各種社会保障制度による利益を受ける機会が少ない。生活保護受給者に潜在し、現行「改革」が増幅するスティグマを考慮すれば、情報提供はある種のアドボカシーとあって良いと考えられる。

【結論】

- 1) 貧困状況は、個人の生活にかかわる情報格差を先鋭化し、個人の孤立を促進する。
- 2) 医療分野で生じる情報格差は、医療従事者－患者関係、職員内関係、外部機関との関係に負の影響を与え、患者に不利益をもたらす。
- 3) 患者に提供できる十分な時間産出と、こなれた情報が協力機関に提供される必要がある。
- 4) 現行生活保護「対策」は医療分野から見限り問題の核心から外れている。

西成区北部地域での医療活動において看護ができること 業務改善と効率化を経た生活機能の補い・支援と地域連携への試み

○岡田広美*¹ 富樫トモ子*¹ 川嶋亮*² 山中小百合*² 岩戸博子*² 白水倫生*³ 黒川渡*³ (くろかわ診療所 *¹看護師 *²事務職 *³医師)

【目的】診療所看護の自由度と可能性および制約条件を明らかにすること。

【方法】当診療所での看護業務の整理・効率化の結果もたらされた看護業務の自由度を治療と密接にかかわる生活支援に振り向ける試みを明らかにし、看護業務の果たすことができる役割の重要性を明らかにし、同時にその制約条件を検討します。

【結果と考察】

(背景および条件)

西成区北部地域にある当診療所は内科・心療内科を標榜し、外来と往診を行っています。

受診者は、高齢者では複数の臓器障害を抱える者、身体疾患を有しかつ精神心理的訴えが併存する者など心身ともにケアを必要とする人々が多く、治療の確実な実行と治療的関わりを通じた生活支援が日常的に大きな課題となっています。

こうした患者層には、通院の継続性、処方薬の確実な服用、疾患に応じ治療効果が発揮できる生活状況の改善と生活スタイルの変容など診療所内活動単独では解決しえない多様な課題があります。

したがって、診療所活動は、患者を中心に介護事業所、訪問看護、各種施設、ボランティアな生活支援を行う人々、公的支援施策の利用など多岐にわたる機関・およびそのスタッフと連携を取ることによる課題解決が求められます。

(結果)

1) 診療所全体と看護業務の整合性のある効率化とその結果

以上の課題解決のために、看護業務の整備と診療所内でのスタッフ間の業務連携による看護業務の効率化が一つの重要な鍵となります。その最大の理由は、“診察と治療方針理解にもっとも時間がかかるのは患者の背景と理解度による”ため、①受診した患者に十分な理解を促すことができる説明と納得のために看護ができる時間を割ける条件を常に整えること、②日常診療の刻々とした変化に、各スタッフが臨機応変に対応できる条件を整える必要があるからです。ごく簡単な一例を挙げれば、「薬があまる」、「薬が投薬日数より早くなくなる」、そのための頻回受診など、個々の患者の問題から、その生活上の問題を予測し、必要な対策に看護が乗り出す事ができることが求められるからです。一般に看護業務には、①診療にかかわる患者誘導から診察介助(各種検査の診察室への提供等を含む)とこれらを通じた患者観察と適切な対応、②薬剤・処置器材、各種物品管理、③診察室外での患者の心身の状況に応じた的確な対応をはじめさまざまな業務が混在しています。私達は、電子カルテシステムの活用、診療・検査などの情報を各職種が協力し、電子化することで、診察場面での各種情報を「探す、取りに行く、使う、元に戻す」作業を徹底的に効率化しました。また、薬剤は主に注射・点滴などですが、連日、品目・使用量をリアルタイムに記録し、業務終了時に事務部門に提出し、不足分のみ発注し補う形で在庫管理の効率化を図りました。

看護人員は常に安定して確保できる状況で

はありませんでしたが、外来診察の各場面で、診察介助と点滴など処置室での患者の悩みの聞き取り・相談を医師との迅速な判断で優先順位の高い方にシフトする。こうした場合、患者情報は、電子カルテ記載記録（どの職種も2号用紙に記載する事としている）や連日の朝礼により共有することで補うようにしています。

往診では、前回往診による臨床判断を医師と共有し、必要な場合は、事務職に前日までまたは当日に事前情報を収集してもらい、往診同伴の有無などのシフトの変動を臨機応変に行うことで、より看護業務に重点をおけるように心がけています。

以上の試みの結果、外来患者さんと作るお薬カレンダーや半側無視の患者さんの特殊なお薬カレンダーの作成、血糖コントロールが不安定な糖尿病患者の家庭訪問、難治性の褥瘡患者の観察処置の継続性を確保すること、身体機能の低下した患者の家屋調査などを実施することができました。看護師が臨床判断と治療効果を向上させるため、生活場面にまで踏み込んだ看護業務が有意義であったことを示しました。

また、全組織を上げた効率化により医師・事務職の業務の効率を高める重要な役割を担うこともできたと考えます。

2) 医療・福祉・公的支援など外部連携での役割

以上の取り組みを通じ、看護の自由度を高めた結果、看護部門では家庭訪問・ケアマネージャや包括支援センター・行政との調整作業、ケア会議の運営など患者ケアを目的とした外部連携を行っています。

すべてを看護部門で行っているわけではありませんが、例えば事務部門による外部との調整で、臨床状況や判断の内容など説明が困難で、医師が診察中の場合など、相手方と迅速かつ十分に情報共有する必要がある場合は、看護師が当たる事としています。また、往診同伴後に事業所などに連絡し、今後のケアにかかわる必要

な情報や要請を伝えるなどの作業を行っています。そして、現在、各事業所とのケア会議での情報提供と意見調整に力を注いでいます。

3) 看護業務にかかわる制約

こうした業務の全組織的効率化により医師・事務職を含めた各職種が患者さんにかかわることができる時間を徹底的に増やすことにより、さまざまな取り組みを行っていますが、医療保険上の制約条件があります。

家庭訪問、家屋調査、個別援助などは医療保険上では手当てされません。当診療所では、治療とそれにかかわる患者さんの生活状況の改善につながるという点で、各職種のこうした支払われない診療活動をも、診療所の重要な診療活動として確認し、日常業務に当たっています。

また、協力をお願いする各種事業所や公的支援にかかわる行政など、それぞれの患者ケアの考え方の違いや業務上の相手方の限界や制約により、乗り越えなければならないこともたくさんあります。たとえば、ケア会議の時間調整にとどまらず、介護職ではしばしば見落としがちな観察やケア上の対策などがある場合、医療・看護の視点を持つ看護師が生活現場を知り、専門的観察と解釈による提案が有効になる場合も少なくありません。

【結論】

- 1) 業務効率化による看護業務が患者ケアに割り振りする時間を増やすことができた。
- 2) 患者情報を中心とした診療所全職員の情報共有により、各職種の業務負担は軽減され、より患者ケアの改善に集中できた。
- 3) 以上は、業務時間内を中心に行われる正当な業務として対応されているが、多くは医療保険上の手当はない。
- 4) 試みは端緒についたばかりで、今後も課題解決に向けて継続性が求められる。

本報告では事例を中心に報告したいと考えています。

釜ヶ崎で歯科診療所を開設して一年半の試み

渡邊 充春（歯科保健研究会・わたなべ往診歯科）

野宿生活を余儀なくされているホームレス生活者と呼ばれる人々は、03年の全国調査で、25296人を数えていた。全国の駅や公園、河川敷でもブルーテントやダンボールハウスを見る頃であった。02年に「ホームレスの自立の支援等に関する特別措置法」が施行され、行政を始め、ボランティア団体の支援が取り組まれ、11年1月には11000名あまりと減少するに至っている。当時、大阪府では7757人を数え、大阪市は6603名と府下の8割を占める状態だった。その大きな要因は、日雇い労働者の町である釜ヶ崎（行政的にはあいりん地区）で、日雇い労働者の多くが不況の中で仕事を失い、ドヤ（簡易宿舎）の泊まれず、野宿に至ることであった。歯科保健研究会は、越冬支援活動などに、NGOとして参加していた。03年度より釜ヶ崎で行われた健康調査活動で、歯の状態が劣悪で、食事状態も多くの問題が生じていることが提起されたことを契機に、04年度から歯科健康調査に取り組んだ。04年9月から11月にかけて大阪市西成区の大阪社会医療センターに入院している患者116名を対象として、歯科に関する調査を実施した。結果は、20歯以上の歯を有する者の割合は、55歳未満の者においては全国平均が89.4%を維持しているのに対して、入院患者では53.5%しかなかった。また、未処置の歯を有している者の割合、および重度の歯周病を有している者の割合も大きかった。食事のかみ具合については、総数

において何とか「柔らかい物ならかめる」とした者46.5%、「ほとんどかめない」とした者は10.5%に及んでいた。健康状態は低栄養に陥る状態だった。また食事の噛み具合は、現在歯の本数、咬合の状態に依存していることが改めて明らかになり、適切な義歯を装着することによって改善されることが示され、歯科医療の重要性が改めて認識された。

私たちはその後、釜ヶ崎での野宿問題に取り組むNPO釜ヶ崎支援機構の安全衛生委員会に参加し、週一回歯科相談を始めた。又、シェルター（夜間緊急宿泊所）に宿泊する労働者に対する「生活改善事業」や市内の公園での相談活動やビッグイシュー販売員の健康相談などを担当した。また府下一円へ巡回相談員に同行し、河川敷や公園での野宿生活者のテントを訪れての相談などに取り組んできた。2010.1.1より12.31までに、歯科相談を92日実施し、163名の相談にあたっている。「意見書」を発行することにより、出来るだけ歯科治療の受診に繋げるようにしている。相談と同時に、その場で出来るだけ健康保持の機会とするために、歯科衛生士による保健指導を同時に行っている。歯科衛生士は大阪府歯科衛生士会に公募している。今まであきらめていた労働者が、歯磨き指導を希望する新たな芽もこの衛生士の参画の中で生まれている。

関西では、京都を除き、生活保護での医療単独給付は認められていない。釜ヶ崎では、大阪社会医療センターが無料低額施設として健康保険を持たず、医療費払えない

人々への治療を担当している。地元歯科医師会により社会医療センター歯科診療所が委託運営され、緊急治療に貢献している。ただ制度上、治療は除痛、抜歯に限定されている。義歯作成などは生活保護の適用を受けるまで治療機会を得られないのが現状であった。

「派遣村」を契機にして、生活保護の受給についての柔軟な措置が取られ、釜ヶ崎でも、労働者の高齢化も手伝い、地区内の労働者の3分の1が生活保護受給者という「福祉」の町への変貌が見られるようになった。しかし「特別清掃事業」で、現役でがんばる労働者も多い。無料低額施設での緊急治療と、一方で生活保護の受給による医療扶助での治療の狭間で、義歯作成などの歯科治療が得られない制度上での隘路が存在した。私たちは会員各医院で緊急的な治療応需を行いながら、会として無料歯科治療をボランティアとして開始し、ファイザー株式会社の「ファイザープログラムー心とからだのヘルスケアに関する市民活動・市民研究支援」の助成事業として認定受け、2009年度、無料診療を実施した。結果、無料診療は相談者中35名に行い延べ治療日数は180日であり治療内容は義歯作成33床、修理等12床であった。ビッグイシューの販売員の一人は梅田の繁華街での販売活動にマスクがはずせなかった。前歯部を含む義歯作成により、彼はマスクをはずし販売活動を行っている。制度上「巡回診療」は認められないため、「往診診療」との解釈がされ、それへの整合性として、研究会として、10年4月仮開設、8月に西成区花園北に「歯科診療所」の開設を行った。

診療方針として、1、西成や市内、府下における野宿生活者や歯科医療から疎外されている層への、歯科相談・歯科保健指導・無料治療の受け皿としての診療所となる。2、西成地域のドヤ、福祉マンションや、サポートハウス等への歯科往診診療を柱とする。3、治療・口腔ケア・摂食嚥下リハビリを包括した往診を確立する。4、高齢者・障害者を受け入れる診療を行う（バリアフリー施設を整備）5、感染者を阻害しない（受け入れる）診療（スタンダード・プリコーションの確立を行い、受入体制を作る）6、保健の連携、介護支援事業所・訪問介護事業所・訪問看護ナースステーション・医科診療所との連携を図り、将来的にはターミナルケアを展望する。体制として1、診療所 延べ150㎡（3階建て、）車椅子スロープ・障害者トイレ設置、診療ユニットまでのバリアフリーを図る。2、診療体制 月曜日から土曜日まで（土曜は午前中）、日曜日、祝日、休診。木曜日は相談活動と往診。午前診・午前9時半より午後1時、夜診は月、金（午後5時から7時）。午前、夜診は外来診療・午後は往診を基本とする。3、スタッフ体制、常勤歯科医師1名・非常勤歯科医師1名、常勤歯科衛生士1名・非常勤歯科衛生士1名、受付医事・助手非常勤2名4、機材体制 診療ユニット2台、パノラマ・デンタルレントゲン・ポータブルレントゲン、診療ユニット 往診専門車（軽自動車）、として始めた。以下一年半の現状を報告する。

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4） —生活スキル習得にむけた支援のあり方について—

○鍛冶葉子（甲南女子大学大学院）・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」をとりもどす人もいる。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】 支援団体、及びそれら団体より紹介を受けた被支援者に聞き取り調査を行った。今回のインタビュー対象は、支援団体2カ所と被支援者2名である。

*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No22614010）

【結果】

1. 支援団体からの聞き取り

1) サポートハウス（支援付共同住宅）

平成12年9月開設、101室を有する。各居室約6m²（全個室・冷暖房完備）の他、談話室・洗面所・炊事場・トイレ・大浴場・コインランドリー等の共用スペースを設けている。単に居室の提供というだけでなく、日常生活（必要なら金銭管理）・健康維持（糖

尿病食など食事管理や服薬管理・入院時付き添いや保証人・入退院支援）・社会参加（ボランティアグループをつくり地域の保育園の園庭の清掃・福祉施設の送迎車の洗車・地域の講演の草抜き）等に関する支援を行っている。スタッフ数は6~8名、夜間でも住み込みスタッフが常駐している。

2) 作業所

平成11年5月より活動を開始した、アルコール依存症者対象の作業所である。「入院せず、アルコールを飲まず人生を豊かに暮らす」ことを活動理念としている。生活訓練・作業所・就労継続支援あわせて50名程度が通所している（定員51名）。作業所の製品を路上バザーで販売する他、“便利屋”も営んでいる。そういった活動から就職につながった者もいる。スタッフは職員が10~11名、ボランティアが10名程度である。利用者の平均年齢は約54歳主な収入源は生活保護である。スリップ（再飲酒）すると、スタッフによる金銭管理となり、現物支給される。そこから段階的に自己での金銭管理に戻していく方法をとっているため、スリップしてもそれ以上には飲酒が続かないようになっている。刑余者を受け入れた際には、ギャンブル癖が改善しないため、週3回に分けて生活費を渡すことで、生活の安定が可能になった例もある。

2. 被支援者からの聞き取り

1) A氏（男性 55歳）

<家族背景・生育歴>O県I市で生まれる。両親・兄2人・姉2人・A氏の5人家族で

あった。知的障害あり。中学校卒業後、夜間高校に通いながら7年間地元工場で就労、退職後は就職せず自宅で過ごしていた。昭和61年頃、統合失調症を発症、昭和63年には両親の手続きにより障害者手帳を交付されている。平成6年、実母死亡。西成に来たころ、いつも兄と一緒にいた。野宿経験もあり、体調を崩して病院に運ばれたこともあった。その後、大阪市更生相談所から紹介され、平成14年釜ヶ崎内の救護施設に入所、平成15年には姉と面会しているが、罵倒されて別れたままである。平成16年、救護施設の紹介で現サポーターハウスに入居となった。一緒にいた兄(覚醒剤中毒であった)は、時折A氏に金銭を無心し、A氏の名を借りて借金を繰り返すこともあったが、その頃肺炎により死亡している。平成22年実父死亡、I市に家族の墓がある。

<サポーターハウスでの生活>障害年金(3級)と、生活保護が生活費である。またボランティアグループにも所属しており、有償ボランティアを行うこともあり、月末精算で金銭を受け取っている。金銭管理をサポーターハウスと契約しており、有償ボランティアで得た金銭が主な小遣いである。日用品等は現物支給されており、日常生活での不自由はない。「一番したいのはパチンコ。時々、お金を持ってる夢を見る。でも、実際にお金を持ったらずぐ使ってしまう」とのこと。健康面では、近医受診によりコントロール可能である。「何もわからへんから。うまく話されへんし、あかんから」と言いつつも、かつて就労し収入を得ていた経験があることが、A氏のプライドを支えている。

2) B氏(男性 83歳)

<家族構成・生育歴>C県で出生、今もC県には弟が居住しているが、付き合いはない。T県でタクシードライバーとして働い

ていたが、30年ほど前に仕事の都合で来阪した。平成4年、20数年連れ添った妻と離婚した。現サポーターハウスに入居したのは平成19年5月である。それまでは府下他市の老人ホームに入所していたが、自ら依頼して移ってきたとのことである。

<サポーターハウスでの生活>生活保護を受給している。たばこは10本/日、飲酒はしない。図書館で借りてきた本を読んで過ごすことが多い。読書以外で好きなものは囲碁で、週に1回碁会所のようなところに通っていたこともある。難聴・白内障手術後・腰痛あり受診中であるが、家事全般は自分でこなしている。服薬管理・金銭管理はサポーターハウスと契約し、委託している。平成19年12月、家賃の未納・借金の申し入れがあった(賭け事に使っているようである)。借金分は返済するが、また借金を繰り返す状況である。しかしB氏には「自立したい。貯金通帳と印鑑を自己管理して、生活保護費を全額自分で管理したい」との希望を持っている。

【考察・まとめ】長くホームレス・日雇い労働者として生きてきた人の中には、生活スキルが身につけていない者もおり、そのことで、地域社会から疎外されていくことも多い。日常生活・健康維持・社会参加等の生活スキル習得への支援は必要不可欠なものである。中でも金銭管理は、あらゆる生活スキルのベースと言えるのではないだろうか。現在は、支援者が対象者の価値観・生活状況を考慮し、各人に応じた方法で支援を進め、自立した生活へとつないでいる。

釜ヶ崎の場合には、生活保護受給者も多いことから、今後は民間支援者と生活保護担当ワーカー双方による金銭管理のさらなる連携を図りながら生活スキル習得への支援を進めていくことが重要であると考えられる。

近年におけるホームレス問題の特徴と変容に関する考察

○加美嘉史（佛教大学・社会福祉学部）

【目的】

2012年1月に国は『ホームレスの実態に関する全国調査』（概数調査及び生活実態調査）を行った。概数調査では全国の路上生活者数は9,576人で、2003年の約2万5千人から大幅に減少している。しかしそれはホームレス状態にある人々の減少を意味するのであろうか。

2003年以降、「ネットカフェ難民」が社会問題化し、2007年には上記調査とは別に『住居喪失不安定就労者の実態に関する調査』も実施され、路上生活者以外に“住居喪失不安定就労者”が全国に約5400人存在するという推計結果が報告された。

2008年秋にはリーマン・ショックによる「派遣切り」問題は、非正規労働者を中心に多くの人が仕事と住居の喪失をもたらし、今日では自立支援センターやシェルターなどでは若年層ホームレスが増加している。

2000年代半ば以降、複数の民間支援団体の調査によって路上生活者のなかに相当数の知的障害者や精神障害者が存在し、支援から取り残されている実態も明らかになった。相対的貧困率の上昇、非正規労働者の増大が続くなか、路上生活者以外の多様な形態のホームレス、貧困が広がっているのが実態である。本報告ではこうした近年におけるホームレス問題の特徴と変容について、全国調査（生活実態調査）などの調査をもとに課題の再検討を行い、今後の対策・支援について考察を行う。

【方法】

本報告では2003(平成15)年、2007(平成19)年、2012(平成24)年に実施された国の『ホームレスの実態に関する全国調査（生活実態調査）』における約10年間の推移について検討を行う。加えてホームレス支援全国ネットワーク・広義のホームレスの可視化と支援策に関する調査検討委員会が行った『広義ホームレスの可視化と支援策に関する調査』など主要な実態調査を参考に、2002年の「ホームレスの自立の支援等に関

する特別措置法」（ホームレス自立支援法）制定以降、約10年間においてホームレス問題がどのように変容したか考察する。

【結果と考察】

1. 「狭義のホームレス」（路上生活者）の減少と「広義のホームレス」の広がり

2002年制定のホームレス自立支援法に基づき、国は2003年から全国の路上生活者の概数調査と生活実態調査を継続的に行っている。概数調査では路上生活者は2003年の25,296人から、2007年には18,564人、そして2012年には9,576人に減少したことが報告されている。

【表1】厚生労働省「ホームレスの実態に関する全国調査（概数調査）」の推移

	男性	女性	不明	合計
2003年	20,661	749	3,886	25,296
2007年	16,828	616	1,120	18,564
2008年	14,707	531	780	16,018
2009年	14,554	495	710	15,759
2010年	12,253	384	487	13,124
2011年	10,209	315	366	10,890
2012年	8,933	304	339	9,576

路上生活者減少の要因について、生活保護の適用状況を再検討してみる。生活保護の適用状況については2007年に厚労省が実施した『全国自治体ホームレス対策状況調査』、虹の連合による『もうひとつの全国ホームレス調査』において2003年以降、無料低額宿泊所を大口の受け皿として活用し、生活保護で脱ホームレスが大規模に行われたことが明らかになった。

その後、2010年に実施された『広義ホームレスの可視化と支援策に関する調査』では路上生活者を「狭義のホームレス」として再定義し、アパート等の家賃支払いを滞納して退去を迫られている者、ファーストフード店やネットカフェ等で寝泊まりする

者、ホームレス自立支援センターや緊急一時宿泊施設(シェルター)、無料低額宿泊所入所者、刑余者や病院退院者など不安定な居住状態にある者を「広義のホームレス」と定義している。同調査では「広義のホームレス」状態にある人うち1年間で36,539人(87.9%)が生活保護を利用して脱ホームレスを図り、5,013人(12.1%)が生活保護以外のホームレス自立支援事業により脱ホームレスしたことが明らかになった。

つまり年間約4万人が「広義のホームレス」として生み出されているが、「広義」の段階で生活保護などの支援につながったことにより、「狭義」の路上生活者の増加には至らなかったと考えることができる。

2. 二極化する「ホームレス」—その特徴—

路上生活者の変容について2003、2007、2012年の生活実態調査の推移を中心に検討した。まず年齢層の推移については2003年調査では50代が45.4%で最も多かったが、2012年60代が42.3%で最も多い。この2003年以降、10歳程度高齢化している。

路上生活者の高齢化と同時に、路上生活期間の長期化も進んでいる。2003年調査では、路上生活の期間が「1年～3年」が22.8%で最も多かったが、2007年には「5年～10年」が最頻値となり、2012年には「10年以上」が26.0%を占めた。このように路上生活者の固定化・滞留化を確認することができる。

一方、『広義ホームレスの可視化と支援策に関する調査』ではホームレスの若年化や障害者の増加などが明らかにされている。路上生活期間についても短期型が多いなど生活実態調査とは異なる結果も出ている。

路上生活者の場合も精神・知的障害等の疑いのある人が相当数存在すると推測されるのだが、生活実態調査では障害の疑いの状況は把握されていない。またアルコール依存症など疾病状況も明らかではない。

3. 路上生活の継続を希望する層の広がり

2012年の生活実態調査では「今後、どのような生活を望んでいるか」という質問に対し、「就職して自活したい(きちんと就職して働きたい)」という回答は26.3%であった。2003年の49.7%、2007年の35.9%から大幅に減少している。では、「福祉制度(生活保護

や施設入所等)を利用して生活したい」という回答が大幅に増えたかというのではなく、2003年7.5%、2007年10.1%、24年11.5%と微増に止まっている。この間に特に増加したのは「今のままでいい(路上生活)」という回答である。2003年の13.1%から、19年は18.4%、2012年には30.4%に増加している。約3割が今後も路上生活の継続を望んでいる。これらの層に関する分析は今後の課題であるが、なぜ路上生活のままだいいのか、これまでの支援歴、再野宿の状況、障害の疑い、疾病状況など詳細な分析が必要である。

同調査からは社会資源との関係についても回避傾向が強まっている状況を確認できる。自立支援センターについては84.4%が「利用しようと思わない」と回答し、シェルター利用に関しても83.3%が「今後利用しようと思わない」と回答していた。さらに、生活保護を利用しない理由について聞いたところ「利用したくないから」という回答が最も多く、46.4%を占めていた。

求職活動についても大きな変化が見られる。2003年調査では「現在、求職活動をしている」は32.0%だったが、2012年では13.7%に減少した。逆に「今は求職活動をしていないし、今後も求職活動する予定ない」が63.9%を占め、大幅に増加している。

【結論】

路上生活者の生活実態調査を中心にその推移と変容を見てきたが、路上生活者への対応について検討を行う前に、まず「広義のホームレス」として概念化された状態の人々を国は「ホームレス」として再定義し直し、統一的に政策化することが必要である。

2012年調査で示された路上生活者の固定化・滞留化と「路上生活のままでいい」という意識の強まりは、一般労働市場での「就労自立」を中心的枠組みとしてきたホームレス自立支援策の問題点とその抜本の見直しの必要性を改めて示した。同時に脱ホームレス策としての生活保護の適用についても居宅移行後における社会的役割の喪失、社会的孤立への社会的対策と福祉事務所における支援体制の整備などの検討が必要不可欠である。また、生活実態調査では見えなかった路上生活者の障害やアルコール依存などの状況、路上生活の継続を希望する理由等についての詳細な分析が急がれる。

食を通したホームレスの自立支援 –サンフランシスコ視察から その①–

○山中珠美（大阪女子短期大学）、田淵紗也香（高槻市保健所）、
高鳥毛敏雄（関西大学）

【目的】

サンフランシスコ市では1970年代末、路上や公園で寝泊まりする人が急増し、社会的な問題となった。そのうちの約1/3は子ども（18歳以下）であるといわれている。わが国も、2000年代にホームレスの問題が深刻になった。ホームレスの人々に対し、どのような支援を行っていくべきか、今日も検討課題となっている。サンフランシスコ市におけるホームレス支援は、近年大きく転換されている。そこで、サンフランシスコにおいて、ホームレスを支援するための社会施設や教会を視察した。ここでは、支援のポイントとして食を通した自立意識の生活支援が行われていた。これは重要な視点と考えられたので考察し、報告する。

【方法】

1)実施時期、場所について

平成23年11月2日～4日、サンフランシスコを訪問し、現地のOutreach workerやSocial Workerに同行し、ホームレスの人々に泊まる場所や食事を提供しているMission Neighborhood Health Center (MNHC)や配給を行っているGlide Memorial United Methodist Churchなどを視察した。

2)サンフランシスコ市の概況

サンフランシスコ市の人口は約82万人、人口構成はnativeが66%、foreign-bornが34%でベトナムや中国などからのアジア

系移民が多い。サンフランシスコの中心より少し離れたところには、同性愛者の自由を尊重する、比較的裕福な人が暮らす洗練されたカストロという地区がある。

サンフランシスコ市のホームレス人口は約7千人（そのうちの約半数がシェルターなどを利用）、エイズ患者が約3万人であるといわれている。

3)サンフランシスコのホームレス支援のあゆみ

サンフランシスコ市は、これまでホームレスに関連するプログラムに年間2億ドルを費やしてきた。2004年5月3日、ホームレス支援に対する戦略を変更し、"Care Not Cash" plan（金銭的支援ではなく、住宅支援や自立支援を促すケア中心の支援する計画）に政策を転換させている。

4) スタッフについて

サンフランシスコのOutreach workerは、有資格者ではないが、対象者の言語に対応できる人材で、雇用されてから実務業務を通して専門的な訓練を受けて育成された職員である。チームケアを重視しており、週1回スタッフカンファレンスを開催し、対象者の支援方法を協議し、見直しを行っている。

【結果】

1) Mission Neighborhood Health Center (MNHC)への訪問とホームレス支援の状況

MNHCでは、ディレクターのLaura Guzman氏から話を聞くことができた。私たちが施設に到着したとき、開所時刻の少し前でホームレスの人々が施設の前に並んでいた。きれいな身なりの人が多かった。

