

BULLETIN OF SOCIAL MEDICINE

# 社会医学研究

第22回 社会医学研究会総会

講演集

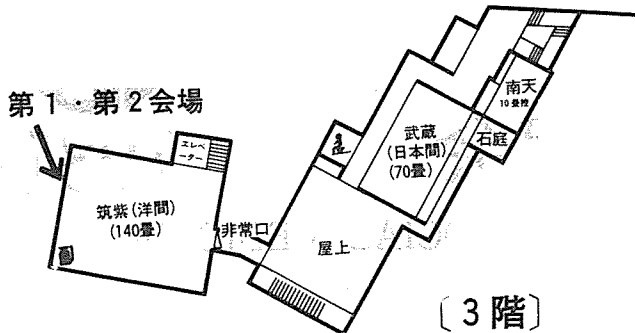
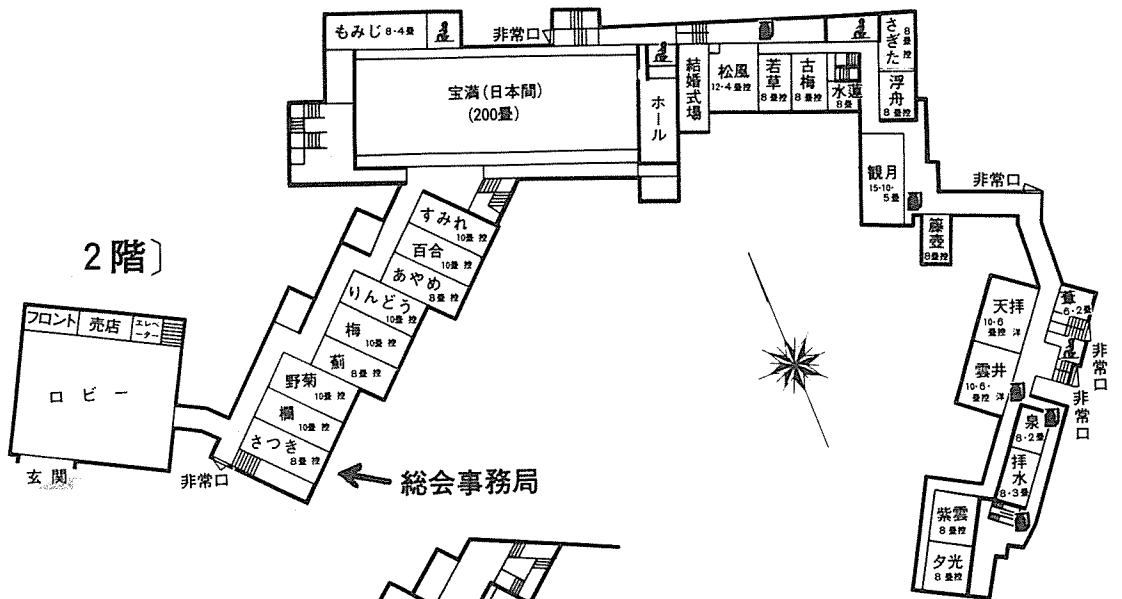
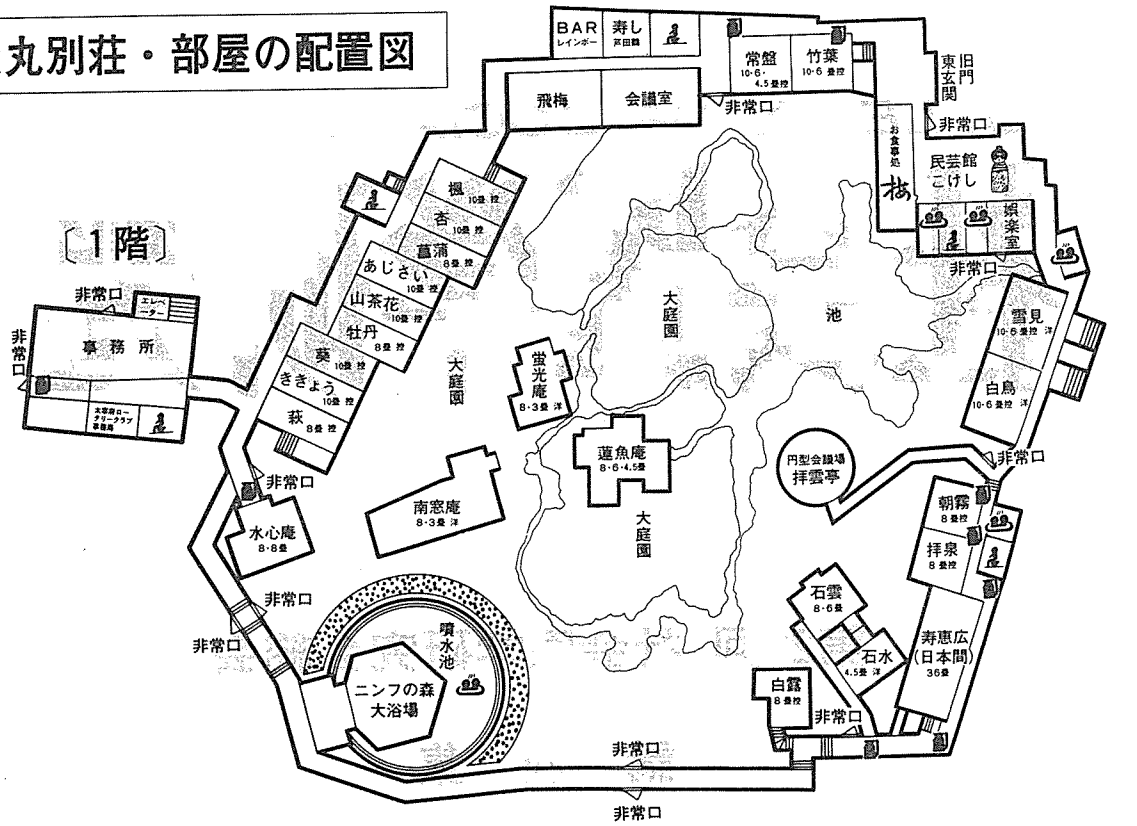
特別号

社会医学研究会

1981

JAPANESE SOCIETY FOR SOCIAL MEDICINE

# 大丸別荘・部屋の配置図



## 1981年度・第22回社会医学研究会総会

主 題：80年代における社会医学の展開

〔要望課題〕①農村における保健医療

②障害者の健康権

会 期：1981年7月31日(金)～8月1日(土)

会 場：福岡県・二日市温泉・大丸別荘

総会事務局：久留米大学医学部環境衛生学教室

総会世話人代表 高松 誠

### —— 第22回社医研総会のねらい ——

今回の総会主題は「80年代における社会医学の展開」とや、大きくかまえましたが、その意図するところは次に述べる企画・内容をお読みいただくと、ご理解願えると思います。要望課題として、1つには「農村における保健医療」を取り上げましたが、これは開催地が九州であることを踏まえ、本研究会の活動を農村地域に広げたいと考えたからです。また1つには今年が国際障害者年であることにちなんで「障害者の健康権」をとりあげました。どの課題も一度議論すれば片がつくという性質のものではありません。会員の皆様の持続的な活動をお願い致します。

今回は合宿形式とし第1日目の夜はワークショップを行います。時間に制限をつけず、十分議論していただく予定です。例年、本研究会総会には多くの論客が参加されますが、「ものいわぬは腹ふくるるわざ」とならぬよう、十分に語りあって、明日からの保健医療活動の知的な糧とされるようお願い致します。

## 日程表

第1日－7月31日(金)

第2日－8月1日(土)

	(第1会場)	(第2会場)
13:00	要望・一般演題	要望・一般演題
14:00		
15:00	ラウンド・テーブル・ディスカッション “九州地方における公害・労災・薬害―― その後の問題点” (司会：原田正純)	
16:00		
16:30	特別講演“農村における社会医学の展開” (若月 俊一)	
17:00		
17:30	－休憩・入浴－	
18:00	－夕食－ (広間「宝満」にて会食)	
19:00	Workshop：“80年代における社会医学の展開”	
20:00	〔全体会議〕――話題提供者：朝倉新太郎 山田 信也 芦沢 正見 〔分散会〕 高松 誠	
21:00		
22:00		

	(第1会場)	(第2会場)
8:45		
9:00	要望・一般演題	要望・一般演題
10:00		
11:00		
11:30	総 会	
12:00	－昼食・休憩－	
13:00	Workshopのまとめ	
13:45		
14:00	シンポジウム“農村における生活・健康と 社会医学の課題” (司会：内田 昭夫)	
15:00		
16:00		

自由集会：今回は第1日目の夜にWorkshopを行なうため開催致しません。

### 会場案内

ワークショップの分散会を除き、すべての発表・討議は3階の洋間「筑紫」にて行ないます。

☆要望・一般演題発表は「筑紫」を2分して、第1、第2の会場として行ないます。

☆ラウンド・テーブル・ディスカッション、特別講演、総会、ワークショップ全体会議、シンポジウムは第1・第2会場の間仕切りを取って行ないます。

### 総合事務局

2階ロビー近く「きつき」の間に事務局を設置します。

[ラウンド・テーブル・ディスカッション]

…………… 7月31日(金)：14時30分～

“九州地方における公害・労災・薬害—その後の問題点”

司会 原田 正純 (熊大・体質研)

- 1) 土呂久鉞害  
落合 正 (土呂久・松尾等鉞害の被害者を守る会)
- 2) 水俣病  
馬奈木 昭雄 (久留米第一法律事務所)
- 3) スモン  
本庄 庸 (福岡・千鳥橋病院)
- 4) 三池CO中毒  
吉田 磯彦 (大牟田・曙病院)
- 5) カネミ油症  
梅田 玄勝 (健和労働衛生研究所)

☞ 企画の目的：みなまた病が問題化して今年で25年を経過した。全国的に注目を集めた九州地方の公害・労災・薬害について反動的まきかえしの強まっている今日、その被害の原点に立ち戻り、過去をふり返り将来を展望したい。全国の会員諸氏には非九州の現状を知っていただきたい。

【特別講演】…………… 7月31日(金)：16時30分～

“農村における社会医学の展開”

若月 俊一 (佐久総合病院)

☞ 企画の目的：1970年・第11回社医研(佐久)では要望課題のひとつとして「変貌する農山漁村における健康障害とその対策」がとりあげられました。その後農村はどう変貌したか。この10年余のとりくみと豊富な体験を踏まえ農村における社会医学の新たな視点について展開していただきます。



[シンポジウム] …………… 8月1日(土)：13時45分～

“農村における生活・健康と社会医学の課題”

司会 内田 昭夫 (千葉大・医・農医研)

- 1) 過疎地における生活と健康  
金子 勇 (長野県阿南町、和合・富草診療所)
- 2) 竜神村における生活・健康と医療  
大嶋 隆吉 (和歌山県竜神村、大嶋医院)
- 3) 豊後土工(出稼ぎ)、シラス台地農民(日稼ぎ)の職業病  
高松 誠 (久留米大・医・環境衛生)
- 4) 農村における農業・生活基盤の再構築のために  
都留 大治郎 (九州大・経済学部)

☞ 企画の目的：60年代から70年代にかけての「高度経済成長」は農山村における生活基盤の崩壊と表裏一体に進行した。「保健医療活動の状況が、社会的土台に規制され、条件づけられることは避けられない。しかし一方、逆に、保健医療活動の展開が社会的土台に作用し、地域社会の再生力を賦活することがあっても良い、いやなくてはならない。保健医療活動を通じ、沈滞した住民の意識を鼓舞し、住民のいのちとくらしを守るために立上る、それによってしか過疎山村の再生は考えられない」(金子)。食って行けない農山村の実態を踏まえ、食って行ける農山村を展望するにあたって保健医療従事者の担う課題を農業政策との関連も踏まえて明らかにしたい。

要望・一般演題の演者へのご連絡

1. 1題あたりの発表時間は10分、討論時間は5分です。全体の進行については司会におまかせ下さい。
2. 発表は講演集に基づき行ない、スライドは使用できません。
3. 追加資料を当日配布される方は、あらかじめ受付へご提出下さい。

〔ワークショップ〕……………7月31日(金)：19時～

“80年代における社会医学の展開”

☞ 企画の目的

この数年間の社医研は合宿形式では行なわれてこなかった。今回の総会を合宿形式で行なうこととしたのは、この“ワークショップ”のためである。全国世話人会の討議の中で、社会医学の原点に立ちかえり、十分な討論を自由に行なうべき時期に来ていると判断されたからである。その理由は①若手会員のエネルギーの結集と新・古参の結合②保健・医療の分野の最近の情勢を踏まえ、我々の日常の保健・医療活動をどう展開すべきかなど「学会発表形式」では十分に消化しきれない課題をさけて通れないからである。最近では流行語になりつつある“Workshop”という言葉を使ったが、これは「知的生産をする仕事場」と考えたい。参加者の知恵と経験を持ちより、グループで、自由・潤達に討論し、“こうすれば、こういう展望が開ける”ということが少しでも明らかにされればと考えている。

☞ 形 式

19時から30分間は全体会議とし、朝倉・山田・芦沢・高松の4氏から起爆剤の意味で話題提供していただく。若干の討論の後、次項のサブテーマの各分散会に移行し、熱い討論を行なっていただく。分散会には若手(自称若手を含む)の世話役を配置する。分散会の持ち方についてはそのグループにまかせ、途中でアルコールその他が入るのも可。討論終了時刻も制限しない。各分散会の全体的まとめは翌日の13時より行なうこととする。

☞ 分散会サブテーマ

- (1) 都市と農村における生活と健康—地域社会と結びついた保健・医療活動の展開—

〔世話役：牛島綱二郎・山下節義〕

地域社会との結びつきのあり方をより明確にかつ典型的に討論するために都市と農村の両面から相互にアプローチし、意見交換をお願いしたい。

- (2) 障害者の健康権と社会的役割

〔世話役：西 三郎・石川 左門〕

障害者の健康権を具体的なものにして行く上で、保健医療担当者は地域と障害者の家族とどう結合するか、施設・医療機関のあり方はどうなのか、その中で障害者自身の果すべき社会的役割は何か、などについて意見交換をお願いしたい。

- (3) 救済にあたり被害をどう位置づけるか

〔世話役：中川 武夫・原田 正純〕

公害問題でも労災職業病問題でも被害をどの範囲でとらえるかがいつも問題となる。狭い意味での健康被害に限定することの誤りは誰も気付くことだが、こゝでは具体的事例に基づき被害の実態につき、多面的に検討を加え、被害者・地域社会・職場にとつての被害とは何かについて意見交換をお願いしたい。

- (4) 老人の生活・健康と保健・医療活動・制度

〔世話役：日高 隆三・木村 慶〕

我が国における老人医療費公費負担制度は、かつての地方自治体の革新化とそれをささえる住民運動と結合して獲得されたといえよう。高令化社会をまじかにひかえ、老人保健法案が準備され、老人医療費の一部負担の動きがある今日、過去のとりくみを踏まえ、今後どの様に、老人の生活を守り、保健・医療に取組むべきかについて意見交換をお願いしたい。

ワークショップ会場

〔全体会議〕19時より、3階「筑紫」(第1・第2会場)にて

- 〔分散会〕(1) 都市と農村……………3階：武 蔵
- (2) 障害者……………1階：会議室
- (3) 救 済……………1階：拝雲亭
- (4) 老 人……………2階：観 月

ルームサービスについて

夜10時までには注文して下さい。

☞ 夜10時以後は1階会議室前のBARをご利用下さい。

[要望・一般演題]

第2日・7月31日(金) 第1会場	
障害者の健康権	1. 在宅脊損者の介護実態 山岸 春江 (東京都神経科学研)
	2. 在宅脊損者の介護実態と制度化について 新田 輝一 (全国脊髄損傷者連合会)
	* 3. 身体障害者と自立 橋本 美紀 (「翼は群のなかで」著者)
	* 4. 身体障害者世帯における住生活空間の役割 片岡 正喜 (大分大学・工・建設工学)

第2日・8月1日(土) 第1会場	
障害者の健康権	5. 在宅神経難病患者における社会資源利用状況について 川村佐和子・他(都立神経病院)
	6. 障害者のための地域歯科サービスについて 新庄 文明・他(佐用共立病院歯科)
	7. 市町村における心疾患児対策の現状と問題点 一宮崎県下44市町村を巡回して一 首藤 正一 (全国心臓病の子供を守る会 宮崎県支部)
公害・被害	8. 水銀汚染地区住民の健康調査 新井 英夫・他(新潟大学・学生)
	9. 大牟田市の大気汚染と老人の健康との関係を調査して学んだこと 森田 信彦・他(久大・学生・社医研)
都市と農村における死亡	10. 薬害被害者の迅速な救済のあり方に関する行政の役割 片岡 烈彦・他(東京医科歯科大・難研)
	11. 農家の高齢者の介護・死亡と生活への影響 一宮城県A町、栃木県B町での調査結果より 高木 邦明・他(東大・医・保健)
	12. 農林漁業従事者の死亡統計―「職業別・産業別人口動態統計」の問題点― 木村 慶・他(愛媛大・医・公衛)
	13. 川崎市における中年期死亡の区別比較 朝倉 隆司・他(東大・医・保健)
	14. 東神戸診療所におけるアルコール依存患者について―第1報 死亡例の解析結果 日高 隆三・他(東神戸診療所)
15. 東神戸診療所におけるアルコール依存患者について―第2報 断酒会活動のとりくみ 宮腰 真一・他(東神戸診療所)	

第2日・7月31日(金) 第2会場	
農村における保健・医療	16. 行政機関の連携の必要性和問題点 草野 文嗣 (滋賀県今津保健所)
	17. 農業機械災害発生の社会的背景と農業者災害補償制度 岡村 純 (東大・医・保健)
	18. 経済地帯別にみた国保医療費 西成 辰雄 (秋田県十文字町西成医院)
	19. 地域特性からみた保健・医療要求 山下 節義 (奈良医大・衛生)
	20. 農協共済によるコンピューター検診の問題点 吉田 幸永 (京都府日吉町役場)

第2日・8月1日(土) 第2会場	
じん肺・農山漁村の(出かせぎ)職業病	21. い草労働とじん肺に関する社会医学的考察 上田 厚 (熊大・医・公衛)
	22. 京都市内のじん肺患者生活実態について (じん肺法・労災保険法をめぐる諸問題) 宮入 昭午 (京滋じん肺患者同盟)
	23. 日吉町における元鉱山労働者(じん肺・マンガン中毒)検診のその後 吉田 幸永 (京都府日吉町役場)
	24. 大分県南部における出稼ぎじん肺などについて 長門 宏・他(長門記念病院)
	25. じん肺・振動障害等の地域における集積の問題 三浦 肇 (大分県佐伯保健所)
	26. 農山漁村に集積するトンネル建設出稼じん肺患者の調査 山崎喜比古 (東大・医・保健)
労働衛生	27. 奈良県T村における民有林振動病患者の実態と振動病対策の課題から― 一患者訪問調査の経験から― 車谷 典男・他(奈良医大・公衛)
	28. 愛媛県における林業の振動病対策の問題点 山河 泉・他(愛媛大・医・公衛)
	29. 郵便局におけるオートバイ乗務員の振動障害予防のとりくみ 松本 忠雄 (名市大・医・公衛)
	30. 保健活動としての労働衛生相談 上畑鉄之丞・他(杏林大・医・衛生)
	31. 有機溶剤を扱う建設労働者の社会医学的検討 千田 忠男・他(杏林大・医・衛生)

\* : 特別依頼演題

誌上发表

32. 学校給食の許可をめぐる  
橋本 周三 (兵庫県和田山保健所)

## RTD 九州地方における公害・労災・業害 — その後の問題点：司会のことば

原田正純

熊本大学体質医学研究所

九州では人類史上初の最大規模の環境汚染中毒事件“水俣病”(1956年)をはじめ、戦後最大の炭鉱事故“三池炭塵爆発事件”(1963年)、“カネミ油症事件(1963年)”、“土呂久鉛毒事件(1971年)”さらに“慢性二硫化炭素中毒(八代市)”、西日本一帯におこった“森永砒素ミルク事件(1955年)”などがみられた。その他、“振動病”“塵肺”など全国的な規模でみられた職業病、“スモン病”“大腿四頭筋萎縮症”“サリドマイド児”などの業害も多発している。このような人工的疾患とくに、職業病や公害病が九州に集中的に象徴的に多発したのは偶然ではないと思われる。戦後、植民地を失ったわが国の資本が九州をその代替地として今日の高度成長の基盤をなしたというのはいい過ぎであらうか。水俣病のチッソや炭塵爆発の三井のことを歴史的に考察してみるとその辺の争突が明らかになってくる。そして、石炭から石油へのエネルギー転換政策の過程で三池大争議(1960年)、電気化学から石油化学への転換政策の過程でチッソ安賃闘争(1962年)など日本の労働史上の代表的大争議が九州でおこったのも偶然ではない。この二つの企業が最大の公害病と職業病をおこしたのであるから。少なくとも九州におこったこれらのいくつかの事件を詳細に検討していけば、そこにはいくつかの教訓とパターンを学びとることが出来る。九州においてこのように集約的、象徴的に発生していることから発生秩序や病理はもろろん、今日残された問題も明らかになり、将来への展望に示唆多いことになるとと思われる。

炭塵爆発によるCO中毒後遺症：1963年11月、死者48人、CO中毒患者839人という大事故は最も優秀な技術をもつといわれ、最も合理化のすゝんだ、ガスのないといわれ三川鉱に発生した。そして相次いで同種事故がおこった。すなわち、1965年2月に夕張鉱(死者61人)、1965年4月に伊王島(長崎;死者31人)、1965年6月に山野鉱(福岡;237人)などで炭塵爆発がおこり多くの労働者が死亡に、CO中毒となった。起るはずのない炭塵爆発がおこり、跡ガスによる事故の恐ろしさ、その後遺症の深刻さは鉱業界、医学会に大きな問題を与えた。そして、今日なお多くの患者が多彩な深刻な後遺症に苦しんでいる。炭塵爆発事故の患者たちは「三度殺された」といっている。それは、このような事故の発生を阻止、予防できなかった責任、初期に迅速かつ適切な対策が立てられなかった責任、すなわち、被害を最低限に食い止めることができなかった責任、そしてそれはその後の長期にわたる不適切な医療の責任ということである。その問題は実は労災認定、治療、処遇の問題で今日のCO中毒後遺症患者の実態の中から明らかになる。そして、労災法とは誰のためのものであり、それは労働者にとって何ぞあったかという問題を軸に突っつけている。労災による医療や救済のあり方、企業や国の責任のとり方に大きな問題提起をしているのである。

水俣病：チッソは「水俣病のような事件は前例がなく、予見できなかったので責任はない」と開き直った。しかし、化学技術の高度な発産、生産性向上のなかにおいて今後ますます前例のない、新しい事態がおこる可能性があるから、このような化学工場における安全確保の義務はますますまびしく向われねば人間はみなモルモットにされてしまうのである。水俣病が発見された1956年、この不知火海岸に水俣市はじめ11ヶ町村に約20万人の人々が住んでいたのである。有機水銀によってキコが狂死した澳村地区に限定してみても約10万人が濃厚に汚染された発病してもおかしくないのである。これらの汚染地区では多数の住民が現実には多彩な健康障害で悩んでいるのである。これらの健康障害のほとんどが有機水銀汚染によるものと考えられるにもかかわらず十分な救済措置はとられていない。医学的にも社会的にも水俣病の全貌は未だ十分に明らかになっていないといえる。未知である部分が多いことを何も知らないことの理由にすることは出来ない。なぜなら、解毒の歴史ゆえに未知のま



うで放置されていることが多いからである。現在、1700人が正式に水俣病と認定され、約2000人が棄却され、約6000人が未処分となっている。これとて永山の一角にすぎないが、その救済の遅れはどうかともなく認定制度は破綻に陥っている。水俣病ではまだ司法裁判が提起され、法律と医学の関係が問題になった。1969年6月、水俣病才一次訴訟、1975年11月、テツノ元幹部に対する刑事訴訟は企業の責任を明らかにした。1973年1月の才二次訴訟は企業の責任と同時に水俣病像とめぐって争われた。1974年12月の不作為違法の確立、1980年の才三次訴訟は行政の責任を明確にしようとするものであり、水俣病問題はむしろ未解決の問題が多い。1977年3月、才一次訴訟の判決とその後の交渉によって1600万円～1800万円の補償金が支払われることになったが、認定されぬ人とのフォローがなく、その認定を乞うびしいという条件の中で患者は救済されておらず、救済のあり方に問題を投げかけられている。

土呂久能毒病：土呂久におこった事件は水、空気、食物から長期にわたって主として砒素中毒であるが、その他に亜鉛、鉛、カドミウムなど複数の毒物にもばく露されておりその発生のメカニズムは未だ不明である。したがって、従来の狭い職業性砒素中毒の概念（診断基準）だけでは包括できず、それを強引に押しつけることは切り捨てられる。それに対して、被害者の関心によって、その概念は少しずつ変更させることに成功して来た。発生メカニズムに基づく突進にそくして疾病の概念が立ち立てられなくてはならない。亜砒酸鉱山のみならずマレガン鉱、銀鉱などの飛鉱による環境汚染や旧労働者の健康調査など今後さらに全国的に再検討の必要がある。同時にこれらの鉱山は中小企業が多いため、すでに解散してしまったりして責任の所在があまりないことが多く、救済は不十分でそのあり方に問題が残る。

カネミ油症：広汎な食品中毒事件として世界の注目を集めた。1960年後半、ヨーロッパ各地は環境中に汚染が進行しているPCBに注目して来たからである。その後13年たったが未認定の問題はつづいており、さらに、直轄の被害企業、販売元の製造企業、国の責任を追求する訴訟はつづいていく。したがって、治療や救済の問題は全く未解決である。診断に関して研究者の努力によって血中の微量PCBの検出技術が進歩し、PCBのパターン、PCQの検出などが応用されはじめたことは注目に価する。しかし、それでも内臓障害や自覚症状、情意障害などが客観的所見を欠くという理由で正当に評価されていない。それは、当初、PCB中毒の症状として皮膚症状が余りに特徴的で激しく注目されたために、皮膚症状が軽快するとともにPCB中毒のすべて、あるいは残留PCBの影響などが無視されてしまっただけである。裁判の行く方々ともPCBの病像の解明（被害の全貌の解明）が残されているといえよう。

スモン病：被害の代表的なものの中で最大のもので1960年頃から患者は急増した。厚生省の確立1万1000人、推定3万人といわれているが、スモンの原因がデオフォルムと疑われてから1970年の厚生省の使用禁止まで時間がかかったこと、外国の情報があつたにもかかわらず何ら対策をとらなかつたこと、過大な宣伝で売りまくったこと、無批判に大量使用をしたことなど被害の典型的パターンを示しており、国、企業の責任追求が今後の医療のあり方や行政に与える問題をなげかけている。

以上の事例から、職業病・公害病・薬害などの概念の再検討（認定や被害の確立）、そしてそれに基づく救済のあり方の再検討、問題点の整理加えて、医学、企業、行政のそれぞれに責任を明確にして行く必要がある。具体的には次のことを整理したい。(i) 発生は予防可能な病気か？(ii) 被害を最初から最低限に食い止められなかったか？(iii) 救済がきちんと行われたか？(iv) 救済の対象となる被害とは何か？etc.

