目　　次

日本社会医学会（旧・社会医学研究会）50 年のあゆみ　1
社会医学研究会発足５０周年にあたって　（上畑鉄之丞）　2
私と社会医学　（細川　　汀）　3
社会医学と公衆衛生との出会い　（高鳥毛敏雄）　4
私と社会医学会　（垰田　和史）　5
社医研の思い出　（仁平　　將）　6
社会医学と私　（逢坂　隆子）　7
社医研との出会い・・・諸先輩にはかないませんが・・・18 年目になりました　（北原　照代）　8
私と社会医学　（広瀬　俊雄）　9
「社医研の衣笠」連続発表 36 年の秘訣　（片平　洌彦）10

－総説－

1. 「１５年戦争」への日本の医学医療の荷担の解明について　（西山　勝夫）11
   Participation of Japanese medicine in the Fifteen Years' War ending in 1945

2. ＜ひきこもり＞の社会的側面に関する研究　－逸脱現象として分析する視点から－　（檜垣　昌也）27

3. てんかん事例における医療ソーシャルワークの今日的課題　（眞砂　照美）35
   Current problems in medical social work for epilepsy patients

－原著－

4. ストレス対処能力 SOC の社会階層間格差の検討　（戸ヶ里泰典、他）45
   ―20 歳～ 40 歳の若年者を対象とした全国サンプル調査から
   The socioeconomic gradient of sense of coherence
   —from a representative sample survey of 4,800 Japanese people aged 20 to 40

5. 環境病跡学－環境汚染による疾病の疫学的診断方法　（原田　正純、他）53
   Environmental Pathography—An epidemiologic method based on environmental pollution

6. Visualization of the relationship between the geographic distribution of day　（高橋　和行、他）75
   service facilities for the elderly and local elderly resideuts using a geographic information system
   地理情報システムによる通所介護施設と地域高齢者の地理的分布の可視化

7. 病院看護職員離職率と地域特性としての医療環境および社会的背景との関連　（藤原奈佳子、他）87
   Relationships between hospital-nurse turnover rate and region-specific medical
   environment and socio-cultural characteristics

8. 介護施設内の高齢者虐待防止にむけて、第三者機関活用に関する研究　（松岡智恵子、他）97
   ―国保連合会「苦情処理業務」の取組から―
   A study of the utilization of third party organizations for the prevention of elder abuse at senior care facilities
   —Complaint handling operation approaches employed by the National Health Insurance Organization

－報告－

9. 新宿における野宿者の健康　―地域生活移行支援事業の影響―　（大脇　甲哉、他）109
Health situation of homeless people in Shinjuku Tokyo—Influence of a housing first project

10. 「抑うつ傾向高齢者の生活感情と近親者喪失について－東京都中野区における調査から－」　（石濱　照子）113
Daily emotions of elderly people suffering from depressive symptoms and bereavement:
A questionnaire-based survey in Nakano City

11. 「薬害の歴史」からみた薬害防止策の基本とその具体策（第一報）　（片平　洌彦）125
Fundamental policy and its actualization for the prevention of drug-induced suffering
from a historical review of these policies in Japan (Report 1)

12. 高齢者虐待に関する関心　－日・北欧比較―　（古川　潤子）133
Comparison of Japanese and Northern European welfare with regard to elderly abuse

日本社会医学会（旧・社会医学研究会）50年のあゆみ

総　　会	開　催　日	会　　場	世話人代表・企画運営委員長
社会医学研究会準備会	1959年7月30日～31日	東京・アジア会館	曽田長宗（国立公衆衛生院）
第1回社会医学研究会	1960年7月29日～30日	東京・日本都市センター	曽田長宗（国立公衆衛生院）
第2回社会医学研究会	1961年7月28日～29日	東京・日本都市センター	曽田長宗（国立公衆衛生院）
第3回社会医学研究会	1962年7月28日～29日	京都大学楽友会館	西尾雅七（京都大学）
第4回社会医学研究会	1963年7月20日～21日	岡山県立児童会館	大平昌彦（岡山大学）
第5回社会医学研究会	1964年7月3日～4日	愛知県産業会館	井上　俊（名古屋大学）
第6回社会医学研究会	1965年7月24日～25日	神奈川県医師会館	宍戸昌夫（横浜市立大学）
第7回社会医学研究会	1966年7月16日～17日	京都市比叡山延暦寺会館	庄司　光（京都大学）
第8回社会医学研究会	1967年7月22日～23日	神奈川県箱根観光会館	曽田長宗（国立公衆衛生院）
第9回社会医学研究会	1968年7月13日～15日	京都郊外・光明寺	丸山　博（大阪大学）
第10回社会医学研究会	1969年7月26日～27日	名古屋市科学館	吉田克己（三重県立医科大学）
第11回社会医学研究会	1970年7月25日～26日	佐久総合病院	若月俊一（佐久総合病院）
第12回社会医学研究会	1971年7月17日～18日	岡山大医学部図書館講堂	大平昌彦・青山英康（岡山大学）
第13回社会医学研究会	1972年7月23日～24日	大阪・天野山金剛寺	丸山　博（大阪大学）
第14回社会医学研究会	1973年7月21日～22日	東京医科歯科大学講堂	柳沢文徳（東京医科歯科大学）
第15回社会医学研究会	1974年7月20日～21日	愛知県婦人文化会館	水野　宏（名古屋大学）
第16回社会医学研究会	1975年7月26日～27日	熊本県福祉会館	野村　茂（熊本大学）
第17回社会医学研究会	1976年7月24日～25日	大阪大学医学部	朝倉新太郎（大阪大学）
第18回社会医学研究会	1977年7月16日～17日	東京都・文京区民ｾﾝﾀｰ	木下安子（都神経科学総合研究所）
第19回社会医学研究会	1978年7月22日～23日	京都府農協会館	東田敏夫（関西医科大学）
第20回社会医学研究会	1979年9月8日～9日	名古屋大学医学部	山田信也（名古屋大学）
第21回社会医学研究会	1980年7月26日～27日	東京都新宿区四谷公会堂	芦田正見（国立公衆衛生院）
第22回社会医学研究会	1981年7月31日～8月1日	福岡二日市温泉大丸別荘	高松　誠（久留米大学）
第23回社会医学研究会	1982年7月31日～8月1日	KBSびわ湖教育センター	渡部眞也（滋賀医大）細川汀（京市衛研）
第24回社会医学研究会	1983年7月30日～31日	関西地区大学ｾﾐﾅｰﾊｳｽ	朝倉新太郎（大阪大学）
第25回社会医学研究会	1984年7月28日～29日	富山・呉羽ハイツ	加須屋実（富山医科薬科大学）
第26回社会医学研究会	1985年7月27日～28日	松山郵便貯金会館	木村　慶（愛媛大学）
第27回社会医学研究会	1986年7月26日～27日	秋田厚生年金休暇ｾﾝﾀｰ	滝澤行雄（秋田大学）
第28回社会医学研究会	1987年7月25日～26日	名古屋サンプラザ	加藤孝之（愛知医科大学）
第29回社会医学研究会	1988年7月23日～24日	奈良県社会教育ｾﾝﾀｰ	山下節義（奈良県立医科大学）
第30回社会医学研究会	1989年7月22日～23日	伊豆長岡・富士見ﾊｲﾂ	上畑鉄之丞（国立公衆衛生院）
第31回社会医学研究会	1990年7月21日～22日	北海道大学術交流会館	福地保馬（北海道大学）
第32回社会医学研究会	1991年7月20日～21日	滋賀県労働会館鳰の浜荘	渡部真也（滋賀医科大学）
第33回社会医学研究会	1992年7月18日～19日	石川厚生年金会館	山田裕一（金沢医大）茹昭三（城北病院）
第34回社会医学研究会	1993年7月24日～25日	関西地区大学ｾﾐﾅｰﾊｳｽ	朝倉新太郎（大阪大学）
第35回社会医学研究会	1994年7月23日～24日	同志社大今出川・至誠館	千田忠男（同志社大学）
第36回社会医学研究会	1995年7月22日～23日	国立公衆衛生院	上畑鉄之丞（国立公衆衛生院）
第37回社会医学研究会	1996年7月20日～21日	弘前大医学部	仁平　將（青森県五所川原保健所）
第38回社会医学研究会	1997年7月26日～27日	北海道大学術交流会館	福地保馬（北海道大学）
第39回社会医学研究会	1998年7月25日～26日	名古屋大学医学部	山中克己（名古屋市立中央看専）
第40回社会医学研究会	1999年7月24日～25日	石川県社会教育センター	山田裕一（金沢医科大学）
第41回日本社会医学会	2000年7月22日～23日	チサンホテル新大阪	黒田研二（大阪府立大学）
第42回日本社会医学会	2001年8月4日～5日	北九州市立女性センター	田村昭彦（九州社会医学研究所）
第43回日本社会医学会	2002年7月27日～28日	東京・江東区文化ｾﾝﾀｰ	山崎喜比古（東京大学）
第44回日本社会医学会	2003年7月26日～27日	同志社大今出川・寧静館	山本繁（尼崎市）千田忠男（同志社大）
第45回日本社会医学会	2004年7月24日～25日	山口県・いこいの村江汐	原田規章（山口大学）
第46回日本社会医学会	2005年6月24日～26日	宮城県民会館・婦人会館	広瀬俊雄（仙台錦町診療所産業医学ｾﾝﾀｰ）
第47回日本社会医学会	2006年7月22日～23日	徳島県青少年センター	樋端規邦（徳島健生病院）
第48回日本社会医学会	2007年7月21日～22日	名古屋大学IB電子情報館	久永直見（愛知教育大学）
第49回日本社会医学会	2008年7月12日～13日	東洋大学白山キャンパス	関谷栄子（白梅学園短期大学）
第50回日本社会医学会	2009年6月27日～28日	札幌医大臨床教育研究棟	波川京子（札幌医科大学）
第51回日本社会医学会	2010年7月3日～4日予定	関西福祉科学大学（予定）	三戸秀樹（関西福祉科学大学）

社会医学研究会発足５０周年にあたって

日本社会医学会理事長　上　畑　鉄之丞

今年は、社会医学研究会 (略称「社医研」) が発足して５０年目にあたります。社医研は、太平洋戦争や朝鮮戦争が終わり、日本の社会も平和を取り戻しつつあるなかで、医療や保健など社会保障の枠組みの構築に目がむけられ、国民皆保険の時代が始まったばかりの時期に発足しました。創設には、日本衛生学会や公衆衛生学会、産業衛生学会、農村医学会など、当時の日本の社会医学をになう多くの学会から、意識的、意欲的な多くの研究者が参加し、国民のための医療や保健の政策をめぐって様々な議論を交わしたと聞いています。医学書院発行の当時の「公衆衛生」誌には、毎年の総会研究会の発表論文の要旨が掲載され、７０年代になって医師になった小生も、社医研に参加し、その内容や議論に強い関心を持ったことを覚えています。会員数は必ずしも多いとは言えませんでしたが、マンモス化した公衆衛生関連の学会の中でも、キラリと光る存在感のある学会で、リーダーシップを発揮した研究会でもあったと記憶してします。

社医研（社会医学研究会）は、その後９０年代になって日本社会医学会と名称を変更しますが、両者を通じての５０年にわたる歴史では、社会発展の矛盾のなかで生まれた様々な国民の保健や医療の諸問題を取り上げ、社会的解決にむけての努力を被災者とともに続けてきたと思います。振動障害や頸肩腕障害、慢性腰痛症などの「合理化」による労災職業病の認定問題、新産業都市の大気や水質、土壌の汚染や防止問題、水俣病やイタイイタイ病などの公害病患者の救済対策、カネミ油症などの食品汚染被害者や森永ヒ素ミルク中毒被災児の後遺症の究明や被災者の救済、サリドマイド、薬害エイズから最近のタミフルにいたるまでの様々な薬害問題や過労死問題など、それぞれの時代における国民や働く人たちの困難で共通する課題を多くとり上げるなかで、解決の道筋を模索しつつ、他方では、保健師や養護教諭など、地域の保健や医療の向上をめざす公衆衛生専門家や住民の取組みにも力を注いできました。さらに、８０年代には「社会医学研究」誌の発刊に踏み切り、９０年代に「日本社会医学会」に名称変更してからも、ホームレス問題や職場の精神疾患や自殺の多発問題、児童・生徒や教員の健康問題、アスベスト被害や過労死・過労自殺や健康格差のひろがりを取り上げるだけでなく、健康の意味そのものを考える提起をおこなってきました。第５０回を迎えた今日、私たちや先輩諸氏が脈々と築き上げてきたこうした社会医学研究の歴史や活動をこれからどのように継承し発展させるかが、これからの大きな課題です。

学会理事会は昨年秋、第５０回総会を迎えるに当たって、今夏の札幌総会時に、なんらかの節目の講演かシンポジウムを行うことを計画し、今年３月末の東京での理事会で、「社会医学研究」誌が年２回刊行可能になったのを機会に、「私と社会医学」と題する会員諸氏の意見を募る企画を計画しました。新しい学会の歴史を迎えるなかで、多くの方からの意見や論文が学会誌に反映されることを期待します。

私と社会医学

細　川　　汀

私の社会医学は、1947 年京大医学部に入学直後からすでに活動していた学生社医研に参加した時に始まる。最初の仕事は、国鉄労働者の労働負担と、CO 中毒が起きたトンネル内の環境調査だった。当時のリーダーは吉田克己先生であった。その後も西陣機業の住宅調査などをした。

社会医学研究会がスタートした 1960 年（それ以前は準備会が開かれた）は、私が大阪市衛生研究所環境医学科に勤務していた頃であった。西尾雅七先生からそのことを聞き、準備会から参加した。学会場で初めて山下節義先生とお会いして、すぐ親しくなり、亡くなられるまで親交を続けた。私の手元には「社会医学研究会」記録（第１回～第１０回）がある。私自身の発表は、第３回の低所得層の健康問題（渡辺弘先生と連名）、第４回の地域開発と住民の健康（東田敏夫先生と連名）、第７回の炭鉱災害であった。それぞれの思い出が今も鮮明に残っている。その後も京都の比叡山や光明寺での会合の思い出がある。社会医学双書「人災と健康」（西尾雅七･庄司光編）光生館の中で、炭鉱災害について執筆している。1963 年三池、1965 年夕張の炭鉱爆発の被災調査の体験から生まれたものである。

全国社医研の発足に合わせて、京大公衆衛生の教室で京都社会医学研究会が発足した。第１回の参加者は 16 名であった。以後２か月に１回開催し、帯刀弘之・山下節義先生と私が世話人になり、その中味を「社会医学研究」の名の小雑誌にまとめた。ほとんどの実務は山下先生の手をおかりした。手元にあるものは№１から№90（1975 年）である。私自身も、最初のころは医療問題、あとには労災・職業病関係やソ連・東欧の事情などについて報告している。

この研究会の報告者は医学のみならず社会科学系の人も多く、延べ 200 名を超えるであろう。中味も多岐に及んでおり、毎回の出席者も 30 ～ 40 名あったであろう。すでに故人の方も少なくない。四日市公害・水俣病・森永ヒ素ミルク事件・薬害・交通災害・労働法制・障害者問題・老人保健医療・新しい職業病・社会保障など、60 年台から 70 年台前半にかけての社会医学的問題が網羅されていると言っても過言ではない。当時これらに関わった人は多かった。また近畿地方会を開いたこともある。

その後も地域保健活動についての仕事や研究会が続いた。その内容を載せた山下節義・山本繁・細川汀編「現代の地域保健」（Ⅰ～Ⅲ）法律文化社がある。また、1982 年、渡部眞也先生をお手伝いして琵琶湖畔で第 23 回社会医学研究会を開催したのも昨日のことのようである。このとき労災職業病研究の方法論について述べたと記憶している。

社会医学と公衆衛生との出会い

大阪大学大学院医学系研究科（健康政策学）　高鳥毛　敏　雄

社会医学と公衆衛生との出会いを、もとにふり返って考えてみる。「社会医学」という言葉にはじめて出会ったのは、学生時代である。私が関係していた医療系サークルが実施していたフィールドワークに関西医大の社会医学研究会と称する学生メンバーが現れ、社会医学という言葉が流行しているのを知った。社会医学研究会（日本社会医学会）については、学生時代に公衆衛生学教室教授であった朝倉新太郎先生は、我々が属していたサークル顧問を努めて下さっていたため、教室に出入りしている中で社会医学研究会の存在を何となく知るようになった。社会医学研究会に参加したのは、大学卒業後に朝倉先生が会長となり研究会を主催することになり、1993 年、兵庫県三田市にある関西地区大学セミナーハウスで開催された折に手伝いに行ったのが最初であったように思う。大学を卒業後は朝倉先生が、公衆衛生を勉強するには自治体に入らないと、との勧めで、大阪府衛生部の行政組織に入り、勉強する機会を得た。大阪府に入ると社会医学という言葉に触れることはなく、研究は「疫学」、保健所活動には専ら「公衆衛生」という言葉だけであった。いつの間にか、公衆衛生活動とは自治体が行うものであるように思うようになった。その後、大学に異動して、公衆衛生の「公」は、公共とか社会全体の意味であり、行政組織だけが担うものでないと最近は思っている。一方で、それでは社会医学とは何なのか時々考える。大学の講座では法医学、衛生学、公衆衛生学は社会医学系と括られている。「社会医学」には、ドイツ医学、衛生学、労働衛生の臭いがする。これに対し「公衆衛生」には、イギリス、公の制度、自治体の臭いがする。現在の日本社会医学会には保健所長、保健師の熱心な参加者もいるが、日本公衆衛生学会と比べて自治体の臭いが少ない。健康医療問題の背景には政治経済的な状況を含め、様々な社会的要因がある。労働環境、労働条件、環境問題、衛生問題、公害、薬害、貧困問題などの解決には、医学のみならず政治行政制度、経済体制、社会科学的な研究が必要と思われる。2000 年に大阪で開催された社会医学研究会で、結核、ホームレスの問題について報告させていただいてから再び社会医学会にできるだけ参加させていただいている。米国の公衆衛生学会に参加した折には貧困問題、HIV、ドラッグ、堕胎、虐待、銃事故、医療問題など、社会医学的課題の議論もなされていたことに驚かされた。そのことからすると、わが国でも取り組むべき健康問題が無尽蔵にあると思われ茫然とした思いになっている。

私と社会医学会

滋賀医科大学　社会医学講座衛生学部門　垰　田　和　史

私が社会医学会で初めて発表したのは 20 年前になります。臨床経験を経て大学院で労働衛生の基礎を学び始めた頃でした。地元の開業医より「手話通訳者で腕が痛くて動かせなくなった患者さんがいるが、職業と関係があるのではないか」との相談が研究室にあり、その事例を「専任手話通訳者に発症した頸肩腕障害の一例」として発表しました。当時、滋賀県下には手話を主なコミュニケーション手段とする重度聴覚障害者が約 600 人おられましたが、手話通訳を業務とする者は聴覚障害者団体に雇用された患者一人しかいませんでした。患者は、病院等での手話通訳や手話講座での講義に加えて、聴覚障害者である団体事務局長との協同業務のために休日もとれず働いており、重度の頸肩腕障害に陥っていました。

私は臨床医時代に臨床系学会に症例報告をしたことが数回あり、その経験に基づいて臨床所見や経過を社会医学会（当時は「研究会」）に向けて事例をまとめ、研究室のゼミで検討してもらいましたが、なかなか OK がもらえません。問われた事柄は、「手話通訳者が必要な理由は」「手話通訳に伴う心身の負担とは」「どうして手話通訳者の数が少ないのか」「腕が動かなくなるまで、なぜ手話通訳者は働き続けたのか」など、手話通訳者に頸肩腕障害が発生する構造を、生物学的な視点だけでなく社会科学的な視点で捉えようとするものでした。当時の私にはそうした視点が十分理解できたわけではありませんが、臨床医学と社会医学のスケールの違いを感じました。

学会発表の当日は大変緊張しましたが、発表後の質問は無く、一人のご高齢な参加者から「私は長いあいだ我が国社会保障、社会福祉に関わってきました。しかし、恥ずかしい話ですが、聴覚障害者の福祉に関わって手話通訳者に健康障害が発生していることを全く知りませんでした。今後の取り組みに期待します。」とのコメントを頂いただけでした。すこし、拍子抜けした思いで研究室の教授に発表の感想を報告すると、「君の発表にコメントして下さったのは、社会保障研究の大家である坂寄俊雄先生だよ。手話通訳者の健康障害の背景に社会保障制度の貧困があるという君の指摘を肯定するためのコメントだったのだから、よかったじゃないか」と言われました。この坂寄先生のコメントと教授の解説に後押しされて、その後、手話通訳者の健康問題や聴覚障害者問題を社会医学研究として発展させることができたと思っています。

医療や福祉や教育の第一線から報告される社会医学の「芽」をしっかり育てて社会に還元できる場として、今後も社会医学会が力を発揮していきたいものです。

社医研の思い出

仁　平　　將

ずいぶん昔のことで、正確な年はすぐには思い出せないが、・・・・・。

その後の「地域保健法」による全国的な保健所潰しの先例となるような組織「改革」が青森県の保健所で行われようとしていた。秘密裏に行われていた準備作業を察知した保健所長達は会議の席上で主管課長に説明を求めた。渋々説明された「改革（案)」は保健婦集団を分断し、全体としては組織縮小・サービス低下につながる内容であった。

しかし、その案に対しての保健所長達の意見聴取や討論は行われず、後日個々に意見を聞くとの説明に終わった（会議終了時刻を大幅に超過していた)。

結果的には組織の一部手直しで終わったこの「改革」の中身と考え方を社医研で報告した。この時の質疑・討論で真っ先に発言したのは　丸山　博　先生であった。「その時、渦中にいた君はどのような行動をとったのか？」と。

予期せぬ質問ではあったが、私は丁寧に答えたつもりである。決定には残された日数が少ない中、意見聴取に来た主管課長に問題点を列挙して、「改革（案)」に対する反対意見を述べたこと。同時に、その要点を私の意見として他の保健所長達にファックスした（当時はメールがなかった）こと。全保健所長が反対意見を述べたため、この「改革（案)」は基本的には葬られたこと等々。

この報告と討論が、私自身の基本的な考え方や行動を振り返るきっかけとなった。

丸山　博　先生に感謝すると同時に、社医研はすばらしいと感じた。

社会医学と私

四天王寺大学大学院　NPO HEALTH SUPPORT OSAKA　逢　坂　隆　子

社医研との出会いは、1968 年に阪大医学部公衆衛生学教室に入ったことに始まる。同教室（朝倉新太郎教授）に社医研の事務局が置かれていた時期であり、毎年社医研に参加するようになった。当時は同教室では、朝倉教授を中心にして、大都市の健康問題を研究するものが多く、私もその 1 人であった。

「大都市の健康指標が他地域と比べて極めて悪いのはどうしてか。」名古屋市・北九州市・京都・東京他各地から社医研メンバーが何度も集まり、問題意識を共有化して研究を進めていく場に幸いにも同席させていただくことができた。健康問題の裏にある社会経済要因があぶりだされていく。胸がわくわくするようなディスカッションが続き、強い感動を覚えたことを記憶している。これらの研究成果は「社会医学研究第 1 号」に結実した。

その後、大阪府保健所医師として十数年勤務する中で保健師のみなさんと一緒に路地裏まで歩き回った。そして、府民の健康破綻を引き起こす日々の暮らし･労働の実態を、頭だけの理解ではなく、目・耳・心で納得することができたように思う。

1 年間の研究成果を毎年の総会で発表し、先輩諸氏から、時には暖かく時には厳しく御指導いただき、続く 1 年間の自分の軌道を修正してなんとかここまで仕事を続けられた気がしている。かつて総会をお寺の宿坊や学生セミナーハウスで開催し、参加者はほとんど全員とまりこんで、合宿のように、夜通し喧々諤々と議論していたこともとても楽しい思い出であり、勉強になった。

社会医学会会員の高齢化傾向がみられるようであるが、（私自身に対してそうであったように）若い研究者に対する、会員相互の教育・研究機能の強化も学会の重要な課題だろう。

日本社会医学会がますます発展することを切に祈念する。

社医研との出会い・・・諸先輩にはかないませんが・・・
18 年目になりました

滋賀医科大学・社会医学講座・衛生学部門　北　原　照　代

私が社会医学研究会（社医研）に初めて参加したのは、1991 年 7 月に大津市で開催された第 32 回総会（総会事務局：滋賀医大予防医学講座）でした。私は同年 3 月に大学を卒業し、1 年間大阪・西淀病院で研修後、滋賀医大の大学院に進学することにしていました。そのため、「社医研という研究会があるから参加して」と言われて行ってみたら、ほとんどスタッフの一員としてみなされていました。何がなんだかわからないまま、手伝いにきていた滋賀医大の学生さんや卒業生の方々と一緒に、会場をうろうろしていたのが思い出されます。そのときの抄録集が今手元にあり、見直してみると、メインテーマが「ふたたび社会医学とは何かを考える」。当時教授であった渡部眞也先生らしい、「直球ど真ん中」のテーマ設定でした。そういえば、大学院生の時、社医研の演題発表について教室で議論するたびに、「何故この調査研究を社医研に発表するのか」「何が社会医学なのか」について常に意見を求められ、うまく説明できない自分にもどかしさを感じたものです。議論を積み重ねるうちに、いつしか、「社医研で発表するのはこのような視点で」と考えて、演題をエントリーするようになったと思います。

私の社医研での発表デビューであり、またおそらく社医研でなければ演題発表できなかったテーマ、それは「聴覚障害者の受療権の保障について」（第 34 回総会、1993 年）です。後に、「聴覚障害者に受療抑制はあるか？」のテーマで、学位研究以外で初めてのファースト（筆頭著者）論文となりました。聴覚障害者の医療については、医学部卒業後しばらく、全国手話通訳問題研究会での活動として、個人的に調査に関わっていたのですが、滋賀医大の大学院生となってから、教室でも議論することになりました。「聴覚障害者に受療抑制はあるか？」の論文をご指導いただいた時、渡部先生が「これこそ社会医学」と言ってくださったことは、今でも忘れられません。手話通訳者の健康問題とともに継続して取り組んでいるテーマであり、今後、聴覚障害者に限らず、もう少し視野を広げてみようと考えています。

早いもので、社医研と出会って今年で 18 年目を迎えます。第 32 回総会の抄録集 1 ページ目には、「これから本会を背負っていく人たちが、本会の存在価値・存在理由をしっかり認識し、より各自の学問的取り組みを有効適切なものにされんことを念願し表記の主題を掲げた」と記されています。まだまだ力およばずですが、この言葉を忘れず努力していきたいものです。

私と社会医学

広　瀬　俊　雄

私は診療・臨床医として疾病や体調不良に与える労働・生活環境との関りを重視し、影響を与える側にも「治療」する医療を目指してきて実践してきました。「社会的側面の重視した医療」は『社会医学』と簡単に考えて日本社会医学会（当時は研究会）に加入しました。日本産業衛生学会でお会いしている方々が多く、ほとんど「産業医学」の理解で参加して（しまって）いました。いつだかの総会で、丸山博先生が、一番後ろに陣取って「今、本学会の発表は社会医学とは言えない」と強く発言されるに接して改めて「社会医学とは」を考えさせられることになりました。「パラコート」「細倉鉱山の塵肺」「自営業者の自殺」「非正規職員の健康」「アスベスト」等の発表もしてきましたし論文もいくつか書きましたが、今もって丸山先生のご指摘の「社会医学なのか？」の本質的指摘に照らせば、「何とか発表にこぎつける」というのが実態で、産業医学の面からのまとめを、場を変えて発表している状態を脱していません。

これまでの課題の中で、こういうのが「社会医学的」なのか、と思えるのは「パラコート中毒」です。我が国初めての剖検事例 2 例ややはり初めての職業性暴露による死亡例を体験し、農協や公園農場と協力して慢性の呼吸器障害の事実を確認しました。それらを日本農村医学会に続けて報告し、学会勧告を得て、その結果「パラコート単剤」の販売中止の措置が取られました。社会的規制による予防の事例です。「女性パート職員の深夜夜勤影響」では、みやぎ生協の食品工場での夜勤健診を長期間観察しています。Holter 心電図や 24 時間血圧記録を早々に導入し、労働時間帯の高血圧を確認（現在使われ始めた仮面高血圧は実は「高いけど測っていない高血圧」です）し、その結果に基づく「夜勤回避と治療」によって脳心事故防止をはかってきました。健康影響にとどめず、詳しい面談を繰り返し、「家庭生活・社会活動犠牲によってようやく最悪の健康障害を回避」の実態を明らかに出来ました。彼らは、夜勤継続が出来るようにあらゆる犠牲を払っていました。ただ単に「夜勤制限」の声をあげるだけでなく、彼らの生活を守る、社会全体での取り組み、社会医学的取り組みが不可欠になっているように感じます。

塵肺裁判で被告側弁護人が、最後に重要な質問があるとして、「あなたは社会医学会会員か？」と聞かれましたが、自分は、その「水準」にはないのですが、財界が恐れる学会なんだと、妙に感心したことを思い出します。

「社医研の衣笠」連続発表 36 年の秘訣

東洋大学　片　平　洌　彦

日本社会医学会（旧「社医研」）５０周年、おめでとうございます。役員（理事）の一人として、一時は消滅の危機もあったのに、諸先輩の努力でそれを乗り越えて今日に至っていることを、共に感謝し、喜びたいと思います。

さて、私は、1971 年の第 12 回総会（岡山）が初参加で、翌年 1972 年の第 13 回総会（大阪）が初発表でした。ですから、大学院在籍中の 26 歳時から参加していることになります。そして、1974 年の第 15 回総会（名古屋）から毎年発表を重ね、来る第 50 回総会（札幌）でも発表を予定していますので、これで「連続 36 年発表」という記録を達成することになります。

以前、東大の Y 先生が、私の連続発表の姿を見て、「社医研の衣笠」と命名してくれました。衣笠というのは、ご存じと思いますが、「赤ヘル」広島カープの選手だった衣笠祥雄氏のことで、彼は、1965 年から 1987 年迄、通算 23 年間、2215 試合連続出場し、世界記録（のちに破られ、日本記録）を達成しました。プロ野球とは比較になりませんが、年数では私は 13 年も長く、かつ、今後も更新の見込みです（笑い）。

今回、このような記録を達成できた理由を考えてみました。第一にあげるべきは、「社医研の魅力」です。入会時の総会記録（「公衆衛生」36 巻 12 号 6 頁、1972 年）における丸山博先生の「『社医研』への誘い」には、「・・・つねに問題意識をほりさげて、事態の真相をえぐりだし、それへの対策をめざす真実探求の姿勢を、たゆみなく続けてきておることは、『社医研』の特色だといってよい。」「・・日本国民が当面している保健医療衛生の諸問題に、たんに現行医療保健衛生行財政の政策に無批判に追随するのには反対し、むしろ率直に、大胆に、住民の立場に立って、住民とともに、これを批判し、その是正のためには、時の権力や権威にひるまず、警鐘をうちならし、その科学的根拠をあきらかにしてきた。」という文章が記されていますが、まさにこのような姿勢で、人々のかけがえのない生命と健康を守ろうとする研究者の集まる場に、私は強く魅かれたのです。そして、「努めて参加しよう」から、いつしか、「必ず参加しよう」と思うようになったのです。

第二に、自分の側に、発表すべきテーマが沢山あったことです。特に、薬害問題は、スモン以来、次々と「急務の課題」が眼前に提示され、これが私のライフワークとなりました。今回記録を振り返ったら、スモンだけで何と 13 回も発表しています。私（たち）の薬害問題の研究発表は、何度かマスコミにも取りあげていただき、多少は被害者・国民のお役に立ったと思われます。（そうした必要のない社会を早く作りたいですね！）

若い社会医学関連の研究者の皆さん、是非この私の「連続発表記録」に挑戦して、いつの日か、新記録を樹立して下さい！そして、そうしたことを通じて、人々のかけがえのない生命と健康を守ることに貢献して下さい！

（2009 年 5 月 10 日・記）

総　説

「１５年戦争」への日本の医学医療の荷担の解明について

Participation of Japanese medicine in the Fifteen Years' War ending in 1945

西山勝夫
Katsuo NISHIYAMA

滋賀医科大学
Shiga University of Medical Science

抄　録

日本の 20 世紀前半は、戦争で明け暮れたといっても過言ではない。いわゆる 15 年戦争において、最終的には国家総動員態勢の下で、日本の学術・科学技術あるいは学者・科学者・技術者なども多くが専門家として戦争に動員された。医学界あるいは医学者・医師も同様であり、その中で、医学犯罪が行われた。その真相の検証、教訓に学ぶことは日本医学界では長らくタブーとされてきたが、21 世紀になってその克服のための共同研究の取り組みが始められた。

そこで、本稿では、1) これまでの取り組みで解明できた、「15 年戦争」期における日本の医学犯罪、日本の医学界と戦争期における医学犯罪の関係を述べることにより、2)「何が日本の医学界の戦争責任として問われるか」を明らかにし、3) 米国、政府、日本医学界は戦後、医学犯罪に対してどのように対処してきたかという経緯を述べ、4) 最後に、未解決の日本医学界の戦争責任問題に向き合う意義、課題を論じたい。

Abstract

It is probably no exaggeration to say that the history of Japan in the early 20th century is a history of war. During the Fifteen Years' War ending August 15, 1945, in the final years under general mobilization, Japanese learning, science and technology and most scholars, scientists and engineers, as professionals, were mobilized for the war. Medical doctors and physicians were no exception, and some of them committed medical war crimes. It has long been considered taboo in the Japanese medical community to disclose or bring this matter to light and learn lessons from it. In the 21st century, some cooperative research activity has begun to overcome this problem. This cooperative activity has 1) ascertained Japanese medical crimes during the Fifteen Years' War and their relation to the Japanese medical community. Based on this, 2) the author clarifies the question of what was the war responsibility of the Japanese medical community and 3) describes when and how the USA, Japanese government and medical community dealt with medical crimes after the war. 4) Finally, the article discusses the significance of and further approaches to earnestly addressing the unsolved issue of medical war responsibility.

キーワード：戦争医学犯罪、731 部隊、日本医学会、日本医師会、倫理
Key words : medical war crime, Unit 731, Japanese Association of Medical Sciences, Japan Medical Association, ethics

1. はじめに

著者は本誌において、戦前・戦中の日本産業衛生学会の活動と戦争責任を論じたが、その後日本の医学医療全般を対象として共同研究を進めてきた。その結果[1-3]を踏まえ、本稿では、

先ず、これまでの取り組みで解明できた「15 年戦争」期における日本の医学犯罪、第 2 に、日本の医学界と戦争期における医学犯罪の関係を述べることにより、「何が日本の医学界の戦争責任として問われるか」を明らかにし、第 3 に、米国、政府、日本医学界は戦後、医学犯罪に対してどのように対処してきたかという経緯を述べ、最後に、未解決の日本医学界の戦争責任問題に向き合う意義、今、私たちに求められるものを提起し、意見交換をはかり、今後の調査研究に資することとしたい。

2. 戦争期における日本の医学犯罪の史実

現在明らかになっている実例を以下に例示し、戦時中の医学者･医師が行った「医学犯罪」を外延的に示す。

2-1. 731 部隊、石井機関の医学犯罪

2-1-1.「マルタ」「特移扱」

731 部隊では、人体実験の被験者は「マルタ」と呼ばれていた。川島清・製造部長（軍医少将）[4]は、ハバロフスク裁判における訊問で、特設監獄には女性や子供も収容されていたと認めている。これらの人々は憲兵隊によって 731 部隊に送られてきたが、その手続きは「特移扱」と呼ばれ、実験材料となる人を調達するために、軍が特別に定めたものであった。川島によると、731 部隊には年間約 400 名から 600 名、敗戦までの 5 年間に「少なくとも 3000 名」の人が実験材料として送り込まれ、部隊撤退時にマルタは全員殺害された。マルタとされた人々の氏名その他詳細は殆ど分かっていない。

2-1-2. 流行性出血熱感染実験

北里研究所から 731 部隊へ赴いた笠原四郎は、731 部隊長を務めた北野政次らと共著で、流行性出血熱の病原体を確定したとの論文を日本病理学会誌に 1944 年に発表した[5]。

猿が流行性出血熱で 39.4℃の高い熱を示したと書いてあるが、猿の平熱は人間よりも高く、39.4℃は猿にとっては平熱である。しかも笠原らは別の論文で、猿の場合は著明な流行性出血熱腎も発熱も示さないと書いている[6]。このことから、文中の「猿」とは、人間であり、笠原らが人間を実験材料とし、生体解剖を行ったことが推察できる。笠原自身、戦後にこのことを認めている[7]。

2-1-3. 米軍報告書に描かれた細菌感染実験

731 部隊のデータを手に入れた米軍の報告書[8]には、日本の研究者が確かめた、炭疽、ペスト、チフス、パラチフス A および B、赤痢、コレラ、鼻疽に関する「MID50」(被験者の 50％に感染を引き起こす病原体の最小量) が記載されている。これらのデータは、人間に実際にさせなければ得られない。

2-1-4. 吉村寿人の凍傷実験

吉村[9]は、1938 年から 1945 年の敗戦まで 731 部隊で人々の手足を人為的に凍結させる凍傷の実験研究を行った。1941 年に吉村[10]は満洲医学会ハルビン支部で自身が零下 20℃の塩水中の手指の研究成果について講演し、その中で指に凍結が起こる際の皮膚温と指の容積の変化を測定したグラフを示している。吉村[11,12]は、戦後に同様の研究成果を日本生理学会英文誌に発表し直した。被験者の指を凍結させていたことをはっきり示した前掲のグラフ[10]は載せていないが、生後 3 日の新生児を含む 6 歳以下の幼児、7 歳から 14 歳の中国人生徒、オロチョン属人にも同じ実験をした結果を示している。

2-1-5. 水だけを飲ませる耐久実験

1935 年から 1936 年にかけて背陰河の東郷部隊に傭人として勤めた栗原義雄は、軍属の菅原敏の下で、水だけを飲ませる耐久実験をやらされ、普通の水だと 45 日、蒸留水だと 33 日生きたことなどについて証言している[13]。

2-1-6. ペストワクチン実験と生体解剖

731 部隊の少年隊員だった篠塚良雄 (旧姓・田村) は、自著で、初めての生体解剖をペストワクチン実験の被験者に対して行ったことを著している[14]。

2-1-7. 毒ガス兵器の野外人体実験

石井機関においては生物兵器だけでなく化学兵器や毒物の開発実験も行われた。戦後発見された 731 部隊における化学兵器実験に関する報告書[15]によると、1940 年 9 月「きい弾」(イペリット [マスタード] ガス弾) の射撃実験が行われ、被験者は服装や装備などの条件を揃えられた上で地域内の野砲偽掩体、壕、休息所や観測所などに配置され、イペリットガスに曝されている。これは、731 部隊をはじめとする石井機関の各施設が、生物兵器の研究所兼製造プラントであるだけでなく、陸軍における人体実験施設として機能していたことを示すものである。

2-1-8. 毒物の人体実験のために南京に出張

陸軍第九技術研究所（登戸研究所）の伴繁雄技術少佐は、手記の中[16]で、1941 年 5 月上旬、参謀本部の命により、登戸研究所の 7 名が、毒物の人体実験を行うために、南京の中支那防疫給水部へ出張したと書いている。

2-1-9. 100 部隊における毒物実験

関東軍軍馬防疫廠（100 部隊、新京、現長春）の軍曹だった三友一男は、ハバロフスク裁判の被告として、毒物実験を補佐し、2 週間に亘って各被実験者に毒剤を盛った、汁には主として朝鮮朝顔を混入し、粥にはヘロイン、煙草にはヘロインとバクタルを混入し、実験後は青酸カリで毒殺したことなどについて陳述している[4]。

2-1-10. 生物兵器の使用

日本軍が生物兵器を実際に使用したことについては数多くの史料と証言がある。なかでも、加害者である日本軍の幹部みずから当時の公文書に記しているものは、動かぬ証拠であろう。

1940 年、当時は支那派遣軍参謀であった井本熊男中佐は、731 部隊の軍医将校と数回協議したことを業務日誌[17]に記している。1940 年 10 月 7 日には 731 部隊の幹部より、寧波 (Ningpo) への細菌攻撃について「今迄の攻撃回数 6 回」と報告を受けている。また井本は 1941 年 11 月常徳でのペスト蚤散布や、1942 年の日本陸軍の「浙贛 (zhè gàn)（せっかん）作戦」の一環としてなされた細菌戦についても書いている。

2-2. 石井機関以外の医学犯罪の史実

2-2-1. 九州帝国大学医学部事件

1945 年の 5 月から 6 月にかけて、九州帝国大学医学部第一外科の石山福二郎教授やその弟子たちは、撃墜されたアメリカ軍 B29 の搭乗員捕虜 8 名を手術実験で殺害した。当時医学生としてその場に居合わせた東野利夫がその真相を追求している[18]。

2-2-2.「冬季衛生研究」

大同陸軍病院の谷村一治軍医少佐[19]は「冬季衛生研究班」を組織し、1941 年 1 月 31 日から 2 月 11 日にかけて内蒙古で、凍傷、テントでの手術、止血、輸血などについて研究する野外演習を行っている。彼らは 8 人の中国人を「生體 [体]」すなわち実験材料として「携行」し、最後には生体解剖か銃で殺している。

2-2-3. 陸軍病院での「手術演習」

中国各地の陸軍病院では「手術演習」と称し、捕らえた中国人に麻酔をかけて生体解剖し殺害することが多く行われた。こうした手術演習は、新任の軍医などが前線で負傷した兵士をどうやって治療するかを教える訓練とされていた。

「冬季衛生研究班」の班長であった大同陸軍病院の谷村一治軍医大佐[19]は、1941 年と思われる 6 月 5 日から 7 日にかけて「駐蒙軍軍医将校軍陣外科学集合教育」と称する 3 日間の短期教育プログラムを実施した。カリキュラム表の備考には、これらの実習のために「〇〇資材六体準備使用ス」と書かれているが、手術演習に関する多くの証言や「冬季衛生研究」の内容から、この「〇〇資材」とは生きた人間を指すと考えられ、実習中か実習後に殺害されたと推測される。

このような軍医が行った多数の手術演習例について、莇[20]は、①衛生兵等の教育、②軍医の「集合教育」の「資材」としての「生体」の使用③個々の軍医の手術演習として実施されたもの、④その他に分類している。

2-3. 日本の植民地医学・医療

2-3-1. 台北帝国大学医学部

1894 ～ 1895 年の日清戦争後、台湾は日本領とされ、設置された台湾総督府は、日本の衛生制度を導入すると共に、検疫制度の整備や医療施設・医学教育施設の設置を行った。その推進役が台湾総督府民生長官となった医師の後藤新平である。1895 年、総督府は、大日本台湾病院を設立（のちに台湾総督府台北病院と命名）し、1897 年には附属土人医学講習所を開設した。その後同校は、台湾総督府医学校となり、台北帝国大学医学部に発展した（1928 年 3 月 16 日、勅令第 30 号による台北帝国大学の設立、1936 年 1 月 1 日医学部設置）。

当時マラリアは植民地経営に大きな影響を及ぼす疾病であった。マラリア研究の中には、現地人 44 名の生体よりマラリア脾腫を剔出して材料とした藤永宗昭[21]のように、被験者の身体に苦痛を与え、かつ危険性があり、しかも治療とは結びつかない実験もあった。

2-3-2. 京城帝国大学医学部

朝鮮半島における医学教育・研究の拠点は、京城医学専門学校とその後身の京城帝国大学医学部でであった。京城医専の起源は、韓国併合以前の大韓帝国政府設立の医学校に遡るが、日本の影響力が増す中、1907 年に日本の陸軍軍医総監佐藤進が、校長を務めるようになり、以後歴代の学校長は陸軍軍医総監が就任することとなり、陸軍の管轄下に置かれていた。1924 年に京城帝国大学が開学し、1926 年 5 月に医学部（解剖学・生理学・医化学・薬物学・病理学・微生物学）が設置

され、細菌学者の志賀潔が医学部長に就任した。大学の教授・助教授は日本人が独占した状態で、講師・助手に若干の朝鮮人が任用されただけで、学内の意思決定を行うポストに朝鮮人は就任していなかった。

2-3-3. 満州医科大学

末永[22]は医学犯罪にまつわる満州医科大学の歴史を解明している。1904 年に始まった日露戦争後の 1910 年、韓国が日本領となり、日本は南満州鉄道株式会社を獲得した。同社が 1911 年に奉天（現在遼寧省瀋陽）に創設した医学校、南満医学堂は 1922 年に満洲医科大学 (満洲医大) に昇格し、1945 年の日本敗戦とともに大学も終焉し（卒業生の総数は 2200 名超）、施設などは中国解放後中国医科大学として引き継がれた。南満医学堂の設立を発案したのは、台湾総督府民生長官を務めた初代満鉄総裁の後藤新平である。彼は植民地政策の中で医療･衛生を重要視し、医学を政策上の「好武器」と位置づけ、満鉄も医学の普及は「支那人慰撫の要訣」であると､医学のもつ統治上の効果を期待した。満洲医大では、満蒙開拓に関連した保健衛生、すなわち、衛生学や生理学の分野では移民の衣食住にかかわる研究、微生物学では満洲で流行する伝染病、病理学では満洲の地方病をテーマにした研究がなされている。これらの研究に共通することは、実際に移民の入植地（あるいは入植予定地）に赴いて衛生に関する調査したり、地方病の発生地に赴いたりして、それぞれの分野から対策を提言していることである。それは日本人移民が「満洲」の気候風土に適応するための実践的研究であった。また、満洲医大の巡回診療団は、夏休みを利用して教官と学生が奥地住民に対して診療を行うもので､「日本文化の恩恵」と謳われた。しかし、この発案は満鉄から出てきており、満鉄の子会社が牛馬売買を「有利に発展させる為に沿道の人民にも相当の福利を与へて好意を持たせる必要がある」[23]というねらいがあり、現地の住民の保健を第一目的としたものではなかったといえる。

解剖学教室の論文には、材料について「精神的疾患の既往症を有しない健全にして新鮮な北支那人成人脳」[24]を使用したとか､「余は極めて新鮮にして且つ健康、とくに精神病学的病歴を有せざる北支那人脳を屡々採取するを得」[25]と記されている。この生体解剖については、当時満洲医大で実験手をしていた張丕卿[26]が、1954 年に「1942 年秋から 43 年春にかけて、日本人は 5 回前後きわめて残酷な生体解剖をおこなった。解剖したあとは、私と劉学棋、さらに西村××という日本人の 4 人で、一緒に解剖を終えた死体の残骸をかたづけ、ボイラー室に運んで焼却したり埋葬する仕事をしていた」と証言している。

「満洲国」時代､司法矯正総局長を勤めた中井久二[27]は、奉天第一監獄において病死・刑死した囚人の遺体を、満洲医科大学に研究資料用に提供していたことを告白しているが、満州医大の「病理解剖通知書」[28]から、奉天監獄で刑死したと記載された男性の遺体があり、奉天監獄において病死した囚人や死刑囚の遺体が満洲医大の研究材料として利用されたことがわかる。

2-3-4. その他の医科大学など

その他に、中国各地に、日本の侵略下で、新京医科大学、旅順医学専門学校、哈爾濱医科大学[29]、恰爾浜開拓医学院、佳木斯 (チャムス) 医科大学[30]、大連女子医学専門学校（1945 年：満鉄大連病院に設立）、盛京医科大学、竜井開拓医学院、斉々喀爾開拓医学院、興安開拓医学院、満州国陸軍軍医学校、北京協和医学院（北京甲 1855 部隊の第一分遣隊により接収、現北京協和医科大学）などがあるが、全容は未解明である。

2-3-5. 占領地の人々を被験者にした研究

大学や研究所以外でも非人道的な人体実験が行われている。

同仁会徐洲診療防疫班の今村勇[31]は被験者に対して頸動脈経皮穿刺をして頸動脈流血温測定すると共に、後頭下の大槽腔穿刺をして脳液温を測定している。その実験に伴う危険性と苦痛について「穿刺し過ぎると上膊、顔面等の電撃痛や眼華閃発等が現はれる」と著者は述べている。被験者は、外傷以外に特別な身体の異常はない者 18 名と同仁会医院に収容された流行性脳脊髄炎患者 10 名で、すべて中国人であった。

同仁会華北防疫処の村上務ら[32]は、中国人苦力を被験者（被吸血者）として、発疹チフスのワクチン製作に必要な虱（しらみ）を飼育するために、吸血を効率よく行うために飼育箱を開発し、人間の血液を直接皮膚から虱に吸血させている。苦力は、1 日に 20 ～ 30 個の飼育箱を接着され吸血され、1 日約 40 ～ 60cc(1 ヶ月約 1800cc) の血液を失う。著者はこの失血の量に関して､「通常考えられない事である。是等苦力に対する給与は月 50 円程度。苦力の給与としては比較的高額であるが、被吸血者の栄養低下を防ぎ、衣虱の発育を良好ならしむるためには、必ずしも高額ではないと思われる」と書いている。

2-3-6. 植民地のハンセン病対策

台湾総督府と朝鮮総督府は、ハンセン病患者の強

制隔離を強硬にすすめ、ハンセン病療養所を設立した。

朝鮮の小鹿島 (ソロクト) 更生園では、日本本土に先んじて患者を監禁する刑務所が作られた。同園では、キリスト教徒の患者にも神社参拝が強制され、参拝を拒否したり、逃亡を試みたりした男性の患者には懲罰として断種手術がなされた。日本本土では、結婚の条件であった断種が、植民地では懲罰としても使用された。

1930 年に勅令によって設立された台湾楽生院でも、入所者は、強制収容させられ、断種･堕胎を強要された。

2-3-7. 軍医と軍用「慰安婦」

軍医は慰安所の軍用「慰安婦」の性病罹患の検査を行うことで、将兵への伝染を防ぐ役目を負った。産婦人科医で軍医となり、「慰安婦」の検査を担当した麻生徹男 [33] は、服装すなわち日本の着物や朝鮮半島のチマチョゴリ姿によって出身地が判明したとあり、人数の割合では、朝鮮半島など植民地出身の少女が「慰安婦」の多数を占めていたと述べている。著者が、慰安所は「享楽の場所ではなく、衛生的なる共同便所」と述べていることから、軍医が慰安所の衛生管理にあたっていたことがわかる。

3. 日本の医学界と戦争期における医学犯罪の関係

3-1. 戦時下の学術研究体制

昭和恐慌を契機に 1932 年に設立された「日本学術振興会」は、1937 年頃から軍部や商工省の意向に沿って、次第に国策的研究をすすめる機関となり、第 8 部門（医学・衛生学）では、異常気圧下の病理の研究、寒帯移民の防寒服装ならびに凍傷予防の研究、国民栄養の基準値、結核予防、国民体力強化、有毒ガスの微量検出法、満蒙における地方病の研究等がとりあげられた。

日本学術振興会の特別委員会の研究課題（1935 年）は、「新日本人口政策に関する研究」「社会政策に関する研究」「国民栄養基準に関する研究」「国民体力問題に関する研究」「航空医学に関する研究」など国策にそった課題―冨国強兵、軍陣医学の研究が重視された。1941 年度の文部省科学研究費の重要項目として採用された医学分野の第一種研究は、結核、悪性腫瘍、癩、乳幼児保護、近視、気候医学、航空医学、濾過性病原体、免疫、ホルモン、ビタミン、放射線、温泉であった。これらは徴兵検査での体位低下を契機にした国民体力の増強施策、外地への侵略に伴う環境条件の変化への対応、および航空医学などであり、医学研究の軍事化が読み取れる。1942 年には、日本の東南アジアへの侵入と符号して「日本人の南方に於ける生活に関する科学的研究」が学術研究会議の総合課題とされ、関連分野の５カ年共同研究計画となった。

3-2. 戦時体制と日本医学会

日本医学会は、明治 35 年（1902 年）に 16 の分科会が合同して、第 1 回日本聯合医学会が行われた時をはじまりとし、ほぼ 4 年に 1 回の医学会（1948 年に、日本医師会の改組設立に伴い、日本医学会と日本医師会は統合。戦後は、総会として）を開催している。

第 9 回日本医学会 [34] は「満州帝国」承認の直後（1934 年 4 月）に開催されている。日本の国際連盟脱退という情勢を反映し、欧米からの招待学者はなく、逆に中華民国及び満州国等の来賓を迎えている。特別講演では陸軍軍医総監が「満州事変に於ける陸軍衛生勤務について」と題して講演を行い、関東軍の伝染病や結核の罹患状態を述べている。会場には「石井式無菌濾過機」や陸軍の衛生車、衛生飛行機などが大々的に陳列されて、医学会総会に軍部の影響が如実に出始めている。「軍陣医学」分科会の特別講演は「防疫上より見たる野戦給水について」（三等軍医正石井）であったが、この講演の内容は「抄録」にはない。

第 10 回日本医学会 [35]（1938 年 4 月）は、陸軍省医務局からの強い要請を受けて、特別に「戦時体制下医学講演会」のテ―マで「軍部と医学会が提携して医学報国の大旆 (タイハイ)」をかかげて開催したと唱われている。「正午軽快なる爆音を響かせて、京大医学部出身の平沢軍医大尉の操縦する、全国看護婦の醵金により新造献納された陸軍衛生飛行機は純白の胴、翼には日の丸と赤十字を鮮やかに印したスマ―トな姿を上空に現わし、恰も休憩時で、本部時計台前の広場に集まった数千の会員から歓呼を浴びて幾旋回・・して学会を祝福した」と記されている。総会招待講演はドイツ軍軍医ムンチェの毒ガスの後遺症の講演、特別講演は小泉陸軍省医務局長の「国民栄養問題について」、熊谷岱藏の「肺結核の発生と遂展」その他で合計 5 題となっている。各分科会は短時間、形式的に開催されただけで、「戦時体制下医学講演会」が 5 日間にわたって開催され、戦傷外科、航空ならびに毒ガス問題、肺結核および肋膜炎問題、食糧問題、体力問題、防疫問題、近視問題、満州および北支の地方病問題など、戦時体制下での医学・医療を課題とする教育講演が連日にわたりなされた。

第 11 回日本医学会 [36]（1942 年 3 月）は、「国家総動

員法」によって「全日本科学技術団体連合会」が組織され（第 9 部門は医事衛生学部門）、科学技術の国家統制が強化され、研究目的ごとに研究隣組 が作られたころの開催である。この会の主題は、「戦場医学の確立」と「大東亜医学会」を結成する機運を助成することにあった。国民儀礼式典で開会され、宮川米次副会頭（戦後公職追放）は「諸君、今や大東亜戦争開始以来六年目でありまして、畏くも、大詔を拝し奉りてより、吾等は暴戻不遜の米、英に対し敢然矛をとって立ち上がり、・・驚天動地の赫赫たる武勲を樹て・・」と挨拶している。総会講演も、戦争を遂行するために必要な結核、感染症に対する治療と予防、優生学的民族観から対処が急がれた精神分裂症などを取り上げたものであった。 各分科会でも、「航空と耳鼻咽喉科」「低圧・加速の病理」「骨傷治療器具」などこれまでと違い「戦場医学」と称された演題が次々と発表された。

医学会各分科会を構成する、病理学[37]、細菌学、外科[38]、内科[39]等の学会でも、上述の医学会の動向に沿って戦場外傷、輸液関連と次第に富国強兵・戦争関連の論文発表が多くなっている。また日本産業衛生学会[40]（1927 年創立）、日本民族衛生学会[41,42]（1930 年創立）等は日本の戦争政策そのものがこれらの学会結成の機運となっている。

3-3. 医学者・医局・医学部の軍陣医学研究への加担

3-3-1. 教室、学部、大学としての組織的関与

731 部隊（哈爾濱）には、「陸軍技師」という身分での研究者がいた。田部井、湊、岡本、石川、笠原、吉村、秋元、二木等である。これらの研究者は京都大学医学部細菌学教室・生理学教室・病理学教室、東京大学伝染病研究所、慶応大学医学部細菌学教室、金沢医科大学細菌学教室、等々の研究室の出身である。このように 731 部隊での研究には幾つかの大学、研究機関から派遣された医学者が直接関与していた。2008 年に出版された京大医学部病理学教室 100 年史において杉山武敏元病理学教室教授[43]が紹介した「清野教授の通夜の席での石井発言」は、教室、学部、大学として組織的関与に発展していった様子を如実に示している。

3-3-2. 陸軍軍医学校嘱託医制度等による加担

陸軍軍医学校防疫研究室 ｛1989 年 7 月 22 日、新宿区に建設中の厚生省予防衛生研究所の建設現場、旧陸軍軍医学校の跡地から多数の人骨（警察発表では 35 体）が発見されている。｝ は、石井機関の中枢的役割を果たしていたがその報告書「陸軍軍医学校防疫研究報告第 2 部」[44]には共同発表者や論文指導者に民間研究者の氏名が多く見られる。これらの研究者は「嘱託」という身分であり、その所属は東京大学、慶応大学、長崎大学、京都大学、大阪大学、金沢医大、北里研究所、北海道大学、千葉医大、等の医師研究者である。また「指導教官」という名目で小島（東大教授）、細谷（東大教授）、内野（京大教授）、小林（慶応大学教授）、緒方（千葉大教授）、柳沢（東大教授）等が名前を連ねている。更に、小島、細谷、内野、小林、緒方はこの防疫研究室の「委託研究」を行なっており、これらの教室に所属していた医学者たちが陸軍軍医学校防疫研究室や 731 部隊関連の研究に組織的に関わっている。これ以外に、論文末尾に「謝辞」を受けている研究者も多数ある。

3-3-3. 知られていた石井機関

1941 年の第 31 回日本病理学会総会で、平井正民陸軍軍医中佐[45]は特別講演「日支事変に関連して行はれた病理解剖学的作業」をおこなっている。講演で「満州」で「特殊研究」が行なわれていること、「特殊研究の行なえる 218 体」、「200 体の材料は軍医学校に送付」と述べている。当時この病理学会総会に参加していた医師・医学者たちは、その「特殊研究」が何かは推定できたはずである。また当時の学会雑誌に北野正次等[5,46]が「森林ダニ脳炎」の病原体決定で「猿に皮下注射して」病原体を決定したという論文などを発表しているが、これらの論文の「猿」が何であるかは十分推定できたはずである。つまり多くの医学者たちは一部の医学者たちの「特殊研究」への加担を知りながら沈黙を守ったといえる。

戸田正三京都大学医学部長や正路倫之助教授 (京大教授のまま佳木斯医科大学教務主任、生理学教授に赴任）は、当時たびたび満州に出向いてことが記録されている。又清野謙次と鶴見三三も平房に招待されている記録もある。これらの訪問で、その医学者の子弟たちが当地でなにを研究しているかを、訪問した医学者たちが「弟子たち」から聞かなかったはずがない、「研究」を見学しなかったはずがないと思われる。

15 年戦争当時の官立金澤医科大学の定例教授会記録（1942 年 1 月 19 日）[47]には、第二病理学講座の後任教授選考に当たっての石坂学長の発言として次のような記録がある。「杉山教授も本学を去らるることならば、其の後任に就て考えざるべからず・・。渡辺助教授も可なりと思う・・、京都の病理の助教授も可なりと聞く・・、又京都には尚石井と云う人ありて研究も大に宜しく石井部隊におらるる由なるが・・相談を持て行

かば承諾を得んかと思う・・」。これに対する討論は記録されてないが、「石井部隊」という名称が一般用語としてここでは使用されていることが伺われる。

3-3-4. 医学教育

京都帝国大学医学部同総会誌[48]は、石井四郎の1941 年京都大学訪問を「本学が生んだ巨人、学を以て国を護る熱血の人、石井四郎陸軍々医少将閣下 (大 9) は、四月十九日午前五時五十九分入洛、故渡邊助教授の遺族に部隊長としての誠心あふれる弔慰を捧げた後、翌二十日懐かしの母校に卒業後二十一年ぶりに来学、堂々たる体軀に親愛の情を罩めて、日曜にもかゝはらず、内科講堂を立錐の余地なきまでに埋めた学生・生徒・職員は勿論、小川学部長、松本教授以下の各教授を前に、諄々として熱烈に、日本の進むべき道、医学の行くべき道、京大学風の趨くべき道を説くのであった」と絶賛している。日野原重明（現聖路加病院理事長）[49]は「・・私が京都大学の医局や院で学んでいた時のことです。大学の先輩で、ハルピン市の特殊部隊に所属していた石井四郎軍医中将が、現地での捕虜待遇の様子を収めた写真フィルムを持って母校を訪れました。・・・捕虜兵の生体実験が映っていました。腸チフス、ペスト、コレラなど、伝染病の病原体を感染させてから死亡するまでを観察したものでした。見るに耐えられない行動を映した映像の記憶に、今でも鳥肌がたちます。・・」と書いている。

官立金澤医科大学（現金沢大学医学部）の記録[50]によれば、石井軍医少将は京都から列車で将校〇名と映写技術官 4 名を連れて 1941 年 4 月 21 日に金澤医科大学を訪れ、学生（当時「朝鮮」「台湾」から留学していた数名の学生には出席を禁止）と教官を前にして「大陸に於ける防疫に就いて」と云う演題で講演、映画上映をしている。京都大学での講演の翌日に当たるので、おそらくその内容は京都大学と同じであったと考えられる。

1941 年、京都大学医学部に結核研究部が作られ、年夏休みの 2 ヵ月間、福井県勝山町（今は勝山市）の保健所を中心に調査活動を行った。1942 年 9 月、勝山調査当時の卒業生が「アカ」として検挙投獄され、結核研究部活動を社会主義実現のための予備活動だとして、治安維持法違反として取り調べられた。軍医の卒業生は軍法会議に呼び出され、中には死の道（軍籍離脱、降等 : 旧日本陸海軍の懲罰の一で、階級を 1 階級下げること、戦死配置）を歩かされた者もいる[51,52]。

1945 年に京大医学部に入学した中川米造[53]（大阪大学名誉教授・滋賀医科大学元教授）は、当時「医科は兵科でなければならない、つまり人を殺すことを考えるところでなければならないと説く人もいました。731 部隊の基地のようでした。」と述べている。

3-4.「国民医療法」の制定と日本医師会の戦争加担・医師の戦争動員体制

1942 年 2 月、従来の医師法などを改正した新しい「国民医療法」が制定された。それは「国民体力の向上を図るを以て目的」（第一条）とし、「富国強兵」策を遂行するための方策（開業の制限、新卒医師への勤務地の指定、医師の徴用制度、無医地区での公営医療機関の設置、医療機関の整備統合など）を掲げた。更に従来の医師の任務は「医事衛生の改良発展を図る」であったが、この「国民医療法」の第三条で「医師及び歯科医師は国民体力の向上に寄与するを以てその本分とす」と明記し、国の方策遂行に寄与するという新しい任務を規定した。

国民医療法の制定によって、無医村対策と結核撲滅をうたい文句に「日本医療団」が設立され、それまでの医師会は改組され、いわゆる「官制医師会」が創られた。医師会の規約では、日本医師会の会長は厚生大臣の指名制となり、日本医師会の総会は道府県医師会会長と特別議員で構成するとされた。道府県医師会会長と特別議員は地方長官の推薦による厚生大臣の指名であるから、日本医師会総会は結局厚生大臣の指名者だけの総会となった。国策への協力が医師会の大目標とされ、国民体力管理医、健民修練所指導医、「産業戦士に対する優先受診方実行」と「重要工場事業所の医療保健への協力」、勤労報国隊員の健康管理、健民運動耐寒心身鍛錬への協力、そして町内会の耐寒心身鍛錬への協力などが次々と下部医師会に指示された。多くの人びとが都市の空襲の危険から逃れるために農村などへ疎開したが、「防空業務従事令書」が発令され、医師、歯科医師、獣医師、看護婦は疎開を禁止された。

4. 米国、日本政府、日本医学界は戦後、医学犯罪に対してどのように対処してきたか

4-1. 731 部隊の証拠の隠滅――「マルタ」の絶滅、隊員と家族の脱出

1945 年 8 月 15 日の日本の敗戦以前に、当時の日本政府と軍は国際的な非難を恐れ、「国体護持」のため、731 部隊の隠滅を工作した。関東軍司令官（参謀本部作戦課主任）朝枝繁春[54]の石井部隊長への指示により、敗戦直前の 1945 年 8 月 10 日、731 部隊設備は爆弾で

破壊され、収容されていた「マルタ」全員が殺害され、殆どの書類や資料は焼却され、全部隊員および家族に脱出命令が下された。脱出に際して、石井は、部隊員とその家族に「部隊の事実は墓場まで持っていけ。もし口外する者がいたら草の根を分けても捜し出す」箝口令を敷き、互いの連絡や公職に就くことを禁じた。

4-2. 米国による医学犯罪の免責

米国は細菌戦研究におけるソ連からの立ち遅れを克服するために「731 部隊」等の「研究成果」を必要としていた。このような思惑に基づき米国は 731 部隊関係者に対する「戦犯免責」の措置をとった。常石が直接聞いた話[55]では、731 部隊長であった北野は 1946 年 1 月上海から米軍機で帰国後、GHQ にゆくと「これは戦犯の証拠集めではない、戦犯となることはない」と告げられている。731 部隊員を 1946 年に調査したエドヴィン・ヒルの報告文[56]の一節によれば、「調査の結果集められた証拠の情報は、われわれの細菌戦開発にとって貴重なものである。それは日本人科学者による数百万ドルの費用と数年の研究成果である。・・このような情報は人体実験につきまとう良心の咎めに阻まれてわれわれの実験室では得られないものである。このデータを入手するためにかかった費用は 25 万円であり、実際の研究コストに比べればほんのわずかの額にすぎない、貴重な資料」となった。

4-3. 731 部隊をめぐる終戦時の裁判

日本の医学犯罪に対する裁判は、ナチス・ドイツ時代に医師たちによって、医学の名の下に行われた犯罪を裁いたニュルンベルク国際軍事裁判における医師裁判[57]とは様相が異なっている。

4-3-1. 東京裁判（極東国際軍事法廷、1946 年 5 月～48 年 11 月）

すなわち「すべての行動、取調べ、連絡は米国の利益を保護し、困難から防ぐために、最大限の機密保持が必須」、「G Ⅱの同意なくして告発を行ったり、口外したりしてはいけない」とされ、1946 年 4 月、極東軍事裁判所のキーナン検事は石井らの告発手続きをしないと決定した[56]。

4-3-2. ハバロフスク裁判

ハバロフスク裁判（1949 年 12 月 25 日から 30 日にかけてソ連のハバロフスクで行われた旧日本軍に対する軍事裁判の通称）[4]では、ソ連は独自に捕虜としていた 731 部隊員すなわち、梶塚軍医中将（関東軍軍医部長）、川島軍医少将（731 部隊第四部 [製造部] 長）、西軍医中佐（731 部隊孫呉支部長 [後に教育部長]）、柄澤軍医少佐（731 部隊第四部課長）、尾上軍医少佐（731 部隊牡丹江支部長）、佐藤軍医少将（第 5 軍軍医部長）ら 12 名を裁いた。裁判は公開され、法廷では、川島による細菌爆弾実験に関する証言、西による生理学的実験に関する証言、古都良雄による細菌実験に関する証言などがあり、被告には強制労働の判決が下された。しかし、1956 年の日ソ国交回復に伴って自殺した柄澤以外の軍医は帰国した。

4-3-3. 中国最高人民法院特別軍事法廷

中国における日本軍の戦犯の追及は、1949 年の中華人民共和国樹立まで、実質的には棚上げで、その間に、残虐行為を犯した日本人の多くは帰国した。1955 年中国の戦犯管理所収容の日本軍人に対する恩赦が周恩来首相によって提案されたことにより、被告人は 45 名に限定され、1956 年、捕虜の元隊員たちに対する裁判が瀋陽、太原で行われた[58]。最高刑の懲役 13 年の判決を受けた榊原秀夫軍医少佐（731 部隊林口支部長）は、その翌年に恩赦で帰国している。

