

表7-2 悩み事相談

【夕張】

	A		B		C		D		E		総計					
	男性	女性	男性	女性	男性	女性	男性	女性	男性	女性						
	計	計	計	計	計	計	計	計	計	計						
配偶者	9	5	14	55	47	102	6	2	8	5	2	7	3	1	4	135
	56.3	18.5	32.6	80.9	52.2	64.6	75.0	25.0	50.0	71.4	50.0	63.6	60.0	100.0	66.7	57.7
娘	6	16	22	45	57	102	5	5	10	4	0	4	2	0	2	140
	37.5	59.3	51.2	66.2	63.3	64.6	62.5	62.5	62.5	57.1	0.0	36.4	40.0	0.0	33.3	59.8
息子	6	13	19	51	60	111	5	2	7	3	1	4	1	0	1	142
	37.5	48.1	44.2	75.0	66.7	70.3	62.5	25.0	43.8	42.9	25.0	36.4	20.0	0.0	16.7	60.7
嫁	3	6	9	25	36	61	0	1	1	0	0	0	1	0	1	72
	18.8	22.2	20.9	36.8	40.0	38.6	0.0	12.5	6.3	0.0	0.0	0.0	20.0	0.0	16.7	30.8
婿	1	1	2	14	17	31	1	1	2	1	0	1	0	0	0	36
	6.3	3.7	4.7	20.6	18.9	19.6	12.5	12.5	12.5	14.3	0.0	9.1	0.0	0.0	0.0	15.4
兄弟	1	1	2	20	15	35	1	1	2	1	0	1	0	0	0	40
	6.3	3.7	4.7	29.4	16.7	22.2	12.5	12.5	12.5	14.3	0.0	9.1	0.0	0.0	0.0	17.1
姉妹	1	1	2	19	23	42	1	1	2	1	0	1	0	0	0	47
	6.3	3.7	4.7	27.9	25.6	26.6	12.5	12.5	12.5	14.3	0.0	9.1	0.0	0.0	0.0	20.1
その他の親戚	1	0	1	9	8	17	0	1	1	1	0	1	0	0	0	20
	6.3	0.0	2.3	13.2	8.9	10.8	0.0	12.5	6.3	14.3	0.0	9.1	0.0	0.0	0.0	8.5
近所	2	0	2	14	19	33	1	0	1	0	0	0	0	0	0	36
	12.5	0.0	4.7	20.6	21.1	20.9	12.5	0.0	6.3	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	15.4
友達	1	2	3	16	20	36	0	0	0	1	1	2	0	0	0	41
	6.3	7.4	7.0	23.5	22.2	22.8	0.0	0.0	0.0	14.3	25.0	18.2	0.0	0.0	0.0	17.5
民生委員	2	1	3	13	10	23	0	2	2	0	0	0	1	0	1	29
	12.5	3.7	7.0	19.1	11.1	14.6	0.0	25.0	12.5	0.0	0.0	0.0	20.0	0.0	16.7	12.4
町内会役員	1	0	1	13	8	21	0	0	0	0	0	0	2	0	2	24
	6.3	0.0	2.3	19.1	8.9	13.3	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	40.0	0.0	33.3	10.3
保健婦や訪問看護婦	0	0	0	2	2	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4
	0.0	0.0	0.0	2.9	2.2	2.5	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	1.7
市のヘルパー	1	1	2	1	3	4	0	1	1	0	0	0	0	0	0	7
	6.3	3.7	4.7	1.5	3.3	2.5	0.0	12.5	6.3	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	3.0
家政婦等の有料サービス	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
その他	1	2	3	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4
	6.3	7.4	7.0	1.5	0.0	0.6	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	1.7
回答者	16	27	43	68	90	158	8	8	16	7	4	11	5	1	6	234
	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

厚生科学研究費補助金（長寿化学総合研究事業）  
分担報告書

身体化患者に対する家族地域のサポート分析（第1報）  
身体化患者症例に対する質的研究手法の試み

分担研究者 前澤 政次（北海道大学医学部附属病院総合診療部 教授）

研究要旨

総合診療部外来で対応した、身体疾患に対する診断治療のみアプローチでは、問題解決が図れない症例を取り上げた。症例が地域社会との関わりの中で病的状況に陥っていく過程を記述した。これらの症例に共通した生活の場である自治体、社会福祉協議会を訪ね、インタビューを実施した。複雑な社会的問題を抱えた患者が問題解決し、通常の生活を回復するためには、生活史や心理的状況に対する理解が欠かせないことを明らかにした。さらに、地域でのサポートネットワーク構築には、医療機関自体も福祉活動に対し情報提供したり、現場からの意見を述べる機会をつくることも求められている。

A. 研究目的

総合診療の臨床の場面では、最近精神科の疾患を有する患者の割合が増加している。うつ状態、不安障害、心気症、自律神経障害などである。これらの疾患を有する患者の多くは、身体症状が前面に出ているが、検査を施行しても異常が見つからない場合が多い。彼らはまた一般の病院において、「気のせいですよ」とか「安定剤でも飲んでみてください」と言われ、納得できずに医療機関を転々として「ドクターショッピング」という状況に陥ってしまうことが少なくない。これらの患者に対応する手段も、確立されたものはない。今回はこれらの病気になる誘因を質的研究で明らかにし、日常診療に役立てようと試みた。

特に高齢者においては、一人暮らしや老

夫婦のみの生活の中で、家族以外のソーシャルサポートがないと病弱になりがちで、施設に依存する状況も起こり得る。一方、ソーシャルサポートの有無によって、病気の回復を促進できるかどうかが決まる。ソーシャルサポートはきわめて重要であるが、その多くは福祉活動として行われており、医療との連携が綿密にできているとは言いがたい状況にある。その解決方法も本研究を通して明らかにしたい。

B. 研究方法

今回の研究は質的研究法を用いることにした。質的研究法は、さまざまな社会科学の分野で長い間広く使われているにもかかわらず、日本では医療研究者の間ではあまり知られていない。アメリカでプライマリ

・ケアに携わる医師や看護婦は、臨床の現場で直面する困難な問題を研究するとき、意識調査(アンケート)のような数量的方法で容易に解決できない場合には、質的研究法が有用であることに注目し始めている。

質的研究には5つの方法がある。具体的には、伝記 (biography)、現象学 (phenomenology)、グラウンデッド・セオリー (grounded theory)、民族誌 (ethnography)、そして症例研究 (case study)である。Creswellはこれら5つの方法について、それぞれを紹介すると同時に、わかりやすい具体例を挙げている<sup>1)</sup>。

伝記は患者の生活の歴史であり、個人の経験を時間の経過にそって検討するのに優れている。次に、現象学的研究はとりわけ興味を持たれている現象を記述し、解明するのに適している。例えば、ケアを受ける際の看護婦—患者関係における特質の研究を、Creswellは現象学的研究の事例としてあげている。

グラウンデッド・セオリーは、特定の社会的プロセスを説明する理論を構築するためのものである<sup>2)</sup>。例えば、妻が出産するとき夫がとる役割の種類について記述する際の研究方法として用いられている。その研究によれば、夫は「コーチ」、「チーム・プレイヤー」、あるいは「観客」のように振る舞うという。夫がとる役割のいくつかについて知識を持つことで、看護婦と産婦人科医師は、出産という夫婦の人生の一大イベントにおいてよりよい医療を行うことができるようになる<sup>3)4)</sup>。民族誌 (ethnography)は、人類学者の伝統的な研究方法である。私たちの質的研究の大半は、この枠組みのもとで行ってきた。患者が事前の意思表示 (advance directives)をどのように理解しているかを研究するのに民族誌が用いられている<sup>5)~8)</sup>。

