

社会医学研究

BULLETIN OF SOCIAL MEDICINE

第 55 回日本社会医学会総会

講演集

2014 年 7 月 12 日 (土)・13 日 (日)

名古屋大学東山キャンパス

日本社会医学会 特別号 2014

JAPANESE SOCIETY FOR SOCIAL MEDICINE

第 55 回日本社会医学会総会

「地域から、職場から、
我が国の社会医学を考える」

2014 年 7 月 12 日（土）～ 13 日（日）

名古屋大学東山キャンパス

第55回日本社会医学会総会の開会にあたって 学会長からのご挨拶



このたび、第55回日本社会医学会総会を2007年以来、7年ぶりに名古屋で開催します。2014年7月12日(土)～13日(日)に、名古屋市千種区の名古屋大学東山キャンパスIB電子情報館をメイン会場とします。

大震災からの復興は一部で前進を見せているものの、全体としては立ちはだかる

様々な困難を前に、明るい未来を描くことができない被災者も少なくありません。また、健康格差が問題とされるようになってすでに久しくなりますが、事態はさらに深刻の度を増しているといえる状況にあり、わが国の社会の健康度は心身ともに試練の時を迎えていると思われます。

そこで、現代日本における健康の問題、とりわけ健康格差、震災からの復興、社会的弱者へのセイフティネットなどについて地域保健、産業保健、環境保健、医療経済学、公衆衛生看護学、医療行政、体育学、栄養学、社会学などの諸分野の研究者のほか、行政、介護、社会福祉などの分野で活動する専門家など幅広い分野の参加者で討論し、問題点、課題を明らかにすることが目標です。

本学会では、問題解決のための具体的な方策について検討を行い、長期的な計画を立てた取り組みを要するものから、すぐにも実践可能なものに至るまで、具体的な実践に向けての展望を多くの参加者が持ち帰ることを目的とします。

人々が健康であり、主体的に生きがいのある暮らしができるためには何が必要か、医学、社会科学の専門家はもちろん、社会における健康の問題を考える幅広い人々との対話を重ねる中で少しずつ具体的な像が見えてくるのではないのでしょうか。本学会の特徴である自由闊達な討論で7月の暑い名古屋をさらに熱くしたいと考えています。

本学会には、松崎道幸先生にお願いした福島原発に関する特別講演、私の学会長講演、2人の招待講演、4人の教育講演、3つのシンポジウム、3つのミニシンポジウム、山田信也先生を囲む自由集会をはじめ、活発な60の一般演題をお寄せいただきました。特に多数の若い方々の参加が特徴的で、本学会の未来への礎を築くという期待ができます。多数のみなさんが名古屋にお集まりいただき、主催者として心から歓迎の意と感謝を申し上げます。

第55回日本社会医学会総会 学会長 柴田 英治
(愛知医科大学医学部衛生学教室・教授)

第55回日本社会医学会総会参加の皆さまへ

1. 第55回日本社会医学会総会・総合受付は、IB電子情報館1階の会場015号室の前でおこないます。

すべての参加者は、総合受付で受付をお済ませください。

①参加費を納入された方には『参加証』とフォルダをお渡しします。

※すでに参加登録をされている方には『参加証』をお送りしています。

当日、フォルダをお渡ししますので『参加証』をご持参ください。

会員	3,000円	(非会員 4,000円)
院生・学生	2,000円	
情報交換・交流会	4,000円	
抄録集追加	1,000円	(会員には事前配布されるのでご持参ください)

②新入会申込み(年会費:一般7,000円・学生3,000円)および年会費納入を本部受付にて受付けます。(※総会参加費とは別です。)

2. 演者は、受付時に、座長/発表者であることをお申し出ください。

会場に、PC、プロジェクタ、スクリーンを用意しています。スライドの操作は発表者ご自身でお願いします。また、ご自身のPCをお持ちいただいてもかまいません。マックの場合、Winに入れて、動作確認を事前にお済ませください。

3. 座長は、定刻に座長席に着席してください。

なお、運営は時間を厳守して、定刻に終了してください。

一般口演は、講演15分、質疑・討論5分です。

シンポジウムや教育講演などは、それぞれ、指定された時間です。

4. 演者は、口演時間を厳重に守ってください。

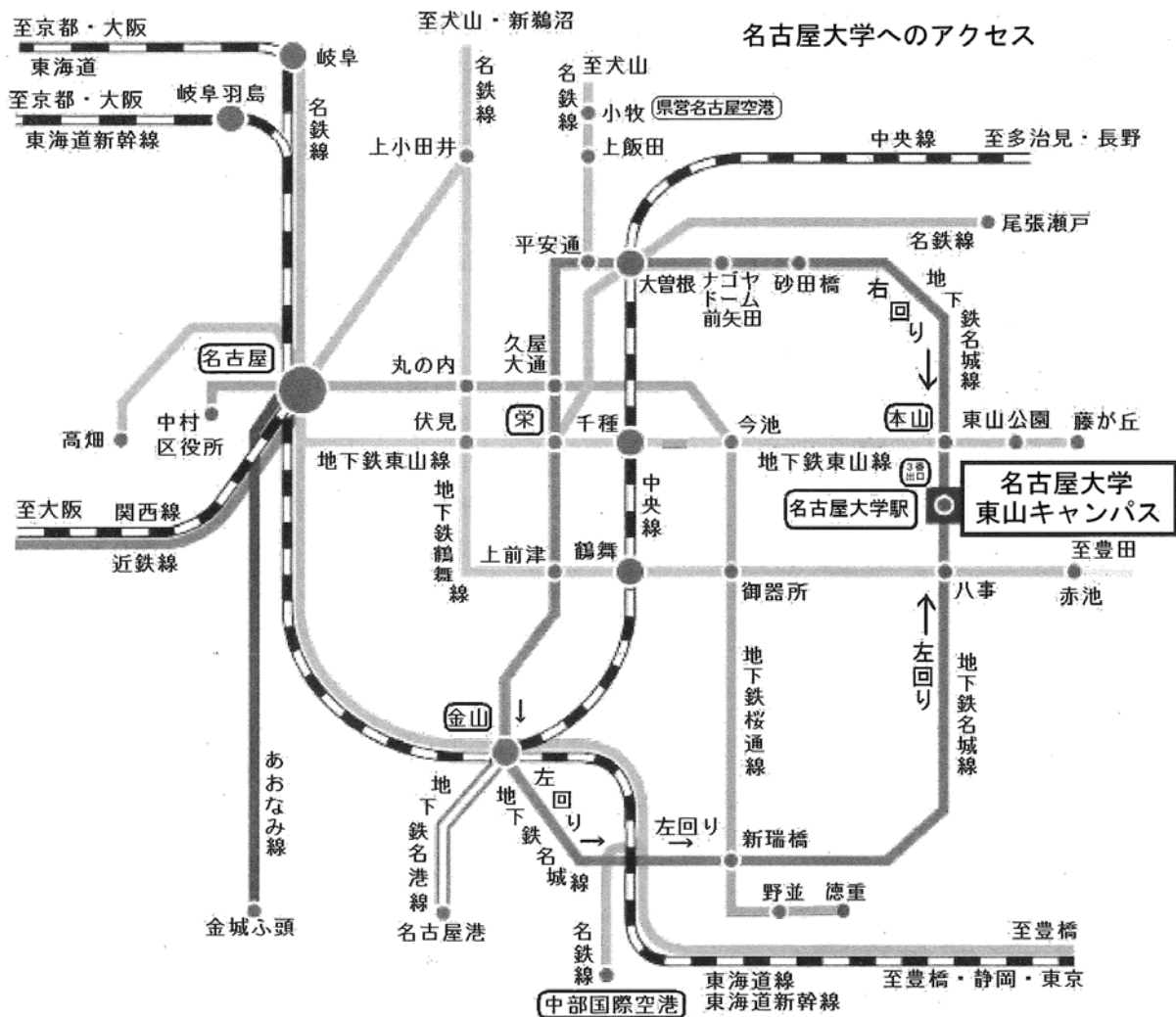
5. 自由集会の運営は座長にお任せします。

6. 7月12日(土)の昼食は、キャンパス内生協食堂・コンビニエンスストアなどをご利用ください。

7月13日(日)の昼食は、事前にお弁当の注文を承っております。総会事務局宛FAXもしくはメールでご注文ください。また、地下1階のコンビニエンスストアもご利用いただけます。

また、IBカフェをご利用いただけますが、提供は飲料のみとさせていただきます。

7. その他、ご質問は総合受付で、お申し出ください。



会場案内図



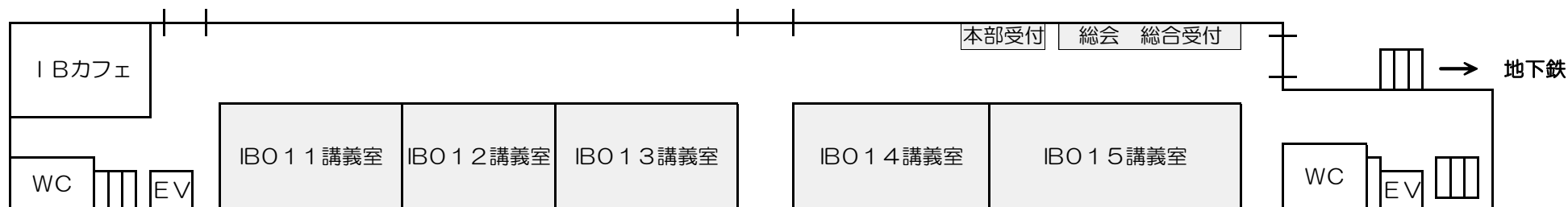
会場案内 名古屋大学 東山キャンパス IB電子情報館

2階

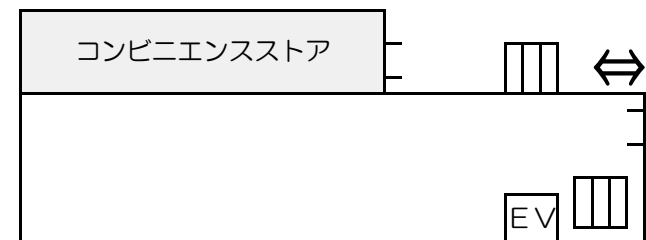


三:

1階



地下



地下鉄3番出入口

2014年7月12日(土)

10:00～11:00		IB電子情報館・O12講義室	
理 事 会 ・ 評 議 員 会			
11:00～11:10		IB電子情報館2階・大講義室	
開会挨拶 柴田英治 学会長 理事長挨拶 山田裕一 理事長			
11:10～12:00		IB電子情報館2階・大講義室	
学会長講演 「地域から、職域から、わが国の社会医学を考える」 柴田 英治(愛知医科大学医学部衛生学) 座長:久永 直見(愛知学泉大)			
12:00～13:00			
13:00～13:50			
IB電子情報館2階・大講義室			
特別講演 「福島原発による今後の影響を予測する」 松崎 道幸(深川市立病院内科部長) 座長:山田 裕一(金沢医大・衛生)			
14:00～14:50	IB電子情報館・O15講義室	14:00～15:00	IB電子情報館・O13講義室
招待講演1 「小児アレルギーに社会医学を」坂本龍雄(中京大) 座長:柴田 英治(愛知医大)		一般演題 A1-3 座長:道端達也(玉島協同病院)	14:00～15:00
		A1. アクション・リサーチのための学実連携構築:「支える医療」共同研究での経験 松田亮三(立命館大)	一般演題 B1-3 座長:舟越光彦(千鳥橋病院)
		A2. 当院における無料低額診療の実状と課題 石橋 修(京都市医連第二中央病院)	B1. 健康診断における血清GGT上昇とCVDリスクファクターの評価 山崎美智子(金沢医大)
		A3. 困難を抱える患者に対する医療実践の検討 ―医療従事者が経験する「困難性」に関するインタビュー調査から 福田茉莉(立命館大)	B2. がんの年齢調整死亡率と標高との関連 青地ゆり(早稲田大)
15:00～15:50	IB電子情報館・O15講義室	15:00～16:00	IB電子情報館・O11講義室
招待講演2 「児童相談所の活動からみえる社会医学の課題」 前田 清(愛知県中央児童・障害者相談センター児童専門監) 座長:柴田 英治(愛知医大)		一般演題 A4-6 座長:服部 真(城北病院)	15:00～16:00
		A4. がん患者の就労を支援するための課題 ―滋賀県での実態調査を踏まえて埴田 和史(滋賀医大)	一般演題 B4-6 座長:牧野 忠康(日本福祉大)
		A5. 50代後半の障害者における二次障害の現状と課題 ―質問紙調査結果から 辻村 裕次(滋賀医大)	B4. 富山県内における地域近接型ゲートキーパー養成事業の展開 小林俊哉(九州大)
		A6. 50歳代後半の障害者における二次障害の現状と課題～事例的検討を通じて 白星 伸一(佛教大学)	B5. 特定健康診査・特定保健指導におけるくり返しについて ―60歳代女性動機付け支援対象者に焦点を当てて 上野 満里(九州大)
16:00～18:00	IB電子情報館・O15講義室	16:00～17:00	IB電子情報館・O11講義室
シンポジウム1 「格差社会と健康」 座長:田村 昭彦(九州社医研)、八谷 寛(藤田保健衛生大) 「社会的につくりだされた早すぎる死 全日本民医連・国保など経済的事由による手遅れ、死亡事例調査より」田村昭彦 「野宿生活をしている人々との関わりから感じること」白井裕子(愛知医大看護) 「東日本大震災・福島原発事故から3年後の復興ストレスの現況と課題」松浦健伸(石川勤医協・城北病院) 「無料定額診療事業の3年間の成果と課題-貧困が生み出す命の不等の実態」大野義一郎(東京勤医会・東葛病院)		一般演題 A7-9 座長:渡邊智之(愛知学院大)	16:00～17:00
		A7. 原爆被爆者の長期的健康障害に関する社会・経済的影響 藤岡光夫(静岡大)	一般演題 B7-9 座長:扇原 淳(早稲田大学)
		A8. 鼻血は福島原発事故の放射線によって起こり得る ※その医学的機序の一考察 郷地 秀夫(神戸健康共和国会東神戸診療所)	B7. 地域の支え合いの意識と主観的健康度の関連 田口奈於(早稲田大)
		A9. 質的研究による、女性放射線腫瘍科医の自己実現達成に向けた促進要因と抑制要因の解明 竹内 真純(帝京大)	B8. PTA活動の予防福祉的機能の可能性が保護者の子育てに不安感に及ぼす影響に関する研究 萩原 泳子(早稲田大)
17:00～18:00	IB電子情報館・O13講義室	17:00～18:00	IB電子情報館・O11講義室
		一般演題 A10-12 座長:平田 衛(関西ろうさい病院)	17:00～18:00
		A10. 「健康交流の家」開設による健康増進効果の検証 細川陸也(名古屋市)	一般演題 B10-12 座長:田中 勤(南生協病院、名古屋市)
		A11. 看護師の勤務形態別によるメラトニン変動の比較 根岸好男(群馬大)	B10. 知的障害のある一人っ子を養育している親の現状―知的障害児とそのきょうだい児(健常児)を養育している親との比較から 木村美也子(聖マリアンナ医大)
		A12. 地方自治体と大学の連携によるソーシャルキャピタル向上のための健康政策 ―その課題と展望 立瀬剛志(富山大学)	B11. 五感力を活用した療育支援技術に関する研究その1:発達障害の人の異感覚体験に関する先行研究からの考察と保育者養成における五感力活用の意義 眞砂 照美(広島国際大)
18:15～20:00		18:00～19:00	IB電子情報館・O14講義室
		IB電子情報館・O14講義室	
		一般演題 C1-4 座長:小橋 元(放医研)	
		C1. 薬害再発防止と教育、薬害資料の保存をめぐる動向について 栗原 敦(薬被連)	
		C2. 全国のHIV陽性者におけるポジティブヘルス諸概念の実態に関する調査研究 井上洋士(放送大学)	
		C3. 中野駅前での無料街頭相談会40回のまとめ 谷川智行(中野共立病院)	
		C4. 大都市郊外在宅高齢者の主観的健康感と循環器疾患有病との関係 久保美紀(帝京科学大)	
情 報 交 換 ・ 交 流 会 会 場 : 花 の 木			

2014年7月13日(日)

9:00～12:00 IB電子情報館・O15講義室

シンポジウム2

「長寿社会における公衆衛生の原点」

座長：星旦二(首都大東京)、高鳥毛敏雄(関西大)

基調講演「長寿社会における公衆衛生の原点(社会医学の視点から)」高鳥毛敏雄

「長寿社会における自治体の地域政策の現状と課題ーセーフコミュニティ」反町吉秀(大妻女子大)

「長寿社会における最低限の生活保障の現状と課題ーセーフティネット」原 政代(太成学院大)

「結核の現状と解決策 全国一結核罹患率が高い、大阪市西成区あいりん地域」井戸武貴(大阪公衆衛生協会)

「健康格差問題に対する政策の内外の展開」松田亮三(立命館大)

12:00～12:50

9:00～10:00

IB電子情報館・O13講義室

一般演題 D1-3 座長：杉山 貴士(佛教大学・尼崎医療生協)

D1. 暮らし・仕事と40歳以下2型糖尿病についての研究：臨床像と社会経済的地位との関連 舟越光彦(千鳥橋病院)

D2. 被災地の建築関連事業所労働者の心の病の特徴と課題ー労働衛生法ストレスチェック義務化法案の問題点に触れて 広瀬俊雄(仙台錦町診療所)

D3. 東京の野宿者における歯科保健 中久木 康一(東京医科歯科大)

10:00～11:00 IB電子情報館・O13講義室

一般演題 D4-6 座長：広瀬俊雄(仙台錦町診療所・産業医学センター)

D4. 産業医学科外来における鉛中毒「新患」の間診から見える背景について～ある「橋梁塗装現場」の安全衛生についての考察 庄司 修(大阪社医研)

D5. 三池CO被災者医療にみる労災補償制度の問題点-社会復帰等促進事業に着目して 田中 智子(佛教大)

D6. 病棟看護師の筋骨格系症状に関する検討～回復期リハビリ病棟・亜急性病床・療養型病棟の勤務者について 北原 照代(滋賀医大)

11:00～12:00 IB電子情報館・O13講義室

一般演題 D7-9 座長：中村賢治(大阪社医研)

D7. 労働者のワーク・ライフ・バランスとその関連要因の経年変化 ー2006年と2010年との比較から 上原 尚哉(北星病院)

D8. Sense of Coherence (SOC) を用いた病ある人生の再構築研究と健康職場づくり研究の現段階ならびに社会医学における新機軸性 山崎 喜比古(日本福祉大)

D9. 向老期における社会的QOL向上を支援する介入タイミングの検証-退職期男性を対象としたケアウィルプログラム実践より 藤森純子(富山大学)

9:00～10:00

IB電子情報館・O11講義室

一般演題 E1-3 座長：後藤真澄(中部学院大)

E1. 地域包括ケアシステムのサービス提供体制整備に関する検討-訪問看護ステーション管理者の悩みにから考察するステーション運営の課題

須永 恭子(富山大)
E2. 常設夜間休日HIV検査場におけるアンケート調査結果の分析
毛受矩子(四天王寺大)

E3. 介護福祉学の学術領域に関する研究 午頭潤子(東洋大)

10:00～11:00 IB電子情報館・O11講義室

一般演題 E4-6 座長：午頭潤子(東洋大)

E4. 介護支援専門員の医療連携に対する意識について
中村 邦洋(北海道医療大)

E5. 訪問介護職員のワーク・ライフ・バランスとその関連要因
峯岸高裕(北海道医療大)

E6. 福祉職現場におけるハラスメント防止の取り組みと課題
檜垣 昌也(聖徳大短大部)

11:00～12:00 IB電子情報館・O11講義室

一般演題 E7-9 座長：森河裕子(金沢医大)

E7. 視覚障害者原因疾患調査(1982年～2012年)の結果と対策について
高柳 泰世(本郷眼科・神経内科)

E8. 知的障害者の障害程度区分についての考察 ー障害基礎年金、療育手帳および生活保護における障害加算を通して 中野加奈子(大谷大)

E9. 進行性神経筋患者の自己肯定感の形成における作業療法の影響
趙 没名(立命館大)

IB電子情報館2階・大講義室

昼食・総会行事・奨励賞表彰

13:00～14:25

IB電子情報館・O15講義室

ミニシンポジウム2

「医療介護分野の腰痛予防最前線」

座長：埴田和史(滋賀医大)、後藤真澄(中部学院大)

「介護教育と介護現場の現状と課題」後藤真澄(中部学院大)

「医療介護分野の腰痛実態調査から」北原照代(滋賀医大)

「腰痛予防の最前線」埴田和史

13:00～14:00

IB電子情報館・O13講義室

教育講演 1 & 2 座長：石竹 達也(久留米医大)

教育講演1

「健康診断、健康管理における血清GGT測定の新しい意義」
山田裕一(金沢医大)

教育講演2

「わが国における色覚問題の本質」
高柳泰世(本郷眼科・神経内科)

14:00～15:00

IB電子情報館・O13講義室

教育講演3 & 4 座長：小林 章雄(愛知医大)

教育講演3

「振動障害 対策と研究の到達点」
榊原久孝(名古屋大)

教育講演4

「安全衛生の基礎を学校で」
久永直見(愛知学泉大)

15:00～16:20

IB電子情報館・O13講義室

一般演題 D10-13 座長：山崎喜比古(日本福祉大)

D10. 神通川流域住民におけるカドミウム腎症補償の社会医学的意義
寺西秀豊(富山協立病院)

D11. 社会的病理の解決手法
佐分利応貴(京都大)

D12. K6の変化パターンからみたソーシャル・キャピタルに関する研究
鈴木るり子(岩手看護短大)

D13. 社会医学の視点からみる日英の公衆衛生の特徴の分析
高鳥毛 敏雄(関西大)

13:00～14:00

IB電子情報館・O11講義室

一般演題 E10-12 座長：天笠 崇(代々木病院)

E10. ベトナムにおける枯葉剤二世の生活と福祉の支援
福島 知子(吉備国際大学)

E11. 総合診療活動の概括的報告と精神心理的問題を抱える患者さんを通して見る課題 黒川 渡(くろかわ診療所)

E12. 知的障害および精神障害を有する患者さんたちとの長い関わりの事例分析から学ぶこと 富樫 トモ子(くろかわ診療所)

14:00～15:00

IB電子情報館・O11講義室

一般演題 E13-15 座長：松田 亮三(立命館大)

E13. 思春期婦人科外来における外国籍患者についての記述研究(Case Report)
田中 勤(南生協病院産婦人科、名古屋市自然科学)

E14. 地方都市における外国人支援の現状と課題ーA市の取り組みを例に
志賀 文哉(富山大学)

E15. 韓国・日本における高齢者の終末期ケアのあり方と今後の方向性へ介護保険関連施設・事業所の職員調査から 後藤 真澄(中部学院大)

15:00～16:40

IB電子情報館・O11講義室

一般演題 E16-20 座長：逢坂隆子(NPO HEALTH SUPPORT OSAKA)

E16. 特別清掃事業健診結果と健康相談内容の分析による支援の課題抽出の試み 田中 義則(NPO釜ヶ崎支援機構相談支援部)

E17. 釜ヶ崎における高齢者特別清掃事業就労者及びシェルター利用者を対象とした結核に関する聞き取り調査の報告 三浦 康代(明治国際医療大)

E18. あいりん地区居住者における近隣者同士のつながりに関する一考察
鍛冶 葉子(甲子園短大)

E19. 若年貧困層における精神疾患・精神障害に関する考察 ー京都市の緊急一時宿泊事業利用者調査から 加美 嘉史(佛教大)

E20. 乳がんサバイバーの生活機能実態に関するICFを活用した患者参加型研究(第一報)：基本設計と意義 ～生活機能の原状回復に関連するライフ要因探索
柿沼章子((社福)はばたき福祉事業団)

16:40～18:00

IB電子情報館・O11講義室

自由集会 未定

14:30～16:00

IB電子情報館・O14講義室

ミニシンポジウム3

「戦争と医学」

座長：西山勝夫(滋賀医大)、道端達也(玉島協同病院)

基調講演「15年戦争期における日本の医学犯罪」土屋貴志(大阪市大)

「15年戦争時の東北帝国大学医学部における軍国主義的教育・研究の進行」刈田啓史郎(東北大)

「十五年戦争末期、医学部卒業生の過半数が軍医に」 昴 昭三(城北病院)

「日本の侵略先に設置された大学における医学博士の学位授与」
西山勝夫(滋賀医大)

16:30～18:00

IB電子情報館・O12講義室

自由集会1

「山田信也先生を囲んで ー労働と健康」

座長：山中克己(名古屋学芸大)、西山勝夫(滋賀医大)

話題「私の社会医学の歩みをふりかえって」 山田信也(名古屋大名誉教授)、「現役世代からの報告」田村昭彦(九州社医研)

16:30～18:00

IB電子情報館・O13講義室

自由集会 未定

16:40～18:00

IB電子情報館・O11講義室

自由集会 未定

16:30～18:00

IB電子情報館・O14講義室

自由集会 未定

第55回日本社会医学会総会 プログラム

2014年7月12日(土)

10:00～11:00 I B 電子情報館・012 講義室 理 事 会 ・ 評 議 員 会

11:00～11:10 I B 電子情報館2階・大講義室

開会挨拶 柴田英治 第55回日本社会医学会総会 学会長

理事長挨拶 山田裕一 日本社会医学会 理事長

11:10～12:00 I B 電子情報館2階・大講義室

学会長講演 「地域から、職域から、わが国の社会医学を考える」

柴田 英治(愛知医科大学医学部衛生学教授)

座長:久永 直見(愛知学泉大学教授)

12:00～13:00

昼 食 (生協北部食堂、地下コンビニ、I B カフェ(飲み物))

13:00～13:50 I B 電子情報館2階・大講義室

特別講演 「福島原発による今後の影響を予測する」

松崎 道幸(北海道・深川市立病院 内科部長)

座長:山田 裕一(金沢医科大学医学部衛生学 教授)

14:00～14:50 I B 電子情報館・015 講義室

招待講演1 「学校・保育所における食物アレルギー対応 調布市の女児死亡事故(2012年12月)後の進展と課題」

坂本龍雄(中京大学スポーツ科学部 教授)

座長:柴田 英治(愛知医科大学医学部衛生学 教授)

15:00～15:50 I B 電子情報館・015 講義室

招待講演2 「児童相談所における虐待対応の現状と社会医学的課題」

前田 清(愛知県尾張福祉相談センター)

座長:柴田 英治(愛知医科大学医学部衛生学 教授)"

16:00～18:00 I B 電子情報館・015 講義室

シンポジウム1 格差社会と健康

座長:田村昭彦(九州社会医学研究所 所長)

八谷 寛(藤田保健衛生大学医学部公衆衛生学 教授)

「社会的につくりだされた早すぎる死 全日本民医連・国保など経済的事由による手遅れ、死亡事例調査より」 田村昭彦(九州社会医学研究所)

「野宿生活をしている人々との関わりから感じること」 白井裕子(愛知医科大学看護学部)

「東日本大震災・福島原発事故から3年後の復興ストレスの現況と課題」

松浦健伸(石川勤労者医療協会城北病院精神科)

「無料定額診療事業の3年間の成果と課題-貧困が生み出す命の不平等の実態」

大野義一郎、柳田月美、豊田恵太、趙理明、青木美幸、竹村陽子 (東京勤医会・東葛病院)

18:15～20:00 情 報 交 換 ・ 交 流 会 会 場 : 花 の 木

2014年7月12日(土)

14:00～15:00 I B 電子情報館・013 講義室

一般演題 A1-3 座長：道端達也（玉島協同病院）

A1. アクション・リサーチのための学実連携構築：「支える医療」共同プロジェクトでの経験
松田亮三、福田茉莉（立命館大学）石橋修（京都民医連第2中央病院）

A2. 当院における無料低額診療の実情と課題

石橋 修（京都民医連第二中央病院内科）、是澤雅代（京都民医連第二中央病院）、
田中亨（京都民医連第二中央病院）、伊藤翔大（佛教大学）

A3. 困難を抱える患者に対する医療実践の検討 ―医療従事者が経験する「困難性」に関するインタビュー調査から― 福田茉莉(立命館大・衣笠総合研究機構)、松田亮三(立命館大産業社会学部)、
石橋修(京都民医連第二中央病院)

15:00～16:00 I B 電子情報館・013 講義室

一般演題 A4-6 座長：服部 真（城北病院）

A4. がん患者の就労を支援するための課題 ―滋賀県での実態調査を踏まえて―
埤田和史、加藤正人、北原照代、辻村裕次（滋賀医大・衛生学）

A5. 50代後半の障害者における二次障害の現状と課題 ―質問紙調査結果から―

辻村裕次、埤田和史（滋賀医大・衛生学）、白星伸一（佛教大・保健医療技術学部）、加藤正人、
北原照代（滋賀医大・衛生学）

A6. 50代後半の障害者における二次障害の現状と課題 ―事例的検討を通じて―

白星伸一（佛教大・保健医療技術学部）、辻村裕次、埤田和史、北原照代（滋賀医大・衛生学）

16:00～17:00 I B 電子情報館・013 講義室

一般演題 A7-9 座長：渡邊智之（愛知学院大）

A7. 原爆被爆者の長期的健康障害に関する社会・経済的影響

藤岡光夫（静岡大学・社会統計学）、吉峯悦子（長崎市・公衆衛生）

A8. 鼻血は福島原発事故の放射線によって起こり得る ＊その医学的機序の一考察

郷地秀夫（神戸健康共和会・東神戸診療所）、橘 真矢（東神戸病院・放射線科）

A9. 質的研究による女性放射線腫瘍科医の自己実現に向けた促進要因と抑制要因の解明

竹内真純（帝京大・女性センター）、筒井秀代・石黒彩（帝京大・衛公衛）、茶谷有紀（埼玉病院）
野村恭子（帝京大・衛公衛）、齋藤アンネ優子（順大・放射線治療科）

17:00～18:00 I B 電子情報館・013 講義室

一般演題 A10-11 座長：平田 衛（関西ろうさい病院）

A10. 「健康交流の家」開設による健康増進効果の検証

細川陸也（名古屋市立大学）、伊藤美智予（日本福祉大学）、近藤克則、宮國康弘（千葉大学）、
尾島俊之（浜松医科大学）、後藤文枝、阿部吉晋、越千明（東海市役所）

A11. 看護師の勤務形態別によるメラトニン変動の比較

根岸好男、鬼塚陽子、加藤千津子、嶋田淳子、林邦彦（群馬大学大学院保健学研究科）

A12. 地方自治体と大学の連携によるソーシャルキャピタル向上のための健康政策―その課題と展望

立瀬剛志、須永恭子、藤森純子、関根道和（富山大学）、小林俊哉（九州大学）
山田広明（北陸先端科学技術大学院大学）、寺西秀豊（富山協立病院）

18:15～20:00 情報交換・交流会 会場：花の木

2014年7月12日(土)

14:00～15:00 I B 電子情報館・011 講義室

一般演題 B1-3 座長：舟越光彦（千鳥橋病院）

B1. 健康診断における血清 GGT 上昇と CVD リスクファクターの評価

山崎美智子、登坂由香、石崎昌夫、山田裕一（金沢医大・医・衛生）

B2. がんの年齢調整死亡率と標高の関連

青地ゆり、芹澤加奈（早稲田大学人間科学研究科）、扇原 淳（早稲田大学人間科学学術院）

B3. 都市郊外に居住する在宅高齢者の就労と3年後の健康寿命との関連構造

渡部月子（神奈川県立保健福祉大学）、藤井暢弥（首都大学東京都市システム科学）、
櫻井尚子（慈恵医科大学大学院）、星旦二（首都大学東京都市システム科学）

15:00～16:00 I B 電子情報館・011 講義室

一般演題 B4-6 座長：牧野 忠康（日本福祉大学）

B4. 富山県内における地域近接型ゲートキーパー養成事業の展開

小林俊哉（九州大）、立瀬剛志、須永恭子（富山大）、山田広明（北陸先端科学技術大学院大）

B5. 特定健康診査・特定保健指導におけるくり返しについて —60歳代女性動機づけ支援対象者に
焦点をあてて— 上野満里（九州大学）

B6. 日常生活圏域ニーズ調査データを活用した地域診断指標 36 指標の開発：JAGES プロジェクト
岡田栄作（浜松医科大学健康社会医学）、近藤克則（千葉大学予防医学センター）、尾島俊之
（浜松医科大学）、宮國康弘（千葉大学）、中村廣隆（日本福祉大学）、JAGES グループ

16:00～17:00 I B 電子情報館・011 講義室

一般演題 B7-9 座長：扇原 淳（早稲田大学）

B7. 地域の支え合いの意識と主観的健康度との関連

田口奈於、岩垣穂大（早稲田大学大学院人間科学研究科）、増田和高、安部 猛、扇原 淳、
加瀬裕子（早稲田大学人間科学学術院）

B8. PTA 役員活動が保護者の子育て不安感に及ぼす影響

萩原泳子、山田詩織（早稲田大学人間科学部）、
岩垣穂大（早稲田大学大学院人間科学研究科）、扇原 淳（早稲田大学人間科学学術院）

B9. 行政の地域づくりを推進する保健活動のあり方と保健師の役割について

梶西祐子（呉市保健所健康増進課）

17:00～18:00 I B 電子情報館・011 講義室

一般演題 B10-12 座長：田中 勤（南生協病院、名古屋市立大学）

B10. 知的障害のある一人っ子を養育している親の現状 —知的障害児とそのきょうだい児（健常
児）を養育している親との比較から—

木村美也子（聖マリアンナ医科大学）、山崎喜比古（日本福祉大学）

B11. 五感力を活用した療育支援技術に関する研究 その1：発達障害の人の異感覚体験に関する先行
研究からの考察と保育者養成における五感力活用の意義について

眞砂照美（広島国際大学・医療福祉）

B12. 戦前島根県における乳児死亡と近代産婆の検討 宮本恭子（島根大学法文学部）

18:15～20:00 情報交換・交流会 会場：花の木

2014年7月12日(土)

15:00～16:30 I B 電子情報館・014 講義室

ミニシンポジウム1 「HPVワクチン問題」

座長：片平 冽彦（新潟医療福祉大学／健和会 臨床・社会薬学研究所）

栗原 敦（MMR被害児を救援する会、全国薬害被害者団体連絡協議会）

「子宮頸がん予防における HPV ワクチンの有効性・安全性・必要性」

片平冽彦（新潟医療福祉大学／健和会 臨床・社会薬学研究所）

「HPVワクチンの被害と救済・支援について ―現行制度の課題、自治体独自の医療支援―」

栗原 敦（MMR被害児を救援する会、全国薬害被害者団体連絡協議会）

「子宮頸癌予防の現状と課題について」 小橋 元（放射線医学総合研究所）

16:40～18:00 I B 電子情報館・014 講義室

一般演題 C1-4 座長：小橋 元（放射線医学総合研究所）

C1. 薬害再発防止と教育、薬害資料の保存をめぐる動向について ―被害者団体の要求と厚生労働省、文部科学省の対応―

栗原 敦（MMR被害児を救援する会、全国薬害被害者団体連絡協議会）

C2. 全国のHIV陽性者におけるポジティブヘルス諸概念の実態に関する調査研究

井上洋士、戸ヶ里泰典（放送大）、細川陸也（名市大）、片倉直子（千葉県立保健医療大）、

阿部桜子（NTT docomo）、若林チヒロ（埼玉県立大）、大木幸子（杏林大）、

高久陽介（日本 HIV 陽性者ネットワーク・ジャンププラス）、矢島嵩、

桜井啓介（日本 HIV 陽性者ネットワーク・ジャンププラス、ぶれいす東京）

C3. 中野駅前での無料街頭相談会 41 回のまとめ

谷川智行、伊藤浩一、西村りえ、渋谷直道、原由絵、松本亜矢子、矢野睦子、

山添志野（中野共立病院）、松本明彦、横山由希子（中野共立診療所）

C4. 大都市郊外在宅高齢者の主観的健康感と循環器疾患有病との関係

久保美紀（帝京科学大学・看護学科）、星 旦二（首都大学東京大学院 都市システム科学研究科）

18:15～20:00 情報交換・交流会 会場：花の木

2014年7月13日(日)

9:00～12:00 I B 電子情報館・015 講義室

シンポジウム2 「長寿社会における公衆衛生の原点」

座長：星旦二（首都大学東京 教授）、高島毛敏雄（関西大学 教授）

基調講演「長寿社会における公衆衛生の原点（社会医学の視点から）」

高島毛敏雄（関西大学社会安全学部）

「長寿社会における自治体の地域政策の現状と課題ーセーフコミュニティ」

反町吉秀（大妻女子大学大学院人間文化研究科）

「長寿社会における最低限の生活保障の現状と課題ーセーフティネット」

原 政代（太成学院大学看護学部）

「結核の現状と解決策 全国一結核罹患率が高い、大阪市西成区あいりん地域」

井戸武實（公益財団法人大阪公衆衛生協会・元 NPO ヘルスサポート大阪）

「健康格差に対する政策展開ー理論と実践」

松田亮三（立命館大学・産業社会学部/人間科学研究所）

12:00～12:50 I B 電子情報館2階・大講義室

総 会 行 事 ・ 奨 励 賞 表 彰 ・ 昼 食 （事前注文弁当、地下コンビニ、I B カフェ（飲み物））

13:00～14:25 I B 電子情報館・015 講義室

ミニシンポジウム2 「医療介護分野の腰痛予防最前線」

座長：埤田和史（滋賀医大）、後藤真澄（中部学院大）

「医療介護分野の腰痛予防最前線：介護教育と介護現場の現状と課題」 後藤真澄（中部学院大学）

「医療・介護分野の腰痛実態調査から」 北原照代（滋賀医科大学衛生学）

「医療介護分野の腰痛予防最前線 改訂された『職場における腰痛予防対策指針』を踏まえて」

埤田和史（滋賀医科大学衛生学）

14:30～16:30 I B 電子情報館・015 講義室

シンポジウム3 「世界の人々と在日外国人の健康問題」

座長：波川京子（川崎医療福祉大学）、坂本真理子（愛知医科大学）

「外国人保護者への効果的な健康情報の提供をさぐる取組みーブラジル人コミュニティでの事例から」

坂本真理子（愛知医科大学看護学部）

「在日外国人に対する市町村保健師の健康支援の現状と課題」 波川京子（川崎医療福祉大学）

「在日外国人の医療相談・健康支援活動を通してー市民団体と大学との協働」 水谷聖子（愛知医大）

「外国人労働者の労災職業病研究から見えてくることー巨像をなでる一つの手、大海をのぞく窓ー」

毛利一平（ひらの亀戸ひまわり診療所・東京労働安全衛生センター）

16:30～18:00 I B 電子情報館・012 講義室

自由集会1 「山田信也先生を囲んで」 座長 山中克己（名古屋学芸大）、西山勝夫（滋賀医大）

話題「私の社会医学の歩みをふりかえって」 山田信也（名古屋大名誉教授）

「労働と健康ー現役世代からの報告」 田村昭彦（九州社医研）

2014年7月13日(日)

9:00～10:00 I B 電子情報館・013 講義室

一般演題 D1-3 座長：杉山 貴士(佛教大学・尼崎医療生協)

D1. 暮らし・仕事と40歳以下2型糖尿病についての研究：臨床像と社会経済的地位との関連

舟越光彦(千鳥橋病院)、伊古田明美(勤医協中央病院)、伊藤浩一(中野共立病院)、大澤亮(城北病院)、沖本久志(坂総合病院)、清水信明(上伊那生協病院)、辻村文宏(名南病院)、富永さやか(城北病院)、福田洋(順天堂大総合診療科)、松本久(くわみず病院)、宮城調司(立川相互病院)、三浦次郎(吉祥院病院)、蒔也寸志(城北病院)

D2. 被災地の建築関連事業所労働者の心の病の特徴と課題 ―労働安全衛生法ストレスチェック義務化法案の問題点にふれて―

広瀬俊雄、斎藤慶史、佐藤祐子、佐藤了子(仙台錦町診療所・産業医学センター)

D3. 東京の野宿生活者における歯科保健

中久木康一(新宿連絡会医療班・東京医科歯科大学顎顔面外科)、森下絵理(新宿連絡会医療班・訪問看護ステーションコスモス)、大脇甲哉(新宿連絡会医療班・港町診療所)、有川量崇(日本大学松戸歯学部公衆予防歯科学)

10:00～11:00 I B 電子情報館・013 講義室

一般演題 D4-6 座長：広瀬俊雄(仙台錦町診療所・産業医学センター)

D4. 産業医学科外来における鉛中毒「新患」の問診から見える背景について ～ある「橋梁塗装現場」の安全衛生についての考察～

庄司修、中村賢治、重田博正(大阪社会医学研究所)

D5. 三池 CO 被災者医療にみる労災補償制度の問題点 ―社会復帰促進等事業に着目して―
田中智子(佛教大学)

D6. 病棟看護師の筋骨格系症状に関する検討 ～回復期リハビリ病棟・亜急性病床・療養型病棟の勤務者について～

北原照代、埤田和史、辻村裕次、加藤正人、保田淳子(滋賀医大・社会医学・衛生学)、西田直子(京都府立医大・医・看護)、鈴木ひとみ(京都学園大・健康医療)、中村賢治(大阪社医研)、白星伸一(佛教大学・保健医療技術)、富田川智志(大阪人間科学大・医療福祉)

11:00～12:00 I B 電子情報館・013 講義室

一般演題 D7-9 座長：中村賢治(大阪社医研)

D7. 労働者のワーク・ライフ・バランスとその関連要因の経年変化―2006年と2010年との比較から
上原尚紘(医療法人社団いずみ会北星病院)、志渡晃一、西 基(北海道医療大学大学院看護福祉学研究科)、三宅浩次(北海道産業保健推進センター)

D8. Sense of Coherence (SOC) を用いた病ある人生の再構築研究と健康職場づくり研究の現段階ならびに社会医学における新機軸性
山崎 喜比古(日本福祉大)

D9. 向老期における社会的 QOL 向上を支援する介入タイミングの検証 ―退職期男性を対象としたケアウィルプログラム実践より―

藤森純子、立瀬剛志(富山大・地域医療・保健支援部門)、永田勝太郎(国際全人医療研究所)、新鞍真理子(富山大・老年看護)、鏡森定信(富山大)

12:00～12:50 I B 電子情報館2階・大講義室

総 会 行 事 ・ 奨 励 賞 表 彰 ・ 昼 食 (事前注文弁当、地下コンビニ、I B カフェ(飲み物))

2014年7月13日(日)

12:00～12:50 I B 電子情報館 2 階・大講義室

総 会 行 事 ・ 奨 励 賞 表 彰 ・ 昼 食 (事前注文弁当、地下コンビニ、I B カフェ (飲み物))

13:00～14:00 I B 電子情報館・013 講義室

教育講演 1 & 2 座長：石竹 達也(久留米医科大学医学部衛生学教授)

教育講演 1 健康診断、健康管理における血清 γ -glutamyltransferase (γ G T) 測定の新しい意義 — 心血管疾患及びそのリスクファクター発症の予知指標として

山田裕一 (金沢医科大学医学部衛生学 教授)、山崎美智子、登坂由香 (金沢医科大学医学部衛生学)

教育講演 2 我が国における色覚問題の本質

高柳 泰世 (本郷眼科・神経内科 院長 藤田学園大学医学部公衆衛生学 客員教授)

14:00～15:00 I B 電子情報館・013 講義室

教育講演 3 & 4 座長：小林 章雄 (愛知医科大学医学部衛生学 教授)

教育講演 3 振動障害 対策と研究の到達点

榊原久孝 (名古屋大学大学院医学系研究科看護学専攻 教授)

教育講演 4 労働安全衛生の基礎を学校で

久永直見 (愛知学泉大学家政学部 教授)

15:00～16:20 I B 電子情報館・013 講義室

一般演題 D10-13 座長：山崎喜比古 (日本福祉大学)

D10. 神通川流域住民におけるカドミウム腎症補償の社会医学的意義

寺西秀豊 (富山協立病院), 西条旨子 (金沢医科大学・公衆衛生学)

D11. 社会的病理の解決手法 佐分利応貴 (京都大学経済研究所)

D12. K6 の変化パターンからみたソーシャル・キャピタルに関する研究

鈴木るり子 (岩手看護短期大学専攻科地域看護学専攻)、

横山由香里 (日本福祉大学社会福祉学部)、板倉有紀 (東北大学文学研究科)

D13. 社会医学の視点からみる日英の公衆衛生の特徴の分析

高鳥毛 敏雄 (関西大)

16:30～18:00 自由集会

2014年7月13日(日)

12:00～12:50 I B 電子情報館 2 階・大講義室

総会行事・奨励賞表彰・昼食(事前注文弁当、地下コンビニ、I B カフェ(飲み物))

13:00～14:00 I B 電子情報館・011 講義室

一般演題 E10-12 座長：天笠崇(代々木病院)

E10. ベトナムにおける枯葉剤二世の生活と福祉的支援

福島知子(吉備国際大学・社会福祉学)、藤本文朗(滋賀大学名誉教授・障害児臨床心理学)

E11. 総合診療活動の概括的報告と精神心理的問題を抱える患者さんを通して見える課題

黒川渡、白水倫生、富樫トモ子、岡田広美、森園康代、川島亮、山中小百合、
岩戸博子(くろかわ診療所)

E12. 知的障害および精神障害を有する患者さんたちとの長い関わりの事例分析から学ぶこと
患者・介護者ができる目標の積み重ねと達成のための支援の重要性

富樫トモ子、岡田広美、森園康代、江頭真由美、黒川渡(くろかわ診療所)

14:00～15:00

I B 電子情報館・011 講義室

一般演題 E13-15 座長：松田亮三(立命館大)

E13. 思春期婦人科外来における外国籍患者についての記述研究(Case Report)

田中勤(南生協病院産婦人科、名市大自然科学)、藪下ももこ(名大保健学科)、
古橋忠晃(名大保体センター／精神健康医学)、大坂裕子(駒澤女子大)

E14. 地方都市における外国人支援の現状と課題—A 市の取り組みを例に—
志賀文哉(富山大学)、青木由香(アレッセ高岡)

E15. 韓国・日本における高齢者の終末期ケアのあり方と今後の方向性～介護保険関連施設・事業所の職員調査から～ 後藤真澄、森田直子、片桐史恵、(中部学院大学)、塚本利幸(福井県立大学)

15:00～16:40 I B 電子情報館・011 講義室

一般演題 E16-19 座長：逢坂隆子(NPO HEALTH SUPPORT OSAKA)

E16. 特別清掃事業健診結果と健康相談内容の分析による支援の課題抽出の試み 高血圧・循環器疾患と肺結核を中心とした分析と課題

田中義則、藤本敬三、松本裕文、山田実(NPO 釜ヶ崎支援機構)、黒川渡(くろかわ診療所)

E17. 釜ヶ崎における高齢者特別清掃事業就労者及びシェルター利用者を対象とした結核に関する聞き取り調査の報告

三浦康代(明治国際医療大学)、井戸武實(HEALTH SUPPORT OSAKA)、

田中義則(NPO 釜ヶ崎支援機構)、上田裕子(大阪府枚方保健所)、

山本繁(HEALTH SUPPORT OSAKA)、高島毛敏雄(HEALTH SUPPORT OSAKA、関西大学)

E18. あいりん地区居住者における、近隣者同士のつながりに関する一考察
鍛冶葉子(甲子園短期大学幼児教育保育学科)

E19. 若年貧困層における精神疾患・精神障害に関する考察—京都市の緊急一時宿泊事業利用者調査から— 加美嘉史(佛教大学・社会福祉)

E20. 乳がんサバイバーの生活機能実態に関する ICF を活用した患者参加型研究(第一報): 基本設計と意義 ～生活機能の原状回復に関連するライフ要因探索～

柿沼章子、榎本哲、久地井寿哉、大平勝美((社福)はばたき福祉事業団)

16:40～18:00 自由集会

2014年7月13日（日）

12:00～12:50 I B 電子情報館 2 階・大講義室

総 会 行 事 ・ 奨 励 賞 表 彰 ・ 昼 食 （事前注文弁当、地下コンビニ、I B カフェ（飲み物））

14:30～16:00 I B 電子情報館・014 講義室

ミニシンポジウム3 「戦争と医学」

座長：西山勝夫（滋賀医大）、道端達也（玉島協同病院）

基調講演 「15 年戦争期における日本の医学犯罪」

土屋貴志（大阪市立大学・哲学）

「15 年戦争時の東北帝国大学医学部における軍国主義的教育・研究の進行」

刈田啓史郎（東北大学歯学部）

「十五年戦争末期、医学部卒業生の過半数が軍医に」 蒨 昭三（城北病院）

「日本の侵略先に設置された大学における医学博士の学位授与」 西山勝夫（滋賀医科大学）

16:30～18:00 自由集会

第55回日本社会医学学会総会 プログラム

2014年7月12日(土)

10:00～11:00	理 事 会 ・ 評 議 員 会			IB電子情報館・012講義室	
11:00～11:10	開会挨拶 柴田英治 第55回日本社会医学学会総会 学会長 理事長挨拶 山田裕一 日本社会医学学会 理事長			IB電子情報館2階・大講義室	
11:10～12:00	学会長講演「地域から、わが国の社会医学を考える」 柴田 英治(愛知医科大学医学部衛生学教授) 座長:久永 直見(愛知学泉大学教授)			IB電子情報館2階・大講義室	
12:00～13:00	昼 食 (生協北部食堂、地下コンビニ、IBカフェ(飲み物))			IB電子情報館2階・大講義室	
13:00～13:50	特別講演「福島原発による今後の影響を予測する」 松崎 道幸(北海道・深川市立病院 内科部長) 座長:山田 裕一(金沢医科大学医学部衛生学 教授)			IB電子情報館2階・大講義室	
14:00～14:50	招待講演1 「学校・保育所における食物アレルギー対応 調布市の女児死亡事故(2012年12月)後の進展と課題」 坂本龍雄(中京大学スポーツ科学部 教授) 座長:柴田 英治(愛知医科大学医学部衛生学 教授)			IB電子情報館・015講義室	
15:00～15:50	招待講演2 「児童相談所における虐待対応の現状と社会医学的課題」 前田 清(愛知県福祉福祉相談センター) 座長:柴田 英治(愛知医科大学医学部衛生学 教授)			IB電子情報館・015講義室	
16:00～18:00	シンポジウム1 格差社会と健康 座長:田村昭彦(九州社会医学研究所 所長)、八谷 寛(鎌田保健衛生大学医学部公衆衛生学 教授) 「社会的につくりだされた早すぎる死 全日本民医連・国保など経済的事由による手遅れ、死亡事例調査より」 田村昭彦(九州社会医学研究所) 「野宿生活をしている人々との関わりから感じること」 白井裕子(愛知医科大学看護学部) 「東日本大震災・福島原発事故から3年後の復興ストレスの現状と課題」 松浦健伸(石川勤労者医療協会城北病院精神科) 「無料定額診療事業の3年間の成果と課題-貧困が生み出す命の不等の実態」 大野義一郎、柳田月美、豊田恵太、趙理明、青木美幸、竹村陽子 (東京勤医会・東葛病院)			IB電子情報館・013講義室	
18:15～20:00	情報交換・交流会 会場:花の木				

2014年7月12日(土)

14:00～15:00
一般演題 B1-3 座長:舟越光彦(千鳥橋病院)
B1. 健康診断における血清GGT上昇とCVDリスクファクターの評価
山崎美智子、登坂由香、石崎昌夫、山田裕一(金沢医大・医・衛生)
B2. がんの年齢調整死亡率と標高の関連
青地ゆり、芹澤加奈(早稲田大学大学院人間科学研究科)、扇原 淳(早稲田大学人間科学学術院)
B3. 都市郊外に居住する在宅高齢者の就労と3年後の健康寿命との関連構造 渡部月子(神奈川県立保健福祉大学)、藤井暢弥(首都大学東京都市システム科学)、櫻井尚子(慈恵医科大学大学院)、星旦二(首都大学東京都市システム科学)

IB電子情報館・O11講義室

15:00～16:00
一般演題 B4-6 座長:牧野 忠康(日本福祉大学)
B4. 富山県内における地域近接型ゲートキーパー養成事業の展開
小林俊哉(九州大学)、立瀬剛志、須永恭子(富山大学)、山田広明(北陸先端科学技術大学院大学)
B5. 特定健康診査・特定保健指導におけるくり返しについて ―60歳代女性動機づけ支援対象者に焦点をあてて― 上野満里(九州大学)
B6. 日常生活圏域ニーズ調査データを活用した地域診断指標36指標の開発:JAGESプロジェクト 岡田栄作(浜松医科大学健康社会医学)、近藤克則(千葉大学予防医学センター)、尾島俊之(浜松医科大学健康社会医学)、宮國康弘(千葉大学)、中村廣隆(日本福祉大学)、JAGESグループ
16:00～17:00
一般演題 B7-9 座長:扇原 淳(早稲田大学)
B7. 地域の支え合いの意識と主観的健康度との関連
田口奈於、岩垣穂大(早稲田大学大学院人間科学研究科)、増田和高、安部 猛、扇原 淳、加瀬裕子(早稲田大学人間科学学術院)
B8. PTA役員活動が保護者の子育て不安感に及ぼす影響
萩原泳子、山田詩織(早稲田大学人間科学部)、岩垣穂大(早稲田大学大学院人間科学研究科)、扇原 淳(早稲田大学人間科学学術院)
B9. 行政の地域づくりを推進する保健活動のあり方と保健師の役割について 梶西祐子(呉市保健所健康増進課)

IB電子情報館・O11講義室

IB電子情報館・O11講義室

17:00～18:00
一般演題 B10-12 座長:田中 勤(南生協病院、名古屋市立大学)
B10. 知的障害のある一人っ子を養育している親の現状 ―知的障害児とそのきょうだい児(健常児)を養育している親との比較から―
木村美也子(聖マリアンナ医科大学)、山崎喜比古(日本福祉大学)
B11. 五感力を活用した療育支援技術に関する研究 その1:発達障害の人の異感覚体験に関する先行研究からの考察と保育者養成における五感力活用の意義について 眞砂照美(広島国際大学・医療福祉)
B12. 戦前島根県における乳児死亡と近代産婆の検討
宮本恭子(島根大学法文学部)

IB電子情報館・O11講義室

15:00～16:30
IB電子情報館・O14講義室
ミニシンポジウム1 「HPVワクチン問題」
座長:片平 冽彦(新潟医療福祉大学／健和会 臨床・社会薬学研究所)
栗原 敦(MMR被害児を救済する会、全国薬害被害者団体連絡協議会)
「子宮頸がん予防におけるHPVワクチンの有効性・安全性・必要性」 片平冽彦(新潟医療福祉大学／健和会 臨床・社会薬学研究所)
「HPVワクチンの被害と救済・支援について ―現行制度の課題、自治体独自の医療支援―」
栗原 敦(MMR被害児を救済する会、全国薬害被害者団体連絡協議会)
「子宮頸癌予防の現状と課題について」 小橋 元(放射線医学総合研究所)

16:40～18:00
IB電子情報館・O14講義室
一般演題 C1-4 座長:小橋 元(放射線医学総合研究所)
C1. 薬害再発防止と教育、薬害資料の保存をめぐる動向について ―被害者団体の要求と厚生労働省、文部科学省の対応―
栗原 敦(MMR被害児を救済する会、全国薬害被害者団体連絡協議会)
C2. 全国HIV陽性者におけるポジティブヘルス諸概念の実態に関する調査研究 井上洋土、戸ヶ里泰典(放送大)、細川陸也(名市大)、片倉直子(千葉県立保健医療大)、阿部桜子(NTT docomo)、若林チヒロ(埼玉県立大)、大木幸子(杏林大)、高久陽介(日本HIV陽性者ネットワーク・ジャンププラス)、矢島 嵩、桜井啓介(日本HIV陽性者ネットワーク・ジャンププラス、ぶれいす東京)
C3. 中野駅前での無料街頭相談会41回のまとめ
谷川智行、伊藤浩一、西村りえ、渋谷直道、原由絵、松本亜矢子、矢野睦子、山添志野(中野共立病院)、松本明彦、横山由希子(中野共立診療所)
C4. 大都市郊外在宅高齢者の主観的健康感と循環器疾患有病との関係
久保美紀(帝京科学大学・看護学科)、星 旦二(首都大学東京大学院 都市システム科学研究科)

2014年7月13日(日)

9:00～12:00

IB電子情報館・O15講義室

シンポジウム2 「長寿社会における公衆衛生の原点」

座長:星旦二(首都大学東京 教授)、高島毛敏雄(関西大学 教授)

基調講演「長寿社会における公衆衛生の原点(社会医学の視点から)」高島毛敏雄(関西大学社会安全学部)

「長寿社会における自治体の地域政策の現状－セーフコミュニティ」

反町吉秀(大妻女子大学大学院人間文化研究科)

「長寿社会における最低限の生活保障の現状－セーフティネット」 原 政代(太成学院大学看護学部)

「結核の現状と解決策 全国一結核罹患率が高い、大阪市西成区あいりん地域」

井戸武實(公益財団法人大阪公衆衛生協会・元NPOヘルスサポート大阪)

「健康格差に対する政策展開—理論と実践」 松田亮三(立命館大学・産業社会学部/人間科学研究所)

12:00～12:50

昼食・総会行事・奨励賞表彰

13:00～14:25

IB電子情報館・O15講義室

ミニシンポジウム2 「医療介護分野の腰痛予防最前線」

座長:埴田和史(滋賀医科大学)、後藤真澄(中部学院大学)

「医療介護分野の腰痛予防最前線:介護教育と介護現場の現状と課題」 後藤真澄(中部学院大学)

「医療・介護分野の腰痛実態調査から」 北原照代(滋賀医科大学衛生学)

「医療介護分野の腰痛予防最前線 改訂された『職場における腰痛予防対策指針』を踏まえて」
埴田和史(滋賀医科大学衛生学)

14:30～16:30

IB電子情報館・O15講義室

シンポジウム3 「世界の人々と在日外国人の健康問題」

座長:波川京子(川崎医療福祉大学)、坂本真理子(愛知医科大学)

「外国人保護者への効果的な健康情報の提供をさぐる取組み —ブラジル人コミュニティでの事例から」
坂本真理子(愛知医科大学看護学部)

「在日外国人に対する市町村保健師の健康支援の現状と課題」

波川京子(川崎医療福祉大学)

「在日外国人の医療相談・健康支援活動を通して 市民団体と大学との協働」

水谷聖子(愛知医大)

「外国人労働者の労災職業病研究から見てくると ～巨像をなでる一つの手、大海をのぞく窓～」

毛利一平(ひらの亀戸ひまわり診療所・東京労働安全衛生センター)

16:30～18:00

IB電子情報館・O12講義室

自由集会1

「山田信也先生を囲んで —労働と健康」 座長:山中克己(名古屋学芸大)、西山勝夫(滋賀医大)

話題「私の社会医学の歩みをふりかえって」 山田信也(名古屋大名誉教授)、「現役世代からの報告」田村昭彦(九州社医研)

9:00～10:00

IB電子情報館・O13講義室

一般演題 D1-3 座長:杉山 貴士(佛敎大学・尼崎医療生協)

D1. 暮らし・仕事と40歳以下2型糖尿病についての研究:臨床像と社会経済的地位との関連 舟越光彦(千鳥橋病院)、伊古田明美(動医協中央病院)、伊藤浩一(中野共立病院)、大澤亮(城北病院)、沖本久志(坂総合病院)、清水信明(上伊那生協病院)、辻村文宏(名南病院)、富永さやか(城北病院)、福田洋(順天堂大総合診療科)、松本久くくわみず病院)、宮城調司(立川相互病院)、三浦次郎(吉祥院病院)、筋也寸志(城北病院)

D2. 被災地の建築関連事業所労働者の心の病の特徴と課題 —労働安全衛生法ストレスチェック義務化法案の問題点にふれて—
広瀬俊雄、斎藤慶史、佐藤祐子、佐藤了子(仙台錦町診療所・産業医学センター)

D3. 東京の野宿生活者における歯科保健 中久木康一(新宿連絡会医療班・東京医科歯科大学顎顔面外科)、森下総理(新宿連絡会医療班・訪問看護ステーションコスモス)、大脇甲哉(新宿連絡会医療班・港町診療所)、有川量崇(日本大学松戸歯学部公衆予防歯科学講座)

10:00～11:00

IB電子情報館・O13講義室

一般演題 D4-6 座長:広瀬俊雄(仙台錦町診療所・産業医学センター)

D4. 産業医学科外来における鉛中毒「新患」の問診から見える背景について ～ある「橋梁塗装現場」の安全衛生についての考察～
庄司修、中村賢治、重田博正(大阪社会医学研究所)

D5. 三池CO被災者医療にみる労災補償制度の問題点 —社会復帰促進等事業に着目して— 田中智子(佛敎大学)

D6. 病棟看護師の筋骨格系症状に関する検討 ～回復期リハビリ病棟・亜急性病床・療養型病棟の勤務者について～
北原照代、埴田和史、辻村裕次、加藤正人、保田淳子(滋賀医大・社会医学・衛生学)、西田直子(京都府立医大・医・看護)、鈴木ひとみ(京都学園大・健康医療)、中村賢治(大阪社会医学研究所)、白星伸一(佛敎大学・保健医療技術)、富田川智志(大阪人間科学大・人間科学・医療福祉)

11:00～12:00

IB電子情報館・O13講義室

一般演題 D7-9 座長:中村賢治(大阪社医研)

D7. 労働者のワーク・ライフ・バランスとその関連要因の経年変化 —2006年と2010年との比較から—
上原尚絨(医療法人社団いずみ会北星病院)、志渡遼一、西 基(北海道医療大学大学院看護福祉学研究科)、三宅浩次(北海道産業保健推進センター)

D8. Sense of Coherence (SOC) を用いた病ある人生の再構築研究と健康職場づくり研究の現段階ならびに社会医学における新機軸性
山崎 喜比古(日本福祉大)

D9. 向老期における社会的QOL向上を支援する介入タイミングの検証 —退職期男性を対象としたケアウィルプログラム実践より—

藤森純子、立瀬剛志(富山大・地域医療・保健支援部門)、永田勝太郎(国際全人医療研究所)、新鞍真理子(富山大・老年看護)、鏡森定信(富山大)

IB電子情報館2階・大講義室

13:00～14:00

IB電子情報館・O13講義室

教育講演 1 & 2 座長:石竹 達也(久留米医科大学医学部衛生学教授)

教育講演1

健康診断、健康管理における血清 γ -glutamyltransferase (γ GT)測定の新しい意義 一心血管疾患及びそのリスクファクター発症の予知指標として

山田裕一(金沢医科大学医学部衛生学 教授)、山崎美智子、登坂由香(金沢医科大学医学部衛生学)

教育講演2

我が国における色覚問題の本質

○高柳 泰世(本郷眼科・神経内科 院長 藤田学園大学医学部公衆衛生学 客員教授)

14:00～15:00

IB電子情報館・O13講義室

教育講演3 & 4 座長:小林 章雄(愛知医科大学医学部衛生学 教授)

教育講演3

振動障害 対策と研究の到達点

榊原久孝(名古屋大学大学院医学系研究科看護学専攻 教授)

教育講演4

労働安全衛生の基礎を学校で

久永直見(愛知学泉大学家政学部 教授)

15:00～16:20

IB電子情報館・O13講義室

一般演題 D10-13 座長:山崎喜比古(日本福祉大学)

D10. 神通川流域住民におけるカドミウム腎症補償の社会医学的意義 寺西秀豊(富山協立病院)、西条旨子(金沢医科大学・公衆衛生学)

D11. 社会的病理の解決手法 佐分利応貴(京都大学経済研究所)

D12. K6の変化パターンからみたソーシャル・キャピタルに関する研究
鈴木るり子(岩手看護短期大学専攻科地域看護学専攻)、横山由香里(日本福祉大学社会福祉学部)、板倉有紀(東北大学文学研究科)

D13. 社会医学の視点からみる日英の公衆衛生の特徴の分析 高島毛 敏雄(関西大)

16:30～18:00

IB電子情報館・O13講義室

自由集会 未定

2014年7月13日(日)

9:00～10:00

IB電子情報館・O11講義室

一般演題 E1-3 座長:後藤真澄(中部学院大)

E1. 地域包括ケアシステムの推進に関する検討-訪問看護ステーション管理者の悩みから考察するステーション運営の課題について-
須永恭子(富山大学)、立瀬剛志(富山大学)、小林俊哉(九州大学)

E2. 常設夜間休日HIV検査場におけるアンケート調査結果の分析 毛受矩子(四天王寺大学・NPO法人スマートらいふネット)、前川厚子(名古屋大学大学院医学系研究科・NPO法人スマートらいふネット)、落合世津子(藍野大学・NPO法人スマートらいふネット)

E3. 介護福祉学の学術領域に関する研究 ～KH CoderIによる計量テキスト分析～
午頭潤子(東洋大学)、田中由紀子(日本社会事業大学)、関谷米子(白梅学園大学)

10:00～11:00

IB電子情報館・O11講義室

一般演題 E4-6 座長:午頭潤子(東洋大)

E4. 介護支援専門員の医療連携に対する意識調査 医療連携に対する消極姿勢(苦手意識)とその関連要因について
中村邦洋、米田政業、長谷川聡、志渡晃一(北海道医療大学大学院看護福祉学研究科)

E5. 訪問介護職員のワーク・ライフ・バランスとその関連要因
峯岸高裕、志渡晃一(北海道医療大学看護福祉学研究科)、上原尚絨(医療法人社団いずみ会北星病院)

E6. 福祉職場におけるハラスメント防止の取り組みと課題 檜垣昌也(聖徳大学短期大学部)

11:00～12:00

IB電子情報館・O11講義室

一般演題 E7-9 座長:森河裕子(金沢医大)

E7. 視覚障害原因疾患調査(1982年～2012年)の結果と対策について
高柳泰世(愛知視覚障害者支援促進協議会、名古屋大学、本郷眼科・神経内科)、宮尾 克(名古屋大学)

E8. 知的障害者の障害程度区分についての考察 一障害基礎年金、療育手帳および生活保護における障害加算を通して
中野加奈子(大谷大学文学部社会学科)

E9. 進行性神経筋疾患患者の自己肯定感の形成における作業療法の影響 趙没名(立命館大学)

IB電子情報館2階・大講義室

昼食・総会行事・奨励賞表彰

13:00～14:00

IB電子情報館・O11講義室

一般演題 E10-12 座長:天笠 崇(代々木病院)

E10. ベトナムにおける枯葉剤二世の生活と福祉の支援
福島知子(吉備国際大学・社会福祉学)、藤本文朗(滋賀大学名誉教授・障害児臨床心理学)

E11. 総合診療活動の概括的報告と精神的問題を抱える患者さんを通して見える課題
黒川 渡、白水倫生、富樫トモ子、岡田広美、森園康代、川島亮、山中小百合、岩戸博子(くろかわ診療所)

E12. 知的障害および精神障害を有する患者さんたちの長い関わりの事例分析から学ぶこと 患者・介護者ができる目標の積み重ねと達成のための支援の重要性 富樫トモ子、岡田広美、森園康代、江頭真由美、黒川 渡(くろかわ診療所)

14:00～15:00

IB電子情報館・O11講義室

一般演題 E13-15 座長:松田 亮三(立命館大)

E13. 思春期婦人科外来における外国籍患者についての記述研究(Case Report)
田中 勤(南生協病院産婦人科、名古屋市大自然科学)、藪下ももこ(名大保健学科)、古橋忠晃(名大保健センター／精神健康医学)、大坂裕子(駒澤大)

E14. 地方都市における外国人支援の現状と課題 一A市の取り組みを例にー 志賀文哉(富山大学)、青木由香(アレッセ高岡)

E15. 韓国・日本における高齢者の終末期ケアのあり方と今後の方向性 ～介護保険関連施設・事業所の職員調査から～
後藤真澄、森田直子、片桐史恵、(中部学院大学)、塚本利幸(福井県立大学)

15:00～16:40

IB電子情報館・O11講義室

一般演題 E16-20 座長:逢坂隆子(NPO HEALTH SUPPORT OSAKA)

E16. 特別清掃事業健診結果と健康相談内容の分析による支援の課題抽出の試み 高血圧・循環器疾患と肺結核を中心とした分析と課題
田中義則、藤本敬三、松本裕文、山田 実(特定非営利活動法人釜ヶ崎支援機構)、黒川 渡(くろかわ診療所)

E17. 釜ヶ崎における高齢者特別清掃事業就労者及びシェルター利用者を対象とした結核に関する聞き取り調査の報告
三浦康代(明治国際医療大学)、井戸武寛(HEALTH SUPPORT OSAKA)、田中義則(NPO釜ヶ崎支援機構)、上田裕子(大阪府枚方保健所)、山本繁(HEALTH SUPPORT OSAKA)、高島毛敏雄(HEALTH SUPPORT OSAKA、関西大学)

E18. あいりん地区居住者における、近隣者同士のつながりに関する一考察 鍛冶菜子(甲子園短期大学幼児教育保育学科)

E19. 若年貧困層における精神疾患・精神障害に関する考察 一京都市の緊急一時宿泊事業利用者調査から 加美嘉史(佛教大学・社会福祉)

E20. 乳がんサバイバーの生活機能実感に関するICFを活用した患者参加型研究(第一報):基本設計と意義 ～生活機能の原状回復に関連するライフ要因探索～ 柿沼章子、榎本哲、久地井寿哉、大平勝美(「社福」はばたき福祉事業団)

16:40～18:00

IB電子情報館・O11講義室

自由集会 未定

14:30～16:00

IB電子情報館・O14講義室

ミニシンポジウム3 「戦争と医学」

座長:西山勝夫(滋賀医大)、道端達也(玉島協同病院)

基調講演 「15 年戦争期における日本の医学犯罪」 土屋貴志(大阪市立大学・哲学)

「15年戦争時の東北帝国大学医学部における軍国主義的教育・研究の進行」 刈田啓史郎(東北大学歯学部)

「十五年戦争末期、医学部卒業生の過半数が軍医に」 蒔 昭三(城北病院)

「日本の侵略先には設置された大学における医学博士の学位授与」 西山勝夫(滋賀医科大学)

16:30～18:00

IB電子情報館・O14講義室

自由集会 未定

地域から、職域から、わが国の社会医学を考える

○柴田英治（愛知医大・衛生）

【地域職域連携は機能しているか】

地域保健と職域保健の連携の必要性は旧厚生省と旧労働省が廃止・統合される以前がしばしばその必要性が強調されてきた。背景には縦割り行政の弊害を最小限にするという建前とともに、両者が連携しなければ、地域保健、職域保健それぞれの目的が達成できないという事情がある。筆者は主に職域保健を主要な研究フィールドとしてきたが、職域保健の中でも対象となる労働者、事業所数が多く、労働衛生の三管理や安全衛生状況の把握が不十分である中小企業は問題が多いにもかかわらず、アプローチが難しいために、現在も職域保健の主要な課題とされ、中小企業で働く人々の安全衛生は主に職域保健関係者の間で議論されているが、それだけでは到底不十分であり、地域保健の資源を生かさなければその問題解決はもちろん、実態の把握すら困難であることが明らかになっている。

一方、近年の就業構造の大きな特徴はいわゆる非正規雇用労働者の増加である。多くの大規模事業所で有害危険作業を下請けの事業所が請け負う構造はすでに建設業では一般的に行われていたが、これがさまざまな産業に拡大していることが、問題をさらに複雑にしているとともに従来の職域保健の資源による対応を一層困難にしている。

【地域保健から職域保健へのアプローチ】

一方、地域保健からは職域にどうアプローチしようとしているのか。2005年に「地域職域連携推進事業ガイドライン」が発表され、さらに2007年には改訂版が作成され

ている。このガイドラインには職域保健の資源として医療保険も加えた形で様々な活動の仕方が提案されている。「それぞれの機関が有している健康教育、健康相談、健康情報等を共有化し、より効果的、効率的な保健事業を展開すること」が連携の主要な活動とされているが、実はこの連携事業はいずれの関係機関にとっても主要な事業の位置づけを与えられていないのが実情である。例えば、地域職域連携推進協議会を担当する保健所職員が協議会のメンバーから地域と職域の保健担当者が連携する意義はどこにあるのかを問われるといった、協議会の存立意義が十分に理解されていない実情を示唆する事例は筆者の乏しい経験でも最近相次いで発生している。健康問題に関する課題が山積する中で、各機関ともに内部の事業を推進するのが精一杯で地域・職域連携にまで手が回らない実情がみえる。

また、労働者健康福祉機構が各都道府県に設置している産業保健推進センター（連絡事務所）が、今年度から産業保健総合支援センターとして、一部の県で連絡事務所に格下げされたものが、再び47都道府県で同じ名称のものとして従来の推進センター事業、地域産業保健事業、メンタルヘルス支援対策事業といった三事業の一体化を謳っている。効率が上がらず、ビジネスとして成り立たせることが困難な中小の事業所の産業保健支援で成果を挙げるために行われる様々な模索ともいえるこの事業の転換はしかし、従来の問題点を克服する抜本的な改革とはいえない。

保健所が中心となっていて行われる地域職域連携推進事業でしばしば取り上げられるのは、いわゆる生活習慣病対策の事業所への展開であり、いわばポピュレーションアプローチであるが、各職場に存在する固有のリスクに対応するものではない。中小企業の労働者、非正規雇用労働者の多くが生活習慣病のリスクが高いことも理解できるが、一方で各職場、各業種、各業務に存在する固有のリスクにも着目することが職域保健の基本である。

しかし、各業種に特異的に存在する様々な危険因子、各職場固有のリスクを明らかにするためには、職場に足を運び、丹念に職場と作業者の働き方を観察しなければならない。しかし、無数にある中小の事業所を巡視・観察の対象にするような活動は非現実的と言わざるを得ない。組織の力、地域の資源を様々な形で連携させたネットワークを構築した上で、系統的、効率的、かつ粘り強い取り組みが必要である。

【職域保健側の資源はあるのか】

それでは職域保健側で中小企業の支援を専門的に担当する専門機関はあるのだろうか。実は現在、50人未満の中小企業の安全衛生に専門的に関わっているのは大企業の専属産業医でもなければ、大学の研究者でもない。50人未満の事業所支援を明らかにしているのは上記の地域産業保健センターのみである。担当しているのは多くの場合地域の医師会、及びこれに所属するコーディネーターである。しかし、すでに述べたように地域産業保健センターの事業は従来の推進センター事業、メンタルヘルス支援対策事業とともに一体化され、位置づけは従

来よりも下げられた印象は否めない。ただし、もともと地域産業保健センターの活動は健康診断の事後措置や過重労働の面接などであり、各職場に特異的なアプローチに及ぶことはなかったのも事実である。

【地域職域の連携再構築のために】

無数に存在する中小規模の事業所で働く人々、さらに非正規雇用労働者をどう支援していくのかという課題は、従来の枠組みでは対応できないことは明らかである。一方でまだやり尽くしていない活動、十分に機能していない専門職、関連組織があり、今後これらを動員しなければならない。

いうまでもなく、産業保健の主役は現場を熟知している労使である。近年の職域保健は現場での労使による自主的な活動から安全、衛生に関わるリスクを明らかにし、優先順位をつけて事前に対応することが重視される。専門機関、専門職は労使の組織を連携して、それらを側面から支える構造が必要であり、業種別業者団体、商工会、中小企業経営者団体など使用者側の組織、さらに地域の労働組合などが加わり、地域職域の専門組織・専門職との連携関係を構築するため、地域職域連携協議会などの場で各組織各職能による連携を強める事が求められる。

さらに把握が難しい非正規雇用労働者の実態は地域保健・職域保健両分野の専門職が今後長期的な計画を立てて、支援の方法を模索することが必要であろう。地域職域連携は建前でなく、本来追求しなければならない公衆衛生の基盤となる資源を支援に生かす道を各界とともに社会医学的に明らかにすることが求められる。

福島原発による今後の影響を予測する

○松崎道幸（北海道・深川市立病院）

【はじめに】

放射線被ばくによる健康被害の大きさは、①被ばく量と健康リスクの定量的関係、②住民の累積被ばく線量という二つの要素によって決まる。福島事故によるがん死リスクを検討するにあたって、①については、放影研原爆データ（1Sv 当たりがん死リスクが 47%増加）が論議の前提となっている。②について政府は、個人線量計やモニタリングポストのデータを根拠にして、住民の被ばく線量は極めて少ないとして、空間線量ベースで年間 20mSv までの地域への帰還を推進している。しかし、単位被ばく線量当たりの発がんリスクも、福島の住民の被ばく線量も大幅に過小評価されていることがわかっている。

さらに、小児甲状腺がん和被ばくの関係を検討する。最後に福島住民の白血球数の変動が示唆することについて論ずる。

【放射線被ばくの健康影響の過小評価】

放影研原爆データは、被ばくの 5 年後の時点で生存していた被ばく者を対象に追跡を開始したため、生き残りバイアスが生じて被ばく影響の過小評価につながった。さらに、被ばくゼロの集団ではなく放射性降下物による内部被ばくをしている遠距離被爆者を実質上の比較対照群としているため、被ばくリスクが二重に過小評価されている。

外部被ばく線量とがんリスクの関連にかんして、最近報告されている医療被ばくデータは、被ばく線量とがんの診断の正確度

において、放影研原爆データよりも信頼性が高い。カナダでのコホート調査では、CT 被ばく 10mSv ごとに発がんリスクが有意に 3%ずつ増加（1000mSv 当たり 300%）しており、原爆データを 6 倍以上上回る。さらに日本の 20 万人の原発労働者の追跡調査でも、がん死が累積被ばく 10mSv 当たり有意に 3%増加していた。

さらに、放射線に影響を受けやすい胎児や子どもでは、わずか数 mSv の追加被ばくでも、白血病や先天異常が有意に増加することを証明した論文が最近発表されている。年間追加被ばくを 1mSv 以内にとどめるという考え方さえも、次の世代の安全と健康を十分に守るものとはならないおそれがある。

【被災地の放射線被ばく量の過小評価】

政府は、3 つの手法で福島原発事故による住民の放射線被ばく線量が少ないことを印象付けようとしている。

①内部被ばくをゼロとして年間被ばく量を計算→被ばく量の 4 割引:CT 検査などの医療被ばくは外部被ばくだけだが、原発事故では必ず内部被ばくももたらされる。チェルノブイリでは、外部被ばくが 1mSv あれば、内部被ばくも 0.67mSv 伴っているという前提のもとに、合計 1.67mSv 被ばくしているとして、住民の被ばく量を計算し、年間総被ばく線量が 1mSv 以下になるように対策を立てていた。日本政府の「公表被ばく線量」は、実際の被ばく量の 4 割引とな

