

BULLETIN OF SOCIAL MEDICINE

ISSN 0910-9919

社会医学研究

38-2

2021

日本社会医学会

JAPANESE SOCIETY FOR SOCIAL MEDICINE

目 次

<巻頭言>

1. 「生活習慣病」四半世紀 ……………柴田英治 105

<原著論文>

2. 薬害筋拘縮症者における二次障害の発症状況 ……………山本遼平ら 108
A survey on secondary disabilities among individuals affected by iatrogenic muscle contracture disease

<実践報告>

3. インドネシア出身外国人技能実習生の口腔保健と関連する生活習慣の実態 ……………久篠奈苗ら 119
Actual Oral Health-Related Lifestyle Status of Foreign Technical Interns from Indonesia

<特別報告>

4. 社会医学の未来をデザインする ～歴史に学び、一隅を照らす～ ……………高鳥毛敏雄 128
Designing the Future of Social Medicine : Learn from History and Illuminate One's Own Corner
5. 大阪社会医療センター 50年の歩み ……………工藤新三 137
The fifty years footsteps of Osaka Social Medical Center
6. chotCAST(大阪検査相談・啓発・支援センター)の10年の歩み
～「常設夜間休日検査相談事業」の検査結果の動向と今後の課題について～ ……………毛受矩子ら 147
Achievements and trends of HIV/AIDS night and holiday testing at the "chotCAST"
(Osaka Inspection Consultation・Enlightenment and Support Center) over 10 years
7. 大阪結核勉強会からストップ結核パートナーシップ関西へ ……………松田岳彦 156
The Stop Tuberculosis Partnership Kansai Project based on the Osaka Tuberculosis Study Group

<連載シリーズ> 「社会医学研究のはなし」(4)

8. 政策疫学 ……………西連地利己 164
Policy epidemiology

<会員の声>

9. 医療プロフェッショナルリズムの概念から
ダイビングインストラクターの職業倫理を考える ……………森松嘉孝ら 169
Professional ethics of diving instructors evaluated from medical professionalism
10. 国際社会小児科学小児保健学会のCOVID-19パンデミックおよび気候危機に関する二つの宣言
－日本社会医学会への宣言への支持・連帯と行動への期待－ ……………武内 一 174
Two declarations about the COVID-19 pandemic and the Climate Crisis on Children
-The expectations of endorsement, solidarity and action to The Japanese Society for Social
Medicine-

第 62 回日本社会医学会総会 開催概要	178
2020 年度（令和 2 年度）日本社会医学会理事会議事録	179
「社会医学研究」投稿規程	181
「社会医学研究」投稿に関する編集委員会細則	183
社会医学研究の倫理面に関するチェックリスト	187
投稿時 C O I 自己申告書	188
著作権委譲承諾書	189
日本社会医学会会則	190
日本社会医学会役員選出細則	191
編集後記	192

巻頭言

「生活習慣病」四半世紀

四日市看護医療大学 柴田英治

「成人病」から「生活習慣病」へ

1996年、当時の公衆衛生審議会がそれまで「成人病」と呼ばれていた高血圧、糖尿病、脂質異常症などの総称を「生活習慣病」と改めることが発表されて四半世紀が経過する。この間にこの言葉はすっかり定着し、アルコール摂取、喫煙、運動不足、摂取する栄養バランスの問題など個人の食事、運動、嗜好などの特徴が疾病の発症に関連することが広く知られるところとなり、国民の健康志向を促すとともにこれらを改善することによって疾病のリスクを減少させることができるとの常識がより定着したことは事実であろう。もともと「成人病」という言葉はある程度普及していたが、未成年者にも上記疾病の発症が見られることから、疾病の原因が年齢に特異的なものではなく、上記の因子を生活習慣と総称し、これを原因として発症することがわかるようにといった意図があったことが当時の審議会の報告書からうかがえる¹⁾。

特定健診・保健指導の導入

その後2008年に医療保険者に対して特定健康診査・特定保健指導の実施が義務づけられた。すると今度はメタボリック症候群という新たな用語が急速に普及し、肥満が健康リスクにつながることで改めて国民の間に認識されることになる。BMI、血液検査、血圧などの値が条件を満たす者を循環器疾患の高リスク者として特定保健指導の対象とし、保健師、医師、管理栄養士などがこれにあたる。生活全般を見直し、改善に向けて本人の気づきを促しながら、脳血管系・心臓病の疾病リスクを減らそうというもので、リスクの高い者に対して重点的に保健専門職の資源を投入するものであった。

特定健康診査・特定保健指導の主なターゲットになったのは脳血管疾患・心臓病であり、厚生労働省の生活習慣病対策の柱として現在も重要な位置を占めている。その後2000年に策定された21世紀における国民健康づくり運動（健康日本21）、2003年に施行された健康増進法とともに厚生労働省が打ち出す健康政策の根幹をなすものである。

一方、労働衛生行政では2006年に労働安全衛生法の改正により長時間労働を行った労働者に対する医師の面接が義務付けられ、同様に脳血管疾患・心臓病対策を視野に入れた制度が導入されている。

疾病の生活習慣要因とは何か

生活習慣病という言葉が登場するまでに行われた議論を見ると、疾病を発症させる要因として、遺伝要因、外部要因、そして生活習慣が挙げられている。この中で外部要因として具体的に挙げられているのは病原体、有害物質、事故、ストレスなどである。生活習慣として挙げられるのはすでに述べたように、食生活、運動、喫煙、休養などとされ、これら「様々な要因が複雑に関連して疾病の発症及び予後に影響している。」と述べている¹⁾。

さらにこれらの因子を制御して疾病を予防しようとする「対策を講ずる主体を考えた場合、『遺伝要因』や『外部環境要因』に対しては個人で対応することが困難である一方、『生活習慣要因』は個人での対応が可能である。」との見解も示される¹⁾。生活習慣病の呼称の提案にあたっては生活習慣要因を個人への介入によ

て高血圧、糖尿病、慢性閉塞性肺疾患など現在国民医療費の上でも、患者数の上でも上位にあるこれらの疾病を対象として個人の生活全般を見直し、生活習慣を改めることでリスクを回避することを戦略として掲げることになった。

産業保健関係者の受け止め方

産業保健分野で活動する研究者・実践家の中にはこのような疾病発症の捉え方とその対策のあり方には職業因子を一つの重要な要因とする観点が見落しているのではないかと批判が根強く存在する。ある職業に就くこと、ある勤務形態で働くことが生活習慣全般に強い影響を及ぼし、栄養、休養などはもちろん、喫煙、飲酒といった嗜好も勤務する中で生じる長時間労働、不規則な勤務体制などを抜きに論ずることはできないとする考え方である。また、産業保健の現場で健康診断の事後措置などに取り組む者にとって、「遺伝要因」はさておき、「外部環境要因」は個人で対応することが困難で、「生活習慣要因」は個人での対応が可能とする見方に対しても違和感を覚える。産業保健現場の専門職として考えるべきは、審議会が疾病発症の要因として挙げる「外部要因」と「生活習慣要因」の多くは職場環境、作業態様、勤務時間との関連が強く、個人への介入に加え、職場への介入によってリスク回避が可能であるかを見極めることである。生活習慣は個人で対応可能なものとして個人への介入を重視する公衆衛生審議会の見解は、職場環境、勤務時間、作業で取扱う有害物質のリスクを評価しつつ、職場・個人の両面から問題の解決を図るのではなく、職場と職場を離れたプライベートな時間・空間を峻別し、生活習慣をプライベートなものとして介入の対象とする方法論であり、これはおそらく当時厚生省と労働省が別々になっていた状況と無関係ではないだろう。厚生省として職場に働きかけるという選択肢はなかったと考えられる。

作業関連疾患の視点

一方、厚生労働省発足前の労働省は2000年3月に「労働の場におけるストレス及びその健康影響に関する研究報告書」の中で次のようなまとめをしている。やや長くなるが引用する。「職場のストレス要因として仕事の要求度、仕事のコントロール、職場の人間関係、仕事の不安定さ、仕事上の出来事、長時間労働などやその他の物理・化学・人間工学的有害因子があり、これらは直接、あるいは疾病の危険因子への影響を介して休養や治療を要するような疾病の発生、増悪、経過の遷延、再発などに関与している。」そして、虚血性心疾患、脳血管疾患を「重症度が高く、職業性ストレスとの関連性が強いと考えられるもの」に、高血圧、不整脈、肥満、高脂血症、脂肪肝、糖尿病、胃・十二指腸潰瘍、アルコール関連障害、腰痛、頸肩腕痛、うつ病を「頻度が高く、職業性ストレスとの関連性があるもの」に分類し、職場でさらされる様々なストレス要因、長時間労働、その他の有害因子との関連を指摘している。

厚生省が生活習慣病として挙げ、個人の生活習慣要因への働きかけが可能としていた疾病のほとんどがその3年後に労働省での報告書で職場との関連を指摘されている。1976年にWHOが提唱した作業関連疾患の考え方³⁾とほぼ同じと言えるものである。

これらの経過を見ると厚生労働省として統合される以前は両省がそれぞれ管轄する範囲での政策的に介入可能な範囲を反映した見解が発表されていると考えることもできる。労働省管轄の労働衛生行政、産業保健専門職の立場からは作業要因を重視し、場合によっては事業者に働きかける一方で個々の労働者に対しても健康診断の事後措置などの場で個人に働きかける活動が行われる。しかし、厚生省の立場では職場環境や勤務時間などに立ち入ることができないため、職場にいない時間帯に関連する生活習慣に介入することで疾病対策としたのであろう。

地域・職域連携推進事業

厚生労働省として両省が統合してすでに20年が経過したが、旧厚生省が生活習慣病、旧労働省が作業関連疾患として対策をとろうとした基本的な考え方が統合されているとはいえない状況である。生活習慣病の呼称が定着し、職場に関連する因子以外のプライベートな因子を対象に保健指導を行うという生活習慣病対策が主流になっているのではないか。

この旧厚生省が展開する保健所を中心とした地域保健活動と旧労働省が展開する労働衛生行政を担う労働局・労働基準監督署、これらに加えて健保組合などの医療保険者、労働衛生機関など労働者をはじめとする働く世代の人々に関連する組織・機関が連携して生活習慣病対策を行うことを目的の一つに始められたのが地域・職域連携事業である。これは旧両省が統合したといっても地域保健活動では手薄になりがちだった働く世代にも届く健康戦略を総合的な疾病予防政策の要にする目論見で開始された。働く人々、特に産業医の選任義務のない50人未満の事業場で働く人々に対するアプローチが可能な場として注目する向きも少なくない。しかし、小規模事業場の事業者や労働者が直接参加できる形態をとることが難しいほか、生活習慣病対策を主要な目的としていることから明らかなように、職場の危険因子に着目する視点が弱いことで、十分な効果が上がっているとはいえない状況である。

新たな視点の普及と議論を期待する

この10数年間の間に作業態様が引き起こす健康問題に関する研究が進み、特に長時間の座位姿勢がもたらす耐糖能低下の知見が重ねられ、これが糖尿病のリスクにつながっていることが知られるようになった。オフィス労働そのものが、代表的な生活習慣病である糖尿病のリスクを招くことになり、現在対策が進んだ事業場のオフィスではデスク面の高さを調節し、立位での事務作業を取り入れる、休憩時間に立ち上がって歩くことを推奨するなどの取り組みが行われている。一方、昨年来世界を席卷しているSars-Co-2の感染拡大に伴って働き方に大きな変化が生じた。在宅勤務、テレワークなど事業場に足を運ぶことなく、自宅または遠隔地での勤務を認める動きが加速している。産業保健関係者はこれらの新たな勤務形態への対応とオンラインによる産業保健活動の可能性についても検討を余儀なくされている。

作業姿勢が糖尿病のリスクを招くこと、在宅勤務が拡がり在宅時間の生活への介入を事業者抜きに語れなくなってきた状況に対応するには旧厚生省・旧労働省管轄の代表的な行政機関、保健所や地方労働局等のあり方を根本的に見直さなければならないのではあるまいか。また、国民の間に広く普及した生活習慣病の捉え方に対して、身の回りの疾病を作業関連疾患として捉え直す見方を行政、アカデミア、ソーシャルキャピタルなど地域の資源、さらに国民が共有できるような運動を進めることも必要ではないだろうか。日本社会医学会はその一翼を担うことが十分に可能であり、今後本誌、学会総会などで議論の深まりを期待したい。

引用文献

- 1) 生活習慣に着目した疾病対策の基本的方向性について（意見具申）1996年12月18日公衆衛生審議会
- 2) 労働省平成11年度「作業関連疾患の予防に関する研究」労働の場におけるストレス及びその健康影響に関する研究報告書 p.58-59 2000年3月
- 3) World Health Organization. Occupational health programmes: Report to the 29th World Health Assembly. Geneva 1976. (Document A29/10) .

原著論文

薬害筋拘縮症者における二次障害の発症状況

山本遼平¹⁾, 北原照代¹⁾, 辻村裕次¹⁾, 白星伸一²⁾, 埜田和史³⁾

要旨

背景・目的：筋拘縮症は、小児への筋肉注射によって生じた筋の線維化により、関節運動の制限とそれが成長にともない進行する医原性疾患である。本症は1970年代に日本各地で多発したが、今日に至るまで公的医療補償や相談窓口が整備されていない。現在、筋拘縮症者は40歳以上の中老年となり、痛みを主とした不調に苦しんでいることや手術を余儀なくされた症例のあることが報告されている。本稿では、筋拘縮症者における二次的な症状や機能低下の実態を明らかにすることを目的とした。

方法：「薬害筋短縮症の会」を通じて、全当事者会員37名に対し無記名自記式質問紙による断面調査を郵送法にて実施した。調査項目は、年齢、性別、身体障害者手帳の有無と等級、注射を受けて障害がある部位、現在の症状、睡眠、移動能力、二次障害、仕事、医療との関わり等とした。

結果：本調査の有効回答数は29名（78%）、回答者の年齢範囲は44～63歳であった。注射による大腿部の障害が全員にあった。腰背部、頸部など直接注射を受けていない部位にも痛みや可動域制限のある人がいた。約半数の人が、痛みや可動域制限による生活上の困難を感じながらも主治医や安心して受診できる医療機関がなかった。

考察：患者会の筋拘縮症者において、筋骨格系症状および身体機能低下が高率に発生していた。注射を受けていない部位の症状は代償動作や不適切な生活・職場環境により二次的に生じたものと考えられた。

【社会医学研究2021；38（2）：108－118】

キーワード：筋拘縮症、筋肉注射、医原性疾患、二次障害

I. 緒 言

筋拘縮症は、幼少期に筋肉注射を受けた部位で筋の線維化により伸張性が低下し、関節運動の制

限が起こる医原性疾患である。本症は1946年に初めて報告され、1973年に山梨県鵜沢町での集団発生をマスコミが取り上げたことで社会問題となった^{1,2)}。その後、自主検診医師団と厚生省により全国で検診が行われ、合わせて約2万人の被害者が確認された。そして、1976年に日本小児科学会から小児への不必要な筋肉注射を控えるべきとの提言が出され³⁾、現在では、新たな発生報告は見あたらない。患児の親らが、国・日本医師会・医療機関・製薬会社を相手に起こした裁判では、当時は他の薬害に対して比較的軽症であったこともあり、医

1) 滋賀医科大学 社会医学講座 衛生学部門

2) 佛教大学 保健医療技術学部 理学療法学科

3) びわこリハビリテーション専門職大学 作業療法学科

連絡先：山本 遼平

住所：〒520-2192 滋賀県大津市瀬田月輪町

滋賀医科大学社会医学講座衛生学部門

TEL：077-548-2187

E-mail：ry_061003@yahoo.co.jp

療機関・製薬会社と一時金のみで和解が成立した。しかし、国・日本医師会は「原因を認識し、公衆衛生の向上に努める」との宣言のみで責任は問われず、今日に至るまで公的医療補償や相談窓口が整備されていない⁴⁾。

筋拘縮症は三角筋や殿筋にもみられるが、最も多く9割を占める部位が大腿四頭筋であり¹⁾、直筋型、広筋型、混合型に分類される。直筋型は股関節と膝関節をまたぐ二関節筋である大腿直筋が傷害されて伸張性が低下することにより、股関節伸展位では膝関節屈曲制限をきたし、膝関節屈曲位では股関節伸展制限をきたす。広筋型は膝関節のみをまたぐ単関節筋の広筋が障害されるため、股関節の肢位に関わらず膝関節の屈曲制限が起こる。混合型は直筋型と広筋型の症状が混在するものである⁵⁾。

現在、筋拘縮症者は40歳以上の中高年となり、腰痛をはじめ、注射された部位や注射されていない腰部等の痛みを主とした症状・不調を感じている⁴⁾。また、関節可動域制限や筋力低下による日常生活への支障が徐々に大きくなってきており、手術に至った症例も報告されている⁶⁻⁹⁾ (資料1参照)。このように、当時には予想しえなかった二次的な症状や機能低下 (= 「二次障害」) という問題が少なからず発生している。二次障害とは、もともとの障害の悪化や新たに出現した症状および機能低下のことであり、加齢の他、生活や労働の環境の不適合が要因とされている¹⁰⁾。二次障害については、環境を整備することで予防・改善が可能な場合もある。白星と辻村は、サリドマイド被害者、脊髄損傷、中枢神経性運動障害 (脳性麻痺、ウイルス性脳症) など身体障害者の二次障害に対して、職場や生活の環境整備による症状や機器操作性の改善事例を多数報告してきた¹¹⁻¹⁴⁾。しかし、筋拘縮症者については二次障害の予防はもとより、実態を明らかにした研究報告さえ見あたらない。

本研究は、筋拘縮症者における二次障害の実態を明らかにすることを目的とした。これにより、今後行われるべきである二次障害の予防・改善に向けた支援のための課題が明らかになるという点で意義があると考えられる。

II. 方法

質問紙による断面調査を行った。

1. 対象者

京都府・滋賀県を中心に構成される、全国で唯一の筋拘縮症患者会である「薬害筋短縮症の会」の全当事者会員37名を対象とした。

2. 調査方法

「薬害筋短縮症の会」を通じて無記名自記式質問紙を会報に同封して送付した。回答済み質問紙は、同封した返送用封筒に入れて郵送するよう依頼した。

3. 質問項目

質問項目は年齢、性別、居住都道府県、身体障害者手帳の有無と等級、注射を受けて障害が発生した部位、原因となる注射を受けた時期、筋拘縮症に関連して力の入らない部位、痛み止めの服薬、現在の症状 (痛み・可動域制限)、睡眠 (時間・質)、日常生活動作 (Activity of Daily Living, ADL)、症状や身体機能の変化 (二次障害)、仕事、医療との関わりなどとした。本調査の質問紙は、就労障害者の二次障害についての先行研究¹²⁾ を参考に筋拘縮症者の障害特性を考慮した項目を追加して作成した。参考のために質問紙を資料2として末尾に付した。

4. 解析方法

すべてのデータをMicrosoft Excelに入力し、各質問項目の単純集計、クロス集計を行った。

5. 倫理的配慮

本研究は佛教大学及び滋賀医科大学の倫理審査委員会の承認を得て実施した (佛教大学H30-22-A、滋賀医科大学R2018-174)。調査対象者宛に、本研究の趣旨および倫理的配慮を記載した文書を郵送し、協力できる場合には、質問紙に回答して返信するように依頼した。質問紙に設けた同意欄へのチェックマーク記入にて協力意思を確認した。

III. 結果

30名から回答があり、1977年以降に原因となる注射を受けた1名を除外した29名 (78%) の回答を

有効とした（以後、特に断りがない限り割合の母数は29とする）。結果の一覧を表1,2に示す。

1. 基本属性

回答者の平均年齢は52.5歳（44～63歳）であり、50代が17名（59%）と半数以上を占めた。回答者の性別構成をみると、男性12名（41%）、女性17名（59%）とやや女性が多かった。近畿地方在住者が最も多く、その他は四国地方を除く地域に分散していた。重度障害者に分類される1級または2級の身体障害者手帳の交付を受けていた人は1名であった。

2. 原因となる注射を受けた時期・支障が出始めた時期

原因となる筋肉注射を受けた年齢の範囲は0～10歳で、最頻値は2歳と3歳がともに6名ずつ、「小学校入学前」に受けた人は28名（97%）であった。その28名を支障（痛い、動きにくい、力が入らない）が出始めた時期別に「小学校入学前」、「小学校低学年」、「小学校高学年」、「中学生以後」に分けた。小学校入学前が最も多かったが、6歳以上で支障が出始めた人も12名おり、最も遅く支障が出始めた人は13歳であった。最も遅く注射を受けた人は10歳で、1年以内に支障が出始めていた。

表1 基本属性、一次障害、現在の症状

年齢構成		痛みのある部位(複数回答)			
40代	8 28%	くび	10	34%	
50代	17 59%	背中	11	38%	
60以上	3 10%	腰	20	69%	
無回答	1 3%				
性別			左	右	
男性	12 41%	僧帽筋	10 34%	7 24%	
女性	17 59%	三角筋	5 17%	6 21%	
障害部位(複数回答あり)		上腕	2 7%	3 10%	
太腿	29 100%	肘・前腕・手	2 7%	3 10%	
臀部	3 10%	臀部	12 41%	9 31%	
三角筋	3 10%	股関節	10 34%	9 31%	
上腕	2 7%	大腿四頭筋	18 62%	14 48%	
注射の時期(複数回答あり)		大腿後部	7 24%	7 24%	
小学校入学前	28 97%	膝	9 31%	9 31%	
小学生	3 10%	脛	5 17%	6 21%	
中学生以後	0 0%	ふくらはぎ	10 34%	9 31%	
支障が出始めた時期		足・足首	5 17%	4 14%	
小学校入学前	13 45%	動きに制限のある部位(複数回答)			
小学生低学年	6 21%	頸部	5	17%	
小学生高学年	4 14%	背	2	7%	
中学生以後	3 10%	腰	5	17%	
痛み止め服用			左	右	
あり	10 34%	僧帽筋	1 3%	2 7%	
		三角筋	2 7%	2 7%	
		肘・手首・手	2 7%	2 7%	
		股関節	9 31%	7 24%	
		膝	5 17%	5 17%	
		足・足首	4 14%	3 10%	

表2 睡眠、ADL、二次障害、医療との関わり

平均の睡眠時間			二次障害		
平日	5.9 時間		あり	25	86%
休日	6.6 時間		何歳から感じた？(平均)	46.4 歳	
睡眠の質			二次障害の内容 <i>n=25</i>		
だいたいよく眠れる	7	24%	筋力が低下した	19	76%
まあまあ眠れる	11	38%	腰痛が強くなった	18	72%
あまりよく眠れない	10	34%	歩行障害	18	72%
睡眠の問題(自由記述)			痛みが強くなった	16	64%
痛みのために眠れない	11	38%	疲れやすくなった	16	64%
眠れる姿勢が限定	7	24%	動作がしづらなくなった	14	56%
歩行・移動			姿勢が悪くなった	13	52%
屋内/何らかの問題あり	3	10%	よくつまづく・転倒	13	52%
屋内/移動できない	0	0%	肩などのこり	11	44%
屋外/要時間/不安定	7	24%	関節の動きが悪い	9	36%
屋外/杖を使用	3	10%	しびれが強くなった	8	32%
屋外/車いすを使用	2	7%	体重が増えた	8	32%
屋外/移動できない	0	0%	立ち上がりにくい	6	24%
室内階段/何らかの問題あり	13	45%	その他	6	24%
室外階段/何らかの問題あり	14	48%	寝つきが悪くなった	5	20%
移動に関しての問題訴え	11	38%	物をよく落とす	3	12%
食事			食欲が低下した	2	8%
問題なく自分でできる	23	79%	体重が減った	1	4%
介助が必要	1	3%	仕事		
靴下やストッキングの更衣			している(男性, n=12)	10	83%
問題なく自分でできる	13	45%	している(女性, n=17)	8	47%
介助が必要	0	0%	している(合計)	18	62%
掃除			仕事の内容 <i>n=18</i>		
問題なく自分でできる	13	45%	事務作業	5	28%
介助が必要	1	3%	販売・営業	3	17%
自分ではしない	4	14%	管理業務	3	17%
料理			その他	7	39%
問題なく自分でできる	15	52%	作業形態や姿勢(抜粋) <i>n=18</i>		
介助が必要	1	3%	ほとんど座っている	6	33%
自分ではしない	4	14%	細かい作業をする	6	33%
洗濯			長時間、PCを使用する	4	22%
問題なく自分でできる	18	62%	力仕事をする	4	22%
介助が必要	1	3%	よく、しゃがむ	4	22%
自分ではしない	2	7%	ほとんど立ちっぱなし	3	17%
病気・機能低下したところ(抜粋)			長時間、車両を運転	3	17%
ない	8	28%	単調な繰り返し作業	3	17%
高血圧	8	28%	前屈姿勢が多い	3	17%
歯周病(歯槽膿漏など)	8	28%	[仕事している]&[二次障害あり] 14 78%		
高脂血症	4	14%	医療との関わり		
神経痛・リウマチ	4	14%	定期的な健康診断あり	25	86%
糖尿病	4	14%	定期的に医療機関と関わり	17	59%
神経症	4	14%	筋肉縮症に関わって	5	17%
その他	9	31%	主治医や安心して受診できる		
			医療機関なし	15	52%
			リハビリテーション		
			受けている(頻度関わらず)	9	31%

3. 障害発生部位・筋拘縮症に関連して力が入らない部位

注射による障害が発生した部位は大腿部が最も多く、全員が少なくとも左右どちらかに障害があり、両側とも障害があったのは21名(72%)であった。

筋拘縮症に関連して力が入らない部位は下肢(大腿・膝+足・足首)が最も多く、両側とも力が入りにくいとの回答は12名(41%)、片側では7名(24%)であった。

4. 現在、痛みのある部位・動く範囲が狭いと感じている部位

現在、痛みのある部位の分布は腰の痛みが20名(69%)で最も多く、次いで大腿四頭筋、臀部、背、頸部、僧帽筋、ふくらはぎの順に多かった。直接注射を受けていない腰、背、頸部にも痛みの訴えがあった。

動く範囲が狭いと感じている部位(以下、可動域制限のある部位)は股関節が右:7名(24%)、左:9名(31%)と最も多かった。可動域制限のある部位数を合計したところ、最も多かった人は14部位で、その人は身体障害者手帳の交付を受けていなかった。

5. 日常生活動作

日常生活動作のうち、移動に関する項目(屋内移動、屋外移動、室内階段、室外階段)は、いずれも「安定してできる」と回答した人が最も多かったが、「時間がかかる」、「手すりを使用する」、「杖を使用する」など何らかの問題がある、もしくは補助具を使う人は屋内移動で3名、屋外移動で10名いた。屋内外ともに「できない」との回答はなかった。階段昇降では、何らかの問題がある人、もしくは補助具を使う人は室内で13名、室外で14名いた。室外階段では「できない」との回答が2名いたが、いずれも車いす使用者であった。

その他のADLに関する項目は各項目において、「自分でできる(問題なし)」が最も多かったが、「ズボンやスカート」・「靴下やストッキング」の更衣では他の項目と比べて「普通のやり方と違う」と回答した人が多かった。

6. 症状や身体機能の変化(二次障害)

ここ数年で、身のまわりのことに関して、できなくなったことが「ある」と回答した人を「二次障害あり」とした。「二次障害あり」は25名(87%)であった。二次障害を感じ始めた年齢は平均46.4歳(32~60歳)であった。二次障害の内容と訴え率を図に示した。「筋力の低下」が最も多く25名19名(76%)であった。次いで、「腰痛の増悪」、「歩きにくくなった」、「歩ける距離が短くなった」、「歩くのが遅くなった」、「痛みの増強」、「疲れやすくなった」、「動作がしづらくなった」、「姿勢の悪化」、「つまずき・転倒の増加」の順で多かった。

7. 仕事

就労している人は18名(62%)であった。仕事の作業内容は「力仕事をする」、「よく、しゃがむ」、「前屈姿勢が多い」といった腰痛のリスクとなる作業、「細かい作業をする」、「長時間、コンピュータを使用する」、「単調な繰り返し作業」といった上肢障害のリスクとなる作業に従事している人もいた。

8. 医療との関わり

定期的な健康診断を「受けている」と回答した人は25名(86%)であった。健康診断の種類は、「職場での健診」が25名中10名(40%)と最も多かった。「その他」には、「夫の職場での健診」が含まれていた。

リハビリテーション(以下、リハビリ)や運動指導については、頻度に関わらず、リハビリや運動指導を受けていたのは9名(31%)であった。

主治医や安心して受診できる医療機関が「ない」と回答した人は15名(52%)であった。二次障害の有無別にみた主治医や安心して受診できる医療機関では、二次障害あり群25名中14名(56%)が主治医や安心して受診できる医療機関が「ない」と回答した。

9. 睡眠

平均睡眠時間は平日5.9時間(3~8時間)、休日6.6時間(5~9時間)であった。睡眠の質について、「あまりよく眠れない」が10名(36%)であった。17名が睡眠に関して自由記載しており、「痛みのために眠ることができない・目が覚める」といった内容が11名、「関節可動域制限により、眠ること

ができる姿勢が限られる」という内容が7名、この両方を記載していたのは3名いた。

10. 痛み止め薬の服用

痛み止め薬を服用していると回答した人は10名(35%)であった。最も多く薬を服用している人で6種類の薬を併用していた。

11. 自由記載

自由記載について内容で分類し、要約した結果を表3に示す。

IV. 考 察

1. 回答者の年齢

本調査の回答者は四国を除くすべての地方に在

住しており、全員が40歳以上であった。脳性麻痺等の肢体障害者では中高年に差し掛かると、原疾患に加齢や生活・職場環境等の負荷とが相まって、筋骨格系における二次障害のリスクが高くなる^{10,15-17)}。他の肢体障害者と同様の経過をたどるかは不明であるが、筋拘縮症者においても働き盛りの年齢であると同時に一般的に体力が急激に低下する年齢に差し掛かっており、やはり二次障害発症のリスクが高いと考えられ、そのための対策を早急に講じる必要がある。

2. 原因となる注射を受けた時期・支障が出始めた時期

ほぼ全員が小学校入学前に原因となる筋肉注射を受けていたが、痛みや可動域制限といった支障

表3 自由記載

要約した内容	人数
<症状・動作>	
家事が大変なときがある	2
散歩が大変なときがある	2
患部が突然痛む	2
力仕事、立ち仕事での痛みが年々ひどくなっている	1
腰痛のために屋外歩行が大変なときがある	1
立ち座り、歩き始めが不安定	1
長く歩くと筋肉痛が1週間続く	1
こむら返りがよく起こる	1
疲れが早く、無理をすると痛む	1
坂道でバランスがとれない	1
<不安>	
将来が不安	4
筋拘縮症の事が分かる医者がみつからない	1
<仕事>	
症状が悪化して仕事を辞めた	2
50代早期退職して収入が激減した	1
<医療について>	
医療費がかさむことが不満	1
(症状の)原因がわからず、医療機関からクレーマーのように扱われる	1
「回復の見込みがない」とリハビリが中止となった	1
何かあったとき相談できる医療機関がほしい	1
医療従事者が筋拘縮症について知り、繰り返さないでほしい	1
治療法がわからず、どの医者も本気で診てくれない	1
運動療法が有効だった	1

は少し遅れて出始めていた。ウサギを用いた筋拘縮症の病理学的所見では、原因となる薬剤を注射した筋では、筋組織の壊死が生じ、続いて線維化し、瘢痕組織が形成されて、伸張性が低下することが分かっている⁵⁾。このことから、伸張性の低下した筋が成長した骨に対して相対的に短くなり、加齢に伴って可動域制限が次第に強くなり支障が出現したと考えられた。

3. 障害発生部位（一次障害）・筋拘縮症に関連して力が入らない部位

本調査では大腿部の障害が最も多く、障害部位についての過去の報告¹⁾と相応していた。筋拘縮症に関連して力が入りにくい部位は、下肢が多かった。手術例の病理組織学的所見では、注射による筋細胞の壊死から生じた瘢痕組織が見られ、その周囲の筋組織では脂肪組織や筋線維萎縮が著明であったと報告されている⁵⁾。これらは注射による筋細胞の壊死が生じ、注射に起因する筋内の脂肪・結合組織の増加といった質的变化による筋力低下¹⁸⁾が、当該部の筋での力の入りにくさの理由と考えられた。

4. 可動域制限

「現在、動く範囲が狭いと感じている部位」は股関節が最も多かった。大腿四頭筋拘縮症の直筋型と混合型では、股関節の伸展制限が生じる⁵⁾。大腿四頭筋拘縮症のうち約8割が直筋型であり¹⁹⁾、本調査の結果は注射による障害がある部位に対応していた。

頸部や腰、足首など、注射を受けた筋に関係しない関節にも動く範囲が狭いという訴えがあった。これらは障害部位の可動域制限や痛み、生活・職場環境によって、動作の中で関節を最終域まで動かす機会が減り、二次的に可動域が低下した可能性がある。

筋拘縮症に対する治療法として、手術による改善が報告されている⁶⁻⁹⁾。しかし、手術は体への侵襲があり、負担が伴う。一方、保存療法は筋拘縮症者の二次的に生じた痛みや可動域制限に対して効果が期待できるが、そのような報告は白星ら²⁰⁾によるもののみである。筋拘縮症者の二次障害に

