

BULLETIN OF SOCIAL MEDICINE

# 社会医学研究

第29回 社会医学研究会総会

講演集

社会医学研究会 特別号 1988

JAPANESE SOCIETY FOR SOCIAL MEDICINE



# 「“超高齢化時代”に向けて、現代健康問題を考える」

担当世話人 山下 節 義  
(奈良県立医科大学衛生学教室)

昨今、保健・医療・福祉の領域では、新たな事態が次々と引き起こされてきています。それらは、従来の流れの延長線上ではなく、「戦後政治の総決算」とも言うべき我が国社会のあらゆる局面にかかわる変化をもたらしている事態の一環としての「戦後社会保障の総決算」とも言うべき、従来とは本質的に異なった性格のものとなろうとしています。

その結果、戦後40年間にわたって築きあげられてきた国民の「生命と暮らし」にかかわる諸制度が大きく変貌させられつつあるなか、国民の「生命と暮らし」には、様々な問題や歪みが生じてきています。

ここで改めて、「超高齢化社会の到来」に備えるとして、今いかなる事態が引き起こされてきているのか、それは国民の「生命と暮らし」に何をもちかしているか、といった諸点を、過去40年を振り返りながら整理するとともに、更には、今後如何なる事態が続くとみられるか、或いは、きたる「超高齢化時代」に国民が健やかに過ごすを可能とする為には、「21世紀」に備えて、今、明らかにされなければならないものは何か、今、取り組まれるべき、或いは、克服されるべき課題は何かといった諸問題を論議して、問題を整理し、課題を明らかにする必要があると考えます。

また、今回は、1960年に社会医学研究会が発足して以来29年、来年には「第30回」という節目を前にした時期に位置しています。我が国の社会医学の歴史からみて、戦前の社会医学の台頭の時期、戦後の社会医学研究会の発足前後の時期に続く、第三の時期とも言うべき重要な段階にさしかかっていると思われれます。そこで、「奈良」に続く「第30回総会」以降の「新たな前進」の手がかりを見出す為、今回の研究会の場が、会員各位が、これまでからの実践・経験を振り返りながら、明日を展望しつつ、改めて、「社会医学とは」という古くて新しい問題を考えて頂くきっかけの場とし、節目とも言うべき「第30回」社会医学研究会に繋げていければと思っております。

今回は、主題を踏まえ要望課題として、次の三つの柱を設定しています。

主 題 「“超高齢化時代”に向けて、現代健康問題を考える」

要望課題 ①「超高齢化時代」に向けて、労働者保健を考える。

②「超高齢化時代」に向けて、地域保健・医療を考える。

③「超高齢化時代」に向けて、国民の「生命と暮らし」をめぐる環境を考える（広く環境問題全般を含めます）

総会プログラムは、第一日目に、主題を踏まえて設定された3つの柱にかかわるテーマの特別報告と、参加者からの演題とをあわせ発表・討論をおこなうよう設定されます。

それを受けて、第二日目に、主題にかかわる特別講演と、特別講演の内容をふまえて、これまでの経験を振り返りながら今後の研究活動の展開の在り方を、調査方法論を含め議論する場として、シンポジウムが設定されます。

なお、今回は総会当日の論議を深めるために、抄録集を事前に配付します。総会に参加されるに当たり、予め演題抄録内容を十分に検討されることを期待しております。また、出来れば事前に関係者とともに予備討論を組織し検討を加えられた上で、研究会にご参加頂ければ幸いです。

奈良の地で開催される総会に、会員各位が多数積極的に参加され、日頃からの経験をふまえて論議を深められ、明日の行動を積極的に展開されるとともに、「第30回」の社会医学研究総会へと繋がられていくことを期待しております。

---

## 特別講演

---

7月24日(日) 9:20-11:30(大研修室)

### 〈総決算路線〉との対決

—人権思想を軸に—

真田 是(立命館大学産業社会学部)  
座長 山下 節義(奈良県立医科大学)

---

## シンポジウム

---

7月24日(日) 13:00-16:00(大研修室)

### 健康問題をいかに把握するか

—社会医学的方法論の視点から—

司会 吉田 克己(京都工場保健会)

シンポジスト

1. 健康問題の社会医学的把握 —労働衛生学的調査の経験から—  
渡部 真也(滋賀医科大学予防医学)
2. 労働者の健康問題の今日的課題 —事例研究を通じて—  
田尻 俊一郎(淀協社会医学研究所)
3. 「生命」から「暮し」をみ、「暮し」から「生命」をみる  
—大阪府の地域保健行政10年の経験から—  
逢坂 隆子(大阪府四条畷保健所)
4. 労働者の生活実態をとらえる視点と枠組み —くらしと健康・いのちを一体の  
ものとしてとらえる視点から、生活問題として構造的に把握する—  
三塚 武男(同志社大学社会学科)

---

## 特別報告

---

7月23日(土)

### A会場

人口高齢化研究方法と高齢化社会 坂寄 俊雄(日本福祉大学)  
長時間労働・職業性ストレスの社会医学 上畑 鉄之丞(国立公衆衛生院)  
県外水俣病被害者ほりおこし検診の現代的意義 尾藤 廣喜(鴨川法律事務所)

### B会場

今、地域保健・医療は……憲法にある「公衆衛生」を守るには  
西 三郎(東京都立大学)  
一僻山村における生活の変容と保健 金子 勇(和合僻地診療所)  
「保健所宣言」(案)—地域での健康権確立のために— 小栗 史朗(日本福祉大学)

---

7月23日(土)

A 会場

B 会場

13:00	13:00-13:30 座長 朝倉 新太郎(大阪自治体問題研究所) 特別報告 人口高齢化研究方法と高齢化社会 坂寄 俊雄(日本福祉大学)
13:30	13:30-14:06 座長 奈倉 道隆(龍谷大学) A-01 第16回生命表とゴンベルツ則の一考察 富家 孝(大阪府立公衆衛生研究所) A-02 東京都におけるねたきり老人と身障者に対する在宅福祉関連予算の地域差 杉沢 秀博(東京都老人総合研究所社会学部福祉医療研) A-03 住環境での危険箇所認識と整備に関する一知見 橋本 美知子(関西医科大学公衆衛生)・他
14:00	14:06-14:42 座長 大國 美智子(近畿大学医学部公衆衛生) A-04 高齢化社会を迎えての食生活上の問題点 —動脈硬化の予防より— 上島 弘嗣(国立循環器病センター集検部) A-05 高齢者の栄養所要量についての疑問 島田 彰夫(秋田大学医学部衛生) A-06 京都高齢者事業団労働者の健診・健康管理活動を通じて就労高齢者の健康問題を考える 谷田 悟郎(京都九条診療所)
14:40	14:42-15:12 座長 齊藤 和雄(北海道大学医学部衛生) 特別報告 長時間労働・職業性ストレスの社会医学 上畑 鉄之丞(国立公衆衛生院 疫学部)
15:10	15:12-15:36 座長 西山 勝夫(滋賀医科大学予防医学) A-07 J R東日本の廃車解体作業に関する社会医学的考察 千田 忠男(杏林大学医学部衛生)・他 A-08 看護婦の生活時間調査 車谷 典男(奈良県立医科大学公衆衛生)・他
15:30	15:36-16:12 座長 広沢 巖夫(山口大学医学部衛生) A-09 産業「空洞化」による造船職業者の健康破壊の実態 —兵庫県相生市での健康相談のとりくみから— 中西 耕一(東神戸病院付属西診療所)・他 A-10 職業病外来における不安定就労者の療養上の問題点 内田 比佐夫(淀協社会医学研究所)・他 A-11 水銀鉱山労働者の退職後の労働と健康 福地 保馬(北海道大学教育学部)
16:10	16:12-16:48 座長 宮尾 克(名古屋大学医学部公衆衛生) A-12 中高齢化と科学技術革新下における労働者の健康管理に関する保健社会学的検討—VDT作業健康診断の取組から— 牧野 忠康(長野大学産業社会学部)・他 A-13 VDT作業と健康—医療労働におけるVDT— 田村 昭彦(九州社会医学研究所) A-14 技術革新下の労働・職場の変化とストレスをどうみるか 山崎 喜比古(東京大学医学部保健社会)
16:48	

13:00	13:00-13:36 座長 多田羅 浩三(大阪大学医学部公衆衛生) B-01 在宅療養患者の疾病構造について 関沢 敏弘(京都市民医連北病院)・他 B-02 痴呆をとまなう難病事例—在宅療養患者の事例から— 近藤 紀子(東京都立神経病院)・他 B-03 在宅看護の課題—在宅医療の援助を行った患者で、死亡した患者の家族との面接を通して— 垣内 浩子(耳原総合病院)・他
13:35	13:36-14:00 座長 黒田 研二(大阪大学医学部公衆衛生) B-04 介護担当高齢者による介護課題 高坂 雅子(都立府中療育センター)・他 B-05 名古屋市の寝たきり老人の経過よりみた保健・福祉の課題 近藤 高明(名古屋大学医学部公衆衛生)・他
14:00	14:00-14:30 座長 青山 英康(岡山大学医学部衛生) 特別報告 今 地域保健・医療は…… 憲法にある「公衆衛生」を守るには 西 三郎(東京立大学)
14:30	14:30-15:06 座長 木下 安子(東京都神経科学総合研究所) B-06 上田市におけるホームヘルプサービスを通して 上村 富江(ヘルパースキル研究会) B-07 在宅神経難病患者の入浴に関する一考察 関口 暁雄(日本社会事業大学)・他 B-08 合併症を持つ糖尿病患者を支えて 吉村 久(ヘルパースキル研究会)
15:05	15:05-15:30 座長 谷田 悟郎(京都九条診療所) B-09 おむつ介護の観点から実施まで—方法とポイント— 白崎 修代(ヘルパースキル研究会) B-10 高齢障害者の生活障害とその対応 —東京近辺在住の人工排泄孔造設者を対象に— 東城 康裕(東京大学医学部保健社会)・他
15:30	15:30-16:06 座長 川村 佐和子(東京都神経科学総合研究所) B-11 難病患者の生活史研究の有効性について —スモン患者の調査研究をもとに— 小沢 温(東京大学医学部保健社会)・他 B-12 東村山市の難病地域ケアにおける保健婦の役割 後藤 恭子(東京都東村山保健所)・他 B-13 難病地域ケアシステムにおける調整機能 萩原 康子(東京都神経科学総合研究所)・他
16:05	16:06-16:36 座長 渡部 真也(滋賀医科大学予防医学) 特別報告 一僻山村における生活の変容と保健 金子 勇(和合僻地診療所)
16:35	16:36-17:00 座長 逢坂 隆子(大阪府四条吸保健所) B-14 大阪市における精神病院入院動向と地域精神衛生の課題 黒田 研二(大阪大学医学部公衆衛生)・他 B-15 精神障害者が利用する作業所の現状と今後の展望 —全国の作業所を対象とした調査より— 大島 敏(国立精神・神経センター精神保健研究所)
17:00	

休 憩

17:00	17:00-17:30 座長 二塚 信(熊本大学医学部公衆衛生) 特別報告 県外水俣病被害者ほりおこし検診の現代的意義 尾藤 廣喜(鴨川法律事務所)	17:00
17:00	座長 福地 保馬(北海道大学教育学部) A-15 不知火海沿岸地方から移住した水俣病と診断された人々の 実態(第2報) 関西地方居住者を対象とした調査 城戸 あつ子(東京大学医学部保健社会)・他	17:00
17:50	A-16 ベトナムにおける枯葉剤の影響についての考察 原田 正純(熊本大学医学部遺伝疫学)	17:50
17:54	17:54-18:30 座長 寺西 秀豊(富山医科薬科大学公衆衛生) A-17 アレルギー性鼻炎と大気汚染 竹内 治一(大阪府保険医協会)	17:54
18:30	A-18 合成着色料に関する文献的考察 (第2報)赤色2号について 片平 洵彦(東京医科歯科大学難研 臨床薬理)・他	18:30
18:30	A-19 医事システムのデータファイルを利用した 医薬品市販後監視(PMS)(第1報) 佐藤 嗣道(東京医科歯科大学難研)・他	18:30
17:00	17:00-17:36 座長 山本 繁(尼崎市北保健所) B-16 節酒による生活態度の変化 (ランダムマイズ・コントロール試験より) 三河 一夫(大阪大学医学部公衆衛生)・他	17:00
17:35	B-17 大都市における減塩運動の試み 柳 尚夫(大阪府大東保健所)・他	17:35
17:35	B-18 老健法に基づく地域リハビリテーションの検討 —保健所における機能訓練教室の実態からの提言— 西澤 利広(聖マリアンナ医大病院リハビリテーション 部)・他	17:35
18:30	17:36-18:30 座長 丸山 創(大阪府八尾保健所) 特別報告「保健所宣言」(案)—地域での健康権確立のために— 小栗 史朗(日本福祉大学)	18:30
18:30	B-19 全国保健所長会における保健所将来構想検討委員会について 草野 文嗣(滋賀県彦根保健所)	18:30
18:30	B-20 保健所を中心とした地域保健の将来構想についての二つの 提言 前田 博明(滋賀県今津保健所)・他	18:30

夕 食

19:30	自 由 集 会	
21:00	自由集会 その1(A会場) 保健所問題に関する自由集会	世話人 小栗 史朗(日本福祉大学)
21:00	自由集会 その2(B会場) 核廃絶と飢餓克服(第3回)	世話人 片平 洵彦(東京医科歯科大学) 相磯富士雄(東京学芸大学)

7月24日(日) 大 研 修 室

9:00	総会世話人あいさつ 山下 節 義 (奈良県立医科大学衛生)
9:20	特別講演 〈総決算路線〉との対決 —人権思想を軸に— 真田 是(立命館大学産業社会学部) 座長 山下 節義(奈良県立医科大学)
11:30	

昼 食

12:30	総 会	
13:00	シンポジウム 健康問題をいかに把握するか —社会医学的方法論の視点から— 司会 吉田 克巳(京都工場保健会)	
16:00		

17:00	17:00-17:30 座長 二塚 信(熊本大学医学部公衆衛生) 特別報告 県外水俣病被害者ほりおし検診の現代的意義 尾藤 廣喜(鴨川法律事務所)	17:00
17:00	座長 福地 保馬(北海道大学教育学部) A-15 不知火海沿岸地方から移住した水俣病と診断された人々の 実態(第2報) 関西地方居住者を対象とした調査 城戸 あつ子(東京大学医学部保健社会)・他  A-16 ベトナムにおける枯葉剤の影響についての考察 原田 正純(熊本大学医学部遺伝疫学)	17:36
17:50	17:54-18:30 座長 寺西 秀豊(富山医科薬科大学公衆衛生) A-17 アレルギー性鼻炎と大気汚染 竹内 治一(大阪府保険医協会)  A-18 合成着色料に関する文献的考察 (第2報) 赤色2号について 片平 洵彦(東京医科歯科大学難研 臨床薬理)・他  A-19 医事システムのデータファイルを利用した 医薬品市販後監視(PMS)(第1報) 佐藤 嗣道(東京医科歯科大学難研)・他	17:35
18:30		18:30

夕 食

19:30	<h2 style="margin: 0;">自 由 集 会</h2>	21:00
	自由集会 その1(A会場) 保健所問題に関する自由集会	世話人 小栗 史朗(日本福祉大学)
	自由集会 その2(B会場) 核廃絶と飢餓克服(第3回)	世話人 片平 洵彦(東京医科歯科大学) 相磯富士雄(東京学芸大学)

7月24日(日) 大 研 修 室

9:00	総会世話人あいさつ 山下 節 義 (奈良県立医科大学衛生)	9:20
9:20	特別講演 <総決算路線>との対決 —— 人権思想を軸に —— 真田 是(立命館大学産業社会学部) 座長 山下 節義(奈良県立医科大学)	11:30

昼 食

12:30	<h2 style="margin: 0;">総 会</h2>	13:00
13:00	シンポジウム 健康問題をいかに把握するか —— 社会医学的方法論の視点から —— 司会 吉田 克巳(京都工場保健会)	16:00

# 特別講演



## 〈総決算路線〉との対決

— 人権思想を軸に —

真 田 是

### 1 「世界人権宣言」40周年

今年は、「世界人権宣言」が高らかにうたいあげられてから丁度40年目に当たる記念すべき年である。

「世界人権宣言」は、2度にわたってくり返された世界大戦の惨禍についての深刻な反省に立って、みたびこの惨禍をくり返すことのないようにと人類が誓い合った平和と民主主義の宣言である。戦争は、戦線での殺戮はもちろんのこと、戦時体制そのものが人権を制限・侵害するものであり、だから反戦・平和が人権宣言として出されることになった。

このような「世界人権宣言」は、突如出されたものではなく、人類が苦闘しながら追求してきた人権思想の1つの到達点としてある。人権思想は、西欧近代資本主義への移行に際して反封建の闘いの中で生み出された。当初は、封建的ないろいろな拘束と差別からの解放の要求が主たる中身で、人権とは自由権と平等権が中心となっていた。

資本主義の発展とともに、約束され保障されるはずであった自由と平等の人権は、法的・理念的にはともかく、富と貧困の両極蓄積を本性とする資本主義によって、経済的不自由、経済的不平等という別の自由と平等の侵害がもたらされることが明らかになってきた。いかに人権が言われても、失業と貧困に苦しむものにとっては何の力にもならず意味のないものであった。人権思想は新たな飛躍を求められることになる。しかもこの飛躍では、人権思想を生み出した近代資本主義が人権思想によって今度は告発されるという面を具えることになった。人権思想の一層の発展のためには、資本主義の欠陥に対する何らかの対応が必要とされたということである。こうして19世紀末から20世紀にかけて、団結権・生存権といったものが、自由権・平等権に加えて人権の中身として盛り込まれるようになる。

同じ人権でも、自由権と生存権では国民と国家との関わりで異なった特徴をもっている。自由権の場合は国家はできるだけ国民に干渉を加えないことが求められるが、生存権の場合は国家は国民の生存に責任を負い、その具体化のためには国民生活の保障に逆に出向かなくてはならない。生存権では「夜警国家」とどまってはならないということである。生存権保障のための具体的な制度化は、20世紀に入って見られ始めるが、決定的な意味をもったのは、ロシア革命直後レーニンが困難な中で制定した国民の負担をまったく伴わない社会保険制度であった。今日の社会保険の出発点とされている1935年のアメリカ社会保険法も、実はレーニンの社会保険法とその影響を抜きにしては語ることができないものである。そして第2次大戦中に、大戦が具えることになった反ファシズム戦争の側面を反映して、生存権・社会保険に関わる後世に残るものがいろいろと作られた。1941年には大西洋憲章が出され、1942年にはILOの「社会保険への途」とイギリスでの「ベヴァリッジ報告」、1944年には「フィラデルフィア宣言」が出されている。「世界人権宣言」はこれらのものを受けて作られたものであった。

なお、わが国の戦後の日本国憲法も、突然作られたものではなく、とりわけ20世紀に入ってからの以上のような世界史の動きが生み出したものの1つであることを理解しておくことが大切である。

### 2 〈総決算路線〉とは何か

中曽根氏が臨調「行革」を強行するなかで唱えた「戦後政治の総決算」とは、人権思想の流れに置いてみると「世界人権宣言」や日本国憲法に至る人類の人権思想を発展させてきた歩みを「総決算」し否定するものに外ならない。この〈総決算路線〉はわが国では次のような系譜をもって登場してき

たと見られる。

戦前の日本は、資本主義社会ではあったが絶対主義的天皇制が君臨し統治することによって特殊日本のおくれをもたされていた。敗戦は絶対主義的天皇制の敗北であったが、いわゆる「国体護持」が追求されつづけたことに示されるように、「主権在君」の特殊日本のおくれを擁護し存続させようとするものは一掃されることなく潜在化されながら隠然と残されてしまった。それにしても、戦後改革の時期は、日本国憲法を支点にして国政レベルでの民主化の制度的措置がとられた。戦後改革は国政レベルの制度的民主化措置に抛りながら、隠然と残された特殊日本のおくれを社会生活のレベルにまでわたって取り除くことが民主主義を求めるものからは期待された。これが期待どおりに進展すれば、日本における「市民社会」も形成・成熟するはずであった。

1947年の「トルーマン・ドクトリン」と「2・1ゼネスト」禁止命令に象徴されるアメリカ帝国主義の世界戦略における軍事基地・軍需工場としての日本の位置づけによって戦後改革は終焉させられ、「逆コース」に反転させられることになった。したがって、民主化の制度的措置を支点として社会生活レベルに至る民主化を進め特殊日本のおくれを克服するという流れも停滞してくる。民主化は、その後は、国民自身の手で、権力や支配層の妨害と闘いながら進める以外になくなっていく。「憲法を暮らしの中に生かそう」というスローガンはこのような事態を表したものと言うことができる。「逆コース」以降は、社会生活レベルの民主的なものを支点として国政と制度の民主化をはかるといふ流れに民主化は変わってくる。「国体護持」派が支配層や国政レベルで公然と活動を始め社会生活レベルにおいても活発化するようになったのはこのような背景によっており、特に大企業の労働組合に対する攻撃と抱え込みが成功した1960年代に目立ってくる。

〈総決算路線〉とは、主権在君の「国体護持」派の復活完了宣言でもある。この路線は民主主義に全面的に反対しこれと対決しようとする路線である。そのために人権思想が発展過程で生み落としてきた生存権にも反対し、貧富の差による生存権での大きな格差を放置することを求めるもので、臨調「行革」における「自立・自助」とはこのようなものに外ならない。また、「総決算路線」は、国民と国家との関係も、戦前の絶対主義的天皇制の時の関係を復元しようとしている。国民にとっては国家に対する義務と奉仕のみが求められ、他方国家は国民のためにあるのではないという超絶した存在にもどそうということである。そのために、地方自治体も国民・住民に奉仕するよりも超絶的な国家に奉仕しその下肢にすることがもくろまれる。国家が国民サービスの行政施策を厄介視してできるだけ地方自治体に押しつけようとしてきているのもこのような方針の別の表われである。

### 3 人権思想を強化して民主主義を前進させることの大切さ

〈総決算路線〉が公然化し登場するについてはいろいろな準備が行われてきているが、人権思想との関わりでは、思想としての民主主義を弱め解体する方針が追求されてきた。

サンフランシスコ条約締結直後から教育の分野で民主教育に対する攻撃が目立ち始める。しかし特に重視したいのは、高度経済成長政策の展開の中で、それと意識されず気づかれないような形で民主主義思想の解体が行われてきたことである。それと気づかれにくいために今日でも国民の間に民主主義に反する考えとは思われずに浸透している。このようなもののいくつかを以下に例としてあげることにする。

#### ① 合理性思考

高度経済成長のもとで、前近代的な旧意識に対置されて合理性思考が広げられ、技術革新や高度経済成長を支える思想として機能してきた。合理性思考には積極的な役割もあるが、資本によって掌握され使われると人間不在のまたは人間を手段視した思考にされ、そのために人権思想に反し密かに人権思想を崩すものにされる。企業における「合理化」などが例証となる。

#### ② 効率主義

合理性思考の一面ではあるが、事業や活動における効率というものが、事業や活動の目的や性格に

応じた多様な基準で見ていくのではなく、もっぱらコストとパフォーマンスという抽象化され数量化された基準に画一化されてしまってきた。モノの生産や流通の事業・活動にはかなり広く通用するこの基準が、医療や福祉や教育といった人間を対象とし人権を基軸にすべき事業・活動にも押し広げ適用されることによって人権思想を崩してきている。

### ③ 能力主義

人間をとらえ評価するのに能力を基本にするというとらえ方も教育や労働の場で広げられてきた。人間に能力差があることを認めるのが問題なのではない。人間の多面的で多様な能力を支配層や企業に役立つ能力のみに一面化してしまうことと、能力における格差が人間の享受する社会的受益やチャンスにリンクされて当然と考えさせることが問題である。こうなると人権や人間尊重の考え方は崩されてしまう。

### ④ 専門主義

社会の近代化や高度経済成長は専門性の高度化によって進められる。しかしこのことが、人類や民族の共有する課題に無関心になって各人の専門にのみ努力と関心を集中するのがよいとされると、戦争についての専門人の深刻な反省として掲げられたものが放棄されてしまうことを意味する。このことは同時に、人類普遍の人権や民主主義を軽視することに通じ、人権思想を弱めることになる。

### ⑤ 民主主義教育の変化

政府・文部省によって民主主義教育の位置づけが弱められてきた。それとともに、受験体制の押しつけによって民主主義思想を時間をかけてじっくり教えることが困難にされてきた。民主主義を設問に用いるような場合、民主主義思想については単純明快な正答と誤答を用意するのがむずかしいことがある。したがって設問は、民主主義の手続きや制度に傾き、そのために民主主義についても思想の学習よりも手続き・制度の学習に傾くといったことも見られ、人権思想の教育が弱められてきた。

### ⑥ 私生活主義

高度経済成長は大企業主導の消費主義を国民に押しつけた。その影響もあって、国民の一部には消費生活に最大の関心と最高の価値を置き、また消費の単位としての狭い私生活のためにすべてを従属させるような生き方が広げられた。そのために他人の労働や生活の状態に無関心になり、支配層が誘導していった競争原理と結びつくと、さらに他人の人権を尊重する考えが弱められ崩されることになった。

### ⑦ 日本型関係主義

日本型集団主義などと呼ばれてきたものは、集団の内部では不正なども黙認しながら集団の外部に対しては敵対的・差別的対応が行われることなどが指摘されてきた。このような古いタイプの不公正や人権侵害がなお一部にある。他方この種の古いタイプの集団は解体したり影響力が弱まったりしてきているが、自分がとり結んだ社会関係に即して利益誘導を行い、行われ、義理人情型特別扱いをするということが見られる。これも人権思想を弱めているものとしてある。

以上の例をみると、〈総決算路線〉は、そのための思想的準備としては、戦前の思想の復古・復活のみに頼るというのではなく、きわめて近代的・現代的な思想も動員して行われてきたものであり、この点が重要である。そして〈総決算路線〉との対決では、人権思想による思想的対決が大事であることがはっきりしてくる。

この点は、今日の政府による高齢化社会危機論とそれとの対決がいい具体例になる。わが国で進行してきている高齢化社会は、社会を維持していく上でも数のふえる高齢者の生活と健康を社会的に保障していく上でも危機に陥るようなおそれはない。高齢者に対する施策を浪費と考えるものだけが危機と考えるのに外ならない。

#### 4 おわりに — 国のあり方の大事さ

〈総決算路線〉と対決するためには、これまでに述べてきた人権思想による思想的対決が大事である。同時に、人権尊重のための具体的な施策や制度化を要求し実現していかななくてはならない。それともう1つ重視すべきことは、〈総決算路線〉を打ち砕き人権尊重を前進させるのには国のあり方を問うていかななくてはならないことである。戦前の絶対主義的天皇制のような国のあり方では人権尊重の具体化は不可能である。〈総決算路線〉そのものが人権・民主主義を否定する国のあり方を求めているものである。社会保障・社会福祉は〈総決算路線〉との重要な対決点の1つであるが、同時に国民は、主権者として国のあり方、人権・民主主義を基軸にして提案し要求していくことが必要である。

# シンポジウム

## 健康問題をいかに把握するか

— 社会医学的方法論の視点から —

吉 田 克 巳  
(三重大名誉教授・京都工場保健会)

今回の社会医学研究会は、「“超高齢化時代”に向けて、現代健康問題を考える」を主題としておこなわれることになっている。

戦後の日本人の平均余命の伸びによって、日本は世界最高の長寿国と成ったことは事実であるが、このことを単純に戦後の日本の保健政策の成功であると受け取るにはいくつかの問題点のあることは誰しも感ずる点であろう。又、長寿社会の達成自体のことはともかくとして、その結果としての“超高齢化社会”の中での色々な新しい問題点が的確に把握され、その解決が重要な問題点として提起されねばならないことも強い認識を必要としている。

「超高齢化社会」が「死なず病がちに生きながらえている」と言うことであれば、それは「列島病棟化」ともなりかねないわけであって、現実にも、「寝たきり老人」や「ボケ老人」と言う言葉が出てきているように、新しい課題をかかえての高齢化であることも事実なのである。

一方、現在は戦後社会の中での新しい曲り角に直面している時期であることも事実であって、産業構造の調整が迫られている中で、労働基準体制の変革や、環境政策の見直し、社会保障政策の総決算なども問題化して来ている。

このような状況の中で、特に「超高齢化」がみんなが元気で、長寿者になっていることを意味しているわけではなく、色々な問題点を生み、抱えながらの老人社会への突入であると言うことを考えると、現代社会の各分野において、その実態に迫る調査とその解析が新しい視点の下で再構築される必要が大きいと言える。

健康問題の把握のためには、問題の単なる現象論的な把握のみでは、それが正しく実態を反映するものであったとしても、必ずしも社会的な正当性や説得性をもつとは限らないのであって、正しくその社会医学的意味づけを指摘できることが重要である。かつての四日市喘息や森永ミルク中毒事件などの場合でも、もしそれが単なる症候論的な調査研究のみに終始すれば、せっかくの正しい調査研究もそのまま終わってしまうわけであって、その社会医学的意味を十分な裏付け、説得性をもって主張できなかつたであろうと言える。

このような意味で、それぞれの分野での調査研究の経験を持った各演者の先生方に、調査研究の示すものをどのような視点で解釈し、根拠づけていくかを、夫々の経験を土台にして議論して頂くことを考えてみた。

与えられた課題の大きさから考えて、このシンポジウムの中でこの課題が消化し切れるものではないことは止むを得ないとして、又、一回のシンポジウムで結論を期待することも出来ないのも当然でもあり、この点では色々な分野、色々なケースでの経験や論議の中から何らかの次への課題を提起していくことが出来れば幸いであると考えている。

このような観点から、渡部先生には、主として労働衛生学の分野での調査事例を踏まえてのその疫学的社会医学的視点の在り方や研究体制への意見、注文を、又、田尻先生には事例的な調査を含めての労災職業病での取組み、困難点などを、逢坂先生には、都市住民の健康問題への視点を、色々な保健指標を読んで行く中でどう考えて行くかなどについて、三塚先生には、地域社会での労働者の生活調査の経験の中から、その生活意識や生活問題の階層性などの問題についての論議などが期待されるが、勿論これらの点にこだわるのではなく、あくまで当日の枠組みとしての考えであるので、各先生の発想に基づく論議の発展と、フローを含めた視点の拡大を考えている。

# 健康問題の社会医学的把握 — 労働衛生学的調査の経験から —

渡部 眞也

(滋賀医科大学 予防医学講座)

「衛生学・公衆衛生学」者とは思って研究をやってきたが、「社会医学」という言葉には魅力を感じながら、その意味するところが必ずしも明確にはわからなかった。自分を「社会医学」者とは思ってこなかった。従って、社会医学的方法論を正面から語る資格はないと思うが、労働衛生分野でやってきた疫学的研究を通じて何かを語れということなので、「社会医学」ということを意識しながら二・三の経験をふまえて考えを述べる。

1. この研究会に関心をもって始めて演題を出したのは第11回研究会（佐久）であった。このときのテーマは、農作業災害の疫学調査であった。大型機械化が進行中の農村での被災状況を、分母集団を明確にして示し、誰がいつ、どんな状況や機械で被災しているか（被災者率）を報告し、農業機械運転技術教育が極めて不十分な実態も報告した。しかし、座長の講評では、これは社会医学以前だと酷評された。たしかに、このような農業の機械化が何故に進んでくるかということと、災害発生ということとの関連が捉えられていなかったから、こう酷評されても止むをえないと思ったが、災害がどのように起っているかということを経験的に正確に把握し、機械の導入ということと災害発生との疫学的関連を実証することなしに社会学者のいう理論をうのみにして災害発生を説明するのでは社会医学は成り立たないのではないかと思った。起っている事態（健康状態）を客観的に正確に把握ということが問題を解決に向けて考えていく上で、先ず最初に大切なことではないかと思う。

2. 図1は、1966年に「白ろう病心因性説」が出たときに、その前年に行っていた疫学調査のデータを用いて新たな検討を行った結果である。1965年、労働組合のクレームメーカーが心因的に白ろう病を流行させたという東大根岸らの学説は、1960年に既に最初の調査をやって、レイノー現象有症者率が十数%になっている事実を把んでいた私には明らかに誤りであると見抜けたが、この図に示したチェンソー使用年数群毎の有症者率の推移は、1965年の心因的流行の存在を完全に否定した。この科学論争自体は「社会医学的」事件かも知れないが、研究は純粋に疫学的なものである。

このカーブの説明を求めて模索したときに、これが正規分布の累積度数率曲線の一部であることと、林野庁の統計資料から、この10年間に振動負荷量が逐次増大してきたことを明らかにすることができた。こうして「合理化」の進行という事態が労働者の健康にどう影響しているかを科学的・具体的に示すことができたと思った。

3. こういうことから、白ろう病多発にかかわる社会的要因とその構造を考えた。

なぜチェンソーがこのように有害性が大きいまま導入されたか。

この有害性について労働者はどれだけ知っていたか、知らされていたか。

なぜ長時間使用されたか。

なぜ病気は早く発見され、対処されなかったか。

なぜ抵抗力が弱いと考えられる中高年労働者がこの仕事についているのか。

その結果は図2に示した。これは山の労働者たちから聴き出したいろいろなことや、当時のわが国の社会状況についての社会学者たちの分析結果を学んで作ってみたものであるが、社会医学というのは、このような仮説的なものを具体的に実証的に示していくものではないかと思う。

4. この図を見ながら、白ろう病というものの成立と流行には、労働要因と農家的要因と農村の環境とがかかわっていると思った。若月は農村に多い疾病を「農業病」と「農家病」と「農村病」の3つに分類させている（社会病因論的分析）が、白ろう病には（あるいはその流行には）この3つの社会的病因が重なり合っているといえる。

5. 1973年に私たちは日本で初めてクロムによる職業性肺がんの存在とその高率な発生とを実証し、報告した。この研究は職業がんを確認するためのごく一般的な疫学研究で、このこと自体は全く社会医学的なものではないが、この問題の解決のためには、欧米で問題が明らかになってから何十年もの間、わが国でこの問題が放置され

てきたことを社会医学的に究明すべきだと思われる。

この点は被害者たちが起こした損害賠償請求訴訟の核心部分でもあるが、それに向けての史実に基づく実証的な考察は、当然、社会の基本的性格を露わにすることになるであろう。

6. 職業がん問題について目を配っているうちに、国が行ったいくつかの職業がん疫学調査を検討することになった。それらの疫学調査報告は多くの不明瞭な点を持ち、調査の方法や解析の方法や結論の導き方の科学性に問題があり、結論はほとんど「negative」であった。

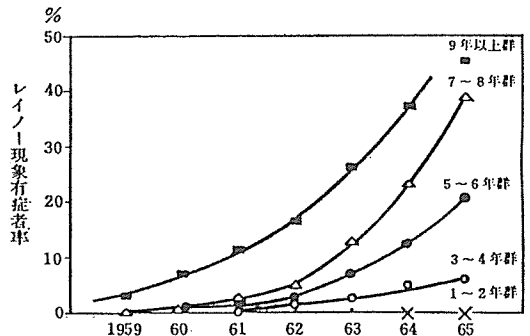
それらの調査は労働者の問題提起で始まったが、国が資金を出し、企業にデータを提供させ、国が依頼した疫学研究者に解析させ結論を出させるというやり方で行われたものである。こういう社会システムでは全うな疫学調査は行われず、真実は明らかにされない、というのは法則的である。

ここから先の話は実践論・政策論になるだろう。ただここで言いたいのは、このような問題の発見、問題性の実証ができたのは、自ら職業がんの疫学調査を多くの辛酸をなめながら行ったからである、ということである。

7. 疫学は疾病などの発生・流行に（直接）関与する諸要因を発見し、流行の機序を明らかにする。その諸要因の中には社会的要因も含まれている。すなわち、疾病等の発生・流行に関与する社会的要因があれば、それを発見することができる。この点で疫学は「社会医学」の任務の一つを遂行している。

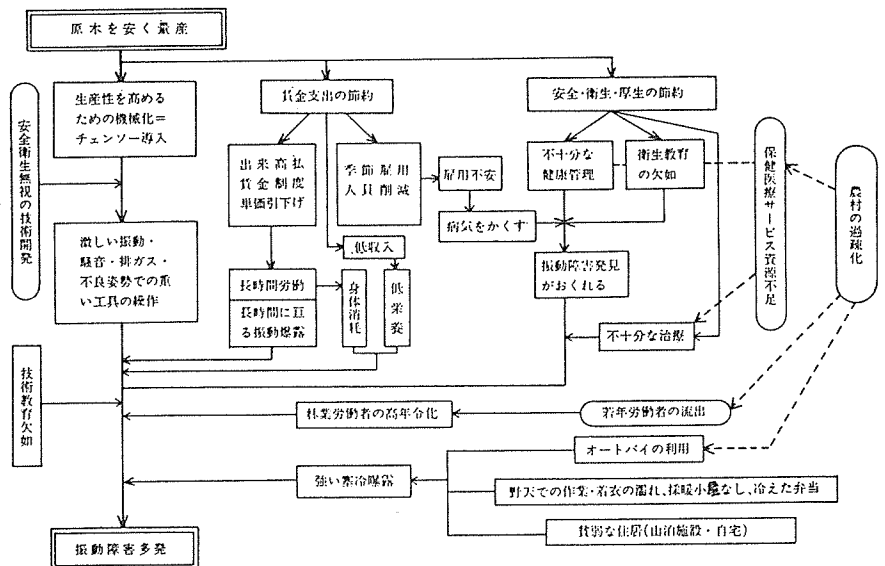
直接的関連要因の中に社会的要因が発見されなくても、それらの要因がその集団の存在する社会に存在するという点自体に目を向けて考えることが、社会医学的にものみをみるということになるのではなかろうか。この視点に立って「健康の実態」と「社会の状態」を科学的・実証的に把握するには少なくとも医学と社会科学の専門家の協同作業が必要であろう。社会医学はそこから出発するのではなかろうか。私のやってきたことは「社会医学」の入口までではないかと思われる。

図1. チェンソー使用経験年数群別にみた  
レイノー現象有症率の推移と  
チェンソー使用条件との関連



1台当年間使用日数	93	100	96	106	122	123	124日
1日使用時間	4.8	4.4	4.5	4.9	4.9	5.2	5.4時間
その他の条件	2人制	1人制	切替	大型化			

図2. 林業における  
振動障害流行の  
社会医学的機序





田尻俊一郎（淀協社会医学研究所）

## I はじめに

我々はこの10年来、病院内に併設した施設で、労働者の健康問題や労災認定に関する各種の相談や、職業病の診療、一般・特殊健診、作業環境測定、健診実態調査などを行ってきた。これらの活動によって、現在の「産業空洞化」に象徴されるような、厳しい「合理化」の下での労働者の健康実態を明らかにし、働く人々の健康を守る活動へ寄与したい願いからである。これらの活動の結果、我々は労働現場で普遍化している「技術革新」「コンピューター化」などの、いわゆる「軽作業化」の如き労働態様の変容は、必ずしも真の意味で労働負担の軽減をもたらしたとは言い難いし、ある面ではかえって従来とは異なった形での「労働苦」の増大をさえもたらしているのではないかと、との考えを持つに至っている。

ここでは、主として「過労死」問題の相談活動や、職業病の診療の中での個別事例の検討を通じて学んだ、労働者の健康問題についての幾つかの課題を明らかにしながら、このシンポジウムの主題である「健康問題をいかに把握するか」への私の責めを果たしたい。

## II 最近における労働者の健康問題の特徴

労働省の統計によると、業務上疾病の発生件数は昭和45年の30,860人をピークに、55年では18,644人、61年で14,547人（「労働衛生のしおり」87年版）と減少傾向を示している。これは、多くの企業で意図的な労災隠しが半ば公然と行われ、労災認定が益々厳しくなっている状況が、闘う労働者の告発を待つまでもなく、周知の事実となっている現状での数字である事を考えれば、その実数についてはなお水山の一角に過ぎないと言えようが、ここに示されている職業性中毒を中心とした狭義の業務上疾病の減少の傾向は、我々の経験からも否定しがたい事実として良いように思われる。

