社会医学研究

BULLETIN OF SOCIAL MEDICINE

第 57 回日本社会医学会総会講演集

「私たちが目指す社会医学を 憲法の理念から考える」

2016 年 8 月 6 日 (土)・7 日 (日) 草津市立まちづくりセンター

日本社会医学会 特別号 2016 JAPANESE SOCIETY FOR SOCIAL MEDICINE

目 次

学会長	長から	0	<u></u>	挨挂	巛夕	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	1
会場・	アク	セ	ス	案区	勺	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	2
学会参	多加者	·~	の:	お知	T)	ら [、]	せ	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	4
演者・	座長	(D)	方	<u> </u>	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	5
日程表	麦••	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	6
総合に	プログ	゙゙ラ	ム	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	8
学会县	長講演	•	特	別詞	冓	演	•	シ	ン	゚゙゙゙゙゙゙゚゙゙ポ゚	ジ	ウ	ム	•	特	別 [、]	セ	ツ	シ	彐	ン	の	抄	録	•	•	• !	21
一般消	寅題抄	绿	•	•	•	•	•	•	•	•		•	•		•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	• ;	86

■ 学会長からのご挨拶

第57回 日本社会医学会総会を、8月6日(土)、7日(日)に滋賀県草津市で開催させていただくことになりました。滋賀県での開催は、本学会の前身であった社会医学研究会時代の1982年と1991年に渡部眞也先生が主催されていますから、20年以上の時間を経ての開催ということになります。

本総会では「私たちが目指す社会医学を憲法の理念から考える」をメインテーマとして 準備にあたってきました。メインテーマを決める際に企画運営に参加した会員が共有した のは、格差や貧困層の拡大、社会保障制度の後退、労働者の健康水準の低下など、近年の 我が国の国民が置かれた厳しい現状に対する認識でした。また、こうした国民の公衆衛生 や社会保障への対応とは乖離し、「特定機密保護法」や「平和安全法制」の制定に突き進む 行政姿勢に対する疑念と危機感でした。そこで、1960年に発足した社会医学研究会以来の 本学会の活動を振り返ると、その基盤には憲法の理念、すなわち「国民主権」、「基本的人 権の尊重」、「恒久平和」があり、改めて「私たちが目指す社会医学を憲法の理念から考え る」場として、第57回総会を準備することとしました。

総会では、次の6本の柱を立て、①被害者救済、②過労死問題、③貧困・格差、④地域保健・公衆衛生、⑤障害児・者問題、⑥戦争と科学、シンポジウムや教育講演と、会員による関連する演題発表を組み合わせることで、議論を深めることを企画しました。おかげさまで、60題を超える演題登録をいただき、それぞれの柱で豊かな議論を行える目処が立ちました。

総会の開催時期は1年で最も暑い時期です。厳しい季節に追い打ちをかけるように、総会に参加される皆様の熱い議論を期待している立場から、せめて夜の懇親会は涼しい琵琶湖を楽しんでいただこうと、琵琶湖ナイトクルーズをご用意いたしました。こちらの方も、多くの事前申し込みをいただき、皆様とお会いできることを楽しみにしております。

滋賀県には近江商人の家訓として「三方よし」という諺が伝わっています。「売り手よし、 買い手よし、社会よし」の精神に学び、「参加者よし、主催者よし、社会よし」となるよう、 総会運営に努めたいと思っておりますので、皆様の積極的な参加をお願いいたします。

> 第57回 日本社会医学会総会 学会長 垰田和史 (滋賀医科大学・社会医学講座・衛生学部門 准教授)

■ 会場・アクセス案内

【会場】草津市立まちづくりセンター(滋賀県草津市西大路町9番6号)

TEL: 077-562-9240

【アクセス】 J R 琵琶湖線草津駅より徒歩5分

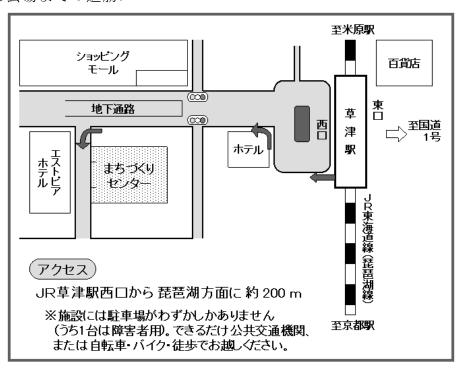
京都駅から新快速で20分、米原駅から新快速で30分

※大阪・京都方面からは、新快速の野洲行き、米原行き、長浜行きなどの新快速にご乗車ください。山科駅から湖西線に入る新快速電車(近江舞子行き、近江今津行き、湖西経由敦賀行きなど)もありますので、お乗り間違えのないよう、くれぐれもご注意ください。

<路線図>

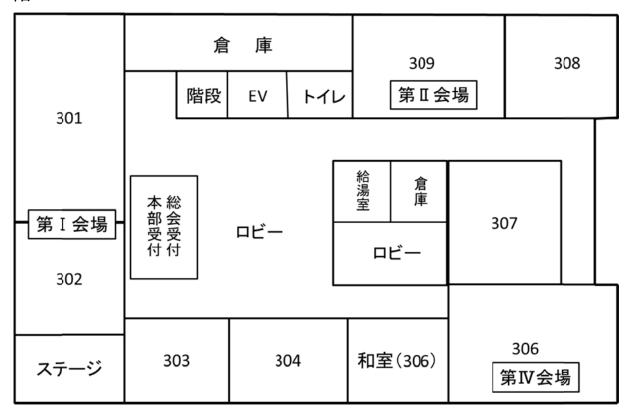


<草津駅から会場までの道筋>

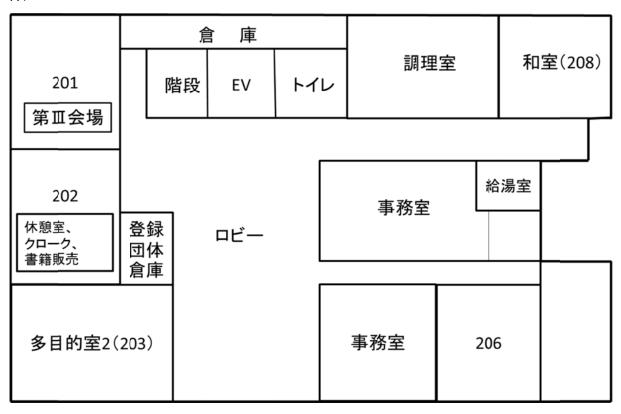


【まちづくりセンター 見取り図】

3階



2階



■ 学会参加者へのお知らせ

【総会参加受付】

すべての参加者は、総会参加受付で受付をお済ませください。

受付場所: 3階 第 I 会場 (301&302) 前のロビー

受付時間:8月6日(土)9:30~16:30

8月7日(日)9:00~

*当日参加費

	学会員	4,000 円	参加費には講演集代が含まれています					
参加費	非学会員	5,000 円						
	学生・大学院生	1,500円	学生証をご提示ください					
講演集(追加	川)	1,000円						
情報交換•	学会員	5,000 円	事前申し込み制					
交流会 交流会	非学会員	6,000 円	(当日の申込はできません)					
文机云	小学生	4,000 円						

【受付手続き】

① 事前に参加申し込みをお済みの方(参加費を納入された方) 総会参加受付にて、お名前を確認後、参加証をお受け取りください。

② 当日申し込みをされる方

当日参加申込書に必要事項をご記入の上、総会参加受付にて参加費を納入してください。引き換えに参加証をお渡しします。

学会期間中、会場内では参加証を必ずご着用ください(参加証フォルダは総合受付にて 準備しています)。

【本部受付】

日本社会医学会の本部受付にて、新入会申し込み(年会費:一般 7000 円、学生 3000 円) および年会費納入を受け付けます(総会参加費とは別です)。

■ 演者・座長の方へ

一般演題発表は、口演 12 分、質疑・討論 3 分です。

【演者受付】

演者は、受け付け時にその旨をお申し出ください。プレゼンテーションファイルの 未送信の方や差し替えられる方は、「PC受付」でファイルコピーをさせていただきます。 USBメモリー等をお渡しください。

会場には、Windows PC、プロジェクタ、スクリーンを用意しています。また、ご自身のPCをお持ちいただいてもかまいません。その場合、プロジェクタとの接続などを十分に練習しておき、速やかな切り替えをお願いします。

Mac で作成されたプレゼンテーションファイルを、会場の Windows PC でご使用の場合、Windows PC にて動作確認を事前に済ませておいてください。

スライドの操作は発表者ご自身でお願いします。演者は、口演時間を厳重に守ってください。

【座長受付】

座長は、受け付け時にその旨をお申し出ください。 定刻に開始できるよう座長席にお着きください。 なお、それぞれ指定された時間を厳守して、定刻に終了してください。

■ その他のお知らせ

【食事について】

昼食は、会場周辺の飲食店やコンビニエンスストアをご利用ください。 なお、8月7日の昼休憩時に総会を行います。総会の出欠確認時にお弁当を注文された方 は、総会前にお弁当を受け取ってください。

【クロークおよび休憩・書籍コーナー】

2階 202号室に、クロークおよび休憩・書籍コーナーを設置します。 休憩コーナーでは、「びわこみみの里」が、飲み物とお菓子・小物を販売します(両日とも午前 10 時~)。どうぞご利用ください。

*「びわこみみの里」とは・・・社会福祉法人滋賀県聴覚障害者福祉協会により、聴覚障害者の福祉的就労の場として 1996 年 10 月に前身である無認可作業所「3 3 企画(みみきかく)」が発足。6 年間の施設づくり運動を経て、2007 年4 月に守山市にて認可の多機能型通所施設として「就労移行」「就労継続」「生活訓練」の事業を開始。現在、「菓子・喫茶部門」「縫製・I T部門」「エコロジー部門」「トリミング部門」「施設環境部門」に分かれて作業を行っています。



URL http://www.33nosato.jp/profile/index.html

第57回 日本社会医学会総会 日程表 (第1日目 8月6日 (土))

9:30 301&302 号室 309 号室 201 号室 受け付け開始 10:30 評議員会 開会の辞, 学会長講演 *演者: 垰田 和史 (滋賀医科大学) *座長: 志渡 晃一 (北海道医療大学) 緊急報告	理事会
10:30 評議員会 11:00 開会の辞, 学会長講演 *演者: 垰田 和史 (滋賀医科大学) *座長: 志渡 晃一 (北海道医療大学)	理事会
評議員会	
開会の辞, 学会長講演 *演者: 垰田 和史 (滋賀医科大学) *座長: 志渡 晃一 (北海道医療大学)	
(滋賀医科大学) *座長:志渡 晃一 (北海道医療大学)	
(北海道医療大学)	
「熊本地震被災者支援の現状と 社会医学の課題」	
*演者:田村 昭彦 40.00 (九州社会医学研究所)	
12:00 (昼食)	
13:00	
安倍政権の医療・社会保障改革 と「2040 年の社会保障」	
*演者:二木 立(日本福祉大学)	
14:00 *座長:垰田 和史	
・・・・・ シンポジウム1(S1) シンポジウム2(S2) 「現代の貧困と健康問題」 「過労死・過労自殺問題の	
*演者:道中 隆(関西国際大学) 過去·現在·未来」 14:3	30
14:30 武内 一(佛教大学) *演者:広瀬 俊雄 一般演題	一般演題
原 政代(姫路大学) 板倉 昇平(雑誌 Ⅲ-1-1, 2, 3	「環境影響」 Ⅳ-1-1, 2, 3
*座長:黒田 研二(関西大学)、 POSSE 編集長)	
15:00 武内 一	一般演題 「人権」
*座長:中村 賢治(大阪 健康づくり」	IV-2-1, 2
社会医学研究所) Ⅲ-2-1, 2 15:30	一般演題
特別案内 一般演題 「過労死防止 「地域保健」	「防災」
ドクターズネット」 III-3-1 2 3	Ⅳ-3-1, 2, 3, 4
16:00 S1 関連演題「子どもと貧困」 S2 関連演題「労働と健康」	
I -1-1, 2, 3	
17:00	
情報交換・交流会	
[琵琶湖ナイトクルーズ] 21:00	

日程表(第2日目 8月7日(日))

	第Ⅰ会場	第Ⅱ会場	第Ⅲ会場	306
	301&302 号室	309 号室	201 号室	号室
9:00	シンポジウム3(S3)	特別セッション(SS)	一般演題	17 1
	「健康格差社会における	「人権回復をめざした	「認知症」	
	公衆衛生活動」	被害者救済」	. ых.тие. ј Ш-4-1	
	· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·		<u></u> 4 1	
	*演者:高山 佳洋(大阪府	*SS 基調講演: 齋藤 紀	一般演題	
	茨木保健所長) 栗本 真弓(津市 保健	(ひかり協会)	「高齢者支援」	
10:00	大学 具つ(本川 保健 センター所長)	*座長:郷地 秀夫	Ⅲ -5-1, 2, 3, 4	
	ト部 裕美(摂津市 家庭	(東神戸診療所)		
	児童相談室長)	田村 昭彦(九州	一般演題	
	梅田 道子(NPO 訪問看	社会医学研究所)	「高齢健康づくり」	
	ステーションひなた所長)	SS 関連演題「被害者救済」	Ⅲ-6-1, 2	
11:00	*座長:高鳥毛 敏雄(関西大学)	II-2-1, 2, 3, 4	一般演題	
11:00	S3 関連演題「健康格差」	:, _, :,	「介護労働」	
	I -2-1, 2, 3, 4	SS 関連演題「薬害」	Ⅲ-7-1, 2	
	1 2 1, 2, 3, 1	Ⅱ -3-1, 2, 3	<u></u> , , <u>.</u>	
12:00				
	昼 食・総 会			
13:00		シンポジウム4(S4)	シンポジウム5(S5)	
	I -3-1, 2	「老年期を迎える障害者の	「戦争と科学」	
	1 0 1, 2	現状と課題」		
	一般演題「自立支援」	*演者:植田 章	*演者:西山 勝夫 (滋賀医科大学)	
	I -4-1, 2, 3	(佛教大学)	大野 義一朗	
		白星 伸一	(東葛病院)	
	一般演題「包括ケア」	(佛教大学)	吉中 丈志(京都	
	I -5-1, 2	梅居 奈央(滋賀県	民医連中央病院)	
14:00	机冲取了九八十坪。	リハセンター)	井上 英夫	
	一般演題「みとり支援」 I-6-1,2	*座長:白星 伸一、	(金沢大学)	
	1-0-1, 2	辻村 裕次	*座長:西山 勝夫	
		(滋賀医科大学)	大野 義一朗	
14:30		S4 関連演題「障害者支援」	7(1) 72 71	
		II-4-1, 2, 3, 4		
		, , -, -		
15:00			 S5 関連演題「戦争」	
			III-8-1, 2	
			·	
15:30				
	閉会の辞 ・ 表彰式			
16:00				
10.00				

[草津市立まちづくりセンター 2階/3階]

第1日目 8月6日(土)午前

9:30~	受け付け開始	3階ホール
9:30~10:30	理事会	第IV会場 [3階 306室]
10:30~11:00	評議員会	第IV会場 [3階 306室]
11:00~	開会の辞	第 I 会場 [3 階 301&302 室]

○ 学会長講演 11:00 ~ 11:30 [第 I 会場]

私が目指す社会医学を憲法の理念から考える

垰田 和史(滋賀医科大学 社会医学講座 衛生学 准教授)

座長:志渡 晃一(北海道医療大学大学院 看護福祉学研究科 教授)

○ 緊急報告 11:30 ~ 12:00[第 I 会場]

熊本地震被災者支援の現状と社会医学の課題

田村 昭彦(九州社会医学研究所)

座長:志渡 晃一(北海道医療大学大学院 看護福祉学研究科 教授)

(12:00 ~ 13:00 昼 食)

〇 特別講演

13:00 ~ 14:00 [第 I 会場]

私の医療政策の分析・予測方法と「2040年の医療・社会保障」

二木 立 (日本福祉大学 学長)

座長: 垰田 和史 (滋賀医科大学 社会医学講座 衛生学 准教授)

O シンポジウム 1

14:00 ~ 16:00[第 I 会場]

現代の貧困と健康問題 ~支援のあり方を考える~

「貧困の世代間継承:社会的不利益の連鎖を断つ」 道中 隆(関西国際大学 教授)

「医療機関調査から見えてくる子どもの貧困問題」

武内 一 (佛教大学 社会福祉学部 教授, 小児科医)

「妊産婦との関わりを通してみえる貧困問題 ~MSW、病院の役割とは~」

大曲 美潮(千鳥橋病院, 医療ソーシャルワーカー)

「生活保護受給者の健康管理支援と保健師 ~健康格差の縮小に向けて~」

原 政代(姫路大学 看護学部 教授, 保健師)

座長:黒田 研二(関西大学 人間健康学部)

武内 一 (佛教大学 社会福祉学部)

〇 シンポジウム1 関連演題

16:00 ~ 17:00 [第 I 会場]

セッション I-1 子どもと貧困

座長:服部 真(社医研センター、城北病院)

世帯収入に基づく子どもの生活実態 1 ―医療機関調査の続報―

I-1-1 ○武内 一 (佛教大学社会福祉学部)、山口 英里 (千鳥橋病院小児科)、 和田 浩 (健和会病院小児科)、佐藤 洋一 (和歌山生協こども診療所小児科)

世帯収入に基づく子どもの生活実態 2 ―外来診療における小中学生の健康と生活実態―

I-1-2 ○佐藤 洋一 (和歌山生協こども診療所小児科)、山口 英里 (千鳥橋病院小児科)、 和田 浩 (健和会病院小児科)、武内 一 (佛教大学社会福祉学部)

世帯収入に基づく子どもの生活実態3 ―貧困と母親の喫煙―

I-1-3 ○和田 浩 (健和会病院小児科)、武内 一 (佛教大学社会福祉学部)、山口 英里 (千鳥橋病院小児科)、佐藤 洋一 (生協こども診療所)

第1日目 8月6日(土)午後

〇 シンポジウム2

14:00 ~ 16:00 [第Ⅱ会場]

過労死・過労自殺問題の過去・現在・未来

[過去]:「過労死 医学・産業医学・社会医学」 広瀬 俊雄(仙台錦町診療所 産業医学センター長)

[現在]:「ブラック企業と若者の現状」 坂倉 昇平(雑誌 POSSE 編集長)

[未来]:「過労死等防止対策推進法、今後の方向性」

岩城 穣 (過労死防止全国センター事務局長, 弁護士)

「過労死防止ドクターズネットの参加案内」 門田 裕志(社医研センター)

座長:中村 賢治(大阪社会医学研究所)

〇 シンポジウム2 関連演題

16:00 ~ 17:00 [第Ⅱ会場]

セッションⅡ-1 労働と健康

座長:山崎 喜比古(日本福祉大学 社会福祉学部)

末端原発労働者の健康・生命破壊が労災補償から遠ざけられるメカニズム

Ⅲ-1-1 │ —1980 年代及び 2012 年以降の聴き取り調査から—

○髙木 和美(岐阜大学社会福祉)

Ⅲ-1-2 開業医の労働実態調査

○中村 賢治 (大阪社会医学研究所)、北原 照代、垰田 和史 (滋賀医科大学社会医学講座衛生学)

労働組合への安全衛生研修の課題と展望 —メンタルヘルス連続講座の実践から— II-1-3

○藤野 ゆき (常磐会短期大学)

○ 一般演題 14:30 ~ 17:00[第皿会場]

<u>セッションⅢ-1 学生教育</u>

座長:柴田 英治(愛知医科大学 衛生学)

Ⅲ-1-1 一般学部大学生に対する公衆衛生教育の実施の意義と課題

○高鳥毛 敏雄(関西大学社会安全学部社会安全研究科)

北海道内の高等教育機関に所属する学生のひきこもり親和性の検討

Ⅲ-1-2 │○米田 政葉(北海道医療大学大学院 博士課程 看護福祉学)、

志渡 晃一(北海道医療大 看護福祉学)

ポケゼミ「障害とは何か」を履修した学生の障害(者)に対する意識変化と学び: ミクストメソッドによる分析

Ⅲ-1-3

○岩隈 美穂、宮本 圭子(京都大学 医学コミュニケーション学分野)、 村田 淳(京都大学 学生総合支援センター 障害学生支援ルーム)

セッションⅢ-2 地域における健康づくり

座長:柴田 英治(愛知医科大学 衛生学)

持続可能な地域包括ケアシステムの構築に向けたヘルスプロモーション活動: 第二回みかじま健康まつりの報告

III-2-1

○郷田 愛結、志水 美友、森 佳奈子、野末 悠登(早稲田大学人間科学部)、松下 幸平、上田 菜 央、李 墨淵、岩垣 穂大(早稲田大学大学院人間科学研究科)、山口 直彦(山口歯科クリニック)、扇原 淳(早稲田大学人間科学学術院)、第二回みかじま健康まつり実行委員会

健康ポスターからみた児童の健康観に関する研究

Ⅲ-2-2

〇松葉 亜湖、野末 悠登、森 佳奈子、鈴木 大介(早稲田大学人間科学部)上田 菜央、松下 幸 平、李 墨淵、岩垣 穂大(早稲田大学大学院人間科学研究科)、山口 直彦(山口歯科クリニック)、扇原 淳(早稲田大学人間科学学術院)、第二回みかじま健康まつり実行委員会

セッションⅢ-3 地域保健

座長: 石竹 達也(久留米大学 環境医学)

「健康交流の家」開設による健康への効果検証(第1報) 事後的調査における交流機会と主観的健康感の変化

Ⅲ-3-1

○近藤 克則 (千葉大学予防医学センター、国立長寿医療研究センター老年学社会科学研究センター)、宮國 康弘 (千葉大学予防医学センター)、細川 陸也 (名古屋市立大学看護学部)、伊藤 美智予 (認知症介護研究・研修大府センター)、水谷 聖子、肥田 佳美 (日本福祉大学看護学部)、後藤 文枝、阿部 吉晋、柘植 由美、早川 祐子、半田 裕子、青木 祥太、川角 智子 (東海市役所)、尾島 俊之 (浜松医科大学医学部)

「健康交流の家」開設による健康への効果検証(第2報) 縦断調査における社会参加と活動能力の変化

Ⅲ-3-2

○細川 陸也(名古屋市立大学看護学部)、近藤 克則(千葉大学予防医学センター、国立長寿医療研究センター老年学社会科学研究センター)、宮國 康弘(千葉大学予防医学センター)、伊藤 美智予(認知症介護研究・研修大府センター)、水谷 聖子、肥田 佳美(日本福祉大学看護学部)、後藤 文枝、阿部 吉晋、柘植 由美、早川 祐子、半田 裕子、青木 祥太、川角 智子(東海市役所)、尾島 俊之(浜松医科大学医学部)

日常生活圏域ニーズ調査結果を用いた 2 次予防事業対象者の地域診断指標の開発

Ⅲ-3-3

〇岡田 栄作、尾島 俊之 (浜松医科大学健康社会医学講座)、宮國 康弘 (千葉大学予防医学センター)、近藤 克則 (千葉大学予防医学センター、国立長寿医療研究センター老年学社会科学研究センター)

第1日目 8月6日(土)午後

○ 一般演題 14:30 ~ 17:00 [第Ⅳ会場]

セッションⅣ-1 環境による健康影響

座長:小橋 元 (獨協医科大学 公衆衛生学)

風力発電等による低周波音・噪音の健康影響(文献レビュー)

IV-1-1 ○石竹 達也、森松 嘉孝 (久留米大学環境医学)、久保 達彦、藤野 善久 (産業医大公衆衛生学)、原 邦夫 (帝京大学公衆衛生大学院)、星子 美智子 (久留米保健所)

IV-1-2 六ヶ所村核燃料再処理施設と六ヶ所村における白血病の関連

○森永 徹 (元純真短期大学健康科学)

IV-1-3 花粉症予防のための無花粉スギの発見と活用

○寺西 秀豊 (富山医療生活協同組合富山協立病院)

セッションⅣ-2 人権

座長: 宮尾 克(名古屋大学 情報科学研究科)

IV-2-1 日本国憲法の理念から見た医療現場の状況

○中田 実(金沢医科大学衛生学リハビリテーション医学)

| 健康診断としての眼科的色覚検査の実施とそれに基づく職業適性評価は人権に抵触する | IV-2-2 | ○高柳 泰世 (本郷眼科・藤田保健衛生大公衆衛生)、太田 充彦、八谷 寛 (藤田保健衛生大公衆

衛生)、宮尾 克 (名古屋大学情報科学研究科)

セッションⅣ-3 防災

IV-3-1

座長:道端達也(玉島協同病院)

地域の防災意識向上のために学生ができることの検討(第1報)

○早坂 美咲、野間 結衣、田村 真麻、山本 美里、菅 綾美、長嶺 優菜、森 久美子 (愛媛県立医療技術大学・災害ボランティアサークル医技タット)

地域の防災意識向上のために学生ができることの検討(第2報)

IV-3-2 ○野間 結衣、早坂 美咲、森 久美子 (愛媛県立医療技術大学・災害ボランティアサークル医技タット)

高校生の防災意識向上のために学生ができることの検討

IV-3-3 ○松本 萌、武田 怜奈、戸田 七海、新田 日香里、前川 大地、森 久美子 (愛媛県立医療技術大学・災害ボランティアサークル医技タット))

車いす利用者による京都市内の避難所のバリアフリー情報に関する評価

IV-3-4 ○西田 直子、鈴木 ひとみ (京都学園大学健康医療部看護学科)、原田 清美、岩脇 陽子、山本 容子、室田 昌子 (京都府立医科大学看護学科)、垰田 和史、辻村 裕次 (滋賀医科大学社会医学講座衛生学)

〇 情報交換・交流会

18:30 ~ 19:30 [琵琶湖]

観光船ミシガンによる琵琶湖ナイトクルーズ

2階ミシガンホールを借り切りました。歓談や豊富な種類でボリュームたっぷりのミシガン自慢のブッフェ料理をお楽しみください。

O シンポジウム3

9:00 ~ 11:00 [第 I 会場]

健康格差社会における公衆衛生活動

[基調講演]:「格差社会における社会医学的課題と保健所の現状と課題」

高山 佳洋 (大阪府 茨木保健所長)

[報告1]:「格差社会における市民の健康支援活動の現状と課題」

栗本 真弓 (津市 健康福祉部健康づくり課副参事 (兼) 保健センター所長)

[報告2]:「家庭児童相談室で対応している子どもの相談と支援の現状と課題」

ト部 裕美(摂津市 子育て支援課家庭児童相談室長)

[報告3]:「元日雇い労働者の多い地域の訪問看護活動を通してみえる課題」

梅田 道子(NPO 訪問看護ステーションひなた所長)

座長:高鳥毛 敏雄(関西大学社会安全学部)

〇 シンポジウム3 関連演題

11:00 ~ 12:00[第 I 会場]

セッション I-2 健康格差

座長:近藤 克則 (千葉大学 予防医学センター)

新宿の野宿労働者に対する訪問健康相談報告 I-2-1

○中久木 康一、大脇 甲哉 (新宿連絡会・医療班)

尼崎医療生協における無料低額診療事業の利用実態と患者の生活背景

| 在日ネパール人を対象とした無料健康相談会 | I-2-3

○スレスタ サントス (東葛病院消化器外科) 大野 義一朗 (東葛病院消化器外科)

糖尿病受療率についての生態学的研究(第1報):

受療を妨げる国民健康保険の延滞とその背景 I-2-4

○榎 宏朗 (健和会 臨床疫学研究所)、横山 綾香 (健和会 みさと健和病院)、眞鍋 克博 (帝京科学大学)、片平 洌彦 (健和会 臨床社会薬学研究所)、宮﨑 康 (健和会 みさと健和クリニック)

〇 特別セッション

9:00 ~ 12:00 [第Ⅱ会場]

人権回復をめざした被害者救済

[基調講演]:「歴史を刻むヒ素ミルク被害者運動 ― その到達と課題」

齋藤 紀(ひかり協会 広島県救済対策委員会委員長)

座長:郷地 秀夫(神戸健康共和会・東神戸診療所)

田村 昭彦(九州社会医学研究所)

特別セッション関連演題 Ⅱ-2 被害者救済

Ⅲ-2-1 ビキニ環礁水爆実験被災者の労災問題をめぐっての検討

○色部 祐 (働くもののいのちと健康を守る東京センター)

Ⅲ-2-2 福島県の小児甲状腺癌が放射線起因性である可能性の検証

○郷地 秀夫 (兵庫民医連、神戸健康共和会・東神戸診療所)

予防接種禍と専門家の責任

II-2-3 〇母里 啓子 (元公衆衛生院室長, ワクチントーク全国代表)、古賀 真子 (特定非営利活動法人コンシューマネット・ジャパン理事長)

○佐藤 嗣道(東京理科大学 薬学部, サリドマイド福祉センター「いしずえ」理事長)

特別セッション関連演題 Ⅱ-3 薬害

| 医薬品・ワクチン等の健康被害救済を阻害するものは何か

II-3-1 ○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〉〈独〉医薬品医療機器総合機構運営評議会救済業務委員会)

HPVワクチンの毒性データは国際会議(2014年、東京)で誰がどう誤導したか?

II -3-2 │ — Lee 医師の WHO 宛「告発メール」からの考察 — —

〇片平 洌彦、榎 宏朗 (健和会・臨床・社会薬学研究所)、寺岡 章雄 (医薬情報センターあさひ)

ある「国際的査読ジャーナル」の"Scientific Misconduct"

片平 洌彦、榎 宏朗 (健和会・臨床・社会薬学研究所)、○寺岡 章雄 (医薬情報センターあさひ)

第2日目 8月7日(日)午前

○ 一般演題 9:00 ~ 12:00 [第Ⅲ会場]

セッションⅢ-4 認知症の人の支援

座長:西田 直子(京都学園大学 健康医療学部 看護学科)

A市における認知症カフェの現状と意義について Ⅲ-4-1

〇森岡 朋子(関西大学大学院人間健康研究科)、黒田 研二(関西大学人間健康学部教授)

セッションⅢ-5 高齢者の支援

Ⅲ-5-1

座長: 冨田川 智志(京都女子大学 家政学部 生活福祉学科)

| <ひきこもり>者の高齢化に伴う支援の再検討

○檜垣 昌也(聖徳大学短期大学部)

□ 一人暮らし高齢者の緊急時対応と見守りに関する一考察 Ⅲ-5-2

○志賀 文哉 (富山大学社会福祉学)

実践研究報告ー高齢者の実存的悩みへの支援に取り組もうとする人々の特性ー

Ⅲ-5-3 ○藤森 純子 (NPO みどりの風)、立瀬 剛志、山西 潤一、鏡森 定信(富山大)、中森 義輝(JAIST)、本田 徹(ほんだクリニック)、永田 勝太郎((公財) 国際全人医鏡森 定信療研究所)、坂東 喜行(富山ケアウィル勉強会)、

高齢者の健康度自己評価と「インターネットのコミュニケーション利用」 -JAGES-

Ⅲ-5-4 ○大田 康博、斉藤 雅茂、山崎 喜比古 (日本福祉大学)、近藤 克則 (千葉大学予防医学センター、国立長寿医療研究センター老年学社会科学研究センター)、宮國 康弘 (千葉大学)

12:00 ~ 13:00 [第 I 会場]

セッションⅢ-6 高齢者における健康づくり

座長:北原 照代(滋賀医科大学 社会医学講座 衛生学)

一般高齢者の健康づくりに関連する要因

Ⅲ-6-1 ○吉野 亮子 (関西大学大学院人間健康研究科)、黒田 研二、弘原海 剛 (関西大学)、 花家 薫、今津 弘子 (堺市健康福祉局・長寿社会部・高齢施策推進課)

日常生活圏域別の要介護等認定率と健康づくり・スポーツへの取り組みとの関連

Ⅲ-6-2 ○高木 さひろ (関西大学大学院人間健康研究科)、黒田 研二 (関西大学)、花家 薫、今津 弘子 (堺市健康福祉局・長寿社会部・高齢施策推進課)

セッションⅢ-7 介護労働・労働衛生

座長:北原 照代(滋賀医科大学 社会医学講座 衛生学)

福祉用具貸与事業者における介護・医療職者の腰痛予防に関する知識・技術の現状

Ⅲ-7-2 高齢者介護施設における腰痛予防対策の実践例

○重田 博正、中村 賢治 (大阪社会医学研究所)

Ⅲ-7-3 労働衛生外来におけるMSWの在り方を考える ○岩城 敦之 (千鳥橋病院)

〇 日本社会医学会総会

お弁当を用意しています。昼食をとりながら、ご参加ください。

第2日目 8月7日(日)午後

〇 一般演題

13:00 ~ 15:30 [第 I 会場]

セッション I-3 貧困

座長:星 旦二(首都大学東京 都市環境学部)

療養費と居場所の問題について考える ~療養型MSWの視点から~

I-3-1 ○吉田 優奈、野澤 由香、白水 竜一、大森 裕之、渡辺 佳美 (たたらリハビリテーション病院 MSW)

| 介護離職と経済的困難に関する研究

○宮本 恭子(島根大学法文学部)

セッション I-4 自立支援

座長:星 旦二(首都大学東京 都市環境学部)

生活困窮者自立支援法施行後の一時生活支援事業の変化について I-4-1

○中野 加奈子(大谷大文学部社会学科)

生活保護自立支援プログラム(健康管理)の現状と課題 一支援者側の視点から一

I-4-2 ○笠原 靖子、高橋 謙造 (帝京大大学院公衆衛生学)、筒井 秀代 (帝京大学医療共通教育研究センター)、野村 恭子 (帝京大学医学部衛生学公衆衛生学)

日常生活自立支援事業の利用の地域格差をもたらす要因 1-4-3

○黒田 研二 (関西大学人間健康学部)

セッション I-5 包括ケア

座長:毛利 一平(ひらの亀戸ひまわり診療所)

多胎育児のソーシャルキャピタル形成を促進する要素

- 多胎サークルメンバーのワークショップ「困っていること」から-

I-5-1 ○落合 世津子 (同志社大学大学院・社会学研究科博士後期課程、元藍野大学)、内藤 直子 (人間環境大学)、大高 恵美 (日本赤十字秋田看護大学)、松川 杏寧 (公益財団法人ひょうご震災記念 21 世紀研究機構の人と防災未来センター、元同志社大学)、立木 茂雄 (同志社大学)

てんかん患者・家族支援における多職種連携

I-5-2 ~広島大学病院 てんかんセンターにおける実践から~

〇田川 雄一、眞砂 照美 (広島国際大学医療福祉学部)、飯田 幸治 (広島大学病院脳神経外科)、 小枝 允耶 (雅の里リハビリ訪問看護ステーション)

セッション I-6 みとり支援

座長:毛利 一平(ひらの亀戸ひまわり診療所)

余命予告後、大きく変化した親子関係の事例報告 ―お見舞い支援のかかわりのなかで―

〇草井 彩子、伊庭 あゆ美、安西 洋子、松田 光惠、岡田 千恵、梅田 道子 (NPO 訪問看護 ステーションひなた)

複合的な生活困難を抱えた単身高齢者を看取る経験について

Ⅰ-6-2 ──訪問看護事業所ひなたの看護師の語りから──

○西 真如(京都大学)

〇 シンポジウム4

I -6-1

13:00 ~ 14:30 [第Ⅱ会場]

老年期を迎える障害者の現状と課題

[基調講演]:「障がい者の高齢化と支援の課題」 植田 章 (佛教大学 社会福祉学部) 「老年期を迎える肢体障がい者が抱える課題 一訪問調査・介入結果からの検討ー」

白星 伸一 (佛教大学 保健医療技術学部)

「障害者の高齢化について ~当センター事業からみえてきたもの~」

梅居 奈央 (滋賀県立リハビリテーションセンター)

座長: 白星 伸一 (佛教大学 保健医療技術学部)

辻村 裕次 (滋賀医科大学 社会医学講座 衛生学)

〇 シンポジウム4 関連演題

 Π -4-1

14:30 ~ 15:30[第Ⅱ会場]

セッションⅡ-4 障害者の支援

座長:越智 淳子(佛教大学保健医療技術学部)

子の障がいの原因をめぐる母親たちの苦悩:

「わからなさ」への苛立ちと「わかってしまう」ことへの恐れ

○木村 美也子(聖マリアンナ医科大学・予防医学)

Ⅲ-4-2 就労移行支援事業とは何か ~概要と実際の支援の現状と課題~

○田中 庸介 (ウェルビー株式会社)

在宅高齢片麻痺者の廃用症候群に対する予防福祉学的アプローチ(第2報)

Ⅱ-4-3 ○眞鍋 克博、宮下 智 (帝京科学大学)、榎 宏朗、片平 洌彦 (健和会 臨床・社会薬学研究所)、 篠原 直孝 (柳原リハビリテーション病院)

■ 車椅子バスケットボールにおける車いす駆動時の座圧調査 II-4-4

○白星 伸一 (佛教大学保健医療技術学部)

第2日目 8月7日(日)午後

〇 シンポジウム5

13:00 ~ 15:00 [第皿会場]

戦争と科学

「戦争と医学15年戦争期における日本の医学犯罪についての検証の歴史」 西山 勝夫(滋賀医科大学) 「戦争は最悪の社会的健康阻害要因

社会医学は、人間の命と科学・医学を守るために、戦争に取り込まれることなく戦争に反対する」 大野 義一朗 (東葛病院)

「戦争と医学」

吉中 丈志 (京都民医連中央病院)

「戦争と健康権ーハンセン病「強制絶対終生隔離収容政策」を例に」

井上 英夫 (金沢大学名誉教授、佛教大学客員教授)

座長:西山 勝夫(滋賀医科大学) 大野 義一朗(東葛病院)

〇 シンポジウム5 関連演題

15:00 ~ 15:30 [第Ⅲ会場]

セッションⅢ-8 戦争

イスラーム過激派による国際テロを防ぐための一試案

Ⅲ-8-1 ○宮尾 茂 (法政大学大学院法学研究科博

○宮尾 茂(法政大学大学院法学研究科博士後期課程・刑事法専攻、株式会社アート研究所 CEO、 横浜刑務所篤志面接委員)

Ⅲ-8-2

戦争・紛争解決の社会医学的アプローチ ~マクロとミクロのモデル提示~

○佐分利 応貴(笹川平和財団)

〇 閉会の辞・奨励賞表彰

15:30 ~ 16:00[第 I 会場]

垰田 和史(滋賀医科大学 社会医学講座 衛生学 准教授)

私が目指す社会医学を憲法の理念から考える

垰田 和史(滋賀医科大学 社会医学講座 衛生学 准教授)

日本社会医学会は、前身となる社会医学研究会が 1960 年に設立されている。本学会の特徴は、様々な専門領域を持つ会員が、日常の実践活動や調査研究により把握した国民の健康や生活に生じている問題を、医療はもとより福祉や教育など幅広い観点から議論し、その解決に向けての方策を追求する点にあると、私は考えている。

こうした学会の特徴は学会の設立当初から確立されていたわけではない。前身の「社会医学研究会」の時代から「社会医学研究のあり方」や「社会医学とは何か」をテーマとして、学会が対象とすべき社会医学について繰り返し検討されてきた。公衆衛生学会に集う大学研究者や医師や保健師が「社会医学研究会」を設立するために、1995 年頃から行っていた議論を見ると、地域の第一線での保健医療活動で遭遇する問題の本質から視線を逸らした「官製」議論に満足できず、問題の発生構造を科学的に解明し、問題解決への展望を追求する場として「社会医学研究会」の活動が始まったことが、現学会の原点となっている。1962 年開催の第3回総会では「社会医学をどう理解するか」と題したシンポジウムが行われ、そのまとめとして座長の曽田先生は「さらに考えてもみ、話し合いも進め、特に、今回の話を参考にして、これこそ自分が社会医学研究として恥ずかしくないと思う研究成果を来年は持ち寄って、遠慮なく批判し合い、このような方法で数年後には、今回よりははるかに立派で、はっきりした結論に到達できるようにしたいものと考えます」と述べている。曽田先生の言葉に従えば、自由闊達な議論に基づく社会医学会の活動の積み重ねが、現在の社会医学の有り様を規定し、形づくってきたことになる。本総会で討論の柱として設定した「被害者救済」、「過労死問題」、「貧困・格差」、「地域保健・公衆衛生」、「障害児・者問題」、「戦争と科学」などをめぐる議論が、現在の本学会の社会医学の在り様に大きく影響したことは間違いない。

社会学会の在りようは、学会参加者にも影響する。私が社会医学研究会に初めて演題を発表したの1989年のことで、手話通訳業務が原因で専任手話通訳者に発生した頸肩腕障害の事例報告だった。当時、内科医から労働衛生学をテーマに大学院生になって間もない時期で、職業性疾患である頸肩腕障害を社会医学会(当時、社会医学研究会)で発表する意義などについて、研究室内で事前に議論して臨んだ。頸肩腕障害は過重な上肢系への筋負担が原因で生じる職業性疾患だが、手話通訳者が過重に手話通訳を行わなければならない背景に、我が国の聴覚障害者が置かれた差別的な状況や手話通訳者の数や処遇問題があること報告した。聴衆から質問はなく、1人の方が「長い間、社会保障や福祉の領域を専門として研究してきましたが、初めてこうした事実があることを知りました。大変勉強になりました。」との感想を述べた。自分の発表に質疑が無かったことで落胆したが、研究室の教授から「社会保障の大家である、坂寄俊雄先生がご存じない問題を提起できたのだから良かった」と励まされた。この発表を契機として、手話通訳者の職業病患者の背景にある聴覚障害者問題や社会保障問題についても視野が広がり、40近い調査研究を発表してきた。発表のたびに、労働衛生のみならず社会福祉や障害者問題にかかわる会員と深く意見を交わすことができ、社会医学専門家としての歩みを進めることができた。

改めて、本学会において手話通訳者の職業病問題が単なる労働衛生の課題として止まること無く、障害者問題や社会福祉・社会保障問題として多面的に議論し得た理由を考えると、本学会が多様な会員で構成され、憲法の理念すなわち「国民主権」、「基本的人権の尊重」、「恒久平和」を共通の土俵として、社会医学を真摯に追究してきたことに行き着く。憲法の理念無くして、本学会の社会医学研究は成立しないと言える。

特別講演

安倍政権の医療・社会保障改革と「2040年の社会保障」

○二木 立(日本福祉大学 学長)

現代の貧困と健康問題 ~支援のあり方を考える~

企画・座長:黒田 研二 (関西大学 人間健康学部)、武内 一 (佛教大学 社会福祉学部)

経済格差が拡大し、貧困世帯が増加するという問題に日本は直面しています。貧困家庭は経済的な生活上の困窮に加えて、社会的孤立や対人関係での困難、心身の不調など、重複する問題を抱え込むことが少なくありません。貧困家庭やその健康問題にどのような支援が可能なのか。本シンポジウムでは貧困家庭の現実に迫るとともに、支援のあり方をテーマに据えて議論を深めたい。シンポジウムでは教育講演の後、3人のシンポジストからの報告、その後の総合的討論を予定しています。

【教育講演】

道中 隆 氏 (関西国際大学教授) 「貧困の世代間継承: 社会的不利益の連鎖を断つ」

教育講演を依頼した道中隆氏(関西国際大学教授)は、これまで複数の市で生活保護受給世帯やワーキングプアの実態の実証的な研究を重ねて来られており、貧困が世代間で継承されるという現実を明らかにしてこられました。子どもにとって幼少期の経済的不利益は、住居、家庭環境、生活習慣、意欲、健康状態、学歴などの面で様々な負の影響をもたらし、貧困の世代間継承の要因となりえます。一方、貧困世帯の子どもをサポートする学習支援プログラムなどに取り組む自治体も増えてきました。貧困家庭の現実と支援について講演していただきます。

【シンポジストからの報告】

続いて3人の演者から、具体的な貧困と健康問題との関連および支援のあり方について語ってもらいます。武内一氏(佛教大学)からは、小児科領域の現状、大曲美潮氏(千鳥橋病院)からは病院のMSWの支援の現状、原政代氏(姫路大学)からは生活保護受給者の健康管理支援についてです。

武内 一 氏 (佛教大学社会福祉学部教授 小児科医)

「医療機関調査から見えてくる子どもの貧困問題」

小児科領域の健康問題と子供の貧困との関連について実証的な調査の報告をしていただきます。

大曲 美潮 氏(千鳥橋病院 医療ソーシャルワーカー)

「妊産婦との関わりを通してみえる貧困問題 ~MSW、病院の役割とは~」

千鳥橋病院で出産した新生児のなかで MSW へ介入依頼があった事例から見えてくる貧困問題を分析します。

原 政代 氏(姫路大学看護学部教授 保健師)

「生活保護受給者の健康管理支援と保健師 〜健康格差の縮小に向けて〜」

これまでの福祉事務所保健師としての経験をもとに話をしていただきます。自立支援プログラムの中で健康管理支援がどのように行われているか、全国の自治体の取り組みも踏まえて報告してもらいます。 これらの報告を踏まえて、貧困と健康問題への対応について総合的な議論を深めたいと考えています。

シンポジウム1 現代の貧困と健康問題 ~支援のあり方を考える~

貧困の世代間継承 -社会的不利益の連鎖を断つ

道中 隆(関西国際大学)

わが国の社会保障(Social Security)は、戦後、雇用と保険原理を基軸に、公的扶助を含む社会福祉と公衆衛生を加えて制度設計されたものであるが、①終身雇用制や年功賃金制の崩壊、②高齢化や少子化という社会構造の変化、③貧困層の顕在化と非正規雇用によるワーキングプアの増大といった社会変容によりコントロールを失いつつある。「雇用」、「年金」、「医療」、「介護」、「福祉」の綻びは、制度への信頼の揺らぎとなり、生活不安や生きづらさとなっている。相対的貧困率¹⁾は 1985 年の 12%から 2012年には 16.1%に上昇、6人に1人が貧困状態にある。

格差社会の中、低所得者層や保護受給世帯が増加してきたが、2008年の金融危機以降、保護動向の様相は一変した。2016年3月現在、保護受給者数は約216万人、保護受給世帯数は約163万世帯と増加している。また、就学援助制度による就学援助率は、平成11年度の7.9%から平成24年度の15.6%と倍増している。生活困窮者の自立支援は、福祉行政のみならず社会政策上の大きな課題として浮かび上がっている。政府は2005年に「自立支援プログラム」を導入し、自立に向けた取り組みを強化してきた。さらに2013年には子どもの貧困対策法が成立し、2015年には生活困窮者自立支援法が施行された。福祉の第一線の福祉事務所をはじめとする対人援助機関のフィールドでは、生活上の困窮に加えて、就労や対人関係での困難、心身の不調の訴えなどが重複するいわゆる困難事例にしばしば遭遇し対応に頭を悩ませている。