っている。

②モニタリングポスト操作→線量の 5 割引：政府は、原発事故周辺の空間線量が実際より低めにカウントされるように、モニタリングポストの測定機器の変更と周囲からの放射線ブロックを行った。このため、「公表空間線量」は実測値の半分となっている。

③個人線量計は内部被ばく測れず、外部被ばくも大幅割引：「実際の被ばく量」は、個人線量計では測れない。なぜなら、個人線量計は内部被ばくの α 線、 β 線を測れない。また個人線量計の計測値が全身に浴びたガンマ線被ばくの信頼できる代表値となるかどうか証明されていない。

マックスプランク研究所の研究者は、今後 50 年間福島の中通り地区に居住した場合の外部被ばく累積実効線量を 50mSv 前後と予測した。内部被ばくを勘案するとがんリスクが 25%増加する可能性がある。

【小児甲状腺がん】

小児甲状腺検診では、25 万人から約 100 名（約 2500 人に 1 人）の頻度で甲状腺がん（およびその疑い）が発見されている。これが原発事故の放射線被ばくによるものかについて論争が起きている。日本の若年層の検診で、3000 人に 1 人の頻度で自然発生甲状腺がんが発見されているというデータがある一方、福島で発見された小児甲状腺がんの性比（男女比=1:1.1~1.6）が、女性優位の自然発生甲状腺がん（同 1:2.5~6.2）と大きく異なり、チェルノブイリ事故によって放射性ヨード被ばくを受けた甲状腺がん（同 1:1.6~2.0）あるいは、医療被ばくによる甲状腺がん（同 1:0.6~1.0）に

類似していることから、福島甲状腺がんが放射線被ばくと強い関連があることが示唆される。

【白血球数の変動】

県の健康管理調査によれば、小児と成人の好中球が 1 割ほど減少し、リンパ球が増加していた。また、新潟の 10 倍以上の空間線量率である相馬仮設住宅入居者では、成人の白血球数が新潟よりもおよそ 1000/mm³減っていた。

【まとめ】

福島では、チェルノブイリにおける移住の義務ゾーンに相当する空間線量の地域に多くの人々がとどまっている。甲状腺がんの性比や白血球数の変動は見過ごす事の出来ない被ばく影響の存在を示唆する。原発事故による放射能汚染が今後様々な健康被害をもたらす恐れがあるという前提で、対策を考える必要がある。

放射線の影響と被ばく線量を少なく見積もるという二重の過小評価を正すことが、科学的なリスク管理の前提であろう。

連絡先：matsuzak@maple.ocn.ne.jp

学校・保育所における食物アレルギー対応 調布市の女児死亡事故（2012 年 12 月）後の進展と課題

○坂本龍雄（中京大学・スポーツ科学部）

はじめに：食物アレルギーの多くは IgE 抗体が介在するアレルギー反応によって引き起こされる。このタイプの食物アレルギーは即時型食物アレルギーと称されるように、原因食物を摂取して半時間も経たないうちに蕁麻疹、喉頭浮腫や下気道閉塞による咳・喘鳴・呼吸困難、幽門狭窄や蠕動亢進による嘔吐・腹痛などが出現する。これらの症状が次々と複合的に現れる状態がアナフィラキシーであり、稀ではあるがショックや死に至る。

即時型食物アレルギー（以下、食物アレルギー）の唯一の予防治療は安全摂取許容量を超えて原因食物を食べないことである。通常、誘発症状が重症であればあるほど安全摂取許容量は小さくなり、「完全除去」を

強いられることが多い。そのうえで、誤食時に迅速なアレルギー対応ができるよう、家庭・学校・職場・地域などに救急医療機関と連携した食物アレルギー支援ネットワークを構築しなければならない。

食物アレルギーへの社会的対応：食物アレルギーは小児期、とりわけ乳幼児期に多い（5～10%）が、年代を問わず有病率は増加傾向にある。下記の表（アレルギー 62:540-7, 2013 より引用）に示すように、食物アレルギーの社会的対応は、わが国においても着実に進められてきた。なかでも学校・保育所における食物アレルギー対応（給食およびアナフィラキシー対応）と食物経口負荷試験を軸とした食物アレルギーの診断方法の整備・普及に重点が置かれて

2002 年	アレルギー物質を含む食品表示開始	厚生労働省
2005 年	エビベン® の食物アレルギー・小児への適応拡大 「食物アレルギーの診療の手引き 2005」 「食物アレルギー診療ガイドライン 2005」	厚生労働省 厚生労働省研究班 日本小児アレルギー学会
2006 年	食物アレルギー関連（入院での食物負荷試験・栄養指導）の診療報酬化	厚生労働省
2007 年	アレルギー疾患への対応の現状報告 （食物アレルギー有病率 2.6%, アナフィラキシー 0.14% との報告）	文部科学省
2008 年	学校のアレルギー疾患に対する取り組みガイドライン 外来での食物負荷試験の診療報酬化 「診療の手引き 2008」改訂, 「栄養指導の手引き 2008」	日本学校保健会 厚生労働省 厚生労働省研究班
2009 年	「食物経口負荷試験ガイドライン 2009」 業務としての救急救命士へのエビベン® の使用解禁 食物負荷試験実施施設調査・公開	日本小児アレルギー学会 厚生労働省・総務省 厚生労働省研究班・食物アレルギー研究会
2011 年	保育所におけるアレルギー対応 ガイドライン エビベン® 保険収載 「食物アレルギーガイドライン 2012」 「診療の手引き 2011」「栄養指導の手引き 2011」改訂	厚生労働省 厚生労働省 日本小児アレルギー学会 厚生労働省研究班

いる。

こうした流れのなかで 2012 年 12 月、調布市の小学校で、牛乳アレルギーの 5 年女児が給食時にチーズ入りのチヂミを誤食し、アナフィラキシーショックで亡くなった。この事故を契機に誤食事故の再発を食い止めるための対策が学校・保育所で急速に進展している。こうした取り組みの基本は「学校のアレルギー疾患に対する取り組みガイドライン（日本学校保健会 2008 年）」「保健所におけるアレルギー対応ガイドライン（厚生労働省 2011 年）」に示されているが、概略は次のようである。

給食対応

- ①学校ごとに「食物アレルギー対応委員会」を設置し、給食対応など、食物アレルギーに関するすべての課題を迅速に統括・処理する。
- ②かかりつけ医から食物アレルギーに関する診断書（学校生活管理指導表）の提出を求め、給食対応はその情報に依拠し、保護者との協議を経て決定する。
- ③給食提供において安全性を最優先させることとし、給食対応の単純化を進める。第一に、安全摂取許容量の大小にかかわらず完全除去対応を原則とする。第二に、給食の除去対応をパターン化する（除去食、副食の除去、単品の除去、弁当対応など）。
- ④幼児期から学童期においてアレルギーを発症しやすい食物（ソバ、ピーナッツ、キウイフルーツなど）を給食に用いない。
- ⑤鶏卵アレルギーは有病率が高いため、鶏卵を使ったメニューを極力提供しない。
- ⑥給食で初めて食べることを避ける（未摂取食物を提供しない）。

アナフィラキシー対応

- ①「食物アレルギー対応委員会」において誤食や食物アレルギー症状への対応マニュアルを策定し、関係者全員に周知徹底する。
- ②個々人の食物アレルギーのリスクと対処法についてかかりつけ医から情報を得る。
- ③アドレナリン自己注射器（エピペン）を積極的に活用する。管理・保管だけでなく適切に施行できるよう学校関係者全員が講習を受ける。

今後の課題：学校や保育所では食物アレルギー事故を防止しようという機運がこれまでになく高まっている。しかし、課題も山積している。例えば、アレルギー専門医が不足し、食物経口負荷試験を受ける機会が限られていること、学校生活管理指導表の情報量とその質を高める取り組みがようやく緒についたばかりであること、また、安全性を重視するあまり、加熱卵を食べることができる児に対し、「生卵が食べれないなら鶏卵アレルギーが完治したとは言えず、鶏卵を使ったメニューを提供しない（給食に生卵は出されないにもかかわらず）」といった後退的な対応も散見される。調理に関わるスタッフのストレスも相当なものである。

本講演においては、食物アレルギー事故防止に向けた積極的な取り組みを継続・発展させるため、克服すべき課題を整理し検討する。

連絡先：

sakamototatsuo@med.nagoya-u.ac.jp

児童相談所における虐待対応の現状と社会医学的課題

○前田 清（愛知県尾張福祉相談センター）

【児童相談所】

児童相談所は子どもの最善の福祉を図るとともに、その権利を養護することを主たる目的として設置される行政機関である。24年4月現在、全国で207か所設置されている。職員は児童福祉司2,670人、心理司1193人、その他含めた総数9827人である。相談種類は養護（含虐待）、障害、非行等多岐にわたる。

【児童虐待の現状】

平成12年に児童虐待防止法が施行されて以後、虐待死の報道等の影響もあって、児童虐待の概念は社会に広く浸透してきつつある。しかしながら虐待件数は増加の一途をたどり、虐待による死亡も一向に減少する気配がない。児童相談所は虐待に特化した組織ではないはずだが、近年の業務の大半は虐待対応が占めていることも事実である。

虐待対応件数は平成24年度で66701件、年齢構成は就学前が4割強と幾分割合は減ってきており、中学生以上の伸び率がやや大きい。種別では従来約半数を占めていた身体的虐待は36%と割合は減少し、代わりに心理的虐待が約30%と10年前の2ないし3倍に増えている。これはいわゆる”DV通告“の増加に起因している（図）。

【虐待発生の背景】

虐待はなぜ生じるのか。虐待の発生理由として、養育者の孤立、未熟、被虐待経験等が挙げられている。しかし多くの事例に共通する因子として、貧困があることは否定

できない。児童虐待の問題は、実は貧困問題の一部であるといえるのかも知れない。

次に虐待の定義の拡大がある。たとえば子どもの面前でのDVは、子どもに対する心理的虐待と規定された。このことは前述のとおり虐待統計上にもきわめて大きな影響を及ぼすことになっている。身体的虐待の定義も、見方によれば子育て文化の突然の基準変更と言えなくもない。古典的な体罰文化や精神論を容認するわけではないが、社会の中にはこれまでの子育て文化が根強く残っていることも事実であり、これを全面的に変えていくことにはかなり時間が必要と思われる。

よりマクロ的には個人を取り巻く社会環境やライフスタイル、あるいは価値観の大きな変化が影響していると思われる。一言で言えば”個“の重視である。人の生き方や価値判断が多様化してきたといわれて久しいが、同時に現代は一人で生きていくことができってしまう社会になったといえる。いわばリアルな対人関係の経験値が圧倒的に少なくなっているのは事実と思われる。さらにゲームやネットへの依存が、根拠のない万能感を生じさせ、加減を知らない行動パターンにつながるといえるのは飛躍しすぎだろうか？

【虐待の早期発見から予防へ】

児童虐待も種々の疾病と同様に、二次予防から一次予防の段階に入ったと考えられる。一次予防のための喫緊および将来の課題として以下のようなものが考えられる。

・**保健活動の一層の充実** 虐待対応は子育てで支援の延長であると考えるが、”虐待“というレッテルと個人情報保護に対する過剰な反応が、保健活動の足枷になっているように思えてならない。乳幼児の重篤な虐待ケースは、健診未受診率が高いことは明らかであり、虐待予防には未受診児の 100% フォローが必要である。

・**教育** 避妊教育と子育てスキルの教育が重要。できちゃった婚が社会的に容認される時代だが、特に若年出産のできちゃった婚は可能な限り避けるべきと思われる。また子育ての基本的スキルを知らない母も少なくはなく、情報提供の機会が必要である。

・**社会的養護の拡充** 出産後より誰でも入れる保育所や緊急時の一時預かり、病児保育等の充実が望まれる。子育てのストレスは必ずしも専業主婦の方が小さいというわけではない。母子の状況に応じて柔軟に、そして安価に利用できる社会的保育施設の新設が望まれる。

・**発達障害児・者および精神障害者への地域での支援体制の構築** 発達障害を有する子どもは、その特性を理解されにくいゆえに虐待を受けがちである。また虐待行為に陥る保護者は発達障害あるいは精神障害を

有している可能性は低くない。地域における健診・相談・支援体制の一層の充実が望まれる。

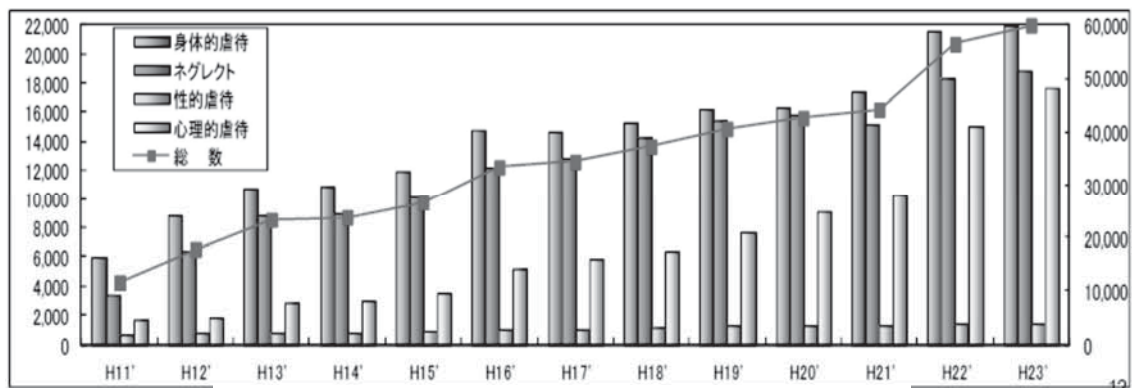
・**ネット環境対策** 虐待行為に及んでしまう一因として、あるいは虞犯・触法に巻き込まれるきっかけとして、近年はネットの存在抜きには語れない。ネットの安全な利用法の検討は、虐待対応にとどまらず、今後の大きな課題である。

【医療ネグレクトに関連して】

アトピー性皮膚炎で亡くなった例を経験した。またクレチン症に対して代替医療に固執する親もいた。母乳哺育にこだわるあまり、体重減少をきたす乳児も稀ではない。いずれも医師の指導の下の行為であり、そのため医療ネグレクトとは断定できないという弁護士判断もあって、児相としても十分介入できなかった。

一方で、近年子どもの看取りについても議論が始まっているが、実際に終末医療に関して、医療ネグレクトとの虐待通告を受けたケースもある。

これらについて簡単なケース紹介をしながら問題提起をしたいと考えている。



児童虐待対応件数の推移（厚生労働省）

健康診断、健康管理における血清 γ -glutamyltransferase (γ GT) 測定の新しい意義—心血管疾患及びそのリスクファクター発症の予知指標として

○山田裕一、山崎美智子、登坂由香（金沢医大・医・衛生学）

【我々のこれまでの研究から】

常習飲酒によって高血圧が発症することが 1980 年代に明らかになるが、我々は 1989 年に飲酒者の血圧上昇が、飲酒量よりも血清 γ GT の値に強く依存することを報告した。血清 γ GT と血圧の密接な関連は非飲酒者にも見られ、血清 γ GT 上昇を示す者では飲酒量の多寡によらず、将来の高血圧発症が多い。また、禁酒や減量中の血圧低下が血清 γ GT の低下と良く並行する。さらに、この血清 γ GT と血圧上昇の関連の中核に脂肪肝や耐糖能異常が存在することも明らかにした。以上の観察から、一般健常者での血清 γ GT の上昇は、脂肪肝の進展とそれに伴うインスリン抵抗性の増大を反映すると推察した。これらの我々の研究は、血清 γ GT と CVD リスクファクターの関連についてのもっとも早い時期の研究である。

【血清 γ GT と CVD の関連】

1. 飲酒量指標からの脱却：血清 γ GT と死亡の関連が初めて報告されたのは 1980 年、マルメ市民での研究で、以来 1990 年代に北欧を中心として血清 γ GT と全死亡、CVD 死亡の関連についての疫学研究が進められた。当初、その関連は飲酒による健康障害と考えられていたが、血清 γ GT が、適度な飲酒がむしろ予防的に働くと考えられていた虚血性心疾患の発症とも関連したことから、飲酒とは独立した γ GT 上昇の意義が注目される。続いてドイツ、英国、フィンランドで同様の関連が観察され、さら

に脳梗塞、脳出血など脳血管疾患との関連も報告される。住民調査以外でも、スウェーデンやイタリアの心筋梗塞患者の予後に、年齢、心筋梗塞の既往、喫煙とともに血清 γ GT 上昇が有意に関連した。これら血清 γ GT と CVD の研究と並行して 1990～2000 年代に、飲酒量とは独立した血清 γ GT と DM や高血圧などの CVD リスクファクター発症の関連も報告されてくる。

2. 疫学研究での関連の強さ：血清 γ GT と CVD、リスクファクターの関連についてはこれまでに 5 編のメタアナリシスがある。2007 年、血清 γ GT と冠状動脈性心疾患（CHD）および脳卒中発症との関連についてのメタアナリシスで、血清 γ GT の自然対数 1 ($e=2.72$) U/L 上昇による CHD 発症の HR が 1.20、脳卒中は 1.54 で有意であった。サブグループ解析では、韓国および日本の研究で異質性が高かった。同じグループの血清 γ GT と DM 発症との関連のメタアナリシスでは、血清 γ GT の自然対数 1 U/L 上昇による DM 発症 HR は 1.92 で有意。

Liu らの血清 γ GT と高血圧発症の関連についてメタアナリシスでは、血清 γ GT の最上位と最下位のカテゴリー間の高血圧発症の RR は 1.94 で有意。同グループのメタボリックシンドローム (MetS) との関連についてのメタアナリシスでは、血清 γ GT 値の最上位と最下位のカテゴリー間での MetS 発症の RR は 1.63 で有意。

最近の 2013 年、Du らによる血清 γ GT

と CVD 死亡および全死亡の関連についてのメタアナリシスでは、血清 γ GT の 4 分位の最上位と最下位カテゴリー間での全死亡の RR は 1.56、CVD 死亡の RR は 1.52 で、いずれも有意。サブグループ解析では、日本の研究が異質と考えられた。

3. 生物学的機序：主に 3 つの説がある。脂肪肝が進展すると肝細胞内の抗酸化物質であるグルタチオン (GSH) 濃度が低下し、それに反応して類洞細胞で γ GT が誘導され、血液中に漏出し、上昇する。一方、肝内脂肪細胞から分泌されるアディポネクチンによりインスリン抵抗性が増大する。それゆえ、血清 γ GT の上昇は肝内脂肪蓄積とインスリン抵抗性を反映し、DM、高血圧、MetS などインスリン抵抗性に強く関係した CVD リスクファクター、そして CVD の発症に関連するという説は、我々も推察した。加えて、インスリン抵抗性の増大による微小慢性炎症が関与するとの指摘もある。

酵素である γ GT は、尿中、胆汁中へ毒物、薬物とともに排泄された GSH を分解する。分解産物であるシステインが細胞内に回収されて、GSH の再合成に利用される一方、同じ分解産物であるシステニルグリシンは鉄の還元能力があり、フリーラジカルや活性酸素を生産する。すなわち、 γ GT は酸化ストレスに対して両刃の剣の役割を持つ。

Lee らの説は血清 γ GT の上昇は生体内の酸化ストレス上昇を反映し、それが CVD やリスクファクターの発症に関与するというものである。しかし、血清 γ GT の働きでフリーラジカルや活性酵素が生じて、それらは血液中では抗酸化物質によって速やかに処理されてしまうとの指摘もある。

血中の γ GT は LDL に結合して動脈壁内

にも運ばれる。 γ GT による GSH 分解が動脈壁内で起こると LDL が酸化され、それを貪食した泡沫細胞によりプラークの形成と脆弱化が起こる。そのため、特に CHD 既往患者での心イベントの発症を促し、生命予後を悪化させるというのがもう一つの説である。血管再建術でそうした脆弱な（危険な）プラークを除去してしまうと、血清 γ GT と生命予後の関連も見られなくなることも観察されている。もしこの説が正しければ、血清 γ GT を低下させる HMG-CoA 還元酵素阻害剤や、インスリン抵抗性改善効果薬剤の投与が、CVD 発症予防に有効な理由の一つである可能性もある。

【総括と提言】

血清 γ GT が 40~60 U/L 以上と 10~15 U/L 未満の CVD 死亡のリスク比は約 1.5 倍だが、性差や民族差がある。一方、CVD リスクファクターでは DM、高血圧、MetS の順で血清 γ GT と関連が強く、リスク比はそれぞれ約 4 倍、2 倍、1.5 倍で、性差や民族差は小さい。

今後、血清 γ GT 測定によって、年齢や高血圧などの既知のリスクファクターによる CVD 予測精度をどれほど改善できるかを明らかにする必要がある。

また、血清 γ GT の上昇は飲酒、肥満、喫煙、身体活動不足など生活習慣の悪化と強く関連し、そのことが CVD 発症に関与する可能性もある。それゆえ、血清 γ GT 低下を直接に目標とした CVD 予防活動にも意義があるが、血清 γ GT の 40~60U/L 以上は成人男性の 1/4 に達するので、個別よりも集団的アプローチがふさわしい。

連絡先：u1yamada@kanazawa-med.ac.jp

我が国における色覚問題の本質

○高柳 泰世

本郷眼科・神経内科 院長 藤田学園大学医学部 公衆衛生学 客員教授
名古屋大学・愛知医科大学・愛知県立芸術大学 非常勤講師

【はじめに】

結論から先に述べれば、我が国における色覚問題の本質は、日本の眼科医の人権意識の欠落にあると考える。

重箱の隅をつつくように人間の特性を探し出して、「異常だ、障害だ」とその人個人だけではなく特にその若い母親にナイフを突き刺すように落胆させることに気づかず「色が判らないから危険なはずだ」と云うのは正に暴力だと感じてきた。

すべての健康診断は、「やって貰ってよかった」と思われるやり方でなければ意味はない。医学の中に、公衆衛生的な思考が入らなければ世の中に貢献できる医師を育てることはできない。

日本家族計画協会遺伝相談センター所長は『もし色覚異常を医学的な異常または疾患であるとするならば、学校健診に見られるような検査の仕方は基本的人権の侵害と云える。高柳泰世著「つくられた障害「色盲」」の一読を薦める』と結んでおられる。

石原忍氏は、コンピューターなどない時代に膨大な人数の兵隊を使って先天色覚異常者が典型的に混同する色を見つけて石原式色覚異常検査表を開発したのでものすごい業績だとは思ふ。徴兵検査用に作ったもので、女性については考慮の中になかったと考えられる。私が 1987 年に行ったアノマロスコプによる検診では中学生男子 15,917 人のうち石原表誤読者は 4.8%で、色覚異常と診断された生徒は 3.8%であつ

たが、女子生徒 14,520 人のうち、石原表誤読者は 83 人で先天色覚異常と診断された女子は 21 人で誤診率は 2~3 倍になる。

学校健診でおおよそ半数いる女子に色覚検査をして誤って不利益をもたらすことは犯罪に等しい。私は学校医担当学校の養護教諭から『色覚異常の女子の遺伝相談と男子の進路指導をどうしたらよいか。あの検査で宣告しなければならぬので、私はあの検査はしたくないです。』と云われた。

私は医学部卒業後 15 年して開業したが、それまで色覚異常者が受けている社会的制限についてほとんど知識がなかった。大学の講義の中では、色覚異常は遺伝性であること、不治であること、職業制限があることなどを聞いてはいたが、そのまま、何気なく受け入れ、差別問題には気付かなかった。

【色覚問題は人権問題である】

養護教諭からの情報で、まず大学入試要項を取り寄せ、大学受験に際しての身体的要件に「色覚異常不可」のあることが判った。私が調査した 1986 年では国立大学の半数が、「成績の如何に拘わらず色覚異常者は不合格とする」との人権侵害が堂々に行われてきたが、その非を訴え続け、年々半減し、5 年間でほぼ改善されたが、2014 年現在では国立大学で 2 校、私立大学で 1 校に制限の記載がある。制限は障害者の制限と同等と理解される。一般に障害者とは身体

障害・知的障害・精神障害（発達障害を含む）その他の心身の機能の障害があり、障害および社会的障壁によって継続的に日常生活や社会生活に相当な制限を受ける状態にある人と理解されているが、大学入学の許可要件に『成績の如何に関わらず、色覚異常者（石原表誤読者の意味）は不合格とする』と大学側から、就学は出来ないであろうと積極的に制限をして、障害者を醸成してきたと解釈される。そこで、各大学の学長或いは眼科の教授に『貴大学ではなぜ石原表誤読者が修学できないのか理由を伺いたい。修学できるような方法があるのではないか』と問うていったところ、『検討します』との返答で、次年度の入試要項からは制限は見られないことになり、5年間でほぼ改善された。2014年現在では3大学に制限の記載があるが、「弁色力」の項目に「海技士免許の場合は強度の色弱でないこと」と注意書きがされて、入学制限ではなくなっている。

ボート免許の時のように国土交通省海事局海技資格課で行われている検査は、現場のテストであり、暗闇で、赤緑の左右舷灯が認識できなければ夜の航行は無理である。

【石原表検査による実体験からの当事者の自信喪失・遺伝問題】

色覚異常と判定されたものあるいはその家族から次のような質問を受けている。

- ・私は色弱です。これから娘が結婚するのですが、娘に打ち明けるべきでしょうか。破談になるかもしれません。
- ・夫が色盲で上の娘が結婚したのですが、子供が生まれました。下の娘に結婚話が来

ましたが、どうしたらよいでしょう？

- ・私は小学校の検診で色覚異常と判りました。母親は次の子を妊娠していたのですが、そのため堕胎しました。成長して、色覚はそんなに恐ろしいものでもないし、私は何ともなく生活しているのに、今になって母親はなんて事をしたと思います。

- ・僕を色盲に生んだ母親を恨み、つらく当たってきました。

- ・医師の家系の家に嫁いできたのですが、長男が学校健診で色覚異常とわかり、家を継げないからと離婚され実家に帰らせられました。

- ・小学校の時色覚異常といわれていたが何の問題もなかったので、放念し、成人して、結婚することになり、フィアンセと色覚異常の話をし、血液検査をすることになってXYと判明した。半陰陽であった。三代前まで検査をして、家系に半陰陽があったことが判った。「遺伝学として非常におもしろいケース」として発表されたが、当事者にとっては何もおもしろくない不愉快な調査研究であったと思われる。

【おわりに】

小学校での強制的な色覚検査がなくなったことは遅きに失したが、日本眼科医会の一部に小学生時に色覚検査をさせたい、眼科医の手に色覚検査を取り戻そうとの機運がある。眼科医が自ら正しいインフォームドコンセントのもとに色覚検査を行うことには言をはさまないが、遺伝情報がそのまま判明する検査を養護教諭にさせてはならないし、誤った社会的通念を助長させてはならない。

振動障害 対策と研究の到達点

○榊原久孝（名古屋大学大学院医学系研究科看護学専攻）

1. 我が国の振動障害対策（1960-70 年代）

振動障害は、1960 年代中頃に、チェーンソーなどを使用する林業労働者や、削岩機などを使用する鉱山や建設労働者などで、「白蟻の指」として社会問題となった。この時期には世界各国でも振動障害は **Dead Finger** などとも呼ばれ問題となっている。わが国では、この問題に対処する中で、世界に先駆けて 1970 年代に総合的対策指針が策定され、予防対策は、「チェーンソー取扱い業務に係わる健康管理の推進について（基発第 610 号、1975 年）」と、「チェーンソー以外の振動工具の取扱い業務に係わる振動障害の予防について（基発第 608 号、1975 年）」に拠っていた。

2. 欧米での振動障害対策

欧州の国々では、近年になり EU 機械指令 (98/37/EC) や EU 物理要因（振動）指令 (2002/44/EC) が施行され、労働者の振動リスクを予防するための作業管理について包括的な対策が進められている。この EU 指令の内容は米国でも、米国標準規格 ANSI S2.70-2006 Guideline for Measurement and Evaluation of Human Exposure to Vibration Transmitted to the Hand) として取り入れられ、2006 年 5 月に発効した。

3. 新しい振動障害予防指針（2009 年 9 月）

こうした中、第 10 次労働災害防止計画（2003 年度～2007 年度）で、「振動レベルの表示の導入」など振動障害予防対策が課

題としてあげられ、2006 年 3 月から「振動障害等の防止に係わる作業管理のあり方検討会」において検討が進められた。この検討会報告書の結果を受けて、およそ 35 年ぶりに改訂されたのが新しい振動障害予防対策指針である。

今回の新しい指針は、内容的に大きく 2 つの改訂がなされた。一つは、工具の振動レベルの表示についてであり（「振動工具の「周波数補正振動加速度実効値の 3 軸合成値」の測定、表示等について（平成 21 年 7 月 10 日付け基発 0710 号第 3 号）」）、もう一つは、工具使用者への振動暴露量の管理についてである（「チェーンソー取扱い作業指針について（平成 21 年 7 月 10 日付け基発 0710 第 1 号）」「チェーンソー以外の振動工具の取扱い業務に係る振動障害予防対策指針について（平成 21 年 7 月 10 日付け基発 0710 第 2 号）」）。

4. 工具振動レベルの把握によるリスクアセスメントと振動曝露管理

今回の指針で工具の振動レベル（3 軸合成値）を工具や使用説明書に明示することとなった。振動レベルの表示により、工具振動レベルを具体的に把握でき、振動工具使用の際のリスク評価が可能となる。その振動レベルの表示として、ISO で採用されている「周波数補正振動加速度実効値の 3 軸合成値」を新しい指針では用いている。工具振動レベルの表示は、低振動工具の選択を容易にすることで、低振動工具の普及

教育講演 3

促進とともに、低振動工具の開発促進につながることを期待される。

2 つ目は、その工具振動値と 1 日の使用曝露時間によって日振動暴露量 $A(8)$ を求めて、その値が 5.0m/s^2 未満になるように現場での振動曝露管理をすることとなった。工具振動レベルを把握して振動リスクを評価・管理することを求めるもので、これは EU や米国と方向性は同じで、障害の発生予防に重点をおいたものである。

5. 今後の課題（検討会報告書より）

1) 対象工具及び対象業務の検討等

振動レベルの表示は、指定振動工具とされているが、工具は多種多様化してきており、表示対象工具等の見直しを含めた検討を行う必要がある。

2) 振動ばく露に関する新しい基準等の定着

振動ばく露に関する新しい基準等に基づく作業管理が適切に行われるためには、工具本体に振動の強さが表示されること、日振動ばく露対策値及び日振動ばく露限界値を踏まえて作成された作業管理計画に基づき日々の作業管理が実施されること、工具の整備点検等適切な保守管理が実施されること等が重要である。これら対策が適切に実施され、振動ばく露に関する新しい基準等を定着させるための必要な対策の実施が求められる。

労働安全衛生の基礎を学校で

久永直見（愛知学泉大・家政学部）

【はじめに】近年、学校教育に将来の労働安全衛生につながる教育を組み込む取り組みが世界各地でなされ、日本でも労働安全衛生水準を高める新たな方向として関心が広がっている。こうした取り組みが重要な理由としては、①学校における事故の多さ、②学生アルバイトでの労災、③全国の労災件数が減らないこと、④安全衛生教育が十分になされない小規模事業所労働者、非正規労働者、自営業従事者などが多いことなどがある。本報告の目的は、学校と企業における筆者の産業医経験から、学校教育への労働安全衛生の基礎の組み込みについて述べることである。

【学ぶことに付随した傷病の多発】児童・生徒・学生にとって、学ぶことに付随した傷病は他人事ではない。第1は学校災害である。小・中・高・高専については、独法・日本スポーツ振興センターによれば、2011年度の災害共済加入者1412万人中、学校の管理下での負傷（打撲、捻挫、挫創等）で98.5万人（7.0%）、疾病（外傷由来の筋骨格系疾患、号砲発射音による耳疾病、熱中症、皮膚炎等）で7.6万人（0.5%）が受給している。また、同センターによれば、2010年度の理科の授業中事故での給付は4147件、うち679件が熱傷である¹⁾。本共済の給付対象（療養費用5千円以上）に至らぬ災害はさらに多いであろう。大学については、大学生協の学生総合共済事業報告2012によれば、加入者64.6万人中、事故での共済金給付は27171人（4.2%）、内訳

は、スポーツ18886人、交通5232人、日常生活3035人等であり、中には実験・授業中事故153人も含まれる¹⁾。ここでも給付外の事故は多かろう。第2はアルバイト中の労働災害である。今日、学生は、非正規労働力の大きな供給源である。日本学生支援機構の2010年度の学生生活調査によれば、アルバイト従事は昼間部大学生の73%（184万人）、同短大生の68%（10万人）で、従事者中の重労働危険作業従事率は前者の2.3%、後者の1.5%である¹⁾。前述の学生総合共済の報告では、アルバイト中事故での給付は303人である¹⁾。ある大学の2006年の調査では、アルバイト従事男子（815人）の19%、女子（1297人）の18%が、切創、熱傷、打撲、腰痛、皮膚炎等を経験している²⁾。

【学習指導要領と労働安全衛生】こうした状況は、学校での安全衛生教育の重要性を示す。学習指導要領には、小中高の教育段階並びに教科等ごとに、学校での安全衛生とともに生徒らの将来の労働安全衛生の基礎となる指導事項が示されている（表参照）。指導事項は、労働の尊さ、機器等の安全から環境管理、作業管理、心身の健康管理まで幅広い。

【学校での労働安全衛生活動と教育への展開】文科省によれば、学校の労働安全衛生管理体制の整備は進んでおり、2000年の衛生委員会設置率は公立の小学校67%、中学校75%、高校100%である¹⁾。高等教育機関に関しては、2004年の国立大学法人化

に伴う労働安全衛生法の適用以後、私学も含めて労働安全衛生活動が発展し、大学等環境安全協議会、日本産業衛生学会の大学・研究機関における安全衛生管理研究会等での交流も盛んである。そして現在、多くの大学・高専等で、各校での労働安全衛生活動の経験を活かした、学生向けの安全衛生教育がなされるようになってきている³⁾。これらの経験からいうと、安全衛生教育は、学生に十分なリアリティを持って受け止められており、有効性は高い。

学校における安全衛生教育には、早期教育、学窓を巣立った後に労働安全衛生教育を受ける機会が乏しい人々も含めた全員教育等の利点がある。厚生労働省の第12次労働災害防止計画（2013～17年度）では、働く場での安全や健康を確保するルールを守るための地域、職域、学校の連携と、大学

教育への安全衛生教育の取入れ方策の検討が掲げられた。これは重要な政策であるが、さらに進めて初等中等教育の場も含めて安全衛生教育の充実に取り組むべきであろう。そのためには、安全衛生教育の担い手の養成、教材づくり等、多くの課題があるが、これらへの取り組みは、未来の働く人の健康・安全・生活を守る確かな一歩になると考える。

- 1) データは各機関のホームページで入手。
- 2) 久永直見、他：学生アルバイトと安全衛生。愛知教育大学保健環境センター紀要 6：15-19, 2007
- 3) 愛知教育大学編：パネルディスカッション「大学等における安全衛生の工夫と学生教育への展開」、全国大学保健管理協会東海・北陸地方部会報告書、38-47, 2011

教育講演 4

表. 学習指導要領に示された将来の労働安全衛生の基礎になる指導事項

	教科等	学年	指導事項の抜粋
小学校	社会	3～4	地域社会における災害と交通事故の防止。
	理科	3～6	実験、ものづくりでの事故防止。
	図工	1～6	材料や用具の使用時の事故防止
	家庭	5～6	服装を整える。熱源、用具、ミシン等の安全な取扱い。
	体育	1～2	器械運動遊び、ゲーム等の場の安全。運動と健康の関わり。
		3～4	器械運動、ゲーム等の場や用具の安全。食事、運動、休養、睡眠。生活環境の明るさの調節や換気。
		5～6	器械運動、ボール運動等の場や用具の安全。心と体は相互に影響。病気には、生活行動、環境も関係。喫煙、飲酒、有機溶剤は健康を損なう。交通事故防止。
	道徳	1～2	健康安全に気をつける。働くことの良さ。
		3～4	働くことの大切さ。
		5～6	差別せず、偏見を持たない。働くことの意義。
	特別活動	1～6	心身とも健康で安全な生活態度。勤労の尊さ。
中学校	社会	1～3	企業の役割と責任。雇用と労働条件の改善。
	理科	1～3	観察、実験時の事故防止。薬品の管理・廃棄。
	美術	1～3	刃物類、塗料、器具による事故の防止。
	保健体育	1～3	器械運動、球技等での健康安全。身体の適応能力を超えた環境は健康に影響。生活のための温・湿度、明るさの範囲。交通事故防止。疾病発生には、主体と環境の要因。食事、運動、休養、睡眠。喫煙、飲酒、薬物乱用の害。コンピュータ等の情報機器の使用と健康との関わり。
	技術家庭	1～3	材料に適した加工法。工具や機器の安全。感電防止。家族の安全を考えた室内環境。実習時の施設・設備の安全管理と事故防止。
	道徳	1～3	生活習慣と心身の健康。差別や偏見のない社会。勤労の尊さや意義。
	特別活動	1～3	心身とも健康で安全な生活態度。望ましい勤労観・職業観。
高校	理科	1～3	放射線・原子力の利用と安全性
	保健体育	1～3	器械運動、球技等での健康安全。健康増進と生活習慣病の予防には、食事、運動、休養、睡眠。喫煙、飲酒、薬物乱用の害。精神と身体に関連。交通事故防止。労働と健康にかかわる活動や対策が重要。労働災害防止には、作業形態や作業環境の変化に起因する傷害や職業病を踏まえた健康管理と安全管理。
	情報	1～3	照明やコンピュータの使用時間等に留意。
高校専門学科	農業	1～3	農業機械と燃料の取扱いと事故防止。実験実習時の施設・設備・薬品等の安全衛生と事故防止（※）。
	工業	1～3	安全衛生と技術者倫理。機械工作、原動機、建築土木施工等での安全管理。工業化学での有害物質と危険物の取扱い方法と取扱者の管理責任。※と同じ指導。
	水産	1～3	ダイビングによる障害と対策。※と同じ指導。
	家庭	1～3	労働と栄養。労働環境の整備。労働者の健康管理。職場の環境や作業条件と健康。※と同じ指導。
	看護	1～3	ストレスとその対処。※と同じ指導。
	福祉	1～3	介護従事者の労働安全。※と同じ指導。
	体育	1～3	健康・安全の確保と事故防止。

注：小学校と中学校は 2008 年告示、高等学校は 2009 年告示。

格差社会と健康

座長：八谷 寛（藤田保健衛生大・公衆衛生）、田村昭彦（九州社医研）

【目的】

今日「貧困と格差社会」が、一層拡大している。新自由主義的・市場経済第一主義が横行する中、「勝ち組」と「負け組」が意図的に作り出され、経済格差が拡大し、さらに固定化されてきている。「経済格差」が「健康格差」を作り出すとする「健康の不平等」化も進行している。2010 年国民健康栄養調査では、運動習慣や習慣的喫煙の割合などの生活習慣の差に所得格差が関係していることが明らかとなった。

2012 年の就業構造基本調査によると、パートやアルバイトなどの非正規労働者の総数が約 2043 万人と初めて 2000 万人を超え、2007 年の前回調査から約 153 万人増え、雇用者全体に占める割合は、38.2%と 2.7 ポイント上昇している。正規労働者が非正規労働者に置き換わっている実態が明らかとなった。

また SOHO など形式的には請負自営業者であるが実態としては労働者そのものといった雇用形態や「偽装請負労働者」も増加してきている。

若者の雇用破壊・生活破壊・健康破壊は極めて深刻だ。多くの若者が非正規雇用となっており、低賃金を強いられている。失業も依然深刻なものとなっている。「ネットカフェ難民」「ハンバーガーショップ難民」といった、ホームレス予備軍の若者が増加している。

高齢者や障害者も貧困と格差社会の進行のもと、生活基盤が脅かされている。孤独

死や受診抑制による手遅れ事例も相次いでいる。

シンポジウム 1 では、こうした格差社会における健康問題、とりわけ生活困窮者や障害者といった社会的弱者の健康問題を取り上げ実態の解明と社会医学的課題を明らかにすることを目的に開催する。

【白井報告】では 10 年以上に及ぶ野宿生活者の健康相談活動を通じて、「相談の場」から「語りの場」へ変化することによる、支援の在り方の変化に関する報告を行う予定である。

【大野報告】では生計困難者に対する「無料低額診療事業」の 3 年間のまとめを基に、現在の「皆保険制度」では経済的理由で受診できない患者の実態の報告を行う。

【田村報告】では、全日本民医連が 2012 年に行った「経済的事由による手遅れ死亡事例調査」の分析から、症状が悪化しても受診できていない生活困窮者の課題を報告予定である。

【松浦報告】では、東日本大震災における被災者のメンタルヘルスに関して仮設住宅やみなし仮設での格差と孤立の問題等を精神科医の立場から報告を行う。

最後に総合討論として、格差社会における健康問題の解決のために必要な社会医学的課題を明らかにし、方略について検討をおこないたい。

社会的につくりだされた早すぎる死 全日本民医連・国保など経済的事由による手遅れ、死亡事例調査より

○田村昭彦（九州社会医学研究所）

【背景】経済的格差が拡大し、社会保障制度のたび重なる改悪が行われ、経済的理由による、医療中断せざるを得ない患者が増加している。2012 年の保険医協会の調査によれば、「経済的理由による治療中断」が「あった」と答えた会員が医科で 49.6%、歯科では 64.0%に上っている。「経済的理由による検査・治療・投薬を断られた」医療機関が医科では 60.3%であり 2010 年と比べ増加していることを明らかにしている。

2012 年に日本医師会が行った調査では、過去 1 年間に経済的な理由により受診しなかったことがある患者は約 1 割であり、このうち半数強が受診を控えた結果、症状が悪化したと回答している。

経済的理由による受診抑制により治療機会を逸して手遅れ死亡となった事例を検討し、社会医学的問題点を明らかにする。

【方法】全日本民主医療機関連合会（以下、全日本民医連）に加盟している医療機関において 2012 年 1 年間に経験した「経済的理由による手遅れ、死亡」と考えられる事例を MSW 相談記録、診療録を基に調査票に記載し集約し、必要な場合は報告者に対し追加調査を行った。

結果と考察】23 都道府県 43 事業所から 72 事例の報告があった。2013 年の死亡や詳細が不明なケースを除き、65 事例（25 都道府県、38 事業所）を対象とした。

1) 死亡事例の属性

表 1 に示す通り、男性が 77%を占め、年代では 40～60 歳代の稼働年齢層が 74%を占めていた。厚生労働省が定める 65 歳未満の

稼働年齢層は 40 名（69%）であった。

表 1 性、年代別

	40代	50代	60代	70代	80代	総計
男性	4	11	21	8	1	45
女性		2	9	1	1	13
計	4	13	30	9	2	58

2) 職業

無職が 26 名（45%）を占め、日雇い・アルバイト、非正規雇用など経済的不安定層であった。

3) 家族構成は独居 23 名、友人宅に同居 3 名、兄弟と同居 2 名、高齢の夫婦のみ 11 名と、社会的孤立に陥りやすい状況であった。

4) 死因及び治療期間

39 名（67.2%）が悪性腫瘍であり、そのうち転移性のものが 13 名を占めていた。治療期間は 1 ヶ月以内が 21 名（36.2%）1～3 ヶ月 22 名（37.9%）と短期間のものが多くを占め、6 か月間以上はわずか 6 名（10.3%）に過ぎなかった。症状が悪化しギリギリになって受診している実態が浮かび上がる。

5) 受診までの期間

自覚症状出現から受診までの期間では、不明の 11 名を除くと、半年以上の長期間受診できなかったものが 11 名（23.4%）を占めていた。

6) 健康保険の種別

無保険 22 名（38%）、「国保資格証明書」4 名（7%）、「国保短期保険証」13 名（22%）と、67%は正規健康保険証を持っていなかった。とりわけ稼働年齢層ではその傾向が強い。このような事実上の「無保険」状態に陥った背景として①非正規雇用のため勤務時間からは社会保険の適用と考えられるが、社会

保険に未加入②高すぎる国保料のため、退職後、国保加入できず無保険状態③滞納への制裁として機械的な資格書発行と「留め置き」のため「無保険」状態となっていることがあげられる。

7) 国保減免制度（国保法 44 条、77 条）

災害等により生活が著しく困難となった者や非自発的失業者に対して自己負担金の減免（44 条）、国保料（税）の減免（77 条）の適応となったのは、わずか 3 名（5.2%）にしか過ぎず、経済的困窮となった場合の救済制度が機能していないことが伺われた。

8) 受診後の医療費

受診後の医療費負担は、国民健康保険短期保険証発行によるものは、わずか 12%に過ぎず、生活保護受給 46%、「第 2 種社会保険事業」である「無料・低額診療事業」適用が 42%を占めた。前項の国保法 44 条、77 条の活用を含め、生活困窮者に対する医療アクセスを保障する制度の活用方法の広報、周知徹底が一層図られるべきであると考ええる。

【事例紹介】50 歳代 非正規雇用の男性、

独居寮に住み込み国保短期保険証

死因：胃がん、半年前より症状あり体重減、体調不良続いていたが経済困難から受診できず。食事ができなくなり胃痛を訴え受診、「胃がん・肝転移疑い」にて入院。3 か月後に死亡

中卒後運送会社勤務などを経て、3 年前からはアルバイトのタクシー運転手で会社の寮に単身生活。給料を前借りせずには生活できない状況。給料日には寮費を引かれてほとんど手元には残らない

【まとめ】

集約した事例は、「社会的に作り出された早すぎる死」であり、個々の事例は、当事者個人の努力では解決しえない問題を抱えていた。

今回の報告は全日本民医連加盟事業所の一部からの報告であり「氷山の一角」を示したものに過ぎない。

格差と貧困が進行する中、生活困窮者の医療アクセスを阻んでいる原因の解明と解決のために全国的な大規模調査を行う必要がある。

表 2 健康保険の種別

	無保険	国保・資格証明書	国保・短期保険証	国保	後期高齢者医療	協会けんぽ	計
65歳未満	17	3	9	9		2	40
65歳以上	5	1	4	4	4		18
計	22	4	13	13	4	2	58

表 3 職業

	無職	日雇い・アルバイト	年金受給者	自営業	非正規	正規
65歳未満	19	3	1	2	14	1
65歳以上	7	2	4	2	3	0
計	26	5	5	4	17	1

野宿生活をしている人々との関わりから感じること

愛知医科大学看護学部 白井裕子

1. はじめに

野宿生活をしている人々との関わりをもつて、10年以上が経過した。数えきれないくらい多くの人々に出会い、その人たちの生活にふれた。特に、炊き出しの場での健康相談活動では、数年にわたる関わりの中で、その方の人生の一時期をともに歩んだ実感をもつこともある。

今回は、それらの事例を紹介し、支援について考えてみたい。

2. 「路上で活動する訪問看護の会ひまわり」の活動紹介

2007年から月2回、炊き出しの場所で、定期的に健康相談活動をしている。保健師や看護師など5～6名で活動している。

血圧測定をきっかけにして、炊き出しに集まる人々と関係をもち、「相談の場」というよりむしろ「語りの場」となるような関わりを意識している。

3. 活動を通して出会った人々

1) 通院を再開したA氏のこと

A氏は、高血圧で内服治療をしていたが、通院を中断していた。私が通院を再開したほうがいいと助言したが、「いやだ」の一点張りだった。

ある時、「私のために受診してきて」とA氏に言うと、次の回に「行ってきたぞ!」と受診の様子をこと細かく報告してくれた。その後も、会うたびに自分自身の体調を教えてくださいようになった。A氏の生きる世界が、個人から複数になったことで、心の変化があったのではないかと思った。

2) 人との関わりがもてるようになったB氏のこと

B氏は、真冬にも関わらず上半身は裸、その上にコートを羽織るという装いで、おまけに裸足だった。声をかけても、まっすぐ前を向いて人を寄せ付けない形相だった。

その後、B氏の名前を聞くことができ、メンバー全員が名前を呼びながら、じっくり関わることで、頷く程度のB氏のコミュニケーションが、単語から文章へと変わっていった。表情も柔らかくなり、時には、B氏からスキンシップをするなど、私たちとの関わりをもてるまでに変化した。

3) 資格をとって仕事に就いたC氏のこと

C氏は、路上生活から脱出するため、新たな資格を取得し、職に就いた。資格を取得する過程では、何度も失敗し励ました。

職を得てすぐ、私は住まいを確保するという理由から、生活保護も活用しながら仕事に行くことを勧めたが、C氏は「生活保護は受けない」という信念を貫き、路上から職場に向かう毎日を繰り返している。

4. 私自身ができること

貧困問題に関心をもった当初、生活保護行政や社会のあり方が変わらなければ、人々の生活は変わらないと思っていた。しかし、「語りの場」を活かし、目の前にいる人々と向き合い、ともに感じ合い、考えたりしていくことで、変化することもある。

3者には、紙面では書ききれなかったストーリーがまだある。その人と共有してきた時間を、会場でお伝えできればと思う。

東日本大震災・福島原発事故から 3 年後の復興ストレスの現況と課題

○松浦健伸（石川勤労者医療協会城北病院精神科）

【目的及び方法】 未曾有の大災害である東日本大震災・福島原発事故から 3 年が経過した。震災発生の急性期にこころのケアチームの一員として支援活動に参加した。現在復興が進められていると主にマスコミ等通じて見聞きするが、実際はどうか。支援活動を行った宮城県多賀城市と福島県相馬市を今年 5 月に訪ね、実情の取材やボランティア活動に参加し、その結果得られた知見について報告し、復興ストレスと今後の課題について考えてみる。

【実情】 多賀城市でいえば、2014 年 4 月 1 日現在でプレハブ仮設住宅には 310 戸 572 人が入居、民間借り上げ住宅は 870 戸（2 月 28 日）あるが、まだ災害公営住宅の完成率は 0%で現在建設中であり、今年 11 月頃から入居が開始される予定となっている。被災した方々の精神保健のためにはまず住まいの問題が重要とされているが、実際 3 年以上たっても仮設を出られない方々が圧倒的に多数おられる。同市で毎年行っている健康調査によれば、K 6 が「重度精神障害者相当」の 13 点以上 553 人（7167 人中）あった。この高得点群に対し電話や訪問、別質問紙による二次スクリーニングによって、フォロー対象者となった方が 55 人であった。フォロー対象基準とは K 6 が高い、朝から飲酒、医療中断の三点である。この 55 人の中には前年から引き続きの人もいるが、去年は該当せず今年新たな対象となった人がいる。こういう方の中には、生活再建の遅れ、債務問題、仕事見つからないなどの背景

があり、健康課だけでは対応が難しいという市の担当者の話しであった。同県七ヶ浜町で継続的に支援に入っている東北大学脳科学センターの富田博秋教授（災害精神医学）によれば、アルコールが減っている人が 16%、一方増えている人が 25, 6%だった。一日 3 合以上の人でも前より増加している。地元のノリ養殖を再建できる若い世代はよいが、60、70 代になると再建をあきらめているという。

福島県相馬市では、飯舘村の方が避難している大野台地区の仮設住宅を訪問した。除染見込みは平成 28 年でまだ将来どうするか決めかねている方々が多くいる。相馬市で精神科診療を行なっている蟻塚亮二医師によれば、遅発性 PTSD の発生が見逃されている可能性があるという。また現在スクールソーシャルワーカーをしている井戸川あけみ氏によれば、子どもたちの学力低下や問題行動が仮設住宅暮らしや転校などの震災及び原発避難の影響で目立ってきているという。除染作業や防潮堤の建設などで多くの労働者が被災地で仕事をしているが、一方で今後の住む場所の見込みさえ立たない方々が多くいる。

【考察】 大災害後の反応はしばしば茫然自失期—ハネムーン期—幻滅期—復興期（再適応期）という時期にわけられる。もともと東北地方は精神医療過疎地域であった上に、宮城においても福島においても精神医療機関も精神障害者福祉事業所も甚大な被害を受け、避難所に適応できない方々や

警察官通報による強制入院事例が多発した。障害をもつ方、高齢者の死亡率は一般より高く、震災はいわゆる社会的弱者を一層追い込んでいた。それでも避難所では混乱が続きながらも共同で一体感を育て乗り切ったハネムーン期があり、その後仮設住宅に入って現実の困難に直面することが増えた（幻滅期）。やがては仮設住宅を出て住宅再建・復興住宅入居となり、新たな社会生活への再適応を続けるという道筋が想定されていた。

3 年がすぎたが、復興の遅れを感じる被災者の割合は、阪神大震災時に比べ多く、「はさみ状格差」の一層の増大が懸念されている。災害反応の経過からすれば多くの被災者にとって「幻滅期」がいまだに続いていると言える。人は希望や目標をもつことで、生きる力にできるわけであるが、「幻滅」が何年も続くと、失望や無力感が繰り返され、慢性のストレスとなって心身の消耗を一層強くすることが予想される。今回の震災や原発事故での復興ストレスは、「幻滅期」の持続に特徴があると考えられる。実際健康調査によれば、3 年たって P T S R（外傷後ストレス反応）や P T S D が新たに発症したり、アルコール摂取量が増加したりしている。こうした健康調査あるいは行政の相談活動に対して、仮設住宅の住民に何うととても本当の思いは話せていないとも言える。また研究者も調査票の限界を指摘している。そして大人以上に、子どもたちの精神的な健康や成長が懸念される状況は続いている。阪神大震災での経験では、子供たちの問題行動は 3, 4 年後にピークだったという報告がある。問題行動として外に思いを表出せず、今もトラウマ体験や仮設住宅での

ストレスを口に出せない子供たちがいる。こうした子どもたちが、復興が進む一方でそれまでの我慢や抑圧がとれ、思春期青年期になって行動化しやすくなることなども予想される。ユネスコが述べているように、**Natural Hazard** は社会や人びとの被害があつて初めて **Natural Disaster** になるが、この **Disaster** はすべてが自然によるのではない。原発事故はまさにそうであるが、人が災害を大きくもするし、小さくもできる。

【課題】取材や体験を通じて現時点及び今後考えられる課題としては、ひどく遅れている住まいの解決、生業回復、生活保障を基本に、

- 1) 仮設住宅地区・みなし仮設での格差と孤立の問題
- 2) 仮設住宅の自治会機能の低下
- 3) 3 年たったの被災体験を語る方々と新たな喪失体験。鬱病、アルコール使用障害、遅発性 P T S R（D）の発生と対応
- 4) 仮設住宅から復興住宅への移転という今後変化する状況での孤立と新たなコミュニティ作り
- 5) 見回り相談活動の継続性と被災者の「自立」促進の葛藤
- 6) 健康調査に応じていない方々と二次スクリーニングに応じない方々のフォローやサポートと人員補充
- 7) 子どもたちの思いに寄り添える人材の育成と体制の強化

などが復興ストレス軽減のための課題として挙げられる。

連絡先 p_dr-ken@s7.dion.ne.jp

無料低額診療事業の3年間の成果と課題

— 貧困が生み出す命の不平等の実態 —

○大野義一郎、柳田月美、豊田恵太
趙理明、青木美幸、竹村陽子（東葛病院）

【目的】我が国では、1961年に全国の市町村で国民健康保険事業が始まり、「誰でも」「どこでも」「いつでも」保険医療を受けられる世界でも稀な国民皆保険体制が確立した。しかし、受診時の窓口支払いが導入・増額され、雇用が不安定化し、社会保障の後退などが重なり、経済的な理由で受診できない事態が見られるようになってきた。

当院は2010年9月に無料低額診療事業（以下「無低診」）を開始した。「無低診」とは、生計困難者にたいし医療機関が無料または低額な料金によって診療を行う事業（社会福祉法第二条第三項の九）である。東葛病院で開始した当時は、県内でこの事業に取り組んでいる機関が4カ所のみであったが、現在では21カ所に拡充され、全国では558院所に増加した。

「無低診」事業を通して明らかになった日本社会における医療の現状を分析し、健康を守るための社会のあり方を検討する。

【方法】当院は千葉県北部のA市（人口18万人、高齢化率22%、生活保護率8.74%）にある市中病院（331床）である。当院では「無低診」の対象を、無保険者、過去3ヶ月の収入が概ね生活保護基準の120%以下とした。また、医療費減免内容は無料診療（総医療費を免除）、一部負担金の全額免除（医療費・食事療養費・病衣代の自己負担額全額免除）、一部負担金の一部免除（医療費の自己負担額の2割を減免）とした。また「無低診」の期間は原則1～3ヶ月とし、生活保護受給や、仕事への復帰、借金の整理による困窮状態の解消など、根本的解決をすすめた。

【結果と考察】2010年9月から2013年8月までの3年間で「無低診」が適用されたのは30例であった（表1）。性別では男性が多く（66%）、年齢層別では働き盛りと高齢者が多かった。若年者が少ないのは県とA市で子供医療費の助成を実施しているためと思われた。多かった疾患は糖尿病を含む内分泌（23%）、消化器（20%）、悪性腫瘍（20%）、精神疾患（17%）で他に呼吸器、損傷、腎、感染、眼、循環器、皮膚などが見られた。単回診療では解決せず継続を要する事例が多かった（57%）。体調不良で救急搬送され診断された悪性腫瘍例などがあつ

表1.「無低診」適用者の概要（人）

		(人)
人数		30
性別	男：女＝20：10	
年齢	0-19歳	2
	20-39歳	3
	40-59歳	12
	60-79歳	9
	80歳	4
疾患	内分泌	7
	消化器	6
	悪性疾患	6
	精神科	5
	その他	

表2. 適用者の生活状況		
		(人)
世帯構成人員	単身	12
	2人	5
	3人	4
	4人以上	9
加入保険	国民健康保険	9
	短期証	8
	後期高齢者医療	9
	社会保険	2
	無保険	2
借 金	あり	14
収 入 (生活保護基準比)	1-49%	7
	50-99%	12
	100-119%	10
	120- %	1

た。また死亡例が 2 件あった。適用者の生活状況について検討した(表 2)。世帯構成人員は、単身家庭が最多(40%)で、とくに、単身男性が全体の 37%であった。

加入保険については、無保険であったのはオーバーステイの外国籍 2 例で、他は医療保険を取得していた。最も多いのは国民健康保険者(57%)だがその半数は保険料を滞納している短期証であった。保険があっても「無低診」を活用しなければ医療を受けられない現実が見られた。

収入は 63%が生活保護基準を下回っていた。また入院によって収入が無くなった(10%)事例もあった。支払うことができなかった医療費は、1 人あたり平均 744,443 円で、最低値は 4160 円であった。

医療費減免の内容(表 3)は、無料(3%)、全額免除(87%)、2 割減免(7%)であった。「無低診」適用期間は最短 1 日、最長 9 カ月であった。「無低診」を適用した患者に対し、生活保護の取得(23%)や、障害年金、住宅費支給、障害者手帳などの制度を活用

表3. 無料低額診療内容		
		(人)
受診形態	単回	9
	継続	17
	その他	4
申請のきっかけ	本人知っていた	3
	病院スタッフ	19
	他の機関の紹介	8
減免内容	無料	1
	全額免除	26
	2割減免	2
減免額	平均74443円	
	(4,160～226,020)	
期間	1日～9か月	
制度利用	生活保護受給	7
	障害年金受給	
	障害手帳	
	住宅費支給	

し生活の確立を支援した。

「無低診」に結びついたきっかけは、受診後の主治医、MSW、看護師など院内のスタッフの気づきであった(63%)。院外からの紹介(27%)や本人が知っていた(10%)のは、まだ少なく、制度広報が今後の課題である。

【結論と課題】

- ①現在の「皆保険制度」では、経済的理由で受診できない事態が起きている。
- ②「無低診」が生計困難者の受診を可能にした。
- ③生活保護基準以上でも医療を受けられない事例があり、「無低診」の適用基準拡大を検討するべき。
- ④生計困難者の多くは不安定雇用、低賃金、年金額が少ないことが要因となっている。受診・治療するためにはこれらの問題解決が不可欠。

- ③「無低診」活用を促す広報活動が必要。

連絡先：oonog@mnf.infoweb.ne.jp

長寿社会における公衆衛生の原点

座長：星 旦二（首都大学東京・教授） 高鳥毛敏雄（関西大学・教授）

【ねらい】

超高齢社会、少子社会の中で、保健、医療、福祉、介護の制度改革が進められ、公衆衛生の立たされている状況が変化してきている。認知症、孤立死、生活の拠点が定まらない漂流する者も増えてきている。グローバル経済の影響下で、非正規雇用者の増加、経済格差の拡大の問題が生じてきている。現在、労働力不足を補うために外国人労働者の大幅な受け入れも検討されている。グローバル感染症の脅威、気象変動に伴う環境問題も懸念されている。

2050年（平成62年）には、総人口が1億人を割り込み、65歳以上の割合が40%近くなり、高齢者1人をほぼ1人の現役世代が支える「肩車」型の社会になることが見込まれている。また、65歳以上ひとり暮らし、ないし夫婦のみの世帯数は、1970年には全世帯の3%（96万世帯）が2010年には全世帯の20%（1081万世帯）に増加している。

我が国の実質経済成長率は、1956年度から1973年度までの平均は9.1%であったものの、1991年度から2010年度までの平均では0.9%へと低下している。昭和60年の非正規労働者は、労働者全体の16.4%であり、平成22年には、34.4%へと増加している。現在の社会保障制度は、多くの人が終身雇用の正規雇用労働者であることを前提につくられているが、若年層を中心に、派遣社員、契約社員などの非正規労働者の割合が増加している。

この状況を乗り越えて行くには、個々人が尊重され、その能力に応じて社会参加できる社会づくりを支える支援環境の整備

（ゼロ次予防）が求められ、「社会」と「健康」の関係を科学し、健康問題を解決する社会医学の役割はますます大きくなってきている。

イギリスの公衆衛生は資本主義経済の登場に伴い発生してくる「貧困」と「不衛生」と「疾病」の悪循環を断つことが原点と理解される。近年、経済成長に力が注がれ、競争社会がめざされてきているわが国では、社会医学的な公衆衛生を発展させていく必要がある。

本シンポジウムでは、長寿社会における人々の健康問題について、公衆衛生の原点に立ち返り報告をしていただき、今後の方向性と展望を持つ課題解決方策について、皆さんと討議したい。

基調講演 長寿社会における公衆衛生の原点（社会医学の視点から）：
高鳥毛敏雄（関西大学・教授）

シンポジウム

1. 長寿社会における自治体の地域政策の現状と課題－セーフコミュニティ－：
反町吉秀（大妻女子大学・教授）
2. 長寿社会における最低限の生活保障の現状と課題－セーフティネット－：
原 政代（太成学院大学・准教授）
3. 全国一高い西成区における結核の現状と解決策：
井戸武 實（大阪公衆衛生協会事務局長）
4. 健康格差問題に対する政策の内外の展開：
松田亮三（立命館大学・教授）

連絡先：t_toshio@kansai-u.ac.jp
star@onyx.dti.ne.jp

長寿社会における公衆衛生の原点（社会医学の視点から）

○高鳥毛敏雄（関西大学・社会安全学部）

【はじめに】

長寿社会における公衆衛生の原点に関するシンポジウムの基調講演として、社会医学の視点から話しをさせていただく。21世紀に入りすでに25年を過ぎ、公衆衛生、社会医学の原点は変わらないものの質的には大きな変化が迫られている。

【近代公衆衛生の原点－19世紀】

近代の公衆衛生は19世紀にイギリスにおいて誕生した。イギリスは、世界で最初に産業革命を行い、資本主義経済社会をつくったためである。労働者の増加、急激な都市人口の増加に対し、住宅、上下水道などの整備、社会保障制度が整っていなかったために、都市の健全な発展につながらず、むしろ貧困、不衛生、疾病の悪循環に陥り、感染症の大流行などにより死亡率の高いところとなった。従来の救貧法だけでは対応できるものではなく、住宅法、工場法、生活衛生法、上下水道の整備などの新たな社会制度の創設が不可避となったことが公衆衛生制度の原点である。20世紀に入ると先進国の都市ではこのような公衆衛生対策は、都市政策、自治体政策として内在化され、定着したものとなっている。

【公衆衛生の内在化、潜在化－20世紀】

20世紀になると、都市環境工学的な施策により感染症の問題が小さくなり、一方で微生物学の発展、抗生物質、ワクチンなどの医科学の進歩を背景に病院の医学が大きな威力を示すようになった。イギリスにおいては20世紀半ばより国営医療制度（National Health Service）を創設し、医療サービスの無料化、病院医療の普及により、健康問題が解決できるのではないかと考えられるようになり、公衆衛生制度は医療制

度に内在化されることになった。NHS制度が1980年代に一応完成したことにより、医療制度の充実強化だけでは健康問題が解決できないことが明らかになった。公衆衛生は医療制度により代替できるものではないことが認識された。疾病の発生原因の除去、人々の健康格差の縮小、人々の健康水準の向上は医療制度の充実だけでは達成できないものと認識された。そのために New Public Health についての議論が活発になった。そして、21世紀に入り新たな組織や制度が設けられはじめた。2004年には中央から地方にまたがる Health Protection Agency が整備され、2013年には Public Health England として地方自治体を巻き込んだ公衆衛生体制がつくられるに至っている。

【公衆衛生の顕在化と社会化－21世紀】

19世紀に公衆衛生制度が誕生した頃は、都市や病院は不衛生な空間であり伝染病が蔓延し、貧困者にあふれ、死亡率の高いところであり、とても危険なところであった。150年の間に先進国の大都市は快適で、魅力的で最も安全な空間となった。若い人々が多く生活する空間となり、文化、芸術、経済、政治行政のすべての中心として発展してきた。高度経済成長期を機に都市の人口が急増し、東京、大阪、名古屋などの大都市だけではなく、札幌、仙台、広島、福岡などの地方の中心都市の人口増加も著しい。大規模な衛生的なニュータウンが設けられ、都心部には高層、超高層マンションが乱立し、都市人口は増加の一途をたどってきた。しかし、大都市の人口増加を支えてきた地方の若年人口が減少し、流入する若年人口の減少に加え、都市の若者の少子化の進展、平均余命の延長により、都市は

超高齢社会に進んできている。

【長寿社会における公衆衛生の質的变化】

都市の衛生基盤は確立し、医療機関も整備され、医療や介護などの社会保障制度が整えられた結果従来の公衆衛生の課題は小さくなった。公衆衛生が現在直面している健康問題は、以下の様にかつてとは質的に全く異なったものとなっている。①疾病構造が CDs（感染性疾患）から NCDs（非感染性疾患）へと大きく変化した。②勤務者や労働者といった就労人口が減少し、地域で生活するいわゆる生活者中心の定常社会となってきた。③コミュニティや自治体（市町村）と人々との新たな関係性の構築が必要となった。④街や地域の長寿社会に対応した社会環境の整備が必要となっている。⑤人々の経済格差が大きくなり健康格差問題が大きくなっている。

【地域の人々の関係性の新たな構築形態】

19 世紀と大きく異なり都市の不衛生に関わるインフラの整備が格段に整えられた。20 世紀に課題となった医療保障に関わる医療施設や制度もある程度整えられた。長寿社会に求められてきているのは地縁、血縁を超えた社会の人々の新たな関係性の構築である。新しい人々の関係性の構築という点ではすでにコンビニ、介護保険制度、J リーグなど、実際にはかなり進展してきているように思われる。①コンビニについては、人々の生活サービスの拠点として都市だけでなく地方においてもほぼ定着している。従来の公設市場や商店街を中心としたコミュニティはまだ残っているところもあるが、新興住宅地やオフィス街、過疎地域においてコンビニが地域の状況にあわせて生活サービスの拠点として店舗が出店と閉店が繰り返されている。新たな地域のサービスと機能を包摂した存在として進化を続けている。②介護保険制度は事業者による対人サービスの提供というスタイルを

持ち込み大きな影響を与えている。医療サービスも民間病院や診療所を中心に提供されてきたが地方自治体との関係性、公的な制御、地域ケアマネジメントなどの機能からはみると従来の公的サービスの提供スタイルに大きな影響を及ぼしている。③ J リーグはスポーツ普及のシステムであるが、新たな地域の関係性の構築という観点で見ると、新たな地域の関係性を創造している存在となっている。ホームタウンの人々だけでなく企業や事業者も巻き込んだスポーツを中心とした新たな人々と社会組織の関係性の上につくられている。

【シンポジウムのキーポイント】

長寿社会の公衆衛生においては、①地域の安全で安心できるコミュニティづくり、②地域で安心して生活できるセーフティネットの構築、③拡大している生活格差と健康格差への対応、④不安定就業者や労働者から移行した生活者への支援が、これまで以上に重要な課題となっている。

シンポジウムにおいて上記の課題について、シンポジストの皆さんにこの点についてご報告をしていただけるものと考えている。キーポイントは長寿社会における公衆衛生のあり方が変化してきているということである。わが国は明治期に長与専齋が欧米の公衆衛生制度を忠実に導入しようとした。かならずしも忠実に導入することができなかったが、伝染病対策や労働者保護の制度が設けられてきた。第 2 次世界大戦後は米国の公衆衛生に強い影響を受けている。これまでは、とにかく欧米から公衆衛生を学ぶことが中心であったと言える。しかし、近年、世界で最長寿社会となり、長寿社会における公衆衛生について手本がなく、自らの力で創造していかなければならない状況になっている。

連絡先：t_toshio@kansai-u.ac.jp

長寿社会における自治体の地域政策の現状と課題 ーセーフコミュニティ活動を通じて

○反町吉秀（大妻女子大学大学院人間文化研究科）

1. はじめにーセーフコミュニティとは？

住民参加を含む部門横断的な協働に基づき、科学的な取組と評価を行い、事故・暴力・自殺を予防する活動を、セーフティプロモーション（safety promotion, SP）と言う。ヘルスプロモーションの姉妹関係にある活動とも言える。地域ぐるみで SP に取り組み、WHO Community Safety Promotion 協働センター（スウェーデンカロリンスカ医科大学公衆保健科学部内）による国際的な認証を受けた地域（市町村）を、セーフコミュニティ（Safe Community, SC）と呼ぶ。

2. SC の理念と公衆衛生の原点

SC の概念は、1989 年に WHO 主催第 1 回世界事故・傷害予防学会で採択された Stockholm Manifesto にて提示された。そこには、SC の概念が、すべての人々に平等に、健康と安全・安心（safety）への権利を保障するという基本原理から出発することが示されている。そこでは、脆弱グループに焦点を充てた予防活動が行われなければならないことも強調されている。社会的包摂（social inclusion）が、SC の基礎ともなっている。表に示す SC の認証指標には、SC の基本的な理念が反映されており、公衆衛生の原点との重なりを読み取ることができる。

表 セーフコミュニティ認証への指標

1. コミュニティにおける SP に責任を持つ部門横断的グループのパートナーシップと協働の基盤構造を持つ
2. 男女および各年齢層、環境や状況をカバーする包括的で長期的かつ持続可能なプログラムを持つ
3. ハイリスクのグループや環境を標的とするプログラム及び脆弱グループに対し SP を推進するプログラムを持つ
4. 入手可能なエビデンスに基づくプログラムを持つ
5. 外傷の頻度と原因を記録するプログラムを持つ
6. プログラムのプロセス、アウトカムをアセスメントする科学的評価手段を持つ
7. 国内的、国際的 SC ネットワークに参加している

3. SC 活動の日本での展開と十和田市での経緯

SC については、今世紀に入り、日本にその概念が紹介され、2004 年頃から政策的な展開がみられるようになった。これまで、京都府亀岡市、青森県十和田市、神奈川県厚木市、長野県箕輪町、小諸市、東京都豊島区、大阪府松原市、横浜市栄区、福岡県久留米市等が認証を受けており、他にも認証を目指す自治体が存在する。

十和田市では、SP/SC に関する地域保健研修（保健所主催）の開催（2004 年）がき

っかけとなり、市保健センター保健師、保健所長等、公衆衛生関係者が中心となり、SC 活動がボランティア活動として開始された。数年後、市長が SC 認証取得をめざす宣言をし（2007 年）、地域県民局をも巻き込み、ボトムアップとトップダウンの組み合わせによる活動が展開され、認証を受けた（2009 年）。

4. 日本における SC 活動の諸課題

- ・自治体において、縦割りを克服した協働体制は機能しうるか？
- ・自治体は、SC の展開に必要な、公衆衛生学者等の専門家と持続的協働関係を持て

るか？

- ・スウェーデンと比較すると中央集権的で、財政基盤が弱い自治体活動において、国レベルでの政策的位置づけが十分でない施策に、リソースを確保できるか？
- ・ハイリスクや脆弱グループを標的としたプログラムにリソースを十分に配置できるか。
- ・施策評価の歴史が浅い日本の自治体で、アウトカム改善につながる予防プログラムの施策評価はできるのか？

連絡先：yoshi.sorimachi@otsuma.ac.jp

長寿社会における最低限の生活保障の現状と課題 ーセーフティネットー

○太成学院大学看護学部准教授 原 政代

【はじめに】

生活保護制度は、1950（昭和 25）年に憲法第 25 条に規定する理念に基づき、国が生活に困窮するすべての国民に対し、その困窮の程度に応じ、必要な保護を行い、その最低限度の生活を保障するとともに、その自立を助長することを目的とする制度として創設された。社会保障の最後のセーフティネットと言われている。

生活保護受給者の自立を助長するにあたり、改めて公衆衛生の原点に立ちかえって支援の方策を考えたので報告する。

【生活保護の現状】

生活保護の受給者数は、1995（平成 7）年を底に年々増加しており、2013（平成 25）年 3 月には 216.1 万人（約 159 万世帯、保護率 1.70%）となっている。

また、医療扶助の受給者数は、平成 7 年には約 68 万人であったが、平成 23 年度には、約 166 万人と 2.4 倍も増加しており、被保護実人員の 80.2%を占めている。

生活保護受給者の自立を支援する場合、多くは単身での生活等であり周囲から支援が得られにくいといった状況にあり、就労による自立、社会的自立など、あらゆる受給者の自立を助長するには、まずは健康面に着目した支援を行うことが重要である（平成 25 年 3 月 29 日付社援発 0329 第 65 号社会・援護局長通知）。

【課題】

生活保護受給者の自立を支援するにあた

り、生活実態を把握し、個々の持てる力と望む生活に向けた個別支援計画を策定していくことが重要課題である。

しかし、生活保護現場において実態を把握し、個別計画を立てるためには、人材と技術等が必要であり、現行体制では多くの困難が伴っていると考えことから、新たな取り組みの方策として次の内容考えた。

① 生活保護受給者に関わっている関係機関や関係職者との協働・連携によって情報を共有し、複数の専門機関（専門職）からの支援をシステム化すること。

② 生活保護から自立した受給者を「ピアサポーター」として活用し、受給者等を対象に「自立に向けてどのように社会資源を活用したのか」、「現在の生活状況」、「自立の喜び」、「仲間との出会い、繋がり、居場所」など自身が感じた事を伝えていくこと。

③ 現行の生活保護ケースワーカーへの研修の一環として、ピアサポーターとの交流を通して生活保護ケースワーカーの役割を再認識する機会をもつこと。

④ 現在、公衆衛生の原点である「予防」という考え方が医療や福祉現場の課題解決の中心になってきていることから、今後、保健師の専門分野である地域診断技術を中心に、地域特性を把握した社会資源の活用、相談支援体制の構築が重要である。また、支援体制をコーディネートしていく役割も保健師に求められると考える。

m-hara@tgu.ac.jp

結核の現状と解決策 全国一結核罹患率が高い、大阪市西成区あいりん地域

井戸 武實

(公益財団法人大阪公衆衛生協会・元 NPO ヘルスサポート大阪)

1. はじめに

あいりん地域（釜ヶ崎）は、大阪西成区のJR新今宮駅南に位置する。ここは日本最大の日雇労働者が生活するドヤ街・寄せ場と言われてきた。今では日雇労働者が高齢化し仕事に就くことができず多くの人々はシェルターの利用や野宿生活をやむなくされている。就労機会がより少ない55歳以上の労働者を対象に高齢日雇労働者特別清掃事業（特掃事業）が行われている。特掃は登録制で2000年頃には3000人を超える登録があったが、2008年のリーマンショック以降、生活保護の受給者が増加した結果、2013年の登録者は1410人である。特掃の業務は建設労働では体力が続かない人でも働ける屋外軽作業で、道路清掃や公園などの除草、保育園、学校などの施設の塗装などが主な作業である。この事業では1日の就労数は222人で輪番での就労となっていることから4日から5日で順番がまわってくることになる。1日働けば5,700円、月5日から6日間の就労で3万円程度の収入となりこれが1カ月の食べるための費用となっている。この人々の多くはシェルターの利用や野宿をしながら生活している。

2. あいりん地域の結核の現況

僅か800m四方0.62km²の狭いあいりん地域において、2012年には95人の結核患者の発見があった。2010年の国勢調査によると、あいりん地域の人口は21,988人

で、10万人あたりの罹患率を計算すると432.1となる。全国の罹患率16.7の25.8倍である。結核の統計から全国の結核患者は60歳以上が68.7%を占めている。これは、あいりん地域でも同じである。高齢者は結核発病のハイリスク集団と言えるが、あいりん地域では、多くの人々は貧困のため三度の食事もまともに摂れない状況で、栄養バランスが悪く低栄養の結果、免疫力や抵抗力が低下して結核の発病につながるのではないかとと思われる。また、地域では映画館、パチンコなどの娯楽施設、シェルターなどの狭隘な場所が多い。こういった施設を利用する人々に結核のまん延による感染と発病がおこっているのではないかと考える。

特掃登録者は登録時に結核健診を義務付けられており100%が受診している。また、シェルター利用者も80%が受診しているにもかかわらず結核の罹患率が高い。昨年の健診時に異常が見つからなかった特掃登録者から、立て続けに7人に結核発病があった。そのうちの1名は肝障害なども持っており死亡している。

このような状況の背景を探るため、ヘルスサポート大阪はNPO釜ヶ崎支援や西成区役所の協力を得て、2013年10月から11月にかけて特掃登録者やシェルター利用の人々に結核についてアンケートを実施した。800人を超える回答者の内90%の

人々が「釜ヶ崎は結核が多いことを知っている」と答えた。また、60%を超える人々が、「結核は、結核菌が出ていなければ入院せずに治せることを知っている」とも答えている。結核の認識があるにもかかわらず、結果的に社会的に弱い立場の人々に結核が集積するのは、貧困問題が根本的に影響しているものと思われる。