# RTD 九州地方における公害・労災・薬害 — その後

## の問題点：(1) 土呂久鉱害

### 落 合 正

土呂久・松尾等鉱害の被害者を守る会

宮崎市吉村町宮ノ前甲2146の4番地

#### 1. 土呂久における鉱害運動の意義

土呂久鉱山の鉱害事件は、昭和46年11月13日、岩戸小学校斉藤正健教諭の教研集会での告発によって、鉱害発生から60数年ぶりに社会問題となったものである。しかし鉱山の閉山から10数年経過して起った鉱害被害者の運動にとって、最大の障害は行政の鉱害否定と御用医学の患者切りすてであった40個所の砒素鉱山(日本鉱産誌附図X)のある日本国内で、その多くが鉱害被害の声すらあげ得ない辺陲の封建性、閉鎖性社会の中にあつて、鉱害被害者の人権回復をめざす土呂久の住民運動は、休廃止鉱山鉱害問題の先駆的役割を担っているといわねばならぬ。

#### 2. 土呂久鉱害の惨状は現代の驚異である

土呂久は九州山脈古祖母山(1633)の裾野、標高500から650の間に点在する三つの集落惣見、畠中、南の55世帯で269名が居住する。(昭47.7現在宮崎県調査資料)

土呂久鉱山の鉱害は地域ぐるみ、全住民の健康、生業、環境のすべてを破壊する悲惨なもので、斉藤教諭の墓碑調査によると平均寿命39歳、追跡調査による死因は呼吸器疾患42%、消化系内臓疾患35%が目される。

半世紀以上も破壊された環境の中で生活し、「私たちは生き残り」という現住民は、83.5%が何等かの疾病に苦悩し、24.2%が公害病認定患者という現実を直視すれば、人類社会にあつてはならない驚異というほか、ことばを知らない。その実態からも慢性砒素中毒の症状が全身症状であり、遅発性、進行性、発がん性の疾病であることが窺える。

昭和51年認定棄却審査請求事件について、公害健康被害補償不服審査会の裁決(昭和55年5月19日)が出され、「ヒ素による健康被害検討委員会」の認定要件及び、指定疾病の種類に応じて環境庁長官の定める基準(環境庁告示第47号)が、土呂久の病像にそぐわないとして排除された今日、認定要件設定についての提言を社会医学研究会に要請し、併せて休廃止鉱山鉱害被害者の救済は、現代社会の責任であることを訴えたい。

#### 3. 認定患者の現況

土呂久鉱山鉱害による慢性砒素中毒症認定患者は134名(昭56年6月現在)で、男子68名、女子66名である。その内訳は指定地域内居住者65名、指定地域外居住者52名、県外居住者17名となっている。昭和47年12月28日調印した第一次認定患者を始めとして、五次認定患者までの中82名が、宮崎県知事黒木博の斡旋によって、住友金属LLから損害補償金を受取ったが、他の52名は公害健康被害補償法の適用を受けて今日に到っている。法適用者の年齢及び障害等級は次表のとおりである。

表1 法適用者の性別・年齢別一覧

年齢別	性別	男	女	計
65歳以上		11	10	21
60歳以上		3	3	6
55歳以上		3	7	10
50歳以上		5	1	6
45歳以上		2	0	2
合計		24	21	45

備考：  
○昭和56年6月現在  
○40歳以下の認定患者は一名もない。

表2 法適用者の障害等級・性別一覧

等級	性別	男	女	計
特級		2(1)	0(1)	2(2)
1級		1(1)	0	1(1)
2級		2(2)	2	4(2)
3級		18(1)	19(1)	37(2)
級外		1	0	1
合計		24(5)	21(2)	45(7)

備考：  
イ、昭和56年6月現在  
ロ、( )内は死亡者  
ハ、別に斡旋を受けた者の死亡者14名。

#### 4. 知事斡旋受諾者の状況

表 3 年次別、性別受諾者と補償金額

幹旋	幹旋の年月日	男	女	計	補償金額	一人当平均
第1次	昭47.12.28	1	6	7	1,680万円	240万円
第2次	昭49.2.2	1	4	5	1,110万円	222万円
第3次	昭49.12.27	7(2)	3(1)	10(3)	2,720万円	272万円
第4次	昭50.5.1	14	9	23	6,920万円	300万円
第5次	昭51.10.16	14(6)	23(5)	37(11)	13,030万円	352万円
計		37(8)	45(6)	82(14)	25,460万円	310万円

備考：  
 第三次（ ）内数は知事幹旋を拒否した者で  
 第五次（ ）内数は幹旋から除外された者の  
 数である。

5. 土呂久における認定申請の現況

認定申請中の男子6名、女子15名がいるが、環境庁から新たな認定要件が示されないので、昨年5月以降県の認定業務は中断している。他に障害等級改訂申請者8名、認定申請棄却により係争中の者2名、障害等級改訂申請棄却により係争中の者11名がいる。

6. 損害賠償請求事件裁判の概要

知事の補償幹旋は低額で不当とする者、幹旋額は不当に低額として拒否した者等が、住友金属と相手どり損害賠償請求事件として提訴した者が23名いる。昭和50年12月27日提訴してから5年6月、40回の公判を開いたがその間原告9人が死亡し、その承継者を含め40名の原告団となった。原告の健康状態を思うと早期結審が望まれる。訴訟代理人の弁護士は県内外の弁護士39名、原告は一律3,000万1割の訴訟費を加算して、鉱業法109条によって係争中である。

7. 土呂久鉱害の問題点と展望

イ、行政による鉱害否定の認定要件

昭和49年5月4日「ヒ素による健康被害検討委員会」の報告で、色素異常と角化、鼻中隔瘻痕及び鼻中隔窄孔、多発神経炎の症状を有することと認定要件が定められたが、この認定要件は「汚染レベルと疾病の発現等との関係を、疫学的手法を用いて確率論的に究明し、その因果関係について蓋然性があれば足りる」という、中公審答申の主旨と、昭和47年7月3日、熊大附属病院長中村家政の第3次精密検査報告書の土呂久に多発する疾病、即ち胸部L線異常86%、呼吸機能障害57%、嗅覚障害71%、感音性難聴86%、視野異常100%、視力障害57%、歯疾患100%、骨L線異常75%等々の多様な疾病を全部切り捨てたものである。

ロ、認定要件の再検討問題

認定申請棄却を不服として審査請求を行なった結果が、昭和55年5月19日の認定関係審査請求事件の判決である。土呂久地区ヒ素汚染の態様として大気系、水質系、土壌系汚染により、経皮、経気道、経口の多経路汚染を受けたと判断し、病像を石西伸、堀田宣之、中村家政、村山英一、寺田秀夫等の医学論文を引用して、土呂久地区の認定患者には認定要件に示す皮膚症状、多発性神経炎の外に各種の症状のあることを認め、総合して判断すべきだとしている。早急に適切な認定要件が示されることを期待する。

ハ、指定地域拡大の問題

県の住民検診も第三回以降は民主化され、地域外住民も検診を受けられるようになったが、「ヒ素濃厚汚染地域に居住し、三酸化ヒ素に対して長期にわたる暴露歴を有したこと。」との条件があるため、地域外居住者の暴露歴の立証が困難である。焼窯跡から1.6Kと限定した科学的根拠はない。「少なくとも年間320Kg以上のヒ素が土呂久川に排出されている」(日科宮崎支部誌)実状にかんがみ、最小限でも土呂久の下流流域5K地点の部落まで拡げるべきである。

ニ、法13条の解釈と原状回復主義の「休廃止鉱山鉱害賠償法」の提唱

宮崎の知事幹旋は、川崎市長の患者救済の対応と対比すれば明らかに違法であり、法13条との関連において説明せねばならない。環境保全と生業被害救済について多くの休廃止鉱山の鉱業権者不在の実状にかんがみ、政府は特別立法によって「休廃止鉱山鉱害賠償法」を制定すべきである。

## RTD 九州地方における公害・労災・薬害、—その後 の問題点：(2)水俣病

久留米第一法律事務所

弁護士 馬奈木 昭 雄

### 1 水俣病とは何か

現代の公害は、独占資本主義体制の社会的災害であって、決して不可抗力の自然災害的なものではない。なによりも公害は、独占資本が防止する気になりさえすれば、技術的にも経済的にも簡単に防止できるものである。水俣病に関してこのことが特に強く指摘できる。水俣病はチッソの単なる不注意などによって起こったものでは決してない。水俣病は、チッソが不当に高利潤をあげ続けるために行なった組織的、計画的、継続的な、恐るべき地域社会の頂点であり、チッソによる殺人であった。

水俣病患者の病状は、残酷悲惨である。もがき、叫び、けもののように吠え、のたうちまわって死んでいった患者たち、廃疾者とされ、病床に呻吟しつつ毎日を送る患者たちとその家族の苦しみ、その無念の想いは、はかりしれない。だが水俣病の恐ろしさはその人体被害の点にだけあるのではない。水俣病はチッソによってひき起こされた巨大な環境汚染による自然および人間社会の破壊の問題としてとらえなければならぬのであり、チッソが地域を支配することによって、不知火海一円、地域社会ぐるみ破壊されてしまったことこそが、その本質なのである。

### 2 水俣病を発生させたもの

一私企業にすぎないチッソがひき起こした巨大な地域社会の環境と人間生活の破壊は回復不可能である。親を返せ、子を返せ、夫を、妻を返せ、失なわれた生活を返せ、不知火の海を返せ、という被害者の悲痛な叫びは被害者の基本的な要求であり、またわれわれ国民すべての願いでもある。だがそれにもかかわらず、患者が健康体に戻ることはないし、失なわれた生活が返ってくることもない。そこで公害被害の真の救済は、被害が起こってからではありえないのであり、決して公害を発生させないこと以外に道はない。しかし水俣においては、恐るべき被害が発生することは予めわかっていたしまた現に次々と発生しているのに、チッソはなんらの有効な根本的防止策をとろうとせず、国、自治体も対策を講じようとはしなかった。それを許した最大の原因は、チッソの徹底した地域支配による利潤追求の貫徹に求められる。

### 3 チッソの地域支配

チッソ水俣工場が明治41年水俣村に建設されるには、水俣の猛烈な誘致運動があった。誘致の条件は、工場敷地を特に安く提供すること、他の候補地であった米ノ津との距離の差2里分の電柱を寄付すること、梅戸港をチッソの専用港とすること、であった。その後水俣工場は拡張につぐ拡張を重ね、大正14年にカザレー式アンモニア合成工場建設に着工した。この年チッソ出身の板根次郎が水俣町長になり、水俣工場長ほかチッソ関係者7名が町会議員に当選し、水俣の政治的な支配権が確立した。それ以後チッソ関係者が市の要職を多数占め続けている。水俣病が公式発見された昭和31年には元チッソ水俣工場長であり、水俣病の原因物質を作りだしたアセトアルデヒドの製造方法を確立した橋本彦七が市長をつとめていた。また経済的にはチッソ関係の収入が市税の50%以上を占めており、特に固定資産税関係では62%になる。水俣市の工場適地のうちチッソが所有する面積は60%を占める。しかも固定資産税の評価は、チッソ正門前の路線価が坪5万5千円なのに、一歩門を入ると9千円と6分の1に下がる。また水俣市の全労働者中7割をチッソ従業員が占め、昭和33年には、水俣市には50人以上の従業員をもつ企業はチッソのほかには4社しかなく、その4社も100人はこえないのである。さらに昭和31年開港した水俣港の利用も、チッソ関係分輸出が99.9%、輸入100%である。それまでは門司まで鉄道で運んでいたために3倍の輸送費がかかっていた。このようにチッソが水俣市の行政を私物化し、思うままに利用している事実は数多くある。チッソが創

業以来廃棄物を無処理のまま放出し、被害を出し続けることを可能にしたチッソの恐るべき地域支配こそが、水俣病を発生させた最大の原因である。

#### 4 高度経済成長政策——スクラップ・アンド・ビルド

もともと日本資本主義は、その後進性のゆえに、先進資本主義国との競争に生き残る方法として、驚くべき低賃金と、安全性確保に徹底的に手を抜いた技術により、コストを最小に切り下げ、最大の利潤をあげる道を選んだのである。このことはチッソにおいて特に顕著だった。後進性の強い日本のなかで、チッソはさらにいわゆる三井・三菱・住友などの旧財閥とは比較にならないほど弱い競争力しか持っていない新興会社だった。大銀行との結びつきもなく、資産も原料もないチッソが、それらを一手に持った既成財閥とまともに競争すればひとたまりもないことは明らかだった。チッソはその競争力を補うため、まだ安全性の未確認である新技術を危険を承知で他の会社に先がけて採用することにより、たえず技術革新の先頭をきり、他会社をはるかに越える超過利潤を獲得したのである。チッソの誇るカザレー式のアンモニア合成法、水俣病の原因となったアセトアルデヒド、酢酸合成技術などその典型である。その結果工場は大爆発をくりかえし、労働災害は激発した。チッソの新技術の工業化は人体実験を前提にして行なわれたのである。このことは、チッソが南九州の農村地帯の農民や、植民地時代の朝鮮における豊富かつ安価な労働力を独占し、労働者を消耗品として使用することによりはじめて可能であった。しかしこのチッソの利潤追及も昭和30年代の高度経済成長政策によって破綻をきたすことになった。高度成長政策が日本の化学工業界へ及ぼした影響は、化学工業の石油化学工業への転換として捉えることができる。政府は昭和30年、石油化学工業第一期計画を立てその具体化をはかった。この計画により、新居浜、四日市、岩国、川崎の4つのナフサ・センターが昭和33年から34年にかけて動きはじめた。この石油化学工業がチッソをはじめとするカーバイド系化学工業に対し圧倒的に優位であることは明らかだった。カーバイド工業は自ら石油化学へとその技術を転換しない限りは生き残ることができなかつた。しかしチッソは大財閥中心の第一期計画に参加することができず、ようやく昭和34年に千葉県五井地区の丸善石油化学コンビナートへの参加を認められた。だが石油化学工場の建設は巨大な資本を必要とした。この資本を蓄積するために、チッソは典型的なスクラップ・アンド・ビルド方式を取ったのである。水俣工場は当然スクラップ化することにより五井工場建設の利潤をうみだしたのである。チッソは水俣工場においてオクタノール、酢酸、塩化ビニールなどの主力製品について増産につぐ増産を行った。これらの原料となるアセトアルデヒドの月間生産量は、昭和25年370トンだったのが昭和34年にはなんと2500トンに及んでいる。この増産は徹底して安全を無視した無様な運転によって行なわれた。水銀を含んだ母液は無処理のまま排出され、海へ流れた。機械は故障し、機械の割れ目はつぎをあとにだけで運転を続けた。労働者はますます労働災害にさらされた。粉塵と有毒ガスを吸い、吹き出る水銀母液を全身に浴び、強酸に膚をやがれながら生産を続けた。水俣病の原因物質はこうして海へ流れ出した。安全性を無視した高度成長による高利潤追及が水俣病の原因であることはこの事実からも明らかである。チッソは水俣工場をスクラップ化しようとしただけでなく、水俣工場労働者をスクラップ化しようとし、水俣を地域ぐるみスクラップ化し、水俣から逃げだそうとしたのである。かつての谷中村水没は、水俣の地域ぐるみスクラップ化として再現されたのである。

#### 5 見舞金契約——水俣病患者の圧殺

水俣病患者が公式に発見された昭和31年はまさにチッソが石油化学への転換をめざして水俣工場をスクラップ化していた最中であつた。チッソをはじめとする独占資本と政府は水俣病を、石油化学への転換への障害物としてしか理解しなかつた。こうして水俣病の原因究明は政府、独占資本によって妨害され、水俣病患者は国、県、独占資本の総攻撃の前についに昭和34年12月末、有名な見舞金契約を押しつけられ、圧殺されるのである。こうしてついにチッソは犯人とされないまま水俣病は「解決」し、水俣の街は「平和になった」のである。しかしこの結果、昭和39年に同じアセトアルデヒドを製造していた昭和電工によって、第2の水俣病がひきおこされたのである。

# RTD 九州地方における公害・労災・薬害 — その後 の問題点：(3)スモン

本庄 庸

福岡・千鳥橋病院

スモンはいうまでもなく、1970年9月、厚生省によって、キノホルム剤の使用・販売禁止措置がとられたことにより、その新たな発生が基本的に終熄した疾患であり、現在ではそれがキノホルムの慢性中毒であることが広く認められている。スモンは我が国の代表的な薬害による疾患であると同時にオー線医療の担い手である臨床医のあり方を、そして又、医学研究者のあり方をも鋭く問いかけた疾患でもあった。スモンについてはその被害が未曾有のものであり、かつ全国に広がっていることからこれについての綜説その他は枚挙にいとまがない。九州特に福岡におけるスモンを語るといっても、それが特殊な風土病でない以上、全国のスモンと変わるところがないのは言うまでもない。しかし、スモンへの取り組みという点では、全国各地でいろいろな運動がくり広げられており、それぞれ特徴を持ち、そこから我々が学ぶべき課題もおのずと異なってくるわけである。私は福岡でのスモンの取り組み、特にその中で我々オー線の臨床医が果たした役割を報告して討論に参加したい。

1. 福岡での運動とその特徴 福岡でのスモンは1959年大牟田市勝立地区にスモンが多発し、「勝立病」として奇病扱いされた時から県民に広く注目されるようになった。福岡での支援の運動は1970年11月に福岡県スモンの会が結成された時、初めて組織的なものとなった。福岡での運動は当初から患者自身の運動として進められたことにオーの特徴がある。従って、それは支援者の運動ではなく、患者自らが不自由な体をひきずって学習し、支援の輪を拡げ、直接の責任者である国と製薬独占を追いつめていった運動であった。オ二に、広汎な層に呼びかけ守る会を結成し、スモンの会、弁護団、守る会の三位一体の活動として進められたことにその特徴があったと言えよう。このような運動の積み重ねの上で、1973年5月、福岡地裁にオー次の訴訟が提起された。そしてこの患者自身の運動、三位一体の活動という福岡の特徴は裁判斗争の中でも堅持され、遂に、1977年12月14日に歴史的な福岡判決を勝ち取るに至った。この裁判は、よくいわれるように、それに先だつ金沢、東京の両判決に比べても大きな前進があり画期的なものといえる。そのオーは、投薬証明書がとれなかった患者にも、救済の道を大きく開いた。オ二に、福岡判決は鑑定ぬきの判決であったことにその特徴がある。

鑑定ぬき自体については、いろいろの評価もあろうが、少なくとも徒らに裁判を長びかすことはなく、又、法理論と医学的判断のはざまに、何人かの原告患者を泣かすのではなく、なによりも被害の現実を直視して、患者の立場にたった判決を導き出す上で成果があったといえることができる。

福岡のスモン訴訟

	オ1陣	オ2陣
患者数	144	84
原告数	179	103
請求総額	56億円余	31億円余
認容額	38億円余	
鑑定済数	0	57
和解済患者数	140	39
積み残し数	4	18
無投薬証明数	4	6
和解金最高額	5千万円余	4千万円余
最低額	1千万円余	1千万円余
総額	40億円余	

80.4.25 現在

2. 医師団が果たした役割とオー線の医師のあり方 私はこの運動の当初から、守る会の一員として活動に参加してきたが、いつの日か色々の曲折を経て、守る会の一会員というより、医師という専門家の立場でこの運動に参加するようになった。この裁判闘争で医師団はある意味では決定的な役割を果たしたといえるが、私は自らの意志に反して徐々にその代表格に押し上げられながら、必死になってその任務を果たすべく努力していった。福岡地裁判決はこう述べている。「右、医師団のメンバーの多くは内科医であって必ずしも神経科医ではない。-----そのメンバーの経歴等は全く明らかにされておらず、経験や能力は未知のままであり……（しかし）少くともここに弁論の終結を見た原告患者等に関する限り、統一診断書の診断は大筋において、一応信頼をおき得るものであったといえる。」判決が正しく指摘しているように、我々医師団としてその代表格である私は元来、スモンあるいは神経疾患を専攻する医師ではなかった。我々はたまたまそういう専門知識と技術を持っていたのを運動に役立たせたのではなかった。運動が必要とするので自らの浅学非才をも顧みず、自らそれをひきうけ、ひきうけた以上、その任に耐え得るよう必死に勉強していったというのが、その実態であった。それはオー線医療の担い手がいかにあるべきかという課題と結びついている。周知の如く、最近我国の医療界では、プライマリー・ケア論が大いに論議されている。そして、そこには我国の医療界の現状からみて積極面が多々ある。スモン患者との交流の中で、多くの患者は開業医や、公的医療機関においてすら医師がスモン患者を敬遠し、親身になって相談に応じてくれないという不満を持っていることを知らされた。プライマリー・ケア論からすれば、プライマリー・ケア・フィジシャンとはスモン患者を含めて対応出来なければならない。そして、それがもし、自らの力量を超えるならば、然るべき二次、三次の医療機関に紹介されるべきだとしている。これは明らかに現在の日本の医療事情と臨床医のあり方を一歩進める提起であろう。しかしそれでは、プライマリー・ケア・フィジシャンの存在は、福岡の多くのスモン患者の要請——それは裁判闘争という特殊な状況下での要請ではあるが、その要請に応え得たであろうか。日本において求められているのは、単なるプライマリー・ケア・フィジシャンではなく同時に専門医であるともいわれている。要は患者の要請、国民の要請にどう応えるかであり、オー線の臨床医には、常にその要請に応え得る姿勢と日頃の研鑽が求められているのではなかろうか。従って、それは予め想定されたプライマリー・ケア・フィジシャンだけで律し得るものではなかろう。我々はここ数年、それをオール・ラウンドの力量を備えた上での一つのサブスペシャリティと考え、そういう医師作りを進めてきた。しかし翻って考える時、オールラウンドの力量プラス一つのサブスペシャリティでも福岡のスモン患者の要求に応え得なかったのではなかろうか。それでは何か、それは私にとってここ数年間の課題としたい。ところで、我々医師団は、この活動を通じて実に多くの事柄を患者と弁護士から学ぶことができた。弁護士から学んだ最大の収穫は何よりもその探求心と目的のためには未知の分野を恐れずそこに踏み込んでいくたくましさであった。例えば我々内科医には他科の文献は極めて疎ましく、内科の中でも循環器をやっている、神経の文献にはとっつき難い現状がある。弁護士にも法律の分野で得手と苦手分野が当然あるだろう。弁護士はそれをのりこえるだけでなく、スモンの弁論をはるために医学専門書を渉猟し、自らのものにしようと努めている。我々は、將に圧倒される思いで弁護士のこの活動を視続けてきた。この中に、我々、オー線臨床医が国民の要求に応えて前進し得る鍵はないであろうか。

3. 今後の課題 ところで当然のことながら、スモンの問題は裁判闘争の勝利とそれにひき続く和解で終わったわけではない。今なお、私の所には不自由な身体をおして遠方から通院されている何人かの患者がある。スモンの患者の苦しみは今なお続いている。そして、我々オー線の臨床医は、その患者の苦をとるという要求に応え得ない状況が同時に進んでいる。もう一つ大きな問題がある。発症以来、既に10年以上経ったスモンの診断がますます困難となっていることである。発症の因果関係はますますつかみ難くなっている。事実最近我々のところに診断を求めてやってくる患者の大部分は投薬証明書もなく、その発症経過、現症共に非定型的なものである。さりとして、これらの症例を非スモンと云いきれようか。非常に難しい問題である。

RTD 九州地方における公害、労災、乗害 — その後  
の問題点；(4)三池CO中毒

吉田 磯 考

大牟田市(既)曙病院長

昭和38年11月9日の三井石炭鉱業(株)三池鉱業所・三川鉱炭産煤業によつて、458名が死亡し、839名の一酸化炭素中毒者が発生した。

I. 検診 医師団の追跡調査はCO特別措置法にもとづく、アフタケア指定医療機関(三池鉱業所病院)大牟田労災病院、曙病院)での個別検診と歴史、精神科主科の系統的な臨床的研究があつた。CO患者の病態は個別的な検診だけでは断片的にはわかつて、系統的であり得なかつた。

1. 能大追跡調査：昭和51年5月「炭鉱爆発により集団発生したCO中毒者の10年をめまでの追跡調査による臨床的研究」が100名の、CO中毒者の病態を鮮明に把握することの未だ始めでの長期追跡と云えるのではないだろうか。この年次推移の中から被災後4年目から高血圧者の急増が、対照群に比し、有意の差をもつて認められた。更に神経症状より精神症状が年次毎に前景に出現してゆく傾向も示され、同時に治り側や軽症側は若年被災者初者により高いなどCO中毒症状と年令との関連もある程度明らかになった。

2. 三池一酸化炭素中毒検診医師団の調査(罹災後15年目)：8名の医師団構成で昭和53年に検診を開始し、73名の入院中患者を除いた対象者416名の検診結果を昭和56年3月明らかにしたが、概要は次の如きものである。

a) 自覚症状 1) 何らかの自覚症状をもっているもの 377名(90.2%)

2) 自覚症状なし 39名(9.8%)

b) 自覚症状と意識障害の時間の長さとの関連：これは密に関連し、意識障害6時間以上9ものに物忘れ、頭痛が高率に発現している

c) 神経症状の発現頻度：神経症状をもっているもの111名(26.7%)

自律神経障害の17.8%、知覚障害の12.9%の発現頻度が比較的高い。

d) 神経症状と意識障害時間の長さとの関連：

6時間未満で神経症状あり 71名(24.6%) 6時間以上で神経症状あり 40名(30.1%)

パーキンソンズム、共同運動障害、末梢神経障害、巣症状が6時間以上のものに高率。

e) 知的機能障害の発現頻度：知的機能障害をもっているもの228名(54.7%)

そのうち中等度以上の知的機能障害59名(14.1%) 記憶、記憶障害が比較的高い頻度

f) 知的機能障害と意識障害時間の長さとの関連：認知の固体化、思考力障害、計算障害等。6時間未満 133名(46.1%)、6時間以上 95名(28.5%)

g) 情意障害の発現頻度：情意障害をもっているもの194名(46.7%)、そのうち中等度障害は46名(11.1%) 感情の不活発、積極性減退が比較的高率に発現。

h) 情意障害と意識障害時間の長さとの関連：6時間未満のものより6時間以上のものに全症状を通じて発現頻度が高くなる。

i) 後遺症状：416名中279名、67.1%に後遺症状が認められた。

3. 能大追跡で4年目から急増した高血圧症はこの「三池一酸化炭素中毒検診」15年目ではやや不鮮明とされた。対照群のヒリ方々差があるといわれている。

4. 心疾患、血管障害、貧血、糖尿病、脳卒中、肝臓障害……など合併症の殆んど大部分はCO中毒とは全く関連がないと結論された。

II. 被災CO中毒患者の病態。

検診結果は現在のCO中毒患者の抱えている悩みの面には何ら迫っていない。



1、CO中毒者の障害等級別人数(5.55年6月)

労災補償年金受給者

1級該当者	12名	等級	5	7	9	12	14	計
2 "	26名	三池労組	18	64	66	79	51	279
3 "	4名	新芳組	19	83	91	147	50	390
		取組	6	12	9	18	9	54
		組大		3	19	3	7	32
		計	43	162	185	247	117	754

2、CO中毒被災労働者のその

の他の死と推移 (三池労組所属者) 28名

M. T. 5.41.	12.7	肺癌	M. T. 5.51.	5.14	肝硬変
M. Y. 5.42.	2.2	交通事故	K. T. 5.51.	5.24	脳死
M. T. 5.42.	10.3	肺癌	N. T. 5.51.	9.26	心臓死
K. F. 5.43.	3.19	肺癌	K. H. 5.51.	12.1	変死
E. T. 5.43.	5.14	肺癌	K. N. 5.51.	12.21	肝硬変
S. T. 5.44.	4.21	脳软化症	K. H. 5.52.	6.10	脳软化症
N. M. 5.44.	6.24	脳炎	K. T. 5.53.	6.25	脳软化症
I. S. 5.47.	5.9	玉肺	I. S. 5.54.	8.17	不明(遠隔地転居)
M. Y. 5.47.	8.18	肝硬変	S. M. 5.54.	10.10	胃癌
Y. K. 5.47.	12.27	自殺	T. H. 5.55.	3.9	喉頭癌(?)
M. S. 5.49.	1.6	CO中毒	M. H. 5.55.	6.13	骨肉腫
U. T. 5.49.	2.20	脳硬変(?)	H. N. 5.55.	4.	不明(遠隔地転居)
S. I. 5.49.	3.26	急性肺炎	S. N. 5.56.	2.5	脳软化症
M. S. 5.50.	5.5	食道癌	S. T. 5.56.	5.2	胃癌

3、退職:昭和41.10.31に災害3年目で労災認定が一度行われた、取組復帰者が新若のCO被災者の用でなくなり出たが、仕事に充たに出来ない、結局退職していった者がかなりの数に上り、この退職者がどうなるかCO中毒被災者の定形把握上何らかの問題となり、不明な点とされる。

Ⅲ、CO患者家族の実態

- 70名に及ぶ造成取組のCO被災者は生活保護基準程度の実収入しか得られず、特に私傷病で休業した際の傷病手当金は2000円/日当と低額(41%)
- このように生活上の圧迫は家族を困窮化させた→療養費を減らす。少助者の方が、CO患者より先に死に至る家族もみられる。

Ⅳ、裁判

労働者の障害等級は決定されたが、7級中5級に止まらない限り、とて生活困窮化は進むばかりである。私傷病発生による慰謝料、低賃金、造成取組ではCO中毒患者とその家族の生活をあげやがすたけであった。昭和48年5月11日遺族163名、CO患者259名が原告となり、福岡地裁に損害賠償請求の裁判を提起したが、原告団の健康度、高齢化の問題もあり、早期に原告団有利の結着が希望されたのであった。

附:5.56年6月11日三川銘落騒騒事故があり、「人災」と報道され、6名の死者を出したが、うち一人はCO中毒後遺症の労働者だった。

## RTD 九州地方における公害・労災・薬害 — その後の問題点：(5)カネミ油症

梅田 玄勝 (健和労働衛生研究所)

カネミ油症事件は43年に発生し、本年で13年目を迎える。45年11月16日にカネミ油症事件全国統一民事裁判(以下全国統一民事)が提起されて以来11年目に相当する。その間52年10月5日に福岡地裁第1審判決(以下福岡判決)、次いで53年3月10日に全国統一民事第1陣判決(以下小倉判決)を見ることができたが、今日なお第1陣原告の控訴審(福岡高裁)および第2陣の裁判(福岡地裁小倉支部)が進行中であり、第3陣の裁判提起が予定されている。

本事件は「ライスオイル製造業者、熱媒体として使用されるPCBを製造販売した業者、そして行政が関与して惹起された構造的被害である。」(牛山<sup>1)</sup>)、従って被告はカネミ倉庫(以下カネミ)、鐘淵化学工業(以下鐘化)および国・北九州市である。福岡判決はカネミと鐘化の責任を認容したが、国の責任については当初から提訴していない。小倉判決においてはカネミおよび鐘化の責任をきびしく追及したが、国・北九州市の責任については「行政上の責務懈怠がなかったとはいえない。」(判決書)と一面において法的責任を明示したものの結論に到る過程で論旨を変え、ついには国に対する責任追及を放棄している。この判決に見られる裁判官の意図的「自由裁量」論は、最近の行政と司法の反動化とあわせ看過できない。

一方、全国統一民事の完全勝訴のための支援運動は、一部の衰退を除き、むしろ前進してきた。そのうち科学者の果たした役割は弁護団、原告と並んで評価されるであろう。以下表題の主旨に沿って若干の問題に触れることにしたい。

### 1. 油症裁判の特徴と意義

重要な部分であるので、「原告最終準備書面」(以下「書面」<sup>2)</sup>)より引用する。すなわち、「油症事件は、合成化学物質の大量生産、大量消費(利用)にともなう、企業が利潤の追求と生産性の向上のために人体の安全や環境の保全に要する費用を節約し、国(自治体を含む)が合成化学物質による環境と人体の被害を防止する政策を怠り、人体の安全と環境の保全のための公共支出を充分におこなわない結果として発生した。この意味で、カネミ油症事件は、合成化学物質による公害、PCB公害と規定しなければならない。」そしてさらに「独占資本主義体制の社会的災害」であり、「国(自治体)が産業育成政策の下でこれを規制しようとしなかったために防止できなかった。」としている。ここに牛山の言う「構造的被害」すなわち本事件の本質を見るのである。そして「合成化学物質による公害被害発生防止と除去」と「油症被害者の全面的救済の達成」という二つの重要な課題<sup>3)</sup>を設定している。換言すれば「油症訴訟の目的は、被害者の救済とこの種事件の根絶にある。」(内田<sup>4)</sup>)。「この二つの課題を達成するためには被害実態の全てを徹底して明らかにしなければならない。それなくして被害防止も救済もあり得ない。」<sup>5)</sup>として損害論を冒頭に述べている。ここに油症裁判の特徴と意義を見出した。

### 2. 被害立証をめぐる

被害に対する認識のあり方が重要な前提となる。この点についてはすでに紹介したが<sup>6)</sup>、討議のために再録しておきたい。「書面」第1章損害論第1損害論総論において「被害実態の全てを徹底して明らかに…」することを冒頭に述べ、4つの観点を挙げた。(1)症状と生活障害の実態、(2)油症被害者の1日、(3)油症被害者の家庭生活の破壊、(4)油症被害者の出生から死まで。そして「被害は症状だけにあるのではない、1つ1つの症状の背後には患者が毎日の日常生活の中でうけている膨大な被害事実が存在している。しかもこの被害事実がそれぞれ複雑に関連しあい、影響しあって相乗的に被害が大きくなっている…」各被害を個別に評価するだけでは足りずこれらに関連しあっているすべての

悪循環を総体として---」社会的、経済的、家庭的、精神的被害などのすべてを包括する総体として---」(書面)把握することを示している。なお筆者は、病理学的変化における特異的および非特異的側面を統一的に把握する立場から証言の冒頭において「油症は、内臓障害をとともう全身性疾患である」と定義し、立証を方向づけた。同時にそれは当時の皮膚科学的症候に偏した診断基準に対するアンチテーゼでもあった。診断基準は後に改訂されたが、常に証言の方が先行し、診断基準の改訂は常に時期を逃して行われたので未認定被害者に大きな損失を与えてきたことは否定できない。

被告立証は、しかし容易ではない。現行の臨床検査では油症の病態生理の特殊性を立証し得るような結果は得られない。特に病像が経年的に変化し、特異的所見(塩素痤瘡など)が漸次消滅してきたので、暴露指標としてのPCB、PCQを除くと鑑別診断上有効なパラメータがない。この鑑別診断上の困難さと病像および検査成績における特異性の消滅ないしはその傾向は、被告を有利にしている。最も強調されているのは「心因性」である。「鐘化も国も油症は軽快している」と主張し、九大油症班等の医師も同様の証言をした(弁護団・原告会議資料より)。現在、原告側の反論が準備されている。

### 3. 補償要求について

補償に関する要求は、カネミ油症事件全国連絡会議等要求案プロジェクト会議より要求案<sup>6)</sup>が提出されている。しかし最近、実現しやすい内容に改めて提起された。すなわち、「カネミ油症被害者の恒久救済要求書」(カネミ油症事件原告団)は慰籍料、継続補償、治療、介護費、交通費、療養生活、技術習得費、就学援助、救済、治療研究、公害・汚染対策、その他について早急な実現を求め厚生省に提出された<sup>7)</sup>。詳細はそれぞれの資料にゆずるが、今日なお補償がなされていない。それのみが鐘化、国ともに裁判のひきのばしと補償額の切り下げの策略をめがけてしている。

### 4. 法廷外の闘い

「油症訴訟の使命が大きければ大きい程、しかもその相手が化学独占であり国・自治体である以上、広い国民的理解と大規模な国民的支援運動なしには、裁判闘争を勝利することは困難としなければならぬ。」(内田<sup>4)</sup>)と指摘されているように法廷外の闘いを抜きにして油症裁判は勝訴しない。