五つめの症例研究は、特定のケースを詳細に検討し、そのケースから、ケースを超えた一般的な意味を引き出そうとするもの

である。これは、臨床倫理の分野ではとりわけ広く用いられている手法である。たとえば、この方法は、癌の告知において文化が果たす役割を理解するのに大変有効であった<sup>9)10)</sup>。

質的研究の典型的な目的としては、以下のようなものがあげられる。例えば、人が体験する現実とそれに伴う現象を詳細に描き出すこと、部分を全体に、それも単なる部分の総和を超えた全体に統合すること、きわめて特徴的な状況や境遇を調べることなどである。質的研究は総合的であること、つまり全体を調べ、全てを考慮し、そして全てを語ることを目指すものである<sup>11)</sup>。より包括的に述べるならば、質的研究の目的は、自然な状態をありのままに記述するものであり、帰納的であり、全体的であり、個人的であり、動的であり、そして、なによりもケース指向であり、感情的に中立的であり、研究対象がおかれている状況に注意を払い、そして、研究において柔軟性を保持することである<sup>12)</sup>。Pattonは、「質的方法を用いる意義は、自然に発生する現象をありのまま理解することにある」と述べている。また、質的研究は帰納的である。なぜなら、Pattonが言うように、「研究者が研究対象となる現象やその背景に対して、事前に予測・期待を押し付けることをせず、状況をありのままに理解しようと努める」からである。全体的であることが必要なので、質的研究は研究対象を部分としてではなく、全体として捉えようとする。さらに、この全体を捉えるためには、現象が創り出す環境あるいは状況を理解することが重要であることを強調する。質的研究の利点はその生み出すデータが対象を詳細に記述しており、細部にわたって克明であり、そして内容において濃密な点にある。その上、質的研究は直接的であり、個人的である。研究者は、研究対象である参加者が頭のなかで認識し、体験するままの現実と現象とを理解するために、必ず現場のフ

フィールドで時間を過ごさねばならない。質的研究では現象は固定されたものではなく、動的なものであると考えられている。変化はむしろ当然のことだと考えられているので、質的研究では動的な過程を研究することができるのである。質的研究は個性的なケースを重視するので、特定の人たち、特定の問題、あるいは特定の状況を非常に深く理解することが可能になる。感情的に中立の立場をとる質的方法は、事前に証明されなければならない仮説があるわけではなく、研究助成を受け続けるためにデータを操作する必要もないので、研究方法としての信頼性が高いものになる。また、研究者が研究の参加者と直に接触するために、参加者のニーズ、葛藤、そして体験に対する理解を深めやすい。さらに、質的方法では柔軟な研究計画を立てるので、変化する事態に対して研究方法を修正することができる。したがって、事前に構想された計画をもはやそれが当てはまらなくなった状況に対して強制することはない。要するに、質的研究の目的は研究対象の実存的な現実を理解することにある。

社会的側面に対する配慮がないと問題解決がはかれない広義の身体化障害患者患者の生活歴を、民族誌的に記述することをはじめとして、質的研究手法で記述した。また同じ地域で生活するアルコール中毒と思われる子を持つ患者、アルコール性肝障害患者についても記述した。同時に、症例が生活していた地域の状況を多角的に情報収集し、考察を加えた。

今回の研究の倫理面では、は症例のプライバシーに配慮し、本人を特定できないような記述にした。また、これらの症例の出身地もできるだけ固有名詞を省略するように努めた。

### C. 研究結果

症例1：73歳女性。大学病院眼科に白内障の手術のため入院中。胸痛を訴えて総合診

療部を受診。かなり以前から痛みを感じていた。胸部X線では異常なし。家族は3歳の長男と同居。2人暮らし。長男は定職につかず、アルコールに浸りきりの毎日である。時々母である患者に暴力をふるい、患者はしばしばトイレに逃げ込んで、中から鍵をかけ耐え忍ぶことも多い。痛みのある場所は、殴られたりけられたりしたことがあるように覚えている。白内障の手術が済めば、家に戻ることを予定している。

症例2：55歳男性。タクシー運転手。元銀行員。主訴は食欲不振と体重減少。2、3年前に銀行を退職。その頃から、食欲なく、体重が少しずつ減少し、現在までに4kg落ちた。2ヶ月前から、食欲がさらになくなり、家でごろごろしていることが多くなった。姉の家に居候していた。既往歴では、20代に頸椎・腰椎の変形症となり、入院。家族歴は特記すべきことは聞き出せなかった。

身体所見では腹部で、肝臓腫大が認められた。腹水は明らかではなかった。検査所見では肝機能異常が著しく、大学近くの病院に即日入院となった。

肝障害の原因は、ウイルスの可能性は低く、アルコールが強く疑われた。

生活史をたずねた。学校卒業後、故郷を出て、東京で運送業を営んでいた兄の仕事を手伝うことになった。あるとき知人から銀行の運転手を勧められて就職した。実際は運転手をせず、事務の仕事を手伝い、書類の運搬などをしていった。事情があり離婚後、仕事もやめ、故郷にもどってきた。友人のすすめでタクシー運転手となるが、仕事は少なく、家でアルコールに浸ることが多くなっていた。

入院前はアルコールを多飲していたが、入院後は禁断症状もなく、肝機能は順調に回復し、1ヶ月後には正常に復した。下肢先端のしびれ感が持続したが、神経学的には異常所見がなかった。

症例3：65歳女性。無職。主訴は左胸や上腹部が熱くなる、頭痛、目や口が渇く。平成10年9月28日突然、回転性のめまいが出現。吐き気も強く全身の力が抜け歩けなくなった。札幌市の病院に入院。脳のMRIでは異常所見なし。脳外科、耳鼻科で診察を受けたが特に異常は見つからなかった。9月8日頃から微熱が出現。時には37.8℃に上昇した。白血球数CRPは正常。消化管、甲状腺、いずれも正常。

症状に関する原因が不明のため11月29日退院。娘や姉のところに世話になっていたが、担当医より当科受診をすすめられ、12月7日受診した。食欲あまりなく、睡眠は睡眠剤をもらってなんとか寝ている。

既往歴：7年前胆石手術。5年前血圧が一時上昇。3年半前狭心症、および不整脈があると診断された。3年前外反母趾手術。2年半前追突事故にあつて、首を痛めた。1年前半月板損傷を手術。家族で8人きょうだいの末っ子。夫は昭和47年事故死。娘2人。

原因精査のため入院。神経学的診察所見は異常がなかった。画像検査でも異常は認めず、神経内科の専門医に相談したが、器質的な疾患はないと判断された。入院後も血圧は不安定で、歩行がスムーズでないと訴えた。廊下は壁に寄りかかりながら歩いた。抗不安薬、抗うつ薬は、まったく効果がなかった。漢方薬も効果がなかった。詐病も疑われた。できるだけ外泊をすすめた。外泊中も、しばしばスーパーや公園でめまい様の発作におそわれたと報告してきた。前の病院で3ヶ月、今回の入院期間は半年に及んだ。

