

同じ答え書くと落とされるみたいなので注意！自分の言葉で書きましょう。この答えは僕が勝手に作っただけなので、合ってる保証は全くありません。by 吉原

1. わが国の現在の公衆衛生制度の概要について説明せよ。

平成6年、従来の保健所法を全面的に改正し、「地域保健法」が制定され、地域の公衆衛生対策における第一線の行政機関として保健所の機能が強化拡充された。

地域保健法においては・・・(2番に同じ)

また、昭和57年には来るべき高齢化社会の到来に備えて、総合的な保健医療サービスを提供するとともに、その必要な費用を国民が皆で公平に負担することを目指した老人保健法が成立し、平成12年からは介護費用を将来にわたって国民全体で公平に賄う制度である介護保険制度が施行された。

さらに、生活習慣の変化などに伴う死因構造の変化により、悪性新生物、心疾患、脳血管疾患、糖尿病などの生活習慣病予防へと保健政策の中心は移り、生活習慣病予防に主眼をおいた平成12年に「健康日本21」が開始され、平成15年にはその根拠となる「健康増進法」が施行された。

2. 地域保健法に規定されている保健所業務について説明せよ。

地域保健法は平成6年に従来の保健所法を全面的に改正して制定された法律である。

地域保健法においては日本における急速な高齢化の進展および保健医療を取り巻く環境の変化に従来の縦割り行政では対応できないという危機感から、地域住民の多様化し、かつ、高度化する保健、衛生生活環境などに関する需要に的確に対応することができるように、地域の特性および社会福祉などの関連施設との有機的な連携に配慮した総合的な公衆衛生対策が必要であると述べている。保健所はこの様な公衆衛生対策における第一線の行政機関として地域保健法に基づいて設立され、疾病予防、健康増進、環境衛生に関連した事業を担っている。具体的には以下の業務を行っている。

1. 地域保健に関する思想の普及及び向上に関する事項
2. 人口動態統計その他地域保健に係る統計に関する事項
3. 栄養の改善及び食品衛生に関する事項
4. 住宅、水道、下水道、廃棄物の処理、清掃その他の環境の衛生に関する事項
5. 医事及び薬事に関する事項
6. 保健師に関する事項
7. 故郷医療事業の向上及び増進に関する事項
8. 母性及び乳幼児並びに老人に関する事項
9. 歯科保健に関する事項
10. 精神保健に関する事項
11. 治療方法が確立していない疾病その他の疾病により長期に療養を必要とする者の保護に関する事項
12. エイズ、結核、性病、伝染病その他の疾病の予防に関する事項
13. 衛生上の試験及び検査に関する事項
14. その他地域住民の健康の保持及び増進に関する事項

その他にも必要に応じて以下の事業を行うことができる。

15. 地域保健に関する情報の収集
16. 地域保健に関する調査及び研究
17. 歯科疾患その他厚生労働大臣の指定する疾病の治療
18. 試験及び検査を行い、医師などに試験及び検査に関する施設を利用させること
19. 地域における健康危機管理体制の確保

3. 医療法について説明せよ。

医療法とは、医療の提供体制を定める法律である。

1. 医療提供の理念

- ・提供する医療は、生命の尊重と個人の尊厳を損なうことが無く、医療を提供する者と受ける者との信頼のもとに、心身の状況に応じて、治療だけでなく予防からリハビリテーションにいたるものであって、良質かつ適切なものでなければならない。
- ・医療の提供に当たっては、提供を受ける国民が自ら健康を保持する努力を前提とし、医療施設や在宅で提供施設の機能に応じた効率的な医療を提供しなければならない。

2. 医療提供施設

<病院>

- ・医業または歯科医業を行う場所（入院患者 20 人以上の収容施設）
- ・都道府県知事の開設許可

<診療所>

- ・医業または歯科医業を行う場所（入院患者 19 人以下の収容施設）
- ・開設 10 日以内に知事に届出

<助産所>

- ・助産師業務を行う場所（妊婦、産婦の収容は 9 人以下）
- ・開設 10 日以内に知事に届出

3. 医療法人制度

医業の非営利性を損なうことなく法人格を取得することにより、資金の集積を容易にし、医療機関の経営に永続性を付与し、私人の医療機関経営の困難を緩和するもの。

4. 医療計画

地域の体系的な医療提供体制の整備を促進するため、医療資源の効率的活用、医療関係施設間の機能連携の確保等を目的として、各都道府県が医療を提供する体制の確保に関する計画を定めるもの（昭和 60 年の医療法改正で創設）。