支援の運動には諸種の形態があるが、法廷内の闘いに大きな力を与えたのは科学者であったと言えるであろう。日本科学者会議(福岡支部担当)による「PCBシンポジウム」(48年、北九州市)、日本科学者会議および環境科学総合研究会合同による「今日のPCB問題」(シンポジウム)(55年、大阪市)のほか、「油症裁判を支援する医師の会」、福岡県民主医療機関連合会、福岡県保険医協会等による健康調査など、直接的には証言へ、間接的には全国的世論の喚起、共同研究の推進に多大の影響を及ぼした。また多数の科学者による共同声明が51年、53年の2回にわたって出され、さらに第3回の共同声明が用意されている。いずれも公正な判決を要望したものである。その他法学者、公害弁連の連帯と支援は裁判を進める上で大きな役割を果たしている。市民団体、労働団体を結集した運動も常に統一への努力を積み重ねながら大きく育ってきた。特筆すべきこととして判決闘争がある。「吉野レポート」<sup>8)</sup>に詳しいが、鐘化に対する強制執行により有体動産の執行、銀行預金と売掛金の債権差し押さえを行った。第2陣判決に際しても予定されているようであるが、このような新しい形態の法廷外闘争を組織しなければならぬ補償も得られないことはあまりにも悲劇であると言わねばならぬ。

1. 牛山 積：現代資本主義と食品公害、法律時報 49, (5), 8-12, 1977

2. カネミ油症事件原告最終(第10回)準備書面(第1分冊) 4の1-序章, p. 13-15, 1976

3. カネミ油症事件原告最終準備書面(抄)：法律時報 49, (5), 76-85, 1977

4. 内田 茂雄：カネミ訴訟の意義、公害研究, 7, (4), 11-18, 1978

5. 書面(抄), 前掲3. p. 75

6. 梅田 玄勝：カネミ油症被害者の被害実態と補償要求などについて、第19回社会医学研究会総会演題抄録集 p. 16-17, 1978

7. 連帯して公害の根絶を, p. 26-29, 1981

8. 吉野 高平：カネミ油症事件(全国統一民事裁判)判決と判決闘争、法律時報, 50, (5), 120-123, 1978

## 特別講演 農村における社会医学の展開

若 月 俊 一 （長野県厚生連・佐久総合病院）

### 1) 戦前・戦中の農村医学

戦前にも、わが国に農村医学的研究や調査はあった。その中でも、とくに寄生虫病学の分野における貢献は顕著なものがある。例えば、日本住血吸虫症、ワイル病、野兎病の発見など。あるいは鉤虫の子虫による「若菜病」、ビタミンB<sub>2</sub>欠乏による「シビ・ガッキ症」など。

しかし、これらの研究は、まだ農村なり農業というものを全体を対象とした、社会医学的なものとは言えない。それが全面的にとりあげられるようになったのは、わが国に大正デモクラシーの精神が発展した昭和の初年の頃からである。具体的には、次のような農村運動として展開された。

第一次世界大戦直後の世界的不況、とくに農村恐慌の頃は「農民は病気になるでも医者にかかれないうままに死ぬしかない」という声、大きな社会問題にまで発展した。当時の農民の医療上の困窮に対して、農業協同組合（当時は産業組合とっていた）がこの農村医療組合運動を展開し、自分たちの力で農村に診療所や病院を作ったのである。一度この運動が展開されるや、燎原の火の如くそれは国中にひろがり、今日の農協病院ができたのである。これは農業協同組合の国際的な視野からみて特異な例といえよう。

大正8年（1919年）に島根県の青原村に初めて産業組合の診療所ができ、昭和3年（1928年）になると、青森県に東青病院ができた。この運動は広区域の利用組合として全国にわたり、とくに貧しい東北の農村に広く普及した。わが国においては、西欧諸国とちがって、農村のコミュニティー自身の力で病院を作るという経験はかつてなかった。それ故に産業組合の活動となったわけであるが、この運動については大正から昭和にかけての、わが国における人道主義的な、いわゆる大正デモクラシー思想の強い影響のあったことも忘れてはならない。利潤追求の中に身をゆだねてきた当時の開業医によって、この運動が強い反対を受けたことは当然である。

第二次世界大戦が始まる前後から、一時、農村医療に国が力を入れた時代があった。それはいわゆる「健民強兵」政策の一つとして、戦争のための兵糧を作り、同時に兵隊になる農民の健康を守らねばならないという軍部の要請からであった。これが当時の農村医学の主流であった。

しかし、これらの戦争遂行の政府の方策とは別に、真にヒューマンイズムの立場から、農民の健康と命を守るために、社会医学としての「農村医学」的な調査研究も出てきた。高橋実による『農村衛生の実証的研究——東北一純農村の医学的分析』や、林俊一『農村医学序説』などの優れた業績である。この二人はこれらの著書によって当時の官憲から逮捕監禁を受けた。

まもなく、わが国は破局的な終戦を迎える。戦後の荒廃は医療の面においても甚しく、昭和13年につくった国民健康保険は各町村において、政府の補助がなくなったために、ほとんど休止のやむなきに至った。敗戦と同時に連合軍からの方針にのっとり、農地改革が行われたが、結局は不安定な零細経営の自作農がたくさんできるにすぎない結果になった。

昭和23年（1948年）、新しいかたちの農業協同組合ができたが、赤字組合が続出して経営の困難を極めた。かつての産組病院は、新しくできた農協厚生連合会の組織の中に入り、今日の農協病院となった。しかし、仕事元が生産部門でないだけに、経営が苦しいだけでなく、医者不足という困難も加わり、次第に他の経営に身売り、あるいは解体のやむなきに至るものが続出すに至った。かくて、かつては全国で185病院、診療所も353もあった厚生連の医療機関は、昭和31年（1956年）になると、病院は137、診療所は80に減ってしまった。だが、そのような困難の中で、農民の自主的組織としての農協病院の「本来の精神」を守って、すなわち農村の医療と医学を建設しようという医者たちの集いが、日本農村医学会の発祥となったのである。

### 2) 日本農村医学会などの結成

日本農村医学会の第1回総会は、昭和27年7月長野県で行われ、私が会長に推された。その時の私の挨拶は

『日本農村医学会雑誌』の第1号に載っているが、学会の基本的精神を次のように表わしている。

「この学会の特徴的な性格を3つに要約できよう。その第1は、この学会の実践的性格である。わが国に従来あった医学のように、単なる医学のための医学でなく、あくまで農民のための、そしてまた農民のお役に立つ学問であろうとする心をもっていきたい。第2は、医学のコンプリヘンシブな理解である。従来医学のように、単なる治療や単なる生物学的な見方にとどまらず、治療より予防への方向、そしてとくに社会的見地の重要性の認識が望まれる。従来医学はあまりに専門化のみが行われて、総合の視点が欠けていた。われわれの農村医学は、本質的に社会医学であらねばならない。第3は、この学会の組織の特徴として、とくに民主的運営があげられねばならない。同時にその構成メンバーは単に医者だけでなく、多くの補助医、パラメディカル・スタッフをはじめ、農村と農業に関係する広い領域の学者ないし多くの技術者が含まれねばならない。これをわが学会の初心としたい」と。

### 3) 自治体病院学会と国保学会

戦後のわが国の農村地域の医療と医学の仕事は、もちろん、農協厚生連やその系統病院を中心とする日本農村医学会だけではない。例えば、国保診療施設(直診)は、地域医療の実践を提唱し、全国的な「国保診療施設医学会」を、昭和36年につくっている。

周知のごとく、国保は昭和13年、日支事変の最中にできた。この設立については、産業組合(今日の農協)の大きな協力があつた。それ故、当時は国保の産業組合代行為法的に認められていたのである。戦後、国保の官営化が強化された実情は周知のとおりである。その診療施設(直診)も、一時4,000近くあつたのが、今日では1,700にも減少し、それをもつ市町村も全国のうち1,400に限られるようになっている。

他方、近年、いわゆる「自治体病院」は地方における拡充が進み、終戦直後99病院に過ぎなかつたものが、現在では1,073病院にもなっている。(昭和37年に都道府県立病院が市町村立病院を合併した。)  
「自治体病院学会」が開催されたのは、昭和35年。「職員の実質の向上と病院の内容充実に役立てるため」となっている。

これに対し、前者の国保医学会の連中は、「国保の使命は終わったとし、今になって捨て子みたいにしてるのは許せない。」と反論する。たしかに、今日の自治体病院は、大規模の「県立病院」級のものが多く、第一線で、地域住民に密着した包括医療をやるには、あまりに専門分科的、第二次的医療に傾きすぎているのではないかと強く批判している。「権力的、金権的で強大な(自治体組織の中)にすべて包括されて当然だという思考の中からは、地域医療の精神は生まれてこないことを銘記すべきだ」(『地域医療のあゆみ』越山健二著)と言っているのは注目に値しよう。

### 4) 高度経済成長を迎えて

日本農村医学会は、昭和30年代に入って、高度経済成長期を迎えての新しい農業病や農業災害を一生懸命追求した。

まず、農薬中毒の災害多発については、パラチオンによる事故死がどんなに多かつたか。周知の如く、わが国は世界に比類なき農薬の多用国になつたのである。日本農村医学会は農薬中毒調査研究班を作って、毎年全国的な農薬中毒の臨床例調査を行った。また、人体及び水や土などに残留する農薬の調査と、それによる慢性中毒症状の発現に関する実験的研究も行った。まザイモチ防除に使われてきたフェニール水銀の問題があつた。さらにBHC、DDT、ドリソ剤を主とする有機塩素剤の大量使用による食品と環境汚染も大きな社会問題になつた。とくにβ-BHCがイネわらを通して、これを餌として食べた牛の乳及び肉に濃縮されて残留し、一般の国民に供せられた。人間の母乳のこれらの残留についても日本農村医学会は早くからその危険を警告した。

次に、農業機械化による疾病障害の臨床的調査も、日本農村医学会の研究班によって全国的に行われている。近年、機械化は大いに進められて、農業労働の省力化に役立っていることは確かである。高度経済成長政策で重工業を中心とする経済的発展が行われると、農村の若い労働力が大きく都市に流出するようになった。その「人手不足」の中で農業の機械化が行われ、農家の労働の形態は急速に近代化の形をとるに至つたのである。

一方、急速に進む都会化の中で、農村の生活自体までが大きな変貌をとげるに至つた。しかし、個々の農家の経営は、相変らず零細なまま「兼業化」のかたちをとつたのが特徴的であつた。即ち、主人が他産業に、「出稼ぎ」または「通勤」のかたちで働きに出、それによる農業外所得によって収入をふやすことを試みたの

である。このようにいわゆる「兼業農家」は全農家のじつに8割を越すに至った。日本農村医学会は、そこに農村の生活環境の変貌による新しい精神衛生的なテーマを見出した。近年の農村への工場の進出、観光産業の発展などは、交通・通信の発達とともに、物質的のみならず精神面にも、都会的なものをあまりに急速に農村の中にもたらした。

かくて、従来のような遅れた封建的な生活環境による農家生活要因の残存とともに、新しい農業の近代化による職業的・疾病や災害の要因に対しても、対策を講じなければならないことになる。前者をわが国の半封建性に対する戦いとするならば、後者は偽の近代化との戦いとなる。これらがすべて日本農村医学会の研究テーマになった。

日本農村医学会が、全国の農協婦人部の主婦たちとの結びつきに重点をおいてきたことを、その特徴としてあげる必要があろう。全国農協婦人大会は、毎年次の二つのことを決議している。その一つは、日本にたくさん医者がいるけれども、今日農村に居つく医者が少ない。この際、農村に働く医者を養成し、今日の無医村的環境を打ち破ったらどうかという提案。その第二は、全農民が毎年1回は比較的精密な方法による健康診断を受け、病気の予防と早期発見につとめたいという切なる要望。ことにこの後者の提案は、今日のわが国の医療保険の給付が、治療のみに限られているので、今後は「予防給付」をも認めよという彼女らの政治的運動と結びついている。このような need ないし desire に対して、長野県厚生連病院が健康管理センターを作り、コンピューターやオートアナライザーなどの medical electronics を使ったヘルス・スクリーニング方式を始めてからすでに5年になる。1回5,000円で、年間約7万人の農民がその対象となっているが、予定をはるかに越える農家の希望者が毎年農協中央会に申し込んでくる実状である。

#### 5) 医療費抑制政策と農村保健医療

自治体病院にしても、とくに農協厚生連のような農村の公的病院が、低成長期に入って政府の医療費抑制政策を受けるに至り、大変な変革の時期を迎えているということを見無視するわけにはいかないだろう。その基本にはもちろん、病院経営の困難とことがある。そうなれば、保健の仕事どころか、医療もまともにはやっていけなくなる。

周知のように、政府は今年になって、ゼロ・シーリング、即ちこれ以上国家予算を増やさないという方針をとり、医療や福祉の国家補助を制限する政策を強行するようになった。そうなれば、当然そのしわよせは、現場の私ども医療機関の経営に、直接に影響してくる。もちろんそれは農村の病院だけに止まらないけれど。

このような危機に際して、農村病院のサバイバル（生き残る）道は何かといえば、とにかく世間はスタグフレーションの荒波の中に入っているのだから、容易なことではない。結局次の二つの方法しかないことになる。一つは、医療機関が従来のような独善的立場をふり捨てて、地域住民の中に身を投じ、いわゆる医療の「地域化」を真剣に追求することである。地域住民の生活に結びついた医療と保健の仕事、すべての医療機関と協力して行わねばならない。現に政府は新しく「医療法改正案」の中でその方針を強く打ち出している。

さらに、これからは従来のような治療オンリーでなく、予防も、リハビリテーションも含めての「包括的」な仕事をすること。単なる医療だけでなく、保健の仕事も統一して行わねばならない。そうすることによって総医療費を減らすことができる事実は、八千穂村の「全村健康管理」の実績の中に証明されているとおりである。政府は「老人保険」をつくるにあたって、40才以上の全国民に年1回の検診を義務づけると打ち出している。これらの方法は、最近国際的にプライマリー・ヘルス・ケア（第一線医療保健）と呼ばれているそれであるが、わが国の医療も、ことに農村地域では今後確実にこの方向が歩まれていくのではないか。また、そうせざるをえなくなるに違いない。

#### 6) 新しい「農業医学」と「農村医学」

このようなわが国の医療と保健の、これからのあり方をふまえるならば、私どもの学問も、そして学会も、おのずから行くべき道があきらかになるのではないか。そこに新しい農村医療のあり方に応じた新しい農業医学の学問的追求がある。私はかつて「農村の病気を」病因論的に三つの社会的因子に分けた。農業、農家、農村環境の三因子である。これらの各々について、とくにこれから問題になると思われる点を論じてみたい。

「農業病」としては、農薬中毒にしても、農業機械による健康障害にしても、まだまだ多くの新しい問題が

起こってくることと思う。新しい農業化学物質が使われれば使われる程、新しい危険性の増大が考えられる。現在用いられているいわゆる「低毒性農薬」といっても、決して安全でないことは周知の事実である。また、最近大型化している農業機械が、多くの災害を起こしているだけでなく、振動・騒音など諸種の健康障害を増大せしめている。「ハウス病」にしても「サイロ災害」にしても、さらに新しいテーマが出るのではないかとくに、それらの職業的災害の補償問題の解決は、私ども農業医学者のこれからの重要な責任とも言える。

次に、「農村衛生学」の面であるが、まずこれからの農村生活のあり方が問題になろう。いわゆる「混在社会」にいかにか処すべきか。現在わが国で特に注目しなければならないのは、「兼業化」の激しく進む農家生活であろう。家庭破壊が行われ、心理学的なコンフリクト、フラストレーション、あるいは精神ストレスの累積が、ノイローゼなどの精神的障害の多発をひき起こしている。このような農村生活の「都会化」は、子供や年寄りを「放ったらかし」にする原因になっており、その健康にも重大な影響を及ぼしている。これらについては私どもの農村医学は、まだまだ多くの問題をかかえていると言えよう。

農村の環境的因子として、私はかつて「地方病的」なものを重くみたが、近年は、むしろ「社会的」な地域生活からくる精神的な因子が重視されねばならないと思う。今日では、伝染病か寄生虫病の心配は甚だ少なくなった。新しい環境因子の中には「農村公害」のようなマイナス面があると同時に、他方、医療や保健に対する農民のニーズないしダイヤモンドの増大というようなプラスの面もあらわれてきていることに特別な注意をはらいたい。特に「健康管理」に対する要求が一般農村住民に増えてきたことは重要である。これに対しては従来の私どもの農村における実践と啓蒙活動が若干の役割を果たしてきたかもしれない。何れにしても私どもは、この農民の要望に応える任務がある。新しい地域情勢の中でいかなる健康管理、即ち集団健診と保健教育を結びつけて展開していくという仕事は、決して容易なことではない。その理論や技術の面でも、まだ解決すべき多くの問題を残している。

#### 7) 地域づくりと地域医療の結びつき

そもそも「農村医学」という学問は、「地域医学」の一つである。農村とは、農村地域を指すからである。この社会学的追求は、地域社会じしんが今日大きく変動しているのであるから容易ではない。その医学的実践もまた然りである。その点、まだ私どもの農村医学は未熟と言われても仕方がない。

戦後の高度経済成長の中で、わが国の地方都市や農村は、過疎化がすすむとともに、古い共同体は崩壊したと言われる。村を支えていた物質的基盤が外部の資本や権力によって破壊され、「むら」はなくなってしまった。しかも、これらの外来的な産業開発事業の多くが失敗に帰しているという実状がある。

今日、大都市圏のゆきづまりから、工場と人口の分散が、政府によって行われつつあるが、これも単に交通などの便を考慮してからの発想が多く、要するに、土地、水、労働力が安く買え、また環境保全への投資が安くすむために、過疎地を利用しようとするにすぎないものが多い。

これらに対する反省の中から、過疎の苦しみの中であって、外部の資本や政府の力のみをあてにせず、自らの資本と技術で開発を進めることが大切だという自覚が生れるようになったのであるが、そのような試みがすでにわが国でもいくつかがなされ、成果をあげているものもあるという。経済だけでなく、保健、環境保全、文化などの問題を総合的に、地元の創意工夫によって行っていくことが大切だ。このような開発は、地域住民の立場を主体にして進めるとするならば、あくまで保健や環境の問題が、つねにその基礎に考えられておらねばならず、単なる「エネルギー基地化」や「軍需工場化」であってはならないということになる。ここに「地域づくり」と「地域医療」との強い関連がでてくる。

もう一度かつてのような良い「むら」を再建するためには、住民を中心にした、しかも市町村自治体の協力による、自主的な計画をつくりあげることが大切だ。重要なのは、建物をつくることでなく、住民に対するサービス向上に力を注ぐことである。そのためには、住民自らが立ち上がってグループをつくり、調査し、政策までをつくりあげる必要がある。このような意味の住民運動が村の中に起こってくるのが何より大切ということである。





## シンポ 農村における生活・健康と社会医学の課題 司会のことば

千葉大学 医学部 農村医学研究部 内田昭夫

人は、一般に多年従事した職業には愛着を持ち、職業を通して知識技術の習得はもちろん人間性の錬磨がはかれる。まして農業は、生産基盤である土地を所有し、貴重な食糧を生産する業として安易に職をかえることはなかった。例え、労働時間が長く、きびしく、しかもその過酷な労働にみあった所得がえられなくとも、よく耐え、生産を喜び感謝し、ともに扶助しあいながら一つの共同社会をつくり、発展してきた。

しかしながら、戦後も終った1950年代の後半から起った化学工業を中心とした高度経済発展のかげに、農村は有史以来の大きな変化をきたした。全国的にみた場合先ず注目すべきは農業就業者の激減であり、質的变化である。農村出身の新規卒業者は都会へ流出し、農村にとどまる者はきわめ少なく、中高年層の多いつば型人口構成を示すようになった。それに加えて、自立経営農家(専農)が減少の一途をたどり現在では農家の1割までにおちこんだ。それに比べて増加したのが、農業所得より農外所得の多い才2種兼業農家であり、60%以上に及んでいる。すなわち土地持ちサラリーマンの激増である。農家のなかで所得の高いのがこの2種兼業農家であり、恒久的職業に就いた者も多い。それに比べ、専農は所得が最も低く、1種兼業家は、日稼ぎや出稼ぎが多く、勤労状況は安定しているとはいえない。このような兼業化は、また反面農業従事者の女性化、老人化を押し進めた。その一方専農は耕地の規模拡大は遅々たるものの、施設農業が急速に進み野菜、果物の施設栽培の増加、家畜の多頭多羽飼育化や請負農業等が行なわれるようになった。

また、この間の特性は、機械化の普及、化学肥料・農薬散布の増加等いわゆる近代化農業の進展である。稲作にみられるように、耕うん、田植、除草、刈取り、脱穀、乾燥まで機械による一貫作業が可能にした。その結果労働生産性を高め、苛酷な筋肉労働から農民は解放されたが、機械化貧乏といわれる状況をつくり出し、農業外所得を求める大きな要因の一つとなっている。そのほか施設費、車、電気製品等の耐久消費財の購入費、子供にかかる教育費なども大きく農家経済を圧迫し、帯い、日傭い、出稼ぎによって所得増を計り、家計を支えることになり、全く従来になかった多様で周年多忙な労働過多の状態が生じた。そして、この兼業化はまた農家の相互扶助、連帯を喪失させ、コミュニティー破壊がみられ、農村社会を基底から揺り動かしている。

健康面に現われた変化は、農村に蔓延した伝染病・寄生虫疾患が減少したが、循環器疾患、癌、糖尿病等の成人病が増加した。胃腸疾患、呼吸器疾患は相変わらず多い。さらに農業の職業性疾患ともいべき、農薬による健康障害、農業機械による災害・事故、振動病、騒音等の問題が生じている。また、前述のように、複雑な労働負担は身心のストレスとなり、農業従事者に自殺が多いことも注目される。それに、出稼ぎ先における疾病や災害発生の問題も注目すべきことで、塵肺や潜函病、振動病の報告があり、災害・事故が少なからずみられている。それに対し、保障は不十分であり、社会医学的に多くの問題を内包している。

このシンポジウムの演者は、次の4氏である。社会医学の観点にたつて、「食えない農業」の荒波をともに受けて地域の社会的活動にまで支障をきたし、沈滞のムードに包まれがちな過疎地にあつて、長年住民の保健、医療を支え、生活・健康の相談相手となつて、健康を守り続けてこられた、金子勇氏、大島 隆吉氏から長野県、和歌山県へき地の生活・健康の実態、ならびに、才一線における医師の役割りを報告願います。高松 誠氏からは、農民の出かせぎにおける多くの健康障害(職業病)についてなまなましい報告とそれに対する社会医学的考察がなされます。都留大治郎氏からは経済学者の立場から、農業の展望、生活の確立はどうか等語されます。

# シンポ 農村における生活・健康と社会医学の課題

## (1) 過疎地における生活と健康

金子 勇 (長野県阿南町, 和合・富草僻地診療所)

〔山村の崩壊〕阿南町和合地区は、長野県の南端、天竜川の西岸、中央アルプスのはずれの山あいにある。水清く、紅葉が美しい。旧和合村は農林業で生計を立て、全国有数の木炭産地として、活気に満ちていた。しかし今、社会集団としての機能を失い続け、その存亡の岐路に立たされている。'60年以来、そこに開設された僻地診療所を足場に、活動し、生活してきた立場から、和合地区の状況の一端にふれてみたい。一口に言えば、この20数年は、山村社会が衰退し、崩れゆく過程であった。従来農林業の複合経営で生活していたが、農業軽視の農政のもとで、コンニャク・養蚕をはじめ、主軸の稻にしても転作を強いられ(表1.2)、農業生産は低下を続けている。たとえ多様な転作をしても(表3)、今の所安定した生産は期待出来ない。かろうじて生産を維持しているのは、推茸のみである。農業収入の減退は、一時林業依存を強めた。戦時中の薪炭生産による乱伐に始まり、'60年代にかけて、用材、パルプ材が切出され、農家生産物総収入額の44.2%を林産物が占めていた('64年農協総合生産計画実績)が、大多数農家の山は、生活の糧とはなり難くなり、終には林野を手離す結果となり、不在地主所有林は倍加し、30%を占めるに至っている(表4)。しかも不在地主121人のうち56人は、林業経営としてでなく、投機対象所有者であり、その面積は全体の22.7%に達している('81年)。また、人工林は、植林が広がりつつあるといえ、28%('80年)に過ぎず樹齢も低い。

経済基盤の弱体化は、仕事を失った山村労働者層の相次ぐ挙家離村と('60年代)若年層の流出をもたらすと共に、留村者を賃労収入を求め生活へ駆立て、就業構造を変容せしめた(表5)。農業従事者は過半数を占めているが、農外兼業化が強まり、また老齢化が進み、労働力の質的低下を来している。老人世帯が増加し、人口構成も“ひょうたん型”から“きのこ型”へと移行し、家族は分解しその機能を弱め、全国に先駆けて、老人の村と化しつつある(表6, 7, 8)。

従来あった様々な社会施設も、閉鎖あるいは縮小され(町村合併・学校の統廃合、農協合併等)、集落共同体としての機能を失われてきている。後継世代の流出する中で、生活の場としての永続性を展望し得ず、大地に根ざす農氏の執念は弱体化し、住民意識は沈滞に向っている。

〔地域が病んでいる〕過疎の甘濁と化し、地域の生命力、再生力が枯渇しかかっている。まさに、地域そのものが病み、蝕まれている。その中で、人間の健康(表5)、主職業別就業者数(和合地区土着世帯15歳以上) ( )内は割合%、

〔表2〕水田利用削減対策実績(1980年)地区(阿南町経済課)

項目	面積(a)
水田本地面積	2495.8
目標面積	877.62
実績面積	844.62
削減率(%)	96.2
転作率(%)	33.8

〔表3〕水田転作集計(和合地区1981) (阿南町経済課)

転作物	面積(a)	
特定作物	大豆	200.08
	青川稻	173.27
	飼料作物	97.14
	そば	162.83
	ハト麦	50.77
永年作物	うめ	2.24
	桑	5.10
野菜	キャブ	24.39
	ピーマン	4.01
	トウモロコシ	11.20
	アスパラ	2.08
雑作物	他	44.14
	コンニャク	21.53
養殖業	他	16.80
	農業施設	16.43
計	832.01	

職業年性	農業			林業			主建業屋	勤務		自営業	内樹産業	家内労働	労働不能	計	
	自家	日雇	計	自家	日雇	計		常勤	日雇						
1963(88)	男	153(475)	4(1.2)	157(48.8)	31(9.6)	58(18.0)	89(27.6)	19(5.9)	22(6.8)	16(5.0)	1(0.3)	18(5.6)	322(100)		
	女	198(56.4)	15(4.3)	213(60.7)	2(0.6)	9(2.6)	11(3.1)	4(1.1)	14(4.0)	18(5.1)	66(18.8)	25(7.1)	351(100)		
	計	351(52.2)	19(2.8)	370(55.0)	33(4.9)	67(10.0)	100(14.9)	23(3.4)	36(5.3)	34(5.1)	67(10.0)	43(6.4)	673(100)		
1981(68)	男	92(45.1)	3(1.5)	95(46.6)	5(2.5)	15(7.4)	20(9.8)	14(6.9)	35(17.2)	9(4.4)	12(5.9)	0	1(0.5)	18(8.8)	204(100)
	女	135(56.0)	3(1.2)	138(57.3)	1(0.4)	6(2.5)	7(2.9)	2(0.8)	15(6.2)	6(2.5)	8(3.3)	18(7.5)	27(11.2)	20(8.3)	241(100)
	計	227(67.0)	6(1.3)	233(67.4)	6(1.3)	21(4.7)	27(6.1)	16(3.6)	50(11.2)	15(3.4)	20(4.5)	18(4.0)	28(6.3)	38(8.5)	445(100)

も、様々な問題を輩出している。人口の老令化は、疾病構造の変容をもたらす。成人病の比重が高まり、国保受診傷病をみても、循環器系疾患は、'60年16.1から'80年の46.4%へと激増、その他生活に根ざす諸問題、即ち、生産技術や手段の変化(農業・機械化等)、劣悪な賃労働条件に伴う健康問題、家族の分解による家庭看護や老人問題、住民意識の沈滞による健康を守る運動の困難性等々、何れも生活がらみの対応が求められる状況にある。個々人の健康と共に地域社会の健康化が課題となっていると考えられる。

〔山村を守る〕山村は多様な機能を持っている。食糧の確保、国土保全、水資源・森林資源の保持のため、国民保養の場、伝統文化の継承地、そしてそこに人が住み続けている生活の場であることから、山村は守り続けねばならない。そのことが、山村民はもとより、あらゆる人々に、正当に認識され、位置づけられるべきであろう。

〔和合地区は再生しうるか〕衰退の一途を辿るかに見える和合でも、皮革工場廃棄物投棄場設置反対運動や右翼修練道場南設反対等に、住民の潜在エネルギーが伺えた。個々人では生活防衛に必死に取り組んでもいる。その力が、地域的な盛り上がりとなり得るならば、地域の再生力の保持が望まれるであろう。〔保健医療従事者として何をなすべきか〕住民に依頼しつつ、どうすれば住民を鼓舞し、そのエネルギーの強化を俾に休めり得るのか、最後に、これ迄の活動を長検し、考えてみたい。

〔表1〕、耕地面積 (1975. 和合地区)。(町役場農家基本台帳)

耕地	田	畑	樹園	計	採草放牧地
面積(㎡)	363,419	248,195	80,711	692,325	250,120

(農家戸数・136, 農家人口・404人 1981.5.1現在)

〔表4〕、山林保有形態別面積 (ha. 割合%) (森林組合土地台帳)

保有形態 年	民 有 林		公 有 林	計
	和合在住者	不在地主		
1959	2839 (72.3)	576 (14.7)	512 (13.0)	3,927 (100)
1970	3,936 (71.7)	853 (15.5)	697 (12.7)	5,486 (100)
1981	2,611 (55.9)	1,400 (30.0)	661 (14.1)	4,672 (100)

(土地移動で変動され、台帳面積が変動する)

〔表6〕、世帯・人口の推移 (和合地区・国勢調査)

(10月1日)年	1950	1960	1970	1980
世帯数(指数)	315(100)	291(92.4)	225(71.4)	210(66.7)
人口(指数)	1,669(100)	1,273(76.3)	745(44.6)	549(32.8)
平均家族数	5.3	4.4	3.3	2.6
人口密度(1km <sup>2</sup> 毎)	27.8	21.2	12.4	9.2

〔表7〕、人口構成(比%)の推移 (和合地区・国勢調査)

年齢 (10月1日)年	1950	1960	1970	1980
0 ~ 14	618(37.0)	413(32.4)	160(21.5)	51(9.2)
15 ~ 29	434(26.0)	216(17.0)	68(9.1)	42(7.7)
30 ~ 44	243(14.6)	276(21.7)	177(23.8)	90(16.4)
45 ~ 59	218(13.1)	180(14.1)	162(21.7)	179(32.6)
60 ~ 74	126(7.5)	145(11.4)	178(23.9)	118(21.5)
75歳以上	30(1.8)	43(3.4)	(. )	69(12.6)
計	1,669(100. )	1,273(100. )	745(100. )	549(100. )

〔表8〕、人口指数の推移。(和合地区) ( )内は全国。

人口指数 (10月1日)年	1950	1960	1970	1980
老年化指数( $\frac{C}{A} \times 100$ )	17.8 (14.0)	30.5 (19.1)	84.4 (29.8)	292.2 ( . )
老年人口指数( $\frac{B}{C} \times 100$ )	11.7 (8.3)	17.2 (8.9)	30.0 (10.3)	42.7 ( . )
幼年人口指数( $\frac{A}{B} \times 100$ )	65.7 (59.3)	56.3 (46.8)	35.6 (34.7)	14.6 ( . )
従属人口指数( $\frac{A+B}{C} \times 100$ )	77.4 (67.5)	73.4 (55.7)	65.6 (45.0)	57.3 ( . )

(A = 0~14歳人口, B = 15~64歳人口, C = 65歳以上人口)