#### 地域の状況調査

これらの患者では、偶然か住所が札幌近郊のある市に一致していた。そのためこの市にある社会福祉協議会を訪問し、インタビューによる地域福祉活動の状況調査を行

った。

この市の社会福祉協議会(以下「社協」と略称する)による地域福祉活動は、昭和43年に、会員会費制を創設。昭和48年から、社協の実践体である地区協議会(略称「地区協」)の組織化に取り組み、51年に完了し、8ヶ所の地区協が誕生した。昭和49年には、老人福祉月間を設定して、次の事業を開始した。「豊かな老後を考える集い」と「全市おとしより運動会」である。昭和49年から51年にかけて、社協の主唱によって、おとしより(パトロール隊員)による「愛の訪問活動」を展開した。昭和50年から55年にかけては「ひとり暮らし老人の安否確認と健康増進」を目的に、愛情銀行から乳酸飲料の配布を行った。昭和55年、乳酸飲料の配布を中止するにあたり、社協の役職員が75歳以上のひとり暮らし老人を対象に、年4回(平成元年からは年6回)の福祉訪問を開始した。昭和54年には、愛情銀行に登録している団体の協力と市の補助により、除排雪サービスを開始した。昭和59年には、ボランティア活動を強化していく目的で、愛情銀行に登録している団体・個人が「ボランティアセンター」を設立し、自主運営に移行(9)59年から、在宅福祉サービス推進モデル地区の指定を始め、地区協区域内に1カ所を指定することで、62年まで8地区協区域内に指定を完了し、各地区とも在宅福祉サービス推進委員会を設置した。昭和59年に、老人健康増進事業(年間13地区補助)を開始した。昭和61年に、市在宅福祉サービス推進協議会(運営委員会と専門部会)を設置した。昭和63年には、ひとり暮らし老人実態調査を実施し、翌平成元年に、結果報告書「ネットワークづくりをめざして」を作成し配布した。平成3年に、「高齢者の自立とサポートネットワークに関する研究」のための調査に参加協力し、平成3年に、福祉教育「かけ橋事業」を企画し、子どもたちへ体験の場を提供、その後「学童生徒のボランティ

ア活動普及事業指定校」へと発展させた。また、手話の会が誕生し、ボランティア活動の発展に期待がふくらんだ。平成4年に、第2期(平成5年度～平成11年度)地域福祉実践計画を策定。ある地区の在宅福祉サービス推進委員会が小学校の児童と地域交流を開始した。これはその後の学校と地域との交流に影響を与えた。平成5年に、別の地区の在宅福祉サービス推進委員会が「ふれあいを目的」に配食サービス(月2回)を開始した。平成6年には、「高齢者の自立とサポートネットワークに関する研究」のための追跡調査に参加協力した。平成6年に、福祉機器貸出事業を開始した。また、移送サービス事業(利用提供の範囲を限定)を開始した。

その後も在宅福祉サービスを拡充に努め、活動内容は、友達になる、見守りをする(安否確認)、話し相手になる(電話サービスも)、励ましをする、連れ出しをするボランティアグループを組織化する、町内会に少人数によるグループも組織化・募集する、個人ボランティア(除排雪サービス、布団乾燥サービス)を募集するなど多彩なプログラムを展開している。

この市の歴史は明治 21 年市内を流れる川の上流に石炭の露頭を発見したことに始まる。明治 23 年最初の炭鉱が開発されてから次々に炭鉱が開鉱した。昭和 15 年 64、998 人、昭和 18 年 73、953 人と人口が増加し、市となった。昭和 35 年 4 月には 116、908 人となり、本市最多の人口となる。その後、昭和 34 年国の石炭鉱業合理化政策「新合理化長期計画」が策定されてから、炭鉱の閉山、合理化が続き、市内の炭鉱が相次いで閉山した。平成 2 年 3 月、本市にあった最後の炭鉱が閉山し、本市から石炭産業は完全に消滅した。

その前後から地域振興策として企業誘致を進めてきた。石炭産業は有資源であり、石炭産業が現存しているうちに、産業構造の転換や多角化をめざし、企業誘致を実施

してきた。現在工業用地は 4 カ所、誘致企業は 54 事業所、従業員は、666 人、製品出荷額は 85 億 6 千万円(平成 10 年 12 月末)である。

観光開発事業としては、かつて石炭を採掘していた本物の炭鉱を核に石炭産業がいかに日本経済に大きな役割をはたしてきたかという歴史を後世に残す事を目的に「石炭博物館」を建設した。昭和 63 年にはスキー場を核としたリゾート開発を展開している。その他、宿泊施設や、歴史的建造物、広場等の施設整備をすすめる他、多くのイベントを行っている。

本市の農業地域は、四方を山岳に囲まれた地勢から、農地は中小河川沿に帯状に拓け、河川流域以外では農耕適地は求められない土地条件から、農地規模は零細で農業条件は恵まれていない。

昭和 30 年前後より本市の自然条件、環境に即応した農業振興目標が模索された。特に山間地で周囲を山岳で囲まれた環境から最低気温と最高気温の温度差が著しく、大半が樽前火山灰に覆われている土地条件の中で、特産野菜の模作が行われた。

この中で、メロン、アスパラガス、長芋、いちご、きゅうり、など特産野菜として選定し、農業関係者等一体となって特産野菜作りがスタートした。中でもメロンは、最大の農業生産額を誇っている。

商業に関しては多様化した消費者ニーズに対応するため、商店街の再開発を進め、魅力ある商店街育成を促進しているが、経営者の高齢化や後継者がいないなどの問題をかかえている。

#### D. 考察

(1) アルコール多飲患者の有する社会的関係障害

症例1は患者本人の病気問題ではなく、患者の長男にあたる人の生活状況が問題である。打ち込む仕事を持たず、アルコールで紛らわす生活に落ち込むには、いくつか

の誘因が考えられる。こうした人物を理解するには、図1に示すようなモデルが必要である。まず本人の持つ性格的問題があげられる。アルコール依存になりやすい人は、自己顕示的で気分が変わりやすく攻撃的である一方で、小心、依存的、現実逃避的で劣等感を抱きやすく、欲求不満に対する耐性が低い。意志薄弱で自己抑制力も弱く、周囲の状況に左右され誘惑に負けやすい。酩酊による抑制解除状態時には周囲に対して攻撃的になり不満を発散する。家族基盤として母子関係、しばしば問題視される夫婦の共依存。本例も母子関係のゆがみや、母子間の共依存も考慮しなければならないだろう。また、こうした地域に起こりがちな、不況による職業の喪失体験も、影響を与えているであろう。

症例の2も、家族からの孤立化、職業に打ち込めない心理状況も大きい。

これらの患者への対応は、従来から抗酒薬療法や断酒会活動が行われてきたが、行政や医療機関の取り組みは、十分とは言えないようである。

一般に飲酒の習慣には地域性があり、離島、雪国の農村などの娯楽が少ない場所や、飲酒の習慣がある地域、寒冷地などでは、アルコール依存が発生しやすいと言われている。今後はこうした社会病理にも目を向け、適切な政策対応が望まれるであろう。特に教育の分野の協力も得て、保健活動の中で、母子関係のあり方、家族自体が成長、成熟していく意味付けを共に考えていくようなプログラムが期待させる。

## (2) 身体化の原因について

症例3は、医学的にも診断が困難な事例である。自覚症状は強いものの、客観的に身体異常は認めなかった。抗不安薬、抗うつ薬も、まったく効果がなかった。漢方薬も効果が明らかでなかった。しいて精神科的診断名をあげるとすれば、転換性障害ということができよう<sup>13)</sup>。転換性障害とは転換反応を示す病態である。無意識的葛藤が、

随意運動系あるいは知覚(感覚)系の身体症状に置き換えられる心身反応機制を転換、あるいは転換反応という。この機制によって生じた身体症状を転換症状とよぶが、これらは抑圧された欲求の直接的充足を図る代理産物であったり、または、妥協的産物、あるいは超自我の批判・検閲をまぬがれ自己処罰の象徴的意味合いをもつもの、として理解される。したがって、転換も自我の防衛機制の1つである。転換症状には、矢立、失歩、四肢麻痺、失声、痙攣発作、嚥下障害、弓なり反張、知覚脱失、盲、聾などがあるが、これらを主症状とするヒステリーを転換ヒステリーとよぶ。転換症状は神経解剖学的法則にそぐわないのが特徴である。

転換性障害は無意識的葛藤と理解されている。これが意識的に行われる場合、詐病と呼ばれる。しかし、この症例を詐病と判断してしまえば、よい治療関係に結びつけることはできなくなる。無意識下の問題をどう理解するか、医師の裁量が問われるのではないかと思われる。