しかしながら我々は、少なくとも日常の職業病外来や、健診あるいは相談活動で見ている限りでは、労働省の言うように、職業性疾病は減少しており、現在の主な問題は業務上疾病の「減少傾向の鈍化」にある、との考え方に与する事は出来ない。その根拠として主に次のような点があげられる。第1は、先の労災隠しや認定の抑制が基礎に有るとの認識である。第2には、過去における有害条件への暴露の後遺が、一般臨床医のもとでは業務上疾病として取り扱われていない可能性がある。第3には、「典型的な」職業病に代わって、疲労性疾病や業務関連性疾病が増加している可能性が指摘される。第4には、特に「働き盛り」層の増大に伴って、これらの疾病・障害が成人病の中に潜在し、「過労死」に象徴されるような非特異的健康障害を惹起している点が挙げられる。第5には、母性機能を有し、その上に家事・育児の負担を背負いながら、男子労働者と「対等平等」に働くことを求められている婦人労働者の健康問題は、一層深刻になって来ている。第6には、小零細企業・下請け企業・家内工業の労働者には、これらの諸問題が更に増幅され、かつ潜在している可能性がある。

## III 事例の検討から

上述のような労働者をめぐる状況を明らかにするには、単一の手法でこれができるという訳ではないが、診療や相談活動のなかでの個々の事例の細かな聞き取りと、現在までの（労働）医学の成果や、独自の調査結果などを重ね合わせたとき、一定の限界を持ちながらも、その実態の解明にはかなりの有効性を持ちうると考えている。それらの事例について述べてみよう。

1 過去における暴露の後遺：我々の職業病外来を訪れている塵肺や振動病の患者の多くは、既にその発生職場を離れて後の「発症」である。53歳で死亡した塵肺の患者は、出稼ぎ労働者で、鉄道トンネル工事や黒四ダム建設工事での発破作業の際の粉塵暴露を主な原因として発病した。胸部X線所見の異常を指摘されてより10年あまりは無症状で経過し、トラック運転業務に従事していたが、次第に増強する呼吸困難を訴えて我々の外来を訪れている。その後は気道感染の反復などで、肺機能の低下は急速に進行し、初診後7年で肺性心によって死に至った。また別の54歳（初診時）の塵肺患者は、これも四国の出稼ぎ労働者で、山陽新幹線のトンネル工事での粉塵暴露を主原因とし、振動障害をも合併して現在治療中である。現在既に閉山している四国の銅山での掘削作業に、約20年間従事した58歳（初診時）の労働者は、振動障害と塵肺・結核のために入院加療中である。

これらはいずれも、離職後に症状は現れているが、それは長い年月の間の病変の潜在的な進行を来し、その上に加齢による機能低下が重なったものと考えられる。

2 職業性疾病の非典型化：急性中毒の減少に代わって、長期微量暴露による慢性障害が問題となる。60歳の鉛工は、40歳頃から高血圧、腎障害、痛風に罹患し、年を追って症状は進行し、ついには痙攣発作などの中枢神経症状をも来すようになった。18歳から従事した鉛工歴、作業実態を聴取し、精査により明らかな鉛中毒の診断を得た。また現在78歳のある患者は、動脈硬化、慢性気管支炎などと診断されていたが、九州の小規模炭鉱での、戦前・戦後にわたる長期間の屈進作業による粉塵暴露のための塵肺がその主病変であった。両例とも、症状が慢性的かつ非典型的・非特異的であったために、開業臨床医のもとで、一般の成人病として処理されて来たものである。

3 「働き盛り」層と業務関連性疾病：働き盛り層が雇用労働者の半数近くなり、労働者の健康状態を考える場合、これを避けて通れなくなってきた。一つは先の例のように、職業性障害が単なる成人病として扱われる危険性であり、もう一つは成人病が労働負担によってプロモートされ、いわゆる業務関連性疾病や「過労死」として現れる可能性があるからである。現在の「合理化」によってもたらされている労働負担の増大は、勿論年齢を問わず過労やストレスとなって、健康に大きな影響を与えているが、その度合いは、加齢による適応能力や予備力の減退と言う避けがたい心身機能の衰えを有し、社会的・家庭的負担の増大のもとにある働き盛り層に於いて一層大きい。42歳の水道労働者は、肉体的な現場労働からコンピューターによる看視作業に配転され、新たな仕事への適応の困難や拘束性の増大などによる苦痛を訴え、持病の高血圧が次第に悪化し、ついには心疾患を併発して死亡した。38歳の小規模企業の経理主任は、強制出向後責任も重くなり、業務内容が拡大増加して「風呂敷残業」が常態となるなどの負担増が主因でクモ膜下出血を起こし、長い療養生活の末死に至っている。34歳の建設技術者は、マニラへの出張中発症しているが、持病のB型肝炎が、海外出張によるストレスや責任の増大によって悪化したものである。停年を4年後に控えた51歳の自動車工場の労働者は、配転か退職かを迫られ、心ならずも配転に応じた結果、単身赴任生活となり、しかもこれまでに全く経験のなかった作業に転換し、しかも昼夜2交替の勤務体制に組み込まれ、持病の高血圧を基礎にした心筋梗塞によって死亡した。

4 婦人労働者をめぐって：雇用機会均等の名のもとに既得権を奪われ、「軽作業」であるとの理由で、長時間労働を余儀なくされている婦人労働者の状況も深刻化してきている。'85年の障害児学校の職員の調査で「平日にゆっくりできるゆとりがない」との訴えは、男子の15.4%に対して、女子では37.2%にも及んでいる。41歳の損保会社に働く婦人は、頸腕様の訴えで受診したが、その発症の直接的な原因は、ここ数箇月にわたって午後8時迄の残業が強制され、心身の疲労が蓄積した事によると思われる。この例では家事などは家族の協力によって辛うじて処理されているが、家族間のコミュニケーションは失われ、家庭はほぼ崩壊状態に近かった。また民間の施設の婦人労働者で、頸腕に罹患したのが原因で夫婦間の危機を招き、これが理由で更に病状が悪化し、心因性の様相を強めて難治化して行ったケースもある。また回復期の頸腕患者が、職場の労働条件の余りにも目まぐるしい変化を前に、職場復帰の自信を失い、必要以上の長期化が避けられなくなった例も1、2ではない。妊娠が直接のきっかけとなって、頸腕の発症を見つめると言うのも良くある事である。VDT化が急速に進められているある職場では、中高年の婦人が余りの労働密度の増大に耐えられず、その変化についてゆけなくなり、長い仕事の経験を捨てて新たな職種へ転換させられたり、自発的に退職しパートタイマーの道を選んだ例もある。

5 中小零細企業・下請け企業の実態：年間総労働時間が1,000人以上規模の2,005時間に対して、30~99人規模では2,232時間であるとか、労働災害率も1,000人以上規模の1.0に対して、30~49人規模では20.2といった指標（労働白書82年版）に見られるように、我が国の産業を底辺から支える小規模企業の実態は依然として劣悪である。我々の外来を訪れたお握り弁当の会社に勤める頸腕の婦人労働者は、午前4時から9時迄のパートタイマーで、お握りを作るコンベヤー作業に従事して発症したものである、症状の僅かな軽快で治療を中断してしまっている。大企業の孫請けの家内工業の婦人労働者で、作業環境の不備のための塩素系ガスの吸入による歯牙酸触症と言う「古典的」な職業病に罹患したケースも見られた。

#### IV まとめ

現在の労働者の健康問題をめぐっての主な問題点について、事例をあげながら述べてきた。これらは我々の狭い経験の域を出ないものではあるが、個々の症例を大切にしながら、可能な限りその背景を明らかにし、それを蓄積する事によって得た結論である。従って厳密な意味での疫学的検討などの経過を経たものではなく、少なくとも労働者の実感とは大きく隔たっていないと信じている。

「生命」から「暮らし」をみ、「暮らし」から「生命」をみる  
—大阪府の地域保健行政10年の経験から—

逢坂隆子（大阪府四条畷保健所）

本シンポジウムの課題はいかにも大きく任に堪えないと思うが、大阪府の保健所で人々の健康問題に日々直接関わり、何とか問題の解決をと暗中模索してきた地域保健行政10年の経験から、敢えて私見を述べたい。

10年前初めての赴任先であった保健所が所管していたのは大阪市の北に隣接する豊中市である。人口は40万と大きい面積は36,60平方キロメートル、さして広い街ではない。しかし健康上の問題をもつ人々の家庭を訪問するために保健婦とともに自転車で市内を何日か走り回れば誰でも居住環境やそこに住む人の暮らし、抱えている健康問題の地域による違いの大きさに気付かざるを得ない。こんなに大きな地域差のあるところでの地域も一律の保健活動をしていて効果のあがるはずがない。このような日常活動の中から感じた自分自身の実感と保健婦達の地区活動の中で既に作られていた保健婦受持ち地区別健康指標をもとに市内を特徴ある地域毎に4地区に分け地区別の健康指標を計算した。一人の保健婦受持ち地区では人口規模が小さくそれほど明確でないがこの様に同じ様な地域を集めて何年か分の平均をとると地域の特性が明瞭となる。次に保健所に保管してある死亡小票を同じ4地区に分けて集計しなおしてみた。49年、50年、51年の死亡数を合計して平均し50年の人口で割って地区別の性・年齢5歳階級別死亡率を算出した。豊中市全体としてみれば死亡率をはじめとする健康指標は大阪府平均とくらべてかなりよい。しかし地域により大きな差がありひじょうによいところと問題のあるところが混じっているために平均していいということであって、問題のあるところは大阪市と同じ様な状態である。平均したものだけをみていたのでは、その中に含まれている問題が解らなくなってしまう。自転車で走り回れる程の広さしかない豊中市内でどうしてこれほど大きな差が生じねばならないのか。庄内地区の男子中年期の死亡率はもっとも死亡率の低い新千里地区とくらべてほぼ3倍もあるのはただごとではないし、あってはならないことである。年齢別死亡率では普通はそんなに死ぬはずのない中年期の差がもっとも大きい。庄内地区には大きな病院がいくつかあるし、すぐ隣の大阪市まで足を伸ばせば大学病院をはじめ高度の医療を受けることも可能な地域なのである。ここに住民人々の健康を蝕み死に追いやっているのは何か。その背景にあるものを探ろうと思っても利用することのできる客観的データはきわめて手に入りにくい。ことに市をさらにこまかくみたいとなるとますます限られる。このようなときに使えた資料の一つの国勢調査の国勢統計区別報告があった。これを用いて4地区別の住宅状態、就業状態、家族の状態を計算したところ、日常の実感を裏付けるように庄内地区の不良居住環境、破壊された家族関係、失業をはじめとする就業不安が、他地域との比較ではっきりと浮かび上がってくる。一体庄内地区の住民のいかなる生活、労働、医療の実態がこのように中年期の死亡率をはじめとする健康指標を押しなべて悪くしているのか。49・50・51年に死亡した40～44歳男子、53年に死亡した40～59歳女子の遺族を訪問して、死亡に至るまでの実態について聞き取り調査をおこなった。亡くなった方の家を一軒一軒づつ回って遺族から話を聞く度に「ああー、なるほどなあー」と思った。こんな生活をしていたら死ぬはずである。丸山博先生がかって「死児をして語らしめよ」とおっしゃったが、まことにそのとおりである。

以上のような調査結果を保健所運営協議会に報告したことから豊中市南部の小規模事業所で働く人達に対する健康管理を考える協議会が医師会、市、労働基準監督署、商工会議所、保健所の間で発足しチームで検診をはじめた。さらに庄内地区の人々が受けやすい検診をと夜間や昼休みに路地深くはいりこんだ場所で実施し、それをきっかけに複雑な問題を持つ人との関わりが始まった。単に検診をするとか医学的知識・技術ではほとんど解決の道さえ見いだせない

ような人があまりにも多過ぎる。

大阪府保健所の他の医師の保健予防課長と協力して大阪府全域をブロック別、市町村別、国勢調査の国勢統計区別報告のあるような人口の大きな市は豊中でやっただと同様に人口概ね10万位の地区別に死亡率と社会経済指標、相互の関連を検討したのもこのころであったと思う。大阪市に隣接する地域はちょうどドーナツ状に庄内地区と同じようなスプロール地帯を形成しており、大阪府全体としてみても死亡率の地域格差は庄内地区の人々の健康破壊を引き起こしているのと同様な要因に強く影響されている。

57年から赴任した吹田保健所摂津支所では豊中保健所での経験を生かして、同様な地域別の健康指標、その背景にある社会経済指標を検討すると共に、第24回本研究会（関西地区大学セミナーハウスにて開催）での出会いから神戸大学工学部早川研究室の方々と、中年期の健康水準の低下に影響を及ぼしている社会経済的な要因のうち特に住居に焦点をあてた統計的な分析および摂津市において56年・57年に死亡した中年期の人々についての遺族訪問調査を実施した。大阪府内の市町村別中年期標準化死亡比の地域格差と住宅事情のそれは45、50、55年と年を経るにつれて格差を増大させながら一致してきている。住宅事情の地域格差と労働状態、家族関係などの社会経済指標の地域格差も経年的にますます関連が強くなり、住宅事情を含む社会経済指標の低位な地域が固定されてきているといえる。またこの統計結果を裏付けるように中年期死亡者の生活歴においては、住宅事情、労働、家族関係等の悪条件が集中しているものが多く、住宅事情の悪化 →健康悪化といった直接的なものというより労働、家族関係等社会経済要因と互いに複合して影響をおよぼしていると早川研究室では結論している。

59年から63年3月まで4年間いた大東保健所の管内は小規模事業所や零細な自営業者の多い街であり、健康指標も大阪府平均あるいは近隣の市とくらべるとよくはない。小規模事業所の健康管理はどうなっているのか。これまでいくつかの郵送法によるアンケート調査は大阪府内でも実施されているが、事業主が関心を持たなかったり、健康管理が不十分なところほど回答しないことが多いため必ずしも正確な実態をとらえているとはいえない。そこで市内一地区を選びその中にある事業所を全部一軒一軒訪問して聞き取り調査をした。訪問することのできた事業所は大東市内事業所の約40%である。（実際訪問できた事業所総数526社、うち28社は本調査に答えることを拒否）この調査後大東市でも関連機関が協力して小規模事業所に対する検診を開始している。自営業者の健康管理の方は予防課と衛生課の協力で従来の結核検診車「ハト号」による胸部X線検査に血圧測定、検尿、保健婦や医師の保健指導を加えた形の実現した。このような検診をはじめて受けたという人が結構多く、血圧が220以上もあるのに知らなかった人、尿糖（++）を初めて指摘されたような人が予想以上に多いのに驚くとともに、必要な受診をすすめ生活指導しようにも、朝5時に家をでて中央市場に行き7時ごろそこでうどんを食べ、昼食は2時過ぎ、夕食は7時ごろいずれも自分の店のある市場内で手近にあるものをかき込み、家には9時ごろ寝に帰るだけというような生活実態を知るにつれ、我々に何ができるのかという思いが強くなる。もし今年も大東保健所にいることができたならこのような人々の暮らしの実態と健康に及ぼす影響をぜひ詳細に調べたいと思っていたのだが。

大阪府のような都市部で最も健康上の問題を持つ人々の実態をとらえようとするれば、保健所の通常の保健サービスや各市町村が実施している老人保健法の事業の利用者の分析からだけでは不十分であろう。そのような機会を利用することのできる人はまだしも恵まれているといえよう。住宅、労働、家族環境に多問題を抱えて健康を害して沈黙している人までもとらえることがどうしても必要に思える。それにはある地区の住民の実態を社会医学的観点からすなわち「生命」から「暮らし」をみ、「暮らし」から「生命」をみる立場から全世帯についてあきらかにするとといったこともあるいは必要かもしれない。

大阪府民の平均寿命は男女とも全国でもっとも悪くなってしまった。この背景にあるものを探り改善への道を提示し実現していくことがいま大阪府で地域保健活動をしている私達の最大の社会医学的テーマであると考えている。

三塚 武男（同志社大学文学部社会学科）

1. はじめに—私は、現代の労働問題の構造とその対策の体系を理論的に明らかにする作業の一環として、労働者生活に関する実態調査を続けています。その過程で明らかになってきた調査方法論の問題について報告し、大方のご批判とご教授をいただき、これからの調査研究を発展させていきたいと思ひます。

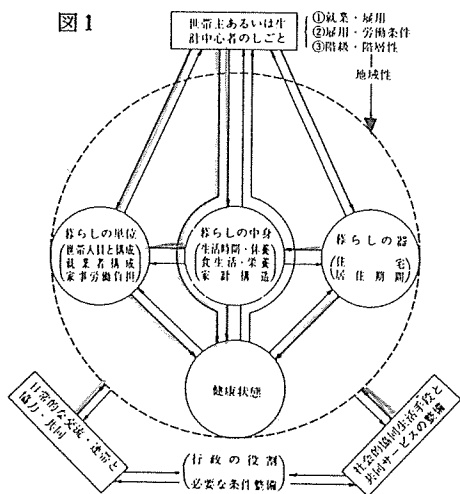
2. 『ものいわぬ農民』に学ぶ—私達は、毎回、調査活動と調査員の手引書として、大牟羅良著『ものいわぬ農民』（岩波新書）を読むことにしています。なぜならば、この書は、①住民のくらしの中に入り、②くらしと健康をむすびつけ③くらしの背後や基盤にあるしごとや労働の条件、地域の歴史、生活習慣、社会関係などとの関連で④くらしの生の声をききとり、⑤住民が日頃抱えている願いや要求・期待を実現する方向や条件についてともに考え合う、という調査実践のあり方を考える上で、もっとも基本的なことを誰にでもわかるように述べているからです。

3. 生活実態をとらえる基本的な視点と枠組み—実態調査は、つねに、対象（範囲）と時期・場所を特定しておこなうもので限界性をもっていますが、目的と課題が明確でない場合、とかく断片的・部分的な現象（事項）の寄せ集めや羅列にとどまり、その調査によって何を明らかにすることができたのか全体像がはつきりせず、個々の項目（部分）の意味や相互の関連性も明らかにならない結果になってしまいます。とくに、調査する課題をどうとらえるのか、その視点と枠組み（方法論）を明確に設定することが必要不可欠であります。

基本的な視点としては、社会的な存在である働く人びとの生命と労働力の再生産としてのくらしは、特定の時代、特定の社会では、一つの構造（メカニズム）をもったものとしてとらえることができます。

（1）その構造の中核をなしているのが人間の生命・健康の保持・増進であり、「人たるに値する」くらしの中身（実質）を確保しているか、ということになります。一定水準の器（住宅・住生活環境施設）のなかで一定の単位（世帯）をもって協力し合いながら営まれている働く人びとのくらしの内容と水準は、かならず健康状態に集中的にあらわれる傾向（法則性）をもっています。そして、（2）その構造の基底に当たるものが、くらしの基盤としての労働・しごととその具体的な条件であります。くらしの問題というと、とかくモノとカネの消費（実態は購買）と支出の面からみようとしますが、消費を規制している所得とその源泉である労働を基底にすえてとらえることによって、くらしの全体像が明確になります。同時に、（3）働く人びとが人間らしく生きるためになくしてはならないものが、職場やくらしの場（家庭・地域）における日常的なヨコの交流・連帯と対話・協力関係です。それは、いわば労働とくらし・健康を支える条件であり、働く人びととの集団の自治・自立の基礎でもあります。さらに、（4）資本主義社会も独占段階以降になると、資本の集中・集積と金融独占による産業支配がすすみ、慢性的な大量失業、インフレ・物価の上昇、増税と実質賃金の低下などにより、雇用とそれにもとづく賃金を主な源泉にして成り立っている生活自己責任の原則は現実には大きな限界に直面しています。雇用労働者の増加と都市集中により都市的消費生活様式が支配的になり、生活手段の所有から切りはなされている多数の労働者が個人的な自助努力だけではまかなうことのできない社会的共同生活手段については、国や自治体の責任によって、公共的な住宅・生活環境、衛生などの計画的整備、義務教育および社会保険；社会福祉施設・サービスなどの制度を、現代社会に欠くことのできない構成要件として整備・拡充されるようになりました。

このような多数の働く人びとのくらしとそれを規定している社会的な諸条件との関連・構造を示したのが、つぎの図1であります。



臨調・行革路線は、このような社会が成り立つために必要不可欠な前提条件を国の責任と費用負担によって整備・拡充することなく、働く人びととその家庭の責任や自助努力に押しつけています。その矛盾が、職場や家庭・地域において、さまざまな健康破壊となってあらわれています。それは、「福祉が人を殺し」ているように、政策的におしすすめられているところに今日の特徴があります。それだけに、いま、働く人びとのくらしと健康・いのちを結びつけ一体のものとしてとらえる視点を基本にすえ、くらしの基盤としての労働とくらしの場としての家庭・地域との関連で健康問題（生活問題）を構造的にとらえることが重要な課題になっているのではないのでしょうか。

4. なぜ、生活問題としてとらえるのか。くらしの実態をとらえる場合、それに規定されている意識や要求も含めて、生活問題としてとらえることが重要であると考えています。このことは、対象を客観的な状態そのものとしてではなく、資本主義社会の発展にともなって必然化する社会的な要求・運動の発展によって何らかの社会的な対応をせまられている課題として取上げるということでもあります。職場や地域での運動や組織的な取組みが立ちおくれたり弱い場合、課題の社会的性格が不明確になり、生活自己責任の原則を振りどころに個別的に処理すべき事項とされる傾向があります。とくに、生活問題の集中的なあらわれとして健康（破壊）問題をとらえる場合には、社会的な健康を基軸にすえて、精神的な健康破壊から身体的健康破壊へとすすむ過程と必然性を実証的・理論的に明示する必要があります。

社会的な健康とは、前に述べた働く人びとが人間らしく生きるためにかくことのできない日常的なヨコの交流・連帯と対話・協力であり、集団的な自治の基礎となるものであります。現実には、生活自助の原則にもとづく資本主義的・能力主義的な競争と個別分断的な管理の強化によって、伝統的な血縁や地縁による共同体的な結びつきが個人単位に分解され、職場・学校・地域などでバラバラに分断・対立させられています。この過程が同時に働く者の労働の集団性・共同性に根ざした階級的な連帯とくらしの場におけるさまざまな交流や対話・協力の取組みを促進し、集団的な自治を進展させる条件をつくり出しています。

図2は、1987年9月に実施した『京都市民の健康と医療・福祉にかんする総合調査』のなかの「日頃、健康を維持・増進するためにしていること」を家庭・地域における対話や協力（社会的健康）の有無別にまとめたものです。

多くの人びとが配慮し努力しているのは「食べもの」についてですが、社会的健康あつての精神的健康、身体的健康（食べ方やスポーツ・からだを動かすことなどが高率を占めている）であり、ヨコの交流や対話・協力がないうちは精神的安定やスポーツ・からだを動かすこと、健康診断などかなり低率になっています。

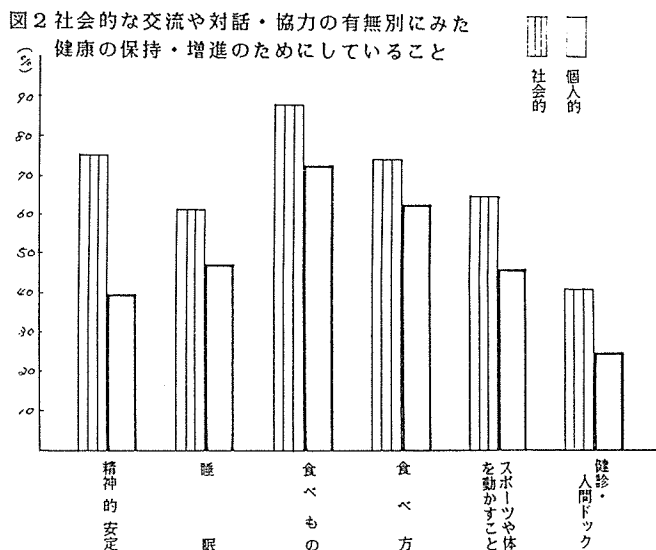
5. 生活問題には階層性・地域性がある—生活問題は、一定の規模と構成をもって営まれているくらしの単位としての世帯が属する社会階層によって、あらわれ方や内容が異なっています。とくに、健康状態に階層性は鋭くあらわれます。それに対応した医療保障が階層によって格差が設けられ、雇用が不安定で労働条件が劣悪な階層ほど要件や給付の内容・水準が低劣になっているので、この傾向が一層助長されています。

社会階層を把握するための指標として所得を用いる場合が多くみとめられますが、共働きや世帯員の多就業、税金・社会保険料の増大、ローン返済の常態化などにより世帯としての所得を正確にとらえることはかなり困難になっています。生計中心者の雇用・労働条件と世帯員のそれとの間には相関関係があるので、基本的には生計中心者の就業・雇用の有無と働いている場合には従業上の地位、事業所の規模、産業、職種、雇用形態などを組み合わせて、6つの階層に区分することができます。（1）経営者層、（2）ホワイトカラー層、（3）ブルーカラー層、（4）不安定雇用労働者層、（5）自営業者層、（6）無業者層。

また、生活問題は、具体的には、つねに、くらしの場であらわれ、地域性をもっています。地域性を明らかにするための指標としては、（1）一定の広がりともまとまりをもっている地域における住民の階級・階層構成、（2）住民相互の日常的な交流・連帯と対話・協力の度合、（3）労働とくらし・健康を支え集団自治の拠り所として不可欠な社会保障と保健・医療、住宅・生活環境施設、教育、社会福祉施設・サービスなどの社会的共同生活手段の整備と運営の状況、の三つの柱が基本的なものと考えられます。

生活問題の階層性・地域性を重視する理由は、生活問題を構造的にとらえるための不可欠の指標であり、今日における労資関係のあり方や職場・地域におけるさまざまな能力主義的な競争と分断管理を強化する政策によって、労働者・勤労住民の側につくり出されている生活上の困難や不安の違いとその特徴を具体的に把握するだけでなく、同時に、組織的・統一的な要求や運動が発展せざるをえない必然性と共通基盤の広がり、課題の共通性を明らかにするために必要と考えられるからであります。

図2 社会的な交流や対話・協力の有無別にみた健康の保持・増進のためにしていること





# 特 別 報 告



# 人口高齢化研究方法 と高齢化社会

坂 寄 俊 雄  
(日本福祉大学)

## 1. 人口高齢化研究方法について

### (1) 年齢3階級別構成比による人口高齢化の把握について

年少人口 = 0～14歳人口      生産年齢人口 = 15～64歳人口      老年人口 = 65歳以上人口

$$\text{従属人口指数} = \frac{\text{年少人口} + \text{老年人口}}{\text{生産年齢人口}}$$

$$\text{年少人口指数} = \frac{\text{年少人口}}{\text{生産年齢人口}}$$

$$\text{老年人口指数} = \frac{\text{老年人口}}{\text{生産年齢人口}}$$

$$\text{老年化指数} = \frac{\text{老年人口}}{\text{年少人口}}$$

$$\text{老年人口比率} = \frac{\text{老年人口}}{\text{総人口}} \times 100$$

(2) 人口高齢化指数として、65歳以上人口の比率(=65歳以上/人口総数)が使用されている。年少人口又は生産年齢人口が減少すれば65歳以上人口比率は上昇するので、65歳以上人口比率の変化のみで人口高齢化を判断するのではなく、年齢3区分別人口の増減にかかわらせて検討する必要がある。

### (3) 都道府県及び区市町村での人口高齢化

家族社会と地域社会(近隣・学区・区市町村)及び都道府県に於ける人口構造について

## 2. 人口高齢化社会の実情と高齢化社会問題

(1) 高齢者問題だけを問題にするのでは一面的である

(2) 年少者の創造性、社会性などについて

(3) 生産年齢人口における失業、労働時間問題及び賃金問題

(4) 女性問題の生涯問題について

## 3. 結びとして—資本主義社会体制下での人口高齢化社会問題の基本問題としての社会体制の在り方について—

## 統計表についての簡単なコメント

### 第1表について

- (1) 2020年代には、わが国の65歳以上人口比率が20%をこえて、ヨーロッパ諸国と比較して、トップクラスになり、超高齢化するといわれている。
- (2) ヨーロッパ27カ国の高齢化状況を、1980年対2000年及び2000年対2020年で、年齢3区分別での増減状況を見ると、第1表の通りである。
- (3) それによると、2000年対2020年では、年少人口と生産年齢人口がともに減少して、高齢人口のみが増加で、人口総数が減少という姿が見られる。
- (4) オランダ、フランス、ノルウェイの3カ国は、年少人口及び生産年齢人口は減少しているが、高齢人口の増加でカバーされて、人口総数は僅かながら増加を維持している。日本はこのタイプとなっている。日本の超高齢化は65歳以上人口の比率のみでなく、年齢3区分別人口の増減状況を基礎にすえて理解する必要があると考えられる。

### 第2表について

- (1) 国勢調査結果報告で、1950年、1970年、1985年の全国人口の年齢3区分別での人口構造の変化を見ると、第2表のとおりである。
- (2) 1950年では、ベビーブームによる年少人口比率が大きく、生産年齢人口は50%未満、65歳以上は僅かに4.9%と低い。
- (3) 1970年では、人口総数が1億人をこえ、年少人口は15.6%も減少して24%に低下、ベビーブーム期の人口が生産年齢階級に移行して4.4%弱も増加して68.9%になり、高齢人口では77.9%も増加して比率が7.1%になり、国連が高齢人口比率が7%をこえれば高齢化社会の到来といっている状況となっている。
- (3) 1985年で、年少人口比率は21.5%に低下し、生産年齢人口も68.2%に低下、高齢人口のみが10.3%に上昇している。
- (4) 1950年と1985年を比較すると、1975年前後の第2次ベビーブームによる出産増加で年少人口の減少は12.6%に止まったが、生産年齢人口で64.5%の増加、そして高齢人口では200.1%増という大きな増加となっている。

### 第3表について

- (1) 都道府県名の次の欄は1985年の夫々の65歳以上人口比率である。  
最高が島根県の15.3%で、最低は埼玉県の7.2%と格差は大きい。島根県は2000年の全国平均推計値に近い値であり、埼玉県は国連がいう高齢化の3.7%程度で、量的だけでなく、高齢化の質的な違いが見られる。
- (2) 「高齢化比率別市町村数」とは、島根県でいえば、県内59市町村のうちで、10.3%（1985年全国平均的比率）未満の市町村は存在せず、15.6%をこえ18.8%（2010年推計値）未満が19市町村存在することを示している。
- (3) 都道府県ごとの65歳以上比率が最高値はいずれも町村であり、それらと比較すると、最高は山口県の東和町の35.2%で、最低は神奈川県湯河原町の13.1%であり、地域格差が大きい。人口高齢化は人口流出＝過疎化と言われているが、人口5000人以上のところでは16町村、2000人以上では36町村となっている。
- (4) 高齢化率の低い区市町村を見ると、最低は千葉県浦安市の4.1%である。各都道府県で最低値を示す所を見ると、市が22市、区が1区、あとは20町4村となっている。
- (5) 1970年と1985年とで、全国3378の区市町村での年齢3区分別人口を比較すると、年少人口と生産年齢人口で減少し高齢人口のみが増加で、人口総数が減少している自治体が全国で、1645区市町村となっている。  
大阪府と神奈川県とでは、65歳以上人口比率が15.6%をこえるものはないですが、大阪府では21、神奈川県では12の区市町村が、総数、0～14歳、15～64歳で減少となっている。

表 1 ユーロ圏及び日本における年齢3区分別の人口増減(△印減)と年齢別構成の推移(1980-2020年) 単位:100人、%

	1980年			'80-2000年			2000年			2000-'20年			2020年		
	実数	構成比	増加率	実数	増加率	構成比	実数	増加率	構成比	実数	増加率	構成比	実数	増加率	構成比
A	358 65 243 50	100.0 18.0 68.0 13.9	9 11 7 9	349 54 236 59	2.5 16.9 2.9 15.0	100.0 15.5 67.6 16.9	29 4 35 9	8.3 7.4 14.8 15.8	100.0 15.7 62.9 22.5	320 50 201 68	3.0 7.4 14.8 15.8	100.0 15.7 62.9 22.5	320 50 201 68	3.0 7.4 14.8 15.8	100.0 15.7 62.9 22.5
A	60931 11351 40414 9165	100.0 18.6 66.3 15.3	2109 1507 518 83	55822 9844 39896 9032	3.5 13.3 1.3 0.9	100.0 16.7 67.8 15.4	3854 671 4676 1496	6.6 6.8 11.7 16.5	100.0 16.7 67.8 15.4	54968 9173 35220 10576	6.6 6.8 11.7 16.5	100.0 16.7 67.8 15.4	54968 9173 35220 10576	6.6 6.8 11.7 16.5	100.0 16.7 67.8 15.4
A	6466 1287 4318 872	100.0 19.9 66.6 13.5	5 244 80 158	6461 1043 4388 1030	0.1 19.0 1.9 18.1	100.0 16.0 67.9 15.9	341 64 552 273	5.3 6.1 12.6 26.7	100.0 16.0 67.9 15.9	6120 979 3836 1305	5.3 6.1 12.6 26.7	100.0 16.0 67.9 15.9	6120 979 3836 1305	5.3 6.1 12.6 26.7	100.0 16.0 67.9 15.9
A	8280 11351 5317 1337	100.0 19.6 64.3 16.2	192 303 104 12	8088 1315 5421 1351	2.3 18.7 2.0 0.9	100.0 16.3 67.0 15.0	373 49 569 346	4.6 7.7 10.5 18.2	100.0 16.4 62.9 20.7	7715 1216 4852 1597	4.6 7.7 10.5 18.2	100.0 16.4 62.9 20.7	7715 1216 4852 1597	4.6 7.7 10.5 18.2	100.0 16.4 62.9 20.7
A	7481 1527 4797 1157	100.0 20.4 64.1 15.5	56 216 101 42	7425 1311 4998 1115	0.7 14.1 4.2 3.6	100.0 17.7 67.3 15.0	233 101 314 183	3.1 7.7 6.3 16.4	100.0 16.8 65.1 18.0	7192 1210 4634 1298	3.1 7.7 6.3 16.4	100.0 16.8 65.1 18.0	7192 1210 4634 1298	3.1 7.7 6.3 16.4	100.0 16.8 65.1 18.0
A	4853 3907 3307 572	100.0 26.2 68.0 11.6	195 118 189 123	5058 867 3496 695	4.0 12.0 5.7 21.5	100.0 17.1 69.1 13.7	134 41 375 282	2.6 4.7 10.7 40.6	100.0 16.8 63.4 19.8	4924 526 3121 977	2.6 4.7 10.7 40.6	100.0 16.8 63.4 19.8	4924 526 3121 977	2.6 4.7 10.7 40.6	100.0 16.8 63.4 19.8
A	56940 12381 36865 7695	100.0 21.7 64.7 13.5	2168 2107 1932 2282	59108 10274 38657 9977	3.8 17.8 5.4 29.7	100.0 17.4 65.7 16.9	1529 917 2013 1401	2.6 8.9 5.2 14.0	100.0 16.3 64.0 19.8	57579 9357 36844 11378	2.6 8.9 5.2 14.0	100.0 16.3 64.0 19.8	57579 9357 36844 11378	2.6 8.9 5.2 14.0	100.0 16.3 64.0 19.8
A	55886 11639 35945 8302	100.0 19.5 64.3 15.9	678 1622 64.2 166	55208 10017 38724 8468	1.2 13.9 2.2 2.0	100.0 18.1 66.5 15.3	1161 755 1488 1079	2.1 7.5 4.0 12.7	100.0 17.1 65.2 17.7	54047 9262 35238 9547	2.1 7.5 4.0 12.7	100.0 17.1 65.2 17.7	54047 9262 35238 9547	2.1 7.5 4.0 12.7	100.0 17.1 65.2 17.7
A	16854 3285 10818 2751	100.0 19.5 64.2 16.3	61 321 614 232	16915 2964 11432 2519	0.4 9.8 5.7 8.4	100.0 17.5 67.6 14.9	311 56 780 524	1.8 1.9 6.8 20.8	100.0 17.5 64.2 18.3	16604 2908 10652 3043	1.8 1.9 6.8 20.8	100.0 17.5 64.2 18.3	16604 2908 10652 3043	1.8 1.9 6.8 20.8	100.0 17.5 64.2 18.3
A	9833 1976 14505 1405	100.0 20.9 65.6 14.3	131 199 162 167	9964 1777 6615 1572	1.3 10.1 2.5 11.9	100.0 17.8 66.4 15.8	184 28 353 198	1.8 5.6 5.3 12.6	100.0 17.9 64.0 18.1	9780 1749 6262 1770	1.8 5.6 5.3 12.6	100.0 17.9 64.0 18.1	9780 1749 6262 1770	1.8 5.6 5.3 12.6	100.0 17.9 64.0 18.1
A	5122 1071 3320 731	100.0 20.8 64.8 14.3	127 123 209 41	5249 948 3529 772	2.5 11.4 6.3 5.6	100.0 18.1 67.2 14.7	65 53 227 216	1.2 5.6 15.5 28.0	100.0 17.3 65.7 17.0	5184 895 3302 988	1.2 5.6 15.5 28.0	100.0 17.3 65.7 17.0	5184 895 3302 988	1.2 5.6 15.5 28.0	100.0 17.3 65.7 17.0

②

	1980年			'80-2000年			2000年			2000-'20年			2020年		
	実数	構成比	増加率	実数	増加率	構成比	実数	増加率	構成比	実数	増加率	構成比	実数	増加率	構成比
B	14079 3117 9346 1616	100.0 22.1 66.4 11.5	1101 22.1 996 434	14079 3117 9346 1616	7.4 10.6 10.9 26.9	100.0 18.4 68.1 13.5	96 158 545 800	0.6 5.7 38.0	100.0 18.4 68.1 13.5	15180 2788 10342 2050	7.4 10.6 10.9 26.9	100.0 18.4 68.1 13.5	15180 2788 10342 2050	0.6 5.7 38.0	100.0 18.4 68.1 13.5
B	53508 11896 34265 7347	100.0 22.2 64.0 13.7	2744 1196 3042 858	53508 11896 34265 7347	5.1 9.7 8.9 11.7	100.0 19.1 66.3 14.6	800 394 1735	1.4 3.7 21.1	100.0 19.1 66.3 14.6	56252 10740 37307 8205	5.1 9.7 8.9 11.7	100.0 19.1 66.3 14.6	56252 10740 37307 8205	1.4 3.7 21.1	100.0 19.1 66.3 14.6
B	4079 903 2577 597	100.0 22.2 63.2 14.6	233 7 271 32	4079 903 2577 597	5.7 7.7 10.5 5.4	100.0 19.4 66.0 14.6	86 43 397 351	2.0 5.1 18.4 22.4	100.0 19.4 66.0 14.6	4312 835 2848 629	5.7 7.7 10.5 5.4	100.0 19.4 66.0 14.6	4312 835 2848 629	2.0 5.1 18.4 22.4	100.0 19.4 66.0 14.6
C	10754 2313 6990 1451	100.0 21.5 65.0 13.5	210 315 309 216	10754 2313 6990 1451	2.0 13.6 4.4 14.9	100.0 21.5 65.0 13.5	10 56 397 351	0.1 2.8 18.4 21.1	100.0 21.5 65.0 13.5	10964 1998 7299 1667	2.0 13.6 4.4 14.9	100.0 21.5 65.0 13.5	10964 1998 7299 1667	0.1 2.8 18.4 21.1	100.0 21.5 65.0 13.5
C	22328 5451 14826 2051	100.0 24.4 66.4 9.2	2840 455 2043 1252	22328 5451 14826 2051	12.7 8.3 13.8 61.0	100.0 19.9 67.0 13.1	1014 263 132 1145	4.0 5.3 0.8 34.7	100.0 19.9 67.0 13.1	25168 4996 18669 3303	12.7 8.3 13.8 61.0	100.0 19.9 67.0 13.1	25168 4996 18669 3303	4.0 5.3 0.8 34.7	100.0 19.9 67.0 13.1
C	343 78 228 37	100.0 22.7 66.6 10.7	47 1 35 11	343 78 228 37	13.7 1.3 15.3 29.7	100.0 20.2 67.5 12.4	26 2 28	6.7 2.5 58.3	100.0 20.2 67.5 12.4	390 79 263 48	13.7 1.3 15.3 29.7	100.0 20.2 67.5 12.4	390 79 263 48	6.7 2.5 58.3	100.0 20.2 67.5 12.4
C	9836 2562 6248 1026	100.0 26.0 63.5 10.4	1318 99 1068 349	9836 2562 6248 1026	13.4 3.9 17.1 34.0	100.0 22.1 65.6 12.3	948 123 708 364	8.5 5.0 9.7 26.5	100.0 22.1 65.6 12.3	11154 2463 7316 1375	13.4 3.9 17.1 34.0	100.0 22.1 65.6 12.3	11154 2463 7316 1375	8.5 5.0 9.7 26.5	100.0 22.1 65.6 12.3
C	231 63 146 22	100.0 27.2 63.2 9.5	43 4 38 2	231 63 146 22	18.6 6.3 26.0 40.9	100.0 21.7 67.2 11.2	25 4 15 14	9.1 6.8 8.2 45.2	100.0 21.7 67.2 11.2	274 59 184 31	18.6 6.3 26.0 40.9	100.0 21.7 67.2 11.2	274 59 184 31	9.1 6.8 8.2 45.2	100.0 21.7 67.2 11.2
C	3308 1025 1917 367	100.0 31.0 57.9 11.1	810 81 709 18	3308 1025 1917 367	24.4 7.9 37.0 4.9	100.0 26.9 63.8 9.4	765 32 684 115	18.6 2.9 26.0 29.9	100.0 26.9 63.8 9.4	4118 1106 2628 385	24.4 7.9 37.0 4.9	100.0 26.9 63.8 9.4	4118 1106 2628 385	18.6 2.9 26.0 29.9	100.0 26.9 63.8 9.4
D	9007 1999 5925 1082	100.0 22.2 65.8 12.0	691 12 277 427	9007 1999 5925 1082	7.7 0.6 4.7 39.5	100.0 20.5 64.0 15.6	322 14 177 131	3.3 0.7 2.9 8.7	100.0 20.5 64.0 15.6	9698 1987 6202 1509	7.7 0.6 4.7 39.5	100.0 20.5 64.0 15.6	9698 1987 6202 1509	3.3 0.7 2.9 8.7	100.0 20.5 64.0 15.6
D	15336 3679 9708 1949	100.0 24.0 63.3 12.7	1503 24 171 203	15336 3679 9708 1949	9.8 1.9 14.1 10.4	100.0 21.8 65.8 12.8	1376 156 534 686	8.2 4.3 4.8 31.9	100.0 21.8 65.8 12.8	16839 3608 11080 2152	9.8 1.9 14.1 10.4	100.0 21.8 65.8 12.8	16839 3608 11080 2152	8.2 4.3 4.8 31.9	100.0 21.8 65.8 12.8

