

BULLETIN OF SOCIAL MEDICINE

社会医学研究

第31回 社会医学研究会総会

講演集

社会医学研究会

特別号 1990

JAPANESE SOCIETY FOR SOCIAL MEDICINE

第31回社会医学研究会総会

1990年・札幌市

主 題

90年代を迎えた社会医学をめぐる
状況と課題

日時 1990年7月21日(土) 13:00から
7月22日(日) 16:30まで

会場 北海道大学学術交流会館
札幌市北区北8条西5丁目(北大構内) Tel. 011-758-5426

総会事務局

北大教養部保健体育理論学科(福地研究室内)

〒060 札幌市北区北17条西8丁目

Tel. 011-716-2111(内線5421) Fax. 011-757-0840 福地研究室宛

参加受付 参加要領

会場までの交通

- ＪＲ札幌駅（北口）から、徒歩１０分。
- 千歳空港→札幌市内は、ＪＲは特急で約３０分、快速約３５分、普通約６０分。
高速バスで約６５分（札幌駅前下車）。

参加受付

- ７月２１日（土）は、正午から、７月２２日（日）は、午前８時３０分から会場（北大学術交流会館）で行います。

参加手続き

- 受付にある「参加票」に所定事項を記入し、参加費とともに参加者受付にお出し下さい。
- 参加費は、正会員・当日会員とも、３，０００円（学生は１，０００円）

年会費納入・入会受付

- 総会期間中、会場内に設置されます「社会医学研究会本部事務局」で受けたまわります。

車での来場・駐車場

- 土曜日午後２時までは、「正門」からお入り下さい。それ以後および日曜日は、正門が閉鎖されますので、「北１３条門」（正門から北へ４ブロック）からしか入れませんのでご注意ください。
- 会場には駐車場があります。

発表される方へ

- 一般演題の発表時間は、一題につき、２０分（口演１２分、討論８分）となっています。発表時間が超過しますと研究会の進行に支障を来しますので、必ず時間をお守り下さい。
- 前演者の口演が始まりましたら、「次演者席」にお着き下さい。
- スライド・ＯＨＰは原則として使用できません。この講演集を資料としてお使い下さい。なお、追加資料を配布される方は、２５０部ご用意のうえ、受付にお持ち下さい。

宿泊される方へ

- 事務局へすでにお申込の方は、「ポールスター札幌」に予約をしてありますので、各自で、チェックインして下さい。料金は、チェックアウトの際各自でお支払い下さい。
- 同ホテルには、第３１回社医研総会事務局の部屋を設けますので、不明な点は何でもお尋ね下さい。
- 総会当日の宿舎申込には、応じかねますので、ご了解下さい。

会場付近の地図

100m

北海道大学

クラーク像

クラーク会館
(世話人会会場)

生協会館

クリスチャンセンター

西6丁目

西5丁目

高架線

京王プラザホテル

札幌センタービル

センチュリーロイヤル
ホテル

ポールスター札幌
(宿泊場所)

厚生病院

毎日新聞

KKR札幌

道庁別館
(自由集会)

北海道庁

赤レンガ

北12条

北8条

GS

北7条

北口

J R 札幌駅

南口

北5条

国際ホテル
(ANA)

東急ホテル

五番館

三井ビル
(JAL)

第一合同庁舎

たくぎん

西2丁目

父島ビル

総会日程

第1日目 (21日)

13:00	一般演題 (A・B・C会場)
15:00	シンポジウム1 (A会場)
18:00	夕食休憩
19:00	自由集会・交流集会 (道庁別館、北大クラーク会館ほか)
21:00	

第2日目 (22日)

9:00	一般演題 (A・B・C会場)
10:45	特別講演 (A会場)
12:30	昼食休憩
13:00	総会 (A会場)
13:30	シンポジウム2 (A会場)
16:30	

総会

7月22日(日) 13:00-13:30 北大学術交流会館大講堂 (A会場)

全国世話人会

7月21日(土) 11:00-12:30 北大クラーク会館大会議室

自由集会

7月21日(土) 19:00-21:00 道庁別館会議室

交流集会

7月21日(土) 19:00-21:00 北大クラーク会館大集会室

エクスカーション

7月23日(月) 8:00 「ポールスター札幌」前出発

(コース) 支笏湖、北大苫小牧演習林(森林資料館など)、苫小牧・勇払(開発と自然)、平取町(アイヌ文化資料館ほか)

16:30 千歳空港着

18:00 札幌市内着の予定

参加費 実費(バス代・昼食代を含む): 会場に掲示します。

特 別 講 演

7月22日(日) 10:45-12:30

リゾート開発と自然保護

司会 八木 健三(北大・東北大名誉教授)
溝口 勳(北海道大学工学部)

シンポジウム 1

7月21日(土) 15:00-18:00

変貌する産業構造・・・社会医学の周辺

司会 山田 信也(名古屋大学医学部)
福地 保馬(北海道大学教育学部)

1. 建設産業における就労構造
木村 保茂(北海道大学教育学部)
2. 北海道の中の「札幌」ー地域経済の視点から
小暮 孝次(たくぎん総合研究所)
3. 北海道農業構造の変化と農民生活
山田 定市(北海道大学教育学部)

シンポジウム 2

7月22日(日) 13:30-16:30

90年代の社会医学の課題

- (座長発題) 21世紀の社会医学の担い手に期待するもの
前田 信雄(札幌医科大学)
1. 働く人々の健康を守る活動ー運動と医療の結合をめざしてー
田村 昭彦(九州社会医学研究所)
 2. 地域住民と共に歩む保健婦活動を見つめて
阿部 祥美(北海道釧路保健所)
 3. 社会福祉制度「改革」と老人福祉・老人医療
河合 克義(明治学院大学社会学部)
 4. 労働衛生学徒が社会医学に期待すること
埴田 和史(滋賀医科大学)
 5. 『環境弁護士』制度の創設を
金谷 健(京都大学工学部)
-

一般講演プログラム

7月21日(土) 第1日目

時間	No.	氏名(所属)	演題名
A会場(講堂)			
13:00	A01	座長 芦沢 正見(日赤看護短大) 石城 赫子(早来町役場) 渡辺裕子、松井和子(都神経科学総研)	中高年における内部障害への適応 ー第3次人工排泄孔造設者調査結果よりー 難病患者の地域ケアと中間施設 ー日野市地域ケア研究所の活動事例の検討ー
20	A02	小沢温(愛知県コロニー発達障害研)、杉沢秀博、 手島陸久(都老人総研)、片平潤彦(東医歯大)、 木下安子(白梅学園短大)	新たな貧困層と医療福祉サービスの対応 ー高位頸髄損傷者を事例としてー 愛媛の病院における在宅医療の現状
40	A03	松井和子、渡辺裕子(都神経科学総研)	在宅重症患者のケアのあり方とその組織的対応 に関する研究 ケースマネジメントの役割と課題
14:00	A04	中本稔(愛媛大医公衛)、谷井実(新居浜共立病)	
20	A05	西三郎、川村佐和子(都神経科学総研)	
40	A06	高橋誠一(札幌大経済)、前田信雄(札幌医大)、 湯浅資之(帯広保健所)	
B会場(第1会議室)			
13:00	B01	座長 千田 忠男(杏林大医衛生) 斉藤 和雄(北海道大医衛生) 橋口俊則(九州社医研)、水上恭助(親仁会中央診)	炭鉱離職者の「労災110番」運動
20	B02	小山義則(健和総合病)、田村昭彦(九州社医研)	日雇い労働者・ホームレスの健康と生活 ー第一線医療からみた実態ー
40	B03	富永哲(三菱総研)、若林ちひろ(お茶の水女大)、 山崎喜比古(東大医保健社会)、松岡敏夫(北病)	在日アジア系外国人の生活と健康に関する調査 の結果 「R電車運転士の労働条件の変化 ー「仕業」分析とききとり調査結果からー 「R電車運転士における運転業務中に発生する 「眠気」に関する調査 キャディ労働における農薬被害について、 第二報 四府県六事業所でのアンケート調査
14:00	B04	重田博正、田尻俊一郎(淀協社医研)、上滝陸生(立 命館大経営)、富家孝、平田衛(大阪府立公衛研)	
20	B05	平田衛(大阪府公衛研)、重田博正、 田尻俊一郎(淀協社医研)、上滝陸生(立命館大)	
40	B06	内田比佐夫、田尻俊一郎(淀協社医研)	
C会場(第3会議室)			
13:00	C01	座長 丸山 創(日本福祉大) 横田 静子(新得保健所) 藤岡光夫(島根大法文)	地域課題と調査運動
20	C02	喜多義邦(滋医大保管)、前田博明(大津保健所)、 上島弘嗣、岡山明(滋医大保管)、 佐々木敏(大阪大医公衛)、山川正信(滋医大保管)	地域における保健婦活動を支援するためには何 が必要か
40	C03	菊地頌子(都江東区深川保健所)	保健所活動と住民要求～学習を中心とした高齢 者の組織化のとりくみ～
14:00	C05	一條優子(江北保健相談所)	下請け労働者に集団発生した重症結核例
20	C06	三田優子、山崎喜比古、園田恭一(東大医保健社会) 大島巖(国立精神神経セ)	セルフ・ヘルプ・ムーブメントとわが国におけ る精神障害回復者の当事者グループの現状

7月22日(日) 第2日目

時間	No.	氏 名 (所 属)	演 題 名
A会場 (講 堂)			
9:00	A07	座長 西 三郎(東京都立大) 高村 範子(新篠津村役場) 菅原恵子(むさしの共立診)	在宅独居老人の介護条件に関する事例分析 (その1) 地域社会資源と療養条件
20	A08	荒井成子(新宿区立北山伏高齢者在宅サービスセンタ ー) 木下安子、末田結美(白梅学園短大)	在宅独居老人の介護条件に関する事例分析 (その2) 介護労働と費用
40	A09	関沢敏弘(北病)	70才以上の退院患者1217名の退院後追跡 調査
10:00	A10	飯淵康雄(琉球大医・保)	「ねたきり老人」と職業などの関連性に関 する社会疫学的研究
20	A11	橋本美知子(関西医大公衛)、青木信雄(健光園診)	老年評価(Geriatric Assessment)に関する文 献的考察
B会場 (第1会議室)			
9:00	B07	座長 上畑鉄之丞(国立公衆衛生院) 若葉 金三(道勤医協札幌病) 岡本五十雄、平野浩(道勤医協丘珠病)、 伊古田俊夫(道勤医協中央病)	働きざかりの脳血管障害
20	B08	渋谷謙、鈴木頌(道勤医協札幌病)	就労者心筋梗塞患者の病態・労働・生活実態調 査
40	B09	服部真(石川勤医協城北病)	タクシー運転手の虚血性心疾患発症に関する長 期比較研究
10:00	B10	牧野忠康(長野大産社・医療福祉)	N損保労働者の労働の変化と健康問題 一過労・ストレスの労働要因の検討一
20	B11	山田裕一(金沢医大衛生)	杜氏(酒づくり職人)のアスベスト暴露による 胸膜肥厚の出現頻度
C会場 (第3会議室)			
9:00	C07	座長 相磯富士雄(東京学芸大保健体育) 安井 重裕(道勤医協札幌西区病) 彦坂直道(宮城厚生協・泉病)、町田光子(錦町診)	仙台市における農薬空中散布反対運動のとりく み 一環境および健康調査一
20	C08	鈴木和仁(道勤医協黒松内診)	子どもの健康とアレルギー (北海道での実態調査から)
40	C09	片平冽彦、佐藤嗣道(東医歯大)	日本の血友病患者のエイズ感染の予見可能性に ついて(第2報)日本における血友病患者のエイ ズ感染・発症の実態とその予見可能性について
10:00	C10	横矢喜代恵(城北病)、服部真(健生病)	当院における血液汚染事故の現状
20	C11	千田忠男(杏林大医衛生)	宮本忍『社会医学』(1936)の現代的意義

A会場(講堂)は、2階

B会場(第1会議室)およびC会場(第3会議室)は、1階 です。

ごあいさつ

1980年代の日本は、世界に例を見ない歪んだ産業構造を形成しながら経済大国となり、他方では社会保障の後退、軍事大国化の兆しさえ見えるなど、1990年代、さらには21世紀へ向かっての憂慮すべき問題も拡大させてきました。一方国際的には、社会主義国と言われる国々での政治改革が急速に広がり、世界政治をリードしてきた米ソ両超大国間の関係にも変化が始まっています。

このような時点で開催される今回の社会医学研究会の主題にこめた第一のねらいは、国民や労働者の生活や健康問題の背景となっている産業や企業の動きをより深く理解することにあります。今回は多くの分野のうち、日本の産業構造の変化や国民の生活変化により大きな影響を与える（であろう）いくつかを取り上げ、社会科学者の力をお借りして検討し、専門外のわれわれの勉強の場にもしようとするものです。

主題の第2のねらいは、上のような産業構造や地域構造の変化によって、国民の生活と健康のかんしてどのような問題が生じ、影響が現れているのかを、会員の研究報告を通じて明らかにしようというものです。このことを念頭におきながら、いくつかの要望課題を掲げました。

第3のねらいは、次代を担う若手の人たちからの問題提起により、90年代、21世紀に社会医学分野でやるべき課題、社会医学研究のテーマを考えようとするものです。

多くの方々のご参加を期待します。

1990.6

第31回社会医学研究会総会企画運営会議（代表 溝口 勲）

特 別 講 演

八木 健三（北大・東北大名誉教授）

1. はじめに

去年の秋、札幌の隣りの広島町で、ゴルフ場から流れ出した農薬のために、養魚場の9万匹の魚が死んで大きな衝撃を与え、にわかにゴルフ場問題がクローズアップされた。哀れな魚は水俣の狂い猫と同じように、環境破壊の恐ろしさを、身を犠牲にして人々に知らせたものといえよう。魚から発せられたこの情報を、われわれはいかに受けとめてゆくべきであろうか。

図-1を見ていただきたい。北海道にはすでに131のゴルフ場があるのに、さらに造成中が20、計画中が47、合わせると198となり、面積では0.29% (1989.12現在)。北海道は広いから面積は少ないようだが、数では全国でも最大のゴルフ王国。その後さらに多数の計画が目白押しだが、何がこんな馬鹿げたゴルフ場フィーバーをよんでいるのか。

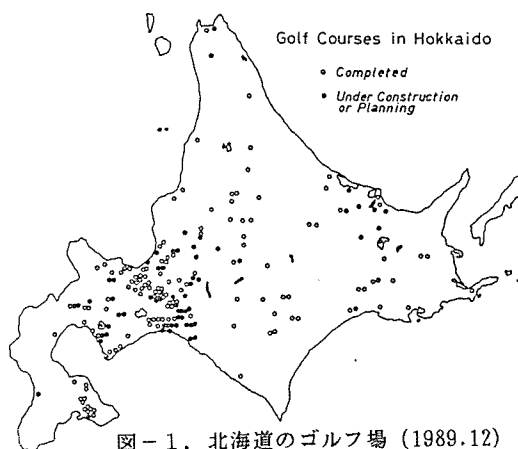


図-1. 北海道のゴルフ場 (1989.12)

(4) 農地法、森林法等の規制緩和：従来転用の認められなかった農地、保安林等の規制緩和。

2. リゾート法の問題点

このおそろべきブームをまきおこした原動力こそ、「総合保養地域整備法」（通称「リゾート法」）である。1987年5月22日売上税をめぐる混乱の国会で、ほとんど論議もなされないまま、一括審議で成立したこの法律の要点を次に検討してみよう。

その目的には「良好な自然条件を有する地域」に、「国民がスポーツ・教養文化活動などをする施設」を民間企業が作り、「ゆとりのある国民生活」を楽しめるようにするとうたわれており、まことにいいことづくめである。果たして真相はどうか。

その背景には日本の産業構造改革をめざした第4次全国総合開発計画、いわゆる4全総で、地方の活性化をはかるとし、内需拡大を求める外圧を利用して、リゾート開発計画を戦略プロジェクトの1つに位置づけたことがあげられる。そこでは中曽根流の「民間活力の導入」の基本方針のもとに、つぎの特色をもつ法案がつくられた。リゾート法により開発計画が承認されると、基本構造にもとづく民間施設はつぎのような助成措置にあずかることができる。

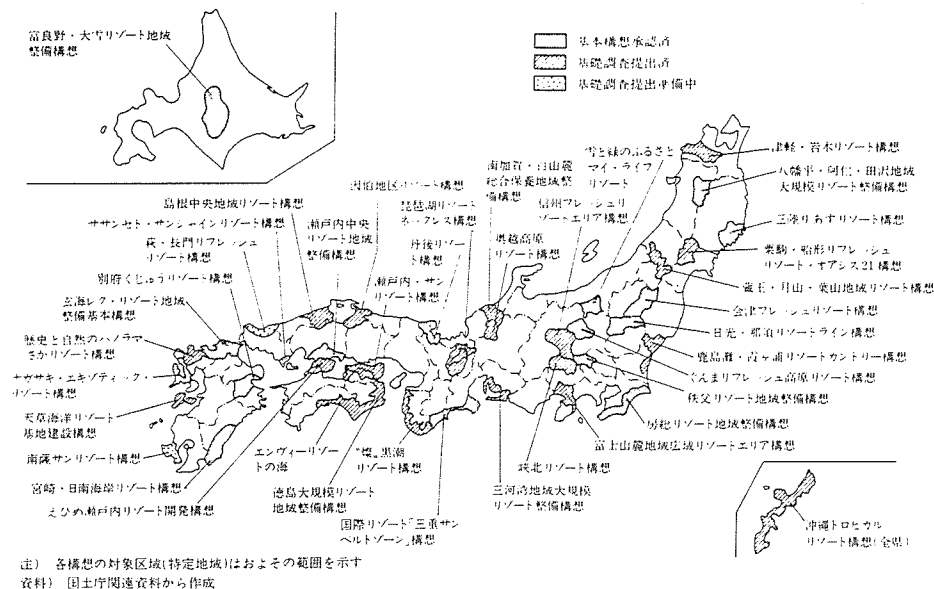
このように資本を手厚く優遇する、「おんぶにだっこ」の法をつくり、大企業の誘致をはかったのだから、カネ余りの企業がわつととびつき、過疎に悩む地方自治体がバスにのりおくれまいとして、一斉にリゾートにむけて走りだしたのは当然である。こうして1960年代の田中角栄の日本列島改造論による第一次開発ブームをはるかにこえる、リゾート開発が一気に爆発したのである。その結果1989年12月現在のわが国のリゾート構想区域は図-2に示すごとく、全国で725万ha、実に国土の19.2%にも及ぶ広大な地域で開発が目論まれている。

3. 北海道に見るリゾート開発

リゾート法の発足とともに、北海道でも50をこえる計画が出されたが、最終的には「富良野・大雪地域」の基本構想が1989年4月に承認された。これは北海道の背骨の大雪・日高両山脈の山麓にひろがる広大な高原で、東西60km、南北100km、総面積は33万4396ha、本道の4%をしめ、わが国最大のリゾート地域である(図-3)。図では重点整備地区を黒で示され、その面積は2万7千haで、見事な森林、波うつ草原や耕地、ダム湖や温泉にめぐまれている。しかしこれらの地区の開発計画を検討すると、ほとんど全てでスキー場とゴルフ場、それにホテルの新築、増築が計画され、まさにリゾート開発の三点セットに

- (1) 課税の特例：国税・地方税の非課税あるいは減税
- (2) 資金の確保：政府系金融機関による出資と低利融資。第三セクターには無利子融資もある。
- (3) 公共施設の整備：道路、上下水道などは国又は自治体が行う。

図-2. 各県のリゾート構想区域 (1989.12) [佐藤誠.1990]



注) 各構想の対象区域(特定地域)はおおよその範囲を示す資料) 国土庁関連資料から作成

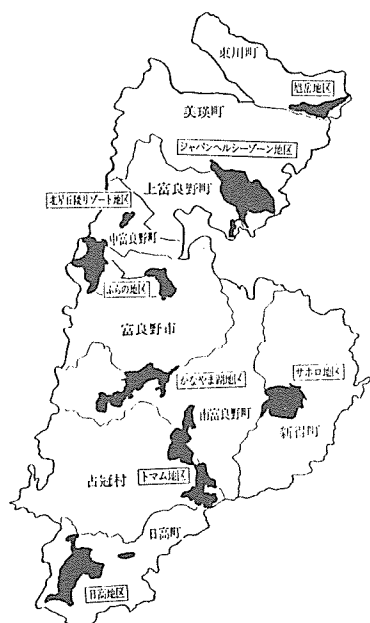


図-3. 富良野・大雪リゾート地域の重点整備地区

っており、さらにこれにテニスコート、キャンプ場などがぐわえられている。 どうしてこんな金太郎飴的な貧しい発想しかできないのだろうか。開発のノウハウをもたない各自治体は、あわてて開発計画をコンサルタントに発注する。その地域のセールスポイントも充分には理解せず、キメ細かな検討もできずコンピ

ューターに適当なデータをあてはめて得られた計画が、スキー場ゴルフ場にホテルの三点セットになってしまったのは当然のことだ。

たとえばジャパンヘルシーゾーン計画の美瑛町には、ヨーロッパの田園を想わせる美事な丘陵が広がり、前田真三郎氏の写真で紹介されているが、こんな素晴らしい風景をもっと生かす道を考えたら・・・と思われるのに、ここでも最大の目玉は国立公園の第一種特別地区に入りこむスキー場計画。その可否をめぐる自然保護団体との攻防がつづいている。

スキー場は1989年現在で12カ所、今後さらにリゾート計画により大幅に増えると、よほどスキー人口の爆発的増加でもないかぎり、パイの分け前は減少の一途である。

この富良野・大雪地域の南部の古冠村のトマムはリゾート法発足の前から、仙台の新興財閥関兵衛が開発してきた所で、リゾート法のモデルケースとされてきた。ここには120mをこえるザ・タワーという塔が2つ建っているが、山の自然の中にノッポの塔が並んでいるのは不自然だ。しかもさらに2本を建てるという。これは全部会員組織になっており一般の人の宿泊するためのものではない。莫大な投資を必要とするリゾート産業ではホテルやスキー場の収入だけでは、やってゆけないので、リゾート基地としての付加価値を加えた上で、コンドミニアムや別荘を分譲して資金を回収する方法がとられている。

その端的な例がゴルフ場で、会員権をうまく売りさばくことによって、ゴルフ場造成費の大部分を回収で

きという話もよくきこえてくる。そうでもなければ、現今の狂気じみたゴルフ場ブームは説明もつけようがない。

いま私は北海道のリゾート事情についてのべたが、これはそのまま全国のリゾート開発に共通している。

4. リゾート開発により進む自然破壊

リゾート開発の対象となる地域は「良好な自然条件を有する地域」となっているだけに、自然環境の保全はもっとも重要な課題とすべきであるが、実情は果してどうなっているか。

現在スキー場は平均100haの面積に及び、そのため大規模な森林伐採が行われ、生態系が破壊される。さらに最近ではスキーコース造成の際、ブルドーザーなどによる大規模な地形の改変が行われ、植生がはぎ取られるため、土壌の侵食がすすみ、時には地すべりのおきる場合もある。

スキー場の復原については、1972年の札幌冬季オリンピックの滑降コースの設けられた支笏洞爺国立公園内の恵庭岳が一つの例を示している。ここは競技終了直後にコースを閉鎖してアカエゾマツなどの植林を行ったが、17年の歳月と2億4千万円の巨費にもかかわらず、まわりの原始林とは明らかに違った人工林が育っているにすぎない。破壊が如何に容易く、復原が如何に困難かを雄弁に物語る。こうした事例もふまえ、われわれは長野オリンピックの岩菅山滑降コース新設に強く反対してきたが、最近誘致委員会はいつにこれを断念し、既存スキー場使用をきめた。

ところで全ての炭鉱の開鎖された夕張市が、町おこしのために夕張岳スキー場の計画を立てているが、これが実現すれば、夕張岳頂上付近に限られた世界的に貴重な夕張岳塩基性植物群落は絶滅に追いやられるだろう。いまわれわれはその阻止に全力をあげている。

ゴルフ場については、魚の大量死から農薬禍がクロージアップされ、一方では「農薬さえ用いなければ・・・」といった意見も出ているが、これは大きな誤りである。ゴルフ場も大規模な森林の伐採により、生態系を完全に破壊するとともに、保水能力の低下による出水、干魃をひきおこし、又水源となる河川の汚染などが危惧されている。北海道ではとくに札幌空港に近い苫小牧、広島、早来、厚真などでは空前のゴルフ場造成ブームにより、森林や原野がブルドーザーにより破壊されつつある。

リゾートは良好な自然条件を前提としているにもかかわらず、このような大規模な自然の破壊が公然と行われることに対しては憤りをおさへ得ない。これもリゾ

ート法における規制緩和の条項によるものであるが、さらにこれを補完しているのが、1989年12月1日成立した「森林の保健機能の増進に関する特別措置法」（通称“森林特措法”）である。1897年森林法が制定されて以来、保安林制度が取り入れられ、林地の乱開発に対する防止策の一つとなって機能してきた。それが今度「特措法」によって、保安林をスキー場・ゴルフ場に転用することを、知事の許可を得る事なくつくりことができるように改悪した。

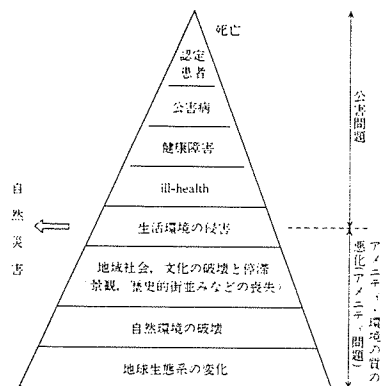
さらに環境庁は従来保護に重点をおいてきた国立公園を、「利用のあり方検討委員会」の答申をうけ、（1）野生体験型（例：知床）、（2）自然探勝型（例：中部山岳）、（3）風景鑑賞型、（4）自然地保養型（例：日光）の4種に区分し、21年ぶりに「利用」を指示するようになった。その結果、従来国立公園内の施設の建設は個別的にしか認められなかったのが、今後は（3）（4）ではスキー場、テニスコートなど複合施設の大規模開発も認められることになった。いままで自然の破壊を伴う大規模な開発に際しては、保安林や国立公園が反対運動の大きなより所であったのが、今回の法改正はその途を閉ざしてしまった。自然環境の保全にとってはまことにゆゆしい事態といわざるを得ない。

5. 開発と環境問題

上にのべてきたように、リゾート開発にともない、環境問題がきわめて重大な局面を迎えていることが明かである。冒頭に述べた魚の大量死の情報をどのように受けとめるべきか。これこそまさに社会医学研究分野に属するものであろう。この点について宮本憲一（1989）の“環境問題の全体像（図-4）”借りて、論をすすめてみたい。氏によれば三角形の底辺に自然環境・社会環境におけるアメニティ（“生活における快適さ”）があり、それらの悪化とともにアメニティが失われ、生活環境が脅かされ、健康の障害があらわれてくる。さらにひどくなった所に公害病が出てくる。最も気の毒な人たちとして認定患者があらわれ、最悪の場合には死の転帰。

水俣病の場合、狂った猫があらわれた段階で、その情報を重大に受けとめ、適切な対策を講じていたらあの悲惨な結末にいたらなかったかも知れないし、他地域における発生は予防できたであろう。

自然保護という場合、人々は何とはなしに自然環境をわれわれ人間とは対立するものととらえ、人間の力で自然環境を守るのが自然保護だと考えてしまう。実は自然環境は生態系全体の活動を包括するものであり、



図－４．環境問題の全体像〔宮本憲一・1989〕

そこにはすべての生物種が共存しており、人間もその一つだ。その生物種全ての生存権を尊重してゆくことがすなわち自然保護であり、こうしてこそ、人間も健全に生存してゆくことが可能となるのだ。

古代に隆昌をきわめた数々の文明が、大規模な自然の破壊の結果、全体が不毛の砂漠となり、その中に埋もれていった歴史を見れば、自然とともに生きることこそ、われわれの目指すべき目標であることが理解されるであろう。

6. 自発的發展 — 望ましいリゾート開発

いま日本全土をおおうリゾート開発は、果して過疎に悩む自治体の起死回生の切り札になりうるだろうか。さきに富良野大雪地域のトマムの例を説明したが、同地域で成功例としてあげられる新得町のサホロについてのべよう。ここでは西武資本による「地中海クラブ」が話題を呼び、多数の若者を惹きつけているが、やはり莫大な先行投資の回収は困難であるため、リゾートとして付加価値をつけた別荘、コンドミニアムなどの分譲に力を入れている。一方新得町は道路・上下水道の整備、体育館の建設などに15億円の公共事業を行っているが、地元への還元は期待ほどにはのびておらず、地元雇用もさほど増えていない。このように成功例としてあげられるトマム、サホロなどでさえも、地元への還元、地元の振興への貢献はきわめて限定されているのが現実である。

かりに現在の計画がすべて実現したとすれば、それら相互の間で激しい過当競争が行われ、多くのリゾート地は敗退を余儀なくされるであろう。その時大企業は速やかに転進してしまうだろうが、自治体の損失はだれがつぐなうのか。そして後にはもはや修復の不可

能な破壊された自然だけが残されるのである。大手資本にたよる外来型リゾート開発の大部分はこのような途をたどると私は考えている。ここでは企業の資源利用が優先し、地元民を主体とする環境の保全はあつまわしとなり、地元への社会的便宜は少ない。

ここではつきりさせておきたいのは、私もリゾート開発そのものを否定しているのではない。美しい自然の中で、スポーツやリクリエーションを行い、英気を養って明日に備えるリゾートそのものには大賛成である。私が強く反対するのは現在日本各地にみられる他力本願の外来型リゾート開発である。それでは望ましいリゾート開発とはどんなものであろうか。私は日本のリゾートの原型は昔から行われていた「湯治」であると考えている。各地の温泉宿には、一般客用の「旅籠」と安い料金の「湯治」とがあった。田植や刈入れなどはげしい労働の一段落したとき、農民たちは米や味噌はもちろん、寝具までも背負って宿にゆき、数日間温泉に浸って健康をとり戻したのである。

もちろん、生活レベルの向上した今日、昔のままの湯治の再現は不可能であろう。しかし手軽な環境の中で、あまり経済的負担を感じることなく、心身の健康をはかる湯治の精神とあり方こそ、リゾートの根底に据えられるべきものである。

1984年日本の提唱により発足した「環境と開発に関する世界委員会」（ノルウェー首相ブルントラント委員長）は「人類は開発を持続可能なものとする能力をもつ。持続的發展とは、将来の世代が自らの欲求を充足する能力を損なうことなく、今日の世代の欲求を満たすことである」と述べている。われわれが目指すべき發展とは、まさしくこの持続的發展である。

この持続的發展はどのようにして達成されるか。この点について宮本憲一（1989）は地域の団体や個人が自発的学習により計画をたて、自主的な技術開発をもとにし、地域の環境保全資源の合理的利用をはかり、文化に根ざした経済發展をし、自治体により住民福祉を進めるような地域開發を「内發的發展」とよんでいるのは傾聴に値する。このような内發的發展により「持続的發展」は可能となろう。

紙数もつきたので結論をいそごう。

内發的發展を踏まえたリゾート開発こそ、望ましい開発の姿である。自分の地域のセールスポイントは何か、自然環境を守り、資源を消費せず、どのように地域の發展をはかるか。これを住民自らが地道な検討を積み重ねて大きな成果を上げた小樽運河保存運動の成果と、池田城などのアイディアで生かされた池田町の發展の例をあげておこう。

シンポジウム・1

変貌する産業構造・・・社会医学の周辺

司会 山田 信也（名古屋大学医学部）
 福地 保馬（北海道大学教育学部）

〔1〕

1990年の第31回社医研が札幌で開催されるにあたって、シンポジウムのテーマに北海道の産業構造の変貌が取り上げられることになった。

北海道の開発は明治時代の植民政策にはじまる。以来、北海道の産業構造は、石炭産業、農・林・漁業とその生産物の加工業、開発の建設業などを中心にして展開する長い歴史があったが、1980年代の構造的な不況が全道を覆い、失業・雇用問題が深刻になったことは、あらためて北海道の産業構造を、「日本資本主義と北海道」という視点で捉えることの意義を認識させた。

雑誌「日本の科学者」（1989年11月号）は特集「苦悩する北海道」を編集するにあたって、そのまえがきで、次のように記している。

”今日の北海道は、臨調行革、前川リポートに基づく「産業構造調整策」の推進により、炭鉱の閉山、鉄鉱・造船産業の構造的な不況、農林水産業の衰退が進み、北海道を支えてきた基盤産業は、その存続の危機に立たされている。有効求人率は全国の1/2、その有効求人70%が臨時・季節労働者であり、失業率、企業倒産全国一・・・の中で「北海道沈没」「北海道の空洞化」などといわれている。このような状況下で、第4次全国総合開発計画ならびに新長期開発計画が立案され、その基調はリゾート開発と先端技術開発を基軸としている。”

第31回社医研総会の開催準備にあたって、総会企画運営会議が、「国民や労働者の生活や健康問題の背景となっている産業や企業の動きをより深く理解する」ために、日本の産業構造の問題をとりあげ、「社会科学者の力をお借りして検討し、専門外のおわれわれの勉強の場にもしようとする」企画をたてたのは、これと軌を一にするものといえる。

とり上げられた第1のテーマは、「建設産業の就労構造」である。これは、第2次産業の中心に建設産業があり、それは開発事業、公共事業によって支えられ、臨時・季節労働を基礎にしているという、北海道の産業構造・就労構造の独特な特徴を描きながら、論議を進めようというものである。

第2のテーマは、「北海道の中の札幌」である。4全総の北海道プランは、道央地域の開発であり、その中心が札幌である。北海道全域と札幌の格差はあらゆる分野で拡大しつつある。これをどうみるかである。

第3のテーマは「北海道農業の構造の変化と農民生活」

である。大幅な稲作減反、畑作・畜産物の貿易自由化、農産物価格の低落による営農の危機のなかでの農民の生きる姿を描きながら、北海道の置かれている事態の本質を論じるものである。

〔2〕

これまでの社医研30年のあゆみの中で、産業構造、社会構造を対象としたまとまった企画が幾つか存在する。それを振り返りみることは、今回の企画を社医研の歩みの中に位置づけ、その意義を評価するうえで、有用と考え、以下にその大要を紹介する。

第2次大戦後の日本社会の社会構造・産業構造の変化は大きく、その変化は、日本の国民の生活の全般に、ひいては健康問題にも大きな影響をもたらした。

社会医学研究会が発足した1960年前後は、国民皆保険、皆年金の制度が政策的に実現し、社会医学研究の分野での重要なテーマであった戦後の貧困と社会保障の研究が、一つの転換をむかえる時代であった。

