

BULLETIN OF SOCIAL MEDICINE

社会医学研究

第32回 社会医学研究会総会
講演集

社会医学研究会

特別号 1991

JAPANESE SOCIETY FOR SOCIAL MEDICINE

第3 2回社会医学研究会総会 プログラム

1991年・大津市

主題

ふたたび社会医学とは何かを考える

日時 1991年7月20日(土) 13:00から

7月21日(日) 16:30まで

会場 滋賀県労働会館 鳩の浜荘

(大津市におの浜 Tel:0775-22-3536)

「豊かな社会・日本」の中で「国民の健康」はますます瘦せ細っていくような印象さえ受けるこの頃です。老人の保健医療福祉にうまく対応できない高齢化社会、過労死を生み出すような労働社会、次世代の健全な発育・発達を阻害する教育危機社会、巨大な災害・環境破壊の不安をかかえる高度技術化社会のこういうものに直面して、私たちはこれらの健康問題を単に保健医療福祉の技術上の問題としてだけでなく、その根源と構造を自らの専門的実践的活動と研究を通じて実証的に明らかにしていくことが必要であると考えます。

社会医学研究会が30年余りの歴史を経て、今や世代交代の時期にもさしかかっていますが、これから本会を背負っていく人達が、本会の存在価値・存在理由をしっかりと認識し、より各自の学問的取組みを有効適切なものにされんことを念願し、標記の主題を掲げた次第です。

総会事務局 滋賀医科大学予防医学講座

〒520-21 大津市瀬田月輪町 Tel:0775-48-2187

担当世話人 渡部 真也

7月20日(土) 第2ホール

13:00

特別講演 社会医学を社会科学的に補強する

野村 拓 (医療経済研究会会長)

座長 朝倉 新太郎 (阪大名誉教授)

14:00

シンポジウム ふたたび社会医学とは何かを考える

座長 渡部 真也、埜田 和史 (滋賀医大予防医学)

1. 保健婦活動のあゆみと社医研
木下 安子 (白梅学園短大介護福祉)
2. 森永ひ素ミルク中毒事件にみられる社会医学的特徴
山下 節義 (奈良県立医大衛生)
3. 私が歩んだ公衆衛生40年の軌跡
丸山 創 (うえに病院うえに保健センター)
4. 相談活動から生活と労働の実際を分析し、予防活動へ
山田 信也 (名大公衆衛生)

18:00

夕食休憩

19:00

自由集会

第1ホール 学校教育と健康 世話人 大塚 睦子 (堺養護学校)

中本 稔 (山口大衛生) 埜田 和史 (滋賀医大予防医学)

第2ホール 地域保健と職域保健の連携 世話人 千田 忠男 (杏林大衛生)

毛利 一平 (滋賀医大予防医学)

21:00

7月21日(日) 一般講演

第1ホール

第2ホール

9:00

座長 片平 洌彦 (東医歯大難治疾患研)

1-01 東大社医研「医療の社会化」の現代的意義

岩瀬 俊郎 (金沢市城北病院)

1-02 湾岸戦争における我が国の医療援助について—その社会医学的視点からの一考察
吉岡 洋治 (東京都江東区役所)

1-03 出生率低下のもとでの乳児死亡と

乳児死亡率低下のもとでの死産

浦田 直美 (元立命館大経営学部) 他

座長 逢坂 隆子 (大阪府大東保健所)

柳 尚夫

(大阪府環境保健部健康推進課)

2-01 保健所問題の考察について

京田 祥史 (東京都渋谷区保健所) 他

2-02 保健所保健婦の新任教育について

柴田 直子 (江東区城東保健所) 他

2-03 要介護老人の処遇場所を規定している社会的要因に関する研究

黒田 研二 (阪大公衆衛生) 他

2-04 滋賀県某町の要援護老人の現状

喜多 義邦 (滋賀医大保健管理学)

10:30

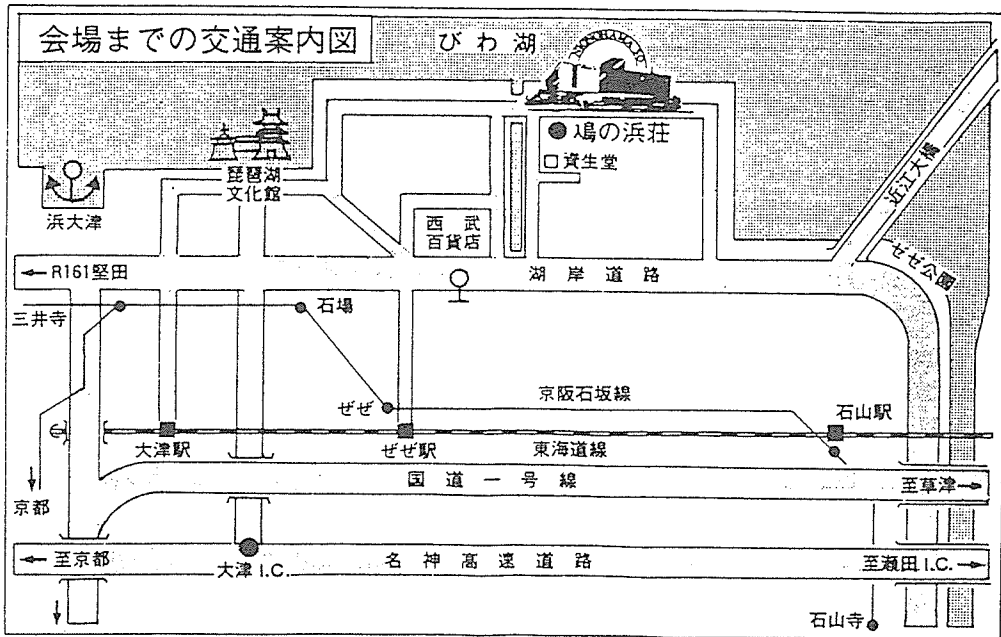
第1ホール

第2ホール

10:30	<p>座長 西山勝夫 (滋賀医大予防医学)</p> <p>1-04 労働負担の研究課題ートヨタシステムにかかわる調査から 千田 忠男 (杏林大衛生)</p> <p>1-05 社会医学的実践を担う医療ソーシャルワーカーのあり方に関する一考察ー労働保健活動と社会福祉学教育の経験を踏まえて 牧野 忠康 (長野大産業社会学医療福祉)</p> <p>1-06 職対連活動における職業病相談室の役割ー6年間175事例の実践からー 若葉 金三 (北海道勤医協) 他</p>	<p>座長 草野 文嗣 (滋賀県長浜保健所)</p> <p>2-05 在宅ケアでの看護職の役割を考える 小林 ヒサエ (滋賀県立短大看護学) 他</p> <p>2-06 「末期前」在宅医療の経験からターミナルケアにおける社会的対応を考える 谷田 悟郎 (京都保健会猪熊診療所)</p> <p>2-07 寝たきりをなくすデンマーク・シートの普及について 安田 明正 (東京保険医協会)</p>
12:00	昼 食 休 憩	
13:00	<p>座長 水野 洋 (大阪府勤労者健康サービスセンター)</p> <p>山崎喜比古 (東大医保健社会学)</p> <p>1-07 アルコール消費量の増加に伴う循環器疾患への影響 上島 弘嗣 (滋賀医大保健管理学)</p> <p>1-08 「学齡期シンドローム」について考える 竹内 治一 (大阪府保険医協会) 他</p> <p>1-09 森永ひ素ミルク中毒事件被害者のその後 山下 節義 (奈良県立医大衛生) 他</p> <p>1-10 日本における血友病のHIV/AIDS被害者の多発と血液行政 片平 洌彦 (東京医歯大難治疾患研) 他</p>	<p>座長 山本 繁 (尼崎市北保健所)</p> <p>上田 慶子 (長岡京市役所高齢福祉課)</p> <p>2-08 精神障害者の小規模住居に関する研究ー精神遅滞者の小規模住居との比較から 小沢 温 (愛知県コロニー発達障害研究所)</p> <p>2-09 壮年期死亡者の訪問をして 砂川 厚子 (尼崎市東保健所) 他</p> <p>2-10 釜ヶ崎地区における行路死亡人の実態と行政に望むこと 南 和子 (大阪府平野保健所)</p> <p>2-11 保健所における日本語学校の結核検診の経緯 三浦 いづみ (東京都杉並区東保健所)</p>
15:00		

全体集会 第2ホール

15:00	総 会			
15:30	各座長のまとめと総括討議		座長 渡部 真也	
	報告者 片平 洌彦	逢坂 隆子	西山 勝夫	草野 文嗣
	水野 洋	山本 繁	中本 稔	千田 忠男
16:30				



● JR・京阪膳所駅下車徒歩10分 ● 大津駅・石山駅より京阪バス・近江バス湖岸経由養仲寺西武前下車

参加受付 7月20日(土) 12:00~

参加費 会員・当日会員とも 3,000円 (学生は1,000円)

一般演題の発表時間

一題につき、25-30分 (口演 12分、討論 13-18分)

発表形式 あらかじめ作成した抄録にもとづいておこないます。スライド、OHPなどの用意はいたしていません。

追加資料 追加資料を配布される方は、250部ご用意下さい。

宿泊

鳩の浜荘 大津市におの浜3丁目2の9 TEL 0775-22-3536

共済会館 びわこ 大津市におの浜4丁目2の40 TEL 0775-24-4121

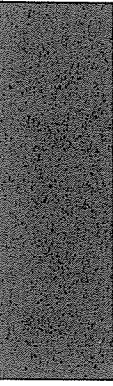
(びわこについては市町村共済、滋賀県公立学校共済の助成券が有効)

宿泊予約は7月20日のみをお受けします。

予約申込：総会事務局まで

申込締切は、6月29日(土)です。

特別講演



野村 拓

医療経済研究会

1. はじめに

医療の政治経済学（ポリティカル・エコノミー）としての医療経済学を研究する立場で、日本の社会医学をどう考えているかについて率直に述べることによって、与えられた課題に答えることにしたい。そのために、まず政治経済学と社会医学それぞれの成り立ちについて、若干の歴史的考察を試み、学問的動機や対象、方法の歴史の変遷を踏まえて現代的課題に迫ることにしたい。

2. 政治経済学と社会医学

「世の中になぜ貧乏な人がいるのか」が古典経済学を動機づけるものとすれば、社会医学は病人の背後に貧困を見据えたところから始まる。そして病人の背後に民主主義の不在、欠如をとらえたのがウィルヒョウたちによる「医学革命」運動（1840年代後半）であった。

やがて政治経済学が貧困を資本の運動法則、資本の自己増殖作用とのかかわりにおいてとらえるようになり、医学サイドからは、病人の背後に資本制生産様式をとらえようとする傾向が有力化する。これが日本における社会医学の草分け時代である。

3. 社会政策的人道主義

政治経済学という社会変革の歴史的主体としての労働者階級が未成熟な状況下で、政治経済学者がなしたことは、例えば河上肇の『貧乏物語』に見られるような啓蒙活動であり、また社会政策の枠内で目一杯人道主義であろうとする諸活動であった。

いわゆる大正デモクラシー期における石原修『女工と結核』、呉秀三、倉敷労働科学研究所などの業績、横手社会衛生双書、東大社医研『医療の社会化』なども、ほぼ同様の志向をもっており、疾病と貧困の悪循環をいかにして断ち切るべきかについての強い問題意識をもっていた。

社会科学が自然科学と異なる点は、働きかける対象（社会）のなかに、働きかける主体も含まれることであり、医学はその両者の性格を両端として振子のように揺れるわけである。そして最も社会科学の方に振れたのが無産者医療運動であったといえよう。

4. 人間労働をめぐる

政治経済学の対象としての労働のとらえかたと、医学・生理学をベースにした労働のとらえかたとが相互に関わりをもっていたのが大正中期から昭和初期にかけての時期といえるのではなからうか。低賃金・過長労働時間は正の根拠を生理学に求める試み、統計的手法で「労働寿命」をとらえる試み、労働（労働力の消費）と休養（労働力の再生産）のアンバランスの指摘などはこの時期に