〔表9〕、国保受診傷病大分類構成比(%)の推移 (阿南町和合地区・医科)

年度	呼吸器	循環器	消化器	神経・感覚	皮膚結合織	筋・骨格	不慮の事故	性・泌尿器	伝染病・寄生虫	分娩・産褥	その他
1960	29.3	16.1	15.5	9.8	4.9	4.8	4.6	4.3	3.8	1.6	5.3
1964	24.2	19.7	12.6	10.7	6.3	6.9	3.8	6.0	1.4	2.7	5.7
1972	21.9	26.7	11.6	9.1	5.3	15.3	2.1	4.8	0.7	0.0	2.5
1980	16.5	46.4	11.3	5.9	2.5	7.7	2.1	2.7	0.3	0.1	4.4

# シンポ 農村における生活・健康と社会医学の課題

## (2) 龍神村における生活・健康と医療

和歌山県日高郡龍神村大字福井

大嶋 医院

大嶋 隆吉

山村で働く人々の健康は、明治以来経済的、政治的、文化的に極めて不利な条件下でむしろ悪化しています。大2次世界大戦後、マッカーサーの土地改革において、山林の解放が手つかずにおわった事に加え、昭和30年代「高度経済成長」政策が強引におしすすめる中で、想像できないくらいひどいものになっています。私は振動病の予防、検診、治療に7年余り取り組んできた経験を通じて、山村の健康問題を考えてみたいと思います。山村の健康破壊に対し私達保健、医療にたずねられる者がどのように対処したらよいのか？ 又その展望はどうなのか等の諸矣について報告したいと考えます。

### (1) 龍神村の沿革

#### (I) 龍神村における振動病対策の経過

- (1) 548年 村診療所で振動病一次検診を44名に実施
- (2) 549年11月 龍神村地区労働組合の活動により本格的な検診が、当時関西医科大学教授細川汀氏によって行なわれた。
- (3) 村当局対策、県医師会の講習会、和歌山県振動病対策会議結成、和歌山医科大学教授岩田弘敏氏の指導、全県の全労働組合（監督署職員）日教組、高教組、全ての労組の協力
- (4) 「龍神村振動病をなくす会」の結成 → 全県的に拡大、「和歌山県振動病をなくす会連絡協議会」の結成、全県的な検診者は52年度には1353名に達し、以来1000名をこえるようになった。これには岩田教授及びその一門の献身的な働きに負うところが大きであった。  
労災認定に伴う治療者は、県内で1024名、県外を含めると1100名に達している。
- (5) 毎年全県的に研究集会開催
- (6) 龍神村での振動病の実態8ミリ映画「よまのこだま」を振動病をなくす会の要請により、南部高校龍神分校の湯川、芝原敬諭等により作られ、振動病の実態宣伝活動に資している。
- (7) 龍神村振動病対策懇談会の結成 — 村当局、森林組合、林業懇話会、振動病をなくす会、龍神地区医師会等による。

(II) 龍神村での民有林労働者に振動病は極めて高い比率を示して、また急速に悪化の様相を示していた。

(III) 現在の不況、インフレの状況下による労働強度の高変化と生活不安（失業、高物価等）が労働者の上に重くのしかかって病状を更に深刻化している。

(IV) 振動病は極めて慢性的に進行する疾患であるため、労働者自身「年のせいだ」ぐらいに考え職業病として自覚しない事が、多発と増悪に至る大きな要因をなしていることから振動病についての啓蒙活動の強化が極めて大切である。

(V) 振動病は今や全産業に広がりがつある。

(VI) 振動病患者をとりまくきびしい環境、振動病患者には自律神経失調、神経症的傾向の者が多く睡眠障害、インポテンツ等の深刻な症状を訴える者が多い。一見屈強に見えるため一部の心ない親方や、とまには同僚から「お前は欲にかかってチエンソーを使いすぎるからだ」「雨で働けない日だけ治療をうけている」等々の声がかかる。それに加え最近では労働者、政府の振動病に対する対応が、労災収支の悪化を理由に林業団体への攻撃が激化し全休者が多い。また職場復帰の意思がない等々で認定者の制限、給付の打ち切り方向に向ましょめつてきている。

#### (VII) 予防と治療状況とその効果

振動病の病態自体まだ充分には解明されていない今日、予防にしても治療にしても模索の状況であ

るといってよいだろう。この数年間先輩諸氏の示された種々な予防及び治療法を初歩的であるが  
行なつたまた経験を一応まとめて報告したいと考えます。

(1) 振動病の予防及び治療は何れも疾病そのものが原因か、主たる原因が振動工具にあるとしても  
それに伴って存在する騒音 寒冷排気ガス及びそれらをとりにまく社会的要因が濃厚にからみあつ  
ているのが現実です。そのため予防にしても治療にしても 万能の特効があるわけがないと考え  
ます。私は振動病は予防にしても治療にしても極めて多面的にアプローチする必要性を痛感して  
います。

(2) 患者の個々の実態を知る事(患者よりみしえてもらう事の大切さ) 患者の病気をつかむだけ  
でなく その生活を深くつかむこと。病を持つ人間として 社会環境で生きている人間として  
患者さんを診てゆく。

(3) 主訴を大切にあつかうこと。…当面それをとりのぞくことが医者の使命だ。

(4) 私は振動病患者の神経症候症状を呈する者が多いこと。低気温下体温が極めて低い者が比較的  
多いこと(肛門内体温との相関性よりホメオスタシスの能力が低下している)

4名の犠牲者(心不全、心筋梗塞が直接原因)の検診等より 振動病は大腦皮質大腦辺縁部 →  
視床下部 → 下垂体系への病態生理学的な変動とつよかけわりあつて印象を持っています。

これらの実により 私はこれら中枢への働きかけがあると工ルている薬物と 体療、ヨーガ、  
自律訓練法等が重要と考えています。

(5) 家庭環境の改善… 帰健婦 振動病をなくす会 村の住民課等の協力が充分なレベルまでま  
ない。

(6) 患者の組織 啓蒙活動 患者をとりにまく社会的環境の統一的組織の形成の必要性 これらがう  
まく行くことで患者自身が自分の病が職業病であること その真の原因が何であるかの自覚が生  
まれる。患者自身の社会的視野を広げ自信をもって治療に積極的に参加するようになる。

以上の考え方で 振動病をなくす会、各労組の方々 村の住民課林業課の職員 帰健婦 医師会  
和医大の諸先生方 労災病院 新医師 民医連の先生方等々の協力及び協力を得て実施してまい  
した。その結果 病状の改善 数10名の治癒(CよりBへの転化者)をみるようになってまい  
います。

“あとがき。

私は 山村の健康破壊の頂点をなしている振動病の予防と治療に7年余り取り組むなかで 医学  
界に臨床医学(の中でも特に職業病)は一般の自然科学とはちがってにカテゴリーに属するもので 社  
会学的要素を多分に含んでいることを痛感しています。その意味で社会医学研究会の今後の発展を  
強く期待しています。私は臨床医学が地域住民の中に深くはいることの重要性 その中ではじめて患者  
の実態にせまらうらし、医師としての使命感 ヒューマンテイが感動をもって劇発せれることを知り  
このことがまた医学を発展する原動力であることも知りました。しかし一人の力では地域住民の  
健康は守れません。「命を守り 育てる」という唯一美で統一できるすべてを結集する努力なしには  
考えられませんが、各地域でこれらの活動が次々に積み重ねられればはじめて金子先生のいわれ  
る社会的土台の改革が可能で、振動病の真の解決への道は困難な戦いではあるが 展望は充分持  
てるものと考えています。

シンポ 農村における生活・健康と社会医学の課題  
 (3) 豊後土工(出稼ぎ)、シラス台地農民(日稼ぎ)の職業病

高松 誠 (久留米大・医・環衛)

農地が少なくて農業だけでは食っていけない農村の住民は、その土地を捨てない限りは、いきおい出稼ぎや、日稼ぎによって賃金を得なければ生きていけない。九州にはそういう食っていけない農村が多く、そのため出稼ぎや日稼ぎによる災害や疾病に罹患して、健康障害をおこしている事例が多い。そのなかのいくつかの事例を示そう。

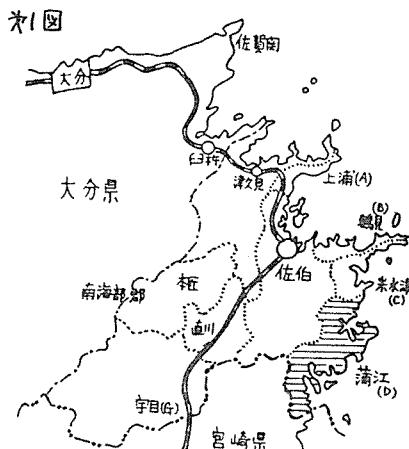
Ⅰ. 豊後土工のけい肺と振動病

1. 出稼ぎ労働者の集団「豊後土工」

大分県の佐伯、南海部地方の出稼ぎ労働者のことをいう。ざい道工事を特技とする労働者の集団で、その数は3000名とも4000名ともいわれる。大企業の下請、あるいは孫請として全国各地のダム、トンネル、炭鉱、都市の橋梁、下水溝などの作業現場で働いている。南方などの海外に出かけたものもある。

これらの豊後土工にけい肺症と振動病が多発していることは既に、いくつかの報告がある。本研究会でも三浦肇(佐伯保健所)、長門宏(長門記念病院)、山崎喜比古(東大保健)などの報告があり、畝博(福大医・公衛)の資料もある。

出稼ぎが多いのは、図に示すように佐伯、上浦、鶴見、米水津、蒲江の市町村であり、特に海岸に沿った4町村に、けい肺患者の発生率が高い(三浦)。



2. 蒲江町の振動病患者

漁者がかわりをもったのは蒲江町である。人口12,000人、世帯数3,300戸、出稼ぎは現在約300名である。リアス式海岸、南部の中心都市佐伯までは峠をこえねばならず、閉ざれた社会、町の産業としては漁業、真珠の養殖、みかん栽培などである。生きていくため成人男子は出稼ぎに行く。彼等は5~8名程度で何某班という組をつくり、縁故をたどって工事現場を転々とする。使用工具はピックと砕岩機である。労働時間は拘束10~12時間、工具の使用時間も5~6時間と長い。年間の出稼ぎ期間は概ね10月、盆と正月を郷里で暮す。賃金は特殊技術のため、かなり高いものもある。これら豊後土工は文字通り、日本産業の底辺で働く、土地なき農民の労働者集団である。

蒲江町のじん肺認定者は約210名といわれている。また、振動病患者は昭和52年以降、5次にわたる検診によって約160名のものが要療養者として労災認定をうけた。今後も増えていくだろう。

3. 蒲江町の農業事情

蒲江町の資料によって、この町の全産業の収入状況をみると、第一位は水産業で22億4,000万円であり、第二位が農林業で3億6,000万円、次いで第三位は商工業で1億5,000万円、以下自由業、サービス業などとなっている。蒲江町は遠海、遠洋漁業の基地でもなく、水産業は真珠とハマチの養殖が中心であり、農林業はみかん栽培が主で、それに収入も少なく、農地が少ないため、出稼ぎによって生活の糧をえなければならぬ背景が理解できよう。一方、町役場の年間予算は24億6,000万円であり、けい肺や振動病による労災補償の受給額は5億乃至6億程度といわれている。

4. 振動病患者の治療

振動病の治療は入院治療が原則であり、要療養者は湯布院厚生年金病院で入院治療をうけ、退院後は町立病院に付設した振動病治療室で通院治療がうけられるようになった。治療は好評である。

## II. シラス台地農民の振動病

鹿児島県大隅半島の鹿屋地区は、シラス台地で農耕には必ずしも合理的な条件を具えていない。農家の所有耕作面積も少なく、農業だけでは生活の維持ができないので、零細農民は民有林業で伐倒造林などに従事して生活の糧をえている。その労働条件は劣悪で、チェーンソーの使用時間が長いこともあって、多数の農民が振動病に罹患している。

昭和54年2月、\*2図にある鹿屋を中心として、吾平、大根占、根占、田代、佐多、内之浦の各市町村の農民66名について調査した。被検者の耕作面積は2~4反のものが42%と最も多く、次いで4~6反のものが32%であった。彼等の1日のチェーンソーの使用時間は5~7時間、1カ月の労働日数20日以上稼働のものが70%、労働年数10年以上のものが66%、年取り賃金は月9~10万円、チェーンソー、ガソリンは本人もちのものが多かった。

健診の結果、要療養者は37名(56.1%)にみられた。所有耕作反別に健診所見をみると、4反未満の零細農民ほど自覚症の総点数が高く、症度も進行した要療養者が多く、白ろう指の発生率も高かった。

## III. 労災保険収支の奥情

職業病患者は労災保険によって療養及び休業の補償をうける。労働基準局の調べによると、労災保険収支の赤字は、昭和52年度100億円、53年度150億円、54年度190億円と年々赤字が増大しており、昭和60年度には赤字総額1000億円程度に達し、このまま進むと労災保険制度そのものが破壊しかねない状況にあるという。このような赤字の増大は振動病患者の増大と一致しており、振動病の療養及び休業給付が長期化しているからで、特に林業関係において赤字が著しいという。

振動病の予防について、労働省はこれまで、局長通達にもとづく指導のみ頼ってきたが、振動病をなくするための積極的な指導、監視は殆んど行なわれることはなかった。現在では、どんなひどい振動工具を何時間使ったとしても、これを禁止する法律はない。また、振動病予防規則をつくらうという意志も持っていない。振動病患者が増えるのは当然のことである(\*3図参照)。

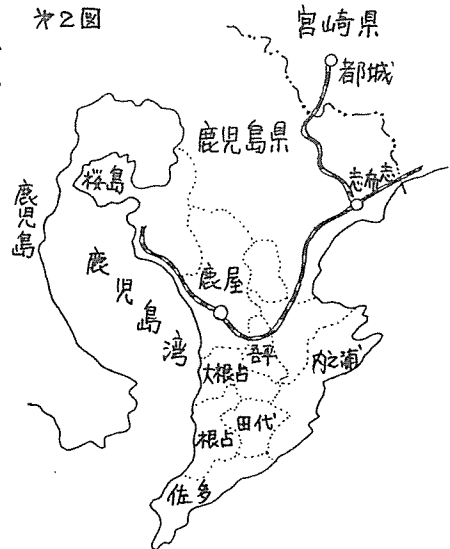
けい肺症については、けい肺法があるが出稼者に対して予防のための積極的諸施策をおこなうこともなかった。

労災保険収支の赤字の増大は、勢い労災の認定、補償について厳しいしめつけがおこなわれることになり、豊後土佐や各地区の民有林業労働者の振動病患者に動搖がおこってきている。

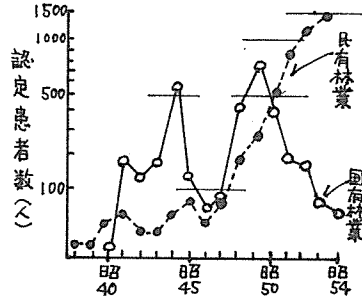
## IV. 出稼ぎ、日稼ぎ農民の職業病をなくする方策

どのような対策をとるべきなのか。出稼ぎ、日稼ぎの労働者であっても職業病になしてはいけない。予防が大切なのである。ところが実際には予防対策は殆んど行なわれていなかった。そして、これまで国も企業も、職業病に対しては公災や労災で補償をしてやれば、それで責任はとれたものとして処理されてきた。労働者も、そう考えていた。しかし最近では、それだけでは、すまないようになってきた。また、わが国では、労働者が一旦就労すると転職がなかなか困難である。転職が容易にできるような国の労働行政の前進が望まれる。

食えない農村の住民に対して地場産業の振興や、農村の再構築など種々の施策に依存する面が多いと思われるが、どのような方策がなされなければならないのか、次瀬者の都留大治郎教授のご発言に期待したい。



\*3図 国有林業と民有林業における認定患者数の年次推移



## シンポ 農村における生活・健康と社会医学の課題

### (4) 農村における農業・生活基盤の再構築のために

齋留 大治郎 (九州大・経済学部)

わが国の農業、農村の崩壊ははなはだしい。とりわけ、山村、離島等の過疎地はそうである。これは、昭和30年代半ばに本格化したわが国の経済の異状なほどの高度成長と、それとは裏はらをなす「農業基本法」が、決定化したとあってよい。農業、農村の危機症状はとくに以下の点にあらわれている。

(1) 食糧自給度のいちじるしい低下である。食糧の基幹部分は、いうまでもなく穀物である。そして穀物とは、普通、穀類(米、麦、飼料穀物)と、豆類を指す。これら穀物こそ、国民栄養の確保という立場から、ひいては安全保障という観点からも、もっとも重要な食糧である。それにもかかわらずわが国では現在(1978年)穀類の自給率は34%にすぎず、大豆は5%である。とくに飼料としての粗粒穀物はほとんど自給力はないとあってよい。先進工業諸国でも、アメリカ、カナダ、フランス等は、穀類の自給率は100%をはるかにこえ、西ドイツ、イタリア、イギリスでも、日本よりはるかに高い自給率をもっている。しかもこれら先進諸国は、一方で牛乳、乳製品などの過剰に悩まされながら、穀物の自給率の維持のため、それぞれの国でさまざまな努力をしている。けれども、わが国はそうではない。西欧先進諸国とは逆に、さきの農基法農政の発足時には、食用農産物の総合自給率は未だ90%近くあったものが、それ以後の20年間に今みたように惨憺たる始末になったわけである。国際分業体制への協力という、一見合理的な理念の下で、これほど穀物の自給率を急速に低下させ、またその水準の低い国はわが国をおいてほかにはない。いつてみれば、日本はその国民の胃袋をみたす食物の大半以上を海外に依存しているわけである。こんな国は、他の先進工業諸国にはない。

(2) 農業を担う基幹労働力は失われ、農業経営は空洞化している。戦前、日本農業の就業人口はほぼ1400万人台に安定していた。年々の、それへの補充人口もほぼ40万人であった。この安定的な農業就業人口の規模と、その補充のメカニズムは、農基法農政の発足以来大きくくずれた。昭和35年、1300万人台であった農業就業人口は、5年目の40年には1100万人弱、農基法発足後10年目には800万人台、そして今日では500万人台におちこんでいる。この間の縮小はほぼ年率3%で、最近年ではすでに底をついて、縮少年率は以前より鋭化しているが、農基法発足以来、20年の間に、農業就業人口は半減以下におちこんでいる。こういう農業就業人口の減は、むしろ農基法の狙いでもあった。農業就業人口の減少は、経済発展にともなう進歩の指標であるからである。農基法は、高度経済成長にともなう労働力の需要を、農業部門からの労働力排出でまかない、これから生じる農業就業人口の減少を、農家戸数の減に反映させ、機械化のより一層の進展と、新しい労働力の組織化によって、これを近代的な大規模農家の創出に結実させようと意図したからである。けれども、これはあまりにも明白な誤算であった。その誤算の主たるものは、以下の点にある。1つ、農業就業人口はたしかに減ったが、農家戸数の減には鈍くしか反映しなかったこと。2つ、戦前の安定していた農業就業人口を常時補充していたほぼ40万人の新規卒者の枠は、今日ではすでにその40分の1に収縮していること。3つ、農家は全体として兼業化し、専業農家はすでに10%台におちこんでいる。しかもその専業農家さへ、農業専従者はいちじるしく老令化、婦女化していること。4つ、農基法が近代的農業の担い手としたいいわゆる自立経営農家は、農基法発足時も全農家の1割もなかったが、暫くその比重をました。昭和40年代のはじめピークにたっし、再びもとのもくあみにがえった。

(3) 農用地の量的、質的壊滅である。昭和35年時には、未だ600万haあったわが国の耕地は、その後年々減りつづけ、500万ha近くに収縮している。工場用地ないし住宅用地化がすすみ、加えて米作転換がこれに拍車をかけた。同時に、耕地の利用率も極端に落ちている。昭和35年当時まだ170%程度



あった利用率は、今日100%台におちている。水田裏作が放棄されているからである。最近耳、米作調整の影響もあって、裏作の若干の回復もあるが、けつして本格化しているわけではない。かつては密度たかく利用された耕地が今日ではその意味ど粗放にしか使われていない。むしろ、耕地が粗放に使われることによって、その間に地力が維持、回復されれば別だんいうことはない。けれども、実際はそうではない。わが国の農村の土は、量的にだけでなく、質的にも疲弊している。ほんらい、土は生きものである。太陽を浴び、水を通し、大気にふれながら、土地と地表に多くの動植物の生死の舞台をつくっている。1㎡の土地には、地表から15~20cmの土中に、100~200万の大小の生物と微生物がいる。これらの生物活動が土壌を碎き、ふくらませ、軟らかにしていく。植物は、微生物によって有機物から無機物に変えられた養分を吸収して生育する。自然の生態系によれば、植物は咲き、実をみのらせた後、枯れて土にもどる。人間や動物の排泄物や廃棄物も土壌に還元される。土から採られた養分は、動植物の有機物の形で、再び土に正確に還元・補填される。これが健全なエコシステムである。むしろ、農業はこういう自然のエコシステムをつづけているわけではない。植物を「作物」にし、動物を「家畜」にする過程で、こういう自然のエコシステムは失われている。ただ、かつての日本農業は、耕耘→播種→肥培管理→収穫→堆肥還元という形で、少なくとも管理された健全なエコシステムが働いていた。日本の水田は、たとえばヨーロッパの乾地性農業とちがって、水によって自らの地力維持システムをもっている。けれどもこのシステムが今日では、化学肥料の多投、農薬散布等によって崩れている。日本の農村の土は、今日瀕死の重傷にあえいでいる。

こういう日本の農業、農村の現実を直視すると、これを再構築するのは、大変むづかしい。けれども、いかに困難な課題があっても、わが国の経済社会の安定のために、日本の農業、農村は次の点にとりまねばならない。

①わが国の食糧自給率の向上のためには、農家単位ないし、地域農業の循環・自給システムが再構築されねばならない。前述したように、わが国ほど、自給率の低い国はめずらしい。同時に農家自体も、これほど自給性を失った国は、先進工業諸国にもない。農業国であるアメリカ、フランスは別格として、他のEC諸国や、スイス、オーストリー等の永世中立を宣言している諸国では、農家自体がはるかに高い自給性を保持している。現在、私どもがやっているオーストリー・アルペン地域の山村調査での経験にてらしても、農家はその基本的権利として自家飲用のための酒類の醸造権、家畜の屠殺権を自家内にもっている。それを基盤として、農家の自給システムが保持されている。わが国では、明治以降こういう農民の基本的権利をうばい、とくに農基法発足以来、農業近代化という名の下に、農業のモノカルチャーと大型化がすすめられてきた。これは明らかな誤りである。有機的生産の農業は、ほんらいの農業にかえらねばならない。

②わが国の農業は水田=稲作を主体としてきた。この主軸はまもらねばならない。アジア・モンスーン地域の特徴として、照葉樹林地帯のなかで、この2000~3000年以來、水田が開発され、米を常食としてきた。この37万km<sup>2</sup>の小さい弧状列島で、1億人以上の人口を養えるのは、米あればこそである。けれども現実では、国民の米消費量は年々低下し、かつての半分以下に下がっている。だがこれも、第2次大戦後のガリオア、エロア等のアメリカの小麦を中心とする援助物資、あるいはMSA小麦に影響されたことは否定しうべくもない。これに学校給食などが拍車をかけてきた。昔を今にかえすことはできない。けれども、米の主軸性はまもらねばならない。

③とくに山村・離島などの過疎地域では、たんに地域指定ではなく、農家単位の補助、援助があつてしかるべきである。ヨーロッパ諸国のアルペン地域のベルクバウエルン(山地農民)政策に典型的に示されているように、山村農民は自然景観とエコシステムをまもる担い手として保護され、いっばんの国民がこれらに社会的負担をするのは当然とされている。わが国でも、こういうシステムが採用されねばならない。



# 1 在宅脊損者の介護実態

山岸春江 (東京都神経科学総合研究所)

(目的) 脊損者の社会復帰を阻む要因の一つとして介護サービスに関する問題がある。現行の公的介護サービスの供給はきわめて少ない。在宅脊損者の主な介護者は誰かそして家庭や介護者に生じる問題について明らかにする。調査方法及び期間 全国脊損連合会の会員を対象に郵送法による質問紙調査。調査期間 1980年6月～7月。結果 家族構成図1参照。表1に示すように単身者の92%は脚椎、腰椎損傷者で、頸損は8%とわずかである。主な介護者図2、公的サービスの受給状況、図3、4。介護者と家族に生じる問題図5、介護者の健康状態図6参照。(注) 在宅脊損者には公的サービスを受けているものは少なく、基本的な日常生活面の援助は家族に求めるをえない。さらに膀胱洗浄、カテーテルの交換、褥瘡処置など医療、看護の面を本人及び家族に負うところが多い。これらをもつ介護者の身体的、精神的負担は多大なものである。健全な家庭生活の維持、障害の重度化の予防のために、家事及び身体介助サービス、医療、看護サービスなどの普遍的サービスが提供される必要がある。公的介護サービス制度と障害の状態に応じて利用できるよう拡充強化すべきである。さらに脊損者

をかかえる家族の健康管理について公的機関で検討すべきであろう。

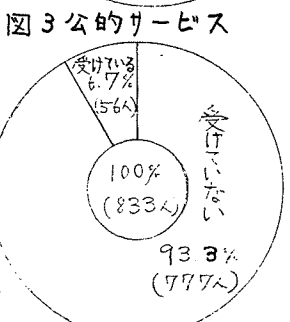
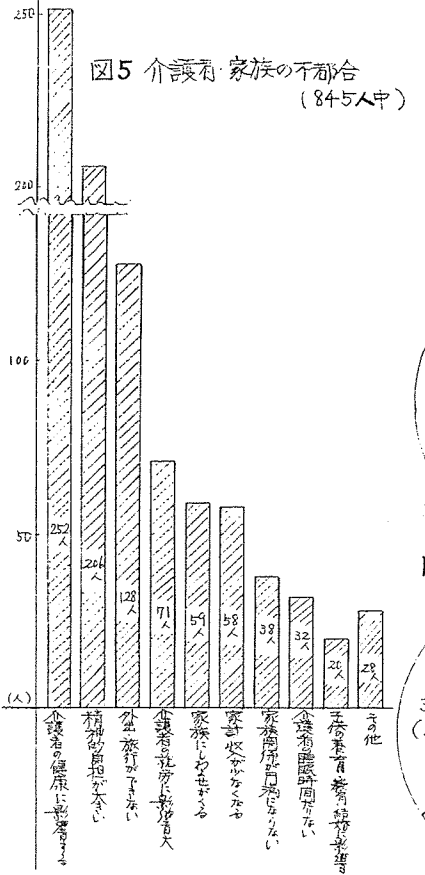
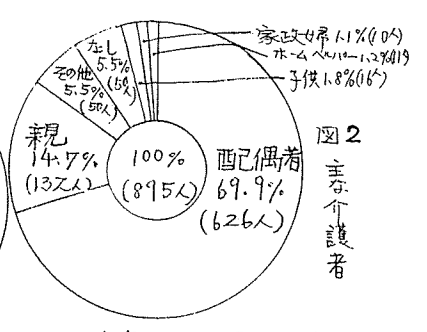
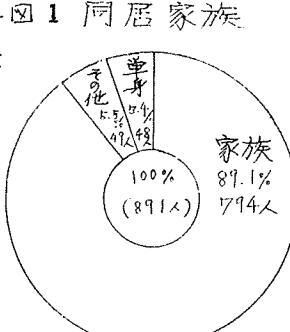
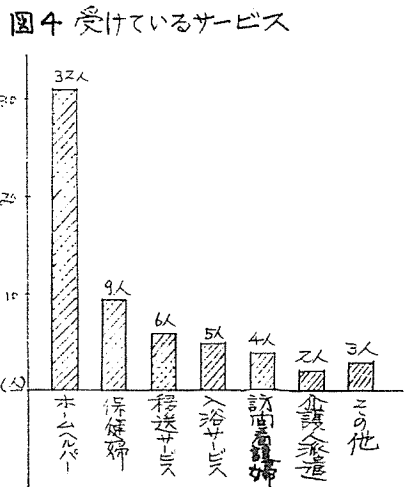
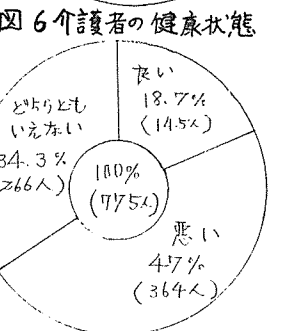


表1 受傷部位別同居家族

	頸	胸	腰仙	計
単身	4(2.2)	28(34.9)	19(37.2)	51(100)
親族	169(20.3)	383(46.1)	279(33.6)	831(100)



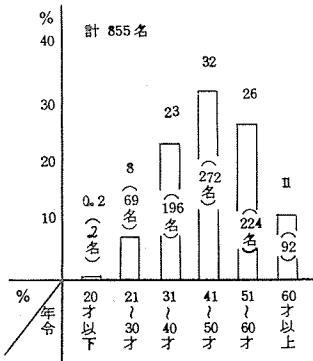
## 2. 在宅脊損者の介護実態と制度化について

新田 輝 一

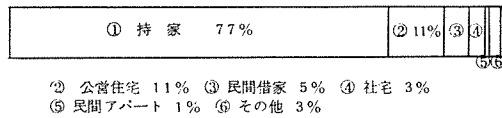
(全国脊髄損傷者連合会会長)

(組織)昭和34年創立の当会は、会員数4,012名、45支部(56.5現在)で組織され、親ほくと対政府、自治体等への運動を行つている。会員の7割が労災被災者。(調査目的)医療技術の進歩、入院期間の短縮化、収入確保等の理由で、現在は会員の約8割が在宅生活を送つているが、在宅生活には介護問題を中心として課題が山積しているためその実態把握の調査を行つた。(調査方法)都立神経科学研(社会学)との共同調査とし、S55年6月号機関誌に調査用紙(38項目)をとり込み、同8月10日締切りとして集計。(結果)895名(回収率29%、男91%・女8%)から回答を得る。下図ノ〜7に単純集計結果の一部を示す。(まとめ)高令の重度障害者が多く、併せて障害・疾病をいくつも抱えた者が多いこと、収入・住宅・就労等多くの問題を抱えていること、四肢マヒ者は家屋改造比率が低く寝たきりの状態であること。外出が非常に困難なこと等が判明。今後、介護の制度化実現のため資料を充実させ役立てたい。

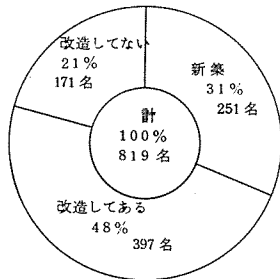
### (1) 年齢



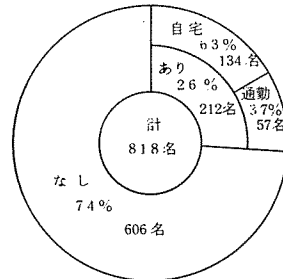
### (4) 住居



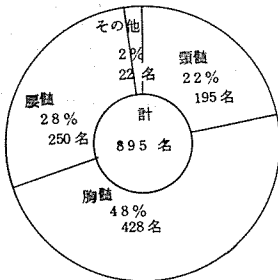
### (5) 家屋の改造



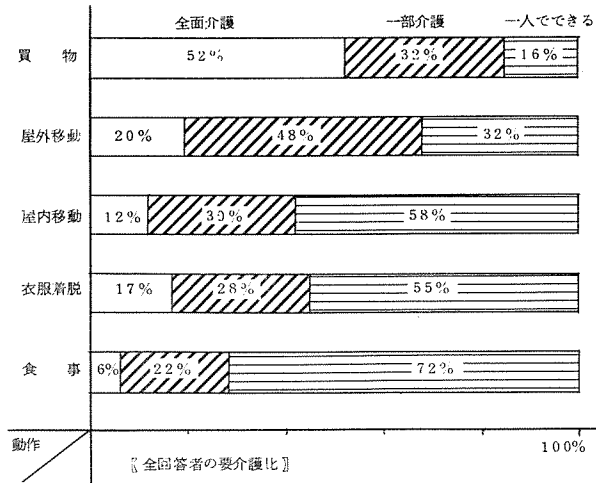
### (6) 職業



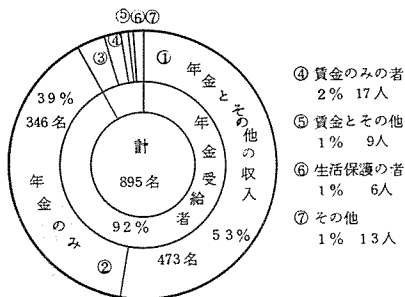
### (2) 受傷部位



### (7) 要介護度



### (3) 収入



### 3 身体障害者と、「自立」

橋本 美紀

(「翼は群のなかで」著者)