対する保存療法の効果が検証され、治療やリハビリの方法が確立されれば、筋拘縮症者の二次障害予防や非侵襲性の治療に繋がることが期待できる。

5. 痛みのある部位

本調査では直接注射を受けた大腿四頭筋の痛みを半数以上が訴えていたが、最も多い痛みの訴え部位は腰であり、その他に背や頸部といった直接注射を受けていない部位にも痛みの訴えがあった。大腿四頭筋拘縮症の直筋型・混合型では、骨盤の前傾・腰椎の前弯増強に伴う腰痛が起こると報告されている⁵⁾。加えて、傍脊柱部筋群の過緊張に伴う筋・筋膜性の疼痛が生じている可能性もある。これらは、一次障害から起こる可動域制限を代償するために、その周辺への負荷が大きくなることにより、疼痛が生じていると考えられた。

6. 日常生活動作

日常生活動作では「屋外移動」で何らかの問題がある人が1/3いた。その他では、ズボンやスカートの靴下やストッキングといった下肢の更衣・着脱を普通とは異なる方法で行っている人がおり、これらは筋拘縮症による下肢の可動域制限が影響していると考えられた。今後、加齢や廃用により、筋力低下や可動域制限が進行すれば、ADL低下に直結するため、自立を維持するためのリハビリや運動指導が必要である。

7. 筋力低下・歩行

二次障害の訴えは、「筋力の低下」、「腰痛の増強」、「歩きにくくなった」、「歩ける距離が短くなった」、「歩くのが遅くなった」、「痛みの増強」、「疲れやすくなった」、「動作がしづらくなった」、「姿勢の悪化」、「つまずき・転倒の増加」の順で多かった。人の諸機能は、適度に使用すれば発達する特性を持つ反面、不活動や制約のために使用しないこと（廃用）により、衰退、あるいは萎縮するという性質がある²¹⁾。筋拘縮症者では、痛みや可動域制限により身体活動量が低下していると考えられ、二次的に廃用性の筋力低下をきたしている可能性がある。また、筋力低下に伴い歩行の速度や持久力が低下していると考えられた。

筋量は加齢に伴い減少するが、その程度は上肢

よりも下肢で著しいとされている²²⁾。筋量の減少は筋力低下に繋がるため、下肢に機能障害のある筋拘縮症者にとって今後の加齢に伴う筋力低下を予防することは、ADLを維持するうえで健常者以上に重要である。さらに、特有の歩容に加えて、加齢・廃用による筋力低下やバランス能力の低下が相まって、筋拘縮症者では健常者に比べて転倒リスクが高まると考えられるため、転倒予防の助言指導も重要である。

8. 仕事と二次障害の関わり

自由記載から、体調の悪化により仕事を辞めた人や、仕事に就けず生活に困窮している人のいることが明らかになった。就労に伴う負荷は二次障害の要因となりうる。就労肢体障害者の作業環境を改善し、就労に伴う負荷を減らすことで、二次障害の予防・改善に繋がることが報告されている¹¹⁻¹⁴⁾。また、白星らは、肩こりを訴えながら事務仕事に従事する筋拘縮症者に対してVDT作業の環境改善を行うことで肩こりが軽減したと報告している²³⁾。就労している筋拘縮症者に対して、職場環境を整備することで二次障害の予防・改善に効果が期待できると考えられた。

9. 痛みの悪循環

日本疼痛学会によると「痛みは人を最も苦しめる要因である。痛みにより、睡眠が妨げられ、食欲や意欲が低下し、不安が増強するなど患者のQOLは大きく損なわれる」と述べられている²⁴⁾。筋拘縮症者にとって痛みはQOLを低下させるのみならず、身体活動量の低下によって、身体機能のさらなる低下に繋がるものである。そのため、このような悪循環を止めることが二次障害予防に重要であると考えられた。

痛みに対する治療として薬物療法が挙げられるが、本調査では最も多く薬を服用している人で6種類の薬を併用していた。近年、3か月以上続く慢性の痛み²⁵⁾に対しては認知行動療法、運動療法などを併用する集学的治療の有効性が報告されており^{24,26)}、筋拘縮症者に対して、このような薬を減らしうる治療の情報提供が必要と考えられた。

10. 睡眠

痛みのために目が覚める人や、可動域制限により眠る姿勢が限られる人がいた。寝返りには、睡眠段階を移行させるスイッチ、体の重みがかかった部分の血液循環を変化させる、体温・寝床内気候の調整といった役割がある²⁷⁻²⁹⁾。そのため、関節可動域の制限は睡眠中の寝返りを阻害し、睡眠の質の低下に繋がる。

睡眠時間の短さや質の低下は認知機能の低下に加え、抑うつ・イライラ感など情動的に不安定になる事が明らかになっている³⁰⁾。また、睡眠障害の発症要因として、痛み、不安、年齢の順に強く影響することが知られており、慢性疼痛患者が良質な睡眠を消失すると、集中力が低下し、判断力が鈍りミスが増え、苛立ちやすく、痛みにも過敏になっていく²⁴⁾。そのため、痛みから睡眠障害、睡眠障害から痛みの増強という悪循環が生じうる。対策として、痛みの治療と並行して、マットレスや枕などの睡眠環境を整備することが挙げられる。また仰向けに眠ると腰が反って痛むために側臥位で眠るという人には、抱き枕やクッションなどを用いて体にかかる圧を分散すること（ポジショニング）も有効であると考えられる。

11. 筋拘縮症者が安心して医療を受けるために

二次障害を感じながらも主治医や安心して受診できる医療機関がない人がおおよそ半数いた。医療機関での「筋拘縮症」に対する認識不足が、筋拘縮症者が適切な治療を受ける妨げになっている。本症が社会問題となった1970年代はマスメディアによる報道が行われ、社会に認知された。しかし、現在は、筋拘縮症がマスメディアに取り上げられる機会はほとんどない。過去に自主検診に関わっていた医師たちの多くは、現在、筋拘縮症者を診療しておらず、筋拘縮症について書かれた本も絶版になっているものが多い。また、医学教育において、薬害として筋拘縮症が取り上げられることもほとんどないと思われる。こうしたことが、本症に対する医療従事者の認識不足の一因となった可能性がある。

一般的に可動域制限や筋力低下、痛みに対して

リハビリは有効と考えられ、自由記載でも「運動療法が有効」との記載があった。しかし、リハビリを受けている人数は29名中9名と少なく、受けていたがリハビリを打ち切られた人や、回数が少なく効果が出ない人もいた。また、運動療法を保険適応のない自己負担で受けている人もおり、満足のいくリハビリや運動指導を継続して受けることに制度的なバリアが生じている。

可動域制限の部位数が最も多かった人は、身体障害者手帳の交付を受けていなかった。他にも、複数の可動域制限があっても手帳がない人もいた。身体障害者手帳の交付は関節可動域制限、筋力、機能障害の程度、ADLの状況を勘案して決定されるため、可動域制限の部位数だけでは断定できないが、障害の程度に見合った補償を受けることができていない人がいることは否定できない。

自由記載から、筋拘縮症者は成人以降も医療従事者の本症に対する認識不足や医療を受けるうえでの経済的負担など受療のバリアに直面し、症状の悪化に不安を感じていることが推察された。支援や治療に関わる医療従事者には、信頼関係の構築のために当事者の経験や苦痛を理解しようとする姿勢が求められる。

12. 本研究の限界と今後の課題

「大腿四頭筋短縮症から子供を守る全国連絡協議会」は1999年に京都での裁判が終結したのちに解散し、現在では「薬害筋短縮症の会」会員以外の被害者と連絡をとる事が困難な状況にある。1970年代に行われた検診で見つかった被害者数が約2万人であることを考慮すると、本調査結果は筋拘縮症者全体を代表する回答として一般化することは困難である。

集団発生が起こった地域や過去に検診に関わっていた医師、インターネットなどを通じて、対象者をより広げた実態の把握が求められる。

また、著者らは現在、筋拘縮症者への運動療法や温熱療法、環境整備の効果について検討を行っているが、このような二次障害予防・改善に向けた方策を引き続き検討する必要がある。

V. 結 語

筋拘縮症は医原性疾患でありながら、今日にいたるまで公的医療補償や相談窓口もなく、社会的な支援を受けられていない状況にある。本調査から、少なくとも「薬害筋短縮症の会」会員においては、可動域制限の進行、痛みの増強、筋力低下などの二次障害を疑わせる症状を抱えていること、および、睡眠の問題、移動に関する問題、受療のバリアが明らかになった。今後、対象を広げた実態調査を行うとともに、筋拘縮症者における二次障害の予防・改善に有効な対策を検討・実施する必要がある。

謝 辞

本調査にご協力いただきました「薬害筋短縮症の会」の皆様へ深く感謝いたします。

参考文献

- 1) 日本小児科学会筋拘縮症委員会. 筋拘縮症に関する報告書. 日本小児科学会雑誌 1983;87(6): 1067-1105.
- 2) 日本整形外科学会筋拘縮症委員会. 日本整形外科学会筋拘縮症委員会報告 筋拘縮症の診断と治療. 日本整形外科学会雑誌 1985;59(2): 223-253.
- 3) 横山育三. 筋肉注射に関する提言の解説: 日本小児科学会筋拘縮症委員会. 日本消化器外科学会雑誌 1979;12(5): 1-5.
- 4) 小田美也子. 筋肉注射による薬害 筋拘縮症の被害について. 社会医学研究 第58回社会医学会総会 講演集 2017;76.
- 5) 注射による筋短縮症全国自主検診医師団, 注射による筋短縮症全国自主検診医師団学術調査委員会. 注射による筋短縮症. 大阪: 注射による筋短縮症全国自主検診医師団学術調査委員会.
- 6) 萩原博嗣. 発症後40年以上経過して手術を行った大腿四頭筋拘縮症の1例. 整形外科と災

- 害外科 2014 ; 63 (1) : 126-128.
- 7) 細山嗣晃, 北村歳男. 三角筋拘縮症における凍結肩の1症例. 整形外科と災害外科 2017 ; 66 (2) : 278-282.
- 8) 川上甲太郎, 高橋正明, 松崎健一郎ほか. 軽微な外傷を契機に拘縮肩に至った小児型三角筋拘縮症の1例. 医療 2011 ; 65 (2) : 105-108.
- 9) 稲垣直哉, 大谷卓也, 加藤努ほか. 高度な弾発股と股関節の機能障害を呈する臀筋拘縮症の治療経験. 日本関節病学会誌 2013 ; 32 (1) : 47-51.
- 10) 肢体障害者二次障害検討会. 二次障害ハンドブック. 京都 : 文理閣. 2007 : 102.
- 11) 白星伸一, 川崎浩子, 辻村裕次, 他. 車いす使用者のVDT (Visual Display Terminals ; VDT) 作業における二次障害予防のための研究 VDT作業を行う脊髄損傷者における負担軽減事例についての検討. 保健医療技術学部論集 2009 ; 3 : 11-23.
- 12) 白星伸一, 辻村裕次, 埜田和史, 他. 就労障がい者の二次障がい現状調査. 保健医療技術学部論集2015 ; 9 : 37-46.
- 13) 辻村裕次, 埜田和史, 北原照代, 他. VDT作業を行う障害者の安全衛生管理に関する事例的研究. 総合リハビリテーション 2009 ; 37 (6) : 555-563.
- 14) Tsujimura H, Taoda K, Kitahara T. Effectual points of view in occupational health management for persons with cerebral palsy-interventional case approach in VDT work. Ind Health 2011 ; 49 (3) : 297-310.
- 15) 多和田忍, 万歳登茂子, 小川鉄男, 他. 成人アテトーゼ型脳性麻痺の頸椎MRI 所見と生活環境との検討. 総合リハビリテーション 1995 ; 23 : 31-35.
- 16) 手塚主夫, 佐藤一望, 高橋孝文. 成人脳性麻痺の加齢現象・全身的状况. 総合リハビリテーション 1988 ; 16 : 679-685.
- 17) 岡内章, 山口明, 小林充. 成人脳性麻痺者の労働環境と二次障害に関して. 総合リハビリテーション 1992 ; 20 : 1165-1170.
- 18) 福元喜啓, 池添冬芽, 山田陽介, 他. 超音波装置を用いた評価と臨床への応用 (第1回) 超音波画像診断装置を用いた骨格筋の量的・質的評価. 理学療法学 2015 ; 42 (1) : 65-71.
- 19) 関寛之, 吉田貢, 杉岡宏ほか. 大腿四頭筋短縮症の成因と病態全国自主検診結果の検討. 日本整形外科学会雑誌 1975 ; 49 (10) : 799-800.
- 20) 白星伸一, 山本遼平, 北原照代, 他. 薬害筋拘縮症者の二次障害について (第2報) 一多職種による介入事例検討一. 社会医学研究 第60回社会医学会総会 講演集 2019 : 72.
- 21) 奈良勲, 神戸晃男, 山崎俊明, 他. 理学療法から診る廃用症候群. 東京 : 文光堂. 2014 : 239.
- 22) Janssen I, Heymsfield S B, Wang Z M, Ross R. Skeletal muscle mass and distribution in 468 men and women aged 18-88 yr. J Appl Physiol 2000 ; 89 (1) : 81-88.
- 23) 白星伸一, 北原照代, 辻村裕次, 他. 薬害「筋拘縮症被害者」の二次障害予防に向けた取り組み-多角的アプローチによる介入事例の検討-. 産衛誌 2019 ; 61 (5) : 241-242.
- 24) 日本疼痛学会. 痛みの集学的診療. 東京 : 真興交易 (株) 医書出版部, 2016.
- 25) Treede R D, Rief W, Barke A et al. A classification of chronic pain for ICD-11. Pain 2015 ; 156 (6) : 1003-1007.
- 26) 高橋紀代, 安達友紀, 丸山伸廣, 西上智彦, 柴田政彦. 慢性痛患者に対する集学的入院治療の効果. Journal of Musculoskeletal Pain Research 2017 ; 9 (1) : 60-70.
- 27) 光本隆司, 和田侑奈, 田中秀樹. 疲労回復における寝返りの効果. 日本心理学会大会発表論文集, 73回 2009 ; 533.
- 28) 木暮貴政. 寝具と睡眠. バイオメカニズム学会誌 2005 ; 29 (4) : 189-193.
- 29) 白川修一郎. 睡眠中の体動の動態とその役割. 脳波と筋電図 1989 ; 17 (3) : 221-234.
- 30) Durmer J S, Dinges D F. Neurocognitive consequences of sleep deprivation. Semin Neurol 2005 ; 25 (1) : 117-129.

(受付 2020.10.09 : 受理 2021.02.02)

A survey on secondary disabilities among individuals affected by iatrogenic muscle contracture disease

Ryohei Yamamoto¹⁾, Teruyo Kitahara¹⁾, Hiroji Tsujimura¹⁾, Shin-ichi Shirahoshi²⁾, Kazushi Taoda³⁾

Abstract

Objective: Muscle contracture is an iatrogenic disease which had been caused by multiple intramuscular injections in their childhood. The iatrogenic muscle contracture disease (IMCD) brought on the limitation in range of motion (ROM) in some joints due to fibrosis of the muscles, and the impairment had developed. In Japan, the IMCD occurred frequently in the 1970s. However, no public medical compensation or consultation service has been established for IMCD patients to the present. The affected individuals are older than age 40. They are reported to suffer from considerable pain, and some patients required surgical treatment. The aim of this study was to clarify the actual situation of the secondary symptoms and functional deterioration (secondary disabilities) of patients with IMCD.

Methods: We conducted a cross-sectional questionnaire survey of 37 affected members belonging to an IMCD association by mail. The question items included age, sex, presence and grade of physical disability certificate, body sites damaged by injection, current symptoms, sleep, mobility capability, secondary disability, work, and relationship with medical care.

Results: A total of 29 individuals responded to the survey (response rate 78%). The ages of the respondents ranged from 44 to 63 years. All respondents were damage by injections in their thigh. Some respondents had pain and ROM limitation at body sites such as the back (pain 38%, ROM limitation 7%) or the neck (pain 34%, ROM limitation 17%), which were not directly injected. Approximately half of the respondents had no primary care doctor or some anxiety in relation to receiving medical care, while they felt difficulty in life due to pain and ROM limitation.

Discussion: We found out that there was a high prevalence of secondary disability among affected members belonging to an IMCD association. We considered the pain and limitation of body site not directly injected to be secondary disabilities caused by daily compensatory motion and an unsuitable living/work environment.

【Bull Soc Med 2021 ; 38 (2) : 108 – 118】

Key words : Muscle contracture, Iatrogenic disease, Secondly disability, Intramuscular injection

1) Division of Occupational and Environmental Health, Department of Social Medicine, Shiga University of Medical Science, Japan

2) Department of Physical Therapy, Faculty of Health Sciences, Bukkyo University

3) Department of Occupational Therapy, BIWAKO Professional University of Rehabilitation

実践報告

インドネシア出身外国人技能実習生の口腔保健と 関連する生活習慣の実態

久篠奈苗¹⁾, 根岸貴子²⁾, 森松嘉孝³⁾, 石竹達也³⁾

要旨

目的：インドネシア出身外国人技能実習生における食行動および口腔に関する健康状態・保健行動を含めた生活習慣について現状を把握し、健康教育上の課題および今後の健康教育実施において必要な内容を検討する。

方法：インドネシア出身外国人技能実習生6名を対象にインタビューによる情報収集と歯科医師による口腔内診査を行った。

結果：対象者全員にう蝕罹患の既往があり、6名中5名が母国・日本のいずれか、あるいは両国で歯科受診を経験していた。また、対象者全員に甘味摂取の習慣があり、全員に口腔清掃の習慣があった。母国にて歯科医療従事者より口腔清掃指導を受けた者はなく、歯科医院へのアクセスが容易でない者が多かった。

結論：インドネシア出身技能実習生においては、口腔保健指導を受けた経験が少なく、歯・口腔への関心も低い可能性が示唆された。歯科健診や口腔保健指導の機会の拡充と技能実習生および関係者への啓発が必要である。

【社会医学研究2021；38（2）：119-127】

キーワード：インドネシア、技能実習生、生活習慣、口腔保健

I. 緒 言

1993年に導入された技能実習制度は、我が国で開発され培われた技能、技術又は知識の開発途上国等への移転を図り、その開発途上国等の経済発展を担う「人づくり」に協力することを目的とする制度であり、「出入国管理及び難民認定法（入管法）」とその省令を根拠法令として実施されてきた。技能実習制度の見直しに伴い、2017年に新た

に「外国人の技能実習の適正な実施及び技能実習生の保護に関する法律（以下、技能実習法）」とその関連法令が制定され、入管法令で規定されていた多くの部分がこの技能実習法令で規定された^{1,2)}。ただし、制度の趣旨は以前と変わりはない。なお、技能実習生は労働者として日本人労働者と同様に労働関係法令の適用を受け、保護されている³⁾。2017年以前は技能実習1号が1年と技能実習2号が2年で在留期間は最長3年であったが、現在は技能実習1号で1年と技能実習2号で2年ののち、いったん1ヵ月以上の帰国を経て技能実習3号で2年の最長5年の在留が認められている¹⁾。日本における外国人技能実習生（以下、技能実習生）は年々増加し、2019年末現在における技能実習生は410,972人にのぼる⁴⁾。

1) 東京家政大学健康科学部リハビリテーション学科

2) 東京家政大学健康科学部看護学科

3) 久留米大学医学部環境医学講座

連絡先：久篠奈苗

住所：〒350-1398 埼玉県狭山市稲荷山2-15-1

東京家政大学健康科学部リハビリテーション学科

E-mail：kushino-n@tokyo-kasei.ac.jp

近年、技能実習生については、結核⁵⁻⁷⁾、先天性疾患⁸⁾など、健康問題が報告されている。在留外国人のうち技能実習生では在留期間が短く、日本語でのコミュニケーションも不十分であることが多く、医療機関受診時に症状を伝えることが困難なケースがあったとの報告がある⁹⁾。同様に、滞在期間の短い留学生の場合にも医療機関受診時のコミュニケーションの問題が指摘されている¹⁰⁾。外国人患者の医療機関受診の増加に伴い受け入れ状況や受け入れ体制に関する調査・報告は増加しているが、外国人と一括りになっていることが多い¹¹⁻¹³⁾。また、医療機関を利用する外国人の健康習慣および生活習慣に関連した調査・報告は少なく^{14,15)}、歯・口腔に関連したものについても同様である¹⁶⁾。

インドネシア共和国（以下、インドネシア）は面積が日本の約5倍の島嶼国家で、人口は約2億5500万人（2015年）、言語はインドネシア語である。宗教は、イスラム教が約87%、キリスト教が約10%、仏教が約1%である¹⁷⁾。2019年末現在、在日インドネシア人は66,860人で、技能実習生は年々増加し、35,404人である⁴⁾。インドネシア出身技能実習生は1993年の技能実習制度の導入時より受入れを開始しており¹⁾、長期にわたり幅広い分野で活躍している。また、2019年末の外国人技能実習生のうちインドネシア出身者が占める割合は8.6%の4位であるが⁴⁾、2018年10月末の技能実習生を含む外国人労働者の増加率の前年同期比21.7%はベトナムに次いで2番目に多く¹⁸⁾ 今後も増加が見込まれる。ベトナム出身技能実習生の健康に関する報告は散見されるが^{8, 19, 20)}、在日インドネシア人やインドネシア出身技能実習生を対象を絞った健康に関する情報は少ない⁵⁾。今回、我々はインドネシア出身技能実習生および労働者を雇用する地方事業所より、調査協力を得ることができた。そこで、今回の調査では、インドネシア出身技能実習生に注目した。

インドネシアでは、2014年より新たな国民皆保険制度が開始され、一般的な歯科医療サービスは1次医療機関で行われ、必要に応じて専門医のいる2次・3次医療機関へと患者が紹介される。医

療保険では、口腔内診査、緊急処置、抜歯、グラスアイオノマーセメント充填、年1回の除石が無料で行われ、インレーやクラウン修復などは自己負担となる。また、義歯は保険適応であるが、補綴本数に応じて受診者負担が必要である。地域歯科保健事業では、乳幼児や学童を対象とする口腔保健プログラムが一部で実施されているが、法律に基づいて全国的に実施されているものではない^{21,22)}。日本において増え続けるインドネシア出身技能実習生の口腔保健に関する報告がないのが現状である。

本調査では、インドネシア出身技能実習生を対象にインタビューと口腔内診査を行い、食行動および口腔に関する健康状態・保健行動を含めた生活習慣について現状を把握し、健康教育上の課題および今後の健康教育実施において必要な内容を検討することを目的とした。

II. 方 法

1. 対象者

インドネシア出身技能実習生を受け入れている従業員32名の地方の金属加工業企業の管理者に調査の主旨を説明し、対象者の紹介を依頼した。在籍する7名の技能実習生のうち、同意の得られた技能実習生6名（平均年齢22.7歳、男性6名）を調査対象とした。

2. 調査期間

2020年2月10日～11日の2日間に調査を実施した。

3. データ収集法

調査方法は、インタビューにて情報収集と、筆頭著者（歯科医師）による口腔内診査で、一人あたり30分の調査を行った。

調査は、プライバシーに配慮して協力企業の事務所内の個室を借用して個別に実施し、本人の了解を得てボイスレコーダーにて音声を記録した。

4. 調査内容

質問項目は、年齢、日本語の理解度、出身地、宗教、在日期间、日本での住居状況、食生活（食事回数、

主食、自炊・外食の状況、好物、甘味の摂取状況)、口腔清掃状況(歯磨き回数、歯磨き指導を受けた経験)、歯・口腔の自覚症状(疼痛の有無など)、母国および日本での歯科受診歴、などである。本調査の目的に合わせた質問項目を独自に検討した。

口腔内診査では、平成28年度(2016年度)厚生労働省、「歯科疾患実態調査票」の口腔内診査項目より「歯の状況」および「歯肉の状況」を使用し、「補綴の状況」および「歯列・咬合の状況」については対象者に該当しないため除外した。歯の状況では歯式に各歯の健全・処置歯・未処置歯・喪失歯の状態を記号にて記録し、歯肉の状況では検査項目に従って歯周ポケットの深さと歯肉出血の有無を確認した。歯の状況の結果は、う蝕経験歯数(以下、DMF歯数)で示す。DMF歯数は、D歯(未処置歯:保存可能な未治療のう蝕歯)、M歯(喪失歯:う蝕が原因で抜歯した歯で、抜歯または脱落により喪失した智歯は含まない)、F歯(処置歯:う蝕が原因で治療した歯)、の総本数で、これまでにう蝕を経験した歯の総数である。

5. 倫理的配慮

本調査は、東京家政大学健康科学部研究倫理委員会の承認(審査番号:健2019-12)を得て実施した。対象者には、日本語の文書と口頭にて調査目的・内容を説明して調査協力を依頼し、同意を得て調査を行った。文書では、漢字すべてにふりがなをつけ、研究者が口頭にて研究の概要および必要に

応じて補足説明を行い、対象者が理解できるよう配慮した。また、調査に協力しない場合や同意撤回で不利益がないことについても併せて説明した。個人情報には匿名化し、個人が特定されないよう配慮した。

Ⅲ. 結 果

1. 対象者の概要(表1)

対象者は、ジャワ島またはスマトラ島出身、全員がイスラム教徒であった。在日期间は平均1.8年(1~4年)、居住状況は全員が他の技能実習生との共同生活であった。

2. 食習慣および口腔保健・歯科受診状況(表2)

食事は昼・夕の1日2食が2名、朝・昼・夕の1日3食が4名で、朝食を摂取している4名は全員朝食ではパンを食べていた。母国料理が中心で、個人か共同生活者と交代で調理していた。母国の食事では辛い料理を好む者が3名であったが、甘味の摂取も好まれており、飲料または菓子類にて全員が甘味を摂取していた。コーヒーや清涼飲料にて甘味を摂取している者が5名で、そのうち3名が毎日、2名が週1回摂取し、また、5名中1名は飲料のほかに菓子も摂取していた。菓子を摂取している者は、2口サイズほどのチョコレート菓子を仕事前後の朝夕に週3回で1日あたり7個を摂取していた。甘味飲料を摂取しない1名はケー

表1 対象者の概要

ID	性別	年齢	日本語理解度	在日期间	宗教	日本での居住状況	最終学歴	出身地(島・都市)
1	男性	24	日本語能力試験*× 日常会話がある程度理解できる	4年	イスラム	他の実習生と共同生活	高等学校	スマトラ・メダン
2	男性	23	日本語能力試験N4	2年	イスラム	他の実習生と共同生活	高等学校	ジャワ・ソラケン
3	男性	23	日本語能力試験× 日本語をほとんど理解できない (インドネシア出身労働者A氏が通訳)	1年	イスラム	他の実習生と共同生活	高等学校	スマトラ・メダン
4	男性	23	日本語能力試験N3	2年	イスラム	他の実習生と共同生活	高等学校	ジャワ・クラテン
5	男性	21	日本語能力試験N4	1年	イスラム	他の実習生と共同生活	高等学校	ジャワ・ジャカルタ
6	男性	22	日本語能力試験N4	1年	イスラム	他の実習生と共同生活	高等学校	ジャワ・ソラケン

*日本語能力試験²³⁾

N1: 幅広い場面で使われる日本語を理解することができる

N2: 日常的な場面で使われる日本語の理解に加え、より幅広い場面で使われる日本語をある程度理解することができる

N3: 日常的な場面で使われる日本語をある程度理解することができる

N4: 基本的な日本語を理解することができる

N5: 基本的な日本語をある程度理解することができる

キを週2回おやつとして摂取していた。

口腔清掃は1日2回行っている者が5名で最も多かった。1回あたりの歯磨き時間は2～3分、あるいは、3分との回答が4名であった。母国にて、歯科医療従事者より口腔清掃指導を受けた者はいなかった。親からの指導が3名で最も多く、次いで小学校の先生が2名であった。

母国では、歯科医院へのアクセスが容易ではない者が多かった。比較的近い者ではバイクで5分の距離であった。遠い者ではバイクで1時間の者、バスで30分の者がいた。

母国で歯科受診経験のある者は5名で、そのうちの4名はう窩の自覚で受診していた。1名はう蝕以外の理由での受診で、来日前の健診にて歯科健診があり受診していた。

現在の歯・口腔への意識・自覚症状では、自覚症状としてう窩の自覚が2名で、うち1名が現在治療中であった。その他の者は、歯・口腔について自覚症状がなく、意識していなかった。

日本で歯科受診経験のある者は3名で、うち2名はう窩の自覚、1名は歯痛が受診理由であった。また、1名については確認できなかったが2名は健康保険を利用して3割自己負担で受診していた。いずれもわからない日本語があっても追加説明やジェスチャーなどで説明を理解できたとのことであった。対象者全員に対して日本での歯科受診への不安について尋ねたところ、全員が特に不安がないと回答した。

母国および日本の両国でこれまで歯科受診経験がない者は1名であった。

3. 口腔内診査結果 (表2)

DMF歯数は、平均6.5本(2～16本)であった。DMF歯数が最も多かった者の口腔内の状況は、二次う蝕を含むD歯12本、M歯2本、F歯2本であった。2名に喪失歯(M歯)があり、母国での歯科治療にて下顎第一大臼歯を1本あるいは2本抜歯されていたが、2名ともに欠損部の補綴は行われておらず、補綴の予定もなかった。

表2 食習慣および口腔保健状況

①食習慣・口腔清掃状況と口腔内診査結果

ID	1日の食事回数	主食	よく摂取する甘味、頻度	食事内容	1日の歯磨き回数	歯磨き指導の経験	歯磨剤の使用	歯みがき時間	DMF歯数* (D, M, F: 本数)	歯肉の状態
1	3回 (朝・昼・夕)	朝:パン 昼・夜:米食	コーヒー 1-2回/日	母国料理中心 日本食: たまに (内容・頻度不明)	1-2回(朝・夜) 朝は必ず	なし	不明	不明	7 (D:5, F:2)	4mm未満 出血なし
2	2回 (昼・夕)	昼・夕:米食	ジュース(オレンジ) 缶1本/1回/日	母国料理中心 日本食: うどんなど1回/月	2回(昼・夜)	母親	あり	3分	2 (D:2)	4mm未満 出血なし
3	3回 (朝・昼・夕)	朝:パン 昼・夜:米食	ジュース(オレンジ) 缶1本/1回/日	母国料理中心 日本食: うどんなど1回/週	2回(朝・夜)	小学校の先生	あり	5分	9 (D:3, F:6)	4mm未満 出血なし
4	3回 (朝・昼・夕)	朝:パン 昼・夜:米食	チョコレートケーキ 2回/週 ジュースは飲まない、 紅茶は砂糖なし	母国料理流心 日本食: うどん・焼きそば他 1回/月	2回(朝・夜)	小学校の先生	あり	2~3分	3 (D:1, M:1, F:1)	4mm未満 出血なし
5	3回 (朝・昼・夕)	朝:パン 昼・夜:米食	ジュース(いちごみるく) 缶1本/1回/週	母国料理中心 日本食: うどん1回/週	2回(朝・夜)	母親	あり	3分	3 (D:3)	4mm未満 出血なし
6	2回 (昼・夕)	昼・夕:米食	チョコレート菓子 3回/週 ジュース(レモンティなど) 1~2回/1回/週	昼食は母国料理 夕食で日本食: うどん・ おでん 5回/週	2回(朝・夜)	母親	あり	2~3分	16 (D:12, M:2, F:2)	4mm未満 出血なし

*DMF歯数: D歯(未処置歯), M歯(喪失歯), F歯(処置歯)の総本数

②歯科健診・歯科受診状況

ID	学校歯科健診の経験	母国での歯科受診経験	母国での歯科受診理由	母国での歯科医院へのアクセス	日本での歯科受診経験	日本での歯科受診理由	日本での歯科受診時の保険
1	なし	あり	歯痛あり, う窩の自覚	バイクで30~45分	あり	歯痛のため	未確認
2	なし	あり	来日前の健診で歯科健診のため受診	バイクで10分	なし	—	—
3	なし	あり	歯痛あり, う窩の自覚	バイクで1時間くらい	あり(治療中)	疼痛はなかったがう窩の自覚	健康保険
4	小学校であり	あり	疼痛はなかったがう窩の自覚	バイクで15分	なし	—	—
5	高校であり	なし	—	バイクで5分	なし	—	—
6	小学校であり	あり	歯痛あり, う窩の自覚	バスで30分	あり	疼痛はなかったがう窩の自覚	健康保険

歯肉の状態では、全員がポケット4mm未満、かつ、歯肉出血を認めなかった。

IV. 考 察

1. 対象者について

技能実習生全体では、男性が全体の約6割、20～24歳が全体の約4割で最も多く²⁴⁾、受入れ企業の半数以上は従業員数50名未満の企業である²⁵⁾。技能実習計画認定件数では、インドネシアは機械・金属関係の件数が約20%で最も多い²⁴⁾。本研究対象者の属性および配属先は、インドネシア出身技能実習生としては典型的で特別な状況ではない。

2. 現状に対する健康教育上の課題

1) 食行動・う蝕の実態と口腔保健認識の課題

日本における歯科疾患実態調査では、技能実習生と同世代を含む15～24歳の1人平均DMF歯数は3.1本に対し²⁶⁾、本調査対象の技能実習生では平均6.5本で、う蝕罹患率が日本人の同世代と比較して高かった。