③

		1980年		'80-2000年		2000年		2000-'20年		2020年	
		実数	構成比	実数	増加率	実数	構成比	実数	増加率	実数	構成比
スペイン D	総数	37378	100.0	5984	16.0	43362	100.0	4085	9.4	47447	100.0
	0-14	9695	25.9	Δ 181	Δ 1.9	9514	21.9	33	0.3	9547	20.1
	15-64	23621	63.2	4040	17.1	27661	63.8	3114	11.3	30775	64.9
	65-	4062	10.9	2126	52.3	6188	14.3	937	15.1	7125	15.0
ギリシャ E	総数	9329	100.0	1066	11.4	10395	100.0	669	6.4	11064	100.0
	0-14	2129	22.8	101	4.7	2230	21.5	11	0.5	2241	20.3
	15-64	5961	63.9	517	8.7	6478	62.3	545	8.4	7023	63.5
	65-	1239	13.3	447	36.1	1686	10.2	114	6.8	1800	16.3
ポーランド E	総数	35805	100.0	5412	15.1	41217	100.0	3790	9.2	45007	100.0
	0-14	8621	24.1	223	2.6	8848	21.5	492	5.6	9340	20.8
	15-64	23601	65.9	3793	16.1	27394	66.5	1474	5.4	28868	64.1
	65-	3582	10.0	1393	38.9	4975	12.1	1824	36.7	6799	15.1
ルーマニア E	総数	22268	100.0	3460	15.5	25728	100.0	2661	10.3	28389	100.0
	0-14	5912	26.6	4	0.1	5916	23.0	224	3.8	6140	21.6
	15-64	14045	63.1	2464	17.5	16509	64.2	1791	10.8	18300	64.5
	65-	2310	10.4	993	43.0	3303	12.8	647	19.6	3950	13.9
アルバニア E	総数	2732	100.0	1153	42.2	3885	100.0	908	23.4	4793	100.0
	0-14	1019	37.3	56	5.5	1075	27.7	6	0.6	1081	22.5
	15-64	1583	57.9	985	62.2	2568	66.1	695	27.1	3263	68.1
	65-	130	4.8	113	86.9	243	6.2	206	84.8	449	9.4

&lt;日本&gt; (Bグループと同じ)

総数	116551	100.0	12431	10.7	129282	100.0	2694	2.0	131931	100.0
0-14	27325	23.4	Δ 3374	Δ 12.3	23751	18.5	Δ 202	Δ 0.8	23749	18.0
15-64	78881	67.7	7652	9.7	86533	66.9	Δ 4765	Δ 5.5	81768	62.0
65-	10345	8.9	8453	81.7	18798	10.5	7616	40.5	26414	20.0

注：(1) ヨーロッパ27カ国の2000年から2020年の人口増減変化を指標にして、グループ分けをした。

- (2) Aグループ…総数、0-14歳、15-64歳で減少  
 B …0-14歳、15-64歳で減少  
 C …15-64歳で減少  
 D …2000年から2020年でいずれも増加しているが、1980年から2000年の0-14歳のみで減少  
 E …その他

- (3) 上記グループ分けによると、日本はBグループになり、65歳以上人口比率でのみの、ヨーロッパ諸国と比較して、最高位となるということは正しい評価でない。

表 2

年齢3区分別総人口の1950, 1970, 1985年の変化

	総 数		0-14		15-64		65-	
	実 数	%	実 数	%	実 数	%	実 数	%
1950	84114574	100.0	29786412	35.4	50168312	59.6	4155044	4.9
1970	104665171	100.0	25152779	24.0	72119100	68.9	7393292	7.1
'50-'85 増	20550597	24.4	Δ 4633633	Δ15.6	21950788	43.8	3238248	77.9
1985	121048923	100.0	26033218	21.5	82506016	68.2	12468343	10.3
'50-'85 増	36934349	43.9	Δ 3753194	Δ12.6	32337704	64.5	8313299	200.1

注 ① 総数には年齢不詳を含む。 ② 1950年では、沖縄県の70歳以上の外国人136人を除く。

資料：国勢調査結果報告により作成

表 3 都道府県別の65歳以上人口比率別区市町村数と1970-'85年増減で総数0-14歳、15-64歳で、減少している区市町村数

1985年の 高齢率	都道府県 の 高齢化 率	高齢化比率別での区市町村数							高齢化比率が最高の 区市町村の%と人口	高齢化比率が最低の 区市町村の%と人口	'70-'85年 増減で、総数、 0-14、 15-64歳 減少の区市町村数	<参考> 高齢化率 15.6%以上の 区市町村数		
		総数	10.3 % 未満	10.3   11.6	11.6   13.6	13.6   15.6	15.6   18.8	18.8 % 以上						
島根県	15.3	59	-	2	3	7	19	28	29.8% 知夫村 3764人	10.6% 東出雲町 11507人	40	67.8	47	79.7
高知県	14.5	53	-	1	-	11	18	23	28.0% 池川町 3019人	10.9% 高知市 312241人	37	69.8	41	77.4
鹿児島県	14.2	96	1	1	3	23	34	34	28.6% 大浦町 3764人	9.6% 鹿児島市 530502人	66	68.8	68	70.8
鳥取県	13.7	39	-	1	3	12	20	3	22.0% 日南町 8470人	11.0% 鳥取市 137060人	20	51.3	23	59.0
長野県	13.6	121	-	5	23	23	37	33	25.8% 清内路村 917人	11.1% 波田町 12316人	68	56.2	70	57.9
山形県	13.4	44	-	1	10	21	12	-	18.3% 朝日町10875人	11.2% 山形市 245158人	33	75.0	12	27.3
徳島県	13.3	50	3	2	7	5	22	11	23.9% 木屋平村 1950人	7.7% 藍住町 22617人	33	64.0	33	66.0
香川県	13.3	43	1	4	5	11	18	4	19.9% 綾上町 7920人	9.4% 牟礼町 17250人	12	27.9	22	51.2
山口県	13.3	56	2	6	6	8	12	22	35.2% 東和町 7048人	8.4% 和木町 7328人	30	53.6	34	60.7
和歌山県	13.2	50	1	1	8	12	15	13	28.9% 北山村 686人	9.1% 岩出町 28066人	33	66.0	28	56.0
熊本県	13.2	98	2	2	19	23	43	9	20.8% 有明町 7641人	9.6% 菊陽町 22585人	64	65.3	52	53.1
大分県	13.1	58	1	-	6	10	20	21	26.0% 真玉町 4678人	8.1% 大分市 390096人	47	81.0	41	70.7
佐賀県	13.0	49	2	4	12	21	10	-	18.1% 大町町 9682人	10.0% 鳥栖市 55791人	26	53.1	10	20.4
岡山県	13.0	78	2	4	6	11	18	37	25.1% 備中町 3971人	9.6% 山陽町 21129人	50	64.1	45	57.7
愛媛県	12.9	70	3	1	8	13	22	23	28.6% 関前町 1397人	9.4% 松山市 426658人	37	52.9	45	64.3
山梨県	12.9	64	8	7	4	14	22	9	27.9% 芦川村 843人	6.4% 竜王町 31515人	31	48.4	31	48.4
福井県	12.8	35	-	2	5	19	8	1	20.0% 池田町 4318人	10.5% 敦賀市 65670人	13	37.1	9	25.7
新潟県	12.8	112	6	2	24	32	29	19	24.0% 畑野町 5944人	9.2% 黒崎町 21748人	65	58.0	48	42.9
富山県	12.8	35	2	2	8	14	7	2	22.4% 平村 1770人	9.1% 小杉町 21380人	12	34.3	9	25.7
秋田県	12.6	69	3	2	15	38	10	1	19.6% 阿仁町 5596人	7.3% 大潟村 3254人	60	87.0	11	15.9
三重県	12.1	69	11	6	14	15	17	6	28.3% 紀和町 2351人	8.2% 木曾岬村 6307人	23	33.3	23	33.3
長崎県	12.1	79	4	9	13	34	14	5	27.5% 崎戸町 3241人	7.8% 長与町 30896人	44	55.7	19	24.1
宮崎県	12.0	44	3	4	9	13	14	1	19.7% 北郷村 2635人	8.9% 宮崎市 279114人	21	47.7	15	34.1
福島県	11.9	90	4	9	26	26	16	9	25.5% 金山町 4282人	8.7% 郡山市 301673人	51	56.7	25	27.8
石川県	11.9	41	4	4	7	12	12	2	22.1% 門前町11440人	6.2% 野々市町 36080人	24	58.3	14	34.1
岩手県	11.9	62	4	9	20	14	15	-	18.6% 湯田町 5074人	6.0% 滝沢村 31733人	34	54.8	15	24.6
広島県	11.5	93	12	5	8	10	10	48	28.5% 作木村 2439人	6.6% 海田町 30633人	50	53.8	58	62.4
京都府	11.2	54	13	5	5	7	15	9	23.3% 大江町 6315人	5.8% 八幡市 72356人	28	51.9	24	44.4
群馬県	11.2	70	10	16	17	15	8	4	23.9% 上野村 1968人	7.5% 大泉町 35925人	27	38.6	12	17.1
岐阜県	10.9	100	20	8	17	22	19	14	26.3% 坂内村 814人	6.6% 岐阜南町 19383人	44	44.0	33	33.0
滋賀県	10.8	50	8	5	14	16	7	-	18.3% 朽木村 2815人	6.4% 甲西町 28527人	8	16.0	7	14.0
福岡県	10.6	109	27	8	23	29	18	4	21.9% 星野村 4730人	6.1% 春日市 75555人	38	34.9	22	20.2
栃木県	10.5	49	12	10	13	10	3	1	21.8% 足尾町 5556人	8.1% 河内町 26266人	13	26.5	4	8.2
青森県	10.4	67	8	13	23	17	6	-	17.3% 平館村 3431人	7.2% 三沢市 41425人	44	65.7	6	9.0
兵庫県	10.3	99	23	2	17	13	32	12	21.2% 但東村 6581人	7.9% 加古川市 227311人	43	43.4	44	44.4
静岡県	10.3	75	21	11	14	15	10	4	21.4% 龍山村 1830人	7.2% 清水町 26803人	24	32.0	14	18.7
茨城県	10.2	92	28	11	28	14	10	1	19.0% 緒川村 5213人	4.4% 桜村 41335人	11	12.0	11	12.0
奈良県	10.1	47	16	5	3	4	13	6	25.0% 下北山村 1589人	5.8% 上牧町 18826人	18	38.3	19	40.4
宮城県	9.9	74	14	3	23	20	14	-	18.5% 七ヶ宿村 2543人	5.3% 泉市 124216人	34	72.3	14	18.9
北海道	9.7	218	46	25	69	48	27	3	31.0% 大滝村 2098人	5.3% 千歳市 73610人	175	80.3	30	13.8
東京都	8.9	64	43	5	6	4	4	2	19.4% 桧原村 4012人	5.0% 多摩市 122135人	23	35.9	6	9.4
沖縄県	8.6	53	22	6	7	3	7	8	31.9% 渡名喜村 529人	5.2% 浦添市 81611人	14	26.4	15	28.3
愛知県	8.5	103	67	7	13	4	5	7	23.6% 津具村 2035人	4.9% 名東区 142146人	23	22.3	12	11.7
大阪府	8.3	69	52	3	10	4	-	-	15.4% 能勢町10389人	5.5% 門真市 140590人	21	30.4	-	-
千葉県	7.9	80	26	3	12	14	21	4	20.1% 三芳村 4756人	4.1% 浦安市 93756人	15	18.8	25	31.2
神奈川県	7.5	56	43	5	8	-	-	-	13.1% 湯河原町26027人	4.9% 綾瀬市 71152人	12	21.4	-	-
埼玉県	7.2	92	57	17	11	2	3	2	20.1% 名栗村 2559人	4.6% 三郷市 107964人	7	7.6	5	5.4
全 国	10.3	3378	635	264	605	713	716	445	35.2% 山口県東郷 7048人	4.1% 千葉県鎌波 93756人	1645	48.7	1151	34.1

注 (1)高齢化比率別は、10.3%が国調1985年の全国平均値。11.6%は1990年、13.6%は1985年、15.6%は2000年、18.8%は2010年で、厚生省人口問題研究所の推計全国平均値。

(2)一部未定稿

資料：国調結果報告により作成

上畑鉄之丞（国立公衆衛生院疫学部）

1. 労働者の健康破壊をめぐる最近の状況

高度情報化時代、あるいはハイテクノロジー時代ともいわれる今日のわが国では、労働者の健康への関心がかつてないほど大きくなりつつある。また、健康障害の内容も、がんや循環器疾患での病態の変化や精神疾患の増加など、従来の健康破壊とは異なった特徴をもってきている。労働者をとりまく環境を現象面でみると、中高年労働者の比重が増加するなかで、企業の利益重視の合理化は、オフィスの工場化、作業工程のコンピューター化、不採算部門の下請けや切り捨て、あるいは海外依存化を強め、派遣労働者や出向労働者が増加、他方で失業者や半失業者が増大している。そのため、長時間労働、とくに時間外労働や夜間労働の固定化による疲労性健康障害、急速なコンピュータ合理化からくる作業態様の変化や雇用条件を含む労働条件の不安定さなどによる職業性ストレス起因の健康障害の多発が懸念され、その実態の解明とともに、根本的な対応が求められる状況にある。一方、労働者の健康破壊を取り上げ、一定の予防対策活動をすすめる役割を果たしてきた労働組合運動は、労使協調を基本とする近年の傾向のなかで、主体的力量を低下させ、状況を更に加速させるとともに、その実態を不鮮明にし、事態を更に深刻な状態に陥らせている。

II. 過労死の発症過程からみた健康破壊の特徴

脳血管疾患や心疾患を発症した労働者の労災認定を要求する運動は、ここ10年くらいの間に次第に拡がりつつある。これら疾病の発症経過をみると、個別的な違いはあるものの、必ずなんらかの現代における過重な労働負担が関わっているのが特徴である。図2、表1に示したように、様々な情動ストレスや人間の生体リズムに反した長時間労働や深夜勤務が、複合的に関与している場合が多い。そして、こうした過重な労働負担の結果、生活の場での健康的な習慣を維持出来ず、既存疾病を悪化させているのも特徴で、個別事例のもつ労働過程の問題を、労働生理学や疫学などの研究分野で検討することが必要である。とくに、疫学分野では、「生活」習慣レベルのリスクファクターや身体要因の検討にとどめるだけでなく、労働過程を出発点とした研究が重要である。

III. 長時間労働による疲労、健康障害

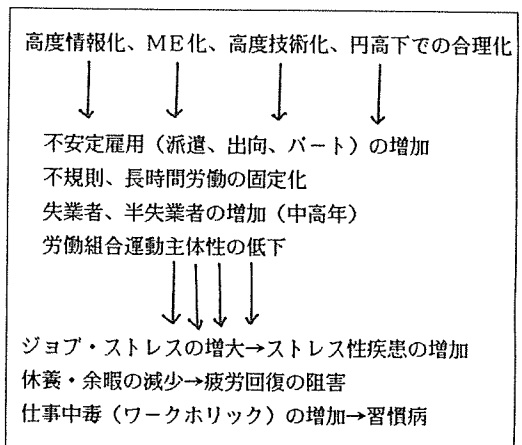
演者が、過労死の事例検討のなかでおこなった長時間

労働に関する調査を紹介する。

1) 残業と疲労蓄積に関する調査…設計・企画や現場での管理・監督などをおこなう大手建設会社の男性技術系労働者約2.3万人（週休2日制）を対象に、平均的な月間残業時間数及び4段階に区分した疲労状態の質問への記入を求めた。この結果では、残業が月20時間以上になると蓄積疲労訴え率が増加傾向を示し、月40時間を越えると、その傾向は一層顕著になった。同様な結果は、その後春闘時短共闘会議がおこなった33単産の夜勤労働者を対象にした調査や越河らが関与した電機産業労働者のメンタルヘルス調査のなかでも得られている。

2) 製薬会社プロパーの疾病罹患調査…医療機関に自社製品の宣伝・販売をおこなうプロパーの仕事は、労働時間からみると不規則、かつ長時間であるが、自主的裁量部分が多いため正確な把握は困難である。化学産業の労働組合員の健康調査に協力した際、某大手医薬品会社の男性営業労働者と性・年齢をマッチさせた事務系労働者の疾病罹患状況を比較した。その結果、疲労蓄積訴え率、腰痛、胃

図1 労働者の健康にかかわる環境と影響



腸疾患、痔疾などが前者に有意に高かった。

3)交通労働者の健康調査…タクシー運転など路面運送労働者の労働時間は、賃金にノルマ制が導入されていることから著しく長くなっている。東京など大都市では、通常18時間拘束で2時間までの残業を認め、月12-13回勤務制をとっているが、1勤務で20時間以上ハンドルをとる労働者も少なくない。また長距離トラック運転や貨物の積載に従事する労働者の場合も長時間労働が多い。こうした労働での生体リズムに着目した研究は多いが、演者らのタクシー運転手やトラックターミナル作業者の血圧や尿中電解質やカテコールアミンの排泄状況に関する調査では、深夜から明け方にかけてバランスが乱れ、血圧上昇的になることがわかっている。またタクシー運転手の死因に関する疫学調査では、心疾患などの循環器疾患死亡のSMRが高く、深夜勤、運転労働、不規則長時間労働などが健康悪化の要因であることを示している。

4)民放テレビ局員の残業と労働・生活意識調査…最近の深夜番組急増のなかで、テレビ局労働者の在職死亡が目立っている。民放労連の東京キー局調査では、年間1000人あたり4人の死亡があるとしている。この背景には、現場で無制限に残業がおこなわれ、生活給として固定化している現状があり、演者らの仕事や生活習慣調査では、残業の多い者ほど健康的な生活に対する正常な感覚を失い、仕事中毒化している状態が見られている。

#### Ⅳ.長時間労働と健康障害

労働時間には、日、週、月、年、生涯労働時間など様々な区切り方があり、一連続作業時間の概念も使用されている。このうち、8時間労働は、一日を睡眠、労働、余暇に均等に配分した健康を保護するうえで、最も基本的な時間概念である。身体負担が少なく、精神・神経負担の大きい労働の比重が増加している現代では、回復度の遅い神経疲労を緩和させる目的からみても、一日労働時間を短縮し、余暇時間を増加させることが求められるべきである。一日労働時間の規制は、昼間労働を基本にした労働生理学の分野での概日リズムにも合致し、夜勤・交替制労働では、より厳しい時間規制を行うのは当然である。週及び月・年労働時間の概念は、一日労働時間の延長上で、休日を付与することを前提にしたもので、休日増と一日労働時間短縮や時間外労働をなくすことを混同すべきでない。

長時間労働や休日の少ない労働が、健康にどのような影響を及ぼすかに限定した研究はまだ少ない。これは、過去のこうした条件下での労働が、劣悪な労働環境をとめない、もっぱら有害環境に目を向けられてきたためと考えられる。過去に女工結核の研究では、明確に労働時間問題をとりあげており、近年の夜勤交替制労働の研究でも、夜勤時間の短縮という形での提起をはじめつつある。今後は研究の展開では、長時間労働自体が、健康を悪化させる主要な有害要因のひとつであることを、目的意識的に検討すべきである。

図2 過労死発症の外環境（事例の特徴研究から）

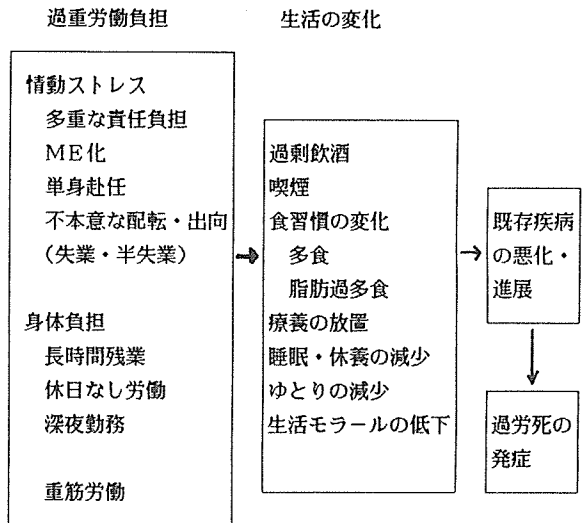


表-1・過去10年間で循環器疾患の業務上認定の自験48例の概要

イ) 病名分類		ロ) 業務上認定をおこなった機関	
脳血管疾患		民間	
脳出血	16例	労働基準監督署	25例
脳血栓	6	労働基準局	12
くも膜下出血	14	労働保険審査会	1
脳卒中	3	公務員	
心疾患		地方公務員基金	6例
虚血性心疾患	3例	人事院	2
急性心不全	6	裁判所	2例
ハ) 年齢分布			
34歳未満	6例		
35-39	9		
40-44	14		
45-49	13		
50歳以上	6		
ニ) 作業態様と職種			
肉休労働を主とする作業態様			5例
大工, 左官, コンクリート工, 土工, ボイラーマン(各1)			
生体リズムに反する作業態様			14例
タクシー運転手(5), ハイヤー運転手(1), トラック運転手(1), 深夜勤作業員(5), 工具(2)			
情動ストレスの強い作業態様			29例
新聞記者(7), テレビ局勤務者(4), 研究者(3), 営業マン(7), 教員(4), 管理職(3), 編集者(1)			

県外水俣病被害者掘り起こし検診の現代的意義

○ 尾 藤 廣 喜

(鴨川法律事務所、弁護士)

1. なぜ京都で水俣病裁判か

水俣病が、公式に届け出られたのが、1956年5月1日。以来、すでに32年が経過している。にもかかわらず、1988年4月末現在、水俣病の認定申請をなした者15,702名のうち、認定された者がわずかに2,200名、数万にもものぼるといわれる被害のほとんどが何らの救済も受けることなく放置されている。

中でも、不知火海沿岸に居住していた被害者が、諸般の事情下で関西・関東方面に移住した「県外被害者」の救済は、遅々として進んでいない(表1参照)。

水俣病京都訴訟は、①これらの県外被害者の全面救済と②水俣病問題の解決が全国的課題であることを明らかにするため、国・チッソ等を被告とした損害賠償請求訴訟であり、県外被害者の訴訟としては大阪、東京に次ぐ3番目の訴訟である(1985年11月28日提訴)。

表1 県外被害者認定申請状況(1988年3月31日現在)

県 外	申請事件数	内 訳		
		認 定	棄 却	未処理
福 岡 県	150	8	79	63
佐 賀 県	1			1
長 崎 県	17	4	9	4
宮 崎 県	7		5	2
鹿 児 島 県	141	17	79	45
沖 縄 県	1		1	
徳 島 県	2			2
愛 媛 県	1		1	
高 知 県	5		3	2
岡 山 県	6		3	3
広 島 県	25		12	13
山 口 県	10	2	3	5
滋 賀 県	12		4	8
京 都 府	18	2	8	8
大 阪 府	213	16	84	113
兵 庫 県	42		19	23
奈 良 県	17	1	4	12
和 歌 山 県	1	1		
枝 早 県	28	3	11	14
静 岡 県	14	1	5	8
愛 知 県	82	6	31	45
三 重 県	5			5
富 山 県	2		1	1
石 川 県	2		1	1
群 馬 県	1		1	
埼 玉 県	16		9	7
千 葉 県	14	1	5	8
東 京 都	23	1	9	13
神 奈 川 県	25	2	12	11
福 島 県	2		2	
島 根 県	1			1
小 計	884	65	401	418
合 計	12,336	1,750	6,653	3,933

2. 放置され続けた県外被害者

県外被害者の実態すら、ほとんど解明されていない。

① その中で、熊大原田正純による、県外被害者についての先進的なとりくみが注目される

1973年 宇治市におけるU君宅訪問など  
(これが水俣病刑事裁判、胎児に対する傷害致死罪に)

② 京都訴訟の審理の中で

・ 都会の波にうずもれて放置されたままの被害者たち

・ 何人の人が転出して、何人の人が発病しているのかが、全く把握できないいらだちといきどおり。

3. 京都弁護団の取りくみ

① 把握している被害者宅の一軒一軒を訪問する活動

② 熊本現地の被害者宅の訪問と県外被害者の紹介を求める活動

③ 水俣協立病院藤野紘提案と県外被害者一斉検診の決意

4. 初の県外被害者一斉検診の実地



- ① 1987年4月 京都、大阪民医連を中心とする検診実行委員会の結成
- ② 検診参加への呼びかけ
- ③ 1987年7月4日・7月5日・9月13日 大阪西淀病院にて実施
- ④ 3日間でのべ142人が受診、うち99人が水俣病又はその疑いとの診断をうける。

5. 一斉検診の内容と結果（表2、3）

表2 受診者現在年齢

年齢	全検診受診者			水俣病及び疑診			水俣病以外		
	男	女	計	男	女	計	男	女	計
20～24									
25～29		1	1		1	1			
30～34	2	1	3		1	1	2		2
35～39	2	6	8		5	5	2	1	3
40～44	8	3	11	3	2	5	5	1	6
45～49	17	20	37	11	14	25	6	6	12
50～54	19	13	32	14	10	24	5	3	8
55～59	14	14	28	10	11	21	4	3	7
60～64	6	6	12	4	5	9	2	1	3
65～69		6	6		5	5		1	1
70～74	2	1	3	2		2		1	1
75～79		1	1		1	1			
80～									
計	70	72	142	44	55	99	26	17	43

表3 受診者現在居住地別分布状況

	全検診受診者			水俣病及び疑診			水俣病以外		
	男	女	計	男	女	計	男	女	計
大阪	35	43	78	22	33	55	13	10	23
京都	6	4	10	2	4	6	4		4
奈良	5	4	9	4	4	8	1		1
兵庫	7	7	14	4	5	9	3	2	5
滋賀	3	2	5	2	2	4	1		1
和歌山	1		1	1		1			
岡山	1	1	2	1	1	2			
広島	4	1	5	3	1	4	1		1
岐阜		1	1					1	1
愛知	7	9	16	5	5	10	2	4	6
三重	1		1				1		1
合計	70	72	142	44	55	99	26	17	43

6. その後の動き

- ① 鹿児島、東京での検診実施へ
- ② 1987年11月28日、29日1000名不知火海大検診の成功へ
- ③ 京都訴訟の原告団103名に

7. 県外掘り起こし検診から何を学ぶか

- ① 国、認定審査会の病像論の誤りの明確化  
被害の実態から病像をとらえることの重要性
- ② 拡大しつづける公害被害者の実態調査についての行政の責任
- ③ 県外被害者の「HOPELESSな治療」（原田正純）を「HOPEFULな治療」へ一歩でも近づけるために
- ④ 医療において症状の発生原因を明らかにすることの重要性 —— 疾病は作られるということ

西 三郎（東京都立大学人文学部社会福祉行政論講座）

1. はじめに：地域保健・医療と言わずに、憲法にある公衆衛生、国民が誰でも用いる医療を何故使わないのか。公衆衛生、医療の基本を考えさせないで、個人の努力に依拠する方向を批判し、生存権を保障する改革を具体的に展開することが必要。

## 2. 地域保健・地域医療の登場とそのねらい

1) 地域保健(Community)：Community Health, C.H. Services, C.H. Care は、それぞれ多少意味を異にして用いられているが、いずれも明確な概念ではない。アメリカで登場したのは、21世紀の半ば過ぎからといわれ、1962年アメリカ公衆衛生協会に地域保健委員会が設置され、多くの報告書を発表している。イギリスでは、NHSの再編成が行われた1974年頃からで、再編成されたNHSに地域保健委員会、地域保健サービスという言葉が用いられている。日本では、武見太郎が日本医師会長に就任直後の1957年「医師会中心地域社会活動の必要性、理念並びにその具体的方法」を発表し、その後、地域保健活動という言葉を用いている。これらに共通することは、古典的な伝染病の予防から、病氣一般の予防への拡大されるなかで、それぞれの地域社会における生活を重視した保健活動の必要性を認識し、新たな改革を意図して新しい用語を用いたものといえよう。

地域という言葉には、アメリカでは地域社会の自治の概念が含まれており、イギリスではNHSの中で、地域が確定され、委員会に機関委任されている。しかるに、日本での地域には、自治が含まれておらず、サービス提供側からの生活重視に過ぎない。日本医師会では、コミュニティの概念を中央集権的に区画された行政区画のあり方から脱却して、主権在民的に形成されてきた概念と述べていながら、自治の保障には全く触れていない。すなわち、地域及びコミュニティの概念を明確にせず、特に自治についての保障のないままに、権力の側から一方的に使用し始めた用語といえよう。

2) 地域医療(Region)：地域保健と地域医療との区分は、英語・日本語ともに不明確である。日本語では、保健と医療と区分されていることから、地域保健は、公衆衛生分野で、地域医療は医療分野でという違いがみられている。ここでは、Regionの

意味での地域について述べよう。

スウェーデンは、1970年に地域病院計画を議会で定め、全国を7つの病院地域に区分した。それぞれの病院区の人口は約100万で、区域内で医療が完結できるよう計画された。ここでの方法論は、区域を設定して医療資源の効率的配分を行うというその後広く普及した地域科学によっている。その後のアメリカにおける病院再編成、医療計画も同様の視点での地域設定であり、イギリスのNHS再編成もその系統といえよう。日本での、医療法改正による医療計画も同じ背景であるが、方法論が全く欠如し、理念のないままに、現在の病床の数字のみをいじるゲリマンダー計画といえよう。

3) 地域保健・医療から公衆衛生が見えない：生活重視のコミュニティであれ、資源配分のためのリジョンであれ、その発想を抱き、設定するのは、そこに生活している人ではない。しかし、日本以外の先進諸国では、住民自治、住民参加、消費者参加への努力を含めているにもかかわらず、日本では全く欠如したままで、言葉だけ住民向けの地域論であった。日本の一部には、身近なところの意味で地域を用いているが、地域保健・医療がそのような意図とは異なる形で用いられていることと結び付くことへの反省が不足していることを指摘したい。

公衆衛生にかかわる人々は、地域保健を公衆衛生から環境衛生を除いた分野の用語として理解していることが多い。公衆衛生という言葉は、戦後アメリカから導入され、当時のウインズローの定義の影響もあって、医学系では、医学の一部とわい小化している。しかし、憲法での公衆衛生は、医療を含むものである。WHOにおいても、医療を含めて同様に広く解釈している。この憲法にある公衆衛生という言葉用いないで地域保健を用いることは、憲法との関連を薄れさせる効果があるといえよう。憲法からは、生存権の保障が導きだせるが、地域保健からは、公的責任が引き出し難い。また地方自治法第2条「一、地方公共の秩序を維持し、住民及び滞在者の安全、健康及び福祉を保持すること。」医師法第1条「医師は、医療及び保健指導を掌ることによつて公衆衛生の向上及び増進に寄与し、もつて国民

の健康な生活を確保するものとする。」社団法人日本医師会定款「(目的)第4条 本会は、医道の高揚、医学及び技術の発達並びに公衆衛生の向上を図り、もって社会福祉を増進することを目的とする。」などの重要な規定との関連も薄れよう。

### 3. 医療改革のねらいと実績

医療費の高騰は、日本に限らず先進諸国共通の悩みで、それを阻止する施策をすすめることに各国とも苦慮している。そのような中で、日本での改革は、最も遅れて着手したにもかかわらず、着実に国が予定した施策をすすめている。すなわち、医療費の高騰に加えて、高齢化社会を迎えることから、医療における国の財政負担の軽減を図ることがねらいである。

このための第1弾は、老人保健法の改正で、そのことの意義は大きい。すなわち、老人医療の無料化の廃止(後の健康保険本人の一部負担へ)、財政調整(今回の国保改正への先駆け)、老人医療診療報酬を別の体系とし診療報酬のマルメ・長期入院抑制、特例許可・特例許可外病院の制度の導入(後の老人保健施設へ、さらに各種中間施設へ)、医療を保健事業に含め、机上ではあるが保健と医療との統合を図った(後の医療計画を保健医療計画とさせ、保健所の整理へ)。医療を除く保健事業は、衛生行政法による事業では、最初の団体委任事務である。しかも、行政指導により、実態は機関委任事務と同じいすることに成功した(少ない国費で地方を規制する)。次いで、健康保険法改正、医療法改正、国立病院・療養所の再編成関連法の制定、国民健康保険法改正と医療費適正化対策がすすめられている。さらに、「国民医療総合対策本部中間報告」、若手官僚による「変革期における厚生行政の新たな展開のための提言」とうが発表されている。

以上の改革に対する問題点について、多くの関係団体諸機関が賛否こもごも意見を表明している。しかしながら、いずれの意見も現在すすめている国の負担を軽減するためという基本的な改革路線を翻すには至っていない。現在の方向は、基本路線への正面からの批判に対しては、無視に近く、部分改正の意見は、国として都合のよい部分を採用している。改革の実務の段階で、日本医師会の若手ホープの医師を随所に活用し、医師会の手の内を読みながら部分的な修正を加えて、次々に新しい施策を打ち出している。このような、状況のもとで、憲法の理念をうたうのみでなく、実態化して行くことへの努力が必要といえよう。次に、このことへの私見を述べる。

### 4. 憲法をまちの暮らしのなかに

この言葉は、新しい言葉ではないが、常に確認しておくことが重要と考え、この基本に沿って基本的な事項を説明する。

①生存権、健康権を保障するための公衆衛生を基本におく：WHOの憲章の前文より、健康の定義が広く引用されている。しかし、「到達しうる最高基準の健康を享有することは、人種、宗教、政治的信念又は経済的若しくは社会的条件の差別なしに万人の有する基本的権利の一つである。」「各国政府は、自国民の健康に関して責任を有し、この責任は、十分な保健的及び社会的措置を執ることによってのみ果たすことができる。」をも広く引用に努め、国民の権利と国の責任を明らかにすることが必要である。憲法及び厚生省設置法に規定されている社会福祉、社会保障、公衆衛生の向上及び増進の任務を無視した公務員の発言を厳しく批判しなければならない。

②安心して死ねない実態を明らかにする：世界の最長寿国になりながら、健康への関心とともに不安が多いことの矛盾を個別の実態から明らかにする。現在の在宅ケアの紹介の多くは、個人的な努力による美談が語られているが組織だった活動は一部に限られている。本来患者は、医学的に病院に入院しなければならぬ状態を除けば、療養生活を在宅か、その他の施設かを自由に選択できなければならない。もし、在宅であっても、病院内と同じ診療水準が確保されていることが必要である。このことは、天皇の在宅ケアの状況からみても明らかである。さらに、夫婦、家族がお互いに助け合うことに、専門職の分野の業務を行うことが含まれてはならない。すなわち、家族の犠牲でのケアは、家族の生活権を無視することから許してはならない。

③専門職が責任を全うできる条件を整える：医療従事者が単独で業務をすすめることが許されるのは、限られた病態のみで、各種の専門職によるチームのもとで、しかも、そのチームを支えるシステムがなければならぬ。このことは、専門職が自分の専門に責任を持っているならば、他の分野の専門職への協力要請が自然と行われ、保健と医療と福祉の連携は可能である。もちろん、継続して行えるための制度面、財政面等の裏付けが必要であり、具体的な事実に基づく要請の積み重ねにより制度改革への途を開くことが重要である。

④地方自治の確立と健康で幸せなまちづくり：国の責任を十分に認識した上で、専門職が参加する住民自治に基づく健康で幸せなまちづくりの推進が必要であろう。

一僻山村における生活の変容と保健

金子 勇 (長野県阿南町和合僻地診療所)

はじめに: 長野県下伊那郡阿南町、とりわけその和合地区は、過疎化が激しく、今や在住人口の32.8%を、65歳以上が占めるに至っている。阿南町及び和合地区の農業を中心とした生活の変容を概観し、人口老令化の実態をふまえ、そこに惹起される保健問題の一環を検討する。

地域の概況: 天竜川をはさみ、中央と南アルプスにわたる長野県南部山岳地帯は、過疎町村の集中地域であり、南端が愛知県に接する阿南町人口も、'85年には'60年の68.2%に減少、農家人口は60%となっており(表1)。オ1次産業の落ち目の一環、オ2・3次産業人口の割合が高まり、農家もオ2種兼業が増えている(表2・3)。合併した旧4村の中でも、旧和合村は町の面積の半分60km<sup>2</sup>を占めるが、林野率86%、適位地は13.6%に過ぎず、'60年には町の人口の12.3%を占めていたのに、'85年には、7.3%に過ぎなくなっている。従来管んできた農林業の複合経営が追いつめられ、茅葺離村、若年層の流出が相継ぎ、その結果、出生率の激減が加ったためである。

阿南町の農業: 農産物販売金額一位の部門別農家数(表4)で、町の農業概況は推測されるが、和合地区は、工芸作物(こんにやく)、その他(椎茸等)の割合が高く、より山村的特徴を示している。生産状況の推移をみると(表5)、養蚕の落ち目、工芸作物、茶、梅の停滞が目立ち、その他は、一見順調

表1. 人口の推移(阿南町) 口勢調査(農業センサス)

年	1960	1965	1970	1975	1980	1985
人口(農家別)	10343(7722)	9294(-)	8261(5881)	7652(5048)	7290(492)	7052(4640)

表2. 産業別就業人口(阿南町) 表3. 専兼別農家数(阿南町)

年	産業別就業人口			年	専兼別農家数		
	1次産業	2次産業	3次産業		専業	1種兼業	2種兼業
'70	2533(53.1)	958(20.1)	1279(26.8)	'70	233(17.0)	529(38.7)	606(44.3)
'85	1216(30.1)	1482(36.7)	1340(33.2)	'85	196(17.0)	170(14.7)	787(68.3)

表4. 農産物販売金額1位の部門別農家数(阿南町) '85農業センサス

作物	農家数											
	総数	稲作	養蚕	野菜類	工芸作物	酪農	牧畜	果樹	養豚	椎茸	養鶏	その他
戸数	阿南 880	424	129	59	46	39	21	19	17	13	4	88
	和合 112	23	3	4	27	4	2	1	-	3	-	43
割合%	阿南 100	48.1	14.7	6.7	5.2	4.4	2.4	2.2	1.9	1.5	0.5	10.0
	和合 100	20.5	2.7	3.6	24.1	3.6	1.8	0.9	-	2.7	-	38.4