この施設では、食堂と食材保管庫を見せてもらったことができたが、ファーストフードを提供するのではなく、新鮮な野菜や果物を使って、4~5名のスタッフが調理していた。

アメリカでは以前より肥満が問題になっているため、スーパーなどで市民には対する生活習慣病の予防のため、野菜の摂取を促している。肥満についての危機意識が全国民に浸透しているとはいえないが、「すべての人に最高のサービスを！」という考え方がアメリカにはあり、MNHCでも、野菜や果物を使った手作りの料理を提供していることが印象的であった。

2) 朝市での野菜や果物の無料提供

Mission Neighborhood Health Center (MNHC)では、ホームレスの人々にさまざまなサービスに関する情報を提供しているが、その1つに朝市での野菜や果物の無料配布がある。カードを提示すると、朝市で野菜や果物の提供が受けられる。もともと、ファーストフード中心の生活をしている人が多いので、それほど浸透はしていなかったが、ここにも「すべての人に最高のサービスを！」という考え方が生きている。

3) Glide Memorial United Methodist Church周辺でのOutreach活動の同伴

Glide Memorial United Methodist Churchは、ホームレスの人々が多く集まるテンダーロイン地区に位置し、ホームレスの人々への食事の提供などの支援をしていることで有名な教会である。女性スタ

ッフのSusan氏は結核のOutreach 活動のため10年以上教会周辺のシェルターなどを巡廻してきた人である。彼女が取り組んできたことは、結核対策だけではなく、ホームレスの人々と対等に関わり、信頼関係を築くことである。信頼関係の構築は、ホームレスの人々の支援にとって不可欠のものと考えられていた。

【まとめと考察】

1) サンフランシスコ市内には、随所にDrug free zoonがあり、街角には薬物依存症と思われるホームレスを見かけることが少なくない。

2) サンフランシスコにおいてはアルコールや薬物依存に起因する精神疾患、エイズ等様々な問題が絡み合ってホームレス支援についてのさまざまな問題を複雑にしていることが理解できた。そして、ホームレスが抱えている問題は単に物理的経済的な困難ではなかった。このようなホームレスの社会的な背景をみると日本よりも、ホームレスの人々の支援には極めて困難な状況があると思われた。

3) そんな中で、ホームレスの人々の支援に、野菜や盛りつけなど普通の家庭のような食事の提供サービスを行うことにより、ホームレスからの自立意識を支援していることはわが国も参考とする必要があると思われた。

4) また、彼らの支援のためにテンダーロイン地区を10年以上巡回する女性スタッフSusan氏は、彼らと上手に人間関係を作り、慕われていたことが印象的であった。ホームレスの人々の自尊心を尊重し、一人の人間として関わり、それが他のどのような支援よりもずっと大きな力になっていると思われた。

生活困窮に陥った難病患者世帯の実情

○西垣千春（神戸学院大学総合リハビリテーション学部）

【目的】

難病患者の中には、長期におよぶ闘病により、身体的状況の変化と同時に、生活スタイルにも影響が及び、生活設計や生計の道筋に変更を余儀なくされるものも多い。難病対策は、その医学的診断治療方法の確立と同時に、変化する生活を支える仕組み作りの重要性が早くから指摘されてきた。難病患者等居宅生活支援事業、難病特別対策推進事業などの推進により、関係者の理解は深まってきているが、生活の具体的なサポートを行う福祉関係者の間では未だ、難病に関する理解の浸透は充分ではなく、対応の折に難病の特質を理解しないままであったり、難病対策を知らなかったりとの的確な対応がなされない場合もある。

本研究では、難病患者のうち生活困窮に陥ったケースについて分析を行い、生活困窮を引き起こす要因と難病による生活への影響を明らかにすることを目的とし、今後の対応を向上していくための視点を得る。

【方法】

研究の対象としたのは、大阪府社会福祉協議会老人施設部会が実施する社会貢献事業（年齢や所得などに関係なく、生活困窮に陥ったものに、社協、施設に配置されたソーシャルワーカーが相談にのり、必要であれば10万円をめどに経済的支援を行う独自事業。2005年に始まり、大阪府下の高齢者施設約400施設が基金をつくり運営しており、これまでに3万件以上の相談援助を実施。）および、大阪府の地域保健福祉セーフティネット（中学校区ごとにコミュニティソーシャルワーカーを配置し総合生活相談を実施）の対象となった中の生活困難に陥り経済的支援を必要とした難病患者がいる世帯である。大阪府社会福祉協議会に保管されている2006年4月か

ら2011年3月までの5年間に相談支援を行ったもののうち、難病患者がいる世帯41ケースについて、ケースの記録に基づき、基本属性（性・年齢、家族、住まい、収入など）、病名・治療歴のほか生活困難の具体的な内容、サービス利用の状況などについてデータベースを作成した。これをもとに量的分析を行い、生活困難がどのような要因（疾患名、病状、家族構成、医療との接点など）と関連しているかを検討した。

【結果と考察】

①性年齢分布：対象となった患者は男性が23名（58.5%）、女性が19名（41.5%）である。図1は、難病患者本人の性別年齢分布をみたものである。男性では30代、40代、60代が多いことが認められる。女性は60代に多いが、全年代に分布している。

②世帯の状況：世帯の状況では、独居世帯が12名、母子世帯が6名、その他の2人世帯が8名であり、介護や家庭内の手助けをするものがない、又は代替者がいないものが、全体のほぼ3分の2を占めている。

③病名：性別年代別にみた病名を表1に示している。50代以下の若い年齢のものには、

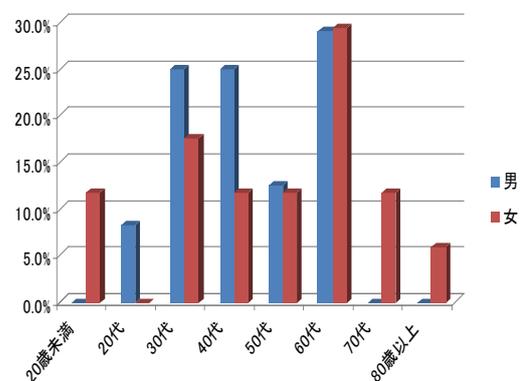


図1 対象者の性年齢別分布

ALS,筋ジストロフィーなど、身体的能力の低

下を伴うものが目立つ。年齢が高いものでは、パーキンソン病など、ゆっくりと症状が進むものが多く含まれている。

④世帯の収入状態別医療環境：相談につながった時点での世帯の収入状態別に医療環境をみたものが表2である。病状悪化で退職せざるを得なかったものが12名で全体の3割に及ぶ。さらに、仕事量を減らさなければならなかったものが6名15%であった。全体の半数弱が仕事に影響があり、家計への影響があった。医療環境との関連では、収入に変化がない年金生活者や生活保護世帯、患者が生計主でない場合においては、難病が原因で、ぎりぎりの家計状況になり、医療費の一部負担や入院費、療養上必要な機器類の購入が負担できないなど、十分な医療環境の構築が難しいことがわかる。さらに、退職や収入減の場合には、生活に必要な家賃や光熱費、食費を優先し、国保料の滞納をはじめ、機器類の購入もできず、治療費も払えず、医療から遠ざかり、療養環境が悪化する様子が伺える。

ケースの記録をみると、ワーカーが疾患の特性を把握せず、生活診断を行っているケースが目立ち、就労支援や見守り体制が充分でない場合があった。放置すれば重大な命の危機に出会っても不思議ではないケースもあり、特に、必要とする支援が保健、医療、福祉と広範かつ長期に及ぶものも多く、最初に関わりを持ったものが情報共有体制の構築、引越しなど住所の変更が不可欠である場合の情報の引き継ぎの仕組みづくりが必要であると考えられた。

比較的若い年代で発症し、身体機能の低下が伴う難病では、仕事への影響、ひいては家計への影響が大きく、できるだけ早い生活設計が必要であり、医療機関からの早い段階で地域の生活相談に結びつく仕組みが求められる。

高齢で発症し急激に症状が進行しない場合には、他の家族に問題があったり、独居で年金生活の場合などでは、受診や療養が後回し

表1 性別年代別病名

	男	女
20歳未満		脊髄小脳変性症、筋ジストロフィー
20代	レックリングハウゼン病、潰瘍性大腸炎	
30代	パージャー病、ALS(2名)、筋ジストロフィー(3名)	膠原病、メヌエル病
40代	ALS、ジストニア、ワーナー症候群(2名)、筋ジストロフィー、潰瘍性大腸炎	クッシング症候群、全身性エリテマトーデス
50代	膠原病、メヌエル病、難治性肝炎、	ALS膠原病、
60代	進行性核上性麻痺、ALS(2名)、レックリングハウゼン病、アレルギー性肉芽腫性血管炎、頸椎後縦靭帯骨化症、パーキンソン病	水頭症、後縦靭帯骨化症、パーキンソン病、脊髄小脳変性症、潰瘍性大腸炎
70代		パーキンソン病(2名)
80歳以上		パーキンソン病

表2 世帯の収入状態別医療環境

		受療控え	機器購入費・療養費払えず	保険料滞納
退職	12名(29.3%)	**	*****	*****
仕事量減	8名(19.5%)	*****	**	*
年金のみ	5名(12.2%)	*	*****	
生活保護	7名(17.1%)		*****	
生計主でない	9名(22.0%)	**	*****	
合計	41名(100%)	11名(26.8%)	25名(61.0%)	5名(12.2%)

になり、進行を加速させることになっている。生活課題の優先順位を整理し、変化に応じた生活が可能となるよう、早期発見と対応の仕組みづくりが必要である。

【結論】

難病患者に出会う専門職は、患者の年齢、性別、世帯、症状の進行状況をしっかり把握し、多職種連携による支援体制を構築していく必要があると理解された。ソーシャルワーカーにおいては難病患者に出会う際、できるだけ早い段階で、疾患の特質を理解し、多職種連携による長期にわたる生活支援の視点を持つことが求められている。

本研究は大阪難病研究財団医学研究助成を得て行ったものである。

医療事務業務からソーシャルワークへの業務発展の試み

○川島亮*¹ 山中小百合*¹ 岩戸博子*¹ 富樫トモ子*² 岡田広美*²
黒川渡*³ (くろかわ診療所 *¹事務職 *²看護師 *³医師)

【目的】業務の効率化と他部門との連携によって可能となる地域を意識したソーシャルワークの意義について確認する。

【方法】開設当初は医師の業務に含まれていた他医療機関・各種行政機関・介護事業所など民間機関との連絡調整業務を医療事務員が引き継ぎ、さらにはソーシャルワークへとその業務を発展させていこうとする試みの過程を示す。

【背景】西成区北西部地域に所在する当診療所には、高齢者・若年層に関わらず、地方出身の単身生活者や母子家庭など、社会的に孤立しがちな人たちの受診が多い。このような患者さんたちは、家族や幼なじみの友人や共に地域で暮らした知人へ相談する機会も、助言・援助を得る機会も少ない。また、機能が低下した地域共同体からのサポートも得る事が難しい。そのため、身体疾患だけではなく生活上で起こってくる様々なトラブルに対して独力での対応を強いられる。

【結果・考察】医療事務業務は、受付から診療終了・処方箋の発行・診療費用の請求などの一連の業務を毎日行っている。また、書類を中心とする各種の診療情報の整理、管理、諸連絡、そして月初めのレセプト点検業務と点検されたレセプトの提出作業など極めて多岐にわたる業務を担っている。そのため、業務内容については担当を割り振っているとはいえ、急変患者が発生するなど変化する患者のニーズに応じて、業務整理が大幅な影響を受ける。

(業務効率化と情報共有の試み)

医療事務職員が他の様々な機関との連絡

調整業務を行うにあたり前提として必要になるのは、患者情報の把握である。

また、事務職の仕事を効率化し、受付での患者対応の円滑化や満足度の向上、注意深い患者観察、診療所内他職種との連携などを配慮するためには、業務の大幅な整理が必要である。当診療所は開設以来電子カルテシステムで運営されている。これに連動した情報の電子化と一元管理による業務の効率化を図った。医療機関との間で患者情報の交換に用いられる診療情報提供書・看護サマリー・各種検査結果、介護事業所や訪問看護ステーションからの報告書・計画書、公的機関への提出が求められる診療状況照会への回答文書・意見書・申請書類などの患者情報を電子化できるものはすべて電子化して保存し、ネットワークを構築した診療所内 PC からいつでも閲覧可能な環境を構築した。また、連日の朝礼により、医師・看護師らとともに患者情報を共有することで日々変化する患者に対応できるようにも努めている。これらの情報管理と業務整備によって、他職種・他機関との患者情報の共有や様々な調整が円滑に進んだ。さらにはこの効率的な情報管理システムの構築によって生まれた時間的余裕と複雑な事務処理業務からの開放は、受付対応や観察に留まっていた患者本人と直接面談する機会を増やし、そのニーズの大きさと意味を理解する環境を整えることにも利する結果となった。自らの病状と治療方針への理解、公的支援や社会資源利用の利点などの把握の程度は患者ごとに様々であり、自身の身体・精神の状態や変化す

る症状を説明・表現する能力もまた患者ごとに差がある。職員の業務時間の都合によって一様に平均化された応対時間の中では、患者たちの言葉に耳を傾けてその本当の要求を理解することも、こちらの意図や真意に対して十分な納得を得ることもできない。医療事務員には、他機関との連絡調整だけでなく、医師・看護の診療部門との情報共有とその協力を土台にして、患者本人のケアへの積極的な参画が必要であるとの自覚が高まり、少しずつ患者とかかわった実績から、業務の一環としてもこうした役割が求められるようになっていった。

(医療事務からソーシャルワークへ)

当診療所を受診しようとする患者の受診目的と当診療所の標榜科目とが合致しないような場合について、開院当初はすべて診察室で対応するように誘導していた。しかし、長い待ち時間を経た末に結局他の医療機関を受診しなければならない場合の事も考え、丁寧な説明と、近隣の受診可能医療機関の提示、必要な場合には他医療機関への連絡を行い、疾患を抱える患者が治療を諦めてしまうことなく、いずれかの医療機関の受診につながるように配慮してきた。医師・看護師らにより患者に対する公的支援施策の利用が適当と判断された場合には、患者への制度説明や行政との連絡調整を進めた。様々な公的社会的資源や支援施策がそれを最も必要とする人々が有効に活用できるよう努めることで、適切な援助に結びつく具体的な結果が出てくるようになった。

また、外来診察や往診の現場で医師・看護師が治療環境・生活状況への特段の対応や将来への方針策定が必要と判断した患者については、介護事業所やその他関わりを持つ各種施設、あるいはボランティアに生活支援を行う機関などに呼びかけ、積極的にケース会議を開催して情報の共有と意思

疎通に努めている。会議には欠かさず出席している。

社会的に孤立してしまった患者の中には、各種公的な手続きや家賃・税金・公共料金などの支払い、ローン支払の督促状などへの対応に苦慮して、当診療所へ相談に来るケースも少なくない。その一つ一つに誠実に対応するとともに、介護事業所や各種施設への紹介、様々な社会資源の活用と専門家への依頼などを通じ、患者自身に、新しい社会とのつながりを提供することをこれまで心掛けてきた。

(業務発展の途上で)

内科・心療内科を標榜する当診療所には、複数の内科疾患を患っている患者はもちろんのこと、内科疾患と共に精神心理的な悩みや訴えを抱える患者も多い。社会的に孤立した中で様々な病に苦しむ患者たちを支援していくためには、診療所独自の活動では自ずと限界があり、他の様々な機関との情報共有・意思疎通・連携が必須であると考えられる。そして、様々な機関との連携の中で患者をケアしていくことは、患者と共に新しい社会を構成していく試みでもあると考える。

【結論】 1) 診療所内で患者情報を共有することにより他医療機関や公的機関、または受診時の対応も迅速に行なうことができた。
2) 患者が抱えている様々な問題に可能な限りの援助・助言を提供することができた。
3) 当診療所での受診が適当でない時には他医療機関を提示・紹介し、受診に繋がるように配慮した。
4) 個々の患者が持つ状況に応じた対応ができるように、他部門との患者情報の共有と連携が引き続き必要である。
5) 必要に応じてケアマネージャや介護事業所・訪問看護等とのケース会議を開催し、患者の状況把握に努める。

緊急一時宿泊事業における若年利用者の実態

○中野 加奈子（佛教大学大学院社会福祉学研究科）

【目的】

我が国のホームレスは、これまでの調査結果では 50 歳代が最も多い結果となっていた。しかし近年、若年層のホームレス化が、マスメディアによる報道や支援現場からの指摘、また、貧困とかかわった調査結果から徐々に注目されるようになってきている。本研究では、(1)若年層ホームレスは増加しているのか、(2)若年層ホームレスはこれまでの 50 歳代を中心とした年齢層とは異なる生活問題を抱えているのか、という 2 点から考察をしていく。

【方法】

京都市ホームレス緊急一時宿泊事業利用者のケース記録を分析した。本事業は簡易宿泊所借り上げ型シェルターで、2009（平成 21）年 11 月より事業が開始された。本研究では事業開始から 2012 年 3 月末までに退所した利用者を調査対象とした。当該期間における延べ利用者数は 1508 人、実利用者数は 1112 人である。一日平均利用者数は 55 人である。実利用者数 1112 人から 15 歳未満 7 人は「子ども期」として除外し、15～39 歳までを「若年層」、40～64 歳を「中年層」、65 歳以上を「高齢層」に分類し、それぞれの学歴、健康状態、家族関係など生活状態を比較分析した。記録の分析については緊急一時宿泊事業の実施主体である京都市の許可を得た。また、利用者のケース記録を用いるが個人の特定ができないよう配慮している。

【結果と考察】

本事業では中年期の利用者が最も多く

663 人（60.0%）、次いで若年層 285 人（25.8%）、高齢層 157 人（14.2%）となっている。本事業開始～2010 年 3 月を第 1 期、2010 年 4 月～9 月を第 2 期、2010 年 10 月～2011 年 3 月を第 3 期、2011 年 4 月～9 月を第 4 期、2011 年 10 月～2012 年 3 月を第 5 期として利用者の年齢層を見ると、第 1 期では 26 人（18.6%）だったが、第 5 期では 48 人（26.1%）となっており、若年層の割合が増加していた。なお、女性の割合は、1105 人中 196 人（17.7%）だが、若年層では 62 人（21.8%）となっており、他の年齢層よりも女性の割合が若干高い。

次に学歴を見ると、若年層 285 人中、高卒が 98 人（34.4%）と最も多く、次いで中卒 67 人（23.5%）、高校中退 43 人（15.1%）となっており、中年層、高齢層と比較すれば、若年層の学歴は高かった。しかし、我が国の高校進学率は 1970 年代半ばには 90%を超え、2011（平成 23）年度は 98.2%となっている。若年層全体の高校進学率と比較すれば、本事業若年層利用者の学歴は低い状態であるといえるだろう。また、高校中退や大学中退の割合は中年層・高齢層よりも高く、進学のお機会はあっても何らかの事情で継続できなかった実態が伺えた。

家族関係については、若年層の親世代は団塊世代前後であり、経済的・身体的・精神的にも安定している世代だと思われる。しかし若年層 285 人中 165 人（57.9%）が親との離死別を経験している。親との離婚や死亡、何らかの事情により児童福祉施設入所経験のある者は、若年層では 21 人

(7.4%)、祖父母に育てられた、と述べていた者は 11 人 (3.9%) だった。ケース記録上で結婚歴について記載があった若年層 265 人中、209 人 (78.9%) が未婚、結婚歴のある者が 36 人 (13.6%)、婚姻関係継続中の者が 20 人 (7.5%) で、中年層・高齢層と比較すると未婚の者の割合が高かった。これは若年層が今後新たに家族を形成していく年齢層であることを考えれば当然の結果であると思われる。しかし、10 歳区分の年齢でみると 30 歳代 167 人中未婚者 127 人 (76.0%) となっており、若年層の中には結婚の機会を得られていない者が少なくない実態が伺えた。

健康面では、内科・整形外科等医科的な疾患・症状があった者は若年層で 72 人 (25.3%)、中年層 319 人(48.1%)、高齢層は 91 人 (58.0%) と年齢層が高くなるほど健康面で何らかの問題を抱えている者が多いことがわかった。しかし、精神面での健康状態を調べると、全体では精神疾患のある者 234 人 (21.2%)、疑いのある者 69 人 (6.2%)、入所後精神保健福祉手帳取得に至った者は 3 人 (0.3%) で、疑いも含めると精神疾患・障害のある者は 306 人 (27.7%) となった。若年層では、精神疾患・障害のある者 85 人(29.8%)、疑いのある者 11 人 (3.9%)、入所後精神保健福祉手帳を取得した者 2 人 (0.7%) となっており、これらを合計すると 98 人 (34.4%) と中年層・高齢層よりも高い割合を示していた。また、アルコール・薬物等の依存症の者が若年層では 19 人、そのうち 12 人が覚醒剤・薬物への依存であった。次に知的障害の有無については、全体では知的障害がある者 21 人 (1.9%)、入所後療育手帳取得に至った者

14 人(1.3%)、これらを合わせると 35 人 (3.2%)となった。若年層では入所後に療育手帳取得に至った者が 9 人 (3.2%) と他の年齢層に比べると多かった。これは、支援の過程で障害者自立支援法や障害者雇用施策を利用するために取得を進めたケースが含まれている。知的障害は、IQ70 以下とされ、その有病率は 2.275%とされている。しかし本事業の利用者の内、知的障害者は 3.2%、若年層に限定すれば 6%と高い割合となっており、知的障害のある者がホームレス状態に陥りやすい実態が浮かび上がっているといえる。

【結論】

ホームレス状態に陥った若年層は少なからず存在している。本研究からは、若年層は相対的に低学歴であり、親との離別・死別を経験していたり、未婚である等、頼る家族がいないこと、アルコールや薬物依存等の精神疾患・障害を抱えている者が少なくないこと、知的障害者も多く含まれていることが浮かび上がってきた。もちろん中高齢層でも低学歴であったり、家族を形成していない者も多いので、若年層に限った特徴とはいえないかもしれない。

しかし、若年層一般と比較すれば、多くの生活問題を抱えているといえるのではないだろうか。また、若年層はいわゆる稼働年齢層であり、彼らの生活再建の支援においては、就労支援が重視されている。しかしこのような健康面や学歴の実態を踏まえれば、単なる就労支援だけではなく、生活面・医療的ケアも含めた支援が必要であると考えられる。

The Chronological Relationships between Socio-economic Status, Physical Health and the Long-term Care Needs of Japanese Urban Elderly

○Suwen Yang, Tanji Hoshi, Naoko Nakayama
(Tokyo Metropolitan University)

【 Objective 】 This chronological study aimed to elucidate the effects of socio-economic status (SES) and physical health on the Long-term Care (LTC) needs among Japanese elderly, and to explore their causal relationships.

【 Method 】 A self-administered questionnaire was given to all residents aged 65 years and older in Tama city of Tokyo in September, 2001. A total of 13,926 responded giving a response rate of 80.2%. A follow-up study was done using the same questionnaire in 2004. Finally, 7905 respondents were included for analysis (Table 1). Data analysis was performed using correlation analysis and Structural Equation Modeling (SEM). For SEM, we used one observed variable (LTC needs in 2004) and three latent variables (SES in 2001 and physical

health in both 2001 and 2004).

【Results and Discussion】 The data were well fit to the models: NFI=0.980, CFI=0.982 and RMSEA=0.032; LTC needs in 2004 were well explained by the three latent variables ($R^2= 0.70$ for elderly men and $R^2= 0.66$ for elderly women)(Fig.1 & Fig.2). Among all variables, physical health in 2004 was the strongest determinant of LTC needs, followed by physical health in 2001 and SES in 2001.

Firstly, the strong direct causal relationship between physical health and LTC needs indicated that in order to decrease LTC needs and expenditures in the future, it would be important to improve daily living capabilities and reduce the number of dependent elderly through better prevention.

Table 1 Study subject descriptive characteristics

		Long-term care (LTC) needs in 2004		
		No-LTC needs (n=7,366)	LTC needs (n=539)	Total (n=7,905)
Gender	male	3,563 (48.4%)	201(37.3%)	3,764(47.6%)
	female	3,803 (51.6%)	338(62.7%)	4,141(52.4%)
Age	65-74 years	4,411 (59.9%)	162(30.1%)	4,573(57.8%)
	≥ 75 years	2,955 (40.1%)	377(69.9%)	3,332 (42.2%)

Secondly, although the direct effect of SES on LTC needs was not strong, the direct effects of SES on physical health in 2001 and an indirect effect on physical health in 2004 were stronger.

At last, elderly women had a lower SES and accounted for more people in the LTC needs group compared with elderly men, but the structural equation analysis

results revealed that the gender differences were slight.

[Conclusion] Our results indicated that good physical health directly contributed to reducing LTC needs among Japanese urban elderly. In addition, efforts to increase income and educational levels may help to decrease LTC needs by indirectly improving physical health.