ハバロフスク裁判、中国最高人民法院特別軍事法廷では、ニュルンベルグ医師裁判に類する「医学犯罪」に関する法廷審理や判決はなかった。

4-4. 九州大学医学部生体解剖事件の戦後の追求

九州大学医学部で実施された生体手術・解剖は、極東国際軍事裁判で裁かれ、関係者 14 名中、絞首刑 3 名、終身刑 2 名他有期刑の判決[18,59]がだされた。この裁判では「捕虜虐待罪」のみが問われ、ニュルンベルグ医師裁判のような医の倫理上の審理や判決は出されなかった。

九州大学医学部では、関係者が占領軍に逮捕された直後、「基礎臨床委員会」を設け、初めて事件について見解を表明したが、「当事者が勝手に大学の施設を用いてやったことであって、われわれは全く与り知らない」[60]というものであった。

戦後 7 年経った平光吾一（元九州帝国大学医学部解剖学教授、重労働 25 年の量刑）の「医学の進歩はこのような戦争中の機会を利用してなされることが多い。その許されざる手術を敢えて犯した勇気ある石山教授が、自殺前せめて一片の研究記録なりとも残しておいてくれたら、医学の進歩にどれ程役立ったことだろうか」[61]という見解には、ニュルンベルグ医師裁判にみられるような人間・生命の尊厳、人権や医の倫理についての認識や検証の跡は見られない。

4-5. 日独医学界の検証と反省の相違

4-5-1. 戦争荷担に対する反省のない日本医学会

1947 年 4 月大阪で開催された第 12 回日本医学総会は、戦後初の総会にもかかわらず、会頭の開会挨拶は「1947 年 11 月に法的医師会の廃止法律が国会で可決され旧制医師会は発展的に解消して、新たに任意加入、任意設立という形で日本医師会は新生し、日本医学会をも包括し、今迄の医師会とは全く異なった意味に於て日本医師会が再建した」としているが、医学会の戦争荷担へ言及はない[62]。新生医師会のもとで初めて開催された 1951 年の第 13 回日本医学会総会で、田宮（東大衛生学教授）会頭の挨拶[63]は「本日茲に第 13 回日本医学会総会を開催するに登りまして、畏くも、天皇陛下の臨御を仰ぐ光栄を得ましたことは、洵 (まこと) に会員一同感激措 (お) く能わざる所で御座います。（中略）天皇陛下には、畏れ多くも、学術奨励の御恩召により親しく琴に御臨幸を賜りましたこと、猛雄等会員一同の無上の光栄とし、深く感激致す所で御座います。会員一同は篤き御恩召を体し、協力一致本務に邁進致しますことを、茲に謹んで御誓い申上げます。」というものであり、天皇を崇拝し、医学会の戦争荷担への検証・反省はない。

1999 年に開催された第 25 回医学会総会は現医学会会長の高久会頭によって開催され、その際に、日本医学総会百年のあゆみ[64]が出版された。高久は、同書の序において、「第 25 回医学会総会は、今世紀最後の総会である事から第 25 回医学会総会組織委員会では、今回の総会を 20 世紀における医学・医療の発展を振り返り、さらに 21 世紀の医学・医療の在り方を考える総会としたいとして、学術集会、医学展示・博覧会において様々な企画を行ったが、その企画の一環として、本書の刊行は大きな意味を有していると考える」と述べている。この企画・考えはかつての戦争への加担についても真摯な反省をしうる絶好の機会を設けたと考えるならば、遅きに失したとはいえ見識ある企画と積極的に評価できるだろう。しかし、同書では、日本医学会が 15 年戦争に積極的に加担したと判断されるような具体的な事項の記録はなく、日本医学会と旧日本軍あるいは日本の侵略戦争との関係について言及しているものの「医学は社会と共にある」が繰り返し述べられるに留まり、かつての戦争加担に対する反省、再び同じような戦争の道を歩まないための医学会のあり方は示されず[65]、日本医学会は 21 世紀を迎えた。過去の検証と反省を日本医学会自身が行なうことを求める有志が集って、2006 年 7 月に発足した第 27 回日本医学会総会出展「戦争と医学」展実行委員会は、第 27 回日本医学会総会岸本会頭などを訪問し、医学会総会のメインテーマが「生命と医療の原点―いのち・ひと・夢」とされ「原点からの情報発信」を掲げている以上、今日の日本の医の倫理の原点と切り離すことのできない日本医学会の戦争荷担の問題に日本医学会が公式に取り組むべきであると要請したが公式企画には至らなかった[3]。

4-5-2. 世界医師会入会に際しての日本医師会の決議とドイツ医師会の声明

第 2 次世界大戦後創立された世界医師会は共産主義に偏した国は、招待はあっても会員にはしなかったが、日本や西ドイツに対しては入会工作がなされ、1951 年日本と西ドイツの医師会は戦時中の医師の行為に対する「反省」の上に、世界医師会への入会が承認された。その際のそれぞれの決議と声明の内容[66]には著差がある。

日本医師会の場合は 1949 年 3 月 30 日に開催された日本医師会年次代議員会において、満場一致で採択された高橋明日本医師会会長名の決議で加入が認められているが、その内容は曖昧模糊としたもので、代議員会議事録には真摯な反省の議論の痕跡もみられない。

他方、西ドイツ医師会の声明の場合は、修正のやりとりが世界医師会との間でなされ、その内容も遙かに具体的な反省と対策が記載された長文のもので、医学の職業的義務に対して罪を犯した医師に厳しく対処する意思を示したものであった。

4-5-3. ドイツ医学界による医学犯罪の検証

西ドイツでは、1963 年 12 月～ 1965 年 8 月に自国による裁判で医学犯罪を裁いている。1970 年代頃からはベルリンの医師達自身が、かれらの職能団体にたいして、ナチズムの中で医師層が果たした役割に批判的立場を示すことを要求している。1985 年には、ワイツゼッカー西独大統領が「過去に目を閉ざす者は結局のところ現在にも盲目となる」と演説し、1988 年にはベルリン医師会が圧倒的多数で「ナチズムの中で医師層が果たした役割と忘れることのできない犠牲者の苦しみを思い起こす」という声明を出し、同年ベルリンで開かれたドイツ全国医師会議では、「ワイマル共和国時代とナチズム時代の医学」というテーマで展示会が行われ、ベルリン医師会は「人間の価値―1918 年から 1945 年までのドイツの医学」[67]を、翌年には「ナチ

ズムの保健・社会政策の叢書」を刊行している。

4-5-4. 世界医師会での日本医師会に対する戦争責任追及

ナチスの医学犯罪者 Sewering の世界医師会会長への就任反対にも取り組んだ米国の皮膚科医フランツブラウが、6 項目からなる「日本医師会による 731 部隊との関わりの否認に関する決議案」を 1996 年以降毎年の世界医師会準会員会議に提案し、世界医師会における日本医師会に対する戦争責任追及を始めた[68]。

彼の提案に対して日本医師会は「1951 年に世界医師会に加盟する際、声明を出して加盟を承認された。日本医師会はすでにこの事案は議論済み」との認識を示し、2002 年の準会員会議では、この決議案の審議に入る前に、日本は今後この主旨の決議案が再び取り上げないようにするため、この案件を無期限に延期する動議を出し可決されている[69]。

4-6. 医学犯罪の戦後日本医学界における「業績」としての評価

4-6-1. 戦後も石井機関関係者に学位授与

元軍医中佐の池田苗夫[70-72]は、1938 年に「満州」北部で流行した伝染病を 731 部隊で研究する過程で、マルタを使った人体実験などを行い、患者の血液をマルタに接種して発症できることを証明し、これを部隊長石井が「流行性出血熱」と命名した。池田は戦後、大阪で開業医として生涯を終えたが、1959 年に「流行性出血熱」の研究により母校新潟大学で学位を得[70]、その後も 731 部隊での「研究成果」を学会の講演会や日本伝染病学会（現、日本感染症学会）雑誌[71,72]、所属する大阪府医師会・大阪府保険医協会の新聞などで発表し続けた。学位論文や学会誌では、731 部隊における自らの業績[73]を引用し[70,71]、「元関東軍防疫給水部」を肩書きに掲げている[72]。

陸軍軍医学校防疫研究報告の論文に掲載していた者でも、少なくとも 21 人が、戦後、京大、京都府医大、熊大、慶大、東大、東北、阪大、北大、新潟大、名大で博士の学位を授与されおり、中には、掲載論文をそのまま学位論文として提出して、学位を授与された者もいる[3]。

前述の吉村は京都府立医科大学の教授から学長になり、1978 年には「環境適応学」の先駆的業績を挙げたとの理由で勲三等旭日賞を授与されている[74]。

満洲医科大学同窓会が中心となって編纂刊行した「柳絮地に舞ふ－満洲医科大学史」[75]は、大学の顕彰に終始しており、そこには戦中の研究の問題点を指摘し、中国人への差別を反省する視点はみられない。

4-7. 日本学術会議での 731 部隊関係者の活動

吉村らを 731 部隊に送り、佳木斯 (ジャムス) 医科大学学長を務めた正路（京大医学部教授、生理学）は、第一期学術会議会員（1949 ～ 1951 年）に選出されている。1952 年 10 月 24 日の第 13 回日本学術会議で、政府に 1925 年の「細菌兵器使用禁止に関するジュネーブ条約の批准」を申し入れる決議が提案されたが、木村（細菌学）、戸田（衛生学）（共にかつて京都大学医学部教授・陸軍軍医学校防疫研究部嘱託研究員として、石井機関へ多くの医学者を動員した）も反対し、否決された。

また日本学術会議は、戸田正三、北野政次、吉村寿人を、1955 年日本学術会議南極特別委員会に設置された医学部門委員会委員に選出している。

4-8. 731 部隊関係者によるミドリ十字設立と薬害

戦後の代表的な医学犯罪としての薬害エイズ事件や薬害肝炎の加害者・被告企業側には 731 部隊関係者がいる。血友病患者に用いられる血液製剤は、731 部隊の中枢の陸軍軍医学校防疫研究室主任教官・内藤良一が、細菌兵器開発のために凍結乾燥装置を用い乾燥血漿を製造する研究がルーツであった。戦後、内藤は、北野政次や二木秀雄ら元部隊員と共に、1950 年に日本ブラッドバンクを設立し、元厚生省薬務局長らを迎え 1964 年にミドリ十字に商号変更し、さらに、吉富製薬 → ウェルファイド → 三菱ウェルファーマ →田辺三菱製薬と企業名・企業母体を変えている。この間、日本ブラッドバンク時代、既に乾燥人血漿による肝炎被害[76]を、ミドリ十字時代に薬害エイズ事件[77]を引き起こしている。

4-9. 人権抑圧のハンセン病患者隔離政策の継続

戦後、プロミンが導入され、ハンセン病は治癒が可能な状況となり、新憲法下で「らい予防法」の改正が計画された。しかし、国会で、光田健輔医師ら 3 名のらい療養所園長がそろって隔離強化を訴え、隔離政策は検証や反省がないまま、新「らい予防法」でも存続され、断種も優生保護法のもとで合法とされた。結局、日本では「らい予防法」による隔離政策は 1996 年の「予防法」の廃止迄続けられた[78,79]。

4-10. 日本の医学教育における医学犯罪の教育

「戦争と医学」の展示（2007 年）にあたり、医学界が戦争に荷担した事実はどう教育されているかを把握するために、日本全国 80 校及びドイツの 30 校の大学医学部あるいは医科大学の医学部長、学長並びに医学

教育責任者に宛て、封書で「医の倫理と医師の戦争犯罪に関する教育」についての質問紙調査を実施した結果[3]では、医の倫理の教育はほぼ全大学で行われていたが、ヘルシンキ宣言の教育は日本では 28%、ドイツでは 90%、医師の戦争犯罪の教育は日本では 21%、ドイツでは 90%と、類似の歴史を持つ両国間で画然たる差が明らかとなっている。

4-11. 各医学会における戦争荷担についての検討

日本医学会は 15 年戦争に深く関わり、分科会にあたる各学会では石井機関関係者による学会報告や論文発表が戦後も行われてきた学会が過去にどう向き合っているかを把握することを目的に第 27 回日本医学会総会出展「戦争と医学」展実行委員会が日本医学会加入の医学会 101 に質問紙調査を行った結果では、15 年戦争への荷担に対する調査、検討、決議を行ったという回答は皆無であった（回収率 24.8%）[3]。

4-12.「医学犯罪」についての国会での論議

日本政府は一貫して「私たちの関われない問題」として「731 部隊問題」を避けてきた。

すなわち、衆議院外務委員会（1950 年 3 月 1 日）での聴涛議員の石井に関する質問に対する殖田法務大臣の答弁「…最近伝えられておりまする細菌戦術に関する日本人戦争犯罪人の問題につきましては、政府としてはこれに関与するべきでない、こう考えております…」「…政府はそういう事実を聞いてはおりますが、これを調査する権能を持たず、またこれを調査する必要もないのであります。」

参議院内閣委員会（1982 年 4 月 6 日）での榊議員の「関東軍防疫給水部に所属していた軍人軍属」と「生体実験」についての質問に対する外務省の安全保障課長の答弁「留守名簿という名簿がございまして…昭和 20 年 1 月 1 日現在で…合計 1550 名です。…雇傭人が 2009 名。…」「…それからなにぶん 30 年以上も前の我が国がまだ占領下に置かれておりました時のお話…ご指摘のような事実、それに関する記録というものがあるかどうか、この点を承知しておりません。」

731 部隊関連資料のアメリカからの返還（1958 年）についての参議院での栗原議員（1997 年 12 月 17 日と 1998 年 4 月 2 日）や田中議員（1999 年 2 月 18 日）の質問に対する政府答弁「当該部隊の具体的な活動状況につきましては確認できる資料は存在していない。」

4-13.「医学犯罪」についての司法の動き

石井機関による細菌戦の被害者やその家族による、日本国を相手取って謝罪と賠償を求める 731 部隊細菌戦国家賠償訴訟などの中国人戦争被害賠償請求裁判[80]がある。

同訴訟については、東京地方裁判所は 2002 年 8 月、731 部隊等の旧帝国陸軍防疫給水部が、生物兵器に関する開発のための研究及び同兵器の製造を行い、中国各地で細菌兵器の実戦使用を実行した事実を認定した。しかし、原告の請求は、当時、国が戦争被害について賠償する法律を制定していなかったことを理由に、全面的に棄却した。控訴審でも原告は敗訴し（2005 年 7 月）、最高裁[81]は上告を棄却（2007 年 5 月 9 日）している。

4-14. 当事者の弁解、動機と「医学犯罪」の概念

4-14-1. 当事者の弁解

前掲の池田[82]は非人道的な人体実験については「動物でやってもちっともかからんかったから人間でやるしかなかった」「戦争だったんだ」「戦後ちゃんと役に立っているじゃないか」などと述べている。

吉村は喜寿に際し、凍傷実験データ[12]中に乳児も含まれていることについて「共同研究者であった飯田敏介君の二男についてやった事」[74]と弁明している。また、刈田[83]によれば「零下 4 度以上では凍傷が生じないので、零度での実験を行ったが、これは危険性のないものである」と述べている。さらに「私の属した部隊は細菌戦の事を研究していたのであるが、私は生理学者であった為に部隊の本来の仕事とは別の研究をやっていた。従って、此らの新聞やマスコミがいかにも私が責任者であった様に書くのは全くの捏造である。個人の自由意志でその良心に従って軍隊内で行動が出来ると考える事自体が間違っている。軍の何たるやを知らず、ましてや戦争の本質などを知らない若い記者が現在の民主主義時代の常識から書いた誤報である事は歴然としている。そんな個人の良心によって行動の出来る様な軍隊が何処にあるだろうか。殊に当時の武官と軍属の間には明確な格差がつけられ武官は軍属の命に服する必要はなく、逆に軍属は武官の命には全体服従を強いられていた。しかも、個人の良心によって部隊長の命令に反する行動は絶対に許されなかった時代である。しかも私が戦時中に属していた部隊において戦犯行為があったからとて、直接の指揮官でもない私が何故マスコミによって責められねばならないのか。」[74]と述べている。

4-14-2. 日本の医学犯罪の背景、動機

莇[84]は、医学者などの組織的関与の理由として、人脈、国家総動員体制、軍学共同、医局講座制－非民

主的な師弟関係をあげ、医学犯罪の動機を、戦争状態、軍事秘密のもとで倫理的制約を受けずに「先端的研究」などができるという功利主義、自らのステータスの確認などに整理している。

土屋[85]は、「一般に、ある治療法が有効であることを確かめるには、最終的には患者にその治療法を行ってみて、効果があるかどうかを確かめるしかない。つまり有効な治療法を開発するために、医療は本質的に人体実験という手続きを必要とする」という医療の内在的要因、さらに「自然科学的方法に基づく人体実験が、近代医学にとっては欠かせない」という近代医学の方法論にまで遡って論じている。

4-14-3.「医学犯罪」の概念

上述の当事者の弁解、動機、背景については、ニュルンベルグ裁判における被告弁護側の反論[57]のいずれかに該当するといえる。

茹[84]は、第一次世界大戦でのランドベリー・カッスル号事件に関するライプチッヒ最高裁判決、医師のプロフェッショナリズムに基づき、ニュルンベルグ綱領が確立していなかったとはいえ当事者が責任を免れられないと論じている。

医学犯罪の概念はニュルンベルグ裁判で事後に確立されたという主張があるが、同裁判で検察側の典拠[57]として示された、ヒポクラテスの誓い、病院・外来診療所その他の医療施設長に対する指示 (プロシア宗教・教育・医療省、1900 年 12 月 29 日)、病院・外来診療所その他の医療施設長に対する指示（プロシア宗教・教育・医療省、1900 年 12 月 29 日）、新治療法および人体実験に関する規制 (ドイツ内務省、1931 年)、動物虐待防止法 (1933 年 11 月) によって、そうではないことが明らかにされている。

鈴木[86]によれば、1873 年に「らい菌」を発見し感染症であることを公表したノルウェーの医師ハンセンは、医学界に大きな影響を与え、社会的にも評価されたが、患者の同意なく「らい菌」を取り、患者に感染させる人体実験をしたかどで後に刑事告訴されるという欧州医学界を震撼させる事件が発生している。

5. 今日的な意義・課題

5-1. 国際的課題

Bastian[87]は、「ナチ時代に広範に行われたように、医師が、自分が対象としているのはもうほとんど人間とは認められなくなった存在なのだと考えて、無批判に（個人のための医師としてではなく）国家の医師として行動すれば、弱者保護とは全く逆の方向に行ってしまう」「ドイツでは過去との関わりをできるだけ回避しようとする動きがずっと以前から一般的で、ニュルンベルグ裁判は要するに勝者の恣意による判決だ、という乱暴な考えさえ多くの所で出ている」「ニュルンベルグ裁判は、自己批判的に総括する絶好のチャンスだったのにそうはならなかった」「国際的に見ても適切には利用されていない」「純真な医学者が狂信的な研究者になる危険性は極めて大きい」「ニュルンベルグは扉を開けた。しかし、研究の倫理への道、医学の社会的責任への道はまだ遠く、なすべきことはまだ多い。しかし、そうは言っても、それは、ナチの犯罪をいかなる形であれ相対化しようとするものではない」と述べている。同様のことを、「人間の価値」[67]の執筆者プロスは、訳者の林氏と共に著者が 2002 年に訪れた際述べていた。

これらの説示は、茹[88]が 2000 年の 15 年戦争と日本の医学医療研究会発足に当たって述べた「問題は、(医学者・医師が戦争に荷担した）過去を不問にして忘れ去ろうとすること」が、ドイツを初めとする国際的に総括を要する問題であることを示している。

5-2. 過去の悪行の隠蔽の重荷を子孫に課さない責任

「戦争と医の倫理」国際シンポジウムで Wikler[89]の米国における奴隷制を振り返りながらの「過去の悪行が隠蔽されている場合、それは次の世代にとっても重荷になるだろう。米国が 731 と取引したことにより、米国人は日本と同じ重荷を背負うことになった。」「見たくない事実の直視は、自分たちが守りたい価値を確認する事に繋がるだろう。見たくない事実を直視することのもっと大事な意義は若い世代をそのような隠蔽への協力、隠蔽の責任の重荷から解き放すことにあろう。」「調査を行い、過去に何が起こったのかを誠実に、率直に、そして正確に報告することによって、そして過去と対峙することによって、我々は常々持ちたいと望んできた価値観を肯定するのです。最も重要なのは、そうすることによって、過去との共犯関係から若い世代を解放し、過去の不正に対する責任を負う必要をなくすことです。このことは、隠蔽や共犯の伝統を保存するよう若い世代に求めるのではなく、かわりに彼らをこの責任から完全に解放することを意味するのです。」という説示は、時機ではない、他にやるべきことがあるという理由で不問にしてはならないことを示すものである。

5-3. 残されている研究課題

Wikler[89] は、研究倫理の研究に時間を費やす人々でさえまだ答えられていない問題として、①どのような研究が、国家安全保障を理由に、あるいは国家の有事の際に正当化されるか、②外国の人々、とりわけ戦時において敵対する戦闘員や市民をどのように扱わなければならないか、③人間が研究に用いられるときには、例外なく常に守られなければならない行動の規準とはどのようなものか、④過失にともなう説明責任とはどのようなものか。どのような人が、過失に対する個人的な責任を否定することが許されるべきなのか。命令を実行した場合でもなお過失を理由に課される罰とは、どのようなものであるべきなのか、⑤不正な医学研究が行われないようにするためには、どのような国際的な制裁・職務上の制裁の計画が整備されるべきなのか、をあげている。

医の倫理にみる医学犯罪の概念はニュルンベルグ裁判以降、ジュネーブ宣言、医の倫理の国際綱領、ヘルシンキ宣言などの幾多の綱領的文書に盛られる形で発展している。2008 年 10 月京城で開催された世界医師会総会でヘルシンキ宣言は 4 年ぶりに改訂されたが、チェックシステム、教育システムの具体性などに欠けまだまだ不十分である。西山 [90] が指摘している、米国や日本が批准していない「戦争及び人道に対する罪に対する事項府適用条約（1968 年国連総会決議、1970 年発効）との整合性、統合性の問題もある。

5-4. 医師の戦争協力を拒否できなくする有事法制と憲法９条改悪との関連

2003 年 6 月 6 日、有事 3 法 (①武力攻撃事態対処法②安全保障会議設置法改正法③自衛隊法改正法) が第 156 回国会で可決・成立したあと、イラク復興特措法の成立 (7 月 26 日)、テロ対策特措法の 2 年延長 (10 月 10 日)、国民保護法制整備本部・国民保護法案「要旨」の決定 (11 月 21 日) を経て、2004 年 6 月 14 日、有事関連 7 法が第 159 回国会で可決・成立した。

これらにより、国立病院・国公立大学附属病院 (指定行政機関)、都道府県立・区市町村病院 (地方自治体)、私立大学病院・日本赤十字病院 (指定公共機関) は、すべて戦争協力義務を課されることとなる。日本中のどの病院も、政府にひとたび指定されれば、「指定公共機関」として、戦争協力義務を負わされる危険がある。「日米が武力攻撃を排除するために必要な行動を円滑かつ効果的に行なわれるために実施する物品、施設または役務の提供」の規定により、日本の医療従事者は朝鮮戦争時よりはるかに大規模に米軍と自衛隊の戦争に動員できる。医療従事者は業務命令に背いて解雇されるか、業務命令に従って戦争協力をするかの選択を迫られる。

自衛隊法「改正」では、物資の保管命令について、違反者に懲役刑を含む罰則を課すこととしている。武力攻撃に至らない段階でも医療法の適用によらない野戦病院が簡易に設営できることとしている。防衛出動待機命令の段階において、展開予定地域に陣地その他の防御施設を構築する措置を命ずることができ、展開予定地域は、陸上のみならず海上 (日本海) にも予定され、そこに野戦病院が設営され、医療従事者は、極めて危険の高い場所に一片の公用令書により、動員され、傷病兵の手当や医学技術の戦争への利用を命じられる仕組みである。

政権与党などが現実的課題にあげている「憲法 9 条改正」は抑止されているが、歴史を繰り返す危険な道が造られつつあるといえよう。

5-5. 日本の医学会・医師会の課題

日本の医学界を国の内外に代表する日本医師会、日本医学会は、かつての戦争への医学医療の関わりの歴史の真相の解明と教訓を得ることなしに、本当に国際的にもまた国民からも信頼を得られないし、同じ過ちを繰り返す危険度を著減できないのではないかといわれている [91]。

当面の課題としては、歴史の真相の解明に必要な資料や証言の国内外からの収集整理と開示のための取り組み、全国の大学における医の倫理の徹底した教育の促進、各医学会における学会の歴史の検証の促進があげられている。そしてこれらの取り組みの道程、マイルストーンとして、日本医学会が 2011 年に東京で開催する総会 [92] において、自らが国際シンポジウムや資料・証言の展示などを企画することが求められているが、まだその兆しは見られない [91,92]。

謝　辞

本稿は、日本における医学研究倫理学の基盤構築を目指す歴史的研究 [1] の成果に基づくものであるので、ここに同研究の共同研究者の土屋貴志、中川恵子、常石啓一、村岡潔、岡田麗江、刈田啓史郎、茹昭三、一戸富士雄、井上英夫、若田泰、吉中丈史、横山隆、鈴木靜、Suzy Wang、三宅貴夫、大野研而、武田英希、波川京子の各氏に謝意を表する。

文　献

1）土屋貴志、中川恵子、常石啓一、西山勝夫、村岡潔、岡田麗江、刈田啓史郎、葎昭三、一戸富士雄、井上英夫、若田泰、吉中丈史、横山隆、鈴木靜、Suzy Wang、三宅貴夫、大野研而、武田英希、波川京子．日本における医学研究倫理学の基盤構築を目指す歴史的研究．平成 17 年度～平成 19 年度科学研究費補助金（基盤研究 (B) No. 17320007) 研究成果報告書．研究代表者：土屋貴志．2008

2）第 27 回日本医学会総会出展「戦争と医学」展実行委員会編．戦争と医の倫理．京都．かもがわ出版．2007

3）第 27 回日本医学会総会出展「戦争と医学」展実行委員会編．戦争と医学 (日本語、英語、中文、ハングルの各版). 名古屋．三恵社．2008

4）国立政治図書出版所編．細菌戦用兵器ノ準備及ビ使用ノ廉デ起訴サレタ元日本軍軍人ノ事件ニ関スル公判書類．東京． 外国語図書出版所訳．1950（高杉晋吾解題． 公判記録・七三一細菌戦部隊、不二出版． 1993 再刊〔復刻版〕）

5）笠原四郎、北野政次、菊地斎、作山元治、金澤謙一、根津尚光、工藤忠雄．2. 流行性出血熱の病原体の決定．日本病理学会誌．1944；34：3-5

6）常石敬一．消えた細菌戦部隊―関東軍第七三一部隊．東京．ちくま文庫．1981

7）西里扶甬子．生物戦部隊 731 －アメリカが免罪した日本軍の戦争犯罪．東京．草の根出版会．2002

8）近藤 昭二編纂．731 部隊・細菌戦資料集成 [CD-ROM]．東京．柏書房．2003

9）吉村寿人．私の研究遍歴．第 58 回日本生理学会大会特別企画「春宵談話会」．1981

10）吉村寿人．凍傷に就いて．満州医学会ハルビン支部特別講演（1941 年 10 月 26 日）．15 年戦争極秘資料 29．東京．不二出版． 1991

11）Yoshimura H, Iida T. Studies on the reactivity of skin vessels to extreme cold. Part 1. A point test on the resistance against frostbite. Japanese Journal of Physiology. 1950; 1:147-159

12）Yoshimura H, Iida T. Studies on the reactivity of skin vessels to extreme cold. Part 2. Factors governing the individual difference of the reactivity, or the resistance against frost-bite. Japanese Journal of Physiology. 1952; 2:177-185

13）常石敬一．医学者たちの組織犯罪．東京．朝日新聞社．1994

14）篠塚良雄．旧日本軍 731 部隊における私の体験．15 年戦争と日本の医学医療研究会会誌．2005；5(2)：15-20

15）加茂部隊．きい弾射撃ニ因ル皮膚障害竝一般的臨床症状観察、復刻版：田中明、松村高夫編．731 部隊作成資料．東京．不二出版．1994

16）伴繁雄．陸軍登戸研究所の真実．東京．芙蓉書房出版．2001

17）井本熊男．業務日誌．防衛庁防衛研究所図書館所蔵．

18）東野利夫. 汚名「九大生体解剖事件」の真相. 東京. 文春文庫．1985

19）冬季衛生研究班．極秘　駐蒙軍冬季衛生研究成績．1941．復刻版．東京．現代書館．1995

20）葎昭三．15 年戦争中の日本軍の軍陣での「生体解剖・生体実験」．15 年戦争と日本の医学医療研究会会誌．2006；7(12)：42-52

21）藤永宗昭．慢性マラリア脾腫ニ関スル外科学的研究．台湾医学会雑誌．1943；42：10･11

22）末永恵子．旧満州医科大学の歴史－医学研究・医療活動・教育－．15 年戦争と日本の医学医療研究会会誌．2005；5(2)：29-41

23）橋本喬．其頃を語る．満州医科大学創立二十五周年記念論文集．満州医科大学．1936

24）大野憲司．支那人大脳皮質、特ニ後頭部ニ於ケル細胞構成学的研究．解剖学雑誌．1942；19(6)：1-58

25）竹中義一．北支那人大脳皮質、特に側頭葉の細胞構成学的研究．解剖学雑誌 1943； 21(1)：1-38

26）張丕卿．証言．吉林省社会科学院編「証言 生体解剖」．中国．中央档案館・中国第二歴史档案館．江田憲治、兒嶋俊郎・古川万太郎　編訳．同文館．1991

27）中井久二．筆供自筆．中央档案館整理．日本侵華戦犯筆供．北京．中国档案出版社．2005；6：71

28）病理解剖通知書　死体番号 1792 号．中国医科大学档案館所蔵．15 年戦争と日本医学医療研究会第 1 次訪中調査団撮影写真．3) に掲載

29）神谷昭典．満州国哈爾濱医科大学史攷．医学史

研究．2007；89：30-43
30）児玉健次．15 年戦争と佳木斯医科大学．15 年戦争と日本の医学医療研究会会誌．2007；8(1)：18-21
31）今村勇．人頸動脈流血温及び同脳脊髄液温に関する研究．同仁会医学雑誌．1944；18(8)：1-11
32）村上務、石井ヤスエ．発疹チフス予防液（虱ワクチン）製作法に就いて．同仁会医学雑誌．1943；17(8)：8-13
33）麻生徹男．花柳病ノ積極的予防法．1939．高崎隆治復刻．軍医官の戦場報告意見集．不二出版．1990
34）第九回日本医学会総会会誌．1934
35）第十回日本医学会総会会誌．1938
36）第十一回日本医学会総会会誌．1942
37）若田泰．十五年戦争と日本病理学会：会誌に見る侵略戦争への荷担とその責任．15 年戦争と日本の医学医療研究会会誌．2001；2(1)：14-31
38）葎昭三．十五年戦争と日本外科学会総会．15 年戦争と日本の医学医療研究会会誌．2001；2(1)：32-40
39）葎昭三．十五年戦争と日本内科学会総会．15 年戦争と日本の医学医療研究会会誌．2002；2(2)：15-21
40）西山勝夫．戦前・戦中の日本産業衛生学会の活動と戦争責任－『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．2001；19：13-21
41）葎昭三．15 年戦争と日本民族衛生学会（その 1）－発足の背景とその発会の経緯・理念について－．15 年戦争と日本の医学医療研究会会誌．2003；3(2)：11-16
42）葎昭三．15 年戦争と日本民族衛生学会（その 2）－学会活動と「国民優性法」の制定－．15 年戦争と日本の医学医療研究会会誌．2004；4(2)：29-42
43）杉山武敏．石井部隊．京大医学部病理学教室 100 年史．京都．京大医学部病理学教室 100 年史刊行会．2008：51-53
44）陸軍軍医学校．陸軍軍医学校防疫研究報告第 2 部．復刻版．東京．不二出版．2005-6
45）平井正民．特別講演「軍陣病理学について」日支事変に関連して行はれたる病理解剖学的作業（蒐集標本の供覧を主として）．第 31 回日本病理学会総会．日本病理学会会誌．1941；31：765-780
46）北野政次、菊池斎、笠原四郎、作山元治、金澤謙一、根津尚光、吉村済夫、工藤忠雄．森林ダニ脳炎病原体の研究．日本病理学会会誌．1944；34：12-14
47）官立金澤医科大学の定例教授会記録（1942 年 1 月 19 日）．金沢大学図書館資料室所蔵．
48）京都帝国大学医学部同総会．明日の医学の行く道を　石井軍医少将心をこめて説く．芝蘭会雑誌．昭和 16 年 5 月号：40
49）日野原重明．「開戦日を風化させるな．朝日新聞．2005 年 12 月 10 日
50）金澤医科大学．石井四郎「大陸ニ於ケル防疫ニ就イテ」．日本文化講義．昭和 16 年 4 月 21 日．金沢大学図書館資料室所蔵．
51）復刻版編集委員会。開戦前夜の京大医学生の調査活動－そこで昭和女工哀史をみた－．1982
52）金森熙隆．15 年戦争下の京都大学医学生の結核調査活動の報告　治安維持法による弾圧．15 年戦争と日本の医学医療研究会会誌．2003；4(1)：6-8
53）中川米造．病気への社会の治癒力．赤旗 1998 年 4 月 19 日
54）朝枝繁春．石井四郎部隊長への指示．青木冨貴子．731．東京．新潮社．2005：129
55）常石敬一．標的・イシイ（７３１部隊と米軍諜報活動）．東京．大月書店．1984
56）シェルダン Hハリス著、近藤昭二訳．死の工場．東京．柏書房．1999
57）Grodin MA. Historical Origins of the Nuremberg Code. in Annas JA, Grodin MA. eds. Nazi doctors and the Nuremberg Code. New York. Oxford University Press. 1992
58）王戦平主編．最高人民法院特別軍事法廷　審判日本戦犯紀実．北京．人民法院出版社、法律出版社．2005
59）東野利夫．第二次大戦末期に起きた所謂九大生体解剖事件の歴史的教訓について．15 年戦争と日本の医学医療研究会会誌．2005；5(2)：1-8
60）九州大学医学部五十周年記念会編．福岡．九州大学創立五十周年記念会．1967
61）平光吾一．戦争医学の汚辱にふれて．文芸春秋．1957 年 12 月号

62）第十二回日本医学会総会記録．1947
63）第十三回日本医学会総会記録．1951
64）第 25 回医学会総会記録委員会．日本医学総会百年のあゆみ．東京．中山書店．1999
65）西山勝夫．日本医学会と 15 年戦争．15 年戦争と日本の医学医療研究会会誌．2007；7(1)：17-21
66）日本醫師會．日醫の動き　世界醫師會への加入．日本醫師會雑誌．1951；26（1）．71-2
67）Ch. プロス、G. アリ編、林功三訳．人間の価値―1918 年から 1945 年までのドイツの医学．東京．風行社．1993
68）マイケル・フランツブラウ．日本医師会による 731 部隊との関わりの否認に関する決議案．世界医師会（WMA）ワシントン総会準会員会議．2002 年 10 月 3 日．西山勝夫再掲．世界医師会総会準会員会議における日本医師会に対する戦争責任の追及について．15 年戦争と日本の医学医療研究会会誌．2004；5(1)：48-59
69）日本医師会．世界医師会 (WMA) ワシントン総会開催される―日医提案文書が WMA 宣言として採択―．日医ニュース．988 号．2002 年 11 月 5 日
70）池田苗夫．満州に於ける流行性出血熱の臨床的研究．新潟大学医学博士学位論文．1959：医博 1657．発表雑誌．新潟医学会雑誌．1960;74 (3)
71）池田苗夫．流行性出血熱の流行学的調査研究．日本伝染病学会雑誌．1967；41(9) ：337-347
72）池田苗夫．流行性出血熱の血清学的研究．日本伝染病学会雑誌．1968；42(4) ：75-77
73）池田苗夫．発疹熱の業室感染例．関東軍防疫給水部研究報告．1943；1（5）
74）吉村寿人．喜寿回顧．吉村先生喜寿記念行事会．1984
75）熊田正春編集．柳絮地に舞ふ－満洲医科大学史．東京．輔仁会満州醫科大學史編集委員会．1978
76）内藤良一．乾燥人血漿について―私のお詫び．日本産科婦人科学会雑誌．1963；15 (11)：1-4
77）片平洌彦．ノーモア薬害－薬害の歴史に学び、その根絶を（改訂版）．東京．桐書房．1997
78）並里まさ子．ハンセン病対策に医師たちはどう係わったか．15 年戦争と日本の医学医療研究会会誌．2006；6(2)：1-5
79）清水昭美．ハンセン病患者強制隔離と治癒についての情報に関する一考察 －市民・看護関係者として－．15 年戦争と日本の医学医療研究会会誌．2006；6(2)：6-10
80）山田勝彦．日本の戦後処理裁判における到達点と課題．15 年戦争と日本の医学医療研究会会誌．2004；4(2)：1-9
81）最高裁判所第 1 小法廷．決定．平成 18 年 (オ) 第 90 号、平成 18 年 (受) 第 105 号．2007 年 5 月 9 日
82）毎日新聞．1981 年 10 月 16 日;35484 号．夕 4 版：1 , 11．3) に複写が掲載されている
83）刈田啓史郎．旧日本軍第 731 部隊「凍傷実験室」および、凍傷実験について．15 年戦争と日本の医学医療研究会会誌．2006；6(2)：13-16
84）莇昭三．15 年戦争中の「医学犯罪」と私たちの今日の課題．15 年戦争と日本の医学医療研究会会誌．2008；8(2)：23-36
85）土屋貴志. 日本軍が行った人体実験はなぜ「悪い」のか・序論 (上)．15 年戦争と日本の医学医療研究会会誌．2001；2(1)：54-64
86）鈴木靜．ノルウェー・ベルゲン市におけるハンセン病医療研究．医療・福祉研究．2008；17：111-117
87）ティル バスチャン著．山本啓一訳．恐ろしい医師たち ナチ時代の医師の犯罪．京都．かもがわ出版．2005
88）莇昭三．15 年戦争と日本の医療．15 年戦争と日本の医学医療研究会会誌．2000；1(1)：1-17
89）Wikler D. The risk of subsequent embarrassment. An American's perspective. On Unite 731's postwar history. 15 年戦争と日本の医学医療研究会会誌．2008；8(2)：11-22
90）西山勝夫. 医学界の戦争責任と戦後処理. 特集「戦争と医学界」. 日本の科学者 2008；43(2)：78-83
91）第 27 回日本医学会総会出展「戦争と医学」展実行委員会・残務委員会．<URL: http://war-medicine-ethics.com/war_and_medicine.htm>
92）第 28 回日本医学会総会ホームページ．<URL: http://www.isoukai2011.jp/>

総　説

＜ひきこもり＞の社会的側面に関する研究
－逸脱現象として分析する視点から－

Study on the social dimension of social withdrawal
—From the viewpoint of deviation phenomenon analysis—

檜垣　昌也
Masaya HIGAKI
聖徳大学短期大学部
Shotoku University Junior College

要　約
本研究が手掛かりとして拠り所とする理論は、ラベリング論である。本稿は、＜ひきこもり＞を＜ひきこもり＞現象として、社会的側面から、逸脱現象の一つとして分析する視角を模索することを目的とする。「暮し」と「健康」を「社会」の文脈で捉えることを主要テーマの一つとする社会医学の領域においても、＜ひきこもり＞に関する論考を行った。

Abstract
This aim of this paper was to seek perspectives from which to analyze social withdrawal phenomenon as one type of social deviation phenomenon. In the field of social medicine, one of the main themes of which is to understand “life” and “health” in the context of society, this paper is a research on social withdrawal.

キーワード：ひきこもり、知識社会学的ラベル概念、利己的尊個主義、自己ラベリング
Keywords : Social withdrawal, concepts in knowledge sociology, egoistic individualism, self-labeling.

1 節　問題の所在

逸脱現象に関する研究（逸脱研究）では、多くの研究者が、これまでに様々な理論と実践を蓄積してきた。その蓄積をふまえ、逸脱研究の新たな理論的視点として宝月誠が示したものに「社会的世界論」がある。この論において宝月が示した逸脱とは、「制度から外れていると社会的に見なされる行為」である[1)]。これまでの逸脱研究において扱われた代表的なテーマ・対象には、犯罪・非行・自殺・売春・薬物乱用・都市問題・差別問題などがある。これらのテーマ・対象には必要条件として他者からのサンクション（＝ここでは「他者からの直接的な非難の態度」）を見出すことができる。しかし、＜ひきこもり＞（注１）は、このサンクションを明確に見出すことが困難であるという点で、特異な逸脱現象といえる。

現代の日本社会は、成熟社会とも言い換えることができる。ここにいう成熟社会とは「経済と人口の成長の低下ないし鈍化を基底に、高齢化、経済のソフト化・サービス化、福祉社会化、高学歴化、学習社会化、個人主義化、生活における余暇や健康志向、国際化、情報化等々といった経済・人口・社会・文化構造の成熟とそれに応じた社会病理状況の拡大がみられている社会で、先進諸国において 20 世紀後半頃から出現した、あるいは 21 世紀の初めにかけて出現が予測される社会」である[2)]。現代の日本社会は、多様性・多元性を前提としている。現代の日本社会を構成する現代人には、そうした多様・多元な社会を構成する多様・多元な集団を、その時々の目的や条件に応じて選択し、そこに所属し続けるために、学歴、緻密な健康管理、経済的資産の高度な運用、様々な場面でのコミュニケーションなど、さまざまな能力が求められている。現代人にはそんな軽やかさを備えた人間像が想定されているが、＜ひきこもり＞の当事者たちは、そうした生き方が叶わず、一般的な社会生活における人間関係の大半から「撤退」している。その結果、「規則執行者」（注２）[3)] によるサンクションの具体的な対象となる機会

も多くはない。しかし、かれらの多くは常にサンクションに晒されているかのような生きづらさを感じており、容易にその状態から脱することができない（注３）。彼らの生きづらさを解明するには、学際的な研究が望まれる。

本研究が手掛かりとして拠り所とする理論は、ラベリング論である。社会の側からのサンクションこそが逸脱者を生み出す（増加させる）という命題をもつ同理論を、この特殊な逸脱現象の説明に用いるのは、それがもつ知識社会学的特徴（本文で後述）の故である。その特徴に着目すれば、ラベリング論は＜ひきこもり＞現象を逸脱現象として分析する手掛かりを提供し得ると思われる。上述した逸脱現象の対象やテーマはこれまでの社会医学研究の領域でも主要なテーマであった（注４）。

本稿は、＜ひきこもり＞を＜ひきこもり＞現象（注４）[4] として、社会的側面から、逸脱現象の一つとして分析する視角を模索することを目的とする。「暮し」と「健康」を「社会」の文脈で捉えることを主要テーマの一つとする社会医学の領域においても、＜ひきこもり＞に関する研究がなされるよう、本稿がその試金石となればと考える。

２節　ラベル概念の検討

(1) ラベリング論の特徴

ベッカーの『アウトサイダーズ』（原題：Outsiders, 1963）をその嚆矢とするラベリング論は、ある行為の逸脱性を、行為それ自体の本質に見出すのではなく、社会がそれを逸脱として認識・規定する過程や、人々が当該行為に対してとる反応の内に見出す。ベッカーは、それまでの理論が逸脱者や逸脱行為に本質的な逸脱性が内在すると前提してきたと批判し（注５）[5]、代わって「逸脱は、行為それ自体に内在する性格ではなくて、その行為をなした人物と、それに反応する人々の間の相互作用の内にある」[6] とする。その相互作用において、「社会集団は、それに違反すれば逸脱とみなされる規則を作りあげ、この規則を特定の人に適用し、彼らにアウトサイダーのラベルを貼り付けることによって、逸脱を生みだしている」[7] と高らかに宣言するのである。

土井（1988）は、ラベリング論が「定義論的命題」と「動機論的命題」の２つのインプリケーション（＝含み、言外の意味）を包含すると述べる。前者は「統制側からの定義によって逸脱が生成される」という事であり、後者は「統制側からの働きかけによってさらなる逸脱が生成される」という事である[8]。

「定義論的命題」は更に、逸脱カテゴリー（注６）の生成とその運用という２つの次元に分解される[9]。阿部田（1979）は、それぞれの次元を「社会対応」と「社会的統制」という概念で言い表し、前者を「逸脱に関する規範化された社会の集合意識」、後者を「逸脱処理の社会的行為」と説明している[10]。逸脱に関する規範化された社会の集合意識は、「特定の行為範疇に対してなされる逸脱としての社会の定義」と、「当該者に対する範疇的に典型化された社会の差別的な表出的態度」の２つを基本的要素とする[11]。そして、定義は一定の態度を随伴するとも述べる[12]。

また、逸脱カテゴリーの運用に当たる「社会的統制」は、逸脱に反応する主体が、逸脱的行為者との「特殊具体的関係において、その関係に規定された処理行為を選択する」[13] という特徴が見られると述べる。これは、「セレクティブ・サンクション」と呼ばれる概念に相当するであろう（注７）。徳岡（1987）もラベリング論の命題を２つ挙げるが、その内の１つがこの「セレクティブ・サンクション」である。

他方の「動機論的命題」は、徳岡が２つ目の命題として挙げる「アイデンティティ形成」に相当する[14]。このプロセスは、「他者によって逸脱者というレッテルを貼られ、他者から逸脱者として処遇されることによって、逸脱的アイデンティティと逸脱的生活スタイルとを確立する」ものである。レマートの「第二次逸脱」（注８）に通じるこの過程を強調した事こそ、ラベリング論そのものの最大の特徴であろう。統制の強化とラベルを貼る側の恣意性こそが逸脱を生み出すとしたラベリング論に、こうした観点が取り入れられたのは、大村と宝月（1979）によれば、これまでの逸脱現象の分析視点が、逸脱行為者本人の主体性（責任）を過度に軽視した事への疑義からであった（注９）[15]。

(2) ラベリング論のもつ知識社会学的視点

ところで土井は、「定義論的命題」にこそラベリング論のオリジナリティがあると述べる[16]。それは、従来の逸脱理論が「『否定的制裁を加えられるのが当然だと思われる行為を人はなぜ敢えて行なうのか」という設問に対する解答として、動機論的命題が提起されているのに対し、ラベリング論は『人はなぜその行為を逸脱的だと見なし否定的制裁を加えるのか』と問題自体を反転させて見せたのが定義論的命題だからである」[17] とする。土井の指摘からも示唆されるとおり、ラベリング論は、社会には逸脱に関する見解の不一致

がある事や、それ故に、特定の逸脱観が社会全体にとっての逸脱観とされていく過程、すなわち、逸脱が定義される過程そのものが問題である事を世に訴えたといえよう。ラベリング論は、社会における価値の多様化・多元化により、それまで強固であった一元的規範の自明性が失われたために注目されたともいえる（注１０）。

土井は、ラベリング論のそうした視点を知識社会学的な視点 ――認知活動・知識のあり方そのものを問題化する視点―― として捉え直し、逸脱カテゴリーとは「知識類型の一つであり、その生成は知識生産活動の一環」[18] であり、「問題行為の理解に有効な認知的な意味と、その価値判断に有効な規範的な意味（マイナスのそれ）とを提供する行為類型のことである」[19] と述べる。そして、「規範的な知識が成立するための前提である認知的な知識の獲得をめぐる私たちの活動を分析の対象としてすえること」を提唱する[20]。

以上見てきたラベリング論の命題・概念をまとめると、表１の通りとなる。

表 1: ラベリング論の特徴・命題

1. 定義的命題
  a. 逸脱カテゴリーの生成［←社会の多元化・多様化］
    社会対応 ― 知識社会学的視点
  b. 逸脱カテゴリーの運用［← 具体的関係性］
    社会的統制 ― セレクティブ・サンクション

2. 動機的命題 ― アイデンティティ形成
  ［→ 二次的逸脱］

表１： ラベリング論の特徴・命題

土井の挙げた２つのインプリケーションから派生した３つの様相、「1 - a：逸脱カテゴリーの生成」、「1b：逸脱カテゴリーの運用」、「2：動機的命題」はそれぞれ、「社会対応／知識社会学的視点」、「社会的統制／セレクティブ・サンクション」、「アイデンティティ形成」という概念・研究が対応している。ところで、阿部田が「社会対応」を、「定義」と「態度」を要素とする概念として規定した事は、前項で述べた。ここで重要なのは、土井の知識社会学的視点が、阿部田の「社会対応」概念に相当するものかどうか、という事である。

土井は、逸脱「定義」の問題は「認知的レベル」と「規範的レベル」とにおいて生じるとする。前者における問題は、「理解できない行為によって生起した認知的な意味秩序に対する問題状況」であり、後者における問題は、「価値判断が下せない行為によって生起した規範的な意味秩序に対する問題状況」だとする。行なわれる行為が「意味の自明な行為」である限り、それがどのような逸脱行為であっても、双方のレベルにおける問題状況は生じない[21]。いずれにせよ土井の視点にとっては、当該行為の意味の自明性が重要であるとされている。すなわち、土井の知識社会学的視点は、「社会対応」の逸脱「定義」の問題のみを視野に収めているのである（表 2）。

表 2: ラベリング論の特徴・命題（改）

1. 定義的命題
  a. 逸脱カテゴリーの生成［←社会の多元化・多様化］
    社会対応（定義） ― 知識社会学的視点
      （認知的レベル、規範的レベル）
    社会対応（態度）
  b. 逸脱カテゴリーの運用［←具体的関係性］
    社会的統制 ― セレクティブ・サンクション

2. 動機的命題 ― アイデンティティ形成
  ［→ 二次的逸脱］

表２： ラベリング論の特徴・命題（改）

無論、阿部田が「定義」は一定の「態度」を随伴すると述べるように、土井の視点にも当然「態度」が含まれていると見なす事もできる。しかし、どのような行為であるかを問う「認知レベル」の意味秩序と、それがどのような価値をもつかの判断基準となる「規範レベル」の意味秩序とを問う土井の視点には、それがどのような「範疇的に典型化された社会の差別的な表出的態度」[22] を結果し得るのかを問う、いわば態度レベルでの反作用の知識在庫（注１１）を（直接的には）視野に収めてはいないのである。

(3) 知識社会学的ラベル概念

表２の「社会対応（態度）」に対応する概念は何か。それは、態度についての反作用の知識在庫を含むものとなろう。そして、ラベリング論がもつ知識社会学的インプリケーションは、定義（認知的レベル）、定義（規範的レベル）、態度（反応）の３つを包括したものとなる。

ところでラベリング論は、逸脱の定義が決定され、それが運用・執行され、その結果、ラベルを適用された人々が逸脱者としてのアイデンティティを形成し、そのように振舞うに至るまでの一連の過程を扱う。そこでは、統制側の意図や選択的執行、逸脱ラベルが

付与された人物への社会的な否定的扱いこそが逸脱を生み出すとされ、理論の名に冠された「ラベル」については特に重要な役割は与えられていない。しいて言えば、「犯罪者（ハンザイシャ）」という名称そのものと、「違法行為を行なった者」という意味（定義）とから成り立つもの、と想定し得る程度であろう。しかし、上記の検討を加味すれば、ラベルはこのような名称、意味に加え、社会的反応に関する知識をも含み成り立つと想定できる。

ラベルの意味は、それが公的ないし学術的に策定されるとすれば、より中立な語彙が選ばれ、より包括性の高い抽象的な内容となる可能性が高い。しかし、その多様な実態がメディアなどを通じて紹介されるにつれて、意味の側は、より抽象度を高める可能性もあるが、より具体化し、多様化する可能性がある。また、社会的反応に関する知識は、社会の多様性・多元性が反映され、社会的反応自体が多様化すると、社会的反応についての知識も多様化する可能性があるだろう。その中には、否定的なものと好意的なものといった、相反するものが含まれる可能性もあれば、中立的なもの、無関心なものまで、様々に含まれる可能性もある。

そうした知識は、時間の流れ（時代性）により公的なもの、主要なものの変遷はあれ、かつてどのような名称や意味が主流を占め、人によってどのような反応をとり得るかかが知識として蓄積される。その結果、知識在庫は多様なものとなる。かつては差別的な名称、意味と反応のセットから成ったラベルが、現在ではむしろ肯定的な名称と意味をもち、好意的な反応を喚起する場合がある。とはいえ、かつての意味や反応についての知識は、現在も人々に記憶されている。そうした知識の多様性こそが、我々に、あるラベルを付与された人を前にして、差別的に処遇する事も可能にするし、反対に差別的にならぬよう気を遣った処遇をする事も可能にする。また、そのラベルを付与され得る人が、自分に好意的に反応してくれる相手もいれば、差別的に反応する相手もいる事を知っているがゆえに、自らラベルを提示する際に、相手の反応を先読みして留保を付けつつ開示する事や、開示しない事を可能とするのである。

本研究では、ラベルをこのような知識在庫の多層な集積体として捉える。そう捉えれば、人は具体的なサンクションに晒される前に、その可能性を予測する事ができ、具体的なサンクションに晒される前に、想像の中でサンクションを受ける可能性もある事が示唆される。

3節　均質化する日本社会と＜ひきこもり＞現象

(1) 規範としての汎用コミュニケーション能力

＜ひきこもり＞現象をラベリング論で分析する視点を提供するより先に、現代日本社会で密かに進展する事態について考察しておこう。1節でも述べたように、現代社会の多様化・多元化を背景に、ラベリング論は登場した。現在、逸脱研究の中でラベリング論は、衰退したが（注１２）現代社会の多様化・多元化の傾向は衰えるどころか加速しているかに見える。

しかし同時に、日本社会では人間関係（インフォーマルな態度・作法）の均質化が進行しているといえる。それはあたかも、資本や商品が多様化すればするほど、貨幣の交換価値が高まり、市場の隅々へと流通していくように、社会の多様化・多元化が進展すればするほど、「どこでも通用する共通の価値」が社会の隅々へ浸透していくことを意味する。ある者は、「どこでも通用する共通の価値」を獲得できず、選択した結果のひとつとして＜ひきこもり＞となる。この流れを明らかにする上で手掛かりとなるのが、近年若者の間で使われ始め、メディアを通じて急速に広まった「KY」という言葉である。

「K（空気が）Y（読めない）」の略語であるとされるその言葉は、従来からある「阿吽の呼吸」「ツーと言えばカー」など、こちらの意思や意図がすぐ相手に伝わる事を良とする価値観を言い表したものとは意味が異なり、こちらの意思や意図に反する言動をとる者への非難といった意味を含む。できる者を褒めるのではなく、できない者を非難するこの言葉の裏には、「そうできて当たり前」という意識が背後にあり、それ故に恐るべき強制力をもつ。しかも、「空気」とは、その場に集う人々のコミュニケーション能力や興味関心のみならず、その時々に移り変わる話題にも依存する。「KY」ラベルを貼られまいとするには、相当汎用性の高いコミュニケーション能力が要求される。

「KY」とは即ち、「規範としての汎用コミュニケーション能力」の欠如ないし不足を意味している。そして、多様化・多元化する社会において、特に若者の間では、この能力を備える事が共通の規範として浸透しているといえるように著者には思える。否、むしろ、多様化・多元化しているからこそ、異なる集団間、異なる文化間に共通して通用するコミュニケーション能力が求められるのであろう。今後ますます社会の多様化・多元化が進展するとすれば、それにつれてますますこの規範が浸透し、社会は均質化していくと予想される。そして均質化の結果、他にどのような特性を備

えていようとも、汎用コミュニケーション能力を備えていない人は、どの場所においても居づらさを感じる可能性が高まるのである。なぜならば、個人の意識レベルでの思考として「KY」的ラベルを貼られた経験が知識在庫として蓄積され、その知識があらゆる場で失敗経験として先取りされる可能性があるからである。

(2) 利己主義的尊個主義

人気男性グループが歌う「世界に一つだけの花」という歌が流行したのは、2003 年初頭の事であった（注１３）。かけがえのない個性の大切さを伝えるこの歌は、聞く者の心を打つ。しかし同時に、この歌の流行を境にして、個性の唯一性やその貴重性が過度に言い立てられ始めたとも、筆者は感じている。その一例として＜ひきこもり＞当事者としての勝山実氏が斎藤環氏との対談の中で語ったことを挙げてみたい。

ひきこもりの場合、多くは人に必要とされたいと思っているんです。ひきこもりから社会復帰のボランティアになる人って、結構いるんですよね。最近ではヘルパーになって介護の仕事をする人も出てきた。両方とも人に必要とされているってことが分かりやすい仕事なんですよ [23]。

また、この対談の中で勝山氏は定職に就こうと郵便配達の仕事に従事したこともあるが「誰でもいい。代わりがきくんです。自分が必要とされてないわけですから、実に働き甲斐がない」として諦めたこと（首になったこと）も語っている。

このような意識は、＜ひきこもり＞当事者・経験者に限らず、多くの人間が思い巡らすことではないだろうか。９０年代の就職雑誌のキャッチコピーにもなった「ヤリガイ（やりがい）」も、勝山氏がいう働き甲斐のことを指す言葉であった。

個性の唯一性やその貴重性を大切に思うことは決して悪い事ではない。この歌が流行し、人々の心を打ったということは、それだけ個性的な自己実現が達成できない人々が多くいるのだという可能性を伝える。今の自己の置かれた現実に「これでいいのだ」「こんなもんさ」という知識在庫を増やした可能性もある。しかし問題に思われるのは、この思考がもつ逆機能的側面（「人は誰しも花を咲かせる事ができる」、「個性的な花を咲かせなければならない」というメッセージとして人々を駆り立てる可能性）に思いを廻らせた時である。

この考えは、満足のいく個性的な自己実現が達成できない人々に挫折感を感じさせる。人は誰しも花を咲かせられる（成功できる）はずなのに、花が咲かないのは何故だろう、自分はダメな人間なのだろうか、と思い悩む。仮に、傍から見て十分成功の内に思われるとしても、当人が成功ではないと思った途端、全ての努力と成果は水泡に帰す。しかもこの挫折感は、単なる失敗による挫折感の比ではない。何せ人として誰でもが可能なはずの事ができないのだ。場合によっては自らに「人間失格」のラベルを適用する可能性をはらむ挫折ともいえる。

また、そうしたメッセージは、他人への同調と追随を良しとしない。これが、その以前から広く日本社会に浸透していた「勝手主義的個人主義」と結びつくと、ある化学反応が生じる。ここで言う「勝手主義的個人主義」とは、「オレの勝手」、「迷惑をかけなければ文句を言われる筋合いはない」という、公共意識の矮小化である。無論、本当に迷惑をかけなければ問題はないのだが、「迷惑をかけない」＝「相手の同意なく物理的な損害を与えない」と読み替えられる教育場面（親の発言、子どもたちの発言）に筆者はしばしば遭遇する。そこには、相手が嫌な気分になっても物理的な損害がなければ構わないし、物理的に損害があっても相手の同意を（脅してでも）取り付けてしまえば構わないという意識も見え隠れする場面にも筆者はしばしば遭遇する（万引き発覚やいじめ発覚場面での当事者や親の意識など）。

では、２つの「個への意識」――個性の尊重と勝手主義的個人主義―― の結び付きは、どのような“化学反応”の結果をもたらしたのであろうか。それは、「利己主義的尊個主義」ともいうべき考えである。個性は尊重されねばならない、従って「私」個人も尊重されねばならない、私と相手とが異なる主張をした場合（いじめか否かの見解の相違場面や万引き等軽微な犯罪に対する経済的損失と善悪（道徳）の対立場面など）は、私も尊重されるべきであるから譲らなくてもよい、という論法を経て、相手を受け入れない事が正当化される。

２つの「個への意識」が優位になると、尊重されねばならぬはずの「私」が集団において尊重されない立場におかれた場合、やはりその挫折感は単なる失敗による挫折の比ではない。周囲の見立てでは特にないがしろにされた訳ではない場合でも、当人が自らに「負け犬」のラベルを付与し、自らを苦しめる可能性が、ここでも示唆されるのである。そうしたラベルを周囲から／自ら付与された人が、当該集団から撤退する可能性は高まるであろう。現代社会はそれが起き得る社会である。しかし、参加を試みた全ての集団から撤退

せざるを得ない状況に追い込まれた時、人は誰しも＜ひきこもり＞当事者となる可能性がある。

(3) 自己ラベリングと想像のサンクション

ここまで見てきたように、日本社会は一方で多様化･多元化を促進し、他方で、「汎用コミュニケーション能力」の規範化と、「利己主義的尊個主義」の浸透という２つの点での均質化を進展させてきたといえる。こうした社会においては、自らの特有の価値を、社会の均質な部分を通じて全体社会に浸透させようという意図と、均質な部分を遮断して残余の価値から守ろうとする意図とが個人の中で交錯するであろうと考えられる。

前者に対しては、従来のラベリング論のインプリケーションが有力な視点となり、それぞれの主流となる定義やその執行をめぐる過程の分析が可能である。後者に対しては、むしろ対抗的な定義や、その運用に対する視点が分析の対象となる。例えば、社会の大勢を占め得る価値に対して、相互不干渉を主張するか、もしくは対抗的なラベル付与を行なう事で自らの価値を守ろうとする動きの分析などが挙げられる。

前節で見たように、知識社会学的ラベル概念には、歴史的に蓄積された定義、執行ないし運用についての知識在庫が全て含まれる。ラベルを付与される者にとっては、相手に否定的な反応を喚起させるのかどうかが重要である。ラベルを付与される者は､サンクションを具体的に受ける前に、あらゆる反応の可能性を前もって先読みし、それを回避したり緩和したりする事が可能である。

しかし、それは同時に、サンクションを受ける可能性のある否定的なラベルが自分に付与される可能性がある事を、自ら認めている事に他ならない（「自己ラベリング」）。仮に他人から受けるサンクションを回避できたとしても、自らを低い価値に位置付ける内面的操作を行ない、想定できる反応の中で、否定的なものを選択して「想像のサンクション」を自らに課す事で、自身のアイデンティティを否定的なものとしてしまう可能性がある。そのようなプロセスには、具体的な他者は必要ではない。必要なのは､他人が自分（の行為）に下すであろう定義についての知識と、そうした定義に他人が示すであろう反応についての知識なのである。

＜ひきこもり＞当事者は、家族などごくわずかな相手から受ける場合を除き、他者から具体的サンクションを受ける機会を免除されている。無論、家族は当事者にとって重要な他者であり、＜ひきこもり＞当事者は、他人から受ける以上に家族から深刻なサンクションを受ける可能性は否定できない。だが､筆者の関わっている当事者には、他者から＜ひきこもり＞ラベルを付与されているケースよりも、自らそのラベルを引き受けているケースの方が多いのである（注１４）。かれらの苦痛は､少なくとも部分的に､「自己ラベリング」のプロセスを通してもたらされているといえる。

4 節　結論

本稿では、ラベリング論の知識社会学的視点に着目し、ラベリング論の重要な要素であるラベルの概念を整理してきた。すなわち、ラベルとは、名称、意味、社会的反応といった３つの知識を含み成り立っている。

現代社会はある名称に対する、意味や社会的反応の多様化・多元化が進んでいると筆者は考える。そうであればこそ、多様化・多元化を横断して通用する意味や社会的反応が求められるという、均質化も同時に進んでいると筆者は考えた。多様化・多元化する名称・意味・社会的反応の３つの知識に通用する規範として、汎用コミュニケーション能力を持つことが現代社会では要請されるようになってきたといえる。それと同時に、筆者は、利己主義的尊個主義が、現代社会のさまざまな場面で共有される価値として浸透するようになってきているとも考える。

以上の考察が妥当ならば、逸脱研究で必要条件とされる他者からのサンクションを見出すことができなくとも、自分自身のもつこれまでの知識の蓄積から、自らに＜ひきこもり＞というラベルを付与し、想像のサンクションを自ら課し、自己のアイデンティティを悪化させるというプロセス（「自己ラベリング」）を行う過程の分析が成り立つ。

この分析視点が示すことは、＜ひきこもり＞が個人の内面的な問題（個人病理）のみで引き起こされるという社会的イメージの形成に一定の留保を与える。筆者の関わる、多くの＜ひきこもり＞当事者・家族は、＜ひきこもり＞が個人の内面的要因に強く起因したものだという社会的イメージ、「心が弱い」「怠惰」「神経過敏」といった社会的イメージを引き受け自己と葛藤し､生きづらさを感じ「暮らし」ていることを訴える。彼らの日々の生活の生きづらさを緩和する方法の模索と提示は、より多くの社会生活上の諸課題をテーマとする学問領域においてなされるべきである。その意味で、本稿で考察した諸課題、分析方法について、学際的な意味においても社会医学研究に寄与できることを願っている。

【注】

1）本稿で，ひきこもりという言葉に＜　＞を付けて＜ひきこもり＞という表記にする意図を述べておきたい。最新の広辞苑にも用語として登場したこの言葉は、社会的には一般化されたという見方もある。しかし、筆者がさまざまな場において、また様々な人々と＜ひきこもり＞を話題にするなかで、一定のイメージは共有できるようになったが、その内実については未だ、精緻化された知見が得られていないという現状がある。厚労省研究班および斎藤環による調査上・臨床上の便宜的な定義は存在するが、社会生活上、われわれが想起し、会話上に登場する＜ひきこもり＞は、この定義の枠を容易に超えるという現状がある。筆者は、定義をふまえた言葉そのものだけに注目するのではなく，その言葉がある意味を持つということを念頭に入れ、引用以外で筆者が使用する＜ひきこもり＞には＜　＞を付けて表記していることをことわっておきたい。また、本稿では＜ひきこもり＞という状態像そのものに関心を向けるものではない。＜ひきこもり＞という状態像に対する、社会（世間的意味）の反作用に注目する意味で、＜ひきこもり＞現象について関心をむけるものである。

2）ベッカーによれば、「改革運動のもっともめざましい成果は、新しい規則群の創設であり、新規則の執務に規則執行者が設置される」という（警察の禁酒法部門や連邦麻薬局などが例）。そして「規則執行者の設置にともない改革運動は制度化される」という。新しい規則を設けることの道徳的必要性を世間に告知するための運動として出発したものが、最終的にはその規則の執行に専念する組織にまで発展する」流れは、現代日本社会の警察組織においても様々な部門設置（サイバー犯罪、セクハラ等）の流れにみることができる。＜ひきこもり＞に関しては、1980 年代から様々な言説者（教育者、精神科医等）により、治療的言説が発信され、＜ひきこもり＞か否か、彼らを放置するか否かといった判定（規則執行）は彼らが担ってきた。

3）井出草平は、＜ひきこもり＞を生きづらさの１つの形として捉えている[24]。また、筆者が主宰する「八千代＜ひきこもり＞と共に生きる会」では「生きづらさ」を考えるワークショップを定期的に開催しているが、生きづらさがテーマとなる過程においては、多くの当事者・経験者の語りによるものが大きい。

4）逢坂らの報告からは、社会医学研究のこれまでの歩みや「大阪ホームレス健康問題研究会」発足の過程には、現在、本学会が主要な対象としているホームレス問題への取り組みが述べられている。ここからみえてくることは、本学会の主要なテーマとして「暮し」があり、「社会の健康」に対する学術的取り組みがその目的の一つであることである。特異な逸脱現象である＜ひきこもり＞を、社会医学研究者による検討を経て、より発展的な視点を提示するためのきっかけとすることも本稿の目的の一つとなる。

5）吉岡は、そうしたベッカーの批判が当てはまるのは「極く一部の犯罪学説だけであろう」と述べている[25]。

6）土井はキツセによる逸脱定義の整理を敷衍し、次のように定式化している。

逸脱とは、

①社会成員がある行為類型を逸脱的であると定義し、・・・・・

（逸脱カテゴリーの規定）

②そのように振る舞う人間を逸脱者であると解釈し、・・・・・

（逸脱カテゴリーの適用）

③そのような逸脱者にふさわしい待遇を彼に与える、・・・・・

（逸脱者に対する反作用）

過程として理解することができる。

7）セレクティブ・サンクションはラベリング論の主要な主張の一つであり、「規則は適正かつ公正に適用されているのか」という問いである。つまり「誰が何をしたのかではなく、誰がしたのかによって人々の反応が異なる」という可能性を指摘したものであり、多くの論者がこの問いに批判・検討を加えている。

8）レマートは誰もが犯しうる、軽微な逸脱行動を「第一次逸脱」、逸脱者ラベルを貼られ、そのラベルに沿い、確信犯的に遂行するより深化した逸脱行動を「第二次逸脱」と区別した[26]。

9）大村と宝月（1979）は、統制の強化により逸脱が生み出される（増加する）とする特徴を以って、ラベリング論が「プラス統制」グループに属すると見なす。それは、統制の緩みにより逸脱が生み出されるとする「マイナス統制」グループや、統制側よりむしろ逸脱主体側の動機形成に寄与する社会的因子に着目するグループと対比されている[27]。

10）徳岡（1987）は、「ラベリング論的アプローチが

六〇年代以降に急速に流布したのは、その命題の実証によってではなく、その主張が〔中略〕六〇年代から七〇年代にかけての社会不信、制度不信、人間不信を最も的確に反映したイデオロギーだったからである」[28] と述べる。そうした不信感が社会に流通したのは、社会の価値・利益が多様化・多元化した為であると言えよう。

11）シュッツ（Alfred Schutz）による用語で「知識のストック（stocks of knowledge)」ともいう。その多くは歴史的・社会的に伝達されてきたものであるが、われわれが日常生活の中で、自らの現在のみならず、過去から未来までを理解するときにその思考の手段とする蓄積された知識のことをいう。

12）ラベリング論の主要な主張は構築主義に受け継がれ、ラベリング論を冠した分析手法や研究は急速に減少した。

13）筆者の印象では、当時の日本社会は閉塞感を抱えてもがき苦しんでいた。政界では時の小泉総理が「構造改革」を旗印に変革を訴え、経済界では大手都市銀行が相次いで統合・合併を繰り返していた。また、国際的には、2002 年に北朝鮮政府が初めて日本人拉致問題を認めた事で、個人の幸福な生活や未来がいとも簡単に奪われた事実に、日本中が悲しみと憤りを共有していたように思われる。他方、野球やサッカーの海外プロリーグでの日本人選手の成功や、博士号をもたない会社員のノーベル化学賞受賞などの出来事は、制度や組織の力によってではなく、個人の努力による成功が称揚される際の好例とされた。

14）こうした事は、当事者と親を含む支援グループへの相談においても見られる。示せる数値はないが、親は「＜ひきこもり＞的な…」、「まるで＜ひきこもり＞のような…」、「このまま＜ひきこもり＞になったら…」といった婉曲表現を用いて、現状の我が子が＜ひきこもり＞ではない事を述べるケースが多く、むしろ当事者の方が、自らをストレートに＜ひきこもり＞と表現するケースが多いと感じている。

文　献

1）宝月誠『逸脱とコントロールの社会学』2004 有斐閣アルマ :34

2）米川茂信「成熟社会の概念と病理認識の枠組み」米川茂信・矢島正見『成熟社会の病理学』2001 学文社：4

3）Becker, H. S., Outsiders: Studies in the Sociology of Deviance, 1963, Free Press.
（村上直之 訳　1978『アウトサイダーズ ――ラベリング理論とはなにか』 新泉社：224-233）

4）逢坂隆子、他「大阪におけるホームレスへの健康支援－社会医学を学ぶ者たちの実践的研究－」『社会医学研究 25』2007　日本社会医学会: 15-28

5）Becker, H. S., 前掲（訳書：3）

6）Becker, H. S., 前掲（訳書：14）

7）Becker, H. S., 前掲（訳書： 9）

8）土井 隆義「ラベリング論と知識社会学 ―逸脱行動の知識社会学的理解の試み――」,『年報人間科学 第九号』1988 大阪大学人間科学部：30

9）土井　前掲書：32

10）阿部田 陽子「ラベリング・アプローチにおける社会的反応の二元的構造 ――社会対応と社会的統制の分析――」,『犯罪社会学研究 第 4 号』, 1979, 日本犯罪社会学会：174

11）阿部田　前掲書：174

12）阿部田　前掲書：175

13）阿部田　前掲書：175

14）徳岡 秀雄『現代社会学叢書　社会病理の分析視角　ラベリング論･再考』1987 東京大学出版会: 35

15）大村 英昭・宝月 誠『逸脱の社会学　烙印の構図とアノミー』1979 新曜社：8-9

16）土井　前掲書：31

17）土井　前掲書：31

18）土井　前掲書：38

19）土井　前掲書：43

20）土井　前掲書：37

21）土井　前掲書：40-41

22）阿部田　前掲書：174

23）勝山実 『ひきこもりカレンダー』 2001　文春ネスコ：185

24）井出草平『ひきこもりの社会学』世界思想社 2007：205

25）吉岡 一男『ラベリング論の諸相と犯罪学の課題』1991 成文堂：31

26）Lemert, E. M., 1951 Social Pathology, McGraw-Hill pp22 － 23

27）大村・宝月 前掲書： 1 -13

28）徳岡　前掲書：50

総　説

てんかん事例における医療ソーシャルワークの今日的課題

Current problems in medical social work for epilepsy patients

眞砂　照美
Terumi MASAGO

広島国際大学
Hiroshima International University

「ソーシャルワーク専門職は、人間の福利の増進を目指して、社会の変革を進め、人間関係における問題解決を図り、人々のエンパワメントと解放を促していく。ソーシャルワークは、人間の行動と社会システムに関する理論を利用して、人びとがその環境と相互に影響し合う接点に介入する。人権と社会正義の原理は、ソーシャルワークの拠り所とする基盤である。」(国際ソーシャルワーカー協会 (IFSW)、2000)

日本におけるてんかん運動の黎明期は 1970 年代のてんかん患者会の結成の時期と考えられる。当時からてんかんケアにおけるソーシャルワーカーの役割が期待されていた。

また、近年の日本てんかん協会のアンケート調査結果でもソーシャルワーカーの必要性が報告されている。しかしながら、てんかんをもつ人を取り巻く今日の状況は、トリートメントラグ (発症から治療を開始する時期のずれ) やセカンドオピニオンなどの医療に関する問題と社会参加、自立支援、就労支援といった社会的課題が複合している。ソーシャルワーカーはこれらの課題への対応が問われていくと考えられる。本研究は、黎明期及び近年のてんかん研究の結果をもとに、上記のソーシャルワークの定義と照らし合わせながら、てんかん事例における医療ソーシャルワークの今日的課題について整理した。

Abstract

"The social work profession promotes social change, problem solving in human relationships and the empowerment and liberation of people to enhance well-being. Utilizing theories of human behaviors and social systems, social work intervenes at the points where people interact with their environments. Principles of human rights and social justice are fundamental to social work" (International Federation of Social Workers (IFSW), 2000).