このころ、高度経済成長策による技術革新を軸とした産業構造の変化は、太平洋・瀬戸内沿岸の新しい産業立地による地域開発と結合して、それまでの日本の産業構造を大きく変えた。

その結果、労働災害、職業性疾患と環境汚染・公害被害が全国的に多発した。

また高度経済成長策の一環であった、産業政策としての農業近代化策・炭鉱合理化策・中小企業近代化策は、労働力の都市への集中策の側面を持ち、著しい人口を太平洋沿岸ベルト地域に集中させ、農山村の過疎化、都市の過密化をもたらした。日本の社会構造は根底から作り替えられた。

こうした変化による深刻な影響は、地域の住民、職場の労働者の自主的ないのちと生活をまもる運動を生み出し、それまでの社会保障の充実、ポリオ問題に代表される子供の健康をまもる運動などとともに、我が国の健康を守る自主的な運動の新たな前進を生み、国民の意識を高めた。

社会医学研究会は、こうした変化から大きな刺激を受け、新しい研究活動が生まれた。

〔3〕

1963年の第4回社医研総会は、新産業開発地域である水島工業地域の問題を抱えた岡山県で開かれ、社医研がこうした社会構造、産業構造に社会医学の立場からメスをいれる出発点となった。経済学者 島恭彦による「地域開発」の特別講演と、社医研の東田敏夫による「経済開発と健康度の地域的並びに階層格差」の特別報告を受けて、大阪湾沿岸の堺臨界工業地帯、水島臨沿岸 水島工業地帯、東京湾沿岸 京葉工業地帯、伊勢湾沿岸 四日市工業地帯の開発と健康問題が、会員の地域ブロック単位の宿題研究として報告された。これは、第10回社医研での「伊勢湾周辺地域への産業資本の進出と労働者・住民の健康問題」にも続いている。

「人災と健康」を主題とした1966年の第7回社医研総会（京都）では、産業構造の変化とともに生み出された災害が職場、地域で、住民、労働者、科学者の手によって、どのようにして明らかにされてきたか、が討議され、単行本としてまとめられた。この回の報告と討議の方法は、それ以後の社医研の大きな流れの一つとなっている。

1971年の第12回社医研総会（岡山）では、それが、「保健医療従事者のありかた」を論じる方向へむかっている。

1979年の第20回社医研総会（名古屋）は、日本の高度経済成長の時代の社会構造の特徴を映しだす大都市の住民、特に中年期住民の健康問題の特徴を、死亡の地域的な分析を基礎に検討する宿題的な共同研究を生み出した。この時の分析の対象は、東京、名古屋、京都、大阪、豊中、北九州であったが、第22回には、川崎市の分析が加えられた。こうした共同研究は、第4回社医研（岡山）以来のものであった。日本の産業活動を生み出す中心となった大都市が、どのような社会医学的な矛盾をはらんでいるかを解き明かす、一つの研究方法を提示したものと言える。

「九州における公害・労災・薬害—その後の問題点」をとりあげた1981年の第22回社医研総会（久留米）は、もう一つの新しい研究方法を提起したものとなった。

この研究会では、かつて、日本の経済・軍事の大陸進出への根拠地として位置づけられ、石炭と鉄を軸にした重化学工業の基地として発展した九州が、戦後になって、産業構造転換の実験場として変容をはじめ、そこで用いられた住民・労働者の生活と健康を省みない手段が、次々に大きな矛盾を生み出していった様子を、描き出した。また東北と並ぶ出稼ぎ農民の健康障害を、あらためて九州という地域の特徴の中で描き出した。

三池炭鉱の大爆発による死亡と重症一酸化炭素中毒、水俣湾有機水銀汚染による中毒、土呂久鉱山の砒素公害、カネミ油症、出稼ぎ農民の結核・じん肺と振動障害などである。

九州地方の各地の会員の努力によって積み上げられた多くの調査研究が、九州という地域の巨視的な把握によって、日本の産業経済の発展と国民健康の間に存在する矛盾を解き明かすものとして位置づけられたということができよう。

この研究会での報告を軸に、1984年に「出稼ぎ労働者の健康障害と職業病」のシンポジウムが湯布院で開催され、その内容が「社会医学研究」第7号にまとめられている。これは、就労構造を取り上げた最初の特集であり、社医研の、都市・農村における就労構造の問題に迫る出発点となることが期待された。

こうした活動を契機に、九州での社医研活動が活力を持ち始めたことも注目値する。

〔4〕

第18回のシンポジウム「現代の社会医学」の司会を受け持った川上武は、社会医学研究会が時代の生起する課題に幅広く取り組み、報告が多くの課題に移っていく中で、報告の重点が薄れ、関連する諸学会（公衆衛生学会、衛生学会、産業衛生学会その他）での研究報告との重なりを生じ、逆に、社会医学研究会の存在意義が薄れていくのではないかとという不安を述べている。そして、現実への密着の姿勢を維持しつつ、社会医学研究の在り方を再点検することをうながしている。

この指摘をふまえて考えれば、社会科学者の参加を求めて検討を深める今回の企画は、多くの現実課題に鋭い感覚を持って迫る社医研会員の研究活動の思考を収斂させ、練り上げていくために、意義のある企画と言える。

北海道には、住民と労働者・農民の健康をまもるすぐれた取り組みが存在しているが、これまで社会医学研究会のメンバーは少なく、社医研総会が開催されることがなかった。今回、初めての開催にあたって、北海道の産業構造の問題が社会科学者を招いて論じられ、会員の研究活動の視点を確立するための学習が企てられたことは、北海道地域の社医研会員の成長のみならず、全国の社医研会員の成長にとっても大きな成果を生むものと期待される。

木村 保茂（北海道大学教育学部）

はじめに

わが国の建設業は、1988年度で許可業者数・約51万、就業者数・560万人（過去最高の就業者数で全産業の9.4%を占める）という巨大産業である。建設投資の国民総生産（GNP）に占める割合は18.1%にも達している。しかし、その構造的特徴としては、業者の99.2%（北海道は99.5%）が資本金1億円以下で、圧倒的に小零細業者が多い。全業者の85%が資本金1000万円未満か一人親方＝個人企業である（一人親方は全体の45%）。就業者のうち雇用者は約436万人（78%）を占めるが、このうち基幹工である常用が370万人（ただし、この常用の中には「雇用契約において雇用期間の定めのない仕事、又は4ヶ月以上の雇用期間が定められている仕事」についている、いわゆる統計上の常用が多数含まれている）、補助工の臨時雇いと日雇いが62万人である。建設現場のタイプ別にみると、建設労働者は町丁場＝市街地に約15%、野丁場＝土木、ビル建築などの大工事に約60%、両者の中間の中丁場に約25%が働くことと推計される。本報告が焦点を当てるのは、建設労働者の約三分の二が働く野丁場の建設労働問題についてである。

1 建設業の重層的下請制

わが国産業の雇用構造の特徴として、独占資本による中小零細企業にたいする系列・下請支配、本工・臨時工・社外工・日雇いといった雇用におけるピラミッド型の差別機構の存在にあることは早くから指摘されてきたことである。最近では、この雇用構造にさらに派遣労働者、パートタイマーがビルド・インされたことによって、ピラミッド型の差別的雇用構造が一層拡大され、低賃金労働の特別な利用形態が発展させられてきたことは、周知のとおりである。では、建設業の重層的な下請制はこの日本的な重層的雇用構造と、どのようにかわるのか。

建設産業の特殊性は、不安定な一品受注生産、総合組立加工生産、移動生産、屋外生産という特徴を集約的に有していることであり、そのような特殊性を理由に建設業の「下請け制度は、他産業には例をみられないほど広くかつ不可欠なものとして発達」（労働省職業安定局『建設雇用管理ハンドブック』）してきたとされてきた。しかし、このような特殊性は他国にもみられる建設業一般の特徴であろう。わが国建設業の重層的下請制という特殊性は、むしろ、請負契約の特殊性（歴史的な特命入札制、請負関係の片務性）と労働組合の脆弱性にかかわっている。その下請制度は装置産業の下請社外工制度に類似するところがあるが、労働力供給を全面的に下請制度に頼る点は、建設業特有である。重層的下請制は深奥、複雑で、労働力供給は下層の下請企業にいくほど強く依存される。

日本建設業団体連合会が、1977年にまとめた専属下請調査によると、ゼネコン最大手5社は、1社につき平均775社の専属下請をもち、この5社で全国の建設就業者の約1割の労働者を支配下におく。大手

40社では全従業員3分の1以上を支配下におくことになる、という。この労働者達はきわめて深い重層下請けに雇用されるが、その重層制とは、最大において大手1社に「下請業者が1700から1800社ピラミッド型」に組み合わせられ、7次下請ぐらいまで及んでいるほどのものである。

こうした重層的下請機構は、元請資本にとって、工事受注量の変動にたいして弾力的に対応しうる景気調節弁の役割を果たしている。また、重層の下請機構は各階層での利潤の先取り＝ピンハネを可能にし、そのしわ寄せを末端の建設労働者に転嫁している。この結果、建設労働者は低い賃金水準下におかれることになり、法定福利費が現金給与の約10%弱にも達する、という。また、就業の不安定性、福利厚生制度の欠如、長時間労働、労働災害の多発などにみられるように、労働条件も劣悪である。

2 建設労働者の教育訓練と安全管理

行政レベルからの建設業の近代化が叫ばれて久しい。1971年に建設業法で元請けの下請指導義務を明示して以来、72年労働安全衛生法、76年建設労働者の雇用の改善等に関する法律（この法に基づいて1次～3次の建設雇用改善計画がでる）、78年元請・下請関係合理化指導要領、そして88年の中央建設審議会の答申をうけた翌年に建設業構造改善推進プログラムが策定され、行政レベルからの近代化が進められてきた。とくに、建設労働者の雇用の改善等に関する法律（以下、建設雇用改善法）では、事業主にたいして雇用管理責任者の選定、労働者募集の届け出、労働者名簿・賃金台帳の作成、技能訓練の実施（以上、雇用管理）、安全衛生教育の実施、適性検査（以上、安全衛生管理）、各種社会保険への加入、任意労災加入、建設退職金共済制度への加入（以上、福祉）等の指導ないしは義務づけがされた。この措置のよって一定の効果が発揮されていることは確かである。例えば、こうした雇用改善の法的規制によって、大手ゼネコンを中心に推進されている下請にたいする「責任施工」の強制は、下請の選別・育成を通して「前近代的」な下請企業を一掃する側面を有している。しかし、このような近代化も1次下請を中心とする企業層にたいしてであり、重層的下請制度の存続を前提とする限り、雇用管理・安全衛生管理の徹底は困難であろう。重層的下請制の下で生ずる各階層での利潤の先取り＝ピンハネは、下層にいけばいくほど雇用管理や安全衛生管理の実施の「ゆとり」を各企業から奪うからである。法定福利費の現金給与に占める割合が全産業で最高の10%弱にも達する人件費の圧縮＝ピンハネと、逆に法定外福利費の支出が全産業中最下位に位置するという事実が、このことを示している。1989年の建設業の死傷者数は約5800で、70年代の約半分に減少しているが、なお全産業の30%を占めている。死亡者だけに限定すると、実に全産業の43%を占め、その高率は不変である。

3 建設労働市場と賃金水準－北海道－

先にも示したように、統計上に示される建設業就業

者数は全産業の9.4%を占めるほどに巨大であるが、実際の建設労働市場の広さと深さはそれ以上のものである。資料が少々古くて恐縮だが、われわれが1982年に行った造船離職者調査によると、建設業に再就職した者は官庁統計の職種分類にしたがって整理すると、前再就職者の23%になるが、統計上は他産業に分類されながらも、実際には建設業に従事している人々が3分の2弱であった。このことは他産業分類企業の建設業分野への進出にともなって、建設労働市場が他産業労働市場との共有部分を増大させながら拡大、深化しつつあることを示している。それにとともなうて、職種の産業別「縄張り」の変化・流動性や、建設労働市場と他産業労働市場間の流動性が強まりつつあるが、そのことについて、ある業者はつぎのように語っている。

「建設野丁場の仕事をしていた鉄骨工4名を製缶工として採用した。製缶工は鉄骨工と違ってむずかしい仕事ですが、うちの会社では青函トンネルの架台の製作と取り付けを7対3の割合でしてしまっていて、そのために取り付け関係の職種の人を是非ほしかったのです。もちろん、彼ら（前鉄骨工）はうちのベテランの製缶工について仕事をしてもらいます。その人の指図に従って取り付けや製作に従事します。もっとも、冬場になると取り付け仕事が少ないから、ベテランの製缶工の指図にしたがって製作、内作が主体になります。賃金（日給）は一人前の製缶工と同じですが、野丁場の方が稼ぎがよいらしくて、うちの会社に定着する人は少ないですね」（M工業）

このように建設労働市場と他産業労働市場が共有部分を拡大してきている状況下で、その賃金水準は他産業と比べてどのような水準にあるのだろうか。

まず、建設労働者と造船社外工を比較してみよう。1982年のわれわれの調査によると、8時間当たりの基本賃金は（81年の賃金）、建設労働者の賃金が造船社外工のそれを総じて上回った。造船社外工の90%が6500円未満に分布したに対して、逆に建設労働者は6500円以上に96%が分布した。このように賃金日額では建設労働者が優位を占めた賃金水準も、賃金月額・年間賃金に至ると状況が若干変わる。結論をいうと、年間賃金では造船社外工の賃金水準が土工のそれを上回った。とはいえ、それは平均的な賃金水準のことであって、賃金分布では土工をしたまわるものが少なからず存在した。また、造船社外工の優位性は土工、軽作業人夫に対するものであって、建設労働者全体に対するものではない。大工、型枠工、鉄筋工にたいしては優位性ないし対等性が、さらに常用工の建設重機工に対しては、逆の劣位性が示された。かくして、以上の考察から、建設労働市場は土工、軽作業人夫のレベルでは造船社外工労働市場の下位を占めながらも、全体的にはかなりの共有部分を有していることが分かる。この傾向は造船社外工労働市場との関係だけでなく、金属工業労働市場とのかんけいでも確認される。

シンポジウム 1-②

北海道の中の「札幌」－地域経済の視点から

小暮 孝次 （たくぎん総合研究所）

I 農業の縮小・再編と北海道農業

明治初期に北海道の開拓が本格化して以来、北海道の経済は、日本資本主義のフロンティアであり、経済構造変化の中でその「調節弁」の役割を担わされてきた。戦後から現在までの時期をみても、戦後期の資源開発型の開発政策は、高度経済成長期以降のスクラップ・アンド・ビルド政策のもとで大きな転換を遂げた。かつて生産増強の重点とされた産業部門が一転してスクラップの対象となった。農業、漁業、石炭産業、造船業、鉄鋼業など北海道の基幹産業がほとんどその対象となった。このような過程での地域産業の破壊はまさに“産業空洞化”に匹敵する事態であるといえるが、問題は、このような産業再編の中で縮小・再編の対象となっている生産部門が置かれている状況をどのように認識するか、ということである。

農業の場合、その生産物の大半は食糧および食品加工業原料として消費されるが、食糧・食料品市場は、一貫して増大し続けており、その中であってとりわけ外食産業はいまや23兆円に達する成長部門として大資本の投資戦略部門の一つになっているほどである。

また、日本の食糧消費は、従来の米を基軸とする構造を基本的に保持しつつ、畜産物・青果物がそれに加わるという構造的変化の中で、日本型食糧消費構造として形成・展開しており、それに見合う農業生産の発展が社会的に求められているのであって、農業の縮小・再編の要因を消費・需要の縮小に求めることはできない。

農業の縮小・再編の直接的契機はむしろ外的・政治的であって、1960年代以降本格化した農産物貿易自由化とそれに呼応した農業構造政策が現実的な契機をなしている。いま、日米経済構造協議が最大の政治・経済問題になっている中で、その根源ともいべき安保条約の規定「…締約国は、その国際経済政策におけるくい違いを除くことに努め、また両国の間の経済的協力を促進する。」（「日本国とアメリカ合衆国との間の相互協力及び安全保障条約」、第2条）の政治的意義を再認識せざるをえない。

この政策の結果を示す指標は農産物の自給率の急激な低下にも端的に現れている。農業の相対的縮小は農産物貿易自由化の直接の帰結にはかならない。さらにその動向が地域経済を直接的に条件づけている典型の一つとして北海道農業を挙げることができる。貿易自由化の対象品目の大部分を主産物とする北海道農業は、その直撃を受けることとなる。大豆、その他豆類、ば

れいしょ、てんさい、麦類、牛乳、その他畜産物が自由化による輸入圧によって生産の著しい減退を余儀なくされているが、それを加速させているのが稲作減反と畑作物の生産制限、ならびに農産物価格の連続的低下である。また稲作減反に伴う水田における転作（畑作物の作付）は畑作物をめぐる競争を一層激化している。

II 農業生産力の現段階と農民諸階層

農業構造政策の直接の眼目は農家人口・農業労働力の農村外への流出（都市労働力の確保）と農業機械・施設、農業資材などを中心とする農村購買市場の拡大に絞られた。農業機械化はそのための手段として農業構造改善事業の最重点に据えられた。この結果、日本農業の機械化は、戦前から戦後にかけての道具・畜力農機具段階から1960年代の動力耕耘機段階を経て、70年代以降、大型トラクターを基軸とする大型機械化段階に入り、その技術段階、普及度合いなどからみて80年代の前半で農民的農業技術体系としてはほぼ一巡した、とみることができる。

この大型農業機械化が日本の農業生産力の新たな段階を画したことは確かであり、この中であって、北海道は、畑作、酪農を基軸に大型機械の普及の最も高い地域であるが、それに伴う農業構造の変化の要点は以下の通りである。

まず、その技術・経営面における積極的側面としては、第1に、農業機械化は農業労働生産性を著しく高め、農業生産の投下労働を大幅に節約すると同時に、農民を苦汗・過重労働から解放し、農民による労働時間（さらに生活時間を含めて）の主体的編成の可能性を作り出した。

第2に、農業機械化、とくにトラクターを基軸とする大型機械化は深耕が可能になることと、さらにトラクターに各種の付属作業機を接続することによって、さまざまな農作業を機械化し、農業技術の多面的発展を可能とする（トラクターの持つ般用性）。

第3に、機械化と結合しつつ並行して進行する農業施設、農業資材の普及は、たとえば育苗、ビニール温室による促成・抑制栽培など、栽培技術の多面的発展を可能とする。

第4に、このような機械化を軸とする農業技術の発展は、経営面では、まず、基本的には機械化・施設投資を上回る労働費の節約によって生産費・経営費を引

き下げる経済的メリットを実現すると同時に、さらに、一方において特定の生産部門を中心とする専業大規模化の経済的メリットを実現し、他方では農業技術の多面的内容を適用して、経営の多面的・集約的發展（とくに複合経営の追及）を可能とする。

しかし、他面では、このような技術的・経済的メリットが十分に実現せず、現実の農業機械化の過程でさまざまなディメリットと技術的・経済的矛盾が発現していることも否定できない。そのディメリットは主として、現実の農業機械化が農業「近代化」政策のもとで政策的に推進されてきたことと密接にかかわっている。

第1に、農業技術が、農民的技術として農民の十分な検証を経ないで普及しているため、その技術自体が労働過程内で不均等な発展を示し、機械化の進んだ労働過程と手作業のままの労働過程が併存し、その結果、手作業の労働過程においては、新たな過重労働を発生させている（とくに婦人担当の作業に多い）。その意味で苦汗労働が完全に解消したわけではない。

第2に、安全技術の開発と実用化が不十分なために、農業機械作業や農薬散布に伴う事故・労働災害が新たに発生している。また、農薬や除草剤の大量使用による有害物の生産物への混入・残留（食品公害）という新たな事態を生じている。この結果、第1に指摘したことともかかわって、農民家族の中で、新たな生活・健康問題を発生し、消費者にも及んでいる。

第3に、農業機械化が現実規模拡大と並行して進行する結果、総労働時間はいっこうに減少せず、逆に増大し、家族労働力労働時間を拡大する事態を生じている。

第4に、農業の場合、農業機械化は地力の維持と結合して行われなければならないが、現実には後者が無視ないし軽視されてきたため、地力の著しい低下をもたらしている。さらにこのことが農薬の大量使用を促進している。

第5に、現実の農業機械化が農民の経営条件に適合しないまま政策的に推進されている結果、効率的機械・施設の利用を困難にして、予期した費用節約効果を発揮せず、他方、機械化と規模拡大に伴う新規投資の増大との関連の中で、機械化は逆に経済的負担を過重にしている。さらに、機械化のテンポが農民経営の資本（資金）蓄積のテンポを上回って進行する結果、他人資本（借入金）への依存度を高め、利子負担を拡大している。

このこととかかわって、農産物価格の低下と稲作減反ならびに畑作物の生産制限、は農家の計画的経営に対して外的に変更を迫り、農家の経営負担を一層過重にしている。

以上述べた農業をめぐる技術的・経済的条件のもとで、農家経済は一段と悪化し、農民層分解を激化している。兼業の機会が相対的に少ない北海道では農家経済の悪化は離農に直結する。1960年に23万4千戸であった農家戸数も1989年には10万2千戸に減少している。この数年の動きを見ても、1981年から3年ほどは、1年間の離農戸数も2千戸を下回り、比率も2%以下で推移したが、最近、再び離農が増加し、戸数で2、3千戸、比率で2、3%に達している。農民層分解がさらに激しくなっているのである。

Ⅲ 農業・農村における新たな動向－農民的農業の発展条件

1 地域的・集団的生産力の発展と地域農業の対抗的構造

農民経営が支配的な生産様式である日本、さらに北海道の農業においては、農業生産力は基本的には個々の経営のもとで個別生産力として、形成・展開するが、それで自己完結するわけではない。例えば、土地改良施設、農業用水、農業倉庫。流通施設などの中には、共同利用・管理のもとにおかれているものも少なくない。

とりわけ、大型機械化・施設化の進展は、生産手段の共同利用を基軸にして農業の地域的・集団的生産力を形成する基礎的条件をなす。ここで地域生産力とは、農業生産力が農民経営を基礎として形成・展開しつつも、さらにその地域的関連の中で展開することを意味する。また、集団生産力とは、農業生産力が個別農民経営を基礎としつつも、さらに個別農民経営間の共同によって相互に補完しつつ展開することを意味する。その際、共同化の主体は個別農民経営であって、共同化・共同組織はあくまでもこれを補完する位置に立つにとどまる。

このような共同化は農業機械化・施設化のもとにおける農民の自発的行為としての性格を持つが、他方、農業政策による地域農業の再編成の手段としての意義も合わせ持っている。1970年以降、いわゆる農業システム化が推進されてきたが、まさにこの共同化をめぐる二つの方向が対抗的構造を形成してきたのである。

農民の側からみれば、地域農政の推進は、農民的農業の発展にとってはその制約条件として作用するが、その中であって、その政策的諸条件をみずからの経営の発展条件として最大限に取り込もうとする主体的努力もなされている。この点は地域農業の重層的構造の中で一層鮮明となる。

すなわち、地域農業の基底には、個別農民経営がまず位置づく。そのうえに、主として集落レベルで集落・自治組織。生産組織（機械共同利用組合など）、作物別生産部会などが存立し、さらにそのうえに、市町村自治体レベルでは、市町村自治体、農協、農業団体・組織、農民運動組織、などが存立する。さらに都道府県レベルでは、都道府県ならびにほぼこの圏域に対応して農協、農業団体・組織の連合組織が存立する。国のレベルの組織がさらにそのうえに存立する。

このように今日の農業構造は、単に個別経営の集合として存在するのではなく、それを補完する諸組織との入り組んだ構造をなし、さらにその内部に矛盾をはらみつつ展開しているのである。

2 生活・健康問題と地域問題

以上述べたような農民の集団的・地域的關係は、単に農民間の関係にとどまらず、地域の住民諸階層を含む全階層的な社会的関係に発展しつつある。

第1には、食生活への関心の高まりが消費者（都市勤労者）と生産者（農民）との相互の結びつきを強めつつあることに現れている。産直運動がその典型である。消費者は食べ物の安全性と質を重視し、生産農民も有機農業などを通して、従来の機械化に伴う諸問題の克服に努力し始めている。その際、両者に共通しているのは生活・健康問題への関心である。このような

活動はさまざまな組織・グループによって多彩に繰り広げられているが、その中で、組織的には農協と生協の共同も可能になっている。

第2に、生活・健康問題への関心から地域への保健・医療などへの住民の関心が一層強くなっている。保健所、農協、農業改良普及所、地域医療機関の相互の連携がの中で作られつつある。

第3に、これらは地域問題へと展開し、地域づくり、地域福祉、地域医療、地域文化などの諸領域にわたり、幅広い住民運動として発展しつつある。そして、その中で、農業・農村の意義と役割が再評価されつつあることも確かである。そしてこのような中で、北海道の農業は基幹産業の一つとして他面的な発展の可能性を持っているのである。（統計・資料は当日配布します）

① 食料品の最終消費支出の構成 (単位：%)

	1960	1965	1970	1975	1980	1985
最終消費者の支払額	100	100	100	100	100	100
国内農業産出額	39.8	37.4	31.5	28.6	22.4	15.4
食料品輸入額	7.1	7.5	7.9	8.3	8.3	7.2
流通経費	18.0	21.0	24.5	23.3	21.3	20.8
食品加工経費	21.9	27.5	26.2	25.5	30.9	33.3
飲食店サービス	6.0	6.6	9.9	14.3	17.1	17.9

注：1. 農林水産省「農林漁業を中心とした産業連関表」による。

2. 1980年は「産業連関表(延長表)」よりの推計値。

② 農業生産額の主要部門別構成 (%)

年 度	耕 種 部 門			養 蚕	畜 産	合 計
	米	その他	小 計			
大正14(1925)	47.0	29.6	76.6	19.1	4.3	100.0
昭和10(1935)	50.2	33.1	83.3	10.5	6.2	100.0
25(1950)	56.0	36.3	92.3	2.6	5.1	100.0
30(1955)	53.2	34.4	87.6	2.8	9.6	100.0
35(1960)	49.3	35.2	84.5	2.5	13.0	100.0
40(1965)	43.5	32.5	76.0	2.0	22.0	100.0
45(1970)	36.4	34.9	71.3	3.4	22.5	100.0
50(1975)	36.7	33.7	70.4	2.3	24.7	100.0
55(1980)	28.2	38.3	66.5	2.2	27.7	100.0
60(1985)	30.0	39.8	69.8	1.3	25.4	100.0

注：原資料：農林水産省「農業及び農家の社会状況」。

③ 自家農業労働時間の推移 (北海道) 一 酪 農 一

酪農単一経営 搾乳頭数規模別	1965年	1970	1975	1980
5～6頭	5,422	5,168	3,980	6,877
7～9	5,747	4,679		
10～14	—	6,710	6,007	5,679
15～19	—	9,273	6,939	5,597
20～29	—		8,704	7,673
30頭以上	—	—		
平均飼養頭数(頭)	6.4	12.5	22.5	35.1

注：1. 単位：時間

2. 資料：農林水産省「農家の形態別にみた農業経済」、「農業センサス」

3. 酪農単一経営であるが、小規模経営では酪農以外の部門の従事時間を
含んでいる。

シンポジウム・2

90年代の社会医学の課題

前田 信雄 (札幌医科大学)

「激動する現代社会」という表現は、社会医学研究会発足以来この30数年間、多くの機会で、多く使われてきた。今もまた、それが世界的な規模に広がっている。東欧だけではない。すべての国におけるその激動が、日本にも津波のようにおしよせてきている。90年代の社会的な課題を基本的な点にしぼってとりあげてみると、ひとつは人々の人権の徹底的な平等保障、第2には、専門的なサービスの民主化、第3は、自主・自治活動の確立である。古い社会構造の徹底した改革によって、その課題実現がなされる。

社会医学の課題もこれらのことから遊離するわけにはいかない。社会医学は、社会構造の変革に科学者の立場から貢献するものでないといけない。その視点から、1987年3月、メキシコシティで開かれた第5回世界公衆衛生学会において、米国カリフォルニア大学公衆衛生学部のミルトン・ローマー教授は、「社会医学はすぐれて政治科学（ポリティカルサイエンス）でなければならない」と発言した。

社会医学が社会や政治の変革のための科学サイドからの役割を担うことだとすると、それはある個別の問題を他の分野や関連と切り離して、問題の未知のことを解明をして、それを「学術雑誌」に論文掲載をして研究者業績の数を増やせば事たれりというものではない。あるいは保健行政機関が厚い実態調査報告書を発表して終わりであっては不十分である。社会医学は、そのようないわゆるアカデミックな努力や行政活動をも包含し巻き込み、その先なによりも、人々の健康を分けへだてなく平等に実現をする科学である。そのためこそ、上述の基本課題解決が不可避となる。

このシンポジウムにおいては、21世紀の社会医学の担い手への期待を、自分たちのなかから自分たちに向かって発言したい。それぞれの実践と創意と展望とをもちより、フリーな発言を試みる。狭い意味のプロフェッション論ではなく、あるいは単なる素朴実践論でもない観点から、この担い手への期待を総合的に考えてみる。それは、究極的には、市民的な期待に根ざしたものでありたい。今までの自分の「仕事」から少し距離をおき、今の自分の立場にも余り制約されずに、次のようなテーマをめぐって、フランクな意見を出し合う。

1 社会的経済的にも不十分な状態におかれている少数の人たちの健康保障を実現する

2 その実現の一歩として、すべての職種間のたて割りや上下・支配関係、閉鎖制と官僚制を取り除く

3 社会医学の担い手は、創意ある職域と地域活動とくに労働者・地域住民との草の根的自主活動と運動の核になる

4 科学研究と専門的活動との共働と統一

これらのテーマは実は今までも各地で長く追求められ、地域では一定の蓄積をたくわえてきたものである。その成果や不十分な点あるいは間違いを、このシンポジウムにおいて謙虚に出し合い、そこから互いに学んでいきたい。

これからも、このようなテーマの追求にあたっては、異なる分野の専門家と一般市民とが互いに深めた討論をすることが大事である。その前提としても、大学や学校で学んだ狭義の専門、つまり医学、看護学、理学療法学、社会学、経済学、云々といった分野のなかだけの学習や研究と活動だけに閉じ込もってはいけない。自然科学のなかにある専門研究（者）の間の壁、社会科学（者）の間にある互いの隔たりを取り除くことが大事である。違うバックグラウンドの者が時折交流したり相互学習するだけでは多くの実りはもたらさない。職場、企業、行政、大学・学校、研究所のなかで、肩書きや出身によりかかった古い殻をまず捨て去り、日常の仕事のなかで、真に総合的なチームを組んだ活動をしたい。いろいろな集まりや機会に多く参加をし、大事なことを大胆に語らないといけない。

このシンポジウムにおいては、各スピーカーからは、次のようなポイントを参考にして、自由かつ創意ある発言をしていただきたい。

- a. 21世紀の健康問題にどう取り組むか
- b. どのような社会的視点をもちどのような共同の社会医学的な活動をするか
- c. とくに職域や地域の勤労者・住民と結びついた活動の展開
- d. そのための社会医学分野の担い手のありかた

【はじめに】

九州においては、労働者搾取の典型とも言える『労災・職業病』が数多く発生してきた。1963年三井三池炭鉱三川坑における死者458名と約800名の被災者をだしたCO（一酸化炭素）中毒症に代表される炭坑における落盤やガス爆発などの労働災害や塵肺症、興人八代工場レーヨン製造工程において発生した慢性二硫化炭素中毒症、新日鉄八幡のコークス労働者の肺癌、三菱化成や三井東圧におけるベンゼンによる膀胱癌、林業や石材労働者に発症した振動病（白ろう病）、チェカー・キーパンチャー・保母・調理員など幅広い職業でおこった頸肩腕障害、また農山村からの出稼ぎ労働者のじん肺、振動病など枚挙にいとまがない。

「働くひとびとの医療機関」として九州の民医連もこうした労災職業病に積極的に取り組んできた。しかし80年代に入り労働運動における健康問題の位置づけが後退したこと、労働行政からの攻撃が強まったこと、セク病院建設などにより、十分な対応ができなくなってきた。第1線医療機関における公害労働衛生のセク機関の必要性が九州各県の民医連で論議され87年夏九州社会医学研究所が設立された。

今回は、設立後3年間という短期間であるが我々が医学の社会性について得た経験を報告し討論に参加したい。

【炭坑離職者と実践的社会医学】

炭坑労働者や出稼ぎ労働者は、日本の資本主義経済の発展に伴って急増した。しかしとりわけ離職後の健康管理は不十分のまま放置されている。我々は、九州社会医学研究所設立以降3年間に4カ所のフィールドにおいて『掘り起こし健診』をおこなってきた。

①佐賀県多久市における取り組み

多久市は中小規模の炭坑を中心に最盛期には、全就業人口の1/3が炭坑労働者であった旧産炭地である。

86年、弁護士を通じて労災申請の相談に数名の元

炭坑労働者が外来を受診した。そのいずれも重症の管理区分4または合併症で療養を要する者であった。その後認定を受けた彼らを中心にして全国じん肺患者同盟多久支部が結成された。

50Km離れた当研究所に隣接する診療所に月2回通院する彼らとともに「参加した者全員が先生」というエーなじん肺大学を開講した。その中で職業病の病態や発生要因、労災申請や認定の阻害要因を共に学んだ。

そうした知識が患者自ら同じ病気で苦しんでいるかつての仲間の救済活動に立ち上がらせた。

行政や地域の医療機関に対して粘り強く働きかけた。最初は我々の個人的つながりのある医院においてレントゲン撮影等を行ったが、徐々に自治体の協力を受けることが出来るようになり、健診料の一部補助や市立病院でのレントゲン撮影が可能となった。この様に協力の輪を掘り旧産炭地としての地域的責任を明らかにしながら7回の自主健診を行った。169名が受診し17名が労災認定を受けた。

この実践を通じて明かとなった社会的問題点ひいては、社会医学的問題点について具体的事例を提示しながら以下に述べる。

【事例1】昭和2年生まれ 男性

炭坑離職後、墜道工事に従事し、各地を転々とした。大手建設業者の孫受け会社で雇用は墜道ごとの口約束程度であった。

77年じん肺にて要療養と医療機関にて診断を受けた。しかし最終粉塵作業所の住所不明の為、労働基準監督署で労災申請を受け付けてもらえなかった。その後墜道工事に再び従事したが、ピック使用していた80年冬よりレイバーが左右第Ⅱ～Ⅳ指に出現した。じん肺及び振動障害増悪し87年自主健診受診後、PR4B持続性気管支炎合併にて労災認定される。