そこで、図2に示すようなモデルを用いて、生活史に対する受容的アプローチをすすめることとした。本症例の生活史に対する理解には、北海道の石炭鉱業の歴史から紐解かなければならない。

北海道の戦後石炭生産量のピークは、全国に遅れること5年の昭和41年(1966)であった(2296万トンで全国の45.4%)。以後急速に減少し、48年に1254万トン(全国比59.9%)となったが、その後は漸減しつつも11年間は1000万トン台を維持した。この間の炭鉱数と炭鉱作業員数の減少はさらに激しかった。石炭から石油へのいわゆる「エネルギー革命」によって30年代前半に百数十あった炭鉱は、高度成長期をはさむ20年間に十数鉱に減り、以後も減少を続けた。政府は37年以降数次にわたる石炭鉱業調査団・石炭鉱業審議会の答申をうけて、スクラップ・アンド・ビル

ド政策など種々の合理化政策を実施した。日本炭鉱労働組合(炭労)や地元自治体などはこれに対して抵抗したが、閉山の嵐は防ぎ得なかった。50年には北海道炭山の代表的存在であった北炭が、起死回生策としてある新鉱を開坑したが、56年に93人の死者をだすガス突出事故にあい、翌年閉山した。閉山後の産炭地域の衰退は著しく、炭鉱にかわるさまざまな産業誘致策が試みられたが必ずしも成功せず、一般住民も含む退山者があいついだため、かつて炭鉱景気ににぎわった炭鉱諸都市は急速にさびれていった<sup>13)</sup>。

なぜ石炭鉱業の歴史を取り上げたかいうと、症例3の生活史には、石炭鉱業との接点があまりにも、強烈だからである。初診時の病歴聴取では、家族歴を聞く。「ご主人はご健在ですか」と質問した際、「事故で亡くなりました」と答えている。その時は、それ以上深くは訊ねなかった。もし聞いていたとしても「交通事故でしたか」「いいえ」で終わってしまったのではないかと思われる。もしかしたら、炭鉱事故かと思い、退院されてから「ご主人はもしかしたら、炭鉱の事故でしたか」と聴いてみた。案の定そうであった。ガス突出事故とは重ならないが、その数年前、夫は38歳で死去。娘たちはまだ、中学1年生と小学3年生であったという。保証はあったであろうが、患者は勢い専業主婦から夫が勤務していた会社事務職員として勤務。やがて閉山、仕事はなくなった。さらに紹介で、病院の職員になり、娘たちを育て上げてきた。おそらく相当な苦労の連続であったろう。娘たちは就職のため家を巣立ち、やがて嫁いだ。そして数年前、本人も退職。一人暮らしの中で起きた、今回のめまい発作が、その後心身の不安定感に与える影響は少なかつたのではなからうか。いわば、PTSD (post traumatic stress disorder; 外傷性ストレス疾患) としての要素も含まれている可能性が高いのである。

今後、高齢社会が一段と厳しさを増し、類似した患者が増加した場合、これらの患者に対する精神医学的アプローチもより重要性を増すことであろう。以上述べてきたように、身体化にはさまざまな原因が考えられるが、もちろん一人ひとりが単一の原因によって起こるだけではなく、複数の原因がかみ合って身体化を起こしている場合も少なくない<sup>14)</sup>。それに対しては複眼的な視点を持って原因を探求し、その状況の改善に努めるべきであろう。それには少なくとも家族の協力というものが不可欠である。孤立感を持つ高齢者には周囲の者が声をかける、あるいは遠くの子供が電話をするといったことで解決できる場合もある。治療や予防のために原因の分析研究をさらに進める必要があると思われた。

### (3) 身体化患者の早期発見

これらの身体化患者は、医療機関、もしくは保健相談などの場所で早く見出し適切な解決策を講じないと、身体化が数年たってからでは薬物療法や精神療法も効果を生み出しにくい。一定程度の時間が経過すると、身体化の固定化が起こりうると思われる。そのためにどのような対策をしていくかは地域の保健医療を担うものにとって重要な課題である。外来診療や健康教室の場で種々のアンケート用紙を活用するのも一つの方法である。また、身体化を起りやすくする環境変化などにも日頃から注目しておく必要がある。そのためにはチームアプローチが必要で、涌谷町のように専門職ばかりでなく地域住民の中から健康推進員(住民活動家)を育て地域ネットワークづくりを行うことも重要であろう。

### (4) 身体化患者に対する治療

最も有効な治療は予防や早期発見であるが、それが不可能な場合はどう対処すればよいであろうか。我々はまず、原因となっている問題について本人がどれだけ自己理解、自己認識できるかということが大切であると考える。そのためには診療で対応す



る看護婦や医師が一つの鏡としての役割を果たさなければならない。診療の場で患者に対し、シグナルや刺激を与え、患者本人が自分自身の姿や自分の環境の問題に気づき自分を見つめることができるようにしなければならない。

次に、比較的簡易な方法として薬物療法があげられる。薬物療法は精神安定剤、抗不安剤、抗うつ剤などが頻繁に使われるようになった。副作用や患者の重症度を十分に考慮しながら、これらの薬剤を段階別に上手に使い分けてゆく必要がある。ただ薬を使う上で最も大切な要素は、医師と患者の信頼関係である。信頼関係を基盤にしてこそ初めて薬物療法が有効となることは忘れてはならないことである。精神療法は一般の忙しい診療の中ではなかなか困難ではあるが、患者自身が内面化し、他に向かって感情表現をすることが難しい状況にある場合はせめて「患者が感情表現できる外来診療」を我々は心がけるべきであろう。また医師ばかりでなく保健婦・看護婦も、場合によっては家庭訪問をするなどして、こうした身体化を起こしてしまった人々のよき話し相手になることが重要である。

#### (5) 身体化疾患の予防

今後地域医療、特に過疎地の保健医療福祉を進めるにあたって肝要なことは、こうした心の問題を持った患者の身体化にどう対応するかである。特にその予防対策を講じてゆく必要がある。そのためには住民自身がどのような育てられてきたか、親の育児に対する考えなどにも対応していく必要がある。また、家族が十分な話し合いの時間を持って、互いの家族がどういう心理状況にあるか気づいたり考えたり話し合ったりする必要がある。さらに家族の中で充分対応しきれない場合は、近隣の者ができるだけ早くその家族の問題に気づき手を差し伸べる必要がある。これからはソーシャル・サポート・ネットワークづくりも重要になってくると考えられる。特に、ど

この誰がどのような問題で悩んでいるかは、感知のアンテナを張り巡らせる対応が必要であろう。身体化患者に限っても、医療機関がアンテナの役割を果たす意義はきわめて大きいと考えられる。

#### E. 結論

総合診療部外来で対応した、身体疾患に対する診断治療のみアプローチでは、問題解決が図れない症例を取り上げ、これらの症例が生活している場である自治体、社会福祉協議会を訪ね、インタビューなし、資料提供をいただいた。

複雑な問題を抱えた患者が問題解決し、通常の生活を回復するためには、生活史と心理的状況に対する理解が欠かせない。また、その人が生活する環境、特に家族や近隣者、友人、そして自分自身との関係が、健全であるかどうか検証してみることも必要である。

地域でのサポートネットワークには、医療機関からも情報提供や現場からの意見を具現化していく取り組みも求められている。

今回研究対象とした自治体においても、社会福祉協議会が取り組んでいる地域福祉活動はむしろ他の市町村よりもきわめて熱心を実施されている。介護保険事業計画もしっかりとしたものが策定されている。それがいかにきめ細かく実現されるのかが今後の課題であろう。