おける社会医学的業績であり、唯物論全書のみならず宮本忍の『社会医学』が出されたことは特記されるべきことである。社会医学は「社会政策的医学」ではなく変革志向の医学でなければならぬというのが著者の主張であったが、やがて変革や変革の可能性を学問として論ずることも許されなくなる。そして「社会科学」はおろか「社会」という言葉さえ使えなくなる。

5. 重化学工業化と研究の専門分化

政治経済学者・社会科学者の発言が姿を消すなかで、産業の軍需産業化・重化学工業化が急速に進行し、各種産業中毒や高温重筋作業などに研究は分化する。もちろん資本制生産様式と関連させて論ずることは許されなかったが研究上の蓄積が戦後の労働基準法や労働安全衛生規則の制定に貢献したことはいうまでもない。

6. 戦前・戦中の社会医学

戦前の日本の政治経済学・社会科学が極めて文献学的であったのに対して、日本の社会医学は豊かな現場調査フィールドワークの実績を持つ。それは社会科学書に引用されている社会医学的研究の多さを見れば明らかである。また15年戦争末期に行われた農村社会医学調査はすぐれて社会科学的であった。

7. 社会科学が魅力を持った時代

戦前・戦中の教育をうけた世代にとって、戦後解禁となった社会科学は大きな魅力をもって迫った。社会科学という学問が存在し、自然界のみならず社会の動きにも法則性が成り立ちうるということは戦後世代にとって新鮮な驚きであったと思われる。そして社会科学サイドから提起される変革のプログラムを医療関係者として消化することに追われた時期も存在した。

また、戦後の激動する社会情勢のもとで、絶えず提起される国民の健康上、医療上の問題を追い続ける多忙さは、理論的な整理の暇を与えなかったという面も見られた。

8. 社会医学研究会の発足

戦後、社会科学や社会医学にたいする抑圧装置が除去されたとき、なぜ、ただちに社会医学研究会がスタートしなかったのか。学問の流れから考えると、占領行政の一環として展開された公衆衛生行政、公衆衛生運動に対する評価に手間取ったことを挙げることができる。たしかに戦後の公衆衛生行政には、いくばくかの進歩性がふくまれており、それ故に、公衆衛生を行政として推進させることによって、かつての社会医学が意図したものの実現が可能であるかのような幻想が生まれた。

アメリカ社会保障使節団の報告は、かつて「疾病と貧

困の悪循環」を断ち切ることをめざした社会医学関係者の志向と合致するものを含んでいた。しかし、レッド・バージ、朝鮮戦争、再軍備という経過のなかで復活強化された独占資本グループ（財界）が労働者・国民に挑戦的な姿勢をとるに及んで、腰を据えた研究活動が必要視されるようになり、これが社会医学研究会発足の背景をなしている。また医学生社会医学研究のサークル活動も大きな支えとなったと思われる。

9. 社会医学研究分野からの社会科学者の撤退と

医学者の社会科学的認識の後退

- (1) 社会科学自体、社会科学者自身の問題
 - 「与件」の変革を目指す学問は疎外され、
 - 「与件」のもとでの選択肢を示す政策科学の有力化
- (2) 「共通一次」型人間は「与件」変革を考えない。（医学部も社会科学系学部も）
- (3) 社会医学研究者サイドの問題
 - ・かつて社会医学者が目指したもののうち、ある部分は解決した？
 - 乳児死亡、青少年結核、国民皆保険……
 - ・研究業績評価方式の問題
 - ・政・官・財界と社会医学（研究費の問題）
 - ・情報量の増大に追われる医学教育

10. Problem-oriented Social Medicine

- (1) 売れない本の双壁は社会科学と純文学という状況のなかで
- (2) 社会医学の特徴

民衆ないし国民をマスとして把握する公衆衛生行政およびその基礎学とちがう点はProblem-orientedであること、そして社会的なひろがりのなかでProblemをとらえていること
- (3) 文学と社会医学
 - ・『あゝ野麦峠』と『女工と結核』
 - ・文学は1例を典型的に描くことを通じて、直接、民衆の心にはたらきかける。
 - ・社会医学的アクションとしては、学会・行政コースと運動促進コースとがある。
 - ・運動促進コースはかぎりなく文学的であるが学会・行政コースの方では「なにか典型であるか」、「1例」の水面下はどうなっているのか、というような「典型」「1例」と全体構造との関係に関するディスカッションは避けられない。
- (4) 社会医学は具体的な生活の場、労働の場での健康阻害からスタートし、健康阻害要因をそれぞれの分野における責任者に認知させるとともに、労働する人、生活する人の自覚を促進する。この場合、裁判という形をとることもあれば、学会という場で争うこともある。したがって社会医学研究者にはアカデミズム

という土俵で相撲をとる力量が要求される。また、会員構成が官製学会とオーバーラップする社会医学研究会は重要な役割を持つ。

11. 社会科学的とらえかたとの接合

- (1) 農夫（婦）症の場合
 - ・農業病（労働過程）
 - ・農家病（消費過程、労働力再生産過程）
 - ・農村病（労働力の消費、再生産が行われる場）

罹患の総合的な可能性としての農夫（婦）症
- (2) 社会的再生産の中に保健・医療を位置づける「人口再生産率」までは公衆衛生学、「社会的再生産」からは社会科学、この空隙を埋める。
- (3) 衛生統計を社会的再生産指標として読み替え疾病、障害、発達障害、自殺などを「社会的再生産失調」としてとらえなおす。

12. 空隙を埋める試み

－ライフ・ステージ別リスク・パターン－

- (1) クロスセクションとタイムシリーズ
- (2) 貧困－ライフ・ステージ別生活困難度
- (3) 新聞事例の生活史的編成
- (4) 1965年段階におけるリスク・パターン
出生前後、幼児期、児童生徒期、労働年齢、家族－人間の再生産、消費生活、場、労働能力の低下（高齢化）、高齢者
- (5) 現在のリスク・パターン
「ゆとり」の喪失、出生率の低下と子供の発育・発達障害、超過密過当競争社会における健康、「豊かさ」の虚構
- (6) 共通情報（例えば新聞記事）を社会的再生産指標として組み立てる。

13. 社会医学と社会科学における

対象と方法および認識主体

－その歴史の変遷－

- (1) 一群の先進的、先覚的社会医学者、社会科学者が認識主体であった時代
- (2) 抑圧時代
- (3) 社会科学における認識主体のひろがり
「主権在民」であれば
- (4) 社会医学における認識主体のひろがり
社会医学における認識主体是一群の研究者にかぎられているが、公害などを含む国民の健康問題や医療問題については、広汎な認識主体が形成され意思表示をしつつある。
- (5) 社会科学の不人気
かつて社会変革と変革の歴史主体との関係を示した社会科学は、その後具体的な展開に欠け、いささか硬直化のきらいがある。健康・医療問題にかんする政治経済学の構築こそ実は社会科学が魅力を取り戻す契機をなすもの

と思われる。

- (6) 司法判断や行政判断はそれぞれの時代における歴史主体の権利意識水準、社会科学的認識水準およびそれらがもたらす社会的なパワーによって左右されやすい。

14. 「主権在政府」でも「主権在財界」でもない「主権在民」の評価方式とは

例えば、国立病院統廃合について社会医学者としての判断を求められたとき、なにをよりどころにして答えるのか。まず主権者である国民が効果判定に参加しない「効率化」を問題視しなければならない。生ずる結果に目をつむり入院日数を短縮できれば「効率的」、国民健康保険への負担金を減らすことができれば「効率的」、人減らしができた公的医療費支出を抑制できれば「効率的」という考え方は社会医学的に許容できるものなのか。できないとすればその根拠は？

すでにWHO的常識となっている「参加」の面で遅れている日本における社会医学者のアクションは？

15. 医療担当者用の社会科学（健康と医療の政治経済学）の必要性

- (1) 約束事が多く（例えば、概念規定の厳密さなど）、それなりの学問的蓄積のある社会科学と、情報量が指数曲線的に増加しつつある医学の両方をマスターすることは困難
- (2) 資本論までいなくても、例えば「1年1サイクル」と考え、サイクルが1回まわるたびにどれだけ海外純資産や内部留保が増え、他方どれだけ出生率が減り、寝たきり老人が増えるか、というレベルで新聞情報の組み立てによる「医療担当者用の社会科学」の構築は可能である。
- (3) かつての社会医学が疾病の背後に漠然と社会をとらえたのに対して、これからの社会医学は社会的再生産とのかかわりで健康・疾病現象をとらえなければならない。
- (4) 国民各層がそれぞれの自分史を踏まえて「過労死」や「介護心中」を社会的再生産のみだれとしてとらえる力とドッキングすることによって社会医学は「社会的な力」となる。

16. むすびにかえて

「社会医学を社会科学的に補強する」というテーマであったが、ナマの社会科学では届きにくく、「医療担当者用の社会科学」の構築が必要であり、医療経済研究会は概ねその方向で努力を重ねている。

また「医療担当者用の社会科学」は医学教育、医系教育の場で試されなければならないので、「医学概論」（阪大、泉州看専）、「医療社会学」（奈良医大）講義を前述の目的意識をもって行っている。もちろん、「医療担当者用の社会科学」も社会科学である以上、運動団体とのかかわりにおいて鍛えられるべき性格のものである

ことはいうまでもない。そしてそれぞれの運動の場をフィールドとして構築した理論を医系教育に、というのが現在の私のスタンスである。

WHO文書では、先進諸国の医学教育が ivory tower syndrome と批判され、problem-oriented, community-oriented の医学教育の必要性が強調されている。日本の社会医学が奮起すべき時ではないだろうか。

シンポジウム

ふたたび社会医学とは何かを考える



「ふたたび社会医学とは何かを考える」 シンポジウム開催にあたって

埜田 和史（滋賀医科大学予防医学講座）

今回のシンポジウムの企画討論の出発点は、「社医研はこのままでよいのか」という疑問にありました。もう少し言葉を足すならば、「今のままで社医研は発展して行くのだろうか」あるいは「今のままで社医研の存在意義はあるのだろうか」という、私を含む若い会員の問いかけでした。

こうした疑問を抱くにはいくつかの理由があります。

まず、研究会での演題発表風景が、他の社会医学学会のそれとほとんど変わらないように見えることです。発表する内容が変わらないということだけでなく、「社会医学研究会」を感じさせる問題の深化や分析があまりなく、時には「発表」のための発表と感ずることがあったからです。これは自分自身を含む発表者や聴衆が、社会医学研究会で発表し、質疑に参加することで何を獲得しようとするのかが明らかでないためかもしれません。討論時間が短く物理的に制約されていることも、取りあげられた問題を様々な立場から批判的に検討し、理論的な解明を加えることを阻害していると思われる。いずれにしろ、こうした発表風景の繰り返しは社医研の魅力を減少させていると思います。

つぎに、社会医学研究会の独自性がよくわからないことがあります。公衆衛生学会や衛生学会、産業衛生学会など既存の学会とどのように異なるのかということです。このことは、社会医学研究会が発足当時から追求してきた「社会医学研究のあり方、方法論」にかかわる問題です。職場や地域での人間の生命や健康にかかわる問題を単なる事実として報告するだけであったり、健康管理技術を交流するだけではたして「社会医学研究」たりえるのか疑問を感じるところです。研究対象やその把握、分析の視点、方法などにおいて社会医学研究会の独自性がないならば、既存の学会と別に本研究会が存在する意義はないように思われます。こうした独自性の追求が意識的に行なわれなければ、本研究会の充実、発展は期待できないと思われます。

社会医学研究会の歴史を振り返ってみますと、発足当時より社会医学研究のあり方は繰り返し論議されています。特に、第3回総会では、「社会医学をどう理解するか」と題してシンポジウムがおこなわれています。当時の記録によれば、シンポジストのみならずフロアーからも