また、本調査の対象者は全員がう蝕経験者で全員に甘味摂取の習慣があり、清涼飲料や菓子類の摂取を好んでいた。インドネシア・ジャカルタにおける12歳児のう蝕と関連する危険因子の調査にて、清涼飲料の摂取などの食習慣および親の教育レベルが関連因子として示唆されている²⁷⁾。インドネシア出身者においては、清涼飲料を含む甘味摂取状況について現状だけでなく幼児期や学童期にさかのぼって確認し、甘味摂取とう蝕との関連の認識についても確認が必要である。

2) 歯科教育・歯科受診の実態と口腔保健認識の課題

インドネシアにおける歯科医師数は約3.4万人(2020年)²⁸⁾で人口10万人当たりの歯科医師数は10数名であり、日本における人口10万人当たりの歯科医師数の80.5人²⁹⁾に比べると非常に少ない。インドネシアでは日本と比較して歯科医院へのアクセスが容易ではなく、本調査対象者においてもそのような状況であった。

インドネシアでは歯科医師・デンタルナースに

よる公的な歯科保健プログラムが少なく、乳幼児や学童を対象とする口腔保健プログラムは法律に基づいて全国的に実施されているものではないため^{21,22)}、これまでに歯・口腔保健教育を受ける機会が十分ではなかったことが推測される。本調査でも、母国にて歯科医療従事者から口腔清掃指導を受けた者はいなかった。また、歯・口腔について自覚症状がない者においては歯・口腔への意識が払われておらず、歯・口腔への関心が低いことが推測される。全員に口腔清掃習慣はあったがDMF歯数は多く、効果的な口腔清掃が実践できていないことが示唆された。喪失歯があった者も欠損部に対して補綴しておらず、補綴についての情報が少ないことも推測された。すなわち、口腔保健に関する情報享受や教育機会に恵まれていなかったことが口腔保健への認識不足につながった可能性がある。しかし、今回の調査への協力が得られていることから、健診や保健指導の機会があれば、自身の口腔ケアに関心を示すことが期待される。

3. 技能実習生を取り巻く健康関連法規等の課題

技能実習生は労働者として日本人労働者と同様に労働関係法令が適用され³⁾、健康保険、雇用保険、労働者災害補償保険、年金保険への加入が義務づけられている。さらに、法務省の「技能実習生の入国・在留管理に関する指針」³⁰⁾に基づき監理団体・実習実施者や受入れ機関・登録支援機関が加入者となり、日本での病気や就業時間外の傷害事故を補填する民間の外国人技能実習生総合保険にも加入するが、歯科治療は補償の対象ではない。技能実習生の受け入れ企業は、従業員50人以下の企業が多く²⁵⁾、産業保健スタッフによる保健指導などを受ける機会も少ない。そのため、技能実習生では、自己負担のかかる医療機関受診を控えたり⁸⁾、本調査の対象者のような自覚症状に乏しい場合には、症状の悪化がなければ歯科を受診しないことが推測される。一方、技能実習法の第一条では、関連法令と相まって、技能実習の適正な実施、技能実習生の保護、人材育成を通じた開発途上地域等への技能、技術又は知識の移転による国際協力を推進することを目的とすることが明記されている²⁾。健

康面で安心して実習に従事するために、日本に滞在中の保健管理の改善を目指すことも技能実習の役割および意義の一つに挙げることができる。その一環として、口腔保健における健康教育情報の提供と実践が人材育成と技術移転に貢献できる可能性について、技能実習生のみならず、技能実習生に携わる関係団体や受け入れ企業関係者などへ啓発を行うことも必要である。

在日外国人の医療機関受診においては、わかりやすい説明などの言語対応と、単に対象者の出身国の文化を理解するだけではなく日本文化の押しつけにならないことが求められている^{15,31)}。外国人技能実習生においては、本調査より歯・口腔に関する社会の状況や経験が日本とは異なる可能性が示唆された。歯科においても、これらの点を考慮して日本人向けの保健指導や日本文化の押しつけにならないよう配慮し、企業と正式に雇用を結んだ日本の労働者として²⁾、健康増進への支援を行っていく必要がある。

4. 今後の展望

本調査にて、インドネシア出身技能実習生への口腔保健教育の必要性が示唆された。対象者を増やして今後も調査を継続し、より多くの情報収集と分析にて理解を深め、さらに保健指導の実践と効果の検証を行い、より効果的なアプローチの検討が必要である。

5. 本調査の限界

対象者の属性・配属先は例外的な状況ではなかったが、本調査では対象者が少なく、日本在住のインドネシア出身技能実習生の一般的な状況とは断言できない。また、対象者は簡単な日本語の会話が可能であったが、歯や歯科に関する質問ではジェスチャーや追加説明が必要であったり、回答が単語や短文であり、詳細な内容の確認には工夫や配慮が必要であったため、限られた時間で詳細な情報を聴取することが困難であった。今後の調査においてもこれらの点にも配慮して調査内容や方法を検討して進めていく必要がある。

本調査では、対象者をインドネシア出身者に絞ったが、技能実習生は他のアジア諸国を中心にさま

ざまな国・地域から来日している。他の国・地域の状況についても現状の把握と文化の理解が必要である。

V. 結 論

本調査の対象のインドネシア出身技能実習生は、う蝕罹患および歯科受診経験があった。甘味摂取を好み、口腔保健指導を受ける機会が少なかったことが歯・口腔への関心の低下を招いている可能性がある。食生活を含めた文化や生活習慣を理解し、口腔保健指導を行っていく必要がある。

【謝 辞】

本調査にご協力いただいた技能実習生、および、企業の皆様に感謝いたします。

【利益相反】

本調査に関して、利益相反に相当する事項はない。

【文 献】

- 1) 公益財団法人 国際人材協力機構.
<https://www.jitco.or.jp/ja/regulation/care.html> (2020年7月14日にアクセス)
- 2) 厚生労働省. 外国人の技能実習の適正な実施及び技能実習生の保護に関する法律 (技能実習法).
<https://www.mhlw.go.jp/content/000661731.pdf> (2020年9月28日にアクセス)
- 3) 厚生労働省. 技能実習制度 運用要領.
<https://www.mhlw.go.jp/content/000622688.pdf> (2020年12月5日にアクセス)
- 4) 法務省. 令和元年末現在における在留外国人数について 令和元年末現在 公表資料.
<http://www.moj.go.jp/content/001317545.pdf> (2020年9月28日にアクセス)

- 5) 手塚直子. 外国人の結核 インドネシア協会からの委託事業について インドネシア技能実習生への健康管理プログラム. 保健師・看護師の結核展望. 2015; 52 (2): 52-57
- 6) 粟津真麗, 篠原幸一. 外国人の結核「企業で役立つ結核の正しい知識」外国人技能実習生を受け入れる企業向け結核パンフレット. 保健師・看護師の結核展望. 2016; 54 (1): 54-57
- 7) 疫学情報センター. 結核の統計 結核年報2018 結核発生動向概況・外国生まれ結核.
https://www.jata.or.jp/rit/ekigaku/index.php/download_file/-/view/4884/ (2020年10月1日にアクセス)
- 8) 森松嘉孝, 高城暁, 森美穂子, 他. 外国人技能実習生総合保険制度の適用範囲～入国後に先天性疾患が判明し, 就業可否がわかれた未成年ベトナム人女性の2事例から～. 産衛誌. 2020; 62: 83-85
- 9) 山川香奈子. 失敗と改善の繰り返しから学んだ外国人技能実習生の健康管理. 産業保健と看護. 2020; 12: 117-124
- 10) 近藤暁子. A大学のアジアを中心とした留学生の医療機関受診体験についてWeb調査より. お茶の水医学雑誌. 2018; 66: 287-295
- 11) 岡村世里奈. 外国人の医療機関への受診状況. 診断と治療. 2018; 106: 1369-1372
- 12) 山本和儀. 沖縄県における外国人の医療. 沖縄医報. 2019; 55: 418-426
- 13) 田中裕子, 加藤桂子, 上原ジャンカルロ, 他. 保健医療機関における外国人対応の現状と課題—三重県の病院および市町村保健センターを対象とした全県調査より—. 日本渡航医学会誌. 2017; 11: 74-80
- 14) Watanabe A, Sakka L. Listening to foreign patient voices: a narrative approach. 福井大学医学部研究雑誌. 2017; 17: 1-11
- 15) 寺岡三左子, 村中陽子. 在日外国人が実感した日本の医療における異文化体験の様相. 日本看護科学会誌. 2017; 37: 35-44
- 16) 原田祥二, 藤田真理, 三重野雅, 他. 開業歯科における外国人の受診状況. 道歯会誌. 2019; 74: 75-82
- 17) 外務省. インドネシア共和国.
<https://www.mofa.go.jp/mofaj/area/indonesia/index.html> (2020年7月14日にアクセス)
- 18) 厚生労働省. 「外国人雇用状況」の届出状況まとめ (平成30年10月末現在).
<https://www.mhlw.go.jp/content/11655000/000472892.pdf> (2020年12月5日にアクセス)
- 19) 森松 嘉孝, 森 美穂子, 小笠原 尚之, 他. 結核性髄膜炎罹患未申告を事由に契約を解除されたベトナム人技能実習生. 社会医学研究. 2021; 38: 68-72
- 20) 坂部 茂俊, 山岸 歩空人, 森 達哉. ベトナム人技能実習生, Brugada症候群の1例. 心臓. 2020; 52: 205-210
- 21) 竹原祥子, 川口陽子. 世界の子どもの歯科事情 (第16回) インドネシア. 小児歯科臨床. 2016; 21: 84-88
- 22) 島津 篤, 重石 英生, Nguyen Thi Phuong Thao, 他. 広島大学歯学部国際歯学コース留学生の出身国 (インドネシア・ベトナム・カンボジア) における歯学教育と医療保障. 広歯誌. 2019; 51: 34-41
- 23) 日本語能力試験.
<https://www.jlpt.jp/> (2020年8月5日にアクセス)
- 24) 外国人技能実習機構. 令和元年度 (2019年度) 業務統計.
https://www.otit.go.jp/gyoumutoukei_r1/ (2021年4月20日アクセス)
- 25) 独立行政法人 労働政策研究・研修機構. 企業における外国人技能実習生の受入れに関する調査.
<https://www.jil.go.jp/institute/research/2016/documents/157.pdf> (2020年9月28日にアクセス)
- 26) 厚生労働省. 平成28年度 (2016年度) 歯科疾患実態調査.

- <https://www.mhlw.go.jp/toukei/list/dl/62-28-02.pdf> (2020年8月4日にアクセス)
- 27) Diah Ayu Maharani, Shinan Zhang, Shiqian Sherry Gao, et al. Dental caries and the erosive tooth wear status of 12-year-old children in Jakarta, Indonesia. *Int. J. Environ. Res. Public Health.* 2019; 16: 2994
- 28) インドネシア医学評議会.
<http://www.kki.go.id/> (2020年7月22日にアクセス)
- 29) 厚生労働省. 平成30年(2018年)医師・歯科医師・薬剤師統計「歯科医師」(2019年12月19日掲載).
- <https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/ishi/18/dl/kekka-2.pdf> (2020年7月25日にアクセス)
- 30) 法務省入国管理局. 技能実習生の入国・在留管理に関する指針.
<https://www.tipcs.jp/pdf/Guideline.pdf> (2020年9月28日にアクセス)
- 31) 中村安秀. 外国人が安心して受診できる病院. *日本渡航医学会誌.* 2017; 11: 58-61
(受付 2021.03.25: 受理 2021.05.25)

Actual Oral Health-Related Lifestyle Status of Foreign Technical Interns from Indonesia

Nanae Kushino¹⁾, Takako Negishi²⁾, Yoshitaka Morimatsu³⁾, Tatsuya Ishitake³⁾

【Abstract】

Objective: This study aimed to understand the current lifestyle status, including eating, oral health, and overall health behaviors of foreign technical intern trainees from Indonesia, and to identify health education-related issues and contents to provide further health education among them.

Methods: We conducted an interview survey among six foreign technical intern trainees from Indonesia; furthermore, they underwent oral examinations by a dentist.

Results: All subjects had a history of dental caries, and five of them had undergone dental treatment in Indonesia, Japan, or both countries. Furthermore, all subjects had habitually consumed sweet foods and drinks and maintained their oral hygiene. However, none had received oral hygiene instructions from dental care workers, with many not having had an easy access to dental clinics in Indonesia.

Conclusions: The results suggest that the technical intern trainees from Indonesia had little experience of receiving oral hygiene instructions and may have had low interest in improving or maintaining oral health care. It is necessary to expand the scope for oral health examinations and instructions to increase the oral health-related knowledge and awareness among technical intern trainees and other relevant parties.

【Bull Soc Med 2021 ; 38 (2) : 119 – 127】

Key words : Indonesia, Technical intern trainee, Lifestyle, Oral health

1) Department of Rehabilitation, Faculty of Health Science, Tokyo Kasei University

2) Department of Nurse, Faculty of Health Science, Tokyo Kasei University

3) Department of Environmental Medicine, Kurume University School of Medicine

特別報告

社会医学の未来をデザインする ～歴史に学び、一隅を照らす～

高鳥毛敏雄¹⁾

要約

日本は医学、医療、公衆衛生は欧米諸国と遜色ない水準に到達している。それを支えている社会の基盤が異なっていること、また超高齢少子社会に直面していることを考えると今後の社会医学は日本の実状を踏まえて発展させていく必要がある。科学研究の専門分化が進んでいるが、社会医学は学際的なトランス・リレーショナル・サイエンスであることを忘れてはならない。政治学者の丸山真男は、日本は西洋の学問の根元を切り落として、細分化、専門分化したものを輸入してきたとしている。そのため各学問がタコソボ状態になって、相互につながっていないという問題があると評している。ところで、社会医学の問題の解決には、社会制度を整えるだけでは対応できない。社会医学の思想を持つ人間の存在が不可欠である。歴史を辿ると、社会医学は日本においても古くから存在していたとみることができる。日本の社会医学の未来は、歴史を学び、それを実践することにより開かれる。大阪市西成区の結核問題の解決を通し、社会医学の歴史が繰り返されていることを学ぶことができた。本稿は、第61回日本社会医学学会総会において会長講演として話した内容を加筆したものである。

【社会医学研究2021；38（2）：128-136】

キーワード：社会医学、歴史、一隅を照らす、あいりん地域、タコソボ

1. はじめに

人間の健康状態は、体内の「内的要因（体液）」だけでなく体外の「環境要因」の影響もあることをヒポクラテスが記述している¹⁾²⁾。人間の健康と環境と関係があることは古くから知られていた。これが瘴気論（ミアズマ説）として人々に信奉され、19世紀のコレラのパンデミックの時期に衛生学や公衆衛生学の確立につながる³⁾。

近代医学が大きく進展した20世紀に公衆衛生体制に大きな変化がもたらされる。イギリスが「す

べての国民が医療サービスを公平に受けられる社会とする」政策をとることにつながったからである。病院を国営化し、国民保健サービス制度（NHS：National Health Service）を成立させた。それが19世紀につくられた地方自治体が基盤とした公衆衛生体制をイギリスで途絶させている⁴⁾。この時期から日英の公衆衛生体制の展開が異なったものとなっている⁵⁾。イギリスが公衆衛生制度を確立した時の日本は漢方医学を西洋医学に切り替えたばかりであった。日本は医学、医療、公衆衛生を個別に導入して最近まできている。現在は、医療と公衆衛生の体制は欧米と似た水準に整えられている。しかし、超高齢・少子・人口減少という他の先進国が経験していない課題に直面している。これを乗り越えるには日本の歴史と社会的な土壌を理解

1) 関西大学社会安全学部・社会安全研究科
連絡先：高鳥毛敏雄
住所：〒569-1098 高槻市白梅町7番1号
TEL：072-684-4000（代表） FAX：072-684-4188
E-mail：t_toshio@kansai-u.ac.jp

して新たな社会を描きつくっていく必要がある⁶⁾。

2. 歴史に学び、社会医学を伸ばす

COVID-19は欧米諸国と日本の社会及び公衆衛生体制の違いを浮かび上がらせている。感染症の流行は、原因となる微生物（生物学的要因）、社会の環境や制度（社会的要因）、免疫の保有状況（免疫学的要因）の3つの要因に規定されているが各国の流行状況は「社会的要因」の違いの影響が大きい。日本社会の保健医療や統治システムの素顔を確かめる機会を提供してくれている。

日本は、海の幸、川の幸、山の幸に恵まれ、この食物の根源の自然を崇め、自給自足の長い歴史を有している。このことは1992年に発見された青森県の三内丸山の日本最大級の縄文集落跡で確認されている⁷⁾。三内丸山だけでなく、東北の北部から北海道南部にまたがり縄文遺跡が広く分布している。この「北海道・北東北の縄文遺跡群」を世界遺産として登録すべきと国際記念物遺跡会議（ICOMOS）が2021年5月に勧告している。

中国に統一国家が誕生したことで日本が統一国家となることが促された。遣隋使、遣唐使を派遣し、大陸の文明と技術、そして統治システムの導入が図られて中国を手本とした体制づくりが進められた⁸⁾⁹⁾。それが天皇を上におく社会の形成につながっている。第16代天皇の仁徳天皇（在位313-399）の逸話が、日本社会のカタチの一端を伺わせてくれる。仁徳天皇は難波の地（現大阪市中央区）の高津宮で政務をされていた。ある年、高殿から民の住む集落を見渡すと民家のかまどから煙があがっていない。それは民が窮乏しているためと知り、税の徴収を3年間取りやめている。自らの衣服や履物は破れるまで使用し、宮の屋根の茅が崩れても修理をせずに耐えたと描かれている¹⁰⁾。このエピソードは、1921年の大阪市庁舎落成記念として作成された大阪市歌（一般公募）の歌詞に採用されている。「高津の宮の昔より、よよの栄を重ねきて、民のかまどに立つ煙」というフレーズである。

第45代の聖武天皇（在位729-749）も災禍に見舞われた国民の生活の安寧と天災の平定を図る政治

を行っている。即位後、天変地変が絶えず、天然痘のパンデミックもあり、総人口の約3割が失われ、さらに政治も乱れた。天皇は、奈良を離れ、京都、滋賀、大阪に身を移している。最終的に平城京に戻り中国から直に仏教を取り入れ、それを柱とした鎮護国家を建設している。仏教の導入のために遣唐使を派遣し、中国人高僧（鑑真）を招聘している。最新の仏教典、仏像技術、寺院建築の技術を取り入れている。東大寺と法華寺を総本山とし全国に国分寺と国分尼寺を設けている。この国家プロジェクトがその後の日本の統治システムの礎となっている¹¹⁾。僧侶の行基は、東大寺の建設に協力し、仏教を広めただけでなく、人々の生活を支える多くの社会事業を実践している¹²⁾。また聖武天皇の後、光明皇后は施薬院と悲田院を設置して貧困者や病者の救済にあたっている。

平安時代になると、日本人による仏教を柱とした治世を発展させている。比叡山を開いた最澄（767-822）はその一人で、「一隅を照らす」という言葉を残している¹³⁾。自分が置かれた場所で精一杯明るく光り輝き、周りを照らす人こそが、社会（国家）の宝であると説いている¹⁴⁾。「一隅を照らす」という言葉は、アフガニスタンの地で、住民のために診療所を飛び出し、井戸掘りや灌漑用水を建設し、砂漠化した土地を農耕地に戻すことを実践した中村哲氏が座右の銘としていた言葉でもある¹⁵⁾。

明治期に中国から文明を取り入れることを一変させ、欧州諸国を手本として工業技術や社会制度を輸入して新しい国家を建設してきた（表1）。今や東西の社会の文化の違いが縮小している。社会医学の目標も世界共通のものとなっている。世界保健機関（WHO）が掲げる「ユニバーサル・ヘルス・カヴァレッジ（UHC）」、国際連合（UN）が掲げる「持続可能な開発目標（SDGs）」にその例をみることができ、2025年に日本で開催される大阪関西万国博覧会のメインテーマは「いのち輝く未来社会のデザイン」とされている¹⁶⁾。まさに「いのちが輝く社会」の実現が世界の人々の共通の目標になりつつある。

表1 日本の歴史のキーワード

■ 縄文・弥生時代	— 自然の恵みによる社会、分散型社会
■ 飛鳥～奈良時代	— 大陸文化・技術の流入、仏教伝来、社会統一
■ 平安時代	— 大陸文化の日本化、階層化、権力の世襲化
■ 鎌倉～戦国時代	— 下剋上、兵農分離、鉄砲伝来
■ 江戸時代	— 分権化、新田開発、産業振興、街道・海路整備
■ 明治～平成の時代	— 西洋の学問・技術・文化の輸入、経済至上主義
■ 平成～令和の時代	— 和洋折衷、多文化共生、生物多様性

3. 近代日本の歴史は3区分できる

社会医学は、社会の発展段階に規定されている。明治から50年単位に3つの時代に区分ができる。第1期は1871～1920年、第2期は1921～1970年、第3期は1971～2020年である。

第1期は、欧米先進国に追いつくことを目標とし、過去の日本の歴史を学ぶことを休止した時期であった。1868年に神仏分離令を發布し、仏堂・仏像・仏具などを破壊するなど仏教の影響を弱める政策がとられている。1871年に廃藩置県が行われ、岩倉遣欧使節団の派遣ではじまっている。1872年に官営富岡製糸場が操業されている。政治的に内閣制度が発足し、憲法制定と帝国議会設置がなされている。日清・日露戦争が勃発し勝利している。労働者が増加し、労働者の健康の保護の仕組みを整える必要があり、1911年に工場法が制定されている。1914年に第一次世界大戦が起こり、それに関連してスペインインフルエンザウイルス(H1N1亜型)の未曾有のパンデミックが発生している。

第2期は、原敬首相の暗殺(1921年)にはじまる激動の政治と戦争の時期であった。1922年に世界初の社会主義国のソビエト連邦が成立している。1923年に関東大震災が起こり、1927年に昭和金融恐慌、1929年に世界恐慌が発生している。この困難な社会状況の打開するために日本は大陸侵攻す

る政策をとっている。それが第二次世界大戦につながり、1945年に無条件降伏をしている。1946年に日本国憲法の公布を経て、1951年にサンフランシスコ講和条約の締結により連合国軍(GHQ)の支配下から主権を回復している。そして高度経済成長の時代に突入している。1964年に東海道新幹線が開業、東京オリンピックが開催されている。他方で、経済優先政策の副産物としてイタイタイ病、水俣病、四日市喘息、薬害などの健康問題が噴出している。高度経済成長時代の絶頂期に、「人類の進歩と調和」をテーマとして大阪万国博覧会が開催された^{17) 18)}。「調和」の象徴が「太陽の塔」であり、この約65mの無骨な建造物が、進歩の象徴の「お祭り広場」の近代的な大屋根の建築物を貫いて建てられた。先端技術を駆使して建てられた大屋根やパビリオンはすべて撤収され、会場に樹木や草花を植えられ、現在は森と広場からなる自然文化園(万博記念公園)となり、「太陽の塔」だけ残されている¹⁹⁾。

第3期は、万博終了して間もなく中東戦争が勃発してオイルショックの発生により不況となったが、それでも成長神話が衰えず、1985年にバブル経済となっている。1991年にバブル経済が崩壊してから新たな社会に向けた動きがでてきている。官業を民業に移行する政策が進められ、1985年の日本電信電話公社、1987年の国鉄が分割民営化さ

れている。

1989年にベルリンの壁が崩壊し、1990年にソビエト連邦が崩壊し、東西冷戦構造が崩壊し、国際社会は激変した。しかし、1991年に中東で湾岸戦争が発生し、2001年にアメリカで同時多発テロ事件が発生している。その後も地域紛争やテロ活動はおさまっていない。

国内においては、1995年に阪神・淡路大震災、さらにオウム真理教団による東京地下鉄サリン事件が発生している。この時期を境に国民の健康の保護を図る危機管理体制の確立が求められている。2003年のSARS、2009年の新型インフルエンザなど国境を超えた感染症の流行が発生し、2012年に新型インフルエンザ等対策特別措置法が制定されている。2011年に東日本大震災が発生し、未曾有の福島第一原子力発電所の事故が発生している。2019年に新型コロナウイルス感染症のパンデミックが発生している²⁰⁾。

第3期はCOVID-19のパンデミックが区切りとなりそうである。21世紀に入っているが約1300年前に聖武天皇在位の時代に社会が直面した天災、パンデミックは過去の災禍となっていない。そこに少子高齢化社会という大きな課題が新たにつけ加わっている。

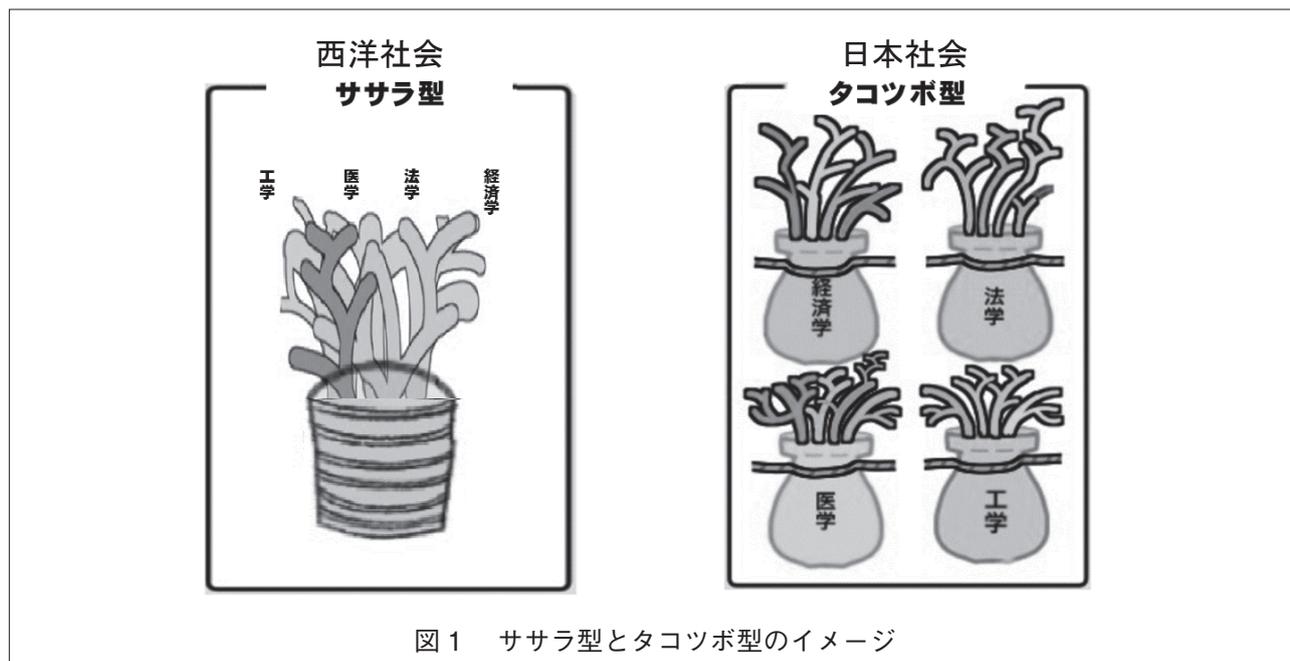
4. 社会医学の未来をデザインするータコツボ型とササラ型ー

社会医学は、医学の領域を超え、政治、経済を含め、人間生活の底流にある宗教、文化、慣習など様々な分野にまたがるものである。科学研究分野の専門分化が著しい。しかし、社会医学はトランス・リレーショナル・サイエンスであることには変わりはない。

幕末に黒船（蒸気船）が来航し欧米諸国と文明や科学技術の格差が大きさを見せつけられ、西欧の技術と科学の導入を図っている。それを積極的に進めた政策責任者が大久保利通、伊藤博文らである。彼らは岩倉具視遣欧使節団の一員として米国、欧州の先進諸国を巡遊し、途方もない経済・軍事力の格差が欧米諸国との間にあることをそ

ろって目の当たりにしている²¹⁾。それが急ピッチの近代化を推し進める政策につながっている。帝国大学の創設、国民の教育の義務化、基幹的な重厚長大産業を官業として社会インフラを整備し、人材を育成するために多くの人を国費留学させている。大久保は、「正則本物」（欧米諸国の辿ってきた歴史を真似する）のやり方をとっても欧米諸国に追いつけないと考え「変則異物」（どう短期間に追いつくのか手段を選ばない）の方法をとることにしたと書き残している²¹⁾。西洋諸国とは異なる社会的土台の国であったために、西洋諸国の歴史的とは異なる順番で近代化政策を進めている。

日本政治思想家の丸山真男は、近代化を急いだことによる副作用が研究分野に残されていると書いている²²⁾。日本が西欧の近代科学を移入しはじめた19世紀後半の時期は西欧社会では学問の根っ子となる法学、経済学、社会学が体系化されていた。社会医学もその一つである²³⁾。西欧社会では、学問が個別化、専門化する段階にあった。日本は、この個別化、専門化した学問を研究者が手分けして取り入れてきている。帝国大学に学部を設け、医学部は講座制とし、専門分野が交流することなく学問の導入を進めてきた。西欧社会は、古代ギリシャ、中世、ルネッサンスの2000年以上の間に学問の共通の根がつくられた上で学問の分化が進められてきたこととは異なっている。これを丸山はササラに例えている。ササラは、籐（竹や細い木）を根元で一つに束ねられ、先が分散している。丸山は、西洋の学問をササラ型とし、日本の学問は根っ子でつながらないタコツボ型となっているとしている。学問の根を切り離し細分化、専門分化して輸入したのは短期間に学問を取り入れる便法としては大成功であった。それが今日も継続して、修正できていないところに課題がある（図1）。丸山は、自然科学者と社会科学者とが本質的に同じ学問の仲間という連帯意識が乏しいと現状を批判している²²⁾。社会医学はササラ型の学問分野をめざすことを忘れてはならない²⁴⁾。



5. 過去の問題は現在にも通じている—不安定な就労にある労働者の存在と結核のまん延—

大阪に足を踏み入れることになったのは、1970年に大阪で万国博覧会が開催され、中学校の修学旅行先とされたためであった。それが影響し、5年後に大阪大学に進学した。入学した時は高度経済成長が終焉し、オイルショックによる不況下にあった。経済成長を前提につくられた戦後の行政や企業のシステムを変革する節目を迎えていた。

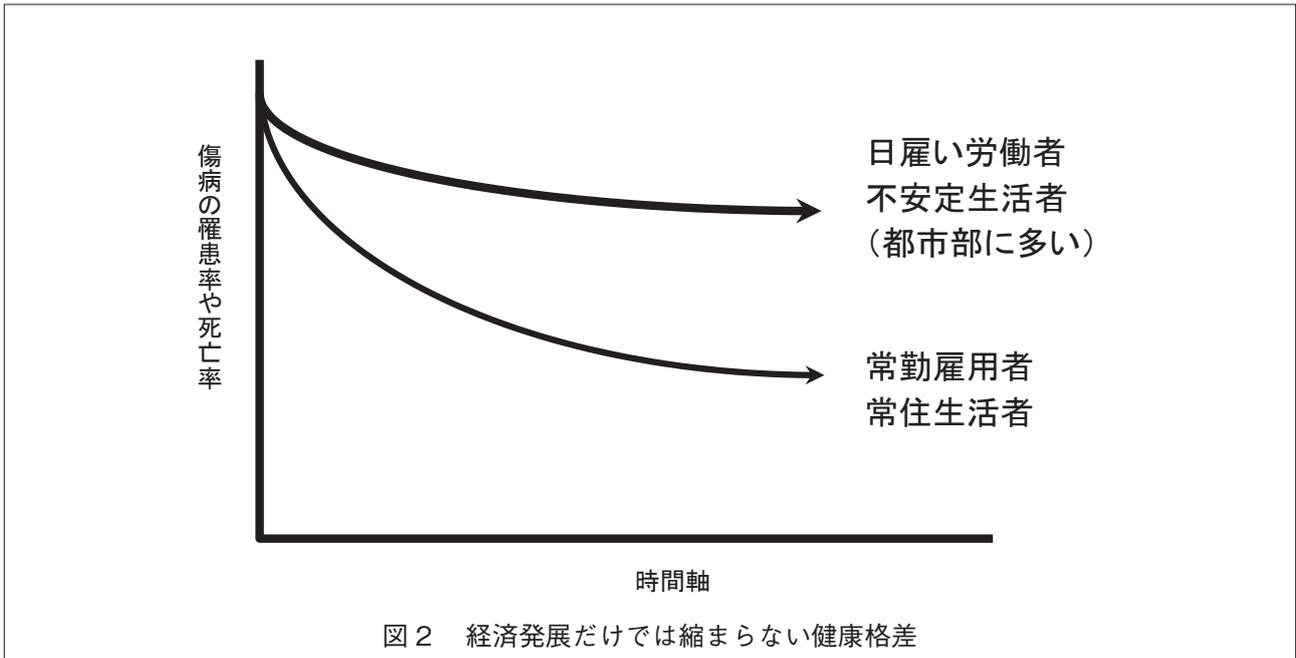
大阪は、万国博覧会場の造成工事、千里・泉北ニュータウン、高速道路・大規模道路や湾岸部の埋め立て工事などの都市開発のために1960年代に多くの労働者が集めていた。高度経済成長が止まったことにより労働需要は縮小し失業者が増えてきていた。西成区あいりん（通称、釜ヶ崎）地域は全国最大の日雇い労働者の寄場である。彼らは不安定な労働者であり、福利厚生、失業保険や労災時の保障などまだ社会制度が整えられていない状況にあった²⁵⁾。失業すると貧困者となり、傷病者が増えて、生活環境が劣悪な不衛生を生み出していた。まさに社会医学が誕生した時代の光景が目の前に見ることができた²⁶⁾。