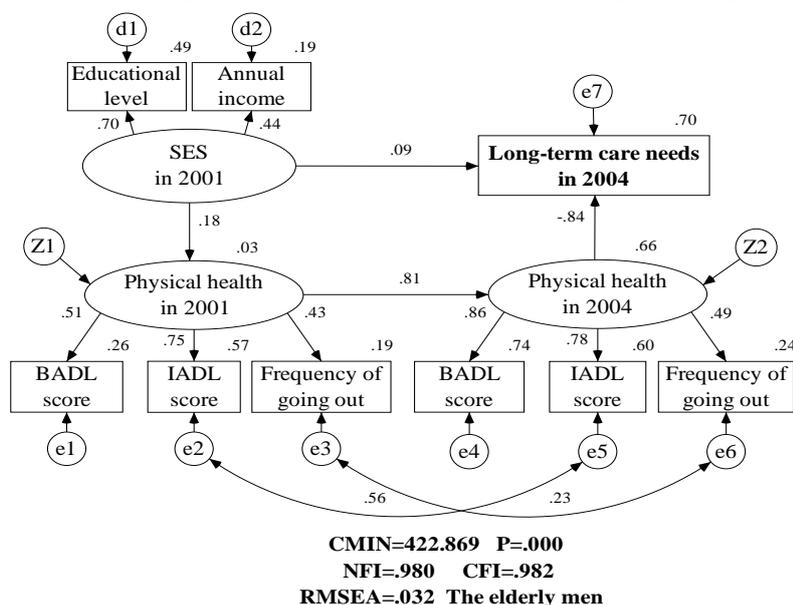


Fig.1 Causal structure of LTC needs with three latent variables for elderly men

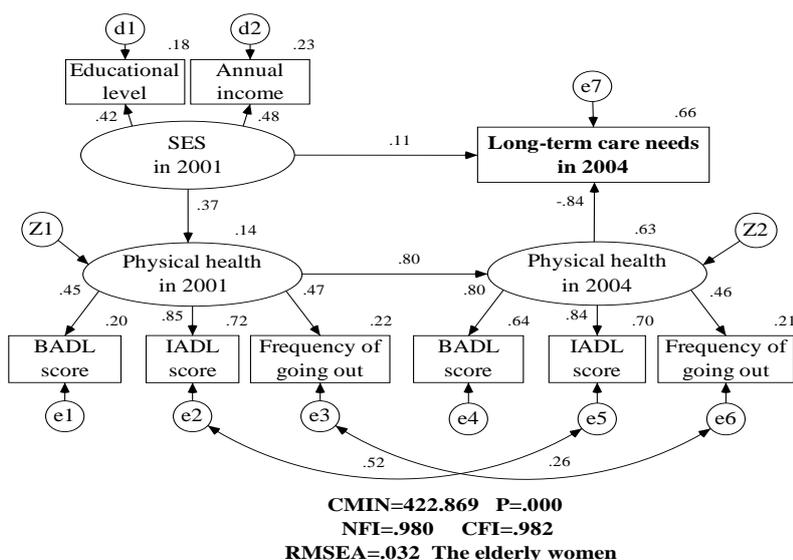


Fig.2 Causal structure of LTC needs with three latent variables for elderly women

看護師の看護業務負担と腰痛の現状

○西田直子¹、安土亜由美²、北原照代³、埤田和史³、
辻村裕次³、保田淳子³、鈴木ひとみ⁴

¹京都府立医科大学医学部看護学科、²京都府立医科大学附属病院看護部

³滋賀医科大学・社会医学講座・衛生学部門、⁴神戸常盤大学保健科学部看護学科

【背景】欧米では、腰痛による職業障害や解雇が社会問題となり、経済的損失も少なくないとされている¹⁾。WHO²⁾は有害要因と疾病の間に直接的な因果関係を認める「職業性腰痛」に加えて、多要因による疾患で作業環境や作業遂行上の要因が発症に関与することがあるものを「作業関連性疾患」と位置づけ、産業医学的な対応を促進することを提唱した。一方、厚生労働省では、腰痛は労働衛生上の重要課題であると報告しているが、看護師の腰痛の実態を調査したものは少ない。

【目的】本研究では、現在の看護師の腰痛の実態を明らかにすること、および腰痛への効果的な対処法や教育への示唆を得ることを目的とした。

【方法】調査対象は、A 病院の看護管理者に同意を得た成人系病棟に勤務する 6 病棟の看護師 128 人とした。調査は、2011 年 10 月 3 日～17 日に、無記名の自記式質問紙の留め置き法で実施した。調査内容は、基本的属性に関する 8 項目、労働時間や身体的につらい作業、ベッドサイド作業方法についての 4 項目、腰痛の状況（現在の腰痛の有無と痛みの程度、腰痛経験と頻度）、腰痛時の対処法である。分析方法は、数量的データは Excel 2007 を用いて処理し、分析には SPSS 15.0 J for Windows を用いた。現在の腰痛の有無との関連などの検討にはクロス表を作成し、Pearson の χ^2 検定を行い、有意水準を 0.05 未満とした。倫理的配慮として調査は無記名とし、対象者には調査の趣旨、方法、秘密厳守について説明し同意を得た。京都府立医科大学の医学倫理審査

委員会の承認を得て実施した。

【結果および考察】調査の回収率は 86.7%で、有効回答者数は 108 人であった。性別は、女性 105 人、男性 3 人、平均年齢は 33.3 ± 9.1 歳であり、経験年数は看護師としての経験年数が 11.2 ± 9.2 年、現在の病棟での経験年数は 4.0 ± 4.8 年であった。

対象者の労働状況として規定の労働時間は「週 40 時間以上」が 88 人(85.4%)であり、勤務形態は 3 交代制が 94 人(88.7%)とほとんどのものが 3 交代制であった。夜勤回数は「9 回以上」が 54 人(52.9%)と半分を占め、夜勤回数は 8.2 ± 2.7 回であった。

身体的につらい作業では、「移乗介助」が 87 人(82.9%)と一番多く、順に「排泄介助」82 人(78.1%)、「入浴介助」・「体位変換」ともに 81 人(77.1%)、「おむつ交換」79 人(76.0%)と続いた。対して「食事介助」19 人(18.1%)、「観察・測定」8 人(7.6%)、「与薬」3 人(2.9%)は少なかった。

看護師のベッドサイドでの作業方法では、「ベッドサイドでの作業時、ベッドの高さを自分に合うように調整しているか」に対する回答は、「時々調整する」85 人(79.4%)が多く、「いつも調整する」9 人(8.4%)は 10%未満であった。「ベッドから車いすへの移乗での介助方法」に対する回答（複数回答）は「一人で抱える」101 人(94.4%)が多数を占めたが、「二人以上で抱える」67 人(62.6%)も 60%を超えた。「リフトなどの物品を使用する」は 16 人(15.0%)にとどまった。対象者の腰痛の状況については、現在の腰痛有は 61 人(56.5%)と、半数以上に及び、その中で痛みの程度を 4 段階で選ん

でもらったところ、「時々休憩が必要なほど痛い」3人(4.9%)、「休憩をとるほどではないがかなり痛い」20人(32.8%)、「時々軽い痛みがある」21人(34.4%)、「腰がだるい感じ」17人(27.9%)であった。過去一ヶ月の腰痛の頻度は「いつも」13人(13.0%)、「時々」63人(63.0%)、「いいえ」24人(24.0%)であった。過去1年間に腰痛を経験した者は89人(87.3%)であった。腰痛の既往は腰痛発症のリスクファクターである³⁾ことから、多くの人が腰痛発症の危険性を抱えていると考えられる。「現在の職場についてから腰が痛かったか」に対する回答は「はい」が87人(87.0%)であり、その中で「今の仕事に就く前から腰が痛かったか」に対する回答は「いいえ」が61人(70.1%)であった。現在の職場についてから痛かった者の中で過去1年間に腰痛を経験した者は82人(93.2%)と多く、過去一ヶ月の腰痛の頻度は「いつも」12人(13.8%)、「時々」58人(66.7%)、「いいえ」17人(19.50%)であり腰痛の頻度が多く有意差がみられた。つまり、現在の仕事に就いてから腰痛を発症する者が多いことが示された。年齢の「30歳以下」と「30歳以上」の2群に分け腰痛との関連をみると、「現在の腰痛有」では「30歳以下」24人(48.0%)、「30歳以上」37人(63.8.0%)であり、「職場についてからの腰痛」「腰痛が強くなったか」では有意差はなかった。しかし、「1ヶ月以内の腰痛」「今の仕事に就く前からの腰痛あり」では「30歳以下」19人(39.6%)、「30歳以上」11人(20.4%)と「30歳以下」に多く有意差がみられた。これは年齢によって腰痛が増加するのではなく、若い看護師は腰痛を持って勤務していることが示された。「現在の腰痛の有無」と「身体的につらい作業」の関係については、腰痛がある人は「身体的につらい作業」の中で「おむつ交換」、「起居動作介助」、「清潔整容動作」、「治療・処置」、「車いす移乗の介助」、「食事介助」を多く選

択し有意差がみられた。さらに腰痛がある人は「移乗介助」、「入浴介助」、「体位変換」、「清潔整容動作」、「治療・処置」を多く選択し、有意差がみられた。腰痛がある人ほど上記に挙げた「身体的につらい作業」の12項目を多く挙げていることがわかった。今回の調査では「腰痛の有無」と「身体的につらい作業」の関係において、腰痛のある人ほど「移乗介助」「入浴介助」「体位変換」「起居動作介助」「車いす移乗の介助」などの業務を選んでいった。「車いす移乗の介助」は、一日に1~5回実施する⁴⁾頻繁に行われる日常的作業であり、腰部負担につながっていると推測される。

腰痛時の対処法(複数回答)については、「ストレッチ体操」が52人(50.0%)と一番多く、その後が「湿布・塗り薬」47人(45.2%)、「腰部保護ベルト着用」41人(39.4%)と続いたが、「何もせずに様子を見る」という者も38人(36.5%)であった。「専門医の診察を受ける」は19人(18.3%)、「仕事を休む」は1人(1.0%)と少なかった。

【結論】対象とした看護師は半数以上が腰痛を抱えながら、ほとんど休職せず、身体的につらい作業も遂行している実態が明らかになった。また、30歳以下の看護師でも腰痛のあるものは半数近くに上り、看護業務負担が腰痛の大きな要因であると考えられた。そのため、看護学生や看護師に腰部の負担を小さくするスライディングシートなどの補助具の使用を促す基礎看護教育や院内教育が重要である。今後、対象看護師数を増やして、より高い精度の調査を進めたい。(調査にご協力いただいた皆様に感謝します。)

文献

- 1) 澤田小夜子,林宏樹,佐藤恵子,海野順子(2010):職場で継続できる腰痛予防体操の提案,日本職業災害医学誌 58,24-28.
- 2) WHO(1985):WHO Expert Committee Report:Kdentification and Control of Work-related Diseases,Geneva.
- 3) 富永俊克,國司善彦,城戸研二ほか(2003):勤労者に伴う腰痛とQOL,日本職業・災害医学会誌,51(6):423-427.
- 4) 井上剛伸,関口進ほか(2000):リハビリテーション病院における移乗介助方法と腰痛に関する調査,国立身体障害者リハビリセンター研究紀要,(20):60-70.

子どもの虐待を止めるために ～刑罰よりもケアを～

○伊藤悠子 松浦洋栄 (NPO 法人子育て運動えん)

【公衆衛生の枠組みで見る児童虐待 10 年】

児童虐待防止はすぐれて公衆衛生の課題であり、その枠組みは一次予防の「妊娠期からの養育に関する相談体制の整備で虐待予防を図るとともに、要保護児童対策地域協議会等の職種間連携によって虐待を早期発見」、二次防止として「虐待通告に基づく個別対応と介入」、三次防止として「虐待に至った親と子それぞれの回復ケア」の三者から構成され、それらの連動が要求される。

児童虐待防止法の制定以降この 10 年余、虐待通告件数は増加の一途をたどった。これは虐待事件報道による市民の関心の高まりが進んだ成果でもある。しかし、虐待死亡事例が報道されるたびに個々のケースの詳細な検証を待たず、関係機関の関与の不適切さ、とりわけ児童相談所の通告対応が集中的に批難された。その結果虐待通告は一般に広く知られるようになったが、児童相談所は通告後の初期対応に追われる状況が生まれた。大阪においては、2010 年に二児が死亡する事件が起こったことをきっかけとしてさらに世論が強まり、大阪市の児童相談所では通告から 24 時間以内に全例の安全確認を行うという「24 時間ルール」が敷かれ、いわゆる「泣き声通報」で飽和状態を迎えている。児童相談所の福祉警察的な介入権限が強化されるとともに、虐待した親を糾弾する厳罰化傾向が強まり、市民の善意の通告であっても、当事者の親を「私はそのような目でご近所から見られているのか」と疑心暗鬼にさせたり「子どもの夜泣きで困っても誰にも相談できない」

など、子育て中の親たちを地域社会から孤立させる弊害を生じさせている。その結果、児童相談所の一次予防・二次防止としての相談業務による養育支援、三次防止として虐待を終止するための親のケアという役割を果たせなくなっているのが現状であろう。

【第三次防止の親支援の取り組み】

私たちは、「児童虐待防止法」立法の過程で森田ゆりによって開発された虐待する親が虐待を止めるための回復ケア「MY TREE ペアレンツ・プログラム」を、2003 年から大阪市西成区を拠点に実践してきた。同プログラムは、約 10 名の固定メンバーで週 1 回、計 15 回のグループミーティングでの心理教育的アプローチである。プライバシーが保護された環境下におかれたグループの自己治癒力は、約半年間という短期の目標達成を可能にする。高い出席率や効果の持続性が実証されており、関西を中心に西日本・関東に 10 以上のグループが誕生し、現在までに全グループでの修了者は 500 名を越える。

【事業形態】

私たちは当初の 3 年間、病院と地域の多職種ネットワーク「わが町にしなり子育てネット」を運営主体として、助成金事業で実施、その成果に注目した大阪市の児童相談所が 2005 年に委託開始、2007 年に大阪府の児童相談所も委託を開始されている。以来、大阪市（こども相談センター）大阪府（子ども家庭センター）それぞれの事業を NPO 法人が受託、親の回復ケアを担ってきた。虐待に至った親たちの背景は様々

であり、措置の状況も異なる。親や子どもの年齢、虐待種別、社会背景など異なる人たちがグループを作ることは多様性という意味でプラスに働くことも多い。しかし在宅と長期分離中など、親子の処遇、置かれた状況が大きく異なる場合、関心や行動様式から共感性が生まれにくく、グループへの所属感が損なわれることになる。そのため、私たちは2つのグループを同時開催、同じ週に曜日を変えて同時進行させた。この形式を取ることで、年度内に事業計画を達成させながら、当事者のマッチングを考慮した適切な配置とグループの安全性が確保された。育児不安に対応する予防プログラムは多くの場合日常的なつながりが得られる生活圏で実施されるが、深刻な虐待対応プログラムの場合高い匿名性が求められるため、居住地が特定されない広域実施が必要となる。その上、深刻な虐待対応では転居後の支援の連続性が常に問題となることであり、私たちも官民協働、自治体間の相互乗り入れが功を奏した事例をたびたび経験している。ただ目下の問題はあらゆる委託事業が一律に公募制であるため、毎年単年度事業としてエントリーし、手続きを踏む時間を浪費しなければならないことである。そのためにプログラムへの参加候補者の選定が遅れ、事業展開に支障を生じている。また一連の手続きに専任の事業主ではないプログラム実践者のボランティアな負担が大きく、後継者が限られることは社会資源の損失となっている。

【なぜ、回復支援なのか】

虐待を生みだす土壌は個別家族だけの問題ではなく、社会に浸透しているこども観・ジェンダー意識・DVとの関連性など、

あらゆる影響がからみあっている。虐待防止とは、健康被害をもたらす外的・内的な環境を変えていく公衆衛生の課題である。

親子分離に終わらせず、虐待の状況を変えるためにまず必要な支援とは何か。それは育児技術の情報や親の役割を自覚させる指導ではない。親が人として尊重されなかった体験を痛み、自ら問題を解決する力を持っていることに気づく契機をつくることだ。これが内的環境を整える回復支援であり、日本で開発された MY TREE ペアレンツ・プログラムはその資源の一つである。

独りぼっちで悩んでいた多くの親たちが MY TREE ペアレンツ・プログラムと出会い、同じような立場におかれた他者と出会い、人間的成長をとげていった。すでに修了 10 年後の親子の姿によって、私たちは MY TREE ペアレンツ・プログラムの効果は終わった直後よりもその後さらに熟成し、発展し続けることを知っている。それは、「指導」ではなく、自ら問題を解決する誰もが持っている力を引き出すプログラムの性質に依拠するものである。

【虐待防止のシステム、法的根拠づくり】

日本の虐待防止施策は、一次予防・二次防止・三次防止と調査研究の分野が連動することなく進められてきた。今こそ、親へのケア受講命令と措置解除の司法関与などの司法整備が急がれる。そのためには、単年度事業でプログラムを維持している自治体にしわ寄せせず、国が公衆衛生の視点から親プログラムの普及・プログラム前後の効果の評価方法・費用対効果の研究を進めることが焦眉の課題であろう。

服薬アドヒアランスに関する医療人類学的考察 —アフリカから学ぶ、感染症治療に服薬者の社会関係が果たす役割—

○西真如、姜明江(京都大学・アフリカ地域研究)

【目的】 服薬アドヒアランスを支える要素として、服薬者が有する社会関係の重要性が指摘されることがある。本報告では、アフリカにおける感染症治療の問題をふまえ、医療人類学的な視点からアドヒアランスと社会関係との関わりを検討するとともに、家族をはじめ有効な社会関係をもたないことが多い日本の低所得高齢都市住民の服薬困難について、予備的な考察をおこなう。

【方法】 服薬アドヒアランスに関する文献の検討と、フィールド調査における服薬事例の観察。報告者の西はエチオピアで HIV 陽性者について、姜はザンビアの農村で生活する病者の社会関係についての調査に従事している。両名は大阪市西成区の釜ヶ崎地区で高齢者の服薬に関する予備的な調査を実施している。

【考察】 抗レトロウイルス薬(ARV)の服用は、HIV 陽性者の余命を顕著に延長するだけでなく¹、HIV の新規感染を効果的に予防することが知られている²。ただし適切な服薬行動が伴わなければ、薬剤耐性ウイルスの蔓延によって治療および予防効果が失われることが懸念される。これはとりわけ、HIV 感染症が蔓延しているアフリカで深刻な問題である。

近年の研究では、アフリカ諸国における ARV 服薬アドヒアランスは概して良好で、北米と比べても優れた結果が得られた³。この(やや意外に思える)結果は、服薬者が有する社会関係資本(social capital)によって説明できるという見解がある^{4,5}。社会関係資本とは、個人がある目的を達成するために動員しうる資源とし

ての社会的なつながりを指す概念で⁶、「人間関係の豊かさ」と言いかえてもよい。また社会関係資本の豊かさは、社会の効率性や社会サービスの信頼性を高めるという見解もある⁷。アドヒアランスはこれまで、医療従事者と服薬者との対話および、それを通じて服薬者が「主体的に」服薬行動を確立するプロセスとして理解されてきたが⁸、社会関係への着目は、そこに新たな視点を提供するものである。

Wareらによれば、アフリカでアドヒアランスが良好なのは、服薬者の周囲の人々が、経済的な困難を克服して治療を継続させるための協力を惜しまないこと、またそのことで社会関係における責任を果たそうとするためである⁴。これは重要な指摘だが、Wareらが説明しているのは、どちらかといえば「治療アクセス」の達成であるともいえる。服薬アドヒアランスはむしろ、治療アクセスが保証された上での服薬の達成度(手渡された薬を患者が実際に飲むかどうか)に注目する概念であろう。

エチオピアにおける西のフィールド調査では、良好な ARV 服薬アドヒアランスを達成していると見られる夫婦(ともに HIV 陽性)において、次のような服薬上の工夫が見られた。なお夫婦とも、エチオピアで HIV 感染症治療の第一選択薬とされる多剤混合薬 Zidolam-N[®] 1日2錠を2回にわけて12時間ごとに服用しており、2年以上の服薬歴を持つ。他に長期服用している薬剤はない。

(1) 携帯電話の活用:服薬時間を知るために、携帯電話のアラームを12時間ごと(午前8時と

午後8時)に設定している。

(2) 周囲の者からの働きかけ:家族間で日常的に服薬の確認がおこなわれていた。また服薬者が携帯電話を置いてその場を離れてしまう場合がたびたびあったが、服薬者の家族をはじめその場に居合わせた者が、「アラームが鳴っているよ」と知らせに行く場面が見られた。

いずれも簡単なことのようにだが、HIV 陽性者の服薬への周囲の理解が重要な背景となっている。この事例では夫婦とも陽性者であることを社会的に明らかにしており、外出先でもARV服薬の事実を隠すことはない。

さらに重要な点は、服薬者の周囲の人々からの積極的な働きかけが、アドヒアランスに関係していることである。この点について、姜はザンビアで興味深い場面に会ったことがある。ある病院の外来病棟で、母親がマラリアに感染した幼児を抱いて診察室から出てきた。その母親は診察室でナースから受けた服薬説明が理解できないまま投薬され、退室させられたのである。彼女は不安な顔つきのまま、待合室でマラリア治療薬を幼児に服用させようとしたが、それを見ていた周囲の母親たちが、彼女を説得して診察室に連れ戻し、ナースに再説明を求め、母親どうして確認しあいながら、正しい服薬に導いた。

この事例では当初、医療関係者が服薬指導に失敗しており、患者も積極的には正確な知識を求めなかったのだが、その場にたまたま居合わせた人々からの強い働きかけが、アドヒアランスの達成に貢献したものと理解しうる。

以上のような知見は、日本国内で実施されている感染症患者への服薬指導を考える上でも一定の意義を持つ可能性がある。結核罹患率が顕著に高い大阪市西成区では、高齢の独身男性(とりわけ日雇労働によって生計を維

持してきた人たち)の服薬アドヒアランスが課題となっている。服薬の困難は多くの場合、当人の薬剤への理解の不足や服薬習慣の欠如(いわゆる生活障害の一症状)として理解されてきた。しかし「主体的な」服薬理解と行動よりも、周囲からの働きかけを重視する立場をとるならば、西成区の高齢独身男性の服薬困難を、社会的な孤立の問題と結びつけて考えることができる。家族をはじめとする親密な社会関係が希薄な服薬者の周りに、日常的な服薬働きかけの社会関係を構築できるかどうかは、感染症分野の公衆衛生介入において、本質的な意義を持つ問題であるように思われる。

【結論】服薬者の社会関係は、アドヒアランスの向上に重要な役割を果たしている。それぞれの社会で、周囲からのどのような働きかけが、より良い服薬行動に結びついているか、また社会的に孤立した高齢者の服薬アドヒアランスを向上させるために、どのような介入が有効であるのか、理解するための継続的な調査が必要である。

参考文献

1. Lohse N, Hansen A-BE, Pedersen G, et al. Survival of Persons with and without HIV Infection in Denmark, 1995-2005. *Ann Intern Med* 2007;146(2):87-95.
2. Donnell D, Baeten JM, Kiarie J, et al. Heterosexual HIV-1 Transmission after Initiation of Antiretroviral Therapy: A Prospective Cohort Analysis. *Lancet* 2010;375:2092-2098.
3. Mills EJ, Nachega JB, Buchan I, et al. Adherence to Antiretroviral Therapy in Sub-Saharan Africa and North America: A Meta-analysis. *JAMA* 2006;296(6):679-690.
4. Ware NC, Idoko J, Kaaya S, et al. Explaining Adherence Success in Sub-Saharan Africa: An Ethnographic Study. *PLoS Med* 2009;6(1):39-47.
5. Binagwaho A, Ratnayake N. The Role of Social Capital in Successful Adherence to Antiretroviral Therapy in Africa. *PLoS Med* 2009;6(1):10-11.
6. Granovetter MS. The Strength of Weak Ties. *American Journal of Sociology* 1973;78(6):1360-1380.
7. Robert D. Putnam, Leonardi R, Nanetti RY. *Making Democracy Work: Civic Traditions in Modern Italy*. Princeton: Princeton University Press; 1993.
8. Osterberg L, Blaschke T. Adherence to Medication. *N Engl J Med* 2005;353(5):487-497.

深夜の街における思春期少年の健康問題

○田中勤 (名市大・システム自然科学)
古橋忠晃, 小川豊昭 (名大・精神健康医学)
高石鉄雄 (名市大・システム自然科学)
大坂裕子 (名市大・健康栄養政策学)

【背景と目的】

深夜の街には、数は少ないものの、さまざまな思春期のこどもたち(以下、「思春期少年」とする)がやってくる。演者らが深夜の街で5年近くにわたり継続してきた夜回り調査活動から、出会った思春期少年たちのケースを紹介し、現在の思春期少年の健康問題について考察したい。

【方法】

2007年9月より、主に週末の深夜、名古屋市内の繁華街を中心に、思春期少年に対し声かけ・調査活動を実施してきた。

調査チームは、医師、薬剤師、派遣社員、外国人、看護学生など、さまざまな一般市民で構成されている。深夜の街にいる思春期少年に対し、声をかけ、「深夜の街にいるこどもたちの生の声を大人社会に伝える」ことを少年たちに約束し、同意を得たうえで、健康、生活・社会環境などに関する項目について、開放的質問を中心とする質問票を手がかりに聞き取りを行った。

調査に応じるかどうかにかかわらず、声をかけた機会に、こどもたちが現在困っていることを明らかにし、われわれのできる範囲での助言などのサポートを試みた。

【結果】

深夜の繁華街での夜回り活動は2012年5月20日現在で通算191回に達した。過去1年をみると、暴力団対策や条例改正の成果か、調査開始当初によくみられた薬物濫用経験者や非行の進んだ少年に出会うことは少なくなった。

しかし、学校の流れに乗れず、親ともうまくいっていない、やることも特になく、夢もないと語るこどもたちなど、なおも深夜の街にはサポートすべきこどもたちが存在した。

ケースとしては、少年院を出た後、家との関係が悪く、家出をしてホームレス化してしまった15、16歳の少年たち。中学3年の秋にもかかわらず、高校受験にも気力がわかず、深夜の街で自転車を乗り回す少年たち。高校を中退したり謹慎になったり、ただなにかするわけでもなく公園で仲間同士タバコをふかす少年たち。これら思春期少年たちの性質は、十人十色であるが、中学を卒業した思春期少年たちは、将来をなんとかしたいという思いを示していた。

【考察】

思春期少年の深夜徘徊は、警察の内部規則である「少年警察活動規則」において「不良行為」に該当するとされている。

しかし、深夜徘徊が即非行というわけではない。実際に、深夜徘徊しているだけならば補導されることはあっても、そのまま

少年保護事件として家庭裁判所や児童相談所に送られるわけではない。

したがって、深夜の街にいる思春期少年を非行少年とみることは妥当ではない。しかし、なんらかの問題を抱えて深夜の街をさまよう子どもたちと向かい合うことはなおも必要と思われる。

薬物を使う人はなぜ「助け」を求められないのか

○倉田めば（大阪ダルク、Freedom）

【目的】

薬物を使用する人はなぜ「助け」を求められないのかを、多角的に考察し、薬物依存者を社会的疎外へと追いやる背景に目を向け、薬物依存者の社会的包摂の可能性を探る。

薬物を本当にやめたいと願い始めた時
私には
助けが必要だったが
助けより
薬物が必要だった

【アプローチの仕方】

薬物依存当事者としての体験を踏まえ、さらに大阪ダルクでのピア・カウンセラーとしての回復支援の実践をとおして、薬物の初期使用から薬物依存症へと進行していく各プロセスの中で、薬物を使う人はなぜ「助け」を求められないのかを考える。

最近書いた「ヘルプ」という体験を元にした拙詩からの抜粋である。薬物依存はなかなか助けを求められない病気である。依存症に罹っていようといまいと、薬物を使用している人への支援とは、「助け」を求めることが実に下手くさな人への支援とも言えるのかもしれない。

【考察の内容】

「ヘルプ」

薬物を使い始める前

私には
助けが必要だったが
どうやって助けを求めたらいいのか
わからなかった

なぜ、薬物を使ったのかを聞かれて「好奇心から」とか「誘われたから」と答える人は多いが、これはきっかけにすぎない。薬物を使う人には使うなりの理由がある。多くの薬物乱用者が、薬物を使い始める前になんらかのストレスを抱え、それを回避するために薬物使用に至ったという体験談はよく耳にする。ダルクの利用者が初めて薬物を使用し始めたときの平均年齢は14歳。すでにローティーンの段階で、助けを求めにくいストレスや心の痛みを抱え込んでいたことがうかがえる。

薬物を使い始めたころ

私には
助けが必要だったが
助けを求める気はなかった

薬物が止まらなくなってしまう

私には
助けが必要だったが
誰に助けを求めればいいのか
わからなかった

実際に薬物を使いはじめたばかりの青少年に対してどんな援助ができるのだろうか？この時期は、抑圧しているものを感じないようにしてくれ、また薬物がもたらす快感も思い通りに享受でき、やめようと思

ってもやめられない依存症には至っていない。もちろん非合法ドラッグの使用には罪悪感がともなうので、やめようという気持ちは起こってこないわけではないが、自分から助けを求めるには退学や鑑別所送りという重いペナルティが壁となり相談をしようという気持ちにはなれない。どちらにしても、やめる気がない場合がほとんどなので、薬物の問題に直面化させるには摘発を受けるのもやむを得ないが、重い罰則を科すのでは意味がない。この国の薬物問題の可視化をますます妨げるだけである。

初期使用からしばらく時間がたち、習慣的に薬物の使用を繰り返すようになって、コントロールできないものをコントロールできるという思い込みは、すでに依存症という病気の症状が姿を現している証拠である。仕事も続かなくなったり、友人も去っていったり、薬物を手に入れるために借金をしたり、様々な問題が生じてくるので相談をしたいという気持ちがふと頭をよぎることはあるが、誰に相談を持ちかけたらいいかかわからない。まず目に浮かぶのは警察に逮捕されるイメージである。薬物依存者とは司法モデルと医療・ソーシャルモデルの間で引き裂かれ、追いつめられた人間なのだ。

薬物依存は進行していく。もう薬物を使ったって昔みたいに楽しめるわけじゃない。朝、今日はやめようかと決心しても午後には使っている。孤独だ。ひとりで泣きながら薬物を使うこともある。(誰か・・・助けて)と心の中でつぶやくこともあるけど、気がついたら売人のところに走っている。(今、この瞬間の私を救ってくれるのは、

私をダメにしている薬物でしかない・・・)

最後にはにっちもさっちも行かなくなり、辿り着くところは、警察や精神病院やダルク、それからNA (Narcotics Anonymous) という自助グループなどである。

【結論】

薬物関連問題は、その実態がもっと明らかにならなければ解決の方向が見えにくい。

厳罰主義は可視化を妨げ、薬物を使用している人がなかなか助けを求められない。また、非合法薬物使用者に対する厳しい取り締まりは、最近深刻な問題となってきた合法ハーブなどの脱法ドラッグの流行や、向精神薬の乱用、ガス依存など、法律に引っかからなくても、身体に及ぼす害毒の度合いは極めて高い薬物の蔓延という副産物を生み、野放しの状態が続いている。

公衆衛生の立ち位置から俯瞰すれば、合法的であろうと非合法的であろうと、薬物の身体、精神、社会に及ぼす悪影響は同じであり、可視化をすすめて、解決の糸口を見いだすためには、厳罰主義からケアの方向への施策転換が必須であることは、アメリカのドラッグコート、ポルトガルの薬物非犯罪化政策、各国のハームリダクションなどの成果を見れば一目瞭然であろう。

薬物乱用者、薬物依存者を疎外するのではなく、彼らが助けを求めやすい社会を形成することが、社会的包摂であるといえるだろう。

MSM 向け予防啓発大規模イベントの継続が 大阪の MSM コミュニティに与えた効果

○塩野徳史、市川誠一、金子典代（名市大・国際保健看護学）
鬼塚哲郎（京産大/MASH 大阪）、後藤大輔、町登志雄（MASH 大阪）

【背景】

屋外大規模啓発イベント「PLuS+」(以下、PLuS+)は MSM(Men who have sex with men)を対象とした HIV を含む性感染症予防啓発イベントとして 2004 年から計 7 回実施された。来場者は毎年増加し、2010 年 10 月には推定 6,313 人の来場者があり、主な介入対象である近畿在住 MSM の来場者は 3,990 人と推定された。このうち、過去 6 ヶ月間のゲイ向け商業施設利用割合は 76.0%(2008 年)、72.7%(2009 年)、71.3%(2010 年)と経年的に高い割合であり、ゲイ向け商業施設利用者も巻き込んできた。