3. あいりん地域の医療

あいりん地域には1970年に開設された、あいりん総合センターの中に大阪社会医療センターがある。建物の老朽化や耐震問題から建て替えや移転が検討されている。これまで、大阪社会医療センターは、貧困で医療費が払えない住民には無料低額診療制度によりサポートするなど大きな役割を果たしてきた。2010年代には住民の高齢化により生活保護受給者の増加が顕著になりセンターを受診する患者の約9割が生活保護受給者となってきている。あいりん地域では、結核を含め糖尿病、高血圧など生活習慣病、心の病、介護などの問題をかかえる人たちが多く、支援のあり方も問われている。保健、医療面だけでなく、福祉や介護などの視点からも総合的な支援が必要となっている。

4. 大阪市の結核対策

あいりん地域では、結核健診で発見された患者は郊外の結核病床を有する病院に入院させている。2001年大阪市の「結核対策基本指針」を策定し、「あいりんの結核の問題は大阪市の重要な結核対策の課題である」と明記された。対象の的を絞った健診、DOTS、NPOなどの民間団体との協働を図った患者支援がなされるようになって

た。デジタル健診車を導入し高齢者特別清掃就労者や年末年始の臨時宿泊所利用者等に健診の対象者を拡大させた結果、罹患率は大きく減った。このような健診で発見される結核患者は、生活保護制度により最低限度の生活を維持することのできない者として医療扶助により医療が提供される仕組みとなっている。

5. おわりに

結核感染が日常的に起きているあいりん地域（釜ヶ崎）では、国が定めている積極的疫学調査を確実に実施し、接触者健診を洩れなく実施する必要がある。健診により結核患者を早期に発見し、治療に導くことが必要である。またツベルクリンに代わるQFT検査で結核に感染したことが明らかな者は、潜在性結核症として治療を行うことも必要と思われる。

あいりん地域で行う結核健診で結核と診断されたホームレスの人々は、結核菌の排出の有無に関係なく郊外の結核病床のある病院に送られ治療が開始されることとなる。しかし結核と診断されても60%の人々は結核菌塗抹陰性であり他へ感染はしない。このため入院の必要はなく外来での治療が可能なのである。当事者が外来で治療することにより、地域から離れることもなく、また、入院による運動不足からくる筋力の低下も避けることができ、治療終了後の早期の就労や日常生活も容易となる。外来で治療ができる医療の拠点づくりが必要不可欠である。また、保健・福祉面などからも支援可能な拠点とシステム作りが急がれる。

井戸 武實 osaka.pha@diamond.broba.cc

健康格差に対する政策展開—理論と実践

○松田亮三（立命館大学・産業社会学部/人間科学研究所）

【報告の趣旨】公衆衛生の歴史的展開をふりかえれば、貧困と疾病の悪循環というテーマは繰り返し登場してきている。めざましく経済が発展し、多くの先進諸国が長寿を向かえている時代に、健康格差が改めて公衆衛生政策上の戦略的目標として位置づけられてきているのはなぜであろうか？また、健康格差はさまざまな社会・経済格差とどのような関係で捉えることができるのであろうか。

本報告では、こうした問題について、日本での、特に自治体での実践を想定して、議論を行いたい。内外の展開に言及しつつ、理論と実践の両面から考えてみたい。なお、本抄録では議論の骨子を示すにとどめる。

【健康の社会規定性と多面的政策課題】

社会医学・社会疫学が（そして近年では経済学と社会学が）明らかにしてきたように、人々の健康は人々のおかれた社会・経済環境によって影響される。このことは、所得・資産・教育・就労・対人関係等の状況が健康に影響し、それに関する政策のあり方が公衆衛生上の効果をもたらすことを意味する。それゆえ、直接保健・医療に関わらない諸政策も健康への影響を検討してすすめるなければならない(Health in All Policies という標語はこのことを示している)。

【健康格差縮小の政策的位置づけ】

公平にもとる健康の不平等(health inequality)は、健康の不公平(health inequity)と呼ばれ（とはいえ、この区別は必ずしも守られているわけではない）、健康

の保持・増進とともに公衆衛生上の戦略課題とされる。それゆえ、健康状態の公平を実現していくことは、持続的にかつあらゆる分野において検討していく必要があることが、理論的には要請される。

健康の社会規定性から考えると、健康の不公平は幅広い社会的事項における格差（そして不公平）の影響を受けることになる。このことからして、健康の不公平の政策的対応は、さまざまな領域における公平のあり方と結びつくこととなる。

【健康格差の測定と問題化】

しかし、いったいどの程度不公平な健康状態の格差が存在しているのであろうか。そして、それをどの程度まで縮小することを追及すべきなのであろうか。ここで、この議論に深入りすることはできないが、実際的な方策として、問題とする社会・経済的な不公平を軸に、健康状態の差を測定し、それを縮小していくことが提案されている。そして、ここでは、その社会における不公平（あるいは不平等）の捉え方が、健康の不公平の測定に反映せざるを得ない。別の言い方をすれば、取り組みの前提として、縮小されるべき「格差」はどこにどう存在しているのかが、問われる。

状況の把握は、グローバルに、EU のように国家連合で、そして国家、自治体、などの多層的に行え、実際に行われている。これらの期間が継続的に収集する健康指標に、どのような健康格差指標を導入していくかは、大きな課題である。

この際、社会・経済格差という視点から、健康状態を分析しなおすことが重要である。現時点では「地域」での格差に實際上焦点があてられているが、雇用、所得、居住等（さらには言語や文化）の状況を立体的により詳細な検討をしていくことが望ましい。特に、何らかの意味で少数者の状況におかれている社会集団でかつ社会的不利な状況のある人々については、特別な対応を考えるべきである。このことは、健康権保障の活動としても位置づけられる。

【健康格差縮小への戦略的対策一】

健康格差縮小は戦略的課題であり、継続的な取り組みとならざるを得ない。そして、格差縮小のスピードや程度は社会の価値を含めて政治的に判断されるべき事項となる。

理論的にいえば、健康格差縮小は、健康の社会的規定因として認められてきたさまざまな要因における格差の縮小を行うか、あるいはそれらの要因の健康への影響力を弱めることによって実現される。

健康格差縮小には、所得分配・再分配にかかわる雇用・就労政策、年金・生活保護などの所得政策、教育政策、住居政策、保健・医療政策などが関わり、これらの多くをどのようにしていくかが問われることになる。これらは通常健康をめぐる議論とは別の文脈で議論されており、公衆衛生関係者は健康という視点からその議論に参加することになる。

健康格差を惹起している社会的規定因の影響力を弱めることができるかどうかは、その要因の性質ごとに検討していく必要がある。例えば、一定の補助金があれば実質的に住居状態の改善がなされる場合もあるかもしれない。また、教育によって対処能

力が増すかもしれない。これは結局、具体的に検討していくべき課題である。

その際に、重要なのは、最終的な健康状態における格差縮小に焦点をあてて、環境的規制、補助金等の給付、サービスの提供、コミュニティ活動の援助、等多様な政策手段を用いていくことである。

健康格差縮小は戦略的課題であり、単一の手段で実現するものではない。むしろ、目的を実現するためにあらゆる手段を用いるべき目標である。

【多層的対策の推進】

また、自治体では具体的な住民の状況を把握して、健康格差縮小という文脈の中で、取り組みを進めていく努力が重要である。

人々の生活・労働の状態は、常に変化している。また景気変動などマクロの影響は、より社会的に不利な人々に深刻に影響する点を考慮にいれなければならない。その意味で、迅速な対応を NPO 等と連携してすすめていくことも重要である。

国は自治体を支援するよう、用いる形で情報を収集・整理・普及するとともに、自治体の状況に合わせて何らかの補助を行うなどの支援を行うことが考えられる。

【むすびー現場の実践を位置づける】

社会的不利な人へのなんらかの意味での健康課題への取り組みは保健・福祉の諸領域で行われている。そのような実践は、健康格差を縮小していく活動・事業として位置づけられるものであり、その取り組みの背景にある社会的価値をふまえ、効果的な活動を探索しつつ取り組みを行うべきである。
連絡先：rmatsuda@ss.ritsumei.ac.jp

世界の人々と在日外国人の健康問題

座長：波川 京子（川崎医療福祉大学）、坂本 真理子（愛知医科大学）

2013 年末には、約 200 万人（人口の 1.7%）の外国人が住民として、日本で暮らしている。保健師は外国人も含めて、国籍に関係なく住民の健康のために、日々の生活の中で、生じた健康課題の解決に向けて、健康支援を行うことを業としている。2013 年 4 月からの保健師活動指針には、保健サービスの対象者に在日外国人をほとんど想定していないが、災害対策基本法では高齢者、障害児者、乳幼児、外国人を災害時要援護者としてより配慮をすべき対象としている。在日外国人は言語の違い、母国と日本の保健制度の違い、生活習慣の違いなどが障壁となり、介入を困難にしている多問題困難事例に匹敵すると考えられる。

言語や医療制度、救急受診、処方薬、医療技術などが異なる国での受診は、母国での受診以上に緊張と不安を伴う。海外滞在日本人の健康課題や医療情報収集、現地医療機関受診の際の留意点などが、派遣企業産業医、海外日本人会医師、海外邦人医療基金、在外公館医官、JICA などから報告されている。海外滞在中の日本人の医療機関受診と同様のことが、在日外国人にも生じている。外国人受診者の多い医療機関では、症状を文字盤で示す補助具や指さしカード、多言語受診支援ウェブサポートシステム、医療通訳の常駐などが始まっている。

医療機関受診の支援体制の整備は進んでいるが、在日外国人への健康支援は、市町村単位で行われることが多く、対応は個々

の保健師の力量にゆだねられることが多い。日本人と在日外国人で、健康ニーズに差がないと考える。また、年間 2500 万人の日本人海外渡航者が、海外から感染症を持ち込めば、市町村は感染症対策に取り組まなければならない。

保健師の健康支援活動に対して、市町村は国際交流課等からの通訳協力、市町村送付文書・チラシの外国語版作成、外国在住経験のある職員の間診票翻訳、隣接市町村の日本語教室提供、市内在住の外国人が乳幼児健診案内作成など、保健師を後方から支えている。

在日外国人の健康支援に活用できる社会資源として、①母子保健事業団発行の母子手帳（日本語併記のタガログ語、スペイン語、ポルトガル語、韓国語、インドネシア語、中国語、タイ語）②予防接種リサーチセンターの英語、韓国語、中国語、タガログ語、ポルトガル語、アラビア語、イタリア語、インドネシア語、スペイン語、タイ語、ドイツ語、フランス語、モンゴル語、ロシア語の予診票等③国立感染症所の英語版予防接種スケジュール④結核研究所の英語、韓国語、中国語電話相談などが提供されている。また、愛知県内のあいち医療通訳システムでは、英語・中国語・ポルトガル語・スペイン語・フィリピン語の通訳者が提供されている。

このシンポジウムは、世界の人々と在日外国人の健康問題を考える場としたい。

外国人保護者への効果的な健康情報の提供をさぐる取組み —ブラジル人コミュニティでの事例から

○坂本真理子（愛知医科大学看護学部）

【問題の背景】

外国人住民の日本滞在の長期化や定住化傾向が顕著になっている。中でも愛知県では自動車工業を中心とする産業が盛んなことから、外国人住民数は2012年末現在で192,041人、全国で3位となっており（法務省、2012）、市町村別で見ると、総人口に占める外国人住民数が最大6%近くになり、全国平均である1.63%をはるかに超える外国人割合を持つ市町村が散在している。（愛知県、2012）在日外国人の日本滞在の長期化、定住化が進むとともに、行政での対応も課題となっており、行政で働く保健師にとっても、言語や文化、価値観の違いを持つ在日外国人の健康支援は無視できない課題である。とりわけ、母子保健や子育てに関わる情報を確実に提供することは急務となる課題であり、愛知県内においても、外国人の割合が多い一部の市町村では、多言語による母子健康手帳や健診票の活用、保健事業に通訳者を配置するなどの対応を開始している（山下ら、2012）。しかし一方で、水谷らが行った調査（2012）では、外国人保護者を対象とした保健事業の実施は2割の自治体に満たず、開催頻度も年間2回から月1回までと開きがみられた。外国人の保護者を対象とした保健事業では通訳配置の必要性や継続して参加する外国人保護者が限られるなどの理由から、運営上の課題も見られる。保健部門だけではなく、子育て支援という観点から、外国人児童の多い

保育園に外国人児童コーディネーターを置き、外国人育児家庭を支援する取り組みを行っている自治体も見られる（菊池・鈴木、2011）。

菊池らは、外国人児童生徒の早期適応教室に携わった経験をふまえ、外国人保護者に乳幼児から親としてすべきことを教示していく必要と、教育現場だけではなく医療・福祉といった専門機関と地域社会が連携して、外国にルーツをもつ子どもたちが安心して健やかに育ち学び合うことのできる環境づくりに取り組んでいかなければならないことを提起している。

在日外国人保護者への効果的な健康情報提供については、行政の保健師の関りのみでは解決できない課題も多く、いかに外国人コミュニティや地域に存在する保健医療福祉機関やNPO/NGO等関係機関や支援者たちと協働していくかという視点が重要になると考えられる。

【活動地域の状況】

愛知県の中でも総人口に占める外国人住民割合が高いA市が研究者らの活動の拠点である。A市の特徴は国籍別では圧倒的にブラジルが多く、外国人人口の7割近くを占めていること、中でもその多くがA市にある大規模なB団地に集住していることである。B団地の居住者に占める外国人居住者の割合は6割近くになっており、外国人との共生は日常的な課題となっている。

A 市ではこれまで、市役所窓口や保健センター、小学校、保育園等におけるポルトガル語通訳の配置、広報の多言語対応、小学校における外国人児童の早期適応教室、市民団体による外国人児童・生徒への放課後教室活動、自治会による安心安全プロジェクトの取り組みなど、それぞれの部署や活動団体ごとに外国人住民への対応が行われてきた。B 団地内には多文化共生センターが設置され、外国人住民とのよりよい共生に向けて各関係団体による支援の模索が始まっているが、外国人住民の生活実態が十分に把握されていない中で方向性を探る手探りの状況が続いている。

【活動の内容と今後の方向】

母子保健や子育てに必要な情報を外国人保護者に確実に伝達するしくみを検討することを目的に、2012 年度より、A 市の外国人支援関係者とコミュニケーションを重ねながら、第一段階「外国人保護者の母子保健・子育て支援情報に関するニーズ把握」、第二段階「外国人の保護者の母子保健・子育て支援情報の提供と評価」、第三段階「外国人保護者のネットワークを活用した情報提供のしくみの検討」という段階的なアクション・リサーチを開始した。

シンポジウムではアクション・リサーチの第一段階として行った関係者へのインタビュー調査結果から、A 市の B 団地を中心とする外国人保護者が必要とする母子保健及び子育てに関する情報を得る上での課題を報告する。同時に 2013 年度から開始した外国人保護者と子どもを対象にした多文化親子支援事業の取り組みを紹介する。多文化親子支援事業は B 団地で外国人児童・生

徒への放課後教室を行っている市民団体との協働で取り組み始めたものである。外国人親子の効果的な支援に向け、地域の実情と資源を有効に生かした協働の方向性を探りたい。

【参考文献】

愛知県内の市町村における外国人住民数の状況

<http://www.pref.aichi.jp/0000059106.html>、2014.6.9 閲覧

法務省 在留外国人統計表

http://www.moj.go.jp/housei/toukei/toukei_ichiran_touroku.html、2014.6.9 閲覧

菊池寛子、鈴木貫之（2011）：外国人育児家庭に対する子育て・教育支援の現状、地域保健、3：46－51.

水谷聖子他（2012）：在日外国人を対象とした行政の母子保健活動における現状と課題、第 27 回日本国際保健医療学会抄録集、117.

山下正、松尾博哉（2012）：保健師による外国人への母子保健サービス提供の現状と課題—愛知県の市町村に勤務する保健師へのアンケート調査の分析から—、日本国際保健医療学会誌、Vol.27、N04：349－361.

連絡先：smariko@aichi-med-u.ac.jp

在日外国人に対する市町村保健師の健康支援の現状と課題

○波川 京子（川崎医療福祉大学）

【目的】在日外国人の増加に伴い、市町村在住の外国人に対する保健師の健康支援の機会は増加してくると予測される。保健指導、生活支援、医療機関受診勧奨などは市町村単位で行われることが多く、担当の保健師の個々の努力にゆだねられていることが多い。そこで、在日外国人に対する市町村保健師の健康支援の現状から、在日外国人に対する課題を明らかにすることを目的とした。

【方法】対象市町村抽出：独立行政法人統計センター e-Stat 市町村名・コード登録の 1,742 市町村のうち東京 23 区と政令指定都市、福島県避難中の市町村、聞き取り調査対象の 2 市を除く市町村に北日本から番号を付け、奇数番号を抽出し、偶数に再度番号を振り 5 の倍数に当たる市町村 1,000 か所（497 市、432 町、71 村）を抽出した。調査依頼と方法：対象市町村 1,000 か所の統括保健師・母子保健担当保健師宛に、1 市町村 1 調査依頼書と調査紙、返信用封筒、在日外国人への健康支援事例記載用紙を郵送した。調査期間は 2013 年 12 月～2014 年 2 月とした。

調査項目：調査紙は在日外国人の出身 3 カ国、健康支援マニュアル（在日外国人対象の健康支援資料等、以下マニュアル）の有無、記載内容、使用言語、作成時希望内容・言語、自由記載等とした。

健康支援事例は国籍・出身国、使用言語、滞在理由、対象種別、健康支援を行う上で必要なもの、活用したものなどとした。

倫理的配慮：川崎医療福祉大学倫理審査委員会の承認を受け、調査票の返送をもって、研究参加に同意を得たものとするとの文章により説明した。

【結果】調査紙回収は 334 部（回収率 33.4%）のうち、329 部を有効回答とした。マニュアル有りは 93(28.3%)、無しは 236(71.7%)市町村であったが、その内の 172(72.9%)はマニュアルを必要として

いた。市町村人口に対する在日外国人比の平均は 1.06%(マニュアル有り 1.33%、無し 0.98%)であった(表 1)。既存マニュアル記載内容は母子手帳、予防接種、乳幼児健診、育児相談などであった。使用言語は主な出身国の中国、韓国、フィリピン、ブラジルと同様に、英語、中国語、韓国語、タガログ語、ポルトガル語であった(表 2)。

マニュアル作成時の希望内容は予防接種、乳幼児健診、母子手帳、育児相談、特定健診・住民健診、健康保険証使用方法などであった。自由記載には「市販の母子手帳を活用している」「市 HP は英語、中国語、韓国語の選択ができる」「市 HP に多言語生活ガイド掲載している」「英語、ポルトガル語、スペイン語、中国語、韓国語の多言語医療ガイドがある」「国際交流課が在日外国人向け生活ガイドブックを作成している」「既存の翻訳や通訳を活用している」などをあげていた。

健康支援事例は 645 事例回収し、在日外国人が日本語以外で相談をした 459 事例を分析対象とした。国籍・出身国と使用言語はフィリピン（タガログ語・英語）、中国、ブラジル（ポルトガル語・スペイン語）、タイ、ペルー（スペイン語）、ベトナム、パキスタン（ウルドゥー語）、バングラデシュ（ベンガル語）、ロシアなどであった。

保健師が健康支援・保健活動において「活用しているもの」で一般的に使用可能なものは、母子保健事業団発行の多言語母子手帳、予防接種リサーチセンター・結核研究所の英語説明書などであった。愛知県内市町村はいち医療通訳システムをあげていた。市町村は独自に国際交流課等の支援、庁内で外国語版送付文書・チラシ作成、外国在住経験のある職員が翻訳した問診票、市内在住外国人作成の乳幼児健診案内などを活用していた。

「あったらいいと思ったもの」は ①通訳者（公

シンポジウム 3

的、無料、ボランティア、庁内職員、同行訪問通訳)②通訳機材(訪問時使用可の同時通訳、旅の指差し会話帳の保健活動版、制度改正ごとに翻訳できる機材)③外国語通訳者養成、④保健師の語学研修会⑤外国語版の健康づくり・保健指導資料(母子保健サービス、育児方法、離乳食、子どもの発達、乳幼児健診結果説明・要支援・要精査説明書、DV等)⑥外国語版の市町村地図・社会資源紹介⑦送迎付きの日本語教室や同国人同志の交流の場⑧母国語で相談できる相談機関⑨在日外国人を理解するために出身国の母子保健サービス、母子手帳、予防接種手帳、育児の考え方、生活習慣、食文化等⑩病気の際の家庭看護指導などであった。

表1 在日外国人対象の健康支援マニュアル						n=329(%)				
健康支援マニュアル		有り		無し		必要		不要		
		93	(28.3)	236	(71.7)	172	(72.9)	64	(27.1)	
市町村別	市	60	(64.5)	134	(56.8)	104	(60.5)	30	(46.9)	
	町	26	(28.0)	83	(35.2)	60	(34.9)	23	(35.9)	
	村	7	(7.5)	17	(7.2)	8	(4.7)	9	(14.1)	
	不明	0	(0.0)	0	(0.0)	0	(0.0)	2	(3.1)	
外国人口比		1.06(0.14-4.06)		1.33		0.98		0.99		
主な出身国	アジア	アフガニスタン	0	(0.0)	1	(0.3)	1	(0.4)	0	(0.0)
		インド	3	(0.9)	1	(0.3)	1	(0.4)	0	(0.0)
		インドネシア	2	(0.6)	4	(1.2)	3	(1.3)	1	(0.4)
		韓国	44	(13.4)	127	(38.6)	100	(42.4)	27	(11.4)
		スリランカ	1	(0.3)	1	(0.3)	1	(0.4)	0	(0.0)
		タイ	7	(2.1)	11	(3.3)	10	(4.2)	1	(0.4)
		台湾	0	(0.0)	1	(0.3)	1	(0.4)	0	(0.0)
		中国	82	(24.9)	192	(58.4)	151	(64.0)	41	(17.4)
		ネパール	2	(0.6)	3	(0.9)	3	(1.3)	0	(0.0)
		パキスタン	0	(0.0)	2	(0.6)	2	(0.8)	0	(0.0)
		バングラデシュ	0	(0.0)	1	(0.3)	0	(0.0)	1	(0.4)
		フィリピン	61	(18.5)	152	(46.2)	116	(49.2)	36	(15.3)
		ベトナム	7	(2.1)	20	(6.1)	17	(7.2)	3	(1.3)
		モンゴル	0	(0.0)	1	(0.3)	1	(0.4)	0	(0.0)
		ラオス	0	(0.0)	1	(0.3)	0	(0.0)	1	(0.4)
	北米	アメリカ	6	(1.8)	17	(5.2)	14	(5.9)	3	(1.3)
		カナダ	0	(0.0)	2	(0.6)	1	(0.4)	1	(0.4)
	南米	ブラジル	25	(7.6)	43	(13.1)	31	(13.1)	12	(5.1)
		ペルー	5	(1.5)	8	(2.4)	4	(1.7)	4	(1.7)
		ボリビア	0	(0.0)	1	(0.3)	1	(0.4)	0	(0.0)
	欧州	アイルランド	0	(0.0)	1	(0.3)	0	(0.0)	1	(0.4)
		イギリス	1	(0.3)	2	(0.6)	1	(0.4)	1	(0.4)
		ウクライナ	1	(0.3)	0	(0.0)	0	(0.0)	0	(0.0)
		スペイン	0	(0.0)	2	(0.6)	1	(0.4)	1	(0.4)
		フランス	0	(0.0)	2	(0.6)	1	(0.4)	1	(0.4)
		ロシア	0	(0.0)	1	(0.3)	0	(0.0)	1	(0.4)
	豪州	オーストラリア	0	(0.0)	1	(0.3)	0	(0.0)	1	(0.4)
	アフリカ	ガーナ	0	(0.0)	1	(0.3)	1	(0.4)	0	(0.0)

相談の実際では、「分かるように伝えることの難しさ」「日本語教室に参加しない」「文字での理解が難しい」「転入前市役所、大使館に問合わせても解決しない」「偽装結婚での来日者への介入が困難」などをあげていた。

【考察】在日外国人対象の健康支援マニュアルがある市町村と、必要という市町村が8割に達する。母子手帳は記載内容では高いが、希望は低くなり、既存のものを活用していることが予測された。

在日外国人の健康支援は、処遇困難事例に匹敵する困難さが推測された。出身国や健康課題の多様化などから、既存資料や公表物で使用されていない言語を希望していること、市町村保健師の在日外国人への健康支援には市町村行政内や諸機関からの後方支援が必要なことが明らかになった。

本調査は、川崎医療福祉大学平成25年医療福祉研究費助成を受けて実施した。

表2 既存健康支援マニュアル記載内容と使用言語			n=93(%)	
記載内容	母子手帳		88	(94.6)
	予防接種		43	(46.2)
	乳幼児健診		33	(35.5)
	育児相談		18	(19.4)
	特定健診等住民健診		10	(10.8)
	健康づくり概要		9	(9.7)
	医療保険証の使い方		9	(9.7)
	保健師の仕事紹介		1	(1.1)
	妊婦健康管理		1	(1.1)
	予防接種問診票		1	(1.1)
	子どもと健康		1	(1.1)
	母子保健事業		1	(1.1)
	赤ちゃんの訪問案内		1	(1.1)
	12カ国語症状別問診カード		1	(1.1)
追加希望内容	乳幼児健診		17	(18.3)
	予防接種		16	(17.2)
	健康づくり概要		13	(14.0)
	育児相談		11	(11.8)
	特定健診等住民健診		11	(11.8)
	医療保険証使用方法		7	(7.5)
	母子手帳		5	(5.4)
使用言語	保健師の仕事紹介		4	(4.3)
	英語		84	(90.3)
	中国語		67	(72.0)
	韓国語		57	(61.3)
	タガログ語		55	(59.1)
	ポルトガル語		53	(57.0)
	スペイン語		35	(37.6)
	タイ語		28	(30.1)
追加希望言語	インドネシア語		8	(8.6)
	フランス語		4	(4.3)
	中国語		2	(2.2)
	英語		2	(2.2)
	ベトナム語		1	(1.1)
	ネパール語		1	(1.1)
	タガログ語		1	(1.1)
	シンハラ語		1	(1.1)
	アラビア語		1	(1.1)

namikawa@mw.kawasaki-m.ac.jp

在日外国人の医療相談・健康支援活動を通して 市民団体と大学との協働

水谷聖子（愛知医科大学看護学部 NPO 法人外国人医療センター理事）

【はじめに】

NPO 法人外国人医療センター（以下、MICA と記す。）は、『愛知県が在日外国人、日本人の区別なく、安心して保健・医療・福祉サービスを受けられる地域になる』ことをめざしている。1998 年第 2 回全国移住労働者フォーラム（愛知県瀬戸市）の開催をきっかけに、有志が集まり同年 8 月に任意団体として設立し、2002 年 4 月からは NPO 法人として活動している。設立当時から毎月 1 回健康相談活動を実施し、県内にある外国人学校への健康面からの支援を MICA と看護学系の大学が協働し、実習ゼミナールの一環で行っている。

ここでは、MICA の活動のうち、主に健康相談活動の実際と MICA と協働による看護系大学における外国人学校への健康面からの支援を通して、市民団体からみえてくる在日外国人を取り巻く課題について述べる。

【愛知県における在日外国人の保健医療に関する支援の状況】

平成 23 年末現在、愛知県における在日外国人の登録者数は 200,696 人で県民全体の 2.71% を占め、外国人の占める割合は全国第 3 位である。

愛知県では、通訳派遣と電話通訳などにより、外国人県民と医療機関との言葉の壁を取り除くことを目的とし、平成 24 年度から「あいち医療通訳システム推進協議会」を設立した。医療関係団体、大学、愛知県

および全市町村が一体となって事業が展開されている。医療通訳者の派遣は、県内大学の協力を得て養成し、英語・中国語・ポルトガル語・スペイン語・フィリピン語に対応している。また、電話通訳は 24 時間 365 日対応で、5 言語とハングル語も可としている。通訳者の派遣は、2 時間 3,000 円～5,000 円で、費用負担は利用者・医療機関双方で 1/2 である。

【MICA の取り組み】

MICA は、愛知県下で①健康相談会事業、②医療情報提供事業、③愛知県救急医療情報システム事業、④多言語対応支援事業などを行っている。

設立当初の健康相談会は、名古屋市内の会場を主に行っていたが、2013 年度からブラジル人学校の子どもたちと父母を対象とした健康相談として、学校保健安全法に基づく内容の支援を開始した。現在では名古屋市外の国際交流協会やブラジル人学校との協働開催が増えている。

相談内容は、設立当初は医療保険未加入者の割合が高かった。最近は医療保険加入者の相談が増え、治療内容や療養生活など「日本における治療や療養生活に関する相談」が増えている。具体的には、疾患や病状に対する日本の医療、健診結果の説明や保健指導などである。ブラジル人学校では健康相談実施後に、ボランティア歯科医師の協力を得て口腔衛生として歯磨き指導を実施している。

ブラジル人学校は、文部科学省認可の学校に該当しないため、健診に伴う費用はMICAの負担になる。母国に対するアイデンティティーとして母国語学習ができる環境としてブラジル人学校を選択している場合が多い。日本の将来を担う可能性のある在日外国人の子どもたちへの健康支援には、自治体からの経済的支援も得られない現状がある。

電話による相談では、在日外国人の親族が観光目的で日本に滞在し、旅行保険未加入者の緊急医療に対する相談が増えている。日本国内において直ちに医療が求められているにも関わらず、高額医療費の問題や言語不安から本国への帰国を強行しようとするケースへの対応なども発生している。

【看護系大学におけるA学校への支援】

A校は在日フィリピン人の子どもたちが通う学校として1998年にキリスト系教会によって設立された。昼間は自宅で過ごし、夜になると繁華街の公園で遊ぶ状況を強いられていた子どもたちが、日中安心して生活できる場所としての意義もあった。子どもたちの在籍状況は、母親の就労状況や就労形態に左右され流動的である。現在は小学校就学前の幼児、来日直後や母国語の学習を希望する子どもたち10名程度が在籍し、運営に携わる教員が子どもたちを送迎している。

2000年にはMICAが主催する健康相談を彼らの自宅に近い教会で実施し、看護学を学ぶ学生が参加して健康相談の場で学校保健に必要な健康診断を行った。学生は、子どもたちの通うA校に出向き、学生が主

体となって、「生活リズムと健康」や「歯磨き指導」を行った。2008年からゼミナールで、2012年度からは実習の一環として、学生が主体となり健康測定、歯磨き指導や栄養指導などを実施するようになった。健診結果はMICAの支援に携わる医師に確認を依頼し、必要時学校を通して本人並びに保護者への指導につなげた。2013年から歯科医師による歯科健診並びに歯磨き指導、2014年からは医師による診察も行う予定である。看護学を学ぶ学生にとっては、身近な環境で国際看護を学び深めるきっかけになっている。

【まとめ】

在日外国人をめぐる日本国内の環境は、政治や経済動向の影響を受けながら変化している。医療保険を有する割合は高くなっているが、適切な医療、療養生活や生活指導においては、文化や言語の課題があり、より丁寧な対応が必要と思われる。

親の不安定就労のため教育を受けられなくなる子どもたちが存在する。また外国人学校では、法的位置づけで健康診断や健康管理を受ける機会がない状況である。大学、NPO法人、行政などが連携し、公衆衛生として子どもたちの未来のために安定した継続的な健康支援が臨まれる。

看護学を学ぶ学生にとって、在日外国人への関わりは、国内において国際看護を学ぶ貴重な機会になっている。

NPO法人の活動を通して見えてくる在日外国人の医療やシステムにおける課題は、国や地方公共団体に提言していくことが求められる。

外国人労働者の労災職業病研究から見てくると ～巨像をなでる一つの手、大海をのぞく窓～

○毛利一平（ひらの亀戸ひまわり診療所・東京労働安全衛生センター）

【はじめに】1978年、ブラジルへの集団移住の終わりと同時に、日本は徐々に外国人労働者を受け入れるようになる。その数は2013年で約72万人（厚労省）とされ、全就労者数の1%超を占める。

外国人労働者は、そもそも安全衛生に関して非常に脆弱な集団として認識されており、日本でも受け入れ当初から、過酷な労働の実態が新聞報道などによって明るみにされることが少なくなかった。

しかしながら、いったいどこで何が起きているのかという統計的なデータなどはほとんど存在しないし、また、外国人労働者が働く職場で、どのように安全衛生の取り組みを進められるかといった情報も非常に限られている。

私は共同研究者らとともに、2009年から3年間、厚生労働科学研究費の補助を受け、外国人労働者における労災・職業病の実態と、対策のありかたに関する調査研究を行った。その経験を報告するとともに、外国人労働者の受け入れ拡大へと向かう日本において、今後どのような取り組みが必要とされるのか、参加者とともに考えたい。

【労災・職業病の実態】外国人労働者を支援する地域労組の相談記録から、労災・職業病の93件について集計した。いくつかの結果の中から、事故の型別事例数のみを示しておく（表）。

系統的なサンプリングによる統計データ

ではないため、外国人の実態を代表するデータとはなりえないが、外国人研修生・実習生、あるいは日本人における労災統計と同様の傾向を示している。

また、個別の事例を相談記録をたどって検討すると、外国人労働者としての特徴は極めて乏しいと感じられた。安全対策の不備や、不慣れな作業への変更に起因する災害など、むしろ日本人であっても同様に被災した可能性が高いのではないかと思われる事例がほとんどであった。

一方、傷病発生後の対応については、差別的な対応が目立った。言葉がよくわから

表 事故の型別事例数

事故の型	
墜落・転落	8 (8.6)
転倒	4 (4.3)
激突	1 (1.1)
▶ 飛来・落下	14 (15.1)
崩壊・倒壊	4 (4.3)
激突され	5 (5.4)
▶ はさまれ・巻き込まれ	28 (30.1)
プレス機によるもの	7 (7.5)
スポット溶接機によるもの	4 (4.3)
切れ・こすれ	5 (5.4)
おぼれ	1 (1.1)
爆発	1 (1.1)
▶ 動作の反動・無理な動作	15 (16.1)
反復動作	12 (12.9)
複合型	3 (3.2)
激突され／墜落・転落	1 (1.1)
はさまれ／高温・低温のものとの接触	1 (1.1)
墜落・転落／飛来・落下	1 (1.1)
暴力	3 (3.2)
分類不能	1 (1.1)

注）・斜体は内訳を示す

ないこと、制度を知らないことで、いつの間にか私傷病として処理される事例や、いきなり解雇を通告される事例などが少なくなかった。

【参加型職場改善導入の試み】労災・職業病事例の検討から、その発生の原因・メカニズムに、外国人特有の要因というものを見出すことができなかった。もちろん、方法上の問題はあるだろうが、限られた既存の知見の中にも同様の指摘はあり、一定の法則性を確認できたと考えたい。

とすると、次に問題となるのは、外国人労働者の労災・職業病予防のために何ができるかということだろう。

一つの考え方は、「外国人」という条件よりも、彼らが主におかれる環境である、「中小企業」に注目することである。安全衛生に投入できる資源に限りがある中小企業では、これまで、低コスト改善に注目した労働者参加型の労働改善プログラムが成果を上げている。

過去の事例を参考に、9か国、約40名の労働者が働くガラスリサイクル工場において、経営者の協力を得て労働者参加型の安全衛生トレーニングを実施した。

良好事例とシンプルなアクションフレーズからなるテキスト、チェックリストを用い、グループワークで討議を進めたところ、自分たちの職場の良い点への理解が進み、また、多くの改善目標が提案された。

この事業場ではトレーニング後、経営側の理解もあり、実際に改善が行われ、また安全衛生委員会が設置されて、継続的な取り組みが強化された。

このトレーニングでは、職場環境の改善もさることながら、異なる言語・文化がま

じりあう職場で、コミュニケーションの改善にも大きな効果があることが確認できた。

【おわりに】一連の調査研究で最も強く感じたことは、結局、問題は中小企業の労働環境にある、ということである。労災・職業病の事例の中で見たことは、全て日本人の労働者でも起きることであり、組織化が困難であるがゆえに、なかなか明らかにすることができない日本人中小企業労働者も抱える問題を、外国人労働者という枠組みでとらえようとしたことで、少し見えてきた、ということだと考えている。

一方、参加型トレーニングが、異文化コミュニケーションの改善に役立ったらしいことは、その後メンタルヘルスへの参加型トレーニング導入において、大きな自信を与えてくれた。

恐らく、外国人労働者という存在の中に、何か新しい課題があるのではなく、その存在によって私たちの社会が持つ課題が浮き彫りにされる、そんな存在ではないだろうかと思う。

【参考】

- ・ 毛利一平, 外国人労働者における労災・職業病発生の実態, 矢野, 井上 編, 非正規雇用と労働者の健康, 労働科学研究所, 2011.
- ・ 毛利一平、吉川徹、酒井一博. 非正規雇用の一典型としての外国人労働者における労災・職業病リスクの解明と参加型手法による予防対策の確立. 厚生労働科学研究補助金 労働安全衛生総合研究事業、平成 21～23 年度.
- ・ 毛利一平 (2012) 外国人労働者の安全・健康の課題と対策の視点, 労働の科学 67(5).
- ・ 吉川悦子, 仲尾豊樹, 毛利一平 (2012) 外国人労働者のための参加型アプローチによる職場環境改善, 労働の科学 67(4).
- ・ Ippei Mori, Toyoki Nakao, Hiroatsu Narita (2012) Migrant workers in Japan, Experiences of participatory action-oriented occupational safety and health training. Asian-Pacific Newsletter on Occupational Safety and Health 19 (1).

HPVワクチン問題

座長：片平洸彦（新潟医療福祉大学大学院／健和会 臨床・社会薬学研究所）
栗原 敦（MMR被害児を救援する会、全国薬害被害者団体連絡協議会）

本学会では、前身の社会医学研究会（社医研）の時代から、環境破壊による公害問題と共に、日本で多発する薬害問題を重視し、取り上げてきました。キノホルム薬害（スモン）、薬害エイズ、薬害ヤコブ病、MMR、ジフテリア予防接種、薬害（C型）肝炎、イレッサ薬害等々……。これらの演題においては、被害者の実態調査や、被害の要因についての新しい知見を解明・提起し、訴訟における被告企業・国の責任をズバリ明らかにし、マスコミで大きく報道されたものもあります。

今回取り上げるHPVワクチン問題については、率直なところ、本学会としては取り上げるのが立ち遅れました。被害者の皆様に申し訳なく思っています。この問題について本学会で最初に取り上げたのは、栗原（2013年、第54回総会一般演題）で、演題は「HPVワクチン副作用報告と健康被害救済給付請求の状況について」でした。片平はイレッサ訴訟最高裁判決の不当性についての批判に追われ、薬害エイズ被害調査のグループは、血友病保因者の遺伝に関する支援ニーズの検討について発表していました。要するに、薬害問題が続発し過ぎているのが実態であり、研究課題が多いのに比して、取り組む研究者が少ないのが実態なのです。若い社会医学者の薬害問題への取り組み強化を切望する次第です。

さて、HPVワクチンの問題ですが、こ

の副反応問題は、日本のみならず、使用された世界各国における、国際的な問題であることが、次第に明らかになっています。これまで公表された副反応被害者数は、米国では34,700件（うち「重篤」4,828件、「死亡」165件）、日本では2,320件（うち「重篤」538件、「死亡」3件）であり、これらの数字は必ずしも接種に起因する数だけではありませんが、報告・把握されていない場合も多いと考えられ、全国的・全世界的な調査が必要です。日本にはワクチンによる健康被害救済制度がありますが、この制度が本来の目的にそって十分機能しているかどうかについて、栗原が昨年につき検証します。そして、小橋は、子宮頸がん予防における教育と検診の重要性について報告します。

HPVワクチンは、日本では2013年4月から「定期接種」化されましたが、重篤な副反応の多発が問題化し、同年6月から厚生労働省は「積極的な接種勧奨の差控え」をして現在に至っています。その結果、ワクチン接種率は72%から8%に激減、検診率も25%と低率、とのことですが、私たちは、ワクチンは有効性・安全性が確立する迄接種を中止し、その代わりに、教育の充実と、検診を公費助成して大幅に拡充すべきと考えています。

当日、皆様との活発な質疑応答・討論を期待しております。

子宮頸がん予防における HPV ワクチンの有効性・安全性・必要性

○片平洸彦（新潟医療福祉大学大学院／健和会 臨床・社会薬学研究所）

【背景・目的】近年、日本では子宮頸がん（CC）の罹患率が 20～30 歳代の若年層で増加している。CC の予防のため、日本等では 1950 年代から細胞診による集団検診が行われ、米国等では 2000 年頃から HPV-DNA 検査が行われている。HPV ワクチンは、06 年に米国 FDA により認可され、日本では、09 年 12 月に 2 価ワクチンサーバリックス（CER）、11 年 8 月に 4 価ワクチンガーダシル（GAR）が発売された。これらのワクチンは 13 年 4 月に「定期接種」品目に指定されたが、その前後から、全国的に重篤例を含む副反応の多発が報告され、厚生労働省は、13 年 6 月に「積極的推奨の中止」措置を取り、現在に至っている。本報告の目的は、この HPV ワクチンの有効性・安全性・必要性を検証し、今後の CC 予防のあり方を考察することである。

【方法】両ワクチンの審査報告書、厚生労働省の関連部会が行った調査検討結果、学者・研究者の論文や提出資料、被害者の会による会員からの被害実態聴取結果、薬害オンブズパースン会議の公表文書、その他ネット上に公表された資料・文献等によって考察した。

【結果と考察】

1. 有効性について：臨床試験結果は、各々の添付文書に集約されている。「効能・効果」として、CER は HPV16・18 型、GAR は 6・11・16・18 型の感染に起因する子宮頸がん及びその前駆病変の予防等が記されている。国内試験では、CER は追跡 4 年で有効性

100%、GAR は追跡 2.5 年（中央値）で予防効果 68.9%（持続感染）～100%（生殖器疾患）等の数字が記されている。しかし、2 剤共に、＜効能・効果に関連する接種上の注意＞として、起因する型以外の場合は「予防効果は確認されていない」こと、接種時に既感染の HPV の排除や既発症の病変進行予防効果は期待できないこと、定期的な CC 検診の代わりにはならないこと、予防効果の持続期間は未確立である（海外試験での最長期間は、CER は 9.4 年、GAR は少なくとも 6 年と記載）。以上より、重要な点は、CC 予防は、両剤ともに（厳密には）「期待されている」段階であり、定期的な検診が必要不可欠である、ということである。

2. 安全性について：発売から 2013 年 9 月末迄の副反応報告件数[うち医師が重篤と判断したもの]は、CER は 1,910 件（100 万接種あたりの発生率 271.3）[重篤 415(58.9)]、GAR は 410 件（100 万接種あたりの発生率 219.6）[重篤 123(65.9)]で、2 剤合計では 2,320 件（発生率 260.4）[重篤 538（60.4）]であった。これらの発生率は、小児用肺炎球菌、ヒブ等他の 6 ワクチンのいずれよりも有意に高かった（表 1）。重篤副反応報告における主症状で多いもの上位 10 位までの件数は表 2 の通りである。死亡報告は 13 年 10 月 28 日までに CER で 3 人（接種との因果関係「不明」「考えにくい」「無関係」が各 1 人）。なお、日本より早期に接種が開始された米国では、14 年 4 月現在、副反応 34,700 件、うち未回復 6,977

件、重篤 4,828 件、死亡 165 件、CC78 件等の報告（Adverse Event）が Vaers に集積している（SaneVax による）。

副反応については、14 年 1 月 20 日、厚生労働省は、「接種に伴う心身の反応」という「論点整理」をしたが、これに対しては、強い批判が出されている。副反応多発の要因として、両ワクチンに用いている Adjuvant、特にアルミニウム（Al）が疑われている。Tomljenovic らは、2011 年の論文で「メルク社データから、HPV ワクチンによる副反応の大部分は Al Adjuvant の影響の可能性」を指摘している。この問題は、14 年 2 月（東京）、同 5 月（パリ）等での研究者の集まりでも論じられた。

3. 必要性について：CC の予防は、日本の将来のためにも重要であるが、HPV ワクチンの使用は、あくまで「有効性・安全性の確立」が前提である。代替策として、冒頭に記した検診がある。

現在、CC の検診における最新技術は、「液状検体細胞診（Pap test）」と「HPV-DNA 検査」であるが、この両者の併用により、感度（sensitivity）は 100%になることが、2007 年から今野、Maryland らによって報告されている。このように技術的には検診での早期発見による予防が可能になっているので、低率（20～30%）と指摘されている検診の受診率を公的支援で向上させれば、ワクチンの必要性は無くなることになる。

【結論】 以上から、ワクチンの有効性・安全性は共に未確立であり、細胞診と HPV-DNA 検査による検診の公的支援による飛躍的な拡充こそが現今の日本に求められることであると言える。

表 1 各ワクチンの副反応報告件数

ワクチンの種類	副反応報告		報告中の重篤例 (医師の判定)		接種回数
	件数	発生率 %	件数	発生率 %	
子宮頸がん予防ワクチン (2 剤合計)	2,320	260.4	538	60.4	8,908,190
ガーダシル 【2011.8 発売～2013.9.30】	410	219.6	123	65.9	1,867,044
サーバリックス ^{※3} 【2009.12 発売～2013.9.30】	1,910	271.3	415	58.9	7,041,146
小児用肺炎球菌ワクチン 【2010.2 発売～2013.7.31】	1,067	81.5	369	28.2	13,091,989
ヒブワクチン 【2008.12 発売～2013.7.31】	793	59.4	308	23.1	13,360,353
4 種混合ワクチン 【2012.10 発売～2013.7.31】	89	41.7	49	23.0	2,133,591
日本脳炎ワクチン 【2012.11.1～2013.7.31】	160	57.0	51	18.2	2,805,242
不活化ポリオワクチン 【2012.8 発売～2013.7.31】	86	21.4	34	8.5	4,013,761
インフルエンザワクチン 【2012.10.1～2013.3.31】	387	7.5	121	2.3	51,506,304

厚生労働省 HP（2014/4/15 閲覧）

<http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-10601000-Daijinkanboukouseikagakuka-Kouseikagakuka/000033853.pdf>

http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r98520000034g8f-att/2r98520000034hsc_1.pdf

表 2 我が国の子宮頸がん予防（HPV）ワクチン接種後の重篤副作用報告における主症状で多いもの

		サー バリ ック ス (件)	ガー ダ シル (件)	2 剤合 計 (件)	副 反 応 割 合 (1 0 万 接 種 対)
1	失神・意識レベルの低下	59	26	85	0.9
2	発熱	67	9	76	0.9
3	過敏症（アレルギー性障害）	28	3	31	0.3
4	アナフィラキシー	16	5	21	0.2
5	四肢痛	15	5	20	0.2
6	筋力低下	13	4	17	0.2
7	注射による四肢の運動低下	14	0	14	0.2
8	関節痛	10	4	14	0.2
9	CRPS	8	5	13	0.1
10	痙攣	7	5	12	0.1

厚生労働省 HP（2014/4/15 閲覧）

<http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-10601000-Daijinkanboukouseikagakuka-Kouseikagakuka/0000033882.pdf>

片平連絡先 katahirakiyohiko@gmail.com

HPVワクチンの被害と救済・支援について ー 現行制度の課題、自治体独自の医療支援ー

○栗原 敦（MMR被害児を救援する会、全国薬害被害者団体連絡協議会）

【ポイント】 制度利用が少ない中、横浜市

が独自の医療支援を行なうことを発表。

※表 1、2 は副反応検討部会及び安全
対策調査会の資料より

表 1 市販開始から平成 25 年 9 月 30 日までの報告ー A 企業報告、B 医療機関報告（C うち重篤）

(参考) 販売開始からの累 計	7,041,146	774	1136	160
		0.011%	0.016%	0.002%

(注意点)

※()内は平成25年8月1日～9月30日までに接種した人で副反応が発現した例数

※当該期間の接種可能なべ人数と実際に接種した人数には解離があるため、副反応報告頻度の取り扱いには注意が必要

※販売開始からの累計接種のべ人数は、返品された数を加味した場合

サー
バリ
ックス

(参考) 販売開始からの累 計	1,867,044	89	321	60
		0.005%	0.017%	0.003%

(注意点)

※()内は平成25年8月1日～9月30日までに接種した人で副反応が発現した例数

※当該期間の接種可能なべ人数と実際に接種した人数には解離があるため、副反応報告頻度の取り扱いには注意が必要

ガー
ダ
シル

表 2 ワクチンの前報告以降の副反応報告状況(H25. 4. 1～H25. 7. 31) ()内は死亡

	接種可能 のべ人数	医療機関報告		企業報告(死亡)
		報告数	うち重篤(死亡)	
		報告頻度		報告頻度
H i b ワクチン	164 万回	76 人	40 人(3)	42 人(0)
		5/10 万回	2/10 万回	3/10 万回
小児用肺炎球菌ワクチン	155 万回	81 人	42 人(3)	53 人(0)
		5/10 万回	3/10 万回	3/10 万回
不活化ポリオワクチン	48 万回	15 人	10 人(0)	4 人(0)
		3/10 万回	2/10 万回	1/10 万回
混合不活化ポリオワクチン	103 万回	44 人	19 人(1)	19 人(1)
		4/10 万回	2/10 万回	2/10 万回
日本脳炎ワクチン ① エンセバック皮下注 用 ②「ジェービック V」	187 万回	47 人	19 人(0)	9 人(0)
		3/10 万回	1/10 万回	0.5/10 万回
子宮頸がん予防ワクチン 「サーバリックス」	8.5 万回	106 人	56 人(0)	60 人(0)
		125/10 万回	66/10 万回	71/10 万回
子宮頸がん予防ワクチン 「ガーダシル」	17 万回	102 人	31 人(0)	23 人(0)
		62/10 万回	19/10 万回	14/10 万回

表 3: HPV ワクチン接種による健康被害の救済申請と決定の状況（定期化以前の接種）
（2013.3.31 までの接種、2014.4.30 現在）

出典：医薬品副作用被害救済制度を運用する（独）医薬品医療機器総合機構が公表している毎月の決定事例リストから抽出集計

No.	整理番号	性別	請求時 年齢(※)	医薬品販売名	副作用名称等	請求費目	決定年月
1	11-0343	女	20～29	サーバリックス	疾病:発熱	医療費・医療手当	h23-7
2	(↑ No.1 はh23.6.23 判定第1 部会)				疾病:アナフィラキシー(様)ショック	医療費・医療手当	h23-10
	11-0630	女	10～19	サーバリックス			
3	11-0981	女	10～19	サーバリックス	疾病:アナフィラキシー(様)ショック	医療費・医療手当	h24-2
	(↓ No.4、5 はh24.2.24 判定第1 部会)						
4	11-1064	女	10～19	サーバリックス	疾病:蕁麻疹型薬疹	医療費・医療手当	h24-3
5	11-1071	女	10～19	サーバリックス	疾病:薬物性ショック	医療費・医療手当	h24-3
6	12-0049	女	10～19	サーバリックス	疾病:アナフィラキシー(様)反応	医療費・医療手当	h24-4
	(↓ No.7、8 はh24.8.23 判定第1 部会)						
7	12-0447	女	10～19	サーバリックス	疾病:多形紅斑型薬疹	医療費・医療手当	h24-9
8	12-0456	女	10～19	サーバリックス	疾病:急性小脳失調症	医療費・医療手当	h24-9
9	12-0570	女	10～19	サーバリックス	(難治性疼痛)	医療手当	h24-11
	(↓ No.10 はh24.10.25 判定第1 部会)				不支給:(理由)判定不能 13.5.17 特ダネ 再申請の可能性あり		
10	12-0656	女	10～19	サーバリックス	疾病:意識消失、発熱	医療費・医療手当	h24-11
11	12-0828	女	10～19	サーバリックス	(子宮頸癌ワクチンの副反応)	医療費・医療手当	h25-1
	(↓ No.12 はh24.12.27 判定第1 部会)				不支給:(理由)投与された医薬品により発現したとは認められない		
12	12-0875	女	10～19	サーバリックス	疾病:無菌性肩関節炎	医療費・医療手当	h25-1
13	12-1145	女	10～19	サーバリックス	疾病:血小板減少性紫斑病	医療費・医療手当	h25-3
14	12-1168	女	(No.14、13 はh25.2.28 判定第1 部会)		疾病:頭痛、発熱	医療費・医療手当	h25-3
15	13-0222	女	40～49	サーバリックス	疾病:発熱、頭痛、関節痛、めまい	不支給(PMDA の記載通り転記)	h25-6
	(No.15、16 はh25.4.25 判定第1 部会)				不支給:(理由)入院を必要とする程度の医療とは認められない		
16	13-0233	女	10～19	サーバリックス	疾病:ギラン・バレー症候群	医療費・医療手当	h25-6
17	13-0514	女	10～19	サーバリックス、 パキシル錠10mg、 トフィール錠50mg、 ツムラ当帰芍薬散エキス 顆粒(医療用)、 2mgセルシン錠	未記入	医療費・医療手当	h25-9
	No.19 と同一人か						不支給:(理由)因果関係なし等
18	13-0599	女	10～19	サーバリックス	右下腹部痛、右卵巣炎疑い	医療費・医療手当	h25-9
							不支給:(理由)因果関係なし等
19	13-0623	女	10～19	サーバリックス、 パキシル錠10mg、 トフィール錠50mg、 ツムラ当帰芍薬散エキス 顆粒(医療用)、 2mgセルシン錠	解離性障害	障害児養育年金	h25-9
							不支給:(理由)因果関係なし等
20	13-0873	女	10～19	サーバリックス	疾病:急性小脳失調症	医療費・医療手当	h25-12
21	13-0874	女	10～19	サーバリックス	障害:急性小脳失調症による眼振のための日常生活障害	障害児養育年金2級	h25-12
	(h25.10.24 判定第1 部会)						20 同一人
22	13-0962	女	10～19	サーバリックス	疾病:血圧低下、四肢脱力	医療費・医療手当	h26-1

2014.4.30 現在、請求件数 47 件（5.29 参議院内閣委員会での答弁より）、決定件数 22 件（支給 16 件、不支給 6 件）であるから 25 件が決定まちとみられる。（14.6.11 栗原作成）

注 1: 実線で囲んだ網掛けの症例は「不支給」、その他は「支給」 注 2: 整理番号左 2 桁は請求年度（西暦）と思われる（要確認） 注 3: 副作用名称等の（）つきは、不支給事例で診断書にあった記載 注 4: ガーダシルによる請求はない 注 5: 不支給事例は別の表に記載されているものを支給例のリストに転記した 出典: PMDA <http://www.pmda.go.jp/kenkouhigai/help/information.html>

ホーム > 健康被害救済制度 > 医薬品副作用被害救済制度 > 副作用救済給付の決定に関する情報
検索の方法: 上記サイトより平成 16 年度から同 26 年度 4 月までのファイルを入手、それらすべてに「サーバリックス」および「ガーダシル」の語を検索した。 まもなく 14.5.31 現在の決定が公表される。

子宮頸癌予防の現状と課題について

○小橋 元（放射線医学総合研究所）

【若年子宮頸癌の罹患率の増加】我が国の子宮頸癌の罹患患者数は、2007 年は 8867 人である。昭和 60 年モデル人口を用いた年齢調整罹患率（人口 10 万対）は、1975 年の 17.5 から、1990 年代後半までは低下してきたが、近年は緩やかな増加傾向を示しており、2007 年には 11.7 である。死亡数は、1970 年代の年間 5000 人台から、1990 年代には 3000 人台に低下したが、その後は横ばいである。年齢別にみると、2000 年代前半から、20 歳代～40 歳代の若年子宮頸癌の罹患率が増加しており、特に 20 歳代から 30 歳代の増加が顕著である。国際がん研究機関が公開しているがん統計のデータベース（GLOBOCAN2008）によれば、全世界の子宮頸癌の年齢調整罹患率（人口 10 万対）は 15.2 である。先進国では 9.1、発展途上国では 17.1、EU 加盟国は 9.0、米国は 5.7 のところ、日本は 9.8 である。日本の子宮頸癌の年齢調整罹患率は、40 歳代以降においては EU 加盟国とほぼ並んでいるが、若年層では東南アジアやアフリカよりも高い。

【日本では低い検診受診率】子宮頸癌の早期発見に子宮頸癌検診（子宮腔部細胞診）が大きな役割を果たしていることは疑いがないところである。しかし、OECD の 2009 年のデータによれば、日本の検診受診率は 24.5%と、多くの先進諸国が 60%を超える中、群を抜いて低く、米国の 85.9%、英国の 78.7%にも遠く及ばない。

【子宮頸部腺癌増加の問題】最近、子宮

頸部の腺癌の増加が問題となっている。扁平上皮癌の減少による相対的な増加だけではなく、絶対数の増加との報告も多い。厚生労働科学研究班の全国がん罹患モニタリング集計データベースによれば、子宮頸癌全体に占める割合は、扁平上皮癌が約 70%、腺癌が約 10%であるが、日本産科婦人科学会・婦人科腫瘍委員会の報告によれば、1970 年代には約 5%であった腺癌の割合は年々増加し、2006 年には 23.1%に達している。頸部腺癌の早期発見は、細胞診およびコルポスコピーのみからは難しいといわれるが、ヒトパピローマウイルス（human papillomavirus : HPV）の 16 型および 18 型の検出率が高いといわれるために、HPV 検査を併用した子宮癌検診の普及が早期発見に役立つ可能性がある。腺癌は扁平上皮癌に比べて予後が悪いことが知られているために、その早期発見は重要な課題である。

【HPV 感染と子宮頸癌】多くの基礎的研究により、HPV による発癌機構が解明されている。一方、症例研究や疫学研究により、HPV は性行為にて伝搬するが多くの自然治癒し、持続感染した一部の症例から 5～10 年経過後に子宮頸癌が発症することが知られている。HPV の 16 型、18 型などの高リスク型の HPV は、扁平上皮癌組織や前癌病変からは 90%以上、腺癌からは 80%程度検出される。そのため、HPV 検査は、感度が 70～80%にとどまっていた従来の子宮腔部細胞診を補う新しいスクリーニング

方法として注目されている。

【ワクチン導入と生活習慣改善と早期発見の組合せが重要】 子宮頸癌ワクチンに生活習慣対策と早期発見とを組み合わせることで効果が大きく高まるものと考えられる。ワクチン導入が子宮頸癌の罹患リスク低下にどの程度寄与するのかについて、海外においてはすでにエビデンスが得られている。上述したように、日本における子宮頸癌検診の受診率は先進諸国に比べて非常に低く、若年発症の症例が近年増加しているという問題もある。そのためまずは、①若年期からの定期的な検診受診の勧奨と受診環境の整備が重要な課題である。そして、早期発見が難しく予後不良な頸部腺癌対策のためにも、②子宮頸癌ワクチンを適切に使用して HPV 感染を防ぐことが必要である。さらに、③不特定多数との性交渉を自粛する教

育はもちろんであるが、同時に子宮頸癌罹患が必ずしも不特定多数との性交渉による結果ではないという事実を正しく理解し、不当な差別や風評被害を防止する取り組みも絶対に必要である。これら①～③の課題を達成するために、今後は、思春期の女性はもちろん、あらゆる世代の男女をターゲットにした健康教育の充実、強化が望まれる。今後は、子宮頸癌の予防を、「個人の」「女性の」「癌予防の」といった問題から、むしろ広く「若い世代から次世代につながる社会への健康教育」「公衆衛生活動による疾患予防の実践の良いモデル」ととらえて、母子保健から学校保健、職域保健、老年保健まで、公衆衛生の様々な枠組みを巻き込んだ骨太な取り組みが展開されていくことを期待したい。

医療介護分野の腰痛予防最前線

座長 埜田和史（滋賀医大）、後藤真澄（中部学院大）

1 はじめ

医療・介護労働は、患者や要介護者の生活や安全や生命を支える労働であり、24時間 365 日途切れることが許されない。介護や看護業務に伴う心身の負担は大きく、メンタルヘルスや腰痛に代表される作業関連性運動器障害の発生リスクとなっている。

2 医療・介護職場での腰痛問題

我が国では、1975 年に大学病院の看護師の腰痛問題が初めて学会報告されているが、その報告では「背中や腰がいたい」が 60%を超えていた。2011 年に 3 病院(2 大学付属病院、1 民間病院) の 792 人の看護師を調査したが、「過去 1 ヶ月」の「腰痛」訴え率が 70%と高く、70 年代と変わらない実態があった。介護労働者も、2005 年に 388 事業所 4685 人を対象に実施した調査では、「過去 1 ヶ月」の「腰痛」訴え率が 66%と高かった。休業 4 日以上業務別業務上疾病の発生状況の推移を見ても、医療・介護職場に相当する「保健・衛生業」での腰痛は、2004 年度 777 件（全件数比 10%）から 2010 年度には 1338 件（17%）へと倍増している。医療・介護職場における「腰痛」問題が非常に深刻な状況にあることを示している。

3 我が国の腰痛予防対策

我が国の、腰痛予防の取り組みは、1970 年の「重量物取り扱い業務における腰痛予防について」（基発 503 号）に始まり、1975 年の「重度心身障害児施設における腰痛予防について」（基発 71 号）、1994 年の「職

場における腰痛予防対策指針」(基発 547 号)が出されている。この指針では、人力によって取り扱うことができる重量が、男性労働者は体重のおおむね 40%、女性労働者は 24%以下となることが求められている。また、18 才以上の女性労働者については、女性労働基準規則(1986 年制定)によって、断続作業で 30kg、継続作業で 20kg 以上の重量物を取り扱わせることが禁止されている。こうした規則や指針は、製造業などでは遵守され腰痛予防に効果を上げたが、医療・介護分野では活用されなかった。その原因としては、規則や指針では医療・介護職場が腰痛発生職場として明示されなかったことや、医療・介護職場の安全衛生体制が脆弱であったこと、職能団体も労働組合も腰痛予防を目標にした積極的な取り組みを行なってこなかったことなどがあげられる。

4 腰痛予防の最前線

こうした現状を受けて、2013 年に「職場における腰痛予防対策指針」が 19 年ぶりに改訂された。この指針では、医療・介護職場が腰痛発生職場として明示され、事業主に「抱上げての看護・介護」させないことを求め、具体的な予防対策としてリフト等の福祉用具の積極的導入が指示された。腰痛予防のために医療・介護職場での働き方の変更を求めた新「職場における腰痛予防対策指針」を軸に、本シンポジウムでは医療・介護分野の腰痛予防の現状と課題を検討したい。

医療介護分野の腰痛予防最前線：介護教育と介護現場の現状と課題

後藤真澄（中部学院大学）

1 はじめ

介護保険導入以来、要介護認定を受けた介護サービスの利用者が大幅に増加している。超高齢社会の進行と共に要介護の後期高齢者が重度化し、介護従事者の負担は増大している。ここでは介護教育と介護現場から見えてくる課題を整理し、腰痛予防対策指針を進めていく戦略について検討する。

2 介護事業所の現実と課題

要介護者を支援する介護事業所は、全体の8割が50人以下の規模で、労務管理・財務管理をはじめ、マネジメントができていない中小零細事業所が多い。そのために、介護人材が定着しにくく、3年以内に7割が離職しているという現実がある。今後は、介護する側の視点・配慮が必要であることが指摘されており、特に介護従事者の健康管理は、介護サービスの量的拡大と合わせて質の向上にとって、きわめて重要な問題であるといえる。中でも介護従事者の腰痛は有症率が高く重要な健康問題となっている。今までの介護労働に関する調査、研究から、腰痛を主とする筋骨格障害の予防対策は、**組織上の諸条件と物理的な職場環境**にあることが明確にされてきている。

3 介護教育現場の現実と課題

本校では介護福祉士を養成し、23年が経過している。本校を卒業した介護福祉士の職業継続者数は少ない。介護職継続者の健康障害発生は、「腰痛」が6～7割、「肩こりやだるさ」が9割、「膝痛有訴者」が1割～2割などの自覚症状があり、蓄積疲労の状

態にあるものが4割程度あった。主観的腰痛の要因に関しては、身体的な負荷（入浴を含む介護や10年以上の介護経験）による影響が大きいものに対して、膝痛有訴者や蓄積疲労の要因は、仕事の負担感による影響が大きいという特徴がみられる。

4 介護実践現場の現実と課題

質の高い介護実践に向けて、介護従事者が自ら問題解決に当たり、それを政策によって強化することが大切であると考え。しかし、介護の現場は、組織上の課題が多く、介護職があまりにも多忙なため、介護従事者自らが立ち上がって改革に望むパワーが弱いといえる。そこで、私たちは、介護する人たちの意識、組織そして介護技術を再検討し、介護現場の実態に即した方法で改革に取り組んできた。①抱えない介護への実践として用具の開発（介護用可変スライドボード開発：重度寝たきりの人を移乗する道具）、及び介護方法を提案してきた。②それに基づく教科書の改訂等を行った。

5 今後の検討課題

腰痛を予防するためには、ある程度の強制力を持たないと組織が動かない。組織を動かすために腰痛予防対策指針を有効活用することが求められる。介護従事者が、現場に即したマニュアルや使いやすい機器の開発を進めるためのエンパワーメントを強化することが、今後の課題である。

医療・介護分野の腰痛実態調査から

○北原照代（滋賀医大・衛生学）

【はじめに】

過去に実施した医療・介護分野の実態調査から、病棟看護師の腰痛実態を述べる。

【腰痛訴え率】

2013年8～11月に、2大学病院6民間病院の看護師計2145人を対象者に自記式質問紙調査を行った。有効回収数(率)は1540人(72%)。以下、病棟に所属する1354人(女性1262人、男性89人)の結果を示す。

調査時点の腰痛訴え率は、女性57.9%、男性46.1%。このうち、女性で30.0%、男性で34.1%が「時々休憩が必要なくらい痛い」または「休むほどではないがかなり痛い」と訴えていた。

過去1か月(いつも+時々)の腰痛訴え率は、女性75.0%、男性62.9%と、介護労働者対象の調査¹⁾で最も腰痛訴え率の高かった施設介護労働者と同等であった(図)。

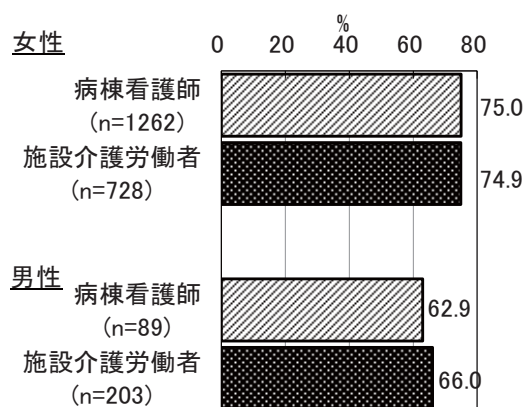


図 過去1か月の腰痛訴え率(いつも+時々)

腰痛での休業経験者は女性90人(8.4%)、男性9人(11.5%)、平均延べ日数は女性23.0日、男性17.8日であった。

【身体的につらい作業】

「身体的につらい作業」の上位5つは、「移乗介助」68.9%、「おむつ交換」64.1%、「体位交換・ベッド上の移動」58.7%、「排泄介助」58.6%、「入浴介助」58.0%であった。調査時点の腰痛あり群では、同なし群に比べて、これらの作業を「つらい」と感じている割合が高かった。

【腰痛時の対策】

「腰が痛いときの対処方法」を尋ねると、「シップ、塗り薬」が最も多く41.6%、次いで「ストレッチ体操」36.5%、「コルセットの着用」34.5%、「痛み止めの服用」31.5%、「何もせずに様子を見る」30.1%と続き、「仕事を休む」は6.0%と最も少なかった。

【腰痛予防で気をつけていること】

「腰痛予防のために気をつけていること」は、「ボディメカニクスの使用」が最も多く47.6%、次いで「不良作業姿勢の回避」44.2%「腰負担大の作業は数人で行う」36.1%と続き、「始業前の準備体操」は4.1%と最も少なかった。

【まとめ】

病棟看護師は、施設介護労働者と同様、腰痛訴え率が高かった。腰痛があり、介助作業がつらいと感じながらも、薬やコルセットを使用しながら仕事を続けている実態がうかがわれた。

【引用文献】

1) 北原. 介護・看護労働者の労働と腰痛・頸肩腕障害に関する実態調査結果から. 働くもののいのちと健康, 31, 28-32, 2007.

