

BULLETIN OF SOCIAL MEDICINE

社会医学研究

第23回 社会医学研究会総会

講演集

特別号

社会医学研究会

1982

JAPANESE SOCIETY FOR SOCIAL MEDICINE

第23回 社会医学研究会総会

主 題

きびしい情勢の中での社会医学のあり方

1980年以降、第2臨調の答申や老人保健法案に見られるように、保健・医療・福祉・環境の分野での行政後退が進行し、一方では敦賀原発事故・夕張炭鉱災害・日航機墜落など、人間の生命と健康にかかわる重大な事件が続発している。

このようにきびしい状況の中で、十分に社会的対応のできる社会医学研究の前進と、今日的課題の正しい認識と方向づけ、地域・職域活動の交流と評価、さらに社会医学分野における若手・新人の養成が必要と考える。

今年の総会は、「1980年・健康とその公的責任」「1981年・80年代における社会医学の展開」の主題と内容をひき継いでそれを発展させるとともに、開催地の特徴をも生かしながら、課題を設定した。

会 期：1982年7月31日(土)～8月1日(日)

会 場：KBSびわ湖教育センター

総会事務局：滋賀医科大学予防医学教室

総会世話人代表 渡部 真也

細川 汀

7 月 31 日 (土)

時刻
13:00

第 1 会場

要望 障害児(者)問題 (1)	1. スモン患者の社会資源の活用状況とその問題点—北陸3県を比較して 中西 裕康(城北病院)
	2. 障害者の恒久対策—スモンの立場から 蒔 昭三(城北病院)
	3. 未提訴スモン患者の救済における国の責任と医療従事者の役割 片平 洸彦(東医歯大・難研)
シンポジウム ①農村における保健医療	司会 福知山保健所 山本 繁 1) 和知町における地域医療の取組みについて 京都府和知町 岡田 寛 堀 春枝 2) 長門町における取組みから 依田窪病院 矢嶋 嶺 3) 兼業農村地域における健康管理 愛媛大公衛 木村 慶 4) 不況下での農村の就業構造とくらし 京都府農業会議 渡辺 信夫
17:00 教育講演	私の社会医学 上智大学名誉教授 麓山 京

18:00

夕 食 ・ 休 憩

19:00

要望 障 害 児 (者) 問 題 (2)	4. 重症児の施設入所の動向と処遇の課題 田辺 久子(第一びわこ学園)
	5. 脊髄損傷者の増加に関する社会医学的考察 須田 和子(東京都神経研)
	6. 障害児早期発見・早期療育に関する調査 名越 廉(東大・障医研)
	7. 三鷹市における障害児を持つ親達の活動 吉田 ヤエ(三鷹心身障害者(児)親の会)
	8. 障害者家族の健康権からみた障害者問題 植田 章(柏花診療所)
	9. 膀胱カテーテル留置在宅患者の家庭看護条件に関する研究 浅井 芳子(都立神経病院)
	10. 障害者の食生活 大西由岐子(柏花診療所)
	11. 単身SCD事例の生活障害—食事について—の分析と解決 影山ツヤ子(都立神経病院)
	— 討 論 —

22:00

第 2 会場

一般 演 題	19. 高速道路沿線における低周波騒音の実態調査 北野 正文(銀杏短大)
	20. 新潟水俣病臨床例の検討 斉藤 恒(木戸病院)
コロキウム ①環境問題の新局面	司会 滋賀医大予防医学 渡部 真也 熊本大 公衆衛生 二塚 信 基調報告 三重大公衛 吉田 克己 発言 1) 公共性—その法律的問題点 関西合同法律事務所 須田 政勝 2) 交通公害 名大公衛 中川 武夫 3) 琵琶湖汚染と富栄養化防止条例 滋賀医大予防医学 福地 保馬 4) 人類環境の放射能汚染 秋田大公衛 滝沢 行雄

8 月 1 日 (日)

時 刻
8:30

9:00

10:00

11:00

12:00

13:00

16:00

第 1 会 場

総 会

要望

障

害

児

(衛)

問

題

(3)

12. 三鷹市中心身障害児対策確立の経緯
西 三郎 (公衛院)
13. 三多摩地域の難病地域ケアシステム
その1-東村山市における展開
小林 史朗 (東京都神経研)
14. 三多摩地域の難病地域ケアシステム
その2-日野市における展開
萩原 康子 (東京都神経研)
15. 地方自治体と障害老人在宅看護サ-
ビス-新宿区の政策に視点を置いて
露木 敏子 (東京都公衆衛生部)
16. 品川区における筋ジストロフィー症
者をめぐる地域ケア
高橋 郁子 (品川保健所)
17. いわゆる「植物状態」の人をかかえた
家族への地域でのチーム援助
松沢エミ子 (小金井保健所)
18. 家庭奉仕員による難病患者ケアの現
状ならびに保健婦との連携について
黒田 研二 (阪大・公衛)

— 討 論 —

第 2 会 場

要望

労

務

管

理

と

安

全

衛

生

一

般

演

題

30.

31.

32.

33.

34.

35.

36.

37.

38.

39.

40.

41.

42.

43.

44.

45.

46.

47.

48.

49.

50.

51.

52.

53.

54.

55.

56.

57.

58.

59.

60.

61.

62.

63.

64.

65.

66.

67.

68.

69.

70.

71.

72.

73.

74.

75.

76.

77.

78.

79.

80.

81.

82.

83.

84.

85.

86.

87.

88.

89.

90.

91.

92.

93.

94.

95.

96.

97.

98.

99.

100.

101.

102.

103.

104.

105.

106.

107.

108.

109.

110.

111.

112.

113.

114.

115.

116.

117.

118.

119.

120.

121.

122.

123.

124.

125.

126.

127.

128.

129.

130.

131.

132.

133.

134.

135.

136.

137.

138.

139.

140.

141.

142.

143.

144.

145.

146.

147.

148.

149.

150.

151.

152.

153.

154.

155.

156.

157.

158.

159.

160.

161.

162.

163.

164.

165.

166.

167.

168.

169.

170.

171.

172.

173.

174.

175.

176.

177.

178.

179.

180.

181.

182.

183.

184.

185.

186.

187.

188.

189.

190.

191.

192.

193.

194.

195.

196.

197.

198.

199.

200.

201.

202.

203.

204.

205.

206.

207.

208.

209.

210.

211.

212.

213.

214.

215.

216.

217.

218.

219.

220.

221.

222.

223.

224.

225.

226.

227.

228.

229.

230.

231.

232.

233.

234.

235.

236.

237.

238.

239.

240.

241.

242.

243.

244.

245.

246.

247.

248.

249.

250.

251.

252.

253.

254.

255.

256.

257.

258.

259.

260.

261.

262.

263.

264.

265.

266.

267.

268.

269.

270.

271.

272.

273.

274.

275.

276.

277.

278.

279.

280.

281.

282.

283.

284.

285.

籠山 京（上智大学名誉教授）

私は昭和9年3月に慶応大学医学部を卒業し、直ちに衛生学教室の助手となり、草間良男教授の下で大気環境と人工気候の研究に入りました。

昭和11年10月に満鉄衛生研究所に移って、田中文侑博士の下で、鉛中毒・硅肺・ベンゾール中毒等の職業病の研究に変わりました。そのために、大連鉄道工場や大連埠頭で日中両国の労働者の健康について責任をもつことになったのですが、これらの労働者にとって最大の問題は過労であってそれが労働災害や結核の多発とつながっていることを知り、疲労の研究をしました。

昭和16年6月に慶応の衛生学教室にもどって、川崎市に新設の日本鋼管予防医学研究所でフィールドワークを続けることになりました。労働者の過労の原因は、過長労働時間にあることはいうまでもないのですが、労働時間がただ長いことが問題なのではなくて、睡眠休養時間とのバランスがとれないことに問題があることを考えて、1日24時間の生活時間調査をしました。

この発想は、当時、過長労働時間問題に対する経営者側の反発として「労働時間を短縮しても、その余暇時間を休養に使わなくては、なんにもならないので、むしろ余暇の善用が先決である。労働時間を短縮すると他の工場へ日当稼ぎに行ってしまうことになる」という反論があったので、1日24時間の時間配分を調べようと考えたのであった。

その結果、1日24時間はまず労働時間にとられ、次に余暇時間をとり、最後の残量が休養時間となるような配分律できめられていることを発見した。したがって、労働時間と余暇時間が短くならないと休養時間が確保されない。ところが、余暇時間は、どんなに工夫しても一定限度以下にはならないという事実がみつかった。それは社会生活をするための必要時間である。そこで1日24時間の配分は、 $24 - L = A + R$ （Lは余暇、Aは労働、Rは休養）という配分式をみたとすように使われている。

しかも、労働者にとっては勤務先の始業時間は、毎日、決っていて、その日の労働時間がどれだけ長くなっても、必ず24時間目に巡ってくるのであって、24時間という長さは動かすことが出来ない。したがって、上の式の左辺は労働者それぞれに決っている。したがって労働時間の延長は、休養時間の圧縮に直接つながってくるのである。したがって、始業時間を自分で調節できるような業態、たとえば農家の農耕や、自由業者の場合には、こうした過長労働時間の害がおこらない。

ところが、人間の肉体には1日24時間の循環に合せたリズムが出来あがってしまっていて、48時間労働して、48時間睡眠をとるとするような4日96時間でバランスをとるとようなことが出来ない。夜間勤務して昼間休養するという勤務制の場合、労働時間が短くても、疲労が残り、それは体重減少となって現われ、10日以上、そのような勤務を続けることは、健康の破壊となる。いいかえると、労働条件の問題と肉体のリズムの制約の両面から、1日24時間の中で、生活時間の配分がとられないと、過労の問題が発生する。これらをまとめて、昭和18年に「国民生活の構造」を公刊しました。

次いで、休養の確保は1日24時間の合理化だけですむことかどうかについて考え、休日なしで連続して労働している実態を調査し、10日間以上の連続労働になると欠陥が発生することを明らかにして、一定の労働日数ごとに、休日をはさむことを主唱して有給休暇制を提案した。昭和19年「勤労者休養問題の研究」

続いて、労働者の健康は、その労働寿命に現われてくる筈だと考えて、明治期以降の資料の分析と

昭和前半に出た労働統計実地調査を使って、職種別に労働者の就労可能年限を明らかにした。それは若年者を何才から就労させて良いかという問題と、高齢者が何才まで就労が可能かという問題とがあって、その間の長さが労働期間になる。この時、はじめて、統計資料を数字としてではなくて、図形にして比較するという方法を使って成功した。昭和19年「労働年令論」にまとめました。

＊

戦後労働者生活の第二側面として、生計費分析を行って、最低生計費の研究に入った。その詳細は長くなるので省略するが、生計費については、生活時間の配分律に対応する配分律があることを見出した。これは、有名なエンゲル法則からの発展であったが、その要点は、次の通りである。まず、可処分所得から、住居費・光熱費・理容衛生費・交通通信費の和が支出される。次に教育費・教養娯楽費・交際費が支出され、残余が被服費・飲食物費にあてられる。第一グループの支出が最も強く、その支出の拡大は、第三グループの圧縮になり、第二グループの拡大も第三の圧縮になる。しかも、とくに飲食物費への圧縮が生ずる。したがって、飲食物費で十分の栄養をとるためには、第一グループと第二グループに必要な配分が行われていないと、飲食物費が削られてしまう。

いいかえれば、必要な栄養をまかない、飲食物費を確保するためには、第一グループと第二グループに必要な支出配分を保ち得るような生活構造の下ですべての支出が行われなくてはならない。最低生活費もこの生活構造の下で算定しなくては必要な栄養がとれないことになる。戦後の研究の集大成を、昭和57年「最低生活費研究」としてまとめました。

また、平行して、労働者生活の過労は、結局、再生産を不可能にして、生活困窮に陥らしめるはずだと考えて、労働者生活の再生産状態を調査し、続いて、貧困の発生の過程の実態調査を行った。これは昭和51年「戦後における貧困層の創出過程」として取りまとめた。

過重労働と低賃金のために、休養が時間として確保されず、栄養が消費として保障されないで、労働が再生産されない。それは、健康を破壊するだけでなく、生活を破壊する。そして、階層転落がおこる。それが絶えざる生活不安を引きおこして、漸次に人間の精神肉体がこわされていって健康が侵かされるだけでなく、すべてのものに対する意欲を失わせてしまう。そのプロセスを明らかにしたのです。

＊

社会経済要因と人間の間接関係を追求しようということで、私のとった方法は、いわゆる要因分析法ではなくて、総合方法であった。生理学生化学の実験で行うように、一つの要因だけを取りあげることが、社会経済要因の場合には、非常にむづかしく、またいくつかの要因が重なりあい、相互に関連しあっているところに、むしろ、その本態があるからである。

だが、総合方法といっても、いうにはやさしくて実際にどうするかである。私の方法はきわめて稚拙で図に描くことであったのです。

たとえば、市町村を、その産業別人口の比で表わして、これを棒グラフに描いた。その図形を切りぬいて分類した。すると、何種類かに分類できた。私どもが、昭和27年の北海道市町村勢要覧を資料として分類した時には、277ケの市町村が18類型に分類できた。また、岩手県の市町村について、産業構造、職業別人口構造、従業上の地位別構造の三つを、組み合わせてみると、64類型になる。ところが、この中でその類型に入る市町村数が5ケ以上のものをとると、13類型で、その中から8市町村以上が入っている類型は6しかない。要するに典型的類型はきわめて少ない。この6類型について、死亡率、死因別死亡等をみると、はっきりした差異が出てきました。

また、先述した家計費における配分構成の研究も、収入と飲食物費の相関座標を線でつないで、いわゆるエンゲル線の変曲を見出したところから発展したのであった。

また、生活困窮の研究について、ライフ・ヒストリーをとった。そして多数の世帯のライフ・ヒストリーを得たので、これを系図に描いた。そして、この系図を重ね合わせることで、社会階層の分化分解の実態をとらえることができ、そこに貧困層の創出過程を明らかにし得たと思っています。

このような描画法は、大変稚拙に見えるが、実態を総合的に、しかも眼でみるから、推理による過大もなく、推計による拡大解釈も発生しない。私は計算器やコンピューターによる計算よりも、寧ろ実体を正確に、そのままにみることができると思う。したがって、新しい知見の発見ができる。そして、コンピューターによる計算は、それを復試し、裏立証をとることに使った方が良いと考えている以上、私の長年の体験から得たことの要点であります。

なお、ライフ・ヒストリーの重ね合せについては、前述の「戦後日本における貧困層の創出過程」に試みてある。

また、生活研究の方法については、「生活調査」（ドメス出版）を来年中に公刊の予定なので、読んで頂けると幸であります。

大変雑な報告となりまして、ご参考にもならなかったと思いますが、お許し下さい。

主要著作

麓山京著作集	第1巻	「ボランティア・アクション」	昭和56年	ドメス出版	既刊
〃	第2巻	「最低生活費研究」	昭和57年	〃	〃
〃	第3巻	「貧困と人間」	〃	〃	未刊
〃	第4巻	「生活調査」	昭和58年	〃	〃
〃	第5巻	「国民生活の構造」	〃	〃	〃
〃	第6巻	「貧困児の教育」	昭和59年	〃	〃
〃	第7巻	「地方生活」	〃	〃	〃
〃	第8巻	「労働と休養」	昭和60年	〃	〃

「戦後日本における貧困層の創出過程」		昭和51年	東大出版会
「社会保障の近代化」	編著	昭和51年	勁草書房
「大都市における人間構造」	〃	昭和56年	東大出版会
「公的扶助論」		昭和53年	光生館

農村における保健医療

司会

京都府福知山保健所

山 本 繁

昨年の総会要望課題「農村における保健医療」を継承し、発展させることを目的として、このシンポジウムを企画した。

今日、農村では、農業がなく、農民がいなくなると極言される事態が、起こりつつあり、耕作されずに放置された荒田が目立つ、農民であった高齢者のみの集落さえ生まれてきている。

農民が、「食えない農業」のために、兼業をよぎなくされ、労働者化していった結果得たものは何だろうか。

労働者の権利意識を学び、労働組合に結集するところまでは発達していないように思われる。

一方、農民運動は年毎に低迷の一途をたどっているのに、農協は一層肥大し、農村地域住民の衣食住すべてを、ゆりかごから墓場まで一括して面倒をみている。

しかし、地域性、現場性がなく、中央直結型の「独占企業」の色彩すら感じられるのに、何らの抵抗もなく浸透しているように思われる。

こうした中で、狭義の「農村医学」的な考え方で、農村の疾病を分析し、その保健医療の方向を、つくりあげていくことには、無理があるように思われる。

また、往々にして随る医療優先主義を排し、福祉サービスとの連携を強めるためにも、保健医療の展開には、公的責任、とくに自治体責任が重視されるべきであろう。

いわば、保健医療の住民自治が要請されているように思われる。

そこで、農村の生活実態と保健医療の自主的展開をがみ合わせべく、いろいろと試行錯誤をくりかえす中で、自治体責任を追求している市町村国民保険組合の保健医療関係者にお願ひして、その取り組み状況を報告してもらうことにした。

そのうえで、保健医療関係者が農村地域住民の望む方向、要求する方向に目を向け、その要求を支援してきたかを語り合い、農村変革の将来展望と保健医療活動の発展方向をどこに求めるかを探りたいと考えている。

演者の方々の一方通行的なシンポジウムにはいたくないので、フロアーからの積極的な発言、討論参加に期待している。

堀 春 枝

○岡 田 寛

(京都府 和知町保健センター)

はじめに

国民健康保険直営診療所設立の目的として、地域住民の疾病の予防と治療に対処する事とうたっている。即ち今日の地域包括医療サービスであり、古く国民健康保険法発足の当初よりその精神は存在したのである。和知町では昭和26年国保直営診療所が町内唯一の医療機関として開設され、以来30有余年間時代の流れに対応して、一貫した保健、予防、治療のサービスが行われてきた。その経過、現況、及び将来の展望について述べたい。

1 和知町の現勢

京都府中央位丹波山系に位置し、総面積120Km²、90%が山林の農山村で、人口5,282人、戸数1,515戸、65才以上老人1,011人(19%)で漸増傾向にあり、昭和25年頃には人口約8,000人をかぞえた事から、急速に過疎、高齢化に転じた事がうかがわれる。

Ⅱ 地域医療の歴史的推移

1 創設期(昭和26~36)昭和26年に国保直営として診療所が開設され、僻地での診療サービスと医療整備の期間であり、この時期は尚医療治療に追われて、同時に住民との連帯感も深まり、相互の信頼感も育かれた時期でもある。更に保健予防活動として血圧測定、結核検診、寄生虫、脳卒中予防のための衛生講話等も始められた。

2 地域包括医療へのアプローチ(昭和36~46)昭和38年に地域包括医療サービスのために、診療所と町保健衛生課が統合され和知町保健センターが発足、保健予防、治療の有機的連繫を目ざした。この間保健予防事業として寄生虫予防、婦人健康調査、老人集団検診、胃検診、股脱検診、はしか無料集団接種、乳児検診、白ろう病及びカドミイタイ病検診等が年間事業として行われ、昭和45年度より部落巡回衛生講話が開始された。

3 地域医療実践(昭和46~)その主柱をなしているのは住民健康管理システムである。即ち第1年度成人病検診、第2年度健康教育、第3年度事後指導、フォローアップの3年サイクルシステムで、先づ検診には、35~64才の全住民が対象となり、一次検診で問診、計測、尿便、血液検査、二次検診では機能検査、心電図、胃、肺、骨、X線検査が実施され診断、指導事項を健康手帳に記入して交付される。個人台帳は保健センターに保管され、個人の加齢疫学の資料となる。検診の受検率は60~70%で、他に職域受検者が20%位あり、該当者の90%はカバーされているものと考えられる。

健康教育では検診の結果報告と相まつて、住民の健康意識の改革、昂揚、保健予防情報等が目的で、夜間27部落を巡回、約3時間救急法、成人病並びに疾病構造の変化に対応して脳卒中、ガン、心臓病をテーマに選んだ。受講率は殆んど100%を超える。第3年度の事後指導、フォローアップとしては、高血圧、高脂血、糖尿、貧血、肥満その他の心異常の経過観察、治療中断に対する再検チェック、指導が行われる。

以上が住民健康管理システムの概要であるが、更に次のような事業がすすめられている。

イ リハビリセンターの開設性昭和52年より保健センター附属施設として開設、主として脳卒中後胎症、あるいは外傷身体障害者約25名が対象で、外来リハビリ、デューケア、経費無料、リフトマイクロバスによる送迎等の特徴があり、最近の早期リハビリと相まつて寝たきり予防に大きく役立っているものと考えられる。

ロ 年代別集中胃ガン検診 これまで本町で実施してきた検診は、35才以上の希望者に対して

検診車方式で行われ、その年次の推移はカバー率 10～13%で、昭和 48～54 年の 7 年間に本検診による発見胃ガンは 3 例にすぎず、しかもこの間の胃ガン死亡は 32 例をかぞえる。また、その平均年齢は 68.5 才と 60～70 才に集中した。この事実は 40 才以上特に 60～70 才代のハイリスクグループの受検への取り組みが弱かったことを考慮し、昭和 55 年度より 3 年計画で 60 才代、50 才代、40 才代と強力な胃ガン検診態勢を整備して対処、第 1 年度昭和 55 年度では 60 才 536 名（72.3%）を含めて 803 名が受検、胃ガン発見（いずれも進行ガン）5 名、第 2 年度の昭和 56 年度では 50 才代 488 名（52%）を含めて 525 名が受診、胃ガン 3 名が発見された。その発見率は当初予想どおりそれぞれ 0.6 及び 0.5%と非常に高率で、尚未受検者への強い勧奨が必要であり、本 57 年度は引き続き 40 才代に対して検診が行われる。

ハ 全ガン検診の試み 胃、子宮、乳ガン検診については、住民健康管理システムの一環として実施されてきたが、最近のガン死亡増加にかんがみ、全ガン検診の必要性を痛感、肺、腸ガン検診を併行、本年度より全ガン検診が始められた。以上のガン検診については京都府立医科大学公衆衛生学教室の全面的なバックアップをあおぎ、更に京都府医師会、府対ガン協会、八木保健所の協力をお願いしている。

ニ 老人専用ベッド 高齢化の時代に老人の入院治療にあたつて、長期付添看護の困難など数々社会的原因から、早期入院治療の時期を失して在宅寝たきりに転落する例が数多く見られるが、この解決の一策として、総ベッド 19 床の中 10 床を老人専用準備、介護にホームヘルパー 3 名をあて、老人の早期入院、治療を容易ならしめている。

■ 地域医療 30 年の成果

- 1 ねたきり老人の減少 本町では 65 才以上老人 19%と府下 3 位の高齢化町であるが、ねたきり老人はわずかに 1 名で、これは全国平均 1～3%からすると著明な減少といえる。
- 2 ボケ老人 0 老人の健康増進と共に老人のボケ現象も減らしている。
- 3 ガン死亡率の低下 検診により近年ガン発病（発見）は増加、反対に早期発見、早期治療により、死亡率は著明に減少している。
- 4 受診率、医療費の低下 特に国保老人医療の中での受診率は、本町は京都府下 44 市町村中ワースト²であり、同じく 1 人当たり医療費はワースト 1、また、府下全国保 1 人当たり療養諸費はワースト 6 を示し、このことは地域住民の健康度のバロメーターの一端とも考えられる。
- 5 保健衛生予算の増加と診療部門の赤字 理論的には保健予防事業に大きく投資されると健康増進－疾病減少－医療費通減－診療収入減となるが、反面地域には健康福祉として大きく還元される。

Ⅳ 今後の展望

今後 40 年位後には学者の推計によると、65 才以上老年者率は 20%をオーバーし、超高齢化時代に突入すると言われている。また疾病構造変革も更に進んでガン、心臓病、脳卒中がベスト 3 に並び、更にガンの臓器別発病順位も肺、腸、胃、乳、肝と現在とは逆転が予想されている。以上の困難な時代に直面して地域住民のニーズはいよいよ切実なものがあり、これにこたえるため、行政、医療は十分な対応策と決意がなければならない。

おわりに

地域医療とは、それぞれの地域において、臨床と公衆衛生との連繫、融合と説かれているが、現実にはメデイカルケア^Ⅴの緊密な結合による地域医療活動が全国的に定着しているとはいえない。和知では行政が、住民が、医療が 10 年、20 年さきのユートピアを求めて着実に 1 歩ずつ、平凡な長い道を非凡な熱情を秘めて進んでいる。

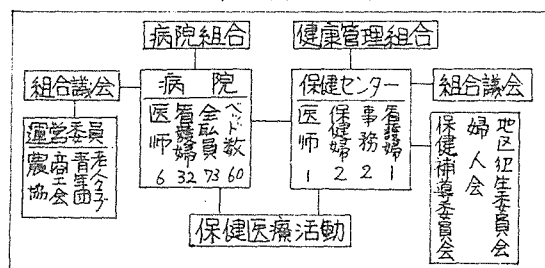
○ 矢嶋 嶺 (長野県 依田窪病院)

(はじめに)

ありふれた山間農村の長門町は4800人の準過疎農村である。高度成長が終りを告げた今専業農家は20戸足らず。あとの2000戸は兼業農家である。農村とは名のみの農村になってしまい、老人の多い、賃労働が主要な白けた村に変貌してしまった。ここでの当面の保健医療は成人病対策と兼業化から惹起される健康障害対策であろう。住民運動の厂史のない土地柄ゆえ、保健医療運動はいきおい行政主導型(医師指導型)で始まったのも止むを得なかった。幸い当町には国保病院があったので、

病院のバックアップのもとに同じく自治体立の保健センターを隣に建設して双方一体となり、保健医療活動を始めたのが昭和47年のことである。

図1 保健医療機関の組織



組織図は図1に示した。

【保健医療活動の種類】

表1～4に示すように①健康管理委員会、②検診活動、③健康教育、④病院業務、⑤地域りハ、訪問看護が主要なものである。

【諸活動の実績】

1) 検診活動

検診活動は一定の受診率がなければ意味なく、その為の啓蒙が必要となる。一般検診、施設検診は各70%、40%台を維持しており、ますますである。冬期には日曜検診を行い兼業農家の壮年層をひきつけている。胃癌検診は40%に近い受診率である。

2) 早期胃癌の診断と治療

昭和53年～56年の間に当病院で行った胃腸手術53例を分析すると集検群で発見した症例は10で、うち早期胃癌は8(80%)であった。

これに比して外来群は進行胃癌が35(81%)であった。

表1 健康管理委員会の活動

- (1) 研修会、保健大学 — 公衆衛生知識の高揚
- (2) 健診準備 — 希望者のまとめ、受診勧奨、準備、手帳交付
- (3) 簡易型血圧計の管理 — 住民に使用法を教え渡りあう
- (4) フードバックとパイプ役 — 住民の意見、要望を反映
- (5) 成人病教室の計画 — 教室の立案、実施

表2 検診活動

- (1) 一般検診、日曜検診 — 身体計測、検尿、貧血、血液生化学、血圧、心電図(公民館出張) 内科診察、健康相談、内科診察
- (2) 総合成人病検診 — 身体計測、視力、血圧、検尿、心電図、肺活量、血液一般(施設検診) 血液生化学、胃・胸部腫瘍X-P、眼底、健康教育、内科診察
- (3) 二次検診 — 精密検査(依田窪病院)
- (4) 事業所検診 — 村内企業
- (5) 振動病検診 — 心電図、脈波、ピンチ力、タッピング、握力、皮膚温、痛覚、振動覚、血圧、診察、健康相談
- (6) 胃集団検診 — 総合検診地区外を対象
- (7) ねたきり老人健康診断 — 医師、OT、保健婦、看護婦
- (8) えのき草栽培者検診

表3 健康教育

- (1) 家庭訪問 — 未受診者、治療中断者、要治療者、個別訪問必要者
- (2) 疾患別健康教室 — 糖尿病教室、高血圧友の会、貧血教室、振動病教室、リウマチの会
- (3) 成人病教室 — 健診終了地区にて全員を対象に健診結果報告、成人病の知識普及
- (4) 健康懇談会 — 冬期間病院長、センター職員、行政事務長、婦長出席
- (5) 広報活動 — 保健センター広報誌「けんこう」、有線放送

表4 依田窪病院の事業

- (1) 治療活動 — 脳心以外の二次医療、往診医療
- (2) 地域りハ、訪問看護 — 院内の機能訓練、退院患者、ねたきり老人の訪問看護

施設検診で胃間接を、二次検診で胃カメラを行う方法をとっているがかなり有効である。(表5)

3) 脳卒中死亡の減少

脳卒中死亡はこの10年の高血圧対策で大巾に減少した。未受診者、治療中断者、健康教育、特に訪問指導、減塩教育が効を奏したと思われる。

健康管理実施前後の4年間を比べてみると44例から33例へ、訂正死亡率も221から192へ各減少している。脳卒中、高血圧対策は労を惜まねば、心疾患対策より容易である。(表6)

4) 振動症候群対策

当町には少なくなったがまだ100人を越えるテエンソー、鑿岩機操作に従事する住民があり、うち75人に振動病検診を行った。注目すべきは正常は無く総て異常者で、特に10例(13.2%)は要治療であった。障害は末梢神経、末梢血管性のものが大半で(表7)、治療後も改善例は少数で、不変、悪化が半数づつを占める(表8)、管理も治療も難しい職業病である。

5) えのき茸栽培者検診

兼業として農業所得に大きい比重をもつえのき茸栽培では室温調節による冷房症状とCO中毒が問題となる。受診者126人中要治療は23(18%)であり、CO中毒経験者も4名あった(表9)

6) 医療費の動向

医療費は基本的に医療技術水準に左右される。当病院は高水準の二次医療を行っており、老人医療費も高額になる筈であるが国保医療費の増高は歯止めがかかりつつある(表10)

7) 地域リハビリ、訪問看護

ねたきり老人、病院退院者を対象に29人の訪問看護、リハビリ指導を行った。隻症者には週1回の訪問をしている。病院のOT、看護婦、社協のヘルパー、センターの保健婦など主力にチームを組んでいる。家庭内の不和、入浴問題などリハ以前の問題が多く、食事を家族と一緒にとれないなど日常生活動作以前の問題も多い(表11)

8) 小茂谷部落の「医療を考える会」

地域の診療所廃止問題、減塩方法、癌対策など住民が相互に指導者を選び、勉強し、討論を行い行政に要望する自立組織が、初めて当町に芽生えてきた。

医療専門家、特に我々は応援し、実のあるものに育てる義務がある。

(今後の課題)

1) 兼業化と主婦労働による健康障害対策

大半がパートで労働者としての権利は無視されている。常勤は極く少数でパートにも階級があり医療を受ける時間もとれず貧血、虚血性心疾患等問題

2) 子供の肥満、高コレステロール血症

既に10%位に達し、運動不足、食生活をいかにするか、

3) ねたきり老人等要介護老人対策

家庭不和、病苦からの自殺が目立つ。ねたきり老人を抱える家族会などの組織化が必要。

4) 保健センター問題

住民の自立した運営組織が早急に必要。でないと有料化に加え、官療的統制の危険が迫っている。保健婦の一層の自覚と展望が必要である。

5) 結論——住民主体の組織作りを——

行政、医師主導型健康管理は限界にきている。またやってももう一つおしりと胸にくるものが無い。住民が考え、訴える組織なくしては、前述の課題に何一つ対応することができない。

表5 胃癌手術前中集検群と外来群の比較

	早期胃癌	進行胃癌	術後死亡
集検群 10	8 (80%)	2 (20%)	0
外来群 43	8 (18.6%)	35 (81.4%)	16 (37%)

表6 脳卒中死亡の減少

	年	42-46	52-56
脳卒中死亡		54	33
訂正死亡率		221	192
脳卒中以外の脳血管疾患		101	82

表7

振動病判定結果

末梢神経	68
末梢血管	62
筋力	57
運動神経	18

表8 症状の経過(51年比)

改善	不変	悪化	計
2	20	28	50

表9

えのき茸栽培者検診結果

受診者	126
正常	81(64%)
要注意	8(7%)
要治療	23(18%)
未精検	14(11%)

表10

国保総医療費の推移

年	医療費(千円)
50	109,754
51	116,175
52	127,337
53	173,936
54	168,270
55	174,487

表11 要介護老人の食事

	家族と一緒に	家族と別
歩行不能	0	16
介助歩行	1	14
自立歩行	2	3
計	3	23

○木村 慶、樫本真一、山河 泉、原田規章
(愛媛大学医学部公衆衛生)

農村地域における兼業化の進行は著しく、多くの農村はいまや少数の農業専従者と、農家世帯員でありながら主として農外労働に従事する勤労者が混住する地域へと急速に変貌しつつある。かかる実態に対して、農村地域における保健行政の活動は、農村住民＝農民(農業従事者)とみなすことのできた旧来のパターンの踏襲にとどまり、現実の変化への対応に著しく欠けているのが一般的である。われわれは、愛媛県南部の農山村地域(図1、表1)において、(1)変貌しつつある農村の現実を明らかにし、(2)その現実に対応しようとしている町村保健行政の若干の試みを検討し、今後の兼業農村地域における健康管理のあり方に問題を提起しようとするものである。

図1. 対象地域

愛媛県北宇和郡鬼北地区 3町1村

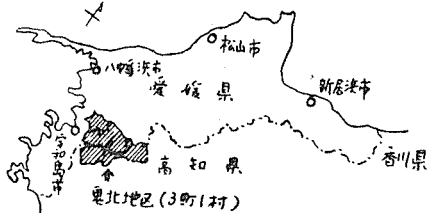


図3. 性別・年齢階級別 就業者数

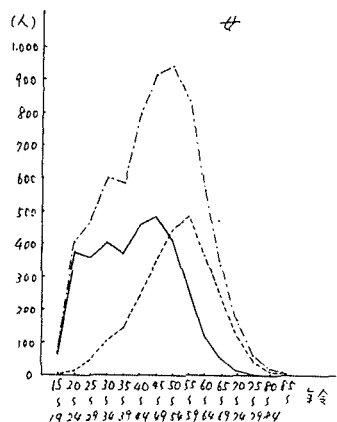
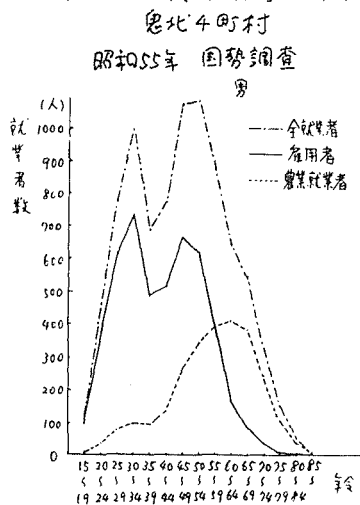


表1. 対象鬼北4町村の概況

(昭和55年 国勢調査、農業センサス)

	人口 (人)	人口 減少率 (%) 昭35~55	65以上 人口率 (%)	第1次産業 就業者割合 (%)	農業率 (世帯50歳以上) (%)	農業人口率 (人口) (%)	農業就業率 (世帯50歳以上) (%)
三南町	7,353	23.7	15.5	31.8	58.4	68.1	11.5
六見町	13,074	29.4	17.2	33.4	56.1	64.8	12.8
松野町	5,917	30.2	16.8	40.2	58.2	68.9	10.8
日吉村	2,528	43.1	14.9	43.7	50.3	65.4	13.9
宇佐郡群部		25.7	14.6	34.3	42.2	50.0	20.1
愛媛県		5.5	11.6	18.4	13.0	27.2	19.1

図2. 鬼北4町村における就業者の変化

昭和35～55年 国勢調査

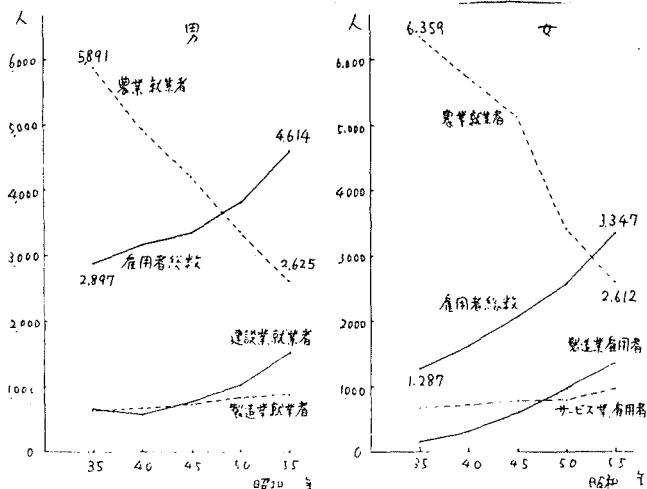


表2. 鬼北4町村の工場数 従業者規模別 主な相対

(工業統計調査)