西成区の労働者の健康と医療の問題の解決に最初に挑戦したのが本田良寛（1925-1985）であった。

大阪市内の開業医の息子として医院を継いでいたが、1963年に西成区の大阪府済生会今宮診療所長に就任し、労働者の健康問題の解決に取り組んでいた。不況となると、労働者はお金を持っておらず受診してこない。待っているだけでは病人を診ることができない。それを打開するために本田はお金が入った時に返せばよいという新しい診療費支払い方式（ある時払いの催促なしのやり方）を大阪市に認めさせている。それを前提に診療する病院を建設させている。それが社会福祉法人大阪社会医療センター附属病院である。設立して50年を経て老朽化したことに加え西成区の世界環境の激変にあわせた施設に2020年に移転・新築している。

6. 大阪で、社会医学を学ぶ

大阪に出てこなければ社会医学とは無縁な人生を過ごしていたかもしれない。大阪大学に入ってたまたま入ったサークルの顧問が公衆衛生学教室の朝倉新太郎（当時助教授）であった影響が大きい。公衆衛生学のことはよくわからなかったが教室の研究者との接点が多かった。朝倉氏は公衆衛生を学ぶ者は、これから自治体の保健行政を体験しないといけないと諭されたことから大阪府衛生部に



入庁した。社会医学を直接、現場で学ぶ機会が与えられ多くの人々から教えをいただいていた。

大阪府に入庁し、まず府立成人病センターと府立羽曳野病院で研修し、2か所の保健所に勤務させていただいた。成人病センター調査部の藤本伊三郎、大島明、日山與彦にがんの疫学を学び、それが契機でむしろ結核対策を学ぶことにつながった。がん対策を進めるには、結核対策の仕組みを熟知する必要があったためであった。そのため結核研究所や羽曳野病院（当時は結核病院）で研修する機会をつくっていただいた。結核研究所では、戦後の結核対策を創ってきた岩崎龍太郎、島尾忠男、青木正和がご存命であり、数人だけの研修生が2か月余り、研究所の宿舎で寝食を共にして直に学ぶ機会を得た。大学の外で、研修、勤務、学んだことが、実在の社会医学を理解させてくれた。

さらに、大阪には社会医学の研究と実践を求める厳しい現実があることを、逢坂隆子氏を通して知ることになった。医学部公衆衛生学講座の教員として過ごしていた時期は、バブル経済が崩壊し、野宿生活者が増加してきていた時期であった。野宿生活者の健康問題は、逢坂氏が調査研究を課題とされていた²⁷⁾。逢坂から野宿生活者の健康問題への協力を求められた。行政を巻き込むには結核問

題に焦点をおくことが効果的であると判断し、結核問題に全力をあげることとなった^{28) 29)}。結核は、労働者間の健康格差の拡大の一因となっていた（図2）。その後の10年間は、研究者、臨床医、公衆衛生行政医師として使える立場をフルに活用して取り組んだ。逢坂、黒田らと新たにNPOを創設し、行政だけでは問題が解決できない限界があったことから独自の組織をつくり活動を行った。その後、大阪市の結核政策立案にも関わらせていただくことになった。今では民間団体、大阪社会医療センター、西成区、大阪市保健所で自立的に対処する体制に至っている³⁰⁾。

労働者と結核との間に深い関係があることは、大正から昭和期に石原修が実証し、大原孫三郎らが行っている。そのような問題が過去のものではないことを西成区で確かめることができた。社会制度を整えても、医学が進歩しても、それだけでは健康問題が解決できない。それを利用して実践する人間の存在が不可欠なのである。この当たり前のことを教えてくれたのが大阪の西成区のあいりん地域の結核問題であった。

7. おわりに

社会医学の課題は現在もその基本的な課題や問

題点は変わっていない。それは50年前に関俤四郎氏の論文で何うことができる³¹⁾。「大学や研究所は、公衆衛生のフィールドに必要とされる自然科学的な技術を時折提供することで満足している。傍観的、被動（受身）的である。科学的な技術が公衆衛生行政の中に積極的に入ってっていない。これを解決しようという努力が著しく不足している。疫学研究という点では伝染病統計や予防接種統計の信頼度が低い。科学的行政と言っているが空文化している」と書いている。また「集団医学の発足<原点からのレポート>」という本³²⁾の中で、集団医学という言葉を使っているが、社会医学の問題点を指摘している。「現在も最も大切なことは、現実をみることだ。現場で働いている人によってそれを記述することだ。そして、現場にみてとれる矛盾をつきつめて、制度そのものの矛盾にまで行きあたらせることだ」、さらに「現在、始めなければならぬのは、現場から制度論につなげる作業だ」と書いている。社会医学の生命線は現実にある。それを中心に据えることを求めている。そのために現場の実践活動をしている人々と一緒に議論し交流することが不可欠としている。

その本の中に本田良寛氏も、釜ヶ崎（あいりん地域）の労働者と医療について、「現代の日本の医療の進歩は目覚ましいものがある。進歩、文化、専門化。その反面、人々の生活を知らなすぎる、人々との対話を嫌がる医者も増えてきた。医療とは病気を治すことのみではない。人間に対応する総合的な科学の中の一つのものであるだけだ。社会、環境、個人、労働、生活、全てのものに関連を持たねば本当の医療は成立しない」と書いている。

日本の植物学の父とされている牧野富太郎の辞世の詩で締めくくらせていただくことにする。

「終りに臨みて謡うていわく、学問は底の知れざる技芸なり、憂鬱は花を忘れし病気なり、わが庭はラボラトリーの名に恥じず、綿密に見れば見る程新事実、新事実積み積りてわが知識、何よりも貴き宝持つ身には、富も誉れも願わざりけり」と書いている³³⁾。昭和28年の91歳の元気な頃に書いた詩である。意味するところは、「学問には終わり

がない、日常生活の中でも大学の研究室以上のものを学ぶことができる。90年余り植物を研究してきても綿密に現実を見るといつも新しい発見がある」、と言っている。

これを社会医学に当てはめると、社会医学の材料は現実社会にある。綿密に社会を見れば新事実が常に存在している。社会医学領域の人間には、現実を見て知るだけでなく、その問題解決も求められていることを忘れてはならない。

歴史に学び、一隅を照らす、ことを社会医学を学ぶ人々に求めたい。

本稿は、第61回日本社会医学会総会の会長講演として話した内容に加筆したものである。なお個人情報ならびに人々の健康に影響を与える調査や実験によるデータは取り扱っていないため倫理的な配慮すべき点はないと判断し研究倫理委員会の審査を経たものではない。

<文献>

- 1) 小川政恭訳. ヒポクラテス「古い医術について」. 岩波文庫. 1963.
- 2) 小川 鼎三. 医学の歴史. 中央公論新社. 1964.
- 3) 川喜田愛郎. 近代医学の史的基盤 上・下. 岩波書店. 1977.
- 4) 多田羅 浩三. 高鳥毛 敏雄. 健康科学の史的展開. 放送大学教育振興会. 2010.
- 5) 高鳥毛敏雄. イギリスにおける公衆衛生の歩みと新たな展開. 公衆衛生. 2014;78:6-13.
- 6) 高鳥毛敏雄. COVID-19後の社会医学を展望する - 結核対策の枠組みを超える -. 社会医学研究. 2021;38:17-25.
- 7) 岡田康博. 三内丸山遺跡. 同成社. 2014.
- 8) 井上秀雄. 変動期の東アジアと日本: 遣隋使から日本国の成立. 日本書籍. 1983.
- 9) 氣賀澤保規編. 遣隋使がみた風景: 東アジアからの新視点. 八木書店. 2012.
- 10) 若井敏明. 仁徳天皇: 煙立つ民のかまどは賑ひ

- にけり. ミネルヴァ書房. 2015.
- 11) 須田勉. 国分寺の誕生: 古代日本の国家プロジェクト. 吉川弘文館. 2016.
 - 12) 平岡定海, 中井真孝編. 行基・鑑真. 吉川弘文館. 1983.
 - 13) 加藤栄司. 最澄の世界. 佼成出版社. 1990.
 - 14) 野口恒樹. やはり「一隅を照らす」が正しい. 皇学館大学出版部. 1977.
 - 15) 中村哲. 天. 共に在り: アフガニスタン三十年の闘い. NHK出版. 2013.
 - 16) 橋爪紳也. 大阪万博の戦後史: EXPO'70から2025年万博へ. 創元社. 2020.
 - 17) 吉村元男. 大阪万博が日本の都市を変えた: 工業文明の功罪と「輝く森」の誕生. ミネルヴァ書房. 2018.
 - 18) 平野暁臣. 万博の歴史: 大阪万博はなぜ最強たり得たのか. 小学館クリエイティブ. 2016.
 - 19) 平野暁臣編. 岡本太郎と太陽の塔 増補新版. 小学館クリエイティブ. 2018.
 - 20) 関西大学編(著) 新型コロナで世の中がエラいことになったので関西大学がいろいろ考えた. 浪速社. 2021.
 - 21) 佐藤誠三郎. 「死の跳躍」を越えて: 西洋の衝撃と日本. 千倉書房. 2009.
 - 22) 丸山真男. 日本の思想. 岩波書店. 1978.
 - 23) 多田羅浩三. 公衆衛生の思想 歴史からの教訓. 医学書院. 1999.
 - 24) 高鳥毛敏雄. 現代社会における社会医学の立ち位置. 日本社会医学会. 社会医学研究. 2013; 30:1-6.
 - 25) 郡昇作. 釜ヶ崎: どん底の原因とその実態. 新和出版. 1976.
 - 26) 上畑恵宣. 失業と貧困の原点: 釜ヶ崎50年からみえるもの. 高菅出版. 2012.
 - 27) 高田敏. 桑原洋子. 逢坂隆子編. ホームレス研究: 釜ヶ崎からの発信. 信山社. 2007.
 - 28) 高鳥毛敏雄. 山本繁. 黒田研二. 逢坂隆子. 胸部レントゲン検診実施に基づく野宿生活者の結核対策の実践的検討. 社会医学研究. 2005;23:42-47.
 - 29) 高鳥毛敏雄. 逢坂隆子. 山本繁. 西森琢. 藤川健弥. 黒田研二. 磯博康. ホームレス者の結核の実態とその対策に関わる研究-結核検診の3年間の実践から. 結核. 2007;82:19-25.
 - 30) 高鳥毛敏雄. 結核対策の及ばない人々に対する対策 あいりん地区における実践活動から. 日本公衛誌. 2009;56:418-421.
 - 31) 関悌四郎. 小歴史. 大阪公衆衛生. NO.1. 1958.
 - 32) 関悌四郎編. 集団医学の発足-原点からのレポート. 現代ジャーナリズム出版会. 1970.
 - 33) 牧野富太郎. 牧野富太郎自叙伝. 日本図書センター. 1997.

(受付 2021.06.11: 受理 2021.07.12)

Designing the Future of Social Medicine : Learn from History and Illuminate One's Own Corner

Shigeo Takatorige¹⁾

Summary

Japan has reached the level in medicine, medical care, and public health in the western countries but the social foundations between the western countries and Japan are different. We are facing a super-aging and small birthrate society. We have to develop new social medicine based on the actual situation in Japan. Scientific research is becoming more specialized, but social medicine is an interdisciplinary and trans-relational science. Masao Maruyama who is a political scientist said that Japan had cut off the roots of Western scholarship and imported subdivided and specialized ones. Therefore, each academic discipline is in a *Takotubo* state and is not connected to each other. Problems of social medicine cannot be dealt with simply by establishing laws and social systems. The existence of a person with the idea of social medicine is indispensable. The idea of social medicine has existed in Japan for a long time. The future of social medicine will be opened by learning its history in Japan. I have been able to learn much about real social medicine from the tuberculosis problem in Nishinari Ward, Osaka City. The history of social medicine is being repeated. This paper is based on the chairman's lecture at the 61st Annual Meeting of the Japanese Society of Social Medicine.

【Bull Soc Med 2021 ; 38 (2) : 128 – 136】

Key words : social medicine, history, illuminating a corner, Airin, Takotubo

1) Kansai University Faculty of Societal Safety Sciences / Graduate School of Societal Safety Sciences

特別報告

大阪社会医療センター50年の歩み

工藤新三¹⁾

要旨

大阪社会医療センターは日雇労働者を中心に地域の生活困難者のための医療、保健、福祉のために1970年に設立され50周年を迎えた。この間の歩みを振り返り今後のセンター進むべき方向について考えたい。センターのある大阪市西成区あいりん地域は日本経済の高度成長期からバブルとその崩壊そして停滞期という変化に大きな影響を受けた。西成労働福祉センターおける求人数は1989年まで右肩上がりで1,874,507人となりその後急速に減少した。付属病院外来延患者数は2004年に117,475人でピークになり、その後労働者の減少と高齢化により減り2019年には59,313人になった。疾患も前半は整形外科の骨折や打撲など労働者の外傷中心から後半は高血圧症や糖尿病などの生活習慣病が主になった。センターでは疾患分析、栄養調査、結核、肝炎などの社会医学的調査研究を継続的に行い医療の取り組みに反映させた。また付属病院においては無料低額診療を設立以来続けてきた。現在、あいりん地域は元日雇労働者の単身高齢男性が多く生活保護受給者が多数を占める福祉の街になった。人口減少が続いたが近年アジアからの若年外国人が増えてきた。この50年のセンターの歩みを踏まえ今後、以下のような活動に取り組んでいきたい。①無料低額診療を堅持推進、②単身高齢の地域住民を支え孤立や孤独死を防ぐ、③地域で生活を始めた外国人の医療や保健に取り組む生活のしやすい環境を守る、④新病院での感染症病室を活用し結核を初め他の感染症にも対応していく、⑤行政や団体との交流を深め地域の抱える問題に共に積極的に関わっていく。

【社会医学研究2021；38（2）：137-146】

キーワード：社会医学，日雇労働者，貧困，無料低額診療

1. 初めに

大阪市西成区あいりん地域にある大阪社会医療センターは今年度（2020年）、創立50周年を迎えた。1970年に設立され日本の高度経済成長をその底辺で支えた日雇労働者の医療と福祉を担い50年にわたる活動を行ってきた。この節目に当たりこれまでの歴史を振り返りこれからのセンターのあり方について考える。

2. 大阪社会医療センター50年の歩み

2-1. あいりん地域と大阪社会医療センター

あいりん地域は大阪市西成区の北東にある面積0.62km²の地域で、西成区の花園北、萩之茶屋、天下茶屋北、山王、太子が含まれる。釜ヶ崎とも呼ばれ戦前から都市貧困地域—スラム街として存在した。戦後、日本の高度経済成長期の1950年代からバブル経済の1980年代にかけて、日本経済はその底辺を支える日雇労働者を大量に必要とした。そのような時代にあつて釜ヶ崎/あいりん地域は日本で最も大きな日雇労働者の供給地、即ち寄せ場となった。この地域では悪質な手配師や暴力団

1) 社会福祉法人 大阪社会医療センター付属病院 内科
連絡先：工藤新三
住所：〒557-0004 大阪市西成区萩之茶屋 1-11-6
E-mail：skudoh@hera.eonet.ne.jp

などによる日雇い労働者に対する中間搾取があり、労働条件をめぐるトラブルや、また、地域の警察や行政に対する不信もあった。このような背景の中で1961年8月1日から3日にかけて第一次釜ヶ崎暴動が起こった。この大規模な暴動をきっかけとして国、大阪府、大阪市による様々な対策が行われた。1970年には労働、福祉、医療の総合施設として愛隣総合センターが建設され、その中に医療を担う大阪社会医療センターも建設された。1980年代後半のバブル景気までの右肩上がりの日本経済の中で労働条件も徐々に改善され地域の簡易宿泊所の住環境もよくなった。1989年の西成労働福祉センターにおける日雇現金求人数は1,874,507人となった¹⁾。1990年代に入りバブルが崩壊し景気が後退した。日本経済の国民総生産(名目)、成長率(名目)と西成労働福祉センターの日雇求人数及び大阪社会医療センターにおける外来延患者数の推移を図1に示す²⁾。日本経済の成長及び停滞に伴い日雇求人数の急激な増加と減少が明白である。病院の外来患者数も少し遅れてピークを迎え日雇求

人数の減少に伴う労働者の減少で患者数が減っている。バブル崩壊後、景気の停滞による求人数の減少と労働者の高齢化もあり仕事につけない労働者が多数ホームレスとなった。1998年の大阪市のホームレスは8,660人であった³⁾。2002年には「ホームレス自立支援法(ホームレスの自立の支援等に関する特別措置法)」が施行され、また生活保護の適応も広げられ、ホームレスは減少し生活保護受給者が増加した。センターにおける医療保障も生活保護の増加と日雇保険などの医療保険の減少がみられた。あいりん地域は現在も日雇い労働者の多い街ではあるが、明らかに生活保護受給者が多数を占める福祉の街を形成している。高齢となった日雇い労働者が仕事につけなくなり生活保護を受給し生活する場となった。2015年の国勢調査によるとあいりん地域は人口17,581人、男女比83%/17%, 65歳以上49.4%で、男性高齢者で単身生活者が多数を占める地域になった。独居生活者の孤独、孤立が問題となり、日本の福祉の将来を先取りする形になっている。日雇労働者の減少に伴う

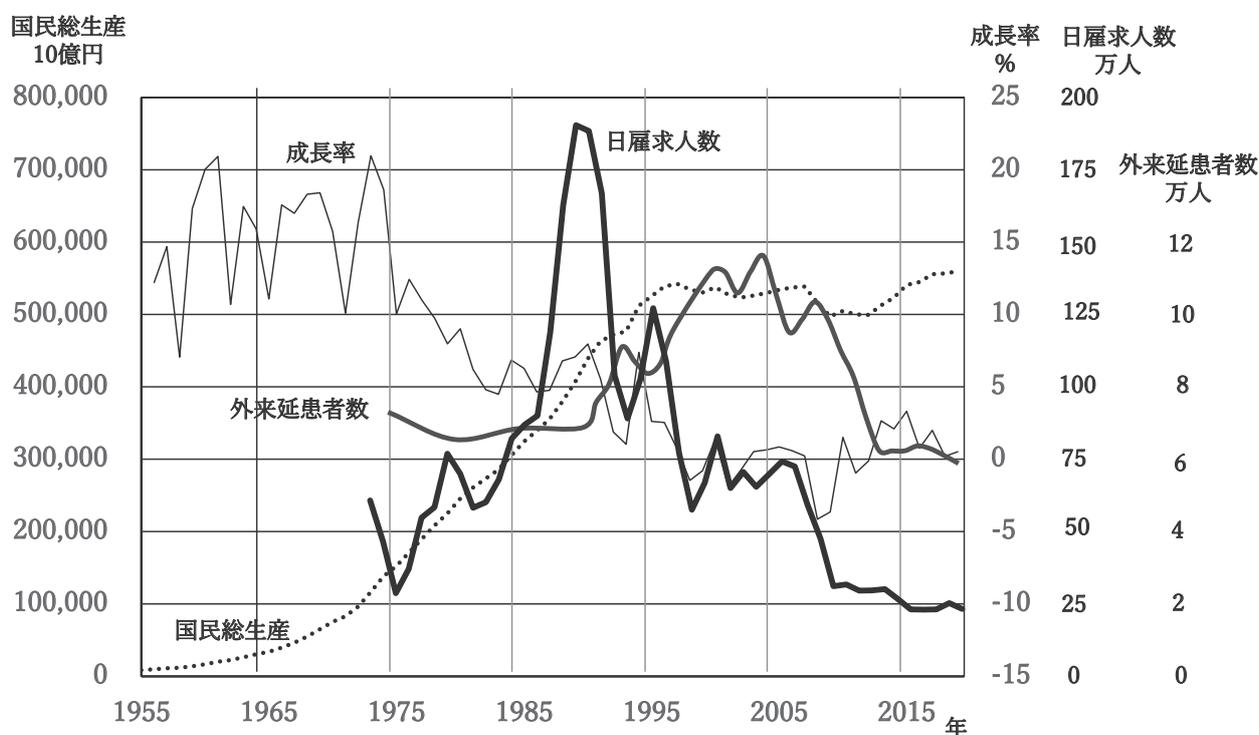


図1. 日本経済の国民総生産(名目)、成長率(名目)と西成労働福祉センターの日雇求人数及び大阪社会医療センターにおける外来延患者数の年次推移

人口減少は2005年の国勢調査から続いているが近年アジアからの若年外国人の増加を認め人口減少に歯止めがかかったようである⁴⁾。

この地域には1913年（大正2年）に設立され医療活動を行ってきた大阪府済生会今宮診療所があった。当センターの初代所長であった本田良寛先生（1925～1985）は1963年に今宮診療所に赴任され、地域の医療と福祉に力を注がれた。そして念願であった病床を持つ大阪社会医療センターが1970年に設立され、その運営に尽力された⁵⁾。先生はあいりんの「赤ひげ」と呼ばれ、日雇労働者や地域住民から厚い信頼が寄せられた。大阪社会医療センターの設立時より事業の三本柱として

- ① 無料低額診療を行う付属病院の経営
- ② 医療・福祉に関する相談及び支援
- ③ 社会医学的調査研究

が進められてきた。本田先生の思いはセンター名前が示すように社会医学を強く意識した組織でありその精神は現在のセンターに継承されている。

2-2, 付属病院の診療の推移

患者数の推移を図2に示した。年間の延外来患者数は1975年の年間7万人程度から最高が2004年で117,475人になった。その後徐々に減少し2019年は59,313人（202.4人/日）になっている。延入院患者数は2004年で26,922人、2019年では14,759人（41.5人/日）になった。患者数の推移は日雇労働者中心の病院で日本経済の情勢に大きく影響された。図1には西成労働福祉センターにおける日雇労働求人数の推移も示している。1989年のバブル経済崩壊後急激に求人数は減少したが、外来患者数はそれよりも遅れて2004年がピークでその後減少した。労働市場が活気を呈している時には患者数は少ないが、景気の後退及び労働者の高齢化などの影響により患者数が増え、その後、労働者の減少と共に地域の人口減少が起こり患者数も減った。科別にみると1970年代から2000年代の頃は整形外科患者が最も多く、年代も40歳代から50歳代の患者が中心であった。疾患も日雇労働による骨折や打撲などの外傷が中心であった。そして、内科、外科と続く。2005年頃から内科が多くなり最近

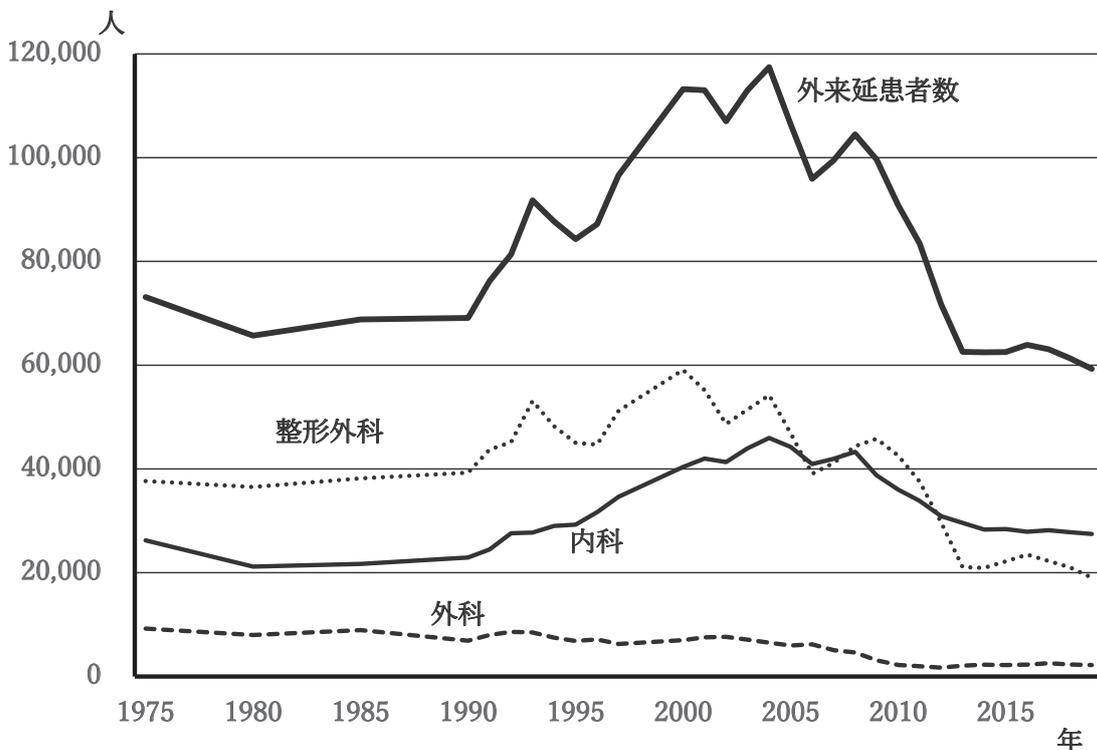


図2. 大阪社会医療センター付属病院外来延患者数の年次推移

内科が最も多くなっている。これは高齢化に伴う高血圧症、糖尿病などの生活習慣病の増加によるものである。精神科、皮膚科、泌尿器科は1993年から外来診療が開始された。精神科が多く、アルコール依存症、覚醒剤精神病などが特に多くみられた。入院患者は内科が最も多く次いで整形外科、外科と続く。70年代から80年代にかけては整形外科が内科入院患者数に近く1989年には内科10,702人(29.3人/日)、整形外科8,963人(24.6人/日)であった。入院患者も2004年以降減少した。患者の高齢化についてはセンターの社会医学研究で調査が行われており、1974年、1993年、2016年にそれぞれ最も多い年代は外来及び入院共に40歳代、50歳代、60歳代と変化してきた⁶⁾。疾患の変化については図3に示すように1974年は「不慮の事故・中毒及び暴力」として骨折、打撲及び「筋骨格系及び結合組織の疾患」として変形性関節症、腰椎ヘルニアなどがあり整形外科が最も多く占めていた。1993年の調査でも整形外科が多いが「不慮の事故・中毒及び暴力」の割合が減少し「筋骨格系及び結合組織の疾患」が増加し事故、外傷などから変形性関節症

など高齢化に伴う疾患が増えた。2016年になると整形外科の割合は減少するが変形性疾患の割合が増加した。内科疾患については消化器や呼吸器は割合として大きな変化はない。一方、高血圧症や糖尿病は明らかに増加し、悪性新生物も増加した。一方、結核は減少した。直近の外来患者の内容を図4に示す。内科と整形外科で78%の外来患者になる。内科疾患では2016年のデータで高血圧症、糖尿病、高脂血症の生活習慣病が57%を占めた。

医療保障の推移を図5に示した。70年代は日雇、健康、国民健康保険それに労災保険が中心になっていたが無料定額診療も一定の割合であった。高度経済成長期においても無保険、生活保護が受けられない労働者が存在したことを示している。そして80年代後半から生活保護が増加し医療保険による受診者が減少した。2005年頃から生活保護受給者の割合がさらに増加し無料低額診療が減少した。2019年度は年間外来延患者数59,313名で日雇103名(0.2%)、診療依頼(無料低額)5,411名(9.1%)、労災180名(0.3%)、生活保護48,373名(81.6%)、健康保険576名(1.0%)、国民健康保険1,292名(2.1%)、

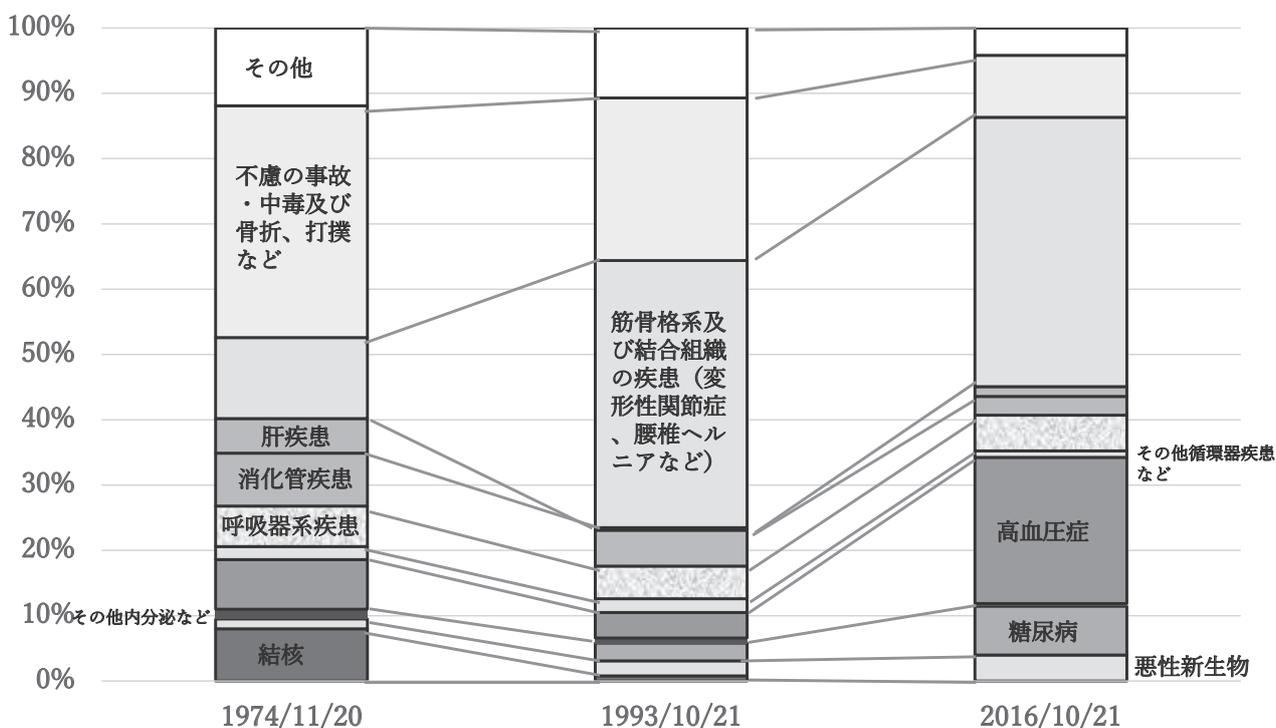
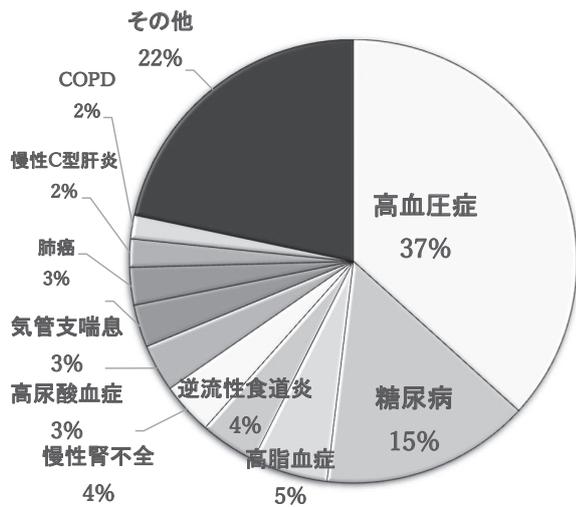


図3. 大阪社会医療センター附属病院における疾病構造の変化

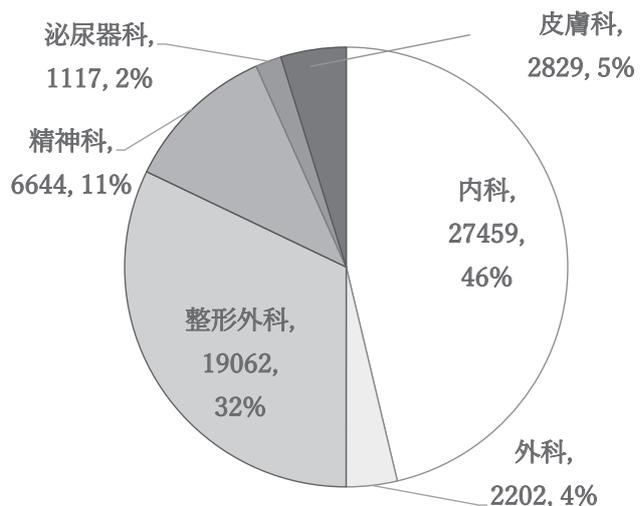
その他3,378名(5.7%)で生活保護が8割と多数を占めた⁷⁾.