表5. 農業生産状況(阿南町) 単位: 百万円

年	農業概生産概算額(生産農業所得統計)								特産物販売額(農協)					
	総額	米	乳牛	豚	肉牛	養蚕	野菜	果実	工芸	栗	りんご	茶	梅	
'70	923	286	130	49	42	227	54	16	44	'83	48	1	12	11
'75	1701	473	358	199	105	245	135	28	81	'84	50	3	4	14
'80	1922	431	363	260	178	292	154	26	34	'85	52	10	9	29
'85	1847	474	389	224	176	165	162	52	50	'86	55	15	8	5

表6. 課税所得(阿南町税務課調) 単位: 千円

年	計				農業			営業			給与		
	件数	1件当	割合		件数	1件当	%	件数	1件当	%	件数	1件当	%
和合	1983	373	687(100)	145	331(18.7)	7	795(2.2)	190	1019(76.5)				
	1986	370	710(100)	151	248(14.3)	14	835(4.4)	187	1121(79.0)				
阿南町	1983	4734	1036(100)	1305	364(9.7)	225	799(3.7)	2775	1491(84.4)				
	1986	4753	1074(100)	1245	275(6.7)	204	973(3.9)	2874	1540(86.7)				

表7. 世帯・人口の推移(和合地区) 口勢調査 '88は住民台帳

年	1950	1960	1970	1980	1988	'88実在	
世帯数	315(100)	291(92.4)	225(71.4)	210(66.7)	170(53.9)	176(55.9)	
総数	1669(100)	1273(76.3)	745(44.6)	549(32.9)	488(29.2)	461(27.6)	
人	0~14	618(37.0)	413(32.4)	60(2.5)	51(9.3)	39(8.0)	36(7.8)
	15~29	474(28.0)	216(17.0)	68(9.1)	42(7.7)	52(10.7)	36(7.8)
	30~44	243(14.6)	276(21.0)	177(23.8)	90(16.4)	48(9.8)	42(9.1)
	45~59	218(13.1)	180(14.1)	162(21.7)	179(32.1)	130(26.6)	128(27.8)
	60~74	126(7.5)	145(11.4)	178(23.9)	118(21.5)	147(30.1)	147(31.9)
	75~	30(1.8)	43(3.4)		69(12.6)	72(14.8)	72(15.6)

のようだが、生産額でなく、生産農家数でみると、'60年に対し、'80年は、米 63.0、養蚕 46.0、乳用牛 19.0、肉用牛 38.5、豚 30.1、鶏 15.8%と激減、出荷量も、米 58.4、養蚕 72.5%へと減少、その他の飼育頭数は増加し、少数農家の多頭飼育化が進み、著しい変化を示している(農業セクター)。

既に乃二種兼業農家の増大に示された如く、課税所得に占める農業所得の割合は低下し、また、他と比べても農業の1件当所得は低い。特に和合地区は、町平均よりも低く、給与所得者の割合も低く、就労条件の劣悪さを物語っている(表6)。

**和合地区の人口減少と老令化:** '60年代に入って、山林労働者炭焼によって生活していた山村労働者層の専業離村が激化し、若年層の流出と出生数の減少が加わり、著しい人口減少と老令化を来した(表7)。若年層の減少の一方、老人人口の実数増があり、地区の老人割合は急増、それは人口指数の動きに端的に示されている(表8)。一世帯家族数も、'50年の5.3から、現在2.6人となり、その内容も、65歳以上老人世帯は、一人暮らし12.8%、老人のみ世帯16.1%にも達し、家庭の諸機能の低下は深刻だ(表9)。

**老人の健康と労働:** 国保受診傷病をみると、循環器を中心とした慢性疾患の割合が高まり、老人の増加と保健活動の反映が伺える(表10)。老人の持病は、高血圧性疾患、運動器・眼科疾患を中心に一人当2.1件と多く(表11)、受診率も高く、国保財政を圧迫している。しかし、生計を支える主労働に従事する者が多い(表12)。

**おわりに:** 家庭の介護力低下の中で、老人が病弱となり、生活力を喪失した時、様々な問題を惹起する。それに対応する行政を含む地域機能の強化が求められる。しかし、和合地区は、呆け老人、ぬたきり老人は少ない。その一因は、老人も働らき続けていることにある。農業を重視し、老人を許容する農村は、守らねばならない。

表8. 人口指数の推移(和合地区)

指数	年	1950	1960	1970	1980	1988	'88 在住人口
老年化( $\frac{A}{S} \times 100$ )		17.8	30.5	84.4	292.2	387.2	419.4
老年人口( $\frac{A}{S} \times 100$ )		11.7	17.2	30.0	42.7	50.7	55.1
幼年人口( $\frac{B}{S} \times 100$ )		65.7	56.2	35.6	14.6	13.1	13.1
従属人口( $\frac{A+B}{S} \times 100$ )		77.4	73.4	65.6	57.3	63.8	68.2

A = 0~4歳人口 B = 15~64歳人口 C = 65歳以上人口

表9. 世帯(実住)構成状況(和合地区・'88・5)

総数	一人暮らし		65歳以上		その他
	~64歳	65歳~	老人世帯	の世帯	
180	13	23	29	55	60
(100)	(7.2)	(12.8)	(16.1)	(30.6)	(33.3)

表10. 国保受診傷病大分類構成比(%)(和合地区・医科)

病類	呼吸器	循環器	消化器	神経感覚	皮膚積癬	筋骨格	不慮事故	性・泌尿器	伝染寄虫	分娩産褥	その他
1960	29.3	16.1	9.8	9.8	4.9	4.8	4.6	4.3	3.8	1.6	5.3
1980	16.5	46.4	5.9	5.9	2.5	7.7	2.1	2.7	0.3	0.1	4.4

表11. 老人の持病(和合地区, '84.7)

病類	実人数	疾病総数	高血圧性疾患	その他循環器	変形性膝関節症	腰・背痛	その他運動器	精神神経	眼科疾患	消化器	呼吸器	皮膚泌尿	代謝内分泌
60~69	88	140	41	8	24	10	13	14	5	14	5	2	4
70~79	66	165	45	11	26	10	9	9	19	17	11	6	2
80~	39	98	33	6	17	5	5	3	11	9	2	6	1
男	76	147	42	14	15	8	10	12	4	17	11	9	5
女	117	256	77	11	52	17	17	14	31	23	7	5	2
計	193	403	119	25	67	25	27	26	35	40	18	14	7
割合(%)	100	(100)	61.7	13.0	34.7	13.0	14.0	13.5	18.1	20.7	9.3	7.3	3.6

表12. 老人の労働程度(和合地区)

年性 年令	労働程度	総数	ぬたきり		補助労働	主労働従事	
			ぬたきり	ぬたきり おきたり		有病	無病
'84 7	男	76(100)	2(2.6)	4(5.3)	9(11.8)	55(72.4)	6(7.9)
	女	117(100)	0	6(5.1)	29(24.8)	73(62.4)	9(7.7)
	計	193(100)	2(1.0)	10(5.2)	38(19.7)	128(66.3)	15(7.8)
'88 5	60~69	110(100)	0	1(0.9)	3(2.7)	77(70.0)	29(26.4)
	70~79	68(100)	*②(2.9)	3(4.4)	15(22.1)	45(66.2)	3(4.4)
	80~	41(100)	0	10(24.4)	19(46.3)	10(24.4)	2(4.9)
5	男	92(100)	*②(2.2)	5(5.4)	7(7.6)	60(65.2)	18(19.6)
	女	127(100)	0	9(7.1)	30(23.6)	62(48.8)	16(12.6)
計	219(100)	*②(0.9)	14(6.4)	37(16.9)	122(55.7)	34(15.5)	

# 『保健所宣言』（案）

—地域での健康権確立のために—

起草委員長 小栗史郎（日本福祉大学）

## 〔前文〕

国民は健康で人間らしく生活する権利を有し、国にはそれを保障する責務があります。保健所は、この憲法が国に課した社会的使命を地域において担う第一線機関として、地域住民の疾病予防と健康増進並びに生活環境の安全性と快適性の保持に勤めて来ました。

戦後の平均寿命の伸びは、憲法に基づいて平和を保ち基本的人権保障の諸制度の拡充に勤めてきた勤労者・国民の運動と、医療従事者や私達公衆衛生関係者の努力によるものです。

しかしながら勤労者・国民をめぐる低賃金・長時間労働・共働き家庭など生活条件の劣悪化、住居・生活環境の整備と社会保障の確立は不十分で、有病率は年々上昇の一途をたどっています。「経済大国」になったにもかかわらず臨調「行革」路線は、平和を脅かし、核戦争の危機を増幅させながら、これら基本的人権の保障の制度の解体に着手しています。最近では社会保障、医療保障全般に渡って公的責任放棄の動きを強め人権侵害に及ぶ諸問題を惹起し、民間活力導入をすすめています。そうした中で、厚生省は1987年、「国民総合医療対策本部中間報告」を打ち出しました。また、「地域保健将来構想検討会」を設け、保健所法の「改正」など、公衆衛生関係制度と保健所の変質・解体に着手する考えを明らかにしました。

私達は、この様な動きに反対するとともに、国民の基本的人権を守る運動と保健所への期待に答えるため、ここにこれからの保健所の在り方について基本的な考え方をとりまとめました。関係者や住民の皆さんから御意見、御批判をいただきたいと思います。

また、私達は、これにもとずいて医療・福祉など関係者の人達との連携を強化して、地域住民の期待と要求に応えられるよう保健所を拡充し、平和を守り憲法をくらしに生かし、だれもが人間らしく生きることの出切る地域を、住民とともにつくることに努めます。

## 〔本文〕

### 1、第一線機能と総合性の重視

保健所は第一線の公衆衛生行政を担う公衆衛生の専門技術機関です。すなわち保健所は、住民と直接接触して、住民の生活、労働、環境にかかわる健康問題に総合的、科学的に対応する機関です。

このため保健所の第一線機能と総合性強化のため保健所の各種専門職員の、また地域の関係機関と専門家、とりわけ市町村との連携を緊密にして、地域の公衆衛生の向上を図ります。

### 2、地方自治の確立と住民参加

地域の健康問題の解決には、住民自治が基本的に重要です。このため、住民による自主的で総合的な地域造り運動を尊重し支援する立場に立ち、まず、保健所運営協議会が住民本意に運営されるよう委員の選任と運営の民主化を重視します。

### 3、保健所の財政保障とサービス無料原則

保健所の運営のための財源は、憲法に基づいて政府が責任をもって保障することを要求し、公衆衛生サービスには無料の原則を堅持して、受益者負担の原則に反対します。

### 4、保健所の増設と設置主体の自主性尊重

保健所を人口おおむね10万を基準として設置し、農山村・僻地・離島・住宅密集地帯等には支所の設置を要求します。

また住民の健康要求にきめ細かく対応するため、保健所を住民の身近に設けることを重視し、市町村が自主的に保健所を設置できるよう保健所法運用の改善を要請します。

### 5、保健所職員の必置義務と配置基準の設定

保健所の第一線機能と総合性を確保するには、それに必要な職員の必置義務と配置基準を定める必要があります。保健婦の配置基準は当面少なくとも人口3千人に一人とし、他の職員にもそれぞれ基準を政府は設定すると共に、配置基準にみあった人件費補助制度を確立し、職員を配置する義務を負うことを要求します。

#### 6、健康教育の重視と情報公開

健康教育と情報の公開は公衆衛生活動の基本であり保健所の主要機能の一つです。情報の公開周知とともに、保健所を住民の地域づくりの拠点として開放し、地域住民の自主的な学習と取組を援助し、健康権を自覚し自主的な健康で文化的な住民生活が確立されることを、私達は重視します。

#### 7、地域の健康実態の把握と問題の解決

保健所は、資料の活用や調査によって地域の保健医療の実態と住民要求を把握し、問題点を析出して課題を明らかにし、関係機関や専門家などとの連携・援助によって住民参加の地域保健医療計画を策定し、住民の生活実態、健康要求に合致した事業を計画・実施します。

#### 8、環境衛生問題への取組の強化

公害、住居環境、食品衛生などの環境衛生問題は健康保障の基盤です。健康に日常的に影響を与え、その被害による急性・慢性の健康障害がっています。住民生活の視点から問題点と課題を明らかにする中で、行政での位置付け不十分なものは、法改正を国に要求しながら地域住民の生活と健康要求に立脚した施策の実現に努めます。

#### 9、社会的弱者に対する保健サービスの強化

心身障害児（者）、ねたきり老人、精神障害者、難病患者、小零細企業従事者および低所得階層などの社会的弱者は、行政サービスの対象から切り捨てられようとしています。これらの人々へのサービス強化の一環として、休日・夜間の開設をすすめ、またそれらの人々の自主的な組織への援助を重視します。訪問看護、施設ケアと在宅ケアの公的保障の拡充・強化を要求します。

#### 10、保健所職員の基本姿勢

私達は役人意識を克服し、公務労働者としての自己研鑽につとめるとともに、地域に出て住民の生活に学び、その要求・意見を聞き問題解決に取り組みます。すなわち住民に依拠する姿勢を重視し、民主的な職場づくりに努めます。





# 一 般 講 演

( A 会 場 )

富家 孝 (大阪府立公衆衛生研究所)

わが国の第16回完全生命表から男女別年齢別死亡率を片対数グラフにかくと、単に死亡率が下がったとゆうだけでなく死亡率 $q_x$ の対数が直線になる年齢も大幅に低下しており、20才前後の不慮の事故や自殺などを除くと、すでに10才すぎからゴンベルツが指摘した関係:

$$\log q_x = aX + b \quad (1)$$

が一層鮮明に浮かび上がってきた。

ふつう、これを指数関数で表し、さらに若年層の死亡率を補正した、ゴンベルツ・マーカムの近似式:

$$q_x = A \cdot \exp[aX] + B \quad (2)$$

で表されてきた。

また、このBを充分小さいとして無視した指数関数を、加齢による老化の関数と見てその老化の生理学的機序の数理的モデルなども数多く作り出されてきた。

ここでは、それらの数理モデルとは関係なく(2)式のBを除いた関係そのものに注目する;

$$q_x' = aq_x \quad (3)$$

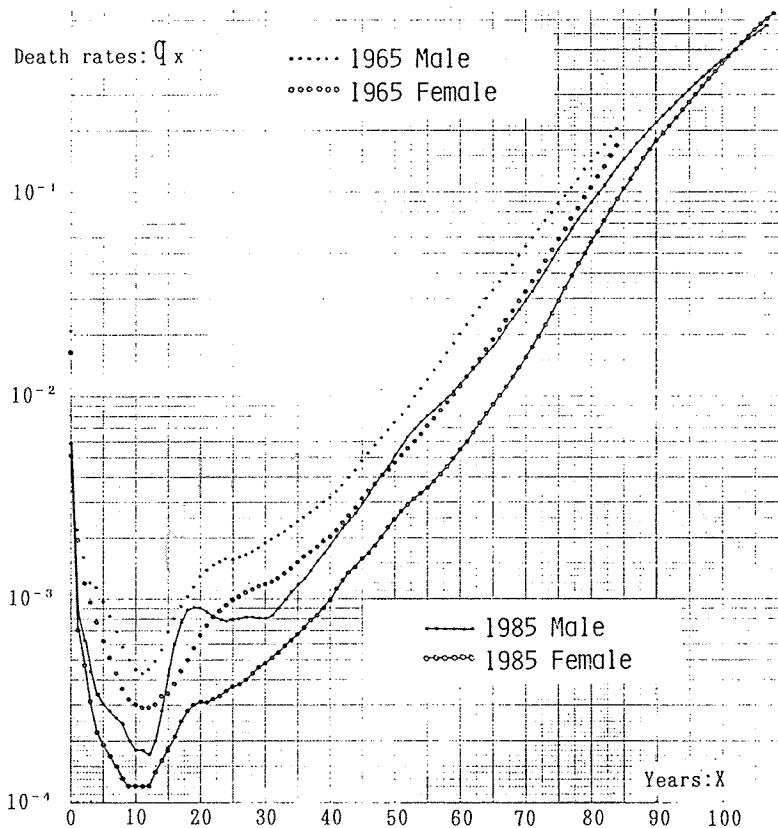
$$q_x'' = a^2 q_x \quad (4)$$

.....

もしも、ゴンベルツの法則でいう死亡率を老化の定量的表現とみなすことができるとすれば、(3),(4)など一連の関係式は;

\* 老化(の蓄積)と老化速度は比例する  
\* 老化は老化を加速する  
などと読み取ることができる。

このことは老化についての微視的な生物学的諸現象に捉われることなく老化にかかわる諸問題を考えるうえで示唆を与えうるのではなかろうか。



Death rates by sex and age: Japan, 1965-1985

# 東京都におけるねたきり老人と身障者 に対する在宅福祉関連予算の地域差

杉沢 秀博（東京都老人総合研究所・社会学部）

【目的】 近年、在宅福祉の重要性が強調されている。東京都のねたきり老人や身障者に対する在宅福祉の事業数は多く、その点に関しては都道府県の中でも進んでいる。しかし、都下の自治体間では、事業数に大きな格差がある。核家族化の進展や近隣関係による相互扶助の衰退によって、私的扶養機能が低下している都市では、その代替として、自治体などによる公的扶養に求められる役割・機能は大きい。そのため、自治体による在宅福祉対策の遅れは、在住の身障者やねたきり老人さらにはその家族の生活の低下や健康の悪化につながりかねない。本報告では、東京都23区を対象に、予算面から福祉需要の大きいねたきり老人と身障者に対する在宅福祉事業の地域差の存在とその要因を検討した。

### 【資料と分析方法】

①ねたきり老人と身障者に関する各区の在宅福祉事業を性質別（a. 現金・現物給付 b. 家事援助・身辺介助 c. 医療・看護・リハビリ）に分類し、性質ごとに予算額を加算したうえで、これらと活動実績との関係を分析した。予算額は、59・60・61の3か年の平均とした。用いた資料は「老人福祉政策区市町村単独事業一覧」と「区市町村における障害者福祉施策の概要」の2つである。②つぎに、性質別の予算額が地域によってどれほどバラツキがあるかを分析した。予算額は、地域に在住する老人や身障者の数の違いによって当然異なる。その影響をできるだけなくすために、ねたきり老人の予算額については老年人口で、身障者については全人口で除し、その予算額の地域によるバラツキを分析した。③最後に、性質別の予算額と社会・財政指標との関連を分析した。

### 【結果と考察】 1. 予算と実際の活動実績との関係

ねたきり老人に対する在宅福祉事業では、老年人口当りの「家事援助・身辺介護」関連の予算額が大きい地域ほど、家庭奉仕員の派遣回数も多く、また、老年人口当りの「看護・リハビリ」関連の予算額が大きい地域の場合は、訪問看護の派遣回数が多かった。身障者については、人口当りの「家事援助・身辺介護」関連の予算額が高い地域では、家庭奉仕員の派遣回数が多かった（表1）。このことは、ねたきり老人と身障者に対する在宅福祉予算の多寡が、実際の福祉活動の水準を強く規定していることを示している。

### 2. 性質別事業予算額の地域によるバラツキ

ねたきり老人および身障者に対する在宅福祉事業に共通して、老年人口または人口当りの「現金・現物給付」関連の予算額よりも、「家事援助・身辺介助」と「看護・リハビリ」関連の予算の方が地域によるバラツキが大きかった（表2）。都レベルでは、ねたきり老人と身障者に対する在宅福祉事業は現金・現物給付が多く、マンパワーを必要とする家事援助・身辺介助関連の事業は各自治体の対策に委ねられている。このように、各自治体に委ねられている事業領域で、自治体の姿勢によって格差が大きくなっていることがわかった。

### 3. 性質別予算額と社会・財政指標との関連

ねたきり老人に対する在宅福祉事業においては、生保受給者率が高い地域、また住民一人当たり納税額や住民一人当たり予算額が低い地域で、どの性質においても老年人口当りの予算額が低位であった。老年人口当りの「家事援助・身辺介助」関連の予算額は、人口当りの一人暮らし割合が低く、また一世帯当りの世帯員数が多い地域で低かった（表3）。生保受給者率、一人当たり納税額、一人当たり予算額は自治体の財政状況と強く関連し、一人暮らし割合と世帯員数は家族による扶養能力と関連が強い。したがって、第一に、家族員による私的扶養能力が高いため、住民が自治体などの公的な在宅福祉に依存する傾向が低く抑えられていること、第二には、自治体の財政が厳しいため、在宅福祉事業に充当する予算がないことの2点が、ねたきり老人に対する在宅福祉関連の予算額を低くしている理由と考えられた。身障者の場合は、一人暮らし割合や世帯員数は、どの性質の予算額とも関連が弱かった。生保受給者率、一人当たり納税額、一人当たり予算額が、人口当りの「家事援助・身辺介助」関連の予算額と関連が強かった。したがって、身障者の場合も、自治体の財政状況によって、在宅福祉関連の予算額がかなり規定されているという点で、ねたきり老人の場合と同様の結果が得られた。

【おわりに】 以上の結果と考察をもとに、予算面から在宅福祉事業の遅れを改善していく方向を考えてみたい。経済的に貧しい住民が多く住んでいる自治体では、住民自身が自力で福祉需要に対応することは厳しいため、自治体がそれにかかわって公的に援助することが求められる。しかし、本報告では、こうした自治体では納税額が少なく、財政状況が厳しいため、在宅福祉事業に予算を十分充当することができないことを明らかにした。したがって、財政状況が厳しい自治体に対しては、国や都からより手厚い財政的補助を行うことが、ねたきり老人・障害者に対する在宅福祉事業の遅れを改善していくうえにおいて重要である。

表1 在宅福祉事業予算額と事業実績との関連

	老人家庭奉仕者 派遣回数 /老年人口	訪問看護 派遣回数 /老年人口	身障者家庭 奉仕者派遣回数 /全人口
【ねたきり老人】			
現金・現物給付/老年人口	-	-	-
家事援助・身辺介護/老年人口	0.827***	-	-
看護・保健/老年人口	-	0.624***	-
【心身障害者】			
現金・現物給付/全人口	-	-	-
家事援助・身辺介護/全人口	-	-	0.482**
リハビリ/全人口	-	-	-

Pearson correlation \*\*\*:p<0.01 \*\*:p<0.05 \*:p<0.10

表2 在宅福祉事業予算額の23区の平均と偏差（昭和59～61年平均）

【ねたきり老人】	予算額/老年人口（円）	標準偏差（円）	変動係数（%）
現金・現物給付	7535	1260	16.7
家事援助・身辺介護	2476	863	34.9
看護・保健	667	374	56.1
【心身障害者】	予算額/全人口（円）	標準偏差（円）	変動係数（%）
現金・現物給付	1262	223	17.7
家事援助・身辺介護	236	77	32.6
リハビリ	280	112	40.0

表3 在宅福祉事業予算額と社会・財政指標との関連

	【ねたきり老人】 老年人口対比			【心身障害者】 人口対比		
	現金・現物給付	家事援助・身辺介助	看護・保健	現金・現物給付	家事援助・身辺介助	リハビリ
一人暮らし/人口	-0.082	0.453**	0.012	0.165	0.291	0.142
家族当り世帯員数	0.125	-0.413**	-0.034	-0.147	-0.259	-0.094
65才以上1人/65才以上人口	0.239	0.292	0.099	0.162	0.380*	0.087
生保受給者率	-0.449**	-0.458**	-0.227	0.032	-0.310	0.027
一人当たり納税額	0.436**	0.368*	0.437**	0.056	0.594***	-0.029
一人当たり予算額	0.406**	0.102	0.359*	0.112	0.430**	-0.065
一人当たり民生費	-0.105	-0.223	-0.116	0.189	-0.051	0.188

Pearson correlation \*\*\*:p<0.01 \*\*:p<0.05 \*:p<0.10

住環境での危険箇所認識と整備に関する一知見

○橋本 美知子 林 真矢(関西医大公衆衛生)

1. はじめに：住宅内事故をおこす危険箇所の一つとして、階段が考えられ、階段のつけ方によって事故をおこす可能性が生じる。日比野正巳氏による四つの階段モデル図(注)をもちいた階段のつけ方による危険認識と高齢者にとっての安全な住宅環境および住宅地域の整備についての意見を調査し、住環境改善ならびに整備についての私見を述べる。

2. 調査対象(時期)・方法：調査対象は、老人学級受講者として大阪市J区内の老人学級59名(1987.11調査)と大阪府S保健所主催の老人学級21名(87.5調査)合計80名、平均年齢77才(以下老人学級とする)およびO大学市民講座住宅コース受講者42名、平均年齢59才(88.4調査、以下市民学級とする)、S農業保健研究会参加者43名、平均年齢37才(88.3調査、以下保健会とする)である(表1)。図のごとき階段モデルについての安全性の解答と足腰の弱い高齢者が自宅療養する場合に必要な住宅環境並びに家のまわりの環境の整備の設問について調査対象者自身の記述により調査した。

3. 結果 1) 階段はその途中で方向転換をするものは危険であり、ことに高齢者の場合踏みはずす危険が高いと考えられるので、上部で方向転換をする③は最も危険な階段であると判断できるが、それを正確に解答できたものは老人学級10%、市民学級41%、保健会28%であり、最も安全な階段と最も危険な階段の両方に正解できたものは老人学級8%、市民学級36%、保健会26%であった

(表2)。このように老人の場合は正しい解答は一割に満たず、階段のつけ方による危険程度についての老人の意見聴取には、何等かの配慮を必要とするが、指導的立場にある保健会でも三割未満であったので、住環境での危険箇所認識には、関心が払われ難いことを伺うことができる。2) 必要な住宅内環境の整備については、できるだけ段差をなくす、階段に手すりをつける、風呂・便所の整備などの回答が多かった(表3)。住宅外の環境整備については、家のまわりの道路の段差をなくしてほしいとか、車椅子がつかえる道路にしてほしいものが高率であった(表4)。地域環境整備について自由記入のあったものの意見は表5のごとく、道路の整備、自転車との併用道路への批判とともに段差をなくすと車がのりあげて危険だとの意見もあったが、老人学級、市民学級、保健会をとわず書かれていた意見は少数ながら切実な願いが読みとれた。

4. まとめ：(1) 老人学級に積極的に参加している人たちのみでなく指導的立場の人たちまでもが階段のつけ方による危険程度の認識が正確になされ難いことから、住宅建設担当者が正確な知識と安全な住宅を居住者に提供する必要がある、更にそれを法的に義務づけるべきであること(2) 段差をなくし、床をすべりにくくし、便所を整備することなどは、住民の切実な要求として行政サイドで受け止めるべきであると考えます。

注：日比野正巳：高齢化時代の住宅、長崎総合科学研究所地域論叢 No.5, 15-21, 1987.9

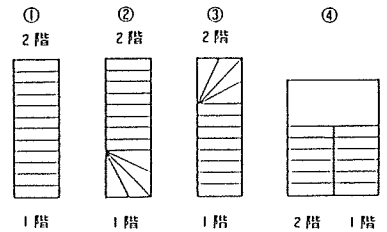


図 四つの階段モデル

表1 性年齢別調査数

年齢	老人学級		市民学級		保健会	
	男	女	男	女	男	女
総数	13	67	80	32	10	42
20~39才	0	0	0	5	0	5
40~59才	0	0	0	7	5	12
60~79才	9	55	64	19	5	24
80才以上	4	12	16	1	0	1
平均年齢	77.4才		58.7才		37.4才	

表2 四つの階段モデルの正解率(%)

	老人学級	市民学級	保健会
総数(名)	80	42	43
(%)	100.0	100.0	100.0
最も危険なもの(③に○印が正解)	10.0	40.5	27.9
最も安全なもの(④に○印が正解)	55.0	83.3	79.1
最も危険・最も安全ともに正解	7.5	35.7	25.6

表3 必要な住宅内環境の整備(○印の%)

必要な住宅内環境整備の内容	老人学級	市民学級	保健会
できるだけ段差をなくす	63.8	95.2	90.7
階段などに手すりをつける	63.8	92.9	90.7
床をすべりにくくする	66.3	83.3	83.7
ベッドを使用する	47.5	59.5	44.2
車いすが使えるようにする	35.0	76.2	74.4
便所の整備	61.3	92.9	90.7
風呂の設置	37.8	90.5	86.0
台所の整備	36.3	61.9	51.2
玄関の整備	42.5	85.7	76.7

表4 家のまわりの環境の整備

	老人学級	市民学級	保健会
道路の段差をなくす	37.5	90.5	74.4
車椅子がつかえる道路に	46.3	73.8	65.1

表5 地域環境整備についての意見

道路を自転車と併用しない	2
自転車置き場・専用道路の設置	4
自転車交通規制	4
不法駐車取り締り	3
歩道橋を渡らない道を	2
道路の整備	4
道路の段差をなくすと車がのりあげ危険	1
公園でも車椅子が使えるように	1
溝ふたを必ず設置	2
近所との交流を密にするような環境作り	1
緑を多く	1

A-04 高齢化社会を迎えての食生活上の問題点  
--動脈硬化の予防より

○上島弘嗣(国立循環器病センター集団検診部)

【はじめに】動脈硬化の三大危険因子は、高血圧、高コレステロール血症、喫煙である。この内、高血圧と高コレステロール血症は食生活との関連が強い。高齢化社会に向うにつれて、老年人口の増加により脳卒中、心筋梗塞などの高血圧、動脈硬化性疾患の患者総数は増加することが懸念される。しかし、食生活上の問題点を明らかにし、その対策を早期にとれば、かなり予防ができるものと考えられる。そこで、動脈硬化の予防の観点より、国民の抱えている食生活上の問題点を明らかにしたい。

【高血圧と食生活】高血圧の予防と治療は、動脈硬化の予防につながる。高血圧の食生活による予防と治療は、減塩、節酒、減量のためのエネルギー摂取の制限である。減塩の問題については、わが国ではその対策が早くから行なわれたことと、食生活の欧米化、食品流通機構の改善などにより、かなりの進歩がみられた。食塩と血圧に関する国際共同研究においても、わが国の食塩の摂取量は、ヨーロッパと大差のない所まで改善した。しかし、その一方で、肥満とアルコール摂取の増加は、若年層の最小血圧の上昇に端的に現れているように、高血圧者の増加を促す要因となっている。国民のランダムサンプルによる成績では、図1に示すように、毎日飲酒するものは、飲酒習慣のないものに比して、10歳の加齢に等しい血圧の上昇を示している。従って、アルコール消費量の増加するなか、高血圧の予防と治療にとって、節酒の意義がますます重要になると考える。

【脂肪の摂取と動脈硬化】飽和脂肪酸の多い肉類の脂肪や、乳脂肪を多く摂取すると、血清のコレステロール値が上昇し、動脈硬化が促進しやすくなる。わが国における肉類の摂取は、食生活の貧しかった過去においては、栄養状況の改善に伴ない疾病の減少に寄与した。しかし、図2、3に東京の大企業の事務系従業員の調査例に示したように、肉類の摂取は、若年者を中心にかなり高くなっている。この集団では、40-59歳の男性の血清総コレステロールは、すでに200 mg/dlを越えている。もし、若年層の食習慣が中年期以降も同様の形態を保つならば、国民の血清コレステロール値はさらに高くなり、動脈硬化の危険性がより高くなると考えられる。加えて、牛肉の自由化という経済的影響も牛肉の消費に大きく影響し、油断できない。

図1 Body-mass-index および年齢を補正した、飲酒習慣別の最大血圧、男性、昭和55年循環器疾患基礎調査より、

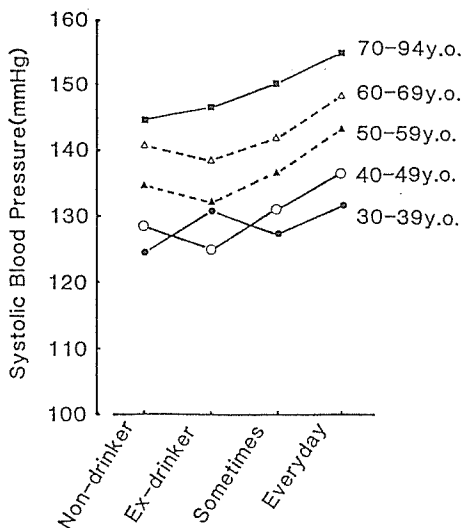


図2 東京の事務系勤務者における性年齢別の肉類の摂取量、昭和60-61年

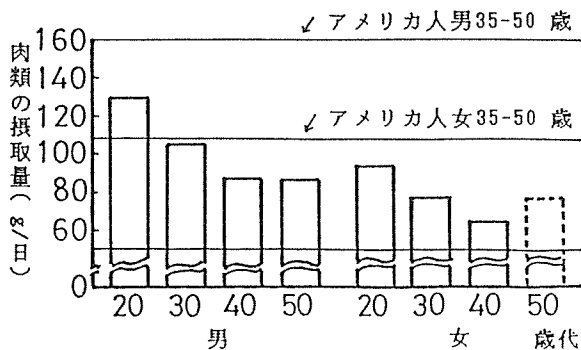
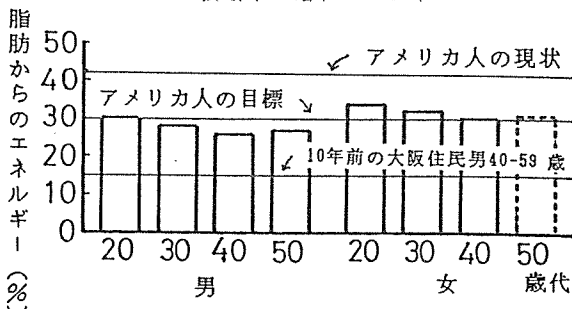


図3 東京の事務系勤務者における性年齢別の脂肪からのエネルギー摂取量 昭和60-61年



高齢者の栄養所要量についての疑問

○島田 彰 夫 (秋田大・医・衛生)

戦後、日本人の栄養状態は改善され、食生活は豊かになったと評価されているが、同時に食品添加物の多用、インスタント食品の増加などに伴う、多くの問題点があることも指摘されている。

日本人の栄養所要量には、生活活動強度別に4つの表が示されている。これらの表の中心の「表1 成長期および生活活動強度Ⅱ(中等度)における栄養所要量」に示された、各年齢別の栄養所要量のうち、高齢者の栄養所要量に焦点を当て、エネルギーを中心にその問題点について検討を加えた。

栄養所要量表には、身長、体重の推計基準値とエネルギー(kcal)、蛋白質(g)が数値として示され、脂肪はエネルギー比率で示されている。無機質(カルシウム、鉄)とビタミン類(A、B<sub>1</sub>、B<sub>2</sub>、ナイアシン、C、Dの6種類)も示されている。

脂肪のエネルギー比率は、1~19才までが25~30%、20才以上は20~25%とされ、蛋白質の所要量と合わせると、残りが炭水化物ということになる。ここで脂肪エネルギー比率を、それぞれ27.5%、22.5%、脂肪1g当たり9kcal、蛋白質1g当たり4kcalとして、栄養所要量表に基づいて、エネルギー源となる三大栄養素、それぞれのエネルギー量ならびにその比率を求めると表1のようになる。

日本人の栄養所要量の特徴は、蛋白質の所要量が他の国と比較しても、著しく多いことであり、従来の日本人の食生活との比較をすると、著しく脂肪が多くなっていることである。蛋白質所要量は、アメリカの19才以上の男子56g、女子44g、アルゼンチンの成人男子39g、女子30g、カナダの成人男子56g、女子41gで、いずれも日本の80才老人よりも少ない。イギリスではエネルギーの10%となっている。体重はいずれも日本人よりも多い。

蛋白質エネルギー比は、幼児と10代後半から40代にかけて低く、50才代以降、高齢になるにつれて増加し、80才以上では全年令層の最高値である16.3%に達している。糖質エネルギーは20才代で最大になり、それ以後、蛋白質の増加分が糖質エネルギーの減少となって現われる。

一般に高齢者は淡白な食事となり、低脂肪、高糖質の傾向が認められる。これは高齢者の生理的要求に従ったものであろう。澱粉質食品の比率が高いことは、唾液アミラーゼ活性が高いヒトという動物の食性に適ったものであるといえる。

高齢化社会に入り、老人ホームなど、家庭以外に居住する老人が増加している。栄養管理によって、嗜好に合わない食事を、栄養所要量に基づいて供されたならば、食生活の重要な要素である、食事の楽しみを損なう可能性が大きいのが、現在の栄養所要量であろう。

表1 日本人の栄養所要量(表1)にみるエネルギー比率

年令	所要量の栄養素別エネルギー								エネルギー比率(%)			
	rktk-kcal		蛋白質kcal		脂肪kcal		糖質kcal		蛋白質		糖質	
	男	女	男	女	男	女	男	女	男	女	男	女
0~1	120/kg		13.2/kg		42.0/kg		64.8/kg		11.0		54.0	
2~5	110/kg		10.0/kg		38.5/kg		61.5/kg		9.1		55.9	
6~19	100/kg		12.0/kg		35.0/kg		53.0/kg		12.0		53.0	
1	970	920	120	120	266	253	584	547	12.3	13.0	60.2	59.5
2	1200	1150	140	140	330	316	730	694	11.7	12.2	60.8	60.3
3	1400	1350	160	160	385	371	855	819	11.4	11.9	61.1	60.6
4	1550	1450	180	180	426	399	944	871	11.6	12.4	60.9	60.1
5	1600	1500	200	200	440	413	960	887	12.5	13.3	60.0	59.2
6	1700	1550	220	200	468	426	1012	924	13.0	12.9	59.5	59.6
7	1800	1650	240	220	495	454	1065	976	13.3	13.3	59.2	59.2
8	1850	1700	260	240	509	468	1081	992	14.1	14.1	58.4	58.4
9	1950	1800	260	260	536	495	1154	1045	13.3	14.4	59.2	58.1
10	2000	1950	280	280	550	536	1170	1134	14.0	14.4	58.5	58.1
11	2150	2100	300	300	591	578	1259	1222	14.0	14.3	58.5	58.2
12	2300	2200	320	320	633	605	1347	1275	13.9	14.5	58.6	58.0
13	2450	2250	340	320	674	619	1436	1311	13.9	14.2	58.6	58.3
14	2600	2250	340	300	715	619	1545	1331	13.1	13.3	59.4	59.2
15	2650	2200	340	280	729	605	1581	1315	12.8	12.7	59.7	59.8
16	2700	2150	320	280	743	591	1637	1279	11.9	13.0	60.6	59.5
17	2700	2100	320	280	743	578	1637	1242	11.9	13.3	60.6	59.2
18	2650	2100	300	260	729	578	1621	1262	11.3	12.4	61.2	60.1
19	2600	2050	300	240	715	564	1585	1246	11.5	11.7	61.0	60.8
20~29	2500	2000	280	240	563	450	1657	1310	11.2	12.0	66.3	65.5
30~39	2450	1950	280	240	551	439	1619	1271	11.4	12.3	66.1	65.2
40~49	2350	1950	280	240	529	439	1541	1271	11.9	12.3	65.6	65.2
50~59	2200	1850	280	240	495	416	1425	1194	12.7	13.0	64.8	64.5
60~69	2000	1700	280	240	450	383	1270	1077	14.0	14.1	63.5	63.4
70~79	1800	1550	260	220	405	349	1135	981	14.4	14.2	63.1	63.3
80~	1600	1350	260	220	360	304	980	826	16.3	16.3	61.2	61.2

0才 6~19月の脂肪エネルギー比率は30~40%を35%とする。  
脂肪エネルギー比率25~30%を27.5%、20~25%を22.5%とする。  
脂肪1gを9kcalとする。蛋白質1gを4kcalとする。

○谷田 悟郎（京都保健会 九条診療所）

国の高齢者雇用対策では、60才定年制延長を柱に、65才以上は雇用関係ではない就業とし、高齢者を雇用の場から排除し、一方、シルバー人材センターを設置し、生き甲斐的就労の場と規制するなどとしている。京都においては、中高年齢者自身の手で仕事を確保するとともに、就労要求の運動をすすめている京都高齢者事業団が、1972年全日自労が中心となつて設立された。この事業団団員の健康を守るため、1976年から現在まで11回の検診と、その後の健康管理をおこなってきた。国や自治体の高齢者雇用対策に対する全日自労や高齢者事業団などの闘いのなか、事業団労働者の労働内容や健康状態の変化から、超高齢化時代における高齢労働者の健康のあり方について検討したので、報告する。