各年

	工場数	～3人	4～9人	10～19人	20～99人	100～299人
昭和43年	33	10	14	6	3	—
45	33	9	13	7	3	1
47	62	14	20	20	8	—
49	72	15	23	19	13	2
51	74	17	16	24	15	2
53	73	16	17	20	18	2
55	71	13	20	17	19	2

注：産業大分類「製造業」に属する民間事業所

I. 対象地域における農村の変化

図2. 図3のとおり、過疎地域といえるこの地区においてさえ、農民の労働者化は予想をこえて激しい。地域内事業所の状況を、表2, 表3, 表4, 図4に示す。

II. 農村事業所における検診実施状況

大多数が零細規模であるこれらの事業所における検診実施状況は、表5, 表6のとおり、一部を除いて著しく悪い。表7, 表8に三間町の世帯員調査による検診受診状況を示したが、この町における職場検診受診率は60%とかなり高い。これは町当局の零細事業所就業者に対する特別の関心と措置によるものとみなされる。

III. 結論

予想以上に進行している農民の労働者化、勤労者化に対して、劣悪な労働条件をも考慮に入れた農村における健康管理体制の構築が必要である。

表5. 六見町 事業所規模別 検診実施状況

(昭和56年7月 電話による調査)

従業者数規模	事業所数	検診実施事業所	55区町会数
1～3人	10	—	—
4～9人	16(1)	3(1) 18.8	1(1)
10～19人	21(3)	11(3) 52.4	5(2)
20～49人	15(3)	6(3) 40.0	3(2)
50人～	7(1)	6(1) 85.7	6(1)
総数	69(8)	26(8) 37.7	15(6)

()内は、全国・全県の事業所の支所・支店等、再掲

表7. 三間町 農外就業者の検診受診状況

(世帯別健康管理カードの1/3抽出集計) 昭和55年

	(A) 農外就業者数	(B) 職場検診受診率	(C) 非受診者	(D) 職場検診非受診者中 地域保健課検診受診者数	(D)/(C)
男	444	279 62.8%	165	16	9.7%
女	261	151 57.9%	110	10	9.1%
総数	705	430 61.0%	275	26	9.5%

表3. 鬼北4町村の 専業中分類別 製造業 事業所数

昭和55年末 (工業統計調査)

食料	繊維衣服	木材	窯業	電気	家具	その他	総数
24	24	10	5	4	3	1	71

表4. 六見町内3事業所の概況

事業所名	創業年	従業員数	就業時間	標準日給	平均月給*
I織維	昭和45	8男 30女 38	8:20～17:00	3,200円	98,400円
N縫製	昭和45	5男 58女 63	8:00～16:30	2,800	84,100
M電器	昭和48	13男 157女 170	8:00～16:30	3,000	94,230

*ボーナス込み

図4. 3事業所(表4)の婦人労働者年齢構成

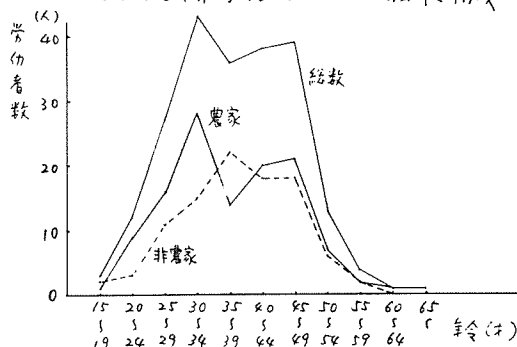


表6. 六見町 事業所業種別 検診実施状況

(表5. と同じ)

業種	平均従業員数	事業所数	検診実施事業所
農林業	5.8人	5	2
農協等	89.0	3(3)	3(3)
建設業	24.8	18	3
製造業	40.0	18	12
卸小売業	7.6	14	0
金融保険業	18.0	4(4)	4(4)
運輸業	6.0	3	1
サービス業	7.3	4	0
電気ガス業	17.0	1(1)	1(1)
総数	—	69(8)	26(8)

()内、支所・支店等、再掲

表8. 三間町 職業別にみた検診受診状況

(表7と同じ)

昭和55年

職業	受診有	受診無	総数
農業	147(30.9)	328(69.1)	475(100.0)
農外就業者	456(64.7)	249(35.3)	705(100.0)
無職・家事	103(16.5)	520(83.5)	623(100.0)
総数	706(39.2)	1,097(60.8)	1,803(100.0)

[注] 1) 農業、無職については地域保健課検診受診者

2) 農外就業者については、職場検診、地域保健課検診のいずれかに受診したものを合計

渡辺 信夫

(京都府農業会議)

(一) はじめに — 課題の限定

高度経済成長の下で激化した「農業と工業」「農村と都市」の不平等発展と対立は、長期不況がつづく「80年代」に入って、新しい段階を迎えている。とりわけ農家は、高度成長下で、①60年代からはじまる若年労働力の流出、②60年代後半から一般化する世帯主の恒常的兼業化、③70年代から一般化する妻の恒常的兼業化・一家総働き化をすすめた。そして80年代に入って、長期不況の下で、農家は地域の労働市場に規定されて、①一層の兼業深化と不安定化を増大させ、②農業従事者の弱体化と老令化——「老人専業農家」を増大させながら世代交替期に直面して、「家」の再生産をめくっても苦悩している。「80年代」の地域経済と農家経済の「危機」は、必然的に地域農業の後退・荒廃を拡大させている。このような「80年代」の農家と地域をめぐる新しい事態は、当然、「農村の地域医療」にも運動し、新しい問題と課題を惹起するものと思われる。そこでここでは、近畿の内陸地方都市、綾部市で実施した農村調査（兼業農家を中心とする）と統計分析から、地域の就業構造と農家のくらしをめぐる「80年代」の新しい特徴をあきらかにする。また、この結果をもとに「地域の生活と健康」をめくっても若干の問題提起をおこなう。（門外漢であるが…）

(二) 不況下の就業構造と農家のくらしをめぐる特徴 — 兼業農家を中心に —

(1) 高度成長下での農村の就業構造・労働市場の構造的変貌と、不況下ですすむ地域再編と労働市場の狭隘化・不安定化。

① 人口減少の下ですすむ農村地域の非農家率の増大＝混住化・都市化の進展（地域問題の性格変化）

綾部市の人口は、60年以降の若年労働力の流出を中心とする農家人口の激減（60年33,901人→80年20,930人62%）によって、減少をつづけている（60年57,258人→80年42,552人83%）。この農家人口の減少の中で非農家率は34%から57%へと高まっている。

② 高度成長の下での地域の産業構造の発展・労働市場の拡大が、不況下で再編成がすすみ（二重構造の拡大）等縮し、不安定化している。地域の産業構造と就業構造はオ1表のとおり、60年に5割を占めた。オ1次産業が、80年には2割強に減退し、オ2・3次産業が拡大している。地域の労働市場は、戦前からの製糸業と精密機械・金属部門が高度成長の下で拡大してきた。事業所数と従業員数を見ると1958年226ヶ所3,574人が70年には380ヶ所8,991人に増大している。しかし70年代初頭からはじまる繊維不況と、オイルショック以降の長期不況の下で、労働市場は再編されていく。すなわち75年には、467ヶ所7,952人に、さらに81年には484ヶ所6,752人への変化である。ここで注目すべきは70年に対比して81年が事業所数で27%増え、従業員で25%の激減していることである。すなわち、大企業での減量経営合理化と系列化が、下請協力工場等中小零細企業の拡大と不規則不安定労働市場を拡大させていることである。二重構造の拡大である。（30人以上規模層で1972年47→81年41に、4人以下零細事業所は224→290に）。

③ 農家の兼業深化と不況下で拡大する「不安定化」。①農家の兼業化と就業構造は地域労働市場に規定されている。オ2表に見るごとく、専業農家とオI兼の激減に見るごとく、農家の兼業深化はオII兼が73%とはげしい。この兼業農家の就業構造はオ1義的に地域の労働市場に規定されている。

②地域労働市場の再編成・狭少化は、兼業農家の「不安定」化を拡大させている。政府と識者は「オII兼＝安定兼業＝土地持ち労働者＝農地流動化政策⇒構造改善で企業的经营」を指向して政策展開している。われわれは、調査農家を世帯主の就業状態によって次の7タイプに区分して賃労働・農業・生活の両面から分析をおこなった…

- | | | |
|---------------------------|---------------|----------|
| I. 世帯主農業専従農家 | (三集落での構成 13%) | |
| II. 世帯主日雇の兼業農家 | (14%) | } 不安定多就業 |
| III-a. 世帯主零細企業恒常的勤務 | (17%) | |
| III-b. 世帯主大企業恒常的勤務農家 | (6%) | |
| III-c. 世帯主公務員農協職員等恒常的職員勤務 | (18%) | |
| IV. 自営兼業農家 | (6%) | |
| V. 老人農業専業農家 | (16%) | |
| (不明 9%) | | |

(3) 兼業深化による 地域農業の後退によって「公租公課」以下に落ちこんだ農業所得と不況下で強まる自家農業依存。

①水田再編成下で逆に高まる稲作のウエイト。綾部市の農業は(米+養蚕)の複合経営と地域農業が高度成長下で、酪農・茶・野菜・クリ等の商品生産を発展させ、米のウエイトを70年には45%にまで下げ総合産地化をすすめる。しかし、減反の強制下で、逆に商品生産を後退させ、米のウエイトを高めている。これは、兼業化の深化、老令化にともなう担い手の弱体化と、農業所得率の低下による専従経営の後退によるものである。②兼業深化は農家経済の中に占める農業所得(7354円)を「組税公課諸負担」(9394円)以下に引き下げている(オ3表)。③農外所得依存を深めた農家のくらしも、不況下での「兼業不安・低賃金」によって、自家農業の見直し、依存を高めている。調査結果では、「自家農業の維持、拡大」が80%を占め、生活改善グループを中心とする「自給ノーマー運動」に見ることができる。

(4) 世帯主の老令化・「老人専業農家」の増大の下で強まる「年金・社会保障問題」と「世代交替期」の若年層の流出にともなう農家人口と地域人口の減退は、当然人口構成の高令化をすすめている。80年の綾部市の60才以上の人口は20%、農家人口では28%、農業就業人口では50%に達している。(老人問題の深刻化)②綾部市で増える専業農家(75年616戸→80年854戸)は55才以上の「停年退職専業農家」と65才以上の「老人専業農家」が中心である。③農家経済の中での年金収入のウエイトが高まると共に(平均70%Vでは4割強)、農家の年金・社会保障への関心が高まっている。また、農家の兼業職種による年令格差が、停年後の安定度、農業専従度を決定している。(III-b, cタイプで「停年農業専業」農家とその志向が強い)④不況下での世帯主の老令化は自家農業維持と世代交替問題を深刻化させている。調査農家のうち、老人専業農家は、その他出者が年5-10日帰農して自家農業に従事している共に、世帯主もあとつぎも、Uターンの準備をしているし、強く希望している。しかし、「80年代の不況と労働市場の再編合理化」がUターンを厳しい条件としている。

(5) 兼業収入と農業収入の不安定化は、農家の家計費を圧迫し一層きりつめさせている。綾部市における農家の家計費の動向を見ると(綾部市農協の家計簿運動)月額消費支出合計が、45年61,767円、49年77,4623円、51年19,1560円と増大するが、53年以降は176,614円、56年174,338円と減額している。一方保健衛生費は3,476円→5,219円→8,477円→7,392円、9,415円と一貫して増大している。

(6) 農家の要求と「くらしと地域」を守る運動 (略)

(7) おわりに — 若干の問題提起にかえて — (略)

<表は別記>

司会

山下 節義(奈良医大・衛生)

人口の高齢化が急速に進行するなか、老人をとりまく社会的・経済的情勢はますますそのきびしさの度を増してきている。こうしたなかで、老人の保健・医療・福祉をめぐる要求は多様となり、一戸切実さを強めている。老人の健康の状態は、その生活環境や生活状況によって、容易に影響を受けやすいだけに、老人の生活の保障をぬきにして、保健・医療のとりくみの有効性を期することはむづかしい。即ち、老人にたいしては、保健・医療が、その生活の中に位置づけられなければならない、それ故に、保健・医療・福祉の総合的アプローチが不可欠である。しかるに現実には、老人をめぐる関連分野で、様々な工夫がなされ、各地で様々にとりくみがなされているとはいえ、「縦割り行政」に象徴されるように、老人の側からみれば、バラバラにとりくまれているという実情にあり、とりくみの統合化にはほどとをいのが実態といえよう。

シンポジウム「老人の保健・医療・福祉の統合を求めて」では、保健所、病院、福祉事務所、老人ホーム、ボランティア、老人をかかえている家族といった、老人にかかわっている方々に、それぞれの立場から、老人処遇のあり方をめぐって、地域で試みられているとりくみの実態とその限界性について報告して頂き、それをもとに、老人への総合的援助を妨げているものは何か、現場のとりくみを通してその壁を破、ていくにはどうすべきか、といった点を検討してみたい。そして、生活の場で、全人的に老人を支えていくための方策と保健医療関係者や家族あるいはボランティアなど、関係者それぞれの役割と協力のあり方を考えたい。

まずはじめに、岩田克夫氏に登場ぬがい、開かれた老人ホームとしてのデイケア活動の経験をもとに、ホーム内の限られた専門職員でとりくまれているケアの問題点と、保健所の地域活動との連携のあり方、病院がわりをしているといわれる老人ホームの医療とのかかわり方—医療主導型でなく生活主導型のケア—について発言して頂く。ついで、中村容子氏に、訪問看護指導事業を始めたばかりの自治体に勤める保健婦として、「老人保健法」は現場で実現可能か、とりくみの遅れている自治体としての老人保健活動の在り方はいかにあるべきかの報告を通じて、行政としてとりくめる訪問活動とは何か、本来医療機関のとりくむべき訪問看護の肩がわりが否か、更には、老人保健活動とは何かといった問題について報告して頂く。三宅貴夫氏には、「的はずれの老人医療」がとりくまれているといいなくなるような現状のもとで、老人に対する医療機関の役割分担はいかにあるべきかを、彼の勤務する堀川病院でのとりくみの実態と問題点の紹介を通して報告して頂く。

以上の3名の報告のあと、福祉事務所のケースワーカーの湯浅晃三氏に、日頃彼が接している生活保護受給老人の生活実態をふまえて、福祉行政の立場から、保健・医療・福祉活動がバラバラにとりくまれている現状の問題点を、奥山文朗氏に、日頃の経験にもとづき、老人へのボランティア活動の遅れの現状とこれからのとりくみの在り方について述べて頂くとともに、あわせて守山でとりくまれた教育活動の経験をふまえて、老人自体の意識変革と主体性の芽ばえの可能性について、最後に、呆け老人を家で介護し続けてきた経験をお持ちの高見国生氏に、医療・福祉が家族にとって、ずいぶん縁遠い存在であったという事実とその原因についてのお考えを、それぞれに追加発言して頂くことにする。

以上の各位の発言のあと、時間のゆるすがぎり、参加された方々からのご発言を期待したいと考えている。なにぶん限ぎられた時間であらかじめ予定した発言者の数が多いためどれだけの討議をふめられるか心配ではあるが、老人問題はいまや論議の段階でなく実践の段階だとの立場から、参加された皆さんからの日頃の実践にもとづく具体的な発言を期待したい。

シンポジウム 2 ねたきり老人訪問看護指導事業をはじめて
(向日市のねたきり老人実態調査をふまえて)

中 村 蓉 子(京都府向日市健康管理課)

1 はじめに

京都市に隣接し、本年4月1日現在の人口5099人、面積8KM²の向日市は、明治22年市町村制の実施と共に、向日町として歴史ある静かなまちをほこってきた。しかし昭和40年代に地の利から急激な人口増加に見舞われ、無秩序に住宅開発が進み、都市基盤整備が間に合わず、とすれば生活環境施設(医療・文化・スポーツ・レクリエーション)の多くを京都市内に求めるベフトタウン的要素の残った市である。

これまでの保健対策は、急増する若年人口に対応するため母子保健対策におわれて来た。しかし昭和50年頃より徐々に人口増加も鈍化し始め、昭和48年の出生率が28.5(人千対)であったものが、50年には16.4(人千対)に低下した。一方反比例して人口の高齢化が始まり、昭和55年国勢調査による65歳以上の人口比率は5.9%であり、全国統計に比べてかなり低率であるが、過去の数字を見ると、高齢化への速度は今後早まることが予測される。

こうした現状から、来るべき高令化社会への急進展にそなえ、老人保健対策のあり方について指向するため、ねたきり老人実態調査を実施した。また、予算上のかねあひから本年1月には、実態調査の結果分析が充分なまま、ねたきり老人訪問看護指導事業を完結させたので、その概要を報告し各位のご意見を賜わりたく考えるものである。

2 ねたきり老人実態調査

① 調査期間 昭和56年7月～11月

② 調査方法および内容

・市健康管理課所属保健婦・看護婦8名により、福祉課においてねたきり老人として登録されている、協力要請により新たに医療機関、民生委員より連絡を受けた者計80人に対し、訪問聞き取り調査を実施。調査完了者61人、調査不能者19人(死亡6人・入院中5人・拒否6人・該当せず2人)

・主治医に対するねたきり老人の状況調査。

・対象群として健康老人(市老人福祉センター利用者)に対する聞き取りアンケート調査。

③ 調査のまとめ

(ねたきり老人の心身の状態)

歩行ができ、日常生活動作も自立している老人から、ねたきりもできない全くのねたきり状態の老人まで「ねたきり」とされた人々の中には大きなばらつきがあった。そうして全体に非常に高令であること、主な原因疾病である脳卒中から相当な時間を経過し、2次障害である拘縮が発生し日常生活動作が麻痺されたり、介護者の都合で、オムツをさせられたり、外出などの行動範囲の制限を受け、生きる意欲の欠けつつまっているケースが多かった。当面は、日常生活の基本である洗面、歯みがき、整髪更衣、排泄、食事をどのように現状をより快適に過ごせるか工夫することが、先ず必要なことと思われる。

(看護・介護の状況)

身近な家族や子供などによって介護されることが最も望ましい自然な状態である。今回の調査では、嫁が最も多く、次いで配偶者・娘の順であった。しかし介護者の高令化が目立ち若くても外に仕事を抱える人が多い。また持病のある人の比率が半数以上もあり、しかもねたきり老人を抱えて症状が悪化したという人が6割以上に見られたこと、介護のために6割以上の人が時間的拘束を受け、精神

的不健康を訴えるなど「介護する」ことの負担が大きいことを伺わせた。その上褥瘡のできている人、常時失禁者の比率は、他市の調査結果と比べて若干高いし、拘縮のある人が60%以上に見られた。そうして介護者が精一杯の介護をしても、かえって不適切な看護であったり、手順が悪く大きな負担がかかっていたりする状態も見られ、ねたまり老人を抱える家族、介護者に対し、労力負担軽減のための援助に合わせて、看護方法についての指導援助の必要性和痛感させられた。

3 向日市の訪問看護指導事業

昭和57年1月市内在住看護婦の名を、向日市ねたまり老人訪問看護指導員として委嘱し、基礎的な研修のあと2月下旬より、先に実施した実態調査の結果から、優先度基準項目を設定し、訪問看護を開始した。訪問の方法は、先ず調査訪問をおこなった市職員と指導員が同伴訪問し、あと看護計画を立て、その後指導員が訪問看護指導をおこなっている。訪問開始後日も浅く、まだ訪問ケースも少いので、実績をふまえた考察はまだ至っていないが、訪問調査時点と、差、主治医、ホームヘルパー、民生委員などの連携の必要性はなうにおよばず、栄養士、歯科医師、理学療法士および福祉関係職員など多くの人々の援助を必要とし、今後地域ぐるみの対応について考えていかなければならない。

(昭和57年5月末までの経過)

ねたまり老人訪問看護指導基準により

- ① 緊急訪問(褥瘡失禁・拘縮・身体不潔など問題のあるケース) 21件(延123回訪問)
- ② 定期的訪問(老人世帯・昼間独居・介護者不健康などのケース) 2件(延3回訪問)
- ③ その他(運動機能障害があり訓練の援助のみのケース) 1件(延2回訪問)

向日市ねたまり老人訪問看護指導事業実施要綱に基づき事業を実施しているが、3カ月間に実施した看護内容は、血圧測定とそれに伴う指導は毎回おこなっている。次に多いのは、褥瘡の手当てと再発防止処置、歩行および手足の運動訓練指導、清拭、食事指導の順であった。

ねたまり老人訪問看護指導員の3カ月間の実感は次の通りである。

○ねたまり老人にとって回復への大きなカギは、家族の対応であり、人間関係が悪い場合、指導員の訪問は、その場での介護の軽減になるかもしれない、しかし逆に状況により、家族に介護負担を押しつけることになりかねない。家族の立場を理解しあせらずに共通理解に立ちあがらうケアが必要である。

○経験も浅く、目的を掲げた訪問は仲々できにくい。しかし継続訪問することにより、一定の科学的な効果が見られる。

○これまで全く地域とつながりのなかった訪問看護指導ケースが民生委員、地域の人々とのつながり生まれて来た。

老人人口比率が低く、その上人口の大部分を占める若年世代への対応がまだ充分でない現在、老人保健体制の整備をはかることは、経済性を優先せざるを得ない本市の財政状況から困難な問題も多い。しかし今回ねたまり老人訪問看護指導事業をはじめ、明らかにあった問題点を足がかりにして、医療機関、保健所、社会福祉協議会など関係機関・団体や、地域住民の理解と協力を得ながら、向日市の老人の保健医療体制の整備をはかっていきたいと考えている。

京都市北福祉事務所
湯浅晃三

1. 地区担当ケースワーカーの仕事と老人ケース

地区担当のケースワーカーの仕事は 担当地区の生活保護受給世帯の生活問題の相談にのり、その問題解決緩和のため 生活保護費の増減など金銭上の対応をしたり、適切な社会資源を紹介したりすることである。生活保護世帯における老人世帯の比率は高く、地区担当ケースワーカーは日々老人の生活問題の解決のため頭を悩ましている。

(1). 私の担当するケース数 昭. 57. 6. 1現在

- ・保護人員 185人 65才以上61人(内在宅ねたきり老人4人)
- ・保護世帯数 65才以上老人世帯(内独居老人)
100世帯 36世帯 30世帯

(2). 京都市における生活保護状況 昭. 57. 7. 1現在

- ・生活保護受給人員 32952人(65才以上は7259人)
- ・世帯類型別保護世帯

高令	母子	障害	傷病	その他	合計
5704世帯	2195世帯	1418世帯	6124世帯	1324世帯	16765世帯
(34.0%)	(13.1%)	(8.5%)	(46.5%)	(7.9%)	(100%)

2. 老人の処遇上困っていること

高令化と共に何らかの生活介護(ささえ)が必要となってくるが 家族に介護力がなく 又、公的な福祉サービスが貧弱なため日常の生活を保障していく上でたえず困難にぶつかっている。

(1). 福祉施設、とくに特別養護老人ホームの絶対的不足

ねたきり老人等全面的介護、脳卒中後遺症などかなりの介護を要する状態の老人の中で 独居、老人夫婦だけの世帯のように家族に介護力がない場合は 特別養護老人ホームで対応することとなる。だが、施設数が限られているため新しく施設建設された時にしか入所の可能性がなく、老人の生活の変化に見合った処遇としての措置はできない。そして地域性にも欠けている。そのため生活介護の問題解決をもやむなく病院にたよるざるをえなくなる場合が多い。

(2). 在宅福祉対策の貧困

ホームヘルパー派遣は京都市の場合 週1回半日を原則としている。しかし、巡視世帯までの交通時間を考えると1日1〜2時間であり介護の力になりきれていない。又、給料表上の稼付も悪く、専門性は全く軽視されているためニーズに充てきれていない。日常生活用具の交付は所得制限があるために介護力があるところには利用できにくいものとなっている。

(3). 施設体系の問題

中間施設がないため 在宅でもたなければ特別養護老人ホームか入院かしかが考えられず、社会復帰を事実上考えられなくしている。

(4). 医療サービスの問題

加齢の老人にとって、今もっとも必要な医療は何かを考えてそれを確保しようとするものが今の保健、医療の側にはない。地域での開業医による医療と病院での入院医療がスムーズにつながらない。病院間の連携もほとんどなく、医療機関の間で、理念の違いが大きすぎる。老人の場合、生活を豊かにするため、医療が必要であるのに生活を狭め生活能力を奪いとっているような医療も存在している。家族の介護力がある場合はよりよい医療を求められるがない場合はあきらめざるをえないような現状

である。

(5). たよりにされない保健サービス

老人を在宅でささえるためには 一部医療機関になされている訪問看護が力になっている。しかし保健所の訪問看護指導はまだたよりにされるものになっていない。

(6). ささえより排除にむかう地域

福祉サービスが貧弱な中で一人ぐらし老人はきかない。障害老人は危険などということで 地域社会から排除しようとする動きが近隣住民よりでてくる。

3. 老人の生活の総合的保障めざして

絶対的に貧弱な福祉サービスと 問題のある医療サービスの中で 地区担当ケースワーカーは、老人から生きびいを奪い、死に追いやることはしたくないと思いつつ様々な対策を描きながら、少しでも良い処遇をと、バラバラにある社会資源を本人の生活保障のために結びつけようとしている。そのために何から手をつけるべきか、述べてみたい。

(1). 医療、福祉の第一线に働く者による個別の老人の生活保障のための協議(ケースカンファレンス)

ケースカンファレンスを通じて 保障課題と役割分担の意志統一をはかり、そのことのつみ重ねの中で地域医療、地域福祉の問題が鮮明になってくる。

(2). 福祉事務所の改革

老人の生活を保障するための社会福祉行政機関としての福祉事務所は 生活保護老人以外には まだほとんどケースワーカーサービスがなされていない。人的保障も含めてそのことの必要性が行政に認められなければならない。

(3). 保健所への注文

M S W機能を持った保健所に。現実には老人の医療上の相談が保健所ではなく 福祉事務所に数多く、持ちこまれている。個別の老人にとってもっとも必要な医療は何かを考え、その実現を援助する役割を保健所が担えば、ともに同じ地区を担当する専門機関としての協議と役割分担が日常的に行え、今ある保健、医療、福祉がバラバラな状態を克服し、個々の老人に総合的に保障するため 手と携えることができる。

(4). すべての医療機関にM S W機能を。

専門家としてM S Wがおかれている医療機関は、地域での老人の生活保障のために、社会的諸資源を活用するため、日常的に福祉機関との連携が追求されている。こうした機能をすべての医療機関が持てるようM S Wの配置等を実現することが必要。

○ 岩 田 克 夫 （社会福祉法人 聖 徳 会）

デイサービスという言葉が老人対策の分野で制度化されたのは、1979年からであり、1977年の中央社会福祉審議会の答申を踏まえ、施設の持つ設備・機能の専門性を地域に提供することにより、施設の社会化を図るとともに、地域で多様化する福祉ニーズの対応策として出発したものである。欧米先進国では、このデイサービスが在宅福祉の中核的な役割を果たしており、すでに20数年の歴史を有するが、その出発は精神衛生の分野、即ちデイホスピタルから出発したものである。この点において我が国と相違するが、高齢化社会に効率的に対応するためにも、家庭ケアと施設ケアの二大機能の得失を調整・整合し、その媒体的機能をもつものとして、今後日本においても、独自の形態をつくりながら在宅福祉の中核として重要な役割を果たしていくものと考えらる。

すなわち、1) 高齢虚弱、或は身体的障害のため日常生活能力が低下している者。2) 上記の者で、介護する者が虚弱、或は働いている等の理由で、日中家族の負担の軽減を必要とする者。3) 独居、高齢者夫婦で外部との接触が少なく、精神的・社会的に孤立している者。これらの老人を対象として、1) 活性ある生活の高揚。2) 人間性の維持・回復。3) 社会性の維持を目的として、次のサービスが求められるものである。

1. 入浴サービス（日本独特なものであり、一番求められている。）

2. 給食サービス

3. 日常動作訓練（リハビリテーションとは言わない。）

4. 生活指導

5. 介護者教育

6. 輸送サービス

現在、上記のサービスが、1人/週/～2回程度の利用とされているが、施設のもつ設備、職員構成、財源等の制約とともに、地域の実情差に応じ、また可能とされるサービスから実施されるであろう。その実態は様々なものが生まれてくるであろう。

老人ホームにデイサービスとして外来部門を併設することは、入所老人の閉鎖性の予防に役立ち、お互の接触や会話の機会の増大が図られるが、入所者にとってホームはあくまでも生活の場であり、その納得が必要であって、それに対応する職員の専門的知識も求められる。また、プログラム編成にあたっては、老人にとってリハビリ（理学療法・作業療法・言語訓練）治療が重要な意義をもっており、医師やO. T. ・P. T. ・S. T. の協力が必要であることから、今後の新たな課題としてデイホスピタルが病院に併設されることが考えられる。

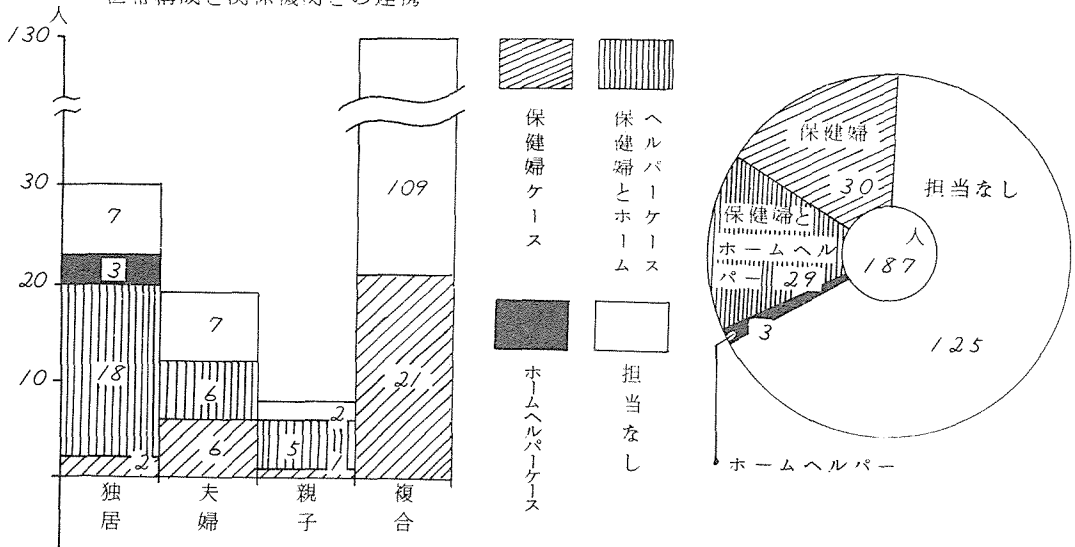
今日、施設の社会化という前提で、施設が制度のもとで実施しているのは極く僅かで、多くの施設は独自の財源のもとに実施しており、地方自治体の消極性がその原因と考えられる。

以下、昭和56年度松原デイケアセンターの実績を表示し、問題を提起する。

登 録 者

	男	女	計	利 用 者			利 用 率
				男	女	計	
デ イ ケ ア	52	63	115	49	53	102	88.7%
S（ショートステイ）	16	32	48	13	28	41	85.4
デ イ ケ ア + S	28	24	52	25	19	44	84.6
計	96	119	215	87	100	187	87.0

世帯構成と関係機関との連携



年齢構成

	60才未満	60~64才	65~69才	70~74才	75~79才	80~84才	85~89才	90才以上	計
男	7	10	12	22	11	14	9	2	87
女	7	6	14	18	19	21	9	6	100
計	14	16	26	40	30	35	18	8	187

		4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	計
特 浴	男	7	8	15	13	24	21	19	20	21	21	20	21	210
	女	6	7	13	12	16	10	13	12	15	13	16	13	146
	計	13	15	28	25	40	31	32	32	36	34	36	34	356
介 助 浴	男	24	32	45	64	52	59	60	43	43	42	40	44	548
	女	23	32	38	53	40	42	58	49	44	58	51	46	534
	計	47	64	83	117	92	101	118	92	87	100	91	90	1,082
計	男	31	40	60	77	76	80	79	63	64	63	60	65	758
	女	29	39	51	65	56	52	71	61	59	71	67	59	680
	計	60	79	111	142	132	132	150	124	123	134	127	124	1,438

給 食	男	37	45	64	77	71	86	86	64	88	90	105	127	940
	女	33	51	71	77	45	80	103	102	117	92	91	119	981
	計	70	96	135	154	116	166	189	166	205	182	196	246	1,921

訓 練	男	169	158	195	217	198	204	241	180	223	205	220	213	2,423
	女	58	66	89	66	62	71	85	63	90	125	114	116	1,005
	計	227	224	284	283	260	275	326	243	313	330	334	329	3,428

短期保護	男	43	42	15	60	107	82	55	80	71	76	66	42	739
	女	15	85	90	33	51	36	17	30	68	4	22	36	487
	計	58	127	105	93	158	118	72	110	139	80	88	78	1,226

京都堀川病院の活動と老人医療のあり方

三宅貴夫(京都堀川病院)

1. 診療所から訪問看護へ

1950年代、京都西陣の職人の地域住民の生活と医療を守る運動から生れた甘峰診療所の当時は、急性伝染病、結核が主な疾病であった。1960年代に入り、脳卒中やがんがいわゆる成人病が主要な疾病へと変化していった。さらに1970年代になると、地域の人口の高齢化、家族構成の変化、後述より老人を代表するような長期にわたる慢性疾患、障害の増加に伴い、老人の生活と医療の課題に取り組まざるを得なくなった。

診療所から病院に発展した堀川病院は、この時期より、老人患者が増え、長期入院老人が病床を占有することが多くなり、地域の病院としての機能—とりわけ救急医療—が低下することは懸念されるようになった。加えて、病院が老人にとっての生活の場となってしまうことは好ましくないとの判断から、老人の長期入院を防ぐため、訪問看護と往診制度の拡充がなされ、病院のなかで「居宅療養部」が導入された。

2. 現在の堀川病院の活動

医療法人西陣健康会は、施設として、堀川病院(総合病院)とらつの診療所も、っている。病院の外來診療は午前中だけでなく夜間も行っており、常時患者の受け入れ体制を整えているだけでなく24時間の往診体制も、っている。8名の保健婦を置いてる居宅療養部、主として西陣の職域検診を担当している「健康管理部」は、病院の重要な部門である。

入院は、長期入院も避けるため、3カ月入院も原則とし、入院時の患者、家族にその旨を説明し、入院時点から退院に向けての働きかけも始めることとしている。退院前、また退院困難な例については、家族を含め、医師、看護婦、保健婦、ケース・ワーカーのカンファレンスも行っている。

地域活動として、西陣健康会事務局が中心となり、地区別の医療懇談会、患者組織(片麻痺の脳卒中後遺症患者の「半歩でもの会」「作業教室」、喘息患者の「こまぐさ会」、糖尿病患者の「つづみ会」)、後述より老人を代表する家族の「居宅療養家族会」、老人の交流の場である「長寿会」と性身クラブ(一く暮らし会)、自主的なボランティアで組織する「福祉奉仕団」などさまざまな活動が取り組まれている。このような活動は、単に生活面での援助だけでなく、保健教育、予防活動も含んでいる。

3. 堀川病院の問題点と展望

上記のような多様な活動を建ち立てているとはいえ、各活動間をより相互に連携は十分とは言えない。ほとんどの病院管理、運営は保険収入によっている—民間病院が、医療から生活へ渡る中にあるニーズに応え、地域医療、地域活動と展開していく—この一己完結的活動—は不可能であることは言うまでもない。地域住民の生活保障という観点から保健行政の行政、公立、民間病院、福祉施設などの役割分担も明らかにする中で、民間病院は、短期入院型病院と長期入院型病院に機能分化させ、その中で、堀川病院は前者の役割を担っていくべきだろう。

現在、医療活動面にかかっている問題として、付添いと差額を料があり、入院が長期になると、家族の経済的負担、生活の混乱は増している。また訪問看護は、家族に自己負担をせられているだけでなく、家族の在り方能力も弱く、なっていることも救済も不可能な状況になっている。

4. 老人医療のあり方

老人は、自らの状態を一歩保とうとする能力（オースマーズ）が低下しているため、身体面、精神面の变化、疾病を起こしやすい。生活面でも、日常生活能力の低下、収入の減少、家庭における地位・役割の低下が多くなる。さらに、この三者—身体・精神・生活—は、相互に影響しあうことも老人の特徴である。従って、老人は、身体面だけをみていることは、正しい老人の把握とはいえない。身体・精神・生活面すべてをみて、老人をとらえる視点をもつことが、老人医療である。老人科（老年科ではない）の存在意義は、ここにあると考える。

ところが、現在の「老人医療」は、身体への関わりが弱く、まだ高齢者だから疾病ですべて「治療」の対象とし、検査と投薬でしか対応していない。この医療的かわりずと同時に、老人の任何もしても無駄で、どうせ死ぬ人間だから「枯木に水」論—と、医療的ニヒリズムが共存している。