#### 謝辞

資料の提供をいただいた該当自治体介護保険事業計画策定担当部門、社会福祉協議会事務局に深甚の意を表する。

#### 研究発表

##### 1. 論文発表

前沢政次：老人の健康保持増進とスト

レス、河野友信、山岡昌之編ストレスの臨床、122-131、1999

前沢政次：介護に関わるチームと連携の仕方、総合臨床、48(増刊)：249-252、1999

前沢政次：患者の自己責任の範囲とは何か、総合臨床、48(9)：2070-2074、1999

## 2. 学会発表

大池ひとみ、森尚哉、照沼秀也、前沢政次：在宅死を可能にする条件の検討、第22回日本プライマリ・ケア学会、つくば市、1999年6月27日

北守茂、黒川健、野津司、大滝純司、前沢政次：大学におけるプライマリケア教育の限界、第22回日本プライマリ・ケア学会、つくば市、1999年6月27日

瀬島克之、杉澤廉晴、大滝純司、前沢政次、小西裕彦、方波見康雄：プライマリケアにおける質的研究の可能性、北海道プライマリケア研究会、札幌市、1999年10月3日

## 文献

1) Creswell, J. W. : Qualitative Inquiry and Research Design. Choosing Among Five Traditions, Sage Publications, Inc, 1998

2) 近藤潤子、伊藤和弘監訳：看護における質的研究(Laininger, M.M. Qualitative Research Methods in Nursing). 医学書院、東京 1997.

3) Chapman, L. : Searching Expectant father's experiences during labor and birth. Journal of Perinatal Neonatal Nursing 4 ( 4 ) : 21-29, 1991.

4) Chapman, L. : Expectant father's roles during labor and birth. JOGNN Clinical Studies, 21 ( 2 ) : 114-120, 1991.

5) Ventres, W, Nichter, M., et al. : Do-not-resuscitate discussions : a qualitative analysis. Family Practice Research Journal, 2 ( 2 ) : 157-169, 1992.

6) Ventres, W. B. and Spencer, S.S. : Doctor-patient communication about resuscitation : "Have you signed an advanced directive ? ". J Fam Pract, 33 ( 1 ) : 21-23, 1991.

7) Ventres, W. B. : Communicating about resuscitation : problems and prospects. Journal of the American Board of Family Practice, 6 ( 2 ) 137-141, 1993.

8) Ventres, W. B. and Frankel, R M. : Ethnography : a stepwise approach for primary care researchers. Fam Med, 28 ( 1 ) : 52-56, 1996.

9) Orona, C. A Koenig B. ~ et al. : Cultural aspects of nondisclosure. Cambridge Quarterly Healthcare Ethics, 3 ( 3 ) : 338~346, 1994.

10) Akabayashi, A, Fetters, M. D., et al. : Family consent, communication, and advanced directives for cancer disclosure : a Japanese case and discussion. J Med Ethics, (in press) , 1999.

11) Nobli~ G. W. and Engel. J.D. : The holistic injunction : an ideal and a moral imperative for qualitative research. Qualitative Health Research, 1 ( 1 ) 123-130, 1991.

12) Patton, M.Q. : Qualitative Evaluation and Research Methods. Newbury Park, Sage, 1990.

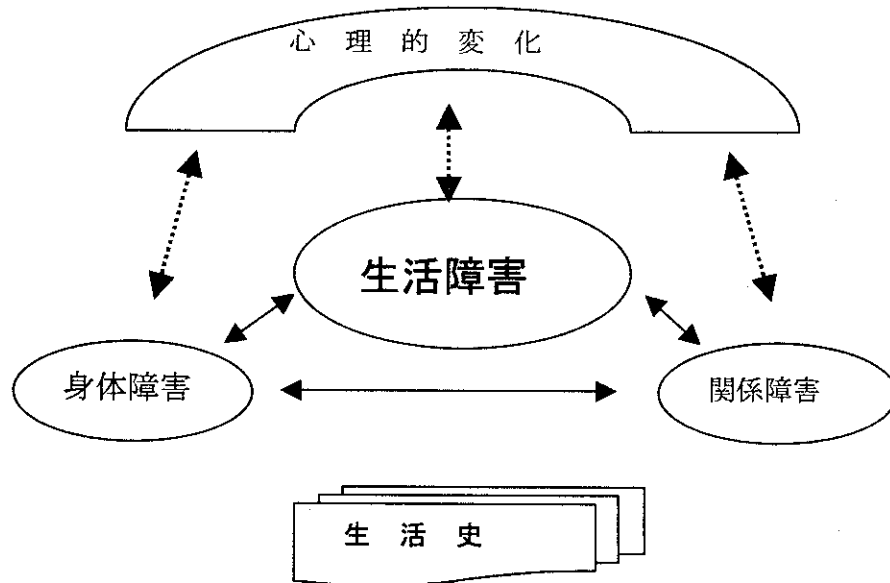
13) 日本心身医学会用語委員会：心身医学用語事典、医学書院、東京、1999.

14) 前沢政次ら：〔身体化〕患者の家族背景、家庭医療、2(1):29-38.1994.

図1. アルコール依存者の生活障害

生活障害 =  
性格特性 × 家族基盤 × 社会での役割

図2. 身体化患者に対するアプローチ



厚生科学研究費補助金（長寿科学総合研究事業）  
分担報告書

高齢者における活動的生活持続のためのサポートネットワークの役割に関する研究

分担研究者 森若文雄 北海道大学医学部神経内科

研究要旨：

本邦での高齢社会を迎えるに当たり、高齢者が自立して生きるために必要なサポートやネットワークを確立するため、神経変性疾患の中で高齢者に多いパーキンソン病（PD）患者をモデルとした QOL に関する研究・調査を進める。北海道岩見沢市に居住する 40 歳以上の住民を対象にアンケート調査を行った。郵送総数 28,329 件、回収件数 14,696 件、回収率 51.9 %、有効回答率 49.1 %で、振戦 608 件、動作緩慢 1,261 件、歩行障害 733 件、PD の診断は 161 例、重複例を除外すると 152 件、その平均年齢は 69.0 ± 4.7 歳、男性 52 名（73.0 ± 5.3 歳）、女性 100 名（66.0 ± 6.2 歳）であった。1994 年の調査に比較して、PD 粗有病率が増加しており、今後、高齢社会でさらに相対的増加し、障害も持った高齢者の QOL に関する調査対象のモデル集団になりうるということが明らかとなった。

A. 研究目的

高齢社会を迎えるにあたり、本邦の高齢者の Quality of life (QOL) での課題が多い。高齢者の QOL を考え、高齢者が住み慣れた地域で社会的に自立して生きるために必要なサポートやネットワークのあり方に探る研究が重要である。地域社会における障害を呈する高齢者の実態を明らかにし、QOL を高める課題を明らかにすることを目的とする。

B. 研究背景と方法

本邦で高齢者会を迎えるに当たり、高齢者に「寝たっきり」や「社会的入院」が多く、高齢者の Quality of Life (QOL) には

課題が多いといえる。高齢者に多い神経変性疾患としてパーキンソン病 (Parkinson's disease、PD) があげられ、ドパミン障害による無動（動作緩慢）、振戦、筋固縮、姿勢反射障害を四大徴候とする疾患である。今回、PD 患者集団をモデルとした QOL に関する研究・調査を進めるために、北海道岩見沢市での住民アンケート調査を行った。

北海道岩見沢市は札幌市から北へ 40Km に位置する農村、また、近年は住宅化が加速し、札幌のベッドタウン化している。1990 年から 1995 年までの間は人口変動が比較的少なく、人口構成も一定していた。しかしながら、1996 年以降、年 1,000 人

の人口増加があり、65歳以上の高齢人口が18.06%と、1994年度の12.8%に比較して急速に高齢人口が増加している。

今回、岩見沢市に居住する40歳以上の住民を対象に、アンケート用紙を郵送にて送付し、PDの調査を行った。アンケート調査の内訳は、基本情報として年齢、性別、世帯人数、また症状についてはアンケートを簡素化するために質問事項を4項目に限定し、振戦、動作緩慢、すくみ足の有無、パーキンソン病の診断されているかに関して、返信用はがきで回答を得た。