【目的】

ゲイ向け商業施設利用者において、イベント来場頻度別にその属性や行動の差異を明らかにし、PLuS+の効果を検討する。

【方法】

2011 年 2 月に大阪で実施されたゲイ向け商業施設利用者対象の無記名自記式質問紙調査結果から近畿地域在住のゲイバイセクシュアル男性及び MSM を分析対象(n=1,391)とし再分析を行った。実施された 7 回の PLuS+総来場頻度によって非来場者、1 回来場者、2 回来場者、3 回以上来場者の 4 群に分類し、属性、性行動、性感染症既往歴、HIV に関する知識、過去 6 ヶ月間の HIV に関する対話経験、予防行動(過去 6 ヶ月間の肛門性交におけるコンドーム使用行動、最後の肛門性交における性行動およびコンドーム使用行動、HIV 抗体検査受検行動)との関連をカイ 2 乗検定で分析した。本調査はエイズ予防のための戦略研究(研究

リーダー市川誠一)で実施された。

【結果】

平均年齢±標準偏差は非来場者 36.6±12.1、1 回来場者 31.7±8.7、2 回来場者 32.1±8.6、3 回以上来場者 35.4±7.6 であり、1 回目・2 回目来場者には 29 歳以下が、3 回目以上来場者は 30-39 歳が、非来場者では 50 歳以上の割合が多かった(p<0.01)。居住地はどの群においても大阪府が多く約 8 割を占めた(p=0.40)。居住期間は 5 年未満の割合が 3 回以上来場、2 回来場、1 回来場の順に減少した(p<0.01)。居住形態では一人暮らしの割合が 3 回以上来場、2 回来場、1 回来場の順に上昇した(p=0.02)。

過去 6 ヶ月間のゲイ向け商業施設の利用頻度を 4 件法で尋ね、よく利用・まあまあ利用を利用群、あまり利用しない・全く利用しないを非利用群に分類して分析したところ、ゲイ向け性的商業施設(ハッテン場)は 4 群間で差はみられなかった。PC 出会い系サイト利用群は非来場(19.7%)、1 回来場(26.0%)、2 回来場(28.2%)、3 回以上来場(30.2%)の順に上昇し(p=0.01)、携帯出会い系サイト利用群は非来場者が 32.8%、それ以外の群が 40.8%から 47.7%と差がみられた(p<0.01)。

過去 6 ヶ月間の肛門性交経験割合は来場頻度の順に 53.4%から 71.2%と高かった(p<0.01)。相手人数では特定人数(p=0.22)および友達など恋人ではない特定相手の人数(p=0.42)に差はみられなかったが、その場限りの相手人数が 5 人以上である割合は非来場者が 17.3%、それ以外の群が 23.9%

から 24.5%と高かった($p<0.01$)。セックス時の薬物併用割合は来場頻度の順に 13.1%から 29.5%と高くなり($p<0.01$)、性感染症既往割合も 32.9%から 56.1%と高くなった($p<0.01$)。HIV に関する知識 6 問を尋ね正答数が 4 問以上であった割合は、来場頻度の順に 46.2%から 77.7%と極めて高くなった($p<0.01$)。また過去 6 ヶ月間における HIV についての対話経験についてゲイ向け商業施設での対話経験は来場頻度の順に 28.8%から 56.8%と高くなり($p<0.01$)、友達や知り合いとでは非来場者が 33.0%、それ以外の群が 58.4%から 64.8%と高かった($p<0.01$)。HIV 抗体検査受検割合は生涯において非来場者が 40.4%、それ以外の群が 60.6%から 76.3%と差がみられ($p<0.01$)、過去 1 年間でも非来場者が 22.0%、それ以外の群が 33.8%から 42.4%と高かった($p<0.01$)。過去 6 ヶ月間の肛門性交におけるコンドーム常用割合は来場頻度の順に 20.3%から 31.7%と高くなった($p<0.01$)。生涯の肛門性交経験のない 263 人(18.9%)を除いたのち、最後の肛門性交の時期、相手

およびコンドーム使用状況、意図、ネゴシエーション状況について分析した結果を表 1 に示した。性交時期はどの群においても 7 割以上が過去 6 ヶ月以内であった。コンドーム使用意図があった割合は非来場者 51.8%に比べ、それ以外の群が 54.5%から 60.2%とやや高い傾向であった。ネゴシエーションを行った割合は非来場者 35.1%に比べ、それ以外の群が 41.3%から 48.5%と高くなり、特に 2 回来場者 3 回以上来場者において有意に高かった。コンドーム使用割合は非来場者 57.3%に比べ、それ以外の群が 57.9%から 63.6%とやや高い傾向であった。

【考察】

知識や意識、検査行動は 1 回の来場で行動変容している可能性が示唆された。過去 6 ヶ月間の対話経験や最後の肛門性交におけるネゴシエーション経験やコンドーム使用意図が 2 回目または 3 回以上来場で高くなっていることから、PLuS+の継続的な実施はコンドーム使用行動促進に関連する規範などの要因を変容させたと考えられる。

表1.PLuS+来場頻度別最後のアナルセックスにおける性行動およびコンドーム使用行動

	非来場 (n658)	1回 (n271)	2回 (n66)	3回以上 (n133)	<i>p-value</i> ¹⁾
一番最後のアナルセックスをした時期					
6ヶ月以内	70.8%	74.5%	74.2%	74.4%	0.61
6ヶ月以上前 ²⁾	29.2%	25.5%	25.8%	25.6%	
一番最最後のアナルセックス時のコンドーム使用意図					
使用意図あり	51.8%	56.5%	54.5%	60.2%	0.27
使用意図なし ²⁾	48.2%	43.5%	45.5%	39.8%	
一番最後のアナルセックス時にコンドーム使用について相手とネゴシエーションした経験					
経験あり	35.1%	41.3%	48.5%	48.1%	0.01
経験なし ²⁾	64.9%	58.7%	51.5%	51.9%	
一番最後のアナルセックス時のコンドーム使用状況					
使用	57.3%	57.9%	63.6%	62.4%	0.58
不使用 ²⁾	42.7%	42.1%	36.4%	37.6%	

1) Pearson χ^2 検定による

2) 「覚えていない」と回答したものを含んで集計した

GISを用いた首都圏における鉄道飛び込み自殺に関する研究

○波多野頌子（早稲田大学人間科学部）、川島 巧（早稲田大学人間科学部）、山路 学（早稲田大学人間総合研究センター）、安藤雅博（株式会社エクシード）、扇原 淳（早稲田大学人間科学学術院）

【はじめに】

我が国の自殺者数は1998年から現在まで3万人を突破している。このような状況を受け、平成18年に自殺対策基本法が施行され、その翌年には自殺総合対策大綱を策定するなどの対応策が講じられている。

自殺の手段別順位は、縊死・ガス・飛び込みと続いている。飛び込み自殺については、それに伴う経済的損失が大きいため鉄道事業者は、それぞれに飛び込み自殺対策を行っているが、現在までのところ自殺者数の減少には至っていない。定時運行を基本とした輸送サービス業のなかで、日本の鉄道は世界一正確であると評されている。そのため、遅延・運休を引き起こす飛び込み自殺は、その鉄道を利用する多くの乗客に影響を与えるほか、鉄道事業者にも多大な経済的損失を与えるため、社会的な問題となっている。一般的に、健康対策を進める上で、記述疫学的・空間疫学的な分析が不可欠であるが、鉄道飛び込み自殺に関するものはあまりない。そこで、本研究では首都圏で発生した鉄道飛び込み自殺について記述疫学的・空間疫学的に分析し、その特徴を明らかにすることを目的とした。

【対象・方法】

鉄道運転事故等報告書等届出書（第2号様式）をもとに作成された運転事故等整理票から、原因が自殺であるもの（首都圏を運輸する鉄道事業者。ただし新幹線にかかるものを除く）、平成14年1月～平成20

年12月発生分）を集計し、データベースを作成した。

調査項目は、①年別飛び込み自殺者数、②都道府県別飛び込み自殺者数、③線別飛び込み自殺者数、④駅別飛び込み自殺者数、⑤事業者別飛び込み自殺者数、⑥GIS(地理情報システム)を用いた可視化の6項目に分けて調査した。

年度は関東運輸局の運転事故等整理票の分類法に従った。GISについては、ArcGIS10 (ESRI社製)を用いた。

【結果】

期間中の飛び込み自殺者数は1,907人(鉄道運転事故等報告書届出書【第2号様式】)であり、近年は増加傾向にあった(図1)。

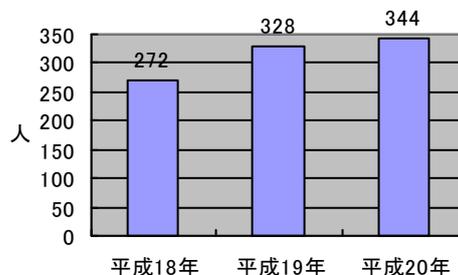


図1. 年別飛び込み自殺者数の推移

都県別では、東京、神奈川、埼玉の順で多く、南関東に多かった(図2)。

鉄道事業者別では、JR 東日本(1366件)・東武鉄道(113件)・西武鉄道(79件)の順で多かった(表1)。路線別では、すべての鉄道事業者管内で飛び込み自殺が発生しており、対象地域内全160路線のうち110路線(66.7%)で1件以上の飛び込み自殺が発生していた。上位3路線はそれぞれ、

中央線：167 件，京浜東北線：120 件，常磐線：111 件であり，路線全体の自殺者数の 20.8%を占めていた（表 2）。

図 2. 都県別飛び込み自殺者数（平成 20 年）

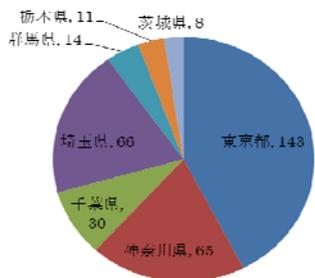


表 1. 事業者別路線距離と飛び込み自殺者数

事業者	路線距離(km)	自殺者数(人)
JR 東日本	2458.8	1366
東武鉄道	463.3	113
西武鉄道	179.8	79

表 2. 路線別自殺者数上位 3 路線（平成 20 年）

路線	路線距離(km)	自殺者数(人)
中央線	134.1	167
京浜東北線	59.1	120
常磐線	350.4	111

駅別（表 3）では，10 件以上発生していたのが，新宿駅：15 件，八王子駅：13 件，荻窪駅：12 件，東京駅：11 件，三鷹駅：10 件で，これら全て中央線であった。

表 3. 駅別飛び込み自殺者数（上位 5）

駅	数(人)
新宿駅	15
八王子駅	13
荻窪駅	12
東京駅	11
三鷹駅	10

GIS を用いて鉄道飛び込み自殺が発生した場所を可視化（図 3）すると，東京中心部に集中しているが，地方部でも散見されることが明らかとなった。



図 3. 飛び込み自殺者数の地理的空間的分布

（平成 20 年）

【考察】

今回の研究から，飛び込み自殺は年々増加しており，かつ，ある特定の空間で多発していた。また一方で，鉄道利用者の少ない空間でも発生していることが明らかとなった。国は，自殺対策として自殺対策基本法の制定や自殺総合対策の実施など，包括的なアプローチを行ってはいるが，その多くを鉄道事業者に背負わせている現状がある。

近年，鉄道事業者にホームドア設置等の自殺防止対策が講じられてきているが，駅構内以外での自殺防止対策については今後さらに必要と考えられた。

また，飛び込み自殺の巻き添えとなった被害者が，PTSD となったことに対して鉄道事業者を訴える事例も発生しており，飛び込み自殺については包括的な対応が求められている。

今後さらに，政府が進める包括的な自殺対策に加え，鉄道事業者独自の飛び込み自殺対策と，その効果の検証が不可欠と考えられた。

移住外国人女性の妊娠・出産・育児期における課題とソーシャルサポート —カナダ・トロントの事例を中心に—

○逢坂由貴 (九州大学 21世紀プログラム課程)

【はじめに】

1. 日本(福岡)の移住女性の抱える問題として、2011年本学会で主に下記の3つの課題を明らかにした。¹⁾

- 1) 文化的・言語的・地理的な壁による社会資源の不足
- 2) 移住者同士・コミュニティ内のつながり不足
- 3) 夫とその家族の理解と協力

2. 本研究では、移民が全人口の半分以上を占めるトロント市に住む、カナダに最近移民をした子育て中(経験のある)女性が、妊娠・出産・子育て期にどのようなソーシャルサポートとコミュニティを利用し、どのようなサポートを求めているのかについての聞き取り調査を実施した。インタビュー内容をもとに、移住外国人女性が抱えがちな3つの問題にトロント市がどのような対策を行っているかを考察する。

【方法】定住外国人女性への聞き取り調査

1. 調査期間 2011年11月～2012年4月
2. 調査対象 (1) 移民女性: オンタリオ州で妊娠・出産・子育てを体験した(している)外国出身の女性9人。(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)。
3. データ収集方法 筆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】

<トロント市の概要>

トロントは人口約248万人のカナダ最大の都市であり、北アメリカの大都市の中では4番目の規模である。トロント市の標語「多様性こそ我が力」の示すように、トロント市民の半分以上が移民であり、その中の半分はカナダ在住歴が15年以下のニューカマーである。1986年以降に移民としてトロントに住んでいる移民の約87%は核家族であり、トロントの全家族の中の約1/3は1986年以降に移民をしたニューカマーの

移民の家族である。²⁾

1. 回答者の基本情報(表)

就学前の子どもを持ち、近年に移民をした移住女性6名。

2. 妊娠期について

トロントには様々なPrenatalクラス(両親学級・無料又は有料・多言語)があり、インタビュー参加者の中には、新しく父親になる男性にフォーカスしたクラスを受講した人もいた。また、出産方法選択の相談を医師にする際などに、医療通訳(無料)を利用した女性もいた。

3. 出産について

トロントではほとんどのお産が硬膜外麻酔を利用した無痛・軽痛分娩であり、麻酔を利用しない自然分娩や自宅出産を希望した女性は産婦人科医ではなく助産師を選択していた。また、入院期間は自然分娩だと4時間、帝王切開を経験した女性でも4日程と日本と比べて非常に短いため、退院後の生活で不自由したと語った女性も多かった。

4. 子育てについて

Family Home Visitor制度でトレーニングを受けた育児経験者(女性)と保健師が2週間に一度、家を訪問して相談・情報提供をする支援を受けた女性もいた。また、育児支援施設には(その地域に多いエスニシティの)多言語・文化スタッフが配置されている。また、支援施設では父親と子どもが参加するように企画されたイベントもあり、男性の育児参加促進に力を入れている。今回のインタビューに参加した女性の夫は、全員が妻と一緒に病院にいたり、出産時に常に立会いをしたりと協力的だった。利用できるソーシャルサポートは、郊外にもアクセスしやすいように点在しており、育児支援施設を利用すると利用者にメリットがあるようになっている。(利用者には交通費、買い物のクーポン、無料サンプル、健康的なスナックや食事等が提供される。)しかし、多くの聞き取り調査参加者から産休後に再就職する際、Day-Careや保育所の利用、Baby-Sitterを雇うのに高額な費用がかかり、妊娠中に保育所の申し込みをして

も、長期間順番待ちをさせられるため、州や市からの保育支援の充実を望む声が聞かれた。

5. 情報収集と仲間づくりについて

スピーチセラピスト、保健師、ソーシャルワーカー等の専門職に子育てについて相談したり、子ども同士の交流や新しいおもちゃで遊ばせたりするために **Early years Center**、**Public library** を利用することが多いと話した女性も多かった。また支援施設利用時に他の母親に知り合うことが多い。同じ国から移民した者同士の団体やメーリングリスト、インターネットのコミュニティも充実しており、そこで知り合った者同士で会って情報交換することも多いことが分かった。

【考察】 昨年に福岡で行った聞き取り調査内容と今回のトロントでの調査を比較して特徴的であった事柄について考察する。

1. 郊外における移住女性へのソーシャルサポート

昨年の福岡における移住女性の聞き取り調査では、多くの参加者が、福岡市等の都市部に外国人を対象としたサポートが集中しており、郊外には移住者へのサポートや移住者同士が知り合う機会が少ないと語っていた。一方で、トロントで聞き取り調査に参加した女性は、トロントの様々な地域に住んでいたが、多くは2カ所程度の育児支援施設は家から短時間でアクセスすることが出来ると語った。

2. 移住女性の周産期うつ病の問題と子育て支援

今回の聞き取り調査参加者の中の多くが、**Healthy Babies Healthy Children (HBHC)**というプログラムの一環として出産退院 48 時間以内に保健師が各家庭電話をし、状況アセスメントや相談に応じるサポートを受けていた。また、近年にカナダに

移民した、現在夫婦ともに大学院生の参加者は、特別なトレーニングを受けた育児経験のある女性と保健師が定期的に家庭を訪問する**Family Home Visit**の制度を利用していた。このプログラムは、2008 年の **Stewart et al.**の研究により、ニューカマーの移民女性は、カナダ生まれの女性と比べて3倍~5倍の割合でエジンバラ産後うつ病評価尺度 (EPDS) で ≥ 10 スコアを示したという結果が明らかになったことによる。また、EPDSで ≥ 10 スコアを示した移民女性は、カナダ生まれの女性よりも産後のケアとソーシャルサポートへのアクセスが低いこともわかっている。このような背景の中でトロント市は移民女性を含め、19 歳以下の母親やホームレスの女性等ハイリスクの女性の子育て支援として、1998 年から **Healthy Babies Healthy Children**というプログラムを実施している。

【まとめ】 今回の聞き取り調査では、カナダに近年移民し、妊娠・出産・子育てを経験しているニューカマーの女性が実際にどのようなソーシャルサポートを利用しているのかというデータを基に、移住女性が周産期・子育て期に抱える傾向のある課題にカナダ・トロント市がどのような対策を取っているのかを考察した。昨年度に実施した福岡で妊娠・出産・子育てを経験する移住女性への聞き取り調査で浮かび上がってきた、課題への対応策への示唆を得るため、さらに考察を深めていきたい。

¹⁾ 逢坂由貴, 外国人女性の妊娠・出産・育児期における課題—福岡県における事例を中心にして—, 第52回日本社会医学学会総会講演集: 122-123.

²⁾ City of Toronto. Toronto's racial Diversity. [2012年5月10日検 索]. <URL: http://www.toronto.ca/toronto_facts/diversity.htm>

表 回答者の基本情報

#	1	2	3	4	5	6
母年齢	38	33	39	31	37	40
子ども年齢	7y	5m	10m	3y	1y	4 m
出身	Ukraine	JP	JP	Nepal	JP	JP
夫の出身	Ukraine	CA	CA	Nepal	CA	JP
渡加目的	移民	学業	結婚	夫の学業	結婚	労働

乳幼児を育てる母親へのサポートと Sense of Coherence との因果構造

○高城 智圭 星 且二 (首都大学東京 都市環境科学研究科)

【目的】Sense of Coherence (以下、SOC)とは、ストレス下にありながらも、ストレスによって心身の健康を害さないだけでなく、ストレスを自己成長や発達の糧に変える力とされ、健康生成論の要の概念である。Comprehensibility、Manageability、Meaningfulnessの3つの下位概念からなる。子育ては子どもだけでなく、母親や家族が成長できる機会であるが、乳幼児を育てる母親は、誰しもが少なからずストレスを感じながら、日々を過ごしている。従来の子育て支援は、疾病生成論的観点に基づいていたが、ストレスを自己成長につなげることをサポートすることが、今後の子育て支援に求められていると考えられる。そこで、本研究では、乳幼児を育てる母親へのサポートとSOCおよび母親の認識との構造を明らかにし、有効な子育て支援を検討する際の基礎資料とすることを目的とする。

【方法】調査対象：A市保健センター6ヶ月児健康相談およびその1年後の1歳6ヶ月児健康診査来所の母親269人。

調査時期：1回目(6ヶ月児健康相談)2010年4月～6月、2回目(1歳6ヶ月児健康診査)2011年4月～6月。

調査方法：自記式質問紙調査。1回目の対象者に対し、1年後の1歳6ヶ月健康診査来所時に1回目と同様の質問紙を配布し、郵送及び留置法にて回収した。

調査項目：子ども及び母親、父親の属性。ソーシャルサポート尺度(パートナー、親

族、近隣・友人それぞれ13項目、4件法)、母親の子育てに関する認識(8項目、4件法)、母親の自己認識(7項目、4件法)、SOC尺度(Comprehensibility5項目、Manageability4項目、Meaningfulness4項目の計13項目、7件法)。

分析方法：探索的因子分析により、潜在変数を設定し、共分散構造分析を行った。属性などによる差異は、多母集団同時分析を行った。有意水準は $p<0.05$ とした。分析にはSPSS19.0およびAmos19.0を用いた。倫理的配慮：本研究は、首都大学東京研究倫理委員会の承認を得て実施した。

【結果】分析対象は1回目、2回目とも回答があった112人(回収率41.7%)である。対象者の属性を表に示す。

潜在変数の設定：子育て認識項目、自己認識項目の計15項目を用い、因子分析を行った結果、2因子が抽出された。因子分析の結果を参考に、「子育ては楽しい」「子育ては負担だ」からなる“子育て認識”、「自分に満足」「よいところあり」「価値ある人間だ」からなる“自己認識”、「パートナーからのサポート」「親族からのサポート」「近隣友人からのサポート」からなる“サポートの認識”、「Comprehensibility」「Manageability」「Meaningfulness」からなる“SOC”の4つの潜在変数を設定した(「」は観測変数、“ ”は潜在変数を示す)。それぞれのCronbachの α 係数は、0.674、0.687、0.555、0.825である。

因果構造モデルの探索：4つの潜在変数を

生徒指導の在り方と保健室経営の関連性 —保健室閉室について—

野口 法子 (関西福祉科学大学健康福祉学部 健康科学科)

【目的】公立中学校の現状において、生徒指導方針や生徒の状態にかかわって、保健室経営の方針に影響を受ける状態が発生することがある。近年、近畿周辺の中学校で保健室閉室の処置がとられている実態が存在する。本研究は、その実態を把握し、生徒指導の在り方と保健室経営の関連性を考察することにより、各学校におけるよりよい保健室経営の実際を考察することを目的とし、第一段として保健室の閉室と生徒指導の関連性について検討する。なお筆者がいう保健室経営とは、狭い意味ではなく、「心身ともに生徒の人格的発達をめざす」ためのものである。

【方法】近畿地方公立中学校の養護教諭に対して質問紙調査を実施した。質問票は郵送にて配布、回収を実施した。調査対象者は、大阪府462校、京都府170校、兵庫県356校、奈良県105校、和歌山県133校、滋賀県101校、合計1,327校の養護教諭で、有効回答をした384(28.9%)人(大阪府123人、京都府39人、兵庫県97人、奈良県35人、和歌山県53人、滋賀県37人)を対象に解析を行った。調査項目は、生徒の保健室利用状況、養護教諭の通常の職場、生徒指導体制、不登校生徒状況、発達障害生徒状況であった。統計解析はSPSS Ver.20を用いて行い、 $p < 0.05$ を有意とした。

【結果と考察】保健室が常に開いている学校は323校(84.1%)、施錠されている状態は61校(15.9%)であった。40歳未満ではopen98校(76.0%) close31校(24.0%)であり、40歳以上ではopen225校(88.2%) close30校(11.8%)であった。保健室の施錠状態が年齢(40歳未満と40歳以上)によって異なるかどうかの関連性は、 χ^2 検定の結果有意であった($\chi^2(1)=9.64, P<.01$)。残差分析の結果より、40歳未満の者方が閉室になる割合が高く、40歳以上の者方が解放されている割合が高いことが示された。同じく職場の状態が年齢によって異なるかの連

関性も有意であり($\chi^2(1)=12.40, P<.001$)、残差分析の結果より、40歳未満の者の方が保健室外で仕事をする割合が高いことが示された(表1)。保健室の施錠状態が、都道府県によって異なるかの関連性は、 χ^2 検定の結果有意であった($\chi^2(5)=23.96, P<.001$)。残差分析の結果、奈良県に施錠の割合が高いことと和歌山県に施錠の割合が少ないことが示された(表2)。同じく職場の状態が都道府県によって異なるかの関連性も有意であり($\chi^2(5)=15.97, P<.01$)、残差分析の結果、奈良県が保健室以外で仕事をする者の割合が多いことが示された。生徒数、来室者数、来室理由、来室手続き、保健室の立地条件、養護教諭が生徒指導部の構成員である、養護教諭が生徒指導部の会議に参加しているか、の項目と施錠状態の間には、有意差は認められなかった。

学校教育法、学校保健安全法、2010年「生徒指導提要」にもあるように、養護教諭の専門性にそった仕事をする場合は、保健室であるべきことは言うまでもない。しかし、15.9%の中学校が閉室されている現状が明らかになった。40歳以上の者の方が開放されている割合が高いのは、経験が豊かなため、生徒指導や他の教職員とも上手く協力しつつ、生徒への配慮もできると考えられる。40歳未満の者、特に20歳代は、生徒指導部などの中堅の教員の意見に従わざるを得ないことや反論する確かな考え、知識、data等の不足などが考えられる。40歳以上は、常に保健室で仕事をする者が、73.4%、保健室外は、26.6%であり、40歳未満は、常に保健室で仕事をする者が、52.6%、保健室外は、47.46%と一日の内数時間は職員室にいる者の割合が大変高いことは注目すべき点である。保健室を長時間空けることは、「保健室は、だれでもいつでも利用できる」ことを否定している。保健室が通常通り運営されない事に関連する要因として、大別すると①生徒の来室数が多すぎるなど生徒の状態に起因するも

の ②養護教諭の経験年数不足や考え方に起因するもの③学校長や生徒指導部の生徒指導方針と保健室経営の方針の違いに起因するものなどが考えられるが、今回の調査からは、養護教諭の経験年数でのみ有意差が示された。奈良県は保健室の施設割合が高く、また保健室で仕事をしている者 38.2%とそれ以外(1日数時間は職員室・職員室のみ)で仕事をしているもの 61.8%と保健室以外で仕事をしているものの割合も高く問題性があると考えられる。保健室の施設状態で、30日以上欠席している者の人数に違いがあるかどうかをみるために、open 群と closed 群で t 検定を実施したが、有意差は認められなかった。同様に、別室登校、発達障害に関しても open 群と closed 群で t 検定を実施したが、有意差は認められなかった。保健室の開放と閉室が不登校に及ぼす影響は認められない。不登校生徒(30日以上休んでいる者)の数の県別平均値は、大阪 10.95、京都 8.28、兵庫 9.74、奈良 3.97、和歌山 4.60、滋賀 9.11 であり、一元配置分散分析の結果、大阪と奈良県、大阪と和歌山県の間で有意となっている。また、兵庫と奈良、兵庫と和歌山の間で有意となっている。別室登校の県別平均値は、大阪 7.80、京都 6.85、兵庫 6.31、奈良 3.18、和歌山 3.40、滋賀 8.47 であり、一元配置分散分析の結果、大阪と奈良県、大阪と和歌山県の間で有意となっている。AS・ADHD・LD と診断されている生徒の人数の県別平均値は、大阪 4.67、京都 5.55、兵庫 3.97、奈良 1.50、和歌山 1.83、滋賀 7.39 であり、一元配置分散分析の結果、滋賀と大阪・兵庫・奈良・和歌山の間で有意となっている。滋賀県は、他府県に比較して発達障害の診断がしっかりとされていることが伺える。

【結論】 今回の調査からは、養護教諭の経験年数で保健室の閉室状態が左右されることが示唆された。理科や音楽、美術の教師が、若年であるが故に、理科室や音楽室、美術室が閉室されることはほとんど耳にしない。もし、指導力が不足している場合は、学年の教師や同科目の教師が TT として授業に入る等の策がとられることであろう。ところが、保健室の場合は、閉室に繋がっていく現状をどう理解すればよいのか。保健室閉室に関し

て、数値で表すことができない因子が多々含まれる可能性が十分考えられる。今回は、保健室閉室に絞っての検討であったが、今後継続的に生徒指導と保健室経営の関連性を検討していく必要がある。