多くの先進国においては、格差の拡大を防止する観点から保育・幼児教育の重要性が注目され、学びの格差は、就学前の段階からはじまっていることは周知の事実である。先進各国は、小学校に入学する前の教育への早期介入政策を行っている。アメリカの研究では、就学前教育を受けた子どもの方が受けなかった子どもより高校中退率や所得、犯罪の分野でよい結果が確認されている。ニュージーランド教育省の調査においても就学前教育を受けた子どもが 16 歳になった時の認知力や態度を調べたところ、計算と問題解決能力、社会性の効果が明らかにされた。こうした研究蓄積により子どもへの社会的投資の効果は、乳幼児期が最も高く年齢が上がるほど教育効果は下がるという報告もある。日本では、被保護世帯の貧困要因や自立に焦点をあてた実証的研究はまだ緒ついてばかりである。母子世帯の貧困問題は、単純に被保護母子世帯の被保護率が極端に高く 2)、貧困に陥りやすいというだけでなく、子どもにとって幼少期の経済的不利益が、学歴、健康面、住居、家庭環境、意欲、児童虐待など様々な面で社会的排除をもたらし、貧困の世代間継承の要因となりうることが指摘されている(阿部 2008、山野 2008、道中 2008)。

¹⁾ 生きるための最低限必要な食べ物等があっても、社会で普通に暮らしていくのに十分なお金がない状態を「相対的貧困」と呼ぶ。相対的貧困率は、国民を所得順に並べて中央値の2分の1に満たない人がどのくらいいるかという指標。厚生労働省は2012年には16.1%で6人に1人が貧困であることを公表。

²⁾ 2008 年度の生活保護の世帯保護率は 23.9‰であるが、母子世帯は 133.2‰であった (全世帯平均を大幅に上回っている。 (『生活保護と日本型ワーキングプア』 p.78 ミネルヴァ 2009、国立社会保障・人口問題研究所「生活保護の公式統計」)

貧困の世代間継承に関する調査では、阿部彩(2006)³⁾ の「15 歳の生活状況がその後の生活にも強い影響を与えている」ことの指摘や、保護の廃止世帯を分析した藤原・湯沢(2010)⁴⁾ の報告がある。道中(2006)⁵⁾ は、A 市の生活保護受給層の 390 世帯(757 人)を調査し保護受給世帯の 25.1%が親の貧困を世代間継承し、母子世帯の 40.6%の継承率や 10 代出産が 26%、低位学歴 66%見受けられることなど、社会的不利益が世代間継承することを実証している。道中(2008)⁶⁾ は、B 市の保護受給母子世帯 214 世帯(638 人)を調査し母の精神疾患罹患率 33.6%、10 代出産 25.7%、低位学歴 57.0%など母子世帯の貧困の複合的な誘因と貧困の世代間継承に関する実態をデータにより明らかにしている。さらに B 市および C 市調査の一次的データからの多変量の解析を行った駒村・道中・丸山(2010)⁷⁾ の報告がある。こうした独自調査により解明しようとする精緻な貧困研究の報告は、メゾレベルの調査とはいえ、政策的示唆を与える。

子どもの貧困が大人の貧困へと世代にわたって繰り返されないためには、どのような政策、取り組みが必要なのだろうか。これまでの先行研究においても貧困と健康、学力、所得、幸福度といった経路(path)は、解明されていない。貧困の世代間連鎖に関する研究は、変数の移動状況を追跡する手法とパネル調査や生活保護受給者に対象を限定した調査方法とがあるが、いずれの手法においても教育、生育環境をはじめ住宅環境や地域・近隣環境も含めた関連分野と協力した研究手法が不可欠となる。

今後、政策的な示唆を得るため継続した貧困にかかわる要因の調査研究を推し進め、研究蓄積に裏付け(エビデンス)された政策への展開が急がれる。視座として、(1) 子どもの成育環境が成長後にも影響を与えており、特に被保護母子世帯においては世代間連鎖の可能性が高い、(2) 貧困連鎖には未解明の部分が多く研究蓄積の必要性、(3) 教育の市場化、学校選択制、多様な学校・学校制度の導入など受給層には不利益な「教育格差」が認められ、家庭の社会経済状況と健康や学力、学歴達成との関係に関する調査研究を行う必要性、(4) 子どもの教育格差、「差異」の裾野の拡大、「不平等」への関心の高まりから子どもの戦略的な政策ビジョンの樹立などがある。こうした研究蓄積に基づく、プログラム開発、支援政策が行われるべきであるが、その課題は少なくない。「子どもの貧困」問題は、短期的な効果を期待することは難しい。そのため、長期的に一貫した方針による政策の継続が不可欠であり、これまでのような政治的な対立軸にすることなく、国民全体で合意を得ていく必要がある。

³⁾ 阿部彩(2006)「相対的剥奪の実態と分析―日本のマイクロデータを用いた実証研究」『社会政策における福祉と就労』 社会政策学会誌、第16号、法律文化社

⁴⁾ 藤原・湯沢(2010)「生活保護世帯の世帯構造と個人指標」『社会福祉学』50 巻 1 号,2009 年 5 月

⁵⁾ 道中(2007)「保護世帯層の貧困の様相」『生活経済政策』生活経済政策研究所, No.127, August

⁶⁾ 道中(2009)再掲2

⁷⁾ 駒村康平・道中隆・丸山桂(2011)「被保護母子世帯における貧困の世代間連鎖と生活上の問題」『三田學会雑誌』103 号 4号、慶応義塾経済学会三田學会雑誌編集委員会

シンポジウム1 現代の貧困と健康問題 ~支援のあり方を考える~ 医療機関調査から見えてくる子どもの貧困問題

○武内 一(佛教大学 社会福祉学部)、山口 英里(千鳥橋病院小児科)、 和田 浩(健和会病院小児科)、佐藤 洋一(和歌山生協こども診療所)

【医療の現状】

医療の役割は、重症にならないように疾患を早く見つけて適切に対処することが主であった。しかし、疾患を予防し健康を維持・増進することも本来重要な役割である。例えば乳児死亡率は2.1/1,000と世界で最も低い国の一つであるが、所属する世帯の職業階層でみた場合、親が無職の場合は10.5で5倍にのぼる。これは、内戦前のシリアや中国と変わらない。医学論文を見ると、疾患だけでなく虐待や事故に関して論じたものは毎年300編を超えている一方で、貧困を論じたものは10-30編に留まり、その著者の過半数は医療関係者以外で医療従事者への啓蒙的な総説が多い。医療関係者には、親の経済状態に踏み込んで子どもの健康を考える視点が根付いているとは言い難いのが、現状である。

【医療現場での子どもの貧困の見え方】

以下のような診察場面の状況から、厳しい生活が想像される。

(いつからどういった症状が始まってどう続いているか) 受診理由が要領を得ない。予約した時間に受診しない。診察終了間際に駆け込んでくる。時間外に不合理な理由で受診する。通常受診するであろうタイミングを過ぎて受診する。仕事を休めないので家庭看護の説明ではなく(点滴や「すぐ治る薬」などの)無理な対処を求める。定期予防接種が遅れがち。任意予防接種を受けていない。などである。また、以下のような対人関係の不適切さから、貧困が想像される場合もある。

待合で子どもが落ち着かない。子どもの態度に対して大声かつ厳しい言葉で対応する。子どもに反射的に手を出す。タメロで医師と対話する一方で、些細なことで受付に不満を言う。子どもの姿を無視して携帯を触っている。母の着飾り方に対して子どもの服装が季節外れ。子どもが母親に愛着を示さず医師に馴れ馴れしい。などである。

このように、子どもの貧困は「貧困」としては見えてこない。「困った親」「困った子ども」あるいは「愛情のない親」という家族の問題として医療現場に現れる。そして、子どもの問題行動や親のだらしなさ、クレーマーの親といった養育態度や受診態度の問題として目につくことになる。こうした医療側が困らされる家族の姿からその生活の状況を想像し、家族内ではなく社会の問題として捉え切れるかが、私たちにも問われている。

【多施設による所得に踏み込んだ調査】

私たちは、2014年度に新生児5医療機関、入院児11医療機関、外来受診児(小・中学生)54医療機関において、所得を含めた生活の実態と医療との関係について多施設共同でのアンケート調査を前方視的に実施し、昨年の本学会にて報告した。今回、一般演題として、3調査に共通する調査項目を世帯所得勾配に基づく分析を報告した。

各調査での相対的貧困世帯の特徴として明らかとなったのは、①新生児調査:10代の妊娠7倍、中絶経験2.5倍、育児困難との評価世帯4倍、一部屋での生活2.5倍、母親のパート就労2倍、高校中退までの学歴2.5倍、妊娠判明後の喫煙3倍、②入院児調査:インフルエンザワクチン未接種3.5倍、国保

の割合 2 倍、喘息の基礎疾患 2 倍、受診控え 4 倍、4 回以上の入院歴 2 倍、母の喫煙 2 倍、親子 2 人世帯 / 5 人以上世帯各々2 倍、子ども 3 人以上 2 倍、母子世帯 7 倍、③外来受診児:主観的不健康感 2 倍、肥満児 3 倍、発達障害児 2 倍、時間外受診 1.5 倍、受診控え 2.5 倍(いずれも四捨五入による概数)といった内容であった。

【社会医学的視点】

子どもが健康に育つことを支える取り組みには、社会医学(社会小児科学)的視点が重要となる。こうした調査結果も踏まえ、福祉、保育・教育あるいは関連するさまざまな支援団体・組織とのネットワークに医療も加わることが求められる。そして、経済指標に重きをおく経済成長が前提となる社会づくりは、健康を犠牲にしてもいい社会づくりではないかとの疑問を持つ必要がある。そうではなく、well-being を追求する公平性や社会的包摂に重きをおく社会づくりを目指すべきではないか、そう問いかけ、話題提供としたい。

E-mail: takechanespid@gmail.com

シンポジウム1 現代の貧困と健康問題 ~支援のあり方を考える~ 妊産婦との関わりを通してみえる貧困問題 ~MSW、病院の役割とは~

〇大曲 美潮、伊規須 朋子、松浦 翔平、岩城 敦之、下大薗 未希、木村 美由紀、宮原 楽(千鳥橋病院 MSW)、古田 沢子(千鳥橋病院 助産師)、山口 英里、舟越 光彦(千鳥橋病院 医師)

【はじめに】

千鳥橋病院がある福岡市内では、当院を含め4つの助産施設(児童福祉法第 22 条。保健上必要があるにも関わらず経済的理由により入院助産を受けることが出来ない妊産婦を助産施設に入所させ、入院費を援助する制度)がある。市外近郊には助産施設がないため、必然的に市外からも貧困問題を抱える妊婦の紹介が多い。当院の昨年度の総分娩件数 275 件のうち、助産制度を利用された方は 44 件、MS Wが援助した妊婦 63 件、となっている。彼女たちの背景には、生育環境や経済的問題など、複数の困難を抱えてきており、社会的支援を受ける機会が少ない。妊娠をきっかけにした医療機関への受診は、結果的に、社会的な支援を受ける機会となることがある。このような、社会的ハイリスク妊婦支援からみえてくる貧困問題を分析することにより、医療機関だからできることの可能性と、MSWの役割、支援のあり方を探っていきたい。

【対象と方法】

対象: 2015 年度に当院で社会的困難をかかえ MSW が援助した妊婦 63 人

方法: MSW の面接と診療録により情報を収集した

【結果と考察】

- 1)年齢は10代~40代。今回の出産は、初産が27人(43%)と最も多く、出産8回目も1人あった。 22人(34%)はパートナーとすでに別れており、未婚での出産が34人(54%)と約半数だった。
- 2) 生育家庭は、母子家庭、養護施設、親戚や祖父母宅で子ども時代を過ごした人は、29人(46%)であった。
- 3)妊娠時の世帯では、1人暮らし、本人と未成年の子のみ(母子家庭)は27人(42%)だった。
- 4) MSW 支援内容では、育児支援関係 37 人 (59%)、助産制度手続き支援 7 人 (11%)、出産受け入れ・費用相談 9 人 (14%)、未受診 5 人 (8%)、在留資格確認等(外国人妊婦) 5 人 (8%) だった。また、今期間での行政とのカンファレンス開催は 5 人。

《特徵的事例》

①10 代 A 子、未婚。幼少時両親離婚し父親にひきとられるも、父親の逮捕にて中3で養護施設入所。 高校中退。中絶経験あり。今回交際1年未満のパートナーとの子、妊娠判明後に離別。来院時、1 人 暮らし、バイトもできなくなるため、経済的不安あり、育児支援が必要な状況だった。面談時、"大 人に相談しても今までいいこと何一つなかった"と表情暗く、当初生活保護申請を拒否されたが、お 腹の子の成長とともに表情が和らいでいった。生活保護申請、退院後の育児支援に向け、保健師介入 へつながった。

- ②20代B子、未婚。元々母と同胞2人の4人暮らし。母は未婚でB子を出産、兄弟とは父親ちがい。 今回4回目の妊娠。中絶経験1回。20歳で男児出産。その後、女児出産。今回の妊娠含め、全て別の パートナー。妊娠後、パートナーとは連絡とれず。相談時、B子は二人の子どもとの3人暮らし、生 活保護を受給し生活。男児は発達障害あり、本人も不安障害をかかえていた。
- ③20代 C 子、再婚。10代の頃、両親離婚し母子世帯へ。10代で結婚し、18歳で第1子出産、翌年第2子を出産するも離婚。今回妊娠時、再婚しパートナーと二人暮らしだった。第1子、第2子は別世帯の実母が養育していた。妊婦健診も来院されないことも多く、数回来院後、連絡がとれなくなったため、行政交えたカンファレンス開催。関係機関でのアプローチ方法を検討した。その後、出産間近になり妊婦健診来院。無事出産となったが、育児環境等について懸念事項が多く、入院中に再度行政交えたカンファレンス開催。保健師介入となったが、1ヶ月健診に来院なく、その後当院との連絡は途絶えている。

【結論と課題】

妊娠に気づいても誰にも相談できず、更に経済的に困窮した状況でようやく受診に結びついたとしても、医療者や行政に対してさえ「助けて」と言えない現状がある。ただ、少なくとも受診がきっかけとなり、医療機関だけで解決できることではないが、他の様々な機関へつなぐことができる。地域と連携し、産まれてきた赤ちゃんをしっかりと見守る環境があれば、母子ともに安心した生活への第一歩となる。受診や入院を機に社会的支援につながっても、その後、再度こぼれおち、子どもへの虐待や本人自身が同じような状況での妊娠・・というケースもある。地域、行政、病院、保育園、学校など、母親と子どもを見守る連携が継続できて、途切れてもまた救える、そういうネットワークを構築したい。

シンポジウム1 現代の貧困と健康問題 ~支援のあり方を考える~ 生活保護受給者の健康管理支援と保健師 ~健康格差の縮小に向けて~

原 政代(姫路大学 看護学部)

【はじめに】

生活保護受給者数は、平成 27 年 10 月時点で 2,166,019 人(生活保護受給世帯数:1,632,321 世帯、保護率:1.71%)と過去最高水準となっている。生活保護受給者の過半数は 60 歳以上で、高齢者世帯の約9割は単身世帯である。

受給者の増加にともなって生活保護費負担金も一貫して増加し続けており、生活保護受給者の約8割が医療扶助を受け、その費用は生活保護費全体の約5割を占めている。

医療扶助からみた健康課題として、受診全体で疾患分布をみると、その他分類を除いて循環器系の疾患が 21.8%と最も多く、次いで筋骨格系及び結合組織の疾患 12.3%、呼吸器系の疾患 8.0%、精神・行動の障害 7.2%と続いている。循環系の疾患は加齢とともに多くなり、65 歳以上においては 29.2%となっている。入院では精神・行動の障害が 35.5%と多くなっており、長期入院が要因となっている。

【健康管理支援について】

健康管理支援事業は、平成 17 年度より自立支援プログラムのひとつとして、セーフティネット支援 対策等事業 (10/10) 国庫補助事業として示された事業である。

事業の目的は「保健師、管理栄養士、精神保健福祉士等の保健医療福祉に専門的知識を有する者を確保し、日常生活の健康管理が困難な者に計画的かつ重点的に保健指導を行うことにより、これらの者の自立阻害要因の解消を図る」ことである。

平成 20 年度からは健康診査及び保健指導活用推進事業、平成 24 年度には、医療扶助適正実施推進事業、平成 25 年度以降の予算では、地方交付税において、福祉事務所における、健康診査結果に基づく保健指導や受給者の健康や受診に関する相談等に対し助言指導等必要な対応を行う専門の職員の配置など健康面に関して専門的に対応できる体制を強化できるよう予算措置された。このことによって福祉事務所には保健師・看護師等の専門職が徐々に配置されるようになった。

さらに、厚生労働省研究会報告書(平成 26 年度)生活保護受給者の健康管理の在り方に関する研究会とりまとめ報告書(平成 26 年 12 月)に基づいて、「生活保護受給者に対する健康管理支援の実施について(平成 27 年 3 月 31 日付社援保発 0331 第 15 号厚生労働省社会・援護局保護課長通知)」によって生活習慣病の重症化予防等を中心とした健康管理支援事業の取り組みの趣旨、実施方法、評価指標、予算補助などが示されている。

【福祉事務所での健康管理支援事業の取り組みの状況】

福祉事務所(生活保護分野)における平成26年5月末時点の健康管理支援に従事する保健師等専門職員の配置状況等について調査(調査対象自治体数は899)では、保健師等専門職員を配置している自治体は152団体(16.9%)、保健師等専門職員は236人で、職種は保健師と看護師で約6割であった。勤務形態は7割以上が非常勤で、1週間の平均勤務日数は4.4日であり、生活保護部局で専任として働いている職員は約9割である。体制拡充が進まない理由を複数回答で調査したところ、「財源の不足」「適当な人材がいない」がともに約5割強の回答で、ケースワークや、後発医薬品の使用促進、適正受診指

導に従事する者の割合は高いが、公衆衛生部局との連携ができている者の割合は少ないということが報告されている。

保健師を配置している福祉事務所では、健康増進プログラムとして、一般健診の結果、糖尿病やその他の生活習慣に起因する疾病の早期発見・早期治療を目指して生活習慣病の発症の恐れの高い者に保健指導を実施して、疾病の予防および健康増進を目的として、健診やポピュレーションアプローチを行っている保健センターと協働して行っている。

実際、筆者は、健康管理支援を行うにあたり受給者との面談やケースワーカーとの支援に関わった経験から、従来の特定保健指導等によって行動変容を行うことの困難さを実感している。そこで、ICF(国際生活機能分類)をもとに支援シートを作成して、本人のこれまでの生活史を語ってもらい今の生活への思いや今後どうありたいのか、本人の思いや望みを共有して個別支援計画をもとに支援を試みた。本人の生活機能を把握し、思いや望みの実現に向けた支援計画を作成して具体的に支援することであり、心の支援を中心にした健康管理支援である。

生活保護受給者は、生活保護を受給しているというスティグマからくる引きこもり、閉じこもり、孤立の状況が社会との交流を狭くしていると考えられることから、健康支援の効果を上げるには、支援者等との関係性の構築、人間関係のストレスの軽減、介護予防事業等による社会との交流をもとに、生き抜く力を支援することが重要であると考える。

【課題】

- 1) 生活保護部門への保健師等の配置がなかなか進まない。
- 2) 健康管理支援に取り組んでいる福祉事務所の地域格差が大きいのではないか。
- 3) 生活保護受給者のうち高齢者単独世帯の占める割合が増加しつつあることから、高齢者への介護 予防が重要となる。
- 4) 生活保護を受給しているというスティグマからくる地域や社会との交流の少なさを軽減するため の対応策が必要である。
- 5) 地域包括ケアシステムを構築する上において生活保護受給者、生活困窮者対策がとけこめる仕組みづくりが必要である。

【おわりに】

健康日本21(第2次)の目標である健康格差の縮小、社会環境の改善を実現するには、生活保護受給者の健康管理支援から健康格差の縮小を図ることが第一歩であると考える。

参考:近藤克則ホームページ:「人々のつながりと健康」

http://plaza.umin.ac.jp/~naoki_kondo/kenkyu/kenkyu_01.html

S1 関連演題 I -1-1

世帯収入に基づく子どもの生活実態1 ―医療機関調査の続報―

○武内 一(佛教大学社会福祉学部)、山口 英里(千鳥橋病院小児科)、和田 浩(健和会病院小児科)、佐藤 洋一(和歌山生協こども診療所小児科)

【目的】

医療機関ベースの多施設共同研究で得られたデータから、世帯収入勾配と生活状況の関係を把握する。

【方法】

我々は2014年度に新生児5医療機関、入院児11医療機関、外来受診児(小・中学生)54医療機関において、所得を含めた生活の実態と医療との関係について多施設共同でのアンケート調査を前方視的に実施し、昨年の本学会にて報告した。今回、3調査に共通する調査項目を世帯所得勾配に基づいて分析を行った。

- 1. 所得は、100万円未満、150万円未満、200万円未満、250万円未満、300万円未満、400万円未満、500万円未満、750万円未満、750万円以上の9つの階層に分類した。
- 2. 家族構成の確認できた新生児 656 世帯、入院児 669 世帯、外来受診児 699 世帯、合計 2029 世帯を対象とした。
- 3. 各世帯階層における①新生児、入院児、外来受診児の割合、②世帯構成、③子どもの数、④住環境、⑤ 医療保険、⑥生活実感、⑦母の喫煙、⑧出生時体重の8項目に関して検討した。

【結果と考察】

- 1. 全体の所得の中央値は 400-500 万円未満であった。各調査での中央値は、新生児世帯では 300-400 万円未満、入院児では 400-500 万円未満、外来受診児 500-750 万円未満であった。助産施設での出生児調査であること、親のキャリアの積み重ねによる所得の差異などが、調査方法による所得の差につながっていると思われる。
- 2. 世帯構成別では、母子(±父親以外の同居者)世帯と両親(±同居者)世帯を比較した場合、前者の所得の中央値は200-250万円未満、後者は400-500万円未満となっていて、両者には倍の開きがあった。特に、150万円未満の著しい低所得世帯の半数以上(51%)を母子世帯が占め、母子世帯の経済的困難が浮き彫りとなった。
- 3. 子どもの数では、200 万円未満では 1 人が最も多く、それより収入が多い場合は 2 人が最も多かった。 200 万円未満で子どもの数が 3 人以上の割合は 15.5%に過ぎず、それ以降が 30%近くを占めるのとは対照 的であった。特に 750 万円以上の場合、4 割以上(41.3%)の世帯で子どもの数は 3 人以上であった。低 所得層は経済的状況によると推測されるが、世帯あたりの子どもの数が少ない。
- 4. 部屋数では、150万円未満の場合、14%が1部屋、37%が2部屋であった。逆に400万円以上の場合、過半数が4部屋以上の生活をおくっていた。住環境の所得による格差の著しいことが、明らかとなった。
- 5. 健康保険種別では、200 万円未満の65%は生活保護と国保であったが、生活保護の受給率は12.5%に過ぎなかった。150 万円未満でも18%に留まっていた。非正規雇用を反映した国保の比率が低所得で高い一方で、生活保護基準を満たしていると想像される場合でも、生活保護受給率は2割未満と極めて低い。
- 6. 生活実感は、ほぼ収入を反映している結果であったが、200 万円に満たない世帯でも3割前後が「ふつう」あるいは「ゆとり」があると回答していた。「ふつう」とは何かが、生活の体験で異なることが推測される。
- 7. 母親の喫煙率は、150万円未満で2割を超えていた。一方、750万円以上ではその 1/3 以下の 6%であった。低所得は母親のストレスを高め、喫煙率の上昇と関連していることが推測された。
- 8. 収入と出生時体重には、有意な関係性は認められなかった。

【結論】

このように医療機関調査を世帯所得勾配から分析を行うことを通じて、所得の差異は子どもにとっての適切な生活環境を提供できるか否かに直結しているということが、あらためて鮮明に示すことができた。

世帯収入に基づく子どもの生活実態2 ―外来診療における小中学生の健康と生活実態―

○佐藤 洋一(和歌山生協こども診療所小児科)、山口 英里(千鳥橋病院小児科)、 和田 浩(健和会病院小児科)、武内 一(佛教大学社会福祉学部)

【目的】

我々は 2014 年度に外来受診児(小・中学生)を対象に、税込所得と医療に関係した他施設共同質問 紙調査を前方視的に実施した。昨年の本学会にて貧困群と非貧困群とで比較検討を行い報告した。今回、 世帯収入勾配と小中学生の健康と生活実態の関係を把握する。

【方法】

- 1. 2014 年 2 月に全国 54 医療機関に外来受診された小中学生をもつ世帯の中で、世帯所得が確認できた 712 世帯を対象とした。
- 2. 所得は、200 万円未満、300 万円未満、400 万円未満、500 万円未満、750 万円未満、750 万円以上 の6つの階層に分類した。
- 3. 統計処理は、Cochran-Armitage 検定を用い、P 値が 5%未満を有意とした。

【結果と考察】

- 1. 保護者による主観的健康状態が悪い子どもは世帯収入が低いほど多かった。(P<0.001) 200 万円未満: 23.7% (9/47)、300 万円未満: 4.3% (3/70)、400 万円未満: 8.1% (7/86)、500 万円未満: 5.7% (7/122)、750 万円未満: 4.0% (8/202)、750 万円以上: 3.8% (6/158)
- 2. 子どもの肥満は世帯収入が低いほど多くなる傾向がみられた。(P=0.007) 200 万円未満: 8.9%(4/45)、300 万円未満: 21.6%(16/74)、400 万円未満: 8.2%(7/85)、500 万円 未満: 6.6%(8/121)、750 万円未満: 5.5%(11/199)、750 万円以上: 7.2%(11/153)
- 3. 発達障害は世帯収入が低くなるほど多くなる傾向がみられた。(P=0.003) 200 万円未満: 8.9%(4/45)、300 万円未満: 21.6%(16/74)、400 万円未満: 8.2%(7/85)、500 万円 未満: 6.6%(8/121)、750 万円未満: 5.5%(11/199)、750 万円以上: 7.2%(11/153)
- 4. 毎日朝食を食べない子どもは世帯収入が低くなるほど多くみられた。(P=0.006) 200万円未満:8.3%(4/48)、300万円未満:1.4%(1/69)、400万円未満:2.3%(2/87)、500万円未 満:1.6%(2/123)、750万円未満:0.5%(1/203)、750万円以上:2.5%(4/159)
- 5. インフルエンザワクチンの接種は世帯収入が低くなるほど少なかった。(P=0.001) 200万円未満:8.3%(4/48)、300万円未満:1.4%(1/69)、400万円未満:2.3%(2/87)、500万円未 満:1.6%(2/123)、750万円未満:0.5%(1/203)、750万円以上:2.5%(4/159)
- 6. 経済的な理由による受診控えは世帯収入が低いほど多かった。(P=0.001) 200 万円未満:10.0%(5/50)、300 万円未満:5.6%(4/72)、400 万円未満:8.0%(7/88)、500 万円 未満:7.0%(9/129)、750 万円未満:1.5%(3/200)、750 万円以上:1.9%(3/160)
- 7. 夜間時間外受診は世帯収入が低いほど多かった。((P=0.012) 200 万円未満: 44.9%(22/49)、300 万円未満: 36.6%(26/71)、400 万円未満: 36.0%(32/89)、500 万円未満: 26.7%(35/131)、750 万円未満: 28.7%(57/202)、750 万円以上: 28.3%(45/159)
- 8. 低身長 (P=0.569)、気管支喘息 (P=0.539)、アトピー性皮膚炎 (P=0.9)、学校の欠席 (P=0.135) はいずれも世帯収入との関係は認めなかった。

【結論】

世帯収入により子どもの健康が悪化している傾向がみられ、生活習慣や医療機関への受診行動にも影響を与えていることが分かった。

メールアドレス: satokun0402@gmail.com

S1 関連演題 I -1-3

世帯収入に基づく子どもの生活実態3 ―貧困と母親の喫煙―

○和田 浩(健和会病院小児科)、武内 一(佛教大学社会福祉学部)、山口 英里(千鳥橋病院小児科)、 佐藤 洋一(生協こども診療所)

【はじめに】

我々は、新生児・入院患者・外来患者を対象に、貧困と医療に関する多施設共同研究を行い、その結果は昨年の本学会で報告した。今回はそのうち母親の喫煙に関して考察する。

【対象・方法】

新生児:5 施設において、2014年4月~2015年3月の1年間に出生した児を対象に、入院:11 施設において、2014年4月~2015年3月の1年間に小児科に入院した患児を対象に、外来:54 施設において、2015年2月1カ月間に受診した小中学生を持つ世帯を対象に、無記名アンケート調査を行い、回収できた中で家計収入の明らかになったもの、それぞれ677例、675例、719例に関して分析した。

【結果】

<新生児>

母親の喫煙(妊娠判明時): 貧困群 37.5%、非貧困群 24.4%、p<0.01、

母親の喫煙(妊娠中): 貧困群 13.9%、非貧困群 7.2%、p<0.01、

家族の喫煙:貧困群 61.5%、非貧困群 50.2%、p=0.01、

<入院>

母親の喫煙:貧困群 19.5%、非貧困群 8.2%、p<0.01、

家族の喫煙: 貧困群 40.3%、非貧困群 38.8%、p 0.78、

<外来>

母親の喫煙:貧困群 23.7%、非貧困群 10.7%、p<0.01

【考案】

3 調査でいずれも貧困層で母親の喫煙率が有意に高かった。入院調査では貧困群で気管支喘息が有意に多かったが、喫煙はその要因のひとつとなっていると思われる。低所得層での喫煙率が高いことは従来も報告されているが、我々の結果もそれらと一致する。貧困はそれ自体が大きなストレスになるが、それ以外の様々な困難(一人親、家庭内暴力、虐待、ネグレクト、孤立、精神疾患、依存症など)も抱えていることが多く、困難の複合が喫煙率を高めていることが推測される。貧困層の母親が喫煙をし、子どもが喘息になると「自己責任」との非難を受けがちであるが、ニコチン依存症患者に対して必要なのは、非難ではなく具体的な禁煙支援である。彼らは自己肯定感が低く、禁煙へのモチベーションも保ちにくい面もあり、そうした背景にも配慮した禁煙支援が必要である。

【結語】

貧困層の母親の喫煙率が高く、ていねいな禁煙支援が必要である。

過労死・過労自殺問題の過去・現在・未来

企画・座長:中村 賢治(大阪社会医学研究所)

過労死の概念は、1970~80年代にかけて日本社会に広く知られるようになり、英語の辞書にも"Karoshi" が掲載されるほど国際的にも知られている。この社会的な認知の広がりを考えるにあたり、細川汀、上畑鉄之丞、故田尻俊一郎ら本学会員が、遺族から相談を受け、詳細な事例研究を行い、また疫学的な研究も行い、労災認定のための意見書を書くなど、過労死問題の社会化に大きな役割を果たしたことは論を俟たない。本学会では、この問題を取り上げ、様々な議論を行ってきた。また、過労死を社会に認めさせる運動には、遺族、過労死家族の会、弁護士、労働組合、マスコミも大きな力となった。当然ながら、人が死ぬ、もしくは重い障害を負うことについて、「あってはならないこと」という認識をも伴っている。しかし、社会的な認知の広がりに伴って、過労死・過労自殺が減っているかと問われれば、答えは NO であろう。労災申請・認定された過労死だけを取り上げると、近年、数は頭打ちに見えるが、過労による精神疾患は、申請数も認定数も増加の一途である。なぜ、日本社会では過労死・過労自殺問題が現在もなくならないのだろうか。

近年、過労を強制しておいて、死ねば働かせ方が原因ではないと言い張る企業経営者に関する報道を 見るようになった。企業論理の前では、労働者の命と健康は顧みられないのかとさえ考えてしまうほど に。その最たる事例がブラック企業であろう。2013 年に流行語大賞を獲得したブラック企業であるが、 労働者を過労死や過労自殺に追い込むような働き方を課しておいて、働けなくなったらまるで道具のよ うに使い捨てることが、当然とされている企業である。このようなブラック企業が跋扈するような社会 では、過労死・過労自殺問題は解決するはずはない。このようなブラック企業が生まれないようにする ためには、何が必要なのだろうか。

一方、国は過労死・過労自殺問題について、とても積極的とは言えないが、一定の対策を行ってきたのは事実であろう。過労死の労災認定基準の改定を繰り返し、労災認定に際しての被害者やその遺族らの負担が少なくすむようにしたり、長時間労働者の産業医面談をすすめたりしてきた。長時間労働や残業代不払いなどで、年3回の是正勧告を受けた大企業名を公表するようにもなった。そして、2014年には、過労死等防止対策推進法が成立し、国に過労死等の防止対策を推進する義務が課せられるようになった。厚労省が、過労死等防止対策として掲げているもので、目に見えるところでは、「啓発」にあたるシンポジウムが、全国各地で行われるようになった。その他の対策として挙げている「調査研究等」「相談体制の整備等」「民間団体の活動に対する支援」は、あまり目立たないように感じるが、過労死・過労自殺の撲滅のためには、これらの動きの発展が重要であろう。しかし、国や厚労省の働きだけで過労死・過労自殺が撲滅されるとは考えられない。本学会としては、今後どのような役割を果たすべきだろうか、学会員がどのような研究・実践をし、そして、社会にどう働きかけていくか。第57回総会では、過去・現在・未来に関して、それぞれ詳しい知見をお持ちの3名のシンポジストと共に、過去の業績について振り返り、現代の問題を明らかにし、今後の対策に向けた議論をしたい。

1. 「過去」: 社会医学会(医学会)の業績

広瀬 俊雄 仙台錦町診療所 産業医学センター長

過労死・過労自殺問題で、社会医学会や医学界全体が果たしてきた役割、医師や研究者個人としての 貢献など、これまでのご自身の業績も含めて、お話しいただく。その中で、労働者が病気にならないギ リギリの負荷を模索するような、今の医学界の一種の潮流についても、ご意見をお願いしたい。

2. 「現在」: ブラック企業問題

坂倉 昇平 雑誌 POSSE 編集長

長時間労働やストレスの多い職場が過労死・過労自殺の温床であるが、その典型がブラック企業であるう。今や、バイトや保育園、大学にも"ブラック"が冠せられるようになった。単に労働強化を強いるというだけでなく、待遇の面なども含めて、労働者を人として扱っていないという姿勢が共通しているように思われる。そのようなブラック企業の実態について、お話しいただく。シンポジウムなので、全般的な話よりは、若者がどのように使い捨てられているのか、労働者がどういう心理状態に追いやられるのかなどについて焦点をあてていただければと考えている。

3. 「未来」: 過労死等防止対策推進法

岩城 穣 弁護士 過労死防止全国センター事務局長

過労死防止基本法制定実行委員会の活動により、2014年に過労死等防止対策推進法が制定された。これを契機に、過労死・過労自殺を撲滅する動きが加速することが期待される。しかし、労働基準法すら守られていない日本で、どこまで実効性を持たせられるかは、今後の運動が鍵を握っていると思われる。この法律をどう生かしていくのか、今後の方向性や抱負をお話しいただく。

シンポジウム2 過労死 医学・産業医学・社会医学

広瀬 俊雄(仙台錦町診療所・産業医学センター)

§ はじめに

細川汀、上畑鉄之丞、田尻俊一郎の3医師等は 1970 年代に入り「過労死」に取り組み始めた。1988 年に第1回過労死110番が札幌、仙台、東京、京都、大阪、神戸、福岡の7ヶ所で開催されたが(全国 135 件、仙台 20 件) 例えば、その時迄に田尻医師が提出した意見書は 43 通だが、それら全てが監督署 段階では「業務外」とされている(田尻医師申請意見書集「道標」1998年刊)。

§ 1 過労死を社会医学的に捉えない「医学」

「過労死 110 番」が開催され、多くの相談が殺到した背景には、当時、著名人やタレントの「突然死・ 急性死」があいつぎ、マスコミでも大きく取り上げられたことが挙げられる。演者の所には 1991 年か ら 1998 年に渡って出版された 9 冊の「突然死・急性死」を標題にした冊子・雑誌(特集)がある。「突然 死・急性死」が、医学としてその解明と予防策が迫られているかが知れる。しかし、これら「突然死・ 急性死」の書籍は、働き盛りの予想しない死亡に関して、その背景・要因や予防策に関して、更には、 肝心の労働の側面にほとんど触れていない。即ち、「過労死」としては捉えていない。

§ 2 過労死問題への「産業医学」からの取り組みの経過と限界

日本産業衛生学会は、1992年に「循環器疾患の作業関連要因検討委員会(20名、委員長上畑)」を設 置した。委員会は3年間に渡っての国内外の400以上の文献収集と事例収集・検討の結果を踏まえて1995 年に報告書をまとめている ¹⁾。最終章には、予防に関する「第6章:提言」も含んでいるが、提出を受け た理事会は内容と扱いで紛糾し、「提言のみを冊子とし、自由集会で議論すること」と指示した。会場で 冊子を入手したマスコミが「学会見解」としての記事を翌日朝刊に掲載した為、学会全体がその内容や取 り扱いをめぐって混乱する事態となった。その状況に対し、1997年の富山総会では「産業労働者におけ る循環器疾患の予防管理」というパネルデスカッション(実際はディベート)が開かれ(過労死に取り 組むべきとする側として上畑、演者が報告)激しい論争が展開された。その審議を踏まえて「第2次委 員会(委員長同)」が組織され、「1998 年版」がまとめられ、理事会承認を経て公開されている ²⁾。これ ら「2つの報告書」は今にして思えば、過労死予防という点からみて先駆的で現実的な内容を多く含まれ ているが、行政の専門家会議等では無視されるという現実が続いてきた。

§ 3 過労死の「産業医学・産業保健」での解明と「社会医学」の課題

東北過労死対策委員会の解析で、過労死事例では高血圧が極めて高率だったことを踏まえ、演者はみ やぎ生協夜勤者を対象にした健診解析やヒアリングを積み重ね、夜勤労働が高血圧を惹起すること、仮 眠をきちんと取ると血圧低下を得られる事などを示してきた³⁾。 夜勤者健診に 24 時間血圧計 (ABPM) を導入し、「異常者」は夜勤禁止、「境界者」は、2~3ヶ月後再検として 20 年を経たが(当施設での ABPM は夜勤者を中心に既に 8300 件を超えている)、「脳心疾患」は発生していない。この活動は、夜 勤者の過労死予防に関して、健康面での貴重な成果を挙げ得たが、労働者と家族は大変な犠牲を払って いる現実も突き付けられた 20 年でもあった。今や、日本中に蔓延するこの犠牲を無くす・減らす取り 組みは、正に社会医学の今日的課題である ⁴⁾。子育て世代の労働者が、時間単価の高さにつられて家族 を含む自己犠牲の上で夜勤を選択(中には日勤と重ねて)せざるを得ない現実の打開が本質的に求めら れている。

参考文献

- 1) 産衛誌 38 巻,1996;A153~181 2) 産衛誌 41 巻, 1999; A9~14

- 3) 医学のあゆみ, 1996.2.17 4) 医学のあゆみ, 2015.11.15

シンポジウム2 過労死・過労自殺問題の未来

岩城 穣(弁護士・過労死防止全国センター事務局長)

2014年6月、過労死等防止対策推進法(過労死防止法)が衆参両院の満場一致で成立し、同年11月施行された。この法律は、1980年代後半から四半世紀を経てもなお過労死がなくならないばかりか、職種、年齢、性別を超えて広がり、さらに過剰な心理的ストレスによる精神疾患・自殺が広がっている現状を見かねた、全国の過労死遺族や過労死問題に取り組む弁護士らが過労死を防止する法律の制定を求めて立ち上がり、55万を超える署名や143に及ぶ地方議会の意見書採択、さらには国連社会権規約委員会の日本政府への勧告を勝ち取るなどの取り組みを広げ、超党派議員連盟が結成されるといった経緯を経て実現したものである。

過労死防止法は、初めて法律で過労死等を定義し、国は過労死等がなく、仕事と生活を調査させ、健康で充実して働き続けることのできる社会を実現していくこと、過労死防止対策は国・地方公共団体・事業主その他の関係者の相互の密接な連携の下に行うこと、過労死防止対策として、①調査研究、②啓発、③相談体制の整備、④民間団体の活動支援の4つを行うこと、過労死遺族らも加わった過労死等防止対策推進協議会の意見を聴いて、過労死防止のための「大綱」を作成すること、調査研究の結果、必要と認めるときは過労死防止のために必要な法制上・財政上の措置を講じることなどを定めている。そして、過労死防止法と大綱にそって、毎年 11 月の過労死防止対策啓発月間を中心とした啓発シンポジウム、高校・大学への過労死防止のカリキュラム導入と講師派遣などの取り組みが、予算もつけられて始まっている。

過労死防止法の成立は画期的なことだが、これ自体は理念法にすぎず、過労死防止を願う労働組合や 市民団体等の民間団体が、国や自治体にも積極的に働きかけ、これらと協力共同して啓発、調査研究、 相談体制の整備などに取り組んでいくことが必要であり、それが可能な条件が整備されたといえる。

その具体的な実践として、既に過労死防止全国センター、過労死防止学会が立ち上げられているが、きめ細かな取り組みはまだまだこれからである。各地の過労死防止啓発シンポジウムの充実、各地の労働局と地方自治体との協力共同、職場の現状の改善について話し合い「過労死ゼロ宣言」や労働協約につなげていくこと、ブラック企業を厳しく取り締らせること、学校教育への積極的関与、個別の過労死・過労自殺事件の支援と予防を結合すること、現行の労働基準法を守らせるとともに規制を強化する立法(労働時間の上限規制や勤務間インターバルの導入など)を求めていくこと、これらを各地で総合的に行っていくための「過労死防止センター」の結成などが求められている。

日本社会医学会と所属会員の皆様にも、このような全国レベル、地域レベルでの活動への積極的な参加・協力をぜひお願いしたい。

シンポジウム2 ドクターズネット参加のお願い

○門田裕志(社医研センター)、服部真(社医研センター、城北病院)

【はじめに】

日本社会医学会ホームページの「お知らせ」に、過労死防止ドクターズネットの参加案内があります。 2014年に過労死防止対策推進法が制定されましたが、いまなお、過労死防止に向けた様々な運動が行われております。その中で、山田裕一 当学会理事長を代表に、ドクターズネットを立ち上げており、参加いただける方を募りながら、活動をしております。

【活動の紹介】

ドクターズネット参加のお願いにあたる事務局は、発表者の門田、服部が所属する団体ですが、現在は公益財団法人の認可となり、名称から「東京」のとれた、(公益財団法人)社会医学研究センターとなっています。

当法人のホームページに「ドクターズネット」のページがあり、参加のお願いと、申込書も社会医学会のホームページと同様に見ることが出来ます。

また、資料として、2000年からの過労死関連の裁判の事例が表で表示されています。

同時に、個人情報管理された判決文が掲載されています。

判決文の掲載数はまだわずかですが、今後、数を増やすこと、医師の意見者の掲載も行っていく予定です。

一方で、弁護団からの意見書要請も行われており、メーリングリストによる事案の紹介も行われています。

【参加のお願い】

現在のドクターズネット参加者は、精神科を中心とした医師の参加で、まだまだ多彩な要求に対応できていません。

今回の紹介でより多くの医師が参加されることを期待します。

S2 関連演題 Ⅱ -1-1

末端原発労働者の健康・生命破壊が労災補償から遠ざけられるメカニズム —1980 年代及び 2012 年以降の聴き取り調査から—

○髙木 和美(岐阜大学·社会福祉)

【調査目的】

筆者は、1980年代に若狭湾岸の原子力発電所で働く労働者とその家族の労働と生活実態に関する聴き取り調査に取り組んだ。2012年1月以降、再び同様の調査に取り組んでいるが、多重下請構造の末端労働者の実態は80年代のそれと比べ、大勢に変わりはない。日本で最も早くから商業炉が建設されその後集中林立することとなった若狭湾岸には、くまなく原発労働者が存在する。今後とも原発を稼働させるため、また廃炉作業のために被曝労働に就くおびただしい人々の、生命と健康を守る労働環境と安心して働ける雇用・労働条件をどう構築するか、放射線業務従事者向け教育訓練のあり方、放射線管理手帳の扱い方、健康診断と記録のあり方、労災申請や認定のあり方等を広く議論するために実態を明らかにする。またこれまで被曝労働に従事したことと健康崩壊の因果関係が否定できない人々が、どこまで労災の立証責任を果たしうるかという点からも、実態を把握する必要がある。ここでは、末端原発労働者が労災補償から遠ざけられるメカニズムを生の声を繋いで浮き彫りにする。

【調査対象者と方法等】

1.80年代の調査(1986年7月1日~1987年3月31日) →すべて発表者が対象者と面接し、対象者の面前で聞き取り記録を取った(手書き)。面接人数43名(内33名は、若狭湾岸の原発で働く原発労働者や元原発労働者、死亡した原発労働者の家族。10名は若狭湾岸居住の医師、医療事務職員、現役議員、元議員、行政職員等)。特定の期間に公に集中的に取り組みえない社会環境の下で、電力会社、元請会社、1次下請会社、それ以下の下請会社で働く人々に依頼し、各階層の労働者から聴き取りを行った。打診した人数は、面接人数の約倍である。対象者には、「個人情報を公にしない」「話せることだけ話していただきたい」と伝えた。2.2012年以降の調査(2012年1月22日以降継続中)→2016年5月1日現在の面接人数は、26人(内、原発労働者、末端下請会社社長、元原発労働者とその家族で、16人。他に、一般住民、行政職員、医師等で10人)。3.80年代調査と2012年以降調査の調査内容における、主な共通事項 →年齢、労働歴、家族歴、住居歴、原発で働くようになった理由、雇用・労働条件(社会保険の種類含む)、作業前教育、作業環境、放射

線管理手帳の扱い、健康診断の特徴、健康状態の変化・自覚症状、労災の取り扱い、下請構造、地域の生活

【結果、今後求められること】

環境。

原子力発電所における放射線管理区域での労働は、その性質上必然的に、労働者の身体の健康に悪影響をおよぼすことを否定できない被曝と不可分である。被曝線量は、社会の仕組みとして温存・利用されている多重下請構造の末端労働者ほど多くなると言わざるを得ない。しかも末端労働者は、大多数が不安定な雇用形態にあるため、国や企業が設けた被曝線量の閾値に達したり、何らかの身体的な異変が見られたときには、およそ継続雇用されない。その現実が、家族との生活を日々維持するために雇用の継続を望む労働者を、被曝線量の意図的なごまかし行為に至らしめることがある。他方アラームメーターが鳴っても作業の区切りまで作業しようとする。末端事業者は、継続受注したいために労災を隠すこともある。こうした実態をふまえ、原発労働者の労災請求における被曝線量の認定並びに被曝労働者の健康悪化に関する業務起因性を判断するにあたっては、過去、記録上残された被曝線量データだけでなく、被曝当時の労働者の現場の実態並びに被曝隠しの実態が踏まえられなければならない。若狭湾岸では、人間らしい生活のできるきる雇用・労働条件で働ける事業所が極めて少ない。この地域において、非正規雇用の機会を繋いできた人々や、解雇や病気による一時的失業等に遭遇した人々は原発へ向かう他に選択肢がないと言って過言ではない。若狭湾岸には各階層の原発労働者が住み、地縁血縁で結ばれ、被曝との関係を否定できない病気になる者が少なからずいても相互に黙している。更なる労働・生活実態の実証研究と低線量被曝や内部被曝が人体に与える影響の調査研究による、末端原発労働者の抱える問題の分析を要する。