医療介護分野の腰痛予防最前線

改訂された「職場における腰痛予防対策指針」を踏まえて

埤田和史（滋賀医大衛生学）

1 はじめ

2013年6月に、19年ぶりに「職場における腰痛予防対策指針」（以後、「指針」と略す）が改訂された。改訂の注目点は、安全衛生マネジメントシステムを基にした予防対策への取り組みと、新たに福祉・医療における介護・看護全般が適用範囲として追加された点である。これらの職種としては、介護職、看護師、保育士、特別支援学校教員などであり、過去に腰痛の多発が報告されている職場・職種である。

2 医療・介護職場の腰痛発生要因

指針では、医療・介護職の腰痛発生には、①重量物の持ち上げや運搬、不良な姿勢の持続や反復などに伴う動作の要因、②腰部への振動、室温、転倒の原因となる床や階段の状態など環境の要因、③年齢、性別、体力、体格、疾病の有無など労働者由来の要因、④職場の対人ストレスなどに代表される心理・社会的要因に加えて、⑤看護や介護の対象となる高齢者や患者の心身の状態に由来する要因や、⑥福祉用具の要因、⑦職員の充足状況など、組織体制の要因、が関与するとされている。

3 労働安全衛生マネジメントシステム

腰痛予防のためには、こうした多様な要因に対して、適切な対策を継続的に実施する必要がある。指針では、職場ごとに各要因の腰痛発生リスクを評価し、リスクを回避・低減させる具体的な対策を、優先順位をつけて実施する手法として、リスクアセ

スメントに基づく労働安全衛生マネジメントシステムが導入された。

4 リスクの回避・低減策

指針では、腰痛発生のリスク回避・低減策として、①対象者の残存機能の活用、②スライディングシートやリフトなど福祉用具の利用、③作業姿勢・動作の見直し（抱上げ介護の禁止、不自然な姿勢の回避）、④労働者の数など作業の実施体制、⑤作業標準の作成、⑥休憩と作業の組み合わせ、⑦作業環境の整備（訪問看護・介護では、訪問先の環境）、⑧健康管理、⑨労働衛生教育、に取り組むことが指示されている。特に、②福祉用具の利用や③作業姿勢・動作の見直し（抱上げ介護の禁止）は、欧豪米諸国では介護・看護職の一般的な働き方であり、ISO基準としても推奨されているが、我が国では、介護・看護職の働き方に大きな変更を求めるものとなった。

5 おわり

指針ではかなり具体的に対策が指示されているが、安全衛生体制の整備が遅れている医療・介護職場では、実行組織の確立と、事業主責任を明確にした取り組みが求められる。また、「安全な働き方」を構築するためには、腰痛予防への労働者の主体的な参加が不可欠である。介護士や看護師の養成段階から指針を踏まえた安全衛生教育が実施される必要がある。また、職能団体や労働組合の役割も重要であり、足並みを揃えた腰痛予防の取り組みが期待される。

ミニシンポジウム「戦争と医学」の開催に当たって

西山勝夫（滋賀医科大学・社会医学）

【目的】2007年4月に大阪で開催された第27回医学会総会、2011年に東京で開催されることになっていた第28回日本医学会総会、2015年4月に関西で開催される第28回日本医学会総会において、「15年戦争」と日本の医学・医療のかかわりの検証を、日本医学会総会として公式に企画するよう

に要請するとともに、2012年からは本学会でミニシンポ「戦争と医学」を開催してきた。

敗戦70周年の前年の今回は、基調講演において、15年戦争期における日本の医学犯罪についての史実の共通認識をはかり、当時の大学医学部・医科大学などの実態・問題点について意見交換を行いたい。

医の倫理—過去・現在・未来—企画実行委員会～日本医学会総会 2015 関西に向けて～ 設立趣意書

「第29回日本医学会総会 2015 関西」が京都を中心に開かれます。「医学と医療の革新を目指して—健康社会を共に生きるきずなの構築—」をテーマに掲げ、井村会頭は「医療、健康の問題は、医療関係者だけでなく、国民全体、社会全体で考えて行く」ことが大切だとして、医療関係者のためだけではなく、国民に開かれた医学会になるべきとの思いを述べられています。

2012年ノーベル生理学・医学賞を受賞された京都大学の山中伸弥教授も、「iPS細胞の研究は驚くべきスピードで進んでいるが、良いことばかりではなく新しい問題も発生している。新しい科学技術には倫理問題も伴う。何をどこまで受け入れるのか、答えを出すのは社会です」と指摘されています。

人間の細胞から精子や卵子が作られ、豚の体内で人間の臓器を作ることも可能になる一方で、胚や胎児の段階から出生の取捨選択が可能になるなど、生命そのものを操作、選択できる時代となった今、医学・医療に求められている倫理的課題は格段に重さを増しています。「医の倫理」が、広く社会全体で理解され共有され議論されなければならない時を迎えているのです。

しかしその一方、残念ながら日本の医学界・医療界において「医の倫理」について然るべき十分な議論が行われた実績はありません。特に、忘れてならないのは、「731部隊」に代表される戦前の日本の医学者・医師が行った、非人道的な行為に対する考察と反省ですが、日本医師会も問題意識は持ちつつも議論を深めるまでには至っておらず、取り組み

はこれからと言わざるをえません。

全ての生命を尊重するはずの医学・医療が陥った当時の過ちについては、医の倫理に関わる原点の問題として捉え、事実を検証し、深く学び合うことから始めねばなりません。避けることなく過去に向き合い、先人が犯した間違いを再び繰り返さぬよう、次の世代に正しく真実を伝えていくことが大切です。

来年は戦後70年目の年となりますが、繰り返される薬害や臨床データの改ざんなど、日本の医学界・医療界全体のあり方に対しては、依然として厳しい批判の目が向けられています。

人種、性別、年齢、思想信条、貧富などによる差別をしない、人権が守られる医療を確立するためには、まず私たちが過去の過ちを今日の問題として認識を深め、社会に対する責任を改めて問い直し、その教訓を未来への贈り物としなければなりません。

日本の医学界・医療界としてこの問題に前向きに取り組んで行くために、できることを考え行動しようとの趣旨で、有志による実行委員会を設立しました。これから「日本医学会総会 2015 関西」にむけて、市民、医学者・医師が幅広く集える機会を作りたいと思います。趣旨にご賛同いただける皆様のご協力とご参加を、心より期待いたします。

2014年1月12日

医の倫理—過去・現在・未来—企画実行委員会～日本医学会総会 2015 関西にむけて～

代表 垣田さち子

(URL: <http://15-jikko.jimdo.com>)

連絡先: katsunishi@aol.com

15年戦争期における日本の医学犯罪

○土屋貴志（大阪市大・哲学）

一昨年のミニシンポジウム、昨年の総会シンポジウム基調講演に引き続き、日本が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「医学犯罪」の概要を

紹介する。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まとめた年表を再掲しておく。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。

年月日	医学犯罪および関連事項
1925	ジュネーヴ議定書締結（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設が始まる
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痘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に採用。北京に 1855 部隊、南京に 1644 部隊、広東に 8604 部隊が新設される
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	満州医科大学解剖学教室で「最も新鮮にして健康なる支那人成人男性脳」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、満州から敗走
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（米裁判事団による。→「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）

Email: tsuchiya@lit.osaka-cu.ac.jp

1 5 年戦争時の東北帝国大学医学部における軍国主義的教育・研究の進行

○刈田啓史郎（東北大・歯）

【目的】15 年戦争当時、日本の大学や科学研究機関は、戦争遂行のために、その研究力を最高度に発揮できるための体制を整備させられていった。1943 年 8 月 20 日の閣議決定「科学研究ノ緊急整備方策要綱」が契機となり、それまでやや穏やかなものであった科学技術の動員体制が本格化していき、全国の大学の研究者たちがそれに動員されていった。

その中で、東北帝国大学医学部の研究者たちが、どのようなかたちで動員されていたのか、またその時期に学生の教育において軍国主義的教育がどのように進行していたかを、近年明らかにされた資料をもとにして報告してみたい。

【方法】東北大学史料館所蔵の大久保準三文書にある「昭和十九年科学研究動員下ニ於テ研究セントスル題目調書」をもとに、吉葉恭行は、東北大学史料館紀要 7 号に、「戦時科学技術動員下の東北帝国大学一大久保準三文書を手掛かりとして一」を報告している。その内容は東北帝国大学全体の問題として記述されているが、その中で東北帝国大学医学部に関係した内容について紹介する。また、同史料館には東北帝国大学医学部教授会議事録が保存され公開されている。今回の報告は、主として以上 2 つの資料を基にしたものである。

なお、大久保準三（1886-1964）は東北帝国大学科学計測研究所の創設に尽力、初代所長に就任（1943-48 年）している。

【結果と考察】

1. 科学動員組織の構築

1943 年 8 月 25,26 日に開催された帝国大学総長会議で、文部省は各大学に科学動員の対応組織としての委員会設置を求めている。それに沿って各大学でその対応がなされているが、東北帝国大学では、同年 9 月 2 日の評議会で当時の熊谷岱蔵総長より報告され、対応組織としての「東北帝国大学科学研究協議会」が提案され即日決定している。その協議会規定案趣旨には「大東亜戦争ノ進展に伴ヒ今般政府ノ樹立シタ科学研究ノ緊急整備方策ニ即応シ、本学ニ於テハ・・・国家ノ要望ニ副ハントスルモノデアル・・・」と記されている。この規定案も即日施行された。このようにして大学側の受け入れ態勢が整っていった。

一方、文部省の学術研究会議は、1943 年 11 月 26 日の官制改正により実質的に文部省の「科学技術動員」のための機関となり、「学術研究会議科学研究動員委員会規定」を制定している。同年 12 月 6 日に第 1 回目の科学研究動員委員会が開催され、自然科学分野 104 項目の重要研究課題とその研究班が決定されている。

2. 昭和 18 年度緊急科学研究費に決定した重要研究題目

1943 年 12 月 17 日に、文部省から東北帝国大学に「科学研究動員下ニ於ケル重要研究ニ関スル件」が第 1 次決定分として知らされ、同月末に第 2 次分が出ている。医学部と医学関係部局に出されたものについて、1 次、2 次合わせたものを研究大題目（小

題目)、担当者順に列举すると、

医学部

熱帯及寒地栄養（寒地栄養）	黒川利雄
放射線（間接撮影法）	古賀良彦
結核（肺結核外科的療法）	武藤完雄
脳波	本川弘一
結核（BCG 接種ノ組織学）	山崎正文
免疫（動脈内皮細胞毒素）	村山次男
疲労	佐武安太郎
発疹チフス其他リケッチア病	黒屋政彦

抗酸菌病研究所

結核（予防、化学療法）	熊谷岱蔵他 1
-------------	---------

航空医学研究所

疲労	加藤豊次郎
航空医学（総合）	加藤豊次郎他 9

となっていた。また次年度（昭和 19 年度）については、資料に決定分は書かれていないが、要求項目として「寒地医学ニ関スル総合的研究」黒川利雄を含め 17 件が出されている。

これらの課題は、強健な兵隊づくりのための研究がほとんどであるのが特徴である。

3. 医学教育の状況

医学研究の動員がなされていた時期に、医学教育の方ではどのようなことが進行していたかを、東北帝国大学医学部教授会議事録から見てみる。1941 年 6 月 14 日の教授会では、文部省の指示により学生を軍隊に入営させ軍事教育を受けさせることを決めている。そこでは、医学部最高学年には 1 週間の軍事講習を、他の学年には 4 日間の野外教練を受けることを決めている。

さらに、1942 年 3 月 14 日の教授会でも、学校教練に関する件が審議され、学部 4 年は 5 日間入営しての軍事講習、学部 1,2,3

年は 5 日間の野外訓練を受けることを決めている。

これらは、戦地での軍医の不足に呼応した対応と考えられる。

4. 検証の必要性

15 年戦争当時、全国の大学・研究機関の医師・医学者は、軍の要請する戦争遂行に必要な課題の研究に動員されていた。東北帝国大学医学部の例をみてもそれは、強健な兵隊づくりと関連した研究分野が優先されていた。また同じ時期に医学生は、軍事訓練を受けさせられ、戦争に直接役立つ医師養成を受けていた。

このような大学の在り方について、戦後、東北大学医学部を含め、日本医学会や日本医師会などの医学界において、きちんとした検証が行われたということを知らない。また同時期、九州帝国大学医学部や中国東北部などの海外において、日本の医学者・医師は、日本軍に協力して他民族住民・兵士を被験者とする非人道的な人体実験（戦争医学犯罪）を行っていたが、これについては、医学界はその検証を要請されながらも拒否してきており、モラルの低下をもたらしている。

【結論】このような医学界のモラルの低下が、最近生じている医薬品の治験結果の捏造や、東北メデカル・メガバンクにおける東日本大震災被災者への人権無視のゲノム疫学研究などが生じる遠因となっていると考えられる。したがって、15 年戦争時における医学界の戦争協力体制についての検証が改めて求められている。

【謝辞】有益な資料の紹介をいただいた一戸富士雄氏に深く感謝申し上げます。

十五年戦争末期、医学部卒業生の過半数が軍医に

訪昭三（城北病院）

【目的】

「15年戦争」末期、医学部新卒医師が、どのような職場選択をしたかを解明し、戦争が青年医師にあたえた影響を検討することを目的とした。

【対象と方法】

官立金澤医科大学、京都大学医学部、東京大学医学部の三校の15年戦争末期に医学部卒業の新医師を対象とし、それらの医師たちの卒業直後の「勤務先・官職名」を、各大学「同窓会名簿」を調査し分析した。

官立金澤医科大学には、当時の同窓会名簿は「昭和15年12月発刊」本、「昭和25年発刊」本があり、今回の研究目的から分析対象は「昭和15年」発刊の同窓会名簿とした。同様の判断で、京都大学は昭和18（1943）年12月発刊の「芝蘭会名簿（第37回）」を、東京大学医学部は昭和18年1月31日発刊の「東京帝国大学医学部医学科氏名録（自明治9年至昭和17年）」を分析対象とした。以上の如く三校とも同窓会名簿の作成状況が異なるために、分析対象の「新学士」の卒業年度は統一できなかった。また、終戦直前の1943、44、45年の卒業生の「勤務先・官職名」が推定可能な資料—「同窓会名簿」が存在しなく、把握できなかった。

【結果】

*官立金澤医科大学

昭和15年作成の十全同窓会名簿が前の戦争の末期頃の同大学卒業生の就職先、勤務形態等の動向を推測しうる唯一の資料と

考えて分析した。分析対象者は、総員311名で、終戦直近ではないが昭和12年から昭和15年の卒業生の就職動向が把握された。特徴点は、卒直後から職業軍人を志望したものは全体で86名、卒業生の約28%であった。これに「現役短期軍医」「入営中」と記載された者を合計すると、陸海軍あわせて115名で卒業生全体の37%が当時「軍医」として「戦場」に送られていたことになる。（「入営中」と記載した者はおそらく「動員令」により軍隊に入営させられ、「短期現役軍医」を志望し、その身分で15年戦争に参加していると推測した）

*京都大学医学部

調査資料は昭和18年（1943年）12月に発行された芝蘭会名簿（37回）である。分析対象者は、総員486名で、終戦前々年までの3ヵ年間の卒業生である。上記の卒業生で最初から職業軍人としての「医官」を志望してものは全体で60名、卒業生の約12%。現役短期軍医は陸海あわせて207名で、卒業生の約43%になる。したがって卒業直後の医師の約55%が「軍医として」戦争に関らせられていたと推測できる。卒業生対軍医の率は年次別にみると、50%、60%、60%、34%、62%となる。

*東京大学医学部

調査資料は、「東京帝国大学医学部医学科氏名録」（発行昭和18年1月31日）であり、調査対象者を昭和16、17年卒業生に限定した。しかし分析した同窓会名簿の

様式の制約から「勤務先・現職」欄に「不明」や「記載なし」がやや多く、分析結果がやや不正確である可能性を認めざるをえなかった。卒業後に「職業軍人」として就職した場合でも、今回の分析対象の同窓会名簿の記載からは其のことが正確に把握できなかった。従って「軍医」と記載された人も、「短期現役軍医」と記載された人々と合算して「軍医」として計算すると、16年卒、17年卒ともに50%前後であった。戦時下で卒後に「応召」された人々も、殆ど全ての医師は「短期現役軍医」を志願していたと推測すると、調査対象の昭和16、17年卒の医師の60%前後が「軍医として戦場」に赴いていたことになる。

【考察、結論】

前の「15年戦争」は、時の日本の政財界が「大東亜共栄圏」樹立を大義名分にしたアジア諸国への侵略戦争であった。はじめの「支那事変」がやがて「第二次世界大戦」に発展し、その末期には「一億総決起」の政府の号令で、多くの青年が「出征」を強制させられた。このような侵略政策の強行下で「軍医」の需要も急増し、「昭和19年度に至れば5万1千人の軍医が必要」（陸軍省）とされ、そのために「勅令315号」で昭和14（1939）年に「臨時付属医学専門学校」の新設が強行された時期である。したがって昭和12年の「支那事変」開始時期から既に「新卒医師の「軍医」への選択」が強制されていたことが推測できる。このような状況が当時の卒業後の進路選択にどう反映したかを調査し、研究したものである。

金澤医科大学の分析から推定すると、昭和8（1933）年までは、新卒学士の「軍

医」への就職率は5～6%であったが、それ以降は10～20%となっている。1932年は「満州国承認」、翌年は「国際連盟脱退」と日本が「軍国主義化」し、軍事力を強化した時期である。更に「15年戦争末期」では職業「軍医」への就職率は増加し、20%台から30%台と急増している。

京都大学の分析からは、職業軍医への就職率が昭和16（1941）年が4%、しかし翌々年の1943年には26%と急増している。更に応召され、「短期現役軍医」となった人々を計算すると、卒業生の60%が軍医として従軍させられていたことがわかる。

東京大学の分析では、「職業」欄の「軍医」という記載からは、「軍医」の種別は特定できなかった。従ってこの「軍医」と「短期現役軍医」と記載した人々を合算すると、16、17年卒とも「軍医勤務者」は50%前後であった。更に「応召」とのみ記載された人々も、当時の「短期現役軍医」を志願している可能性が推測できる。したがってこの人々も加算すると、昭和16、17年卒の医師の60%前後が「軍医として戦場」に赴いていたこととなる。

筆者 Email: s-azami@helen.ocn.ne.jp

日本の侵略先に設置された大学における医学博士の学位授与

○西山 勝夫 (滋賀医大)

【目的】本学会では、731 部隊関係者等の京都大学医学部における学位授与状況について論じ（西山勝夫：戦争と医学、文理閣、2014）、15 年戦争と日本医学医療研究会（2014 年 3 月 23 日）では、物江敏夫（1945 年 3 月 28 日 朝鮮管区防疫部長）が、陸軍軍医学校防疫研究報告第Ⅱ部掲載の論文 16 篇を提出して、京城帝国大学医学博士を戦後まもなく授与されていること、その他にも日本の侵略地にあった大学の医学博士を戦後授与されている者がいたことを報告した。本稿では、戦後の学位授与経過の問題点を明らかにするために、文部省の学位授与認可を受けることができた侵略先の大学について、設立以降の学位授与者数の推移と沿革を検討する。

【方法】学位授与者数(以下、学位を省略)の推移については、日本博士録第 1 巻(能勢岩吉編、日本図書センター、1985)の学位所持者の名簿を用いて、学位種別、授与年月日順位別、出身学校別に授与大学別に授与者数を計数した。沿革については、外地の医学校(泉孝英、メディカルレビュー社、2009)やインターネットで検索した情報を素に作成した。

【結果と考察】表 1 には、医学博士の学位所持者数に関する結果を授与年月日順位別（戦前については授与年別）、授与大学別に、卒業生数²⁾を最下行に示した。敗戦

表 1. 日本の侵略地における大学に関する暦日別学位授与大学別の医学博士の学位授与者数(日本医学博士録より作成)

年月日	授与大学名			合計
	京城帝国大学	満洲医科大学	台北帝国大学	
1932	3			3
1933	13	3		16
1934	9	5		14
1935	9	1		10
1936	14	12		26
1937	15	11		26
1938	13	14		27
1939	24	16		40
1940	27	27		54
1941	22	17		39
1942	30	23	8	61
1943	21	21	15	57
1944	10	13	17	40
1945/～8/15	7	25	6	38
1945/9/8	89			89
1945/9/21			3	3
1945/9/24		1	1	2
1945/10/2	3			3
1945/10/16	18			18
1945/11/1	14			14
1945/11/7	1			1
1945/11/8	19			19
1945/11/9	9			9
1945/11/12	1			1
1946/4/28		123		94
1946/6/17			123	123
戦前計	217	188	46	451
内同医学部卒	136	109	22	267
戦前年平均	15.5	14.5	11.5	32.2
戦後計	154	124	128	406
内同医学部卒	82	95	35	212
全卒業生数	1057 ²⁾	1164 ²⁾	266 ²⁾	2487

迄の授与数の年平均(最大)は京城帝国大学(以下、京城大): 16(30)、満洲医科大学(以下、満洲医大): 15(27)、台北帝国大学(以下、台

北大): 12(17)であるが敗戦直後 1 年間ではその約 10 倍に当る。

京城大では、朝鮮総督府が降伏文書に署名する前日に 89 名もの授与がなされているが、京城大の京城大学への引継ぎ後にも授与されている。満洲医大では、中華民国国立瀋陽医学院に改称の時期に 123 名も授与され、それが最後でとなっている。台北大では、中華民国政府に接收され国立台湾大学に改称後から更に約半年後に 123 名が授与されている。

学位令(1920 年 7 月 6 日勅令第 200 号)によれば、大学学部教員会の審査を経た者について、大学が文部大臣に学位授与の認可を申請し、文部大臣の認可を経て、大学が授与することとされていた。現時点では、各大学の教授会の経緯がわからず学位令に沿った授与であったかどうかは論じにくい。尚、能勢は日本博士録「の編集に当って文部省の春山課長が何くれとなく指導を賜り・・・」と述べているので表 1 の授与年月日は、文部省の認可日と考えられる。

【結論】敗戦後、侵略地には存在し得ない大学の学位授与の経緯を論じるためには更なる調査が必要である。

katsunishi@outlook.com

表 2. 京城帝国大学の沿革

1910 年 8 月 29 日	韓国併合ニ関スル条約
1923 年 11 月	京城帝国大学創立委員会設置
1924 年 5 月	京城帝国大学官制(勅令 103 号)
1926 年 4 月	京城帝国大学官制改正(勅令 46 号)創立
5 月	法文学部、医学部の授業開始
1945 年 8 月 15 日	日本がポツダム宣言を受諾。
8 月 17 日	京城帝国大学を京城大学に改称。
9 月	第 17 回(最後)卒業式(66 名)
9 月 2 日	日本が降伏文書に調印。
9 月 7 日	アメリカ合衆国極東軍司令部が、北緯 38 度線以南の朝鮮において連合軍軍政を開始すると宣言(1982 年解除)。
9 月 9 日	朝鮮総督府が降伏文書に署名。
9 月 11 日	在朝鮮アメリカ陸軍司令部軍政庁(USAMGIK)による南朝鮮の直接統治開始(実質的には朝鮮総督府を継承)。
10 月 17 日	
10 月 24 日	京城帝国大学の京城大学への引継ぎ。
12 月 6 日	軍令第 33 号「朝鮮内にある日本人財産取得に関する件」により、USAMGIK 管轄内の日本の総ての公私有財産(8 月 9 日時点)が、9 月 25 日付で USAMGIK に移転。
1946 年 5 月	南朝鮮全土にコレラが流行。
8 月 22 日	米軍法令 102 号によって閉鎖。京城大学と京城医専の合併、ソウル大学医科大学設立。
9 月 18 日	ソウル大学医科大学開校式。
10 月 1 日	テグジュ 大邱 10 月事件。
10 月 15 日	ソウル・水原に立地していた 9 つの専門学校を統合して「ソウル大学校」を創立。

表 3. 満洲医科大学の沿革

1905 年 9 月 26 日	関東総督府勤務令
1911 年 6 月	満鉄(南満洲鉄道株式会社)が南満医学堂を奉天(現瀋陽)に設立。
1922 年 5 月	満洲医科大学に改称
1932 年 3 月 1 日	満洲国設立
1945 年 8 月 15 日	日本がポツダム宣言を受諾。
1946 年	10 月八路軍、11 月ソ連軍:中長鉄路医科大学
1948 年 3 月	国立鉄路医学院、4 月中華民国国立瀋陽医学院
8 月	第 2 回国立瀋陽医学院(第 21 回満洲医大)卒業式
11 月	全日本人職員帰国 中国医科大学へ統合

表 4. 台北帝国大学の沿革

1895 年 5 月 21 日	台湾総督府設置。
1928 年 3 月 16 日	勅令第 30 号により設立。文政学部、理農学部の 2 学部と附属図書館設置。
1931 年	学位令による学位授与が制度化。
1936 年 1 月 1 日	医学部を設置。
1936 年 3 月 31 日	医学部開講。台北医学専門学校を統合し、附属医学専門部を設置。
1945 年 9 月	第 7 回卒業式(34 名) 第 8 回卒業式(41 名:仮免許証)
11 月 15 日	中華民国政府が接收。国立台湾大学に改称。
1952 年 4 月 28 日	サンフランシスコ講和条約により官制上も廃止。

アクション・リサーチのための学実連携構築： 「支える医療」共同プロジェクトでの経験

○松田亮三、福田茉莉（立命館大学）石橋修（京都民医連第2中央病院）

【背景と目的】

健康への取組みを地域社会で活動する諸組織と研究という観点から連携する方法として、アクション・リサーチ(以下、AR と略す)が発展してきた。AR は、「特定の問題を解決するための体系的な行動の手段を提供する探求あるいは調査への協働的アプローチ」(1, p.9)であり、大学と社会との関係の再構築につながるものである(2)。地域保健分野では、コミュニティ参加型研究(CBPR)において活用されている(3)。しかし、AR を日本の土壌のもとで、そしてプライマリ・ケアを供給する医療機関を舞台として進めた事例はあまりない。本研究は、現在進行中の AR プロジェクトである「支える医療」共同プロジェクトを検討し、特にARの立ち上げの意味・手続き・組織について、記述・検討する。

【場面】 2009年京都民医連第2中央病院(以下、単に病院という。内科・リハビリテーション等の診療を行い、病床数172床。診療所・介護老人保健施設等の関連施設を持つ。)の石橋(以下、I と略記)がさまざまな困難を抱える人々の診療に関わる問題意識を持って立命館大学の松田(以下、M と略記)を訪問した。なお、M はI とは学生の時に知人であり、同病院での勤務経験を持つが、近年は疎遠となっていた。M は、この際共有された関心をもとに、共同プロジェクト発足に向け、共同研究者を組織し、研究計画作成・助成応募を行った。また、2012年5月にIを含めた研究会を開催し、問題

関心の交流を行った。

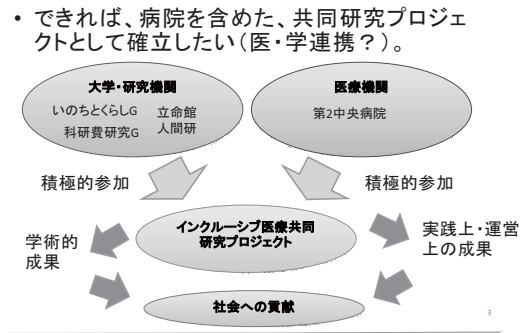


図1 プロジェクト組織の理念

・共同研究プロジェクトの参加者が、大きな目的で一致しつつ、それぞれに目標を持っている。

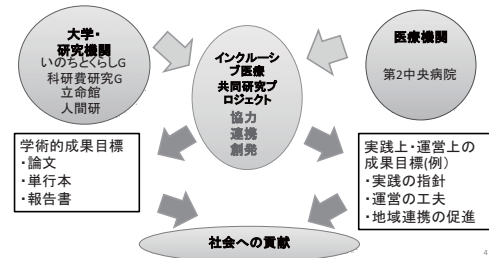


図2 参加者による多元成果目標設定

2013年には研究資金の確保が行え、正式に研究組織を発足させた。まず、Iを含む科研費研究による研究会・会議が先行し(5月より開始、2013年度に3回実施)、それに合わせて病院と大学との連携体制の構築が検討された。そこで、Mは図1・2を示し、ARの理念に基づき、病院・大学両方の文脈からプロジェクトを位置づけ共同の取り組みを行っていくという考え方と、すでに研究資金を確保していること、を強調した。数次に渡る交渉を経て、「困難に直面している患者・住民を支える医療」に関する共同研究を11月1日より2年間実施する契約が

両者間で交わされた。

11月より共同プロジェクト(以下、CPと略記)会議を実施し、スタッフの患者の困難の受け止めについての調査(2014年2月実施)を行い、今後結果の検討、患者・住民の調査、実践・経営への反映を検討している。

【方法】時間的経過を振り返った上で、大学側代表者であるM・病院側代表者であるIとCP発足後、11月以降の打ち合わせに継続して参加してきたMSW(以下、SWと略記)が、①今後の取り組みに生かす、②他の同様の取り組みの参考とすることを趣旨として、同意のもとに振り返った(2014年6月実施)。あらかじめ、①大学と小規模の病院での共同研究をすすめる上での教訓、②共同研究体制が構築できた理由、③スタッフ調査を進める上での工夫、④共同の取り組みの意義、という論点を定めたが、それに限定せずに話を進めた。Mがノートに記載した内容をもとに、振り返りの内容を整理し、自身の振り返りをさらに追加し、記述をまとめた。

【結果】

積極的評価とその理由：I、M、SWともにCP発足を積極的に評価していた。Iは問題関心についての医学と異なる接近との出会いを、Mは医療機関という場面での実践への関わりをその理由として述べた。Iは取り組みにより「勇気づけられる」面を、MSWは日々の業務では研究が行われることで明らかにされるものへの「期待」を述べた。

形態と運営：Mは患者に関わる調査を行うことが必要であるため、研究資金の調達を行って公式のCPの枠組みをつくるという手順を重視していたことを述べた。Iは当初

個人での「趣味的」取り組みの可能性も考えていたが、病院長の理解もあり円滑にCPは発足したと評価した。契約を結んで公式にCPを発足させたことは、活動を継続・進展させる上で有効であったとした。CPの正式な発足には約半年の時間を必要としたが、それは異なるアプローチへの戸惑いを緩和することにつながったとした。なお、Mは大学の規定により共同契約に際して、病院から大学への「申込み」が必要である点に、理念的不整合を感じていたが、Iはその点にはさほど拘りがなかった。

議論の中で、CPにより業務として調査にスタッフが参加した点が調査を円滑に進めるのに役立ったことが確認された。一方、SWはCPの具体的展開について、病院経営幹部に十分情報が伝わっていない点を指摘し、議論の中でCPの推移を幹部に知らせる文書を作成することが確認された。

【考察】AR実施に向けた、CPの発足には、①過去の経験による基礎的な信頼関係の成立、②共通する社会的関心、③研究資金の調達、④公式な形態としてのCPの発足、⑤研究会を通じた現場にとって新たな接近の提示、が関与していると考えられた。今後、より複合的・立体的にこの過程を描き、プロジェクト内外に役立つ情報を提供していきたい。

【謝辞】本研究は、2013/14年度科研費(課題番号：25590148)、非営利・協同総研のちとくらし研究費助成、等による資金を得て実施した。

【文献】1) Stringer, ET.(2012)『アクション・リサーチ』フィリア。
2) Greenwood, DJ., Levin, M. (2006) 「アクション・リサーチによる大学と社会の関係の再構築」デンジン、リンカン編『質的研究ハンドブック1巻』北大路書房、pp.63-85。

E-mail: rmatsuda@ss.ritsumei.ac.jp

当院における無料低額診療の実情と課題

- 石橋修（京都民医連第二中央病院内科）、是澤雅代（京都民医連第二中央病院医療ソーシャルワーカー）、田中亨（京都民医連第二中央病院医局事務）、伊藤翔大（佛教大学四回生）

【はじめに】社会福祉法第2条第3項第9号は、「生計困難者のために、無料又は低額な料金で診療を行う事業」（無料低額診療事業）を定めている。医療費の自己負担の支払いが困難な患者のセーフティーネットの一つである。今回、無料低額診療の対象患者の実態を調査したので報告する。

【目的】当院における無料低額診療の実情を調査し、地域医療機関における生活困難者に対する対応のあり方を検討する。

【方法】京都民医連第二中央病院および、当院関連のあすかい診療所において、2014年度医療費減免対象となった患者に対する更新面接の面接記録から以下の項目をレトロスペクティブに検討した。調査項目；性、年齢、行政区、世帯構成、就労の状況、医療保険の種別、病名、生活保護基準と比較した経済状況、減免の状況、生活保護に該当しない理由、薬剤費負担、世帯総収入、減免に至るきっかけ等。

【結果】対象者 282 件。

- 性・年齢 男 52%、女 48%。10～30 歳代 9%、40～50 歳代 26%、60 歳代 32%、70 歳代 21%、80 歳代以上 12%。
- 行政区 左京区 73%、その他 27%
- 世帯構成 独居 35%、夫婦のみ 25%、夫婦と子 17%、母子または父子 12%、その他 11%
- 就労の状況 就労有り 28%、なし 72%。就労形態；正規 13%、パート 59%、自

営 15%、派遣 1%、その他空白 12%。

- 医療保険の種別 国保 57%、社保 13%、前期高齢者 7%、後期高齢者 22%、国保短期証 1%。
- 主病名 精神疾患 13%、高血圧 12%、糖尿病 10%、呼吸器疾患 8%、悪性腫瘍 5%、脳梗塞 4%、リウマチ 2%、その他 18%、不明など 25%。（ただし、重複有り）
- 生活保護基準と比較した経済状況 100%以下 58.8%。130%以下 94%。
- 減免の状況 10 割減免 94.4%、5 割減免 4.6%、適用外 1%、
- 生活保護基準以下で生活保護につながらない理由 貯金がある、福祉に世話になるのは「みっともない」、家族親族からの支援、親族に迷惑がかかるので、子供や親族に連絡が行くので、同居家族がいる、生命保険に加入、車があるから、など
- 薬剤費負担 2000 円未満 19%、2000～3999 円 16%、4000～5999 円 7%、6000～9999 円 4%、10000 円以上 3%。
- 世帯総収入 3 万円以下 4.6%、5 万円以下 11.4%、10 万円以下 35.5%、15 万円以下 69.4%、15 万円以上 30.6%。
- 減免に至る経過背景 借金、医療費負担、家族の介護の負担、自営業の不振、年金が少ない、病気で働け

ない、働いているが低賃金、奨学金の返済による負担など。

【考察】

無料低額診療の対象となる患者層は、生活保護に近いあるいは以下の生活水準の患者が多く含まれており、こういった患者に的確に対応することが、診療の現場での課題と言いうことができる。

今回の検討で、以下の様な点が明らかになった。

男女差はなく、40~60 歳代が多い。国保の割合が高い。独居、二世帯など少ない家族構成が多い。無職が多く、就労者も雇用形態が不安定である。

収入は生活保護レベル以下が多いにもかかわらず保護に至っておらず、生活保護基準の厳しさや、「みっともない」といった生活保護に対する否定的な感情もみてとれる。

病名については面談記録からの拾いだしで厳密性にはかけるものの、糖尿病、高血圧、うつ、喘息、COPD などの病名が目立つ。一方で、障害者手帳が交付される肢体不自由等の脳血管障害、医療費が保障される難病など公費医療がカバーしている病名が少ないのは当然のことといえるだろう。

無料低額診療が適応されない薬剤費負担が高額になっている患者も少なくなく、制度上の問題点であると考ええる。同時に、高額な医薬品が処方されていることが、生活困窮患者の薬剤負担に結びつくことに注意が必要と考えられる。

無料低額診療適応に至る経過として、行政からの紹介、友人からの紹介、支払い窓口で高額で払えないので、院内表示を見てなど様々である。一方で、医師や看護師の診療の現場での問診や観察からといったケ

ースは少なく、日常診療の中で見過ごされていた場合もある。この制度に至る患者（＝経済的困難）を診療現場でしっかり捕捉することが課題である。また、この制度の周知の仕方の工夫が不可欠と思われる。

診療の現場において、国保、単身または二世帯、不安定雇用または無職、一見「ありふれた病名」などを手がかりに、経済的困難を早期に掌握できるかどうか、今後の課題と思われる。問診で、どのような内容をききとるのか、診療上の観察ポイントはどんな内容か、どのような態度で接するのが適切なのか、など今後の課題としたい。さらに、このことが治療効果の向上につながるようにする検討も必要である。

無料低額診療は医療機関での窓口負担を減免することはできるが、今回の調査から明らかのように、生活全般の困窮を背景とした患者の抱える問題の一部分でしかないのも確かである。特に生活保護制度の利用の拡大が必要と思われた。

【結論】

1. 無料低額診療対象患者の背景を検討した。
2. 国保、雇用の不安定さ、無職、単身または二世帯、公費医療がカバーしていない「ありふれた病名」などの背景に注意が必要と考えられた
3. 薬剤費に減免がかからない点が制度上の問題点である。
4. 生活保護レベルの患者が多いが様々な理由で保護に至っていない。
5. 診療の現場で早期に生活困窮を捕捉し、安定した療養につなげるための方法の検討がさらに必要と考える。

困難を抱える患者に対する医療実践の検討 —医療従事者が経験する「困難性」に関するインタビュー調査から—

○福田茉莉(立命館大・衣笠総合研究機構)、松田亮三(立命館大産業社会学部)、
石橋修(京都民医連第二中央病院)

【目的】本研究の目的は、医療従事者が困難を抱える患者とのかかわる際に経験する「困難性」を明らかにすることであった。とりわけ、困難を抱える患者に対する診療活動だけでなく、自宅訪問活動や健康相談会などのケア活動に熱心に取り組んでいる医療機関の医療従事者にインタビュー調査を実施することにより、困難者が直面している課題、および困難者に応対する医療スタッフが直面する課題を明らかにする。

【方法】調査概要は以下のとおりである。

調査期間 インタビュー調査は、2014年1月～3月の間に実施された。

調査手続き インタビュー調査は3名の研究者により実施された。研究者間での面接場面での偏りを避けるため、まず、インタビュー・ガイドを作成した(表1)。次に、こ

表1 インタビュー・ガイド

質問項目	
1	この患者は「困難」を抱えているかもしれないと思うような患者に対応したことがありますか？
2	具体的にどのような「困難」を抱えた患者・住民が来院しますか？
3	臨床場面でご自身が感じる「困難」は何ですか？
4	「困難」に直面しているであろう患者にどのような対応をしましたか？
5	(具体的なエピソードを語ってください)
6	「困難」に直面する患者への対応がうまくいかなかったことはありますか？
7	臨床場面のいずれにおいて、患者が「困難」に直面しているかもしれないと判断していますか？
8	「困難」に直面する患者と接するときに心掛けていることはありますか？
9	「困難」に直面している患者に対応する際に困ることはありますか？
(個人的な課題点・組織としての改善点)	

のガイドを用いて、医療従事者を対象に半構造化面接法によるインタビュー調査が実施された。インタビューの際は、研究目的および概要の説明や研究への同意を含めたインフォームド・コンセントを行った。さらにインタビュー場面に関する録音許可が

得られた場合には、ICレコーダーを用いて会話内容を録音した。録音許可が得られなかった場合は、会話内容に関するメモを記録した。なお、1人あたりのインタビュー時間は、1時間程度であった。

調査対象者 調査者の選定は、「外来を担当していること」、「職種に偏りがいないこと」を基準に、調査協力を依頼した医療機関の関係者に依頼した。その結果、調査協力が得られた者は、医療従事者計16名であった。内訳は、医師4名、看護部5名、リハビリテーション部3名、受付担当(医療事務)2名、ソーシャルワーカー(SW)3名であった。

分析方法 各インタビュー・データを基に逐語録を作成し、本調査の目的に沿って、オープン・コーディングによるカテゴリ化を実施した。その際、医療従事者の経験する「困難性」には、臨床場面において医療従事者自身が経験する困難性と患者自身が医療を受診する上での困難性の2側面があると仮定し、これらの困難性の内容とその関連性を検討した。さらに職種間による「困難性の認識とその内容」が異なるかどうか、発言者の役割等も考慮し、検討を行った。(なお、本調査は、当該医療機関の倫理審査委員会の承認を得て実施されたものであることを付記しておく。)

【結果と考察】臨床場面で医療従事者が介入することで発覚する困難性は、上述のとおり、患者自身が抱えていた困難性と臨

床場面で発生した困難性に区別することができる。

1. 患者自身が抱えていた「困難性」

患者自身が医療機関を受診する以前から抱えていた困難性として、[疾患]、[経済的困難や貧困]、[介助者／介護者の不在]、[生活環境の悪さ]、[家庭環境・家族関係の悪さ]、[地域・社会からの孤立]が挙げられた。[疾患]は、認知症や精神疾患などの対応が難しい疾患、重複疾患、慢性疾患などが挙げられた。[経済的な困難や貧困]では、国民健康保険に加入していない、借金があるなど医療費が支払えないことで医療機関を受診できない患者であった。[介助者／介護者の不在]は、独居高齢者や同居家族に介護が必要な場合、仕事等で家族が患者の介助ができない場合である。[生活環境の悪さ]は住居がない、あるいは不衛生な住環境で生活しているなどである。[家庭環境・家族関係の悪さ]は、家族から暴力(DV)を受けている等の家族関係にトラブルが生じている場合である。[地域・社会からの孤立]は、近隣住民とのトラブルが発生している、気軽に話せる相手・相談相手がいないことなどが含まれる。このような患者の抱える困難性は、疾病に対する医療機関への受診行動を遅延する、あるいは阻害する要因となりえる。例えば、医療費が支払えないことや介助者／介護者が不在なために医療機関を適切に受診することができず、病態が重症化・深刻化した状態で病院に運ばれる、あるいは死に至るケースも考えられる。

2. 臨床場面で発生する「困難性」

臨床現場で発生する困難性は[地域・社会からの孤立]、[コミュニケーション不全]、[荒い言動や迷惑行為]、[障害が受容できな

い]、[服薬管理能力の欠如]、[意図的な時間外診療]、[生きがい・将来の展望のなさ]、[制度上の困難]、[治療方針やスタッフに対する不満や苦情への対応]、[感情的な困難性]、[病気の社会的認知度]、[スタッフの対応に個人差が生じる]などが挙げられた。

とりわけ、[服薬管理能力の欠如]や[意図的な時間外診療]等は医師や看護師から述べられた困難性であり、[生きがい・将来の見通しのなさ]や[医療制度上の困難さ]については、看護師・SW・リハビリ担当により言及されることが多かった。また、[医療行為やスタッフに対する不満や苦情への対応]は看護師や受付担当に寄せられることが多く、[病気に対する社会的認知度の低さ]は社会復帰を目的としたリハビリ担当にのみ言及された困難性である。

【結語】本調査は、医療従事者を対象としたインタビュー調査から医療従事者の抱える困難性と患者自身が抱える「困難性」を明らかにした。その結果、患者自身が抱えていた困難性が医療機関を受診することで表面化するケースや病気が困難性を促進するケース、受診行為が困難性の質を変容させるケースなどがみられた。しかし、これらの困難性は医療従事者の視点から検討されたものであり、ある調査協力者からは「患者さん自身は困難だとは思っていない」という発言も見られた。したがって、今後は患者を対象としたインタビュー調査を実施し、「困難性」に関する医療サービス提供者と需要者の相互性について検討したい。

【謝辞】本研究は、2013/14 年度科研費（課題番号：25590148）等による研究助成を得て実施された。

福田茉莉(fukudam.f@gmail.com)

がん患者の就労を支援するための課題 -滋賀県での実態調査を踏まえて-

○埤田和史、加藤正人、北原照代、辻村裕次（滋賀医大・衛生学）

【目的】 就労を希望するがん患者が増加しているが、就労支援策の検討は遅れている。がん患者の就労支援策を検討する目的で、滋賀県下の支援実態を調査した。なお、本文中の「がん患者」という用語は「治療中の患者」と「がん経験者」を意味する。

【方法】 患者調査は、県内の診療連携拠点病院および診療連携支援病院（各6病院）に、平成25年5月20日～6月8日の間に通院した、年齢が20歳～59歳の患者を対象に、属性、治療・就労・生活状況、就労についての不安や相談相手などを調べた。

事業所調査は、滋賀県産業保健推進連絡事務所の協力を得て、登録事業所より500事業所を無作為に抽出し、事業所の業種と規模、がん患者の有無、復職支援や就労支援内容、がん患者の復職や雇用を促進するために必要と考えられる施策などを調べた。

医療機関調査は、県内の診療連携拠点病院および診療連携支援病院（各6病院）の、がん相談支援担当職員および「がん緩和ケア研修」を修了した医師を対象に、属性、復職・就職相談の有無、復職・就職に関連して患者の了承の下に会社に伝える情報、復職・就職の相談で苦勞することなどを調べた。

いずれの調査も無記名で郵送により調査票を回収した。

【結果と考察】 患者調査の有効回答者数は238人（有効回答率：45.7%）で、男女比は1対2、診断時年齢が40歳以上の人が84.4%だった。がんの種類は乳がんが38.2%、大腸がんが17.2%、胃がんが8.4%

の順だった。治療のための通院頻度は、診断後2年未満では70%以上が1ヶ月あたり1回以上通院していたが、診断からの年数経過とともに通院頻度は減少した。働く目的として、82.8%の人は「収入」を上げた。治療開始時期の雇用形態（正規、非正規）別に就労状況の変化をみると、がんの罹患によって「就労状況に変化がなかった」（56.5%、31.9%）、「退職した」（6.1%、40.6%）、「退職後再就職していない」（3.5%、26.1%）、がんの罹患により「個人収入が減少した」（46.1%、59.4%）と、非正規雇用者の罹患影響が強かった。現在、仕事に就いていない人の60.9%は「将来働きたい」と回答し、仕事を始める上での心配事として、「治療のために休むことが許されるか」「体力的に仕事に耐えられるか」を、それぞれ60%指摘した。復職や就職に関して、53.4%が相談しており、家族に相談したケースが72.4%と最も多かったが、「とても役に立った」と評価したのは50%に止まっていた。主治医や看護師に相談した人は60%以上が「とても役に立った」と評価したが、主治医には38.6%、看護師には14.2%しか相談していなかった。職場関係者では、上司へ相談した人が55.9%と最も多かったが、「とても役に立った」との評価は46.5%だった。産業医や産業看護師・保健師への相談は9.4%しかなく、評価も33.3%と低かった。

事業所調査の有効回答率は51.3%だった。回答事業所は製造業が53.3%で最も多く、事業所規模では100～299人が44.2%、300

った。

事業所調査の有効回答率は51.3%だった。回答事業所は製造業が53.3%で最も多く、事業所規模では100～299人が44.2%、300人以上が38.3%だった。がん患者が在職する事業所は54.6%、かつて在職した事業所は22.5%だった。がん患者の復職に際して、事業所は「治療のために休むこと」85.4%、「体調不良時に休むこと」72.4%、「残業などの労働時間」53.0%などを配慮していたが、「主治医との連携」や「メンタルヘルス支援」に配慮している事業所は20%程度しかなかった。復職をすすめるために事業所が望む事項は、「産業医の助言・指導」46.7%、「がん患者の就労に関しての事業者向け相談窓口」45.0%、「がん患者の就労に関しての事業者向け研修会」34.6%だった。

医療機関調査の有効回答率は59.7%だった。回答者の48.9%が医師、49.4%ががん相談支援担当職員（以後、担当職員）で、

復職・就職の相談を「よく受ける」「時々受ける」と回答したのが医師の32.5%、担当職員の14.6%だった。患者が復職・就職を希望する理由としては、医師、担当職員ともに「経済的理由」が70%近くで最も多かった。患者の復職に際して、配慮事項として事業所に伝えていることは、医師は「通常は一般的事項、求められれば具体的」が70%で最も多く、「労働負担の強度」が47.5%と続いていた。担当職員でもこの2項目が上位で、第3位は「精神的な支援」が22%だった。

【結論】患者は、生活のために働くことを希望し、職場は迷いながらも復職を受け入れようとしており、医療機関側は復職を希望する患者を支援しようとしていた。事業所と医療機関間の連携や関係者の啓発など、取り組むべき支援策が明らかとなった(図)。

(本調査は平成25年度滋賀県委託事業として実施した。)

連絡先：taoda@belle.shiga-med.ac.jp

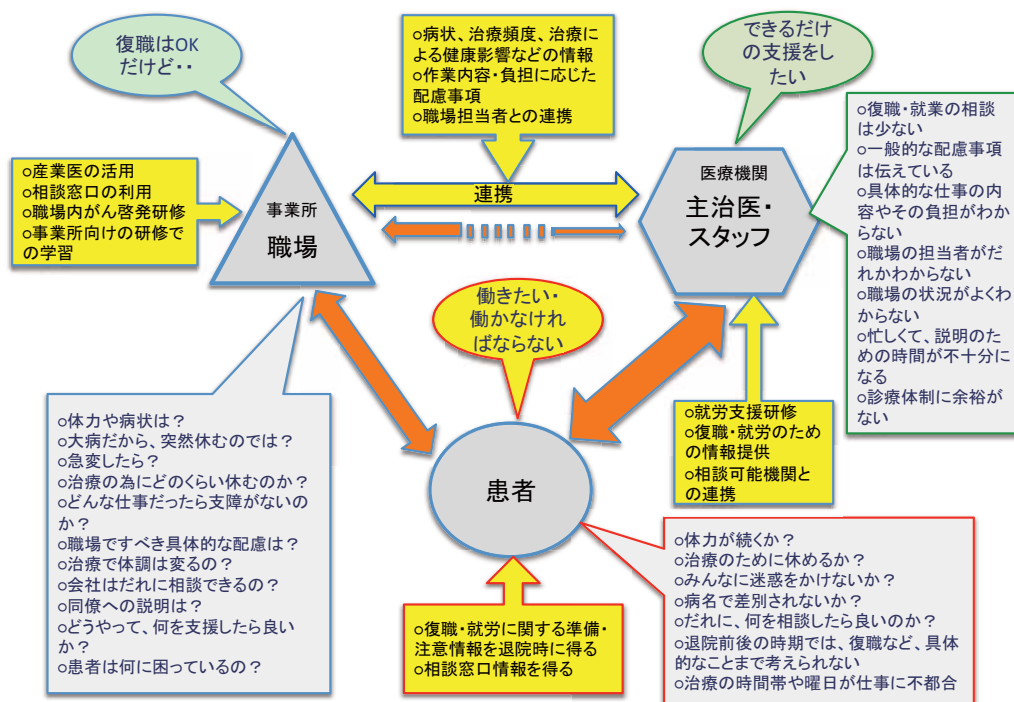


図 がん患者の就労支援の現状と課題

5 0代後半の障害者における二次障害の現状と課題 —質問紙調査結果から—

○辻村裕次、埤田和史（滋賀医大・衛生学）、白星伸一（佛教大・保健医療技術学部）、加藤正人、北原照代（滋賀医大・衛生学）

【目的】 これまでに我々は障害のある人たちの二次障害予防に取り組んできた。森永ヒ素ミルク中毒被害者救済のための公益財団法人「ひかり協会」が当被害者の中の障害者の二次障害に対して、発症の予防・遅延化・軽症化、治療、症状を踏まえた生活や就労の支援のため、実態調査と事例的介入支援を行った。我々はその取り組みの中の一部を委託された。ここでは、二次障害の実態調査について報告する。

【方法】 対象は身体障害者手帳を持つ当被害者で、協会職員が調査時に接触可能であった 147 名（出生年は昭和 30 年が主で、その前後数年）とした。質問項目は、障害の種類、就労状況、治療・リハビリ、心身症状とその変化、二次障害に関連する知識や思い、二次障害に関連して必要と思われる機関や充実してほしいサービス、今後の不安などである。自記式、または協会職員が面接して記入した。調査時期は 2013 年 4 月～12 月で、調査票は全国にある 7 ブロックの支部を通じて協会本部が回収した。

【結果と考察】 有効回答数は 142（96.6%）で、近畿が 63 と最も多かった。42 名（29.6%）が自記回答し、職員記入数は 97（68.3%）であった。

障害種別では脳性麻痺が 55 名（38.7%）、次いでポリオが 24 名（16.9%）で、脳血管障害や脊髄損傷、その他合計が 63 名（44.4%）であった（障害とヒ素との因果

関係は問われず、飲用認定のみ）。

知識では「二次障害の名前も中身も知っている」との回答は 39 名（27.5%）、「名前を知っている」は 42 名（29.6%）であった。名前だけを知っていても、予防などについて適切な対応をとることは困難であり、二次障害についての啓発が必要と考えられた。

調査時点で一般就労している人が 46 名（32.4%）、福祉的就労している人が 22 名（15.5%）、就労していない人が 73 名（51.4%）であり、経歴を含めると多様な就労状況であった。これまでに仕事を辞めた経験者 61 名の内 25 名（41.0%）が退職の理由として「二次障害など身体のこと」を挙げていた。作業の環境や方法に影響された負担が二次障害の発生に関わることから、どこで何年働いてきたかが二次障害の発現や予防対策に係わる重要な情報となる。二次障害予防のためには、職場環境や作業方法の点検が必要であり、就労していない人にとっては、家庭の環境や生活上の負担を点検する必要がある。

心身症状や生活上の支障に関して「成人以前から」あるのか「成人期以降に発現」したのか「最近 5 年で発現か増悪」しているのかを尋ねた。その質問 36 項目の内、i) 健常者の加齢では、ほとんどあり得ないような症状、ii) 比較的高率に「成人期以降に発現」と回答されていて、健常者の青年期では、ほとんど発現しない項目に注目した

(表参照)。i) では、「健側の状態が悪化」29.6% (脳性麻痺 36.4%、いずれも「最近5年で発現か増悪」の回答率)、「かむ力や飲み込む力が弱い」27.5% (同 29.1%)、「歩いていてよくころぶ」26.1% (同 21.8%)、「手にしたものを落とす」20.4% (同 25.5%)、「時々頸や体に電気が走る」14.8% (同 20.0%)、「呼吸がしにくい」9.9% (同 10.9%)、「全身がエビぞりのようになる」3.5% (同 7.3%)、「褥瘡がある」3.5% (同 5.5%)等が挙げられた。これらの回答者に対しては、優先的な支援が必要と思われる。ii) では、肩こり、筋力低下、くび・腰の痛みが「成人期以降に発現」回答率の上位4項目で、

次いで「関節の動く範囲が狭くなった」「手足がしびれる」「体力が落ちた」と続いた。これらの回答者は青年期から二次障害が発現していた可能性があり、労働や生活の環境や条件を早急に見直して、軽症化を図るべきであろう。

「自分に二次障害があると思っている」人は57.7%であった。その人たちが主な原因として挙げたものは「障害が原因だから仕方がない」が67.1%で、「年だから仕方がない」が45.1%で、二次障害を、『あきらめて』受け止めていた。労働や生活の環境・方法の改善に結びつく「働き方や働く環境」19.5%や「住宅環境や生活の仕方」11.0%を

指摘する人は少なかった。

【結語】当被害者は身体機能の低下や健康状態悪化の状況に陥っており、「将来への不安」を持っていた。二次障害を念頭に置いた支援が求められる。また、当被害者は、一般の障害者に比べるとより手厚い支援を受けられる状況であったにも拘らず、二次障害の知識が少なかったために深刻な状況になった人が少なからず存在した。障害のある人たちには「二次障害」発症リスクはあるものの、環境や条件などを整備することで、予防・遅延化・軽症化が可能であることを広く社会に知らせねばならないと改めて感じた。

連絡先:

hiroty@belle.shiga-med.ac.jp

表. 障害種別の心身の症状や行動上の問題

心身状況	時期*	人数 (%)	心身状況	時期*	人数 (%)
筋緊張が強い	①	31 (21.8)	腰の痛みがある	①	13 (9.2)
	②	17 (12.0)		②	30 (21.1)
	③	16 (11.3)		③	46 (32.4)
時々頸や体に電気が走る	①	7 (4.9)	肩がこる	①	17 (12.0)
	②	17 (12.0)		②	34 (23.9)
	③	21 (14.8)		③	40 (28.2)
全身がエビぞりのようになる	①	8 (5.6)	くびの痛みがある	①	8 (5.6)
	②	2 (1.4)		②	31 (21.8)
	③	5 (3.5)		③	34 (23.9)
手や足がしびれる	①	13 (9.2)	関節の痛みがある	①	20 (14.1)
	②	27 (19.0)		②	24 (16.9)
	③	43 (30.3)		③	38 (26.8)
関節の動く範囲が狭くなった	①	9 (6.3)	姿勢が悪い	①	18 (12.7)
	②	29 (20.4)		②	20 (14.1)
	③	48 (33.8)		③	37 (26.1)
側わん等の変形がある	①	29 (20.4)	寝付きにくい	①	8 (5.6)
	②	8 (5.6)		②	14 (9.9)
	③	14 (9.9)		③	33 (23.2)
歩いていてよくころぶ	①	18 (12.7)	褥瘡がある	①	0 (0.0)
	②	9 (6.3)		②	1 (0.7)
	③	37 (26.1)		③	5 (3.5)
手にしたものを落とす	①	12 (8.5)	呼吸がしにくい	①	2 (1.4)
	②	10 (7.0)		②	2 (1.4)
	③	29 (20.4)		③	14 (9.9)
体力が落ちた	①	2 (1.4)	健側の状態が悪化	①	2 (1.4)
	②	27 (19.0)		②	10 (7.0)
	③	81 (57.0)		③	42 (29.6)
筋力が低下した	①	2 (1.4)	考えがまとまらない	①	3 (2.1)
	②	34 (23.9)		②	7 (4.9)
	③	71 (50.0)		③	25 (17.6)
かむ力や飲み込む力が弱い	①	3 (2.1)	いらいらする	①	6 (4.2)
	②	9 (6.3)		②	9 (6.3)
	③	39 (27.5)		③	26 (18.3)
筋力や動かし易さの左右差が大きい	①	41 (28.9)	ちょっとしたことが思い出せない	①	1 (0.7)
	②	14 (9.9)		②	3 (2.1)
	③	32 (22.5)		③	68 (47.9)

* ①:成人以前から、②:成人期以降に発現、③最近5年で発現か増悪

50代後半の障害者における二次障害の現状と課題 —事例的検討を通じて—

○白星 伸一¹⁾、辻村 裕次²⁾、埴田 和史²⁾、北原 照代²⁾

1) 佛教大学保健医療技術学部、2) 滋賀医科大学社会医学講座衛生学

【はじめに】二次障害とは、疾病や病態に直接起因する一次障害の発生時には存在せず、経過に引き続いて発現してくる障害をいう。その原因は老化のみならず、生活や労働環境の影響が指摘されている。

五味らは脳性麻痺の二次障害および高齢化問題の発生を約20年前に示唆し、それらに対応する体制の不十分さを報告しているが、いまだに支援体制は構築されていない。

我々は森永ヒ素ミルク被害者の救済機関である「ひかり協会」が実施した二次障害予防活動の一環として訪問調査に同行し、二次障害の現状について聞き取り調査を実施した。その結果、肢体障害を抱える被害者の多くが二次障害と考えられる症状があることが判明した。今後、高齢期を迎えるにあたり、さらに、障害の悪化が予想され、支援体制の構築が急務である。

このような背景から、今回、訪問調査を実施した事例の中からハイリスクと考えられる事例に対して身体機能、日常生活活動状況、生活環境について評価・介入を実施し、効果を検討したので報告する。

【事例】対象は、肢体障害を有する事例1名。診断名は脳性麻痺（アトローゼ型、四肢麻痺）、50代、女性である。平成25年5月～平成26年3月までに2回、自宅へ訪問調査を行った。

調査方法は、二次障害に関する聞き取り調査と身体機能評価、日常生活活動評価、

生活・環境評価を行い、二次障害のリスク因子を抽出し、身体負担の軽減、身体機能の改善を目的とした介入を実施し、その結果を検討した。

【聞き取り調査結果】20代は作業所に就労していたが、すでに股関節痛があった。歩行は可能であったが、30代には股関節痛増悪し、30代後半に右股関節人工関節置換術を受けた。それ以降、車いすの生活となった。40代からは、手のしびれ、筋力低下を自覚するようになった。この頃から、二次障害について不安を感じていた。

【訪問経過】

1. 初回訪問時の評価と介入

(平成25年4月25日)

(1) 日常生活活動評価 (Barthel index)

55点

移動動作：屋内は電動車いすといざり

屋外は電動車いす

移乗動作：手すり使用にて可能

入浴・整容動作：一部介助必要

(2) 身体機能

不随意運動あり。変形性股関節症（右人工関節置換術後）、変形性頸椎症あり。上肢、下肢関節可動域制限、手指変形拘縮、脊柱側彎あり。

(3) 二次障害予防のための取り組み

1) 身体負担が高い動作の改善

身体負担が高いと考えられる動作は、玄関から家屋の移動、二階への移動、家

事動作、電気のスイッチ操作である。

玄関から家屋内への移動については、玄関の上り口の高さが 30 cm あり、移乗の際、下肢関節と上肢の負荷が高い為、昇降式リフトの導入を薦める。将来的には、障害者用住居への転居を含めた検討が必要である。

家事動作については、上肢への負担を低減することを目的として、調理台の高さ、シンクの深さ、ガスコンロのスイッチの高さの変更を提案した。電気のスイッチに関しては、簡易の自助具を作成し、試用した。結果、上肢を過剰に伸ばすことなく、スイッチ操作が可能となった。

2) 身体運動機能の維持・改善

筋力、筋柔軟性、関節可動域の維持、および、日常生活動作の維持・改善を目的として利用できるサービスを関係機関と調整し、次回、具体的な方法を提示できるように検討する。

2. 2 回目訪問時の評価と介入

(平成 25 年 12 月 13 日)

(1) 立ち上がり練習方法に関する事

前回、訪問時課題であった身体機能低下に関して検討した。主治医からも筋力低下予防のために立位、歩行練習を家庭で行うよう指導されているが、「具体的に何をしたらよかわからない。」との相談があった。現在、訪問マッサージにより週 3 回、関節可動域練習と筋力強化運動を実施している。その際、起立練習を行うために、手すりを設置することと、具体的な運動内容について検討した。結果、立ち上がり練習用の簡易手すり台を購入し、立位保持練習 (20～30 秒間立位保持を 5 回) をマッサージ師の訪問施術の際に行うように助言した。その

結果、2 か月後の訪問調査時には「足腰がしっかりして、移乗動作が楽になった」との主観的評価を得た。

(2) 電動車いすに関する事項

電動車いすの購入に際して、機種選定と適合性について検討した。機種選定については、室内移動の利便性を重視し、回転半径が 3 cm 小さい機種を選定した。この機種は、座幅が 42cm と広がった為、ひじ掛け部内側にウレタンマットを挟み、体が側方に傾かないようにした。さらに、座奥も深かった為、厚さ 5 cm のウレタンクッションを入れ、背もたれを利用できるようにした。結果、屋内での移動が楽になるとともに、非対称姿勢が軽減し、座位の安定性も向上した。

今後、運動指導、家事動作、入浴動作の評価と介入を継続していく予定である。

【考察】 本事例は、40 代から二次障害の症状を自覚されており、身体機能低下に対する不安も強かった。しかし、相談機関もなく、対応策を見いだせない状況であった。今回、訪問調査を実施することで、はじめて、生活場面に即した具体的な支援策を提供できた。また、聞き取り調査の結果を振り返ってみると、すでに 20 代から身体機能の低下を自覚されており、自立した生活を送っている段階から環境を整備し、身体への過剰な負担を軽減する取り組みが必要であったと考えられる。今後、二次障害に関する相談機関を整備するとともに、ライフステージに応じたサービスを提供できる支援体制を構築することが課題である。

本調査にご協力いただきました皆様に感謝申し上げます。

連絡先 sirahosi@bukkyo-u.ac.jp

原爆被爆者の長期的健康障害に関する社会・経済的影響

○藤岡光夫（静岡大学・社会統計学）

吉峯悦子（長崎市・公衆衛生）

【目的】原爆被爆者の長期的健康障害に関する社会・経済的諸要因の影響について、被爆者健康調査に基づき、統計的に明らかにする。

【方法】長崎市が実施した被爆者健康実態調査（2004 年）のマイクロデータを利用し、多重分析を行う。同調査は、長崎市内在住の認定被爆者の全数（49,867 人）を対象とした悉皆調査で、報告者の藤岡、吉峯が調査の全過程に関わった。長崎市が実施した被爆者訪問面接調査（1997 年）において、被爆者の被爆体験や身体的状況、生活状況、居住環境など、質的な要因が明らかにされたため、それらをもとに調査票を作成し、統計調査を実施した。本報告は、この調査のマイクロデータを利用し、合成指標の作成や統計的パターン分析による多重分析を行うものである。

【結果と考察】長崎市の被爆者面接調査により明らかになった被爆者の健康影響要因の中で、「驚がく的被爆体験」、「経済的ゆとり」、「相談相手」、「来訪者」、「楽しみのための外出」、「外出を妨げる居住環境」、「交通費負担の受診への影響」の各要因と健康不良との関係を調べた。その結果、とくに「経済的ゆとり」なし、「楽しみのための外出」なし、「外出を妨げる居住環境」該当あり、「交通費負担の受診への影響」あり、の場合、それぞれ該当なしの場合に比べ、健康状態が悪い者の比率が、1.4倍から1.6倍、高くなっていること明らかになった（表1）。

つぎに、驚がく的被爆体験、経済的ゆと

り、居住環境、交通費負担と受診回数について、各要因が重層的に健康に影響するパターン別の健康不良者比率を、75 歳以上と75 歳未満の2つの年齢層に分けて比較した。その結果、75 歳以上では、4 要因がいずれも問題なしの場合は、健康不良者比率が35.4%であるのに対して、4 要因の問題あり、がすべて重なる場合は、77.6%と2.2倍の高比率となることが判明した。75 歳未満においても、上記パターンの比率は23.0%と74.6%（2.2 倍）となり、年齢に関わりなく、これらの要因の健康への影響が大きいことが分かった（表2）。同比率は各要因が重なるにつれ次第に上昇する。

これらのパターン別に社会との関わり意識について検討した。4 要因が重層的に影響するパターンでは、社会との関わりを拒絶する者が約2割いる一方、話し相手や支援者を必要とする者、被爆者同士の集まりの機会、平和への貢献など社会との関わりを求める者がそれぞれ10%前後いることが示された（表3）。

【結論】原爆被爆者の長期的な健康障害への社会・経済的要因の影響が統計的に検証された。社会的孤立傾向をもつ被爆者において、経済的ゆとりの無さ、少ない人との関わりや外出機会、受診抑制などの要因は、重層的になれば健康に強く影響する。これらの条件への社会的支援が求められる。

表1 被爆者の長期的健康に影響する諸要因の比較

体験および社会経済要因	内容	健康不良者比率(%)		比(1/2)
		1	2	
驚がくの被爆体験	1:有り、2:無し	50.1	38.4	1.3
社会的差別や偏見の体験	1:有り、2:無し	55.3	44.2	1.3
経済的ゆとり	1:有り、2:無し	58.3	39.5	1.5
相談相手	1:いない、2:いる	58.2	45.9	1.3
来訪者	1:無し、2:有り	56.5	45.2	1.3
楽しみのための外出	1:無し、2:有り	63.8	43.4	1.5
外出を妨げる住環境	1:問題あり、2:問題なし	54.2	38.3	1.4
交通費負担が受診に影響	1:影響あり、2:影響なし	63.2	40.3	1.6

表2 被爆者の健康状態における社会・経済的要因の影響比較

(年齢、被爆体験、居住環境、交通費負担の受診への影響)								
	驚がくの被爆体験 (●有)	経済的ゆとり (●無)	居住環境 (●外出の妨げ有)	交通費負担 (●受診回数に影響有)	実数 (人)	健康状態 (%)		
						計	良くない	普通+良い
総数					35,035	100.0	45.8	51.2
75歳以上	●	●	●	●	531	100.0	77.6	21.1
	●	●	●	○	598	100.0	62.2	35.3
	●	●	○	○	435	100.0	54.0	42.8
	●	○	○	○	1,782	100.0	38.1	60.3
	○	○	○	○	512	100.0	35.4	63.9
75歳未満	●	●	●	●	934	100.0	74.6	24.4
	●	●	●	○	1,100	100.0	60.2	37.8
	●	●	○	○	1,374	100.0	48.8	48.9
	●	○	○	○	3,327	100.0	30.6	67.6
	○	○	○	○	2,339	100.0	23.0	75.8

注) 不明を記載していないため、各項目の比率の合計は100%にならない

また、総数には、他の組み合わせが含まれるため、表示の組み合わせの合計と一致しない

表3 社会・経済要因と被爆者の健康状態、社会との関わり

(驚がくの被爆体験、経済的ゆとり、生活環境、交通費負担ー健康不良、社会との関わり)										
組み合わせ				健康状態	社会との関わりについての希望					
驚がくの被爆体験	経済的ゆとり	居住環境	交通費負担		人と会ったり話したりしたくない	自宅に訪問する話し相手がほしい	支援があれば温泉等保養施設へ行きたい	被爆者同士の集まりがあれば参加したい	平和な社会のために役立つ事をしたい	
計(人)	計(%)			良くない						
総数	35,035	100.0		45.8	8.8	2.8	5.1	5.2	7.9	
●●●●	1,465	100.0		75.7	18.2	8.1	13.9	11.8	12.4	
●●●○	1,698	100.0		60.9	13.2	4.9	7.5	8.8	10.4	
●●○●	1,809	100.0		50.1	11.6	2.2	3.5	5.3	9.0	
●○○○	5,109	100.0		33.2	6.0	1.9	2.8	4.2	8.6	
○○○○	2,851	100.0		25.3	5.6	0.9	1.2	1.9	7.4	

注) 総数には、他の組み合わせが含まれるため、表示の組み合わせの合計と一致しない

驚がくの被爆体験(●有)、経済的ゆとり(●無)、生活環境(●外出の妨げ有)、交通費負担(●受診回数に影響有)

連絡先 : jemfuji@ipc.shizuoka.ac.jp

鼻血は福島原発事故の放射線によって起こり得る*その医学的機序の一考察 -放射線による鼻血はないとする事こそ風評-

○郷地秀夫（神戸健康共和会・東神戸診療所）、
橘 真矢（東神戸病院・放射線科）

【目的】 福島第一原発事故当時、多くの子供たちに鼻血が見られ、親たちは放射線被曝の影響を心配した。しかし、関係専門家達は「放射線によって、鼻血がおこることはない」とし、政府は「鼻血の放射線説を風評被害だ」としている。しかし、福島原発事故の放射線で鼻血が出る可能性はある、その医学的機序を述べ、「放射線により鼻血はでないとする」ことの非科学性について言及したい。

【方法】 鼻血がでないとする論拠の問題点を検討し、鼻血がでる可能性のある機序について説明を加える。

鼻血がでないとする根拠およびその問題点

放射線無関係論の主張は以下のようだ。

「放射線障害による鼻血は、急性放射線障害の一症状であって、大量被ばくによる骨髓機能障害・血小板減少症による。骨髓障害は 500mSv 以上の被曝をしない限り起こらない。しかし、福島県住民の被災者の多くは内部被ばく、外部被ばく併せても殆どの人たちが 20mSv 以下の低線量被曝であり、骨髓障害を起こすような被曝はしていない」という内容である。

しかし、行政の発表している被曝線量は、内部被ばく外部被ばくとも実効線量であり参考にならない。実効線量の概念を作った ICRP（国際放射線防御機構）自身が、「実効線量を個人や集団のリスク評価に使用し

てはならない。あくまで放射線防御の目標値を示すためのものである。」としている。リスク評価には、あくまで個人被曝線量の使用されるべきで、個人被曝線量は、個々によって異なるため、被曝状況、形態などを個別に考慮する必要がある。鼻出血を起こしうな被曝は、放射性粒子による、接触内部被曝と言う特殊な被曝形態が考えられる。

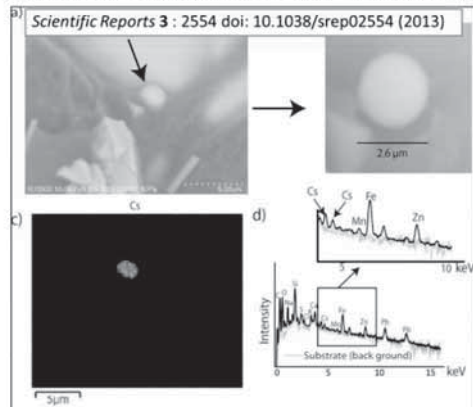
今回の福島原発事故の放射線汚染で最も問題となっているのがセシウム Cs134、137 である。放射性ヨウ素の大部分が揮発性のガスとして飛散するのに対し、Cs は、ほぼ 100% 近くが放射性粒子として飛散している。Cs を含む放射性粒子が福島原発事故でも確認されている。そうした放射性 Cs 粒子を吸い込み、それが鼻粘膜に付着して起こる被曝、それが放射性粒子による接触内部被曝と私が呼ぶ被曝である。その被曝線量を計算すると鼻腔の血管に 100mSv を超える被曝が起こることになる。その機序と結果を説明する。

【機序と結果】

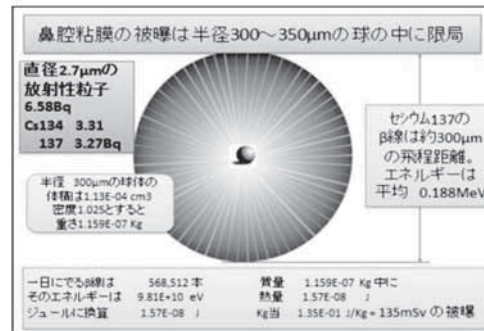
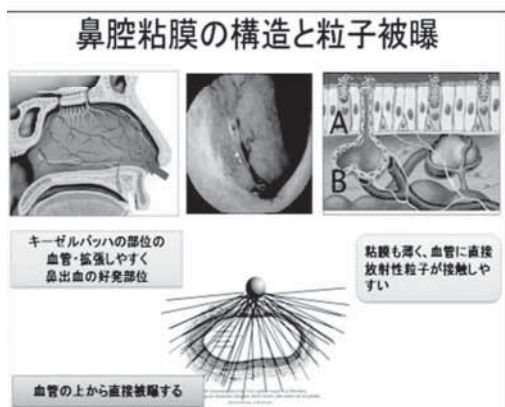
福島原発における Cs 放射性粒子の分析

福島原発事故の放射性 Cs 粒子は、硫酸塩粒子と金属球粒子が確認されている。気象研究所の足立ら 2011 年 3 月 14 日からつくば市にて、ハイボリュームエアースンプラーで採取した放射性物質を分析し、2μm 前後で数 Bq の Cs を含む放射線粒子の存在を

報告している。それらは不溶性の球形の金属粒子で、最大のものは、 $2.6\mu\text{m}$ の大きさで、Cs134 と Cs137 を 3.31Bq 、 3.27Bq 合計 6.58Bq 含むの粒子が認められている。その粒子が鼻粘膜に丸一日付着した場合の、血管の被曝線量を計算した。 γ 線は透過性が高く被曝線量は無視できる。主要なのは β



線で、1 秒間のエネルギーは Cs134 が 0.157MeV 、Cs137 が 0.188MeV である。
(MIRD より) 2 つを合計した一日のエネルギーは $9.81\text{E}+10\text{MeV}$ となる。それをジュール J 単位に変換すると、 $1.57\text{E}-8\text{J}$ となる。 β 線の飛程距離は平均 $300\sim 350\mu\text{m}$ と考えられ、それぞれを半径とする球の体積を求め、比重を 1.025 として重量を求めると、飛程距離が $300\mu\text{m}$ では $1.159\text{E}-07\text{Kg}$ となり $350\mu\text{m}$ では、 $1.84\text{E}-7\text{Kg}$ となる。 $1.57\text{E}-8\text{J}$ をそれぞれの重さで割り、kg 当



たりの被曝線量 Sv 単位を求めると、 $300\mu\text{m}$ では 135.4mSv となり、 $350\mu\text{m}$ では 85.3mSv となる。いずれも低線量とは言えない被曝線量である。当時の福島県の高濃度汚染地域では、一日、数百を超えるこうした放射線微粒子を吸い込んでいた可能性がある。さらに、事故当時の 3 月はスギ花粉の散逸する季節であった。福島のスギ花粉からは最大 61万 Bq/Kg の Cs134, 137 に汚染されている花粉が確認されている。概算すると、鼻腔粘膜に最大 $7\sim 8\text{Bq/秒}$ の Cs に花粉と共に放射線被曝した可能性がある。花粉の鼻粘膜吸着時間によっては相当量の被曝になると思われる。

【考察】政府は、鼻血放射線起因説を取り上げた雑誌の連載作品を風評として激しく批判し、出版社は連載を休止した。放射線と鼻血の因果関係を証明することは困難であるが、関係ないことを立証することはもっと困難である。科学的根拠もなく、政府が無関係論を強圧的に唱えることは言論統制にも繋がる大きな問題を含んでいると考える。放射線障害に不安になっている被災者に、心を寄せた援助、対応こそが望まれる。それは、科学者にも求められる姿勢ではないかと考える。

【結論】福島原発事故による放射線は相当量の鼻粘膜の被曝を起こした可能性があり、鼻血の原因になっているかもしれない。

質的研究による女性放射線腫瘍科医の自己実現に向けた 促進要因と抑制要因の解明

○竹内真純（帝京大・女性センター） 筒井秀代・石黒彩（帝京大・衛公衛）
茶谷有紀（埼玉病院） 野村恭子（帝京大・衛公衛）
齋藤アンネ優子（順大・放射線治療科）

【目的】 女性放射線腫瘍科医の自己実現を可能にする促進要因と抑制要因を明らかにする。

【方法】 平成 7 年以前に卒業した医育機関（大学病院、がんセンターなど）勤務の女性放射線腫瘍科医 7 名に対して、2012 年 11 月～2013 年 4 月にかけて面接調査を行った。面接調査では、①女性医師として働いてきて不利なことはあったか、②昔想像していた自分の姿と一致しているか、③仕事を辞めたいと思ったことはあるか、④今の仕事の満足度、について聴取した。面接調査の結果は逐語録にし、「女性放射線腫瘍科医の自己実現」をテーマとした分析を、修正版グラウンデッド・セオリー・アプローチを用いて行った。

【結果と考察】 結果の全体像はストーリーラインを用いて示した。（生成したカテゴリーは〈〉、概念は『』、具体例は「」で示す。なお、（）は筆者による語りデータの補足である。）

女性放射線腫瘍科医の自己実現には、〈医師としてのキャリア形成〉と〈仕事と家庭の両立〉の 2 つの軸が存在していた。

キャリアの第一歩としての〈放射線腫瘍科選択の動機〉としては、「放射線治療は人も少ないしおもしろいしすごく特殊性がある」という『治療の魅力による』選択と、「結婚したころだったので」「そのとき結婚して（いた）ので」『家庭との両立を考えて』の選択という 2 つの理由が挙げられた。

『治療の魅力による』選択をした後は、「管理職としては女性を入れなくちゃとか、女性を入れたいというのがあって…」という『女性

であるために与えられた機会と経験』や「患者さんは女性だと話やすいので…」という『コミュニケーション能力の高さ』などの〈女性であることのポジティブな影響〉を生かし、『研究の面白さ』『責任を持つ立場に伴う業務と意識の変化』などを感じながら、「最初に入った所が放射線治療で目の前のことを一生懸命してきただけ」という『日々の努力の積み重ね』による〈キャリア形成過程〉を経て、「（放射線腫瘍科は自分に）合って（いた）」という『放射線腫瘍科医への自己の適性認知』をし、「（医師は）とてもやりがいのある仕事です」「私は医者になってよかった」という『医師としての人生に対する満足感』を得るに至ったと考えられた。

その過程で、〈女性であることのネガティブな影響〉として、「妊娠中は放射線治療をする時は入れないことがあったが…」という『妊娠・出産による業務の制限』や「（女性として不利なことを聞かれて）自分の資質だと思うん（の）だけ（れ）ども…略…リーダーシップをとれない？」という『リーダーシップ・積極性の欠如意識』といった〈生物学的・資質的〉影響、「男の医師からなんで女で働くの？なんでまだ働くの？とか言われました」という『周囲の伝統的性役割意識』や「結婚するって言ったらもうあなただめねと言われた。…略…むしろ女性からの方が厳しかった」という『結婚・出産に対する同僚女性の無理解』といった〈社会的〉影響、「女同士で話（を）することと男同士で話（を）することは違う。…略…もっと女性がいたら楽しかったのに」という『女性医師

のマイノリティとしての生きづらさ』や「技師さん、物理士さんとの共同の職場なので…略…他の放射線科以外の人に比べてちょっと複雑なところがある」という『女性放射線腫瘍科医に特有の技師との関係の難しさ』といった＜対人关系的＞影響が挙げられた。このような中で「教授に気に入られた男性医師がどんどん先に昇進していった…略…そういうところだと割り切って諦めるしかない」という『パワーハラスメントにより形成できなかったキャリア』もあった。

これらを解決するための＜就労継続を可能にする要因＞としては、「偏見も受けたこともないし待遇がちがったことも私の場合ない」という『女性の不利や偏見を感じない職場環境』や「医者という資格を持っているだけでそんなに困らない」という『医師の資格保有によって可能となった就労継続』などが挙げられた。

『家庭との両立を考えて』の放射線腫瘍科医の選択は、「病棟を持たないとかはいいかわからないが、ある程度時間をコントロールできる職業」という『時間のコントロールが可能な業務形態』の期待によるものと示唆された。実際に放射線腫瘍科医を選択した後は、「(大変だったのは) やっぱ育児とかです。出産とか時間があることだし、その分時間が減る。…略…親に援助してもらってやっと働いていたような状況だった」という『仕事と家庭の両立の苦労』をしながら、「今の立場（外来部長）だと自分で自分のスケジュールがきめられるので、娘の授業参観とか出席のため空けておくことができる」という『時間のコントロールが可能な業務形態』になったり、逆に「本当に朝は早くから行って…略…だから12時間ぐらい働いていました」という『仕事の多忙さによる時間配分の難しさ』を感じたりと＜時間のコントロール＞に苦労しつつ＜両立の努力＞をし、「家庭の仕事も普通にやり子どもが小さい時も仕事をフルでやっていた。…略…おも

しろかった」という『仕事と家庭の両立による満足感』を得るに至ったと考えられた。

この過程で「家族の体調が悪いということにも気づけなかった」という『家庭への犠牲』や「私独身ですけ(れ)ど、子どももいないのですけ(れ)ど、そういうことなんて想像していなかったですもの」という『母親としての過去の自己イメージとのギャップ』といった＜両立できなかった思い＞から「仕事にウェイトを置いてきた自分をまだ否定はしていないん(の)ですけ(れ)ど、どうしようかなと思うことがあるん(の)です」という『仕事に対する迷い』が生まれることもあった。

これらの過程を支えるのは「自分を犠牲にしても患者さんのために働けると思えるかというその人の価値観だと思う」といった『人の役に立つというモチベーションの存在』であることが示唆された。また、『放射線腫瘍科の医師不足』からくる「(他の科は)男子学生に積極的な勧誘をするが女性に関しては積極的な勧誘はしない…略…無条件で勧誘があつて電話を何回もしてくれたのが放射線科だった」

「内科とか外科へ行くと男の先生、結婚していない女医さんとは張り合っていけない」という『放射線腫瘍科の性別を超越したキャリア形成の対等性』が女性放射線腫瘍科医の＜医師としてのキャリア形成＞と＜仕事と家庭の両立＞を可能にしていた。この結果、『医師としての人生に対する満足感』『仕事と家庭の両立による満足感』を得るに至り、これらが密接に関わりあいながら＜自己実現の達成＞がされていたと考えられる。

【結論】 女性放射線腫瘍科医の自己実現の主な促進要因は、医師としてのキャリア形成だけではなく、家庭との両立のしやすさ、それを可能にする放射線腫瘍科の性別を超越した対等性が重要であることが示された。主な抑制要因としては、周囲の伝統的性役割意識や同僚の無理解などが示唆された。

連絡先：takeuchi_m@med.teikyo-u.ac.jp

「健康交流の家」開設による健康増進効果の検証

○ 細川陸也（名古屋市立大学）、伊藤美智予（日本福祉大学）
 近藤克則、宮國康弘（千葉大学）、尾島俊之（浜松医科大学）
 後藤文枝、阿部吉晋、越千明（東海市役所）

【背景と目的】

健康日本 21（第2次）では「社会的環境の質向上」による健康格差の縮小が目標に掲げられ¹⁾、また介護予防マニュアルにおいても「まちづくり」による一次予防への方向転換が謳われている²⁾。

東海市では、そうした「社会的環境の質向上」・「まちづくり」による地域住民の健康増進を進める為、敬老の家と自治会集会所機能を併せ持つ「健康交流の家」開設が進められている。2013年4月、東海市では2箇所目となる「健康交流の家」が開設され、開設後3ヶ月間で、延べ利用者が1300名に達し、それ以前と比べ、利用者数が増加している。「健康交流の家」は、東海市と地域住民との協働によって設立されたもので、東海市と地域住民との話し合いを通じて、設立方針等について住民の意向が反映されており、また建設費用の一部（集会所分）は地域住民が負担している。施設の特徴としては、従来の自治会集会場に比べより広いスペースの確保、利用者の憩いの場となる喫茶スペースの設置、そこで応対するボランティアスタッフの常駐などが挙げられ、利用者の利便性・快適性や、利用者が集える場の提供などの面で様々な工夫がなされている。現在、「健康交流の家」では、そうした広いスペースを活用して地域のスポーツや趣味の会などの団体が活動したり、また団体に所属しない地域住民も、施設に併設された喫茶スペースを気軽に利用し、地域の憩いの場となっている。

こうした「健康交流の家」の存在によって、地域住民の健康行動が促されることが確認できれば、「社会的環境の質向上」・「まちづくり」による一次予防の先駆的な事例と考えることができる。そこで、本研究は「健康交流の家」開設による、地域住民の健康行動および健康感の変化を検証することを目的とした。

【方法】

「健康交流の家」開設による、開設前（2013年4月）と開設後（2014年3月）の1年間での地域住民の健康行動と健康感の変化を明らかにする為、以下の調査を実施した。

調査1：団体の変化

利用団体の変化を明らかにする為、17団体の団体代表者17名を対象に、下記の内容の自記式質問紙調査を実施した。

1. 利用者数の変化（性別、年代）
2. 団体の利用頻度・内容の変化

調査2：個人の変化

利用者個人の変化を明らかにする為、団体に属する施設利用者272名および団体に属していない施設利用者61名の計333名を対象に、以下の内容の自記式質問紙調査を実施した。

1. 個人の利用頻度・内容の変化
2. 個人の健康行動の変化
3. 個人の健康感の変化

【結果と考察】

調査1：団体の変化

17団体すべての代表者より回答を得た（回収率100.0%）。利用者数の変化は、65～74歳を中心に増加した（表1）。

表1. 利用者数の変化（年代・性別）

	建設前		建設後	
	男性	女性	男性	女性
64歳未満	3	21	5	31
65～74歳	31	57	46	77
75歳以上	23	28	32	34

無回答を除く

団体の施設利用状況の変化では、利用頻度において、7団体（41.2%）、利用者数についても7団体（41.2%）が増加した。また、利用内容は、12団体（70.9%）が良い方向に変化したと回答した。「健康交流の家」の開設が、地域の利用団体の活動を促進している可能性が考えられた。

調査2：個人の変化

団体所属の利用者 239 名（回収率：87.9%）、および団体に所属しない利用者 41 名（回収率 67.2%）から回答を得、重複回答者・無効回答者等を除く、221 名を分析対象とした。健康行動の変化は、歩く機会：84 名（38.0%）、外出の機会：88 名（39.8%）、会話の機会：117 名（52.9%）、趣味の会への参加機会：56 名（25.3%）、スポーツの会への参加機会：41 名（18.6%）で増加がみられた。

また健康感の変化は、82 名（37.1%）が開設前後で、良い方向に変化したと回答した。次に、健康行動の変化と健康感の変化との関連を分析したところ、健康行動が増加したものは、そうでないものと比較して、健康感が良い方向に変化した割合が有意に高かった（表 2）。これにより、「健康交流の家」の開設による健康行動の機会の増加によって、地域住民の健康感が良い方向に変化した可能性が示唆された。本研究では、健康状態の変化の指標は、主観的健康感のみであるが、歩く機会の増加や、趣味・スポーツの会への参加機会の増加などの健康行動の変化がみられていることより、今後、介護予防への効果も期待できる³⁾と考えられた。

表 2. 健康行動と健康感の変化との関連

	N	健康感の良い 変化		P
		あり	なし	
歩く機会の増加				
あり	60	43	17	.000
なし	79	22	57	
外出の機会の増加				
あり	65	46	19	.000
なし	75	19	56	
会話する機会の増加				
あり	84	52	32	.000
なし	56	13	43	
趣味の会の参加の増加				
あり	41	29	12	.000
なし	96	34	62	
スポーツの会の参加の増加				
あり	26	21	5	.000
なし	101	35	66	
χ^2 検定		無回答を除く		

【結論】

本研究は、「健康交流の家」開設による、地域住民の健康行動と健康感の変化を検証した。

「健康交流の家」開設後、地域住民の利用頻度の増加、活動内容の改善がみられ、さらに、地域住民の健康行動の改善がみられた。

したがって敬老の家と自治会集会所機能を併せ持つ「健康交流の家」の開設は、地域住民の健康行動を促進し、健康感を改善させたと考えられた。本結果より、「健康交流の家」は、「まちづくり」による一次予防に寄与できる可能性が示唆された。

謝辞

調査にあたり、ご協力いただきました東海市の皆様へ心から感謝申し上げます。また、本研究は、厚生労働科学研究費補助金（長寿科学総合研究事業）（H25 - 長寿 - 一般 - 003）の一環として、実施いたしました。

参考文献

- 1) 厚生労働省：健康日本 21（第二次）.2013
- 2) 厚生労働省：介護予防マニュアル（改訂版）.2013
- 3) 伊藤大介. 要支援・介護認定率とソーシャル・キャピタル指標としての地域組織への参加割合の関連：Jages プロジェクトによる介護保険者単位の分析. 社会福祉学. 2013, 54(2),p.56-69.