(倫理面への配慮)

調査時に対象者に研究の意義を説明し、調査対象者のプライバシーに最大限の配慮をし、実施する。また、データの管理に厳重な配慮を行なう。

### C. 研究結果

アンケート調査票の集計結果では、郵送総数28,329件、回収件数14,696件(この中に同一世帯と思われる回答1,196件が含まれ、回収率51.9%)であった。無効回答の内訳は死亡7件、転居2件、拒否456件で、有効回答率49.1%であった。推定世帯数27,210世帯、有効回答(重複)で、振戦608件(この中で振戦のみと回答した件数は131件、21.5%)であった。動作緩慢1,261件で動作緩慢のみの回答は509件(40.4%)、歩行障害(すくみ足)があると回答したのは733件、歩行障害のみの回答は78件(10.6%)であった。パーキンソン病の診断を受けているとの回答は161例であり、そのなかで有効重複例を除外すると152件であった。152件中振戦、動作緩慢、歩行障害を認めない件数が15件(9.9%)みられた。振戦、動作緩慢、歩行障害の3項目のすべてがみられると回答したものは256件(16%)、3項目中2項目があると回答した件数は444件(全体の28%)であった。

今回、パーキンソン病と診断されている

と回答した件数152件の平均年齢は69.0±4.7歳、男性52名(平均年齢73.0±5.3歳)、女性100名(平均年齢66.0±6.2歳)であった。

### D. 考察

パーキンソン病(PD)の疫学調査では、欧米で人口10万人当たり200~300人の有病率とされる。一方、本邦での有病率は従来50~80人/10万人といわれていたが、1990年代に鳥取県米子市および北海道岩見沢市で調査が行われている。1994年度に施行された北海道岩見沢市でのパーキンソン病(PD)の疫学調査で77名の特発性パーキンソン病患者を同定し、その粗有病率は人口10万人当たり95.8人であった。鳥取県米子市でも同様の有病率がみられ、近年、本邦におけるPDの有病率は人口10万人当たり100人前後とされている。

PDは高齢者に多い神経変性疾患の代表的なものであるが、今後、高齢者会を迎えるに当たり、本疾患の相対的有病率、また、障害を持った高齢者の頻度の増加が考えられるが、今回の調査をそれを支持するものといえる。また、障害も持った高齢者のQOLに関する調査対象のモデル集団になりうると考えられる。今後、個別に日常生活障害度、介護状況などの聞き取り調査を行い、PD患者集団をモデルとした高齢者のQOLに関する研究を進める。

### E. 結論

パーキンソン病患者集団は障害も持った高齢者でのQOLを考えるモデル集団になるえるもので、今後、個別に障害度、介護状況などの調査を進めるとともに、高齢者のソーシャルサポートネットワークが果たす役割について検討する。

### F. 研究発表

#### 1. 論文発表

Shinpo, K., Kikuchi, S., Moriwaka, F.

Tashiro, K. : Protective effects of the TNF-ceramide pathway against glutamate neurotoxicity on cultured mesencephalic neurons, *Brain Res.* 819, 170-173, 1999

Kikuchi S, Shinpo K, Moriwaka F, Makita Z, Miyata T, Tashiro K : Neurotoxicity of methylglyoxal and 3-deoxyglucosone on cultured cortical neurons: synergism between glycation and oxidative stress, possibly involved in neurodegenerative diseases *J. Neurosci. Res.* 57:280-289, 1999

Sudo, K. Fujiki, N. Tsuji, S. Ajiki, M. Higashi, T. Niino, M. Kikuchi, S. Moriwaka, F. Tashiro, K. : Focal (segmental) dyshidrosis in syringomyelia, *J. Neurol. Neurosurg. Psychiatry* 67, 106-108, 1999

Kikuchi S, Ogata A, Shinpo K, Moriwaka F, Fujii J, Taniguchi N, Tashiro K: Detection of an Amadori product, 1-hexitol-lysine, in the anterior horn of the amyotrophic lateral sclerosis and spinobulbar muscular atrophy spinal cord: evidence for early involvement of glycation in motoneuron diseases *Acta Neuropathol (Berl)* 99: 63-66, 2000

## 2 学会発表

森若文雄、田代邦雄：急性横断性脊髄障害の病因と病態。第33回日本パラプレジア医学会、札幌、1998（日本パラプレジア医誌、1999, 12: 22-23）

Isonishi K, Kashiwaba T, Yamashita I, Yabe I, Sasaki H, Tashiro K, Moriwaka F. 1H-MRS findings in patients with dominantly inherited spinocerebellar ataxia (SCA), 29th Annual Meeting of Society for Neuroscience, Miami, 1999

厚生科学研究費補助金（長寿科学総合研究事業）  
分担報告書

コーホート研究における医療費レセプトリンケージ  
法的、制度的、技術的側面から

分担研究者 佐田 文宏 北海道大学医学部  
予防医学講座公衆衛生学分野  
研究協力者 岡本 悦治 近畿大学医学部

研究要旨

医療費データであるレセプトと、健診カルテやアンケート調査票をリンケージして分析を行ううえで克服すべき法的、制度的かつ倫理的な条件を、個人情報保護の見地ならびに過去のリンケージ研究における手続き上の経験から検討した。個人情報の法的制約は、それが収集されたものか集積されたものか、によって異なり、その利用は機関と目的によって決まる。保険者に集積されるレセプトは、利用、委託の面で規制はゆるやかであり、保健事業や重複受診者への指導にむしろその活用が推奨されてきた。そこで健診受診者については事後フォローの一環としてレセプト点検調査を受託する、というかたちで法的条件をクリアした。しかし、個人情報保護条例を制定している市町村にあっては、国からの行政通達のみならず、当該市町村の条例にも適合しなければならない。法や条例は個人情報の研究利用を一律に禁じているのではなく、むしろ適正な利用のための審議会と手続きが条例で定められることによって、長期的かつ大規模なコーホート研究を、適法かつ住民の理解の下に進めることが可能である、と結論した。

A. 研究目的

21世紀には高齢者の健康問題、特に高齢者が地域で活動的な社会生活を持続するためには、どのような社会環境等の整備が必要かの研究が大きな課題である。2000年の介護保険制度導入を前にして、多大な介助を必要とする痴呆や寝たきりなど

要介護状態を予防しなければ、保険制度そのものが財政的になりたたないうえに、介護の施設やマンパワーの慢性的な不足状態が続きかねないからである。

本研究では高齢者の医療費をレセプトより調べ、高額医療費者群と低額医療費群にわけ、ICD10により医療費に占める割合

が最大の疾患の分類がマッチしていた者を比較、同様に各市町レベルで介護福祉給付の実態調査を行って医療費および福祉給付を目的変数、サポートやネットワークを、個人の収入や、健康状態、住宅などともに被説明変数として多変量解析を行うことを企画した。

## B. 研究方法

コーホート研究におけるデータリンケージ

コーホート研究では、その研究によって直接得られた情報だけでなく、観察対象となっている個人について全く別の情報とを突合（リンケージ）することによってデータをより完全なものとしたり、全く新しい知見を得ることができる。しかしながらリンケージは、異なった目的、性質のデータの集合から個人を特定して、突合してゆかなければならないという技術的困難に加えて、法的、制度的そして倫理的な課題が派生することになる。

たとえば健康診査や医療機関のカルテ（診療録）と、レセプト（診療報酬明細書）は個人情報と医療情報を含んでいる点では共通しているが、その情報としての性質と目的は異なっている。