表 1 経験年代と閉室状況

	open	closed	合計
40歳未満	98(76.0%)	31(24.0%)	129(100.0%)
40歳以上	225(88.2%)	30(11.8%)	255(100%)
合計	323(84.1%)	61(15.9%)	384(100%)

表 2 県別閉室状況

	open	closed	合計
大阪	105(84.0%)	20(16.0%)	125(100.0%)
京都	31(77.5%)	9(6.4%)	40(100.0%)
兵庫	87(90.6%)	9(9.4%)	96(100.0%)
奈良	21(61.8%)	13(38.2%)	34(100.0%)
和歌山	51(96.2%)	2(3.8%)	53(100.0%)
滋賀	28(77.8%)	8(22.2%)	36(100.0%)
合計	323(84.1%)	61(15.9%)	384(100.0%)

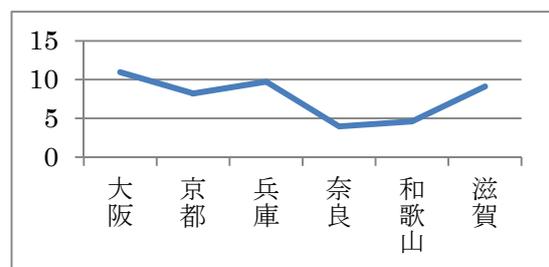


図 1 県別不登校生徒平均比較

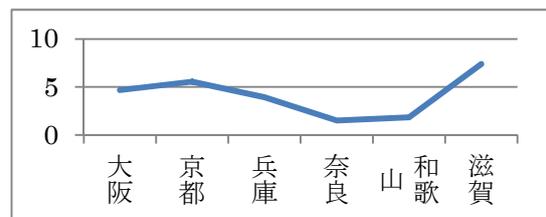


図 2 県別発達障害生徒平均比較

重症心身障害児（者）施設における福祉と医療の調和とは —地域移行支援について重症心身障害児（者）施設実践からの考察—

○佐藤祐輔（四天王寺大学大学院生）

【目的】近年、精神障害者や知的障害者支援では、ノーマライゼーション等の観点から地域移行の取り組みが行われているところである。重症心身障害児（者）施設においても18歳以上の入所者に対しては自立支援法の適用、18歳未満の入所者に対しては児童福祉法の適用といった制度移行のなかで地域移行への取り組みが求められている。今後地域移行を進めるにあたって施設内で直接利用者を支援する施設職員が地域移行をどのように捉えているかを明らかにすることで、その課題を整理する。また、福祉支援と医療ケアの両方を必要とする重症心身障害児（者）施設において、福祉系有資格職員と医療系有資格職員の地域移行への意識傾向を比較することにより、福祉と医療の方向性について考察する。

【調査方法】ある重症心身障害児（者）施設（1施設）において直接利用者を支援する職員へ選択式質問紙によるアンケート調査を行った。調査期間は平成24年5月5日から5月15日である。対象職員128人に質問票を配布し100人（回収率78%）からの回答を得た。本発表では、福祉系職員と医療系職員間での意識傾向の比較を行うことを目的とするため、所持資格によって福祉系、医療系職員の分類を行った。（表1）そのため、管理栄養士、栄養士、調理師、その他資格所持者は本研究対象から除外し、有効回答は90人（70%）となった。（表1）

福祉系職員の人数詳細は福祉系資格を複数所持している職員も含まれているため個々の資格での詳細は示さず、福祉系職員の合計（51人）のみを提示した。なお、教員資格所持者においては、全員が福祉系資格を持ち合わせ、業務内容も福祉支援であるため福祉系に分類した。

（表1）回答者の資格による分類

福祉系	社会福祉士 介護福祉士 保育士 社会福祉士主事 ヘルパー2級 教員	51人
医療系	医師 3人 歯科医師 1人 看護師 24人 准看護師 5人 理学療法士 3人 作業療法士 2人 歯科衛生士 1人	39人

本発表では①福祉系職員と医療系職員での地域移行に対する意識傾向の違いがあるか②アンケート設問「施設からの地域移行について具体的なイメージはどういうものか」③アンケート設問「地域移行に関する取り組みが利用者に対して必要だと感じたことがあるか」についての3点を分析した。

【結果と考察】①福祉系職員と医療系職員での地域移行に対する意識傾向の違いがあるかに関しては、アンケート全般において福祉系職員と医療系職員間での有意差を認めなかった。

上記のことから以下②③の項目について福祉系、医療系の合計値として分析した。

②アンケート設問「施設からの地域移行

について具体的なイメージはどういうものか」では「施設内での地域ボランティアとの交流」13名(14%)「散歩、外食」8名(10%)「日中は地域の作業所等で活動し、夜間は施設で過ごす」29名(32%)「一時的にファミリーホームやグループホームで過ごす」8名(9%)「施設を退所し地域で生活を行う」27名(30%)「無回答」3名(3%)となった。

この結果から「地域移行」の捉え方が職員ごとに異なることがうかがえる。これは調査対象施設における入所者のニーズ(福祉面、医療面等総合的に観て)が幅広く、地域移行においてもそれぞれのニーズを踏まえて判断していると考えられる。

③アンケート設問「地域移行に関する取り組みが利用者に対して必要だと感じたことがありますか」に対して「まったく感じない」3名(3%)「あまり感じない」21名(23%)「感じる」35名(39%)「少し感じる」19名(21%)「とても感じる」10名(11%)「無回答」2名(2%)となり64名(71%)が「感じる」以上の選択肢を選んでいる。

大阪府の調査¹⁾では「(一人ひとりの利用者に対して)支援者が入所者の地域移行についてどのように考えているか」聞いたところ「症状が重症又は不安定で、常時、医学的な管理が必要なため地域生活の移行は不適切」と評価しているものが211名(34%)「わからない」が192名(31%)「まだ地域移行する段階ではない」が86名(31%)であり、95%以上が積極的な地域移行への支援に至っていないことがうかがえる。本調査では64名(71%)の施設職員が利用者にとって地域移行の必要性を感じているという意識を持っていることから、職員が地域移行の必要性は感じるものの「本人の意向が確認できない」「医療ケア資源

の不足」等が地域移行に対する障壁となり、実現への取り組みに消極的にならざるを得ない状況であるといえる。また、本調査において、「それぞれの職種における個別支援計画等の計画として地域移行に関する計画を立てたことがあるか」との問いに対して7名(8%)が計画を立て、そのうち実際に計画を実施できたのが一部実施を含め3名(3%)に留まっている。

【まとめと今後の課題】本調査において福祉系職員と医療系職員間での意識傾向の差はなかった。これは福祉系職員と医療系職員間において地域移行に関する意識傾向として調和が図られているものと考えられる。しかし、一方で地域移行への取り組みが現状においてほとんどなされていないことを踏まえると、これまで地域移行支援の経験がなく、福祉系職員と看護系職員の専門性発揮まで至っていないといえるかもしれない。本調査は1施設を対象にした調査であったが、重症心身障害児(者)の地域移行に対する施設職員の期待値をうかがうことができた。それは利用者のニーズの表れでもあり、利用者がその意思や環境において、選択できるサービスの構築が求められているのではないだろうか。今後、全国の重症心身障害児(者)施設を対象に調査、研究を行い、地域移行における障壁を明らかにし、対応策の構築につなげたい。また、福祉面と医療面の両方を必要とする重症心身障害児(者)において、福祉と医療との調和は必要不可欠であるため、福祉面と医療面の課題を明らかにし、地域移行をめざす連携システムについても検証していきたい。

1) 大阪府「医療的ケアが必要な重症心身障がい児(者)等の地域生活支援方策に係る調査結果報告書(別冊)」42頁 平成23年3月

山間過疎地域における循環器疾患と生活習慣、暮らしへの満足感、近隣および地域との親交との関連について

○須永恭子 立瀬剛志 (富山大学) 笠野千尋 (南砺市友好交流協会)
藤森純子 (富山大学地域医療保健支援部門) 小林俊哉 (九州大学科学技術
イノベーション政策教育研究センター)

【目的】 山間過疎地域に在住する住民の循環器疾患の状況と生活習慣、暮らしへの満足感、地域との親交の関係から健康管理の方法について検討する。

【方法】 対象地域 A 市 B 地区は、標高 1,000m を越える山々に囲まれた急峻な峡谷地形で、豪雪地帯である。全人口は 709 人 (平成 24 年 1 月末) で 253 世帯が生活し、A 市では過疎地域活性化特別措置法等に基づき過疎計画を樹立し、住民の生活基盤整備を行っている。B 地区内には B 地区行政センター、診療所が設置されているが、交通の不便な地域である。

対象は平成 22 年 12 月に B 地区に住民票を有する全成人で、長期入院、施設入所、勤務および学業の都合で 6 ヶ月以上 B 地区を離れている者を除いた 604 名を対象者とした。調査方法は、自記式無記名のアンケートを行った。調査期間は平成 22 年 12 月から平成 23 年 3 月末日までとした。

調査対象者にアンケート調査票を郵送にて発送した。回答は郵送による返送と留め置き法とし、留め置きの回収は自治会長に依頼した。平成 23 年 3 月中旬までに回答が得られたのは 433 名であり (回収率 71.6%)、このうち、40 歳以上の 374 名を解析対象とした。

調査項目は、基本属性、同居家族の有無、循環器疾患 (高血圧、脂質異常、糖尿病、心疾患又は脳血管疾患) の有無、身長、体重、健康状態、食生活、運動、生活習慣、近隣との付き合い、地域活動へ参加、暮らしへの満足感とした。循環器疾患は循環器疾患基礎調査 (厚生労働省) で調査している項目を参考とした。分析方法は、循環器疾患の有無と性、年齢、BMI、健康状態、食生活、運動、生活習慣、暮らしへの満足感、近隣との付き合い、地域活動へ参加について単変量解析を行った。検定には χ^2 検定または Fisher の直接確率 (有

意水準 5% 未満) を用いた。

【結果】 対象の属性は男性 50.1%、女性 49.9%、年代は 40 代 12.3%、50 代 22.2%、60 代 21.6%、70 代以上 43.9% であった。家族と同居は 94.9% であった。循環器疾患でありと回答したのは、高血圧 39.3%、脂質異常 22.2%、糖尿病 12.8%、心疾患又は脳血管疾患 9.6% であった。健康状態は良い 70.1%、睡眠の質は良い 73.4%、暮らしに満足 79.4%、近隣との付き合い無し 5.0%、地域活動への参加無し 9.6% であった。

循環器疾患と生活習慣、暮らしへの満足感、地域との親交の関係については表 1 に示した。値は循環器疾患有りにおける各項目ごとの割合とした。

関係については、高血圧は年代・健康状態・畑仕事・地域活動への参加と有意な関連がみられた。脂質異常は健康状態・BMI・地域活動への参加、糖尿病は性別・近隣との付き合い、心疾患又は脳血管疾患は健康状態・食事量・飲酒と有意な関連がみられた。

【考察】

対象の多くが健康状態が良い、暮らしに満足、近隣や地域との関わりを有しているとしており、比較的健康な生活を送っている人々と評価できた。豪雪地帯で交通の便が悪い B 地区で生活する場合、良い健康状態は必須の条件である。心疾患又は脳血管疾患を有りとした者については、重篤の場合、町部の病院や子供の移住先に移ることが多く、B 地区での生活継続が可能な状態と考えられた。また、有意な関連は見られなかったが、心疾患又は脳血管疾患を有りとした者は、地域の活動への参加は少なく、畑仕事も頻回に行っておらず、自覚症状もしくは再発予防から活動を縮小していると推測された。

BMI において、有意な関連は脂質異常のみであったが、BMI25 未満で循環器疾患有りが多い可能

性が示された。高齢者は痩せていても高血圧を有する者が多く、60代以上が6割以上のB地区においては、健診等での検査も重要となる。

健康状態が良く、この地区の暮らしに満足し、

近隣や地域と親交が多いとする人々の疾患と生活の特徴の詳細を捉えた上で、その地域に適した予防および介入を行うことが、山間過疎地の健康増進活動に求められる。

表1 循環器疾患と基本属性、生活習慣、暮らしへの満足感、近隣・地域との親交との関連 (%)

	高血圧 有り	検定	脂質異常 有り	検定	糖尿病 有り	検定	心疾患又は 脳血管疾患 有り	検定
男性	49.7	n.s	51.9	n.s	66.0	*	61.1	n.s
女性	50.3		48.1		34.0		38.9	
40代	5.5	**	10.8	n.s	6.3	n.s	2.8	n.s
50代	12.9		28.9		27.1		13.9	
60代	17.7		20.5		25.0		22.2	
70代以上	63.9		39.8		41.7		61.1	
健康状態[良い]	55.5	**	60.2	*	58.3	n.s	50.0	**
健康状態[悪い]	44.5		39.8		41.7		50.0	
BMI25未満	67.6	n.s	60.3	**	63.8	n.s	74.3	n.s
BMI25以上	32.4		39.7		36.2		25.7	
睡眠の質[良い]	68.5	n.s	74.7	n.s	68.1	n.s	61.8	n.s
睡眠の質[悪い]	31.5		25.3		31.9		38.2	
腹八分目を心がけている	68.5	n.s	63.4	n.s	75.0	n.s	65.7	**
腹八分目を時々心がけている	21.2		25.6		16.7		8.6	
腹八分目を心がけていない	10.3		11.0		8.3		25.7	
畑仕事の頻度[毎日]	29.4	**	22.1	n.s	21.6	n.s	17.9	n.s
畑仕事の頻度[週に3-5回]	24.4		16.2		13.5		17.9	
畑仕事の頻度[週に1回]	11.8		10.3		16.2		17.9	
畑仕事の頻度[月に1-2回]	34.4		51.5		48.7		46.3	
煙草を吸っている	11.2	n.s	22.2	n.s	20.8	n.s	11.4	n.s
煙草は吸っていない 又は過去にすっていた	88.8		77.8		79.2		88.6	
毎日飲酒	32.6	n.s	32.9	n.s	39.6	n.s	22.9	*
時々飲酒	31.9		31.7		29.2		25.7	
飲酒しない	35.5		35.4		31.2		51.4	
近隣とは立ち話~相談	69.9	n.s	74.1	n.s	62.2	**	62.5	n.s
近隣とは挨拶程度	21.8		17.3		22.2		31.2	
近隣とは付き合い無し	8.3		8.6		15.6		6.3	
地域の活動に週1~月1回程度参加	23.7	*	41.5	*	28.3	n.s	16.0	n.s
地域の活動に年に数回参加	61.9		49.2		53.8		64.0	
地域の活動に参加無し	14.4		9.3		17.9		20.0	
暮らしに満足	81.3	n.s	72.0	n.s	78.3	n.s	87.9	n.s
暮らしに不満足	18.7		28.0		21.7		12.1	

χ²検定またはFisherの直接確率(*:p<0.05, **:p<0.01, n.s:no significant)

過疎地域における高齢者の暮らしに関する研究 ～医師・保健師の視点から～

○上村 聡子 (甲南女子大学)

【はじめに】近年、我が国では集落の過疎化が進む地域が増加し、「限界集落」という言葉が珍しいものではなくなった。高知県でも全市町村のうち、8割以上が過疎市町村である。本研究のフィールド高知県A町も、人口の高齢化・過疎化が急速に進む町である。筆者が調査を開始した2009年から3年の間にも人口減少は続いている。しかし、その地で暮らす高齢者たちは、地域を愛し、互いに助け合いながら生活をしてきた。そこで、本研究は高齢者、医師、保健師の語りから地域における高齢者の暮らしの現状を聞き、複眼的視点でその地で暮らすことの意味を捉え、支援の在り方を検討するための礎とする。

【目的】本研究の目的は、高齢者と地域で活躍する専門職の語りから、高齢者の暮らしの現状を明らかにする。

【方法】1)対象：高知県A町の地域医療に携わる医師、地域包括支援センター職員各1名、老人クラブに属する高齢者

2)方法：医師・保健師に対しては個別の半構造化インタビュー調査を行なった。老人クラブに属する高齢者に対しては、老人クラブへの参加観察法を行った。

3)平成22年11月～23年2月

3)倫理的配慮：本研究は、甲南女子大学研究倫理委員会の承認を得て実施した。A町役場に書面と口頭で本研究の主旨と方法を説明し、文章にて同意を得た。研究対象者には研究の主旨や個人情報保護について、文章を用いて説明を行い、同意を得た。

【結果と考察】

A町の概要

A町は高知県四国山地に位置する、中山間地帯で、棚田や傾斜畑で形成されている山村である。A町にある85の集落は、標高200mから700mという急傾斜地に散在しており、人口密度は約16人/km²である。人口は30年の間に約半分の4900人になり、高齢化率は53%を超える。交通機関は、JR、路線バスがあるが、交通の網の目は荒く、未舗装の道路も多い。高台で生活する高齢者にとっては、足の確保が困難である。

老人クラブでの高齢者の語り

B老人クラブでは、健康教育や親睦、社会貢献活動が行われている。このクラブは女性が多く、賑やかな笑い声があちこちで起こり、活気を感じた。ある高齢女性が地域活動について語った。

ここでは、会長が『相談がある』と声をあげたら、みんなが会に参加します。何か困ったことがあれば、地域の人みんなで解決していくのです。

過疎が進む地域では維持が困難とされている、『地域活動』『地域の力』が継承されている。この地は特別なのであろうか。

この地域は地理的環境が悪く、孤立しやすい。だからこそ、昔からこの地では住民が力を合わせて何事も解決していこうという地域の結束力が強い(役場職員)

その相互扶助の文化を垣間見たのは、日々の生活の困りごとについて会員に質問をした時であった。

長年、棚田で農作業をしていたためか、膝が曲

がりにくく、道の草刈りや庭仕事など、困っていることが多い。でも、元気な会員が定期的に声をかけ、助けに来てくれる。

助ける側の会員は「出来るものが助けるのは当たり前の事」と捉えていた。介護保険制度では賄いきれない部分を、互いに助け合って生活している様子がかがえた。

この地域でも、人付き合いの苦手な人がるのではないだろうか。

あの人は声をかけてもあまり家から出てこない。

こういう所にも出てこなあかん。まあ、時々お土産届けたりしてます。

高齢者は孤立しているのではなく、その状況を誰かがそっと見守っている関係性の中で暮らしているのである。

医師から見た住民の生活

C 医師が A 町に戻ってきた頃はここまでの人口減少は起こっていなかった。

最初はね、結構バタバタして、戦争のような感じだね。家で亡くなる人もいっぱいおったんですよ。山のてっぺんまで行って、看取って、掃りに気がついたら、こんな怖いとこ行ったんやとか思った。でも、家で子供さんが年寄りを看取することはだんだん無くなってきた。ちよつとの所で、家族の踏んばりが効かなくなった。ここ1年、経済的な問題も気がかりです。治療を継続することが困難な方もいる。

やはり、地域力・家族力が低下するのは否めないであろうか。また、年金で生活する高齢者にとっての経済問題は、非常に大きいことがわかる。

後継者育成は非常に難しい。医師とその家族の生活…子供の教育が大きな課題。でも、この地に医師が住んでいることが必要。住民の安心につながる。そして、この地域の住民すべてが、いつまでも住み慣れた地域で暮らしてほしい。

保健師の視点

D 保健師は、住民からの依頼があれば、多くの仕事を調整し、住民のところに駆けつける。

経済的な課題を抱える高齢者も多いです。高齢者が少ない年金で生活しています。

地域住民の中には、一見、家の中に引きこもり、他者との交流を図らない高齢者もいる。しかし、高齢者の中にはテレビや電話、インターネットを用いて、社会のとのつながりを持っている場合もある。

その現状を、隣近所と保健師らが連携しながらそっと見守る。住民の優しさは、地域専門職にも向けられる。

ある日、訪問中に大雪になりました。「こんな山奥から、どうやって掃ろうか。車では掃れないな。」と思いながら家の外に出たら、私が掃る道の雪かきがしてあった。大通りまで。住民さんがずーっと、雪を書いてくださっていた。この地で頑張っていると思ったきっかけです。

この方達は、見返りが欲しくて、優しくするのはない。自分がしたいから、優しくして下さる方が、本当に多いです。

【結論】

A 町では、相互扶助の文化が根付いている。住民間だけでなく、住民と専門職も支え合いながら、ともに暮らしていることがわかった。いつまでも住み慣れた地で暮らして欲しいと願う医師の熱い思いと、住民に寄り添いながら活動する保健師の力量が、住民の生活を支えている。しかし、何らかの医療・介護が必要になった時に高齢者が住み慣れた地で最期まで暮らすことは、困難になっている。経済的課題への取り組みも必要といえる。

地域の健康格差における健康習慣の関連 —生活習慣病を対象に—

- 立瀬剛志、須永恭子（富山大学医学部）、中原静江（南砺市健康課）、
小林俊哉（九州大学科学技術イノベーション政策教育研究センター）

【目的】 地域における健康格差研究では社会経済状態の低いものに生活習慣の悪いものが多いという報告があり、抑うつ度も高いといわれている。また平成の大合併により、市町村内における健康の格差が拡大したと推測されるものの、それが何によって説明されるかという研究は報告されていない。そこで広範囲にわたり合併をした地域にて健康状態の地域格差が存在するかを検討し、それらが一般に推奨される健康習慣の違いによってどの程度説明されるかを検討する。

【方法】 市町村合併により従来別々の共生区だった山村過疎地及び住宅地を含む富山県南砺市において、平成 21 年の特定健診等

の対象となる 19357 人中、実際に受診した 40 才以上の男女で、健診時に生活習慣アンケートに回答した 9897 名（男性 3828 名、女性 6069 名）を対象とした。健診結果により高血圧・高脂血症・高血糖と診断される疾患のいずれか 2 つを有する群を生活関連疾患群とし、生活習慣との関連を検討した。分析においては地域変数（平野部・山間部）を統計モデルに投入し、上記アウトカムとの関連オッズ比を算出した後、生活習慣投入後の変化を検討した。また生活習慣並びに地域変数の独立性を確認した。

【結果】 平野部と山間部の年齢構成はどちらも違いは見られなかった。また平野部は男女とも高血圧症、高脂血症、糖尿病、

Table1.生活習慣病の地域差

		有病率(%)		p-value	
		平野部	山間部	(χ^2 -test)	(Mantel-Haenszel)
男性	高血圧症	56.4	41.4	<0.001	<0.001
	高脂血症	37.5	28.4	0.020	0.034
	糖尿病	14.3	8.0	0.024	0.028
	上記2つ以上	39.8	28.4	0.004	0.004
女性	高血圧症	56.3	44.9	<0.001	<0.001
	高脂血症	27.0	20.2	0.014	0.018
	糖尿病	10.1	5.3	0.012	0.015
	上記2つ以上	40.1	29.3	<0.001	<0.001

Mantel-Haenszel 検定では年齢を調整

そして上記 2 つ以上を有する生活関連疾患

の有病率が山間部と比較して高く、年齢を

調整しても有意性に変化はなかった。次に、BMIを含む健康習慣の地域差を検討したところ、平野部と山間部で違いがあった習慣は、女性間でいくつか見られる程度であった。これらの健康習慣の生活関連疾患に対する調整オッズ比を求めたところ、関連があった項目は男女におけるBMI25以上、男性における1時間以内の歩行、食事の早さ、飲酒習慣であり、女性では朝食の欠食であった(年齢、地区、脳卒中・心臓病・腎不全の既往及び各健康習慣で調整)。

これら生活関連疾患に対する各因子の独立性を検定したモデルの中で、平野部に対する山間部の調整オッズ比は有意に低く、年齢を調整したモデル1から重篤疾患の有無を加えたモデル2、健康習慣を加えたモデル3、その他推奨される生活指標を投入

したモデル4において、格差は多少変化したものの男女とも地域変数の有意性は残ったままであった。

【考察】今回、対象の地域において平野部と山間部で生活習慣病の地域内格差が認められたものの、使用した変数によってその違いをほとんど説明することが出来なかった。この理由として1)健康習慣の地域差は疾病の差に比べ小さい、2)地域に特有の健康阻害要因の存在、3)地域の健康格差においては社会的因子などが重要な要素であることなどが考えられる。今回は従来の健康習慣を中心とした生活変数を中心に検討したが、今後地域に内在する特有の健康因子や地域で差が認められる心理社会的因子による健康格差の検討が必要と考えられる。

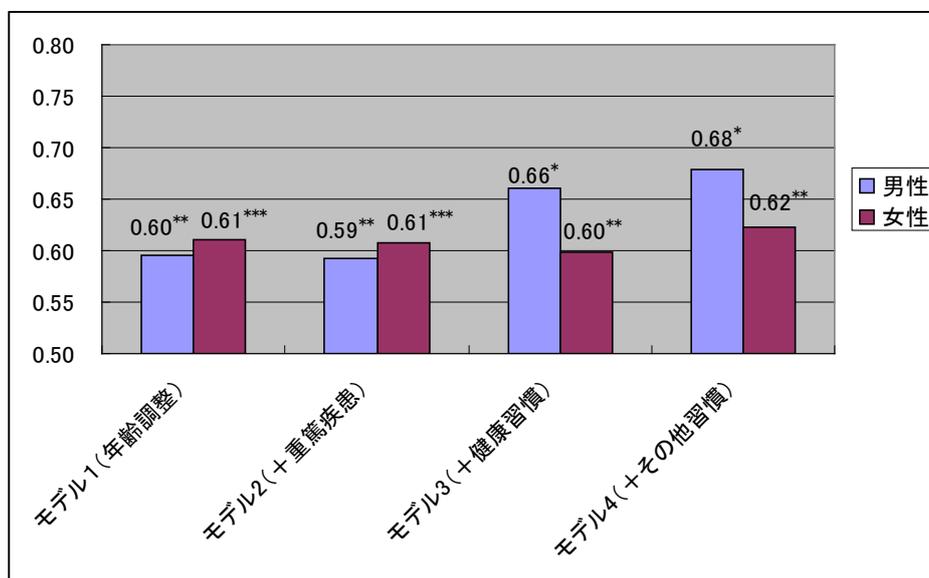


図1. 平野部に対する山間部の生活関連疾患の関連調整オッズ比

全国調査にみる介護保険料滞納者に対する自治体対応の検討

○高橋和行（流山市役所・早稲田大学人間総合研究センター）

扇原淳（早稲田大学人間科学学術院）

【目的】 介護保険料滞納者に認められた健康格差に対する、自治体の問題意識、対策の現状を明らかにすること。

【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。本研究において使用した調査項目は、介護保険料減免実施の有無、介護保険料や給付制限に関する問題意識、介護保険に関する今後の課題などである。

【結果と考察】 調査対象とした全自治体1750団体のうち、アンケート回答があった自治体数は751団体(42.91%)であった。このうち、28団体は、調査協力無しであったため、調査対象は723団体であった。

《保険料減免の実施について》

高齢者の所得格差に対する自治体独自の対策として、低所得者に対する介護保険料減免制度がある。調査回答のあった自治体

の約40%が何らかの形で保険料減免を行っている実態が確認された。また、実施自治体を人口区分ごとに集計した場合(表1)、人口規模が大きくなるにつれて実施率は上昇していることが確認され、人口規模が大きい自治体ほど低所得者対策を行う必要性が高いことが伺えた。

《介護保険制度、介護保険料の問題点》

介護保険料や介護保険料滞納者に対する給付制限に関する問題意識（自由記述）には、260団体から回答が寄せられた。

介護保険料については、高齢化の進展による介護保険料の上昇を危惧している、低所得者の介護保険料算定方法の改善、軽減を行うべきといった回答があった。また保険料滞納者数・相談件数の増加に苦慮するといった回答や認定後に生活保護を受給する場合が多いといった意見もあり、自治体としての対応の難しさを表していた。

表1 低所得者に対する保険料減免実施の有無 ※平成21(2009)年度実績

人口区分	回答数	減免実施数	実施率(%)	(減免割合の基準)
1万未満	128	11	8.5	
1万人以上 - 5万人未満	265	56	21.1	・一律の割合で減免
5万人以上 - 10万人未満	152	79	51.9	→ 125団体
10万人以上 - 15万人未満	88	56	63.6	・収入所得によって異なる
15万人以上 - 30万人未満	66	47	71.2	→ 101団体
30万人以上 - 50万人未満	29	24	82.7	・その他(世帯収入条件等)
50万人以上 - 100万人未満	17	15	88.2	→ 32団体
100万人以上	6	6	100	
計	751	294	39.1	

(注)平成21(2009)年度実績における減免実施対象者は、計28,344人であった。

(注)無回答の自治体は25団体、実施していない自治体は432団体であった。

保険料滞納者が介護サービスを利用する際に罰則として課される給付制限の実施に関しても、市町村の裁量に任される一面があり、生活状況や身体的状況を加味した場合に安易に行えないといった対応に苦慮している回答があった。