多くの意見が寄せられ熱心な討論が繰り広げられています。その内容は、社会医学の定義や方法論に関するものから学会運営の方法まで幅広く本質的なものとなっています。質疑のなかには、現在の若い会員が抱いているのと同じ疑問が、当時の若い会員から出されています。シンポジウムで一つの結論が出されているわけではありませんが、最後に司会の埜田先生は、そこで討論された内容を「さらに考えてもみ、話し合いも進め、特に、今回の話を参考にして、これこそ自分が社会医学研究として恥ずかしくないものと思う研究成果を来年は持ち寄って、遠慮なくお互いに批判しあい、このような方法で数年後には、今回よりはるかに立派で、はっきりした結論に到達できるようにしたいものと考えます。」と締めくくられています。これは、社会医学研究のあり方を会員の研究活動の積み重ねによって明らかにしていこうとする研究会の決意を示したものと受け取ることができます。

そこで、今回「ふたたび社会医学を考える」にあたって、会員の積み重ねられた研究活動に基づいて考えあうことができるならば、ややもすると抽象的な議論になりがちな内容が、より具体的に分かりやすくなるのではないかと考えました。幸いにも発足当時と異なり、32年の研究会活動の歴史がある現在、こうした方法も可能であろうと考え、今回のシンポジウムを企画しました。

シンポジストとしては、それぞれの分野で社会医学研究を展開されてこられた方々をお願いしました。シンポジストの方々の具体的な研究活動を紹介していただき、そうした研究活動を行うに至った問題意識や視点、その方法論、社会医学研究に対する考え方を示していただければと考えています。シンポジストの方々が示されたことを素材として、フロアーを交えて質疑討論を行い、社会医学を考え社会医学研究会とは何をやる場かについて考えたいと思います。もとより、一つの結論を求める企画ではありません。シンポジウムでの討論を通して、「社会医学研究会とは何をやる場所なのか、それはどのような視点と方法が磨かれる場であるのか、あるべきなのか」を考えることができ、研究会として蓄積された成果を世代を越えて分かちあえれば、そのことが必ず今後の研究会活動の発展につながると思います。

木下 安子 (白梅学園短期大学)

はじめに

社会医学研究会には、1954年の準備会以来、参加し学んできた。保健婦としての活動に常に示唆を与えられ、検討を加える場として重要な研究会であった。また個人としての参加に止まらず、当時、土曜会に結集していた保健婦を中心に相当数、参加し、保健婦活動を検討する集団討議、学習の場となり、活動に反映した。これら保健婦活動のあゆみ、また保健婦集団としての社会医学研究会への参加、報告内容、及び今後への期待について述べる。

1. 社会医学研究会以前 — 1950年代

戦後、看護教育制度の改革により、保健婦専門職としての意識は高まり、職能団体を基盤に研究活動が行われていた。しかし、職能集団内に止まり、広く他職種を含む研究会への参加は少なかった。

1) 土曜会と健康社会建設協会

1952年11月、土曜会を結成した。間もなく、労働科学研究所の前所長の暉峻義等が主催する健康社会建設協会(通称 健社建)に参加し、保健婦部会(後に看護部会と改称)として活動することになった。協会メンバーには曾田長宗、丸山博、小宮山新一、田辺正忠、久保全雄等の後の社会医学研究会の中心的な先生方がおられた。暉峻研究室での住民の健康問題についての自由で闊達な討論が行われ、保健婦は自然科学、社会科学を併せた眼できちんとした事例を見ることの大切さ、歴史的な把握の重要性を学んだ。土曜会としては、事例にしっかり取り組むこと、歴史に学ぶことを掲げ、勉強会をはじめた。また自分たちのぶつかっている住民の健康問題を明確にし、社会にアピールしようと保健婦の手記を書き、1953年発刊した。

健康社会建設協会の活動は、健康農村建設協議会、健康都市建設協議会開催の計画が立てられ、東京朝日新聞社厚生文化事業団と共催して、青森の狼の森、群馬の伊香保、静岡県幸田町、四国の松山など各地で開いた。住民、開業医、保健婦、市町村長をはじめ行政担当者など多彩なメンバーが参加、討論がおこなわれ、保健婦の発言が求められ

その提起が真剣に議論がなされた。無医地区の静岡県柳野村稲子部落の岩間秋江保健婦のやむにやまれぬ医療行為問題が提起されたのもこうした場だった。これら協議会の企画、運営、保健婦活動の報告を通し、全国に仲間をつくらせていった。

2) 日本公衆衛生学会への参加

川崎市の保健婦は1953年第8回公衆衛生学会に初参加し、“一試験地区における衛生教育活動の反省”“保健所における乳幼児保健指導の反省”等を発表した。当時は女性の参加者は見当たらず、発表することは稀であった。

1954年、第10回日本公衆衛生学会で“乳児の発育の推移についての一考察”を発表した。1956年第12回名古屋での学会では、シンポジウムの企画に参加した。これは1955年に発足した公衆衛生懇話会があり、その働きかけで進められていた。公衆衛生活動の第一線の問題をとりあげようとする画期的な試みであった。“公衆衛生活動の隘路”のテーマで、3名の保健婦が参加した。東京から大場(井出)そとえ、長野から平林(新井)京子、産業保健婦の西川美枝で、いづれも看護協会推薦という手続きを経てのぞんだ。保健婦の組織、土曜会が中心となり、会員が活躍した。この企画をささえた公衆衛生懇話会はその後、1959年に社会医学研究会となった。

2. 社会医学研究会の発足

社会医学研究会の準備会に参加した。その報告が残っているので次に掲げる。

健社建通信 43号 1959年8月

社会医学研究会(仮称)開かる
学会や研究会の数は多いが、今、新しい研究会、社会医学研究会(仮称)が発足しようとしている。これは公衆衛生院の曾田、阪大の関、京大の西尾氏等が産院役になつて七月三十一、三十一日の両日、東京赤坂のアジア会館で準備会が開かれた。すでに九回の研究報告が用意され、それ等の討議の中からこの会が何をめざすのか、どう運営されるべきかを考えてゆこうとする世話役のはからひの様であった。

社会医学とは何か、公衆衛生学会がすでに十数年の歴史を持つのに、今発足しようとするこの会がそれとどう違うのか屋上屋を重ねることになりはすまいか、アパングールは社会医学なる言葉になんやら郷愁を覚えているのではないかと若い人からきめつけられる一幕もあったが、いつてこの会は必要ないと思う人もないらしく、集つた四、五十人によつて、一応発足、正式発足は秋の公衆衛生学会後となる模様である。

報告は関西から五題、京浜三題、長野から一題で、関西側が特に熱心で東京はいさゝか圧倒された感があつた。内容も、大学が地域での第一線活動について非常な関心をしめしている様子がうかがわれた。例えば開業医師による公衆衛生活動の現状と将来、あるいは保健婦事業を進めるための基本的問題等が、大学の研究者達によつて分析、説明がこころみられている分には感心させられた。開業医師や保健婦が仕事の成果をまとめ報告、話し合う場として期待される健社建からは野聲、小宮山、看護部会から大場、亀田が参加した。

社会医学研究会の初期は保健婦からの研究報告はない。第2回（1961年）に開催された、自由討論“社会医学研究の進め方”のなかに金子光（前衆議院議員 社会党元厚生省看護課長）が発言している。参加者であったと思われる。また第4回（1963年）に岩下、上原が“二部（夜間）大学生の生活構造と健康”を報告した。東大衛生看護学科卒業生で、いずれも保健所保健婦として仕事をしてきた。これが社会医学研究会に保健婦が発表した最初である。

第5回（1964年）は、主題が“住民の保健をいかに進めるか”で、そのなかで久保全雄が“子どもを小児マヒから守る運動をめぐって”を報告した。その総括討論で京都の保健婦が発言し、保健所職員として母親の気持ちと行政の間にたった苦しい体験を語った。この頃から保健婦の参加が次第に増え、殊に開催地の地元の保健所、市町村から参加するようになった。木下もはじめて“入院看護サービス向上のための実験的研究”を報告した。

第7回は一般報告で“結核長期患者の指導上の問題点”を京都市の小林ヒサエが報告した。第9回（1968年）は、要望課題を“保健、医療の公的責任について”とした。そのなかでも“住民の保健と地方行政”で、“東京都保健所における乳児検診の変遷と保健婦活動”を東京都向島保健所の渡辺寿美子が、“僻地農村地区における保健婦活動の教訓”を乾死乃生が報告した。まとめて朝倉らは、殊に乾の報告について「保健所の官僚化は……今日の保健所が、程度の差こそあれすべておかされている病根である。（略）乾が報告した僻地農村における住民と密着した保健婦活動の成果とそれを心よからずとする行政当局の理不尽な処置は、聞くものをして耳を疑わしめるほどであった。だが彼女が報告した通り、今日みられる行政の停滞と反動を本当に救わんとする者はだれでも“小役人になって仕事をするか、2つに1つ”の選択を迫られていると、過言ではなからう」と述べた。この頃から、保健婦は自分の場として社会医学研究会を見るようになった。

3. 自治体に働く保健婦のつどい出発以降

1) “つどい”の発足

1969年1月、自治体に働く保健婦のつどいが発足した。生命を守る拠点としての自治体を意識し、全国的な保健婦の集団学習の場として発展していく。当初から社会医学研究会メンバーを講師、助言者として協力を得た。以降、つどいは続けられ、社会医学研究会にも保健婦は参加している。保健婦が社会医学研究会に参加したことから、つどいが生まれ、育ったと言える

2) 社会医学研究会に参加が活発化

社会医学研究会の第10回（1969年）では、“保健所の基本問題”が主題報告となり、“事例を通した住民の健康実態と保健所の限界” 東京都城東保健所 菊地頌子 保健相談所と保健所の機構改革” 東京都練馬保健所 山本裕子 “新生児訪問の実態から母子保健対策を考える” 名古屋市中川保健所 前田黎生 “保健婦常駐制と衛生行政改善の闘い” 大阪府藤井寺保健所 乾死乃生が報告した。討論は活発に行われ、この再編成、合理化の方向と公衆衛生の

質の問題がその後も引き続き論じられている。また、保健婦の配置転換に見られた行政の姿勢と、そこで浮かび上がった部落の保健問題で、藤井寺保健所の丸山創は「部落の問題を含めて、貧困であるが故に差別を受けており、健康の破壊が激しく明確な形で現れている。そういう地域からの要求に対し、行政当局はどう応えていくのか、その視点が重要であり、保健所の能力でやれない場合、それを明確に住民の前に明らかにすべきであろう」と総括している。保健婦の抱える問題が社会医学研究会の課題として論じられるようになった。

3) 自由集会の活発化

保健所の問題をめぐっては、自由集会「革新首長下における保健行政をめぐって」にもちこされて討論が続いた。自由集会は、演題として整理し、報告することが難しい現場の具体的な問題を語り、方向を見出す役割があった。殊に着々と進められる保健所再編成に対して、現場の保健婦達は憂慮していた。しかし、流動的であり捉えにくい状況で、社会医学研究会に求めた。主なテーマは

11回「革新首長下における保健行政」

12回「保健所再編成をめぐって」

13回「都市を中心とした保健婦活動」

15回「保健婦活動をめぐって」

4) 精神衛生、難病等、新しい課題の登場

第11回（1970年）は地域の保健活動をどう進めるかの要望課題のもとに、地域医療における保健婦の主体的役割が論じられた。精神衛生、老人保健のふたつのテーマが誰が推進するのか、が問われ、病人を人間として生き甲斐ある生活につれもどし、あるいは老化現象とからみ合った病弱な状態をいかに克服させ、健康生活に導くかということが医療従事者の目標でなければならない。この病人や老人の期待にこたえられる技術は“看護”が持つ。在宅ケアを助成する医療態勢を創る等、新しいこれらの課題の取組みが論じられるようになった。第17回（1976年）からは、地域保健・医療に関する実践報告として難病事例への取組みが報告され、家庭看護員からの報告も行われる。また第20回（1979年）には准看護婦制度の実態と諸問題が報告され、「准看護婦の集い」が自由集会として持たれている。

以上、3期にわたる保健婦の社会医学研究会の参加状況を見た。戦後の一連の民主的な活動である、公衆衛生懇話会、社会医学研究会、自治体に働く保健婦のつどいと、保健婦たちは参加し、創り、学んできた。