発表者(髙木和美)の E-mail アドレス: noazami@mild.ocn.ne.jp

開業医の労働実態調査

○中村 賢治(大阪社会医学研究所)、北原 照代、垰田 和史(滋賀医科大学社会医学講座衛生学)

【背景・目的】病院勤務医の労働時間は長く、過酷であるとの調査報告は多い。厚労省や医師会は、勤務医の過重労働の原因として、医師数の不足ではなく医師の偏在や開業医との勤務状況の不均衡を挙げている。しかし、日本の開業医の労働に関する調査報告は見当たらず、勤務状況の不均衡の存否について議論することはできない。そこで我々は、開業医の労働実態に関する調査を行った。

【対象・方法】大阪府保険医協会(以下、協会)の会員を対象とした。診療科による労働実態の差異について検討するために、診療科毎に5名が対象に含まれるように協力依頼を行った。最終的に81名の医師が対象者として参加した。

NHK 国民生活時間調査を基に、仕事関連の項目を開業医向けに改変したものを用いた生活時間調査法とした。本調査では、開業医の労働として「診療」「往診」「仕事上のつきあい」「講演・講義」「事務・経理」「学習・研究・研修」「その他」を設定した。「その他」は、介護保険審査会などの公務や電話対応等が含まれている。医師会などの活動は、仕事ではなく社会活動に分類した。調査期間は、2008年2月18日0時から連続する1週間とし、15分刻みの各行為欄にマークさせた。

【結果と考察】69 名より回答が得られた。回答者男性 56 名、女性 13 名、平均年齢は全体で 54.8 (男性:55.2、女性:53.1) 才、男性は 55.2 才、女性は 53.1 才であった。主な標榜科は、内科 23 名、精神科・心療内科 4 名、小児科 6 名、産婦人科 4 名、外科 5 名、整形外科 5 名、泌尿器科 6 名、眼科 8 名、耳鼻咽喉科 5 名、皮膚科 3 名であった。全体では、平日の労働時間は 9:27 (時間:分、以下同様) で、土曜日 7:46、日曜日は 3:05 であった。平日・土曜日は全員が、日曜日は 70%の者が、何らかの労働を行っていた。睡眠時間は、平日が 6:40、土曜日が 6:46、日曜日が 7:33 であった。労働時間とその内訳、及び睡眠時間は、性差は認められなかった。診療科別の比較では、皮膚科 (10:38)、産婦人科 (9:08)、小児科(8:59) の順で労働時間/週が長く、眼科 (6:49)、整形外科 (7:38)、耳鼻科 (8:27) の順で短かった。産婦人科では、夜、帰宅せずに朝まで診療をしている医師がおり、他科の医師にはない働き方であった。また、小児科と産婦人科では、日曜日に診療を行っている医師の割合が 50%で最も多く、日曜日の診療時間も平均で 3 時間弱 (行為者平均では 6 時間弱) であった。年代別では、40~50 代で 60 時間に近く、60~70 代でも 50 時間を超えていた。

労働時間/週の内訳では、「診療」5:47、「事務・経理」0:55、「学習・研究・研修」0:52 の順で長かった。 深夜 22 時~6 時の間に労働した医師は 47 名、184 回で、1 回あたりの時間は 1:07 であった。内容は、「学習・研究・研修」が 85 回、「事務・経理」が 49 回であった。

本調査の対象者には、協会の活動を活発に行っている医師が含まれていた。そのため、協会の行事や 取組みが少ない時期を対象としたが、それでも平日は平均 0:31、土曜 0:47、日曜 0:11 が「協会・医師会 の活動」に充てられていた。したがって、労働時間は短く見積もられている可能性があると考えた。た だし、本調査の対象者はランダムには選んでおらず、大阪府下の開業医を代表しているとは言い難い。 今後、対象者を増やして調査するべきと考えられる。

【結論】勤務医より平均年齢が13才ほど高齢な開業医は、すでに週60時間程度働いており、勤務医の労働が過重だからと言って、すぐさま開業医の労働を増やすことはできない状況にあると推定された。

本調査は、大阪府保険医協会の「開業医の経営・労働実態調査プロジェクト」として行った。ご協力 頂いた方々に感謝します。

S2 関連演題 Ⅱ -1-3

労働組合への安全衛生研修の課題と展望 メンタルヘルス連続講座の実践から

○藤野ゆき (常磐会短期大学)

【目的】

労働者の心の健康問題は労働安全衛生の課題の一つであり、企業によるメンタルヘルス対策が行われ、 産業保健スタッフも充実してきている。他方、労働者、労働組合においては、問題の広がりを認識しな がらも取り組むことが難しいという認識が強い。事故対策などと比較して、職場の問題との因果関係が 不明瞭であり、私病としてとらえられることが多いこと、疾病が主観を重視するということからも労働 組合の問題として取り組めていない側面がある。しかし、労働者が自らの働き方を考えて働きやすい職 場をつくっていくことが心の健康を保つためには必要である。労働者、労働組合がどのように心の健康 問題を労働安全衛生の課題として取り組むことができるかを検討する。

【方法】

2013年から化学一般関西地本で開催している「メンタルヘルス連続講座」の実践を通して労働者に向けたメンタルヘルスの研修のあり方について検討する。

【考察】

化学一般関西地本は化学関係の企業の労働組合を組織する産業別労働組合である。化学関係の企業では、爆発事故などの経験から労働安全衛生については労使ともに積極的に取り組んできている。2010 年頃からはメンタルヘルスに対する意識も高まり、年1回の労使合同の学習会を行ってきたが、2013 年から「メンタルヘルス連続講座」として継続的な学習会を開催している。「連続講座」とは、1年間に複数の学習会を連続して行うこととともに、単年度で終結するのではなく複数年に渡って開催するという意味がある。メンタルヘルス連続講座は 2013 年 6 月から年 4 回程度、2016 年 6 月までに 14 回の講座を開催している。連続講座は土曜日の午後(4 時間)とし、年 1 回は労使合同、年 3 回は労働組合を対象とした。労使合同の講座では弁護士と産業カウンセラーが担当し、労使ともに関心のある内容を設定する。労働組合を対象とした講座では、「労働組合が取り組むメンタルヘルス」「病気の理解」などの当事者理解を主とするもの、「労働安全衛生としてのメンタルヘルス」という 3 つの柱を設定し、その時に関心の高いテーマ(パワハラ、職場復帰)を設定した。2015 年 12 月から義務化されたストレスチェックにも取り組んでいる。

労働組合対象の学習会では、単なる講義ではなく、産業カウンセラーによるコミュニケーションを考えるプチ講座、本講座においては、「理想の職場」を考えたり、模擬安全衛生委員会を行う、具体的な職場復帰支援をロールプレイで実践するなどのワークを取り入れている。さらに、講座の冒頭には前回の講座の振り返りを行い、講座の連続性を意識している。

当初、参加者からは「メンタルヘルスはうちの職場とは無関係」という認識が強く、講座への参加の 意欲は低い印象であった。メンタルヘルスをテーマとしながら、ワークの課題などは日常の職場を振り 返ることを意識させることによって、身近な問題としてとらえるようになっている。連続として取り組 むことにより心の健康問題への関心へ高まりがみられた。かつては個人の問題として労働組合が関わら なかったことも職場の問題として取り組む労働組合もでてきている。

【結論】

心の健康問題という因果関係を理解しにくい問題であるからこそ、定期的な開催、具体的、実践的な 取り組みにより意識を高めることにつながる。常に安全衛生の課題であるということを意識できる工夫 が予防につながる。

今後は安全衛生委員会への議題提案につなげることをワークで取り込み、予防活動につなげていくことが求められる。また、他産業への展開を検討し、メンタルヘルスという観点から安全衛生活動の活性化につなげていく。

健康格差社会における公衆衛生活動

企画・座長 高鳥毛 敏雄 (関西大学社会安全学部)

企画趣旨

超高齢社会、格差社会が進行し、医療・介護・福祉・公衆衛生などについての大きな制度改革が続いている。格差社会の中で、保健所、市町村、訪問看護の現場においてどのような現状と課題に直面しているのかについて、以下のタイトルと内容を中心に報告していただき、参加者と議論したい。

基調講演 格差社会における社会医学的課題と保健所の現状と課題

大阪府 茨木保健所長 高山 佳洋

保健所は人々の健康の保護の重要な専門機関とされている。健康格差社会の中で保健所における健康 支援や健康保護の諸活動はどのような現状に直面しているのかについて基調的な報告をしていただく ことにしている。

1. 格差社会における市民の健康支援活動の現状と課題

津市 健康福祉部健康づくり課副参事(兼)保健センター所長 栗本 真弓

市町村は、健康、福祉、介護など基本的な住民サービスの実施または責任主体とされている。しかし、 平成の市町村大合併など市町村の組織体制や役割が大きく変化している。市町村の保健の現場がどのよ うな現状にあるのかについて、報告していただく。

2. 家庭児童相談室で対応している子どもの相談と支援の現状と課題

摂津市 子育て支援課家庭児童相談室長 ト部 裕美

子どもを巡る社会や家庭環境が変化し、子どもの貧困や子育て支援や学習支援などが重要な問題と報告されている。子どもの対応の最前線の自治体の家庭児童相談室で対応している現状をもとに現代社会における子どもを巡る課題について報告していただく。

3. 元日雇い労働者の多い地域の訪問看護活動を通してみえる課題

NPO 訪問看護ステーションひなた所長 梅田 道子

大阪市のあいりん(釜ヶ崎)地区は日雇い労働者であった人々が多く生活している全国最大の地区である。この地域においては、健康、医療、福祉、介護、生活などに関わる複合的な社会的支援を必要とする人々が多くいる。行政の社会的支援活動だけでは対応ができるものではなく、様々な民間団体が連携して支援活動が行われている。今回は、訪問看護活動をされている立場から日雇い労働者が多かった地域の社会医学的問題について報告していただく。

シンポジウム3 健康格差社会における公衆衛生活動

S3 基調講演 健康格差社会における社会医学的課題と保健所の現状と課題

高山 佳洋 (大阪府・茨木保健所)

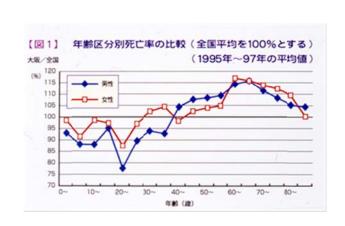
【目的】健康格差の是正は、欧米の資本主義経済の先進諸国の公衆衛生施策の中心命題であり、健康日本 21 においても、重要な課題として明記されている。しかしながら、今日のわが国の公衆衛生活動において、その実態把握と対策の推進は、必ずしも十分に意識して取り組まれているとは言えないのではないか?本シンポジウムにおいて、わが国の様々な公衆衛生、地域保健の現場で出会う健康格差の現状を検証し、行政の最優先課題の一つとして取り組まれるべきとの認識を唱導したい。

【方法】都道府県、市町村の様々な公衆衛生行政において出会う貧困問題、健康格差の現状と対策を、 大阪府での現場体験に基づき報告する。同様の観点からの他の演者による市町村の子育て支援、高齢介 護の行政の現場から見える現状のレポートも踏まえて、今日の貧困問題、健康格差の実相を検証し、改 めて公衆衛生行政、活動に関わる幅広い関係者に問題提起する。

【結果と考察】大阪府の地域保健医療行政における健康格差、貧困問題への取り組み

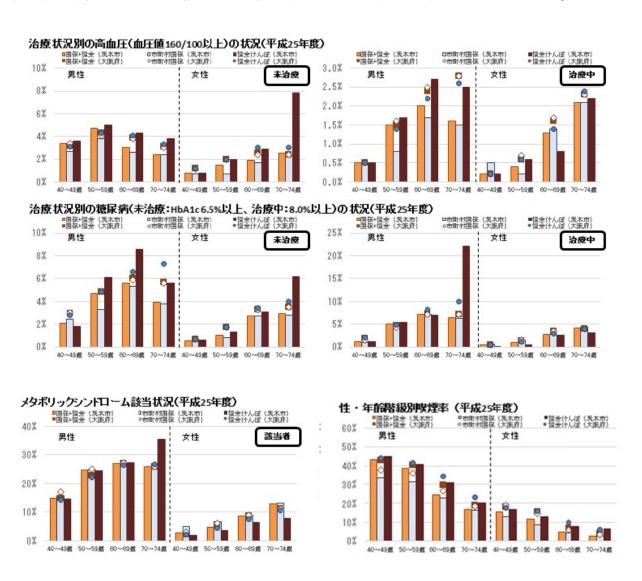
健康指標ワースト1対策:大阪府の健康指標の相対的な順位が 1985 年以後、大阪市域を中心とする中 高年の高い死亡率を背景にして低位に陥ったため、支援を要する府民層の死亡率改善へのアプローチと してとして、保健所において中小企業従業員の健康実態の把握と健康管理の啓発にモデル的に取り組み、 健診率の一定の向上は見られたが、健康格差は今日にいたるまで残り、きょうかい健保、国保の課題と して引き継がれている。

都道府県別平均寿命の大阪府順位 昭和 50 (1975) 年 男性 20 位 女性 32 位 昭和 60 (1985) 年 男性 46 位 女性 47 位 (がん死亡率男女ともワースト1) 平成 12 (2000) 年 男性 43 位 女性 45 位 (がん死亡率男女ともワースト1) 平成 17 (2005) 年 男性 36 位 女性 44 位 (がん死亡率男女各ワースト2、1) 平成 22 (2010) 年 男性 41 位 女性 40 位 大阪 全国 長野 男 78.99 79.59 80.88 女 85.93 86.35 87.18 (がん死亡率男女各ワースト4、2)



大阪府における「未受診や飛込みによる出産」の実態調査(平成 21 年度~大阪産婦人科医会に委託実施): 両親の雇用率は低く、生保受給率は約3割。「経済的には貧困という問題は依然として存在はする。 しかし、医療機関・保健・福祉による各種支援を拒否(忌避)するかのような事例も見られる。今後の 課題は支援の内容もさることながら、母児との連携方法を検討しておかないと届かない支援で終わる可 能性がある。」

茨木市児童衰弱死事例:経済的困窮状態にあった若年妊婦が望まない妊娠を経て、難病児を出産したことから事件は始まっている。医療的ケアの必要な心身障害児に、社会経済的困難が重なった時に虐待のリスクが増大する。児童虐待は社会病理や貧困を映す鏡であるが、全国的に相談対応件数の増加が続き、大阪府のワースト1が続いている。わが国の子どもの6人に一人は相対的貧困状態にあり、社会全体の相対的貧困率も、アメリカに次いで高い。米英の新自由主義経済を標榜する国々でも、公衆衛生課題の中心に Health Inequality の克服をあげている。健康日本21の二次計画にも、健康格差の縮小が基本的な方向にあげられているが、健康格差を地域格差にすり替え、問題に肉薄する意識の薄さが感じられる。現在、推進されているデータヘルス計画においても、国保、きょうかい健保、大企業健保の加入者間には明らかな社会階層の差異があり、その健康格差はビッグデータでとらえられる。今や、まぎれもなく格差社会が到来しているのに、国において公衆衛生の最重要課題として、健康格差に取り組むという危機感が乏しいのと同様に、自らの保健所での仕事においても認識が薄かったと猛省している。健康格差の是正は、人道的観点のみならず社会経済的観点からも、最も費用対効果が高い施策の一つであることが明らかにされている。特別な限定された人々の問題ではなく、住民の普遍的な問題ととらえ、地域保健医療福祉行政ならびに公衆衛生活動の中心課題として取り組む必要があるのではないか。



シンポジウム3 健康格差社会における公衆衛生活動

報告1. 格差社会における市民の健康支援活動の現状と課題

栗本 真弓 (三重県津市 健康づくり課)

【はじめに】

市町村は、健康、福祉、介護など基本的な住民サービスの実施または責任主体とされている。その市町村は、平成の大合併などにより広域化し、過疎、高齢化などの地域格差の大きい中で住民サービスを提供することが求められている。平成の大合併を行った市町村の保健活動がどのような現状にあり、課題を有しているのかについて報告する。

【津市の概要】

津市は、平成18年1月1日に2市6町2村が合併した。三重県の中で面積(711 km²)は1位、人口(約28万人)は2位の自治体である。高齢者率は27%を超えている。出生数は年間約2,100人である。市の保健師数は55人で県下の市町村の中で最も多い。保健活動の拠点となる保健センターは旧町村が設置していた10の保健センターを維持している。

【市町村合併の影響】

平成 28 年 1 月 16 日に合併 10 周年の記念事業が行われた。かつての市や町の首長や議会関係者、この 10 年間に市の運営にかかわった関係者、自治会や医療機関、福祉の団体や各種組織の関係者が一堂に会し、多くの市民とともに合併 10 年を振り返った。新・津市となってから一体感のある自治体を醸成することをめざして市政運営がなされてきた。しかし、公費投入業務・事業は費用対効果を厳しく評価され、地域特性にあわせた保健活動を発展させることは難しく縮小されてきているのが現状である。保健師を分散配置すべきかなど保健師活動のあり方も様々な議論がなされてきた。しかし、合併した市町村の異なる地域特性を踏まえる必要性があることはわかりつつも、合併した旧市町村の事業のやり方を改め、津市として保健事業のやり方を1本化し、平準化することが進められてきている。

【保健センターと保健師活動】

保健センターの事業は、業務分担中心の地区担当制で、母子保健・健康診査・予防接種・健康づくりの4事業ごとのグループが中心に事業を進めてきている。平成25年4月に「健康づくり課」を行政組織の中に新しく作った。厚生労働省より保健師活動指針が出されたことにより、地区活動の重要性を見直し、平成27年度から地区分担業務担当制で地域活動を進めていこうとしている途上にある。

【保健事業への期待と現実】

日本看護協会が実施した調査によると、市町村の保健師に求められている業務は、国や県などからのものだけでも約 103 事業があるとされている。その後も産後ケア事業や利用者支援事業など、子育てを取り巻く途切れない支援など、毎年新しく追加され、増加の一途をたどっている。平成 24 年度に、津市の事業の内訳を調査した時には、全体の業務量の 82%は事業を実施することに費やされており、事業の企画や評価に充てている時間がほぼない状態であった。押し寄せる事業が増えてくる中で、ともかく事業を遂行することだけが目的となっているのが現状であった。

【保健活動の中から見える健康格差問題】

津市の健康格差問題は地域格差問題と考えることができる。面積 711 km²の広大な面積に約 28 万人の市民が生活している。市の南部は高齢化が進み 65 歳以上の割合が 55%を超えており、買い物過疎地域、公共交通機関がない地域である。また、市中心部は転勤族や核家族の多く商業施設や開業医の多く、海岸部は漁協があるなど、市民の生活様式や健康意識も異なっている。また経済格差の問題も目につくようになってきている。経済的に不安定な 10 代の妊娠婦や、様々な理由で経済的に不安定な妊婦や親子、外国人の家族の問題もある。 さらに実家が近くにありながら関係が悪くて頼れない場合や、両親が高齢で支援が必要であったり、元の親世代が生活保護受給者であったりして妊産婦が経済的な問題を抱え、妊娠の継続や安心安全な出産、その後の子育てに影響が及んでいるケースも日々目にしている。

【健康支援の現状及び課題】

健康支援活動の現状については事例を紹介しながら報告する。津市では、①専門職の人材育成、②マンパワーの不足、③地域診断と健康課題の明確化、④健康課題の共有、などが健康支援活動課題と考えている。

【まとめ】

市町村合併により、地域の保健師活動は、大きな変換を求められてきた。津市は、合併した市町村の住民の一体感の醸成を掲げて市政運営がなされてきた。その結果、別々の行政区で進められてきた施策や事業が行政の単位が一つになったことで、それまでに受けていたサービスや行政施策を手放すことになった。そのために、市民が合併のメリットを感じられないと言う声も聞かれた。

市町村合併は、市民に最も影響を大きく及ぼすものとなっていると感じている。津市では、健康づくり課を新設し、「こころ豊かに楽しく元気に暮らそう」を大目標とした津市健康づくり計画を作成している。広域合併した市において住民の健康支援に関わる様々な事業や業務が降ろされてきている。

津市の現状をもとにわが国の市町村の健康支援活動の 現状と課題についての議論につなぐことができればと 考えている。



図1 三重県の津市と市町村

シンポジウム3 健康格差社会における公衆衛生活動

報告2. 家庭児童相談室で対応している子どもの相談と支援の現状と課題

ト部 裕美(摂津市 子育て支援課 家庭児童相談室室長)

【摂津市概況】

摂津市は大阪府北部を流れる淀川右岸、三島平野の西南部に位置し、面積は 14.87 k㎡、流通機能を持つ北大阪の市である。 (平成 27 年度 3 月末)

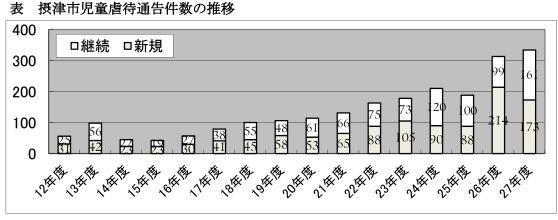
人口	85, 459 人	児童人口:0~18 未満	13,954 人 (16.3%)
生活保護受給者数	1,559人	児童扶養手当受給者	1,277 人
世帯数	1,134 世帯	生活保護世帯児童含む	
うち児童受給者数	228 人		
生活困窮制度相談者数	177 件	就学援助受給者(率*)*受給者数 1,933	1,933 人 (29.1%)
うち児童を含む世帯	40 世帯	人を児童生徒数 6,651 人で除した割合	

【摂津市における家庭児童相談室の位置づけ】

家庭児童相談室(以下、家児相)は、昭和39年の厚生事務次官通知により、家庭における児童の福祉の向上を図る施策の一環として、都道府県および市町村に設置と運営が求められた。摂津市においては昭和40年代に設置され、子育でに困難を抱える家庭の相談援助とケースワーク、心理職による親子教室などを実施してきた。平成12年に施行した児童虐待防止法に対応するため、全国に先駆けて平成13年CAPISE(摂津市児童虐待防止連絡会)を設置し、その事務局を家児相が担当した。

【児童虐待をとりまく状況】

児童福祉法の一部改正により、平成 17 年度からは児童家庭相談に応じることが市町村業務として規定されることとなった。それにより、摂津市においても要保護児童対策地域協議会(以下要対協)での連携の強化が求められることとなった。それでも児童虐待件数は年々増加する一方であり平成 25 年度の全国児童相談所の虐待対応件数は 7 万件をこえ大阪府はその 1 割を占めた。摂津市においても平成 17 年度件数と比べると、平成 27 年度は約 4 倍となっている(表)。児童虐待への関心が高まったことを反映して、近隣・知人による通告や面前 DV による件数が伸びている。



*児童相談所受付数を含む *平成26年1月からきょうだいも受付数に含む

【要保護児童世帯の属性】

地方公共団体は、要保護児童・要支援児童・特定妊婦への適切な支援を図るため要対協を置くこととなった。要保護児童とは、「保護者のない児童、または保護者に監護させることが不適当と認められる児童」である。子どもの安全が脅かされている、家庭教育で子どもが安全ではない等疑いも含め該当する場合、通告の義務がかされている。摂津市が平成27年度新規受理した173事例の概況を以下に示す。

1) 要保護児童世帯はひとり親世帯や生活保護受給世帯の割合が高い。平成 27 年度新規ケース 173 人の中で生活保護受給者は 27 人 (15.6%)、ひとり親世帯 (母子 57 人・父子 5 人) は 62 人 (35.8%) であった。母子家庭かつ生活保護受給児童は 16 人であった。

生活保護受給児童/児童人口	228/13954	2%	受給児童においては、
生活保護受給児童/H27 要保護児童	27/173	15. 6%	9.8倍多い
児童扶養手当受給者/児童人口	1277/13954	9. 2%	ひとり親世帯においては、
児童扶養手当受給者/H27 要保護児童	62/173	35. 8%	3.9 倍多い

- 2) 見守りを要する重症例で平成 27 年度カンファレンスを実施した 28 例のうち、生活保護世帯 19 件、多重債務等の世帯 1 件、ひとり親世帯 3 件で合計 23 世帯を占めた。
- 3)特定妊婦(産後継続支援を要す)では転出入を伴う事例が6割、DVが3割みられた。

【通告対応で出会うお母さんやお父さん、子どもたち】

在宅支援継続事例には、保護者や子ども自身の属性に以下の項目や特徴があげられる。

世帯	生活保護世帯、生活困窮状態、ひとり親世帯 離婚・再婚家庭 借金がある 滞納 狭い賃貸
	警察の介入や逮捕歴のある家族員がいる 地域から孤立、転居を繰り返す 支援につながりにくい
	家族内にキーパーソンがいない 多産 家族構成員がかわる・同居人がいる・他者の頻繁な出入りがある
母親	精神疾患 パーソナリティ 知的障がい 発達障がい 被虐待歴 DV 被害者 中卒 風俗
	パートナーが頻繁にかわる 不適切な養育
父親	失職 歪んだ育児観 多重債務 アルコール DV 加害者 ゲーマー 父性に乏しい 不適切な養育
子ども	発達障がい(ADHD、アスペルガー等) 愛着 支援学級・支援学校 多きょうだい
0~18歳	一時保護・入所歴(きょうだい含む) 生活リズムの乱れ 肥満などの生活習慣病
未満	長期欠席 いきしぶり・不登校 高校中退 夜間高校 ぐ犯

【健康格差社会に何ができるのか】

通告対応で出会った時には既に複合的な課題を家族が抱える場合が多く、単なる養育の支援のレベルではない事が多い。出会う子どもたち、出会うことのない子どもたちを考えると明らかに摂津市域の中で健康格差を実感する。病気に気づかない人、サービスにつながらない人、我が家は変だと思わない人。このような支援が行き届かない、SOSを発信できない方々へ働きかけ、めざしたい健康水準へと底上げをしていくことは、公的責任であるといわれる。危機介入で一時保護や入所に至ることが多いなか、自らの境遇に SOSを発信した中学生にチームで対応し、一時保護・家屋の掃除(いわゆるごみ屋敷であった)、面接を経て母子の再統合に至った事例がある。どういうしくみがあれば地域で重症化する前に行政や支援機関へ声がとどくのか、いわゆる「子どもの貧困」となる層が、連鎖を繰り返さないよう基礎自治体としてできることは何なのか再考する機会としたい。

シンポジウム3 健康格差社会における公衆衛生活動

報告3. 元日雇い労働者の多い地域の訪問看護活動を通してみえる課題

梅田 道子(NPO 訪問看護ステーションひなた)

【はじめに】

活動対象としている大阪市西成区釜ヶ崎(あいりん地区)は高度経済成長の時代において日本最大の日雇い労働者の街であった。その後は、経済不況、提携剤成長時代となり、また労働者の高齢化が進み、活気に満ちた労働者の街が現在は高齢者の街、生活保護受給者の街に変化している。現在、地域の住民は、①住民の8割以上が男性で単身の高齢者、②3人に1人が生活保護受給者、③野宿経験者が多い、④家族と音信不通である、⑤人とのコミュニケーションを苦手とし、隣人との付き合いもなく孤独死や自殺者が多い、⑥住居は3~4畳一間でトイレ、風呂共同と狭い、⑦結核の罹患率が高い(人口10万人に対し、全国17.7人、大阪市41.5人、釜ヶ崎地区426.7人)、また⑧高血圧、糖尿病、悪性新生物(大腸癌、肺がんが多い)、アルコール依存症など、生活習慣病に起因する疾患を有する状況にある。住民の慢性疾患の管理をする認識は高くなく、疾患管理ができている人の割合が少ない状況にある。様々な社会的な要因が複雑に絡み合い、さまざまな健康問題に繋がっている。このような特徴を有する対象者に対する健康支援は行政だけで対応が困難なことは明かである。また、通常の訪問看護事業活動だけで対応することも難しい状況にあった。結核対策を中心として活動していたNPOへルスサポート大阪と連携した活動の経験から、2012年12月に新たに「NPO訪問看護ステーションひなた」を創設して新たな健康支援活動を発展させてきた。

【結果】

2012年12月~2016年5月現在までの訪問看護活動の実績を示す。

- 1) 患者総数:総数132名、男性115名(87%)、女性17名(13%)であった。
- 2) 生活保護者:127名(受給率96%)であった。保険を有する被保険者は5名であった。
- 3)年齢階層:60代44人・70代以上76人。全体の89%が60歳以上であった。
- 4) 野宿経験者:野宿状態からの関わりで受診を機に居宅へ移行したケースは58名(44%)。本人から直接確認できていないが、野宿経験があると思われる方(数日の経験含む)61名(46%)、他13名であった。
- 5) 住居:①持家 4 名 (3%)、②生保で市営住宅 5 名 (4%)、③アパート 4 畳 1 間トイレ・バス付 28 名 (21%)、④6 畳 1 間トイレ・バス付 55 名 (42%)、⑤4~6 畳でトイレのみ 3 名 (2%)、⑥簡易宿泊 所 (以下ドヤ) 30 名 (23%)、⑦長屋 6 名 (5%)、⑧施設 1 名 (1%) であった。
- 6)疾患別:悪性新生物 53 名 (40%)、循環器 19 名 (15%)、呼吸器 7 名 (5%)、内分泌 6 名 (5%)、精神 13 名 (10%)、他 (褥瘡・認知症・神経系等) 34 名 (25%) であった。悪性新生物内訳は、大腸癌 17 名 (32%)、肺癌 9 名 (17%)、胃癌 7 名 (13%)、肝癌 5 名 (9%)、他 (泌尿・腎・血液・皮膚等) 15 名 (29%) であった。
- 7) 死亡数:52名であった。在宅での看取りをした者は20名(38%)、病院で看取りをした者は32名(62%)であった。
- 8) 連携医療機関: 200 床以上 14 病院(大学含む) 27 名、200 床未満 7 病院 41 名、診療所・クリニック 18 医院 52 名、精神科 9 医院 12 人であった。

- 9) 福祉連携機関:介護:23 事業所、支援団体:NPO 生活サポート、NPO 釜ヶ崎支援機構、フランシスコ会ふるさとの家、他 5~6 施設であった。
- 10) 訪問看護以外の事業:健康づくり・見守り支援、地域住民相互のふれあいの場づくりに関する事業等を行い、地域の福祉推進を図ってきた。具体的には、独立行政法人福祉医療機構社会福祉振興助成をうけ、健康相談・居場所づくり・見守り支援・お見舞い支援・散髪・マッサージ等の事業を行ってきた。

【結果のまとめと考察】

対象者は、野宿経験者もしくは経験したと思われる人も含めると 90%が野宿経験者であり 60 歳以上の患者総数の 89%が男性の高齢単身者であった。家族とは音信不通の状況であり、住宅事情はドヤ 30 名全体の 23%で一般的に一部屋当たりの面積は一畳の者で、三畳以下の部屋の者が多かった。狭い部屋で暮らすとイライラしてゆとりがなくなり、気持ちが閉鎖的になる傾向があると言われている。決して健康的で快適な住環境ではない状況にあった。

日本人の男性死亡率は肺がんが1位であるが、当法人が出会ったがん患者さんは大腸癌が占める割合が高かった(32%)。住環境が大きく影響しているのではないか、その中でも特にトイレの問題があるのではないかと最近思っている。ホームレス状態であったり、ドヤに泊まれば、3畳一間でトイレ、風呂、ガス台共同の生活を強いられる状況にあり、そのため便意があっても我慢をしなければならないとか、食事は、食べたり食べなかったり偏った食事内容などが大腸癌の罹患につながっている可能性もあるように思える。

最期をどこで過ごすかについて、訪問看護継続の中で本人が自己決定できる関わりをすることに留意 している。訪問看護以外の事業は、訪問看護の必要はないが、疾病や独居生活による孤独から来る依存 症の予防や、病気を重症化する前に早期発見し治療に繋げたいと考えた予防的見地からのものである。 しかし、この種の事業は単年度事業であり、訪問看護ステーションにおいては収入が不安定であり、財 源的に積極的に行えない弱点がある。

【結論】

病に倒れ入院治療して、はじめて生活保護を受け地域で生きる一つの機会にもなっている。退院と同時に生活保護を受け居宅生活が始まるが、家族とは音信不通であり、地域とのつながりもない、十分な体力の回復に至っていない、生活用品が整っていないなど多くの問題をかかえて居宅生活がはじまる。病気を持ちながらアパートで定住するには、精神的な支え、居住空間の利用・整理整頓の仕方、食生活、飲酒習慣、金銭管理、他者との交流、通院支援など、おせっかいなぐらいの社会的介入が必要である。そういう意味において、依頼のあった対象者に対して訪問看護事業を行うだけでなく、地域の中の孤立している人、社会的支援が必要な人に対して行う地域活動は欠かせない。

今後も、訪問看護事業だけでなく、地域の人々の健康支援に関わる社会貢献活動を継続していこうと 考えている。

新宿の野宿労働者に対する訪問健康相談報告

○中久木 康一、大脇 甲哉 (新宿連絡会・医療班)

【目的】

1994 年 8 月に結成された新宿連絡会においては、1996 年 3 月から医療の対応も定期的に行われるようになり、9 月より月 1 回の定例活動を開始して医療班が形成された。1998 年 2 月 7 日の新宿西ロダンボール村火災の後、1998 年 4 月からは活動の中心は新宿中央公園となり、医療班は、炊き出しにあわせた机出し医療相談を軸に活動を続けてきた。2014 年 4 月より、新宿連絡会は拠点を設置しての炊き出しを廃し、おにぎりを握ってそれぞれの居場所まで持って行く「おにパト」と活動スタイルを改めた。これにあわせ、医療班も「おにパト」に帯同した訪問健康相談とスタイルを変更し、月に1回の活動を継続している。この活動スタイルの変更後の活動を総括し、その変化を考察した。

【方法】

2014年5月より2015年12月まで(22回)の相談記録を集計し、従前の集計結果と比較検討した。また、参加している医療者から、スタイル変更による影響について、個別に意見を聞いた。

【結果と考察】

- 1. 期間中の相談者は 1350 名(1 回平均 61.4 名)、そのうち 1281 名(94.9%)が男性であった。年齢層は、60 代が 44.9%、50 代が 21.5%、70 代が 13.3%と、50~70 代で 8 割を占めた。
- 2. 薬対応は865名(対応者中64.1%,1回平均39.3名)) に対してなされていた。割合として最も多かったのは風邪薬(50.1%)で、次いで胃腸薬(34.4%)であり、鎮痛薬や湿布、軟膏などは、13~16%程度だった。
- 3. 血圧は 433 名(対応者中 32.1%, 1回平均 19.7 名) に計測していた。「正常」だったのは 38.8%であり、33.7%が「高血圧(140/90以上)」、35.8%が「収縮期もしくは拡張期のみ高い」、とされ、「低血圧(100/60以下)」だったのは 1.6%のみであった。
- 4. 個人記録票を作成して診察をしたのは10名のみと激減した。

【結論】

2015年3月までの定点での机出し相談と比較して、男女比や年齢構成に大きな変化は認められていないものの、相談者数は減少した。これに伴い、薬の提供数、血圧の測定数も減少し、個人相談票を作成しての診察数や医療機関への診療情報提供数は激減した。炊き出しを廃止したのは、炊き出しに並ぶ人数が150名~200名程度と減少したこと、および、路上に生活する労働者の多くが、支援制度を利用することに何かしらの問題を抱えており、制度利用による生活再建が困難な方々に絞り込まれてきたことにより、多くが馴染みの顔となり、集団に対する物質的な支援から、ひとりひとりに対する人間関係の構築を目指したからでもある。訪問健康相談においては、お名前などは把握していなくとも、それぞれの方の特徴や健康問題を把握して継続的なサポートをすることが可能となり、路上で生活していくしかない方々に対する地域保健活動とも言いかえることができよう。

なお、新宿連絡会が炊き出しを廃止した後、弁当配布とともに定点での医療相談活動を行う団体ができて月に2回の活動を行っており、これもまた、病院受診が必要な急性疾患の診察数が減っている要因である可能性もある。

尼崎医療生協における無料低額診療事業の利用実態と患者の生活背景

船越 正信 (潮江診療所所長・内科)、福島 哲 (法人専務理事)、 ○杉山 貴士 (法人無料低額診療事業責任者)、黒岩 晴子 (佛教大学・社会福祉学)

【目的】 尼崎医療生活協同組合(以下、尼崎医療生協)は、2009年3月に消費生活協同組合法人として初めて第二種社会福祉事業である無料低額診療事業(以下、無低診)を開始した。低所得者層にとって高額な国保料を完納しても、いざとなったら窓口一部負担金が払えずに、医療を受けることをためらってしまうことが多い。こうした患者は声をあげずにひたすら「がまん」していることがうかがえた。初年度は88世帯149人の利用であった無低診も、2015年度には251世帯421人となり、当初の3倍弱となる患者が無低診の適用することで医療を受けることができている。

本研究は、無低診適用患者の利用実態とともに、患者の生活背景の一端を明らかにすることで、生活環境の改善に向けた方向性を見出すこと目指す。さらに国民皆保険体制の下で、医療保険を活用する無低診適用が増加する実態と、本来活かされるべき国保法第 44 条の窓口一部負担金減免が活かされない現実を事例から見出し、国保法第 44 条活用に向けた方策も合わせて考えていきたい。

【方法】 本研究では、2014年度の無低診適用患者について、主病名、保険種別、収入、生活保護基準 比などの量的調査とともに、協力を得ることができた適用患者へ半構造化インタビューを行い、無低診 利用に至る過程とともに当該患者の生活背景をフェイスシート等でまとめた。

【結果と考察】 量的調査から、①50歳以上の無低診適用者が全体の76%を占めていた。また小学生以下については自治体による福祉医療の適用があり、無低診には該当がなかった。②適用者の80%以上が、いわゆる基準生活費以下の収入であった。③主病名は、いわゆる生活習慣病(成人病)で高血圧症、糖尿病が多く、医療生協病院がリウマチ患者に応需した診療をしていることから、リウマチ患者も少なくなかった。④保険種別では、国保と後期高齢で全体の90%以上を占め、社会保険被用者はわずかでしかなかった。また就労している多くの適用者は国保被保険者という傾向も強く、中高年の非正規雇用者の無低診を活用もうかがえた。さらに、後期高齢者医療被保険者も多く(80人以上/417人)、80歳以上の適用者は43人おり、最年長で100歳となる適用者もいた。

質的調査では抄録提出段階において 6 人にインタビューができたが、そこからの中間的考察として、①国の政策等に大きな影響を受けてきた生活と人生が見えること、②まじめに働いてきた勤労者が低年金や無年金の状況に置かれていること、などが彼らの生活史からうかがえた。さらに、インタビューをした適用者はすべて国保、介護保険料ともに滞納はなく、限られた生活費を適切に管理し、義務を果たす責任感が強いという傾向が見られた。介護サービスは「最低限度」の利用につとめ、とにかく限られた生活費で生計を成り立たせていた。

【結論】 先行研究では、尼崎医療生協と同規模の病院等が量的調査をまとめたものがあるが、主病名や保険種別等の特徴は同じような傾向が見られ、先行研究に重なった。また、インタビューからは、個々の生活史から、生活問題への対応について具体的解決を導く情報が得られないこと(困った時の諸制度に関する情報を知らない)、公営住宅に見られる家賃等の減免制度はあっても、低所得者へのライフライン(水道、電気、ガス)の減免制度がなく、食費は減らせても、ライフラインは滞納しかない状況もうかがえた。電力供給の自由化に伴い、電気料金減免は低所得者への配慮を形にした CSR の一環の位置づけも可能ではないか。

本来は国保第 44 条を活用できれば、上記適用者の無低診活用の必要はないはずである。現状では無低診が生活保護に至る前に捕捉している現状があり、国保法第 44 条の積極活用が必要ではないだろうか。

sugiyama.tak@amagasaki.coop

S3 関連演題 I -2-3

在日ネパール人を対象とした無料健康相談会

○スレスタ サントス、大野 義一朗(東葛病院・消化器外科)

【背景】

日本は医療先進国である。しかし、このすばらしい医療の恩恵を受けられない人たちも多くいる。在 日ネパール人を含む外国人がその一部を占めている。

【目的】

近年在日ネパール人の人口は増加している。彼らの日本での生活をより健康的にするために健康相談 会を行った。

【方法】

当院から全面的なサポートを確保した。プロジェクトのパンフレットを作成し近隣の会社や学校に配布した。近隣の多くのネパール人は飲食業に従事しており、週末は忙しく、健康相談会に来られないことが予測されたので、4月第2月曜日(ネパール暦の正月)の午後14:00~16:00とした。会場は駅から近い当院の診療所とし、医者2人、看護師2人、事務2人の6人体制で健康診断を行った。内容は問診、尿検査、身長・体重測定、血圧測定を施行し、その結果をもとに、個別に相談を行った。

【結果】

場所:千葉県東葛地域(流山市、人口約17万人;松戸市、人口約48万人;柏市、人口約41万人) 参加人数:11人(男/女=6/5、平均年齢=33歳(4~46歳))

職業:飲食業5人、専業主婦4人、学生1人、子供1人 月収:10~15万円

健康保険:無保険8人(無保険率73%)、社会保険0人、国民保険3人

通院・治療歴:なし(理由:言葉がわからない9人、保険がない8人、医療費が高い11人)

健康上問題が認められたもの:5 人(高血圧症、糖尿病、胃炎、肥満、不眠症)、有病率 45%。うち 3 人が要受診(一人は健康保険あり、2 人無保険で市役所に国民健康保険を申請し、その後病院受診)、内服治療中。2 人は食生活指導を行った。

【考察】

少人数の健康相談会でも健康問題を抱えている多くが集まった。その背景にあるのが労働環境の悪さ (低賃金・無保険)であった。さらに、言葉の壁や高い医療費が医療へのアクセスを困難にしていた。 近年日本は格差問題が大きな問題になっている。日本人の中でも医療へアクセスができない人が増え ている。とりわけ、マイノリティーである外国人にこのような問題が凝縮し、より顕著に見えたのであ ろうと思われる。

【まとめ】

在日ネパール人の実態が明確になった。彼らが健康でいい生活を送っていただくために以下の課題に 取り込まなければいけない。

- ①労働環境の改善、そのために当該役所への働きかけ。
- ②ネパール人そのものが言葉を勉強し、自立を図る。そのため、日本語教室の開催。
- ③Health promotion project (生活指導、疾患の勉強会、健診の重要性など)。

糖尿病受療率についての生態学的研究(第1報):受療を妨げる国民健康保険の延滞とその背景

○榎宏朗(健和会 臨床疫学研究所)、横山綾香(健和会 みさと健和病院)、眞鍋克博(帝京科学大学)、 片平冽彦(健和会 臨床社会薬学研究所)、宮崎康(健和会 みさと健和クリニック)

【目的】

糖尿病は放置し病態が悪化すると腎症や網膜症等の合併症を発症する。近年の研究では認知症との関連も指摘されている。このことからも、早期発見・早期受療が望ましい。しかし、全日本民医連の「経済的事由による手遅れ死亡事例調査」の資料には、失業などによる経済的困窮によって保険料が払えなくなり延滞し無保険者となった結果、受療できずに病態を悪化させて死に至るという事例が数多く報告されている。このような事例は偶発的に発生したものなのであろうか。社会疫学の領域における海外からの報告では、低い社会経済地位と糖尿病に関する実証的な研究報告が数多くなされている。我が国においての問題について分析を行った研究は数少ない。そこで今回は第一報として 2011 年の患者調査にある都道府県別の糖尿病受療率(入院・外来)と国民健康保険の加入者における延滞率、および経済、社会資源の関連について分析を行った。

【方法】

都道府県別の糖尿病受療率(入院・外来)と国民健康保険(加入者における延滞率)と地域の経済の状況を示すと考えられる完全失業率、企業倒産件数、および、地域の社会資源の状況を示すと考えられる人口 10 万人あたりの医師数、住民 1 人当りの民生費投資額(計算式:民生費÷住民基本台帳人口)とのピアソンの積率相関係数を算出した。有意水準は 5%とした。

【結果と考察】

国民健康保険の延滞率が高い都道府県では外来の受療率が有意に低かった。都道府県の経済状況を示 すと考えられる完全失業率と企業倒産件数は糖尿病受療率と直接の関連が示されなかった。しかし、事 例の中の失業者や経済的弱者は、病人にはなっても、患者になれない、つまり、医療機関を受診できな いという事情が事実として現れており、このことを検証するためにより重症化した合併症との関連研究 が必要であろう。完全失業率と企業倒産件数は国民健康保険の延滞率とは正の関連を示した。失業率と 企業倒産件数の高さは県内の厳しい経済状況を示していると考えられる。倒産や失業などが多い地域の 厳しい経済状況の中でこれらによって生計の糧を失い家計が悪化した結果、国民健康保険料の延滞につ ながっていると考えられる。また、国民健康保険は前年度の所得を元にして算出されており、前年度は 就業していたが失業によって収入を失った場合、減免などの措置は条例によって様々であり、減免の条 件が厳しい地域では高額で負担しきれない場合もあることから、これらが延滞の一因になっているとも 考えられよう。人口 10 万人あたりの医師数は受療率(入院・外来)と有意な正の関連を示した。地域 における社会保障の充実度を示す指標である住民1人当りの民生費投資額(計算式:民生費÷住民基本 台帳人口)は受療率(外来)と有意な正の関連を示した。都道府県の民生費は生活保護・高齢者福祉・ 障害者福祉・児童福祉・母子福祉に関する費用のほかに国民健康保険・介護保険特別会計への繰出金と しても使われている。民生費のうち国民健康保険事業への負担が多ければ国民健康保険料額の負担は少 なくなる。このことも反映されて住民1人当りの民生費投資額が高い都道府県では国民健康保険料の延 滞率が低い傾向を示していると考えられる。また、医師数は受療の機会やアクセサビリティーの点から このような結果につながったと考えられる。

【結論】

以上の結果から、手遅れ事例という悲劇は偶発的ではなく、被害者の置かれている背景にある全国的な傾向をという環境要因によって引き起こされていると考えられる。また、地域のおける福祉の充実や 医師数に代表される医療機関の充実はこれらの悲劇を抑止することが期待されると考えられる。

シンポジウム 4

老年期を迎える障害者の現状と課題

座長 白星 伸一(佛教大学保健医療技術学部)、辻村 裕次(滋賀医科大学 社会医学講座)