連絡先：rikuya@med.nagoya-cu.ac.jp

看護師の勤務形態別によるメラトニン変動の比較

○ 根岸好男、鬼塚陽子、加藤千津子、嶋田淳子、林邦彦
(群馬大学大学院保健学研究科)

【目的】睡眠ホルモンとしてのメラトニンはサーカディアンリズムに関与しており、睡眠の研究の指標として不可欠なものの一つとなっている。夜間勤務をしなければならぬ看護業務はサーカディアンリズムに影響を及ぼすことが考えられる。そこで、日勤者と交替勤務者におけるメラトニン量を比較し、その変動に違いがあるのか分析することを目的とした。

【方法】日本ナースヘルス群馬パイロットコホートの中で本研究に承諾した者（交替勤務者 23 名、日勤勤務者 33 名）を対象とした。検体材料は唾液を用い、採取時間は日勤者では早朝 6 時、夕方 15 時の 2 回とし、交替勤務者は早朝 6 時、夕方 15 時のほか夜勤務時の 3 時と夜勤明けの 15 時の 4 回とした。早朝 6 時は、日光を浴びる前、起き上がる前に採取を依頼した。検体採取方法はサリベットコットンを用い、遠心して唾液を採取した。メラトニンの測定は蛍光 ELISA 法で Melatonin kit:Buhlmann 社 Direct saliva melatoninELISA を用いた。

【結果と考察】15 時におけるメラトニン量は、日勤勤務者は 1.6 pg/ml、交替勤務者は 1.4pg/ml であり、大きな相違はなかった。しかし、朝 6 時では日勤勤務者は 18.9pg/ml、交替勤務者は 12.0pg/ml で相違が見られた。メラトニンが最も高値を示すのは 3 時～5 時であり、朝 6 時（日光を浴びる前）ではメラトニンは比較的高値と考えられる。日

勤者、交替勤務者いずれも日中より朝 6 時のメラトニン値が高く、サーカディアンリズムは機能していると考えられる。しかし、交替勤務者の朝 6 時の値は日勤者に比べて低いことから、メラトニン分泌量が低下している可能性が示唆された。また、交替勤務者の 3 時のメラトニンは 15.8 pg/ml であり。日勤者の 6 時の値 18.9 pg/ml よりも低値を示した。この結果からも、交替勤務者ではメラトニン産生が抑制されている可能性が考えられた。

さらに、交替勤務者について、通常の 15 時と交替勤務明けの 15 時を比較すると、15 時では 1.4pg/ml であったのに対し、交替勤務明け 15 時では 4.2pg/ml であった。この結果から、交替勤務明けでは、日中でもメラトニンが高い傾向にあり、サーカディアンリズムがやや乱れている可能性が示された。

メラトニンは日中の活動期は低値となり夜間は高値となるはずである。しかし、夜勤勤務者の中には、日中の活動期と夜間の勤務時を比較し変動が見られないあるいは逆転しているケースが 17%みられた。

以上の結果から、交替勤務者ではサーカディアンリズムが優位であると言われているが、個々人についてメラトニン量の変動を調べると、乱れが生じている場合が少なからず存在すると考えられた。

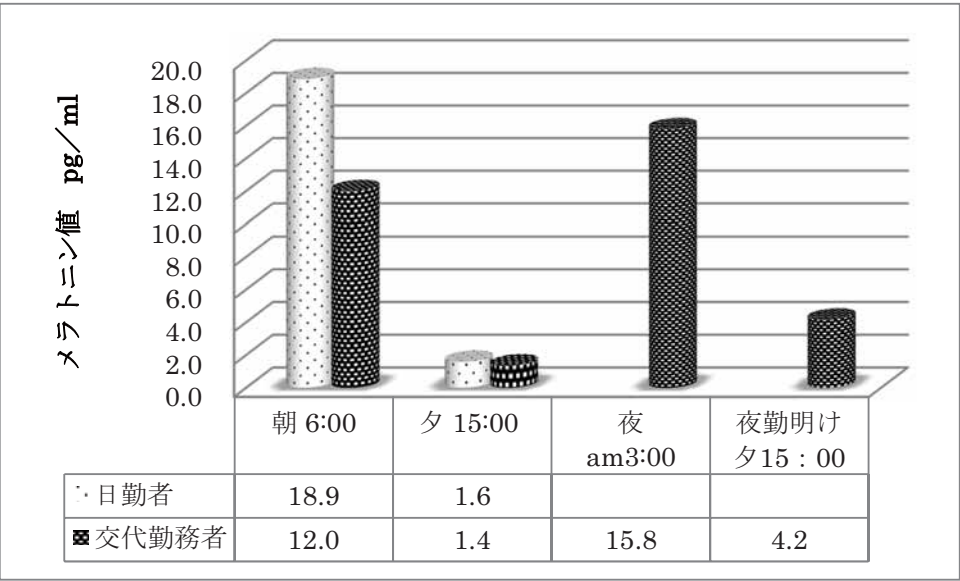


図 勤務形態によるメラトニン分泌量の比較

【結論】 今回の研究では、交替勤務者の朝6時のメラトニン分泌は日勤者と比較して低値であり、さらにメラトニンの推移が逆転もしくは変化のないケースが17%にみら

れた。このことから交替勤務者を個別に調べると、メラトニン分泌の変動に乱れが生じている場合があることが明らかとなった。

連絡先 knbfb230.jp@yahoo.co.jp

地方自治体と大学の連携によるソーシャルキャピタル向上のための健康政策 -その課題と展望-

○立瀬剛志、須永恭子、藤森純子、関根道和（富山大学）、小林俊哉（九州大学）山田広明（北陸先端科学技術大学院大学）、寺西秀豊（富山協立病院）

【目的】富山大学地域医療・保健支援部門は、地域の特性にあった健康な地域づくり政策支援を行っている。地方主権という時代の流れの中で地域における健康づくり事業にも地域の実状に合った独自の健康政策が求められていることを鑑み、本部門では健康調査に基づく地域独自の健康政策の策定、ならびに健康政策推進の体制作りを支援してきた。今回、ソーシャルキャピタル（以下 SC）の醸成を健康政策の軸に据えた富山県舟橋村の健康政策「ふなはしむら健康構想」推進を支援し、その一連の過程から、SC 向上のための事業への支援課題とその展望を検討する。

【方法】舟橋村は人口 3,000 人の小規模な自治体である。富山県の中心部からの交通の便が良く、近年ベッドタウン化が進んでいるが、急速な人口流入によりコミュニティ機能の衰退が著しい。こうした背景から舟橋村では地域におけるコミュニティ力を再生すべく SC の醸成を柱に掲げた健康構想を策定するに至った。住民同士の信頼関係が健康につながることを重視した本構想は、舟橋村首長の提案により平成 23 年から開始された。同年には住民の健康と暮らしの状態を把握するための調査「生活環境と暮らしの調査（回収率 71.1%）」を実施し、24 年度に調査結果を踏まえた村独自の健康構想「ふなはしむら健康構想書」を富山大学と舟橋村の協働により策定した。また構想

書に示される具体的な政策の推進体制案に基づき、本構想を舟橋村全体の取り組みとして健康づくりプラン 21 の上位事業に位置づけた。推進体制においてはヘルスセクターによる「健康行動部会」の設置に加え、SC の醸成を核とした事業をより効率的に推進すべくヘルスセクター以外の構成員も含む「地域連帯部会」を設置した。こうして職員による 2 つの部会を設置し、両輪での運営体制を整備した。

こうした一連の段階を経て、地域独自の健康政策として具体的な SC 醸成の取り組みを開始した舟橋村への支援の事例を通し、SC 向上のために向けた地域支援活動の現状と展望を報告する。

【結果と考察】本健康構想では豊かな地域づくりを通して「日本一健康なコミュニティ」を目指すという目標を独自に設定しており、住民交流の活性化は最も重要なテーマである。

住民の交流を促進する健康拠点整備事業が必要であるという認識の下、25 年度は拠点整備を中心に据えた事業計画を立案し、ワークショップを通して計画実現のための課題と展望の明確化を図った。

SC 醸成における事業の展望を明確にするためには、関連職員である健康構想推進員の本構想への十分な理解が必要不可欠であるが、それを阻害する次の課題が存在した。

- 1) 健康という概念の捉え方におけるコンフリクト
- 2) SC醸成における具体的な方法論の欠如
- 3) 職員数の限られた“小規模自治体”での効率的な事業間連携と事業遂行時のPDCA機能の不足

上記 1) の課題について、事業を担当する健康構想推進委員に対して、より広い「健康」の概念とそれに基づいた SC 醸成への理解を求めた。“地域の信頼”という健康との関連が見えにくい SC の要素を構想の柱とする場合、ヘルスセクター以外の職員が関与しやすくなる半面、それらがどのように健康政策と関連するのかは理解されにくい。そこで、健康という概念を“欠如の思想（病気でない状況や不健康な行動をしていないなど）”で捉えるのではなく“全体的な健康感という視点（相対的健康や実存的な痛みなど）”へ転換することを重点的な理解内容として各自の事業計画に盛り込むことを推奨した。実際の事業計画立案においては現在行っている（または行う予定である）事業の中に健康支援を取り込んでいくという作業が行われたが、その過程において健康支援という行為が保健師や栄養士など専門職のみが行う業務であるという認識が見受けられる場面も散見された。そこで身体的疾患や障害を持つ人たちにとらわれ過ぎないように地域の健康な人を対象に問題解決能力を高めるような支援を実施する精神保健運動（コミュニティモデル）でのアプローチを重視し事業計画を再検討した。

上記 2) の課題については、SC の事例検討会を通じて具体的な支援方法を検討する中で、SC 醸成にとって重要な支援とそうでないものの区分について検討するワークシ

ョップを開催した。これにより、たとえば「住民主体の地域づくり」という地域課題に対して、単に限られた住民が主体的であれば良いわけではなく広く住民が関わり役割が持てるような地域の仕組みの重要性などが明確になり、従来の地域政策の中に新たな視点を盛り込むに至った。しかしその過程には地域の既存団体を活性させて SC を推進する考え方とあくまで自律性（自治）を重視するという視点のギャップが見受けられた。

上記 3) の課題については、各職員の事業計画立案や SC の理解に向けたワークショップに加え、健康事業影響評価を実施する中で PDCA サイクル を明確にするための支援を行なった。ここでは健康影響の自己評価を伴う PDCA サイクルの機能を各自の事業に取り組む準備はできたが、実際に各自の事業を健康構想に位置づけ遂行するためには事業間の更なる緊密な連携が必要であるという更なる課題が明確になった。

【結論】 地域独自の健康構想の推進のための一連の課題を明確にし支援を行うことにより、SC の醸成を踏まえた事業を展開する際には多様性を持って多職種間が協働する必要があることへの政策側の理解が重要と思われる。また SC という見えにくいテーマを扱う際には、「健康」を一元的な概念にとらわれることなく、健康な生活や健康なコミュニティに対しても柔軟に理解し、地域住民との協働を促すことと思われる。これらを踏まえた上で、住民が自主的且つ自律的に SC を推進する機能モデルを検討し、実践・評価していくことが次なる段階と考える。

連絡先：tatsuse@ctg.u-toyama.ac.jp

健康診断における血清 GGT 上昇と CVD リスクファクターの評価

○山崎美智子、登坂由香、石崎昌夫、山田裕一（金沢医大・医・衛生）

【目的】血清 γ -glutamyltransferase (GGT) は γ -GTP と呼ばれ、1989 年に AST や ALT とともに肝機能検査として職場定期健康診断の必須項目とされたが、その評価方法は定まっていない。一方、諸外国では、近年、血清 GGT が将来の糖尿病やメタボリックシンドロームなどの心血管疾患 (CVD) リスクファクターの出現に関連することが報告されてきている。そこで、日本の労働者集団の健康診断で観察される血清 GGT 上昇と、その後の CVD リスクファクター出現との関連を、6 年間の後ろ向き縦断研究によって検討した。

【方法】対象は、2003 年と 2009 年に職場定期健康診断を受診した労働者で、空腹時採血が行われていた 40～64 歳の男性 2,603

名、女性 1,924 名。男性、女性、全体それぞれに血清 GGT 値を 4 区分し、CVD リスクファクターとして、高血圧、糖尿病、高中性脂肪血症、高尿酸血症、蛋白尿について、単変量解析と多重ロジスティック回帰分析による多変量解析を行い、血清 GGT と 6 年後のそれらの出現との関係性を評価した。降圧剤服用中か血圧 140/90mmHg 以上を高血圧、血糖降下薬服用中か空腹時血糖 126mg/dL 以上または HbA1c が 6.5% (NGSP 基準) 以上を糖尿病、150mg/dL 以上を高中性脂肪血症、220mg/dL 以上を高コレステロール血症、40mg/dL 未満を低 HDL-コレステロール血症、男性 7.0mg/dL 以上と女性 6.0mg/dL 以上を高尿酸血症、試験紙法で 1+以上を蛋白尿とした。

表 1. 観察初年度の GGT4 区分(男女別)と 6 年後の CVD リスクファクター発現

		高血圧			糖尿病			高中性脂肪血症			高尿酸血症			蛋白尿		
		OR ^a (95% C.I.)	<i>p</i>		OR ^a (95% C.I.)	<i>p</i>		OR ^a (95% C.I.)	<i>p</i>		OR ^a (95% C.I.)	<i>p</i>		OR ^a (95% C.I.)	<i>p</i>	
男性単変量解析																
GGT4 区分	Ⅱ	1.22 (0.89－1.67)	-		1.45 (0.76－2.77)	-		1.54 (0.99－2.38)	-		1.65 (1.07－2.55)	*		1.61 (0.70－3.70)	-	
	Ⅲ	1.72 (1.27－2.34)	**		2.47 (1.36－4.48)	**		1.75 (1.12－2.71)	*		1.60 (1.03－2.49)	*		1.60 (0.70－3.69)	-	
	Ⅳ	2.53 (1.86－3.44)	***		4.13 (2.35－7.26)	***		1.88 (1.20－2.96)	**		1.84 (1.18－2.87)	**		2.29 (1.04－5.04)	*	
男性多変量解析																
GGT4 区分	Ⅱ	1.07 (0.77－1.48)	-		1.37 (0.71－2.66)	-		1.46 (0.94－2.29)	-		1.37 (0.88－2.14)	-		1.64 (0.70－3.85)	-	
	Ⅲ	1.36 (0.98－1.89)	-		2.33 (1.24－4.35)	**		1.65 (1.04－2.63)	*		1.18 (0.74－1.87)	-		1.60 (0.66－3.86)	-	
	Ⅳ	1.85 (1.32－2.59)	***		4.39 (2.35－8.20)	***		1.72 (1.04－2.84)	*		1.15 (0.70－1.86)	-		2.46 (1.01－6.00)	*	
女性単変量解析																
GGT4 区分	Ⅱ	1.03 (0.65－1.61)	-		2.15 (0.39－11.80)	-		0.78 (0.31－1.95)	-		0.98 (0.41－2.34)	-		2.16 (0.39－11.82)	-	
	Ⅲ	1.19 (0.77－1.82)	-		4.07 (0.88－18.95)	-		2.07 (1.00－4.27)	-		1.68 (0.80－3.55)	-		1.34 (0.22－8.07)	-	
	Ⅳ	1.73 (1.14－2.62)	**		10.43 (2.43－44.75)	**		2.90 (1.44－5.85)	**		2.88 (1.43－5.79)	**		3.27 (0.68－15.80)	-	
女性多変量解析																
GGT4 区分	Ⅱ	1.01 (0.64－1.60)	-		1.99 (0.36－10.99)	-		0.78 (0.31－1.96)	-		0.96 (0.40－2.30)	-		2.18 (0.39－12.06)	-	
	Ⅲ	0.96 (0.61－1.51)	-		3.14 (0.66－14.96)	-		1.92 (0.91－4.02)	-		1.49 (0.69－3.20)	-		1.32 (0.22－8.15)	-	
	Ⅳ	1.26 (0.81－1.96)	-		7.23 (1.62－32.34)	*		2.62 (1.26－5.46)	*		2.37 (1.14－4.95)	*		3.50 (0.68－18.11)	-	

男性 GGT4 区分: I (-26)、II (27-41)、III (42-72)、IV (72-) 女性 GGT4 区分: I (-13)、II (14-16)、III (17-23)、IV (24-)

a: OR は GGT4 区分 I に対する比

p: *** (0.1%未満)、** (1%未満)、* (5%未満)、- (5%以上)

b: 年齢, BMI, 飲酒, 喫煙を調整した多重ロジスティック回帰分析

【結果と考察】

観察初年度の男女別に求めた血清 GGT4 区分と 6 年後に発生していた CVD リスクファクター（高血圧、糖尿病、高中性脂肪血症、高尿酸血症、蛋白尿）のロジスティック分析結果は表 1 の通りである。男性の単変量解析ではいずれも有意であり、年齢、BMI、飲酒、喫煙を調整した多重ロジスティック回帰分析では高尿酸血症を除いて有意だった。女性の単変量解析では蛋白尿を除いて有意、多重ロジスティック回帰分析では高血圧と蛋白尿を除いて有意だった。

観察初年度の男女合わせた全体より求めた血清 GGT4 区分と 6 年後に発生していた CVD リスクファクター（高血圧、糖尿病、高中性脂肪血症、高尿酸血症、蛋白尿）のロジスティック分析結果は表 2 の通りである。単変量解析ではいずれも有意であり、年齢、BMI、飲酒、喫煙を調整した多重ロジスティック回帰分析では、蛋白尿を除いて有意だった。性別を加えた多重ロジステ

ック回帰分析では、糖尿病、高中性脂肪血症、蛋白尿では性差は認められず、高血圧、高尿酸血症では性差が認められたが、その差は小さいものだった。

我々は 1989 年から、飲酒と肥満による血圧上昇には血清 GGT 上昇を介する共通機序、即ち、脂肪肝とインスリン抵抗性が関与する可能性を報告してきた。近年、その推察を裏付けるような研究結果が諸外国で報告されてきている。今回の検討結果は、肝臓での脂肪蓄積が同程度であれば、男女共通にリスクファクターが出現することを示唆している。健康診断では、血清 GGT 上昇は飲酒に起因するとされ、軽度上昇は考慮されてこなかった。しかし、今後は CVD との関連を着目していく必要がある。

【結論】職場健康診断で観察される血清 GGT 上昇は、それが基準範囲内であっても、CVD リスクの上昇として注目すべきと思われる。

連絡先：yamami@kanazawa-med.ac.jp

表 2. 観察初年度の GGT4 区分(性別無し)と 6 年後の CVD リスクファクター発現

		高血圧			糖尿病			高中性脂肪血症			高尿酸血症			蛋白尿		
		OR ^a (95% C.I.)	<i>p</i>		OR ^a (95% C.I.)	<i>p</i>		OR ^a (95% C.I.)	<i>p</i>		OR ^a (95% C.I.)	<i>p</i>		OR ^a (95% C.I.)	<i>p</i>	
単変量解析																
GGT4 区分	II	1.53 (1.16–2.01)	**		3.80 (1.67–8.65)	**		3.02 (1.84–4.94)	***		2.28 (1.42–3.64)	**		1.50 (0.64–3.56)	-	
	III	2.12 (1.62–2.79)	***		6.12 (2.74–13.64)	***		4.78 (2.95–7.75)	***		3.90 (2.48–6.14)	***		2.56 (1.14–5.74)	*	
	IV	3.79 (2.91–4.95)	***		13.03 (6.01–28.26)	***		4.95 (3.03–8.09)	***		4.77 (3.03–7.51)	***		3.32 (1.52–7.29)	**	
多変量解析 ^b																
GGT4 区分	II	1.24 (0.93–1.65)	-		2.98 (1.30–6.86)	*		2.74 (1.65–4.54)	***		1.87 (0.88–2.14)	*		1.00 (0.41–2.43)	-	
	III	1.45 (1.07–1.96)	*		4.26 (1.85–9.80)	**		3.95 (2.35–6.63)	***		2.60 (0.74–1.87)	***		1.37 (0.56–3.33)	-	
	IV	2.12 (1.54–2.93)	***		8.87 (3.84–20.48)	***		3.76 (2.15–6.57)	***		2.53 (0.70–1.86)	**		1.56 (0.61–3.97)	-	
多変量解析 ^c																
性差 ^d		0.73 (0.55–0.98)	*		0.74 (0.44–1.26)	-		0.74 (0.49–1.11)	-		0.63 (0.42–0.95)	*		0.88 (0.39–2.02)	-	
GGT4 区分	II	1.16 (0.86–1.55)	-		2.78 (1.19–6.46)	*		2.55 (1.52–4.27)	***		1.68 (1.02–2.75)	*		0.96 (0.38–2.42)	-	
	III	1.13 (0.93–1.78)	-		3.76 (1.58–8.91)	**		3.51 (2.04–6.04)	***		2.15 (1.27–3.63)	**		1.30 (0.50–3.38)	-	
	IV	1.86 (1.32–2.62)	***		7.74 (3.23–18.51)	***		3.31 (1.85–5.94)	***		2.07 (1.18–3.62)	*		1.48 (0.54–4.02)	-	

GGT4 区分: I (-16)、II (17-27)、III (28-50)、IV (51-)

p: *** (0.1%未満)、** (1%未満)、* (5%未満)、- (5%以上)

a: OR は GGT4 区分 I に対する比

b: 年齢、BMI、飲酒、喫煙を加えた多重ロジスティック回帰分析

c: 性別、年齢、BMI、飲酒、喫煙を調整した多重ロジスティック回帰分析

d: OR は男性に対する女性の比

がんの年齢調整死亡率と標高の関連

○青地ゆり¹, 芹澤加奈¹, 扇原 淳²

1 早稲田大学大学院人間科学研究科, 2 早稲田大学人間科学学術院

【背景・目的】

近年、標高と健康の関連が議論されている。例えば、標高とうつ病との間に正、肥満とは負の関連が報告されている。我が国では、標高と平均寿命、脳卒中の罹患率の間に正の関連があることが報告されている。しかしながら、がんと標高との関連について報告したものはみられない。

そこで、本研究では、都道府県レベルでがんと標高との関連を検討することを目的とする。

【対象・方法】

標高に関する指標として、財団法人日本地図センター出版「地理情報データハンドブック」より都道府県別平均標高を用いた。がんに関する指標には、国立がん研究センターが算出した 2012 年度都道府県別 75 歳未満がんの年齢調整死亡率〔男・女〕を用いた。がんについては、全部位と部位別（食道・直腸 S 状結腸移行部・膵・卵巣・胃・肝及び肝内胆管・気管、気管支及び肺・前立腺・結腸・胆のう及び他の胆道・乳・膀胱・悪性リンパ腫・白血病・大腸）の数値を使用した。

分析方法は、まず、都道府県別平均標高と都道府県別 75 歳未満がんの年齢調整死亡率の相関分析を行い、Pearson の相関係数を算出した。

次に、標高と有意な関連がみられた、気管・気管支及び肺がん〔男〕（ $R = -0.334$ ）の年齢調整死亡率を目的変数、標高と標高以外にがん関連指標として、都道府県別の人間開発指数（HDI）、日照時間（年間）、気温（年平均）、喫煙率（男・女）、自動車保有台数、ばいじん排出量（年間）を説明変数として、重回帰分析を行った。また、同様に、相関分析において有意な関連がみられた乳がん（ $R = -0.350$ ）の年齢調整死亡率を目的変数、標高と

人間開発指数、日照時間、気温、脂質エネルギー比率〔男・女〕を説明変数として重回帰分析を行った。なお、有意水準は $p < 0.05$ とし、分析には SPSS Statistics22 を使用した。

【結果】

重回帰分析の結果、気管・気管支及び肺がん〔男〕の年齢調整死亡率に対して、有意な標準回帰係数として、ばいじん排出量（標準化 $\beta = 0.357$, $P = 0.007$ ）・喫煙率〔男〕（標準化 $\beta = 0.444$, $P = 0.001$ ）・標高（標準化 $\beta = -0.313$, $P = 0.016$ ）が抽出された。

また、乳がんの年齢調整死亡率に対して、有意な標準回帰係数として標高（標準化 $\beta = -0.350$, $P = 0.017$ ）が抽出された。

【考察】

気管・気管支および肺がん〔男〕の死亡率との間に統計学的に有意な正の関連が認められたばいじん排出量は、大気汚染に関する指標である。大気汚染は、住民全員が曝露することから公衆衛生上のインパクトは大きく、肺がんのリスク対策としても重要であることが指摘されている（Yorifuji T. et al, 2013）

標高と気管・気管支及び肺のがん〔男〕、および乳がんの年齢調整死亡率の間に有意な負の関連が認められたが、標高が空気や森林環境といった標高そのものの影響を表しているのか、都市と農村といった食生活や地域住民同士のネットワークの影響が表れているのかについては議論が必要である。今後、市町村レベルで標高とがんの関連を解析し、より詳細な分析を行っていく。

連絡先：y-acacia@akane.waseda.jp

都市郊外に居住する在宅高齢者の就労と3年後の健康寿命との関連構造

○渡部月子¹（神奈川県立保健福祉大学）、藤井暢弥²（首都大学東京都市システム科学）、櫻井尚子³（慈恵医科大学大学院）、星旦二²（首都大学東京都市システム科学）

【目的】研究目的は、都市郊外に居住する要介護状態にない高齢者を対象として、健康3要因と社会経済的要因が3年後の就労と健康寿命に影響する因果構造を明らかにすることである。

【方法】調査方法は、郵送自記式質問紙調査である。初回調査は、2001年9月東京郊外A市に居住する在宅高齢者16,462名全員を対象として得られた13,195名（回収率80.2%）を基礎データとした。3年後の2004年9月に同様の質問項目による追跡調査を実施し、2001年時点で要介護2以上の高齢者を除く65歳～84歳までの7,810名を分析対象とした。3年後の新規の要介護度と生存日数を“健康寿命”（“”は潜在変数）とした。探索型因子分析に基づいて抽出された“就労”“社会経済的要因”“健康3要因”との因果構造について共分散構造分析を実施した。分析にはSPSS19.0 J for WindowsとAmos19.0 J for windowsを用いた。

【結果と考察】1.対象者の概要

表1 性年齢階級別にみた調査対象者数(2001年時点)

	65-69歳	70-74歳	75-79歳	80-84歳	合計
男性	1,801	1,059	578	272	3,710
	47.1	27.7	15.1	7.1	100.0
女性	1,765	1,132	818	385	4,100
	40.9	26.2	19.0	8.9	100.0
合計	3,566	2,191	1,396	657	7,810
	43.8	26.9	17.2	8.1	100.0

2. 探索型因子分析

共分散構造分析に用いる潜在変数を探る目的で探索的因子分析を行った結果、第1因子は「近所つきあい」「地域活動」「趣味活動」「外出頻度」が抽出され、“社会的健康と命名した。第2因子は「主観的健康感」「昨年比較健康」「治療疾病数」「生活満足感」であり、“精神的健康”と命名した。第3因子は「IADL」「BADL」であり、“身体的健康”と命名した。第4因子は「等価収入額」「学歴」であり“社会経済的要因”と命名した。第5因子は「仕事日数」「仕事生きがい」であり“就労”と命名した。5つの因子累積寄与率は54.9%であった。

表2 観測変数に対する探索的因子分析結果					
	因子負荷量				
	因子1	因子2	因子3	因子4	因子5
近所つきあい	0.698	-0.044	-0.023	-0.052	0.105
地域活動	0.641	-0.092	0.009	-0.119	-0.011
趣味活動	0.595	0.128	-0.028	0.083	-0.126
外出頻度	0.251	0.01	0.107	0.113	0.210
主観的健康感	-0.035	0.744	0.047	-0.073	0.067
昨年比較健康	-0.027	0.615	0.003	0.031	0.021
治療中疾病数	0.013	-0.353	0.000	0.077	0.008
生活満足感	0.155	0.295	-0.051	0.204	-0.084
IADL	0.005	-0.015	0.832	0.023	-0.021
BADL	-0.033	0.049	0.279	0.010	-0.034
等価収入額	-0.051	-0.094	-0.035	0.699	0.104
学歴	-0.047	0.009	0.065	0.459	-0.107
仕事日数	-0.290	0.041	-0.030	-0.036	0.653
仕事生きがい	-0.03	0.011	-0.039	0.000	0.269
固有値	2.526	1.439	1.357	1.212	1.104
因子累積寄与率	18.043	28.707	38.402	47.059	54.941
信頼係数 α	0.601	0.414	0.456	0.445	0.292
因子抽出法: 最尤法					
回転法: Kaiserの正規化を伴うプロマックス法					

3. 社会経済的要因・健康 3 要因と就労、健康寿命との総合的な構造分析

都市郊外に居住する 65～84 歳高齢者の“就労”から“健康寿命”への直接効果の標準化推定値は、男性 0.488、女性 0.481 と強い関連性がみられた。しかし、“社会経済的要因”、“健康 3 要因”、“就労”、“健康寿命”との総合的な関連構造をみると、“就労”から“健康寿命”への直接効果の標準化推定値は、性別・前期・後期高齢者ごとに男性 -0.009～0.062、女性 -0.048～-0.039 と、直接的な関連はみられなかった。“健康 3 要因”から“健康寿命”への直接効果の標準化推定値は、男性 0.661～0.746、女性 0.378～0.569 であり、“社会経済的要因”から“就労”への直接効果の標準化推定値は、男性 0.310～0.645 と高い値を示した。“社会経済的要因”から“健康寿命”への間接効果の標準化推定値は、男性 0.133～0.074、女性 0.098～0.087 であった。社会経済的要因から“就労”への総合効果の標準化推定値は、男性 0.362～0.439、女性 0.091～0.439、

“健康 3 要因”から“健康寿命”への総合効果の標準化推定値は、男性 0.658～0.557、女性 0.401～0.557 であった。このモデルの適合度指数は、NFI=0.865、CFI=0.885、RMSEA=0.025 と高い適合度が得られ、3 年後の“健康寿命”への決定係数は、性別にみて 16～53% であった。“就労”は“健康寿命”に直接的な関連はみられず“社会経済的要因”が“就労”や“健康 3 要因”に直接影響し、“健康 3 要因”を経由して“健康寿命”が規定される構造が明らかになり、高齢者の就労が維持できるための健康支援や就労を支える環境整備が重要であることが示唆された。

【結論】 構造的にみて要介護状態にない高齢者の就労は、“健康寿命”に直接影響せず“健康 3 要因”や“社会経済的要因”が交絡要因として“就労”を規定していた。本研究の因果構造について、内的・外的妥当性を高めることが今後の研究課題である。
連絡先：watanabe-t@kuhs.ac.jp

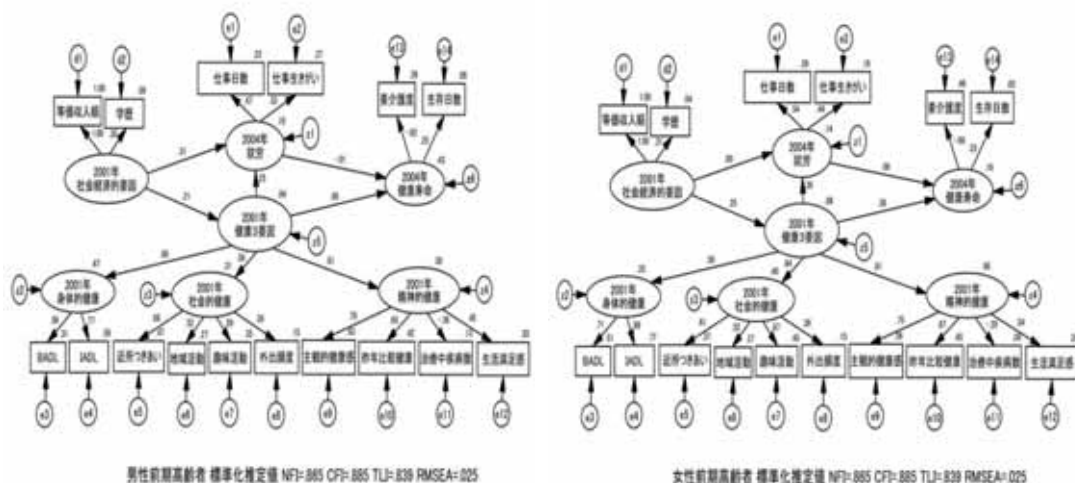


図 1. 男女別前期高齢者における健康寿命を規定する就労との関連構造

富山県内における地域近接型ゲートキーパー養成事業の展開

○小林 俊哉（九州大学） 立瀬 剛志 須永 恭子（富山大学）
山田 広明（北陸先端科学技術大学院大学）

【目的】「富山地域ストレス研究会」は、平成 24 年度より富山県厚生部健康課「自殺対策先導的取組支援事業」の助成を得て、「地域における心の健康」を基調テーマとした事例検討会も含むメンタルヘルス 6 次予防教育プログラム「ゲートキーパー応用講習会」を富山で実施している。

平成 24 年度は富山市中心部の富山県民会館を会場として 2 回実施した。その際の講習会参加者へのアンケート調査結果から、より多くの方が、考え・参加・行動できるよう富山県内の地区センターにて研修できるような講習会であってほしいという要望が数多く見られた。こうした要望に応え、平成 25 年度は今後、活動を地域展開しより多くの人に参加してもらえる機会を作るために、高岡、砺波、中新川、新川の 4 地区別での「地域近接型」を意識した講習会として展開した。同応用講習会における自殺対策支援のニーズの抽出と効果の検証を目的とするアンケート調査を実施した。

【方法】

本応用講習会は、富山県厚生部健康課が支援するゲートキーパー講習会を受講された方、または地域における心の支援に興味のある方を対象に実施された。内容はゲートキーパー実践への応用的な講座（第 1 部）とワークショップ方式による課題の検討会（第 2 部）の 2 部構成とした。実施時期は、高岡地区が平成 25 年 11 月 30 日（第 1 部）、12 月 22 日（第 2 部）、砺波地区が平成 25

年 12 月 7 日（第 1 部）、平成 26 年 1 月 12 日（第 2 部）、中新川地区が平成 26 年 1 月 11 日（第 1 部）、1 月 19 日（第 2 部）、新川地区が平成 26 年 1 月 18 日（第 1 部）、1 月 26 日（第 2 部）であった。全 4 回の第 1 部参加者 83 名（4 地区全体）、第 2 部参加者 54 名（高岡地区のみアンケート調査不実施）を対象とした同応用講習会の満足度や参加動機並びに意見・感想なども含めた講習会へのニーズと評価を匿名での自己式質問票による調査で収集し分析対象とした。

【結果】

第 1 部の地区別回答者数は、高岡地区が 18 名、砺波地区が 17 名、中新川地区が 24 名、新川地区が 24 名の合計 83 名（男性 14 名、女性 60 名、無回答 9 名）であった。この回答者のうち 20 代は 2.4%（24 年度は 10.3%）、30 代は 8.4%（同 20.0%）、40 代 8.4%（同 15.4%）、50 代 20.5%（同 20.5%）、60 才以上が 60.2%（同 33.3%）という年齢構成であった。過去のゲートキーパー講習の受講経験は「あり」が 42.2%（24 年度は 22.5%）、なしが 57.8%（同 77.5%）であった。このように受講経験ありの割合は 24 年度よりも 1.9 倍増えていた。また参加者はメンタル支援関連職を含む地域行政職が 23 名、民間等組織職員 10 名（27.7%）、住民団体 16 名（12%）、その他（主婦、自営業、退職者等）31 名（37.3%）であった。24 年度は保健職 14 名、メンタル支援関連職 12 名（行政含む）、その他一般その他 17

名から構成されており、仕事として支援を行っている人が半数以上を占めたが、25年度は77%が非行政組織となった。

第1部の平均の満足度は、満足が97.8%であった（24年度は97.4%）。第2部の四画面思考法による事業計画作成の満足度は、満足が98.1%、不満足が1.9%。作成した事業計画の発表の満足度は、満足が96.2%、不満足が3.8%であった。そして第1部、第2部を通した応用講習会全体の満足度は98.1%、不満足1.9%であった。「地域近接型」を意識した25年度の満足度は24年度よりも少し高くなった。24年度は回答者のうち、行政関係者と非行政（地域住民等）のニーズの違いを明確にするため、行政と一般とに分けてクロス集計を行った。しかし25年度は、行政、非行政とも第1部、第2部とも満足度はどちらも96%以上で顕著な差は見られなかった。

また本講習会を知った理由は83名中74名が（行政等からの）チラシによるものであり、次いで知人の紹介、その他であった。

【自由記述よりの評価】

その他、講習の感想、検討会の感想、参加者の動機、講習会全体に対する意見や要望に関しての自由記述の結果から以下のような課題や評価が今後の検討事項として抽出された。

「第1部の感想」より：「事例があつての勉強はいい」（民間組織職員）、「産業医さんのお話を聞く機会がなく、今日は色々例を示して頂きよかった」（傾聴ボランティア）、「話しを聞くポイントを、事例を交えて分かりやすく教えて頂いた」（住民団体）等、

E-Mail kobayashi.toshiya.303@m.kyuhyu-u.ac.jp

事例についての学習の機会としての評価が多かった。

「第2部の感想」より：「自分を振り返ることができてよかった」（会社員）、「自分のしたいこと、そのための準備、自分の強みと弱みが鮮明になった」（退職者）、「自分の立場、今後やりたいことに関しての気づきができた」（主婦）、「今の計画が目に見えてきた」（自営業）等、ゲートキーパーとして現在抱えている課題の明確化に役立ったという回答が多く見られた。

「参加の動機」より：「身につけておきたい、研修の項目でしたから」（民生委員）、「お客様の窓口になれたらと思ってきました」（美容室経営）、「身近に障害を抱えている者がいるため」（地域行政職）等日常業務の中で切実な動機での参加者が多く見られた。

「講習会全体に対する意見・要望」より：次年度の活動に繋がる評価として、「ネットワーク化すればよいのでは。ここにこんな人がいるから相談してみようと思えるようになればよい」（民間組織職員）、という意見や「フォローアップ講座を今後も受けていきたい」（自立生活支援員）といった意見が見られた。本応用講習会の継続性と講習会修了者の相互連携の機会と場の創造が重要な課題として浮かび上がった。

【結論】 これらの結果から、さらに受講者ニーズを広く取り入れブラッシュアップするとともに、養成されたゲートキーパーのネットワークを構築していく必要性和地域で多くの人がつながれる場の設定も兼ねた応用講習会として今後も継続していくことが重要と思われる。

特定健康診査・特定保健指導におけるくり返しについて —60 歳代女性動機づけ支援対象者に焦点をあてて—

○上野満里(九州大 博士後期課程)

【目的】本発表の目的は A 市が実施した特定健康診査を受診し動機づけ支援と判定された 60 歳代女性 3 名に対して行われた特定保健指導の内容をもとにして、くり返しの機能と効果を考察し、より効果的な特定保健指導の在り方を検討することである。

【方法】研究対象は特定健康診査を受診し動機づけ支援と判定された 60 歳代女性(以下、対象者)と特定保健指導担当者で行われた初回面接である。研究期間は平成 22 年 5 月から平成 22 年 6 月であった。データの収集は特定健康診査・特定保健指導の会場で保健師から対象者を紹介してもらい研究目的、方法、予測されるリスク等を口頭と文書で説明し文書で同意を得たのちに IC レコーダーに録音した。また、各特定保健指導場面に同席し対象者の反応を含めたフィールドメモを作成した。データの分析はデータの信頼性を確保するために IC レコーダーに録音し、その内容とフィールドメモは宇佐美(2011)に準拠して文字化を行った。本発表におけるくり返しは中田(1992:271)に準拠して同じ会話における既出の発話をなぞることとする。文字化された特定保健指導の会話の中から 60 歳代動機づけ支援対象者のくり返し場面を抽出し、誰の発話のくり返し、出現のタイミング、くり返しの形状について分析した。機能については中田(1992)のくり返しの機能に準拠して分析した。くり返しの 7 つの機能は関說的機能(何かを述べたり情報をやり取りしたりす

るような伝達内容重視のコミュニケーションを助ける働き) 心情的機能(会話における話者の心情や態度を表現する働き) 動能的機能(指示や説得のように会話の相手に直接的な影響を与える働き) 関与する機能(交話的機能(言葉のやり取りによる接触関係を保つ上での機能) 詩的機能(音やリズム、ことば遊びのような効果をあげる働き) メタ言語的機能(相手の言った言葉の意味を尋ねるなど言語そのものについて言及する機能) 談話構成的機能(談話の構造表示や運営に関わる働き) である。

【結果と考察】事例 1 は 60 歳代女性で専業主婦の A と 40 歳代女性で管理栄養士 X で構成され市役所の会議室で行われた。事例 2 は 60 歳代女性で専業主婦の B と 30 歳代女性で管理栄養士 Y で構成され市役所の会議室で行われた。事例 3 は 60 歳代女性で専業主婦の C と 30 歳代保健師 Z で構成され公民館で行われた。総録音時間はそれぞれ 74 分、47 分、19 分であった。事例 3 の総録音時間が事例 1、2 と比較して短いのはグループ支援を受けた後に目標等を決める個別支援を受けたためである。

1. 動機づけ支援対象者のくり返しの特徴
総発話数に対するくり返しの出現率について、事例 1 は 29.5%、事例 2 は 23.9%、事例 3 は 27.3%であった。総録音時間には約 3.4 倍の差があったがくり返しの出現頻度は 20%台であることから会話時間に関わらず一定の割合で行われていると考えられる。誰の発話のくり返しについて、3 事

例において対象者自身の発話の繰り返しは特定保健指導担当者の発話より少なかった。くり返しの出現のタイミングについて、対象者の発話内のくり返しは特定保健指導担当者の発話や対象者自身の既出の発話を比較すると 1.5 倍から 3 倍多かった。くり返しの形状には、そのまま、一部変更（省略や追加）、言い換え、要約が観察された。

2. くり返しの機能

3 事例に共通するくり返しの機能には関說的機能、心情的機能、動能的機能、交話的機能、メタ言語的機能、談話構成的機能があつた。3 事例に観察できなかったものは詩的機能であつたが、その理由は 3 事例ともに初対面で特定保健指導を受けるという緊張感からユーモアを交える機会が少なかったのではないかと考える。

3. くり返しが次の発話に与える効果

対象者のくり返しによって会話が促進されたものには関說的機能、交話的機能が関与していた。特定保健指導では検査結果から健康状態を理解し生活習慣を見つめ直し改善点を明らかにする必要がある。特定保健指導担当者の生活習慣に関する質問や確認に対して、対象者はくり返しを活用して質問や確認の内容を捉え応答していた。その発話は比較的短いものであつた。情報を得た特定保健指導担当者は円滑に次の話題へ展開していることから情報の共有が促進されたと考えられる。また、対象者は生活習慣の振り返りや生活習慣の改善点を見出すために過去の生活を思い出したり、特定保健指導担当者の説明に対して考え、伝えるためには話の内容を整理する時間を作るためにくり返しを使用していた。このくり返しは交話的機能が関与していると考え

られる。特定保健指導担当者はこの時間を活用し次の話題を準備していることから更に会話が促進されていると考えられる。

対象者のくり返しによって会話が促進されなかったものには動能的機能が関与していた。現在の運動で物足りなさを感じている対象者はこのペースでよいと評価された運動をくり返しによって相手に一旦合わせながらも和らげた形で反論をしていた。しかし、特定保健指導担当者は「じゃあ運動はねえ、このままでバッチリ」という説明で話題を終了している。これは発話数や科学的根拠をもとに説明する保健指導担当者と主観を重視する対象者の違いによってくり返しの機能が十分に機能していないことが考えられる。

【結論】 A 市が実施する特定健康診査を受け動機づけ支援と判定された 60 歳代女性 3 名を対象にくり返しの機能と効果について検討し、以下のことが明らかになった。

1. 対象者のくり返しには会話を促進するものとして関說的機能、交話的機能、会話を促進しないものには動能的機能が関与していると考えられる。
2. 特定保健指導担当者は対象者が説明内容を理解し、話題展開が円滑になるように端的な説明や質問、確認を行うことが必要である。
3. 特定保健指導担当者は対象者のくり返しによる和らげた反論に対してその意味を理解する姿勢が必要である。

連絡先：m-ueno@jrckicn.ac.jp

日常生活圏域ニーズ調査データを活用した 地域診断指標 36 指標の開発：JAGES プロジェクト

○岡田栄作¹⁾、近藤克則²⁾、尾島俊之¹⁾、宮國康弘²⁾、中村廣隆³⁾、
JAGES グループ⁴⁾

1) 浜松医科大学 健康社会医学講座
3) 日本福祉大学

2) 千葉大学予防医学センター
4) JAGES グループ

【背景・目的】

厚生労働省は、2025 年のケアシステムの姿として、住まい・医療・介護・生活支援・予防が一体的に提供される地域包括ケアシステムを実現し、重度な要介護状態になっても住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるような地域づくりを目指している。地域包括ケアシステムを構築するためには、保険者である市町村が、地域の自主性や主体性に基づき、地域の特性に応じて作り上げていくことが必要になってきた。地域の特性にあった地域包括ケアシステムを構築するためには、各地方自治体が、それぞれの特徴や課題を客観的に把握する必要がある。

本研究では、各保険者が、地域づくりによる介護予防施策を展開する際の課題の発見や根拠を「見える化」することを目的に、地域診断に関する 36 指標を作成、集計し、地域診断指標に関する示唆を得たので紹介する。

【方法】

調査は 2013 年 10 月 1 日から 12 月 2 日にかけて 30 市町村で実施した JAGES（日本老年学的評価研究）プロジェクト調査の一部である。Y 市のデータを使用した。Y 市では 12,012 票を配布し、7,692 票を回収した（回収率 64.0%）。

Y 市を 136 の小地域に分類し、小地域ご

とに 36 指標のリスク該当者を集計し、割合（%）を示した。なお、割合の表示については、（リスク該当者/データが揃っている対象者）で計算をしている。

集計項目については、以下の 36 指標について集計した。1) 運動器機能低下割合、2) 低栄養割合、3) 口腔機能低下割合、4) 閉じこもり割合、5) 認知機能低下割合、6) 虚弱割合、7) うつリスク割合、8) IADL、9) 知的能動性低下割合、10) 社会的役割低下割合、11) ボランティア参加割合、12) スポーツの会参加割合、13) 趣味の会参加割合、14) 老人クラブ参加割合、15) 独居者割合、16) 健診未受診割合、17) 飲酒する者の割合、18) 喫煙する者の割合、19) 1 日の平均歩行時間が三十分未満の者の割合、20) 食事の用意が出来ないかつ独居割合、21) 買い物が出来ないかつ独居割合、22) 借家率、23) 緊急通報サービスニーズ割合、24) 見守りニーズ割合、25) 配食ニーズ割合、26) 外出支援ニーズ割合、27) グリーフケアニーズ割合、28) 自治会活動ニーズ割合、29) 生活基盤ニーズ割合、30) 生活保護ニーズ割合、31) 通院補助ニーズ割合、32) 未就労者割合、33) 情緒的サポート受領割合、34) 情緒的サポート提供割合、35) 手段的サポート受領割合、36) 手段的サポート提供割合である。

【結果と考察】

地域診断に関する 36 指標について、暫定データを用い、136 の小地域別にリスク該当者を集計した。結果は生活機能評価に関連する 7 指標の平均値（最小値、最大値）を記す。運動機能の低下については 15.3%（31.4%、4.0%）、低栄養については 1.8%（10.0%、0.0%）口腔機能の低下については 15.5%（27.9%、5.5%）、閉じこもりについては 3.3%（11.1%、0.0%）、認知機能の低下については 33.6%（56.0%、17.9%）、虚弱については 3.0%（10.8%、0.0%）、うつ予防については 24.3%（44.4%、6.8%）だった。

解析の結果、リスク該当者の値に統計学的にも有意な差があることが判明した。今後は、最終版のデータセットを作成し、Y 市のデータだけではなく、他の自治体の小

地域の集計結果などとも比較をし、介護保険事業計画策定のための基礎資料として貢献できるようシステムを改良していく予定である。

【結論】

地域診断に関する 36 指標について、136 の小地域別にリスク該当者を集計した結果、リスク該当者の値に統計学的にも有意な地域における健康格差がみられ、日常生活圏域毎の施策のために、各圏域の地域特性を明らかにすることができた。

※本研究は平成 25 年度老人保健健康増進等事業厚生労働科学研究費補助金（長寿科学総合研究事業）（H25 - 長寿 - 一般 - 003）の助成を受けた研究である。

運動機能低下 >> 前期高齢者 >> 2013

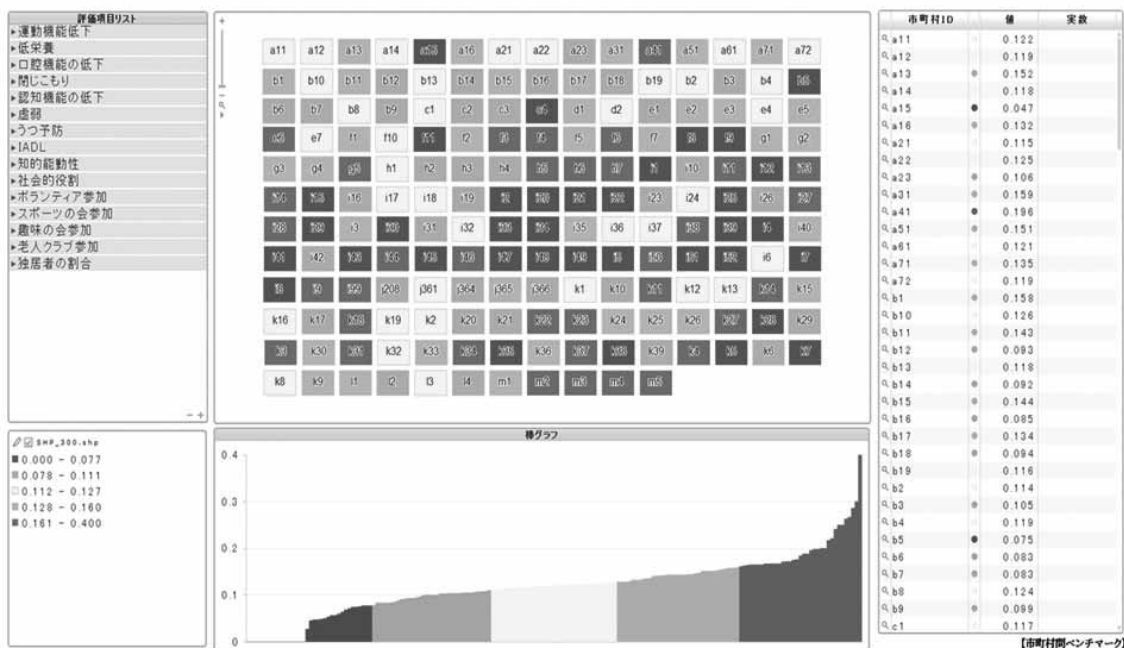


図1 小地域間比較のイメージ

地域の支え合いの意識と主観的健康度との関連

○ 田口 奈於¹⁾, 岩垣 穂大¹⁾, 増田 和高²⁾, 安部 猛²⁾

扇原 淳²⁾, 加瀬 裕子²⁾

¹早稲田大学大学院人間科学研究科, ²早稲田大学人間科学学術院

【背景・目的】我が国では、認知症対策が最も重要な地域福祉の課題の一つとなっている。従来の行政施策としての医療・介護サービス体系に加えて、認知症患者自身とその家族の負担を地域やコミュニティ全体でカバーする地域ケアシステムの開発が急務となっている。我々は、小学生から高齢者まで、地域で相互に助け合うことの必要性を理解し、できる範囲でコミュニティ作りに参加する「多世代型 Interdependence アプローチ」による認知症高齢者支援プログラムの開発に取り組んでいる（JSPS 科研費・基盤研究（B）、研究課題番号：2528 5170、代表・加瀬裕子）。

今回、2013 年に実施したベースライン調査の一部である、地域の支え合いの意識と主観的健康度の関連について報告する。

【対象・方法】埼玉県所沢市内の 14 の地域包括支援センター管轄区域住民から、40 歳以上の男女 9,099 人を無作為抽出し、質問紙を郵送した。「子ども、高齢者、障がい者を含めて、お互いの生活を地域全体で支え合っていると感じているか」（地域の支え合いの意識、4 件法：最高群、高群、低群、最低群に分類）と主観的健康度との関連について、性、年齢、BMI、学歴、通院歴、喫煙、飲酒、運動習慣で調整し、多重ロジ

スティックモデルにより分析した。

分析には SPSS Statistics22(IBM), HALLBAU7(株式会社ハルボウ研究所)を用いた。なお、本研究は早稲田大学研究倫理審査委員会の承認を受けた(申請番号 2013-095)。

【結果・考察】3,143 部回収(回収率 34.5%)した。回答者の属性は、男性 40%, 女性 58%, 平均年齢 63.4(±12.3)歳であった。地域の支え合いの意識が最高群の主観的健康度不良群の割合を 1 としたとき、それぞれのオッズ比（95%信頼区間）は、高群 1.490 (1.133–1.960), 低群 1.938 (1.466–2.563), 最低群 2.022 (1.351–3.024)であった。地域の支え合いの意識と主観的健康度の間に統計学的に有意かつ連続的な関連が認められた。今回の分析のみでは、地域の支え合いの意識と主観的健康度との間の因果については言及できない。しかし、これまでの研究で地域の支え合いの意識と主観的健康度との関連を示唆したものは稀有であり、地域の支え合いについて研究する意義を改めて示したといえよう。今後は、地域の支え合いの意識の高低によって、どのような個人特性の差異が見られるのか、どのような地域活動が地域の支え合い意識向上に寄与するのかについて分析を行う予定である。田口奈於：naopu3@gmail.com

PTA 役員活動が保護者の子育て不安感に及ぼす影響

○萩原 泳子¹⁾, 山田 詩織¹⁾, 岩垣 穂大²⁾, 扇原 淳³⁾

¹ 早稲田大学人間科学部, ² 早稲田大学大学院人間科学研究科,

³ 早稲田大学人間科学学術院

【目的】 PTA 役員活動が子育て不安感に及ぼす影響とその構造について明らかにすることを目的とした。

【対象と方法】 埼玉県内公立 A 小学校の PTA 役員 5 名に半構造化面接を行った, 実施期間は 2013 年 7 月～11 月であった。質問項目は「PTA 役員活動を通しての人のつながりの変化」, 「PTA 役員活動を通してのライフスタイルの変化」, 「PTA 役員活動で得たネットワークの活用」, 「中心となる役員が PTA 全体にもたらす影響」についてであった。分析方法にはグラウンデッドセオリーアプローチ用い, 関連図を作成した。

【結果と考察】 保護者が PTA 役員活動を通して人とのつながりを形成し, 子育て不安感を軽減させる過程について, 2 つの関連図 (P1-P2) が示された (図 1)。

<P1 : PTA 役員活動への参加によるつながる機会の獲得> PTA の役員に就いた全ての保護者に【つながる機会の獲得】が見られた。【つながる機会の獲得】の理由は, 役員活動の内容が密なコミュニケーションを必要としたためであった。さらに, 《つながるための努力》が多く見られたからであった。加えて, 年に数回開催する PTA 主催のイベントも重要なつながる機

会となっていた。イベント前後は会議や準備のため, お互いにコミュニケーションをとる機会が増えていたことが影響していた。これらが, 《相談できる関係の形成》や, 《視野の広がり》に結びついていた。

<P2 : 子育て不安に対する, PTA 内でのつながりの活用> 保護者は, 主に“子育て不安の種類”によって相談相手を選択し, 不安解消につなげていた。不安の種類が, 日常的な子育て不安である場合, 《PTA 外「横」つながりの活用》をしていた。《PTA 外「横」つながり》とは, PTA 役員就任以前から関係を持っていた, 子どもの同級生の保護者等である。一方, 不安の種類が子どもの将来や子育ての知識である場合, 《PTA 内「縦」つながりの活用》をしていた。《PTA 内「縦」つながり》とは, 主に PTA 役員活動で出会った, 子育て経験が豊富な上級生の保護者との関係である。

<P1 と P2 の関連> 両関連図の関連は, 「形成したつながり」と「広げた視野」が, 《子育て不安解消》に影響していることである。つまり《相談できる関係の形成》は, 《子育て不安》が生じた際に《PTA 内「縦」つながりの活用》に結びつく。PTA 役員活動中の保護者同士は,

日常的に顔を合わせる機会があるため、関係性によって容易に相談できる機会に恵まれていた。また、《視野の広がり》は、《子育て不安》が生じた際により良い《子育て情報獲得》に結びついていた。

【結論】PTA 役員活動には、子育て不安解消という点で、予防福祉的な機能と役割

がある可能性が示唆された。今後は PTA 活動と地域組織との関わり度合いの違いが、保護者の子育て不安感や保護者の健康度にどのような関連があるのかについて検討する。

E-mail: ei-tw@toki.waseda.jp

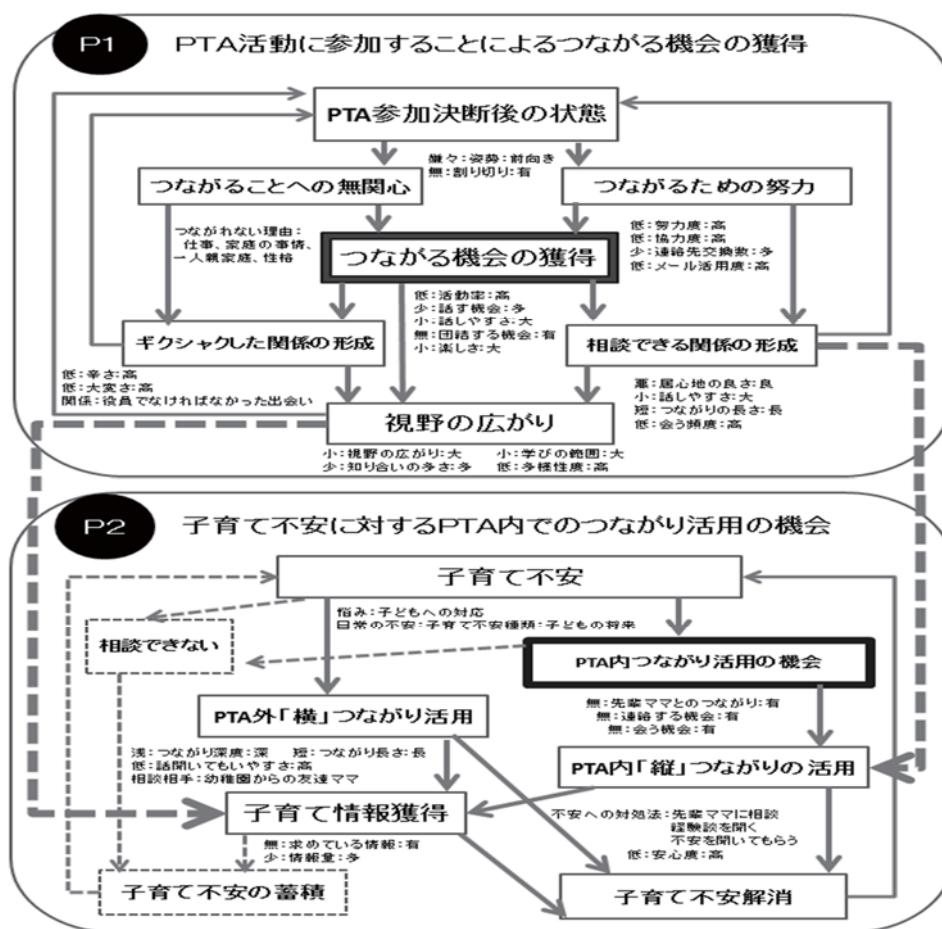


図1 【つながる機会獲得と活用】現象に関わるカテゴリー関連図

→：実際に存在した経路 □：理論的に可能な経路

■：カテゴリー □：サブカテゴリー

行政の地域づくりを推進する保健活動のあり方と保健師の役割について

○ 梶西 祐子（呉市保健所 健康増進課）

【背景・目的】

呉市は、平成 15～16 年度に近隣 8 町と合併し、人口は約 24 万人になった。65 歳以上人口は、平成 21 年 3 月には 28.2%となり、15 万人以上の都市 181 都市（東京都内の区を含む）のうち最高となった。

そのような現状の中、市民の「健康寿命」の延伸に向け、市民一人ひとりが主体的に取り組むことを主眼に健康づくり活動の支援を重点的に取り組んでいる。近年、生活習慣病が著しく増加している状況から社会全体で取り組む必要性を重視し、平成 21 年度から「地域に根ざす健康づくり事業」を展開している。自治会や運動普及推進委員会などの地区組織と行政との協働で、より地域に根ざした住民主体の健康づくりを目指し、市民が自分の健康状態を知り、健康づくりに役立てるため、積極的な健診（検診）受診を目指している。また、ウォーキングや健康教室などの健康づくり事業に参加して、健康づくりの実践経験と健康意識を高めることを目指している。

実施開始当初、行政内の関係部署で計画が練られ、行政から自治会及び運動普及推進協議会へ事業説明と協力依頼を行なった。その後も行政内・地域での話し合いを重ね、事業を実施してきた。

保健師は、「地域に根ざす健康づくり事業」の実施において、直接住民に接して健康教室を行ったり、運動普及推進員事業の支援をしたり、また、事業の普及啓発を行なってきた。

A 地区（約 190 世帯）は、「地域に根ざす健康づくり事業」の開始とともに、毎年、健康教室

を実施している地域である。今回は、自治会長から地域の祭りを見に来ていた元気な 97 歳の地域住民 M さんを紹介され、事例から“健康長寿の生活”について学びたいと健康教室の依頼があった。

研究目的は、行政の地域づくりを推進する保健活動のあり方と保健師の役割について、活動事例を踏まえて、明らかにすることである。

【実施】

保健師は、事前に M さん宅に訪問し、本人と家族に日頃の暮らしぶりをインタビューした。

教室の実際

日時：平成 26 年 1 月 25 日（土）13 時～14 時

場所：A 地区自治会館

参加者：A 地区住民 28 名

広報活動：自治会によるチラシの回覧及び放送

講師：地区担当保健師

テーマ『ピンピンコロリを目指して！～豊かな老後を目指して、先輩から学ぼう～』

内容とねらい

1. 自己紹介

「私の大切なもの・好きなこと」をテーマに自己紹介する。健康が、自分の夢や希望を実現するための手段であることを認識する。

2. 先輩から学ぼう！

元気で長生きの先輩 M さんの生活ぶりを紹介することで、参加者の知識を引き出し、健康的な生活を学ぶ。

①生活の紹介

日課・好きなこと・家族・食事・役割等

②グループワーク

M さんの生活で素晴らしいと思う点をグルー

プで話し合い、全体で発表し共有する。

③健康長寿の秘訣を探る

健康につながる要因を確認する。規則正しい生活リズム・家族で楽しい食事・適度な運動・適度な睡眠・趣味・近所付き合いなど。

3. ピンピンコロリのための提案

健康づくりの情報提供と行政施策（支援）を示す。栄養バランス生活・ロコモティブシンドローム予防・健診受診勧奨・健康遊具の活用等。

4. 「生涯現役宣言」の記入

先輩から学んだことや行政の健康づくり施策を自分の生活に照らし合わせ、個々が自分の夢や希望をもって暮らし、地域での健康づくりを継続していくことを確認する。

【結果】

Mさんの生活は規則的で、大家族と共に楽しく食事をし、自分の役割があり、散歩やデイケアでは、適度な運動や人との交流があった。

参加者は、Mさんの暮らしぶりから、個々の健康づくりの知識と照らし合わせ、「好ましい生活習慣」や「自分らしく生きる」などの“健康長寿の秘訣”を見出すことができた。「生涯現役宣言」も自分の生きる意味を考え、生き方を意志決定し、発表することによって参加者で共有し、今後も自分なりに健康づくりに取り組んでいこうとする姿勢がみられた。

また、Mさんが40年前に大都市からA地区に転居して以来、体調が良くなったと聞き、自分たちが住む地域は、きれいな空気・豊かな自然・温かい人付き合いなど、環境の素晴らしさを再認識できたようだった。

地域の高齢者に「健康長寿」を見出し、さらに保健師の専門性を信じ、地域の住民と共に学びたいと考えた自治会長。Mさんや家族も快く主旨に賛同してくださり、インタビューが実現。普段からMさんを知る地域の住民が敬意をもって参加し、個々が健康づくりに向けて意志決定することができ、且つ、地域の良さを再認識し、

住民組織としての健康づくりも意識できた。

【考察】

保健師が行なう健康支援の一つに、健康教育・保健指導などを通じて疾病の予防や健康増進を支援する役割がある。その際、情報提供や指導にとどまらず、人々のもっている力や可能性を引き出すよう相手を尊重し、傾聴しながら教室を進めるプログラムの設定は重要である。

保健師の家庭訪問や地区組織活動支援等の日々の活動における信頼関係や地区診断が基盤となり、参加者の暮らしや主体性を重視し、参加者とともに保健師もエンパワメントすることができたと言える。

「地域に根ざす健康づくり事業」により、この地域での健康教室は継続している。その間に、自治会長・保健師等の行政職員の交代があったが、行政施策は住民の暮らしと共に展開していくことがわかった。

【結論】

行政の地域づくりを推進する保健活動のあり方は、コミュニティの主体性を高め、会員である地域住民の自己変容と同時に、地域づくりへと波及していく意義が大きいことが示された。

保健師には、行政の「社会資源の公平な利用と分配」を、地域の実情に合わせて住民と共に考え、展開していく役割があると確認された。

住民や関係機関とともに試行錯誤しながら、アセスメントと評価を行なうことで保健師の役割を発展させるが、そのことを通じて、地域コミュニティ固有の強みに着眼し、住民がもつ潜在能力を引き出し、コミュニティの愛着心を高め、コミュニティ全体の問題解決力と健康を増進するコミュニティの力量を形成することが示された。

参考文献 星旦二、麻原きよみ：これからの保健医療福祉行政論、日本看護協会出版社

Mail address:

kajinishi47610@city.kure.lg.jp

知的障害のある一人っ子を養育している親の現状 —知的障害児とそのきょうだい児（健常児）を養育している親との比較から—

○木村美也子(聖マリアンナ医科大学)

山崎喜比古(日本福祉大学)

【目的】本研究では、知的障害児一人（一人っ子）を養育している親の特徴を、知的障害児ときょうだい児（健常児）を養育している親との比較から捉え、望ましい支援のあり方への示唆を得ることを目的とした。

【方法】実施期間は2011年2月～3月で、首都圏10校の特別支援学校(小学校、中学校、高等学校)のPTA会長、役員らの協力を得、各校の保護者計1645名に自記式質問紙調査票と返信用封筒を配布、郵送により666名より回答を得た(回収率40%)。この内、障害児一人のみ(一人っ子)を養育している親124名と、障害児と健常児きょうだいを養育している親482名の606名を分析対象とした。質問項目は親、子の年齢、性別、暮らし向き、子の障害の種類など属性の他、障害児出産後の次子妊娠・出産の希望の有無を尋ねた。また、精神健康としてGHQ12項目版(4件法0-0-1-1に換算)、ソーシャルキャピタル(SC)として主観的ソーシャルキャピタルスケール6項目(5件法)、肯定的変化には障害児の親のPPCスケール10項目(5件法)を用いた。尚、Sense of Coherence(SOC)としてSOCスケール13項目版(5件法)のトータルスコアと、有意味感(4項目)、把握可能感(5項目)、処理可能感(4項目)の3構成要素のスコアを使用した。

【結果】一人っ子、きょうだい児(健常児)ありの2群比較において差がみられたのは、婚姻の有無(「一人っ子」の割合は婚姻あり

で18.7%、婚姻なしでは33.3%、 $p<0.001$)、と子の障害の種類(ダウン症など染色体異常を原因とする障害児では「一人っ子」の割合が16.6%、自閉症・広汎性発達障害など発達障害に類する障害で原因不明の障害では同割合が23.2% ($p<0.05$)であった(表1-1)。また一人っ子の親はきょうだい児(健常児)をもつ親に比べ、子の年齢が有意に低く($p<0.001$)、親のGHQは有意に高く(=低いほど良好、 $p<0.05$)、PPC、SCは有意に低かった(共に $p<0.05$) (表1-2)。SOCも一人っ子の親はトータルスコアで有意に低く($p<0.01$)、特に把握可能感がきょうだい児(健常児)をもつ親に比べ有意に低かった($p<0.001$)。また表には示していないが、障害児に続く妊娠について、一人っ子の親の44.8%が「望んだけれど実現しなかった」と回答し、きょうだい児のいる親の回答16.5%との間に有意な差がみられた($p<0.001$)。GHQスコアのカットオフ値(4)を上回った者の割合も、一人っ子の親で54.5%と半数以上が精神健康が良好でないことが示された(図1)。

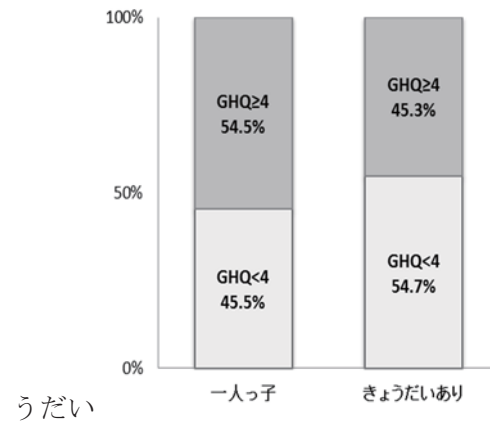
【考察】本研究者らは今回の調査に先立ち、約50名の知的障害児の面接調査を行っている。その中で、次子の障害の可能性を高いと考えている母親、子の問題行動や多動などが顕著であったり、きょうだい児(健常児)への負担を非常に気にかけている母親において、次子妊娠・出産が困難であることが

表1-1. 知的障害児の親(子が一人っ子である場合と健全きょうだい児がいる場合)の属性・特性の比較

	一人っ子		きょうだいあり			一人っ子		きょうだいあり	
	N	%	N	%		N	%	N	%
続柄					暮らし向き				
母親	117	(20.4)	457	(79.6)	かなり/やや苦しい	40	(19.6)	164	(81.4)
父親	7	(21.9)	25	(78.1)	普通	56	(21.7)	202	(78.3)
学歴					やや/十分ゆとりがある	28	(19.4)	116	(80.6)
高校・高専以下	62	(19.3)	260	(80.7)	子の性別				
短大以上	61	(21.6)	221	(78.4)	女子	37	(23.6)	120	(76.4)
婚姻状況					男子	87	(19.5)	360	(80.5)
婚姻あり	99	(18.7)	431	(81.3) ***	子の障害の種類				
婚姻なし	24	(33.3)	48	(66.7)	ダウン症など	48	(16.6)	242	(83.4) *
就業状況					発達障害など	69	(23.2)	228	(76.8)
就業あり	50	(17.5)	236	(82.5)					
就業なし	74	(23.3)	244	(76.7)					
χ^2 乗検定 *p<0.05, **p<0.01, ***p<0.001									

表1-2.

	一人っ子		きょうだいあり	
	平均	SD	平均	SD
親の年齢	44.0 ± 5.6		44.9 ± 5.3	
子の年齢	12.2 ± 3.4		13.4 ± 3.6 ***	
GHQ(GHQ法)	4.5 ± 3.4		3.7 ± 3.4 *	
PPC	35.0 ± 6.9		36.4 ± 6.5 *	
SC	17.2 ± 4.4		18.3 ± 4.6 *	
SOC(total)	37.9 ± 9.0		40.8 ± 8.6 **	
有意味感	12.8 ± 3.2		13.5 ± 2.9 *	
把握可能感	14.0 ± 4.2		15.4 ± 3.9 ***	
処理可能感	11.2 ± 3.3		11.9 ± 3.1 *	
t検定 *p<0.05, **p<0.01, ***p<0.001				

図1. 知的障害児の親の精神健康度の比較
(一人っ子の親 VS 健全きょうだい児がいる親)

示されている。きょうだい児が欲しくても実現できなかった一人っ子の親にはそうした背景が存在する可能性が考えられる。

また、障害児一人を養育する場合の方が、地域との交流も限定され、自身の肯定的変化も感じにくく、それがSCスコア、PPCスコアが低い理由の1つではないかと思われた。精神健康についても同様で、上記要因に加え、子の養育の困難さ、親亡き後の子の心配などが一人っ子の親において多くみられる可能性が考えられる。SOCに関しては特に把握可能感で2群間に違いがみられた。把握可能感が高い親ほどきよ

児を出産する意思決定に至るのか、障害児ときょうだい児(健常児)の養育を通じて把握可能感が高まってゆくのか、今回の調査結果からは言及できないが、相乗的な作用があるのではないかと考えられる。いずれにしても、障害児一人を養育する親が息抜きできる場、機会を持ち、安心してわが子を社会に託せる気持ちを持てるよう、子の一時預かりや就業に関する情報などを積極的に提供してゆく必要があると考えられる。

E-Mail: mkimura@marianna-u.ac.jp

五感力を活用した療育支援技術に関する研究その 1 : 発達障害の人の異感覚体験に関する先行研究からの考察と保育者養成における 五感力活用の意義について

○眞砂照美（広島国際大学・医療福祉）

【目的】文部科学省の調査（2012）ⁱでは、通常学級に在籍する発達障害の可能性のある特別な教育支援を必要としている児童生徒の割合が 6.5%となり、前回調査（2002）の 6.3%を上回っていた。児童福祉法に規定されている障害児に対する通所支援では、就学前の児童に対する児童発達支援と就学児童（幼稚園、大学を除く学校に就学している児童）を対象とした放課後等デイサービスが実施されている。大阪市の調査報告ⁱⁱによれば、就学前の児童発達支援ではおよそ 7 割、就学後ではおよそ 6 割の児童が発達障害であった。また、支援に当たる職員は、9 割強の事業所が児童指導員を、6 割強の事業所が保育士を配置していた。さらに、支援手法として、視覚支援（6 割）やコミュニケーション支援（5 割）をあげる事業が多い一方で、発達障害児の支援に有効とされるこうした手法を導入していない事業所が 5 割前後あるという結果となり、研修と機関支援の必要性、専門的支援の必要性が指摘された。

本研究では、児童発達支援や放課後等デイサービスで、支援を行う保育者（保育士、児童指導員等発達支援にかかわる専門職以下、保育者）の発達障害をもつ児童に対する支援の在り方について検討する。

【方法】

本研究は、発達障害児の療育支援にかかわる保育者を対象に、筆者が開催する「五

感力向上のための研修会」に参加してもらい、保育者が発達障害児の異感覚体験について理解し、自身の五感力を活用することで発達障害児の療育支援にどのような変化がもたらされるのか、研修会参加者へのインタビューや参与観察での質的データを用いて修正版グラウンデッド・セオリー・アプローチ（M-GTA）により明らかにする。

今回は、調査に先立って、関連する先行研究から示唆されたことを紹介しながら本研究の意義について報告する。

【結果と考察】

Richard S. Smith と Jonathan Sharp による研究「魅惑と孤立：アスペルガー症候群の異感覚体験についてのグラウンデッド・セオリー分析」ⁱⁱⁱでは、アスペルガー症候群の人で異感覚体験（Unusual Sensory Experiences、以下 USEs）をもつ人を対象に、インタビュー等の質的データ 15 名分を用いてグラウンデッド・セオリー・アプローチ手法で分析し、異感覚体験からもたらされる行動のプロセスモデルを明らかにした。プロセスモデルでは、カテゴリー【】とコード<>を用いて次のように整理されている。【感覚増幅】、【感覚ストレス】<恐れ/怒り>、<攻撃/逃避>、<回避>、【緩和要因】<単刺激と複数刺激>、<強刺激と弱刺激>、<整然と混沌>、【ストレスの雪崩】、【コーピング】<他の刺激をブロックする>、<刺激緩衝材>、<整然化>、

＜沈静化＞、【他者】＜感覚ストレスの原因＞、＜他者とのネガティブな相互作用＞、＜他者とのポジティブな相互作用＞、【孤立】、【自己受容】、【魅惑】＜楽しい/穏やか＞、＜スキル/能力＞、＜長期間の追従＞、＜注意をそらす＞。Smith と Sharp の研究では、先行研究成果との整合性について議論した上で、USEs をもつ人に対するサービスの必要性が指摘されている。

また、高橋と増淵の「アスペルガー症候群・高機能自閉症の本人に対する『感覚過敏・鈍麻』の実態と支援に関する研究」^{iv}では、感覚過敏・鈍麻に起因する本人の困難さやニーズ、本人が求めている支援の具体例を挙げている。一例では、音への過剰な反応が大きなストレスになっており、「大きな音を出すときには声をかけてからにする」、「話しかけるときの声の大きさに気をつける」という支援ニーズを持っていることが分かった。前述した Smith らの論文でも、「ハエの羽音が頭の中をのこざりて切られているような感覚」を味わっているとあり、異感覚から来る影響を回避するための工夫を様々に行っていた。

【結論】

児童発達支援にかかわる保育者には、発達障害の児童に特有な感覚についての十分な理解と適切な支援方法が求められる。

今回の発表では、先行研究の Smith と Sharp による研究におけるアスペルガー症候群の人の異感覚体験からもたらされる行動のプロセスを紹介するとともに、異感覚体験をもつ人のニーズについて説明する。

今後の予定では、本学の医療研究倫理委員会への申請を行い、承認され次第児童発達支援及び放課後等デイサービス事業所へのアンケート調査を実施する。また、保育者に対して、五感力に関する研修を行うとともに、異感覚を体験している発達障害の児童に対する支援についてのインタビューから M-GTA を用いて分析する予定である。

本研究は、独立行政法人日本学術振興会平成 25 年度～26 年度 学術研究助成基金助成金「挑戦的萌芽研究」（研究番号：25590150、研究代表者：眞砂照美）「五感力を活用した療育支援技術に関する研究」成果の一部である。

連絡先：t-masago@hw.hirokoku-u.ac.jp

ⁱ 文部科学省初等中等教育局特別支援教育課（2012）「通常の学級に在籍する発達障害の可能性のある特別な教育的支援を必要とする児童生徒に関する調査結果について」

ⁱⁱ 大阪市福祉局障害者施策部障害福祉課（2012）「児童発達支援/放課後等デイサービス事業所における発達障がい児支援の現状」

ⁱⁱⁱ Richard S. Smith&Jonathan Sharp（2013）Fascination and Isolation: A Grounded Theory Exploration of Unusual Sensory Experiences in Adults with Asperger Syndrome, Journal of Autism And Developmental Disorders,43:891-910.