この間の同地域におけるじん肺新規認定は年間数人にしかすぎないとされてきた。しかし統計の水面下の

被災者の存在と救済が遅れたことによりじん肺に加え振動障害をも合併させられた例である。

【事例2】昭和7年生まれ 男性

昭和27年より筑豊地域、佐賀、長崎の炭坑にて掘進作業に従事。85年長崎高島炭坑閉山直前に離職。離職時のじん肺健診ではPR1 管理区分2であった。86年他の炭坑に就職希望したが、採用時健診にて産業界より管理区分3相当と診断され採用されず。87年自主健診受診したが胸部レントゲンではPR1型と診断した。

健康管理のための『健診』が事実上の『職場を奪う』手段として使われていることを示した。

【事例3】昭和5年生まれ 男性

昭和19年より炭坑や墜道工事にて振動工具（ピック）を使用してきた。昭和35年初めて白ろう指出現、昭和45年冬より毎年冬季に白ろう指出現するようになり増悪傾向にあった。昭和62年末梢循環障害、末梢神経障害著しくなり退職した。

労働基準監督署に職業病として認定を求めたが、冬季に振動病健診を行うまで待機するように指導され、退職金、預金にて生活するも残金なくなり自主健診受診した。9カ月後労災認定された。

職業病が労働者の経済的基盤を失わせ、認定業務の遅れが『竹の子生活』を強いていることを示した。

【事例4】昭和8年生まれ 男性

昭和28年から55年まで炭坑にて掘進作業に従事。退職時のじん肺健診はなく、じん肺手帳の交付もない。昭和58年から地方自治体の実施する住民健診にて毎回胸部レントゲンの異常を指摘される。再検査及び開業医いずれも経過観察とされていた。昭和62年自主健診受診、PR4C管理4、要療養と診断、労災認定される。

定期健診にて異常を指摘されるも、労働行政と厚生行政のいわゆる『谷間』に落ちこみ、また生活背景が十分検討されなかったことにより適切な療養開始が遅れた症例である。

多くの炭坑離職者が健康管理されないまま放置されていること。特に中等度以上に進行したじん肺患者も健康管理手帳の交付さえ受けていない者が半数以上存在することが明かとなった。

以上の経験から無権利状態に追い込まれている炭坑離職者や出稼ぎ労働者における職業病の総合的健診活動を以下の3地域において実施した。

②筑豊地域における取り組み

地域の労働組合、文化人などで構成する「じん肺健診を推進する会」の提起で4回のじん肺健診を実施し212名の受診者があった。健診には地域におけるじん肺専門病院である県立病院の協力が大であった。

③鹿児島県吹上浜における取り組み

墜道工事の出稼ぎ労働者の振動病、じん肺健診を農村労組と協力して行った

④大牟田地域における労災110番運動

炭坑離職者とりわけ下請け労働者を対象に実施（詳細は本総会で報告予定）

【まとめ】

我々第1線医療機関で取り組んできた炭坑離職者の問題について事例を提示して検討した。

日本が表面上豊になり、職業病患者も行政統計上は減少してるかのように見られるが、正当な権利の行使を行うことが出来ずいわゆる『潜在患者』となっている労働者が多数存在することが判った。それらの事例を大切にし社会的背景を検討し解決を目指し社会科学的検討と臨床医学的問題を適切に結合していくことが我々第1線医療機関としての重要な課題であると考え

そのためには、地域を通じた医療機関、行政、労働運動の各々の粘り強い運動とネットワーク作りが必要不可欠のものと考え

ルスの維持・向上が望まれてきました。医療との信頼人間関係づくりを基盤とし、開かれた心の相談の場を提供していく、地域の中で心の相談が果たす役割は大きいと思います。3才の子どもから、80才の老人まで、心の健康を主眼にしています。障害者たちも集えるサークルづくりから、回復者クラブ、作業所づくりと、影となり後おしをさせてもらいました。地域の中に憩う場・作業の場へと施設設置へと本人、家族を通しかかわってきました。家族の学習場づくりの声を聞き、地域家族学習会事業を1987年より実施しています。この頃より、職親事業を使って就労している住民から、同じ悩みを持つ仲間と交流したいとの願いに、“有職者サークル”を開始しました。もちろん、働いている人々の集まりですので土・日曜日です。連絡係から設定までいっしょに行きます。仕事として認められなかった活動も、嘱託医や関係者の参加へと広がり、今年度から、所の事業として関われるようになりました。痴呆老人の相談事業も連絡会議を通し、連絡体制の確立に努めています。看護者としての専門的支援が求められるようになりました。

難病支援活動について考えることは、相談の場の確保です。日頃、治りにくい病氣と診断され、症状改善のないまま生活する人々に、専門的相談が身近に受けられること、移動困難な住民にも訪問相談が実施されることを続けています。釧路は難病患者にとって医療機関が少なく、往診活動も不十分です。だからこそ、保健所として関係機関と協力しながら進めていくことが必要となります。医療に結びつけるパイプ役の一人が保健婦です。

1987年難病患者団体の全道集会を釧路市で開催したいと協力要請が飛びこんできました。近隣の支部も全面的協力しての開催との事。所内会議の上、所としてのバックアップをきめ、管内全市町村の協力、看護協会へ広げ、ブロックの保健所へも要請し、一丸となって取り組みました。

市町村と手をつなぎあい、精神保健、難病支援も活性化していくことが大切と考えています。住民の声に答えられる仕事、社会の中で保健婦活動の展開は十分ではありません。でも、それを行政の中に取り入れる第一線に保健婦はいます。広くは社会を変えていく力をまとめていくこと、大きなことですが、一端を担っているかもしれないと今日この頃思います。

＜保健婦である私が思うこと

～「若つど」を通して～

整理できずに毎日広がっていく業務に振りまわされるのが今の私達の現状ではないでしょうか。中には上手に仕事も家庭も両立させている方もいると思いますが、少なくないですか。こんな毎日、自分の時間を上手に使い発散も必要ですが、少々、研究心を出してもいいのではないかと感じています。昨年釧路で「若い保健婦のつどい」でいっしょに頭をかかえた実行委員会の仲間。最初は、ほんの7人から始まって、管内全部の市町村で取り組まなければと説いて話して、40人ものメンバーがそろいました。一人一人は日頃の保健婦活動を真剣に考え、悩み、あがき、解決できないことたくさん出てきました。隣りの市町村の活動を聞き、人を知り、輪ができました。上手に予算を使つての合同事業を実施するきっかけにもなりました。その実行委員会は解散せずに、集まり話そうと自主学習グループへと発展していきました。現在は少々、先細りですが、解散するとの声がないので継続しています。私は“人づくり”を大切にしています。保健婦仲間と、医療福祉の関係者と、そして、この激動する社会に生活している住民と、一人一人は弱いかもしない力が大きな力になるような活動がしたい。それが、社会を変え、住民の生活を変え、歴史となっていくと考えています。

＜最後に＞

釧路保健所への期待は8市町村さまざまです。それは地域事情に合わせてのことですが、必ずしも良い評価ばかりではありません。しかし、独自に歩もうとしていたところが、最近「保健所もいっしょに」とか「保健所はどう考えるのか」と相談してきたり、新たな動きがありそうです。発展的に考え、「否定なく共に活動を」の姿勢を大切にしていきたいものです。保健婦活動が楽しくなる21世紀の基盤作りがこの10年の課題でしょうか。2010年までの活動がこれからの社会に大きな影響をもたらすのは確かです。現状だけ見つめることなく、情勢を知り、科学できる職種でありたいと思います。

社会福祉制度「改革」と老人福祉・老人医療

河合 克義 (明治学院大学)

1 国民生活をどうみるか

(1) 平均のマジック

(2) 政策的につくられる貧困

(3) 地域における高齢者の生活と福祉の実態

2 社会福祉制度「改革」の動向と問題点

(1) 福祉の普遍化

(2) サービスの選択化ーサービスの多元化

(3) 市町村の重視

★福祉関係3審議会合同企画分科会「今後の社会福祉のあり方について（意見具申）」

(1989年3月30日)

3 地域における老人福祉・医療の課題

ー在宅福祉サービスの動向とそのあり方ー問題の総合的把握と対応の総合性

(1) 家庭奉仕員派遣事業の有料化(1982年10月)

中央社会福祉審議会「当面の在宅老人福祉対策のあり方について」(81/12)

(2) 有料在宅福祉サービスの登場

☆地方自治体による有料在宅福祉サービス(福祉公社)

☆社協による有料在宅福祉サービス

☆ボランティアによる在宅サービス

☆生協「くらしの助け合い活動」

☆福祉産業による在宅サービス

4 福祉産業の動向

(1) 財界の戦略

(2) 政府の姿勢

5 地域福祉サービス法制化の動きと課題

- * 高齢者サービス総合調整推進会議および高齢者サービス総合調整チーム
- * 老人保健福祉計画（老人福祉法の改正）
- * 在宅介護支援センター
- * 地域福祉センター
 - * 地方自治体と社会福祉
 - * 福祉事務所の再編と地域福祉

6 社会医学の担い手に期待するもの

- ――地域における保健・医療・福祉のネットワークづくりを

滋賀医科大学・予防医学教室

埴田 和史

私は、1982年に滋賀医科大学を卒業しました。その後、医療生活協力組合所有の総合病院で臨床研修を行い、1986年まで臨床から医療に携わっていました。1986年に母校の大学院に労働衛生を学ぶことを目的に入学し、現在に至っています。現在は卒後の臨床経験と労働衛生学徒としての経験とが4年ずつというところになります。今日与えられた課題は、余りに大きく何をどのように述べてよいのかわかりませんが、自らの“社会医学”を考え、自らの問題意識を整理することを目的に討論に参加したいと思います。

大学卒業時から、労働衛生学分野に興味はありましたが、「医学部を卒業した以上臨床研修は必修。その後進路を選択すればよい」と考えて、一般医としての研修を受けました。その後内科の呼吸器を専門として第一線の医療機関で医療活動を行っていました。正しい診断を行うことや患者に総合的な医療サービスの提供をするためには、患者の社会的な背景を正しく把握することは必要です。一方、集中治療室などで刻々と変わる病状に対し判断を下し、治療を行う場合には生命現象に対する正しい認識と現状の把握、評価、対応が何よりも問題解決に求められますが、患者の社会背景はこうした場面での問題解決に必須の情報ではありません。疾患の重症化がたちどころに生死に関わる呼吸器疾患を相手に、医師として生活していた頃を振り返ると、目の前の患者から突きつけられる生物学的課題に答えることに追われる日々だったように思われます。そして、患者の背景にある様々な社会的問題に目を向けなければならないと意識しながらも、一貫してそれが行えていたわけではなく、臨床医としての忙しさの中で出来ないことを合理化していたのではないかと思います。そのような時に、「文明の進歩の前に犠牲はやむをえない」という振動病をめぐる高松高裁の判決が出されました。あの判決をめぐる、同じ病院の若い医師仲間と話し合いました。第一線の臨床医療で多くの医療人が一人一人の患者の命や健康に関して営々と積み上げられてきたものが、いとも簡単に崩されていこうとしている。肺炎の治療や肺癌の診断は不十分ながらもできるようになったが、それだけでは自分自身を含めて患者が生活する社会の中で、生命や健康を保障することができない。疾患の背後にある社会

的問題や、健康な人々の生活の中に横たわり刻々と健康をむしばんでいる問題を発見し、科学的に認識し、解決の方向性を示すための営みが必要性だ。ということになりました。そして、こうした営みを行うのが社会医学ではないかと考え、母校の大学院に入学しました。

現在、私はこうした経過と問題意識に基づいて、社会医学を労働衛生の分野から学んでいます。労働衛生学を学ぼうと考えた理由は、労働が本来は人間の能力を発展させる創造的な行為であるはずなのに、現実の社会では生きるための手段となっており、それを通じて、働く人たちが様々な健康影響を避けがたく受けていると考えたからです。

労働衛生学を学びはじめて臨床医学との違いを改めて感じています。臨床医学が、健康レベルで考えられれば、“異常”を中心に扱うのに対して、労働衛生学は“正常”を中心に扱います。臨床医学が個を扱うのに対し、労働衛生学は共通の因子を生産活動に持つ集団を対象とします。そして臨床医学が主に患者の治療を目的とするのに対して、労働衛生学は共通の労働過程にある労働者集団において、正常が異常に変化する過程に対して、労働が関与する因子を明らかにし、対策をこうじて異常への変化を予防することが目的です。臨床における“異常”の発見は、各種臨床検査データとその正常値を見比べることや、診断基準にのっとり行われます。そして、多くの場合“異常”を自覚した患者が医師の前にやって来ます。一方、労働衛生学において正常から異常への変化をとらえることは極めて困難です。正常の評価基準は確立しておらず、労働者は企業の壁の中に取り込まれており、労働や健康の実態はなかなか分かりません。

「健康」という言葉で表される「正常」な状態も様々であり、しばしば臨床検査で異常が発見されないことと同義語として使われています。また、医学教育においても「健康」に関する教育はなされていません。つまり、医療に関する専門家さえ「健康」を曖昧に考え曖昧に対応する状況にあるといえます。「どういう状態を健康とするのか」は社会的課題ではありますが、率先して健康の実現に当たるべき医療人の健康観も現状の追認となりがちです。そのことは、「過労死」と

という言葉が多く、労働者に実感として受け入れられていながら、また多くの労働者が「過労死」という結果が出るまで自らの生活を振り返ることができない状況と共通しているように思えます。長時間の通勤時間に耐え、日進月歩で変わる生産技術に対応した高密度の労働を長時間行い、サービス残業・休日出勤もこなしていく。家は持てても勤務地とかけはなれていて、ゆっくり休む時間もない。だから24時間戦えるためのドリンクが本気で求められる。こうした労働者の生活は、労働衛生学という科学が解明する以前の、いわゆる“常識”レベルの「健康」問題が異常とされず未解決のまま放置されているように思われます。しかも、放置されていることの異常さに労働者が気付いていないのか、気付いていてもそうした現実に関与する手段を失っているのかもしれませんが。いずれにしてもきわめて危機的状況にあるといえます。

こうした現状を正しく認識するためには、労働者の健康問題を生産活動の枠の中だけでとらえることなく、生活全域の中でとらえていかなければならないと考えています。そして、その一つ一つの問題を通じて、労働者と共に「健康」に生きるということを具体的に理解し、健康を阻害する要因が何かを学んで行かなければならないと考えています。この過程は、「健康」に生きることが最も根源的な人権であるということを労働者自身の確信とする過程であり、この確信なくしては不健康を生み出す社会を変革するエネルギーは発揮されないと考えます。

私は、「社会医学は、人権としての健康を脅かす様々な原因を自然科学や社会科学の多くの分野から解明し、解決の方向性を示す学問」と考えています。社会医学においては、様々な社会場面での健康上の問題が認識され、それが把握されて提示されます。その提示された問題について、各方面より本質的な分析と討議が繰り広げられ、解明される部分と未解明な部分が明らかにされ、次の具体的な発展につながります。そこで取り上げられる問題の広がりや「健康」に対する認識の幅を示し、討議に参加する専門分野の広がりや解明の深さと真理への到達度となります。こうした経過を通じて「健康」に対する認識が深まり、価値観が広がり、問題を把握し解明する方法論を学ぶことができると考えます。そして、その成果が研究活動や具体的な医療活動に反映されて、新たな発展を遂げていくと考えます。我々若い学徒は、様々な社会現象の中から健

康に関わる問題を見つけだす視点にまでさかのぼって討議に参加し、自らの社会的認識を形成していくことが必要と考えます。社会的な関連から切り離された事実の報告や、分析のため分析に留まっていた社会医学的な問題の深化は計れないと考えます。社会生活の中の健康問題に対する深い理解や解明なくしては自らの学問の進歩はありえないわけであり、そのためには常に社会医学を認識し続けなければならないと考えます。まずは、常識に属するレベルの健康破壊の実態、生活破壊の実態を把握しその問題性を明らかにすることから手をつけて行きたいと考えています。

社会医学を学びあう場として社会医学研究会が存在すると私は考えています。社会医学研究会との関わりは、学生時代に総会要員として参加したことに始まります。学生時代、社会医学系といわれる学生サークルで各種のフィールド活動を行いながら、学友と討議する議会に恵まれていました。学友と討議した問題意識と共通する問題意識の上に専門家が研究発表し、討議している姿に非常に親近感を覚えました。しかも、大家といわれる先生方がまるで青年のような純粋さと情熱で参加されている姿に、「これが社会医学者か」と感動したのを覚えています。

昨年、社会医学研究会の会員の年齢構成が発表されていました。会員501名中年齢記載のあるもの385名について分析した結果です。医師平均が51才。最も若い職種は、ケースワーカー、弁護士の40才でした。会員の高齢化と“時代の担い手”不足の問題は以前より指摘されていましたが、今や21世紀まで待てない問題となっています。とくに、「若手」が少ないと言うことは、積み重ねられてきた問題意識や学問的成果の継承発展を困難にし、新しい視点にたった問題提起を困難にすると考えられます。そしてなによりも、若手会員相互の交流を通じた成長や共同的取り組みを困難にし、強いては研究会の魅力の低下につながると考えられます。社会医学的視点より解明しなければならない問題が現代ほど深刻に複雑に山積している時代にあっては、本研究会の盛衰に関わる問題自体が社会医学的考察を要するのかもしれませんが。若手会員としてまずこの問題に取り組んでいくことが当面の大きな課題と考えています。

こうした問題意識にたって、現在自分が取り組んでいる仕事にも触れながらより具体的な課題について発言し皆さんと討議していきたいと考えます。

金谷 健 (京都大学工学部)

1. はじめに

環境問題の主たる発生要素は、

- ①物質的豊かさを際限なく求める人間の欲望
- ②民主主義の未成熟（少数者の声が反映されない社会構造）
- ③環境保全技術の遅れ

という3つである。この3つは具体的にはどんなことだろうか。廃棄物つまりごみ問題で考えてみる（ここでは問題を単純化するため、産業廃棄物でなく一般廃棄物で考える）。

ごみを何も考えずに焼却したり、そのまま埋め立てれば、大気汚染や水質汚濁などの環境問題が発生する。これが③である。

ある自治体で、新たにごみ焼却炉やごみ埋立地を建設しようとする場合、周辺住民（その自治体の全市民と比較すれば少数者）は絶対反対あるいは公害発生なら反対という態度をとるが、多くの一般市民は無関心の沈黙という消極的賛成の態度をとり結果的に周辺住民に敵対することとなる（明日は我身かも知れないのに）。こうしたことを許してしまう社会のしくみ、これが②である。

大量消費生活に伴うごみ発生量の増加や適正処理困難な商品の増加を、社会が悪い・資本主義が悪いとだけ言って、自分自身の『物質的豊かさを際限なく求めようとする欲望』を正面から見つめない、私を含めた大多数の人間の生活のありかた、これが①である。

2. 『現時点での最良の解決策』は誰が提示？

上記①②③はどれも重要な要素であり、どれか1つではなく3つとも並行して改善していく必要がある。改善していく上で、研究の役割が大きいことは論を待たない。どんな問題があるのか、どう改善していくべきなのか、などという点で現在のところわからないことが多いからである。わからないことを解明するのが研究である（当然ながら）。

しかし現時点でわかっていることを組み合わせて、現時点での最良の解決策を提示すること、そのことも『研究——わからないことを解明すること』と同様に大切なことである。道路・下水道・ごみ処理施設・ゴルフ場・リゾート施設などの建設計画が常に日本全

国に存在し、建設の是非などをめぐって、住民・行政・企業などによる論争がなされている。そこでは現時点での最良の解決策こそ第一に求められている。

ではその解決策は誰が提示すべきなのか？ 研究者なのか？

3. 法学者と弁護士の関係

私は、上記の『現時点での最良の解決策』は研究者ではなく、現在のところ集団としては存在しないある種の専門家が提示すべきであると考えている。法律の世界で言えば、弁護士に相当するような専門家を環境問題でも育成して、彼らが提示すべきである。

法律の世界では、法学者という研究者の集団と、弁護士という専門家の集団とが、別個に存在している。弁護士が法学者になったり、法学者が弁護士になったりすることも皆無ではないが、基本的に両者の役割は違う。法学者は、民法や刑法などの法律がどうあるべきかを学問的に研究すべき存在であり、現実の具体的な紛争・訴訟について、問題解決の専門家としての役割は期待されていない。その役割は弁護士が果たしている。

4. 問題解決における研究者・専門家の役割分担

問題解決において、研究者の役割は問題発見および問題解決方法論の発見にある。一方、専門家の役割は現時点での問題解決そのものにある。以下、これらの役割を果たす存在を、現実の研究者などと区別する意味で、それぞれ『研究者』および『専門家』とカッコつきで記す。つまり法学者は『研究者』、弁護士は『専門家』である。

『研究者』は何か新しい発見をすべき存在であり、必然的に狭く深く探究すべきである。既存研究のレビューだけでは研究とは言えない。一方、『専門家』は現時点でわかっていることを組み合わせて、現時点での最良の解決策を提示すべきである。そのためには、『専門家』は現在わかっていることつまり既存研究のレビューを幅広くできて、しかもそれらの総合化ができなくてはならない。それは研究とは違う意味で大変なことである。

5. 環境問題での研究者の現状

「研究者は、『研究者』の役割を果たせばよく、

『専門家』の役割は行政にまかせればよい」

という考え方が、研究者の間では一般的であろう。こうした考え方は、行政にとっては都合がよいが、住民にとっては困った考え方である。現在の環境破壊は公共事業（道路・下水道・ごみ処理施設など）による場合が多いので、住民にとってはケンカ相手（行政；公共事業の主体）にケンカの助けを求めよ、と言われたのと同じだからである。

6. 環境問題での『専門家』の現状

では環境問題で、誰が『専門家』の役割を現在果たしているのだろうか。大学や公的研究機関（国・地方）の研究者が、住民に頼まれてやむにやまれず、あるいは環境問題を自分が解決するぞという熱い情熱に支えられて、その役割を果たしているケースが多いだろう。

こうした役割を果たしている研究者の多くは、

「あいつは研究やらずに（＝論文書かず）つまらないことをやっていてけしからん、でも損するのは結局本人だからね」

などと上司・先輩・同僚から言われつつ、ボランティアと正義感から『専門家』の役割を果たしている。

もちろん例外はある。超人的な能力の研究者が、『専門家』の役割をにないつつその成果を論文化したり、あるいは『専門家』の役割をにないつつそれとは別に『研究者』として研究成果もあげていく。そうしたケースも稀にみかける。

私の疑問の核心は、環境問題を真面目に考えている学生・若手研究者に、後者の『超人的能力の研究者』をめざせ、つまり『研究者』と『専門家』の両方を兼ね備えた研究者をめざせ、という叱咤激励は妥当なのだろうか、という点にある。

環境問題が複雑化・高度化している現在、『研究者』と『専門家』の両立は、例外的な研究者を除けば非常に困難であり、したがって『研究者+専門家』集団を形成するのは不可能、と私は考える。

ではどうしたらよいのか？ 『専門家』を育成するシステムをつくれればよい。

7. 『環境弁護士』制度の創設を

弁護士制度にならって、『環境弁護士』制度をつくるべき、というのが私の意見である。この環境弁護士が、環境問題での『専門家』となるのである。以下、

環境問題解決における環境弁護士の機能について述べる。

1) 環境弁護士の条件

環境問題について、現時点での最新の専門知識を有しており、現実の環境問題に対して解決策を提示できること。そのことを客観的に明らかにするため、環境弁護士試験を実施する必要がある。

ただ環境問題解決に必要な専門知識は年々変化していく（増加していく）ため、環境弁護士の資格には有効期間を設けるべきである。有効期間は長くても5年程度とすべきである。つねに最新知識を取得する必要があるからだ。

なお環境問題は非常に幅広いため、残念ながらいくつかの部門に分ける必要があるだろう。例えば、環境弁護士（廃棄物部門）などという具合に。この場合大切なのは、部門を学問分野でなく問題ごとに分けることである。

2) 環境弁護士の経済的基盤と独立性

環境弁護士はボランティアでなく、ひとつの職業として成立しなくてはならない。そのためには経済的基盤を確立すべきである。

そのためには、開発事業の開発主体が、総事業費の一定割合（たとえば3%）を、関係住民に拠出して、関係住民が環境弁護士を雇えるように制度化すればいい。この考え方は、刑事事件における国選弁護士制度にヒントを得た。対等なケンカをするためにケンカ相手に（環境）弁護士をつけてあげるというわけである。

ここで大切なことは、環境弁護士の選定において、決定権は住民あるいは環境弁護士協会に与え、開発主体には与えないことである。こうしないと環境弁護士は開発主体からの独立性を保てない。住民からの独立性の是非については検討課題としておく。

8. むすび

「『研究者』と『専門家』との両立をめざせ、たとえ困難であってもがんばれ」

という非難をあびることを覚悟の上で、日頃考えていることを記してみた。私自身は両立をめざして当分努力するつもりだが、21世紀には環境弁護士という職業ができて、環境研究者と同様に、環境問題解決に情熱を抱く若者の目標となっていることを期待して、むすびとしたい。

MEMO

一 般 講 演

(A会場)

○渡辺裕子, 松井和子 (東京都神経科学総合研究所・社会学研究室)

【目的】人工排泄孔（ストーマ）は専ら外科的な治療法の必要から、当事者の納得を充分得ないまま造設されることが多いが、造設側の医療関係者は、排泄管理の方法を習得すれば生活上の障害はないはずと、強調している。しかしストーマ造設は、社会的にも家庭的にも大きな責任を負う中高年期に多く、当事者にとってその生活障害は深刻な問題である。過去2回の調査からも、就業率や職業復帰率は他の障害に比べ著しく高いものの、就業以外の生活へのしわ寄せが示唆されている。そこで今回は、生活時間のレベルから、ストーマの管理が生活全体に及ぼす影響を明らかにすることを、目的とした。

【対象と方法】ストーマ造設者の会である互療会東京都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」受講者を対象とした第1次調査で、記名回答を得た約400人に、1990年3月に郵送調査を行った。有効回答は279人、回収率は70%である（1990年5月時点）。うち、今回は尿路変更者を除き、人工肛門造設者のみを分析対象とした（表1）。

【結果】①ストーマの管理：大半が市販の装具（パッチ）を使用している。社会生活上有効な排便管理方法とされる洗腸を実施している者は4割、以前実施していた者は1割である。中高年層（34～59才）では、洗腸実施者は過半数を占め、以前実施していた者も含めると3分の2である。②ストーマ管理が生活全体で占める位置：一日の生活時間の中で排泄管理に費やす平均時間は、洗腸をする者は洗腸日で78分、他の

日は24分である。一方、洗腸をしない者は57分である。中高年層ではやや時間は短い、洗腸者の実日は75分、非洗腸者は49分である。洗腸は1.5の時間を要する。③就労状況：就労率は、全体で44%である。中高年男性に限ると91%と高率であるが、就労の内容をみてみると、週5日未満または日8時間未満の、制限した上での就労が3割である（表2）。④ストーマ管理の生活時間への影響：生活時間のなんらかの縮小は、76%の者から報告されている。排泄処理時間が長い者ほど、また、洗腸法を施している者は実施していない者に比べ、生活時間縮小が多く示されている（表3）。⑤就労の有無のストーマ管理の質的影響：ストーマ管理によって小さくなることの多い生活領域は、身のまわりの用事（27%）、仕事（25%）、新聞・雑誌・本などの読（24%）等である。しかし、就労の有無別にみる就労している者では、仕事や読書の時間などの縮小が多く報告されている（表4）。

【結語】医療関係者から社会生活上有効な管理方法されている洗腸法は、高齢層に比べ中高年層では多採用されていたが、採用しない場合に比べ他の生活時間をより縮小させていた。ストーマ管理による生活時間の縮小は、就労している場合には読書時間の減少結びつくなど、生活の質の低下をもたらしていた。

表4 ストーマ管理により縮小した生活の領域
—就労の有無別（重複回答）—

生活の領域	60才以上・男			1) 検定
	全体 N=198	就労者 N=38	非就労者 N=49	
睡眠	22%	34%	24%	
必要休養	8%	8%	10%	
身のまわりの用事	27%	37%	29%	
仕事	25%	45%	24%	*
買物	8%	5%	12%	
食事の支度	7%	—	6%	
洗濯・掃除	7%	—	4%	
読書(新聞・雑誌・本)	24%	45%	24%	*
テレビ・ラジオ	22%	21%	24%	
趣味・娯楽	21%	16%	20%	
だらだら	13%	16%	10%	
親戚との交際	6%	3%	10%	
社会友人との交際	13%	16%	22%	
近所との交際	5%	3%	10%	
仕事上の交際	7%	11%	10%	
その他	4%	8%	6%	

1) 有意水準--*:1%, *:5%, NS:有意差なし

表1 人工肛門造設者の基本的属性

人数	調査時年齢		造設時 平均年齢
	男	女	
146 (64%)	81 (36%)	227 (100%)	62.3 才
			34- 83才
			54.5才 (SD=12.7)

表2 就労状況—年齢層別・性別

	60才未満		60才以上		全体 N=225
	対象者数 N=45	男 N=36	対象者数 N=101	女 N=43	
就労	91%	36%	45%	8%	43%
非制限	63%	26%	26%	4%	30%
制限1)	28%	10%	19%	4%	13%
非就労	9%	64%	55%	92%	57%
計	100%	100%	100%	100%	100%

1) 勤務が8時間未満/日、または5日未満/週の者

表3 ストーマ管理による生活時間への影響

洗腸法の採用 排泄時間/日	洗腸をする			洗腸をしない		
	全対象	90分以上	計2) 60分以内	計2) 30分以内	30分以内	30分以上
対象者数	198	27	83	41	48	51
縮小ありの比率1)	76%	100%	86%	90%	71%	86%

t検定3)

1) ストーマの管理により他のなんらかの生活が縮小した者

2) ストーマ管理時間が「DK」の者も含む

3) 有意水準--*:1%, *:5%, NS:有意差なし

○小沢 温(愛知県コロニー発達障害研)、杉澤秀博、手島陸久(都老人総合研)、
片平洸彦(東京医歯大・難研)、木下安子(白梅学園短大)

【はじめに】難病患者の在宅ケアに関しては、東京のいくつかの自治体の実践の中で既存の社会資源(医師会、保健所、専門医療機関、患者団体、社協)の連携によって進めていく重要性が認識されてきた。しかし、在宅ケアの受け手である患者側からみた場合、それら全てのニーズに対して既存の社会資源の連携だけで対応するには限界があると思われる。本報告では、85年に発足した日野市地域ケア研究所(以下ケア研とする)を事例的に取り上げて既存の社会資源だけでは対応しにくいニーズとその中でのケア研の役割を明らかにすることを目的とした。

【ケア研の概要】ケア研は82年に発足した中間施設研究会(東筋協、市医師会、都神経研・病院の関係者)の3年間の研究会の検討をへて85年に(東筋協1氏の家庭を改築して)家庭規模の難病ケア施設という形で開始した。ケア研の業務は、主治医、保健婦の判断によって必要なケース(すでに会員として登録しており、会員は現在約20名)に対して緊急一時入所をさせて必要なケアを実施する。10日を入所の区切りとし、2,3日の利用が多い。入所にさいしては、主治医、保健婦、ボランティア(約20名登録)の協力を得て実施している。一時入所の利用は月に1,2件である。この他にケア研のボランティアによる在宅会員(患者)への訪問活動、週1回のボランティア(場合によって保健婦を加えた)によるケース報告・検討会がある。

【難病患者のニーズからみたケア研の役割】難病患者の在宅ケアはその介護が主に家族によってなされること、専門的なケアは(開業医・保健婦などの)医療スタッフの訪問相談活動が中心になる在宅ケアが特徴的である。この家族が介護の中心となることから生じる問題は、常時介護をしいられるため家族の精神的・肉体的疲労と家族の病氣・急用によって生じる介護不安などがあげられる。前者は制度的に対応しにくいために問題が放置され安く、後者は都の在宅難病患者緊急一時入院制度があるが、ベット数の少なさ(86年都内4床)に加えて、ケースとの日常的な接触のない状況での受け入れ、受け入れ病院の遠さの問題があり、利用は少ない現状がある。ケア研は10日以内の利用による家族の精神的・肉体的疲労の回復(旅行などの外出のさいの利用も可能)を図

ること、在宅ケアに関わっているスタッフが入所後継続して関係するので患者・家族の不安が少ないこと、などの特徴のある活動をしている。従って、この活動は在宅と入所との連続性のあるケアを行い、家族の精神・身体的疲労、介護不安の軽減の役割を担っている。

【地域資源としてのケア研の役割】ここでは、地域の保健・医療・福祉資源としてケア研をとらえた場合の役割について考察を加えた。難病患者のケアは、開業医・保健婦といった医療スタッフにおいてもかなり高度な専門知識と技術が要求されるために研修機会の方が必要になってくる。また、ボランティアに対しては基本的な介護技術に加えて在宅患者・家族の実情を知る啓蒙的な場が必要になってくる。こうした教育・研修・啓蒙の場の提供の役割をケア研はケース報告・検討会、専門家による研修会を通して担っている。さらに関係するスタッフの在宅会員(患者)との日常的な接触を通して、スタッフが患者・家族の生活の様子を知り、患者・家族と信頼のある人間関係を形成できることが在宅ケアにおいて重要である。その点でケースに関係している医療スタッフ・ボランティアの情報交換をし、在宅ケアを円滑に進める支援の場としての役割も担っている。

【今後の課題】1)在宅患者とケア研の調整機関：ケア研は主に開業医・保健婦の私的な紹介による形で利用者を登録しており、開業医・保健婦・在宅患者・家族がケア研を知らない場合に利用できない状況が生じてくる。この点に対しては社協などのある程度公的な機関が利用者とケア研の調整機関として機能することが必要であると思われる。2)運営の安定性：ケア研の活動は一時入所だけでなく、多様であり、この点で既存の福祉制度・施設体系に入りにくい現状があり、他方、入ることによって活動が画一化され、柔軟性が欠く危険性がある。従って、多様な活動を維持しつつ運営を安定させていくには、既存の福祉制度体系にとらわれない公的な補助金を出す仕組みが行政的に必要である。そのための行政への働きかけが関係者に今後ますます求められていくことが考えられる。

○松井和子, 渡辺裕子

(東京都神経科学総合研究所・社会学研究室)

目的：豊かさや生活の質が強調される一方で、医療技術の進歩で延命効果は著しいが、社会生活はもとより生存維持も自律困難な重度の障害者、すなわち“人並な生活条件が剥奪された状態”という新たな貧困層が増加傾向にある。その一例である外傷性の高位頸髄損傷者を対象に、その生活状態と貧困化の要因、および現行の医療福祉サービスの対応とその影響を明かにすることを目的とし、実施した郵送法調査および面接調査の結果を報告する。

対象と方法：郵送法調査は1986年6月、全国脊髄損傷者連合会と頸損連絡会の会員を対象に実施し、頸髄損傷者498人、有効回答率（推定）34%から収集したデータを活用した。なお対麻痺の胸腰髄損傷者622人のデータは四肢麻痺者の対照として協力を得た調査対象者である。他方、面接調査の対象は1984年より実施中の高位頸損者22人中、完全四肢麻痺者（頸髄4番完全損傷）6人に関するデータである。