たとえば糖尿病の患者が同じ医療機関の内科と眼科を受診しており、内科の医師が目の状態や治療状況を把握するために眼科の診療録を閲覧することは許容されることであり、いちいち患者の承諾をとる必要があるとは考えられない。また保険者がレセプトの請求内容を審査するうえで、医療機関からのレセプトと調剤薬局のレセプトを突合して審査することも同様であり、現に行なわれている。

しかし異なった情報をリンクし、それぞれの単独の情報だけでは得られない新しい知見を得ようとするのは、無条件で許容されるわけではなく、その目的だけでなく、法的、制度的な条件を十分に検討する余地がある。

本論では、目下制定準備が進められている個人情報保護基本法の趣旨もふまえて、異なった情報、とくに健診カルテのような医療記録およびアンケート調査のような疫学調査記録と、レセプトとのリンケージを行う上での、法的制度的側面について検討を加える。

## C. 研究結果

### 1. 情報の収集と集積

個人情報を集めることを一般に「収集」と総称されるが、筆者はあえて「収集」と「集積」とは区別すべきと考える。

すなわち、直接対象者に義務が無いにもかかわらず依頼により報告や提出を求め、対象者の協力により情報を集めることを「収集」と呼び、当方は何ら依頼したわけではないが、対象者の自発的な報告や提出により情報が集まってくることを「集積」と呼ぶことにする。この違いは、個人情報を利用する上での制限や条件（提供者の承諾など）を考える上できわめて重要だからである。

#### 1. 1 収集されたデータの扱い——統計法の扱い

その違いが明確にされているのは統計法である 1)統計法は、特に重要な統計調査については強制力を伴う調査権を付与し、これを指定統計調査としている。そして「政府、地方公共団体の長又は教育委員会は、指定統計調査のため、人又は法人に対して申告を命ずることができる（統計法第5条）」とし、命令にもかかわらず「申告をせず、又は虚偽の申告をした者。申告を妨げた者」に対しては6か月以下の懲役という刑罰が加えられる（同19条）。

指定統計調査には人口動態統計、患者調査、国民生活基礎調査、医療施設統計などがある。それ以外に届出統計調査があるが、これは罰則を伴うような強制的な調査権はない。統計法では、指定統計調査も届出統



計調査も、調査票の「目的外使用」を原則として禁じているが、例外として認められるときの手続きは指定統計調査と届出統計調査とで異なっている。

すなわち指定統計調査においては、調査票を目的外に使用する上では総務庁長官の承認を得て、官報告示が必要になる。そして「使用目的」および「使用者の範囲」が具体的に告示される。それに対して、届出統計においては、総務庁長官の承認は必要でなく、官報告示も必要とされない。そして「実施者が、被調査者又は報告を求められた者を識別することができない方法で調査票又は統計報告を使用し、又は使用させることを妨げるものではない（同第15条の2）」とよりゆるやかな制限にとどまっている。

## 1. 2 集積されたデータの扱い——税務統計の場合

対象者に義務の無い協力を強いない「集積」は、そもそも統計法の適用は無く、その利用の制限も無い。そしてこうした個人情報をめぐる法の空白こそ個人情報保護基本法が求められるゆえんであろう。

一例を挙げると、国税庁（税務署）には所得税の確定申告書などの税情報が集積されるが、これらは申告納税制度に基づいて納税者が自主的に提出するものであり、国税庁が提出を求めるものではない。国税庁はまた多くの統計調査を実施しているが、そのうち指定統計調査は「民間給与実態統計調査」のみで、他は全て「税務署が統計を作成するために特別な調査を行うものではなく、事務処理の過程から派生的に作成されるものである2）」とされる。

民間給与実態統計調査は「対象となる事業所（源泉徴収義務者）を抽出、標本事業所に調査票を送付、標本事業所が勤務している給与所得者について調査票を記入し、これを国税庁において集計したもの（同）」であり、統計法により、この調査票をたと

えば法人税申告書と突合してチェックすることは許されない。しかし、他の申告書については、そもそも統計法にいう調査票ですらなく、たとえば複数の法人から給与を得ている個人について、法人税申告書とその個人の提出した所得税申告書をリンクして申告内容をチェックすることは制限されないし、現に行なわれている。

それどころか税法には、個人のプライバシーを侵害することを許容する規定さえある。すなわち、単に申告書を調査するのみならず、税法違反の疑いある者に対して積極的に捜査を行う権限を付与された特別司法警察職員（刑事訴訟法190条、大蔵省設置法第41条）いわゆるマル査の規定や、高額納税者の氏名、住所の公示の規定（所得税法第233条）などである。

この高額納税者公示規定はプライバシー保護と公益とのバランスを考える上で興味深い。所得は個人の重要なプライバシーであるが、税額1000万円以上の個人についてのみプライバシーは保護しない方が公益にかなう、というのが税法の姿勢である。医療関係法でも、特定の疾病については患者の同意を得ずに届出を医師に義務づけているものがある。少なくとも法の世界において、プライバシーは絶対不可侵のものではなく、どこまで保護するかは公益とのバランスの上で決められるべきものである点は重要であろう。

## 2. 収集・集積された情報の利用

次に収集又は集積された情報の利用の制限であるが、前述のように集積情報については、集積される機関内において、その情報の意図された目的にそって利用する上では、制限は無いと考えてよいであろう。次なる問題は、機関とはどの範囲を指すか、意図された目的とは何か、ということになる。

### 2. 1 機関の範囲

まず機関とは、法人であれば、その法人

組織の内部でその情報を利用する権限を付与された部門、と解釈できる。国や自治体の場合、部や課ごとの権限が法律や条例で明確に規定されているのが通常だが、民間法人の場合は、内規等で大まかな職務分担は定められていても、特に小規模な組織では明確でないことも多い。その場合は組織全体で共有しても問題はないといえる。

国や自治体の場合、情報を共有できる部門の単位をどこまで広げるかは重要である。小規模な村などでは、国民健康保険担当者と保健事業を担当する保健婦が同じ課に属し、同じ建物、同じ部屋で仕事をしていることが多い。しかし、大規模な市においては、保健事業を担当する保健所と、保険事業を担当する課とが分かれており、それぞれの権限が条例で定められていることがふつうである。

このような場合でも後述するように国からの通達によって情報の共有が勧奨されているような場合であれば、何ら手続きをふむ必要はないと考えられるが、その市町村で独自の疫学調査やリンケージを行おうとする場合は、個人情報保護審議会に諮ったり場合によっては条例改正といった、一定の手続きを踏む必要も出てくると考えられる。しかし、依然としてその自治体内部の利用であり、外部への提供ではないから、市町村の内部的な手続きで可能と考えられる。

なお部門の壁を考える上では、あくまで「権限」で判断すべきであって、地理的な距離はあまり問題ではない。たとえばある市が複数の保健所や市立病院を有していたとして、その市の保健所間あるいは市立病院間の情報ネットワークを構築することは、実質的には同一部門内での情報利用と変わらず、セキュリティが確保される限り、個人情報保護のための特別な手続きは不要と考えてよいだろう。

異なった情報をどこまでリンクさせることが許されるかは、その情報の目的や性質

に照らして柔軟に判断すべきと思われる。介護保険においては、市町村の介護保険課には、要介護認定に関する情報（基本調査票およびかかりつけ医意見書）と、介護保険レセプト（及び給付管理票）の二つの異なった情報が集積される。これら二つの情報は全く異なった性質の情報であるが、両者は密接に関連する情報であり、同一部門の権限に属する情報であるから、両者をリンクさせ、提供されるサービスの内容と要介護度の変化をモニターし、必要に応じて介入（認定審査会意見）するといった活用は当然許容される<sup>3)</sup>。では、介護保険課に集積されるレセプトと老人保健課や国民健康保険課に集積されるレセプトとをリンクすることは、異なった権限に属する課にまたがることになるが、これら3業務は相互に密接に関連する情報であり、いわば市内3か所に分かれた保健所に似た形態と考えられる。そのような場合、3課でレセプト情報を交換しあうことは内部的な事務の配分として許容されよう（市町村によって、これら密接な課を、たとえば国民健康保険課は市民生活部、介護保険課は福祉部、老人保健課は衛生部というように、異なった部に属させているところが散見される。円滑な保険運営のためにはこれら3課をできるだけ同一の部に配置するのが望ましい）。