共通していることは、

① 民主的集団のメンバーとして活動してきたこと

② 現実の住民の健康問題を追求してきたこと

③ 保健婦、看護婦等に加えられる言われなき不当な取扱に対して、討論し、問題点を明らかにしてきた

④ これらにより、保健婦は方向を見出し、仕事を発展させてきた。殊に新たな課題についても、取組み活動の先鞭となった。

等である。

改めて、社会医学研究会の存在の重要性を感じている。

公衆衛生看護活動年表

——刊行物

年次	公衆衛生・看護関係主要事項	土曜会	主 要 活 動
1945 (昭20)	敗 戦		
1946 (S21)	憲法公布		
1947 (S22)	保健所法全面改正 保助看護法公布 井上女つとむ 参院当選		
1948 (S23)	杉並モデル保健所発足		
1949 (S24)	シャープ勧告 ドッチプラン 病院勤務看護婦業務指針	健康社会建設協会 共同研究会	
1950 (S25)	朝鮮戦争 「完全看護」保険点数加算 保健所法 3 条活用	保健建設農協 農協協議会	
1951 (S26)	日米安保条約 結核予防法全面改正	健康建設農協協議会 土曜会発足 (保健婦部会)	日本看護協会へ働きかけ
1952 (S27)	高知女子大・衛生看護科設立 結核予防法命令入所 東京都保健所縮小	上北沢地区検診 「保健婦の手記」 土曜会通信	
1953 (S28)	町村合併, 結核の実態調査 国保保健婦の補助 横山アグ 参院当選	「保健婦の手記」 土曜会通信 健社建通信 の中に	
1954 (S29)	社会保険費縮小, 入退所基準 農衛生部, 保健所縮小	農村保健婦 モデル農村指定 1 回	公衆衛生懇話会 社会保険制度実施 促進
1955 (S30)	日本看護協会分裂 日本助産婦会設立 森永ヒソミル中事件	歴史部会 健康会議 モデル農村 労働生理講習会 (8月) 統計学習会 (8月) 業務分析研究会 医療部会 全国集会 1 回	1 回(4月) 特殊技能者問題
1956 (S31)	厚生省看護課廃止 農務所付添廃止	アジア保10.20 健康会議~11.3 2 回 (8月) 講習会 長野訪問	2 回 公衆衛生学会 シンポジウム「公衛 活動の経路」 3 回
1957 (S32)	神武景気 保健所たそがれ論	診療所に PHNを 3 回	3 回 社会医学研究会
1958 (S33)	学校保健法 国保保健婦補助金の ポリオ流行 2,000 名をこす	水曜会誕生(3月) 丸山 殿大教授に	4 回 和 阿部正和 病歴生理

2. 森永ヒ素ミルク中毒事件にみられる社会医学的特徴

山下 節義（奈良医大衛生学教室）

1. はじめに。

①森永ヒ素ミルク中毒事件発生以来36年、被害者は30歳台半ばを越え、社会的にも家庭的にも重要な役割を担うべき立場に在るが、少なからぬ被害者が今なお健康面、生活面で様々な困難を抱えながらの暮しを日々余儀なくされている。しかも、近年の保健・医療・福祉政策の展開のもたらされている厳しい社会経済情勢のために、生活上の困難が更に一段と強められつつある被害者も少なくない。其上、今後に加齢とともに進行する老化の問題もかかわって、彼等の抱える問題は、生活面でも健康面でも、これまでとは質的に異なった段階に位置するものとなろうとしている。被害者にとり事件は未だ終わっていないが、その周辺では、事件の風化が進行しているかに思われる。②この事件の経過の過程で、主要には1969年以降の京都で関わってきた過程で、明かにされてきた特徴点と被害者の今後に予測される課題の一端を紹介し、③あわせて、「ふたたび、社会医学とは何かを考える」という課題を論議する上での素材の提供としたい。

2. 事件の経過。

①1955年、西日本一帯で発生した森永ヒ素ミルク中毒事件は、乳幼児12,131名（そのうち死亡130名、1956年6月厚生省調べ）が被災したとされる大規模なものであった。この中毒事件の原因物質は、粉ミルクに混入していた「ヒ素」等の化学物質（以下に単に「ヒ素」と表現する）であった。②この事件は、生後間もない心身の未発達な抵抗力の弱い乳児を主体とする集団に発生したという点で、又、主食である粉ミルクに混入していた毒物による中毒で古今東西に類例を見ない事件であり、事件の背景や事件発生後の経過等に問題点を多々内包していたという点で、特異な出来事であった。③中毒は「ヒ素」によると原因が明らかにされて後、森永粉乳の使用停止、未使用缶の回収、被災児等の診療、検診が行われ、BAL等を用いた治療により臨床症状も急速に消退していき、年内に殆どが治癒したと判断された。④1956年の一斉「精密検診」の結果、「後遺症として認むべきものなし」としてこの事件は処理され、医学的にも行政的にも社会的にも忘れ去られていった。⑤被害児の親達は、原因が明らかにされると共に各地で「被災者同盟」を組織し、医療・補償問題について森永乳業と交渉を重ねたが、「五人委員会」提示の企業責任を曖昧にした解決案に基づく僅かばかりの「補償」と森永ヒ素ミルク中毒後遺症究明等の研究助成を目的とする「森永奉仕会」の設立との引換えに「被災者同盟」を解散するに至った。

3. 「14年目の訪問」

①1969年の公衆衛生学会で、阪大丸山等が「14年前の森永MF砒素ミルク中毒患者はその後どうなっているか」（所謂「14年目の訪問」）と題して被害児の実態の一端を報告したのを契機に、事件は再び社会問題化し、医学的検診を含む被害者実態解明を目指す調査等が各地で取り組まれることとなり、被害者救済事業具体化への動きへと発展していった。②「14年目の訪問」は、事件発生後14年目に訪ねた被害者の多くが「なんらかの不健康な訴え」を持ち、医師のつける「病名」への疑問や不信任、「会社側の責

任で健康診断を」という願いや後遺症への不安などを被害者家族が訴えていることを明らかにした。③この報告を契機に、被害者組織「森永ミルク中毒の子どもを守る会」（以下、守る会と略称）は全国組織化し、「被害者の結集、要求貫徹」「後遺症究明」「完全治療、完全養護、子どもを元に戻せ」「企業責任の追及」を旗印に各地に支部を結成、被害者の親を結集し次第に組織を拡大する一方で、厚生省、関係府県、企業森永に対する交渉を重ねて行った。④その過程で、「森永ミルク中毒被害者の恒久的救済に関する対策案」（恒久対策案）が作成され、その実現に向けての運動が続けられた。⑤1973年、企業責任の明確化、恒久救済対策の確立を求めて、企業森永と国を相手取り民事訴訟が提訴された。この間、1973年の秋から「守る会」、厚生省、企業森永の三者会談が開始され、年末には【企業責任を全面的に認め一切の義務を負担し、「恒久対策」案を尊重して被害者救済に当る、国は積極的に援助・協力する、「三者会談」は継続する等】の5項目確認書が交わされた。この合意を受けて、1974年4月、被害者救済機関である財団法人「ひかり協会」が発足した。⑥こうした一連の動きを受けて、法廷で森永等が長年にわたり何等の救済を講じなかったことを陳謝し、以後「ひかり協会」の判断・決定に従い、必要な費用は森永が負担する等回答したことを以て和解し、訴の取下げとなった。（森永ミルク中毒被害者弁護団：森永ミルク中毒事件と裁判、ミネルヴァ書房、1974）

4. 京都からの報告。

①守る会京都支部の発足は1970年8月であるが、その準備の段階で、京都府・京都市に対し被害者救済に必要な事業の取り組みを求める要望書を提出している。②1970年8月、守る会関係者、医師・保健婦、臨床心理研究者、行政関係者、弁護士、学生等を結集して「京都森永ヒ素ミルク中毒調査研究会」（以下、調査研究会と略称）が発足した。③調査研究会は守る会京都支部に協力して、事件の背景・経過の解明や被害者実態の解明と被害者救済策の確立を目指すことを目的に、過去の事件関係資料の収集分析と被害者実態把握の為の疫学的な調査の準備、更には自治体に対する行政対応を求める働きかけ等に取り組んだ（研究会活動の成果：田中・北条・山下編著、森永砒素ミルク中毒事件—京都からの報告、ミネルヴァ書房刊、1973）。④同年7月亀川知事の議会答弁をきっかけに、京都府・京都市はその責任において「府民・市民の暮らしと健康を守る」立場から、守る会の要請に応えて共同して「京都府森永ヒ素ミルク中毒追跡調査委員会」（以下「委員会」と略称）を発足させた。守る会はオブザーバーとして参加した。⑤守る会、行政、調査研究会がほぼ同じ頃に動き始め、共に学び相互に協力しつつ被害実態把握の努力を重ねつつ、被害者要求実現への取り組みを前進させていくとの経過を辿った。⑥「委員会」は、当時把握しえた被害者名簿により、保健婦の訪問調査と京大・京府医大等府下12ヶ所の病院と臨床心理の研究者集団の協力をえて1970年10月から1971年7月、多くは16才前後の年齢に達していた被害者達554名を対象に疫学的調査と臨床医学的、臨床心理的検診の三本立ての第一次実態調査を実施した。1974年に

第二次追跡調査、1977年に第三次追跡調査が実施された。⑦追跡調査は実態の解明とあわせて、調査結果に基づいて被害者の健康管理等当面必要とされる救済対策のあり方が具体的に提起されている。⑧「厚生省名簿」の返還（1972）により多数の「未確認被害者」の存在が明かとなり、京都府は「未確認被害者」の実態調査を実施、「京都府森永ひ素ミルク飲用者認定委員会」設置して、未確認被害者の飲用認定作業に取り組んだ。⑨調査研究会は、守る会の民事訴訟や森永乳業相手の現地交渉等の取組みを支援した。京都の守る会は、当初から、被害者、家族の悩みを中心に据え、個人の人権擁護と加害企業の責任追求で一致して運動を進める過程で、被害者の要求を掘り起こし組織し会を拡大していったが、調査研究会も調査研究活動を通して新たな顔ぶれを加えつつ、被害実態解明過程での各々の専門領域の限界を共に協力しあうことで乗り越え、被害者要求実現に必要な集団的取り組みとして前進させていった。

5. 事件の経過に見られる主な特徴点。

1) 事件の背景：高度経済成長のtake offの時期で、大量生産大量消費型工場生産が開始される時期であり、婦人の大規模職場進出が始められる時期だったことが上げられる。

2) 粉乳製造過程にみられる諸特徴：①事件当時、森永乳業徳島工場では、古くなった原料牛乳に乳質安定剤を添加してミルクを製造していたが、1930年4月から8月の製品に使用された乳質安定剤に第二リン酸ソーダとして「産業廃棄物」（ポーサイトからアルミナを精練する過程で生じたもので第二リン酸ソーダの含有量が多い）が使用されたため、粉乳に「ヒ素」が混入する結果となった。②古くなった原料牛乳に、食品添加物を加えて新鮮牛乳並みpHに調整すると、乳質が安定し水によく溶ける製品が出来る并使用された。③この添加物は、アルミナ精練工程で生じた産業廃棄物で、途中薬品関連企業間を流通する間に2度の脱色・再結晶処理を受けただけで、協和産業から徳島工場へ納品された。徳島工場は、成分分析して品質を確かめることなく使用した。④原料牛乳が農家から工場へ集荷納入される過程では、新鮮乳運搬保存対策は何もなかった。⑤安全性を無視した利益優先の企業主義が、基本とされていたところに事件の特徴がある。

3) 保健医療関係者に関わる諸特徴：①事件当時「成書」記載の知識で判断されている。②「赤ちゃんコンクール」で、保健医療関係者は、企業と連携し発育不良児の母親に粉乳を勧奨、③西日本各地の病院では6月頃にはM牛乳に疑惑の目が向けられていたが、医師は取り上げなかった。④ひ素ミルクの飲用の有無に基づく疫学的調査で、被害者の全数を把握する努力が、不十分なまま経過した。⑤当初各地の大学医療機関の診断基準が不統一であったが、のちに西沢委員会作成の医学的診断基準で患者を診断するとに統一された。その結果、これに合致するものだけが「被害者」と認定され、多数の被害者が診断基準に「合致せず」として「切捨て」られる結果となった。⑥医学的診断基準に基づいて、被害者認定が行われる限り、「未確認被害者」の発生は避け難いことを、この事件は教えている。