結果：現行の身障福祉法によると脊髄損傷者は、四肢麻痺、対麻痺を問わず、下肢の完全麻痺があれば1級と認定されるが、本対象者を上肢機能麻痺の有無、および四肢麻痺者を車椅子に一人で移乗可能か、否かという、社会生活上の障害重症度によって分類し、その基本的属性を示したのが表1である。その表をみると、高位頸損者は下位頸損者と同様に、対麻痺者に比べ交通事故やスポーツ事故など、いわゆる私傷災害が高率であり、障害発生年齢もやや若い傾向を示す。

表2は、本対象者の生活障害にかんする特徴的な変数を指標として重症度別の生活水準を示す。対象者の大半は一瞬の災害で重度障害者となり、その結果、受傷前の生活水準のみでなく、表2に示すように結婚、就職、収入など人並な生活状態の維持も困難となっている。その困難さ、すなわち貧困な状態は身体障害が重度になるほど大きくなる傾向が示された。車椅子に一人で移乗困難な高位頸損者中、上肢機能も完全麻痺の頸髄4番（C4）レベルの損傷者6人を対象に現行の医療福祉サービスの対応関係について示したのが表3である。ECS（環境制御装置）や人的資源の効果的な活用によって生活行動範囲や生活状態に差が示されるが、全例に共通するのは社会生活の対象外にとどめられた状態である。

結語：米国ではC4レベルの損傷540人、C1-3レベル166

人という年間発生が報告される一方で、常時人工呼吸器を必要とする高位頸損の就業例も報告されている。しかし本調査結果によると、日本では一人で行動できる重度障害者に社会生活の可能性を示す段階であり、常時介助を必要とする障害者に対しては社会生活の対象外とみなす傾向が、直接関与する医療福祉の関係者の間にも強く示された。

表1 対象者の基本的属性

		四 肢 高 位 損	麻 痺 下 位 損	* 下 位 損	対 麻 痺
対象者数		322	176	628	
比率計		100	100	100	
発生原因	疾病	3	4	6	
	外傷計	94	96	92	
	労働災害	40	41	65	
	交通事故	34	33	17	
	スポーツ	15	14	2	
	他の事故	5	8	8	
性別	男	89	92	92	
	女	10	6	7	
発生年齢	平均	30.4	29.0	32.2	
	SD	12.6	11.5	11.6	
障害年数	平均	12.4	11.8	15.8	
	SD	6.7	6.8	8.5	

*：車椅子に一人で移乗可能が下位、否が高位

表2 生活水準に関する指標

	高位頸損	下位頸損	対麻痺者
対象者数	322	176	628
比率計	100	100	100
自宅生活率	74	84	93
介助不要2時間*	28	8	6
(在宅対象数)	(231)	(142)	(550)
寂たきり在宅者**	17	5	4
障害前就業率	79	84	91
復職者率	10	17	17
調査時就業率	10	25	27
無年金者率	10	7	4
未婚者率	43	44	22
調査時平均年齢	42.7	40.7	47.9
SD	13.2	12.3	11.4

*：介助なしに対象者一人で過せる時間で、母数は在宅者

**：下肢麻痺者中1日の車椅子使用なし

表3 事例：C4レベルの完全四肢麻痺者

	1	2	3	4	5	6
性	M	M	M	F	M	M
障害時期	1972	1978	1983	1975	1982	1983
障害年齢	21	18	20	39	24	18
原因	スポーツ	スポーツ	スポーツ	階段転落	交通事故	交通事故
発生職業	大学生	高校生	大学生	教員	民間企業(大卒)	高校生
入転院歴	大学→労災	国立→公立	日赤→労災	公立→私立 →公立→施設→私立	公立→私立 国立→私立	私立→私立
自宅退院	1977	1980	1985			
収入源	なし	不動産	なし	共済年金	厚生年金	自賠保険
主な介助者	両親	祖父と家政婦	母	職員	職員	付添婦
排尿方法	留置	自然	導尿	留置	尿路変更	尿路変更
車椅子使用	外出時のみ	外出時のみ	3日おき	なし	なし	ほぼ毎日
ECS*	導入あり	電話のみ	あり			

*：Environmental Control System

○中本 稔（愛媛大学医学部公衆衛生学）
谷井 実（愛媛医療生協新居浜協立病院）

I はじめに

在宅医療の必要性がさげられる中でなかなか拡充しないのは何が問題となっており、逆に在宅医療を可能にしている条件をとは何なのかを検討するために、在宅医療を受けている患者の実態を調査した。

II 対象と方法

1989年9月1日現在、新居浜協立病院の在宅医療を受けている患者49名のうち、了解の得られた22名について家庭訪問による患者もしくは家族に対する面接聞き取り調査をおこなった。

III 結果と考察

表1に新居浜協立病院における在宅医療受療者と今回の調査対象者の年齢分布を示す。在宅医療を受けている49名の患者は男性23名、女性26名であった。また、面接聞き取り調査の対象患者は男性14名、女性8名であり、60才以上が20名であった。在宅医療に至った原因疾患は脳血管障害が7名、慢性呼吸器疾患5名、神経筋疾患3名、骨粗鬆症2名、その他心臓病、高血圧、糖尿病、老衰、頭部外傷である。

在宅医療に至る経緯としては、病院への入院から在宅へ10例、外来から入院を経て在宅へ8例、他の院所からの転院から在宅へ4例となっていた。このうち12例はこれまでの在宅医療の期間中に合併症等のなんらかの疾患で再入院をしていた。

介助の程度は、全介助を必要とする者が9名、一部自立している者は9名、残りは在宅酸素療法、骨粗鬆症の介助を必要としない者4名であった。また、全介助者のうち胃瘻造設後に経管栄養を受けているものも2名いる。

介護者を必要とする18例のうち9例は患者と介護者の2人暮らしであった（表2）。介護者は2例を除きほとんどが女性であった。患者と介護者の続柄を表3に示す。患者が男性の場合は介護者には妻が多く、患者が女性の場合は実娘、嫁、孫娘が介護にあっていた。また、患者が高齢であるほど介護者の年齢が高く、60才以上の介護者は半数を占めている（表4）。また、7例については家族のなかに介護者を助ける補助介護者があり、3例には定期的に訪れる血縁やヘルパーの補助介護者、5例には必要ときに依頼できる

血縁や近所の補助介護者がいる一方で、まったく補助介護者のいない3例があり介護の負担が大きかった。介助者の肉体的負担をみると、高齢であることから、腰痛、高血圧、糖尿病、心臓病など持病を有するものが多かった。

在宅医療を受ける家庭の多くは厚生年金や障害福祉年金などの公的年金で賄われており、7例のみに家族の給与所得の収入があった。22例のうち在宅医療移行時に介護のために職を離れた介護者は7例で、これを含め収入の減少した家庭は12例に上った。残り10例は移行時には収入に変化がなかった。このことは、収入が減少しても生活が可能な条件の家庭が多いということがいえる。

家屋の状況では、20例が自宅で療養しており、その多くの場合、患者が在宅医療移行前に生活していた部屋を使用していた。また、介護者の介護のしやすさからベッドを使用している例が多かった。

社会資源の活用では、市社協による月1回の入浴サービスを受けているものが7例で、病院の入浴サービスをを受けているものも2例いた。その他、ヘルパーの派遣が1例、デイケア施設の利用が1例であった。

在宅医療を受けている期間は市や保健所の保健婦の家庭訪問はなかった。ヘルパーが来る家庭は患者と介護者の2人暮らしで介護者も持病をもち介護がたいへんであるというところであった。

IV まとめ

以上のことから在宅医療を可能にする条件を考えると、以下のことがあげられる。

- ①病状悪化などの緊急時にすぐ対応できる病院等の後方医療があること、
- ②介護者がいること、できれば補助介護者がいること、
- ③公的年金を含め一定の収入があること、
- ④患者の帰る自室があること、
- ⑤介護を助ける社会サービスがあること、

新居浜協立病院で在宅医療を受けている患者のうち訪問をして面接調査のできた家庭をみてきたが、介護者や家族の負担は大きいものの、それを受け入れることのできる家屋や収入の条件が一定整っていることがわかった。

表1 新居浜協立病院における在宅医療受療者と本調査の対象者（1989年9月1日現在）

年 齢	在宅医療受療者		本調査対象者	
	男	女	男	女
30～39	1		1	
40～49				
50～59	2	1	1	
60～69	3	3	3	
70～79	1	1	0	8
80～89	6	8	1	4
90～		4		3
計	23	26	14	8

表2 同居家族構成

2人暮らし	9例
3人以上	9例
再掲	2世代 3
	3世代 3
	4世代 1

表4 主介護者の年齢構成

30～39	1
40～49	5
50～59	2
60～69	6
70～79	4

表3 患者と主介護者の続柄（患者の性別）

患者の性別	配偶者	母	娘	嫁	婿	孫の嫁	計
男	9	1	1				11
女	1		2	1	1	2	7

○ 西 三郎

川村佐和子（東京都神経科学総合研究所）

1. はじめに

難病を中心とした在宅重症患者のケアを開発的、積極的にすすめてきた。今回は、現状での対応から、さらに、将来の基本的な施策への改革をめざして、実践現場からの提言のための資料をまとめたので報告する。

2. 在宅重症患者の実態

特定機能の診療を要しない患者の退院勧奨する専門病院、重度の看護・介護を要する患者の受け入れ病院の欠如、特別養護老人ホーム長期間待機高齢者の増加についての個別事例を通じた実態を報告する。

医療法改正には、医療施設機能を分類するのみで医療のシステム化を欠き、特定機能診療及び長期療養を要する患者の退院勧奨の根拠を与え、在宅が増加する。

3. 在宅ケア

診療、看護、介護の専門の違いを明確に区分し、相互に尊重することが重要である。診療は医師のみに許されている行為、看護は医師の指示による診療の補助と看護独自の療養上の世話、介護はその他の行為で必ずしも専門的な訓練を要しない。介護福祉士は、業務独占ではない。その他に各種の医療専門機能がある。

チーム医療とは、医師、看護婦、その他の医療関連の専門職さらに社会福祉関係の専門職等を含めたチームによって行われる診療等をいう。在宅ケアチームの構成員の所属が異なっている。システム医療とは、複数の医療施設、その他必要な関係施設が連携、共同して診療、看護、介護を総合的にすすめること。現行制度では殆どシステム化されておらず、個々の医療施設、関係機関の個人的な努力によっている。連携には、他の専門職、他の機関・施設の専門性の尊重が前提、自分の専門による事業を最後まで貫徹する必要がある。

在宅ケアとは、「長期にわたり療養を必要とする在宅者に、継続して必要な診療（メディカル・ケア）、看護（ナースング・ケア）、介護（ケア）及び各種の社会サービスを提供すること」である。

4. 在宅重度患者の療養確保のために

病院診療は、常時、医師または看護婦の監視下の必要があり、特別な器具、機材を用いる診療である。例えば、確定診断、手術・治療法の確定等の特別な診療のため、それぞれの専門職が行う。患者は被指示的な立場が多く、患者の生活の犠牲もとの診療を優先する。如何なる緊急事態にも対応しなければならない。

診療・看護・介護は、病院も在宅も基本は同じでなければならない。在宅患者に求められているもの。

①事業の内容：診療は、継続されていて、必要により病診連携ができる。看護は、医療施設と連携した継続看護が保障され、医師の指示及び連絡のもとでの訪問看護事業があり、必要により理学療法、作業療法、歯

科診療等が提供される。

家族の過重な負担にならない介護がなされている。

②事業を支える活動：必要な人員、滅菌器具機材、看護・介護用品、看護・介護器具機材さらに給食、入浴その他の生活援助サービスが提供される。必要なときに対応できるいわゆる後方・緊急のための病床・収容施設が確保され、患者、職員の移動手段があり、患者・家族の緊急事態への対応が可能である。

③安心して在宅で療養生活を過ごすための患者家族への各種の援助指導がなされている。

5. 在宅ケアを計画的にすすめるための組織的対応

1) 個別事例の検討（ケースカンファランス）

現行制度のままで対応できる事例、現行制度のもとでの社会資源・情報の拡充により対応できる事例、システムの改善を必要とする事例がある。

①事例検討分析のための組織：医師を含む保健医療福祉にかかわる実務者により構成され、必要により、利用者・家族等も参加する。それぞれの専門職個人として、またチームとして対応することを前提とする。

②現行体制のもとでの個別事例への対応策の改善を検討する組織：医師会代表、保健所課長等の中間管理職、各種ボランティア組織の代表等を含む実務の責任者、組織の代表等により構成される。個人としてではなく、それぞれの組織・機関の業務として行う（医師会は、行政機関ではない）。必要により市民が参加する

2) マクロ的な現状分析さらに将来予測・計画

現状におけるミクロから改善さるべきマクロ総量に対応させるため個別事例をマクロ的な段階として捉え、その分布状況、必要社会資源の総量、改善すべきシステム・制度その他の対応するための機能である。

③マクロ的に将来計画を論議する組織：市民自治のもとで、自治の主体である市民が参加し、健康にかかわる全ての関係者により構成される。必要により専門家を交えた委員会を組織して計画策定を効率的に行う。

3) 社会保障権の確立と自己決定権の保障

自己決定権の尊重を基盤とする説明と同意、患者の選択の自由の確保の前提としての社会保障の権利の確立が必要である。現在国が進めている高齢者保健福祉10か年戦略とその実現のための老人福祉法等の改正に関連して、その課題、さらに社会保障と地方自治特にスウェーデン人の税意識調査を含めて報告する。

6. おわりに

高齢化社会へのかけ声だけではなく、思想を持った施策の確立をめざした研究を行った。なお、本報告は、トヨタ財団1987年度及び1988年度研究助成による研究の成果の一部である。多くの共同研究者に支えられてまとめることが出来、関係各位に感謝する。

高橋 誠一 札幌大学

前田 信雄 札幌医科大学

湯浅 資之 帯広保健所

老人の在宅ケアをどのように支援していくか、あるいは、実行ある支援の仕組みをどのように工夫するかは、これからの高齢化社会を老人にとって住やすいものにするために、是非とも解決されなければならない問題の一つである。近年老人の在宅介護をめぐって、保健・医療・福祉の連携の必要性が改めて認識され、全国でも連携の多くの実戦的試みがなされている。しかし、良好な成果をあげているところが紹介されている一方で、うまくいっていないところが多いのも事実である。なぜうまくできないかについてはさまざまな議論や批判がなされているが、より建設的な立場にたって、どうすればうまくいくのかを積極的に考えていく必要がある。さらに、特定のところだけでできるものでなく、どこでもやろうと思えばできる連携のプランが必要である。

われわれは目下北海道上川郡鷹栖町において、在宅老人の連携の試みとしてケースマネジメントを研究的に試行している。ケースマネジメントとは、長期ケアを必要とする老人が在宅で治療、療養を望むとき、その老人を中心にニーズを把握し、継続的かつ包括的に組織的な支援をしていく工夫である。そしてそれは、一つのシステムであると同時にプロセスでもある。これまでのわれわれのケースマネジメントの試行の経験をもまえ、その役割と課題について述べたい。

われわれの試行しているケースマネジメントでは、老人の在宅ケアにかかわる人たち、すなわち、役場の民生課、保健婦、ヘルパー、町の開業医、デイサービス・ショートステイを提供している町にある老健施設の人たちが集まってケースコンファランスを開き、そこにケースとなる老人を一定の表形式にもとづいて出してもらう。そして、その表をみんなで埋めていく過程で、不足している情報を補いながらその老人の状態を医療、ADL、家族、介護者等の面から多面的に把握し、援助の目標をたて、必要な社会資源、サービスを同定し、担当実行者を決める。以後、ケースコンファランスでは継続的にその老人の状況を把握し、目標が達成されたかチェックし、評価をしていく。

この一連の流れをマニュアル化することは、どこでもケースマネジメントができるようにするために必要なだけでなく、効果的な連携が可能となる必要条

件と考えられる。なぜなら、在宅でケアをする老人のニーズは個別的で一般化はできない。そのうえで、継続的包括的に援助をしていくためには援助検討プロセスの明確化が必要となるからである。また、やりっぱなしの事例検討にしないために、行った援助を適切に評価し、それがケースに反映されるようにフィードバックのルートを明確にしなければならないからである。

ケースマネジメントは在宅ケアに関して情報を収集し、整理して、社会資源・サービスを配分する役割をする。従って、まず、ケースとなる老人を事前に把握し、さらに掘り起こしていくことのできる情報網を作ったり、ケースマネジメントや在宅ケアに関する地域の理解を得るための活動が必要である。

また、ケースコンファランスの形態はケースバイケースだが、情報を整理し必要な援助のメニューをすることのできるケースマネージャーが中心になってコンファランスを運営できれば望ましい。

つぎに、社会資源・サービスにはまだ充分使われていないもの、必要があるのにまだ提供されていないものがある。これらを点検し整備開発していくのはケースマネジメントの重要な役割である。こういうサービスがあれば在宅ケアが可能になる、ということが出てきたとき、連携してそれを実現していく場がケースマネジメントである。そして、ケースマネジメントでは、実際のケースの中からニーズを発見していくので、一律のサービスではなく地域の実状と地域の老人の要求に根ざしたサービスを開発提供していくことができる。

そして、在宅ケアに必要な援助が確定すると、そのための社会資源・サービスをどのように家にいる老人と結び付けることができるかが大きな問題である。一カ所に老人を集めてケアする施設ケアと異なり、在宅ケアでは老人のいる家まで援助を輸送するということが不可欠である。輸送の問題は様々な援助をするときの共通の問題で、特に都市部以外では、輸送は在宅ケア援助の要となるであろう。ケースマネジメントが解決しなければならない重要な問題のひとつである。

最後に、ケースマネジメントは老人の在宅ケアにかかわる人たちが協力してつくっていくものである。そのためにも、日本におけるケースマネジメントのあり方を実戦的に研究し、明らかにしていく必要がある。

—地域社会資源と療養条件—

菅原 恵子（むさしの共立診療所）

はじめに

在宅療養の中に於いて、高齢者の増加と疾病の重症化・複雑化に伴い、介護力低下を来し、深刻な問題となっている。

M市に住む独居老女は全介助を要する高齢者で、脳血管障害、骨折后痴呆状態となり、地域社会の医療、保健福祉のケアにより、療養生活が行なわれている。

この事例を通じ在宅療養を可能にしている社会資源について分析する。

1) M市の現状（1989年度）

人口は135千人台と20年来変わらず老人人口は14,850人10.9%である。
 ひとり暮らし老人510人である。（特別養護老人ホーム入所195名養護29人である）臥床手当受給者434である。これらの層の485人に市の訪問看護指導が（年間2609件）行なわれている。（表1）

2) 当所に於ける在宅医療の現状

往診は開設6年より実施、訪問看護は73年より、訪問リハビリは87年より実施、在宅管理患者91名（♂34・♀57）である。年齢70歳以上33%80歳以上43%であり平均年齢76.4歳である。

疾患別では脳血管障害者26%難病11%悪性新生物12%運動器疾患16%であり、68%がひとり暮らし状態である。

家族環境をみると1人暮らし15名、日中1人は6人、家族との同居は（配偶者29名、娘17、嫁15

母1）その他8名である。

社会資源利用度（表1）

* 人的サービス

ヘルパー制度利用 24名

家政婦+ヘルパー 8名 41名 45%

家政婦（24時間） 9名

* 給食サービス 24名 26%

* 入浴サービス 29名 32%

* ショートステイ 6名 6.6%

* 福祉公社 14名 15.4%

* 訪問看護 10名 11%

3) 事例…… M40、4生 女性

病名 脳血管障害、高血圧、褥瘡

初診 1983.3.16

① 経過

1964. 本態性高血圧 通院加療

1969. 側頭葉脳出血（胃出血）3ヶ月入院

1979. 右大腿骨頭部骨折

1982. 右“ ” 痴呆出現 入院加療3ヶ月

1983. 退院

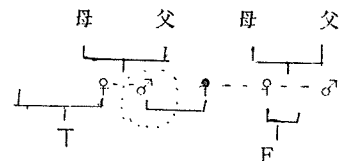
② 家族状況

家族……夫 M34生まれ 胃加療中

1983.4 McaOP

1984.3 “ 再OP

1984.5 死



③ 患者の状態

右不全麻痺 両尖足軽度 褥瘡

背部中央1ヶ(2.0x2.0) ひとり暮らし状態

言葉…小声 反語 反応良し

摂食…介助にて軟食

排泄…失禁、オムツ使用

バイタルサイン…

血圧178~110/100~60

P 90以内 R16内外

胸部X-P TTB治癒型、大動脈石灰沈着

ECG 旧前壁硬塞

④ 援助内容

イ) 往診…2週に1回 緊急時随時（表2）

ロ) 訪問看護…週2~3回→週1回

状態悪化時随時

一般状態観察

日常生活ケアに重点

保清…清拭→入浴介助

食事…嚥下しやすい食物の工夫

服薬管理（錠剤服用不可）

栄養物の投与

排泄…オムツ、便コントロール注意

（下剤、浣腸、坐薬、摘便など）

移動…坐位（ベット上）→車椅子移動

体位交換

運動…上下肢、手足各関節拘縮予防

コミュニケーション…会話、歌

褥瘡予防、医療処置のケア

ハ) 福祉器具及び介護用品の紹介、点検

ニ) 親族、介護人の指導(1.7年間7人交代)

ホ) 協力チーム

当診療所…医師、訪問看護婦、訪問PT

福祉公社…ワーカー、看護婦、協力員

市…訪問看護婦、ヘルパー

家事援助者…家政婦84.10以後2人親族

公的利用

臥床老人福祉手当 年176千円→468千円

入浴サービス 83.2より月2回

給食サービス 83.4～86.3 週3回

日常生活用具 83.5よりエアマット、車椅子

福祉公社 83.4より月1～2回

訪問看護婦、ワーカー

在宅療養を継続すること8年目になっているが、この間は気管支炎、膀胱炎、感冒、熱傷、嚥下困難による脱水状態、脳梗塞再発作などを繰り返している。

現在親族の月1～2回の管理で、後は肉親以外の介護者で療養を支えているわけで、訪問看護婦の責任は重大である。

おわりに

当診療所における在宅療養者の実態を分析することで、改めて保健、医療の継続、福祉の重要性を痛感した。

現在の在宅療養者は介護力の低下又は零に等しい人が約45%を占めており、その内容は全介助を要するが44%、脳血管障害26.8%、悪性新生物12.2%、他は運動器疾患で障害を持ち介護人なし(単身)36%、介護人の年齢70歳以上が34%介護能力殆どなしが28%に及んでいる。

これらを支える地域の医療と福祉行政との密接な連携により、不十分なながら療養生活を続けているわけである。

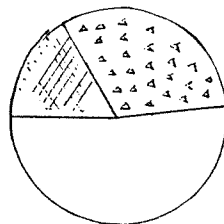
今後地域の中に、必要な時にいつでも利用出来る医療や福祉のシステムを充実させることが強くのぞまれる。

表2

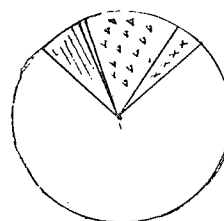
年	'83	'84	'85	'86	'87	'88	'89
往診	26	28	26	26	26	29	24
訪問看護	42	59	51	42	20	25	34
計	68	87	77	68	46	54	58

図4

ヘルパー制度利用



給食サービス



入浴サービス

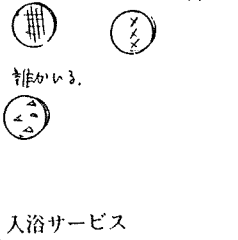


表1

老人福祉事業

	開始年月	利用数
臥床老人福祉手当	72.10	435人 22,000～39,000
訪問看護事業	82.	485世帯
家庭奉仕員派遣事業	83.1	315世帯
		臥床老人 96人 1人暮らし 219人
家庭奉仕員		4人
シルバー奉仕員	80.10	68人
家政婦協会		93人
給食サービス	73.4	253人 3/W1食250円
日常生活用具給付	77.4	
ギャジベット		25
車椅子		29
エアマット		17
福祉公社	81.4	234世帯(329人)
入浴サービス	81.7	延1234回

荒井成子 (新宿区立北山伏高齢者在宅サービスセンターあかね苑)
木下安子 末田結美 (白梅学園短期大学)

現代社会においては核家族がその構成単位であり、独居または老人夫婦世帯が増加し、家族介護力によらない在宅ケアが必要とされる。現在、血縁によらない介護を受けて生活する、前演題と同一事例について、介護労働とその費用について分析する。

事例 東京都M市に在住する82才の寝たきりで全面介助を要する痴呆を伴う独居老人で、在宅介護および地域の社会的支援により6年間にわたって療養生活が維持されている。1969年6月に側頭葉脳出血、82年12月右大腿骨折し、入院治療を受け、83年3月在宅療養となる。

在宅介護状況 83年3月、退院当時は夫と二人で、M診療所の看護婦の訪問看護を受けた。同4月夫入院のため市、福祉公社サービス開始となり、24時間勤務の家政婦を派遣、介護を行う。84年5月、夫死亡し、本人は痴呆が進み、7月家政婦2名となる。

M市より入浴巡回サービス、理容サービス、福祉公社より相談員、看護婦訪問、診療所より医師の往診、訪問看護婦、老人保健法による健康審査を受けている。

家政婦による介護が行われ、2名が分担をきめ、24時間体制で付き添う。家族がいないため、その役割をも担っている。

表1 生活時間調査 家政婦A (主として介護)

時間	生活必需	労働	余暇
6:00	洗面	バイタルサインチェック 清拭	
7:00	朝食	掃除機かけ	
8:00		朝食介助 ジュース作り	
9:00		排泄介助 (ポータブルに移動)	おやつ
10:00		ジュース飲ませる 記録 体位交換	新聞読み
11:00		テープをかける (音楽)	
12:00	昼食	手足マッサージ (火足予防)	
13:00		昼食介助	テレビ
14:00		バイタルサインチェック 水分補及 体位交換	テレビを見る
15:00		記録 (バイタルサイン)	
16:00		様子を観察 ベッドにうつろをかける	
17:00		コミュニケーション (さんぽ、新曲、マジック)	
18:00		ベッドに移動	
19:00	夕食	接客 水分補及 音階の片付け	テレビ
20:00		夕食介助	(ほかテレビを見る)
21:00		夕食片付け	
22:00	入浴	清拭 寝衣交換 水分補及	読書
23:00	睡眠	洗濯	
24:00		オムツ交換	
1:00			
2:00			
3:00		オムツ交換	
4:00			
5:00			
合計 A	9h 33	11h 17	3h 35
時間主観	10h 6	6h 41	7h 35

調査方法と結果

家政婦の活動を調査者が観察して内容を把握し、併せて生活時間調査を行った。

① A家政婦は、主として直接介護を中心とし、B家政婦は掃除、調理を中心に業務をおこなっている。ともに来客の応対等家族の役割を含み、11時間をこえる長時間労働である。全面介助を要する場合の介護量が多く、食事・排泄介助・清潔等が主であった。

② 患者の生活行動援助は、看護職の定期的な訪問による協力、支援をはじめ、地域社会システムが機能し、ことに直接担当者の技術水準が高く、適切に良好に維持されていた。

③ NHK「国民生活時間調査」1985年資料の一般主婦の生活時間と家政婦の生活時間を比較した。主婦より生活必需時間及び余暇時間が短くなっている。労働時間が長いために個人的な生活が影響を受けているといえる。労働形態は継続的、断続的に観察及びケアが行われ、夜間もおむつ交換等のため、睡眠が中断される。したがって、完全な休息がとれていない。

表2 生活時間調査 家政婦B (主として家事)

時間	生活必需	労働	余暇
6:00	洗面	雨戸開け 朝食準備 洗濯	
7:00	朝食	配膳	
8:00		食器洗い 洗濯干し	
9:00		ゴミ出し 台所・庭 掃除	おやつ
10:00	着換化粧	ポータブル・トイレ 洗面所掃除	
11:00		買物 出納簿記録	
12:00	昼食	昼食準備 配膳	
13:00		食事介助と見守り様子観察	テレビ
14:00		食器洗い	新聞
15:00			テレビを見る
16:00		コミュニケーション (アルバムを見る) さんぽ、新曲、マジック	
17:00		接客 夕食準備	
18:00		配膳	一休み
19:00	夕食	夕食介助見守り様子観察	テレビ
20:00		記録 (乗客状況) 風呂仕度 お米ひく	(ほかテレビを見る)
21:00		清拭 体位 衣類 洗濯干し	
22:00	入浴		新聞
23:00	睡眠	戸締り 火の仕度	ヨーカ
24:00			
1:00			
2:00			
3:00			
4:00			
5:00			
合計 B	9h 31	11h 9	3h 45
時間主観	10h 6	6h 41	7h 35

図1 生活行動時間比較

家政婦A（主として介護）	生活必需	家事労働	介護労働	余暇
家政婦B（主として家事）	生活必需	家事労働	介護労働	余暇
一般主婦※	生活必需	家事労働		余暇

%

※NHK「国民生活時間調査」1985年

図2

療養費の収支

療養上の経費

1989年の生計費の分析を行った。

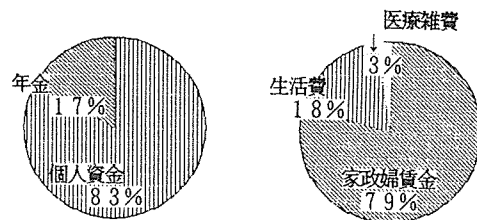
- ① 収入は遺族年金と福祉手当で、190万円であった。これに対して支出は1100万円である。夫婦の貯えた個人の財産からこれを補填している。家屋はすでにM市に寄付している。
- ② 現在の支出のなかでもっとも大きいものは、24時間の療養を支えている家政婦の賃金であり、その80%に及んでいる。

療養上の経費

要介護老人の場合の介護量は多く、24時間にわたり継続して行われる。家族介護力が得られない場合、地域の社会サービスがさまざまな形で充実してきているが、この介護の提供システムが最も不足している。日本においては家族介護は無償の行為とされ、社会的に評価を受けることがなかった。しかし、これを血縁によらず個人で手に入れる場合は極めて高額になる。しかも介護労働者の労働は長時間拘束され、労働時間と生活時間があいまいで睡眠時間が中断されることがある。

介護内容では介護を受ける老人の今までの生活が継続され好ましいものとなっている。社会的サービスによって出来るケアとして、入浴は可能であった。しかし、食事づくりに時間を要し、これに代わるものとして地域の給食サービスがあるが、現在では健康な老人向けであり、個別の病弱な老人の要求に合うものを提供するにいたっていない。

以上のことから、在宅ケアが政策的に推進されているが、まず、介護のマッパワ―及び技術の開発を行い、個別の老人の必要性に応じて、十分にケアが提供される体制がつけられるべきである。このことは家族介護が困難な事例のみならず、たとえ家族があっても、それを支援する体制、ことに24時間の介護体制を考えなければならない。



総支出に占める福祉収入の割合 総支出に占める介護費用の割合

表3

療養費収支 (1989. 1. 1~12. 31)

収 入		内 訳		要 要
福祉関係	1,914,000 (月159,000)	年金	1,432,000	遺族厚生年金(3月 毎月200,625) 国民年金(2ヵ月毎月64,966) M市(月39,000 4月41,000) 敬老の日
		老人福祉手当(臥床)	472,000	
		敬老金	10,000	
		合 計	1,914,000	(月159,500)

支出	区分	内 訳		摘 要
介護費用	9,391,000 (月782,600)	家政婦賃金	9,041,000 (月753,400)	住込日給(12,400) 10日毎支払(12,144 4月より12,463)
		医療費	350,000 (月29,100)	公社基本サービス(月10,000) 診療所(往診1,000 月勤分800 おむつカバー)
その他生活費	2,043,000 (月170,250)	食 費	720,000 (月60,000)	管理人支払 庭手入 中元、歳暮、見舞 確定申告等経理士支払
		光熱関係	385,000 (月32,000)	
		管理費	722,000 (月60,167)	
		経理士費	130,000	
		文具雑費	19,000	
合 計		11,434,000 (月952,850)		

収入合計 1,914,000
支出合計 11,434,000
計 △ 9,520,000 (自己負担)

関 沢 敏 弘 (北 病 院 内 科)

／対象と方法／

京都民主医療機関連合会に加盟している京都市内の6病院と綾部市の1病院から1988年1-12月の1年間(2病院のみ6ヶ月間)に退院した70才以上の患者延べ1400名(男583名 女817名)のうち、死亡退院患者 183名を除く1217名(男489名 女728名)について、退院後の生死、歩行能力、居住場所などに関して、病院職員が訪問または電話により聞き取り調査を行った。退院した診療科と入院理由疾患は表①②のごとくであった。退院から調査までの期間は平均 242日であった(表③)。

／結果／

退院時の医療の見込み(表④)は、治療退院が男女とも3%に過ぎず、大半が引き続き医療が必要であり、通院困難で往診を要すると考えられた者は11%にのぼった。

実際の退院先(表⑤)は、自宅が男83%、女が78%で最も多かった。老人ホーム(ほとんどは特別養護老人ホーム)へ入所できたのは17名にとどまり、いわゆる老人病院に転院した者とほぼ同数だった。

なお、入院カルテを基に調べた家族構成(表⑥)は、独居が男8%、女21%、老夫婦のみというのが男37%、女10%を占め、「自宅へ退院」といっても、療養条件としてはかなり厳しいものといわざるをえない。

退院先別に調査時点での居住(療養)場所をみると(表⑦)、自宅に退院した者の79%は引き続き自宅におり、一般病院に転院した者の40%、老人ホームに入所した者の7%(1人)は自宅に帰っていたが、老人病院に転院した者の中では自宅に帰った人はいなかった。

退院後の生死を見ると、男で80名(16%)、女で58名(8%)が死亡した。退院時の年齢階級別にみると、男では、70代12%、80代21%、90才以上44%が死亡し、女ではそれぞれ6%、10%、19%であった(表⑧)。当然のことだが高齢であるほど死亡率が高かった。退院先別に死亡率を見ると、自宅退院者では10%、一般病院転院者で29%であり、老人病院転院者では46%にのぼった。対照的に老人ホーム入所者の死亡はなかった(表⑦)。退院時の歩行能力別に退院後の生死を見ると、男では自力歩行者で12%、介助歩行者で32%、歩行不能者で38%の死亡率であり、女ではそれぞれ5%、15%、28%で、男女とも歩行能力の劣るほど死亡率が高かった(表⑨)。

表① 退院科別人数(死亡退院を含む)