In Japan, the dawn of the epilepsy movement was the formation of an epilepsy patient group in the 1970s. Since then, participation by social workers in epilepsy care has come to be expected.

The results of a recent survey conducted by the Japanese Epilepsy Association also reported the necessity of social workers. However, the situation regarding today's epilepsy patients are complicated by such medical and social problems as treatment lag (the speed with which the diagnosis is made and treatment is started after the onset of spasms), second opinions, social participation, self-reliance support, and employment support. Social workers need to deal with these problems. In the present study, the results of early and modern epilepsy studies were analyzed in relation to the above-mentioned definition of social work, in order to identify and organize current problems with medical social work for epilepsy patients.

キーワード：　てんかん運動　社会参加　医療ソーシャルワーカー　エンパワメント
Key word : epilepsy movement, social participation, medical social worker, empowerment

1　はじめに

日本のてんかんの唯一の当事者団体である日本てんかん協会 (以下協会) は、1973 年に二つの病院の待合室で誕生した「小児てんかんの子どもをもつ親の会」と「てんかんの患者を守る会」を 1976 年に統合し設立された。日本のてんかん運動の黎明期は、1970 年代と捉えることができる。医師等の専門職と患者が中心となって活動したこの時代は、欧州のてんかんセンターをモデルに社会的ケア (包括ケア) を目指して活動した。社会的ケアでは医療ソーシャルワーカー (以下ソーシャルワーカー全体を指す場合を除いて MSW とする) の役割も期待されていた。

近年協会が行った調査報告書の冒頭で八木 (2008)[1] は、「日本にあるてんかんのある人たちが社会資源を有効に、かつ有機的に使うためには、せめて各県に一人、てんかんのある人を理解し、適切に相談に乗り、対応してくれる専門的なソーシャルワーカーがいて、各県にある協会支部と緊密な連携をもっていける対応ができること」を期待している。

協会は 47 都道府県すべてに支部をもち、てんかんをもつ人の福祉や生活の質の向上を目指して組織された団体である。参加する医師等専門職の支援の力も大きい [2]。

さて、運動の始まりから 35 年を経た今日のてんかんをとりまく状況は、障害者自立支援法への制度改変や精神障害者の雇用率算定などの様々な変化を迎えている。しかし、十数年てんかん相談を行ってきた筆者は、てんかんをとりまく課題には、35 年前と同様の問題と新たに出現した問題が混在していると推測する。そこで、黎明期の MSW の役割を文献で整理し、近年の内外のてんかん研究の成果をもとに、今日の医療ソーシャルワークの課題について整理することが必要である。その際、2000 年に国際ソーシャルワーカー連盟 (以下 IFSW) が提唱し、日本のソーシャルワーカー各団体が採用しているソーシャルワークの定義を参考に整理する。

2　てんかんの概要 [3] と医療ソーシャルワークの関係

WHO のホームページ [4] には、「てんかんとは繰り返される発作を伴う慢性の疾患であって、数秒意識が途絶えたり、けいれんする発作から重症の意識消失の発作までさまざまなものがある。脳ニューロンから発射される過度の刺激により発作は突然起こるが、通常は短く、ほとんどの発作は抗てんかん薬でコントロールが可能である」と記載されている。

てんかんの発症率は、世界的に人口比 1 %とするのが一般的な見解である。これによると、日本の推定患者数は 100 万人とする記述が多い [5]。

てんかんは原因のあきらかな症候性てんかんと、原因を特定できない特発性てんかん等に分けられ、さらに脳波異常が脳の一部にある局所関連性と脳の全体に広がる全般性とに分類される。発作型も部分 (焦点、局所) 発作と全般発作とに大別される。部分発作には意識の保たれる発作と保たれない発作、全般性に移行する発作等があり、全般発作は意識が保たれない。発作の症状は様々である。てんかんの多くは小児期に発症すると考えられているが、最近は脳血管性の疾患等により高齢者のてんかん [6] が増加していることがあきらかになっている。てんかんは誰もが生涯のどこかで体験する可能性がある疾患 [7] である。

てんかんの受診科は小児科、内科、脳外科、神経内科、精神科、神経科と多科にわたっている [8]。筆者 (2006)[9] はてんかんをもつ人の状況から 8 つのタイプに分類した。これにその人の個別性、社会的状況を考慮すると一人一人の状況はまったく異なったものになる。発作があっても通常の社会生活を送っている人もいれば、てんかんの他に重度の障害を併せ持つ人もいる。他の疾患と違い、てんかんという同じ病名であっても一様に捉えられないところに特異性がある。てんかん発作のみの人では福祉制度や施設利用をしていないか、制度の対象外という場合も多い。てんかんをもつ人の唯一の接点が受診する医療機関であり、筆者がてんかん相談で MSW の役割を強調するのはこのためである。

3　日本のてんかんをとりまく黎明期の状況とソーシャルワークの役割

ここでは、1977 年に「てんかん患者を守る会」の機関誌 (1973 年 9 月号～ 1976 年 8 月号、以下会報) の合本として発行された『てんかんに悩むひとびと』を中心に、当時のてんかん運動の状況についてまとめ、ソーシャルワークに期待されていた役割について整理する。また、この時期の海外の MSW によるてんかんに関する論文も併せて参照する。

和田 (1973)[10] は、ベルギーのてんかんセンターについて、各医と MSW 等からなる混成チームをもつ最新のセンター構想であり、てんかん者の福祉のために必要なすべてを実践する社会活動の場であると紹介する。現在の国際てんかん協会 (以下 IBE)[11] の前身は 1900

年代のアメリカの「守る会」である。この時期はアメリカにソーシャルワークが誕生した時期であり、マサチューセッツ総合病院のキャボット医師が MSW を最初に配置した 1905 年に符合する。国際的なてんかん運動とソーシャルワークの歴史の一致点も興味深い。

1974 年 11 月会報[12]には、1969 年の英国厚生省中央保障審議会等の通称レイド報告「てんかんをもつ人びと」の邦訳 (抄訳) が掲載されている。この報告はてんかん患者の医療、福祉などてんかんセンター構想も含めた壮大な内容である。

1974 年 12 月、IBE の代表らが来日し、てんかんについての初の市民講座が開催されている[13]。講演で IBE のバートン事務局長は、英国の例を挙げ、患者や親へてんかん治療について教えることを目的として、25 年前に英国てんかん協会設立されたこと、ソーシャルワーカーが第一線に立ち電話や面接で年間に 3 ～ 4 千件の相談を受け、てんかんの人が社会から排除されている実態が明らかになったこと、当事者の要望は施設や特別の場所でなく、普通の社会の中で一緒に暮らしたり働いたりすることであり、施設設置から地域福祉への活動方針の転換を行ったこと、英国労働省には就職困難な障害者の登録制度があったこと、家庭崩壊の問題の相談が多く医師や MSW が対応していたことなどを話した。

1975 年 12 月会報[14]では、てんかんに対する偏見を助長するような学術書の出版予定を知り、出版見合わせへ働きかけたことが報告されている。この件について秋元は、「偏見を除去するためには、偏見を助長するような、出版物、とくに影響力の強い教科書や医学書、その他放送などのマスメディアに警告を与えることが必要である」とした上で、もっと積極的にてんかんの正しい知識、認識を普及するための広報活動を関係者が強力に行うことが大切であるとしている。この記事は 1993 年の角川教科書問題を想起させた。一般に作家の断筆問題と捉えられていると思われるが、一人の作家をターゲットにしたのではなく、てんかんへの誤った認識が生じるおそれがある文章を公教育の教科書に載せて偏見や差別を助長させることへの怒りに満ちた協会の当然の抗議行動であったと筆者は理解している。ソーシャルアクションはいつの時代もソーシャルワーカーが活用すべき技術の一つである。

1976 年 8 月会報[15]には、守る会の発展的展開を願い、「てんかんという一般的名称が持つ社会的位置については、決して医学や医療の次元においては解明できない歴史的社会的要因が本質的であり、その意味においては医学的・医療的知識が社会を啓発しうるものは、ある程度限定された領域に限られるということになり」とあり、てんかんをもつ人の苦悩を解消し、てんかんへの偏見や差別と闘うためには、協会が今一度医療や行政、会員の問題意識を分析して、その理論を構築して行くべきであるとしている。

同時期にアメリカの MSW の Smith(1978)[16] は、子どもがてんかんと診断された親同士が「うちの家系にてんかんはいない」と互いを責め合い、あるいは困惑し、友人や親戚の反応を心配し合う事例をあげている。てんかんに伴うスティグマやてんかんは精神障害や知的障害になるという間違った認識があったことを指摘する。自分の子どもがてんかんであると分かった時、てんかんについて再考し、自分の気持ちに折り合いをつける必要があり、MSW はこの時こそ親の心情を理解し支援していくべきであると述べる。

てんかん運動の黎明期は日本のてんかん基幹医療への熱望期から確立期への移行の時期でもあった。IBE や ILAE からゲストを招き、欧米を視察し、てんかんケアの先進国の実際に学んだことが現在の協会の運動の礎となったことが分かる。また、医療の問題に固執せず、てんかんをとりまく社会状況を変革していく活動でもあった。てんかん黎明期の MSW への期待は、包括ケアの一員としての相談援助とともに、キャボット医師が提唱した社会変革を指向した役割もあったと考えられる。

4　今日の医療ソーシャルワークの課題について

IFSW は、2000 年のモントリオールの総会で、ソーシャルワークの定義を採択した[17]。「ソーシャルワーク専門職は、人間の福利の増進を目指して、社会の変革を進め、人間関係における問題解決を図り、人々のエンパワメントと解放を促していく。ソーシャルワークは、人間の行動と社会システムに関する理論を利用して、人びとがその環境と相互に影響し合う接点に介入する。人権と社会正義の原理は、ソーシャルワークの拠り所とする基盤である。」

この定義では、従来の個人変革を目指して社会を変化させるソーシャルワークを最初から社会の変革を目指すことで個人の幸福が得られるという考え方にその視座を移した (北島　2008)[18]。北島は、この定義に影響したものとして、1970 年代からの人権運動、エコロジカル･アプローチ、システム論などのソーシャルワー

ク理論をあげている。

Baker 編の辞典 [19] をみると、エンパワメントとは、個人や家族、集団、コミュニティを対象とするソーシャルワーク実践において、個人又は人間関係、また社会経済的・政治的環境を改善するための力をつけ、それをさらに発展させることとある。また、エンパワメントに関連するストレングス視座は、ソーシャルワークなど専門的実践の場において、クライエントのもっている資質、力や支援システム、動機付けなどをクライエントの逆境を克服するために用いられるアプローチである。ただし、Segal(2007) [20] らもいうように、ストレングス視点を用いてもクライエントが感じている問題点を看過することではない。

社会正義について、平塚 (2004)[21] は「社会福祉の政策、運営、援助などのシステム、社会福祉関連領域の諸システムを包含し、人々の生活支援に関わる人間福祉の推進にとっては不可欠の概念」としている。これらのことを踏まえ、ソーシャルワークの定義を参照しつつ、医療ソーシャルワークの課題について、さらに医療的な課題、社会的な課題、ソーシャルワーク技術の課題に分けて考察することにする。

4 － 1 医療的な課題

①てんかん患者の QOL 調査結果

近年、協会の会員を対象に QOL についての調査が行われ、粟屋と久保田 (2008)[22] が報告している。医師は患者の発作の頻度が少なくなることをまず重視したのに対して、患者は生活に影響するような発作症状を減らしたいと考えていた。また、患者は日常生活に与える副作用が少なくなることを医師よりも望んでいることが分かった。この認識のずれを埋めることが患者の QOL 向上につながると指摘している。

②治療の主体者

1995 年の阪神淡路大震災の折、家屋の倒壊等でてんかん薬を失った、処方された薬の名前が分からない、通っていた病院がなくなった、通院する手段がない等、てんかんをもつ被災者の困難な状況があった。てんかんセンターと協会等の協力により神戸市内に協会支援センター（救護所）が開設された。筆者らも避難所を回って救護所の存在を伝えた。ある学校の避難所の責任者が「てんかんの人はここにはいないんじゃないの」という発言をした。千人規模の避難所には必ずてんかんの人がいると思われるが、てんかんと言い出せずに困っていることが容易に想像できた。「いなくてもいいですからこのポスターを貼って下さい」とお願いして帰った。筆者はそれ以降、相談の際に薬の名前や服用量について相談者に聞くことにしている。また、前兆の有無、発作の頻度や継続時間、症状、発作後の気分などについて、周りの人に協力を仰ぐなどして自分の発作について知っておくことは重要である。

③創薬ボランティア

日本で承認されている抗てんかん薬の種類が先進国と比べて少ないことが以前から指摘されていた。発作の状況は様々であり、発作に薬をあわせることが必要になってくる。海外で承認されている薬が日本では臨床実験の段階にもなっていないということもあった。数年前から協会や日本てんかん学会が創薬ボランティア (治験への参加) を呼びかけ、近年相次いで新たな抗てんかん薬 (2006 年ガバペンチン、2007 年トピラマート、2008 年ラモトリギン) が承認されたことはてんかん医療にとって画期的なことであった。協会のホームページでも創薬ボランティアの募集がされている。

④セカンドオピニオン

セカンドオピニオンとは、主治医以外の医師の意見を聞くことである [23]。筆者の相談でも勧めているが、「主治医の先生に悪いから」と敬遠されることも多く、セカンドオピニオンになかなか結びつきにくい。患者側、医師双方への働きかけが重要となる。主治医以外の意見を聞くことは、患者としての主体的な治療への参加姿勢の現れでもある。

⑤てんかん専門医 (認定医)

日本てんかん学会が認定しているてんかん専門医の 2008 年 11 月現在の状況についてまとめた (表 1)。都道府県別のてんかん専門医の数と政府統計局発表の人口統計から割り出した推定患者数 (人口比 1%) をもとに都道府県別の状況を整理した。全国のてんかん専門医の合計は 327 人で、平均して推定患者数 3900 名に一人の専門医の割合である。専門医のみがてんかんの診療をしている訳ではないが、てんかん医療の一つの実態をあらわしていると考えられる。推定患者数に比べて、てんかん専門医の多いのは、島根、岡山、静岡、宮崎、宮城、鳥取の順で必ずしも人口の多い都市圏ではないことが分かる。一方で、群馬、長野は推定患者２万人に一人の割合と専門医の数が非常に少なく、また、福井、岐阜、三重にはてんかん専門医がまったくいないことが分かる。また、てんかん専門医がいても、診療科にばらつきがあり、あらゆる患者層に対応できているとはいえない。特に近年、難治性のてんかんに

対する外科手術の効果が多数報告されているが、専門医を求めて都道府県を超えて受診する患者の心理的社会的負担は大きい。

⑥トリートメントラグ

てんかんが発症してから治療を受けるまでのトリートメントラグの問題が内外で指摘されている。久保田らの調査研究 (2006)[24] では、「診断・治療が不適切なゆえに発作が抑制されない状態を＜見せかけの難治＞と呼ぶが、難治てんかん患者のうちの見せかけの難治てんかん患者が約半数を占め、そのために失われた時間は期間が平均 14 年にもなる」と報告し、てんかんの診断・治療のシステム化の必要性を指摘している。トリートメントラグの問題は単に医療の問題だけではなく、てんかんの誤解や認識不足、周りの目を気にした受診への不安、医療機関への敷居の高さなど種々の原因が影響していると考えられる。筆者の相談でも、てんかんの治療を受けるまでの期間が長い難治てんかんの人で 30 代、40 代によって初めて来談する人が多い。

４－２　社会的な課題

①てんかんの人の生活支援に関する調査

協会が独立行政法人福祉医療機構の助成金を受けて 2005 年度～ 2007 年度に行った調査研究事業の結果が報告されている [25]。初年度は、てんかんのある人が生活していくには、「てんかんの障害特性」が考慮された支援と社会資源の活用が必要であると指摘された。二年目は、重度のてんかんや他の障害と重複している人には生活と医療的ケアがつながる様々な配慮が必要であることが明らかになった。三年目は、アンケート調査の回答 (586 件) から次のようなことがあきらかになった。回答者は 18 歳以上のてんかんのある 20 代、30 代を中心とした構成で、発作が 1 年以上コントロールできている人は全体の約 4 割であった。回答者の 9 割以上が自宅生活者であり、中でも親子２世代の同居、自宅で両親が扶養しているという場合が多かった。20 年前の調査結果と変わらない。MSW への相談はわずか 5％であり、協会を除くと専門機関への相談は 3 割に留まり、相談する相手や社会とのつながりの乏しい現状が浮き彫りになっている。

②告知

告知の問題は複雑である。てんかんについての誤解や偏見、差別がある社会のなかでは告知しにくいのが現状である。告知しても不利益が起こらないように MSW が関わることも重要である。告知してよかったと思われるのならば告知がもっと積極的になされるはずである。てんかんと告知できる社会の実現が求められる。

③就労

企業にとっての不安は、発作時に、本人や周りに人的物的な損失をもたらすのではないかということである。しかし、少しの配慮があればてんかんをもつ人が働くことは可能なのである。就労については協会が『てんかんと就労』というビデオを製作している。単に雇用率の算定というだけではなく、企業へのてんかんについての講習会の開催や積極雇用企業への支援制度を行政に求めていくことが必要である。てんかんをもつ人の就労の状況は、欧米に遅れをとっている。かつて来日して各地で講演した IBE 元会長の故 J.N. ルーバー氏は「てんかんをもつ人にとって、働くことには大変意味がある」と強調した。採用に当たっては企業の担当者は、発作やてんかんではなく、本人の能力や資質を見なければならない。

④資格・運転免許

医療職や調理師、理容師などの資格は制度改正により状況に応じて取得が可能となった。また、自動車の運転免許についても 2002 年の新道路交通法により医師の意見書をもとに取得への道がひらかれた。運転免許の問題は、次のアクセスの問題ともつながる。資格取得が法的に可能となっても、てんかんをもつ人の生活がどう向上したのかについての検証が必要である。

⑤アクセスの問題について

精神障害者保健福祉手帳は写真が貼付されていないので不正使用の問題があり、JR（軌道）料金の割引が行えないといわれていた。その後、2005 年の精神保健福祉法改正で精神障害者保健福祉手帳への写真貼付が規定されたが、運賃割引は実現していない。本人確認が問題ではなかったのだろうか。

また、基幹病院であるてんかんセンターは全国に５カ所 (静岡、東京、山形、新潟、京都) しかない。アクセスの問題は、地域間格差もあって、専門医の受診や就労、社会参加を阻んでいると考えられる。

⑥教育・学習

てんかんをもつ人への生涯教育の保障が必要である。生涯教育は自分のもつ能力のさらなる向上や知識の増加、就労への領域拡大に繋がる。てんかんをもつ人への学習機会の拡大をと提案する医師も多い。そのために、てんかん児童の有無に関わらず、すべての子どもにてんかんの正しい知識を伝えることが基本となる。

また、2008 年度より、従来のスクールカウンセラー制度とは別に、学校児童と社会との関係調整を行う学校ソーシャルワーカーを全国の小中学校へ配置する事業が始まっている。今後は学校ソーシャルワーカーとも連携していくことが大事である。

⑦社会参加

厚生労働省は障害者の自立と社会参加を謳っている。社会参加は、1981 年の国際障害者年のテーマ「完全参加と平等」の目的の一つとしてあげられていたものである。てんかんをもつ人の社会参加を阻んでいるのは、頻発する発作だけではない。その人をとりまく周囲の目が社会参加への気持ちを萎えさせてしまうことも多い。発作が起こったときの状況を想像して当事者は社会参加の行動を躊躇してしまう。

⑧ジェンダーの問題

MSW の Gibson[26] は近年ジェンダーの問題を専ら扱っている。てんかんをもつ女性特有の妊娠・出産の問題、家族関係の構築、進路、就労、子育てや介護等に関する男性とは違った課題が挙げられる。これについては稿を改めて論じたい。

⑨ MSW の配置

通常は入院や外科的治療を必要とする疾患でないため、多くのてんかん患者は通院治療をしている。薬の処方の関係で月に 1 度という場合も多い。MSW が診療所などの外来医療機関に配置されていないので、MSW を通ってきていない相談がてんかん協会に直接寄せられることが多い。ニーズをもつ人が相談場所にタイムリーにたどり着けないという現実がある。

４－３　ソーシャルワーク技術の課題

①てんかん相談に関する技術の習得と研究

医療技術は日進月歩であり、てんかん相談にかかわる MSW の知識や相談技術の向上、事例研究が欠かせない。特に複雑な現象にアプローチする質的研究が重要となってくる。グラウンデッド･セオリー･アプローチ（GTA）を用いた研究も効果的である。てんかんをもつ人の QOL については、QOL 指標による量的研究が多いが、GTA を用いたてんかんの QOL の研究例もある [27]。

②最新のソーシャルワークの理論に関する知識の獲得

前述したように、エンパワメントやストレングス視点、エコロジカル・アプローチなどソーシャルワークも新たな理論が出てきている。それについてもきちんと理解し、実践の場で活用できることが必要である。しかし、現場の忙しさの中でどれくらいそれが可能かという問題もある。

③対象者の理解

医療行為というツールをもたない MSW は、当事者の抱える問題の解決に向けて一緒に考えていく存在である。秋山 (2004)[28] は、「本来、共にあり得ない者が共にあろうとする道筋を歩み続けていくこと」によって少しでも相手に近づいていこうとすることで、「共生への漸近線」という言葉を使って説明している。てんかんを例にとれば、てんかんのない人がてんかんのある人の苦しみを「分かる」ということは難しい。知識があることと分かることは異なる。この時、秋山は、ソーシャルワーカーは、見えていても何もできないその厳粛な事実から逃げ出さないで、その場に留まって「見守り続ける実践」が必要であり、「立ち尽くす実践」、すなわち究極の実践の姿であると主張する。

ここで確認しておきたいのは、「厳粛な事実」は実際の体験でしか見ることができないということである。てんかん発作を体験していない人には、発作の状況だけでなく、そのときに自分がどう感じたか、どう反応したか、どう行動したかということを表現することは不可能である。てんかんをもつ当事者との関わりの体験が MSW には必要である。福祉を学ぶ学生が、実習時にてんかん発作を目の当たりにして、何もできない無力さを感じ、困惑したり、泣き出しそうになったという体験を語ることが多い。この体験こそが、現場の中での厳粛な事実との遭遇であり、自分が映し出される鏡の存在によって、援助職としての道への決意を固める一歩となる。このことは、相談室にただ座って話を聞くだけの人には難しいことである。この立ち尽くす実践の体験がなければ、てんかんの社会的問題の所在や意味やその解決のための方策についてただ無力でありつづけることになる。

５　結　論

日本のてんかん運動黎明期にも今日に似たてんかんをとりまく状況があり、問題解決のために熱心に活動する先達の姿があった。当時の MSW への期待でも、欧米のモデルに習い、全人的なケアのチームの一員としての役割があった。英国のてんかん運動の例では間違いに気づいて方針転換する例もあった。「てんかんをもつ当事者」という「ぶれない視点」で活動することが大事である。

今日、MSW に期待されているのは、予防的役割や当

表 1　都道府県別てんかん専門医の状況　(てんかん推定患者数に対する専門医数)

都道府県No	都道府県名	専門医合計	小児科	精神科	神経内科	脳外科	人口 (千人)	推定患者数 (人口比 1 %単位)	専門医比 (患者推計数当たり)	協会支部設立年	専門医数順位
32	島根	5	2	1	1	1	731	7,310	1,462	1995	1
33	岡山	13	10	2	1		1,953	19,530	1,502	1990	2
22	静岡	24	11	7	1	5	3,801	38,010	1,584	1978	3
45	宮崎	7	1	3	1	2	1,143	11,430	1,633	1992	4
4	宮城	12	6	4		2	2,347	23,470	1,956	1980	5
31	鳥取	3	1	1		1	600	6,000	2,000	1990	6
1	北海道	24	14	6	3	1	5,570	55,700	2,321	1978	7
2	青森	6	2	4			1,407	14,070	2,345	1988	8
13	東京	53	17	26	2	8	12,758	127,580	2,407	1977	9
26	京都	10	5	2	2	1	2,635	26,350	2,635	1988	10
25	滋賀	5	5				1,396	13,960	2,792	1989	11
19	山梨	3	2		1		877	8,770	2,923	1999	12
15	新潟	8	3	2		3	2,405	24,050	3,006	1977	13
37	香川	3	2	1			1,006	10,060	3,353	1991	14
9	栃木	6	5			1	2,014	20,140	3,357	1987	15
29	奈良	4	1		3		1,410	14,100	3,525	1989	16
34	広島	8	4	1	1	2	2,873	28,730	3,591	1986	17
42	長崎	4	1			3	1,453	14,530	3,633	1990	18
35	山口	4	2			2	1,474	14,740	3,685	1998	19
17	石川	3		1	1	1	1,170	11,700	3,900	1988	20
44	大分	3	2			1	1,203	12,030	4,010	1987	21
14	神奈川	21	18	2		1	8,880	88,800	4,229	1977	22
46	鹿児島	4				4	1,730	17,300	4,325	1989	23
23	愛知	17	13	3	1		7,360	73,600	4,329	1987	24
27	大阪	20	13	1	1	5	8,812	88,120	4,406	1974	25
38	愛媛	3	3				1,452	14,520	4,840	1987	26
40	福岡	10	3	3	3	1	5,056	50,560	5,056	1980	27
30	和歌山	2	2				1,019	10,190	5,095	1987	28
16	富山	2	2				1,106	11,060	5,530	1990	29
6	山形	2	1	1			1,198	11,980	5,990	1990	30
11	埼玉	11	4	7			7,090	70,900	6,445	1984	31
12	千葉	8	7			1	6,098	60,980	7,623	1980	32
39	高知	1	1				782	7,820	7,820	1988	33
36	徳島	1	1				800	8,000	8,000	1996	34
41	佐賀	1				1	859	8,590	8,590	2002	35
8	茨城	3	3				2,969	29,690	9,897	1988	36
7	福島	2		2			2,067	20,670	10,335	1989	37
28	兵庫	5	4	1			5,589	55,890	11,178	1985	38
5	秋田	1	1				1,121	11,210	11,210	1987	39
3	岩手	1	1				1,364	13,640	13,640	1974	40
47	沖縄	1	1				1,373	13,730	13,730	1990	41
43	熊本	1		1			1,828	18,280	18,280	1988	42
10	群馬	1		1			2,016	20,160	20,160	1990	43
20	長野	1		1			2,180	21,800	21,800	1987	44
18	福井						816	8,160	・・・	1986	45
21	岐阜						2,104	21,040	・・・	1988	45
24	三重						1,876	18,760	・・・	1987	45
		327	174	84	22	47	127,771	1,277,710	3,907		
			53.2	25.7	6.7	14.4					

尚，てんかん専門医数 (2008 年 11 月現在) は日本てんかん学会の HP

＜ URL: http://square.umin.ac.jp/jes/ ＞，人口統計 (平成 19 年度) は政府統計

＜ URL: http://www.e-stat.go.jp/SG1/estat/List.do?lid=000001026128 ＞を参考にした。

2008 年 11 月 17 日検索

事者のストレングスに着目した支援であると考えられる。もちろん、当事者のもつ問題点や課題が制度の不備や住民の無理解や偏見など社会的貧困によるものであれば、それに毅然と立ち向かう姿勢も必要である。また社会の変革を目指したソーシャルアクションという技法がある。さらに、地域でのあたりまえの生活をめざしたコミュニティケアの視点をもつことである。MSW には、てんかんをもつ人の思いや苦悩に迫る現実的なスタンスをとり、てんかんの人を閉め出す社会への毅然とした闘いをしつつ、新たなソーシャルワーク理論を加えて、てんかんをもつ人のストレングスを引き出し、それをさらに発展させるような支援を期待したい。

施設やサービスに繋いでいく日本の従来型のソーシャルワークとは違って、患者のニーズからグループを開発していくアメリカの実践に学ぶところも大きい。協会は当事者のニーズに最も迫ることの出来る存在である。

6　おわりに

てんかん問題を考えるとき、当事者との関わりの体験から始めることを今一度提案しておきたい。社会福祉士介護福祉士法が改正され、社会福祉士養成の新カリキュラムが 2009 年からスタートする。相談援助実習や演習が重視されたことは評価できるが、当事者団体は実習機関として指定されていない。筆者らはかつて当事者団体の実習での当事者との体験から学ぶことが多いと報告した。(眞砂、長野、2003)[29]

本研究で今日のてんかんをもつ人への医療ソーシャルワークの具体的な課題と支援の在り方についてある程度整理できたと思う。しかしながら、そうしたてんかんをもつ人にとって最善の医療ソーシャルワークの内容や MSW をどのように具体的に養成していくかという問題については十分に明らかにできたとはいえない。これについては、筆者の今後の課題としたいと考える。

尚、本研究は平成 19-20 年度日本学術振興会科学研究費 (基盤研究 (C)　研究代表眞砂照美) の補助を受けて行われた研究の一部である。

文献及び註

1）「てんかんのある障害者の生活支援体制を構築するための事業」企画委員会 (八木和一委員長) 編著、てんかんとともに働き暮らすために．日本てんかん協会．2008:3-4

2）例えば、2007 年 101 歳で亡くなった精神科医の秋元波留夫先生は、日本におけるてんかん医療の第一人者であり、またてんかん運動でも名前を欠くことの出来ない方である。

3）兼子直、山本光利、患者と家族のためのてんかん Q&A．ライフサイエンス 2001、八木和一、藤原建樹、井上有史、日常生活のためのてんかんのくすり．日本文化科学社、2003、日本てんかん協会のホームページ http://www.jea-net.jp/index.html を参考にした。2008 年 10 月 26 日検索

4）http://www.who.int/topics/epilepsy/en/ WHO　2008 年 11 月 20 日検索

5）吉峰俊樹、てんかん研究と治療の最近の動向、脳 21．2001;4(3):223-225 他。しかし、厚生労働省報告の患者数との隔たりは大きい。

6）Leppik I E, Epilepsy in the Elderly, Epilepsia, ILAE, 2006;47(Suppl.1) :65-70 の他、日本てんかん協会編、月刊波 (以下月刊波).　日本てんかん協会 2008;32(6):164-175

7）Leppik I E, Epilepsy － A Guide to Balancing Your Life. AAN PRESS,2007:xi でも common disorder と表現されている。

8）日本てんかん学会医療費問題検討委員会、てんかん外来治療実態調査結果報告書、てんかん研究．2002;20:185-200

9）眞砂照美､てんかんの包括ケアにおける医療ソーシャルワークと moral order、日本福祉図書文献学会研究紀要．2006;6:115-131

10）てんかんの患者を守る会編、てんかんの患者を守る会会報 (以下会報).　和田豊治、日本てんかん協会、1973;1:1-4

11）国際的なてんかんの組織としては、1909 年設立の国際抗てんかん連盟 (ILAE： International League Against Epilepsy) http://www.ilae-epilepsy.org/ がある。福祉や社会啓発の団体としての別組織国際てんかん協会 (IBE：The International Bureau for Epilepsy) http://www.ibe-epilepsy.org/ が 1961 年に設立された。2008 年 8 月 3 日検索

12）Reid Report、前掲会報．1974;5:1

13）木村太郎、和田豊治、前掲会報．1975;6:1-3

14）秋元波留夫、前掲会報．1975;9:1-4

15）曾我孝志、前掲会報．1976;12:7
16）Smith L L, Social Work With Epileptic Patients, Health and Social Work. NASW 1978;3(2)157-174
17）日本社会福祉士会ホームページ 2008 年 10 月 17 日検索　http://www.jacsw.or.jp/contents/data/03_IFSW_teigi.htm
18）北島英治、ソーシャルワーク論．ミネルヴァ書房　2008:47
19）Barker R L(ed.) The Social Work Dictionary 5th, NASW Press, 2003:143,420
20）Segal E A, Gerdes K E and Steiner S, An Introduction to the Profession of Social Work – Becoming a Change Agent, 2007:14
21）秋山智久、平塚良子、横山穰、人間福祉の哲学．ミネルヴァ書房　2004:85
22）粟屋豊、久保田英幹、てんかん患者の quality of life(QOL) に関する大規模調査、てんかん研究．2008;25:414-424、他に月刊波 2007;31(3):81-82 で報告
23）月刊波．2008;32(4):105-107
24）久保田英幹、「トリートメントラグ」高橋幸利、小児てんかん診療マニュアル．診断と治療社、2006：211
25）事業の結果報告の総論は月刊波 2008;32(9):258-272 で八木和一が報告。また、「てんかんのある障害者の生活支援体制を構築するための事業」企画委員会が編集、日本てんかん協会発行の① 2005 年度事業報告『てんかんがあっても地域で自立したい』② 2006 年度事業報告『てんかんと重度・重複がある人が生きていくために』③ 2007 年度事業報告『てんかんとともに働き暮らすために』で報告している。
26）Gibson P.A,The Impact of Epilepsy on Relationship in Morrell M J and Flynn K(eds.) , Women with epilepsy – A handbook of Health and Treatment Issues Cambridge University Press, 2003;237-248, Leppik, op.cit.,2007:101-114 and Beghi E, Roncolato M and Visona G, Depression and Altered Quality of Life in Women with epilepsy of Childbearing Age, Epilepsia, ILAE 2004; 45(1):64-70
27）Cowan J, Fowler M and Aylett S E, Factors impacting on the quality of life of children and adolescents with epilepsy: a qualitative study, Epilepsia. 2002;43(Suppl.8):199
28）秋山ら前掲書．秋山智久 2004:37-39
29）眞砂照美、長野弘行、ソーシャルワーク実習教育におけるセルフヘルプ・グループの意義、日本福祉図書文献学会研究紀要．2003;2:127-141

原　著

ストレス対処能力 SOC の社会階層間格差の検討―20 歳～ 40 歳の若年者を対象とした全国サンプル調査から

The socioeconomic gradient of sense of coherence—from a representative sample survey of 4,800 Japanese people aged 20 to 40

戸ヶ里　泰典[1)]、 山崎　喜比古[2)]
Taisuke TOGARI[1)]、Yoshihiko YAMAZAKI[2)]

1）山口大学大学院医学系研究科環境保健医学分野
2）東京大学大学院医学系研究科健康社会学分野

1）Department of Hygiene, Graduate School of Medicine, Yamaguchi University
2）Department of Health Sociology, Graduate School of Medicine, The University of Tokyo

抄　録

学歴、現在の雇用形態も加味した職業、および収入といった社会経済的地位と、ストレス対処能力および健康保持能力といわれる sense of coherence (SOC) との関連性を、20 歳から 40 歳までの男女に関する大規模全国サンプルにおいて検討し、若年者の社会階層における SOC の格差を探索することを目的とする。国内に在住の 20 歳～ 34 歳 (若年調査) と、35 ～ 40 歳 (壮年調査) の男女を、性、年齢、地域、都市規模による層化二段無作為抽出によりサンプリングした。自記式調査票を郵送配布、調査員による訪問回収 を行った。本研究では、若年調査 3,367 名 (回収率 34.5%)、壮年調査 1,433 名 (回収率 40.4%) を統合し、計 4,800 名を分析対象とした 。従属変数を 3 項目版 SOC スケール SOC-UTHS の高低の 2 値変数とし、年齢、出身階層、過去のライフイベントで制御したロジスティック回帰分析を行った。その結果、男女ともに、職種・就業形態間では、SOC 低群に対するオッズ比のサイズは正規職の専門技術職に比較して、正規職＜非正規職、専門・技術職＜ホワイトカラー職＜ブルーカラー職の組み合わせの順 であり、無業者においては最も SOC が低いことがわかった。また、教育年数が少ないことも SOC が低いことと関連していることがわかった。等価所得に関しては、男性では有意な差は見られなかったが、女性においては所得が低いことは SOC が低いことと関連していることがわかった。

Abstract:

The aim of this study was to identify the socioeconomic disparities in sense of coherence, including education, occupation and type of employment, and income, from a representative sample survey of Japanese people aged 20 to 40 years. Two groups of Japanese people aged 20 to 34 years (young survey) and 35 to 40 years (middle-aged survey) were extracted through stratified two-stage sampling. A self-administered anonymous questionnaire test distributed by post and collected during visits was performed from January to March, 2007. The total number of participants in this study was 4,800 including 3,367 in the young survey (response rate, 34.5%) and 1,433 in the middle-aged survey (response rate, 40.4%). Logistic regression analysis was performed with dichotomized SOC3-UTHS as the dependent variable, which is a 3-item sense of coherence scale, and age, father's occupation and past life-events as control variables. As the results show, according to the order of odds ratio values, occupations associated with poor SOC were non-temporary < temporary and professional < white-collar < blue-collar, using non-temporary professional worker as the reference for both genders. Moreover, unemployment was associated

with poorest SOC in all categories. SOC was also poorer as academic background became lower. Although no relationship was found between equivalent income and SOC in the male sample, a relationship was found in the female sample.

Ⅰ緒言

近年、我が国においても、社会経済的格差の拡大が指摘されるようになっている[1)]。また、社会経済的格差の拡大に伴い、我が国においても健康状態の階層間格差が認められるという報告が次々と出現してきており[2,3)]、健康の不平等の問題はわが国においても重要視されてきている 。

また、わが国の若年者においては 1990 年代半ばより 2000 年代前半という長期的慢性不況のため大卒求人倍率がきわめて落ち込んでいる時期に進学、就職を迎え[4)]、労働者派遣法の制度改正時期と相まって非正規雇用者や無業者が増加している[5)]。無業者および非正規労働者の健康影響についてそれぞれ疫学的に明らかになりつつある[6,7)] ことから、今後の生活基盤、ひいては健康状態が危ぶまれる一方で、若年者自身は現時点での身体機能における格差は顕在化せず、その前段階で何らかの影響が生じている可能性がある。

こうした職種間の健康格差のメカニズムとして、ストレッサーの存在や職場環境の優劣といった外的資源の要素が挙げられている[8)] が、パーソナリティをはじめとした個人の内的資源の多寡の関与の可能性も指摘されている[8)]。こうした内的資源の一つであり、成人初期の職場環境により左右されると定義される健康保持･ストレス対処能力として sense of coherence (SOC) が挙げられる[9)]。この SOC は内的な資源でありながら、外的資源も含めた周囲の様々な資源を動員するキーリソースとしても着眼されている[10)]。

SOC は、健康社会学者 Antonovsky により提唱され、WHO におけるヘルスプロモーションの基礎理論として評価される健康生成論[11,12)] の中核概念である。SOC とは、具体的にはストレッサーに対し以下の三つの処理を行う力とされている。すなわち、第 1 に直面した出来事や問題を把握しその後を予測する 、第 2 に首尾よくストレス対処資源を動員し、問題解決につなげる 、第 3 に直面した出来事をポジティブにとらえ、自己を再度とらえなおす、ことである[9)]。SOC が高い人は、ストレッサーに直面した際にその処理に成功し、健康の維持・増進が図られることが、Antonovsky により理論化された健康生成モデルにおいて示されている[13)]。

近年国内外の多くの実証研究により SOC は客観的・主観的健康の予測因子であることや、ストレッサー緩衝効果を持つことが明らかとなってきており[14)] 保健、医療、福祉をはじめとした諸分野で注目を集めている[14)]。その一方で、SOC は幼少期における家庭の社会的役割や、その後の思春期から成人期にかけての学歴、職業、収入といった、社会経済的地位に裏付けられた人生経験によって形成、規定されるという Antonovsky の仮説がある[9)]。特に、雇用形態が多様化し、経済的な格差が広がっているとされる我が国の若年者において、SOC 自体の形成・発達に大きく差が生じている可能性がある 。

こうした社会経済的地位と SOC 自体の形成発達の格差に関する研究は極めて限られている。教育歴と SOC との関係について、その後の職業を制御した結果を示している研究は 2 件のみにとどまっている。女性において国籍、年齢、そして職業を制御して、教育年数が 13 年以上の群に比し、12 年の群で 1.3 倍、10~11 年の群で 1.4 倍、9 年以下の群で 1.6 倍、SOC が低いことに対する直接効果[15)] が示された。他方で Feldt らは、教育年数が高いことはその後の職業を介して成人後の良好な SOC に関与する間接効果を有することを示した[16)]。

現在の職業と SOC との関連に関しては 6 件の研究が見られている。上位ホワイトカラー層に比して、中位ホワイトカラーでは 1.7 倍、下位ホワイトカラーでは 2.1 倍、自営では 1.5 倍、農業では 3.0 倍、熟練労働者では 3.0 倍、非熟練労働者では 4.0 倍低い SOC であること[17)]、上位ホワイトカラーに比して、男女ともに下位ホワイトカラー、ブルーカラー、農業で SOC が低かったこと[18)]、ホワイトカラーがブルーカラーに比して SOC が良好な人が多いこと[19)]、高位のホワイトカラーに比して、低位のホワイトカラーで 1.4 倍、非熟練労働者で 1.6 倍 SOC が低いことが示されたが、中位のホワイトカラー、自営・農業、学生のカテゴリでは関連が見られなかったこと[15)] が示されている。また、縦断研究の結果、専門技術管理層に比して、男性では非熟練層で 2.0 倍 SOC スコアが低下しており、女性では、熟練層で 1.6 倍、半熟練層で 2.4 倍、非熟練層で 2.5 倍 SOC が低下するが、その一方で、SOC の上昇群では統計学的有意差が見られなかったこと[20)]、5 年間の追跡期間で男女ともに自営業層、女性のブルーカラー層では変化はないが、男性のブルーカラー層、ホワイ

トカラー層、女性のホワイトカラー層で SOC の低下が有意に見られたことが示されている [21]。

雇用状態に関しては 3 件のみであり、学歴や幼少期の困難な経験によらずに、被雇用者に比して失業者と障害年金受給者は SOC が低く、現在の職業によらずに SOC と関連を見せていたこと [18]、雇用者に比して、失業者において有意に SOC が低かったこと、非雇用者（定年退職者、主婦、学生）では差が見られなかったこと [22]、さらに、27 歳から 42 歳までのキャリアが安定しているほど 42 歳時の SOC が高いことが示されている [16] にとどまっている。

SOC と現在の経済的状況との関連性に関しては、女性においてのみ、低い世帯収入であるほど SOC が低下したが、収入が高いほど SOC の上昇は認められなかったこと [20]、個人収入の高低と SOC の高低との間には関連が見られなかったとする報告 [20]、わが国で、65 歳以上の高齢者においては年齢調整の元で、同居家族一人当たりの等価所得が高いほど SOC も高いという報告 [23] が見られているのみである。

このように世界的に見ても SOC 自体が社会経済的地位により規定されているとした研究は極めて少なく、特に若年者を対象とした研究は極めて少ない状況にある。また、雇用形態、および所得との関連に関する報告も極めて限られている。

そこで、学歴、現在の雇用形態も加味した職業、および収入といった社会経済的地位と、現在の SOC との関連性を、20 歳から 40 歳までの男女に関する大規模全国サンプルにおいて検討し、若年者の社会階層における SOC の格差を探索することを目的とする

Ⅱ方法

1　対象と調査方法

全国 20 歳～ 40 歳の日本人男女を対象とした東京大学社会科学研究所が実施しているパネル調査「働き方とライフスタイルの変化に関する全国調査」2007 年度調査データを使用した。

本調査は、国内に在住の 20 歳 ~34 歳 (若年調査) と、35~40 歳 (壮年調査) の男女を、性、年齢、地域、都市規模による層化二段無作為抽出によりサンプリングした。自記式調査票を郵送配布、調査員による訪問回収 を行った。本研究では、若年調査 3,367 名 (回収率 34.5%)、壮年調査 1,433 名 (回収率 40.4%) を統合し、計 4,800 名を分析対象とした 。

2　変数

2-1　従属変数：SOC3-UTHS　(University of Tokyo Health Sociology version of SOC 3 scale)

3 項目 7 件法の SOC 尺度 で、信頼性と妥当性の検証済み [24] である。項目内容は、「私は、日常生じる困難や問題の解決策を見つけることができる」、「私は、人生で生じる困難や問題のいくつかは、向き合い、取り組む価値があると思う」、「私は、日常生じる困難や問題を理解したり予測したりできる」の 3 項目である。

2-2　独立変数

1）最終学歴 (通学中含む)：4 カテゴリ

最後に卒業した学校および現在通学している学校を「高校以下」「専修（専門）学校」「短大・高専」「大学以上」に 4 分類した。

2）現在の職業と雇用形態：10 カテゴリ

有職者は、雇用形態（正規 vs 非正規）と職種（専門・ホワイトカラー・ブルーカラー）の組み合わせ、および、経営者および自営業者の 7 種類に、無職者は、学生 (アルバイト中も含む)、専業主婦、無業の 3 種類、計 10 種類に分類した。

3）等価所得：4 カテゴリ

世帯所得値を世帯人員数の平方根で除した。等価所得は、全体の上位 25%を所得高群（440 万円以上相当）、下位 25%は所得低群 (210 万円未満相当)、その間を中群とし、欠損あるいは、わからないと回答した人を一つのカテゴリとし、計 4 カテゴリで扱った。ただし、欠損あるいはわからないと回答した人は 1,541 名（32.1%）にのぼった。

2-3　制御変数

現在の社会経済的地位と SOC との関係を交絡する可能性から以下の 3 変数を制御変数として扱った

1）年齢

2）15 歳時の父親の職業

15 歳時の父親の職種：管理・ホワイトカラー・ブルーカラー・不在／無職・欠損の 5 カテゴリ とし、出身階層、幼少期の家庭の社会的役割の代理指標と考えた。

3）過去の経験

自分が学校でいじめを受けたことの有無、自分が大きな事故や災害にあったことの有無、自分が手術や長期療養を要する病気・ケガをしたことの有無のそれぞれを扱った。

2-3　分析方法

分析は男女別に検討 した。従属変数として、SOC3-UTHS の下位 33%タイルを SOC 低群とした二値変数

を作成し、SOC の高低（低群 =1）を従属変数とした二項ロジスティック回帰分析を実施した。ロジスティック回帰分析にあたっては以下のモデルを検討した。

モデル 1：等価所得のみ

モデル 2：等価所得＋現在の職種・就業形態

モデル 3：等価所得＋現在の職種・就業形態＋学歴

モデル 4：モデル 3 ＋年齢

モデル 5：モデル 3 ＋年齢＋父親の職業＋過去の経験

統計解析においては、統計パッケージ SPSS16.0J for windows を使用した。

Ⅲ結果

1　度数分布（表 1）

本研究で扱う変数別の度数分布を表 1 に示した。男性の専業主夫は 3 名いた。カテゴリ該当者数として少ないことから多変量解析における分析対象からは除外した。

2　男性における等価所得および職種・就業形態、学歴と SOC との関連性（表 2）

モデル 2 において、等価所得は、職種、学歴を投入すると差がなくなることから、SOC の所得階層による格差は職種や学歴で説明できる可能性がうかがわれた。また、モデル 2、3 において職種・就業形態間における SOC の格差に関し、正規職・専門技術職に比して低 SOC 群であることのオッズ比は、正規職＜非正規職、専門・技術職＜ホワイトカラー職＜ブルーカラー職の組み合わせの順 であることがわかった。また、無業者においてもっとも SOC が低いことがわかった。これは学歴を投入したモデル 3 でもほぼ不変であった。学歴は、職業、所得によらず最終学歴が低いほど SOC が低いことがわかった。年齢で制御したモデル 4 においてもその関連性はほぼ変わらないが、学生の関連性が消失した。さらに、父職、過去の経験で制御したモデル 5 においても関連性は変わらなかった。

3　女性における等価所得および職種・就業形態、学歴と SOC との関連性（表 3 ）

モデル 1 における等価所得階層間の差は、職業、学歴投入したモデル 2 においても若干残存することがわかった。モデル 2 において、職種・就業形態別の SOC の格差に関し、正規職・専門技術職であることに比して、低 SOC 群であることのオッズ比は、男性と同じく、正規職＜非正規職、専門・技術職＜ホワイトカラー職＜ブルーカラー職 の順の組み合わせであった。また、無業者は最も SOC が低いが、専業主婦は必ずしも SOC は低くないことがわかった。また、モデル 3 において最終学歴が低いほどSOCが低くなることがわかった。 年齢で制御したモデル 4 では、結果はほぼ変化せず、父職、過去の経験で制御 したモデル 5 においても同様であった。

表1　本研究対象者の全体･性別各要因別度数分布

	全体		男性		女性	
	度数	(%)	度数	(%)	度数	(%)
学歴(中退･在学中含む)						
高校以下	1,437	(30.4)	751	(32.3)	686	(28.5)
専修（専門）学校	924	(19.5)	404	(17.4)	520	(21.6)
短大･高専	616	(13.0)	82	(3.5)	534	(22.2)
大学以上	1,756	(37.1)	1,091	(46.9)	665	(27.7)
現在の職業と雇用形態						
正規･専門/技術	597	(12.7)	330	(14.3)	267	(11.1)
非正規･専門/技術	147	(3.1)	40	(1.7)	107	(4.4)
管理/自営	242	(5.2)	197	(8.5)	45	(1.9)
正規･ホワイト	1,112	(23.7)	587	(25.5)	525	(21.7)
非正規･ホワイト	548	(11.7)	99	(4.3)	449	(18.6)
正規･ブルー	663	(14.2)	592	(25.7)	71	(2.9)
非正規･ブルー	268	(5.7)	116	(5.0)	152	(6.3)
無業	154	(3.3)	103	(4.5)	51	(2.1)
専業主婦	528	(11.3)	3	(0.1)	525	(21.7)
学生	424	(9.1)	238	(10.3)	186	(7.7)
等価所得						
低群	756	(15.9)	356	(15.2)	400	(16.6)
中群	1,626	(34.2)	837	(35.8)	789	(32.7)
高群	857	(18.0)	452	(19.3)	405	(16.8)
欠損/わからない	1,514	(31.9)	693	(29.6)	821	(34.0)

表2　等価所得および職種・就業形態、学歴とSense of Coherenceとの関連性（男性）

	モデル1		モデル2		モデル3		モデル4		モデル5	
	95%信頼区間		95%信頼区間		95%信頼区間		95%信頼区間		95%信頼区間	
	OR	p	OR	p	OR	p	OR	p	OR	p
等価所得										
低群(210万未満)	1.81 (1.34 2.44)	***	1.49 (1.09 2.03)	*	1.30 (.95 1.77)		1.30 (.95 1.78)	+	1.29 (.94 1.78)	
中群(210万～440万)	.93 (.71 1.20)		.85 (.65 1.11)		.79 (.60 1.03)	+	.80 (.61 1.05)		.80 (.61 1.06)	
高群(440万以上)	ref.		ref.		ref.		ref.		ref.	
欠損	1.80 (1.39 2.34)	***	1.55 (1.19 2.03)	**	1.42 (1.08 1.86)	*	1.39 (1.06 1.83)	*	1.37 (1.04 1.81)	*
職種・就業形態										
専門/技術・正規			ref.		ref.		ref.		ref.	
専門/技術・非正規			1.16 (.52 2.58)		1.15 (.52 2.58)		1.08 (.48 2.42)		1.12 (.50 2.51)	
管理/自営			1.31 (.86 2.01)		1.07 (.69 1.66)		1.11 (.72 1.73)		1.12 (.72 1.74)	
ホワイト・正規			1.68 (1.21 2.33)	**	1.56 (1.12 2.18)	**	1.55 (1.11 2.17)	*	1.54 (1.10 2.15)	*
ホワイト・非正規			2.12 (1.28 3.51)	**	1.79 (1.08 2.98)	*	1.64 (.98 2.75)	+	1.65 (.98 2.77)	+
ブルー・正規			2.60 (1.88 3.59)	***	1.96 (1.38 2.76)	***	1.91 (1.35 2.70)	***	1.98 (1.40 2.81)	***
ブルー・非正規			2.96 (1.86 4.72)	***	2.21 (1.37 3.59)	**	2.11 (1.30 3.43)	**	2.13 (1.31 3.46)	**
無業			3.66 (2.25 5.94)	***	3.00 (1.83 4.91)	***	2.94 (1.79 4.81)	***	2.88 (1.75 4.74)	***
学生			1.46 (.97 2.17)	+	1.63 (1.09 2.44)	*	1.33 (.84 2.11)		1.39 (.88 2.20)	
学歴										
高校以下					1.84 (1.45 2.34)	***	1.86 (1.47 2.37)	***	1.89 (1.47 2.42)	***
専修学校					1.62 (1.24 2.10)	***	1.62 (1.24 2.10)	***	1.63 (1.25 2.12)	***
短大・高専					1.14 (.68 1.91)		1.13 (.67 1.90)		1.16 (.69 1.96)	
大学以上					ref.		ref.		ref.	
NergelKerke R^2	.03		.07		.08		.09		.10	

*p<.05, **p<.01, ***p<.001, +p<.10

表3　等価所得および職種・就業形態、学歴とSense of Coherenceとの関連性（女性）

	モデル1			モデル2			モデル3			モデル4			モデル5		
	OR	95%信頼区間 上限	下限	p	OR	95%信頼区間 上限	下限	p	OR	95%信頼区間 上限	下限	p	OR	95%信頼区間 上限	下限	p
等価所得																
低群(210万未満)	1.89	1.37	2.59	***	1.62	1.17	2.25	**	1.45	1.04	2.02	*	1.45	1.03	2.02	*	1.45	1.03	2.03	*
中群(210万～440万)	1.46	1.09	1.93	**	1.29	.96	1.72	+	1.21	.90	1.62		1.21	.90	1.63		1.22	.90	1.64	
高群(440万以上)	ref.				ref.				ref.				ref.				ref.			
欠損	2.12	1.61	2.81	***	2.01	1.52	2.67	***	1.86	1.40	2.48	***	1.82	1.36	2.43	***	1.74	1.30	2.33	***
職種・就業形態																
専門/技術・正規					ref.				ref.				ref.				ref.			
専門/技術・非正規					.98	.58	1.66		1.01	.59	1.72		1.04	.61	1.77		1.04	.61	1.77	
管理/自営					.77	.35	1.69		.82	.37	1.82		.87	.39	1.92		.85	.38	1.89	
ホワイト・正規					1.39	.99	1.95	+	1.38	.98	1.95	+	1.40	.99	1.98	+	1.40	.99	1.99	+
ホワイト・非正規					1.50	1.06	2.12	*	1.40	.98	2.00	+	1.42	.99	2.03	+	1.43	.99	2.05	+
ブルー・正規					1.65	.94	2.90	+	1.39	.78	2.47		1.38	.77	2.47		1.41	.79	2.53	
ブルー・非正規					2.53	1.64	3.90	***	2.07	1.32	3.25	**	2.14	1.36	3.37	**	2.15	1.36	3.39	**
無業					2.64	1.42	4.92	**	2.59	1.38	4.87	**	2.57	1.37	4.84	**	2.51	1.32	4.76	**
専業主婦					1.28	.91	1.81		1.21	.85	1.73		1.27	.89	1.83		1.26	.88	1.81	
学生					.61	.38	.98	*	.70	.43	1.14		.59	.35	.98	*	.61	.36	1.01	+
学歴																
高校以下									1.76	1.35	2.29	***	1.74	1.34	2.27	***	1.64	1.24	2.16	***
専修学校									1.51	1.15	1.98	**	1.51	1.15	1.98	**	1.45	1.10	1.91	**
短大・高専									.94	.71	1.24		.93	.70	1.24		.90	.68	1.20	
大学以上									ref.				ref.				ref.			
Nagelkerke R^2	.02				.05				.07				.07				.08			

*p<.05, **p<.01, ***p<.001, +p<.10

Ⅳ　考察

本研究の目的は、我が国の 20 歳から 40 歳までの若年者における学歴、および現在の雇用形態も加味した職業、収入といった社会経済的地位間における、個人の内的資源である SOC の格差を検証することを目的としていた。

男女共通して、無業者で最も SOC が低かった。無業者において、先行きがわからない、過度なストレスに対処しきれない、人生に意味が見いだせないなど、Antonovsky が提唱する SOC の形成を妨げる人生経験を余儀なくされている可能性 がうかがわれた。

男女共通して、有職者の中では、非正規雇用者でかつ、ブルーカラー職者においてもっとも SOC が低かった。これは、ホワイトカラー職よりもブルーカラー職において SOC が低く見られるとする先行研究結果を支持する結果となった。また、初めて非正規雇用者において SOC が低いことが示されたといえる。

所得階層間での SOC の格差は、男性では職業、学歴を投入すると消失するが、女性では、職業、学歴に加え年齢、過去の経験によらず低い所得階層で SOC が低かった 。女性においてのみ所得間で SOC に差が見られる点については、男性に比して女性にとり収入は、生きていくうえでの資源として重要な位置にある可能性が考えられるが、この点については今後のさらなる検討が必要である。

男女ともに教育年数はその後の職業、収入によらず、年数が低いほど低い SOC と関連することが示された。学歴と SOC の関連性を示している先行研究の結果を支持するものであり、教育年数が長いほど、進学、卒業といった成功的な対処経験を多く経ていることが SOC を育んでいる可能性など考えられる。メカニズムについては、今後のさらなる検討が必要と考えられた。本研究より、職種・雇用形態をはじめとした社会経済的地位の上下により SOC が規定されてくるとする Antonovsky の SOC 形成・発達の仮説を支持することが明らかになったことから、理論的政策的示唆としては、以下の点が考えられる。すなわち、SOC 自体が長期的に、罹患率や死亡率を予測する有力な因子であるとする研究報告が相次ぐことから、本研究の結果から健康の不平等を作り出すメカニズムの一端を担っている可能性がうかがわれた。健康の格差が言われている昨今、特に低所得層や低職業階層に属する人の SOC の低下を防ぎ、低い SOC の上昇を促すよう、SOC を育むとされている物理的、心理社会的環境対策を検討する必要がある。例えば、Antonovsky が言う、職務遂行過程における発言権がある環境や周囲の共同従業者との相互依存関係がある環境は[9]、非正規従業者の労働環境にも適用できることであろう。また、同じく Antonovsky が挙げる職務保証された環境[9] を準備することに関しては、法的な手続きと同時に、企業側のコンプライアンスを高めることを講じていく必要があると考えられる。

本研究の限界と今後の課題 としては、以下の諸点が挙げられる。第一に、全体で 34.4%と一般住民調査においてはやや低い回収率であった点が挙げられる。これは、若年者を対象としており、調査拒否あるいは、自宅に不在の者が多かったためと考えられる。また、本調査はパネル調査のベースライン調査であったため、次年度以降も調査に参加をしていただける方のみを対象としたことが考えられる。今後 one-shot の調査における再現性の検討も必要であろう。 第二にクロスセクショナル調査であったこと が挙げられる。因果関係が不明確であること がうかがわれ、今後縦断調査における検討が必要と考えられる。

謝　辞

調査実施の段階より分析の段階におけるまで多大なる御助言を頂いた東京大学社会科学研究所の社研パネル調査企画委員会の皆様、ならびに調査実施委員会の皆様に心より御礼申し上げます。

文　献

1）橘木俊詔編著．封印される不平等．東京：東洋経済新報社、2005: 108-124
2）白波瀬佐和子編、石田浩著．変化する社会の不平等　少子高齢化にひそむ格差．東京：東京大学出版会、2006: 137-163
3）近藤克則編、吉井清子著．検証「健康格差社会」介護予防に向けた社会疫学的大規模調査．東京：医学書院、2007: 9-20
4）リクルートワークス研究所．大卒求人倍率調査 (全体). [online] [平成 20 年 12 月 9 日検索]、インターネット＜ URL：https://www.works-i.com/pdf/020402_12.xls?PHPSESSID=aacf8f99c866204dd6c187cca94c7657 ＞
5）内閣府編著、平成 19 年版経済財政白書．東京：社団法人時事画報社、2007: 173-180
6）Kivimäki M, Vahtera J, Virtanen M, et al.