4) 行政責任に関わる諸特徴：①毒物取り締まり上の責任、②添加物取り締まり上の責任「自然界に存在するものは添加物に当たらない」、③被害者把握の不備と被害者放置の不備等が指摘しうる。

5) 裁判問題：徳島地裁の第一審判決は「信頼の原則」をもとに、森永乳業を「無罪」とし企業の加害責任は追及されなかったため、傷つけられた被害者の人権（権利）回復の努力が怠られるという結果となった。徳島工場の製造課長が、業務上過失致死傷害罪で「有罪」とされたのは、事件発生18年後の差戻し審による。

6) 事件の特異性、①ひ素による集団中毒事件の経験例は多数あるが、乳幼児の集団発生例はなく世界的に前例のない事件、②被害者の多くは、乳児期という心身の発育・発達途上の特殊な時期、

③有毒ミルクを被害者の多くは主食として利用した、4)As, V, Na等による複合汚染、④「後遺症」が危惧されたが、追跡調査は実施されなかった。⑤西沢委員会、五人委員会等、所謂「第三者委員会」が事件処理過程に登場したが、結果的に見て何れも加害者擁護の役割を果していた。⑥事件当時の回収粉乳缶は、「第三者委員会」の判断で“鶏の飼料”として売却され、その代金は「森永奉仕会」からの研究奨励金の一部とされた。「ひ素」中毒被害者に直接係わりのある研究論文数は、1958年以降急激に減少し、「14年目の訪問」まで皆無に等しい状況にあった。

6. 健康被害の推移。

1) 事件当時の健康被害：①事件発生当時の臨床所見には、被害児の月齢、飲用量、栄養方法等により、個体差が認められた。不機嫌、意気消沈、睡眠不良等の一般症状の他に、発熱、呼吸器粘膜症状、消化器症状、脳神経症状等と多彩であり、色素沈着、肝腫、貧血を呈するものが多かった。②当時の剖検記録には、消化管の浮腫像、肝・心筋の脂肪変性、臓器の澱血、脳水腫、脳内点状出血、神経細胞の空胞変性などが認められた例が報告された。

③西沢委員会策定の「治療判定基準」により、急性期の症状の消退を以て「治癒」、翌年の一斉「精密検診」結果で「後遺症」なしと判定された。それ以後の追跡調査は実施されなかった。（浜本英次編、岡山県に於ける粉乳砒素中毒症記録、岡山県、1957）

2) 「14年目の報告」：①脳性神経症状と思われる症状を呈しており、かつ社会生活上等かの支障をきたしていると考えられるもの7例、②外観から観察した場合、身体上何等かの一般的でない症状があると思われるが、社会生活上にはさほど支障がないと考えられるもの25例、③何等かの不健康な徴候を訴えていると考えられるもの18例。（丸山・他、14年前の森永MF砒素ミルク中毒患者はそのどうなっているか、日公衛誌、16(13)、No.3、1969）

3) 「16年目の報告」-京都からの報告：①被害者の多くは、身体症状や精神行動面で様々な訴えを持ち、同年令集団に比して訴えの出現率は明らかに高い。②脳波異常所見の出現率が一般に比して明らかに高く、てんかん、MBDなど中枢神経系の症状を呈するものが多い。難聴の出現率が同年齢層に比して高い。③色素沈着、色素脱失など特徴ある皮膚所見を有するものが多い。④心理発達の面からみて問題を持つものが少なくない。⑤総合判定による当面の処置：臨床医学的に「要治療」「要精検」が60%、臨床心理的に「要指導」「要精検」が76%、他はいずれも「要観察」⑥結論「被災児達の現在持っている諸種の精神的、身体的問題は、被災児が乳幼児期に、森永ひ素ミルクを飲用させられたこと、更には、16年間放置されてきたことにより、生みだされたものと判断せざるを得ない」。（山下・他、京都における森永ひ素ミルク中毒被害児の現状、日衛誌、27(4)、1972）

4) 岡山製煉検診結果（京都と同じ時期、厚生省の依頼を受けて岡山県が実施した検診）：「健康状態を臨床的手段を用いて調査検討した結果、「受診者の中には検診によって異常所見を指摘され、或いは、経過観察を必要とするものもあった。しかし、特異な病像を高い頻度に認めることはできなかった……当時の残像と思われる皮膚の色素異常を除けば特徴的な共通点は指摘できなかった。特に、憂慮すべき経過を辿っているとは考えられず、遺伝と環境の交錯した思春期にある一段の健康像を示していると思われる」。（山下・他、岡山県粉乳ひ素中毒調査委員会の検診結果報告書の問題点、社会医学研究、13(1)、1973）

5) 京都の追跡調査結果で明らかにされたもの（1970年以来8年間に3回実施された同一対象の調査結果による）①被害者の健康状態は、過去にうけた障害の「静止した」遺残症状でなく、成長過程で、修復され、代償され、抑制されながらも、形を変えてな

お「生き」続けている動的過程にある。②被害者の健康状態はこの8年間、健康状態が良好な状況で継続推移した群と、悪い状態継続推移した群と、その中間群に区分される。③中間群は、時の経過と共に、症状が軽快するかにみえて再び悪化し、悪化するかにみえて軽快するという、症状の「動揺性」を呈しつつ、次第に良好な群と、問題のある悪い群へと「分極化」していく傾向が認められる。④健康状態に問題を持つもの程、その「社会生活」は「一般的、標準的」な「社会生活」の水準からの「乖離」の拡大が認められる、即ち、生活水準が相対的に低下しつつあるかに思われる。⑤防災等、社会経済的条件の「悪化」による健康・生活影響の問題が重視される必要がある。⑥彼等を取巻く社会的環境は、これまでの苦難の生活史にもまして新たな困難をもたらしており、彼等の今後の生活により一層深刻な問題をもたらす可能性をはらんでいる。⑦被害者が、今後に加齢による老化の度を増すにつれて健康の質の転換期にあり、健康被害の「悪化」もしくは「悪性化」（この場合皮膚所見の悪性化を意味する）という質的な変化をもたらす可能性が危惧されている。（山下・他、成人期に達した森永ひ素ミルク中毒事件被害者に見られる健康被害の特徴とこれからの「救済」対策のあり方をめぐって、健康会議、36(2)、1984）

6) 京都の被害者の最近状況（80年代の約4～5年間の被害者の「生活と健康」実態の経過、詳しくは一般演題参照）：①被害者達の健康状態は、「持続的不良」群と「持続的良好」群と、両群の間に位置する「中間」群の3群に区分され、「中間」群は時の経過とともに健康状態が、良好あるいは不良のいつかの群に分化、動揺傾向を呈しているかに思われる、②就労を継続する上で健康問題は相変わらず重要な問題となっている。③厳しい就労条件・環境の下で、健康上問題を抱えている被害者ほど、困難の度を増しており、転職ないし離職を余儀なくされている者が少なくない。④健康状態不良群に「家庭の暮しむき」が「苦しい」「大変苦しい」が目立つ。（第32回社会医学研究会総会抄録集、1991）

7. 「京都からの報告」の3つ問題。

1.) 因果関係論。(1)調査に当り留意されるべき事件の特徴：①社会的・医学的空白期間の長期化、②事件の未経験性、③症状の「散開性」「動揺性」、分極化、④症状の非特異化、慢性化→共通性の希薄化、⑤被害者の集団化による因果関係判断の困難性克服、⑥官製調査組織と自主的調査組織。(2)生活史的因果関係：①長期の医学的空白をうめるもの、被害者自身、両親の訴え・証言＝生活史重視の面接調査、②類似環境で育成した同年配の非被害者との比較、(3)疫学的因果関係：①「その因子が発病に先立って作用するものであること」＝森永ひ素ミルクを飲用したこと、②「その因子の作用する程度が著しいほど、その疾病の罹患率が高まること」「量と効果の関係」＝定量的には不可能だが定性的には可能、③「その因子の分布消長の立場から観察された流行の特性が矛盾なく説明可能なこと」＝「消去の原則」、④「その因子が原因として作用するメカニズムが医学的に説明可能なこと」＝「検診結果に見られる被害者集団の特性、被害者の訴え」と事件当時の剖検記録、臨床記録との関連を矛盾なく説明出来る点多い。⑤「16年目の訪問」の結論。(4)取り組み体制：専門家の集団化・組織化による「専門化集団」による「共同思考」「協同作業」の重要性。(5)長期にわたる空白期間の問題：①自覚症状を重視する、②被害者救済対策の方針を踏まえて調査と結果の分析を実施した＝事後対策の重視、調査は「救済対策」具体化の方策の解明を目的とする、結果に基づく行動を重視する、「存在するのは病者であって、病気ではない」「身体的不快、不調、不感を感じて、不安を訴えるもの」（中川）の病苦からの解放を目指す。③被害者の生活史の重視。④関係者の証言、被害者の経験、

過去の関係資料・文献の精査・分析結果に基づき調査票を作成。⑤調査票設問の表現を日常会話用語に近ずける努力の重視。⑥自覚症状を臨床所見で裏づける努力＝疫学的調査を先行させ、臨床医学的調査票の作成作業に反映させる等。⑦被害者名簿の重要性、最大多数の把握の努力、事件当時の記録・カルテ、被害者名簿、新聞記事、新聞・自治体広報による情宣等と呼びかけての掘り起こし、⑧個を通して集団を、集団を通して個を見る目の重要性。（山下：人為的・社会的健康破壊の原因の立証－森永ひ素ミルク中毒事件とマンガン中毒問題の経験から、細川・他編：新労働科学論Ⅰ、労働経済社、1988）

2.) 未確認被害者問題、(1)医学診断基準による被害者認定のもたらすもの：①被害者認定のあり方にみる問題、被害とは何か。臨床的医学診断による被害者認定は、必然的に未確認被害者を産み出し、被害者切捨てを結果する。②1955.10.9.「砒素化合物を経口摂取した場合の砒素中毒患者の診断基準について」第1度必須条件、a)色素沈着、b)肝臓肥大（2横指以上）、c)血液像の変化（軽度の貧血、好中球少20%以下）、色素沈着を欠く場合、爪毛、髪で砒素の証明。治療判定基準：必須条件、a)一般条件の完全消失、b)血液像がほぼ正常、c)肝臓軟化、2横指以下、d)ECG、眼底所見。③未確認被害者の実態：西沢委員会以前の各大学臨床報告、行政資料の意味するもの。（山下・他、森永ミルク中毒事件におけるいわゆる未確認被害者問題について、日衛誌、29(6)、1975）

(2)未確認被害者問題の京都での経過：①京都府森永ひ素ミルク追跡調査委員会が事件被害者の「16年目の訪問」追跡調査に着手した当初、事件当時の被災者名簿は京都府・市のいずれにも保存されていなかったことから、事件当時の患者名簿を保管していた森永乳業は「被災児の人権を侵す恐れがある」との理由で提出を拒否していたことから、a)保健所カルテ等当時の記録、b)医療機関患者カルテや受診者名簿、c)府下自治体の広報、新聞報道に基づく届け出、d)被災者同盟の名簿、e)保健婦調査、f)守る会京都支部の調査、g)事件当時新聞記事、その他によって、新たに京都府名簿（554名、1970.10.1.現在）が作成された。②その後森永が厚生省に返還した事件当時の患者名簿の写しが京都府に送付されてきたが、京都府名簿に記載されていた被災者554名のうち152名が厚生省名簿に搭載されていなかった、即、「未登録」被害者であることが確認された。③京都府・市は保健婦による「森永砒素ミルク中毒未登録被災者実態調査」を実施し、その結果に基づき、「認定調査に関する研究会」を開催する等の準備作業を重ねた上で、府はその責任において、未登録被害者の飲用認定を実施するとし、「京都府森永ひ素ミルク飲用者認定委員会」を設置、飲用認定作業を開始した。④認定委員会は所定の「認定調査表」