京都高齢者事業団がな川民主府政のもと設立されてから4年後の1976年、不況とインフレの同時進行下、資本の減量経営などで首きり、退職強要、新規不採用の雇用対策、労働強化のなか、地域で労働し、生活する労働者、特に高齢者の健康破壊の深刻な状況から健康を、ともに守るため、高齢労働者の健康を守り検診後の健康管理を継続し、就労を充実、拡大する闘いの一助となればと確信し、当時の老人福祉法の老人健康診査を活用して、事業団とともに取り組んだ。その後老人保健法に改悪されたが、京都市は、国の検診有料化を無料化したが、府医師会とともに、地域集団検診を学区毎、年1回のみで、医療機関自身がする集団検診を認めず現在にいたつているため検診実施を困難にしている。この現状のなか、現在まで11回、受検者総計、延べ1154人、平均1回受検者104.9人の検診を実施してきた。

検診内容としては、問診と、理学的検診、検尿、検血、血圧のほか、胸部レ線間接撮影、心電図、肺活量の臨床医学的検査と、労働衛生学的検査として体力測定をおこなった。なお、第3回検診時、社会調査を合わせておこなった。その後、老人保健法は基本健康診査となつたが、検診内容はほぼ変化はない。

年齢階層では、京都では70才首切りはおくれたため、団員の年齢構成ではやや若年者増あるが、受検者の性別、年齢別では大きな差はない。

体力テストの結果は、全検診を通じて、瞬発力を示す握力、持久性を示す肺活量では、老化とともに漸次低下傾向はあるが、著変はない。また、筋肉の柔軟性を示す立位体前屈や、バランスを総合化した閉眼片足立ちでは、明らかに低下していた。身体的能力のうち、行動をおこす能力（握力）と、行動を持続する能力（肺活量）は比較的維持されているが、行動をコントロールする、神経を主とした調整力（閉眼片足立ち）、関節の働きである柔軟性（体前屈）が極めて劣っていた。

検診の結果は、検診初期では、高血圧症が圧倒的に多く、次いで不整脈はじめ、虚血性心臓病、高コレステロール血症、肥満症、女子に貧血症、糖尿病の疑いが目立っていた。最近の検診の特徴は、高血圧症の著減、腎障害、男子の貧血が目立った。ほぼ毎年の検診、毎月の健康管理での保健指導、療養指導の効果ではないかと推測されるとともに、男子の貧血が、独りぐらし、老人夫婦世帯の食事問題として検討する必要がある。

以上、11回の検診のなかで、国の高齢者対策、老人医療費有料化など、国の臨調行革のもと高齢者の健康破壊、生活破壊が進むが、12年にわたる検診、健康管理の取り組みが、国の政策に対し、体力の維持や高血圧の改善をさせ、高齢者が安心して働けるよう今後も検診を継続したい。

## JR東日本の廃車解体作業に関する 社会医学的考察

○ 千田 忠男 (杏林大・医・衛生室)

上畑鉄之丞 (公衆衛生院、疫学)

【はじめに】労働衛生活動は労使と専門的担当者によって進められるが、その内容は使用者側の労務政策によって左右される場合があり、時には労働衛生活動そのものの展開が困難になる場合もみられる。その典型と考えられる事例に遭遇したので紹介し、そこでの課題について検討する。

【対象と方法】東日本旅客鉄道株式会社（JR東）が1987年7月より行っている廃車解体作業に従事する国鉄労働組合員を対象とし、同東京地本役員および関係者からの聞き取りと観察により作業の特徴と問題点、作業編成の特徴および今後の課題について検討した。

【作業の特徴】(1) 作業は貨車、客車、機関車等の廃車をプロパンガスバーナーを用いて熔断し、断材を所定の位置にフォークリフトで運搬するもので、屋外で行う。東京地本傘下では8ヵ所、1チーム10人前後で12チームの126名が従事している<sup>1)</sup>。

(2) 従前には、工場または検修庫でクレーン等をもちい、工程を熟知する者の指揮で十分な訓練を受けた者が行っていたが、現行ではその条件を欠いていると判断された。

(3) 鉛粉塵（ヒューム）をはじめ塗料含有有害物が飛散する状況にある。前年に屋内で実施した際に環境調査を行ったところ気中鉛に関して管理 III となる実態であり、そのためあって屋外作業が選択されたと推測された。現行では防塵マスクを着用している。さらにアスベスト廃材の処理や硬化エポキシ樹脂熔断作業を一部に含んでいる。

(4) 火傷、外傷の多発が懸念される。表に1988年3月現在で、解体作業に従事して以来の火傷、外傷等の被災状況を調査した結果を示した。設備の不十分なことと作業に不慣れなために発生する被災事故が多いものと考えられた。

(5) 重量物運搬による腰痛の発生が懸念される。

(6) 夏期の暑熱、冬期の寒冷による苦痛の増加が懸念される。

たとえば夏期の気温は、ある作業場の8月度14日間の平均気温（地上1m）をみると  $36.2 \pm 4.4 (^{\circ}\text{C})$  であったが、いわば炎天下で防塵マスクを着用したガス溶断作業ということで、暑熱の影響は大きいものと考えられた。

【作業編成の特徴】(1) 所属組合別の頻度をみると10月末現在で126名が従事し、うち国労約85%、全動労約10%である。JR東での国労の組織率が30%弱であるところから、明らかに国労組合員を集中させていることが推測される。構成員の半数以上は分会、青年部役員経験者であり、他の者は職場活動家とみなされていた者である。

(2) 昭和61年11月頃から本務（本来の職務）をはずされ、いわゆる玉突人事で配転されてきた者も多く、「人活センター」（昭和62年3月廃止）を経験する者も多い。

表1 火傷、外傷等の発生状況（1987.7-1988.3）

区分	作業員(93名)	吹管作業員(58名)
I 大一中の火傷 <sup>(*)</sup>	51 (54.8%)	44 (75.9%)
通院または労災	-	6 (10.3)
大一中一少の火傷	73 (78.5)	57 (98.3)
II 目の外傷 <sup>(**)</sup>	10 (10.8)	-
通院または労災	6 (6.5)	-
III 打撲、傷害	28 (30.1)	-
通院または労災	8 (8.6)	-
IV その他（捻挫、腰痛等）	8 (8.6)	-
通院	1 (1.1)	-

(\*) :  $\phi$  5mm以上の瘻痕の形成されている例

(\*\*) : 鉄粉が目にはさかった例

【経過からみた特徴】(1) 作業の遅れから、12月末に至り「外注」が行われ、大型クレーンやユンボなどの大型機械を用い、下請け労働者への労働強化も利用して作業を進めた。このことはJR東の用意した設備施設が不合理であったことを示すものでもあった。

(2) アスベスト撤去作業を専門業者に委託することとなった。当初にJR東が十分な用意なく作業を行うことを計画していたと考えざるをえない経過であった。

(3) 鉛、粉塵を中心とする作業環境調査が実施されたが、その結果を労働組合に知らせることはなかった。

(4) 一部作業場で廃車解体作業の終了したさいに、作業組織を解散し各自を本務へ復帰させるのではなく、別の作業場をあらたに設け、廃材処理（ケーブル線皮剥き）作業に従事させている。専用機械が市販されているにもかかわらず購入することなく、カッターナイフを用いるなど不合理な作業方法を指示している。その結果、たとえば31名からなる作業場では2ヵ月の間に3名が腰痛や頸腕障害の職業病（労災）に罹病する事態となった。

【改善のための課題】(1) 不合理で非人間的な労働条件であることと、労務政策により作られた作業編成によりその作業が遂行されることは同根のものと考えられた。(2) 以上から現行の作業編成を解散し、現行の方法による廃車解体作業を中止し、他の合理的な作業編成と作業方法および安全な施設設備で行うことが必要であると考えられた。

【まとめ】使用者の労務政策によって労働条件の低下をきたし不合理で非人間的な労働が行われることになり、労働衛生活動の展開が困難となった典型と考えられる事例を紹介した。旧国鉄が行ってきたこれまでの労働衛生活動が大きく後退していると判断された。なお詳細な調査を進めたい。

文献 1) 「貨車解体の問題点」国労文化、403,20-33(1987)



○車谷典男(奈良医大公衆衛生) 甲田茂樹・青山英康(岡大衛生)  
 久繁哲徳(高知医大公衆衛生) 中桐伸五(自治労安全衛生対策室)  
 斉藤良夫(中央大学心理) 酒井一博(労働科学研究所)

看護職場は女性の代表的な交替制勤務職場の一つであるが、今回、このような勤務が看護婦の生活リズムや睡眠時間あるいは文化的時間等、生活時間に及ぼす影響を明らかにしたいと考え、本調査を実施した。【対象と方法】人口20-50万人の地方都市で特2類看護を行っている300-500床の自治体立病院の中から、調査協力の得られた3病院に勤務する看護婦のうち、三交替勤務(日勤・準夜・深夜)に従事する25才以上35才未満の非管理者である全常勤職員、計239名を調査対象とした。これらの者に「生活時間に関する調査票」を配布し、休日(公休・代休)の翌午前0時から、次の休日の24時までの生活時間の記入を求めた。調査は1987年11月下旬から12月中旬にかけて行ない、同月下旬に回収した。

【調査票の構成と記録方法】調査票は演者らが独自に作成したもので、(1)調査目的や記録期間など調査の概要説明、(2)年齢、婚姻や子供、同居の有無など個人の属性に関する質問、(3)記入方法の説明、(4)記録の具体例、および(5)記録用紙(1日1枚、計7日分)から構成した。記録用紙に例示列挙した生活時間項目は、8名の看護婦に実施した予備調査結果を参考に、藤本の分類(「最近の生活時間と余暇」労働科学叢書35,1974)を改変し作成した27項目とした。同用紙1枚ずつに0時から24時までの5分刻みのチャートを印刷しており、ここに該当する生活時間の項目番号と矢印でその開始および終了時刻を記入させるとともに、「起床」「家を出る」「病院到着」「仕事開始」「仕事終了」「病院退出」「帰宅」「就寝」の8項目については所定欄に分単位でそれらの時刻を書かせた。なお、同一時間内に複数の行動がある場合、該当する項目番号全てを記入するように求めた。【結果】1.分析対象：記録票を回収し得たのは193名であった(回収率80.8%)。このうち記入不備の11名を除く182名を分析対象とした(表1)。同居者の割合は両年令群ともに30%程度で差はなかったが、既婚者および子供有りの割合は30-34才群が有意に高かった。2.記録日数と勤務別頻度：1人当たりの記録日数は最低2日、

表1. 分析対象者の属性

属性	25-29	30-34
年齢	25-29	30-34
人数	120	62
独居	35	19
同居	85	43
(未婚)	42	7
(既婚)	43	36
子供有	25	30

最高9日間で、延べ1016日、平均5.6日であった。このうち日勤の延べ日数が351日と最多で、深夜勤務が200日、準夜勤務が197日であった。

3.勤務別の生活時間：図1に各勤務の拘束時間(病院に到着後、退勤するまでの時間)等を示した。起床時刻は準夜勤務の場合が8時44分と最も遅く、最も早い日勤の場合と約2時間の差があった。一方、就寝時刻も同じく準夜勤務が最も遅く翌日の午前2時37分で、最も早い深夜勤務と約3.5時間の差があった。仮眠をとっている者の割合は、84.5%と深夜勤務者が最高であった。しかし、1日の睡眠時間はこの仮眠時間を加えても深夜勤務者の場合が最も短く5時間を下回っていた。表2は生活時間に関する27項目を大きく4群に分類した時の各生活時間を示したものである。家事的生活時間、文化的生活時間はいずれも明らかに公休日で最も長いが、深夜勤務日のそれらが日勤、準夜に比べ有意に長いことが注目された。【まとめ】起床、就寝時刻は勤務によって2-3時間の変動がみられ、また睡眠時間は仮眠を含めても深夜勤務日が5時間未満と短く、家事的生活時間、文化的生活時間は日勤、準夜で短い傾向が観察され、勤務制勤務の生活時間への影響が示唆された。

図1. 各勤務日における睡眠、拘束時間と帰宅、仮眠時刻

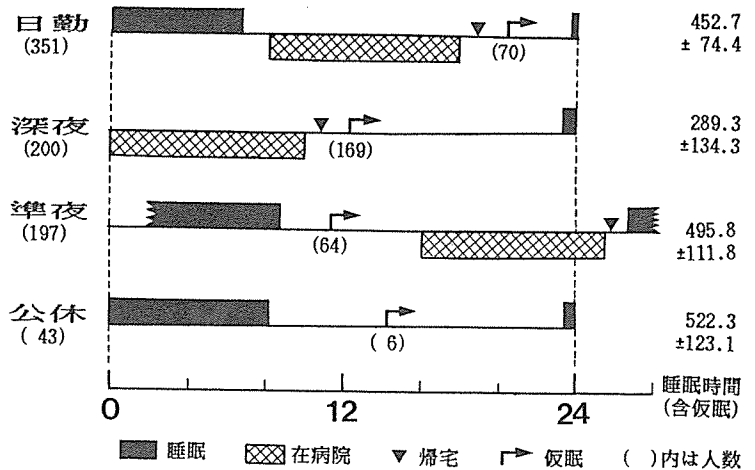


表2. 各勤務日の生活時間 (単位:分)

	収入生活時間	生理的生活時間	家事的生活時間	文化的生活時間
日勤	670.7 ± 75.0	597.7 ± 95.6	140.7 ± 115.1	208.0 ± 115.1
深夜	666.8 ± 69.0	462.4 ± 173.2 <sup>a</sup>	247.8 ± 173.1 <sup>a</sup>	291.6 ± 168.8 <sup>a</sup>
準夜	570.9 ± 65.4 <sup>a, **</sup>	644.7 ± 125.7 <sup>a, **</sup>	219.4 ± 155.4 <sup>a</sup>	169.8 ± 121.4 <sup>a, **</sup>
公休	-	693.7 ± 150.7 <sup>a, **</sup>	470.0 ± 281.1 <sup>a, **</sup>	478.5 ± 206.9 <sup>a, **</sup>

<sup>a</sup>日勤との比較(p<.01). <sup>\*\*</sup>深夜との比較(p<.01) mean±SD

起床、就寝時刻は勤務によって2-3時間の変動がみられ、また睡眠時間は仮眠を含めても深夜勤務日が5時間未満と短く、家事的生活時間、文化的生活時間は日勤、準夜で短い傾向が観察され、勤務制勤務の生活時間への影響が示唆された。

A-09

産業「空洞化」による造船離職者の健康破壊の実態  
——兵庫県相生市での健康相談のとりくみから——

○中西 耕一（東神戸病院附属西診療所）・他

## 職業病外来における 不安定就労者の療養上の問題点

○内田 比佐夫、横山弘江、吉倉 正  
(淀協社会医学研究所)

### 【はじめに】

近年の産業構造の急激な変化は、就業構造を大きく変え不安定就労者（非正規従業員）の比率を高めている。

西淀病院産業医学科においても不安定就労者が漸増しているが、治療を中断する者が多い。

これらの療養上の問題点を検討したので、報告する。

### 【調査の対象と方法】

'86年'87年の新規患者 365名（正規雇用 305名、不安定就労 60名）のうち、民間事業所雇用で治療を中断している者256名を対象とし、郵送質問紙法で調査した。対象は、不安定就労者（以下B群と略）35名全員とし、対象群として正規雇用者（以下A群と略）50名とした。一部郵送後電話で追加調査をした。

調査項目は、中断理由、病状、就業状況である。

### 【結果】

（回答率）48.2% A群16名32% B群25名71.4%

（不安定就労者の職種）男11名 女24名

弱電組立工6 店員4 製造工3 VDT作業3  
溶接工3 土木工3 倉庫要員2 保母2  
施設指導員2 その他7

（病状）A群改善64.2% 悪化21.4% 不変14.2%

B群改善70.4% 悪化18.5% 不変11.1%

### 表1 雇用形態別経年変化

不安定就労は、パート・日雇・派遣をさし経年的に漸増している。86年より派遣労働者が受診している。

### 表2 中断理由

中断理由にA群・B群に有為な差は無い。

大阪府下一円より通院する為、「遠距離」が中断の主要な原因となっている。

### 表3 転失職理由の理由 表4 就業の継続

B群において転職した者が48%にのぼり、その理由として疲労、職業病回避を答えた者は73.3%である。

### 【事例】

公立病院の会計VDT作業者（派遣労働）20歳

で派遣会社登録、医療事務の講習受講に7万円要し試験後準社員として登録。派遣先紹介に際し断わる事はできないと説明される。時給550円半年後580円。有休、生理休暇、病欠保障無し。常時VDT作業に従事し作業休止中は、リストの照合に従事する。手の痛みを3ヶ月後に覚え次第に頸肩腕障害の症状発現。10ヶ月後に離職。

### 【まとめ】

調査の結果、不安定就労者の患者は次第に漸増しているが、療養を完結することができず退職することにより健康被害より回避する傾向が見られた。

危険有害作業が、正規従業員から不安定就労者に転移される状況からすれば、職業病の潜在化が考えられ、その対策と保護が必要と思われる。

表1 雇用形態別経年変化

人\年	87	86	85	84	83	計
新患者	155	210	205	265	232	1067
民間A群	76	145	112	130	136	599
民間B群	22	13	31	29	20	126
B/民間計 %	22.4	8.2	21.7	18.2	12.8	17.4

表2 中断理由（複数回答）

表3 転職失職理由

	A群 B群		計	A群 B群	
	A群	B群		A群	B群
症状軽減	3	11	14	低賃金	1
遠距離	9	10	19	疲労	2 2
仕事繁忙	3	3	6	職業病	2 9
近医受診	4	5	9	労働条件	1
治療不良		4	4	人間関係	1 1
その他		4	4	その他	

表4 就業の継続

	正規雇用16名		不安定就労25名	
	人数	%	人数	%
転職	1	6.3%	12	48%
不変	14	87.5%	10	40%
退職無職	1	6.3%	3	12%

○福地 保馬（北海道大・教育）

北海道留辺蘂町にあった野村鉱業イトムカ鉱業所（水銀鉱山）の離職者の生活と健康に関する追跡調査を行なっている。今回は、1987年度に面接ができた50名の元労働者について退職後の労働と健康について報告する。

### 1. イトムカ鉱山における労働と水銀中毒

坑内作業員43名、うち坑内直接職種（削岩・採掘・支柱・運搬）36。勤務年数（5年階級）：最多15-19年。下請け労働（坑内）経験10名。Hg中毒り患状況：確症38、疑症5名。

### 2. 退職時期及び退職理由

退職の時期は昭和45年がもっとも多く全体の70%。このほとんど（33名）は閉山によるもの。

閉山以前の退職では、昭和37年の合理化によるものが多い（5名）。この他閉山前に退職したうち2名は閉山の直前に停年および閉山を見越して退職したもの、残り4名はいずれも昭和39年以前の退職で全員健康障害を理由に退職しているもの。このうち3名は水銀中毒で、自己退職理由として水銀中毒が大きな比重を占めていた。

### 3. 退職時年齢

閉山時の退職者の年齢は広範囲に亘っている。閉山前の退職者の退職時年齢はやや若く、閉山後残留者の閉山時年齢は40、50代のみである。

### 4. 退職時のり患状況・再発の不安・諸影響

水銀中毒にり患したものの半数近く（17名）が、退職時に水銀中毒の症状を有していた。症状としてはもっとも多かったのは振戦で、「手のふるえ」は徐々に軽快しつつも数年継続したものが多く、3名は現在も残っているという。ついで、歯の症状で、歯肉炎が継続していたもの、歯がほとんど抜けてしまったものなどがある。

水銀中毒が、なおらなかつたり、悪化したり、再発するのではないかと不安に思ったものは、り患者の約1/4。「歳をとったらどうなるのか」とか、身体になんらかの変調が出ると「再発ではないか」と不安に感じたものがいた。

就労・転職・生活への影響があったとするも

のは4名。「手がふるえるため、転職の時、今までできてなれている坑内の仕事しか選べなかった」「工具の修理の際、手のふるえのため支障があった」などであった。

頻回り患者（19名）だけについてみると、退職時に自覚症状があったものは68%、再発・悪化の不安があったものは48%、生活に支障あったものは21%と、水銀中毒が高度だったものには不安や支障が相当程度存在していた。

### 5. 退職後の初職・転職の状況・現職

退職後の初職では、北海道内の金属鉱山および炭鉱の鉱員（20）、道外の製造業工員（12）が多い。転職の回数は、1回が15、2回が13、3回が5、4回が10、5回が5、6回以上が2名であった。

現在も職についているのは27名で、約半数が無職。有職者についても、初職の構成と大きく異なり、「鉱員」が少ない（1）。閉山・組の倒産などにもなつて転職、引退している。また、鉱員・労務作業員17名のうち、季節工・臨時工あるいはアルバイト的就労が7名で、不安定就労者が多い。

### 6. 退職（閉山）後の職業病のり患

退職（閉山）後にり患した職業病と考えられる傷病としては、水銀中毒（2）、じん肺（3）、振動障害（4）、熱中症（1）、外傷（8）、腰痛（5）および騒音性難聴（1）があげられている。

水銀中毒は、イトムカ鉱山残留者からの発症である。振動障害は、鉱山での削岩機、土建業でのランマーやピック・ハンマー、コンテナ組立工場でのインパクトレンチの使用で発症したと考えられるが、労災申請は、1例のみで他は未治療。腰痛も発生が多いが、すべて私傷病として取り扱われている。

\* \* \*

本研究は、トヨタ財団研究助成「元水銀鉱山労働者・家族の疾病史と生活史に関する労働衛生学的・社会学的研究（代表：土井隆雄）」の一部である。

○牧野忠康 (長野大学産業社会学部)

石川孝夫 (芝病院健診センター)

〔研究の目的〕職場では、中高齢化と科学技術革新が進んでいる。労働者は、労働負担による疲労とストレスによる健康破壊の危険に曝されている。

科学技術革新による職場の変化は、OA化に象徴される。OA化による労働の変化は、VDT作業の増大に象徴される。そして、労働者の現代的健康問題は、労働による精神的及び神経・感覚的負担による疲労性・ストレス性の健康破壊に象徴される。この現象に焦点をあて、中高齢化の進む労働者の健康管理の方法について保健社会学的検討を試み、問題提議をしたい。

〔研究方法〕芝病院健診センターが実施したVDT健診のデータ(1986年)および一般健康診断のデータを用いて分析した。

〔結果〕VDT健診における諸指標の相関係数マトリックスを表1に示した。データ投入量は、全体で276人(平均36歳SD8.3)、男=199人(平均36歳SD8.2)、女=77人(平均35歳SD8.3)であり、N新聞社は98人(平均42歳SD8.2)であった。年齢相関が見られるのは、「視機能低下傾向」が年齢が高くなるに従って強まる傾

向にあった。「睡眠障害」や「ゆとりのなさ」は、若年層に多い傾向がみられた。しかし、心身の健康不調とは相関が認められなかった。

「目の疲労症状」は、視機能低下との相関はみられないが、「ゆとりのなさ」とともに心身の疲労や健康不調と有意に高い相関がみられた。喫煙習慣や飲酒習慣および喫茶習慣は、「ゆとりのなさ」や心身の健康不調との有意な相関が認められたが、「目の疲労」や「頸肩腕障害」との相関は認められなかった。

〔結論〕

1. 「目の疲労症状」は、ストレス徴候として出現していると理解される。
2. 疲労とストレスは、年齢に関係なく労働者の健康に影響を与えている。
3. 健康影響は、心身に及んでいる。
4. 個人の保健行動の変容も大切だが、労働過程における健康有害要因の排除が優先されるべきである。
5. 労働者の健康と生活の質の向上には、労働時間の短縮と過密労働の緩和による「ゆとり」づくりが不可欠な課題となっている。

表1 1986年VDT健診(男199,女77)指標の相関係数マトリックス

指標(1986年)	A N新聞社	B 年齢↑	C性差(男)	D 目の疲労	E頸肩腕障害	Fゆとり欠乏
1 年齢↑	0.3391**	1.0000	0.0825	-0.0896	-0.0332	-0.1055*
2 VDT作業時間↑	0.3625**	0.0812	0.0937	0.0985	0.0881	0.0136
3 視機能低下傾向↑	0.2004**	0.2391**	0.1023	0.0225	-0.0092	-0.0250
4 目の疲労自覚症状↑	-0.1057	-0.0896	-0.1161	1.0000	0.5299**	0.2194**
5 蓄積疲労傾向↑	-0.0712	-0.1421	0.1418	0.2576**	0.1528**	0.1476*
6 健康不安↑	0.1652**	0.0926	0.0429	0.2016**	0.2336**	0.2096**
7 頸肩腕障害スコア↑	-0.1491	-0.0332	-0.2370**	0.5299**	1.0000	0.1618*
8 身体症状スコア↑	0.1575**	-0.0371	0.1359*	0.4713**	0.4353**	0.5059**
9 精神症状スコア↑	0.0810	-0.0654	0.0554	0.3771**	0.3378**	0.4609**
10 睡眠障害	0.0623	-0.1182*	-0.0260	0.2323**	0.2626**	0.4329**
11 抑うつ症状↑	-0.0240	-0.0293	-0.0771	0.5540**	0.5242**	0.2210**
12 ゆとり欠乏傾向↑	0.1522**	-0.1055*	0.0608	0.2194**	0.1618*	1.0000
13 タイプA行動傾向↑	-0.0664	-0.0522	0.0562	0.3434**	0.2176**	0.1782*
14 喫煙習慣↑	0.3611**	0.0572	0.3291**	-0.0550	-0.1089	0.2003**
15 飲酒習慣↑	0.1932**	0.0732	0.1963**	0.0065	0.1100	0.2133**
16 喫茶(コ-ヒ-)行動↑	0.1609**	-0.0404	0.1188*	0.1236	0.1004	0.3628**
17 握力(右)↑	0.1471*	-0.0788	0.7319**	0.0564	0.0122	0.0432
18 背筋力↑	0.1317	-0.1151	0.7000**	0.0406	-0.0170	0.0099
19 頸肩所見スコア↑	-0.0502	-0.0264	-0.2686**	0.2670**	0.3786**	0.1088
20 腰所見スコア↑	0.0891	0.0685	-0.0796	0.1932**	0.2229**	0.2931**

ピアソン相関係数. \*\*P &lt; .001 \* P &lt; .01

○田村 昭彦 (九州社会医学研究所)

【はじめに】

医療機関におけるOA化は最近10数年間に急速に進行している。しかしその実態は十分明らかでない。今回我々は医療労働におけるVDT作業の実態調査を行ったので報告する。

【調査対象及び方法】

某医療機関に属する5病院7診療所における全VDT作業者を対象に、質問票を用いて自己記入方式で行った。調査期間は、62年12月の一ヶ月間である。

【結果】

- 1) 回答者数は男性 139名、女性97名合計 236名であった。平均年齢は31.7才で女性がやや若かった40才未満の者が86%を占めていた。VDT作業は、約70%(157名)がほぼ毎日行っていた。経験年数は、平均40ヵ月であり、2年未満が3分の1近くを占めており比較的経験年数が短かった。
- 2) 使用しているVDT機器は、オフコン 122台、ワープロ73台を中心に 267台であり、作業内容はデータ入力が最も多く文書作成、データ検索が続いていた。
- 3) 1日のVDT作業時間は図1に示す通りであった。4時間を越える者は通常で約30%、多忙時には65%にのぼる。
- 4) 1連続作業時間は図2に示す通りであった。60分を越える者が通常60%、多忙時80%となっており著しく長くなっている。
- 5) 既往症または現在、頸肩腕障害にかかっている者31名、眼精疲労21名両方ともが8名であり約20%の者がVDT作業による障害を発症しやすいことがわかった。

【考察】

- 1) 医療機関においては多くのVDT作業者が存在しており、一日の作業時間及び一連続作業時間が長時間におよんでいることが明らかとなった。
- 2) 本調査に先だつて62年7月に同一医療機関の各職場責任者に対して行った予備調査においては、通常では一日のVDT作業時間が4時間を越えるVDT作業者は18%で、半数の職場では一連続作業時間が60分を越えていないと回答している。職場の管理責任者が必ずしも職場の作業実態を十分につかんでいないことがうかがわれた。
- 3) また、医療労働ことに医事業務におけるVDT作業は入力を窓口において患者と対応しながら行っている所が多く、患者の待ち時間を短縮しようとする心理的圧力もあり適切な休憩がとりにくいことも要因の一つに上げられる。

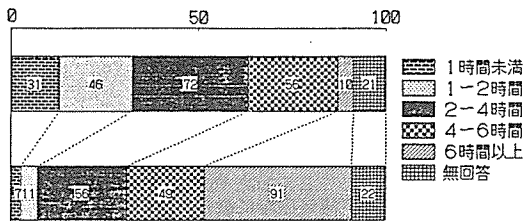


図1 1日のVDT作業時間

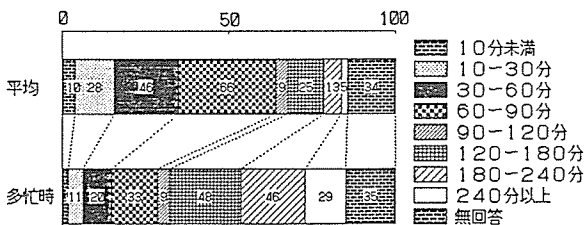


図2 1連続作業時間

- 4) 保険請求業務が毎月の月始め1週間に集中していることから、通常業務に請求業務が加わり作業量の増加が著しいことが、1日の作業時間及び一連続作業時間ともに、通常時と多忙時の差が大きくなっている重要な要因と考えられる。この時期における作業及び健康管理が特に重要である。
- 5) 頸肩腕障害及び眼精疲労といったVDT作業の結果発症した可能性の高い既往症を約2割の者が持っていることは、健康管理が十分実施されていないことわ示す。これらの者は、今後も作業の変化によって再び発症する可能性がある。今後入職時よりの定期的な健康診断が必要である。

山崎 喜比古（東京大・医・保健社会）

### 1. 問題意識

近年、労働者を取りまく環境は、技術革新などによって大きく変化している。そうした変化やそのもとの労働者のストレスに対し、科学的な検討や吟味も不十分なままに、それを「テクノストレス」と呼んで紹介したり、これとはやや様相は異なるが、至る所で枕詞のごとくに使われながら、実証的根拠がまだ乏しいものに、「技術革新による労働密度の高まりと緊張の強まり」という指摘がある。

本報告では、演者が過去数年間に直接、間接にかかわってきた東京都立労働研究所における四つの調査データを用いて、近年、労働・職場はどのように変化しているのか、そのもとの、労働者はどのようなストレスを被っているのか、それは、「テクノストレス」「OA症候群」と呼ばれるにふさわしいストレスなのか否かについて検討した結果を報告したい。

### 2. OA化・FA化職場における仕事の最近の変化

OA化職場・FA化職場で働く労働者は、最近の仕事の変化を、次のように受け止めていた。しかも、こうした受け止めに、OA化職場とFA化職場で、また機器を使用する者とそうでない者とで、基本的に違いはなかった。ただ、若干ではあるが、OA化職場における女性のVDT作業者では、ストレスとの関係でマイナスに評価されるような変化を指摘する傾向が強かった。

その変化とは、①仕事量は増え、人手不足傾向が強まった。残業もどちらかと言えば増えている。②新しい知識や能力を身につけなければならなくなっているが、今までの知識・技能も無駄にはなっていない。③仕事の範囲は広がり、職場での責任も重くなった。④配置替えは増え、チームを組む仕事も増える傾向にある。自分の意見を上司に聞いてもらえる機会も増えている。⑤身体的にはきつくなり、気疲れが多くなった。⑥仕事のやりがい感が高まる傾向にある、などというものであった。

### 3. OA化による職場の変化とストレス

OA化職場に特有の変化を抽出しようと、OA機器導入・オンライン化職場、機器導入・未オンライン化職場、機器未導入職場の別に、そこで働く人々の意識やストレス度を比較、検討した。その結果は、機器導入職場で働く人たちが、未導入職場で働く人たちよりも、仕事による繁忙感、疲労感、促迫感がやや強いというものであった。ある意味では、この程度の差しか認められなかったということであるが、この点に関しては、以下のことが看過されてはならない。

それは、OA機器導入職場の内部における逆方向的な二様の影響の存在である。すなわち、機器導入職場の内部は、OA化に対して不安を感じている人と感じていない人とに1:2ぐらいの比で分かれ、OA化不安を感じている人々の場合には、単にOA化に直接関連する出来事ばかりではなく、職場で生じているいろいろな出来事や変化に対して、ストレスを高めている状況にあった。OA化不安を感じている人は、中高年齢者と女性に多かった。一方、OA化に不安を感じていない人々は、未導入職場で働く人たちよりも仕事のやりがい感が高く、愁訴も少なかった。OA化に伴うこうした分化のために、職場を単位にした比較、検討では、影響は、いわば平均の魔術で相殺されて、あたかもないかのように現れたわけである。

そういう中でも相殺されずに残った、つまりOA化不安を感じていると否とにかかわりなく、機器導入職場で働くすべての

人々を巻き込んで生じている変化が、上述の差だったということである。しかも、注目すべきは、それらが内容的には「労働密度の高まりと緊張の強まり」を示唆するものである点にある。

### 4. ソフトウェア技術者のストレス

ソフトウェア技術者のストレス度は、確かに他の職種よりも高かった。しかし、ここで重要な点は、そのストレスや健康不安が、多くは、「テクノストレス」の概念でくることが妥当な、OA機器利用に伴う緊張の強まりや、OA機器への過剰適応と言えるものではなかったという点である。

彼らのストレスや健康不安の主要部分は、一つは、長時間労働と遅い帰宅に由来し、生活リズムの失調と過労を伴っているものであり、もう一つは、仕事や職場に対する不満足・不適応の状態がハードな仕事要請や労働条件のもとで深刻化していることによるものであった。しかも、こうした事態が納期を控えて頂点に達する、それがまた納期のたびごとに繰り返されていることが、彼らのストレスや健康不安を強めている重要な原因となっていた。

つまり、彼らの高いストレスは、コンピュータ労働自体の特性と関係づけられるのではなしに、そうした労働を秩序づけている時間管理・作業量管理をはじめとする労務管理のあり方と関係づけて検討される必要がある。そういう点で、彼らのストレスを「テクノストレス」と呼ぶのは妥当でないと考える。

現象的にはOA機器への過剰適応徴候としても捉え得るコンピュータへの親和性も、分析の結果、その多くは、コンピュータ相手に仕事をしているうちに、コンピュータほどには自分の思うとおりには動いてくれない人間が煩わしい存在になるという関係で生じているものではなく、その逆に、職場での対人関係に軋轢や葛藤があって、その結果、コンピュータの世界に逃げ込む、閉じこもるという関係で生じているものと解された。

### 5. OA化以外の要因の影響

技術革新下の労働者におけるストレスや精神心理的問題の発現には、OA化以外の要因もまた、OA化に優るとも劣らない影響力を持って関与していることが見落とされてはならない。

紙幅の関係で詳述できないが、我々の調査によっても、オフィスにまで広く及ぶに至っている小集団活動、外交・営業職における長時間労働と業績・ノルマのプレッシャー、勤め先の経営見通しの暗さ・厳しさなどが浮かび上がっている。

### 6. まとめ

近年、労働と職場は確かに激しい変化をみせている。しかし、その変化の様相は、性・年齢、職種、業界内位置などによっても異なり、また、ストレスとの関係も単純ではなかった。さらに、それらの変化は、当然にも技術革新によるものばかりではなかった。

そういう中で、OA化が広くもたらしているストレスとしては、一つはOA化不安と結び付いているもの、もう一つは繁忙感、促迫感の強まりに反映された過密労働化によるものが考えられた。また、ソフトウェア技術者の高いストレスに関しては、「テクノ過剰適応症」とか「コンピュータの魔性」といった角度からの検討以上に、不規則・長時間労働、職場・職業不適応、心身の過労・追い込まれといった視点からの検討が重要であると考えられた。

不知火海沿岸地方から移住した水俣病と診断された人々の実態  
第2報 関西地方居住者を対象とした調査

○城戸あつ子<sup>1)</sup>、山崎喜比古<sup>1)</sup>、片平潤彦<sup>2)</sup>、牧野忠康<sup>3)</sup>、園田恭一<sup>1)</sup>  
<sup>1)</sup> 東大・医・保健社会 <sup>2)</sup> 東医歯大・臨床薬理 <sup>3)</sup> 長野大・産業社会

【はじめに】 私たちは、有機水銀で汚染された不知火海沿岸地方に一定期間居住したのち、地方に移住した人々の実態を明らかにする目的で、関東地方に居住する水俣病と診断された人々を対象とした調査を1986年に実施し、その結果の一部は同年の本研究会総会で報告した。今回、九州地方居住者の転出先として集中のみられる関西地方で同様の調査をおこない、関東での調査で得た知見の検証を試みた。

【対象と方法】 調査対象は、近畿水俣病検診受診者名簿および水俣病京都訴訟原告名簿から、関東での調査の分析対象と性年齢を一致させてランダムに選定した21人（うち男性10人）である。これらの人々は、医師から水俣病と診断されながら（但し2人は『水俣病疑い』）、行政上は水俣病患者としての処遇を受けていない。調査は'88年1月に訪問面接により実施した。

【結果と考察】 ①移住の時期と理由 不知火海沿岸地方を転出した時期は、「1955～59年」3人、「60～64年」11人、「65～69年」4人、「70年以降」3人で、「60年代前半までに転出した者が66%を占めていた（関東での調査では、86%）。対象者の42%は、その移住理由に水俣病問題との関連がうかがわれた（関東調査：80%）。

②病歴および現在の健康状態 不知火海沿岸地方を転出した後に、「からだの具合いかおかしいと思いはじめた」と答えたのは13人、62%であった（関東調査：47%）。水俣病患者に比較的高い頻度でみられる自覚症状について24項目を示し、今回の調査対象者の有病率と関東での調査成績とを比較した。その結果、「においがよくわからない」という項目についてはのみ、今回の対象者の方の訴え率が低かっただけで（P<0.05）、それ以外の項目では有意差は認められなかった。かれらの認知申請状況は表1に示した。水俣病特別医療手帳を交付されていたのは4人であった。

③療養の実態 症状があっても医療機関や鍼灸・マッサージなどの施設にかからず、市販の薬や薬剤のみで対処していたものが33%にみられた（関東調査での非受療者は19%）。これらの人々が受療していないのは、現行の医療への不信・諦めや経済的理由によるものかほとんどであった。たとえば、「神経痛といわれるのがオチ」「どうせ病院に行っても『疲れからだろう』といわれる」「効かないから病院に行っても行かなくても同じ」「手帳を使える遠くの病院まで通う交通費が出せない」「医者にかかるお金がかかる」というものである。

④職業生活および暮らし向き 現在の就業状態を表1に示した。過去に収入のある仕事についていたが、現在は無職である人は8人（うち男性3人）であった。このうち、健康上の理由で離職したと答えたのは4人であった。

現在仕事についている11人中10人に、健康不調との関連が疑われる就労上の支障が生じていた。以下はその例である。

「取引先廻りや現場監督などで、毎日車で動きまわる。もともと疲れやすいのに、視野が狭いので、車を運転する時は人一倍神経を使い、なおさら疲れる、疲れると目がかすんでくる、という具合で、連続運転はせいぜい1時間協限度。やる気はあるのに体がついていかないので、かかゆい。[男、40歳代（自営）]」「いつも物が二重に見えるうえ、ペンを持つと手の震えがもっとひどくなるので、伝票や報告書を何度も書き直す。苦勞して書いているのに、上司は『もっときれいな字で書くように』と言う。そんな注意をされるのは同僚の中でも自分だけなので、注意されると涙が出そうになる。[男、40歳代（資材管理係）]」

現在の暮らし向きを、生計維持の方法によってみると、総じて、生活基盤が脆弱であるところに特徴がある。すなわち、不安定な雇用条件下での勤労収入であったり、零細経営の事業収入によるものが1日だつ（表2）。両調査結果とも、約割は複数稼働世帯であったが、内容的にいずれも生計維持的色彩の濃いものであった。関東での調査結果と同様、生活保護世帯が1世帯あった。

⑤家庭生活 配偶者の健康状態が普通レベルにある世帯は5割にとどまり（関東調査：3割）、他は、配偶者も水俣病であるとか、その他の疾病や障害を持つもの、あるいは死別しているという状態であった（表2）。水俣病で配偶者を亡くしていたのは2人で、これは関東での調査結果とほぼ同じ割合だった。