《生活困窮者に対する対策》

介護保険料滞納者を含む生活困窮者に対する実態把握・早期介入の対策の有無（自由記述）については、106 団体から回答が寄せられた。このうち、26 団体は、「特になし」と回答している。具体的な回答では、自治体内部での連携はもちろんのこと、自治会や社会福祉協議会、NPO、福祉事業所などの連携による対策の実施が非常に多くなっている。また今日では、上記に挙げた既存の地域や福祉の推進役だけでなく、電気・ガスといったライフラインや、新聞配達事業者・郵便事業者など生活に密着する事業などの民間事業者を加えたネットワーク構築を行っている場合も多い。

【結論】我々はこれまで所得格差を表わす指標の一つである介護保険料滞納者に着目し、ある自治体の介護認定データに関する研究や介護保険の全保険者(市区町村)を対象とした本アンケート調査を行い、介護保険滞納者と健康格差との関連性を検討してきた。その結果、低所得であることが、健康状態の度合いに影響を与えていることが明らかとなった。

また高齢者、特に介護保険料を滞納している低所得者に対する滞納処分や給付制限といった罰則規定については、介護保険事務を担う自治体の決定が生活・生命の維持に直結する場合が考えられる。こうした罰則規定の実施や保険料の減免については、現在では多くの自治体はその裁量によって

実施している事も多く、福祉や倫理的な観点で判断を難しくしている。そのため、現状や実態を把握して国が規定する制度として構築していく必要があると考えられる。

また本調査では、他者とのつながりや地域ネットワークの有用性が今後、重要視される可能性を示唆した。限りある枠組みや少子高齢化社会の現状を踏まえると、低所得高齢者や独居高齢者、一人親世帯など、あらゆる年代・対象に対して、地域に潜在しているつながりや地域ネットワークが果たす役割は非常に大きい。特に、大都市などでは行政や福祉の目が行き届かない可能性も高いことが指摘されていることから、制度改革だけでなく、既存のマンパワーを活かした対策が急がれる。

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。

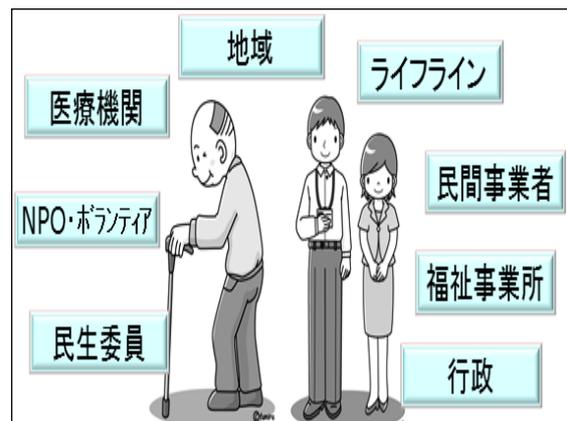


図1 地域ネットワークの構成組織例

高齢者における口腔機能向上プログラムの実践と効果

○井上直子、星 且二（首都大学東京 都市環境科学研究科）

【目的】

平成12年から介護保険制度が始まり、平成18年度からは、介護予防を目的とした介護予防事業の一環として「口腔機能向上プログラム」が開始された。

今回、A市における高齢者への口腔機能向上プログラムの実践と効果について、事業方法と具体的な成果について、客観的指標を踏まえて報告する。

【事業方法】

- 1) 対象者：65歳以上の一般高齢者
- 2) 実施期間：平成21年7月から12月の6ヶ月間、月1回、3回で1コース
- 3) 募集方法：教室は6回実施するが、募集は4回行った。

このため、通常は募集の時期は2回で、参加者が全て入れ替わるのに対して、毎回新しい参加者が加わっていくことになるため「ジャグリング方式」と名付けた。

この方法では、一度に多くの参加者を募らなくても事業が成り立つ。また、参加者が次回新しい参加者を誘って参加することができるため、口コミによる参加勧奨が可能となるといった特徴がある。従来の健康教育の進め方の発想から離脱し、「ジャグリング方式」と名付けた。

【プログラム内容】

時間は午後1時30分から3時30分の2時間で、歯科医師、歯科衛生士、保健師が、個別指導と集団指導を行った。

①個別指導

教室参加時と終了時に歯科衛生士による口腔機能評価を実施し、嚥下能力の評価や、頬や舌の動きを確認した。教室参加時に歯科医師による検診を実施した。

②集団指導

歯科医師による講話を行った。(30分)

さらに、歯科衛生士による口腔体操(唾液腺マッサージ、顔面体操、舌体操、うがい、飲み込み体操)、ブラッシングの指導、ストローを使った実技を行った。(1時間~1時間30分)

また、自宅での課題として、口腔体操を健口カレンダーへ記入したものを毎回提出してもらい、保健師と歯科衛生士が確認し、指導を行った。

【評価方法】

教室を修了した39名を対象とし、歯科衛生士による反復嚥下テスト(RSST)および、オーラルディアドコキネシス(パ、タ、カ)を行い、教室終了時のアンケートにより、実際の感想や、生活面での変化について調査した。

【結果】

1) 参加者の概要

男性：14名、女性：25名（平均年齢：75才標準偏差4.73）であった。

2) 参加者の数値の変化

RSST(図1)、オーラルディアドコキネシス(図2)共に、教室参加時と教室終了時では、平均値が向上しており、統計学的にもその差は有意であることが示された。

($P < 0.01$)

3) アンケート結果

アンケートの結果（有効回答数 35、複数回答可）で、生活面の変化として一番多かったのは「口の中がさっぱりした」の 16 人で全体の 45.7%であった。次に「気持ち明るくなった」の 9 人（25.7%）「声が出しやすくなった」7 人（20%）であった。逆に少なかったものは「口臭が少なくなった」「食べこぼすことが少なくなった」の 4 人（11.4%）「外出することが楽しみになった」の 3 人（8.6%）であった。

図1 RSST の教室参加前後の推移

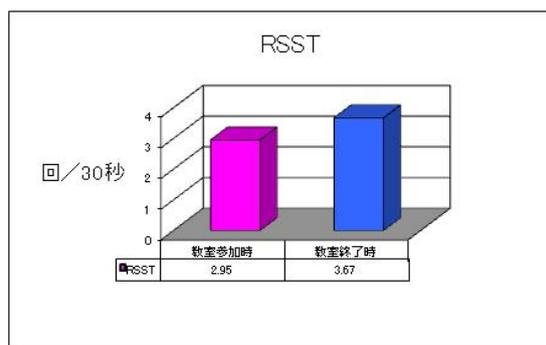
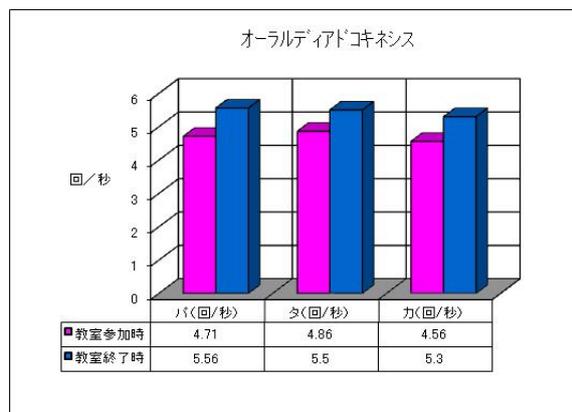


図2 オーラルディアコキネシスの教室参加前後の推移



【考察】

1) 事業方法について

毎回新しい人と会うことで、長期的な健康教育がマンネリ化することを防ぐことができた。また、教室の中で、新しい参加者が先輩参加者から体験談を聞いたり、健口カレンダーを見て参考にすることで、専門職から教えてもらうという、従来の健康教育のパターンから脱することが可能となった。

2) 事業の効果について

嚥下機能を測定・評価することで、口腔機能向上プログラムの実施による効果を評価することができた。

アンケート結果からは、参加者は、口腔機能に対する自覚症状以上に、「快・不快」という感覚や「気持ち」の部分での変化を感じており、このことから、参加者の精神面に良い影響を与えたことが示された。アンケート結果から示された生活面の変化と、口腔機能向上の効果との因果関係について論じることは難しい。しかし、参加者同士の交流で場のエネルギーが高まり、参加者はより効果を実感できているものと思われる。

このように、介護予防事業には、機能向上だけでなく、新しい人との出会いや、日常生活での効果を実感することが重要である。

今後も、このように定量化したものも事業評価として実績を重ねることで、住民にとって魅力のあるサービスを提供していくことが必要である。

地域の健康格差における健康習慣の関連 —生活習慣病を対象に—

- 立瀬剛志、須永恭子（富山大学医学部）、中原静江（南砺市健康課）、
小林俊哉（九州大学科学技術イノベーション政策教育研究センター）

【目的】 地域における健康格差研究では社会経済状態の低いものに生活習慣の悪いものが多いという報告があり、抑うつ度も高いといわれている。また平成の大合併により、市町村内における健康の格差が拡大したと推測されるものの、それが何によって説明されるかという研究は報告されていない。そこで広範囲にわたり合併をした地域にて健康状態の地域格差が存在するかを検討し、それらが一般に推奨される健康習慣の違いによってどの程度説明されるかを検討する。

【方法】 市町村合併により従来別々の共生区だった山村過疎地及び住宅地を含む富山県南砺市において、平成 21 年の特定健診等

の対象となる 19357 人中、実際に受診した 40 才以上の男女で、健診時に生活習慣アンケートに回答した 9897 名（男性 3828 名、女性 6069 名）を対象とした。健診結果により高血圧・高脂血症・高血糖と診断される疾患のいずれか 2 つを有する群を生活関連疾患群とし、生活習慣との関連を検討した。分析においては地域変数（平野部・山間部）を統計モデルに投入し、上記アウトカムとの関連オッズ比を算出した後、生活習慣投入後の変化を検討した。また生活習慣並びに地域変数の独立性を確認した。

【結果】 平野部と山間部の年齢構成はどちらも違いは見られなかった。また平野部は男女とも高血圧症、高脂血症、糖尿病、

Table1.生活習慣病の地域差

		有病率(%)		p-value	
		平野部	山間部	(χ^2 -test)	(Mantel-Haenszel)
男性	高血圧症	56.4	41.4	<0.001	<0.001
	高脂血症	37.5	28.4	0.020	0.034
	糖尿病	14.3	8.0	0.024	0.028
	上記2つ以上	39.8	28.4	0.004	0.004
女性	高血圧症	56.3	44.9	<0.001	<0.001
	高脂血症	27.0	20.2	0.014	0.018
	糖尿病	10.1	5.3	0.012	0.015
	上記2つ以上	40.1	29.3	<0.001	<0.001

Mantel-Haenszel 検定では年齢を調整

そして上記2つ以上を有する生活関連疾患の有病率が山間部と比較して高く、年齢を調整しても有意性に変化はなかった。次に、BMIを含む健康習慣の地域差を検討したところ、平野部と山間部で違いがあった習慣は、女性間でいくつか見られる程度であった。これらの健康習慣の生活関連疾患に対する調整オッズ比を求めたところ、関連があった項目は男女におけるBMI25以上、男性における1時間以内の歩行、食事の早さ、飲酒習慣であり、女性では朝食の欠食であった(年齢、地区、脳卒中・心臓病・腎不全の既往及び各健康習慣で調整)。

これら生活関連疾患に対する各因子の独立性を検定したモデルの中で、平野部に対する山間部の調整オッズ比は有意に低く、年齢を調整したモデル1から重篤疾患の有無を加えたモデル2、健康習慣を加えたモ

デル3、その他推奨される生活指標を投入したモデル4において、格差は多少変化したものの男女とも地域変数の有意性は残ったままであった。

【考察】今回、対象の地域において平野部と山間部で生活習慣病の地域内格差が認められたものの、使用した変数によってその違いをほとんど説明することが出来なかった。この理由として1)健康習慣の地域差は疾病の差に比べ小さい、2)地域に特有の健康阻害要因の存在、3)地域の健康格差においては社会的因子などが重要な要素であることなどが考えられる。今回は従来の健康習慣を中心とした生活変数を中心に検討したが、今後地域に内在する特有の健康因子や地域で差が認められる心理社会的因子による健康格差の検討が必要と考えられる。

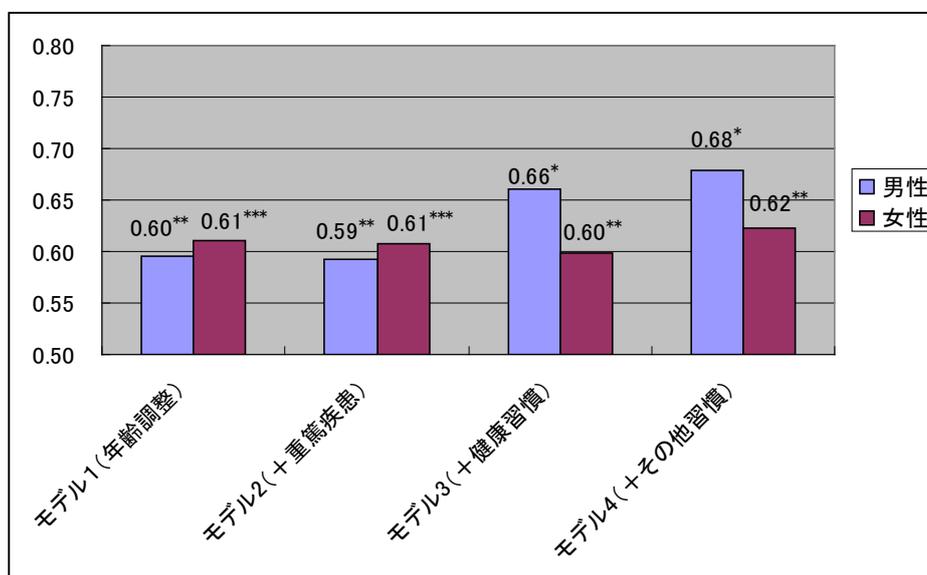


図1. 平野部に対する山間部の生活関連疾患の関連調整オッズ比

認知症有病割合の減少

—地域在宅高齢者のレディネスと教育効果への期待—

○山本 千紗子 (中京学院大学 看護学部)

星 且二 (首都大学東京 都市環境学部)

【研究背景】

認知症有病割合は 3.0%~8.8%と調査により異なる。山本らは東京都A市の 65 歳以上在宅高齢者全数調査データに基づき、有病割合の減少傾向(2001 年 9.6%、2004 年 8.4%、2007 年 7.5%) (Proceedings of the 27th International Conference of Alzheimer's Disease International, London, 121-124)を明らかにした。

【目的】

有病割合減少の要因を、認知症施策、住民の健康レディネスから明らかにすること。

【方法】

郵送配布・回収された自記式調査票は、基本的属性、回答者、主観的健康感、日常活動能力、日常生活習慣、治療中の疾病、介護保険、社会経済状況、就学年数等の項目からなる。分析対象者は 2001 年(回収割合 80.2%)が 13,058 人、2004 年(64.3%)13,182 人、2007 年(60.9%)15,084 人であった。家族が代理回答理由として認知症を選択した場合と、本人が治療中の疾病に認知症を選択した場合を認知症認識群とし、それ以外を非認知症群と定義した。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「預貯金出入・年金等書類記入・新聞書物を読む」について各 1 点で得点化し、ROC 曲線でカットオフポイントを求め、0-1 点を低得点群とした。非認知症群における低得点群は、認知症見逃し割合に相当することが山本ら(厚生指標,2010;57(6):18-24)により明らかにされていることから、認知症有病割合は認知症認識群と認知症見逃し群の割合の和から求めた。有病割合減少傾向要因は、高齢者施策

担当者からの聞き取り、公開資料、データ分析結果と他の統計値とを比較検討した。

【結果と考察】

聞き取り内容の特徴的なものは、(1)認知症サポーター養成は 5 人の小グループにも出前講座をするきめ細かさ、(2)交通機関等から認知症者対応に苦慮している声があり、警察、消防、医療看護等専門職、学生等も含めて職のネットワークを構築、(3)徘徊高齢者の早期発見保護の模擬訓練を実施、(4)他県から迷い込んだ認知症高齢者を住民が保護した例である。公開資料からは、2001 年から共同実施の高齢者調査結果が施策に活かされ、かかりつけ医等の機能の充実、見守りネットワーク構築、第 2 次健康福祉推進プランの特徴として歯科医療体制の充実、徘徊高齢者等位置情報サービスの実施等がある。住民の認知症関心度を認知症サポーター数(2011 年 12 月 31 日現在)で見ると、東京都の人口 1 万人以上の区・市部において、総人口に占める割合は 3.68%(都平均 1.40%)、1 人当たり担当高齢者数は 5.7 人(同 14.6 人)で、住民の関心の高さは実質的に都内で最高である。

分析結果と他の統計値との比較では、(1)在宅高齢者の「要介護認定割合」が低い。分析結果・A市統計値・全国値の順に並べると、2001 年は 8.8%・9.9%・12.4%、2004 年は 8.2%・12.0%・16.3%、2007 年は 8.5%・10.9%・16.5%である。A市統計値はもともと全国平均に比べて低いが、65 歳以上在宅高齢者に限ればさらに低く、健康度が高いことが示唆される。(2)「歯科主治医がいる割合」は、2001 年が 72.0%、2007 年は 71.0%と高い。平成 21(2009)年国民健康・栄養調

査では、“歯に対する関心度が上昇しつつある”程度の改善表現であり、愛知県健康高齢者 4,425 人の 4 年間追跡調査(厚生労働省研究班プレスリリース 2011.1.5)によると、「歯がない・義歯を使用しない」人は、20 本以上有する人と比べて認知症発症リスクは最大 1.9 倍である。A 市の歯科主治医保有割合の高さと認知症有病割合減少傾向には関連があると推測できる。(3)喫煙者割合は 2001 年が男性 27.8%、女性 7.3%、2004 年は 23.6%と 5.9%、2007 年は 20.2%と 5.5%であった。平成 13(2001)年国民栄養調査では男性 60 歳代が 45.9%、70 歳以上 29.0%、女性は 9.9%、平成 17(2005)年国民健康・栄養調査では男性 39.3%、女性 11.3%である。中年期に多量の喫煙をした場合、20 年後の認知症リスクは 2 倍以上(Rusanen M et al.: Arch Intern Med. 2011; 171(4): 333-339) と報告されており、A 市はリスクが低いことが推測される。(4)飲酒(習慣)者割合では「週 3~4 回」と「ほぼ毎日」を合わせると、2001 年は男性 47.0%、女性 9.0%、2004 年は 51.3%と 13.2%、2007 年は 48.9%と 11.5%であった。平成 12(2000)年国民栄養調査では男性 60 歳代が 55.1%、70 歳以上 45.5%、女性は 60 歳代 7.3%、70 歳以上 2.7%であり、A 市男性は全国平均並み、女性は高めの割合となっている。適度な飲酒(ワインで男性 2 杯まで、女性 1 杯まで)は、認知症発症率が 23%低いという報告(Neafsey EJ et al.: Neuropsychiatric Disease and Treatment. 2011;7(1): 465-484) がある。A 市は適度な飲酒と推測されるが、酒量を含めた調査が必要である。(5)「健康記事・番組に関心がある割合」は 2004 年・2007 年共に 93%を超え、(6)「病気は自分で気をつけて防げる」と考える割合は 56.5%(2004 年)と、健康への関心は高く健康行動にも自信が見られるが、希望する福祉施策で「認知症学習会」を選択したのは男性 7.6%、女性 9.6%のみであることから、認知症サポーターは高齢者以外が多いと推測

される。高齢者予備軍は認知症について高い意識をもつと思われ、今後、認知症有病割合はさらに減少が期待できる。(7)就学年数(2004 年調査)では、大学卒以上が 23.7%を占める。同年代の大学進学率は 1955 年 10.1%、1965 年 17.0%であり、A 市高齢者の教育背景は高い。教育年数と「かなひろいテスト」得点は有意に関連し(原田浩美ほか: 高次脳機能研究, 2006; 26(1): 16-24)、教育レベルと身体機能には関連があるという報告(Honjo K et al.: BMC Public Health, 2009;9:131)がある。

【結論】

A 市住民の認知症への関心は高く、2005 年からの施策は充実しているが、2001 年~2007 年の認知症有病割合の減少に直接的効果は考えにくい。教育レベルの高さが背景にあり、健康意識が高く健康行動が伴い、健康に関するレディネスの高さ、つまり健康リテラシー (health literacy) の高さが直接的要因と思われる。健康リテラシーは、2000 年アメリカの「Healthy People 2010」で初めて重要課題の一つに取り上げられたが、我が国の公衆衛生においても重要であることは言うまでもない。早期発見・早期治療開始は重要であるが、予防や積極的健康増進はさらに重要である。本結果は同一市での全数調査と追跡調査に基づき、住民の傾向をよりよく反映している。就学年数には関与できないが、健康リテラシーは教育で高められる。子ども達が将来、認知症にならない教育が肝要である。進学率(高校 96%、大学 53%)の高い我が国は、若い世代への教育効果を期待できる。2012 年 3 月の第 27 回国際アルツハイマー病協会国際会議では、教育の重要性に言及あるいは示唆する発表が多数あった。早くから子ども達を教育することが重要であり、保育園・幼稚園をも含めて、教える側の教育力の向上が必須である。

カザフスタン共和国における青少年の健康知識と態度に関する研究

○齋藤 篤（早稲田大学大学院人間科学研究科）、Sholpan E. Karzhaubayeva、
Salue A. Dikanbaeva（Kazakh National Center for Healthy Lifestyle
Development）、扇原 淳（早稲田大学人間科学学術院）

【背景】

中央アジアに位置するカザフスタン共和国は、1991年に独立を果たした若い国である。面積272万5,000 km²と、旧ソ連を構成していた15共和国の中でロシア連邦に次いで2番目の面積を有している。

同国は豊富な天然資源を有しており、これらを用いた資源輸出国になることを経済戦略として掲げている。

一方で、同国は様々な健康問題を抱えている。「20世紀最大の環境破壊」と呼ばれるアラ海の縮小に関連した問題は、周辺の生態系の破壊だけでなく、地域住民の間に数々の健康障害を引き起こした。

同国は“The State Programme for Reforming and Developing the Health System in the Republic of Kazakhstan, 2005-2010”を掲げ、その中で健康的なライフスタイルの形成、並びに疾患の予防を国民の健康保護の優先目標として掲げており、ここにおいて分野横断的なアプローチが必要であるとしている。

同国では公衆衛生分野において、若者世代の健康状態の悪化、疾患罹病率の上昇、予防行動の質の低下がみられていた。これに対し、従来の研究により、不適切な生活習慣に由来する疾患罹病率は、十代の少年の行動様式、健康と生活の質への影響と関連があることを示している。これらの指標についての研究

の結果、個々人の健康保護についての態度の特定、医療の質、問題のある生活習慣のもたらす影響、食生活などが十代少年の健康評価において重要であることが示されている。

同国では、初等中等教育を11年制から12年制に変更し、それに伴う必修および選択教科数について大幅な見直しを図るなどの教育制度改革を2008年に実施する予定であったが、教員養成、カリキュラム開発、教科書印刷等調整が間に合わなかった。しかしながら、ここ数年のうちに教育制度改革が行われる予定で、関係各所が調整を行っていた。

また、同国では学校教育からの対策として、学校健康教育教科「健康科学」・「健康とライフスキル」等を開発している。

同国の抱える問題に対し、我々は学校における健康教育プログラムの開発と充実が必須であると考え、前述の教科の内容評価など、同国の学校健康教育政策について研究を行ってきた。

本研究では、2007年から2年間、カザフスタン共和国アルマティ市において実施した青少年の健全な保健行動形成のための基礎資料を得ることを目的とした調査を報告する。

【対象・方法】

以下のように段階的な調査を行った。

第1段階:カザフスタン政府刊行の統計資料等を用い、15-17歳の医学的・人口学的状況を調べた。

第2段階:アルマティ市の学校のカザフ語・ロシア語学級において、生徒60名を対象にパイロット研究を行った。

第3段階:同じくアルマティ市の学校において400名の生徒を対象に質問紙調査を行った。

第4段階:質問紙の調査に基づき、データベースを作成した。

第5段階:データベースをもとに統計学的な分析を行った。

第6段階:十代の少年の健康保護行動形成についての方法論の基礎作りを行った。

【結果・考察】

主な結果を以下に示す。

- 1) 一般的な疾患罹病率は5.6%増加した。精神的な疾患の罹病率や問題行動については約5割増加しており、それらの多くは薬物の使用と関連していた。
- 2) 約3分の1は、食生活に注意を払っておらず、片親(未婚の母)家庭では、食事内容のバリエーションがほとんどなかった。また、学生食堂で食事をする生徒の大多数はファーストフードしか摂っていなかった。
- 3) 約7割が学校での体育科授業の他に定期的な運動をしていなかった。4分の1が体育科の授業をきちんと受けておらず、男子生徒の約1割、女子生徒の約2割は体育科授業に参加していなかった。回答者の5人に1人は体

育教科にいい印象を抱いてなかった。体育科授業の出席と教科への態度には関連が見られ、娯楽やゲーム、ダンス、そして十代の少年の運動に対する要望や要望を考慮に入れた形でのフィジカルトレーニングを実施することにより、生徒の体育科授業への出席と興味を増進させることが考えられた。

4) 長時間のコンピュータ使用(4時間以上)の不十分な睡眠時間(7時間未満)の間には統計学的に有意な関連がみられた。

5) 男子の約3割が喫煙していた。喫煙・飲酒習慣と食生活の乱れとの間に統計学的に有意な関連がみられた。このうち約7割が週に3回以上喫煙していた。喫煙行動に生徒同士のそれぞれの行動が影響していた。

6) 約8割が健康的なライフスタイルと、その形成の方法についての知識を全く持っておらず、リスクのある行動をとっている生徒の4割が、行動に伴う健康リスクについて正しく理解していなかった。

7) 4分の1が18歳未満の性交渉を容認できると考えていた。6人に1人は既に性交渉を経験していた。

8) リスク要因のある行動を防止するために必要な条件について、約5割がスポーツやミュージカル、ダンスなどに対して自由にアクセスできる状況を挙げていた。同じく、健康的なライフスタイル、また煙草やアルコール、麻薬の害についての啓発活動の拡充をあげていた。また約4割が教師やカウンセラーと気軽に話せる環境を求めている。

今後は、この結果をもとに学校健康教育プログラムの開発とともに包括的な学校保健プログラムの開発を検討している。

低出生体重児の発現要因に関する体系的文献レビュー

○芹澤（田中） 加奈（早稲田大学）
扇原 淳（早稲田大学）

【目的】

我が国における低出生体重児の割合は年々、増加傾向にあり、現在その割合は10%を超える地域も出てきた。しかし、低出生体重児の発現要因は、胎児自身の問題だけではなく母体の種々の条件の影響を多大に受ける。様々な要因の中からいくつかの因子について検討している論文は存在するが、すべてをまとめている論文は少ない。そこで本調査では文献研究により、低出生体重児の発現要因について検討した論文を整理することを目的とした。

【方法】

1975年～2011年までの原著論文を対象に

”low birth weight”

”risk factors”

”pre-pregnancy”

をキーワードに Pub Med で、

“低出生体重”

“因子”

“新生児”

をキーワードとして医中誌 web で論文を検索した。

原著論文 469 編のうち低出生体重児の出生前のリスクに関する記述のなされている 65 編を選択し、さらに低出生体重児の発現要因に関する記述のある 32 編に絞り、低出生体重児の発現要因に関して検討した。

【結果と考察】

低出生体重児の発現要因は、大まかに 27 因子あり、それを分類すると、1)家族特性の危険因子、2)妊娠前の危険因子、3)妊娠中の危険因子、4)行動、環境の危険因子、5)ヘルスケア因子、6)心理的危険因子の 6 つに分類することができた。さらに細かく分類すると表 1 のようになる。

母親の年齢が高すぎる、もしくは低すぎることや、喫煙していること、また母親の痩身が低出生体重児発現のリスク要因となることは、ほとんどすべての論文で結果が出ており、またそれを否定するものは見つからないことからほぼ確立した因子であると考えられる。近年でてきた新しい因子としては、健診の利用回数や社会経済的要因、心理的要因が挙げられる。健診の利用回数は少ないほど、また母子手帳交付の時期が遅くなればなるほどリスクが上がるという報告がされている。しかし発展途上国では妊婦健診という制度自体がない国もあり、妊娠中に保健師と面会をする機会を作るとは急務であると考えられる。また社会経済的要因に関しては、悪くなるほど低出生体重児出生のリスクは上昇することが報告されているが、我が国においては社会経済的要因をはかることは難しく、それについて記述してある論文がほとんどない。心理的要因は、個人差が大きいため低出生体重児と関連があるという報告と全く関連がないという報告が混在している。不安感、身体的苦痛や不安があることから感じるこ