老人人間への、病める老人への、医療的かわりずと上述の視点からとうえ直し、従来の治療の限界と限界、障害をもちながら生きていく老人への対応と援助のあり方、老人と家族への社会保障、社会福祉政策のなかから、老人医療の役割を明らかにしていく試みが必要となる。

このような考え方のなかでこそ、老人への保健と医療と福祉の正しい有機的連携—統合が可能になると考える。

さらに具体的にシンポジウムのなかでふれていきたい。

1. 老人とボランティア活動の現状および展望

老人はボランティア活動において、受ける側だけでなく、する側としても大きな存在である。京都ボランティア協会の1981年度帶給調整統計によれば、ボランティアほしいの総数218件のうち、老人を対象とするもの22件（10.5%、他に障害児者71%、児童10.5%など）であり、またボランティアしたいの総数438人のうち、老人が12人（3%、他に学生32%、主婦24%、勤労者22%など）であった。ボランティア・グループ調査によっても、112グループのうち老人グループ12（10.7%、他に障害者27.6%、地域25%、障害児18.7%など）となっていて、おおむね活動総量の1割程度を占める現状であると考えられる。

老人へのボランティア活動としては、特別養護老人ホームなどの入所老人を対象とするものは、一部受入れと拒否する施設を除き、ほぼ需要を満たしつつあり、それに対し在宅老人へは訪問活動などが始まったばかりである。在宅老人への活動は、老人クラブが一人暮らし老人の友愛訪問などを先行的に行なっているものの、ホームヘルパー派遣対象からはずれるボーダーライン老人層や、ヘルパー非訪問日の補充など要求はきわめて高く、地域組織化のあり方や有料ボランティア制度の是非などを含め、模索しているのが実状である。また病院ボランティア活動は、関西を中心に活発な全国組織があるが、近年の老人病院化傾向に対し、病院の受入れ体制の不備とも相まって、本来の需要にこたえていないようである。

老人によるボランティア活動は、各種のボランティア・スクールへの受講生に老人が多くみられるようになり、退職者が技術をいかしての活動参加などユニークな事例もかなり出てきた。しかし全体としては、まだごく少数というべきで、高齢化社会への急速な突入を余儀なくされるわが国においては、今後の大きな課題である。京都ボランティア協会では去る5月22日に、“サードライフを考える集い”を開いて、約60人の参加があり、“独りでも過せる老後をつくるために”のテーマで話し合いがもたれた。また5月29日には“ウェル・エージング京都の集い”が開催され、あわせてウェル・エージング（よりよく生きること）に関する総合的研究及び啓発、並びにその生活実践の確立を目的とする「京都ウェル・エージング協会」が設立された。これらは「老後・老人問題」としてだけでなく、高齢化社会への対応策を世代を越えて見出していこうとする芽生えでもある。

このように老人はボランティア活動と、受ける側とする側の一体感を醸成し、ひいては障害者問題を老人問題と同様に、特別な（ハンディをもつ人だけの）問題とする見方を改めさせ、インテグレーション（統合化）あるいはノーマライゼーション（正常化）の理念を実体化させることに寄与したと私は考えている。したがって今後は、エージング（老年）問題として個人の老化にとどまらず、社会の老化にいかにとりくむかという視点を大事にして、個人・家庭・近隣・自治体・国家・地球等のそれぞれの役割と責任を認識しつつ、当事者またボランティアとしてそれらの連携と統合を目指すほかないであろう。

2. 小域住民参加型老人サービス・センターの実験的設置

— 守山市吉身学区におけるフィールド・スタディ

この研究は、小学校通学区程度の生活空間の広がりと人口規模を有する“小域”において、あらゆる年齢層の地域住民が主体的に参加することを旨とする“住民参加型”を基礎とし、来るべき高齢化社会に積極的に対応するために、家庭と収容施設をつなぐ媒体となる“老人サービス・センター”

を地域拠点として機能させるにはいかにすべきかを、その“実験的設営”を通じて明らかにすることを目的とするものである。

1979年10月より80年9月までを実験期間とし、さらに80年12月までを総括の作業期間として実施したもので、(社)日本WHO協会が(財)三菱財団からの研究助成費(900万円)を受け、吉田寿三郎博士が組織する専門委員会(寿齢問題研究会)に筆者らが参加して、地元の協力により進められたフィールド・ワークである。1975年頃より基礎的調査研究をしてきた滋賀県守山市における吉身学区(市街地型地区)を主たる対象に、速野学区(準農村型地区)を比較対象に位置づけて、まずコミュニティー・ワーカーを派遣し、老人サービス・センター設営の条件作りから始め、次いでその実験的設営を通じて意欲・能力ある老人(ウィル層)と要介護・支持すべき老人(ニード層)を適切に組合せ、地縁的な仲間づくり(ベーシック・グループの組織化)を開発することを目指した。

目標はフィジカルな施設づくりを促進することではなく、ソーシャルなセンターを支えるための老人を中心とするグループづくりにあった。しかもそのグループ活動によって、十分な能力や意欲ある人びとが人間的サービスを要する老人等にサービス提供がなされ、無為かつ不満に陥ることを避けるだけでなく、老人の生きがい向上に寄与した。この目標に関する限りはかなりの成果があり、あるグループ(吉身学区^{ふりや}地区)は、その地域の故事来歴・伝承等を小冊子にまとめて発刊し、健康問題を主課題とする学習会を自主的に運営するようになった。老人自身のボランティア活動への参加も旺盛なものがある。センターの中核となるワーカー、セラピスト、クラークの3者体制は、老人からの多種多様な要請に応えるためには必要不可欠であり、専門知識^{ちしき}の活用においても、これら多角的な情報提供により、さらに科学的かつ具体的な処方箋づくりにも有効である。

センター設営の第一歩に“高齢者よろず相談室”を開設し、あわせて老人悉皆アンケート調査を行って、その結果をもとにグループづくりに着手し、情報の流れをつくり問題解決への意欲形成を支援することにワーカーは全力を挙げた。介護の必要なニード層約4%と支援意欲のあるウィル層約7%の組合せにより、小域単位のセンターとしては70～80%のニードに対処できる見通しがついた。しかし小域のセンターによるニード充足は、当然ながら中域(人口10万ないし20万人程度)あるいは広域(人口約100万人以上)をカバーする、より高次の専門施設等への斡旋の必要性があり、その区分や連携方法等については今後の継続調査がまたれる。またセンター実現に向けての施策・法制化の推進、実験後の地元の積極的な対応などには期待とともに、多くの困難も予想されよう。

3. 世界エイジング会議NGOフォーラムからの報告

今年3月29日から4月2日までウィーン国際センターで開かれた、世界エイジング(高齢者問題)会議のNGO(非政府系組織)フォーラムに、筆者はわが国からただ一人出席したので、その概要を伝えておきたい。この会議には43ヵ国から159機関代表336人が参加し、先進国と途上国の共通課題としてのエイジング問題の認識。7月26日から8月6日に開かれる政府系会議への影響力行使と国際事務総長・各国政府への勧告などを目的としていた。8つのテーマ(家族、経済、自立保障、社会参加、住環境、医療・福祉、教育、統合・共存)別に、全体会議のみが連続して開かれた。そのうち例えば医療・福祉では、基本的なヘルス・ケアのできる専門家たちを結ぶネットワークづくりが必要であり、生活の自己管理能力を高める福祉につなげねばならないとか、統合・共存では、世代間の共存を図り、人類の統合的課題としてエイジングをとらえ、その基礎となる平和運動と連帯すべきであるなどの興味ある議論がなされた。

まとめ 老人を生活の場(家庭や地域)で全人的かつ統合的に支えていく上で、ボランティアの役割は大きい。それも当面のニードに応えるだけでなく、個人また社会のエイジングの中でのいかなる実践として展開させていくか、具体的な実効性と社会変革の実行力を同時に求められている。

呆け老人をかかえる家族の会
高見 昇生

1. 私の介護体験から

……どの状態から「呆け」といつのか

(経 過)

- ① 突飛な物忘れのはじまり
- ② 「呆け」の進行
- ③ 長女の誕生
- ④ 増築計画実行でぞろ
- ⑤ 父の死
- ⑥ 迷沢——「病院」か「在宅」か
- ⑦ 家政婦Fさんとの出会い
- ⑧ 心身ともの疲労
- ⑨ 「家族の会」の誕生
- ⑩ 介護への勇気
- ⑪ 新たなるたふかい——用えなおりの介護
- ⑫ 次女の誕生
- ⑬ 母の死
- ⑭ 「交えられるということは、交えられるという事」

(社会的なかわり)

相談機関がない

福祉事務所へ相談——一時保護がない

R病院での「一時保護」

2. 社会的援助を

母の物忘れがひどくなり、病院へ行くはずが反対の方向へ行ったり、そのうちのことを全くおぼえていなくて、おかしいなと思ったのは、8、9年も前のことでした。

それ以来、私たち共働き夫婦が、2人のこどもをうみ、育てながら、母の介護をつづけてきた経過は、前述のとおりです。

それは、いつかは必ず折れるトンネルであるのに、いつ折れるかわからないトンネルを歩くようなもので、一体いつまで歩きつづけねばならないのか、はたして出口まで歩きつづけられるだろうか、という不安と、日々の介護の疲労の連続の期間でした。

それでも何とか最後まで、家で介護がつづけられたのは、

- ① 母が私にとって、大変良い母であったこと
- ② Fさんという良い家政婦さんに来てもらったこと
- ③ 「家族の会」での勉強会、助け合いがあったこと
- ④ 次女の出産時に、R病院で母を預ってもらったこと

によるものです。

いわゆる「社会的援助」とは極めてかわりがつすく、主には個人の決意と力（経済的問題も含め）及び家族とうしのはげまし合いで介護をつづけたといっても過言ではありません。もっと早い段階で、適切な相談相手があったなら、精神的苦勞はもっと少なくてすんだだろうに、と思わずを得ません。

また、次女出産の際に、2カ月間、R病院に母を預ってもらったことは、大変な救いでありました。緊急避難的な一時保護制度が確立していたら、とれほど安心して介護がつづけられることか、と思います。

家族はだれも、可能な限りは、自分の手で「呆け」老人を看たいと思っ、てゐるはずで、す。しかしどのように世話をしようのかわからないうたり、また、家族自身の健康、家族の事情、住宅事情などでもどうしても看えない時があります。そんな時、社会が（行政が）、正面向き呆け老人問題にとりくまなければなりませんし、いまがその時だとおもいます。

環境問題の新局面——社会医学の視点から

司会

渡部真也 (滋賀医大、予防医学)

二塚 信 (熊本、医、公衆衛生)

討論に先立って、社会医学研究会が今まで公害・環境問題について、どのように取り組んできたかを想起してもらうために、主なテーマを並べておく。

- 第 4 回 (1963) ・地域開発と住民の健康
- 第 5 回 (1964) ・公害問題・四日市における大気汚染の諸問題
- 第 7 回 (1966) ・人災と健康
- 第 10 回 (1969) ・公害予防の住民運動をめぐって、公害訴訟における法と医学の問題点
- 第 11 回 (1970) ・住民運動における医療従事者の役割
- 第 12 回 (1971) ・公害問題と保健医療従事者
- 第 14 回 (1973) ・公害と地方自治体
- 第 15 回 (1974) ・国民の公害学習
- 第 16 回 (1975) ・法と健康
- 第 19 回 (1978) ・公害被害者の医療援護と復権
- 第 22 回 (1981) ・九州の公害

主題にかかけた“新局面”とは何を指すか。その本質は討論の中で明らかにされることを期待するが、このような言葉を使わせるのは、窒素酸化物の環境基準の緩和、環境アセスメント法案・湖沼法案の見送り、環境庁廃止論の抬頭、そしてマスコミから「公害」という言葉が消えてしまったというような事情、また、法の間では、伊達火力発電所建設・名古屋新幹線騒音振動・大阪国際空港騒音などの公害差止請求の棄却、というような事情による。

たしかに、四日市や水俣などにみられた“古典的”大公害事件の発生はみられなくなったとはいえ、これらの事件が完全に解決されたわけでもなく、国民の生活環境は依然として健康的でもなく、快適でもない。そしてもっと広範囲に亘る環境破壊と健康の危機が見えはじめている。それにも拘らず、環境行政は後退の気配をみせ、法は国民の健康な生活を求める権利の拡大を阻んでいるように思われる。

このような状況の認識をより確かなものとし、われわれの課題を明らかにするために、過去における社会医学研究会での公害・環境問題検討の実績を反芻しながら、十分な意見交換が行われることを切望する。

吉田克己（三重大学・医・公衆衛生）

1. はじめに

私に与えられたテーマは、環境行政の後退がさげられる中で、環境問題の新しい局面を整理し、その中から問題を提起せよということである。このような難しいテーマを私が十分に咀嚼できるとは思えないので、この問題についての私の感じていることを卒直に述べることで問題の提起としたいと考えている。

この研究会に先立って突然の機会に、私は中国天津市人民政府環境保護局の交流招請を受け、大気汚染対策についての交流討議を行う機会があった。私は社会主義国である中国が、大気汚染対策を資本主義国である日本の四日市の経験に学ぶと言う発想に驚くと共に、現在の中国、天津、北京の街に政治的・思想的なスローガンが殆どみられず、殆ど唯一のそれが、事実をよく学ぼうという意味のものだけだったことが強い印象となった。

日本の環境問題を考えるに当たっても、事實は断えず変化しているということを強く念頭に置くことが大切だと思った。そうでなければわれわれの主張は事實から遊離し、観念的にとらえられ、社会に力を持たず、浮き上がってしまうことになる可能性がある。このような観点から、先ず、問題の整理を考えてみたい。

2. 60年、70年代をふりかえって

1960年、70年代を通じて、公害問題の根底には巨大な私企業、特に工場企業での利益追求と、犠牲の地域住民への押しつけがあった。水俣病も、四日市喘息に代表される硫酸化物を中心とした各地の工業都市での大気汚染もそういうパターンであった。それへの対抗としての地域住民の運動が起き、公害訴訟が提起され、その被害が事實であり、その責任が企業にあることが証明され、住民の勝利がもたらされた。その結果として、例えば大気汚染の規制は大きく変革され、被害は補償されるようになった。その結果、大気汚染については、少なくとも硫酸化物について、OECDがそのレポートの中で日本の成功として高く評価したように、基本的には解決されたと言えるようになった。又、河川の汚濁などについてもかなりな改善がみられ、各地で魚の復活などがみられるようになった。

このような改善の事実をめぐって新しい論争がみられるようになり、一方では公害はもう終わった、それは科学的データが示している通りであるという主張となり、一方では汚染は終わっていない、例えば公害患者はなお発生し続けているのではないかという主張になった。

3. 未解決の諸問題

冷静に考えるならば、この両者の主張はいずれも正確には正しいとは言えない、たしかに、硫酸化物については、四日市公害訴訟判決を境として大きな変化を招来した。（表1）特にその結果生じた総量規制の考え方は劇的な汚染の変化を招来した。（図1、2）この変化は、総量規制の普及によって全国的なものとなり、殆どの地域で問題の解決をもたらした（図3）、四日市地域においても多年上昇し続けて来た慢性閉塞性肺疾患死亡率の減少をもたらすようになった。（図4）

しかしながら、大気汚染の問題は硫酸化物汚染に止まるものではなく、例えば、窒素酸化物汚染、特に幹線道路沿道でのそれは全く改善の傾向はみられていないし、又、交通公害としての騒音・振動についてもその被害は全国的にも深刻であって、環境庁は被害人口は少なくとも600万人はあると報告している。又、ばい塵の環境基準達成も極めて難しい状

表1 四日市公害訴訟判決とその影響

1. 疫学的因果関係論の判例化と大気汚染民事責任の定着
2. SO_x についての被害者救済制度の発足
3. SO_x 総量規制方式の導入と汚染の低下
4. SO_2 環境基準の強化

況で、その達成率は悪く、しかもその状況下で石炭転換の進行がみられている。又、びわ湖、霞浦などの閉鎖性水域での富栄養化も進行しつつある。表2は、前環境庁鯨岡長官が表明した問題点である。同長官は歴代長官中最も熱心に活躍した人で、退任に当り庁内から留任運動の声が上がった人で、環境庁廃止論をかかげた自民党政調会森下環境部会長ともやり合った人でもあるが、この所信は、今日でも有効な指摘である。これを見ると、重要な懸案が数多く残っていることがわかる。このように、解決をみたのは、国民的な反公害の輿論による水俣病、イタイイタイ病、硫酸酸化物の問題であり、これらはいずれもOECDの指摘するように、緊急避難としての危機的状況からの脱出であって、本当の意味での環境行政はなおその出発点にあると考えるべきではないだろうか。このような点で、われわれはまず問題点を正しく把握する必要がある。単なる解決、未解決論争にとらわれると袋小路にはまりこんでしまう可能性がある。私は、先日地方自治体の若い規制技術者の集りに出席した時にこのような発言を聞いた。それは、われわれの将来はどのようになるのだろうか。つまり、硫酸酸化物汚染は確かに解消した。一方、窒素酸化物汚染はなお未解決であるが、現実のその汚染寄与は道路交通、特に物流問題に由来するものであって、工場企業への規制は実際には殆どその実効が期待できない所へ来ている。しかし、一方、住民の間では工場企業がその元凶だという考えが強く残っており、この点での論争となると企業の意見を聞かざるを得ない面があり、必ずしも住民に同調できない。一方、道路問題は地方自治体の権限外であるため、職場は一部縮小されつつあるのが実情である。一方、沿道汚染、閉鎖水域、騒音・振動、環境アセスメント、その他の多くの問題が未解決のままであるのに対して、これらは必ずしも十分な世論の支持も定着しておらず、結果として公害は解決されたという面の認識のみが先行している。われわれ若い技術者は、殆どが水俣病や四日市喘息の嵐の中でこの分野を志してきた。このような職員が全国に数多くいると思うが、一方でこの分野を開拓してきた先輩達はどう考えているのか、自分たちの社会的役割は終わったと満足して消えて行くのかという発言があった。

4. 新しい課題へ

日本の公務員は世界的にも優れたレベルにある。問題点を正しく理解しているのはこの人達であるが、一方、この人達は自由な発言の場には居ない。実施できる政策は政治的に決定され、彼等の自由裁量にゆだねられてはいない。この点では、国民の側での問題点の正しい理解とそれに基づく主張を強固にする必要が高いのではないだろうか。

このように数多くの問題点が残されている。法的側面についての協同研究、今日最大の問題ではないかと考える交通公害問題、又閉鎖性水域の問題、環境アセスメントなどいくつかの問題が残されている。ここに、

4. 新しい課題へ

日本の公務員は世界的にも優れたレベルにある。問題点を正しく理解しているのはこの人達であるが、一方、この人達は自由な発言の場には居ない。実施できる政策は政治的に決定され、彼等の自由裁量にゆだねられてはいない。この点では、国民の側での問題点の正しい理解とそれに基づく主張を強固にする必要が高いのではないだろうか。

このように数多くの問題点が残されている。法的側面についての協同研究、今日最大の問題ではないかと考える交通公害問題、又閉鎖性水域の問題、環境アセスメントなどいくつかの問題が残されている。ここに、

- 表2 鯨岡長官所信表明(昭55.10 衆議院)
1. 環境影響評価の早期法制化
 2. 長期的環境政策
 3. 地球規模の問題、エネルギー問題
 3. 各種公害対策
 4. NOx対策、交通公害、湖沼環境保全
 5. 健康被害者対策の充実
 5. 自然環境の保全
 6. 環境行政基盤の充実

図1 Trend of the polluted area in Yokkaichi

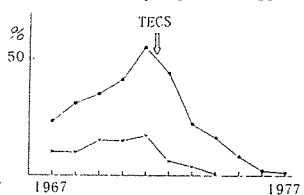


図2 年度別燃料使用量及び硫酸酸化物排出量の推移

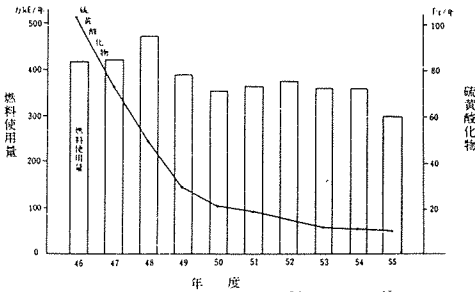
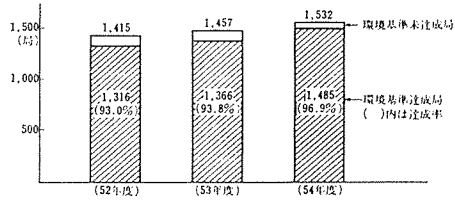
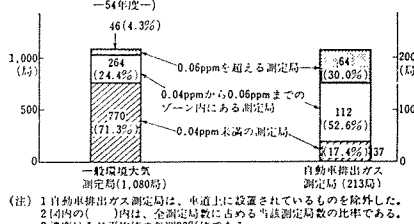


図3 大気汚染に係る環境基準達成状況

1 二酸化硫黄(一般環境大気測定局数と環境基準達成局数の推移)



2 二酸化窒素(一般環境大気測定局と自動車排出ガス測定局における測定結果)



(注) 1 自動車排出ガス測定局は、車道上に設置されているものを除外した。

須 田 政 勝 （ 弁 護 士 ）

I 何故、公共性が問われるようになってきたか。

1. 高度経済成長政策と社会資本充実政策

1960年以降高度経済成長政策がとられ、運輸、交通、通信など生産基盤に対する公共投資が優先されてきた。これは、生活基盤に対する公共投資より生産基盤に対する公共投資のほうが経済に対する波及効果が大きく、生産誘発効果が大きいと考えられてきたことによる。その頂点に立つのが新全総であり、日本列島改造論である。その結果として全国に深刻な公害と環境破壊が発生。

2. 公共事業の変貌

公共事業が大型化し、高速道路、新幹線、空港など深刻な公害を発生させるようになって、あらためて公共事業の公共性が問われるようになった。

(1) 共同社会的条件の喪失

公共事業や公共施設は、本来、社会の生産活動や生活の一般的条件を保証し、特定の私人や企業の利益に供するものでなく、すべて国民に等しく、誰れでもたやすく利用できるものである。ところが、近時の公共事業はそうでなくなった。—— ex. 田子浦港、堺港（宮本憲一教授）

(2) 受益と負担の分裂（ミシヤンのいう便益権の差別）

公共事業が共同社会的条件を失い、大規模化した結果、公共施設周辺住民は、公共事業による直接的な恩恵を受けない反面、間断なく深刻な公害を受けるようになった。—— ex. 生活道路と高速道路。

(3) 絶対的損失の発生

公共事業の大規模化と社会的費用を無視した結果として、健康被害が発生。

II 「公共性」は従来どのような役割を果たしてきたか。

1. 「公共の福祉」同様、被害者に受忍を迫る。

公共性の内容が曖昧にされたまゝ住民の権利を圧殺してきた。

2. 私的利潤追及の隠れみの

公共性の美名のもとに被害者に受忍を迫りつゝ、他方、加害者は大きな利潤をあげてきた。

3. 公共性の使いわけ

被害者や国民に受忍を迫るときは公共性が表に出され、一方、合理化したり、料金を上げるときは公共性は「独立採算性」に衣替えする。

4. 公共性の相対性

公共性の判断は人の価値観によって大きく異り、政治的に利用されてきた。

III 公共性の歴史は何を語るか

公共性、公共の福祉という概念は、そもそも法的には中世以来の「公共価格」の観念、特定ギルドの規制、イギリスの慣習法における「公共的職業」の保護を史的系譜として、アメリカを中心にその市場の特性に起因する矛盾を除去するため特定産業に公益事業的規制を加える。つまり特定の産業の製品やサービスの買手＝消費者保護のための企業規制の根拠として学説化されたものであって、元来は理論的にも歴史的にも公害のような地域社会の問題は視野に入っていない概念である。（中西健一教授）いずれにしても、公共性は大企業の横暴から国民を守るための法理であった。

IV 公共性を主張する側の「公共性」の論理は

1. 例えば、大阪国際空港公害事件では

(1) 京阪神にまたがる唯一の国際空港

- (2) 生産効果，流通効果，社会的文化的効果
- (3) 交通の価値尺度——迅速性，定時性，安全性，快適性，経済性（航空の時間短縮効果大）
- (4) 近時，需要の増大

2. 加害者の論理の特徴

総じて，議論は抽象的である。抽象的なるが故に公共性は受忍を迫る論理として「威力」があった。具体的に中味を分析するほど，公共性とは内容の空疎なものとなる。

「公共性」をつきつめれば，社会的有用性と需要の増加。そこには，社会的な負の効果は入っていない。

V 公共性とは何んだらうか（公共性の視点）。——公共性はその有無だけでなく，その程度が問われなければならない

公共性は，従来，経済学とりわけ公共経済学の分野において，論じられてきた。公共財とは市場の原理が支配するところでは生き残れない財，つまり，市場機構で絶対に処理しえない財，処理のためにはある種の非経済的機構を導入せざるをえない財。

1. 非排除性

- (1) 料金を徴収できないサービスは公共性が高い
- (2) 料金選択の自由度の大きいものは公共性が低い
- (3) 共同社会的条件のあるものは料金を安くすべし

2. 社会的有用性

- (1) 社会的有用性のみでアプローチすることの危険性
- (2) 社会的有用性にも序列
 - ①生命・健康の維持，擁護，②社会的共同欲望，③個人欲望（宮本憲一教授）

3. 共同社会的条件

- (1) ナショナル・マキシム，ナショナル・ミニマムよりシヴィル・ミニマムの重要性
（Social Welfare Standard の提唱）
- (2) 判断権は国家でなく国民

4. 不可欠性と代替性

5. 民主的手続の重要性と公共事業の環境保全義務

住民参加・住民同意とくに少数被害者の意見を聞くことの重要性——アセスメント手続の確立。

公共事業は稼働を始めると社会的影響が大きくて改廃はむづかしく，しかも，事業は大規模で与える影響も大きいから，施設を造る前に十分な調査が必要であり，採算を度外視しても環境保全に意を尽すべし。

6. 費用便益分析の問題点

- ①絶対的損失が発生するときは，費用便益分析はまじまない。②受益者と負担者を明確にできない。③便益は計量化しやすいが，費用の計量化は困難である。④プロジェクトの国民経済上の優先順位はつけられない。

7. 公共性の実態分析の必要性——ex. 空港事件における「つくられた需要論」

VI 公共性と環境公害法

- 1. 損害賠償請求（事後的な被害者救済）と公共性
- 2. 差止請求と公共性
 - 民事訴訟（事前差止と事後差止），行政訴訟と公共性
- 3. 公共性に関する環境公害判例の動向

2) 交通公害

中 川 武 夫 (名大・医・公衆衛生)

「公害の時代から環境保全の時代へ」といわれるようになってすでに久しい。この間、1973年の石油ショックをきっかけとした環境行政の後退はすさまじく、NO2 環境基準の改悪、「イ」病・水俣病・公害喘息患者の切り捨て、アセスメント法案の流産等々事態は進行している。「公害から環境へ」という言葉を理解する上では2つの視点が必要である。1つは、日本の公害問題が、水俣病・「イ」病・喘息等に象徴されるように直接命にかかわる問題として提起されたために人が直接的な死に直面しない問題は軽視または無視される傾向への批判であり、長期的な人類の生存の問題とのかかわりあいの中で環境問題をとらえるべきであるという積極的側面、もう1つは、「公害問題は終わった。今後は生活の快適さを求める環境問題としてとらえよう」という考え方であり、被害救済に対する「福祉型公害行政」なる発想とも同一と考えられる。こうした点のとらえ方について、交通公害—とくに新幹線公害—to取り組んでいる者として若干述べてみたい。

新幹線公害の実態と新幹線問題をめぐる動き

被害については詳しくは別の機会に譲るが、新幹線公害は衝撃的な騒音と振動による被害を中心とした公害であり、身体的、精神的被害、日常生活妨害、家屋被害等に分類できる。表1は名古屋医師会が行った新幹線公害被害意識調査であり、近づくにつれ訴えが増加している。図1は、柴田らが高槻市で行った調査結果である。図2は、我々が身体的、精神的被害と騒音、振動との関係を明らかにするために行った自覚症状調査の結果の一部で、明らかに騒音、振動が、自覚症の訴えを増加させている。また、年表は新幹線公害をめぐる動きである。こうした経過の中で80年9月第一審の判決が出た。公害裁判は四日市・水俣・「イ」病および大阪空港裁判へと発展し、被害内容および差し止めを求める点でも大阪空港裁判を受け継ぐものとして位置づけられていた。

第一審判決は要約すれば騒音・振動による差し止めは、新幹線の公共性および身体的被害を具体的に認めなかったために棄却、その他の被害については補償を認めたものであった。この判決は、大阪空港第二審判決より後退したものであり、現在の環境問題が直面する象徴でもある。したがってこの判決を正しく評価することが必要と考える。「公共性」の評価については別に譲るが、名古屋でスピードダウンすれば、全国でもスピードダウンが必要になり、公共性が失なわれるという理屈はきわめておかしいことだけ指摘したい私の立場からは、被害の把握とくに身体的被害のとらえ方が最も関心があるこの訴訟に深く関わった者としては、自らの非力をさらすことになるが、この場で皆様からの積極的な御批判と援助をお願いしたい。

第一は被害のとらえ方である。新幹線公害が始まったころ、マスコミの人に「新幹線公害で人は死にますか。死なないとなると・・・。」とあたかもこの運動が発展しないようは口ぶりであった。先にも述べたが、日本の公害の歴史があまりにも悲惨な水俣・「イ」病・四日市から始まったがために、公害被害=身体的被害=疾病=死という関係が印象づけられてしまっているのではないか。その他の被害は、がまんの限界内であるとか、気のもちようであるという風潮は根強い。判決では、日常生活妨害、睡眠妨害、精神的被害

年 表

- 59.4 東海道新幹線起工
- 64.10 東京—大阪間開通
- 65.11 200km/h運転開始 110本/日
- 70.3~ 万国博始まる
- ひかり16輛へ 227本/日
- 10 住民運動の芽生え
- 71.10 新幹線公害反対同盟連合会結成
- 72.3 大阪—岡山開通
- 9 第一回住民大会開く
- 国鉄へスピードダウンを要求
- 11 日弁連公害対策委員会報告公表
- 「昼間65ホン夜間55ホン以下に」
- 12 「環境保全上緊急を要する新幹線鉄道騒音対策について」勧告
- 73.2 運輸省国鉄に緊急音源対策を指示
- 5 名古屋市「防音壁はほとんど効果なし」と発表
- 7 連合会訴訟提起を決定
- 74.2 大阪空港訴訟第一審判決
- 2 名古屋新幹線公害訴訟原告団結成
- 2 動労長期スピードダウンの決定
- 3 訴訟提起
- 7 第一回公判
- 7 新幹線公害反対全国連絡協議会結成
- 12 国鉄、原告居住地域内の沿線20mの質上案発表
- 75.3 博多まで開通
- 7 新幹線騒音環境基準告示
- 11 大阪空港訴訟控訴審判決
- 76.3 「環境保全上緊急を要する新幹線鉄道振動対策について」勧告
- 4 運輸省国鉄に緊急振動対策を指示
- 6 第一回環境週間全国公害被害者総行動デー
- 77.6 第二回全国公害被害者総行動デー
- 78.5 原告本人尋問始まる (55回公判)
- 5 大阪空港訴訟上告審決起集会
- 79.4 新幹線訴訟勝利をめざす実行委発足
- 6 新幹線訴訟決審 (70回公判)
- 80.9 新幹線訴訟第一審判決
- 81.6 新幹線公害訴訟控訴審 (第一回)
- 12 大阪空港公害訴訟最高裁判決
- 82.6 東北新幹線、大宮—盛岡間開通

を認め、かつその重大性にふれているのは積極的であり、今後社会的
定着がいつそう進むことを期待したい

第二は、健康と疾病の関係についてである。健康でない 疾病 具体
的病名という誤った認識があまりにも根強い。 病とつくとは身体被害
であり、医師の診断書が出てくる。人間の健康状態は連続的であり、一
つの区切りとして病気とか健康とかいわれているのであり、当然その中
間的状態（新幹線では水野 宏証言で疾病準備状態とよんだ）が
存在すること、また、住環境内には、健康の弱者が必ず存在しているこ
と等、環境を考える上では、それらを基準に考えるべきであることなど
きわめて常識的なことがなぜ裁判の上で定着化しないのであろうか。

それは身体被害に対する一面的絶対化なのではないか。

身体的被害があれば公共性も問題にならない。したがって
その場合の身体的被害には診断書等の裏づけが当然必要と
なるし、それぐらいは医学の分野でも明らかになっている
だろうという考え方である。

これに対して我々は、被害の因果関係を科学的にとらえる
ように努力することは、第一義的に重要であるが、それと
同時に現在の医学の到達点ふまえ、こうした問題をどう考
えるかについての積極的な発言がいま求められているの
ではないであろうか。これは、水俣病・「イ」病または労災
職業病の分野までを考えれば、その意味は明らかであろう。

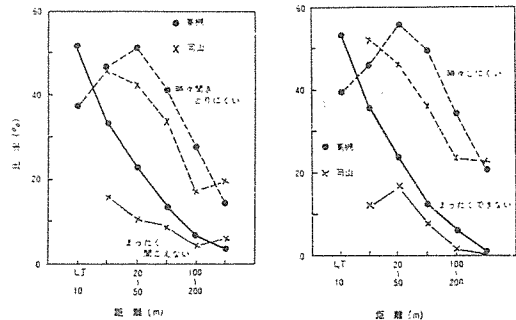
公害問題は、日本においては未だ終っていない。

たしかに、かつてのようなS02汚染は改善し、水俣病等の
悲惨な実態が次々と出てくるという状況ではなくなった。
新幹線公害についても、住民運動と裁判への取り組みを通
じ、年表にもあるように各種の対策がとられ、一定の改善
はみられるようになった。しかし、被害の完全救済もなさ
れておらず、今後こうした公害を再び起きないための防止
ともなる真のアセスメント確立への途も遠く険しい。

表1 新幹線からの距離別健康被害意識強度(%)

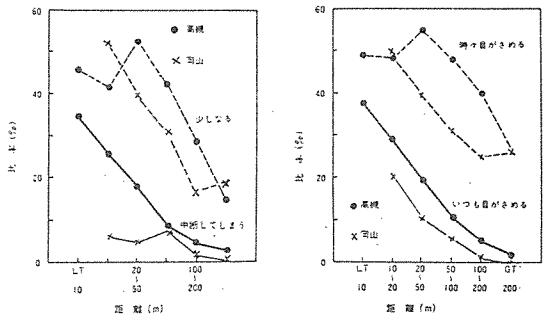
	< 50m	50m~100m	100m <
村	12/12	16/18	14/126
高	56/58	36/72	54/362
熱田	46/49	15/56	40/167
中川	14/17	28/46	22/207
中村	11/15	5/21	7/195
西	2/5	0/3	4/98
計	84/156	14/210	14/1155

図1 距離と訴え率



「新幹線が通る時、電話が聞きとれないことがありますか」に対する結果

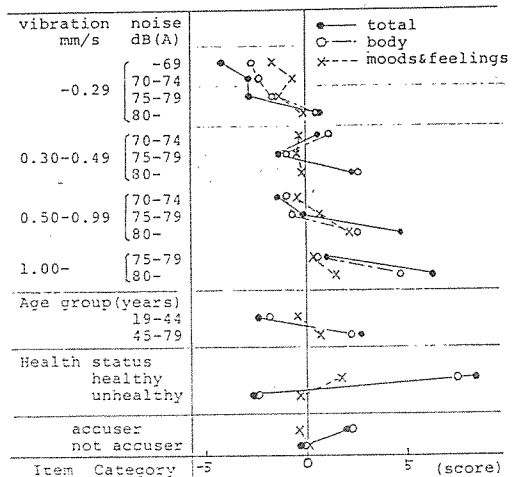
「新幹線が通る時、会話がかみ合わないことがありますか」に対する結果



「新幹線が通ると勉強や仕事のじゃまになりますか」に対する結果

「新幹線が通ると寝ていて目をさますか」に対する結果

図2 アイテム・カテゴリーとそのスコア



福地保馬 (滋賀医科大学・予防医学)

びわ湖は、起源が古く豊富な自然を有する(表1)ばかりでなく、古くから、周辺や下流の人間生活と密接な関係を保ち、その発展に寄与してきた。このわが国最大の湖であるびわ湖に対する滋賀県の「富栄養化防止条例」の制定は、びわ湖のみならず、わが国の水汚染の深刻さを象徴的に表わしており、国民に「いのちの水」の危機を認識させた。また既存の環境行政では、水を守ることがもはや困難であることも示したものである。