対象者の61%に、水俣病による症状との関連が疑われる家族関係への否定的な影響を認めた（関東調査：52%）。例としては、「頭痛がひどいとイライラして家族にあたりちらす」「よその男親かするようにキャッチボールなどをして子供と遊んでやりたいが、体がえらくてとでもできない。子供が話しかけてきても、体調が悪いとイライラしてどなりつけ、あとで悪かったなど後悔する。そんなことを繰り返すうちに子供が自分に寄りつかなくなってきた、今ではまるで他人のようだ。」「朝起きられないので、姑に『なまけや』といわれた」というものがあつた。

⑥社会関係 42%、9人（うち男性3人）が、近隣に対して、水俣病であることを隠しているとか、できたら知られたくないといっていた（関東調査：47%、10人/うち男性3人）。その理由は「ひげめを感じる」「恥しくて」「自分がみずばらしいようなみじめさを感じる」「おばあちゃんも旦那も息子も、そしてあんたも同じ病気がと言われたくない」というものであつた。

【まとめ】 関西での調査対象は、自覚症状について、関東での対象とほとんど差がない集団であつた。そしてまた、療養生活すら十分にできておらず、また社会的にも家庭的にも困難な状況下で生活を続けている人々が少なくない、という点においても、関東で実施した調査と同様の結果であつた。したがって、以上のことから、有機水銀汚染地域から地方に移住した人々の健康および生活実態を明らかにするための基本的な追跡調査、これ以上の被害の深刻化を防ぐための健康不調者に対する救済策、医療機関・医療関係者や一般市民の間にも水俣病についての理解を広げるためのはたらきかけが望まれる。

表1 対象者の特徴

		1986年- 関西調査	1986年- 関東調査	単位
平均年齢±SD	男	51.2±0.4	50.8±7.5	歳
	女	56.7±7.0	57.2±8.0	
認知申請状況	認知	3 (14.2)	6 (28.5)	人 (%)
	未認知	5 (23.8)	14 (66.6)	
	未申請	13 (61.9)	1 (4.7)	
就業状態	有職	男 7	男 4	人
	無職	女 4	女 10	
	兼業	0	7	
	無職	1	0	
	専業主婦	2	0	
専業主婦	1	0	2	

表2 世帯の特徴

		1986年- 関西調査	1986年- 関東調査	単位
世帯数 <sup>1)</sup>		20(100.0)	18(100.0)	世帯
主な収入源	勤労収入*	15 (75.0)	12 (66.6)	世帯 (%)
	事業収入	1 (5.0)	3 (16.6)	
	配属者(1~10人)	2 (10.0)	2 (11.1)	
	配属者(なし)	1 (5.0)	0 (-)	
	年金+仕送り	1 (5.0)	1 (5.5)	
生活保護	1 (5.0)	0 (-)		
*勤労収入 再掲				
不安定就業 <sup>2)</sup>		6	3	
複数稼働世帯		8	8	
配偶者の 健常状態	健康	11 (55.0)	6 (33.3)	夫婦 (%)
	不健康	3	3	
	水俣病	3	1	
	水俣病疑い <sup>3)</sup>	1	5	
	その他の疾病・身体障害 <sup>4)</sup>	2	5	
その他		0	1	
死別 <sup>5)</sup>		3 (2)	2 (2)	

1) 夫婦で調査対象となったケースが、関西で1組、関東で3組あつた  
2) 臨時雇、非常勤、日給月給など  
3) 水俣病の症状があるが、検診を受けていない  
4) 心臓病、肝臓病(2人)、呼吸器疾患、交通事故後遺症(2人)、労災後遺症  
5) ( ) 内は、死別した配偶者が、水俣病と診断されている例数



原田 正純 (熊本大学医学部遺伝疫学)

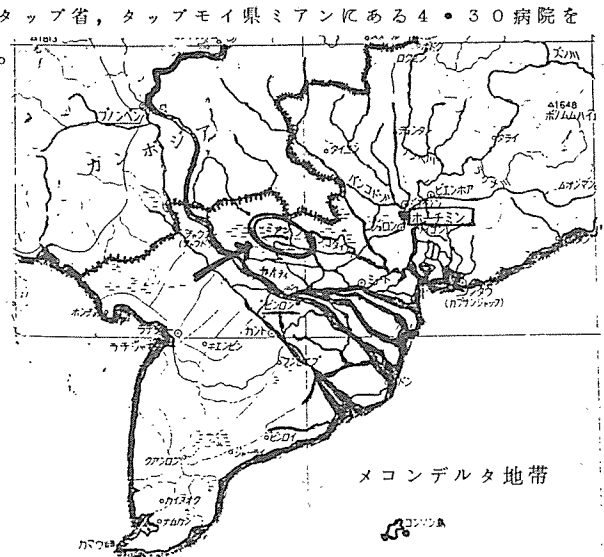
ベトナム戦争の1961年から1971年にかけて7200万lの枯葉剤が南部ベトナムのメコンデルタ地帯に撒かれた。この枯葉剤の中に含まれるダイオキシン(TCDD)は170kgといわれている。この汚染を受けた広さは200万haで汚染された人は200万人といわれている。このTCDDは100万分の1grでモルモットを殺す毒性のほか催奇性、発がん性が問題になっている。

1970年以來、「ベトナムでは枯葉剤の影響で先天異常児が多発している」というニュースが寄せられていた。しかし、実際のデータの詳細は明らかでなかった。

1983年1月14~19日、ホーチミン市で枯葉剤と除草剤に関する国際的なシンポジウムが開催された(Herbicides and defoliants in War: The long term effects on man and nature, 1983)。そこで明らかになったことは死産、流産さらに先天異常が増加し、さらに胎状奇胎、肝臓がんが多発しているという事実であった。さらに影響は直接はく露された女性だけでなく、夫だけがはく露を受けた場合でもはく露されない女性と結婚した場合にもその子供に流産、死産、先天異常が多いことも明らかになった。そして、この会議は国際的・学際的研究の必要性を宣言したのであった。しかし、その後、政治的・社会的な事情によって国際的な研究協力や情報交換はなされることは少ない。そのような状況であるからわれわれは、1987年、1988年の2回にわたってベトナムを訪問し、現状と問題点を調査した。

南ベトナム最大の産婦人科専門病院(650床)は年間13,000~16,000人の新生児をとりあげているツーズー病院で、ここでは自然流産が1978年の18.3%をピークに少しずつ減少しているが10%台である。先天異常は脳神経異常が多く次いで四肢異常、眼・鼻の異常、合体双生児、口蓋裂の順にみられており、出現頻度は0.75~1.60%である。それ以外に胎状奇胎が4.4%前後、さらにがんが多発している。われわれは、これらのデータをもとに実際に入院患者と面談を行い疫学調査を行った結果、ほぼ同様の結果を得た。すなわち、流産9.9%、先天異常1.8%であった。出身地別の差は明らかでなく、汚染地、非汚染地の区別は実際的に困難のように思われた。有名になった合体双生児は現在なおこの病院で4~5体生まれているが生後間もなく死亡している。これらをホルマリン標本として確認したがきわめて異常な状態であることが確認された。他の2病院でも10年間にそれぞれ6体の合体双生児を経験しており、1987年生まれのソン・フアーは5月17日に分離手術に成功している。

メコンデルタの奥地、カンボジアの国境近く、ドンタップ省、タップモイ県ミアンにある4・30病院を拠点にドン・ビン・キョー村の母親と子供を調査した。この村はベトナム戦争中最も激しい戦いがあったところでしばしば枯葉剤が撒かれたところである。調査はベトナム側の医師たちと共同で行われた。基本になる住民台帳がなく、母集団の確定ができなかったり、対照の選定が不可能であったり、言葉の問題など不利な条件であったにもかかわらず、母親112名、その子供101名を診察できた。そして、その被害の一端をうかがい知ることができたので報告する。



## アレルギー性鼻炎と大気汚染

○竹内治一（大阪府保険医協会）

### アレルギー性鼻炎の原因は花粉だけか

最近耳鼻科外来を訪れるアレルギー性鼻炎患者の激増ぶりはただごとではないと思う。従来からアレルギー性鼻炎の原因は杉花粉・家ダニ等々ということになっている。恐らくそれは間違いではないだろう。耳鼻科学会でも積年そのことのみ熱心に研究されている。しかし、近年における急速な激増ぶりが果たしてそれだけで説明できるのか。

最近、東大物療内科の村中正治氏（現在湯川原厚生年金病院々長）らは自動車排気ガス特にディーゼル車排気ガスがアレルギー性鼻炎の発症を助長（アジュバント）するらしいとの説を出し、ある種の動物実験にも成功している。これは、われわれ耳鼻科医にとっても無視することの出来ないことであると考え、耳鼻科学会は今の所無反応である。

### 自動車の激増に正比例

自動車の保有台数を調べてみると、昭和47年に約2300万台であったものが、昭和59年には丁度倍の4600万台に増えている。一方、その間のアレルギー性鼻炎や喉頭炎の消長はどうであろうか。幸い大阪府耳鼻咽喉科医会の調査があるので同じ期間のそれを見ると、昭和47年にはアレルギー性鼻炎は耳鼻咽喉科全疾患中わずか2%に過ぎなかったものが、昭和59年には実に11.8%にまで増えており、急性喉頭炎は昭和47年にはわずか0.3%であったものが昭和59年には8.1%にまで上がっている。これは単なる偶然であろうか。

### 大阪でのアンケート調査の結果

こういう事態にたいして、大阪府保険医協会の耳鼻科部会は昨年八月、大阪の耳鼻科の会員364名に対し、次のようなアンケートを行った。全疾患中、アレルギー性鼻炎は何%位か、アレルギー性鼻炎の発症に大気汚染が関係ありとする学説を支持するかどうか、等々の設問をし、52.4%という高率の回答を得た。今その概要を紹介しよう。

まず、アレルギー性鼻炎が増えたと回答した人は92.1%に達している。次に患者の中でアレルギー性鼻炎は何%かという設問にたいしては、6割が11%以上と答え、多いのは60%以上と答えた人もあった。大気汚染学説支持者は61.5%であった。

### 「目がかゆい」

今年の臨床症状の特徴は鼻より前に目がかゆいという症例が圧倒的に多く、大気汚染の度あいの進展を想像させるものである。血液検査で原因が分かるのは3割以下である。

### ディーゼル車対策を急げ

ディーゼル車排気ガス中のDEP (Diesel Exhaust Particulate) を杉花粉と混ぜて動物に吹きかけるとアレルギー性鼻炎を発症するという。ここまで実験は進んでいるが、現実には、ディーゼル車排気ガスに対する規制は不十分で、殊にディーゼル車とその燃料はむしろ増産が奨励されていると言った方がいいだろう。

## A-18 合成着色料に関する文献的考察 (第2報) 赤色2号について

○片平冽彦・佐藤嗣道(東医歯大・難研)  
城戸あつ子(東大・保健社会)

【目的】食品添加物の安全性・有益性に関する文献的考察として、第27回総会では臭素酸カリウムにつき、また第28回総会では合成着色料の第1報として黄色4・5号につき報告した。今回はその第2報として、赤色2号(Amaranth, 以下R-2)につき報告する。

【方法】内外の文献をJICSTなどを用い、また米国FDAに問合せて収集し検討した。

【結果】R2は、1878年Baumにより発見されたモノアゾ色素で、日本では1910年に食品着色剤として使用が認められ、1948年厚生省令第23号で食用タール色素として食品添加物に指定された。1984年度における検定数量は3,470kg(日本で使用が認められているタール色素11種の総量の15.3%)、売上高は23,387千円(同、12.7%)であった。食品・医薬品・化粧品に他の色素と併用または単味で用いられ、食品では菓子・清涼飲料水・洋酒・冷菓などに用いられている。本品で特に問題となる毒性は発がん性、胎仔毒性、消化吸収機構の阻害である。発がん性については、ソ連と米国でそれを疑わしめる報告が出されている。ソ連では、50匹のラットにR-2 40%添加の練り物を含む飼料を25ヵ月投与したところ、生残りの18匹中11匹に悪性腫瘍が生じ、対照群35匹には1匹も生じなかった(Baigusheva, 1968)。また50匹のラットにR-2 2%添加飼料を33ヵ月投与したところ、この間に生存48匹中13匹に腫瘍が生じ、対照群50匹には1匹も生じなかった(Andrianova, 1970)。一方米国では、FDAが1975年までに、500匹のラットに0.003~3%のR-2添加飼料を131週間投与したところ、3%群では44匹中14匹に、対照群では44匹中4匹に悪性腫瘍を認めた(Boffey, 1976)。FDAはこの結果から、発がん性が明らかになったというよりも、安全性が証明されなかったとして、R-2の使用許可を取消し、代って赤色40号を新たに指定した。胎仔毒性では、Shtenbergら(ソ連, 1970)、Collinsら(米国, 1972)の報告を受け、1973年にCollinsらが行った報告では、R-2の代謝産物・中間生成物が胎仔吸収率に影響を与えている。消化吸収機構の阻害については、ペプシンによる蛋白質分解作用の阻害(園田ら, 1972)、ペプシン単独およびペプシンとトリプシン混合によるカゼイン分解活性作用の阻害(吉田ら, 1973、大森ら, 1974)、蛋白質の消化性・生物価の低下(Takedaら, 1981)の報告がある。

【考察】以上の結果から、R-2の安全性には疑問があると言わざるをえない。1984年にFAO/WHOでの評価作業によってラットでの長期投与試験で発がん性は認めなかったということが報じられているが、その詳細は明らかではない。仮にこのデータが評価に耐えるものであっても、重要なのはその実験の限りにおいて発がん性が認められなかったということであり、不純物の混入の問題などとあわせて、発がん性の問題が全く心配なしとは言えないであろう。加えて、胎仔毒性、消化吸収機構の阻害などの問題が残されている。このようにみえてくると、R-2の使用によるリスクが現段階では否定できず、そうしたリスクを超えてなお使用するだけの利点、必要性があるのかどうか問題となる。赤色2号のような着色料を食品添加物に用いることの利点としては、「食品を美化し魅力を増すもの」(指定基準の「エ」)であると説明されている。この説明は、他の指定基準(ア. 食品の製造加工に必要不可欠なもの、イ. 食品の栄養価を維持させるもの、ウ. 食品の損耗を少なくするために腐敗、変質、その他の化学変化などを防ぐもの、など)と比較すると、食品添加物を用いることの消費者にとっての必要性という点で、説得力に欠けるものと言わざるをえない。本色素が米国、ノルウェー、フィンランドなど、かつて使用されていた国で禁止されて現在まで5~10年を経ているということは、消費者にとって必要不可欠のものではないことを示していると言えよう。

【まとめ】赤色2号は、1948年に食用タール色素に指定されて以来、菓子、清涼飲料水などに使われてきたが、発がん性、生殖への影響、消化吸収機構の阻害などの問題が提示されており、それらが全て解明され、リスクが完全に否定されているとはいいがたい。また、その必要性が食生活の上で不可欠であるとは考え難く、すでにこれを禁止して5~10年を経過している米国、ノルウェー、フィンランドなどのように、わが国においても使用を禁止することを早急に検討する必要があると考えられる。

○佐藤嗣道, 片平洸彦, 佐久間昭(東医歯大・難研),  
奥山文雄(東医歯大・眼科), 川口雅生(東医歯大・  
薬剤部), 中美千春(東医歯大・電算掛)

【目的】スモンなどの教訓から、薬害防止対策の一環として医薬品市販後監視(第IV相、Post-marketing surveillance=PMS)システムの確立が急務となっている。本研究は医療機関におけるデータファイルを利用して副作用の早期発見・予防を行うためのPMSのシステムをつくることを目的とする。今回はその第一段階として、特定薬剤の副作用集中モニタリングのシステムを確立する上でのデータファイル利用の可能性を検討した。

【方法】東京都内A大学病院における医事システム(保険請求、医事・薬事統計など)のデータファイルを利用して、1982年1月から87年7月までの入院・外来患者を対象として特定薬剤の被投与人数を品目ごとに調べ、そのうち薬剤投与月以降の特定病名の記載人数を調査し、記載率を算出した。参考までに全対象患者中の特定病名記載率も算出した。ファイルに病名の記録がない者は以上から除外した。薬剤については、近年厚生省副作用情報、学会報告などで副作用が報告され、注意が喚起されているもの12種(臭化バンクロニウム・メナテレンオン・ホスホマイシン・セファクロル・オフロキサシン・塩酸オキシブプロカイン点眼液=ショック、塩酸チクロピジン=肝障害、シメチジン=血液障害、ピロキシカム=消化性潰瘍、ドンベリドン=ショック様症状、エトレチナート=奇形、ピロキシカム軟膏=光線過敏症)を選定した。症状については、副作用と関連すると思われる病名を、データファイルに登録されている病名の中からリストアップした。

【結果】A病院では12種の薬剤が全て使用されており、商品名では各々1種類(製剤別では最高5種類)であった。それらの副作用として、前記病名の各々に関連する病名を病名ファイルからリストアップしたところ、1~71種類となった。対象とした期間内の全受診患者を算定したところ、151,786人(外来128,334人、入院2,029人、入院・外来21,423人)であった。このうち、病名の記載のある患者は82,234人であった。これら病名記載のあった対象患者について、各薬剤(製剤別)投与群毎に、各々の病名の当該薬剤投与月以降の記載者数と比率が算出された。病名記載人数が0名であったもの(塩酸オキシブプロカイン点眼液、エトレチナート、ピロキシカム軟膏)を除く9種の薬剤につき、原則として病名記載人数20名以上のものを表1に示した。また表1に示した病名の全対象患者中の記載人数と比率を算出し、表2に示した(結果の表は当日配布)。

【考察および結論】A病院では、主として健康保険の請求事務のため、1982年よりBorroughsのコンピュータシステムを用いている。インプットされる病名の情報源は「診療申込書」「初診行為カード」「外来診療行為カード」「入院処置指示書」「病名連絡票」であり、薬剤名の情報源は「外来処方せん」「入院用普通処方せん」「入院処置指示書」「手術票」「麻酔科指示書」である。病名は主として1985年4月からの記録が入力されているため、全受診患者の約半数しか記載されていなかった。得られた結果から、表1と表2の数字を用いて四分表を作成し検定することが可能であるが、その場合、薬剤非投与群の性・年齢・原疾患・診療科等を投与群とマッチさせる必要があり、現時点でのデータそのものの評価は慎重を要する。しかし、これまでの試みで、特定薬剤被投与者中の特定病名記載者を選定でき、その数や比率等のデータが得られた。これにより、A病院のデータファイルのPMS(当面、特定薬剤の副作用集中モニタリング)への利用可能性が示されたと言える。現在、性・年齢・原疾患・診療科等をマッチさせた対照群の設定・比較を行っており、またデータファイル利用の妥当性を検討するためのカルテ調査も検討している。今後、A病院でのシステム確立に向けさらに努力を重ねると共に、同様のシステムが日本各地の病院で確立する可能性についても検討を進めていく予定である。



# 一 般 講 演

( B 会 場 )

## 在宅療養患者の疾病構造について

○関沢 敏弘（京都市民連北病院内科）  
 小畑 智子（同地域医療部）  
 清水 清子（同地域医療部）  
 本山 礼子（同地域医療部）

〔目的〕 都市部における在宅医療の対象患者の疾病構造と死亡の状況を把握すること。

〔対象と方法〕 北病院では、定期的な治療が必要であるが介助によっても通院が困難となった患者はほとんどすべて在宅管理している。常時ねたきりの者が約三分之一を占めており、その他は坐位生活ないし室内生活程度のADLである。大半の患者は半径2km以内に居住している。

1987年の在宅管理患者103名（男46名、女57名）全員につき、1986年12月から1988年1月までの外来診療録にもとづいて通院困難となった理由と一年間の生死の状況を調査した。入院した例については入院診療録を、死亡者については死亡診断書も参照した。各症例につき月単位で観察期間を求め、観察終了時の生死を確認した。平均観察期間は8.7ヶ月（男8.6ヶ月、女8.8ヶ月）であった。

性、年齢階級ごとの観察期間に1985年の国民の性、年齢階級別死亡率を乗じて予測死亡数（率）を求め、観察死亡数（率）と比較した。

## 〔結果と考察〕

通院困難となり、定期的な往診と訪問看護による在宅医療が必要となった理由を表②に示す。脳血管障害によるものが最も多く27%（男39%女18%）であるが、特に女では心疾患や骨関節疾患も目だつ。われわれの在宅医療の供給のひろがりに伴う現象に過ぎないのか、疾病構造が多様化しているためか、判断はむずかしい。

103名中15名（男7名、女8名）が死亡し、その内容は表③のとおりである。循環器系疾患による死亡が7例を占めていた。死亡に至る原因がはっきりせず、老衰とした例が3例あった。これら死因の構成は同様の年齢の一般の人口集団のそれとはほぼ同様であった。年人法（正確には人月法）により、観察期間を考慮した年間死亡率は、20.0%（男21.2%、女19.0%）であり、1985年の国民の年齢階級別死亡率から求められた予測死亡率8.86%（男9.18%、女8.61%）の約2.2倍であった。全身的な疾患を持ち日常生活動作が強く制限されている集団での死亡率としては比較的よいものと思われる。

表① 在宅管理患者の性・年齢構成  
 北病院 1987年在宅管理患者

	男	女	計
50 - 59	0	1	1
60 - 69	6	5	11
70 - 79	17	19	36
80 - 89	20	22	42
90 - 99	3	10	13
計	46	57	103

表② 通院できない理由となった疾患  
 北病院 1987年在宅管理患者

	男	女	計
悪性腫瘍	2	1	3
内分泌代謝		2	2
神経系		3	3
脳血管障害	18	10	28
心疾患	3	8	11
呼吸器疾患	5	5	10
消化系	5	1	6
骨関節疾患	1	9	10
低運動症候群	7	8	15
その他	5	10	15
計	46	57	103

表③ 在宅管理患者の死亡の状況

北病院 1987年在宅管理患者		
年齢・性	死因	死亡の場所
70 M	肝硬変	病院
78 M	誤嚥性肺炎	病院
82 M	気管支炎	自宅
83 M	老衰	自宅
85 M	脳塞栓	病院
86 M	腎不全	病院
86 M	老衰	自宅
53 F	脳出血	病院
67 F	腹部大動脈瘤破裂	病院
69 F	脳出血	病院
86 F	胃癌	病院
88 F	突然死	病院
89 F	心不全	自宅
90 F	老衰	自宅
91 F	脳梗塞	病院

# B-02 痴呆をともなう難病事例 —在宅療養患者の事例から—

0 近藤紀子 小原典子 長沢つるよ(東京都立神経病院) 川村佐和子(東京都神経科学総合研究所)

【目的】いわゆる難病は身体的ケアが中心であり、精神的課題は2次的生活課題であるという判断でケア体制が組まれることが多かった。しかし、疾病由来または2次的であっても精神機能のケアを必要とする場合も実際上多く経験したので、痴呆に関し分析・検討した。

【方法と結果】筋・神経系疾患患者における痴呆状態を1)言語障害などでコミュニケーション障害・運動障害によって、一見痴呆を疑われるもの、2)痴呆であるものに分類し、その頻度と状態を調べた。資料は昭和61年度に訪問対象144名中再入院を除く99名の診療記録・看護記録を用いた。

対象者99名の状態：言語障害等でコミュニケーションがとれないもの58%、ねたきり59%、日常生活上移動に支障あり97%、残る3%もやっと歩行できる状態である。上肢機能は食事・排せつ介助が必要または自力で出来ても手が震えて困難86%であった。

1)このような状態が重複し一見痴呆を疑われるものを痴呆様症状とすると99名中39名(39%)であった。  
2)長谷川和夫医師の痴呆の定義によると9名(9%)であった。(表1)

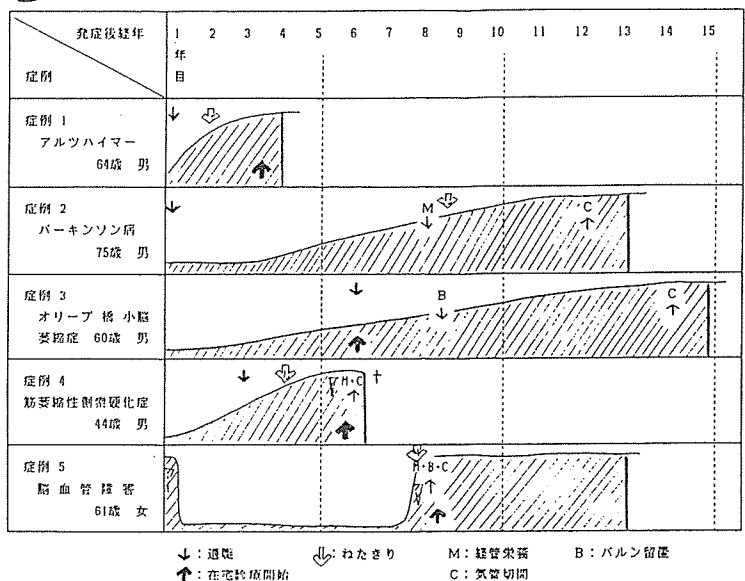
3)痴呆にいたる経過：痴呆の代表的疾患であるアルツハイマーと神経難病で痴呆状態にある事例および脳血管障害事例を比較し図1に示した。アルツハイマーは短期間で痴呆にいたっているのに比し第2・第3例では経過が長く進行的である。第4例は難病でも経過が短く、最も医療ニーズが高かった。第5例は脳血管障害である点で難病事例と異なっていた。

【まとめ】1)見かけ上の痴呆は39%あった。2)長谷川基準による痴呆は9%であった。3)アルツハイマーに比べ、経過が長く進行的であった。

痴呆に至る経過 表2

症例	状態像	言語	コミュニケーション	意識障害	行動	その他
症例1 アルツハイマー 64歳 男		ない	とれない	なし	上肢機能(-) ADL全介助 便尿失禁	ねたきり
症例2 パーキンソン病 75歳 男		ない	とれない	なし	〃	ねたきり 経管栄養 バルン留置
症例3 オリブ橋 小脳萎縮症 60歳 男		ない	とれない	あり	〃	ねたきり 経管栄養 バルン留置 気管切開
症例4 筋萎縮性側索硬化症 44歳 男		ない	文字盤で可能	なし	90°-70°屈伸で 手紙を書く ADL全介助	ねたきり 経管栄養 気管切開
症例5 脳血管障害 61歳 女		ない	とれない	あり	上肢機能(-) ADL全介助 便尿失禁	ねたきり 経管栄養 バルン留置 気管切開

図1 痴呆に至る経過



61年度訪問者の状況 表1

病名	全対象数	痴呆様症状	定義上痴呆
アルツハイマー	1	1	1
パーキンソン病	19	10	7
脊髄小脳変性症	21	9	0
筋萎縮性側索硬化症	10	3	0
筋ジストロフィー	12	0	0
多発性硬化症	2	0	0
脳血管障害	17	9	0
その他	17	7	1
計	99	39	9



～在宅医療の援助を行なった患者で、死亡した患者の家族との面接を通して～

○ 垣内 浩子 (耳原総合病院保健婦)

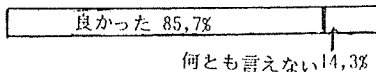
後藤 ふみ子 (耳原風病院看護婦)

はじめに

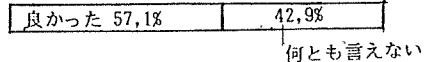
今年4月1日の診療報酬改訂によって訪問看護診療報酬化され、厚生省の「中間報告」で示された患者を「病院から在宅へ」の路線が具体化されはじめた。しかし在宅療養が、患者や家族にとってどうなのか、よりよい在宅療養のためには、どのような援助を望んでいるのか、といった患者や家族の立場からの報告は少ない。そこで今回、私たちは当院で在宅療養の継続した援助を行なって死亡された患者の家族へ訪問調査を行ない、在宅療養が患者や家族にとって、どうだったのかの検討を行なった。家族との面接をとおして (調査結果)

1	名前 性別 年齢	病名	死亡年月日	在宅での療養期間	当院での訪問援助期間	訪問援助回数	在宅 回数	在宅 通算在院日数	主たる 介護者	家族数 本人含	介護者の 年齢	死亡 場所
1	K・S 58才 男	R A	58,10,8	20年	2カ月	4回	1回	14日	妻	3人	50才	自宅
2	H・N 67才 男	脳梗塞	59,10,10	21年	21日	11回	1回	143日	妻	3人	63才	当院
3	N・N 70才 女	くも膜下出血後、後遺症	59,10,18	2年2月	2年2月	168回	5回	183日	夫	2人	71才	当院
4	K・M 82才 男	脳梗塞	59,12,8	5年6月	2年6月	149回	6回	149日	娘	4人	50才	当院
5	H・N 80才 男	脳梗塞 (大脳基底節病変)	60,1,16	1年10月	11カ月	52回	1回	8日	嫁	6人	41才	他院
6	S・T 68才 女	神経筋疾患	60,1,29	5年	2年10月	121回	3回	52日	夫	3人	72才	当院
7	W・Y 59才 男	脳梗塞	60,4,22	10年4月	4年	133回	4回	313日	妻	4人	55才	当院
8	J・N 82才 男	脊髄炎 (水痘を原因)	60,5,28	11年	3年	84回	3回	110日	娘	2人	51才	他院
9	K・K 78才 女	小脳出血後遺症 (DH)	60,7,27	3年	2年7月	113回	4回	263日	娘	7人	50才	当院
10	H・H 80才 男	脳梗塞	60,10,2	3年4月	3年4月	60回	3回	741日	娘	6人	51才	当院
11	K・T 83才 女	脳梗塞	60,5,13	1年9月	1年9月	106回	3回	202日	嫁	5人	38才	当院
12	K・K 94才 女	じょうちく	60,11,4	8年	10カ月	3回	1回	124日	嫁	5人	53才	当院
13	T・K 67才 男	脳梗塞 (DM)	61,1,5	10年	4年6月	73回	2回	16日	妻	2人	66才	当院
14	K・H 70才 女	脳梗塞	61,1,11	1年7月	1年7月	113回	2回	100日	娘	2人	33才	当院

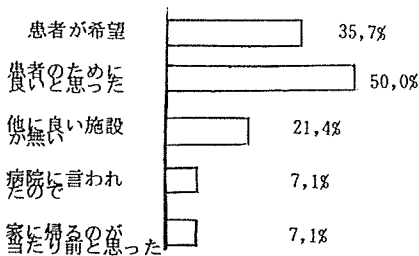
1. 患者にとって自宅での療養はどうだったか



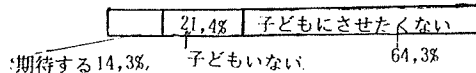
2. 自宅での長期療養はあなたにとってどうだったか



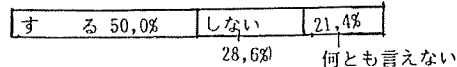
3. 在宅療養を選んだ理由 (重複回答あり)



4. 子どもに同じような援助を期待するか

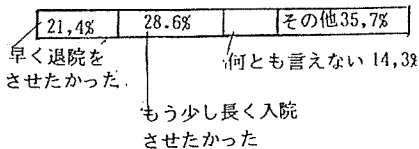


5. 在宅療養を希望しますか

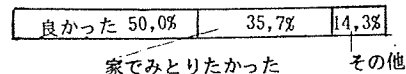


6. 入院について

イ. 入院の期間について



ロ. 病院で臨終を迎えたことについて



川村佐和子（東京都神経科学総合研究所）  
 ○高坂雅子（都立府中療育センター）

＜はじめに＞ 人口の高齢化に伴い、在宅介護を担当している家族も高齢化が進んでいることが指摘されている。患者の高齢化とその介護者の高齢化は今後の在宅ケア促進上の課題の一つであると考えられる。本研究では、医療上、介護を必要とする在宅患者を介護した65歳以上の高齢者68人が直面した介護課題に関して分析・検討した。

＜方法と対象＞ 昭和49年12月から昭和58年11月の9年間の都立神経病院「在宅診療」対象者中、介護者が65歳以上であった症例68名。資料は、「在宅診療」保健婦記録と心理技術記録を用いた。

＜調査成績＞ 1. 介護を受けた患者の状態 (1)患者の性別…男性37人(54.4%)、女性31人(45.6%) (2)在宅療養開始時年齢…28-82歳、うち65歳以上が50人(74.5%) (3)疾病分布…パーキンソン病27人(39.7%)、脳血管障害20人(29.4%)。特定疾患患者は55.9% (4)生活能力とその介護負担の特徴…「移動不能」54人(79.4%)、全員(100.0%)が移動に介護を要した。「言語不能」19人(27.9%)、コミュニケーション障害は45人(66.2%) (5)医療処置および技術的介護の必要性…膀胱カテーテル留置10人(14.7%)、導尿3人(4.4%)、経管栄養12人(17.6%)。これらのいずれかの医療処置を行っていた者は20人(29.4%) 2. 高齢介護者の状態 (1)性・年齢…男30人(44.1%)、女38人(55.9%)。65歳-69歳24人(35.3%)、70-79歳44人(64.7%) (2)家族援助者…配偶者との二人生活32人(48.5%)、配偶者と子供の世帯との同居者が28人(42.4%)。高齢介護者の患者との関係は配偶者62人(91.1%)、親5人(7.4%)、嫁1人(1.5%)。高齢介護者が単独で介護にあっていた場合は46人(67.2%) (3)外部援助…訪問看護婦雇用者は0。看護援助は制度的対応が無い時期であり、病院保健婦援助は全員に共通していたが、病院外の看護援助を得られたものは68人中12人(17.6%) (4)在宅療養継続期間…1カ月-6年8カ月の間に分布し、平均値は1年5カ月。(5)家族介護能力の弱化および破綻…ほとんどの家族介護者が何等かの理由で外来治療を受けていた。(癌3人、心疾患3人、パーキンソン病、喘息、肺結核、脳血管障害発作、先天性の小脳障害の疑い、両側人工股関節のための障害が各1人)。介護者がこれらの病気のために入院した場合は7例(10.4%)、患者に先んじて死亡した場合は2例(3.0%)。家族介護者自身の病気や死、高齢化による心身の低下が課題となり、「在宅診療」から脱落した患者は22例(32.8%) (6)介護提供能力の経年的変化…在宅介護開始時点には介護能力を有していると評価され、その後特別な疾患に罹患したわけでも「急に歳をとった」状態になり、介護者側の生理的变化の低下によって介護能力に低下を示す事例が見られた 3. これらの介護担当高齢者にみられた介護課題を表に示す。

表. 介護担当高齢者にみられた介護課題

身体的能力上の課題	精神的能力上の課題
<ul style="list-style-type: none"> <li>・患者を抱きあげることができない。患者が重い。介護者の腰痛</li> <li>・夜間離床の苦痛</li> <li>・視力が弱く、薬瓶・注射器やコップの目盛りが読めない</li> <li>・聴力が弱まり、呼ばれても気がつかない</li> <li>・手が振るえ、薬をこぼす・消毒物品を汚す・緊張すると特に悪化</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・介護の手順を忘れやすい</li> <li>・一度覚えた手順は修正が困難</li> <li>・新しい課題(事態)に直面すると、まず不安にかられ、指導されている対応ができない</li> <li>・介護や病人以外の問題で不安感に陥ると介護力が低下</li> </ul>

＜結論＞ 今回は基礎的介護条件を検討したに留まったが、介護担当高齢者は介護能力上も課題が大きく、介護者自身の課題も多く内在していた。一方、これに在宅ケア介護者としてかける期待も大きく、今後の課題として更に研究することが望まれる。

○近藤高明, 宮尾克, 榎原久孝, 古田真司  
瀧日久仁子, 山内知子, 山田信也  
(名古屋大学医学部公衆衛生学)

### I. はじめに

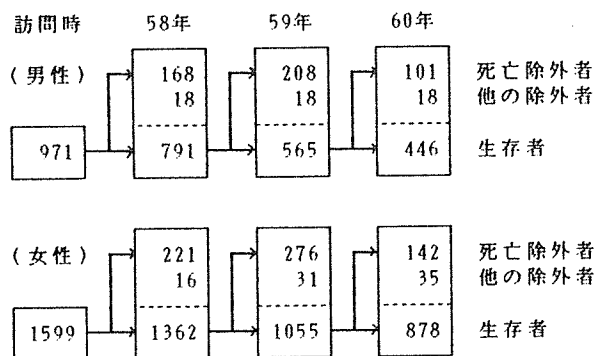
名古屋市においては、昭和50年から在宅寝たきり老人の訪問看護を、保健婦活動の重点事業として取り組んでおり、老人保健法の実施にともない、在宅寝たきり老人訪問看護事業を充実強化してきた。この事業を通じて得られた成果や明らかにされた課題は、「名古屋市ねたきり者訪問活動状況」に報告された多くの事例から知ることができる。

一方名古屋市では、昭和58年より「ねたきり者基礎票」を用いて、各区毎の保健所で実施されている訪問指導看護の対象者についての基礎的情報を、年に一度回収・整理している。演者らは、寝たきり老人の経過分析から、保健・福祉をめぐる課題を探る目的で研究を行なっているが、今回は昭和58年訪問対象者のねたきり者基礎票を用い、対象者を58年から60年までの各年毎の死亡者群と生存者群の4群に分け、死亡からみた予後関連因子の比較検討を行なったので、その一部につき報告する。

### II. 資料

昭和58年に作成された寝たきり者基礎票のうち、昭和58年中に60歳に達しない者を除いた男性971名、女性1599名である。これらの者の60年までの年次経過は図1に示すとおりである。

図1：58年訪問対象者の年次経過



このうち、死亡以外の理由による除外者は以下の分析には含めなかった。

基礎票記載項目は、対象者の基礎的属性、原因疾患、寝たきり期間、介護者の状況、心身の状況、看護の状況、福祉制度の利用状況、訪問看護の必要性等であり、各項目毎に4群の比較を行なった。

### III. 結果

年齢は高齢者ほど生存期間が短かったが、同じ年齢階級でも女性は男性に比べ予後が良かった。原因疾患については脳血管障害では比較的予後が良く、老衰による場合は逆に予後が悪かった。また脳卒中の場合でもリハビリを受けた者の方が受けない者より予後が良い。寝たきり期間についてみると、期間の短い者の方が長い者に比べてむしろ予後が悪かった。これは、期間の長い者はすでに症状が安定していることを反映したと考えられる。

介護者が嫁であることや息子夫婦と同居していることは、予後と負の関連が認められた。嫁が介護にあたっている老人は、配偶者や娘などの介護を受けている老人より症状が不安定であることによると考えられる。

身体状況では、麻痺や拘縮の有無は予後との関連を認めなかった。しかし視聴覚や言語の障害を有する者や、褥創を持つ者、失禁のある者は、それ以外の者より予後が悪かった。精神面においても、闘病意欲を持つ者は予後が良い。しかし痴呆様症状の有無は女性にのみ予後との関連が認められた。

A D Lとの関連についてみると、坐位や歩行を行なわない者、入浴をしない者、食事が全面介助の者、常時おむつの者は、それ以外の者より予後が悪かった。またA D Lの訓練を受けた者は予後が良かった。

訪問看護の必要性の判断と予後との関連では、男性では訪問を受けている者は予後が悪かったが、女性では関連を認めなかった。

### IV. まとめ

- 1) わが国の寝たきりの原因は依然として脳血管障害が多く、今回の分析からリハビリ対策が進展される必要がある。
- 2) 予後の悪い不安定な症例は嫁が介護を担当している傾向にあるが、それだけ介護負担が大きいと考えられる。医療・保健従事者の積極的援助が必要であろう。
- 3) 症状が安定した長期化した寝たきり老人と家族は、福祉面での需要が高いであろう。名古屋市ではホーム・ヘルパー派遣、移動入浴、生活用具給付、短期保護事業、介護手当の支給等サービスが用意されているが、それらの利用者はまだ少なく実際のニーズに対応しきれていないのではなかろうか。

我々は、今後さらに統計的解析を掘り下げるとともに、特定の地域を選んでより詳細な調査を行ない、寝たきり老人の長期ケアのシステム化を考察していきたい。

上 村 富 江 (ヘルパースキル研)