（医療従事者の確保、救急医療の確保、基準病床数の算定などが記載されている。）

4. わが国の医療保険制度の特徴

・国民皆保険

日本人はすべて国民健康保険、被用者保険のどれかの公的保険に加入しており、これを国民皆保険制度という。1961 年制定。

→負担と給付の割合に不公平。

- ・保険医、保険医療機関・全国一律の保険点数
- ・出来高払い、現物給付

→薬与えまくり、検査しまくりで過剰な診察に。

⇒DPC(Diagnosis Procedure Combination): 従来の診療行為ごとに計算する「出来高払い」方式とは異なり、入院患者の病名とその症状・治療行為をもとに厚生労働省が定めた 1 日当たりの金額からなる包括評価部分（投薬、注射、処置、入院料等）と出来高評価部分（手術、麻酔、リハビリ、指導料等）を組み合わせる新しい計算方式。良質な医療、効率的、効果的な医療、医療の透明化等を図るために実施される。

・自由開業医制

医師の資格を持つ者は病床数は規制されるが、どこで診療所を開こうと自由→地域的偏在。

・フリーアクセス

患者が自分の受診する医療機関・医師を自由に選べる。

→気軽に受診できるため、患者過剰に。病院行き過ぎ。

5. 老人保健法が制定された背景を説明せよ。また、その中で進められてきた保健事業について説明せよ。

昭和46年、老人医療費公費負担制度が制定され、老人医療費を全て国が負担するなどの政策が行われた。しかし高度成長の終焉、出生率の低下に伴う少子化の進行などの結果、財源の確保が困難となり、老人医療費の国庫負担制度が国民保険財政を圧迫し始めた。

この様な状況の下、厚生省が昭和53年に国民健康づくり計画を発表したことに代表されるように保健政策の主眼は治療から予防、リハビリテーションへと包括医療・包括保健の重要性が認識され、昭和57年には老人保健法が新たに制定された。老人保健法においては健康を保ち病気にならないことで医療費を抑制し、来るべき高齢化社会の到来に備えて、総合的な保健医療サービスを提供するとともに、その必要な費用を国民が皆で公平に負担することを目指した政策に主眼を置いている。

老人保健法においては保健事業の実施主体は市町村であり、医療事業の他に、悪性新生物、脳血管障害、心疾患、糖尿病などの生活習慣病やそれらの基礎疾患となる高血圧や高脂血症の予防、痴呆や骨粗鬆症などによる要介護状態を防止することなど予防に主眼を置いた保健事業が行われている。事業は40歳以上の人を対象にしており、早い時期に対策を講じることによる老後の健康保持を目指していることが分かる。

具体的には以下の事業が行われている。

1. 健康検査の記録や老後における健康保持に必要な事項を記載するための健康手帳公布
2. 医師や保健師などによる健康教育
3. 医師や保健師などによる健康相談
4. 健康診査（基本健康診査、歯周疾患検診、骨粗鬆症検診、健康度評価、医療機関への受診指導、肝炎ウイルス検診）
5. 医療終了後に虚弱老人を対象にした機能訓練
6. 寝たきり者に対する訪問指導

6. 現在進められている医療制度改革の基本的な考え方について説明せよ。

1. 安心・信頼の医療の確保と予防の重視

(1)患者の視点に立った、安全・安心で質の高い医療が受けられる体制の構築

- ・医療情報の提供による適切な選択の支援
- ・医療機能の分化・連携の推進による切れ目の無い医療の提供
- ・在宅医療の充実による患者のQOL向上
- ・医師の偏在による僻地や小児科等の医師不足への対応

(2)生活習慣病対策の推進体制の構築

- ・メタボリックシンドロームの概念を導入し、「予防」の重要性に対する理解の促進を図る国民運動を展開
- ・保険者の役割の明確化、被保険者・被扶養者に対する検診・保健指導を義務付け
- ・健康増進計画の内容を充実し、運動、食生活、喫煙等に関する目標設定等