Temporary employment and risk of overall and cause-specific mortality. American Journal of Epidemiology 2003; 158: 663-668

7）Virtanen M, Kivimäki M, Joensuu M, et al. Temporary employment and health: a review. International Journal of Epidemiology 2005; 34: 610-622

8）Gallo LC, Matthews KA. Understanding the association between socioeconomic status and physical health: Do negative emotions play a role? Psychological Bulletin 2003; 129: 10-51

9）Antonovsky, A. Unraveling the mystery of health: How people manage stress and stay well. San Francisco: Jossey-Bass Publishers, 1987. 山崎喜比古、吉井清子監訳. ストレス対処と健康保持のメカニズム　東京：有信堂高文社, 2001

10）Frydenberg E (Ed), Frydenberg E, Lewis R. Beyond coping meeting goals, visions, and challenges. New York: Oxford University Press, 2002; 175-194

11）Kickbush I. Tribute to Aaron Antonovsky-'What creates health'. Health Promotion International 1996; 11: 5-6

12）Eriksson M, Lindström B. A salutogenic interpretation of the Ottawa Charter. Health Promotion International 2008; 23: 190-199

13）Antonovsky A. Health, Stress, and Coping: New perspectives on mental and physical well-being. San Francisco: Jossey-Bass Publishers, 1979

14）Eriksson M, Lindström B. Antonovsky's sense of coherence scale and the relation with health: a systematic review. Journal of Epidemiology and Community Health 2006; 60: 376-381

15）Grøholt E, Stigm H, Nordhagen R, et al. Is parental sense of coherence associated with child health?. European Journal of Public Health 2003; 13: 195-201

16）Feldt T, Kokko K, Kinnunen U, et al. The role of family background, school success, and career orientation in the development of sense of coherence. European Psychologist 2005; 10: 298-308

17）Lundberg O. Childhood conditions, sense of coherence, social class and adult ill health: Exploring their theoretical and empirical relations. Social Science & Medicine 1997; 44: 821-831

18）Volanen S, Lahelma E, Silventoinen K, et al. Factors contributing to sense of coherence among men and women. European Journal of Public Health 2004; 14: 322-330

19）Krantz G, Östergren P. Does it make sense in a coherent way? Determinants of sense of coherence in Swedish women 40 to 50 years of age. International Journal of Behavioral Medicine 2004; 11: 18-26

20）Smith SM, Breslin FC, Beaton DE. Questioning the stability of sense of coherence　The impact of socio-economic status and working conditions in the Canadian population. Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology 2003; 38: 475-484

21）Nilsson B, Holmgren L, Stegmayr B, et al. Sense of coherence – stability over time and relation to health, disease, and psychosocial changes in a general population: A longitudinal study. Scandinavian Journal of Public Health 2003; 31: 297-304

22）Volanen S, Suominen S, Lahelma E, et al. Sense of coherence and its determinants: A comparative study of the Finnish-speaking majority and the Swedish-speaking minority in Finland. Scandinavian Journal of Public Health 2006; 34: 515-525

23）近藤克則編、吉井清子著（2006）. 検証「健康格差社会」 東京：医学書院. 2006: 43-52

24）Togari T, Yamazaki Y, Nakayama K, et al. Development of a short version of the sense of coherence scale for population survey. Journal of Epidemiology and Community Health 2007; 61: 921-922

原　著

環境病跡学－環境汚染による疾病の疫学的診断方法

Environmental Pathography—An epidemiologic method based on environmental pollution

原田正純[1)]、田尻雅美[2)]、山下善寛[3)]
Masazumi HARADA[1)] , Masami TAJIRI[2)] , Yoshihiro YAMASHITA[3)]

1-3）熊本学園大学社会福祉学部福祉環境学
1-3）Department of Social Welfare Studies, Kumamoto Gakuen University

抄　録

歴史的に著名な人物の精神医学的研究を行う学問の１つの分野として病跡学がある。卓越した人物の生前の作品、手紙や家族、親戚、知人の証言をもとにその個性と創造性を研究するものである。最近は天才的作家、芸術家だけでなく、政治家、犯罪者さらに一般の人の精神分析などにもその対象がひろがりつつある一つの専門分野である。

水俣において１人の女性患者が水俣病の認定申請から４年目に検診を受けずに死亡した。熊本県はさらに、死後17年目に「水俣病の証拠がない」として申請を却下した。家族は行政の不作為として裁判に訴えた。そこで、この例で病跡学的手法が使えないか試みてみた。

彼女には生前の医師が残したごく簡単な診断書しかなかった。そこで、家族の証言、家族の現在の症状から彼女が水俣病であったこと、居住地が海から１キロしか離れていないこと、その海岸で貝類を採って多食していたことなどの生活状況、近隣に多数の水俣病患者がいることなどの情報を収集した。幸いなことに水俣病は環境汚染によって起こった中毒であることから、これらの手法で生前の診断がある程度可能であることを証明した。

環境汚染はしばしば事後に認知されることが多いことや、企業や行政が情報を独占していて、事実の確認が困難なことが多い。したがって、このような手法も時には有効であることを示し、このような手法を仮に環境病跡学と呼ぶことにした。

Abstract

Pathography is a field of science involving psychiatric research on historic figures. It aims to shed light on the personalities and creativity of distinguished individuals by analyzing their works and letters and remarks of their families, relatives, and acquaintances. It is a discipline widening today to the psychological analysis of not only writers and artists of genius, but also politicians, criminals, and even lay people.

A woman with Minamata disease died in Minamata without ever being examined 4 years after she applied for recognition as a patient of the disease. However, Kumamoto Prefecture rejected her application 17 years after her death as “showing no evidence of Minamata disease”. Her family filed an action against the administration for malfeasance. We tentatively applied a pathographic approach to this case to examine its effectiveness.

The woman had only a simple medical certificate issued by a doctor who examined her before her death. We therefore collected information including testimonies of her family members, their present symptoms suggesting that she had Minamata disease, the distance of her residence from the sea, which was only about 1 km, her habit of gathering shellfish and eating it in large amounts, and the fact that many patients with Minamata disease lived in her neighborhood. Fortunately, as Minamata disease was caused by environmental pollution, we could prove that an antemortem diagnosis is to a certain extent possible based on such evidence.

Facts regarding environmental pollution are often difficult to establish, as its occurrence is frequently recognized after the event, and as firms and regulating bodies monopolize information. We have shown that the approach used in this study, which we call environmental pathography, can be effective.

はじめに

精神医学および臨床心理学の一分野として「病跡学」(Pathography) という分野がある。熊本大学体質医学研究所気質学部（旧）の（故）鹿子木敏範教授が日本での草分け的第一人者であった。百科事典では「病跡学は精神医学の一分野で歴史的に著名な人物の精神医学的研究を行う学問」としかない。しかし、精神医学のれっきとした一つの専門分野で日本病跡学会という専門学会が半世紀近い歴史を持っている。国際的にも認知された学問の一分野である。

病跡学について宮本忠雄教授は「精神的に傑出した歴史的人物の精神医学的伝記やその系統的研究」と定義している。福島章教授は「精神医学や心理学の知識を使って、天才の個性と創造性を研究しようとするものを指す」とし、加藤敏教授は「学際的領域に位置して、創造性と精神的逸脱の関係を探ろうとする病跡学の独自性は、精神医学が築き上げた疾病概念や病態把握、および癒しといった観点から、人間の創造性に光を当てるという問題枠に求められる」としているように、病跡学は本来、天才や傑出した人物の病理と創造性の研究であった。したがって、その対象となる人物は限られていた。研究の手法の重要なものは残された作品、手紙、家族・友人など関係者の証言などである。

最近はその対象は卓越した芸術家にとどまらず傑出した政治家、独裁者あるいは時には、稀有な犯罪者に及んでいる。さらに「普通の」精神を病む患者の芸術活動からその病理を解明しようとするものや芸術療法など治療の一つとして語られたりするように枠組みが拡大されてきている [1]。

話は飛躍するようだが 2008 年 1 月 25 日、熊本地裁で水俣病に関する 1 つの裁判の判決が下りた。結果は患者側の完全な敗訴であった。患者は工場排水口近く水俣病多発地区に住む主婦で 1974 年に認定申請をした。その後、検診も行われないままに 77 歳で死亡した。死亡後 17 年目（**申請から 21 年後**）に熊本県は「判断できない」として申請を棄却した。その間、家族は毎年、熊本県に問い合わせていたにもかかわらず放置され続けた。行政の怠慢の責任は明らかであるが、熊本地裁は申請者が水俣病であるとの認定を求めた主張は認めなかった。控訴審では 1 審で否定された本人が水俣病であったかどうかという点が争点の 1 つとなる [2]。水俣病はいうまでもなく環境汚染による食物連鎖による食中毒であるから、地域ぐるみ、家族ぐるみの健康障害が特徴である。通常の疾病以上に疫学的条件が重視される。したがって残された状況証拠をできるだけ集めれば診断可能であると考えた。

現地調査や家族や近隣の人々を診察し、面接し、当時の生活状況やこの地域における水俣病の罹患状況を繰り返し調査した。そうすることで生前の有機水銀汚染の影響が明らかになる。

彼女の居住した地区は工場の排水口があった水俣湾に沿ってあり、彼女の家は海から 1 キロしか離れていない。この地区の住民は当時、貝類を採りに海岸に通い、水俣湾の魚を採ったり買ったりして多食したことは間違いない。したがって、患者の住む向こう三軒両隣で認定患者だけでも 40 人近くいる。さらに、同居していた息子夫婦、孫に水俣病に見られる症状が確認される。1962 年生まれで同居の孫の胎毛からは 16.1ppm の水銀が検出された。さらに、唯一残された申請時の診断書には水俣病に特異な四肢の感覚障害の記載がある。これら現地調査や家族の診察所見から本人が水俣病であった可能性が極めて高いことを証明した。

環境問題はしばしば事後に認知されることが多いことや、企業や行政の壁で証拠となる事実の確認が困難なことが少なくない [3]。したがって、病跡学的手法も必要であると考えた。病跡学の専門家からは叱られそうだが公害被害者の立場から大いに活用されるべき手法の 1 つと考えている。これを「環境病跡学」と仮に呼ぶことにした [1]。

第 1 章　谷口ヤエ（仮名）の生活歴

1899（明治 32）年 8 月 15 日、ヤエは水俣市神の川に生まれる。神の川は水俣病患者が最も多数発生している茂道の隣、海岸に沿って、鹿児島県出水市とは巾 3 － 4 mの小川・神の川（川名）を隔てた集落である。神の川は海に近いにも係わらず専従の漁民は少なく農業が主である家が多いところである。しかし、海に近いために自ら貝を採りに行き、あるいは近所の漁民から魚を買ったり、貰ったりして食した。ヤエは実家の農業を手伝っていたが、20 歳のとき隣の集落（南袋）の農業谷口喜八と結婚した。谷口家も農業であったが海岸から 1km しか離れていない水俣病多発地区であっ

た（後述）（氏名は全て仮名、裁判所提出意見書は全て実名である）。

当時、近所の家庭では近くの海岸で貝を採り、魚を得ておかずとした。

ヤエは 11 人の子女をもうけた。子育てしながらヤエは元気で働き者と評判であったという。1947（昭和 22）年に腎炎で入院したほか健康であったという。

1950（昭和 25）年ころからボラなど近海魚が浮いているのが、しばしば目撃された。1955（昭和 30）年ころ、弟が大きなタチウオを手で捕まえてきて皆で食べたことを息子の春男は覚えている（この時期、水俣湾周辺では不可解な現象がしばしば目撃されていた）。

春男は高校卒業後にヤエの後をついで農業を始めた。その頃､ヤエは元気で働いていたという。春男（28 歳）は 1959（昭和 34）年 7 月に正子（22 歳）と結婚する。このときヤエは 60 歳であったが、春男が異常に気づいたのは「甘いか、辛いか分からない。口の中が何も感じない」といい料理の味付けがまずくなったことだったという。その前後から体力が目立って低下してき、涎が口から流れるのを気にしてしばしば拭き取るようになった。浜にカキ打ち（採り）に行っても自分で天秤棒を担いで帰れなくなった。さらに、稲束を結ぶのが不器用になり、歩行が危なっかしくなり、次第に家事もできなくなった。ヤエは畑仕事や力仕事が以前のようにできなくなり、体力が衰えてきた。訴えはじめたのは 1959（昭和 34）頃だったという。ヤエ 60 歳前後で炊事程度の仕事が出来なくなった。1972（昭和 47）年、ヤエ 73 歳ころになると、近所の人から「水俣病じゃなかろうか、涎をダラーッと垂れて」といわれたことがあった[4]。

第２章　認定申請から訴訟

２－１　認定申請

ヤエは 1974（昭和 49）年になると体調がさらに悪くなったので、いろいろためらった挙句、斉藤（仮名）医院を受診して申請のための診断書を斉藤医師（当時、水俣市在住）に書いてもらった（3 － 2）。

認定申請書を 1974（昭和 49）年 8 月 1 日付けで提出した（3 － 2）。

1975（昭和 50）年 9 月 9 日に耳鼻咽喉科の予診、同年 10 月 17 日に眼科予診を受けた。さらに、1977（昭和 52）年 6 月 9 日に耳鼻咽喉科の医師検診、同年 6 月 16 日に眼科医師検診を受けた。しかし、神経内科および神経精神科の検診は受けていない。

その間、1975（昭和 50）年 8 月にヤエは自宅で意識を失い水俣市立病院に緊急入院したこともあった。そして、1977（昭和 52）年 7 月 1 日、検診未完了のまま死亡した。

1995（平成 7）年 8 月、熊本県は谷口ヤエを「公的資料がない」として、ヤエの認定申請に対して棄却処分を下した。この処分を不服とした春男は行政不服審査請求をおこなったが、2001（平成 13）年 10 月、環境庁は行政不服審査請求を棄却した。ために、同年 12 月 18 日、熊本地裁に対して棄却処分を取り消すように提訴した。

訴訟の争点は主として 3 つあった。(1) 申請後 21 年間も処分を放置したのは違法である、(2)“1977（昭和 52）年判断条件”は医学的、法的に誤りである。複数症状の組み合わせを求めた県の認定基準は誤りである、(3) ヤエさんは水俣病であった[4]。

２－２　熊本地裁判決

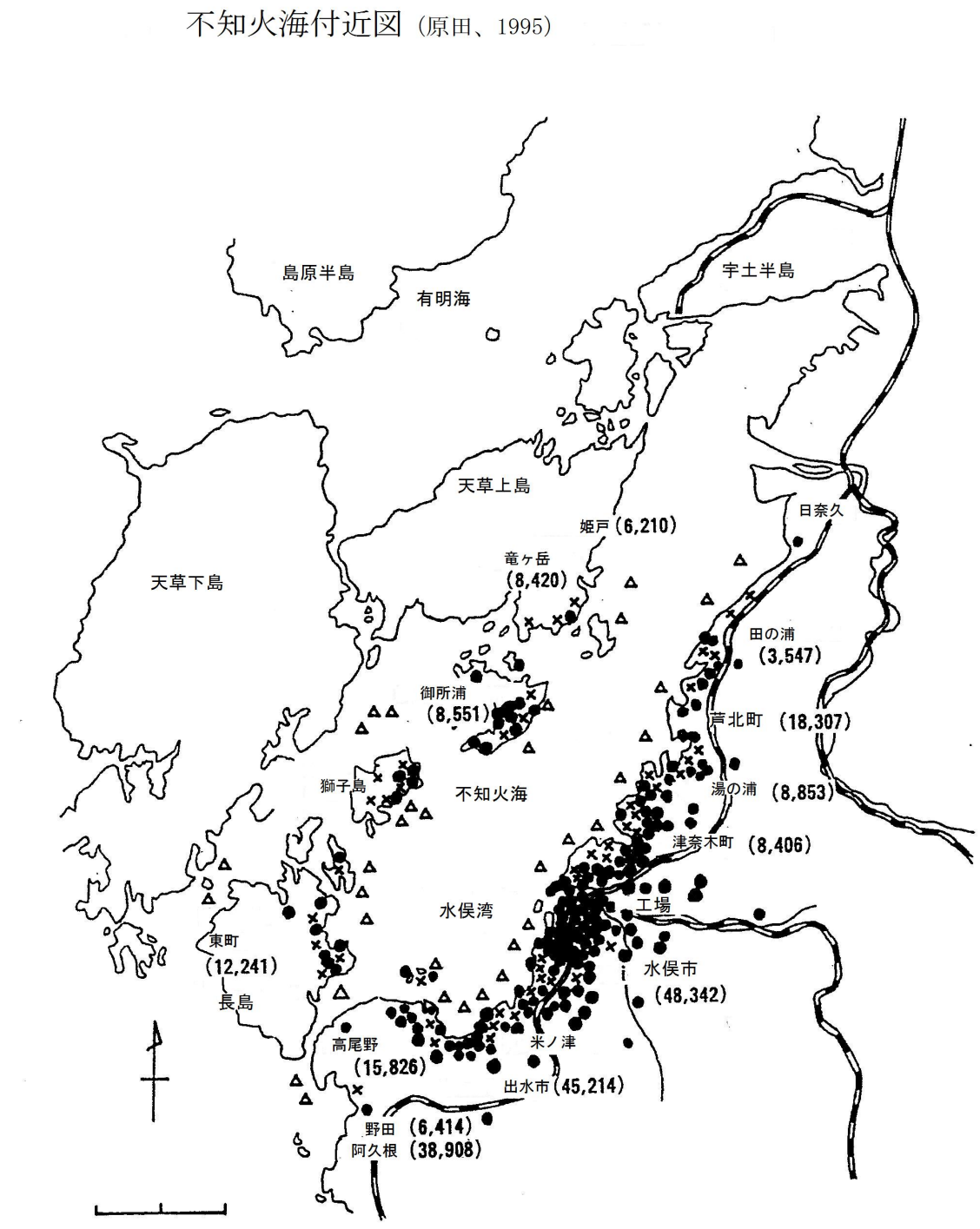
この裁判はヤエさんの棄却処分取消しと認定義務付けを求めた訴訟となった。

2008（平成 20）年 1 月 25 日､熊本地裁で判決が下りた。結果は原告敗訴であった。判決は申請から処分まで 21 年もかかったことも免罪した。

21 年にわたる長期の処分放置に関しては、判決は死後の病院調査などが遅れたことは認めたものの、特別の事情があってやむを得なかったとして、「悪質、重大な違法があったとはいえない」と断定した。これは水俣病の歴史を無視したものであった。なぜ、水俣病の正式発見からずっと後になって申請者が急増したか、その原因はどこにあったかを無視している。水俣病が正式に発見された当時、不知火海沿岸にはどんなに少なく見積もっても 20 万人の住民が汚染されていたのである（**第１図**：不知火海沿岸地図と人口）。それに対する対策が遅れたことが申請者の増えた原因ではないか。それを判決に被害者である患者のせいとし、特殊事情にしてしまった。

かつて川本輝夫さんたちが起こした不作為違法訴訟での裁判所の判断は検診から判断までを少なくとも 2 年をめどに処分するように求めた。そのような歴史を判決は全く無視している。判決の要旨を熊日新聞は以下のようにまとめている（待たせ賃訴訟）。

第 1 図　不知火海沿岸地図と人口



● 現在までに認定された患者
× ネコの狂死が確認されたところ
△ 魚が浮上したところ

「判決要旨」（熊本日日新聞；2008 年 1 月 26 日）[2]

「1．谷口ヤエ（仮名）については、症状に関する客観的資料が乏しく、生育歴や家族の状況などを総合検討してみても、水俣病であったことを示す症状を証拠上、認めることは出来ない。

2．公害健康被害救済特別措置法の趣旨からも、同法に基づく認定を受けるには、水俣病であることが前提となる。ヤエさんが水俣病であったことを認めることはできないので、棄却処分の取消しと認定を求める原告の請求は、前提を欠いており、理由がない。

3．申請から処分まで長期間を経過したことを手続き上の瑕疵の基準として採用することはできない。被告による資料の収集、病院調査におくれがあったことは認められるが、資料を故意に隠滅したり、意図的に病院調査を放置したと認めることはできない。」

処分の遅れはやむを得ない事情もあったといわざるを得ず、認定制度の根本意義を失わせる悪質、重大な違法があったとはいえない。

症状に関する客観的な資料に乏しく、生育歴や家族の状況などを総合的に検討してみても、水俣病であったことを示す症状を証拠上、認めることが出来ないとしている。果たしてそうであろうか？水俣病の病像を相変わらずかつての典型例の病像（症状組み合わせ論）を想定しているのであるものと思える。感覚障害が主症状の水俣病の存在は今や否定しようのない事実である。

第３章　控訴審に提出された主な証拠

3－1　控訴審における主張

谷口ヤエ

水俣市袋○○○○番

明治 32 年 8 月 15 日生まれ、昭和 52 年 7 月 1 日、77 歳で死去。

谷口ヤエはメチル水銀による健康被害を受けていた（水俣病）と診断される。

平成 20 年 4 月 30 日

熊本市長嶺南○○○○番　原田正純

3－2　谷口ヤエが水俣病である根拠

谷口ヤエ診断書、カルテ関係

(1) . 斉藤診断書（1974（昭和 49）年 5 月 23 日）（甲第 2 号証）

「病名　不詳

自覚的には四肢のしびれ感、歩行のゆらめき、流涎があり、血圧 162―80 粍水銀柱。四肢末端に知覚障害を認める。水俣湾の魚介類を多食していたとの状況から、精査を必要と考える。」

右の通り診断する。

昭和 49 年 5 月 2 日

水俣市○○町 12 － 15

斉藤医院　斉藤万里（仮名）　印[5]

(2) 審査会資料（審査のための検診資料）

ⅰ）申請書（1974（昭和 49）年 8 月 1 日申請、同日受理）（甲第 1 号証）

「M（明治）32、8、15、水俣市袋神川にて出生以後ずっと 70 有余年水俣市袋にて生活　袋湾産のビナ、カキ、カニ、魚類を好きであったので多食していた」

「手足のしびれ、歩行の不自由、よだれが出る、味が良くわからない」

「昭和 49 年 1 月末頃、上記症状が現れ昭和 49 年 2 月 12 日斉藤医院にて通院以後週一回ないし二回投薬診察等を受けているが一進一退の状態である」

谷口ヤエ　印

ⅱ）公害健康被害者認定審査会審査資料[6] 申請番号旧 3，181

眼科学的所見（予診；昭和 50 年 10 月 17 日。本診；昭和 52 年 6 月 16 日）滑動性追従運動（±）（註；軽度障害あり）

耳鼻咽喉科学的所見(予診;昭和 50 年 9 月 9 日､本診:昭和 52 年 6 月 9 日）40 － 50 デシベルの神経性難聴。語音疲労、正常範囲。平衡機能はデータ不良。

3－3　谷口春男（ヤエの二男）関係

(1) 協立病院診察所見（原田正純調査）

谷口春男　昭和 6 年 10 月 12 日生まれ

住所　水俣市袋○○○○

1991 年 7 月 29 日：協立病院受診；頭痛、腰痛など全身の痛み、胃痛、不眠。その後、体のこわばり、からすまがりなどで協立病院受診。

1991 年 8 月 26 日：水俣病に関する受診を協立病院で受けた。(当時のカルテによる)(原田の調査による)

水俣市袋で出生、同胞 11 人、2 人死亡。第 5 子。生家は農業。

水俣実務学校卒業後農業に従事。魚貝類の摂取は幼いころより貝、ビナ、カキ、また、時には親しい漁師から魚をよくもらい、多食した。1955（昭和 30）年ころ飼猫と犬がいなくなった。

1982（昭和 57）年 12 月水俣病に関する認定申請棄却。

自覚症状：口周囲、四肢の痺れ感、関節痛・腰痛・下肢痛、全身倦怠、だるさ、視力低下、聴力低下、耳が遠い、耳鳴り、味が分かりにくい、転びやすい、スリッパが抜けやすい、手からものを落としやすい、ボタンがかけ難い、言葉が出にくい、手足の力がなくなった、からすまがり、筋肉がぴくぴくする、不眠、食欲不振、疲れやすい、根気がない、いらいらする、物忘れ、めまい、失神発作（3 年ほど前）、立ちくらみなど多彩な自覚症状がある。

神経症状：運動失調、言語障害、視野狭窄はなく、口周辺および四肢の末端に強い感覚障害、難聴が見られている。

診断「水俣病」

1991（平成 3）年 8 月 26 日：藤野糺医師の診断書で医療手帳を取得。(和解前の医療手帳)

1991（平成 3）年 8 月 28 日：十二指腸乳頭部がんで手術。

1993（平成 5）年 5 月 7 日：手足のしびれ、頭痛、耳鳴り、難聴。

1995（平成 7）年 5 月 12 日：頭がフラフラ、からす曲がり、眩暈。

5 月 25 日：眩暈は軽快、頭重など訴えて通院中。

(2)谷口春男･原田正純診断書(2008 年 2 月 19 日診察)

生活歴：現住所に生まれ、市外に出たことはなし。袋小学校、水俣実務学校（後の農工学校）卒業。その後、実家の農業。

魚貝類の摂取方法：茂道の母の妹婿（山野武彦、漁師；仮名）がうたせ漁師で主としてそこから魚を手に入れた。また、漁師林重雄（仮名）、湯堂の漁師松坂さん（仮名)､若宮さん（仮名)､中川さん（仮名）から入手した。袋湾から近く母（ヤエ）はビナ、カキとりに茂道湾に行っていた。

自覚症状：今から 40 年も前から舌が転ばず、言葉がおかしかったのが最初の症状だった。

四肢と舌のしびれ感、脱力、言葉がはっきりしない、言葉が出にくい、ボタン掛けやマッチすりなどが困難、スリッパが脱げる、耳が遠い、耳鳴り、言葉が聞きとりにくい、匂いが分からない、からすまがり、筋肉がピクピクする、頭痛、四肢痛、物忘れ、根気がない、失神した（3 回)、いらいら感など多彩な自覚症状がある。

舌のしびれ、聴力低下で耳鼻科通院中、白内障で眼科通院中。耳鳴り､頭痛､四肢痛で神経科に通院中。診察時さまざまな自覚症状のため心気的、抑うつ的で表情は苦悶状で不眠を強く訴える。

臨床症状：白内障のため瞳孔反射は不十分。軽度眼球運動障害。嗅覚障害。聴力障害。視力低下。頸部運動障害が軽度あり（Sparling's sign , Wright's sign)。

Mann 現象陽性。閉眼時片足立ち動揺。固有反射は正常ないしやや低下。

口周囲および四肢に強い感覚障害、および軽度二点識別障害。

(**第２図**：感覚障害図)

診断：水俣病＋合併症あり。

3 － 3 － 2　谷口正子関係

谷口正子（1936（昭和 11）年 12 月 15 日生まれ)：春男の妻。

2008（平成 20）年 2 月 19 日診察所見（原田正純）

生活歴：水俣市長崎に生まれ育つ。父チッソ勤務。1959(昭和 34)年 7 月 6 日､春男と結婚して現住所(袋○○○）に住み、農業に従事。魚貝類は長崎時代には父がチッソだった関係で水俣から入手した（たとえば、渕上進氏など)。結婚してからはカキ、ビナ、モズクなど自分でとりに行き食べたし、近所の漁師から入手した。

自覚症状：いつごろか分からないが次第につまずくようになり、手がじんじんする、しびれやスリッパが脱げるなどの症状を自覚するようになった。

現在手足のしびれ感、スリッパが脱げる、耳鳴り、からす曲がり（上肢)、頭痛、物忘れ、時々不眠、めまいがある。高血圧で服薬治療中。

神経症状：聴力低下。マン現象陽性、つぎ足歩行で動揺。片足立ちでも動揺。四肢の感覚障害および二点識別覚の障害を認める（**第３図**：感覚障害図)。

診断：水俣病

(註；1995（平成 7）年行政処分は保健手帳給付)

3 － 3 － 3　谷口一男関係

（1）　斉藤万里医師診断書[7)]

谷口一男

1962（昭和 37）年 8 月 24 日生まれ（ヤエの孫）

住所　ヤエと同居（水俣市袋○○○○）

傷病名　病名不詳

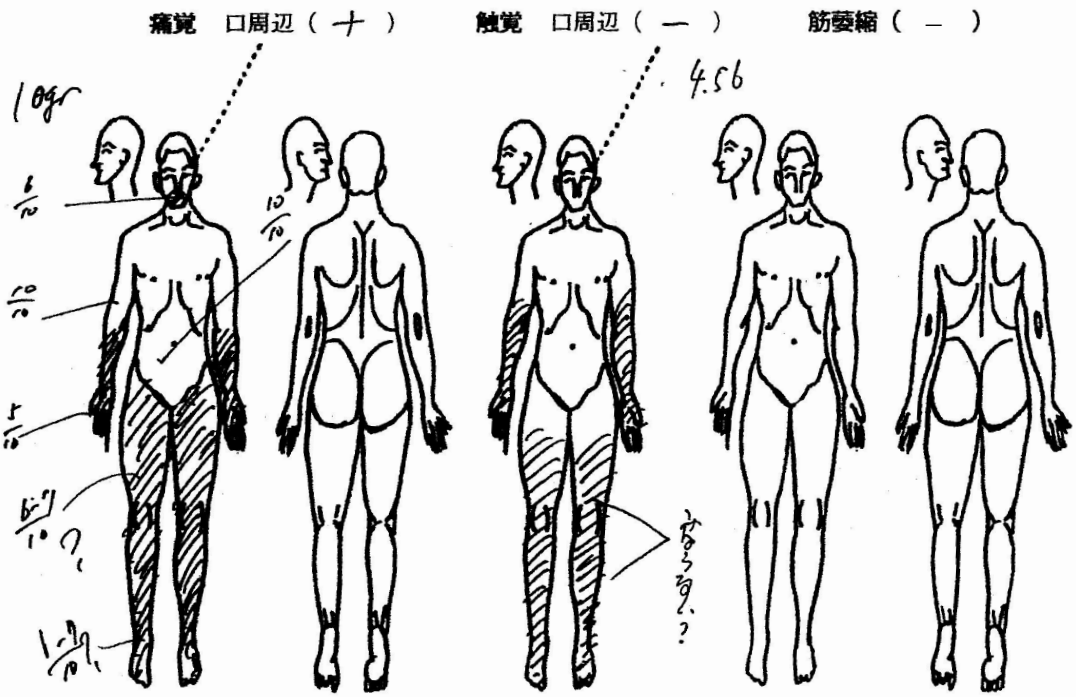
生後 3 日目よりしばしば全身痙攣を起こし、その後痙攣はみないが、運動能力の低下、知能低下がみられ、うつ状態を示す。かるい構音障害と四肢の筋

第 2 図　谷口春夫の感覚障害図

谷口春男

感覚障害　(a)　全身，四肢末端優位，口周辺，頭に，島状，左・右半身，不規則。
(b)　痛，触，温，冷，振動，位置，運動覚。
(c)　二点識別覚

	舌　先	右示指	左示指
閾値（mm）	2mm	4mm	5mm
検査方法			

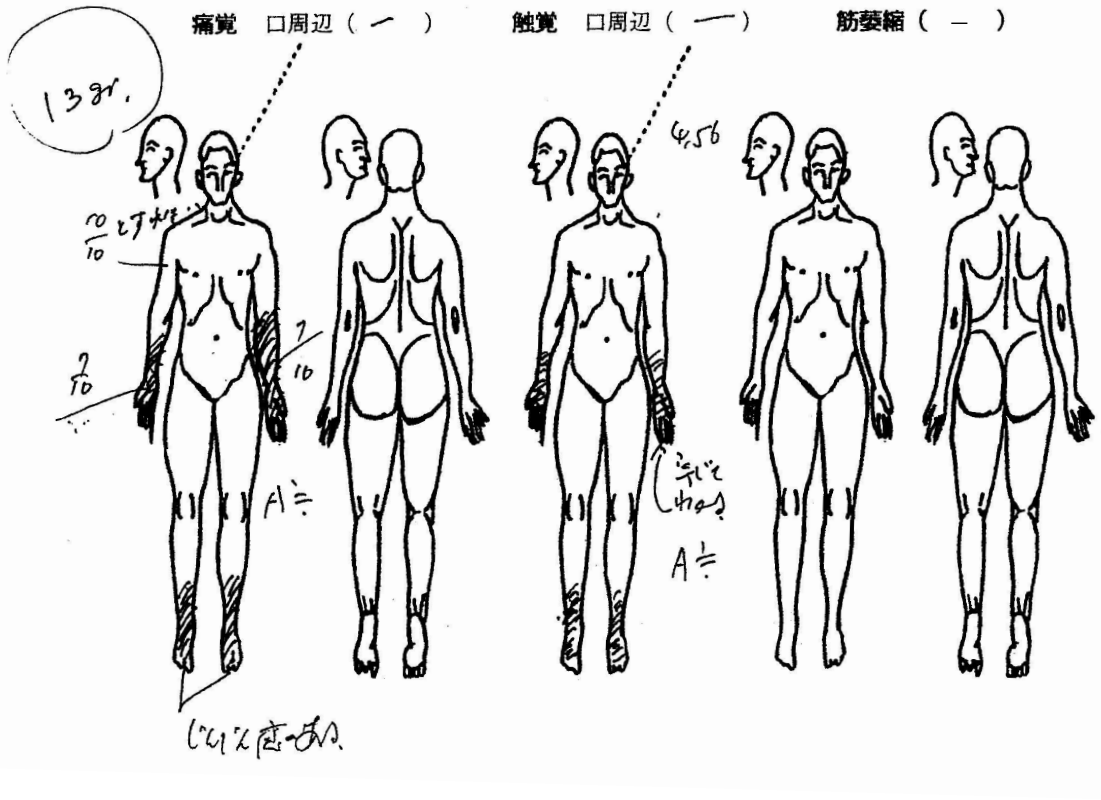


第 3 図　谷口正子の感覚障害図

谷口正子

感覚障害　(a)　全身，四肢末端優位，口周辺，頭に，島状，左・右半身，不規則。
(b)　痛，触，温，冷，振動，位置，運動覚。
(c)　二点識別覚

	舌　先	右示指	左示指
閾値（mm）	4	5	4
検査方法			



力低下がある。血圧、尿所見正常。
水俣湾の魚介類を母親が多食しており、本人も生後魚介類を多食しているため精査を必要と考える。
右の通り診断する。
昭和 53 年 4 月 8 日　水俣市○○○
斉藤医院　　医師　斉藤万里　印

（2）藤野糺医師 (水俣協立病院神経精神科) 診断書
満期産。正常分娩。生下時体重 3300 グラム。首の座り、歩行、言語発達の遅延あり。○○高校卒業（成績下位）。生後 3 日目に痙攣発作、さらに 1 ヶ月後に大発作あり。100 日目にも大発作があったためにチッソ付属病院の紹介で熊大病院（神経精神科？）を受診。
病名不詳。

その後けいれん発作は次第に減少して 6 歳までには消失した。

首のすわり、歩行、言語などの発達遅滞が見られた。6 歳で一応、小学校に入学したが運動面の拙劣遅滞が目立った。学力面では漢字の読み書きはできたが、計算が不得手であった。○○高校に入学したが 1 年の夏休み以降、登校拒否状態となる。父親が車で連日送ることで何とか卒業した。卒業後、家事（農業）手伝いをしたが、そのうち自室に閉じこもるようになった。

卒業後は仕事への意欲が全く見られず、家業の農業を両親が何回となく勧めても手伝うことなく、外出もしなくなりほとんど家の中に閉じこもった生活をするようになった。

現症（精神所見）：床屋に行っていない長髪と無精ひげで、横向き、下向きに座っている。寡動で寡黙、自ら訴えることは全くない。質問にも短い言葉で一語、二語言うのみ。計算は二桁は可。首相、知事、市長、アメリカ大統領などほぼ正確に答える。また、社会面のニュースなども正確に答えられる。知能障害は軽度（軽愚）であるが、感情、意欲面の障害が強い。自閉的、孤独で一見分裂病（注；統合失調）を思わせるが、細かいしぐさなどがあり、対人反応面でそれとは異なる。幻覚、妄想も認めない。

日常生活状況：全般的状況（家族及び家族以外の者との対人関係について具体的に記載すること）
家では無為で、新聞、雑誌を読んだり、テレビをみたり、ラジオを聴いたりする。着替え、入浴、洗髪などは家族から強く言われないとしない。自転車にものれない。

日常生活能力の程度：精神症状を認め、家庭内での単純な日常生活はできるが、時に応じて介助が必要である。

検査成績：WAIS；言語性 IQ73、動作性 IQ70、全検査 IQ66.
脳波は正常。頭部 CT は正常範囲だが左側脳室が右に比較してやや拡大

備考：疫学条件（注；生まれた年・月、新生児期症状など）、母親の神経所見などから胎児性水俣病と考えられる。
（国民年金・福祉年金診断書、1985（昭和 60）年 9 月 17 日）

（3）視野狭窄（**第 4 図**：視野狭窄図）
その後、協立病院にて経過観察。症状の変化は見られないが、視野狭窄が確認できた。

（4）母親正子（前出）の陳述

生れた時から発達が遅かった。動きが鈍かった。歩き始めも 1 歳 8 ヶ月頃で、ものを言うのも遅かった。

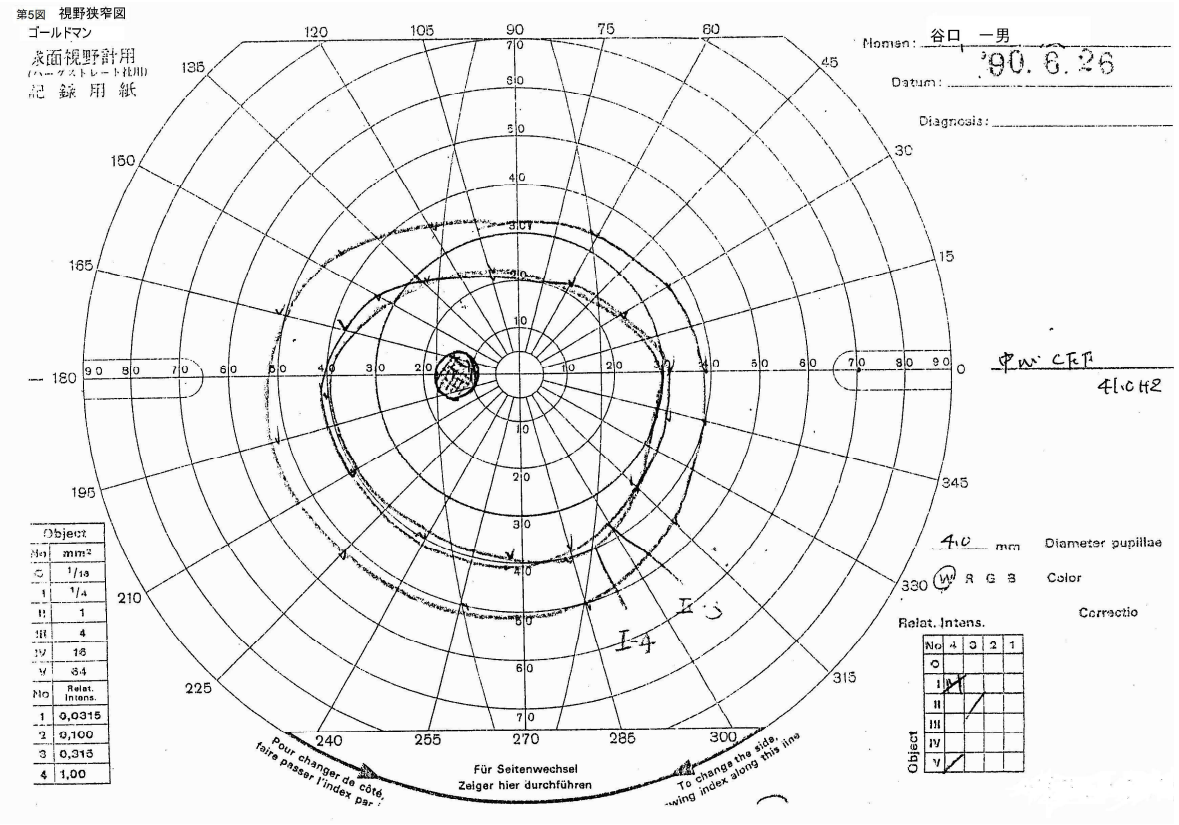
袋湾の魚や貝をヤエさんが採ってきて私にもこの子にもよく食べさせていた。妊娠中も食べた。この子は少し遅れていたのでヤエさんはとくに可愛がっていた。最初は一男も学校に喜んで行っていたが、行かないといって困らせた。ばあさん（ヤエ）が連れて学校に行っていた。国語とくに漢字はよく知っていて 80 点より下を取ったことはなかった。斉藤病院の診断書で体操は免除してもらった。それくらい運動が不器用で人に付いていけなかった。朝は学校に行かないと言うので毎日父親が連れて行って学校においてきていた。帰りは自分で帰ってきていた。

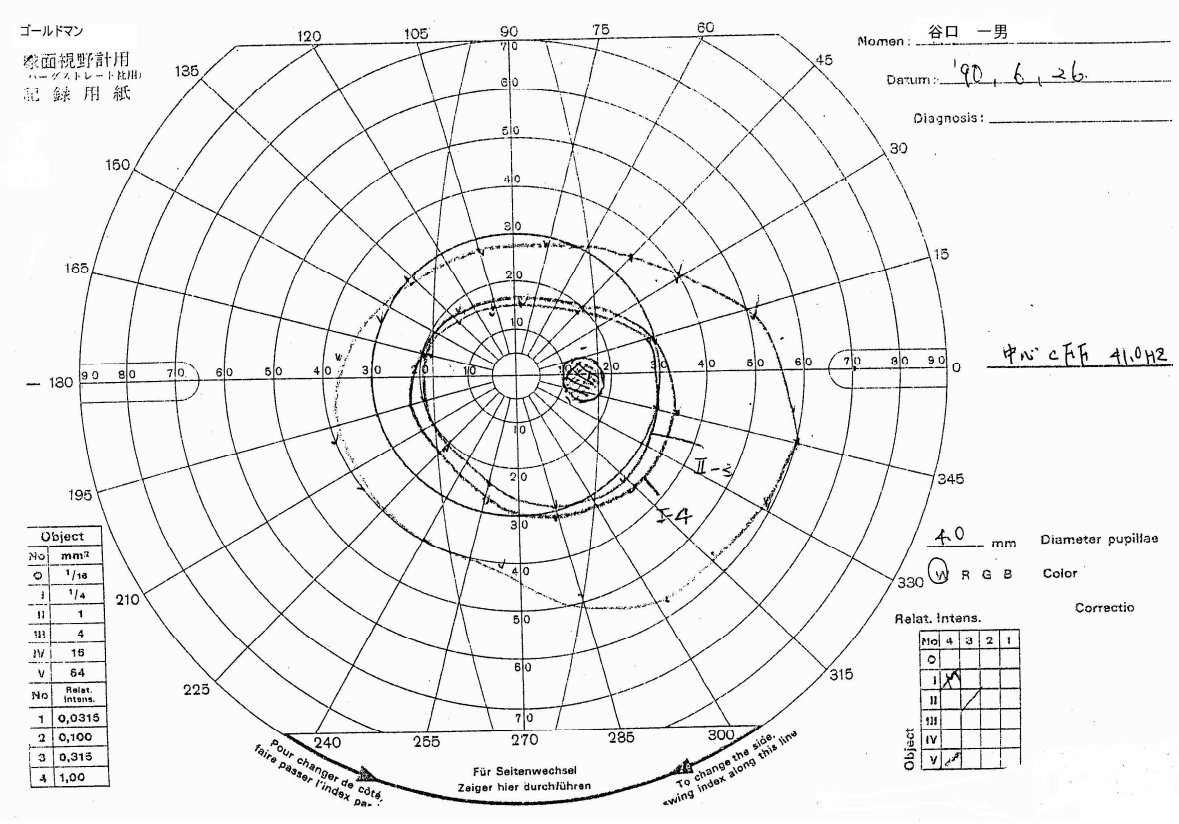
卒業してからミカン山に連れて行っていたが、手伝いの人が来るので好かんといって行かなくなり、家に閉じこもるようになった。人が来るようになってから家からもあまり出なくなったが、時に黙ってバスで町に行くこともある。

和解のとき会（被害者の会）から少し上乗せしてもらった。

（5）　原田正純カルテ
（ｉ）1998（平成 10）年 10 月 29 日カルテ
生後3日目に痙攣発作があって熊大病院を受診（1962（昭和 37）年 12 月 6 日）。
歩行 1 年 2 ヶ月、首のすわりが悪かった、手で食事が出来なかった、言葉もおくれた。学校は袋小学校、○○高校は毎日連れて行っていた。
家に閉じこもって毎日テレビを見ている。家から出

第 4 図　視野狭窄図


第5図　視野狭窄図
ゴールドマン
球面視野計用
記録用紙
Momen: 谷口　一男
Datum: '90. 6. 26
Diagnosis:
中心 CFF 41.0 Hz
4.0 mm Diameter pupillae
W R G B Color
Correctio
Relat. Intens.
Object
Für Seitenwechsel
Zeiger hier durchführen
Pour changer de côté, faire passer l'index par
To change the side, swing index along this line


ゴールドマン
球面視野計用
記録用紙
Momen: 谷口　一男
Datum: '90, 6, 26
Diagnosis:
中心 CFF 41.0 Hz
4.0 mm Diameter pupillae
W R G B Color
Correctio
Relat. Intens.
Object
Für Seitenwechsel
Zeiger hier durchführen
Pour changer de côté, faire passer l'index par
To change the side, swing index along this line

ない（閉じこもりの状態）、毎日何か字を書いている。紙を一杯切り刻んでいる。新聞切り抜き。書いていても親にも見せない。閉じこもり状態が続いている。
現在症状
精神症状：無表情でひそめ眉、寡言。わずかに幼児語を発する。しかし、動作は命令に応じる（従順で、拒絶的ではない）。終日テレビをみて動かない。無口のため詳細は不明。孤立、無為の状態で分裂病（統合失調症）に似た状態。訴え（自覚症状）はない。粗大な神経症状はみとめられない。感覚障害も「分かる」と繰り返す。わずかにマン現象が陽性、片足立ちが不安定のみ。

（ii）2005（平成 17）年 10 月 25 日カルテ
2005 年 9 月 15 日に知的障害福祉手帳を取得。
生後 100 日目の頭髪から 16.1ppm の水銀が検出されたと報告。
自宅に訪問するも自室から出て来ない。
無表情でしぶしぶ診察に応じる。無言、自閉。無精ひげで肥満。無理に部屋に入ると拒絶的ではない。話しかけると単純な反応はするが応答はしない。しかし、しばらくするとにやにやするが、やや緊張しているが、診察に応じる。動作は緩慢でぎこちなく寡動、寡黙、受動的。高度な知的障害ではなく高度な情意障害である。感覚障害や視野狭窄は詳細不明。
動作は全体にぎこちなく緩慢（舌の動き、歩行など）。

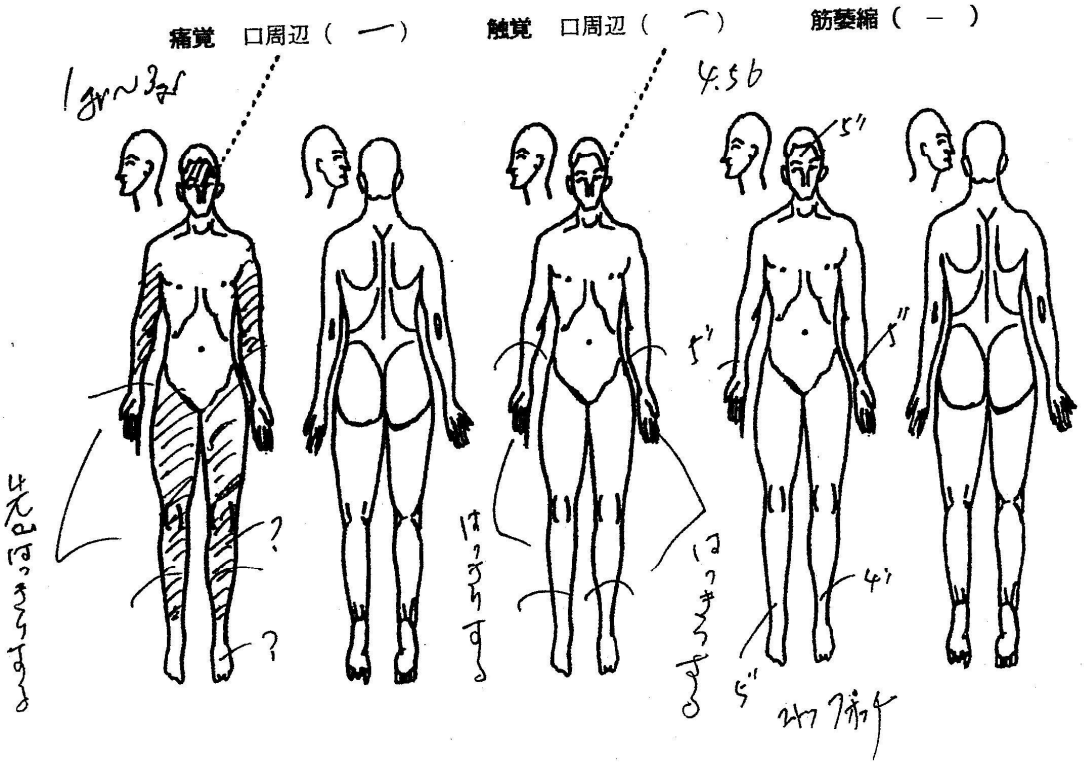
（iii）2008（平成 20）年 2 月 19 日カルテ
ほっとはうすに週 1 回通うようになった。相変わらず新聞の切り抜きをしている。水俣病関係。
自覚症状：耳鳴り、しゃべりにくい、からすまがり、頭痛など自覚症状をはじめて訴える。
現在症状：言語はパ行の発音が難しい。「ルリモハリモテラセバヒカル」が発音できないというが狭義の言語障害ではない。
つぎ足歩行時動揺あり、マン現象陽性。閉眼時片足立ちで動揺あり。感覚は口周囲、四肢末端が敏感？二点識別軽度障害（**第５図**：感覚障害）。視野は軽度狭窄。
表情乏しく、寡言、自発性乏しく不関。不潔。上目使いに見る。恥ずかしそうで伏し目、低声。
日時、場所は？正（見当識は正）。生年月日は？昭和 37 年 8 月 24 日。
学校は？（ぼつりぼつりと）「袋小学校、中学校、○○高校」
○○高校に入学はいつ？「15 歳」、通学か？「はい」
成績は？「まあ、まあ」、スポーツは？「・・・（首をふる）」
何かクラブは？「入っていない」、勉強ばかり？「・・・・・・」
得意な科は？「・・・・・」、授業は面白くなかった？「・・・（頷く）」
いじめられたか？「・・・・（頷く）」、卒業してからは？「そのまま」
就職は？「せん」、就職試験は？「いや」
どうして？「・・・受けたくなかった」、将来は？「・・・」
将来どうしたいのか？「・・・・」、分からない？「・・・・・はい」
どういうことをしたいか？「・・・・・・・」
いつも家で何を？「テレビを見ている」
最近のニュースは？「ギョウザ事件」
気に入ったテレビは？「・・・・・・」
将来どうする？「・・・・・」、考えていない？「・・・・・・（頷く）」
友達は？「・・・・・・」、ほっとはうすに行っているの？「・・・はい」
朝は何時に起きるか？「7 時半におきる」、それから？「ごはんを食べる」
それから？「新聞をみる」、それから？「テレビをみる」
それから？「切り抜き」、それから？「・・・・・」
退屈しないか？「・・・・・」、食事は自分でつくるか？「・・・（否定）」
食べ物はお母さんか？「・・・（頷く）」
風呂は？「入る」、自分で沸かすか？「・・・（頭を振る）」
夜寝るのは？「12 時」、それまで何を？「テレビ」
111 − 23 = 88（正）、58 + 64 = 122（正）
順唱；4・1・6・3 − 4・1・6・3（正）、逆唱；5174――4715（正）
日本の首相は？「福田」、アメリカの大統領は？「ブッシュ」
県知事は？「潮谷さん」、その前の知事は？「・・・・・・・」
アメリカの首府は？「ワシントン」、イギリスは？「ロンドン」
都会の土地が高い（高価な）のはなぜか？「・・・・・・・・」
法律と道徳の相違点は？「・・・・・」
国王と大統領との差は？「選挙で選ばれる」
牛と豚の相違点は？「大きさ」、共通点は？「哺乳類」
漢字の書き取り、読みは良好であるが、模写や立体構成が極端に障害されている。（**第６図**：書字

第 5 図　谷口一男の感覚障害図

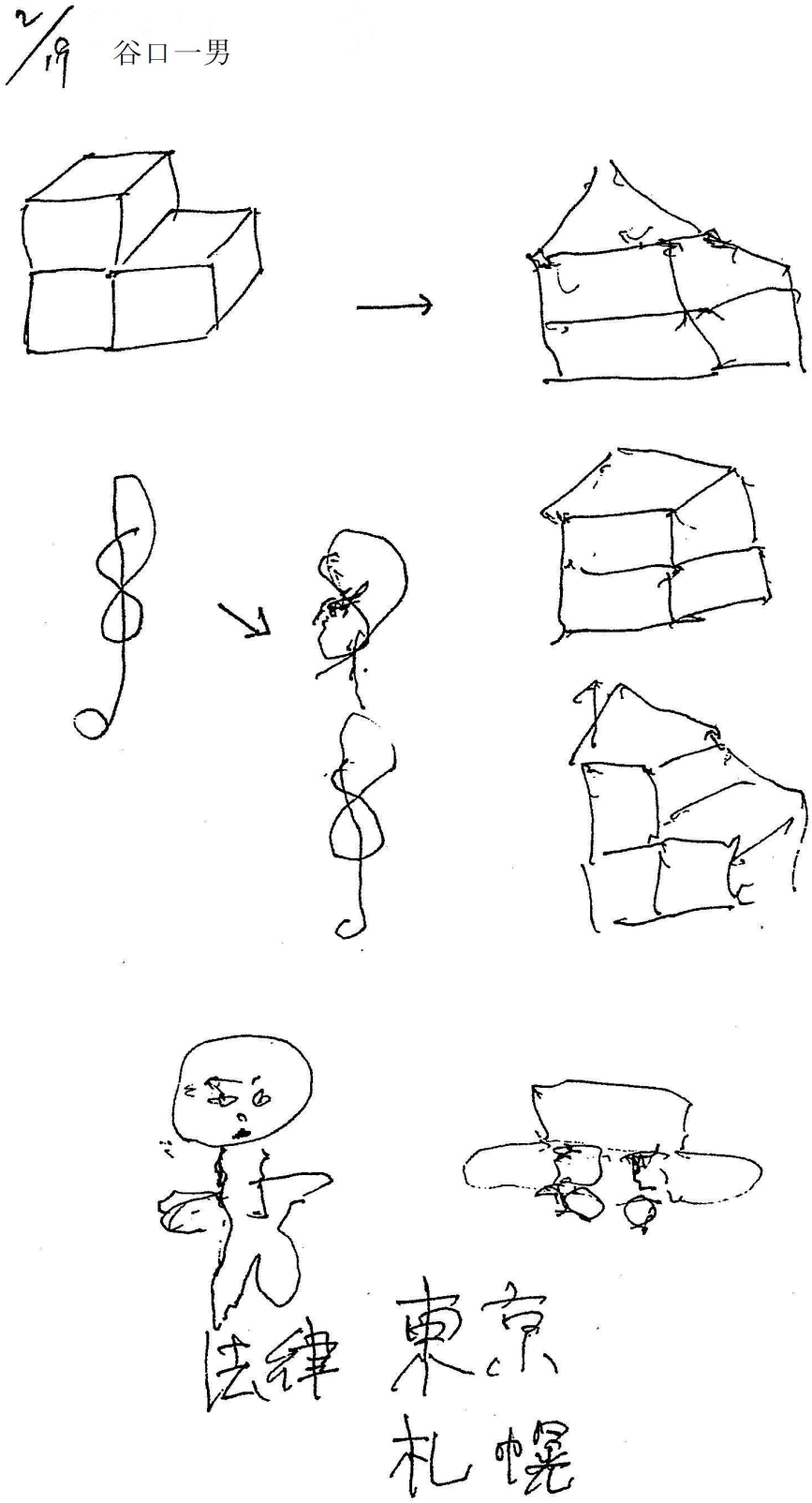
谷口正子

感覚障害　(a)　全身，四肢末端優位，口周辺，頭に，島状，左・右半身，不規則。
(b)　痛，触，温，冷，振動，位置，運動覚。
(c)　二点識別覚

	舌 先	右示指	左示指
閾値（㎜）	4	7	5
検査方法			



第 6 図　書字と模写図



と模写図)。参考資料：**胎毛（生下時）頭髪水銀値 16.1ppm**。

診断：胎生期のメチル水銀汚染による脳発達障害

臨床的には「高次脳機能障害」または「自閉症」

第 4 章　疫学（地域的条件）

4 － 1　南袋の状況

谷口家のある南袋は水俣湾の中のさらに内湾の袋湾に面しており、耕地は少なく山に囲まれた狭い平地で（現在は一部埋め立ててあるが）海岸から 1 キロ以内の集落である（**第 7 図**:袋地区の地図、昭和 27 年 2 月)。

この地区は水俣湾に近いにもかかわらず他の袋地区（茂道、湯堂、月の浦など）に比較して漁業者が少ない。農業やチッソの労働者が多い地区である。それらの条件から、袋の他の地区と異なって認定患者が比較的少ない。それはこの地区の水銀汚染が少なかったということではなかった。この地区の住民は歩いて浜に行き、ビナ、カキなど貝類を採り、男たちは漁師でなくとも夜ぶり（夜つり）に行き魚を採って食卓に上げた。

しかし、この地区は袋湾に近いにもかかわらず、チッソの労働者、農業者が多かったために水俣病の申請をする者が少なかったという事情があった。当時の劇症患者が出ていないという理由で調査対象からはずされてきたという経緯もある。さらに、水俣病が申請主義（制度）であったためにチッソ労働者家族や農業者は積極的に申請しなかったという事情もあった。このような諸事情によって認定患者の数は茂道や湯堂に比較して少ない。

4 － 2　南袋地区の水俣病認定状況

この地区が自ら認定申請するのが困難な状況にあったとしても、それでも多くの認定患者が存在している。その正確な氏名や数は公表されていないために正確には不明であるが、われわれの現地調査によると、谷口家の近隣で約 30 人前後の人が認定を受けており、この地区が汚染地区であったことは明らかである（註；行政が正式な患者名簿、住所を公表していない)。

（**第 8 図**：南袋地区の認定患者分布図参照）

ヤエはこの地区の婦人たちと同じように、歩いて海岸に行きカキ、ビナ、アサリなどを採り、近くの漁師、親戚から水俣湾産の魚を分けてもらい多食したことは間違いない（今と異なって食べ物が豊富にある時代ではなかった)。したがって、谷口家の者は等しく濃厚に長期にわたって水銀に汚染されていたことは疑う余地がない。 **第 9 図**：谷口家および袋湾の関係（写真）

第 5 章　水俣病診断と疫学

5 － 1　中毒の診断

中毒の診断はもちろん症状の特徴もあるが、本来ならば毒物を摂取した、または汚染された証拠があれば確定する。水俣病の場合も同様に有機水銀に汚染された証拠があって、有機水銀中毒にみられる症状があれば診断は比較的容易である。

一般的にはその患者の頭髪、血液、糞尿などから高濃度の汚染物質が検出されれば中毒の診断は比較的容易である。有機水銀中毒の場合も例外ではない。しかし、水俣病の場合は初期に原因物質が分からず水銀の分析が行われていない。そればかりでなく原因が明らかになった 1960 年でも頭髪の水銀測定は漁民を中心に一部の住民にしか行われていない。その後の追跡調査をも完全に怠ったのである。したがって、**水俣病の診断**は汚染の状況証拠（疫学）と現在症状に頼らざるを得なくなったのである。

5 － 2　認定基準について

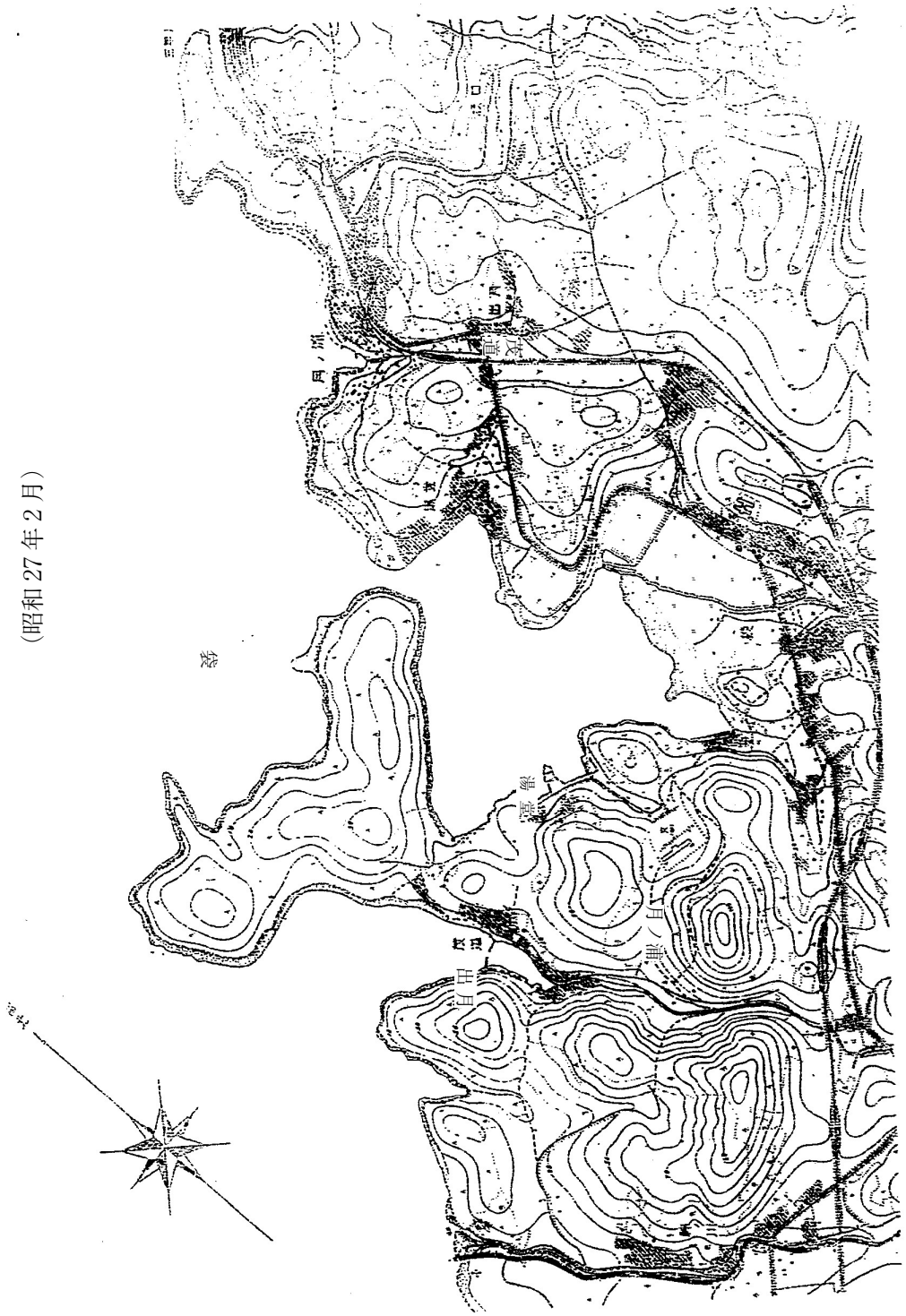
原因究明の時点でハンター・ラッセル症候群が水俣病の典型とされた。ハンター・ラッセル症候群とは重症典型有機水銀中毒の症状で感覚障害、運動失調、視野狭窄、言語障害、聴力障害などを言う[8]。これらの症状はあくまで直接的濃厚汚染の典型例の症状であって、実際にはこれらの症状が不揃いな例が圧倒的に多い。水俣病においては長期的な食餌経由の汚染であり、しかも汚染者は胎児から幼児、老人から病人まで多様であってハンター・ラッセル症候群の機械的な当てはめにはなじまないというのが前提でなければならない。1971（昭和 46）年 6 月の次官通知ではばく露条件があって、他の原因によるものでないことが明らかであれば症状が 1 つでも水俣病と認めるべきとした。この場合の症状 1 つとは末端に強い感覚障害を指した[9]。したがって、四肢優位の感覚障害だけの水俣病を認めた。たとえば、胎児性水俣病の母親たちがその例である。そのために認定患者は急激に増加した。

1977（昭和 52）年 7 月、第 3 水俣病事件を契機に環境庁（当時）は**環境保健部長通知**を出して認定基準を厳しくした[10]。すなわち、感覚障害だけの水俣病を認めず、複数の症状が水俣病の認定の条件とされた。以来、水俣病認定患者数は激減した[11]。

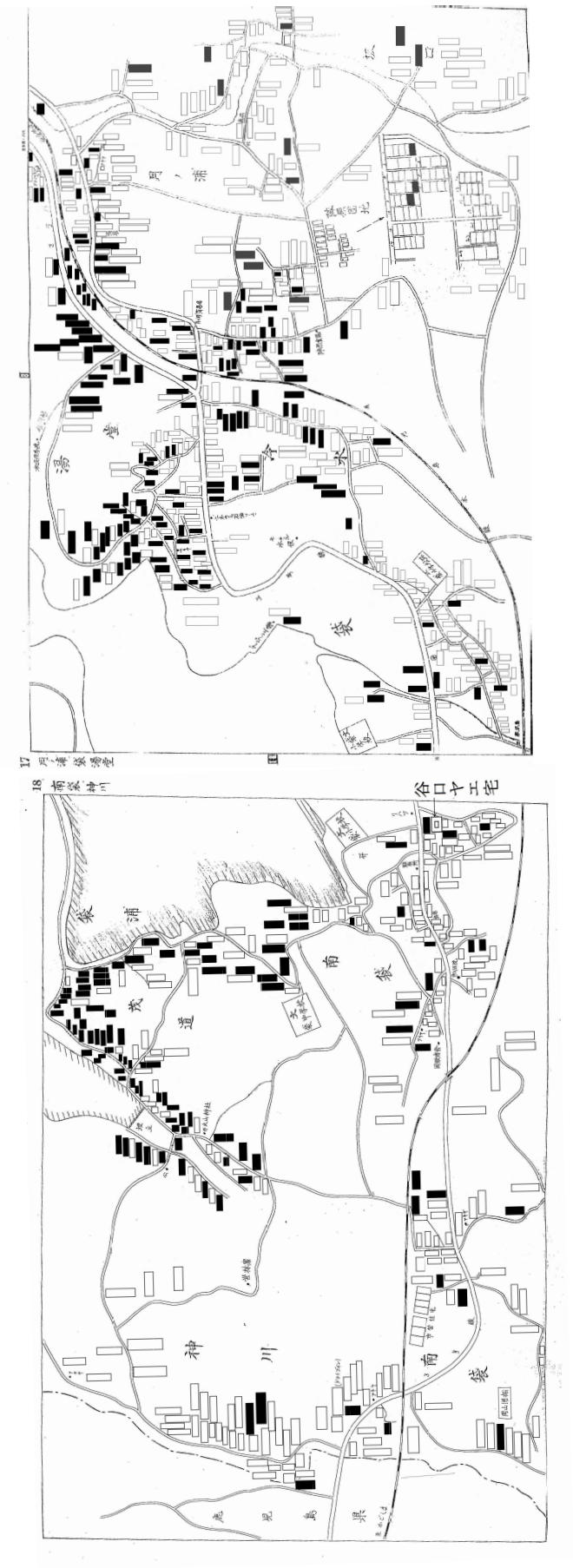
5 － 3　感覚障害は中枢障害

水俣病の診断に症状複数説を主張した根拠の 1 つは感覚障害が著明であるにもかかわらず、腱（固有）反

第 7 図　袋地区の地図



第８図　南袋地区の認定患者分布図　■認定患者宅



第 9 図　谷口家および袋湾の関係

(4,17)