## 2. 2 目的の範囲

利用目的については、法律、省令、条例等で具体的に利用の許される目的が示されておれば問題はないが、そうでなければあいまいな点が残る。

レセプトに関しては、わが国の健康保険法は保険者に、診療報酬を支払う上でレセプトを審査しなければならない旨（健康保険法第43条の9第4項）と定めてはいるが、それ以外の利用（たとえば保健指導など）については全く触れていない。これをもって、レセプトは診療報酬の審査目的以外に利用してはならない、と理解する向き

もあるようだが、それは正しくない。

法に明確な禁止規定や限定列挙（以下の目的にのみ利用できる、とする列挙）が無いかぎり、レセプトの利用は、所有者である保険者の裁量に委ねられていると解釈するのが妥当である。すなわちレセプトを診療報酬の妥当性の審査以外に用いたからといって即それが健康保険法違反になるわけではない。その利用目的が著しく合理性を欠いたり、裁量範囲の逸脱があった場合のみ違法となると考えるべきであろう。

ドイツの社会法典は「保険給付に関するデータ、データの保護」を明確に定め、データの利用できる目的が限定列挙されている。そして、官庁の許可を得て、保険給付データと医療記録をリンクさせて疫学調査を行うことを明確に認めている（287条）。

ドイツ社会法典のコピーを末尾に添付

米国の社会保障法はさらにすすんで、レセプトのデータを活用し、医療の質や治療効果の測定に関する研究を行うことを保健長官に義務づけそのための研究機関（Agency for Health Care Policy & Research）まで設立されている（社会保障法第 1142 条）。さらに注目されるのは 98 年 6 月より、全米のナーシングホームは入所者一人一人について少なくとも 3 か月毎に要介護度の評価を行い、その結果を 7 日以内に州政府のデータベースに電送することが義務づけられたことである。これをめぐってプライバシー保護の点から疑問をなげかけるコメントも寄せられたが、各施設のケアの質をコンスタントにモニターすることの重要性より実行にうつされた 4)。

### 3. わが国におけるレセプト活用

わが国においては、法律上の規定は欠くものの、行政通達により、たとえば保健事業にレセプトを積極的に活用することは、これまで禁止されるどころか勧奨されてきた。たとえば 78 年の「国民健康保険

の保健施設について」通知では「診療報酬明細書による病類別疾病統計等の関係諸統計、地区別世帯別受診状況等の関係諸資料及び関係諸情報を整備、収集、分析して、保健施設事業の必要度を把握し、これを実施計画の策定、事業の実施に活用する」とされ、80 年の「診療報酬明細書の点検調査等事務処理要領」でも「レセプトの点検、調査の結果得られた資料については、法による保健事業の効果的な運営等に活用するよう努める」とある 5)。

近年、国もレセプト情報を被保険者の指導に積極的に活用しようという姿勢を強めている。96 年には国民健康保険の「在宅医療推進事業」がスタートした。これは全国の国民健康保険団体連合会が、長期入院者など在宅ケアの対象になりうる患者をレセプト情報からピックアップし、市町村に情報提供するというもの 6)。また 98 年 8 月からは、重複・頻回受診者に対する患者指導事業も開始されている 7)。

このような国民健康保険団体連合会からレセプトから得られた個人情報各市町村に提供し、保健婦による患者指導を行うことについて厚生省は 92 年 3 月 13 日付けで「国民健康保険事業は、健康づくりを推進する市町村と同一の行政主体である市町村が医療の給付と合わせて保健施設事業を行うものであり、両者が総合的視点に立って、密接な連携の下に行うべきものである」との見解を示している。

「国民健康保険団体連合会が医療情報を提供する場合は留意事項」を末尾添付

### 4. 健診カルテとレセプトとのリンケージ

筆者は大阪府東大阪市（人口 50 万人の保健所政令市）での老人保健法基本健康診査（保健所での集団健診）に 10 年来従事してきたが、要医療や要指導とされた受診者のその後の受療状況が把握できないことに不満を感じてきた。基本健康診査の受診者の 3 分の 2 が市町村国保加入者であるこ

とより、健診受診者のうち国保加入者について受診後のレセプトとをリンクし、受療状況と判定結果の妥当性の評価を試みた。ここではその結果についてではなく、リンクのための制度的手続きについて述べる。

東大阪市では、保健所は保健衛生部、国民健康保険室は市民生活部に属する機構になっており、庁舎も離れている。そのため両部局の間で情報の共有はなく、保健所職員はレセプトを見ることはなく、国民健康保険室の職員は保健事業と全くかかわっていない。そのためリンケージには制度上の手続きが必要であった。

国民健康保険室では、レセプトの点検調査を外部業者に委託していた。筆者個人は診療報酬請求事務者の認定を受けており、レセプト点検業者の事業者団体（日本医療保険事務協会）にも個人で加入し事業者登録している。そこで、市の国民健康保険室より、被保険者の受療状況を把握する目的で、筆者個人が他の点検業者と同様に、レセプトの点検調査を受託契約を結び業務を行うこととした。

東大阪市「国民健康保険の医療費・疾病に関する調査分析」96年3月 末尾添付

東大阪市と交わしたレセプト点検調査委託契約書

具体的には、保健所において健診カルテをチェックし、受診者氏名、住所、生年月日を転記し、国民健康保険室に送付。国民健康保険室は被保険者台帳からまず、被保険者かどうかを調べ、被保険者については受診月から3か月間のレセプトを検索する。受託した筆者は、国民健康保険室においてレセプトを点検し、健診での判定との適合度を評価した。

法的制度的整合性であるが、まず国民健康保険サイドについては何ら問題はなかった。なぜなら、レセプト点検調査を外部の業者に委託することは従来よりさかに行

なわれており、90年1月には点検委託のガイドラインも示されている。筆者はこのガイドラインにそって委託契約書を結び、他の業者と同じ場所で作業を行った。レセプト点検を委託する上で、被保険者の承諾は必要とされていないし、事実ほとんど全ての点検は承諾を得ずに行なわれている。

ただ、保健所サイドについては問題がなかったとはいきれない面もある。健診受診者について国保加入者についてレセプトとリンクすることは説明や承諾は得なかったからである。なお東大阪市は99年7月1日より個人情報保護条例を施行し、本調査が行なわれたのはそれ以前であった。しかし、もし現在同様の調査を実施しようとするならば、同条例に基づく適正な手続きを踏むことが要求される。

#### 4. 1 個人情報保護条例の下での手続き

筆者は、今後も同様の調査を行いたいと考えており、個人情報保護条例（以下、条例）の下でどのような手続きが必要になるか検討する。

条例第7条〔利用及び提供の制限〕では「実施機関は、個人情報取扱事務の目的を越えて、個人情報を当該実施機関内及び実施機関相互で利用し、又は本市以外のものに提供してはならない」と一般的に禁止し、それ以下に7つの除外規定を列挙している。

そのなかには「(1) 法令等に定めがあるとき」や「(2) 本人の同意があるとき」が列挙されているが「(5) 当該実施機関内及び実施機関相互間で利用する場合であって、当該個人情報を使用することに相当な理由があり、かつ、本人の権利利益を不当に侵害するおそれがないと認められるとき」も認められる、とある。

レセプトとカルテのリンクは、残念ながら、現時点ではレセプトやカルテの通常の取扱事務として十分な認知されたとはいいがたく、ひかえめにみても「取扱事務の目