2. 医療費適正化の総合的な推進

(1)中長期対策として、医療費適正化計画（5年計画）において、政策目標を掲げ、医療費を抑制（生活習慣病の予防徹底、平均在院日数の短縮）

(2)公的保険給付の内容・範囲の見直し等（短期的対策）

3. 超高齢社会を展望した新たな医療保険制度体系の実現

(1)新たな高齢者医療制度の創設

(2)都道府県単位の保険者の再編・統合

7. 介護保険制度とはどのような制度であるのか説明せよ。

今後、高齢化の進展に伴い、寝たきりや痴呆の高齢者が急速に増えることが見込まれている。また、介護が必要な期間が長期化したり、介護する家族の高齢化などが進んでおり、家族による介護では十分な対応が困難となってきた。

また、病院では医療保険を用いると一日の入院で 2000 円しかかからないため、治療の必要の無い要介護老人や虚弱老人が長期間入院するという社会的入院が問題となっていた。

こういった問題の解消のため、今後、急速に増加することが見込まれる介護費用を将来にわたって国民全体で公平に賄う制度が介護保険制度であり、平成 12 年 4 月より施行されている。

これにより、公的資金を使って行政が行ってきた「措置」制度から、利用者が自由に介護サービスを選択し、介護事業者と利用契約を行って利用できる制度へと移行した。

65 歳以上が第 1 号被保険者として加入、40 歳以上 65 歳未満で、医療保険に加入している人が第 2 号被保険者として加入。

第 1 号被保険者のうち、寝たきり、痴ほうなどで常に介護を必要とする人、家事など日常生活に支援が必要な人、第 2 号被保険者のうち、初期性の痴ほう、脳血管障害など、老化が原因とされる疾病により介護や支援が必要となった人が保険の給付を受ける。

介護度の軽重により自立・要支援・要介護 1～5 と 7 段階の認定があり、認定のランクによって、利用できるサービスの種類や支給の限度額がそれぞれ異なる。

利用者は希望するサービスを受け、その費用の 9 割を介護保険で負担する事になり、介護サービス費用の 1 割を自己負担しなければならない。

8. 健康増進法が定められた背景、その内容

<背景>

早期発見、早期治療という二次予防でなく、疾病の発生を防ぐ一次予防に重点対策を置き、食生活・栄養、身体活動・運動、休養・心の健康づくり、たばこ、アルコール、歯の健康、糖尿病、循環器病、がんの九つの分野について、2010 年をめどとする具体的な数値目標を設定した、国民ひとりひとりの健康づくりを社会全体で支えるための健康づくり運動「健康日本 21」が 2000 年に厚生労働省により始められた。

「健康増進法」は、この「健康日本 21」を支える法的基盤として、健康づくりをより効果的に推進するものである。

<内容>

「健康増進法」3つの柱

健康づくりは国民が自らの意志で取り組むものです。よりよい環境整備により、個人の努力を支えていくことを健康増進の理念とし、健康づくりに取り組む国民の努力を支える内容となっています。

・基盤整備

健康づくりのために必要な調査研究が活発に行われるような体制をつくったり、病気にかかりにくい環境を整えます。

・情報提供の推進

健康づくりのために役立つ情報を提供します。

・生涯を通じた保健事業の一体的推進

健診や健康づくりが年代や勤め先によって変わってしまうことなく、一貫した健康管理ができるようにします。

第 25 条 公共の場における「受動喫煙の防止」

たばこに関して、「施設の管理者は受動喫煙防止に努めなければならない」。

9. 食育基本法が制定された背景を説明せよ。またその法律の内容について説明せよ。

＜食育基本法が制定された背景＞

- ①「食」を大切にする心の欠如
- ②栄養バランスの偏った食事や不規則な食事の増加
- ③肥満や生活習慣病(糖尿病など)の増加
- ④過度の痩身志向
- ⑤「食」の安全上の問題の発生
- ⑥「食」の海外への依存
- ⑦伝統ある食文化の喪失

＜食育基本法について＞

そもそも「食育」とは様々な経験を通じて「食」に関する知識と「食」を選択する力を習得し、健全な食生活を実践することが出来る人間を育てることであり、これは生きる上での基本である。