第1表　不知火海周辺住民の頭髪水銀量（1960 ～ 1961 年）

ppm	～1	1～10	10～50	50～100	100～150	150～200	200～300	300～	合計（人数）
水俣市*	7	31	100	49	11	1			199
津奈木村*		12	61	23	4	2			102
湯浦町*			14	9	1				24
芦北町*		1	19	19	1				40
田浦町*		6	15	11			1		33
竜ヶ岳町	2	22	57	5		1			87
御所浦	6	53	334	75	11	1		②(357 920)	482
ppm	～20		20～50	50～100	100～200		200～300	300～	
米ノ津*	185		117	105	37		5	1(624)	450
阿久根市	26		4	1	1			1(338)	33
高尾野町	2		3	5					10
東町	18		32	23	2(142)				75
熊本市	4	18	9	0	0	0	0	0	31

注：1）熊本県衛生研究所資料と鹿児島県衛生試験所の資料。
2）測定期間は35年11月から36年初めに行っている。
3）＊印は患者が1971年までに発見されているところ。
4）（ ）内数字はppm

射が消失または減弱していないことであった。すなわち、末梢神経障害では腱反射は消失ないしは減弱するのに、患者の腱反射は正常ないし亢進していた。ために、患者の訴えそのものの信憑性が疑われたのである。末梢障害説の根拠は病理学的所見（武内忠男ほか）、手袋足袋様（末梢優位）の知覚障害の存在（徳臣晴比古ら、椿忠雄ら、白川健一ら、原田正純ら）、ラットなどによる動物実験結果（宮川太平ら）などによった。しかし、水俣病における感覚障害は大脳皮質由来であることが明らかになった。水俣病の感覚障害の中枢神経障害説は古くは高木元昭の論文があるが、浴野成生らが二点識別覚や触圧覚などの障害から中枢障害を確実なものにした[12]。

多発神経炎類似の感覚障害を末梢神経障害由来とするならば、腱反射の消失や減弱が認められるはずであった。しかし、殆どの患者が感覚障害は著明であるにも係わらず、腱反射は正常ないしは亢進していた。そのために、仮病とまで言われなくとも、感覚障害の存在そのものが疑われていたのであるから、これによって感覚障害だけの有機水銀中毒の存在が矛盾なく確認されたと言える。それを日本精神神経学会・研究と人権問題委員会は「算定の結果、**暴露群寄与危険度割合**は 99．1％だから、四肢末端優位の感覚障害と有機水銀暴露との因果関係は 99．1％である」とまで結論づけている[13]。

5－4　住民検診（健康調査）の懈怠

水俣病が不知火海の魚貝類を食することによっておこる有機水銀中毒であるとすれば、当時、不知火海沿岸に居住して不知火海産の魚貝類を多食した住民全てがメチル水銀汚染者（母集団）となる。当時、たとえば 1960（昭和 35）年の国勢調査によると水俣市の人口が 48,241 人、出水市が 45,241 人、津奈木が 8,406 人、芦北が 27,160 人、田浦が 3,547 人、御所浦が 8,551 人、竜ヶ岳が 8,420 人、姫戸が 6,210 人、長島（東町）が 12,241 人、高尾野が 15,826 人と主な被汚染者だけでもこれだけの人々がいたのである。さらに魚貝類は八代市や山間部や天草下島の方へと流通したのであるから汚染者は 20 万人を下らないのである（**第 1 図**：不知火海沿岸地図参照）。

この汚染者に対して熊本、鹿児島両県は 1960 年から 1961 年にかけてそれぞれ主として漁業関係者 867 人と 563 人、合計 1，430 人の頭髪水銀値を測定している（**第 1 表**）。水俣病が報じられてより魚貝類の摂取量が減ったと考えられるにもかかわらずかなりの高い値を示している[14,15]。しかし、その後、頭髪水銀の測定も住民検診も当時怠られていた。

本格的な住民検診が行われたのは 1971（昭和 46）年から 2 年をかけて湯堂、出月、月の浦の 3 地区を熊本大学医学部 **10 年後の水俣病研究班**が行った。これに触発されて熊本・鹿児島両県も住民検診を行ったがそれが救済につながることも実態の解明に繋がることもなかった[16]。

水俣病は魚貝類を食することによって発生するのであれば水俣病と診断された者の同居家族は当然同じ魚貝類を多食していたのであるから住民の検診が必要であった。それを怠ったことがその後、検診や審査に時間がかかる大きな原因となる。

第 6 章　申請から処分までの期間

疾病の診断には常識として何ヶ月もかかることは異例できわめて異常な状態である。もちろん緊急性を要しない慢性の患者がいることは事実としても、少なくとも 2 年以上も疾病の審査にかかることは医学史上全く例がない異常な事態である。

行政は時間がかかることの言い訳に「**申請患者の急増**」を理由にしているが、先述の様に汚染地区に数十万の住民が生活している事実を行政は認知していたわけであるから、千数百人の頭髪水銀測定とその一部の簡単な検診（それも簡略な）で問題が終わったとすることは出来なかったはずである。

また、きちんと住民の健康調査を行っていたならば、チッソが汚染し続けていたことも、慢性型（初期の急性劇症に対して）患者や非典型例（ハンター・ラッセル症候群以外の）、軽症例が多数発病していることも明らかになったのである。まさに、故意に無視、隠蔽といわれても仕方のない状況であった。

百歩譲って当時の状況から大規模の住民検診が不可能であったとしても、辛うじて生き残った重症者や高齢者を優先させ、**臨床検査を簡便化**すべきであった。疫学的聞き取りに 1 ～ 2 日、耳鼻科予診察に 1 日、本診（耳鼻科専門医）に 1 日、眼科検査に 1 日、眼科診察（専門医）に 1 日、神経内科診察に 1 日、精神神経科診察に 1 日､頚椎の X 線撮影に 1 日を要した。それに、場合によっては脳波、心電図、肝機能検査などが付け加えられる。これでは検診に時間がかかるのは当然である。時間がかかるばかりでなく患者の時間的、経済的、精神的、肉体的負担は計り知れないのである（遠隔地からの検診者に対しては旅費、宿泊費が支給されていたが）。

このような膨大な時間と費用をかけてもそれが患者の救済に直結しなかったのである。「否定のための検査」、「死ぬのを待っている」などと噂された。

待たせ賃訴訟といわれる裁判の第一審判決では検診の必要時間を**最高２年**としている。

第７章　考察

７－１　ばく露条件

本人が死亡しており、しかも生前の臨床所見が完全でないという条件のもとで本人が水俣病に罹患していたか否かを判断することは通常、病理解剖するか、または入院していて詳細な臨床記録が残されている場合などを除いて困難なことが多い。

さらに、先述したように中毒の診断は一般的に言って頭髪、血液、尿便など体内から高濃度の中毒物質を検出すれば容易である。しかし、水俣病の場合、世界で初めての環境汚染によって食物連鎖を媒介にした中毒事件であったために、初期の頃の汚染極期（1950 年代）に不知火海沿岸の住民の水銀汚染の実態が明らかではない。原因不明の初期にはある意味でやむを得ない事情があったとしても、少なくとも 1960 年以降は魚貝類の水銀測定はもちろんのこと住民の**頭髪水銀値**と健康状態の追跡調査が必要であった。せめて、継続的な頭髪水銀値の追跡調査だけでも行っておれば状況は大きく変わり、被害の拡大もある程度抑制できたはずである。しかし、頭髪水銀値の分析も漁民の一部を 1960 年まで行ったに過ぎない。しかもこの調査が「水俣病終焉宣言」として利用されたのである。

当時、少なくとも濃厚にしかも継続して汚染が続いた例は世界にも水俣以前にはなかった。老若を問わず胎児から病人に至るまでその地域に住む住民が等しく汚染されたのであるから、全住民の**継続的な健康調査**が不可欠であった。

現在の豊富な食生活の時代と異なり、当時は不知火海の豊富な魚貝類がこの沿岸や島に住む住民にとって唯一の豊かな食材であった。とくに、この不知火海沿岸では出水市、八代市の一部を除いて山が海岸近くまで迫り（リアス式海岸）芋と魚貝類が常食であった。

このような水俣病の背景を知らない者にとっては地域ぐるみ、家族ぐるみの汚染は信じ難いものであろう。しかし、そのような背景があるから通常の臨床医学の場では考えられないような家族や近在の罹患状況によって診断可能なのである（同一職場の労働者が罹患する職業病や家族全員が罹患する食中毒の場合はある）。

７－２　診断に及ぼす中枢説の意義

ごく初期は別として、水俣病の感覚障害はその形状からして（手袋足袋状の末端優位の感覚障害）末梢神経由来という考え方が支配的であった。その一方で剖検によって水俣病と確認された重症・典型患者はいずれも腱反射が亢進していた。また、多くの水俣病患者（軽症者も含む）も腱反射が亢進または正常であった。これに対して認定審査会の一部神経内科系の医師たちからは「末梢神経障害ならば腱反射が消失ないしは減弱するはず」として症状の存在そのものに疑義が唱えられていた。そのために、「感覚障害だけの水俣病は理論的には存在するが（真偽の）判断が難しい」ということで複数症状が水俣病診断の条件となった経緯がある（水俣病の判断条件）[10]。しかし、現在、メチル水銀による感覚障害は中枢由来であることが医学的（浴野ら）にも法的（関西訴訟最高裁判決）にも明らかになったことから、感覚障害のみでも水俣病であることを疑う理由がなくなった。しかし、環境省の専門家たちは態度を明らかにしていない[12,18]。

７－３　家族の症状（水俣病に関する状況証拠）

７－３－１　家族による状況証拠の診断学

通常の診断で本人を診察ないしは臨床検査を行わずに診断することは少ない。しかし、食中毒事件においては同一食事（原因）を摂食し、同様の症状が認められた場合は可能である。水俣病はごく初期の急性劇症患者を除く大部分が慢性発症であるが**同一食事をとり同一症状**が認められていれば診断可能である。例外的ではあるが、このことがむしろ水俣病（環境汚染と食物汚染による）の特徴である。したがって、水俣病に関しては、何処に何時住み、どのような生活状況、食生活であったか、家族の症状、近所の状況などから診断可能な比較的稀有な例である。すなわち、水俣病の診断に当っては疫学的調査が不可欠であると同時に、状況証拠によっても診断可能な例である。

７－３－２　地域の状況からの診断学

1956 年、水俣病が発見された時、熊大公衆衛生の喜多村らは発生時期と患者の分布から本疾患と魚貝類との関係を指摘した[8]。本件に於いても同一居住地域が水俣病とどのような関係があるかが重要な参考となる。

谷口ヤエの居住した地区は**最濃厚汚染地区**にはさまれた、水俣湾に面した多発地区である。近くの湯堂、茂道に比較すると水俣病患者の認定率はやや低い。そ

れは水俣病が一貫して申請・認定主義で貫かれたことによる。この地区は専業漁家が少なく、チッソ勤務者が多かったことなどによるもので、決してこの地区に患者が少なかったのではない。申請主義による結果である。それでもこの地区が水銀汚染に無傷であるはずがなく、すでに多数の認定患者が認められている。

現在こそさまざまな食材があるが、当時は（日本全国が同様であった）近海の貝類を獲り、魚を手に入れ、主として芋を食べる生活であった。そのような背景を診断の場合考慮に入れるべきである。

7 － 3 － 3　胎児性水俣病の存在

現在、胎児性水俣病と確認されている患者は 70 人近くがいる。その母親をはじめ家族の症状は一般的に軽い[19]。

ヤエの孫に胎児性水俣病がいる。和解によって認定を受けていないが生後からさまざまな精神神経症状をもち社会生活に障害がある。胎児性患者の重症者は脳性まひ様の症状を示す。現在のところ水俣においては胎児性と呼ばれる患者は重症者に限られている。そのような重症者だけが胎生期に汚染されたメチル水銀中毒とされ、その軽症ないし中等症の胎児性患者は放置されてきている。ヤエの孫（同居）の一男（1962 年生まれ）は胎生期にメチル水銀の影響を受けた胎児性水俣病と診断される。

現在、国際的にはメチル水銀が胎児に及ぼす影響について議論が盛んであるが、それは水俣で経験されたような脳性まひ型ではなく自閉症や**高次脳機能障害**と呼ばれるレベルの障害である。そのレベルの障害をもたらす母親の頭髪水銀のレベルは 20ppm 前後とされている[20]。一男の生下時の**胎毛（頭髪）水銀値**は 16.1ppm で本人の頭髪水銀値であって母親の頭髪水銀値ではないことに注目すべきで通常の 10 倍である。

一男の生まれたのが 1962 年であるからこの一家がそれ以前も水銀に汚染されていた重要な証拠となる。

7 － 4　行政の責任

本件における行政責任はすでにさまざまに指摘され、論じられてきたので省略するが、医学的な面について 2 － 3 指摘しておく。

7 － 4 － 1　検診の期間について

病気の医学的診断については通常は急を要することが多い。しかし、各種認定や審査のための判断は緊急を要さない場合もある。しかし、それとてことが疾病に関することであるからある一定の期限が常識の範囲で必要であり、無制限に長くてよいというものではない。とくに、医学的判断においては長期に放置しておいてよいというものでないことは言うまでもない。通称「**待たせ賃訴訟**」において裁判所は水俣病の判断に係る妥当な時間を約 2 年とした。ヤエさんの場合、いかに不法に長期に放置されたか明らかである。

7 － 4 － 2　検査内容について

大量の申請者がでたために処分が遅れたと行政は説明するが、意図的ではないかと疑われる程に時間をかけている。

予診 1 ～ 2 日、耳鼻科予診 1 日、耳鼻科検診 1 日、眼科予診 1 日、眼科検診 1 日、神経内科検診 1 日、精神科検診 1 日、その他に頚椎の X 線、脳波、心電図、血糖値、場合によっては CT，MRI などまでが検査されることがある。**最低 7 日**という全身の健康検査でもないのでこのような検査の必要はない。何のための検査か分からない。

7 － 4 － 3　症状の変動

検査はかなりの集中力と体力が必要である。高齢者や症状が著明な患者ほど検査にうまく応じられない。非協力という注釈がつくことになる。また、症状の変動があるのが中枢性症状の特徴であるが症状の変動を正常と判定される。とくに、感覚障害など中枢性と考えれば変動が当然なのに変動するのは**信憑性**が薄いと否定される。たとえば末梢神経が傷害されれば症状が変動する筈がないというドグマ。これ等が再検になる可能性が大きく、大量の保留を生んだ。

7 － 4 － 4　検診における行政の責任

第三水俣病の否定によって熊本県は水俣病二次研究班のメンバーを更迭し、九州大学、鹿児島大学、北里大学など熊本大学以外の医師を審査会に入れた。そして判断条件を厳しくした（**52 年通知**）[10]。そのことによって大量の棄却患者と未審査患者を出した。ことは健康に関することであるから行政は迅速に処分をすすめる責任があった。すなわち、審査会のメンバーを説得し審査のスピード化を図らなくてはならなかった[11]。

熊本県は申請患者が急増したことを審査の遅れの理由にしているが、少なくとも 20 万人近い人が汚染地区に居住していたことは最初から明らかであった。したがって、最初からこのことを予測し、的確な時期に

汚染住民の健康調査などを行うべきであった。さらに、調査や検診を怠ったために行政不服審査請求が逆転認定された時に申請者が急増した時、検診を簡素化すべきであったし、対応をスピードアップ化すべきであった。日本中の何処に申請してから判定までに 10 年以上も待たされた例が健康問題の絡む事例であっただろうか。その責任の放棄が本例のような症例を生んだのである。

第８章　結論

谷口ヤエさんは残された診断書、生活歴、家族の症状、近隣の水俣病認定状況などから水俣病であったと考える。

その根拠は本人の申請時の症状、家族の症状、残された同居孫の新生児頭髪水銀値、環境（食生活を含めて）を同じくする近隣に水俣病患者が多発していることなどを確認できることからヤエさんが水俣病に罹患していたことは証明できる。水俣病は広範かつ長期にわたる有機水銀による環境汚染であるために病跡学的手法が有効であることを述べた。加えて、このような手法を**環境疫学**と呼んだ。

本来ならば生存中に的確な処分と正確な診断がなされれば、このような手法は使わなくてもよいのであることを付言しておく。

(この研究の一部は、科学研究費補助金 . 基盤研究（B）課題名「水俣病半世紀の再評価と、その社会的影響に関する研究」による。また、本研究に当たっては、熊本学園大学社会福祉学部東俊裕教授；弁護士、同大学水俣学研究センター石坂美代子氏の多大な協力を得た。)

参考資料および文献

１）日本病跡学会ホームページより
２）平成 20 年 1 月 26 日、熊本日日新聞
３）原田正純、環境と人体、公害論、世界書院、2002.
４）水俣病棄却取消認定義務づけを求める溝口訴訟、最終準備書面資料集；水俣病・谷口訴訟を支える会刊行、2007.7.
５）溝口訴訟、甲第 2 号証
６）同、乙第 28 号証
７）同、甲第 111 号証
８）原田正純、水俣病、岩波新書、1972.
９）環境庁事務次官通知、46（1971）年通知
10）環境庁企画調整局環境保健部長通知、52（1977）年 7 月 1 日通知
（注）46 年通知および 52 年通知の全文は原田正純「水俣病にまなぶ旅」、日本評論社、1985 年に収録
11）原田正純：水俣病の認定制度と医学的実態、公害研究、3(1),23 － 39,1983.
12）浴野成生ほか：メチル水銀による大脳皮質損傷－－－水俣病を診断するために、精神神経学雑誌、109,420 － 437,2007.
13）精神神経学雑誌、日本精神神経学会、1998.9,19.
14）原田正純：16 年後の水俣病の臨床的・疫学的研究、神経研究の進歩、16,870 － 880, 1972.
15）原田正純：医学における認定制度の政治学、水俣病の場合を中心に、思想、No.908,103－123,2000.
16）熊本大学医学部第二次水俣病研究班；10 年後の水俣病研究班、1962.
17）昭和 35 年毛髪水銀値：熊本県および鹿児島県資料（文献 14 にも引用）
18）原田正純：水俣病関西高裁判決、環境と公害、31(2),68 － 70,2001.
19）原田正純:胎児性水俣病､周産期医学､29（4）,448 － 452, 1999.
20）原田正純：有機水銀中毒研究の最近の動向、IPCS の報告書をめぐって、公害研究、19(2),12 － 14, 1989.

その他　参考文献

水俣病研究会編：水俣病にたいする企業の責任、チッソの不法行為、1970 年、復刻版、熊本学園大学水俣学研究センター、2008.
熊本大学医学部水俣病研究班：水俣病、有機水銀中毒に関する研究、熊本大学医学部、1966.
富樫貞夫：水俣病事件と法、石風社、1995.
水俣病被害者・弁護団全国連絡会議編：水俣病裁判、人間の尊厳をかけて、かもがわ出版、1997.
原田正純・花田昌宣編：水俣学研究序説、藤原書店、2004.
原田正純（共著）：人類史に及ぼした水俣病の教訓、水俣学序説、「生命と環境の共鳴」（高橋隆雄編）、151 － 185p、九州大学出版会、2004.
原田正純（共著）：水俣病の医学がおしえるもの、「現代医学と社会」（森本兼曩監修）、朝倉書店、2005.
原田正純編著；水俣学講義（第 1 集、第 2 集、第 3 集、第 4 集）、日本評論社 .
原田正純：水俣への回帰、日本評論社、2007.
宮沢信雄：水俣病事件と認定制度、水俣学ブックレットＮｏ 4、熊本日日新聞社、2007.
高峰武編：水俣病小史、熊本学園大学水俣学研究センターブックレット No6、熊本日日新聞社、2008.

原　著

Visualization of the relationship between the geographic distribution of day service facilities for the elderly and local elderly residents using a geographic information system

地理情報システムによる通所介護施設と地域高齢者の地理的分布の可視化

Kazuyuki TAKAHASHI[1)] , Atsushi OGIHARA[2)]
高橋　和行[1)]，扇原　淳[2)]

1) Department of Health Science and Social Welfare, School of Human Sciences, Waseda University
2) Department of Health Science and Social Welfare, Faculty of Human Sciences, Waseda University
1) 早稲田大学人間科学部健康福祉科学科
2) 早稲田大学人間科学学術院健康福祉科学科

Kazuyuki T. and Atsushi O. contributed equally to this work.
Corresponding to: Atsushi OGIHARA Email: aogi@waseda.jp

要　旨

本研究は，通所介護施設と地域高齢者の地理的分布からみた介護福祉サービスの整備状況と利用者の地理的分布から見た施設提供サービスの現状について，特に距離的アクセシビリティの点から検討することを目的とした．
対象地域を埼玉県所沢市とした（通所介護施設：25）．通所介護施設の住所データ，所沢市町丁別地図，所沢市要介護・要支援認定者数，日常生活圏域に関するデータセットを作成した．それらのデータを ArcGIS9.1（ESRI 社製）の ArcView を用い GIS 上で統合した．さらに，一施設を対象として，施設を中心とする距離圏と利用者の地図情報を GIS 上に表示した．

その結果，所沢市内の通所介護施設と高齢者人口の地理的分布との関連では，各通所介護施設のカバー要介護者数でみた場合，市内の北西部で少なく，市の中心部を含む南部で多くなるという地理的な偏りがみられた．1 施設がサービスを提供すると想定される圏域（ボロノイ領域の面積）も南部で大きくなっていた．また，市内 65 歳以上人口の約半数は，最寄りの施設から 1,000m 圏外に居住していた．特定の 1 施設を対象とした分析では，利用者の 40%以上が 2,000m 以上離れて居住している者であった．

本研究の結果から，通所介護施設の地理的空間的分布に偏りがあることが視覚的に明らかとなった．今回の方法論を用いることは，政策立案者にとって地域高齢者福祉政策・活動を評価・立案する際に大いに参考になることに加え，施設経営者にとっても利用者獲得に向けた戦略に用いることが可能と思われる．

Abstract

Objectives: The aim of this study was to investigate the relationship between the geographic distribution of day service facilities for the elderly and local elderly residents, and the status of facilities providing services as viewed from the geographic distribution of users.

Methods: The study area was Tokorozawa City, Saitama, Japan, in which the study targeted 25 day service facilities for the elderly. We used the Voronoi tessellation to determine the facilities nearest to an elderly person's residence, by ascertaining the distance of the users' residences from the facilities with consideration given to distance by road. This data was integrated with the addresses of the facilities on a geographic information system in order to examine geographic maldistribution.

Results: Geographic maldistribution was observed in the relationship between area of service of facilities and the number of elderly residents in need of support or care. The "covered number of elderly residents in need of support or care" were few in the northwestern part of the city and many in the southern part. Further, in the south, the area assumed to be involved in the provision of services by a single facility (i.e., the area of the Voronoi area) was also large. Moreover, in an evaluation of the geographic access to day service facilities for the elderly among local elderly residents, around half of the elderly persons resided in areas <1,000 m from the nearest facility.

In a case study of the geographic distribution of users of a day service facility for the elderly, it was estimated that 40% of the elderly resided persons in areas >2,000 m from the facility they used.

Conclusion: It was visually clear that the geographic distribution of day service facilities for the elderly was uneven. Moreover, the use of the methodology applied in this study can serve as a major reference for policy makers when planning and evaluating regional welfare policies and activities for the elderly.

Keyword: Geographic information system; long-term care insurance; day service facilities for the elderly; geographic distribution; visualization

Introduction

Among the various policies that have been designed in response to Japan's aging society, one of the largest reforms in recent years was the establishment of the long-term care insurance (LTCI) system in April 2000[1-5]. This program ensures that all Japanese citizens who are 65 years old and above are eligible for benefits (institutional and community-based services, but not money) based on physical and mental disabilities[6]. The computer-aided standardized needs assessment used in this study categorizes people into seven levels. With the implementation of this system, there was a major shift in the priority toward home-based welfare, with a further shift toward "pick-and-choose welfare" based on individual choice. Further, ever since the establishment of the LTCI system, there has been a significant increase in the number of LTCI users. This increase has been attributed to the increase in the aging rate and home care service users.

In general, a greater demand for home-care services, due to the demand for welfare services, is expected in the future. The insurance and welfare policies among the elderly that have been undertaken hitherto have lacked a geographic focus, such as computing numerical infrastructure targets based on relative population ratios[7].

Recently, a number of reports pertaining to the geographic distribution of medical care facilities and the use of these facilities by local residents have been published. In addition to reports stating that the geographic accessibility of medical care facilities affects the use of these facilities by local residents, there have been numerous reports investigating the geographic distribution of local health care plans by medical care facilities[8–11].

Among home-care services, day service facilities for the elderly may be used on a daily basis by those who require support or care The location or geographic accessibility of such facilities is perceived as a very important factor from the perspective of potential users.

Nevertheless, there exist relatively few reported investigations on geographic accessibility vis-à-vis the current location of day service facilities for the elderly compared with the number of related reports

investigating health care facilities.

This study investigates the current infrastructure of long-term care welfare services from the perspective of the geographic distribution of day service facilities for the elderly among local residents, as well as the current status of services provided by the facilities from the perspective of the geographic distribution of the users.

Materials and Methods

Study area

The study area was Tokorozawa City, Saitama, Japan (Fig. 1, Table 1, area: 71.99 km2; population: 337,883; population density: 4,626 inhabitants/km2; population of individuals of 65 years and above: 54,966; aging rate: 16%).

A large geographic variation was seen in the certified number of elderly residents in need of support or care among the 14 daily living areas that were publicized by the city authorities. While the area with the largest population had 858 persons, the area with the smallest population had 284 persons (Fig. 2). The percentage of the certified population in need of support or care was an estimated 15% in each area.

There are 25 day service facilities for the elderly in the city; the service areas for 14 comprehensive regional support centers were set up in accordance with the daily living areas[12].

Analytical methods

We analyzed the data in the following three stages: (1) investigation of the relationship between day service facilities for the elderly, provision areas, and the certified number of elderly residents in need of support or care; (2) evaluation of geographic access to day service facilities for the elderly among local elderly residents; and (3) a case study on the geographic distribution of elderly day service facility users.

These analyses were made using the data in Table 2. The data presented in Table 2 can be obtained without having to apply special methods. The analysis in each of the three stages is described in the following.

1. Relationship between day service facilities for the elderly, provision areas, and the number of elderly residents in need of support or care

First, we collected data sets of the addresses of day service facilities for the elderly, an area map of Tokorozawa City, the certified number of elderly residents in need of support or care, and the daily living area (Table 2). This data was then integrated into a geographic information system (GIS) using ArcView (ArcGIS ver. 9.1) obtained from ESRI Inc. (California City, CA, USA).

To determine the facility nearest to an elderly person's residence using the ArcGIS ver. 9.1, Voronoi tessellation, which assumed that each facility was the center, was applied. Voronoi tessellation is a mathematical method that, by drawing a vertical bisector toward a straight line that links two points that are next to each other on a plane, divides the domain nearest to each point. The figure resulting from the Voronoi tessellation is called the Voronoi diagram. In this study, wherein multiple facilities set on a plane generate points, a division is made from the nearest generating point within the entire city area. The generating point of each area obtained using the Voronoi tessellation shows that the area "at a random point within the area (i.e., a random residence of a facility user) is the nearest in a straight-line distance." Further, areal weighting interpolation was used to compute the certified number of elderly residents in need of support or care within the cell of each facility. We assumed that these calculated values "covered number of elderly residents in need of support or care." The areal weighting interpolation is a method whereby it is hypothesized that the population is evenly distributed within a single area, and when a certain area has been divided into two or more areas according to each areal ratio using Voronoi tessellation, the population is divided among those divided areas. The Areal Weighting Interpolation Totaling Tool ver. 1 (Exceed Corp. Saitama, Japan) was used for this purpose.

Table 1. Demographical characteristics

Daily living area	65 years old and above			The certified number of elderly residents in need of support or care	Aging rate
	Male	Female	Total		
A	2,297	2,603	4,900	760	18.4
B	1,994	2,984	4,978	858	16.2
C	1,985	2,637	4,622	763	16.2
D	1,321	1,585	2,906	404	19.1
E	1,641	1,976	3,617	557	17.4
F	1,531	1,779	3,310	494	15.8
G	2,448	2,837	5,285	820	15.0
H	2,270	2,706	4,976	760	15.6
I	1,900	2,399	4,299	672	15.3
J	1,072	1,350	2,422	284	15.6
K	1,964	2,411	4,375	703	19.5
L	800	1,018	1,818	376	9.5
M	1,756	2,005	3,761	583	17.5
N	1,752	1,945	3,697	570	17.1
Total	24,731	30,235	54,966	8,604	16.2

Table 2. Data sets

Data base	Date of issue	Source
①Addresses of day service facilities	July, 2006	List of companies concerned with Long-Term Care Insurance in Tokorozawa city (Department of Long-Term Care Insurance, Tokorozawa city)
②Area map of Tokorozawa City	February, 2003	Digital map 2500 Kanto-2 (Geographical survey institute, Japan)
③The Certified number of elderly residents in need of support or care	June, 2006	Plan of Health and welfare plan for the elderly and Long-Term Care Insurance services in Tokorozawa city (Department of Long-Term Care Insurance, Tokorozawa city)
④Daily living area	March, 2006	Plan of Health and welfare plan for the elderly and the Long-Term Care Insurance service in Tokorozawa city (Department of Long-Term Care Insurance, Tokorozawa city)
⑤Entire city map of Tokorozawa city	February, 2003	Digital map 2500 Kanto-2 (Geographical survey institute, Japan)
⑥Road map of Tokorozawa city	February, 2003	Digital map 2500 Kanto-2 (Geographical survey institute, Japan)
⑦Population of Tokorozawa city	April, 2000	Census mesh data (Japan Statistical Association) [533953 Tokorozawa・533954 Shiki・533963 Southern part of Kawagoe]
⑧Addresses of users of Facility	December, 2006	From research facility
⑨Residential map of Tokorozawa city	December, 2004	Residential map 200602 Saitama eastern and western parts of Tokorozawa (Zenrin Co, Japan)

Analysis1(①, ②, ③, ④), Analysis 2(①, ⑤, ⑥, ⑦), Analysis3(①, ④, ⑧, ⑨)

2. Evaluation of geographic access to day service facilities for the elderly among local elderly residents

First, data sets of the addresses of day service facilities for the elderly, an area map of Tokorozawa City, a Tokorozawa City road map, and Tokorozawa City population data were tabulated (Table 2). Using these data sets, the Network Analyst function of ArcGIS ver. 9.1 was used to calculate, in five stages (<500 m, 500–1,000 m, 1,000–1,500 m, 1,500–2,000 m, >2,000 m), the distance areas from the facilities taking into consideration the distance via road.

Next, population data was entered into the GIS using grid square statistics from the National Census data for the year 2000 (Japan Statistical Association, Tokyo, Japan). Then, the Areal Weighting Interpolation Totaling Tool ver. 1 was used to calculate the number of elderly residents (population of individuals of 65 years and above) for each of the five stages and the overall number of residents in the city.

3. Case study on the geographic distribution of elderly day service facility users

Among the day service facilities for the elderly within the city, Facility No. 1 in Fig. 2 and Table 3 was selected. The fixed number of users of this facility was 45 in December 2006. The procedure of the present study was reviewed and approved by the staff. The subjects were then informed about the study, and were requested to sign an informed consent form. Further, this study was approved by the Ethical Committee of the School of Human Sciences, Waseda University.

The subjects included 70 users who gave informed consent for this study. We did not use personal information such as users' names, gender, or age. We used only the addresses for plotting on the map, confirmed by the lot number information. The data sets are shown in Table 2, and the address of the facility was displayed on the GIS.

Next, a map displaying each town (machi) and district (cho) of the entire area was entered and displayed. Based on the address data of the users, a comparison of the city's east portion and western areas (Zenrin Residential Map 200602 SAITAMA, Zenrin Co. Ltd., Fukuoka, Japan) was made and displayed on the GIS with a road map. Using the Network Analyst function of ArcGIS ver. 9.1, we calculated, in the five stages, the distance areas from facilities with consideration of the distance via road. Finally, keeping the facility as the center, the distance areas and map information of users were displayed on the GIS.

Results

1. Relationship between day service facility for the elderly, provision areas, and the number of elderly residents in need of support or care

The locations that served as generating points after applying the Voronoi tessellation to the locations of day service facilities for the elderly in the city are shown in Fig. 3 and Table 3. The certified number of elderly residentse in need of support or care (the covered number of elderly residents in need of support or care) within Voronoi areas is also shown.

Geographic deviation was observed in the day service facilities located in the city such that there are many such facilities in the northwestern part of the city, but few in the southeastern part. The maximum number of covered elderly residents in need of support or care was 1,121, while the minimum was 57. Geographic differences were confirmed, with few such numbers (the minimum, 57) in the northwestern part of the city and many in the southern part. Further, in the south, the area assumed to be involved in the provision of services by a single facility (i.e., the area of the Voronoi area) was also large.

2. Evaluation of geographic access to day service facilities for the elderly among local elderly residents

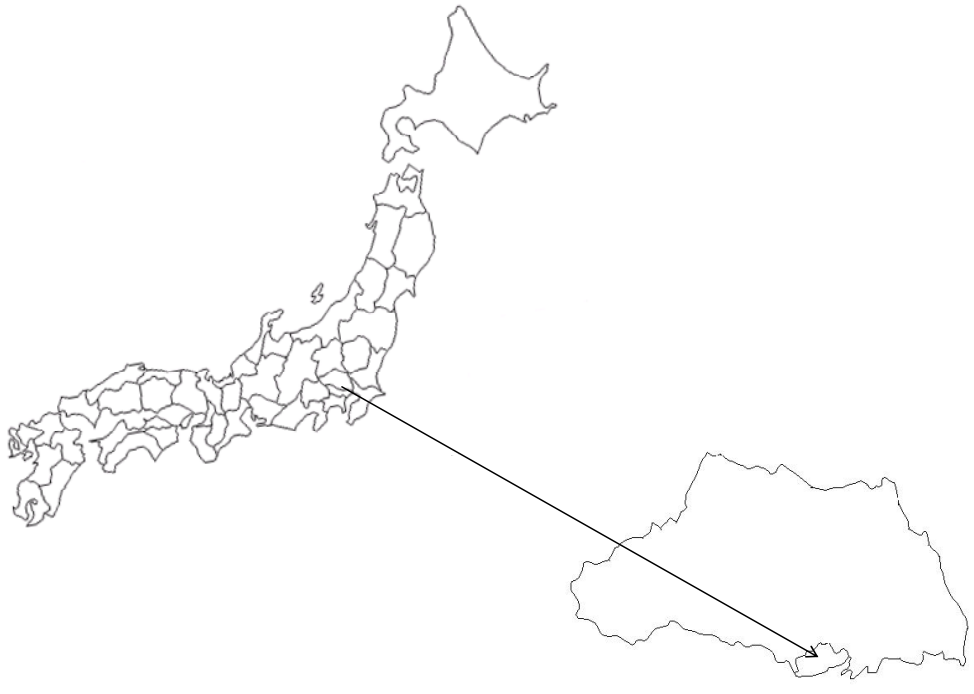
The population of local elderly residents was estimated at 43,131 persons based on grid square statistics values using areal weighting interpolation. The population of local elderly residents in the five stages was arranged according to the road distances with each facility serving as a center, and are as follows: <500 m: 6,910 persons (16.0 %); 500–1,000 m:

17,187 persons (39.8%); 1,000–1,500 m: 12,310 persons (28.5%); 1,500–2,000 m: 4,561 persons (10.6%); >2,000 m: 2,163 persons (5.0%) (Fig. 4).

Table 3. Capacity of day service facilities for the elderly and the covered number of elderly residents in need of support or care*

Num. of Facility	Capacity	The covered number of elderly residents in need of support or care*	District		Num. of Facility	Capacity	The covered number of elderly residents in need of support or care*	District
1	40	554	A		14	25	384	J
2	15	117	A		15	40	57	K
3	40	1,121	B		16	30	116	K
4	40	545	C		17	10	110	K
5	9	191	C		18	30	100	K
6	18	330	D		19	40	89	L
7	43	808	E		20	40	205	L
8	25	338	F		21	6	526	M
9	30	613	F		22	40	129	N
10	40	614	G		23	30	142	N
11	20	591	H		24	40	84	N
12	30	312	I		25	25	83	N
13	45	439	I		Total	751	43,131	

*The number of elderly residents needing support or care in each Voronoi diagram



Tokorozawa City, Saitama Prefecture, Japan

Fig. 1 Study area

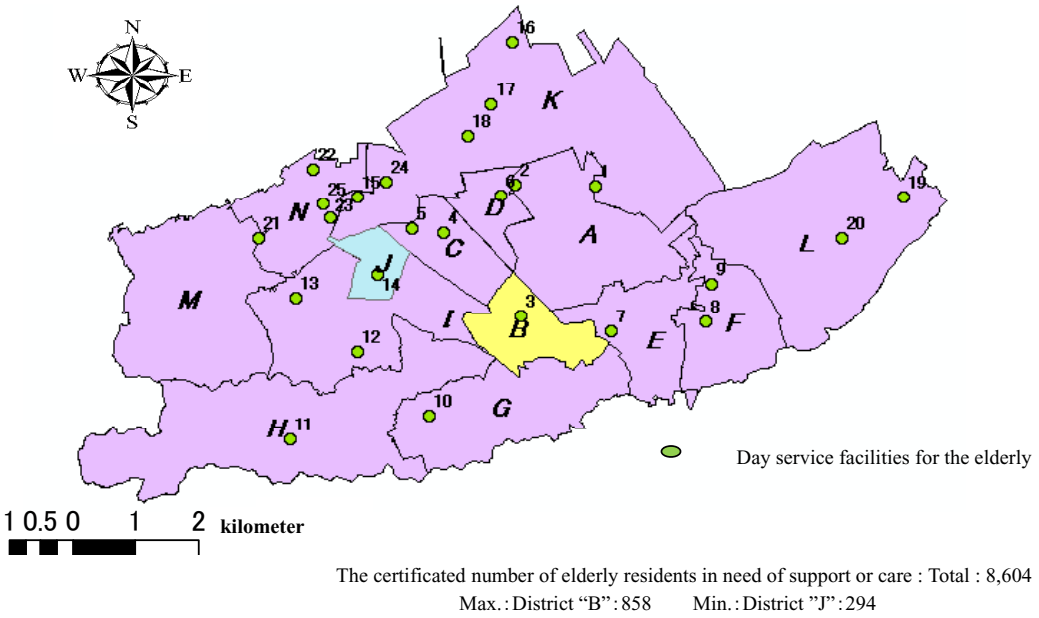


Fig. 2 Day service facilities for the elderly and daily living areas

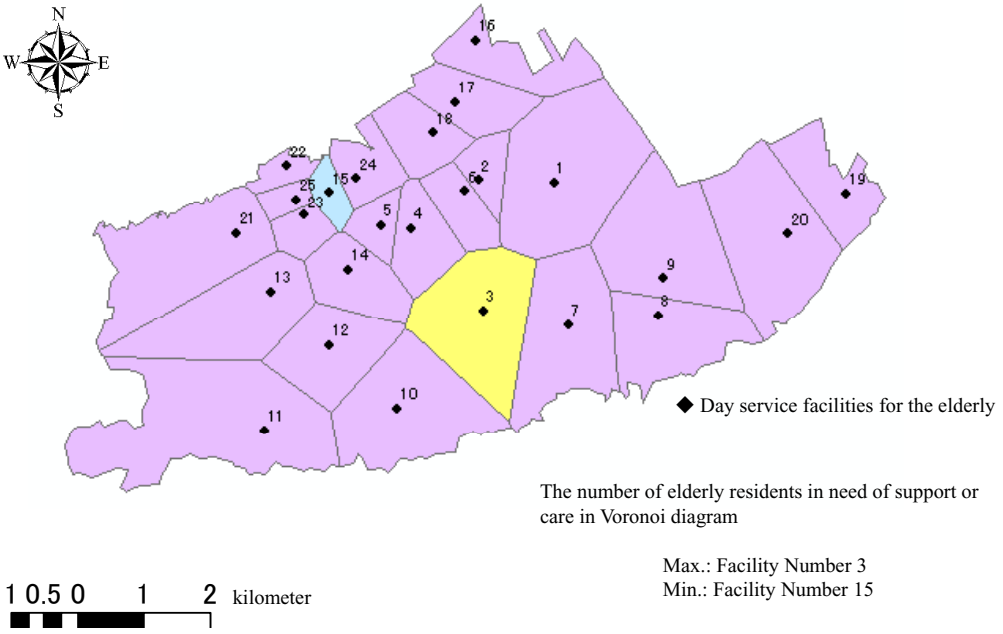
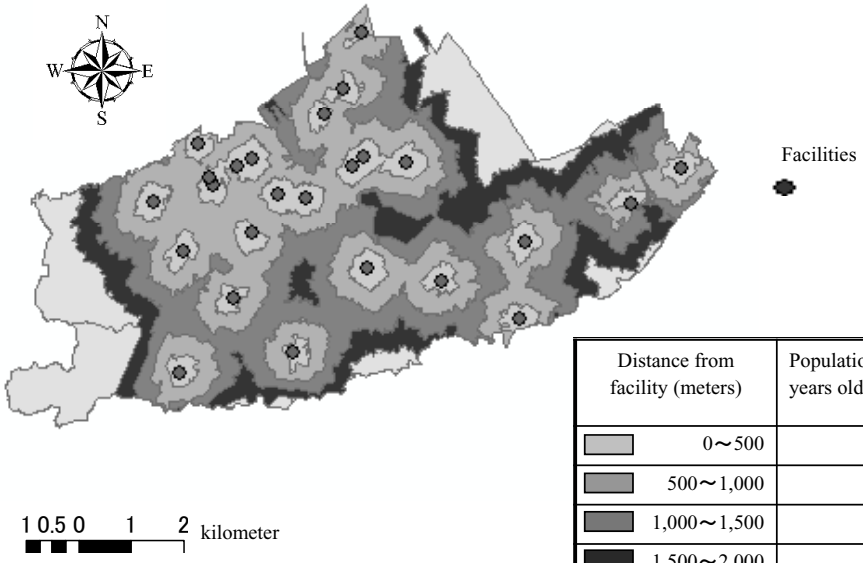


Fig. 3 The city represented by Voronoi diagrams



Distance from facility (meters)	Population of 65 years old and above	%
0～500	6,910	16.0
500～1,000	17,187	39.8
1,000～1,500	12,310	28.5
1,500～2,000	4,561	10.6
2,000 over	2,163	5.0
Total	43,131	100

Fig. 4　Geographical accessibility to day service facilities for the elderly using road map

Distance from the facility (meters)	Number of users	%	Users within daily living area	Users outside daily living area
0～500	17	8.6	16	1
500～1,000	52	26.4	46	6
1,000～1,500	47	23.9	32	15
1,500～2,000	11	5.6	1	10
Over 2,000	70	35.5	32	38
Total	197	100	127	70

Fig. 5　Distribution of users of the day service facility for the elderly

Furthermore, it was estimated that in the eastern, western, and central parts of the city, some elderly persons resided at a distance of 1,500 m or more from the nearest facility. Overall, it was deduced that around half of the elderly persons resided in areas <1,000 m from the nearest facility.

3. Case study on the geographic distribution of users of a day service facility for the elderly

Following is the current status of geographic distribution of 70 users of a day service facility located in the northeastern part of the city: <500 m: 5 persons (7.1%); 500–1,000 m: 20 persons (28.6%); 1,000 –1,500 m: 10 persons (14.3%); 1,500–2,000 m: 4persons (5.7%); >2,000 m: 31 persons (44.3%) (Fig. 5).

Discussion

In the process of planning for the construction of public and commercial facilities, it is necessary to consider the user accessibility of those facilities. GIS enables comprehensive management and information processing with regard to the geographic location, as well as the visual display of such information. Moreover, since it enables the analysis of spatial factors, GIS is widely used not only in resource management[13] and land use planning14) but also in environmental pollution[15, 16, 17], planning of health care facilities[18, 19], and decision-making in public health services[20, 21].

This study, we investigated the current status of the long-term care welfare service infrastructure from the perspective of the geographic distribution of day service facilities for the elderly among local elderly residents, as well as the current status of services provided by facilities from the perspective of the geographic distribution of users.

First, in terms of the relationship between the day service facilities for the elderly within Tokorozawa City and the geographic distribution of elderly residents, regional differences were observed in the number of elderly residents in need of support or care who were covered by each facility. In the city's northwestern part, the covered numbers were less than that in the southern area. Furthermore, on including the central area of the city, the covered numbers were comparatively larger. A regional difference was also observed for the respective areas assumed to be responsible for the provision of services by a single facility (i.e., the area of the Voronoi area). In this regard, the southern part of the city is large. For residents of an area with a large number of covered elderly residents in need of support or care, it is possible that, considering the fixed number of users of a facility within that area, such residents are unable to fully utilize their area's facility services. In other words, it is possible that the needy are unable to use the services of the nearest facility. Moreover, one could imagine that when a covered area is large, the distance between some users' residence and the services may also be large. The users of a day care facility generally utilize the transport service provided by the facility, and depending on the extent of care required, an increase in transport distance and time could increase the physical and mental burdens of users. In fact, when an elderly person desires to use a facility located far from his or her residence, there may be instances when the person has to refrain from using the facility because of the transportation cost. From this perspective alone, the use of a nearby facility is ideal. Increased transport distance and time could also increase the physical and mental burden of those in charge of transportation at these facilities.

It is believed that, while expanding the number of users of a facility or establishing a new facility, priority should be given to improving areas maldistribution area such as those shown in this study. In the Voronoi division based on direct distance from a facility, since the population distribution characteristics within a district thus divided were not taken into consideration[22], actual road distances were used in this study, which has not been done in previous studies[22–25] that investigated the geographic accessibility of day service facilities.

Thus, this study investigated the relationship between the distance from facilities and the geographic distribution of local elderly residents. We found that around half the individuals who were 65

years old and above resided within 1,000 m of the nearest facility. Visual clarification also illustrated the existence of users who reside in the area outside the (i.e., farther than) 2,000 m distance. The estimated population of elderly persons calculated from grid square statistics values using area weighting interpolation was 43,131 persons; however, the actual elderly population was 40,404 persons. Areal weighting interpolation is a method used to estimate a population of an area based on population data such as census data. This error was assumed to have been due to the characteristics of this method [26].

Although this study clarified the number of elderly persons residing at relative distances from a facility, some individuals may not be able to use the nearest facility for a variety of reasons. Moreover, previous studies have not clarified how far away users reside from the facilities they actually use.

This study focused on the one-day service facilities within the city and investigated the actual usefulness of that day service facility for the elderly from the aspect of the geographic distribution of users.

Approximately 60 % of the users were residents within the daily living area where the facility was located. In fact, a trend with regard to the nearest facility was observed. Certain cases where were observed in which users lived side-by-side as neighbors. The distance of users' residences from a facility does not seem to be the only factor responsible for whether or not they will use the services of that facility; other likely factors include the content of the facility services and users' desire to use services together with a neighbor.

Future studies should include cases where the nearest day service facility is not being used, with a detailed analysis of the underlying reasons. Such research would not only contribute to future facility infrastructural planning within Tokorozawa City but would also contribute to the overall provision of improved facility services. It will also be necessary to supplement the data set with road-related information such as that of one-way streets and speed limits, investigation regarding optimization, and efficiency improvements in transport routes for users. This information would be beneficial to people responsible for operating the facilities. Despite the above-mentioned limitations, the use of the methodology employed in this study can serve as a major reference for policy makers while planning and evaluating regional welfare policies and activities for the elderly population. In addition, this methodology could also be used by facility operators in designing strategies to ensure that their services are used.

Acknowledgments

This study was supported by Pfizer Health Research Foundation and the Waseda University Grant for Special Research Projects.

References

1) Campbell JC, Ikegami N. Long-term care insurance comes to Japan. Health Aff. 2000;19:26-39.
2) Campbell JC, Ikegami N. Japan's radical reform of long-term care. Soc Policy Adm. 2003;37:21-34.
3) Eto M. Public involvement in social policy reform. Seen from the perspective of Japan's elderly-care insurance scheme. J Soc Policy. 2001;30:17-36.
4) Ikegami N, Cambell JC. Choice, policy logics and problems in the design of long-term care systems. Soc Policy Adm. 2002;36:719-634.
5) Izuhara M. Social inequality under a new social contract: Long-term care in Japan. Soc Policy Adm. 2003;37:395-410.
6) Tsutsui T, Muramatsu N. Care-needs certification in the long-term care insurance system of Japan. J Am Geriatr Soc. 2005;53:522-7.
7) Ikuta K, Yamashita T. A study on disposition of home visit nursing/home help office and their service providing areas. Med Care. 2005;42:191–202. (in Japanese)
8) Joseph AE, Bantock PR. Measuring potential physical accessibility to general practitioners in rural areas. Soc Sci Med. 1982;16:85–90.
9) Haynes RM. The geography of health services in Britain. Croom Helm. 1986.
10) Fubiana C, Ishii T, Suzuki Y, et al. Forecasting accessibility to pediatric healthcare services in Chiba City using GIS. Jpn J Hyg. 2006;61:239.

11) Hirao T. Jitsunari K, Suzuki T.et al. Evaluation of pediatric service in Kagawa Prefecture with a geographical information system. Shikoku J Public Health Society. 2005;50:146-150. (in Japanese)
12) The plan of health-welfare of the aged and nursing care insurance (version 3). Saitama: Tokorozawa City. 2006; 39–47. (in Japanese)
13) Miller C. The use of a GIS to compare the land areas captured by very basic and complex wellhead protection area models. J Environ Health. 2005;68:21-28.
14) Park S, Egbert SL. Assessment of erodibility indices for conservation reserve program lands in southwestern Kansas using satellite imagery and GIS techniques. Environ Manage. 2005;36:886-898.
15) Zhou DM, Radke J, Tian YQ, Xu JC, Mu L. A model supported by GIS for locating and quantifying PM2.5 emission originated from residential wood burning. J Environ Sci. 2005;17:861-865.
16) Mindell J, Barrowcliffe R. Linking environmental effects to health impacts: a computer modeling approach for air pollution. J Epidemiol Community Health. 2005;59:1092-1098.
17) Dubnov J, Barchana M, Rishpon S, Leventhal A, Segal I, Carel R, Portnov BA. Estimating the effect of air pollution from a coal-fired power station on the development of children's pulmonary function. Environ Res. 2007;103:87-98.
18) Sherman JE, Spencer J, Preisser JS, Gesler WM, Arcury TA. A suite of methods for representing activity space in a healthcare accessibility study. Int J Health Geogr. 2005;4:24.
19) Tim US. The application of GIS in environmental health science: opportunities and limitations. Environmental Research. 1995;71:75-88.
20) Kaneko Y, Takano T, Nakamura K, Hukuda Y, Watanabe M, Uji K. Visual localization of community health needs to rational decision-making in public health services. Health Place. 2003;9:241-251.
21) Reissman DB, Staley F, Curtis GB, Kaufmann RB. Use of geographic information system technology to aid Health Department decision making about childhood lead poisoning prevention activities. Environ Health Perspect. 2001;109:89-94.
22) Takahashi M, Odagiri Y, Uchida H. Evaluation of geographical accessibility to day service facilities for the elderly with care needs with a Geographic Information System(GIS): a case study of Kofu city. Bulletin the Faculty of Nursing in Yamanashi Prefectural University. 2006;8:1-8. (in Japanese)
23) Kitajima T, Kitagawa T, Cho KI, Noyama O. Attempt to estimate geographical accessibility to day service facilities among the elderly with a geographical information system. Jpn. J. Public Health. 2001;48:613–619. (in Japanese)
24) Noyama O, Kitajima T. A study of relation between using day service facilities for the elderly and a distance from facilities. J Social Sciences of Kyorin University. 2004;20:42–52. (in Japanese)
25) Noyama O, Kitajima T. A study of factor in using day service facilities for the elderly. J Social Sciences of Kyorin University. 2005;2:1–13. (in Japanese)
26) Sadahiro Y. Errors in areal weighting interpolation between incompatible zonal systems. Theory and Application of GIS. 1999;7:1-9. (in Japanese)

原　著

病院看護職員離職率と地域特性としての医療環境および社会的背景との関連

Relationships between hospital-nurse turnover rate and region-specific medical environment and socio-cultural characteristics

藤原奈佳子[1,3]、勝山貴美子[2,3]、宮治眞[3]、加藤憲[3]、天野寛[3,4]、小林三太郎[3,5]
Nakako FUJIWARA[1,3]，Kimiko KATSUYAMA[2,3]，Makoto MIYAJI[3]，Ken KATO[3]
Hiroshi AMANO[3,4]，Santaro KOBAYASHI[3,5]

1) 愛知きわみ看護短期大学、2) 大阪府立大学看護学部、3) 愛知県医師会総合政策研究機構、
4) 愛知新城大谷大学、5) 愛知淑徳大学
1) Aichi Kiwami College of Nursing　2) School of Nursing, Osaka Prefecture University
3) Aichi Medical Association Research Institute　4) Aichi Shinshiro Otani University
5) Aichi Shukutoku University

抄　録

背景：国家資格である医療従事者の中で、看護師は最も需要が多い。医療体制の変化に応じて質の高い看護職員の養成促進とともに、既就業者の離職防止と潜在看護師の再就業を促進する施策が講じられている。都道府県別の看護職員の需給推計に際して、地域特性を反映した推計が求められ、離職率と地域特性をあらわす指標との関連を把握することが必要である。

目的：本研究の目的は、都道府県別に病院看護職員離職率を把握することおよび、離職率と地域特性指標との関連を明らかにすることである。

対象と方法：病院看護職員離職率は、日本看護協会調べによる常勤離職率と新卒離職率（2005 年度：有効回答 2,399 病院、2006 年度：2,288 病院）を用いた。地域特性指標は、公表されている保健統計資料や人口統計を用いて医療環境（看護教育 2 項目、地域の医療 6 項目、医療施設 6 項目）と社会的背景（家族 8 項目、労働・産業 10 項目）に注目した。地域（都道府県別）の離職率は各地域ごとに順位で検討した。離職率と各指標との関連は相関分析および重回帰分析をおこなった。

結果： わが国の 2005 年度の病院看護職員離職率は、常勤離職率が 12.3%であり、地域ブロック別には沖縄（14.2%）、関東（13.4%）、近畿（13.2%）が高率で、四国（9.8%）、北陸（8.3%）、東北（7.2%）は低率であった。新卒離職率は 9.3%であり、沖縄（13.0%）、関東（9.9%）、四国（9.9%）が高率で、中部（7.3%）、東北（6.4%）は低率であった。相関分析からは常勤と新卒ともに離職率と正の相関を示した指標は、「都道府県面積あたりの病院数」、「人口当たり年間救急出場件数」、「単独世帯割合」、「第 3 次産業割合」などであった。常勤看護職員離職率のみに正の相関があった指標は「看護師養成校新卒者の県内就職率」、「初婚年齢（女性）」、「核家族世帯割合」、「単独世帯割合」、負の相関があったものは、「人口当たり救急告知施設数」、「平均在院日数（一般病床）」、「合計特殊出生率」、「第 1 次産業割合」などであった。新卒常勤看護職員離職率と関連があった項目は「療養病床患者」（正相関）などであった。これらの関連を認めた指標を説明変数、離職率を目的変数として重回帰分析（ステップワイズ法）を行った。その結果、常勤離職率は、「初婚年齢（女性）」、「単独世帯割合（男性 65 歳以上）」、「平均在院日数（一般病床）」、「核家族世帯割合」が投入された（決定係数 0.766）。新卒離職率は、「単独世帯割合（男性 65 歳以上）」のみが投入された（決定係数 0.182）。

結論： 看護職員の需給推計において、平均在院日数などの医療環境をあらわす指標のほか、社会的背景として人口

統計指標が示す家族構成などの社会的背景との関連を地域別に考慮した看護師確保政策が求められる。

Abstract

Background: Among nationally certified healthcare workers, nurses are in the highest demand. In response to changes in the medical system, a more highly qualified nursing workforce has been created together with efforts to retain the current nursing workforce and reemploy inactive nursing professionals. In order to estimate the supply and demand for nurses in each prefecture, the regional characteristics must be considered. Furthermore, it is necessary to understand the relations between the turnover rate and indicators expressing local characteristics.

Purpose: The purpose of this study was to clarify the hospital-nurse turnover rate by prefecture and investigate the relations between the turnover rate and regional specific medical environment and socio-cultural characteristics.

Subjects and methods: To determine the hospital-nurse turnover rate, the turnover rates for full-time nursing staff and new graduates were used (Fiscal Year (FY) 2005: valid responses 2,399 hospitals; FY 2006: 2,288 hospitals). For regional characteristics the focus was on medical environment and socio-cultural characteristics. Medical environment included nursing education (2 items), regional medical care (6 items), and medical facilities (6 items). Socio-cultural characteristics consisted of household (8 items), and labor and industry (10 items) characteristics. The regional turnover rate (by prefecture) was investigated by ranking each prefecture. A correlation analysis and multiple regression analysis were conducted to investigate the relations between turnover rate and each item.

Results: In FY 2005, the hospital-nurse turnover rate in Japan was 12.3% for full-time nurses. By region, it was high in Okinawa (14.2 %), Kanto (13.4 %), and Kinki (13.2 %) and low in Shikoku (9.8 %), Hokuriku (8.3 %), and Tohoku (7.2%). Among new graduate full-time nurses, the turnover rate was 9.3% . It was high in Okinawa (13.0%) and Shikoku (9.9%) and low in Chubu (7.3%) and Tohoku (6.4%). Indicators that showed a positive correlation with turnover rate in both full-time nurses and new graduate full-time nurses were number of hospitals, number of emergency calls, percentage of one-person households, and percentage of tertiary industry. Indicators showing a positive correlation with only the full-time nursing staff turnover rate were percentage of new nursing school graduates who find jobs as nurses within the prefecture, age at first marriage (women), percentage of nuclear households, and percentage of one-person households. Items that were negatively correlated were number of notified emergency care facilities on a population basis, and average length stay in general wards, total fertility rate, and percentage of primary industry. An item that was related with the turnover rate of new graduate full-time nurses was a high percentage of convalescent ward patients. A multiple regression analysis (stepwise method) was conducted with the items for which there was a significant relation in correlation analysis as explanatory variables, and turnover rate as a dependent variable. Age at first marriage (females), percentage of one-person households (male, over 65 years old), average length of stay in general wards, and percentage of nuclear families were adopted for the full-time nurse turnover rate (R-squared 0.766). Only percentage of one-person households (male, over 65 years old) was adopted for new graduate full-time nurse turnover rate (R-squared 0.182).

Conclusion: Nurse retention policies need to be implemented with consideration of the relations between hospital-nurse turnover rate and medical indicators, such as average length of stay, as well as regional socio-cultural factors, such as family composition.