上田市社会協議会ホームヘルパー

## ホームヘルプサービスの理念と目的

「在宅志向者」が可能な限り地域で統合して生活するための一つ的手段としてホームヘルプサービスがある。在宅援助の中核であるヘルパーは“人の命を支える”立場にありクライアントのあるがままを受け入れ、受容し日常生活継続上の障害を取り除きながら、地域やボランティア等の関わりを拡大していく。又クライアントの能力を引き出すことによって「自立」しながら「統合」して地域で安心して住み続けられるための援助でなければならない。そこで、上田市におけるホームヘルプサービスを通して、「生活に密着した援助をいかにして可能とするか」を考える。

### 1. 上田市におけるホームヘルプ活動の現状

ケースの概要 (派遣世帯数 71 ケース)

男性26	36,7%	身障世帯19	26,8%	有料世帯6	8,5%	一人暮らし47	66,2%	半日週一回38	53,5%
女性45	63,3%	老人世帯52	73,2%	無料世帯65	91,5%	同居 夫婦24	33,8%	半日週二回20	28,1%
								その他13	18,4%

活動の概要

在宅サービス (ヘルパー11)	一日の訪問 1~2	主なサービス内容 (話し相手・掃除・買物・炊事・洗濯)
入浴サービス (ヘルパー 3)	利用者95人	一日の入浴者4人 一ヶ月延入浴人員88~92 (移送・移動式)
託老施設 (ヘルパー 4)	利用者31人	利用時間9時~4時 但し時間外あり 一日平均利用者7,48人

### 2. 問題点

個人型活動によりヘルパーの力量に負うところが多く、サービスの格差が生じ平等化が図れない。故に

- a サービス適否のチェック
- b 効果測定と的確な援助展開
- c 情報交換と収集
- d 他機関への連携
- e 流動的ニーズのキャッチ
- f 援助者 (行政) の都合が先行し即時対応が出来ない

### 3. 解決への方法と指針

- a 個人型活動から組織型活動へ
- b 即時対応
- c 派遣担当期間の短縮
- d 研修の強化

### 4. 具体的方法

- a 主任を中心としたグループ制にしケースを共有する
- b 主任を核として恒常的にグループ討議をする
- c 係長を中心にし週一回主任との検討会を開く
- d 月一回全体討議をする
- e 申請受理される期間、必要に応じて即時派遣する
- f 派遣期間を一年から6ヶ月に短縮
- g 係長によるケース訪問でニーズと対応をチェックし必要なサービスを提供する
- h 資質向上のため定期的研修及び自主研修をする

### 5. 結果 (ヘルパーが関わることによってクライアントの生活の質はどのように変わるか)

【事例】\*ケースの概要 ○家族構成 姉A 85歳 (白血病・白内障による全盲) 弟B 78歳 (神経痛による膝関節痛) ○訪問開始 63年3月 ○派遣回数週半日2回 ○サービス内容Bの通院介助・買物・洗濯・繕い物・炊事・布団干し・Aの身辺介助 ○経済状況A、Bの年金額6万円

\*ヘルパー派遣の動機と経過 Aは2年前から全盲になりBの介助を受ける。Bは持病の神経痛が悪化、通院困難、日常生活上の家事が出来なくなる。又、タクシーによる通院の為経済的困窮をきたし、通院介助、家事援助のためBが申請書を提出した。

\*サービス開始後の問題点 ①通院介助 ②住宅整備 ③食生活の均一化 ④風呂がない ⑤地域との関わり  
\*生活障害を取り除く条件整備 ①週一回通院介助の為のボランティアを派遣 ②住宅整備資金活用を検討中 ③社協による簡易浴槽の購入 ④タクシーから車いす利用に切替 ⑤買物による食品の確保 ⑥洗濯布団干しが出来、衛生的衣生活が出来ると ⑦食生活が改善される ⑧情報交換収集により活力がでる

### 6. 余言論

クライアントの援助は「自立への助長」であるが、時として全面援助をする場合もある。

いずれの場合も共に地域で生きる為の共助である。ヘルパーの関わる大半は、何等かの病気をもち複合的有病率も高い。これらの人々を孤立させることなく、介護者への援助を含めながら医療、保健との連携を更に深め社会資源の活用へと拡大したい。生活に密着した援助は勿論の事であるが、一方サービスの上げもまたクライアントの自立面で大事であり、現在の派遣要綱は公的ヘルパーの機能を生かさず検討がせまられる。

○関口暁雄(日本社会事業大学)

近藤紀子, 長沢つる代, 小原典子(都立神経病院)

川村佐和子(東京都神経科学総合研究所)

<はじめに>

社会福祉実習で在宅神経難病患者の入浴援助に係わって、患者の“喜んだ表情”入浴後の“すがすがしい表情”に出会った。それは、私にとって強いインパクトで、患者にとって入浴は精神的充足を満たす素晴らしい生活行為であると感じた。しかし、その入浴は一部で行われているだけで多くは行われていない。そこで、在宅神経難病患者の入浴が広く行われるよう係わった事例よりその入浴の方法を考える。

<事例紹介>

K氏, 男, 35才, 筋萎縮性側索硬化症/経管栄養・気管切開・留置カテーテルをし不動状態である。ほぼ位置に僅かな動きで触れることができるタッチスイッチを置き要求を知らせる。コミュニケーションは文字盤使用。年

<入浴サービスと問題点>

在宅福祉サービスのメニューの一つである入浴サービスは、入浴場の提供と入浴介助の提供から成り、入浴車が来て介助員が入浴の世話をする方法と送迎車に乗って施設にでかけ施設職員が世話をする方法とがある。K氏の場合、入浴場は家の新築時に確保されていたため問題は起こらなかったが、入浴を介助する人手に問題が生じた。K氏の入浴介助は、当然、母親一人では無理である。しかし、K氏のように医療的配慮が必要な人に医療看護技術看護士持った介助員、施設職員、ヘルパーによる入浴サービスを受けさせる事は問題がある。そこで、自治体の訪問看護制度の利用を申請したが、「対応できる職員がいないので」と断られ、人手を在宅の地域に求められなかった。その結果、現在K氏の入浴は都立神経病院在宅診療班の保健婦・看護婦の訪問により援助されている。

<入浴援助の実際と役割分担>

母親は、K氏の精神的な安心を与える存在として入浴介助を行っている。K氏と文字盤で会話できるのは看護婦だけとあって看護婦はK氏の全身状態を細部まで確認し、常に表情と身体の状態に気を配り必要があれば排たん、吸引等を行う。看護婦はK氏の状態と援助内容のバイパースにより援助をおこなっている。さらに、入浴となると直接介助する看護婦のみでなく浴室の外連絡対応等に備えている。そのため、入浴日は普段の訪問の二人に加え三人体制で臨んでいる。ヘルパーは、日頃、自分の時間と空間を大切に部屋に入れたがらないK氏の掃除とベッドメイキングを入浴中に行う。入浴前には、入浴の準備・食事の準備等を行い、入浴後は入浴によって汚れたシーツ類を洗濯する。入浴日は普段の日に比べ仕事量は増え、ベッドメイキングは一人ではできないのでヘルパーも普段の一人に加え二人で援助を行っている。

	母親	看護婦	ヘルパー
入浴前 10分	* 脱衣 * 移動	* 熱, 血圧, 脈拍の測定 * 全身状態のチェック * 排たん, 吸引 * 脱衣 * 移動	* 掃除 * 食事の準備 * 洗濯
	* 室温管理 * 入浴準備		
入浴中 20分	* 洗う	* 洗う * 文字盤による状態チェック * 排たん, 吸引	* K氏の部屋の掃除 * ベッドメイキング
	看護婦一人は緊急時等の連絡対応に備え浴室の外に控える		
入浴後 10分	* 着衣	* 着衣 * 全身状態のチェック * 排たん, 吸引 * カニューレガーゼの交換, 消毒, カフエア確認	* 洗濯
	* 室温管理 * 入浴片付け		

<考察>

全身に拘縮があり不動状態であるK氏の入浴には、K氏の身体に負担がかからない浴槽の広さとK氏の入浴を介助する人が入れる浴室に広さが必要であるが、家の新築にあわせて浴室のスペースを確保していたので入浴を行う場所の条件は整っていた。しかし、一般の住宅事情を考えると浴室の準備は困難であるので入浴サービスによる場所の提供が必要であると考ええる。

K氏は、経管栄養・気管切開・留置カテーテルをしているALSの患者で、いつ病変するかわからない患者である。このような患者の入浴には、看護職による援助が必要であるが、地域の関係機関に申し入れたところ責任問題で断られ地域に人手を求められなかった。そのため、K氏の在宅療養を支えている病院の保健婦と看護婦によって入浴援助がなされている。これは、援助する看護職がK氏の状態を把握している医師との連絡がおのずとあり看護士自身も把握し看護技術を持っているので緊急時の体制が整って入浴援助が確実なものとなっている。しかし、多くの患者が入浴を行なえるようにするには、地域のサービスとして、緊急時の体制と看護技術を在宅療養を支える病院との連携のもとに整え、訪問看護婦・保健婦による入浴援助も必要であると考ええる。

K氏の入浴援助は、母親・看護職三人・ヘルパー二人のチームワークにより実践されている。入浴日は、看護職ヘルパーとも人員を一人づつ増やし援助にあたっているが、それぞれ、援助の分担とタイミングはK氏と母親の生にあわせて構成され家族中心の援助がなされている。これは在宅を支えるうえで大切なことと思われ、実際の援助にあたっては患者とその家族にあわせた援助内容とチームワークが必要であると考ええる。

<まとめ>

在宅神経難病患者の入浴には、入浴できる場所の確保と入浴を援助できる人手と体制が必要である。それには、福祉側は医療的配慮が必要な人だからと避けるのではなく入浴場所・物的条件・家事援助体制を整え、医療側は医療看護を入浴という生活を援助するところまで広げ人手を提供しその体制を整え、その両者の連携のもと援助内容を計画していく必要があると考ええる。最後に一人でも多くの患者さんが入浴をされ生活に喜びを感じることを望むとともに、御指導くださいました先生方に感謝いたします。

吉村 久 (ホームヘルパースキル研究会)

**要旨** 入院加療して一年半後退院し、在宅生活になった単身者の食生活を中心に援助をし、ヘルプスキルを考える。

**病名** 糖尿病 糖尿病性腎症 糖尿病性網膜症 脳梗塞後遺症 年齢66才 男  
62年1月、病状が安定して来たので本人の背景に数多くの問題はあがるが病院側の働きがけによって生活保護の支給、ヘルパー派遣となり、退院にふみきる。

- 1) 病院側より本人への指示 ・インスリン注射は自分で出来る。・低血糖を起こす<sup>前</sup>の症状は知っている。・具合が悪くなったらいつでも病院へ行く。・食事指導を受けている。
- 2) 病院側よりヘルパーへの指示 ・腎食とする。(1/15日より糖尿病食から腎食に変更)  
・一日の摂取量〔熱量2000kcal 蛋白質50g 塩分7g 油30g 低カリウム食とする〕
- 3) その時

本人 

┌──	病院側 (主治医、看護婦、栄養士	┐	チームを作る。
	市側 (保健婦 ケース・ワーカー (保護係) ヘルパー		
	本人側 (長女 (金沢市在住)		

- 4) 本人の状況 ・生来のものか後遺症のためかすべてに楽感的で理解力に欠けている。  
・日常生活の自立がない。・頼れる身寄り居ない。・詐欺師だったときいてヘルパーは身構えてしまう。・ヘルパーにとって救いだったのは本人の言葉が比較的はっきりしていたこと。

### I 在宅医療にヘルパーが、かかわって。

- 1) 週3回の訪問で毎日の食事の確保
- 2) 病院側より「食べて居ない」と云ってくる。
- 3) 本人の病気に対する意識が低い。
- 4) 専門職のかかわりが少ない。

### II ヘルプの展開

- ① 食事確保のために調理方法を考える
- ② 食べさせる工夫
  - 1) 味付の問題 (ヘルパーは本人と共通部分を作る)
  - 2) 残餌量の様子を見る。
  - 3) 病状の説明をし、一緒に病気を直そうとする姿勢を示し本人の不安を取り除く。
  - 4) 病院と本人のパイプ役となり病状の報告をすると同時に医療を生活の場へ引き出す努力。
- ③ 食事作りの工夫
  - 1) 粉アメの使い方、(溶かす時、カロリーの流出を防ぐ工夫)
  - 2) 時間を短縮する為の工夫 (野菜をゆがく時、調理する時)
  - 3) 調味料、香辛料の使い方の工夫

### III まとめ

- 1) 医療者 (看護婦、保健婦) が云うように本人が「食べたい」という要求通りのものを作ると本人が期待していた味と実際に出来上がった味の格差が大きくて「失望」として返ってくる。
- 2) 医療者を生活の場へ引き込む努力をする。医療者の指示は色々有りそれを受ける方は大変、生活を見て実情にあった指示を考えて欲しい。
- 3) 検査をする時、本人にわかりやすく説明し、医師も本人の云い分をきいてやって欲しい。本人の努力も認めてやって欲しい。→ 病気療養に対する自信につながってくる。
- 4) 生活の場の指導として、どんな工夫や配慮よりも双方の信頼を如何につくるかによって決ってくる。

## おむつ介護の観察から実施まで ～方法とポイント～

白崎修代　ヘルパースキル研究会  
国分寺市福祉事務所家庭奉仕員

<はじめに>　ねたきり老人や後期高齢者を含む要介護老人等　在宅でおむつを利用する家庭が増えている。介護の中でもおむつの交換は一日に行う回数が多く　毎日欠かす事の出来ない性格から本人家族にとって在宅生活を継続させる大きな課題になる。

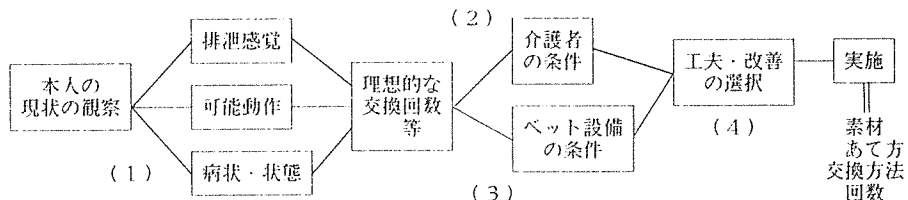
<方法>　国分寺市福祉事務所でのヘルパー派遣世帯の中からおむつを使用している人を対象に本人の状態・目的に合わせたおむつ、介護者の状況から分析した。

<結果・考察>　おむつは本人に排泄感覚がない場合に使用されるが、排泄感覚がある又は尿意はあるが便意はない(その逆)の場合にも　1) 本人-自力で移動・尿便器使用が不可、2) 家族-移動介助が不可。移動、尿便器での介助は負担大。3) 家庭-介護者が不在、等様々な条件からやむおえずおむつの中に排泄する事になる。自力で寝返り、腰上げ位までは動ける、全く動けない、尿量が多い、常時便が出ている等本人の状態や　おむつをしてリハビリをする、外出する、不快な行動を防ぐ等の目的によっても素材・組み合わせ・あて方の選択、交換方法は変わってくる。

～ヘルパーがおむつ利用家庭へ訪問した時には～

1) 本人の排泄状況、身体機能、病状、生活歴から　ア適切なおむつの使用がされているか　イ機能的なあて方か　ウ交換回数は　エ使用時期は　2) 家族・介護者の状況から　ア介護の手が得られる範囲　イ介護の知識・程度　ウ利用時期　3) ベットの位置・高さや設備の条件から　ア適切な介助姿勢か　イ洗濯・干し場の確保は等を観察する。4) 各々の家庭により違った条件から　ア誰にどこに視点を置くか　イ現状の急変を緩和等慎重に状況を把握・判断しその家庭の生活機能に合わせて最良の方法へと発展させる(工夫)。又おむつの材質、大きさ、組み合わせ方には様々あり　本人に理想的なおむつを選択することが出来るが家族にとっては換える動作・作業だけでも重労働なことからため　換えた後の作業からかかる負担や問題まで考え判断しなければならない(判断・選択)。

以上を整理すると図の様なおむつ介護のための観察から実施までが考えられる。



一般におむつは排泄する手段(場所・道具)であるが、利用の仕方によって意味・目的は違ってくる。一生懸命行っているもの　ただ当てるだけ、無理にはずそうとする、良い方法知らない、教えてくれる人がいない、介護者が一人、高齢等から毎日大変な思いでおむつに追われている家庭は多い。ヘルパーはその家庭の状態や目的・条件に合わせ適切な方法を提供・援助しなければならない。

<おむつ介護のポイント>　おむつの種類の選択やあて方・交換方法のポイントには、1) 汚れたらなるべく早く交換することを第一に、尿量・排泄時間・間隔を把握し　随時・手軽に交換できる　2) おむつのくずれ横漏れ防止、脱臭、蒸れ不快感が少ない　3) 汚れる範囲を少なくあてる　部分的に交換できる　4) 服装、エチケットへの配慮と活動性　5) 失敗しても初めからべったりあてずに原因を考える　6) 家族以外に援助者が複数入る場合　各々の援助者は慣れてきたつもりでも介護接し方の違いから本人は負担を抱えていることがある。配慮を忘れずにしたい。おむつは、ただ排泄することだけを目的とするのではなく下着の一部と考えて、本人・家族両者にとって一番良い方法を選択する事が必要と言える。

— 東京近辺在住の人工排泄孔造設者を対象に —

○ 東城康裕（東大），松井和子（東京都神経研），  
渡辺裕子（都神経研），菊池恵美子（都立医療  
技術短大），岩波君代（都補装具研）

〔目的〕厚生省の調査によると，身体障害者の著しい増加傾向，それも重度化と高齢化が顕著と報告される現状である。従って高齢障害者の社会復帰目標や生活障害に関する検討は社会的意義のある課題と考える。私たちは昨年末，ストーマ・人工排泄孔を造設された人々の生活障害を調査する機会があったので，高齢障害者の生活障害とその対応に関する調査結果を報告する。

〔対象と方法〕人工排泄孔造設者の組織である互療会東京連絡協議会会員と昭和62年度「東京都オストメイト講習会」の受講者約970人を対象に郵送法調査を実施し，564人，58%の有効回答を得た。その基本的属性と身障手帳の受給率は，人工肛門と尿路変更者に有意差があるので，以下，人工肛門造設者のみ分析対象とした（表1）。

〔結果〕①ストーマ造設前後の医療機関の説明：本対象者の障害は医療行為によって発生するものであり，その手術病院の大半は都内の専門病院である。ストーマ造設後の生活に関する説明は，図1に示すように6割に満たず，非常に乏しい状況である。その説明は国公立，私立，大学病院間で有意差がなく，手術時年齢層による有意な関係も示されていない。②生活の障害：在宅生活における障害は，図2に示すように，時間的な経過によって減少しつつある。その減少率は高齢者ほど有意に大きく示される。調査時点で生活障害ありは，54歳以下が81%に対し70歳以上が64%である。③ストーマに関する情報の必要度と情報源：54歳以下が81%に対し70歳以上が66%と，高齢層ほど情報の必要度は低率となる結果が示された（表2）。情報源は互療会またはオストメイトが9割，装具関係の業者が4割に対し，医師3割，看護婦3割弱である。年齢層による有意差を示したのは業者のみである。

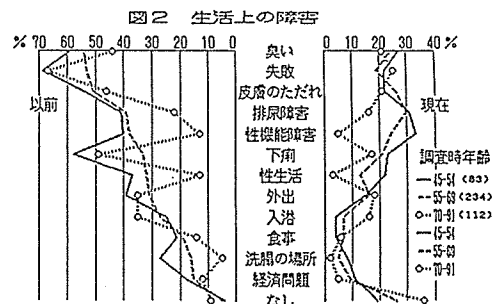
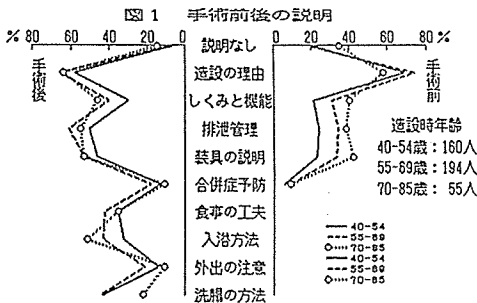
〔結語〕人工肛門造設者455人を対象に分析した結果，①医療行為で作られた身体障害でありながら，生活障害に関する問題解決は，医療従事者よりも障害者組織や業者の関与が大きく，②同一障害であっても高齢層ほど生活障害が少なく，情報の必要度も少ない傾向が示された。その結果は高齢層ほど外出や旅行など生活行動をより規制した状態の反映と考える。

表1 対象者の属性と身障手帳の受給率

	人工肛門	尿路変更	合併
対象数	455	86	18
男	63%	78%	78%
女	37%	22%	22%
手術年齢	55.3	58.6	61.3
(S D)	(12.4)	(12.8)	(8.1)
経過年数	6.5	4.9	5.4
(S D)	(6.8)	(4.6)	(3.6)
調査時年齢	62.2	63.8	67.2
(S D)	(10.8)	(12.8)	(7.8)
身障手帳	65%	92%	89%

表2 年齢階層別にみた情報の必要度 (比率)

情報の必要度	45-54歳	55-69歳	70-91歳
多いに必要	25.3	20.9	15.2
必要	21.7	26.9	17.0
ときに必要	33.7	26.1	33.9
小計	80.7	73.9	66.1
必要なし	9.6	11.1	10.7
対象者数	83	234	112





○小沢 温, 園田恭一(東大・医・保健社会)

片平 潤彦(東医歯大・難研), 木下安子(都神経研・社会学)

杉沢 秀博, 手島 隆久(都老人研・福祉医療)

はじめに) 患者・障害者の生活研究の中には、日常生活動作能力 (ADL)、家庭内役割の変化に着目したものが多く、社会関係 (人間関係) に着目した研究は少ない。そこで、スモン患者を対象にして過去 2 年間 (86年、87年) にわたり、社会関係の変化の側面から分析を試みた。本報告では、これらの結果 (主に87年調査) を基に難病患者の生活史 (特に社会関係の変化) 研究の有効性について考察をした。

調査の概要) 1. 対象者と方法: 「東京スモン患者の会」に所属している患者190名のうちケースワーカーの紹介による11名の患者に訪問面接調査を実施した (86年調査)。この190名の患者のうちケースワーカーの訪問記録のある90名 (86年調査の11名は含まれる) につき訪問記録の記載事項を基に整理を行った (87年調査)。2. 調査内容: 調査項目の概要は次に示す (86年、87年調査ともほぼ同じ項目)。①基本的属性 (性、年齢、身体症状、家族構成など)、②社会関係 (近隣、職場、友人 (障害者団体、患者会を含む)、医師・医療機関、保健婦、家族)、③生きがいに関して

調査結果の概要) (87年調査) では、近隣関係の悪化と見なされる者は18例(20%)おり、各例ともウイルス感染説の影響を何等かの形で受け、半数が転居によって対処していた。発症に伴う職業への影響としては、離職者(39例(発症前就業者中70%))のうち復職者1例を除けば元の職場に復職できず、職を得た17例の中では内職的な仕事がほとんどであった。家族関係では発症時から患者を理解し協力的であった者は75例(83%)と多かったが、現在も家族に理解されず孤立に悩んでいる者も7例(8%)あった。医師との関係は、良い関係の者の割合は、発症時57%、現在、82% (専門医)、46% (開業医) であった。保健婦との関係では現在関係のある者は5例であった。友人関係では、学校時代の友人・仕事仲間が発症前から関係の続いている者が多く、趣味の仲間・地域障害者団体・患者会で発症後新たな関係を形成する者が多かった。(86年の事例調査) では、発症後地域障害者団体との関係を形成している者は全例保健所の保健婦・ケースワーカーの紹介によって関係が生じていること、そして、趣味の仲間・患者会・障害者団体との関係は、患者の生きがい感と深く関連していることが示された。

考察 難病患者の生活史 (社会関係の変化) 研究の有効性には次の2点が考えられた。① 病気・障害から派生する社会関係の喪失・悪化の解明: スモンの場合は初期に感染説が流布したこともあり、その影響は近隣関係、職場関係の悪化という形で顕著に生じていた。これは単に病気・障害から生じた身体上の問題だけではなく、その病気・障害をみる近隣・職場の偏見・差別の問題も大きいことが考えられる。また、その関係の修復は、転居事例の多さ、復職事例の少なさ、にみられるように非常に困難であることが示された。このことは、感染性および社会からの偏見の強い疾患・障害のケア・リハビリテーションの問題を考えていく上で重要であると思われる。② 発症後の新しい社会関係の形成の解明: スモン調査においては、発症時よりも現在の方が医師との関係が良好であるとしている者の割合が高かったが、この理由として良い医師を求めて転医をしたり、知人・友人の紹介によって専門医師に受診した患者の多いこと (逆に、医療機関による紹介のケースの少ないこと) が86年の調査から示唆された。専門医を求めて転医を繰り返すことはスモンだけでなく、他の難病患者においても同様であると考えられ、このことに関しては医療側からの専門医療機関に関しての情報提供が必要とされよう。また、スモン調査では、疾患のケアとは直接関係のない趣味の仲間、患者仲間、障害者団体等との関係が患者の生活のはりといった生きがい感、療養生活の満足感に深い関係のあることが示された。地域の難病患者の生活の質を含んだ地域ケアを考えていく上でこれらの人間関係は重要であると思われる。このことは難病患者のソーシャルサポートにおいて直接ケアにかかわらない人間関係の役割の重要性を考える上で大切である。

まとめ) 以上、スモン調査をもとに難病患者の生活史研究の有効性に考察を加えた。その結果、病気・障害から派生する社会関係の悪化の解明では、感染性および社会から偏見の強い疾患・障害の問題の分析に有効であること、発症後の新しい社会関係の形成の解明では、難病患者のソーシャルサポートをトータルな人間関係の中で考える上で有効であること、の2点を指摘した。

○後藤恭子、高橋恭子（東京都東村山保健所）

萩原康子（東京都神経科学総合研究所）

〔はじめに〕 東村山市における難病地域ケアは、医師会、市役所、社会福祉協議会（以下、社協と略す。）と保健所が協働して行なっている。関係諸機関の連動の場としての難病対策委員会・難病保健指導あり方研究会の活動を通して、保健所保健婦の役割を検討したので報告する。

〔方法〕 既存の資料から東村山市における難病地域ケアの発展の経過を探ると共に、現在の活動を見直す。

〔結果〕 （１）発足までの経過 保健所保健婦が難病に取り組み始めたのは昭和49年である。まず実態を知ること、1例ずつでも個別のケアを実践することを目指して歩み始めた。昭和50年に医師会が中心となり、地域ぐるみで神経難病検診が実施され教室活動も盛んになると、各疾患について理解を深める必要性と、医療・保健・福祉の連携の重要性に対する問題意識が強まり、年1回の難病検診では改善できないという結論に達した。

（２）難病対策委員会 この会は、昭和50年上記の問題解決のために発足。毎月1回医師会館で開催される。医師会・市役所・保健所の関係者で構成され、必要時、社協・地域医療機関MSW・ボランティア代表・障害児親の会・難病患者自主グループ・都立神経科学総合研究所・神経病院等の参加も得て、門戸の広い会となっている。

（３）難病保健指導あり方研究会（あり方研） 対策委員会で検討された内容を実務者が共有するため、事例検討や事業の推進を企画・実施する目的で昭和51年に発足した。保健所及び市保健婦、市障害担当CWが中心となり、神経病院在診班の保健婦・地域医療機関MSW・社協CWも参加。月1回チームケアのあり方を検討している。

（４）各会の連動 関係者側の学習と連携を目指して発足した2つの会であったが、地域ケアを発展させるためには、患者や家族から実態や悩みを学ばなければならないとして、昭和56年に第1回“集い”が開催された。これは対策委員長とあり方研が中心となって企画検討し実施、以後、検診と同日に年1回開催している。この集いも回を重ねるごとに、当初の、関係者が広く集い住民と共に難病を知るという目的から、住民主体の会へと発展。昭和61年には企画に社協やボランティアが積極的に参加し実行委員会形式となり、日常ケアへの継続を前年までの目的に加えている。さらに昭和62年には、こうした活動を通して地域の難病患者とボランティアの自主グループ“なんてんの会”が誕生し、同年の集いの企画に参加。タイトルも“知る地域の集い”から“共に考える地域の集い”へと改められた。

（５）保健所保健婦の役割 対策委員会の事務局は保健所であり、毎月のテーマ提供やその間の種々のまとめ等は保健婦が担当している。あり方研も出席依頼や進行を担当、ここで検討された内容を対策委員会へ報告し、両会の連携を保つ役割を担っている。さらに検診・集い・講演会等の立案から報告集作成までの総合的な作業も保健婦の役割であり、各会が有効に連動するよう、日常も地域の関係者との連携保持に努めている。また、“なんてんの会”の定例会へも参加し、アドバイスや行政とのパイプ役を果たしている。こうした自主グループの活動や、“集い”への住民参加は保健福祉行政を刺激し、地域ケアシステムを活性化させる大切な要素となる。保健婦としてもさらに育成に努力したい。

〔まとめ〕 以上のように難病患者の地域ケアシステム作りへの保健婦の当面の活動として、（１）個別ケアの充実 （２）関係機関実務者の連携 （３）各種教室や講演会の企画・運営 （４）集いや自主グループへの参加と援助、が挙げられる。これらに積極的に取り組むことにより、地域ケアシステムを一層充実・発展させたい。

難病地域ケアシステムにおける調整機能

O萩原康子（東京都神経研）

高橋恭子（東村山保健所）

近藤紀子（都立神経病院）

(はじめに) 東京都三多摩地域で展開している難病患者の在宅ケアを支える地域活動は、医療・保健・福祉の諸サービスと、地域ボランティアや近隣社会のインフォーマルグループによる支援行動をむすびつけ組織することによる地域ケアシステムの成立に特長を見ることが出来る。その地域に基盤を置いた活動の継続性、安定性に寄与している。本報告では、地域ケアシステムの成立している東村山市を取り上げ、これに患者ニーズに対応する多様なサービスを提供する諸機関の連携及び協働関係を支援するケアシステムにおける調整機能の側面より検討を加える。

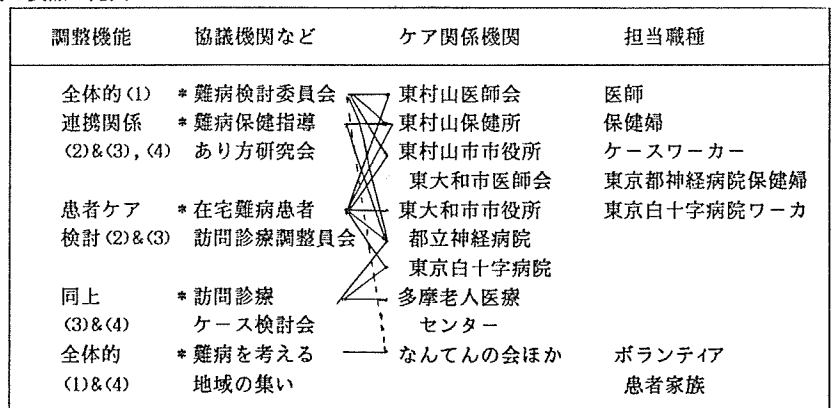
(方法) 東村山市で展開している難病地域ケアに関連する地域の諸機関等の活動や関連資料を検討し、ケアシステムにおける調整機能を検討する。

(結果) 1)、東村山市では、昭和48年にスタートした、東京都研委託究：「特殊疾病(難病)に関する研究」の対象地域として、東京都では最も早い時期に難病の地域ケアに取り組んでいる。その過程で、東村山市医師会、東村山保健所、市役所、社会福祉協議会等が研究班に参加している。研究者等(都立病院の専門医及びMSW、患者団体理事を含む)は、難病の在宅医療サービスの実現を目的とした医療・保健・福祉サービスのあり方を実際に展開する計画をパイロットスタディとして東村山市で医師会及び保健所が地域での中核的役割を担い着手した。東京都筋萎縮協会の検診活動の経験をもふまえた地域難病検診が上記の関係者の手で昭和50年に実施されたのが、その後の専門医療機関と連携して展開する三多摩地域における難病地域ケアへの第一歩である。公衆衛生学者らの方向づけにより、検診に引きつづき難病対策委員会が関係者間で持たれ、定着の方向に進んだ。難病地域ケアシステムの原型である。2) 東村山市における難病ケアシステムは、全体的協議機関である「難病対策委員会」、保健所・市役所・都立神経病院・社会福祉協議会等の「難病保健指導あり方研究会」、行政諸機関による「東村山保健所難病連絡会」、都の委託事業による「訪問診療調整委員会」、住民による「難病を考える地域の集い」等が、難病関係の地域ケアシステムのサブシステムとして組織されている。

3) 地域ケアシステムにおける調整機能 難病患者のニーズは、疾患の進行により症状が多様で、長期療養を余儀なくされる。そのため、必要とするケアは、医療(診療、看護)、保健、福祉の諸サービスや、患者・家族の社会的支援等、多種類にわたる内容を持つのが特徴である。地域ケアシステムは、これらのケアニーズにおうじたサービスや諸資源を地域社会で利用できる様な、サービスとその担い手の組織化や連携関係を築き、ケアチームの活動が機能する体制を地域に確立することである。地域ケアシステムは、主として在宅療養患者を対象としたサービス提供体制であり、地域の医師、看護婦、保健婦、ワーカー、ヘルパー、ボランティア、近隣関係者等の協力やチームによりなされるケア活動である。これらの活動を支える、専門職、援助職、ボランティア等の属する医師会等の専門職団体、行政機関、専門医療機関、や市民団体等が協議し、連携が必要である。システム化には、相互に異なった機能の間の調整機能の確保を要とする。地域ケアシステムの調整機能は、1)地域ケアの関係諸機関・専門職団体・住民団体などによる全体的協議レベルの調整機能、2)医療・保健・福祉等の異なった機能を担当する地域ケア諸資源の協働等ともなう調整機能 3)個別的患者ケア担当者間のチームワークのための調整機能 4)個別的患者・家族等を含めた在宅ケア関係者間の調整機能がある。東村山市の難病ケアシステムは、図1のように整理できる。

考察 1. 難病地域ケアシステムを支える医療・保健・福祉関係の地域諸機関・諸団体の協働関係を支える調整機能が継続的に確保される地域体制が形成され確立している。2. あり方研究会は、保健婦、ワーカー、による患者ニーズの把握、ケアの検討や、ケース・マネジメントの場として専門医療機関の参加も得て個別患者にたいする調整機能を果たす方向にあり、全体的調整機能を支えるサブシステムとなっている。3. 東京都の在宅難病患者訪問診療事業は東村山市では、個別患者の検討をする委員会の設置や専門医療機関との協力関係を強める等、さらに活性化の方向へと結びついている。4. 難病の在宅ケアニーズに高い訪問看護や家事援助の資源の充実とサービス担当者 他職種とのチームワークや調整機能のシステムとしての確保は課題となっている。

東村山市地域ケアシステムにおける調整機能(図1)



大阪市における精神病院入院動向と地域精神衛生の課題

○黒田研二、多田羅浩三 (大阪大学医学部公衆衛生)

地域精神衛生ニーズを現す指標として、精神科入院率、通院治療率を大阪市の区別に算出した。これらの指標と社会経済指標との相関を分析した。また保健所における精神衛生活動を指標化し(相談率、訪問率)、これらと入院率および通院治療率との関係を調べた。

[方法] 大阪市衛生統計年報をもとに、昭和55年度と60年度について、大阪市26区別に精神科入院率(人口万対同意入院届出数)、通院治療率(人口万対通院医療費公費負担承認数)、精神衛生相談率(人口万対被相談実人員)、精神衛生訪問率(人口万対被訪問実人員)を算出した。社会経済指標は、55年および60年の国勢調査等にもとづいて算出した。

[結果] 1. 表1に昭和55~60年度の大阪市の同意入院入退院数を示した。この間入退院数は横ばいで、60年度を除きいずれの年も入院が退院を上回っており、6年間では、1,271件の入院超過となっている。通院医療費公費負担承認数はこの6年間に1.8倍の増加を示した。保健所精神衛生活動は、相談および訪問いずれも増加傾向にある。

2. 表2のごとく各地区の精神科入院率は、55年度では最高と最低の間で3.9倍、60年度は3.4倍の格差がある。通院治療率も同様に、2.1倍から2.7倍の格差がみられた。保健所精神衛生相談率は、55年度には最高と最低の地区間で13.8倍の差があ

ったが、60年度には4.8倍の格差となっている。同じく訪問率も、55年度の34.3倍の地区間格差から60年度には7.8倍となっている。

3. 入院率および通院治療率と社会経済指標との相関をみると(表3)、55、60年度とも、入院率、通院率のいずれも完全失業者率や生活保護率および貧しい住居環境を示す指標との相関が強い。入院率はさらに、男独身者率(15歳以上で独身の占める比率)との相関が高い。なお入院率と通院治療率の間の相関は、55年度は0.68であったが、60年度は0.84とやや高くなっていった。

4. 保健所精神衛生活動の指標(相談率、訪問率)と入院率、通院治療率との相関を調べると(表4)、55年度では相談率、訪問率とも入院率との相関が高かったが、60年度にはこれらの指標間に高い相関は認められなかった。

[まとめ] 精神科入院率および通院治療率ともに、地域の貧困度を示す指標と高い相関があり、地区間で精神衛生ニーズには格差がみられる。とくに入院率は家族の支えの弱い地区で促進されていることがうかがわれる。保健所精神衛生活動は次第に活発になっているが、その人口当りの活動量は精神衛生ニーズに対応した地理的分布を示していない。ニーズに対応しうるように職員を配置し、医療機関や福祉との連携を深めてその地区の必要に応じうる活動量を確保することが望まれる。

表1 大阪市における同意入院数、退院数、通院医療費公費負担承認数、および保健所精神衛生活動状況(大阪市人口、昭和60年 263.6万人)

Table with 8 columns: 年度, 同意入院入院数, 同意入院退院数, 通院医療費公費負担承認数, 被相談実人員, 非相談延人員, 被訪問実人員, 被訪問延人員. Rows for years 55, 56, 57, 58, 59, 60.

表3 大阪市区別人院率、通院治療率と社会経済指標との相関

Table with 5 columns: 指標, 昭和55年度入院率, 昭和55年度通院治療率, 昭和60年度入院率, 昭和60年度通院治療率. Rows for 男独身者率, 完全失業者率, 生活保護世帯率, 借家比率, 一人当り母数.

表2 大阪市の区別精神衛生指標(26区)

Table with 4 columns: 指標, 昭和55年度(最高, 最低, 平均), 昭和60年度(最高, 最低, 平均). Rows for 入院率, 通院治療率, 精神衛生相談率, 精神衛生訪問率.