食育基本法はこのような食育を学校や保育所などの施設、家庭、地域などにおいて推進し、国民が生涯にわたって健全な心と身体を培い、豊かな人間性を育むことを目的としている。また、食育の推進は、伝統的食文化の継承、地域産業の活性化、食料自給率の向上、食品の安全性に対する信頼性の確保、などにも貢献し、豊かな国民生活及び活力ある経済社会の実現を目標としている。

10. 疫学研究の種類、それぞれの長所・短所

＜疫学の目標＞

健康事象の要因、原因を究明し、その要因、原因を取り除くことにより、疾病予防、健康の増進を図る。

医学の目標と一致。

そのための方法論を提供。

＜疫学研究の種類、長所・短所＞

授業プリント参照。

11. 健康リスク研究についてその科学的な根拠についてエビデンスレベルの高い順に研究の種類を挙げて説明せよ。

I a システマティックレビュー／メタアナリシス

システマティックレビュー：臨床試験論文をデータベース検索や参照文献リストなどによって収集し、そのデータを総括して評価する。

メタアナリシス：複数の研究結果を統合するために特殊な統計的方法を用いて解析した系統的総説。

I b ランダム化比較試験(RCT)：治験及び臨床試験等において、データの偏りを軽減するため、被験者を無作為に処置群と比較対照群（プラセボ）に割り付けて実施し、評価を行う試験。

II a 非ランダム化比較試験：ランダム化（無作為化）比較試験と異なり、対象者を振り分けるときにランダム化を行わない。そのため、結果の信頼性は、ランダム化比較試験に比べてやや劣るとされている。

II b その他の準実験的研究

III 非実験的記述的研究（比較研究、相関研究、症例対照研究など）

IV 専門科委員会や権威者の意見

1 2. ポピュレーションアプローチとハイリスクアプローチとは何か説明せよ。

・ポピュレーションアプローチ：対象を限定せず、リスクに関係なく集団全体をターゲットとして予防する方法。

ex. 血圧管理：個人の血圧値に関わらず、住民全体で減塩運動などを行うことで健康度を高め疾患を予防する方法であり、効果を測定しにくい住民全体に効果が及ぶ。

・ハイリスクアプローチ：疾病を発症しやすい危険因子を持った集団にターゲットを絞り込んで予防する方法

ex. 血圧管理：検診の結果高血圧だった者を対象に降圧剤を投与するなどして疾病発症を予防する方法であり、予防の効果が測定しやすい住民全体には影響が及ばない。

1 3. わが国のがん罹患の年次推移について部位別に説明せよ。

胃がん	男女とも	1985 年前後から、減少が続いている。
結腸がん	男女とも	1975 年以降 1990 年代前半まで増加し、その後横ばい。
直腸がん	男性	1970 年代後半から 1990 年代前半まで増加し、その後増加がゆるやかに。
	女性	1975 年以降 1990 年代前半まで増加し、その後ゆるやかに減少。
肝臓がん	男性	1975 年以降 1995 年前後まで増加し、その後減少傾向。
	女性	1970 年代後半から 1995 年前後まで増加し、その後横ばい。
肺がん	男性	1975 年以降 1990 年代前半まで増加し、その後横ばい。
	女性	1970 年代後半から 1985 年前後まで増加した後横ばい、1980 年代後半から再び増加。
前立腺がん	男性	1975 年以降増加が続き、1980 年代後半に一時的に横ばいになったものの、1990 年代から再び増加が続いている。
乳がん	女性	1975 年以降、増加が続いている。
子宮がん	女性	1975 年以降 1980 年代後半まで減少し、その後横ばい。
卵巣がん	女性	1975 年以降、緩やかな増加傾向。

※年齢調整罹患率…昭和 60 年人口をベースに作られた仮想人口モデル。

全部位のは罹患率は男性で漸増、女性でほぼ横ばい。

胃および子宮、女性の食道で減少傾向。

肺、女性の肝臓、結腸、直腸、乳房、胆嚢・胆管、膵臓などで増加傾向。

男性では今も胃癌が肺癌を上回っているが、女性では乳癌がすでに胃癌を上回っている。

男性の肝臓は増加→減少。

1 4. がん検診の効果を評価するにあたって認識が必要なバイアス

～この 3 点は授業プリントに書いてあります～

Lead-time bias: 通常がんは、患者本人が気付いて外来に来ることにより発見されるが、検診により早期にがんが発見されればその時間だけ生存時間が長くなるように見える bias。