1. びわこの水質汚染の進行と住民運動

びわ湖は、最近の100万年位は、むしろ貧栄養湖に属す清澄な水質を安定して保ってきた。

第2次世界大戦末期から、食糧増産を目的に約20年間で約2500haの内湖が干拓され、自然の浄化機能をもつ内湖が次々と失われていくが、産卵場・漁場を失うことに対する漁民の反対があったのみで、水質保全の観点からの批判は起らなかった。

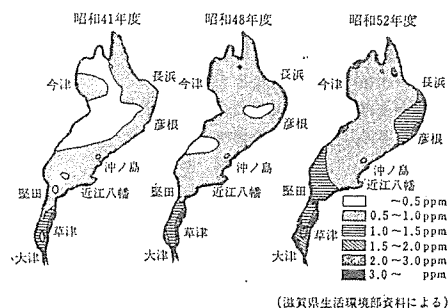
1960年ごろから浄水場の汚濁障害が発生するようになる。また、このころからの工業化政策によって立地した工場による有害な工場排水のタレ流しが明らかになり(1960:大津板紙・製紙排水、日電硝子・鉛、1961:村田製作所・重金属、1962:日本コンデンサー・PCBなど)、これらの事件を通して住民の工場排水による水質汚染に対する動きが起ってきたが、同時に高度成長政策のなかで起った人口増、農業構造変化に伴う生活廃水・農業排水による汚染までは、行政も住民も関心を向けていなかった。

1963年、名神高速道路の開通をデコに滋賀県への工場進出、京阪神の膨張人口の流入は急速に高まり、1965年前後から、公共用地・工場用地などのための湖岸埋立てがすすめられる(大津・守山・彦根などで約230ha)が、まだ、水質保全の観点からの埋立てに対する議論は出ていない。

1969年には、びわ湖疎水を通じて取水している京都市の水道水にカビ臭が発生、1971年には、それが年間の3分の1にわたるほど長期化して大さ

表1 びわ湖の自然の概要

項目	内容
起源	約400万年前にできたといわれ、カスビ・バイカル湖に次ぎ、世界屈指の古さ
面積	674 km ² で日本最大、第2位の霞ヶ浦の4倍、滋賀県の6分の1。水面からの蒸発量約6億t/年
貯水量	約275億m ³ (大阪市民80年分の生活用水に相当)
流入・出	直接流入する一級河川(本流)119本。県の94%が流域。流出は瀬田川(淀川)一本のみ
生物	魚種52種、貝種43種、えび類5種、野鳥194種のほか、多くの昆虫、水生生物。固有種多い



(滋賀県生活環境部資料による)

図1 BODからみたびわ湖汚染の進行

な問題となった。すでに植物性アラシトンの急激な増殖もおこっており(京都市水道局調査:1952年から、20年間で、らん藻類1900倍、緑藻類1300倍、けい藻類420倍、一般細菌23倍)、このころから、研究者の一部によって、赤潮の発生が予測されていた。

アラシトンの激変は、湖内の生物相を急激に変化させ、特産セタシジミの激減、さらに1970年代に入って、ユスリカ、オオカナダモなど汚水性生物が繁殖しはじめる。また、1972年から、水

質悪化により、南湖の水泳場のほとんどが閉鎖に追い込まれる。

1977年5月から6月にかけて、びわ湖西岸一帯に大規模な赤潮が発生し、これを機会にびわ湖の水質汚染の深刻さについての認識が高まり、住民運動の輪が広がる。この住民運動の主体となったものが合成洗剤追放・粉石けん使用推進運動であった。びわ湖における合成洗剤追放運動は、その環境に与える悪影響に対して中心的にすすめられたところに特徴をもつ。やがて、この運動は行政を巻き込み、洗剤業界の激しい抵抗をはねかえして、1979年10月、有リン合成洗剤の販売・使用禁止を盛りこんだ「琵琶湖の富栄養化の防止に関する条例」の制定に実を結ぶ。全国どこでも売られ、使われている合成洗剤を、滋賀県下だけで規制し、そのために使いきれない手間のかかる割高な石けんを使わねばならないこの「割に合わない」条例を県民が認めたことは、家庭生活と自然環境が直接・間接に結びついており、水と人間の関係を改めなければ、美しいびわ湖は戻らないという認識がかなりの県民に広がったためであろう。

1980年7月条例施行後、運動は、洗濯水中のリンだけでなく、生活廃水全般の質と量を根本から問いなおし、生活構造を変えていこうとする運動に徐々に広がりつつある。

また条例は、工場や農業に対して窒素・リンの排出抑制を義務づけており、これを機会に、近年すすめられてきた大量の水を使い、大量の排水を生み出す工業・農業のあり方を変えていこうとする動きもでてきた。

2. 琵琶湖総合開発

びわ湖は、滋賀県の産業と県民生活に結びついているだけでなく、近畿1300万人の水資源としての役割が極めて大きい。明治23年(1890)年、京都の産業復興を目的としたびわ湖疎水が開通し、発電と都市用水としての本格的利用がはじまる。明治末期から昭和にかけ、淀川水系に数ヵ所発電所が建設される。発電にひきつづき、京阪神地域の上水道・工業用水など都市用水としての利用が本格化し、高度成長期に水需要は急増した。将来の水需要の増大に対応して、びわ湖から新たに利水しようとしたものが、1972年から実施された「琵琶湖総合開発」である。

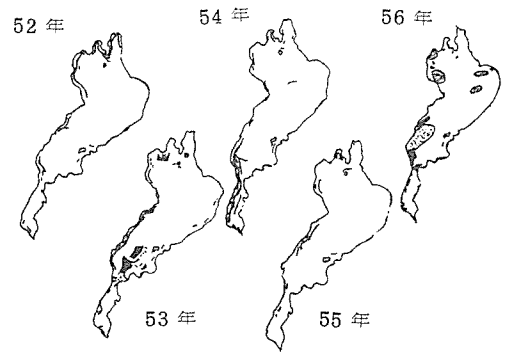


図2 びわ湖の赤潮発生状況の推移

この事業は、-1.5mまで水位が低下することになる毎秒40セの量の新規利水と、供給水の質を確保するための流域下水道網の設置が根幹となっており、水位低下による改造の代償を、治水対策、地域整備事業でおぎなおうとするものである。しかし、水需要の予測値は大やな誤算であることが明らかになり、毎秒40セもの新たな水の必要性の根拠が失われてきており、むしろ下流における河川汚染対策の争ねるまを許すものとの批判がある。

水質対策に対しても、もはやびわ湖の汚染は、赤潮の大規模発生によっていつ完成するか知れない流域下水道の整備を待てる状況ではなくなっていること、矢橋人工島にみられるように下水道処理施設建設自体が、びわ湖の水質悪化につながることを、さらに流域下水道方式の下水処理方法への疑問が明らかにされてきている。

他の開発事業も、びわ湖の自然と生活と生産にとってけっして有利でないことも指摘されている。

これらは、下流の量の需要を満たすことが、水源の質の低下のみならず、生産・生活面での大きな犠牲を伴うことを意味している。国の予測より遅れても、早晚水需要は増大するであろうが、それまでに下流における水の使い方に再検討が迫られている。

*

滋賀県で、びわ湖富栄養化防止条例が制定されたのをきっかけに、自然を再認識し、生活と生産のあり方をも考えていこうとする運動が広がりつつある。また、上下流の協力なしに問題解決はありえない。びわ湖の汚染の現状は、上下流の住民と資本に現代の生活・生産様式の再検討を迫っている。

年頃の臓器汚染(総放射能強度, cpm)の比率は脾、骨の1に対し、生殖腺は著しく高く3.5を示し、肺、腎、肝は低く0.4となっている。1962年以降では全体に減少を示し、以前のような臓器差が明らかでない。人骨中⁹⁰Sr量は1970年以降1~1.3 pCi/g・Ca(成人)の低い状態を示し、筋中¹³⁷Cs量は1964年の93 pCi/g・Kをピークに、その後逐年減少を続け、1974年には10 pCi/g・Kを下回った。注目すべきは、1964年当時の¹³⁷Cs量は骨、生殖腺に高かったことである。排泄の半減期が200年といわれる²³⁹Puも、骨、生殖腺などに全体に高い傾向にあることは重要な意義をもつ。

体内被曝線量の推定と線量預託 環境放射能がもつばら問題となるのは低線量による体内照射の影響である。個人または集団が受ける線量は、体外線量と経口・吸入経路で取り込まれた核種別推定濃度から臓器または全身の体内被曝線量を求め、推定される。ICRPのモデルに従って経口摂取による摂取率を50年間の平均で求めると、秋田は全国の平均と大差がない(表3)。

核実験によって人類が過去から将来にかけて受けるであろう全線量、つまり線量預託は、ICRPの報告によれば1976年以前では人体各組織の年間線量に対して⁹⁰Srと¹³⁷Csの寄与が大きく(表4)、全体の集団線量預託はおおよそ $4 \times 10^8 \sim 8 \times 10^8 \text{ max rad}$ となり、これは通常の自然放射線源の2年分に相当する。ちなみに、秋々が生殖年齢30年間に受ける線量は自然放射線源約3 rem、医療用放射線約2(0.5~5) rem、核爆発による汚染0.1 remなどの順で合計して5 rem程度である。人の自然にみられる突然変異の頻度を2倍にさせるのに必要放射線量(倍加線量)は30~100 remとされるから、5/70だけ1遺伝子当たり毎世代自然突然変異が増加することになる。突然変異に起因する遺伝性障害については、いつたん発生したのちは、突然変異遺伝子保持者の結婚によって集団のなかに拡散して、集団全体としての遺伝的汚染を招く恐れも考えられる。

放射能対策 核実験の全面停止にある。人類の福祉を伴う核軍拡に対しては、どのような困難にあつても、忍耐強くこれに挑戦してゆかなければならない。その根幹は、各国が適切なる施策を行政的にも、国際政治のうえでも十分に生かして、これを強力に推進させるにある。わが国では原子力の実用の面が推進されているのに比べ、放射線影響研究の推進は全く十分でない。緊急に研究推進者の養成とともに、国民の健康の確保、環境の保全等安全の徹底に関する技術及び知見に、より一層の充実が要請される。以上、今後の社会医学的課題をふまえて、これをいかに防ぐかは現代に生きる我々が、将来の世代に対して負わねばならない重大な責務である。

表3 食品群別線量評価(50年間摂取した場合の全線量)の平均値

食品群	対応する核種	秋田県内(秋田県調査)				全国平均値(国民食調査)			
		⁹⁰ Sr 濃度 pCi/kg・生	¹³⁷ Cs 濃度 pCi/kg・生	摂取量 1人1日 g	年平均線量率 (mrem/年)	摂取量 1人1日 g	年平均線量率 (mrem/年)	摂取量 1人1日 g	年平均線量率 (mrem/年)
穀類	米	1.2	17	321	0.65	0.12	328.5	0.67	0.12
豆類	大豆	36	32	91	5.5	0.064	67.7	4.1	0.047
実菜類	ジャガイモ	4.0	6.1	233	1.6	0.031	180.9	1.2	0.024
野菜類	キャベツ・大根	30	19	314	16.0	0.13	262.3	13	0.11
海藻類	ホウレンソウ	2.3	1.9	9	0.035	0.0037	5.0	0.019	0.0021
魚介類	シジミ・イサナ	7.3	7.2	125	1.5	0.020	88.5	1.1	0.014
肉類	豚肉	0.27	14	55	0.025	0.017	68.4	0.031	0.021
卵類	鶏卵	0.63	0.85	42	0.045	0.00673	40.8	0.043	0.00676
乳類	牛乳	4.7	12	83	0.66	0.022	106.8	0.85	0.028
計				1,273*	25	0.41	1,148.9**	21	0.36

* 総摂取量の84.0% ** 総摂取量の81.6%

表4 1976年以前に行われた全核実験による主要核種の線量預託⁹⁾

放射線の源	北半球高緯帯				南半球高緯帯				全世界の人々			
	生殖腺	骨髄	骨内臓	肺	生殖腺	骨髄	骨内臓	肺	生殖腺	骨髄	骨内臓	肺
外部												
短寿命核種	48	48	48	48	11	11	11	11	30	30	30	30
¹³⁷ Cs	62	62	62	62	18	18	18	18	38	38	38	38
内部												
³ H	2	2	2	2	0.2	0.2	0.2	0.2	2	2	2	2
¹⁴ Ca	7	32	29	9	7	32	29	9	7	32	29	9
⁵⁴ Mn				1								1
⁵⁹ Fe	1	0.6	1	1	0.3	0.2	0.3	0.3	0.7	0.4	0.7	0.7
⁹⁰ Sr		84	120			24	33			52	71	
⁸⁹ Sr			0.4								0.3	
¹⁰⁶ Ru				41				10				24
¹³⁷ Cs	27	27	27	27	8	8	8	8	17	17	17	17
¹⁴⁴ Ce				65				15				38
²³⁹ Pu			1	1			0.3	0.3				0.9
計	150	260	290	260	45	93	100	72	94	170	190	160

- ⁹⁰Kr, ¹³⁷Cs および ¹⁴⁰Ba の線量預託は、本報告書で議論されているが、本表に含まれる値に比べ概観できる値なので、本表には示されていない
- 人体中の放射能が推定されているような内部照射の場合には、不確かさは恐らく約2倍以内であり、使用したモデルが、直接測定によって確かめられないような外部照射および汚染量推定の場合には不確かさは恐らく5倍以内である。

細 川 汀

(京都市衛生研究所)

労働衛生の目的は、言うまでもなく労働者の生命と健康を維持増進することにあるが、それは物質的生産と人間の労働力再生産にかかわっている。従って、労働現場における生産工程、労働態様、労働条件、労働環境、健康状態のほか、産業構造、社会階層、生産の発展段階、技術革新、企業の将来計画などの理解が必要であり、さらに労働者の生活条件、生活環境、意識、社会的活動などについての把握が必要である。そのためには、労働衛生を志向する医師・研究者は、現場から出発し健康実態をありのままに把握すること、これらを労働との関係で検討し、職業病・健康障害の真の原因と背景を追求すること、その発生と拡大を来した企業と国の責任を明らかにすること、具体的に予防対策を提起し職場にかえすこと、労働者のとりくみを援助し対策の推進に協力すること、に努力しなければならない。同時に、医師・研究者としての自主、公明、自由の原則をつらぬき、詭辯に主張したいしてたまたま必要があるが、その活動を拡大し発展させるためには他の分野(自然科学・社会科学)の専門家・研究者らと協同することが求められている。 *「心因論」、「体質論」、「老化論」など

筆者らは、1960年代以降、高度経済成長期における労災・職業病の急増と、労働者・労働組合のとりくみ、とくに新しい職業病やかくされていた職業病のほりおこし、業務上認定と生活・医療の保障のための自主的活動、職場の調査点検と改善活動と協約化、安全衛生に関する学習活動、などに対応して、関西を中心に労働衛生活動を展開してきた。(資料:「労働と健康」No.50号)

筆者らは、おぼでの職業病問題の多くが、患者(患者)の(くりかえす転医のあとの)偶発の奔見→事業者の否定にも拘わらず)多発または死亡→患者(家族が職場活動家の抗議と申請→労働組合、患者会、守る会などのとりあげ→労基署の対応→発病(単独)原因の推定と「基準」以下への施設改善、特殊健康診断実施→(一定の枠内の)認定、行政通達→患者の分散と問題の「消失」、に止まっていた状況を変えるために、(どこでもいつでも)患者の早期奔見→有害労働と労働者の健康実態の全時的把握→地域における相談、診断、治療、リハビリの利用→労働組合、地域組織、患者会などの対応、専門家集団との協力→再び発生させないための法改正を含むとりくみ、を提起してきた。

具体的には、次のような活動が必要であった。

1. 相談活動の施設と機会を多くすること

たとえば、大阪府職業病センターは、年々相談件数が増加し80年/143件(個人254、事業所822、労組12、機関55)に達し、その中味は頸腕526、腰痛325、じん時68、衛生管理36、診断意見26、皮膚障害16となっている。兵庫職対連は十数年週一回の職業病相談(全労働、職対連、ケースワーカー)を行ってきたし、医療機関や労働組合が相談活動を行っているところもいっている。これらは、中小零細企業、未組織、家内労働者などへの窓口を用こうとしている。

2. 現場の問題を認識するための調査活動を行うこと

たとえば、1968年東大阪市蛇草保育所の保母の腰痛調査から近畿の公立保育所→私立保育所→無認可保育所へと拡大し、労働組合だけでなく、保育・福祉・建築などの専門家との共同のとりくみとなった。1970年京都生協のウェッカーの頸腕調査から近畿のスーパー店の調査へと進み、労働組合の職業病担当者会と協力して全国調査へ急速に拡げ、73年には産衛学会委員会意見書および労組統一要求がそい労働省通達を引き出した。73年福島県群山の電電電話局の頸腕調査から、多発局と少発

局の比較、年次的变化などから、公社プロジェクトチーム増強に配置した。74年ヤクルト配達バイク作業
者(女子)の振動病の発見から郵政業務作業者の全国調査(78~80年)へ広がり(全国職業病研究会)、
バイク振動病の発生を郵政省などに確認させた。

3. 患者の早期診断と業務上認定をすすめること

1963年の住友電工のウラン作業者の白血病、65年の日本触媒のフタロジニトリル作業者のてんか
ん症状、66年以降の事務機械作業者の頸腕、などのとりくみに始まって、多数の認定にかかわって
きた。その内容も、退労性疾患、退労死、職業がん(多部位)、皮膚、アレルギー疾患などに拡大してい
る。その根拠は現場の把握であり、労働学問の進歩と利用だけでなく臨床医学(主治医を含め)の協力
や労働者自身の調査活動が必要であった。これらは不服申請や85条、86条申請、さらに裁判によるケ
ースで有効であった。同時に、法的因果関係と医学的因果関係、認定基準について、労働者や事業者の
考え方と運用が労働者の保護にならないことを強く指摘しなければならなかった。

4. 患者の医療と社会復帰を拡大すること

職業病患者の医療、リハビリ施設は整備されていない。これを充実強化するため、民主的な医療機
関を中心に患者の医療要求にまじめに対応する医師・担当者をふやす努力が必要であった。たとえば
69年からとりくんだ民間林業労働者の振動病医療は、山村へまで医療問題でもあった(竜神村な
ど)し、また専門病院、温泉病院をふくめた体系整備の問題でもあった。事実、労働者のとりくみの
ある府県とない府県とでは、受診率、受診検率、認定数、療養者数、行政の対応が大幅に違っている。
また、頸腕、むちうち症など593号(職場復帰)通達の実体化(大阪の社会復帰対策本部)につい
ても労働組合と研究者、医師のとりくみが重要であった。これらはとくに全身的な病像を明らかにす
ることが重要であり、いくつかの研究会を組織したり、長期療養患者の調査を行った。

5. 労働者の学習を支援し協力すること

労働者が自らの生命と健康を守る権利を職場に確立し、真検・調査・拒否する、有害・危険を知る
、医師をえらぶ、労基署に申告する、健診・環境測定結果を知るなどの行動が保障されなければなら
ない。これらの権利を行使するためには、労働者の安全衛生学習と経験交流が必要となっている。筆
者らは、そのための学校、学習会、テキスト、集会などの作成に努力してきた。大阪の労働安全衛
生研修所(労学協同)の28日講座は毎年約150人の体系的学習を準備している。*一泊学校運動など

6. 職場改善の具体的提起を専門家の立場から行うこと

労働組合は補償のとりくみに比して、予防のとりくみが後れている。しかし、国有林の振動病対策
や、スーパー店のケツカー頸腕対策において、労組の全目的運動を背景に協約化が進められた。ま
た関西化学一般は予防協約モデル案を示して、各企業側の協約化や健康手帳の作成・利用を促めた。
これらの予防提起や健康手帳の内容の作成について、研究者の参加すべき部分が大きい。労使の要
望で労働者負担軽減のための調査と提言を求められるケースが起きている。

7. 労働者の保護と安全衛生に関する法規の改正運動に参加すること

1977年高知振動病判決や81年クロム中毒判決は、事業者が事前衛生点検をしなかったこと、労働
者が症状を訴えても即応しなかったこと、患者の早期診断・医療を怠ったこと、が職業病の多発と重
症化をもたらしたことを示した。しかしそれは法改正に反応していない。出向、配属、派遣、
季節工、パートや新しい技術革新にも対応していない。婦人労働保護規定の解消を含め、労基法、労
災法の見直しは事業者の側から進められる中で、研究者の立場から提言をつづけてきた。

これまで、日本産業衛生学会の動きとしては、先進的な部分を除いて、相談活動、全国的調査活動、
業務上認定活動、職業病の医療とリハビリ、労働者学習(教育)活動、法改正運動を重要な課題
として評価することが多かった。その他、とりあがるべきものは多いが、これらの内容を豊富に
し研究調査を進めることが、学会にも反映し、労働衛生のありかたを明らかにする年がかりになるで
あろう。とくに若手の人々に取得するところが大きい。

文献：1.現代の合理化と労働医学(1978)

2.労災職業病の運動、社会保険調査会誌(1982)

1 スモン患者の社会資源の活用状況とその問題点 ——北陸3県を比較して

○中西裕康、新 昭三（城北病院）
川西徹郎（健生病院）

〔一〕はじめに

北陸のスモン患者の大部分は「和解」となっているが、「初解金」「手当金」をもらっても障害による障害は残り、患者の高齢化に伴い、その障害と生活の状況は深刻になってきている。

今日まで、北陸では血風にわたるスモン患者の調査が行われましたが、特に今回はスモン患者への社会資源の積極的な活用を計ることとめざして調査、相談の訪問活動を行った。

〔二〕調査の方法と調査対象

この調査活動は、北陸スモン基金の恒久対策の重要な柱として、表の通り、北陸スモン患者を対象として81年10月より82年4月に行った。

調査員は、北陸スモンの会役員1人、医師、保健婦、OT、PT各1～2人、MSW1人グループとなって調査し、相談を行った。調査方法は、患者宅を訪問し、あらかじめ郵送してあった調査票に基づき、患者及び家族からの聞きとり調査を実施した。

表

県別	性別	男	女	合計
富山		14	34	48
石川		8	14	22
福井		21	44	65
合 計		43	92	135

〔三〕社会資源の活用状況と問題点

- ①各県、市町村の制度が非準にバラバラであった。3県の重度心身障害者医療費助成事業は、富山では、身障1～2級（5才以上は1～6級）、石川では1～2級、福井では1～3級（償還払い）となっており、また福祉タクシー制度を実施しているのは3県で11自治体と、市町村ではより細分化する。
- ②各制度の利用状況が低い点や、活用しきっていない点があった。例えば、最っとも基本的な公費医療制度の利用は、利用していない者が、富山21%、石川0%、福井25%、全体で19%であった。

資格があっても利用していない点では、スモンによる「マッサージ」を利用する時、単価が安く面倒がられる、通院手段がない点があった。また、利用しても有効さがなかったため、利用していない、国鉄、バス等の運賃割引制度の例もあった。

- ③各々の社会資源を活用する時の窓口の対応の悪さ、申請の手続き権利が守られていないことがあった。F県K市では、自動車取得税の免除は週5日以上の通院証明が必要と市役所が対応した例、同県O市では入院中の患者が申イヌを申請したが、入院中は医療機関が面倒を見る事とされた例があった。

〔四〕まとめ

ホ1に、福祉施策の多くが国からの委任事務であるのに加わらず、福祉制度の地域較差により、スモン患者が受けているサービスは非常に地域差があり、今後の改善が望まれる。

ホ2に、各制度の内容が患者に十分知らされてなく、そのために活用状況が低くなっている。同時に、その責任は本来患者に周知させるべき責任を担っている自治体の行政責任も明らかになった。

ホ3に、患者の申請の権利を守ることの重要性があらためて指摘された。

ホ4に、今後の制度活用を計るため以下の点について具体化がすすめられている。

①個別相談と共に、患者会役員による友愛訪問活動を行い、社会資源個人別カードを作り活用を計る。

②情報サービスの提供として「スモン被害者のための手引き」を発行する。

③患者の主体形成をめぐって、国、自治体への要求交渉を行う。

障害者の恒久対策 —スモンの立場から—

○ 筋 昭三、中西裕康（城北病院）

川西徹郎（健生病院）

〔一〕はじめに

障害者の地域ケアの重要性が指摘され、いくつかの試みが行なわれている。例えば北陸三県でも「訪問看護指導」が制度化されているが、これをスモン患者でみると、その制度の適用の有資格者は17名いるが、実際に訪問指導をうけている患者は1名にすぎない。スモン患者の恒久対策のあり方を通じて、障害者一般の恒久対策を検討した。

〔二〕調査対象と調査方法

調査対象は北陸三県に在住するスモン裁判に参加したスモン患者全員138名とした。「スモン患者会」の中に「恒久対策委員会」を組織し、その委員会内に医師、保健婦、MSW、PT、OTを含む「専門家会議」を設置し、調査方法を検討しながら実施した。調査は昨年10月より本年4月までの間に行われ、医師1、保健婦又は看護婦1、MSW1、PT又はOT1の3～4名の医療従事者及び患者会の役員1名で調査班を作り、患者一名一名を家庭に訪問し、アンケート調査及び日常生活の観察を行った。調査し得た患者は135名（男43名、女92名）で、対象者の97.8%にあたる。

〔三〕調査結果

(1) スモン症状の現症と特徴 40.7%の人はこれまでのすべての治療は特に効果がなかったとのべ、効果があったとする人は、マッサージ、電気針療法、ATP、ニコチン酸、副腎皮質ホルモン療法を上げている。今後の「治療」に関しては、「治療法の研究」「マッサージ、鍼灸の自己負担の軽減」「温泉療法」「リハビリ施設又はデイ・ホスピタルの充実」「相談にのってくれる医療機関を」が要望されている。

(2) 日常生活について 外出可能な人でも「階段の上下」「段差のある道路」「バス電車の昇降」「横断歩道の横断」「歩行中の休憩場所のないこと」などが悩みとなっている。発病前有就業者は119名であるが、今日では43名のみが就業しており、65名が無職である。43名の就業者も普通の勤務可能と答えたものは13.9%にすぎない。

(3) 介護状況について 常時介護をうけざるを得ない人は23名23.7%である。介護者の困難と認めている点は「外出できない」「自分の時間がない」「家事に手が廻らない」「仕事に出れない」「経済的負担が大きい」等々である。「もっと手があれば何としてあげたいか」については「散歩」「入浴」「食事の世話」の順となる。

(4) 国・自治体に対する要望 「健康管理手当の増額」「通院交通費の援助」「マッサージ等の手つづきの簡略化」「スモン手帳の交付」「合併症治療の無料化」「ホームヘルパーの派遣」「身体障害認定規準の見直し」等々である。

(5) 患者会について 会の運営に積極的提言をもっている人は48.5%、提言はないが賛成している人は26.3%、消極的人は13.5%である。積極的提言では、定期的な会合の希望や友愛訪問活動が特徴的である。

〔四〕結論

(1) スモン患者は下肢の異常知覚、歩行障害で今日でも悩み、加齢に伴う不安が強い。(2) スモン患者に対する地域ケアのシステムは全く欠陥している。むしろ敬遠されている。(3) 今回の患者会を中心にした調査活動は、医療機関や保健所のわくを越えた医療従事者の英同行動の契機となった。(4) 身体障害者の地域ケアは、地域毎の患者の連絡網を作り、その組織を通じてのフォローアップ体制に患者会とともに地域の医療従事者の協力体制を作ることがその第一歩である。

3 未提訴スモン患者の救済における 国の責任と医療従事者の役割

園田恭一(東大・保社)[○]、片平冽彦(東医歯大・難研)、手島隆久(長野大・社福)
島羽信行(山中央病院)、阪上裕子(国立公衆衛生院)、木下安子(東京都神経研)
高木邦明、大島巖(東大・保社)

1. はじめに スモン訴訟は、1982年4月の時点で6316人が提訴し、5412人が知解したが、投薬証明書の得られない患者の救済問題などが、少しずつ前進しつつあるとはいえなお未解決であり、またこゝにちに至るもなお未提訴の「訴外患者」の問題も残されている。演者らは過去2年度にわたり未提訴スモン患者の救済問題を報告してきたが、今回は、かつてスモンが多発していたがこゝにちなお未提訴の患者が多く残され、その実態が解明されていないと考えられる地域を対象に、それら未提訴患者の実態と未提訴の要因等を調査し、未提訴スモン患者の救済における国の責任と医療従事者の役割につき考察したので報告する。

2. 対象と方法 目的に従い、適当な調査対象地域があるかどうかにつき、いくつかのスモン患者団体役員より聞きとりを行なった。その結果、Aスモンの会役員より、A県B地区(C病院周辺)がその一つであるとの情報を得たので、B地区に住むAスモンの会会員の一部、またC病院のかつておよび現在の医師、看護婦からの聞きとり、医学文献調査、診療録の閲覧、そして病院から紹介されたスモンの可能性のある患者(死亡の場合は遺族)からの聞きとり調査を行なった。調査は1981年10月より準備し、1982年2月に実施した。

3. 結果 1)調査対象者の選定と実施: C病院は、1938年設立され、現在425床の総合病院である。キ/ホルム剤の使用開始時期は不明だが、エマホルムを使ったことは判明しており、1964年にはスモンと考えられる死亡例が2例出ている。1966年にはC病院の医師たちが学会報告を行ない、最近2年間に24例発生と報告。この頃A県衛生部はスモンの実態調査を行ない、B地区には13例発生と報告。1967年にはC病院のA医師が、医学雑誌の座談会で、32例を経験したと報告している。C病院は水害を受けやすい地域にあり、カルテがかなり被害にあっていた。今回の調査目的に際しては、幸いカルテの一部が保存されていることが判明し、これを手がかりに対象者を選定した。これにより、当初29名の名前がリストアップされたが、住所不明・調査拒否等の理由で計11名の調査が出来ず、実施したのは結局18名(患者15名、遺族3名)であった。2)被調査者の分類: 18名を診断に関する情報と提訴の有無によって分類すると、(A)提訴・鑑定・知解済みの人=9名(但し1名はC病院以外で発生と判明)、(B)診断が「スモン」または「非特異性脊髄炎」と伝えられていて提訴はしていない人=5名、(C)診断名が伝えられていないが本人はスモンと理解していて提訴はしていない人=2名、(D)診断名が伝えられておらず、本人の理解も不明で提訴していない人=2名、であった。3)既提訴者(A群)の実態、特に提訴に至る経過: A群の9名は全員知解済みで、1名が死亡していた。生存者8名の全員がなお知覚障害と歩行障害を訴え、うち1名が入院、1名が自宅で寝たきりのため往診を受け、その他の人は通院していた。これらの人たちの提訴に至る経過を調べた結果、この地域においては、患者会の組織化や提訴への援助など、患者救済の入口となることへの医療従事者の取組みは、一部の人を除いて少なくともこれまで概して消極的であったことが判明した。4)未提訴者(B~D群)の実態、特に未提訴理由: B~D群の9名中2名は死亡し、生存者7名中7名が知覚障害、6名が歩行障害(うち1名が寝たきり)を訴え、5名が通院または往診を受けていたが、2名が「近医に(スモンにはかかわりあいたくないとして)嫌われる」「病院が嫌いになった」として受診中断中。カルテ調査では9名中少なくとも5名は発症前のキ/ホルム服用歴が判明。未提訴理由は「病名が知らされていないので」(4名)、「医師に遠慮があるので」(3名)、「裁判に抵抗があるので」(3名)、「軽症だから」(2名)などとなっている。

以上の結果から、未提訴スモン患者の救済における国の責任と医療従事者の役割につき考察した。

田辺 久子 高谷 清

重症心身障害児施設第一びわこ学園

滋賀県下では 数年前より 在宅にいる重症児者の中で、施設入所を希望するケースが非常に少なくなっている。そして、そのほとんどが「身近かな場所で 治療・訓練・教育をうけたい」と希望している。過去5年間の第一びわこ学園、第二びわこ学園の新入園児者は、およそ次のように分かれる。

- ①年長児を中心とし、本人の成長に伴う障害の状態と家庭の事情がまざりあって、家庭での療育が困難なケース。（主に、第二びわこ学園で受け入れ）
- ②年少児で、どちらかといえば家庭の事情が主な原因で、家庭療育が困難なケース。
- ③年少児で、家庭の療育条件は一程あるが、本人の障害が重く常時医療の下で療育が必要なケース。
- ④年少児を中心にして、在宅で療育されているが、その療育条件をよりよくするために、療育目標をもって短期入園を希望するケース。

特に、第一びわこ学園では、③、④の特徴が、新しい傾向として加わってきている。

その背景には、社会福祉諸制度の前進、医療・リハビリ・保育・教育などの技術の進歩があり、新生児医療、早期発見・早期療育・障害児保育・養護学校義務化などの諸体制がととのえられてきたことがあり、各地域での障害幼児の母子集団指導、通園事業のとりくみも大きい。しかし、このように障害児の在宅療育の条件が向上してきたとはいえ、例えば、難治性のてんかん、CP（重度）、MR（重度）、虚弱（栄養はカテーテルが流動食、呼吸や睡眠のリズムが不安定、しばしば発熱や嘔吐があるなど）の症状をあわせもった最重度児の療育の実際については、年少児といえども、まだまだ家庭・地域では、具体的な手立てをもちにくい実情なのである。

第一びわこ学園では、昭52年より定期的な外来診療を週2日、再開し、在宅障害児者との窓口をもち、児童相談所との連けいを保ちながら、緊急一時保護を受け入れ、昭54年からは、目的意識的な入園受入れ、短期療育入園、施設療育の中に積極的に家庭療育をくみ込む努力など、将来の施設のあり方を模索しながら、可能な範囲で新しいとりくみをすすめてきた。

特に、昨年度の3ケースの短期母子療育入園は、試行的な受け入れではあったが、重症児の可能性を引き出す点で、施設療育の有効性が確認できた。重症の子が生きていくためには、医療的治療と同時に、発達の見方にそった基本的生活習慣への指導が大切である。施設では、これまでの療育実践でつみあげてきた知識や技術を生かしながら、24時間体制で、障害児を、より集中的、総合的に把握し、実践し、発達の糸口をつかみやすい条件があるのである。ただし、また同時に、①施設内の医療・リハビリ・療育技術の一層の充実と、それを保障できる設備と体制が必要なこと、②退園後の指導の継続の大切さ、すなわち、地域療育機関やその関係者と深く結びつくことが不可欠であると痛感した。

施設は、いろんな事情によって、家庭で療育できない障害児者を療育していく役割が基本にある。しかしながら、今後さらに重い障害児者が家庭や地域で生活することを、福祉的にも専門技術的にも支えていこうとするならば、今ある施設機能・療育の知識、技術を、もっと在宅障害児者に活用していく役割にもなうことができる。本園では、先の入園療育のとりくみだけでなく、訪問看護を行ったり、地域の乳幼児健診活動や障害児療育活動に職員が参加したりしている。これから、こうした、地域と施設の結びつきが、重症児療育にとって大事であろう。

須田 知子

(東京都神経科学総合研究所)

1. 目的と方法 脊髄損傷者の増加は1970年代欧米諸国で注目され、多くの疫学調査が報告されている。日本では高位損傷者を除き、脊損者に対する医学的関心はむしろ低下傾向を示す。しかし1980年厚生省障害者実態調査結果によると、身体障害者数は前回調査時(70年)の151%の増加率を示すが、疾患別では脊髄損傷者が220%で、骨関節疾患について第2位の増加率であった。

本報告は1981年4月、全国脊髄損傷者連合会の協力を得て実施した脊損者の発生とその生活障害に関する調査結果をもとに、脊損者の発生要因および今後の発生傾向について考察した結果である。調査対象は連合会の全会員とし、郵送法調査によって有効回答数は1,520人であった。

2. 結果. ①1,520人の発生原因は5%が疾病、95%が外傷である。外傷の内訳は労働災害が1,166人、交通事故198人、スポーツ39人、その他41人であり、表1の発生年次別原因比率は発生年次が最近になるにしたがい労働災害の比率がやや減少し、反対に、スポーツ、交通事故などが増加傾向を示す。自転車での事故、自宅のバランダや2階からの転落など通常の日常生活からのも、また労働災害についても通勤途上の交通事故、企業の運動会、旅行などから発生し、原因の多様化が示された。

表1. 脊損発生年次別の発生原因

年次 原因	計(人)	1940 1949	1950 1954	1955 1959	1960 1964	1965 1969	1970 1974	1975 1979	1980 1981
疾病	5(70)	20	4	1	3	3	4	9	5
スポーツ	3(41)	0	2	1	1	2	4	4	0
交通事故	13(200)	0	2	1	8	12	16	20	20
労働災害	76(1162)	50	89	95	86	80	74	64	75
その他外傷	3(41)	30	2	2	3	2	2	2	3
計	100(1520)	100(1520)	100(1520)	100(1520)	100(1520)	100(1520)	100(1520)	100(1520)	100(1520)