80年代は、「人間とはなにか」という根源的な問いかけに対して、正確に答えるべき時代と考えます。「口障障害者年」にあたって、なすべきことは多くありますが、「障害とは何か」「障害者とはなにか」について、あらためて問い直すべきであろうと考えます。

かつて、ギリシヤ・ローマの時代においては、“障害者は、殺しても罪にならない”という法律がありました。長い歴史を経て、先進国においては、20世紀以降、重度障害者も一般的に生存できるようになり、いま、全世界の統一課題として、「口障障害者年」を設けるに至ったことを考えるとき、とくに、「人間の尊厳性」について、道徳的・倫理的立場ばかりでなく、科学的理論のうえから、正確な追従が求められるべきであると考えます。

「人間とはなにか」を考えるとき、私は、「人間とは、考える葦である」(パスカル)という言葉ではなく、「人間とは、無限の可能性をもつ、未完成で、不確定な生物である」と考えます。

人間が、他の動物と違う最大の特長が、思考能力であり、この思考能力によって文明を築き、歴史を築き上げてきたことは事実ですが、人間は、生れながら、本能的に思考能力をもつものではないのです。

インドの、「狼少女」の例は、人間は、人間社会から完全に切り離されて生育すれば、人間にはならないことを教えています。

人間は、人間社会の中で育たなければ、その種族としての最大の特長である思考能力を持つことができないほど、未完成で、不確定な生物といえるのではないのでしょうか。

言いかえると、人間は、生れてから、受けた教育と、人間関係、生活体験によって、良い方にも、悪い方にも、大きく変化する、無限の可能性をもつものであるといえるのです。

障害者問題をとりくむとき、このような立場に立つのか、それとも「社会の層」と視るような立場に立つのか、とりわけ、医療の分野においては、きわめて重大な問題を抱えます。

昨今の、医療技術面の進歩のなかで、「どんな障害をもって生れてきても、幸福に暮らせる」とことを展望する、医学の発展こそが、口障障害者年が求めるものであろうと考えます。

身体障害者の場合、「自立」をめざすなら、世間の常識をはるかに超えた、努力と粘りがもたらされている現象は、残念なことであるが、いまは、身体障害者自身の努力が、不可欠の条件です。

その努力は、“自我”の形成なしには不可能であり、人間は自我ができてなければ、困難にであつたとき自棄するしかありません。

自我が、生れて以降の生活体験、人間関係、学習行動のなかで育つものである以上、口障障害者年を契機に「医療と教育の一体化」を強力に実践してゆくときであろうと思います。

障害児の、「学習権」を、より早い時期から、保障しゆく(幼児教育)と同時に、義務教育(9年間)が学令をこえた障害者にも、確実に9年間保障され、さらに、それ以上の段階(高校、大学)にも、障害者を受け入れる社会的条件整備が急がれるべきだと考えます。

## 4 身体障害者世帯における住生活空間の役割

大分大学工学部建設工学科

片岡正喜

### 1. 身体障害者世帯の生活難構造と住宅

受障により、身障者およびその世帯の生活難は、次の3つの局面に集約されて顕現し、生活構造としての両生産のサイクルを破壊に至らしめる。① 身体的機能の低下と健康状態の悪化 ② 所得構造の崩壊 ③ 介護の必要性の増大 これらに代表される生活難は、生活展開の場において相互に関連合い、身障者〔個人〕、身障者を含む〔家族(世帯)〕、それらを取りまく〔社会〕との側面から、図1のように構造的にとらえられる。これと関係し、これら生活難に対して、〔個人〕・〔家族〕のレベルで対応する「私的保障」と〔社会〕のレベルで対応する「公的保障」とがある。わが国現状では、私的保障というかたちで、身障者個人と家族にしわ寄せされやすい仕組みとなっている。

これに対し、住宅は、身障者個人とその家族のレベルにしわ寄せされる生活構造に、この私的保障の場として重要な役割を占めている。

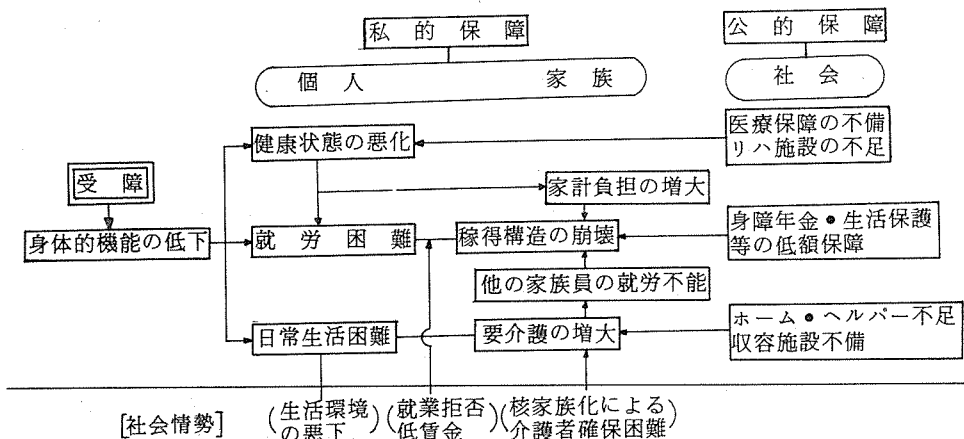


図-1 身障者及びその家族の生活難構造

### 2. 身体障害者世帯に対する住宅の役割としての条件

私的保障を強いられた構造をもつ身障者世帯の生活難を緩和するため、身障者世帯の住空間に求められる条件と考えることにより、その役割を整理してみる。

i) 身障者〔個人〕・〔家族(世帯)〕・〔社会〕の局面から求められる条件(図2)

ii) 生活難の局面から求められる条件

〔所得保障の促進〕

① 自家営業の場合

仕事場・営業スペースの確保

営業可能立地条件

営業可能な間取り

仕事場・営業スペースと住居部分との分離

② 通勤の場合

就労の機会の多い立地条件

職住近接

交通の利便性

(②の条件は、要介護度の高い身障者がいて、介護者たる他の世帯員が就労する場合に必要とされる。)

〔自立性の促進・介護の容易化〕

- ①歩行不能(例えば、重い車使用者の場合)
  - 介護者なし-住宅全体の自動化の向上
  - 介護者あり-介護の容易化の促進

- ②歩行可能-自立化
  - 介護者なし-自立化の充実
  - 介護者あり-自立化と介護の容易化

③歩行可能-自立化

自立化と介護の容易化のために住宅において實質的に改善を図るべき点として、また日常生活行動との関連から、次の事項があげられる。

- ④住宅外 移動-道路, 交通機関  
施設利用-生油施設
- ⑤住宅内 移動-出入口, サーキュレーション・スペース  
身辺処理-便所, 浴室, 洗面所  
睡眠-寝室(ふとんのベッドかなど)  
就寝分離(身障者と介護者との関係)  
食事-食事室(座式の椅子式かなど)  
家事-台所(持ち主が身障者の場合)

〔健康・治療の促進〕

- ①予防的な立場から 良好な自然環境(日照, 通風, 緑, 近公園など), 安全性
- ②治療的な立場から 個室の確保(食事のサーボスバ件うん等のあり), 医療機関の利便性(往診ありバリアフリー・ハビリテーション・サービスの確保)

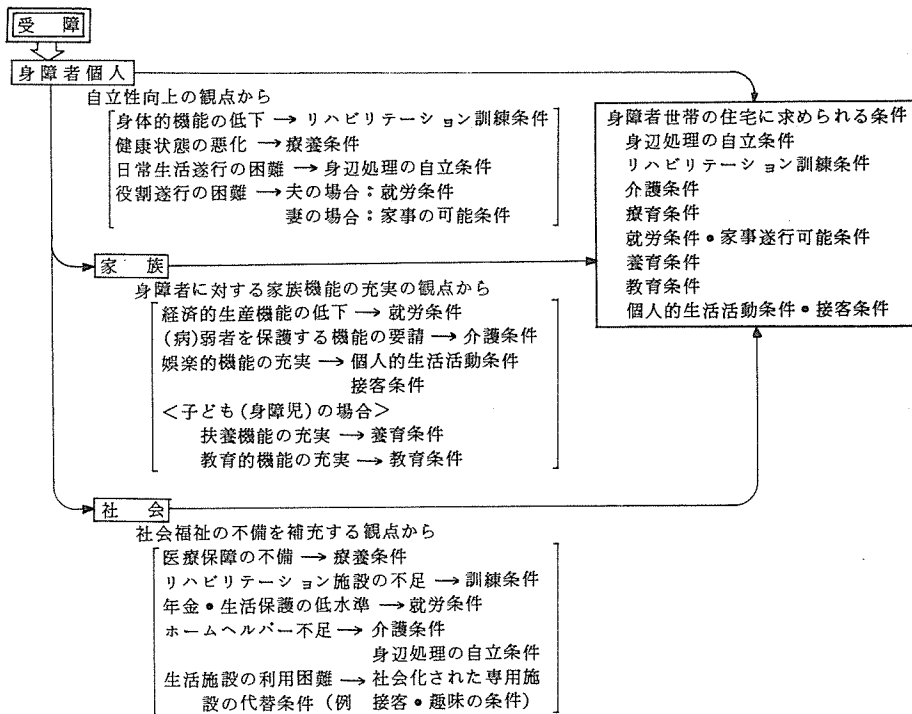


図-2 身障者世帯の住宅に求められる条件

3. 一般世帯と身体障害者世帯との住居求の関係

身障者世帯の住居求は、一般世帯のそれと連続的を延長線上にある。ところで、現実に身障者世帯が切実に求めている条件は、身辺処理自立条件などが多岐にわたる。入浴, 洗面のサーチャー関係, 就労条件, 家事遂行条件である。これらの条件を充実するに当たっては、これまでの一般世帯の住居計画の考え方をベースに、身体的機能障害に起因して生じる空間的ハンディキャップを、空間的工夫(設備を含む)などのように埋めていくかという視点から検討し、決定されるべきではない。

## 5 在宅神経難病患者における

### 社会資源利用状況について

川村佐和子、高坂稚子、水上瑠美子、影山ツヤ子、  
(都立神経病院)

都立神経病院(旧都立府中病院神経内科)でS 49.12からS 55.11の6年間に在宅診療対象となった患者214名の社会資源活用状況について報告する。診断名と死者数を表1に示す。年齢分布は18才未満8人(3.7%)、18~64才112人(52.3%)、65才以上94人(44.0%)。神経難病患者に対する独自の社会福祉制度は未確立のため他の福祉制度を活用しているが、対象患者中身障福祉制度を利用した者14人(6.5%)、老人福祉制度20人(9.3%)、生活保護法30人(14.0%)、児童福祉制度1人(0.4%)、いずれの制度も利用していない者50人(23.4%)で、214人中164人(76.6%)が疾病に伴う生活障害の軽減のためにいずれかの社会福祉制度を利用していた。

対象患者の他機関利用状況(収容、入院機能)を表2に示す。214人中69人(32.2%)が延70回利用しているが、その理由は家族看護力不足(又は家族看護者の健康破壊)33回(47.8%)、患者の状態変化による他医療機関緊急入院、入所21回(28.8%)、精神症状、機能訓練、他疾患治療等他機関の専門機能利用10人(12.7%)等であった。また家庭医のいる者148人(69.2%)、保健所又は自治体保健婦の援助を受けた者84人(39.3%)で、214人中207人(96.7%)が地域医療、保健、福祉機関のいずれかの援助を受けていた。

表1. 対象患者の診断名(S 49.12~55.11)

診断名	患者数 (再掲 ( )内死者数)
パーキンソン	47人 (15人)
脳血管障害	39 (12)
脊髄小脳変性症	31 (14)
筋萎縮性側索硬化症	25 (18)
進行性筋ジストロフィー	19 (10)
多発性硬化症	7 (1)
神経原性筋萎縮症	4 (1)
神経ベーチェット	3 (1)
重症筋無力症	3 (0)
スモン	1 (0)
その他	35 (8)
計	214人 (80人)

表2 他機関利用理由 (S 49.12~55.11)

	転居	就業	家族看護力の不足	患者入院希望	精神症状治療	機能訓練	他疾患治療	緊急治療	回数	他機関 が依頼
心身障害者授産施設		1							1	
重症心身障害児施設								1	1	
短期収容施設			2						2	
特別養護老人ホーム			7						7	
老人病院			5	1	2				8	
リハビリ病院						2			2	
精神病院					2				2	
一般総合病院	5		19	1	2		2	19	48	4
専門病院				1				1	2	
回数	5	1	33*	3	6	2	2	21	73	4

\* 緊急一時保護を含む



## 6 障害者のための地域歯科サービスについて

新庄文明（佐用共立病院 歯科）

多田羅浩三・朝倉新太郎（阪大・医・公衛）

（はじめに）

わが国における障害者の歯科治療は、歯科医師のボランティア活動を先がけとし、地域の要求にたいして歯科医師会などの独自の活動から始まったといえる。現在では歯科大学の小児歯科や口腔外科の診療室での治療、大学から施設への出向や特殊病院、障害者センターを中心とした障害者歯科対策が実施あるいは検討されている。

これらの施設は専門治療機関としてはすぐれたものであるが、都市中心部に集中し、しかも都道府県レベルでの対応策がほとんどで、人口の一割といわれる障害者の広汎な歯科需要に応じられるものとして十分であるとはいえない。地域社会に密着した保健医療計画にとりくむ中で、障害者に十分な受療の機会と予防指導を保障する方策も検討されるべきではないだろうか。

（障害者の歯科疾患の現状）

ペーチェット病患者の歯科疾患についての実態調査によつて、演者らは、アフタ性口内炎などの粘膜疾患だけでなく、重症な歯周疾患の罹患者がペーチェット病患者に多いことを明らかにした。（第38回日本公衆衛生学会にて報告）また、演者が行なつた精神薄弱者授産施設の成人延べ75人の歯科検診によると、一人平均う蝕経験歯数（DMFT）は日本人の平均と比較して大きな差はないが、処置歯数が極

めて少なく、未処置歯数と喪失歯数が多くなっている。これらの結果は障害者や難病患者が歯科治療や予防指導を受ける機会を制限され、歯科疾患の多くが放置されていることを示唆していると思われる。

（英国での障害者歯科サービス）

演者らは昨年9月から10月にかけて、英国の地域歯科サービスの実情を視察する機会をえた。人口145万人のケント地域では、約3万人に1か所の地域歯科診療部があり、学童・就学前幼児・妊婦・産後12か月までの母親および障害者を対象とする歯科治療と予防指導が地域保健局のスタッフによつて直接担われていた。障害者の施設や学校では職員と保健局スタッフによる予防的な口腔衛生指導が取り込まれ、年一回の検診の後は移動診療車を用いた治療も行なわれている。施設内あるいは一般歯科医等で治療困難なケースは地域歯科サービスに属する障害者専門医あるいは地域の障害者病院・地区一般病院の診療室で治療がなされている。

表2. ケント地域保健局の地域歯科診療部門数

地区名	人口(千)	ヘルスセンター	クリニック	歯科診療車
A	251	1	7	1
B	276	2	9	2
C	222	0	5	2
D	184	0	5	1
E	321	3	6	1
F	199	1	6	1
合計	1453	7	38	8

ヘルスセンターは公設診療所、クリニックは公設保健施設

（まとめ）

わが国での地域の要求に応える歯科サービスとしては、開業歯科医による治療と総合病院歯科による対応が考えられるが、これらが障害者治療にあたるのは、いずれも歯科医師の姿勢に依拠するところが大きい。全国の市町村で計画あるいはすでに着手されている保健センターなどを中心とした地域保健活動の中に障害者や小児・妊婦などを主な対象とした歯科保健教育を位置づけるとともに、老人保健制度が考えられているように、障害者や小児を主な対象とした歯科サービスを実施する体制のあり方が検討されるときにきているのではないだろうか。

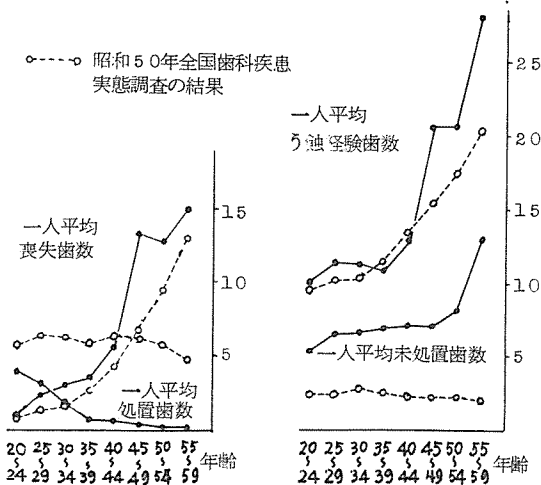


表1. 精神障害者施設における歯科検診結果

## 7 市町村における心疾患児対策の現状と問題点 —— 宮崎県下 44 市町村を巡回して ——

菅 藤 正 一

全国心臓病の子供を守る会宮崎県支部代表

1. 心臓病の子供を守る会とは …………… 全国心臓病の子供を守る会は、心臓病の子をもつ親と心臓病者本人を会員とし、1963年に発足。先天性心疾患児を育成医療の対象にするなど、お互いに励ましあいながらその輪を広げていき、現在は全国31都道府県に37支部、会員数は5000世帯、本部は東京都、会舎は梅崎栄幸（横浜市）。

宮崎県支部は1975年に結成。県内外約60家族が参加。毎月1回の定例会のほか子供中心の活動（作文集あひの発行、療育キャンプ、宗兄弟選手との交流）、手記や講話集の発行などを特色としている。会費は年4000円、年予算額約50万円。宮崎県より在宅心臓病児療育キャンプと保護者研修会、心臓病知識普及のためのパンフレット作成について委託事業を実施。内部組織として成人者の宮崎県心臓病者友の会（宮崎心友会・10名）をもっている。

### 2. 全市町村をまわるようになったきっかけと聞き取り項目

1979年に作製した「宮崎県・小児心臓病のしおり」には、市町村における心疾患児対策としてとりあえず日向市における「心臓病児の手術に対する見舞金」制度について記載したが、他の市町村において独自施策をもっているところがあるかも知れず、確認とありさつも兼ねて巡回訪問した。

その結果は、今年1月発行の「宮崎県・小児心臓病のしおり（増補版）」の中に、心疾患児福祉地図として記載した。

80年2月より11月まで、事前に保健婦さん所属の梅長さん宛に文書をお送りして訪問した。調査内容の概要は以下のとおりである。

① 乳児、1.6才児、3才児健診の受診率とその際の心疾患児の発見数、発見後の対策 ② 保健師の数、心疾患児家庭巡回訪問の有無 ③ 心疾患児で身障手帳所持者数、特別児童扶養手当受給者数、制度や行事の周知方法 ④ ケースワーカーの数と心疾患児者にかかわる仕事内容 ⑤ 血液確保対策 ⑥ 予防接種の際の指導 ⑦ 乳児、幼児、小児期における医療、保健対策 おもひ心疾患児に対する市町村の独自施策 ⑧ その他心疾患児対策として考案に値することをご教示下さい。など。

### 3. 心疾患児に関する独自施策をもっている市町村

1977年より日向市で「心臓疾患のある児童が心臓手術を受けたとき見舞金を支給し、疾患の早期回復を図り児童の健全育成に資する（日向市中心臓病児の手術に対する見舞金支給要綱）」ことを目的に、手術時に3万円の見舞金が支給されている。

79年より高千穂町では他の疾患のことも考慮して「高千穂町更生医療等適用者に対する見舞金の支給に関する条例」が制定された。その目的は「更生医療及び育成医療の適用者に対し医療費外の見舞金を支給することにより入院又は通院による治療を容易にし、児童の健全育成と身体障害者の福祉の増進を図る」とし、5ヶ月以内月額5千円、それ以上は7千円支給し所得制限はない。

### 4. 今後の問題点

乳幼児対策が積極的にとられており、関係者の努力に感謝申しあげている。（1979）年間心臓病下44市町村を訪問したから感じられた問題点を列挙してみると。

① 衛生課、住友探検と保健婦さんの所属探検は1階が望ましい。 ② 既定の事業に追われる保健婦さんの最低稼数死産と増量。 ③ 相談から手続き、交付までの窓口の1本化。 ④ 乳幼児医療費と重症心身障害児者医療費助成事業（乳幼児・4才未満、入院、自己負担20千円、所得制限が大半。重心・身障1、2級、入院外来、所得制限、足切りありがほとんど）の拡充。 ⑤ 献血制度の確立。 ⑥ 重症者に対する福祉手当などはもっとPRしてよい。 ⑦ 行政による福祉対策は結局金銭だけなのか。

## 8 水銀汚染地区住民の健康調査

新井英夫, 重沢立郎, 丸山公男, 遠藤正美 (新潟大学  
学生) 白川徳一 (新潟大学神経内科),  
斎藤恒 (木戸病院)

【目的】メチル水銀汚染地区住民(阿賀野川沿岸中流域)の健康障害を, 対照群, 水俣病認定患者と比較検討した。

【対象と方法】メチル水銀汚染地区(安田町千厩仁, 布目)住民100名, 対照地区住民43名, 水俣病認定患者47名について①自覚症状, ②感覚障害, ③協調運動障害を検討した。①は問診により, ②は, リオンAU-02型振動覚閾値測定器を用い, 加重200gと一定として, 125 Hz振動刺激を加え, 上肢は第Ⅲ指中節骨, 下肢は第Ⅰ指基節骨で振動覚閾値を定量的に測定した。(Vibrometer test)。③は両手の回内回外運動をDiadachmeterにより磁気テープに記録し, 小型電算機により角速度を測定した。

【結果】①自覚症状の分析)主訴:汚染地区住民, 認定患者で, 四肢のヤム痛み, しびれ, 腰痛が対照地区住民に比較して出現頻度が高かった。(表1) ②問診: 26項目について行った。主なものは図1に示した。汚染地区住民の自覚症状の出現頻度は, 対照地区と認定患者の中間に入り, 5)6)7)8)9)1)1)で対照地区との間に著しい差を認めた。(図1)。③Vibrometer testの結果では, 汚染地区, 認定患者ともに上下肢とも50歳代, 60歳代で, 対照地区との間に有意差を認めた。(図2, 図3)。④交互変換反復運動テストでも50歳, 60歳代で, 汚染地区と対照地区との間に有意差を認めた。(図4) 【結論】上記の結果から汚染地区住民の健康障害は明らかであり, それはメチル水銀汚染によるものと確定される。

表1 - 主訴 -

対照(43)	頻度(%)	千厩仁(100)	頻度(%)	認定患者(47)	頻度(%)
しびれ	5(11.6)	四肢のヤム痛み	34(34.0)	しびれ	18(38.3)
腰痛	4(9.3)	しびれ	33(33.0)	腰痛	17(36.1)
四肢のヤム痛み	4(9.3)	めまいめまい感	20(20.0)	四肢のヤム痛み	12(25.5)
肩こり	2(4.7)	腰痛	19(19.0)	頭痛	6(12.8)
胃のむだれ	2(4.7)	頭暈	13(13.0)	歩行不安定	6(12.8)
めまいめまい感	1(2.3)	目のぼやけ	8(8.0)	物忘れ	5(10.6)
目のぼやけ	1(2.3)	耳鳴り	8(8.0)	耳鳴り	5(10.6)
肩の痛み	1(2.3)	肩こり	6(6.0)	聴覚	5(10.6)
脱力感	1(2.3)	易疲労性	4(4.0)	肩こり	4(8.5)
胃痛	1(2.3)	肩の痛み	4(4.0)	脱力感	4(8.5)
手のふるえ	1(2.3)	手が不器用	4(4.0)	肩の痛み	4(8.5)

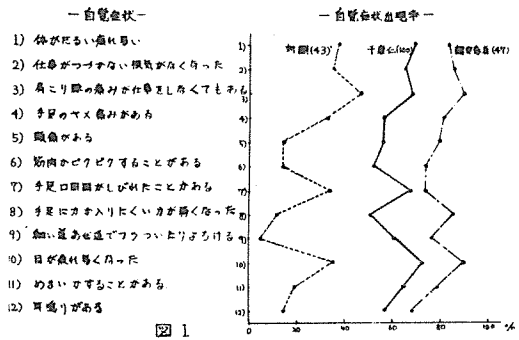


図1

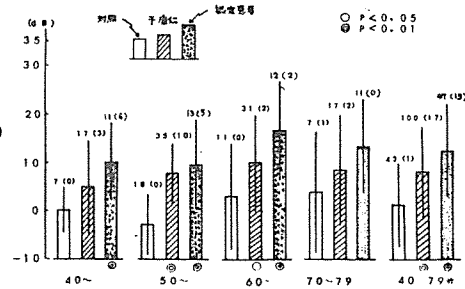


図2 バイプロメーター 上肢

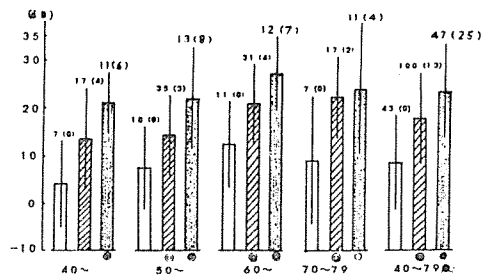


図3 バイプロメーター 下肢

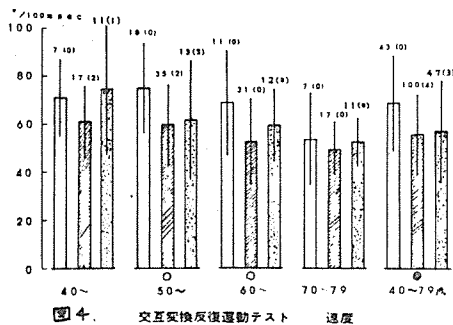


図4 交互変換反復運動テスト 速度

## 9 大牟田市の大気汚染と老人の健康との関係について調査して学んだこと。

森田信亨・他 23 名 (久留米大学学生・社会医学研究会)

〔目的〕公害健康被害補償法の指定地域になつてゐる大牟田市七浦地区の老人 46 名に対して、老人会の協力を得て BMRC 調査用紙により訪問調査を行ない、あわせて老人たちの公害に対する受け止め方などについて調査した。対照として七浦地区より大気汚染の小さい久留米市の 2 地区を選び、その老人会の協力を得て 83 名の老人に対して調査を行なつた。

〔結果〕BMRC 調査の結果は表 1～8 に示した。非喫煙者については、七浦地区の老人は久留米の老人より「せき」・「たん」の有訴率は有意に高かつた (表 1～4)。しかし喫煙者については、「3ヶ月以上連続のせき」については有意差がみられなかつた (表 6)。他についてはみられなかつた。この結果は、SAMPLING の方法に問題はあるが、七浦地区における大気汚染の影響を反映していると思われる。

### 非喫煙者群

せきが 出る		せきが 出ない		咳が出て 出る		咳が出て 出ない		たんが出 る		たんが出 ない		咳が 出る		咳が 出ない	
Yes	No	Yes	No	Yes	No	Yes	No	Yes	No	Yes	No	Yes	No	Yes	No
七浦	11	14	25	七浦	6	19	25	七浦	10	15	25	七浦	7	18	25
久留米	1	51	52	久留米	0	52	52	久留米	5	47	52	久留米	4	48	52
p=0.000	12	65	77	p=0.001	6	71	77	p=0.002	15	62	77	p=0.024	11	66	77

### 喫煙者群

せきが 出る		せきが 出ない		咳が出て 出る		咳が出て 出ない		たんが出 る		たんが出 ない		咳が 出る		咳が 出ない	
Yes	No	Yes	No	Yes	No	Yes	No	Yes	No	Yes	No	Yes	No	Yes	No
七浦	11	10	21	七浦	8	13	21	七浦	13	8	21	七浦	11	10	21
久留米	8	23	31	久留米	1	30	31	久留米	11	20	31	久留米	8	22	30
p=0.052	19	33	52	p=0.002	9	43	52	p=0.063	24	28	52	p=0.062	19	32	51

〔問題点〕調査の初期において我々は大気汚染の健康被害を中心に考えていたが、調査の中で、次の様な問題点や課題が老人たちの口から明らかになされた。

- 1) 七浦地区住民の被害は大気汚染による健康被害だけではないこと。(A)交通騒音と振動：工場へ出入りする大型トラックによるものであるが、住民はこれに耐えきれず、会社に交渉し若干交通量も現在では減少している。(B)テレビアンテナや家屋に対する大気汚染被害は、住民たちが自費修理している。(C)七浦は、工場が生産している有害な化学物質に直接さらされている。
  - 2) 住民たちの目から見れば「公害かくし」としか映らない事態がみられること。(A)「私は昼寝の割合で煙を出している」との工場関係者の発言にみられる、煙は目立たない夜に出すという発想。(B)指定地域解除の動きが出たこと。(C)認定のランクが他地方より低い。(D)工場労働者が工場から出る有害物についての情報を外へ漏らさない様にするための圧力。(E)福岡県政の水汚染に対する行政指導の甘さ。
  - 3) 一方、住民たちの中に大気汚染に対する馴れやあきらめの見持ちが生じていると思われることも問題であった。或る老人の発言では「七浦の人にはもうおいかつからなくなつてゐる。私のように他の地方から来た人間には明らかにくさいとわかるのに」といふことあり、昔からの住民にとっては感覚的な馴れや言つてお任がたいといふあきらめの見持ちが生じていると思われる。
  - 4) オイルショック以後の石炭みなおしの中で、今秋より石炭火力発電所建設の動きが出ている。こうした中で、住民たちの中に新たな不安が生じている。
- 以上、我々は初歩的な調査ではあるが、大牟田の大気汚染による健康問題を考える上で、他の諸要因との関連をみることの重要性を学んだ。今後は、このことを活動に生かしたいと考えている。

## 10 薬害被害者の迅速な救済のあり方に関する考察

### 一 未提訴スモン患者の救済における行政の役割

片平潤彦 (東医歯大・難研) 園田恭一 高木邦明  
杉沢秀博 福田光子 (東大・保健社会) 手島陸久

(長野大学) 酒井ツネ (東京・志村保健所)

1. はじめに スモン訴訟は、1981年5月の時点でも050人が提訴し、4800人が和解したが、なお投薬証明書の得られない患者の救済問題などが未解決であり、また訴外患者も全国的にはなお多数いると考えられる。

未提訴スモン患者の救済問題について、演者らは昨年の本研究会総会で、「提訴を待つて和解するという国の方針では全てのスモン患者の救済につながらないことを指摘した。それでは、どのようにすれば良いであろうか。この問題を考える上で特に重要なのは、未提訴スモン患者の救済における行政一國と自治体一の役割を明らかにすることであると考えられる。そこで演者らはスモン多発地区の1つである〇県I地区を対象に、未提訴スモン患者の救済のため、関係機関や団体、特に自治体が行なってきた取組みの実態を調査し、全患者・家族のため今後とるべき方策につき考察した。