【a)京都検診受診の有無、b)飲用期間、c)購入先、d)購入先の現存の有無、e)事件当時の症状、f)事件当時の受診の有無、g)証明書、意見書など（当時の受診医、森永ミルク購入先、知人・友人等の証人、関係医療機関のカルテ・受診者名簿、保健所カルテ等行政資料、その他の証拠）】による調査結果に基づいて被災者個々に「飲用」申し出の妥当性について検討。京都府名簿作成時の資料（事件当時のカルテ、受診者名簿、行政関係のカルテ、事件当時の記録、被災者同盟名簿等の物的証拠）を参考とした。なお、必要に応じて「指示事項」を提示して関係保健所に調査を依頼。飲用認定の妥当性を判断するに足る「証拠」等に欠ける場合には、被害者の親に委員が現地面接調査を行った。⑤その後の扱いは、a)委員会の認定作業結果を京都府知事あてに報告し、b)京都府は、委員会報告に基づいて「ひかり協会」へ報告。c)未登録被害者の「飲用認定」の最終判定は、ひかり協会による。

3.) 被害論：①事件翌年の一斉検診で「後遺症なし」、②「14年目の報告」、③「16年目の報告」「森永ひ素ミルク中毒症候群」、

④被害者の「健康と生活」にみられる諸問題、「30年目の訪問」=a)過去の傷害「静止」した「遺残症状」でなく成長発達過程で様々な姿を変えて「生き続け」ている「動的状況」、b)「社会生活」は「一般的標準的」社会生活の水準に照して、傷害あるもの程、乖離の拡大、特に、労働・生活条件、労働・生活環境とのかわり度顕著、c)「古くから生き続けている」傷害の上に新たな問題の積み重ね、d)親子関係にみられる「加害」「被害」関係からくわがみの問題、e)加齢による老化の加速の恐れ、点状白斑等の悪性化の恐れ、f)過去に終結した事件でなく、「成書」記載の知識だけでは対処困難、古くからの問題の上に生活過程の新たな問題の累積。

8. 被害救済救済事業。

①守る会・厚生省・森永乳業の三者協議の合意により被害者救済機関として公益法人「ひかり協会」が1974年4月発足した。以来、加害企業森永が毎年提供する経費による被害者救済事業が実施され、様々な困難の中で関係者の献身的な努力によって、着実に前進し今日に至っている。②「からだをもとに戻せ」との被害者要求に「健康・教育・就労」を柱に救済事業の展開。今後就労を軸に被害者の「自立・発達」保障の取り組みの重要性。③協会の救済事業は、a)自立と発達保障、b)総合的事業（医療・福祉・教育・生活・就業等の総合的対応）、c)個別の対応を救済原則とし、公的制度は、自立・発達を保障する総合的救済として事業を充実させる立場にたつてとらえ、積極的活用を実践の基本としている。④被害者が成人に達し事業が10年目を迎えたのを契機に「30才代をむかえての被害者救済事業のあり方」を巡る「守る会」会員、被害者等関係者の論議を踏まえて将来展望に立った新たな視点から、今後とも3原則にたつて事業を進めるが、自立へ向けての対策を中心に、障害の為自立困難なものには親戚き後の目標（将来設計）を親族・本人とともに個別に設定し、その目標に向って、公的制度、社会資源の有効活用と協会事業としての具体化を図るとしている。⑤「健康・就労・教育」を柱に、被害者の自立発達を保障することを目指して、相談指導事業（相談活動、訪問指導等）、保健医療（検診、健康管理、医療費支給等）、生活保障援助（生活手当、介護料等の支給）、自立発達保障推進（社会教育、訪問教育、自立奨励、就職奨励、職場定着奨励等）、交流会（地域交流会、被害者交流会等）等の救済事業を実施。生活手当は現金的給付事業、健康管理等は非現金的給付事業、⑥協会の理事会が策定した事業計画に基づき、各地の救済対策委員会（「14年目の訪問」以後各地で守る会に協力してきた医師・保健婦、福祉関係者等と「守る会」等で構成、近年被害者当人も参加）が個々の被害者状況に見合った指導・助言や適用事業を判断し、各地の現地事務所職員が、医師・保健婦、福祉関係者等の協力をえて具体化している。⑦協会が確認した被害者は13,409名（そのうち、事件当時は未確認被害者で協会が飲用者と認定したもの1,041名）、協会事業の適用者は6,314名（1986年3月末現在）。事業未適用者には、協会との接触を今もなお拒否しているものが少なくない。⑧必要経費は協会からの前年度実績に基づく請求で森永が拠出する。協会の予算は、発足の年1974年度3億4895.5万円、1991年度14億2056万円と4.1倍に増加した。1991年度予算の92.1%は森永拠出金；支出内容（1989年度決算）は、事業費は89.3%、そのうち保健医療費16.5%、保健指導8.5%、生活援助44.0%、自立発達推進3.2%となっている。（財団法人ひかり協会：ひかり協会10年のあゆみ－恒久救済の道を求めて、1985、救済事業の手引、第三版、1987）

9. 今後の課題。

①森永ひ素ミルク中毒事件のもたらした「被害」は、事件当時の直接的、一次的な影響である「ひ素」中毒による肉体的な障害に

とどまらず、なお「生き」続けている動的な状況にある被害者と、彼等が被った二次的、三次的な精神的、心理的影響をも含めた多彩なものとして考えられる必要がある。②こうした「生活史の総和」により規定される被害者の健康上の諸問題や、今後続く諸問題もまた関連あるものとして考えられる必要がある。③被害者の老化の進行と関係する健康状態の「悪化」と「悪性化」の問題、④「過去から続く健康上の諸問題克服」への努力と、「未来へと続く新たな質の健康問題」に備える努力が必要とされる、⑤成人期に達した被害者の「自立と発達」を支援する恒久的な救済策を考える上で、これまでの歴史をふまえ、将来を展望しつつ、過去から続く健康上の諸問題克服の努力と、未来へと続く新たな質の健康問題に備えての対応が必要。⑥被害者の「健康と生活」の実態に基づいた救済策が不可欠であり、そのために必要な援助の柱として、健康管理、相談指導、労働衛生の視点を踏まえた就労対策、家庭療養・介護への援助、生活保障等を網羅した将来展望にたつた中長期的な計画策定と計画的運用が望まれる。⑦被害者救済の事業を進めて行く上で、生活の場・地域で、保健・医療・福祉の関係者による協力体制が必要とされている。⑧「第II世」問題と親子関係に見られる「影」の問題、⑨家族ぐるみの生活破壊、家族や地域社会の人間阻害、親の高齢化に関わる問題。⑩事件は未だ終わっていない。

10. 事件の経過に見られる諸特徴

1) 社会医学研究会と森永ひ素ミルク中毒事件：報告は過去14題、その殆どが1970年代の前半期である。

2) 森永ひ素ミルク中毒事件にみられる主なる特徴

(1) 疾病発生要因の人為的社会的な存在、(2) 疾病発生要因の複合的存在、多因子病因論、(3) 「被害者と関係者の集団的行動とそれを通しての要求結果」と「専門家集団の組織化」、守る会と「専門家集団」との「共同思考」「協同作業」を可能としたこと、これらの点に京都での取り組みの前進の鍵があることを教えている。(4) 行政が基本的に、守る会、専門家集団と同一基盤、対等の関係で連携しつつ取り組んだ事が重要である。「生命と暮らし」を守る者としての自治体の存在の重要性。(5) 京都にみられる特徴は「運動・要求・集団の発展」、「地域状況」との関わり、にあることを教えている。(6) 医学診断基準に基づく被害者認定は、被害者切捨ては避けられない、未確認被害者を必然的に生み出される。(7) 被害は、事件当時の直接的影響だけに止まらず、精神的、社会的な問題も含む「生命と暮らし」の全般に及んでいる。(8) 健康問題に限っても、事件当時の急性症状の起伏で完結するものではなく、被害者の老化の進行と関係する健康状態の「悪化」と「悪性化」の恐れあり、なお「生き」続けている動的な状況にある。(9) 被害者救済対策として「過去から続く健康上の諸問題」の克服の努力と「未来に続く新たな質の健康問題」に備えた取り組みと「生命と暮らし」を支える総合的対応が重視される必要がある。(10) 京都での経験は「個を集団の中でとらえ、集団を個の認識の上に立って把握する」（「集団は個を規定し、個は集団を規定する」）ことの重要性を教えている。(11) 被害者の辿ってきた歴史に明らかなように「健康の質は生活史の総和によって規定される」。健康問題の起伏には、人為的社会的要因がからんでいる。(12) 被害者にみられる「健康水準の低下＝就労機会の制約＝生活水準の低下＝健康水準の低下＝」という「悪循環」の存在。(13) 各種の「第三者委員会」の果たした役割が結果として示しているように、公害問題に「第三者」は存在し得ない。

【参考文献】（本文中掲掲内容は省略）

1. 山下：森永ひ素ミルク中毒事件と被害者のその後、公衆衛生、51(8)、1987、2. 山下：森永ひ素ミルク中毒事件の教えるもの、小栗史朗編、環境問題と保健活動、医学書院、1990。

3. 私が歩んだ公衆衛生40年の軌跡

丸山 創 (大阪中央医療生活協同組合
うえに病院・うえに保健センター)

§ 保健所の夜明け (1947~59年)

1. 前期長野県松本保健所時代 (1950~55年、医師、保健予防課長、小山所長)
 - 1) 衛生教育の徹底
■離乳開始時期に及ぼす諸因子の影響 (信州医学雑誌)
 - 2) 結核の診断と治療
 - 3) 出張検便と集団駆虫
 - 4) 赤痢の防疫
■赤痢治療後の再排菌について (信州医学雑誌)
2. 信大衛生学教室時代 (1955~59年、助手、講師、小松教授)
■長野県における脳卒中死亡と環境との関連 (信州医学雑誌)

§ 保健所のたそがれ (1960~74年)

3. 長野県岡谷保健所時代 (1955~63年、所長)
 - 1) 地区住民組織活動の展開
■湖北地区の人工妊娠中絶の実態と対策 (生活教育)
 - (1) 食生活改善 (厚生大臣賞)
 - (2) 結核予防 (結核予防優良保健所、結核予防会総裁賞)
 - 2) 市内運営の民主化
 - (1) 職員の互選による運営委員
 - (2) 職員の所長評価の実施
4. 後期松本保健所時代 (1963~65年、所長)
 - 1) 朝日村健康村建設活動 (保健文化賞)
 - 2) 保健所と大学の連携 (信州大学医学部公衆衛生学教室)
5. 長野県片時代 (1965~67年、環境衛生課長、幸衛生部長)
 - 1) 3条例の制定
 - (1) 飼い犬管理条例
 - (2) 特殊公衆浴場条例
 - (3) 漬け物条例
 - 2) 野犬捕獲体制の確立
NHKとタイアップ「現代の映像」
 - 3) 保健所の機構改革
食品・環境議員連盟の結成
衛生課を食品衛生課と環境衛生課に分離
主要保健所の食品・環境衛生課長を本庁課長級に昇格
 - 4) 公害防止予算 (新規) の獲得
6. 大阪府泉大津保健所時代 (1967~69年、所長)
保健所運営協議会の運営を改善
7. 藤井寺保健所時代 (1969~76年、所長)
 - 1) アレルギー性鼻炎の多発
■羽曳野市羽曳が丘に多発しているアレルギー様疾患の実態調査 (公衆衛生情報)
 - 2) カドミウム垂れ流し事件松原市I 貴金属
 - 3) 黒田革新府政の誕生
大阪五分野の会への加入
問題職員が優良職員へ

■同和地区衛生白書 (保健婦雑誌)

- 4) 松原保健所の新設
 - (1) 駅頭ビラと各戸訪問署名運動
 - (2) わたきり老人の在宅ケアの取り組み

§ 保健所の変質 (1975~89年)