結核については1990年代から2000年にかけて患者数で500人台、罹患率(10万対)で1800前後の値であった。2000年のあいりん、大阪市、全国の罹患率はそれぞれ1537、95.0、31.0であった。あいりんの罹患率は開発途上国をはるかに越える値であった。大阪市は2001年に「大阪市結核対策基本

指針」を策定し、同指針に基づき様々な取り組みを推進した。特にあいりん地域を含む西成区に対しDOTSや検診など集中的対策が行われた。さらに2011年に第2次対策を継続して行った。センターも協力したが、中心になったのは大阪市保健所、西成区保健福祉センター及び分館で、特に保健師の激しい取り組みが大きな力になったと考える。その結果、2010年には患者数/罹患率は155/601、



2016年内科外来疾患の割合



2019年外来患者数

図4. 2019年の各科の外来患者数及び2016年の内科外来患者疾患の割合

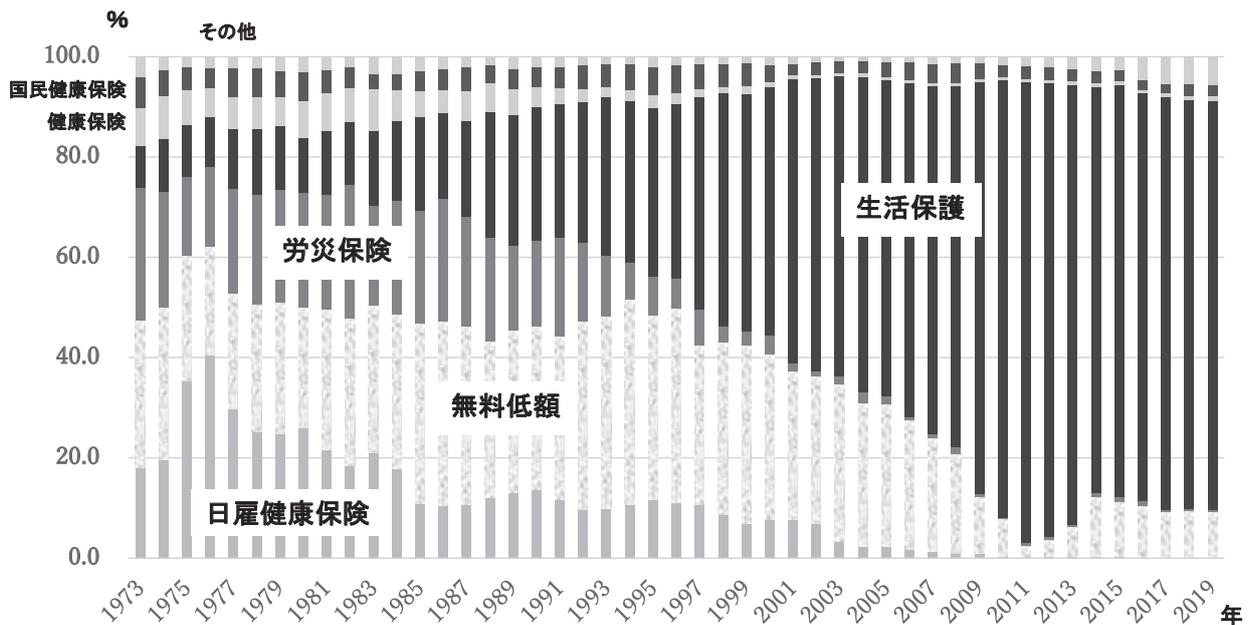


図5. 外来患者における医療保障の変化の年次推移

2019年には42/196と非常に改善し、この20年で罹患率は1537から196と87.3%低下した(図6)。しかし、現在もなお高い罹患率であることには変わりなく引き続き強力な対策が必要である。

2-3 相談支援事業と無料低額診療

医療・福祉に関する相談及び支援はセンターの事業の中心である。センターの設立以来患者及び地域住民への相談支援事業が行われてきた。小さな病院(病床数(60~100床))ではあるがMSW(medical social worker)を含む職員3~4名体制で入院及び外来患者の医療福祉関係の支援を行政やNPOなど地域の支援団体と連携を図りながら行ってきた。相談件数は年15000件前後で入退院調整、生活保護関連、院外受診手配などが中心であった。また、無保険あるいは少ない年金の受給者の受診あるいは入院相談なども行っている。地域への働きかけとしては健康教室を年4回開催し医療・健康への関心を高めてもらう活動を積み重ねている。

無料低額診療は生計困難者が経済的な理由で必

要な医療を受ける機会を制限されることのないように無料又は低額な料金で診療を行う事業である。当院ではホームレスの人、刑務所を出たばかりの人、短期滞在や不法滞在の外国人、少ない年金などが理由で無料低額診療を受ける人が多く、今宮診療所時代から無料定額診療を行っていた。一方、本田良寛先生は無料低額診療というのはよくない、あくまでも貸し付けでお金ができれば返済するという約束で無料低額診療を行い、今日までその形を継承してきた。「ある時払いの催促なし」という方法である。患者には、まず西成保健福祉センター、同分館、西成労働福祉センター、生活ケアセンターから「診療依頼券」、又は、「診療紹介状」をもらってきていただき、診療を受け付ける。そして「診療費貸付申請書兼借用書」に記入していただき無料低額診療を実施してきた。無料低額診療は1970年から徐々に増加し、1999年には45,870人になり外来全患者数の40.0%になった。その後、生活保護受給者が増加し無料低額診療は減少し現在2019年には5831人となり外来患者の9.8%になった。一方、費用においては当初1970年は8,864千円であっ

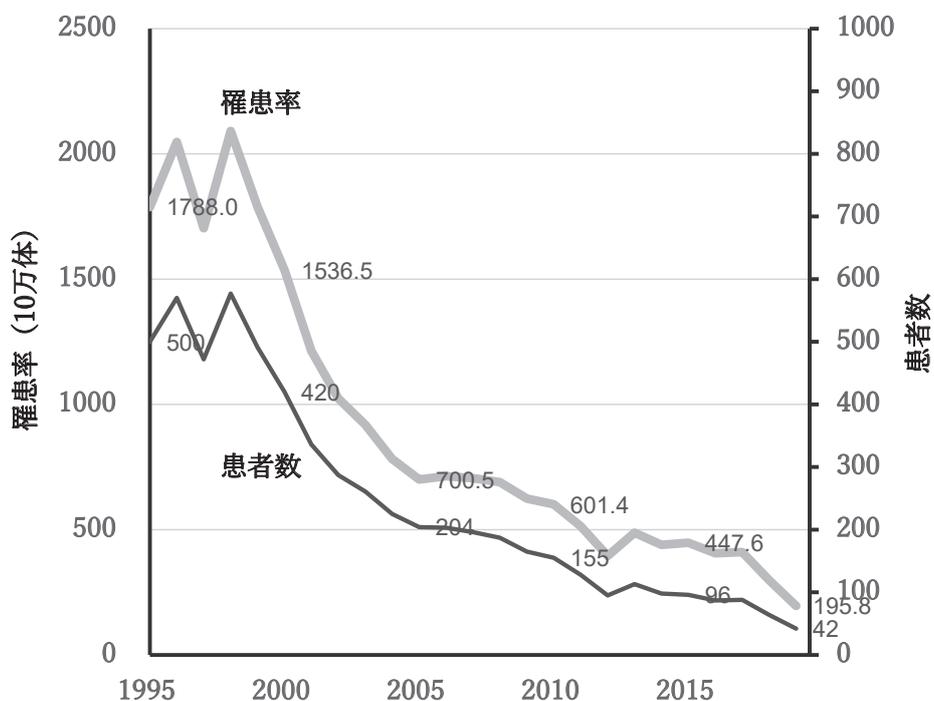


図6. あいりん地域の結核患者数及び罹患率の年次推移

たが、2003年には253,438千円にまで増加しその後減少し2019年は49,556千円で外来診療費の8.0%になっている（図7）。

2-4 社会医学研究

社会医学研究はセンターの事業の3本柱の一つで非常に重要なもので、1963年に本田良寛先生が大阪府済生会今宮診療所に赴任された時から活動を開始された。大阪市社会医学研究会を組織し翌年1964年に第1回報告として「済生会今宮診療所通院患者の社会医学的調査」を発刊した。当時は活動も活発で年3～4篇の報告が行われていた。活動は現在も継続され2019年は77号で「大阪社会医療センター附属病院における死亡患者の調査（1998年との比較）」というテーマで報告されている。

社会医学研究とは医療や健康の問題と社会との関係を明らかにし、社会的な疾病予防や健康についての対策を研究する学問で、具体的には衛生学、公衆衛生学、法医学、医療情報経済学などを包括する学問である。大阪社会医療センターはその名

称、即ち「社会医療」が示す通り設立当初からは強く社会医学を意識した医療センターであった。社会医学研究は創設者の本田良寛先生の構想で「単なるおごなりの診療活動ではなく公衆衛生活動も含めた調査研究を並行させる」に基づいている。どのような研究が行われてきたかについて以下にまとめた。

1) 済生会今宮診療所時代（1963年～1970年、資料No.1～23）

診療所通院患者の住民登録、住居、職業、保険、疾患、成人及び年少者などについて調査が行われた。また、売血、泥酔・酩酊者、結核、性病、精神疾患、肝炎等についての詳しい分析が報告され、騒乱事件負傷者についてもその背景や負傷について報告されている。

2) 大阪社会医療センター設立から現在（1970年～2019年、資料No.24～77）

入院及び通院患者の疾患分析、栄養調査、飲酒の問題、結核、肝炎—当初はアルコール性肝炎、そしてあいりんに近いC型肝炎、その他—性病、赤痢、精神疾患、がん、患者及び日

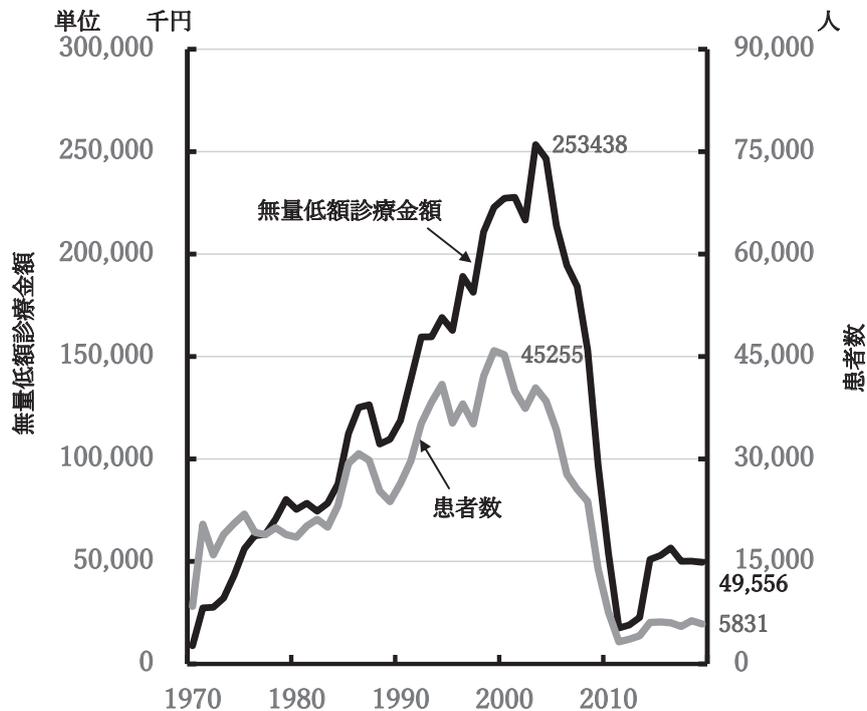


図7. 無料低額診療の年次推移

雇い労働者の生活実態についての報告が行われた。

3. 大阪社会医療センターの今後

あいりん地域を含む大阪市西成区は2015年の国勢調査で市区町村別における平均寿命が男女共に日本一短い。男性が73.5歳（全国平均80.6歳）、女性が84.4歳（全国平均87.0歳）であった⁷⁾。平均寿命は全ての年齢の死亡状況を集約したものとなっており保健福祉水準を総合的に示す指標として広く活用されており、あいりん地域は現在もなお医療及び保健福祉において大きな問題を抱えている。高齢化と貧困がその背景にあるが、センターは医療や保健の面で一層の努力が必要である。健診、身近な健康相談を通して、また現在、病院において検討されている療養病床の立ち上げや訪問看護を通して、病院で待つだけではなく地域に出かけていく施設になる必要がある。

あいりん地域は現在でも日雇い労働者が依然多い街ではあるが、生活保護受給者が多く福祉の街となった。住居費が安く衣食についても安いスーパーやコンビニが多くあり生活のしやすい地域である。また、JR、地下鉄、南海電車など交通の便が非常によく新大阪や関空へも簡単に行ける。そのため、外国人、特にアジアからの若い労働者や留学生が多く住むようになった。アジアからばかりではなく欧米からの若い人達が長期にわたり西成に滞在し便利な交通機関を利用し観光を主に関西圏を超えて移動するようになってきている。また、西成や近隣地域において中国人による様々な事業が展開されつつあり、人口の増加、新しい産業も芽生えつつある。それらによって高齢化による人口減少にも歯止めがかかりそうである⁴⁾。今後、大都市大阪の中心部でジェントリフィケーションといわれる低所得者居住地域が再開発などによって、中・高所得層や富裕層が流入するようになる人口移動現象が起こらず、貧しい人々の生活も守られるような政策が求められる。2020年は新型コロナウイルス感染症のパンデミックのために外国人の

来阪は大きく後退した。しかし、このような現象は一時的で感染症は必ず終息しアジアの人々が中心のインバウンドの大きな流れは拡大していくように思われる。あいりん地域及び西成区や浪速区におけるこの大きな変化に対し大阪社会医療センターも対応していかなければならない。まず観光や新しい産業が展開されて行く中で多数を占める高齢単身の元日雇労働者の医療、保健、福祉を守っていく必要がある。また、外国人増加の中で技能実習生などとして来日した労働者の中に不当な扱いを受け、職場から逃れてくる労働者や、オーバーステイなど不法滞在となった外国人もあいりん地域に増加してくるようになる。そのような人々の医療や福祉もセンターが担っていく必要がある。

以上のように大きく変貌していくあいりん地域にあつて社会医学研究は一層その必要性が増してくる。今後の社会医学研究については、①社会医学研究に対する積極性を取り戻し、「調査研究なくしてセンターの医療なし」の初心に帰る、②他施設一都市問題研究施設、大学公衆衛生学教室、社会福祉関係学部、保健所及び保健福祉センター、区役所などとの多施設共同研究を進める、③多施設による定例研究会を再開する、などを重要視したい。このような研究を通して、気候変動、グローバル化、外国人留学生・労働者の増加、都市貧困地域の諸問題、新型コロナウイルス感染症に見られる感染症対策などに社会医学の立場からの積極的な取り組みを行い、当センターの将来の方向性を明らかにし地域の医療・保健・福祉に貢献していく必要がある。

最後に今後の大阪社会医療センターの目指すべき方向を以下のようにまとめた。

1. 生活困難者に対する無料低額診療を堅持推進していく。
2. 多数の単身高齢化する地域住民を医療・福祉の面から支え、孤立や孤独死を防ぎ、つながりの重要性を再確認する。
3. 地域で生活を始めた外国人（留学生、労働者）の医療・福祉に取り組むと共に、生活のしやすい環境を守る。

4. 結核を初め他の感染症にも対応できるようにする.
5. 地域の組織や団体—西成区, 大阪市保健所, 西成区保健福祉センター, 地域のNPOとの交流を深め地域の抱える問題に積極的にかかわっていく
6. 大きく変わろうとする時代の中で一層の社会医学的調査研究を進める.

これからの50年がどのように変化していくかについて予想は非常に難しい. しかし, 地域の人々の医療, 健康, 福祉を地域の人々と共に考え前進させていくことが大阪社会医療センターに求められている.

文 献

1. 公益財団法人 西成労働福祉センター事業報告 1989年
2. 内閣府統計表 (国民経済計算年次推計) https://www.esri.cao.go.jp/jp/sna/data/data_list/kakuhou/files/files_kakuhou.html (2021年6月8日アクセス), 公益財団法人 西成労働福祉センター事業報告 <https://www.osaka-nrfc.or.jp/> (2021年6月8日), 社会福祉法人大阪社会医療センター事業報告 <http://osmc.or.jp/> (2021年6月8日)
3. NPO法人釜ヶ崎支援機構, 資料<http://www.npokama.org/kamamat/bunsitu/rengou/siryou2.htm> (2021年6月8日アクセス)
4. 小本修司. 著しく変容する三大寄せ場の人口動態比較—釜ヶ崎における最新の人口動態のダイナミズムと将来—. URP先端的都市研究シリーズ21「ジェントリフィケーション」を超えて. 大阪市立大学 都市研究プラザ. 2020: 165-184
5. 本田良寛. につぼん釜ヶ崎診療所, 東京: 朝日新聞社. 1966: 121-204
6. 大阪社会医療センター社会医学研究, No.34「昭和49年11月20日に大阪社会医療センターで受診した外来及び入院患者の病名実態調査」1975年2月, No.51「疾病構造調査 (平成5年10月21日大阪社会医療センターで受診した外来患者及び平成5年9月中に退院した退院患者の疾病構造調査)」1994年3月, No.74「平成28年10月21日 大阪社会医療センターで受診した外来患者及び入院患者並びに平成28年9月中に退院した患者の疾病構造調査」2017年3月
7. 厚生労働省, 平成27年市区町村別生命表の概況, <https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/life/ckts15/dl/ckts15-08.pdf> (2021年6月8日アクセス)

(受付 2021.06.25 : 受理 2021.07.15)

The fifty years footsteps of Osaka Social Medical Center

Shinzoh Kudoh¹⁾

Abstract

The Osaka Social Medical Center was established in 1970 for medical care, health, and welfare for people with difficulty living in the area, mainly day laborers, and celebrated its 50th anniversary. I would like to look back on the steps taken during this period and think about the direction in which the center should proceed in the future. The Airin district in Nishinari-ku, Osaka, where the center is located, was greatly affected by the changes from the high-growth period of the Japanese economy to the bubble, its collapse, and the stagnation period. The number of job vacancies at the Nishinari Labor Welfare Center increased to 1,874,507 until 1989, and then decreased rapidly. The total number of outpatients at the affiliated hospital peaked at 117,475 in 2004, and then decreased due to the decrease in workers and the aging population, reaching 59,313 in 2019. In the first half of the disease, workers were mainly traumatized, such as fractures and bruises in orthopedics, and in the second half, lifestyle-related diseases such as hypertension and diabetes were the main diseases. The center continuously conducted socio-medical research on disease analysis, nutritional research, tuberculosis, hepatitis, etc., and reflected it in medical efforts. In addition, the affiliated hospital has continued to provide free low-cost medical care since its establishment. Currently, the Airin area has become a welfare town where many former day laborers are single elderly men and the majority are welfare recipients. Although the population has continued to decline, the number of young foreigners from Asia has increased in recent years. Based on the history of the center over the last 50 years, we would like to work on the following activities in the future. (1) Promote free low-cost medical care, (2) Support single elderly residents to prevent isolation and lonely death, (3) Work on medical care and health for young foreigners who have started living in the area, and protect an environment where it is easy to live, (4) At the new hospital we will respond to other infectious diseases such as tuberculosis by utilizing the infectious disease hospital rooms, (5) We will deepen exchanges with the government and organizations and actively participate in the problems that the region has.

【Bull Soc Med 2021 ; 38 (2) : 137 – 146】

Key words : social medicine, day laborer, poverty, free low-cost medical care

1) Osaka Social Medical Center
Department of Internal medicine

特別報告

chotCAST (大阪検査相談・啓発・支援センター)の10年の歩み ～「常設夜間休日検査相談事業」の検査結果の動向と 今後の課題について～

毛受矩子¹⁾, 熊本光代¹⁾

要旨

全国的にHIV感染者が増加傾向にあることを鑑みて厚生労働省・大阪府・大阪市は2008年春に「関西におけるHIV/AIDS問題の総合的な解決」を目的とした「chot CAST (大阪検査相談・啓発・支援センター: communication hub of testing counseling and support)」を開設した。具体的事業として①HIV感染症の予防, ②感染の早期発見と医療機関へのアクセス促進, ③HIV陽性者の治療継続や社会生活の支援 に向けた取り組みを実施している。「chot CAST」は現在, 2つの団体「特定非営利活動法人スマートらいふネット (以降スマートらいふネットと言う)」と「一般社団法人JHC (Japan HIV Center) (以降JHCと言う)」が受託運営をしている¹⁾。「スマートらいふネット」は上記の①②を「常設夜間休日検査相談事業」として大阪府・大阪市より受託運営をし, また「JHC」は①③を国よりコミュニケーターセンター事業として受託運営をしている。本稿では「chotCAST」における「スマートらいふネット (医療法に基づき診療所開設名をスマートらいふクリニックと言う)」が実施してきた「常設夜間休日検査相談事業」について, HIV検査結果の動向と今後の検査体制に求められる課題について報告する。「スマートらいふネット」が実施している「常設夜間休日検査相談事業」の受検者は2014年度のピーク時には年間約7233名があった。受検者全体のHIV陽性率は開設当時「1.13%」を示し, その後は「0.6%前後の横ばい状況」であった。これは「全国のHIV陽性率」の約2倍程度の高さが続いている²⁾。男女別に見ると男性のみの陽性率は高く, 開設当時は「2.08%」であり, その後は「0.8%前後の横ばい」を保っている。近年, 女性受検者が減少傾向にある中で, 2018年度から女性の心理的背景に配慮した「女性スタッフによる女性のためのレディースデー (以降レディースデーと言う)」を, 2018年は年4回, 2019年, 2020年は各年8回実施し女性の受検者増加を図ってきた。大阪の在留外国人は東京に次いで2番目に多く, 年々グローバル化社会が進んできている。その中で「常設夜間休日検査相談事業」の外国人受検者も年々増加傾向にあり, 陽性率も高いものがあつた。そこで, 外国人受検者ニーズに応えた「外国人受検者のための多言語通訳付き常設夜間休日HIV検査相談事業 (以降通訳付き外国人検査相談事業と言う)」を開始した。「感染不安を抱えた外国人受検者も含む全ての受検者が安心, 安全に検査が受けられる体制づくり」を目指して, 行政, 医療機関, 専門医療職と協働して取り組んできている。今HIV対策には何よりも早期発見, 早期治療が求められている。予防から治療に, より早く・より良いアクセスを求めて活動してきた10年余の取り組みについて報告する。

【社会医学研究2021; 38 (2): 147-155】

キーワード: NPO法人, HIV検査, 常設夜間休日検査相談

I はじめに

1) 特定非営利活動法人 スマートらいふネット

連絡先: 毛受矩子

住所: 〒542-0083

大阪市中央区東心斎橋 1-7-30 21心斎橋ビル 4階

TEL: 06-4708-5035

E-mail: smart.life.net@kud.biglobe.ne.jp

1. 「スマートらいふネット」の紹介

大阪府に勤務する団塊世代の保健師が定年を前に退職後の生き方試行として「保健行政時代に培った保健と医療, 福祉, 教育, 地域組織等々の広いネッ

トワークを活用し、地域住民ニーズに寄り添った健康課題に取り組んでいきたい」と2006年1月に「スマートらいふネット」を設立した。設立当初は様々な団体助成金を得て地域住民の健康課題について「睡眠と生活習慣病予防」、「高齢妊婦・高齢出産した母親の子育て支援」等の実態調査や支援事業を開始してきた。

一方で、全国的なHIV感染者の増加を背景に、国、大阪府、大阪市行政は多くの感染不安を抱えた受検者ニーズ対応の準備をしていた。2008年春から「chotCAST」を大阪市中央にある「なんば」において開設した。当時の名称を「chotCASTなんば」と言った。

そこで2008年8月から、「感染不安を抱えた受検者がいつでも無料匿名で検査が受けられる常設夜間休日HIV等検査相談事業」を「スマートらいふネット」が大阪府・大阪市の受託事業として開始した。

それから10年余の間、行政と共に、エイズ治療拠点病院から派遣される多くの医師をはじめとして、他の医療専門職やNGO、NPO等々の協力のもとで今日まで継続的に実践してきている。

2. 「chotCAST」における「スマートらいふネット（スマートらいふクリニック）」が実施する「常設夜間休日検査相談体制」の推移

全国の保健所等で実施しているHIV検査件数は近年横ばいか減少傾向にある（図-1）²⁾。その中でHIV陽性者件数も横ばい状態にある（図-2）²⁾。

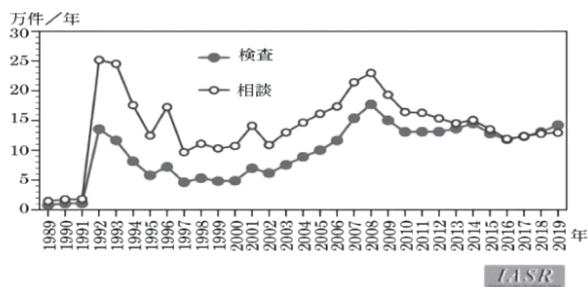


図-1 全国保健所等のHIV検査件数推移

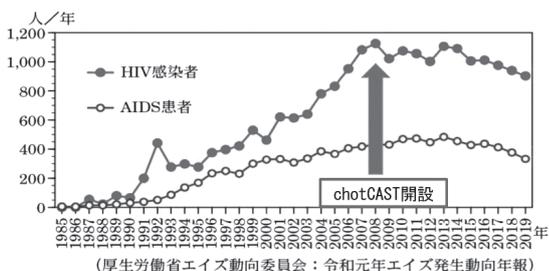


図-2 HIV/AIDS発生動向1985年～2019年

「chotCAST」における「常設夜間休日検査相談体制」は匿名無料で仕事、学校帰りに安心していつでも検査相談が受けられる検査場として受検者ニーズに応じてきた。利便性を重視している事から関西一円からの受検者もある。

また、「chotCAST」では「常設夜間休日検査相談事業」と併せ持つ「コミュニティセンター事業」を「一般社団法人JHC」が「HIVに関する正しい知識の普及と人権を守る啓発教育、そして陽性者支援」として国から受託事業を実施し情報提供や相談体制を組んでいる。「chotCAST」は「感染予防と検査相談」から「陽性者支援と啓発教育」について「HIV/AIDS対策を総合的に取り組む拠点」として多くの対象者に利用されている。

2017年3月に大阪市の「なんば」から現在の利便性の良い「心斎橋」に移転し、名称も「chotCAST」と改めて現在に至っている。

「chotCAST」における「常設夜間休日検査相談事業」は10年余の中で検査受託団体や検査方法、検査場の移転等の幾多の変遷をしながら今日に至っている。

以下は「スマートらいふネット」が受託事業として取り組んできた検査回数と検査方法の変遷経過である。

- 2008年8月～ 大阪府の委託事業として開設
(通常検査：1回/週)
- 2009年4月～ 大阪府.大阪市の委託
(通常検査：2回/週)
- 2010年7月～ 大阪府.大阪市の委託
(通常検査：3回/週)
- 2011年5月～ 大阪府.大阪市の委託
(通常検査：3回/週、
即日検査：1回/週)
- 2013年4月～ 大阪府.大阪市の委託
(通常検査：2回/週、
即日検査：2回/週)

2015年4月～ 大阪府.大阪市の委託
 (通常検査：2回/週,
 即日検査：1回/週)

2020年1月～ 大阪府.大阪市の委託
 (通常検査：2回/週,
 即日検査：2回/週)

2020年4月～現在 大阪府.大阪市の委託
 (通常検査：1回/週,
 即日検査：3回/週)

予約制システム導入はコロナ禍の中で感染防止策と併せて受検者増加の一助となる事を期待している。

II 「chotCAST」における「スマートらいふネット（スマートらいふクリニック）」が実施する「常設夜間休日検査相談事業」検査結果について

1. 受検者数の推移（2008年度～2020年度）

2021年4月現在の「スマートらいふネット」が受託実施している事業は、検査回数は「週4回」、実施日は「火曜日・木曜日の平日夜間検査」と「土・日曜日休日午後検査」である。

「検査方法」は、「通常検査（火曜日、1週間後の検査結果返し方法）」と「即日検査（木・土・日曜日、当日結果返し方法）」を実施している。

3. 「常設夜間休日検査相談事業」の人的な体制

週4回の夜間休日検査相談体制は管理医師と併せてエイズ治療拠点病院から派遣される検査当日の担当医をはじめとして、月間延べ160名前後の保健師、看護師、臨床検査技師、臨床心理士、事務等の専門職で支えられたHIV検査相談総合チームである。

4. 2021年4月より予約制システム導入の開始

2021年新型コロナ感染禍の下で、3密防止策として週3回の「即日検査」に予約制システムが導入された。HIV等検査を受けるために早い時間帯から検査場前の廊下で並んで待つことなしで「予約時間に来所すれば確実に安心して無料匿名の検査が受けられる」と受検者から好評である。

「スマートらいふネット」が実施している「常設夜間休日検査相談」の受検者数のピークは2014年度の7233人であった（表-1）。これは「保健所等におけるHIV抗体検査件数」の大阪府検査数の「71%」にあたる件数であった³⁾。

それ以降、「スマートらいふネット」の実施検査回数に応じて受検者数は変化している。2020年以降現在の週4回の検査回数となったが、2020年度春にはコロナ禍にて検査場閉鎖もあり、受検者はピーク時と比較して約「60%」に減少してきた。しかし、今後は予約制システム導入により受検者増加を期待したいと考える。

受検者の推移をみると検査方法により受検者数に大きく差異が出ている。

定員50名のところを「通常検査（1週間後に結果返し）」は1回受検者数平均23人であり、「即日検査（迅速検査で当日結果返し）」では1回平均受検者数が49人となっている（図-3）。

即日検査を開始した2011年から年々「即日検査」受検者数の増加があり、受検者ニーズに応じて、現在は「週1回の通常検査」と「週3回の即日検査」を組み合わせた体制で取り組んでいる。

表-1 HIV検査相談事業の受検者数の推移

HIV受検者数

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
男性	578	1385	1858	3598	3807	4990	5264	3597	3501	3585	3561	3946	3199
女性	488	1055	1053	1608	1700	2080	1962	1357	1041	1009	1122	1211	958
他				3	11	7	7	12	8	17	13	7	9
合計	1066	2440	2911	5209	5518	7077	7233	4966	4550	4611	4696	5164	4166

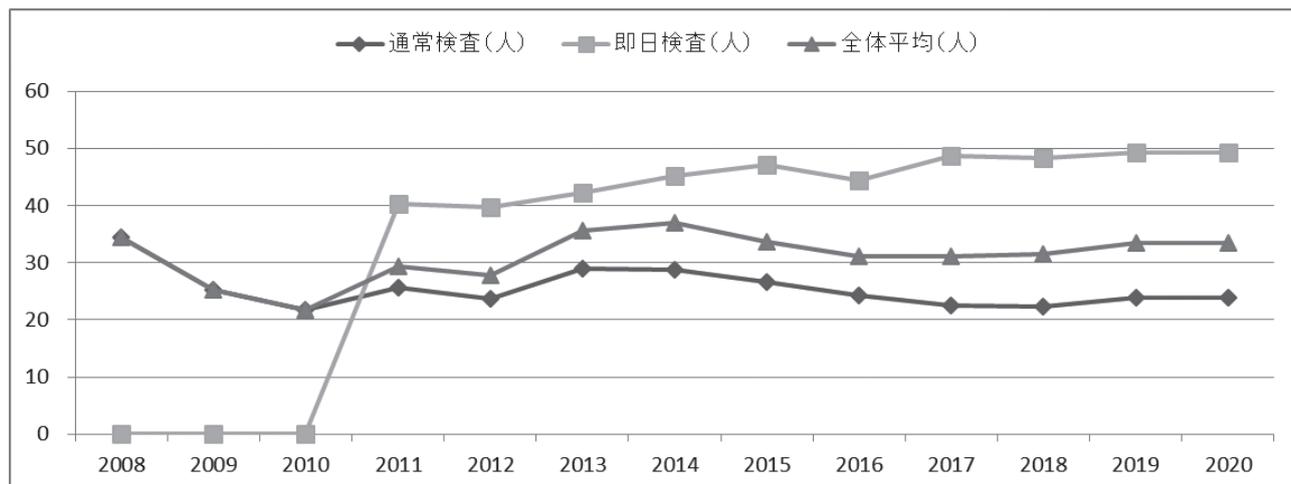


図-3 検査別の1回平均受検者数

2. 検査結果の陽性率

1) 総受検者全体のHIV陽性率

開設当時のHIV陽性率は、男女含めた総受検者全体で「1.13%」であった(表-2)。

これは保健所の検査陽性率「0.35% (2008年度)」に比して3倍の高い陽性率であった²⁾。

「chotCAST」開設当時は感染不安を抱えた多くの受検者が「無料・匿名、利便性の高い常設夜間休日検査相談事業」に期待していた事が伺えた。以降の男女含む総受検者全体の陽性率は概ね「0.6%前後の横ばい」を推移している。また、近年梅毒の陽性率は2015年以降増加傾向を示し、2016年の「5.25%」をピークに毎年「4%前後」の陽性率を示している。これは保健所等調査「2017年保健所1.9%」に比較して高い陽性率であった⁴⁾。

3. 男女別の陽性率

HIV陽性率は男女間で大きく異なる。全国における2019年度HIV感染者数中、男性同性間性的接触が「72%」を占めている事から²⁾ 当検査場も男女別間で陽性率は大きく異なっている。男女別陽性率でみると、男性のHIV陽性率は開設当初は「2.08%」あったが以降は概ね「0.7~0.8%前後」を推移している。男性同性間性的接触者を中心に高いものがあった(表-3)。