そして、以上をふまえ、今後新たな薬害が発生した場合の迅速な救済のあり方、特にそこでの行政の役割につき検討を加えた。

2. 調査方法 現地調査は〇県I地区が含まれる自治体(県、市)の行政関係者およびスモン患者団体、弁護団の役員からの聞きとりおよび資料収集を行なった。予備調査は1980年10月本調査は1980年12月、そして補充調査は1981年2月にそれぞれ2~7日間実施した。

考察は、既存の文献・資料の収集・検討によった。

3. 調査結果および考察 1) 〇県I地区における未提訴スモン患者救済の取組み

〇県I地区は1967年から69年にかけてスモンが多発した地域として知られ、I市の名簿には263人が登録されている。この地域の被害者らは1971年以降I地裁に提訴してきた(イスモンの会)が、1977年から〇地裁に提訴するグループ(〇スモンの会)が出来、イスモンの会は1978年までで提訴を打ち切り48名の原告が全員和解済なのに対し、〇スモンの会は未提訴患者の救済に積極的に取組み、1980年12月までに93人が提訴している。この93人中約60人は、I市長が元助役で自らも被害者であるS氏に「お骨折りを願って」、市の名簿に基きS氏からの郵便による呼びかけが行なわれた結果提訴したことが、今回の調査で判明した。市当局がそうした措置をとったのは、イスモンの会が当初市の職員である医師をも被告にしたため、市の職員や病院関係者で患者の人たちが提訴をためらい、取り残されていたためと考えられる。いずれにせよ、市当局がとった措置はそれなりに評価できよう。然しながら、上記263人を仮にI地区の発生患者数とすれば、未提訴患者はなお122人いることになり、その実態の解明が必要である。

2) 〇県I地区の未提訴スモン患者の実態と未提訴理由 1979年12月に園田らが行なった調査でI地区に少なくとも12人の未提訴患者がいることが判明したので、そのうち問題をかかえていることが予想された8人を対象に面接調査を行なったところ、いずれの人も未だにしびれ感や冷感などの症状に悩まされていた。これらの人の未提訴理由は「軽症だから」(4人)、「投薬証明書に問題があって」「投薬証明書をもらってないので」「結婚したのでそっとしておきたい」「少々(お金を)いただいたところだからだはもとに戻らない」(各1人)であった。

3) 以上の結果をふまえ、未提訴スモン患者の救済に、スモン問題に責任を有する國と地域住民の健康・福祉に責任を有する自治体がそれぞれの責任を積極的に果たすべきこと、また、今後二度と同様な薬害をおこさないことが肝要であるが、不幸にして再び薬害が発生した時は、そのことが判明した時点において被害者の救済を目的とした調査を徹底的に行なうべきこと、等を考察したので、当日報告する。

# 11 農家の高齢者の介護・死亡と生活への影響

～宮城県A町、栃木県B町での調査結果より～

高木邦明、園田恭一

(東大医、保健社会)

【目的】 農業の技術的变化や兼業の拡大のために、農家の家族生活は大きく変化してきているが、その一端を老人の介護・死亡の状況を通じて明らかにしようと調査を行なった。農家の老人が、どこでどのような死をむかえ、身辺の介護は誰が行なっているのか、他の家族員の生活との関連などについて調べたものである。

【対象と方法】 宮城県A町(縮作中心型農業地域)、栃木県B町(近郊畑作農業地域)の昭和55年1年間の死亡者のうち、65歳以上で死亡し、世帯の主な職業が農業の人を調査の客体とした。調査の方法は、死亡者の生前の介護に直接あつた人もしくは生前の事情に詳しい人に面接聞きとり調査を行なった。調査期間は昭和56年1月～2月、調査ができたのはA町 $\frac{47}{51}$ (実施率92.2%)、B町 $\frac{45}{46}$ (実施率97.8%)であつた。

【結果】 死亡者の性別は、宮城県A町が男28人(59.6%)、女19人(40.4%)、栃木県B町では男25人(55.6%)、女20人(44.4%)、死亡時の平均年齢はA町78.5歳、B町77.7歳であつた。死因は、A町では「脳血管疾患」が最も多かつた(27.7%)が、B町では「悪性新生物」が1位(35.6%)で若干違いがみられた。

死亡までの要介護期間は、「なし」(介護不要)～「1ヵ月未満」がA町23人(48.9%)、B町17人(37.8%)、「1年以上」の長期間「介護」が必要であつた人がA町11人(23.4%)、B町9人(20.0%)であつた。

死亡の場所は、A町では「病院・診療所」16人(34.0%)、「自宅」30人(63.8%)、「その他」1人(2.1%)、B町では「病院・診療所」12人(26.7%)、「自宅」33人(73.3%)という結果が得られた。両地域とも農家の高齢死亡者の6割以上の人々が「自宅」で死亡しているが、その中には死亡前に本人・家族の希望などによって医療機関を退院し、自宅で死をむかえられるよう配慮した例が、A町に5例、B町に8例みられた。

介護者の健康への影響: 直接介護にあつた人は、両地圧とも「嫁」と「妻」がほとんどである。同居家族以外では、「介護」が必要であつた世帯の約5割で、「親戚」の援助があつたとの結果が得られた。介護者の健康への影響(表I.)は、A町で23世帯(48.9%)、B町14世帯(31.1%)にみられたとの回答であつた。

農業や農外就労へ影響があつたのは、A町25世帯(53.2%)、B町20世帯(44.4%)である。6ヵ月以上の介護期間があると、農業や農外就労への「影響があつた」とする割合が高くなつていく。

【まとめ】 農家の高齢者の介護・死亡は、家族の健康や農作業・農外就労などに様々な影響を及ぼしているが、家族内の扶養の問題としてだけでなく、農村社会の変動との関連で、問題が表面化してきつつあるように思われる。

表I. 要介護期間別にみた介護者の健康や農業・農外就労への影響

健康や農業・農外就労への影響		介護期間				計	
		介護不要 1ヶ月未満	1～ 6ヶ月未満	6ヶ月～ 1年未満	1年以上		
宮 城 県 A 町	総 数	23	10	3	11	47	
	の介護者 健康への影響があつた	5	5	3	10	23	
		健康への影響がなかつた	18	5	0	1	24
	農業・ 農外就 労	農業への影響があつた	6	3	3	5	17
		農外就労への影響があつた	3	1	0	2	6
		農業・農外就労への影響があつた	0	0	0	2	2
影響はなかつた		10	6	0	2	22	
総 数	17	12	7	9	45		
栃 木 県 B 町	の介護者 健康への影響があつた	2	4	4	4	14	
		健康への影響がなかつた	15	8	3	5	31
	農業・ 農外就 労	農業への影響があつた	5	3	4	3	15
		農外就労への影響があつた	1	3	0	1	5
		農業・農外就労への影響があつた	0	0	0	0	0
		影響はなかつた	11	6	3	5	25

## 12 農林漁業従事者の死亡統計

### 「職業別・産業別人口動態統計」の問題点

木村 慶, 山河 泉, 榎本真一  
(愛媛大・医・公衆衛生)

近年の農村・農業の激しい変貌のなかで農業者の健康・生命がいかなる影響を受けているかを死亡統計の面から明らかにしようとして、厚生省が国勢調査年ごとに発表している「職業別・産業別人口動態統計」を用いて昭和30年～50年の推移をみた。結果は、農林漁業従事者の死亡の改善が全就業者に比し著しく遅れていることを示していた。しかしその余りにも高い死亡率に疑問をもち本統計の作成過程をたしかめたところ、この統計には大きな問題点のあることを知った。本統計の示す結果と、統計作成上の問題点をのべて、一つの問題提起をしたい。

#### I. 「職業別・産業別人口動態統計」からみた

##### 農林漁業従事者(男)の死亡の動向

<表1> 農林漁業従事者の訂正死亡率は、他の職業同様低下してきているが、依然として才2位である。

<図1> 主要死因について、農林漁業従事者の訂正死亡率を全就業者のそれと比較した指数で見ると、全就業者との格差は著しく増大しつつある。「自殺」「不慮の事故」で著しい。

<図2> 昭和30年と50年の年齢階級別死亡率を、農林漁業従事者と全就業者とで比較すると、若年層と中年層で改善が小さいというパターンは同様であるが、全体として農林漁業従事者の改善は悪く、とくに40～44才では355.3から356.4(人口10万対)と20年間の改善は全くみられない。

以上の結果は、20年間の農村・農業の変貌がもたらした農林漁業者の死亡の実態を反映していることとはしかたであるが、その数値は余りに高すぎるように思える。

#### II. 「職業別・産業別人口動態統計」の問題点

本統計の死亡率算出の分母人口は国勢調査による職業別就業人口であるのに対し、分子の死者数は死亡届記載の職業によって分類されたものでありその精度には大いに疑問がある。兼業化の進行が著しい農村において、分母に含まれない兼業者の死亡が分子に含まれる可能性は大い。上述の余りにも高い数値はこのことの影響を受けていると考えられる。ほかにも本統計書では農・林・漁業を一括していること、男性のみの統計であること、など利用しようとする場合の制約がある。本統計書は、国民の死亡を階級的に観察しようとする場合、官庁統計のなかでは例外的な存在であるだけに改善がのぞまれる。

表1. 15才以上就業者の職業別訂正死亡率\* (人口千対)

	昭35年	40	45	50
就業者総数	7.2	6.4	4.8	3.9
専門的技術的職業従事者	6.6	5.3	4.2	3.5
管理的職業従事者	4.2	3.6	2.8	7.3**
事務従事者	4.9	4.6	4.3	3.4
販売従事者	6.4	5.5	5.4	4.1
農林・漁業従事者	8.4	8.0	6.2	5.3
採鉱・採石作業従事者	12.8	11.5	9.5	7.3
運輸・通信従事者	9.8	6.6	5.3	4.3
技能工、生産工程作業従事者、単純労働者	6.4	5.7	4.0	3.2
保安職業従事者	—	—	2.8	2.4
サービス、職業従事者	4.7	4.1	5.0	3.7
分類不能の職業	—	—	—	—

注) \* 訂正死亡率の基準人口は、昭和35年の男15才以上就業者総数である(以下の表すべて同じ)。

\*\* 就業者数の少ない若年層での不慮の事故、自殺の死亡率が他の年齢層にくらべて異常に高率であり、その影響を受けてこの年のみ例外的に訂正死亡率が高率となっている。

図1. 農林・漁業従事者の特定死因訂正死亡率指数\*の推移 (昭和30年～50年 年次推移)

訂正死亡率指数 =  $\frac{\text{各年代農林・漁業従事者の死因別訂正死亡率}}{\text{各年代全就業者の死因別訂正死亡率}} \times 100$

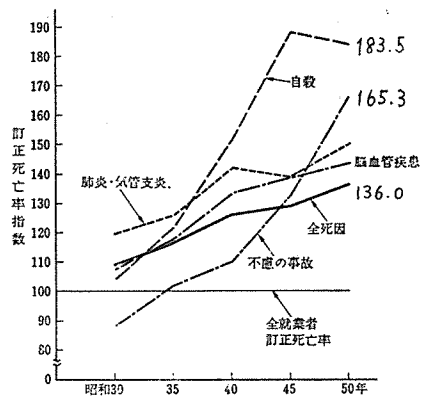
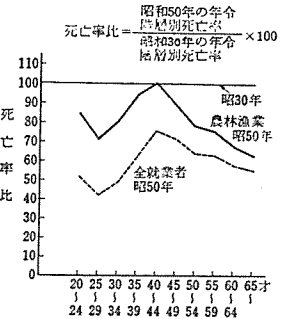


図2. 年齢階級別にみた死亡率の改善状況 (農林・漁業従事者と全就業者の比較)

昭和50年の年齢階級別死亡率 / 昭和30年の年齢階級別死亡率 × 100



### 13 川崎市における中年期死亡の区別比較

朝倉隆司 (東京大・医・保健・精神衛生学教室)  
山崎喜比古 (東京大・医・保健・保健社会学教室)

(研究目的と方法)すでに、大阪市をはじめとしたいくつかの大都市地域において、中年期死亡が検討されている。本研究は、その一連の研究の方法に準じて、川崎市における中年期死亡(30~59才)を検討した。なお、死亡率算出にあたって、昭和43~52年の死亡数と人口を用いた。その5年間の平均値を昭和50年の死亡率とした。

(結果)川崎市全体での中年期死亡率は全国平均並みであったが、行政区別に比較すると、中年期死亡率に地域差が生じていることが明らかとなった。つまり、川崎区は全国平均と比べ有意に高く、多摩区は有意に低かった。このような現象は、特に、男子において顕著であった(図-1)。さらに、死因別に検討すると、図-1にみられる地域差が、男子の脳血管疾患・肝硬変・その他の不慮の事故で認められた。

ところで、川崎区は重化学工業を中心とする臨海工業地域であり、川崎市の中心商業地域も内包している。一方、多摩区は、首都圏の拡散人口を吸収したベッド・タウンである。また、中年期訂正死亡率と社会・経済指標(昭和50年, 69項目)との単相関係数を、行政区を繰り返しの変数として算出したところ、多くの指標で有意差が認められた(表-1)。上に述べた死因についても、ほぼ同様の結果であった。そこで、それらに共通して有意差が得られた指標を整理し、中年期死亡率が高いことと関連する地域状況として表わした。それは、①家族関係の破壊、②世帯の経済力の弱さ、③犯罪・非行が多発する社会環境、④産業化の進行、⑤人口増加の停滞、⑥社会的要因と強く関連した健康破壊の多発、⑦死産の多発、⑧不安定な職業従事者が多い、といった地域状況である。

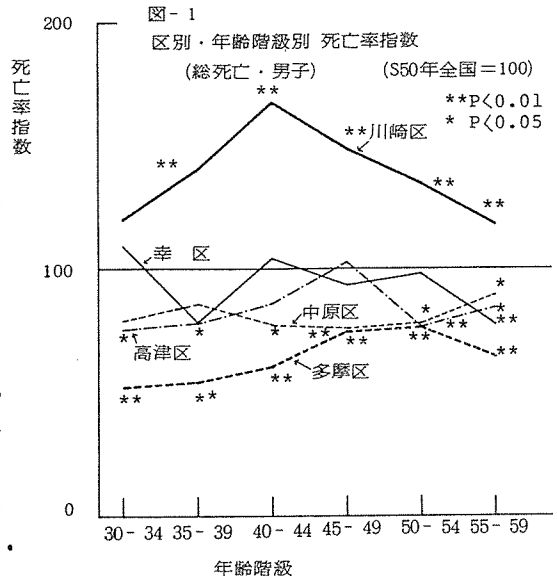
(結論)川崎市においても、経済力による住み分け現象が生じている。それに伴い、労働・生活様式

表-1 訂正死亡率(男子・総死亡)と有意な相関が認められた社会・経済指標

指 標	相関係数	指 標	相関係数
片親と18歳未満の子供のいる世帯率	. 86△	少年ぐ犯行為検数 女	. 90△
国民保険加入世帯率	. 93△	中毒性精神障害者率	. 94○
日照時間1h/日未満の住宅率	. 92△	診療所数	. 90△
完全失業者率 男	. 98○	転入率	-. 87△
完全失業者率 女	. 85△	職業を理由とした転入者率	. 91△
商店主・工場主・その他の事業主率	. 95○	30人以上の事業所数	. 89△
販売人率	-. 86△	30人以上の事業所が占める面積率	. 97○
労務作業者率	. 95○	出生率	-. 94○
個人・サー・ビス人率	. 91△	自然死産率	. 99○
居住区で働く人の率	. 99○	人工死産率	. 96○
市外で働く人の率	-. 94○	結核罹患率	. 94○
死別者率 男	. 98○	公害認定患者率	. 93△
死別者率 女	. 98○	住んでいる地域への満足度	-. 90△
離婚率 男	. 96○	いまの収入に対する満足度	-. 88△
一般犯罪検挙件数	. 88△	生活保護人員率	. 99○
凶悪犯罪検挙件数	. 84△		
少年犯罪件数 男	. 83△		
少年犯罪件数 女	. 91△		

と密接に関連した健康問題が、生活環境・生活水準が低位である地域に起きており、深刻化してきていると考えられる。

○ P<0.01  
△ P<0.05





## 14 東神戸診療所におけるアルコール依存患者について 第1報 死亡例の解析結果

○日高隆三(東神戸診療所、阪大公衆衛生)  
宮崎真一(東神戸診療所、MSW)  
日高沙千江(頌栄短大)

### 1 はじめに

近年アルコール消費量は増大しつづけ、アルコール依存症(以下アル中と言う)は、200万人といわれ社会問題化している。私たちは当診の断酒会活動(第2報)を通じてのアル中死亡の実態及び10年間の肝硬変死亡が身近かに得られたので、大都市の貧困世帯所得者の多い地域の中年期死因のミクロな接近として、解析できたことを報告したい。当診は病院から無床診にかわっている。

### 1 対象と方法

肝硬変死は病院時代の昭和46年4月から51年9月末までの死亡診断書150例中22人(男20人、女2人)、当診の昭和51年10月から56年3月末までの死亡者137人中20人(男性のみ)。男性のみでは計192人中40人(20.8%)である。(病院時代 $\frac{20}{99}$ 、20.2%、当診 $\frac{20}{93}$ 、21.5%)

次で断酒会を始めた昭和53年8月から56年3月末までの間に関わったアル中84人中の死者22人(26.2%)及びそれ以前のアル中死者7人、計29人を対象とした。

### 1 調査結果：総数の都合もあり、当日資料提出予定。

### 1 おわりに。

ごく最近まで、医療機関はアル中を「不治の病い」・「扱にくい患者」と考へ敬遠して来た。行政は「公的秩序の破壊者」と見なし社会防衛上の観点から取締りの対象として対応して来た。一般人連もアル中を病人とは考えず「どうしようもない人間」として見放して来たといえよう。

現代日本の特異な社会背景、酒造資本によるアルコールの大量消費促進、国の酒害予防対策の遅れなどが相まって、アル中は80年代の医療課題のひとつの柱となろう。アル中の短命(50才強)の事実、20年以上も早死する事実は、ヒロポン中毒と同様の薬物依存として見直す必要がある。

アル中の生態は、ごく粗くスケッチすると、若年層(十代)から酒に親しみ、長じて晩酌をやり、適当なストレス解消剤(最も手近かで、百薬の長)であったものだが、何らかの仕事上、生活上の大きな困難・ストレスにあうと、急に大酒飲み(年代を問わず)に変わる。1日5合以上毎日飲み10年間に肝硬変となり、数年にて死亡に至る。勿論、肝硬変以外の死も多い。この大酒家過程において、アル中として職場を追われ、家庭でも嫌われ、多くは経済的不如意から暴力をふるってでも飲み続け、遂には妻子にも見放されて家庭崩壊・離婚に至り、単身者且つ被保護者に転落する。地方から都市に出て来てアル中になり、大都市の貧困世帯所得者の多い地域に流れて来て沈没するケースも多い。酒環りの最悪の生活、病院等に入退院をくり返し、結局世帯崩壊のまま死に至っている。

医療と福祉に関わる問題だが、最良の方法は断酒である。この件に関しては第2報にゆずる。

肝硬変・アル中の治療や、断酒会をやった経験から、私自身を信じて医療の側にアル中への認識が全体として低いことは特筆に値する。大学教育でも不十分な現状にあり、日本アルコール医学会雑誌「アルコール研究」さえ図書館にない大学も少なくない。兵庫県ではアルコール専門の機関・病院がないため、当診では大阪府下のアルコール専門の病院に紹介せざるを得ない。国の施策も端緒にいたばかりであり、保健所などの行政機関のとりくみも兵庫県については弱いと言わざるを得ない。断酒会を院内でする以前はサツを投げていたのだが、私自身の認識を改め報告する次第である。

アル中は、身体障害で医療機関を訪れ、多くは軽々と転医し治療を受けている。従って酒害対策(予防=早期発見、治療、社会復帰)は第一線の保健・医療機関においてこそ行なう必要のあることを強調したい。(付記：肝硬変死、52才位—アルコール性が多い—は、中年期死因の第4~5位。不慮の事故死、自殺にも関わるアル中は、中年期死因順位・死亡率の下がらない—要因である。)

## 15 東神戸診療所におけるアルコール依存患者について、第2報 断酒会活動のとりくみ

○宮腰真一（東神戸診療所、MSW）

日高隆三（東神戸診療所、阪大公衆衛生）

日高沙千江（鎮栄短大）

### 1 はじめに

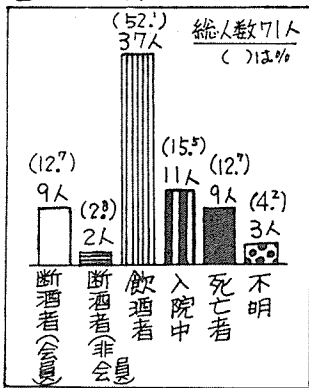
アルコール依存症の治療は断酒が最良であるが、問題はどうかすればアルコール依存を克服でき、患者が人間性を復活させて、飲酒せざるを得ない環境を乗り越え、断酒生活を継続して行けるかである。近年各地で貴重な成果をあげている断酒会や Alcoholics Anonymous（匿名アルコール症者会）などの連携をふくむとりくみは、医療や福祉における新しい流れのひとつになりつつある。当診でも昭和54年8月より尼崎断酒会の協力を得て毎週1回、例会を開催し、関係機関とも協力・連携する中で、アルコール依存症の治療を断酒会を中心に地域医療としてとりくんできた。また模索している段階ではあるが、その結果について報告したい。

### 1 対象と方法

当診で断酒会の例会を始めから昭和54年12月末までの2年4ヶ月間に、1回以上例会出席した男67名、女4名、計71名のアルコール依存症者を対象として、56年3月末時点で、本人または家族、福祉事務所などの関係者より、直接間接の聞き取りをして調査した。診断については、アルコール中毒診断会議「アルコール精神疾患の現状と診断基準」（昭和54年）及び、国立久里浜病院の「タ里衣式アルコール症スクリーニングテスト（KAST）」を用いた。

### 1 調査結果（図1）：詳しい資料は総数の都合上、当日提出予定

図1.断酒会参加者の結果



(昭和56年3月末現在)

断酒会の会員として完全に断酒している人は9名(12.7%)で、2年以上断酒継続している人2名、同じく1年以上4名、6ヶ月以上3名で、うち6名は現在健康を回復して就労している。

断酒会から離れて飲酒を続けている人は37名(52.1%)、さらに病気が進行して入院中の11名(15.5%)、死亡者9名(12.7%)、不明3名(4.2%)で、断酒会に参加しないで酒をやめている人はわずか2名(2.8%)にしかすぎない。死亡者の特徴については第1報で報告。

酒をやめた人が1割強しかいないというのは、いかに断酒が困難なものであるかを示している。しかし、1割強に過ぎないとはいえ、断酒会をとりくむ前と比較すれば、当診にとっては大変貴重な成果であると言える。断酒会を万能とは考えていないが、断酒会の優れている点は自らの集団精神療法によって、断酒できる心をつくるとともに、断酒会活動を通じて人間的成長をかちとってゆけるところにあると思う。

### 1 おわりに

治療面での断酒の必要性について強調しておきたいことは、飲酒と当該疾患との因果関係が、アルコールを直接原因物質として確定できない場合でも、アルコールが増悪因子として確実に働くことを考えるならば、これをまつことは非科学的とさえ思われる。断酒によってその病気が回復しやすくなるという事実と、飲酒を続けることによって早死するという事実のみで充分ではなかろうか。

一般の病院・診療所において大切なことは、患者を早期発見して社会復帰の可能なうちに断酒治療のルートにつなげることである。当診ではこの間、アルコール専門病院や福祉事務所との連携・協力体制を確立してきたが、今後は、保健所や県精神衛生センターの酒害対策相談事業の活発化、県内に専門病院を設置することなどを求めるとともに、神戸市内での断酒会活動拡大への援助や、当診における外来ケア・地域ケアの充実などに努力して行きたいと考えている。

## 16 行政機関の連携の必要性和問題点

草野文嗣 (滋賀県今津保健所)

保健衛生活動が、医学を中心とした総合的な活動であることは、いうまでもない。このことは、健康問題がいろいろの複雑な要因から成立しており、解決にも、それだけの複雑さがあるといえる。

われわれが保健衛生活動を進めていく上で、関連のある機関は非常に数多い。これらの中、公的機関だけをあげても沢のようなものが考えられる。

福祉事務所・農業改良普及所・養護教諭・学校給食の栄養士・公民館(体育指導主事)・医師会・歯科医師会・農協・病院・大学。

われわれが管内市町村とともに、これらの諸機関と真の協力関係を持って活動を進めることによって、はじめて地域の保健ニーズを解決することが出来るものと思う。

### 連携の必要性

個人及び集団が持っている健康問題は、地域の風習、職業、食生活等に左右されているものである。従って、問題解決のためには、これらの中にある種々の健康阻害因子を取り除くことによって真の解決につながるものである。

これらの長年の生活から生じてくる健康阻害因子を、取り除くためには、住民の積極的な意識の向上が不可欠である。また、これらを取り除くには、生活全般にあたって総合的に見直すことが必要であり、それを実施するには、保健衛生関係者の力量だけでは不十分で、どうしても他の関係機関のもつ知識や技能を動員する必要がある。

### 行政機関の問題点

国の省庁から、都道府県の部局、市町村の課係に至るまで、行政の組織は、縦割りの組織によって仕事が流れている。従って、組織の異な機関や役所と、事業のスタートの段階から十分の打合せがなされることは少ないであろう。

可もなく不可もなくという考えの流れている所では、他の機関と緊密な連絡をとり合って、より効果的な事業を進めていこうという姿勢には乏しい。確かに、性格の異なる機関と協力して事業を進めることは、苦勞のいることである。しかし、

それを克服することによって、大きく目的達成に近づくことであれば、その努力をすることが、行政の大切な職務であろう。ところが現実には、事なかれ主義が先行して、行政機関としての持てる力を十分に発揮しえず、その責任をはたしていないのが現状である。われわれの保健所においても、他の機関との連携をもった事業を進めようとする時、そこまで保健所がしなければならないのかという声が事務系職員から出ることがある。

### 連携の困難さ

われわれの保健所では、少しでも効果的な事業を進めるため、2~3の機関と連携をもった仕事にとりかかっている。ここでは、管轄を同じくする農業改良普及所との関係について述べたい。

6年前になるが、農林省の事業として「農業者健康モデル地区育成事業」というのが、当管内にも持ち込まれた。普及所より技術提供の依頼があり、その内容を聴いてみると、指定された集落の一部を抽出するとのことである。地区の保健活動を盛り上げていくためには、全戸を対象とし、町役場とも共同で進めていくよう談得するのに、先ず日時を要した。事業を進めていく中にも、随所に農林省できめられている範囲内での仕事にとどめておきたいという感覚がみとめられ、地区のための仕事になりきっていなかった。

この事業が、4年継続のものであり、その年限が終了した段階では、住民の中に保健衛生への関心が高まり、事業継続の要望が強く出てきた。しかし、普及所としては県からの予算も来ないので続けられないとの態度であった。結果的には、地区に「健康会」という会が発足し、事業を続けることになったが、これには当時の生活改良普及員の奮闘にめざましいものがあった。

行政機関の姿勢としては、予算のワケや所掌業務の範囲だけにとらわれることなく、住民のために何が必要で、何をすべきかを優先して考えることが大切である。中でも、所属長の考え方は、行政機関においては大きい部分を占めている。

# 17 農業機械災害発生の社会的背景と 農業者災害補償制度

園村 純 (東大・医・保健)

**I. 農業「近代化」と農業機械災害** 農業の機械化・化学化は過重な肉体労働を減少させる一手段、新たな健康障害を発生させている。1970年代における農機の大型化や機械化一貫体系の進展に伴い、農機災害は増加、重傷化の傾向にあり、その死亡率は建設業と並ぶ第2位の高さである。このような状況にもかかわらず、農民の

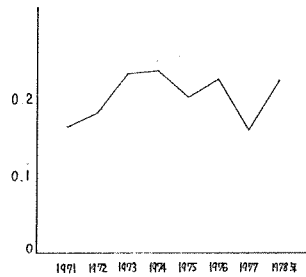


図 100万延動かし使用時間当たりの農業機械・施設による死傷者の年次推移

労働災害に対する補償制度は労働者に対して遅れていると言われている。本報告では、農機災害の発生要因やその社会的背景を一農村での調査研究を通じて検討し、その分析を踏まえて既存の補償制度の問題点を考察した。

**II. 農業機械災害の発生要因** 広島県北部の基盤整備が遅れている一農村において、S.51年4月～55年12月の間に発生した農機災害の被災者49人に対する面接調査を実施した。発生件数の多かった農

機種	発生要因	生産環境	農民	補償額
動力刈払機	防護装置(網)なし	悪条件の暗時(雨、斜面)	疲労(長時間労働)	3
			疲労の蓄積	2
			不安全な服装	1
			あせり	1
歩行トラクタ	ヘルムの不備	急冷の環境(寒い)	疲労(長時間労働)	1
			疲労(長時間労働)	1
			疲労(長時間労働)	1
			疲労(長時間労働)	1
			疲労(長時間労働)	1
			疲労(長時間労働)	1
			疲労(長時間労働)	1
			疲労(長時間労働)	1
			疲労(長時間労働)	1
			疲労(長時間労働)	1
疲労(長時間労働)	1			
動力刈草機	ブレーキ不備	急冷の環境(寒い)	疲労(長時間労働)	1
			疲労(長時間労働)	1
			疲労(長時間労働)	1
			疲労(長時間労働)	1
総重量ポンプ	防護装置(網)なし	急冷の環境(寒い)	疲労(長時間労働)	1
			疲労(長時間労働)	1
			疲労(長時間労働)	1
			疲労(長時間労働)	1
農用自動車	細断性能不備	急冷の環境(寒い)	疲労(長時間労働)	1
			疲労(長時間労働)	1
			疲労(長時間労働)	1
			疲労(長時間労働)	1

機に関して、災害事例一つひとつを発生要因分析した結果の一部は表のようである。これらの分析から、①農機の安全化の遅れ、②圃場や農道等の環境改善の遅れ、③疲労の蓄積や長時間労働、労働力の老婦化等の労働力の質的低下が発生要因となっていると結論できる。

**III. 農業機械災害発生者の社会的背景** これらの発生要因の社会的背景として、①国による農機の安全鑑定開始が遅く(1976年)、義務検査ではなく、未検査・不合格品が販売され得ること、②農機メーカーの安全問題への取組みが遅く(業界は1969年から)、未検査・不合格品を販売したこと、③生産環境整備に対する国の許認可などにも関わって整備が遅れていること、④農機メーカーの販売競争が生産環境とは無関係に行われがちなこと、⑤低農産物価格や農用資材価格の上昇などによって農家が兼業化、家族総働きを余儀なくされている側面があること、をみておく必要がある。

**IV. 農業者災害補償制度とその問題点** 現在実施されている農業者災害補償制度には、①国の労働者災害補償保険への特別加入制度、②農協の生命・傷害共済、③全農の「農業機械の災害共助制度」と全国農業機械商業協同組合連合会の「農業機械傷害補償制度」、④市町村独自の農業者労災補償制度がある。これらの制度に共通する問題点は、第一に相互扶助的な性格が強く、農民の負担が大きいこととあり、市町村の負担があるのは④の制度だけである。第二に、農機メーカーの負担は全くなく、国も公的責任を果していないことは前記の発生要因、社会的背景からみて問題である。各々の制度の特徴と問題点としては、①の制度は労災保険の便宜の利用という性格が強く、加入資格、補償対象の範囲の制限、手続きや認定等に問題がある。④の制度は、①の制度の不備を批判、補う形で成立してきており、農家単位の加入、地域の農業の奥態に応じた補償範囲などの利点は大きい。市町村単位では基金の規模が小さく、制度の維持・運営が不安定である。