Length bias: 定期健診では、進行の遅い疾患が多く、発見されやすいことにより生じる bias。進行の速いがんは、定期健診と定期健診の間に急激に進行して結局外来による発見となってしまう。進行の遅いがんは低悪性度であることが多いので、健診ががんによる死亡を減らしているように見える。

Self-selection bias: 健診をしたいと思う者は、健診をしない者よりも自分の健康に関心が強く、健診以外の因子の条件が良い傾向にあること (ex. たばこを吸わない、野菜を多く摂る)

15. わが国のたばこ対策の現状と課題について説明せよ。

WHO が定めた「たばこ規制枠組み条約」として、たばこ価格（たばこ税）の引き上げ、受動喫煙の防止、たばこの警告表示の強化、たばこ広告の包括的禁止、禁煙治療の普及、たばこ自動販売機の制限などが挙げられている。

保健医療者・組織は、たばこ離れの率先垂範と医療施設の禁煙化を推進し、全ての喫煙者に禁煙を強く忠告し、たばこ対策のオピニオンリーダーとして、政府などに積極的なたばこ対策を推進するよう、働きかけるべきである。

また、禁煙治療の普及のため、禁煙についての十分な情報を提供（ニコチン依存症は治療が必要で、繰り返して治療することで完治すること、専門家の支援により楽に禁煙できること）し、禁煙の動機を高める社会環境の整備とあわせて、医療や健診の場を活用した早期発見・早期治療の体制の整備が必要である。

16. 産業保健の目的、産業医とは何か。

産業保健の目的「あらゆる職業における労働者の身体的、精神的および社会的健康を最高度に維持・増進させること（Promotion）。労働条件に起因する健康障害を予防すること（Prevention&Protection）。労働者の生理学的および心理学的特徴に適合する職場環境にその労働者を配置維持すること（Placement&Adaptation）。要約するなら、人間への仕事の適合と仕事への各人の適応を図ること。」

産業医とは、事業主の行う職業病予防対策や健康増進対策のうち医学的事項に対して、専門的立場から助言、勧告を行うことを職務とする医師である。企業内の従業員の健康・安全に関わる施策は全て事業主の責任で行われるものであるが、産業医は事業主のその責任の遂行において、専門的事項をサポートする立場にある。事業主に対する助言・勧告は、単に臨床的事項にとどまらず、健康障害の発生や健康の保持増進に関わる作業条件（有害化学物質、有害作業、作業環境、作業方法など）や労働条件（労働時間、残業、休暇、交代制など）について行うことが必要である。

17. 最近の労働者の健康課題として問題となっているものを3つ以上挙げて説明せよ。

・生活習慣病

高齢化の進展などに伴い、高血圧性疾患、虚血性心疾患などの脳・心臓疾患などに繋がる所見を有する労働者が増加している。そのため、「健康診断結果に基づき事業者が講ずべき措置に関する指針」として、労働者および事業者が異常所見の有無に関わらず健康診断結果を医師などから聴取し、労働者は医師から適切な保健指導（食生活、喫煙、飲酒、運動などについて）を受けて健康の保持を努めること、などが定められている。

・過労死、過労自殺

過労死とは日常業務に比較して特に過重な業務に就労したことによる明らかな過重負荷を発症前に受けたことによって発症した、脳・心臓疾患による死である。

過労自殺とは客観的に当該精神障害を発病させるおそれのある業務による強い心理的負荷により精神障害を発症しての自殺である。

これらの対策として、時間外労働を削減して月 45 時間以下とすること、年次有給休暇の取得促進、産業医による保健指導などの健康管理の徹底などが挙げられる。

・職業性疾病（職業病）

職業性疾病とは、特定の職業に従事することにより罹る、もしくは罹る確率の非常に高くなる病気の総称である。この予防としては、化学物質等による労働者の健康障害を防止するため必要な措置に関する指針、職場における喫煙対策のためのガイドライン、職場における腰痛予防対策指針などが挙げられる。