女性のHIV陽性率は10年余の検査で5名の陽性者があり、「0.09~0.10%」であった。大阪府にお

ける2019年の女性HIV感染者は4名あった事から今後も女性への感染防止と早期発見のための検査体制づくりが求められている⁵⁾。

発見されたHIV感染者は近畿ブロックエイズ治療拠点病院に紹介し、治療への早期アクセスを図っている。しかし、近年異性間性的接触者も増加傾向にあり、当検査でも注目視している。

また、梅毒感染率は男性のピークでは2016年度「6.36%」であった。また女性も2016年度より増加傾向を示し、2019年度ピーク時には「2.08%」を示していた。梅毒陽性率は2016年度から急増加があり以降、高率に推移している⁶⁾ (表-4)。とりわけ若い世代の女性の梅毒陽性率は次世代の先天性梅毒児出産への影響も見逃せない現実がある。大阪府でも先天性梅毒児が2016年以降毎年報告がされている事から女性への感染防止と早期発見治療へのアクセスは重要である。

Ⅲ 受検者動向の背景からニーズに対応した新しい取り組みを

1. 女性受検者減少の背景から「女性スタッフによる女性のための“レディースデー”」の取り組み

2008年度開設当時の総受検者数に占める「女性の受検者数」の割合は「45.8%」であり、受検者全体の約半数を占めていた。しかし、年々女性の受検者数は減少傾向にあり、2019年度には受検者全

表－2 総受検者全体の陽性率

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
HIV	1.13	0.57	0.76	0.63	0.34	0.57	0.55	0.58	0.44	0.56	0.32	0.58	0.55
HBV	0.66	0.58	0.38	0.49	0.31	0.39	0.41	0.39	0.32	0.20	0.28	0.30	0.37
梅毒	2.54	2.35	2.50	2.34	2.20	2.56	2.95	4.47	5.25	3.98	4.10	4.10	4.44

表－3 男性の陽性率

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
HIV	2.08	1.01	1.18	0.89	0.50	0.80	0.74	0.81	0.57	0.70	0.39	0.76	0.69
HBV	1.05	0.66	0.33	0.68	0.35	0.39	0.49	0.43	0.26	0.23	0.34	0.36	0.45
梅毒	4.18	3.57	3.82	3.10	2.90	3.46	3.96	6.08	6.36	4.80	4.85	4.73	5.49

表－4 女性の陽性率

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
HIV	0.00	0.00	0.00	0.06	0.00	0.00	0.05	0.00	0.00	0.10	0.09	0.00	0.10
HBV	0.21	0.48	0.48	0.06	0.18	0.39	0.21	0.30	0.49	0.10	0.09	0.08	0.11
梅毒	0.62	0.76	0.19	0.73	0.64	0.63	0.70	0.89	2.06	1.08	1.80	2.08	1.05

体に占める女性受検者割合は「23.5%」と4人に1人の割合にまで減少してきた(図－4)。

一方で年々女性の梅毒増加傾向が報告される中で、女性の受検者増加を図るために「他者の視線が気になる。安心して受検したい」等の女性受検者のニーズに応えた「女性スタッフによる女性のための“レディースデー”」を開始した(2018年度公益財団法人エイズ予防財団助成金事業)。

平日夜間の勤務帰りに安心して検査が受けられる「水曜日夜間即日検査」を計画した。女性に好評で受検者も多くあった。以降2019年度から大阪府より予算化されて「スマートらいふネット」が「レディースデー」を受託事業として今日まで実施している。

2019年度8回のレディースデーの検査結果の動向を見た。

2019年「レディースデー」の女性受検者数は231

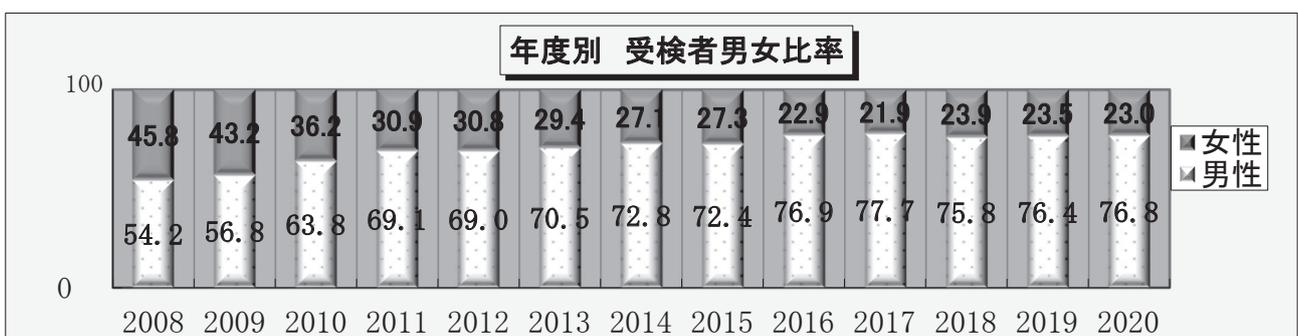
名があった。受検者の年齢幅は17歳から54歳、平均年齢は30.0歳で、若い女性が多かった。

検査結果の陽性率はHIV「0%」、梅毒「1.7%」、性器クラミジア(尿検査)は「9.4%」であった。

梅毒の陽性率は定例検査の女性受検者陽性率と同程度の高さであった。また尿クラミジア検査も大阪市保健所で実施している尿クラミジア検査結果と同程度の高い陽性率を示していた⁷⁾。

「レディースデー」は若い女性も受検しやすいためHIVを含む性感染症予防と早期発見のための知識普及や検査機会の提供を行う事で、感染予防への行動変容に繋がる有意義な機会となっている。

女性の性器クラミジア感染は放っておくと将来の不妊の原因にもなりかねないものの、無症状の人も多く、また性感染症の中では感染率も高い疾患である。



図－4 男女別受検者数の割合

また、受検者アンケートの結果から「性感染症の既往症有り」と答えた女性は「47.3%」と約2人に1人の割合であった。また「性感染症既往有」と答えた受検者の疾患名は多い順から「性器クラミジア感染症51.9%」「性器カンジタ症48.1%」「膣トリコモナス症14.4%」であった。この事から今後、教育機関との連携で早期から感染予防のためのタイムリーな機会教育の場が求められていると考える。2019年度は行政と協働して養護教諭の研修の場をchotCASTで実施し、検査現場における実績を報告した。

2. 外国人受検者増加の背景から「外国人通訳付き検査相談事業」への取り組みへ

近年地域社会のグローバルヘルスが問われてきている。そして今、新型コロナ感染拡大はまさに地球上の感染症課題として国を越えて多くの人々に感染防止策の課題が投げかけられている。

「常設夜間休日検査相談場」においても、年々、総受検者の中に占める外国人受検者は増加傾向にある。2019年度から外国人受検者数と国籍、感染者数等々への課題を検討してきた。

2019年度の定例検査受検者の中での外国人受検者の割合は「6.9%」であった。2020年度はコロナ禍で総受検者は減少傾向にあったが、その中でも外国人受検者割合は増加傾向にあり「8.6%」となった。国数は40ヶ国以上あった。受検者の多い国は中

国、韓国、ベトナム等東南アジア系国籍が多かった。

外国人検査結果のHIV陽性者数は、2019年度は「常設夜間休日検査相談」全体の陽性者数の中の17%を占め、また2020年度は22%を占めており、高い発生状況であった⁸⁾(表-5, 6)。

外国人HIV陽性率について、2019年度「1.40%」、2020年度「1.39%」で外国人の方が日本人に比較して有意に高かった(表-5, 6)。

現段階では当検査場への受検者は「日本語が話せる外国人」が多かったが、「言語的障壁があるため、感染不安があってもまだ受検できていない」在留外国人のために、検査へのアクセスがしやすいように、「通訳付き外国人検査相談事業」を2020年度に公益財団法人エイズ予防財団の助成金事業として計画実施した。検査のアクセスを良くすることでエイズ発症防止としたい⁹⁾。

通訳はNPO法人CHARMの協力を得て実施している。コロナ禍の中、対面を避けたZoom活用のリモート通訳付きの検査相談事業に取り組んだ。受検者の感想として、「母国語で検査相談できたので細かいことまで相談できて安心した」であった。

以上から言語的な大きな障壁を取り除いた安心安全な検査提供ができる体制構築が必要である¹⁰⁾。感染不安を抱えている全ての在留外国人に対する「無料匿名常設夜間休日検査相談事業」を広く紹介していく事が求められている。

表-5 2019年度 日本人と外国人のHIV検査結果 ()内は比率

		日本	外国	合計	P値*
HIV	陰性	4783 (99.48)	351 (98.60)	5134 (99.42)	0.034
	陽性	25 (0.52)	5 (1.40)	30 (0.58)	
	合計	4808 (100)	356 (100)	5164 (100)	

*カイ2乗検定による

表-6 2020年度 日本人と外国人のHIV検査結果 ()内は比率

		日本	外国	合計	P値*
HIV	陰性	3789 (99.53)	354 (98.61)	4143 (99.45)	0.025
	陽性	18 (0.47)	5 (1.39)	23 (0.55)	
	合計	3807 (100)	359 (100)	4166 (100)	

*カイ2乗検定による

以下は新しい取り組みの広報案内ビラである (図-5, 6)

IV 結 語

HIV/AIDSの治療は大きく進歩してきている。しかし、未だHIV含む性感染症への偏見は少なくない。何よりも早期に、そしてタイムリーに感染予防のための情報提供と同時に早期発見・早期治療へのアクセスを良くするための様々な障壁を取り除く事が重要である。

そのために感染リスクを抱えた時には、いつでも安心して相談ができ、受検ができる無料匿名の検査体制が求められている。その点から「無料匿名」の「利便性を重視」した「常設夜間休日検査」体制が今後も安定的継続的に提供できる事が求められていると考える¹²⁾。

また2021年度から開始した予約制システム導入でさらに受検者の増加を期待していきたい。

併せて保健所と比較して「常設夜間休日検査相談」の受検者のHIV陽性率は開所以来、常に高いものがあつた。

また発見された陽性者に対しては早期に確実にエイズ治療拠点病院へのアクセスができるように陽性者もつ「受療への課題解決支援」も求められている。

また女性の梅毒増加や異性間性的接触によるHIV等他性感染増加傾向を受けて「レディースデー」や、グローバル化時代においての在留外国人受検者への「通訳付き外国人検査相談事業」等、新しい受検者ニーズに応えた検査体制構築も求められている¹²⁾。

日々の検査結果から得られた貴重なデータを根拠として行政や多くのHIV感染予防支援機関・団体と協働して、次の施策化にむけて反映していきたい。今後も感染不安を抱えた多くの受検者の立場にたったHIV検査を提供していきたいと考えている。

最後に「chotCAST」における10年余の「常設夜間休日検査相談事業」が継続的に安定的に受検者に提供実施できてきた背景には、何よりも行政との協働や管理医師始めエイズ治療拠点病院から派遣されてくる専門医の力、加えて年々引き続いて保

図-5 レディースデー案内

図-6 日本語が話せない外国人のための検査案内

健行政退職保健師や医療専門職のチームプレー力に支えられている事に感謝したい。

V 謝 辞

2008年に「chotCAST」における「常設夜間休日検査」開設当時から相談役としてご指導いただいている高鳥毛敏雄先生（関西大学社会安全学部社会安全研究科 教授）や、今回第61回日本社会医学会総会の「講演Ⅱ」座長をしていただいた「スマートらいふクリニック2代目管理医師」の田淵貴大先生（地方独立行政法人大阪府立病院機構大阪国際がんセンター疫学統計部 部長補佐）には大変お世話になりました。紙面をお借りして感謝いたします。またこの貴重な学会誌への投稿の場を与えていただきました日本社会医学会編集委員長小橋元先生（獨協医科大学 副学長）に厚く御礼申し上げます。

本論文の投稿に際し、開示すべき利益相反関係はありません。

参考文献

1. <https://chotcast.com/guide.htm> 「chotCAST」 (2021年6月5日最終アクセス)
2. 国立感染症研究所「LASR HIV/AIDS 2019年」 (2021年6月5日最終アクセス)
3. API-NeT 2019年日本の状況・エイズ動向委員会「保健所等におけるHIV抗体検査件数」一覧表
4. 土屋菜歩, 厚生労働省科学研究費補助金「エイズ対策政策研究事業」 「HIV検査受検勧奨に関する研究」 2019年
5. 大阪府健康医療部保健医療室「大阪府におけるエイズ発生動向」 令和元年 (2019年1月1日~12月31日)
6. 大阪健康安全基盤研究所「梅毒はコロナ禍でも流行中です」 2021年1月 (2021年6月5日アクセス)
7. 大阪市「平成31年度クラミジア検査実施件数
8. 厚生労働省エイズ動向委員会「令和元年 (2019) 年エイズ発生動向一概要一
9. 白野倫徳「当院における過去22年間の外国籍HIV感染者/エイズ患者の動向分析」研究ノート
10. 仲尾唯治, 山本裕子「在留資格のある外国人のHIV受療行動を阻害する要因分析と改善案の検討」 28 (1) 2013, 105-114
11. 佐野貴子, 加藤真吾, 今井光治「HIV無料・匿名検査相談の役割一保健所等HIV無料・匿名検査相談施設におけるHIV検査の現状と課題一 2015 The Japanese Society for AIDS Research
12. 木村哲「全国保健所等におけるHIV校庭検査件数と新規感染者報告数の関連」 2016 The Japanese Society for AIDS Research (受付 2021.06.11: 受理 2021.07.07)

Achievements and trends of HIV/AIDS night and holiday testing at the “chotCAST” (Osaka Inspection Consultation · Enlightenment and Support Center) over 10 years

Noriko MENJU, RN PHN MA¹⁾, Mitsuyo KUMAMOTO, RN PHN¹⁾

【Abstract】

Background :

This paper reports on the trends of inspections conducted by NPO Smart Life Net.

In the spring of 2008, the Ministry of Health, Labour and Welfare, Osaka Prefecture, and Osaka City launched “chot CAST” (communication hub of testing counseling and support) for the purpose of comprehensively solving HIV/AIDS problems in the Kansai area. It’s main projects are 1) prevention of HIV infection, 2) early detection of infection and promotion of access to medical institutions, and 3) continued treatment of HIV positive persons and support for social life.

The NPO Smart Life net was commissioned to perform a permanent night and holiday clinic inspection.

Result :

At the peak of fiscal 2014, there were 7,233 participants a year who received the HIV/AIDS test. The HIV positive rate showed 1.13% at the time of establishment, and after that, it was around 0.6%. By gender, the positive rate for male only was high at the time of establishment at 2.08%, and then remained at around 0.8%.

Issues :

HIV countermeasures require early detection and early treatment. Our issues are Increase the number of participants in the HIV/AIDS test, especially Female participants on “Lady’s Day” and Foreign Nationals with multilingual Interpreter’s Assistance.

【Bull Soc Med 2021 ; 38 (2) : 147 – 155】

Key words : NPO “chotCAST”, HIV/AIDS test, HIV/AIDS night - holiday Testing and counselling

1) NPO Smart Life Net.

特別報告

大阪結核勉強会からストップ結核パートナーシップ関西へ

松田岳彦¹⁾

抄録

背景・目的：日本の結核患者数は、戦後一貫して減少していたものの、その減少速度は鈍化傾向にあった。この状況を打開すべく、1999年に厚生大臣（当時）から結核緊急事態宣言が出され、結核対策の強化を行ったことで、国として結核患者数の減少速度を再び速めることができた。大阪府も、結核罹患率が最も高く、大阪市など特に結核罹患率の高い地域を有するなどの状況であったが、大阪府や大阪市などの結核対策の強化により、罹患率は順調に低下した。しかし、平成9年に地域保健法が施行されたことによって、公衆衛生事業が都道府県（保健所）から市町村への移管されることとなった。大阪府においても、結核患者の管理をはじめとする結核対策に困難を来すことがみられるようになり、罹患率の減少速度は鈍化している。これらの状況をふまえ、結核対策をより効果的にすすめることを目的として、公的な機関による集まりではなく、自主的な集まりにより、「大阪結核勉強会」を立ち上げることとなった。

方法：行政、臨床、教育など、通常業務では立場が異なるが、結核対策に問題意識を有する者の自主的な情報交換及び行動のための集まりとして、有志（ボランティア）による大阪結核勉強会を設立し、結核に関する問題を明確化し、その解決策について議論している。

結果：結核に関する諸問題を多角的に分析し、その解決策を導き出し、ストップ結核パートナーシップ関西など外部との意見交換の場を活用し、その解決策を発信できた。

結語：普段の職域などに縛られない一貫性のある結核対策を導き出すことができた。

【社会医学研究2021；38（2）：156-163】

キーワード：結核，ボランティア，パートナーシップ，大阪，TB，Volunteer，Partnership，Osaka

この1年は、感染症という縛りがなくとも、「病気」（感染症）といえは新型コロナウイルス感染症のことばかりである。しかし、新型コロナウイルス感染症の登場までは日本最大の感染症は、結核であると言われてきたし、事実そうであった。

旧来より、日本において結核に対する守りは、「医

療機関」だけでなく、保健所を中心とした「行政機関」の二つの機関により行われてきた。

しかし、現在は、医療機関の評価に関しても、医療法第二十五条第一項の規定に基づく、保健所等による公的な検査のみならず、公益財団法人とはいえ、日本医療機能評価機構による病院の認定なども行われているところである。また、ネットによる私的な病院評価も数多く見受けられる。

また、結核医療は前述のように医療機関と保健所が中心となっているものの、一般的な疾病のように大学の医学部附属病院や規模の大きな総合病

1) 大阪府 茨木保健所

連絡先：松田岳彦

住所：〒567-8585 大阪府茨木市大住町 8-11

TEL：072-620-6706 FAX：072-620-6708

E-mail：matsudat@mbox.pref.osaka.lg.jp

院が医療を提供することは稀であり、主に各地方に存在する結核専門病院により治療が行われている。これらの結核専門病院は、結核患者数が減少していることを背景に、医療機関数、病床数ともに減少の一途をたどっている。

加えて、「過去の疾病」とも評される結核の医療や研究に関しては、一部の医師などに限られ、患者への対応の最前線にある保健所とも情報交換を行う機会は少ない。

そこで、立場の異なる関係者の純粋かつ自主的な情報交換及び行動のための集まりとして、有志(ボランティア)による大阪結核勉強会を設立することになった。

その取り組みについて以下に紹介する。

1) 活動のはじまり

平成25年に大阪府内の大学・研究所、医療機関、研究機関に勤務しており、熱心に結核対策に取り組まれている者(後述)から、今後の大阪府の結核対策について他機関の者と一緒に勉強できないかという声が上がった。そこで高鳥毛敏雄氏(前大阪大学、現関西大学社会安全学部教授)に相談したところ、先生から「こういう勉強会は20年くらい前に実施したかったものである。協力させていただくので頑張って実施してください。」という言葉があった。これがきっかけとなり、大阪結核勉強会が始まった。

2) 開始にあたっての問題意識の統一のために：

第1回大阪結核勉強会

当勉強会を始めるにあたり、参加者の問題意識を統一するために、高鳥毛教授に「大阪府の結核対策の現状と課題-vision2020-」と題して講演いただいた。そして、大阪府の結核の現状とこれから解決すべき課題を明確にした上で当勉強会を継続していくこととなった。

(以下、講演内容抜粋)

大阪の結核対策は、緊急事態宣言などの結核対策の強化などにより、順調に機能し罹患率も減少してきた。ところが、国による公衆衛生事業の保健所から市町村への移管により、大阪の結核医療の統一性が失われ、結核患者の管理が困難となり、罹患率減少が鈍化している。大阪全体の効率的かつ統一的な結核対策を実施してゆくために、関係者の知識と技術を結集した「結核対策大阪モデル」を速やかに策定し実行する必要がある。

3) 参加メンバー

勉強会の参加メンバーは、所属が異なるだけではなく、職種も医師、看護師(保健師)、薬剤師、診療放射線技師などに加えて、言語学を専門とする大学教授など幅広い。例として所属先を挙げると以下の通りである。(元所属や廃止団体を含む)

- ・大学関係：関西大学、大阪大学、大阪市立大学、大阪府立大学、近畿大学、奈良学園大学
- ・研究所関係：大阪安全基盤研究所、医薬基盤研究所
- ・病院(臨床医)関係：大阪はびきの医療センター、大阪社会医療センター、大阪刀根山医療センター、兵庫中央病院、黒川診療所
- ・その他：大阪市、大阪府、大阪公衆衛生協会

4) 参加メンバーの立場

参加メンバーの中には、公職としての立場を有している者も多く、自由な集まりであっても、公としての立場があり、当勉強会での発言と業務で行う内容に齟齬が生じる可能性がある。そのため、あくまでも個人としてボランティアとして参加していることを明確化している。すなわち、本来の所属がどこであるにしても当勉強会においては、肩書は「そこに所属して仕事をしている」というだけの意味である。本稿も茨木保健所の松田ではなく、松田個人の立場で執筆している。

このように、あくまでも個人の立場で参加しているのであって、参加することで所得を得られない私的な勉強会である。そのため、参加動機は「大阪の結核の状況をよくするための方策を考える」につきる。参加メンバーは、個人のためではなく公益のために参加している。

5) 活動方針及び運営等

- ・組織：前述のとおり、参加メンバーの所属が幅広いのみならず、年齢や役職でも、その差は大きい。このような参加メンバーの間で自由な議論を行うため、参加メンバー全員がフラットな立場であることを基本としており、代表、会長や委員長などという一般的な集まりにある役割をあえて無くしている。筆者自身も特に役割が与えられているわけではないが、当勉強会の事務的なとりまとめをしている関係から、第61回社会医学会総会において、市民公開講座としてストップ結核パートナーシップ関西ワークショップを開催するにあたって“コーディネーター”という肩書をつけていただいた。しかし、筆者も結核は専門外であり、当勉強会での業務は各回の議題を決め、当日の議事次第を作成し、開催案内を出していることに限られる。
- ・会場：当初は貸し会議室で、その後は大阪公衆衛生協会（令和3年3月末で解散）の執務室で開催してきた。最近、大阪社会医療センターの一室を提供していただいている。当勉強会で使用する資料の印刷についても大阪公衆衛生協会の協力を得ていた。
- ・参加メンバーの資格：特に資格というものはないが、予算もなく自主運営している関係上、参加メンバーを現状以上に増やしていくことは難しい。現在の参加メンバーから、「あの人は結核のここが詳しい」や、参加を強く希望されている方、などと紹介いただいて新たにメンバーに加わっていただくことはあるものの、あくまでも参加メンバー同士が顔を合わせて話し合うことを重視しており、事実上参加メンバーを固定した上で集まることとしている。唯一の基準が

あるとすれば、大阪の結核を何とかしたいという思いである。

- ・議論するテーマ：大阪の結核を何とかするという目標実現のためであれば、参加メンバーは議論したいテーマを出すことができる。一例を挙げると、外国語対応が必要な結核患者の治療に関する通訳をはじめとした諸問題や結核患者が多く住むあいりん地区の結核対策などである。数回の議論では答えの出る問題ではなく、結果として同一のテーマを複数回にわたって議論することも多く、それから派生するテーマに進むこともある。また、ストップ結核パートナーシップ関西ワークショップに関する内容も検討している。その他、議論したいテーマがあれば、いつでも自由に提案をすることが可能である。

6) なぜ、ボランティアなのか

保健所医師及び保健師は業務として結核対策を行っているが、保健所の数が減少し、職員数も減る中、継続して一定の効果を出していくためには、異動・退職等の外部変化要因の少ないボランティアが自主的に取り組むことが必要であり、重要と考えている。

大阪公衆衛生協会が発行する「大阪公衆衛生」2021.3（総集編）¹にも1963年11月11号掲載の「大阪公衆衛生協会を語る」²と1964年3月14号掲載の「公衆衛生とVolunteer活動」³という過去の2つの座談会が掲載されている。これは過去の「大阪公衆衛生」からの再掲であるが、そのタイトルにも公衆衛生とVolunteer活動という文言もあり、「大阪公衆衛生」によると、昭和25年に「結核を語る会」が発会し、行政関係者も加わったその方面の熱心な方々によるボランティアなグループ活動行われ、この活動が「公衆衛生を語る会」に発展し大阪公衆衛生協会になったと書かれている。すでに当時から「私たちも自主性のある、自由に討議できる会でなければならないと希望していましたが・・・」⁴「広範なボランティア活動の必要性と、大学が現場の問題に冷淡だったのを打ちくたくべきだ」という関先生の考えとを実現するものとして、関係者の

努力によって若い医師、保健婦、監視員の方々を対象とした「公衆衛生を語る会」が運用され、非常に自主性ということに、会の運営上の注意が払われた」「民衆運動が非常に発展しないと、公衆衛生というのは絶対に発展しないと思う」との発言がある。これまでの経緯を知らない状況で、現在の大阪結核勉強会を始めることとなったが、60年前に考えられた精神を受け継いだ形で大阪結核勉強会が立ち上げられたことを知ることとなった。

7) 活動の記録

平成25年3月に勉強会の設立に関する声が上ががり、高鳥毛氏からの助言のもと、準備会を経て平成26年4月に第1回の大阪結核勉強会が開始された。企画の発案から約1年の準備期間をもって活動が開始されたわけだが、この期間における懸案事項は、発起人がまずどこに集まるのか、どの方に声掛けして参加をお願いするのかということであった。開催場所については、参加メンバーの勤務先が広範囲に広がっていることから、大阪市内とした。お声がけする方については、人数に制限をかけていなかったものの、結核に関して考えや意見を出せる人が顔を見ながら話し合える規模の人数にするという観点から検討し、当初は14人のメンバーで開始することとなった。第1回の内容は、「参加メンバーの所属する各機関の現状と課題報告」として、それぞれの参加者が所属する機関で取り組んでいる課題報告と結核征圧の思いを発表した。第6回には、初めて外部講師として医薬基盤研究所霊長類医科学センターの保富康宏センター長に来ていただき、結核ワクチンの研究について講演をいただいた。これ以降、必要があれば、外部講師を招き積極的に学ぶことも開始した。

8) 過去のテーマ

以降、何名かの方に来ていただき、最新の研究成果を学んだが、それと並行して独自に勉強会のテーマとして研究等したいと意見があり、下記のテーマについて関係者との共同研究を実施した。

・あいらんQFT-PJ 研究：日本でも結核患者が多い

大阪市西成区内の“あいらん”と呼ばれる地域の方に対する結核発病マーカー研究（潜在性結核（LTBI）に対するバイオマーカー活用）を「株式会社キアゲン」（QIAGEN K.K.）とメンバーの共同研究という形で実施した。特に医療法人ダイワ会 大和中央病院の協力を得て、同病職員（看護師）に対して複数回検査し、データ採取に努めた。「平成29年6月26日、731-2 大阪はびきの医療センター倫理委員会承認」

・あいらんシェルターでの結核に関する聞き取り調査（2013年・2019年）：三浦氏（三浦康代 奈良学園大学 教授）の研究に協力し、あいらんシェルター居場所棟利用者を対象とした結核に関する聞き取り調査であり、前回2013年に実施された調査について約6年後に再度調査し、比較調査とした。具体的には以下のとおりとなる。

あいらんにおける高齢日雇労働者特別清掃事業登録者（以下、特掃）は、年度替わりの更新の時期に結核健診を義務付けられており、55歳以上の健康な高齢日雇労働者なら登録できる仕組みとなっている。2013年度前半に、特掃の中から10名以上の新登録結核患者が発生した。そこで、再発防止のための情報収集として、NPOヘルスサポート大阪が、NPO 釜ヶ崎支援機構や西成区保健福祉センターと連携し、特掃及びシェルター利用者を対象に、2013年調査〔回答数853（うち特掃773）〕⁴を実施した。その後、2016年1月に、シェルターは、冷暖房と次亜塩素酸空間除菌脱臭機付きの新シェルターとなった。

大阪市の総合的結核対策が功を奏し、あいらん地域の結核罹患率は著しく低下中であるが、さらなる結核罹患率の低下を目指して大阪結核勉強会が協議の結果、公益財団法人大阪公衆衛生協会が、NPO釜ヶ崎支援機構・西成区保健福祉センター・大阪市西成区役所と連携し、「新あいらんシェルター居場所棟利用者を対象に、2019年調査〔回答数211（うち特掃81）〕⁵を実施した。特掃の結核に関する認識は高く、年2回

の結核定期健診の付随効果と考えられる。また、特掃以外のシェルター利用者の結核健診受診カード所持率は6年間で42%から85%に増加していた。

その後、皮肉にも2020年に、新型コロナウイルスの感染拡大防止対策として、シェルター利用の要件に結核健診受診カードの提示が始まった。これにより、結核の早期発見につながったケースもあり、また、シェルター利用者の住民登録が可能となったことは予期せぬコロナ効果であろう。また、シェルター居場所利用者は、会話が非常に少ない印象であった。このことはシェルター内でのコロナのクラスター発生の抑制因子の1つとなっていると考えられた。

あいりん地域の結核患者は健診で発見される割合が高く、ホームレス及び生活保護受給者に多いことが特徴である。今後も関係機関の連携により、施設利用者の結核健診受診義務化の継続、施設利用者への結核に関する情報提供が重要と考えられた。

・結核患者の国際化対応について（説明文書などの多言語対応について）

現在新規の結核患者は高齢者と20歳代の外国の方の割合が高い。特に外国の方の中でも、技能実習生として日本に來られた東南アジア諸国の方が多い。実際の結核治療に関しては、外国の方は出身国と治療方針が異なること、特に借金をして來日したのに、入院で収入の道を閉ざされることがあり、さらに言葉の理解がまだ十分でないケースも多いためコミュニケーションにも問題が生じていた。そこで全国から説明用の資料を入手し、説明を受けやすく、説明しやすい資料とするための検討を実施した。

加えて、説明資料だけでなく、医療通訳育成についてもISO（国際標準化機構）の作業情報をにらみながら勉強を始めた。その中で最初の取り組みとしては英語・日本語についてバランスの測定テストとして「適正テスト」を実施している。この適正テストは林田氏（林田雅至元

大阪大学COデザインセンター教授）が始められたテストについて、大阪公衆衛生協会が共催し、側面的支援を関西勉強行い、継続して実施している。適切テストとは、外国語運用能力の双方向性を確認する試験のことで、一方的に通訳するのではなく、学習外国語から母語へ、母語から学習外国語への翻訳・通訳する「双方向運用能力」をバランスよく身に付けているかを評価している。（Contextual Sensitivity は「文脈を汲み取る感受性」のことである）

一方、人による通訳だけでなく、ポケットークという自動翻訳の実証実験をストップ結核パートナーシップ関西ワークショップにおいて行った。

・薬局DOTSの実施の実施について

薬局DOTSについては、本来保健所の保健師が服薬確認を行っているのがDOTSであるが、患者さんの生活環境の変化に伴い、月曜日から金曜日の保健所開所時間内では、通学・通勤をされている患者さんとの連絡が難しくなっていることから、薬局の薬剤師が服薬指導の中で結核患者さんの服薬状況を確認するとともに副作用の確認を行うものである。大阪府では大阪市や堺市等において市が予算化し業務委託しているが、大阪府では予算化されていない。しかし、服薬指導の中での確認をお願いするものとして、先行実施されている大阪市の事例などを学びながら、筆者の勤務する茨木保健所で実行に移している。

令和2年9月施行の医薬品医療機器等法改正において「調剤した薬剤の適正な使用のため必要があると薬剤師が認める場合には、患者の当該薬剤の使用状況を継続的かつ的確に把握するとともに、患者や現に看護に当たっている者に対して必要な情報提供または薬学的知見に基づく指導（継続的服薬指導等）を行わなければならない旨」が規定され、今後は、薬剤師が認める場合においてもDOTSを行わないといけなくなった。

以上個々のテーマに取り組んで切るが、企業との共同研究、あいりん地区での聞き取り調査などの調査研究から外国語対応が必要な方のための医療通訳や薬局DOTS等の患者さんと向き合うための方策を考えるテーマまで幅広く議論してきている。これに関しても我々が営利目的でなくそれぞれのメンバーが議論したいものを選んでいく証である。

9) ストップ結核パートナーシップ関西との連携

大阪結核勉強会の立ち上げ時から大阪公衆衛生協会高鳥毛氏（協会専務理事）及び井戸氏（協会事務局長）の協力を得て、定例会を実施してきた。大阪公衆衛生協会は、ストップ結核パートナーシップ関西の実施母体であり、高鳥毛氏、井戸氏及び下内氏（下内昭 大阪市結核対策特別顧問）がストップ結核パートナーシップ日本の理事であり、ストップ結核パートナーシップ関西を担当されていること並びに、第一回ストップ結核パートナーシップ関西の開催目的として「結核問題の解決には、行政の圏域を超え、また行政機関・医療機関・研究機関・市民が連携し、社会が総力をあげて対策を行うことが求められている・・・」と書かれている。大阪結核勉強会の活動目的とこの事業の目的は、同一でありストップ結核パートナーシップ関西ワークショップをお手伝いすることで、大阪結核勉強会も外部に発信することができている。

タイミング的にも、大阪結核勉強会の開始直前の平成26年3月にストップ結核パートナーシップ関西第1回ワークショップが開催されている。

第1回は大阪結核勉強会の活動前であり、メンバーが発表や会場設営に協力しているが第2回は元サンフランシスコ市結核対策部長のMasae Kawamura MD 氏からサンフランシスコにおいてLTBI患者への積極的治療が結核患者減少に効果があった旨の講演があり、この発表を契機にしてキアゲン社との共同研究「あいりんQFT-PJ 研究」が始まった。

以降、大阪結核勉強会が会の企画の段階より関与している。

令和2年の第7回では、対象者を従来保健所の

公衆衛生医師や保健師から日本語学校や外国人技能実習生を受け入れサポートする管理団体にまで広げ、1月と2月に二回開始し、都合二日間開催として結核の基礎知識の講義やグループ討議を行うなどメンバーの提案で結核を専門にされている方以外の方を対象として実施した。加えて、(株)アダチの協力を得てポケットークという自動通訳機の実証実験をおこなった。当日は、管理団体所属のベトナム出身の方をお願いして、結核患者さんへの説明例にして実証実験を行ったが、AI機能を利用して、日々通訳の質の向上がすすめられており、医療の専門用語についても問題なく通訳ができることが示された。

10) これから

大阪結核勉強会開始時から強力な連携により一緒に活動してきた大阪公衆衛生協会が令和3年3月末をもって67年の活動に終止符を打ち、解散された。大阪結核勉強会の成果は勉強会のみで成しえたものでなく大阪公衆衛生協会の協力があり、共同で取り組んだ結果で生まれた成果である。今後は大阪社会医療センターから協力の申し出もあり、大阪結核勉強会とセンターが共同で事業を行い、大阪公衆衛生協会の果たしてきた結核撲滅のためのミッションの一部でも担えるよう活動していきたい。

【活動結果】 外国出生者の日本国内における治療および支援や高まん延地域である西成区あいりん地区の結核対策などの問題を所属や立場の異なるメンバーにより多角的に取り組み、その解決策を導き出し、その結果をストップ結核パートナーシップ関西などを活用し、外部に発信できた。

【考察】 ボランティア活動による勉強会としたことで所属及び人事異動などに左右されない、堅牢性、持続性そして一貫性のある結核対策を導き出すことができた。

謝 辞

大阪結核勉強会をここまで、開催してこられたのは下記の関係者のお蔭であり紙面を借りてお礼を申し上げます。

株式会社キアゲン (QIAGEN K.K.)
株式会社 オカムラ
公益財団法人 大阪公衆衛生協会
会福祉法人 大阪社会医療センター
大阪大学COデザインセンター

文 献

1) 大阪公衆衛生協会, 大阪公衆衛生. 2021年,

第92号, 18-22, 31-36

- 2) 大阪公衆衛生協会, 大阪公衆衛生. 1963年, 第11号, 18-22
- 3) 大阪公衆衛生協会, 大阪公衆衛生. 1964年, 第14号, 31-36
- 4) 三浦康代, 井戸 武實, 田中義則他, 釜ヶ崎における高齢者特別清掃事業就労者及びシェルター利用者を対象とした結核に関する聞き取り調査の報告. 社会医学研究. 2015:32 (1): 39-47.
- 5) 三浦康代, 下内昭, 井戸武實他, 新あいらんシェルター居場所棟利用者を対象とした結核に関する聞き取り調査の報告.社会医学研究.2020: 38 (1): 54-67.