② 性別は男1,411人、93%、女104人、7%であるが、脊損発生年次が1959年以前の女性の比率は3%(189人中6人)、1960年代6%(506人中33人)、1970年代8%(771人中61人)とやや増加傾向を示す。③ 調査時年齢は最低13才、最高76

才、平均45.2±11.2才であり、最多年齢階層は46～50才(19%)と1973年は同一方法の調査結果の35～39才(17%)に比べ約10年高い結果である。④ 発生年令は最高67才、最低1才未満、平均33.8±11.1才、最多発生年齢は20～29才35%、全体の43%は30才未満の発生である。発生年次1960年から1979年では統計的に有意な発生年齢の高齢化が示された。

⑤ 表2. 脊損原因別損傷部位の比率

損傷部位 原因	頸髄損傷				計(人)
	小計	2～4階	胸髄損傷	腰髄損傷	
疾病	16	6	62	13	100(70)
スポーツ	61	10	29	7	100(41)
交通事故	40	8	46	14	100(200)
労働災害	21	6	52	27	100(1162)
その他の外傷	29	5	49	22	100(41)

⑥ 表3. 地域別の生活場所別の脊損者比率

	自宅	病院	労働会館	施設	計(人)
計(人)	78 (1181)	17 (262)	2 (23)	1 (17)	2 (30)
北海道	88	7	2	1	3
東北	69	25	2	1	2
関東	82	15	—	1	2
北陸	73	19	4	2	2
近畿	82	14	—	1	2
中国	86	10	—	1	2
九州	68	29	1	1	2

3. 結び

社会生活の複雑化による脊損発生原因の多様化、および特定職業の集積からあらゆる職業や日常生活での発生の拡大は、今後さらに脊損者の増加傾向を示す結果といえる。また本調査でも欧米諸国で注目されている脊損発生年齢の高齢化と高齢脊損者の増加傾向が示された。1973年の調査で自宅生活者は全体の36%(1112人中405人)が、今回の調査結果では全体で78%と著しい増加を示した。

名 越 廉

(東京大学障害児医療研究会)

本調査は、国際障害者年を機に三鷹市が計画した上記テーマの調査を東京大学障害児医療研究会が行なったものである。調査の対象は、市の福祉事務所より紹介を受けた学齢前の障害児28名である。学齢前に福祉事務所に把握されたケース、という条件により、対象に片寄りのある事は指摘しておく必要がある。調査は全て、家庭を訪問し主に母親に話を聞く面接法をとった。調査は一応調査表に従って行なわれたが、調査者の主体性も尊重され、各人の問題意識も調査に反映されている。母親の生の声を聞く中で調査者自身の問題意識が変化し、その問題意識をもとに次の母親の声に耳を傾ける事の繰返しの中で問題の本質に近づく事を試みた。このような調査を「動的調査」と考えている。

調査結果は発表当日配布する資料を参照していただき、ここには、その考察を記す事にする。

調査結果を分析して問題点を探っていくと、それは以下の3点に大別される。

①医療、福祉、保健などサービス側からの積極的働きかけの不足

②各機関内及び機関相互の連絡不足、連携の拙劣さ

③親子を援助していく上での心理的支持、及び障害の受容へ向けての説明の不足

①積極的働きかけの不足、は障害児の発見からそのケアまでのさまざまな段階で指摘された。医療機関においては、障害を把握する為の経過観察、より高次の医療機関への紹介が必要なケースに対して、不十分な対応しか取れない例が少なくなかった。保健所は乳幼児健診でより積極的に障害児の把握ができるが、実際にこの場が発見に結びついた例は少なく、かえって障害児の受診率が低い事が指摘された。未受診児への働きかけなど積極的姿勢が望まれる。福祉事務所、児童相談所は行政の窓口として親子が訪れて初めてサービスを提供するという「待ち」の姿勢が強く感じられた。(但し今回の調査対象の児と諸機関が関わったのは数年前で、現在その姿勢は変化していると聞く。)

②の連絡・連携不足については、療育の段階において最も顕著であった。療育は障害児ケアの中で児の成長の全過程に関わるという点で重要であるが、医療機関や保健所等から療育施設へのルートは確立しておらず、親のShopping behaviorを招いている。療育の過程で必要になってくる福祉関係の諸機関についての情報も親子に十分届いていない。各機関がバラバラに親子に関わっている状態では、どこでも親子のニーズの全体像が把握できず、親子に無用の負担をかけている。

③の心理的支持の不足については、医師や保健婦の対応について不満が聞かれたが、潜在的にはより多方面に不満が存在すると思われる。親子が障害を理解して受容し、それを乗り越えてゆく事は決して楽な道ではない。その親子を支える事も容易ではないが、心理的重圧からサービスを受ける事さえためらう親子がいる事を考えれば、心理的支持なしでは親子への援助は充分とは言えないであろう。

これらの点を解決する方向として考えるところを記してみたい。ここで必要とされているのは、「ある親子について一貫して把握し続ける援助者がおり、心理的支持を行い得る人間関係を親子との間に持ち、親子の必要とする諸機関と親子を結びつけ、その諸機関の調整役をする事」であると考えられる。この機能を持つ者をキーパーソンと呼ぶ事にする。キーパーソンは「その子づき」の援助専門家であるが必ずしも親子の必要とする専門的技術を全て備える必要はない。保健婦や福祉事務所・病院のケースワーカーなどの中からその児に最も適した者がその子づきのキーパーソンの役を担い、その児のニーズの全体像を把握し、自らの専門外の分野については紹介、調整してゆけばよいのである。この機能により親子に従来かかっていた負担はかなり軽くする事ができるであろう。キーパーソンの概念は1つの理念であるが、決して理想に終わるものではないと信ずる。今回の調査から得られた、1つの提言としたい。

○吉田ヤエ (三鷹市心身障害者(児)親の会)

はじめに・・・我が子に障害があると知った時、親達は例外なく障害の治癒をねがって病院から病院へと巡り歩きます。そして現在は未だ治療の方法がないと判った時深い絶望のふちに立たされます。障害児をもつて一度も死を思わなかった親はいないでしょう。私が子供の哀れさと申し訳なく周囲の人々から特異の眼で見られる屈辱とが入り混じった重苦しい悲しみのトンネルをぬけて障害のある者も健康な者もわけへだてなく共に生活して行ける社会をつくる事が子供達の幸せとなるのだと思う様になったのは、子供がもう就学期をむかえる頃でした。

仲間づくりと市政へむけての活動・・・昭和43年に同じ悩みをもつ親達数人が集まって話しあつた結果行政に向つての要望を実現させるのは個人の力では難しい事を知り20人ほどの仲間をよびて親の会を結成しました。蕉眉の問題として義務教育の場合はもちろん児童学園(民生局)でも受け入れられず在宅の状態になっている子供達の集団生活訓練の施設を市に要望し満足なものでなかったけれど通園施設として「あすなろ学園」の設置をみました。これをはじめとして障害児(者)の生活を向上する為の諸願、陳情、要望等を市と市議会にむけて續けて来ました。例えば保健所で行なう乳幼児検診を障害の早期発見と治療に結びつけるには検診を受けに来なかつた子供の状況を知るのが大切であると提唱したり、役所内では教育と福祉が常に横の連携をとつて在宅の子供を出来る限りすくなくする様に要望しました。又特殊教育については障害の重い子供も受け入れその状態にあった教育を実施する事を望んで来ました。現在は全員就学が実現され障害の重い子供も何らかの形で教育を受けられる様になりました。保健所の障害児に対する対応も手厚く役所内教育と福祉の連携も障害児に関しては密になっているので10年の歩みを感じます。義務教育終了後の対策として雇用の促進を願うと共に就職困難な子供の為に福祉作業所の設置をのぞみ一時期親の会で運営の努力をし、今日は市直営の福祉作業室が実現しています。三鷹市は市民のコミュニティセンター六ヶ所を設置し、地区公会堂等も数多くつくられています。障害者の為の福祉センターはありませんでした。10年も前から要望し続けた障害者センターに役所がやっと重い腰をあげ土地を購入した時地元から障害者の実態を誤解した為の建設反対運動があり、あらためて行政関係のみでなく一般市民に理解してもらう事の大切さを知らされました。

ふれあい・・・より多くの方々に理解してもらう事が如何に大事であるかを知って親達は各種の市民団体へ積極的に参加して行きました。婦人団体、ボランティアグループ、民生委員の会、学校関係の会、商工会、ロータリークラブ、ライオンズクラブや地域の医療と福祉を進める会等へ時にはボランティアとして参加したり、協同でクリスマス会を計画したり、親の会の団体旅行に同行しお年寄りにしていただいたり、運動会では応援団をいっしょにしたりして、たいへいふれあいの中で理解を深めあつて来ました。こうした目的のグループもいくつか出来、障害者とボランティア(主に学生)が南く町かど喋茶、や民営の福祉作業所をめぐって資金づくりはげむ人達等、健康と障害とを忘れて目的にむかつて歩き出しました。反対のあつた障害者センターも地元の方々の理解を得て建設にかかり58年2月には開所の予定となりました。現在三鷹市では、障害者代表、医師、体育関係、交通関係、商工会、婦人団体等各団体の代表をまじえた心身障害者福祉対策市民会議は定期的に開いて障害者福祉の向上に努力しています。

おわりに・・・障害者(児)のための行事として水泳教室、運動会、旅行、ライブ講習会、青年学級としての料理教室等いろいろ実施されていますがまだ重度障害の人は取り残されている部分があり親の会の運動も長く續けて行かなければなりません。私達の親の会は肢体不自由も知恵ふくれも眼耳の障害もすべて一つになつて15年の余を助けあつて来ました。これからの方針は変らざる互に理解あつて活動して行くつもりです。(現在会員数130名)

障害者家族の健康権からみた障害者問題

—国際障害者年推進西淀川連絡会の活動をとおりて—

藤森 弘 (柏花診療所)

○植田 章 (柏花診療所)

はじめに

『個人の自助・自立』『家族や近隣・地域社会での連帯』をうたい文句にした『臨調』路線のもとに、住民全体の健康破壊・生活苦はますます進行し、障害者とその家族の人間らしい生活を営む権利などは真実に切り捨てられようとしている。

本演題の研究目的は、こうした情勢の中で筆者らが日常の医療活動や国際障害者年推進地域連絡会の活動を通してごくわした障害者家族の個別の事例や、今回新たに起こった『障害者を直接介護をしている家族の疲労調査』をもとにして、障害者家族のおかれている健康・生活実態を浮き堀りにしかつ公的な保健・福祉の諸サービスの対応がどうなっているのかを明らかにしつつ、障害者自身の発達保障とあわせて、障害者家族の人間らしい生活を営む権利を統一してどのように保障していくのかという点である。また、そうした観点からの“発達保障をめざす総合的な地域づくり運動”の方法論を明らかにしていくことである。

I. 事例

A. すずんでいるうずもれた重度重複障害者の親の老齢化。(母親・68歳 息子・34歳とる)

B. 情緒障害児をもつ親の行動能力の喪失(父親・アルコール中毒症、母親・不定愁訴)。

C. 老婦人の発病、家族総障害化。(父親・脳卒中後遺症ねたきり、息子・MR、母親・甲状腺機能高度亢進)

II. 『障害者を直接介護している家族の疲労調査』結果について。

(調査内容)

- 日本産業衛生協会産業疲労委員会授、自覚的症狀調査表による
 - 疲労回復法
 - 既往歴
 - 現病歴
-) アンケート調査。

III. “発達保障をめざす総合的な地域づくり運動”の方法論について。

- 問題意識：障害の違いをのりこえて障害者運動に結集させるために何を柱とするのか。

膀胱カテーテル留置在宅患者の
家庭看護条件に関する研究

浅井 芳子(都立神経病院)

大井田優子()

川村佐和子()

No	性	年 令	病 名	一般状態	開始時		実施者		連 携				看 護				
					年 月	医 療	管 交 換	膀 洗	家 庭 医	訪 問 看 護 婦	保 健 婦	ヘル パー	膀胱洗浄 回数	看護者 年令	同 居 者	交 代 者	看護者家族 の問題点
1	男	53	脳幹脳炎	ねたきり 経管栄養 気管切開	50.11	他院	在宅	妻					毎 日	40代	5人	無	80才を過ぎた母 の世話
2	男	70	放射線ミエ ロパチー	ねたきり 巨大褥瘡	56.11	在宅 診療	在宅	娘	○				毎 日	40代	5人	無	子供の教育の時間 がない
3	女	64	脊髄小脳 変性症	ねたきり	54.11	在宅 診療	在宅	娘					毎 日	20代	2人	無	結婚式前後の不在
4	女	53	橋出血	ねたきり 経管栄養 気管切開	52.11	入院	家庭医	娘	○			○	週 3 回	30代	1人	無	夫と二人暮らし 娘が通ってくる 娘、乳児の世話
5	男	70	脊髄小脳 変性症	車いす	53.3	他の 病院	家庭医	妻	○				毎 日	60代	2人	無	妻の疲労 娘、病気がち
6	女	51	脊髄小脳 変性症	車いす	55.3	入院	在宅	自分				○	週 3 回	50代	1人	無	同居中の姉、養米 後独居となる
7	女	53	脳萎縮	ねたきり 経管栄養	55.12	在宅 診療	在宅	娘				○	週 3 回	20代	4人	無	娘、20代としての 生活経験が足りない
8	男	57	脊髄小脳 変性症	ねたきり	55.3	在宅 診療	家庭医	妻	○				毎 日	50代	2人	無	妻の疲労
9	女	53	脊髄小脳 変性症	ねたきり 経管栄養	54.10	在宅 診療	家庭医	姉	○				毎 日	60代	4人	無	姉の疲労
10	女	73	パーキンソン	ねたきり	56.2	入院	在宅	夫				○	毎 日	70代	1人	無	夫、病気がち
11	男	82	小脳変性症	ねたきり	56.8	入院	在宅	妻	○				毎 日	70代	1人	無	妻、視力低下
12	女	72	脳梗塞	ねたきり	54.2	入院	在宅	娘	○			○	毎 日	50代	5人	無	娘、肝臓病 家業の手伝い
13	女	73	脳梗塞	ねたきり	57.2	入院	在宅	嫁娘					バルントラブル 交換時のみ	30代	4人	有	幼児の世話

在宅診療班では、現在神経難病患者87人を診察し13人に留置カテーテルを実施している。(器材薬剤の供給)膀胱洗液、消毒液は当院より処方。洗浄液を入れるコップ、綿球つばは家庭用品で代用。洗眼器、滅菌カスト、ガーゼ、綿球、絆創膏は自費購入。(消毒)綿球、ガーゼは当院、膀胱セットは家庭で煮沸、No.6のみ当院。(看護指導のポイント)観察の仕方、膀胱洗の技術、滅菌操作、煮沸の仕方、薬剤滅菌物品の確保、バルントラブル

の発見と対応の仕方、医師への報告(家庭医・当院)、水分出入の記録、他の訪問看護者との連携。(指導担当)在宅時開始者は在宅診療班(医師・看護職)による。入院中開始者は病棟指導。(看護の課題)指導の徹底、常時の看護は家族が行う。家族看護力の不足と高令(No.5,9,10,11)、看護水準の維持、交代、症状変化に対する適切な看護対応、家族看護力低下時の対応(高令、低年令、疲労、病気)を適宜行えるような訪問看護制度の実現。

障害者の食生活

— 地域保健・医療における栄養士の役割 —

藤森 弘 (柏花診療所)

高野 千恵子 (柏花診療所)

○大西 由岐子 (柏花診療所)

障害者問題についての研究・報告は数多くあるが、地域における障害者の生活の中での食事を中心に研究されたものはほとんどみあたらないのではないだろうか。

われわれは昨年来国際障害者年推進連絡会の活動を通じて知った何人かの障害児の食生活の実態を分析して、さまざまな問題を得たが、特に家庭での食事指導のあり方を、ここでは無床診療所における栄養士の立場で考えてみたい。

1. 障害児の食事の特徴

①着しい偏・拒食、②時間がかかる、③時間をかけないで飲みこむようにして食べてしまう、④そしゃくできない、⑤そしゃくしない、⑥目の前にあればあるだけ食べる、⑦過食、⑧インスタントもののとりすぎ、⑨甘いもののとりすぎ、⑩多動のため食事に集中しない。

2. 障害児における食事指導の特殊性

①障害の程度・種類に応じて個別に行なわなければならない。

②一口でも食べてくれさえすればよいということが最終目標になりがちである。

③食事を通じての発達保障がなされなければならない。

④障害が食事によってつくられているか、食事によって増悪させられているかの可能性の探究。

3. 障害児の食事の問題をつくり出している原因はまわりの環境にないか。

4. 保育園や学校における食事指導の問題（通学・通園の場合）

①個別指導、②給食時間の長さ、③食事内容（量・質）、④食事指導の“継続”（地域から施設へ）

5. 個別的なものから普遍的・原則的なものを導き出す可能性はないか。

6. 家族の食生活指導の必要性

家族の食生活のひずみが障害児の食生活のひずみをつくり出す。

7. 障害者の食生活改善の手段として“給食サービス”を活用できないだろうか。

8. 栄養士の活動の場が施設に限定されるのではなく地域に拡大されるべきである。

9. 栄養士を中心にして地域に“栄養指導員”の養成組織化。

10. 現行の保険診療報酬における栄養指導の点数（月1回、20点、対象疾患は特定されている）の是正。

M・Y（5才、男）の食事例（全部食べたもの○、一口でも口にしたいもの△、食べなかったもの×）

	A	B	C
保育園での食事	お好み焼 △ (上のマヨネーズ・トンカツソース ふりかけを指でなでて食 べる)	クロワッサン (外・良食) △ ポークチャップ ○ (ケチャップ) ○ 牛乳 ○ ほうろ草 スイカ × ひたし × かまぼこ × せんきゃく ×	スパゲティー △ (玉ねぎ、ハム、ミンチ) みそ汁 (トシ、ワカメ) ○ 牛乳 △ ぶどう ×
家庭での食事	カレーライス (半量) ○ (肉、じゃが芋、玉ねぎ、人参) まき煮し (のり、タリ) △ いなり煮し ×	ごはん × みそ汁 2杯 ○ (トシ、ワカメ、ネギ) 牛乳 ○ サラダ △	ごはん × アリのチリヤキ 2切 ○ やき肉 △ サラダ、トマト ×

単身SCD事例の生活障害—食事について— の分析と解決

〇影山ツヤ子(都立神経病院)水上瑠美子()

川村佐和子()

高坂 雅子()

「食事」障害のある事例を通して「食事」と分析し、その後助との関連を考察してみた。事例の基本的行動障害程度は表1のようである。「食事」を要素行動に分類しその障害状態をあらわしたのが表2である。それら各々に対する援助は次のようであった。A—ヘルパー派遣。ヘルパーの同行を得て買いものへ行く。訪問者へ買いものをたのむ。原材料を配達する業者の利用。これは配達の人とも顔なじみになり調理への協力も得たが、二人分は食べきれないということもあり十分な解決にはならなかった。B—調理済みのものを一回分ずつにして冷蔵庫

表1. 基本的行動障害

上肢の動き	筋力、協調運動の低下
歩行	屋外歩行不可、屋内たわい歩き。
言語	ききとりにくい。
えん下	のみ込みにくい物がある。
排泄	尿閉・カテーテル留置
呼吸	夜間のいびきがある。

保存したり、インスタントものの利用をはか。た。お湯は一度にわかし、容量のある安定の良いまほうびんにつめておくなどして火を使うことを減らした。C、E—疲労度の軽減を考慮し、つまり歩きがしやういように家具の配置替えを行った。台所のテーブルに変わった状態でオーガントースター、冷蔵庫、食器棚、調味料、電熱器を使えるようにした。使った食器は、テーブルの下にバケツに入れた。D—MSWは、昼食時に訪問し食事時間をもとにした。ボランティアは好みのものを届けた。

以上のように、事例の食事障害に対応した援助を行い「食事」の保障につとめた。死生患者においては社会が、すべての障害を代替、補完することは困難である。患者自身の生活技術の訓練、開業の指導援助も不可欠である。

表2. 食事行動における障害状態

状況	49才女性。発症3年目。6カ月の入院の後自宅退院後一人暮らし。住居は二階建のアパート。在宅診療にて1カ月にDr 24回、MSW 57回、リハビリ3カ月に1回の巡回を得ている。週にヘルパー半日を2回、ボランティア1回の援助を受けている。
A 買物	人にぶつかられると倒れてしまう。車イスの細かい操作ができません。狭い通路には入ることができない。そのため店の奥にある品物は見えな。片手つまり立ちのためサイフからお金が出せない。重い物、かさばる物は受けとれず自分では持てない。
B 調理	川さな片手なべしか扱えない。包丁で皮をむく、まぶることができない。鍋に物を入れて持ちあげることができない。かまぜると中身が飛び出してしま。ほしや杓子を使って物をうつすことができない。オーガントースターから取り出す時火傷をしやうい。
C 配膳	鍋を選ぶことができない。盛りつけのすんだサウを食卓へ運べない。水物や量の多く入ったコップを持ち運ぶことはできない。やかんから急須や茶碗に注ぐことができない。
D 食欲	一人では食がすすま。準備に30分以上かかると疲れて食べる元気がない。夕方には疲れがたまり食べないことがある。
E 飲み	パサパサしたものは飲み込みにくい。十分がまらずにのみこむ。口いっぱい食物を入れる。努力えん下が見られる。
F 味覚	味つけの濃いものを好む。同じものを続けて食べたくない。
G 水分摂取	熱いものは飲みにくい。
H 摂食	熱いものをすすすることは困難。めん類は、ほしで扱えない。
I 後片付け	ごみ袋の口を結ぶことができない。サウなどを重ねて選ぶことはでき。ごみ捨て場までごみを選べない。なべなど大がりの物を洗うことができない。汚れが落ちにくい。

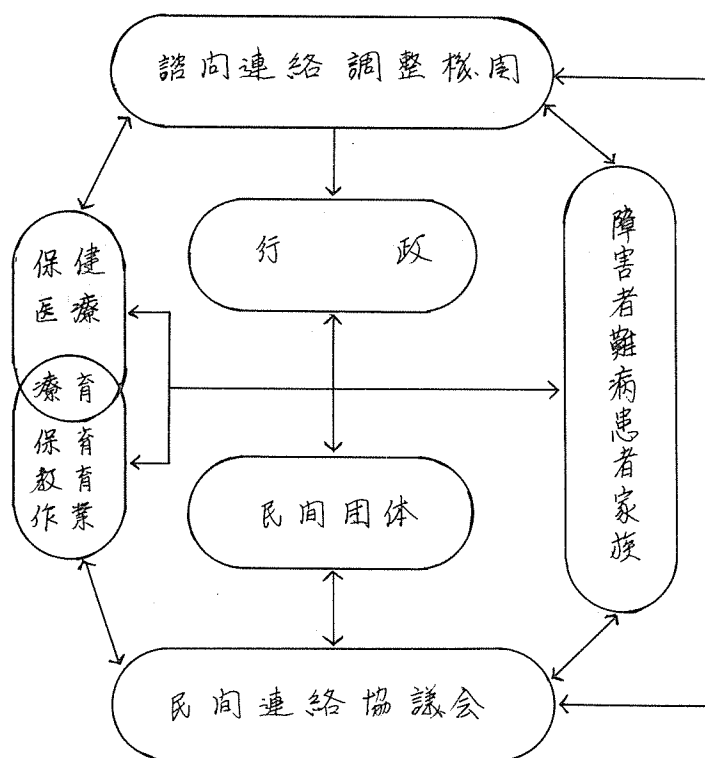
西 三郎

国立公衆衛生院衛生行政学部

三广市は、東京都の中央に位置し、面積16.8K㎡、人口16万の近郊住宅地で、市内に杏林大病院あり。障害児対策は、親の会を始め障害者とその家族の努力に、福祉行政は対応し、療育施設作業所の設置をはじめ施設策がすすめられ、昭和52年心身障害者福祉対策市民会議が設置された。委員は、障害者、家族、医師会、産医会、ボランティア、商工会、コミュニティセンター、スポーツ、地区労、交通、学識経験者等よりなり、対策の基本的事項が、審議されている。昭和53年度より年に1回心身障害者運動会を開催。現在都内一の参加規模である。昭和55・56年度厚生省「障害者福祉都市」指定を受けた。

昭和55年三广市医療と福祉をすすめる会が、医師会、障害者とその家族を中心に幅広い市民層を含めて発足し、神経難病患者地域ケアの推進をめざし、神経難病検診と医師会とで主催し、現在は医療についての話し合いの場には発展している。同年福祉事務所療育指導連絡会が設置され、医師会、保健所、児童相談所、杏林大学小児科、学識経験者の委員に、ケースワーカー、保健婦が必要により、専門医が参加し、事例検討とともに、地域全体の障害児医療療育、教育について話し合っている。同年心身障害児早期発見、早期療育の研究会が発足し、報告書がまとめられた。

医師会は、市民会議、連絡会、すすめる会などに参加し、乳健を含め専門医療療育施設と連携し、ボランティアの協力のもと障害児地域ケアをすすめている。障害児とその家族は、医師会、産科医師会、ボランティア、幅広い市民層とともに「完全参加と平等」のまちづくりをめざしている。



諮問連絡調整機関

- 保健審議会 ○●
- 保育審議会 ○●
- 心身障害児対策推進市民会議 ○●
- 老人対策推進市民会議 ○●
- 療育指導連絡会 ○
- 市保健所医師会行政連絡会 ○
- ボランティア運営委員会 ●
- 障害者セカンドステップ委員会 ●
- (セカンドステップ設置予定)
- その他

民間連絡協議会

- 障害者団体連絡協議会 ●
- 医療と福祉をすすめる会 ○●
- 仲間の会 ●
- 福祉をすすめる婦人の会 ●
- その他

- 印 医師会代表委員
- 印 市民又は障害者代表委員

図 障害者難病患者の生活と保障する仕組み

(I) 東村山市における展開

○小林史明・萩原康子・木下安子・関谷栄子・野村陽子
・牛込美和子(財東京都市神経研)・山手茂(茨城大)・
園田恭一(東大)

【はじめに】東京都三多摩地域では難病患者の医療ケアに関して専門医療機関と地域との連携が実現しており、とくに東村山市、日野市、三鷹市等では地域医療、福祉サービスを含めた特徴ある地域ケアシステムの展開がみられる。本報告では老人および障害者(児)の地域ケアを基盤として難病地域ケアを展開している東村山市の例を報告する。

【方法】当市の難病、老人、障害者(児)の地域ケアに関する既存の資料の収集と関係諸機関からの聞きとりを行ない、地域ケアの形成過程と現行システムを分析・検討した。

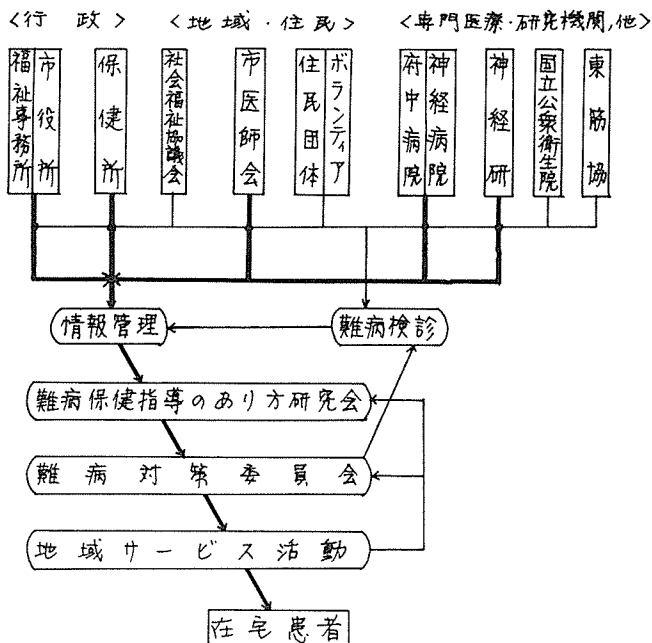
【結果】当市は昭和46年に市内白十字病院が中心となり全国にさがかけて「ねたきり老人訪問看護事業」を開始した。以後本事業は市医師会の協力により組織的な広がりをもつと同時に、昭和48年から医師会が中心になって進めた「老人保健福祉事業」(昭和50年からは市社協が実施主体)と

ともに当市における老人ケアの中核となっている。一方、障害者(児)ケアは障害児親の会の運動がきっかけで医師会医師の助言と協力により市ぐるみのケア活動へと発展した。これらの活動は市医師会がリーダーシップをとり、市内保健福祉関係機関の協力により進められた。さらに昭和50年に都の「特殊疾病の療育相談・早期発見・早期治療の機構に関する研究」の研究対象地域に指定されたのを契機に、患者把握からケース会議、援助に至るまでの一貫したケアシステムを確立している。現行ケアシステム(図1)は比較的短期間で確立しているが、その要因としては①老人および障害者(児)のケアを通して市内関係諸機関の協力関係の蓄積があったこと②専門医療機関、研究機関、患者会等の協力が得ら

れたことなどがあげられる。また当市の難病ケアシステムの特徴としては、①全ての把握患者に関する情報が管理カードによって保健所に集中するとともに、関係機関によって情報が共有されていること②学術講演会、対診、同行訪問等により専門的医療ケアの学習と技術向上が積極的に進められていること③保健指導のあり方研究会および難病対策委員会の定期的な開催により医療ケアの充実が図られていることなどがあり、市内在宅難病患者は充実した医療ケアを受けている。

【結論】当市は市医師会が中心となり、老人および障害者(児)ケアにおける経験を基盤として、地域関係諸機関と専門医療機関、研究機関との連携により難病地域ケアシステムを発展させ、在宅難病患者に充実した医療ケアを提供している。

図1. 東村山市の難病地域ケア・システム



(II) 日野市における展開

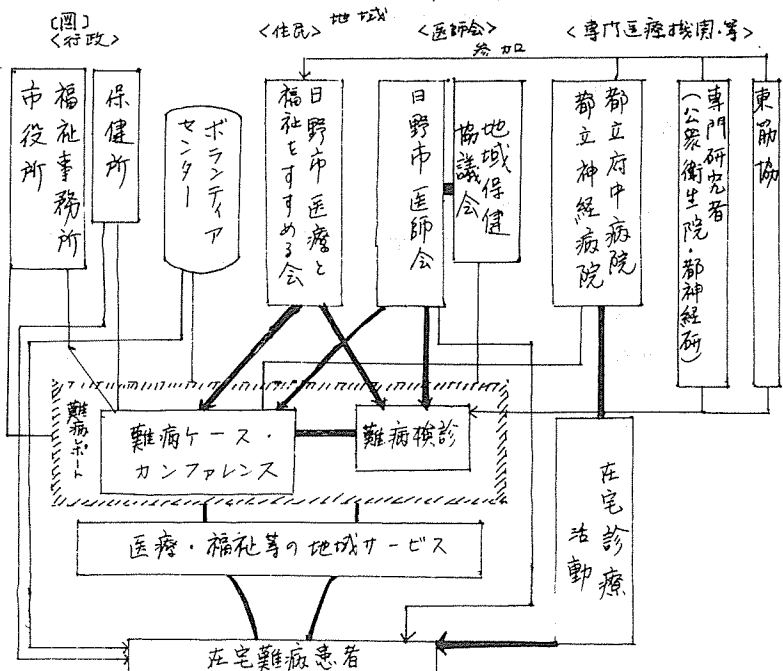
○萩原康子、小林史明、木下安子、関谷栄子、野村陽子
牛込三和子、(財・東京都神経研)、山手茂(茨成大)
園田恭一(東大)

〔はじめに〕 昭和50年前後に、日野市の地域ケアの展開は急速に進み、東村山市の場合と並び、特徴ある地域ケア活動を推進している。本報告では、日野市の地域ケア・システムを検討し、都市における地域ケア形成の1つのモデルとしての位置づけを試みる。

〔方法〕 難病患者に対する地域ケア活動や住民や在宅患者等の地域運動の資料を収集し、同時に、医師会や関与した専門職・研究者の発表文献・資料等の検討を行った。合わせて聞き取り調査や老人・障害者関係資料によって補足し、ケア・システムの展開を分析した。

〔結果〕 日野市は、東京南多摩に位置し、旧在り住民に加え大団地や大企業事業所の進出による流入人口を大量に受け入れている新しい地域社会を形成している。市は福祉の充実を前面に出している。地域ケアのスタートは難病在宅患者を課題とし、難病ケアにおいて現在の基本的な地域ケア・システムに登達している。日野市医師会は、地域住民との協力により地域医療体制づくりと充実に早くから関心をもっていた。また、地域ケアのニーズの顕在化とともに、住民や在宅難病患者・家族等は「日野市医療と福祉をすすめる会」を結成し、専門研究者等の協力を得て、両者の連携・協働関係を基本とした地域ケアシステムの体制を整えていった。すなわち、地域ケアニーズの顕在化、課題設定、ケア計画、地域ケア事業といったいくつかの過程において専門医療機関、関係行政機関、東筋協、研究者等の協力、参加を取り込み、昭和51年より難病検診が開始され、その後の年2回検診体制が定着し、ケース・カンファレンスが定例化した。後者は、このシステムにおいて、いくつかの特長ある機能を果しており、それらは、関係者の共通の意思疎通の場であり、情報交換機能、問題をフィードバックする場、提出課題に関する検討や対応が話し合われ、解決の方向づけが共有される場としての機能している。関与者全員に開放されたこの形態を取ったため、多様な検討や相互作用が図られ、システムの発展が可能であり、障害児や老人の地域ケアについての取組みが展開するに至っている。

日野市の地域ケア・システムの性格：①、当初から、ケア提供側、利用側の双方が地域ケアシステムに対し地域づくりを基本としており、両者が主体的に役割と遂行する方向性を遂行。②、難病地域ケアを課題とした為、専門医療機関を始めとする地域外部との協力関係が円滑であり、異った役割担当者間の統合、協働を重視。③、すすめる会と医師会の連携を中心に行政の協力など、関与者(患者をふくむ)に開放的であり、その為、一方面的システムの統括・維持は関与者の主体性に大きく依存する。



露 木 敏 子

(東京都衛生局公衆衛生部)

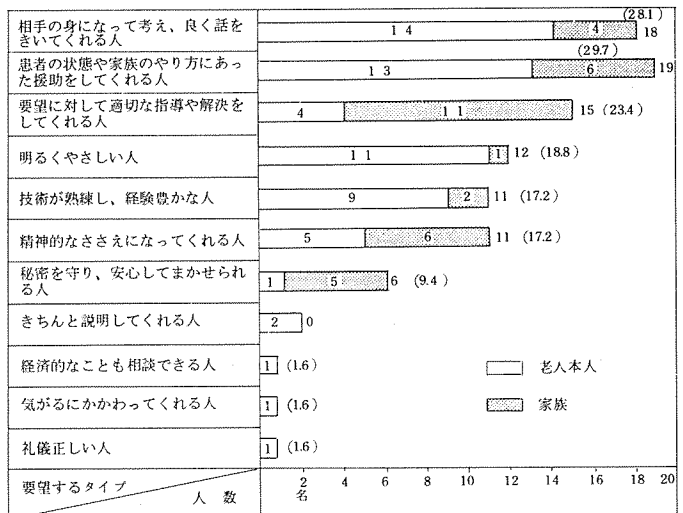
(1) 研究の目的と方法

1970年代前半より地域の住民の声が民間医療機関の医師、看護婦に在宅療養への訪問看護活動を開始させ、それらの努力によって1976年東京都に、1978年ついに厚生省から「老人保健医療総合対策開発事業」として在宅老人家庭看護訪問指導の制度化で老人に保健サービスの提供されることになったが、老人の健康問題は単に保健医療対策だけで解決できるものではなく、老人の心身の特性、老人をとりまく家族及び地域との関係等も含めた特別な配慮を要し、又そのニーズは複雑で多岐に渡っている。福祉施策がこれに対応し住民が求めている訪問看護のありかたを研究すべく昭和55年7月から11月まで約5ヶ月間新宿区立区民健康センターの訪問看護活動に参加し対象64名に「在宅障害老人とその家族に関する調査」を行った。この調査は研究者が個別に面接聞きとりを行った。

(2) 調査地域(新宿区)と事例の紹介

1974年に東京都より2年早く新宿区の保健衛生部は地域の医師会との協力で区民健康センターを設置し、訪問看護事業を開始した。当区の65才以上老人人口は昭和56年1月1日現在30781名で総人口の93%、東京都23区で11番目に位置し、ねたきり老人は昭和55年12月現在652名(申請者)である。訪問の決定は申請主義、訪問対象者と訪問回数は昭和55年度では225名で3309回、訪問看護実施方法は東京都内で唯一の行政と医師会との協力による複合方式である。事例(1)、76才の男性、病名脳梗塞(昭和55年3月発病)左半身麻痺、言語障害、両便失禁、主たる介護者は嫁(43才)、孫二人の三世代家族、発病当時専門施設で治療を受け上記症状を残して在宅療養となる。この事例は施設と地域の専門職の職歴的な連携によって継続的な援助をうけ本人や介護者に対する支援で家庭の崩壊をまぬがれたばかりでなく、夫婦間の信頼を深め、孫に対する実践的教育として効果を上げた。