18. 石綿暴露に伴う疾病発症リスクについて説明せよ。またわが国の石綿暴露の課題と問題点について説明せよ。

石綿肺の発生には明らかな量－効果関係が存在しており、10年以上の職業性石綿暴露を受けた人のみ発生し、短期の暴露や環境暴露では発症しない。一方、悪性中皮腫、肺がん、胸膜プラークは低濃度の短期暴露でも発生しうる。また、肺がんの発生において、石綿暴露と喫煙が相乗的に作用している。

日本における石綿に対する企業の安全対策や行政による対策は非常に遅れてきた。世界保健機関（WHO）が1972年に発がん性を指摘すると、欧米諸国では石綿に関する法規制を行い、1980年代には使用を急激に減少させてきた。しかし、日本において石綿の使用が禁止されたのは2004年になってからのことであり、この禁止は建材と自動車製品10種に限定されており、石綿布、パッキングなどの一部の製品は対象外となっている。また、禁止以前に生産された石綿製品は回収されていないため、2～3年は流通すると考えられている。さらに、既存石綿の問題として、1960-1990年代に石綿製品がビル等の建築物に多用されており、それらの建築物の解体・改築の増加が予想され2020-2040年がそのピークと想定されている。この解体作業の際、作業現場および解体現場周辺の住民にも二次被曝の危険性が及ぶことが考えられる。また、過去に生産された船舶、車両、配管の劣化や破損に伴う暴露も問題となる。

このため、建築物等の解体等の作業における暴露防止対策を強化・充実し、石綿が吹き付けられている建築物の所有者等が講ずべき一定の措置などをも定めた新たな規則として、「石綿障害予防規則」が制定された。

19. わが国におけるこれまでの薬害事例について説明せよ。

1961年のレントツ報告により、睡眠薬であるサリドマイドが胎児奇形をもたらすことが報告され、欧州諸国では1ヶ月以内に販売禁止などの措置が行われた。しかし、日本においては、レントツ報告は確定的でない、関連が不明である、また、関連不明の状態で販売を中止すると国民を不安に陥れる、などといった理由でサリドマイドの販売を続行した。これは、実際は企業の損失を懸念してのことである。これにより、サリドマイドによる被害が拡大した。

また、1970年代にはキノホルムによるSMON(亜急性脊髄視神経末梢神経障害)、コラルジルによる全身性脂質症、クロロキンによる網膜症などといった薬害事件が相次いで判明し、1979年には薬事法の改定が行われた。

しかし、1980年以降も非加熱凝固因子製剤によるHIV感染、また、近年ではタミフルによる呼吸抑制死、異常行動後事故死などが起こっている。

(以下要らんとする)

こういった薬害を防ぐために、医師は、人を害するかもしれない薬剤を扱うことを肝に銘じ、短期の効果だけでなく最終的結果を考えた上で、患者にとって最も価値のある結果が得られるよう薬を処方するべきである。

20. 感染症の予防および感染症の患者に対する医療に関する法律（通称「感染症法」）が制定された背景、およびこの法律により見直された内容について説明せよ。

<背景>

①現代における感染症の脅威<新興感染症、再興感染症>

WHO が、「我々は、今や地球規模で感染症による危機感に瀕している。もはやどの国も安全ではない」との警告を発している。現代はなお感染症に対するきちんとした対応策が必要とされる時代であると認識される。

②感染症を取り巻く状況の変化

伝染病予防法は明治 30(1897)年に制定。しかし、医療が進歩し、衛生水準が大きく向上、国民の健康に対する意識が高まるなど、制定当時の制度は現状にそぐわなくなった。また、患者に対する行動制限に際し、人権尊重の観点からの体系的な手続き保障規程が設けられていない。それに加えて、航空機による大量迅速輸送が可能になるなど、海外から感染症が入ってくる可能性が高まってきた。

<見直された内容>

- ① 感染症の発生・拡大に備えた事前対応型行政の構築
- ② 感染症類型と医療体制の再整理
- ③ 患者等の人権尊重に配慮した入院手続きの整備
- ④ 感染症の蔓延防止に資する必要十分な消毒等の措置の整備
- ⑤ 検疫体制・動物由来感染症対策の整備