8. 岸和田保健所時代 (1976~81年、所長)
重油流出事件
■地域保健のあり方について (日本公衆衛生学会)
■大阪府下における保健所と保健センター (社医研①)
9. 八尾保健所時代 (1981~1989年所長)
 - 1) 住民組織「医療問題八尾連絡会」と連携
 - 2) 老人保健事業の推進
■老人保健法施行後の第一線行政の現状と課題 (医学評論)
■循環器集団健診事業のすすめ方・考え方
—— 八尾市20年の歩み (自治体研究社)
 - 3) 保健福祉推進室の設置
■これからの保健所像 (自治体研究社)
 - 4) 保健福祉総合医療センター構想の推進
■自治体における公衆衛生 (医学書院)

§ まとめ

私の場合、社会医学的な調査研究を意識的に追求したわけではない。私の公衆衛生従事医師という実践的立場と、私を取り巻く人間的環境、学問的環境 (社会医学研究会、新医協、医療経済研究会等) が私の調査研究を規定した。ふりかえってその軌跡を次のようにまとめることもできよう。

1. 調査研究の立場
公衆衛生に挑む医師として、公務員という制約に捕われず有利な立場を最大限に活用
2. 調査研究の視点
 - 1) 住民、労働者、被害者、社会的弱者等の側に立って、その要求や運動を支援
 - 2) 中央集権的、官僚的、権力的、画一的、非民主的行政に対する批判と具体的改革案の提示
3. 調査研究の目的
実態の把握、問題の提起、対策の樹立、方法論の構築、要求・運動等の資料づくり
4. 調査研究の方法
問題と対象により、統計的、全体的、社会的、個別的、歴史的、経済的な角度から調査研究

注：■…調査研究・論説の表題、括弧内は発行所

-- 社会医学研究の方法をきたえる --

山田 信也 名古屋大学医学部公衆衛生学教室

【はじめに】

「社会医学研究会」の研究方法の重要な特徴を一言でいえば、社会的な存在である人間の健康を把握する方法と、社会を把握する方法とをそれぞれ検討しつつ、これを結合させ、健康に関連する諸問題の解決に向けて研究することにある。

社会医学研究会30年の報告をみると、そのテーマには、いずれも研究者の生きた時代の特徴が色濃く反映している。また同時に、その研究者の方法の特徴が強く反映する。社会医学研究会では、この両者の方法、その結合の仕方を、実際の課題の研究で示し、これを論議し、その有効性を検証していくことが必要である。

多くの若い諸君といっしょに取り組んだ私の社会医学研究の活動には、どんな方法が現われたか。それを振り返ってみる。

【社会医学研究を意識するまで】

(1)

私の混沌の時代の経験で、今から見て大きな影響をうけたのは、1937～45年の戦争中の社会生活であった。両親の出身であった農村の生活と、私自身の学徒動員での1年半の工場生活がその中心にある。「貧乏と病気はついて回る、病気になってからでは遅い」、「仕事はきつくてつらい、働くものが大切にされなくてははいけない」これが体験から生まれた素朴な考えである。

戦争が終わり、工場から戻った焼け跡の中学で、歴史と社会の教師は、江戸時代の農民を支配した社会の構造を、農民の生活と労働を通じて分析する方法を徹底して生徒に教えた。また社会が経済と法の支配によって動き、その法は歴史と共に変化発展することを教えた。

私は、参考書を図書館で手当たり次第に読んだ。この学習は、それまでの私の混沌を整理するために歴史と社会に関する学問を学ぶ必要を教えてくれた。

(2)

旧制度の高等学校一年間(1948)と新制度の教養部一年間(1949)では、自然科学とともに、産業革命後の社会史、経済史の学習に打ち込んだ。教養部2年生(1950)になって、日本の医療と社会保障の歴史の勉強を始めた。

この時に知った東大のセツルメントの記録は、私を実際活動へ導く刺激となった。そして、名古屋南部の労働者住宅街で、憧れのセツルメントに参加した。そこで知った工場の仕事も労働者の生活もひどかった。戦後の日本の資本主義の「復興」とは何か、それは労働者の生活と健康に何をもたらしたかを学ぶ良い機会だった。

(3)

医学部へ入って(1951)からもセツルメントの地域活

動を続けた。工場そのものを知るために、社会医学研究会に入り、衛生学教室の工場調査に連れていってもらった。「工場の衛生学的診断」の方法を実際の調査で繰り返すうちに徐々に身に付けていった。

2年生の終わりの時(1953)、名古屋南部・北部の珪肺調査に参加し、珪肺のひどさ、合併する結核のこわさを知った。ある工場の労働者から、こんなひどい病気をこれまで医者はずいぶん放置しておいたのだと問われた。大学へ戻って、これに答えようと、資料を見せてもらい勉強したが、答えは明確に出なかった。一生かかって答えようと考えた。

3年生(1953)の夏、名古屋南部の半農半工の町でのセツルメントに参加した。この時、訪問活動の合間に、この町が貧しい農村の時代からどのように変わってきたか、生活は どう変わったか、を聞き取り、これをまとめた。これを基礎に、この町にみんなの手で診療所をつくることを訴えるパンフレットが出来た。その後、地域の積極的な人達と診療所建設活動を半年続けた。私の初めての社会調査とそれを実践に生かす経験になった。

(4)

卒業(1955)して、職業病予防を志して研究室へ入った。生活のためと、実地経験のために、化学工場の現場で衛生管理の仕事を4年間(1956～59)続けた。この工場は、新しい技術革新の時代の、石炭から石油への原料転換での競争で苦闘していた。そのための「合理化」は、労働者の健康に大きな影響を与えていた。そこでこの調査と対策を立てていく仕事はやり甲斐があった。

工場の技術者との交流は、生産技術の予防での役割りを学ぶよい機会であった。労働者の仕事と生活と健康についての基本の考えと実際、予防へ向けて提案し解決する活動のコツは、ほとんどこの工場に身に付けた。

この4年間は大学院学生の時代であったから、基礎的な自然科学の分析方法を駆使する力を育てることや実験的な研究の手法を身に付けること、職業病とその予防の体系を勉強すること、などに大きな力をさいた。

【社会学研究会への参加】

(1)

1)私の社医研参加は、大学院を終えた1960年で、第1回の社医研であった。この頃は、2日で15題の報告であり、報告と討論の時間はたっぷりあり、議論が沸いた。ここで新鮮な強い刺激を受けた私は、それまでの長い経験の中で考え続けてきたことを整理した。

その一つは、労働者の病気や健康状態は、職業病を起こすあれこれの因子の影響だけで決まるものではないということ悟ったことである。これを「私の職業病研究の

反省」(1960)に記した。労働者保護のために24時間の仕事と生活の因子の意義を重視し、労働負担の評価の研究をすすめることが結論である。

今一つは、働くものの健康問題、市民の健康問題の一つにする社会的な視点と、働く人たちと地域の住民が、保健医療の専門家と力を合わせ、健康保障の運動を育てる視点に立つこと、そのための専門家の任務と役割について考えることなどであった。

このまとめを第2回社医研(1961)で「労働者および家族の健康保障についての若干の考察」と題して報告した。

組織活動については、「保健組織活動の当面する問題点—社会体制とのつながりの中で」(1962)に記した。

2)そして、この報告の方向を実際化するため、1962年6月に、大学の付属病院で労働衛生相談室を開設した。目的は、臨床からの相談の解決を計ること、研究・教育のテーマを相談の中から育てること、が主であった。

相談には、労働者の仕事と生活のあらゆる問題が持ち込まれた。多くの相談の背景には、技術革新を軸にした産業構造の変化と、生産活動の「合理化」が存在していることがわかった。このことは、私に、大きな変化を遂げつつある日本の社会の現実を分析する学習の必要性を痛感させた。この学習は、私の研究の楽しみになった。

また労働者が家族を抱えて生きていくために、病気を抱えて働き続けねばならぬ人生への共感があった。働く人達の人生を深く理解できる人間になることの大切さを知った。それが自身の社会医学の基礎となるようにしたいと考えた。

相談活動から、こうした問題意識を生みだしていく研究の仕方は、私には、魅力あるものだった。それは今でも変わらない。

3)相談を解決するためには、医学はもちろん、工学の知識、社会保障の仕組み、厚生・労働行政へのとりかかり、企業との交渉、労働組合の力の生かし方など、いろいろな知識と経験が必要であった。現場の調査、問題の実験的な検討、企業・労働組合・労働基準監督署・医師への働き掛けなどを熱心に続けた。

視野の狭さや、焦りのために、失敗も多かった。労働者が頑張ろうとしてもこれを支える力がないために諦めざるをえない場合もあった。家族の生活を考えると会社に盾突けないという悩みもあった。

しかし、たとえ成功しなくても、解決のための具体策を立て、そのために労働者と話し合い、いっしょに努力することが大切であると痛感した。

相談活動の最初の半年間の経験をまとめて産業衛生学会で「労働衛生相談活動から」と題して報告した。

4)個別の相談の分析と、解決策を、如何にして普遍性のあるものに発展させ、生かすか、それが相談活動を学問活動に発展させるための大切な課題であった。

最初は、労働者疾病の具体的な相談から、自然科学的な調査分析を徹底させること、同時に社会医学的な調査研究を徹底して発展させること、それによって道は開けると漠然と考えていた。

やがて、1)予防へむけて問題解決のプランを提言し、

実行する努力を生みだすまで徹底すること、それは目的を明確にし、努力の方向が曖昧になったり、横道へ入り込むことを避けるために大切であること、2)そのさい、社会背景の大きな捉え方を意識し、その中にテーマの位置づけを試み、活動を息長く粘り強く続け、完成させていく構想を絶えず意識していることが大切であること、この二つが相談活動から始まる自身の社会医学研究を確実にするコツだという考えに達した。

(2)

こうした考え方は、次のような幾つかの経験を重ねるうちに固まっていた。

1) ヘップサンダル製造の家内工業でのベンゾール中毒や、n-ヘキサンによる下肢の神経炎に悩まされた労働者の相談は、石油化学の大企業が一次原料を製造して大きな利潤を得、人手間やリスクの多い二次原料製造やその加工を下請部門に任せ、これを受け負わされた零細企業に多くの犠牲が生まれるという日本の社会の構造的な産物であることを学んだ。これは関西のグループとの共同研究の成果であった。また、新しい化学工業の原料や産物が、将来にわたって神経毒性を発現していく可能性を予測させるものとして位置づけることが出来た。

後になって、「n-ヘキサン取り扱い者に多発した多発性神経炎の原因の追求とその症例について」(1967)にまとめた。

化学産業で働いた経験や、相談活動での化学物質に関する経験をもとに、労働者の手による生産工程、職場条件点検の自主的な活動と専門家の共同作業を体系化する努力をいかに実現するかについての考察を「化学産業の合理化と労働者の健康問題」(1962)にまとめた。

社会主義の国の職業病対策はどうなっているか、日本と同じような中小企業をもつ西欧型の社会が根付いているチェコスロバキアの現状を文献から検討した。「チェコスロバキアにおける産業衛生研究の紹介(1~3)」(1961~62)にそれを記した。

後になってチェコスロバキアのブルゼン大学を訪れた時(1977)、私達が相談活動を行っていた頃、チェコスロバキアでは、すでに中小零細企業の職業病の相談を登録制度につなぎ、情報交換、予防活動の啓蒙を組織的に行っていたことを知った。

この二つの論文を化学産業の専門家や労働者が読み、安全センターの活動への参加を求められるきっかけになった。

2)和文タイピストの頸肩腕障害(1962)は、前田の努力で我が国最初の業務上認定例となった。職場の労働実態分析は、全損保労働組合との協力によって進んだ。オペレーターの頸肩腕障害の相談は他の多くの産業からも持ち込まれ始めた。産業における事務管理部門での機械化・合理化の矛盾の現われとして位置づけた。この経過は「事務労働者の職業病」(1967)にまとめた。

障害の病像の研究、機械の改良や、作業の仕組みの改良方法の工夫、それを職場で実現するなど、頸肩腕障害の研究と、社会運動を大きく発展させる契機となった。これらは前田の終生の仕事になり、私は多くのものを彼