(受付 2021.06.07: 受理 2021.06.30)

The Stop Tuberculosis Partnership Kansai Project based on the Osaka Tuberculosis Study Group

Takehiko Matsuda¹⁾

Abstract

[Background / Purpose] Although the number of tuberculosis patients in Japan has been declining consistently after the war, the rate of decrease has been slowing down. In order to overcome this situation, the Minister of Health, Labor and Welfare declared a Tuberculosis State of Emergency in 1999, and by strengthening TB control measures, the rate of decrease in the number of tuberculosis patients was able to be accelerated again. On the other hand, Osaka Prefecture has the highest morbidity of tuberculosis and has areas with a particularly high prevalence of tuberculosis such as Osaka City, but the tuberculosis prevalence has been steadily declining due to the strengthening of tuberculosis control measures such as Osaka Prefecture and Osaka City. However, with the enforcement of the Community Health Law, Public Health services were transferred from prefectures (health centers) to municipalities, and even in Osaka Prefecture, it has become difficult to take measures against tuberculosis, including the management of tuberculosis patients, and the prevalence has been steadily reduced. Based on these circumstances, for the purpose of advancing the TB control more effectively, it has become to launch the "Osaka Tuberculosis Study Group" by the voluntary group rather than members of public institutions.

[Management] Although the position is different in normal work such as administration, clinical practice, education, etc., the Osaka Tuberculosis Study Group was established by volunteers as a gathering for voluntary information exchange and action of those who are aware of the problem of tuberculosis control. It clarifies the problems related to tuberculosis and discusses the solutions.

[Results] We were able to analyze various problems related to tuberculosis from various angles, derive solutions to them, and utilize the forums for exchanging opinions with outside parties such as the Stop Tuberculosis Partnership Kansai to disseminate the solutions.

[Considerations] We were able to derive consistent TB control measures that could not be subject to the usual occupational perspectives.

【Bull Soc Med 2021 ; 38 (2) : 156 – 163】

Key words : TB, Volunteer, Partnership, Osaka

1) TB study group of Osaka coordinator (Ibaraki Public Health Center)

連載シリーズ

社会医学の研究のはなし (4) 政策疫学

西連地利己¹⁾

【社会医学研究2021; 38 (2): 164-168】

キーワード: 政策疫学, 地域保健, 行政, 健康政策, 集団寄与危険割合

1. はじめに

「政策疫学 (Policy Epidemiology)」という概念が、もう少し普及してほしいと常々思っている。根拠に基づく医療 (Evidence-Based Medicine: EBM) という概念が日本に導入され始めたころ、いろいろな領域で Evidence-Based 云々という概念が普及していった。健康政策の分野では、根拠に基づく健康政策 (Evidence-Based Health Policy: EBHP) といったところだろう¹⁾。EBMを支えるのが臨床疫学 (Clinical Epidemiology) であるように、根拠に基づく健康政策を支えるのが政策疫学であると筆者は信じている。

疫学の話をしよとうとするときに、必ず出てくるのは、ジョン・スノウがある井戸を封鎖したところコレラ患者が激減したという話や、高木兼寛が海軍に肉や野菜を中心とした食事の導入を試みて、脚気の問題を克服したという話である²⁾。いずれも、機序は不明であったものの疫学的な知見から導き出された当面の健康政策が功を奏したという話である。一方で、機序解明のための研究の礎になったことも確かであろう。

健康政策の意思決定者は、機序が解明されるまで待てない場合が往々にしてある。喫煙と発がん

リスクとの関連がある程度明らかである場合、喫煙ががんを引き起こす機序がすべて明らかになっていないとしても、喫煙対策が強化されるということは一定程度妥当でありうるということである。治療の効果判定にはランダム化比較試験 (Randomized Controlled Trial: RCT) が行われる。しかし、健康政策については、ランダム化比較試験を行うことは困難である場合が多い。健康政策においては、質の高い科学的根拠を希求するあまり政策の不作為になってしまったり、科学的根拠の曖昧な政策のために税金の無駄遣いになってしまったりといったリスクは常に存在する。

本稿では、筆者の経験を回想しつつ、健康政策を支援するための政策疫学について私見を述べたい。

2. 昔の健康政策

筆者が地域保健に関わるようになった平成3年 (1991年) 頃は、ちょうどバブル崩壊が始まった時であった。それまでの健康政策は、いわゆる目玉事業を幾つも作って実施することに主眼が置かれていたように感じられた。評価されるのは事業実績 (つまり事業の実施量) が主であった。どれだけ住民サービスを展開したかが保健事業の評価基準であったように思う。例えば当時は、多くの自治体が、プールなどを備えた健康増進施設を建設して直営していた。いわゆる「箱物行政」と言われるような健康政策が主流を占めた時代の終わり頃だった。

1) 獨協医科大学

先端医科学統合研究施設研究連携・支援センター
連絡先: 西連地利己
住所: 〒321-0293 栃木県下都賀郡壬生町大字北小林880
E-mail: tossair@dokkyomed.ac.jp

健診においてもそうだった。基本健康診査とよばれた住民健診において、対象者の設定方法は曖昧であった。基本的には、他に同様の健診を受ける機会があったり、通院中であつたりする人を除いた40歳以上の住民となつていたと記憶している。しかし、他に同様の健診を受ける機会があるのが誰なのか、誰が通院中であるのかを行政の保健衛生部門が把握するすべがなかった。そのため、受診率を算出する際の分母（対象者数）の算出方法が市町村によって異なつていた。ある自治体は、源泉徴収されていない40歳以上の住民の数を対象者数としていた。源泉徴収されている人は職場の定期健康診断を受けるだろうと推測したらしい。ある自治体は、当該年度に40歳になった人と過去数年間に受診した経験のある住民の数を対象者数としていた。受診希望者（つまり、健診会場に来た人）の人数を対象者数としていたので、受診率は100%になっている自治体があつたと聞いたときには苦笑した。このように、現場でもわかつてはいたものの、比較できそうな数値を使って受診率の高い低いが議論されていたように思う。現在の特定健康診査では、対象者が全国统一で明確に規定されているため、受診率の比較に一定程度の意味を持たせることができるようになった。

行政が住民に健康情報を発信する手段と言へば、記者会見や所謂「投げ込み」と呼ばれる方法（記者クラブに資料を提出する方法）による新聞発表、行政施設の垂れ幕、定期的に全戸配布される広報誌、行政施設等に置いておいてご自由にお持ち帰りいただく形式や、健診時等に配布する形式のチラシ等が主であつたように思う。1990年代の後半に、インターネットの商業利用が普及し始めると、ホームページでの情報発信等が加わつた。ただ、商業利用が普及し始めたころは、パソコンでネットサーフィンをする住民も少なく、ホームページでの情報提供の効果は、現在とは比べ物にならないくらい小さかつたように思う。余談ではあるが、1990年当時にある自治体の地域がん登録システムの設計に携わつたことがある。プラットフォームは、広い部屋に所狭しと並べられた機器で構成

された汎用機であつた。現在は、がん登録等の推進に関する法律が施行され、パソコンに搭載した全国统一のソフトウェアを使って事業が実施されており、IT技術の進歩には目を見張るものがある。今後もIT技術を使った新しい政策がどんどん生まれてくるだろう。

バブルが崩壊したこともあつてか、行政全般にわたつて、数値目標の設定と数値による評価が求められるようになってきた。限られた財源を有効に活用したいということである。健康政策においても、PDCAサイクルを回せというのが合言葉のようになってきた。健診受診率は目標を達したかどうか。メタボの住民は減つたかどうか。例えば、ダイエット教室を開催したことの評価は、昔だったら教室後のアンケートでの満足度（「よかつた」と回答した人の割合）程度でよかつたものの、参加者の体重減少の割合まで求められるようになってきた。集団の健康状態を数量的に把握するといった疫学的視点が求められるようになってきているのである。

3. 健康政策と疫学

1998年に『予防医学のストラテジー 生活習慣病対策と健康増進』³⁾という訳本が日本で出版された。血圧と冠動脈疾患のように、危険因子と疾病との関連に量-反応関係（リスクの連続性）が認められるような場合、ハイリスク者を対象にした対策だけでは効果は限定的であり、集団全体を対象とした対策も組み合わせる必要があることを明確に主張した本である。脳卒中対策においては、高血圧者の早期発見・早期治療だけでなく、住民全体を対象とした減塩運動などが昔から行われていたことに、理論的根拠を与えたと思う。一方で、「集団全体に対して多大な恩恵をもたらす予防医学も、集団を構成する個人個人への恩恵となると少ない」ということ（予防医学のパラドックス）も指摘している³⁾。

2003年には、『根拠に基づく健康政策のすすめ方 政策疫学の理論と実際』⁴⁾という訳本が出版された。政策の推進における疫学の役割を具体的に提

唱している。健康政策という視点から見た場合、「疫学の貢献は、病因疫学（機序疫学）の研究の知見よりも優れている」とまで主張している。集団の健康評価→介入効果の予測→政策の選択→政策の実施→政策の評価といった健康政策のサイクルの中で、疫学がどのように貢献できるかを示している。その際の一つの指標として、人口寄与分画（Population Attributable Fraction）が紹介されている。現在の教科書では、集団寄与危険割合とも呼ばれている²⁾。危険因子に曝露した場合の相対危険度と集団全体の中でその危険因子に曝露された割合の両方を考慮した指標である。つまり、「当該集団全体において、ある疾病の発生（あるいは死亡）の何%はその危険因子への曝露によるもの」ということである。「〇〇市に高血圧者がいなければ、〇〇市の脳卒中の死亡率は、〇〇%減少する可能性がある」というような表現も許されるように思う。これは即ち、介入効果の予測指標の一つであり、政策の選択をする際の根拠になり得ると筆者は思っている。

『WHOの標準疫学（第2版）』⁵⁾では、「疫学が疾患の予防やコントロールを目指す学問であれば、疫学研究も、公共政策に影響を与えるものでなくてはなりません。しかし、残念ながら、この点で疫学がこれまで十分な役目を果たしてきたとは言えず、疫学研究の結果が、現実の政策に応用された分野は極めて限られているのが現状です。しかし、政策決定における疫学の重要性に対する認識は高まりつつあります。」と述べられている。筆者が関わってきた自治体の状況は、どうやら一般的なものらしい。

このように、健康政策の推進に疫学的視点が必要であることが認識されてきており、『地域保健法第四条第一項の規定に基づく地域保健対策の推進に関する基本的な指針』（最終改正：平成二十七年三月二十七日厚生労働省告示第八十五号）の「六科学的根拠に基づいた地域保健の推進」の項において、「国、都道府県及び市町村は、地域の健康課題について、住民の健康を阻害する要因を科学的に明らかにするとともに、疫学的な手法等を用い

て地域保健対策の評価等の調査研究を行うことにより、科学的根拠に基づく地域保健対策に関する計画の策定など地域保健対策の企画及びその実施に努める必要がある。」（下線は筆者）と記載されている。

4. 政策疫学の展望

前述の通り、地域保健対策の推進に関する基本的な指針において、科学的根拠に基づいた地域保健の推進をすることが述べられている。しかし、未だ道半ばの感を禁じ得ない。それでも、一歩ずつ進んでいるのではないかと感じている。母子保健計画、データヘルス計画、健康増進計画、食育推進計画、介護保険事業計画等々、様々な計画策定において数値目標を設定することが求められ、個々の保健事業がどの目標を達成するための手段であるかという位置づけを明確化することが求められるようになった。

『健康日本21（第二次）』の循環器疾患対策においては、国民の収縮期血圧の平均値を4 mmHg下げることによって、脳血管疾患死亡率をどのくらい低下させることができるか等が具体的に推定されている。これは、前述の健康政策のサイクルの中の「介入効果の予測」である。一方、自治体においては、介入効果を予測したうえで目標値を設定するというプロセスを踏まず、国の目標値を無条件に採用したり、「えいや！」で設定したりすることが多いように感じている。目標値に対しての現状値の評価においても、「向上した」、「変化なし」、「悪化した」等の区分けをする場合があるものの、何をもって「変化なし」とするかを感覚的に決めている自治体も多いと思う。例えば、健診の受診率が35.4%から35.5%に変化した場合、「上昇した」と評価する自治体もあるだろうし、「変化なし」と評価する自治体もあるだろう。どちらが正しいかというわけではないものの、少なくとも疫学的、統計学的な観点に欠けていることは確かである。

だからと言って、行政を批判するだけでは健康政策は向上しない。前掲書³⁾においても、「本書のテーマは、疫学がこのような政策決定の一助（あ

るいは手がかり) になりうるということであり、また、その目的は、疫学者がその役割を果たすための知識と技術を提示することである。そのためには、まず、疫学者が政策そのものを把握しておくことが必要である。」(下線は筆者) と述べられている。「政策そのもの」という言葉の中には、政策の意思決定の「プロセス」というものも含まれているだろう。今どんな健康政策になっているかを把握することは当然として(とは言っても『官報』を毎日閲覧している疫学者は多くないのではないか)、一つの政策的な意思決定をする際に、どのようなプロセスを経るのかも政策疫学者は認識しておく必要があるのではないか。「あの市長とは知り合いだから、言えばやってくれるはず」という時代も過去にはあったかもしれない。しかし、それは過去の話である。現在では、首長であろうとも、様々な法令との客観的な整合性と行政手続きを担保できなければ、新規の健康政策も策定できない。一枚の文書を発出する場合であっても、行政の意思決定は、「プロセス」そのものなのである。政策疫学者は、少なくとも「起案」という言葉と、その「プロセス」を理解しておく必要がある。それはとりもなおさず、行政とのコミュニケーションを深めるために、まずは相手の用語を理解する必要があるという意味である。

沢山の話し合いを重ねてきた行政側の担当者は、人事異動で2~3年で代わってしまう場合も多い。当該保健事業に関わる疫学者は「あ〜、また一から説明かあ」とため息をつく。自分を含め、そのような光景を何度も目のあたりにしてきた。行政においては、異動は当然のことである。次に来た人は健康政策とは全く違う畑の人かもしれない。

だからこそ政策疫学者は、次の担当者に引き継いでもらえるように、その時その時における行政担当者とのコミュニケーションを大切にしなければならないと思う。そして、一步一步、根拠に基づく健康政策が向上していくと信じている。

5. まとめ

冒頭で、政策疫学という概念がもう少し普及してほしいと述べた。しかし、それ自体は目的ではない。直近の目的は、健康政策の質的向上であり、そのために政策疫学を普及させたいということである。政策疫学が発展することによって、健康政策が向上し、国民の健康状態が向上するという展開を切に切に希求している。

6. 参考文献

- 1) Baicker K, Chandra A. Evidence-Based Health Policy. *N Engl J Med* 2017;377:2413-2415.
- 2) 中村好一著. 基礎から学ぶ楽しい疫学 第4版. 東京: 医学書院. 2020.
- 3) 曾田研二, 田中平三監訳. 水嶋春朔, 中山健夫, 土田賢一, 伊藤和江訳. ジェフリー ローズ著. 予防医学のストラテジー 生活習慣病対策と健康増進. 東京: 医学書院. 1998.
- 4) 上畑鉄之丞監訳. 水嶋春朔, 望月友美子, 中山健夫訳. ロバート A. スパソフ著. 根拠に基づく健康政策のすすめ方 政策疫学の理論と実際. 東京: 医学書院. 2003: 3-70.
- 5) 木原雅子, 木原正博監訳. WHOの標準疫学 (第2版). 東京: 三煌社. 2008:195-210.

(受付 2021.05.06 : 受理 2021.05.31)

Policy epidemiology

Toshimi Sairenchi¹⁾

【Bull Soc Med 2021 ; 38 (2) : 164 – 168】

Key words : policy epidemiology, community health, administration, health policy,
population attributable fraction

- 1) Center for Research Collaboration and Support,
Comprehensive Research Facilities for Advanced Medical Science, Dokkyo Medical University,
880 Kita-kobayashi, Mibu, Tochigi 321-0293, JAPAN
TEL +81-282-87-2322
tossair@dokkyomed.ac.jp

会員の声

医療プロフェッショナリズムの概念から ダイビングインストラクターの職業倫理を考える

森松嘉孝¹⁾, 村田幸雄^{2,3)}, 村田清臣⁴⁾, 苅部 徹⁴⁾, 西村 周⁵⁾, 錦織秀治^{1,6)},
 玉木英樹⁷⁾, 石竹達也¹⁾

【社会医学研究2021；38（2）：169-173】

キーワード：ダイビングインストラクター，プロフェッショナリズム，職業倫理，救命

緒 言

Professionの語源は、Profess「与えられた能力に基づいて真摯に天職につき労働することを神の前(Pro)で誓う(fess)こと」で、科学技術の進歩がProfessionの概念に大きく影響した。産業革命以降、科学技術の進歩と職業の細分化により天職を全うするためには、より高度な専門職トレーニングが必要となり¹⁾、Profession(専門職)の定義は、公衆への社会的サービスを提供し、専門技術を有し、組織化が図られており、倫理綱領を有し、自律性が認められるもの、とされている²⁻⁵⁾。本邦でも1990年代に入ると、医療専門職でプロフェッショナリズムという言葉が使われるようになったが⁶⁾、そこには、日本の伝統的自己犠牲の概念が存在している⁷⁾。このような人命に関わる自己犠牲を伴う

職種の一つに、ダイビングインストラクター(以下、インストラクターと略す)が挙げられる。

ダイビングインストラクターの現状

2020年、深度30mを超えたところでレギュレーターを外した状態で沈んでいたゲストダイバー(以下ゲストと略す)を連れ、急浮上したインストラクターが減圧障害に罹患し、再圧治療が必要となった事案が発生した。このゲストは久しぶりのダイビングであったことから、当初インストラクターは深く潜ることを拒否していたが、知人でもあったゲストから「以前も同じ場所で潜った経験があるから大丈夫」と懇願され、断りきれずにガイドを行った。ゲストに緊急を要する事態が発症した場合、インストラクターは自身を危険に晒しても顧客の生命を守るための救急救命処置を行うが、顧客の救助救命活動は、自身にも危険がおよぶ。このような深い深度からの緊急浮上行為は、インストラクターが自身の減圧障害をも厭わない自己犠牲の精神であり、このような人命に関わる職種の倫理観は、医師の職業倫理や職業観に通じるが、彼らインストラクターがプロフェッショナリズムに関する議論をすることはほとんどない。

一方、インストラクターの安全配慮義務遵守は容易でない。2021年1月、静岡地裁沼津支部

1) 久留米大学医学部環境医学講座
 2) 国際潜水教育科学研究所
 3) 潜水救急ネットワーク沖縄
 4) 認定NPO法人 アンダーウォータースキルアップアカデミー
 5) 特定非営利活動法人 潜水救急ネットワーク
 6) 有限会社中国ダイビング
 7) 玉木病院 外科・総合診療科

連絡先：森松嘉孝
 住所：〒830-0011 福岡県久留米市旭町67番地
 久留米大学医学部環境医学講座
 E-mail：yoshitaka_morimatsu@med.kurume-u.ac.jp

で、体験ダイビングツアー中の事故で死亡した20歳代男性を引率していたインストラクターに対する判決公判があり、禁錮2年執行猶予5年（求刑禁錮2年）の有罪判決が言い渡された⁸⁾。この事案は、潜水中に魚を探していた間ゲストから目を離し、「講習生全員が常に視野に入っているようにする」としたインストラクターマニュアルを遵守しなかった動静監視の注意義務を怠った業務上過失致死に問われたものである。被告は事故発生まで救助講習会への参加や主催をすることが一度もなかったこともあり、裁判官から「過失は重大で、非常に悪質」との厳しい言葉が発せられた。このように、インストラクターは海中という特殊な状況下で、事故の救助者、受傷者および当事者のいずれにもなり得るが、このことは医療専門職と相通じる部分でもある。そこで今回、医療プロフェッショナルリズムの概念からインストラクターの職業倫理について述べてみたい。

ダイビングインストラクターの プロフェッショナリズムとは

1. 公衆へ社会的サービスを提供すること

インストラクターは、ゲストが持つ技術、経験、性格、さらには身体の不自由な状態までも加味した上で、ゲストが満足いくようなダイビング計画を提供しようとする。1997年に発足した日本バリアフリーダイビング協会は、ダイビングを介して身体障害者の残存機能の維持向上、体力の増進、自立促進や相互交流などを目的としている⁹⁾。発足当初は安全性を懸念する声もあったが、医師免許を有するインストラクターの医療支援もあり¹⁰⁾、現在まで「安全なダイビングの提供」がなされている。

2. 専門技術を有すること

医師における専門医とは、「それぞれの診療領域における適切な教育を受けて十分な知識・経験を持ち、患者から信頼される標準的な医療を提供できる医師」と定義されている¹¹⁾。専門医制度は、社会から認められる資格を目指し改革が行われ、新専門医制度の基本理念の一つに、「専門医の質を保

証できる」ことが挙げられている¹²⁾。一方、インストラクター資格の更新には年一回の更新講習受講が義務付けられているが、潜水医学等の救助講習受講証明書提出は必須でないため、救助講習を未受講にて資格を更新しているインストラクターは少なくない。医療では他職種の専門職との連携・共同が不可欠⁵⁾であるが、ダイビングにおける救命機材の配備には地域差が存在し¹³⁻¹⁵⁾、現場における海難事故発生時の消防や海上保安庁との連携強化も十分ではない。各地区に存在するダイビング関連協会は、指導団体を纏めてルールを作っており、伊豆では、事故者をスムーズに消防へ引き継ぐ目的で消防と共同で救助講習を行っている。一方、沖縄では、消防から技術を学んだ者がインストラクターへ伝授しており、実際に、就労中に発生する緊急事態を想定した救急訓練を定期的に課されていたインストラクター免状取得後3年目の引率者が、ダイビング中に呼吸停止を来したゲストを、迅速な対応により後遺症なく救命し得た事例もある。

3. 組織化を図ること

インストラクターの資格を発行するのはNAUI、PADIやCMASといったダイビング指導団体であるが、インストラクター数を公表していない団体もあるため、本邦におけるインストラクターの正確な数は不明ながら、少なくとも約1万人と推測されている。問題は、指導団体に横のつながりが乏しいことである。各ダイビング指導団体は独自に救急救命講習を行っているが、救急救命に関する技術維持・向上を目的とした統一された系統的職業教育は存在しない。数年前より全国の主要なダイビング関連団体のネットワークから、海難事故発生に関する緊急情報が発信され、2020年の事故集計資料は海上保安庁をはじめとする関係各所と共有されている。このシステムで蓄積された貴重な情報を元にした事故件数や、具体的な事故内容を共有・検討することは、事故の発生防止対策に寄与できるので重要である。また、沖縄では以前に存在していた沖縄・八重山のダイビング協会による組織の再構築が行われており、全国各地でこ

のような組織が構築されれば、ダイビング関連団体が組織化され、インストラクター免許を取得する際の講習に、労働衛生規範を組み込むなど、労働者としての基本的な法規を教育することが可能になると考える。

4. 倫理綱領を有し、自律性が認められること

本邦の医科大学は、明確化された理念と使命を全職員で共有するといった倫理を持ち合わせている。また、医師における新専門医制度は、プロフェッショナルオートノミー（専門家による自律性）を基盤とした「プロフェッショナル集団としての医師」が誇りと責任を持ち、患者の視点に立ち自律的に運営できる制度である¹²⁾。一方、インストラクターの場合、労働者の自己管理義務である定期健康診断未受診者¹³⁾や、法規改正による酸素取り扱い変更を認識していないなど^{13,16)}、健康管理や救急救命の技術向上に無関心なインストラクターが一部存在する。今後、インストラクターのプロフェッショナリズムが深化するためには、彼らの職務観を明らかにし、ゲストダイバーを顧客として扱うだけでなく、自身も含め安全を第一とした職業倫理について、議論や研修を受講する環境整備が必要である。

最後に

現在、ダイビングインストラクターの職業倫理に関する研修プログラムの策定や導入はなされていない。医師におけるプロフェッショナリズムの定義には、「人の命に深く関わり健康を守るという医師の職責を十分に自覚し、患者中心の医療を実践しながら、医師としての道を究めていく」との意見があるが¹⁷⁾、これをインストラクターへ当てはめれば、「人の命に深く関わり安全を守るというインストラクターの職責を十分に自覚し、ゲスト中心のダイビングを実践しながら、インストラクターとしての道を究めていく」と言えよう。

参考文献

- 1) Rhodes RL. Professionalism: A review of its impact on the health services. *Orthotics and Prosthetics* 1984;38:69-74.
- 2) Lieberman M. *Education as a profession*. Prentice-Hall, New Jersey 1956.
- 3) Hall RH. Professionalization and Bureaucratization. *Am Sociological Review* 1968;33:92-104.
- 4) Carr-Saunders AM, Wilson PA. *The professions*. London, F. Cass. 1964P
- 5) 山本武志, 河口明人. 医療プロフェッショナルリズム概念の検討. *北海道大学大学院教育学研究紀要* 2016;126:1-18.
- 6) Arnold L, Stern DT. What is medical profession? ATERN DT (ed) *Measuring medical professionalism*. New York: Oxford University Press. 2006 pp15-37.
- 7) 辻喜久. 社会構造の変遷と医師のプロフェッショナルリズムの整理. *医学教育* 2020;51:15-28.
- 8) 下田でダイビング 初心者死亡 ツアーの引率者に有罪判決 2021年1月20日 朝日新聞静岡版
- 9) 日本バリアフリーダイビング協会HP. URL: <http://www.e-jbda.jp/>
- 10) 玉木英樹, 佐島秀一, 松谷真由美, 他. 「第4回バリアフリーダイビング中国大会」の医療支援報告. *日高気圧環境・潜水医誌* 2007;42:23-25.
- 11) 一般社団法人日本専門医機構HP URL: <https://jmsb.or.jp/>
- 12) 厚生労働省HP 専門医の在り方に関する検討会 報告書 平成25年4月22日 URL: <https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r98520000300ju-att/2r985200000300lb.pdf>
- 13) 森松嘉孝, 村田幸雄, 合志清隆, 他. 沖縄本島インストラクターダイバーの健康・安全管理に対する予備調査. *九州高気圧環境医学誌* 2020;20:15-22.

- 14) 沖縄県. 沖縄県ダイビング協会実態把握調査.
沖縄;平成21年度 美ら海構築促進事業報告
書. 平成22年3月.
- 15) 森松嘉孝, 村田幸雄, 錦織秀治, 他. 繰り返し
し潜水における安全停止時の酸素吸入が血管
内気泡と呼気一酸化窒素濃度に及ぼす影響.
日高気圧環境・潜水医誌 2020;53:123-129.
- 16) 森松嘉孝, 合志清隆, 村田幸雄, 他. 改正高
気圧作業安全衛生規則と労働衛生. 産衛誌
2018;60;41-44.
- 17) 宮田靖志. プロフェッショナルリズム教育の10
の視点. 医学教育 2015;46:126-132.

用語補足

NAUI: National Association of Underwater
Instructors

1960年に世界で初めて創設されたスクーバダイ
ビング指導団体

PADI: Professional Association of Diving
Instructors

1966年に創設された世界最大のスクーバダイ
ビング指導団体

CMAS: Confederation Mondiale des Activities
Subaquatares

世界118カ国が加盟する水中活動の国際連盟組織

(受付 2021.01.12: 受理 2021.03.30)

Professional ethics of diving instructors evaluated from medical professionalism

Yoshitaka Morimatsu¹⁾, Yukio Murata^{2,3)}, Kiyoomi Murata⁴⁾, Toru Karube⁴⁾,
Chikashi Nishimura⁵⁾, Hideharu Nishikiori^{1,6)}, Hideki Tamaki⁷⁾, Tatsuya Ishitake¹⁾

【Bull Soc Med 2021 ; 38 (2) : 169 – 173】

Key words : diving instructor, professionalism, professional ethics, lifesaving

1) Department of Environmental Medicine, Kurume University School of Medicine

2) International Diving Education and Research Laboratory

3) Diving Emergency Network Okinawa

4) Underwater Skill Up Academy Certified Non-Profit Organization Co.

5) Diving Emergency Network Specified non-profit organization

6) Chugoku Diving Co.Ltd.