^{iv} 高橋智・増淵美穂（2008）「アスペルガー症候群・高機能自閉症における『感覚過敏・鈍麻』の実態と支援に関する研究—本人へのニーズ調査から—」東京学芸大学紀要 59:287-310

戦前島根県における乳児死亡と近代産婆の検討

宮本恭子（島根大学法文学部）

【目的】

日本の乳児死亡率の低下は 1920 年代から始まった。この時期は、医療技術の果たした役割が小さく、公的な母子保健支援体制も不十分で、かつ都市と農村のあいだの不平等が拡大していた時期である。本研究の目的は、この時期に農村部の乳児死亡率の転換がいかんして可能であったか、という課題について検討することにある。

【方法】

まず、戦前島根県の乳児死亡とそれに関連する指標を提示し、戦前島根県の医療事情を概観する。そのうえで、助産師職の資格制度の変遷と実践の過程を分析することで、戦前島根県における近代産婆の貢献と乳児死亡の動きについて議論する。助産師職の実践の提示内容は、日本看護協会記念誌の回想によるものと、島根県在住の助産師への聞き取りからその足跡を回顧したものである。

【結果と考察】

日本の乳児死亡率の低下は 1920 年代から始まった。この時期は、医療技術の果たした役割が小さく、公的な母子保健支援体制も不十分で、かつ都市と農村のあいだの不平等が拡大していた時期である。この時期に、島根県の乳児死亡率は、全国的なその転換が生じる以前から、かなり全国平均を下回るものであった。このことは、明治期から農村部に近代的な衛生観念を持ち込

んできた助産師職、すなわち専門的な教育を受けた近代産婆の貢献による影響が大きかったことが指摘できる。また、この近代産婆の貢献は、産婆の数の増加によるものではなく、教育の効果による質の拡充による影響であり、それが乳児死亡率の低下に作用していることを提示した。

1920 年代に政府は妊産婦保護、乳児保護対策に乗り出し、産婆の貢献とも相俟って、乳児死亡率は低下を始めた。しかしこの時代の母子保健行政の推進は、軍国主義の下での「人的資源」確保という狙いと重なり合ったものであった。こうした社会情勢の中にあっても、近代産婆は、しっかりとした信念や技を持って仕事に取り組み、母子保健の推進に尽力した。産婆の活動は多様であり、婦人方面委員として福祉分野でも活躍するなど、地域社会において産婆がいかん頼りにされる専門職であったかを伺い知ることができる。

【結論】

医療技術の果たした役割がかなり不十分であっても、近代産婆の技が十分で、かつ近代的な衛生観念や乳児保護、妊産婦保護、育児指導の実践を農村女性、家族、地域社会の間に浸透させることができさえすれば、乳児死亡率のある程度の改善をもたらすことできたことが示唆される。

連絡先：miyamoto@soc.shimane-u.ac.jp

付記：本研究は 2013-2015 年度科学研究費助成事業、基盤研究（B）25285151 の助成を受けたものである。

薬害再発防止と教育、薬害資料の保存をめぐる動向について ー被害者団体の要求と厚生労働省、文部科学省の対応ー

○栗原 敦（MMR被害児を救援する会、全国薬害被害者団体連絡協議会）

1999 年 10 月結成の全国薬害被害者団体連絡協議会による文部科学省、厚生労働省への要望、2002 年 3 月の薬害ヤコブ病訴訟の和解、薬害肝炎訴訟和解後の 2010 年 4 月「最終提言」を経て、現在に至るまでの動向を報告する。

1. 薬害を学び再発を防止するための教育に関する検討会（2010.7.23 第 1 回～2013.10.1 第 12 回）
2. 中学校社会科副教材「薬害を学ぼう」の完成と全国中 3 生へ配布（2011～毎年）

3. 2013 年度予算の「Ⅲ 医薬品・医療機器・再生医療製品の安全対策の推進」において、○ 薬害に関する資料の収集や公開等の仕組みの検討のため、被害者団体等が保有する薬害に関する資料の実態調査等を新たに行う。2014 年度へ継続。
4. 2013 年度厚生労働科学研究「薬害に関する資料等の調査・管理・活用等に関する研究」法政大学大原社会問題研究所准教授金慶南氏（1 年次 500 万円、2 年次 300 万円）

【資料 被害者団体の要求】

- A) 国は、「薬害根絶」へ向けて薬害発生の教訓を学校教育に反映させ、次世代のための糧とせよ。（1999.10.23 第 1 回薬害根絶フォーラムにおける薬被連の声明より）
- B) われわれは、まず、薬害を防止するためには薬害教育が重要であると認識して、文部省と交渉を行った。文部省は薬害と薬物乱用を混同した昨年の表現については反省を表明したものの、今後の学校教育に薬害教育を盛り込むことについては見解を述べず、こちらの要望を伝えるにとどまった。（2000.10.14 第 2 回薬害根絶フォーラムにおける薬被連の声明より）
- C) 厚生労働大臣は、我が国で医薬品等による悲惨な被害が多発していることを重

視し、その発生を防止するため、医学、歯学、薬学、看護学等の教育の中で過去の事件等を取り上げるなどして医薬品等の安全性に対する関心が高められるよう努めるものとする。（2002.3.25 薬害ヤコブ病事件「確認書 第 2 誓約の 2 のロ」）

- D) 専門家教育において過去の薬害の教訓に学ぶ事は薬害根絶を実現するために重要である。また、こうした教育は子供たちを薬害の加害者にも被害者にもしないため、小学校、中学校、高等学校においても社会科、保健体育のカリキュラムのなかで行うべきである。（2003.10.18 第 4 回薬害根絶フォーラムにおける薬被連の声明より、第 6 回、7 回でも同趣旨あり）
- E) 2004.8.24 薬害根絶デー、文部科学大臣

あて要望と回答

要望：＜公教育（小・中・高）に関して＞

1. 私たちは、子どもたちを薬害の被害者にも加害者にもしたくないという思いから、次回の小学校・中学校・高等学校の学習指導要領の改訂時には、薬害の歴史や薬害再発防止に寄与する自然科学的・社会的・人権教育的な教育の充実を求め、学習指導要領にその旨の記載がなされること、さらに実際に教科書に、被害者の視点に立った薬害の歴史や、消費者の立場にたった健全な医療消費者教育をすすめるための記述がなされることがとても大切であると考えています。そのことに関する文部科学省の認識を明らかにして下さい。

2. 薬害防止教育や医療消費者教育の推進のために、薬害被害を受けた当事者の視点に立った薬害の歴史や、薬を使用する消費者として必要な項目を記載した教科書の副教材となる冊子を作成し、全国の子どもたちに配布して下さい。(2004.8.24 文部科学大臣あて要望書より)

回答：・・・薬害につきましては、小学校でございまして、高等学校の社会科や公民科、保健などの教科書に、基本的人権の尊重でございまして消費者保護、社会における企業の役割とか社会的責任、健康な生活や疾病の予防などに関する学習のなかで関連する記述がみられるところでございます。続きまして、2番目でございすけれども、ご指摘の、児童生徒向けの副教材の資料の作成、配付につきましては、重要なお提言と考えさせていただいてるところでございまして。本件につきましては、まさに専門的な見識・知識を有しておられる厚生労働省さんなどから、そうした

副教材の作成でございまして、配布につきまして、ご協力のご依頼がございましたら、文部科学省としても協力させていただきたいと考えている次第でございまして。

(2004.8.24 大臣宛要望への初等・中等教育局教育課程課の回答)

F) 2010.4.28 薬害 C 型肝炎事件「検証・検討委員会」による「最終提言」

③ 薬害教育・医薬品評価教育 ・ また、薬害事件や健康被害の防止のためには、専門教育としてだけではなく、初等中等教育において薬害を学ぶことで、医薬品との関わり方を教育する方策を検討する必要があるほか、消費者教育の観点から、生涯学習として薬害を学ぶことについても検討する必要がある。このため、学習指導要領に盛り込まれるよう関係者が努力すべきであり、また、例えば、学校薬剤師等による薬物乱用対策等の教育活動等も参考にしつつ、各種メディアの活用なども含めた、医薬品教育への取組を行うこと等を関係省で連携して検討すべきである。

④ 薬害研究資料館の設立 ・ すべての国民に対する医薬品教育を推進するとともに、二度と薬害を起こさないという行政・企業を含めた医薬関係者の意識改革にも役立ち、幅広く社会の認識を高めるため、薬害に関する資料の収集、公開等を恒常的に行う仕組み（いわゆる薬害研究資料館など）を設立すべきである。

(2010.4.28 検証・検討委員会「最終提言」第4 薬害再発防止のための医薬品行政等の見直し(1)基本的な考え方より抜粋)

【参考】栗原敦「子供たちを薬害の被害者にも加害者にもしないー教材はなぜ作られたのか」月刊国民医療 No.307 2013.7

全国のHIV陽性者におけるポジティブヘルス諸概念の実態に関する調査研究

○井上洋士・戸ヶ里泰典（放送大）・細川陸也（名市大）・片倉直子（千葉県立保健医療大）・阿部桜子（NTT docomo）・若林チヒロ（埼玉県立大）・大木幸子（杏林大）・高久陽介（日本 HIV 陽性者ネットワーク・ジャンププラス）・矢島嵩・桜井啓介（日本 HIV 陽性者ネットワーク・ジャンププラス、ふれいす東京）

【背景・目的】

一般に人は、困難や逆境に直面したときに、それらに対処し、問題解決を図ろうとする。特に病い体験、特に慢性疾患を抱える人々での体験については、症状や障害による影響を受け<生>の混乱がもたらされるが、その後再構築され、病いへの適応が導かれるとされる。こうした対処や適応について、従来はネガティブな側面から、つまり「病いや障害がないこと」だけからの評価がなされがちであったが、近年は *presence of wellness*、つまりポジティブな側面からの評価をするべきであると、看護学や心理学など、多くの分野で指摘され、ポジティブヘルス諸概念も提言されている。

HIV 感染症は、近年めまぐるしく進歩した抗 HIV 薬の服用により、死亡する人の率は相当低下し、生きることに焦点があたる疾患となった。しかしながらその一方で、HIV/AIDS に対して依然として社会的偏見が依然として強く存在していること、周囲の人から差別をされまいと警戒心を抱き日々の生活を自主規制させていること、セックスや薬物などセクシュアルヘルスにかかわる諸課題と直面せざるを得なくなること、セクシュアリティの問題に直面せざるを得ないことなど、HIV 感染とともに、生きることに伴う様々な事柄が浮き上がり、<生>に対する困難や逆境として明確化し、インパクトの強いものとなっている。

HIV 陽性者らはそうした逆境の中で<生>の再構築をしてコーピングを図りポジティブな側面を増進させようとしているのではないかと考えられ、本来はその状況を踏まえた支援体制が求められるだろう。しかし HIV 陽性者らを対象としてこうした観点に着眼した調査研究は、日本では筆者らが行った薬害 HIV 感染被害者対象のものにとどまっており、性的接触が感染理由の主流である HIV 陽性者全般について調査研究は実施されていない。そのため支援の方向性が不明瞭である。

そこで本研究では、日本全国の HIV 陽性者を対

象として、Sense of Coherence (SOC、ストレス対処能力)、自己肯定感、心理学的ウェルビーイング、及び Perceived Positive Change (PPC) が、全体としてどのような実態にあるのか、すなわちポジティブヘルス諸概念の実態を明らかにすることを目的とする。一部については、参考までに、一般住民調査との比較を通じて、今回の調査対象者での状況・位置づけを検討する。

【方法】

日本国内の HIV 陽性者を調査対象とし 2013 年 7 月-2014 年 2 月に無記名自記式のウェブ調査 (HIV Futures Japan プロジェクトの一環) を実施した。調査参加者リクルートでは 21 の HIV 関連 NGO・機関の協力を得、また調査プロジェクトは HIV 陽性者ら参加の当事者参加型研究スタイルをとった。最終的に 1,095 人から回答が得られ 913 人の回答を有効と判断し分析対象とした。性別は男性 95.9%、女性 3.7%、年齢は 20 歳-70 歳で平均は 38.1 歳、30 代が最も多く 41.2%、40 代が 34.3%。居住地は全国 46 都道府県に及んだ。

SOC (Sense of Coherence) は、山崎ら作成の 13 項目 7 件法の尺度を用いて測定した。

自己肯定感尺度は、樋口ら作成の、自己肯定の感覚を把握するための尺度で、「自律」「自信」「信頼」「過去受容」の 4 つの下位概念からなる。本研究では「自律」「過去受容」の 2 つを扱った。

心理学的ウェルビーイング尺度は、Ryff によって作成された、人生全般にわたってのポジティブな心理的状态を捉えるもので、「人格的成長」「人生における目的」「自律性」「環境制御力」「自己受容」「積極的な他者関係」の 6 つ下位概念からなる。本研究では「人格的成長」「人生における目的」「積極的な他者関係」の 3 つを扱った。

Perceived Positive Change (PPC) については、HIV 陽性が判明して以降現在に至るまで 11 の項目について 5 件法でたずね、「ポジティブに変わった」「変わらない」「ネガティブに変わった」の 3 つ

に分けてその割合を比較した。

本研究は放送大学および大阪医療センターの研究倫理委員会に倫理審査を申請し承認された。

【結果と考察】

1) Sense of Coherence (SOC) : 平均得点 (標準偏差、以下同様) は 51.0 (12.9) 点であった。年代別に平均点 (標準偏差) をみると、24 歳以下 (25 人) で 48.3 (16.2) 点、25~34 歳 (282 人) で 49.6 (11.7) 点、35~44 歳 (416 人) で 50.9 (12.8) 点、45~54 歳 (161 人) で 52.4 (13.8) 点、55 歳以上 (21 人) で 62.3 (13.2) 点であった。

参考までに、全国代表サンプル調査の結果 (戸ヶ里ら, 2014) では、平均得点は 59.0(12.2)点、年齢別では 25~34 歳 54.6 (11.7) 点、35~44 歳 56.7 (11.6) 点、45~54 歳 57.2 (11.3) 点、55~64 歳 61.7 (11.8) 点であった。

2) 自己肯定感 : 平均得点 (標準偏差) は、「自律」20.8 (4.0) 点、「過去受容」13.2 (4.5) 点であった。なお、一般住民の様々な年齢層を対象とした先行研究 (樋口ら, 2005) では、「自律」22.0 (3.7)点、「過去受容」14.4 (4.3)点であった。

3) 心理学的ウェルビーイング : 平均項目得点 (標準偏差) は、「人格的成長」4.4 (1.1)点、「人生における目的」3.4 (1.3)点、「積極的な他者関係」は 3.8 (1.0) 点であった。参考までに、成人有職女性を対象とした先行研究 (西田ら, 2000) では、25 歳~34 歳の場合、「人格的成長」4.9 (0.6)点、「人生における目的」4.2 (1.0)点、「積極的な他者関係」4.3 (0.7)点、35~44 歳では、「人格的成長」4.9 (0.7)点、「人生における目的」4.6 (0.7)点、「積極的な他者関係」4.3 (0.6)点であった。

4) Perceived Positive Change (PPC)

それぞれの項目について、「ネガティブに変わった」「ポジティブに変わった」の割合を以下に示す。

(1)「精神的強さ」は、「弱くなった」375 人 (41.1%、回答者全体の%、以下同様)、強くなった 281 人 (30.8%)、(2)「人生を乗り越える自信」は、「減った」397 人 (43.5%)、「増えた」241 人 (26.4%)、(3)「新たな生きがいや楽しみ」は、「得られていない」344 人 (37.7%)、「得られた」221 人 (24.2%)、(4)「人や社会のために役立ちたい思い」は、「弱くなった」212 人 (23.2%)、「強くなった」390 人 (42.7%)、(5)「物事の考え方」は、「悪い方向に考えるようになった」346 人 (37.9%)、「良い方向に考えるようになった」198 人 (21.7%)、(6)「一

日一日を過ごすことに対して」は、「どうしてもよくなった」246 人 (26.9%)、「大切に感じるようになった」318 人 (34.8%)、(7)「パートナーや家族との絆」は、「弱くなった」195 人 (21.4%)、「強くなった」268 人 (29.4%)、(8)「友人との絆」は、「弱くなった」224 人 (24.5%)、「強くなった」187 人 (20.5%)、(9)「信頼できる友人知人の数」は、「減った」225 人 (24.6%)、「増えた」204 人 (22.3%)、(10)「健康への注意」は、「注意を払わなくなった」80 人 (8.8%)、「注意を払うようになった」670 人 (73.4%)、(11)「自分の性的指向の受容」は、「否定的に思うようになった」は 131 人 (14.3%)、「肯定的に思うようになった」157 人 (17.2%)。

HIV 陽性判明以降の年数と、ネガティブ・ポジティブな変化との関係を検討したところ、多くの項目で年数が長くなるほどポジティブな変化の回答が増え、ネガティブな変化の回答が減っていた。しかしながら、(2)「人生を乗り越える自信」、(7)「パートナーや家族との絆」、(8)「友人との絆」、(10)「健康への注意」は、年数が経過しても割合に大きな変化は見られなかった。

【結論】

日本国内の HIV 陽性者ら 913 人のポジティブヘルス諸概念の実態を把握するべく、Sense of Coherence、自己肯定感、心理学的ウェルビーイング、Perceived Positive Change に着眼し、各々得られたデータを分析した。その結果、既存の一般住民を対象とした調査研究結果と比較し、Sense of Coherence、自己肯定感の「自律」「過去受容」、及び心理学的ウェルビーイングの「人格的成長」「人生における目的」「積極的な他者関係」、いずれもがより低い状況にあることが判明した。これらの比較検討結果のみでは判断が難しいが、HIV 陽性者らはポジティブヘルスの獲得が困難になっている層である可能性が示唆され、今後精査する必要がある。また Perceived Positive Change については、必ずしもポジティブな変化が得られていない状況が示され、今後は高低に関連する要因分析をしていくことが求められる。

以上、ポジティブヘルスの諸概念に着眼したところ、それらの獲得の促進を目指す支援の必要性が強く示唆された。

※本研究は科学研究費助成による基盤研究 (B) (研究課題番号 : 24330158) の一環である。

中野駅前での無料街頭相談会 41 回のまとめ

○谷川智行、伊藤浩一、西村りえ（中野共立病院医局）、渋谷直道（中野共立病院医療社会室）、原由絵、松本亜矢子、矢野睦子（中野共立病院看護部）、山添志野（中野共立病院医療サービス課）、松本明彦、横山由希子（中野共立診療所医事課）

【目的】無料の街頭相談会を通じて、地域住民、労働者の要求を掴み、医療機関の役割、および社会保障制度、社会的支援のあり方を考えること。

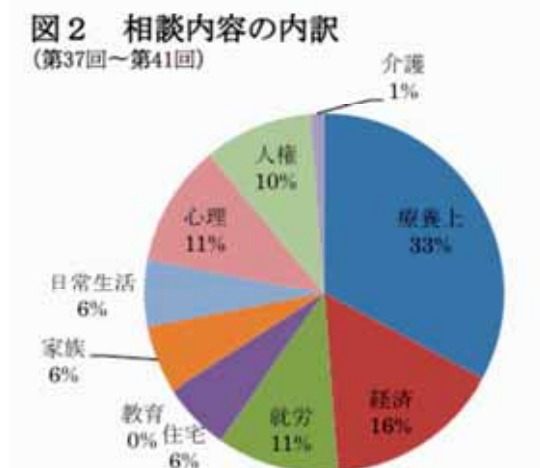
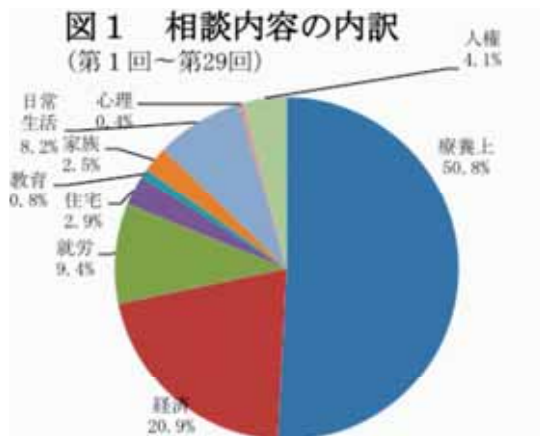
【方法】2008 年から 2009 年にかけての年末年始、日比谷公園に開設された年越し派遣村で医療活動を行った職員が中心となり、2010 年 10 月より、駅前での無料街頭相談会（何でも相談会）を月 1 回 1 時間半程度継続して開催している。我々は、この相談会の記録を集計、分析し、2013 年 7 月の第 54 回日本社会医学会総会において、その結果を報告した《集計期間：2010 年 10 月～2013 年 5 月》。今回は、さらに 1 年間のデータを加えて、2010 年 10 月（第 1 回）から、2014 年 5 月（第 41 回）までの相談会の内容について集計、分析を行った。

【結果と考察】中野駅前等で行った街頭相談会には、医師、看護師、医療ソーシャルワーカー、医療事務など、10～20 人強の職員がスタッフとして参加した。弁護士、区議会議員の協力も得た。相談件数は、1 回あたり平均 13.2 件であった。前回集計期間（第 1 回～第 29 回）の平均 11.9 件と比べ、追加集計期間（第 30 回～第 41 回）の平均は 16.4 件と増加傾向を示した。相談内容別では、療養上の相談が最も多く、その他、経済、就労、生活、心理に関わる相談も多く寄せられた。代表的な相談は以下のようなものであった。「会社をクビになり寮

も出された（60 代男性）」「左足に力が入らなくなったがお金がなく受診しなかった。10 年以上同じ会社でアルバイト。国民健康保険短期証（40 代男性）」「5 年前に乳癌、2 年前に肺癌で手術。その後、癌再発。月 8 万円の医療費が払えず借金。治療をやめようか迷っている（50 代女性）」「友人の子どもが免疫不全で大学病院に入院。個室代が払えず、自宅で嚴重に管理するよう指導され退院（30 代女性）」「弟の結婚式に出たいがお金がない。登録型派遣の仕事が減り収入が激減。家賃も滞納している（30 代男性）」。相談会から生活保護申請につながった事例が 5 件、生活保護をおすすめしたものの申請には至らなかった事例が 10 件以上あった。医療費の窓口負担引き上げ、国民健康保険料（税）引き上げ、年金支給額の引き下げ、国民健康保険被保険者資格証明書発行などが行われるなか、体調不良を感じても、経済的な理由により医療機関への受診を控える傾向（受診抑制）がますます強まっている。相談会で出会った事例は氷山の一角にすぎず、地域住民の受療権、生存権が侵害されている例が少なくないと考えられた。また、生活再建のために生活保護の受給を勧めても、「それだけはしたくない」と、制度の活用を拒む相談者が多い。生活保護バッシングや「自己責任」論の影響、さらには生活保護法改定の影響を少なからず受けているものと考えられた。

相談会開催時期・曜日・時間帯と相談件数		
第1回	2010年10月(土・午後)	10
第2回	2010年11月(土・午後)	8
第3回	2010年12月(土・午後)	5
第4回	2011年1月(土・午後)	9
第5回	2011年2月(土・午後)	9
第6回	2011年4月(土・午後)	25
第7回	2011年5月(土・午後)	13
第8回	2011年6月(土・午後)	10
第9回	2011年8月(土・午後)	12
第10回	2011年9月(土・午後)	14
第11回	2011年12月(土・午後)	2
第12回	2011年12月(月・夕方)	5
第13回	2012年1月(土・午後)	8
第14回	2012年2月(土・午後)	8
第15回	2012年3月(土・午後)	6
第16回	2012年4月(土・午後)	11
第17回	2012年5月(土・午後)	11
第18回	2012年6月(土・午後)	2
第19回	2012年7月(火・夕方)	20
第20回	2012年8月(水・夕方)	21
第21回	2012年9月(水・夕方)	21
第22回	2012年10月(水・夕方)	7
第23回	2012年11月(水・夕方)	21
第24回	2012年12月(水・夕方)	10
第25回	2013年1月(水・夕方)	14
第26回	2013年2月(水・夕方)	17
第27回	2013年3月(水・夕方)	16
第28回	2013年4月(水・夕方)	8
第29回	2013年5月(水・夕方)	23
第30回	2013年6月(水・夕方)	13
第31回	2013年7月(水・夕方)	12
第32回	2013年8月(水・夕方)	27
第33回	2013年9月(水・夕方)	17
第34回	2013年10月(水・夕方)	2
第35回	2013年11月(水・夕方)	12

第36回	2013年12月(水・夕方)	8
第37回	2014年1月(水・夕方)	15
第38回	2014年2月(水・夕方)	16
第39回	2014年3月(水・夕方)	8
第40回	2014年4月(水・夕方)	20
第41回	2014年5月(水・夕方)	20



【結論】さまざまな事由により医療機関の受診を控えたり、躊躇する事例が少なくない。また、生活、就労などで困難を抱えていても誰にも相談せず1人で悩んでいるケースが多く、生活保護制度の活用も進んでいない。行政による相談窓口の開設・充実、および社会保障制度自体の拡充が求められている。

Mailaddress : tanigawa952127@yahoo.co.jp

大都市郊外在宅高齢者の主観的健康感と循環器疾患有病との関係

○久保 美紀（帝京科学大学・看護学科）

星 旦二（首都大学東京大学院 都市システム科学研究科）

【目的】循環器疾患は、わが国における主要死因の第2位であるが、その一方で循環器疾患の有病は身体的健康のみならず、精神的健康ならびに社会的健康を低下させることが示されている。本研究は、大都市郊外在宅高齢者が自覚する主観的な健康感と循環器疾患の有病との関係について明らかにすることを目的とした。

【方法】本研究は、2001年に大都市郊外A市に居住する65歳以上の高齢者16,462人に調査票を配布し研究に対する同意が得られ、なおかつ調査票の回答が得られた13,195名（回収率80.2%）を基礎的データベースとした。そして、そのうち2004年の調査にも回答した8,285名を分析対象者とした。調査方法は、郵送による自記式質問

紙調査を2001年、2004年、2007年の3回実施した追跡研究調査である。調査期間は、2001年から2007年である。

【結果と考察】分析対象者は8,285名であり、その内訳は、男性3,887人（46.9%）、女性4,398人（53.1%）であった。研究参加時（2001年）に心臓病があると回答した人は1,114人（13.4%）であった。

です。

男女別に主観的健康感と循環器疾患の有病との関係をみると、研究参加時に「あまり健康でない」「健康でない」と答えた人は、「とても健康である」と答えた人に比べて3年後に循環器疾患を有している人の割合が有意に高く、男女ともに同様の結果を示した。

表1. 循環器疾患有病者数

	心臓病		合計
	ない n (%)	ある n (%)	
男	3,325 (85.5)	562 (14.5)	3,887 (100)
女	3,846 (87.4)	552 (12.6)	4,398 (100)
合計	7,171 (86.6)	1,114 (13.4)	8,285 (100)

表2. 2001年、2004年の循環器疾患の有病状況と男女別の主観的健康感

			2001年と2004年の循環器疾患有病				合計					
			01なし+04なし	01なし+04あり	01あり+04なし	01あり+04あり						
			人数	(%)	人数	(%)		人数	(%)	人数	(%)	
男	自分で健康だと思いますか (2001年)	とても健康だ	628	(20.4)	24	(10.9)	7	(5.7)	23	(5.2)	682	(17.7)
		まあまあ健康	2068	(67.1)	153	(69.5)	77	(63.1)	272	(61.8)	2570	(66.5)
		あまり健康でない	275	(8.9)	33	(15.0)	29	(23.8)	103	(23.4)	440	(11.4)
		健康でない	110	(3.6)	10	(4.5)	9	(7.4)	42	(9.5)	171	(4.4)
	合計	3081	(100)	220	(100)	122	(100)	440	(100)	3863	(100)	
女	自分で健康だと思いますか (2001年)	とても健康だ	562	(15.5)	13	(6.5)	5	(2.9)	6	(1.6)	586	(13.4)
		まあまあ健康	2450	(67.8)	130	(64.7)	95	(55.2)	193	(51.9)	2868	(65.8)
		あまり健康でない	448	(12.4)	40	(19.9)	56	(32.6)	119	(32.0)	663	(15.2)
		健康でない	155	(4.3)	18	(9.0)	16	(9.3)	54	(14.5)	243	(5.6)
	合計	3615	(100)	201	(100)	172	(100)	372	(100)	4360	(100)	

kmiki@ntu.ac.jp

暮らし・仕事と40歳以下2型糖尿病についての研究： 臨床像と社会経済的地位との関連

○舟越光彦¹、伊古田明美²、伊藤浩一³、大澤亮¹¹、沖本久志⁴、清水信明⁵、辻村文宏⁶、富永さやか¹¹、福田洋⁷、松本久⁸、宮城調司⁹、三浦次郎¹⁰、蒔也寸志¹¹

1 千鳥橋病院、2 勤医協中央病院糖尿病内分泌科、3 中野共立病院内科、4 坂総合病院糖尿病代謝科、5 上伊那生協病院内科、6 名南病院内科、7 順天堂大総合診療科、8 くわみず病院内科、9 立川相互病院内分泌代謝科、10 吉祥院病院内科、11 城北病院内科

【目的】40歳未満の2型糖尿病の臨床像についての検討は少ない。また、我が国においては糖尿病と社会経済的地位(SES)の関連の検討は少ない。そこで、40歳未満の2型糖尿病の臨床像とSESとの関連を検討した。

【対象と方法】全日本民主医療機関連合会加盟の医療機関96施設において、2012年3月31日時点で受診中の20歳以上40歳以下の2型糖尿病患者で調査に同意した患者を対象に、同年6月より7月に診療録の調査と自記式質問調査を実施した。さらに、コホート調査として、2013年6月～7月に同様の調査を実施した。

解析は、初年度のSESと合併症との関連はロジスティック回帰分析により年齢調整有所見率を求め、次いで合併症に関連するSESのオッズ比を多変量解析により求め、トレンド検定により量反応関係を検討した。追跡調査については、初年度のSESと1年後の糖尿病網膜症との関連を初年度調査と同様に検討した。

【結果】

1、初年度の断面調査結果

(1) 対象数は782人(男525/女257)。年齢(中央値)36.0歳。調査時BMI(中央値):29.3。調査時HbA1C(中央値):7.3%。網膜症あり

23.1%。腎症(顕性蛋白尿)あり15.9%。学歴は、中卒15.6%、高卒48.1%、大卒等35.9%。雇用状態は、無職23.5%、学生0.9%、正規43.2%、非正規24.1%、自営等5.1%、その他3.2%。糖尿病の診断の契機は、健診44.9%、眼科受診時2.4%、他の病気26.2%、症状16.5%、その他10%。

(2) SESと網膜症との関連では、最終学歴別では中卒>高卒>大卒等の順で、雇用状態では非正規と無職・学生・その他>正規・役員・自営の順で、医療保険との関連では生活保護>その他の保険、婚姻状態では未婚>離婚>既婚の順で各々年齢調整有病率が高かった。腎症についても同様の傾向であった。

(3) 多変量解析の結果、網膜症に関しては、最終学歴では中卒、医療保険では生活保護、雇用では非正規、婚姻では未婚であることが有意に関連していた(表1)。しかも、最終学歴と医療保険では有意な量反応関係もあった。腎症に関しては、最終学歴では中卒であること、婚姻で未婚であることが有意に関連していた。また、最終学歴では有意な量反応関係もあった。腎症では、網膜症とほぼ同様の傾向が最終学歴、雇用状態、医療保険、婚姻状態で見られた。

2、コホート調査の結果

(1) 解析対象者：初年度に網膜症がなかった者は518人で、1年後の調査を受けた436人のうち網膜症の評価を実施したものは368人であり、これを解析対象とした。

(2) 網膜症の罹患率：78.8人年であった。

(3) SESと網膜症との関連では、学歴と医療保険については断面調査と同様にSESが低いほど罹患率が高い傾向にあったが、統計学的には有意ではなかった(表2)。

【考察】本研究の対象はSESの低い層が多い集団で一般集団からの偏りはあるものの、40歳以下の2型糖尿病患者に著明な肥満と高率の合併症を認めた。40歳未満においても糖尿病と合併症の早期発見のための検診制度等の整備が必要である。特に、検診機会の少ない無職や非正規労働者への整備が必要である。

本研究は**糖尿病網膜症の調整オッズ比**

SESの低い階層の人たちが2型糖尿病と合併症の有病率が高いとする海外の多くの報告と一致するもので、日本においてもSES

と糖尿病が関連することが示唆された。糖尿病対策においては、個人の生活習慣に対する介入だけでなく社会経済的な支援が必要なことを示していると考えられた。

【参考文献】参考文献：糖尿病. 近藤克則編. 健康の社会的決定要因 疾患・状態別「健康格差」レビュー. 日本公衆衛生協会；東京、2013：37-40.

表2、コホート調査における糖尿病網膜症の粗オッズ比

	粗オッズ比	95%CI
学歴		
大卒等	1	
高卒	1.34	(0.57-3.31)
中卒	1.52	(0.45-4.62)
医療保険		
生活保護以外	1	
生活保護	1.58	(0.36-4.92)
雇用		
正規	1	
非正規	1.23	(0.51-2.87)
無職・学生・その他	0.57	(0.16-1.64)
婚姻		
既婚	1	
未婚	0.62	(0.27-1.42)
離婚	1.38	(0.20-5.94)

表1、断面調査における糖尿病網膜症の調整オッズ比

	年齢調整			多変量調整 ⁽¹⁾		
	オッズ比	95%CI	傾向性p値	オッズ比	95%CI	傾向性p値
学歴						
大卒等	1.00			1.00		
高卒	1.13	(0.92-1.40)	p<0.05	1.16	(0.94-1.44)	p<0.05
中卒	1.36	(1.04-1.78)		1.41	(1.07-1.86)	
医療保険						
生活保護以外	1.00			1.00		
生活保護	1.54	(1.16-2.03)	p<0.01	1.54	(1.14-2.07)	p<0.01
雇用						
正規	1.00			1.00		
非正規	1.33	(1.04-1.68)	n.p.	1.50	(1.17-1.91)	n.p.
無職・学生・その他	1.40	(1.13-1.74)		1.28	(0.99-1.66)	
婚姻						
既婚	1.00			1.00		
未婚	1.21	(1.01-1.46)		1.27	(1.02-1.60)	
離婚	1.55	(1.14-2.09)	n.p.	1.46	(0.96-2.19)	n.p.

(1)年齢、性、調査時HbA1C、調査時BMI、運動習慣、喫煙、飲酒

被災地の建築関連事業所労働者の心の病の特徴と課題 —労働安全衛生法ストレスチェック義務化法案の問題点にふれて—

○広瀬俊雄、斎藤慶史、佐藤祐子、佐藤了子
(仙台錦町診療所・産業医学センター)

事例1 A氏(男性正規独身 S56 生) B社 東北支店勤務調査係

5年目の職員、官庁からの受注・入札に備えての現地調査と受注後の報告書作成作業で通年的に100時間近い残業があり、期末には200時間を超すことが多かった。当初、面談の希望無しだったが、震災年の9月に「産業医面談希望」した。例年なら年度が変わると残業が少なくなって、疲労が一旦軽減してきたのに、本年は、震災対応と復旧事業で減らず、連休中も過重労働のままであった。この頃から不眠に陥り、C心療内科を受診した。週1回受診し、不調を訴える毎に薬が増え4剤迄になった。「過重労働と発注者のきつい指示等について主治医が触れ無いので、産業医の支援を希望することになった」と述べている。面談後、「会社が対応する」と表明したので気分的にはやや落ち着いたが、症状は思うように軽減しないので、宮城県産業医&精神科・心療内科連携の会の医師に転医を勧めた。心理カウンセリングも併用され、産業医には一層の業務負担軽減での側面援助を依頼された。十分な改善が図られず、同年12月休職に移行し、リワーク支援を受けたが退職となった。

事例2 E氏(正規女性 当時独身 S55 生) A氏と同じ事業所同じ班所属

A氏同様で同じ『発注者』からの過大な要望(メール含む事実上の命令)に対し「対人恐怖・ふさぎこみ・睡眠障害・うつ状態」

を生じ、産業医面談となった。5人のグループ中2例の発症となったので、産業医として「支社長から発注者窓口担当者に注意すべし」と依頼し、実施され、「無謀な指示」は改善され、休業せずに回復した。

事例3 F氏(S46 生) A氏と同じ支社・別の県の営業所課長

本年2月(会社指示)と4月(本人希望)と続けての産業医面談が実施されている。13年度の繁忙期を終えてから心身の不調が出ているというのが2度目の理由。2014年1月、残業続きの中会社に夜半まで居て激しい痛みで救急センター受診、尿管結石と診断された。3人の技術職の内1人が昨秋、過重労働を苦に退職、補充がないまま2人で乗り切った直後にて、今までに無い強い不安が現れたとの事。その後本人は、本社配転の内示がありほっとするかと思ったら、同僚等への心配が強まり不眠症が悪化、2度目の産業医面談となる。現在相談継続。

事例4 G氏(男性正規独身 S63 生) H社 設計師

入社2年目の秋、体調不調にて精神科受診したが、処方薬でだるさ増強し服薬中止し、翌1月カウンセリングに行き、会社の事や心配事を話し、幾分落ち着いて繁忙期(1~3月)を過ごしていた。帰宅は午前2時頃が多かった。4月になり、帰宅は22時に早まったが、疲労に加えて不安が強まり、食欲も落ち、睡眠障害が顕在化した。ゴールドデ

ン休暇に実家に帰り、親と話が出来、10月から実家からの通勤ができる支社への転勤の内示があり、気持ちが楽になって戻ってきた。しかし、不眠時の睡眠薬服薬による寝坊にて休みがあった為、心配した会社から産業医受診が勧められ5月連休後に受診となった。睡眠障害として内服治療中であるが未だ不安定で、「不十分な勤務」にて会社より「休職と精神科での加療」が提案され、実家近くで実施予定である。

事例5 I氏(正規女性 独身 H3 生) H社 設計助手

入社2年目の産業医面談で「心身の疲労が極地」と訴えた。連日0～1時迄の仕事で、昨年同期は3回会社に泊まった。「身体からみてこのまま続けられるのかは不安」で親や友人に相談しているが、「投げ出すのはそれも嫌」と悩んで働いている。産業医としては、「最低の休養を取ることを勧めつつ「早めに再度今後の生き方・働き方についてきちんと検討すべき」との助言をしている。

事例の特徴

いずれも筆者が産業医の小規模の支社や営業所の労働者である。ここでの働かされ方・働き方は、業界の体質による過重労働の常態化と大震災の被災・復興による負担が重なる「複合負担」にあるとして、既に学会や雑誌で報告・投稿してきている¹⁻³。今回、加えたい事は、彼らの心身の障害が、過去の過重労働や職場ストレスによるものだけでなく「これから先への強い不安」が共通して存在していることである。これらの不安は、「この先もこの異常な過重労働が続くのか」「身体が持たないのでは」という不安のみならず、「この異常事態が後輩達にも引き継がれるのだろう」というものや、過重労働を

減らす方針が見えてきたこの時点で、「自分の担当する分野や出先が軽視・縮小されるのでは」という不安も含まれている。更には、絶対的な状況改善がなされないのに、「過重労働を減らして働くように」といった無理な原則が上司や本社から押し付けられるのでは」という不安も含まれている。

終わりに

過重労働にある労働者の心の障害をこれまでのような「過去」「現在」の事態からだけ見るのでは不十分で、「これから先の不安」の影響にも眼を向ける必要があるといえよう。今回の事例の中には、「自分自身は元気で働ける」状態としながら(よって問診や調査には元気として対応)、職場や同僚の先行き不透明性や不安要因が多い、と訴えていた。その意味で、現在国会審議中の「ストレスチェック義務化法案(労働安全衛生法改訂の一項)」は、そうした産業や職場実態の現状や労働者の複雑な気分をきちんと見ないまま・見れないままに、〇×検査で無理に評価を下してしまうものであり、到底容認出来るものではない。これからでも廃案を目指すべきと考えるものである。

参考文献

- 1) 広瀬俊雄、東日本大震災被災地における職場と働く人びとの現状と産業衛生の課題. 働くもののいのちと健康.2014;Vol.59:2-7
- 2) 広瀬俊雄、東日本大震災の被害の実態と産業保健活動-民医連における活動への期待にも触れて. 民医連医療. 2014;Vol.502:45-50
- 3) 広瀬俊雄、産業医・産業保健活動から見た震災と産業ストレス(第21回日本産業ストレス学会会長講演). 産業ストレス研究;2014.Vol.21(4):投稿中

東京の野宿生活者における歯科保健

○中久木康一（新宿連絡会医療班・東京医科歯科大学顎顔面外科），森下絵理（新宿連絡会医療班・訪問看護ステーションコスモス），大脇甲哉（新宿連絡会医療班・港町診療所），有川量崇（日本大学松戸歯学部公衆予防歯科学講座）

【目的】野宿生活者においては生活環境の悪さから体調を崩す場合が多く，新宿連絡会医療班では，1996年から毎月の公園での炊き出し時の健康相談会を中心とした支援を行ってきた．歯科に関しても2000年9月より毎月相談を受け，行政や地域の歯科医院と協力して相談・受診しやすい窓口を提供してきた．今回，野宿生活者における歯科相談を集計し，その傾向を踏まえて，今後の健康支援のあり方を検討した．

【方法】2000年9月から2014年3月までの14年間に，東京都下における路上での健康相談会において歯科相談を受けたのは791名（のべ936名）であった．このうち，一般地域生活17名，生活保護受給中（地域生活移行支援事業対象者を含む）51名，友人宅12名を除く，不安定居住者711名（野宿566名，テント90名，その他（ネットカフェ，ファーストフード，サウナ，ドヤなど）135名）を対象とし，初回相談記録から口腔内の状況，口腔衛生習慣，要治療者への対応，口腔保健の展開などについて検討した．

【結果】男性693名，女性18名と，男性が97.5%を占めた．平均年齢は53.5歳（22歳～81歳）であり，50歳代が288名（40.5%）を占め，40～60歳代で85.1%を占めた．

1）口腔内の状況

主訴は，歯の疼痛208名（29.3%），歯の欠損による咀嚼困難139名（19.5%），歯の動揺／疼痛115名（16.2%），義歯の作成94

名（13.2%），補綴物の脱離78名（11.0%），歯肉の腫脹／疼痛77名（10.8%）などが多く，う蝕罹患率は75.7%，DT（一人あたりう蝕歯数）= 4.3，MT（一人あたり喪失歯数）= 10.3，FT（一人あたり処置歯数）= 3.6であり，歯周病罹患率（Gingival Index ≥ 1 ）は89.5%であった．喪失歯が多いにもかかわらず，義歯を使用しているものは97名（13.8%）に留まり，443名（64.6%）に義歯の作製が必要と判断された．問診できた633名のうち，何でも食べられるものは221名（35.0%）のみで，237名（37.5%）は軟らかいものだけ，166名（26.3%）は全て丸飲みの状態であった．

2）口腔衛生習慣

問診できた553名のうち，歯磨きはしない者が218名（39.4%），1日1回未満が252名（45.6%）と，85.0%が1日1回磨いていなかった．糖尿病の罹患率は5.9%であり，問診できた562名における喫煙率は76.1%だった．

3）要治療者への対応

治療が必要な者で同意した511名（71.9%）には紹介状を提供して福祉事務所での相談を勧め，近隣の歯科医療機関での治療へとつなげた．必要性はあっても受診を希望しない場合も少なくなく，その理由としては「歯科治療への恐怖心」や「差別的対応への不信感」，そして「日雇いのため予定が立たない」，「福祉の世話にはなりたくない」などがあげられた．紹介状を持つ

て福祉事務所で相談した結果が確認できた200名(39.1%)のうち、81.0%が歯科受診へとつながり、他15.0%も公的扶助に結びついていた。

【考察】

野宿生活者の多くは、多数歯の抜歯や義歯の作製を必要とし、長期間の治療が必要な状態にあった。これらに対しては、これまでの相談活動を通じて、徐々にではあるが必要な治療が受けられるようになってきていた。

一方、この14年間を、前期(2000～2003年度)、中期(2004～2008年度)、後期(2009～2013年度)に分けると、相談者数における再診者比率は、前期6.0%、中期16.5%、後期22.8%と、上昇してきている。また、初診者における、野宿などの不安定な生活ではない生活保護受給者や友人宅などに居候する生活困窮者の比率も、前期0.4%、中期10.8%、後期19.8%と上昇してきている。

これらは、野宿生活者における健康問題への対応として、単に体調不調時に受診に結び付けられる環境をつくることが、生活を取り戻すことに結びつくわけではないことを示している。かつてよりも受診に至る窓口は広く設置されているものの、その窓口を何度も利用する人がいるということは、一度受診して健康問題を解決する機会を得たとしてもなお、生活を取り戻すことはできずに再度の野宿生活となり、そしてまた

体調を崩すことを繰り返している人がいると考えられる。また近年は、それらが野宿生活者に限らず、生活困窮者という枠の中での普遍的な現実となってきたことも示唆している。

このように、窓口などの枠組みや仕組みを構築していくことだけでは解決できていない側面が明らかになってきた。特に健康面においては、医療機関にて健康を回復する治療を受けることも重要だが、現状の生活の中でどのように健康を維持していくかという工夫も大切である。

そのような考えにより、新宿連絡会医療班では、2014年度からは「医療相談会」という定点の窓口を捨て、「訪問健康相談」に移行し、それぞれの生活の場に出向いての健康相談を行っている。

歯科において、予防や管理の基本である毎日の歯磨きは、「食事が不安定である」「寝場所が一定しない」「水道が近くにない」などの環境のため、歯ブラシや歯磨剤が手元にあったとしてもなかなか難しい。その環境の中でも、食べる・話すという歯や口の機能を保てるような、歯科保健支援活動を構築していくことが求められている。

連絡先：nakakuki@biglobe.jp

産業医学科外来における鉛中毒「新患」の問診から見える背景について ～ある「橋梁塗装現場」の安全衛生についての考察～

○庄司修、中村賢治、重田博正（大阪社会医学研究所）

【はじめに】高速道路の橋梁など、鉄に塗る塗料への鉛の混入は防食、防錆手段として1990年頃まで行われてきた。(社)日本塗料工業会は1996年に安全・環境への配慮から、鉛含有塗料の使用廃絶に向けて活動することを宣言した。日本工業規格(JIS)は2008年に、鉛を含む塗料はJIS規格から全廃した。

橋梁塗装は腐食、防錆、景観の保持のため、およそ10年で塗り替える。橋梁塗装の塗り替えの時に含鉛塗膜をかき落とすケレン作業は、鉛中毒予防規則に「含鉛塗料のかき落とし業務」として危険有害作業とされてきた。ケレン作業によって起こる鉛中毒については1986年にすでに報告されていた¹⁾。

2013年10月、のぞと診療所(大阪市西淀川区)産業医学科外来に、塗装工の鉛中毒患者が来院された。法的に規制され、業界としても含鉛塗料の全廃に向け努力しているのになぜ現在も鉛中毒が発生したのか、症例の社会的背景について考察した。

【症例】44歳男性。1989年から塗装工。1995年ごろに独立。下請けの塗装工として橋梁や鉄柱などの塗装作業を行っていた。2003年ごろから大阪Y社の下請けを行うようになった。2013年8月19日よりY社が受注している首都圏の高速道路の橋梁塗装作業に従事。

9月10日ごろより全身倦怠感、20日ごろより胸部痛、肩甲骨の痛み、腹痛。近医

受診したが、原因不明、症状の増悪により、業務継続困難となり、10月11日に帰阪、近医に入院し、精査したが原因不明。塗装工という理由で有機溶剤中毒を疑われ当科受診となった。作業場の状況から鉛中毒が疑われ、血中鉛 $83.6\mu\text{g/dl}$ (基準値 $20\mu\text{g/dl}$ 未満)、尿中 δ -アミノレブリン酸 29.0mg/l (基準値 2.2mg/l 未満)であり鉛中毒と診断された²⁾。

【本症例の鉛中毒はどのようにして生じたか】

この高速道路は1970年代に完成した。高速道路管理会社(S社)の施工要領によると1981年当時、橋梁資材に対する防食下塗り塗装として、鉛丹入りさび止めペイントが仕様として明記されていた。高架橋道路の塗装塗り替えの際、古い塗装膜の除去は、工事経費等の事情から、塗膜表層の錆、腐食塗料のみかき落とし、その上に新しい塗装がされてきた。結果として、古い下塗り層に鉛を含んだ塗膜が残留している橋梁が存在していたと考えられた。本症例でのケレン作業は、S社の現場監督から、残留塗膜を取除き、鋼肌を露出させることが指示されていた。よってその作業工程で鉛を含んだ粉じんが発生した。患者は、ケレン作業の過程で鉛丹色の古い塗膜を目視したという。本症例の現場では含鉛塗膜が残留していたと考えられた。

ケレン作業は古い塗膜をグラインダーで剥離するため、大量の粉じんが出る。現場

では周囲への粉じん飛散を防止するため、高速高架橋全体をボードなどで完全に密閉した状態で作業をしていた。作業中は前方が見えなくなるほどの粉塵であった。現場では呼吸用保護具として、面体型エアラインマスクが支給されていた。しかし密閉された空間で大量に粉じんが出る中での作業にもかかわらず、支給されたエアラインマスクは外気が流入する上に移動時、会話時にはマスクを外しており、鉛曝露はここで起こったと思われる。

Y社によると、同じ現場で作業していた他の労働者 13 名の労働者の血中鉛を測定したところ、10 名が $40 \mu\text{g/dl}$ 以上であった²⁾ ことから、本症例以外にもケレン作業によって鉛に曝露されていた労働者が多数存在したと考えられる。

【考察】

S社は高速道路を建設する際、施工要領により、鉛の入った塗装を指示した。その後橋梁塗装の塗り替えの際もケレンについて指示してきた。いつの建材に鉛が含まれ、どの現場に鉛塗膜が残留しているか知りうる立場であった。S社は本症例の現場の塗膜に鉛が含まれていることをY社に情報提供をしなかった。さらにS社は現場労働者

をつうじて含鉛塗膜を剥がすケレンを指示した。S社は含鉛塗膜について調査を行い、Y社に情報提供を行う責務があったと考えられた。

Y社は塗膜に鉛が含まれていることをS社から知らされていない。鉛中毒予防規則に対応した対策を取れなかった。粉じん対策は行っていたが、不十分なものであった。

患者本人は鉛の存在を目視しているにもかかわらず、それが直接、自身に健康被害を起こすと想定ができなかった。

橋梁に残留した含鉛塗膜による鉛中毒の問題は、他の高速道路でも起きうる問題である。そのため行政は、道路管理会社に対し、鉛中毒の対策を徹底して指導することが必要なのではないだろうか。

【参考文献】

- 1) 日野昌徳「塗装業者にみられた鉛中毒」労働の科学 41 巻 8 号, p 4, 1986
- 2) 中村賢治「劣悪な作業環境により発生した下請塗装工の鉛中毒」日本産業衛生学会, 第 56 巻臨時増刊号, p 437, 2014

三池 C0 被災者医療にみる労災補償制度の問題点 —社会復帰促進等事業に着目して—

○田中智子 （佛教大学 非常勤講師）

【目的】

社会復帰促進等事業は、労働者災害補償保険法第2条第2項に定められるもので、同法第1条の目的を達成するために「行うことができる」事業である。

本研究では、戦後最大の労働災害である三池炭鉱炭じん爆発事故被災者（以下、C0被災者と記す）医療をとりまく現状から、社会復帰促進等事業が内包する問題点を明らかにし、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つの方法をもちいた。ひとつめは、厚生労働省資料ならびに三池高次脳連絡会議資料、被災者団体資料といった一次資料の分析である。ふたつめは、被災者・家族、および三池高次脳連絡会議幹事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）C0 被災者医療の現状

C0被災者の多くが、彼らのリハビリテーションを目的に設置された大牟田労災病院（1964年3月開設）を利用していた。

同病院は、労災病院再編計画による統廃合の対象となり、2006年3月に廃止された。

医療レベル低下をおそれた被災者団体は、このとき厚生労働省と確認書を交わした。しかし、締結から8年が経過した現在もその内容は履行されていない。

また、手続きが煩雑化したことで、アフターケア受給のための手続きを行わない

（行うことができない）C0被災者も存在する。

（2）社会復帰促進等事業の概要

社会復帰促進等事業の内容は、①社会復帰促進事業、②援護事業、③安全衛生確保等事業の3つに大別される。

社会復帰促進等事業費には、労災保険料収入があてられている。同事業費（予算）は、2005年度の1222億円から2012年には506億円まで削減された。他方、企業が支払う労災保険料率（全54種平均）は、1989年の1.08%から2012年には0.48%に引き下げられた。

（3）社会復帰促進等事業の問題点

社会復帰促進等事業では、事業給付の具体的内容や受給資格、申請の手続き等については通知通達で定められるものが少なくない。また不服申し立てについては、言及されておらず、受給権が確立されているとは言い難い状況にある。

【結論】

C0被災者はもとより、すべての労災・職業病被災者（患者）の医療や社会復帰についての責任は、国と企業にある。

現在のように社会復帰促進等事業を労災保険給付と別枠におき、受給権も確立させないのであれば、被災者たちは受給している事業が一方的廃止にいたった場合に泣き寝入りするしかなくなる。保険給付として組み込み、受給権を確立させるべきであろう。

e-mail:rosatomimi@yahoo.co.jp

病棟看護師の筋骨格系症状に関する検討 ～回復期リハビリ病棟・亜急性病床・療養型病棟の勤務者について～

○北原照代、埤田和史、辻村裕次、加藤正人、保田淳子（滋賀医大・社会学・衛生学）、西田直子（京都府立医大・医・看護）、鈴木ひとみ（京都学園大・健康医療）、中村賢治（大阪社会医学研究所）、白星伸一（佛教大学・保健医療技術）、富田川智志（大阪人間科学大・人間科学・医療福祉）

【はじめに】

看護師は、その作業態様から、腰痛や頸肩腕障害の発生リスクが高い職種と言える。わが国の病院では、入院患者 1 人に対する看護師の人数に応じて、診療報酬の入院基本料と連動した看護師配置基準があり、一般急性期病棟では「7:1」が多い。しかし、2014 年度の診療報酬改定では、医療費削減の観点から、診療報酬の高い「7:1」の病棟数を削減する方針が打ち出された。超高齢社会を迎え、今後は介護度の高い患者のケアが増えると予想されるが、より少ない人数の看護師で対応せざるを得ない。そこで、看護師の筋骨格系症状について、「7:1」基準を満たさない回復期リハビリ病棟、亜急性病床、療養型病棟で勤務する看護師に注目して検討した。

【方法】

2 大学病院 6 民間病院の看護師計 2145 人を対象に、労働と健康に関する自記式質問紙調査を 2013 年 8～11 月に実施した。調査項目は性別、年齢、労働に関する項目（労働時間、時間外労働、勤務形態、身体的に辛い作業など）、腰痛および頸肩腕部痛の状態等である。有効回答者（率）1540 人（72%）のうち、フルタイムの女性を抽出し、「7:1」の病棟での勤務者（「7:1」群）、および「7:1」基準を満たさない病棟での勤

務者（「7:1」以外群）に分けて比較検討した。解析には SPSS v20 を用い、2 群間の率の比較は年齢調整後に χ^2 検定、平均値の検定には t 検定を用いた（有意水準 5%）。

本調査は、滋賀医科大学倫理委員会の承認を得て実施した（番号 23-49-1）。

【結果と考察】

1. 解析対象者の属性

解析対象となった「7:1」群は 45 病棟・549 人、「7:1」以外群は 7 病棟・82 人であった。年齢、経験年数、交替制勤務および時間外労働の状況を表に示す。

表 解析対象者の属性

		「7:1」 群 (n=549)	「7:1」 以外群 (n=82)	p
平均年齢(歳)		31.7	36.4	<0.01
年齢構成 (%)	≤29歳	54.6	31.7	
	30歳代	23.3	30.5	
	40歳代	17.7	25.6	
	≥50歳	4.0	9.8	
平均経験 年数(年)	現職場 前含む	5.0 8.2	7.0 12.3	<0.01 <0.01
交替制勤務 従事者(%)	二交替制	37.7	6.1	
	三交替制	47.7	72.0	
時間外労働 (時間)	先月平均	19.9	13.9	<0.01

2. 腰痛について

調査時点および過去 1 か月（いつも＋時々）の腰痛の訴え率（図 1）は、「7:1」以外群の方がやや高かったが、有意差はなかった。また、調査時点で腰痛ありのうち、

「時々休憩が必要なくらい痛い」または「休むほどではないがかなり痛い」者は、「7:1」以外群で 39.3%おり、「7:1」群 (27.2%) より有意に高かった ($p<0.01$)。腰痛による休業経験者数 (率)・平均延べ休業日数・休業人日は、「7:1」群で 34 人(6.2%)・19.8 日・672.8 人日、「7:1」以外群で 13 人(15.9%)・13.2 日・171.0 人日であった。

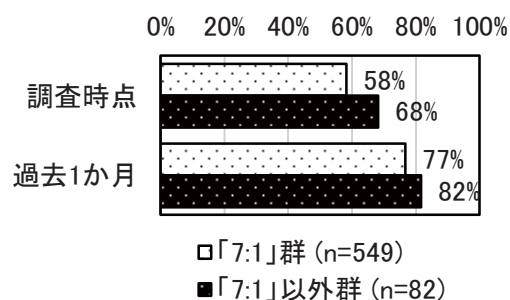


図1 腰痛訴え率

3. 頸肩腕部痛について

過去1か月の頸肩腕部痛 (いつも+時々) 訴え率 (図2) を見ると、「7:1」以外群では右頸 39.0%、右肩 50.0%と、「7:1」群 (それぞれ 29.5%、39.0%) より高く、頸と肩は有意差を認めた。また、この訴え率は、過去に報告されている頸肩腕障害多発職種よりも高かった。

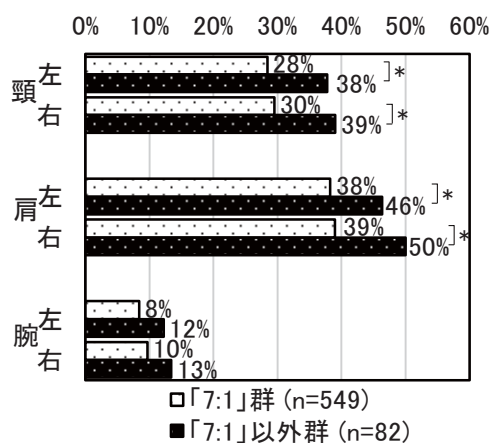


図2 頸肩腕部痛訴え率

(* χ^2 検定、 $p<0.05$)

4. 身体的につらい作業について

身体的につらい作業の訴え率 (図3) を見ると、起居動作介助および歩行・車いす移動の介助では「7:1」以外群の方がやや高かったが、有意差はなかった。治療・処置では「7:1」群の方が有意に高く、看護業務の違いを反映していた。

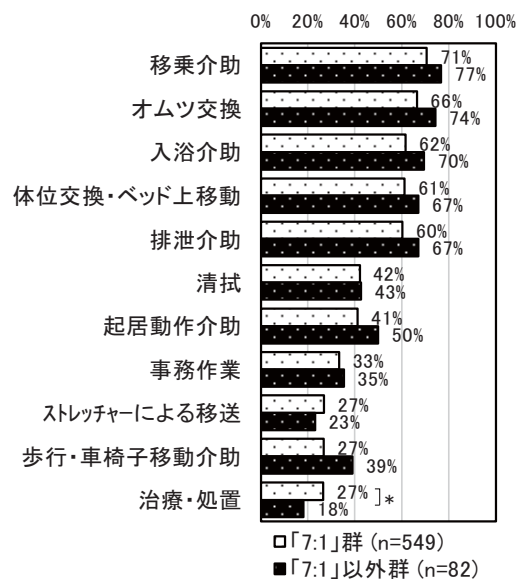


図3 身体的につらい作業の訴え率

(* χ^2 検定、 $p<0.05$)

【結論】

看護師の配置が少ない上に患者の介護度が高い回復期リハビリ病棟、亜急性病床、療養型病棟等では一般急性期病棟よりも筋骨格系症状訴え率が高かった。今後、病棟再編が進むと、看護師の筋骨格系障害が更に増加することが懸念され、実効ある予防対策が急務である。

【謝辞】

本研究の一部は JSPS 科研費 (基盤研究 (C) 24593196) の助成を受け実施した。ご協力いただいた皆様に感謝いたします。
連絡先: teruyo@belle.shiga-med.ac.jp

労働者のワーク・ライフ・バランスとその関連要因の経年変化 -2006 年と 2010 年との比較から-

○上原尚紘¹⁾、志渡晃一²⁾、西 基²⁾、三宅浩次³⁾

1) 医療法人社団いずみ会北星病院 2) 北海道医療大学大学院看護福祉学研究科

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労働者のワーク・ライフ・バランスとその関連要因(労働条件等)を 2006 年と 2010 年のデータを用いて比較検討する。

【方法】

2006 年と 2010 年に北海道・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、同意を得られた合計 17,325 名(2006 年 9,079 名、2010 年 8,246 名)を対象とした。仕事の内容のワーク・ライフ・バランスに関する「仕事と仕事以外の生活をうまく両立させている」の 2 群(「良好」群を 1、「不良」群を 2 と変数化)を層の変数とし、2006 年と 2010 年の 2 群(2006 年を 1、2010 年を 2 と変数化)を目的変数とした。説明変数を仕事の内容等を設定して、分割表を作成し、ワーク・ライフ・バランスの良好群、不良群を年度と個々との変数間の関連により検討した。なお、欠損を除いた 16,818 名(2006 年 8796 名、2010 年 8032 名)を解析の対象としている。

【結果】

表 1 に年別におけるワーク・ライフ・バランスとの関連を示した。ワーク・ライフ・バランス良好群の全体の割合は 69.2%であった。2006 年で 69.6%、2010 年では 68.8%であり、有為な差は認められなかった。

表 2 に経年変化におけるワーク・ライフ・バランスと仕事の内容の関連について示した。負担度に関する 5 項目では、単変量解析の結果 2006 年良好群に比べ 2006 年不良群は「からだを動かす仕事である」の 1 項目が低く、4 項目が高かった。また、2010 年良好群に比べ 2010 年不良群では、「仕事の量がとても多い」等の 4 項目が高かった。

裁量度に関する 3 項目では、単変量解析の結果 2006 年良好群に比べ 2006 年不良群では、「仕事の方針を決め、意見を反映できる」等の 2 項目が低く、「職場での伝統や習慣がかなり強制的」の 1 項目が高かった。また、2010 年良好群に比べ 2010 年不良群においても、「仕事の方針を決め、意見を反映できる」等の 2 項目が低く、「職場での伝統や習慣がかなり強制的」の 1 項目が高かった。

支援度に関する 2 項目では、単変量解析の結果 2006 年良好群に比べ 2006 年不良群では、「職場の人間関係は全体的に見て良い方」等の 2 項目が高かった。また、2010 年良好群と 2010 年不良群においても、「職場の人間関係は全体的に見て良い方」等の 2 項目が高かった。

満足度に関する 5 項目では、単変量解析の結果 2006 年良好群に比べ 2006 年不良群では、「やりがいのある仕事である」等の 4 項目が低く、「現在の勤めをやめたいと思う」の 1 項目高かった。また、2010 年良好群に比べ 2010 年不良群においても、「やりがいのある仕事である」等の 4 項目が低く、「現在の勤めをやめたいと思う」の 1 項目高かった。

【考察】

本研究は、2006 年と 2010 年のデータを比較検討した。その結果、ワーク・ライフ・バランスの比率に差はなかった。仕事の内容双方において良好群と不良群に差が見られた。

今回の調査対象では、2006 年に比べ 2010 年では「からだを動かす仕事である」に差がみられず、全体的に該当率が低かったことが見受けられた。しかし、「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」や「現在の勤めをやめたいと思う」という 3 項目が高くなっており、従来の働き方に比べると、仕事のきつ

さは低下してきているが、ノルマなどによる辛さは上昇し、個人に任せられる裁量度が低くなりつつあり、また、辞めたくても不況から必死に現在の職場にしがみついている動労者の現状や、社会情勢の厳しさが窺われる。今後仕事の内容のバランスが変化すれば、労働者のワーク・ライフ・バランスは悪化することが予測される。

【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 年別におけるワーク・ライフ・バランスとの関連 N(%)

項目	2006 年 N=8,796	2010 年 N=8022	p
良好群	6,121 (69.6)	5,516 (68.8)	

* : $p < 0.05$ 単変量解析(Fisher の直接確率検定)

表 2 経年変化におけるワーク・ライフ・バランスと仕事の内容との関連

仕事の内容	2006 年良好群 N=6,121	2006 年不良群 N=2,675	p	2010 年良好群 N=5,516	2010 年不良群 N=2,506	p
負担度						
1.からだを動かす仕事である	3,419 (56.0)	1,426 (53.4)	*	2,739 (49.8)	1,258 (50.3)	
2.仕事の量がとても多い	4,111 (67.5)	2,064 (77.5)	*	3,548 (64.7)	1,880 (75.3)	*
3.次の日まで疲れが残る	3,572 (58.9)	2,139 (80.6)	*	3,101 (56.6)	1,976 (79.5)	*
4.勤務時間中はいつも仕事のことを考える	4,274 (70.2)	2,100 (78.8)	*	3,748 (68.3)	1,955 (78.2)	*
5.ノルマや納期に追われる仕事が多い	3,302 (54.3)	1,774 (66.8)	*	3,262 (59.6)	1,794 (71.9)	*
裁量度						
6.仕事の方針を決め、意見を反映できる	3,394 (55.9)	1,104 (41.5)	*	2,817 (51.4)	999 (40.0)	*
7.仕事の方針や目標ははっきりしている	4,526 (74.7)	1,498 (56.5)	*	4,071 (74.4)	1,431 (57.4)	*
8.職場での伝統や習慣がかなり強制的	2,792 (46.1)	1,416 (53.4)	*	2,660 (48.6)	1,420 (57.1)	*
支援度						
9.職場の人間関係は全体的に見て良い方	4,490 (73.7)	1,467 (55.2)	*	3,988 (72.6)	1,328 (53.2)	*
10.仕事の伝達、連絡、報告はよく行われている	4,227 (69.6)	1,464 (55.0)	*	3,850 (70.2)	1,379 (55.3)	*
満足度						
11.やりがいのある仕事である	4,403 (72.3)	1,408 (52.9)	*	3,956 (71.9)	1,332 (53.3)	*
12.努力に見合った評価を受けている	3,234 (53.3)	966 (36.4)	*	2,820 (51.5)	866 (34.7)	*
13.現在勤めている企業の将来は明るい	2,714 (44.8)	673 (25.4)	*	2,209 (40.4)	576 (23.2)	*
14.現在の仕事は自分に適している	4,404 (72.3)	1,066 (40.2)	*	3,909 (71.4)	1,028 (41.3)	*
15.現在の勤めをやめたいと思う	2,772 (45.4)	1,776 (66.6)	*	2,604 (47.5)	1,736 (69.6)	*

※ワーク・ライフ・バランス：「仕事と仕事以外の生活を両立できている」の①②を良好群、③④を不良群とした。

* : $p < 0.05$ 単変量解析(Fisher の直接確率検定) ; 良好群 VS 不良群

Sense of Coherence (SOC) を用いた病ある人生の再構築研究と 健康職場づくり研究の現段階ならびに社会医学における新機軸性

○山崎喜比古（日本福祉大・社会福祉学部）、木村美也子（聖マリアンナ医大）、
大宮朋子（東邦大・看護学部）、益子友恵（東大病院・臨床研究支援センター）

【目的】Antonovsky の 2 大著作(1979, 1987)で提唱された健康生成モデルとストレス対処・健康保持力概念 SOC(sense of coherence; 首尾一貫感覚)及び尺度が、2 作目の和訳書(山崎ほか監訳, 2001)により日本に紹介されてから 13 年になる。国内外とも、それぞれ母語による SOC 尺度の作成・発表をもって、SOC 実証研究は始まり、年々の増加をみることになった。国内外の学術誌に掲載された、日本人を対象にした日本人による SOC 実証研究はここ 10 年間に年々急増している(2003 年には 10 篇程度、2013 年には 50 篇余)。研究テーマ的にも、世界と同様、日本でも、SOC の形成促進や向上につながる要因探しや介入・取り組みについての研究が増えている。我々の係わる SOC 実証研究においても、そういう研究

の比重が高まっている。本報告は、そういう研究を代表する二つの研究を取り上げて、それらの研究の現段階と社会医学的観点からの意義や新機軸性について考察することとしたい。

【研究 I :SOC 向上と関連する人生経験探しの研究】

目的・方法 慢性疾患セルフマネジメントプログラム(CDSMP)は、従来の患者教育プログラムとは、いろいろな点で異なるが、特に、当事者主導で運営され、参加者

の自主性・主体性が最大限尊重される点で大きく異なる。1 週に 1 回 2 時間半、10 人以内の患者さんの集まるワークショップ(WS)が 6 週 6 回開催される。追跡調査は、WS 開始直前(T1)→開始から 3 ヶ月後(T2)→半年後(T3)→1 年後(T4)に実施。SOC 変化は T2-T1 で捉え、「知覚された肯定的変化(以下 PPC)」は、T2 時点で「ワークショップに参加することを通じて、あなたには、次の点(13 項目)で、どのような変化がありましたか」と尋ね、各項目につき 5 件法で回答を得た。**結果・考察** SOC 向上と有意な相関が認められた PPC 項目は、「仲間と出会ったことによる心強さが得られた」「気持ちが楽になった」「何事に対しても良い方向に考えられるようになった」など 8 項目であった(表 1)。CDSMP 参加を通して、「仲間とのつな

PPC 項目	得られた%	SOC 合計	把握可能感	処理可能感	有意味感
1) 気持ちが楽になったという感覚が得られた	70.8	.209***	.146	.174 *	.164 +
2) 少しずつでよい、無理しなくて良いという感覚が得られた	77.9	.168 +	.201 *	.114	--
3) 他人の助けになっているという感覚が得られた	46.2	--	--	--	.120
4) 周りの人へ気持ちをうまく伝えられるようになったという感覚が得られた	55.0	.180 *	.180 *	.130	--
5) 物事をある程度冷静に受け止められるという感覚は増えた	66.4	.184 *	.184 *	--	.158 +
6) 自分だけが大変なわけではないという感覚が得られた	89.3	.163 +	.222 *	--	--
7) いろいろなことを、病気のせいにはしなくなったという感覚が得られた	60.3	.208 *	.157 +	.113	.212 *
8) これまで対処できなかった問題に何とか対処できると思えるようになった	55.4	.235 **	.216 *	.105	.208 *
9) できないことよりできることに目が向くようになった	58.5	.185 *	.184 *	.119	.111
10) 仲間と出会ったことによる心強さが得られた	76.9	.300***	.290 **	.203 *	.186 *
11) 病を受け入れられるようになった	62.0	.144	.118	--	.125
12) 自分に自信が持てるようになった	48.9	.159 +	--	.136	.178 *
13) 何事に対しても良い方向に考えられるようになった	61.1	.182 *	.141	.141	.140
注 1. 「得られた」=「4.どちらかと言えば得られた」+「5.得られた」(%)					
注 2. 相関は Pearson's Correlation 注 3. N が異なるのは欠損値数の違いによる					
注 4. 1), 2), 3), 5), 8), 10), 13) は以前からの項目					

がり感の強まり》《自己肯定感の強まり》《物事の見方・考え方の転換》と要約される変化が経験され、SOC との相互作用過程において、またその結果として、プログラムでは意図していなかった SOC 向上も図られていることが示された。PPC は、SOC とは違って、具体的、かつ共有・共感できる主観という意味で間主観的であるため、介入・操作も図りやすい。SOC の向上・支援策として、PPC 項目の強化・支援策が取っ掛かりとしても有効である可能性が示唆されたことの実践的意義は大きい。

【研究 2:新しい研究枠組みに基づく健康職場づくり研究】 目的・方法

本研究の目的は、労働職場環境要因には新しく職場風土の良好さを、主体側の要因変数には SOC を、結果変数には、精神健康 (GHQ スコア) 以外に、ワークモチベーションを組み入れた研究枠組みでもって、労働職場ストレスが労働職場ストレスを経て精神健康とワークモチベーションに影響する過程における職場風土良好度と SOC の役割・効果を検証し、健康で生き生きと働き続けられる職場づくりの戦略を示すことにあった。調査は、専用 Web 画面上での個別記入法により実施。医療 IT 産業 207 社の計 1,388 名の従事者から有効回答を得

た。職場風土良好度は、益子・山崎(2010)が開発した 22 項目尺度(役割・目標の明確性、心理的報酬、信頼と協力、自己表出の 4 つの下位尺度から成る)を用いた。

結果・考察 構造方程式モデリング(SEM)を用いた共分散構造分析結果は、図1の通りであった。まず、労働職場ストレス一度 $-(.85) \rightarrow$ 労働職場ストレス度 $-(.31) \rightarrow$ GHQ スコア、という強い関係性が認められた。職場風土良好度は精神健康度 (GHQ スコア) に対し、直接効果 $(-.25)$ を有するとともに、一部は、労働職場ストレス一度のストレス度への転化を緩和する緩衝効果 $(-.06)$ を有し、また一部は、労働職場ストレス度に対する主効果 $(-.13)$ と SOC に対する主効果 $(.23)$ のそれぞれを介した間接効果を有していた。SOC は、GHQ スコアに対し、直接効果 $(-.24)$ を有するとともに、労働職場ストレス一度から労働職場ストレス度に至る過程における緩衝効果 $(-.04, -.04)$ を有していた。SOC に有意に関連する労働職場環境要因は、今回は、職場風土良好度のみであった $(.23)$ 。本研究結果は、従業員の精神健康とワークモチベーションの向上にとって、旧来、事実上唯一重要視されてきた労働職場ストレス一低減の取り組み以外に、職場風土の改善・良好化と従業員及び職場の SOC 向上が戦略的にもっと重要視される必要があることを強く示唆する結果であった。同様の結果は、他産業従事者に対する調査でも得られていることから、この二つの概念と尺度を取り入れた新しい研究枠組みでの縦断/追跡/介入研究による検証が大いに待たれることも指摘しておきたい。

連絡先 : yamazaki_1112@yahoo.co.jp

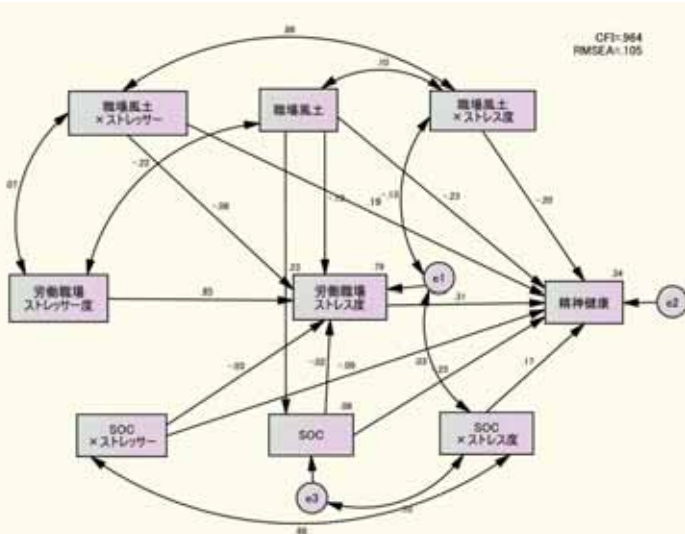


図 1 労働職場ストレス,職場風土,SOC,精神健康間の関係性に関する共分散構造分析結果

向老期における社会的 QOL 向上を支援する介入タイミングの検証 -退職期男性を対象としたケアウィルプログラム実践より-

○藤森純子、立瀬剛志（富山大・地域医療・保健支援部門）、永田勝太郎（国際全人医療研究所）、新鞍真理子（富山大・老年看護）、鏡森定信（富山大）

【目的】平均寿命の延伸や高齢者の身体機能の若返りが実現した現在、高齢であることへの偏見を払拭するようなデータが示されてはいるが、Forth-age を考慮すると長寿であることは様々な面で高コストである。いずれ訪れる要介護の時期を短くするためにも人々が60歳前後からForth-ageに至るまでの期間をいかに健康でポジティブな姿勢で“豊かな老い”を過ごすかということが重要となる。そこで退職世代（退職前後）に着目し、生きがいや人生の質を支える関係性の再構築を実存的な視点から支援するためのプログラムを3年間にわたって実施した。個々の実存的価値に根差した向老期における生きがい及び豊かな暮らしを支えるいくつかの評価目標としての項目を設定し、効果が得られたか、またそれらの効果は退職期のどの時期にある人々に対して有効であったかを検討した。