企画趣旨

障害者の総数は、厚生労働省調査によると 2011 年には 787.9 万人であり、そのうち 50%は 65 歳以上に達しているといわれている。昨年には「障害者の高齢化に関する課題検討報告」が出され、障害福祉サービスと介護保険制度の関係性の問題や具体的な当事者からの要望などが示されている。

我々の調査からは肢体障害を抱える被害者の多くに『二次障害』と考えらえる症状が発生していることが分かり、加齢のみならず、生活や労働の物理的・社会的環境に影響されていると推定された。特に、40~50代から『二次障害』と考えられる心身の変化が現れ、さらに、高齢期を迎えると障害の悪化が多くの事例で認められた。しかし、現状ではその実態把握さえ十分と言えず、障害者の高齢化により生じる多様な課題(社会資源の確保、法制度の整備、情報提供・教育など行政サービスの在り方、身体機能維持・増進、生活環境の整備など)を整理し、その対応策について検討することが急務である。

本会では、老年期を迎える障害者に対して、適切なサービスや支援が提供されて健康で安寧な暮らしが保障されるために必要な包括的かつ総合的対応を構築することを目的に、現状の課題を明らかにし、対応の方向性を議論すべく、シンポジウムを企画した。

基調講演 障がい者の高齢化と支援の課題

佛教大学・社会福祉学部 植田 章

老年期を迎える障がい者の社会保障として、障害者総合支援法と介護保険制度という2つの枠組みがあるが、必ずしもうまく利用または移行できているわけではない。障がい者の身体的・社会的特性と社会保障を詳しく把握できている立場から、どのような支援が必要であるかを包括的にご報告いただく。

1. 老年期を迎える肢体障がい者が抱える課題

佛教大学・保健医療技術学部 白星 伸一

様々な特性をもつ肢体障がい者に対して、二次障害予防のための調査と介入を続けてきた。それらの 結果から見えてきた障がい者の現状について、報告する。

2. 障害者の高齢化について ~当センター事業からみえてきたもの~

滋賀県立リハビリテーションセンター 梅居 奈央

滋賀県立リハビリテーションセンターでは、開設当初より、主に身体障害のある方を対象に、県下で 二次障害予防のための取り組みを実施してきた。今回、事業を実施した経験から、"障害者の高齢化" に焦点を当てて、ご報告いただく。

シンポジウム4 老年期を迎える障害者の現状と課題

障がい者の高齢化と支援の課題

植田 章 (佛教大学·社会福祉学部)

高齢社会における障がい者問題の固有の意味と課題を究明する

人間としての尊厳が保障され、かつ高齢期に相応しい生活づくりへの挑戦は、青年・成人期実践を土台にして、新たな障がい者福祉分野での実践を切り拓いていくことに結びつくものである。高齢社会における障がい者問題の固有の意味と課題を究明することと、そこを担う職員の専門性の確立、専門家集団の育成と制度的な基盤の拡充が求められている。

若い時に比べて明らかに心身の機能は低下する

知的障がい者も年を取れば、若い時に比べて明らかに心身の機能が低下する。日中活動においても集中力が低下したり、外出や行事の参加で体調を崩したり、日常生活動作においても移動や着替えに時間がかかるなどの変化があらわれる。また、40代を節目に様々な生活習慣病や合併症に罹り、受診の機会も増える。ダウン症者では、「退行」と見られる姿が確認できるようになったり、早い時期に認知症を発症したりする事例も多い。

介護保険サービスを一律に優先させるには困難がある

障害者総合支援法の見直しでは、65歳以上の障がい者に対しては、基本的に「介護保険優先」という考えが示されている。しかし、介護保険に移行した場合の利用料負担が、厚労省の調査でも約9.3倍となる結果を受け、障害福祉サービスと同等の介護保険サービス(居宅介護・生活介護・シュートスティ等)に移行した場合、高額障害福祉サービス費助成の制度を拡大して、償還払いでその負担分を補助する内容の提案を行っている。ただし、利用料補助と同等サービスの利用実績期間や対象支援区分(就労継続Bの人は介護保険に移行しても利用料負担軽減はない)等の詳細は、今後の政省令で定めるものとされており、まだ不明な点も多い。

他にも、入所施設やグループホーム等からの地域移行に関して「巡回型訪問サービス」が創設されたり、厚生労働省内に設置されている「新たな福祉サービスのシステムのあり方検討」プロジェクトチームでは、「地域の実情に合った総合的な福祉サービスの提供に向けたガイドライン(概要)」が示されている。

家族も含めて生活を総合的に支援する仕組みが必要

65 歳未満の障がい者は親と同居し、生活をともにする者が多い。知的障がい者は90.7%、精神障がい者は65.7%を占める。親による支援は、生活全般にわたっており、「親亡き後」は生活を総合的に支援する者が失われることになる。家族が高齢期になって稼得所得から年金生活へ移行し、世帯収入が減少しても、障がい者本人にかかる支出は削減されるどころか増えることが多く、このことが問題になっている。また、十数年前に自治体財源の縮小とあわせて提起された「脱施設化」計画により、入所施設から地域生活への移行が進められてきた。しかし、障がい者・家族の高齢化により入所施設への待機者数は増加している。介護者不在などで生活の場を失った人たちは、ロングショートで暮らさざるを得ない現実がある。

知的障がい者の加齢変化の特徴

死亡率が 10~40 歳にかけての年齢層で高い(成人までは一般人口よりも、2~5 倍)。死亡率の高さは、脳障がいに伴って知的機能以外の脳機能に関係した生活上の不利益が起因しているのではないかと考えられる。循環器系や内分泌系等の生活習慣病も 40 代を節目にリスクが高い。ダウン症もウェルナー症候群やターナー症候群と同様に早老症候群の一つであるが、障がいそのものが確実に老いを早める。また、ダウン症には、個人差はあれ特有の心理学的機構に起因する「退行現象」が見られる場合もある。高齢期になっても自立的で発達的な存在であることは確かではあるが、生活体験・社会経験の幅の狭さが、知識や判断力を獲得し蓄積していくことを大きく妨げてきたことは否めない。

障がいのある人たちのライフコースは、障がいの程度や原因疾患だけでなく、様々な社会環境因子に大きく規定されながらも、障がいのない人たちとは異なるコースを辿る。また、心身機能の低下は、65歳以前からみられる者も多い。脳性まひ者の場合も、労働環境、生活行動面での負担が加齢を促進し、『二次障がい』に拍車をかける。

知的障害者の健康上の課題

基礎疾患の病状の変化や二次的な合併症、新たな生活習慣病の発症など健康上の問題には、生活習慣病の予防と健康管理が課題になる。「これ以上悪くさせない」という視点からの予防的なアプローチが必要であり、健康診断等で行われる検尿・血液検査の経年的な把握と日常的に行っている血圧測定といったバイタルチェックに加えて、排泄や生理の状況、体重の変化、日常生活動作から見る体力の低下といったわずかな変化を把握していかなければならない。

認知症に関しては、知的障がい者の場合には認知症にかかる前から認知機能・精神機能に弱さがあるため、現在の状態が認知症によるものか知的障がいによるものかを区別する必要がある。また、様々な疾病において早期発見が重要なように、認知症もできるだけ早期に発見し、対応していかなければならない。ダウン症の場合、初期段階では、活動性の低下、疲れやすい、動作の緩慢、以前には見られなかったてんかん発作の出現、失禁などがある。これらの行動の変化は、認知症以外の原因(うつ病、感覚器官異常、甲状腺機能低下症、脳血管障害などの脳の器質的な病気)により起こることもあるので見極めが大切である。

生まれた時から障がいとともに生き、さらに、老いに伴う身体的・精神的な変化、病気の発見の遅れ や治療困難からもたらされる仲間の壮絶な死を前にして、障がいのある人たちの人生がいかに厳しいか ということを一人ひとりの老いの姿から学んでいかなければならない。

シンポジウム4 老年期を迎える障害者の現状と課題

老年期を迎える肢体障がい者が抱える課題 一訪問調査・介入結果からの検討ー

白星 伸一 (佛教大学 保健医療技術学部 理学療法学科)

【背景と目的】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。本発表では、我々が実施した調査結果を紹介し、障がい者の高齢化により生じる多様な課題に対する介入を検討することで、安寧な暮らしが保障されるために必要な包括的かつ総合的対応の方向性を見出すことを目的とする。

【訪問調査事例から見えてきた課題例】

①「家でのリハビリはどうしたらいいのか?」

在宅でのサービス制度の活用について情報提供が必要である.

- → 介護保険対象外の65歳未満の人は介護保険制度による訪問リハビリテーションを利用できない. しかし,訪問マッサージ制度を活用し,連携を図ることで機能改善が得ることができた.現行制度を有効活用するための情報提供と連携体制の構築が必要である.
- ②「階段昇降機が故障した. どうしたらいいのか?」

福祉用具制度の活用について相談窓口が少なく、有効な情報を得にくい、

- → 設置後長期間経過した機器が故障した際に、修理や購入に関する制度に関する正確な情報を得る ための公的機関が少なく、耐用年数を過ぎた機器に関しては新規購入が可能であることを知るま でに複数機関に相談に行かなくてはならなかった、相談窓口の拡充が必要である。
- ③「電動車いすの交付許可がでない. どうしたらいいのか?」

身体機能低下により新規の福祉用具が必要であったが, 交付条件を満たせず申請許可が出なかった.

- → 身体機能に応じた自助具の使用により、交付条件を満たすことができた.身体機能に応じた対応 策を提案できる専門家の支援が必要である.
- ④「腰痛が強くなっている、どうしたらいいのか?」

作業による身体負担が大きいことはわかっていたが、事業所職員だけでは対応策が見いだせない。

- → 多職種による介入の結果、身体負担を低減することができた。作業に対する個々の運動課題が異なるため二次障害予防対策を実施するにあたり各専門家(医師、看護師、保健師、理学・作業療法士、人間工学研究者など)が身体特性と作業状況、作業環境を評価し、負担軽減策を立案・実施することが必要である。
- ⑤「食事のとき、むせる回数が多い、どうしたらいいのか?」

介護者にも負担の少ない日常生活活動方法,介助方法の検討が不可欠である.

→ 事業所職員は、食事介助方法が適切かどうか判断ができないまま試行錯誤を繰り返していが、むせが増え、誤嚥の危険性があった。そこで、医療機関と連携を図り、専門家から直接指導を受けた。さらに、介助者の身体負担も軽減できる方法を検討することで、安全かつ適正な介助が可能となった。関係機関との連携体制の整備が必要である。

【まとめ】以上のような事例介入の経験を踏まえ、社会資源の確保、法制度の整備、情報提供・教育など行政サービスの在り方、身体機能維持・増進、生活環境の整備など障がい者の高齢化により生じる多様な課題について検討する.

(資料)

中高年障害者の生活支援

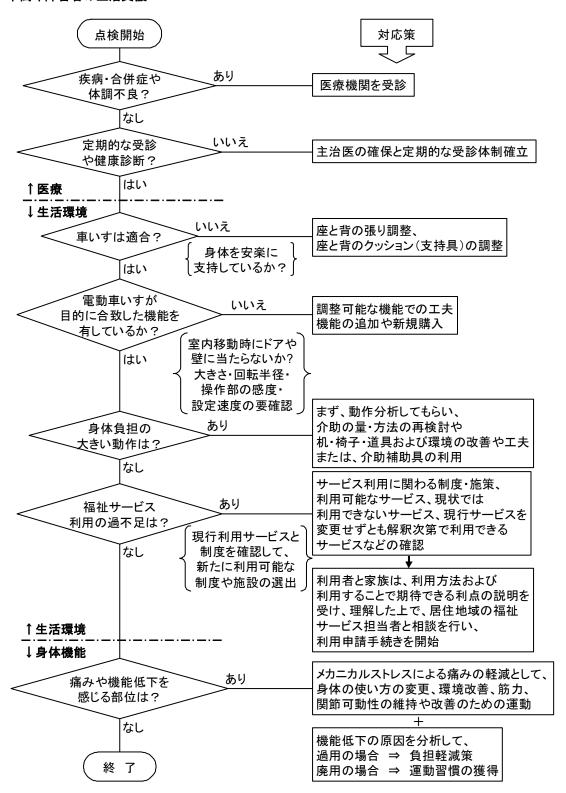


図. 中高年肢体障害者の二次障害予防・生活の質維持・身体機能低下防止のための点検項目と対策(科学研究費助成事業:

「就労障害者の二次障害予防 ―作業負担軽減事例の集積と予防マニュアルの作成―」

研究成果報告書より)

シンポジウム4 老年期を迎える障害者の現状と課題

障害者の高齢化について ~当センター事業からみえてきたもの~

梅居 奈央 (滋賀県立リハビリテーションセンター)

【はじめに】

二次障害とは、障害者にみられる既存の障害の憎悪または新たに発現した障害のことで既存の障害や加齢の影響のみならず、その障害者のおかれている生活・労働の環境によって引き起こされることもある。

滋賀県立リハビリテーションセンターでは、開設当初より主に身体障害のある方を対象に二次障害予防のための取り組みを実施してきた。今回、事業を実施した経験から、"障害者の高齢化"に焦点を当てて報告する。

【事業概要】

相談などがあった事業所に理学療法士・作業療法士が訪問し、事業所職員が支援に困っている方を対象に身体・認知・遂行機能や作業能力などの面から評価し、作業および就労環境の整備や職務内容の提案、二次障害予防に向けた体のメンテナンス方法(体操)の指導などを行っている。また、職員に対する理解を促すことを目的に、事業所に出向いて研修会を実施している。

【事業結果】

- ① 件数:訪問21ヶ所、訪問人数:193名
- ② 相談内容:肩こり・腰痛・環境調整などの相談が多い。

【課題】

- ・加齢に伴う身体機能の低下はもちろん、高血圧や糖尿病などの発病により医療機関に定期的に通院する必要がある利用者も多い。しかしながら、日常生活の注意点や仕事量の負荷の配慮をどう行えばよいのか、本人・支援者職員では把握しきれていない事が多い。
- ・65 歳以上の障害高齢者が増加傾向であるが、青年期より過ごしている事業所を中心としたコミュニティー・日常生活が形成されているために、介護予防や介護保険サービスが目指す地域での活動や社会参加への土壌がなく、介護保険サービスへの移行が難しい。
- ・障害高齢者の家族の高齢化や障害福祉サービスの支援者に、介護保険サービスの情報や知識が十分でなく、高齢障害者に対して介護保険に積極的になれない。
- ・二次障害の予防という観点やチェックを受ける機会がない。
- ・障害福祉サービスの生活介護において、日中活動をする場であったはずが、今まであまり考えること のなかった「看取り」を考えることもある。人員体制や救急車を呼ぶのか、本人が延命を望んでいる のか、高齢者介護施設で行うような検討をしなければならないケースもある。

子の障がいの原因をめぐる母親たちの苦悩: 「わからなさ」への苛立ちと「わかってしまう」ことへの恐れ

○木村 美也子(聖マリアンナ医科大学・予防医学)

【目的】本研究では、子の障がいの原因が特定可能か否かにより妊婦にもたらされる情報にどのような違いがあるのかを、発達障がい児とダウン症児の母親の比較から記述的に明らかにすることを目的とした。

【方法】全国の障害児の親の会の協力を得、2016年1月~3月に障害児を養育している母親2311人に自記式質問紙を配布(または親の会から郵送)し、1132人から回答を得た(回収率49.0%)。今回は20歳未満のダウン症児をもつ母親148名と自閉症・広汎性発達障害など発達障がい児をもつ母親600名を分析対象とした。

【結果と考察】まず、妊娠中の子の障がいの可能性についてであるが、発達障がいの多くは原因を特定することが不可能である上、確定診断も生後数年を経て行われることが一般的であり、当然のことながら妊娠中に発達障がいとの情報がもたらされたケースはみられなかった。しかしながら、発達障がい児の母親のうち54名(9%)が妊娠中に通常の超音波検診で「赤ちゃんに心配な点がある」と言われ、「胎児の頭部が大きい」(9名)、「胎児が小さい」(9名)、「羊水に異常」(7名)などの指摘を受けていた。また9名(1.5%)がより詳しい検査が必要と医師に言われ、「先天性異常によるものかどうかの検査をした方が良い」(2名)、「羊水検査が必要」(1名)との指摘を受け、うち2名は出生前診断の結果「病気や障がいの可能性がある」と告げられていた。従って、発達障がいと特定はできなくとも、妊娠中に何らかの異常や障がいの可能性を指摘される場合もあるといえよう。

また、発達障がい児の母親のうち、出産時に帝王切開など思いがけないことが起こったと回答した者は260名(43.3%)に上り、「自閉症は先天性の障がいと言われているが、出生時のトラブルがなければ障がいがなかったかもという思いはずっとある。」(17歳、自閉症女子母)、「陣痛促進剤や吸引分娩は脳にダメージを与えることがあるのか。自閉症は先天的なものだと思っていたが出産時の分娩の仕方で後天的に起こることもあるのか知りたい。」(13歳、自閉症男子母)など、出産時の医療行為を発達障がいの発症原因と関連付けている自由記述が多数みられた。これは"先天性の障がい"という情報を得てはいても、その原因が特定できないことから"出産時までは健常だったかもしれない"という疑念を否定し切れないためではないかと考えられた。

一方、ダウン症児の母親のうち 26 名(17.8%)が妊娠中の超音波検査で「赤ちゃんに心配な点がある」と言われ、「手足が短い小さい」(10 名)、「心疾患の可能性」(6 名)、「首の後ろに異常」(2 名)、「羊水に異常」(4 名)などの指摘を受けていたが、「ダウン症の可能性がある」と指摘された母親も 2 名みられた。またダウン症児の母親のうち 19 名(13.0%)が何らかの出生前診断を受けていたが、6 名が「病気や障がいの可能性がある」とされたものの、半数の 9 名は特に問題はないと告げられていた。ダウン症は染色体異常が原因とされ、出生前診断が可能な障がいではあるが、今回の結果から必ずしも医師から確定診断が可能な羊水検査を勧められるわけではないことが明らかになった。また医師が出生前診断に対して否定的で、検査を受けられなかったというケースもみられた。そして、子の障がいの情報を得たことにより不安が一層高まることも考えられ、実際に羊水検査で陽性であった母親の自由記述からは「結果、何ひとついいことはなく、そんな検査は不要だと思いました。妊娠中に夫や夫の家族の気持ちが離れて行ってしまったことが辛かったし、一人で育てる覚悟を固めていました」といった「わかってしまう」ことの辛さが表出されていた。反対に、出生前診断を受けなかったダウン症児の母親の自由記述には、「周囲から"出生前検査を受けなかったのか"なぜその歳になって産んだのか"など色々言われ、謝り続けてきました。」など、「出生前診断が可能な障がい」と社会的に認識されているが故の苦悩が記されていた。

いわゆる新型出生前診断の普及などにより、我が国においても出生前診断のハードルは低くなりつつあるが、妊婦の気持ちに寄り添った情報提供、出生前検査の実施及び出産時の対応に対する丁寧な説明が望まれる。

*本研究は JSPS 科研費 26380716 の助成を受けて実施された。 E-mail; mkimura@marianna-u.ac.jp

就労移行支援事業とは何か ~概要と実際の支援の現状と課題~

○田中 庸介 (ウェルビー株式会社)

【はじめに】

就労移行支援事業は2006年に施行された障害者総合支援法(旧:障害者自立支援法)において定められた就労支援事業の1つである。就労移行支援では通所によるサービスを原則としつつ、一般就労等を希望する障害者に対して、事業所における訓練を通して知識・能力の向上、実習・職場探し等を通じ、ひとりひとりの適性に合った職場への就職支援を実施する。標準利用期間は原則24ヶ月であり、当期間内では個別支援計画に則ったサービスが提供され、一般就労後は職場への定着支援を行う。このように訓練、就職支援、定着支援と一貫して支援を行うが、就労支援事業所単独ではなく、就労段階の各ステージにおいて病院・クリニック等の医療機関、障害者就業・生活支援センター等の支援機関との連携を図り、多角的な支援の実現を目指している。結果として、1人でも多くの障害者に、成長と活躍の場を創出するべく、就労移行支援を通して経済的な自立と社会貢献に繋げることを狙いとしている。

【問題意識と目的】

就労移行支援事業の歴史は浅く、就労移行支援事業の近接領域には就労継続支援事業(A型、B型)も存在し、一般に就労移行支援事業の実際が認知されているとは言い難い。はじめにでも述べた通り、各関係機関との連携を深めることで、より質の高い支援へと結び付けられることが必要。就労移行支援事業所の取り組み・役割を医療・福祉・保健行政関係の方々に理解を深めていただくために現状と課題を明らかにする。

【方法】

- ・障がい者総合支援法とは
- ・就労移行支援事業、就労継続支援事業(A型、B型)の違いについて
- ・会社概要、センターの利用状況
- ・支援の取り組み ~事例紹介~

【結果と考察】

多くの事例において、就労移行支援事業所のみの支援では障害者ひとりひとりの適性に合う職場への 就労・定着支援が困難であることは明らかである。例えば、症状安定のために利用者との通院同行を通 して医療機関と連携を図る、就労準備性の整った利用者に対して支援機関と連携を図り職場実習機会を 設けるといったように、質の高い支援を実現するためにも各関係機関との密な連携は不可欠である。医 療・福祉・保健行政関係の方々が就労移行支援事業との連携を取りやすくするためにも、就労移行支援 事業の現状や取り組みについて正確な情報の積極的な周知活動実施が求められる。しかし、就労移行支援 援事業に関する事例・知見は十分集積されているとは言い難いため、より明確に就労移行支援事業の立 場を示すためにもデータの蓄積も大きな課題であると考えられる。

【結論】

より質の高い支援を実現するためにも各関係機関へ就労移行支援事業の周知活動を実施し、理解を深めていただいた上での連携が重要となる。様々な関係機関との協力体制を確立することにより、働きたいという気持ちを持つ障害者の社会復帰促進、法定雇用率向上への寄与など就労移行支援事業として役割を担う必要がある。

筆頭発表者 E-mail: y.tanaka@welbe.co.jp

\$4 関連演題 Ⅱ -4-3

在宅高齢片麻痺者の廃用症候群に対する予防福祉学的アプローチ (第2報)

○眞鍋 克博(帝京科学大学)、榎 宏朗(健和会 臨床・社会薬学研究所)、宮下 智(帝京科学大学)、 篠原 直孝(柳原リハビリテーション病院)、片平 洌彦(健和会 臨床・社会薬学研究所)

【目的】廃用症候群や糖尿病の予防には、一時的な治療や運動よりも継続した日常生活における姿勢・動作の在り方や生活様式に対する介入の方が効果的である。日常生活における姿勢・動作について生活活動度計を用い計測し客観的に把握しようとする研究は最近漸く行われるようになってきたが、在宅高齢片麻痺者を対象とした研究は少ない。また、支援の場で逐次生活活動度計を用い臨床活用するのは、時間的制限や測定日の選定、機材等の資源の不足の理由からその障壁が大きい。もし、アセスメントにおいて利用される既存の指標から現在の日常の姿勢・動作時間や潜在的な可能性を推定・把握することができれば有効な支援に結びつけることができるであろう。そこで本研究は、在宅高齢片麻痺者の日中における姿勢・動作の合計時間と日常生活活動度(Barthel Index: BI)と Elderly Status Assessment Set(E-SAS: JPTA版)との関連性について検討した。

【方法】対象者は、本研究の主旨に同意した在宅に居住する訪問リハ・サービス利用者で高次脳機能障害等により日常生活に支障がなくまたそれに影響を及ぼす薬物を服用していない維持期の脳卒中片麻痺者 30 名である (男性:21 名、女性:9 名、平均年齢:70.5±3.7歳)。対象者の日中の生活時間を生活活動度計 (Activity Monitoring and Evaluation System: A-MES™)を用いて歩行・立位・車椅子・座位・臥位の姿勢・動作時間を計測した。計測回数は一人あたり 2 回(2 日間)、計測時間は午前 9 時~午後 5 時までの 8 時間とした。測定日の条件としては①身体運動の活動性が制限されないような温暖な日、②雨天でない日、③気温はおよそ17℃以上、④大きなイベントがない毎日繰り返されるごく普通の日、⑤訪問リハ・サービスを利用しない日とした。上記の時間は専用の解析ソフトによりすべて秒に換算し、各姿勢・動作を保持している時間を合算し総時間として算出した。A-MES による計測の他に質問紙による調査を行った。調査した事項は対象者の属性に関する項目(年齢・性別・要介護度)と生活活動機能(日常生活自立度、Barthel Index)と感覚・意欲・心理的要因についての評価(E-SAS)を実施した。日常生活自立度は最軽度のランク J から最重度のランク C までの8段階に区分し、最軽度ランク J-1を基準の1点として、重度化するに連れて1点加算し得点化をはかった。E-SAS の各項目について、a.生活の広がり (LSA)、b.ころばない自信 (FES)、c. 歩くチカラ (TUG)、d.連続歩行距離、e.人とのつながり、f.入浴動作の6項目とした。

各姿勢・動作の総時間と生活活動機能と E-SAS の各指標との関連を分析するためにまず Spearman の積率 相関係数を算出し単相関分析を行った。次にそれぞれの姿勢・動作の総時間と最も適合する指標を明らかに するために、それぞれの姿勢・動作の総時間を従属変数とし、前記の分析で有意な関連を示した生活活動機能と E-SAS を独立変数とした重回帰分析を STEPWISE 法で行った。重回帰分析では多重共線性の問題を予防するために相関係数の高い (r>0.7) 変数同士は片方の変数を外して分析した。また、併せて VIF も確認した。 いずれの分析においても有意水準を 5%と設定した。研究実施に際して国際医療福祉大学倫理審査委員会の承認 (11-116) を得た。

【結果と考察】歩行総時間は BI、LSA、FES、休まず歩ける距離とそれぞれ有意な正の関連を示し、日常生活自立度、TUG とは有意な負の関連を示した。立位総時間は BI、LSA、自宅での入浴動作と有意な正の関連を示し、日常生活自立度、TUG とは有意な負の関連を示した。車椅子総時間は TUG と有意な正の関連を示し、BI、FES、自宅での入浴動作、休まず歩ける距離と有意な負の関連を示した。総座位時間は BI、FES と有意な負の関連を示した。総队位時間はいずれの変数とも有意な関連を示さなかった。各姿勢時間を従属変数とする重回帰分析の結果、歩行総時間では日常生活自立度、LSA と TUG が採択された。立位総時間では、LSA が採択された。車椅子総時間では B I が採択された。座位総時間では FES が採択された。これらの結果は、既存のアセスメント指標と合理的な整合性をもつ。

【結論】本研究結果から既存のアセスメント指標から現在の日常の姿勢・動作時間や潜在的な生活活動範囲 を推定・把握することができる可能性のあることが示唆された。

車椅子バスケットボールにおける車いす駆動時の座圧調査

○白星 伸一 (佛教大学・保健医療技術学部)

【目的】脊髄損傷者の合併症の中で、日常生活動作を低下させる主な要因として褥瘡が挙げられる。褥瘡予防として、車いすバスケットボールなど運動習慣を持つことを推奨する報告がある一方で、運動中の負荷により褥瘡のリスクが高まるとの見解も示されている。そこで本研究では、実際の車椅子駆動時にかかる座圧を計測し、褥瘡リスクの有無を分析し、障害予防のための指標とすることを目的とした。【対象と方法】K市、S県の車椅子バスケットボールチームに所属する脊髄損傷者 10 名(年齢:41.7 井13.7 芹、世間・思性 10 名)、東いす駆動は直線・回転表行・スラロール表行の2条件とした。各条件

土13.7歳、性別:男性10名)。車いす駆動は直線・回転走行・スラローム走行の3条件とした。各条件とも3回ずつ計測した。測定距離は7mとした。座圧計測は東海ゴム社製座圧計測装置を用いた。各条件下で最大圧平均値と最大座圧位置を分析した。最大座圧は圧集中部位を抽出するために左右方向において X0~X15、前後方向においては Y0~Y15 に座面を 256 分割し、最大圧がかかっている部位を分析した。計測にあたり対象者に実験の目的、内容等を十分に説明し、対象者の同意を得て行った。尚、本調査は佛教大学人を対象とする研究倫理委員会の承認を得て実施した(承認番号 H24-19)。

【結果】最大圧平均値はスラローム走行 168.00 mmHg、回転走行 164.37 mmHg、直線 104.73 mmHg であった。尚、静止時は 141.16 mmHg であった。また、被験者の脊髄損傷レベルが低位であるほど、座圧が高値になる傾向が見られた。各被験者の結果と最大座圧位置を表 1 に示す。

【考察】被験者 10 名の内 7 名が安静時最大圧平均値 140 mmHg 以上あり、安静時座位であってもすでに褥瘡リスクが高い状態にあると言える。これは車椅子バスケット用固定ベルトを使用していることが一因と考えられる。また、走行条件間で比較するとスラローム走行が最も高値となった。これはカーブを行う際に、重心を一側に移しながら減加速を瞬時に行うため殿部への圧が増加したと考えられる。また、脊髄損傷レベルが低位であるほど座圧が高値になる傾向が見られた。損傷レベルが低位である人は上肢・体幹機能が残存しているため減加速の調節を急激に行うことが要因として推察される。直線走行時が安静時より低値になった要因として駆動の際に上肢への荷重により座圧が減少したと考えられる。

【結語】今回の調査では、理想的な座圧調節ができているのは1名のみであり、9名はいずれかの条件において非常に座圧が高い状態にあることがわかった。この背景には、余暇に用いる車いすの交付制度とメンテナンス制度の未整備が挙げられる。人生の質を高めるためにスポーツ活動など余暇の充実は不可欠であるが、健康維持のために安全に楽しく活動できるよう支援体制の構築が望まれる。

	表 1 最大压平	习他(単位:mmH	g)と最大座圧位直	
被験者	静止座位	直線	スラローム	回転
1	77.3(X03Y10)	82.7(X13Y10)	178.3(X14Y08)	192(X14Y08)
2	176.3(X15Y02)	84(X14Y10)	175.7(X14Y9)	172.3(X14Y09)
3	150.7(X02Y02)	130.3(X03Y11)	200(X04Y11)	191.3(X14Y10)
4	200(X09Y12)	78.3(X13Y10)	125.3(X10Y13)	119.7(X10Y13)
5	142(X11Y12)	82.3(X05Y11)	147.7(X10Y12)	122.7(X12Y11)
6	78.3(X03Y10)	71.3(X02Y14)	139(X10Y12)	111.3(X13Y09)
7	100(X04Y14)	164.7(X15Y12)	134(X13Y13)	177(X15Y15)
8	147(X05Y11)	89.7(X3Y11)	200(X05Y11)	177.7(X12Y02)
9	200(X09Y12)	132(X14Y12)	200(X13Y11)	200(X13Y12)
10	142(X11Y12)	132(X11Y11)	180(X11Y12)	180.7(X12Y11)
平均	141.16	104.73	168	164.37

表1 最大圧平均値(単位・mmHg)と最大座圧位置()内

連絡先 sirahosi@bukkyo-u.ac.jp

戦争と科学

西山 勝夫 (滋賀医科大学·社会医学)、大野 義一朗 (東葛病院)

シンポジウムの開催趣意

シンポジウム「戦争と科学」は、垰田和史学会長(滋賀医科大学・社会医学講座・衛生学部門 准教授)により発案された。第56回日本社会医学会総会(2015年7月26日)は、「最大最悪の社会的健康阻害要因である戦争につながる戦争法案(安全保障関連法案)に断固反対する」特別決議を行った。しかし9月19日には国会で成立したとされ、2016年3月の施行により、特別決議で指摘されたことが現実問題になりつつある。この動きを放置することは、「社会医学会および社会医学に携わる会員の自らの存在意義を否定することにつながります」という決議を受けて、研鑽とこれからについての意見交換を図ることが趣旨である。

西山が本企画のコーディネータに指名されたのは、日本社会医学会で、1998 年の第 39 回総会における「今世紀の労働衛生―98 産衛学会メインシンポによせて―」口演を端緒に、「戦前・戦中の日本産業衛生学の活動と戦争責任―『1998 年日本産業衛生学会メインシンポ』によせて」(社会医学研究 19, 2001)、「『15 年戦争』への日本の医学医療の荷担の解明について」(社会医学研究 26, 2009)、「『戦争と医の倫理』の検証の現段階について」(第 52 回総会、2011)、「731 部隊関係者等の京都大学医学部における博士論文の検証」(社会医学研究 30, 2012)、15 年戦争と日本の医学医療研究会と協催のシンポジウム「戦争と医学」のコーディネータ(第 53~55 回総会、2012~4)、社会医学会における自衛官に関する口演・原著・報告(2013~4)にかかわる「社会医学会が戦争加担の道を歩まぬために」(社会医学研究 32, 2015)の発表や企画を通じて、社医研でも「戦争と医学」を一貫して行ってきた故とのことである。

「特別決議」を起案し、提案時には社会医学会の歴史を振り返った視点でという西山の要請を受け、大野はコーディネータを務め、講演を行う。京都大学医学部で医の倫理の教育に携わり、第 53 回総会で「日本の医学会(界)の戦後と医学教育」を講演し、2015 年に京都大学を中心に開かれた第 29 回日本医学会総会に際しては、「医の倫理」実行委員会の副代表を務められた京都民医連中央病院の吉中丈志院長には「戦争と医の倫理」の検証を巡る講演をお願いした。かつての戦争に学術も総動員されたことを想い起さなければならない。日本の科学者の内外に対する代表機関として創立された日本学術会議は、「これまでわが国の科学者がとりきたった態度について強く反省し」(1949 年 1 月 22 日)、「戦争を目的とする科学の研究には、今後絶対に従わないというわれわれの固い決意を表明」(1950 年 4 月 28 日)した。しかし科学者の戦争加担の歴史検証は行われていない。法学者として、ハンセン病における究極の人権侵害・剥奪政策を見逃し、あるいは黙認してきた歴史を研究され、最高裁判所の設置した「ハンセン病を理由とする開廷場所指定に関する有識者委員会」座長も務められた井上英夫会員には、ハンセン病を例にした科学界の検証をお願いした。

本シンポジウムが社会医学会での「戦争と科学」の研究発展に結びつくことが望まれる。

連絡先メールアドレス: nisiyama@belle.shiga-med.ac.jp

(資料)

日本学術会議の軍事研究容認の動きを危惧し、反対する 医学・医療関係者の声明

わが国の人文・社会科学、自然科学全分野の代表機関である日本学術会議が2016年5月20日、軍事研究のあり方を考える「安全保障と学術に関する検討委員会」の設置を幹事会で決定した。これに先立ち同会議の大西隆会長が本年4月の総会で自衛目的の研究を容認する考えを示したのを受けての動きと考えられる。

私たち 「『戦争と医の倫理』の検証を進める会」は、軍事研究に公然と道を開こうというこの委員会 設置を強く危惧し、医学界の一員としてここに断固として反対の意を表明する。

「『戦争と医の倫理』の検証を進める会」は 2009 年に発足し、「過去に目を閉ざすものは、結局のところ現在にも盲目となる」という歴史の教訓を生かして、いわゆる「731 部隊」に代表される十五年戦争における日本の医学者・医師らによる「人体実験」などの非人道的行為を、史実に沿って検証し、その教訓を生かしていくために活動を続けてきた。

患者の命を守るべき医学者・医師が「研究」の名目のもとに残虐な行為を行う加害者となり、戦後は「人体実験」などのデータ供与と引き換えに米国政府から免責され、わが国の医学界は一貫して検証も反省もせずに事実を隠蔽したまま現在に至っている。このように「731 部隊」の問題には、軍事研究が行き着く先のすべてが含まれている。私たちは本会の設立以来、多くの資料や証言によってこの日本で実際に起きた医学者の加害の歴史について検証を進め、二度とこのような過ちを繰り返すべきではないと日本医学会や日本医師会を始め、医学界に強く警鐘を鳴らしてきたのである。今回の学術会議の動きは、まさにその過去の大きな過ちへの道を再びたどるものと危惧する。

平和主義と基本的人権の擁護は、患者の命を守る使命を担った医学者・医師が片ときも忘れることを 許されない倫理であると同時に、日本国憲法の原則に一致するものである。世界医師会は「非倫理的行 為を求める法には従わない」ことを医師に求めている。

日本学術会議は 1950 年に「戦争を目的とする科学研究には絶対従わない決意の表明(声明)」を、1967年には「軍事目的のための科学研究を行わない声明」を発出している。これはわが国の科学者の真の自律と良心の宣言として、過去・現在そして未来までもその輝きがいささかも失われることがあってはならないのである。

「『戦争と医』の倫理の検証を進める会」は、歴史の教訓を踏まえ、科学者としての倫理と平和を追求する立場から今回の大西会長の発言に大きな危惧を有し、反対の意思を表明し、従来の声明の擁護を求めていくものである。

2016年6月8日

「戦争と医」の倫理の検証を進める会

15 年戦争期における日本の医学犯罪についての検証の歴史

西山 勝夫 (滋賀医科大学)

日本は、1932 年から 1945 年までの時期に、主に海外の地で、多数の人々を、医学実験の材料や手術の練習台等にして殺害した。敗戦後の検証にかかわる事項とその時代背景となる主な出来事を年表にまとめ、戦争に加担した医学部教授の特徴的な言動を紹介する。

岩崎秀之は日本学術会議第7部(医・薬・歯)の様子を、医学評論1(2)(1950)で以下のように述べ「日本学術会議第2回の選挙を近くに控え、平和の使徒、学問と思想の自由を守り真の人道主義者であるべき医師、医学者の責務は、まさ重大である」と強調している。

学術会議発足(第1回総会)に当り戦時中の日本の科学者の行動を世界の学界に対して反省しなければならないという声明を打ち出そうとした時、名古屋大学教授久野寧氏、日本医大学長塩田広重氏、金沢医大学長戸田正三氏等は、"戦争は国家が始めるので、科学者が国家の命令に従うのは当然である。何もわるい事をしたのではない。"と力説し、或は"戦争放棄は新憲法で規定されたのだから、今更その必要はない。"と主張して声明を骨抜きにしようとしたという。

また第 6 回総会で、"元号廃止を学術会議で決議した時には、東大法学部教授横田喜三部氏でさえ、"元号は天皇制の残存であるから廃止すべきである。"と主張した位でおるにも拘らず、医学部会員のみが専ら元号廃止に反対し、東北大教授吉田富三氏などは、"国民感情として忍びがたい"との発言をして満場をわかせた。

学問思想の自由保証委員会の委員である兵庫県立医大学長正路倫之助氏はこの委員会に於いて"真理を調査する、事実を取り調べるのだ。"と云って、終始委員会にブレーキをかける役目をつくしていたが、最近は更に一層反動の態度を強くし、日本学術会議会員は政治に関興すべきでないという論法で、進歩的科学者の首切りをはじめとして、学問思想の自由を侵害する諸事件を、委員会がとり上げる事に強く反対している。

常石敬一は、『医学者たちの組織犯罪』(朝日新聞社,1994)において1952年10月の第13回日本学術会議総会における「細菌兵器使用禁止に関するジュネーブ議定書(1925年)の批准」の国会への申し入れ決議の審議の様子を、議事録を基に以下のように述べている

1950年から始まった朝鮮戦争で、1951年以来、北朝鮮と中国が、国連軍(アメリカ軍)が生物兵器を使用したという非難を行っていた。学術会議は、日本が1925年のジュネネーブ議定書に署名はしながら批准をしていないこと、そして第二次大戦中には生物兵器の研究をしていたことをふまえ、3人の会員が生物兵器軍縮について具体的提案をした。平野義太郎(第1部・法学)、松浦一(第4部・理学)それに福島要一(第6部・農学)の「細菌兵器使用禁止に関するジュネーブ議定書の批准を国会に申し入れること」という提案だった。

この提案は、10 月 24 日午後の第 7 審議(亀山直人会長・講長)の 5 番目の議題として審議された。挙手による 採決の結果は、「少数であります。従ってこの案は否決されました」であった。

提案に反対の討論をしたのは、北岡秀逸(第3部・経済学)、木村廉と戸田正三(いずれも7部・医学)それに我妻栄(副会長、2部・法学)。賛成討論をしたのは新村猛(1部・文学)・宮地伝三郎(4部)であった。反対討論のうち法学者の我妻の論拠は「現在日本では戦争を放棄しているのでありまして、この戦争を放棄しているときにおいて、戦時に問題になる条約に批准するということは筋が違う」というものだった。これは当時の外務省の姿勢と同一のものだった。経済学著の北岡の反対理由は、北朝鮮や中国などの「ある国のある党派の宣伝戦に利用」されてはならないというものだった。

7 部の幹部である木村の反対理由も、朝鮮半島で「細菌戦が行われているということに対する科学的の根拠に基いてこういうものをお出しになったのかどうか」とし、それは確認しようがないのだと主張している。戸田の反対理由はもっと積極的で、生物兵器は「4、50年前に解決している問題でありまして、今日ほとんど実用になりません。実用にならぬものを苦労までして日本でつくるというばかが出ましたら、そんなばかなことをするなという勧告を私からよくいたしますから、どうかその点ご安心ください」と述べた。

送付先メールアドレス: katsunishi@outlook.com

年月日	「戦争と科学」関連事項
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. 4	GHQ「公職追放」
1946. 1. 12	民主義科学者協会設立
1946. 2	新日本醫師聯盟設立
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. 5. 3	日本国憲法施行
1947. 8. 25	学術体制刷新委員会設立(1948.3.27最終案議決)
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
	ニュルンベルク「医師裁判」判決(米国判事団による。→「ニュルンベルク綱領」)
1948. 9	世界医師会「ジュネーブ宣言」
1948. 10. 23	新日本醫師聯盟→新日本医師協会
	A級戦犯容疑者釈放、続いて戦争協力者の追放解除
1949. 1. 22	日本学術会議発足(科学者の内外に対する代表機関、所管は内閣総理大臣、国庫負担、会員は全国の科学者の
	選挙により選出)「日本学術会議の発足にあたって科学者としての決意表明」(声明) 民間情報教育局顧問イールズの新潟大学発足式祝賀演説「「学問の自由という大学の最も重要な権利と義務の名において、われわれは共産される。これに対しているできます。
	産主義者として知られる大学教授をあえてもとうとしないのである」 世界医師会「国際医の倫理綱領」
	世界医即会 国際医の倫理綱領」 中華人民共和国建国
1949. 10. 1	甲華人氏共和国建国 日本学術会議「大学等学術研究機関の人事については学問、思想の自由を尊重することを念とすべきことについ
	て」声明
-30	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
1950. 3. 1	衆議院外務委員会で聴涛克己議員が石井四郎について質問
1950. 4. 28	日本学術会議「戦争を目的とする科学の研究には絶対従わない決意の表明」(声明)
1950. 6. 6	吉田茂首相宛マッカーサー書翰で、共産党幹部の公職追放(レッドパージ)
1950. 6. 25	朝鮮戦争始まる
1950. 10	日本医師会の世界医師会加入決定
1951. 9	日本医師会「医師の倫理」制定
1952. 4. 28	サンフランシスコ講和条約、「公職追放」廃止
1952. 10	日本学術会議総会「細菌兵器使用禁止に関するジュネーブ議定書(1925年)の批准」の政府への申し入れ決議否決
1953. 6. 7	全日本民主医療機関連合会
1953. 7. 27	朝鮮戦争休戦
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)
1957	中国帰還者連盟『三光』光文社
1959. 10. 9	石井四郎、喉頭癌で死去(享年67歳)
1959. 9	東大評議会申し合わせ「軍事研究は一切行わない考えである」との方針
1960. 6. 23	新安保条約発効
1964. 6	世界医師会「ヘルシンキ宣言」
1967	東大評議会決定、軍事研究を行わないという原則の再確認
1967. 10. 20	日本学術会議「軍事目的のための科学研究を行わない声明」
1968. 11. 28	国連総会「戦争及び人道に対する罪に対する時効不適用条約」
1969	東大確認書(当局と職員組合との確認部分)「大学当局は、『軍事研究は行わない、また軍からの研究援助は受けない。』という東京大学における慣行を堅持し、基本的姿勢として軍との協力関係を持たないことを確認する。」
1975. 8. 10	吉永春子『ある傷痕―魔の731部隊』東京放送放映
1981	森村誠一『悪魔の飽食』の『しんぶん赤旗日曜版』連載
1981. 5	常石敬一『関東軍第731部隊 消えた細菌戦部隊』海鳴社
1983	秋元寿恵夫『医の倫理を問う第七三一部隊の経験から』勁草書房
1984	日本学術会議公選制廃止、会員選出方式は学協会を基盤とする推薦制に
1987. 2. 5	名古屋大学平和憲章、名古屋大学構成員の過半数の賛同署名によって制定
1996. 10. 23	フランツブラウ・カリフォルニア大学皮膚科教授:世界医師会準会員会議において日本医師会の責任追及を開始
2000. 6. 17	15年戦争と日本の医学医療研究会創立
2003. 7. 15	日本学術会議生命科学の全体像と生命倫理特別委員会報告『生命科学の全体像と生命倫理― 生命科学・生命工学の適正な発展のために ―』、「大学医学部医師も参加した日本軍 731 部隊による非人道的な人体実験である。これら事件は人間として余りにも常軌を逸したものであって、いくら厳しく糾弾されても足りるものではない。このうち、731 部隊の事件に医師たちも参加していたことは長い間隠蔽されてきた」などと指摘
2004. 4. 14 2005. 7. 21	法改訂により日本学術会議会員選考法の変更:選考委員会による選考・総会での新会員候補者名簿の承認・内閣総理大臣の任命、3部制日本学術会議平和問題研究連絡委員会報告『21世紀における平和学の課題』、「日本の未決の戦争責任などを
	学術的に解明することが重要である」と指摘

戦争は最悪の社会的健康阻害要因

社会医学は、人間の命と科学・医学を守るために、戦争に取り込まれることなく戦争に反対する

大野 義一朗(東葛病院)

【目的】 本学会は昨年の総会で「最大最悪の社会的健康阻害要因である戦争につながる戦争法案(安全保障関連法案)に反対する」を決議した。戦争法案に反対する立場を鮮明にした唯一の医学学会となった。

その後、法案は憲法違反の内容を、民主主義をふみにじって強行採決し、自衛隊の海外派兵が具体的に計画されるなど日本が戦争に巻き込まれる危険性が現実のものになってきた。戦争に巻き込まれようとしているのは医学も同様で、いま社会医学および社会医学者が果たすべき役割について検討する。