事例(2)、ひとりぐらし、60才女性、病名全身関節リウマチ(発病28才)、現在全身関節硬直、四肢全指の変形強度、日常生活動作全て援助が必要、特性電動リクライニングベッドで終日を過ごす。この重度の障害者がひとりで在宅療養を可能にしている背景に地域の医療技術者、福祉行政、15のボランティアグループと個人によって援助され又自づから生きがいを持って生活している。以上の事例から訪問看護活動は個人、家族、地域集団を対象として社会資源を限りなく優位に提供するには関連医療チームや福祉部門との密接な関連機構を確立すること、ニーズの



多様化からサービスの画一的な提供をさけ精神的、社会的に自立に向けて包括的な視野から支援して行くことである。最後にこの調査研究から地域障害老人と家庭の訪問看護婦への要望は図に示すごとくで、高度の専門的技術の提供よりも対象の現時点及び将来予想される事態に家族が対応しうる方向づけと、包括的な支援が中心となる業務となることが想像される。地域の現状を把握出来る唯一の看護職者として、行政や社会へ問題提起して行く役割のいない手であることの自覚を深めた。

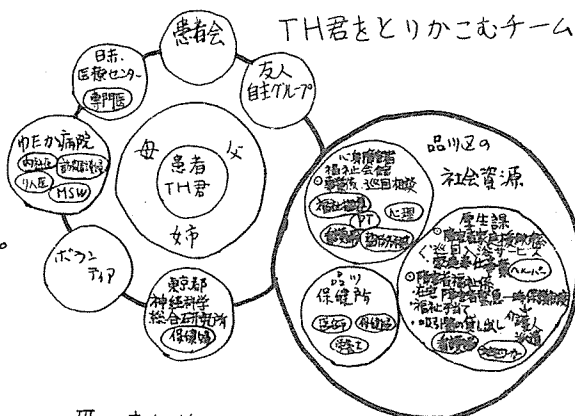
I. はじめに

多くの職種への援助が必要なケースと考え、チームづくりをし、チームで援助することにした。そのため、チーム間の連絡とるカンファレンスをもった事例である。

II. 方法

事例研究方法を用いた。

經過



III. まとめ

このような経過の中で、

1. 連絡体制をとる役割の重要性と困難性
 2. チームメンバーへの情報の交換が対等である必要性
 3. 保健婦が個別にあたり、かつチームとして編成していく
 4. 末期ケアのあり方についてもチーム間で話し合いながら進めることができた。
 5. チーム網があることで、援助する場合、相互に励みになり、心強い。
 6. 保健、医療、福祉との話し合いの中で、ケース検討会をもつことにより、業務の相互理解が深まり、業務の前進がみられる。
- 上記のような教訓を与えられた。

上記のような教訓を与えられた。

4 L3

1. 多くの職域から保健婦業務に対する批判や助言が得られ、業務発展の契機となった。
2. 末期に向って進展したクア一におけるチーム間の調整
3. それぞれの所属において、重症者への頻回な訪問援助に対する理解が得られるよう働きかける必要性が指摘される。(質的向上)
4. 保健婦不足から訪問業務がしわ寄せを受けているが、業務縮少の方向ではなく、拡大の方向を追求したい。

という問題点の解決と、課題が与えられた。

年月日	TH君と家族の 状態	チームの連携、援助内容
56.5.21	TH君 日は春之乙地位でござす。 (我由は2時間丁休位交換 入浴は月1回のみ不眠。 週1回自白グループ活動参加のため外出)	●厚生課障害者家庭援助係原則 保健婦に訪問依頼 ●保健婦初回訪問
56.6.26	母 看病で大変疲れている様子 (頭等感悪心、胸部圧迫感等) 23.	
56.7.1	●ネ申戸のホートピア旅行 -旅行後、かぜ治りおじけ。 喉痛。家族ともども不眠。 -薬のみ、安眠が直区で出来る様。	●カクリフ匠から往診依頼あり。 近区での往診分區を要する。 府中病院から巡回へ電話して もらい、往診してもらう返事がある。 往診はなし。
56.10.3	便秘の症状が強い。うんちが硬くなり、	●地区相見健康福祉センターより、相談 師・保健婦訪問で、浚腸、排便管
56.10.4	父が、渋谷の難病相談所受診。	●療養協同行で、カクリフ匠への 紹介状も出す。
56.10.5	●全家族につきもの、毎日血便がシ 専門医を受診。 -便秘は薬で改善 -母は胃弱、下痢が止まる。	●市中央病院に往診と訪問看護 を依頼。
56.11.13		●心療内科、心理、福祉指導員へ、 心臓面での援助依頼。
56.11.21	●吸引器導入	●①加国ケース会議：保健婦所にて (神託殿、市中央病院福祉部保健婦所)
56.12.1	●お泊りの会サークルに入。本人入浴 できるよう、清拭あり。	●厚生課ヘルパー、2名、吸引器、 入浴サービス等の相談
56.12.3	●TH君、平気なまふりになり、調子好転 生活リズムも一定してきた。 -母の怒り少なくなり、姉の血便 検査へへと通っている。	●②加国ケース会議： (加国の時に福祉係の看護婦へ、医師 4看護婦加かる)。 ③2日間入浴サービス看護婦と連携。
56.12.17	●エプソン導入でよくねむる。母も 早い。兄弟あり。	
57.1.12	●会館の(注)相談	●④加国ケース会議：市中央病院で 病院長より、病状の説明。
57.2.4	●インフルエンザ流行中。TH君は、 感染せず。小床不起。	●保健婦と福祉との話し合いで、本 妻御石前。
57.3.18	●腹痛が、1分2120以上9日か らず。本人の自覚痛ではないのか らす。 -ジキアタシ等。	●⑤加国ケース会議：保健婦所にて 父出席で、医師の意向をよめる。 ⑥カス日ケース会議。 ⑦加国ケース会議 -市中央病院からの検討。

いわゆる「植物状態」の人をかかえた家族への 地域でのチーム援助

松沢 エミ子
○ 小島 三保子

(東京都 国分寺保健相談所)

＜目的＞ 介護負担が重くその上に医療が必要な場合、殆んどが施設内療養（生活）を余儀なくされている。本症例は看護力もある専業主婦が望み決意して始まった在宅療養である。しかしわずか1ヶ月で、再入院となり再び帰宅することを願ひながら腎不全で死の転帰をとった。本人が家を訪れる友人や知人に示す表情や微かに動かす首や上肢の反応等「植物状態」として固定せず変化する姿を喜び、患者でなく「丁丸」として生きた期間でもあった。全ての人に在宅を勧めるのではないが、少くも望む場合は受入れられる体制をつくっていききたいものとする。それは現状の専門分化し分断されている医療や福祉の状況に継続性・一貫性を与える契機になると考える。わずかな体験であるが報告して検討願ひ今後の実践に役立てたい。

＜事例＞ 男性 54.7.18生 脳血栓後いわゆる「植物状態」で安定する。経管栄養、バルーンカテーテル留置 吸引頻回/日 その他全面介補（ギャッジベッド、エアマトレス使用）家族 専業主婦生活

＜経過＞

援助課題と援助行方		関係した機関			
		大学病院	福祉事務所	近 医	F 病院
退 院 前	(54.3.28 入院) 救命 病状の安定を図る 専業主婦 入院直後より附添う	↑主保担当	↑主保担当	↑主保担当	↑主保担当
	(54.4.30 本人退却) 生活保護申請・支給(55.1) 専業主婦 時折パート出勤				
55.10.3 退院勧告	退院することの専業主婦の不安除去 転院先の紹介→専業主婦見学	↑主保担当	↑主保担当	↑主保担当	↑主保担当
	(55.11.専業主婦決定) 退院への準備 自宅に専業主婦の整備 福祉事務所に相談 公的援助申請(身体障害者手帳、福祉手帳) 婦長助言、導引				
55.12.1 退院	保健所・保健婦は福祉事務所と連絡で 本症例を知る。初回訪問 12.10.	↑主保担当	↑主保担当	↑主保担当	↑主保担当
	《在宅療養が安定して継続できるようにする》 ① 主治医決定 (内科・泌尿器科) 56.2~ 福祉事務所、保連婦、専業主婦、家族等 ② B大学病院 (入院していた病院) に確認 (医師に 管理医となること、救急時受入れ 病院婦長のボランティア参加の保障 (胃管交換、B大病院医師とのバイス役他)				
56.3 退院	① 専業主婦の看護負担の軽減 注釈、講義と共に ④ 専業主婦の在宅療養継続することの不安の除去 ①-④の実践の中で、話し合いになる...	↑主保担当	↑主保担当	↑主保担当	↑主保担当
	《在宅療養が安定して継続できるようにする》 ① 経済的負担の軽減 専業主婦、経管栄養剤の保険適用品への交換 (F病院の医師) 保健所でガゼ消毒 ② 本人の発熱、尿路感染症による専業主婦の不安の除去 有症時訪問、近医との連携、管理医と近医の 連携をはかる。 ③ 上記 ②、④ (下病院) 理学療法士のボランティア参加を促す。(56.6~) 本人や専業主婦の友人への力かけ 専業主婦の外出時の留守番、カギを預る。 福祉事務所からヘルパー派遣 296 (56.9.30~)				
56.11 (再入院)		↑主保担当	↑主保担当	↑主保担当	↑主保担当

＜考察＞ ① 急病期から専業主婦は附添っているために本人の状態を受容かつ看護力がついている。専業主婦の附添があった故に本人が今日あることと自他共に認められ、専業主婦の自信となっている。これらが在宅療養を支えた。

② 器材を整備（ベット、マトレス、その他）して専業主婦の負担の軽減とよいケアをさせた。（使い捨て滅菌材料使用）③ 主治医さがしの難しさ。急激に一般化した経管栄養、留置カテーテル等に慣れていない市販医が多い。④ 救命的三次医療が一般的一次医療より高度という錯覚がないか。投下されている人や物の量の差等。少くも連携を邪魔するものを感じる。⑤ 目前の仕事に追われて自分の立場（機関）でしか対象を見していない。⑥ 福祉事務所との連携不足は、保健所が頼りになる存在でない為大きい。⑦ 本人や家族の知人や友人の支援、関心をもってくれるだけで大きい支援となる。

＜結論＞ 連携はface to face に始まり、具体的な場面で「困っていること」とをみなものとして解決を図る。相互に見方や認識の仕方を了解しあう具体的な症例によって考える。

家庭奉仕員による難病患者ケアの現状ならびに 保健婦との連携について

○黒田研二，芝池伸彰，大湊茂，新庄文明，多田羅浩三，
朝倉新太郎（阪大・医・公衆衛生）

在宅難病患者に対する保健婦の訪問活動がとり組まれてきているが，日常生活に介護や援助を要する患者では，家庭奉仕員によるサービスがしばしば不可欠となる。昭和56年度に大阪府下の家庭奉仕員を対象に実施した調査結果より，家庭奉仕員のサービス，特に難病患者のケアの現状，および保健婦との相互連絡の現状について報告し，今後の体制に検討を加えたい。

【調査方法】府下の家庭奉仕員337名（老人ヘルパー264名，その他のヘルパー73名）を対象に各市町村を通じて調査票を配布し，郵送にて，241名（71.5%）より回収した。府下43市町村のうち40市町のヘルパーから回答が得られた。

【結果と考察】

1. 家庭奉仕員によるサービスの現状。現在担当している全ケースの年令，病名（障害名），サービス内容を回答してもらった結果，241名のヘルパーによる1,132例の担当ケースの回答が得られ，その中に25例の難病患者が含まれていた（表1）。

難病患者の年令は40歳台と65歳以上にピークがみられ65歳未満が60%を占める（回答例全体では23%）。独居は12例（48%）生保受給は11例（44%）である（回答例全体では独居58%，生保43%）。日常生活動作のうち屋外歩行が全面介助の者56%（全体では18%），一部介助24%（全体では26%）で，回答例全体に比べて障害が重度の者が多い。

訪問頻度は週2回以上が68%（全体では58%），訪問時間は1回当り30分以上64%（全体では15%）である。難病患者に1週間に1回行ったサービスは，話し相手，相談・助言が60~70%，そうじ，食事仕度，洗濯など家事援助40~60%，排せつ介助，身体清拭などの介護は10~30%でなされていた。回答例全体と比べると，難病では身体的介護を行う率が高い。

難病患者を担当しているヘルパーの種別は，身

障者ヘルパー11人，老人ヘルパー8人，両者を兼ねているヘルパー4人で，身障者ヘルパーによる例が多い。大阪府下ではまだ身障者ヘルパーを設置していない市町村が14あり，今後の整備が望まれる。

2. 他職種との連絡状況

ケースのサービスに関する他職種とのこれまでの連絡状況では（表2），難病患者では，保健所保健婦，医師，民生委員との連絡が28%にみられた。回答例全体と比較すると難病では保健所保健婦との連絡が多い傾向がみられる。

表2. 他職種との連絡状況

取組	難病事例 (n=25)	回答例全体 (n=1132)
市町村福祉担当職員	68%	69%
民生委員	28%	34%
医療ヘルパー	12%	11%
保健所保健婦	28%	11%
市町村保健婦	0%	8%
医師	28%	23%
ボランティア	4%	6%

3. 保健婦とホームヘルパーの連携を促進する要因。回答例全体では保健所保健婦（以下保健婦）との連絡は11%にみられた。これを市町村ごとにみると，ヘルパー担当ケースの82%で保健婦との連絡がある市がある一方，17の市町では全く連絡がみられなかった。保健婦との連絡がヘルパーの担当ケースの10%以上でみられる市町では，(1)事例検討会を定期的に実施しているところが多い，(2)その市町を管内としている保健所の保健婦の訪問対象中65歳以上の占める比率が高いところが多い，という傾向が認められた。すなわち，老人や障害者などホームヘルプサービスを必要とすることが多い事例に対する保健婦の訪問が活発に行われることが，ヘルパーのサイドからみても保健婦との相互連絡を容易にする条件であるといえる。また，ヘルパーが事例検討会を通じ担当ケースのニーズを検討することが，保健婦との連携活動を促す要因となっているといえよう。

難病患者の在宅ケアの活動において，保健婦には，保健指導や看護サービスとともに，難病患者のニーズを判断し，それに応じる他職種や他機関との連絡と援助チームの組織化の役割が期待されている。今後，保健婦と他の在宅ケアにかかわる職種との連携体制の形成は重要な課題であろう。

○北野正文， 西 禎三（銀杏短大・公衛）

〈はじめに〉 定常的な騒音による被害住民の苦情内容と比較的共通した症状がみられる高速道路沿線近隣地区において、我々は、今回環境測定を行う機会を得たので、その結果の概要を報告する。

〈調査方法〉 使用機器はリオン社製の低周波音レベル計（NA-17型）、指示騒音計（NA-09型）、 $1/3$ オクターブ分析器（SA-57型）、自動分析駆動装置（Du-02型）、高速度レベルレコーダ（LR-03型）。測定地点は図-1に示す。低周波域の騒音は周波数特性により SPL（1～1,000 Hz）、LSPL（1～50 Hz）、LSL の3つを使用し、可聴域の騒音は A 特性、C 特性を使用して、それぞれの音圧レベルをレコーダに記録後、解析した。

〈調査結果および考察〉 X 地点（特注の2重サッシ窓）および Y 地点（普通の1重サッシ窓）における屋内騒音の $1/3$ オクターブバンドレベルを示したのが図-2,3である。低周波域のレベルをながめると、X 地点では窓閉鎖時が開放時に比べ平均 5 dB 程低い値を示している。これに対して Y 地点では、ほぼ同レベルあるいは若干高めの傾向を呈する周波数が目立っている。一方、一般可聴域については、窓閉鎖による音圧レベルの減衰が、X 地点で 160 Hz 以上、Y 地点で 500～2,000 Hz の周波数帯域でみられ、その効果は2重サッシ窓のほうが1重サッシ窓より幾分か大きいように思われる。また両地点の騒音スペクトルについて共通して言えることは、窓の開閉にかかわらず高周波数から低周波数にかけて、徐々に音圧レベルが高くなっていることである。ちなみに窓閉鎖時、C 特性、A 特性のレベル差が中央値で約 20 dB 前後ある（図-4,5）。これらの結果は騒音源の周波数構成が主として低周波成分で成り立っていることを如実に物語っていると思われる。さらに両地点において、周波数特性 SPL、LSPL の全音圧レベルの中央値をみると、X 地点 74～79 dB、Y 地点 70～74 dB とかなり高レベルであり、居住者の心理的、生理的被害が十分に考えられる値であると思われる。

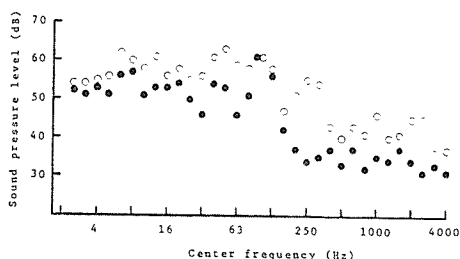
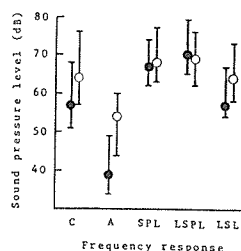
図-2 X地点の $1/3$ オクターブバンドレベル

図-4 X地点のオルパスレベル

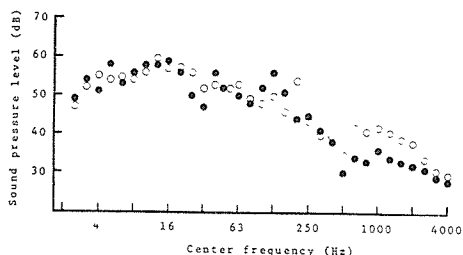
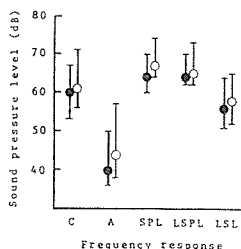
図-3 Y地点の $1/3$ オクターブバンドレベル

図-5 Y地点のオルパスレベル

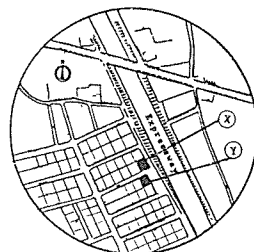


図-1 測定場所の見取図

※ 図-2～5 において窓開(○)、閉(●)

斎藤恒 (木戸病院)

氏名	症候	四肢感覚障害	口周囲感覚障害	運動失調	構音障害	求心性視野狭窄	聴力障害	平衡機能障害	頸椎所見	腰椎所見
認定患者	S. I ♂	+	—	+	—	—	+	+	—	—
審査請求人	H. I ♀	+(片+)	—	±	—	—	—~±	—	—	±
認定患者	Y. O ♂	+	—	+	—	—	±	+	—	—
審査請求人	E. M ♂	+	—	—	—	—	—	±	—	±
認定患者	H. S ♀	+	—	±~+	—	—	—	±	+	—
審査請求人	M. S ♀	±	—	—	—	—	—~±	±	—	—
認定患者	S. M ♂	+	+	+	—	—	±	—	—	—
審査請求人	K. M ♂	+	±~—	±	—	—	—~±	±	—	—

①上の表は公害健康被害不服審査会に於いて審査請求人の要請によって県当局の出した資料であります。S.IとH.I、Y.OとE.M、H.SとM.S、S.MとK.Mは何れも一諸に獲れた川魚を分けあって食べた両病であり、何故一方が水俣病と認定され、他方が棄却されたのか納得できず、資料を求め、解答されたものであります。自他寛的に同じような症状をもち、同じような生活さし永年悩んできた患者が一方は水俣病、他方は水俣病の疑いもないと返事をうけ、表のような返事を貰っても、ますます納得できなくなります。環境庁の判断基準として、感覚障害(+)と運動失調(+)、或は感覚障害(+)と運動失調(+)のときは平衡機能(+)のとき認定されるとなっているのであり、この判断基準が更措に合致することを示しています。

②水俣病認定患者の病理所見と生前の神経症状を検討してみました。
私が診察し、剖検した15例の認定患者中、13例が軽度であっても水俣病の特徴的な所見が認められました。その13例を検討しますと、感覚障害(+)と運動失調(+)又は(±)は2例、経過中に判断基準に合わなかったことのある例は他に2例あります。この13例の病理所見をみますと軽微な変化も含めると全例に小脳の変化を認め、鳥距野、横側頭回にも大多数の例に変化をみており、背髄、末梢神経でも変化が認められます。特に知覚神経の変化が著しいのが特徴であり、筋萎縮も大多数に認められました。

③その他の臓器所見としては、脳や内臓の動脈硬化が大多数に認められ、また脳血管障害が13例中8例、うち脳出血3、脳梗塞7、さらに心筋梗塞2、腎梗塞3、など動脈硬化性の病変が目立ちます。他に肝硬変4、肝萎縮5、脾萎縮4など、脳だけでなく、肝、脾などでも萎縮性の変化が認められました。肺癌2、術後胃癌1、糖尿病2も認められております。

④本年6月21日、水俣病認定を棄却された患者達100名余が原告として、国と昭電を相手に新潟第2次訴訟にふみきました。患者の老令化もすゝみ、似前みられた運動失調共同運動障害はつきりしなくなったり、或いは多発神経炎型の知覚障害も認められなくなっている人もおります。新潟では汚染魚の喫食、家族関係、発症時期及び自他覚症状から、感覚障害1つでも明らかで、水銀の影響の否定できない例は水俣病として、第2次訴訟の原告となっております。今回の調査はそのための重要な資料ともなると考え報告します。

多田雅三 有田和弘 新庄文明 黒田研二 大湊 茂
朝倉新太郎 (阪大医 公衛)

英国のNHSは1974年の機構改革によって病院、一般医、公衆衛生の各サービスがそれぞれ別個に管理されていた体制が改められ、地方保健局(14)、地域保健局(90) 地区運営チーム(205)のもとに統合して管理されることになった。この体制は、病院サービスと地域サービスの一貫した運営を実現したものであるとして大きな評価を受けた。しかしその後とくに管理面において多くの問題点が指摘されるようになり、本年4月を目途として再び機構改革が行なわれることとなった。

(1)「NHSに関する王立委員会」の勧告

1979年7月に発表された本委員会の報告書では機構改革に関連する主な点として次の5つの内容が勧告された。

(i)サービス提供の責任は、会計責任を含め、中央省から地方保健局に移管すべきである。

(ii)地域保健局と地区運営チームの段階階制を廃止し、1段階の管理機構とすべきである。

(iii)一般医の管理機関である家庭医委員会を廃止し、委員会がこれまで果たしてきた機能は保健局によって担われるべきである。

(iv)大学の地域医療学部門とNHSの関係は、もっと密接なものであるべきである。

(v)専門機関の協力の重要性が強調されるべきである。

(2)政府の見解

王立委員会の勧告を受けて、1979年12月に政府は「Patients First」を発表し、NHSの再機構改革の方針として、次の内容を提起した。

(i)イングランドでは、地域保健局を廃止し、地区保健局を設置する。地区は20万以上50万までの人口を適当とする。

(ii)各専門職の諮問機関の簡素化をはかる。

(iii)家庭医委員会は存続する。

(iv)地区保健局は、大臣によって任命される議長と地方保健局から任命する委員約20名からなる。

(v)改革によって運営費の10%の削減をのぞく。

(3)改革の現状—南東チームズ地方の例—

Health District	Projected Population 1991 000's	Population served by hospitals in the dist.	Acute nosp. over 200 b.	Large WH/HI/ Long Stay	Small No. Beds
Brighton	291.5	90 %	2 857	1 219	12 832
Eastbourne	206.5	70	1 369	1 711	5 630
Hastings	150.4	92	1 293		10 777
South East Kent	311.7	91	2 662	1 711	15 1407
Canterbury & Thanet	257.8	78	2 589		8 440
Tunbridge Wells	287.1	93	2 784	1 803	16 1339
Maidstone	196.2	74	3 835	1 970	11 569
Medway	195.0	64	1 237	2 1146	4 383
Dartford & Gravesham	428.4	77	4 1122	3 2116	15 952
Greenwich	333.5	84	2 499		8 509
Bexley	209.9	34	1 562	1 1068	1 45
Bromley	403.4	78	3 1728	1 1068	7 607
St. Thomas	262.2	71	2 962	1 1053	6 488
King's	158.1	39	1 1018	2 1221	
Guy's	190.6	59	2 905	1 291	2 194
Lewisham	116.3	59	2 1268		1 30
	163.9	68	2 877		2 128
	282.2	71	4 2145		3 158

「地区」のスタッフ 1977年(王立委員会の報告)

人口	平均23万	病院数	10
病院	医師 145人	看護婦	1400人
一般医	110人	一般歯科	60人
地域看護婦	150人	他	計4000人以上

(4)考察

わが国でも近年、老人保健制度の実施体制などの中で、英国の地区に匹敵するものとして、市町村レベルの体制の強化が大きくなっている。今後保健所と市町村の役割分担のあり方が保健事業推進の大きな課題になると考えられるが、その点、今回の英国NHSの再機構改革は、とくに貴重な教訓を与えてくれていると思われる。

新庄文明・黒田研二・大湊 茂

多田麗浩三・朝倉新太郎（阪大・医・公衆衛生）

■ はじめに ■

学校保健統計や三歳児健診の結果によると、幼児・児童のう蝕り患率の減少傾向が最近2～3年にあらわれてきている。これらは歯科医師会や行政による歯科保健活動の成果のあらわれであると評価できる。しかし一方では幼児のう蝕の処置率は低く、多くが未処置のまま放置されている。また、障害者や寝たきり老人などが歯科医療を十分にうけることができないことも事実である。今後、歯科医師増加が予想されるが、これらの歯科需要に効果的に対応できるような歯科サービスの体制を確立することが要請されている。

■ 地域歯科サービスを担う歯科医師数の動向 ■

歯科医師数は表1に見るように一貫して増加し続けており、今後も一層の増加が予想される。しかし、その内容を見ると、医育機関付属病院勤務者は著しく増加しているが、一方で衛生行政・保健衛生業務従事者の数は逆に減少してきている。

人口老齢化が進行していく中で、寝たきり老人など容易に歯科受療ができない障害者が増加してゆくことが予想され、また、衛生教育が進み歯科医療への社会的要求も変化していくなかで、幼児・障害者・老人などを含む地域住民の包括的な歯科サービスを供給することが要求されてくるといえる。そのためには、計画的なサービスの実施が必要とされ、保健・衛生の部門で働く歯科医師の数も充実されなければならない。

■ 地域歯科への取り組みの一例 ■

兵庫県の上郡では、多様な歯科需要に対応するべく、歯科医師会・保健所・各町の協力による寝たきり老人の実態調査が実施された。アンケートで歯科治療を希望すると回答したものは対象者の26%であったが、現在、診察のための訪問をも含めた対応が上記三者の協力で行われており、取り組みつつある。

また、郡内の一無歯科医町では、幼児や障害者・妊婦などを主な対象とする町立歯科保健センターの設立に際し、設置・財政的負担は町が、診療活動や運営は郡歯科医師会が担当するものとして地域歯科医療の計画立案が

● 表1 歯科医師数の年次推移 ●

	歯科医師数	病院・診療所の開設、勤務	医育期間付属病院	衛生行政又は保健衛生業務
昭和30年	31100	28900	537 (1.7)	258 (0.8)
昭和40年	35600	32200	946 (2.7)	163 (0.5)
昭和50年	43600	39200	2789 (6.4)	143 (0.3)
昭和55年	53600	47200	4443 (8.3)	130 (0.2)

()内は歯科医師数に占める比率

すすめていく。

歯科医師数の増加を迎える中で今後の地域歯科保健を確立していくためには、このような地域の歯科医師会を中心として、新たな需要を掘り出し対応していくことが重要である。そして一般開業医との連携にもとづく地域歯科保健計画の立案には自治体の積極的な取り組みがとくに重要であるといえる。

● 表2 日英の歯科医師数比較 ●

	一般歯科診療所	病院	地域歯科 (保健衛生・行政)
日本 (昭和55)	45726 (85.0)	1426 (2.7)	130 (0.2)
英国 (1977)	13564 (70.5)	1118 (5.8)	1901 (9.9)

()内は歯科医師数に占める比率

■ 考 察 ■

地域歯科保健活動の一層の発展が期待されるべき今日自治体などに勤務して衛生行政・保健衛生活動に従事する歯科医師の数は減少傾向を見せている。外国の例を見ると、例えば英国では、わが国よりも少ない歯科医師数の中で約10%の歯科医師が保健局の地域歯科サービスとして幼少児・障害者・妊婦を主な対象とする診療や保健活動に従事している。

わが国においても今後、地域保健計画全体の中で歯科サービスの立案・実施に携わる地域歯科医ともいえるべき歯科医の活動が真剣に検討されるべきではないだろうか。

井田 和子

(岡山市職員労働組合)

<はじめに>

国と地方を通ずる財政危機の下で、反動的行政改革、減量経営の攻撃が強められ、福祉、教育、保健医療の切り下げが強行されようとしているなかで、岡山県に於ても行政改革の名のもとに保健所再編案が出された。これに対して私達が保健所拡充・増設の運動を市民と共に取組んだその経過と臨結をまとめ、今後の運動の方向を報告する。

<県行財政改革と保健所再編の動き>

国民にとりまぐ生活と環境の悪化のなかで、健康が破壊され、10人中7人が半健康人とされている時、健康への関心と願いは大きく高まってきている。しかし、健康を育み発展させていく行政の第一線機関である保健所は次第に弱体化され国民から遠い存在へとされてきている。

岡山市の場合、55万市民に対し県保健所が2つしかなく、特に岡山保健所管内人口47万という、保健所法で定める人口10万に1か所に比べほど遠い現状である。ところが、県は国の行政改革を先取りする形で'99年に県行財政改革懇談会を発足させ、行財政見直しとして保健所統合・再編合理化・委託の内容の答申が出されるに至った。これを受けて、県は瀬戸大橋、新空港など大型プロジェクト推進のためにサービス部門である保健所の再編合理化の要綱をまとめ議会に提出してきた。(表1)

<私達の運動の経過>

(表1) 〔県行財懇の保健所再編についての答申内容〕

これらの動きに対して、“公衆衛生の灯を消してはならない”と岡山市職労を中心に「岡山市に保健所を設置し、公衆衛生の充実をめざす市民の会」を結成、公衆衛生に関係する地域組織や障害児親の会、老人クラブなどを代表に、民主団体の応援を得て、大きな市民運動へととりこんできた。保健婦は毎日の仕事を通じて、また、「市民の会」とともに反動的な県の動きを11万枚に及ぶパンフで大量宣伝をし、議会へ向けての請願署名運動をまき起した。

2万余の署名をもって2月議会に請願、全党の紹介議員を得て提出され採択を勝ちとった。しかし、県は要綱の一部修正し実質的には再編を4月から実施させられた。それから1年、益々機能を失った保健所に住民から強い反対の声が高まってきている。

<運動の総括と今後>

私達はこの運動を通して、(1)市民と共に命の統一戦線を組むことの重要性、(2)大量宣伝と要求に基づいた方針の大切さ、(3)自治体労働者として仕事を通じての日活動の重要性を学んだ。

この運動の灯は倉敷に受けつがれている。

今、臨調「行革」が強行され、特に老人保健法案に示されている保健の自己責任化論や受給者負担の動きのなかで、真に健康を守る運動と更に広範な市民運動にしていくことが重要である。

・環境行政と衛生行政は、いずれも究極の目的は、生活の快適性を高め、住民の健康の保持増進をめざすものであり、また、業務の類似性や関連性、現行の推進体制の共通性から両行政を一元化し、これらを有機的に結びつけることにより統合的な施策の展開が望まれる。

・民間医療施設が対人保健サービス機能をも積極的に担っていくことが期待される。

・第三セクターによる医療・保健施設の設置を促進すること。

・衛生取締り事務・公害規制事務については地方振興局における地域総合行政の一貫として推進することか望ましい。

・人口規模が大きく行政能力の充実している市においては計画的に保健所を移管することが適当と考える。

〔岡山県が2月議会に提案した保健所再編実施要綱(案)〕

・環境部と衛生部を統合し、環境保健部を新設する。

・医療課と環境調整課を統合し、環境保健課を新設する。公衆衛生課を健康増進課に変更する。

・現在の17保健所1支所を9地方振興局ごとに置く。「環境保健所」と対人保健サービスのみの「地域保健所」に再編する。

・岡山・倉敷両市への保健所移管は56年度中にメドをつける。

振動病に罹患した日田の石工組合員の健康活動

○ 高松 誠 ・ 前田 勝義 (久留米大・医・環衛)

概要: 業務上疾病として労災認定をうけて療養をおこなってきた大分県日田の石工たちが、社会復帰を図り、労働と療養とを調和させて、生活を守っている健康活動を紹介する。

経過: 古くから日田市近郊には石材企業があり、建設用の間知石(ケンチイシ)の切り出しがおこなわれてきた。最盛期には1,000名の労働者がいたといわれる。昭和40年に石切り工具として、チップングハンマーが導入された。この当時、企業数36、労働者数は約400名であった。この工具の導入によって石山の生産量は増大したが、同時に職業病(振動病)が多発することになった。

その後の経過は表上の年表にみるとおりである。

表上. 日田石工組合活動の年表

- S.40. 石山にチップングハンマー導入
 - S.43. この頃から振動病患者発生
 - S.45. 振動病患者増える。
 - S.46. 石工200名について振動病アンケート調査(久大・医)
 - S.48.2 石工組合結成(組合員数約70名)
 - .3 振動病健診, 90名受診 24名が要療養と診断される。
 - .8 湯布院厚生年金病院に石工6名入院。
 - S.50. 振動病健診, 15名が要療養
 - S.51. 振動病健診, 60名が要療養
 - S.52. 当時30名程度の患者が入院をして治療を受けた。
 - 53. 軽快したものは社会復帰を図るようになった。
 - S.57. 石工組合員 150名(内石工85名)
- 久留米大・医・環衛・教室では、昭和48年以来、数次にわたる振動病健診をおこない、患者の発掘に協力してきた。現在、日田周辺地区には、約200名の振動病認定患者がいる。内訳は、石工約150名、林業、土工、工員など約50名である。
- 湯布院厚生年金病院に入院し、指定病院に通院して治療を受け、軽快したものは、社会復帰を目指したが転職は殆んど不可能であることを知った。



このため、石工組合では労働基準監督署と、ねばり強い交渉をおこない、石工として働き、且つ療養を続けながら、生活を守るという運動方針を打出し、組合員を指導している。現在、46名の組合員が職場復帰を果している。

その内容は、通常1か月に10日程度はたうき、20日程度通院治療を受け、労働による賃金と休業補償の労災給付金とをあわせて、全休当時の収入を確保して生活を維持しようとするものである。

石山産業には、この計画を許す条件があるが、林業や建設業などにはそのような条件がないので、すべての職種でおこなうことはできない。

これらの健康活動の結果、種々の好ましい結果がでてきている。

1. 伝統のある日田の石山産業が守られる。
2. 労働意欲をもつので精神衛生上良い。
3. 社会的批判がなくなった。
4. 療養を続けているので、症状が悪くなったものはいない。
5. 治療を続けてやれるという安心感がある。
6. 生活が守れる。

実際の労働にあたっては、次のような注意をしている。1日の労働量は健康時の半分程度におとす。入院に到るほど体調をくずさないよう注意する。身体の調子が悪いときは休む。無理をしない。冬季は寒冷の影響をさけるため、なるべく休む。じん肺管理区分Ⅲをもつ人は、職場復帰は困難である。60才以上の方は控えるようにしている。これら石工組合の病気に逃げこまないで、積極的に労働をしようという健康活動は立派である。

○神原久孝, 宮尾 克, 小林章夫, 中川武夫, 三木信夫
滝日久仁子, 山田信也, (名大・医・公衛)

(はじめに) 山内郡にある岐阜県A村では採石業が地場産業となっているが, 採石の際使用するチップングハンマー, 削岩機の使用により振動障害の発生が問題となっている。障害発生の実態およびその問題点について検討したので報告する。

(方 法) 昭和57年1月石材関係従事者80名の振動障害健診を行なった。そのうち現在採石に従事する者69名について分析した。また51年にも受診した者49名は, 今回の症状との比較を行なった。

(結 果) ① 採石従事者は40・50歳代が多く, 60歳以上も8人おり, 全体に高齢化している。

② 工具使用年数は10年以上が9割近くを占め, 20年以上も1/4に達し, 長期間使用している者が多い。

③ 1日工具使用時間は, 大部分2時間以上使用しており, 4時間以上も4割に達している。

④ 賃金形態は不安定で, 出来高が42名(60.9%)と多く, 月給は2名(2.9%)にすぎなかった。

⑤ 自覚症状は, 白ろう現象25名(36.2%), 手腕のしびれ37名(53.6%), 肘の痛み27名(39.1%), 腰痛25名(36.2%), 手の冷え29名(42.0%)と障害を訴える人が多い。