2 1. わが国の結核の現状について述べよ。また、結核対策としてどのようなことが行われているか説明せよ。

<現状>

わが国では結核の蔓延が欧米先進国と遅れて高度経済成長の時期に生じたため、レントゲンによる結核検診、抗結核薬、BCG 接種の登場と普及の時期と重なり、これらの対策技術により、社会を挙げて結核対策に取り組むことが出来た。そのため、現在、若年層の多くは未感染者であるが、結核が蔓延していた時期に青年期を迎えていた高齢者が平均寿命の延伸のため既感染者として多く存在し続けている、結核事情が大きく異なる世代が同居する社会になっている。現在、結核塗抹陽性罹患率が減らない状況となっており、これは国民や医療関係者において結核の認識が低下してきたことが関係している。このため、1999 年に厚生労働省は結核緊急事態宣言を発令し、注意を喚起した。現在も 1 年間に新たに患者になる人は約 3 万人弱、死亡者は約 2 千人にものぼっている。

わが国の結核の現状は全国に均一に広く蔓延していた時代から、高齢者等、都市部を中心に患者が集中する時代に変化してきている。しかも大都市部の特定地域と特定の社会階層の人々に集積する傾向となっている。この背景には都市部には日雇い労働者など不安定就労者が多いことが関係している。ちなみに東京都 12.7%、大阪府 12.2%。

<結核対策>

- ・結核蔓延状況の改善…それぞれの保健所において罹患率の半減を目指す。
- ・日本版 21 世紀型 DOTS 戦略の推進…塗抹陽性患者に対する服薬支援実施率の向上
- ・結核医療の質の向上
- ・結核患者管理の向上、指導の徹底
- ・適正な早期診断の提供
- ・効果的な患者発見方策の推進…結核リスク者(患者家族 etc.)への重点的な定期健康診断。
- ・予防接種(BCG 接種)の徹底
- ・サーベイランスの精度向上…医師からの発生届の徹底。
- (・大阪の結核事情に対応した対策の提供)
- ・結核に関する正しい知識の普及と啓発。

2 2. 精神衛生法、精神保健法、精神保健福祉法の改正にみるわが国の精神保健福祉対策の歩みについて説明せよ。

1950 年 精神衛生法

措置入院制度や保護義務者同意による入院制度などの強制的な入院の手続きの規定。

→精神障害者の隔離・収容主義

私宅監置の廃止・都道府県による精神病院設置の義務

1965 年 精神衛生法改正

通院医療費の公費負担制度・精神衛生センターの設置・保健所に精神衛生相談員

→精神障害者に対する援助・地域治療

1987 年 精神保健法へと改正

任意入院制度・精神医療審査会制度・社会復帰施設の規定

→精神障害者の人権擁護と社会復帰の促進

1993 年 精神保健法改正

グループホーム法定化

1993 年 障害者基本法の成立

精神障害者も「障害者」であるという事を明記。

1995 年 精神保健法から精神保健福祉法（精神保健及び精神障害者福祉に関する法律）へと改正

→「自立と社会参加の促進のための援助」を目的に追加。

精神障害者保健福祉手帳の制度など

1997 年 精神保健福祉士法

1999 年 精神保健福祉法改正

保護者の自傷他害防止監督義務廃止

地域生活支援センターの追加→社会復帰施設は5種類に。

2003 年 心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療及び観察等に関する法律成立

2005 年 障害者自立支援法成立、精神保健福祉法改正

社会復帰施設、通院医療費公費負担制度の移行

2 3. わが国の精神病床数の現状と精神保健の課題について述べよ。

<精神病床数の現状>

・世界でも多い方（36万床弱）

・減少させる方向に動いています。1995年頃をピークに少しずつ減っています。

<精神保健の課題>

・現在、精神科病床の平均在院日数が非常に長い（近年急速に減少しているが、それでも平成15年で平均349日）。

→外来医療、社会復帰施設、地域生活支援活動の拡充が重要。

入院中心の医療から、地域ケアへという流れ。

・ノーマライゼーション（normalization）の実現

上と重なるが、障害者の脱施設化・通常の生活への移行を推進する考え方のこと。

総合的な自立支援システムの構築。

・精神的健康の保持と増進、精神障害の予防（一次予防）に関する活動の充実。

・精神障害の早期発見と治療（二次予防）

…現状では精神疾患者が一般診療科を受診したときに、精神疾患の診断を受けることは少ない。これらの患者を早期に発見・治療することが重要である。