## 18 経済地帯別にみた国保医療費

秋田県平鹿郡十文字町 西成診療所

西 成 辰 雄

### 緒 言

秋田県における経済地帯別にみた最近の国保受診率と医療費の動向について検討した。受診率、医療費については昭和54年度国民健康保険統計、地帯別に分類した市町村の平均値を算出、死亡率は「秋田県の成人病」の資料により作製した。

### 結 果

#### (1) 調査対象町村数

地帯区分	町村数
都市近郊	3 /
平地農村	3 / 4
農山村	2 / 1
山村	1 / 3
計	6 / 9

#### (2) 受診率

(年、100人当、件数)

	都市近郊	平地農村	農山村	山村	県平均
入院	23.5	19.5	22.5	21.5	20.3
入院外	566.3	538.8	518.8	474.8	515.7
齒科	83.2	77.0	65.4	63.9	73.5
計	673.0	635.3	606.7	560.2	611.7
老					
入院	106.7	73.4	84.6	74.1	78.0
入院外	1280.4	1155.3	1073.8	1028.7	1143.9
齒科	58.1	49.0	44.0	40.5	47.6
計	1445.2	1277.1	1202.4	1143.3	1269.5

#### (3) 費用額 (単位、円)

	1人当	1件当
都市近郊	106.842	15.875
平地農村	89.996	14.857
農山村	95.656	15.777
山村	89.247	15.993
県平均	91.176	14.956

#### (4) 保険料及び国庫支出金 (1人当、単位円)

	保 険 料	国庫支出金
都市近郊	26.240	60.101
平地農村	26.766	51.132
農山村	28.553	54.644
山村	23.985	53.785
県平均	26.690	52.536

#### (5) 国庫支出金の比較

	都 市	山村A	山村B
事務費 負担金	1.447	1.849	1.736
療養給付費負担金	44.835	30.036	28.723
普通調整交付金	7.255	5.998	7.081
特別調整交付金	1.457	2.509	1.071
助産費補助金	229	179	181
臨時財政調整交付金	4.478	2.329	1.962
計	60.101	42.899	40.753
受診率	673.0	461.5	529.6

#### (6) 脳血管疾患訂正死亡率(人口10万対)

	男	女
都市近郊	191.8	196.5
平地農村	244.9	201.7
農山村	254.9	208.2
山村	211.5	193.5
県平均	169.5	139.4
全 国	120.8	108.5

(昭50-53)

### 考 察

受診率は地帯が山村に近づくに従って低下の傾向にあり、老人においても、無料化され数年以上経た現在においても同様である。国庫支出金には著しい格差があり、低率な受診による療養給付費の影響が大きい。しかし死亡率等、健康水準は農村地域で劣位の傾向にあると考えられる。医療供給への対策は農村地域ではなお必要である。国庫支出金の削減があれば、これら国保財政に大きい影響を及ぼし、受診率の増加は対応し切れにくい事態が考えられる。

19 地域特性からみた保健・医療要求

山下 節義 (奈良医大 衛生)

〈目的〉住民の保健医療要求が、その地域の特性との関連で、その特徴をいかに異にしているかを明らかにし

て、要求実現の方  
策を考える。本報  
告は、京都医療協  
自治労京都府本部、  
京都自治体問題研  
究所合同の「府民

表1 人口および関連指標 (1975年)

	人口割合 %	人口密度 人/Km <sup>2</sup>	人口伸び率 S35=100	核家族割合 %	年令構成 %		老年人口 指数
					0~14	65~	
A	100	526	122	59	23	9	13
B	60	2393	114	57	22	9	13
C	12	215	100	60	23	11	17
D	8	91	87	50	23	14	21
E	15	2354	334	74	28	5	7
F	5	321	139	60	25	10	16

表2 社会経済指標 (1975年)

	産業 構成			農林就業 世帯割合
	第一次	第二次	第三次	
A	7%	37%	56%	7%
B	2	36	62	1
C	18	33	49	21
D	10	43	32	35
E	3	40	57	3
F	18	32	50	19

の健康と医療につ 注) A:京都市 B:京都市 C:京都市以北の市 D:京都市以北の町 E:京都市以南の市 F:京都市以南の町

いての実態調査」結果を資料とした。〈方法〉

表3 保健諸指標 (1978年 \*は人口1万対)

	死亡率	PMI	脳血管* 死亡率	悪性新生* 物死亡率	心臓疾患* 死亡率	出生率	周産期 死亡率	乳児 死亡率
A	6.1	87.1	13.1	14.1	10.4	14.8	12.0	8.1
B	6.2	87.2	12.6	14.7	10.7	13.4	11.1	7.5
C	7.6	89.8	18.3	14.7	13.2	14.5	5.3	9.5
D	9.1	94.2	23.0	18.3	14.8	11.9	10.2	9.7
E	3.8	79.8	6.9	9.7	5.5	14.0	17.0	9.7
F	6.0	84.1	11.5	13.5	9.5	14.8	17.5	11.8

京都市内 //200、市外 //100の抽出比率で計

5330世帯を対象。留置法で1980年8月実施

回収率54%。〈結果〉1)地域特性 ①南部は

人口増著しく、北部は減少傾向。北部は老人

人口比率大。(表1)

②第一次産業割合、農林就業世

帯割合は北部に

高い。(表2)

③保健諸

指標に地域差

られる。(表3)

④医療

施設は北部、南

部ともに少なく

と。とりわけ「町」に著

る。(表4)

2)回答は2894、30~40才代中心で、

女55%。3)健康状態に問題ありとするもの23%、過去一年間

の罹病経験72%。4)地域に医療機関不足とするもの52%

で、地域差めだつ。5)保健所の拡充・強化・増設もとめるもの

65%、南部は増設を、北部は拡充をもとめる声他に比して

多い。(表6)

6)18項目の保健医

療要求につき優先度(要求

保有者割合)をみると、地

域差に特徴的な傾向みられ

る。(表7)

7)地域特性を示す諸指

標と要求優先度との間にい

くつかの項で有意の相関が

認められる。〈まとめ〉地

域により住民保健医療要求

に特徴的なちがいがみられ

る。保健医療要求の実現へ

むけて、暮らしと命の問題

としてのとりくみが必要。

表4 医療施設等関連指標 (1978年 人口10万対)

	病院	診療所	病床	医師
A	8.4	90.6	1284	191.9
B	9.9	111.1	1565	252.2
C	9.4	74.1	1086	108.0
D	5.8	51.3	723	57.7
E	4.8	60.0	989	137.2
F	2.8	51.1	227	57.4

表5 回答者の性・年令等

	対象数	女性の 割合	年 令				乳幼児の いる世帯	老人の いる世帯
			25~34	~44	~54	~64		
A	2894	55%	26%	25%	19%	12%	23%	42%
B	1359	62	26	25	17	11	23	41
C	583	50	23	23	21	15	19	43
D	321	40	27	27	23	14	27	53
E	451	56	24	29	22	10	21	34
F	180	46	39	23	14	9	33	42

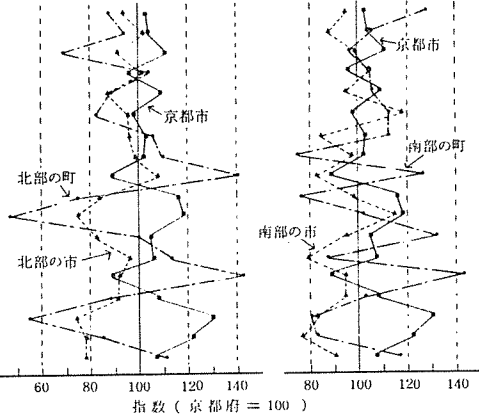
表6 保健・医療施設等への意見

	医療機関 たりない	休日急病診療 体制知らない	保 健 所		医療関係団体と 話しあい必要
			役割強化	増 設	
A	52%	22%	57%	8%	74%
B	38	31	54	8	68
C	57	8	62	6	79
D	78	19	64	5	79
E	60	11	55	11	79
F	77	25	54	19	83

表7 住民要求:健康を守り医療を充実させるための施策 (京都市)

1. 救急、休日・夜間の医療体制の整備	51.6
2. 医療費負担の軽減 安全な道路の確保	50.8
3. 緑地・公園・子どもの遊び場	47.1
4. 健康診断・健康相談の充実	44.1
5. 健診・予防・出産などの保険給付	36.1
6. 下水道など衛生施設の整備	35.8
7. 医療従事者の確保と資質の向上	35.8
8. 健康を守るための知識の普及	35.7
9. 賃金労働条件などの改善	34.3
10. 老人の医療福祉対策の充実	33.6
11. 騒音等による生活環境悪化の防止	31.6
12. スポーツ・レクリエーション施設の整備	31.5
13. 食生活改善に必要な知識の普及	26.1
14. 医療機関の増設	25.2
15. 機能回復訓練などのための条件整備	24.8
16. ゆつたりした広さと整備の住宅の保障	23.5
17. 医療事故の防止	20.1
18. 住民の自主的活動のための条件整備	11.3

(地域間比較)



## 20 農協共済によるコンピューター検診の問題点

京都府船井郡日吉町保健婦

日吉町役場 吉田幸永

今私の町、日吉町で、京都府農協共済連の検診車「さわやか号」によるコンピューター人間ドック検診が行われ、これを受けた住民の人びとを不安に陥れし入れ、相談をうける自治体保健婦を困らせています。

このコンピューター人間ドックは、昭和52年に京都府共済連が京都府農協共済より300万の金を出させてつくった車で、組合員及びその家族を対象に1人3000円の負担で行っている巡回検診事業です。

### 問題点

1. 基本的な問題として、専門家のいない農協共済連が人間の健康を器械で診断し、器械で生活指導（事後指導）をする人間ドックは定めて非人間的であります。
2. このコンピューター検診は、今国がおしすすめようとしています「国民の健康づくり」健康の自己責任論、病気の自己管理論、を地でゆき、健康を守る自治体行政を農協に委託させ、住民の健康権を剥奪し、医手産業、医手授養施設拡大の先どりではないかと心配されます。
3. 具体的な問題
  - イ. 事前のうちあわせなし
  - ロ. 検診を農協の一般事務職員がやっている
  - ハ. 検診時、専門の責任者なし
  - ニ. 結果についての報告と生活指導が、かくいつ的で、ごたごたである
  - ホ. 検診結果についての疑問や不安をうけ入れるところがない
4. 検診の問題点（住民の方から出された）を農協共済連に提起してもこれを無視した形が、今年も検診をすすめている

以上の問題をかかえたコンピューター検診を、13種類の検診ができる動く人間ドック、のキヤツキフリーズによってうけた住民の人びとから、保健婦に向って、検診結果に対する不安、不信、疑問が行く先まで訴えられぬが、この相談にこたえることができず非常に困っています。例えば、「PHNさん農協検診で責任者医師名の病院へ行ってきたら、結果の数字をみた医師が、「あ、これはどうもないですよ、コンピューターがあかしいのではありませんか」と言われた、これ、どうなるの？」相談をうけたPHNさんが、同病院へといあわせると「あ、そのことは府の共済連でやっているからと、自動的に電話をつなぎかえてくれて府の共済連が出た、内容を言うと「あ、そのことは〇病院できて下さい」と〇病院と共済連のボールのながあいの無責任さです。現場では平気でいも行っていない検診のことなど「しりません」と言ってしまう、と言います。地元のかがりつけの医師へ行っても「ぼくの診ている診断とはちがう」と言われ、責任者名の病院へ行っても「コンピューターがあかしいのではありませんか」と言われ住民の人びとに「しらん」とは、農協共済連のあかしをこぼつた保健婦としては言いきれず、もがきつづけています。

# 21 い草労働とじん肺に関する社会医学的考察

上田 厚 ( 熊本医公衛 )

はじめに] い草は熊本県の代表的な工芸作物で、栽培面積は全国の62%(1978年)におよぶが、筋労働の多い粉じん作業という労働衛生上の問題がある。1970年1月、著者らは、い草作業員(326名)を検診し、男子18.5%、女子89%に胸部直接X線写真上じん肺I型を認めた。この10年間で、環境の改善、染土代替剤の開発などの対策が進められてきたが、品質面や経済的な理由で依然として従来の染土が用いられており、大型機械、省力機械の導入などにより収量も増大し、暴露される粉じん量の水準は必ずしも低下していない。1980年1月、著者らは、前回対象者(R町)を再度検診し、10年後の呼吸器所見の変化の様態を前回と比較検討し、それらの変化と作業形態の変遷との関連につき考察を加えた。

対象および方法] 受診者は、男子51名(58.6±53才)、女子37名(54.4±38才)で、い草栽培経験年数30年前後の者を主とするが、他作目へ転換した1例を除き、全例が大型乾燥機、刈取機、泥染機を導入しており、平均栽培面積は、男子0.91ha、女子0.84haで、それぞれ前回に比し36%、50%の増加を示した。なお、かかる変化は、本地区い草農家にみられる平均的な傾向である。また、X線写真は、前回判定と無関係に、兩年次とも、じん肺エックス線フィルム(労働省 1978年)を参照して所見を分類した。

い草労働の変遷] 著者らが実施したR町い草世帯における労働実態調査によれば、1968年に比し、労働時間と拘束変動率の短縮、減少、睡眠時間の延長、平均RMR(図1)および消費熱量の低下をみ、表1のごとく世帯あたりの投下労働量が減少したが、雇用労働力の減少により、一人あたりの労働密度は、ほぼ採り作業時と同じ水準にあった。これは主として機械化に伴う変化であるが、それゆえ従来主として男子が担当していた作業を中心に進行したため、男子の筋労働による負担は明らかに軽減したが、筋労働を主とする付帯作業を女子が担当するため、平均RMRおよび消費エネルギーにおける性

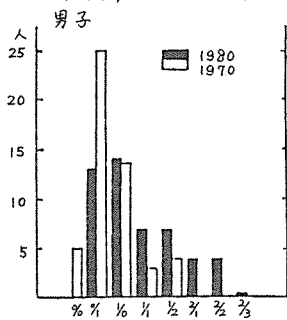


図2. X線写真判定成績: 症度別度数分布

差が顕著に減少する傾向をみた。

じん肺所見の変化] X線像においては、中下野の変化が顕著で、不整形陰影を主とし、粒状影はP以下であったが、症度分布は図2のごとく

表1. 一日一戸あたり投下労働量

作業	投下時間(分)			消費熱量(Cal)		
	1968	1978	1979	1968	1978	1979
い草し、い返し、い草ね	1094	0	0	4272	0	0
乾燥器搬入、搬出、収納	294	530	479	1166	2029	2084
(計)	[1388]	[530]	[479]	[5438]	[2029]	[2084]
い切り	858	342	628	4210	1674	2316
泥染め	224	239	278	1108	868	929
い草運搬肥	574	350	334	2318	1502	1973
すぐり、結束	764	754	391	3981	3936	1980
(一日作業計)	[4622]	[3027]	[2110]	[18828]	[11952]	[9282]

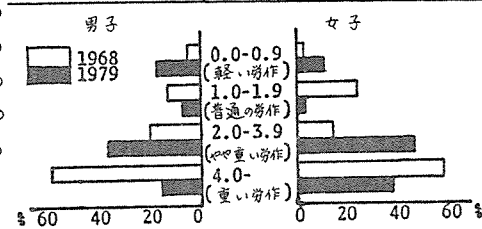
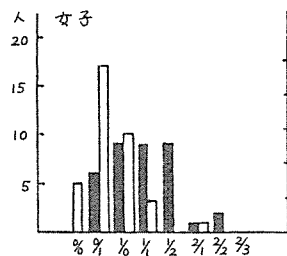


図1. い草収穫作業時のRMR頻度分布

で、%以上の症度は、男子74.0%、女子82.9%で男女とも前回より著明な増加をみた。有所見者率や症度の進展傾向は、女子が男子に比しより高率にみられ、女子における粉じん暴露の様態を詳細に検討する必要があることが示唆された。



22 京都市内のじん肺患者生活実態について。  
(じん肺法・労災保険法をめぐる諸問題)

京進じん肺患者同盟事務局  
宮入昭午

1. 序文

昭和49年7月、京都府は京進じん肺患者同盟の請願により、府下じん肺患者の実態調査を行い、これを同50年2月「じん肺患者生活実態報告書」として公表した。この骨子は、i)患者の生活実態は大半が生活保護水準かそれ以下であること、ii)じん肺法など労働者保護に關する法令が周知されておらず、じん肺健康診断や、管理区分の意味などが知られていない、iii)事業主の防じん対策は不徹底であり、全体の60.5%は「ガーゼ」マスクを主とするものであった、iv)現状改善のため地元自治体は「労災取業病相談室」を設置してキメ細かい対策を講じてくなくてはならない、等である。

昭和55年6月じん肺患者同盟は、上記報告書の示した内容がその後5年間を過る中でどのように変化し、患者はなにを要望しているか等を知るため京都市内に住むじん肺管理4の者を対象に実態調査に取組んだ。

2 調査方法の特徴

調査期間は昭和55年6月1日から8月10日まで約70日間に亘った。患者(役員)が2人1組となり担当地区の患者を訪問面接する調査方法で、これは昭和54年度逆瀬川でなされた方法を踏襲したものであり、患者相互の交流に役立った。

3. 調査の結果

(1) いわゆる統計数字にならない、じん肺特有の事例の発掘

a) 労損病とじん肺を併発した患者、男、1921年生れ、元鉱山労働者、1962年落盤により労損病となる。1975年頃より咳、痰激しくなり随時申請の結果、1977年4月じん肺管理4決定、主治医に決定通知を示してもとり合わず、呼吸困難増す。監督署も本人の申請に答えず。調査員が京都府基局へ通報しようやく治療対象となる。

b) じん肺管理4と、24年間黙殺され、1974年7月2日胆道癌で死亡。男、1921年生れ、鍛造工、1960年10月管理4決定、以後2回肺切除3~4回入院、いづれも社会保険適用、休業補償なし。1974年7月2日胆道癌で死亡。調査員の協力で未亡人が葬祭料、遺族補償を請求、1976年3月25日じん肺による死亡と認定、葬祭料等の給付決定する。

(2) 調査対象

管理4又は合併症で休業、療養中の京都市内じん肺患者351人中、死亡転居先不明等調査不能63人同拒否113人、結果として144人を対象集計した。市内行政区別分布を昭和49年度と比較すると。

年次	京師(総数)	北区	長京区	上京区	南区	中京区	下京区	石京	西京区	伏見	東山	山科区
昭和49年度	137(100.0)	2	12	2	13	5	5	20	13		66	
55年度	351(256.2)	7(3.5)	29(24)	11(5.5)	44(34)	13(20)	13(20)	49	4(2.6)	52(40)	111	18(19)

○内は統計  
1981  
4月

(3) じん肺法に関する問題

管理区分決定について、昭和49年度は知らないとする者全対象の13.1%であったが、55年度は17.4%であった。随時申請制度については、昭和49年調査で、55年度61人42.4%は知らない、と答えた。

(4) その他、一結論

家族構成は核家族化し(2人家族まで49.3%)家族内に就労中の者は、昭和49年度と比し著しく減少した。(14.5%から64.6%へと就労者などが増大)年金等補償額は月額平均135,000円であった。

労災被災者であり、身体障害者でもあるじん肺患者は、医療面、社会生活面不様々な苦痛に耐えていることがわかった。□際障害者年はこれら障害者の社会復帰を抜本的に再考すべき年であろう。

# 23 日吉町に於ける元鉱山労働者（じん肺・マンガニ中毒）検診のその後

京都府船井郡日吉町保健婦

日吉町役場 吉田 幸永

昭和49年の賑おこしから10年目を迎えた日吉町では

元マンガニ・鉱山等の労働者 344 名  
労働災害認定者 173 名  
(うち5名はマンガニ中毒)  
死者 10 名  
じん肺管理区分 3-1 24 名

上記被害者の健康管理対策の問題をかかえ、国の施策としての労働災害者に對する「医学検査、機能回復訓練施設もない日吉町で」被害者の人びとと同じく住み、生活を共にしている医師と保健婦が毎日毎日抱しにかけてくる被害者の生命の問題と向きあっています。

昨日話していた人が今朝アツクなく死んでしまう。じん肺癌の2枚文に直面し、じん肺専門の医学検査がほしい、と藍ざりしながら、くやしさをかみしめています。それと同じに70名の患者さん、24名の（じん肺管理3-1）の患者さんの治療とリハビリおまけに生活面での支援を1人の産業医が一手に引うけ、ざりざりのところでがんばっています。

一方で350名の元鉱山労働者の方がたの出される之まごまごな要求（医学、リハビリ、くらしの問題、同僚とこまごまの支援等）の相談にこたえようと昼夜の別なく胸内を駆け回りまわす保健婦。こんな大変な仕事を1人の産業医と町の保健婦に抱しつけている町の労働災害福祉行政に不信をいだかざるを得ません。がしかしそれは国の責任だからと言つて苦しみ困っている人びとを無視するコトはできず、職場や地域の中で「町の保健婦」のために、じん肺のことばかりではなく、そんなエネルギーがあるのなら、みんなにそのエネルギーを注いでほしい。と、おこら小除がらし日平均10時間労働でがんばっています。こうした中で日吉町に労働センターの敷地確保とじん肺同盟の運動で約束させ、設立の芽が育ちはじめたところですが、これに要するお金を出す園は、腰を上げようとはしません。

付記

6月9日 熊大医、原田正純先生来町 マンガニ中毒の患者さんを診察された感想  
学問の上で定まっているいわゆるマンガニ中毒では理解できない、非常に重症な症状である。マンガニ中毒の患者さんを見て頂い、教科書のおまごえをよる必要がある。日吉町へよせてもらつてよかつたと思ひます。

昭和39年4月	町村合併によって五ヶ荘村、世木村、初原郷村が合併し日吉町となる	49 10	京滋じん肺患者同盟日吉支部結成 準備会					
39 8	森永ヒソミル中毒事件	49 11	日吉支部 じん肺学講座					
39 10	旧世木地区担当田五ヶ荘地区担当配置がえ	49 12	静岡奥佐久間町山崎診療所 見学					
39 4	京都府より母子愛育センター地区の指定を受ける 水住、田ヶ谷、西郷、五ヶ荘地区に指定 田五ヶ荘地区より、マンガニ中毒発生の子育ありマンガニ鉱山に派を発生する河川の本質（マンガニ含有）検査実施	50 3	じん肺自主検診					
39 3	じん肺法制定							
39 5	五ヶ荘地区担当田五ヶ荘地区担当より、マンガニ中毒発生の子育ありマンガニ鉱山に派を発生する河川の本質（マンガニ含有）検査実施							
39 8	結核の発生のみならず、多発地区の住民が、夜間7〜9時	50 7	じん肺患者同盟日吉支部結成					
39 2	田ヶ谷東谷マダラ地区に初の健康診断実施	50 10	マンガニ中毒自主検診					
	主幹の貸金95%（ザリー79%以下）主幹の滞在疾病78名健康手帳作成							
39 10	3名の保健婦財政のこんさうで2名にへらる							
40 4	日吉町健康づくり具体化、町婦人会が立ちあがり手をつなぐ							
41 11	長野県八千穂町見学（船井郡保健婦研究会、船井郡地域婦人会）							
40~	結核（じん肺）結核で死亡する人がはじまる。いづれも40歳代							
43 10	第26回日本公衆衛生学会 京都府							
44 10	日本公衆衛生学会 14年目の訪問							
46 4	船井郡の行政課に農業改良普及所の生活改良普及員をよぶ							
46 5	グループの発足（船井改善グループ）月1回の会合をもつ							
48 4	グループの会合で夫をじん肺で入院させた妻（グループ員）「もっと早くじん肺検査があったらなあ」							
48 8	グループの会合で「保健婦さん、口先だけやったらだめです。実行してもらわんとあかん」PHN「え、おたが口先だけやめてください。やるさかいになあ」							
48 9	グループ員と保健婦 東舞西走							
48 10	日吉町の補正予算で20万の検査費通過							
	じん肺の検査やってもらえる医療機関さがし、船井郡保健婦連合会に相談、工場保健会診療所を紹介してもらう							
49 1	町役場保健課長と保健婦、工場保健会診療所へ、じん肺検査のおわがいにいく							
49 1	田五ヶ荘労働者のはりおこし、右横つくり、カメがつくり、大いそがしの1か月、88名の名簿つくる							
49 2	じん肺の自主検診							
	管理区分							
検査者	受検者	じん肺有	0	1	2	3	4	
58	39	26	3	25	5	0	6	
49 10	京滋じん肺患者同盟日吉支部結成 準備会							
49 11	日吉支部 じん肺学講座							
49 12	静岡奥佐久間町山崎診療所 見学							
50 3	じん肺自主検診							
	検査者	受検者	じん肺有	管理区分				
	00	50	46	34	1	1	10	
50 7	じん肺患者同盟日吉支部結成							
50 10	マンガニ中毒自主検診							
	検査者	A	B	C	D			
	31	2	5	8	16			
50 11	日吉町の医師マンガニ中毒についての要請書作成、町婦人会、町衛生部長、保健所長、町長、町議会に提出							
50 12	町議会保健 じん肺同盟日吉支部と保健婦							
50 12	町婦人会、保健婦協会、日吉町在住の医師の要請とらけ話しあい							
51 2	町婦人会公営担当改グループ、日吉町のマンガニ調査							
51 3	行政（労基）による初のじん肺、マンガニ中毒検診							
51 3	検診延期 日吉町の希望者157名							
51 7	日吉支部第2回定期総会							
51 10	全国じん肺患者同盟総会に出席							
51 10	じん肺、マンガニ中毒検査説明会日吉町役場で、労働							
51 10	京滋じん肺患者同盟総会参加							
51 11	京大医、公衆衛生部長、京都府第一行、現地見学							
51 11	町定部大津駐科、加藤教授一行、マンガニ中毒患者調査結果に							
51 11	じん肺検査 マンガン中毒検査							
52 2	マンガニ対策調査結果 124名 じん肺検査結果							
	検査者	受検者	区 分					
			0	1	2	3	4	
	159	116	76	29	1	5	5	
52 9	マンガニ中毒検査結果の発表 京都府より							
52 12	同上 個人通知							
53 7-21	マンガニ鉱山労働者のワーベンス断日吉支部129名							
53 9 18	同上 検査結果22名							
53 12	同上 検査結果認定者説明会11名（ただしマンガニ中毒は除く）							
54. 11. 9	京都府、日吉町の3者で検診、検診対象者26名中175名が検診、有検者6名、内検認者2名							

## 24 大分県南部における出稼ぎじん肺などについて

長門莫記念会長門記念病院 ○長 門 宏  
佐伯保健所々長 三 浦 肇

大分県南部佐伯市南海部郡に出稼ぎ隧道工事従事による多数のじん肺症が発症している。佐伯保健所三浦によれば約3500人男子人口比率7%にもものぼっている。またその発生は沿岸部に多く山間部に少ない。

当地方のじん肺症の発症の社会心理的背景としてリアス式海岸という閉ざされがちな社会、半農半漁という経済の問題、大正の頃日豊線開通に伴う隧道工事の特殊な技術と歴史を持ち、むしろ隧道工事従事が専業化したこと、親方、世話役、同胞という縦型の特殊な社会構造、じん肺法、労働安全衛生法に基づく検診の不充分さ、じん肺の知識の欠如などがあげられる。

また隧道工事従事者の作業環境からじん肺だけでなく、振動障害、難聴、腰痛症などの複合職業病といってもよいと考えられる。特にじん肺+振動障害が問題となっている。

さらに配偶者の社会心理面にも大きな影響を与えているし、地域社会に与える影響は大きい。

当地方のじん肺(珪肺)の特徴は出稼ぎによるものであり大陰影(PR4c)が多く、肺結核の合併が多く且つ40代50代の死亡が多いことである。

また54年度の結核死亡は大分県の人口10万対12.0人で日本一であるが、このうち佐伯保健所管内は33.1人、海岸部は49.5人であり、結核死亡日本一はこのじん肺によるものであり結核対策にはじん肺対策が必要といえよう。

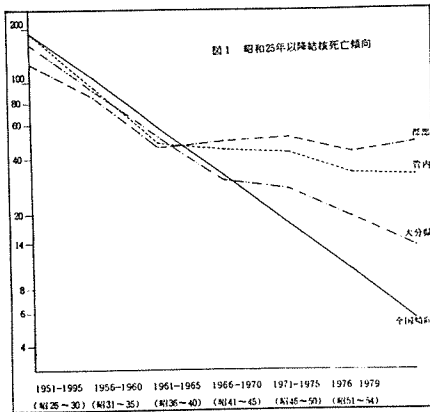
さて当地方のじん肺が社会問題化され約8年たったし、私達もじん肺問題に取り組んで8年たった。表面的にはじん肺などの問題は片付いたように見える。しかし根本的な問題は何ら解決されていないし、当初心配された問題が生じてきたと考えられる。すなわち、①相変わらず随時申請が多く、じん肺法などに基づく事業所での検診が行われていないこと、すなわちじん肺検診が相変わらず徹底されていないということ。②しかしじん肺検診を徹底させると管理3イ3ロが多くなりかえって職を失うということにもなるということ。③じん肺外の職業病例えば振動障害などの検診をどうしたらよいかという問題、④出稼ぎ隧道工事特に導坑掘りを専門としている為、比較的賃金が高く且つ地元で適当な企業が無く隧道工事以外の技術を持たない為、社会復帰がほとんど不可能であること。⑤地域社会の中で隧道工事者以外の人達との間に社会的な隔絶が生じつつあること。⑥じん肺、振動障害は労働省、結核は厚生省といった行政の谷間の問題、⑦さらにじん肺はじん肺法による診査基準があるも、振動障害は診査基準および診査医がいらない為に生じる意見の相違、⑧第一線の医師にとって実際の診療よりは診断書記載に時間をとられること、且つじん肺などの進行性疾患は治療のゴールなき疾病といえる為、臨床医師にとって魅力のないものとなりがちなこと。⑨職業性疾患のアプローチなどに臨床医と基礎医学(衛生学)の相違があること。⑩地元での臨床の医師と大学関係の先生方との意見の相違がみられること。⑪流行的に、表面的に、政治的に処理されて、真の意味での対策がなされなってしまうこと。さらに将来の地域社会のあるべき方向に目をむけていないことなど当地方の出稼ぎ隧道工事従事によるじん肺、振動障害は様々な問題を投げかけている。最近小学生の作文に「将来職業病(じん肺)などになって立派な家を作って毎日のんびり暮して魚つりをしたい」というのがあらわれていることである。この事に非常に強い衝撃を私達は受けた。

## 25 じん肺・振動障害等の地域における集積の問題

三浦 肇  
大分県 佐伯保健所

結核死亡率の鈍化の原因調査に端を発した佐伯保健所管内の、じん肺及び振動障害さらに労働災害による身障者等は、この地方に保健上あるいは社会的な様々な影響を及ぼしている。

そのうちじん肺について述べる。職業性疾患は、保健所の所管外の疾病であるが、図1の様



にも対ノ〇万約36の死亡率を示す原因として、じん肺の影響が無視出来ない。じん肺について結核一般住民検診、保健所の健康相談、従来から続けられていた病院、医院での診断、治療の情報等をもとに、1973年以降調査を続けて来た。じん肺有所見者は1981.3.31の保健所での把握数は2498名である。又、1973年以降の累積は3500名に及ぶ。表1は地域別年齢階層

Age	49under	50-64	64under	65over	TOTAL
SAIKI	135	184	319	92	411
SEA COAST	358	573	931	250	1181
INLAND	41	59	100	25	125
TOTAL	534	816	1350	367	1717