Key words: hospital-nurse turnover rate, regional medical environment, socio-cultural factors, regional characteristics, nurse retention policy

キーワード：病院看護職員離職率、医療環境、社会的背景、地域特性、需給推計

Key words: hospital-nurse turnover rate, regional medical environment, socio-cultural factors, regional characteristics, nurse retention policy

Ⅰ．緒言

病院看護職員離職率（常勤）は日本看護協会の調査によると、2005 年度 12.3%、2006 年度 12.4%と報告されている[1),2)]。一方、雇用動向調査によると、2005 年のわが国の離職率は 17.5%（男性 14.6%、女性 21.7%）であり、産業大分類別にみると医療、福祉は 18.5%と報告されている[3)]。看護職員の離職率は医療、福祉の平均より低率である。しかし、看護師は国家資格であり、医療従事者の中で、看護師の需要は最も多い。看護職員確保対策は、「看護師等の人材確保の促進に関する法律」および同法に基づく基本方針を踏まえて看護職員の需給数が算出されている[4)]。現行は 2005 年 12 月に第六次看護職員需給見通し（2006-2010 年）として策定されたものであるが、この際に看護職員確保対策の課題のひとつとして新人看護職員の離職が多いことがあげられている[5)]。また、従来、看護必要量の測定方法やそれに見合った看護職員の配置数の算定方法が確立されておらず、都道府県による就業場所別の推計のみでは現場で本当に必要な需要数を反映していない可能性が指摘され、第六次看護職員需給見通しにおける看護職員の需給推計に際しては、都道府県別の「地域の特性を考慮した独自の調査項目を追加」して考慮した上で推計することが求められた[5)]。このことは、複雑多様化した看護業務に必要な看護必要量を的確に把握した上で需給推計をおこなうことはもちろんであるが、その他に医療現場の実状や住民の望む医療を推進するためのそれぞれの地域特性を反映した推計が期待されたためといえよう。

看護必要量に関しては個々の医療機関の実態にもとづく研究[6-8)]が多く、各地域または都道府県単位の医療の現状や家族構成・産業などの社会的背景などの地域の特性を巨視的にとらえたデータにもとづく研究は少ない。看護必要量に直結する看護職員の離職と地域特性との関係については、離職率の地域格差に関する研究[9)]があるが、離職率と地域の医療環境や社会的背景などとの関連を分析した報告はみあたらない。そこで、都道府県別に病院看護職員の離職率と地域特性をあらわす諸指標との関連を調べた。

Ⅱ．研究目的

本研究の目的は、病院看護職員離職率を都道府県別・地域ブロック別に把握することおよび離職率と地域特性としての医療環境および社会的背景との関連を調べることである。

Ⅲ．用いたデータ

1. 病院看護職員離職率

離職率は日本看護協会の「2006 年病院における看護職員需給状況調査」から 2005 年度の病院看護職員離職率（有効回答 2,399 病院で常勤離職率が 12.3%、新卒離職率が 9.3%）1) および「2007 年病院看護実態調査」から 2006 年度の病院看護職員離職率（有効回答 2,288 病院で常勤離職率が 12.4%、新卒離職率が 9.2% ）[2)] を用いた。この調査においては、新卒を別に集計しており、「常勤看護職員離職率」は看護職員の年間の退職者数が職員数に占める割合（以下、常勤離職率）、「新卒常勤看護職員離職率」は看護職員として就業している者について年間の新卒退職者数が新卒新規採用者数に占める割合（以下、新卒離職率）と定義されている。

2. 地域特性指標（表 1）

離職率との関連が予測され、都道府県別のデータが得られた指標として、医療環境の視点と社会的背景の視点に注目した地域特性指標を設定した。すなわち医療環境では看護教育（2 項目）、地域の医療（6 項目）、医療施設（6 項目）、社会的背景では家族（8 項目）、労働・産業（10 項目）である。指標の採用年は、離職率のデータとほぼ同時期の 2005 年前後とした。分析に用いたデータの変数名、内容、出典の一覧を表 1 に示した。以下、本文中では「変数名」で記す。

Ⅳ．分析方法

変数（離職率と各指標）の分布を把握するために Kolmogorov-Smirnov の正規性の検定を行った。

地域（都道府県または地域ブロック）別の離職率の比較は各地域ごとに順位で検討した。離職率の順位は最も高率の都道府県を 1 位として最も低率の 47 位まで降順に並べた。各都道府県の 2005 年度から 2006 年度の相対的な順位の差を調べるために、2006 年度の順位から 2005 年度の順位の差を算出した。順位の差がマイナスは 2005 年度から 2006 年度にかけて離職率が相対的に上がったことをあらわしている。

離職率と各指標との関連は相関分析および重回帰分析を用いた。重回帰分析の目的変数は常勤離職率と新卒離職率のそれぞれでモデルを作成した。説明変数は地域特性指標のうち相関分析で常勤または新卒の離職率と有意な相関を認めた指標を投入した。ただし、地域特性指標の社会的背景指標のうち、「平均世帯人員」、

表１．分析に用いたデーター覧（変数名、内容、出典）

変 数 名	内 容	出 典
離職率		
常勤離職率(2005年度)	病院常勤看護職員離職率(2005年度)	日本看護協会、「2006年病院における看護職員需給状況調査」
新卒離職率(2005年度)	病院新卒常勤看護職員離職率(2005年度)	
常勤離職率(2006年度)	病院常勤看護職員離職率(2006年度)	日本看護協会、「2007年病院看護実態調査」
新卒離職率(2006年度)	病院新卒常勤看護職員離職率(2006年度)	
医療環境		
1 看護教育		
看護師養成校新卒者の県内就職率	新卒者のうち看護師として県内に就職した者の割合(%)(2004年3月)	日本看護協会出版会、平成16年 看護関係統計資料集
大卒看護師率	新卒者のうち大卒者の占める割合(%)(2004年3月)	
2 地域の医療		
人口当たり看護職員数	人口1万対看護職員数(2005年10月1日)	日本看護協会出版会編. 平成19年看護関係統計資料集. 東京:日本看護協会出版会、2008:24
病院機能評価認定病院率	病院機能評価認定病院*100/病院数	日本医療機能評価機構、病院機能評価結果の情報提供、2009年2月16日現在、http://www.report.jcqhc.or.jp/
都道府県面積当たりの病院数	病院数/面積当たり(2005年)	厚生労働省、平成17年 医療施設動態調査
人口当たり救急告知施設数	救急告知病院・一般診療所数(2005年、人口10万人当たり)	総務省統計局・政策統括官・統計研修所、「統計でみる都道府県のすがた2009」、
人口当たり年間救急出場件数	年間救急出場件数(2006年、人口千人当たり)	
一人当たり国民医療費	国民医療費、一般診療医療一人当たり医療費(千円)(2005年度)	厚生労働省、統計情報部、「平成17年度国民医療費」
3 医療施設		
病床当たり看護職員数	病床100対看護職員数(2005年10月1日)	日本看護協会出版会編. 平成19年看護関係統計資料集. 東京:日本看護協会出版会、2008:24
一般病床利用率	一般病床利用率(2005年10月1日)	厚生労働省、「平成17年 病院報告」
平均在院日数(一般病床)	一般病床の平均在院日数(2005年10月1日)	
精神病床割合	1日平均患者数に占める精神病床患者の割合(%)(2005年10月1日)	
療養病床割合	1日平均患者数に占める療養病床患者の割合(%)(2005年10月1日)	
一般病床割合	1日平均患者数に占める一般病床患者の割合(%)(2005年10月1日)	
社会的背景		
1 家族		
合計特殊出生率	合計特殊出生率(2005年)	内閣府、「平成19年版 少子化社会白書」
初婚年齢(女性)	女性の初婚年齢(2005年)	国立社会保障・人口問題研究所、「人口統計資料集(2009)」、http://www.ipss.go.jp/syoushika/site-ad/index-tj.htm
生涯未婚率(女性)	女性の生涯未婚率(2005年)	
平均世帯人員	平均世帯人員(2000年)	
核家族世帯割合	核家族世帯割合(%)(2005年)	
単独世帯割合	単独世帯割合(%)(2005年)	
単独世帯割合(男性65歳以上)	単独世帯割合(%)(男性65歳以上)(2005年)、一般世帯、年齢別人口に対する割合(%)	
単独世帯割合(女性65歳以上)	単独世帯割合(%)(女性65歳以上)(2005年)、一般世帯、年齢別人口に対する割合(%)	
2 労働・産業		
失業率(男性)	男性失業率(2005年)	国立社会保障・人口問題研究所、「人口統計資料集(2009)」、http://www.ipss.go.jp/syoushika/site-ad/index-tj.htm
失業率(女性)	女性失業率(2005年)	
雇用就業割合	就業人口のうち雇用者割合(%)(2005年)	
自営業主割合	就業人口のうち自営業主割合(%)(2005年)	
家族従業者割合	就業人口のうち家族従業者割合(%)(2005年)	
第1次産業割合	第1次産業割合(%)(2005年)	
第2次産業割合	第2次産業割合(%)(2005年)	
第3次産業割合	第3次産業割合(%)(2005年)	
高卒者就職率	高卒者就職率(男女計)(%)(2005年)	国立社会保障・人口問題研究所、「人口統計資料集(2006)」、http://www.ipss.go.jp/syoushika/tohkei/Popular/Popular2006.asp?chap=0
県外就職割合	就職者のうち県外に就職する者の割合(%)(2005年)	国立社会保障・人口問題研究所、「人口統計資料集(2009)」、http://www.ipss.go.jp/syoushika/site-ad/index-tj.htm

「核家族世帯割合」、「単独世帯割合」、「単独世帯割合（男性 65 歳以上）」、「単独世帯割合（女性 65 歳以上）」の 5 つの変数については「核家族世帯割合」と「単独世帯割合（男性 65 歳以上）」のみを投入した。これらの変数選択の理由は「平均世帯人員」が他の 4 つの変数との相関が強いために除外し、「単独世帯割合」は「単独世帯割合（男性 65 歳以上）」と「単独世帯割合（女性 65 歳以上）」との相関が強いため「単独世帯割合」を除外、さらに「単独世帯割合（男性 65 歳以上）」と「単独世帯割合（女性 65 歳以上）」ではこれらの相関が強かったため「単独世帯割合（女性 65 歳以上）」を除外したことによる。

ステップワイズ法による変数の投入と除去基準は F 値確率が 0.05 以下の場合に投入、0.1 以上の場合に除去を適用した。統計解析には SPSS 15.0J を用いた。

Ⅴ．結果

1. 変数の分布

変数の分布は、「都道府県面積あたりの病院数」、「失業率 (男性)」、「失業率 (女性)」が正規分布をしていなかったため、対数変換をおこなったところ正規分布とみなせることを確認した。

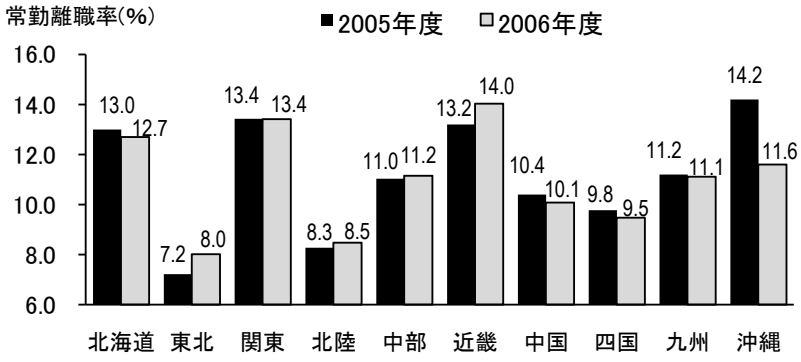


図 1．地域ブロック別の病院看護職員離職率－常勤離職率－

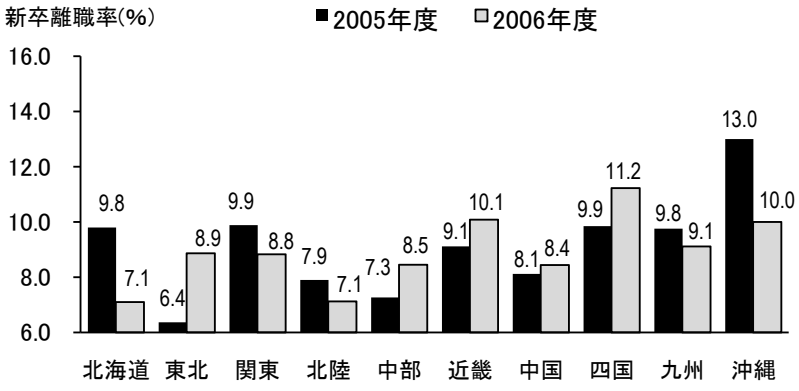


図 2．地域ブロック別の病院看護職員離職率－新卒離職率－

2. 離職率の都道府県別・地域ブロック別分布

病院看護職員離職率について表 2 で都道府県別分布を、図 1 と図 2 で地域ブロック別分布を示した。わが国の 2005 年度の常勤離職率は 12.3%であった。都道府県別にみると、東京都が 17.3%で最も高く、次いで大阪府 17.1%、神奈川県 15.5%、低率県は岩手県が 6.7%で最も低く、次いで福島県 6.8%、山形県 6.8%であった（表 2）。地域ブロック別の常勤離職率は沖縄（14.2%）、関東（13.4%）、近畿（13.2%）、北海道（13.0%）、九州（11.2%）、中部（11.0%）、中国（10.4%）、四国（9.8%）、北陸（8.3%）、東北（7.2%）の順であった（図 1）。

同様に 2005 年度の新卒離職率は 9.3%であり、都道府県別にみると、栃木県が 15.9%で最も高く、次いで高知県 13.2%、沖縄 13.0%、低率県は秋田県が 2.5%で最も低く、次いで石川県 3.0%、宮城県 4.7%であった（表 2）。地域ブロック別には沖縄（13.0%）、関東（9.9%）、四国（9.9%）、北海道（9.8%）、九州（9.8%）、近畿（9.1%）、中国（8.1%）、北陸（7.9%）、中部（7.3%）、東北（6.4%）の順であった（図 2）。

2006 年度の離職率も同様の傾向であったが、2006 年度と 2005 年度の離職率の相対的な変化をあらわす順位の差でみると常勤離職率は−18（宮城県）から 22（徳島県）であった。常勤離職率で順位の差が−3 ～ 3 で 2005 年度から 2006 年度にかけて離職率の相対的な変化があまりなかった都道府県は、富山県、京都府はじめ 23 都道府県であった。離職率順位の変化が−11 ～ −18 となり相対的に離職率の上昇が示唆されたのは 3 県（宮城県の 9.2%（36 位）から 11.6%（18 位）、三重県の 9.4%（35 位）から 11.1%（23 位）、愛媛県の 8.1%（40 位）から 10.2%（29 位））であった。逆に離職率順位の変化が 11 ～ 22 で相対的に離職率の低下が示唆されたのは 4 県（徳島県の 10.9%（22 位）から 7.3%（44 位）、鳥取県の 11.0%（21 位）から 9.4%（33 位）、静岡県の 12.5%（15 位）から 10.6%（27 位）、沖縄県の 14.2%（6 位）から 11.6%（17 位））であった（表 2）。

新卒離職率の 2005 年度から 2006 年度にかけて変化を同様にみると順位の差は秋田県の−40 から佐賀県の

34 まであり常勤離職率にくらべてその幅が拡大していた。順位の差が−3 ～ 3 で離職率の相対的な変化があまりなかった都道府県は、福島県はじめ 9 県であった。離職率順位の変化が−22 ～ − 40 となり相対的に離職率の上昇が示唆されたのは 8 県（秋田県の 2.5%（47 位）から 11.5%（7 位）、熊本県の 6.0%（43 位）から 10.4%（10 位）、青森県の 6.5%（39 位）から 11.2%（9 位）、ほか）であった。逆に離職率順位の変化が 22 ～ 34 で相対的に離職率の低下が示唆されたのは 5 県（佐賀県の 10.0%（12 位）から 3.5%（46 位）、長崎県の 11.8%（5 位）から 7.8%（35 位）、山形県の 9.4%（18 位）から 5.0%（44 位）、ほか）であった（表 2）。

地域ブロック別にみると 2005 年度と 2006 年度の離職率順位の差が − 3 ～ 3 でほぼ変化がみられなかったところは常勤離職率では東北と沖縄を除く 8 カ所であったが、新卒離職率では近畿と中国の 2 カ所のみであった（表 2）。2005 年度から 2006 年度にかけて新卒離職率が上昇した地域ブロックは東北（6 県の平均）の 6.4%から 8.9%、中部（6 県の平均）の 7.3%から 8.5%であり、逆に低下した地域ブロックは沖縄の 13.0%から 10.0%であった（表 2）。

3. 離職率と地域特性指標との相関分析（表 3）

相関分析から常勤と新卒の両者の離職率で正の相関を示した指標は、「都道府県面積当たりの病院数」、「人口当たり年間救急出場件数」、「生涯未婚率（女性）」、「単独世帯率（男性 65 歳以上）」、「単独世帯率（女性 65 歳以上）」、「失業率（女性）」、「第 3 次産業割合」であった。常勤離職率のみで有意な相関がみられたもののうち相関係数が |0.4| 以上で強い相関を示した指標は、正相関が「看護師養成校新卒者の県内就職率」、「初婚年齢（女性）」、「核家族世帯割合」、「単独世帯割合」、「雇用就業割合」、負相関は「人口当たり救急告知施設数」、「平均在院日数（一般病床）」、「合計特殊出生率」、「平均世帯人員」、「自営業種割合」、「家族従業者割合」、「第 1 次産業割合」、「高卒者就職率」などであった。新卒離職率のみに関連があった項目は「療養病床割合」など 3 つの指標があったが、いずれも |0.4| 以下の弱い相関であった。

4. 離職率と指標との重回帰分析（表 4）

重回帰分析（ステップワイズ法）を行った結果、「単独世帯割合（男性 65 歳以上）」は常勤離職率と新卒離職率の両者で投入され、常勤離職率ではさらに「初婚年齢（女性）」、「平均在院日数（一般病床）」、「核家族世帯割合」が投入された。常勤では、「初婚年齢（女性）」が高いほど、「単独世帯割合（男性 65 歳以上）」が高いほど、「核家族世帯割合」が高いほど、「平均在院日数（一般病床）」が短いほど、離職率が高い傾向が認められた（決定係数 0.766）。新卒では、「単独世帯割合（男性 65 歳以上）」が高いほど離職率が高い傾向が認められた（決定係数 0.182）。

Ⅵ．考察

厚生労働省は医療体制の変化に応じて質の高い看護職員の養成促進とともに、既就業者の離職防止と潜在看護師の再就業を促進している 4)。看護職員の需給に直結した 2006 年 4 月の診療報酬改定で、「7 対 1（平均して入院患者 7 人に対して常時看護職員 1 名が勤務していること）」入院基本料の新設が看護職員の確保や離職にもたらした影響は大きい。たとえば一般病棟入院基本料を算定している病院の常勤離職率は 7 対 1、10 対 1、13 対 1、15 対 1 の順に 12.4%、12.0%、13.5%、14.1%であり、同様に新卒離職率は 8.5%、10.2%、13.3%、14.6%、20.0%と人員配置数の多い病院ほど離職が少ない傾向が報告されている [2)]。特に新卒の離職は手厚い配置による離職抑制効果が示唆されている。一方で、「13 対 1」以下を算定している医療法人や個人病院では看護師確保への定着努力がうかがわれて離職が減少した医療機関もみられている [10)]。

特に 2006 年以降の医療提供体制等の医療環境の変革により、一部の大病院が看護職員を大量採用する一方で、現勤務先の離職や他施設への転職という流動的な事態が発生している。必要な看護職員数を確保できない医療機関もあり社会問題となっている。表 1 で示したように 2006 年度と 2005 年度の離職率の順位の差は常勤よりも新卒で激しく変動しており、こうした変革を反映しているのかもしれない。離職率が低下した都道府県ではそれぞれの地域または医療施設で実施された具体的な取組についての分析は、離職防止策に寄与する今後の研究課題である。

本研究で用いた離職率は、日本看護協会の調査による数値 [1,2)] を用いた。2005 年度離職率の有効回答病院数は 2,399 であったが、これは 9,024 病院を調査対象としたため有効回答率は 26.6%であった。同様に 2006 年度離職率の有効回答率は 25.3%であった。未回収病院の離職の状況を反映できていない可能性があり、各都道府県を代表した値ということにはならない。本研究の限界としてこれらの詳細は把握できないが、各地域で全国の中での位置づけを把握することは重要であろう。

表２．都道府県別にみた病院看護職員離職率

都道府県名（太字は地域ブロック）	常勤 2005年度[#1] 離職率[#3] (%)	常勤 2005年度[#1] 順位 (降順)	常勤 2006年度[#2] 離職率[#3] (%)	常勤 2006年度[#2] 順位 (降順)	新卒 2005年度[#1] 離職率[#4] (%)	新卒 2005年度[#1] 順位 (降順)	新卒 2006年度[#2] 離職率[#4] (%)	新卒 2006年度[#2] 順位 (降順)	離職率順位の差 (2006年度-2005年度) 常勤	離職率順位の差 (2006年度-2005年度) 新卒
全　国	**12.3**		**12.4**		**9.3**		**9.2**			
北海道	**13.0**	**11**	**12.7**	**12**	**9.8**	**14**	**7.1**	**40**	**1**	**26**
北海道	13.0	11	12.7	12	9.8	14	7.1	40	1	26
東 北(6県の平均)	**7.2**	**44**	**8.0**	**39**	**6.4**	**36**	**8.9**	**25**	**-5**	**-11**
青森県	6.8	44	9.0	38	6.5	39	11.2	9	-6	-30
岩手県	6.7	47	7.5	43	9.0	23	11.3	8	-4	-15
宮城県	9.2	36	11.6	18	4.7	45	7.5	37	-18	-8
秋田県	7.0	43	6.4	46	2.5	47	11.5	7	3	-40
山形県	6.8	45	5.6	47	9.4	18	5.0	44	2	26
福島県	6.8	46	8.0	42	6.1	42	6.7	42	-4	0
関 東(7県の平均)	**13.4**	**12**	**13.4**	**12**	**9.9**	**19**	**8.8**	**25**	**0**	**6**
茨城県	13.7	7	12.2	15	8.7	25	7.5	36	8	11
栃木県	9.9	28	11.1	21	15.9	1	9.5	19	-7	18
群馬県	9.7	31	10.9	24	6.8	36	8.8	25	-7	-11
埼玉県	14.5	4	13.9	8	8.0	30	9.9	17	4	-13
千葉県	13.4	8	14.4	7	10.4	9	8.7	26	-1	17
東京都	17.3	1	16.0	2	10.2	11	8.8	24	1	13
神奈川県	15.5	3	15.4	4	9.2	20	8.6	28	1	8
北 陸(4県の平均)	**8.3**	**40**	**8.5**	**39**	**7.9**	**25**	**7.1**	**31**	**-1**	**6**
新潟県	8.0	41	8.8	39	9.1	22	6.8	41	-2	19
富山県	8.8	37	9.0	37	9.1	21	9.5	20	0	-1
石川県	8.0	42	7.0	45	3.0	46	2.2	47	3	1
福井県	8.3	39	9.1	36	10.4	10	10.0	16	-3	6
中 部(6県の平均)	**11.0**	**23**	**11.2**	**23**	**7.3**	**35**	**8.5**	**28**	**0**	**-8**
山梨県	10.4	25	9.7	32	6.2	41	10.0	15	7	-26
長野県	9.9	29	10.4	28	6.6	38	10.4	11	-1	-27
岐阜県	11.3	19	12.0	16	8.0	31	8.7	27	-3	-4
静岡県	12.5	15	10.6	27	7.8	33	6.2	43	12	10
愛知県	12.7	14	13.1	10	7.4	35	8.2	32	-4	-3
三重県	9.4	35	11.1	23	7.6	34	7.2	39	-12	5
近 畿(6県の平均)	**13.2**	**13**	**14.0**	**10**	**9.1**	**21**	**10.1**	**19**	**-3**	**-2**
滋賀県	13.0	12	13.0	11	9.4	16	9.5	18	-1	2
京都府	13.3	9	13.7	9	9.3	19	7.4	38	0	19
大阪府	17.1	2	16.8	1	11.9	4	11.7	6	-1	2
兵庫県	13.1	10	14.8	5	9.9	13	14.1	1	-5	-12
奈良県	12.9	13	16.0	3	7.8	32	8.4	30	-10	-2
和歌山県	9.8	30	9.9	31	6.4	40	9.4	22	1	-18
中 国(5県の平均)	**10.4**	**26**	**10.1**	**29**	**8.1**	**27**	**8.4**	**27**	**3**	**0**
鳥取県	11.0	21	9.4	33	8.3	26	13.1	4	12	-22
島根県	9.5	34	8.6	40	5.8	44	4.0	45	6	1
岡山県	11.6	16	11.4	19	9.6	15	9.0	23	3	8
広島県	10.3	27	9.9	30	8.8	24	8.3	31	3	7
山口県	9.6	32	11.1	22	8.1	28	7.8	34	-10	6
四 国(4県の平均)	**9.8**	**29**	**9.5**	**32**	**9.9**	**19**	**11.2**	**15**	**3**	**-4**
徳島県	10.9	22	7.3	44	11.3	7	8.6	29	22	22
香川県	8.5	38	8.1	41	6.8	37	9.5	21	3	-16
愛媛県	8.1	40	10.2	29	8.1	29	13.9	3	-11	-26
高知県	11.6	17	12.3	13	13.2	2	12.9	5	-4	3
九 州(7県の平均)	**11.2**	**21**	**11.1**	**23**	**9.8**	**17**	**9.1**	**22**	**2**	**5**
福岡県	14.5	5	14.5	6	11.2	8	10.0	12	1	4
佐賀県	10.5	24	9.3	34	10.0	12	3.5	46	10	34
長崎県	9.6	33	9.2	35	11.8	5	7.8	35	2	30
熊本県	10.4	26	10.7	25	6.0	43	10.4	10	-1	-33
大分県	11.6	18	10.6	26	9.4	17	8.2	33	8	16
宮崎県	10.6	23	11.2	20	8.2	27	13.9	2	-3	-25
鹿児島県	11.2	20	12.3	14	11.7	6	10.0	13	-6	7
沖　縄	**14.2**	**6**	**11.6**	**17**	**13.0**	**3**	**10.0**	**14**	**11**	**11**
沖縄県	14.2	6	11.6	17	13.0	3	10.0	14	11	11

#1　社団法人、日本看護協会、「2006年病院における看護職員需給状況調査」、回答病院数は2,399
#2　社団法人、日本看護協会、「2007年病院看護実態調査」、回答病院数は2,288
#3　常勤離職率：年間の常勤退職者数が職員数に占める割合
#4　新卒離職率：年間の新卒退職者数が新卒新規採用者数に占める割合

表 3. 病院看護職員離職率と地域特性指標との相関分析

地域特性指標（変数名）	常勤 2005年度、n=47 相関係数[#1]	有意確率	新卒 2005年度、n=47 相関係数[#1]	有意確率	「常勤離職率が高い」との関連	「新卒離職率が高い」との関連
医療環境						
1 看護教育						
看護師養成校新卒者の県内就職率	0.50	0.000 ***	0.04	0.778	高率	
大卒看護師率	−0.32	0.030 *	−0.05	0.758	低率	
2 地域の医療						
人口当たり看護職員数	−0.29	0.046 *	0.13	0.373	少ない	
病院機能評価認定病院率	0.27	0.066	0.11	0.451		
都道府県面積当たりの病院数[#2]	0.72	0.000 ***	0.34	0.021 *	多い	多い
人口当たり救急告知施設数	−0.42	0.003 **	−0.07	0.659	少ない	
人口当たり年間救急出場件数	0.73	0.000 ***	0.29	0.048 *	多い	多い
一人当たり国民医療費	−0.25	0.086	0.09	0.562		
3 医療施設						
病床当たり看護職員数	0.13	0.386	−0.10	0.500		
一般病床利用率	−0.14	0.343	0.21	0.148		
平均在院日数(一般病床)	−0.44	0.002 **	0.02	0.868	短い	
精神病床割合	−0.32	0.031 *	0.06	0.677	少ない	
療養病床割合	0.12	0.419	0.31	0.031 *		多い
一般病床割合	0.04	0.785	−0.32	0.031 *		少ない
社会的背景						
1 家族						
合計特殊出生率	−0.48	0.001 ***	0.01	0.963	低率	
初婚年齢(女性)	0.74	0.000 ***	0.21	0.155	高い	
生涯未婚率(女性)	0.51	0.000 ***	0.37	0.010 **	高率	高率
平均世帯人員	−0.54	0.000 ***	−0.24	0.111	少ない	
核家族世帯割合	0.51	0.000 ***	0.22	0.146	高率	
単独世帯割合	0.55	0.000 ***	0.28	0.058	高率	
単独世帯割合(男性65歳以上)	0.72	0.000 ***	0.43	0.003 **	高率	高率
単独世帯割合(女性65歳以上)	0.42	0.003 **	0.31	0.032 *	高率	高率
2 労働・産業						
失業率(男性)[#2]	0.18	0.217	0.31	0.035 *		高率
失業率(女性)[#2]	0.36	0.012 *	0.34	0.019 *	高率	高率
雇用就業割合	0.59	0.000 ***	0.12	0.406	高率	
自営業主割合	−0.47	0.001 ***	−0.06	0.673	低率	
家族従業者割合	−0.66	0.000 ***	−0.19	0.211	低率	
第1次産業割合	−0.64	0.000 ***	−0.14	0.364	低率	
第2次産業割合	−0.29	0.051	−0.23	0.119		
第3次産業割合	0.65	0.000 ***	0.30	0.039 *	高率	高率
高卒者就職率	−0.67	0.000 ***	−0.21	0.151	低率	
県外就職割合	−0.14	0.337	0.13	0.387		

#1 ピアソン相関係数　* $p<0.05$ ** $p<0.01$ *** $p<0.001$

#2 対数変換して正規化

表４．病院看護職員離職率と関連のある地域特性指標（重回帰分析の結果）

常勤離職率を目的変数、地域特性指標を説明変数として投入した重回帰分析（ステップワイズ法）により選択された指標と標準偏回帰係数

	標準偏回帰係数（β）	p値
初婚年齢（女性）	0.407	0.000
単独世帯割合（男性65歳以上）	0.316	0.006
平均在院日数（一般病床）	−0.307	0.000
核家族世帯割合	0.206	0.020

決定係数　0.766

新卒離職率を目的変数、地域特性指標を説明変数として投入した重回帰分析（ステップワイズ法）により選択された指標と標準偏回帰係数

	標準偏回帰係数（β）	p値
単独世帯割合（男性65歳以上）	0.427	0.003

決定係数　0.182

2006 年 4 月の診療報酬改訂の影響が離職に影響している可能性を除外するため、相関分析および重回帰分析では 2005 年度の離職率を用いた。

厚生労働省は 5 年ごとに行っている看護職員需給見通しで、看護職員確保対策として「新人看護職員の離職が多いことから、基礎教育の充実及び新人看護職員研修のあり方について検討する必要性がある」[5]としている。各都道府県では国の策定方針[11]に沿って需給数の算出に際して前提とされる勤務条件や病床数、在院日数の短縮化による看護業務密度の高まりに対応した看護職員配置の見込みのほか、看護職員の離職原因を調査している場合もある。

今回の研究目的は、都道府県別の需給数の算出の際に反映することの可能性を視野に入れたものであり、既存の保健統計資料を用いて地域特性としての医療環境や社会的背景と看護職員の離職との関連を明らかにすることであった。

離職率の都道府県分布から常勤離職率は東京都や大阪府などの都会で高率であった。また相関分析からは離職率と「都道府県面積当たりの病院数」とが正相関を示した。病院が密集している都会では転職しやすいことが示唆される。

相関分析から「人口当たり年間救急出場件数」が多いと離職率が高いという関連（相関係数は常勤離職率では 0.73、新卒離職率では 0.29）が得られた。救急患者の受入れによる現場の緊張した場における勤務環境ということは離職と関係しているのかもしれない。一方、「平均在院日数（一般病床）」は常勤離職率のみで負相関となり、平均在院日数の短縮が離職率の高値と関連していた。在院日数の短縮化による重症者割合の増加や頻繁な入退院に伴う看護業務は新卒が責任をもって担当するということはあまりないため常勤のみで関連が得られたのかもしれない。

離職理由としては、出産・育児、結婚や本人・家族の健康問題に起因するとの報告[12,13]があるが、重回帰分析の結果から、常勤と新卒ともに「単独世帯割合（男性 65 歳以上）」が高いほど離職率が高いことが示された。この他に常勤では「核家族世帯割合」が投入された。これらのことは、地域の世帯構成が離職率と関連していることを示唆している。

昨今は、質の高い医療が求められる一方で外国人看護師の受入れや多様な勤務形態の導入などの政策的な影響、医療経営の視点の導入、給与・福利厚生の充実など、医療をとりまく医療環境や社会背景はめまぐるしく変化しており、本研究で離職との関連が示唆された地域特性指標は時代とともに変わりうるものと考え

る。

Ⅶ. 結論

看護職員の需給推計において、保健統計資料や人口統計を用いて都道府県別の分析を付加することは有用である。地域における平均在院日数などの医療環境をあらわす指標のほか、社会的背景として人口統計の指標が示す家族構成などとの関連を考慮した看護師確保政策が求められる。

文　献

1）社団法人　日本看護協会　広報部.「2006 年病院における看護職員需給状況調査」結果概要. News Release、2007 年 3 月 26 日

2）社団法人　日本看護協会　広報部. 2007 年病院看護実態調査の速報から. News Release、2008 年 2 月 28 日

3）厚生労働省、雇用動向調査　時系列表、第 1 表　就業形態、性別入職・離職率、第 2 表　産業（大分類）別入職･離職率､[2009 年 3 月 1 日検索]、< URL: http://wwwdbtk.mhlw.go.jp/toukei/kouhyo/indexkr_14_1.html >

4）厚生統計協会編、国民衛生の動向・厚生の指標臨時増刊、2. 医療関係者の養成確保と業務、(4) 看護職員、2008；55(9)：192-194

5）厚生労働省. 第六次看護職員需給見通しに関する検討会報告書、2005 年 12 月 26 日、[2009 年 3 月 1 日検索]、< URL:http://www.mhlw.go.jp/shingi/2005/12/s1226-5.html >

6）宮下佳也子、亀山美津子、橋本節子、A 院式看護度調査票と厚生労働省の看護度調査票の比較　高齢者看護度調査内容の見直しと検証. 日本看護学会論文集（ 看護管理）. 2007；37：20-25

7）松永保子、吉留厚子、波川京子、他、医療機関における看護要員の配置算定方法の選択および運営での困難. 社会医学研究. 2005；23：39-45

8）太田加世、奥裕美、古場裕司、他、看護人員の適正化に向けて、 医療安全確保のための看護人員体制とアウトカム指標の検証 (第一報) 急性期病棟の看護の現状と患者特性. 病院. 2006；65(4)：316-320

9）岡戸順一、坪井塑太郎、GIS を用いた都道府県単位の看護職員離職率の地図化および地域格差の検討. 厚生の指標. 2008；55(7)：21-27

10）社団法人　日本看護協会　広報部.「2007 年度当初の看護職員確保に関する緊急アンケート」結果概要（続報）. News Release、2007 年 7 月 6 日

11）厚生労働省. 第六次看護職員需給見通し策定方針、[2009 年 3 月 1 日検索]、< URL:http://www.mhlw.go.jp/shingi/2005/12/s1208-2d.html >

12）田村佳代子、池内由起子、鎌田公子、他、離職防止につなげる卒後教育の再構築とその評価. 秋田県農村医学会雑誌. 2007；53(1)：29-31

13）藤沢寿美江、家庭をもつ看護師が離職・復職する背景と職業意欲. 神奈川県立保健福祉大学実践教育センター看護教育研究集録. 2005；30：260-266

原　著

介護施設内の高齢者虐待防止にむけて、第三者機関活用に関する研究
―国保連合会「苦情処理業務」の取組から―

A study of the utilization of third party organizations for the prevention of elder abuse at senior care facilities—Complaint handling operation approaches employed by the National Health Insurance Organization

松岡　智恵子[1)]　　星　旦ニ[2)]
Chieko MATSUOKA[1)]　Tanji HOSHI[2)]

1-2）首都大学東京　都市環境科学研究科
1-2）Urban Environment Sciences, Tokyo Metropolitan University

論文要旨

本研究の目的は、国保連合会「苦情処理業務」の相談内容から高齢者虐待の実態を明らかにし、実態が顕在化できない背景要因を明確にすることである。対象は、北信越地方 A 国保連合会に寄せられた平成 16 年度から平成 18 年度の総相談数 172 件である。その結果、虐待を含む不適切な介護が疑われた事例は 30 件あった。この割合は年間 13%から 22%に該当した。そのうち介護施設内の苦情相談は 29 件にのぼった。相談者全体の 80%は「家族」からで、約 67%の相談者は「匿名」だった。匿名相談だったために、顕在化しなかったのである。家族が苦情申立しなかった理由は、「施設から追い出されたら家族が困る」「施設との関係がこじれたら困る」など、家族側の理由が 52%、「人質にとられているようだ」など入所者の不利益を考慮するが 19%だった。

Abstract

This study attempted to clarify the situation concerning elder abuse from the content of consultations handled through the National Health Insurance Organization's complaint handling operation, and to determine the background factors that prevent the situation from coming to light. This study examined 172 cases of consultation handled at the "A" National Health Insurance Organization in Hokushinetsu Region from FY 2004 to 2006.

There were found to be 30 cases of suspected inappropriate senior care including abuse. This figure represents 13% to 22% of the total number of consultations per year. Twenty-nine of the 30 cases occurred in senior care facilities. Eighty percent of the individuals seeking consultation were family members. Approximately 67% of the consultations were made anonymously and, therefore, were not made public. Of the reasons that families did not file a complaint against the abuse, 52% of the total were family reasons such as, "If the individual were kicked out of the senior care facility, it would be a problem for the family" and "A worsened relationship with the senior care facility would cause difficulties". Reasons on the part of the resident amounted to 19% of the total and included such reasons as "I am like a hostage and may be put at a disadvantage".

キーワード：高齢者虐待・介護施設内・匿名性・第三者機関・国保連合会
Key words: Prevention of elder abuse, senior care facilities, anonymity, third party organization, National Health Insurance Organization

Ⅰ．研究背景

高齢者の権利擁護は世界的にも重視されてきている。国連総会では、1991 年に「高齢者のための 5 原則」(注 1) が採択され、なかでも「尊厳」の項目には「高齢者は、搾取ならびに身体的あるいは精神的虐待を受けることなく、尊厳を保ち安心して生活できなければならない」と明記された[1]。日本においては、2006 年 4 月、「高齢者に対する虐待の防止、高齢者の養護者に対する支援に関する法律（以下、高齢者虐待防止法）」(注 2) が施行された。翌年、同法の施行を受け、厚生労働省が実施した高齢者虐待状況の調査[2]では、養護者（主に家庭内虐待）による虐待は、18、390 件通報され、これまで不十分だった高齢者虐待防止に対する活動が法的根拠を得たことにより、高齢者ケア全体にも大きな影響を与えつつある[3]。

一方、同調査において養介護施設従事者等 (注 3)（主に介護施設内）の虐待通報に関しては、全国 273 件にとどまり、実態の把握が難しいことが指摘されている[4]。そのため不利益を被っている入所者が潜在的には多いと推察される。しかしながら、高齢者虐待防止法の責任主体である自治体によっては、介護施設内の高齢者虐待に対する認識や取り組む姿勢には差が大きく、ある自治体によっては認識が低いため適切な権限の行使がされない場合もある[5]と報告され、自治体が十分に対応できているとは言えない状態である。そのため自治体以外の第三者機関 (注 4) による介護施設内の虐待防止も視野にいれる必要性が指摘される。

アメリカでは「連邦高齢アメリカ人法」に基づき、州の高齢者サービス機関において、介護施設入所者の苦情を聴き、調査し、解決する第三者機関として、長期介護オンブマン･プログラムが義務づけられている[6]。

日本においては、介護相談員派遣事業 (注 5) によるオンブズマン制度があるが、事業を実施するかどうかは各市区町村の判断に任せられ、義務づけられていない[7]。また社会福祉法で規定されている社会福祉施設内における苦情に対する解決を行う第三者委員に対しては、設置の役割を調査し、苦情解決の効果を認める研究が報告されている[8,9]。しかしながら、設置はまだ十分とは言えず、平田[10](2003) は第三者委員に対し、経営者から委任を受けつつ利用者の立場に立つという、ある意味矛盾した困難な立場であることも指摘している。また福祉サービスの苦情解決の第三者機関として、社会福祉法第 83 条に基づき各都道府県社会福祉協議会には運営適正化委員会の設置が明記されている。同委員会は、福祉サービスに関する苦情に対し、申出人の相談、助言、事情調査が実施され、福祉サービスを提供した者の同意を得れば、苦情解決のあっせんを実施している[11-13]。だが、同委員会では申出人から対象施設への指導を依頼されても指導権限がなく対応ができない、対象施設に調査を依頼しても拒否された場合、苦情解決が行えない限界が報告されている[14]。

現在のところ、アメリカのオンブズマン・プログラムに最も類似している日本の対応システムは、国民健康保険団体連合会（以下、国保連合会）の「苦情処理業務」である。苦情処理業務の意義は、「受給者を実質的に保護しようという権利擁護の考え方が第一」[15]と記され、必要があれば、施設等への立入調査・指導が実施される。指導を受けた施設等には、国保連合会へ改善報告の義務が生じることになる。東京都の国保連合会が行った平成 13 年度の改善状況の確認調査では、指導・助言した事業所 28 ヵ所中、23 ヵ所が改善に取り組んでいることが確認できたと報告している[16]。正式な苦情申立さえ行われれば、どの領域にも介入できる機関であり、裁判という権利救済制度と比べると、はるかに簡便な権利擁護制度であると言えよう[17]。介護施設入所者の多くが介護保険受給者である現状では、国保連合会の苦情処理業務システムは、高齢者にとって利用しやすく、より身近な第三者機関と考えられる。

「苦情処理業務」の研究では、明石[18]（2005）は大阪府を調査し、正式に申し立てられた苦情 7 事例を考察した結果、苦情申立の対象者は後期高齢者で、介護度も高く、多くは認知症である。申立人は、本人ではなく、子ども、孫である。また申立内容は怪我、転倒して骨折という重大な事故であり、7 件のうち 5 件は施設内で起こっていると報告している。河村[19] (2004) は愛知県において、苦情相談業務の概要、および居宅サービス受給者の 2 事例を述べている。牧ら[20]（2004）は、東京都の苦情相談として居宅内事例 2 件、施設内での骨折事例 1 件を報告している。これら 3 研究では、相談者が文書にて正式に申し立てた顕在化した一部の事例の分析である。

このように、これまでの苦情申立事例の研究は、そのほとんどがすでに顕在化した事例を踏まえた研究報告が中心であった。寄せられている苦情相談の内容を体系的に調査し、その内容を虐待の視点から分析した研究はほとんど実施されていないのが現状である。

Ⅱ 研究目的

平成 18 年度の厚生労働省調査による国保連合会が受け付けた、養介護施設従事者に対する虐待相談・通報数は、290 件中わずか 8 件であった。同年に国保連合会が全国的に受け付けた苦情相談数、6、821 件と比較すると、かなり少ない件数である [21]。張ら [8](2007) は、一般の消費者に比べると、福祉サービス利用者の意見や不満は潜在化しがちであると指摘している。

国保連合会の苦情相談はまず電話受付から始まっている。西村 [22] (1999) は、電話相談には、電話というパーソナルメディアそのものがもつ特性として、相談者 (かけ手) 主導による「匿名性」があることを報告している。電話相談での匿名性に関しては、相談者が身元を伏せられることで安心して相談ができる、また否定的な内容も話しやすくなるといった、匿名による電話相談の有効性が指摘されている [23,24]。そのため、国保連合会へは介護施設内の虐待に関する訴えが匿名で寄せられている可能性が高く、同システムが虐待防止ないし予防できるしくみとしては機能していない可能性が高いと考えられた。

よって本研究では、第三者機関による虐待防止システムを構築できる可能性を探るという新たな視点を加え、国保連合会に寄せられた相談内容から潜在化しているであろう高齢者虐待の実態を明らかにし、虐待が顕在化できない背景要因を明確にすることを研究目的とする。

Ⅲ 研究方法

3-1. 調査フィールドと分析対象者

本研究の調査対象者は、A 国保連合会に寄せられた介護保険に対する苦情相談を記した「相談内容記録票」2004 年からの 3 年分である。国保連合会の介護保険に関する苦情受付は、介護保険法第 176 条に基づき 2000 年から開始され、都道府県ごとに実施されている。苦情相談には、国保連合会の職員があたり、相談に当たった職員によって「相談内容記録票」が作成されている。本研究で利用する 2004 年度から 3 年間の分析対象者に関する資料は、苦情処理担当職員によって作成されたものである。作成に当たっては個人の私見が入らないように職員に対して記入上の注意をあらかじめ示している。このような一定の基準に従って作成された記録票であり、客観的な資料として本研究の利用に十分耐えられる記録内容になっていた。

記録されている内容は、「相談受付日、相談時間、相談方法、相談者の電話から判別できる性別、受給者との続柄、受給者の性別、年齢、介護認定度、相談内容」である。本研究で利用する調査内容は、①受給者の状況（性別・年齢・介護認定度）②苦情相談申立状況（受給者との続柄・相談方法）③相談内容である。これらの内容はそれぞれにコーディングしてデータ入力し集計した。

3-2. 相談内容に関する基本集計結果

3 年間の相談内容記録票は、平成 16 年度 69 件、平成 17 年度 48 件、平成 18 年度 62 件、合計 179 件であった。また、平成 17 年度の書類不備 2 件は分析からは削除し、平成 16 年度、平成 18 年度の同一の受給者に対し複数の相談は 1 件に統合したため、172 件を分析対象とした。分析した変数、①「受給者の状況」②「苦情相談

表1 苦情相談における受給者および申立状況（2004年4月～2007年3月）

項目	カテゴリー	度数	(%)	項目	カテゴリー	度数	(%)
苦情相談の分類	重大な過失	35	(20.4)	相談者属性	受給者本人	48	(27.9)
(n=172)	(広義の)契約不履行	35	(20.4)	(n＝172)	受給者家族・親族	103	(59.9)
	情報伝達の不整合	21	(12.2)		その他	18	(10.5)
	給付・支払への不信	9	(5.2)		不明	3	(1.7)
	問い合わせ・相談	62	(36.0)	相談者性別	男性	51	(29.7)
	その他	10	(5.8)	(n=172)	女性	116	(67.4)
受給者性別	男	41	(27.5)		不明	5	(2.9)
(n＝149)	女	74	(49.7)	相談者・相談方法	電話	165	(95.9)
	不明	34	(22.8)	(n＝172)	文書	5	(2.9)
受給者要介護度	要支援1・2	6	(4.0)		来所	2	(1.2)
(n＝149)	要介護度1	15	(10.1)	相談者匿名性	匿名	146	(84.9)
	要介護度2	12	(8.1)	(n＝172)	非匿名	26	(15.1)
	要介護度3	6	(4.0)	苦情相談発生場所	家庭内	70	(40.7)
	要介護度4	13	(8.7)	(n＝172)	介護施設内	68	(39.5)
	要介護度5	17	(11.4)		全般的な問い合わせ	31	(18.0)
	不明	80	(53.7)		自治体窓口苦情	3	(1.8)
受給者年代	70歳未満	6	(4.0)	苦情相談発生場所	家庭内	30	(62.5)
(n＝149)	70歳代	13	(8.7)	受給者本人	介護施設内	7	(14.6)
	80歳代	19	(12.8)	(n=48)	全般的な問い合わせ	11	(22.9)
	90歳以上	14	(9.4)	事業所名判明	判明	52	(52.0)
	不明	97	(65.1)	(n＝100)	不明	48	(48.0)

*苦情相談の分類「その他」には、介護保険制度に対する苦情、介護職自身の勤務先への苦情等を含む。
*受給者に関しては、介護保険認定対象外24件は除く。1件で2人受給者相談あり
*相談者「その他」18人は、介護支援員3人介護従事者7人地方行政者1人一般市民6人福祉器具業者1人
*事業者名判明（苦情対象事業所）件数は、苦情相談分類から「問い合わせ・相談」「その他」合計72件を除外した件数である

申立状況」の度数分布は表 1 で示した通りである。

3-3. 虐待事例の判断基準と分析対象数

変数③「相談内容」から、30 例を虐待事例としたが、その判断基準は以下の通りである。

3-3-1. 全相談内容のカテゴリー化（表 1 ）

国保連合会が策定した「介護保険にかかる苦情処理の手引き」に記載されている、「苦情の類型」に基づきカテゴリー化を行った。「（広義）の契約不履行」「重大な過失」「情報伝達の不整合」「給付・支払への不信」「相談」の 5 カテゴリーに加え、どれにもあてはまらない内容を「その他」とし評定項目に加え、6 カテゴリーに分類した。

3-3-2. 虐待事例の抽出

「高齢者虐待防止法」に規定されている高齢者虐待の定義である、身体的虐待、介護・世話の放棄・放任、心理的虐待、性的虐待、経済的虐待の 5 類型を基本に、「高齢者虐待防止マニュアル（平成 15 年度、虐待防止モデル都市、金沢市作成）」[25] を基本として、「（広義）の契約不履行」「重大の過失」から虐待に該当する事例を抽出した。

このうち、虐待または不適切な介護が疑われた事例と判断されたのは、平成 16 年度 11 件 (16.7%)、平成 17 年度 6 件 (13%)、平成 18 年度 13 件 (21.7%) であった。このうち家庭内での虐待が疑われた事例は 1 件のみである。以下、「家庭内 1 件」は参考とし、主に「施設内 29 件」について分析した。

3-3-3. 抽出虐待事例の信頼性

分析事例の信頼性を高めるために抽出した事例を、A 県「高齢者虐待問題検討委員会委員長」（注 6）との間で評価者間の一致度を検証した。一致しなかった事例については協議の上で修正した。また、本論文における虐待の表記方法は、同委員長との協議で、事例に関し「虐待」の事実は実証されていないため、「虐待または不適切な介護の疑い（以下虐待疑い）」と表記することにした。

Ⅳ　調査結果

4-1. 全国的虐待通報・相談数との比較

平成 18 調査によると、養介護施設従事者（主に介護施設内）の全国的虐待相談・通報数は「養介護施設」「養介護事業者」[3] から介護を受ける 65 歳以上の高齢者約 350 万人中、273 件だった。これは高齢者人口 1 万人に対し、0.8 件にあたる。A 県の「養介護施設」「養介護事業者」に介護を受ける 65 歳以上高齢者の対象人数は平成 16 ～ 18 年度の平均が年間約 3 .5 万人である。介護施設内における虐待が疑われた相談事例は、年平均 9.7 件であり、これは高齢者人口 1 万人に対し 2.8 件となり、率に換算すると全国調査における通報・相談数より 3 倍以上多くみられた。

4-2.「相談内容」からの結果

4-2-1.「虐待疑い」事例の内容

「虐待疑い」29 事例（家庭内 1 件は参考事例）の内容は、表 2 の通りである。「下剤過剰投与」「（職員に）つねられた」など身体的虐待の疑いが 6 件、「始終怒鳴られる」「言葉の暴力」など心理的虐待の疑いが 5 件、「排泄介助なし」「入浴なしによる異臭」など放置・怠慢の虐待の疑いが 18 件であった。

4-2-2. 虐待が疑われた高齢者（以下被虐待者）の状況と発生場所の種類

虐待が疑われた事例の被虐待者の状況および発生場所は表 2 に示す。介護施設内で被虐待者と考えられる分析対象者 29 人の性別は、男性 5 人（17.2%）、女性 19 人（65.6%）、不明 5 人（17.2%）であり、年代は 70 代 5 人（17.2%）、80 代 4 人（13.9%）、90 代 5 人（17.2%）、不明 15 人（51.7%）だった．要介護度では、介護度 2: 2 人（6.9%）、介護度 3：2 人（6.9%）、介護度 4：5 人（17.2%）、介護度 5:3 人（10.3%）、不明 17 人（58.7%）だった。虐待疑いの事例を性別介護度別に分析すると、女性受給者、要介護認定度 4 の割合が高く、年代では 90 歳以上が、統計学上有意に多い傾向が示された。

苦情発生場所の種類では、指定介護老人福祉施設（特養）13 件（44.8%）、介護老人保健施設（老健）3 件 (10.3%)、認知症対応型共同生活介護（認知症高齢者グループホーム）3 件（10.3%）、通所介護施設内（ディサービス）2 件（6.9%）、有料老人ホーム 2 件（6.9%）、指定介護療養型医療施設 1 件（3.5%）、短期入所生活介護施設内 1 件 (3.5 %)、不明が 4 件 (13.8%) であった。

4-2-3. 苦情発生場所の状況

苦情発生場所は、被虐待者に対する虐待疑いが発生した、居住およびサービス利用場所で区分した。以下「介護施設内（注 7）」と介護施設内以外の「家庭内」に分けている。家庭内での苦情 70 件のうち、虐待疑いなし（「ヘルパーの作る食事がまずい」「介護士が契約時間より早く帰る」など）69 件（98.6%）、虐待疑いあり 1 件（1.4%）であった。施設内での苦情 68 件のうち、虐待疑いなしは 39 件（57.4%）、虐待疑いありは 29 件（42.6%）だった。苦情発生場所別では、家庭内からの苦情は虐待が疑われる相談はほとんどなかった。

4-2-4. 苦情発生場所名（介護施設および事業所名、以下事業所名）の判明の状況

苦情発生場所 172 事業所名の判明状況を表 3 に示す。事業所名が判明している 52 件のうち、虐待疑いなしが 29 件（55.8%）、虐待疑いありが 23 件（44.2%）であった。事業所名が不明だったのは虐待疑いがなし 41 件（85.4%）、虐待疑いあり 7 件（14.6%）だった。虐待疑いありの事例では、相談者は事業所名を明らかにして訴えていた。

表2 虐待または不適切な介護と疑われた具体的事例

虐待疑い事例H16年度=11件・H17年度=6件・H18年度=13件::n=30件

事例	内容（虐待分類）	虐待が疑われた高齢者の性別	虐待が発生した可能性のある場所
1	下剤過剰投与。（身体的）	女性（年齢・要介護度不明）	短期入所生活介護中（施設内）
2	不注意による骨折。（放置・怠慢）	女性(80代・要介護4)	＊介護施設
3	危篤状態放置。（放置・怠慢）	女性（年齢・要介護度不明）	＊介護施設
4	入浴回数過小。（放置・怠慢）	女性（年齢・要介護度不明）	指定介護療養型医療施設
5	つねられた。（身体的）	女性（年齢・要介護度不明）	指定介護老人福祉施設
6	別室に隔離状態。（身体的）	女性（70代・要介護度不明）	有料老人ホーム
7	水分補給なし。（放置・怠慢）	女性（70代・要介護度5）	介護老人保健施設
8	食事介助不適切。（放置・怠慢）	女性（年齢・要介護度不明）	指定介護老人福祉施設
9	暴言を言われ続ける。（心理的）	男性（年齢・要介護度不明）	＊介護施設
10	衰弱放置。（放置・怠慢）	女性（80代・要介護度5）	指定介護老人福祉施設
11	昼間眠らせない。布団なし。（身体的）	女性（90代・要介護度不明）	指定介護老人福祉施設
12	見守り不十分骨折、死亡。（放置・怠慢）	不明（70代・要介護4）	通所介護中（施設内）
13	身体にアザ。（身体的）	不明（年齢・要介護度不明）	＊介護施設
14	暴言。（心理的）	女性（年齢・要介護度不明）	指定介護老人福祉施設
15	リハビリなし。放置。（放置・怠慢）	男性（年齢・要介護度不明）	指定介護老人福祉施設
16	不衛生。（放置・怠慢）	不明	指定介護老人福祉施設
17	嫌がらせを受け、精神的な被害。（心理的）	男性（70代・要介護度4）	通所介護中（施設内）
18	入浴なし。異臭。（放置・怠慢）	女性（年齢・要介護度不明）	認知症対応型共同生活介護
19	言葉の暴力。（心理的）	女性（80代・要介護度4）	指定介護老人福祉施設
20	入浴および着替えなし。（放置・怠慢）	不明	介護老人保健施設
21	骨折後不適切な介護。（放置・怠慢）	女性（90代・要介護度3）	認知症対応型共同生活介護
22	別の入所者が蹴ったり、叩く。（身体的）	男性（年齢・要介護度不明）	介護老人保健施設
23	オムツ替えなし。トイレ介助なし。（放置・怠慢）	不明	指定介護老人福祉施設
24	着替えなし。靴のまま就寝。（放置・怠慢）	女性（90代・要介護度4）	指定介護老人福祉施設
25	始終怒鳴られる。（心理的）	女性（80代・要介護度2）	指定介護老人福祉施設
26	施設外にて死亡。（放置・怠慢）	女性（70代・要介護度2）	指定介護老人福祉施設
27	強引な食事介助。（放置・怠慢）	女性（90代・要介護度5）	指定介護老人福祉施設
28	介護援助なし。寝かされっ放し。（放置・怠慢）	女性（90代・要介護度3）	認知症対応型共同生活介護
29	排泄介助なし。（放置・怠慢）	男性（年齢・要介護度不明）	有料老人ホーム
30	家族からの継続的暴言。（心理的）	女性（90代・要介護度不明）	家庭内

内容分類は金沢市作成「高齢者虐待防止マニュアル（p2.3）」に基づく。
「内容」は個人を特定できないよう配慮し筆者が要約し、概略して記載。
＊施設種類が特定できなかった介護施設
30番は、「家庭内」虐待の疑い、参考事例

4-3. 苦情相談申立状況

4-3-1. 相談者の状況と基本属性

苦情を訴えていた相談者の状況を表 3 に示す。受給者本人からの相談は 48 件で、虐待疑いなしは 46 件（95.9%）、虐待疑いあり 2 件（4.1%）であった。受給者家族からの相談は 103 件で、虐待疑いなし 79 件（76.7%）、虐待疑いあり 24 件（23.3%）だった。虐待疑いありの相談者と介護保険受給者との続柄では、受給者本人 2 人、受給者の娘 17 人、息子 3 人、その他家族 3 人、配偶者（妻）2 人、嫁、孫、専門職、知人が各 1 人、不明 2 件で、受給者の子供からの相談が多かった（1 事例は相談者複数）。

4-3-2. 相談者の相談状況（匿名・実名別）

相談者の匿名状況を表 3 に示す。 相談者が匿名だった 146 件のうち虐待疑いなしが 126 件（86.3%）、虐待疑いありでは 20 件（13.7%）であった。実名での訴え 26 件のうち虐待疑いなし 16 件（61.5%）、虐待疑いありでは 10 件（38.5%）だった。虐待疑いなしの事例は、ほとんどが匿名相談だった。

4-4. 虐待疑いあり事例における虐待関連要因の分析

4-4-1. 虐待疑いありの苦情発生場所の比較

虐待疑いがあった事例の発生場所での比較と分析結果を表 4 に示す。虐待疑いあり事例では、家庭内が 1 件 (3.3%)、介護施設内が 29 件 (96.7%) で、家庭内よりも圧倒的に介護施設内で発生していた。虐待疑いありの事例を、「その他」を除いて、発生場所において家庭内での発生か施設内での発生かで比較すると、統計学上施設内に有意に多い関連が示された（$\chi 2 = 26.133$、$p<0.01$）。

4-4-2. 虐待疑いありの事業所名判明性での比較

虐待が疑われた事業所において、事業所名の判明状況と分析結果を表 4 に示す。虐待疑いありにおいて、事業所名判明が 23 件（76.7%）、不明は 7 件（23.3%）であり、判明しているか不明かを比較すると、統計学的にみて判明群に有意に多い関連が示された（$\chi 2 = 8.533$、$p<0.01$）。

4-4-3. 虐待疑いありの相談者の比較

虐待疑いありの事例を相談していたのが、「その他・不明」を除き受給者本人だったのか受給者家族だった

表3 「虐待疑いなし」「虐待疑いあり」の比較

項目	カテゴリー	全体		虐待疑いなし		虐待疑いあり	
		度数	%	度数	%	度数	%
苦情発生場所	家庭内	70	(100)	69	(98.6)	1	(1.4)
(n＝172)	施設内	68	(100)	39	(57.4)	29	(42.6)
	問い合わせ等	31	(100)	31	(100.0)	0	(0.0)
	不明	3	(100)	3	(100.0)	0	(0.0)
事業所名判明	判明	52	(100)	29	(55.8)	23	(44.2)
(n＝100)	不明	48	(100)	41	(85.4)	7	(14.6)
相談者	受給者本人	48	(100)	46	(95.9)	2	(4.1)
(n＝172)	受給者家族	103	(100)	79	(76.7)	24	(23.3)
	その他	18	(100)	16	(88.9)	2	(11.1)
	不明	3	(100)	1	(33.3)	2	(66.7)
相談者匿名性	匿名	146	(100)	126	(86.3)	20	(13.7)
(n＝172)	実名	26	(100)	16	(61.5)	10	(38.5)

*事業者名判明数は、苦情相談分類から「問い合わせ・相談」「その他」合計72件を除外した件数である

表 4 「虐待疑いあり」事例における虐待関連要因の特性

項目	全体		度数	%	度数	%	χ^2値	有意差
	度数	%						
虐待疑い発生場			家庭内		施設内			
	30	(100)	1	(3.3)	29	(96.7)	26.133	**
事業所判明性			事業所判明		事業所不明			
	30	(100)	23	(76.7)	7	(23.3)	8.533	**
相談者			受給者本人		受給者家族			
	26	(100)	2	(7.7)	24	(92.3)	18.615	**
相談者匿名性			匿名相談		実名相談			
	30	(100)	20	(66.7)	10	(33.3)	n.s	n.s

**p＜.01

注:相談者は「その他・不明」を除いて分析

のかの比較と分析結果を表 4 に示す。虐待疑いありの相談は、受給者本人からは 2 件（7.7%）、受給者家族からは 24 件 (92.3%) であり、相談者を受給者本人か受給者家族かで比較すると、統計学的に有意に多い関連が示された（$\chi^2 = 18.615$、$p<0.01$）。

4-4-4. 虐待疑いありの相談者の匿名性での比較

虐待疑い相談が匿名だったのか実名だったかの比較と分析結果を表 4 に示す。虐待疑いのある匿名相談は 20 件（66.7%）、実名相談は 10 件（33.3%）であった。匿名相談のほうが、実名相談の 2 倍だったが、統計的には関連がなかった。実名で相談していた 10 件の内容をさらに分析すると、該当受給者が既に死亡していたのは 3 件、骨折が 1 件、虐待疑いが原因による通院記録有り 1 件、施設変更予定 1 件、自分の関係者以外の暴行目撃 1 件、現在も同施設に入所中 3 件だった。実名で相談している場合、既に死亡、あるいは骨折、通院記録ありなど虐待疑いの証拠が存在し、実名で訴えたとしても損害を被る可能性が低い事例が 7 割を占めた。

4-5. 相談者が虐待疑いの事例で苦情を申立しない理由

4-5-1. 苦情を申立しない理由

苦情を申立しない理由、「家族側の理由」の内容を表 5 に示す。 虐待疑い 30 事例のうち、実名を聞き取ることにより、正式な苦情申立に必要な関係書類を送付できた件数が 8 件であり、損害賠償を予定するので苦情申立をしない事例が 1 件だった。残り 21 事例中、「（施設を）追い出されたら（家族が）困る」「（施設との間で）事を荒立てたくない」など、「家族側の理由」が 11 人 (52.4%) だった。

「入所者の不利益を考慮」の内容を表 6 に示す。「（入所者に）仕返しされたら困る」「人質にとられている」など「入所者の不利益を考慮」が 4 人（19%）だった。退所予定が 3 人、家族でないから（知人など）が 3 人だった。

表5 家族側の理由（n＝11/21）

番号	内容
1	訴えた事で（自分だと）特定され、施設との関係が悪くなることが心配
2	介護施設に勤務しているので、名のることに抵抗
3	今まで放っといた。思い出したので電話した
4	施設の名前は絶対、言いたくない。自分が特定されることを非常に恐れる
5	施設を変わろうとしても、2, 3年待ちが当たり前で簡単ではない
6	「（施設には）何を言っても無駄」と言われたので、もう少し様子をみる
7	（家族と施設の）関係がこじれているわけではない
8	（施設に対して）自分で物事をうまく言えないから申立しない
9	（施設を）追い出されたら(家族が）困る
10	（施設との間で）事を荒立てたくない
11	どこまでも（施設との間で）事をを荒立てる気はない。責任を追及はしたい気持ちはある

表6 入所者の不利益を考慮(n＝4/21)

番号	内容
1	人質のような感じなので、直接苦情を言うつもりはない。
2	入所者がつらいめにあったり、追い出されたりしたら困る
3	施設から（入所者が）仕返しをされたら困る
4	人質と同じようだ。家族が仕返しされて大怪我になってからでは遅い

Ⅴ．考察

国保連合会「苦情処理業務」には、介護施設内の虐待が疑われる相談が、「苦情相談」という名目で、「家族」から提示され、より多くが「匿名」で相談されていることが明らかになった。その数は全国的調査と比較すると、3 倍以上の虐待事例を明らかにした可能性が高いと推定された。また顕在化できなかった理由としては、受給者家族が苦情窓口では実名を名のり難い心理的要因が働き、「匿名」相談だったからである。匿名では正式な苦情申立とは受理できず、「苦情処理業務」システムが十分に機能していなかったと考えられた。

以上の点を、「介護施設内の高齢者虐待の顕在化」「顕在化できなかった背景要因」の 2 点から検討を行う。

5-1. 介護施設内の高齢者虐待の顕在化

本研究の目的は、国保連合会に寄せられた相談内容から高齢者虐待の存在を明らかにすることであった。調査の結果、A 県では介護施設内における虐待が疑われた相談事例は年平均 9.7 件は、65 歳以上高齢者人口 1 万人に対して 2.8 件となり、率に換算すると全国調査における通報・相談数より 3 倍以上多くみられ、A 国保連合会の苦情相談窓口には、全国の虐待相談通報数と比較し、「苦情相談」という名目で、「虐待が疑われる相談」が多数寄せられている可能性が示唆された。これは A 国保連合会に寄せられた年間苦情相談数のうち、13％から 22％を占める結果だった。

また虐待が疑われる事例の相談者は、受給者の家族（親族を含む）が 9 割を超えていた。三宅[26]は介護施設内の虐待発見・通報では、「養介護施設従事者等による高齢者虐待は在宅よりはるかに家族等に発見されやすい」と指摘している。本研究でも介護施設内の虐待は、家族によって発見されていたと同様の結果を得た。先行研究[18][19][20]でも、すでに顕在化し正式な苦情申立をしていた事例をもとに、苦情申立者は介護受給者本人よりも家族であること、多くは介護施設内で起こっていたと報告されていたことから、先行研究が支持された。しかしながら、本研究結果では、寄せられた苦情相談をすべて調査分析しその内容を検討することで、介護施設内の潜在化していた虐待が疑われる事例を抽出することが可能になったと考える。

5-2. 顕在化できなかった背景要因

「苦情処理業務」は電話相談から受け付ける利用しやすいシステムである。苦情相談窓口の A 国保連合会の実態においても、96％が電話相談からはじまっていた。西村[22]は、大学生を対象とした電話コミュニケーションにおける匿名性の研究において、否定的な話題は相談電話においても抗議電話においても、非匿名よりも匿名の方がはるかに話しやすいということを実証している。そのため苦情相談の多くが、電話相談であったという特性から「匿名」での相談が多かったと推測された。寄せられた苦情相談で重大な過失（虐待など深刻な訴えを含む）を除く約 8 割は、「どこか良い施設を紹介して欲しい」「介護保険制度について教えてくれ」「認定をうけたいので、どうすればよいか」「ホームヘルパーが契約時間より早く帰る」といった相談であり、電話口で相談者は名のらずとも対応した職員によって解決へと導かれていく事が多い。

だが虐待が疑われるような深刻な事例に対しては「匿名」では同システムは作動しない。国保連合会の苦情処理業務は、相談者からの無責任な申立を防止するために、書面での申立が原則となっている[15]からである。入所している身内が不利益を被っている状況を把握していても、家族には正式な苦情申立ができない何かしらの要因が働いたと考える。その背景要因の一つとして、相談者「家族」が介護保険施設との関係性悪化を懸念する心理的要因が匿名に大きく作用していたと推察された。

家族が、実名を名のることを広義の自己開示の一つと捉えた場合、自己開示が抑制されるには心理的要因が考えられた。榎本[27]（1997）は、大学生を対象とした自己開示調査により、自己開示の心理的抑制要因として「話したことを他人に漏らされたりしたら嫌だから」といった相手の対応に対する不安が高いことを一つの要因としてあげ、「現在の関係のバランスを崩すことへの不安」「深い相互理解に対する否定的感情」「相手の反応に対する不安」の 3 因子を明らかにしている。名のることによる「不安」が心理的に影響を及ぼすと考えられる。本研究では、匿名性において統計的有意差はなかったものの、実名での相談者は、すでに受給者が死亡している、あるいは骨折、通院記録があるなど不適切な介護の証拠が明らかになっている場合が多かった。これは、施設側に相談者の実名が明らかになったとしても、受給者および家族が不利益を被る可能性が低いことが予想され、家族の不安が低いと考えられた。

また訴えられない理由からは、「家族側の理由」「入所者の不利益を考慮」が 7 割を超す結果となり、たとえ家族によって入所者が不利益を被っている状態を発見したとしても、訴えたことによる施設との関係性悪

化、施設からの報復を懸念することによって、訴えを躊躇していることが明らかになった。「家族側の理由」から介護施設との関係性を懸念する要因としては、介護施設ベッド数の不足が考えられ、訴えられない理由として「家族側の理由」（表 5 参照）にある「家族側 5・施設を変わろうとしても、2、3 年が当たり前で簡単ではない」の理由に集約される。家族の介護負担の軽減になるはずの介護施設入所であるが、介護施設のベッド数が充足している訳ではない。この状態は加藤[28]が報告した介護殺人の事例でも指摘している。事例では、加害者（介護人）が介護負担で追い詰められていく中で、「認知症の母親の介護に疲れた息子が特別養護老人ホームに入所させようと手続きを行ったが、市役所からも明確な答えが得られなかった」ように、介護施設がほぼ満床状態は、介護保険施行後、現在まで続いている[29]ことが「匿名」相談の苦情発生場所要因と推察された。

Ⅵ　今後の課題と展望

本研究では、相談者側から寄せられた苦情相談内容を分析したが、苦情対象となった施設側の言い分、また実態を詳細に検証することまでには及んでいない。この点は本研究の限界であり、克服すべき研究課題である。

だが、介護施設内には、高齢者に対する虐待が潜在的に存在していることは実証できたことが新しい知見の一つである。相談者自身が名のるのは、非常に抵抗感を示していたが、「虐待疑い」の可能性がある施設名を相談窓口で訴えていた。これは、不適切な介護を行っている施設に対し、国保連合会あるいは自治体による待遇改善を願ってのことと推察された。そのためには、家族から訴えられた「相談内容」から、第三者機関として、どのような対応策が求められているかについて、さらに分析していことがこれからの課題と考える。　また、本研究で示された新しい知見については、他県での再現性が必要であり、追試が求められる。

付　記

本論文は第 34 回日本保健医療社会学会で発表したものに、加筆修正したものである。

謝　辞

本研究に際し、ご協力をえた A 国保連合会の職員のみなさまがたにお礼申し上げます。また多大なるご指導を賜りました金沢大学名誉教授多田治夫先生には、心よりお礼申し上げます。

補　注

(1) 高齢者のための国連原則は、「独立」6 項目、「参加」3 項目、「ケア」5 項目、「自己実現」2 項目、「尊厳」2 項目の併せて 18 項目からなっている。

(2) 本法律は 5 章 30 条から成っており、第 1 条には、「高齢者の虐待の防止、養護者に対する支援等に関する施策を促進し、もって高齢者の権利利益の擁護に資すること」という目的が掲げられている。同法は虐待の定義を、いわゆる身体的虐待、介護・世話の放棄・放任（ネグレクト）、心理的虐待、性的虐待、経済的虐待の 5 類型を示す方法で定めている（法 2 条 4 項、5 項）。

(3) 養介護施設従事者等とは、「養介護施設」又は「養介護事業」の業務に従事する者（「養介護施設」とは、老人福祉法に規定される老人福祉施設（地域密着型施設も含む）、有料老人ホーム、介護保険法に規定される介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護療養型医療施設、地域包括支援センター。「養介護事業」とは、老人福祉法に規定される老人居宅生活支援事業、介護保険法に規定される居宅サービス事業、地域密着型サービス事業、居宅介護支援事業、介護予防サービス事業、地域密着型介護予防サービス事業、介護予防支援事業。）全体的には、介護専門職全体をさすが、同調査において虐待確認事例の 94.4％が「施設内」職員によって発生しているため、本論文では、養介護施設従事者等に対し、「おもに介護施設内従事者」と解釈し、「介護施設内」とする。養護者とは、「高齢者を現に養護する者であって養介護施設従事者等以外のもの」であり、高齢者の世話をしている家族、親族、同居人等が該当する。本論文では、「家庭内」とする。

(4) 本論文では、「第三者機関」の定義として、サービスの受給者と提供者をそれぞれ「第一」「第二」とし、「第三者」を第一および第二と直接利害関係のない人々を指す[30]。これらをふまえ、個人だけでなく団体を含め「第三者機関」とする。また「苦情」には、国保連合会の「想定される苦情の種類」の「虐待」が明記されていることなどから、広義に苦情解決システムにおける、国保連合会「苦情相談業務」、介護施設内の第三者委員および運営

適正化委員会等の機関も含めるものとする。

(5) 介護相談員派遣事業とは、介護老人福祉施設等を訪問し、受給者および家族からの介護サービスに関する不満や苦情を聞き、受給者と事業者あるいは行政の橋渡し役を務める制度。ただし、事業を実施するかどうかは、各市区町村の判断に任せられている。平成 20 年 3 月 24 日現在、529 市町村が実施。東京都八王子市の場合、介護保険と介護保険を補完する高齢者福祉サービスの受給者のもとに出向いて受給者の声を聴き、相談に応じ、疑問・不満・不平等に関し事業所と協力し解決・改善を図る「介護サービス訪問ふれあい員（以下訪問ふれあい員）」が、施設等に 1 名ずつの計 44 人、在宅サービス受給者については、地域包括支援センター 12 ヶ所に 2 名ずつ計 24 名、合計 68 名の訪問ふれあい員が週 1 回程度直接受給者を訪問している。対象施設等の 98%、対象支援センターの 100%をカバーしている [31]。

(6) 高齢者虐待問題検討委員会とは A 県において「高齢者が虐待を受けずに、住み慣れた地域で、心身ともに健康で尊厳をもって暮らせるよう、虐待防止や養護者支援等のための環境整備をはじめとする総合的な対策について意見を聴くために A 県高齢者虐待総合対策検討会を設置する」を趣旨とし、県内の学識経験者、医療関係者、福祉関係者、住民代表、司法関係者及び行政関係者等、20 名以内で組織されている。同検討委員会設置要綱平成 16 年 5 月 26 日施行。

(7) 「介護施設内」は、日本弁護士会の「高齢者に対し、自宅以外で福祉サービスを提供する人的・物的設備を備えた場所または組織体を意味し、老人福祉法、介護保険法に規定されるものだけでなく、身体障害者福祉法、知的障害福祉法、生活保護法等に規定するすべての入所施設及び通所施設を含むものとする。有料老人ホームも、そこで生活する高齢者の生活全般に第三者が関わる状況にあるから「施設」に含めることとする。」に基づく [32]。

引用文献

1）高野範城他、高齢者・障害者の権利擁護とコンプライアンス . あけび書房、東京、2005、4

2）厚生労働省、平成 18 年度　高齢者虐待の防止、高齢者の養護者に対する支援等に関する法律に基づく対応状況に関する調査結果（確定版）、平成 20 年 9 月 30 日検索インターネット ＜ http://www.mhlw.go.jp/houdou/2007/12/h1219-1.html ＞

3）高崎絹子、高齢者虐待の防止、高齢者の養護者の支援に関する法律」の意義と本学会の責務、高齢者虐待防止研究、2006；2：4-5

4）高崎絹子、介護施設における高齢者虐待防止への課題 . 国民生活、2006；15-18

5）前神有里、養介護施設従事者等による高齢者虐待防止の取組及び視点－行政の立場から、立入調査等の実態を踏まえて－、第 5 回日本高齢者虐待防止学会千葉大会抄録・資料集、2008；52 － 55