	男	女
内科	449(77%)	577(71%)
外科	76(13%)	125(15%)
整形外科	13(2%)	70(9%)
産婦人科		5(1%)
精神科		3(0%)
無記入・他	45(8%)	37(5%)
合計	583	817

表② 入院理由別人数(死亡退院を含む)

	男	女
脳血管障害	78(13%)	100(12%)
心疾患	88(15%)	101(12%)
呼吸器	94(16%)	81(10%)
消化器	70(12%)	132(16%)
筋骨格	35(6%)	128(16%)
悪性腫瘍	109(19%)	83(10%)
その他	109(19%)	192(24%)
合計	583	817

表③ 年齢階級別・男女別退院後平均観察期間(日)(死亡退院者と調査日不明241件を除く。)

	男	女
70-79才	240.7	249.3
80-89才	247.7	232.5
90才以上	216.3	226.5
合計	242.5	242.2

表④ 退院時医療見込み(死亡退院除く)

	男	女
入院要	35(7%)	35(5%)
通院	352(72%)	552(76%)
往診	56(11%)	78(11%)
治療	17(3%)	24(3%)
無記入・他	29(6%)	39(5%)
合計	489	728

表⑤ 退院先別人数(死亡退院を除く)

	男	女
自宅	407(83%)	637(78%)
一般病院	33(7%)	30(4%)
老人病院	8(2%)	7(1%)
老人ホーム	4(1%)	13(2%)
無記入・他	37(8%)	41(5%)
合計	489	728

表⑥ 家族構成(入院カルテで調査。死亡退院者を含む)

	男	女
独居	48(8%)	174(21%)
老夫婦のみ	214(37%)	84(10%)
二世帯	116(20%)	210(26%)
三世帯以上	154(26%)	260(32%)
その他	51(9%)	89(11%)
合計	583	817

退院時の歩行能力が退院後も維持できているかをみると（表㉔）、退院時と変わらないのが男88%、女87%、改善したのが男4%、女5%、悪化したのは男女とも8%であった。

／考察／

この調査で、退院後の老人患者のおかれている厳しい状況が明らかにされた。家庭の介護力が脆弱であることから、さしあたり特に緊急性をおびているのは、第一に長期に安心して入院・入所できる（レベルの低くない）病院や療養施設を拡充すること、第二に、家庭で老人患者を介護することに対して社会的に十分な援助をすること（介護手当など経済的援助とヘルパーの増員などマンパワーの充実）だと考えられる。

表㉗ 退院先別にみた現在の療養場所（不明130名を除く）

(現在)		自宅	一般病院	老人病院	老人ホーム	その他	退院後死亡	合計
(退院先)＼								
自宅		786	73	18	11	6	104	998
一般病院		23	16		1	1	17	58
老人病院			1	5	1		6	13
老人ホーム		1	2	1	11			15
その他			2				1	3
合計		810	94	24	24	7	128	1087

(退院先)＼	現在自宅に いる者の比率	退院時と同じ場所 にいる者の比率	退院後死亡率
自宅	79%	79%	10%
一般病院	40%	28%	29%
老人病院		38%	46%
老人ホーム	7%	73%	
その他			33%
合計	75%	75%	12%

表㉘ 退院時の年齢階級別にみた退院後の生死（男）

	生存	死亡	不明
70-79才	239(82%)	35(12%)	18(6%)
80-89才	130(72%)	38(21%)	13(7%)
90才+	7(44%)	7(44%)	2(13%)
全体	376(77%)	80(16%)	33(7%)

退院時の年齢階級別にみた退院後の生死（女）

	生存	死亡	不明
70-79才	376(89%)	25(6%)	21(5%)
80-89才	238(87%)	27(10%)	10(4%)
90才+	22(71%)	6(19%)	3(10%)
全体	636(87%)	58(8%)	34(5%)

表㉙ 退院時の歩行能力別にみた退院後の生死（男）

	生存	死亡
自力歩行	303(88%)	43(12%)
介助で	30(68%)	14(32%)
歩行不能	28(62%)	17(38%)
全体	361(83%)	74(17%)

（不明54件を除く）

退院時の歩行能力別にみた退院後の生死（女）

	生存	死亡
自力歩行	512(95%)	26(5%)
介助で	63(85%)	11(15%)
歩行不能	42(72%)	16(28%)
全体	617(92%)	53(8%)

（不明58件を除く）

表㉚ 退院時の歩行能力別にみた退院後の歩行能力（男）

(現在)		自力歩行	介助で	歩行不能	合計
(退院時)＼					
自力歩行		283(93%)	13(4%)	8(3%)	304
介助で		6(21%)	15(52%)	8(28%)	29
歩行不能		5(20%)	2(8%)	18(72%)	25

（不明131件を除く）

退院時と比べて改善	不変	悪化
13(4%)	316(88%)	29(8%)

退院時の歩行能力別にみた退院後の歩行能力（女）

(現在)		自力歩行	介助で	歩行不能	合計
(退院時)＼					
自力歩行		464(93%)	20(4%)	15(3%)	499
介助で		22(35%)	30(48%)	11(17%)	63
歩行不能		4(10%)	4(10%)	32(80%)	40

（不明126件を除く）

退院時と比べて改善	不変	悪化
30(5%)	526(87%)	46(8%)

琉球大学医学部（保）疫学教室

飯 淵 康 雄

<序>

分かりやすく”病気で起きられない老人”のことを社会では「ねたきり老人」と呼んだり、一寸”学”のある人？は難しいというより、型苦しい表現を使って「要介護老人」と呼ぶ場合が多いようである。さらにこれらの表現を外国語で表現するなら、英語には無いとかあるとか？といった具合である。一方、『社会医学研究会』という名称を思い起こしてみると、昔はこれについてもいろいろと説明・解説等々がなされたり、試みたりしていたが、結局は各人がそれぞれ自分の納得いく形で、本会に参加してきていたように思われるが、如何なものであろうか？。つまり「社会医学」とは如何なる学問なのか、やはり、繰り返し反問せざるを得ない。衛生学や公衆衛生学もそれぞれの存在意義は明確なのだが、社会医学の方はどうであろうか。と同じように今日の”疫学”という学問にも、好まれてその用語が愛好されている割には、その内容はきわめて日本的解釈と意味付けがなされて、行われているということはないであろうか？。このような意味で、用語としての疫学とその日本的な使われ方の特徴は人間を生物学という側面と数学的な側面との組合せの中で、人間の生活する社会、人間を育てる社会を忘れ去らせる「疫学」という考え方が流行してきているとは言えないだろうか？。この意味で私は、社会疫学的研究の必要性と存在意義を主張したいと思うのである。

別表1は沖縄県の「65才以上人口」「要介護老人数」の昭和63年度、今年度、5年後、10年後における推移、並びに「要介護老人」の「長期入院患者数」「老人保健施設入所者」「特別養護老人ホーム」および「在宅」という「生残様態別」分布予想表であるという。

表2、表3は沖縄のA病院に置ける”ねたきり老人”＝”要介護老人”と過去の飲酒状態、職業を男女の性・年齢別に分類した場合の関連性を考えるために表示したものである。

<結果>

職業では男女共「農業」と「無職」だった女性に「要介護老人」が多いようにみうけられるが、これらの数値が社会的に何を意味するのか、意味しないのか一批判をうけるために、この素朴な”ねたきり老人”との関連で社会疫学的見地から考究の材料にならないかどうか、一資料を提示したものである。

<提案>

社会医学研究会の会員の皆さんが全国的にその勤務地を中心に、そこでの”ねたきり老人”の社会疫学的実態調査を行なって、”ねたきり老人”発生予防の基礎的資料を作成し、地域及び全社会の住民の健康に具体的に役立つことが社会的な要請ではないかと考えられる。

表1 要介護老人に対する医療福祉サービス見通し

単位：人

年 度	(1) 65 歳 以 上 人 口	(2) 要 介 護 老 人 数	要 介 護 老 人 に 対 す る 医 療 福 祉 サ ー ビ ス			
			(3) 長 期 入 院 患 者 数	(4) 老 人 保 健 施 設 入 所 者	(5) 特 別 養 護 老 人 ホ ー ム 入 所 者	(6) 在 宅
63	111,786	9,614	2,371	320	3,035	3,888
平成2	116,707	10,036	2,371	1,401	3,155	3,109
7	140,550	12,067	1,886	2,601	3,765	3,835
12	170,847	14,692	1,400	4,260	4,605	4,427

※注

(1) 65歳以上人口は、企画院推計値による。

(2) 要介護老人数は、65才以上人口に8.6％（昭和60年沖縄県高齢者実態調査に基づく出席率）を乗じて算出した。

(3) 老人保健施設入所者は、「国の要介護老人数等の見直し」の各年度の係率により算出した。

(4) 長期入院患者数は、12年を国の見直しに準じ63年との間をトレンドして算出した。

表3. 現在の要介護者年齢と就労状況

職業別	年齢		30-39		40-49		50-59		60-69		70-79		80-89		90-99		合計	
	性別		男	女	男	女	男	女	男	女	男	女	男	女	男	女	男	女
1 農業・畜産業			2	1	1	1	1	7	22	42	27	44	13	19	1	1	67	115
2 漁師			4				4	4	4	1	1						6	0
3 建築業					2		3	1	6	1	4						19	2
4 土木工事					1		2	2	7	1	1						11	3
5 大工							1	3	3	1	1						5	0
6 雑貨店																	5	5
7 行商					3			1	3	7	1	1	1	1			2	2
8 魚肉販売							1	1	1	1	1	2					0	3
9 牛乳・新聞配達							1	1				2					0	3
10 教員							1	1	1		1						1	1
11 和装師							1	1					1				0	3
12 警察官							1										1	0
13 ウェートレス			1						1		1						0	2
14 機織り																	0	3
15 染色工													1				1	0
16 電気工													1				1	0
17 豆腐製造					1		1	2					1				2	3
18 旅館経営							2										2	0
19 鉄鋼所経営							1										1	0
20 一般食堂経営								3									3	0
21 缶工場（工場員）																	1	0
22 会社事務			1		1		2	1	2								4	5
23 会社員（営業）								1									1	0
24 製粉会社（工場員）					1												1	0
25 整備員					1		2				1						4	0
26 タクシー運転手					1		1										2	0
27 製材業																	1	0
28 書店店員													1				1	0
29 理容師							1										1	0
30 家政婦																	0	2
31 左官業								1			1						1	0
32 製糖工場																	1	0
33 もち製造														1			0	1
34 港湾労務			1				1										2	0
35 不動産業																	1	0
36 無職（主婦）							5	5	28		1	25	18				0	86
合計																		394

表2. 過去の職業と飲酒様態

職業別	長年飲む		多量に飲む		非飲酒		不明		合計	
	男	女	男	女	男	女	男	女	男	女
1 農業・畜産業	32		7		25	115	3		67	115
2 漁師	4		2						6	0
3 建築業	7		9		3	2			19	2
4 土木工事	6		2		3	3			11	3
5 大工	2		1		2	3			5	5
6 雑貨店	1				4	12			5	12
7 行商	2					2			2	2
8 魚肉販売						3			0	3
9 牛乳・新聞配達					1	3			0	3
10 教員						1			1	1
11 和装師						3			0	3
12 警察官					1				1	0
13 ウェートレス		1				1			0	2
14 機織り						3			0	3
15 染色工	1				1				1	0
16 電気工	1				1	3			2	3
17 豆腐製造	2				1				2	0
18 旅館経営	1								1	0
19 鉄鋼所経営	2		1						3	0
20 一般食堂経営	1								1	0
21 缶工場（工場員）	1								1	0
22 会社事務	4					5			4	5
23 会社員（営業）	1				1				1	0
24 製粉会社（工場員）	1								1	0
25 整備員	1				3				4	0
26 タクシー運転手	2								2	0
27 製材業					1				1	0
28 書店店員					1				1	0
29 理容師					1				1	0
30 家政婦						2			0	2
31 左官業	1								1	0
32 製糖工場	1								1	0
33 もち製造						1			0	1
34 港湾労務	1					1			2	0
35 不動産業	1								1	0
36 無職（主婦）						86			0	86
合計										394

○ 橋本 美知子 (関西医大、公衆衛生学)
青木 信雄 (健光園診療所)

1. はじめに:

1930年代に英国の老年医学者 (Brocklehurstら) により老年評価の基礎が作られ、老年評価は”治療や管理を必要とする老人患者について、あらゆる問題の包括的診断を導きだすためのデータの収集と多方面にわたる分析のプロセス”と定義(Applegate 1987¹⁾)されている。老年評価は、実際のケア優先の性格を持ち、包括的で多次元にわたり、総合的で、かつ年齢を焦点においた視点に立っている点が、他の医学的評価と異なる。今回は欧米を中心にその文献的考察を行う。

2. 老年評価の目的と組織:

老年評価の第一次目的は、治療や管理上必要な健康状態のスクリーニングと患者のための最良の専門医への紹介である(Williamson 1964²⁾, Williams 1972³⁾, Hendriksen 1984⁴⁾ら)。

実際の適応の仕方として、もっとも幅の広い対象をもつ評価は、入院患者の老年評価ユニット又は老年評価/リハビリ・ユニットの実施活動である。

入院患者の老年評価の目的は、原則的には総合的な診断と、どのような入院が好ましいかを定めること (Liechtenstein 1984⁵⁾; Katz 1985⁶⁾)で、病院を基礎にしたり、自由診療外来患者のクリニックでは、家庭訪問チームを持ち、家庭訪問サービスを行っている(Lowther 1970⁷⁾; Leonard 1975⁸⁾; Tulloch 1979⁹⁾)。

3. 老年評価を検討するにあたっての問題点:

(1) 老年評価プログラムのなかの規格化された医療機械パッケージの適応基準(Applegate 1987¹⁾)。

(2) 老年病のケース・ファインディング(case-finding)と検討目標に対する本質的評価(詳細な総合的な診断を行う過程)との関係(Williamson 1981¹⁰⁾)。

(3) 老年評価にたずさわる人々(職員)(geriatric assessment personnel)に関係するもの(Campbell & Cole 1987¹¹⁾)。総合的な老年評価チームの機能は、医師の指導というよりもむしろスタッフが平等に権限を共有するものである。

4. 老年評価プログラムの効果:

(1) 老年評価は虚弱な老人に対する伝統的な医学的アプローチに関して効果がある。

(2) 記述的な老年評価プログラム研究における成果:

① 老年評価をととしての診断の総合的改良(Williamson 1964²⁾; Brocklehurst 1978¹²⁾; Allen 1986¹³⁾)。

② 紹介と配置(入退院)の総合的改善、公共施設利用の減少(Williams 1973¹⁴⁾; Leonard 1975⁸⁾)。

③ 評価行為が、治療を行うような老年評価プログラムについて、患者にとっての利点はケアプロセスの改善。

④ 老年評価プログラムの実験的試みの中で、有意な生存条件の改善と施設ケアの費用の減少(Williams 1987¹⁵⁾; Hogan 1987¹⁶⁾)。

5. 結論:

(1) 老年評価の既出論文は、極めて多岐にわたること。

(2) 老年評価プログラムは、機能障害のある老人のかかえている問題についての総合的な再検討によって、障害をうけた機能をもとにもどしうる諸課題を明らかにすることができること。

(3) 老年評価は、その老年評価から生ずる色々な介入と関係なく、“標準的な”診断手順によって生ずるよい結果にとらわれず、純粋な形で吟味されることが少ないという事実は、問題があること。

(4) 老年評価やそれからおこってくる介入のための詳細な計画(青写真)はまだないが、多くの有益な影響があることがかなりの確度で認められていること。

文献: 1) Applegate WB: Use of assessment instruments in clinical settings. J Am Geriatr Soc 35 (1); 45-50, 1987. 2) Williamson J, Stokoe IH, Gray S, et al: Old people at home; their unreported needs. Lancet 1; 1117-1120, 1964. 3) Williams EI, Bennett FM, Nixon JV, et al: Sociomedical study of patients over 75 in general practice. Br Med J ii; 445-448, 1972. 4) Hendriksen C, Lund E, Stromgard E: Consequences of assessment and intervention among elderly people: three year randomized controlled trial. Br Med J 289; 1522-4, 1984. 5) Liechtenstein H, Winograd CH: Geriatric consultation: a functional approach. J Am Geriatr Soc 32; 356, 1984. 6) Katz PR, Dube DH, Calkins E: Use of a structured functional assessment format in a geriatric consultative service. J Am Geriatr Soc 33; 681-686, 1985. 7) Lowther CP, MacLeod RDM, Williamson J: Evaluation of early diagnostic services for the elderly. Br Med J 3; 275-277, 1970. (以下略)

MEMO

一 般 講 演

(B会場)

【はじめに】

日本における石炭産業は政府の第八次石炭政策のもとで、長崎県の高島炭鉱、北海道の砂川、幌内、南大夕張炭鉱などが閉山となった。福岡県の三池炭鉱においては3年連続の減産と人減らし合理化が強行され、3千人にちかい労働者が解雇された。特に、切羽で掘進を請負っていた下請け労働者は離職時に健診も受けずに放置され、彼らの中には塵肺、振動病、騒音性難聴等の労災職業病をもち、様々な症状を抱えたまま生活している者がいる。一方、現場では労働者が減りすぎて保安上の問題が表面化して労働災害の危険を招く恐れも出てきている。

これまで、大牟田・荒尾労災患者の会が独自に様々な労働者からの労災相談を行っていた。最近特に増えてきた元炭鉱労働者からの労災職業病の相談が相ついだため、1989年10月に「労災職業病110番」を開設した。主な活動は電話での相談聞き取り調査、退職者名簿によるアンケート調査、地域での労災職業病健診、国外へ離れた人々の追跡調査、そして労災問題についてのアドバイスである。

【電話での相談聞き取り調査】

電話相談件数は28件ですべて大牟田・荒尾地区からであった。相談者は本人から23件、妻などの家族から5件であった。相談内容は塵肺がほとんどであったが、聞き取りの中で手腕のしびれ、痛み、白ろう、耳が遠い、腰が痛いなどの振動病、騒音性難聴、腰痛症の症状を訴える者も多きいた。このうち14件が診察に訪れ、塵肺管理区分申請、振動病労災申請をする予定者も見いだされた。

【健康アンケート調査】

また、下請けの元炭鉱労働者は労災や職業病が表面化しにくいと考えられることから2月にアンケート用紙を郵送した。325人中53人(16.3%)が回答を寄せ、腰痛23人、耳鳴22人、咳痰18人、息切れ13人、手指しびれ16人、白ろう2人と症状を訴えていた。その他、炭鉱労働者の病気である「塵肺」を知らないもの4人、「振動病」を知らないもの15人、「騒音性難聴」を知らないもの18人であった。このことは企業においての安全・衛生管理教育が十分でなく、その結果として労災職業病を知らない放置された労働者が多く潜在していることを示している。

また、73人が転居不明で返却されてきた。それ以外からは回答を寄せられていない。

【地域での労災職業病学習会・自主健診】

炭鉱離職者の労災職業病の掘り起こしのため、地域

橋口俊則（九州社会医学研究所）

水上恭助（医療法人親仁会・中央診療所）

での労災職業病学習会と自主健診を実施した。学習会には42人の参加があった。ここでは離職後も塵肺が進行すること、塵肺と肺癌の関係など紹介された。

自主健診では22人の炭鉱離職者が受診した。本工11人、下請け工11人で、年齢は50歳台13人、60歳台4人、70歳台4人、40歳台1人であり、勤務年数は20年以上16人、20年未満6人であった。職種は掘進16人、採炭7人、仕繰7人、選炭3人、運搬機械8人である。

健診結果は14人(63.6%)がレントゲン写真にて塵肺所見があり、そのなかの5人は精密検査の必要があった。また、3人がレイノー現象を認める振動障害と考えられた。これらの健診結果はさきに行ったアンケート調査を裏付けるものとなった。

【離職者の生活現況】

解雇労働者は社会的にも葬り去られようとしている。特に、下請け労働者は悲惨である。たとえば、約20年間苛酷な重筋労働を続けた後、元請け企業の都合で会社は閉鎖され、退職金としてもらった金は30～40万円のみであった。更に、元請け企業の財務対策の一環として社宅敷地を市の活性化名目に市に売却を進めている。これは、社宅居住者に強制立ち退きを命じるだけで代替地の斡旋どころか転居費もでないのである。炭鉱離職者は自らの健康障害と共に生活に対しても何ら保障されずにボロ切れのように捨てられようとしている。

【現役炭鉱労働の実態】

「労災職業病110番」運動を展開する中で現役労働者からも相談がきている。人減らし合理化を前後して岩盤掘進には「大型ロードヘッダー300型」、採炭には「MHP（高出力採炭設備）」私や「沿層掘進」などの大型機械が導入され、以前のようなマイト掘進とは比べられないほどの粉塵が一日中坑内に流れている。また、合理化による人員不足と無理な重筋労働で「外傷性腰部捻挫」が多発しているし、切羽では30度以上の高温・多湿のもと「熱中症」が発生している。しかしながら、企業は「本人の不注意」、「ビタミン欠乏症」として私傷扱いにしている。

【おわりに】

解雇された下請け労働者が「こうなる以前に我々の労働組合を作っておくべきだった。」ともらした言葉が象徴しているように健康と命、生活を衛る運動は医学だけでなく人間に関わるあらゆる分野で実践されなければならない。

○小山 義則（健和総合病院）

田村 昭彦（九州社会医学研究所）

はじめに

政令市である北九州市は、戦前から旧筑豊産炭地を背後に持ち、鉄鋼独占資本を中心とした重化学工業都市として発展してきた。また、生活保護率が高いなど都市ぐるみの貧困も指摘されてきた。特に、「洞海三区」（戸畑・八幡東・若松）には鉄鋼独占の主要工場と関連企業が集中しており、その周囲には「労働下宿」と呼ばれる簡易宿泊所が広範に存在している。そこで生活している日雇労働者やそこからはじきだされたホームレスの人びとは、「貧困－病気－貧困」の悪循環を体现していると考えられる。彼らの健康と生活問題の実態を病院相談室（MSW）の相談記録にもとづいて調査、検討を行ったので報告する。

方法

北九州市戸畑区の救急機能を持つK総合病院相談室（MSW）で医療福祉援助を行った、1981年4月から現在（1990年4月）までの間の事例で相談記録が残っている87事例を集計、整理し、検討を行った。

結果

1. 性別・年齢・健康保険等

性別では男84名、女3名。平均年齢は50歳（入院当時）、年代別では50歳台35名ピークに、40歳台23名・30歳台15名・60歳台11名・70歳台及び20歳台各1名で、稼働年齢層に集中していた。健康保険があつたものは7名（いずれも国保で滞納による未交付2名）、他はすべて入院時より生活保護受給であつた。現金や身の回り品もほとんど所持していないのも特徴であつた。

2. 入院前の生活と労働

①入院前の生活の場合は、「労働下宿」38名・ホームレス49名であつた。地域別では、戸畑区52名、小倉北区18名、八幡東区8名、若松区5名、その他4名であつた。

②働いていたかどうかでは、「労働下宿」38名のうち「（倒れる）直前まで働いていた者」20名、「病気で働けなくなつて数日以上経過した者」14名、「不明」4名であつた。

③ホームレス49名では、「『労働下宿』等にいたが病

気で働けずホームレスに至つた」13名を除く36名の内訳は、「働いていなかった」（17名）、「不明」（19名）であつた。「働いていなかった」と「不明」の36名の救急搬入の内容を見ると、「他院退院後まもなくの者」8名、「公園で野宿」4名、「病院や交番に駆け込んだか、駅にて収容された者」10名、「路上などで収容」5名、「友人宅などから」5名、「不明」4名であつた。

3. 主な疾病の特徴

入院前の低賃金（日給6千円から6千5百円、高齢になるともつと下がる）、長期の不規則収入、劣悪な住環境など貧困な生活状態を反映して、さまざまな社会的特徴を持った疾病を持っていた。

①主な疾病（複数の場合あり）では、消化器系疾患が最も多く33名（肝障害・肝硬変11名、胃・十二指腸潰瘍9名、慢性すい炎7名、その他6名）、続いて筋骨格系16名（骨折8名、打撲5名、その他3名）、呼吸器系8名（気管支ぜん息4名、じん肺2名、その他2名）、アルコール依存症7名、結核7名、脳血管障害6名、悪性新生物6名、内分泌代謝系6名、脱水及び貧血6名、てんかん・精神障害5名、腹部刺創4名、循環器系4名、その他9名となつていた。

②アルコール依存症の患者の合併症としては、消化器系疾患3名、結核2名、肺癌1名、腹部刺創1名であつた。アルコール依存症の診断名はなくとも、アルコール飲酒による退院などアルコール問題がみられる事例も多く見られた。

③結核の患者では、7名のうち6名に排菌があり専門治療機関に転院した。事例の中には急激な体重減少、食欲減退、せき、微熱などの自覚症状が早くから見られたが、数ヶ月から半年も前から受診できず、結果として重症化、発見の遅れあつた。こうした「労働下宿」では、長期にわたつて患者が寄宿していても発見後の検診が実施されず問題点を残していた。

④呼吸器疾患では、気管支ぜん息4名中2名が公害申請に結び付いた。じん肺の患者も2名いた。

⑤職歴として炭鉱で働いていた者が3名であつた（うち2名がじん肺）。さらに、振動病や熱中症（労災認定）の職業性疾患も見られた。

4. 退院後の生活と療養について

全事例のうち退院後が不明の者44名と多く、「労働下宿」に帰った者 8名と合わせて 2名がだいたい元の状態にもどったと推測された。残り35名を検討してみると、現在も入院を継続しているもの 4名、転院・施設入所 9名、死亡 9名（悪性新生物 2名、肝硬変・心不全、肝硬変、慢性すい炎・腎障害、アルコール依存症からの自殺、交通事故各 1名）、「退院後療養が必要で住居設定し生活保護受給したもの」13名であった。在宅療養に至った13名のうち生活保護によって敷金、権利金等が支給された者はわずか 5名にすぎない。その他の者は月2万円に過ぎない入院日用品代（生活保護）を使わずにためて低家賃の住居に入居していた。要療養であっても、その生存と生活を維持するための最低限の住居の確保さえも容易ではない実態であった。

まとめ

日雇労働者、ホームレスは、働いていても低賃金と長期の不規則収入の生活、偏った食生活、さらに劣悪な住環境（「労働下宿」はせいぜい2畳で、1日800円）のもとに置かれ、病気にかかれば保険もお金もなく、そこからはじきだされホームレスという経過をたどる。すでに明らかだが、「労働下宿」やホームレスに至るには何らかの疾患が介在していた。疾患の内容は、消化器系疾患をはじめ結核、アルコール依存症など貧困な生活を反映していた。また、療養が必要となり「住所不定者」として生活保護を受給するが、退院と同時に廃止される。福祉行政がその後の療養条件をつくるのはごく希であった。

住宅の確保をはじめ人間らしい生活を支える基礎的条件をつくるうえで、福祉行政の果たす役割は大きい。医療機関や行政において彼らの実態を明らかにしながら、地域全体の医療・保健の水準を高めるなかで、人権を守る個別の施策が求められている。

○富永 哲（三菱総合研究所） 若林 ちひろ（お茶の水女子大学家政学研究科）

山崎 喜比古（東京大学医学部保健社会学教室） 松岡 敏夫（北病院）

(1)はじめに.

昨年 の 社会医学研究会総会において予告した、在日アジア系外国人の生活と健康に関する調査の結果について以下に述べる。

今回行なった調査は、大きくわけて

①病院を通した調査およびインタビュー調査

②日本語学校における調査 の、2種類である。

①は、病院に来院した外国人を手掛りに、ある意味では手当たりしだいに配票調査を行なったもので、結果的には主として在日バングラデッシュ人に関する調査となっており、さらにバングラデッシュにおける現地調査も行なっている。また、②の調査は、東京都内の日本語学校（文部省認可の学校法人）の学生 501人を対象にした配票調査である。

(2)病院を通じて行なった調査の概要

[方法]

1)配票調査およびインタビュー

都内某病院のカルテより外国人と思われる来院者に調査票を送付し、その後回収を兼ねて、対象者の住居をまわり、インタビューを行なった。同時に、新たに会ったアジア人に調査票を渡し、調査を依頼した。配票数は 123、回収数は26であった(回収率21.2%)。インタビューを行った相手は20人(配票調査の対象者10人を含む)

(1989年9~10月)

2)バングラデッシュにおける現地調査

ダッカにおいて、かつて日本に行った経験のある者にインタビューを行なった。件数は10件。また、ダッカ大学の学生を中心に、人々が日本に行きたがる理由についてインタビューした。(1989年12月)

[結果]

1)基本属性

国籍・性別：1人のフィリピン人女性を除いて、全てバングラデッシュ人男性であった。

年齢：平均で24.6歳。20才台が最も多い。

学歴：CollegeまたはUniversityであり、かなり高いといえる。

2)1部屋に2人以上で住んでいる場合が多い。これは、家賃が高いことと、アジア系外国人はアパートが借りにくいことが関係していると思われる。

3)健康保険

健康保険証を持っていない者は25人中 5人であった。その理由として、保険料が高いこと、加入の手続きがわからないことがあげられている。

3)食事

自炊で母国の料理を作っていることが多い。これは経済的な問題と共に、宗教上の問題が関わっているものと考えられる。

4)飲酒・喫煙

酒は15人が飲んでいるが、ほとんどが1週間に1~2日程度。また、たばこをすうものは19人であった。日本で初めて、というものは、それぞれ7人、および9人であった。

4)来日目的に就労をあげるものは少なく、日本語の習得、日本の大学への入学などが多くなっている。

6)身体的な問題として最も多くあげられていたのは胃腸の不調であった。また、日本語学校調査では、それと共に不眠が多くあげられており、彼らがなんらかの精神的な問題にさらされていることが予想される。

7)母国からの仕送りを受けている者が11人おり、その額の平均は ¥53,200であった。これは彼らが母国における富裕層の出身であることを示唆している。逆に母国へ仕送りをしている者は少なく、母国の家族を養うための、出稼ぎ外国人は少ないといえよう。

8)日本に永住するつもりでいる者は少なく、ほとんどがいつかは母国に帰るつもりでいる。

2. バングラデッシュにおける現地調査

日本へ行った経験のある人へのインタビューでは、日本における彼らの最大の問題はビザであり、健康問題はそれほど重要でないことがわかった。また、母国においては仕事がないため、日本に行けば稼げると思っていた者がほとんどであったが、実際に稼いで帰ってきた者は半数程度であった。

日本に行ったことのない人へのインタビューでは、日本へ行くのは、就労だけでなく、漠然とした憧れや、帰国後の就職の有利さへの期待などが、その理由になっているらしいことがわかった。

(3) 日本語学校における調査の概要

〔方法〕

1989年 9月～10月にかけて、に教師を通じて出席者に対し調査票の配付・回収を行なった。回収数は 501。回収も教師が行なった。

〔結果〕

1) 基本属性

国籍：中華人民共和国が最も多く(213人 42.5%)次いで韓国(115人 23.0%)、中華民国(92人 18.4%)香港(45人 9.5%)の順となっている。

性別：男が258人(54.7%)、女が224人(45.3%)であった。中華民国については、女が65人(70.7%)と多くなっている。

年齢：20才台が最も多くなっている(40.8%)。平均年齢は25.1才であった。

学歴：高校卒が291人(58.1%)、大学卒が154人(30.7%)となっており高学歴であるといえる。

クラス：進学クラスが 302人(60.3%)、会話クラスが 199人(39.7%)となっている。

2) 健康保険

健康保険証を持っているものは273人(54.5%)、持っていないものは202人(40.3%)であった。その理由は表1の通り。国籍別にみると、中華民国の出身者の、保険証所持率が67.4%と高くなっているのが注目される。

表1. 健康保険証を持っていない理由

理由	人数	割合(%)
存在を知らなかった	7	3.5
保険料が高い	26	12.9
自分の健康に自身がある	50	24.8
保険証は使わないだろうから	10	5.0
入りたいが手続がわからない	27	13.4
その他	29	14.4

「その他」として、“民間の保険に入っている”と答えている香港人が多く見られた。

3) 飲酒・喫煙

飲酒をするものは、ほとんどが男性であり、また、ほとんどが週に1回程度である。母国にいたころと比較すると、酒量が減ったとするものが多い(50.0%)。

喫煙も男性が多い。母国にいたころと比べて、増えているとするものが最も多く61人(42.0%)となっている。

5) 愁訴

主な訴えとして挙げられるのは、

胃腸の不調(104人)、不眠(78人)、頭が痛い・重い(77人)、風邪が治りにくい(68人)などである。クラス別にみると、特に訴えとして頭痛を挙げるもののうち62人(80.5%)が進学クラスであることが注目される。進学クラスは概して愁訴率が高い。

6) 仕送り

母国からの仕送りを受けているものが 170人(33.9%)いる一方で、母国へ仕送りをしているものは23人(4.6%)であった。

7) 満足度

概して、進学クラスの方が満足度が低い。特に、日本人との関係、余暇・レジャーについての満足度、および健康に対する自信についてそれが顕著である。

(3) まとめ

全体として、日本で暮すアジア系外国人は高学歴であり、母国での階層は高いものであると言えよう。

健康に関連する問題としては、健康保険証の所持率の低さと同時に、愁訴の内容から、彼らがなんらかのストレスに晒されている可能性が挙げられる。パングラデッシュ人に対するインタビューを通じて考えられるのは、そういったストレスの内容が、主としてビザの問題だということであるが、異文化摩擦の顕れだともとれる。今後の研究が必要とされる部分であろう。

－「仕業」分析とききとり調査結果から－

○ 重田博正（淀協社会医学研究所） 田尻俊一郎（同左） 上滝陸生（立命館大学経営学部）
富家孝（大阪府立公衛研） 平田 衛（同左）

《1、はじめに》

今日のJRはいつ大事故が起きてもおかしくない状態にあると指摘されている。安全確保にとって車輛や施設等とともに運転労働者の健康状態のいかに基本的条件になることはいうまでもない。しかもその場合に期待される健康水準は職務の性格からかなり高いものでなければならない。

そのような観点から我々はJR電車運転乗務員の疲労調査を始めようとしているが、本調査のまえに仕業（一日の勤務内容）表の分析と乗務員の聞き取り調査を実施したので、その範囲で問題点を報告する。

《2、JR運転乗務員の勤務編成》

各電区では28人と若干の予備要員で組を編成し、各組ごとに28日間で一巡する交番順序表に従って勤務に就く。原則として泊・泊明け⇒日勤⇒日勤⇒泊・泊明け⇒公休（4週に2回労働時間調整のための特休が公休の前に入る）という週単位のパターンはあるが、個々の仕業は出入勤時刻がすべて異なっており、正確には28日間で同じ勤務に戻るという全く不規則な勤務になっている。

《3、仕業表の分析結果》

1987年4月の分割民営化以前にも大規模なダイヤ改正が行なわれており、労働者の間で「近年仕事がきつくなった」といわれている内容を把握するために、84年2月改正時以降の仕業を分析した。なお90年3月ダイヤについての分析についてはできていない。