【方法】 第2次世界大戦で科学が戦争に協力してきたことの反省から、戦争と科学の在り方が世界的に議論されてきた。日本での経過を検討し現在の危険と課題を整理する。

【結果】

- 1. 戦争との関連で多くの科学技術とそのための基礎研究が進んだ。缶詰、瓶詰、ホッチキス、キャタピラ、飛行機、ヘリコプター、レーダー、ロケット、GPS、毒ガスのための化学、生物兵器に関連した感染症、原子力などがある。研究者は愛国心をもって積極的に研究に加担し、あるいは自分が発明しなくても誰かが時には相手国が発明することを理由にして、潤沢な軍事研究費の為に、時には自ら率先して軍事研究に取り組んだ。
- 2. 戦争は最悪の社会的健康阻害要因として人命を奪い健康を破壊した。日本では日中戦争から太平洋戦争(1937年~1945年、8年間)の戦費は1900億円でGNPの8.5倍に相当した。戦争による人的損失は軍人212万人、民間人50-100万人で総人口の3.7~4.4%に相当した。世界全体では第2次世界大戦で6000万~8500万人の生命が奪われた。
- 3. 日本学術会議は我が国の科学者を代表する組織として、戦争と科学の問題について声明を出してきた。「戦争を目的とする科学の研究には、今後絶対に従わない決意の表明」(1950年)、「科学技術の発展と新たな平和問題」(1999年)では研究者の良心の問題を提起した。2012年「科学・技術のデュアルユース問題に関する検討報告」では個人レベルでは科学の軍事利用を防ぎえないことを指摘し、2016年には安全保障と学術に関する検討委員会の設置し、軍事応用研究についての問題を提起した。
- 4. 防衛省は2015年「安全保障技術研究推進制度」を設けた。軍事応用可能な研究に対し年間最大3000万円の研究費を支給するもので、16大学が応募し4大学が採択された。研究費の総額は3億円で、2016年は100億円に増額が検討されている。
- 5. 日本社会医学会は、これまでに戦争と医学に関して 16 回にわたりシンポジウムなどを行い、医学が戦争に巻き込まれ、またみずから加担した歴史を明らかにしてきた。2016 年戦争法案反対決議を 採択した。

【考察と結論】 第2次世界大戦の反省から科学者は軍事目的の研究を拒否することを原則としてきた。 しかし、現在の科学は平和・軍事のいずれにも使うことができる用途の両義性(デュアルユース)を持っており、ひとたび戦争がはじまると、いかなる科学技術も戦争に活用される。軍事研究に加担しないという個人的な決意だけでは、自らの研究が戦争に活用されることを防ぐことはできない。一方で潤沢な軍事研究費をてこに民生利用可能な軍事研究を推進する昔ながらの動きもあり見逃せない。 戦争は最悪最大の健康阻害要因のひとつである。社会医学会及び社会医学者は、医学が戦争に協力しないことはもとより、取り込まれないために何をなすべきかを提案し、その理論を行動にすることが求められている。 送付先メールアドレス: oonog@mb.infoweb.nei.jp

(資料)

日本社会医学会 総会決議

日本社会医学会は、最大最悪の社会的健康阻害要因である戦争につながる戦争法案(安全保障関連 法案)に反対する

> 2015年7月26日 第56回日本社会医学会総会特別決議

現在、国会で安全保障関連法案が審議されています。

この法案は、自衛隊を海外の戦争に派兵するための戦争法案というべきものです。

国会の審議を通して、この法案が憲法9条に反する違憲立法であること(註①②)、米国が始める戦争に自動的に巻き込まれてしまうこと(註③)、過去の日本の戦争を「間違った戦争」といえない政権が推進している危険性(註④)などの内容が明らかになってきました

また、一括して審議されている関連 1 1 法案のなかには、軍事使用できる特定公共施設として、空港、港とともに病院(日赤病院、国立病院、その他の病院)が含まれており、医療分野に大きくかかわる問題となっています。

法案反対・慎重審議を求める世論は若い世代の盛り上がりを特徴として全国で高まっており(註⑤、⑥、⑦)、これを無視する安倍政権の支持率が急落しています(註⑧)。本法案の成立を米国議会で約束した安倍首相は、国会会期を9月27日まで95日間の大延長を行い、衆議院で強行採決を行い、さらに今後参議院での強行採決や衆議院での強行再議決をしようとしています。

医学・医療は社会と深く関連し影響を与え合っており、切り離して考えることはできないということが日本社会医学会の出発点であり(註⑨⑩)、今日に続く基本的なスタンスです。会員は、命を守る責務を誇りとして日々の研究・活動に取り組んでいます。戦争は人命を傷つけ奪うこと自体を目標としている点で、また戦争の最大の被害者は女性、子供、障害者、老人など常に一般市民である点で、戦争は最大で最悪の社会的健康阻害要因といえます。今、戦争法案策定の動きを放置することは、目の前の患者を放置することと同様、社会医学会および社会医学に携わる会員の自らの存在意義を否定することにつながります。

医学・医療は積極的に戦争に協力してきた過去もありますが、医療・医学がなければ戦争を遂行することはできません。また、人間が始める戦争は人間の手で阻止することができます。

私たち日本社会医学会は、この戦争法案に断固反対します。そして、平和と命を守るために、思想信条の違いを超えて一丸となって力を合わせることを、広く皆さんに呼びかけるものです。

- 註①: テレビ朝日のおこなった憲法学者を対象に行ったアンケートで、対象 198 人、回答 151 人。今回の安保法制は、127 人 (84.1%) が「憲法違反」、19 人 (12.6%) が「憲法違反の疑いがある」、「合憲」は3名。
- 註②:国会参考人3名全員が違憲と明言
- 註③:米国が開始したイラク戦争の口実の「大量破壊兵器」は米国の「ねつ造」でした。国連決議のないままでアメリカが先制攻撃(グレナダ侵略、リビア爆撃、パナマ侵略、ベトナム戦争など)。日本政府は、これら米国の戦争に一度も反対したことがありません。
- 註④:ポツダム宣言(日本の戦争は「侵略戦争」であり「間違った戦争であった」という内容)を首相は認めず、読んだこともないと。
- 註⑤: 法案廃棄を求める地方議会の意見書7月9日朝日新聞。安保法制に331の地方議会が国会に意見書。賛成6、反対144、慎重181。
- 註⑥:地方各紙が社説・論説で批判(愛媛新聞、琉球新聞、南日本新聞、北海道新聞、東京新聞、福井新聞、信濃毎日新聞、新潟日報、 茨城新聞、高知新聞)
- 註⑦:世論調査:「今国会にこだわらず慎重に審議 68.3%」(時事 7 月)、「今国会での法案成立に賛成 30%、反対 59%」(読売)、「解釈改憲は良くない 74%」「今国会成立不要 69%」「朝日 7 月 21 日)、
- 註⑧: 世論調査::7月の安倍政権支持率は、「支持35%、不支持51%」(毎日19日)、「支持37%、不支持46%」(朝日21日)「支持37.7%、不支持51.6%」(共同19日)、「支持36.1%、不支持47%」(ANN)、「支持39.3%、不支持52.6%」(FNN)。
- 註⑨: 社会医学研究会準備会記録 p35 1959 年 学会ホームページ: 特集講演集
- 註⑩: 社会医学研究会創立総会 1960 年 公衆衛生第 24 巻第 11 号 p61-62。学会ホームページ:特集講演集

戦争と医学

吉中 丈志 (京都民医連中央病院)

【目的】安全保障法制は法案の内容および立案過程は法学者から憲法違反と指摘され、国民の大きな反対運動が起き現在も続いています。日本国憲法の平和主義が危機に瀕しているのです。日本学術会議は1949年1月に「戦争を目的とする科学の研究には絶対従わない」と決意し、「世界平和の使」として戦争を切り返さないよう意見を表明しましたが、この決意も揺らぎかねない現実があります。戦争と科学の関連を改めて検討することは喫球の課題になっています。本報告では医学についてこの課題を取り上げ議論したいと思います。

【方法】2015年4月に京都市において「歴史を踏まえた日本の医の倫理の課題」と題する映像・講演・対談・シンポジウムを開催しました。日本医学会総会 2015 関西に向けて、医の倫理―過去・現在・未来―企画実行委員会が自主的に取り組んだものです。内容は以下のように要約されます。

- 1.15年戦争期における日本の「医学犯罪」は731部隊に象徴されます。戦後、これは隠蔽されタブー化してきました。日本政府と医学界の「不正」であり、検証によって「正しさ」を回復しなければなりません。
- 2. 薬害エイズ、ディオバン事件などから被験者保護や研究不正防止の法制化などが進んできました。 終末期医療、先端医療など、医の倫理(生命倫理や医療倫理)の重要性は増すばかりです。しかし、 日本の医学界がこのような社会の要請に応える取組は今なお十分とは言えません。
- 3. 日本の医の倫理には多岐にわたる課題があります。日本の道徳、倫理の歴史との関連、ドイツの「過去の克服」から学ぶべき点は何か、患者の人権擁護こそ医の倫理の核心、社会や政治とのかかわり、などです。15 年戦争期における日本の「医学犯罪」の検証を踏まえて、そこから導かれた日本国憲法の平和主義が基本に置かれる必要があります。

日本医師会は 2000 年に「医の倫理綱領」を採択し、2004 年には「医師の職業倫理指針」(以下、倫理指針)を発表しました。具体的な事例について記述することによって医師会員に自覚を促すのが目的です。今年 4 月に改定第 3 版が起草され国民からの意見募集が行われました。その結果はまだ(5 月 25 日現在)発表されていません。このため、上記要約を踏まえて改定案に検討を加えてみることにします。

【倫理指針についての検討結果と考察】

- 1. 医師の基本的責務は医学的研鑽、研究、品位の保持で、「患者の権利を尊重し、人類愛をもった行動と言動に努める」と述べています。基本的人権擁護を第一にして害をなさないという決意が欠けています。
- 2. 「患者の権利の尊重および擁護」の項目が新たに起こされました。しかし「患者の権利」を基本的人権として明確に打ち出しているわけではありません。
- 3. 医師に法を守り政府に協力する姿勢が貫かれています。日本精神神経学会が反対する特定秘密保護 法の適正評価については何も述べていません。
- 4. ヘルシンキ宣言などについては詳しく説明していますが、731 部隊など日本の医師による「医学犯罪」にはまったく触れていません。また、医師中心主義的で学際的、社会的、国際的な視点が弱いと思われます。
- 5. 最大の健康阻害要因である戦争に反対することを避け、日本が誇れる平和主義を主張していません。

【結論】戦争への関与を拒否し平和主義と共に進む医の倫理の確立に取り組むことは日本の医療界が果たすべき大きな国際貢献であると考えます。医療界の自律と国民的な議論が必要です。

送付先メールアドレス: dkajp900@kyoto.zaq.ne.jp

戦争と健康権ーハンセン病「強制絶対終生隔離収容政策」を例に

井上 英夫(金沢大学名誉教授·佛教大学客員教授)

【目的】今年4月25日、ハンセン病「特別法廷」問題について、最高裁がその責任を認め、謝罪した。これで、行政府、立法府に次いで司法府、と日本の三権の府がハンセン病「強制絶対終生隔離収容絶滅政策」の誤りを認め、謝罪したことになる。

日本のハンセン病政策が、戦争遂行政策の一環として進められてきたこと、そしてこの政策の推進役は光 田健輔はじめ医学者であったことは、周知の事実である。その意味で医学界の責任は厳しく問われなければ ならない。

しかし、究極の人権侵害・剥奪政策についてこれを見逃し、あるいは黙認してきた法学界の責任も重い。 今回は、医学界と法学界をつないで平和主義、国民主権と並んで憲法の三本柱の一つである人権をテーマ に科学者の責任問題について考えてみたい。

戦時体制下の国のハンセン病政策とその作出・助長した社会の偏見と差別により、あらゆる人権が侵害・ 剥奪されたわけであるが、今回の講演では、人権の中でも健康権の視点からハンセン病問題を論じる。

【要旨】

- 1 戦争とハンセン病「強制絶対終生隔離収容絶滅政策」 1907年「癩予防ニ関スル件」 1931年「癩予防法」 1946年「日本国憲法」 1953年「らい予防法」
- 2 ハンセン病政策と医学界の責任-光田健輔と小笠原 登
- 3 ハンセン病政策と法学界の責任
 - 1996年「らい予防法廃止」
 - 2001年「熊本地裁判決」
 - 2016年「最高裁謝罪」の歴史的・画期的意義
- 4 人権の発展と健康権=「できる限り最高の健康を享受する権利」
- 5 ハンセン病政策と健康権

【参考文献】

- *井上英夫『患者の言い分と健康権』新日本出版社、2009年
- *「基調講演 医療・公衆衛生と人権」『シンポジウム 差別のない社会をめざして-ハンセン病熊本地裁判 決から一年』皓星社ブックレット・15、2002年
- *「健康権の意義と課題」松田亮三・棟居徳子編『健康権の再検討-近年の国際的議論から日本の課題を探る』立命館大学生存学研究センター報告9、2009年
- *「ハンセン病に見る医療と人権(侵害)」『改訂保健医療ソーシャルワーク実践』中央法規出版、2009年
- *「ハンセン病療養所将来構想の意義と課題」賃金と社会保障、1379 号、2004 年
- *「ハンセン病」日本ソーシャルインクルージョン推進会議編『ソーシャル・インクルージョンー格差社会 の処方箋』中央法規、2007
- *井上他「特集 ハンセン病医療政策と人権保障-ノルウェーとの比較において」日本の科学者、2011 年 1 月号
- *「連載 ハンセン病政策と人権-現在、過去、未来 第一回」ゆたかなくらし、2014年8月号
- *『住み続ける権利 貧困、震災をこえて』新日本出版社、2012年
- *『ハンセン病問題に関する検証会議最終報告書』

http://www.mhlw.go.jp/topics/bukyoku/kenkou/hansen/kanren/4a.html 2004 年

*『ハンセン病を理由とする開廷場所指定に関する調査報告書・有識者委員会意見』、最高裁裁判官会議談話、 最高裁長官談話 http://www.courts.go.jp/index.html 2016 年

送付先メールアドレス: kfa01745@nifty.com

最高裁判所裁判官会議談話

「「ハンセン病を理由とする開廷場所指定に関する調査報告書」を公表するに当たり、同報告書に示されたとおりハンセン病に罹患された方々への裁判所による違法な扱いがなされたことにつき、ここに反省の思いを表すものです。

長きにわたる開廷場所の指定についての誤った差別的な姿勢は、当事者となられた方々の基本的人権と裁判というものの在り方を揺るがす性格のものでした。国民の基本的人権を擁護するために柱となるべき立場にありながら、このような姿勢に基づく運用を続けたことにつき、司法行政を担う最高裁判所裁判官会議としてその責任を痛感します。これを機に、司法行政に取り組むに当たってのあるべき姿勢を再確認するとともに、今後、有識者委員会からの提言を踏まえ、諸施策を検討して体制づくりに努め、必要な措置を、速やかに、かつ、着実に実施してまいります。

ハンセン病に罹患された患者・元患者の方々はもとより、御家族など関係の方々には、ここに至った時間の長さを含め、心からお詫びを申し上げる次第です。

(資料2)



イスラーム過激派による国際テロを防ぐための一試案

○宮尾 茂 (法政大学大学院法学研究科博士後期課程・刑事法専攻、 株式会社アート研究所 CEO、横浜刑務所篤志面接委員)

【目的】イスラーム過激派テロリストによるテロが世界各地で頻発している。その多くが自爆型確信犯のため、従来の刑事法的アプローチでは防ぐことが困難である。現在、国内にイスラーム過激派テロリストは存在しないと考えられるが、海外から侵入してくる可能性がある。わが国は、2014年12月現在、67の国・地域に対してビザ免除措置を実施している。これらの国・地域からの短期(15日または90日)入国者は、原則として無審査で入国可能である。テロリストの入国を阻止するための対策が不可欠である。

【方法】米国の"ESTA"と同様のコンピュータ・システムを構築し、ビザ免除措置により、わが国へ入国を希望する 16 歳以上の外国人に対して、過去 5 年以内に、イラク、シリア、アフガニスタン、インドネシア等イスラーム圏へ渡航したか、または滞在した経験の有無を入力させることで、第 1 次スクリーニングを行う。この段階で、イスラーム圏に滞在経験のある者には、正式ビザを取得することを要求する。在外公館では、専用のコンピュータ端末から外務省のホームページにアクセスし、「イスラーム信仰度調査」を実施することで、過激な思想の持主か否かをある程度判定し、ビザ発給拒否または「要監視対象者」としてマークするという対策をとる。イスラーム信仰度は、5 段階レベルで判定する。もっとも危険性が高い「レベル 5」の者については、ビザを発給しない。「レベル 4」以下の者には原則としてビザを発給する。レベル 4~3 の者は、領事と面接した上で要監視対象者リストに登録し、都道府県公安委員会等へ情報を提供する。イスラーム圏への渡航・滞在に問題がない者については、レベル 2 からレベル 1 に分類し、監視対象にしない。

【考察】日本国内には、約 11 万人のムスリム (およびムスリマ) がいると言われているが、その中にテロリストは、現時点で存在しないと考えられる。しかし、海外からテロリストが入国してくる可能性を否定できない。そこで、上述のような入力データを基にして「第 1 次スクリーニング」を実施し、「テロ行為を行う可能性のない者」と「その可能性を否定できない者」とを区別し、後者には正式ビザ取得を要求し、その際、公平性を担保するため、コンピュータによるイスラーム信仰度調査の結果を活用する。「要監視者リスト」に登録した者については、在日中、当局がその言動をモニターする。

テロリストは、入国時に虚偽の申告をするのではないか、という点が懸念される。この点は、別途検 討する必要がある。

アメリカでは "ESTA" によって、過去 5 年以内にシリア、イラク、イランまたはスーダンに渡航あるいは滞在した者に対して、ビザ免除プログラムによる短期無査証入国を認めず、正式なビザ取得を要求している。このように、入国しようとする外国人に対して、条件を付け、入国を拒否することは、国際法上も問題がないとされている。

【将来展望】入国希望外国人の中から要監視対象者を識別する調査は、「テロリストあぶり出し法」とも言えるアプローチで、テロ攻撃という凶悪・卑劣な犯罪を実行しようとする者の入国を未然に防ぎ、あるいは入国は認めたとしても監視対象とするための、「対テロ対策」である。

在日ムスリム全員に対して、同様の調査を行う場合は、新規立法と情報管理組織が必要となろう。コンピュータ端末の画面上の質問項目については、イスラーム指導者等の協力を得て、試行錯誤を必要とするが、「予防犯罪学」的アプローチとして、予防医学における、診断の際の「問診票」に相当するレベルへの展開が期待される。

現行刑事法の基本原理は、「犯罪の発生を待って、犯罪者を検挙し、処罰する」という、いわば「モグラ叩き」的手法であり、「犯罪を予防する」ための社会的環境整備が不十分である。特に「自爆型テロ攻撃」は、刑事法による犯罪抑止効果が期待できず、「テロ発生以前の予防」以外に対処のしようがない犯罪である。

S5 関連演題Ⅲ-8-2

戦争・紛争解決の社会医学的アプローチ ~マクロとミクロのモデル提示~

○佐分利 応貴(笹川平和財団)

【目的】祈れば戦争が防げるのなら、世界はとっくに平和になっている。社会現象としての戦争・紛争を制御するためには、制御モデルの確立とモデルに基づく働きかけが必要である。ここでは、戦争・紛争の制御モデルとして感染症流行モデル(マクロ)と感染経路モデル(ミクロ)を用いるとともに、測定指標についても論ずる。

【方法】社会は複雑系であり制御が困難だとされてきた。しかしながら、同じ複雑系である人体が近代医学の力によって制御が可能になってきたように、社会や社会現象もビッグデータ等によるモデル化や、RCT (ランダム化比較試験)によるブラックボックスのままでの制御が可能となってきている。ここでは、戦争・紛争の制御理論として、先行科学である感染症流行モデル及び犯罪心理学のメタアナルシス (マクロ)、感染経路モデル及び自殺に至る危機経路・要因連鎖モデル (ミクロ)を用い、関連文献によるシステマティック・レビューを行う。

【結果と考察】戦争(国家間の武力衝突)や紛争(対立する集団間の武力衝突)は、人々の動員(mobilization)を必要とする。大統領、指揮官一人では戦争や紛争は不可能である。

感染症流行モデル(SEIR)で、平常な人々を S、好戦的な人々(戦争支持)を E、動員された人々(戦争参加)を I、回復した人々を R とすると、dI/dt=aE-(m+g)I、dE/dt=bSI-(m+a)E であることから、動員者 I を減らすには感染率(b: 戦争支持化率)を下げ(E が低下)、発症率(a: 動員化率)を下げ(I が低下)、回復率(g: 動員解除率)を上げることが有効であることがわかる。例えば、犯罪心理学では、犯罪の危険因子の4 大要因(ビッグフォー)は「過去の犯罪歴」「反社会的交友関係」「反社会的認知(敵意帰属バイアス等)」「反社会的パーソナリティ(共感性欠如等)」であることから、「反社会的認知(隣国等への敵意帰属バイアス)」等の要因を貿易や文化交流・教育等により制御することで、戦争支持者(b)を減らすことができると推測される。

一方、国家の意思決定による戦争や武装勢力による内乱・民族紛争について、一つ一つの事例に着目すると、各武力行使には決定に至る経路があることから、経路を遮断すれば予防が可能になる(感染経路別予防)。 先行研究では、武装勢力が台頭する場合は武装勢力への DDR (武装解除・復員・再統合) 対策が、地域の緊張の高まりに対しては PKO 等の派遣や治安部門改革 (SSR) が、武力空白地域の発生による侵攻については明確な政治的コミットメントが、政府の武力行使に対しては支持率の低下と議会の反対が事態の悪化防止の有効なエスケープルート (緊急避難路) であること等が明らかとなっている。逆に、経済制裁措置はあまり有効に機能していない。また、事後措置として、メディアを通じた政府の情報操作については独立調査委員会による検証作業が有効であり、虐殺行為の防止については国際司法機関による裁判が使われ始めている。

戦争・紛争の予防には、予兆を示す指標の設定とそのモニタリングが不可欠である。例えば、戦争支持率は世論調査等や軍隊への志願者数で測定可能であり、I は軍事費の対 GDP 比や武装集団・極右政治団体の成員数が指標となる。地域の緊張の高まりは AK-47 の闇市場価格、ヘイト・スピーチの回数や参加者数、メディアによる「憎しみ、暴力、対立を煽るような報道・放送」数も指標となる。各国の軍事化水準(I)は軍事支出の対 GDP 比で計測され、地域全体の軍事支出が減っていれば緊張が緩和していると考えられ、軍需関連企業の民生品売上高比率の上昇も E の低下を生むものであり紛争防止につながる指標と考えられる。

【結論】戦争・紛争を予防するためには、①モニタリングによる危機の予兆の発見、②適切なエスケープルートの作成、③社会の免疫力向上(反社会的認知等の危険因子を抑えるレジリエンス向上策)が有効と考えられ、これらの適切な指標を設定し、国際的なモニタリングと指標の改善努力を続けることが必要である。戦争・紛争防止の研究は世界中で行われているが、それらを論理や倫理でなくエビデンスベースで体系化・視覚化し、制御可能とする研究は未だ発達途上であり、各分野の科学的知見の蓄積と統合が期待される。

人権回復をめざした被害者救済

基調講演 歴史を刻むヒ素ミルク被害者運動 ― その到達と課題

ひかり協会 広島県救済対策委員会委員長 齋藤 紀

1. はじめに

1955年、乳児に発生したヒ素ミルク中毒事件がどんな事件であったのか、今日、国民の中で知っている人は少なくなっています。多臓器障害による多数の死者を生んだ悲惨な事件でしたが医師の間でも知らない方が、圧倒的に多くなりました。しかし、ヒ素ミルク被害者と保護者が被害克服に向けて歩み続けてきた歴史は、我が国における公害事件や薬害事件と同様に平坦ではなく、風雪にさらされた歴史でした。

2. 恒久救済理念の創出と三者会談の確立

事件の根本は、森永徳島工場製造のドライミルクで使用された乳質安定剤(第二リン酸ソーダ)が産業廃棄物由来でヒ素含有の粗悪品であったことでした。他の乳業企業では使用しなかったものであり、森永乳業の第一義的責任は免れ得ませんでした。加えて、添加剤の品質保証を誤り、出荷を阻止できなかった厚生省も責任を免れえない重大事件でした。

実際のヒ素混入の開始は1955年4月13日、その後6月から8月にかけて「人工栄養児」に嘔吐・下痢、鼻汁・咳、発熱、肝腫大・腹水、貧血、皮膚色素沈着などの「奇病」が続いたのでした。中毒患者は12,131名、死亡者130名に及びました(1956年、厚生省)。

しかし、厚生省によって作られた有識者の「第三者委員会」は小児科教授らをメンバーとした専門家 委員会(西澤委員会)の答申を踏まえ「後遺症なし、追跡検診必要なし」の結論をだし、被害者への低 額補償で事件を終了させたのでした。

事件から14年目の1969年、患児保護者の訴えから再度の調査が行われ(丸山博阪大教授「14年目の訪問」)、子どもたちに深刻な後遺症の広がっていることが明確になり(第27回公衆衛生学会)事態は一変したのでした。結果的に被害隠蔽に加担した医学の社会的責任も、また深刻と言わざるを得ませんでした。

しかし、この14年間の被害者の苦しみは被害者自身を鍛えていたのでした。親たちは1969年 11月、全国組織「森永ミルク中毒のこどもを守る会」を発足させ、団結を守り続け、因果関係の確認、 恒久的救済の実施を求めて森永乳業と対峙し続けました。幼いいのちを傷つけた被害後遺の実態、保護 者の堪えがたい心痛を土台に運動は拡大せざるを得ませんでした。「守る会」は森永乳業に対して民事 訴訟(中坊公平弁護団長)と森永製品不買運動を全国ですすめ世論を大きく動かし続けたのでした。

やがて国も被害救済へ舵を切るようになり森永乳業に話し合いのテーブルにつくように仲介し、厚生省、「守る会」(被害者)、森永乳業の三者による会談が開始されたのでした。そして1973年12月23日、第5回三者会談で森永乳業は被害の責任を認め謝罪し、「守る会」が練り上げた「恒久対策案」を尊重し、被害者救済の義務を負うこと約束する「確認書」が締結されたのでした。

被害発生から18年、被害者はまっとうで当然な意思を貫き続け、大きな壁を乗り越えたのでした。

3. ひかり協会

救済事業を実際の軌道にのせなければ、せっかくの前史は皮相なものとなります。つまり、「闘争時代」と異なる知恵と力が求められます。救済事業を実際に行う機関「財団法人ひかり協会」は1974年4月に設立され、各都道府県に事務所をもち、あわせて医療、福祉専門家、守る会メンバーなどで構成する「救済対策委員会」(定期開催)が置かれました。手当給付の決定、医療・福祉の相談、健康管理の指導などにあたってきました。事業は各現地で着実に開始されたのでした。そのような中にあっても運動の中心軸はつねに「守る会」であり、「三者会談」での継続した討議と共同の努力はもっとも重要な実践的課題と言えました。

ひかり協会は2011年、救済事業の社会性、公正性をさらに展望する視点から、公益財団法人ひかり協会として再出発することになりました。歩んできた歴史を大事にし、国民のなかでの恒久救済事業へと視点を深めることになりました。

4. さいごに

被害者は、自らは60歳代となり、疾病が蓄積し固定する世代になりました。またかけがえない親(世代)をいっそう多く失う時期を迎えています。人生と社会とに向き合い、そして多くの協力者と再び対話をし、恒久救済の運動を進めてゆくことになります。

あらためて歴史を振り返り、到達と課題について考えたいと思います。

ビキニ環礁水爆実験被災者の労災問題をめぐっての検討

○色部 祐(働くもののいのちと健康を守る東京センター)

【目的】

1950年代に繰り返されたアメリカによるビキニ環礁での核実験で被爆した元漁船員6人と遺族4人は、本年2月26日に船員保険に実質上の労働災害の認定を求めて申請を行った。さらに元漁船員・遺族ら45人が原告となり5月9日に高知地裁に、国を相手に損害賠償訴訟を集団提訴した。1954年3月1日の水爆実験で第五福竜丸の船員たちが「死の灰」に曝露した事件から実に62年が経過している。ビキニ被災船員救済検討チームの一員として特に労働災害の認定に関わっている者として、まだその端緒についたばかりであるが改めて被災の実相について認識を深めるとともに、労災としての認定実現に向けた問題整理を行い検討するものとする。

【方法】

次の方法で検討をした。

- 1、労災申請者の被災状況とその後の病歴について
- 2、第五福竜丸被災時の補償状況とその後の補償の経緯について
- 3、現行の射線労災認定基準について
- 4、時効についての検討

【結果と考察】

1) 労災申請者の病名及び死亡原因について

①83 歳男性-2004 年胃癌手術、15 年心筋梗塞 ②86 歳男性-15 年から心臓疾患 ③82 歳男性-05 年前立腺癌 ④81 歳男性-15 年胃癌と肝臓癌で手術 ⑤81 歳男性-06 年肝硬変 ⑥88 歳男性-1993 年大腸癌手術 ⑦78 歳男性-2002 年胆管癌で死亡 ⑧46 歳男性-1967 年肝癌で死去 ⑨80 歳男性-2014 年肺塞栓で死去、肺癌、前立腺癌も併発 ⑩79 歳男性-13 年リンパ腺癌で死去

- 2) ビキニ被災者の労災認定(船員保険)の経緯
 - ①第五福竜丸船員について-急性白血病での認定、肝炎(肝硬変、肝癌)も認定
 - ②小塚博さんのケース-1954 年 3 月水爆実験で被爆、急性放射能症で船員保険職務上の認定→1991 年 治療のための輸血による C 型肝炎発症→2000 年 C 型肝炎を職務上疾病と認定
- 3) 現行認定基準-医学的因果関係の立証 胃癌、食道癌、結腸癌、肺癌との関係、放射線の曝露量の基準の問題(白血病=5 ミリシーベルト×従事年数 被曝後1年以上経過後の発症)
- 4) 請求時効について-休業補償 2 年、遺族年金 5 年の請求時効の問題、2014 年に外務省、海上保安庁、 厚生省、水産庁の資料の開示により船員の放射能汚染記録と漁船の航路記録が堪忍→その時点を時 効の起算点にすることができないか

【結論】

困難な事案であるが広く専門家の共同を得て労災認定、国家賠償請求さらには救済基金の創立へ。

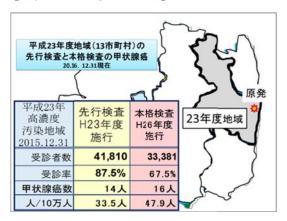
◇連絡先 Tokyo-inoken@grape.plala.or.jp

福島県の小児甲状腺癌が放射線起因性である可能性の検証

○郷地 秀夫(兵庫民医連、神戸健康共和会·東神戸診療所)

【目的】 2011年、福島第一原発事故以降、福島県の子供の甲状腺エコー検査で甲状腺癌が多数見つかっている。 これまで、政府、および関連委員会、関連研究機関等は、放射線起因性は考えにくいとしてきた。演者はその説明 根拠が、いずれも非科学的であり、放射線起因性は否定できないことを昨年、本学会で発表した。その後、甲状腺 エコー検査の2巡目となる本格検査(放射線の影響がでてくるとされてきた)の結果が発表されてきており、平成 23 年度地域での甲状腺癌数は先行検査より増加している。その結果を分析し、今回は、もう一歩進んで、放射線 起因性の可能性について、広島・長崎の被爆者の研究成果も参考にしながら検証を行ったので報告する。

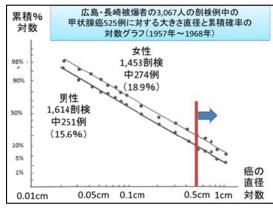
福島県「県民健康調査」検討委員会が発表してきた、甲状腺エコー検査の結果を分析し、広島・長崎 被爆者における甲状腺疾患・主に甲状腺癌の論文を参考にして、放射線起因性の可能性について、検討を行った。 福島のエコー検査は、最初の 3 年間を先行検査と呼称し、甲状腺癌のバックグラ 【甲状腺エコー検査の結果】



ンドの調査と位置づけ、4年目以降の2回目の本格検査から、 放射線の影響が出てくると説明してきた。平成28年2月の第 22 回検討委員会報告から、平成23 年度地域の先行・本格両検 査の結果の比較表を左図に示す。本格検査の受診率は、先行 検査より 20%程度低く、受診者数も少ない。しかし、甲状腺 癌は16人と、先行検査より2人多い。先の説明のように、本 格検査が放射線の影響が出始めると考えると、原発事故によ る放射線によって増加したのかも知れない。しかし、他に増 加する要因は幾つか考えられる。その要因が否定されれば、 放射線起因性の可能性は極めて高いと考えざるを得ない。そ こで、以下、その検討・考察を行った。

【考察と検討】: 放射線以外の要因として考えられるものを右表に示 した。それらの可能性について検討したみたい。まず、1. 潜在甲状 腺癌を見つけたにすぎないという説明について;甲状腺癌は進行が遅 く、症状もないため気付かない担癌者(潜在癌)が多いとされている。

*本格検査で甲状腺癌が増えた理由は? 1 潜在癌を見つけたに過ぎない X 2 本格検査の受診年齢が高い 3 2次検診がより積極的に行われた X 4 先行検査未受診者に癌が見つかった



春期から急激に増加する。しかし、下表のように、 年度別の甲状腺癌の検査時年齢は大きな変化無く、 震災時年齢では逆に低くなってきている。3. 積極性 では、確定診断に欠かせない針生検の施行率は、年 度が進むごとに低下し、本格検査は最も低い。4. 本 格検査の51人の甲状腺癌患者は全員、先行検査を受

潜在癌の最も症例数の多い研究に、被爆者を対象とした研究 がある。ABCC の業績報告集 8-69「甲状腺乳頭癌-性および 大きさとの関係を示した特徴について」剖検で認めた 525 例 の潜在性甲状腺癌の大きさはきれいな正規分布を示し、累積 率を対数グラフで描くと非常にきれいな直線となるとしてい る(左図)。これより、潜在性甲状腺癌は規則正しく大きくな っていくことが類推できる。0.51cm 以上の潜在性甲状腺癌を 先行検査で見つけ手術してきた。3年後の本格調査では、その 数は相当数、減少していなければおかしい。2. 甲状腺癌は思

年度別癌患者数	検査時年齢	癌の大きさ	震災時年齢
平成23年度 15人	17.3±2.0	14.1±6.6 mm	15.7±1.9
平成24年度 56人	17.2±2.7	14.5±7.9 mm	14.9±2.6
平成25年度 41人	17.3±3.0	13.8±8.4 mm	14.4±2.9
平成26年度 45人	17.2±3.0	9.1±3.1 mm	13.2±3.0
平成27年度 6人	14.5±4.1	16.4±8.4 mm	10.0±3.9

けており、その内47人(92%)がA判定であった。以上より、

【結論】福島原発事故後に発見されている子供達の甲状腺癌について、他に説明のつかない増加が認められるこ とから、放射線起因性を考えなければならない状況になっていることを示した。 hg1995tm@yahoo.co.jp

予防接種禍と専門家の責任

○母里 啓子 (元公衆衛生院室長, ワクチントーク全国代表)、 古賀 真子 (特定非営利活動法人コンシューマネット・ジャパン理事長)

【目的】

近年、予防接種は社会防衛する必要がない病気に莫大な公費を投入して推進する反面、副作用被害を放置したまま一層の市場の拡大による健康被害の増大を惹起しつづけるという危機的な状況陥っている。過去の予防接種禍の歴史を踏まえ、近年社会問題となっている子宮頸がんワクチン被害の経緯を振り返りながら、予防接種被害を起こさないためには何が必要かを、立法者である国や政策決定、実践者である行政システムのどこに問題があるか、また、司法やマスコミの果たすべき役割を考察しながら、市民が健康に暮らす権利を守るために専門家が果たすべき役割について提言する。

【方法】

- 1 予防接種行政と被害者運動についての歴史的考察と VPD 思想。
- 2 ワクチンの増加と増産、輸入体制強化と接種拡大状況の分析(新型インフルエンザ、子宮頸がん、成人用肺炎球菌、B型肝炎、ロタなど)
- 3 子宮頸がんワクチンにおける導入経緯と救済実態考察

【結果と考察】

- 1 予防接種行政と被害者運動を覆す接種推進政策(VPD)
 - 1994年に4大訴訟による、予防接種法改正により、予防接種は集団社会防衛から個人の健康を守るため個別接種となり、接種は基本的に義務ではなくなった。しかし、その後の制度設計そのものが、経済成長戦略の観点から、ワクチンの増加による市場規模の急速な拡大と、り患するリスクの少ない疾病についても、ワクチンで防げるものは防ぐ(Vaccine Preventable Diseases)という考えのもと、国と業界、医師界をあげての接種推進政策が続けられている点に根本的な問題がある。
- 2 ワクチンの増加と増産、輸入体制強化と接種の拡大
- ①学童集団接種で有効性論が破たんした効果のないインフルエンザワクチンだけでなく、効果のない肺炎球菌ワクチンを高齢者への努力義務を課さない定期接種として導入。2009年の新型インフルエンザ騒動に端を発した外国製ワクチンの安易な輸入により、その後の子宮頸がんワクチンによる被害、乳児期のワクチン接種の増大による同時接種後死亡問題が起きている。アジュバント問題も含め乳児期の免疫系統への影響が懸念される。
- ②B型肝炎も定期接種となるが、母子感染事業として世界に類をみない成功例を収めたB型肝炎対策を、キャリアの分析や費用対効果を省みず、乳児へのユニバーサルワクチン化(一律接種)することは副作用被害発生だけが危惧される非常識な定期接種化である。(母子感染事業に関わった立場から提言する)
- ③2016年4月から、病気発生がない反面、重篤な副作用発生が必然である日本脳炎ワクチンを、定期接種としていなかった北海道でも、住民の反対を押し切り莫大な予算を導入して公的接種化したことの問題点。
- ④子宮頸がんワクチンは 2010 年から接種が開始されたが、多くの少女が過酷な副作用被害に苦しんでいる。(2016年5月30日現在での全国子宮頸がんワクチン被害者連絡会への登録は530余名となり、2016年3月31日には、6月から順次集団訴訟が準備されている)導入経緯、ワクチンの有効性、安全性、制度設計、救済への考え方について、海外の救済制度も踏まえ、司法救済の必要性について提言する。

送付先メールアドレス: 母里啓子 hahasato@me.com info@consumernet.jp

サリドマイド薬害被害者の現状と被害者支援の課題

○佐藤 嗣道(東京理科大学 薬学部,公益財団法人いしずえ)

【目的】サリドマイド薬害事件の発生から 50 数年が経過した。50 代になった日本のサリドマイド薬害被害者(以下、被害者。認定被害者 309 人)の多くが健康と生活の両面から様々な問題に直面していることが、最近の厚生労働科学研究により明らかとなった。本報告は、被害者の健康と生活の現状、および被害者の福祉センターである「公益財団法人いしずえ」(以下、「いしずえ」)における被害者支援の取り組みについて記述するととともに、今後の被害者支援の課題を検討することを目的とする。

【方法】被害者の現状については、厚生労働科学研究として実施された「全国のサリドマイド胎芽病患者の健康、生活実態調査に関する研究」(平成 23~25 年度) および「サリドマイド胎芽病患者の健康、生活実態の諸問題に関する研究」(平成 26 年度) の報告書等の文献をもとに、「いしずえ」の取り組みについては「いしずえ」の事業報告書をもとに記述した。厚生労働科学研究により記述された被害者の要望と、「いしずえ」の取り組みの現状から、被害者支援の課題について考察した。

【結果と考察】厚生労働科学研究では、被害者の健診、アンケート調査および聞き取り調査が行われた。 健診(平成 23~25 年度、n=76)により、生活習慣病が高頻度(脂肪肝 52.6%、骨粗鬆症・骨塩量減少 52.1%、高血圧 46.7%、非アルコール性脂肪性肝疾患 35.0%、中心性肥満 24.2%、脂質異常症 23.7%、高 尿酸血症 21.1%、耐糖能異常 18.4%) で認められた。メタボリックシンドロームは男性のみ(男性の 21.7%) に認められた。また、無胆嚢症(13.2%)、塊椎(9.2%)、血管系の異常(27.3%、n=22)が認められた。 郵送による自記式アンケート調査(2012 年、回答数 201/送付数 286=回答率 70.3%)では、自覚症状が 130人(64.7%)にあり、130人中の割合は、肩こり58.5%、腰痛54.6%、手足の関節が痛む40.0%、手 足のしびれ 31.5%などであった。また、通院の割合は、病院・診療所 58.7%、あんま・はり・きゅう・ 柔道整復師 14.9%であった。通院している傷病は、腰痛症 17.9%、肩こり症 17.4%、高脂血症 15.4%、歯 の病気 13.9%、高血圧症 13.4%、眼の病気・障害 12.9%、耳の病気・障害 12.4%、関節症(関節の痛み) 10.9%、うつ病やその他のこころの病気 10.4%、糖尿病 9.0%の順であり、これらの傷病の割合はいずれ も国民生活基礎調査における同年代(50~54歳)に比べ高く、1.4倍から24.8倍であった。これらの傷 病には、身体の無理な姿勢や使い過ぎによる二次障害が含まれる。生活上で悩みやストレスがあると回 答した割合は 78.1%で、国民生活基礎調査 53.1%より高かった。アンケートの自由記載欄および聞き取 り調査から、生活に関する不安として、疲れやすい・手の機能低下などによる就業継続の困難・早期退 職、親の介護、老後の生活(一人暮らしは困難)などが挙げられた。こうした被害者の現状に対する支 援策として、「いしずえ」は、ソーシャルワーカーによる相談事業を2011年度から実施している。また、 医療費(マッサージ・歯科等の保険外診療を含む)、家事援助等のヘルパー・手話通訳者の派遣費用、 および被服の補正・道具の改良・補助具の購入等の費用に関する助成を 2014 年度から行っている。し かし、これらの取り組みは資金面の限界もあり未だ十分とは言えない。また、「サリドマイド障害に詳 しい医師・医療機関が身近にあってほしい」といった要望が多くの被害者から出され、厚生労働科学研 究の一環として「サリドマイド胎芽症研究会」が 2015 年に組織されて、全国の医療関係者のネットワ ーク化が開始されたが、緒についたばかりである。今後の被害者支援の課題として、定期的な健診の実 施、生活習慣病等の予防対策、医療費の無料化、マッサージ・歯科等の保険外診療の無料化、拠点病院 の設置、被害者の居住地域における医療体制の整備、相談体制の強化、助成制度の拡充、老後の生活支 援体制の整備などが必要と考えられた。ドイツ、英国では、大規模な調査が行われた結果、ドイツでは 被害者への年金が大幅に増額され、英国では被害者への再補償が行われており、海外の被害者の支援策 に関する情報収集が必要である。

【結論】サリドマイド薬害被害者の健康と生活は、同年代の人々に比べて良好とは言えない状態にあるが、現在の「いしずえ」による支援策には限界があり、保健・医療・福祉等の専門家による総合的な支援体制の構築が課題である。

メールアドレス: tsugusato@rs.tus.ac.jp

医薬品・ワクチン等の健康被害救済を阻害するものは何か

○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〉 〈独〉医薬品医療機器総合機構運営評議会救済業務委員会)

【目的】少数の重篤副作用患者の発生を前提として、大多数の患者の薬物治療(予防接種及び予防接種行政)が成り立っていることを再認識し、その被害救済の現状や課題を把握し、「すべての被害者の救済」を阻害する要因について考察する。

【方法】2005~2009 年度の副作用報告、救済申請の件数を比較して救済制度の利用状況を推察する(医薬品副作用被害救済制度)。予防接種法の健康被害救済制度においても同様の推計を行ない、双方の制度における状況を把握する。社会問題化したHPVワクチン(定期接種でも、任意接種でもない特異性)の被害救済に注目する。

【結果と考察】①医薬品副作用被害救済制度については、死亡例の制度利用は10%未満、ワクチン(定期接種)については医薬品に比して、制度の認知度、利用率はやや高い可能性がある。②-1 患者が制度利用に至るには、副作用の疑いをもつレベルの情報、認識を得ているか否か、②-2 診察した医師が副作用を疑う力量をもっているか否か及び制度認知・理解度の深さや倫理観などの壁があるとみられる。②-3 定期接種の場合、市町村担当者の認識や対応によって左右される。最終的には、③判定や審査に当たる委員の認識及び利益相反、その審議会等の運営に当たる厚生労働省の救済に関する認識、制度運用の基本姿勢等が検討課題となる。④一般市民にとって、給付請求の手続き、なかでも不支給決定がなされた場合の審査請求(定期接種、都道府県知事あて請求)や審査申立(医薬品、厚生労働大臣あて請求)の手続きは難しく、また活用されていないなか、⑤近年、定期接種の健康被害救済において、都道府県知事による不支給処分取消の裁決が複数みられている。

【結論】重篤副作用患者は社会的に保護されるべきだが、制度利用に至らない患者が相当数存在することが懸念される。副作用の医療機関報告を増加させる取り組みにより、副作用・被害救済への意識向上を図り、医療従事者は、単に救済制度の知識・理解を深めるだけではなく、重篤副作用被害の事実・実態を知るための研修を強化すべきではないか。法・制度的には、一般にいう「幅広い救済」の考え方を明記すべきではないか。

医療の質・安全の向上において、医薬品・ワクチン等による健康被害、そのすべてを救済することを めざす意義について、理解を深めたいものである。

(栗原メール mmr@osaka. email. ne. jp)

【資料1】

定期接種で否認→審査請求

- 弁護士も"あてにできない"という困難な手続き
- しかし、近年、逆転「認定」事例が目立つ

発生地	ワクチン	診断	接種	裁決後認定
大阪/T市▲	MMR	脳脊髄炎(死亡)	1991	1997(係争中に認定)
兵庫/Ⅰ市▲	ポリオ	·····(死亡)	2002	2004認定
新潟/T市●	MR	急性脳症(障害)	2007	2011認定
高知/N町 (弁護士なし)	日本脳炎	急性脳症(障害)	(544年、小2、集団 接種) 審査請求は 医療費等	2012認定 →2014(年金認定)
栃木/U市◎	MMR	てんかん・知的障害	1990	審理が進行中
千葉/■市〇 (今回)	DPT	急性脳症(障害)	2006	2016.1.12付裁決 (処分取消→国へ)

* 審査請求で棄却、<u>再請求 (2010.7) で認定</u>された事例: 大阪/I市 ポリオ (麻ひ) 注:▲は弁護士、●は栗原が、◎は栗原・古質が代理人、○は黒部意見書、古質、栗原が支援

【資料2】

国の再審査部会、委員の発言 2011.6

• 「県は被害者よりの判断をするだろう。 **今後このような裁決が出てくると国の 判断が軽くなる**。」など、

(新潟県の裁決後の再審査議事録より)

✓審査請求という国民の権利を守る手続きの意義に思いが及ばない、傲慢とも自己保身ともいえる姿勢がみられた

特別セッション関連演題Ⅱ-3-2

HPVワクチンの毒性データは国際会議(2014年、東京)で誰がどう誤導したか? ——— Lee 医師の WHO 宛「告発メール」からの考察 ———

〇片平 冽彦、榎 宏朗 (健和会・臨床・社会薬学研究所)、寺岡 章雄 (医薬情報センターあさひ)