【方法】平成23~25年度に実施した厚生労働科学研究に基づき「退職後の自分らしい暮らしのために今から始めるケアウィル講座」（3回実施）に研究の同意を得て参加した退職世代の男性54名（定年退職前後5年以内・55歳~68歳）について自記式質問票による調査を行なった。1・2期生の成果を受け、退職後速やかにケアウィルプログラムを受けることが望ましいという判断の元に3期生は参加最低年齢を55歳から59歳に引き上げた。効果指標として「初老期

QOL（CASP19）」「一般性自己効力 GSE(general self-efficacy)」「社会的自己効力 SSE(social self-efficacy)」「生きがい感（ikigai9）」尺度をそれぞれプログラム初日と最終日に測定した。

【結果と考察】対象者の平均年齢は1期生60.2歳、2期生61.3歳、3期生63.2歳と、退職後の経過年数は3期生が長い。初老期QOL（以下CASP）、一般的自己効力（以下GSE）、生きがい感（以下ikigai9）は3期それぞれでの変化量に違いが見られなかった。社会的自己効力（以下SSE）では、3期生で有意な上昇がみられた。

表1. 対象集団(1~3期生)における違い

	1期生 (n=21)	2期生 (n=14)	3期生 (n=13)	p値
年齢	60.2 (3.31)	61.3 (3.73)	63.2 (2.59)	0.036 (I<III)
退職期 (前後年数)	-1.22 (2.66)	-0.12 (2.66)	1.65 (2.46)	0.008 (I<III)
効果指標(変化量)				
GSE	2.05 (2.41)	-	0.38 (3.52)	0.117
SSE	-1.47 (3.97)	0.36 (2.27)	1.69 (1.89)	0.017 (I<III)
CASP	-0.38 (4.99)	0.21 (4.77)	2.30 (4.31)	0.276
ikigai9	-	1.46 (3.31)	2.15 (4.20)	0.645

※1・2期は55歳以上、3期は59歳以上

GSEは1期及び3期のみ(n=33)、ikigai9は2期及び3期のみ(n=26)

また受講生全体での各評価項目における受講前後の平均値ではGSEとikigai9の総合点が有意に上昇していた。

表2. 各目標指標の受講前後の得点(退職期別)

	n	前平均値(標準偏差)	後平均値(標準偏差)	p値
全体				
GSE	33	8.4 (3.34)	9.8 (3.73)	0.011
SSE	48	21.1 (3.12)	21.0 (2.58)	0.862
CASP	48	41.4 (5.41)	41.9 (5.31)	0.455
ikigai9	26	28.8 (5.47)	30.6 (4.53)	0.02

さらにikigai9の3つの下位尺度別に検討したところ「自己存在の意味の認識」のみが有意に上昇していた。

表3. ikigai9下位尺度得点

	前平均値(標準偏差)	後平均値(標準偏差)	p値
人生肯定感情	9.4 (2.54)	9.7 (2.13)	0.218
未来能動態度	11.1 (2.35)	11.6 (1.99)	0.157
自己存在意味	8.5 (1.70)	9.5 (1.88)	0.013

※2期生・3期生のみ

最後にこれらの評価項目について退職前後半年を基準に 3 群に分け、介入のタイミングによる効果を検証した結果、退職前 6 ヶ月以前の対象者では GSE が、退職後 6 ヶ月以降の対象者では CASP が有意に上昇していた。

表4 各目標指数の受講前後の得点(退職期別)

		前平均値(標準偏差)		後平均値(標準偏差)	p値
退職期 > 前6カ月	GSE	11	8.0 (2.50)	10.8 (2.35)	0.003
	SSE	17	20.9 (3.05)	21.2 (2.63)	0.750
	CASP	17	42.1 (5.46)	41.9 (5.74)	0.895
	ikiga19	7	28.1 (6.07)	28.1 (3.76)	1.000
≤ 前後6カ月	GSE	10	8.0 (3.30)	8.3 (3.09)	0.678
	SSE	15	20.8 (2.96)	19.6 (2.32)	0.164
	CASP	15	40.7 (4.61)	40.7 (4.06)	1.000
	ikiga19	6	26.7 (6.05)	29.5 (3.01)	0.149
> 後6カ月	GSE	12	9.0 (4.11)	10.0 (4.95)	0.362
	SSE	15	21.0 (3.14)	21.9 (2.33)	0.220
	CASP	15	40.3 (5.01)	42.6 (5.82)	0.049
	ikiga19	12	29.8 (4.90)	32.2 (5.01)	0.058

※GSEは1期及び3期のみ(n=33)、ikiga19は2期及び3期のみ(n=26)

これらの結果から今回の参加者において一般的自己効力と生きがい感が有意に向上し、生きがい感についてはケアウィル事業に特徴的な要素である実存的視点（自己存在の意味）における支援成果を得た。

また講座プログラムで向上を目的とした一般的自己効力感・退職前に、ケアウィル研究事業全体で向上を目的とした QOL は退職後に有意な上昇がみられたことから退職期のタイミングによって効果が表れる側面に違いがあることが示唆された。

社会的自己効力を示す SSE では、1 期生に比べ 3 期生で有意な上昇がみられた。3 期生は年齢が高く退職からの期間も長い。退職からの期間の長さが社会的効力の上昇に有意な関連を示していたのは対象集団の違いによるものなのかもしれない。

介入のタイミングについては、退職の 6 ヶ月より前には一般的自己効力を上げやすく、退職後 6 ヶ月を経た後は初老期 QOL を上げやすい結果が得られた。退職前はいわゆる予防的な態度で臨み、退職後は一旦自分が今ある状況を把握した上で、今後の

人生をどのように変化させるか、あるいは受け入れていくか、という態度で臨むという違いが現われたと思われる。

3 回実施した講座で退職前後 6 ヶ月の期間にある層は参加希望が多く、特に直前では退職に対する漠然とした不安を抱えている者が多い。今後、退職への備え、不安の解消、受容という 3 段階を系統立てて退職期のタイミングに即した支援をしていく必要があると考えられる。

【結論】退職期にある（即ち 60 年近くを生きてきた）人々への支援は、変えられない過去を嘆かず済むための予防ではなく、現在が過去と未来の延長線上にあることを踏まえて現在の生き方そのものを活性化させることに重点を置く必要があるという前提の元にケアウィル講座を開催した。そして講座受講者の初老期 QOL 向上の資源とした一般的自己効力の向上に加え、実存的生きがい感の向上を確認した。また退職期における介入のタイミング（退職準備期（半年以前）・経験期（半年前後）・整理期（半年以降））によって変化する心理的側面が違うことも確認された。退職経験期や退職後半年以降に支援することが重要であると思われる。

さらに講座修了後に参加者らの勉強会ができた。そこは向老期の豊かな暮らしについて同世代の仲間とともに学習する場となっており退職後の関係性の新たな構築にも寄与できたと考えている。

本研究は政策科学推進研究事業「男性退職予定者を中心とした自律的社会支援実現に向けた「ケアウィル」モデルの実践と検証」の助成を受けて行なったものである。

連絡先：fujimori@ctg.u-toyama.ac.jp

神通川流域住民におけるカドミウム腎症補償の社会医学的意義

○寺西秀豊（富山協立病院），西条旨子（金沢医科大学・公衆衛生学）

【はじめに】2013年12月17日、富山県の神通川流域で起きたイタイイタイ病（イ病）に関して被害者団体と原因企業が「全面解決」を確認する合意書に調印した。イ病は日本の4大公害問題の一つであるが、今日大きな節目を迎えている。ここではイ病発生地域における腎症補償に関連してイ病に関連した環境医学の発達を参照して、カドミウムによる腎障害（カドミ腎症）補償の意義を考察した。

【対象と方法】最近の動きは新聞とインターネットから、古い記録は文献から引用し、今回のカドミウム腎症補償の動きを環境医学の発展およびカドミウムの健康障害救済といった観点から検討した。

【イ病とカドミ腎症】イ病の歴史を概観すると、表1のようにまとめることができる。イ病は戦後萩野昇医師により発見されたが、「骨の疾患」として記載された。その後の疫学調査研究により、腎障害の存在が明らかになったが、その意味付けが、比較的あいまいなまま、補償の対象とはならず放置されていた。しかし、その後の研究で、カドミウムにより腎障害が起こるというエビデンスが集積され、腎症こそカドミウム中毒の特異的障害であることが、明らかにされていった。

表1. イ病の歴史と環境医学発展

＜明治大正期近代化とイ病発生＞

1874年 三井組が神岡鉱山の採掘を開始
1905年 神岡鉱山で亜鉛鉱石の採掘はじまる
1912年 このころ、イ病が発生する
1941年 岡山大学小林教授農業被害調査
＜開業医臨床研究：環境医学の萌芽期＞
1946年 地元の開業医萩野昇医師がイ病診療
1957年 萩野昇医師、学会で鉱毒原因説発表
1960年 小林教授がイ病検体にカドミウム検出

1961年 吉岡金市と共同でイ病の原因解析

1961年 萩野昇医師と小林教授がイ病カドミウム原因説発表

1962年 N I H米国立衛生研究所より研究費
＜疫学的、実験的に因果関係解明：
環境医学の成長期＞

1963年 厚生省・文部省研究班が疫学的研究：腎障害の存在明らかになる。

1968年 患者が三井金属鉱業を提訴。厚生省見解発表

1970年 「公害国会」で公害対策基本法が全面改正

1971年 患者側一審勝訴する

1972年 第1回国連人間環境会議（萩野昇医師カロリンスカ栄誉賞受賞）

1972年 患者側二審勝訴する

1972年 三井金属と協定書等合意（患者賠償、土壌復元、発生源対策）

＜曝露軽減等環境対策の実施：

環境医学の発展・成熟期＞

1992年 WHO 環境保健クライテリア 134、カドミウム：腎障害は重要な健康障害

2006年 コーデックス委員会（米カドミウム 0.4 mg/kg）

2012年 イ病資料館開設、環境教育、情報発信等

2013年 神通川被害者団体と原因企業が「全面解決」合意書に調印

【合意された腎症補償】合意内容では、表2に示すように、1975年以前に汚染地域に20年以上住んだことがある人のうち、腎機能悪化の指標である尿中たんぱく質の尿中濃度が一定値以上の人を対象に、三井金属が健康管理支援の名目で、1人あたり一時金60万円を支払うというものである。居住歴を満たすものは約8千人で、対象

者は数百人程度が見込まれると報道されている。

表 2. 神通川流域住民健康管理支援制度

神通川流域においてかつてカドミウム汚染のあった地域に、過去の一定期間居住した住民で、カドミウムによる腎機能（カドミ腎症：腎臓の近位尿細管機能）への一定以上の影響が確認されたものに対し、健康管理を支援するために支援一時金を支払う制度

補償の対象は、以下の①～③の要件をすべて満たすもの ① 居住歴の要件：昭和50年以前に20年以上、公害健康被害に関する法律に定める指定地域等に居住していたこと ② 腎臓の近位尿細管機能への影響（尿検査結果）の要件：尿中のβ2-ミクログロブリン値（クレアチニン補正值）が、5.0mg/gCr（ミリグラム/グラムクレアチニン）以上であること ③ カドミウムによる影響 腎臓の近位尿細管機能への影響が、カドミウムに由来するものではないとは認められないこと

【海外のカドミウム汚染問題事例】タイのカドミウム汚染はタイ北西部のターク県メーソット郡で起きた。2004年、タイ農業省は、メーソット郡で採取した稲を検査し、高濃度のカドミウム汚染を確認した。

タイと日本の環境汚染問題の共通性として、共に汚染米の喫食によるカドミウム暴露であることが挙げられる。環境汚染だけでなく健康障害も発生しており、疫学調査によりカドミウムによる腎尿細管障害の発生が確認された。しかし、その健康障害には、若干の相違があり、タイでは、高血圧、糖尿病、尿路結石など、様々な疾患や多様な症状がカドミウム汚染地域で増加していると報告されている。

【考察】イ病だけではなくカドミ腎症も補償するという考えは環境医学の発展との整合性があり、学術的、国際的にみても歓迎すべき成果である。アジア等におけるカドミウム環境問題解決のた

めに、日本が果たすべき役割と関連して、以下のような視点からも評価したい。

(1) イ病発生以前の環境対策の重要性

アジア諸国は社会の近代化、工業化にともない多くの環境問題をかかえている。イ病の全体像を理解し深刻な環境問題が発生する前に、適切な環境対策を実施することが大切である。

(2) 健康被害に対する早期救済の大切さ

環境関連疾患の多くは進行性で慢性化しやすく治療法もないものが多い。そのため腎臓障害を指標とした予防対策が必要になる。

(3) 地域社会の農業被害救済と住民参加

多くのアジア諸国では稲作中心の農業が営まれている。従って河川上流の汚染は稲作農家の生活基盤を破壊する。住民参加による環境監視、農業被害、健康被害に対する補償が求められる。

(4) 教訓の発信と現地に学ぶことの大切さ

アジア諸国の環境汚染に対して日本は先進国としての責任がある。イ病の教訓とカドミウム腎症補償の意義を発信するとともに、現地のカドミウム障害の多様性を学び、患者救済や環境対策の有様を見直す必要がある。

(5) 東アジアの国々の共通性と「共生」社会

アジアは稲作文化を基盤としており、日本との共通点も多い。稲作農業を営む諸国の環境対策と福祉の充実は、アジア、特に東アジアの伝統と文化に根づいた共同の取り組みとして、より良い「共生」社会実現に結びつくことを期待したい。

連絡先：teranishi@toyama-hcoop.com

社会的病理の解決手法

○佐分利 応貴（京大・経済研）

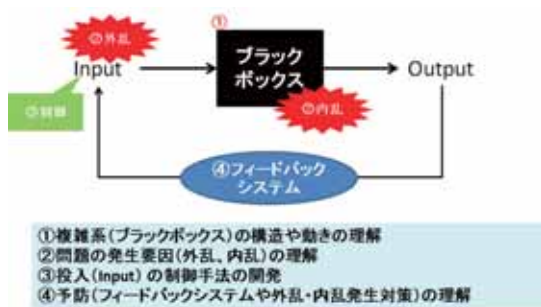
【目的】医学の発展により人体の病理の制御は大きく進歩したのに対し、社会の病理（社会問題）の制御の研究は遅れており、社会の医者である行政に制御の理論や体系が備わっていない。このため、社会的病理の実践的な解決手法を医学体系に基づき理論化・体系化する。

【方法】これまでに発明・発見した様々な社会問題の解決手法を先行事例や実践を踏まえ精査し、医学体系に基づき整理した。

1. 基本となるモデル

社会は複雑系（complex system:相互作用をしている多数の要素の集合）のブラックボックスであり、機械のような制御は困難とされてきた。しかし、複雑系である人体の制御が医学の進歩によって可能となったように、複雑系でも制御は可能である。制御のためには、①複雑系の構造や動きの解明を進め（解剖学・生理学）、②問題とその発生要因の解明を進め（病理学、診断学）、③投入の制御手法を開発し（薬理学、看護学）、④予防対策の解明を進める（免疫学、保健学）ことなどが必要となる。

図1. 複雑系の制御モデル



2. 複雑系の解明（社会解剖学・社会生理学）

社会現象は、データの入手が難しく（計

測困難性）、相互作用が不明であり（複雑性）、同じ現象が二度と起きない（再現不可能性）ことから科学的解明が遅れていたが、近年の情報技術（IT）の発展やビッグデータの活用、社会実験データや統計的手法、数理モデルにより社会現象の解明が急速に進んでいる。例えば、ビッグデータとシミュレーションにより年末年始の渋滞予測は可能になり、ブームや流行は感染症モデル（SEIR モデル）で、ゴミやタバコが街に捨てられるかどうかは感受性の閾値モデルで説明されることが明らかになった。

3. 問題の解明（社会病理学、社会診断学）

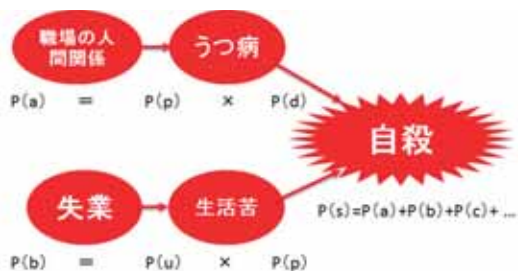
社会問題の解決は、①問題の発見、②問題の定義（目標設定）、③対策の実施、④評価と再発防止、の4段階を経るが、最も困難なのは②の問題の定義である。問題とは、「望ましい状態と現状とのギャップであり対策可能なもの」をいう。ギャップがなければ問題ではなく、「地震の発生」は対策不可能なので問題とはならない。一方、「地震被害の発生」は対策によって減らせるので問題となる。問題の定義とは、誰にとって何が問題なのかの数値化であり、具体的にはモノサシ（指標）の設定とギャップの確定（現状と目標数値の決定）をいう。数値化されない問題は解決できない。例えば、「地域活性化」「中小企業振興」などは、具体的に何を指標とするのか、目標数値は何かが決まっておらず、実現不可能である。一方、自殺問題は経路分析が進んだ結果、移行確率モデルに落とすことができ、自殺者予備軍の指標化も可能となっている。

問題が定義できれば、問題の要因分析も、対策の立案も可能となる。

図 2. 自殺の危機経路

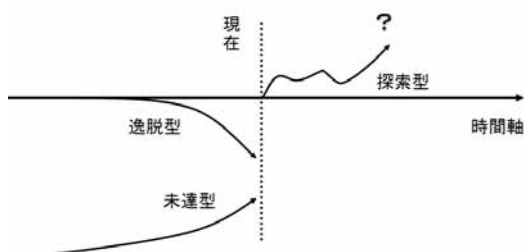


図 3. 自殺の移行確率モデル



問題の発生要因は、逸脱型、未達型、探索型の 3 類型によって解明手法が異なる。

図 4. 問題の 3 類型



過去の水準から悪化してしまった逸脱型は、過去と現在のデータの比較（回帰分析・寄与度分析など）で、望ましい状態に到達できていない未達型は、他の成功事例との比較（ベンチマーク）で要因の想定が可能である。何を目標せばいいかわからない探索型は、関係者のワークショップなどで目標設定を行い、未達型問題に転換する。

4. 投入の制御（社会薬理学・社会看護学）

薬（介入）の効果についても、モデルと社会実験による解明が進んでいる。例えば、教育効果を高めるためには教師の給与を生徒の成績に連動させればいいのか、小学校入学前からの英才教育が有効か、教育にコンピュータを導入すべきか、については社会実験の結果コンピュータ導入以外は効果がなかったことが統計的に証明された（米国 WWC プロジェクト）。

介入の実施については、看護の伴走支援とエンパワメントの概念が重要であり、途上国援助で用いられる PDM（Project Design Matrix）によるモニタリングの有効性が確認されている。

5. 予防（社会免疫学）

社会には問題を自ら解決する力があり、コミュニケーションはその万能薬であるまた、NPO は社会の白血球であり、更なる機能強化が望まれる。

【結果と考察】 こうした体系を東北大学及び京都大学で学生に教え、学生による数々の社会問題解決プロジェクトを指導した結果、学生でも正しい理論と手法を身につければ、社会問題の解決が可能であることが実証できた（塩竈活性化プロジェクト、少子化対策プロジェクト等）。

【結論】 医療関係者は、医学体系と複雑系への対応の基本概念を理解しており、社会問題解決の実践者として最適である。社会的病理の解決手法については、理論化・体系化の途上にあり、多くの医療関係者のご助言・参画を期待したい。

連絡先：saburimasataka@yahoo.co.jp

K6 の変化パターンからみたソーシャル・キャピタルに関する研究

○鈴木るり子（岩手看護短期大学専攻科地域看護学専攻）

横山由香里（日本福祉大学社会福祉学部）

板倉有紀（東北大学文学研究科）

【目的】本研究では、岩手県で最も人口当たりの被災者の多い大槌町民のソーシャルキャピタル（以下 SC）について、「ネットワーク（以下 SN）」「信頼」「互酬性」の 3 要素から成るとする Putnam の「SC」の定義に基づいて、K6（心の健康）の変化パターンとの関連を 2011 年度調査と 2012 年度調査をもとに分析した。さらに被災後の K6 ならびに SC に、長期的に影響を及ぼし得る要因として、震災記憶、転居回数、暮らし向きとの関連を検討した。そうすることで、継続的な「心の健康」への支援の方針や、地域づくりへの支援策に対する示唆を得ることを目的とした。

【方法】

平成 23 年度に、大槌町に居住する 18 歳以上の全住民に案内状を送付し、健康診査を受診した 2,171 人に本研究について説明した。受診者のうち 2085 人が研究に同意した（同意率 96.0%）。その後、平成 24 年度（5 月、12 月）に 2 度目の調査を行い、1621 人から回答を得た。本研究では、両調査に回答し、欠損値のなかった 1542 人を分析対象とした。K6 は 4 点以下を良好、5 点以上を不良とし、2011 年と 2012 年の変化のパターンから「良好→良好」「良好→不良」「不良→良好」「不良→不良」に分けて分析した。

SC は、4 項目の合計得点（0 点から 16

点）をだし、12 点以下／13 点以上で得点化し、12 点以下を「低い」群、13 点以上を「高い」群とした。K6 と同様に、2011 年と 2012 年の変化パターンを、「低いまま」「改善」「悪化」「高いまま」に分けて分析した。

震災記憶の変化パターンは、震災記憶についての 3 項目の質問に「はい」（＝1 点）、「いいえ」（＝0 点）として、0～3 点に得点化し、2011 年と 2012 年の得点を比較し変化パターンを「良いまま」「悪化」「改善」「悪いまま」とした。

暮らし向きの変化パターンは、「大変苦しい」「苦しい」「やや苦しい」を 1 点、「ふつう」を 0 点とし、暮らし向きの変化パターンを「悪いまま」「改善」「悪化」「良いまま」とした。

【結果と考察】

（1）K6 の変化パターンと SC の変化パターンの関連のクロス表（表 1）全体的に SC の合計得点は 2011 年度であっても 2012 年度であっても 12 点以下である割合が高い。中でも K6 も不良のまま（「不良→不良」）である人の 65.2%において SC は「低いまま」（12 点以下→12 点以下の変化パターン）であることが示された。他方で SC が改善した人においては K6 もまた改善している傾向が示唆された。カイ 2 乗検定を行った結果、有意差がみられた。

表 1

		SC変化パターン						
		低いまま	改善	悪化	高いまま	欠損値	合計	
K6 変化 パター ン	良好→良好	度数	380	109	114	173	4	780
		K6	48.7%	14.0%	14.6%	22.2%	0.5%	100%
		SC	45.8%	54.5%	51.6%	60.5%	33.3%	50.4%
	良好→不良	度数	68	9	18	23	1	119
		K6	57.1%	7.6%	15.1%	19.3%	0.8%	100%
		SC	8.2%	4.5%	8.1%	8.0%	8.3%	7.7%
	不良→良好	度数	116	47	36	40	3	242
		K6	47.9%	19.4%	14.9%	16.5%	1.2%	100%
		SC	14.0%	23.5%	16.3%	14.0%	25.0%	15.6%
	不良→不良	度数	266	35	53	50	4	408
		K6	65.2%	8.6%	13.0%	12.3%	1.0%	100%
		SC	32.0%	17.5%	24.0%	17.5%	33.3%	26.3%
	合計	度数	830	200	221	286	12	1549
		K6	53.6%	12.9%	14.3%	18.5%	0.8%	100%
		SC	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

(2) K6 の変化パターンと他項目との関連

①「震災記憶」の変化パターン

「不良→不良」群において、震災記憶の変化パターンも 53.3%が「悪いまま」なのに対して、「良好→良好」群では 64.0%が「良いまま」である。

表 2

		震災記憶変化パターン					
		良いまま	悪化	改善	悪いまま	合計	
K6 変化 パター ン	良好→良好	度数	495	73	110	96	774
		K6	64.0%	9.4%	14.2%	12.4%	100.0%
		震災記憶	70.7%	46.2%	42.8%	23.6%	50.9%
	良好→不良	度数	41	23	26	27	117
		K6	35.0%	19.7%	22.2%	23.1%	100.0%
		震災記憶	5.9%	14.6%	10.1%	6.7%	7.7%
	不良→良好	度数	75	22	67	74	238
		K6	31.5%	9.2%	28.2%	31.1%	100.0%
		震災記憶	10.7%	13.9%	26.1%	18.2%	15.6%
	不良→不良	度数	89	40	54	209	392
		K6	22.7%	10.2%	13.8%	53.3%	100.0%
		震災記憶	12.7%	25.3%	21.0%	51.5%	25.8%
	合計	度数	700	158	257	406	1521
		K6	46.0%	10.4%	16.9%	26.7%	100.0%
		震災記憶	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

②「移動」との関連

移動回数との関連についてみると、「良好→良好」群の 42.7%が「0 回」であった。「1 回」または「2 回」の移動回数の人々では、K6 の変化パターンに目立った関連性は読みとれない。移動回数が「4 回」と多い場合でも「良好→良好」「不良→不良」群が一定数みられる。

表 3

K 6 変 化 パ タ ー ン		移動回数							
		0回	1回	2回	3回	4回	合計		
	良好→良好	度数	332	99	140	136	71	778	
		K6	42.7%	12.7%	18.0%	17.5%	9.1%	100.0%	
		移動	59.2%	48.8%	44.7%	46.9%	39.9%	50.4%	
	良好→不良	度数	48	12	24	19	16	119	
		K6	40.3%	10.1%	20.2%	16.0%	13.4%	100.0%	
		移動	8.6%	5.9%	7.7%	6.6%	9.0%	7.7%	
	不良→良好	度数	75	29	62	50	26	242	
		K6	31.0%	12.0%	25.6%	20.7%	10.7%	100.0%	
		移動	13.4%	14.3%	19.8%	17.2%	14.6%	26.3%	
	不良→不良	度数	106	63	87	85	65	406	
		K6	26.1%	15.5%	21.4%	20.9%	16.0%	100.0%	
		移動	18.9%	31.0%	27.8%	29.3%	36.5%	26.3%	
	合計	度数	561	203	313	290	178	1545	
K6		36.3%	13.1%	20.3%	18.8%	11.5%	100.0%		
移動		100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%		

③「暮らし向き」の変化パターン

暮らし向きの変化パターンでは「良好→良好」群において暮らし向きも「良いまま」が 55.7%となっているのに対し、「不良→不良」群では「悪いまま」が 55.2%である。

表 4

		暮らし向き					
		悪いまま	改善	悪化	良いまま	合計	
K6 変化 パター ン	良好→良好	度数	175	116	53	432	776
		K6	22.6%	14.9%	6.8%	55.7%	100.0%
		暮らし向き	32.9%	51.6%	44.9%	64.8%	50.3%
	良好→不良	度数	44	16	15	44	119
		K6	37.0%	13.4%	12.6%	37.0%	100.0%
		暮らし向き	8.3%	7.1%	12.7%	6.8%	7.7%
	不良→良好	度数	89	43	19	90	241
		K6	36.9%	17.8%	7.9%	37.3%	100.0%
		暮らし向き	16.7%	19.1%	16.1%	13.5%	15.6%
	不良→不良	度数	224	50	31	101	406
		K6	55.2%	12.3%	7.6%	24.9%	100.0%
		暮らし向き	42.1%	22.2%	26.3%	15.1%	26.3%
	合計	度数	532	225	118	667	1542
		K6	34.5%	14.6%	7.7%	43.3%	100.0%
		暮らし向き	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

【今後の課題】

K6 の変化を継続的に調査するにあたり、K6 の変化パターンと他の項目との関連について、複雑な関連が推測されるため、今後は質的な研究を実施し、K6 の変化とソーシャル・キャピタルの変化との関連を明らかにする予定である。

【謝辞】本研究は、東日本大震災被災者を対象としたコホート研究（厚生労働科学研究費補助金）の助成を受けた。

Mail Address rsuzuki@iwate-nurse.ac.jp

社会医学の視点からみる日英の公衆衛生の特徴の分析

○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】

公衆衛生のめざすものは世界共通のものであるが、国によって組織形態は異なっている。公衆衛生は高度に社会に依存したものであり、経済の発展状況、民主主義の成熟度、国と地方自治体との関係、人権や生存権の尊重状況などにより異なったものとなるためである。イギリスの公衆衛生に源は16世紀の救貧法にあり、産業革命などにより多数の労働者や都市住民が出現したことにより不衛生と貧困と疾病の悪循環に対応する新たな制度として歴史の中に登場したものである。

わが国の公衆衛生は西洋型社会の建設のために富国強兵殖産興業の国策と一体となり国主導で西欧の制度をつまみ食いして整えられてきた側面がある。そのためにイギリスとわが国の公衆衛生と様々な違いがあるのは当然なのかも知れない。本報告では、イギリスの公衆衛生の社会医学的な側面に注目し、わが国の今後の社会医学および公衆衛生のあり方について、考察することを目的とした。

【対象と方法】

日英の公衆衛生政策に関わる両国の公的文書や文献をもとに検討した。公衆衛生には保健対策（対人）と衛生対策（対物）の2つがあるが本報告では保健対策（対人）のみについて検討した。

【結果】

結果を表に示す。

1. わが国の公衆衛生のインセンティブ

戦後、保健所法のもとで、国主導で結核対策、母子保健、衛生対策が進められてきた。昭和53年より国民健康づくり計画が示され、昭和57年に老人保健法が成立、

平成6年に地域保健法が成立し、対人保健サービスの実施主体は市町村とされた。疾病予防型の保健活動に力が注がれ、保健事業のインセンティブは医療費の抑制におかれて発展してきた。近年の「特定健診・特定保健指導」もこの流れの中にある。第二次「健康日本21」の中に「健康格差の縮小」、「ソーシャルキャピタル」、「社会環境の整備」などの言葉がはじめて入れられた。世界の潮流に沿ったものに近づいている。イギリスの社会医学的公衆衛生にはまだ大きな違いがある。

2. イギリスの公衆衛生の根源

貧困者の健康問題を課題とし1948年にNational Health Service (NHS) を発足させた。1980年のBlack Report、1998年のIndependent inquiry into inequalities in healthにより、医療サービスの公平性だけで健康格差問題が解決されていないことが示された。そのために公衆衛生制度を立て直すことにより解決する方向性がめざされた。1998年の「Saving Lives: Our Healthier Nation」、金融大臣による「The Wanless reports」、2003年の保健省による「Tackling Health Inequalities: A Programme for Action」、2004年の「Choosing Health: Making Healthy Choices Easier」、2006年に「Our health, our care, our say: a new direction for community services」が出され、2013年4月よりは健康格差の問題の解決のために地方自治体をも巻き込んだ新たな公衆衛生体制の構築に歩み出している。社会サービスなどの社会政策と公衆衛生政策の一体的な運用にも力が注がれている。

表 イギリスと日本の公衆衛生の比較

項目	日本	イギリス
1 発祥の母胎	国(政府)	地方自治体
2 目標設定者	行政職	公衆衛生専門職
3 医療費抑制の役割	大目標	小目標
4 健康格差の是正	最近目標の一つに	過去から大目標
5 専門職の登録・認定者	国家資格	専門職団体
6 専門職の教育訓練	自治体の責任	第三者専門機関
7 国の公衆衛生責任者	事務次官	国の首席医務監
8 自治体の公衆衛生責任者	一般行政職	公衆衛生専門官
9 健康の社会的要因	間接的に関与	直接的に関与
10 公衆衛生の対象	マジョリティ	マイノリティ
11 貧困問題	他の部局の課題	中心的課題
12 公衆衛生問題の解決	総合的、経済発展に依存	公衆衛生の組織と人材
13 移民の状況、経済格差	小さい、大きくない	大きい
14 公衆衛生制度改革	外国の知見(輸入)	独自の歴史的経緯
15 公衆衛生の位置づけ	政党の周辺政策	政党の中心政策の一つ
16 民主主義の成熟度	形式的	慣習的
17 地方自治体の自治力	融合型	制限列挙型
19 政治と官僚組織の関係	官僚主導	独立、分立
20 公衆衛生大学院修士教育	大学院博士課程入門	専門職教育の入門
21 上流階級の意識	私的利益優先	社会的利益を意識

【考察】

わが国の公衆衛生は明治期から富国強兵、殖産興業のもと経済開発が最優先されてきた。第二次世界大戦前に保健所体制の基盤がつくられ戦後は経済発展の補完的な役割を担われてきた。高齢社会となり、医療費抑制のための疾病予防が大きな柱とされ市町村を中心に保健師を増員して展開されてきた。1980年代からヘルスプロモーションなど欧米諸国の政策が導入されてきた。これに対して、イギリスの公衆衛生は労働者、都市の不衛生、伝染病の流行、貧困問題などの資本主義経済により生じてきた健康問題に対し地方自治体を整備して対応する公衆衛生体

制がつくられた。NHS 制度の成立とともに、自治体の公衆衛生活動は停滞した。近年健康格差の是正のために新たに社会医学的色彩を帯びた公衆衛生体制を創設してきている。イギリスの公衆衛生のもう一つの特徴は公衆衛生専門職が重視され、活動が委ねられている点がある。

【引用文献】

- 1) Acheson D. Public health in England. Report of the committee of inquiry into the future development of the public health function. London: HMSO. 1988.
- 2) Acheson D. Independent Inquiry into Inequalities in Health. London: The Stationery Office.1998.
- 3) Department of Health. Shifting the Balance of Power in England. London: Department of Health. 2001.
- 4) Donaldson L. Getting Ahead of the Curve. London: Department of Health. 2002.
- 5) Department of Health. Healthy lives, healthy people white paper: our strategy for public health in England. London: Department of Health. 2010.
- 6) Black D. Inequalities in Health. Public Health 1991; 105: 23-7.
- 7) Department of Health. Saving Lives: Our Healthier Nation. London: The Stationery Office. 1999.
- 8) Department of Health. Tackling Health Inequalities: Summary of the 2002 Cross Cutting Review. Parliamentary Under-Secretary of State for Public Health. 2002:1-63.
- 9) Department of Health. Tackling Health Inequalities: A Programme for Action. London: Department of Health. 2003:1-73.
- 10) Department of Health. Choosing Health: Making Healthy Choices Easier. London: Department of Health, 2004:1-207. .
- 11) D Evans, S Dowling, Developing a multi-disciplinary public health specialist workforce: training implications of current UK policy, J Epidemiol Community Health 2002; 56:744-747.
- 12) McPherson K, Talor S, Cole E. Far and against; public health does not need to be led by doctors, BMJ 2001; 322:1593-1596.

連絡先 : t_toshio@kansai-u.ac.jp

地域包括ケアシステムの推進に関する検討 - 訪問看護ステーション管理者の 悩みから考察するステーション運営の課題について -

○須永恭子（富山大学）、立瀬剛志（富山大学）、小林俊哉（九州大学）

【目的】地域包括ケアシステムの構築が進められる中、訪問看護へのニーズはこれまで以上に高まっている。訪問看護ステーションは管理者（看護師又は保健師）が運営の責任者かつ実務者で、訪問も自ら行うことが多い。一方、ステーションは労働集約型産業で小規模経営が多く、管理者に過剰な負担、責任がかかる傾向がある。ニーズへの対応、サービスの安定的供給には管理者への支援が必要である。

本研究では“管理者の悩み”から運営の実状を把握し、支援の在り方を検討する。

【方法】対象は訪問看護ステーション（みなし指定は除く）管理者とした。全国のステーションから無作為で 1,000 か所を抽出した。分析対象は自由記述の回答に記載のあった 217 名とした。調査期間は、平成 23 年 12 月～平成 24 年 1 月で、管理者宛てに無記名による自記式質問紙を郵送し、回答者は返信用封筒を用いて郵送にて返送した。調査内容は、対象の年代等、ステーションの規模等の基本情報とした。“悩み”の聞き方は「ステーションの運営を行っていく中で管理者として悩むこと、不満、つらい事などをお教えてください」で、自由記述により回答を得た。分析方法は、基本情報は記述統計により算出した。悩みは、全記述を客観的かつ探索的に検討するためテキストマイニング（Text Mining Studio4.1）により分析した。今回は話題分類（話題クラスター）をメインとしたため、これのみを提示した。さらに、話題クラスターの内容がわかるよう、各クラスターに話題を付け、自由記述の回答全文を各クラスターに振

り分けた。倫理的配慮は、調査協力は自由意思に基づくもので、回答の返送をもって同意を得ることとした。調査で得た情報は紛失や漏えいがないよう研究者が管理した。なお、本研究は、富山大学倫理審査委員会承認（臨認番号 23-107）を得た。

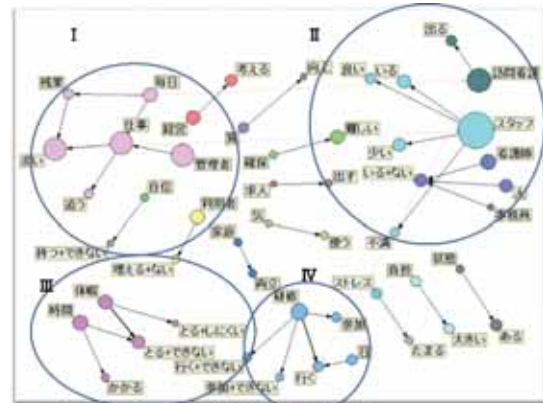


図1 悩みの内容（話題クラスター）

【結果】管理者の概況で年代、前職、管理者経験年数で最も多かったのは各々「50代以上」45.7%、「訪問看護ステーションの看護師」35.6%、「3年以上10年未満」51.1%であった。所属ステーションの概況で規模、設置主体で最も多かったのは各々「3人以上5人未満」43.5%、「医療法人」35.3%であった。悩みは、まず4つの話題クラスターを抽出した（図1）。

これらのクラスターに含まれる頻出単語によって話題を付けると、左上部のI【管理者の仕事の多さ】、右上部のII【スタッフの管理】、左下のIII【休暇をとること】、中央下のIV【研修への参加】であった。記述の原文を各クラスターに振り分け（表1の記述が原文、一部抜粋）、内容が分かりにくい記述は意味を変えないよう言葉を補足した。2つ以上の話題クラスターの内容が書

かれた文は、主たる内容が該当するクラスタに入れた(表1)。

【考察および結論】

4つのクラスタ【管理者の仕事の多さ】【スタッフの管理】【休暇をとること】【研修への参加】が抽出され、これらについて「分かっているがどうしても動けない、自分が我慢してやるしかない」「どうしたら良いかわからない」「自身の能力に悩む」などの状況にあることが分かった。

ステーション数は増加傾向にあり、最近では起業看護師として管理者自身が立ち上げたステーションも増えている。一方、看護職が受ける教育、病棟勤務において医療機関の運営や経営について学ぶ機会は少なく、実際に運営する中で、資金繰りや看護師不足の問題に遭遇するケースが多い。ステーションは労働集約型で、トップに立つ管理者が背負う負担や責任は大きく、今回の調査でも、悩みを抱え込む管理者の姿が見られた。管理者の背景や経験、ステーション設置主体は様々であり、本人の状況を踏まえて継続的にかかわる指導、助言、コンサルタントが求められていることが改めて示された。

sunakyo@med.u-toyama.ac.jp

表1 管理者の悩みの実状(自由記述、一部抜粋)

※表項目のA: 表1のⅠ～Ⅳ、B: 表1のⅠ～Ⅳ各々のクラスタに含まれる言葉		自由記述の内容
A	B	
Ⅰ【管理者の仕事の多さ】	仕事・多い・用事	・訪問件数が多く、管理仕事をしていると毎日残業となる。 ・ステーションの業務や訪問看護ケアのことだけ考えていれば良いわけではなく時間外の会議や時間内の会議が多く訪問、事務仕事がありまわしにされる傾向にある。この両立は難しいと感じることがよくある為、どんなに工夫しても残業せざるを得ない。 ・人員不足もあると思うが、スタッフと同じに訪問にまわらないといけない時もあり、その後に管理業務を行っているため、ほぼ毎日残業になってしまう(管理業務での残業には手当てがつかない)。 ・看護協会の役員や地域連携のための会議など、勤務にはなるが、その分、残業がふえたり、後まわしになる業務が多い。 ・緊急患者①はスタッフが当番で交替制だが緊急患者②は管理者が365日24時間もっている。利用者からは①にかかるがスタッフが前日に回ったり死後の処置や、新規利用者などは緊急対応することもあり、常に仕事のことを忘れられない。 ・常勤職員2人、5人で運営しているため1日訪問3～4人は行っている。患者化をのぞくと目いっぱい訪問管理に行かざるを得ない。
	休暇・とれない・できない	・利用者が増えず、人件費の圧迫で毎年赤字。 ・良い質の訪問内容をしたと褒められるが、経営は上手にできない。よって、利益は上がらない。人件費の支払いのみで、いづれいとなってはいる。 ・経営母体の法人から利用者数ふやすように常に言われるがスタッフはそれだけ受けとめたい。利用者がふえても自分達がしんどい付けで給料も上がらない—それを法人に伝えてもなかなか職員をふやしてくれず給料を上げてくれるとか具体的な改善につながらない。 ・スタッフ育成の中で、同年代のスタッフが多く、共感できる部分も多いが自分のしたい判断がそれによかったのか、自信が持てない。もっと年配で経験豊富な管理者がいた方がいいのではないか。 ・病院の外からのスタッフから医師の訪問であり、管理者となり、初めてのことばかり覚えることが多く、すべて暗転したつもりだが、中途半端になり、自分が自信持ててく。 ・管理者としての能力の有無関係なしに経営者の要と求で管理者をしているので、自分の力不足、経験のなさに悩む。 ・経営について、度々、支店や本社から、売り上げの数字に關しての聞き取りがあり、売り上げが悪ければ、支店へ呼ばれ、指導されたり、言葉は行くよう強くすめられる為、看護業務に集中する事が出来ず、苦痛である。 ・仕事の相談相手がいらない。 ・管理者になりはじめ半年は赤字が続いた(利用者さんが次々に入院したりでなくなり)、収益の安定を望んでいく為の利用者さんの集まりと経営(1月半に身重助産婦の人が集まりやめて今は新しく来る予定はないと言われているので、今はスタッフが足りず赤字で経営している状態)が難しい。スタッフの待遇やモチベーションは下がらないようにしたいと思っている。
Ⅱ【スタッフの管理】	スタッフ・不満	・看護職員の人数がギリギリなので、欠員が出た場合の対応に困る。利用者人数を増やしていきたいが、看護員がなかなか増えない。 ・職員(看護員)不足、求人出してもない。 ・急な退職(妊娠や転勤により)2、3人の壁がものすごく高い。次の人が見つかるまで精神的にも追い込まれつづきつづかないのかと毎日不安だった。
	休暇・とれない・できない	・仕事量が増えたと、利益はあがるが、スタッフからの不満やストレスが、溜まりやすい。事故などを起こしても困るので、やりくりが難しい。 ・仕事を依頼しても良い経験しないスタッフもあり、仕事を振りにくく、かかえこんでしまい、仕事をためてしまう事も多くなっている。 ・スタッフそれぞれの仕事内容、ケース等に対する不満、不安を聞き、調整をしていかなければならないこと—管理者として張り詰めた状態であるが、個々に多くなければならぬとストレスになることがある。 ・訪問時間が早く、ステーションのスタッフ間のカンファレンスの時間が取れない。時間のある時に個々のスタッフと情報交換したり、相談を受けたらしているが、時間的に不足している。スタッフそれぞれが気持ちよく働いているか把握しにくい状況なので、対応に不安になる事もある。 ・職員により能力差がある。レベルアップを図りたいが、レベルを統一出来ない現状がある。ついてこれない職員も実はいる。しかし、個々の職員それぞれ良い所もあり、やりこめる事も出来ない。 ・管理者として自分自身がいらないのであればはっきり言ってほしいが、スタッフの気持ちも先んきみとれず理解が深まってしまう。 ・24時間対応の代わりにスタッフとしてやらざるを得ないのは不満。やらなければいけなくて人が少なく、スタッフから指導の回数も多く負担だと言われる(退職されては困るため)やっています。 ・毎営業時間におけるスタッフに話を聞く時間がとれない。言ってきたスタッフとは話をすることが出来ていない。 ・夜は利用者さん、家族を含めて見なければならぬその難しさにスタッフが心を疲れてしまったり精神を病んだりスタッフケアへのかけあえる問題は非常に大きい(つら)い。
※上からの続き		自由記述の内容
Ⅲ【休暇をとること】	休暇・とれない・できない	・24時間365日、緊急連絡用の携帯を持っている。まとまった休みはとれず、休んでもスタッフや利用者様から連絡が入る。 ・スタッフには有給休暇をできるだけ使えよう配慮しているが自分の有給はほとんど思うように取れない。子どもの参観日にもスタッフの休みと重れば、自分が休んでしまう結果自分が休むのは、業務が落ちついており、休んでもスタッフに迷惑のかけない日となってしまう。終年、有給を請求する機会がなくなる。 ・ギリギリの人数であり、又そのギリギリの中で休む人が居ると訪問に支障が出て来る。本来なら管理者がfollowすべきであると思っているが、自分自身も時間内は一杯訪問が入っていることが多い。基本的に訪問が好きだから今は続けているが…いつまで続けられるか不安になることがある。 ・常勤5人パート5人で小さい子供を持つ職員が多く、子供の用事や体調不良で他の職員がよく休むため、自分の休みがあとまわしになる。基本土日休みだが研修などでつぶれることがあり。平日、用事があっても有休とりにくい。 ・人数が少なく、スタッフがきちんと働けるように配慮したり、仕事量も調整しているため、全て自分が背負う形になり、仕事と家庭のバランスが上手くとれない。 ・24時間の待機をほとんど1人でやっている。スタッフ全員小さな子供をもっている母親で担当してもらいにくい自分も同じ小さな子をもつ母親なのでうにかいたと思うが他にお願いできる人もおらず辛い。 ・利用者の重症度も高いので24時間体日も多い、電話対応のできるスタッフが少ないので負担が多く、プライベートな時間が持てず疲弊気味である。 ・経営と業務調整の間で悩むことがある。営利法人であるため、収益のために、無理なシフトを組まざるを得ない時がある。時間外に動ける看護師がいなくて、自分が動かなければならぬ、プライベートをけずられる。
	研修・参加・できない	・全体を把握できない自分の力量に困る。学習会なども参加したいが時間の捻出が難しい。 ・訪問件数に追われ、学習会や研修への参加が出来ず看護の質を心配している。 ・普段の日は訪問が入っているのだから参加できない。 ・ギリギリの人数なので興味ある研修も訪問日と重なると(特に平日)行けないので技術、知識不足かなと思う。 ・県外での研修を受けたいが時間がない。 ・スタッフ教育面でバラつきがあり、研修にスタッフを出して共に学んで向上していく必要があるが業務の中での時間調整が難しい。 ・職員の資質向上を目標にするが、研修日が土曜日に集中することが殆んどで、参加困難である。 ・学校では、習ったことなので、自分なりに学習したり、研修に行ったりしているが…お金の計算や、先々を考える経営というもの、むずかしい。 ・平日の研修は、業務の為に行けず、土・日や祝日に研修を行くと休みがつかれる。 ・研修は行くが時間とお金は自己で負担している。研修は主に休みを使って行か、土、日に行っている。 ・研修は積極的に参加しているが、自分の休みを使うことが多く、体力的につらいと思うことがある。 ・研修等の案内がくるが、時々しか参加できておらず、業務に追われて業務をこなすことが精一杯な感じで、なかなか質が上がりません。

常設夜間休日HIV検査場におけるアンケート調査結果の分析

○毛受矩子（四天王寺大学・NP0 法人スマートらいふネット）、前川厚子（名古屋大学大学院医学系研究科・NP0 法人スマートらいふネット）、落合世津子（藍野大学・NP0 法人スマートらいふネット）

【目的】大阪府における HIV 感染者・患者数は平成 22 年のピークに比較すると減少していたが、平成 25 年には急激に増えるなど相変わらず高い水準にある。全国的にも特に平成 25 年は HIV 感染者・患者数者は過去最多を更新するなど、ますます感染予防と早期発見のための啓発教育、検査体制の拡充は緊急な課題である。

本稿は、常設夜間休日 HIV 検査場（chot CAST なんば）における受検者に実施したアンケートを分析することにより、受検者のニーズを把握し、また、学生等の若年層についてもその実態を把握し、HIV 感染予防と早期発見のための検査体制の充実を図るための課題を明らかにする。

【方法】対象者として、平成 25 年 10 月初から平成 26 年 3 月末までの 6 ヶ月間、常設夜間休日 HIV 検査場における HIV 検査受検者 3,739 名に対しアンケートを実施し、有効回答 3,656 名（回収率 97.8%）について分析した。調査項目は 1) 受検者の属性（性別・年齢・国籍・住居地等）、2) 検査に来た動機、3) 感染あるいは不安を感じた場合相談できる人がいるか、あるいは相談できる場所を知っているか、4) 検査場所を何で知ったか、5) 当検査場について環境、受検のしやすさ、6) 梅毒、クラミジア等の性感染症の感染、7) 学生の時性感染症の教育を受けたか等である。本検査は行政と共同で実施したものである。

倫理的配慮として検査結果返し時に主旨を説明し、自記式無記名として会場内に設置した箱に投函を依頼した。解析は SPSS (Ver19) を使用した。

【結果と考察】

1) 受検者は男性 71.3%、女性が 28.5%で男性が女性の約 3 倍受検にきている。

出身国については日本が 98%である。また居住場所については大阪市が 44.6%、大阪市以外の大阪府が 38.5%、その他が 16.9%で遠隔地からの受検者も多くいる。2) HIV や HIV 感染症について困ったとき、最も信頼できる相談相手は、親・兄弟をあげた人が 29%で一番多く、友人知人は 18.7%でその次に多かった。相談できるひとがいないが 7.5%いた。

3) HIV や感染症について相談できる場所を知っているかについて、知っているが 49.7%、知らないが 50.3%であった。もっと適切に情報提供する必要である。

4) 検査で HIV に感染していることが分かった場合病院に行くかについては、必ずおよび多分行けるが 96%で、いけない人も 3.8%もいた。理由について良く相談することが必要である。

5) これまでにクラミジアや淋病などの性感染症にかかったことがあるかについては、あるが 22.8%で、その中で 45.8%の人がクラミジアをあげている。HIV の感染率を高める性感染症の検査・対策が必求められる。

6) 検査場の環境については、とても利用しやす、利用しやすいが 84.1%で、その理由となる交通の利便性が 83.4%で、本検査場の高い評価につながっている。

即日検査のニーズが高く、定員 50 名に対し 20~30 名の定員超過で受検出来ないことがあり、約 8.9%の人が受検できなかった経験を持っている。

7) 学生への質問で回答者の 96.3%が小学生から大学生の間でセックスの体験ありとし、体験なしはわずか 3.7%であった。一方性感染症の教育については回答者の 81.5%が教育を受けたことがありとしているが 18.5%は教育を受けたことがない。また、コンドームについての教育は回答者の 73.7%が教育を受けたことがあるとしているが、26.3%は教育を受けたことがないと

している。確実な性感染症および感染防止のための教育を強化する必要がある。学生のころからしっかりとする必要がある。

8) 性感染症に関する相談ごとがある場合、学校ではだれに相談するかについては男女間で差があり、保健室の養護教諭への相談は女性が有意に高く、相談する人がいないは男性が多い。(表-1)

【結論】常設夜間休日 HIV 検査場は利便性が高く、学校・仕事帰りの幅広い年齢層が受検している。学生を含めた若年層への働きかけとして、学校時代からの早期の教育指導と、またパソコンなどを情報収集源として約 6 割の人が有効に活用していることから、その面での情報発信の強化が必要である。

表-1 性感染症の相談は学校では誰に相談するか

			性別		有意水準
			男性	女性	χ^2 検定
1 クラスの担任	無	度数 (%)	401 (95.9)	224 (96.1)	0.898
	有	度数 (%)	17 (4.1)	9 (3.9)	(n. s.)
2 保健室の養護教諭	無	度数 (%)	376 (90.0)	193 (82.8)	0.009
	有	度数 (%)	42 (10.0)	40 (17.2)	(**)
3 学校医	無	度数 (%)	376 (90.0)	218 (93.6)	0.118
	有	度数 (%)	42 (10.0)	15 (6.4)	(n. s.)
4 クラス友人	無	度数 (%)	314 (75.1)	162 (69.5)	0.123
	有	度数 (%)	104 (24.9)	71 (30.5)	(n. s.)
5 その他	無	度数 (%)	394 (94.3)	217 (93.1)	0.567
	有	度数 (%)	24 (5.7)	16 (6.9)	(n. s.)
6 誰もいない	無	度数 (%)	198 (47.4)	130 (55.8)	0.039
	有	度数 (%)	220 (52.6)	103 (44.2)	(*)

(*): $P<0.05$,(**): $P<0.01$

発表者連絡先: menju@shitennoji.ac.jp

介護支援専門員の医療連携に対する意識調査 医療連携に対する消極姿勢（苦手意識）とその関連要因について

○中村 邦洋¹⁾、米田 政葉¹⁾、長谷川 聡¹⁾、志渡 晃一¹⁾

1) 北海道医療大学大学院看護福祉学研究科

【目的】

居宅介護支援事業所に勤務する介護支援専門員を対象とし、他職種への医療連携を要請する際に感じる消極姿勢（以下、苦手意識）とその影響を検討する。

【方法】

S 市内 K・H 区の居宅介護支援事業所 106 か所 323 人を対象に、平成 25 年 9 月～平成 25 年 10 月に無記名自記式調査票による留め置き調査を実施した。

苦手意識の保有状況について、基本属性、所属機関、基礎資格ごとに保有率の差を検討した。

連携要請の状況について、医療管理が必要な場面（7 種類）を設定し、連絡方法（4 手段）別、連携要請先（3 職種）別に連絡頻度の差を検討した。

【結果】

苦手意識（表 1）について、性別・学歴・所属機関別で保有状況に差は見られなかった。連携要請先職種別では、医師に対する苦手意識保有率がもっとも高く、続いて対看護師、対 MSW の順であった。この傾向は看護系の基礎資格を持つ支援専門員に比べて福祉系の基礎資格を持つ支援専門員において顕著であった。

連絡方法について、医師（表 2-1）では、医療管理場面に応じて連絡頻度は変化し、「服薬、インシュリン、導尿の管理」に比べて「末期がんの管理」では、訪問の頻度が高くなり、反対に書面による通知回数が有意に減少した。看護師（表 2-2）では、医師に対する要請

と同様に、「服薬管理」に比べて「末期がんの管理」で訪問の頻度が増していた。MSW（表 2-3）では、同様の傾向はみとめられなかった。

連携要請の状況について、医師に対する連絡手段で全般的に頻度が高いのは書面（FAX）であり、続いて電話、訪問、メールの順であった。看護師では、電話での連絡が最も多く 8 割に及び、次いで訪問および書面が 3 割程度であり、メールでの連絡が数パーセントと少なかった。MSW の連絡頻度はほぼ看護師と同様であった。連絡方法を 3 職種別に比較すると、他の職種にくらべて医師に対しては、電話連絡が少なく、書面（FAX）による連絡が多いことが特徴的であった。

【考察】

居宅介護支援事業所に勤務する介護支援専門員は、他職種への医療連携を要請する際に相当の苦手意識を感じていることが明らかになった。苦手意識の高さは連携要請を消極的にし、電話や訪問などの迅速かつ双方向的な連絡手段を取りづらくさせる要因となり得る。苦手意識の解消は医療・看護・福祉の連携を高める上で重要な課題となる。苦手意識の高い職員の特徴として、福祉系の基礎資格を持ち、その中でも実務経験を経て介護福祉士になった経歴の方が多い傾向にある。今後は医療関係者と合同の研究・教育研修会を開催して職種間の親睦交流を諮るなど、苦手意識の改善に有効な方策を探っていく予定である。

表 1 介護支援専門員における苦手意識の保有状況；基礎資格別・連携先職種別の苦手意識保有率の検討

基礎資格	苦 手 意 識							
	医師との連携		看護師との連携		MSW との連携			
a 看護系	50.0 (33.6－66.4)	*	11.1 (0.8－21.4)	*	a1	8.3 (0.0－17.4)	*	a1
b 福祉系	88.9 (84.7－92.9)		56.5 (50.0－62.9)		b1	24.6 (19.0－30.2)		b1,b2

a1: P<0.05 vs 医師との連携(看護系) b1: P<0.05 vs 医師との連携(福祉系) b2: P<0.05 vs 看護師との連携 (福祉系)

*: P<0.05 福祉系 vs 看護系 (医師との連携、看護師との連携、MSW との連携)

・ 苦手意識は（①かなり苦手、②や苦手、③どちらかというと苦手、④あまり苦手ではない、⑤むしろ得意）中①+②+③

・ 数値は各項目についての介護支援専門員 302 名の該当率（%）と 95%信頼区間（95%CI）を示している。

表 2-1 医師に対する介護支援専門員からの連携要請の状況；7 種類の医療管理場面での連絡方法の検討

		連 絡 方 法					
医療管理	訪問（面談）		電 話		メール		書面（FAX）
a 服 薬	25.5 (20.5–30.5)	g1	38.4 (32.9–43.9)		7.6 (4.6–10.6)		62.9 (57.4–68.4)
b インシュリン	25.5 (20.5–30.5)	g1	37.1 (31.6–42.6)		7.0 (4.0– 9.9)		60.3 (54.7–65.8)
c 導 尿	24.5 (19.6–29.4)	g1	37.4 (31.9–42.9)		6.3 (3.5– 9.1)		59.9 (54.4–65.5)
d 在宅酸素	27.8 (22.7–32.9)		39.7 (33.2–44.3)		6.3 (3.5– 9.1)		58.3 (52.7–63.9)
e 胃 瘻	29.1 (24.0–34.3)		40.4 (34.8–46.0)		6.6 (3.8– 9.5)		55.0 (49.3–60.6)
f IVH	31.1 (25.9–36.4)		41.1 (35.5–46.7)		5.3 (2.7– 7.9)		51.3 (45.6–57.0)
g 末期がん	37.1 (31.6–42.6)		48.0 (42.3–53.7)		5.6 (3.0– 8.3)		48.3 (42.7–54.0)

g1: P<0.05 vs 末期がん（訪問・面談） g4: P<0.05 vs 末期がん（書面・FAX）

・数値は各項目についての介護支援専門員 302 名の該当率（%）と 95%信頼区間（95%CI）を示している。

複数回答のため連絡方法の 4 手段の合計は 100%を超える場合がある。

表 2-2 看護師に対する介護支援専門員からの連携要請の状況；7 種類の医療管理場面での連絡方法の検討

		連 絡 方 法					
医療管理	訪問（面談）		電 話		メール		書面（FAX）
a 服 薬	29.8 (24.6–35.0)	g1	83.1 (78.8–87.4)		4.0 (1.7–6.2)		31.5 (26.2–36.7)
b インシュリン	32.8 (27.4–38.1)		83.8 (79.6–88.0)		3.3 (1.2–5.4)		31.5 (26.2–36.7)
c 導 尿	34.4 (29.0–39.8)		81.8 (77.4–86.2)		3.3 (1.3–5.4)		28.8 (23.7–34.0)
d 在宅酸素	33.4 (28.1–38.8)		78.8 (74.1–83.5)		3.6 (1.5–5.8)		30.4 (25.2–35.7)
e 胃 瘻	35.4 (30.0–40.9)		79.5 (74.9–84.1)		4.0 (1.7–6.2)		29.1 (24.0–34.3)
f IVH	34.1 (28.7–39.5)		77.8 (73.1–82.6)		3.3 (1.2–5.4)		28.5 (23.3–33.6)
g 末期がん	41.1 (35.5–46.7)		76.8 (72.0–81.6)		3.3 (1.2–5.4)		29.5 (24.3–34.7)

g1: P<0.05 vs 末期がん（訪問・面談）

*数値は各項目についての介護支援専門員 302 名の該当率（%）と 95%信頼区間（95%CI）を示している。

複数回答のため連絡方法の 4 手段の合計は 100%を超える場合がある。

表 2-3 MSW に対する介護支援専門員からの連携要請の状況；7 種類の医療管理場面での連絡方法の検討

		連 絡 方 法					
医療管理	訪問（面談）		電 話		メール		書面（FAX）
a 服 薬	30.8 (25.5–36.1)		87.4 (83.6–91.2)	f2	3.6 (1.5–5.8)		32.1 (26.8–37.4)
b インシュリン	29.1 (24.0–34.3)		83.1 (78.8–87.4)		3.6 (1.5–5.8)		31.1 (25.9–36.4)
c 導 尿	32.8 (27.4–38.1)		82.5 (78.1–86.8)		3.6 (1.5–5.8)		30.8 (25.5–36.1)
d 在宅酸素	30.1 (24.9–35.4)		82.1 (77.7–86.5)		4.0 (1.7–6.2)		28.1 (23.0–33.3)
e 胃 瘻	30.5 (25.2–35.7)		81.5 (77.0–85.9)		4.0 (1.7–6.2)		29.5 (24.3–34.7)
f IVH	30.5 (25.2–35.7)		78.8 (74.1–83.5)		3.0 (1.0–4.9)		26.2 (21.2–31.2)
g 末期がん	35.8 (30.3–41.2)		79.5 (74.9–84.1)		3.6 (1.5–5.8)		28.8 (23.7–34.0)

f2: P<0.05 vs IVH（電話）

・数値は各項目についての介護支援専門員 302 名の該当率（%）と 95%信頼区間（95%CI）を示している。

複数回答のため連絡方法の 4 手段の合計は 100%を超える場合がある。

訪問介護職員のワーク・ライフ・バランスとその関連要因

○峯岸高裕、志渡晃一（北海道医療大学看護福祉学研究科）

上原尚紘（医療法人社団いずみ会北星病院）

【目的】

訪問介護業務に従事する女性の労働者を対象に、ワーク・ライフ・バランスとその関連要因を検討すること。

【方法】

S市K区の訪問介護事業所に勤務する全ての訪問介護職員に対し、平成25年6月～9月の間に無記名自記式調査票による留め置き調査を実施した。調査票を配布した703名中、564名が回答（男性46名、女性498名、性別欠損20名）。女性498名のうち、欠損を除く489名を対象とした。

ワーク・ライフ・バランスにあたる質問項目として「仕事と仕事以外の生活をうまく両立させている」を設定し、「良好」群と「不良」群に分類して目的変数とした。説明変数に労働環境等を二群に分類して設定し、分割表を作成してワーク・ライフ・バランスと個々の変数間の関連を検討した。単変量解析はFisherの直接確率検定、多変量解析はロジスティック回帰モデルを用いた。単変量解析で有意で有意だった変数に関して、年齢、職位、雇用形態、睡眠時間によって調整したオッズ比を算出した。

【結果】

回収率80.2%（564名/703名）であった。

全体のワーク・ライフ・バランス良好群は74.8%であった。表1に雇用形態別のワーク・ライフ・バランスとの関連を示した。正規職員では良好群の割合が58.1%、非正規職員では80.8%であった。

表2に労働環境とワーク・ライフ・バランスとの関連を示した。単変量解析の結果、有意であった項目は「仕事の量がとても多い」、「次の日まで疲れが残る」、「ノルマや納期に追われる仕事が多い」、「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」、「困ったときには上司が助けてくれる」、「困ったときに

は同僚が助けてくれる」、「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将来は明るい」、「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14項目であった。多変量解析の結果、有意であった項目は「次の日まで疲れが残る」（OR:0.18、95%CI:0.10-0.35）、「仕事の方針や目的がはっきりしている」（OR:2.31、95%CI:1.44-3.71）、「困ったときには上司が助けてくれる」（OR:2.22、95%CI:1.38-3.57）、「現在勤めている企業の将来は明るい」（OR:2.04、95%CI:1.23-3.39）、「現在の仕事は自分に適していると思う」（OR:2.86、95%CI:1.65-4.95）、「現在の勤めを辞めたいと思う」（OR:0.44、95%CI:0.26-0.72）、「自分の仕事はおおいに社会に役立っている」（OR:3.41、95%CI:1.46-7.98）の7項目であった。

【考察】

訪問介護職員のワーク・ライフ・バランス良好群は74.8%であり、女性労働者（上原ら:2010）、一般労働者（上原ら:2013）を対象とした研究と比較してやや高い結果となった。また、雇用形態別の検討においては正規職員に比べ非正規職員で良好群の割合が高く、これらの先行研究の結果と一致している。

本研究のワーク・ライフ・バランス良好群の特徴として、仕事の負担度が低く、裁量度が高く、支援度が高く、満足度が高いことが明らかとなった。特に満足度の項目に有意な関連が多く、先行研究と比較して相対的にポジティブな回答が目立つ結果となった。

一般的に介護職は慢性的な人材不足下にあり、厳しい労働環境にあることが認知されている。そのため、訪問介護職員は他の職種と比較してワー

ク・ライフ・バランス良好群の割合が低いと想定した。しかし、先行研究と比較してもやや高い傾向にあったことは興味深い。ワーク・ライフ・バランスの2006年世界意識調査（株式会社スミス）によれば、「仕事への満足度が高いほどワーク・ライフ・バランスが取れている傾向がみられる」と示されており、訪問介護職員の労働環境満足度の高さが影響していることが示唆された。

本研究では回収率が80.2%と高いことが特徴であり、信頼性の高い結果が得られたと考える。

今後の課題として、正規職員と非正規職員間でワーク・ライフ・バランス良好群の割合に大きな差が生じていることから、雇用形態別に労働条件とワーク・ライフ・バランスの関連を検討していく必要があると考える。

連絡先：t_minegishi@sapporo-shakyo.or.jp

表1 雇用形態別とワーク・ライフ・バランスとの関連

N(%)

項目	正規職員 N=129	非正規職員 N=349	合計 N=478
良好群	75 (58.1)	282 (80.8) *	(74.7)

* : $p < 0.05$ VS 正規職員 単変量解析(Fisherの直接確率検定)

表2 労働環境とワーク・ライフ・バランスとの関連

N(%)

項 目	良好群 N=366	不良群 N=124	有意差	OR	95CI
1. からだを動かす仕事である	339 (92.9)	109 (89.3)			
2. 仕事の量がとても多い	223 (61.6)	105 (85.4)	*		
3. 次の日まで疲れが残る	206 (57.4)	108 (88.5)	*	§ 0.18	(0.10-0.35)
4. 勤務時間中はいつも仕事のことを考える	296 (81.5)	108 (87.8)			
5. ノルマや納期に追われる仕事が多い	89 (24.9)	49 (40.5)	*		
6. 仕事の方針を決め、意見を反映できる	149 (41.6)	54 (44.3)			
7. 仕事の方針や目標ははっきりしている	288 (80.2)	74 (60.7)	*	§ 2.31	(1.44-3.71)
8. 職場での伝統や習慣がかなり強制的	115 (32.2)	49 (39.8)			
9. 職場の人間関係は全体的に見て良い方	325 (89.5)	98 (79.7)	*		
10. 困ったときには上司が助けてくれる	272 (75.3)	72 (59.0)	*	§ 2.22	(1.38-3.57)
11. 困ったときには同僚が助けてくれる	296 (82.2)	86 (70.5)	*		
12. 仕事の伝達、連絡、報告はよく行われている	288 (79.1)	86 (71.1)	*		
13. 職場内で男女間に差別がある	50 (14.1)	23 (19.3)			
14. 職場内で私生活の話はあまりしない	204 (57.0)	73 (59.3)			
15. やりがいのある仕事である	326 (89.6)	94 (77.0)	*		
16. 努力に見合った評価を受けている	256 (71.5)	61 (49.6)	*		
17. 現在勤めている企業の将来は明るい	247 (70.2)	56 (46.3)	*	§ 2.04	(1.23-3.39)
18. 現在の仕事は自分に適している	311 (85.9)	76 (63.9)	*	§ 2.86	(1.65-4.95)
19. 現在の勤めをやめたいと思う	159 (44.2)	86 (70.5)	*	§ 0.44	(0.26-0.72)
20. 自分の仕事はおおいに社会に役立っている	350 (96.7)	102 (82.9)	*	§ 3.41	(1.46-7.98)

* : $p < 0.05$ 単変量解析(Fisherの直接確率検定) ; 良好群 VS 不良群

§ : $p < 0.05$ 多変量解析(ロジスティックモデル : 年齢・職位・雇用形態・睡眠時間によって調整)

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良好群(ワーク・ライフ・バランス)の相対出現率

福祉職現場におけるハラスメント防止の取り組みと課題

○檜垣昌也（聖徳大学短期大学部）

【目的】

職場内のトラブルとして、ハラスメントという言葉が定着して久しい。なかでも、パワーハラスメントは、すべての職場、すべての者にかかわる課題として厚生労働省も注視しはじめた。

厚生労働省は、平成 24 年度に、国として初となる職場のパワーハラスメントに関する実態調査を実施している。

この調査によれば、過去 3 年間で 4 割の企業でパワーハラスメントに関する相談を受けている。その相談のうち 7 割はパワーハラスメントに該当する事案であったという。従業員による調査では全体の 4 分の 1 の従業員がパワーハラスメントを受けたと回答している。

このような結果から、ハラスメントは働くものにとって無視できないことであり、誰もが被害者、加害者といった“当事者”になりうることがうたわれている。

また、パワーハラスメントをはじめとした職場内でのハラスメントは、企業にとっての損失は甚大であるとして厚労省は“大々的に”、“企業”に対して予防・解決を呼びかけている。

ここいう損失は①従業員の健康被害による休職・退職といった人材損失のリスク、②パワーハラスメントを見聞きした周囲の人間の労働意欲の低下がもたらす、生産性の悪化、③パワーハラスメントの“加害者”の処分、訴訟リスク、④企業の使用者責任の追及など企業イメージの悪化などがあげ

られている。

このように厚労省が想定するパワーハラスメント予防・解決の対象は、利益追求を主眼とする営利企業とも思える。営利追求を主目的としなかったり、人間関係が固定化しやすい規模であったり、常に人手不足に悩まされる職場では、パワーハラスメントによるリスク以上の“大きな危機”にさらされている場合もある。

本研究は、主として利益追求を目的としない福祉現場に着目し、職場内のハラスメント防止の取り組みと課題、そしてその実際の一端を明らかにしたいと思う。

【方法】

本研究の着想は、実際の現場のハラスメント“被害者”による事例の提示である。数回にわたる聞き取り調査を経て明らかになった事実の開示については、当事者の置かれた状況をかんがみると、現時点で詳細な事例の開示は当事者の不利益につながる可能性があると判断したため、本報告では事例を一部フィクション化した形での提示にとどめる。

また、厚労省が提示しているハラスメントに対する見解（主として行為に特化した提示）が、実際のハラスメント“被害者”の救済に“逆機能”を呈していることもあることを報告したい。

【結果と考察】

当日の報告にて明らかにしたい。

視覚障害原因疾患調査（1982 年～2012 年）の結果と対策について

○高柳泰世^{1) 2) 3)}，宮尾 克^{1) 2)}

1) 愛知視覚障害者援護促進協議会，2) 名古屋大学，3) 本郷眼科・神経内科

【はじめに】私は『目が見えなくなったら死んだ方がましだ』と云う声を聞き、1981年に愛知視覚障害者援護促進協議会を発足して中途視覚障害者の家庭復帰、社会復帰を援護してきた。

【愛知視覚障害者援護促進協議会】活動内容は 1) 視覚障害原因疾患調査、2) 視覚障害者援護講習会、3) 晴眼者対象の視覚障害者への関わり方の啓発、4) 弱視児童生徒のための拡大教科書製作、5) 会員に情報提供のための機関誌発行である。

2) 及び 3) については視覚障害者援護についての全般的な基礎知識、技術を学び、日常生活での工夫や援護活動の足掛かりとすることを目的として講習会を開いてきた。

1) ガイド技術講座、2) 日常生活訓練講座、3) 歩行訓練（白杖・手引き・盲導犬）講座、4) コミュニケーション訓練講座、5) ロービジョン訓練講座、6) 施設見学などで、1991 年から 2010 年までにすべての訓練を修了した人は 279 人であった。

本学会では活動の中の視覚障害原因疾患調査について述べる。

【目的】厚生省の原因報告書では先天、外傷、疾患などと疾患をひとくくりにしてあったため、失明予防対策を立てられなかった。そこで、毎年、視覚障害手帳取得者調査で失明原因疾患を調べる企画をしたが、当初は個人情報で不可とされたが、個人名ではなく、性、年齢、疾患名のみ記録で許可され、29 年続けたところで、新健康福祉課課長が、市の仕事であるとして、自ら調査をして、結果を私がまとめることになり大変感謝している。

【方法】市更生相談所に従業員 5 人と出向き、年度初め（4 月）から年度末（3 月）までの障害手帳取得者の中から、視覚障害診断書を選び出し、性、年齢、疾患名を記載し、集計する。

【結果】名古屋市人口の推移は 1981 年 210 万人から 2012 年 225 万人になった。

視覚障害手帳取得者は図 1 の様に 380 人前後であった。

原因疾患の推移は図 2 に示したが原因 5 大疾患の手帳総数に対する％は表 1 に示す。

表 1

1982 年%	視覚障害原因疾患	2012 年%
14.9	糖尿病網膜症	12.3
11.9	網膜色素変性症	8.3
8.6	緑内障	20.1
7.5	白内障	0
1.0	黄斑変性症	8.0

図 1

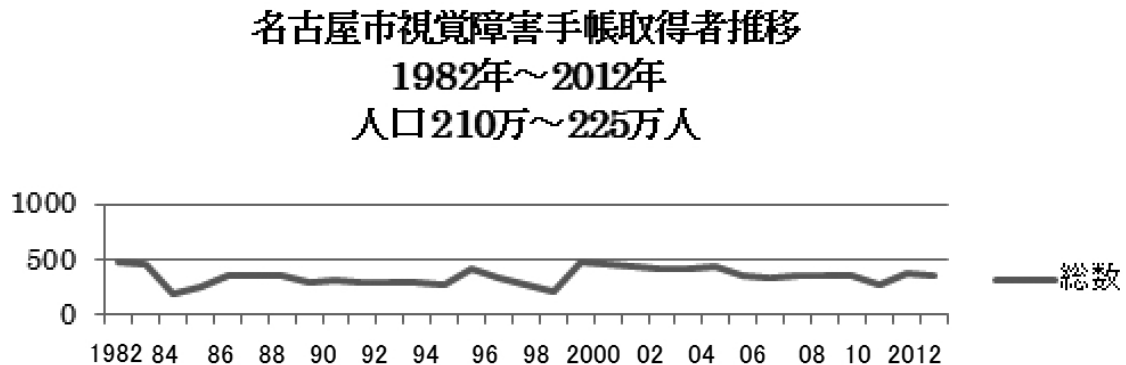
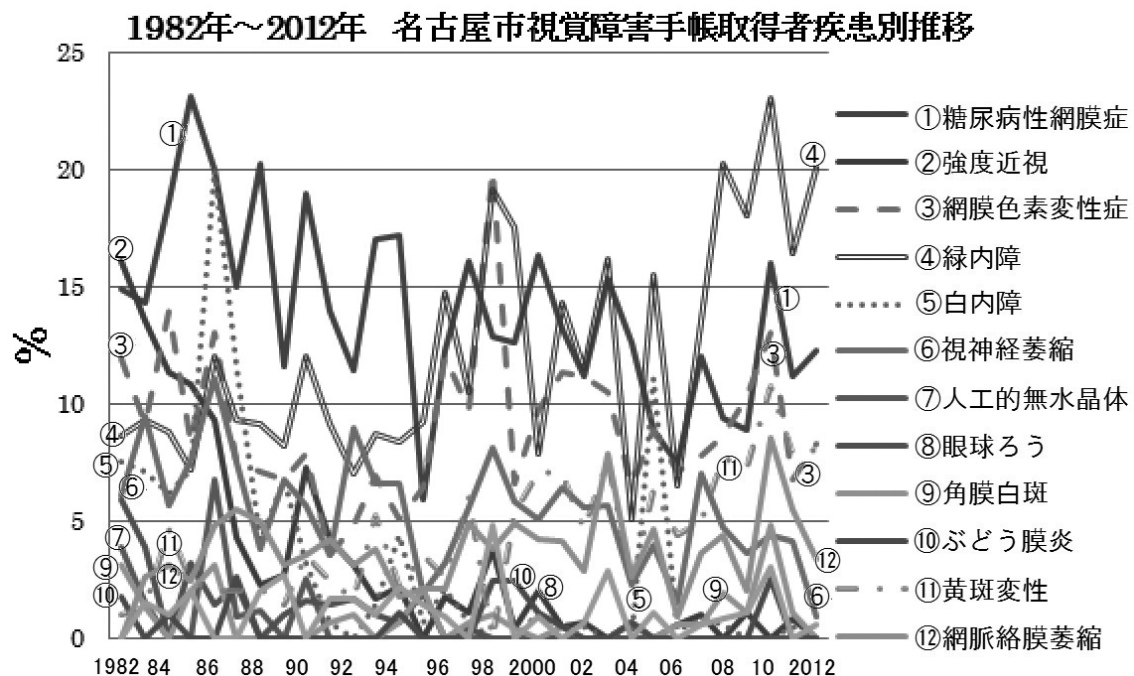


図 2



〔考察〕

視覚障害手帳取得者数はほぼ1万人に1.5人の割合であった。

当初は糖尿病網膜症による視覚障害手帳取得者が多かったが、内科医と眼科医との連携により、名古屋市では糖尿病網膜症による視覚障害手帳取得者はやや減少した。原因も治療法も不明な網膜色素変性症については若干の上下はあるものの変わりはない。白内障は人工水晶体の進歩と挿入

術の改善により最も社会貢献度の大きい医療といえる。発展途上国ではまだ失明疾患の上位にあるが、この地域ではほぼ0となった。黄斑変性症は診断技術の進歩と肉食に多いと云われているので、食生活の変化が影響していると考えられる。問題は緑内障が2.3倍になったことである。これは高眼圧緑内障ではなく正常眼圧緑内障で、視野検査技術の発展によるものとする。早期発見早期治療が重要である。

知的障害者の障害程度区分についての考察 一障害基礎年金、療育手帳および生活保護における障害加算を通して

中野 加奈子(大谷大学文学部社会学科)

【研究の背景】 Aさん(40代男性)は、高卒後家業を手伝っていたが諸事情から家出し、路上生活に陥った。その後ホームレス状態の人を対象としたシェルターを利用し生活保護を申請したが、支援を受ける中で軽度知的障害(IQ52)が判明し療育手帳を取得した。ADL動作は自立しているが、栄養を配慮した食事を用意することや、初めての場所に一人で行くことが難しい、継続して通勤することが難しいなど生活全般に支援が必要な状態であり、作業所(継続支援B型)への通所は断念した。現在は独居継続もほとんど引きこもり生活である。そこで担当福祉事務所のケースワーカーは生活保護における障害加算を計上しようとした。しかし加算の条件となる障害基礎年金は不支給決定となったことから加算は計上されなかった。

一方Bさん(50代男性)は、中学卒業後日雇い労働などを転々としてきた。その間に結婚や子育ても経験したが、結婚生活は維持できず子どもも児童養護施設に入所となっている。失業時に路上生活に陥ったが、現在は生活保護を利用して独居を続けている。炊事、洗濯など基本的な生活行為は自分で工夫することができ、定期的に作業所(継続支援B型事業所)にも通所している。Bさんも支援を受ける過程で療育手帳(IQ50)を取得した。Bさんは障害基礎年金が支給されたため、生活保護では障害加算が計上された。

Cさん(60代男性)は路上生活を20年経験し、現在は生活保護を利用してアパートで生活を送る。支援を利用する中で重度知的障害(IQ28)と判定され、療育手帳Aを取得した。ひらがなを判読することは可能だが文書の読み書きは困難で、家事や金銭管理はホームヘルパー等の福祉サービ

スを利用している。しかし、障害基礎年金の申請は不支給となり、生活保護における障害加算は計上されていない。

知的障害の障害程度はIQのみで判定されるものではないが、療育手帳上では「重度」と判定される人が障害基礎年金では「不支給」となり、生活のあらゆる場面で支援を必要としている状態でも「生活保護における障害加算」が計上されていない。また、IQ値では「中度」「軽度」と判定される人であっても、単身で生活を送る際には日常生活の細かな場面で助言・支援を必要としていることは少なくない。しかしながら、そうした状態は障害基礎年金の支給には至らないケースがあり、時には不服審査請求に至っている。

【事例から見える課題と研究方法】 ここで課題にしたいのは、知的障害者が利用できる療育手帳制度・障害基礎年金・生活保護の障害加算の障害程度区分の連続性がない、ということである。いずれの制度の目的や成立過程が異なるため統一した障害程度区分ではない。しかし、支援を多く必要とする利用者であっても、生活保護の障害加算計上の条件となる障害基礎年金が支給されず、不利益を被っている事実があるのではないかと、という疑問が生じる。そこで本報告では、1)各制度における障害程度区分の現状、2)障害程度区分の矛盾点、3)今度の課題について検討する。

研究方法は、それぞれの法制度の成立背景を整理し、上記1)～3)について明らかにする。

【結果】

① 各制度における障害程度区分の現状:まず手帳制度について取り上げる。知的障害者が利用できる「療育手帳制度」は、根拠法を持つ身体障害者手帳・精神障害者保健福祉手帳とは異なり、通達(厚生事務次官通達)に基づき各都道府県(および政令指定都市)単位で実施されている。そのため手帳の名称や等級は都道府県によって異なり、判定区分も全国統一したものにはなっておらず、各県によって「重度・それ以外」「最重度・重度・中程度・軽度」など異なっている。しかし、IQ値を基準にしながら、その発達段階等によって区分指標が定められている。

年金制度では、おおむね18歳未満で障害があらわれていることを前提とする知的障害者は無拠出年金制度である「障害基礎年金」を申請することができる。そして国民年金施行令別表1級・2級により障害程度区分が定められている。障害基礎年金の障害程度区分ではADLを重視したものとなっている。

次に生活保護における障害加算であるが、知的障害者の場合は療育手帳のみでは判定されず、国民年金証書や福祉手当認定通知書を用いて判定される。それらの書類がない場合は医師の診断書等でも判定は可能だが、国民年金証書における判定が優先されている。

② 障害程度区分の矛盾点:ここで問題になるのは、1)療育手帳制度と障害基礎年金の障害区分は異なった視点・目的で定められており、2)従ってADLは自立するものの社会参加においてはハンディを抱えがちな軽度～中程度の知的障害者は障害基礎年金が不支給になるケースがあり、3)それにより、同程度の生活実態であっても、生活保護における障害加算が受けられる人、受けられない人が存在する、といった矛盾が生み出されている。

③ 今後の課題:療育手帳制度の全国統一が必要だと考えられる。療育手帳の取得時には、医師の診断、心理判定員による検査、本人を知る人からの聞き取り等複数の資料によって、本人の障害の状況を明らかにしある程度の障害程度の指標となっている。障害の状況を明らかにするこうした手帳制度の判定が、障害基礎年金・生活保護における障害加算に反映される仕組みも必要なのではないだろうか。

また、障害基礎年金および生活保護における障害加算は、どちらかというと障害者を扶養する家族への手当という性格が伺える。そのためより支援が必要となる重度の利用者への所得保障の性格が強い。そして中度～軽度の知的障害者が単身で生活を営むときに必要な所得保障という視点が不足した制度設計になっているのではないか。

しかし単身で地域生活を送る中度～軽度の知的障害者は増えている。そのことは障害を持つ人のノーマライゼーションの実現にとって重要なことである。さらに、近年中度～軽度の知的障害を持つ人がホームレス状態に陥っていることが支援現場から明らかになってきている実態を鑑みれば、中度～軽度の知的障害者が単身生活を営めるよう社会参加の機会の確保や日常生活支援の充実、そしてそれらを担保する所得保障は必須である。

そのためにも、療育手帳、障害基礎年金、生活保護における障害加算についての障害程度区分のあり方について見直しが必要であると考える。

【参考文献】

奥田浩二(2010)「ホームレス状態にある市民を理解し支援するために」『ホームレスと社会』Vo.3
鈴木勤(1999)『ノーマライゼーションの理論と政策』萌文社

連絡先:nakano@res.otani.ac.jp

進行性神経筋疾患の自己肯定感の形成における作業療法の影響

趙没名（立命館大学）

【目的】DMD を代表とする神経筋疾患は、特に発病が早く進行も速い。3~5 歳の間に筋力が低下し始め、平均 9 歳で歩行不能、15 歳で座位保持困難、20 歳前後で呼吸不全や心不全で死亡するとされている。そのみならず、筋力低下に伴い、患者の ADL も QOL も著しく後退し、多くの患者とそれを取り巻く家族が極度の緊張と疲労それと喪失感に付きまわっている。しかし一方、病気の進行に合わせた作業療法の早期導入により、往々にして患者が自分の喪失を客観的に直視できるのみならず、前向きに生きるという自己肯定感を構築できると考える。

そこで本研究の目的は、作業療法と進行性神経筋疾患の自己肯定感との関係性を明らかにすることである。

【方法】上記の目的が達成できるように以下の方法を用いて研究調査を行った。

1. 調査対象

独立行政法人国立病院機構 Y 病院に入院中の患者 6 人と K 市在住の在宅患者 2 人計 8 人を調査対象とした。

2. 調査期間と調査方法

2013 年 3 月から 9 月までは主に対象となる母集団成員の日中活動の参与観察を行った。2014 年 2 月 25 日から 28 日までは母集団より OT 室を毎日のように通う入院患者 6 人を抽出し、単独インタビュー調査を行った。また 2 人の在宅患者に対しては、2013 年 3 月から 2014 年 4 月まではそれぞれの日常生活の参与観察はもとより、本人作成のレポートや行動分析並びに単独インタビューを行った。

3. 調査内容

1) 「属性」

性別、年齢、出身、学歴、病名、家族構成について訪ねた。

2) 「生育歴並びに病気の進行状況」

出生後から保育園、幼稚園、そして小学校から高校までの保育と教育の状況並びに加齢に伴う病気の進行と身体の機能状況を訪ねた。

3) 「進行性疾患に対する認識」

病気の告知また進行をめぐり周囲の人間との関係性の変化、またその変化が患者の心理と言動にどのような影響をもたらしたと訪ねた。

4) 「作業療法とのかかわり」

主に作業療法への理解、作業療法室の利用頻度、作業療法士からこれまで受けた支援について訪ねた。

5) 「作業療法と自己肯定感の形成」

まず自己肯定感に関する一般的な定義を説明した後、筆者が作成した進行性神経筋患者向けの自己肯定感の尺度を調査対象者と共有した。それぞれ自己肯定感の有無、または自己肯定感のレベル測定（5 段階評価）、そして自己肯定感に対する作業療法の影響の度合（5 段階評価）を訪ねた。

【結果】

1. 調査対象の属性

調査対象 8 人中、20 代の SMA 女性患者 1 名を除いて、その他 7 名は男性で筋ジストロフィー患者である。また男性 7 人中、10 代後半と 40 代前半がそれぞれ一人いて、残りは 20 代である。入院の対象者は高校卒業であるが、在宅の対象者は現役の大学生である。家族構成に関しては、8 人とも、両親または片親のいる家族である。さらに

8人中4人が24時間 NPPV 人工呼吸器を使用し、その他4人は夜間のみ NPPV 人工呼吸器を使用している。

2. 生育歴並びに病気の進行状況

調査対象全員が実家で生まれ実家で育ち、3歳時に幼稚園に入園し、その後小中校も地域の学校を通っていたが、病気の進行で介護問題が生じ、また地域における障害児に対する配慮のなさで、家族と離れ、高等部のある養護学校に転校してきた。8人とも5歳前後に発症し、小学校の時にすでに車椅子を使用していた。

3. 進行性疾患に対する認識

調査対象となる全員が小学校の時期から他人との違いを認識するようになり、やがて進行性の病気だと気づき、出来ない自分や他人の目線を意識するようになり、喪失感に悩まされていた。

4. 作業療法とのかかわり

医療施設と隣接する特別支援学校高等部に入学してから、病気が進行するものの ADL と QOL を維持するために日常的に作業療法室を通うようになり、体の使い方、道具や機材の使い方、さらに集団での取り組み方について作業療法士から

教わった。

5. 作業療法と自己肯定感の形成

作業療法（士）とかかわっていくうちに、調査対象者全員が、自分の病気と体を知るようになり、また身体機能の後退に伴う創意と工夫の方法も身についた。そして8人とも自己肯定感レベルが5の4と高く、自己肯定感の形成に作業療法による影響の度合は全員5の4と高く評価した。

【結論】 本研究調査は、普段作業療法と関わりの頻度の高い患者を対象としたが、対象者全員が幼少期より発病し、しかも進行することにより心理的恐怖、人間関係の疎外に悩まされていたが、作業療法とかかわることによって失いつつある身体機能が作業療法士の創意工夫によって代償機能が発見され、ADL や社会参加が持続されるのであろう。そしてその繰り返しの中で、進行性神経筋疾患患者の自己肯定感が形成され、獲得されていくのではないかと考える。

連絡先：連絡先：meiming@fc.ritsumeai.ac.