以下変化の特徴点を示す。

- ①すでに86年11月までに大幅な乗務距離、乗務時間の延長が行われており、それらの延長率は労働時間の場合より大幅である。
- ②一連続の乗務距離・乗務時間の大幅な延長がみられる。例えば京都－西明石間往復の場合、84年2月までは往復とも大阪で「段落ち」（いったん下車し、1時間程度休憩した後次の電車を運転すること）するのが基本形態であったが、85年3月になると少なくとも片道は「段落ち」無しの仕業が増加する。
- ③とくに泊仕業における労働強化が顕著である。

大阪電区区の仕業表分析で乗務時間等の延長率をみると日勤仕業に比べ泊り仕業の場合にかなり大きくなっている。また京都電区の場合でみると泊一日目の終了時間が著しく遅くなっており、2日目との乗務間隔時間が短縮され、2日目の乗務時間も延長している。

④以上3点はおもに86年11月までの変化であるが、89年3月には異なった特徴がみられる。労働時間はむしろ短縮し、乗務時間の延長も停滞する。つまり効率アップは労働時間、乗務時間の絶対的延長によってではなく準備時間や折り返し時間の削減による乗務率の増大とスピードアップによって行われている。

⑤乗務時間や距離等の数値では表れない労働条件の悪化として同一仕業内での異線区乗務や異種類列車乗務が86年11月以降増加している。

《4、聞き取り調査より》

《3》の仕業分析の結果に直接かかわる範囲で聞き取り調査（国労組合員43人を対象に89年8月実施）の結果の特徴点を紹介する。

- ①28間毎日変化する仕業で、しかも異線区乗務や異種類列車乗務の増加のため、乗務前には必ず運転上のポイントチェックなど準備時間を必要とする。しかし準備時間削減のため自主的に20～30分早く出勤している。
- ②一連続乗務時間の延長と折り返し時間短縮のため食事と排尿・排便に関する苦痛の訴えが目立つ。
- ③泊仕業時の睡眠確保のため入浴をやめたり朝食をぬくようになった。
- ④疲労の自覚症状では「眼のつかれ」とともに「ねむけ」の訴えが目立つ。
- ⑤精神神経の疲れを強調する者が多い。直接運転労働に由来する要因に労務管理の強化が加わっている
- ⑥その他

《5、おわりに》

乗務員の労働強化の一端が仕業表の分析で具体的に把握でき、労働者の声もそれを裏づけている。今後の疲労調査の方法にいかしたい。

○平田 衛（大阪府立公衛研労働衛生部）、

重田博正（淀協社医研）、上瀧陸生（立命館大経営学部）

【はじめに】国鉄が民営化される以前から「合理化」が始まっていたが、民営化後は労働者への処分の乱発による労務管理強化と並行して一層強まった。運転現場において国鉄労組が行った健康調査の中で最も強く訴えられたのは運転乗務中の眠気であった。その実態を調べ、原因等を明らかにする第1歩として、1990年2月に自記式アンケートによる調査を行った。

【対象と方法】1. 対象：大阪・京都電車区に所属する各々32人計64名の電車運転士で全員男性である。2. 方法：公休の翌日から始まる8日間について、1日1枚の自記式調査票により眠気発生をその都度11段階、程度、発生時刻、場所、路線、列車の種類などを記録させた。また、乗務の仕業番号と前夜の睡眠時間、睡眠の質、起床時刻と気分、乗務前の食事時間・

量などについても記録させた。

【結果】運転乗務を泊まり仕業の入りとその飯(加里)、日勤仕業に3大別して集計した。調査期間中に、各々141、140、148仕業あり、そのうち80(56.7%)、102(72.9%)、100仕業(67.6%)に眠気が発生した。その詳細を表1、2、3に示す。

【考察】眠気はいずれの時間帯においても発生しているが、泊まり仕業の泊入と飯で6割を占め、泊まり仕業における短い睡眠時間が原因することが示唆された。飯においては朝のラッシュ時に多発していることは安全上の問題を提起している。泊まり入りにお

ては勤務の連続時間が長く、23、24時に眠気が集中せざるを得ない。労働強化になっている泊まり仕業の改善は不可欠であり、安全が第1のサービスである鉄道業では運転労働者の人間らしい生活が基本ではないだろうか。

表1. 眠気発生の時間帯

時間	飯	泊入	日勤	合計
1時-	1件(0.7%)	2(2.2%)		3(0.08%)
2-	1(0.7)			1(0.03)
3-	4(2.7)			4(1.0)
4-	3(2.0)			3(0.08)
5-	14(9.3)			14(3.6)
6-	28(18.7)		3(2.0%)	31(7.9)
7-	24(16.0)		4(2.7)	28(7.2)
8-	24(16.0)		11(7.3)	35(9.0)
9-	21(14.0)		6(4.0)	27(6.9)
10-	17(11.7)		6(4.0)	23(5.9)
11-	8(5.3)		7(4.7)	15(3.8)
12-	4(2.7)		22(14.7)	26(6.7)
13-	1(0.7)	1(1.1)	14(9.3)	16(4.1)
14-		1(1.1)	25(16.7)	26(6.7)
15-		4(4.4)	14(9.3)	18(4.6)
16-		3(3.3)	15(10.0)	18(7.6)
17-		3(3.3)	9(6.0)	12(3.1)
18-		3(3.3)	2(1.3)	5(1.3)
19-		6(6.7)	2(1.3)	8(2.1)
20-		6(6.7)	1(0.7)	7(1.8)
21-		12(13.3)		12(3.1)
22-		15(16.7)	1(0.7)	16(4.1)
23-		20(22.2)	5(3.3)	25(6.4)
24-		14(15.6)	3(2.0)	17(4.4)
計	150(100%)	90(100%)	150(100%)	390(100%)
	55人	31人	54人	62人

表2. 「ねむけ」発生前夜の睡眠時間

時間	飯	泊入	日勤
-1	1(0.8%)		
1-	1(0.8%)	1(1.1%)	
2-	4(3.1%)		
3-	15(11.7%)		3(2.0%)
4-	65(50.8%)	1(1.1%)	3(2.0%)
5-	27(21.1%)	1(1.1%)	11(7.3%)
6-	14(10.9%)		40(26.5%)
7-	1(0.8%)	23(25.8%)	35(23.2%)
8-		33(37.1%)	28(18.5%)
9-		23(25.8%)	27(17.9%)
10-		3(3.4%)	4(2.6%)
11-		4(4.5%)	
	128(100%)	89(100%)	151(100%)
AVG	4.58	8.35	7.43
S.D.	±1.11	±1.38	±1.47

表3. 朝に起きた眠気の件数、起床後時間、睡眠時間、程度及び睡眠の質と体調

	件数 (ウチ飯)	起床後時間 (範囲)	睡眠時間 (範囲)	眠気の程度 瞋チ ヨックリ	睡眠の質 不良 普通 良	気分 スッキリせず 普通 爽快
5時-	14件 (14)	1.11±0.74時間 (1.08-2.11)	3.99±1.88時間 (3.83-5.67)	3 1	8 2 0	7 2 0
6時-	31 (28)	1.58±0.863 (0.30-3.10)	4.89±0.70 (3.83-5.67)	5 2	18 3 6	21 6 0
7時-	28 (24)	2.53±0.885 (0.41-3.97)	4.62±0.97 (3.08-7.17)	4 3	16 7 3	18 8 0
8時-	35 (24)	2.97±1.21 (1.25-5.67)	4.78±1.24 (3.33-6.67)	6 3	23 3 6	26 6 0
9時-	27 (21)	3.69±0.867 (2.17-5.33)	5.50±1.25 (3.25-7.73)	5 3	18 2 5	18 6 0
	135 (111)			23 12 17.6% 9.2	83 18 20 68.6% 14.9, 16.5	90 28 0 76.3% 23.7

【1、はじめに】

第30回総会に大阪府下三ゴルフ場事業所でのアンケート調査結果を第一報として報告した。

今回、全労連・全国一般労働組合のゴルフ労働者交流集会によるアンケート調査結果を分析したので報告する。

【2、調査方法と回収結果、分析対象】

89年9月から12月にかけて調査表の配布・回収をし各単組の積み上げ集計をした。

回収は、千葉1、埼玉2、静岡1、大阪2の計6組合501名であった。記述不正確なもの13名（キャディ以外の職種を多く含む静岡82名（キャディ29名、その他の職種53名）をのぞき406名（A群とする）を分析した。個票については千葉（120 配布94名回収率78.3% 全員キャディ）、埼玉（160 配布140 名回収率87.5% 内コース管理8名）の集団を分析した。

【3、結果】

I 対称の 平均年齢は 男子 36 名 42.8歳 女子 452 名 46.2歳計 488 名 45.2歳である。

II 農薬に暴露した率はA群で不詳であるが、千葉、埼玉のキャディでは76.6%、78.3%であり、コース管理者は全員(8名)暴露したと回答した。

III キャディにおける農薬暴露の態様(表1)は、第1位「散布している農薬の霧が体にかかった」が50%と高率に上り、以下第2位「農薬散布後の芝草に手がさわった」第3位「散布後の芝、草に足がさわった」と続く。いずれも農薬がゴルフ場の営業時間中に散布されるため容易にキャディが避難出来ない状況にあることが推察される。

IV 農薬暴露時の自覚症状(表2)は千葉、埼玉のキャディでは72.2%、75.5%が症状ありと回答し、前眼部症状の訴えを第一位に気道障害、皮膚障害など農薬による急性症状が確認された。

V これらの症状の数年の経過については(全体)で、だんだんひどくなる4.9%、変らない38.8%良くなる8.2%就職年のみ2.7%、就職して数年あった2.7%であり、「悪化する」と「変らない」の合計では43.7%となる。これらの者が慢性的に症状が続いていることをうかがわせた。

VI 治療の状況については「治療して改善した」が12.6%であるが、「治療をしていない」が37.7%あり、療養条件の確保、治療への期待など問題があると考えられた。

示唆された。

VII 【4、まとめ】今回の調査対象ゴルフ場は、「ゴルフ場の農薬問題」が社会的問題となってから、自主規制をしている事業場であるが、なおも高率な農薬暴露の経験、自覚症状の発現が確認された。

環境庁の使用農薬の規制など行政の対応が一部あるが、法的な規制の強化、安全な防除法の開発、営業時間外での農薬散布などが求められる。

表1 農薬暴露の態様(複数回答)%

	A群	千葉	埼玉a	埼玉b
対象者	406名	94	132	8
農薬暴露経験有	/	72 名	103	8
比率 %	/	76.6%	78.3	100
農薬散布を行なった	4.9%	1.4	4.9	87.5
直接散布の農薬を浴びた	9.1	12.5	8.8	37.5
散布の霧が体にかかった	50.0	79.2	80.6	62.5
散布後の草に足が触った	37.2	59.7	53.4	25.0
散布後の草に手が触った	41.4	65.3	66.0	25.0
汚染のボール等を触った	34.0	63.9	51.5	12.5

埼玉a = キャディ 埼玉b = コース管理

表2 農薬暴露経験者の暴露時の自覚症状(複数回答)

	A群	千葉	埼玉a	埼玉b
対象者	(406名*)	72	103	8
自覚症状あり	/	52	77	7
比率 %	/	72.2	75.5	87.5
1目のかゆみかすみ	26.9	34.7	36.0	50.0
2のどが痛くなった	20.9	22.2	27.2	50.0
3皮膚のかゆみ	18.2	13.9	30.1	12.5
4目、鼻への刺激	16.5	27.8	37.9	50.0
5頭痛	13.8	15.3	21.4	12.5
6息苦しい	9.6	11.1	11.7	12.5
7吐き気	8.1	9.7	10.7	12.5
8手がかぶれた	7.9	12.5	10.7	12.5
9鼻水が出る	7.1	11.1	6.8	0
10足がかぶれた	6.4	2.8	9.7	12.5
11体がだるい	2.7	2.8	4.9	12.5

26項目中11項目抽出 (* 農薬暴露経験無し含む)

表3 従事年数と農薬暴露経験有者の症状変化と治療状況(対象者は千葉・埼玉の合計)

従事年数	0~3	4~10	11~20	21↑	全体
対象者数	38	57	40	46	183
段々ひどくなる	5.3	3.5	12.5	0	4.9
かわらない	39.5	40.4	25.0	47.8	38.8
段々よくなる	7.9	12.3	7.5	4.4	8.2
就職した年あり	2.7	5.3	2.5	0	2.7
就職して数年あり	7.9	3.5	0	0	2.7
治療して改善した	15.8	12.3	7.5	15.2	12.6
治療したが悪化	0	0	0	0	0
治療したが不変	5.3	8.8	12.5	2.2	7.1
治療していない	36.8	43.9	27.5	41.3	37.7

B07 働きざかりの脳血管障害

○ 岡本五十雄 勤医協札幌丘珠病院リハビリテーション科
平野 浩 同神経内科
伊古田俊夫 勤医協中央病院脳神経外科

「はじめに」1980年代より労働者の循環器疾患による急性死やそれに関連する健康障害が注目されるようになってきた。筆者らも日常の医療面で若年者の脳血管障害が増加する傾向にあり、過労、嗜好や食事などに問題がある例が多いという印象を受けている。今回、それらについて60歳以下の男性脳血管障害患者を対象にして調査したので報告する。

「対象及び方法」対象は過去5年間に当院に入院したことのあつた25歳から60歳までの男性脳血管障害患者（脳梗塞36例、 49.8 ± 8.0 歳、脳出血24例、 45.8 ± 7.9 歳）60例にたいして、生活習慣、食事習慣、労働実態などについて医師3名、看護婦2名による面接と一部電話による聞き取り調査を行った。さらにこれらの患者の当院入院時の脂質代謝とヘマトクリット値を調べ、健常人のそれと比較した。なお、健常人とは高血圧、糖尿病、心臓疾患のない当院男性職員及び整形外科の入院患者である。統計の検定にはカイ二乗検定、t検定を用いた。

「結果とまとめ」働きざかりの脳血管障害患者の特徴は①脳出血群は脳梗塞群に比し若年で($p < 0.01$)、脳梗塞群は50代、脳出血群は40代が多い。②発症前の合併症は両群とも高血圧症が多いが、糖尿病は脳梗塞群にやや多い。③両群とも発症前の治療については治療継続群、疾病があるも治療していなかった群、疾病がなかった群それぞれほぼ1/3づつであった。④両群の6大好物はしょっぱいもの(78%)、魚類(75%)、辛いもの(58%)、肉類(63%)、脂肪類(43%)、甘いもの(42%)、であり、特にしょっぱいものが好物であった。⑤飲酒率は脳梗塞群84%、脳出血群75%と高く、多飲酒率は両群とも50%を越えていた。喫煙率については1日20本以上の喫煙者は50%を越えるが、非喫煙者は脳出血群に42%いた。⑥日常生活では両群とも40%以上が常時不規則。ときどき不規則を合わせると60%となっていた。⑦労働内容(精神、肉体、屋内、屋外労働)については両群間に差は認められなかった。⑧労働実態については両群ともほとんどの患者において仕事に神経を使い(両群あわせて87%)、仕事終了時に非常に疲れているは脳梗塞50%、脳出血46%で、疲れるを含めるとそれぞれ81%、75%となる。残業も多く(両群あわせて58%)、さらに半数においては夜勤や不規則な生活のうえに休暇が少ないという実態であった。以上よりほとんどが過労状

態にあつたと思われる。脳梗塞群においては75%がスポーツを全くしていなかった($p < 0.05$)。⑨脂質代謝については脳出血群のHDLコレステロールは健常人に比し低く($p < 0.05$)、動脈硬化指数は両群とも有意に高かつた($p < 0.01$)。ヘマトクリット値は脳出血群において有意に低かつた($p < 0.01$)。

「考察」①調査内容の結果は両群とも仕事、生活、嗜好、食事、脂質代謝などに多くの問題があることが分かり、これらについて総合的に解決していく必要があると思われた。特に労働実態では労働省の調査(非常に疲れる15%)に比し非常に疲れる群が多く、労働、生活条件からの改善が必要と思われる。

②リスクファクターについて

脳卒中を起こすリスクファクター(危険因子)については高血圧をはじめとして、年齢、性、糖尿病、心疾患、脂質代謝異常、喫煙、飲酒、栄養、ストレスなどがあげられている。しかし、ストレス、喫煙、飲酒、栄養、年齢、性を除けばこれらのリスクファクターは他覚所見、医学的なからだの異常所見である。これらはなんらかの原因があり引き起こされた変化である。若年脳血管障害はまず過度のストレスのかかる生活(神経疲労、不規則な生活)、食習慣、喫煙、飲酒、加齢などの一次的リスクファクターにより、二次的リスクファクターといえる高血圧、脂質代謝異常、心肥大、心電図異常などが起こつたと考えられる。

一次的要因は職業的、経済的、社会的要因(過労はこれらの影響が大きい)や年齢や個人的要因に偏せられるものであり(予防的側面ともいえる)、二次的要因は医学的管理下(治療的側面)におかれるものである。

このような観点から、若年者の脳血管障害は医学的枠内で治療しても限界があり、労働と生活の場から解決していかなければならないということになるのではないだろうか。

最後に筆者らの対象は発症後長期生存例であり死亡例は含まれていない。死亡例を含めるともっと厳しい結果になることが予測される。

B08 就労者心筋梗塞患者の病態・労働・生活実態調査

○渋谷 譲、鈴木 頌（勤労者医療協会札幌病院）

対象と方法

対象：当院に於て、冠動脈造影を行なった、就労者心筋梗塞患者48名。
（男46名、女2名、平均年齢、53.7才）

方法：1)48名の冠動脈造影所見、及び冠動脈危険因子について検討した。なお、対照群として、当院に於て、冠動脈造影を施行した非就労者心筋梗塞患者122名（男82名、女40名、平均年齢、65.6才）の所見も、合わせて検討した。

2)48名の、心筋梗塞発症前の職業生活実態調査を、アンケート郵送、電話にての聞き取り、訪問調査を行なったが、今回は、訪問調査を行なった28名の調査結果について検討した。

結果

対象者の冠動脈造影所見

0-1枝障害	56%
2枝障害	26%
3枝障害	17%

■：就労者、□：非就労者

対象者の冠動脈危険因子

高血圧	50%	100%
糖尿病		
喫煙		
高脂血症		
低HDL		

■：就労者、□：非就労者

対象者の職業の内訳

自営業	10名	運送業、鉄工所、ドライブイン、訪問販売等
運転手	4名	タクシー2、トラック2
肉体労働	3名	石こう夫、土建築、漁師
営業マン	2名	
管理職	2名	
その他	7名	倉庫管理、整備工、営繕、事務等

勤務形態

50%	100%
常日勤	不規則労働

対象者の労働状況

1. 労働時間

50%	100%
8-9時間	10-11時間 12時間以上

2. 残業

50%	100%
殆どなし	時々 殆ど毎日

3. 休日（1ヶ月）

50%	100%
週休1日以上	3日 2日以内

4. 休日勤務

50%	100%
なし	時々 頻回

心筋梗塞発症前及び発症時の状況。

1. 発症前1年間の、検診受診の有無。

50%	100%
受診した	受診せず

2. 発症前の自覚症状。

50%	100%
特になし	
労作時胸痛	
安静時胸痛	
息切れ	
異常な発汗	
疲労感	
不眠	

3. 自覚症状があった為の受診の有無。

50%	100%
受診した	受診せず

4. 心筋梗塞発症時の状況。

50%	100%
工作中	通勤中 勤務外

心筋梗塞発症前の労働、生活状況

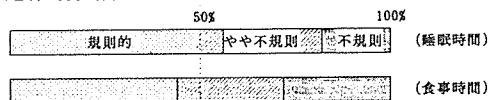
1. 発症前の、仕事の状況（それ以前に比べて）。

50%	100%
変化なし	やや多忙 多忙
	（数ヶ月間）
	（1週間）

2. 発症前の、以前に比べての、ストレス。

50%	100%
特になし	少しあり かなりあり
	（数ヶ月間）
	（1週間）

3.睡眠と食事時間。



永吉 晋吾

- 1.就労者心筋梗塞患者と非就労者心筋梗塞患者の比較では、非就労者に、多枝障害、高血圧、糖尿病が多く、就労者に、喫煙歴のあるものが多い傾向があったが、有意差はなかった。
- 2.就労者心筋梗塞患者のうち、約30%が不規則労働に従事しており、労働時間が10時間以上をこえる者が半数以上であり、約半数が殆ど毎日残業を行っていた。又、約40%の者が週1回の休みもとれず、約25%の者が頻回に休日勤務を行っていた。
- 3.就労者の心筋梗塞発症前の状況では、半数近くが、1年以内に検診を受けておらず、胸痛症状（約40%）を含め約70%の者がなんらかの症状を自覚していたにもかかわらず、そのうち約70%の者が医療機関を受診していなかった。又、発症前、以前に比べ仕事が特に忙しかった者が、約20%に、以前に比べ強いストレスのあった者が、約40%に認められた。
- 4.心筋梗塞は、60%以上が、工作中又は通勤中に発症している。
しかし、労災扱いになった者は、発症日に突発事故のあった1名のみであった。

服部 真 (石川勤労者医療協会 城北病院)

1. 緒言

長時間労働や夜勤と循環器疾患の関係が注目されている。長時間勤務と夜勤が常態化している典型的な職種であるタクシー運転手の心疾患に関するいくつかの疫学的研究は、タクシー運転手で的心疾患の多発を示唆しており、我々の調査でも、石川県のタクシー運転手の心疾患死亡は、同年齢の一般住民、あるいは、県内の民間労働者集団に比べ有意に多いこと、虚血性心疾患のリスクファクターである高度喫煙習慣、肥満、高コレステロールの保有率が県内の現場労働者や事務労働者より多いことを認めている。

今回は、タクシー運転手の心疾患死亡の大部分を占めるとされる虚血性心疾患の発症を対照労働者集団と比較したので、その結果を報告する。

II. 研究方法

1979年に、我々が定期健康診断を実施した石川県内13社のタクシー運転手のうち、健康診断を受けた(受診率68%) 40才以上の男性 258人全員と、1981年に、我々が成人病健康診断を実施した県内10社40~59才の男性 172人のうち 144人(84%)にMaster's double 2 step test を行い、9 年目まで以下のいずれかに該当する虚血性心疾患の発症を追跡した。

1. 安静時心電図で、ミネソタコード(1967)の1-1、1-2、1-3、4-1、4-2、4-3、5-1、5-2、5-3、7-1 の新たな出現

2. 問診上、狭心症発作を強く疑う症状あり、狭心症の治療により改善した者

3. 狭心症を疑う症状があり、24時間心電図、あるいは、トレッドミル心電図で虚血性変化が確認された者

4. 冠動脈造影により有意の狭窄が確認された者。

III. 成績

1. タクシー運転手群に、Master's double 2 step test での“near ischemic”、120%以上の肥満、220mg/dl以上の高コレステロールが有意に多く、対照群に50歳以上が多かった (Table 1)。

2. 運動負荷心電図での虚血性変化は高血圧者、タクシー運転手に多かった。

3. タクシー運転手群の観察1000人年に対する発症率12.5は、対照群の 4.3より有意に高く、相対危険度は2.91であった (Table 2)。

4. 年齢、観察期間で訂正した相対危険度は2.83、リスクファクターを加えた計10項目で訂正すると1.99であった。

5. 数量化Ⅱ類の解析で発症との関連をみると、運動負荷心電図での虚血性変化の有無、血圧、喫煙習慣、総コレステロール、飲酒習慣(負)、タクシー運転手か否かの順番であり、運動負荷心電図を除くと、血圧、喫煙習慣、総コレステロール、タクシー運転手か否かの順番であった (Table 3)。

Table 1. Postexercise ECG changes and cardiovascular risk factors in taxi drivers and controls

Sample Number	Taxi drivers 258 (100%)	Controls 144 (100%)
Master's "near ischemic" in postexercise ECG	30 (11.6%)**	5 (3.5%)
Master's "ischemic" in postexercise ECG	14 (5.4%)	7 (4.9%)
Obvious ischemic change in rest ECG	7 (2.7%)	5 (3.5%)
Obesity index $\geq 120\%$	64 (24.6%)**	15 (10.4%)
Total serum cholesterol ≥ 220 mg/dl	88 (34.0%)**	30 (20.8%)
Smoking habit ≥ 20 cigarettes per day	169 (65.7%)	82 (57.0%)
Sake drinking habit ≥ 360 ml per day	93 (35.9%)	45 (31.5%)
Hypertension	47 (18.2%)	24 (16.6%)
Glycosuria	23 (9.0%)	13 (9.0%)
Age ≥ 50	50 (19.4%)	57 (39.6%)**

Significant difference levels between taxi drivers and controls ** $p < 0.01$

IV. 考察

タクシー運転手に虚血性心疾患の多発が認められ、増加分の約半分は喫煙、総コレステロールなどのリスクファクター保有率の増加により説明出来た。残る多発要因としては、今回検討しなかった環境中のCOや夜間運転労働の循環機能、自律神経機能への直接的な影響などが考えられる。

Table 2. Incidence rates of ischemic heart disease in taxi drivers and controls

Independent variables	#1	#2 (%)	#3	#4	#5
Total	390	284 (72.8)	2294	21 (9.2)	
Taxi drivers	251	167 (66.5)	1362	17 (12.5)	2.91 *
Controls	139	117 (84.2)!!	932	4 (4.3)	1.00
Hypertension	66	47 (71.2)	385	9 (23.4)	6.69 **
Borderline hypertension	84	61 (72.6)	482	7 (14.5)	4.14
Normal	240	176 (73.3)	1427	5 (3.5)	5.27
Postexercise ECG ischemic change	21	14 (66.7)	112	2 (17.9)	2.75 *
near ischemic change	34	24 (70.6)	181	6 (33.1)	5.09
nonischemic change	335	246 (73.4)	2001	13 (6.5)	4.20
Total serum cholesterol $\geq 220\text{mg/dl}$	111	70 (63.1)	556	10 (18.0)	2.86 *
<220mg/dl	279	214 (76.7)!!	1738	11 (6.3)	1.00
Obesity index $\geq 120\%$	75	48 (64.0)	386	6 (15.5)	1.96
<120%	315	236 (74.9)!	1908	15 (7.9)	1.00
Smoking habit $\geq 20\text{cigarettes/day}$	245	174 (71.8)	1379	15 (10.9)	1.65
None or <20/day	145	110 (75.9)	915	6 (6.6)	1.00
Sake drinking habit $\geq 360\text{ml/day}$	134	102 (76.1)	827	6 (7.3)	0.72
None or <360ml/day	256	182 (71.1)	1467	15 (10.2)	1.00
Observation period =9 years ars		190	1710	17 (9.9)	1.46
$3\leq, <9$ years		94	584	4 (6.8)	1.00
50-59 years of age	101	59 (58.4)	395	4 (10.1)	1.12
40-49 years of age	289	225 (77.9)!!	1899	17 (9.0)	1.00
Glycosuria	35	25 (71.4)	223	2 (9.0)	0.98
Nonglycosuria	355	259 (73.0)	2071	19 (9.2)	1.00

#1 number of participants to this prospective study

#2 number of participants observed for more than 3 years

#3 observed person-years

#4 incidence of ischemic heart disease (rate per 1000 person-years)

#5 relative risk

Significant difference level between with and without risk factor ! $0.01 \leq p < 0.05$ Significant level of relative risk * $0.01 \leq p < 0.05$

Table 3 Multivariate study on parameters possibly related to ischemic heart disease in taxi drivers and the combined group of taxi drivers and controls

Independent variables	1 Combined group			2 Combined group			3 Taxi drivers		
	Rank	Range	P.C.C.	Rank	Range	P.C.C.	Rank	Range	P.C.C.
Postexercise ECG change	1	0.156	0.178				2	0.161	0.208 *
Blood pressure	2	0.140	0.222 *	1	0.167	0.246 *	1	0.168	0.265 *
Smoking habit	3	0.067	0.127	2	0.070	0.130	5	0.053	0.087
Total serum cholesterol	4	0.063	0.107	3	0.061	0.102	4	0.070	0.110
Alcohol drinking habit	5	-0.060	0.112	5	-0.056	0.103	3	-0.071	0.116
Taxi or not	6	0.043	0.083	4	0.057	0.108			
Observation period	7	0.041	0.070	6	0.046	0.077	8	0.023	0.036
Glycosuria	8	0.027	0.030	8	0.024	0.021	9	0.024	0.023
Obesity index	9	0.019	0.027	9	0.018	0.026	7	0.040	0.056
Age	10	0.012	0.018	7	0.024	0.034	6	0.052	0.066
Apparent error rate	17.7%			19.6%			24.0%		

P.C.C. Partial correlation coefficient

Significant level of P.C.C. * $0.01 \leq p < 0.05$, ** $p < 0.01$

○ 牧野 忠康

(長野大学産業社会学部社会福祉学科・医療福祉)

I. はじめに

近年、過労死やストレス性疾患の多発が社会問題化している。こうした労働者の健康破壊に到る労働背景を検討する素材として、報告者が1979年より協力しているN損害保険会社労働組合の「健康調査」の結果を報告する。特に、労働時間（長時間労働）とVDT労働化（労働の質的变化）に注目して検討する。

II. 調査方法および対象

II. 1. 調査方法

労働組合を通して全組合員および管理職を含む非組合の全従業員に質問紙を配票し、無記名回答で、各自で封筒に入れ封をしてもらって回収した。

II. 2. 調査対象

業界では中堅の、N保険を対象とした。報告者は、全損保N支部の「健康調査」には79年より6回かかわってきた。N保険では、88年12月より業務がオンライン化された。89年調査の対象者数は、全体で2775人、男1682人、女1093人であった。有効回答数は、男1021人(60.7%) 女799人(73.1%)であった。

III. 調査結果

III. 1. 一ヵ月平均残業時間と蓄積疲労

図-1に、いわゆる風呂敷残業を含む一ヵ月の平均残業時間が、男では31時間以上、女では21時間以上の者の割合と、「翌日になっても疲れがとれない」蓄積疲労の者の割合を、79年より経年で示した。

III. 2. 一ヵ月平均残業時間と疲労・ストレス感

図-2および図-3に、一ヵ月の平均残業時間と、「作業姿勢による疲労」「作業動作による疲労」「神経・感覚的疲労」「精神的疲労」「仕事によるストレス感」「健康が何となくすぐれない」「今の仕事は負担過重で長続きしそうにない」の関係を示した。

III. 3. VDT作業負担と疲労・ストレス感

図-4に、89年調査で、VDT作業の負担を「高い者」「中程度の者」「少ないか、無い者」の三段階に区分して図-2、3で用いた指標を示した。

なお、85年と89年でのVDT作業に従事するものの割合の変化を、図-5に示した。

IV. 考察とまとめ

IV. 1. 残業時間が長い者の割合が男女共に、年々増加していた。蓄積疲労では、男では81年→89年で増

加している傾向が認められ、女では、蓄積疲労の者は横這いであったが、85年→89年で増加を示した。

労働時間の短縮は、実現しておらず労働負担による蓄積疲労傾向が増大していることがわかった。

IV. 2. 男では、残業時間の延長とともに各指標とも訴え率が高くなる傾向が認められた。ストレス感が最も訴え率が高く、精神的疲労、神経の疲労、姿勢による疲労、動作による疲労の順であった。

女では、おおよそ30時間までは各指標とも残業時間の延長とともに訴え率も高まる傾向が見られた。しかし、30時間以上では、特異な傾向がみられた。

男では、ストレスと精神的疲労および神経の疲労を感じながら長時間労働に従事していることがわかった。ここに、過労死の背景が垣間見られた。

女では、神経の疲労、精神的疲労、ストレス感および作業姿勢による疲労を感じながらの過密労働に従事していることがわかった。ここに、頸肩腕障害の発症の背景が垣間見られた。