【目的】HPV ワクチン(HPVV)の問題に関し、世界保健機関(WHO)の GACVS(ワクチンの安全性に関する諮問委員会)は、2015 年 12 月の声明で、(HPPV は)「いかなる安全上の懸念も見出されていない」などと述べた。我々は、昨年の本学会において、海外における HPVV 接種被害報告を紹介し、この GACVS 声明を批判した。その後、2014 年に東京で開催された国際会議の経過、及びその「舞台裏」に関して、米国 Milford 病院病理学の Sin Han Lee 医師が WHO の Chan 事務局長宛 2016 年 1 月 14 日付で送付した open-letter(以下"Lee 告発")と、その日本語訳を含む 13 ヶ国語訳文が、同年 1 月 15 日付で Sane Vax に紹介された。この"Lee 告発"の内容を正しく把握することは、HPVV 問題の今後を考える上で重要と思われる。以上から、本報告では、2014 年に東京で開催された国際会議の経過、及びその「舞台裏」から、HPVV 毒性データの「誤導」の有無を解明することを目的とした。

【方法】HPVV の有害事象情報を国際的に収集し情報提供をしている Sane Vax のサイトにおいて、2016年1月15日付で"Is HPV Vaccine Safety an Illusion Maintained by Suppression of Science?"と題する記事が出され、Sin Hang Lee 医師が WHO の Chan 事務局長宛(CC で、日本の厚労省と塩崎大臣等にも)送付した open-letter と、その日本語訳を含む13ヶ国語訳文が紹介されていた。これらの文書を参照し、Sane Vax の日本語訳文の適切性を検討すると共に、文中の引用文献を収集した。

【結果】"Lee 告発"は、2014 年 2 月に厚生労働省が主催して東京で行われた国際会議の「舞台裏」が記されているメール (ニュージーランド[NZ]での情報公開申請によりその情報を入手)を元にしている。その内容からは、この国際会議では、GACVS 関係者等は、HPVV の安全性に関する専門家会議を誤導させる企み (「GACVS 声明」の「草案起草」も議論している) に積極的に関わっていた可能性が示唆されていた。そのことを端的に示しているのは、日本の厚生労働省難波江功二医系技官(公聴会の裏方担当)と、NZ の Helen Petousis-Harris 氏との間で交換されたメール内容であった。

【考察・結論】本事件では、国際会議の場では Lee 医師により「HPVVの安全性への懸念」データが示されたのに、その指摘に否定的な形でのまとめが意図的にされたこと、即ち、そうした「懸念」情報を隠匿ないし伝達しないことが関係者によって隠然と行われたという事実がある。このような経過により、「HPVV の安全性への懸念」が否定されたのは見過ごすことができず、こうした事実があったのに、「HPVV の安全性への懸念」を否定しても全く説得力に欠けると言わざるを得ない。本事件も、"VACCINE" 誌論文強制撤去問題と同じく "SCIENTIFIC MISCONDUCT"の1事例と言え、このような「科学における不正行為」は、厳しく批判されねばならない。本事件には日本の厚生労働省医系技官が中心的な役割を果たしており、今後、Lee 医師が指摘した事実について、詳細な事実解明が必要である。

【片平連絡先】katahirakiyohiko@gmail.com

ある「国際的査読ジャーナル」の "Scientific Misconduct" —HPV ワクチン安全性に関わる動物実験論文の掲載撤去問題—

片平 洌彦、榎 宏朗 (健和会・臨床・社会薬学研究所)、○寺岡 章雄 (医薬情報センターあさひ)

【目的】HPV ワクチン (HPVV) に関し、世界保健機関 (WHO) の GACVS (ワクチンの安全性に関する諮問委員会) は、2015 年 12 月の声明で「本ワクチン使用の推奨を変更しなければならないような、いかなる安全上の懸念も見出されていない」などと述べ、日本での積極的勧奨中止を批判した。その後、2016 年に国際専門誌の「論文強制撤去」事件が起きた。本事件は、HPVV の安全性に関わる重要な知見の情報公表が阻害された事件である。その経過をきちんと把握し、そのような事件を引き起こした原因、及び同様の事件の再発防止策を考察することは、HPVV による薬害の被害者全面救済の上で、また、「薬害の構造」を解明し、その根絶をはかる上でも重要である。以上から、本報告では、事件経過を解明し、その要因(人為的原因)を考察することとした。

【方法】Sane Vax が 2016 年 2 月 8 日付けで紹介した Inbar R, Shoenfeld Y らの動物実験結果報告について、論文全文にアクセスできないことから調べた結果、Vaccine 誌(online)に一旦掲載後撤去されたことが判明した。そこで、同論文の Corresponding Author である Shoenfeld Y 教授に人を介して連絡を取り、「強制撤去」までの経緯を尋ね、撤去された論文全文、PubMed にも掲載された撤去通知と Shoenfeld 教授の Vaccine 誌編集長 Poland G 医師へのレター等、関連文書を入手し閲覧・考察した。撤去理由は「その科学的健全性について深刻な懸念がある」「研究方法に深刻な欠陥があり、論文の主張は正当化できないと確認された」「国際的な査読ジャーナルとして、これ以上閲覧されないようにする義務がある」と記されていた。また、Vaccine 誌編集長 Poland 医師の COI について調べた。その後、Shoenfeld 教授が Clin Rheumatol 誌の 35 巻 833-4 頁に「強制撤去」までの経過を記していることがわかり、同誌の記載により、事実経過の正確な把握に努めた。

【結果】動物実験論文は、投稿後通常の査読を経て、副編集長の Altmann D 教授によって受理されオンライン上に掲載された。しかし、Poland 編集長の意向で著者らには何の連絡もなく「強制撤去」がされた。撤去の1週間後に、強制撤去正当化のためと解される掲載した論文に対する3名の無記名講評文書が著者に送られてきた。Poland 医師の著作論文の COI 開示は多くのワクチンメーカーとの経済的関係を示していた。

撤去された論文は、マウスにガーダシル、アルミニウム、対照の溶媒を投与し、運動機能、認知機能などに及ぼす影響をみるとともに、一部の動物から採取した血液を血清学的に分析、また脳の免疫組織学的検査を行った結果をまとめている。ヒトでの投与量と動物実験の投与量との対応は、AUC (血中濃度曲線下面積)での対応が困難な場合、体重当たりでなく体表面積当たりでなされる (FDA. Guidance for Industry, 2005)。著者たちは結果の出にくい体重当たり換算量の少量を用いているにもかかわらず、臨床用量の 10 分の 1 相当量で、強制水泳試験、Y 迷路試験、階段装置試験で行動科学的ないし認知異常が観察された。血清学的分析、脳の免疫染色はガーダシル、アルミニウム投与により海馬 CAI 領域が神経炎症の害を受けやすいことを示唆していた。またガーダシルを投与したマウスから得た抗 HPV L1 抗体は、HPV L1 抗原のみならず脳の複数の神経組織抗原と免疫交差反応を示すことが示唆された。ガーダシルは、そのアルミニウムアジュバントと HPV 抗原の媒介で、神経炎症と自己免疫反応を引き起こし、行動変化に至るものと考えるとの内容であった。

【考察】本事件は、「HPVV の安全性への懸念」が国際的に出されている中で、動物実験データを報告した論文が、一旦 VACCINE 誌のオンライン版に掲載されたのに、その後、正式に掲載した論文の撤去説明として普通には考え難い攻撃的な理由をあげ一方的に撤去されたこと、即ち、そうした「懸念」情報を隠匿ないし公表しないことがワクチンメーカーと利益相反関係のある投稿先雑誌の編集長によって公然と行われたという事実である。このような力の作用による「HPVV 安全性への懸念」情報隠匿は見過ごすことができない。

【結論】本事件は、まさに、"SCIENTIFIC MISCONDUCT" の事例と言え、このような「科学における不正行為」は、厳しく批判されねばならない。

【謝辞】本事件に関する情報収集等にご助力いただいた HESTIC (健康環境科学技術国際コンサルティング) 主幹・遠山千春 東京大学名誉教授に感謝申し上げます。 【連絡先 (片平)】katahirakiyohiko@gmail.com

療養費と居場所の問題について考える ~療養型MSWの視点から~

○吉田 優奈、野澤 由香、白水 竜一、 大森 裕之、渡辺 佳美 (たたらリハビリテーション病院 MSW)

【目的】

2025年問題に伴い療養型病床は医療費適正化が進められ長期入院を継続する事が難しくなり、退院先 (「居場所」)に困る方も増えている。一方で、住まいとしての住宅型施設が福岡市でも増加しており、 退院先の選択肢は増えているが、施設の費用捻出が困難で医療費公費負担制度を利用して入院継続を希望するケース等、療養費や介護度、家族構成等の問題が顕在化している。

今回は実際に対応した事例を通して、療養型MSWとして見えてきた療養費と居場所の問題について 考察する事を目的とする。

【方法】

2015 年 4 月から 2016 年 3 月までの 1 年間に当院慢性期病棟(医療療養型、障害者病棟。死亡及び急性期転院を除く)を退院した患者(患者数:計 142 名(全体計 250 名))を対象とし、保険・介護度・退院先・家族構成等について集計、比較検討を行った。事例については、当院倫理委員会で承認を得た。

【結果と考察】

退院先と保険をクロス集計した結果、課税世帯は家復 81.0%、転院 9.3%(障がい医療証あり 2 名、特疾あり 2 名)、特養 2.3%(障がい医療証あり 2 名、特疾あり 1 名)、老健 1.4%、住宅型施設 0%となり、生活保護世帯は家復 60.0%、転院 4.4%、特養 8.9%、老健 4.4%、住宅型施設 17.7%となった。課税世帯は住宅型施設に退院していないが、生活保護世帯は約 20%が住宅型施設に退院している。課税世帯の家族構成を見ると、夫婦 2 人が 21.8%と 1 番多く、多世代同居、その他家族同居がそれぞれ 17.1%となっている。

施設費用は年金の範囲内で支払えるように設定されているが、施設費用の負担が大きく配偶者の生活費を逼迫したり、老後の不安等から支払いをためらい入所に至らないケースもある。その結果、本来入所・入居出来る所を選択出来ない事態に陥っている。

【結論】

日本の社会保障制度は、分野ごとに様々な制度が複雑に制定されている。いくら貯蓄資産があっても 将来に不安を感じていることから、なるべく療養費がかからない所を選択せざるを得ないのではないだ ろうか。先の見えない不安に立たされる人が今後増え続ける事を考えると、積極的に将来の生活に対し て明確なビジョン、わかりやすく使いやすい制度の構築を進める事が求められる。

sc-tatara@fid.jp

介護離職と経済的困難に関する研究

○宮本恭子(島根大学・法文学部)

【目的】

家族らの介護を理由に退職せざるを得ない「介護離職」が、社会問題として関心を集めている。この問題は、高齢社会の進展に伴い、家族形態の変化とも相俟って、ますます深刻化することが予想され、政策的にも重要な課題となっている。介護離職の深刻さのひとつの具体的な形は経済的困難という形で現れる。本研究では、家族介護者がなぜ離職するのか、介護離職を機に困難な生活状況に陥る背景には何があるのかを検証するために、介護離職を機に経済的に困窮する人に見られる特徴を分析することを目的とした。

【方法】

家族介護者がなぜ離職するのか、なぜ介護離職を機に経済的困難に陥るかを、既存のデータを用いた 二次分析を行うことにより実証的に検証する。使用するデータは、厚生労働省雇用均等・児童家庭局職 業家庭両立課が実施した「仕事と介護の両立に関する実態把握のための調査、2013」における個票デー タである。解析ソフトは SPSS for Windows Ver22.0 を用いた。

【結果と考察】

介護離職者に見られる特徴は、①親と同一生計にある女性や未婚者、②自分以外に親の介護を手伝ってくれる兄弟姉妹等がいない者、③親との同居、④在宅介護、⑤介護休業制度、遅刻・早退などの柔軟な対応等の勤務先の制度を利用している者であることが分かった。介護離職を理由とする経済的困窮者に見られる特徴は、①ひとり暮らし、重度の認知症の親を介護する女性、②在宅介護、③介護保険の在宅介護サービスの利用状況であることが分かった。このことは、もともと経済面での不安が大きいひとり暮らしの女性に介護を必要とする人が現れることは、「離職に伴う経済的困難」という面で無視できない誘因となっている可能性が示唆される。

【結論】

離職前から経済的に不安定な立場にある人、在宅介護、同一生計者がいない、重度の認知症の介護、在宅介護サービスの利用状況等の複合的な課題を抱える場合には、離職に伴う経済的困難の度合いが高まるという結果が見いだされた。何より介護離職の防止が重要であるが、加えて、離職後に生活困窮に陥らないよう、早期の段階で複合的な課題に対応できる支援体制を構築することが必要である。

連絡先: miyamoto@soc.shimane-u.ac.jp

生活困窮者自立支援法施行後の一時生活支援事業の変化について

○中野 加奈子 (大谷大・文学部社会学科)

【目的】

ホームレスを対象としたシェルターは、ホームレス数の増加が社会問題化した 1990 年代頃から各地で取り組まれてきた。2008 年のリーマンショックを契機に多くの派遣労働者が住まいを失うこととなった。これに対して政府は「緊急雇用対策」として「自治体による旅館、空き社員寮等の借上げ」によるシェルター(緊急一時宿泊事業)の増設を図った。2013 年度からは厚生労働省「セーフティネット支援対策等事業」の「社会的包摂・『絆』再生事業」の一つとして位置づけられ、事業が継続してきた。その後、ホームレス対策として実施されてきた緊急一時宿泊事業は、2015 年 4 月から施行された生活困窮者自立支援法における「一時生活支援事業」へ移行することとなった。

生活困窮者自立支援法の対象である「生活困窮者」とは、「現に経済的に困窮し、最低限度の生活を維持することができなくなるおそれのある者」とされている。しかし、「住まいを失った」という状態は、憲法 25 条が定める「健康で文化的な最低限度の生活」が営めない状態であり、生活保護法での「要保護者」、すなわち「保護を必要とする状態にある者」に他ならない。そのため、本来ならば生活困窮者自立支援法の対象ではない利用者もこの法律で対応することとなり、対象規定において矛盾が生じている。

このような法的な矛盾を抱えながらも、実践現場では日々生活再建に向けた支援が展開されている。本報告では、(1)生活困窮者自立支援法設立過程でシェルターがどのように位置付けられたのか、

(2) 生活困窮者自立支援法施行後の一時生活支援事業では、どのような変化があったのか、の2点について検証し、シェルターに求められる機能とそれを実現するための施策について述べていく。

【方法】

- (1) 生活困窮者自立支援法の成立過程において、ホームレス施策がどのように取り扱われてきたのか を検証する
- (2)「一時生活支援事業」の法的整理を行う
- (3) A 市における「一時生活支援事業」で実践する自立相談支援員への聞き取り等から、生活困窮者 自立支援法移行後の問題点を整理する

【結果と考察】

- 1. ホームレスを対象とした「緊急一時宿泊事業」が生活困窮者自立支援法上の「一時生活支援事業」に 移行する際、対象規定についての検討・整理は不十分なままであった。しかし、この不十分さは、 緊急一時宿泊事業での「宿泊中の生活保護の実施」に関連する問題と連続性がある。
- 2. 一時生活支援事業は生活困窮者自立支援法では任意事業とされており、各自治体で必ずしも実施されているわけではなく、実施状況には自治体間格差がある。その背景には、各地のニーズのばらつきだけではなく、予算措置(任意事業は 1/3 が自治体負担)の問題とも関連している。
- 3. 一時生活支援事業利用者を担当する自立相談支援事業は、地域に住まいを持つ利用者を担当する自立相談支援事業とは区別されている。「緊急一時宿泊事業」は生活困窮者自立支援法に移行したように見えるが、完全な「移行」とは言えない状況が1年以上継続している。
- 4. ホームレス状態の人が利用するであろう、ホームレス自立支援法・生活困窮者自立支援法・生活保護 法は連続性を持ったものとして整備されていない。そのため制度間に諸矛盾が生じ、そのしわ寄せ が実践現場に現れている。この諸矛盾の内容については、学会当日に詳細を報告する。

連絡先: nakano@res.otani.ac.jp

生活保護自立支援プログラム (健康管理) の現状と課題 一支援者側の視点から一

○笠原靖子(帝京大大学院・公衆衛生学)、筒井秀代(帝京大学・医療共通教育研究センター)、 野村恭子(帝京大学・医学部衛生学公衆衛生学)、高橋謙造(帝京大大学院・公衆衛生学)

【目的】

生活保護世帯の問題の複雑化と世帯数の増加に対して、経済的給付中心の生活保護制度から各自治体が組織的に生活保護世帯の自立を支援する制度への転換を目的として、平成 17 年度より「自立支援プログラム」が導入された。本研究では、神奈川県相模原市で実施されている「自分で健康・生活管理を行うなどの日常生活自立を目指す自立支援プログラム(健康管理)」に着目し、支援者側の視点からの生活保護受給者の健康問題や、生活保護受給者の自立を促進する要因と阻害する要因を探索した。本研究の結果から、より効果的な「自立支援プログラム(健康管理)」が考案・実施されることを目的としている。

【方法】

神奈川県相模原市において「生活保護自立支援プログラム(健康管理)」に携わる職員(ケースワーカー4名、相談員(看護師)3名)7名を対象に、2014年11月2日に半構造化面接を実施した。面接調査では、①「自立支援プログラム(健康管理)」の実施状況とその効果、②生活保護受給者の自立を促す因子、③「自立支援プログラム(健康管理)」の今後の在り方への期待や要望、について聴取した。面接調査の結果は逐語録にし、「生活保護受給者への健康管理支援」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【】で示す)。 生活保護受給者の健康問題の背景には、【対象者特性がもたらす介入の複雑性】が存在する。そのた め、自立支援プログラム(健康管理)の実施には、対象者の状態を正しく把握した上での自立能力の見 極めが必要であり、【相談員(看護師)に求められる高いアセスメント能力】が重要となる。実際に、【自 立支援における相談員(看護師)の役割】は重要な位置を占めている。このような相談員(看護師)に よる<適切なアセスメントに基づいた健康管理>は、【支援による対象者の変化】をもたらし、自立支 援プログラム(健康管理)の効果につながっている。一方で、自立支援プログラムによる介入時期の遅 れが対象者の健康問題を悪化させ、介入をより複雑化させている現状がある。対象者の健康問題の悪化 は【困難な支援目標の設定】にもつながり、【支援による対象者の変化】を得られにくくするため、支 援者には、【経験則による自立支援プログラム(健康管理)対象者の選定】の改善が求められている。 対象者に対する<支援者の不十分なアセスメント>は、【支援による対象者の変化】を妨げる要因のひ とつとなっている。また、福祉制度に基づいた各支援サービス、医療機関、デイケア等の【社会資源の 充足】は、【支援による対象者の変化】を促しプログラム効果をもたらしている。しかし同時に、精神 障害を抱える対象者の居場所づくりや、糖尿病を抱える対象者の運動環境の整備、世代により異なる利 用可能なサービスの整備の不足等の【社会資源の不足】もみられ、【支援による対象者の変化】を妨げ る要因になっている。<社会資源>は、【支援による対象者の変化】を促す重要な要因となっている。

【結論】

「自立支援プログラム(健康管理)」は、相談員(看護師)の<適切なアセスメントに基づいた健康管理>により効果が得られていることが示唆された。しかし一方で、<支援者の不十分なアセスメント>や<社会資源>の不足が効果を妨げる要因となっていることが示唆された。今後、「自立支援プログラム(健康管理)」のより効果的な実施のために、多くの生活保護受給者の中から支援の優先度の高い対象者を選定する支援者のアセスメント能力の向上と、地域の実情にあった社会資源の充実の必要性が示唆された。

連絡先メールアドレス(笠原靖子): sph-ykasahara@med.teikyo-u.ac.jp

日常生活自立支援事業の利用の地域格差をもたらす要因

○黒田 研二 (関西大学・人間健康学部)

【背景と研究目的】日常生活自立支援事業は社会福祉法を根拠とし、認知症、知的障害、精神障害等のため判断能力が不十分な人を対象として支援を行う事業である。支援内容は福祉サービス等の利用援助、金銭管理や支払い手続きの代行をする金銭管理サービス、預金通帳等の預かりサービスなどである。1999年10月より地域福祉権利擁護事業の名称で開始され、2000年の社会福祉法改正において福祉サービス利用援助事業という名称で法定化された。2007年度より厚労省要綱上で日常生活自立支援事業と名称変更された。実施主体は都道府県および政令指定都市の社会福祉協議会で、実際の支援は基幹的市町村社会福祉協議会に委託して実施されている。全国社会福祉協議会の取りまとめによると、全国の日常生活自立支援事業の実利用者数は制度発足後から毎年直線的に増えており、2015年3月末時点で46,696人に達している10。日常生活自立支援事業の利用は実施主体(都道府県・指定都市)による格差が大きいことが指摘されている20。本研究は、最近の資料を用いて格差がもたらされる要因を明らかにすることを目的とした。

【研究方法】全国社会福祉協議会が公表している 2014 年度末速報値 ¹⁾ をもとに、実施主体の人口や生活保護の統計データを加えて、以下の指標を作成し、利用実績を観察するとともに、利用率と関連が推定される指標との相関係数 (Spearman 順位相関係数) を算出した。作成した指標は、人口 10 万対利用契約数 (以下、利用率)、本事業契約者のうちの生活保護受給者割合、人口 10 万対職員数 (この事業に従事する専門員数と生活支援員数の合計)、人口 100 万対基幹的社協数、人口千人対生活保護実人員数である。

【結果】人口 10 万対利用契約数は、全国では 36.7 であるが、都道府県府県・指定都市別格差が大きく、多いところは静岡県(128.7)、大阪市(115.6)、島根県(99.0)、滋賀県(94.7)等で、少ないところは千葉市 (8.3)、さいたま市 (9.7)、札幌市(11.9)、相模原市(14.5)等で、最高と最低で 15 倍もの差が見られた。2014 年度中の契約者のうち全国では生活保護受給者が 44%を占めている。しかし本事業の利用率と人口千人対生活保護実人員数には相関は認められなかった。一方、利用率と人口 10 万対職員数との間では 0.533(n=67、p<.001)、基幹的社協数との間で 0.555(p<.001)と比較的高い相関が認められた。

【考察とまとめ】本事業の地域間の利用格差をもたらす理由には、支援を必要とする対象者の人口あたりの率に地域差がある可能性があるが、それだけでは説明がつかないほど地域間の開きは大きい。この事業を担う専門員、生活支援員の人口あたり配置数、人口当たり基幹的社協数に地域間の差が大きく、それらの差が利用実績にも反映されていることが明らかになった。その他にも、関係機関にこの事業の周知ができているかどうか、関係機関との日ごろからのネットワークがつくられているかどうか、基幹的社協とこの事業を実施していない市町村社協との連携がうまくいっているかどうかといったサービス提供側の要因によって、この事業の実績の地域間格差がもたらされていることが考えられる。全国の市区町村数 1700 余に対し、この事業を実施している基幹的社協数は 2014 年度で 1100 ヶ所であり、すべての市区町村社協で実施されているわけではない。今後、この事業に対する財源の確保とともに社会福祉協議会だけでなく市町村行政も責任をもつ事業として定着させていくことが必要である。

【注と文献】 1) 全国社会福祉協議会が日常生活自立支援事業の全国の実績をインターネットで公開している。2014(平成26)年度末の速報値を参照した。

2) 黒田研二 (2006)「都道府県・指定都市別にみた地域福祉権利擁護事業の利用実績およびその関連要因」社会問題研究 55(2)、31-34

多胎育児のソーシャルキャピタル形成を促進する要素 - 多胎サークルメンバーのワークショップ「困っていること」から-

○落合 世津子(同志社大学大学院・社会学研究科博士後期課程、元藍野大学)、内藤 直子(人間環境大学)、大高 恵美(日本赤十字秋田看護大学)、松川 杏寧(公益財団法人ひょうご震災記念 21 世紀研究機構の人と防災未来センター、元同志社大学)、立木 茂雄(同志社大学)

【目的】

多胎育児者が多胎育児上「困っている」と意識していることから、多胎育児のソーシャルキャピタル 形成を促進する要素を探る。

【方法】

- 1. 調査対象:地域のサークル代表者に研究主旨を説明し、了解が得られた5か所のサークルが募集したサークルメンバー計33名。1か所あたりの参加者は6名~8名であった。
- 2. 時期: 平成27年7月~27年10月
- 3. 調査方法:参加型アクションリサーチ法(KJ 法によるワークショップ)。サークルの活動拠点もしくは近い会場で1サークル毎に実施した。託児により母子別室でおこなった。調査項目は「困っていること」、「助けになるもの」の2項目であった。今回はそのうちの「困っているもの」に焦点をあてて報告する。
- 4. 分析方法:参加者が作成した親和図をデーター化したうえ、研究者らが5か所合同の親和図を再構成して分析した。
- 5. 倫理的配慮: 藍野大学研究理審査委員会の承認後に実施した。

【結果と考察】

- 1. 結果:「困っていること」の意見カードは計 367 であった。研究者が再構成した親和図から、①同年齢の複数の子どもの同時の育児のため、経済的負担と人手不足から子どもを可愛いと思う余裕がないくらい母が疲れる(312票)、②妊娠や育児の情報、多胎用グッズが乏しく、ママ友が得にくく、周囲の多胎児育児に理解・共感が得られない(19票)、③早産、NICU入院、発育や発達の心配がある(13票)、④家族の非協力、気遣い、兄姉への対応(21票)に大別した。
- 2. 考察: 多胎育児上「困っていること」は、同年齢の複数の子どもを同時に育児する状況が起因する 経済的・身体的・精神的負担と、多胎育児者は育児社会での少数派であることが起因する情報の乏 しさ・地域の物理的環境の未整備による外出困難・近隣の人々や育児支援関係者の多胎育児への理 解不足感から生じる孤立感が考えられる。

【結論】

同年齢の複数の子どもを同時に育児する状況と多胎育児者が育児社会での少数派であることへの理解は多胎育児のソーシャルキャピタル形成を促進する要素であるといえる。

本研究は日本学術振興会科学研究基盤 C (課題番号 25463656) の成果物の一部である。

発表者 E-mail:s-ochiai2588@jcom.zaq.ne.jp

てんかん患者・家族支援における多職種連携 ~広島大学病院 てんかんセンターにおける実践から~

〇田川 雄一 (広島国際大学・医療福祉学部)、眞砂 照美 (広島国際大学・医療福祉学部)、 飯田 幸治 (広島大学病院・脳神経外科)、小枝 允耶 (雅の里リハビリ訪問看護ステーション)

【はじめに】脳の慢性疾患でけいれんや意識消失などの発作を繰り返すてんかん患者は、国内に約 100 万人いる。しかし、どんな病気なのか一般的には正しく理解されていないのが実情である。また、てんかん発作には、様々な発作タイプがあり、またどの年齢層でも発症しうるために、診療科も小児科・神経内科・神経精神科・脳神経外科と多岐に渡り、社会的支援が必要な患者が多く存在している。

広島大学病院でんかんセンターでは、適切にてんかん診断・治療を行うために、各診療科や検査部・診療支援部・看護部・薬剤部・ソーシャルワーカーなどの診療部門が協力して設立。診断や治療に困っている患者に対する包括的な診療に取り組んでいる。現在、全国のてんかん診療拠点機関の数は8ヵ所であり、てんかんセンターを掲げている医療機関は31ヵ所となっている。

【課題】

- ①てんかん患者が専門的な治療に結びついていない
- ②てんかんが正しく理解されていない
- ③社会的課題に対する支援

【実践・報告】広島大学病院てんかんセンターでは、集学的チーム医療を実施し、患者の適切な診断及び病態の軽減を図るとともに、てんかん診療地域ネットワーク体制を構築することを目的としている。広島大学病院は、全国8ヵ所のてんかん診療拠点機関の一つであり、てんかん地域診療連携体制整備事業として、てんかん患者や家族への専門的相談及び治療、医療機関への助言・指導、関係機関(精神保健福祉センター、保健所、市町村、公共職業安定所等)医療従事者、てんかん患者及びその家族に対する研修の実施、地域住民への普及啓発等々を業務内容としている。てんかん診療拠点機関は、てんかん診療支援コーディネーターとして、社会福祉士や精神保健福祉士を配置しなければならず、医療的側面だけではなく、てんかん患者が抱える社会的問題への対応が求められている。臨床現場での実状も、患者は多様な問題(精神疾患・知的障害合併による生活上の問題、就労問題、運転免許問題等)を抱えていることが多いため、患者及びその家族や地域住民への普及啓発として、年数回の市民フォーラムや研修会を開催して、てんかんに対する正しい理解や社会福祉制度の情報提供をおこなっている。てんかんセンターでは、医師、看護師、薬剤師、理学療法士、言語聴覚士、ソーシャルワーカー等がそれぞれの専門性を活かした多職種で連携している。

【まとめ】てんかんセンターでは、より正確な診断や適切な治療を行い、医療機関ネットワークづくりを目指しているが、それと同時に患者・家族の抱える多様化する社会的問題に取り組む必要がある。全国てんかんセンター協議会代表(JEPICA)の井上氏(静岡てんかん・神経医療センター)は、協議会のホームページで「医療を超えた連携」として、てんかんのある人が抱える問題(福祉、教育、雇用等)を解決していくには、てんかん医療を理解してもらい協調して取り組むことが大切であるといった、連携活動の必要性や情報源としての役割を述べている。また、WHO も 2015 年にてんかんのプライマリ・ヘルスケアを謳っており、ソーシャルケアを含む、てんかんマネージメントなどを必要に応じて組み込むことを世界保健総会で決議している。

てんかん診療拠点機関である広島大学病院では、中国地方以外の四国地方・関東地方・中部地方等の 医療機関からも紹介を受けているため、他県での社会福祉制度や現状など幅広く把握しておくことも求められる。

今後も患者・家族や地域住民を対象にした市民フォーラムや研修会などを継続的に実施していくことや、多職種がミクロレベルでもてんかんの理解に努めていくような働きかけが重要である。

E-mail: y-tagawa@hw.hirokoku-u.ac.jp

余命予告後、大きく変化した親子関係の事例報告 ―お見舞い支援のかかわりのなかで―

〇草井 彩子・伊庭 あゆ美・安西 洋子・松田 光惠・岡田 千恵・梅田 道子 (NPO 訪問看護ステーションひなた)

【目的】私たちが訪問看護ステーションを置いている地域・釜ヶ崎では、男性が8割を超え一人暮らしがほとんどである。病気が見つかっても一人で闘病し、最後は家族と音信不通のまま死を迎えるケースが多い。

しかし今回、私たちの支援と更生施設の職員たちの協力によって、疎遠だった息子と臨終2日前に困難と思われた親子の面会が実現できた末期がん患者A氏に出会った。在宅での訪問看護を続けていたが、病状が悪化、余命3ヶ月の宣告を受けた。ついに入院となるが、在宅中のつながりからお見舞い支援を続けたケースである。その間A氏と息子の親子関係が大きく変化していった要因を考えてみたい。

【方法】A 氏や息子の発言や行動の変化を心情の変化と捉え、訪問看護を開始した 2014/6/17 から、亡くなった 2015/6/7 までの約1年間の関わりを振り返り、考察した。

【結果と考察】A氏(60代男性)はドヤ転用型アパート(3畳一間)に居住。2人の息子があり、訪問看護開始当初は長男とは音信不通で、次男は更生施設に入所していた。

訪問看護の際は、日増しに強くなる倦怠感、痛みといった身体的苦痛、そして、「死んでしまおうかと思う」という発言から想像できた精神的苦痛の訴えが強かった。看護師は少しでも苦痛を緩和できればと思い、A氏が好んだ足浴や足つぼマッサージを行いながら、A氏が語る過去の話を共感的に傾聴した。話の中で疎遠になっていた息子に、親として伝えておきたい気持ちが募っている様子が伺えた。看護師たちはご本人の気持ちをかなえたいと思い、更生施設にいる息子との面会を提案した。余命宣告を受け、ご自身の命の限りを知ったことで息子に会う決心がついた A氏は、更生施設での面会許可を得た。私たちの配車で送迎し面会を果たすことができた。面会後、次男から手紙を受けとった A氏から「手紙を書いたことがないから返事を書く手伝いをしてほしい」と依頼があり、代筆をした。「自筆の文字は永遠に残るから一言でも書いてみられたらどうですか」と提案すると、最後の一行に「○○がんばれー」と大きな文字でゆっくり書かれた。その後、入院をしている A氏のお見舞いに行くと、また「息子に会いたい。」との申し出があった。車椅子介助で看護師も同行し2回目の面会をすることができた。

面会後に次男から届いた手紙を代読し、代筆を行った。入院先の病院から状態がよくないと連絡があり、すぐに更生施設へ連絡し、施設の職員が引率して次男が病院に到着。次男は、父の姿に戸惑い、なかなか言葉が出てこない様子であった。その際、事務員と看護師が側で付き添い、足をさすったり、咳嗽が続く時は休憩ができるように代わりに話をしたり、代弁したりして、2人共々に思いが伝えられるように心がけた。前日は数分でも咳嗽や息苦しさで会話が困難だった A氏が、この時は奇跡的に 2 時間近く話ができた。そして、その 2 日後に逝去された。

【結論】当事業所は、健康相談・お見舞い・見守り支援等様々な支援活動を行っており、公的支援を受けることが困難な場合でも、必要に応じた迅速な対応が可能である。職種を超えた大きなチームワークが、何より助けになるし心強く感じたケースだった。そして、この支援がきっかけとなって親子関係が回復し施設の職員の方たちの協力も得られて、最期の親子の面会が実現したと考える。父親の死後、当事業所に届いた次男からの便りには「面会に行ったあの日・・・直接お父さんを励ましてくださっている様子や、嫌な顔一つせずお父さんを介護してくださったあの瞬間を目の当たりにした時、私は心から感動しました。」と書かれていた。そして、彼は今介護職の仕事をしていると聞き、実際に介護の現場を見ることで、将来の目標が見つけられたのではと感じた。今後、彼が社会の一員として活躍し続けてくれることを期待する。最後にこのような社会資源が増えることを願う。

○西 真如(京都大学)

【目的】 心身の苦痛を伴う疾患に加えて孤立や困窮といった生活困難を抱えた単身高齢者が死を迎える過程に寄り添うことは、医療者にとってどのような経験だろうか。大阪市西成区を拠点に活動する訪問看護事業所ひなたは、複合的な困難を抱えながら在宅で終末期を迎えようとする単身高齢者を積極的に受け入れている。ひなたの患者には安定した社会関係を築くことが苦手な者が多く、他者への不信感や自らの死に対する不安を抱え込みがちである。ひなたのスタッフは、患者の語りに傾聴し、地域の医療・福祉従事者と緊密に連携することで患者を支えてきたが、看取りのあと、亡くなった患者はどのような死を望んでいたのかという答えのない問いにとらわれることもある。本報告では、呼吸不全を伴う肺疾患のために亡くなったショウさん(仮名)の看取りに関わったひなたの梅田看護師、伊庭看護師らの語りにもとづき、終末期ケアにおけるひなたのスタッフと患者との関わりの過程を検討する。

【方法】 報告者は医療人類学を専門としており、2013 年 7 月から現在まで、訪問看護事業所ひなたのスタッフに対して亡くなった患者との関わりをふりかえるインタビューを実施している。いわゆるゲートキーパーの役割をひなた所長の梅田看護師にお願いし、各回の訪問でどのスタッフからどの患者について聞き取りを行うかは、同看護師のアドバイスにもとづいて決定した。インタビューはひなたの事務所において行い、スタッフは記憶と訪問記録ファイルを参照しつつ報告者の質問に回答した。その場に居合わせた他のスタッフたちが会話に巻き込まれることも常であり、結果的には聞き取りの実施を通して、各々のスタッフが当の患者との間に持ち得た関わりについての語りを、居合わせたスタッフたち全員が再確認し共有することにもつながった。

【結果】 ショウさんとの関わりについての、ひなたの看護師の語りの要約は次のとおりである。アパートでひとり暮らしをしていたショウさんの居宅看護をはじめた頃は、息苦しさがあるのに酸素吸入器の装着がなかなか受け入れられず、常にイライラしていた。他方で呼吸ができなくなることへの強い不安から、夜間にたびたび救急車を呼ぶようになった。ところが入院すると医師や看護師に暴言を吐いてすぐに退院することを繰り返した。居宅でも、傍から見れば些細と思える理由からヘルパーさんの訪問を拒絶することを繰り返し、しばしば生活に支障を来した。また転居が困難な病状にもかかわらず、たびたび転居を試みて周囲が対応に追われた。

伊庭看護師は、ある医療機関での投薬をめぐる誤解がショウさんに苦痛を与えていたことを知り、ショウさんとの信頼関係を築くきっかけを得た。ショウさんは伊庭看護師に対して、幼少時の経験から自分は生まれてはならなかった人間であったと感じていたことを話した。家族の中で漠然とした疎外感を感じながら育ち、成人してからも親密な人間関係を築くことが難しかった。ショウさんは最期まで頻繁に入退院を繰り返したが、亡くなる直前には居宅を訪問する看護師やヘルパーさんに感謝の言葉を口にするようになった。伊庭看護師は、生涯にわたって居場所をつくれなかったショウさんに対して、死ぬ場所だけは提供できたのではないかと感じている。

【考察】 ショウさんの看取りに関わった看護師の語りは、家族および社会のなかで根源的な疎外感を 抱いて生きてきた者が、その終末期において他者とどのような関係を結ぶことができ、そしてどのよう な看取りを望むのかという問いを含むものであった。終末期ケアに関わるスタッフが自らの看取りの経 験について語り、それを患者との人格的関わりの記憶として整理し共有することは、終末期ケアの実践 そのものの価値をスタッフが再認識する上で重要であると思われる。

西真如: nishi.makoto@gmail.com

一般学部大学生に対する公衆衛生教育の実施の意義と課題

○高鳥毛 敏雄 (関西大学・社会安全学部・社会安全研究科)

【目的】公衆衛生に関わる事業の多くは市町村によって担われるようになっている。それを反映して公衆衛生事業に行政一般職の影響力が大きくなってきている。そのため 20 年余り医学部で公衆衛生教育を行ってきたことを辞し、2010 年から一般学生相手に公衆衛生教育を行う実践をしてきている。一般学生には公衆衛生学及び関連科目はどう受け止められ、どう履修してくれるのか気にしながら 5 年を経ている。その現状と課題について報告する。

【対象と方法】対象は、関西大学社会安全学部学生(定員 270~300 人/年)である。本学部は 2010 年に開設された学部である。開設時から公衆衛生関連科目として①公衆衛生学、②食の安全・衛生学、③流行病の制御学、④健康リスク学、⑤生活の危険と安全の 5 科目の 90 分 15 回の講義を一人で担当してきた。ただし、科目が多いため健康リスク学、生活の危険と安全は 13 年次入学者までとし公衆衛生学に統合予定である。科目毎年次別履修学生数を集計した。

【結果】以下の年は入学年次である。人数は履修した学生数である。

1. 授業科目の履修者の入学年次の学生数の推移

1)公衆衛生学:10年125人、11年144人、12年149人、13年114人、14年*93人

2) 食の安全・衛生学 : 10年196人、11年192人、12年196人、13年171人、14年*175人

3)流行病の制御学:10年120人、11年111人、12年134人、13年138人、14年*126人

4) 健康のリスク学 : 10年147人、11年173人、12年185人、13年204人

5) 生活の危険と安全 : 10年125人、11年187人、12年175人、13年167人

*各科目は2年~4年の間に履修できる。14年次入学学生の中には4年次で履修する学生が例年約20人余りいるため14年次生の履修者数は暫定数値である。履修した学生の中で単位が修得できた割合は約70%である。

2014年の講義より授業前に毎回予習レポートの提出を課すことにしたが履修学生数の変動幅は小さかった。

2. 公衆衛生ゼミ専攻学生数の入学年次別推移

10 年 12 人、11 年 12 人、12 年 12 人、13 年 14 人、14 年 17 人(各年の上限人数)。自治体職員となった者は 2014 年 1 人、2015 年 2 人。他に消防職員 1 人、警察職員 2 人、教員 1 人。その他は民間企業に就職している。

【考察とまとめ】本学部卒業生の進路は一般企業就職 85%、公務員 10%、大学院進学 5%の割合で推移している。本学部の必修の専門科目は自然災害及び社会災害の防災・減災関連科目と演習である。医療系学部では公衆衛生関連科目は必修科目であり国家試験科目であるが本学部では選択専門科目である。そのため学生は公衆衛生学関連科目を積極的に選択するインセンティブは基本的にはない。また、医療系・福祉系学部とは異なり、医学・医療、福祉・介護、社会保障制度等の科目は提供されていない。しかし、公衆衛生関係科目の選択履修状況を入学年次別に学生数を分母として計算すると約半数の学生が履修している状況であった。また 3 年、4 年と通して公衆衛生領域をテーマとする公衆衛生ゼミの履修希望学生数も増加傾向にある。公衆衛生分野は一般的に医療系分野と考えられているが自治体が保健事業を行う存在となってきており、また企業も健康関連のビジネスに力を注ぐようになり、学生の健康問題に関する関心が高まってきているように思われる。当初は食品系会社就職希望者が受講していたが近年そのような傾向はなくなっている。一般学生にとって関心の大きな分野であるかもしれないことがわかった。公衆衛生は一般学生が勉強できる環境を整えていくべき時代になっているように思われた。ただし、一般学生の講義には、歴史的経緯や話題を取り入れ、公衆衛生制度の意義や意味を理解してもらう等の努力が必要である。

送付先メールアドレス: t_toshio@kansai-u.ac.jp

一般演題Ⅲ-1-2

北海道内の高等教育機関に所属する学生のひきこもり親和性の検討

○米田政葉(北海道医療大学大学院博士課程・看護福祉学)志渡晃一(北海道医療大・看護福祉学)

【目的】

北海道内の保健医療福祉系高等教育機関に所属する学生及び工学系高等教育機関に所属する学生を 対象としひきこもり親和性(以下,親和性)ついて検討する.

【方法】

調査期間・方法:2014年5月から2015年12月であり,無記名自記式質問紙を用いた集合調査を行った.

調査対象:北海道内の保健医療福祉系学生808名(男性203名,女性605名)と工学系学生118名(男性116名,女性2名)の計926名(有効回答率87.5%)である.調査対象については機縁法で選定した. なお、工学系学生に女性が少ないことから男子学生のみを分析対象とした.

調査項目:1)基本属性 4 項目, 2)親和性に関する 4 項目, 3)日常の健康生活習慣に関する 14 項目, 4) CES-D 日本語版 20 項目, 5) SOC 日本語版 13 項目, 6)その他 47 項目の合計 102 項目である.

集計方法:親和性は4件法4項目からなる尺度であり、得点分布は4~16点となる. 先行研究にならい 4~14点に該当するものを一般群、15~16点に該当するものをひきこもり親和群(以下、親和群)と 定義した.

分析方法:親和群の該当率及び親和性の平均値について内閣府が行った調査で $15\sim24$ 歳に該当するものからひきこもりを除外した群 1093 名(男性 536 名,女性 557 名)との 3 群比較を行った。その後, 1 年生及び 3 年生を抜粋し,学年別の親和群の該当率について検討した。解析方法は χ^2 検定,z 検定 (Bonferroni 法にて p 値を調整)を用いた。

倫理的配慮:本研究は北海道医療大学看護福祉学部・看護福祉学研究科倫理委員会の承認を得て行った (14N018018・15N014014). ま1 親和群の該当家 % (親和群教 / 終教)

【結果と考察】

1. 全体についてみると、内閣府の二次解析と比較し保健医療福祉系学生の該当率は有意に該当率が高かった. しかし、内閣府の二次解析と比較し工学系学生で有意な差が認められなかった.

表し親和群の該当率					%(稅和群敎/総	奴)
	1年生	р	3年生	р	全体 ^注	р
保健医療福祉系学生	11.0 (10/91)	а	20.7 (12/58)	ab	15.3 (31/203)	a
工学系学生	8.0 (2/25)		6.8 (5/73)		7.5 (8/106)	
内閣府二次解析	-		-		4.1 (22/536)	

- a: vs 内閣府二次解析 by z検定(Bonferoni法でp値を調整, p<0.05)
- b: vs 工学系学生3年生 by χ²検定(p<0.05)
- 注:保健医療福祉系は1,2,3年生,工学系学生は1,3,4年生を合計した値である

2. 学年別にみると、内閣府の二次解析と比較し保健医療福祉系1年生及び3年生は有意に親和群の該 当率が高かった。また、工学系3年生と比較し保健医療福祉系3年生の該当率は有意に高かった。

【結論】

本研究の結果、保健医療福祉系学生は全体に親和群の該当率が高かった。さらに、入学時点で該当率が全国よりも高く、3年生では全国だけでなく工学系学生と比較しても該当率が高かった。また、有意な差は見られなかったものの、他の専攻と比較し全体に該当率が高い傾向にあり、学年が上がると親和性が高まる傾向がみられた。本研究の限界として、男性のみが対象である点、対象学部が少ない点があげられる。今後、例数を増し、性・学部別に検討を行うこと、親和性を構成する項目ごとの分布について検討していくことが課題である。

送付先メールアドレス: pataliro1@yahoo.co.jp

ポケゼミ「障害とは何か」を履修した学生の障害(者)に対する意識変化と学び: ミクストメソッドによる分析

〇岩隈 美穂、宮本 圭子(京都大学・医学コミュニケーション学分野) 村田 淳(京都大学・京都大学学生総合支援センター 障害学生支援ルーム)

【目的】

平成26年度京都大学において、「障害とは何か」という大学1年生を対象にしたポケットゼミが開講された(平成28年度からは、「ILASセミナー」という名称に変更)。大学といった高等教育機関において、これまでの伝統的な医学・医療・福祉の枠組みだけでなく、国際開発、(異文化)コミュニケーション、情報技術といった社会科学的なフレームワークからも「障害」をとらえることがこのゼミの大きな特徴である。また座学だけでなく、学生たちが実際に歩いてキャンパスのバリアフリー調査をするフィールドワーク、日本で研修中の外国人障害当事者をゲストスピーカーに招いて、開発と障害、障害の比較文化といった話題提供なども行った。本調査の目的は、ポケットゼミ「障害とは何か」の履修学生に対して、障害(者)に対するアンケート調査を行い、これまであまり高等教育で調査されてこなかった、ゼミ履修による障害(者)に対する意識変化や授業での学びを質・量で調査することにある。

【方法】

量的調査:授業履修前と履修後に、6 尺度からなる「Disablility Social Work 心のバリアフリー尺度(DSW)」アンケートに記入してもらい、対応のある標本の差の検定を行った。

質的調査: 履修中にポートフォリオを3回提出してもらい、SCATをつかって質的分析を行った。

【結果と考察】

量的分析結果

ポケゼミ履修者 8 名のうち、履修前および履修後のアンケート調査両方に回答した 6 名について解析を行った。その結果、DSW6 項目すべてにおいて有意な差はみられなかったが、効果量を検討した結果、「障害困難イメージ尺度(r=0.71)」および「障害親近性尺度(r=0.72)」で大きい効果が認められた。また、「障害困難イメージ尺度」中の 2 項目および「不平等認知尺度」中の 2 項目に大きな効果がみられたが、「不平等改善尺度」中の項目には大きな効果が見られなかった。一方、「不平等認知尺度」と「不平等改善尺度」中の項目では、履修前後でまったく違いが見られなかった。

質的分析結果

SCAT を通して3回のポートフォリオを分析した結果、「困難と個性」、「『ために』と『ともに』」、「平等の多義性」などのテーマが抽出された。構内バリアフリー調査を通じて、障がい者のためになっていない改修の様子、車いすを利用しての移動の大変さを体験して「困難さ」を実感する一方、「支援が必要で大変な障がい者」といった従来の福祉的イメージだけでなく、スキーを楽しむ障がい者、ろう文化といった、障害を「個性」である、といった相反するメッセージも授業を通して受け取っていることが明らかになった。

【結論】

各尺度では、有意差は見られなかったが、授業による効果量が大きい尺度が認められた(「障害困難イメージ尺度」と「障害親近性尺度)」。有意差が出なかった理由の考察として、ポートフォリオ分析から相反するテーマを内包するデータが浮かび上がった(例えば、「障害者を『できない人』ととらえるのではなく、『何か突出してできる人』ととらえる」など)。「障害=できない」という困難感が減少したが、「助けなくてはならない」支援感も減少するなどお互いに相殺し合っていた可能性がある。平成27年度の調査では、変化が少なかった「不平等認知尺度」への対応として、28年度の授業で「トランプ宝探しゲーム」を取り入れ、その影響を引き続きアンケート前後比較調査を行い、検討していく予定である。

一般演題Ⅲ-2-1

持続可能な地域包括ケアシステムの構築に向けたヘルスプロモーション活動: 第二回みかじま健康まつりの報告

○郷田 愛結¹, 志水 美友¹, 森 佳奈子¹, 野末 悠登¹, 松下 幸平², 上田 菜央², 李 墨淵² 岩垣 穂大², 山口 直彦³, 扇原 淳⁴, 第二回みかじま健康まつり実行委員会 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山口歯科クリニック, ⁴早稲田大学人間科学学術院

【背景】

所沢市三ヶ島地区では、2015年より、地域の高齢者が住み慣れた地域で安心して暮らす事ができるように、地域内での保健・医療・福祉の円滑な連携を目指し、地域包括ケアシステムの構築につながる地域の健康づくりの推進の礎となることを目的とした健康まつりを開催している.