⑥ 51年度も健診を受けた者49名の比較では, 白ろう現象出現者は20名で変化ないが, 出現回数は増加しており, 症状は進行している。その他, 手腕のしびれ, 痛み, 手の冷えなどの症状の訴え率も増加してきている。

(まとめ) A村では昭和50年より企業主負担で毎年振動障害健診が行なわれるようになってきたが, 従業員2〜3人の零細企業が大部分で, 賃金形態や作業時間管理などの発生予防の対策は, まだまだこれから問題として残っている。

表1 年齢構成

30-39歳	8名(11.6%)
40-49歳	31名(44.9%)
50-59歳	22名(31.9%)
60-69歳	5名(7.2%)
70-歳	3名(4.3%)
合 計	69名(49.1±8.7)

表3 1日使用時間

- 2時間未満	1名
2 -	14名
3 -	26名
4 -	18名
5 -	8名
6 -	2名
合 計	69名

表2 振動工具使用年数

- 4年	1名
5-	6名
10-	12名
15-	31名
20-	14名
25-	4名
不明	1名
合 計	69名

表5 自覚症状

	57年	51年	57年
白ろう現象	25(36.2%)	20(40.8%)	20(40.8%)
毎日出現	9(13.0%)	3(6.1%)	8(16.3%)
月数回	10(14.5%)	10(20.4%)	6(12.2%)
年数回	6(8.7%)	5(10.2%)	6(12.2%)
不明	0(0.0%)	1(2.0%)	0(0.0%)
以前白ろうあり	5(7.2%)		
手腕のしびれ	37(53.6%)	19(38.8%)	27(55.1%)
手の痛み	14(20.3%)	4(8.2%)	10(20.4%)
肘の痛み	27(39.1%)	12(24.5%)	19(38.8%)
肩の痛み	12(17.4%)	7(14.3%)	9(18.4%)
腰痛	25(36.2%)	5(10.2%)	15(30.6%)
手の冷え	29(42.0%)	10(20.4%)	20(40.8%)
被験者数	69名	49名	49名

表4 賃金形態

出来高	42名
固定給・日給	25名
・月給	2名
出来高と固定給	0名
合 計	69名

○色部 祐, 山田信夫, 横塚 聡(東京社会医学研究センター), 足立 利幸(埼玉工業-総務組)

《はじめに》当センター附属芝大病院で、最近二例の塗装従事者の有機溶剤中毒症例を経験した。

頭重感、頭部の腫痛、イライラ、不眠、易疲労感などの不定愁訴が、その自覚症状の特徴であった。この症例は、1人親方ないしは極めて厚細な事業所に働らく労働者が多く、概して労働条件も悪く、安全衛生管理も不十分な状態であり、有機溶剤中毒の罹患者の存在を予測させ得る。

この度、我々はS県工業労働者の「有機溶剤取り扱い者講習会」に参加する機会を得たが、上記の問題意識を踏まえ参加者にアンケートを配布し、その分析を試みた。予測を裏づける一定の特徴が浮かび出たので、ここに報告したい。

〈対象者群〉

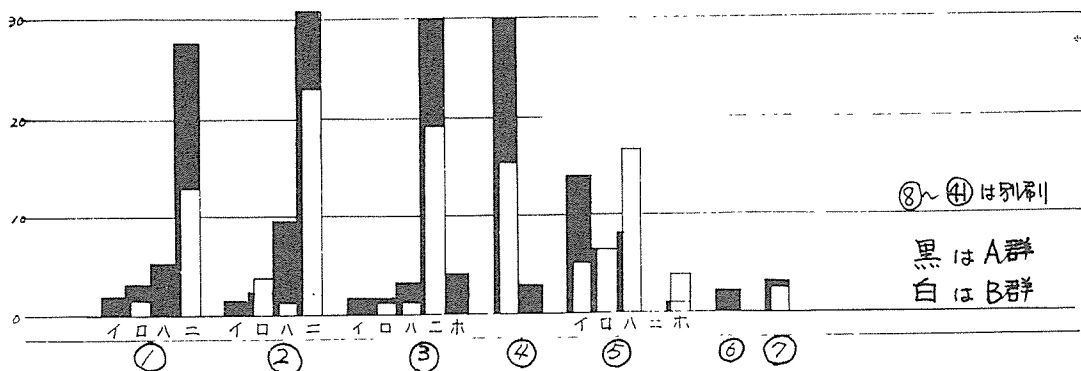
	業種	人数	平均年齢	有機溶剤使用料
A群	塗装	94人	38.9才	8.1~172.1/週
B群	金属加工 木工等	78人	38.9才	1.6~18.1/週

平均年齢は偶然にまったく一致した。またB群の使用料18.1は突出して多い存在であった。表にないが、溶剤取り扱い歴は、A群では20年以上が一般的で25人、次に10~14人が22人と続く。一

方B群では、5年以内が21人と多く、次に10~14年が9人と存っている。

《結果と若干の考察》①の「頭部の腫痛」はA群が「毎日」2人を含めて有病率38.3%、B群は「毎日」は0であり15.4%となっている。②の「頭重感」については42.6%と29.4%と高い。③の「目すい、たちくさみ」は40.4%と21.0%と二倍の差がある。④の「疲れやすい」は32.9%と15.3%であった。次に⑧の「溶剤を吸ったときかきさくさく」は51.4%と16.6%と大きく差がつく。⑨の「溶剤蒸気による意識が失なった」は比率こそ低いからA群5人、B群1人であった。さらに⑭の「眼」は27.6%と12.8%、⑮の「のど」は18.0%と7.6%、⑯の「鼻」は23.4%と10.2%などでも差がみられる。⑰の「皮膚」に関する設問では、「荒れる」についてはA、Bとも20%台であり溶剤取り扱い量の差はあり、⑱の「胃」については38.7%と17.9%と差が大きい。以下⑳~㉔の消化器系の設問にA群の有病率は高い。㉕の「肝、胆」の23.4%と16.6%、㉖の「腸胃」の47.8%と33.3%は、溶剤影響よりもA、B両群ともその作業姿勢等に起因するものが主側面を占める。また既往歴ではA群は胃炎、十二指腸潰瘍、胃潰瘍が多く、食後6人とも存する。ここでも言う有機溶剤は主としてトルエンであるが、その毒性は中枢神経、自律神経系に作用し、さらに皮膚、粘膜に作用する。造血障害はあり、工業用トルエンはベンゼンを含むことが多く、食血をおこす。こうして見ると設問の(1)(2)(3)を中心とした神経系に、また(8)(9)の麻痺性に(24)(25)(26)などの皮膚、粘膜などに、A群、B群との有意な差が見られることは、有機溶剤の暴露に起因しているとの推測は充分に可能と思われる。

《まとめ》塗装作業に従事者には「有機溶剤中毒」あるいは前駆症状を持つ者が潜在して(1)と認められ



小零細企業労働者の健康に関する 社会医学的考察

○天野松男、梅田玄勝、八木邦子
中島裕而、竹原令宜、坂井 浩
(健和労働衛生研究所)

(はじめに)

昭和53年卒業所統計によると、公務を除く北九州市の従業員総数454557人のうち産業医の委嘱の義務を負わない従業員50人未満の卒業所で働く人は266293人であり、これは従業員総数の58.6%にあたる。すでに第20回本研究会等で報告したように、北九州市の死亡率は10大都市・中・大阪市に次りが高く、中でも男子の中高年齢層の肝硬変による死亡率は全国死亡率の2倍であった。この背景には中高年齢層の社会経済状態の悪化が考えられ、とりわけ全従業員の58.6%をしめる小零細企業で働く労働者の健康水準が北九州市全体の健康水準に対して無視できない影響を与えていられると思われる。そこで今回はほとんどが従業員20人未満の卒業所で働いている自動車整備工の健診結果から、小零細企業で働く労働者の健康水準について考察を試みた。

(資料と方法)

資料は自動車整備工の健診結果の他に金融業や金属加工業従業員の健診結果およびK総合病院の慢性肝炎および肝硬変による死亡例、人間ドック健診資料等を用いた。特に中高年齢層の健康水準を知るために40歳以上の男子の肝硬変や高血圧について考察した。

(結果および考察)

表1は業種別健診結果およびその他の資料からの血圧、 γ -GTPの異常率を示す。自動車整備業、金融業の従業員は金属加工業従業員より高血圧の割合が高く、 γ -GTPはどの業種に属していても半数近くが異常値であった。このことは北九州市に肝疾患の潜在患者が多々いることを示している。表2はK総合病院の入院死亡例から死因が慢性肝炎および肝硬変であったものを選り出し、総死亡1000に対する割合を昭和53年の全国の場合と比較したものである。全国に比べてK総合病院で慢性肝炎および肝硬変により死亡する者の割合は、男2.3倍、女1.5倍、全体で2.2倍の高さであった。またこれらの死亡例に関して職業については特に傾向を認めず、与令は40代、60代に比較的多く分布していた。K総合病院の人間ドック入院例では肝疾患の他に循環器に異常者が多くみられた。 γ -GTPの異常や高血圧の背景には飲酒習慣が関係しており、自動車整備工の場合塗装業務に従事しているというこの他に飲酒習慣のあるものにこれらの異常者が多かった。また、労働条件の悪さを示す指標の一つとして自動車整備工の離職経験回数についてみると、この回数が多いグループほど γ -GTPの異常や高血圧が多い傾向にあった。昭和53年の労働統計年報によると職業別の月間平均労働時間数と現金給与額との間には負の相関があり、このことから、低賃金で長時間働いている労働者には健康を増進させるための余裕も少なく、従って適度なストレスを解消する機会が多くなり、その結果として小零細企業労働者に γ -GTPの異常や高血圧が多いと推測される。

(まとめ)

小零細企業労働者の健康水準に労働条件と社会経済状態の悪化が関与していると考えられる。

表1 血圧・ γ -GTPの異常率(男・単位%) (nは人数)

業 種	高 血 圧	高 γ -GTP	備 考
自動車整備業	31.3(10/ 32)	43.8(14/ 32)	45~64才
金 融 業	25.9(7/ 27)	37.0(10/ 27)	45~64才 慢性肝炎患者 51才 慢性肝炎患者
金属加工業 1	17.7(3/ 17)	58.8(10/ 17)	45~64才
2	13.6(3/ 22)	50.0(11/ 22)	45~64才
3	9.5(2/ 21)	52.4(11/ 21)	45~64才
M町民健診	34.3(48/140)		40~69才
K総合病院 入院例	10.1(37/366)	6.6(12/183)	40~69才 肝疾患 循環器系 有患者
入院者 肝疾患	14.0(7/ 50)	16.0(4/ 25)	〃
運輸業	27.6(27/ 98)	6.1(3/ 49)	〃

表2 慢性肝炎・肝硬変死亡割合

(K総合病院 53.10~56.12.1)

死 亡 生 産	慢性肝炎 肝硬変 死亡数	総 死亡数	死亡割合 (%) (1000対)	昭和53年 死亡割合 (%) (1000対)
男	48	680	70.6	30.6
女	10	484	20.7	13.7
合計	58	1164	49.8	22.8

零細事業者の健康と生活

○ 逢坂 隆子 (大阪大学医学部公衆衛生学教室)

朝倉 新太郎 (大阪大学医学部公衆衛生学教室)

高岡 悟 (吹田民主商工会事務局長)

表1 吹田市地域別標準化死亡率*と社会経済指標**

	標準化死亡率				完全失業者率		市民間借入金率		人口3000人以上の割合		商工業者の率 (社会経済指標)
	男35~49	女35~49	男50~64	女50~64	完全失業者率	市民間借入金率	完全失業者率	市民間借入金率	男	女	
吹田市	89.0	73.8	91.7	79.1	2.0%	33.7%	4.6%	11.2%	3.2%		
地区(1)	82.9	62.9	85.2	69.9	1.3%	1.0%	2.4%	7.4%	2.5%		
地区(2)	87.6	76.4	93.0	77.4	1.6%	40.1%	4.2%	11.3%	3.1%		
地区(3)	90.8	75.4	93.2	84.3	2.4%	47.1%	6.3%	13.4%	3.7%		
大阪市	106.7	118.1	104.2	106.6	3.9%	48.2%	12.8%	17.7%	5.6%		

* 49.50.51年平均 大阪府と標準とする

** 昭和50年国勢調査結果



図1 吹田市地図

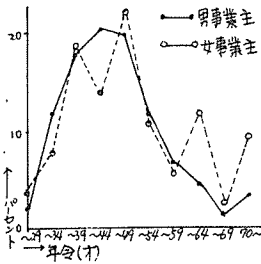


図2 事業主の性別年齢割合

表2 調査対象事業者数

業種	総数	製造加工	卸小売	建設	サービス	飲食	その他	不明
氏商全数	1419(100)	115(8)	290(20)	297(21)	113(8)	281(20)	323(23)	
調査数	844(100)	75(9)	178(21)	179(21)	106(13)	148(18)	131(16)	28(3)
男事業主	677(100)	73(11)	140(21)	174(26)	77(12)	74(11)	119(18)	23(3)
女事業主	167(100)	2(1)	38(23)	5(3)	27(16)	74(47)	12(7)	5(3)

表3 従業員数

従業員数	0人	1人	2人	3~5人	6~9人	不明
男事業主	52%	15%	9%	12%	8%	
女事業主	24%	34%	25%	9%	0%	4%
パート	74%	9%	3%	5%	1%	
男事業主	68%	14%	6%	2%	2%	
女事業主	41%	34%	13%	5%	0%	4%
パート	60%	15%	10%	7%	1%	

表5 労働時間

労働時間	~8h	~10h	~12h	~15h	15h~	その他	不明
男事業主	23%	37%	21%	9%	4%	1%	5%
女事業主	28%	24%	20%	13%	2%	2%	12%

表6 休日について

休日について	毎週1回	2週間:1回	3週間:1回	その他	不明
男事業主	57%	5%	2%	5%	3%
女事業主	11%	8%	3%	9%	9%
男事業主	64%	4%	0%	6%	10%
女事業主	5%	2%	4%	7%	

表7 睡眠時間

睡眠時間	~5h	~6h	~7h	~8h	8h~	不明
男事業主	4%	20%	28%	37%	8%	3%
女事業主	6%	25%	35%	24%	3%	6%
男事業主	7%	32%	22%	26%	4%	9%

表8 過去1年間の健診受診の有無と健診受診場所

	健診を受 けたもの	健診受診場所				
		H.C	自治体	開業医	病院	その他
男事業主	36%	5%	5%	12%	14%	4%
女事業主	39%	5%	9%	12%	14%	5%
男事業主	44%	8%	4%	16%	16%	4%

(健診受診場所に重複回答を含む)

表10 睡眠時間別有病率

睡眠時間	男事業主	女事業主
総数	23%	27%
~5h	31%	27%
~6h	24%	19%
~7h	23%	35%
~8h	19%	28%
8h~	30%	29%

表11 労働時間別有病率

労働時間	男事業主	女事業主
総数	23%	27%
~8h	21%	28%
~10h	18%	23%
~12h	22%	30%
~15h	25%	41%
15h~	37%	0%
その他	60%	0%
不明	46%	20%

表12 事業主が長期の病気になった

	男事業主	女事業主
後継者がいるとそのまま続ける	20%	28%
工場・店を閉める	36%	36%
商売を縮小して妻(家族)が続ける	16%	10%
その他	17%	13%
不明	11%	13%

表9 事業主と家族の健康

	現在病気に かかっている	治療方法			
		医者にかかっている	売薬で治している	ガマンしている	不明
男事業主	23%	15%	2%	3%	3%
女事業主	20%	16%	2%	2%	0%
男事業主	27%	17%	4%	5%	1%

〔はじめに〕大阪市をはじめとする大都市住民の健康水準の低下が問題になっている。これまでの研究結果からみて、特に零細企業従業員や自営業者、低所得階層の健康破壊と深い関連をもつと思われる。今回は大阪市に隣接する吹田市において、零細事業者の健康と生活に関する調査を実施したのでその結果を報告する。

〔方法〕吹田民主商工会会員1419人を対象に調査表と配布回収。回収率は59.5%(844人)

〔結果〕図表に示すとおりである。

〔おわりに〕零細事業者は、消費不況のもとで無理をして働いて健康をこわしている。吹田市は都市部の中では住民健診受診率が高いが、今回調査対象となったような最も受ける必要のある働き盛りの人々の健診受診率は、医療機関への受診を除くと極めて低い。市をはじめとする自治体が本来責任をもつ対象であり、健診体制の改善が望まれる。

三木信夫 宮尾 克 柳原久孝 鹿田久仁子

(名大・医・公衛)

1. 目的：中小企業労働者の健康を考える上で、現在の労働統計で不十分である従業員1～9人の事業所の労働者の姿を明らかにするためアンケート調査を実施した。

2. 方法：対象者はある地域労組の組合員とその周辺の労働者776名であり、規模別として従業員1～9人、10～99人、100人以上の3つのグループに分類し検討した。なお学童指導員については今回の分析から除外した。質問項目は、年齢職種構成、制度的保障、収入、労働条件、職場環境、健康状態、生活状況についてで、合計116項目ある。

3. 結果：1) 対象：35歳以下が約85%をしめ3群の年齢構成は類似していた。職種別では事務・販売にやや差がみられた。勤続年数は100人以上がやや長い。2) 収入：女子の1～9人では10万円以下が60%をしめ、男女ともボーナスなしが1～9人に多い。3) 制度的保障：健保は国保、組合の割合が規模別で逆転し、労災保険のないものが1～9人に多かった。生理休暇には差がないが、男子の有休には差があった。4) 労働条件：1～9人においては、

所定労働時間が決っていない率が高く、休日は少なく、日祭日も休みにならない割合が高い。5) 労働環境：安全衛生管理者の設置や女子休憩室は、1～9人で少なかった。1～9人では戸外や危険な高所作業が多かったが、仕事の満足感、人間関係や能力の発揮の点で他よりむしろよかった。6) 健康：健診の実施率は1～9人で少ない。実施されても、女子の受診率は少ない。1年間の疾病(14項目)や最近の体の状態(19項目)では、あまり差がなかったが、1年間の外傷は1～9人の男子に多かった。また病欠休業の場合、休み方としては年休と病欠が逆転していた。

7) 生活：独身の住居の場合、寮と民間アパートの割合が逆転していた。食事の規則性、飲酒、喫煙、入浴、スポーツなど他の項目については、規模別よりも配偶者の有無による影響が大ききようである。

4. まとめ：1～9人の零細企業労働者は、男女とも収入、労災保険、有休、休日、労働時間、安全・衛生管理者、健診実施率などの面で、劣悪な状況であった。対象者の年齢層が低いことの影響からか、自覚症状や最近1年間の疾病ではあまり変わらなかった。この点は、一層の追究が必要と思われる。今回の調査で、一方において、健診すら十分におこなわれていない零細企業労働者が存在し、他方において仕事の満足感がなく人間関係が悪く、自分の能力が生かせない、より規模の大きい事業所の労働者がいると思われた。

今後、健診の実施、職場の安全衛生点検、衛生教育をおこなう予定である。

・ 規模別	男			女		
	1-9	10-99	100~	1-9	10-99	100~
・ 年齢構成						
15-24才	47	60	33	33	65	32
25-34	72	70	68	28	54	23
35-44	7	17	9	5	15	6
45-54	5	6	4	5	11	0
55-	2	8	1	4	4	0
・ 職種						
技術的・管理的	29.3	22.6	27.0	42.5	45.0	40.7
事務	8.5	7.3	18.9	28.8	29.3	35.2
販売	13.8	11.3	5.4	8.2	4.3	0
運輸・通信	1.5	11.3	5.4	0	0.7	5.6
技能生産	36.2	35.2	35.1	8.2	15.7	14.8
保安・サービス	10.8	12.0	8.1	12.3	5.0	3.7
・ 健康保険						
国保	60.5	28.4	25.2	36.6	16.8	12.7
組合	11.3	27.7	47.7	23.9	43.5	50.9
・ 労災保険						
なし	35.2	13.8	6.4	36.8	19.0	14.5
・ 有休						
ない、あってもとれない	65.4	43.4	15.9	36.5	39.3	28.3
・ ボーナス						
なし	23.4	7.2	2.9	14.8	7.1	4.0
・ 月収						
10万円以下	15.0	15.0	13.4	59.5	54.0	23.3
・ 労働時間						
決っていない	25.8	18.6	4.4	16.0	7.5	3.4
・ 昼休み時間						
決っていない	26.9	23.5	12.2	40.0	27.5	16.7
・ 休日						
4週5休以上	15.1	44.5	69.3	17.8	34.0	48.4
・ 日曜・祭日は必ずしも休みでない	49.6	41.6	34.8	30.0	20.5	21.8
・ 安全・衛生管理者						
いない	71.2	47.2	21.1	78.7	43.0	33.3
・ 住居・独身						
民間アパート	29.3	25.0	19.7	31.4	22.2	19.1
寮	5.4	7.0	22.5	2.9	9.7	21.3
・ ここ一ヶ月休みたい時						
年休	5.4	20.5	39.4	21.7	15.1	26.3
はどうした?						
病欠	29.7	28.4	10.6	13.0	18.6	13.2
・ 職場の不平・不満						
環境が悪い	15.0	20.8	31.3	2.7	11.5	13.1
満足感がなし	14.3	25.2	36.6	21.3	26.4	37.7
人間関係悪い	9.0	27.0	24.1	22.7	17.6	31.1
能力生かされぬ	7.5	13.8	20.5	8.0	13.5	14.8
・ 職場の環境						
高所で危険	15.8	8.7	3.5	0	0	0
戸外の仕事	33.8	21.1	7.0	12.0	4.0	1.6
・ 健康診断						
なし	74.4	39.1	4.6	75.0	29.7	8.3
健診あるが受診なし	42.4	51.1	54.8	72.2	62.9	41.8
・ 過去一年間の病気						
外傷	24.1	16.9	10.9	4.0	10.8	9.8
平均訴え項目数	1.15	1.15	1.14	0.76	0.83	0.82
・ 最近の体の状態						
目の疲れ	54.5	69.2	70.0	52.7	61.0	62.3
頭痛	37.9	45.5	46.4	50.0	48.6	65.6
平均訴え項目数	6.17	7.07	6.49	6.53	5.80	7.00

規模別、年齢構成——人 平均訴え項目数——個 その他——%

富家 孝（大阪府立公衛研）

通産省「80年代の産業構造の展望と課題」によると、わが国の自動車工業の組立部門では、昭和43年から55年にかけて、配置人員数は51～56%にまで激減している。しかし、これはメカトロニクス化で生産自動化が急速に大幅に導入されてきた溶接部門などでの配置人員数が、同期中に25%にまで減少してきたのと比べるとまだまだ減少させる可能性が残っていると見ることも出来るので、組立部門の配置人員数の一層の削減が「80年代」の「課題」であるという。

この10年程の間に、連続的な作業を必要とする組立部門などにおける作業システムの再編成は「労働の人間化」とも呼ばれつつ、世界的な規模で、ILOやECなどを中心に展開されてきた。

「労働の人間化」という呼び名は、今なお統一された定義をもたず、広い意味では、例えば失業の恐怖からの解放、賃金の保障と向上、労働時間の短縮、安全で健康的な作業環境、勤労者の基本的人権の保障、生活の保障、社会的地位の向上なども含めて用いられる。しかし、ここでは次に述べるように、上記の作業システム再編成認識が、科学的に正しく行なわれない限り、これら広義の「労働の人間化」の基盤も崩れていくということを指摘するとどのよう。

＜「労働の人間化」論とテイラーリズム＞

ボルボ社のカルマル工場では、コンベア・システムを採用せしめ、工程間にBufferを採用するなどのシステムの工夫によって、欠勤率や労働移動率を抑制しながら生産性の維持・向上を目指すという有名な実験が行われた。

このような作業システム再編成の「指導原理」は、未だに統一されたものが見出されないまま、それでもコンベア・システムの「理論的基礎」となっているテイラーリズムの「原理」（職務の細分化、単純化、標準化、その反復に限定した職務は誰でも遂行可能、1人1職務で個人責任の範囲明確化など）とは逆向きの志向をもつ

のであるかのように考えられがちである。

そのシステムとしての基本的に共通する特徴は、作業サイクルの延長、「半自律的」作業集団による「1チーム1仕事」などの組織的構成である。

このような作業システムによると「労働者が人間としてもっている自律性、社会性、能力向上の諸要求が満たされることになる」という説明が、その「指導原理」によって付け加えられることになるために、「労働の人間化」という呼び名が、まかり通ることになる。ここでは、その呼び名の当否はともかくとしても、テイラーリズムやコンベア・システムの「指導原理」と「労働の人間化」の「指導原理」とは、そのような呼び名から想定されるほど逆向きの志向をもつものでないことに注目することが重要である。テイラーリズムが、徹視的・決定論的を視野だけに作業の過程を認識し設計しようとしたのに対し、「労働の人間化」論は、その限りでは、テイラーリズムと同じ基盤をふまえながら、作業の過程を、どちらかといえば巨視的・確率論的とならえていくことの必要性を、経験的・試行錯誤的にではあるが把握してきているという相違は認めることが出来る。

＜システム再編成の物理的基盤＞

「労働の人間化」論は、もともと「動機づけ」などに関する「行動科学」などの「指導原理」から導かれてきたこともあって、システム物理的基盤に使用する問題と、作業者に対する高次の「動機づけ」の諸要因の問題とが、並列的に扱われたり、「動機づけ」が物理的基盤と置き換えられたような論議がされることが少なくない。このような「理論」としての欠陥は、特にわが国の場合、それを多少なりとも実際に緩和すべき政府や労働組合、社会保障などが殆んど機能しない状態の下では、周知の通り、健康破壊までもたらす引金にもなってきたのである。

果樹園作業の技術革新にともなう 花粉アレルギーの多発

○寺西秀豊, 青島恵子, 加藤輝隆, 加須屋実
(富山医科薬科大学医学部公衆衛生学)

I. はじめに

近年, ナシやリンゴなどの果樹園作業者に花粉アレルギーの発生していることが報告されている。私たちは, 富山県の梨果樹園において花粉症に関する疫学的調査を実施したところ, 花粉症の多発が認められたので報告する。

II. 対象と方法

果樹園で空中花粉調査を行ない, 果樹園作業員 96 名を対象に自覚症状調査, 皮内反応などを行った。

III. 結果と考察

空中花粉調査では, 栽培種であるナシとともに果樹園の下草として繁茂しているイネ科雑草(スズメノカタビラ)の花粉が多数認められた。この雑草は, 施肥技術の合理化やスピードスプレーによる農薬散布などの技術革新とともに繁茂してきたものである。

このスズメノカタビラ花粉エキスをにより皮内反応を実施したところ, 陽性率は 31.5% と高率であった。この陽性率は, 図 1 に示すように作業従事年数とともに増加していた。症状では, 受診者の 15% ~ 20% に鼻アレルギーや眼アレルギー症状が認められたが, 発症季節は図 2 のように 4 ~ 5 月におおむね限定されていた。また, 図 3 に示すように, 肺機能検査の結果, 閉塞性障害, 花粉喘息の疑われる症例もみられた。

ナシ花粉に対する皮内反応陽性率は 5.4% であった。ナシは虫媒花であるため, 従来はアレルギーを惹起することはほとんどないと考えられていたが, 人工授粉作業などにともなう花粉吸入暴露の結果, 感作されたものと考えられた。

IV. 結論

果樹園では, 品種の統一化, 集団化および多量量の農薬散布が行なわれているが, そのため, 人工授粉が不可欠の手段となっている。そこで, 果樹園作業者は, ナシや下草の花粉に吸入暴露され, 感作される機会が多く, そのため花粉アレルギーが多発しているものと考えられた。

図 1.

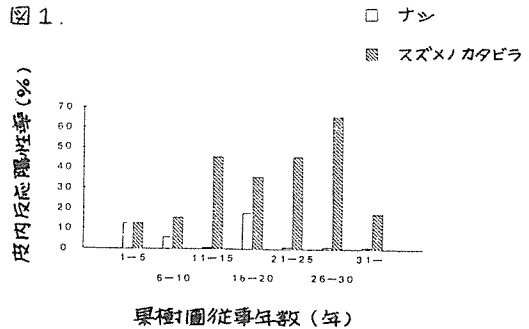


図 2.

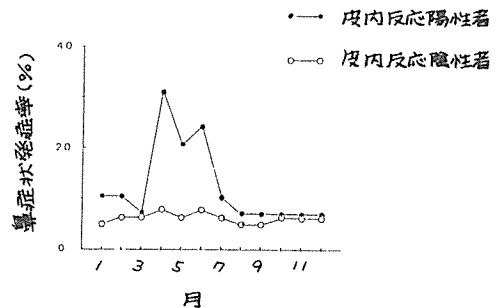
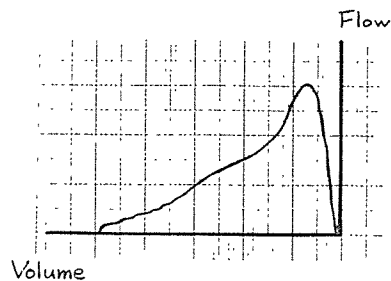


図 3. Flow-volume 曲線の一例



(財)東京社会医学研究センター・芝病院

○牧野忠康 上村恵子 石倉敦子 小反恵美子

菊池礼子

I はじめに

外見的是華やかにみえるスチュワーデスも、強行される人べらし「合理化」のなかで、健康破壊が深刻である。とくに腰痛症状を中心とした健康破壊に苦しんでいるものが多い。

東京社医研センター・芝病院に通院しているスチュワーデスも200人を越えている。私どもの病院では、社会医療部を設置し医療ソーシャル・ワーカーと保健婦を配置して、社会医療的な対応に努力している。病院に通院する個々の患者さんの痛み、苦しみ、悩み、怒りをとおして、健康破壊の社会性をみつけ、問題解決の援助をしてきている。ひとりひとりの患者さんをとおしてみつめてきたスチュワーデスの健康障害を、その生活と療養に焦点をあてて調査、検討したので報告する。

II 調査方法

1. 対象； 職業がスチュワーデスであって、1) S57年5月末現在通院中のもの、2) S56年6月～S57年4月末に、治癒、転医、中断したもの。
- 2 方法； 1)社会医療部スタッフが、診療記録（ヒストリー調査記録＝生活歴、労働歴、現症歴、頸肩腕症候群問診アンケート用紙＝初診用、再診用、医師記録、社会医療部対応記録など）にもとづき、調査票に記入し、集計、分析した。2)既存資料（労働組合等）の収集と分析。

3 調査時期； S57年6月

III 調査成績の概要

表I 年令別・国内・国際線別構成

単位＝人、()内％

年令	国内線			国際線	計
	JAL	ANA	小計		
計	33 (100.0)	53 (100.0)	86 (100.0)	99 (100.0)	185 (100.0)
1 20 ～24 才	14 (42.4)	35 (66.0)	49 (57.0)	41 (41.8)	90 (48.6)
2 25 ～29 才	19 (57.6)	16 (30.2)	35 (40.7)	53 (53.5)	88 (47.6)
3 30才 以上	0 (0.0)	2 (3.8)	2 (2.3)	5 (5.1)	7 (3.8)

表II 当院受診動機となった症状の出現状況

単位：％

	国内線			国際線	計
	JAL	ANA	小計		
計	100.0 (N=33)	100.0 (N=53)	100.0 (N=86)	100.0 (N=99)	100.0 (N=185)
I 持続的な慢性症状がでて 急激に症状が増悪	45.5	39.6	41.9	33.3	37.3
II 症状の出現～解決へ消失の 間、さらび急激に症状出現	3.0	13.2	9.3	13.1	11.4
III 発症～症状の慢性化のペースは なく急激に症状出現	3.0	5.7	4.7	7.1	5.9
IV Ⅱ～ Ⅲに似た症状と慢性化を 繰り返す	15.2	9.4	11.6	9.1	10.3
V 徐々に症状が進展し、急激な症 状出現、発症、予後不明	27.3	26.4	26.7	35.4	31.4
VI その他	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
VII 不明	6.1	5.7	5.8	2.0	3.8

IV 結論

- ① スチュワーデスの健康障害ないし健康不調の現病的な自覚症状は、腰部を中心とした倦怠感、鈍重感、疼痛などを約8割のものが訴えている。
 - ② 症状増悪要因については、乗務（ギャレー・ワーク、キャビン・ワークなど）にともなう過重ないし、反生理的負荷が契機となって誘発されることが多い。
 - ③ 発症および療養の経過から、スチュワーデスの健康障害は、ストレス性の慢性疲労を基調としていることが示唆された。
 - ④ したがって、スチュワーデスの健康障害の実体は、慢性疲労性腰痛を基調としていると考えるのが妥当である。
 - ⑤ しかし、企業および労働基準監督署（労働省）は、スチュワーデス腰痛を災害性腰痛としてしか認識していない。
 - ⑥ 慢性疲労性の健康障害を本質的には、企業経営「合理化」（資本の論理）による健康障害ととらえるならば、企業、労働省の対応は、予防対策、療養（健康回復）、健康被害者救済（補償）などの面で適切かつ有効性を欠いている。
 - ⑦ よって、企業責任および行政責任は、健康被害発生責任、健康管理責任、予防責任などにおいて重いものと判断される。
- ※ 調査の成績および考察については、別途資料を配布する予定である。

石川県におけるタクシー運転手の 在職中死亡の推移について

○服部 真

(城北病院、金大公衛、国立公衛院研究課程)

中西裕康、勘昭三(城北病院)

(目的) 石川県下のタクシー運転手の健康上の問題を明らかにする一環として、タクシー運転手の死亡の実態を把握し、特にその推移を労働条件の面より検討すること

(対象・方法)

県下には、タクシー運転手の死亡に関する既存の資料はなく、今回は、全国自動車交通労働組合石川地方連合会(以下組合と略す)および組合の関係する会社への問い合わせにより、昭和40年以降の組合員の死亡を集計した。死因は、会社・組合の記録によるが、一部古い死亡については同僚の記憶によった。尚、疾病による休業後6ヶ月で解雇となるため、その後の死亡は含まれない。組合員の年齢構成は、正確な資料がなく、演者らが組合員を対象に実施している健診受診者の年齢構成で代用した。

(結果) 昭和40年より44年まで組合員の在職中死亡はなく、45年以降の結果を表1・2に示す。

表1 全国自動車交通労働組合石川
地方連合会組合員の死亡例(40~55)

年齢	死因
30才	尿毒症
37才	交通事故(歩行時)
37才	自殺
42才	すし屋2階より転落死
43才	胃ガン
32才	脳腫瘍
44才	左尿管ガン
43才	CO中毒死(事故)
41才	急性心不全
39才	脳出血
36才	交通事故(労災)
M N	つりに行き 海で溺死
39才	肺水腫
38才	勤務中 左腹下出血(労災)
45才	帰宅後 脳卒中
47才	アルバイト中 急性心不全
41才	夜勤明け 急性心不全
33才	心臓病
47才	肝硬変
47才	非着日 右腹下出血
57才	心筋梗塞
41才	勤務中 大動脈瘤破裂

○印は病死 (労災申請中)

表2 全国自動車交通労働組合石川地方
連合会組合員数および死数の推移

昭和	組合員数	推定年齢構成	死人数	死因例
45	20	87%	1	A
46	21	104%	0	0
47	19	101%	1	B
48	22	107%	3	CDE
49	21	102%	1	F
50	23	105%	2	GH
51	22	110%	6	IJKLMNOP
52	22	104%	0	0
53	22	105%	3	OPQ
54	21	107%	3	RST
55	22	110%	1	U
56	22	112%	3	TWX

(*) 組合員を対象とした健診受診者の年齢構成
** A~Xは表1を参照

表3 金沢市の旅客自動車輸送実績
一陸運要覧(各5年度運輸局監修)より

昭和	会社数	保有車 台数	乗客 率	乗車 率	一日一車当			
					走行 距離 km	乗車 回数 km	乗車 回数	乗車 人員
45	37	841	92%	55%	285	155	50	76
46	37	903	91	54	282	153	47	73
47	37	896	89	54	281	151	45	70
48	37	941	87	56	283	158	42	66
49	37	966	88	52	254	132	37	56
50	37	1007	85	49	273	133	38	57
51	37	1002	90	50	265	132	37	55
52	37	1004	92	49	270	131	36	55
53	37	1004	93	48	274	133	36	55
54	37	1005	94	49	281	137	37	55
55	37	1005	94	48	276	133	35	54
56	37	1005	93	48	276	131	35	53