別に1980年中に直接保健所でレ線フィルム等を診る事の出来たものを分類したもの。

表2はレ線病型別に示した。表3は結核死亡中の「じん肺結核死、単なる結核死及びじん肺のみによる死亡」を示した。

	PR1	PR2	PR3	PR4B	PR4C	
SAIKI	68	91	44	148	60	411
SEA COAST	200	296	197	330	158	1181
INLAND	37	31	24	25	5	125
TOTAL	305	418	265	506	223	1717

	1973	1974	1975	1976	1977	1978	1979	1980
Tb	23	30	39	20	39	33	33	35
Tb+PR	8	15	22	7	32	21	24	28
Tb	15	15	17	13	7	12	9	7
PR	-	-	-	5	4	-	1	13

1, じん肺罹患の粉じん作業場。じん肺有所見者の96%は粉じん職場として隧道工事に従事その大半は推進作業である。2, 隧道作業場は域内に極めて少なく彼等が働いたのは全国都道府県及び朝鮮半島中国南方中近東にまで及んでいる。3, 就労期間は1年~50年。就労形態は農漁閑期の季節労働的なものから専業化されたものまでまちまちでそのほとんどが出来高払い制で働いている。

4, 就労の動機。経済的なものが大半を占めるが、生計のためと漁船の購入家の新築等一定の目的で分かれ、少数ではあるが親戚知人への援助、さらに青年の通過儀礼的な理由をあげた者もある。

5, 職安を通す者は少なく、縁故あるいは世話人と称する人の呼びかけに応ずる形が多い。これと長い期間にわたっての就労のため、粉じん作業経験者の数が末に把握出来ない。6, 労災適用者は1/10と推定される(44%)。休 補償額あるいは障害年金額は一般に高い。この事と患者の外見が病人の通常概念から離れるため、地域住民との間でしっくり行かない点がある。7, 一方死亡特に40歳台50歳台の死亡。しかも激しい呼吸困難による死亡が身近かでおきているためじん肺法随時申請をするときの彼等の心境は複雑である。8, 公衆衛生上の問題点としては、結核の大きなリスクファクターになっていることである。21.97%が結核合併であり排菌は56%に認められる。又結核死亡中の76.47%がじん肺結核である。さらに、肺がん、その他がんを今後は問題にせざるのではないかと思われる。

以上、佐伯地方のじん肺の現状と、社会学的、公衆衛生上の諸点について報告する。このような域内に原因となる職業がなくておきた、島教授の言うもらい職業病、さらに現在就労していないため労働衛生行政の枠外にあるはみ出し職業病は、労働力供給地域では公衆衛生上、社会特に地域振興につながる労働力の面からも重大な問題である。

もともと、一人の人間を、厚生行政、学校保健、労働衛生上と行政的に分けることがおかしいので、地域保健として、人を中心にした保健、医療行政が望まれる。

## 26 農山漁村に集積する トンネル建設出稼じん肺患者の調査

山崎 喜比古 (東京大・医・保健)

### 1. 調査研究計画と本報告の目的

トンネル建設出稼坑夫におけるじん肺多発の社会的要因を解明することを目的に、これまでに、問題の全体的歴史的な把握をめざす調査研究をすすめるとともに、地域を対象にインテンシブな実態調査を追求してきた。そして、1980年には大分県南部地域（佐伯保健所管内）、1981年には徳島県西部地域（三好郡、8か町村から成る人口約6万6千の地域、池田保健所管内）の調査を実施した。

本報告では、これまでの調査研究結果をふまえ、社会的予防論の立場から、こうした健康問題を生んだ社会的歴史的メカニズム解明の分析視点を整理してみたい。

### 2. トンネル建設出稼坑夫におけるじん肺多発の実態（追加資料参照）

トンネル建設じん肺は、要寮養患者の発生が近年急増しており、しかも、他産業に比べて労災認定時年齢が若年に偏していることや、労災長期受給者の毎年死亡率が高い傾向にあることなど、重大な疫学的特性が認められる。大分県南の米水津（よのうず）村での調査結果も、トンネル建設じん肺が他産業のじん肺と比べて、進展速度が速いのではないかと旧来の指摘を裏付けるものであった。

1970年代半ばにじん肺患者の地域集積が明るみにされた大分県南と富山県東部地域（黒部保健所管内）は、トンネル建設じん肺患者の急増現象の実体にはかならなかつたが、全国には、これらの地域以外に、発生規模にちがいはあれ、同じような地域の存在することが推測された。事実、徳島県西部地域が、その一つとして確認された。調査は、この地域内のM病院に入・通院する要寮養じん肺患者を対象に行なったが、大分、富山の事例と、疫学的にも社会学的にも共通点が多く認められた。

同時に、これらの地域事例は、共通して、疫学的にも重大な特性をもったじん肺の発生から地域

集積に至るまでの過程が、相当長期間にわたり潜在的に進行してきたことを示すものであった。

### 3. 問題の歴史的考察の視点

大分、富山における関係者による大量の患者発掘の努力と経緯は、地域保健のあり方への貴重な問題提起ともなっている。

しかし、じん肺の発生予防の見地からする問題の核心は、就労現場での問題化が農山漁村地域での問題化のあとになった、言い換えれば、現場でじん肺が次々と進展し重症化さえしているにもかかわらず、現場におけるじん肺対策が一向に進まなかつた要因は何かということにある。

また、戦前・戦後を通じて、トンネル建設じん肺を主題とした調査研究報告は極めて少なく、さらに、じん肺をめぐる社会的な動きにおいてもトンネル関係はみられない。しかし、トンネル建設けい肺にふれた戦前およびじん肺法制定以前の文献資料を検討してみると、古くから、識者や行政当局により、むしろ他の業種以上に危険性が認識され指摘されていたことがわかる（追加資料参照）。にもかかわらず、事態は長期間放置されてきた、その要因は何かということである。

トンネル建設業の粉じん環境や労働実態は、他産業よりじん肺発生危険度が高い。石川（1937）は、けい肺り患危険率（X）の総括的標示を、

$$X = K \cdot (CI \times H) / (P \times Q)$$

（K=じん埃の物理化学性状による常数、C=飛じん濃度、I=労働強度、H=労働時間、P=個人のけい肺り患抵抗力、Q=防じん装置）  
で表わしたが、各々の因子につき、その歴史的変遷および他産業とのちがいを検討してみる必要がある。

そして、以上の要因は、トンネル建設業、建設労働あるいは出稼坑夫の特質という背後要因との関係で解明、把握される必要がある。そこでは、古くは出稼女工の結核、最近では原発下請労働者の被曝といった、同種あるいは同型の健康問題の根本につながってこよう。

## 27 奈良県丁村における民有林振動病患者の実態と 振動病対策の課題—患者訪問調査の経験から—

車谷典男・伊木雅之(奈良医大・公衆衛生)

〈目的〉昭和55年度に振動障害対策巡回指導事業の対象地区に指定された奈良県丁村は、同56年度から村独自の振動病対策事業として村立診療所内に振動病専門外来を設置する事を決定し、当教室に協力を依頼した。民有林における振動病対策は周知のごとく国有林に比べさくめて遅れており、この点は要療養と診断されながらも未治療者が多い事に象徴される。今回、専門外来の開設および丁村林業労働者の健康管理を実施するにあたり、振動病患者の実態と民有林振動病対策をすすめる上での課題を把握することを試みた。

〈丁村の概要〉丁村は奈良県の南端に位置し、和歌山・三重両県に境界を接する面積670km<sup>2</sup>の日本でも有数の村である。森林面積は63991haで、その内約90%が民有林である。村人口は、昭和55年の15588名をピークに減少が続き、昭和50年国勢調査時には8086名と落ちており、この時の人口ピラミッドは男女とも10歳台と40歳台とにピークを持つような人型を示す。林業・狩猟業従事労働者数は780名(昭和50年国調)であるが、チェーンソー等振動工具従事労働者数は約500名と推定されている。村内には、村立診療所を含め労災取り扱い医療機関は5ヶ所あるが、いずれの医療機関においても振動病検診用器機は設置されていない。なお、過去8年間の振動病巡回検診受診者実数は238名で、Raynaud現象経験者数は56名(23.5%)、要療養者数は80名(33.6%)であった。

〈調査対象・方法〉丁村における過去8年間の要療養者実数80名と他県で認定された4名の計84名から、死亡者、転出者等を除いた残り64名を調査対象とした。調査は、予め作成した質問票に従う面接調査法とし、昨年度の検診が終了した本年2月中旬から3月末にかけて患者訪問により実施した。なお、質問票は、振動病を中心とした自覚症状、振動工具使用状況、振動病治療歴、受療抑制要因、生活への影響、の各項目から構成した。

〈結果〉訪問調査の実施数は44名中55名(85.9%)であった。実施できなかった9名には入院中の

3名が含まれている。以下は55名(男性54名、女性1名)についての結果である。(1)年齢;平均年齢は52.5歳で、30歳台2名、40歳台17名、50歳台28名、60歳以上8名である。(2)現症;Raynaud現象経験者は37名(67.3%)で、この内4名は下肢白変も経験していた。調査時より過去一年以内に白変発作を有する者は30名(54.5%)であった。持続性シビレ12名(21.8%)、シビレによる夜間覚醒29名(52.0%)、熱いものを平気で持つ者15名(27.3%)、肘関節痛40名(72.7%)、腰痛(常時+時々)30名(54.5%)、耳鳴36名(65.6%)であった。(3)就労状況および治療状況;55年度新規に患者を除く49名のうち39名はC診断後も振動工具を使用しており、チェーンソー使用者の30名に限れば、使用1日2時間以上が27名、1回連続10分以上が18名であった。前述の39名中30名は調査時現在未治療である。検診で要療養と判定されながらも治療を受けなかった者は49名中31名で、治療開始後自己判断で治療を中断した者は14名であった。(4)受療抑制要因;未治療あるいは治療中断の理由として多かったのは、労災給付が低額のため生活の維持が困難、自覚症状が比較的軽度、労災の申請をしなかった(手続きを知らない、事業主証明とれない)、組合作業の専従者であった、治療医・専門医がいなかった、認定されると仕事が終わる、などであった。(5)生活への影響;失職2名、職種変更を余儀なくされた6名、収入減18名、家族の中で進学を断念した例が3家族、結婚を遅らせた例が3家族、生活費を切りつめていた14名、などの訴えが認められた。

〈結論〉奈良県丁村における振動病患者は、要療養と診断されながらも未治療の者が過半数を越え、しかも振動工具を長時間使用している者が多いと言える。その理由は多様であるが、不十分な労災給付、振動病知識の欠乏、専門医の不在、労災手続き知識の欠如、周囲の無理解、などは患者の多くに共通した理由であり、これらの解決が今後の振動病対策の課題と考えられた。

## 28 愛媛県における林業の振動病対策の問題点

山河 泉(愛媛大・医・公衆衛生)

柳 尚夫, 楠目 康, 原 知代, 永沢 容

矢木崇喜(愛媛大・医・学生)

### I. はじめに

チェンソーによる振動障害が注目されてからはや15年余経過したが対策はまだ十分でない。愛媛県の民間林業における振動病検診の実態、認定過程の問題点を探ってみたので報告する。

### II. 民間林業と振動病認定者の現状

S.53年度素材生産量は全国14位で私有林が主体である。チェンソー導入時期も他府県とほぼ同時である。工具使用者は約2600名と考えられ使用状況を表1に示す。認定者の現況を表2・3に示すが、認定者66名のうち県内在住者は14名(21.2%)。他は他県からの出稼ぎ労働者である。我々の調査した日吉村でも実際には重症の患者が数名おり、県内には振動病患者がかなり存在するが放置されているのが現状だと思われる。

### III. 検診の実態と問題点(表4～6)

問題点 a)一次検診の受診率が低い  
b)要二次検診者の受診が少ない  
c)スクリーニングとしての一次検診の不十分さ

### IV. 認定過程の問題

a)労働者の振動病、労災の知識が不十分であり、労働者としての権利意識が低くかつ育ちにくい。

b)事業主が労働者の健康を守る責任を回避している。

c)監督署は事業主への指導を行なっていないが実態も把握していない。

### V. その他の問題点

a)検診、治療を担当する機関

b)予防、労働条件の改善

c)振動病検診治療対策推進会議の形骸化

### VI. 今後の課題 (口述)

表-1 チェンソー使用状況 (S54年)

年間使用日数	59日以下	60～89日	90～149日	150～209日	210日以上	計
人 数	1005	246	304	311	346	2212名

(県林業防(講習会受講者アンケートによる))

表-2 愛媛県下の振動病認定者数 (民間林業)

(年度別)		49-52	53	54	計
年 度					
人 数		39	11	16	66

表-3 他府県との比較

	(1)認定者数(人)	(2)チェンソー使用者数(人)	(3)素材生産量(千m <sup>3</sup> )	(1)/(2) %	(3)/(2) (m <sup>3</sup> /人)
全 国	3,969	82,359	32,145	4.8	390
愛 媛 県	50(8) (66(14))	2,335 (2,589)	644	2.1 2.5	276
京 都 府	226	1,100	215	20.5	195
高 知 県	528	4,555	815	11.6	179

(1); S53年度まで ( ) 内はS54年度まで ( ) 内は愛媛県内在住者

(2); S53年度、( ) 内はS54年度

\* 数字はすべて民間林業について

表-4 検診の現状

	一 次 検 診	二 次 検 診
主 催 者	林災協	事業主
対 象 者	チェンソーを使用する労働者	一次検診で、振動によると思われる症状がありかつ、医師が必要と認めた者
場 所	県内10ヶ所巡回/年	新居浜労災病院 市立八幡浜総合病院 今治第一病院
検診にかかる日数	巡回検診一日	一日～一週間入院
費 用	5千円	2万円～4万2千円
費 用 負 担 者	半分、事業主 半分、国庫負担	全額事業主負担
受 診 状 況	延人数1172名	受診者は少ない? (詳細は不明)

表-5 愛媛県に於ける一次検診受診状況

年 度	一次検診者数	要二次検診者数 (%)
S. 48年	207人	78人 (38%)
S. 49年	128人	52人 (41%)
S. 50年	141人	51人 (36%)
S. 51年	151人	93人 (62%)
S. 52年	108人	43人 (40%)
S. 53年	144人	44人 (31%)
S. 54年	293人	19人 (6%)
計	1172人	380人 (32%)

\* ( ) 内は 要二次検診者数 / 一次検診者数 × 100

表-6 京都と愛媛の受診状況の比較

	京 都	愛 媛
S 48年以降受診者数(延べ)	3550 (322%)	1172 (45.1%)
チェンソー使用者数	1100 (S 53年)	2600 (S 54年)

## 29 郵便局におけるオートバイ乗務員の 振動障害予防のとりくみ

松本忠雄（名市大・医・公衆衛生）

### I はじめに

1960年以降、加速度的に増加する郵便物量に対して、郵政省は要員増でなく、バイクの増備と大型化による新配達方式を導入して対応した。1966年には自動二輪車数が原付自転車数を上廻り、さらに1973年にはバイク数が自転車数を上廻り、今日なお増加し続けている。この結果、郵便局外勤者の公務上災害発生の激増をもたらした。

バイク振動病は、交通外傷による公務上災害と並んで、労働者の屋外労働条件、とりわけ手腕伝達振動や寒冷などの要因によるものと推測された。

### II 調査研究活動の経過

1978年には、全通九州地本のとりくみと久留米大学の高松教授らの積極的な協力で、バイクによる振動病の集団発生が明らかとなり、他の地方でも同様な検診が始めた。1978年9月、全通労組の依頼により、「全通取業病研究会」が医師研究者のチームとして発足した。当研究会の最初のテーマは、「バイク振動病の発生原因、病理の追求およびその予防、治療対策の研究」であった。

当研究会は、バイク乗務員のアンケート調査を実施したが、1979年には12地区の約15000名、1980年には残りの24地区の約35000名の調査表を回収し、分析した結果、オートバイ乗務員の振動障害が全国的に多発しており、それが労働条件によるものであるという示唆を得た。さらに、1979～80年において、北海道から屋久島までの10地区、約700名について振動障害検診を行い、200名以上の者を要治療と診断した。診断結果に基づいて多数の者が治療を受け、業務上認定の申請手続をとった。しかし、1980年12月までに認定された者は32名に対し、却下された者は136名と多い。却下を不服とする多数の者が人事院に再審査請求を行い、その多くは現在なお審理中である。

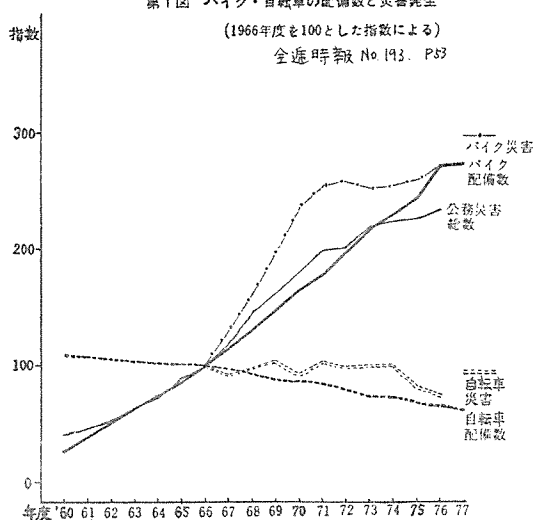
他方、当研究会内外のメンバーの協力で、オートバイの振動測定やオートバイ乗車時の労働生理学的研究も行われてきた。雪上や凍結路面、凹凸路面での振動はとくに問題が大きい。郵政省のオートバイメーカーは、その防振型を用発したがその振動レベルにはまだ問題があると考へられた。

### III 今後の取りくみの課題

- 1) ひきつづき、オートバイ乗務による振動障害の病像および発症要因の明確化を行うとともに、各種オートバイの振動や握り圧の検計、オートバイ乗車時の労働負担の検計、オートバイ使用による集配労働の内容や労働負担の検計などを行う必要がある。
- 2) オートバイ使用による振動障害の予防治療対策の強化を行う。①初診医師の診断内容の尊重と適切な治療を行う。②オートバイ使用取への配置時及び定期的振動障害チェックの実施。③オートバイの構造に関する衛生基準の作成とオートバイの改良。④オートバイ乗車時の衛生基準の作成。⑤集配労働におけるオートバイ使用の労働基準の作成。⑥郵便局における集配システム全体の再検討とその改善。⑦上記の諸事項の実施のための法的整備。

我々はこれらの課題の前進のため、さらに努力を積み重ねる必要があると考へる。

第1図 バイク・自転車の配備数と災害発生  
(1966年度を100とした指数による)  
全通時季報 No.143, P.53





木内 泰美, 朝倉 隆志, 姥山 寛代(北病院)

○上畑 鉄之丞, 干田 忠男, 笹川 七三子(杏林大・  
匠・衛生)

(はじめに) 民主的な医療機関が、地域医療をすすめていくためには、地域住民や勤労者の健康に対する切実な要求によって支えられ、それらが具体的に実践されていることが条件になる。人口約38万人の北区に1974年に設立された北病院は、その場で、一帯で重症救急医療を配置し、他方で医療社会事業部を中心とした0歳から100歳までの健康づくりを運動として括弧して行くユニークな病院として注目を浴びて行く。演者らは、これらの保健活動の一環として、1976年秋より労働衛生相談室を開設し、今日に至っている。

(労働衛生相談室の設立経過) 北病院を設立する運動には、多くの労働者が参加したが、彼らを中心として5回にわたり「職業病研究交流会」が開かれており、また、顔料工場でのクロム鉛中毒の自主検診、認定運動、列車乗務員の自主的健康診断活動などが病院スタッフとの協力のもとにすすめられており、定期的に職場の健康問題を相談する場の設立が望まれていた。そのため、演者らが協力することになり、週1回相談の場もつに至った。

(労働衛生相談の方法) さまざまな職場の健康に関する問題と労働者や労働組合が自主的に解決していくための率直的な技術援助を行なうこと、また病気の治療については原則として臨床医師に依頼して労働衛生的な場での環境状態の把握と予防面からのアプローチを行なうことを目標とした。また、相談を受ける対象としては、①労働組合からの問題提起、②個人の労働者からの取場環境や身体の不調の訴え、③中小企業経営者からの相談の3つとし、問題を個別の解決だけに終らないうで、全体の研究集会にも持ち出し、何らかの共通の問題にまで発展させることとした。そして、そのために既にあった「北区職業病研究会」の定例会議を重視した。

(今日までの具体的な活動事例) 1981年春までの5年間の相談のなかで、とりあげた事例は100以上にのぼるが、その内分は、ほぼ労災認定の

相談4、職業病の治療相談3、取場の健康や環境調査1、健康診断の相談0.5、その他疾病予防活動0.5の比である。(注、労災認定では裁判などの証人なども含む)。このようななかで、一定期間解決をめぐって取り組んだ事例を紹介する。

①職業性薬割アレルギー対策の事例……150名くらいの製薬工場の労働組合から抗生物質や消炎剤の原料粉末による喘息様症状の発生相談があり、会社の推せんする医師と共同で環境調査と特殊健康診断にとりくみ、その結果、有症者の配置転換と環境改善で完全に有症者をゼロにした。相談から調査するまでに約1年半かかっている。

②電器工場での特殊健康活動の事例……2工場約400名の従業員をもつ電器工場でコンベア作業による頸肩腕障害やエポキシ樹脂による皮膚炎が発生し、労働組合が会社に要求して、組合指定の内容で鉛、有機溶剤、頸肩腕障害、難聴などの特殊健康診断を行ない、環境調査では今だにベンゾールを主とする有機溶剤が会社も知らないうちに使用されていることを発見した。改善により有症者は減少している。健康実施までに約2年かかった。

③保線区の振動障害発見の事例……他病院で4エール鉛中毒と診断を受けた労働者が相談に訪れ、タイタンパーによる振動障害であることが発見され、国労分会の取り組みで認定が行われ、東京での保線区振動障害への運動のきっかけとなった。

現在年3回行われる「職業病研究交流会」は今回目(1981.7)になり、北区内でこの集会に組織参加を決めた組合は22、参加取場は401にのぼっており、区労連が主催団体に加わっている。

(今後の課題) 個別の職業病相談がまだ多く、取場ごとの事例は少ない。研究会での問題の検討が少なく、スタッフが限られていること。英語の認識をつくるため「年報労働者と健康」をNO.2まで発行したが、今後更に場を拓けるため、「1万人健康アンケート」を年行事として実施しようとしている。

## 31 有機溶剤を扱う建設労働者の社会医学的検討

○千田忠男 上畑鉄之丞(杏林大・医・衛生)  
西村 誠(立川第一相互病院)

〈はじめに〉 全建総連都連に参加する労働組合のうち、有機溶剤取扱者の実態を明らかにし、労働組合の安全衛生活動上の課題を検討するために調査を行なった。〈対象者と方法〉 有機溶剤作業主任者講習会参加者を対象として、労働内容、労働条件、既往・自覚症状等のアンケートを1980年6月から1981年5月にわたって実施した。

〈結果と考察〉 I 対象者は857名で、うち854名について検討した。II 労働内容：① 職種の主なもの、塗装42.3%が最も多く、ついで大工13.7%、左官12.8%、防水、内装その他と多様であった。② 作業内容は、塗装75.1%が最も多く、その大部分は手塗・吹付であった。ついで洗淨4.1%、防水32.3%、接着20.3%であり、各職種ともいくつかの作業を行なうことが特徴的であった。③ 作業場所は、屋内現場が最も多く(71.4%)、ついで屋外専用作業場(24.4%)、タンク内(4.2%)であった。④ 作業環境の安全衛生管理の面からみると、常時大量の有機溶剤を扱う塗装・防水・ガン吹付等の職種と、少量・時々ではあるが近年新たに使いはじめた大工・左官等の職種に区分される。また、いずれの場合も現場作業が主であるため、気中有機溶剤蒸気を低濃度に管理するうえでは種々の困難な条件がある。安全衛生活動の展開とともに、簡便・効果的な排気装置や保護具の開発普及が求められる。III 労働条件：① 作業日数は月25-26日が最も多く、19-26日が9割強をしめる。労働時間は8時間が最も多く、7-9時間が7割以上であった。② 雇用関係は、1人親方、被雇用職人、専業主に3分されるが、専業主の規模は、2人以下が約半数、5人以下が約8割をしめ、零細規模である。③ 労災保険加入状況は、加入者59.0%で、労働組合の成果と考えられるが、なお1人親方や被雇用職人では加入率は低く、加入促進は依然として重要な課題である。④ 賃金受領方法は、請負が最も多く(42.4%)、ついで月給(21.7%)、日給月給(20.8%)、他に出来高払・日当あわせて12.3%みられた。IV 既往・自覚症状：① 年齢分布は35-44歳35.5%、25-34歳27.2%、45-54歳24.6%の順であり、経験年数は10年以上56.7%、5-9年12.7%と長期取扱者が多いが、そのうち塗装等では長く、大工・左官等では短い傾向を示した。② 既往は、腰痛17.2%、四十肩・五十肩6.5%、胃・十二指腸潰瘍6.4%が多く、そのほか貧血15名(1.8%)、多発性神経炎1名(0.1%)がみられた。③ ここ1年間の自覚症状としては、全体で「以前よりおつかれやすくなった」(24.5%)、「視力がおちてきた」(24.4%)、「目の疲れが多くなった」(21.1%)などが高率であった。ついで25-34歳で、塗装等の職種は大工等に比べ、「性欲がおちてきた」が6.2倍、「酒量がおちてきた」が4.2倍と、さらに急性中毒を疑われる「気を失ったことがある」は4.0倍(塗装等12.8%、大工等0.3%)の訴え率を示した。④ ここ1ヶ月の症状として、いつも・ときどきの合計の訴え率をみると、「背中がいたい」(23.3%)、「肩がこる」(36.9%)、「目がつかれる」(46.4%)等であった。また25-34歳で、塗装等の職種は大工等に比べ、「手がしびれる」が1.9倍の訴え率を示した。⑤ 有機溶剤を常時大量に扱う塗装等の職種で、有機溶剤による健康障害についての健康管理活動が重要であり、また同時に各職種ともに腰痛等の対策も必要と思われた。

〈今後の課題〉

- ① 有機溶剤作業主任者講習会が労働組合の安全衛生教育活動の一環として行なわれていることは貴重なことであり、今後の成果が期待される。
- ② 有機溶剤に係る特殊健診が必要であり、その実現のために特設の工事が望まれる。
- ③ 労災保険加入促進の一層の推進が必要である。
- ④ 作業環境、特に気中有機溶剤濃度の実態把握と、作業内容に即した排・換気装置や保護具の普及が望まれる。
- ⑤ 同業同職種の未組織の労働者・専業主への、安全衛生活動の一層の普及が期待される。

## 32 学校給食の許可をめぐって

大塚県和岡山保健所 橋本周三

学校の米飯給食に対する食品衛生法の営業許可の申請の相談があった。衛生行政の立場からすれば、学校が直営する給食事業であれば届出で済む。しかし、一般の業者が給食をひき受けるならば、飲食店営業の許可を受けなければならぬし、施設が許可の基準にあつていれば、許可を与えればよい。今度の問題は、町の教育委員会の決定で、学校給食のご飯をこれまで給食パンを納入していた業者に委託するという事から、委員会と業者の間で、設備投資と中心に問題が提起された。

その経緯は、これまでは、教育委員会が直轄する学校給食センターで、パンによる給食がこなされてきた。米飯給食の実施が指導されてきた。週2回の弁当給食を実施してきたが、弁当方式は学校給食ではないという理由から、学校管理によるか、もしくは、業者委託による米飯給食が強要され、町教育委員会は検討の結果、個別炊飯方式とせらんだ。その理由は、炊飯給食等所要額の例で説明すると、施設整備に4000万円を投入するより、委託炊飯の所要額、75万円の投資で済む方法と選ぶのは当然である。委託の相談を受けたパン納入業者は、これまでに週5回のパン納入が、週3回に減ったこともあつて、これまでのパン焼窯が利用できる炊飯方式なら、穴のみにひき受けてもよいという段階になつて、食品衛生法の許可の必要性を知った。保健所は、当然、菓子製造業と飲食店営業は、同じ食品衛生法の許可施設であつても、その設備構造を異にすることから、施設整備の改善を求めたことからも問題が表面化した。

炊飯給食の備品は、国庫の補助対象になつても、施設整備は業者の自己資金によらなくてはならないために、その施設の整備をしぶつたのである。その原因は、単純明確である。即ち、1食、17円30銭の炊飯委託料は、1業者が月8回、1回400食の売上では、月収6万円にも満たない上に、光熱水費、運搬費、人件費をまかなわなければならないからである。

そして、この許可をめぐり経緯のなかで、いくつかの疑問点が、浮び上がってきた。

1. 何故、全県画一的な米飯給食を実施しなけれはならないのか。それは、学校給食が批判となつた経緯の再現である。米肉係着がこぞつて、米使用に巨額の宣伝広報費<sup>費</sup>がつかまされるなかで、米の栄養価を批判した人たちは沈黙を守り、この制度の批判は、一時的でしかなくつた。農村地域では高い給食費を支拂うより、自家にある米を使つた弁当の持参給食の方が、より合理的である（しかも、弁当は学校給食でなく、文部省管理の米の使用を避ければ、学校給食と認めないという。弁当と学校給食とでは何ほどの差があるのか。又、何故、自家管理の米を直接使わなければならないのか。理解にくく（むしろ、学校給食の目的が何なのか不明確である。

2. 先に述べた単純な経済価値で、農山村の社会的条件がどれほど政策面で配慮されたのか。普設の各町の人口規模は、5000~15000の間にあり、これまでも、隣接町村との協同方式も検討されたが、どの町も賛成するものはなかつたと聞かされたが、当然なことであらう。

3. 配給米が嫌われる世情にあつて、何故、学校給食米が美味しいのか。その品質の保障があるのか。学校給食委員会は、すでに試食をおこなつて、アルミハクパコク（1ヶ、15用程度）による個別炊飯方式が、従来の給食と異なる点として決定し、そのご飯の美味さを賞美しているが、高い自主生産米より、よりよい品質の米が、大量に使用される流通構造に疑問を感ぜざるをえない。また、いつまで、この良質の米の供給が維持されるのであろうか。もし、美味さにならされた児童が、配給米を牛の米になつたとき、再び、残飯をばすようなことにならねばと憂慮する。

# 社会医学研究会会則

(1978. 7. 改正)

- 第1条 本会は社会医学研究会という。
- 第2条 本会の事務局は当分の間、大阪大学医学部公衆衛生学教室におく。
- 第3条 本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もって目的とする。
- 第4条 本会はその目的達成のため次の事業を行なう。
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5条 本会の会務の遂行は、総会において会員中より選出された若干名の世話人より成る世話人会がこれに当たる。世話人の任期は3年とし重任を妨げない。
- 第6条 年次予算、会則、会則変更等重要事項の決定は総会の議決を経なければならない。
- 第7条 会費は年額2,000円とする。会員は無料で会誌の配布、諸行事の案内を受けることができる。ただし研究会の開催など特別に経費を要する場合は、そのつど別に徴収することができる。
- 第8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9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10条 本会の会計年度は、毎年7月に始まり、翌年6月に終る。

事務局所在地：大阪市北区中之島4丁目3-57

大阪大学医学部公衆衛生学教室内

振替口座番号：大阪1204 社会医学研究会

## <編集後記>

毎年医学書院の好意で「公衆衛生」の特集号として出していた総会の報告集も1980年度で打ち止めになりました。そこで今回からは、昨年創刊された「社会医学研究」の特別号として、表紙のデザインも同じにして講演集を発行し、総会に参加されなかった会員の皆様には、後日これをお送りし、報告集に代えるという事になりました。発表当日の質疑・討論の内容を含めて報告することが出来ませんが、財政難をご理解の上、お許しいただければと思います。

(第22回総会事務局 前田)