6）多々良紀夫・塚田典子監訳、世界の高齢者虐待防止プログラム、（Patricia Brownell、アメリカの高齢者虐待防止プログラムの現状）、明石書店、東京、2004、12-39

7）濱田佐知子、介護相談員派遣事業の創設過程と今後の課題、四天王寺国際仏教大学紀要、2007；57-70

8）張允楨、黒田研二、福祉施設における苦情解決体制、地域福祉研究、2007；98 － 108

9）金高闇、黒田研二、老人福祉施設における苦情解決システム―「第三者委員」の役割の検討－、老年社会科学、2009；489 － 497

10）平田厚、福祉サービス利用契約時代の権利擁護のポイント－苦情解決を中心に - 月間福祉、2003；12-15

11）全国社会福祉行議会企画部、運営適正化委員会の機能と動向－苦情解決を中心に－月間福祉、2003；31 － 33

12）田中幹夫、大阪府社会福祉協議会運営適正化委員会の実際、月間福祉、2003；34 － 36

13）輿石英雄、神奈川における運営適正化委員会の現状と課題、月間福祉、2003；37 － 39

14）埼玉県運営適正化委員会、平成 17 年度　事業実績報告書　平成 21 年 5 月 25 日検索インターネット ＜ http://www.fukushi-saitama.or.jp/saitama06/jissekihoukoku-H17.pdf ＞

15）国民健康保険中央会：介護保険にかかる苦情処理の手引きー第 5 版―. 東京：国民健康保険中央会、2007

16）牧洋一郎他、東京都における介護保険サービスの苦情相談の現状と課題－サービスの質の向上

を目指して、苦情から何を学ぶかー苦情相談白書より、訪問看護と介護、2004；9(5)：322-333
17）北場　勉、介護保険における苦情処理―その考え方、枠組みと意義づけ―、訪問看護と介護、2004；9(5)：314-321
18）明石隆行、介護保険サービスにおける苦情申立てについてー苦情申立ての事例から見えてくるものー、教福祉学、2005；(13)：57-69
19）河村尚治、愛知県における介護保険サービスの苦情相談の現状と課題 . 愛知県国民健康保険団体連合会に寄せられた苦情と相談 . 訪問看護と介護、2004；9(5)：335-343
20）牧洋一郎他、東京都における介護保険サービスの苦情相談の現状と課題－サービスの質の向上を目指して、苦情から何を学ぶかー苦情相談白書より、訪問看護と介護、2004；9(5)：322-333
21）国民健康保険中央会、苦情相談・受付累計件数（平成１２年度から 18 年度）、平成 20 年 9 月 30 日検索、インターネット＜ http://www.kokuho.or.jp/ ＞
22）西村美智子、電話コミュニケーションにおける匿名性の研究－通話容易度および通話時の意識―、電話相談学研究、1999；11（1）：1-8
23）伊藤隆二（編）・多田治夫、心理治療法ハンドブック、福村出版、東京、1991、218 － 228
24）多田治夫・田中富士夫監修訳・　William.T.& Daus.J. 電話カウンセリングの技法と実際－電話相談活動と危機介入、川島書店、東京、1982、58-66
25）金沢市、高齢者虐待防止マニュアル・高齢者虐待のない社会をめざして、金沢市、2005；1-91
26）三宅貴夫：家族会の視点からみた高齢者虐待防止法．高齢者虐待防止研究、2006；2(1)：18-23
27）榎本博明、自己開示の心理学的研究、北大路書房、東京、1997
28）加藤悦子、介護殺人―司法福祉の視点からー、クレス出版、東京、2008、110
29）厚生労働省、施設の種類別にみた定員、在所者数、利用率、平成 20 年 9 月 30 日検索インターネット　＜ http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/kaigo/service06/xls/hyo.xls ＞
30）大国美智子（編）・大谷強、アメリカに学ぶ第三者委員の役割、福祉サービスにおける第三者委員苦情解決ハンドブック、中央法規、東京、2004
31）八王子市、平成 18 年度介護サービス相談支援事業実施報告書 . 介護サービス相談支援会議、八王子市役所、2006；1-13
32）日本弁護士会、高齢者虐待を防止するための提言、2004、1-48　平成 20 年 9 月 30 日検索インターネット＜ http://www.nichibenren.or.jp/ja/opinion/report/data/2004_58_1.pdf ＞

報　告

新宿における野宿者の健康
―地域生活移行支援事業の影響―

Health situation of homeless people in Shinjuku Tokyo—Influence of a housing first project

大脇甲哉、金沢さだ子、中久木康一、稲葉剛
Katsuya OHWAKI, Sadako KANAZAWA, Koichi NAKAKUKI, Tsuyoshi INABA

新宿連絡会・医療班
Shinjuku-Renrakukai Iryohan

キーワード : 野宿者、健康、地域生活移行支援事業
Key words: homeless, health, housing first project

背景

新宿連絡会・医療班は 1996 年から現在まで新宿駅周辺に生活する野宿者に対して、新宿中央公園で行われる新宿連絡会の炊き出しに集まる野宿者を対象に、定期的に健康相談を開催してきた。2000 年から東京都が緊急一時保護センターや自立支援センターなど施設を利用した自立支援システムを施行したにもかかわらず、新宿区の野宿者数は増加傾向が続いていた。しかし 2004 年ホームレス地域生活移行支援事業 [1](以下移行支援事業) 施行以降、明らかにその数が減少した。（図１，２） 新宿区では 2004 年 8 月から 2005 年 2 月にかけて新宿中央公園及び戸山公園の 2 か所で移行支援事業が施行され、421 名が野宿生活からアパートに移行した。新宿区内野宿者数は 2004 年 2 月 [2], の 1102 から、2008 年 2 月 [3] には 285 に減少した。この減少傾向は新宿中央公園における炊き出し数や健康相談受診者数においても同様である。（図３） また移行支援事業後健康相談時医療機関受診のための情報提供書記載数が減少し、特に入院を必要とする重症者が少なくなったと感じていた。現在も野宿生活を続ける人々の健康状態を把握し、今後の新宿連絡会医療班活動の方向性を再検討する目的で、移行支援事業前後の健康相談記録を比較分析することにより、この事業が新宿の野宿者の健康状態に及ぼした影響を検討した。

対象・方法

2001 年 4 月から 2008 年 3 月までの新宿連絡会・医療班健康相談受診者を対象とし、毎月 1 回の「定期相談」[4] と年末年始の「越年期相談」[5] で医師が作成した相談記録を、移行支援事業の前 3 年間 (2001-3 年度、以下前期) と後 3 年間 (2005-7 年度、以下後期) に分類し、相談者数・年齢・野宿期間・性別・主訴・既往歴および健康相談後の医科医療機関受診状況などに関して移行支援事業前後の相違を比較分析した。

結果

前期・後期 3 年間を比較すると相談者数は年平均 428.7 人から 188.3 人に減少した。定期相談者数は前期 292 入、後期 129 人。越年期は前期 136.7 人、後期 59.3 人であった。

平均年齢は前期 53.6 歳、後期 54.7 歳。年齢層は 50 歳未満（前期 28.1%／後期 30.0%）、50 歳代 (42.8 ／ 38.4)、60 歳以上 (29.1 ／ 31.6)。野宿期間は 1 年未満 (前期 51.7%／後期 38.3%)、1 年以上 3 年未満 (17.8 ／ 24.5)、3 年以上 5 年未満 (10.9 ／ 9.6)、5 年以上 10 年未満 (10.9 ／ 14.4)、10 年以上 (8.6 ／ 13.3)。女性割合 (2.9%／ 1.9%) であった。

受診時の主訴では高血圧 (前期 17.3%／後期 13.2%)、感冒 (14.1 ／ 8.3)、湿疹 (9.6 ／ 7.5)、上部消化管障害 (4.4 ／ 7.5) の順に多く、その他主なものは心疾患 (4.2 ／ 1.6)、

浮腫 (3.1 ／ 1.3)、全身衰弱 (2.3 ／ 2.0)、糖尿病 (1.7 ／ 3.4)、精神疾患 (1.6 ／ 2,9) であった。

既往歴では多い順に、高血圧 (前期 16.0％／後期 22.3％)、胃潰瘍 (17.4 ／ 14.0)、糖尿病 (8.8 ／ 12.8)、結核 (11.4 ／ 7.3)、肝疾患 (9.1 ／ 7.8)、骨折 (4.8 ／ 8.9)、脳血管障害 (4.6 ／ 6.7)、脊椎疾患 (3.7 ／ 6.1)、心疾患 (4.6 ／ 3.9) であった。

相談後医療機関受診件数は年間では前期 368、後期 196 である。その内入院件数は前期 51、後期 21 であった。定期相談後医療機関受診者は前期 289、後期 136 であり、越年期医療機関受診者は前期 79、後期 60 であった。その内重症で入院治療を要したものは定期相談前期 33、後期 6、越年期前期 18、後期 15 であった。

受診原因疾患 (疑い病名を含む) は高血圧 (前期 20.1％／後期 15.6％)、胃潰瘍 (6,2 ／ 9.1)、蜂窩織炎 (6.2 ／ 7.1)、骨折 (4.6 ／ 4.5)、糖尿病 .(4.6 ／ 3.9)、結核 (4.6 ／ 3.9) の順に多かった。

考察

移行支援事業を利用して 2004, 2005 年度に 23 区で 1190 人が野宿からアパートに移行した。新宿区では 2004 年度に施行され利用者は 2 公園 421 人であった。東京都路上生活者概数調査によると、2001-2003 年度及び 2005-2007 年度各 3 年間の年平均野宿者数は、23 区で前期 5526 人、後期 3262 人、新宿区で前期 956 人、後期 334 人であった。事業前後の減少率は 23 区 59%、新宿区 35%である。23 区における新宿区の割合は 2004 年度前後で 16%から 10%に減少している。

医療班の健康相談者数もこの事業の影響で、2003 年度の 474 件から大きく減少し 2007 年度には 146 件となった。年平均相談者数は前期に比べ後期は 43.9%に減少した。前期に比べ後期には相談者の高齢化・野宿期間の長期化傾向を認め、女性相談者の割合は著しく減少し 2007 年度には 0 となった。

主訴では前後期とも高血圧が最も多いが、相談時高血圧と診断した前期 147 人、後期 44 人のうち、収縮期 200mmHg 以上または拡張期 110Hg 以上のものは前期 63.9%、後期 52.3％であり、後期では重症高血圧が少ない傾向を認めた。高血圧自体の割合も後期に減少している。また心疾患・浮腫・全身衰弱などの重篤な症状の割合が後期に減少し、糖尿病・精神疾患の割合が後期に増加した。

受診者の年齢層は 50 歳以上が 70%を占め、生活習慣病の発症年齢であるため、以前から高血圧・糖尿病などの慢性疾患罹患者が多く、野宿生活となることで治療中断し症状悪化をきたすと推察する。たとえ治療を継続したとしても、野宿生活のままでは食事管理ができず、寒冷・高温など生活環境面からも病状改善の可能性は少ない。低家賃住宅の提供、半就労・半福祉、医療単給などの支援で自立可能な人々も多いと考えられ、敷居の高い生活保護受給だけではなく、各々の状況に合わせた生活支援が必要であると考える。

医療機関受診者は定期相談では後期は前期の 47%に減少したが、越年期では 76％にとどまった。重症疾患で入院治療を要したものは定期では 18.2%へ大きく減少しているが、越年期では 83.3%である。相談者数は定期・越年とも後期は前期の 44%程度であるため、定期相談では医療機関受診を要したものの割合は相談者の減少とほぼ同率であるが、入院を要する重症者が大きく減少した。しかし越年期では受診・入院ともにその割合は後期において明らかに増加している。即ち後期に定期相談者には重症の疾患が少なくなったが、越年期相談者は逆に重症疾患の割合が多くなったと言える。

定期相談受診者即ち中央公園の炊き出しを普段利用できる範囲に生活する野宿者の健康状態は、移行支援事業前に比べると明らかに改善し重症ケースが減少している。しかし越年期相談者の健康状態は改善しておらず、入院に至る重症例は相対的に増加しているという結果である。越年期相談者は遠方から新宿に来るもの、野宿期間が 1 ヶ月以内と超短期であるものが多いという特徴があり [6]、近年その傾向がより強くなってきた。(図 5)　2006 および 2007 年度越年期に救急搬送者および医療テント保護者 21 名のうち野宿生活が 4 ヶ月以内と短期間の者は 10 名（1 ヶ月以内 8 名）である。短期間の者のうち居所が新宿区の者は 1 名のみで、新宿隣接区 2 名、都内 5 名であり、2 名は東北の 2 県であった。その内入院治療 5 名の内訳はすべて男性、55 ～ 76 歳（70 歳以上 2 名）、食道癌で入院治療・退院後野宿、肺炎で入院治療・退院後野宿、生保継続中だが認知症が原因で野宿し肺炎、慢性腎不全で入院治療・退院後野宿し人工透析中断、家賃滞納しアパートを出て野宿し肺炎・心不全悪化である。継続治療が必要であるにもかかわらず退院後福祉につながらず野宿生活に移行するケースが目立っている。退院後の生活・療養保障に関し医療機関と福祉事務所との間の更に密接な連携が望まれる。

結論として生活拠点が新宿区で移行支援事業を利用できる状況にあったが、事業を利用せず現在も野宿生活

を続けている人達の健康状態は事業前の新宿の野宿者に比べ改善したと考えられる。逆に短期間の野宿生活や公園居住ではないなど、移行支援事業を利用する環境になかったものが多いと考えられる越年期の相談者の健康状態は改善しておらず、年末年始期閉庁のため福祉事務所に相談できない、野宿未経験のため支援活動の情報を知らない、などの理由で病状を悪化させる野宿者が多いのではないかと推察する。

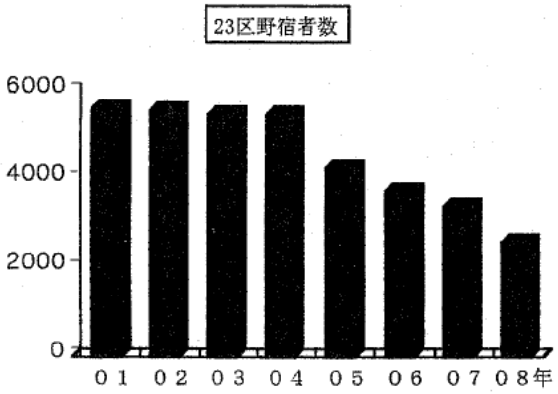


図 1

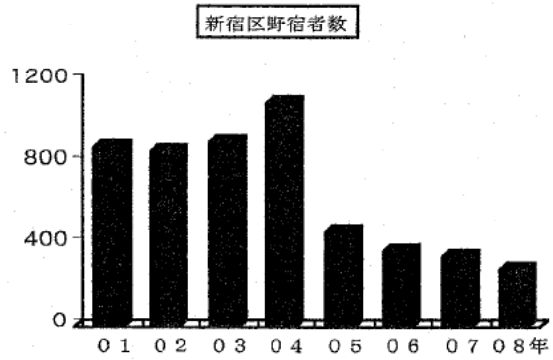


図 2

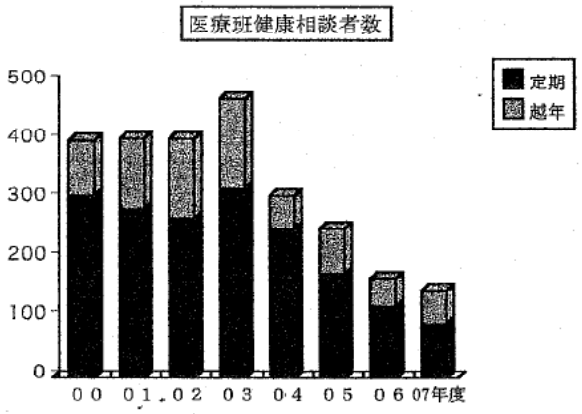


図 3

前期・後期比較表			
	01-03	05-07	(%)
	前期	後期	後／前
野宿者数23区	5526	3262	59
野宿者数新宿区	956	334	34.9
健康相談者数	428.7	188.3	43.9
定　期	292	129	44.2
越年期	136.7	59.3	43.4
平均年齢（歳）	53.6	54.7	
50歳未満(%)	28.1	30	
50歳代　(%)	42.8	38.4	
60歳以上(%)	29.1	31.6	
医療機関受診数	368	196	53.3
定　期	289	136	47.1
越年期	79	60	75.9
入院件数	51	21	41.2
定　期	33	6	18.2
越年期	18	15	83.3

図 4

07-08 越年期テント保護者			
野宿歴	直前の居所		経過
2日	友人宅	福島県	救急入院
2日	入院	葛飾区	通院
2日	アパート	中野区	不明
1週間	アパート	岩手県	通院
1ヶ月	飯場	埼玉県	不明
1ヶ月	アパート	杉並区	救急入院
4ヶ月	福祉寮	港区	救急通院
1年	野宿	文京区	救急入院
3年	野宿	西新宿	不明
10年	野宿	新宿区	入院
13年	野宿	新宿駅	通院

図 5

まとめ

移行支援事業によって新宿に生活圏を持つ野宿者の数は明らかに減少し、その健康状態は健康相談記録にもとづけば重篤な疾患が少なくなった。これはこの事業で行われた健康診断及び医療支援活動により、重篤な疾患に罹患した野宿者が医療につながり、その結果野宿者の健康を改善する事になったのではないかと察された。しかし年末年始期新たに流入する野宿者の健康状態は相対的に重篤化しており、彼らに対する健康支援活動が今後更に重要であると考えられた。

謝辞

新宿連絡会・医療班は今後の活動方針を、1) 定期健康相談活動をこれまでと同様に継続し、新宿の野宿者の健康を見守り続ける。2) 越年期相談を最重要活動と位置づけ、23 区西部圏の越年期医療活動拠点とする。以上 2 つに定め、今後も活動を継続する予定である。

この報告の基礎となった新宿連絡会医療班健康相談活動は、共著者以外に医師・歯科医師・看護職・学生・一般など数十名のボランティアだけではなく、当事者である野宿者の皆さんに支えられて 10 年を超える長期間活動を継続することができました。協力して頂いたすべての皆さんに深謝致します。

引用・補足

1) ホームレス地域生活移行支援事業：2004 年 9 月に開始した都区共同事業であり、公園に起居する野宿者に対し低家賃アパートと公的な臨時就労を提供することで、地域生活への移行を進める目的で施行された。対象地域は野宿者が多い、新宿中央（新宿区）、戸山（新宿区）、墨田（台東・墨田区）、代々木（渋谷区）、上野（台東区）の 5 公園。事業運営を NPO および社会福祉法人に委託し、面接・健康診断・医療支援・アパート入居後の生活相談・就労支援などの活動を含む総合的な支援事業。
2) 東京都路上生活者概数調査　2003 年度（2004 年 2 月）
3) 東京都路上生活者概数調査　2007 年度（2008 年 2 月）
4) 定期相談：毎月第 2 日曜日 18 時から 21 時。新宿中央公園で新宿連絡会の炊き出し時に医療班の医師・歯科医師・看護師が行う健康相談。市販薬の提供、血圧測定、重症者には情報提供書を渡し、翌月曜日福祉事務所で医療扶助申請し医療機関受診。申請時に福祉行動として医療班スタッフによるアドバイス及び受診結果聞き取りなどを行う。
5) 越年期相談：毎年 12 月 29 日から 1 月 3 日まで新宿中央公園内に「医療テント」を設営。医師・歯科医師・看護師が複数体制で 24 時間活動。健康相談、市販薬提供、創処置、及び衰弱者をテントで宿泊保護。重症者に対し救急搬送時の添乗、受診時付添。1 月 4 日福祉事務所始業に合わせて福祉行動。
6) 越年期相談者の特徴・医療班の越年期対応：年末年始期は長期泊まり込みで仕事をしていた飯場が閉鎖、病院の当直人員不足のために年末直前に半強制的に退院、家賃滞納が続きアパート退去、などの理由で新しい野宿者が急増する時期である。また野宿に関する報道で新宿の映像が流されることが多く、他府県から東京に来る人や野宿未経験者が新宿に集まりやすい。（図 5）

   行き場所が無く健康を害した人が新宿駅に来れば、野宿の仲間やパトロールの仲間から医療班に連絡が来る体制が整っている。越年期には 23 区内で野宿者支援越年活動を行う団体が数カ所に拠点を構えているが、医療者が常駐し宿泊保護可能な拠点は新宿のみであるため、近隣の支援団体からこの期間被保護者を受け入れることもある。

   また福祉事務所が閉庁し医療扶助申請が出来ない越年期には、野宿者が医療を受けるには救急車での搬送受診が唯一の手段となる。一旦受診しても入院に至らないと野宿に戻るが、野宿生活に耐える体力がない場合、正月明けに福祉事務所が開くまで宿泊保護する場所として医療テントの存在意義がある。越年期対応として連絡会医療班は新宿福祉と連携し、福祉課の待機当番職員との間にホットラインを持ち、緊急保護必要時には区が準備した宿所に中央公園から直接入所可能な体制もとっている。

報　告

「抑うつ傾向高齢者の生活感情と近親者喪失について －東京都中野区における調査から－」

Daily emotions of elderly people suffering from depressive symptoms and bereavement: A questionnaire-based survey in Nakano City

石濱照子
Teruko ISHIHAMA

中野区中部保健福祉センター , 東洋英和女学院大学大学院 人間科学研究科
Chubu Public Health and Welfare Service Center of Nakano City
Graduate School of Human Sciences, Toyo Eiwa University, Ph.D Candidate

高齢者の自殺の背景には、慢性疾患による継続的な身体的苦痛や将来への不安とともに近親者の喪失体験が大きな引き金となることがすでに指摘されている。また最近の研究では喪失体験後にうつ病の発症につながることも示唆されている。本稿では、都市部に居住する抑うつ傾向高齢者の生活感情や近親者喪失に関する実態と共に関連要因について明らかにすることを目的として調査研究を実施し、自殺予防対策と絡み合わせた地域福祉施策のあり方について考察した。

研究対象者は中野区の 65 歳以上で区民健診を受けた 26,965 人のうち特定高齢者把握事業（地域支援事業）に準じて実施した生活機能評価において、抑うつ項目 3 点以上の高齢者 509 人とした。本研究ではそのうち 300 人を無作為に抽出し、死亡および転出を除いた 286 人を対象とし郵送による自己記述式質問紙法を実施した。

その結果、回答者の８割が近親者の喪失を体験しており、将来に希望が持てない人は、とりわけ対人交流に関しての期待が持ちにくいことが示唆された。また、抑うつ状態をきたす原因として種々の身体症状を挙げる回答が最多数を占めた。

今後は自殺予防対策と絡み合わせた地域福祉施策として、多様な社会的交流を政策的に確保する必要があり、身近な地域で高齢者対象のグリーフワークプログラムの開催や高齢者専門の傾聴ボランティア制度の仕組みづくりなどが急務である。

キーワード　抑うつ , 高齢者 ,　近親者喪失 , ソーシャルサポート
Keywords: depressive symptoms, elderly people, bereavement, social support

1　緒言

1－1　研究の背景

幸福な老いを捉えるためのキーワードとなってきた Successful Aging の概念ではその関連要因を身体的健康、精神的健康、寿命、認知能力、社会的機能、生産性および主観的幸福感など多岐にわたり示している。[1] また Crowther は Successful Aging の要因として、物理的健康、財政的安定生産性・雇用、独立、楽観的展望、活動的・創造的表現あるいは精神性を挙げている。さらに生命満足のレベルは、家族および友人の健康と社会経済的地位および関係と強く関連していると述べている [2]。

日本において Successful Aging とは、老後の過程に「うまく successfully」適応することができ、幸福な老後を迎えることができる状況を指すものと理解されている。この状況に含まれる概念として、生存期間、身体的健康、認知能力、精神的健康、社会的機能、生産性、パーソナルコントロールの保持、主観的健康感が挙げられている。しかし successful Aging を具体的に操作化することや「幸福」であると判断する指標の設定や

標準尺度もまだ不十分である[3]。

近親者喪失についての研究では、1969 年、Paeks らは５４歳以上で配偶者を失った夫また妻の配偶者の死去から６ヶ月以内の死亡率が同じ年代の対照群の人々に比べ 40%も高く、その原因の 4 分の 3 は心臓病であり、対象喪失によるさまざまな感情の高まりが血圧や心臓の働きに影響を及ぼしていると報告している。さらに８人の開業医にかかりつけの 44 人の未亡人について夫の死亡に先立つ 2 年間と、死亡後の 1 年半の 2 つの期間における受診率を比較したところ、夫死亡後の受診率は夫死亡前の受診率に比較して 63%も増加した。ほとんどの人々が様々な形で心身の異和・変調を感じ、失意、悲嘆、うつ、絶望の心理と表裏をなしていたと述べている[4]。

また「高齢単身者の孤独の要因と対処資源」の神戸市高齢単身者を調査対象とした研究[5]では、次のような報告がされている。家族・親族関係の充実や緊急通報などの在宅支援サービスが孤独の対処資源となっていて、家族・親族のサポートが弱い高齢単身者や緊急通報システムの非利用者では、孤独感を訴えた頻度が高かった。また子どもがいない、活動能力が低い人で孤独感が高くなっており、性別、年齢、住居や仕事の有無との関係はみられなかったことを指摘している。

さらに「寝たきりや虚弱を引き起こす生活要因に関する生活史的調査研究事業報告書」[6]において東京都内の高齢者１２名に対して行なった質的調査では、高齢者のいきいきとした生活には「居住環境」のようなハードな面の環境よりも「仲間との交流」や「役割」という対人的なソフトの面の環境が、より強く反映される。高齢者は自ら生き甲斐や人生満足度を最大限に高める意識を持って生活しており、その生き方の決定には、家族との関係が強い背景要因となる、とまとめられている。

Levin & Stokes は、個人内傾性が孤独感を引き起こすメカニズムについて、(1) 社会的ネットワーク媒介モデル (social network mediation model) と (2) 認知的バイアスモデル (cognitive bias model) という 2 つのモデルを提出しそれぞれの影響過程を検討している。[7,8] 2 つのモデルについて、社会的ネットワーク媒介モデルでは、何らかの個人内傾性が対人関係の形成や維持を困難にする結果、社会的ネットワークが希薄になり、孤独感が生じると仮定される。一方、認知的バイアスモデルでは、自己や他者に対するネガティブな感情傾向が現実の社会的ネットワークを過小評価するために、社会的ネットワークの様態にかかわらず孤独感が生起すると仮定される。さらに外向性、抑うつ、他者受容と孤独感との関連が検討され、いずれの個人内傾性も孤独感に対して影響過程をもつことが明らかにされている。また孤独感を高める要因のひとつとして、円滑な対人関係を築くための言語的、非言語的な能力である社会的スキルの不足が報告されている。社会的スキルの不足は、対人関係の形成や維持を妨げるだけでなく、対人不安などのネガティブな感情傾向を高めてしまう。したがって、個人内傾性のひとつとして社会的スキルを取り上げると、社会的スキルと孤独感との間にも、社会的ネットワーク媒介モデルと認知的バイアスモデルという、2 つの影響過程が存在すると考えられる。よって主観的に健やかな明るい人生を送るには、家族のサポートや在宅支援サービスや「仲間との交流」、「役割」をもたらすようなサポートシステムが有効であるが、家族のサポート強化に期待できない現代において、在宅支援サービスがより有益であるための条件や、対人交流や役割を高めるようなサービスの在り方についての研究はまだ途上である。

また近親者との死別体験は、罪責感や心残りなどから抑うつ傾向になりやすいことが明らかにされていて、近親者喪失を体験する機会の多い高齢期への対策も不十分である。柳田邦男は、現代医療や生命倫理の問題を考察する場合の視点として「二人称の死」という言葉を提唱している[9]。柳田によれば、二人称の死（人生を共有してきた愛する者の死）、それは一人称の死（自分の死）や三人称の死（他人の死、医療現場における患者の死をも含む）とは明らかに異なり、残された者に大きな「喪失感」と「悲嘆」が伴う。それゆえ、二人称の死においては、死に遭遇した者の喪失感と悲嘆に対する「癒し」が課題となる。喪失体験の多い高齢期では、ストレスの高い二人称の死に遭遇した後でうつ病を発症することがすでに問題視されている。高齢者の自殺の背景には、慢性疾患による継続的な身体的苦痛や将来への不安とともに、近親者の喪失体験が大きな引き金になることは、十分考えられる[10]。また高橋は、うつ状態にあることが死亡や身体機能低下、認知機能低下を予測することを明らかにしている[11]。　国民衛生の動向 2003[12] によれば、全国の自殺率は 25.5（人口１０万対）で、東京都は 22.2 である。全国の死因で「自殺」は第 6 位、東京都では第 5 位である。2003 年中野区における統計では、当区の自殺率は 24.0 である。この 2003 年の自殺者総数 56 人のうち 65

歳以上の自殺者は 6 人、2004 年では同様に 57 人の中で 4 人で、いずれも 1 割前後であった。 2005 年には自殺者総数が 71 人となりそのうち 65 歳以上は 14 人、2006 年は自殺者総数 62 人のうち 65 歳以上が 12 人でいずれも 2 割前後となり、2007 年は自殺者総数 63 人中 65 歳以上が 16 人で 25%となった。このように当区における 65 歳以上の自殺者実数が年々増加している。しかし現段階で当区における自殺予防やうつ病予防などに対する施策は、年 1 回の中高年対象のうつ病予防講演会や精神科医によるうつ病特設相談があるのみで対象を高齢者に絞った施策はない。そこで高齢者を対象とする自殺予防に向けての地域支援施策を構築するために、抑うつ傾向である高齢者の生活感情の実態と関連要因を把握し、効果的施策を探る基礎資料を得ることとした。

１－２　研究目的

筆者の勤務する中野区において高齢者の自殺は増加傾向であるが、今後の自殺予防の施策を考えると、その実数の多い高齢者にもっと注目すべきであり、大都市における有効なソーシャルサービスの開発が必要である。また近親者との死別体験は喪失感に拍車をかけ、高齢者の抑うつ状態を悪化させ、自殺につながりやすいことが明らかにされており [4,10]、抑うつ傾向高齢者には、近親者喪失の影響があることが予測される。

本稿の研究目的は、都市部に居住する抑うつ傾向高齢者を対象とした質問紙調査によって、生活感情や身近な人の死による喪失感に関する実態と共に関連要因を明確にすることである。

２　研究方法

２－１　調査方法

① 対象者　2006 年度 65 歳以上で区民健診受診時に生活機能評価調査を実施した 26,965 人

のうち、抑うつ項目 3 点以上を抑うつ傾向の顕著な高齢者として抽出すると 509 人が該当した。そのうち 300 人を無作為に抽出し、死亡および転出を除いた 286 人を対象とした。

② 方法　郵送による自己記述式質問紙法 (郵送配布－郵送回収)

③ 調査期間　2007 年 6 月～ 8 月

④調査質問内容　成人一般に適用可能な尺度として採用される生きがい感スケール (近藤・鎌田 1998 年) の 4 因子「現状満足感」「人生享楽」「存在価値」「意欲」と抑うつ理論をもとに作成された絶望感尺度 BHS(Beck Hopelessness Scale) から選択し、現在の日常生活をどのような気持ちで過ごしているか、将来に対しての希望や、対人交流について問うこととした。また身近な人を亡くした経験の有無や、抑うつ気分傾向の誘発要因については、地域でのサポート体制や施策化を意識して著者が作成し、「うつ予防・支援に関する」アンケートとした。生きがい感については設問 1 ～設問 5、ホープレスネス (hopelessness) については設問 6、設問 7 で、設問 6 以外は「はい」「どちらでもない」「いいえ」の 3 択、設問 6 は「はい」「いいえ」の 2 択とした。 設問 8 から設問 10 までは身近な人を亡くした経験の有無と喪失感、抑うつ気分、困りごとについて問うている。設問 8 は「はい」「いいえ」の 2 択である。「はい」に回答した人には、設問８A、8B、8C で亡くした後の気持ちや対応を尋ねた。設問 9、設問 10 については回答選択肢のうち該当するものをいくつでもチェックしてもらうように作成している。具体的な設問内容は以下のとおりである。

設問 1 私は今の生活に満足感があります。
設問 2 私は他人から信頼されて頼りにされています。
設問 3 自分が必要とされ存在価値を感じることがあります。
設問 4 自分の趣味や好きなことに出会えることがよくあります。
設問 5 私は好きなものを飲んだり食べたりする機会をよく持っています。
設問 6 他の人と有意義なつき合いをするという点で、私の将来は暗いと思う。
設問 7 将来が私にとって良くなる見込みはあまりないと思う。
設問 8 あなたは、身近な人を亡くされた経験がありますか。
「はい」の方に
設問 8A 亡くされた以降、気分の落ち込みが続いている。
設問 8B 親身になって話を聴いてくれる人はいますか。
設問 8C 身近な人を亡くされた方のグループ活動があれば参加しますか。
設問 9 あなたが憂鬱な気分になるのは、どんなときですか。
①身近な人を亡くした喪失感
②自分の役割がない (社会 地域 家庭)

③収入に不安がある
④心の通う友達がいないから
⑤以前は楽しかったことに何の興味も湧かない
⑥体調がすぐれない
⑦その他
設問 10 現在困っていることについて
①経済的問題
②遺産相続等問題
③家事全般
④孤独感、寂しさ
⑤集中力の低下
⑥睡眠障害 (寝つきが悪い 熟睡感がない 朝早く目覚める)
⑦身体的問題 (口渇 腹が張る 胃弱 動悸 頭痛 非常に疲れやすい)
⑧死に対する恐怖
⑨終末期の不安
また対象者が抑うつ傾向を示す区民で高齢者であることを考慮し、全体の容量が A4 サイズ両面に収まること、読みやすくするために字の大きさや行間に配慮すること、理解しやすい内容であることなどを考慮したうえで従来の当区におけるアンケートの文言を参考に回答しやすくすることに留意して作成した。

２－２　倫理的配慮

この調査は、根拠法令である介護保険法及び地域支援事業実施要綱を遵守したうえで、地域支援事業の実施に関する事項として当自治体の個人情報審議会で承認を得ている。さらに生活機能評価結果および基本チェックリストの結果についての個人情報収集および情報提供については、生活機能評価票に対象者のサインを求めたうえで実施している。(根拠 地域支援事業実施要綱老発第 0413001) また自己記述式質問紙は無記名とするとともにリーフレットによるうつ病予防の啓発と相談機関一覧を同封した[13]。

３　調査結果

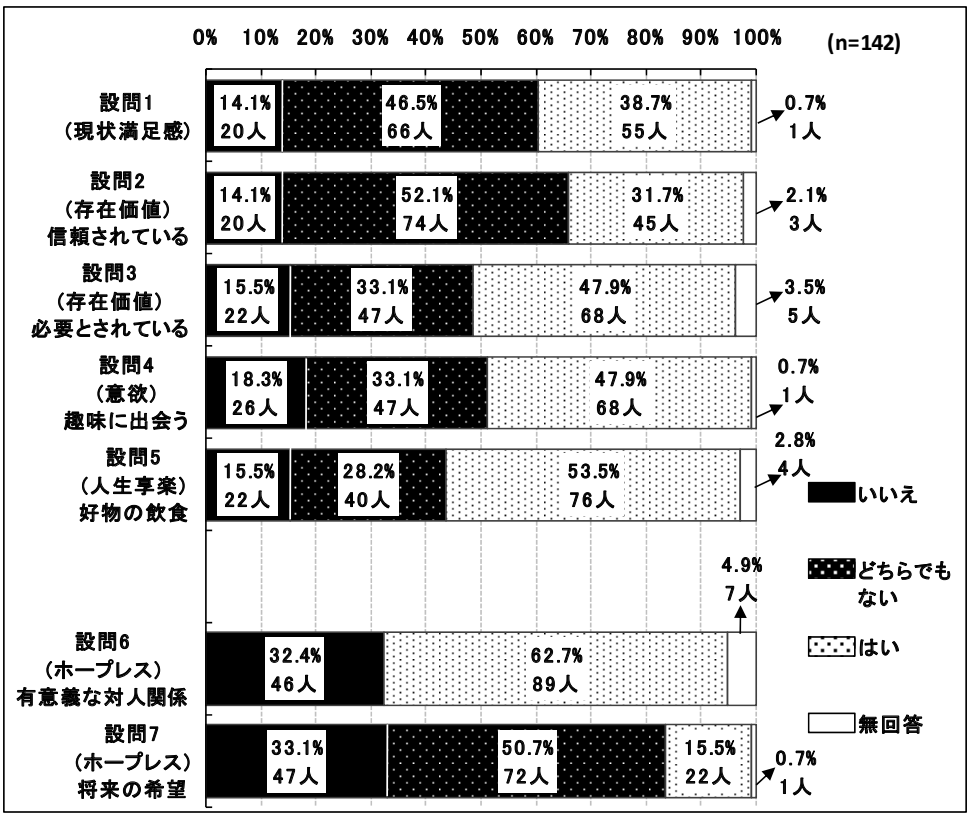
調査票を郵送した 286 通のうち有効回収数は 142 人 (49.7%) である。以下その回答結果について述べる。

３－１ 生きがい感・絶望感について

設問１から設問７の生きがい感・絶望感についての回答を図１に示した。

設問１から設問５までの生きがい感では、「いいえ」を選択したものはいずれも２割程度であった。 しか

図１ 生きがい感・絶望感



注　設問 6、設問 7 は逆転項目で「はい」「いいえ」を左右にし、図表化している

し「どちらでもない」を消極的否定と捉えて「いいえ」に加えると、設問１と設問２ともに「いいえ」が６割を超える。

設問１と設問２の回答を比較すると「今の生活に満足感がある」と回答した 55 人のうち 28 人が「他人から信頼され頼りにされている」と回答し「他人から信頼され頼りにされていない」と回答したのは１人だった。「今の生活に満足感がない」と回答した 20 人では、「他人から信頼され頼りにされている」と回答したのは２人であった。また設問１と設問３では「今の生活に満足感がある」55 人のうち 36 人が「自分が必要とされ存在価値を感じることがある」と回答し、「他人から信頼され頼りにされていない」と回答したのは２人だった。

設問４の「自分の趣味や好きなことに出会えることがよくある」では「はい」と回答した人が 47.9%であった。

設問５の「好きなものを飲んだり食べたりする機会をよくもっている」で「はい」と回答した人は 53.5%であった。

設問６と設問７はどちらも「はい」が３割であった。

設問７では「わからない」が 50.7%となっており、「わからない」を消極的否定と捉えると 84.4%の人が将来の希望について見込みなしと回答していることになる。

設問６は「はい」「いいえ」の２択のためか、無回答が 4.9%と一番多くなっていた。一方、将来に希望がもてると回答した人はわずか 15.5%であった。

３－２　将来における有意義なつき合いの予想（明暗予想）と生きがい感について

設問６は人との有意義なつき合いについて問うものであり、「暗いと思う」（32.4%）とそうではない回答を比較して、生きがい感に含まれる現状満足感や存在価値などについて、どのような状況であったのかを図２（図２－１～図２－６）に示した。

人との有意義なつき合いで「将来が暗いと思う人」と「将来が暗いと思わない人」とでは、いずれの設問

図 2-1 明暗予想と現状満足感

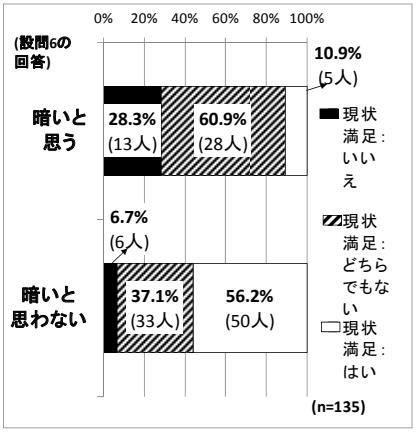


図 2-2 明暗予想と被信頼感

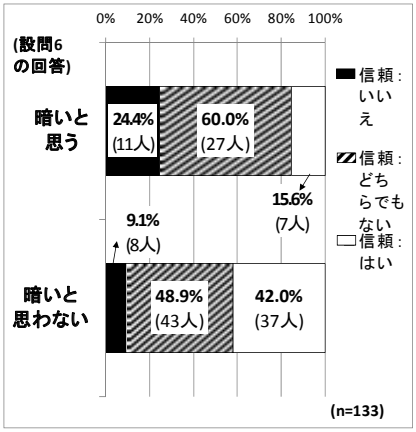


図 2-3　明暗予想と存在価値

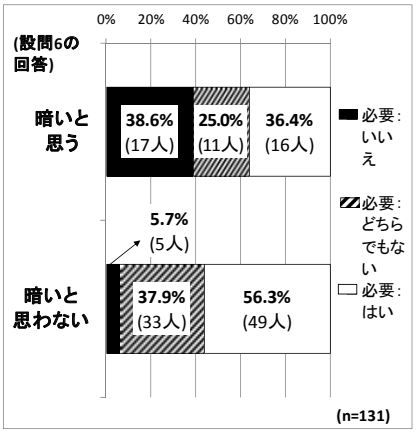


図 2-4　明暗予想と快感意欲

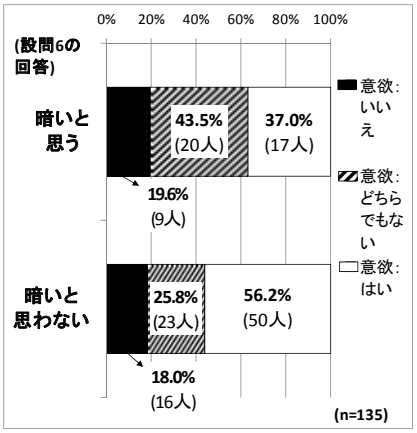


図 2-5　明暗予想と好物飲食

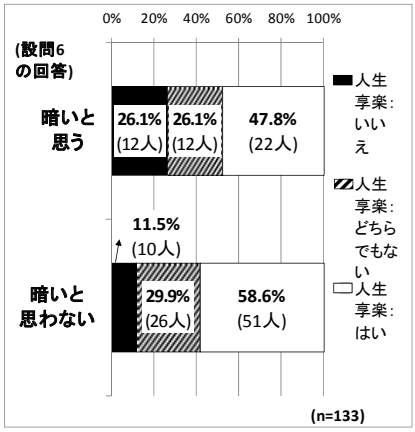
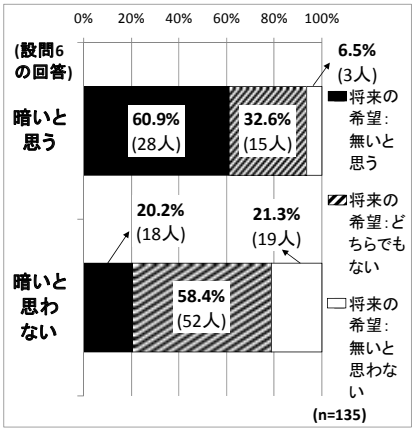


図 2-6　明暗予想と将来の見込み



においても「暗いと思わない人」のほうが生きがい感について肯定的な統計上有意な関連が得られた。また人との有意義なつき合いに将来が暗いと思う人で設問1「今の生活に満足感がある」と回答した人は約 1 割（図 2-1)、設問 7「自分の将来に見込みがないとは思わない」と回答した人も約 1 割であった (図 2-6)。

３－３　身近な人の喪失に関する気持ち

身近な人を亡くした体験と、体験がある場合に亡くしてからの気持ちなどについての回答を表 1 に示した。対象者の 8 割、119 人が身近な人を亡くし、そのうち 51 人が、亡くした経験をしていた以降も気分の落ち込みが続いている。その 51 人のうち 33 人は、親身になって話を聴いてくれる人がいると回答している。一方身近な人を亡くした以降気分の落ち込みが続き、親身になって話を聴いてくれる人がいないという人は 16 人であった。身近な人を亡くした 119 人のうち 81 人は、親身になって話を聴いてくれる人がいるが、一方 35 人は、親身になって話を聴いてくれる人がいないと回答している。3 人は無回答であった。さらに身近な人を亡くした人のグループ活動があれば参加したいという人は 24 人いた。この 24 人についてみてみると、「親身になって話を聴いてくれる人がいる」が 14 人、「聴いてくれる人がいない」が 10 人という結果であった。セルフヘルプグループに参加してみたいということと話を聴いてくれる人がいるかどうかでは違いがみられなかった。設問 7 において、「将来が良くなる見込みがあまりない」と答えた人 47 人中 42 人が設問 8 において身近な人を亡くした経験がある回答している。残りの 5 人のうち 3 人は別記に「緑内障で視力低下」「夫との気持ちの交流がない」「うつ病で治療中」とあった。将来が良くなる見込みがあまりなく、身近な人を亡くしたと回答した 42 人中 6 割 27 人が「亡くした以降気分の落ち込みが続いている」と回答している。この 27 人のうち 16 人が親身になって話を聴いてくれる人がいて、11 人が親身になって話を聴いてくれる人がいないという結果であった。今回の調査では、親身に話を聴いてくれる人がいるかどうかは、気分の落ち込みや将来への期待とはあまり関係がないという結果であった。

設問 9 は、憂鬱な気分になるのはどんなときかでは、

表　1　身近な人の喪失と喪失後の気持ち

	はい	いいえ	わからない	無回答	計
設問8（喪失経験）	119 (84%)	16 (11%)	−	7 (5%)	142
設問8A（喪失後の気分の落ち込み:憂鬱）	51	67	−	1	119
設問8B（喪失後親身の話相手:親密）	81	35	−	3	119
設問8C（喪失者SHGへの参加意思:交流）	24	46	49	0	119

注　設問8　A、設問8　B、設問8　C はいずれも設問8に「はい」と回答した人を対象

7 つの選択肢から複数回答を求めている。どの項目にもチェックしなかった人は 19 名であった。但し設問 8 から設問 10 まで白紙の人が 3 名いたが、意識的に記入を避けたものというより、裏面で気づかなかった可能性が大きいと思われる。無回答の 19 名を除き 1 人当たり 2.2 項目をチェックしている。 回答結果を図 3 に示す。最も多かったのが、「体調がすぐれないから」で 84 人だった。次に多かったのが「身近な人を亡くした喪失感」で 48 人であった。そのあとは「収入に不安がある」が 41 人､「心の通う友達がいない」と「自分の役割がない」は 29 人、「以前は楽しかったことに何の興味も湧かないから」は 23 人という結果であった。また「その他」は 19 人で内訳を見てみると、身体的問題あるいは身体的問題に起因するものとして、高齢で病弱、緑内障、大腸疾患、体調が崩れたときなど 6 件、近所や家族との交流についてなど孤独感について 4 件、抑うつや不安など 5 件、その他認知に関するもの 2 件であった。

設問 10「現在困っていることについて」は 13 の選択肢から複数回答を求めた。 どの項目にもチェックしなかった人は 12 名であった。無回答の 12 名を除き 1 人当たり 3.6 項目をチェックしている。図 4 に結果を示す。

最も多かったのが、「身体的問題」で 90 人であった。設問 9 の「体調がすぐれないから」の 84 人との整合性がとれている結果である。身体的問題の例として挙げた「口渇、腹が張る、胃弱、動悸、頭痛、非常に疲れやすい」の中では、半数強の 49 人が「非常に疲れやすい」にチェックをしている。その他胃弱、動悸、頭痛等については､いずれも 11 人から 19 人までであった。次に多いのは、「集中力の低下」で 61 人、「睡眠障害」で 57 人だった。睡眠障害の内容については「寝つきが悪い」は 12 人、「熟睡感がない」は 16 人、「早朝覚醒」は 17 人がチェックをしている。続いて「経済的問題」38 人は、設問 9 の「収入に不安がある」の 41 人と同様にあがっている。「孤独感･寂しさ」は 28 人、「相談相手がいない」は 23 人、「仲間がいない」は 22 人、「人間関係」23 人は設問 9 の「心の通う友達がいない」29 人に共通するもので、いずれも対人交流についてのものであった。高齢期になると、死に対する恐怖は減少するといわれているが、今回の調査結果でも「死に対する恐怖」は 15 人であった。一方「終末期に対する不安」にチェックした人は 37 人いた。現在困っていることの「その他」の内訳を見てみると、身体的問題あるいは身体的問題に起因するもの、対人交流に関するもの、将来や死についての不安、在宅サポート体制に関するもの、社会的な基盤整備に関するものなど多岐にわたった。その中でも住宅、保証人や後継者がいないなどの問題は社会生活をおくる上で基本的な問題である。設問 9 の回答にあった「収入に不安があるから」の 41 人、設問 10 の「経済的問題」の 38 人は住宅問題や保証人や後継者問題に関するものであった。

4　考察

4－1　生きがい感・絶望感について

3－1　生きがい感（図 1）では、抑うつ気分や快感消失があると今の生活に満足するなどの主観的幸福感が得られにくく、自分に価値がないと思いがちであることを示している。設問 2「他人から信頼されている」、設問 3「必要とされ存在価値を感じることがある」はいずれも存在価値に関する項目である。設問 3 の必要とされ存在価値を感じることがある人は 47.9%

図 3　憂鬱な気分になるとき

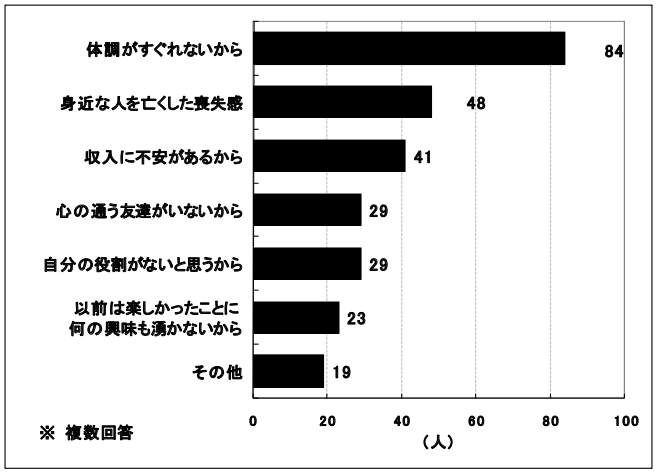
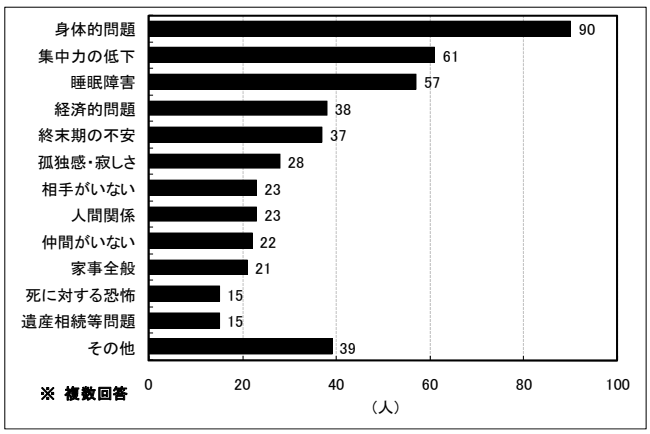


図 4　現在困っていること



で、役割意識の持てる対人交流のあることが示唆された。この項目は具体的場面を想定して肯定しやすかったのではないか。しかし他人から信頼されて頼りにされていると思う人は 31.7%で、場面的には存在価値は感じられても総合的に信頼され頼りにされているとまでは疑問だという人が「どちらでもない」(52.1%) に回答したとも考えられる。設問 4 は意欲を問う項目である。もともと趣味をもっている人でも、経済的理由や身体的理由さらに親しい人の喪失などで継続することが難しい場合もある。また個別の環境や社会的条件に影響を受けやすく、高齢者にとっては自ら開拓して新たな趣味に出会うことは難しいため、高齢者向けの社会的仕掛けが必要である。

設問 5 は、人生享楽についての項目であり、人との交流等に関係なくさらに家族の状況や経済状況など社会的条件にも左右されにくいため比較的肯定しやすく、また生存欲求に属するもので満足が得やすいものであるため 53.5%の肯定的回答が得られたと考えられる。回答しやすかったためか「どちらでもない」(28.2%) が最も少なかったのもこの設問であった [14,15]。

設問 6 は他の人との有意義なつき合いに限って問うている。高齢期において対人関係のあり方が、主観的幸福感や生き方に大きく影響を与えるといわれている。有意義なつき合いをするという点で将来は暗くないと回答した人が 62.7%という結果であり、人との交流においては 6 割の人は希望がもてていることを示している。設問 3 で約半数の人が役割意識の持てる対人交流のあることが示唆されていることからも了解できる。いずれのライフステージにも人との交流が嫌いという人が存在するが、対人関係に期待ができないと回答した 32.4%の人は、このアンケートを投函していることからも全くつき合いを拒否している生活とは考えにくい。そうした中でも期待できないという結果は孤立化した高齢者を反映した結果であると考えられる。設問 6 に「わからない」の項目を加えたことを想定すると、人とのつき合いに希望が持てると回答した人が、設問 7 のように「わからない」に半数がシフトとしたかもしれない。人との交流において暗いと思う人が主観的幸福感及び将来に対する希望が持ちにくいのは、自己期待が持てず、無力感に陥りやすいためであろうか。将来に希望が持てない人は、対人交流に関しての期待がもちにくいことが示唆された。

４－２　身近な人の喪失に関する気持ち

３－３身近な人の喪失と喪失感（表１）の設問８では、「2 人称の死」を意識して「身近な人」としているが、高齢者は複数の身近な人を亡くしている可能性が高く、回答や分析が複雑化する恐れがあると判断し、今回の調査では亡くした人との続柄や亡くした原因、亡くしてからの期間については問うていない。続柄がどうあろうが身近な人、言い換えれば「自分にとって大切な人」であることには変わりはない。しかし誰を亡くしたか、亡くした原因やその際の関与などについて明らかにすることは今後の研究課題である。従って身近な人を亡くした以降、「憂うつな気分が続いている」51 人の気分の落ち込みが当然の時期なのか、あるいは慢性悲嘆としてとらえていいものなのかは判断ができない。ただ身近な人を亡くした人の半数弱が現在も気分の落ち込みがあるということは、サポートのあり方や自殺予防の点からも重要視すべきことである。身近な人を亡くした人のグループ活動があれば参加したいと回答した 24 人は、無記名のアンケートに対して全員が住所、電話番号、記名があり、誘いがあればいつでも参加したいというはっきりとした意思を示していたことは特徴的である。日本においては身近な人を亡くした人に対するソーシャルサポートは未だ充実しているどころか、かろうじて善意によるグループ活動がいくつかあるだけで、公的には犯罪被害者に対する支援の一部としてのセルフヘルプグループ、あるいは自殺対策基本法の流れによる自治体の試みが始まったばかりである。こうした状況の中では、アンケートの対象者もセルフヘルプグループの役割や期待するものなどについて、よくわからないままに回答した可能性が高い。それにもかかわらず「身近な人を亡くした人のグループ活動があれば参加したい」という 24 人全員が連絡先を記載した返信は、重く受け止める必要があろう。

高齢期の抑うつ状態は、身体症状の訴えが中核症状であることは周知であるが、今回調査の設問９の憂うつな気分になるときはどんなときかについて、「体調がすぐれない」が最も多く、それを裏付ける結果である。アンケート対象者は区の「かかりつけ医」で健康診断をしているため、体調がすぐれないということでかかりつけ医に相談している可能性が高い。 近年認知症に関しては、東京都の認知症アドバイザー医認定制度などにより、区の開業医の認知症に対する機運が高まり、高齢者の診察の際に認知症状の視点をもちうるようになっている。しかしうつ病や抑うつ傾向の高齢者に対しては、まだその域には達していないと思わ

れる。また区民の「かかりつけ医」のほとんどは精神科ではないため、今後地域の開業医に対して高齢者のうつ病に関する知識の普及や、専門医へつなぐ仕組みづくりが必要である。精神科への紹介が保険点数化されたのもその第一歩である。こうした仕組みづくりにより高齢者のうつ病の早期発見や適正医療が進展し、ひいては高齢者の自殺予防につながっていくと考えられる。また同じく設問９の回答で「体調がすぐれない」の次に多いのが「身近な人を亡くした喪失感」であった。身近な人を亡くすということは、ライフステージの中で高齢期に限らず起こることである。しかし高齢期は喪失が多くさらに将来に対する希望が持ちにくいことなどから、喪失感が長引いて病的悲嘆の経過をとりうつ病に罹患したり、あるいは身体症状が強く出現し、病態を複雑にして発見が遅れたりすることもある。また正常悲嘆であっても、そのライフステージの特徴から抑うつ状態に陥りやすく、二次的な問題を引き起こす確率が高い。誰にでも起こる身近な人を亡くした喪失感に苛まれている人に対しての何らかのサポートがあれば、またライフステージの早い時期からの予期悲嘆に対する準備教育が整っていれば、身近な人を亡くした高齢者の心の状況はもっとよくなるのではないか[16]。

設問 10 の現在の困りごとでは、身体的問題のうち非常に疲れやすいに半数以上の人がチェックをつけていた。うつ病の診断において「非常に疲れやすい」は典型的症状であるが、内科など精神科以外の科においては胃弱、頭痛や動悸とは異なり不定愁訴と受け取られがちであるため、うつ病の診断にはつながりにくいのではないか。さらに次に多かった集中力の低下や睡眠障害についてもうつ病の症状としては一般的症状であるが、高齢者のように複数の合併症を抱えている場合には、他の疾病症状に隠れて見逃されてしまう可能性もある。設問９、設問 10 に一定数を占めている経済的不安については、平均寿命の延長と定年後の第３ステージといわれる 20 年近くの生計を、もはや年金だけでは確保しきれないという不安、さらに高齢者の働く場や住宅問題などの整備がまだ不十分な状況であり、こうした状況を反映した結果とも考えられる。また孤独感・寂しさや相談相手がいない、仲間がいないなど対人交流について考えてみると、高齢期は親しい人を失う頻度が高く、それでいて新たな人間関係の構築がしづらい。まして調査対象者が抑うつ状態の高齢者であることを考えれば、自己期待や意欲も持ちにくいためなおさらである。

５　結論と今後の課題

本稿では、「かかりつけ医」はあるものの抑うつ傾向の顕著な対象者に対して調査をおこなったため調査内容がどのような反響をもたらすかなど計りかねない点も多くあったが、行政に何らかの期待を持っている対象と考えられる。というのも無記名の郵送回収でありながら記名があるものや電話・直接来所が有効回答者の４割を占めたからである。一方返信のなかった対象者について考えてみると、まさに抑うつ傾向、閉じこもり傾向、認知症傾向の高齢者が多く含まれていることが予測される。今回の調査では、返信のなかった対象者に対しての追跡調査などの課題が残った。

本調査対象者の訴えとして体調がすぐれない、身近な人を亡くした喪失感、億劫、だるいなどの陰性症状と思われる訴えが多かったが、専門医で治療している人は２人のみであった。深刻なうつ病エピソードへの早期介入のためには、かかりつけ医がうつ病のリスクと利用可能な治療選択肢を自覚していれば、かなりの確率で重症化を予防できるのではないだろうか。その点からも地域のかかりつけ医に対しての啓発が望まれる。

一方今回のアンケートにおいて、身近な人を亡くした人のグループ活動があれば参加したいという 24 人全員が氏名と連絡先を記載していることに、筆者は行政に対する対象者からの期待あるいは癒されたいという希望を実感した。久保田はその著書の中で真の心のあり様と言語レベルの表記には差があることを指摘した上で、しかし一方で、自分が過去を解釈し理解し主体的に意味づけしながら言葉にしていく作業を通じて、過去の体験が加工・統合され、新たな認識や洞察が創発することによって、逆に新たな内的 Working モデル（一瞬のうちに判断する心の領域）が再構成される可能性を指摘している。[17] つまり高齢期に多い身近な人を亡くしたという共通の喪失体験を語り合うことにより、それらの周辺にある自身の足跡をも含め自己認識が再構築される可能性という点で、抑うつ予防、症状悪化防止のみならず、支えあいの仕組みとしてこうした試みは重要である。すでにグループ活動を実施している自治体もあるが、NPO の活動も含め参加対象者が高齢者であることから、場所や時間帯を配慮した、グリーフワークのためのグループ活動の開催も検討する必要がある。また QOL を維持し、何らかの役割を

持つためには「仲間との交流」が重要である。今後は自主グループ活動の支援として重要な活動の場の提供を含め、「集まりの場」としての機能を重視した行政施策の展開を検討していく必要がある。本調査対象者では、身近な人を亡くした気分の落ち込みが続いている人は、親身になって話を聴いてくれている人がいてもいなくても気分の落ち込みに有意差はなかった。実際には話を聴いてもらうことで癒される人もいることから、傾聴ボランティアを身近な地域での制度として確立すべきである。さらに客観的に感情のプロセスの理解を欲する人にはデスエデュケーションが有効ではなかろうか。高齢者に対するデスエデュケーションは未だ模索期あるいは発展期である。今後はさらに研究をすすめるとともに、地域での学習会等を企画していくことで啓発、普及期に向けていく必要がある。

さらに今後のソーシャルサポートを考える上で派遣者側あるいは民生委員等協力機関を含め、高齢者にかかわる人に対する「高齢者の抑うつ」に関しての研修制度を設ける必要があるのではないか。たとえば家事援助は手段的支援であると同時に情緒的支援であるという点で、担当者は抑うつ傾向の高齢者を発見する機会や「傾聴する」機会を常に持つため、「高齢者の抑うつ」についての視点や対応方法についての知識があるかないかが極めて重要であると考える。

対人交流の疎遠がちな個人差の大きい高齢期に対して、何らかの社会的交流を政策的に確保する必要があり、支援内容は多様化すべきである。高い就労意欲を有する高齢者には長年培ってきた知識と経験を生かし、年齢にかかわりなく働き続けることができる社会環境の整備が求められる。さらに就労を欲しないあるいはできない高齢者には趣味や社会奉仕等を通じて社会参加できる場の提供や推進が急務である。そして高齢者やその下の世代からの QOL 維持や健康増進のためには、老後の楽しい生活像を明らかにできるような長期的な構想に基づいた「支えあいのまちづくり」が望まれる [18]。

筆者が勤務する東京都中野区における住民調査において、高齢者の抑うつ傾向は今の生活に満足するなどの主観的幸福感を抑制し、自分に価値がないと思いがちであることが示された。また将来に希望が持てない人は、とりわけ対人交流に関しての期待が持ちにくいことが示唆された。回答者の８割が近親者喪失を体験し、その半数に気分の落ち込みが持続していた。また身体症状の訴えは多岐にわたり、高齢者の抑うつ状態を示す中核症状は身体症状であることが裏付けられた。

謝　辞

今回調査の実施と論文作成におきまして多くの方にご指導とご協力をいただきました。この場をお借りしてお礼申し上げます。東洋英和女学院大学大学院人間科学研究科の白土 辰子教授、林 文教授、大林 雅之教授、山田 和夫教授に改めまして深く感謝申し上げます。最後に、今回の研究にご協力いただいた佐々亜裕美氏や筆者の勤務する職場の方々、そして最後になりましたが、何よりもご自身の情報と時間を提供くださった対象者の皆様に心より感謝いたします。

引用文献

1）Lemon BW, Bengtson VL, Peterson JA: An exploration of the activity theory of aging. Journal of Gerontology 1972;27:511-523

2）Crowther MR, Perker MW, Achenbaum WA, et al: Rowe and Kahn's model of successful aging revisited;Positive spirituality - The forgotten factor. The Gerontologist.2002;42:613-620

3）藤田綾子著 . 高齢者と適応 . 京都：ナカニシヤ出版、2000;199-200

4）Paeks CM: Bereavement:abnomal grief. Oxford textbook Palliative medicine 2nd ed.1969.

5）下開千春著 . 高齢単身者の孤独の要因と対処資源 : 第一生命経済研究所ライフデザインレポート、2005.[online] [平成 21 年 5 月 20 日検索]、インターネット＜ URL　http://www.group.dai-ichi-life.co.jp/dlri/ldi/report/mr0509.pdf ＞

6）健康・体力づくり事業財団研究企画委員会著 . 寝たきりや虚弱を引き起こす生活要因に関する生活史的調査研究事業報告書 : 健康・体力づくり事業財団、2006.