2016年も同様に、健康まつりを実施し、次年度以降の基礎資料を得るべく来場者を対象としたアンケートを実施したので報告する。

【対象・方法】

2016 年 5 月 29 日に三ヶ島まちづくりセンターで開催された、第二回みかじま健康まつり参加者のうち、アンケートに回答した 66 名を分析の対象とした。分析には、IBM SPSS Statistics 22 を使用した。

【結果・考察】

回答者は男性 24 人 (36.4%), 女性 42 人 (63.6%) だった. 年代別で見ると,70 代が最も多く24 人 (36.4%) であった. 健康まつりに関する情報源は,配布チラシが最も多く,40.9%であった. 来場目的で最も多かったのは,「健康測定がしたかったから」で59%,「健康に関して相談したいことがあったから」が22.3%であった. また,健康上の不安について,「ある」が57.6%,「ない」が28.8%であった. 健康上の不安の具体的な中身で最も多かったのが「体力の低下」で16.7%,「睡眠不足」と「身体の痛み」が13.6%であった. 参加者の健康に対する意識の変化は,「変わった」「ある程度変わった」を合わせると6割を超えていた.

地域包括ケアでは、要介護状態になる前に健康への意識を高め、積極的な社会参加を促していくことが重要である。そのために、専門職は病院や施設で高齢者が来るのを待っているのではなく、アウトリーチによるヘルスプロモーション活動が求められる。

来場理由について「測定がしたい」が最も多く、「測定できたこと」をよかったと回答している者が多く、来場者の多くが、自分の健康状態が気になっていても知ることができない状態であったことと考えられ、地域住民のニーズを発見することができた。今後は、地域包括支援センター等が主体となって行う介護予防教室の内容に「測定系」を増やしていくことやそこに病院や施設が積極的に協力していくことが地域の健康に対する意識を高めていく方法になると考えられる。

また、今回は医療・福祉の専門職同士が顔見知りになったり、他業種の業務内容を知るきっかけになった、今後は、参加者だけではなく運営側にもアンケートを実施する予定である。

健康ポスターからみた児童の健康観に関する研究

○松葉 亜湖¹,野末 悠登¹,森 佳奈子¹,上田 菜央²,松下 幸平²,鈴木 大介¹,李 墨淵² 岩垣 穂大²,山口 直彦³,扇原 淳⁴,第二回みかじま健康まつり実行委員会 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山口歯科クリニック,⁴早稲田大学人間科学学術院

【背景】

少子高齢化や疾病構造の変化が進む中で、生活習慣及び社会環境の改善を通じて、子どもから高齢者まで全ての国民が共に支え合いながら希望や生きがいを持ち、ライフステージに応じて、健やかで心豊かに生活できる活力ある社会の実現を目指し、厚生労働省は「健康日本 21 (第二次)」を掲げた.

特に、「子どもの頃から健康な生活習慣づくりに取り組むこと」「栄養・食生活、身体活動・運動、休養、飲酒、喫煙及び歯・口腔の健康に関する生活習慣及び社会環境の改善」「地域や職場等を通じた国民への働きかけ」がこの第二次改正の要点とされた.

こうしたことを背景にし、所沢市三ヶ島地区では、2015年から年一回地域住民を対象とした健康まつりを実施し、2016年は多世代交流を目指し、地域の小学生を対象とした健康ポスターイベントを行った。そこで、本研究では、応募ポスターから小学生の健康観を読み解き、小学生の健康観の発達状況と健康まつりと学校教育との有機的連携の可能性について検討することを目的とした。

【対象・方法】

所沢市内2つの小学校の児童に「あなたの考えるみらいの健康なまち,みかじま」をテーマとしたポスター執筆を依頼し、保護者向けの説明文と合わせて八切画用紙を配布した.合計114枚のポスターの応募があった.この114枚のポスターで描かれた健康の様相について分析を行った.

【結果・考察】

114 枚の内訳は、低学年(1~2 年生)が 24 人、高学年(4~6 年)が 90 人だった. ポスターに描かれている絵または標語から推測される健康に対するイメージは 23 のカテゴリーに分類された. 最も多かったのが「運動」で 16.3%、次が「食事」で 14.5%であった. それ以降は、「手洗い・うがい」が 12.1%、「歯」が 10.2%の順で多かった. また、低学年のカテゴリー数が 14 なのに対して、高学年のカテゴリー数が 22 となり、学年が高い方が多様な健康観を有していた.

今回ポスターを応募した児童には、自ら描いた作品以外に複数の作品を掲載したカレンダーをプレゼントし、健康観の多様性を自覚させることを目指した。今後は、小学校での保健学習や保健指導の実施状況との関連に関する検討に加えて、次年度以降、健康まつりと保健学習・保健指導・総合学習を有機的に組み合わせた取り組みの実現に向けて関係各所と調整を行う必要がある。

一般演題Ⅲ-3-1

「健康交流の家」開設による健康への効果検証(第1報) 事後的調査における交流機会と主観的健康感の変化

○近藤克則¹,²⁾, 細川陸也³⁾, 伊藤美智予⁴⁾, 宮國康弘¹⁾, 水谷聖子⁵⁾, 肥田佳美⁵⁾, 後藤文枝⁶⁾, 阿部吉晋⁶⁾, 柘植由美⁶⁾, 早川祐子⁶⁾, 半田裕子⁶⁾, 青木祥太⁶⁾, 川角智子⁶⁾, 尾島俊之⁷⁾ 1)千葉大学予防医学センター, 2)国立長寿医療研究センター 老年学・社会科学研究センター, 3)名古屋市立大学看護学部, 4)認知症介護研究・研修大府センター, 5)日本福祉大学看護学部, 6)東海市役所, 7)浜松医科大学医学部

【目的】

愛知県東海市では、まちづくりによる住民の健康増進を図る為、地域住民の交流の促進と健康行動の増進を目的とした「健康交流の家」の開設が進められている。東海市 C 地区では、市内 3 カ所目となる健康交流の家が 2015 年 4 月に開設された。本研究は、健康交流の家の開設が、近隣住民の他者との交流の機会および主観的健康感に及ぼす効果を検証することを目的とした。

【方法】

愛知県東海市 C 地区在住の 65 歳以上の高齢者を対象とし,2015 年 12 月に,郵送法にて自記式質問紙調査を実施した。主な調査項目は,健康交流の家の利用状況,開設 8 ヶ月後における他者との交流の機会および主観的健康感の施設開設前に比べた変化などについて尋ねた。本研究では,対象者 130 名のうち,有効回答の得られた 95 名 (有効回答率;73.1%)を分析対象とした。

【結果】

対象は、男性 47 名 (49.5%)、女性 46 名 (48.4%)、平均年齢 74.3±6.2 歳で、健康交流の家を定期的に利用している者(週1回以上、利用群)は、20 名 (21.1%)であった。健康交流の家の利用の有無別に開設後の交流の機会の変化を比較したところ、利用群は、非利用群に比べ、会話する機会(オッズ比 54.02)、外出する機会(6.27)が有意に多かった[表 1]。また主観的健康感の変化では、利用群は、非利用群に比べ、主観的健康感の改善群が有意に多かった(オッズ比 8.37)[表 2]。

表 1. 健康交流の家の利用と他者との交流の機会との関連

		Crude				Mod	del1	
	オッズ	95%信	頼区間	<i>I</i> =±*	オッズ	95%信頼区間		(- -
	比	下限	上限	p値	比	下限	上限	p値
[会話する機会]								
非利用群	ref				ref			
週1回以上の利用群	13.07	3. 98	42.89	.000	54.02	3.88	752.51	. 003
[外出する機会]								
非利用群	ref				ref			
週1回以上の利用群	6.78	2.21	20.81	. 001	6.27	1.28	30.73	. 024

Modell: 性別, 年齢, 収入, 就労の有無, 同居家族の有無, 要治療疾患の有無で調整

Note: 会話する機会/外出する機会;増加 = 1,維持・減少 = 0 表 2. 健康交流の家の利用と主観的健康感との関連

		Crude				Mod	del1	
	オッズ	ズ 95%信頼区間		lubi	オッズ	95%信	頼区間	店
	比	下限	上限	p 値	比	下限	上限	p 値
[健康状態]	_							
非利用群	ref				ref			
週1回以上利用群	5.87	1.19	29.01	. 030	8. 37	1.08	64.75	. 042

Model1: 性別, 年齢, 収入, 就労の有無, 同居家族の有無, 要治療疾患の有無で調整

Note: 健康状態; 改善 = 1, 維持・悪化 = 0

【結論】

健康交流の家の開設は、他者との交流の機会を増やし、また、主観的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:調査にご協力いただきました東海市の皆様に心から感謝申し上げます。また、本研究は、AMED 長寿科学研究開発事業の一環として、実施いたしました。 連絡先:近藤克則;kkondo@chiba-u.jp

「健康交流の家」開設による健康への効果検証(第2報) 縦断調査における社会参加と活動能力の変化

○細川陸也¹⁾,近藤克則^{2,3)},伊藤美智予⁴⁾,宮國康弘²⁾,水谷聖子⁵⁾,肥田佳美⁵⁾,後藤文枝⁶⁾,阿部吉晋⁶⁾,柘植由美⁶⁾,早川祐子⁶⁾,半田裕子⁶⁾,青木祥太⁶⁾,川角智子⁶⁾,尾島俊之⁷⁾
1)名古屋市立大学看護学部,2)千葉大学予防医学センター,3)国立長寿医療研究センター 老年学・社会科学研究センター,4)認知症介護研究・研修大府センター,5)日本福祉大学看護学部,6)東海市役所,7)浜松医科大学医学部

【目的】愛知県東海市では、まちづくりによる住民の健康増進を図る為、地域住民の交流の促進と健康行動の 増進を目的とした「健康交流の家」の開設が進められている。東海市 C 地区では、市内 3 カ所目となる健康 交流の家が 2015 年 4 月に開設された。本研究は、健康交流の家の開設前と 8 ヶ月後の追跡調査によって、 健康交流の家の開設が、社会参加および活動能力に及ぼす効果を検証することを目的とした。

【方法】愛知県東海市 C 地区在住の 65 歳以上の高齢者を対象とし,2014 年 12 月および 2015 年 12 月に,郵送法にて自記式質問紙調査による追跡調査を実施した。主な調査項目は、健康交流の家の利用状況、社会参加、活動能力(老研式活動能力指標)などについて尋ねた。本研究では、2014 年および 2015 年の両調査に質問紙を配付した対象者 108 名のうち、有効回答の得られた 72 名 (有効回答率;66.7%)を分析対象とし、ロジスティック回帰分析を行った。

【結果】対象は、男性 37 名 (51.4%)、女性 34 名 (47.2%)、平均年齢 75.0±5.6 歳であり、健康交流の家を定期的に利用している者(週1回以上、利用群)は、16 名 (22.2%)であった。1年前に比べた社会参加の機会の変化を利用の有無との関連を分析したところ、利用群は、非利用群に比べ、スポーツの会(オッズ比 7.69)、ボランティアの会(9.48)へ参加する機会が有意に増加していた[表 1]。また、1年間における活動能力(知的能動性)の変化では、利用群で、非利用群に比べ、活動能力がオッズ比 13.93と有意に維持・改善していた「表 2]。

表 1. 健康交流の家の利用と社会参加の機会との関連

		Crude				Mod	lel1	
		95%信	言頼区間 4		オッズ	95%信頼区間		l-dr
	オッズ比	下限	上限	p値	比	下限	上限	p 値
[スポーツの会への参加の機会]								
非利用群	ref				ref			
週1回以上利用群	4. 33	0.95	19.84	. 059	7.69	1.05	56.09	. 044
[ボランティアの会への参加の機会]								
非利用群	ref				Ref			
週1回以上利用群	7.80	1.86	32.75	. 005	9.48	1.39	64.81	. 022

Model1: 性別, 年齢, 収入, 就労の有無, 同居家族の有無, 要治療疾患の有無で調整

Note: 社会参加の機会; 増加 = 1, 維持・減少 = 0

表 2. 健康交流の家の利用と活動能力との関連

		Cr	ude			Mo	del1	
	. L 11.	95%信	頼区間	<i>l</i> →-	オッズ	95%信	頼区間	(-1-
	オッズ比	下限	上限	p値	比	下限	上限	p値
[知的能動性]								
非利用群	ref				ref			
週1回以上利用群	6. 54	0.80	53. 55	. 080	13.93	1.23	157. 25	. 033

Model1: 性別, 年齢, 収入, 就労の有無, 同居家族の有無, 要治療疾患の有無で調整

Note: 活動能力; 維持·改善 = 1, 悪化 = 0

【結論】健康交流の家の開設で、近隣住民の2割が利用者となり、その人達の社会参加の機会を増やし、活動能力を維持・向上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:調査にご協力いただきました東海市の皆様に心から感謝申し上げます。また、本研究は、AMED 長寿科学研究開発事業の一環として、実施いたしました。 連絡先:細川陸也;rikuya@med.nagoya-cu.ac.jp

日常生活圏域ニーズ調査結果を用いた2次予防事業対象者の地域診断指標の開発

○岡田栄作¹⁾、近藤克則^{2,3)}、宮國康弘²⁾、尾島俊之¹⁾ 1)浜松医科大学 健康社会医学講座 2)千葉大学 予防医学センター 3)国立長寿医療研究センター 老年学・社会科学研究センター

【目的】65歳以上のものを対象として実施している介護予防事業には、活動性や生活機能が低下して要介護状態となるおそれの高い高齢者を早期に把握・対処し、要介護状態の発生をできる限り防ごうとする2次予防事業と、健常者と2次予防事業対象者を区別しない1次予防事業とがある。小規模な2次予防事業をしている市町村よりも、参加割合の高い1次予防事業を行っている市町村の方が、より高い割合の2次予防対象者が介護予防事業に参加していることが明らかにされ、2次予防対象者が多い地域を選定して1次予防を行うことの重要性が指摘されはじめている。そこで、2次予防事業対象者が多い地域を診断する指標を開発するため、日常生活圏域ニーズ調査(以下、ニーズ調査)データを用い、より少ない項目で2次予防事業対象者が多い地域をスクリーニングできる指標の作成とその有用性を検討した。

【方法】対象は、第6期介護事業計画に向けたニーズ調査データを提供頂いた全国36都道府県102介護保険者117市町村である。同市町村に居住する要介護認定を受けていない65歳以上の高齢者35万7850人のデータを用いた。厚生労働省の基準に従いニーズ調査項目中の基本チェックリスト20項目において、次の①から④までのいずれかに該当する者を2次予防事業対象者とした。①「虚弱対象者」として20項目のうち10項目以上に該当する者、②「運動器機能低下者」として5項目のうち3項目以上に該当する者、③「低栄養対象者」として2項目すべてに該当する者、④「口腔機能低下者」として3項目のうち2項目以上に該当する者である。解析対象者は、上記の項目に欠損のなかった25万9154名を対象とした。分析方法は、まず2次予防事業対象者の記述統計を算出した。次に目的変数を2次予防事業対象者、説明変数をニーズ調査のすべての項目とし、decision treeを用いて、変数の絞り込みを行い、モデル化した。絞り込んだ項目の検証を行うためにROC曲線を描いて曲線下面積(AUC)の大きさを確認した。最後に作成した指標が地域診断指標として有用であるかを確認するために、Y軸に20項目から求めた2次予防事業対象者、X軸に新しく作成した地域診断指標の該当率を計算し、102保険者の地域相関の値を確認した。分析ソフトはJMP11.0 for windowsを用いた。

【結果と考察】2 次予防事業対象者は 81462 名(31.4%)であった。従来は基本チェックリスト 20 項目で 2 次予防候補者をスクリーニングしていたが、「椅子に座った状態から何もつかまらずに立ちあがっていますか」が「いいえ」、「転倒に対する不安は大きいですか」が「はい」の 2 項目が両方該当した対象者の約 95%は 2 次予防事業対象者である一方で,両方に該当しない者のうち 2 次予防事業対象者は 6 割強で,AUC は 0.92で、より少ない項目で 2 次予防事業対象者をある程度選定できることがわかった。この 2 項目該当者を地域診断指標とし、2 次予防事業対象者との地域相関を求めたところ 0.42 (p<0.05) と中等度から弱い相関を示し、2 次予防事業対象の地域診断指標としてある程度有用と思われた。

【結論】「椅子に座った状態から何もつかまらずに立ちあがっていますか」が「いいえ」、「転倒に対する不安が大きいですか」が「はい」の2項目が両方該当した対象者は95%の確率で2次予防事業対象であった。地域診断指標としては、20項目から算出した割合との相関係数は0.42で、ある程度有用と思われた。

表 2次予防事業対象者と特定2項目該当のクロス表

	2次予防	2次予防事業対象者数			
	非該当	該当			
非該当	176281	50530	226811		
該当	1411	30932	32342		
	177692	81462	259154		
		非該当 非該当 176281 該当 1411	<u>非該当 該当</u> 非該当 176281 50530 該当 1411 30932		

図 何もつかまらずに立てない+転倒不安ありと 2次予防事業対象者の地域相関割合

メールアドレス: eisaku@hama-med.ac.jp.

A市における認知症カフェの現状と意義について

○森岡 朋子(関西大学大学院人間健康研究科)、 黒田 研二(関西大学人間健康学部教授)

【目的】厚生労働省は、平成27年1月「認知症施策推進総合戦略(新オレンジプラン)」を発表した。認知症カフェは、新オレンジプランに位置づけられ、2018年度からすべての市町村に配置される認知症地域支援推進員等の企画により、地域の実情に応じ実施される。A市における認知症カフェの現状と意義について検討する。

【方法】A市に認知症カフェ開催状況提供書を提出している実施団体のうち、A市が行ったアンケートに回答した 28 か所の認知症カフェのアンケート結果をもとに、認知症カフェの実施団体・特徴・参加者、活動内容、周知方法など分析する。また、実際に訪問し、面談によるヒアリングを行った認知症カフェ 19 か所の聴き取り内容から、認知症カフェの意義について考察する。

【結果と考察】

A市の認知症カフェ 28 か所のアンケート回答内訳

実施団体	社会福祉法人 5、社会福祉協議会 4、地域包括支援センター4、
(複数法人で実施している	NPO法人 4、社会医療法人 1、医師会 1、株式会社 6、任意団体 1、
場合は主たる法人)	ボランティアグループ 2
開設からの期間	「1~3ヵ月」10か所、「4~8ヶ月」9か所、「10ヶ月~12ヶ月」4か所、
(2016年2月末現在)	「1年以上2年未満」2か所、「2年以上」1か所
2016年2月末までの	1・2回が各3か所、3回が6か所、4回が5か所、5回が6か所、7・8・
開催回数	9・10回は各1か所、11回が3か所、20回以上が1か所
参加者人数	認知症の人 2~12 人、家族 0~9 人、一般住人 0~21 人、
(最小人数と最高人数)	支援者・専門職 0~40 人、その他 2~50 人

面談による聞き取り調査で共通してみられた傾向は、認知症カフェ立ち上げ時は周知に困るが、1年も経つと参加希望者が多くなり対応できなくなる心配へと変わる。専門職がカフェの接待で忙しく動き回ると相談機能が発揮できないため、接待のためのマンパワーを準備すること、カフェ運営に関する情報を共有する機会を求めていることなどがわかった。また、認知症カフェの利用者には、一人暮らしの高齢者が多く、カフェに来て相談したり、認知症の本人がくつろいだ環境の中で関係機関(警察を含むところもある)と顔つなぎできることがあることもわかった。他には認知症サポーター養成講座修了者が認知症カフェに協力している実態があることが把握できた。

【結論】

認知症カフェは、困りごとが起こる前から話しやすい環境で人と人とのつながりを作ることができる。 認知症カフェをきっかけに関係機関や専門機関に繋がり、早期診断・早期対応、地域での見守り体制の 強化につながることが期待できる。今後はさらに、認知症地域支援推進員や初期集中支援チームとも連 携し、認知症カフェが認知症の人や家族にとって、地域におけるセーフティネットの役割を果たすこと が期待される。そのため、認知症カフェの支援方法についても、検討を重ねるべきであると考える。

くひきこもり>者の高齢化に伴う支援の再検討

○檜垣 昌也(聖徳大学短期大学部)

【目的】

本報告は、"支援の対象"となっている<ひきこもり>者が、高齢化していることにより生じる課題について論考するものである。<ひきこもり>は、2000年に社会問題化し、当時「20代後半から30代前半」であった<ひきこもり>者の多くは、最終目標設定を就労に置き支援が行われた。しかし、当事者のニーズ(日常生活に困難を有すること)と、社会の<ひきこもり>者への"要請(=就労)"のミスマッチなどにより、従来の支援は、必ずしも効果があったとは言い難い

またくひきこもり>は、多様な側面から語られ、支援の試みがなされてきた。2010 年、内閣府が"予防"を念頭に置き、対象とする年齢を学齢期にまで引き下げたことにより、公的な支援も広がりを見せている。

このように支援の枠から外れた者は依然<ひきこもり>状況が続き、50歳を迎える年齢に達している。 現在、この年齢に達した<ひきこもり>者に対しては、就労支援に"光明"が見いだせないことから、支援の対象としては外れている。このような層の<ひきこもり>者が今後も増加の一途を辿ることは容易に想像できる。

<ひきこもり> "問題"に取り組む言説者たちは、社会保障費の増大がその主問題である「2030年問題」として、この状況を放置することに警鐘を鳴らしている。

本報告は、「2030年問題」と向き合うケースとして、これまでの先行研究・既出の言説がほとんど取り上げなかった路上生活者支援の専門家からの事例提供も受けている。これらの視点から、先行研究・既出の言説、および報告者の実践から例示し、<ひきこもり>者支援のあり方を再検討する。

【方法】

- 1. <ひきこもり>者の高齢化に伴う先行研究・既出言説を資料とし、論点・課題の整理・分析を行う。
- 2. 報告者の実践事例(ケース)について、従来の支援(ケースワーク)との相違点を抽出する。
- 3. 路上生活者支援者への聞き取り (親からの支援がなくなり、路上生活状態に陥っている事例)。

【結果】

上記1~3から次の事項が導き出された。

- ・<ひきこもり>者の高齢化は、就労支援などの年齢対象からも外れ、従来の支援者である窓口支援(家族を含む相談支援)との接点もなくなってくる。
- ・<ひきこもり>者の親など、主たる生計維持者が福祉支援の対象となり、地域包括支援センター等介護 分野の専門職が、同居の<ひきこもり>者を認識し、家族の問題として認識される。
- ・高齢化したくひきこもり>者支援では、<ひきこもり>状態像の問題よりも、主たる生計維持者の経済 状況が焦点となり、解決策が提示される(FPによるサバイバルプランの提示、生活保護受給に向けて の方策など)

【考察・結論・・・今後の課題として(当日の報告で提示するケースから)】

- ・望ましい生活スタイルが、当事者と支援者との間で合致していない(支援者側が生活保護受給など既存の制度適用に向けてのテクニカルな手法を提示することに終始するケース)。
- ・路上生活者の"低年齢化"=従来の路上生活者支援にはみられなかった新たな要支援者の出現。
- ・<ひきこもり>という状況が問題なのか、<ひきこもり>者の年齢が問題なのか、当事者(支援を受ける者)としてのふるまい方が問題なのか、支援者と当事者の声を集約していく作業が必要。

一人暮らし高齢者の緊急時対応と見守りに関する一考察

○志賀 文哉 (富山大学·社会福祉学)

【目的】親族と離れ、一人暮らしする高齢者にとって日々の生活の中で抱える課題は少なくない。その中でもとりわけ健康を害し、緊急入院が必要となる場面は、生命を左右する危機であり、支援の必要性が高い。 本研究ではそのような支援者を地域で確保するにはどうすればよいか、課題は何かを考え、地域支援の体制について考察する。

【方法】エコロジカル視点に基づいて支援経過を振り返りながら、支援対象者の継続的な地域生活のために 必要な支援要素を探る。地域での一人暮らしを続ける上での脆弱性・危機といえる健康問題に対し、その前 後での支援に注目して分析・考察する。

【結果】

[支援対象者]A氏 70代前半 男性 [疾患]脳血管疾患および軽度の失語症

[支援の経過]6年前に諸事情から野宿生活となった A 氏に対して、住所設定支援 (アパートでの生活) をきっかけにその後見守り支援を続けてきた。種々の生活課題はあったが、A 氏は生活の楽しみとして読書を見出し、図書館通いが生活のリズムを形成した。

[体調の悪化]突然言葉が出づらくなり、自らかかりつけの医院を受診するも症状が軽度であったために入院措置とならず、その後2週間ほどを自宅で独居生活を続けた。しかし、状況が改善されず、筆者へ連絡してきた。要領を得ない会話に違和を感じ、急きょ面会するに至った。結果、再度医院を受診し、そのまま急性期病院を受診し入院となった。本人連絡による救急搬送も一つの方法であったが、この症状に至る1ケ月ほど前に腹部不調により自ら救急車を呼び受診したものの搬送中に体調が改善しており、搬送先病院で「不要不急の救急車利用」として咎められた経緯があったため、本人は今回の事態に緊急行動がとれなかったことが後に判明した。

[入院中]後遺障がいには失語があり、急性期病院一回復期リハビリテーション病院(以下、リハビリ病院)と移行する中では、言語を取り戻すためのリハビリテーションが中心であった。障がいが言葉に限局して現れたため、本人には入院の必要性の自覚が薄く、無断外出することがあった。本人の自覚では「言葉だけが問題」であるが、早期に言葉を取り戻すことがアパート生活へ戻るのには重要であることの認識を促すことが一つの課題であった。

[地域生活の課題]支援では急性期病院への入院直前に地域包括支援センターへ連絡し、現況を把握してもらった。(その後、病院地域医療連携室 MSW と同センター間で連携がなされた。)また、入院後 2 ヶ月以内にアパートの契約更新を控えていたため、ご家族との連絡や家賃支払いの確認など行った。リハビリ病院からの退院の調整については家族との協議を優先し、家族から退院予定や退院後の生活について検討することを、リハビリ病院地域連携室 MSW と確認した。また、リハビリ病院・地域包括支援センターとの連携のもとで行われる退院時のカンファレンスには継続的な日常支援者として筆者も参加する予定となった。

【考察】一人暮らし高齢者の生活課題には、親族による手厚い支援を得ることが難しかったり、制度や地域資源があっても十分に使いこなせなかったりすることがある。本事例のように、一人暮らし高齢者が健康を害し病院を利用することを契機に緩やかに制度につながり退院後の地域生活を検討することになる場合、本人と家族のつなぎや見守りなど継続的な支援を行う方策は限られている。高齢者の生活の維持・継続には積極的な働きかけを伴うアウトリーチやマネジメントの視点が必要になる。市町村社会福祉協議会を中心に地域福祉コーディネーターは「地域の住民ニーズのなかで、専門的な対応が必要なケースへの対応」「ニーズの発掘とその解決のためのコーディネート」などの役割が期待され必要性が高まっているが、そのことを含んだ継続的で手厚い寄り添い支援が高齢者の一人暮らし生活の中で求められている。また市民後見の必要が制度上も明らかになってきており、後見等活動の中には身上監護・金銭管理が含まれている。市民後見では医療同意の課題等が指摘され、緊急時対応には限界もあるが、この種の役割を兼ねて担う支援者の存在は、一人暮らし高齢者が増える現状では必要性が高いといえる。

一般演題Ⅲ-5-3

実践研究報告ー高齢者の実存的悩みへの支援に取り組もうとする人々の特性ー

○藤森 純子 (NPO みどりの風)、立瀬 剛志 (富山大)、中森 義輝 (JAIST)、本田 徹 (ほんだクリニック)、永田 勝太郎 ((公財) 国際全人医療研究所)、山西 潤一 (富山大)、 坂東 喜行 (富山ケアウィル勉強会)、鏡森 定信 (富山大)

【目的】

超高齢社会にある日本では、60 歳前後から Forth-age に至るまでの期間、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。そこで退職前後期に着目し、生きがいや人 生の質を支える関係性の再構築支援プログラムを開発した。プログラムを地域で実装する、実践的な支援ガイドを作成すべく、支援現場を持つ人々を調査し、地域での活用の可能性を検討した。

【方法】

地域活動支援者 12 名に研究の趣旨を説明し同意を得て、平成 27 年 12 月から「ケアウィル研修会」 (6回実施)を行ない、1回ごとにプログラムの仕組みや方法を説明した後、プログラムの活用(学んだプログラムをどこに活用しようとするのか、活用に取り組む際の不安など)に関するグループワークを行なった。

【結果と考察】

対象者は男性 11 名、女性 1 名。平均年齢は 59.5 歳。構成は、高齢者の社会活動を職業として支援する者、地域活動団体の役員、高齢者の趣味活動団体の役員、過去のケアウィル講座修了生であった。参加者は、元気な高齢者の想い(やりがいや生きがいなど)に沿う活動の創出や再編の必要を感じていた。そのために、1)高齢者ひとりひとりの想いを引き出すこと、2)支援者同士での情報共有の場、3)所属組織の協働を促す理解の共有方法を求めていた。一方、十分に高齢になり楽しみの享受に満足している人々にまで生きがいを問うことに疑問も感じていた。過去のケアウィル講座修了生は、自身や周囲との関わりを見直しながら個々の生きがいを再考するプログラムを体験し、自身の生活に変化があったことから、地域で広く実践する意義を感じてはいるが、その意義を簡潔に伝えることに苦慮していた。これらから、参加者は、高齢者の生きがい再考への理解があり、必要性は感じていたが、協働に至る、あるいは関心を持たせるための具体的な方法を持てずにいた。所属組織内での取り組みや外部の支援者同士で情報交換をしながら実践を充実させたいという思いがあり、研修会に期待したと考えられる。

【結論】

今回の研修会参加者らの危惧は、地域に期待せず自助意識が高い人々の増加と、受益者としてサービスを利用する側から出ない人々の増加による社会団体の消滅や活動の衰退にあったが、これを補うための活動に限界を感じ、所属組織の理解や協働する仲間を求めていた。

本研究は、ニッセイ財団高齢社会実践的課題研究助成共に生きる地域コミュニティづくり-人生 90 年時代の社会システム・地域づくりのチャレンジ-「"人生 9 0 年時代"のライフサイクル再構築支援ガイドの作成」の助成を受けて行なったものである。

連絡先: fujimori.junko@gmail.com

高齢者の健康度自己評価と「インターネットのコミュニケーション利用」 -JAGES-

○大田 康博 (日本福祉大学)、近藤 克則 (千葉大学/国立長寿医療研究センター)、 斉藤 雅茂 (日本福祉大学)、宮國 康弘 (千葉大学)、山崎 喜比古 (日本福祉大学)

【背景と目的】インターネットは、情報利用の拡大に加え、コミュニケーションのあり方にも変化をもたらしている。Lelkes (2013) は、欧州 26 か国での量的調査から、高齢者のインターネット利用は主観的幸福度と社会関係にポジティブな効果を及ぼすことが期待できると報告した。澤岡 (2014) は、質的調査から「活動能力低下後も社会とつながり続けられる豊かな超高齢社会を実現していく上でのインターネットの可能性」を示した。そこで、本研究では、高齢者の健康度自己評価 (SRH) とインターネット利用との関連の有無と、その意味を探った。

【方法】全国 30 市町村の要介護認定を受けていない 65 歳以上の男女 26,037 人 (JAGES *2013, 平均 74.0 歳, 標準偏差 6.25) について分析を行った。所得を考慮した上で、SRH (4件) とインターネット利用 3 群 (または利用 5 群)の関連を明らかにするため、①利用 3 群 (コミュニケーション[COM]利用の有・無と利用しない)×等価所得 2 群の 6 群の SRH を、男女別にクラスカル・ウォリス検定により多重比較した。また、②所得等の要因の影響を調整するため、目的変数=SRH、説明変数=インターネット利用 5 群 (COM 利用、健康情報利用、健康情報&COM 利用、その他の利用のみ、利用しない)とした多項ロジスティック回帰分析を行った。調整変数は結果に示した。

【結果と考察】①下図、表のとおり、男性で、中高所得 COM 利用群は、低所得 COM 利用群以外の 4 群と比べて、有意に SRH が高い。低所得利用しない群は、すべての群と比べて有意に (または有意傾向で) SRH が低い。また、所得階層間の SRH の逆転があり、低所得 COM 利用群は、中高所得利用しない群と比べ、有意傾向で SRH が高い。女性でも、所得階層間の逆転に有意傾向はないものの、同様の結果だった。従って、高齢者の SRH は、所得階層との関連が確認されたと共に、インターネットをコミュニケーションに利用していることとも関連が認められた。

현	CON	1187	16.7%	73.7%	8.5%	1.19
中高所得	本の事用	566	13.8%	69.6%	14 5%	2.1%
⊕	期ない	2647	12.7%	68.2%	16.5%	2.7%
	COM	501	14.0%	73.3%	10.4%	2.4%
低所得	を制用	314	14.6%	53.4%	19.4%	2.5%
4	類ない	3672	9.2%	67.1%	19.6%	4.1%
٥٤	てもよい	пđ	あよい	■あまりよく	はい ■	よくな

表	表: クラスカル・ウォリス検定の結果(6群間の多重比較)										
	【男性】N	=8887	中高所	得(200万	得(~199万円)						
	JAGES	COM 利用	その他 利用	利用 しない	COM 利用	その他利用	利用しない				
	(参考)SRI	(参考) SRHの平均値		2.004	2.063	2.008	2.074	2.157			
	SRHの ^I	SRHの平均順位		4269	4410	4120	4444	4718			
中	COM利用	3891		0.005	<0.000	0.623	<0.000	<0.000			
高所	その他利用	4269			0.850	1.000	1.000	<0.000			
得	利用しない	4410				0.068	1.000	<0.000			
低	COM利用	4120					0.421	<0.000			
所	その他利用	4444						0.086			
得	利用しない	4718									
久+	3.4 川の値は 6群(等価所得2群×利田3群)間の調整落み漸近的有音確率(両側給定)										

②インターネットを利用しない群を1とした場合の、利用5群のCOM利用群における、SRH「よくない」を参照

カテゴリとした「とてもよい」のオッズ比は 1.965(p=0.024、95%信頼区間 1.082-3.568)で、SRH と COM 利用の有意な正の関連が確認された(モデル3)。調整変数はモデル 1 = 性、年齢 2 群、等価所得 2 群、モデル 2 = モデル 1 + 教育歴 2 群、可住地人口密度 3 群、モデル 3 = モデル 2 + 婚姻状態 2 群、就業状態 2 群、抑うつ 2 群、1 は 1 との有意な関連があったが、モデル 1 では 1 では 1 では 1 では 1 の 1 では 1 では 1 の 1 の 1 では 1 の 1 では 1 の 1 の 1 では 1 の 1 の 1 では 1 の 1 の 1 の 1 では 1 の 1

【結論】高齢者の健康度自己評価が高いこととインターネットをコミュニケーションに利用していることには、所得の他、性、年齢、教育歴、抑うつ等の変数の影響を考慮した上でも、有意に正の関連があることが本研究で新たに明らかになった。また、この結果は、インターネットのコミュニケーション利用の有無が、社会との関わりの多寡を媒介して、健康度自己評価と関連している可能性を示唆しているが、本研究は横断研究のため因果への示唆までは提供し得ておらず、縦断研究など今後の研究で更なる検証を行っていきたい。

*JAGES: the Japan Gerontological Evaluation Study(日本老年学的評価研究)プロジェクトのデータを使用して実施した。【引用文献】Lelkes, Orsolyal (2013): Journal of Poverty & Social Justice, Vol. 21 Issue 1, p33-46、澤岡詩野 (2014): 応用老年学 第8巻1号31-39

筆者連絡先:日本福祉大学実務家教員 ota.y@qol84plus.jp(株式会社QOL84プラス)

一般高齢者の健康づくりに関連する要因

○吉野 亮子 (関西大学大学院・人間健康研究科)、黒田 研二、弘原海 剛 (関西大学)、 花家 薫、今津 弘子 (堺市健康福祉局・長寿社会部・高齢施策推進課)

【研究目的】健康日本 21 によると、身体活動・運動は、生活習慣病の予防のほか、社会生活機能の維持向上並びに生活の質の向上の観点から重要である。また先行研究からも健康づくりやスポーツ活動は高齢者の健康の維持、向上に効果をもたらすことが報告されている。地域では健康に関するさまざまな取り組みが行われている。この研究では高齢者の健康づくり・スポーツ活動への取り組みにどのような要因が関連しているのかを検討することを目的とした。

【研究方法】対象は、平成25年12月にA市(人口約84万人)で行われた高齢者実態調査(介護保険認定を受けていない65歳以上より無作為抽出した4,100名を対象とする郵送無記名自記式質問紙調査)の有効回答者2,822人(有効回答率68.8%)である。外出頻度と併せて質問した健康づくり・スポーツ活動への取り組みの有無に関連する要因を、関連が想定される他の調査項目とのクロス集計、カイ二乗検定によって分析した。

【結果】健康づくり・スポーツに取り組んでいる人の割合は、総数の18.3%であった。性別、世帯形態(一人暮らしか否か)別では、健康づくり・スポーツ取り組み割合に有意差は認められなかった。年齢階層、行動範囲、住居、介護等に支払い可能な額、他の地域活動(学習活動、趣味活動、老人クラブ、地域活動)への取り組み、健康状態、睡眠状態といった項目と、健康づくり・スポーツ取り組み割合との有意な関連が認められた(p<0.001)(表1参照)。

【考察】健康づくり・スポーツ活動に取り組む高齢者の割合は年齢層が若いほど高く、健康状態や睡眠との関連が強いことが明らかになった。また、行動範囲や他の地域活動との関連も強く、遠くに出かけたり、趣味や学習など他の地域活動に参加している人において、健康づくり・スポーツ活動への取り組み割合が高かった。つまり健康で遠くまで外出できるほど体力があることと、地域活動などの社会参加が、健康づくり・スポーツを促進させると考えられる。今回の調査では所得に関する項目を設定していなかったが、住居や介護費用に支払い可能な金額の項目は家計状態を反映していると考えると、所得との関連性も考えられ、生活に余裕のない人は、活動に参加していない人も多いことが推測される。健康づくり・スポーツ活動への取り組みは自分一人で継続することは困難であることが先行研究でも報告されている。出来る限り健康で長く地域で生活を続けるためには、高齢者が容易に継続して参加できる活動拠点、地域での社会的ネットワークの強化が必要である。

表 1	健康づくり	・スポーツへ	の形り組み割合	と他の調査項目との	関連(回答者 2.822 人)
4Y I	10F/002 J \ '/		マレノロメ ソ かロクブラリロ	(III. V) MAI EL ME EL (V)	使11年 11月11年11日 4.044 八丁

項目	カテゴリ	取組み割合	χ2乗検定	項目	カテゴリ	取組み割合	χ2乗検定	
性別	男性(n=792)	18.3%		学習活動	いいえ (n=2581)	16. 4%	dododo	
	女性(n=1922)	18. 3%	n. s		はい(n=240)	38. 8%	***	
年齢階層	60代後半(n=795)	22. 0%		趣味活動	いいえ(n=2192)	14. 8%	***	
	70代前半(n=793)	20. 8%	***		はい(630)	30. 5%	<u>ተ</u> ተተ	
	70代後半(n=580)	18.6%	<u> </u>	老人クラブ	いいえ(n=2655)	17. 1%	dedede	
	80歳以上(n=580)	9. 3%			はい(n=167)	37. 1%	***	
世帯形態	一人暮らし(n=611)	17. 5%		地域活動	いいえ(n=2577)	17. 0%		
	その他(n=2036)	18. 7%	n. s		はい(n=245)	32. 7%	***	
住居	持家(n=2013)	20. 3%	***	健康状態	良い(n=640)	26. 1%		
	借家等(n=712)	12. 1%	ተተተ		まあ良い(n=1588)	18. 3%	***	
行動範囲	小学校区以内(=719)	9. 1%	***		(あまり)良くない(n=500)	8. 6%		
	中学校区以上(n=1787)	23. 4%	<u> </u>	睡眠状態	とれてる(n=1265)	22. 1%		
介護等に支払い	5万未満(n=827)	14. 1%	***		ままとれている(n=1315)	15. 1%	***	
可能な額(月)	5万以上(n=1653)	21. 7%			とれていない(n=148)	14. 9%		
***p<0.001 n.s.	· not significant 項目ごとに無	乗回答を除いて5	分析した					

日常生活圏域別の要介護等認定率と健康づくり・スポーツへの取り組みとの関連

○高木 さひろ (関西大学大学院・人間健康研究科)、黒田 研二 (関西大学)、 花家 薫、今津 弘子 (堺市健康福祉局・長寿社会部・高齢施策推進課)

【目的】 地域包括ケアシステム構築に向けて、住民のより身近な地域での健康づくりが重要視されている。 現在、多くの市区町村で、さまざまな健康づくりに関する取り組みが行われている。今後、効果的に健康づくりを進めるためには、住民に身近な地域(例えば日常生活圏域レベル)での取り組みが重要である。本研究は、日常生活圏域別に要介護等認定率を算出し、それに関連する要因を明らかにすることを目的とした。 結果をもとに地域レベルでの健康づくりに関してどのような点に焦点をあてる必要があるのか検討する。

【方法】 研究フィールドである A 市は、人口約 84 万人の政令指定都市で、21 の日常生活圏域を有する。市の中心街は古い町並みと、高いビルが入り組む坂の少ない地形である。しかし少し中心街を離れると、山や畑などの自然の多い地域もある。高度経済成長期には、そのような丘陵地を開発してニュータウンを作った経緯があり、中心街とは一変して坂が多い地形となっている。本研究は A 市の高齢施策推進課との連携事業の一環として調査データの提供を受け、その再分析を行ったものである。使用したデータは、①2014 年に A 市が実施した一般高齢者調査データ:要介護等認定を受けていない高齢者から無作為抽出した 4,100 名を対象とする郵送による無記名自記式質問紙調査(有効回収数 2,822 通、有効回収率 68.8%)、②小学校区別介護保険統計の 2 種類である。以上のデータをもとに日常生活圏域別の指標(要介護等認定率、介護度別認定率、一人暮らし高齢者率、健康づくり・スポーツ取組み割合、等)を作成して、指標間の Pearson の積率相関係数を算出し、関連を分析した。

【結果】 21 ヶ所の日常生活圏域別の要介護等認定率を図 1 に示す。最低は 16.53%、最高は 28.18%で、日常生活圏域による差が認められた。次に、相関分析の結果、要介護等認定率は、一人暮らし高齢者率と正の相関、健康づくり・スポーツ取組み割合と負の相関が認められた。一人暮らし高齢者率は、とくに要支援認定率との間で相関係数の値が大きかった(図 2)。健康づくり・スポーツ取組み割合は、とくに要介護 1,2 認定率との間で相関係数の負の値が大きかった(図 3)。

【考察と結論】 一人暮らし高齢者の多い日常生活圏域ほど要支援認定を受けている率が高く、健康づくり・スポーツに取

29 28 27 28 18 27 26 08 25 49 25 4

り組んでいる人の多い日常生活圏域ほど、要介護 1,2 の認定を受けている率が低い。本研究の結果は、地域 レベルで住民らによるさまざまな健康づくり活動を活発にすることで、要介護等認定率が低くなる可能性を 示唆している。住民の身近な地域で効果的に健康づくりを進めるためには、日常生活圏域別の地域差を把握 し、住民らにその情報を伝えるための取り組みが重要であると考えられる。

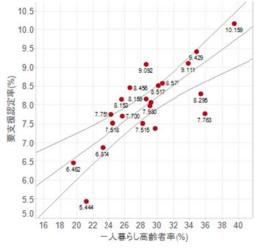


図2 一人暮らし高齢者率と要支援認定率との関連

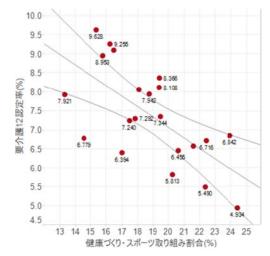


図3 健康づくりと要介護1,2認定率との関連

一般演題Ⅲ-7-1

福祉用具貸与事業者における介護・医療職者の腰痛予防に関する知識・技術の現状

○冨田川 智志(京都女子大学・家政学部・生活福祉学科)、 垰田 和史、北原 照代、辻村 裕次(滋賀医科大学・社会医学講座・衛生学部門)、 西田 直子、鈴木 ひとみ(京都学園大学・健康医療学部・看護学科)