表4 大阪市区別精神衛生相談率、訪問率と精神科入院率、通院治療率との相関

Table with 5 columns: 指標, 昭和55年度相談率, 昭和55年度訪問率, 昭和60年度相談率, 昭和60年度訪問率. Rows for 入院率, 通院治療率.

a:同意入院数/人口万 b:通院医療公費負担承認数/人口万 c:保健所精神衛生相談被相談実人員/人口万 d:同被訪問実人員/人口万

大島 巖（国立精神・神経センター 精神保健研究所）

I. はじめに: 本報告では、精神障害者作業所活動あり方研究会（菱山珠夫 代表）が、一昨年以來「精神障害者が利用する作業所の実情と活動のあり方に関する研究」の一環として進めて来たいくつかの調査の結果から、現在精神障害者作業所が置かれている実情と問題点を整理した上で、今後の地域精神衛生活動に果たす作業所の役割と、それを維持するための方策を検討することにしたい。◆精神分裂病患者を中心とする精神障害者の生活を保障し、福祉を向上させる対策は著しく遅れてきた。所得保障、住宅や生活の場の確保、就労の保障、狭義の社会復帰訓練や相談援助対策など、殆どすべての面に亘って福祉法を中心に総合的な諸施策を持つ身体障害者・精神薄弱者との格差は大きく、他の先進諸国が国連やILOの勧告に沿って、「障害者」の中に精神障害者を加えてさまざまな対策を講じて来たこととは極めて対照的である。◆しかし、従来から地域ケアの理念が叫ばれつつけながらも、精神障害者の処遇が施設収容中心に進行する中で、地域の「受け皿」不備は現実的にはあまり問題として浮き彫りにされて来なかった。その主要な理由は、日常生活・社会生活上さまざまな困難を抱える障害者の生活が病院施設内で完結していることが多く、地域生活での諸ニーズが顕在化されることがあまりなかったためであろう。◆このような諸矛盾の中で、精神障害者を対象にした作業所は昭和50年頃から試行錯誤の中で出現したが、昭和56、7年頃からは地域における殆ど唯一の有効な「受け皿」として注目を浴び始め、毎年設置数が急増した。精神障害者作業所が急速に増加した背景は、言うまでもなくその必要性が大きかったからであり、やむにやまれぬ当事者たちの声が強く反映されている。全国の作業所の半数以上で家族会が設立の中心になり、逆に作業所作りは家族会運動の目玉商品となった観すらある。◆関係者の大きな期待を集めて登場した精神障害者作業所であるが、今後の発展を考えると乗り越えて行かねばならない障害は山積している。その問題をわれわれが行ったいくつかの調査によって浮き彫りにしていきたい。

II. 対象と方法: 以下の三つの調査を実施した。1) 全国の精神障害者を対象にした作業所306ヶ所を対象にした郵送調査（234票回収）、2) その作業所に従事する職員1328人を対象とした郵送調査（649票回収）、3) 全国の代表的な作業所20ヶ所を訪問して行った事例調査である。

III. 結果と考察: ① 全国調査の結果によれば、精神障害者を対象とした作業所の53%が家族会が運営主体となっており、運営委員会方式のところは31%であった。公的な補助金を受けているところは80%あるが、年間の平均補助金額は303万円に過ぎない。作業所の利用者は1ヶ所平均18.2人であった。② 作業所職員調査の結果によれば、有給の常勤職員は38%にすぎず、無給職員が40%に上った。有給常勤職員は20代、30代の若い層と定年を過ぎた60代が多く、平均年収は129万円であった。③ 現在の作業所活動の問題点として次の三点を指摘できよう。まず第一に財政問題である。活動の性質上、自主財源で運営するのは極めて困難であり、公的な補助金に期待されるが、補助金が交付されているのは23都道府県にすぎず、また東京・神奈川・京都などの一部自治体を除き、専従スタッフを雇用することもできない少額の補助金額であることが多い。このため、常勤職員数は少なく、多くの作業所は老朽化した建物を転用して活動の場に利用している。第二は作業所職員の問題である。第一点に絡むが、運営費自体が少ないため人件費も抑制せざるを得ない。このため、安価な労働力として若年者や定年後の労働力に頼らざるを得ない現状にある。現在は、これらの人々の熱意のみによって望ましい処遇が追求されてはいるが、将来の作業所職員の資質を考えると大きな問題をはらんでいる。第三点はより根本的な課題であり、作業所が全体の地域ケアシステムの中で、どのような運営理念で機能しその役割を果たして行くのかという問題である。現状では、ある作業所代表者が指摘するように「社会復帰施設の質の不足から、存在する作業所に対しての要求が増大し、作業所が出来ないことを出来るかも知れないと思込んでいる。……これらが、少ないスタッフでは出来ない多くの機能を期待され、中途半端な機能につながっていく危険性を持ち、「地域のリハビリテーションの責任を、作業所に押し付けて平気である病院や行政には困っています」という困惑を生むのであろう。調査では、作業所の7つの機能を列挙し、現在の活動の中心と将来目指していることを、それぞれ3つまで順位を付けて選択してもらったが、「現在の活動の中心」として集中して選択された項目はなく、それぞれの作業所が多様な活動を志向していることを窺わせていた。

IV. まとめ: 地域の活動の拠点として、作業所の果たす役割はきわめて大きい。その活動を保障するよう、財政的な援助や相互交流の場が確保されなければならないと考える。

節酒による生活態度の変化  
(ランダムマイズ・コントロール試験より)

○三河 一夫<sup>1</sup>・上島 弘嗣<sup>2</sup>・馬場 俊六<sup>3</sup>・多田 羅 浩<sup>3</sup>  
 1(阪大医公衆衛生)、2(国立循環器病センター集検部)  
 3(大阪府立成人病センター集検I部)

【目的】健康的な日常生活を営むうえで節酒教育のいっそうの普及が望まれる。そこで今回節酒による降圧効果を調べるために行なった節酒試験において、不都合な自覚症状の出現や不都合な生活態度の変化なく節酒出来ることを明らかにすることにより、節酒教育の一助にしようとした。【対象と方法】対象は事業所に健常に勤務する、30～59歳の男子職員のボランティアである。試験の趣旨に賛同した軽症高血圧の飲酒者54名が試験に参加した。ベースライン期2週間と前期、後期3週間ずつ計8週間の試験期間をもうけた。対象者をA、Bの2群に分け、それぞれを節酒群及びコントロール群として、前期と後期で節酒群とコントロール群を入れかえた。飲酒カレンダーを用いて調べた試験期間中の飲酒量は、最終的に日本酒に換算して算出した。また節酒により不都合な自覚症状が出現するかどうか、あるいは生活態度に変化がみられるかどうかを調べるための問診を実施した。次にベースライン期の1日平均飲酒量別に、1合未満、1合～2合、2合～3合、3合以上の4つのグループを作り、ベースライン期と節酒期間の1日平均飲酒量を比較した。また、節酒の達成度により対象者を完全禁酒(100%)グループ、ベースライン期の70%以上節酒出来たグループ、70%未満しか節酒出来なかったグループの3つに分け、グループ別にベースライン期の1日平均飲酒量を比較した。さらに、節酒の達成度別に、節酒期間中の生活態度の変化の出現頻度を比較した。

【結果】9項目の自覚症状の出現の有無について質問した結果、全試験期間を通じて、いずれの項目でもA、B両群間に有意の差を認めなかった(表1)。ベースライン期の飲酒量別に、ベースライン期と

節酒期間の1日平均飲酒量を比較すると、飲酒量の多い群では、節酒量の絶対値が大であった。(図1)。節酒の達成度別に、ベースライン期の飲酒量を比較すると、グループ間に有意の差を認めなかった(図2)。節酒期間中の生活態度の変化に関しては、よく節酒できたもの(70%以上節酒群)に食事が増加したと回答したものが有意に多かった(表2)。

【考察とまとめ】節酒期間に入っても不都合な自覚症状は増えず、日頃の飲酒量が多いものでもよく節酒できた。また、よく節酒できたグループに節酒期間の食事が増えたと回答したものが多かった。このように短期間という条件下では、多量飲酒者でも不都合なく節酒できることを今回の結果は示している。

表1:A,Bの2群別にみた節酒試験中(ベースライン期、前期、後期)の自覚症状の出現頻度の比較

ランダムマイズ・コントロール試験  
男子54名、30～59歳

自覚症状	2群間の有意差
動悸がよくする	無
疲れやすい	無
手がふるえる	無
いらいらする	無
眠りにくい	無
憂鬱である	無
食欲がない	無
仕事が手につきにくい	無
その他	無

図1:ベースライン期の飲酒量別にみた、節酒による飲酒量の変化  
ランダムマイズ・コントロール試験  
男子54名、30～59歳

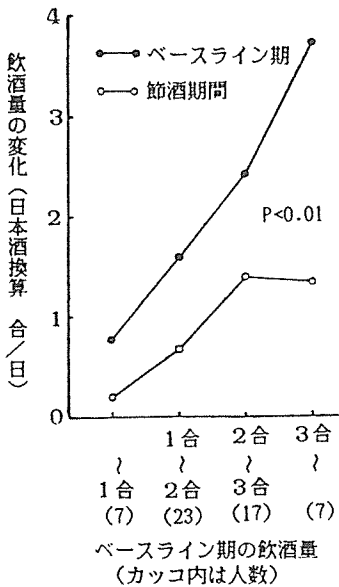


図2:節酒の達成度別にみたベースライン期の飲酒量の比較  
ランダムマイズ・コントロール試験  
男子54名、30～59歳

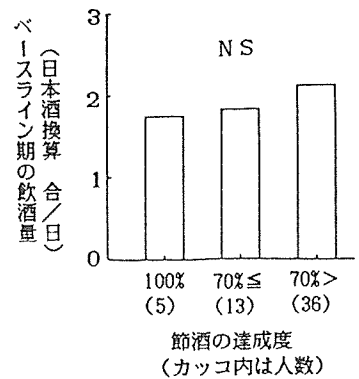


表2:70%以上節酒群と70%未満節酒群の節酒期間中における生活態度の変化の比較  
ランダムマイズ・コントロール試験  
男子54名、30～59歳

節酒期間中の変化	2群間の有意差
不規則な生活の減少	無
食塩摂取量の減少	無
塩辛いものを食べる機会の減少	無
食事量の増加	70%以上節酒群に多い*
精神的ストレスの増加	無
節酒による 体調の悪化	無

\* P<0.05

○柳尚夫 松本洋子（大阪府大東保健所） 逢坂隆子 高濱佳世子  
（元大阪府大東保健所） 上島弘嗣（国立循環器病センター集検部）

### < 目的 >

大東市は、人口約12万人の大阪市に隣接した新興のベッドタウンで、老年人口の占める割合がまだ低く、粗死亡率では近隣の市と比べても高くない。しかし、標準化死亡比（以下SMR）で比較すると、近隣の市町村より脳卒中による死亡が多い。具体的な数字では、脳卒中による男子のSMRは、大東市98.6で、大阪府平均83.2や、近接の四条畷市78.4、大阪市86.5と比べて高い。

減塩運動が、東北の農村地域に於ては、活発に展開されている。しかし、都市部においては、減塩運動の評価も具体的対策の進め方も十分に確立されていない。本市は、都市部にあった減塩運動を保健所と市が協力しながら摸索しつつ取り組んでいるので報告する。

### < 方法及び結果 >

昭和60年度より具体的な減塩運動の取組みとして次のような対策を進めた。

#### 1、学校給食からの減塩運動の展開

60年度は、市内公立小学校15校全校の給食を春・秋の一日ずつと、うち2校を選んで5日間連続で、高学年用一人分全量の塩分測定を行った。結果は、昼の学校給食によって児童が3g近くの塩分を摂取していることが分かった。また、昭和60年9月から61年5月までの10ヶ月間の全献立の検討より、計算値でも平均3.0gの塩分摂取が見込まれていることも判明した。この結果は、大東市の小学生が給食において約3gの塩分を取っており、現在の給食は、子供の嗜好を将来にわたって低塩食に慣れさせていくような「食教育」とは言えない事を示している。

そこで、昭和61、62年度には教育委員会に働きかけて、保健所と学校栄養士会とで定期的に会合を持ちながら以下のことを行った。

- ①給食用食品中の塩分量を栄養価計算に基づく推定値と食品分析による実測値とで比較検討する。
  - ②パンの中の塩分濃度を下げる。
  - ③保護者に対して、子どもの塩分摂取にたいする意識や実情に関するアンケート調査の実施。
- 63年以降の課題としては、
- ①PTA向けの減塩教育を行う。
  - ②調理士や教師などに、減塩教育を行う。
  - ③子どもの随時尿または一定時間の蓄尿により、塩分の

一日摂取量を推定する。

等があげられる。

#### 2、外食産業における減塩運動の展開

60年度は食品衛生協会の協力をえて、市内の飲食店や企業の食堂より20品目・100食分を買い上げて、その食品中に含まれる塩分量を測定した。その結果は、既存のデータとの大きな違いはないが、改めて外食における食品中の塩分量の多さが確認された。今後データを基に、外食における減塩をどういふふうに取り入れてもらうかを保健所が食品衛生協会の協力を得ながら検討して行きたい。

実現可能な方法としては、

- ①メニューに、塩分量の掲示をする
- ②高血圧者が選択できるような減塩定食等のメニューを用意する

などが考えられるが、これらの対策に協力してもらえ飲食店を開発して行きたい。それとともに、それらの飲食店に対して保健所のサービスとして、随時メニューの塩分測定のできる体制を考えて行きたい。

#### 3、高血圧者への教育効果の向上と友の会の組織化

高血圧教室の日程を2日間から4日間と延長し、

- ①グループワークを取り入れる
  - ②尿中塩分測定より参加者の塩分摂取量の推定をし本人にも伝えることで、減塩の具体的な目標設定と動機づけをする
  - ③フォローアップをすることで教室の効果を判定する
- #### 4、減塩の市民運動化と地域組織への啓発

- ①ミニコミ誌による減塩PR
- ②減塩に関する講演会の実施
- ③老人クラブと食生活改善推進会との共同の地域薄味講習会の実施。などを行っている。

### < 結論 >

都市住民は、価値観も生活様式も多様であり、市全体を網羅するような組織も存在しない。その様な中での健康市民運動を展開するには、まずは、市民の中から目的指向的グループを組織し、そのニードに合わせた働きかけをすることにより、減塩運動に対する一部の市民の理解を深めてもらい、それらのバラバラの活動を保健所が中心となり、一つにまとめていく工夫をすることで、市全体としての高血圧対策としていく必要がある。

# B-18 老健法に基づく地域リハビリテーションの検討

## - 保健所における機能訓練教室の実態からの提言 -

聖マリアンナ医科大学病院 リハビリテーション部

○西澤利広 牧田光代

網本和 渡辺敏

〔目的〕 川崎市北部地区の4保健所における、教室参加者を対象に行ったアンケートをもとに、老人保健法（以下、老健法）施行後5年を経過した現時点で、地域リハビリテーションの目的、方法、担い手等の視点から、老健法を背景とした機能訓練の問題点をさぐり、今後の方向づけに対する提言を試みる。

〔対象・方法〕 対象は、川崎市北部地区4保健所の教室に通う本人（69名）、その家族、付き添い（55名）、保健婦（44名）、総数168名でアンケートを郵送方式で行った。内容は、①教室参加前と参加後の目的の変化、②今後の教室内容、③教室参加後変化した点、④民間サービスの必要性等である。

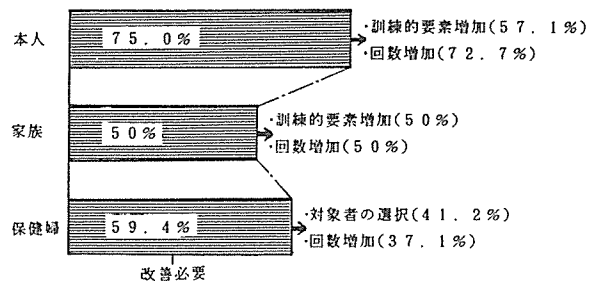
〔結果〕 本人・家族・保健婦らの当初の教室参加の目的は、機能回復訓練と考える人が多かったにもかかわらず、参加後は交流の場、レクリエーションの場という考え方をする人が多かった（表1）。また、今後の方向づけに対し機能訓練的要素の充実、実施回数の増加等をニードとしてあげた本人・家族に対し、地域保健衛生事業を担う保健所の限界が示唆された（表2）。教室参加後、本人の約半数が身体機能に変化なしと答え家族もまた半数が介護量に変化なし、と答えていた。また、民間サービスの必要性については本人、家族、保健婦とも約50%～70%がその必要性を認めていた（表3）。

〔考察〕

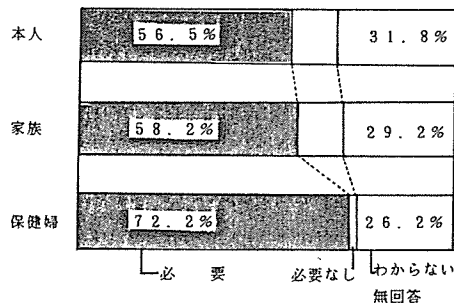
老健法施行の背景には、(1)高齢化社会問題、(2)疾病構造の変化（慢性疾患の増加）、(3)老人医療費増加、等がある。以上の点を十分ふまえ、今後の地域リハビリテーション・サービスの視点として、新たに中・高齢障害者の“体力づくり”ということを加え、その内容の充実、再検討が必要と思われた。

	(参加前)	(参加後)
本人	機能回復訓練 34.1%	参加者の交流 25.0%
家族	機能回復訓練 30.8%	参加者の交流 29.9%
保健婦	機能維持訓練 35.9%	参加者の交流 47.2%

【表1】 教室参加前と参加後の目的  
(各々1位のみ抜粋)



【表2】 今後の教室の内容について



【表3】 民間サービスについて



# B-19 全国保健所長会における保健所将来構想 検討委員会について

○草野 文嗣(滋賀県参考保健所)

保健所が、地域保健活動の専門的行政機関であり、第一線機関であることは誰もが認めるであろう。しかしこの保健所が、現在住民の期待に十分には応えられていないことも、残念ながら衆知の事実である。保健所問題は、過去何度かそのあり方に関する議論の俎上にのせられ、十分な結論が得られないまま、今日に至っている。この延長線上で、昨年度から厚生省において、地域保健の将来像を検討する目的で、地域保健将来構想検討会が持たれている。これに対応して、今年度に入ってから、全国保健所長会において、保健所将来構想検討委員会を持ち、検討をはじめた。これらに関しての報告をしたい。

## I 地域保健将来構想検討会委員

砂子田 隆 地方職員共済組合理事長  
泉田 芳次 山口県下関市長  
今井 澄 諏訪中央病院長  
大野 絢子 群馬県伊勢崎保健所保健婦長  
小野寺伸夫 国立公衆衛生院衛生行政学部長  
京極 高宣 日本社会事業大学教授  
行天 良雄 NHK解説委員  
熊谷 長慶 杉並区西保健所長  
小泉 明 昭和大学医学部教授(座長)  
小町 喜男 筑波大学医学専門学群教授  
末高 武彦 日本歯科医師会  
服部 坦 千葉県衛生部長  
樋口 恵子 評論家  
望月 弘子 日本看護協会保健婦職能理事  
村瀬 敏郎 日本医師会常任理事  
山下 真匡 環境衛生金融公庫理事長(副)  
山中 和 日本環境衛生センター専務理事  
采山 峻 長野県食品衛生協会常務理事  
若松 元一 栃木県石橋町長

## II 同検討会での検討経過

- 1 昭和62年度に開催の中、初めの4回は、各種基礎資料の説明
- 2 5回目に保健所の現場を視察
- 3 6回目に、今まで話し合われた問題点などをしぼって、これからの検討項目を決定
- 4 昭和63年度に入り、5月～6月にかけて、現場の関係者からのヒアリング  
(地方衛研・市町村の担当責任者、保健所長・政令市局長・衛生部長、自治労執行部)

この会は、地域保健……と銘うっているが、内容的には保健所問題を中心にした検討会であるようである。

## III 保健所将来構想検討委員会の構成・経過

会長(1)、副会長(3)、各ブロック代表(9)、指定都市代表(1)、政令市代表(1)、会長指名委員(3)、合計18人

本年2月から、毎月1回東京で開催し、その中で、各都道府県、市の会長あてに、将来の保健所に対する考え方(構想)についての意見聴取を行ない、それを整理した。

(聴取した意見の分類項目)

### ○1. 地域保健システム

- (1) 各関係機関等との連携・ネットワーク
- (2) 管内各種業務の企画、調整、評価等

### ○2 保健所と市町村の業務分担と連携

### ○3 保健・福祉・医療の連携

### ○4 情報システムの確立

### ○5 マンパワー確保、6. 保健所業務の見直し

### ○7 保健所の特色付け、8. 保健所の圏域設定

### 9. 民営と公私の役割分担、10. 政令市制度。

### 【地域保健将来構想検討会の問題点】

対人保健についての話題に片寄っていて、環境衛生、環境保全、公害問題、食品衛生などについての論議が少ない傾向にあるように思われる。

### 【保健所将来構想検討委員会の問題点】

意見聴取で、回答があったのは60%であった。内容の如何は別にして、無回答が40%ということは、会長や会員である所長の関心の低さを物語っているものと思われる。このことが、保健所の抱える病巣の大きさの一端を示しているといえよう。

## 保健所を中心とした地域保健の 将来構想についての二つの提言

○前田博明（滋賀県今津保健所、開催する会、近畿保健所若手医師の会）、  
星 旦二（国立公衆衛生院、開催する会）、笹井康典（大阪府保健予防課、  
開催する会、近畿保健所若手医師の会）

### 1. はじめに

#### (1) 「地域保健のあり方について」中間報告

昭和50年8月に日本公衆衛生学会専門委員会「保健所問題委員会」が発足し、保健所問題を討議するため、53年3月まで30回以上の会議が持たれ、上記の中間報告が提出された。しかしながら、中間報告でありながらその後の報告が全くなされていなし、そのことに対する総括もされていない。この中間報告が発展性を持ち得なかった理由の1つに、「人口10万人に1か所以上の保健所」「総花主義から重点主義へ」「一時的指導から継続的援助へ」「集団的全数把握から個別援助へ」「保健所単独から組織活動へ」というように、本筋においては非常に妥当性の高いものであったにもかかわらず、各論部分において、具体的な問題解決のための提言がなされず、現場の実績の積み上げを踏まえた具体的な方法論および展望が展開できなかったことがあげられよう。

#### (2) 各地の保健所関係の若手医師の会の結成

昭和50年代の中頃から関東の保健所や厚生省の若手の医師を中心として、「関東衛生行政研究会」が出来、さらに昭和50年代の終わり頃から、「東海衛生行政研究会」、「九州・山口衛生行政研究会」、「北陸衛生行政研究会」、「近畿保健所若手医師の会」、「四国公衆衛生医師の会」と相次いで出来た。このような保健所、本庁、本省等に勤務する若手の医師、歯科医師で構成される同様の会が、現在全国で6団体結成されている。それぞれの会の活動内容は現時点では、情報交換が主であるが、それぞれが活動内容の充実を目指して模索中である。また、6団体の横の連絡体制を整える動きも出てきている。

#### (3) 「保健所の将来構想をつくり札幌で自由集会を開催する会」の結成

以上のような状況において、上記の6団体のメンバー、全国各地の保健所職員、公衆衛生院等の関係者によって、「地域保健将来構想検討会」の出す方向性およびそれを受けて厚生省が出す方向性に対して、現場の実践を踏まえた展望が加味されるようにする、「現場の実績を結集する」、「現場関係者のコミュニケーションおよびディスカッションを図る」ことを目的として、本年2月に結成された。

### 2. 「近畿保健所若手医師の会」の地域保健将来構想検討会への提言

#### (1) 経過

本年4月、5月に提言作成委員会により提言を作成し、6月中旬に将来構想検討会委員長に提出する予定である。

#### (2) 要旨(案)

地域に増大する保健、医療、福祉、環境の問題に対応していくためには、保健所の存在は第1線の地域単位で不可欠である。現在、保健所の役割が一部不明確なのは、過渡期からきた一時的なものであり、ネットワークやシステムの技術、教育や情報処理の技術など、保健所活動の科学的な方法論の確立により、今後保健所は地域住民の要望、信頼に充分に応えていけるであろう。

保健所の役割としては、近年、市町村の財政力やマンパワーが伸びてきたことや、政令市においても医療機関や検診機関などの社会資源が増えてきたことにより、今後は1次機能だけでなく、2次機能が十分に強化される必要がある。しかしながら、公衆衛生は住民に対する直接的なサービスであり、常に住民に近い立場で業務を行う必要がある。そういった意味で保健所はあくまでも第1線機関であり、その姿勢を崩してはならない。また、方法論の開発においても管理的な立場で開発するのではなく、現場での実践活動の蓄積の中から確立したものでないと、普遍性を持ち得ない。

保健所を活性化し、我が国の公衆衛生を確固としたものにするためには、公衆衛生についての総論的かつ基本的な法律が必

要であり、このような法律を軸として法体系を整備し、その法体系の中に保健所法を明確に位置づけることによって、2次機能を併せ持った公衆衛生の第1線機関としての保健所の存在をますます確立する必要がある。また、地域の保健、医療、福祉、環境の問題に総合的に対応していくためには、現在の縦割的な諸法律による制度ではなく、このような法体系により、方法論、技術、機能などのソフト部分に、制度や予算などのハード部分を統合化し、住民サービスを確固としたものにしていく必要がある。

### 3. 「開催する会」の活動状況

#### (1) 第1回東京会議

5月21日、22日に東京で会議を開き、全国各地より22名の参加を得て、草案づくりのために活発な議論がもたれた。

#### (2) 実践活動の結集から方法論の確立へ

この会議で今後の進め方が参加者によって話し合われ、その結果、次のようなことが確認された。住民の要望に応えつつ保健所の役割を展望していくためには、保健所活動についての具体的な方法論を構築し、それを制度化していくことが不可欠である。そのために、従来のあり方論ではなく、全国各地の実践例を次のような記載様式により具体的に客観化しつつ、その実践過程の構造を解明することによって方法論を求め、それを普遍化していく作業が必要である。

#### (3) 事例の結集方法

上記のように確認された後、会議では、保健所機能やその具体的事例を中心にして討論が繰り返された。その結果、表のような事例の記載様式が示された。の中では、実践のプロセスや事例の諸条件のうち、推進要因と阻害要因を明確にすることが、得られた方法論を普遍化していく上で重要であることを確認した。また、これらの機能を保健所が担うべき理論的な論拠についても検討され、公的責任、組織的対応、効果的なシステム形成、法的権限、総合性などが、その論拠として示された。

#### 事例の記載様式

①背景 ②状況説明（動機を含む） ③目的と方法 ④経過  
⑤諸条件（推進要因、阻害要因） ⑥まとめ ○保健所や関係機関が獲得した機能 ○得られたモデルと方法論 ○事業実施、機能獲得により得られた効果 ○得られた方法論の普遍化への展望 ○保健所が担う論拠

#### (4) 今後の予定

全国の事例を上記の様式で結集し、各事例をつなぐ問題を掘り下げ、そこから総論の構築を図る。この総論をたたき台として、9月までに関係者によりディスカッションをつめ、9月21日の示説および自由集会に事例を添付して、草案として提出し、参加者によって意思統一出来た部分について決議し、将来構想検討会各委員あて提出する予定である。

「開催する会」は、札幌の公衆衛生学会の自由集会の後に解散するが、このような試みは長期的に大切なことであるので、札幌以降も何らかの形でこういった運動を継続して行くべきだという強い意見が第1回東京会議の参加者から出て、参加者全員によって確認された。

#### 4. おわりに

今後の方針として次のようなことを考えている。

- ①保健所活動、公衆衛生活動の方法論の確立のための定期的な研究会の開催
- ②6団体を核とした全国組織の結成
- ③全国レベルで技術グループ、シンクタンクの創造
- ④保健所活動、公衆衛生活動の方法論の体系化
- ⑤保健、医療、福祉、環境を含めた公衆衛生全体の、地域ごとの方法論およびシステムの制定
- ⑥公衆衛生基本法（仮称）の草案づくり

# 参加の手引

(会場案内，宿泊施設案内を含む)

## 参加者の皆様へ

### 受付開始時間

一日目(7/23)は11時より、二日目(7/24)は9時より、会場玄関を入ったロビー(2階)に受付を設置致します。

### 参加手続き

受付に置いてあります「参加票」に氏名、所属、会員の有無などを記入のうえ、参加費、宿泊費とともに受付へお出し下さい。

(参加費は、会員 3,000円、非会員 4,000円、非会員学生 1,000円)

### 宿泊について

総会当日は、宿泊受付を致しません。事前に申し込まれた方は、宿泊料金 5,500円(一泊二食)を受付へお支払い下さい。部屋割表は当日受付で配付致します。

### 研究会本部事務局受付

期間中、本部事務局受付が設置されます。入会申し込み、年会費納入等を受け付けます。

### 駐車場

会場の駐車場スペースは十分にありますのでご利用下さい(無料)。

### 会場内利用について

会場内は、指定された場所以外禁煙となっております。

休憩用の部屋(2階・3階和室)を設けます。また、休憩用場所において書籍類の展示販売を行います。ジュース類の自動販売機は1階にあります。また、コーヒーなどは会場敷地内宿泊施設「かつらぎ」のレストランをご利用下さい。

## 総会

研究会総会を、二日目12時30分から行います。会員の方はご出席下さい。

(会場：3階 大研修室)

## 発表の皆様へ

口演発表時間は、一般演題12分(発表7分、討論5分)、特別報告30分(発表25分、討論5分)を予定しております。スライド等は使用できません。発表時間の厳守にご協力下さい。

前演者の口演が始まりましたら次演者席へご着席下さい。

## 座長の皆様へ

受け持ち時間内の進行は座長にご一任しますので、よろしく申し上げます。時間前に次座長席へご着席下さい。

## 世話人の皆様へ

全国世話人会は、一日目(7月23日)の夕食時(「かつらぎ」1階食堂)と二日目の昼食時に行います。世話人の方はご参加下さい。

## 自由集会

次の自由集会が行われます。多数ご参加下さい。

一日目(7月23日)の19時30分より21時まで行われます。

その1 2階 A会場

保健所問題に関する自由集会

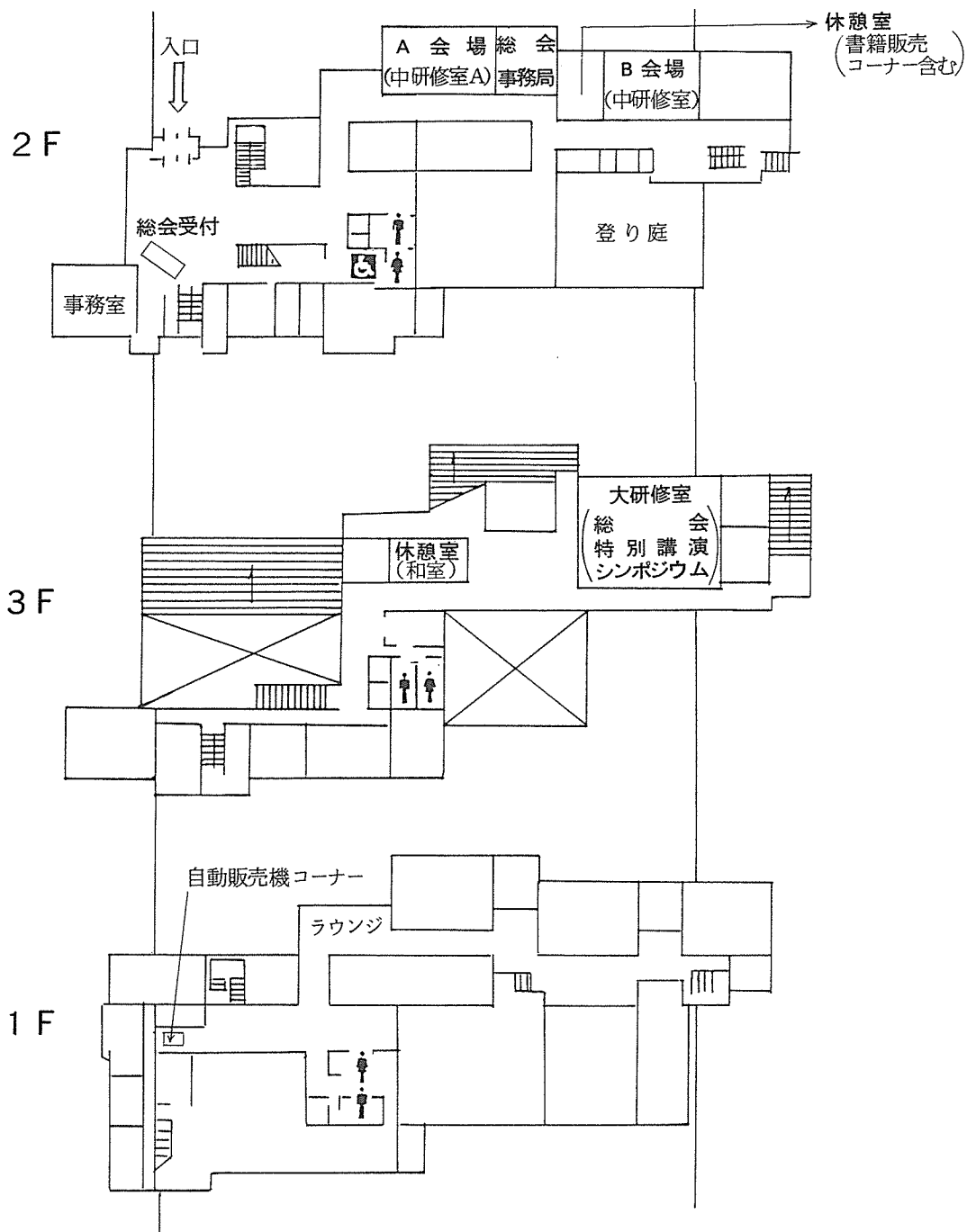
世話人：小栗 史朗(日本福祉大学)

その2 2階 B会場

核廃絶と飢餓克服(第3回)

世話人：片平 洸彦(東京医科歯科大学)  
相磯 富士雄(東京学芸大学)

# 会場案内図



## 宿泊施設の利用について

宿泊を事前に申し込まれている方は、受け付け時に部屋割表で自分の部屋をご確認下さい。また、  
宿舎の各部屋のドアにも氏名が書かれています。

一日目は、12時より各部屋に荷物類を置いてもらって結構ですが、貴重品類は身につけて下さい。  
チェックアウトは午前10時になっております。

### 食事時間

夕食は、3階大ホールにて18時30分から19時30分の間です。

(世話人会は、この時間帯に2階レストランで食事をしながら行われます。)

朝食は、2階レストランで7時30分から8時15分迄です。

7時30分から7時50分までと、7時50分から8時15分の間にお済ませ下さい。

### 入浴時間

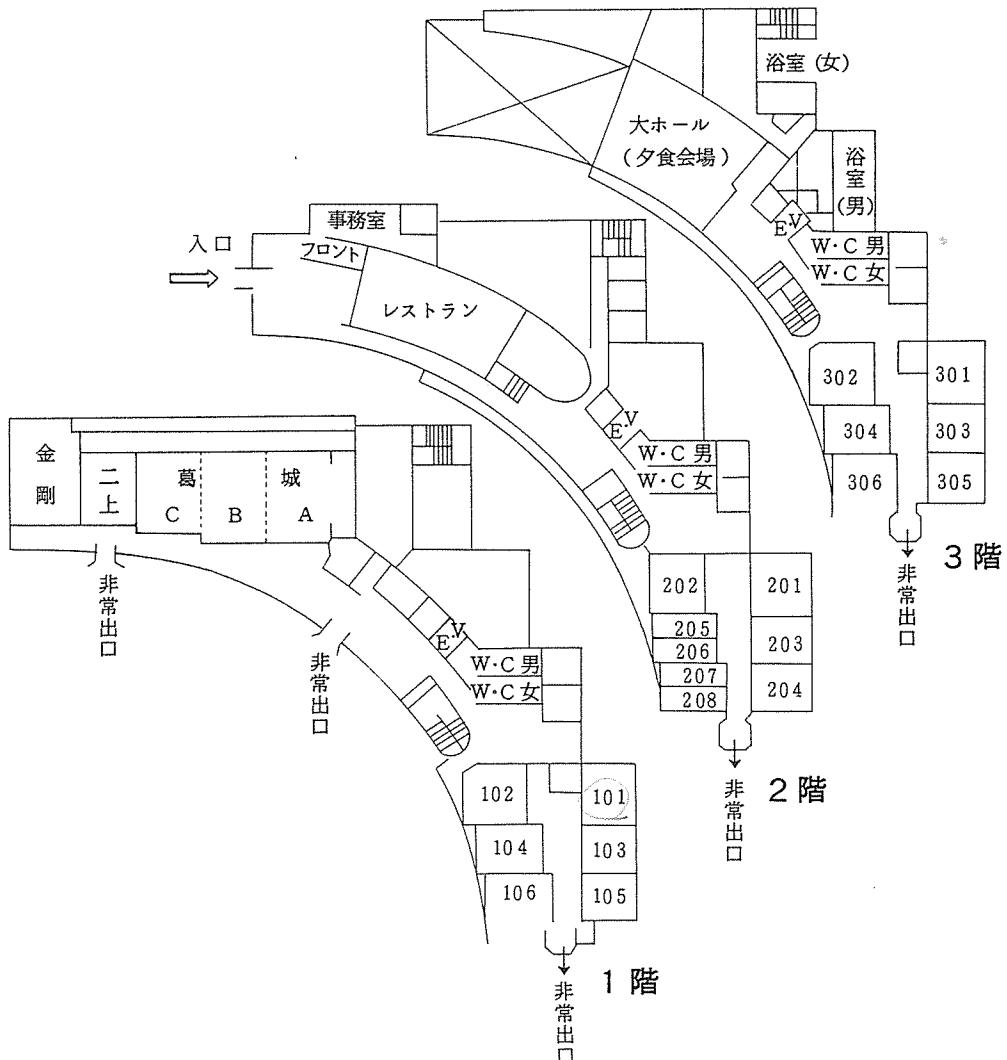
5時ごろより11時まで利用できます。3階の大浴室(男性)、小浴室(女性)をご利用下さい。  
いずれもサウナ付き。

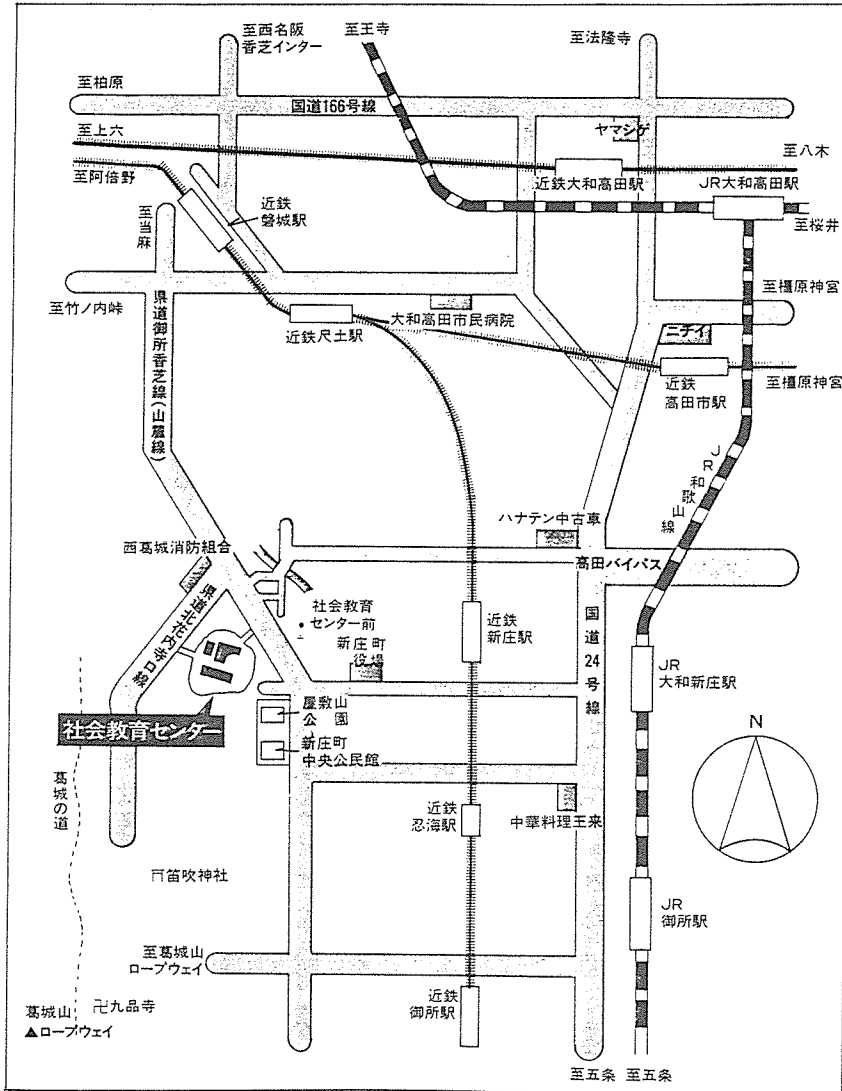
### 洗面用具

宿泊施設では、タオル、歯ブラシを用意しておりません。ご持参下さい。

### 門限

宿泊施設の門限は22時となっております。宿舎(かつらぎ)の電話は 074569-6921 です。





● 定期バス利用の場合

近鉄大和高田駅発（尺土駅経由）屋敷山公園又は忍海駅行  
 （2番のりば4143系統バス乗車）  
 社会教育センター前下車  
 （所要時間30分で、料金300円）

● 23日(土) 12:30発のマイクロバスを近鉄大和高田駅前から  
 総会会場まで運行いたします。事務局員が現地で御案内  
 します。

バス時刻表（1988. 3. 18改正）

時	近鉄 高田駅前		JR 高田駅前	
8	3	35	6	38
9	14	38	17	41
10		49		52
11	23	51	26	54
12		51		54
13				
14	3		6	
15	3	51	6	54
16		35		38
17	11	38	14	41