IV. 3. VDT作業は増大し、男より女に著しかった。男は、VDT作業負担の多い者に精神、神経、姿勢、動作の疲労の順に、健康不調感、仕事過重感の訴えが多かった。女は、神経、精神、姿勢、動作による疲労を多く訴えていた。

しかし、ストレス感は、VDT作業負担の度合いに係わらずいずれも訴えが高いことがわかった。

IV. 4. OA化で長時間・過密労働はさらに過重されていた。健康破壊対策は、労働時間の短縮と過密労働の軽減が急がれなくてはならないと考えた。

図-5 85年と89年のVDT作業従事率の変化

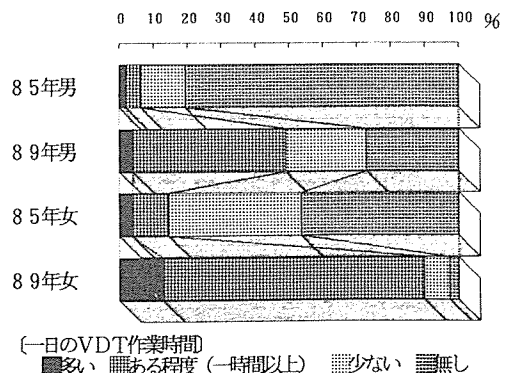


図-1 一ヵ月平均残業時間（男30時間↑、女20時間↑）と蓄積疲労傾向の推移

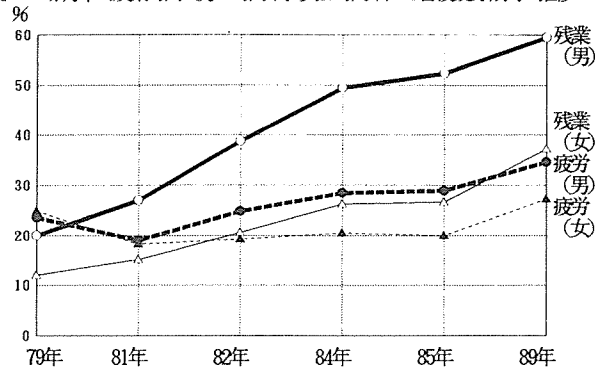


図-2 一ヵ月平均残業時間と疲労・ストレス感（1989年12月第7回調査）（男、N=1021）

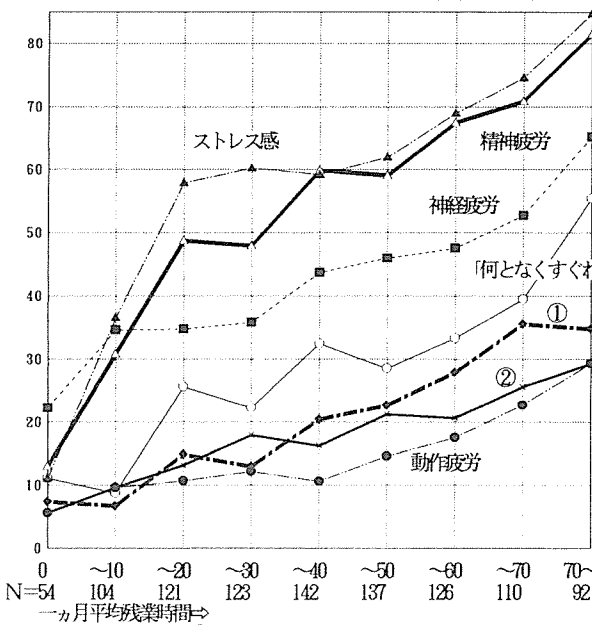


図-3 一ヵ月平均残業時間と疲労・ストレス感（1989年12月第7回調査）（女、N=799）

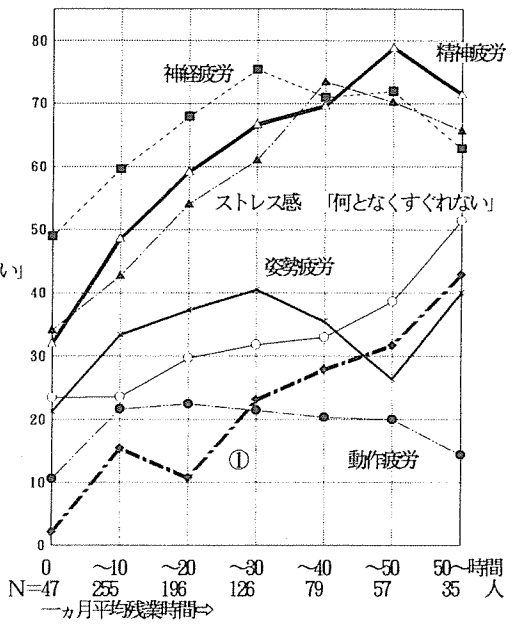
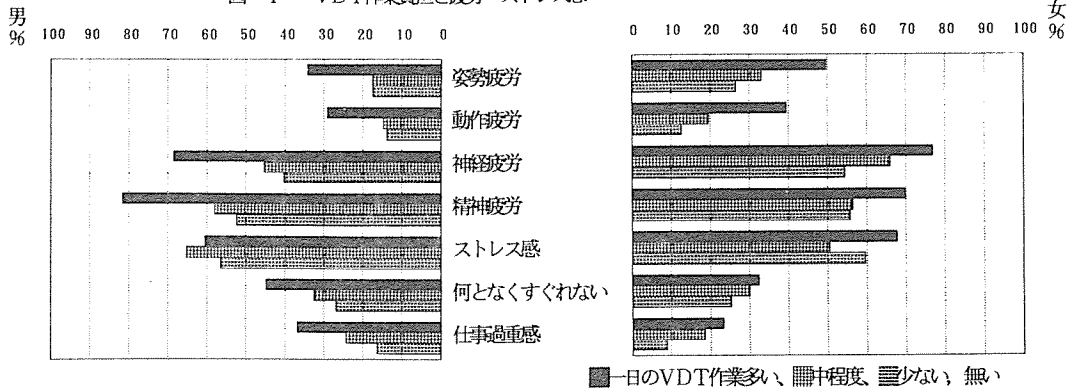


図-4 VDT作業負担と疲労・ストレス感



B 1 1 杜氏（酒づくり職人）のアスベスト暴露による胸膜肥厚の出現頻度

○山田裕一（金沢医科大学・衛生学）

はじめに：北陸能登地方の酒づくり職人集団（いわゆる能登杜氏）中に、アスベストの暴露によると考えられる胸膜肥厚斑（Pleural plaque）を保有する者が存在することを昨年報告した。昭和53年頃まで、清酒製造の最終濾過工程でアスベスト・フィルターが使用されていて、その投入の際に発塵するアスベストを吸入したものと考えられた。

今回はその胸膜肥厚斑の酒づくり職人中での保有頻度と、その作業経験年数（アスベスト暴露期間）との関係を調べたので報告する。

対象と方法：平成元年5-6月に珠洲市が行なった住民健康診断のうち、特に農閑期の「出稼ぎ」予定者を主な対象として行なった9日間の健康診断の受診者406人（男322人、女84人）を対象とした。健康診断の際に、これまでの「出稼ぎ」先の業種およびその経験年数を保健婦が聞き取り調査した。その場で撮影された間接撮影胸部X線写真を、職歴はブラインドとして、筆者が読影した。胸膜肥厚陰影の判定は大八木、鏡森らのAskergren-Szamosiの改変法によった。その後読影結果と職歴とを照合し、酒造業とその他の業種での胸膜肥厚陰影の頻度の比較、および酒造業従事期間（10年間隔、ただし1年に約5カ月間従事する）毎のその頻度を検討した。

結 果：受診者男322人中235人（73.0%）、女84人中32人（38.1%）、計267人が酒造業への「出稼ぎ」経験者であった。酒造業への「出稼ぎ」経験期間は、男では20年未満と20年以上がほぼ同数で、その多くが酒づくり職人として長年従事してきていることがうかがえる。しかし、女では10年未満の者がほとんどであった。

表1. 出稼ぎ者健康診断での胸膜肥厚陰影

陰影の型	酒造業従事者	その他の業種
Ⅲ b	6 人	1 人
Ⅳ	3 人	2 人
Ⅴ	8 人	0 人
計	17 人	3 人

酒造業以外で多い「出稼ぎ」先は食品製造業、化学工業、建設業で、女では料亭や飲食店も多かった。

アスベスト暴露によって生じたことが推測される胸膜肥厚陰影（大八木、鏡森らのⅢ b、Ⅳ、Ⅴ型）の者は全例男で20人見られた。そのうち17人は酒造業従事者であったが、3人は酒造業以外の「出稼ぎ」者であった（表1）。酒造業以外では紡績、化学工業、建設業で各1人ずつが胸膜肥厚陰影を示した。

酒造業従事者の男235人での経験年数別の胸膜肥厚陰影の頻度を表2に示す。68人の経験年数10年未満の者では陰影保有者は見られず、10-19年の従事者で59人中3人（5%）、20年以上の従事者では108人中14人（13%）で、経験年数が長期になるにしたがって、保有頻度も増加した。酒造業従事者全体では7.2%の頻度であった。

表2. 酒造業従事期間と胸膜肥厚陰影の頻度

期間（年）	従事者数	有所見者数	率（%）
10年未満	68	0	0.0
10-19	59	3	5.1
20-29	55	4	7.3
30-39	30	4	13.3
40年以上	23	6	26.1
計	235	17	7.2

考察と結論：235人の男の酒造業従事者中17人（7.2%）の間接撮影胸部X線写真上にアスベスト暴露によると考えられる胸膜肥厚陰影が見られた。この陰影の出現頻度は、酒造業従事期間が長いほど高くなり、それが酒造業におけるアスベスト暴露の影響であることが確認されたと考える。しかし、本研究では作業個々のアスベストの取り扱い状況が十分調査されていないので、実際のアスベスト暴露程度と胸膜肥厚斑出現との関係はなお明かでない。今後さらに調査をすすめたい。昭和53年以降は酒造業でのアスベストの使用は一般的には行なわれていないが、アスベストによる発ガンは長期の潜伏期間の後に起こるので、酒づくり職人での肺癌や悪性中皮腫の発生について検討をすすめる予定である。

一 般 講 演

(C会場)

藤岡 光夫（島根大学）

1、近年、さまざまな分野で各種調査が実施され、保健医療分野においても多様な調査が実施されている。ところが、これらの調査のために多大なエネルギーが投入されるにもかかわらず、その成果が活動に十分生かされず、一部には調査疲れの傾向さえみられる。

本報告は、保健医療分野だけでなく、地域づくりなどの分野にも対象を広げ、地域課題と結び付いた調査活動、運動の担い手づくりにつながる調査運動の経験に学びながら、今後の活動を考える材料を提供しようとするものである。

2、大阪保健医療研究会の調査運動

1985年から1987年頃にかけて、大阪府の保健所管内、堺市、高石市等で住民の健康実態調査が実施された。この調査は、労働組合が中心となりながらも、住民の健康実態を捉えるという視点で行政の課題として、調査が実施され、住民の立場に立ち、政策課題や保健医療活動の展望、さらに住民自身の運動の展望をさぐるという視点で調査が企画、実施された点において、学ぶべき点が多い。本調査の方法上の特徴を示せば、以下のようなろう。まず、第一に、調査の実施に先立って、地域住民や関係者を集めた地域シンポジウムの開催や各階層のおかれた状況をさぐるための階層別ヒアリングの実施などで関係者、当事者、住民自身のもつ課題、問題を探ろうとした点、第二に、本調査の準備段階として、官庁統計の批判的利用をすすめる一方、保健所に集まる死亡小票の再集計と、死亡小票に基づく死亡者訪問調査を行ない、日常の業務資料の利用や業務上の活動を積極的に生かし、実態把握へ一層接近しようとした点。第三に、本調査が、受け身の調査ではなく、住民が自分自身の問題として調査をとらえ、住民が自ら調査員となり、主体的に調査に参加した点、すなわち調査運動として本調査が展開していった点等であろう。

3、北海道における地域問題と調査運動

さて、当地北海道では、名寄市を中心とする道北地域の地域活性化をめざし、1989年度から名寄市の開発委託研究による研究費の配分をうけ、名寄女子短大道北地域研究所において共同研究「地域農林業を基礎とする地域経済振興の可能性に関する基礎的研究」がはじまっている。本調査は、地域づくり、産業おこしを

めざして調査がはじまったのであるが、ここでは、地域内の階層別の懇談会や町村別、集落別の地域懇談会を実施し、地域住民、各階層の立場からみた生の声を聞きながら、その視点を重視した基礎調査を実施し、同時に担い手づくりをすすめていくという調査運動としての性格を共有している。

また、旭川市の中小企業団体による高速道路の影響調査も、危機感をバネに活動に結び付けようとする興味深い調査運動である。

4、過疎先進県＝島根県における地域課題と調査運動の展開

1989年度より、島根県、鳥取県の中海・宍道湖周辺地域の広域的な地域づくりをめざした、中核都市研究会の調査活動がはじまっている。ここでは、地方の中小都市と農村が共存しながら発展しうる分散型ネットワーク都市をめざしたユニークな調査活動が実施されている。その際、中核的な都市の意向を前面に出さず、各都市、町村部の行政、経済界、住民の意向を聞きながら、可能な方向を探り、同時に地域づくりの担い手のネットワークを強めていくという方向がめざされている。その際、調査に先立ち地域別階層別ヒアリングが積み重ねられ、各界の意向を探りながら、同時に関係者の協力をとりつけ調査につなげていくという方法がとられている。さらに、調査結果は、地域シンポジウムにより、地域の行政、経済界、住民を一同に集めた中で検討し、具体的行動に結び付けるという展望が示されている。それと関連して出雲市青年会議所の広域地域づくり調査運動が興味深い。

5、地域課題と統計調査

住民の健康問題を考える際には、住民の生活や労働、地域事情等を総合的に把握しなければならない。その際、以下の視点がとくに重要と思われる。1、複雑な現象をトータルに捉えるためには、調査を受ける住民の立場に立った視点で統計の調査、加工・利用を行なうことが必要である。すなわち、そこに住む住民自身や直接関わる当事者自身の主体的感性を通じて問題の糸口をさぐるという点である。2、統計調査により実態の記述や説明ができただけでは不十分であり、それが行動する方向と展望を指し示し、行動を引き起こすための契機になることが求められる。

C02 地域における保健婦活動を支援するためには何が必要か

○喜多 義邦¹、前田 博明²、上島 弘嗣¹、岡山 明¹、佐々木 敏³、山川 正信¹

1) 滋賀医科大学保健管理学講座、2) 滋賀県大津保健所、3) 大阪大学医学部公衆衛生学教室

【はじめに】 本調査は、市町村、保健所保健婦およびその他の地域保健に携わる保健婦を対象として、限られた人的資源の中で効果的な保健事業を展開するためには何が必要かを明らかにすることを目的として行った。【対象および方法】 滋賀県内の49市町村保健婦 202名、9保健所保健婦59名、各種公的機関および病院保健婦24名の計 285名を対象とした。調査は、平成2年2月に郵送法によって実施した。回収数は 248 (回収率 87.0%) であった。設問項目は、属性(所属機関、年齢、現在の活動状況等)、活動上の問題点(自由記載)、保健活動を向上させるための必要事項および必要な研修内容等計13項目である。属性および活動状況に関する項目を満足している有効回答数は 228 (有効回答率 80.0%) であった。今回は、市町村保健婦および保健所保健婦について報告する。【結果】 両機関の平均年齢(±標準偏差)は、市町村が 30.8 (±6.8 n=168) 歳、保健所が34.2 (±8.5 n=49) 歳であった。平均実務年数は、市町村が7.5 (±5.3) 年、保健所が 10.5 (±7.0) 年であった。保健事業の活動内容は、保健所では母子、成人、老人および精神保健にほぼ均等に配分されていたのに対して、市町村では主として成人保健が中心であった。表-1 は、市町村および保健所保健婦の活動実施上の問題点である。全体的に市町村保健婦はマンパワーの不足が最大の問題点としており、保健所保健婦では他の機関との連携の取り難さを最大の問題点として指摘していた。保健事業の対象別にみると、市町村保健婦では何れの場合でもマンパワーの不足が指摘されていた。保健所保健婦では老人保健の場合に他の機関との連携の取り難さを指摘するものが有意に多かった。表-2 は、保健活動を向上させるための必要事項である。全般的に、地域保健活動を実施する上での方法論や、その専門的な知識を必要としていることが明かとなった。また、両機関の特徴としては、成人保健を実施する場合に、市町村では保健婦、医師等の高度の専門的知識を持つものを必要としており、保健所では医師会とのより強い協力関係の必要性を指摘していることが明らかになった。【まとめ】 以上より、地域保健活動に内在する問題を解決するには、既存の保健機関や専門的知識を有する者を活かしたネットワークを構築し、保健医療従事者の技術力の向上を図ることが現実的且つ有効な方法と考えられる。

表-1 市町村保健婦および保健所保健婦の保健事業対象別の活動実施上の問題点(%)

カテゴリー	保健事業の対象									
	母子保健		成人保健		老人保健		精神保健		全 体	
	市町村	保健所	市町村	保健所	市町村	保健所	市町村	保健所	市町村	保健所
人 数	38	5	56	6	31	7	0	5	125	23
A 1	5.3	0.0	1.8	16.7	6.5	14.3		0.0	4.0	8.7
A 2	7.9	20.0	8.9	33.3	19.4	14.3		0.0	11.2	17.4
A 3	55.3	40.0	44.6	33.3	45.2	14.3		40.0	48.0	30.4
A 4	15.8	20.0	14.3	33.3	12.9	14.3		0.0	14.4	17.4
A 5	13.2	0.0	8.9	0.0	12.9	0.0		0.0	11.2	0.0
A 6	5.3	20.0	17.9	16.7	19.4	14.3		0.0	14.4	13.0
A 7	21.1	0.0	26.8	16.7	9.7	57.1		60.0	20.8	34.8
A 8	5.3	0.0	12.5	0.0	6.5	0.0		40.0	8.8	8.7

a: Fisherの直接確率計算法により危険率5%以下で有意の差が認められた。
自由記載の形式によって得られた活動実施上の問題点を下記に示すA1からA8までのカテゴリーに分類して解析した。
A1: 地域の健康問題を把握できない
A2: 保健事業の進め方が解らない
A3: マンパワーの不足
A4: 事業の評価が出来ない
A5: 職場内のチームワークがとれない
A6: 自分に力量がない。
A7: 他の機関との連携が取りにくい
A8: 助言者、スーパーバイザーとなる人がいない

表-2 市町村保健婦および保健所保健婦の保健事業対象別の活動実施上の必要事項(重複回答 %)

カテゴリー	保健事業の対象									
	母子保健		成人保健		老人保健		精神保健		全 体	
	市町村	保健所	市町村	保健所	市町村	保健所	市町村	保健所	市町村	保健所
人 数	50	11	72	12	45	15	0	11	167	49
B 1	36.0	45.5	51.4	41.7	51.1	40.0		27.3	46.7	38.8
B 2	30.0	27.3	36.1	58.3	31.1	26.7		45.5	32.9	38.8
B 3	42.0	45.5	37.5	8.3	31.1	26.7		45.5	37.1	30.6
B 4	24.0	27.3	29.2	25.0	35.6	26.7		45.5	29.3	30.6
B 5	32.0	18.2	23.6	8.3	28.9	26.7		9.1	27.5	16.3
B 6	10.0	18.2	16.7	0.0	24.4	26.7		9.1	16.8	14.3
B 7	12.0	0.0	12.5	41.7	11.1	26.7		18.2	12.0	22.5
B 8	20.0	9.1	20.8	0.0	8.9	6.7		0.0	17.4	4.1
B 9	16.0	9.1	9.7	8.3	8.9	0.0		9.1	11.4	6.1
B 10	10.0	9.1	11.1	25.0	4.4	0.0		18.2	9.0	12.2

a: Fisherの直接確率計算法により危険率5%以下で有意の差が認められた。b: カイ2乗検定により危険率5%以下で有意の差が認められた。
活動実施上の必要事項に関する23の設問のうち回答数の多い上位10問について示した。
B1からB10の各カテゴリーの内容は以下に示す通りである。
B 1: 公衆衛生学的な指導助言を受けられる機関や人
B 2: 保健婦活動や公衆衛生活動の実践的な方法論
B 3: 保健婦、医師等常勤のマンパワー
B 4: 助言者となる相談相手
B 5: 職場のチームワーク
B 6: ボランティア等民間のマンパワー
B 7: 地域の医師(医師会)の理解と援助
B 8: 事務職の課長や次長の理解と援助
B 9: 専門保健機関(大学等)の理解と援助
B10: 地域住民の理解と援助

保健所活動と住民要求

～学習を中心にした

高齢者の組織化のとりくみ～

菊地 頌子（東京江東区 深川保健所）

はじめに

保健所については、従来厚生省の出先として存在するのか、或いは住民の健康を守る第一線機関として存在するのか、その姿勢が問われ、行政主導の押しつけ的運営や職員の官僚的、強権的対応、法の枠内で型にはまった仕事しかやらない等々、住民からの批判も数多く出されている。

江東区の保健行政における高齢者のとりくみについては、1975年の都の保健所からの区への移管後何の施策も示されず、ねたきり老人の訪問看護指導等も23区の中では一番遅れて、1983年の老健法にあわせてスタートさせる状況であった。

当時、他区においては様々な高齢者の実態調査が実施され、江東区を含む東部地域では、民主医療機関と保健所保健婦を中心とする「ねたきり老人実態調査」を自主的に行なう等、高齢者の問題が大きく取り上げられるようになっていたが、行政側が何の施策も示さない中で、保健所の行なう高齢者のとりくみとは何なのか保健婦はどのような考え方で、どのようなとりくみを行なったらよいのか、高齢者の問題は保健婦のあり方を考えるきっかけになった。

以下多くの問題をかかえる保健所にあって、私達保健婦がどのように高齢者の生活実態をとらえ、高齢者と連帯したか12年間のとりくみを報告したい。

“仕事おこし”＝福祉会館での健康相談活動

私達が最初に結びついたのは、管内に3ヵ所ある福祉会館の福祉指導の職員であった。

利用者が「老稚園」と呼び、浴室や娯楽室を備えた福祉会館には、常時100名前後の高齢者が出入りしているが、病弱者の多い高齢者との接触や、浴室の衛生管理に問題をかかえていたので、保健所職員の援助は会館側にとっては大歓迎であった。

一方保健婦にとっては、高齢者の様々な調査結果は出されているものの、現場で働く者にとっては余り参考にはならず、高齢者の本当の生活実態をつかむ良いチャンスであり、1978年から月1回の健康相談と衛生教育の仕事をスタートさせることにした。

福祉会館の健康相談のプログラムには、浴室や衣服の衛生については環境衛生監視員に、菓子類のカビや高齢者に多い食中毒の防止については食品衛生監視員に、入れ歯の問題については歯科衛生士、食事のとり方、作り方については栄養士といった具合に保健所職員

の出番をつくり、保健所全体のかかわる仕事にしたが続けていく中で、「福祉会館は高齢者にとって娯楽施設でよいのか」という疑問が福祉指導員と保健婦の間で出されるようになった。

このため「老人は変わる」の著者で、長野県伊那市で民間の社会教育施設「楽生学園」を開いている小林文成氏や、松川町で社会教育主事として保健婦とともに老後を考えるグループを組織している松下拡氏を訪ね、高齢者に対する考え方を学んだ。

特に健康教育のあり方については、高齢者自らの学習を支える保健婦の役割について助言を受け、高齢者へ

の支援は“看護”の視点からしか考えのなかった私達に、健康に生きるための生き方やくらし方を学習するこの学習への支援が公衆衛生では重要であることの示唆を受けたことは、大きな収穫であった。

グループづくりと本音の話し合い

社会教育関係者からの学びの中で、健康相談については、これ迄の「保健婦対利用者」の関係から、利用者同士の話し合いの場になる様グループ化した。この結果お互いの生活体験や、家族の問題、住宅、食事の問題等、高齢者同士が次第に心を開いて話し合うようになり、保健婦にも高齢者の生活の実態がよりつかめるようになって、要求も表面化するようになった。

以上のとりくみから、これ等の高齢者の要求に対し江東区政の現状はどうか、又どうあるべきかを検討する必要が生まれ、区内に働く保健婦や福祉事務所のホームヘルパー、老人担当のケースワーカー、区役所の福祉課の職員、診療所の職員、特養ホームの職員、開業医等の参加で、1983年に自主的な研究サークル「江東区老人問題研究会」が発足した。

次ぎの年には、労組の役員の経験のある退職した人達と、地域の住民が中心になって、老後の保障を前進させる運動体としての「江東区老後をよくする会」が発足。区内の施設や都内の高齢者施設の見学や、老後の考え方、制度の学習等を積み重ねる中で区への要求運動も次第に活発になった。

「もの言わぬ高齢者」、「すべてお上のいう通り」といったイメージの強かった下町の高齢者が、一連の学習のとりくみによって大きく変化した。

高齢者の要求は、「特養ホームの建設」、「区営の高齢者住宅の建設」、「特養ホームにボケ老人専用ベ

ットの確保」、「給食サービス制度の改善」、「緊急通報システムの導入」、「老人入院見舞い金制度の新設」、「高齢者施設の改善」、「高齢者への仕事のあっせん」等々、毎年活発に出されるようになったが、高齢者施設の改善要求では、区に対する住民監査請求の第一号となった。

高齢者の対区要求書には、保健婦の増員要求も必ずつけ加えられるようになり、保健所で実施するようになったリハビリ教室にはボランティアとして参加。難病や脳卒中後遺症者等中途障害者のための作業所づくりには、中心メンバーとして活躍し、「すこやか作業所」を誕生させた。

1989年の春には、区内の老人クラブもまきこみながら、「第1回江東区高齢者集会」を開き、仕事、年金、施設づくり、健康医療等の分科会をもって話しあい、今年の5月には「第2回」を継続させた。

この集会には、チラシをみただけで参加する住民が多く、本音の発言が次々に出されて、高齢者の実態がより深く掘り下げられるようになった。

まとめ

12年間のとりくみの中で、今地域の高齢者の人達は受動的な態度から行動する高齢者に大きく変わりつつある。保健婦の場合、従来高齢者の援助については一方的に“手をさしのべる”対象としかみず、特に老健法以後はねたきり老人の訪問看護指導や、医療福祉機関の連絡調整に追われることが多い。しかし、地域にはこれ等の対象にならない高齢者が圧倒的に多いわけで、沢山の問題をかかえながら生活している。

高齢者の健康の問題は、高齢期をどのように迎え、どうくらししていくかの課題をぬきにしては考えられず、“まちづくり”の課題とも連動させながら、自分達の問題に気づく集団での学習を主体とするとりくみは、これ迄の個別支援のとりくみでは体験できなかった、住民と保健婦とのつながりを深めるものになった。又、高齢期の問題を高齢者自らが主体的に受けとめ、行政に参加する行動の変化は、高齢者の力を知る保健婦の学習の場にもなった。

とりくみの結果高齢者はどのように変化したか、目に見えるもので現すことは困難であるが、保健所を利用する高齢者の数は着実に増え、衛生教育の人集め等には苦勞することがなくなった。保健所は高齢者に身近な存在となったことは確かである。

このとりくみの経験から、医学的知識や看護技術を「与える」活動から保健婦がどう脱皮していくかが、今後の公衆衛生の動向に少なからず影響を及ぼすのではないかと考えている。

○一條優子（江北保健相談所）

1 はじめに：下請け零細企業(下水道工事)の従業員に結核の集団発生を見た。なぜこのような事態が起きるのか、これをどのように考えたらよいかを検討したので、報告します。

2 発見された経過：A氏は昭和63年1月より咳、痰、熱の症状があり、同7月より下痢がひどくなり、体重が57kgから50kgへ減少した。同僚のF氏の保険証を借り、近医を受診した。重症結核と診断され即日入院となる。しかし保険証を借りていることがこわくなり、病院を夜逃げして行く方不明になる。8日後にアパートにかくれているのを発見された。

8月に同業者8名の検診を施行したが、A氏以外に4名の結核患者が発見され、そのうち2名は入院となった。なおH氏はA氏より半年前から結核の治療を開始していた。

平成元年12月に、全員が引越してしまった。

3 検診結果の特徴：検診結果の概要は表に示したとおりです。

4 発見と治療が遅れた理由：早期発見・早期治療の対策が困難であったと考えられる事例であるが、その理由とし

て次のようなことがあげられる。

1) 日雇労働者であり、収入を断たれると生活が困窮しがちになる状況があり、無理をして働く傾向にあった。

2) 現場が定まっておらず、近県への遠出が多く、また休みが少なく不定期であり（雨の日が休日である）、受診の機会がなかなかもてなかった。

3) 保険証がないために、受診が困難であった。

4) 重激な労働に従事し、酒などの娯楽で疲労を忘れるということが多く、健康についての積極的な態度をもちきれなかったことが多いと考えられた。

5) 企業の行なう検診は昭和60年と61年に実施しているが、62年以降は行なっていない。

5 まとめ：この例は、① 寮生活を送る下請け労働者に重症例も含む結核が集団発生した、② 発見と治療が遅れた、③ 追跡やフォローなどの対策が困難であった、などの特徴を示している。まれなケースと思われるが、いくつかの条件が重なって集団発生にいたったと考えられた。

謝辞：先任の担当者の努力に負うところが大きく、発表に当たり深謝いたします

検 診 結 果 一 覧 表

例	年齢	家族	雇用時期	X-P結果	合併症	酒	タバコ	住民票	保険証
A	36	田舎に 兄弟	S60-61 の間	bⅠ ₃ (G6) 63.7-λ ₂	BD166/108	◎◎	◎	×	×
B	55		S60以前	bⅢ ₂ 63.8-入院	糖尿病 BD185/105	◎	×	○	○
C	49		S60-61 の間	bⅡ ₂ (G6) 63.8-λ ₂	BD153/116	◎◎	○	×	×
D	35		S61-63 の間	○B	なし	◎	◎◎		
E	53		S60以前	○B	尿糖(++) 尿蛋白(++) BD185/82	◎	○		
F	29	田舎に 両親	S61-63 の間	○B	なし	◎	○	○	○
G	36		S60以前	○B	食道静脈瘤 破裂0pe BD153/105	◎	◎		
H	41		S60以前 責任者	ⅠⅢ _{1pl} 63.2-	食道静脈瘤 破裂0pe BD132/84	◎	○	○	○
I	39		寮の賄い	ⅠⅡ ₁ 63.8-	なし			○	○

○三田 優子, 山崎 喜比古, 園田 恭一 (東京大学)
大島 巖 (国立精神・神経センター精神保健研究所)

【はじめに】

セルフ・ヘルプ・グループ（以下、SHG）の動きは、欧米では1960年代から注目され、わが国にはようやく理論のみが取り入れられ、身体障害者、慢性疾患患者のSHGの研究、実態報告はみられるようになってきたのが現状である。SHGは、専門家による援助とは違った援助機能をもっており、当事者の病気以外の生活や環境を変えていく可能性をもった活動といわれている。しかし、これまで精神障害当事者のSHGに関しては、その実態はほとんど明らかにされていない。本研究は、全国配票調査と事例調査の2つの調査から、慢性分裂病者を中心とした精神障害回復者の当事者グループの実態を、SHGと呼ぶに値する実態をもっているのかを含めて考察することを目的とする。

【対象と方法】

（財）全国精神障害者家族会連合会が把握した224の精神障害回復者の当事者グループを対象に、質問紙を郵送し、143グループから有効回答を得た。また事例調査は、地域的なバランスを考え、23のグループを対象とし、リーダーを中心にききとった内容をアフターコーディングしまとめた。

【結果と考察】

①会の地理的遍在とそれにかかわる要因を考察したところ、グループ数の多い北海道、宮城、栃木、東京、神奈川に共通の特徴として、県レベルの連合会があることと、活動の歴史の古い会があることが指摘された。

②会の発足結成の年には1973年と1979年から1985年との2峰性をもち、これは精神医療にかかわる時代的背景によるものと推察された。

③メンバー構成と代表者の組合せでグループの類型化を行ったところ、1)当事者と専門家で代表者が当事者（27%）、2)当事者と専門家で代表者がいない（21%）、3)当事者のみで代表者が当事者（19%）、の順に多く分布していた。

④専門職との関係では、会の発足、会員の照会では専門家の働きかけは不可欠といえるほど大きかった。しかし、専門家がメンバーとして加わっている場合は少なく、当事者が希望するか、専門家の配慮が働くからかして、ある程度距離をおいた関係であった。また、専門家や専門機関を離れることが、会の発展上の転機になっていた。

⑤組織としての確立度に関しては、精神障害回復者の当事者グループでは、代表者のいない会が多いという特徴がみられた。類型別にみると、代表者のいない会では確立度が低く、これは専門家が代表者である会にも同様にみられた。

⑥活動は平均的には、月に1回例会を開催し、会員同士相談し合い、入院見舞いをし、場があると、毎日のように集まっているグループもみられた。行事では、新年・忘年会、レクリエーション、文集の発行が主なものだった。また、当事者グループ間では活発に交流が行われており、当事者グループを基盤に地域に出ていく可能性も示唆された。

⑦当事者グループの意義は、1)会が安らぎの場であること、2)自己確立をする場になっていること、の2つが明らかになった。精神病院入院体験を共有している仲間との会は、リラックスできる貴重な場で、その中でSHGのヘルパー・セラピー原則が働き、「自分も他人のために何かできる」という経験を通して自ら援助されるのである。これらは精神障害回復者にとって他では得にくいものといえ、当事者グループの意義は大きいと考えられる。

⑧後継者問題、経済問題という課題を抱えながら活動している会が多く、SHGの基盤にかかわる経済的援助や、リーダー育成等の教育的援助を整えていくことが必要とされている。

⑨当事者は、当事者グループの今後について、当事者以外の人をも巻き込んで、より活発になっていくことを期待していた。

【まとめ】

これまで明らかにされなかった精神障害回復者の当事者グループの実態を最初の会が発足後20年以上経過した時点でようやく明らかにできたと考える。米国のように全国的な組織として、社会運動の一端を担うには時間を要すると思われるものの、わが国にもSHGの要件を備えた会が存在し、専門家や専門機関では得られにくい援助機能をもっていたことも確認された。今後は、ようやく自ら声を発し始めた精神障害回復者のSHGと「生活の質」との関係において検討される必要があろう。

宮城厚生協会泉病院
録町診療所

○彦坂 直道
町田 光子

1988年、仙台市は、17年ぶりに農薬の空中散布（以下空散と略す）を再開した。我々は、空散の人体への影響の調査をし空散が人体に悪影響を及ぼしているとの結果を得て昨年の本集会で報告した。その後、この結果を示し、仙台市農協に空散は有害であり、中止すべきとの申し入れをしたが、折り合わず、89年も空散がおこなわれたので、今年もアンケート調査を行い、より決定的なデーターを得るため横浜国立大学環境科学センターに、飛散濃度測定、大気中、水中の農薬濃度の測定を依頼した。以下調査結果を報告する。

一、調査内容と方法

空散は、今年も四回行われたが、我々は、この1回目のフサライド散布時に、調査を行った。

（1）健康への影響アンケート調査

空散前に、対象地区住民に、散布時にいた場所、散布後に起きた自觉症状、症状の程度、その持続状態を記入するアンケート用紙を配布し、空散終了後2～3日後に回収した。アンケートは、1136枚配布、1074枚を回収。回収率は94.5%ときわめて高かった。

（2）環境調査

図に示めた場所で、飛散調査、水質調査、大気汚染調査の検体を採取した。

1、飛散量調査

図のように、空散田をとりまく位置で、空散田よりの距離が、約100 mごとになるような場所58か所を選び、直径7 cmの濾紙を2枚ずつセットでおき飛散農薬を吸着し検体とした。

2、水質調査

プールの水、その付近（図のA B C D E F G）、空散後40匹のうち9匹の金魚死んだ池（H）より採集。

環境調査の検体採取場所、農薬飛散量マップ

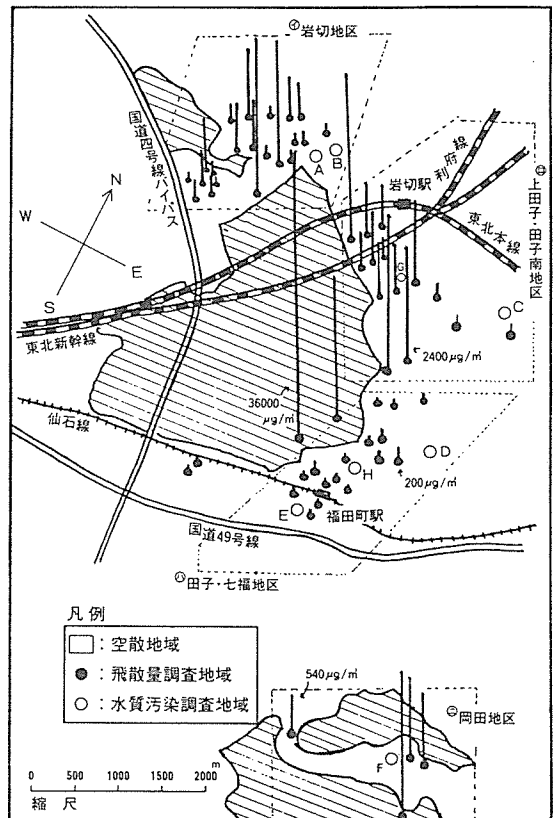


表-1：農薬の飛散量調査結果

地域		最寄りの水田からの距離				飛散濃度			
		水田の中	100 m	300 m	500 m	1000 m	1000 m	1000 m	1000 m
イ 地域 岩切	平均濃度	950	3902	299	512				
	最低濃度		210	140	80				
	最高濃度	1	15000	390	1000				
ロ 地域 上田子南	平均濃度		3558	978	837	265	70		
	最低濃度		160	190	160	250			
	最高濃度		16000	2400	1800	280	1		
ハ 地域 田子福	平均濃度	36000	151	185	159	67			
	最低濃度		80	130	94				
	最高濃度		280	310	200				
ニ 地域 岡田	平均濃度	2200	540	850					
	最低濃度			700					
	最高濃度		1	1000					