全死24例中16例が病死である。昭和45~50年、昭和51~56年の2期にわけ推移をみると、全死で2倍、病死は3倍に増加している。死因では、心・大動脈疾患6、脳血管疾患4、悪性新生物3が多く、特に前2者の循環器疾患死はすべて昭和51年以後である。死亡時年齢では、病死で30代6例、40代9例、50代1例である。

(考察) 全国的な循環器疾患死亡率の減少にもかかわらず、タクシー運転手に循環器疾患死が急増している。これは年齢構成の高齢化では

説明できない。この間連続勤務時間や夜勤回数などはむしろ改善され、一車当りの走行距離もほとんど変わっていない。乗車率、乗車回数の減少が著しく、昭和47年頃を境にタクシー運転手の平均賃金が全産業のそれを下回ることを考えあわせると、運転手を気にしなから客を探し、混雑する道路をいろいろな道から走り回るストレスが、循環器疾患死の一要因として考えられる。危険因子の推移など更に検討したい。

○ 前 田 梨 生

愛知県信用金庫健康保険組合 保健婦

はじめに

(昭和56年度の保健婦活動年報)

右記が56年度の私の保健婦活動である。私は、名古屋市と退職後、信金健保より健康相談の係

巡回相談	ドック 要領指導	電話 相談	赤城山 保健相談	家庭の 健康相談	配偶者の 健康教室	乳児取 組健康教室	総人数
2115人	294人 (被)224人 (調)20人	311件	175名	131名	(6名 信金庫)	322名 (8名信金庫)	3467名

いを受け、再就職し働く年になる。初代採用のため、保健婦活動のPRと精力的な努力をした。

取組巡回相談から年々業務の幅口を拡げ、年休もとれない現状である。従業員の健康をまもり、病気を予防するために、私の切きは役立って11人と包摂してきたが、たまにたま、56年度の被保険者選抜検査者調査をして、12名の在取急性死のうち、急性心臓全死10名を見出。特に、8名は突然死であった。

今までの在取死の統計ははじめて、56年度に特別起因するものがあるかは不明であるが、8名は取組巡回で度々会談していただいていた。私はショックであった。8名の死をみつめ①総合健保の健康管理体制②保健婦活動の及ぼす、③信金労働者の労働環境と健康へのリスクについて問題提起したい。

8人の死をみつめて

死時年齢は22才～57才。平均年齢39才。在取期間、2年1人、3年3人、5年1人、18年3人。前歴はなし。取組は、管理取組2名、労働者2名、外勤2名、内勤2名。生活環境は特になし。自営と持主車通勤など。共通している点は、食生活が不規則、朝食はゆづりり食べられない。おにぎりや車でパンと半片、夕食は11時に帰宅してコンビニ、店までランニングなど食べながら帰る。女性を除く7人は飲酒喫煙(1人ハシタバ)。検診は定検のみが殆ど。ドックの利用は1年1回、2年1回、3年1回、4年1回、5年1回、6年1回、7年1回、8年1回、9年1回、10年1回、11年1回、12年1回、13年1回、14年1回、15年1回、16年1回、17年1回、18年1回、19年1回、20年1回、21年1回、22年1回、23年1回、24年1回、25年1回、26年1回、27年1回、28年1回、29年1回、30年1回、31年1回、32年1回、33年1回、34年1回、35年1回、36年1回、37年1回、38年1回、39年1回、40年1回、41年1回、42年1回、43年1回、44年1回、45年1回、46年1回、47年1回、48年1回、49年1回、50年1回、51年1回、52年1回、53年1回、54年1回、55年1回、56年1回、57年1回、58年1回、59年1回、60年1回、61年1回、62年1回、63年1回、64年1回、65年1回、66年1回、67年1回、68年1回、69年1回、70年1回、71年1回、72年1回、73年1回、74年1回、75年1回、76年1回、77年1回、78年1回、79年1回、80年1回、81年1回、82年1回、83年1回、84年1回、85年1回、86年1回、87年1回、88年1回、89年1回、90年1回、91年1回、92年1回、93年1回、94年1回、95年1回、96年1回、97年1回、98年1回、99年1回、100年1回、101年1回、102年1回、103年1回、104年1回、105年1回、106年1回、107年1回、108年1回、109年1回、110年1回、111年1回、112年1回、113年1回、114年1回、115年1回、116年1回、117年1回、118年1回、119年1回、120年1回、121年1回、122年1回、123年1回、124年1回、125年1回、126年1回、127年1回、128年1回、129年1回、130年1回、131年1回、132年1回、133年1回、134年1回、135年1回、136年1回、137年1回、138年1回、139年1回、140年1回、141年1回、142年1回、143年1回、144年1回、145年1回、146年1回、147年1回、148年1回、149年1回、150年1回、151年1回、152年1回、153年1回、154年1回、155年1回、156年1回、157年1回、158年1回、159年1回、160年1回、161年1回、162年1回、163年1回、164年1回、165年1回、166年1回、167年1回、168年1回、169年1回、170年1回、171年1回、172年1回、173年1回、174年1回、175年1回、176年1回、177年1回、178年1回、179年1回、180年1回、181年1回、182年1回、183年1回、184年1回、185年1回、186年1回、187年1回、188年1回、189年1回、190年1回、191年1回、192年1回、193年1回、194年1回、195年1回、196年1回、197年1回、198年1回、199年1回、200年1回、201年1回、202年1回、203年1回、204年1回、205年1回、206年1回、207年1回、208年1回、209年1回、210年1回、211年1回、212年1回、213年1回、214年1回、215年1回、216年1回、217年1回、218年1回、219年1回、220年1回、221年1回、222年1回、223年1回、224年1回、225年1回、226年1回、227年1回、228年1回、229年1回、230年1回、231年1回、232年1回、233年1回、234年1回、235年1回、236年1回、237年1回、238年1回、239年1回、240年1回、241年1回、242年1回、243年1回、244年1回、245年1回、246年1回、247年1回、248年1回、249年1回、250年1回、251年1回、252年1回、253年1回、254年1回、255年1回、256年1回、257年1回、258年1回、259年1回、260年1回、261年1回、262年1回、263年1回、264年1回、265年1回、266年1回、267年1回、268年1回、269年1回、270年1回、271年1回、272年1回、273年1回、274年1回、275年1回、276年1回、277年1回、278年1回、279年1回、280年1回、281年1回、282年1回、283年1回、284年1回、285年1回、286年1回、287年1回、288年1回、289年1回、290年1回、291年1回、292年1回、293年1回、294年1回、295年1回、296年1回、297年1回、298年1回、299年1回、300年1回、301年1回、302年1回、303年1回、304年1回、305年1回、306年1回、307年1回、308年1回、309年1回、310年1回、311年1回、312年1回、313年1回、314年1回、315年1回、316年1回、317年1回、318年1回、319年1回、320年1回、321年1回、322年1回、323年1回、324年1回、325年1回、326年1回、327年1回、328年1回、329年1回、330年1回、331年1回、332年1回、333年1回、334年1回、335年1回、336年1回、337年1回、338年1回、339年1回、340年1回、341年1回、342年1回、343年1回、344年1回、345年1回、346年1回、347年1回、348年1回、349年1回、350年1回、351年1回、352年1回、353年1回、354年1回、355年1回、356年1回、357年1回、358年1回、359年1回、360年1回、361年1回、362年1回、363年1回、364年1回、365年1回、366年1回、367年1回、368年1回、369年1回、370年1回、371年1回、372年1回、373年1回、374年1回、375年1回、376年1回、377年1回、378年1回、379年1回、380年1回、381年1回、382年1回、383年1回、384年1回、385年1回、386年1回、387年1回、388年1回、389年1回、390年1回、391年1回、392年1回、393年1回、394年1回、395年1回、396年1回、397年1回、398年1回、399年1回、400年1回、401年1回、402年1回、403年1回、404年1回、405年1回、406年1回、407年1回、408年1回、409年1回、410年1回、411年1回、412年1回、413年1回、414年1回、415年1回、416年1回、417年1回、418年1回、419年1回、420年1回、421年1回、422年1回、423年1回、424年1回、425年1回、426年1回、427年1回、428年1回、429年1回、430年1回、431年1回、432年1回、433年1回、434年1回、435年1回、436年1回、437年1回、438年1回、439年1回、440年1回、441年1回、442年1回、443年1回、444年1回、445年1回、446年1回、447年1回、448年1回、449年1回、450年1回、451年1回、452年1回、453年1回、454年1回、455年1回、456年1回、457年1回、458年1回、459年1回、460年1回、461年1回、462年1回、463年1回、464年1回、465年1回、466年1回、467年1回、468年1回、469年1回、470年1回、471年1回、472年1回、473年1回、474年1回、475年1回、476年1回、477年1回、478年1回、479年1回、480年1回、481年1回、482年1回、483年1回、484年1回、485年1回、486年1回、487年1回、488年1回、489年1回、490年1回、491年1回、492年1回、493年1回、494年1回、495年1回、496年1回、497年1回、498年1回、499年1回、500年1回、501年1回、502年1回、503年1回、504年1回、505年1回、506年1回、507年1回、508年1回、509年1回、510年1回、511年1回、512年1回、513年1回、514年1回、515年1回、516年1回、517年1回、518年1回、519年1回、520年1回、521年1回、522年1回、523年1回、524年1回、525年1回、526年1回、527年1回、528年1回、529年1回、530年1回、531年1回、532年1回、533年1回、534年1回、535年1回、536年1回、537年1回、538年1回、539年1回、540年1回、541年1回、542年1回、543年1回、544年1回、545年1回、546年1回、547年1回、548年1回、549年1回、550年1回、551年1回、552年1回、553年1回、554年1回、555年1回、556年1回、557年1回、558年1回、559年1回、560年1回、561年1回、562年1回、563年1回、564年1回、565年1回、566年1回、567年1回、568年1回、569年1回、570年1回、571年1回、572年1回、573年1回、574年1回、575年1回、576年1回、577年1回、578年1回、579年1回、580年1回、581年1回、582年1回、583年1回、584年1回、585年1回、586年1回、587年1回、588年1回、589年1回、590年1回、591年1回、592年1回、593年1回、594年1回、595年1回、596年1回、597年1回、598年1回、599年1回、600年1回、601年1回、602年1回、603年1回、604年1回、605年1回、606年1回、607年1回、608年1回、609年1回、610年1回、611年1回、612年1回、613年1回、614年1回、615年1回、616年1回、617年1回、618年1回、619年1回、620年1回、621年1回、622年1回、623年1回、624年1回、625年1回、626年1回、627年1回、628年1回、629年1回、630年1回、631年1回、632年1回、633年1回、634年1回、635年1回、636年1回、637年1回、638年1回、639年1回、640年1回、641年1回、642年1回、643年1回、644年1回、645年1回、646年1回、647年1回、648年1回、649年1回、650年1回、651年1回、652年1回、653年1回、654年1回、655年1回、656年1回、657年1回、658年1回、659年1回、660年1回、661年1回、662年1回、663年1回、664年1回、665年1回、666年1回、667年1回、668年1回、669年1回、670年1回、671年1回、672年1回、673年1回、674年1回、675年1回、676年1回、677年1回、678年1回、679年1回、680年1回、681年1回、682年1回、683年1回、684年1回、685年1回、686年1回、687年1回、688年1回、689年1回、690年1回、691年1回、692年1回、693年1回、694年1回、695年1回、696年1回、697年1回、698年1回、699年1回、700年1回、701年1回、702年1回、703年1回、704年1回、705年1回、706年1回、707年1回、708年1回、709年1回、710年1回、711年1回、712年1回、713年1回、714年1回、715年1回、716年1回、717年1回、718年1回、719年1回、720年1回、721年1回、722年1回、723年1回、724年1回、725年1回、726年1回、727年1回、728年1回、729年1回、730年1回、731年1回、732年1回、733年1回、734年1回、735年1回、736年1回、737年1回、738年1回、739年1回、740年1回、741年1回、742年1回、743年1回、744年1回、745年1回、746年1回、747年1回、748年1回、749年1回、750年1回、751年1回、752年1回、753年1回、754年1回、755年1回、756年1回、757年1回、758年1回、759年1回、760年1回、761年1回、762年1回、763年1回、764年1回、765年1回、766年1回、767年1回、768年1回、769年1回、770年1回、771年1回、772年1回、773年1回、774年1回、775年1回、776年1回、777年1回、778年1回、779年1回、780年1回、781年1回、782年1回、783年1回、784年1回、785年1回、786年1回、787年1回、788年1回、789年1回、790年1回、791年1回、792年1回、793年1回、794年1回、795年1回、796年1回、797年1回、798年1回、799年1回、800年1回、801年1回、802年1回、803年1回、804年1回、805年1回、806年1回、807年1回、808年1回、809年1回、810年1回、811年1回、812年1回、813年1回、814年1回、815年1回、816年1回、817年1回、818年1回、819年1回、820年1回、821年1回、822年1回、823年1回、824年1回、825年1回、826年1回、827年1回、828年1回、829年1回、830年1回、831年1回、832年1回、833年1回、834年1回、835年1回、836年1回、837年1回、838年1回、839年1回、840年1回、841年1回、842年1回、843年1回、844年1回、845年1回、846年1回、847年1回、848年1回、849年1回、850年1回、851年1回、852年1回、853年1回、854年1回、855年1回、856年1回、857年1回、858年1回、859年1回、860年1回、861年1回、862年1回、863年1回、864年1回、865年1回、866年1回、867年1回、868年1回、869年1回、870年1回、871年1回、872年1回、873年1回、874年1回、875年1回、876年1回、877年1回、878年1回、879年1回、880年1回、881年1回、882年1回、883年1回、884年1回、885年1回、886年1回、887年1回、888年1回、889年1回、890年1回、891年1回、892年1回、893年1回、894年1回、895年1回、896年1回、897年1回、898年1回、899年1回、900年1回、901年1回、902年1回、903年1回、904年1回、905年1回、906年1回、907年1回、908年1回、909年1回、910年1回、911年1回、912年1回、913年1回、914年1回、915年1回、916年1回、917年1回、918年1回、919年1回、920年1回、921年1回、922年1回、923年1回、924年1回、925年1回、926年1回、927年1回、928年1回、929年1回、930年1回、931年1回、932年1回、933年1回、934年1回、935年1回、936年1回、937年1回、938年1回、939年1回、940年1回、941年1回、942年1回、943年1回、944年1回、945年1回、946年1回、947年1回、948年1回、949年1回、950年1回、951年1回、952年1回、953年1回、954年1回、955年1回、956年1回、957年1回、958年1回、959年1回、960年1回、961年1回、962年1回、963年1回、964年1回、965年1回、966年1回、967年1回、968年1回、969年1回、970年1回、971年1回、972年1回、973年1回、974年1回、975年1回、976年1回、977年1回、978年1回、979年1回、980年1回、981年1回、982年1回、983年1回、984年1回、985年1回、986年1回、987年1回、988年1回、989年1回、990年1回、991年1回、992年1回、993年1回、994年1回、995年1回、996年1回、997年1回、998年1回、999年1回、1000年1回、1001年1回、1002年1回、1003年1回、1004年1回、1005年1回、1006年1回、1007年1回、1008年1回、1009年1回、1010年1回、1011年1回、1012年1回、1013年1回、1014年1回、1015年1回、1016年1回、1017年1回、1018年1回、1019年1回、1020年1回、1021年1回、1022年1回、1023年1回、1024年1回、1025年1回、1026年1回、1027年1回、1028年1回、1029年1回、1030年1回、1031年1回、1032年1回、1033年1回、1034年1回、1035年1回、1036年1回、1037年1回、1038年1回、1039年1回、1040年1回、1041年1回、1042年1回、1043年1回、1044年1回、1045年1回、1046年1回、1047年1回、1048年1回、1049年1回、1050年1回、1051年1回、1052年1回、1053年1回、1054年1回、1055年1回、1056年1回、1057年1回、1058年1回、1059年1回、1060年1回、1061年1回、1062年1回、1063年1回、1064年1回、1065年1回、1066年1回、1067年1回、1068年1回、1069年1回、1070年1回、1071年1回、1072年1回、1073年1回、1074年1回、1075年1回、1076年1回、1077年1回、1078年1回、1079年1回、1080年1回、1081年1回、1082年1回、1083年1回、1084年1回、1085年1回、1086年1回、1087年1回、1088年1回、1089年1回、1090年1回、1091年1回、1092年1回、1093年1回、1094年1回、1095年1回、1096年1回、1097年1回、1098年1回、1099年1回、1100年1回、1101年1回、1102年1回、1103年1回、1104年1回、1105年1回、1106年1回、1107年1回、1108年1回、1109年1回、1110年1回、1111年1回、1112年1回、1113年1回、1114年1回、1115年1回、1116年1回、1117年1回、1118年1回、1119年1回、1120年1回、1121年1回、1122年1回、1123年1回、1124年1回、1125年1回、1126年1回、1127年1回、1128年1回、1129年1回、1130年1回、1131年1回、1132年1回、1133年1回、1134年1回、1135年1回、1136年1回、1137年1回、1138年1回、1139年1回、1140年1回、1141年1回、1142年1回、1143年1回、1144年1回、1145年1回、1146年1回、1147年1回、1148年1回、1149年1回、1150年1回、1151年1回、1152年1回、1153年1回、1154年1回、1155年1回、1156年1回、1157年1回、1158年1回、1159年1回、1160年1回、1161年1回、1162年1回、1163年1回、1164年1回、1165年1回、1166年1回、1167年1回、1168年1回、1169年1回、1170年1回、1171年1回、1172年1回、1173年1回、1174年1回、1175年1回、1176年1回、1177年1回、1178年1回、1179年1回、1180年1回、1181年1回、1182年1回、1183年1回、1184年1回、1185年1回、1186年1回、1187年1回、1188年1回、1189年1回、1190年1回、1191年1回、1192年1回、1193年1回、1194年1回、1195年1回、1196年1回、1197年1回、1198年1回、1199年1回、1200年1回、1201年1回、1202年1回、1203年1回、1204年1回、1205年1回、1206年1回、1207年1回、1208年1回、1209年1回、1210年1回、1211年1回、1212年1回、1213年1回、1214年1回、1215年1回、1216年1回、1217年1回、1218年1回、1219年1回、1220年1回、1221年1回、1222年1回、1223年1回、1224年1回、1225年1回、1226年1回、1227年1回、1228年1回、1229年1回、1230年1回、1231年1回、1232年1回、1233年1回、1234年1回、1235年1回、1236年1回、1237年1回、1238年1回、1239年1回、1240年1回、1241年1回、1242年1回、1243年1回、1244年1回、1245年1回、1246年1回、1247年1回、1248年1回、1249年1回、1250年1回、1251年1回、1252年1回、1253年1回、1254年1回、1255年1回、1256年1回、1257年1回、1258年1回、1259年1回、1260年1回、1261年1回、1262年1回、1263年1回、1264年1回、1265年1回、1266年1回、1267年1回、1268年1回、1269年1回、1270年1回、1271年1回、1272年1回、1273年1回、1274年1回、1275年1回、1276年1回、1277年1回、1278年1回、1279年1回、1280年1回、1281年1回、1282年1回、1283年1回、1284年1回、1285年1回、1286年1回、1287年1回、1288年1回、1289年1回、1290年1回、1291年1回、1292年1回、1293年1回、1294年1回、1295年1回、1296年1回、1297年1回、1298年1回、1299年1回、1300年1回、1301年1回、1302年1回、1303年1回、1304年1回、1305年1回、1306年1回、1307年1回、1308年1回、1309年1回、1310年1回、1311年1回、1312年1回、1313年1回、1314年1回、1315年1回、1316年1回、1317年1回、1318年1回、1319年1回、1320年1回、1321年1回、1322年1回、1323年1回、1324年1回、1325年1回、1326年1回、1327年1回、1328年1回、1329年1回、1330年1回、1331年1回、1332年1回、1333年1回、1334年1回、1335年1回、1336年1回、1337年1回、1338年1回、1339年1回、1340年1回、1341年1回、1342年1回、1343年1回、1344年1回、1345年1回、1346年1回、1347年1回、1348年1回、1349年1回、1350年1回、1351年1回、1352年1回、1353年1回、1354年1回、1355年1回、1356年1回、1357年1回、1358年1回、1359年1回、1360年1回、1361年1回、1362年1回、1363年1回、1364年1回、1365年1回、1366年1回、1367年1回、1368年1回、1369年1回、1370年1回、1371年1回、1372年1回、1373年1回、1374年1回、1375年1回、1376年1回、1377年1回、1378年1回、1379年1回、1380年1回、1381年1回、1382年1回、1383年1回、1384年1回、1385年1回、1386年1回、1387年1回、1388年1回、1389年1回、1390年1回、1391年1回、1392年1回、1393年1回、1394年1回、1395年1回、1396年1回、1397年1回、1398年1回、1399年1回、1400年1回、1401年1回、1402年1回、1403年1回、1404年1回、1405年1回、1406年1回、1407年1回、1408年1回、1409年1回、1410年1回、1411年1回、1412年1回、1413年1回、1414年1回、1415年1回、1416年1回、1417年1回、1418年1回、1419年1回、1420年1回、1421年1回、1422年1回、1423年1回、1424年1回、1425年1回、1426年1回、1427年1回、1428年1回、1429年1回、1430年1回、1431年1回、1432年1回、1433年1回、1434年1回、1435年1回、1436年1回、1437年1回、1438年1回、1439年1回、1440年1回、1441年1回、1442年1回、1443年1回、1444年1回、1445年1回、1446年1回、1447年1回、1448年1回、1449年1回、1450年1回、1451年1回、1452年1回、1453年1回、1454年1回、1455年1回、1456年1回、1457年1回、1458年1回、1459年1回、1460年1回、1461年1回、1462年1回、1463年1回、1464年1回、1465年1回、1466年1回、1467年1回、1468年1回、1469年1回、1470年1回、1471年1回、1472年1回、1473年1回、1474年1回、1475年1回、1476年1回、1477年1回、1478年1回、1479年1回、1480年1回、1481年1回、1482年1回、1483年1回、1484年1回、1485年1回、1486年1回、1487年1回、1488年1回、1489年1回、1490年1回、1491年1回、1492年1回、1493年1回、1494年1回、1495年1回、1496年1回、1497年1回、1498年1回、1499年1回、1500年1回、1501年1回、1502年1回、1503年1回、1504年1回、1505年1回、1506年1回、1507年1回、1508年1回、1509年1回、1510年1回、1511年1回、1512年1回、1513年1回、1514年1回、1515年1回、1516年1回、1517年1回、1518年1回、1519年1回、1520年1回、1521年1回、1522年1回、1523年1回、1524年1回、1525年1回、1526年1回、1527年1回、1528年1回、1529年1回、1530年1回、1531年1回、1532年1回、1533年1回、1534年1回、1535年1回、1536年1回、1537年1回、1538年1回、1539年1回、1540年1回、1541年1回、1542年1回、1543年1回、1544年1回、1545年1回、1546年1回、1547年1回、1548年1回、1549年1回、1550年1回、1551年1回、1552年1回、1553年1回、155

○上畑 鉄之丞、千田忠男、阿部真雄、小川正時、笹川
七三子（杏林大・医・衛生）

1960年代以後の公害をなくす運動のなかでは、四大公害裁判などを通じて、住民の健康を守るうえでの企業責任は次第に明確化されてきているといえるが、一方で企業内で働く労働者の健康保護責任に関しては、労働基準法や労働安全衛生法などで「健康配慮義務」（片岡：季刊労働法、124号、P8、1982）が明記されているにもかかわらず、実際に被害が発生した場合には、その責任があまりに重く、十分な補償を受けられぬ場合も少なくない。これは、法的規制が現実には罰則を伴わないものが多かったり、労働者の順守義務を併列的に論じているなどの弱点がある一方で、企業内にあっては病気や災害の自己責任論を叫びつつ労働条件と健康のかかわりを無視した「健康管理」がすすめられていることに起因するものである。近年の「過労死」の労災補償を求める運動のたかまりは、人べらし合理化がすすめられつつあるなかでの企業の労働者の健康を無視した過剰な労働条件の強制に対する責任追求の運動ともいえるが、現実には、企業健康配慮義務違反を理由として業務上疾病の認定を行う姿勢を固く示している。最近、大企業のみで発症していたいくつかの事例を示すと

①自動車組立工Y氏（45才）の場合…「殺人カレンダー」と呼ばれていた残業が定時化して3日隔週夜勤の現場で深夜作業中急性心不全で死亡。健康診断で血圧が高いと指摘され定期的に血圧測定に通院していたが、仕事内容については何の配慮もされていなかった。現場は、同社の「新生産方式」、合理化モデル工場が、極端な人べらしが進行し、1分標準のタクト（部品取り付け時間）が安全率を見込まれずに54秒に短縮され、コンベアラインは昼夜とも全く同じスピードを保たれていた。

②K損害保険会社員M氏（43才）の場合…過当競争が激化しつつある遠隔地支社へ配転され、担当地域の代理店回りのため月に2～3,000km車を運転。他社よりもかなり人員で業績拡大のキャンペーン中に車から降りた直後にも膝下出血で死亡。身体が調子がよくなると訴えていたが、医師を受診する余裕はなかったという。健康は自分で気を付けようといわれており、過去の定期健診は、結婚の面接撮影の記録しかなかった。

③TディレクターI氏（33才）の場合…通常の月間残業時間は70～90時間。24時間放映のTV番組の作業中脳血栓を発症、職場復帰の見込みはない。いくつかの番組企画を一人で担当する多量の責任負担が仕事の特徴である。定期健康診断は、毎回受診しているがいつも異常なし。この会社では、毎2回の定期健診のほか人間ドック、がん検診など年間5回以上ヘルス・チェックが受けられるようになっていたが、すべて下請けで、フォローは全くなし。健康管理担当者は、診療所長を兼ねる産業医が1名のりで、1981年度だけで1,400名の社員中7名が在職死亡（200人に1人）。

これらのケースに共通する特徴は、労働と健康が明白に分離された「健康管理」が行われている点にある。労働者の健康保護のための健康診断が、その本来の目的である労働者ひとりひとりの健康状態の把握とその労働への適合性をみるために役立っているのではなく、疾病の自己責任や自己管理を強調するための労務管理の道具のひとつとして使われていることである。そして、一方で、労働者の選択の余地もなかりなみに過重な労働負担が病気の有無にかかわらず強制的にかけられていることであり、ある場合には、健康診断の「充実」ぶりから、過労死の多発責任回避のためのアリバイの役割すら果たしている。

過労死の企業責任については、近年、明治パナソニック死事件（上畑・田尻他：過労死、P43、労働経済社、1982）のように裁判上で確定されるものが増えつつあるが、行政上より正しい対応が急務となつてきている時期である。

弁護士 高橋典明（急性死等労災認定連絡会）

1. はじめに

80年代に入り、職場では人員削減、労働強化等の合理化が急速に進行しているが、この中で、深夜交替制勤務の職場、タクシー職場等を中心に、各職場で労働者が在職中に死亡する、いわゆる「急性死」が多発している。

この「急性死」の事例の多くは、合理化による労働強化、不規則な深夜交替制勤務等の苛酷な労働によって、労働者の「生命」まで奪われたと考えられる事例であり、業務上疾病として労災補償を受けられる性質のものである。ところが、この「急性死」に対する職場の認識がまだ浅く、労災認定行政も立遅れているため、残された遺族が労災補償の救済の枠から外され、生活困難の中に放置されているのが現状である。

2. 急性死等労災認定連絡会の結成

これまで「急性死」の労災認定・補償の用いば、全自交、新聞労連、公務員の労組、民主的医療機関により、取組まれてきたが、関係者が協力しあ、て運動をすすめることの大切さが論議され、81年7月17日、労組代表、医療関係者、弁護士らが集まり、全国で初めての「急性死」等労災認定連絡会が結成された。

現在連絡会としては、具体的な認定事件とかかえた組合・個人参加が中心であり、例会において個別的事件を取りあげ、労働の内容の分析、意見書の検討、対労基署・審査官交渉のすすめ方等について議論し、弁護団の配置を始めとする関係者の協力体制も討議し、個別の、具体的事件の認定への援助活動を中心において活動をすすめている。今後は、労働者に対する啓蒙の為のパンフレットの出版等も計画中である。

3. 認定行政の動向

「急性死」に関する労働省の認定基準は、基発オ116号という通達で示されている。この基準によると「急性死」の原因である脳出血、急性心不全等の疾病の発症直前に、「程度の精神的緊張」や「特に過激な業務による肉体的負担」などの災害的な出来ごとがある場合に限り業務上疾病として扱われる。従って、疲労の蓄積や発症までの精神的、肉体的負担の蓄積の結果、労働者が急性死亡しても、発症直前の災害的な出来ごとがなければ、これと全て業務外として取り捨てるのが、現在の認定行政の現状である。

この行政の態度は、深夜交替制勤務の連続や日常の苛酷な労働により倒れた労働者の救済に大きな障害となっており、不必要に厳格な認定基準によ、て、仕事と死亡の因果関係がかなり明らかにされた事案でも業務外の判断が出されがちである。運動が広がった事案で、我々の取組みが強い場合には行政も前記の「災害主義」の枠をゆるめて、業務上の判断とすることもあるが、全体としてみれば、「急性死」の事案の多くが、業務外と判断されているのが現状である。

4. 判例の動向

「急性死」に関する業務上外の判断をした裁判例は、まだ多くは出ていない。初期の判例の中には急性死の発症に至る経過につき、未だ理解を示さず業務外と判断したものも散見されるが、近時の判例は、労働者の日常の労働態様、身体に与える労働の影響、労働者の過労状態などを総合的に判断して、行政の業務外認定とくっかえして、業務上との判断を示すものが増加しており、注目すべきである。

西 谷 宣 雄

大阪府職業病センター囃託

(もと、大阪府済生会野江病院 皮膚科)

[I]皮膚は生体と自然環境の境界器官であり、職業性皮膚障害の研究は社会医学的に重要な位置をしめるものと考えられている。⁽¹⁾

特に、最近欧米の統計資料によるとすべての職業病中の半ば以上を占める程多発しており、すべての皮膚疾患例のうち $\sim 20\%$ に達すると謂われている職業性皮膚障害の対策については、一般臨床医にとっても軽視することのできない課題となっている。たゞ我國の労働衛生資料をみると、これ等の国々と産業技術的にはきわめて近い状態であり乍ら、職業性皮膚障害と認定されている症例数はすべての職業病例中わずか 3% と云う低値を示している⁽²⁾この数値は果して、実態を示しているか否か。

自験例を中心に分析的に検討し、対策上の問題点を考えてみたい。

[II] 症例検討

1) 給食調理作業者の職業性皮膚障害の実態調査結果について(第47、49、50回産業衛生学会で発表)

著者は1972年から10年に亘って大阪府下衛星都市の学校・保育所その他の福祉施設の給食調理員について接診調査を行った結果、「主婦湿疹」を原型とし労働環境・労働条件に特徴づけられた職業性皮膚障害が多発しているのを認めた。又、臨床例からレストラン等に働く人々の間にも同様の職業性皮膚障害が発生しているのを認めた。学校給食調理員に対しては、73年3月行政通達107号により「洗剥皮膚炎」の対策を指示しているが、その他の給食調理員に対しては何らの指示もなされていない。

2) エポキシ樹脂取扱の家内労働者に発生した職業性皮膚障害の事例について(第47回産業衛生学会で発表)1972年大阪府下D市においてエポキシ樹脂塗料を使用、自動車マークを製造していた家内労働者が職業性皮膚炎に罹った。M自動車KK名古屋工場の下請作業をひきうけている「委託者」のマーク・メーカーが、自社内で製造していたが、皮膚障害が発生した為、有害作業であることを知らさず家内労働者に下請けさせて発症させた。家内労働法によっても労災と認められず、民事裁判により補償を求めたが、光線過敏症、視器障害、鼻炎などの慢性症状が持続している。

3) 愛知企業労働者に発生した職業性白斑黒皮症例について(第56回産業衛生学会で発表)

1968年、著者及び原は100名規模の工場でフェニル・フェノール化合物による職業性白斑症例が経営者夫妻及びパートタイマー1名、合計3名と云う愛知企業内に発生した。不況下の小企業が危険作業を強行していることを示している。

[III] 対策のための提言

1) 上記の如く、労働衛生行政指導の対象とならず職業病多発のまま放置されている事業場に対しては実態調査をすすめ、指導監督を強化すること。家内労働者に対しては、生命と健康を守るために、労働保護法・労働安全衛生法の充実適用をすすめること。一が必要である。

2) 労働省統計にみられる統計数値の他の諸国との間のひらきは、国々の職業病認定基準や補償範囲が異なるために生じたものであると云われるが、「特化則」や行政通達で認められていない職業性皮膚障害もしばしば、見出される。また「書類審査」によって健康障害の業務基因性の認否を裁定している地方公務員労災基金事務所の認定作業の方法は科学的に改め、公務員労働者の健康管理機構を新たに確立すべきである。

3) 上記の如き症例は、産業医よりもむしろ一般臨床医によって観察される機会が多い筈であり、西独の皮膚科専門医制度の規定で、職業性皮膚障害に関する医証を最低2通作成しなければならぬ一とされているなどを考えて、医師・医学研究者の注意と関心を喚起すべきであると考えている。

I 報告の課題 1982年2月にS市安全衛生委員会が実施した学校給食調理員の健康実態調査結果より、頸肩腕障害の実態とその業務起因性も検討する。なお労働条件や作業環境等の負担因子に関する分析は別途報告の機会を得たい。

II アンケート調査の実施概要 対象：S市学校給食調理員の全員172名 調査票回収：170名（回収率98.8%） 実施期日：1982年2月25日 対象者の基本的属性：別紙（図1）参照

III 健康実態の特徴

(1)「現在の健康状態」（図2）「調子が良い」は32.4%で残り3分の2が不調感を持っている。女子では「病気がち、持病がある」は相対的に少ないが「なんとなく調子が悪い」の比率が高い。

(2)仕事後の疲労の程度（図3）「翌日にも疲れが残る」「一日休んでも残る」といった疲労の蓄積傾向にある者が全体で45.3%いる。とくに女子では「一日休んでも残る」者の比率が高い。

(3)部位別自覚症状 ①性別頻発症状訴え率（図4）女の訴え率からすべての項目で高い。「肩こる、だるい」「頸こる、だるい」「腕だるい」「下肢ひえる」の項で20%以上の差があり、次いで「肩いたい」「背だるい」「腕いたい」「手指だるい」「ひえる」「腰だるい」「いたい」「下肢だるい」の項でも10%以上の差が認められる。②保育所保育士と比較した女子の頻発症状訴え率（図5）すべての項目で調理員の訴え率が高い。とくに「腕だるい」「いたい」「腰だるい」「いたい」「下肢だるい」「ひえる」の6項目で20%以上の差が認められ、また保育士では訴え率のきわめて低い手指の諸症状で10%以上の差が認められる。これらの症状は、上肢の頻回使用や中腰および立作業として特徴づけられる作業態様と作業環境の冷えの問題も反映しているものと考えられる。③保育所調理員と比較した女子の頻発症状訴え率（図6）今回の対象者集団よりもやや年齢構成の高い保育所の調理員と比較してもすべての項目で訴え率が高い。「下肢ひえる」の項の差が小さくなっているほかは②と同様に腕、手指、腰、下肢の症状で大きな差が認められる。

(4)症状に対する措置 ①過去一年間の治療経験（図7）治療経験「あり」は男34.6%に対し女では56.1%と高い。一方「治療の必要がないので」治療経験「なし」とする者は男の47.4%に対し女では12.9%と少ない。②よく使う薬や健康機器（図8）「サロパスやピップエレキバンなど」「カイロ」「胃ぐすり」「ビタミン剤」「あんま、マッサージ器」等の率が高い（「胃ぐすり」を除き女の率がとくに高い）。運動器の症状や全身疲労、冷えに対する対応であろう。③健康保持の工夫や気をつけていること（図9）冷えに対する対応がきわだっている。

(5)就労と症状の変化 ①就職前と比較した症状（図10、11）頸肩腕および腰痛症状とも74.4～78.7%の者が「今の仕事に就職する前に」は「なかった」と答えている。また就職前に「あった」とする者についても「よくなった」と答えた者はなく「ほとんど変わらない」とする者も全体の9.8～11.1%と少ない。②正月休みの頃と比較した最近の症状（図12）調査時点での症状が正月休みの頃と比較して「わるくなった」とする者が60.9%と多い。また（表1）で「よくある」の率に注目すればわかるように、「ほとんど変わらない」とする30.0%の中には、症状が悪化・固定化しているために「変わらない」と答えた者が一定数含まれているものと推定できる。

IV まとめ 以上みてきたように学校給食調理員の間には頸肩腕障害や腰痛症の多発がうかがえる。とくに女子の場合その水準は保育労働者の場合よりも深刻である。また自覚症状の特徴や就労と症状の変化に関する結果からも、これらの症状にはきわめて大きな業務起因性があるものと考えられる。