ベトナムにおける枯葉剤二世の生活と福祉的支援

○福島知子（吉備国際大学・社会福祉学）、藤本文朗（滋賀大学名誉教授・障害児臨床心理学）

【はじめに】

ベトナムでは、経済成長の中で、貧富の差が拡大するなど社会的矛盾が生じたことを機に、ソーシャルワークという言葉が公的な市民権を持ちはじめ、大学でのソーシャルワーカーの養成が始まりつつある。ソーシャルワークの対象に焦点を当てたとき、枯葉剤被災者とその子ども（第二世代・第三世代）の生活実態とソーシャルワーク実践との関わりを把握する必要性を実感した。そこで、枯葉剤被災者二世の生活実態について調査を行ったので、その概要を報告する。

【研究の背景】

ベトナム戦争において、アメリカ軍による枯葉剤の散布が行われた。また、南ベトナム政府軍は同政権が崩壊するまで枯葉剤の散布を続けたとされている。同剤の散布によって、軍関係者・民間人を問わず、非常に多くの人びとが健康障害を受けた。その被害は現在も続いている

最近、アメリカの第二次世界大戦に関する資料（アメリカ公文書館）が明らかになった。その資料によると、ベトナム以前に、日本（東京・大阪・京都等）に枯葉剤使用の計画（1945年5月に企画）があったことが判明した。計画は原子爆弾の使用によって未実施に終わった。枯れ葉剤の使用はベトナムに限ったことではなかったと思われる。

2007年6月18日、枯葉剤を製造したアメ

リカの化学会社を相手取った、ベトナム枯葉剤・ダイオキシン被災者の会（VAVA: The Vietnam Association for Victims of Agent Orange/Dioxin）と被災者による民事訴訟の控訴審がアメリカ・ニューヨークで開始されるも、2009年米連邦最高裁がこれを棄却した。ベトナム戦争に端を発するこの問題は、当事者間でも過去のものとなっていない。

報道によれば、ベトナムの枯葉剤・ダイオキシン被害者数は約480万人に達し、被災者の子どもへの影響など世代を超えた被害、生態系への影響といった未来への持続性をこの問題は含んでいる。

ベトナム政府が枯れ葉剤被災者の扶助に向けて動き出したのは、1998年の「首相決定74」が最初である。その後、2000年の「首相決定26」によって枯葉剤被災者扶助制度が成立。2004年の「首相決定120」、2005年の「革命功労者優遇法令」に枯葉剤被災者扶助政策は盛り込まれ現在に至っているが、制度の対象とされている被災者は、おおよそ3割程度であるといわれている。

【方法：調査の概要】

(1) 予備調査(2013/3)：ダナン市

かつてのアメリカ軍基地の土壌改良の作業を行っている父の子どもに先天性骨異常が発生しているので、ダナン市のVAVAとツーザー病院の医師とともに在宅の枯葉剤被災児・者を訪問、聞き取り調査を行った。個人ファイルが整備されていなかったため研究対象とすることを諦めた。

(2) 調査①(2013/7)：ドンナイ省ビエンホア市

ドンナイ省は枯葉剤散布地域の居住人口

がベトナム国内の各地域の中で一番多いと推定されることと、ホーチミン市に隣接することから予備調査地域とした。ドンナイ省の VAVA とツーズー病院の医師とともに在宅の枯葉剤被災児・者を訪問・聞き取り調査を行った。



魚釣り等が禁止されている湖（ビエンホア市）



ドンナイ省 VAVA の事務所にて

(3) 調査② (2013/10) : ドンナイ省ビエンホア市

フン・デークアン県の平和村（障害児の通所施設）を訪問。通所者 25 人の基礎資料を入手することができた。



ドンナイ省フン・デークアン県平和（通所障害児 25 人と職員 5 人）

【調査結果】

(1) 調査① 事例の詳細は当日報告する。

1) 24 歳（女性）

応答者：母、診断：知的障害

2) 36 歳（男性）

応答者：父母、診断：脳性マヒ

3) 18 歳（男性）

応答者：父、診断：脳性マヒ

4) 45 歳（女性）

応答者：母、診断：水頭症

(2) 調査②

ドンナイ省フン・デークアン県の平和村を訪れ、私たちは通所者 25 人のカルテ（ベトナム語）のコピーを入手し分析することができた。それによると、①25 人中 7 人がダウン症、②4 人の家族が三世代にわたって枯葉剤被害者、③年齢 2 歳～33 歳、国からの年金は、家族に 90 万ドン～45 万ドン(4000 円～2000 円)/月支給、④平和村の政府からの財政的支援は、5 人の職員の月給のみ 481 万ドン(20,000 円)/月、食事代等の施設運営費は地域の企業の寄付（日本企業が工業団地に多く進出しているが、1 企業の寄付も無い）。

【まとめ】

藤本は、京都民医連の尾崎望小児科医師を中心としたチームとともに 1995 年より 12 回に渡りベトナム現地で主として疫学的調査に参加してきた。今回は福島との共同研究で新たなデータを見出すことができた。ドンナイ省平和村の枯葉剤被害二世障害児のカルテはベトナムの医師（ホーチミン市小児病院 T.T.H.Thu 医師：日本留学経歴有り）の協力を得て分析することができた。

この 25 人の通所者の基礎資料は、学会当日報告する。

連絡先：fukusima@kiui.ac.jp

総合診療活動の概括的報告と精神心理的問題を抱える患者さんを通して見える課題

- 黒川渡^{*1} 白水倫生^{*1} 富樫トモ子^{*2} 岡田広美^{*2} 森園康代^{*2} 川畠亮^{*3}
 山中小百合^{*3} 岩戸博子^{*3}
 (*¹ くろかわ診療所 医師 *² 同看護師 *³ 同事務)

私達は、第 53 回日本社会医学会で、業務効率化が生み出す全職員の時間を患者に振り向けた効果を事例を挙げて報告した。理屈の理解から実行とその結果を納得することこそが、治療を患者の生活行動に組み込み患者自身のものとすることができるという要点を示した。本報告では、専門診療に対する総合診療に関する予備的考察を経て、地域の小規模医療機関の役割を概括し、精神心理的問題を抱える患者を取り巻く状況と診療所の役割・課題を検討し、地域が抱える課題の一端を明らかにする。

【“総合診療”に関する予備的考察】

総合診療という概念は統一的に理解されていないが、内科系診療を基本としていることが多い。大規模病院での総合診療科(部)の人員構成は、各専門診療科より選抜された医師による場合や、専門診療科目としての総合医による場合がある。役割は狭間診療と言われた時期もあったが、(A)振り分け機能に特化される場合や、(B)内科系全般の外来と入院等を担当し、必要に応じ専門診療科への照会や転科を行うものまで様々である。欧米では、プライマリ・ケア・メディスンという枠組みで、一つの診療科目としての位置を占め、そのためのテキストもあり、内科系疾患全般と日常よく遭遇する精神疾患などをカバーしている。つまり (B) の考え方に近い。

開業医にとって総合診療は標榜科目とし

ては一般的ではない。通常、開業医の性格は、必然的にプライマリ・ケアの側面もあるが、単一あるいは複数の専門診療科目を標榜している。また、かかりつけ医という用語もあるが、高齢化に伴う複数臓器障害の患者が増加している今日、どの診療科にかかりつけ医としての役割を依頼するかという点はわかりにくくて難しい。

本報告では、総合診療がプライマリ・ケアの一形態であり、考え方としては、(B)の機能を持つものとする。

【目的】

1. 地域医療における小規模医療機関とその課題を概括的に報告する。
2. 精神心理的問題を抱える患者診療に関わる問題と課題を明らかにする。

【方法】

1. 過去 3 年間 (2011 年 6 月 1 日より 2014 年 5 月 31 日) の診療録を **retrospective** に検討し、小規模医療機関としての当診療所の活動を概括する。必要に応じ、開院以来の診療録を検討する。
2. 精神科診療に関わる地域の現状と課題を明らかにする。

【結果と考察】

1. 標榜科目と総合診療

診療所は、内科と心療内科を標榜している。開設届け時の標榜科目として我々がカバーする領域を地域住民に明示するために以上のようにした。

2. 診療活動がカバーしてきた領域

(発表時にデータを報告する予定) 現在までカバーしてきた内科疾患領域は、心・循環器系、呼吸器系、内分泌代謝系、消化器・肝胆膵、腎泌尿器系、神経内科系等々であり、当診療所の能力で外来治療が可能なものは外来治療を行ってきた。必要に応じて臨床的診断、疑診の上、周辺医療機関に照会、または紹介し、診断・治療後の外来フォローアップにも当たってきた。また、一部整形外科疾患や皮膚科疾患などいわゆるコモンディズニーズを中心とした身体疾患に関与してきた。精神心理的領域では、うつ病、神経症、適応障害、PTSD、物質乱用などにも患者の利益を低下させることのない程度を守る範囲で対応してきた。

3. 地域の医療資源との協働

現在、病院医療が在院日数短縮、DPC やリスク管理などの理由で、複数疾患を抱える患者の入院加療に選別的とも思われる患者受入れ拒否などの事態が認められる。13の開放型病院への登録と実績、登録制度のない近隣病院との友好的な関係を得ることができ、たとえ時間がかかっても概ね患者の受入れを実現できている。また総合病院といえども、すべての診療科が準備されているわけではなく、患者の状態や気質などと病院とのマッチングに留意することでそれらはなんとか実現されている。

4. 生活と心理と疾患

治療は、受診行動と、診断後の治療を受入れ、患者自身が実行することでその効果が明らかになる。そのため、疾病が生活に対して与える心理・経済社会的影響、家族や患者が所属する小集団での対人関係などへの影響も考慮される必要がある。プライ

マリ・ケアは生活と疾患に直面しながら行われる治療である。個人個人で異なる疾患の特性とそれがもたらす個人の生活形態に留意された医療側の意見や関わりは重要である。従って、介護・福祉・障害支援事業者との密接な情報交換が日常的に行われている。(当診療所、看護師の報告参照)

5. 精神疾患、障害を有する患者

地域住民の高齢化に伴い認知症患者や脳血管障害後遺症を抱える患者も多い。さらに、精神障害、知的障害などの患者や抑うつ、神経症の患者の受診も少なくない。西成区北西部の精神科医療は、精神科開業医の廃院や精神科部門の閉鎖、診療所の転居などがあったため、極端に精神科医療体制が地域ニーズに応えられなくなっている。当然、負担が多くなったために患者や介護者などから求められる協力(診断・投薬にとどまらない)に対し、精神科医療機関が生活支援に関わることができる力量が低下してきていると思われる。その結果、心療内科を標榜する診療所外来に、精神科からの紹介が増えている。

6. 支援の機能の限界の明示

内科系疾患・精神科疾患に共通して、診療所の時間・マンパワーの面で力量を越えると判断される病状や問題に対しては、より適切な医療・社会サービスに患者を誘導(紹介とそのための説明・説得)してきた。そのことは、患者による診療所の理想化や依存を回避する重要な手だての一つである。

【結論】

1. 西成区には複数の総合診療の拠点が必要で、精神科医療体制の充実が急務である。
2. 生活と当事者を中心とした医療の支援機能の適応的進化が必要である。

知的障害および精神障害を有する患者さんたちとの長い関わりの事例分析から学ぶこと 患者・介護者ができる目標の積み重ねと達成のための支援の重要性

○富樫トモ子^{*1} 岡田広美^{*1} 森園康代^{*1} 江頭真由美^{*2} 黒川渡^{*3}

(^{*1} くろかわ診療所 看護師 ^{*3} 医師 ^{*2} 訪問看護ステーション鶴見橋看護師)

【目的】知的障害、精神障害、高次脳機能障害患者など、支援が困難な障害をもつ患者への関わりを通じて今後の課題や工夫のための教訓を抽出する。

【方法】上記の障害の患者・各 1 例の関わりの中での変化を明らかにし、その要因と今後の課題を明らかにする。

【結果：臨床経過の提示】

■事例 1 自閉症の男性（31 歳～39 歳）

〈初診までの病歴と各種サービス〉自閉症のため著しい問題行動が多かった。2004 年ころから近医精神科医の往診が行われたが、傾眠と興奮状態のため往診時家に入れず中断した。引きこもりと体重減少が持続し当診療所に往診依頼があった。（2006/5/29）。ヘルパー訪問は継続されていた。糖尿病と高血圧があり、左眼は角膜炎後のため失明し、自発言語はなし。

〈初診から現在まで〉初回往診時、血圧測定、聴診もできず。数度にわたる往診後に聴診が、2 ヶ月後に血圧測定ができた。両親の患者への関わりは、家に閉じこめるために力づくになるか、あきらめの放任状態であったが、身体保清や内服管理へと変化し、血糖簡易検査を母親ができるようになった。日中に眠剤を希望し、眠らせて髭を剃ることができた。4 ヶ月目に眼科医の往診が始まり健側眼の診察ができることから、「失明しないように」という説明が理解できると考えられた。両親も同様に感じた。

睡眠と情動安定のための投薬調整が行われ、暴力的な情動面は軽減する傾向を認めたが、元気になり問題行動はエスカレートした。地下鉄の無賃乗車等々により警察に保護される機会が多くなり、父親が力づくで押さえ付けることが増えた。そのため投薬調整目的の精神科入院を勧めたが、受診時に両親が拒否した。そこで、障害支援事業担当者、区役所保健師、などを含み相談し、近隣の地下鉄駅長らへ患者に関わる勉強会を行い、本人・他者に事故が起こらない対策を確立できた。他方で、大阪市こころのケアセンター精神科医師の訪問と診療所医師との投薬内容の協議が行われた。その後、興奮性は軽減した。また、両親は、ドライブ好きの本人をほぼ連日、3 時間程度連れだし、途上にある作業所に通所できるかを試みた。15 分程度から 1 時間入室できることがわかったが、続かなかった。

そのころから診察時に口答指示で姿勢を変えることができるようになり、採血もできるようになったため、往診から外来受診となった。両親同伴で外来受診ができたため眼科受診から作業所への通所へと発展した。作業所には継続的に好んで行くようになった。そして、病院内科・眼科外来にも受診できるようになった。病院眼科ではレーザー治療（継続できなかったが）もできるようになったが、2013 年秋、眼底出血のため両眼失明の状態となった。

〈現在の状態と介護者による評価〉両親は今が一番よいときであると考えている。山中の施設利用が可能となったときに、父親は10年早くこういう選択をしていたらよかったと述懐していた。現在も通所、病院外来受診は継続中である。

■事例2 統合失調症と診断された糖尿病の女性（54歳～59歳）

〈初診までの病歴と各種サービス〉軽度の知的障害と不登校、両親や元夫からの虐待経験がある一人暮らしの女性。2003年頃から幻聴と不眠が出現し、2007年より近医精神科で統合失調症と診断・治療。同医閉院のため受診。（2009/04/15）病院内科で狭心症・糖尿病・脂肪肝の治療を受けていた。

〈初診から現在まで〉初診後も「死ぬ」という声が頻繁に聞こえた。受診状況は不安定で、ぼんやりとした表情が続き、投薬希望の内容から、内服管理が必要と判断された。神経心理検査により、知的レベルの低下と生活適応能力が低いことが指摘され、看護師が家庭訪問を行った。室内は、ゴミと一緒に薬も散乱していた。看護師が訪問し数回室内清掃を行い、内服管理を開始した。病状は安定化の兆しを示した。生活状況を継続的に支援し、内服管理と病状把握をするために訪問看護ステーションの導入へと繋げた。（2010/4/1）

室内保清、身体保清、食事習慣と内容の評価など全般的な評価と援助が継続的に行われ、訪問看護師による評価の上に、ヘルパー派遣が開始された。規則的な生活を送れ、食事運動療法を積極的に行い、インターネット検索で市内の施設を利用できるようになった。

〈現在の状態と本人による評価〉例年梅雨

の時期は気持ちが重くなっていたが、今年はなく、周囲の応援があり自分自身も頑張ることができたと理解している。

■事例3 脳血管障害による、嚥下障害・高次脳機能障害の男性（54歳～59歳）

〈初診までの病歴と各種サービス〉2007年左脳動脈瘤破裂。その後、3回の脳梗塞発症 2008年10月最終。唾液が常時流れ、咳が止まらないため受診。（2009/9/11）介護支援は2008年10月から開始。単身独居。

〈初診から現在まで〉

知的機能低下、失語、構音障害と嚥下機能の低下を認めるため、言語聴覚士が食材の選択とミキサーなどによる食材加工などを実地で訓練し、介護支援者にも指導し自分で食材加工ができるようになった。

誤嚥性肺炎を頻繁に繰り返すため PEG を提案するも拒否。食材加工を励行すること、摂食時の注意励行、咳嗽・喀痰・発熱時の早期受診を約束した。ケア会議で状況評価を行い、誤嚥性肺炎は発症していない。

〈現在の状態と本人・介護者による評価〉

自己管理が継続でき誤嚥性肺炎未発症を、介護者・本人はそれぞれの努力の結果であると肯定的に受け止めている。

【考察と結論】

1. 支援の経過は、患者や介護者と支援する側の協働の過程であり、双方に具体的に忍耐強い努力が求められる。
2. 支援は、患者や介護者が具体的な行動で課題を乗り越えることができるように提案され、支援は、変化する経過に適切に対応していくことが求められる。
3. 支援計画の枠組みに、患者や介護者の適応を求めるのではなく、支援する側が変化に適応することが優先される。

思春期婦人科外来における外国籍患者についての記述研究 (Case Report)

○田中勤 (南生協病院産婦人科、名古屋市自然科学)、藪下ももこ (名大保健学科)、古橋忠晃 (名大保体センター／精神健康医学)、大坂裕子 (駒澤女子大)

【目的】 演者は、産婦人科医師として思春期婦人科外来を担当している。思春期外来を訪れるこどもたちの主訴のほとんどが月経異常であったが、近年では摂食障害や不登校の問題もみられるようになった。さらに、こどもたちの国籍は日本がほとんどであったが、近年はベトナム、ブラジル、中国など外国籍のこどもたちも思春期外来を訪れることが珍しくなくなった。そこで、本演題では、思春期外来を訪れた日本育ちの外国籍の中学生のケースについて提示したい。

さらに演者らは、2007年9月より、週末深夜の名古屋市内街頭において、思春期男女の聴き取り調査を実施してきた (以下、「夜回り調査」とする)。こどもたちの生の声、真の姿を追究するという目的とともに、聴き取り調査という声かけの機会を積極的に利用して、医師らによる可能な限りの支援をしたいという思いからである。本発表では、そうした経験もふまえて検討していきたい。

【方法】 当院産婦人科思春期外来に受診した中学生の患者について、記述研究における症例報告 (Case Report) である。なお、受診時に本人及び保護者の包括的同意が得られているため、当院規則による倫理的問題はクリアしているが、性別が女性であることのほかは、プライバシーの保護および本人への危害が及ばないように、学年、年齢、地域などは匿名化して報告する。

【症例 (Case Report)】 女子。公立中学校生徒。外国籍。日本育ち。日本で初等教育を終えている。初診時の主訴は、2, 3 日前に生じた突然の腹痛であった。腹部所見はソフト。下腹部に圧痛を認めたが、Blumberg 徴候なく、McBurney 点も異常なかった。腹部超音波検査を実施した結果、ダグラス窩に輝度の高い領域を認めたため、MRI の検査予定を立てた。血算、血液生化学、尿検査も異常値は認めなかった。腹痛は軽快しているため、外来で経過観察とした。1 週間後の診察では、腹痛は改善していたが、はっきりしない不安を訴えていたため、診察室で母に席を外してもらい聴取すると、学校で困っていることがあると相談される。近年の日本と近隣諸国との間の政治的問題がクローズアップされるなか、学校の同級生たちから外国籍を理由に危害が加えられるようになった。同級生たちからは、「死ね」「国へ帰れ」という嫌がらせのメールなどを送りつけられ、「もう消えてしまいたい」とまで思いつめた。いじめを受けていることについて、本症例では、勉強をめぐって母との関係が悪く、母を助言者とすることを本人は拒否した。実母には知られたくないということで、診察室で本人に学校での過ごし方について助言。少しでも相談できそうな相手が誰であるのか確認していった。その後の MRI では、卵巣に長径 4 cm の出血性嚢胞を認めたが、症状が軽快しているため引き続き経過観察の方針

としていた。しかし、「体調不良」を訴え、学校は保健室登校など教室に入れないときが増え始めた。初診から1か月後、過換気症状を伴う急激な下腹部痛が生じ、卵巣嚢腫茎捻転が疑われ入院となったが、3日ほどで症状が軽快したため、再び外来での経過観察となった。授業を休んでいる間に、担任もいじめについて認識し、友人や担任の支援とともに、本人も同級生たちに話しかけるように努力し、関係は徐々に改善していった。その後、年度が替わり、クラス担任が好きな先生になったことや、気まずい関係となった同級生たちとはクラス替えで離れることができ、ようやく気持ちも「上がっている」状態となった。

【考察】本症例での問題点は二つある。一つは、学校での外国人いじめの問題。国際間の問題がこどもの平穏に幸せに生きる権利までも侵害している点を指摘できる。二つ目は、家庭での勉強の過剰な強制である。卵巣嚢腫の存在は腹痛の直接的原因といえるが、腹痛以上に学校や家庭での居心地の悪さがその後の体調の変化に大きくかかわった。外国籍の母は高校受験に向けて本人に猛烈な勉強を要求していた。今回の腹痛の onset は、学校の長期休暇の時期であった。卵巣嚢腫という器質的疾患に加え、学校でのいじめや母との葛藤が腹痛に対する不安を増強させていた面も否めない。基本的人権の保障を自ら要求するよう中学校の生徒に求めることは困難である。いじめられる本人にもプライドがあり、人に知られたくないという思いがある。過去に国家間での政治的な問題が国民感情まで刺激する

と、こどもや女性に危害が及ぶということがよくみられた。朝鮮半島との摩擦が生じた時期に、街で大人によって在日コリアンの女生徒のチマチョゴリが切られた事件が思い起こされる。少なくとも市民生活や学校生活にそういった影響が及ぶことのないように、しっかりとしたこどもの人権保障を確保できるよう、小・中学校の児童・生徒をめぐる環境において、国際感覚の育成が必要であろう。

演者らが行ってきた、本年3月の夜回り調査では、高校を卒業したばかりの中国籍の男子少年たちに出会った。それぞれが大学や専門学校に進学が決まっていた。これまでに外国籍ということによって多くの差別や困難に直面したであろうことが推察されるが、彼ら自身はしっかりと将来を見据えている印象を受けた。社会で役割を果たしていく年齢に差しかかっていることもあるのだろう。本症例の場合、まだこれから高校入試などの関門も待っている。

【結論】日本と近隣諸国との関係が悪化しているのは日々のニュースから明らかである。そして、その影響が外国籍のこどもたちの学校生活にまで影響を及ぼしている。「子どもの権利条約」に挙げられているような、こどもの権利は普遍的な人権である。外国籍のこどもたちは声高に権利保障を求めているわけではない。日常の学校生活において、家庭生活において、平穏な毎日を通じたいだけである。それを確保するのは社会全体の義務であり、責任である。

連絡先：

human_rights_sym_no_9@yahoo.co.jp

地方都市における外国人支援の現状と課題 —A市の取り組みを例に—

○志賀文哉（富山大学）、青木由香（アレッセ高岡）

【目的】日本の地方都市に住む外国人に対する支援の状況を明らかにし、問題点や課題に対する方策を提示する。

【背景】日本の地方都市の滞日外国人も定住化が進んでいる。総務省からの通知後、地方自治体では多文化共生推進にかかる計画をつくり、支援策を具体化させたが、地域差があったり、形式的なものにとどまり、実質的な支援になっていない施策があったりする。また、地域組織では課題を感じながら適時適切に解決するのが難しい状況がある。外国人当事者の中にも長期的な視点では子どもたちを含めた生活環境を変えたいと願いつつも短期的には施策を変えることは難しいという一種の諦観が垣間見える。

【方法】地方都市 A 市で取り組まれている多文化共生推進の取り組みを検証し、成果と課題を確認する。特に現場支援では児童生徒の学習についての取り組みと行政支援の必要性を確認する。他県の取り組みを参考にしつつ、今後の外国人支援のあるべき姿を検討する。

【結果と考察】A 市では 2011 年に多文化共生推進プランを策定した。内容の主な構成は「コミュニケーション支援」「生活支援」「多文化共生の地域づくり」「多文化共生支援体制の整備」である。それを 2012 年に取り組み、2013 年になって多文化共生推進運営委員会を立ち上げて、進捗の確認と今後の進め方を検討する形を取った。

しかしながら、2012 年度の進め方をみれば当事者やその支援現場を熟知する人らにとっては十分にプランが展開されているとはいえず、一部は後退していると感じられるものになっている。プランの進捗を確認する検証のタス

クチームを作ったり、委員へのインタビューを整理したりしてプラン実施現況の問題点整理をするに至っている。

しかしながら、これらの試みは行政の積極的な支援を得るに至らず、結果的に次年度に活かすことができなかったことから、予定された枠内で時間と機会を消化していくものに留まった。

多文化共生推進の実態を確認するため、一例として子どもの教育面について注目してみると、学校現場における外国人児童生徒の教育支援の量・質が低下している可能性が指摘できる。市としての財政的な面は、2012 年と 2013 年ではほとんど変わらず、対象となる小中学校の児童生徒数が若干減少したことからすれば、一見手厚くなっているようだが、実際は、市以外からの財源が減少しているため、現場における支援量は減っており、また、支援の中心となる非常勤職員の研修などもなく、入れ替わりも激しいため、支援の質も維持できない状況である。指導者が専門性・継続性をもって児童生徒に関わっていけるような体制的な配慮・改善がない限りは、継ぎ接ぎの支援であり、十分な効果を得られないと考えられる。

またインタビュー調査からは地域生活を営む中での課題や制度の認知が低いことが明らかになっている。

【結論】地方自治体の取り組みは計画とその実施により役割を遂行した形になり易いが、長期的視点に立った個別具体的な支援を進めなければならない。外国人労働者の単純労働への受け入れも視野に入れると、多文化共生は喫緊の課題であり、実質的な受け皿を作らねばならない。

韓国・日本における高齢者の終末期ケアのあり方と今後の方向性 ～介護保険関連施設・事業所の職員調査から～

○ 後藤真澄、森田直子、片桐史恵、(中部学院大学)
塚本利幸 (福井県立大学)

【目的】我が国の高齢化率は上昇を続け、2007 年から超高齢社会に突入している。

一方、韓国は日本より遅れて2020年代以降に超高齢社会に進入するが、経済協力開発機構OECD加盟国の中でも速く進行することが見込まれている。両国共に超高齢社会の進行と共に、後期高齢者の重度化や死亡が急増し、介護の社会化と医療との連携を如何に発展させていくかが、重要な課題となっている。両国では、在宅死が減少し病院死が増加しており「死の医療化」が行われてきた経緯がある。

本研究の目的は、アジア圏で介護保険を導入している日本、韓国の介護保険関連機関の所属長及び職員へのインタビュー及びアンケートをもとに、高齢者終末期ケアの現状から諸課題を明らかにすると共に、尊厳ある高齢者の終末期ケアのあり方と方向性について、介護関係施設で働く職員の意識から検討する。

【方法】高齢者介護関係機関のインタビュー調査とアンケート調査

A 調査対象；関係者へのインタビュー、アンケート調査の回答者は、所属長の承諾が得られた高齢者介護保険施設・事業所である。日本では愛知県、岐阜県の15施設の職員。韓国では釜山の4施設の職員（福祉系施設1ヶ所42名、医療系施設3ヶ所170名、訪問介護事業所1ヶ所3名である。地域は、人口規模からみると10万～400万人の都市型

であり、サービス供給体制は比較的整備されている。

B 調査内容と方法；管理者インタビューの質問項目は、高齢者終末期ケアの実際と制度的な問題と今後の方向性等である。アンケートの質問項目は、関係職種の終末期ケアにおける考え方及び死生観と看取り観である。回答者の属性として、性別、年齢、職場種別、経験年数、宗教、終末期ケアの経験の有無などを尋ねた。考え方に関する項目は、自分や家族の受けたいケアとしたいケア（終末期ケアを希望する場合、ケアをしてほしい人、望む治療）。死生観の測定には、臨老式死生観尺度を用いた。看取り観はFATCOD-Form B-J（Frommelt のターミナルケア態度尺度日本語版）を用いた。ターミナル患者と家族に対するケア提供者のターミナルケア態度に関する3上位概念、30項目の質問で構成されている。

C 倫理的配慮：調査の趣旨と個人情報取り扱いとして、調査に使用する情報は個人が特定されないように配慮し、研究目的以外には使用しないこと、研究者の所属機関の倫理委員会の承認を受けていることを説明した。承諾が得られた機関に対しては、管理者インタビューを行った後、職員へのインタビュー及びアンケート調査を行う。インタビューに関しては、対象者の同意を得てテープレコーダーに録音し逐語録を作成することに同意を得て開始した。

【結果】（１）属性：日本からは312名、韓国からは215名から有効回答を得た。宗教では、日本では、仏教と無宗教が多く、韓国では、仏教とキリスト教が多く、無宗教は日本より少ない。宗教の重要度は、重要とやや重要と答えている人が日本では24.4%であるが、韓国では63.3%であった。職場での終末期ケア経験有りは日本256名（82.1%）、韓国85名（39.5%）であった。職種別による職場での看取りの経験は、日本では、看護職が最も多く60名中57名（94.9%）、介護職244名中195名（79.9%）、相談員8名中5名（62.5%）の順であった。韓国では相談員11名中7名（63.6%）、介護職81名中40名（47.1%）、看護職70名中25名（29.4%）の順であった。韓国では、未だ高齢者終末期ケアへの経験者が少ない。生活に占める宗教の位置については日本と韓国に有意に差が見られた（ χ^2 検定、 $p < 0.01$ ）。

（２）終末期ケアの現状；終末期ケアを受けたい場では、日本では自宅が最も多く、家族に関しても自分に関してもほぼ同様であった。韓国では、家族や自分に対しても自宅は低く、病院が圧倒的に多い（表2）。看取りをしてほしい人の第1希望は家族（89.7%）、次に友人（25.0%）であったが、韓国では家族（56.3%）次に医療関係者（21.4%）であった。受けたい場と人に関して職種による有意差はなかった。家族に対して、積極的治療や人工栄養を希望するかどうかにあつた結果は、日本も韓国も家族に対しては「かなり望む」または「やや望む」が多い傾向が見られた。看取りをしてほしい人の第1希望は家族（89.7%）、次に友人（25.0%）であった。韓国では第1

希望は家族だが、次に医療関係者となっている。

（３）死生観と看取り観：両国共に、宗教観の低い人ほど①死後の世界観、②人生の目的意識を明確にできないことが共通していた。日本では宗教と看取り観の間には、大きな相関は確認できなかったが、韓国では、宗教と患者へのケアの前向き観と大きな相関関係が見られた。また、両国共に、経験と「看取り観総得点」と「看取り観の前向きさ」で比較的大きな正の相関が認められた。経験年数の長いものほど、死にゆく患者に前向きに接することができていることがうかがえる。韓国では特に宗教との関係が強いことが特徴であり、宗教との関係が死生観、看取り観にも大きく影響していた。

【結論】高齢者は環境の変化や適応が容易でないことから希望する場で、望む終末期ケアが受けられるように、支援する政策やサポート体制の充実が必要である。日本では、自宅での終末期ケアを希望する割合が高いにもかかわらず、その実現が困難であることへの課題がある。韓国においては、家族形態の変化に伴って、家族が病院での終末期ケアを望むことから、超高齢社会への進展と共に、医療ニーズが増大し、診療環境が不足することが危惧されている。今日、要介護高齢者の重度化が進み、医療依存が増加する中で、人生の終焉の迎え方が、医療のあり方に規定されているといっても過言ではない。死生観や看取り観に影響を与えるものは、より豊かな経験を重ねることが重要であることが示唆された。

特別清掃事業健診結果と健康相談内容の分析による支援の課題抽出の試み 高血圧・循環器疾患と肺結核を中心とした分析と課題

○田中義則^{*1} 藤本敬三^{*1} 松本裕文^{*1} 山田実^{*1} 黒川 渡^{*2}

(^{*1} 特定非営利活動法人釜ヶ崎支援機構 ^{*2} くろかわ診療所)

NPO 釜ヶ崎支援機構は、平成 11 年 11 月より大阪府市高齢者特別清掃事業を委託事業として運営している。ホームレス状態の人、少なくなった日雇いで仕事がない人、年金生活で住居費や生活費が十分に捻出できない人たちが主な対象である。生活保護受給者は対象としていない。

登録者の住環境や食生活は、きわめて劣悪であること等が 2003 年から 2005 年の 3 年間行われた黒田・逢坂らの文部科学省研究事業でも明らかにされた。その後、登録者の健康意識は徐々にではあるが向上したが、それでも例年、肺結核、心筋梗塞、脳卒中、熱中症、各種臓器の悪性疾患などで救急搬送されたり、重症化・入院し、最悪の場合死亡する例は少なくない。

【目的】2013 年に済生会グループにより行われた健診に登録者 1410 名のうち 805 名が受診した。にもかかわらず、2013 年度には、肺結核 17 名（うち死亡 1 名）、心疾患死 4 名を認め、他の各種疾患による死亡事例も認められる。

健診結果の分析と、繁忙な日常業務の中で、こうした事例を最小限に食い止めるための課題と若干の具体的な方針上の検討を含めて報告したい。

【方法】

1. 2013 年健診結果についての統計的分析により、通常的生活環境におけるリスクファクターを抽出することで、ハイリスクの

事業登録者をどのように特定することできるかを検討する。

2. 日常業務の中で、事業登録者を指導する相談員が、登録者の就業時に未然に病状悪化をいかに防ぐことができるかという課題と工夫点を検討する。

【結果】

1. 健診結果を表として本発表で報告する。
2. 血圧に関わる分析結果は以下の通りである。1 回のみの判定となるが高血圧判定者は、617 名（76.6%）で、収縮期圧 160mmHg 以上が 1/3 以上、拡張期圧 110mmHg 以上が 1/4 以上の割合を示し、それぞれの最大血圧値は、237mmHg、140mmHg であった。

発症に及んだ狭心症、心筋梗塞、心不全等の患者分析により、以前より高血圧症を認めていることがわかった。

3. 肺結核患者

済生会による健診時にレントゲン検査の同時実施を大阪府に依頼するもこれまでは実現していない。登録者の結核検診の機会、事業活動の枠組みでは登録時（毎年度 3 月）のみである。

しかし、2013 年登録時検診で 4 名の肺結核患者を除外して登録された 1410 名のうち、就業が始まった 4 月以降、17 名が肺結核と診断され排菌患者として入院加療となっている。現状のレントゲン検査では対応しきれていない現状が明らかになった。

発生した肺結核患者の詳細は、個人情報として照会されず、行政は接触者健診にも消極的である。こうした状況より、今後の肺結核対策に、特別清掃事業活動自身ができる具体的な解決策（早期発見、早期治療にむけた）を工夫する必要がある。

【考察】

1. 全般的考察

特別清掃事業活動は、夏期・冬期、寒冷酷暑に関わらず屋外での清掃活動として行われている。全体の健診結果からも、劣悪な生活環境や栄養状態、継続的医療サービスの提供からも遠ざけられていることより、自分の身体状況を確認することが困難であり、病識があっても病状をコントロールするための方策を持っていない人達が多い。したがって、さまざまなストレスにより容易に病状が悪化・深刻化すると考えられる。

夏期には熱中症で搬送され、その時点で他の疾患の重症化が指摘されることもある。

2. 虚血性心疾患・心不全、循環器疾患

血圧測定を心がける登録者は多い。ふらつき、頭痛や動悸、胸痛など自覚症状があるからと考えられる。各種健康相談でもそのように問診時に語る人も多い。しかし、日常的な業務前に自ら申し出る人は少ない。

高血圧、糖尿病、喫煙など複数のリスクファクターを有する登録者は少なくない。禁煙や食事内容などの一方的なアドバイスで問題は解決しない。

これら疾患の治療が早期であれば比較的円滑に行えることの周知と、循環器疾患は問診レベルで疾患の診断に近づきやすい（推定しやすい）ことを考慮するならば、質問項目の整理と疾患を疑う程度を明確にすることができる可能性がある。

3. 肺結核

登録者にかかわらず、肺結核になること、とくに肺結核と診断されたくない考える人はこの地域には多い。（診断されても入院を渋ることも多々ある。）それは、医療機関に対する不信もあるが、入院により生活の自由が規制されることによる、将来の生活に対する不安と抵抗があるためである。咳嗽や喀痰があることを語ろうとせずにそのまま放置していることも少なくない。

肺結核であることの恐怖だけを語るのではなく、早期発見により排菌がなければ外来通院が可能であることを含め正確な情報を提供し続けることが必要である。

たとえレントゲン検査に個別でいけなくても、喀痰検査を容易にできる条件を、行政組織や周囲の医療機関に求めていくことも検討するべきだと考えられる。

【結論】

1. 現在、特別清掃事業就労者は高齢男性が多く、住環境、栄養状態など健康を維持する条件に乏しい。

2. 医療サービスを容易に受けることができず、病識を持つ機会が少なく放置されていることが多い。

3. 一旦病状が表面化したときには、重症である場合が多い。早期発見、早期治療が必要である。

4. 自覚的に早期発見しづらい状況であるため、自覚を促すためのわかりやすい啓発活動の継続、相談員による個別の関係における継続的啓発と観察の励行を徹底したい。

5. 今後、循環器疾患と肺結核の早期発見と早期治療に力点を置いた事業活動の改善と工夫に取り組みたい。

釜ヶ崎における高齢者特別清掃事業就労者及びシェルター利用者 を対象とした結核に関する聞き取り調査の報告

○三浦康代¹、井戸 武實²、田中義則³、上田裕子⁴、山本 繁²、高島毛敏雄^{2、5}

(¹明治国際医療大学、²HEALTH SUPPORT OSAKA、³NPO 釜ヶ崎支援機構、⁴大阪府枚方保健所、⁵関西大学)

【目的】釜ヶ崎における高齢日雇労働者特別清掃事業(以下特掃)就労者の中から2013年度前半に10名以上の新登録結核患者が発生した。再発防止のために、特掃就労者とシェルター利用者の結核健診受診状況や結核に対する認識状況について情報収集し分析した。

【方法】NPO釜ヶ崎支援機構、大阪市西成区役所、ヘルスサポート大阪が特掃就労者を対象に2013年10月の4日間、シェルター利用者を対象に11月の1日間に対面聞き取り調査を実施した。両対象者に重複はなかった。A群:特掃就労者、およびシェルター利用者で主な仕事が「特掃」の者、B群:シェルター利用者のうち特掃就労者を除外した者、C群:A群とB群のうち「ほぼ毎日」シェルターを利用している者とし、3群の特性把握を行った。対面聞き取り調査時は、聞き取り内容が周囲に聞こえぬよう配慮した。

【結果と考察】回答数は853(有効回答率98.8%)で全員男性。回答状況は表1に示した。3群の人数(平均年齢)はA群775名(65.2±5.4歳)、B群78名(55.5±12.2歳)、C群251名(62.9±6.5歳)であった。シェルター利用期間が「5年以上」と長い者はC群、A群、B群の順に有意に多かった(AC間 $p<0.05$, BC間 $p<0.001$)。肺結核の治療経験ありの者は、全体の1割強であった。症状別では、A群がB群より「体がだるい」者が有意に多く、「咳がよく出る」「たんがよく出る」はB群がA群より有意に多かった。B群の症状は換気設備の不十分な現在のシェルターでの呼吸器感染症等の蔓

延等が要因となっていると推測された。B群の結核健診受診手帳所有率は4割と、他群より有意に低く($p<0.001$)、結核健診を機会があれば「受ける」者の割合も有意に低かった($p<0.01$, $p<0.05$)。例年、年末年始8日間位は通常のシェルターが閉鎖され、1000名収容の南港臨時宿泊所が建設される。その集団での閉鎖空間での結核感染を防ぐために、入所前に利用者全員に行っている南港臨時宿泊所の結核健診受診率についても、B群はC群より有意に低かった($p<0.01$)。結核に対する4項目の認識のうち、マスクの使用の有無については3群間で差が見られなかったが、その他の3項目についてはすべて、B群の結核に対する認識が有意に低く、B群に対する結核についての情報提供が急務と考えられた。特掃以外の主な仕事については、「日雇いの仕事」が最多であった。休日などに利用する場所でひどい咳をしている人をよく「見かける」と回答した者はA群がC群やB群より少なく($p<0.05$, $0.05\leq p<0.01$), C群やB群が日中にシェルター以外の場所を活発に利用していることが伺えた。

【結論】結核罹患率を効率よく減少させる手立てとして、結核健診が義務化されていないB群に対してのシェルター利用時の結核健診手帳の提示、A群の登録更新時における結核健診の強化、HEPAフィルター付循環式の空調設備完備のシェルターの建設、地域の人が集まる施設内における禁煙・分煙も含めた換気的重要性についての啓発が求められる。連絡先: miura@meiji-u.ac.jp

表1. A群・B群・C群の年齢構成・シェルターの利用状況・結核に対する認識状況等

		特掃就労者(A群)		シェルター利用者のうち特掃就労者以外の者(B群)		全体(A群+B群)		全体のうちほぼ毎日シェルターを利用している者(C群)		有意水準 ²⁾
		N=775名 ¹⁾		N=78 ¹⁾		N=853 ¹⁾		N=251 ¹⁾		
		人	(%)	人	(%)	人	(%)	人	(%)	
年齢構成	20歳～50歳未満	0	(0.0)	18	(23.1)	18	(2.5)	5	(2.2)	
	50歳代	104	(16.2)	26	(33.3)	130	(18.1)	48	(21.3)	
	60歳代	418	(65.1)	28	(35.9)	446	(61.9)	152	(67.6)	
	70歳代	116	(18.1)	6	(7.7)	122	(16.9)	20	(8.9)	
	80歳代	4	(0.6)	0	(0.0)	4	(0.6)	0	(0.0)	
	平均年齢±SD	65.2±5.4歳		55.5±12.2歳		64.2±7.2歳		62.9±6.5歳		
シェルターの利用状況	シェルター利用の有無									
	利用している	419	(54.7)	78	(100.0)	497	(58.9)	251	(100.0)	
	利用していない	347	(45.3)	0	(0.0)	347	(41.1)	0	(0.0)	
	シェルターの利用頻度									
	今回はじめて	8	(2.0)	1	(1.3)	9	(1.9)	0	(0.0)	
	年に数回	39	(9.9)	4	(5.1)	43	(9.1)	0	(0.0)	
	月に1～3回	36	(9.1)	3	(3.8)	39	(8.2)	0	(0.0)	
	週に1～4回	108	(27.4)	23	(29.5)	131	(27.7)	0	(0.0)	
	ほぼ毎日	204	(51.6)	47	(60.3)	251	(53.1)	251	(100.0)	
	シェルターの利用期間									
5年未満	229	(59.5)	52	(75.4)	281	(61.9)	115	(51.1)	AB間<0.05 ^{***3)}	
5年以上	156	(40.5)	17	(24.6)	173	(38.1)	110	(48.9)	BC間<0.001 ^{***3)} AC間<0.05 ^{***3)}	
呼吸器自覚症状等	肺結核の治療経験の有無									
	治療経験あり	86	(11.5)	6	(7.7)	92	(11.1)	25	(10.3)	AB間 0.314
	治療経験なし	665	(88.5)	72	(92.3)	737	(88.9)	218	(89.7)	BC間 0.500 AC間 0.617
	現在下記のような症状があるか(複数回答)									
	咳がよく出る	55	(7.1)	10	(12.8)	65	(7.6)	25	(10.0)	AB間 0.069 ^{†3)}
	たんがよくなる	63	(8.1)	12	(15.4)	75	(8.8)	26	(10.4)	AB間 0.031 ^{†3)}
	血痰が出る	2	(0.3)	0	(0.0)	2	(0.2)	1	(0.4)	
	息をすると胸が痛む	5	(0.6)	2	(2.6)	7	(0.8)	5	(2.0)	
	体がだるい	92	(11.9)	5	(6.4)	97	(11.4)	26	(10.4)	AB間 0.148
	寝汗がひどい	10	(1.3)	1	(1.3)	11	(1.3)	5	(2.0)	
急に痩せてきた	18	(2.3)	2	(2.6)	20	(2.3)	5	(2.0)		
結核健診の受診状況	結核健診受診手帳(グリーンカード)所有の有無									
	持っている	775	(100.0)	32	(41.6)	807	(94.7)	226	(90.4)	AB間<0.001 ^{***3)} BC間<0.001 ^{***3)}
	持っていない	0	(0.0)	45	(58.4)	45	(5.3)	24	(9.6)	AC間<0.001 ^{***3)}
	年末の南港臨時宿泊所の結核健診を受けたこと									
	あり	401	(53.0)	35	(45.5)	436	(52.3)	191	(77.0)	AB間 0.208
	なし	356	(47.0)	42	(54.5)	398	(47.7)	57	(23.0)	BC間 <0.001 ^{***3)}
結核に対する認識状況	機会があれば一回に限らず、結核健診を受けるか									
	受ける	663	(87.8)	59	(76.6)	722	(86.8)	213	(86.2)	AB間 0.006 ^{**3)}
	受けない	92	(12.2)	18	(23.4)	110	(13.2)	34	(13.8)	BC間 0.045 ^{†3)}
	釜ヶ崎は結核が多いことを知っているか									
	知っている	695	(90.7)	61	(78.2)	756	(89.6)	223	(89.9)	AB間 <0.001 ^{***3)} BC間 0.007 ^{***3)}
	知らない	71	(9.3)	17	(21.8)	88	(10.4)	25	(10.1)	AC間 0.437
結核に対する認識状況	肺結核の治療は結核菌が出ていなければ通院治療で治せることを知っているか									
	知っている	501	(67.9)	40	(53.3)	541	(66.5)	165	(67.1)	AB間 0.011 ^{†3)} BC間 0.030 ^{†3)}
	知らない	237	(32.1)	35	(46.7)	272	(33.5)	81	(32.9)	AC間 0.813
	咳が出ている時のマスクの使用の有無									
	使用する	481	(64.8)	47	(61.8)	528	(64.5)	172	(69.6)	AB間 0.605 BC間 0.204
	使用しない	261	(35.2)	29	(38.2)	290	(35.5)	75	(30.4)	AC間 0.167
仕事・利用場所の状況	結核と診断され入院が必要と言われたら入院できるか									
	入院できる	643	(87.1)	57	(79.2)	700	(86.4)	214	(89.2)	AB間 0.060
	入院できない	95	(12.9)	15	(20.8)	110	(13.6)	26	(10.8)	BC間 0.028 ^{†3)}
	主な仕事(複数回答で上位)									
	特掃	775	(100.0)	0	(0.0)	775	(90.9)	42	(16.7)	
	日雇いの仕事	164	(21.2)	31	(39.7)	195	(22.9)	204	(81.3)	
仕事・利用場所の状況	空缶回収や不用品の回収	129	(16.6)	22	(28.2)	151	(17.7)	53	(21.1)	
	休日など、地域でよく利用されている場所はどこですか(複数回答で上位)									
	今宮文庫	170	(21.9)	24	(30.8)	194	(22.7)	93	(37.1)	
	西成労働福祉センター	164	(21.2)	27	(34.6)	191	(22.4)	93	(37.1)	
	ふるさとの家	136	(17.5)	19	(24.4)	155	(18.2)	61	(24.3)	
	利用される場所でひどい咳をしている方をよく見かけるか									
見かける	224	(32.8)	29	(46.0)	253	(33.9)	94	(41.6)	AB間 0.034 ^{†3)} BC間 0.529	
見かけない	459	(67.2)	34	(54.0)	493	(66.1)	132	(58.4)	AC間 0.016 ^{†3)}	

注1) 無回答者を除いて記載しているため合計がNと不一致となる 注2) χ^2 検定 注3) $†0.05 \leq p \leq 0.1$ * $p < 0.05$ ** $p < 0.01$ *** $p < 0.001$

あいりん地区居住者における、近隣者同士のつながりに関する一考察

○鍛冶葉子（甲子園短期大学幼児教育保育学科）

【目的】大阪市西成区の「あいりん地区」は、古くから寄場として機能した町であり、住民の多くは、（現・元）日雇い労働者である。しかし近年では不景気や住民の高齢化により、生活保護受給者など貧困層の多い町となっている。貧困は、経済的な困窮というだけでなく、人間関係の希薄さでもあると指摘されている。では、あいりん地区における近隣とのつながりはどのようなものか、住人同士の会話や関わりを通じて明らかにしたい。特に、貧困病とも言われる結核に罹患しながら、生活レベルを維持し

たまで治療を完了できた人について、その人間関係を明らかにしたい。そこから、あいりん地区における近隣者同士のつながりを築いていくためにはどういった取り組みが求められるか検討していきたい。

【方法】1. 2013年8月から同年9月において、あいりん地区内の居酒屋・NPOが運営している住民の集い場・路上における住民同士の会話に可能な限り参加し、会話内容を聴取した。2. 2013年4月から2014年2月において、結核治療完了者4名（表1）にインタビュー調査を行った。

表1. インタビュー調査対象者の概要

	A氏	B氏	C氏	D氏
性別・年齢	男性・80歳代	男性・90歳代	男性・60歳代	男性・40歳代
同居者	なし			
あいりん地区居住年数	17年	17～18年	12年	7年
初発症状 発見方法	血痰 2007年6月 近医受診	感冒症状 2008年1月 近医受診	胸痛・咳嗽・ 歩行困難 2010年10月 地区CR健診	なし 2011年11月 入院中
入院期間	2007年6月～ 2007年12月	2008年1月～ 2008年3月	2010年12月～ 2011年5月	2011年11月～ 2011年11月
DOTS期間	2007年12月～ 2009年7月	2008年3月～ 2009年2月	2011年7月～ 2011年12月	2011年12月～ 2012年7月

【結果】1. 1) 居酒屋

客は1人で訪れる者がほとんどであり、店のスタッフと世間話を交わすが、客同士が言葉を交わすことは滅多にない。しかし、常連だった客の姿を見かけなくなった場合などは、店のスタッフに尋ねるなど、決して無関心ではないようである。

2) 路上

多くの場合は1人ずつ間隔を開けながら座っているが、中には数名が集まって話していることもあり、その内容は世間話や情報交換が主である。

3) NPO が運営する集い場

ほぼ決まったメンバーが毎日通ってくる。世間話や賭け事を話題にしながら、トラブルなく過ごしている。しかし、「ここで会うから話しているだけで、一歩外に出たら知らん。友だちやない。」「寄せ集めやん、ここは。どこの誰かお互い知らんし、ややこしい。」「困ったからって助け合うわけでなし、ここでなんかなんぼ仲良うしてもあかん。」という言葉に同意する者が多い。

2. 1) A 氏

あいりん地区居住以前からの人間関係は、親族を含めすべて切れている。結核療養中、医療従事者や、「仕事の態度が真面目」だと信頼を置く同じ長屋の住人を頼っていた。他の近隣者のことは「カネ貸してと言う」「なまくら」な存在と捉えており、「歳いつてからつきあい広げたらあかん、自分のことで精一杯なんやから」という考えである。

2) B 氏

あいりん地区居住以前からの人間関係は、親族を含めすべて切れている。結核療養中、医療従事者や、「部屋に家財道具がいっぱいあるので信用した」隣室者を頼っていた。現在はヘルパーや民政委員に何かと相談しており、「ここらの労働者は口さえ開けたら『カネ貸して』やから」と、その他の近隣者とのつきあいは全くない。「友だちは選べんと、自分が喰い物にされる」とよく話す。

3) C 氏

あいりん地区居住以前からの人間関係は、甥 1 名と数年に 1 度連絡をとるのみで、他はすべて切れている。結核療養中、医療従事者や、自身が居住するアパートの経営者から支援を受けていた。現在は「問題も起こさず真面目に働いている」近隣者数名と

のみつきあいがある。「よその人（あいりん地区以外の住人）がどれだけ自分を認めてくれるかが大事や」と話す。

4) D 氏

年に数回、父を訪ねる以外、あいりん地区居住以前からの人間関係はない。結核療養中、医療従事者や、仕事で知り合った近隣男性 1 名を頼りにしていた。「一緒にいたら揉めるもと、喧嘩のもと。何考えてるかわからんし、気持ち悪い。仕事で知り合ったその人とは付き合ってる。でも、他のやつとは絶対に付き合えへん」という。

【考察・まとめ】

あいりん地区の住人同士は、世間話や情報交換といった関わりは持つが、一歩踏み込んだ関係は持たないことを公言していた。それが、「知らん者どうしの寄せ集め」の中で暮らしていく、程よい距離だと捉えられているのではないか。

住人は古くからの人間関係が切れている者が多く、それはインタビュー対象者の 4 名も同様であった。そういった状況の中、4 人が結核治療を完了できたのは①医療従事者による日常生活を含めたサポート、②少人数であっても頼れる近隣者の存在、があったからではないか。

4 人を含め住人は、「多くの近隣者」とつながることより、「誰」とつながるかを重視していた。そして、つながる相手を決める基準として、仕事（役割を果たす場面）における相手の姿勢を挙げていた。仕事を収入源・生きがいを見出す場としてだけでなく、近隣者と出会う・相手を見る場面として捉えなおしていくことも必要だと考えられる。

若年貧困層における精神疾患・精神障害に関する考察 —京都市の緊急一時宿泊事業利用者調査から—

○加美 嘉史（佛教大学・社会福祉）

【目的】本研究が調査対象とする京都市の緊急一時宿泊所（シェルター）は住居を喪失した生活困窮者が緊急的に利用する支援施設であるため、スクリーニング前の若者・女性・刑余者・障害者といった多様な生活困窮者が利用するという特徴を有している。本研究はそうしたシェルター利用者の多様性に着目し、今日、広がりを見せる若年貧困層（生活困窮者）の生活実態、生活課題を明らかにし、稼働年齢層の生活困窮者対策・支援のあり方を提起することを目的としている。

【方法】本調査は2012年4月1日～2013年3月31日に京都市の「借り上げ方式」シェルターに在籍していた597名（実人員）全員の利用者データを集計・分析したものである。今回の調査はシェルターの訪問相談員がデータ化したケース記録をもとに年齢、利用日数、シェルター利用前の居住形態、退所理由、学歴、職歴、成育歴、健康・障害の状況、逮捕服役歴等の各データを抽出、集計している。一方、本調査はシェルター利用者のケース記録をもとにデータ収集を行っているため、記録として記載されていない情報は可視化できないという限界を有している。心身とも疲弊した利用者から当面の衣食住以外の事項の聞き取りは難しい場合も多く、また短期間で退所する者も一定数あり、特に成育歴・生活史に関する内容には「不明」になっているケースは少なくなかった。なお、クロス集計の分析にあたり χ^2 検定、残差分析、クラメールの関連係数を見たが、今回の分析は主に統計的有意差の把握に止まっている。今後の研究においてテキストマイニングを実施し、各因子の関連性、因果関係について詳細な分析を行いたい。また、調査実施にあたり事前に勤務校の「人を対

象とする研究」倫理審査委員会の承認を得た。個人情報取り扱いに留意し、データはすべて統計的处理をし、個人が特定できない方法で公表する。

【結果考察】1. シェルター利用者の概要

①性別：利用者597名の性別は男性84.3%（503名）、女性15.7%（94名）。②年齢階層：2012年度末時点の年齢は40歳未満：24.5%（146名）、40～59歳：43.0%（257名）、60歳以上：32.5%（194名）。③利用日数：シェルター利用日数は1～7日：19.8%、8～30日：32.0%、31～60日：28.0%、61日以上：20.3%（註1）。④出身地：京都市内21.4%、京都府下7.7%、近畿（京都除）19.3%、中国・四国13.2%、九州11.1%、東海・北陸10.1%、東北・北海道8.5%、関東甲信6.7%など。⑤最終学歴：中卒・高校中退44.9%、高卒36.7%、大学・短大・専門学校卒10.2%、在学中・未就学児0.7%、不明7.5%など。⑥精神疾患・精神障害「あり」26.1%、「なし」67.2%、「不明」6.7%。知的障害「あり」は5.4%であった〔註2〕。⑦逮捕服役歴：逮捕服役歴「あり」21.6%、「なし」63.4%、「不明」14.9%（※未成年5名除く）。⑧退所理由：生活保護による住宅設定37.5%、行方不明21.6%、施設入所18.4%、住込就労5.0%、入院3.9%などが上位を占めている。

2. 精神疾患・精神障害のある若年貧困層の特徴

本報告は今日の生活困窮者対策・支援の焦点である稼働年齢層、特に若年層の生活困窮者の実態について考察する。調査の結果、シェルター利用者のいくつかの特徴が明らかとなったが、特に注目したのは若年利用者に「精神疾患・精神障害あり」が多い点である。そのためここでは若年層の精神疾患・精神障害の実態を中心に考察を行う。なお、本報告では1982年以降生まれ（調査当時40

歳未満)を若年層としている。

①40歳未満に多い精神疾患・精神障害：40歳未満(146名,男性120名：女性26名)のうち精神疾患・精神障害「あり」が35.6%(52名)を占め、有意差が見られた【表1】。男女別では、精神疾患・精神障害「あり」の男性は34.2%(41名)、「あり」の女性は42.3%(11名)であり、男女とも他年齢層に比べてその比率は高くなっている[註3]。

【表1】年齢階層・性別にみた精神疾患・精神障害の有無

年齢階層・性別 n=597	精神疾患及び精神障害の有無		
	あり	なし	不明
40歳未満・男	34.2%	59.2%	6.7%
40～59歳・男	26.2%	67.8%	6.1%
60歳以上・男	16.6%	77.5%	5.9%
40歳未満・女	42.3%	53.8%	3.8%
40～59歳・女	39.5%	51.2%	9.3%
60歳以上・女	12.0%	72.0%	16.0%
40歳未満・合計	35.6%	58.2%	6.2%

** $p < .01$ (χ^2 検定) $\chi^2=17.935$ 残差分析は[註3]参照
 ②ケース記録に記載された若年層の精神疾患・精神障害の疾病名では特に睡眠障害(不眠):14名,薬物依存(麻薬・眠剤等),うつ病:各11名,パニック障害:9名などが多い[註4]。③精神疾患・精神障害のある若年層の成育歴からは家庭崩壊の実態も見られる。成人前に親の離婚「あり」は23.1%(12名)、被虐待・ネグレクト経験「あり」も17.3%(9名)確認された。また親が行方不明・蒸発や音信不通・絶縁状態は32.7%(17名)であった。また、家族形成後の離婚経験「あり」は21.1%(11名)、女性11名のDV被害者は3名であった。④40歳未満の「逮捕服役歴あり」35名のうち精神疾患・精神障害「あり」が51.4%(18名)を占めていた。精神疾患と逮捕服役歴に関連性が確認された[註5]。⑤就労経験では解雇・雇い止めの経験ありが11.5%(6

名)あった。⑥退所状況：生活保護による住宅設定44.3%,施設入所17.3%,行方不明13.5%,住込就労5.8%,収監5.8%などが多い。退所後は半数弱が居宅保護に移行しており、生活保護の役割が大きい。

【結論】

若年貧困層には精神疾患・精神障害など複合的な生活課題を抱えている実態が明らかとなった。その背景には家庭崩壊問題などが重層的に影響を及ぼしていることが考えられる。昨年、生活保護法改正と生活困窮者自立支援法が成立した。厚労省は稼働年齢層の受給者に対し保護開始後6カ月以内の「集中的な就労支援」、就職先が見つからない受給者には3～6ヶ月段階で「低額であっても一旦就労すること」を強く求めるなど、生活困窮者対策のポイントを稼働年齢層に対する就労支援の強化に置いている。しかし調査結果が示すように若年層など生活困窮者は深刻な心身の健康破壊、精神的不安定など複合的な生活課題を抱えている場合が多い。そのため稼働年齢層の生活困窮者に対して早急な「就労自立」を求めるのではなく、適切に生活保護を適用し、所得・居住保障をベースに生活基盤の安定を図り、そのうえで中長期的視点で就労を含めた支援を行う必要があると考える。

【註1】597名には未成年者5名を含む。【註2】精神疾患・精神障害の有無はケース記録に精神科通院、診断結果等の記載のある場合に限り「あり」とした。また知的障害もケース記録の特別支援学校、養護学校等への通学歴や発達検査の記録等を抽出した。なお、精神保健福祉手帳所持者は12名、療育手帳所持者は15名であった。【註3】残差分析を行い、1%水準(調整済み残差の絶対値が2.57以上)で統計的に有意に値が高いセルに網かけ、有意に値が低いセルに下線を付した。【註4】次いで社会適応障害、自殺衝動:5名。アルコール依存、フラッシュバック、てんかん、PTSD:各4名。社会不安障害:3名。ギャンブル依存、自傷行為、自律神経失調症、統合失調症:各2名。その他、パーソナリティ障害、聴覚過敏、発達障害、食欲不振、解離性障害、閉所恐怖症、摂食障害、幻聴等の疾病が記載されていた(同一人物で複数の疾病名あり)。なお、疾病名は医師による診断名の他、自己申告・相談員の所見による疾病名も一部含み、その名称のまま記載した。【註5】CramerのV値:0.484。

連絡先: kami@bukkyo-u.ac.jp

乳がんサバイバーの生活機能実態に関する I C F を活用した患者参加型研究（第一報）：基本設計と意義 ～生活機能の原状回復に関連するライフ要因探索～

○柿沼章子、榎本哲、久地井寿哉、大平勝美（（社福）はばたき福祉事業団）

【目的】本研究の目的は、萌芽的研究として、調査同意の得られた全国の乳がん患者を対象に、生活機能の原状回復に関連する要因について、ライフステージや生活機能の関わりについて探ることを目的とする。本報告では、今後の調査の方向性について論点をまとめ、今後の調査設計を行うことを目的とする。

【方法】当事者参加型研究として、1) 乳がんの長期療養期に関する先行研究の精査、2) パイロットスタディとしての半構造化インタビューを実施し、その後、3) 当事者、支援者、研究者協働により、調査設計を行った。

【結果】先行研究の動向を踏まえ、本報告では調査設計にあたり、ICF（国際生活機能分類）の理論フレームワークを採用した。

（表 1）。ICF は（International Classification of Functioning, Disability and Health：国際生活機能分類）がある。人間の生活機能と障害の分類法として、2001 年 5 月、世界保健機関（WHO）総会において採択された。人間の生活機能と障害について「心身機能・身体構造」「活動」「参加」の 3 つの次元及び「環境因子」等の影響を及ぼす因子で構成されており、約 1, 5 0 0 項目に分類されている。近年の研究により、慢性期の臨床実践や、生活支援の基幹となる項目選定が行われ、長期療養にかかわる ICF 項目のコアセットの実践

利用が提言されており、コアセットは、一般項目群（Generic Set）、短縮項目群（Brief ICF Set）、拡大短縮項目群（Enlarged Brief Set）、包括項目群（Comprehensive Set）がある。長期療養における活用、公衆レベルの健康統計にも利用が想定され選定されている。研究の初期段階では、インタビューや調査票により、事例の収集が徹底的に行われ、集約・分類が行われている。近年、論文も増加傾向であった。

まず、調査設計では、本研究での基本的な特徴として以下の 3 点を当事者視点として位置づけた。1. ライフ要因の収集と生活機能の構成要素としての位置づけ。2. 自己概念および影響する要因の要因探索。3. 潜在的なものを含む原状回復に関するニーズの把握。

次に、質問紙調査、半構造化面接を行うことを計画した。以下にそれぞれの調査内容について述べる。

1) 質問紙調査

自記式質問紙による郵送法調査。乳がんサバイバー 100 名を対象。長期療養期における生活困難をライフステージごとに尋ね、1. 自分、2 家族、3 地域、4 職域、5 医療（医師患者関係など）との領域によって分類し、ICF（国際生活機能分類）ガイドラインに基づきコード化、評点を行う。また、その後の分析では、乳房再建群・非再建群に分け、ケースコントロール分析を行う。副次

項目として、自己効力感、自尊感情、セルフイメージ、外見、家族関係、ストレス対処の各項目について、比較を行い、統計的な検定を行う。

2) 半構造化インタビュー

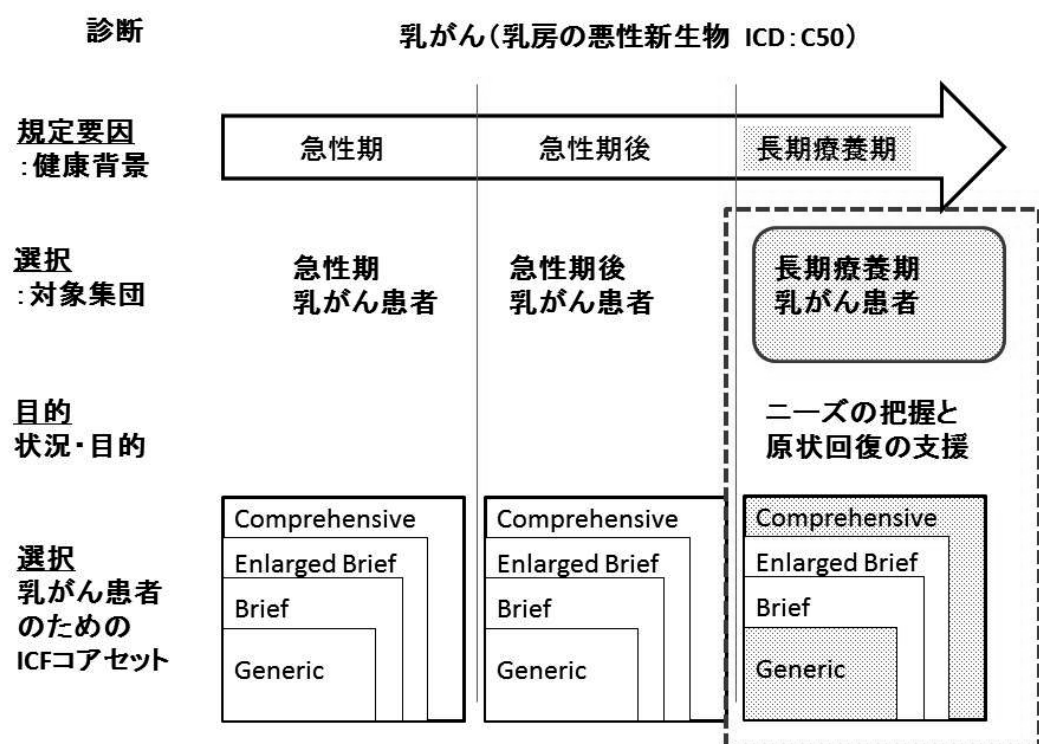
潜在的なニーズの把握と質問紙調査の補完のため、半構造化インタビューを実施する。質問項目は、既往歴（1.乳がん、2.その他既往、3.がん家族歴）、受療経験、婚姻状況、家族背景。健康歴として、1.乳がん疑い時 2.検査 3.告知 4.治療選択 5.受療 6.その後のケア 7.長期療養につき、生活上の困難と対処について尋ねる。

【考察】本研究の意義について、調査の基

本設計として、急性期、急性期後を経た長期療養期の乳がん患者に対し、原状回復の課題としての生活機能について調査を行う。特に人間性の回復の課題としては、ボディ・イメージの回復、女性としてのアイデンティティ維持、社会的役割・機能維持、とくに家族役割、関係性に関する生活機能についても焦点を当てたい。今後、ICFの理論枠組みを用いつつ、原状回復ニーズと支援の具体的方法につなげる必要がある。

連絡先：akiko-k@habataki.gr.jp

図1 本研究の実施フレームワーク



参考文献: ICF core sets : manual for clinical practice / editors, Jerome Bickenbach, et al, 2012

社会医学研究

BULLETIN OF SOCIAL MEDICINE

特別号 2014 第 55 回日本社会医学会総会講演集

2014 年 7 月 1 日発行

- | | |
|----------------------------------|-------------------------------|
| ☐ 編集 | 第 55 回日本社会医学会総会 事務局（学会長 柴田英治） |
| ☐ 日本社会医学会 | 理事長 山田裕一（金沢医科大学） |
| | 事務局 |
| | 〒 464-8603 名古屋市千種区不老町 |
| | 名古屋大学情報科学研究科 宮尾研究室内 |
| | TEL/FAX : 052-789-4363 |
| | mail : miyao@nagoya-u.jp |