7）Levin & Stokes. The effect of social skills on loneliness through mediation of CMC social networks.American Journal of Psychiatry. 1992;149(4):579-580

8）Rowe JW, Kahn RL: Human aging; Usual and successful. Science. 1987;237:143-149

9）浅見洋著 . 二人称の死 . 神奈川 : 春風社、2003;3-35

10）Schulz R. The psychology of Death Dying and

Bereavement, addison-wesley massachusetts: 1978;19-20
11）小澤利男、江藤文夫、高橋龍太郎 編著 . 高齢者の生活機能評価ガイド . 東京 : 医歯薬出版、1999；11-118
12）厚生統計協会．国民衛生の動向．東京：厚生統計協会、2003
13）林 文、山岡和枝著．調査の実際．東京：朝倉書店、2002;36-93
14）金 恵京、杉澤秀博、柴田 博、高齢者のソシアル・サポートと生活満足度に関する縦断的研究 . 日本公衆衛生雑誌 .1998;46;532-541.
15）Kahn RN: Productive behavior;Asessment,determinations and effects.Journal of American Geriatric Society. 1983;31:750-757
16）青木邦男、高齢者の抑うつ状態と関連要因．老年精神医学雑誌 . 1997;8:401-410
17）久保田まり著．アタッチメントの研究 . 東京：川島書店、1995:79-130
18）三浦文夫編．図説高齢者白書 2005 年度版．東京：全国社会福祉協議会、2006:104-115

報　告

「薬害の歴史」からみた薬害防止策の基本とその具体策（第一報）

Fundamental policy and its actualization for the prevention of drug-induced suffering from a historical review of these policies in Japan (Report 1)

片平洌彦
Kiyohiko KATAHIRA

東洋大学社会学部社会福祉学科
Department of Social Welfare, Faculty of Sociology, Toyo University

キーワード：薬害の歴史、薬害Ｃ型肝炎、薬害の教訓、危険性情報の軽視・無視、薬害防止策
Keywords: History of drug-induced suffering, hepatitis C disaster, lessons from drug-induced sufferings, thinking light of /ignoring hazard information, policy for preventing drug-induced sufferings

１．本稿の目的

2008 年 1 月の薬害Ｃ型肝炎訴訟の「基本合意書」により、国は「事件の反省を踏まえ、命の尊さを再認識し、薬害ないし医薬品による健康被害の再発防止に最善かつ最大の努力を行う」ことを誓った。そして、この合意に基づき、厚生労働省に「薬害肝炎事件の検証及び再発防止のための医薬品行政のあり方検討委員会」（委員＝ 20 人、座長＝寺野彰独協医科大学長）が設置された。この委員会設置の目的は、「薬害肝炎事件の発生及び被害拡大の経過及び原因等の実態について、多方面からの検証を行い、再発防止のための医薬品行政の見直し等について提言すること」とされ、初年度は 2008 年５月より 2009 年 3 月まで 12 回にわたり検討が行われ、2009 年 4 月 30 日付で「薬害再発防止のための医薬品行政の見直しについて（第一次提言）」（以下「第一次提言」）が出された。

この第一次提言は、本文が 44 頁にわたり、５人の薬害被害者本人や薬害訴訟担当弁護士の意見も取り入れて作成されているが、上記目的によって、基本的に「薬害肝炎事件の経過から抽出される問題点」を解明し、それらを踏まえて、「二度と薬害を起こさないという固い決意に基づき、薬害の再発防止のための医薬品行政等の抜本的見直しについて提言」する構成・内容になっている。

しかし、薬害再発防止のためには、今回の薬害Ｃ型肝炎事件のみならず、サリドマイド、スモン、薬害エイズ等々、1950 年代から連綿として続発してきた薬害事件の少なくとも主要な事件を取り上げ、それらの教訓から共通点を抽出した上で、「抜本的見直し」策を考える必要がある。

そこで、本報告では、日本で戦後続発した薬害事件のうち主要な７事件を取り上げ、それらの薬害が起きた社会的な原因を考察し、その共通点を解明することによって、「薬害の歴史」からの基本的な教訓を抽出し、それに基づく対策のあり方を考察することとした。

このように、「薬害の歴史」から教訓を学んで対策のあり方を考察し、その結果をまとめた著作としては、①高野哲夫「日本の薬害」大月書店、1979 年、②高野哲夫「戦後薬害問題の研究」文理閣、1981 年、③浜六郎「薬害はなぜなくならないか」日本評論社、1996 年、等がある。筆者も、④片平洌彦「構造薬害」農山漁村文化協会、1994 年、⑤片平洌彦「ノーモア薬害　薬害の歴史に学び、その根絶を」桐書房、1997 年、等により薬害根絶の方策について考察・提言してきた。本稿は、これらの蓄積の上に立って、関連文献も参照してまとめたものである。

２．方法

文献的考察により、まず、「薬害の歴史」が示す事実を、以下のような論点を設定してまとめた。

(1) 事件の概要（いつごろから、何が原因で、被害がどの位生じたか？）

(2) 何の薬として、何社により、いつ販売が開始されたか？　企業はどのように宣伝していたか？　被害はどのように生じたか？
(3) 危険性はいつから誰によってどのように指摘されたか？　それに対し、企業や国はどう対応したか？
(4) 販売中止等の措置はいつから、どのようにされたか？

事実やデータの確認は、サリドマイドから薬害ヤコブ病までの５事件については、基本的には前記④、⑤の文献に基づいて、また、その後の薬害Ｃ型肝炎とイレッサ薬害の２事件についても、基本的には片平の書いた論文（項目見出しの引用文献として記載）に拠った。従って、それらの場合は、個々の数字等の出所を記すことは省略したが、重要で、特に出所を示す必要があると判断された場合は、文献として明記した。

３．結果＝「薬害の歴史」が示す事実

１）サリドマイド薬害事件：

(1) 母親が妊娠初期にサリドマイド剤を服用したため、1959 年頃から全世界的に四肢の奇形等の障害を負った子どもが生まれた。世界の被害者数は 5,850 人と推定されており、日本での認定被害児は 309 人である [1]。
(2) 睡眠・鎮静薬として用いられたサリドマイドは、西ドイツのグリューネンタール社が開発し、1957 年 10 月以降、Contergan の商品名で、西ドイツ・日本・英国等世界各国で販売された。日本での主な販売会社の大日本製薬は、1958 年 1 月より「クセにならない安全なイソミン錠」などのうたい文句で販売した。
(3)1961 年 6 月、豪州のマックブライド医師が続けて 3 人の奇形児の出産に立会ったことから、カルテ調査によりサリドマイドが原因と疑い、使用中止と製薬会社への報告を行った。西ドイツでは、レンツ医師のもとにそうした奇形児出生の報告が寄せられ、レンツは 1961 年 11 月 18 日の学会で報告し、サリドマイド剤の回収を求めた。西ドイツでは、その後マスコミが大きく報道し、製薬会社はこの「レンツ警告」に従って販売中止と回収を行った。しかし、日本では「レンツ警告」を「科学的でない」、西ドイツでの回収は「新聞騒ぎ」などと大日本製薬社員が同社と国に報告した [2] ため、サリドマイド剤はその後約 10 ヶ月間売り続けられ、被害者を倍増させる結果を招いた。
(4) 北大小児科の梶井正講師が 1962 年 8 月 26 日の学会で、英国の医学雑誌「Lancet」に掲載した報告の内容を講演した。この講演内容を読売新聞がまず報道し、その後各紙が関連記事を載せるようになった。9 月 13 日に至って、大日本製薬はサリドマイド剤の回収に踏み切った。しかし、実際の回収作業が終了したのは、1963 年半ばから末頃であったという [3]。

２）スモン（キノホルム薬害）事件

(1) 胃腸薬として販売されたキノホルムの害作用により重い神経障害を受けたスモン患者が、特に 1960 年代に日本で多数作りだされ、マンモス訴訟になった事件。被害患者数は、厚生省研究班の調査で、「疑い」も含め約 1 万 1127 人。
(2) キノホルムは、1900 年にスイスのバーゼル化学工業（後のチバ社・チバガイギー社、現在はノバルティス・ファーマ社）により、外用の「優秀な創傷防腐剤」として販売された。日本では 1929 年から内用に用いられた。1938 年には腸チフス患者の治療にキノホルムを試用、その後、知覚障害を起こしたことがカルテに記載されていた [4, 5] が、当時はキノホルムとの関連は見逃されていた。戦後の日本では、エマホルム（田辺製薬）、エンテロヴィオフォルム・強力メキサホルム（チバ・武田薬品）等のキノホルム製剤は、1956 ～ 1966 年の間に製造・輸入等が許可・承認され販売された。知覚・歩行・視覚障害等の症状を呈するスモンは、1950 年代後半から日本各地で多発した。
(3) 文献調査から、1935 年、つまり販売停止の 35 年も前に、アルゼンチンの医師がキノホルムによるスモン様神経症状の害作用をチバ社に報告していた [6, 7] が、同社はこれを無視し（法廷では、「類例のない稀な例であった」と主張）、キノホルムを「副作用の少ない薬」として販売した事実が判明した。
(4) スモンが特定の地域に多発したことから、ウイルス感染説が出された。しかし、1970 年 8 月に椿らによりキノホルム中毒説 [8] が出され、同年 9 月に販売停止措置がされた。

３）薬害エイズ事件

(1) 米国からの輸入非加熱血液製剤により、1,438 人（2008 年 3 月現在）[9] の日本の血友病患者等が HIV に感染させられた事件である。
(2) 問題の輸入非加熱血液製剤は、1972 年から 1985 年にかけて輸入・製造を承認されて販売された。これらの輸入非加熱血液製剤による HIV 感染の危険性については、関係製薬企業・厚生省・一部医師は、早くから情報を得ていたのに、早期に使用中止するなどの対

策は取らなかった。

(3) 米国では、血友病患者が非加熱血液製剤を用いることによるエイズ罹患の危険性は、1982 年 7 月に CDC によって注意が喚起され、1983 年 1 月から 3 月にかけ相次いで警告が出されていた[10]。

関係企業においては、例えば、米国カッター社（現在バイエル社）取締役のエド・カッター氏は、「第Ⅷ・第Ⅸ因子製剤の印刷物にエイズの警告を入れるように。訴訟は不可避」との会社宛上申書を 1982 年 12 月に提出している。そして、同社では、1983 年 8 月に社内に「エイズシナリオ」のプロジェクトチームを作り、場合によっては血友病患者は全員がエイズ罹患の可能性があること等を予測していた。また、日本のミドリ十字では、血漿部長がエイズの感染経路の一つに血液製剤が関連する可能性を 1983 年 6 月の時点で指摘していた[11]。ところが、日本国内においてこれらの製薬会社は、輸入非加熱血液製剤の危険性を伝えるのではなく、逆に安全性を強調した発言や広報を行ってきた。

厚生省は、1983 年 6 月にエイズに関する研究班（安部英班長）を設置し対策を検討した。1983 年 6 月 2 日付けで米国トラベノール社から「供血者の一人がエイズの兆候を示したので、製剤の回収をしたい」旨報告を受けていたが、当該製剤の回収を承認する措置をしたのみであった（このような対応をした理由として、当時の持永和見薬務局長は、NHK の取材に対し、「当時はエイズの原因がはっきりしていなかったから」と答えている。1994 年 2 月 6 日放送「埋もれたエイズ報告」より。）。非加熱血液製剤輸入中止の代替策として米国から加熱血液製剤を緊急輸入する等の方策は取られず、時間のかかる臨床試験の国内実施の方策が行われた。

(4) 以上の結果、加熱血液製剤の製造承認は、第Ⅷ因子製剤が 1985 年 7 月、第Ⅸ因子製剤が 1985 年 12 月に至ってであった。しかし、その後も輸入非加熱血液製剤の回収はされず、使用が継続された例すらあった[12]ことが判明している

４）ソリブジン薬害事件

(1)1993 年に起きた「医薬品相互作用被害」事件。帯状疱疹の抗ウイルス薬ソリブジンとフルオロウラシル系抗がん剤（以下 FU）の併用により、２ヶ月の間に 15 人が死亡した。

(2) ソリブジンは、1979 年にヤマサ醤油により合成された化学物質の成分名で、同社と日本商事とで帯状疱疹の薬として開発が進められた。1986 年から 1989 年まで臨床試験が行われ、1993 年 7 月 2 日に製造が承認されて、9 月 3 日から「ユースビル」の商品名で販売が開始された。

ところが、FU と併用され、その血中濃度を高めることにより、市販後、1993 年 10 月末までに 15 人が死亡と報告された[13]。新聞報道では、その後 1994 年 1 月 17 日までの間にさらに 1 人死亡し、合計 16 人と報告された[14]。臨床試験でも 3 人の死者がいた[15, 16]ことが判明したが、日本商事は，うち 2 人の死因は別と説明している[17]。

(3) ソリブジンの代謝物ブロモビニルウラシルが FU の抗腫瘍効果及び毒性を上昇させるというベルギーで実施された動物試験結果が、1986 年に Desgranges らにより報告された[18]。日本商事は、この論文を 1988 年 11 月までに見ていたこと等から、ラットを用いて 3 種類の動物実験を 1989 年 1 ～ 7 月に行い、FU の毒性がソリブジンの併用により顕著に昂進することを認識していた[19]。

このように、日本商事は、FU との併用により死亡の危険があることをソリブジンの販売前に十分に知っていたにもかかわらず、添付文書には FU との「併用投与を避けること」という控えめな記載をし、国はこれを容認したことが判明している。すなわち、日本商事は、販売開始に先立ち作成した MR 教育テキストに、「ユースビル錠（ソリブジン）と FU 系抗がん剤との併用は、最悪の場合、死に至る恐れがあります。」と記載していたが、販売促進契約を結んだエーザイが添付文書の表現との差異について 1993 年 8 月 20 日頃に日本商事に照会したところ、日本商事は、「添付文書の表現は厚生省の審議結果に基づくもの。MR 教育用テキストについては MR に強く印象づけるために動物試験結果を比喩して書いたにすぎない。」と説明した[20]。

(4) 日本商事がユースビルの出荷停止・回収を発表したのは 1993 年 11 月 19 日であった。

５）薬害ヤコブ病事件

(1)「薬害ヤコブ病事件」とは、脳の手術等に用いられたヒト乾燥硬膜（ドイツ・B ブラウン社製のライオデュラ等）が異常プリオンに汚染されていたため、硬膜移植を受けた患者が難病のクロイツフェルト・ヤコブ病（CJD）に感染し、その多くが死亡した事件である。日本の被害患者数は 2009 年 2 月 13 日現在 135 人 (CJD 全国担当者会議における中村好一教授報告による）と報告されている。

(2) ライオデュラ（以下 LD）は、死体から採取した脳の硬膜を原材料とする製品で、1969 年以来臨床に応用され、1991 年までに世界で約 50 万件以上使用されたとされる。日本では 1973 年 7 月に薬事法に基づく医療用具として輸入・販売が承認され、年間２万例以上使用していたという。LD について、日本に輸入し販売した日本ビー・エス・エスは、その宣伝パンフレットに、「ドイツ及びオーストリアの特定の病院から、病理解剖の副産物として」提供されており、「最も完全である滅菌方法」としてガンマ線滅菌をしている、などと記載していた。硬膜移植による被害患者の報告は、1990 年から各地で散発的に症例報告がされていたが、1996 年以降、厚生省ＣＪＤ緊急調査研究班が全国調査の結果を報告（「医原性ヤコブ病」問題年表[21]）しており、その累積数が上記の数に達している。

(3) この LD については、訴訟と調査研究により、以下の事実が明らかにされた。①ブラウン社は、感染症罹患のドナー除外を十分行わず、死体から硬膜を採取し、pooling をして処理した上で、LD として販売した。②同社は、LD の「滅菌」のため 1987 年までガンマ線を用いていたが、それがＣＪＤ病原体に有効でないことは、1978 年 12 月に Gibbs ら[22]により報告されていた。③厚生省は、中央薬事審議会に諮らず、また自らの通知に反して臨床試験のデータを求めずに、LD を「滅菌済医療器具」として承認した。④厚生省は、1976 年からＣＪＤに関する研究班を設置し、ＣＪＤの感染実験等がされていたが、LD の安全性確保対策は行わなかった。⑤米国では 1987 年 2 月に若いＣＪＤ患者の発生が報告され、同年 6 月に LD の輸入は禁止された。この情報は豪州でも生かされ、同国への LD 輸入は中止された。しかし、日本では、この情報が入っていたにもかかわらず､LD の使用は継続された[21, 23]。(4)1996 年のＬＤ製造中止、1997 年のＷＨＯ勧告の後に、同年 3 月、ようやく日本では硬膜の使用が中止された。

６）薬害Ｃ型肝炎[24, 25, 26]：

(1) 薬害Ｃ型肝炎事件とは、1964 年以降に、出産時等の止血のため使用された血液製剤であるフィブリノゲン製剤と第Ⅳ因子製剤がＣ型肝炎ウイルス（以下ＨＣＶ）に汚染されていたために生じた薬害事件である。被害者数については、①フィブリノゲン製剤による被害については、三菱ウェルファーマの 2002 年 3 月 4 日付報告[27]によると、推定使用者数は 283,515 人、推定肝炎発生率は 3.7％で､感染者は 10,594 人としている。しかし、この報告は、1980 年以降について推定しているので、片平は、「1979 年以前の 15 年間も、1980 年以降の 9 年間と年間平均感染者数が同じであったと仮定すれば、感染者総数は 28,250 人となる。肝炎発生率の数値がもっと高ければ、さらに多くなる。」とした[28]。この数字について､薬害肝炎全国原告団・弁護団の「薬害肝炎の被害実態」（2008 年 9 月）では、「使用者数は約 63 万人、感染率は 45％として、28 万人が感染」と推定している。いずれにしても、企業の報告は過小であると言わざるを得ない。②第Ⅳ因子製剤については、片平は､厚生省調査報告（1996 年）､島田らの報告（2002 年）、厚生労働省調査報告（2002 年）から、「第Ⅷ・第Ⅸ因子製剤によるＨＣＶ感染率が仮に同率であったと仮定」した場合は、感染者は 1,271 人、感染持続者は 731 人と推定した[28]。

(2) 本事件の訴訟で取り上げられたフィブリノゲン製剤は以下の４種類で、製造（輸入）承認年月日は 1964 年 6 月 9 日～ 1987 年 4 月 30 日である：①フィブリノゲン - BBank、②フィブリノゲン - ミドリ、③フィブリノゲン - ミドリ、④フィブリノゲン HT - ミドリ。また、第Ⅸ因子製剤も以下の４種類で、製造（輸入）承認年月日は 1972 年 4 月 22 日～ 1985 年 12 月 17 日である：⑤コーナイン、⑥ＰＰＳＢ－ニチヤク、⑦クリスマシン、⑧クリスマシン - HT。これらのうち、ＰＰＳＢ－ニチヤクは日本製薬の販売、フィブリノゲン - BBank はミドリ十字の前身である日本ブラッドバンクの販売で、他は全てミドリ十字（現在は田辺三菱製薬）の販売となっている。これらの製剤は、静脈注射や「糊」として、止血目的で、産婦人科、外科、小児科等各科で用いられた。これら製剤使用による肝炎感染の報告は、フィブリノゲン製剤の場合はフィブリノゲン - BBank の製造承認申請時点で（治験報告中に記載）、また第Ⅸ因子製剤では 1970 ～ 73 年に米国で相次いで報告されていた。

(3) ２つの製剤の使用による肝炎感染の危険性を、製剤の発売前から、いわば「熟知」していたのは、他ならぬミドリ十字の内藤良一専務（1964 年当時、後に社長・会長）であった。そのことは、以下の事実が示している。すなわち、内藤専務は、1963 年発行の学会誌[29]に、「乾燥人血漿について私のお詫び」と題する文章を掲載している。この「お詫び」には、肝炎ウイルス不活化の手段としての紫外線照射は「1958 年に至ってStrumia[30]から『殆ど無効』という判決が下されるに至」ったことを紹介して、日本で「肝炎災害」が起こ

されてきたことを振り返り、「私は昭和 15 年アメリカで学んで帰って、血液銀行の技術と乾燥人血漿製造技術とを導入した張本人として、その罪業の深さを痛感する」とまで記載した、驚くべき内容が記載されている。そして、加熱処理により肝炎ウイルスを「完全に不活化した」人血漿蛋白製剤を開発したことをＰＲしている。

この「お詫び」にはＦ剤の名前は出てこないが、文中の「乾燥人血漿製品」の一つである。それらの製品に混入する肝炎 virus 不活化対策として採用していた紫外線照射が『殆ど無効』なので、新しく加熱処理対策を施した乾燥人血漿製剤を製造発売したから、使用して欲しいという趣旨である。しかし、旧ミドリ十字は、専務取締役がこのような認識を持ちながら、Ｆ剤については、1964 年から 1987 年まで、「殆ど無効」な紫外線照射を肝炎対策として継続した [31] のである。

(4) フィブリノゲン製剤は、医薬品の再評価でミドリ十字が「後天性低フィブリノゲン血症」に有効とする臨床試験資料を提出できなかったことから、1998 年に「先天性低フィブリノゲン血症」に適応が限定された。また、第Ⅸ因子製剤については、前記「薬害エイズ事件」記載のように、1985 年 12 月に加熱製剤が承認されたが、非加熱製剤は回収されずにその後も使用が継続された例があった。

７）イレッサ薬害事件 [32]

(1) この事件は、肺がんの「夢の新薬」と言われて 2002 年に世界に先駆けて日本で発売されたイレッサ（商品名。一般名はゲフィチニブ）が、発売後、2008 年 3 月までに　734 人の死亡者を出したと報告され、現在訴訟になっている事件である。

(2) イレッサは、近年増加の一途と言われる肺がんのうち、「手術不能又は再発非小細胞がん」に有効な「分子標的薬」つまり「がん細胞だけに特異的に作用し、異常増殖を抑制する」一方、「正常細胞には作用しないから副作用は少ない」という「夢の薬」として、アストラゼネカ社（本社・英国）により、2002 年 1 月 25 日に輸入承認申請が出され、同年 7 月 5 日に日本国内での販売が承認された。このイレッサによる「間質性肺炎」等の肺障害による死亡は、同年 10 月 15 日までに 13 人となり、この日に厚生労働省により「緊急安全性情報」による警告が出された。しかし、その後も死亡を含む副作用の報告が続き、累積死亡数は前記のような数に達している。

(3) この事件では、臨床試験の段階で、イレッサによる致死的な間質性肺炎の報告があることを、企業は認識ないし予知していたと思われる。それは、2000 年から 2001 年にかけて行われた国内外の臨床試験で、肺出血と肺炎で死亡した 2 例について、企業は「（イレッサと）関連性がある」と報告している [33] からである。国の審査の過程では、国の審査センターが最初に間質性肺炎との関連を指摘し、企業は当初否定的だったが、最終的にはそれに従って、添付文書に間質性肺炎を「重大な副作用」の一つに記載はした。しかし、その致死性については「緊急安全性情報」が出される 10 月 15 日までの３ヶ月間記載しなかった。また、厚生労働省が 2002 年 6 月 12 日に行った審査では、「重篤な不整脈の発生」への注意などがされただけで、間質性肺炎等の副作用に関する質疑もなく、短時間の「審議」で承認した。

(4)2002 年 12 月 25 日に至って、厚生労働省の「ゲフィチニブ安全性問題検討会」が、①イレッサの使用を専門医に限定し、緊急時に対応できる病院等に限る、②イレッサ投与を受ける患者は原則 4 週間入院する、等の緊急対策を決めた。しかし、その後も死亡を含む副作用の報告が続いていることは前記の通りである。そして、イレッサの「承認条件」であった国内第 3 相臨床試験では、イレッサ投与群は既存の肺がん治療薬であるドセタキセル投与群に比し「生存期間に有意差はない」という結果であったが、承認の見直しは行われていない。

４．考察と結論＝「薬害の歴史」からの基本的な教訓

以上の結果から、それぞれの薬害事件について、①原因となった医薬品等の「使用（承認、販売）開始時期」、②「危険性予知・警告時期（その内容）」、③販売中止等の「措置時期（その内容）」、そして④「対処の遅れ」（＝③－②）を表にして対比した。この表から、「対処の遅れ」は、短くても約 10 ケ月、長い場合は約 35 年ということになる。ソリブジン、薬害Ｃ型肝炎、そしてイレッサ薬害の場合は、承認・販売の前に、企業は危険性を予知していたのである。このような対処の遅れが、多くの悲惨な薬害を起こした、ということになる。

そして、７つの薬害事件の歴史からは、そうした対処の遅れの基本的な共通の原因は、当該医薬品等の危険性を示す情報に接しながら、企業も国も直ちに販売中止・回収等の適切な安全対策を取らなかったことである。その理由については、今後詳細な解明が必要だが、各薬害事件の初期における企業の対応に共通して

いるのは、「危険性情報の軽視・無視」であり、そうした企業の姿勢を、国が容認してきたことが重大な薬害を引き起こしたのである。

敢えて企業の立場に立って考えてみれば、初期段階の危険性情報は、少数の症例報告であったり、きちんとした比較対照試験によるデータではなかったりして、因果関係は厳密に言えば「必ずしも明確ではない」であろう。また、情報が十分ではなく、すぐには「重大な副作用」であるとは判断できないかもしれない。しかし、サリドマイド、キノホルム、薬害エイズ、イレッサ等の事例にまさに示されているように、「薬害の歴史」が教えているのは、そうした初期段階でこそ、「危険性情報の軽視・無視」をするのではなく、逆に、「危険性情報の重視」をして対処することが必須で肝要であるということなのである。

従って、薬害の連鎖を断ち切り、薬害防止をするには、安全対策の原則を、「疑わしきは罰する（有効な措置をとる）」とすることが必要である。つまり、初期の段階で、重大な副作用との因果関係が疑われ、それが確立していなくても、否定できない段階では、関係があると看做して、薬害防止のために有効・適切な安全対策（承認延期や、販売中止、回収等）を行なうことが絶対必要である。これはまさにこれまで連綿として起こされてきた薬害の歴史からの痛切な教訓であると言える。

本報告の第 2 報では、今回紹介した 7 つの薬害事件の後に国が講じてきた薬害防止策の概要の紹介と、それらの防止策によってもなお薬害が続発した理由につき考察したい。そして、それらの防止策に欠けていた施策のうち、「疑わしきは罰する（有効な措置をとる）」の原則を具体化させたと考えられる米国での「因果関係未確定段階での有害事象早期公表システム」（2007 年に成立した「FDA 再生法 2007」に基づく医薬品安全性確保対策の一つ）を紹介し、その評価と、日本への導入の必要性・可能性についての検討を予定している。

表　薬害事件における対処の遅れ

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

文　献

1）栢森良二：サリドマイド物語、医歯薬出版、1997;39,41.

2）水間証言、藤木英雄、木田盈四郎編、薬品公害と裁判、東京大学出版会、1974;278.

3）文献 1．43.

4）片平洌彦：戦前のキノホルム使用の実態とＳＭＯＮ様症例の発生．医学のあゆみ、1973;84:525－530.

5）Katahira K. SMON probably occurred in 1938 in Japan. JAMA. 1976;236(8):919.

6）Barros, E: Amebas,y mas amebas. Semana med., 1935;1:907-908.

7）Katahira K. SMON reported in 1935 in Argentina. JAMA. 1978;239(26):2757.

8）椿忠雄、本間義章、星允：ＳＭＯＮの原因としてのキノホルムに関する疫学的研究．日本医事新報、1971;2448:29-34.

9）国民衛生の動向、2008;135.

10）片平洌彦：日本の血友病患者のエイズ感染の予見可能性について（第 1 報）米国におけるエイズ発症血友病患者に関する初期の報告と関係機関の対応．エイズジャーナル、1989;2(1):77-83.

11）片平洌彦：構造薬害、農山漁村文化協会、1994;97-100.

12）片平洌彦：前掲、102-103.

13）厚生省薬務局、ソリブジンによる副作用に関する調査結果、1994;23.

14）朝日新聞、1994 年 7 月 9 日朝刊、同 12 日朝刊.

15）文献 13、8-11.

16）滝沢和彦：ソリブジン毒性データは、いかにして臨床試験および厚生省の安全性チェックを免れたのか．社会薬学、1997;16:11-29.

17）朝日新聞、1994 年 6 月 16 日朝刊.

18）Desgranges C, Razaka G, De Clercq E, et al. Effect of (E)-5-(2-bromovinyl)uracil on the catabolism and antitumor activity of 5-fluorouracil in rats and leukemic mice. Cancer Res. 1986;46(3):1094-1101.

19）文献 13、11-13.

20）文献 13、19

21）片平洌彦、小松喜子、浅川久恵、他：ヒト乾燥硬膜・ライオデュラによるクロイツフェルト・ヤコブ病（CJD）に関する文献的考察（第 1 報）－ライオデュラ使用によるＣＪＤ罹患の予見及び回避義務について―．社会薬学、1998;17:34-47.

22）Gibbs CJ Jr, Gajdusek DC, Latarjet R. Unusual resistance to ionizing radiation of the viruses of kuru, Creutzfeldt-Jakob disease, and scrapie. Proc Natl Acad Sci U S A. 1978;75(12):6268-6270.

23）Katahira K, Makino T, Ueda M, et al. PO-431: Some lessons from the CJD tragedy in Japan. Abstract of the 8th World Congress on Clinical Pharmacology & Therapeutics, 2004; Aug. 4. Clinical and Experimental Pharmacology and Physiology (2004) 31 (Suppl.) A163.

24）片平洌彦、牧野忠康：薬害事件における加害・被害関係と社会　その 1．「薬害肝炎」被害の実態と被害者の心情・要求．東洋大学 21 世紀ヒューマン・インタラクション・リサーチ・センター研究年報、2004;1:27-41.

25）片平洌彦：薬害事件における加害・被害関係と社会　その 2．「薬害肝炎」事件における製薬企業と国の責任．東洋大学 21 世紀ヒューマン・インタラクション・リサーチ・センター研究年報、2006;3:67-70.

26）片平洌彦：薬害事件における加害・被害関係と社会　その 2．「薬害Ｃ型肝炎」事件における製薬企業と国の責任（第 2 報）非加熱第Ⅸ因子製剤の場合．東洋大学 21 世紀ヒューマン・インタラクション・リサーチ・センター研究年報、2007;4:57-61.

27）厚生労働省医薬局血液対策課：フィブリノゲン製剤使用後の肝炎発生数等に関する三菱ウェルファーマ（株）からの追加報告について．2002 年 3 月 4 日．厚生労働省ＨＰより.

28）片平洌彦：「戦後最大の薬害」としての薬害肝炎．月刊国民医療、2005;219:27-36.

29）内藤良一：乾燥人血漿について私のお詫び、日本産科婦人科学会雑誌、1963;15(11):1-4.

30）Strumia MM, Burns ME, Sample AB, et al. The incidence of posttransfusion hepatitis. II. A 13-year survey including 2 years during which blood donors were screened by means of liver function studies. Am J Clin Pathol. 1958;30(2):133-142.

31）薬害肝炎の検証および再発防止に関する研究班、平成20年度厚生労働科学研究費補助金（医薬品・医療機器等レギュラトリーサイエンス総合研究事業）薬害肝炎の検証及び再発防止に関する研究中間報告書、2009;252-253.
31）片平洌彦：薬害事件における加害・被害関係と社会　イレッサ薬害事件の場合．東洋大学 21 世紀ヒューマン・インタラクション・リサーチ・センター研究年報、2009;6:59-65.
33）国立医薬品食品衛生研究所長：審査報告書、衛研発第 2685 号、2002 年 5 月 9 日 :30-36.

報　告

高齢者虐待に関する関心　－日・北欧比較―

Comparison of Japanese and Northern European welfare with regard to elderly abuse

古川潤子 [1)]、堀米史一 [2)]
Junko KOGAWA[1)] Fumikazu HORIGOME[2)]

1）白梅学園大学・短期大学実習指導センター
2）上智社会福祉専門学校
1）Shiraume Gakuen College /Junior College
2）Sophia School of Social Welfafe

キーワード：高齢者虐待防止法、日本の高齢者虐待、北欧の高齢者虐待、地域包括支援センター、
Keywords : Elderly Abuse Prevention Act, elderly abuse in Japan, elderly abuse in Nordic countries, community integrated welfare support center

Ⅰ．研究目的

わが国においては、介護保険制度導入前は家族が介護を行うことが当然のことだと考えられ、家族が介護を全面的に担ってきたが、家族だけでは担いきれなくなってきた。また近代産業の進展により核家族化・女性の就労増加など社会変化に伴い、家族介護に矛盾や破綻をもたらした。とは言え核家族化について他国と比較すると日本では約 50％程度、北米では 20％以下、北欧ではほぼ 0 に等しいとの結果よりみるとまだ高いとも考えられる [1)]。また、日本での同居家族構成をみると、高齢世帯で「老老介護」と呼ばれる 80 歳代同士の妻が夫を介護しているケースや、90 歳代の親を 70 歳代の子が介護しているケースなどが増えてきている。「老老介護」は過酷であり、時には心中事件や自殺といった悲劇の原因にもなっている。その他、単身の子との同居、親である高齢者が息子や娘の日常生活の援助、家事などを依存しているケースも見られる。しかし、要介護状態に陥った時に、身体機能・認知症状の低下を受け入れ難く、親に対し介護放棄や時に暴力暴言などの虐待が見られる事も明らかになってきている。また、同居には至らないものの一人暮らしの親の介護の為に離れて暮らす娘や嫁 (息子の妻) が頻繁に通い介護をするなども珍しくはない。そうした介護者の心理的ストレスも虐待に繋がる事も報告されている [2)]。特に在宅における高齢者虐待の大きな原因として、介護者が日常的な介護の中で精神的・肉体的に疲弊し、その結果として虐待に及ぶ例が少なくないことが指摘されている。

そこで日本では 2006(平成 18) 年 4 月より改正介護保険法が施行され、高齢者を養護するうえで、注目すべき制度「高齢者に対する虐待の防止、高齢者の養護者に対する支援等に関する法律」、いわゆる「高齢者虐待防止法」がスタートした [3)]。この法律により日本でもようやく「家庭の中での出来事」等として見過ごされてきた高齢者虐待問題が表面化されたが、今後さらなる増加傾向を示すと予想されている [4)]。厚生労働省の報告によると実際に 2006(平成 18) 年 4 月からの１年間に６５歳以上の高齢者が、家族や親族から暴行や暴力など虐待と受けたと自治体が受けた相談通報は 18,393 件、そのうち訪問調査などで虐待が確認されたのは 12,575 件であったと報告されている。

高齢者虐待の防止に向けた基本的視点にも発生予防から虐待を受けた高齢者の生活の安定までの継続的な支援が必要であるとされ、高齢者を虐待という権利侵害から守り、尊厳を保持しながら安定した生活を送ることを支援ができるように「高齢者に対する虐待の防止及びその早期発見のための事業その他の高齢者の権利擁護のための必要な援助を行う事業」(介護保険法第 115 条の 38 第 1 項第 4 号) の実施が義務づけられた。この「高齢者虐待防止法」の施行により、日本でもよ

うやく「家庭内での出来事」から社会的問題となり具体策が立てられた。今日、日本での虐待は介護者の日常的な介護の中で精神的・肉体的に疲弊、またリストラや親の介護のための退職などでの就労・失業問題など介護者の過剰なストレスが大きな原因となってきている。実際に厚生労働省の家庭内における高齢者虐待に関する調査の結果 (2006) で、「身体的虐待」が 64.1％、「心理的虐待」が 35.6％、「介護放棄」29.4％、「経済的虐待」が 27.4％、「性的虐待」が 0.7％であった。被虐待者の性別では女性が 76.9％、男性が 22.8％と女性の割合が 4 分の 3 以上を占めていた。年齢階級別では 80 ～ 89 歳が 39.8％、次いで 70 ～ 79 歳が 36.8％となった。世帯構成では未婚の子どもとの同一世帯が 30.5％と最も多く、次いで既婚の子どもと同一世帯が 27.9％であった。虐待者は被虐待者からみた続柄が「息子」が 37.1％と最も多く、「夫」が 14.1％、「娘」が 13.5％、「嫁」が 10.2％であった。調査結果からも明らかなように、被害を最も受けやすいのは女性であり、その理由として性的・経済的不平等、社会的な孤立が上げられた。このような観点から高齢女性への生存権侵害という社会的問題から分析及び対策が必要となっており社会医学的関心が高まっている。

しかし、誰が虐待の発見・対応・その後の支援を行うのか。高齢者に対する虐待の発生予防から、虐待を受けた高齢者が安定した生活を送れるようになるまでの各段階において、高齢者の権利擁護を理念とする切れ目ない支援体制が必要であると考える。

では、福祉国家である北欧と比べてどうであろうか。北欧では「社会サービス法 [5]」や「サラ法」といった対象者本人からの申し出や職員からの報告への早期解決システムが整備されている。福祉大国と呼ばれるスウェーデンにおいても、件数は少ないものの虐待は存在していると報告されており、近年問題になっているのが施設内の虐待であると指摘されている [6]。そしてスウェーデンにおける高齢者虐待は 1980 年代から問題視されてきており、1998 年にはスウェーデンの代表紙「スベンスカダーグブラーデット」でストックホルムの老人福祉施設で起こった不祥事 491 事例について報道された。また、高齢者施設における虐待の内部告発をした准看護師の名前をとった「サラ法」では「高齢者および障害者ケアに従事している者は、これらの人々が良いケアを受けて安心して暮らせるよう努めなければならない。また、ケアにおける重大な問題について気づいた、あるいは知った者はこれを社会委員会に対して報告しなければならない。」とされており、今回北欧で行った調査の中でヒヤリングを行った際にも、「自身の危機を感じたら家族や専門職に伝え守ってもらう権利がある」と主張していた事が印象的であった。実際にサラ法により虐待の把握が明らかになったと述べられている。その他、スウェーデンでは社会サービス法と学校教育法が密接に関連しており、幼少期より生涯学習における学校教育の中で自立した人格成形が行われている [7]。

北欧では、社会民主主義型、またはユニバーサル (普遍主義) 型とも呼ばれる福祉国家を実現している。それは自分の連帯責任を解除されたという心理を表現しているということができ、スウェーデン人は徹底した個人主義である。とされ、「すべての人は満足すべき生活への権利をもつ」とされた平等原理があり、「揺りかごから墓場まで」のスローガンが全国民に周知されている [8]。

それに比べ、日本では家族への依存心からか表面化を拒む対象者が多かった。成人になると独立する習慣を持ち自立心の高い北欧に比べ、子供と同居し家族介護を望む日本の風土、家族への要望の相違、慣習の差・自己発言力の差から、日本と北欧には高齢者虐待に関する関心の差が生じるのであろうか。

虐待には自覚の有無の関連もある。平成 15 年 11 月～平成 16 年 2 月に行われた「家庭内における高齢者虐待に関する調査」[9] の中で虐待の自覚の有無に関する意識調査では、被虐待者と思われる高齢者本人の虐待されている「自覚がある」と答えた高齢者が 45.2%。「自覚はない」と答えた高齢者は 29.8%を占めた。一方虐待者では、自分が虐待をしている「自覚がある」のは 24.7%にとどまっており、半数以上の虐待者は自覚がないままに虐待行為を行っていると報告している。

以上のことから「高齢者虐待防止」に関する制度がある地域における意識の差を明らかにするために、高齢者虐待防止法が施行された日本在住者と、以前より制度が施行されている北欧在住者を対象に、意識の差を探求することを主な目的とした。そして本研究ではその分析の視点として、「日本と北欧における福祉制度・虐待に対する意識には差がない」という作業仮説を構築し、調査、分析を行った。

Ⅱ．研究方法

1．調査方法

1）方法

調査対象者に対してヒヤリングとアンケート調査を行った。

2）調査項目

調査項目は 1.「今の生活に満足していますか」、2.「国の福祉に満足していますか」、3.「家族からの援助協力はありますか」、4.「困ったときにどなたに相談しますか」、5.「家族から虐待されたことがありますか」、6.「施設内で自分が虐待されたことがありますか」、7.「施設内で自分が虐待されたことがありますか」の 7 項目を設定し、調査を行った。回答は問 1 から問 3 に関しては 1.「とても満足している」、2.「満足している」、3.「満足していない」、4.「全く満足していない」を設定し、回答を得た。

2．調査対象

東京都 A 市 (人口約 14.8 万人、高齢化率 21.4％) の在宅生活高齢者 51 名、スウェーデン E 市のデイケアセンター、グループホーム、ホームヘルプサービス利用者 31 名、デンマーク C 市プライエボーリ (自立支援型)、プライエム (介護提供型施設) 入所・通所者 20 名を対象に 2008 年 1 月から 3 月までの約 3 ヶ月で調査を行った。

調査対象施設は、日本との協力関係が構築され日頃より友好関係を築いてきたスウェーデン E 市、デンマーク C 市の高齢者福祉事業所から無作為に抽出し、事業所長に研究計画書を提示し、研究の趣旨を口頭および文章で説明した。了解が得られた後、研究以外の目的でデータを使用しないこと、研究で知りえた情報は秘密保持すること、データは研究者が管理し、研究終了後研究者自身が責任をもって処理することを説明した。

全対象者の基本属性として男性は 33 名、女性は 69 名であり、年齢は最低年齢が 40 歳、最高年齢が 93 歳で平均年齢が 71.07 歳（SD ＝ ± 13.040）であった。東京都 A 市対象者は男性 18 名、女性 33 名で、最低年齢は 62 歳であり、最高年齢は 93 歳、平均年齢は 77.41 歳（SD ＝ ± 7.67）であった。スウェーデン E 市対象者は男性 10 名、女性 21 名で、最低年齢は 40 歳であり、最高年齢は 93 歳、平均年齢は 59.13 歳（SD ＝ ± 14.472）であった。デンマーク C 市対象者は男性 5 名、女性 15 名で、最低年齢は 60 歳であり、最高年齢は 90 歳、平均年齢は 73.4 歳（SD ＝ ± 8.5）であった。

3．分析方法

本研究の目的である「日本と北欧における生活と虐待に関する意識の差」の分析、及び構築した作業仮説の立証を行うために上記調査項目から「東京都 A 市」、「スウェーデン E 市」と「デンマーク C 市」の調査結果の比較を行った。問 1 から問 3 の比較については一元配置分散分析を行い、問 4 から問 7 の比較については χ^2 検定（χ^2 test）を行った。統計分析は基本的に SPSS（Ver.16 for Windows）を用いて行った。

Ⅲ．研究結果

1. 現在の生活に対する満足度

・質問項目 1 「今の生活に満足していますか」

東京都 A 市では「とても満足している」が 11 名、「満足している」が 20 名、「満足していない」が 13 名、「全く満足していない」が 7 名であった。スウェーデン E 市では「とても満足している」が 17 名、「満足している」が 12 名、「満足していない」が 2 名、「全く満足していない」が 0 名であった。デンマーク C 市では「とても満足している」が 13 名、「満足している」が 4 名、「満足していない」と「全く満足していない」が共に 0 名であった（表 1）。

分析の結果、スウェーデン E 市では平均値が 1.52 であり、デンマーク C 市でも平均値が 1.24 と高い数値を示し「満足している」以上の回答が 9 割以上の値を示したが、東京都 A 市では平均値が 2.31 となりスウェーデン、デンマークの方が生活の満足度が有意に高いという結果となった（$\chi^2 = 26.485$　df = 2　p = 0.000）。

表 1　　質問項目 1

	とても満足している（％）	満足している（％）	満足していない（％）	全く満足していない（％）	平均値
東　京　A　市	11（21.6）	20（39.2）	13（25.5）	7（13.7）	2.31
スウェーデンE市	17（54.8）	12（38.7）	2（6.5）	0（0.0）	1.52
デンマークC市	13（76.5）	4（23.5）	0（0.0）	0（0.0）	1.24
	41（41.4）	36（36.4）	15（15.2）	7（7.1）	

2. 国の福祉に対する満足度

・質問項目２　「国の福祉に満足していますか」

東京都 A 市では「とても満足している」が 10 名、「満足している」が 17 名、「満足していない」が 13 名、「全く満足していない」が 11 名であった。スェーデン E 市では「とても満足している」が 16 名、「満足している」が 8 名、「満足していない」が 5 名、「全く満足していない」が 2 名であった。デンマーク C 市では「とても満足している」が 12 名、「満足している」が 6 名、「満足していない」が 2 名、「全く満足していない」が 0 名であった（表 2）。

分析の結果、スウェーデン E 市では平均値が 1.77 であり、デンマーク C 市でも平均値が 1.50 と高い数値を示し、「満足している」との回答が9割近くを示し、「国の福祉」に対する満足度が、東京都 A 市よりも有意に高いという結果となった（$\chi^2 = 17.777$　df = 6　p = 0.007）。

3. 家族からの援助協力の有無

・質問項目３　「家族からの援助協力はありますか」

東京都 A 市では「とてもある」が 10 名、「ある」が 17 名、「ない」が 14 名、「全くない」が 10 名であった。スェーデン E 市では「とてもある」が 13 名、「ある」が 11 名、「ない」が 5 名、「全くない」が 2 名であった。デンマーク C 市では「とてもある」が 12 名、「ある」が 4 名、「ない」が 4 名、「全くない」が 0 名であった（表 3）。

東京都 A 市では約半数が家族からの援助協力がないと回答したのに対し、スウェーデン E 市とデンマーク C 市では約 8 割が家族から援助協力を受けて生活しているという結果となった（$\chi^2 = 15.570$　df = 6　p = 0.016）。

４. 困った時の相談相手

・質問項目４　「困ったときにどなたに相談しますか」

東京都 A 市では「配偶者」が 5 名、「娘」が 12 名、「息子」が 8 名、「その他の家族」が 9 名、「友人」が 3 名、「福祉職員」が 14 名であった。スウェーデン E 市では「配偶者」が 14 名、「娘」が 2 名、「息子」が 2 名、「その他の家族」が 2 名、「友人」が 0 名、「福祉職員」が 9 名、「その他」が 2 名であった。デンマーク C 市では「配偶者」が 14 名、「娘」が 0 名、「息子」が 0 名、「その他の家族」が 1 名、「友人」が 2 名、「福祉職員」が 2 名、「その他」が 1 名であった（表 4）。

デンマーク C 市では 7 割が「配偶者」に相談するということが高い割合を示し、その他の項目では低い割合となった。それに対し、東京都 A 市では「配偶者」との回答が約 1 割であり、「娘」や「福祉職員」が高い割合を示した。スウェーデン E 市でも「配偶者」の次に「福祉職員」の回答が多く、東京都 A 市とほぼ

表２　　質問項目２

	とても満足している (%)	満足している (%)	満足していない (%)	全く満足していない (%)	平均値
東　京　A　市	10（19.6）	17（33.3）	13（25.5）	11（21.6）	2.49
スウェーデンE市	16（51.6）	8（25.8）	5（16.1）	2（6.5）	1.77
デンマークC市	12（60.0）	6（30.0）	2（10.0）	0（0.0）	1.50
	38（37.3）	31（30.4）	20（19.6）	13（12.7）	

表３　　質問項目３

	とてもある (%)	ある (%)	ない (%)	全くない (%)	平均値
東　京　A　市	10（19.6）	17（33.3）	14（27.5）	10（19.6）	2.47
スウェーデンE市	13（41.9）	11（35.5）	5（16.1）	2（6.5）	1.87
デンマークC市	12（60.0）	4（20.0）	4（20.0）	0（0.0）	1.60
	35（34.3）	32（31.4）	23（22.5）	12（11.8）	

表４　　質問項目４

	配偶者 (%)	娘 (%)	息子 (%)	その他の家族 (%)	友人 (%)	福祉職員 (%)	その他 (%)
東　京　A　市	5（9.8）	12（23.5）	8（15.7）	9（17.6）	3（5.9）	14（27.5）	0（0.0）
スウェーデンE市	14（45.2）	2（6.5）	2（6.5）	2（6.5）	0（0.0）	9（29.0）	2（6.5）
デンマークC市	14（70.0）	0（0.0）	0（0.0）	1（5.0）	2（10.0）	2（10.0）	1（5.0）
	33（32.4）	14（13.7）	10（9.8）	12（11.8）	5（4.9）	25（24.5）	3（2.9）

同確率となった。デンマークでは低い割合となる項目があり、国による差があることが明らかとなった（χ^2 = 40.922　df = 12　p = 0.000）。

5. 家族からの虐待経験の有無

・質問項目 5 「家族から虐待を受けたことがありますか」

東京都 A 市では「ある」が 24 名、「どちらともいえない」が 2 名、「ない」が 25 名あった。スェーデン E 市では「ある」が 8 名、「どちらともいえない」が 0 名、「ない」が 20 名であった。デンマーク C 市では「ある」が 14 名、「どちらともいえない」が 4 名、「ない」が 9 名であった（表 5）。

分析の結果、スウェーデン E 市とデンマーク C 市においては家族から虐待を経験がないと回答した割合が約 7 割なのに対し、東京都 A 市では 5 割の方が家族から虐待を受けた経験があるという結果となり国による差があるという結果となった（22.949　df = 4　p = 0.00）。

6. 施設内での虐待の有無

・質問項目 6 「施設内での自己自分が虐待された事がありますか」

・質問項目 7 「施設内で他人が虐待されたことがありますか」

3 つの地域全てで虐待経験有が 3 割を超え、在宅支援、施設支援に関わらず専門職による高齢者虐待は起こりえるという結果が明らかとなった（表 6）。統計的な有意差検定を行った結果、いずれの項目も有意差が認められないという結果となった。

表 5　　質問項目 5

	ある（%）	どちらともいえない（%）	ない（%）
東　京　A　市	24（47.1）	2（3.9）	25（49.0）
スウェーデン E 市	8（28.6）	0（0.0）	20（71.4）
デンマーク C 市	0（0.0）	4（30.8）	9（69.2）
	32（34.8）	6（6.5）	54（58.7）

表 6　有意差の見られなかった項目

質問項目		ある	どちらともいえない	ない	有意差
施設内で自分が虐待されたことがありますか	東京 A 市	15（31.9）	10（21.3）	22（46.8）	n.s
	スウェーデン E 市	9（34.6）	0（0.0）	17（65.4）	
	デンマーク C 市	5（35.7）	0（0.0）	9（64.3）	
施設内で他人が虐待されたことがありますか	東京 A 市	10（19.6）	11（21.6）	30（58.8）	n.s
	スウェーデン E 市	6（19.4）	14（45.2）	11（35.5）	
	デンマーク C 市	2（10.0）	9（45.0）	9（45.0）	

χ^2 有意水準：n．s … p ＞ .10

Ⅳ．考察

本稿の目的は、「日本と北欧における虐待の現状と意識の比較」を分析し地域による差を明らかにすることであった。先行研究を踏まえ前述の作業仮説を立て、作業仮説の立証を行うために 7 項目の質問を作成し調査を行った。前述の結果から以下のように考察を行った。

1. 現在の生活に対する満足度

「結果」に明らかなように、地域による生活満足度に対する意識の差の割合については有意な関連を認めた。このことから利用者にとって国の施策は生活満足度に差を与えるということが考えられた。

2. 国の福祉に対する満足度

１同様、地域による意識の差は有意な関連が認められた。このことにより国の施策・政治的風土は、福祉を受ける国民に対し満足度に差を与えるといえる。

スウェーデンとデンマークにおいては北欧型の福祉国家で、普遍主義 (社会民主主義型、またはユニバーサル) と呼ばれ、他の民主主義国家よりも北欧の国々は国家が国民の幸せに責任をもつ割合が大きく、これは全ての政策に国の関与が大きいということを意味している。また北欧型福祉国家は高度の普遍主義に基づいており、これは全ての市民が彼らの労働市場の地位、または階級、居住地に関係なく、基本的な社会保障の給付とサービスを受けられる事が、国民の満足度に反映していると考えられる。

3. 家族からの援助協力の有無

核家族化について約 50％程度との結果をもつ日本に対し、ほぼ 0 に等しいとの結果である北欧の方が家族支援を受けているとの意識の差があった。同居の有無に関わらず意識の差の割合に有意な関連を認めた。

スウェーデンにおいては 16 歳 (児童手当終了年齢) になると親元を離れ自立する者が少なくない。デンマークでも高齢者は子どもに依存しない自立した生活を営んでおり、家庭内において虐待が生じることは稀である、とされている。離れて暮らすことで客観的に相談相手として適切な支援をすることができると考えられる。

日本では未だに親と子の近接しすぎる関係や、親を看るのは子供の義務という倫理観と新しい価値観との狭間に苦しみストレスフルとなり、虐待の温床になっているとも考えられる。また最近の高齢者虐待の社会的背景として子どもがリストラに遭い親に経済的に依存する、未婚の子どもが介護に縛られ虐待を発生しているなどの例からもその危険性が予測される。

4. 困ったときの相談相手

３の結果を踏まえ、家族支援の有無も関連し、生活面･医療福祉面を含む自己の相談相手を選定する際、国により意識の差が生じる率は有意差があると考えられた。「困る」ことの内容の吟味が必要であるが、解決容易なこと、解決が困難なことにより誰に解決を求めるのかを検討する必要がある。

今回の回答で東京都 A 市で「配偶者」の回答が少なかったのは３地域の中で平均年齢が高いため既に死別していることも推測されるが「老いては子に従え」の古い考えが残る日本人と、自我の確立があるといわれる北欧人との人生観の違いが出た結果であると考える。

5. 家族からの虐待経験の有無

「結果」より、地域差に有意な関連を認めた。上記３でも述べたように、同居の有無に関わらず国の施策や家族支援の有無と関連し、差を生み出すといえる。

日本では戦後の新しい民主主義教育の下で女性の社会進出などめざましい発展をとげたが、未だに家族で親を介護することを是とする考えも多い。普遍主義の確立された北欧との違いがその差になっていると考える。

6. 施設内での虐待の有無

「結果」より有意差が認められず、全ての地域で施設内の虐待があることを示した。このことにより、国の施策・政治的風土が整備されている北欧にも虐待は未だ存在し、さらなる制度の強化が必要であると考える。日・北欧における施設での虐待とはどのようなことを指すのかさらに詳しい調査が必要である。

しかし北欧でのヒヤリングの際に「自己の危機を感じたら家族や専門職に伝え守ってもらう権利がある」との利用者自身の主張や、「虐待が疑われる際には職員一丸となり対応する」と回答したグループホーム施設長の発言は、国の施策の効果によるものであると判断した。

上記を踏まえ、日本においても「高齢者虐待防止法」の周知・活用が必要不可欠であると考える。また国内

の事件として「一宮西病院事件　(2003 ～ 2008)」が有名であるが、日本でも虐待を通報する事も積極的に行うべきであると考える。高齢者虐待防止法内においても通報義務・通報者の保護 (第７条) があるも、発見者の判断に委ねられており、判断出来かねる事や、通報を拒むケースも多々あると現場職員からは聞かれた。そのことより明らかされている件数よりも多くの潜在化されたものがあるのではないかと推測される。

まとめ

上記の考察をふまえ本研究では全体的に有意な差が見られた項目が多く作業仮説を棄却できると考えられる。虐待を明らかにしようとする意識が日本とスウェーデンやデンマークにおいては異なるということが言えるであろう。

高齢者虐待防止法が平成 17 年度に法制化されたがシビアな課題であり、事業所単位だけでは対処し切れない多くの課題がある。当事者だけに解決を任せるのではなく、家族を取り巻く地域ぐるみのサポートシステムが活用されるときに解決が始まるのではないか。北欧では国の施策が周知されているように日本でも高齢者虐待防止法を地域住民へ周知し福祉に対する関心を高める必要がある。また、虐待被害を受けやすいのは認知症を発症しているケースが多い事より認知症サポーター１００万人計画の拡充、認知症家族の会等の専門的な知識を持つ家族による専門的支援を増やすなど、当事者の心理的・社会的背景を把握し、地域でのサポートシステムを組織化する必要がある。

また我が国での高齢者虐待発見ルートとして介護支援専門員や訪問介護員（ホームヘルパー) などが発見するケースや、近隣地域の民生委員などの情報も重要な役割を占めており、その後の対応や支援においては医療・福祉・保健の連携が必要であると考える。現在、高齢者虐待防止への視点とし、地域包括支援センターが虐待への対応機関のひとつとされて (高齢者虐待防止法第１６条、第１７条 , 介護保険法第１１５条)、情報の多くが地域包括支援センターに報告されている。しかし早期発見や長期的な支援は配置職員のみでは物理的に困難であり専門的知識・技術を擁する虐待対応専従職員が必要である。今後は継続的な支援とし精神面への介入が主な焦点となり、高い専門教育を受けた有資格者の関与が必要であると考える。北欧での早期対策を取入・遂行していく為に、日本の虐待防止専門職の育成、実務者研修の必要性を感じる。社会福祉士には更なる期待を、また今後の介護福祉士にも注目したい。昨年、社会福祉士及び介護福祉士法の一部に法改正が施行され、介護福祉士の行う「介護」は「入浴･排泄、食事、その他の介護」から「心身の状況に応じた介護に改める」とされ、高齢者や障害者等の生き方や生活全体に関わることで利用者の暮らしを支え、介護利用者や家族と共に実践する事へと変わってきている。早期発見・情報提供を遂行すべく、地域包括支援センターの配置職員に虐待防止専門知識を得た介護福祉士の導入を期待したい。そして虐待に悩む高齢者や加害者となりうる家族への介入、支援方法の研究・開発・発展が必要であると提起したい。

おわりに

以上、本稿では「高齢者虐待防止法」施行後、北欧との生活と虐待に関する意識を比較するため、アンケート調査の結果を検討対象とし、風土・国の施策・家族への要望との相違の分析、ならびに今後の虐待防止に向けた視点の提示を行った。

しかし、各項目ごとにヒヤリングとアンケートを行い、守秘義務が守られた上で数値では十分に表現できない人間の情動や思想･言動･日常の中で潜在化した「意味」を分析・抽出を試みたが、言語や慣習の相違で十分な結果を得られなかったと考えられる。そのため今後、関係機関との協力により、具体的な虐待の内容、深刻さ、程度の調査を行う必要があると考える。

本研究にあたり　有) 介護センターきらら　仁平光恵氏 (介護支援専門員) には多大な調査協力を頂き厚く御礼申し上げます。

＜文　献＞

1）栗木黛子、日本の高齢者の介護問題と介護保険 : 介護者と被介護者 (高齢者) 双方の幸福を求めて人間福祉研究　2000、第３号、1-18
2）鵜沼憲晴、関根薫・虐待者である「息子」の特徴と高齢者虐待防止への視点、日本社会福祉学　2007 第４７巻第４号
3）高齢者虐防止法（高齢者虐待の防止、高齢者の養護者に対する支援等に関する法律）2006 年施行
4）牧野里奈、わが国における高齢者虐待防止についての取り組み、人間福祉研究 ,2005.NO8 55-65
5）社会サービス法 (Socialtjanstlag,2001:453)、サラ法
6）重野勉、高齢者の人権は守られているのだろうかー福祉の現場から－ 2009.5.22

7）金田利子、乳幼児保育における母性意識の国際比較―日・中・米・スウェーデンを対象としてー 日本学術振興会・科学研究費助成　研究報告書 131、2009.0330
8）武田龍夫、福祉国家の闘い　スゥエーデンからの教訓、中公親書 1575、東京、中央公論新社　2001、27-62
9）家庭内における高齢者虐待に関する調査　平成 15 年 11 月～平成 16 年 2 月調査結果 , 財) 医療経済研究・社会保険福祉協会
10）大村壮 , 施設内老人虐待研究と家庭内老人虐待研究の異同の検討 , 実践女子大学人間社会学部紀要 2、2006、183-191
11）長谷川武史 , 高齢者虐待対応へのリスクアセスメント応用の可能性 .・北星学園大学大学院論集 11、2008、55-69
12）谷屋愛子 , スウェーデンにおける家族援助の実態と課題：児童虐待への対応に焦点を当てて、教育行財政論叢 9, 2005、17-30
13）社会福祉ニュース インターネット <http://fukushi-sweden.net/news/2007/shiawase07.03.html>　(2007 年 6 月 11 日記載)
14）神谷かつ江、高齢者虐待に関する心理学的考察、東海女子短期大学紀要第 34 号、2008
15）副田あけみ、支援を要する高齢者のための地域ネットワーク構築―地域包括支援センターの取り組みに向けてー、人文学報 no372 (社会福祉学 22) 2006.3、63-93
16）Gosta Espin-Andersen,G.“The Three Worlds of Welfare Capitalism”, Blackwell Publishing Ltd 1990, Oxford, UK.
17）ハンヌ・ウーシタロ、北欧諸国の社会保障、横山純一・山田眞知子共訳、札幌学院大学商経論集、第 11 巻第 3 号、1994、12
18）Kautto, M. et al. “Nordic Social Policy” 1999, London & New York. Routledge.
19）三浦美子、高齢者在宅介護における家族の介護意識に関する研究 - 高齢者虐待予防の視点から -、保健福祉学研究 NO6、2008、185-200

「社会医学研究」投稿規定

１．「社会医学研究」は、日本社会医学会（旧称：社会医学研究会）の機関誌であり、社会医学に関する優れた原著（英文抄録をつける）、総説、報告、短報を掲載する。

２．論文執筆者（筆頭）は、会員に限る。連名者も会員が望ましい。投稿原稿の採否は、査読の上、編集幹事会で決定する。

３．ヒトおよび動物を対象にした研究は、1964 年のヘルシンキ宣言（1975，83、89, 96, 2000 年修正）の方針に沿った手続きを踏まえている必要がある。

４．投稿原稿（図表を含む）には、コピー２部（計３部）とテキスト形式で保存したフロッピー・ディスクを添付する。（注：次ページの「投稿規定についての補足」を参照のこと。電子メールのみでもさしつかえない）

５．論文の校正は、初稿のみ著者が行う。

６．論文の別刷が５０部を越える場合は著者負担とする。また、特別にかかる費用についても著者負担とする。

７．論文の送付は、原則として日本社会医学会事務局とする。ただし、総会記録特別号や研究総会特別号の場合は、総会担当役員とする。（注：次ページの「投稿規定についての補足」を参照のこと。編集委員長に直接、電子メールで投稿することが可能）

８．執筆要領

（１）原稿本文は和文とし、英、和それぞれ５語以内のキーワードをつける。

（２）原稿は、A4 版に横２５字～４０字の範囲で、十分に行間をあけ、横書きで記載する。

（３）原著、総説、報告などの枚数は、原則として図表などを含めて、刷り上がり８ページ程度（１ページは約 2, 100 字）までとする。原著の英文抄録は、A4 版にダブルスペースで１ページ以内とする。

（４）原稿には表紙を付け、表題、著者名、所属機関名（以上英文表記）のほか、論文の種別、別刷請求先及び氏名、別刷希望部数、図表数、論文ページ数を記載すること。

（５）参考文献は以下の引用例に従い、引用順に番号を付け、論文末尾に一括して番号順に記載する。

■ 雑誌の場合‥‥著者名、表題、雑誌名、年号；巻数：頁－頁、の順に記載する。著者が３名を越える場合は３名までを記載し、残りの著者は「他」とする。

1) 近藤高明、榊原久孝、宮尾克他、成人男性の骨密度に関する検討．社会医学研究．1997;15:1-5

2) Murray CL. Evidence-based health policy. Science 1996;1274:740-743

■ 単行本の場合‥‥編者・著者名、書籍名、所在地、発行所、発行年、頁の順に記載する。

1) 三浦豊彦編．現代労働衛生ハンドブック　増補改訂第二版増補編．川崎：労働科学研究所、1994:293-296

2) Murray CL. The Global Burden of Disease. Cambridge, Harvard University Press, 1966:201-246

「社会医学研究」投稿規定についての補足

「社会医学研究」へ投稿される原稿の査読、改訂などの手続きを迅速化するために、原稿を電子ファイルとして以下のメール･アドレスへ送付されることを勧めます。

star@onyx.dti.ne.jp

電子ファイルとして投稿する場合、本文および表は必ず、「MS Word」または「一太郎」のワープロ・ソフトを用いてください。可能ならば、図も GIF、TIF、JPEG または BMP で同時に送付してください。

なお、電子ファイルと同時に、A４紙に書かれた原稿１部（図、表を含む）を、「社会医学研究投稿原稿在中」と明記し、以下のあて先に郵便にて送付してください。

星　旦二　編集委員長

〒260-0013　多摩市桜ヶ丘 3-14-10　首都大学東京 都市環境学部 大学院・都市システム科学専攻

投稿規定の追加事項（暫定）

電子的技術情報を引用文献等としての記載する場合の要領

インターネット等によって検索した電子的技術情報を引用する場合、その書誌的事項を次の順に記載する（WIPO 標準 ST.14 準拠）。

著者の氏名. 表題、（記載可能な場合は以下に頁、欄、行、項番、図面番号など）、媒体のタイプを［online］として示し、判明すれば、以下にその掲載年月日（発行年月日）、掲載者（発行者）、掲載場所（発行場所）.［検索日］、情報の情報源及びアドレスを以下の例にならって記載する。データベースからの引用では識別番号（Accession no.）を記載する。

１．インターネットから検索された電子的技術情報の記載例

（日本語での記載例）

新崎　準ほか. 新技術の動向.［online］ 平成 10 年 4 月 1 日、特許学会.［平成 11 年 7 月 30 日検索］、インターネット＜URL：http://iij.sinsakijun.com/information/newtech.html＞

（英語での記載例）

Arasaki J et al. Trends of new technology.［online］1 April 1998, Jpn Assoc Acad Patent. [retrieved on 1998-02-24]. Retrieved from the Internet:

＜URL：http://iij.sinsakijun.com/information/newtech.html＞

２．オンラインデータベースから検索された電子的技術情報の記載例

Dong XR, et al.　Analysis of patients of multiple injuries with AIS-ISS and its clinical significance in the evaluation of the emergency managements. Chung Hua Wai Ko Tsa Chih 1993; 31(5): 301-302. (abstract), [online] [retrieved on 1998-2-24]. Retrieved from: Medline; United States National Library of Medicine, Bethesda, MD, USA and Dialog Information Services, Palo Alto, CA, USA.　Medline Accession no. 94155687, Dialog Accession no. 07736604.

日本社会医学会会則

第１条　（名称）本会は、日本社会医学会という。
第２条　（目的）本会は、会員相互の協力により、社会医学に関する理論及びその応用に関する研究が発展助長することをもって目的とする。
第３条　（事業）本会は、その目的達成のため、次の事業を行う。
１．研究会の開催
２．会誌、論文集などの発行
３．その他必要な事業
第４条　本会は、会の目的に賛同し、会費を納める者で構成する。
第５条　（役員とその選任）
本会には、理事よりなる理事会、評議員よりなる評議員会及び監事をおく。理事、評議員、監事の任期は3年とし、再任を妨げない。
第２項　評議員は、会員の直接選挙によって選出される。また、理事及び監事は、評議員会の互選によって選出され、いずれも総会において承認されなければならない。
第３項　本会の監査は、監事がこれに当たる。監事の任期は３年として再任を妨げない。
第６条　（役員の定数、及び選出細則）
理事、評議員、及び監事など本会役員の定数、及び選出方法の詳細は選出細則によって別に定める。
第７条　（総会と事業の運営、及び議決）
年次予算、会則、会則変更等重要事項の決定は、総会の議決を経なければならない。
第２項　理事会は、理事長のもとに承認された事業を執行するとともに、予算及び決算、事業計画を評議員会の承認のもとに総会に提出する。
第３項　総会は、委任状を含め、会員の４分の１以上の出席で成立する。
第４項　理事会、評議員会は、委任状を含めて定数の３分の２以上の出席で成立する。
第８条　（会費）会費は年額5000円とする。学生・大学院生は年額2000円とする。会員は、無料で会誌の配付、諸行事の案内を受けることができる。ただし、研究会の開催など特別に経費を要する場合は、その都度、別に徴収することができる。
第９条　（名誉会員）満70歳以上の会員のうち、世話人・理事経験のある者、またはそれに等しい功績があると総会で認められた者は、名誉会員に推薦することができる。
名誉会員は、会費納入を免除される。
第10条　本会は、会員の希望により各地方会をおくことができる。
第11条　本会の諸行事、出版物などは、会員外に公開することができる。
第12条　本会の会計年度は、毎年７月に始まり、翌年６月に終わる。

１．１９６０年７月施行
２．１９７９年７月一部改正
３．１９９３年７月一部改正
４．１９９６年７月一部改正
５．１９９９年７月一部改正
６．２０００年７月一部改正
７．２００２年７月一部改正
８．２００４年７月一部改正
９．２００６年７月一部改正

日本社会医学会役員選挙細則

１．（評議員の選出及び定数）評議員は、１０名連記による全会員の直接投票によって選出される。評議員の定数は、会員１０名につき１名を原則とする。
２．（理事の選出及び定数）理事は、評議員会での互選によって選出される。理事の定数は、１０名以内とする。選出された理事は、総会で承認されねばならない。理事会は、上記１．の規定にかかわらず、性、地域、職種、年令等を考慮して、指名によって若干名の評議員を追加することができる。
３．（理事長の選出）理事長は、理事会での互選によって選出される。選出された理事長は、総会で承認されねばならない。なお、理事長は、上記２．の規定にかかわらず、指名によって若干名の理事を追加することができる。
４．（理事長の代行の選出）理事長は、事故等の理由で職務を遂行できない場合を想定して、理事の中からあらかじめ理事長代行を指名する。
５．（監事の選出及び定数）監事は、評議員会において理事に選出された者以外から互選する。選出される監事の定数は２名とし、総会で承認されねばならない。

（２０００年７月）

編集後記

日本社会医学会第 50 回総会（波川京子企画運営委員長）が、札幌で 2009 年 6 月 27 日～ 28 日に開催されました。国立公衆衛生院の曽田長宗先生が世話人代表となって社会医学研究会準備会が東京のアジア会館で開催されたのが、1959 年 7 月 30 日～ 31 日でした。ちょうど半世紀が経過したところです。上畑鉄之丞理事長の提案で、第 50 回総会でも、本号でも、50 周年記念の取り組みがされました。50 年のあゆみは、「社会医学会と私」の特集として、掲載されています。

前編集委員長の山田裕一先生が、一昨年 9 月に金沢医科大学の学長に就任された結果、私、宮尾克が第 26 巻 1 号と 2 号を担当いたしました。本号は、長年の念願であった社会医学研究の年 2 回刊行をようやくなしとげるところまできた記念すべきものです。「社会医学研究」の巻号数の表記法を前回から変更し、本号は第 26 巻 2 号です。ここで、編集委員長を交代し、第 27 巻からは、首都大学東京の星旦二先生にご就任いただき、すでに第 27 巻 1 号の編集が開始されています。

貧困と格差の拡大、健康障害の進行した日本も、8 月末の総選挙で国民の審判がくだされ、大きな変革の時期にさしかかっています。時代から与えられた国のあり方の再考・再構築の時期に、日本社会医学会と会員の皆さまの役割はかつてなく高まっていると思います。皆さまのお仕事の一層の発展を祈念いたします。（宮尾　克）

査読者一覧（五十音順）

天笠　崇　先生
上畑鉄之丞 先生
黒田 研二　先生
小橋　元　先生
榊原 久孝　先生
垰田 和史　先生
田村 昭彦　先生
波川　京子 先生
仁平　将　先生
久永 直見　先生
福地 保馬　先生
星　旦二　先生
山崎喜比古 先生
山本　繁　先生