7) Division of Surgery and General Medicine, Tamaki Hospital

会員の声

国際社会小児科学小児保健学会のCOVID-19パンデミック および気候危機に関する二つの宣言 -日本社会医学会への宣言への支持・連帯と行動への期待-

武内 一^{1) 2)}

【社会医学研究2021；38（2）：174-177】

キーワード：国際社会小児科学小児保健学会（ISSOP）、気候危機、子ども、健康の公平性、
社会正義

【はじめに】

世界保健機関（WHO）は、2008年に「健康の社会的決定要因に関する委員会 最終報告書」で子どもたちへの健康の公平性の保障の重要性を強調し、2015年に国連が採択した17の持続可能な開発のための目標では、医療分野での関与をまとめている^{1) 2)}。

そうした国際情勢を背景に、国際社会小児科学小児保健学会（International Society for Social Pediatrics and Child Health=ISSOP）は「社会小児科学と小児保健に焦点をあて、子どもたちと若者世代の健康とウェル・ビーイングをより良くするために、地域あるいは国際社会で行動する専門家」たることを理念に掲げ、社会変革を目指す行動する学会を視野に入れており、国際医学会の中では特異な存在かもしれない³⁾。

ISSOPは、2007年にヨーロッパ（European）社会小児科学研究会（ESSOP）として発足し、2012

年にISSOPに改組され2013年第1回ISSOP年次集会在開催された⁴⁾。

ISSOPは、ESSOPとして2007年発足当初から会の意見表明を公開しており、第1回は「子どもたちの健康における社会的不平等 - 子どもたちの健康のアウトカムにおける公平性と社会正義に向かって」と題して子どもの健康に関わる専門家の行動規範を示し、2020年までに15の意見を表明した⁵⁾。

2018年ハンガリー、ブダペストでの年次集会在、学会の姿勢を外部的にに向けて公式に表明した難民の子どもたちへの「ブダペスト宣言（declaration）」を採択した⁶⁾。この「移民あるいは難民状態にある子どもたちと若者の権利、健康およびウェル・ビーイングのため」の宣言は、日本社会医学会をはじめ日本小児科学会などが支持し、日本医学界が国際社会と連帯することとなった⁷⁾。2019年秋レバノンの首都ベイルートで開催された年次集会在のテーマを受け、紛争下の子どもたちの健康と権利に焦点を当てた新たな宣言が採択された⁸⁾。

その後、2020年6月にCOVID-19パンデミック下の子どもたちのための宣言、2021年3月に気候危機の子どもたちへの影響に対応するための宣言が出され、和訳文も追加された^{9) 10)}。

1) 佛教大学社会福祉学部

2) ウメオ大学医学部疫学とグローバルヘルス学科
(客員研究員)

連絡先：武内 一

住所：〒603-8301 京都市北区紫野北花ノ坊町96

佛教大学社会福祉学部

TEL：075-366-5595 FAX：075-366-5595

E-mail：htake@bukkyo-u.ac.jp

[COVID-19パンデミック下の
子どもたちのための宣言]

この宣言では、COVID-19パンデミックを「世界規模での子どもの権利侵害の重大な危機」と位置づけ、子どもたちの健康と権利を守るため子どもの権利に基づくアプローチによる対応を求めている。国と国際組織には子どもの権利条約の条文にある権利を前に進めるための戦略をもつことが提案され、小児医療に携わるものにパンデミックの影響に対処するための公平で学際的なアプローチを開発する役割があるとして、社会的経済的な弱者、障害のある子ども、感染し差別を受ける子どもの権利を擁護し社会的ニーズに対処するよう求めている。

子どもに関わるあらゆる立場のものが協力して取り組むべき包括的な「子どもたちと若者たちへの行動計画」を掲げ、パンデミックによる現在そして将来の危機に対応する決意で締めくくられている。

この宣言を受け、ISSOP内にCOVID-19下の子どもたちに関わるリサーチグループが発足した。グループは、サブグループ（子どもたちの声、障害をもつ子どもたち、予防接種、政策レビュー、親子への精神的負荷、臨床研究、人口ベースの研究、子どもたちへの暴力）に分かれ、定期的な世界規模でのZoom会議を開催し、情報を共有しながら学会発表および論文を進めている。「子どもたちの声」のサブグループでは、日本の子どもたちへの質問紙調査を含むパキスタン、インド、インドネシアでの取り組みを、国際子ども虐待防止学会（ISPCAN）ミラノ2021で発表する予定であり、それと並行して公開された論文を分担しレビューする作業も進めている¹¹⁾。また、「予防接種」では、日本を含む世界各国の定期ワクチンの接種状況を収集し、それをまとめる作業に入っている¹²⁾。

[気候危機の子どもたちへの影響に
対応するための宣言]

ISSOPは2021年3月に宣言を出し、気候危機への行動を呼びかけた¹⁰⁾。特に「2020年版ランセット・

カウントダウン」を念頭に、気候変動の原因に最も関与していない子どもたちの今と未来を危険に晒していることは、子どもたちの権利の危機であると、宣言ではその不公平で不正義な点を明確に述べている¹³⁾。さらに、子どもたちと共にこの脅威に立ち向かう行動をとると述べ、① 温室効果ガス排出の迅速な削減、② 再生可能な発電、植物由来の食糧、緑へのアクセス、③ カーボン・ニュートラルで健康的な住居環境、④ 建物環境の省エネ、⑤ 環境負荷の低い交通輸送手段、⑥ 持続可能な開発原則の実行、⑦ 子どもの意見を聞き気候変動を抑制する政策を推進、⑧ 医療関係者、子どもたちと家族を巻き込む行動、⑨ 医療施設の脱炭素と環境負荷削減、の9つの取り組みを提言している。

[まとめ]

ISSOPの解説に続いてISSOPの掲げる2020年と2021年の二つの宣言を紹介した。日本社会医学学会では、歴史的にさまざまな権利保障に関わる取り組みが進められてきた。子どもの権利に関しても、本学会として国際社会と連携しこの問題の共有とそれに対する行動に踏み込むことを期待したい。

参考文献

- 1) 日本福祉大学. WHO健康の社会的決定要因に関する委員会. 一世代のうちに格差をなくそう: 健康の社会的決定要因に対する取り組みを通じた健康の公平性 (健康の社会的決定要因に関する委員会最終報告書要旨). 2013.
- 2) 外務省. 我々の世界を変革する: 持続可能な開発のための2030アジェンダ. 第70回国連総会採択. 2015.
- 3) ISSOP. ISSOP Presentation 2018. Final version 2012 Revised 2018. <https://www.issop.org/cmdownloads/issop-presentation-2018/> (2021.6.3.最終アクセス)
- 4) ESSP Executive Committee. ESSOP Position Statement 1 -Social Inequalities

- in Child Health-. 2007. <https://www.issop.org/2007/03/15/issop-position-statement-1/> (2021.6.3. 最終アクセス)
- 5) ISSOP. Category: ISSOP Position Statements. Updating. <https://www.issop.org/category/contents/issop-position-statements/> (2021.6.3. 最終アクセス)
- 6) ISSOP. Budapest Declaration on the Rights. Health and Well-being of Children and Youth on the Move. 2018. <https://www.issop.org/2018/11/15/endorsement-budapest-declaration-rights-health-well-children-youth-move/> (2021.6.3. 最終アクセス)
- 7) 日本社会医学会. ブダペスト宣言について. 2018. <http://jssm.umin.jp/pdf/BudapestDec.pdf> (2021.6.3. 最終アクセス)
- 8) ISSOP. Beirut Declaration -Prohibition of Harm to Children in Armed Conflict. 2018. <https://www.issop.org/2020/01/23/beirut-declaration-prohibition-of-harm-to-children-in-armed-conflict/> (2021.6.3. 最終アクセス)
- 9) ISSOP. ISSOP Declaration (Japanese Version) : Advancing Equality and Social Justice in Rspnse to COVID-19. 2020. <https://www.issop.org/2021/03/31/issop-declaration-japanese-version-advancing-equity-and-social-justice-in-response-to-covid-19/> (2021.6.3. 最終アクセス)
- 10) ISSOP. ISSOP Climate Change Declaration – Japanese Version. <https://www.issop.org/2021/06/17/issop-climate-change-declaration-japanese-version-revised/> (2021.6.3. 最終アクセス)
- 11) ISPCAN. Milan Detailed Program. 2021. https://www.ispcan.org/wp-content/uploads/2021/04/Milan-detailed_programme-4-29-21.pdf?v=402f03a963ba (2021.6.3. 最終アクセス)
- 12) 武内一. 国際社会小児科学小児保健学会の活動-COVID-19下の子どもたちの健康と公平性と社会正義を-. 社会医学研究. 2021: 73-77.
- 13) Nick Watts, Markus Amann, Nigel Arnell, et al. The 2020 report of the *Lancet* Countdown on health and climate change: responding to converging crises. *The Lancet*. 2021: 129-170.
(受付 2021.05.10 : 受理 2021.06.01)

Two declarations about the COVID-19 pandemic and the Climate Crisis on Children -The expectations of endorsement, solidarity and action to The Japanese Society for Social Medicine-

Hajime Takeuchi¹⁾²⁾

【Bull Soc Med 2021 ; 38 (1) : 174-177】

Key words : The International Society for Social Pediatrics and Child Health (ISSOP),
Climate Crisis, Child, Health Equity and Social Justice

1) School of Social Welfare, Bukkyo University

2) Department of Epidemiology and Global Health, Faculty of Medicine, Umeå University

第62回日本社会医学会総会 開催概要

第62回日本社会医学会総会

メインテーマ：コロナ禍とその後の生活を支える看護と社会医学

■大会長

波川 京子（川崎医療福祉大学 保健看護学科）

■会期

2021年11月20日（土）～21日（日）2日間

■参加申込・演題登録期間

2021年7月1日（金）～10月15日（金）

■会場

オンラインによるライブ配信

特別講演、シンポジウム1～4、編集委員会企画、一般演題質疑応答

オンデマンド配信

一般演題（PDF）

■参加費

学会員3,000円 非学会員5,000円 学生2,000円

■総会内容

I 講演

会長講演 コロナ禍とその後の生活を支える看護と社会医学

特別講演 コロナの現状と課題

II シンポジウム

シンポジウム1 コロナによる健康格差の拡大

シンポジウム2 働く人々の健康支援

シンポジウム3 ライフスタイルの変化と子どもの健康

シンポジウム4 コロナ禍とその後の保健医療体制

III 編集委員会企画 研究方法入門講座

量的研究

混合研究法のアクションリサーチ

IV 一般演題

V 理事会・評議員会・総会

■第62回総会 HP <https://jssm62.jp>

■お問い合わせ

大会事務局

〒701-0193 岡山県倉敷市松島288

川崎医療福祉大学 保健看護学科 波川研究室

Tel：086-462-1111（54983）

E-mail：jssm62nd@mw.kawasaki-m.ac.jp

2020年度（令和2年度）日本社会医学会理事会議事録

2020年度の理事会は、新型コロナウイルス感染の影響のためすべてweb形式にて開催した。

1. 2020年度第1回理事会

- 1) 日時：2020年5月9日(土) 15:00~17:00
- 2) 開催方法：Web会議システム
- 3) 議題
 - ① 第61回学術総会について（高鳥毛先生）
 - ② 学会声明文

- ① 学会長である高鳥毛先生から新型コロナウイルス感染拡大の影響が危惧されるが、現時点では、web開催の可能性も考慮しつつ、下記の概要で実施予定であることが報告され、異議なく承認された。

・日程：2020年9月19日(土)、20日(日)
 ・会場：関西大学ミュージックキャンパス
 ・大会長：高鳥毛敏雄理事長

- ② 新型コロナウイルス感染拡大により社会へ大きな影響が出ている状況に対して、学会としての声明発出の必要性について議論。高鳥毛理事長と事務局が中心となって素案を作成することが提案され承認された。

2. 2020年度第2回理事会

- 1) 日時：2020年12月12日(土) 16:00~18:00
- 2) 開催方法：Web会議システム
- 3) 議題
 1. 第61回学術総会について（高鳥毛先生）
 2. 次年度学会について
 3. 機関誌発行状況について
 4. 学会声明文について

- ① 学会長である高鳥毛先生から新型コロナウイルス感染拡大の影響が悪化する恐れがあるが、

是非今年度中の開催を実現したいとの強い意思を述べられ、web開催（オンラインとオンデマンド形式）の予定であることが報告され、異議なく承認された。

・日程：2021年2月27日(土)、28日(日)
 ・会場：web開催
 ・大会長：高鳥毛敏雄理事長

- ② 次年度学会（第62回総会）は波川京子先生が担当され、2021年の秋以降に開催予定。次々年度総会担当者の選出は継続審議となった。
- ③ 編集委員長の小橋先生より、第38巻1号を1月15日発行予定で順調に進んでいるとの報告があった。また、第38巻2号の編集内容について併せて報告があった。発行費用の予算増についてのお願いがあった。
- ④ 学会声明文（学会として）
 - ・日本学術会議に対する国による不当な任命拒否に関しては、田村先生が素案を作成することが承認された。
 - ・COVID-19感染拡大による社会影響について（前回理事会審議事項）は、開催予定の総会において「COVID-19流行と社会医学」のテーマで、関連する専門家より特別発言をしてもらい、それらをまとめる方向で進めることが承認された。

3. 2020年度第3回理事会

- 1) 日時：2021年3月28日(日) 09:00~09:50
- 2) 開催方法：Web会議システム
- 3) 議題
 - ① 会員の現勢
 - ② 名誉会員候補者推薦
 - ③ 令和元年度（2019）・令和2年度（2020）会務報告
 - ④ 令和元年度（2019）決算報告
 - ⑤ 令和元年度（2019）会計監査報告

- ⑥ 令和2年度(2020)予算経過
- ⑦ 次年度以降の学会について
- ⑧ その他
 - a 学会声明文
 - b 会費値上げ
 - c 機関誌発行外部委託
 - d 事務局業務外部委託

- ① 2021年3月時点で、一般会員404名、学生会員35名、名誉会員26名。2020年度の新規会員は19名、退会11名であった。3年度分以上の会費未納者の15名については、会則に従い退会扱い対象とすることが承認された。
- ② 審議の結果、今年度は推薦なしとし、会則に基づく運用について再検討することが提案され承認された。
- ③ 2019年と2020年度途中までの会務報告が事務局よりなされた。
- ④ 2019年度決算報告承認後、監事より会計監査についてとくに問題なしとの報告があった。

- ⑤ 第62回日本社会医学会総会(大会長波川京子先生)は下記の概要で開催予定である旨の報告があった。

<ul style="list-style-type: none">・メインテーマ：コロナ禍とその後の生活を支える看護と社会医学・会期：2021年11月20日(土)・21日(日)・会場：Web開催・大会長：波川京子(川崎医療福祉大学)・大会website: https://jssm62.jp
--

- ⑥ 次々年度(2022年度)の第63回総会は八田寛先生(名古屋大学)が担当されることが承認された。
- ⑦ 政府による日本学術会議新規会員任命拒否に対して、田村先生の素案をもとに議論を行い、理事会の見解として発出することが承認された。
- ⑧ 会費値上げ、機関誌発行の外部委託及び事務局業務外務委託については、相互に関連する事項であり、継続審議となった。

「社会医学研究」投稿規程

2021年1月15日改訂

(総論)

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、社会医学に関する論文その他を掲載する。
2. 本誌への投稿者（筆頭）は、学会員に限る。連名者も会員が望ましい。
3. 「社会医学研究」に掲載された文書の著作権は日本社会医学会に帰属する。掲載前に著作権移譲承諾書の提出が必要となる。
4. 投稿する内容が倫理的配慮を要するものである場合、本文中にて行った倫理的配慮について明記すること。倫理審査委員会等の審査を得て行った研究については、その審査番号（もしくはそれに相当するもの）を明記すること。

(投稿分野)

5. 「社会医学研究」は論文その他で構成するが、その区分は細則として別に定める。
6. 「社会医学研究」編集委員会が認めた場合は、上記投稿規定にない区分の原稿についても掲載できる。

(投稿要領)

7. 投稿区分に応じて細則に定めるファイルの投稿を必要とする。
8. 原稿は和文で作成する。キーワードは英、和それぞれ1～5語とする。
9. 原稿はA4用紙に横25～40字の範囲で、横書きで記載する。行間はダブルスペースとする。フォントは明朝体を基本とし、大きさは12ポイントとする。
10. 原稿には表紙を付ける。表紙には以下の内容を記す。
表題、著者名、所属機関名、論文種別、文字数、表の数、図の数、投稿論文責任著者の氏名・所属機関・所属機関の住所・メールアドレスを記載する。
また、表題、著者名、所属機関名については、英文表記を付記する。
11. 抄録は原著論文、総説、短報、実践報告において作成する。抄録は600字以内の和文とし、表紙の次のページに記す。抄録は『背景・目的』『方法』『結果』『考察』の4つの要素で構成することが望ましい。

12. 英文抄録の、語数は400wordとし、和文抄録の次のページに記す。英文抄録は『Background/Objective』『Method』『Result』『Discussion』の4つの要素で構成することが望ましい。
13. 原著論文、短報、総説、実践報告、特別報告の原稿の構成は「社会医学研究」投稿に関する編集委員会細則に記載する。
14. 会員の声、巻頭言の様式は特に定めないこととする。
15. 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。

■雑誌からの引用

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) 田中勤、古橋忠晃、上田浩詞他、深夜の街における10代の若者たちの夢と希望についての社会医学的考察 傾聴・共感・見守りの思春期公衆衛生活動から (Caseseries). 社会医学研究. 2019;36:61-70.
- 2) Roberto CA, Lawman HG, LeVasseur MT, et al. Association of a Beverage Tax on Sugar-Sweetened and Artificially Sweetened Beverages With Changes in Beverage Prices and Sales at Chain Retailers in a Large Urban Setting. JAMA 2019;321:1799-1810.

■単行本からの引用

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) 日本疫学会監. 磯博康、祖父江友孝編. はじめて学ぶやさしい疫学 (改訂第3版). 東京:南江堂. 2018:13-25.
- 2) Murray CL. The Global Burden of Disease. Cambridge, Harvard University Press, 1966:201-246.

■インターネットからの引用

文献、書籍では得られず、インターネットからのみ得られる情報については、情報を提供している者とWebアドレス、アクセスした日を明示すること。

- 1) 厚生労働省. 風しんの追加的対策 骨子.
<https://www.mhlw.go.jp/content/000474416.pdf> (2019年5月19日アクセス)
- 2) WHO.Factsheets (15March2018) ,Deafnessandhearingloss. <https://www.who.int/news-room/factsheets/detail/deafness-and-hearing-loss> (Accessed 26 Jan 2019).

(投稿の手続き)

16. 論文は電子ファイルとして細則に示す編集委員会のメールアドレスに投稿する。
17. 投稿に際して、諸事情によりメールでの原稿提出が困難な場合には、A4用紙に印刷した原稿等 3 セット及び必要なファイルを保管した電子媒体を郵送ないし宅配便にて日本社会医学会事務局まで送付することでも投稿できることとする。ただし、その際は外装に「社会医学研究投稿原稿 在中」と明記すること。
18. 投稿された論文に対しては原則として、査読を行う。原著論文は2名、他は1名以上の査読者による査読を行い、編集委員会が掲載の可否について最終判断を行う。

「社会医学研究」投稿に関する編集委員会細則

2021年1月15日制定

1. 「社会医学研究」に掲載される原稿の種類は表1の通りとする。
2. 投稿時に必要なファイルは表2の通りとする。
3. 各投稿原稿の構成例は表3～表6の通りとする。
4. 原稿の投稿は編集委員会メールアドレス：e.c-jssm@dokkyomed.ac.jp宛とする。
投稿にあたっては、必要なファイルを添付し、件名に「社会医学研究投稿原稿」と記すこと。
5. 投稿時には「社会医学研究の倫理面に関するチェックリスト」「投稿時COI自己申告書」「英文校正証明書」を添付すること。「社会医学研究の倫理面に関するチェックリスト」「投稿時COI自己申告書」は本誌掲載のものを使用するか、日本社会医学会のWebページからPDFファイルをダウンロードして使用すること。その後、スキャンするなどして電子ファイルとして提出すること。

表1 「社会医学研究」に掲載される原稿の種類

種類	内容	最大文字数(字)	最大図表数(枚)
原著論文	社会医学に関する科学的かつ独創性・新規性の高い研究・調査に関する論文	16800	4
総説	これまでの研究・調査報告などのまとめ及び解説	16800	4
短報	社会医学に関する研究における成果、知見の速報	8400	2
実践報告	社会医学に関わる実践の報告	16800	2
特別報告	学術大会の講演要旨など(依頼原稿のみ)	8400	2
会員の声	掲載論文・法律・制度に関する意見、社会医学に関する意見、関連学術集会の報告など	2100	0
巻頭言	社会医学の発展につながる意見、提案、提言(依頼原稿のみ)	4200	1

表2 原稿の種類ごとの投稿時必要ファイル

種類	投稿時に必要なファイル
原著論文	原稿本文、表、図、社会医学研究の倫理面に関するチェックリスト、投稿時COI自己申告書
総説	原稿本文、表、図、社会医学研究の倫理面に関するチェックリスト、投稿時COI自己申告書
短報	原稿本文、表、図、社会医学研究の倫理面に関するチェックリスト、投稿時COI自己申告書
実践報告	原稿本文、表、図、社会医学研究の倫理面に関するチェックリスト、投稿時COI自己申告書
特別報告	原稿本文、表、図、社会医学研究の倫理面に関するチェックリスト、投稿時COI自己申告書
会員の声	原稿本文
巻頭言	原稿本文、表、図

(最大図表数は図表の大きさにより減らすことがある)

*原稿本文はMS Wordファイルとする

*表はMS Excelファイルとする

*図はMS Power point、PDF、画像ファイルとする

表3 投稿原稿の構成例 (原著論文、短報)

項目	含まれる小見出しの例	内容
和文抄録	要旨 『背景・目的』『方法』『結果』『考察』	論文の概要
英文抄録	Abstract 『Background/Objective』『Method』『Result』『Discussion』	同上
緒言	緒言、背景	研究を行うに至った背景、研究の目的
方法	対象者、調査方法、集計・統計解析、倫理的配慮	研究で行った調査の詳細
結果	結果	研究で明らかとなった結果
考察	考察、結論	結果の評価、研究の長所・短所、研究の総括

表4 投稿原稿の構成例（総説）

項目	含まれる小見出しの例	内容
和文抄録	要旨、まとめ	総説の概要
英文抄録	Abstract 『Background/Objective』『Method』『Result』『Discussion』	同上
緒言	緒言、背景	総説の目的
方法	文献調査方法、集計・統計解析、倫理的配慮	総説を作成した方法のまとめ
結果	(総説のテーマ、まとめ方に応じた小見出しを付けて下さい)	これまでの研究結果のまとめ
考察	考察、結論	総説で明らかとなったことの まとめと今後への期待

表5 投稿原稿の構成例（実践報告）

項目	含まれる小見出しの例	内容
和文抄録	要旨 『背景・目的』『方法』『活動内容』『考察』	活動の概要
英文抄録	Abstract 『Background/Objective』『Method』『Result』『Discussion』	同上
緒言	緒言、背景、はじめに	なぜ実践を行ったのかの理由、 実践を行うに至った背景
方法	活動の対象者、活動を実際に行った者・組織の概要、活動 内容、倫理的配慮	活動の概要と検討の方法
活動結果	活動結果	活動に参加した者の数、活動 で得られた結果
考察	考察、結論	活動したことで得られた知 見、示唆の考察

表6 投稿原稿の構成例（特別報告）

項目	含まれる小見出しの例	内容
和文抄録	要旨	活動の概要
英文抄録	Abstract 『Background/Objective』 『Method』 『Result』 『Discussion』	同上
本文		
活動結果	活動結果	活動に参加した者の数、活動で得られた結果
考察	考察、結論	活動したことで得られた知見、示唆の考察

社会医学研究の倫理面に関するチェックリスト

日本社会医学会は会員相互の協力により、社会医学に関する理論およびその応用に関する研究が発展助長することを目的としている。昨今、「人を対象とした医学系研究」の倫理的配慮が厳しく問われ、研究計画の実施、研究論文の投稿など研究の実施には、研究者の所属機関等に設置された研究倫理審査委員会の承認が必要になる。社会医学研究の投稿論文には上記以外の分野・内容のものも含まれることから、すべてのものに倫理審査委員会の承認を必須とはしないが、「人を対象とした医学系研究」の場合は倫理審査委員会の承認を受け、そうでない場合も、可能な限り当該研究がどのような種類の研究であるかを本文に記載し、実施時における倫理的な配慮等についても記載をすること。

論文投稿の際は、以下の項目に を入れて、この様式を原稿とともに提出してください。

責任著者氏名

- ① 論文中に自ら実施した研究の内容が含まれている はい ・ いいえ
「はい」の場合は以下の②にお答えください。
- ② 研究が「人を対象とした医学系研究」に該当する はい ・ いいえ
「はい」の場合は以下の②～⑤に、「いいえ」の場合は⑥にお答えください。
- ③ 責任著者所属機関に倫理審査委員会がある はい ・ いいえ
研究はその倫理審査委員会の承認を受けた はい ・ いいえ
- ④ 共同著者所属機関に倫理審査委員会がある はい ・ いいえ
研究はその倫理審査委員会の承認を受けた はい ・ いいえ
- ⑤ 研究・調査実施現場において適切な方法で研究の了解を得た はい ・ いいえ
方法等をお書きください ()
- ⑥ 上記について、論文の本文中に記載した はい ・ いいえ

投稿時COI自己申告書

著者名 : _____

論文題名 : _____

(著者全員について、投稿時点の前の年から**過去3年間**および出版受理時点までの期間を対象に、発表内容に関係する企業・組織または団体とのCOI 状態を著者ごとに自己申告記載)

論文投稿の際は、以下の項目を記入し、この用紙を原稿とともに提出して下さい。

項 目	該当の状況	有であれば、著者名：企業名などの記載
①報酬額 1つの企業・団体から年間100万円以上	有 ・ 無	
②株式の利益 1つの企業から年間100万円以上、あるいは当該株式の5%以上保有	有 ・ 無	
③特許使用料 1つにつき年間100万円以上	有 ・ 無	
④講演料 1つの企業・団体から年間合計50万円以上	有 ・ 無	
⑤原稿料 1つの企業・団体から年間合計50万円以上	有 ・ 無	
⑥研究費・助成金などの総額 1つの企業・団体から、医学系研究（共同研究、受託研究、治験など）に対して、申告者が実質的に使途を決定し得る研究契約金で実際に割り当てられた100万円以上のものを記載	有 ・ 無	
⑦奨学（奨励）寄附金などの総額 1つの企業・団体からの奨学寄附金を共有する所属部局（講座、分野あるいは研究室など）に対して、申告者が実質的に使途を決定し得る研究契約金で実際に割り当てられた100万円以上のものを記載	有 ・ 無	
⑧企業などが提供する寄附講座 実質的に使途を決定し得る寄附金で実際に割り当てられた100万円以上のものを記載	有 ・ 無	
⑨旅費、贈答品などの受領 1つの企業・団体から年間5万円以上	有 ・ 無	

(本COI申告書は論文掲載後3年間保管されます)

(申告日) 年 月 日

記名（自署） _____

著作権委譲承諾書

日本社会医学会 御中

論文名 _____ _____
著者名（筆頭著者から順に全員の氏名を記載してください） _____ _____

上記の論文が日本社会医学会に採用された場合、当該論文の著作権を日本社会医学会に委譲することを承諾いたします。また著者全員が当該論文の内容に責任を持ち、論文の内容は過去に他誌に掲載されたり、現在も掲載（投稿中のものを含む）が予定されていません。さらに本論文の可否が決定されるまで他誌には投稿しません。委譲、誓約いたします。

（下記に記名および自署してください※¹）

責任著者：

記名_____自署_____日付____年__月__日

著者：

記名_____自署_____日付____年__月__日

記名_____自署_____日付____年__月__日

記名_____自署_____日付____年__月__日

記名_____自署_____日付____年__月__日

記名_____自署_____日付____年__月__日

記名_____自署_____日付____年__月__日

※¹ 用紙が足りない場合や著者が異なる機関等に所属する場合は、用紙をコピーして複数枚提出しても構いません。その場合、いずれの用紙にも上段の枠内に論文名・全著者名の記載をお願いいたします。

※² 本誌への投稿者（筆頭）は、学会員であることを原則とします。

日本社会医学会会則

第 1 章 総 則

第 1 条 (名称) 本会は、日本社会医学会という。
英字表記は以下とする。

JAPANESE SOCIETY FOR SOCIAL MEDICINE

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 (事務所) 本会の事務所は理事会の定めるところに置く。ホームページ・社会医学会レター等で公示する。

第 5 条 (事業年度) 本会の事業年度は、毎年5月1日に始まり、翌年4月30日に終わる。

第 2 章 会 員

第 6 条 本会は、会の目的に賛同し、会費を納める者で構成する。会員となるには書面で理事長に申し込みを行う。

第 7 条 会員は、学会で発表し、学会刊行物に投稿し、学会刊行物の配布を受けることができる。

第 8 条 (退会) 会員は書面により理事長に通告すれば退会できる。

第 2 項 会員の死亡、または失踪の通知を受けた場合には、自然退会とする。

第 3 項 会員で3年度分以上の会費を滞納したものに対しては、評議員会の議決により退会したものとみなすことができる。

第 4 項 前項により退会者が学会への復帰を希望する場合は、第6条に基づく手続きを行ったうえで、滞納した会費を全額納入するものとする。

第 9 条 (除名) 会員が、本会の名誉を傷つけ、目的に反する行為を行った場合には、総会の議決により除名することができる。

第 2 項 前項の規定により会員を除名する場合には、理事会は総会の1週間前までに当該会員に通知し、総会において弁明する機会を与えなければならない。

第 10 条 (名誉会員) 満70歳以上の会員のうち、旧研究会時の世話人・本会理事経験のある者、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。

第 3 章 総 会

第 11 条 (総会) 本会は、毎年1回総会を開催する。総会は、原則として事業年度終了後3か月以内に理事長が招集し、年次予算・決算、事業計画その他重要事項を、決定する。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 12 条 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。議決は委任状を含め過半数で決定する。

第 4 章 役 員

第 13 条 (役員) 本会に次の役員を置く。任期は3年間とし、再任をさまたげない。

評 議 員
理 事
監 事

理事、評議員、及び監事など本会役員の定数は選出細則によって別に定める。

第 14 条 (選出) 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 2 項 選出に関する細目は別に定める、【役員選挙細則】による。

第 3 項 理事会は、上記1項の規定にかかわらず、性、地域、職種、年齢、研究分野等を考慮して、指名によって若干名の評議員を追加することができる。

第 4 項 (理事長等) 理事会は互選によって理事長1名、副理事長若干名を選出する。

第 5 項 理事長は、上記1項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。

第 5 章 役 員 会

第 15 条 (評議員会) 本会は、評議員からなる評議員会を置く。評議員会は毎年度ごとに1回開催する。評議員会は理事会が総会に提出する、予算及び決算、事業計画等重要事項を審議する。

第 2 項 (理事会) 本会は理事からなる理事会を置く。理事会は年度内に3回以上開催し、総会から総会までの間、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 理事長は、本会を代表して事業の執行を行う。副理事長は理事長の業務を補佐する。事務局長は日常の事業が円滑に行われるよう企画・調整を行い、会計の管理を行う。

第 4 項 (監事) 監事は本会会計を監査する。監事は理事会に出席して意見を述べることができる。

第 5 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 6 章 会 費

第 16 条 (会費) 会費は年額7000円とする。学生・大学院生は年額3000円とする。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 2 項 名誉会員は、会費納入を免除される。

第 7 章 そ の 他

第 17 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 18 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 8 章 雑 則

第 19 条 本会則を変更または本会を解散する場合には、理事長は全評議員の3分の2以上の賛成によって総会に提案し過半数の同意を得ることとする。

付 則 本改正会則は2014年7月13日から施行する。

日本社会医学会役員選出細則

1. (評議員の選出及び定数)
評議員は、20名連記による全会員の直接投票によって選出される。全国の会員名簿に登録された全会員(名誉会員を除く)を候補者として投票を行い、得票順位の上位から別に定める定員を選出する。評議員定員は会員10名につき1名を原則とする。ただし、全ての地域(北海道・東北、関東、東海・北陸・甲信越、近畿、中国・四国・九州・沖縄の5地域)に最低4名の評議員が存在するように、選挙管理委員会は、得票順位にもとづき当選者を追加する。
理事会は、また、性、職種、年齢等を考慮して、指名によって若干名の評議員を追加することができる。
2. (理事の選出及び定数)
理事は、評議員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。
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月決定、2007年4月24日一部改正、2010年4月10日一部改正

編集後記

コロナ禍が続いています。どうやら東京2020オリンピックは開催され、世界中から多くの関係者が我が国に入国してきます。一方、我が国の国民の大半はワクチン未接種です。また長い間経済的精神的な我慢を強いられてきたこともあり、人流は間違いなく増えることが予測されます。このオリンピック開催が新型コロナウイルスの感染拡大の起爆剤となり、人々の健康に大きく影響することは火を見るよりも明らかな気がします。今、私に出来ることは何か、私たちに必要とされていることは何かと考え、各々の専門分野の少し先を見通し先手を打つことで、多くの人々が救われるのではないのでしょうか。この道を歩んできた自分だからこそ気付けること、出来ることがあるのです。それらは、この度の新型コロナウイルス感染症のみならず、今起こっている様々な社会問題に対しても有効な手立てになると思います。

このような社会情勢の中、本年3月に第61回日本社会医学会総会がインターネット開催されました。伝統の襷を繋いだ高鳥毛敏雄学会長に心からの拍手をお送りしたいと思います。また、総会の講演者の皆様にはこの号での特別報告をお願いしました。

還暦を越えた本学会ですが、周りの温度変化に気づかずにいつの間にか茹で上げられてしまう「茹でガエル」になってはいけません。反対に、蛙鳴蝉噪であってもいけません。ぜひ先見の明を持った賢いカエルでありたいものです。本学会の皆様はこれからもその伝統に恥じない賢いアドボカシーの実践活動を続けていきましょう。

日本社会医学会機関誌・社会医学研究
編集委員長 小橋 元

査読いただきました先生方に感謝いたします。

梅澤光政、大久保豪、亀井美登里、北原照代、木村美也子、黒田研二、小橋元、小林道、斎藤京子、西連地利己、佐久間りか、財津將嘉、沢田貴志、志渡晃一、柴田英治、高橋競、田村昭彦、富田茂、野口貴史、細川義彦、三浦康代、山田裕一

(50音順、敬称略)

社会医学研究 第38巻2号 2021年7月15日発行

日本社会医学会機関紙 社会医学研究 Bulletin of Social Medicine ISSN 0910-9919

発行 高鳥毛敏雄 (日本社会医学会理事長) t_toshio@kansai-u.ac.jp

編集 小橋 元 (日本社会医学会編集委員長) e.c-jssm@dokkyomed.ac.jp

発行事務局 〒830-0011 福岡県久留米市旭町67 久留米大学医学部 環境医学講座内
日本社会医学会事務局
FAX: 0942-31-4370
E-mail: office@jssm.mail-box.ne.jp



日本社会医学会

JAPANESE SOCIETY FOR SOCIAL MEDICINE