とが多く他の因子と複雑に関係するために、測定することが難しい。しかし、今後検討が必要である。

【結論】

低出生体重児の発現要因は、様々な因子が絡んでくるため、調査する場合は様々な要因を考慮し聞き取らなければならない。またそれぞれの因子においては、人種間や

国による違いで大きな差が出てくるものがある。しかし、まだ日本では大規模な追跡調査は始まったばかりであり他国と比較することは難しい。

今後は全県レベルでの大規模調査に加え、日本人における低出生体重児の発現要因と他国の低出生体重児の発現要因を比較していくことが必要であると考えられる。

表 1. 低出生体重児の発現要因

家族特性の危険因子	妊娠前の危険因子	妊娠中の危険因子	行動、環境の危険因子	ヘルスケア因子	心理的危険因子
母親の年齢	出産歴	多胎	喫煙	健診	精神的ストレス
人種	母親の身長、体重	体重増加量	低栄養	他疾患の外来	家族サポート
社会経済的状況	LBW出産歴	次子妊娠までの期間	アルコール依存	薬物摂取	
婚姻状況	自然流産など産科疾患	妊娠中毒症	労働		
両親の学歴	母親自身がLBW	胎盤問題	住居		
胎児の性別		貧血			

災害時における保健師活動 —支援活動の経験から—

○吉田澄世、森かすみ（大阪府保健所） 亀岡照子（関西共同印刷所嘱託保健師）

【はじめに】 2011年3月11日に発生した東日本大震災では、災害対策基本法に基づき、公衆衛生医師や保健師、管理栄養士などの保健医療の有資格者が、累計で230チーム、人数で1万1267人が派遣（2012年3月9日12時現在）された。2011年4月22日のピーク時では、保健師だけで299人が派遣されている。被災地では庁舎や病院の崩壊、陸前高田市では、保健師9名のうち6名が死亡・行方不明となるなど、行政、保健医療体制が機能不能状態での支援活動が開始された地域もあった。また、自治体派遣でない、支援保健師による大槌町における全戸家庭訪問活動等も行われている。大災害における支援保健師の活動は、被災地域住民への自治体の保健衛生活動における重要な役割を担う。今後の大災害対策として現地での支援保健師の活動の在り方を考えたい。

【方法】 自治体派遣保健師の支援活動と大槌町で行われたボランティア保健師による全戸家庭訪問調査等の活動を検討した。

① 大阪府保健所から派遣された保健師数名への聞き取り ②発表者の大槌町での家庭訪問体験 ③2012年5月までに発表された論文、報告等を検討材料とした。

【結果と考察】 1. 自治体派遣保健師の活動 災害対策基本法・自治法に基づき派遣された。現在も派遣されているが、ここでは概ね3月（発災4日頃）～8月頃までの活動内容を検討した。活動内容 ①避難所における活動 ○健康チェック・相談 ○生活調査（環境衛生・生活不活発病等）○

感染症・環境衛生対策 ○生活物資、医薬品の調達、整理 ○健康問題発生予防対策 ②地域活動 ○家庭訪問（全戸・要フォロー者・母子“予防接種調査含む”） ○仮設住宅訪問 ○感染症サーベイランス聞き取り ○健康教育 ③会議関係 ○検討会 ○研修会 ○打ち合わせ会議など ④他チーム連携 ○医療や他団体との同行訪問○巡回診療同行など ⑤事務等 ○台帳入力、整理 ○地図マーキングなど ⑥現地職員へのサポート ○統括保健師的役割 ○復旧経過に合わせた保健活動へのアドバイスなど。支援内容は、派遣元や派遣先自治体によっても異なり、①～⑥までの支援活動を全ての派遣保健師がしたということではない。2. 大槌町におけるボランティア保健師による全戸家庭訪問調査等の活動 大槌町に28年間勤務した元大槌町保健師が大槌町に申し入れ、大槌町の調査として開始し、一般社団法人全国保健師教育機関協議会、NPO法人公衆衛生研究所、全国保健師活動研究会を通して保健師に参加を呼びかけた。参加者は延べ555人（実人員137人）家庭訪問期間は2011年4月23日～5月8日の16日間。活動内容 ①避難所を含めた全戸訪問 ○訪問した世帯全員の安否情報と連絡先の確認 ○健康チェック・相談 ○緊急対応・要支援者の町保健師への報告 ②事務 ○台帳入力 ○要フォロー者整理 ○地図マーキング ③フォーカスグループインタビュー ④福祉避難所訪問による地区診断 活動結果 ①震災前3月1日人口16,054人の内、13,935人86.8%

を把握 ②副町長への政策提言 自治体派遣の支援保健師活動では、①～⑥の活動の内①、③が中心の支援や①～⑥の全てを行う支援など、支援活動に幅が見られる。派遣保健師の現地での活動は、①避難先や仮設住宅、また全戸訪問等での個別や集団に働きかける直接支援活動 ②健康や環境調査から情報を整理し、台帳・データ処理を行うとともに課題の把握と情報提供 ③被災市町村の保健衛生福祉分野における支援計画作成への提案などの支援の3点に集約されると考える。全ての自治体派遣保健師が現地の支援活動として、①～③の活動も実践できるような組織的な取り組みが必要ではないか。大槌町で実践された町と連携した支援活動はこれらの活動を抱合しており、今後の支援保健師活動の在り方を指し示す活動ではないだろうか。大槌町での支援活動の発起人である鈴木るり子保健師は「PHNT (public health nursing Team) 災害派遣保健師チームの派遣が必要であり、国も関与した組織、人員、研修等を提案しているが、実現されれば強力な支援体制である。

【おわりに】大槌町の訪問活動に参加して、日頃の保健師活動が地域に根付いていることを実感した。災害時の保健師活動を検討するとき、平時における保健師活動の在り方を抜きにしては考えられない。業務別担当しか経験していない保健師が増え、家族・地域全体を視野に入れ支援し健康課題を把握し改善に向け政策提案する保健師の保健師たる所以である総合力が低下していると判断している。さらに、都道府県保健師では、保健所の統廃合による広域化と人員減、市町村保健師では、分散配置・市町

村合併による人員減に加え、業務量増による人員不足、加えて、どの自治体においても団塊の世代の退職による保健師技術の継承問題等保健師を取り巻く実態は厳しい。しかし、憲法 25 条の“公衆衛生の向上及び増進”を目的とする自治体の保健師にとって、貧困の拡大、13 年連続自殺者 3 万人越え、児童虐待・高齢化率の増加等、国民の健康課題は深刻であり、保健師活動の一層の推進が求められている。保健師の資質向上とマンパワー確保に向け、地域住民とともに取り組む視点を忘れてはならない。災害時対策としても重要なことである。

【引用・参考文献】

- 1) 全国保健師長会.大規模災害における保健師活動マニュアル～阪神淡路・新潟中越地震から学ぶ平常時からの対策～平成 17 年度地域保健総合推進事業「大規模災害時における保健師の活動に関する研究」報告書.2006.
- 2) 平成 19 年度地域保健総合推進事業「災害時における効果的な保健活動の支援体制のあり方に関する検討会」報告書.2008.
- 3) 奥田博子「自然災害時における保健師の役割」j.Natl.Inst.PublicHealth,57(3):2008
- 4) 保健師中央会議「東日本大震災から学ぶ保健活動のあり方」.被災県・市からの報告.岩手県・宮城県・福島県・仙台市各資料.国からの報告資料.シンポジウム.被災地の保健所から.資料.被災地の市町村から.資料.派遣した自治体から.資料.2011.
- 5) 神戸市ホームページ「岩手県陸前高田市における保健師活動報告.2011.
- 6) 宮城県保健福祉部業務研究等報告会.「東日本大震災での保健活動」～保健所保健師の総括的立場から～.気仙沼保健福祉事務所.阪本喜恵子.2011
- 7) 塩満芳子.「東日本大震災における被災地の現状と保健師の役割～福島県相馬市での活動を通して」.メールマガジン Vol.369.2012.
- 8) 村嶋幸代・鈴木るり子・岡本玲子〔編著〕.「大槌町保健師による全戸家庭訪問と被災地復興」.2012.
- 9) 鈴木るり子「元大槌町役場の保健師として取り組んだ支援活動」.保健師の歴史研究.No.9.2012.p25-35
- 10) 週間保健衛生ニュース.第 1650 号.p4-7.36.

公共政策と社会医学 —後期高齢者診療料の検証によるかかりつけ機能の考察から—

熊澤大輔（東京医科歯科大学）

【目的】 プライマリケアの基礎となるかかりつけの医療について、後期高齢者診療料という1つの政策が、かかりつけの医療提供に寄与し得たかを検証すること。

【方法】 東京都の保険医療機関の中で、2008(平成20)年5月、10月及び2009(平成21)年5月、10月のいずれかの時期において、後期高齢者診療料の届出を行っていた全医療機関、1,461施設を対象とした。本調査は、2010年11月に、対象となる医療機関に対して自記式調査票を郵送で発送し、郵送回収とした。

調査項目の詳細は以下の通りである。

- ・施設属性（診療科目、病床数）
- ・所在地
- ・後期高齢者の健診の有無
- ・2008年5月、10月・2009年5月、10月の外来全体及び後期高齢者受診患者数
- ・後期高齢者診療料算定の有無（算定をした場合）
- ・4期間中の後期高齢者診療料算定者数
- ・4期間のうち、最も算定患者数が多い時期に算定した患者の主病とその患者数

- ・後期高齢者診療料を算定した施設で、対象疾患だが算定をしなかった患者の有無（算定をしなかった場合）
- ・後期高齢者診療料を算定しなかった理由
- ・600点の点数設定に対する意見
- ・診療所の後期高齢者診療料算定の意義
- ・「かかりつけの仕組み」を制度化する場合に必要なと思われる事項

【結果と考察】 発送数1,461件に対して閉院等による調査票不達が13件あり、回答数は152件（回収率10.5%）であった。

基本属性として、主な診療科（重複あり）は、「内科」が134診療所で89.3%、「その他」には「小児科」（11診療所）が複数見られ、「泌尿器科」や「眼科」「皮膚科」等も2,3の診療所が該当した。施設所在地については4分の3が23区に所在する。また、健診を行っている施設は142診療所（93.4%）に上り、回答のあった9割以上の診療所で健診が行なわれている。

図1に示すように、後期高齢者診療料の算定状況は、2008年5月、10月及び2009年5月、10月のいずれかの時期において、後

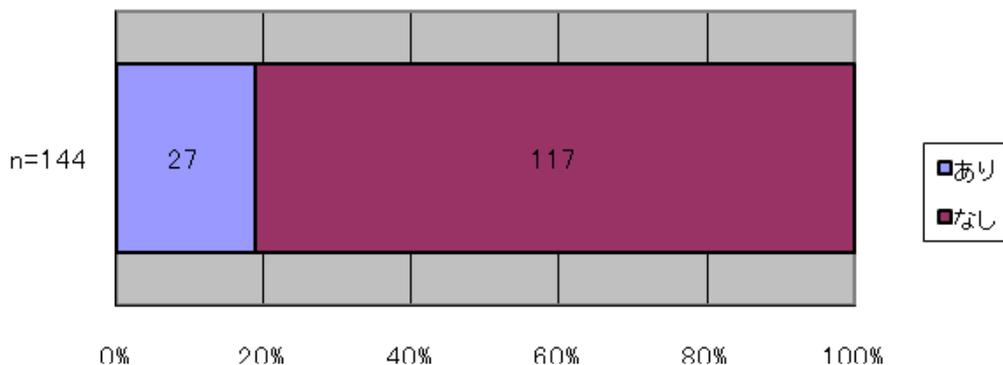


図1 後期高齢者診療料算定の有無

期高齢者診療料を算定したことがある医療機関は 27 診療所(17.8%)である。

また、表 1 にあるように、後期高齢者診療料の届出をしたが、算定をしなかった施設(117 診療所)については、その理由を「2. 患者が後期高齢者診療料を理解することが困難なため」としたのが 59 診療所、次いで「3. 他の医療機関との調整が困難なため」47 診療所、「4. 必要な診療を行うための医療提供コストを十分にまかなえないため」37 診療所であった。「その他」(21 診療所)の回答の中には、「必要のない制度だから」「後期高齢者診療料を採用しない方が(患者にとって)負担が軽くなるため」という制度趣旨への疑問を投げかけるものや、「医学的には大した意味を持たない」「煩雑である」のように、医学的にも事務手続き上も障害となる制度であったようだ。

かかりつけの仕組みの制度化に関する見解として、後期高齢者診療料を算定したことがある医療機関の回答では、かかりつけの仕組みに対する意見としては、1)「地区毎に医師数を分ける」ことで制度化を図るべきという意見や、2)かかりつけの医師を決める患者には低い自己負担にする一方、医師を自由に選択できる患者には高い自己

負担を求めることといった、1)は医療提供者側に向けて、2)は患者側に向けて、それぞれが考慮すべきことを指摘する、医療提供者側、患者側双方に対するコメントが見られた。また、「各科別の専門があるので連携システムが大切」「かかりつけ医と大病院の連携」「介護保険におけるケアマネジャーとの連携」などのコメントからは、診療所だけではなく、病院や介護関係との連携を重要視する意見も見られた。

一方で、かかりつけ医の仕組み自体に疑問を抱く意見は算定を行わなかった診療所に多く見られ、算定を行っている診療所の中にも「診療の一律性を維持するためには、現行の体制が望ましい」「現行のまま、在宅医療の点数を上げることで後期高齢者診療料などなくても在宅医療は進む」といった現行の体制を維持していくことが必要であるとの意見があった。

【結論】後期高齢者診療料の算定の阻害要因としては、点数設定や年齢区分はもとより、算定が煩雑であることが問題である。

後期高齢者診療料を算定することによる医療機関、患者それぞれの負担の問題も考慮する必要がある。診療報酬設定、自己負担はいかにあるべきかの問題が提起される。

1. 対象者がいなかった	7	6.4%
2. 患者が後期高齢者診療料を理解することが困難なため	59	55.0%
3. 他の医療機関との調整が困難なため	47	43.1%
4. 必要な診療を行うための医療提供コストを十分にまかなえないため	37	35.8%
5. 後期高齢者の療養を行うにつき必要な研修を行うのが困難なため	11	10.1%
6. その他	21	19.3%

表 1 算定をしなかった理由 (複数回答可)

低線量放射線障害の検討-福島原発事故を巡って 中枢神経系にみられる障害

○入江紀夫 (入江診療所)、高松勇 (たかまつこどもクリニック)
林敬次 (はやし小児科)、柳元和 (帝塚山大学)
伊集院真知子、山本英彦 (医療問題研究会)

【目的】

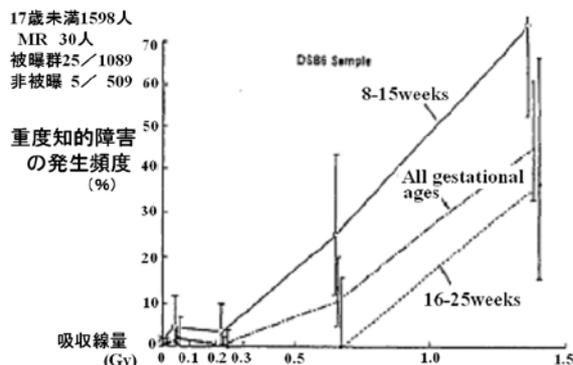
低線量の放射線被曝による人体への影響は、発がんとともに中枢神経系の障害が、広島・長崎の胎内被曝生存者の報告から示唆されている。その後の医療被曝、チェルノブイリ原発事故などにおいて明らかにされた低線量被曝による中枢神経系への影響について文献的考察を行う。

【対象・方法】

low dose radiation、 mental、 development、 cognition、 Chernobyl、 childなどをkey wordに、Pubmedとハンドサーチで検索、放射線の被曝線量を個人毎に定量して解析されている3論文について検討を試みた。

【結果】

1. 原爆での胎内被曝による精神遅滞の発生 Otake 論文 1991 1) 1996 2)



- 1) 重度知的障害の発生は、非被曝群での1%に対し、被曝群では2.3%であった。
- 2) 胎内被曝が胎生8-15週の時期における重度知的障害の発生は、胎生16-

25週の時期比べ、4倍多くみられた。

- 3) 胎内被曝の時期が胎生8-15週の間では、被曝線量と知的障害の発生頻度に、しきい値なしの直線関係が認められる。

2. 乳幼児期の頭部への放射線照射が成人期の認知機能に与える影響

Hall 論文 2004 3)

対象:1930~59年 18か月未満で血管腫の治療を受けた3094人

方法:頭部への照射線量と徴兵登録時の高校進学率と認知能力検査

Dose to frontal part of brain (mGy)	High school attendance	Category of military test	
	Crude odds ratio (95% CI)	Concept discrimination and general instruction	Technical instruction
0	1.00	5.50 (0.07)	5.45 (0.08)
1-20	1.03 (0.81 to 1.31)	5.67 (0.09)	5.40 (0.10)
>20-100	0.86 (0.70 to 1.06)	5.63 (0.07)	5.37 (0.08)
>100-250	0.58 (0.45 to 0.74)	5.42 (0.09)	5.31 (0.10)
>250	0.43 (0.26 to 0.72)	5.34 (0.18)	4.78 (0.21)
Odds ratio Per 50 mGy	0.86 (0.81 to 0.91)		
P for trend†	<0.0001	0.03	0.003

- 1) 18か月未満の脳への放射線外部照射により射により、20mGy以上からオズ比で高校進学率の低下傾向がみられ、50mGy当り10-14%の低下であった。
- 2) 放射線照射群において、成人になってからの認知機能に低下傾向がみられ、技術的習得領域(Technical instruction)には有意の低下が認められた。

3. 妊娠中のチェルノブイリ放射線被曝による大脳優位半球の発達障害

Loganovsky 論文 2008 4)

1986・4・26~1987・2・26 生 11~13 歳

被曝群:Prepyat から避難 100 人 **66.6 ± 37.3 mSv**

対象群: Kiev 在住 50 人 **1.3 ± 0.4 mSv**

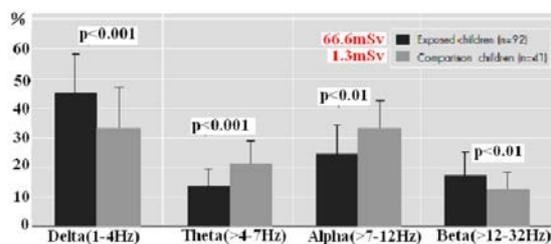
胎内被曝線量 ICRP 8 8 モデル

1) 全児童の運動機能検査結果

Sign	Exposed Group (N=100) 66.6mSv	P	Comparison Group (N=50) 1.3mSv
Spontaneous movements			
Chorea-like movements, Right	19 (19%)	0.09	4 (8%)
Chorea-like movements, Left	21 (21%)	0.06	4 (8%)
Athetoid-like movements, Bilateral	3 (3%)	0.6	0
Tremor, Right	23 (23%)	< 0.001	1 (2%)
Tremor, Left	23 (23%)	< 0.001	0
Steadiness shortening, 20 seconds, Right	66 (66%)	< 0.001	11 (22%)
Steadiness shortening, 20 seconds, Left	67 (67%)	< 0.001	10 (20%)
Voluntary movements			
Thumb opposition test			
Fluency troubles, Right	18 (18%)	0.049	3 (6%)
Fluency troubles, Left	72 (72%)	< 0.001	17 (34%)
Precision troubles, Right	12 (12%)	0.009	0
Precision troubles, Left	71 (71%)	< 0.001	11 (22%)
Forefinger tip touch test			
Tremor, Right	21 (21%)	0.001	1 (2%)
Tremor, Left	20 (20%)	< 0.001	0
Precision troubles, Right 20 (20%)		0.002	1 (2%)
Precision troubles, Left	15 (15%)	0.049	1 (2%)

運動機能は胎内被曝群において、自発運動で振戦の増加やバランス保持の低下、随意運動での指先の巧緻性に有意の低下がみられた。

2) 脳波所見



胎内被曝群でデルタ波、ベータ波成分の増加、アルファ波およびシータ波成分の減少で有意の差がみられた。

3) 知的発達 (WISC)

大脳優位半球の機能低下を示す言語性 IQ が被曝群において有意に低下している。

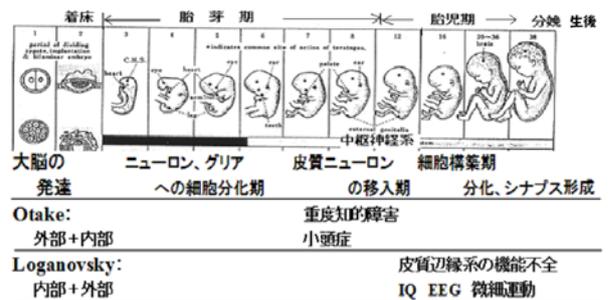
Intelligence	Exposed Group (N=80) [Mean, SD]	P	Comparison Group (N=38) [mean, SD]
Full-scale IQ	113.7 ± 12.7		119.3 ± 10.7
Verbal IQ	106.6 ± 12.2	< 0.001	116.1 ± 14.2
Performance IQ	118.9 ± 15.2		119.3 ± 8.5
IQ discrepancy (pIQ - vIQ)	12.3 ± 14.2	< 0.001	3.2 ± 13.5

【考 察】

人間の脳は単一の器官として最も複雑な構造体である (亀山義郎 1987) 5)

発生的特徴	外因性発生異常
1. 発生、発育の期間が長い 最も早く発生が開始しながら成熟にする期間が長い	感受期が際だって長い
2. 胎生期の特定の発生段階で未分化 神経細胞の増生能が高い	障害感受性が高い
3. 神経細胞は胎生期に産生完了し、以後再生しない ニューロン構成が部位的、機能的に多様	障害を受ける発生段階に応じ、多彩な非可逆的機能欠陥をもたらす

中枢神経系の形成・発達の時期において低線量放射線被曝により生じる大脳の多彩な機能障害を 3 論文は示している。



【結 語】

1. 胎生 8 週から乳児期まで発達途上の大脳では、100 mSv 未満においても機能障害をもたらす危険性がある。
2. 低線量放射線の影響評価には、微細運動能力、IQ、EEG、学業などの精神神経機能全般にわたる評価が必要である。
3. 妊婦、乳幼児、女性の放射線被曝は回避すべきである。

References

- 1) Brain Damage among the Prenatally Exposed J Radiat Res, Supplement,249-264(1991)
- 2) Threshold for radiation-related severe mental retardation in prenatally exposed A-bomb survivors: a re-analysis Int J Radiat Biol. 1996
- 3) Effect of low doses of ionising radiation in infancy on cognitive function in adulthood: Swedish population based cohort study BMJ 328 : 19,2004
- 4) Disrupted Development of the Dominant Hemisphere Following Prenatal Irradiation The Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences 2008
- 5) 亀山義郎 放射線胎児被曝と大脳発達障害 一調査研究の現状と問題点一 RADIOISOTOPIS 1987

低線量被曝の影響—原発労働者では累積被曝量 20mSv 以下でも がん発症が確実に増える

○高松勇 (たかまつこどもクリニック)、林敬次 (はやし小児科)
伊集院真知子、山本英彦 (医療問題研究)、入江紀夫(入江診療所)

【はじめに】

「100mSv 以下の被曝に関して害があるという具体的なデータはない」と日本の専門家たちの多くが主張しているが、20mSv 以下の低線量被曝でも明らかにがん死亡が増加していることが確認されたので報告する。

【対象】

世界 15 カ国の原子力関連企業(大部分は原発)で働く労働者 407,391 人を対象とした調査結果である「低線量被曝後のガンのリスク」(E.Cardis ら, BMJ2005 年) 論文を検討した。この論文の特徴は、1) 「低線量被曝後のガンのリスク」の研究として規模の大きさにある。被曝がん死亡者数は 5,220 人で、広島・長崎における原爆被曝者の研究 3,329 人を大きく上回るものである。2) 全員が線量計をつけており、被曝線量が正確に判明している。3) 低線量被曝、持続暴露の環境下で発症したものであり、原発事故での被曝に近い環境であると考えられる。

【結果】

対象者の被曝がん患者数は 5220 人。研究対象者の累積被曝量は平均が

19.4mSv(50mSv 未満が 90%、500mSv が 0.1%未満) という低線量被曝であった。日本からの報告では累積被曝量は 18.2mSv であった(表 1.参照)。また、過剰相対リスク (ERR: Excess relative risk/1Sv・放射線を浴びることによって単位線量あたりどのくらい過剰にリスクが上昇するかを表す) が 0.97 であり、1 Sv の被曝で、白血病を除く全てのがんの発生危険率を 1.97 倍に上昇させていた。さらに、固形がんを 1.87 倍に、白血病を 2.93 倍=増加させていた(表 2.参照)。

【結論】

平均被曝線量が 20mSv に満たない 19.4mSv で発がん死亡率の上昇が認められ、統計上意味のある上昇とされている(2005 年)。以上から、2005 年以降に「100mSv 以下では発がん死亡リスクの上昇は認められない」という断定的言い方は許されなくなったと考える。

【考察】この論文のデータからすれば、福島の子どもたちに年間 20mSv を強要すること、「健康に影響が出る放射線量について生涯累積被曝を 100mSv としたこと」は、全く安全性を無視した対応であり撤回すべきである。

表1. 原発労働者のがん

累積被曝平均 (mSv)

Table 1 Cohorts included in the 15 country study

	No of facilities	First year of operations	Follow-up period	No of workers	Person years	All causes	Deaths		Collective cumulative dose (Sv)	Average individual cumulative dose (mSv)
							All cancers excluding leukaemia	Leukaemia excluding CLL		
Australia	1	1959	1972-98	877	12 110	56	17	0	5.4	6.1
Belgium	5	1953	1969-94	5 037	77 246	322	87	3	134.2	26.6
Canada	4	1944	1956-94	38 736	473 880	1 204	400	11	754.3	19.5
Finland	3	1960	1971-97	6 782	90 517	317	33	0	53.2	7.8
France CEA-COGEMA	9	1946	1968-94	14 796	224 370	645	218	7	55.6	3.8
France EDF	22	1956	1968-94	21 510	241 391	371	113	4	340.2	15.8
Hungary	1	1982	1985-98	3 322	40 557	104	39	1	17.0	5.1
Japan	33*	1957	1986-92	83 740	385 521	1 091	413	19	1526.7	18.2
Korea (south)	4	1977	1992-97	7 892	56 227	58	21	0	122.3	15.5
Lithuania	1	1984	1984-2000	4 429	38 458	102	24	1	180.2	40.7
Slovak Republic	1	1973	1973-93	1 590	15 997	35	10	0	29.9	18.8
Spain	10	1968	1970-96	3 633	46 358	68	25	0	92.7	25.5
Sweden	6	1954	1954-96	16 347	220 501	669	190	4	291.8	17.9
Switzerland	4	1957	1969-95	1 785	22 051	66	24	0	111.2	62.3
UK	32	1946	1955-92	87 322	1 370 101	7 983	2201	54	1810.1	20.7
US Hanford	1	1944	1944-86	29 332	678 833	5 564	1279	35	695.4	23.7
US INEL	1	1949	1960-96	25 570	505 236	3 491	886	26	254.6	10.0
US NPP	15	1960	1979-97	49 346	576 682	983	314	19	1336.0	27.1
US ORNL	1	1943	1943-84	5 345	136 673	1 029	225	12	81.1	15.2
Total	154	—	—	407 391	5 192 710	24 158	6519	196	7892.0	19.4

CEA-COGEMA=Commissariat à l'Energie Atomique-Compagnie Générale des Matières Nucléaires; EDF=Electricité de France; NPP=nuclear power plants; INEL=Idaho National Engineering Laboratory; ORNL=Oak Ridge National Laboratory; CLL=chronic lymphocytic leukaemia.
*No information available to allow separation of different facilities.