【目的】医療・介護現場での福祉用具の活用は「職場における腰痛予防対策指針」の改訂以降、その需要が 高まっている。福祉用具貸与事業者は、福祉用具の普及と定着の大きな担い手であることから、本研究では 福祉用具貸与事業者における介護・医療職者の腰痛予防に関する知識・技術の現状の把握を目的とした。

【方法】2015年11月に開催された福祉用具貸与事業者Tの職員研修で分科会「抱上げない移動・移乗技術」を受講した143名を対象に、腰痛や移動・移乗補助具に関するアンケート調査協力を依頼した。調査方法は、質問項目をWeb上に公開し、対象者にインターネットを通じて無記名による自記式回答を求めた。回収期間は2015年11月~12月とした。質問項目は、福祉用具及び介護・医療系の保有資格・修了済研修、腰痛や腰痛予防に関する制度政策の知識に関する営業活動への有用性及び認知度、移動・移乗補助具の知識・技術の習得度、腰痛予防や福祉用具を活用した介護・看護技術に関する情報収集方法等にて構成した。統計処理には、IBM SPSS Statistics version 22を用いた。

【結果と考察】有効回答数(率)は98名(69%)であった。福祉用具系の保有資格・修了済研修について、98%が1つ以上、62%が2つ以上保有・修了していた。資格・研修別では、「福祉用具専門相談員」94%が最も多く、次いで「福祉住環境コーディネーター」62%であった。一方、介護・医療系の保有資格・修了済研修については、79%が無資格・未修了であった。資格・研修別では、「介護職員初任者研修」17%が最も多く、次いで「介護福祉士」3%、「看護師」「理学療法士」等の医療系資格保有者はいなかった。

腰痛や腰痛予防に関する制度政策の知識について、「腰痛の発生要因(以下、腰痛要因)」92%、「職場における腰痛予防対策指針(以下、指針)」85%、「職場定着支援助成金(以下、助成金)」70%、「重量物取扱い作業の重量制限(以下、重量制限)」76%と、多くの人がこうした知識は営業活動に有用であると評価していた。しかし、腰痛予防に関する制度政策の認知については、受講前から『内容の一部は知っていた』又は『よく知っている』は「指針」51%、「助成金」32%、「重量制限」34%と低値であり、周知には至っていなかった。福祉用具の普及と定着には労働安全衛生や経済的負担の視点も重要であることから、関係行政機関、福祉・医療施設もさることながら、福祉用具貸与事業者に対しても腰痛予防に関する制度政策の情報の周知、普及方策についての検討が必要である。

移動・移乗補助具に関する知識について、『全く知識がない』又は『あまり知識がない』は「スライディングシート(以下、シート)」28%、「スライディングボード(以下、ボード)」24%、「移動・移乗支援用リフト(以下、リフト)」46%、「介助ベルト(以下、ベルト)」51%であった。また、移動・移乗補助具に関する技術については、『全く習得していない』又は『あまり習得していない』は「シート」29%、「ボード」28%、「リフト」53%、「ベルト」46%であった。福祉用具を活用した介護・看護技術の知識・技術の習得度は不十分な状況であることが明らかになった。

腰痛予防や福祉用具を活用した介護・看護技術に関する情報収集の方法について、「職場における研修等に参加して」64%が最も多く、次いで「上司や同僚に聞いて」45%であったが、介護・看護技術の専門である「学校や介護・医療系専門職に直接聞いて」は8%と低値であり、連携が図れていない状況にあった。移動・移乗補助具の選定・適合には、利用者個々の心身状況や環境等を総合的にアセスメントする能力や、介護・看護・リハビリテーションについての基礎知識・技術も必要となる。今後、介護・医療職者との一層の連携が必要である。

【結論】積極的に専門職を招いて職員研修を行うといった研修体制が整っている福祉用具貸与事業者であっても、腰痛予防に関する制度政策の認知度、福祉用具を活用した介護・看護技術の知識・技術の習得度は低い状況にあり、介護・医療職者との連携も希薄な状況であった。今後、福祉用具貸与事業者に対する腰痛予防に関する制度政策の情報の周知徹底、介護・医療職者との連携体制の構築が求められる。

高齢者介護施設における腰痛予防対策の実践例

○重田 博正、中村 賢治 (大阪社会医学研究所)

【目的】ある高齢者介護施設における腰痛予防対策の実践例を一つの good practice として提示するために、とりくみの経験を分析し教訓を引き出す。

【腰痛予防対策の全体像】(スライドで紹介)

- 1. 腰部負担の低減
 - ①「ノーリフト」のとりくみ*最初にリフトを導入したKさんの介護をめぐるエピソード
 - ②腰部負担軽減の「小さな改善」
- 2. 安全衛生教育 全員対象:*産業医による「頸腕・腰痛予防」 *介護機器を使用した技術研修 *採用時安全衛生教育 *採用予定者の実習前実技研修
- 3. 頸肩腕障害・腰痛症健康診断と事後措置(2014年度から) 健診結果 B2(要注意:蓄積疲労状態)と B3(要医学管理) の者を対象に、職場の上司が面談し、作業場面で「本人が負担に感じていること」に対する負担軽減策(「職場の配慮として行う対策」と「本人が努力する対策」)を実行し、3ヶ月後に評価する。翌年の健診結果(表)でその成果を示す。

表)2014年B2、B3判定者の翌年の結果 (人)											
		2015年									
		Α	B1	B2	В3	非受診					
2014年	B2	1	7	4	0	5					
20144	В3		1	1	3						

※2015年「非受診」5人のうち、1人は健診時に腰痛で休業中、他の4人は退職(施設によると健康状態とは別の理由で)。

4. 健診結果にみられる成果

図にみられる健診結果の経年的改善は、2012 年度に安全衛生 委員会が確立されて以降、多面的・継続的に行われてきた腰痛 予防対策の成果であると評価できる。

【実践面での特徴】

- 1. 職員の健康と利用者の「より良い介護」との統一的実現ケアプランの中に介護作業の方法を明記する実践も始まった。
- 2. 多面的なとりくみ
 - *作業管理(作業方法の改善)、作業環境管理(設備改善)、健康管理(健康診断と事後措置)、安全 衛生教育が一体のものとして行われている。
 - *リフトのような「大きな改善」だけでなく、職員の工夫で行われる「小さな改善」も重視されている。
- 3. 安全衛生委員会を軸にした全員参加型の改善毎回の議題として、*各部署で行われた改善が、前後の写真付きで報告され、それが「あんぜんだより」で紹介され、各部署に水平展開される。
- 4. 職員集団・安全文化への影響
 - *「しんどいと感じることには、必ず改善策がみつかる。あきらめない。」という信念。
 - *「ちょっとした工夫、それが改善。」「提案が評価される。改善が楽しい。」「良いことはすぐに実行」

【おわりに】安全衛生活動を施設の中核的な活動の一つであるとの位置づける施設の姿勢が、成功の原動力となっている。



労働衛生外来におけるMSWの在り方を考える

○岩城 敦之(千鳥橋病院)

【はじめに】

当院のMSWの関わりは、紹介された方にMSWが面接にて職歴の聞き取りを行い、その後外来受診を案内している。労働衛生外来では、医師の診察・検査を受けてどのような制度が利用できるか医師と検討していく。MSWは、様々な制度を活用していくために、患者に制度の説明や申請(職歴証明等)のフォローを行っている。労働衛生外来にて2009年からMSWが関わったケースを分析し、今後の労働衛生外来におけるMSWの関わりについて事例を挙げ検討することとした。

【結果】

2009~2015年度 総件数 285件

- 1) 紹介元:福岡県建設労働組合 108 件(40%)/他病院 6 件(2%)/法人内医師 89 件(32%)/看護師 12 件(4%)/健診科 10 件(4%)/本人 28 件(7%)/家族 13 件(4%)/電話相談 5 件(2%)/その他 14 件(5%)
- 2) 疾患:胸膜プラーク118件(41%)/びまん性胸膜肥厚3件(1%)/アスベスト肺4件(1%)/じん肺30件(11%)/肺がん16件(6%)/肺気腫2件(1%)/中皮腫2件(1%)/間質性肺炎4件(1%)/振動病11件(4%)/上肢障害(頸肩腕、手指等)12件(4%)/非該当57件(19%)/未受診26件(10%)
- 3) 支援内容:健康管理手帳 101 件(36%)/労災 41 件(13%)/管理区分 16 件(6%)/ 当院にて継続 16 件(6%)/他院にて継続 18 件(7%)/非該当 60 件(19%)/ 未受診 26 件(10%)/その他 7 件(3%)
- 4) 職歴:大工84件(30%)/左官工20件(7%)/工場16件(5%)/内装業15件(5%)/ 炭鉱14件(5%)/配管工13件(4%)/電気工8件(3%)/ 塗装業8件(3%)/ 空調設備工7件(2%)/解体業6件(2%)/溶接工8件(3%)/はつり工5件(2%)/未受診26件(10%)/その他55件(19%)

【考察】

- ・紹介元からは、建築関係の仕事が多いため建設労働組合からの紹介が多くあった。 現場にて仕事をされてきた方は、当時はアスベストを扱っていた、もしくは周りが扱っていたという認識を多く持たれていた。
- ・疾患等は、胸膜プラークの診断が多くあり健康管理手帳の申請援助も多かった。次いで労災申請が多くあり、長年仕事にて働いたことによって影響が出ていることが分かる。

【まとめ】

救済制度はあるも年齢も高齢になり当時のことをあまり覚えてないことや、事業所が 廃業していることが多い。また申請手続きも煩雑になるため MSW と医師が連携をとり 援助していく必要がある。アスベストによって影響が出て、健康管理手帳を援助した 方でも、経過を追うことで労災申請にもつながるケースがあった。また入院・外来で 来られた患者さんに関わる時は職業からの視点も忘れずにしていく必要がある。

一般演題Ⅳ-1-1

風力発電等による低周波音・噪音の健康影響(文献レビュー)

○石竹達也¹、久保達彦²、森松嘉孝¹、藤野善久²、原 邦夫³、星子美智子⁴¹久留米大学・環境医学²産業医大・公衆衛生学³帝京大学・公衆衛生大学院⁴久留米保健所

【目的】風力発電施設等をばく露源とする近隣地域住民においてアノイアンスを含めてどのような健康 影響が報告されているかを明らかにするために、風力発電施設の近隣住民を対象にした疫学研究につい て文献レビューを実施した。

【方法】文献は風力発電施設からの騒音に伴う健康影響に関する疫学研究論文を PubMED を用いて収集した。疫学研究の論文検索は、査読論文を中心に行うため PubMED を用いた。検索方法は、風力発電を定義する言葉として "wind turbine", "wind turbines", "pinwheel", "wind mill", "electricity produced by wind power", "power generation by wind", "wind electricity", "wind force power generation", "wind-generated electricity", "wind-generated power", "wind-power generation", "wind-powered electricity"、低周波音・騒音を示す用語として "low-frequency noise", "low-frequency wave", "Wind turbine noise", "Noise/adverse effects" を掛け合わせて行い、言語は英語とした。2015年4月30日時点で、上記キーワードにより検索された英語論文は79件であった。これらのうち、近隣住民を対象とした疫学研究として11件が抽出された(うち2件は国際学会抄録)。これらを対象論文として、これまでの知見の整理と今後の課題を明らかにするため、研究デザイン、研究の実施された地域、研究対象者、曝露評価、アウトカム、交絡要因および研究結果に関する情報について整理した。

【結果と考察】アウトカムとして、Perception(騒音の知覚)、Annoyance(騒音によるうるささ)、ストレス、睡眠との関連が報告されていた。自記式調査票による問診で QOL やメンタルヘルス、睡眠の質を健康指標として検討した疫学研究は5件あり、うち4件で低周波音と統計的に有意な関連を報告していた。健康 QOL (Health Related Quality of Life) のスケールとして、WHOQOL-BREF、SF-36v2、メンタルヘルスのスケールとして GHQ-12 、睡眠の質のスケールとして PSQI、ESS を用いた研究があった。風車騒音と Annoyance、主観的評価に基づく健康指標の間には統計的に有意な関連が繰り返し報告されていた。自記式調査票より妥当性のある結果を導くために客観的指標を用いた研究が近年行われるようになっていいた。カナダ政府の研究では、睡眠効率、血圧、安静時心拍数、ストレスのバイオマーカーである毛髪中コルチゾールが測定されていた。風車騒音と、睡眠効率、血圧、毛髪中コルチゾールとの関連は、いずれも観察されなかった。近隣住民を対象にした研究から、統計的に有意な関連が見られた交絡因子を抽出したところ、風力発電への姿勢(Attitude to wind turbines in general)、景観に対する姿勢(Attitude to visual impact)、風力発電からの経済的恩恵(Economic benefits)、風車の可視性(Visibility)、音への感受性(Sensitivity)、健康への懸念(Health concerns)、との影響が報告されていた。

【結論】今後、風車騒音対策を講じる際には、Perception に留意することがまず重要である。なお本研究のレビュー範囲では、Perception する風車騒音の大きさは30-35 dBA 前後であったが、30 dB 以下でも Perception する居住者がいる。Annoyance が風力発電施設建設に対する心理的影響なのか、騒音ばく露による心理的影響なのかについて、現状のエビデンスにおいてはその区別が明確にはつけられない状況であった。

六ヶ所村核燃料再処理施設と六ヶ所村における白血病の関連

○森永 徹 (元純真短期大学・健康科学)

【目的】演者は昨年の本学会第56回総会において、「玄海原発と白血病の関連の検討」のテーマで報告し、佐賀県玄海町における白血病による死亡の増加は玄海原発から大量に放出されるトリチウムが原因と強く示唆されることを明らかにした。玄海原発は全国一、トリチウム放出量が多い原発ではあるが、核燃料再処理施設の場合は、さらに多い。青森県六ヶ所村の核燃料再処理施設では、2001年から各種試験が開始され、現在は使用済核燃料を用いたアクティブ試験が実施されている。本格稼働前ではあるが、相当量のトリチウムが既に環境中に放出されており、それの六ヶ所村および周辺自治体の住民の白血病死亡への影響を検討した。

【方法】六ヶ所村をはじめ各自治体別の白血病死亡率は、2003~2012年の「青森県保健統計年報」の市町村別の白血病死亡数、人口から算出した。また、日本原燃の六ヶ所村核燃料再処理施設からのトリチウム放出量は原子力安全基盤機構がとりまとめ、原子力規制委員会が公表する 2004~2013 年版「原子力施設運転管理年報」によった。統計学的処理は Excel の t 検定を用い、p<0.05 を有意とした。

【結果と考察】 六ヶ所村核燃料再処理施設からの年度別のトリチウム放出量は、表1の通りであった。

表 1. 六ヶ所村核燃料再処理施設からの年度別 トリチウム放出量と 10 年間の総量

	年 度	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
	気体	5.8	7.5	17	6000	9800	3700	340	240	440	160
トリチウム放出量	液体	0.018	0.009	0.0014	490	1300	360	4.1	1.4	0.9	1.1

2003~2012 年 総量 20.8 テラ・ベクレル 2157 5 テラ・ベクレル

2157.5 テラ・ベクレル (気体の単位はギガ・ベクレル、液体の単位はテラ・ベクレル)

2005年までの放出量はギガ・ベクレルのレベルであったが、アクティブ試験が開始された 2006年からはテラ・ベクレルのレベルへと極端な増加を示している。全国一、トリチウム放出量の多い玄海原発の 2003~2012年の放出量の総量は 735 テラ・ベクレルであり、六ヶ所村再処理施設からの放出量は実にその 3 倍となっている。

次に、六ヶ所村の白血病死亡率(10万対)を 2006年のトリチウム大量放出の前後で 2 群に分け、対応のある t 検定を用いて検討した。なお、放射線被曝と白血病発症までにはタイムラグがあるため、2003~2007年を大量放出前とし、直近の 2010~2014年を大量放出後とした。

表 2. トリチウム大量放出前後の六ヶ所村の白血病死亡率(10万対)の比較

年 度	2003	2004	2005	2006	2007	2010	2011	2012	2013	2014
白血病死亡率	0.00	0.00	0.00	8.85	0.00	9.01	9.01	9.04	9.14	0.00

t 検定の結果は、p=0.033 と統計学的に有意な差がみられ、六ヶ所村における白血病死亡率の増加は再処理施設との関連が示唆された。また、六ヶ所村とその周辺自治体住民への影響をみるために、六ヶ所村、おいらせ町、八戸市の年平均白血病死亡率を $2003\sim2007$ 年と $2010\sim2014$ 年の 2 群に分け、対応のある t 検定で検討した。なお、六ヶ所村の北側には東通村が隣接するが、六ヶ所村核燃料再処理施設から放出されるトリチウムの 99%は液体であり、青森県の太平洋岸には対馬暖流支流の津軽暖流が南下しており、東通村への影響は少ないと考えられるため除外した。南側に隣接する三沢市も自衛隊基地があるために若年層が多く、年齢構成が異なるため除外した。結果は p=0.292 と統計学的には有意ではなかったが、トリチウム大量放出後に増加する傾向がみられた。

【結論】六ヶ所村とその周辺自治体住民の白血病死亡は、六ヶ所村核燃料再処理施設との関連が示唆された。

t_morinaga2005@yahoo.co.jp

花粉症予防のための無花粉スギの発見と活用

○寺西 秀豊(富山医療生活協同組合富山協立病院)

【はじめに】スギ花粉症は1970年代以降急増し、国民の26.5%に達した。花粉症増加の背景として、空中スギ花粉の増加が上げられる。戦後、植林されたスギ林が、花粉を多く飛ばす樹齢30年以上に生長し増加し続けている。そのため、環境レベルの花粉源対策の必要性が考えられるようになった。

【無花粉スギの発見】富山県では、1989年に花粉症研究会がつくられた。平英彰博士は、スギ林の開花 状況を調査していたが、1992年に花粉を全く飛ばさないスギを発見した。このスギは、外見上、普通の スギと変わらない雄花をつけるのだが、花粉が飛び散ることはなかった。この無花粉スギは、花粉はで きないのであるが、雌花の方は正常で、種子を付け、種子は発芽する。無花粉スギとなる雄性不稔遺伝 子はメンデルの遺伝法則に従い、劣性遺伝であることが明らかにされた。

【無花粉スギの品種改良】無花粉スギを普及させるには、生長や材質が優良な性質を保持していることが求められる。富山県では以下の2種類の無花粉スギが開発されている。

- 1. 無花粉スギ「はるよこい」: さし木に適した無花粉スギ
- 2. 優良無花粉スギ「立山 森の輝き」: 種子から育てる精英樹由来の無花粉スギ

【無花粉スギの活用と普及】無花粉スギが発見されてから 20 年以上が経過し、ようやく優良な無花粉 スギが普及されるところまで来た。しかし、富山県以外の取り組みは、必ずしも十分でなく、多くの人々 に、無花粉スギの総合的花粉症対策に果たす役割や意義を知ってもらうことが大切である (図 1)。無花粉スギの利用に当たっては、無花粉スギは天然由来であり、品種改良により作成されたものであること を明記すべきである。あくまでも日本の自然と人間との共生関係を追及する手段となることが期待されているわけである。

【謝辞】無花粉スギの育種や普及に関しては富山県森林研究所の斎藤真己主任研究員に大変お世話になりました。元新潟大学教授 平英彰博士には貴重なご意見を頂きました。御礼申し上げます。

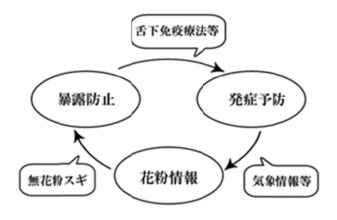


図1. 総合的花粉症対策と無花粉スギの役割

日本国憲法の理念から見た医療現場の状況

○中田 実(金沢医科大学・衛生学、リハビリテーション医学)

【目的】 戦後70年を経た今、日本国憲法の根底をなす平和主義、基本的人権・生存権の理念が危機に 曝されている。集団的自衛権の問題は、国民の日々の暮らしには必ずしも直結しないが違憲性について 大きな議論を生んでいる。それに対して医療現場の状況については、人権・生存権として生活に直結す る重大な問題でありながら日々議論する機会は稀である。今回はその問題に焦点を当て、実例をもとに 日本国憲法の理念に照らし検討した。

【症例1】 傷病名; 頚肩腕障害・腰痛症、職種;病院給食調理員女性2名(32歳:発症時1995年7月までの勤務歴4年、50歳:同じく発症時1995年2月まで勤務歴20年)、両名とも発症後に休職療養開始。職場安全衛生委員会は職場巡視後、食事提供数の倍増などの労働過重性と労働環境改善の必要性指摘。しかし病院管理者は開設以来労災申請したことはない、職場長もキツイ仕事はさせていないと労働過重性否定。1997年5月労災申請。1997年11月労基署担当官が主治医に業務関連性聴取。1998年6月受診命令。1998年9月発症後のカルテ提出命令。1998年12月労基署決定:軽症の32歳は業務上、重症の50歳は業務外(局医意見:労働医学的カルテ記載は理解不能。50歳の症状は頸椎変形があり業務外)。1999年2月審査請求。2000年1月労働者災害補償保険審査官判断:原処分を取り消し業務上認定。後日病院管理者は主治医に対し君には酷い目にあったと発言。

【症例 2】 傷病名;うつ病、頚肩腕障害・腰痛症、職種;病院事務員(職業病相談の問診も担当)、女性(42歳:発症時 2011年1月まで勤務歴 16年)。職場の模様替で情報処理専用電算機室内に終日単独配置され院内諸情報から隔絶。職場長医師から「仕事の内容がヌルイ」、「職場の将来を何も考えていない」、研究会の代理出張後の報告に「聴いて来て欲しかった事と違う」と机を叩く等の叱責連続。2011年1月うつ病発症、同年5月自殺企図で休職療養開始。直後に夫が過労脳出血。労災申請は断固阻止するとの同僚発言の中で本人は労災申請も出来ないまま長期休職連続となり現在解雇の危機に曝されている。

【考察】 上記の症例のとおり日本の医療現場における基本的人権はいまだ脆弱過ぎる現状にある。基本的人権のさらなる強化のために「健康権」の提唱「、日々の医療行為における人権尊重実践の宣言」などが行われている。井上³)は、保健医療・福祉従事者は人権の守り手であり、自らの職場において「日常的な患者の権利侵害の阻止、予防の活動」をし、「時には同僚や経営者とぶつかることがあっても臆せず、自らへの人権侵害にも泣き寝入りせず人権保持に不断の努力を重ねる」よう説いている。日本国憲法で脅かされている理念は平和主義だけではない。基本的人権の理念強化に向けた「真の憲法改正」が求められる時代が来ている。

【文献】

- 1) 日本弁護士連合会、「健康権」の確立に関する宣言、1980 年 第 23 回人権擁護大会・シンポジウム (岡山).
- 2) 民医連綱領、2010年.
- 3) 井上 英夫、健康権の発展と課題 -21 世紀を健康権の世紀に一、民医連医療 2010; 459:6-12.

一般演題Ⅳ-2-2

健康診断としての眼科的色覚検査の実施とそれに基づく職業適性評価は人権に抵触する

○高柳 泰世(本郷眼科・藤田保健衛生大公衆衛生)、太田 充彦、八谷 寛 (藤田保健衛生大公衆衛生)、宮尾 克(名古屋大学情報科学研究科)

【目的】

我が国の色覚検査の解釈はこのままでよいか?

日本眼科医会から「色覚検査のすすめ」のポスターが全眼科医療機関に配布された。一般に健康診断は、治療できる疾患の早期発見・早期治療のために行うが、治療不能で一生変わらない、また遺伝性が明確で、早期発見・早期絶望となる色覚異常が何故健康診断項目に入ったのか疑問に思ってきた。遺伝子検査と同等の重みのある色覚検査には慎重なインフォームド・コンセントが必要である。健康診断を命じている各県及び政令指定都市教育委員会教育長に、色覚問題の現状について情報を提供し、現行の健康診断の中の色覚検査についてご意見を伺った。色覚は身長・体重・胸囲などのように変動により体調をチェックする項目とは全く異なり、結果で遺伝形式が明らかとなり、一生変わらない特性を健康診断があるごとに検査する必要はない。

また、現行の検査では実社会における色識別能判定は出来ない。人権問題を解消するために色覚は健康診断項目から削除すべきと考える。

【方法】

日本眼科医会から全眼科医療機関に配布された「色覚検査のすすめ」のポスターが義務教育小・中・高等学校においても貼付されるべく、各教育委員会に配置されたとのことであるため、47 都道府県、20 政令都市教育委員会ではどのように対処されたかについて各教育長に意見をお聞きした。

【経緯】

2003 年に学校保健法の一部改正があり、定期健康診断から色覚検査が削除された法改正であった。

2014年4月30日に法改正ではなく、学校保健安全法施行規則の一部改正などについての通知が各都道府県知事、各都道府県教育委員会教育長、各指定都市教育委員会教育長、各国公私立大学長、各国公私立高等専門学校長あてに文部科学省スポーツ・青少年局長久保公人から、学校保健安全法施行規則の一部改正などについて(通知)の中で色覚の検査について、平成15年度より必須項目から削除したところであるが、知らないまま不利益を受けることのないよう、保健調査に色覚に関する項目を新たに追加するなど、より積極的に保護者などへの周知を図る必要があることとの通知文が出された。12月にふたたび文科省から色覚検査についての通知が出された。従来の検査表(学校用石原表)は有効期限切れであるため、検査表に何を購入したらよいか、誤読者にどのように説明をし職業選択のアドバイスはどうしたらよいかなどの質問が続出した。2015年7月6日に総務省から法律によらず国民の権利・義務に影響を及ぼす様な通知・通達は無効である旨の通知が出された。それを学校現場は知らされていないため、混乱は続いている。

【結果と考察】

47 都道府県、20 政令指定都市 67 通出し、返信は僅少であったが、親しいところには電話で担当係に伺うことが出来た。全国の不特定の小・中学校から、検査表には何を使い、異常者にはどのように説明すべきかなどの質問が私のところに沢山寄せられているので、地域の教育委員会から末端の小・中学校に文部省通知が告げられ、個々に募集方法を考え、検査の事後措置について困惑していると想像されるので、出来る限り要請のあるところには講演に出かけている。職業差別禁止法が施行されている現在、石原式色覚異常検査表で、誤読者を色覚の異常の程度による業務への支障の目安などと適当な能力評価をすることは基本的人権問題である。身長・体重・心電図など検査によって健康管理に資する項目と違い、色覚は遺伝が明らかになり一生変わらないものであるため、健康診断のたびに施行されるものではない。検者にも被検者にもその認識が足りないように思われる。

【結論】

石原表誤読者の色の見え方は世界でまだ不明である。色彩識別能力は検査からは判定できない。 健康診断書の項目から色覚は削除するのが良いと考える。 ataka@yacht.ocn.ne.jp

原爆症認定訴訟における医師・科学者の倫理的あり方と国の政治的関与

○郷地 秀夫(兵庫民医連、神戸健康共和会·東神戸診療所)

【目的】原爆症認定とは、国が被爆者の傷病が原爆に起因すると認定することである。被爆者が自分の傷病を原爆症に認定するよう、裁判に訴える原爆症認定訴訟(以後裁判と略す)が長年、闘われてきた。2000年、国は12年越しの松谷訴訟に最高裁で敗訴し、翌2001年に認定基準を医師、医学者、関連科学者(以後専門家と略)の協力で作成した。しかし、その基準が厳しすぎるということで、被爆者団体・日本原水爆被害者団体協議会(被団協)が呼びかけ、2003年から全国で集団裁判が始まった。国は、その裁判対策にも専門家の協力を得てきた。それでも、これまでの殆どの裁判で、国は敗訴を続けてきた。しかし、2015年に入り、形勢は変化し、被告・国の勝訴判決も見られるようになった。その要因の大きな一つに、専門家達が裁判所に直接、意見書を提出し、また、被告・国側の証人に立ち、原告の射線起因性を否定する証言をし始めたことがあげられる。国・被告の強い要請を受けてのことと考えられるが、どうして、専門家達が門外漢である裁判に積極的に関わりだしたのであろうか?その背景にある問題を文責、検討した。

【方法】認定基準や裁判に関係する専門家の研究論文、意見書を検討、分析した。論文の目的、国の委託の有無、研究委託費などを調べ、それらの内容から論文、意見書を次の3期に分類し、検討した。(以下 敬称略)

第1期:1997~2000年;原爆症認定の新基準資料と裁判対策資料の放射線基礎論文 4編

第2期:2003~2009年;裁判対策用資料としての「諸疾患と放射線起因性のレビュー論文」等 10編

第3期:2014~2016年;裁判所に直接提出された国側擁護の総論および原告各論の意見書 7編

【結果と考察】これらの論文・意見書は全部で21編あり、それぞれの時期の特徴を以下に述べる

第1期: この時期、3つの裁判(松谷訴訟、京都訴訟、東訴訟)が闘われており、その中で認定判定基準の不明瞭さが問題となっていた。4つの論文は、裁判資料や認定基準作りの資料となる「寄与リスク」に関する論文で、いずれも、厚生科学特別研究事業の行政政策研究分野の研究として、研究補助金が一編500万~2000万円(総額4000万円)支払われている。この資料を元に、国はこれまでよりさらに厳しい審査基準を作った。小佐古敏荘(東京大学原子力研究総合センター准教授)「原子爆弾による被曝線量推計の今日的問題点に関する研究」は、国の審査の正当性を謳ったものであり、長瀧重信(放射線影響研究所)「放射線の人体への影響評価に関する研究」や児玉和紀論文等は、原爆症認定の新たな審査基準として「寄与リスク」の資料の提供した論文である。

第2期:2003年より、被団協の集団訴訟が全国で始まり、国は、反論資料となる総論版と疾患別の各論版の研究論文を専門家に求めた。2003年、平良専純「原子爆弾の放射線に関する研究」では、裁判の落としどころが模索され、各論版では、各種疾病と放射線の関連レビューが求められ、原告被爆者に不利な研究報告が集められた。前半4つは、これまでどおりの原爆症調査研究事業であるが、委託料は240~1500万円(合計2340万円)とやや安くなっている。後の6つは原爆症調査研究事業に変更されている。そのため、委託額が分かりにくいが、総額予算から類推すると一論文100~300万円程度にさらに安くなっているように思われる。

第3期: この時期、集団訴訟で、国は相次ぐ敗訴を重ね、さらに2011年、福島原発事故が発生し、その補償問題の裁判も始まり、新たな段階を迎えた。民主党政権時代には途絶えていた委託研究は、第2次安倍政権下で専門家による政府支援で復活した。しかも、これまでの後方部隊から前線部隊になり、単に参考となる資料論文を書くだけでなく、国の敗訴判決に、直接、裁判所に異議を申し立てる意見書提出や国側証人として証言している。2014年「原子爆弾による放射線被曝と健康影響に関する意見書」は医師、医学者35名の連名で、裁判所に提出された。これまでの判決が、放射線障害の国際的共通認識とずれているという指摘をした。長瀧重信ら「甲状腺機能低下症に関する判決に対する意見書」や赤星正純ら「放射線被曝と心筋梗塞発症との関係について」などでは、自分の論文は不完全だ、論旨が間違って判決文に引用されている、などの理由から、裁判判決に使わないようにと裁判所に異議申し立てをしたものだ。そこに、国の有形・無形の専門家に対する強い要請・圧力を感じる

【結論】この20年間で、専門家達の政治的関わり様の質が、1~3期へとエスカレートしている。その内容は医学者・研究者自身にも不本意なものとなっており、その背景に、政府の不適切な関与が憂慮される。こうした事態に、被爆者の診療に携わる医師の立場から警鐘を鳴らしたい。 hg1995tm@yahoo.co.jp

地域の防災意識向上のために学生ができることの検討 (第1報)

○早坂 美咲、野間 結衣、田村 真麻、山本 美里、菅 綾美、長嶺 優菜、森 久美子 (愛媛県立医療技術大学・災害ボランティアサークル医技タット)

【目的】

医技タットは、「東日本大震災から学ぶ」をテーマに勉強会や国内外の被災地ボランティア活動をしてきた。そんな中で、地域の人々の

防災意識を高めることの大切さを実感したことから、地域の人々と共に「南海トラフに備える」を活動の中心にしていくこととした。災害や防災について考えてもらう機会として、学生祭で被災地での活動報告を展示し、会場で防災に関するアンケートを実施した。その結果の分析を通して、地域の防災意識向上のために学生ができることの検討を本報告の目的とする。

【方法】

期間と対象; 平成 27 年の学生祭 2 日間で、展示ブースの参加者を対象とした。<u>質問内容</u>; 「属性(年齢・性別)」、「活動報告の感想」、「南海トラフについての知識の有無」、「準備している防災グッズ」で、選択肢と自由記述とした。<u>倫理的配慮</u>; アンケート用紙配布の際に調査協力は自由意思であることを説明した。無記名で、出口付近に回収箱を設置した。<u>展示</u>; ①写真による被災地での活動報告。②防災グッズの紹介。

【結果と考察】

回答数は89で、年齢は10歳未満から60代であった。南海トラフについては、「知識有」が84.3%で、「知識無」の15.7%を大きく上回った。30年以内にかなりの確率で発生すると言われているため、いろいろな場面で知識を得る機会が多くなっていると考える。準備している防災グッズの有無を南海トラフの知識の有無で比較すると、「知識有」は68.5%、「知識無」は31.5%が何らかの防災グッズを準備していた。「知識有」の方が2倍以上多かったことから、災害に関する知識が具体的な防災行動につながっていると考えられた。知識の有無にかかわらず準備しているグッズは、懐中電灯、救急用品、携帯ラジオ、水など非常時に当面必要な物で、このような情報はかなり浸透していると考える。「知識有」は、さらに避難生活が長期間になった時に必要な食料、非常用袋、ティッシュ、スリッパなどを準備していた。このことから、知識は、災害発生後の避難所生活をイメージする助けにもなっていると考える。自由記述では、年代別で災害や被災地に対する思いに違いがみられた。30代までの若者層は、「協力したい」、「自分にできることをしたい」などの主体的な意見や「刺激になった」、「衝撃を受けた」など強い思いがみられた。40歳以上では、「期待する」、「続けてほしい」、「若い力は希望」など若者層に対して支援したい、という思いが多かった。事実を伝えることは、被災地の人々について考えるきっかけになるだけでなく、その人自身が自分にできる行動を考えるきっかけ、動機づけになると考える。

【結論】

①被災地での活動報告など事実を伝えることは、災害や防災について考えるきっかけになる。②災害や防災についての知識は、災害時のイメージを持つ助けとなり、防災行動につながる。③学生は情報を提供することで、同年代の若者層の動機づけになる。

E-mail; k11452@epu.ac.jp

地域の防災意識向上のために学生ができることの検討(第2報)

○野間 結衣、早坂 美咲、森 久美子 (愛媛県立医療技術大学・災害ボランティアサークル医技タット)

【目的】

医技タットは、国内外の被災地ボランティア活動からスタートしたが、災害や防災の学習を進める中で、地域との連携が重要であると気づき、模索しながら活動している。本大学は地域の避難所でもあることから、地域の人々を対象に、学生祭で避難所体験の展示をした。そこで、展示会場で実施したアンケート結果の分析を通して、地域の防災意識向上のために学生ができることの検討を本報告の目的とする。

【方法】

期間と対象; 平成 27 年の学生祭 2 日間で、展示会場の参加者を対象とした。<u>質問内容</u>; 「属性(年齢・性別)」、「HUG(避難所運営ゲーム)の感想」、「避難所体験の感想」で、選択肢と自由記述とした。<u>倫理的配慮</u>; アンケート用紙配布の際に調査協力は自由意思であることを説明した。無記名で、出口付近に回収箱を設置した。<u>展示</u>; ①HUG(避難所運営ゲーム): 避難所に避難してくる人(カード)を部屋分けしていくゲーム。時間を短縮し、初心者でも楽しめるようにルールを簡略化した。②避難所体験:教室を地域の避難所である体育館に見立て、ダンボールで間仕切りをして避難所を再現した。間仕切りの高さは「横になっても周囲から見える 20 cm」、「座位で肩の高さ 50 cm」、「座位で目の高さ 75 cm」、「座位で頭部が隠れる高さ 100 cm」の 4 つ設置し、実際に座ったり、寝たりしてもらった。

【結果と考察】

HUG;回答数は47であった。ゲームの感想(複数回答)8項目のうち「勉強になった」が過半数を超え、次いで「楽しかった」が多かった。「あまり興味が持てなかった」、「あまり楽しくなかった」の回答は0であった。自由記述からは、「避難してくる人について」と「自身と災害について」の2つを抽出した。展示会場の参加者ということで、元々災害に興味を持っている対象者ではあるが、ゲームを通して、楽しみながら新たな知識が得られたのではないかと考える。また、避難所の部屋分けを体験することで、災害後の状況もイメージすることができたのではないかと考える。避難所体験;回答数は69であった。「75 cm」と「100 cm」を合わせると8割以上を占め、「もっと高く」が1割弱であった。「90~180cmでは180cmが最も好まれる(八木,2009)」という報告とは異なる結果が出た。「75 cm」は坐位で目の高さであるため、隣人の顔が見える。自由記載に「あまり壁が高いと緊急時に気づいてもらえない」とあったことから、プライバシーを守りたい反面、何かあった時に気づかれない不安を感じることがあるのだろう。完全に閉鎖された空間ではなく、人を感じられる方が安心するのではないかと考える。自分が避難する立場になった時のイメージを持つことは2次被害の予防にも重要であると考える。

【結論】

①HUG;ゲームを簡略化することで、年齢層が様々な地域の人も楽しんで知識を得ることができる。 ②避難所体験;避難所を再現することで、避難してくる人が状況をイメージできるだけでなく、避難してくる人の思いを知ることができる。

E-mail; k11449@epu.ac.jp

高校生の防災意識向上のために学生ができることの検討

○松本 萌、武田 怜奈、戸田 七海、新田 日香里、前川 大地、森 久美子 (愛媛県立医療技術大学・災害ボランティアサークル医技タット)

【目的】

医技タットは、今後 30 年間に 70~80%の確率で発生すると予測されている南海トラフ巨大地震を想定した災害・地域医療の学習や被災地でのボランティア活動を行ってきた。しかし、学習したことを地域に広めていくことが必要であると気づき、県内の高校で災害・地域医療に関する勉強会を開催した。そこで、勉強会後のアンケート結果の分析を通して、高校生の防災意識向上のために学生ができることの検討を本報告の目的とする。

【方法】

期間と対象; 2016年2月、A高校 1~3年生42名を対象とした。質問内容;「ボランティア活動について」、「災害・地域医療について」、「ゲームの感想」で、選択肢と自由記述とした。<u>倫理的配慮</u>;アンケートの協力は自由意思であることを説明した。無記名で、後日回収した。<u>内容</u>;まず、医技タットの活動紹介と南海トラフ巨大地震の基礎知識の説明をし、その後は8、9人グループに大学生1人がファシリテーターとして参加し、①アイスブレーキング、②クロスロードゲーム:提供された状況を「はい」と「いいえ」で判断し、それぞれの意見を交流するゲーム、⑤HUG(避難所運営ゲーム):避難してくる人(カード)を部屋分けしていくゲームを高校生向けの内容に簡略化して実施した。

【結果と考察】

アンケートの回収数は37 (88.1%)、すべて有効回答であった。<u>ボランティア活動</u>;医技タットの活動では、半数が「東北派遣」に参加してみたいと回答した。また、8 割の生徒が何らかのボランティア活動を経験していた。高校と地域の協力体制が整っていることによると考えられる。<u>災害・地域医療</u>;全員が「災害・地域以慮について興味が深まった」と回答した。すでに身についているボランティアへの関心が、活動報告やゲームを通してより高まったと考えられる。<u>ゲームの感想</u>;専門知識が必要なため、高校生にとっては難しいと感じる内容ではあったが、「楽しかった」、「勉強になった」、「自分のこととして考えられた」という回答が多かった。災害に関して学習している高校ではあるが、ゲームが具体的な状況設定のためイメージが持てたことが明らかになり、勉強会の目的が達成できたと考える。また、「自分の意見が言えて良かった」、「人の意見が聞けて考えが深まった」、「班の人と協力して考えられた」など意見交換することの大切さを感じている回答も多く、学生が求めた内容以上に学んでいることも明らかになった。ファシリテーターをした学生に対して「はきはきしていて良かった」、「班の雰囲気が明るく楽しかった」など進行の仕方を評価している回答があった。少し年上の学生が実施することで、リラックスした雰囲気の中で自分の意見が出しやすかったのではと感じた生徒がいたと考える。

【結論】

①専門知識がなくてもゲームを簡略化することで、高校生も楽しみながら学べる。②グループワークは意見が交換しやすく、考えを深めることができる。③年齢の近い大学生が実施することでリラックスして参加できる。

E-mail; k 11564@epu.ac.jp

車いす利用者による京都市内の避難所のバリアフリー情報に関する評価

○西田直子,鈴木ひとみ(京都学園大学健康医療部看護学科),原田清美,岩脇陽子,山本容子,室田昌子 (京都府立医科大学医学部看護学科), 垰田和史, 辻村裕次(滋賀医科大学医学部医学科)

【目的】本年4月に熊本県熊本地方を震源とした震度7の地震が連続し、多くの家屋が倒壊し、避難所を有した施設も倒壊し本来の避難もできない状況が起こっている。今回の震災において、福祉避難所の情報がなく、避難所の適切な情報提示が求められている。私たちは平成24年度から始まった調査に基づいて、京都市内の避難所のバリアフリー情報を平成26年度にホームページ(HP)で掲載している。この情報が、車いす利用者にとって、避難所として適正か、不安はないのかなど、その内容について評価したので報告する。

【方法】対象者は、全国脊髄損傷者連合会近畿東海ブロックの協力を得られた会員の 174 名である. 各ブロック長に調査の意義、目的、方法について記した依頼状を送付し、承諾の得られた各ブロックの会員に、調査者が個人を特定できないように支部から個人に郵送した. 対象者は HP に掲載された京都市中京区内にある避難所と指定されている施設 17 ヶ所の情報を閲覧し、HP 上または郵送により回答した. 調査項目は、個人属性、避難所の認知、避難所への移動、避難環境の必要性、掲載された避難所情報の適正さ、避難所に対する不安について、4 段階(とても、まあまあ、あまり、まったく)で記入を求めた. 倫理的配慮については、個人が特定されないように符号化してデータを整理し、統計処理を行った. 本研究は京都府立医科大学医学倫理審査委員会の承認を得た.

【結果と考察】調査期間は5月から7月で、回収数は50(男性40,女性10,回収率28.7%)であった。回答方法はHP上35名、郵送したDVDを閲覧した者15名であった。年代は70歳以上10名、60代13名、50代9名、40代10名、40歳未満7名であった。

避難所の認知では「災害時に避難する施設を知っている」が 66%,「知らない」が 34%であった.避難所設備の必要性では「とても・まあまあ必要」で「身障者トイレ」が 92%,「エレベーター」,「専用部屋」,「入り口のスロープ」,「移動通路」が 86%,「シャワールーム」が 84%,「身障者対応の部屋」,「洋式トイレ」が 80%であった.「身障者トイレ」の自由記述では「介助できるスペースがほしい」,「避難所には必ずほしい」,「入り口の幅や便器の高さが適切である」などがあった.

HP の掲載内容の適正さについては「とても・まあまあ適正」で「身障者トイレ」が 82%,「入り口のスロープ」が 74%,「体育館」が 66%,「エレベーター」,「洋式トイレ」が 64%であった. 掲載された施設の全体では「地域の避難所として適切」が 78%,「地域の避難所として期待」が 76%,「高齢者の方の避難所として適切」が 74%であった.

某施設は8年前に改築された学校であり、教員の中に車いす利用者がいるため、各階にエレベーターがあり、駐車場や運動場へはスロープがあった。最近できた施設はバリアフリーを考慮した環境が整えられているが、古い施設では難しい点が見られた。避難所への経路についての希望では「とても・まあまあ」で「避難所までの安全な情報がほしい」が80%、「避難所までの経路が出るようにしてほしい」が72%、「一人で行けないのでサポートがほしい」が70%であった。避難所としての不安では「とても・まあまあ」で「掲載された避難所の情報ほしい」が100%、「広く知らせてほしい」が92%、「情報を地図とリンクさせて近い避難所の情報がほしい」が87.8%であった。避難所の情報だけでなく、避難所までの経路や位置情報も必要であることが分かった。車いすを利用する障害者や高齢者にとって、日常の生活でさえ困難が多いにもかかわらず、災害時にどこにどのように避難するのかなどの不安や対処困難が多く、障害者の高齢化に関する課題検討会(平成27年、厚労省)においても十分に検討されていない。今後は、車いすを利用する人の立場になって各避難施設が適切か、改善をしていく必要があるかなど考えることが重要である。

【結論】今回は一定の地域の避難所のバリアフリー情報の掲載を行い、その必要性や適正さについて調べた. HP に掲載された施設はバリアフリー化された施設だけでなく、今後改善の必要な施設も見られた. また、避難するためにはどこを移動するのかという情報なども必要であり、安全に避難するための情報やその介助にも不安があることが示唆された. 送付先メールアドレス: naokonis@kyotogakuen.ac.jp

企画運営委員会

委員長 垰田 和史 (滋賀医科大学・社会医学講座・衛生学部門)

委 員 高鳥毛 敏雄 (関西大学・社会安全学部・社会安全研究科)

黒田 研二 (関西大学・人間健康学部)

武内 一 (佛教大学・社会福祉学部)

西山 勝夫 (滋賀医科大学)

中村 賢治(大阪社会医学研究所)

白星 伸一 (佛教大学・保健医療技術学部)

越智 淳子 (佛教大学・保健医療技術学部)

冨田川 智志(京都女子大学・家政学部・生活福祉学科)

西田 直子(京都学園大学・健康医療学部・看護学科)

北原 照代 (滋賀医科大学・社会医学講座・衛生学部門)

事務局長 辻村 裕次 (滋賀医科大学・社会医学講座・衛生学部門)

事務局員 片倉 美千子(滋賀医科大学・社会医学講座・衛生学部門)

加藤 正人 (滋賀医科大学・社会医学講座・衛生学部門)

社会医学研究

BULLETIN OF SOCIAL MEDICINE 特別号 2016 第 57 回日本社会医学会総会講演集 2016 年 7 月 10 日発行

編集 第57回日本社会医学会総会 事務局(学会長 垰田和史)

日本社会医学会 理事長 山田 裕一

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

本誌掲載記事の無断転載をお断りします。

©日本社会医学会 2016 年