3、大気中農薬濃度測定

図のイロハの4か所で手動ポンプを用い大気を4 L採取した。検体は横浜国立大学環境科学センター樋田によりガスクロマトグラフ質量分析計により分析された。

三、調査結果

1) 農薬飛散量

図に各測定点の飛散量を、棒の長さで示した。当日は風速は1.1 mと、穏やかであったが、風下のイ)ロ)ニ)で飛散量が多く、風下のハ)地区でも低濃度だが、飛散がみられた。表1には各地域の飛散濃度を示した。測定値は表のように同じ水田中で950 - 36000 $\mu\text{g}/\text{m}^3$ とバラツキがあったが、これは、散布液が、霧状でなく、粒子の大きな高濃度ゾルであること、ヘリコプター散布という方法の持つ散布むらによるものと思われる。そこで各地域を水田からの距離で区分して各区ごとの平均値を取って比較した。結果は平均値で風下と風上では明らかな差が見られた。風下の地域では散布田から500 m離れていてもかなり高濃度であった。

2) 水質調査

表2。金魚が死んだ池の水の濃度は、8.7 ppb であった。それとひかくしてみると、岡田小学校のプールの460 ppb は、金魚が死亡した池のみずの50倍であり、プールに入る児童への影響が危惧される結果であった。

3) 大気汚染調査

表3。風下のロ)の地区で午前10時でも0.1 $\mu\text{g}/\text{m}^3$ と無視できない濃度で検出された。夕方の測定濃度が、午後よりも高い傾向のは、加藤らが立証しているように¹⁾、農薬の散布後の再揮発によるものと思われる。

4) 自覚症状調査

表4。アンケートの回答者居住地を飛散量の多かった高度飛散群と、軽度であった軽度飛散群、空散時に出勤していたり、種々の理由で不在であった農薬の飛散の影響を受けなかった無飛散群に分けて、自覚症状の頻度を見ると、無飛散群にたいし高度飛散群は1%以下、軽度飛散群は5%以下の危険率で、自覚症状発生頻度は、有意に高く、また、高度飛散群と、軽度飛散群の間にも自覚症状の発生率に差のある傾向があり、自覚症状が、農薬の飛散により起き、その起き方は、飛散濃度依存性であることをうかがわせる結果であった。自覚症の内容および頻度は、表五。喉がいたい、鼻汁、くしゃみ湿疹など皮膚粘膜刺激症状が主で、頭痛、頭重、など急性中毒症状、咳やたん、喘息が起きた、など呼吸器症状もみられた。全体で、何等かの症

状が起きた人は103 人(9.5%)。程度は軽症であったが、症状が強く医師を受診した人も8人いた。

三、まとめ

以上2年目の農薬空散の人体および環境への影響調査について述べた。主に調査結果を重点的に述べたが運動の面でもいろいろな教訓を得た。住民の疑問に答えできるところから取り組み、運動の広がりの中で、研究機関の協力も得られより核心にせまる調査もでき、それが運動を広げていく力になった。これからいろいろな機関と協力しながら幅の広い取組にしていけることが大切と思う。

表-2: 空散後の水質汚染

採 水 地 点	フサライド濃度 (ppb)
A 岩切小学校プールの水	nd
B 岩切小学校裏用水路	15
C 新田、山王小学校プールの水	nd
D 田子小学校プール脇に置いたバケツの水	0.9
E 高砂小学校プールの水	nd
F 岡田小学校プールの水	460
G 上田子住宅地	1.7
H 金魚が死んだ池の水	8.7

ndは不検出 (<0.5 ppb)

表-3: 飛散程度別の自覚症状発生率

症 状	人数	発生率%	症 状	人数	発生率%
吐き気	4	0.4%	鼻水、くしゃみ	25	2.3%
腹痛、下痢	8	0.7%	喉いたい	27	2.5%
頭重、頭痛	38	3.5%	咳、たん	17	1.6%
ふらつき	1	0.1%	喘息がおきた	2	0.2%
だるさ、食欲低下	13	1.2%	湿疹	18	1.7%
目がかゆい	34	3.2%	その他	2	0.2%

回答者総数=1074人、自覚症状の起きた人=103人(9.5%)

表-4: 起こった自覚症状の内容

	対象者数	自覚症状発生率
高度飛散群(イ、ロ、ニ地域)	465	12.5%
軽度飛散群(ハ地域)	489	8.4%
無飛散群(散布時に不在の人)	120	3.3%

* $p < 0.05$ ** $p < 0.01$

鈴木 和 仁（北海道勤医協黒松内診療所）

（はじめに）

1978年10月9日に放映されたNHK特集「警告！子どものからだは蝕まれている」は、子どもたちの中から「おかしさ」が広がっていることを報告し各界に大きな衝撃を与えた。1984年2月の追跡調査では、78年に指摘されたおかしさが質的にも量的にも拡大していることが報告され、その中で特にアレルギーが「最近増加しているからだのおかしさ」のトップとなった（表1）。一方小児科医療においても、近年のアレルギー疾患の増加にはめざましいものがある。そこで我々は、以下の目的で調査を実施し、興味深い結果が得られたので報告する。

1) 小児のアレルギー疾患罹患実態の推測、2) アレルギー疾患様愁訴の有無による生活行動の相違を明らかにする

（対象・方法）

調査は小学2年・4年・6年、中学2年、高校2年を対象とし、1985年7月に一斉に実施した。調査協力校及び対象者数は、北海道が小学校47校2141名、中学校41校1178名、高校17校589名、合計105校3908名、さらに岐阜京都の小中学校13校750名となった。この調査で用いたアレルギー疾患スクリーニング質問項目は、井上らが伊豆大島で実施した質問紙の内容を一部転用し、診断基準も同調査に従った。（表2）

（結果）

1) アレルギー疾患罹患実態について

アトピー性皮膚炎・気管支喘息・アレルギー性鼻炎・アレルギー性結膜炎のいずれかの疾患様症状を持つ子どもの割合は、北海道では小学2年54.7%、4年56.5%、6年51.1%、中学2年51.9%、高校2年54.0%であった（表3）。岐阜京都についても全体的傾向はほぼ同様であった。

2) アレルギー疾患様愁訴の有無による身体症状の相違

消化器症状では「よくお腹がいたくなる」「よく吐き気がする」という項目で、小学6年を除きアレルギーを持つ子どもの愁訴が有意に多かった。また全身症状では「疲れやすい」が全学年で、「よく喉が痛くなる」が高校2年を除いた学年で、さらに「よくたちくらみする」が小学6年・高校2年を除いた学年で、そ

れぞれ有意差を認めた（表4）。

また養護教諭の観察による身体症状では、小学2・4・6年で「肌がカサカサしている」、中学2年・高校2年で「肘ウラ膝ウラに湿疹がある」が有意差を認めた。

3) アレルギー疾患様愁訴の有無による既往の相違

保護者の回答による乳児期の様子では、「よく湿疹ができた」「咳（ゼーゼー）をくりかえした」について、全学年ともにアレルギーを持つ子どもの既往が有意に多かった。

（考案）

1985年に実施したこの調査では、アレルギー疾患様の愁訴を持つ子どもの割合がどの学年も50%を超え、北海道においては子どもたちの2人に1人が何らかのアレルギー症状を訴えている事を示した。伊豆大島の調査では、表5のような結果となっているが、質問紙によるアレルギー疾患様愁訴率は、臨床診断によって算出される罹患率と比較して高くなることが報告されている。気管支喘息の質問紙による愁訴率は大島では9.5%であるがRAST等の検査所見を加えた臨床診断による罹患率は6.8%であった。しかし「アレルギー疾患」と診断されなくても、同様の症状を訴える子どもたちが高い割合で存在することが今回の調査で明かとなった。また今回の調査は84年2月のNHK調査結果を裏付ける結果となった。その後同じ質問紙を使用したアレルギー実態調査が、1988年8月岡山市で、1989年10月北海道渡島管内で取り組まれた。ばらつきはあるがほぼ同じ傾向を示した（表6）。

次に身体症状とアレルギー愁訴との関係では、頭痛・腹痛・疲れ・たちくらみなどの訴えで有意差がみられ、この他起床時の疲れ感・風邪のひき易さ・寝つきなどでも有意差が認められた。これらの症状は、NHKの実感調査でもからだの「おかしさ」の上位にランクされている。こうした不定愁訴とアレルギー疾患の関連については、Speerがアレルギー性緊張弛緩症候群という疾患概念を提唱しているが、その原因が高度経済成長以降の子どもを取り巻く環境の激変（環境汚染・受験戦争・夜型生活・食品汚染・消費文化…）にある点で共通しており（表7）、詳細については今後とも検討が必要である。

表1. 最近増えているからだのおかしさ
<小学生・全国>
(1984年2月、全国小学校1500校対象、NHK・日体大体育研究所による)

	84年調査	78年調査
1. アレルギー	77.0%	26%
2. 背中ぐにゃ	75.7	44
3. すぐ「疲れた」という	73.3	(-)
4. 朝からあくび	62.4	31
5. ころんで手が出ない	59.9	20
6. 腹痛・頭痛	57.9	(-)
7. ボールが目にあたる	56.2	9

数値は養護教諭の回答率、(-)は78年に調査されなかった項目

表2 アレルギー疾患診断基準

疾患名	質問項目	診断規準
アトピー性皮膚炎	1. 赤ちゃんの時、湿疹ができた 5. 現在も湿疹ができています	両方に「はい」と答えた人
アレルギー性結膜炎	1. 眼が赤くなることがある 2. 眼をこするくせがある	両方に「はい」と答えた人
アレルギー性鼻炎	1. はなが出たり、つまったりする 2. ある特定の時期に鼻水が出やすい	1又は2に「はい」と答えた人
気管支喘息	2. せきが出てとまりにくい 5. ぜんそくのけがある、といわれた 6. 気管支喘息といわれた 7. ぜんそく性気管支炎といわれた 8. 運動をするとせきがでる 9. せきで長期間薬をのんだ	6又は8に「はい」と答えた人、及び (2と5), (2と7) (5と9), (7と9) いずれかの組合せに「はい」と答えた人

表4. アレルギー愁訴と身体症状

①よく腹痛	小2・小4・	中2・高2
②よく吐き気	小4・	中2・
③よく下痢、便秘	小2・小4・	
④疲れやすい	小2・小4・小6・	中2・高2
⑤よく肩が凝る	小2・小4・	高2
⑥よく頭痛	小2・小4・	中2・
⑦よく喉が痛い	小2・小4・小6・	中2・
⑧よく腰痛	小2・小4・	中2・
⑨よくたちくらみ	小2・小4・	中2・

上記はアレルギー様愁訴の有無と身体的症状の間で有意差を認めた学年

表5. 大島におけるアレルギー疾患有病率
N=1820

	人数(人)	%
アトピー性皮膚炎	115	6.4
アレルギー性結膜炎	96	5.2
アレルギー性鼻炎	431	23.7
気管支喘息	173	9.5
(総)アレルギー	616	33.4

表3. アレルギー疾患様症状愁訴率(北海道)

学年	小2	小4	小6	中2	高2
1. アトピー性皮膚炎	59(6.4)	46(4.9)	30(3.3)	29(2.3)	14(2.2)
2. 気管支喘息	214(23.2)	223(23.5)	180(19.6)	212(17.1)	106(16.8)
3. アレルギー性鼻炎	304(33.0)	338(35.7)	305(33.3)	430(34.7)	227(35.9)
4. アレルギー性結膜炎	162(17.6)	174(18.4)	119(13.0)	181(14.6)	94(14.9)
(総)アレルギー	504(54.7)	535(56.5)	469(51.1)	643(51.9)	341(54.0)

表7. アレルギー疾患の増えた理由

- 生活環境の変化
 - ①ホコリ・ダニ・カビの家庭内での増加
アルミサッシ等で密閉性と湿度が高まった
ジュタン・カーテンの普及
コンクリート住宅の増加
エアコン等(フィルター)の使用の増加
 - ②大気汚染(排気ガス・排煙等)
 - ③宅地化による緑への影響
花粉の異常発生
 - ④衣類(合成繊維等)の変化
 - ⑤その他
合成の石鹸・洗剤・入浴剤・化粧品
合成樹脂による建材・家具
座敷内ベットの飼育

表6. アレルギー疾患様症状愁訴率(上磯町)

学年	小2	小4	小6	中2
1. アトピー性皮膚炎	7(4.6)	6(3.5)	7(3.9)	1(0.8)
2. 気管支喘息	24(15.9)	26(14.9)	31(17.3)	22(16.9)
3. アレルギー性鼻炎	52(34.4)	77(44.3)	89(49.7)	57(43.9)
4. アレルギー性結膜炎	11(7.3)	23(13.2)	22(12.3)	17(13.1)
(総)アレルギー	65(43.1)	88(50.6)	108(60.3)	69(53.1)

- 食生活の変化
 - ①牛乳・卵・大豆(製品)の摂取量の増加
 - ②パン・菓子等で小麦の摂取量の増加
 - ③清涼飲料水で糖分・色素の摂取量の増加
 - ④農薬・抗生物質(養殖・飼料)の使用量の増加
 - ⑤食品添加物の使用量の増加
 - ⑥給食制度の実施
 - ⑦妊娠・授乳中の牛乳・卵・大豆の摂取量の増加
 - ⑧離乳食開始年齢の早期化
 - ⑨母乳育児の減少
- その他

○片平 洸彦, 佐藤 嗣道 (東医歯大)

1. はじめに

第1報¹⁾では、米国における初期のエイズ発生報告と関係機関の対応につき解明し、米国では血友病患者が凝固因子製剤を用いることによるエイズ罹患の危険性は、1982年7月に注意が喚起され、1983年1月から3月にかけ相次いで警告が出されていることなどを指摘した。それでは、こうした情報・警告は日本にはいつ頃、どういう形で伝えられていたのだろうか。また、現在に至るまでの日本の血友病患者のエイズ感染・発症の経過・実態はどのようなものであろうか。これらの問題につき、第2報として解明を行った。

2. 日本における血友病患者のエイズ感染・発症の実態

1) 1990年2月末時点での実態

厚生省エイズサーベイランス委員会の報告によると、1990年2月末日現在、日本のエイズ患者は189人、エイズウィルス(HIV)感染者数は1170人である。このうち、血友病患者が関係する凝固因子製剤によるとされているのは、「HIV感染者発症予防・治療に関する研究班」の調査で、患者122人(患者全体の65%)、感染者1005人(感染者全体の86%)である²⁾。

このように、第1報でも指摘したが、日本ではエイズは医薬品としての凝固因子製剤の感染による薬害として特徴づけられるといえる。

2) HIV感染血友病患者の感染経過

それでは、日本の血友病患者のうち、HIVに感染した患者の感染経過はどのようなものであろうか？

血友病患者のHIV感染の歴史的経過は、患者の保存血清のHIV抗体測定をすることにより明らかにできるが、この方法によると、抗体が最初に陽転した時期としては、Iizukaら³⁾は1980年、三間屋ら⁴⁾は1981年9月、柏木ら⁵⁾、嶋ら⁶⁾は1983年であると報告している。そして、抗体陽転率が30%を超えたのは、Iizukaら³⁾は1983年から、三間屋ら⁴⁾は1982年からとしている。これらの報告から、日本の血友病患者がHIVに感染したのは1980年以降であり、1982年頃からその数が急増したものと考えられる。

3) エイズ発症血友病患者の発生経過

次に、前記のHIV感染者のうち、エイズの症状が発生した人は、いつからそうした症状を起こしたので

あろうか。また、そうした人が増加したのはいつ頃からであろうか。

日本の血友病患者がエイズ症状を発症したことが疑われる最も古い報告は、マスコミの紙上では、1983年7月12日付朝日新聞朝刊である。すなわち、同紙の紹介によれば、この患者は「安部英・帝京大教授が30年来治療を続けていた血友病Bの50代男性患者」で、「昨年(1982年春)頃から、原因不明の発熱があり、発しんや腹痛、ひ臓やリンパ節のはれなどが新たに加わり、東京・板橋の帝京大病院に入退院を繰り返していた。最後は非常にやせ、血清肝炎も併発、黄だんが出て、今月初め、呼吸不全のため亡くなった。」という。しかし、この症例は、7月19日に安部教授も出席して開かれた厚生省のエイズ調査研究班では「エイズと断定できず」とされた(このときは年齢は48才と報じられている⁷⁾)。

ところが、その後1年8ヵ月を経過した1985年3月21日、朝日新聞は「日本にも真性エイズ」との見出しで、安部教授の2人の血友病患者(既に死亡)が同教授により「真性エイズ」と診断されたとの報道を行った。これら2例の詳細は、1985年5月発行の「代謝」⁸⁾に安部により報告されているが、2例中1例は「48歳、男子、血友病B患者で、永年血液凝固第IX因子製剤の輸注を受けたが、1981年8月頃から反復性発熱が現われ……各種の症状、すなわち激しい疲労感や脱力感、リンパ節腫脹、肝脾腫、下血、胃腸症状、特異的な日和見感染(カンジタ症)をおこし、種々治療を受けて入退院をくりかえすうち1983年7月に体重減少、全身衰弱で死亡した。」と記載されている。先の83年7月12日の朝日記事とは年齢および発熱の開始時期が一致しないが、血友病Bであり、死亡時期が一致すること、1983年7月19日の時には48才と報じられていることからすれば、朝日記事の症例と同一と考えられる。

そして、1985年5月30日の厚生省エイズ調査検討委員会は、上記症例を含む血友病患者3人をエイズと認定した。これが日本での血友病患者のエイズ発症認定のはじまりで、以後認定数は年を追って増加し、第1節に記したような数に達するのである。

3. 輸入血液製剤のH I Vによる汚染の予見可能性

それでは、米国から輸入している血液凝固因子製剤がH I Vに汚染されている可能性があるという情報は、いつ頃、どのような形で伝えられたのだろうか。あるいは、そうした危険性は、どの時点で予測が可能だったのだろうか。

第1報で、片平は、米国では血友病患者の中にエイズが発生したことを報じたのは1982年7月16日付のMMWR誌上が最初であることを指摘した。このMMWR誌は週刊で、日本でこれを購読している医学者等はこの記事にすぐに目をとめたと考えられる。

日本で一般の人に対して、米国で「『免疫性』壊す奇病」が広がっており、その中に血友病患者も含まれているとの報道がされたのは、1982年7月20日付の毎日新聞においてである。この記事は、7月18日付「ワシントン・ポスト」を引用する形で、7月8日現在471人の患者が確認されうち184人が死亡したことを伝え、「患者はほとんどが同性愛愛好者の若い男性。しかしその後、重度の麻薬常用者や血友病患者などにも広がり始めている。」と記している。この記事は日本では初の米国におけるエイズ発生に関する報道と考えられるが、その中に「血友病患者などにも広がり始めている」と記載されているのである。

以上の事実から、1982年7月以降、日本の医学関係者や血友病患者などは、米国における「奇病」エイズの発生に関心を払い、これが日本においても発生することの危険性に注目したと考えられる。

しかしながら、米国におけるエイズ多発の事実から、米国産血液製剤が危険である可能性がある、という意味での予見可能性が生じるのはいつの時点か、今後さらに検討が必要である。

文献

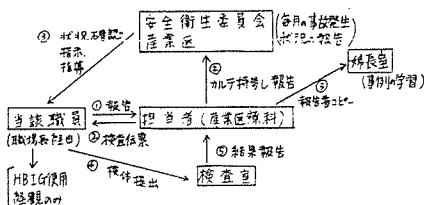
- 1) 片平洸彦：エイズジャーナル，2(1)77，1989.
- 2) A I D S情報ファイル(47)，日医新報，No.3444: 112，1990.
- 3) Iizuka, A. et al.: Br. J. Haematol. 65:249, 1987.
- 4) 三間屋純一ほか：臨床血液27(6)866，1986.
- 5) 柏木征三郎ほか：エイズ研究会第1回学術集会抄録，44，1987.
- 6) 嶋裕子ほか：奈医誌38:318，1987.
- 7) 読売新聞，1983年8月20日朝刊.
- 8) 安部英：代謝22(5):254，1985.

○横矢 喜代恵（石川・城北病院）、服部 真（石川・健生病院）

1) はじめに：医療従事者がB型肝炎に感染する機会は一般人よりも多く、現在では各医療機関において感染予防対策を構っている所も少なくないのではないと思われる。当院においても1976年に初めて予防対策が作成され現在はその改訂版(1983年)に従い、安全衛生委員会のもとで対策にあたっている。血液汚染事故(以後、事故)発生が増加する中、改善の決め手はなかなか難しいがこれまでの傾向をまとめたので報告する。

2) 方法：当院では事故が発生した場合、直ちに職場長を通じて担当科に連絡をし、同時に産業医に報告のうえ状況把握と処置が決定される。必要な場合はHBIGを使用する。更に全員が月1回の採血によって1年間の経過観察を行なう。(図参照)

〈事故発生後の処理〉



今回1984年～1989年に報告のあった120件についてまとめた。

〈職種別報告件数〉

	合計	1984	1985	1986	1987	1988	1989
医師	10 (8.3)	3 (22.0)	1 (10.0)		1 (6.7)	2 (5.9)	3 (9.3)
看護	2 (1.7)	1 (6.7)				1 (2.9)	
検査	4 (3.3)		1 (10.0)		1 (6.7)	2 (5.9)	
透析師	1 (0.8)						1 (2.9)
計	10 (8.3)	4 (33.3)	2 (20.0)	1 (10.0)	2 (16.7)	3 (23.1)	4 (33.3)
看護	33	3		2	7	10	11
検査	61	9	7	7	5	17	17
透析	8		1	1		2	4
不明	1				1		
合計	120 (100.0)	15 (12.5)	10 (8.3)	10 (8.3)	15 (12.5)	34 (28.3)	36 (30.0)

〈汚染部位別〉

	合計	1984	1985	1986	1987	1988	1989
指	78 (65.0)	9 (56.3)	5 (50.0)	4 (40.0)	7 (46.7)	24 (70.6)	30 (83.3)
手	5 (4.2)		1 (10.0)	3 (30.0)	1 (6.7)	1 (2.9)	
目	3 (2.5)			1 (10.0)			1 (2.9)
膝	2 (1.7)	1 (6.7)				1 (2.9)	
足	2 (1.7)				1 (6.7)	1 (2.9)	
上腕	2 (1.7)	1 (6.7)					1 (2.9)
不明	12 (10.0)	5 (33.3)	4 (40.0)	2 (20.0)	6 (40.0)	7 (20.6)	4 (11.1)
合計	120 (100.0)	15 (12.5)	10 (8.3)	10 (8.3)	15 (12.5)	35 (29.2)	36 (30.0)

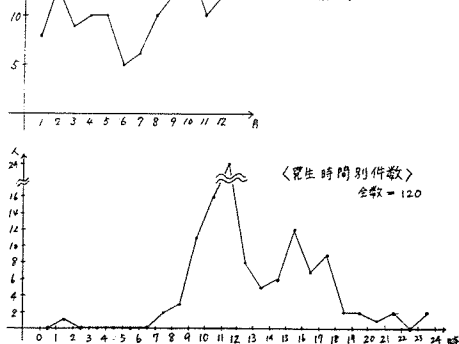
3) 結果：年次推移では1985、1986年に多少減少したが、1987年から再び増加しはじめ翌年は増加、更に1989年にも増加している。1987年には病棟の増築に伴う移動等が影響しているのではないと思われる。職種別では表のように看護師が圧倒的に多いが、各職種の全数による割合は医師約50%、保清40%、検査20%、透析師約33.3%、看護婦67.3%である。汚染経路と汚染部位については針による指刺し事故が圧倒的に多い。1988年より翼状針によるものが急増した。又、1989年にはキャベツが折れる事故が続いた。

4) 考察：事故例の報告が教訓として生かされず同様の針刺し事故が続いている点は問題である。看護婦不足による業務過密によって件数が増加した事は明らかだが個人の注意だけでなく早急に手技に関する点や汚物の処理に関する徹底が必要であろう。同時に報告義務を知らなかったり数日後に報告書が提出される場合もあり安易さも感じられる。教育的な取組みも再検討を要すと考え。しかし、現在のところ汚染事故による病気の発生が無い事が何よりも幸いである。

〈汚染経路別〉

	合計	1984	1985	1986	1987	1988	1989
針	82 (68.3)	8 (53.3)	8 (80.0)	8 (80.0)	12 (80.0)	20 (58.8)	26 (72.2)
翼状針	20 (16.7)	1 (6.7)		1 (10.0)		11 (32.4)	7 (19.4)
縫針	2 (1.7)	1 (6.7)			1 (7.0)		
爪	6 (5.0)	2 (13.3)	1 (10.0)		1 (7.0)	2 (5.6)	
腸内	3 (2.5)		1 (10.0)	1 (10.0)			1 (2.9)
爪	3 (2.5)	2 (13.3)				1 (2.9)	
指	1 (0.8)				1 (7.0)		
その他	2 (1.7)						2 (5.6)
不明	1 (0.8)	1 (6.7)					
合計	120 (100.0)	15 (12.5)	10 (8.3)	10 (8.3)	15 (12.5)	34 (28.3)	36 (30.0)

〈発生月別件数〉
全数 = 120



○ 千 田 忠 男（杏林大・医・衛生）

【はじめに】

本書は第二次世界大戦前の社会医学研究の頂点の一つをなすといえる。すなわち、① 当時盛んになった社会衛生学の潮流を著者独自の視点から批判的に吟味して自らの理論的根拠を探った。② 他方、戦前のヒューマニズム運動の最後の光となった唯物論研究会から理論的成果を摂取した。この両者を医学生宮本忍（当時25歳前後）がユニークな形で結合して本書が成立したと考えられる。

(2) 本書は高揚した筆調で記述され、主張の多くはいわば宣言として読まれるものであり、また私からみても論理的な飛躍や不合理と思われる叙述もみられる。しかし、鮮明な問題意識、大胆な問題提起、骨太の枠組、社会衛生学批判の一貫性などはきわめて魅力的であり、今なお光を放っていると考えられる。

【社会医学の本質】

「社会科学としての医学すなわち社会医学においては、社会的人間における社会的契機が、その本質的な研究対象であり、研究領域である。(4)」すなわち、「社会的人間にあっては、社会的契機と生物的契機が区別される。……両者は社会的人間において統一される。……社会的人間にあっては二つの契機は不可分に統一されているのであり、しかも、本質的なのが社会的契機だ。(2-3)」

「社会科学としての医学」という言い方は、一見して奇妙である。しかし私の理解によれば、社会医学の対象を「社会的人間」の「社会的契機」としたのは著者がはじめてでないかと判断される。

「社会的人間」の核心である「社会的契機」は、「彼の生活の仕方あるいは彼を規定する生産関係(2)」とされ、歴史的に捉えること、また社会の「物質的基礎=下部構造」と「その上層建築」(9)の総体から把握しようとする点に特徴がある。

他方では、医学を社会科学とする暉峻義等の見解を「吾々は社会医学を社会科学としての医学と規定しており、医学の本質は自然科学的医学と社会科学的医学との総合によって成立すべきものと考えている(58)」と批判する。

【「社会衛生学」の諸潮流の批判】

「著者の規定する意味での社会医学は、大正15年(1926)刊行の……『医療の社会化』を、その出発点とする。(40)」すなわち「この時期以前は、社会医学史の前期ともい

うべきもので、社会政策的立場に立脚する社会衛生学の発達史である。この時期以後は、その立場を克服し、対立するものとしての本来の社会医学史が始まるのである。『医療の社会化』を契機として、ドイツ社会衛生学発展の線に沿う学派と、これを克服・対立する学派とが分かれる。……この色分けは、彼が社会的経済的条件を如何に取り扱うかによって判然と定められる。(96-97)」

(1) 福原義柄「社会衛生学」(T4,1915):「福原氏の規定する社会衛生学は、高々『社会政策』的な学問(『国家的慈善の個人的三方針』一千田)にとどまる。これが将来の社会衛生学に、本質的に与えられた歴史的規定であることを銘記すべきである。(48)」また「(氏では)社会的経済的関係を『顧慮』するにとどまる。(50)」

(2) カーエス「社会衛生学」(1921,1927年訳):「経済的社会的条件は民衆およびその子孫の健康状態に『影響』を及ぼすに止まっている。福原よりは「一步前進である。(60-61)」

(3) グロートヤーン:『民族衛生学』を提唱するが、その対象である「『民族』も又、一つの歴史的経済学的な範疇であることはいうまでもない……。」「ドイツ・ファシズムの進展を思いあわせるとき極めて興味ある事実となるであろう。(64)」

(4) フェルヴォンとハンゼマン(医学における条件論、マッハ主義):「諸現象の内的必然的連関が無視され、当の現象の発生や起源に本質的な諸規定を、一切単なる条件に還元してしまう。……事象の発生・発展および消滅の内的必然性=因果性の把握という科学的研究は、全然問題にならない。この立場は、明らかにマッハ主義であり……(78)」「物質的現象が、自己原因的に生起・消滅することをまったく理解しないのである。(80)」

【暉峻義等『社会衛生学』(S2.1927)の批判】

「この国における社会衛生学発達史の一応の決算をなす労作である。(189)」

(1) 対象としての人間を生物学主義的に見る

「ここで氏によって抽出された吾々人間の生活過程は、生物学的現象の一色で塗りつぶされており、一切の社会的歴史的関係が捨棄されてしまっている。かかる見解は……それ自身としては正しい問題提起にもかかわらず、社会的人間の全面的合理的把握を不可能ならしめている。(190)」

(2) 社会観としての社会的有機体説

「社会衛生学の重要な任務は、『個々の生物体は勿論のこと、国民という有機的なつながりの全体をして、いっそう高き生物学的価値に達せしめる法則と手段とを考究し……』との社会的有機体説的見解に帰着せざるをえないのである。(190)」

「社会医学的事実をその物質的基礎から歴史的に把握できぬ立場であって、……社会衛生学を『倫理的基礎』の上にすえようとする非科学的立場(191)」になってしまう。

(3) 問題解決の方策を現実の中に求める

「『社会の進歩発展に関する方策は、現実の社会的情勢の森林中を縦横に走っている網の目のような中にこそ、あらゆる科学的方法をつくして探し求められるべきである。』……上述のごとき基礎理論の貧弱・不徹底さ・あいまいさにもかかわらず、極めて示唆に富む、良心的な科学者の意図として全面的に支持されるべきであり、この一点にこそ、暉峻義等氏の全理論が他のあらゆる観念論的夾雑物から純化され、抽出されるべきであると思う。(194)」

(4) 社会的経済的条件に対する態度

「社会衛生学と個人衛生学との本質的相違は、社会的経済的条件をその本質的契機として含むや否やの点にあり、(暉峻義等の言う通り一千田)個人衛生学はその本質において社会的契機を欠如しているのである。社会医学は、社会的人間における社会的契機を研究対象としているから、それは単に個人衛生学に対立するのみでなく、それを一部門として含む自然科学的すなわち治療医学に対立するものである。(198)」

(5) 社会衛生学と社会医学—経済学との関係

氏はいう。社会衛生学は『経済学の側からの……主張……についてもこれを知らねばならない。』しかし、知るだけでは不足である。「社会医学が、一定の社会群あるいは社会的人間の集団を研究対象とし、彼らの衛生状態を規定しているところの社会的経済的条件を研究をするものである以上、社会医学研究者にとって、経済学の知識のみならず経済学的方法の獲得は不可欠の資格でなければならぬ。(204)」

【臨床過程の分析】

著者は、治療医学の頂点と考えられる臨床過程にあっても「社会的人間」の「社会的契機」の視点が現実的に貫かれていると主張し、その例証として「臨床過程の分析」を試みる。すなわち、「医師の実践は……医学の全構造を規定する。……医学の全体系は、医師の実践を反映する。……医師の実践は一定の社会的経済的条件によって規定されるから、所与の医学も同様の規定を受け、医学の特質なる

ものが問題にされ得る。(138)」

【現代の意義について】

(1)社会医学の本質から：社会医学の対象を「社会的人間」とし、「生物学的契機」と「社会的契機」とを区別し、医学そのものも「自然科学的医学」と「社会科学的医学」に区別して、その総合を主張する。他方では「経済学的方法の獲得」が不可欠であると主張する。

これらを重ね合わせながら私なりに考えれば、社会医学とは社会科学（さしあたりは経済学）と結合することを予定し、それにふさわしい形に変形した医学という性格を持つ、といえよう。

つまり、自然科学的医学領域で鍛えられた疾病概念も、社会科学（たとえば経済学）領域のふさわしい概念と結合（あるいは照応を図る）ためには、それにふさわしい形に変形され、独自に定義し直され、社会医学的概念として鍛えられなければならない、と考えられる。

(2)「社会衛生学」批判から：「社会的人間」の「社会的契機」について、抽象的・非歴史的社会観を否定し、問題解決の方策を現実の中に探究する方法を支えられる社会科学が必要だ、と主張する。私も同感である。

ここで、社会的経済的条件と衛生状態の係わりについては、① 社会的経済的条件が衛生状態を規定する際のその規定の仕方と、② 衛生状態が社会的経済的条件によって規定される際の規定のされ方、の二通りの方向が区別される。前者(①)は社会科学から派生するものであり、学問的根拠を社会科学におく。後者(②)は医学から派生するものでその学問的根拠を医学におく。この二通りの方向が結合あるいは照応し得る形にそれぞれの体系が作り直される必要がある、と考えられる。境界科学の特性である。

(3)臨床過程の分析から：対象の変革にふさわしい認識・思惟の領域が活動のなかで決定的な役割を果たすような技術的労働や、社会的人間を対象とする労働の一般のモデルと考えられる。また「社会的人間」を対象とする活動のそれぞれの局面にそって生物的契機と社会的契機の係わり合い方を具体的に分析するためのモデルと考えられる。

最後に、社会医学の不断の源泉として医療・保健活動（実践）における認識・思惟活動を直接すくいあげることが必要であり、医療・保健活動にこそ社会的契機と生物的契機を統一する物質的基礎があるとする著者の主張を、実証するような研究が今求められている、と考えられる。

MEMO

この講演集の用紙には、再生紙を使用しました。

第31回社会医学研究会総会プログラム

1990年6月発行

発行者 第31回社会医学研究会総会事務局
〒060 札幌市北区北17条西8丁目
北大教養部保健体育理論学科
福地研究室内

印刷 北海道大学生生活協同組合印刷事業部
「北大印刷」