90%は50mSv未満, >500mSvは0.1%未満

表2. 1Sv=1000mSvでがん(白血病以外の)が約2倍に増える、との結果

Table 2 Estimates of excess relative risk per Sv (95% confidence interval) for all cancers excluding leukaemia, solid cancers, and leukaemia excluding chronic lymphocytic leukaemia, for nuclear workers and survivors of A bomb in Japan*

	15 country study		Atomic bomb survivors (men exposed at age 20-60)	
	No of cancers	Risk	No of cancers	Risk†
All cancers excluding leukaemia	5024	0.97 (0.14 to 1.97)		
Solid cancers	4770	0.87 (0.03 to 1.88)	3246	0.32‡ (0.01 to 0.50)
Leukaemia excluding CLL:				
Linear model	196	1.93 (<0§ to 8.47)	83	3.15¶ (1.58 to 5.67)
Linear quadratic model				1.54** (-1.14 to 5.33)

CLL=chronic lymphocytic leukaemia.

*Colon dose used for all cancers and solid cancer analyses, bone marrow dose for leukaemia.

†Note that because analyses were restricted to men aged 20-60 at exposure the confidence intervals are much wider than those presented by other investigators^{13, 14} and are based on the full cohort.

‡Analyses carried out at IARC with excess relative risk model that allows for age at exposure modification, adjusted for attained age, calendar period, and city. Estimate for men exposed at age 35.

§Estimate on boundary of parameter space.

¶Analyses carried out at IARC with constant excess relative risk model, adjusted for attained age, calendar period, and city.

**Analyses carried out at IARC—linear term of linear quadratic model—preferred model for describing leukaemia mortality in analyses of data on A bomb survivors.¹⁴

過剰相対リスク(ERR: Excess relative risk/1Sv) 0.97=1.97倍に上昇する
=放射線を浴びることによって単位線量あたりどのくらい過剰にリスクが上昇するか

保育園の保護者を対象とした内部被ばくに関する意識調査

○西村知沙香(京都府立医科大学付属病院)
西田直子(京都府立医科大学医学部看護学科)

【背景】平成23年3月11日に、東北地方太平洋沖地震に伴い、東京電力福島第一原子力発電所において事故が発生した。その周辺環境から通常よりも高い程度の放射能が検出された。

東北・関東の放射線の空間線量は通常より高い状態が続いており、暫定規制値以上の食品が検出されるなど、「放射線」「放射能」(以下放射線等と省略する)による汚染が広がりを見せている。また、食品の流通が発達した今日において、関東・東北からの食品は全国に流通しており、原発周辺から離れた地域であっても、食物を摂取することによって内部被ばくする可能性が十分にある。

【目的】本研究は、保育園の保護者を対象に、内部被ばくに関する意識調査を行い、子どもたちがより安全に食事できるように、また、子どもたちに安全な環境を保障し内部被ばくによる健康障害を起ささないための情報提供の基礎的資料とすることを目的としている。

【方法】京都市内2箇所の保育園の保護者261名を対象とした。園の各クラスに設置されている連絡用のポストに、1家庭につき1部ずつ質問紙をポスティングし、各クラスに回収箱を設置する留め置き法で回収を行った。調査期間は、平成23年10月7日～18日である。数量的データはExcel2007を用いて処理し、分析にはSPSS15.0J for Windowsを用いた。情報・知識や、被ばくに

対する意識、食生活について、使用する情報ツール、収集している情報の内容、食の安全への配慮が関連しているのかを検討するためにクロス表を作成し、Pearsonの χ^2 検定を行った。有意水準は5%未満とした。倫理的配慮として、調査は無記名とし、対象者に調査の趣旨、方法、秘密厳守について説明し、同意を得た。

【結果と考察】1. 調査の対象者は、男性11人(6.3%)、女性165人(93.8%)、回収率63.9%、平均年齢35.4歳であった。

2. 汚染された食品を食べることにより内部被ばくすることを、「知っている」が90.0%、「知らない」が9.1%であった。子どもは放射線に対する感受性が高いことを、「知っている」が86.9%、「知らない」が13.1%であった。内部被ばくは外部被ばくよりも健康の影響が大きいことを、「知っている」が60.8%、「知らない」が39.2%であった。放射性物質を吸収・濃縮しやすい食品があることを、「知っている」が35.2%、「知らない」が64.8%であった。

3. 放射能関連情報を意識的にチェックしている保護者は94.9%で、チェックしている内容に関して、約半数以上の人「食品の汚染状況」、「被ばくによる健康障害」について意識的に情報収集しており、保護者が放射性物質による食品の汚染やその影響に関心が高いことが分かった。しかし、「国

表1 意識的に収集している放射能に関する情報の内容	n=176	
	n	%
食品の汚染状況	121	72.5
福島第一原発の状況	101	60.5
被ばくによる健康障害	86	51.5
国の食品検査体制	53	31.7
全国汚染マップ	51	30.5
放射能排出に有効といわれているものについて	27	16.2
被災地瓦礫処理に関すること	28	16.8
汚泥焼却灰に関すること	16	9.6
検出されている放射性核種について	15	9
その他	3	1.8

の食品検査体制」、「全国汚染マップ」をチェックしている人は少数であることから、食品の放射能汚染や、被ばくによる健康障害についての関心は高いものの、具体的にどのように食品の検査が行われ、どのような食品が検査をクリアし流通しているのか、また、全国汚染マップをチェックしていないために、日本全土において放射能汚染がどのくらい広がっているのかということまでは注意していない人が多いことが示唆された。放射線等関連情報の理解度は、「やや難しいが理解できる」が 51.4%、「難しく理解できない」が 48.1%であった。被ばくを避けるためには、被ばくによる人体への影響を知り、放射線や放射性物質の危険性を認識することが重要である。しかし、放射線等に関する情報の理解が難しいために、知識の取得が難しく、そのため、被ばくの危険性を認識しにくい状況に保護者があるのではないかと考える。

4. 保育園の保護者の暫定規制値に対する意識は、暫定規制値以下の食品は安全と思うかという質問に対して、「安全と思う」が 3.4%と低く、「安全と思わない」が 40.9%、「わからない」が 55.7%であった。暫定規制値以下の食品を安全と思っていない人は、

「少しでも汚染された食物を食べることにより健康へ影響があると思っている人」、「食品検査されていない核種が福島第一原発より放出されたことを知っている人」、「内部被ばくに対して甘い基準であることを知っている人」に多かったことから、単なる知識不足による過剰な反応ではなく、知識を得た上で「安全でない」と思っていることから、根拠ある不安であることが示唆された。放射線が人体に及ぼす影響については、まだ、明らかとされていないことが多数ある。国は、特に低線量被ばくについては、エビデンスがないために「健康に影響はない」と国民に説明するのではなく、「分からないからこそ最大限注意し、避けられる被ばくは可能な限り避ける」という姿勢をもって説明にあたることが大切であると考ええる。

内部被ばくを避けるためには、情報を収集し知識を身につけることが必要となるが、わが国の放射線教育が不十分²⁾なこともあり、一般人が放射線等に関する情報を理解することが難しく、このことが積極的な情報収集を阻んでいると考ええる。

国の食品検査体制や暫定規制値の安全性に対して保護者の不安がみられたことから、国は食品検査体制を整え、効果的なリスクコミュニケーションを行う必要がある。

以上のことから、保育所・保護者に結果を情報提供し、意識を高めていくことが重要であると考ええる。

文献：

1) ウラジーミル・バベンコ(2011):自分と子どもを放射線から守るためには,世界文化社,56-69
 2) 西谷源展(2004)：放射線に対する意識と学校教育の影響,日本放射線技術学会誌, 60(11)1555-1563

低線量被曝による胎児への障害 —流産・低体重・周産期死亡・形態異常のレビュー—

○林敬次 (はやし小児科)、伊集院真知子、山本英彦 (医療問題研究)
入江紀夫(入江診療所)、高松勇 (たかまつこどもクリニック)、

【はじめに】

日本の多くの専門家や学会は被曝線量が100mSv以下では、日本小児科学会に至っては150mSv以下では、がんの発生増加を示すデータがないとしている。しかし、ICRPは閾値なしに被曝線量と共にがんが増加するとしている。他方で、ICRPも胎児に与える影響は100mSv以下では致命的影響や形態異常を起こさないとしている。今回、低線量被曝の胎児への障害の関連を評価するため医学雑誌をレビューした。

【材料・方法】

PubMedによる医学雑誌の検索は、'ionizing radiation'と、'以下の検索単語' 'abortion or miscarriage' 'stillbirth' 'perinatal death' 'Chernobyl accident' 'low birth weight' 'anomaly'を、'and'で検索した。

【結果】

流産・死産に関して、'abortion or miscarriage'で3論文、'still birth'で1論文があった。獣医の調査で1週間に6枚以上レントゲンを撮影した場合に、5枚以下の場合に比較し、流産が1.82 (95%CI: 1.17-2.82) 倍になることを示す論文があった。人間の直接の胸部 X線では一回約50 μ Svだから年間13mSv程度の被曝であることから考え、これらの獣医らの被曝線量は100mSv以下であることは明白である。その他、外部被曝である X線被曝患者より、内部被曝であるラジオアイソトープの検査

を受けた人は、流産が3倍という論文や、父親の被曝10mSv当たり、死産は1.24倍というセラフィールド核処理施設労働者の論文があった。

低体重児に関して3論文があった。側湾症の X線撮影後の調査ではRR=0.84 (95%信頼区間 CI:0.59-1.21) で差がなかった。2003年航空機のキャビンアテンダントの調査では男で差なし、女でむしろ減るというデータであった(ダウン症は増える)。他方、歯科 X線の影響を調べた論文では、甲状腺への被曝が平均0.2mGy (範囲0.1-0.4mGy) で満期産の低体重児が1.66倍(オッズ比)、平均1.2mGy(範囲>0.4mGy) では3.61倍、早期産の低体重児では、それぞれ1.2倍(これのみ有意差なし)と、2.27倍であった。これは、甲状腺への外部被曝ではわずか1mSv以下でも胎児に明確な影響を与えることを示したデータである。

周産期死亡に関しては、'radiation and perinatal death'では1論文しかヒットしなかった。しかし、'Chernobyl accident' and 'perinatal death'で8論文がヒットした。これらを検討したところ周産期死亡の調査は7論文あり、全てがチェルノブイリ事故の影響調査であった。7論文中6論文が、被曝により周産期死亡が増加しているとし、うち4論文が低濃度汚染地域であるドイツや東欧でも増加していると報告していた。

形態異常に関しては、10論文が抽出でき、1985年の看護師調査と、2000年の原発労

働者の調査のみが差が無く、傾向ありが 2 論文、他の 6 論文は増加することを示すデータであった。中でも、チェルノブイリ事故処理労働者の子どもの先天異常は、低線量被曝でも極めて高くなっていた。外部被曝が<50mGy でも、世界のデータと比較すると、3.7-9.1 倍、ロシア連邦のデータの 4.5 から 7.2 倍にもなっていた。被曝線量が 50-100mGy では、それぞれ、6.4-15.8 倍と、7.8-12.4 倍に増加していた。また、線量が増えるとその割合も増加していた。(表)

【考察】

今回のパブメドを中心とした検索だけでも、低線量が胎児に様々な障害を与えていることを示すデータが多数あることが判明した。これらは、チェルノブイリ事故の影響の調査、核施設の労働者の調査、医療施設などの労働衛生的調査などにわたる広い分野の調査である。日本小児科学会、各種

学会や ICRP がこれらのデータを知らないはずはない。したがって、100mSv 以下や 150mSv 以下では害を示すデータがないと主張するのなら、これらのデータをどのように検討したのか、障害を示すデータのどこが間違っているのかを明確にしなければならない。

そのような科学的論証が無い限り、今回あげたような障害を示す明確なデータに基づいた、低線量被曝の胎児への被曝を回避する最大限の努力をすべきである。

【結論】

低線量被曝でも、胎児に対する障害があることを示すデータが多数あることが判明した。放射能汚染地域での居住、食品・がれき問題、医療放射線などに関して、母胎の被曝を極力避ける方策が実施されなければならない。

(表)

**Ryazan地域での、チェルノブイリ事故処理労働者の子どもの形態異常発生率(低線量被曝でも激増)
(Lyaginskaja,2009)**

被曝線量mGy (外部被曝測定=mSv)	先天性異常		
	妊娠数	人数	千人当発生数
<50mGy	64	5	78
50-100mGy	74	10	135
100-250mGy	115	18	156
対照(被曝なし)			
International Resistory			8. 59-21. 24
Russina Federation			10. 89-17. 20

低線量放射線障害の検討 —福島原発事故を巡って— 乳児および小児白血病

○柳 元和 (帝塚山大学), 入江 紀夫 (入江診療所),
高松 勇 (たかまつこどもクリニック), 林 敬次 (はやし小児科)

【目的】 低線量被ばくの小児に対する影響に関連して日本小児科学会は「統計学的には、約 150 ミリシーベルト以下の原爆被ばく者では、がんの頻度の増加は確認されていません」との声明を出した。福島市では概算半年間で 5-10mSv の外部被ばくがあり、かつ尿中への放射性セシウムの排泄等から内部被ばくについても深刻と考えられるが、小児科学会の声明からは心配するに足りない被ばく量である事になる。

そこで低線量被ばくの小児がんに対する影響を文献的に検討したので、主として小児白血病についての結果を報告する。

【方法】 公的報告書とそれに引用されている文献を中心に、一部 PubMed の検索による文献を検討した。主なものを列挙すると、

1. UNSCEAR (国連放射線影響科学委員会) 2000, 2008 報告
2. ICRP (国際放射線防護委員会) 各種論文/出版物
3. BEIRVII (電離放射線の生物影響) 報告
4. ウクライナの報告
5. 原子力発電所周辺の報告
6. LSS (広島・長崎寿命調査) 等 ABCC/RERF 各種論文

である。

【結果】

1. UNSCEAR : 小児甲状腺がんの統計学的に有意な増加のみ報告され、白血病については増加が報告されていない。

2. ICRP : オックスフォード小児がん調査研究 (OSCC) を中心に文献のまとめが紹介されている。これによると 10 mGy レベルの医療用 X 線でも胎児期の被ばくで小児がんは統計学的に有意な増加を示していた。白血病のみに注目すると有意な増加が認められたのはカリフォルニアの研究 (表 1) 以外に OSCC と NE 米国であった。

表 1. 胎児期の放射線曝露に伴う小児がんの相対危険度に関する複数の報告^a

研究名	相 対 危 険 度 (補正なし)	P<0.05
OSCC	1.39	*
NE 米国	1.47	*
Inter-regional study 英国	1.23	
ロサンジェルス	1.34 ^b	
ルイジアナ	1.70	*
ヘルシンキ	1.18	
カリフォルニア	1.68 ^b	*
Tri-state 米国	1.40 ^b	
スウェーデン双生児	1.38	
ミネソタ	1.28 ^b	
その他	1.13	
全体	1.38	*

^a Doll, Rら *Br J Radiol* 1997より筆者翻訳・要約。

^b 白血病のみ。

3. BEIRVII : 100 mGy を1回被ばくした場合、10万人当たりで生涯のがんがどれだけ増加するか(寄与リスク)推定値が報告されている。例えば0歳男児が100 mGy 被ばくした場合、一生の間で白血病に罹患する数は10万人当たり237人増加することになる(表2)。また1 mGy/年または10 mGy/年をそれぞれ生涯または18~65歳まで被ばくした場合の10万人あたりの寄与リスク推定値は、男でそれぞれ67人と360人、女で51人と270人と報告されている(表3)。

表 2. 曝露年齢によるがんの寄与リスク (100 mGy1回曝露10万人当たり)

被ばく時年齢	0歳	5歳	10歳	15歳	20歳
白血病 男	237	149	120	105	96
女	185	112	86	76	71
全がん 男	2563	1816	1445	1182	977
女	4777	3377	2611	2064	1646

表 3. 低線量毎年被ばくによる寄与リスク (10万人当たり)

被ばく量	1 mGy/年 生涯	10 mGy/年 18~65歳
白血病 男	67	360
女	51	270
全がん 男	621	3059
女	1019	4295

4. ウクライナの報告 : Davis Sら(*Int J Epidemiol 2006*)によると、1 Gy 当り乳幼児(中央値2.3歳)における白血病の過剰相対危険度(ERR)はベラルーシュで4.09、ロシアで4.94、ウクライナで78.8となり、ウクライナでのみ有意な上昇を認めた。

5. 原発周辺の報告 : Baker PJら(*Eur J Cancer Care 2007*)によると原発周辺に住む小児の白血病は有意に増加していた(表4)。またドイツの大規模な症例対照研究(KiKK研究)に関するKaatsch Pら(*Int J Cancer 2008*)のレビューでは、診断を受けた時点の居住地の原発からの距離を正確に計算し、

- 1980-1990年のStudy 1でRR 3.01, 有意。
 - 1991-1995年のStudy 2でRR 1.39, NS。
 - 1980-2003年の全研究でOR 2.19, 有意。
 - 距離との関係は確定的である。
 - 放射能漏れ事故の報告は無い。
 - 外部被ばくが有意に多いというデータは存在しない。
- と報告している。

表 4. 原発周辺の小児白血病メタ死亡比率

年齢 階級	距離	Random effects 死亡比率 (95% CI)
0-9	全体	1.06 (1.01, 1.12)
0-9	<16 km	1.24 (1.03, 1.50)
0-25	全体	1.02 (0.98, 1.06)
0-25	<16 km	1.09 (0.97, 1.23)

6. LSS (広島・長崎寿命調査) : 120 mGy以下の低線量でも発がん「しきい値」がないことを証明した(Preston DLら *Radiat Res 2003*)。

【結論】 低線量でも小児の白血病が有意に増加することを示す報告は多数見られる。

【謝辞】 貴重な情報を提供いただいた医療問題研究会、山本英彦医師に深謝いたします。

フィルター類に付着した福島原発事故の放射性物質の調査と保存 イメージングプレートへの画像化と定量の取り組みとその意義

○郷地 秀夫、林 啓一（東神戸診療所）、羽原 光彦、橋 真矢（東神戸病院）
山内 知也（神戸大学・海事科学研究科）

【目的】 福島原発事故後、自動車フィルターに蓄積されたとされる放射性物質の放射線測定と画像化を行う。放射性粒子の確認を行い、線量の多いものについて、放射線核種と線量を測定する。そのことにより吸入による内部被曝の機序の一部を解明し、今後、生じてくる放射線後障害の物的資料として保管する。

【対象】 2011年3月11日以降に使用していた福島県をはじめ、各府県の自動車フィルター（エアエレメント）。

【方法】 1) 自動車フィルターの表面線量測定；ECOTEST ガイガーカウンター TERRA（MKS-05）にて、包装のまま表面より1cmの空間線量率を測定し、バックグラウンドより引いた値を表面線量率とした。2) 放射線の画像化；①フィルターを10cm四方角に切り取り、ラミネーターで固定した。②遮光と固定を確実にするために、レントゲンフィルムカセットを使用し、暗室にてカセットの中にイメージングプレートとその上にフィルターを固定して入れた。（イメージングプレートは富士フィルム ST-VI

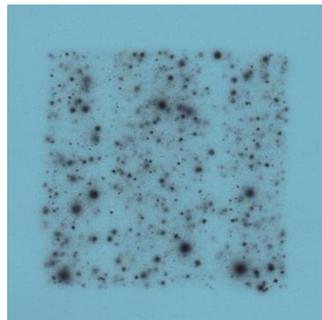
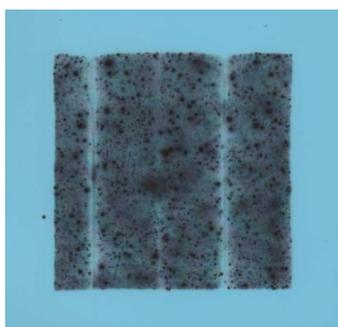
を使用した）③暗室にて、24時間もしくは72時間置いた後、富士フィルム社製のFCR XL-2にてデジタル画像化した。

3) 線量の多いフィルターはゲルマニウム半導体検出器にてγスペクトルメトリー及び放射線核種の分析と線量測定を行った。

【結果】 これまで42枚の自動車フィルターの検査を行った。フィルターは空調用エアフ

都道府県	個数	平均線量率 μSv
福島	12	0.484
茨城	10	0.063
東京	15	0.039
関西	5	0.030

ィルターとエレメント（エンジンエアフィルター）で東京都が一番多く15個、福島は12個である。線量は、福島が多いものの、原発近隣のものは、飯舘村が一つ、南相馬市が2つで、後は福島市内のものである。最大は、南相馬市の $4.7 \mu\text{Sv/h}$ であった（下図左）。2番目は飯舘村のフィルターで $0.37 \mu\text{Sv/h}$ と、思ったよりは低値であった（下図中）。下図右端は、神戸の私たちの震災支援車のエアエレメントで、震災支援に2011年3月14日に、東北自動車道を通って、宮城県に行



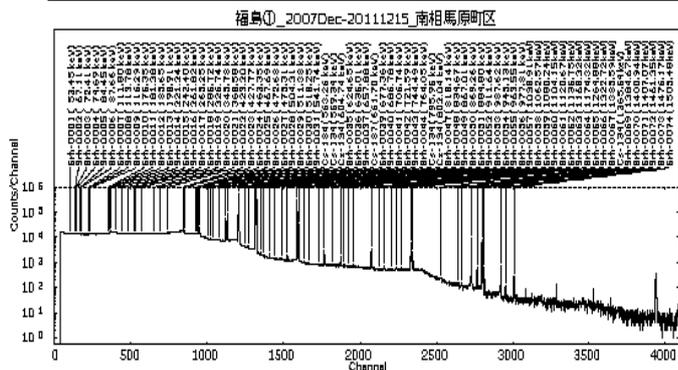
き翌日 15 日に、同じ東北自動車道を通って帰ってきた車である。いずれも放射線が黒く描き出されている。粒状に見えるのは放射性粒子で、Ge 半導体検出器で、セシウム Cs134, と Cs137 が確認できている。フィルターは厚さがあるため、イメージングプレートから離れた部分はにじんで黒っぽく見える。左の南相馬市のフィルターは全体が放射線で黒くなっている。それだけ微粒子が密集した状態になっていると思われる。下に南相馬市のγスペクトロメトリーの結果を示す。南相馬市のものは Cs134+137 で、約 250 万 Bq/Kg、神戸市のものが約 3 万 Bq/Kg であった。その他の核種として、Ag110m などの数種類の存在が示唆されたが、確診には至らなかった。

【考察】 車のフィルターがこれだけの放射性 Cs を吸い込んでいるということは、当然、人間も呼吸で吸い込んでいると考えられる。神戸車は、もっとも放出線量の多い 3 月 15 日の午後、東北自動車道を宮城県から埼玉まで通り抜けた。福島第一原発から 60Km 離れた高速道路を走り過ぎるだけで、3 万 Bq/Kg の Cs を吸い込んでおり、周辺の住民も相当量の放射性 Cs を吸入していると考えられる。神戸車はこの後、神戸まで帰り、東北・関東行はこの 1 回だけである。

神戸車は、東北自動車道 福島国見 IC～白川 IC までの 106Km で放射線の多くを吸入したと考えられる。神戸車・日産キューブが平均時速 80Km で通過したとして、所要時間は約 80 分、その間の吸気量は、キューブは 4 気筒 1500CC のエンジン、走行中の平均エンジン回転数を 2000rpm とし、EGR (排出ガス再循環装置) を搭載しているので吸気量に 0.85 をかける。1 分間一吸気量は $1.5L \times 0.85 \times 2000 / 2 = 1275L$ で、80 分間で $102,000L = 102 m^3$ となる。フィルターの重さは約 90 g であり、フィルター中の Cs は $3 万 Bq \times 91 / 1000$ でおおよそ 2,730Bq となる。ICRP の基準では、平均的な成人の一日の吸気量は $22.2m^3$ であり、原発より 60Km の地点に一日いたとしたら、 $2,730 \times 22.2 / 102 = 594.2Bq$ を吸引し、内部被曝していた可能性があることになる。

【結論】 放射性粒子となって飛散し、自動車エアエレメントに吸着された放射性 Cs を画像化して確認した。南相馬市の自動車エレメントからは 250 万 Bq/Kg の放射性 Cs が認められ、60Km 離れた東北自動車道を走行した車から 3 万 Bq/Kg の放射性粒子 Cs を認めた。自動車エレメントは吸入による内部被曝の実相を見るのに有用であると考えられた。

南相馬市の自動車エアエレメントのγスペクトロメトリー、セシウム放射線量



No.	核種名	エネルギー (keV)	荷重平均放射能濃度 (Bq/g)
3	Cs-134	563.26	$9.6157E+02 \pm 5.4256E-01$
4	Cs-134	569.29	$9.6157E+02 \pm 5.4256E-01$
5	Cs-134	604.66	$9.6157E+02 \pm 5.4256E-01$
7	Cs-137	661.64	$1.5165E+03 \pm 1.0084E+00$
9	Cs-134	795.76	$9.6157E+02 \pm 5.4256E-01$
10	Cs-134	801.84	$9.6157E+02 \pm 5.4256E-01$
11	Cs-134	1365.13	$9.6157E+02 \pm 5.4256E-01$

第53回日本社会医学会総会・企画委員会・委員

役割	氏名	所属・役職
学会長	高鳥毛敏雄	関西大学社会安全学部・社会安全研究科教授
学術プログラム責任者	黒田 研二	関西大学人間健康学部教授
事務局責任者	逢坂 隆子	四天王寺大学大学院人文社会学研究科教授
企画委員	青木 美憲	国立療養所邑久光明園副院長
企画委員	石山 満夫	千里津雲台訪問看護ステーション所長
企画委員	今西 秀明	関西女子短期大学教授
企画委員	大島 明	大阪府立成人病センターがん相談支援センター長
企画委員	尾崎 泰子	大阪府立高槻支援学校長
企画委員	鬼塚 哲郎	京都産業大学教授
企画委員	亀岡 照子	日本社会医学会評議員
企画委員	河野 公一	大阪医科大学医学部医学科衛生学・公衆衛生学教授
企画委員	川久 通隆	兵庫県食肉衛生検査センター所長
企画委員	北原 照代	滋賀医科大学 社会医学講座 衛生学講師
企画委員	倉田 めば	大阪ダルクセンター所長
企画委員	佐藤 拓代	大阪府立母子保健総合医療センター企画部長
企画委員	白井 千香	神戸市保健所参事
企画委員	白阪 琢磨	大阪医療センター HIV/AIDS 先端医療開発センター
企画委員	埴田 和史	滋賀医科大学 社会医学講座 衛生学准教授
企画委員	高野 正子	高槻市保健所長
企画委員	武内 一	佛教大学社会福祉学部教授
企画委員	田丸 亜貴	大阪府立公衆衛生研究所微生物課主任研究員
企画委員	津熊 秀明	大阪府立成人病センターがん予防情報センター長
企画委員	津村智恵子	甲南女子大学看護リハビリテーション学部長
企画委員	内藤 義彦	武庫川女子大学教授
企画委員	中村 賢治	大阪社会医学研究所長
企画委員	西垣 千春	神戸学院大学 総合リハビリテーション学部教授
企画委員	西山 勝夫	日本社会医学会理事 滋賀医科大学名誉教授
企画委員	野田 哲朗	大阪府立精神医療センター高度ケア科主任部長
企画委員	浜 六郎	医薬ビジランスセンター理事長
企画委員	平田 衛	関西労災病院環境医学研究センター長
企画委員	福永富美子	摂津市保健福祉部長
企画委員	富士原 彰	大阪府三島救急医療センター長
企画委員	三戸 秀樹	関西福祉科学大学・健康福祉学部教授
企画委員	森岡 幸子	大阪府国民健康保険団体連合会 保健事業専門員
企画委員	柳 尚夫	兵庫県洲本保健所長
企画委員	吉田 寛	吉田アーデント病院長
日本社会医学会理事長	山田 裕一	金沢医科大学衛生学教授
日本社会医学会事務局長	宮尾 克	名古屋大学情報科学研究科教授
事務局委員	山本 繁	NPOヘルスサポート大阪常任理事
事務局委員	井戸 武實	NPOヘルスサポート大阪常任理事
事務局委員	相原 道子	NPOヘルスサポート大阪

社会医学研究

BULLETINE OF SOCIAL MEDICINE

特別号 2012 第 53 回日本社会医学会総会講演集

発行年 2012 年 6 月 22 日

編 集 第 53 回日本社会医学会総会 事務局

JAPANESE SOCIETY FOR SOCIAL MEDICINE

第 53 回日本社会医学会総会事務局

〒557-0031 大阪市西成区鶴見橋 1 丁目 6 番 8 号

NPO HEALTH SUPPORT OSAKA

電話／fax : 06 - 6645 - 7381 E-mail: npo@heso.or.jp

総会会場

関西大学 高槻ミューズキャンパス 西館

〒569-1098 大阪府高槻市白梅町 7 番 1 号