から学んだ。

また、自動車産業の相談から、やがてコンピュータが現場の生産をも管理する重要な手段になっていくことを予測することができた。

3) 白ろう病(振動障害)の取り組みは、1964年の暮れの相談からはじまった。白ろう病は、戦後の技術革新によって機械化・自動化が進むなかで、機械化が困難な人力依存の工程の「合理化」をはかるために、手持ち動力工具が導入され、その影響が働く人達の仕事と生活に大きな影響をもたらした問題である。

当然、そこには、日本社会の中で、産業と社会の構造の上で遅れた林業の雇用・身分、生産のシステムなどの諸問題が強く結びついていた。白ろう病の予防は、こうした解き難い問題を、健康保障をより所にして解きほぐし解決していく重要な仕事になり、25年に及ぶ今でも続いている。

このテーマでの社医研での報告は、第7回(1966)「我が国山林労働における職業病の撲滅について」が最初になった。このあと、全力投球に近い努力を続けた白ろう病対策の経過を、第11回(1970)「林業労働者の健康をめぐる諸問題へのとりくみの前進と科学者の取り組みの諸課題」、第16回(1975)「我が国における白ろう病対策の展開」として報告した。

「作業の対策」「機械の対策」「健康の対策」そして「身分・賃金の対策」と総合的な成果を徐々に積み上げていった経過は、「白ろう病を予防する」という共通の課題にむけての、多くの研究者と労働者の共同の成果であり、その取り組みは多くの教訓を残した。

前記したチェコスロバキアを訪れた時(1977)、振動障害予防の対策が、ほぼ同じ時期、日本と同じようなシステムを積上げる努力が続けられていたことを知った。

第26回(1985)の「振動障害対策の取り組みから」で、この経過を、社会医学研究方法の考察としてまとめた。

4) 慢性疾患を抱きながら残業を強いられて悩む例、長時間労働と夜勤を繰り返すうちに体力を消耗し、激しい薬品中毒になった例、夜間交代勤務による胃潰瘍の例、深夜運転労働による事故の例などの相談が続いた。これらは、「労働時間」、「深夜交代勤務」、「ノルマと要員」が、「合理化」にかかわる基本問題で、働く人たちの健康問題に大きな意義を持っていることを次第に理解していった。

その中で、国鉄労働者の相談から、運転労働での重大事故の原因分析、運転者の深夜交代勤務の実態の分析と、望ましいありかたの提言、一人乗務問題の批判などに大きな力を割いた。(1968~74)

凡ての産業を通じて、望ましい労働時間と交代勤務のありかたを研究し、これを提言する、その実現の方法を検討する。これらは、今も私の社会医学研究の重要な課題である。

5) 病気のために解雇された例や、職業病が容易に認定されない例が多かった。この相談は「労働者の疾病が社会的にどんな扱いを受けているか、私傷病と職業性疾患の相互関連、法律的な職業病認定とはどんな意義を持つ

か」を検討するきっかけになった。その検討の経過を第13回社医研(1972)で「職業性疾患の診断と認定」と題して報告した。

6) 定年を前にして、それまでのきつい仕事や、有害物を扱う仕事についている労働者が、今後の健康に不安を感じての相談も多かった。引退後の健康保険の相談も多かった。この頃の定年者は、苦しい戦中、戦後を生き抜いた労働者であり、かれらの人生には、むくいられるものは少なかった。私は、労働者の人生史を沢山聞き取り、教材にし、実習のテーマにした。中・高年という人生期の健康問題を意識するきっかけになった。

このとき、東京都に始まる老人医療の無料化の運動が全国に広がり、愛知県は画期的な成果を挙げた。私は医学部の学生諸君と参加した。相談に現われた幾つかの人生史の事例をこの取り組みの中で紹介した。

これらをまとめたのが「現代社会の生活保障—老人医療の現状と問題」(1971)である。

7) こうして次第に、「日本の産業構造・社会構造と健康問題」、「生産技術・労働条件と健康問題」、「人生史と健康問題」という把握の仕方を意識していった。この把握を実際にするために役立つキーワード、たとえば「機械化、化学化、自動化」「管理部門と生産部門」「合理化、ヒューマンリレイションズ」「標準作業、ノルマ」「中年期、高年期」「私傷病、業務上傷病」などを列記し、その内容を整理する仕事を続けた。これらは後に百科辞典の編集への参加にも役立った。

(3)

相談活動から多くの課題を発展させることができた時期は、1963年の三池炭坑の大爆発をきっかけに始まった日本労働者安全センター設立と、これをより所にする健康を守る運動、各地の民主的な医療機関や科学者団体・地域住民の健康と環境をまもる運動が高揚した時期と一致していた。それは、働く人達・地域の住民が、専門家と協力して健康と環境を守る我が国の新しい運動が生まれた歴史的な時期であった。

こうした社会情勢の高揚は、私の社会的な実際活動の意欲を大いに高めた。安全センターの活動に大きな力をそいだ経験や、白ろう病の取り組みで国有林労働者と共同して活動した経験は、「働く人達の健康実態とその背景の調査の中から、解決すべき課題と解決の方向を提言し、働く人自身の活動を育てる、その力となる社会医学を育てる」という方向を、私のなかに根付かせるのに役立った。

私がようやく自身の社会医学研究の方向に確信を持ったのは、この頃からである。この活動のなかで、法学、社会学、経済学、工学などの分野の専門家との交流が出来たことも、自身の学問の方向についての確信を育てる支えになった。

第2回社医研(1961)で報告した問題提起を、ほぼ10年を経て、自身でようやく具体化できたと感じた。

相談活動のスタイルは、次第に研究室の活動に定着した。しかし、相談室を付属病院内で持つことには、運営の上で幾つかの困難が生まれた。一方、こうした社会的

な活動の展開に力を注ぐ必要も考えられた。そこで付属病院内での相談室活動を、徐々に転換していった。

(4)

高度経済成長による環境破壊が公害問題を生み、これと取り組む科学者・地域住民の協力した活動が大きく発展したことは、公害加害企業に働く労働者に何をなすべきかを問いかけることになり、深刻な悩みを生んだ。

化学産業で働き、「化学産業の合理化と労働者の健康問題」(1962)を書き、労働者の新しい職場点検の自主的な活動と専門家の共同作業を体系化しようとした努力を払っていた時期に、工場から吐き出された廃棄物がすでに住民の健康をむしばみ始めていたのだと知ったときには大きなショックを受けた。

これを乗り越えようと、化学産業の労働者や住民との学習会を続け、社会、経済や工学の専門家との交流にも参加した。そのとき、有害物影響の広がりの実態の分析と予防の方法を検討して「生活と健康を蝕む産業災害」(1966)を記した。この論文がきっかけになり新潟水俣病裁判の原告補佐人として働いた(1967~69)。また振動影響の研究の関連から、新幹線公害の取り組みにも協力することになった。これは愛知の産業政策を分析するきっかけにもなった。

これらの経験を第10回社医研(1969)で「伊勢湾周辺地域への産業資本の進出と労働者・住民の衛生問題」にまとめた時、ようやく新しい視点に立てたと感じた。

公害被害を取りのぞき、予防する強い住民運動は、日本社会に大きなインパクトを与え、保健医療の担当者は、その在り方が厳しく問われた。「経済成長と健康をまもる自主的活動」(1970)でこれを指摘した。

公害は、産業開発の政策と企業活動の産物である。労働者の健康を顧みない生産が、地域の自然や住民の生活を顧みぬ廃棄物の投棄を生んだ。もしこうした考慮を払っていたらこのような高度経済成長は可能ではなかっただろう。労働者の健康問題と住民の公害被害とを、構造的に捉える整理が必要であることに気づいた。そのまとめを「金属資源の利用と環境汚染—職業病と公害のつながり」(1971)と「公害・企業・政治」(1971)に記した。

これまで職場を中心にしていた視野を、生活の場、地域に広げ、産業活動が国民生活全般に与える影響を把握する視点にたつことの大切さを学んだ時期であった。

(5)

1977年、職業病の予防を中心とした衛生学教室から、公衆衛生学教室へ移ったことがきっかけになり、私の研究の課題の中にあつた、働く人達と家族(子ども、主婦、老人)の生活内容とその人生、中年期の健康、高齢期の健康と社会参加というテーマが徐々に大きな比重を占めるようになった。

1) 第20回社医研(1979)が名古屋で開催される機会に、「大都市の中年期の死亡の分析」の全国的な共同研究を提案した。就労の中心である中年男子の死亡の実体は、日本社会の産業構造、社会構造の特徴を解き明かす一つの鍵であるという問題意識があつた。すでに始まっていた大阪をモデルにし、東京・京都・名古屋・北九州での

研究がまとめられた。大都市の中年死亡が、スラム化と関連する部分もあつたが、それよりも、中年男子の産業社会の生活の特徴を反映していることが問題になった。

アメリカ、北欧、イギリスの文献でも中年期死亡の分析があり、この問題が世界共通であることがわかつた。

大企業が中心になってすすめている健康管理の全国資料との比較、民医連医療機関の慢性疾患管理の追跡資料との比較など、次第に多面的な調査での検討が可能になっていった。私達は、中年期の男子死亡の研究を實際活動に発展させるために、在職死亡を無くすというテーマに絞らばり込み、過去の死亡例の分析を通じて在職死亡を予防する労働組合との共同の活動を始めた。

中年期の健康問題は、高齢化時代にあつては、高年期の生活の土台作りの問題でもあると位置づけた。そして高齢者の健康問題では、病者・障害者の療養保障と、健康者・障害者の社会参加の保障の両側面から取り上げる方法をとるようになった。

2) ME化時代の社会は、人間の神経機能の極度の消耗を引き起こし、人間性を歪め変容させるとともに、人間の社会生活を、24時間の情報活動の中に引きずり込み、自然と共存する人間の本性を失わせる可能性を生み出した。これを予測・警告し、この事態を回避し、人間らしい仕事と生活を生み出す社会の設計を意識する活動を育てることを研究テーマとする方向を意識し始めた。

具体的な研究は、ME化時代の仕事と生活構造である。かつて戦後の復興期から高度経済成長の上り坂の時代、大きな課題であつた長時間・過密労働、これと結びついて交代制労働の諸問題は、ME化と結びついた日本型の「合理化」の中で、再びよみがえつた。それは過労死問題を解き明かす社会病理的背景としても意識されるようになった。第28回(1987)「生活時間構造の分析—就業者(有世帯)について」はその研究の始まりである。

過労死問題の捉え方は、社会医学の方法の試金石の一つである。どのような要件が充されていたら死亡は避けられたか、疾病の自然史の結末としての死亡という反論を克服できるか、それを個人と集団について、職場の作業の実際、生活の実際、健康管理の経過から検討する。過労死問題の解決は、これを考えることをきっかけにして、社会に人間らしい生活と仕事を実現する意識を育て、運動を組織することなしにはありえない。その目的にそつた調査・研究が必要だと考える。

【おわりに】

私は自身の社会医学を貫徹させるために、常に予防の観点に立つことを基本にした。そして人生史、社会史、社会構造、産業構造、産業技術、社会保障を意識した社会の把握をもとに、分析を行なつてきた。

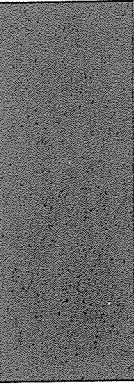
今は、この研究をすすめるながら、人間としての生存を基本とする思想を社会的に力の有るものにするために、社会医学の力を育てたいと考えている。

以上に、私の研究の方法と考え方を記した。社医研会員のみなさんの御批判をいただきたい。

皆さんの方法・考え方と、いっしょに練り合わせ、社会医学を豊に育てていくことができれば幸いである。

一般講演

第1ホール



石川県 城北病院 岩瀬俊郎

本報告は、『医療の社会化』を、現代の視点でどう読むか、そこから学ぶべきことがらと今日における意義について明らかにすることであり、

本書は、東京大学社会医学研究会が1年の調査の結果をまとめたものであります。1926年に発刊されていますが、その復刻版が1961年に出されました。

当時の社会情勢といえば、大正デモクラシーのもとで、普選実現要求に象徴されるように民主的運動の盛んな時期でありました。1923年には日本共産党の創立もあり、我国における科学的社会主義の影響も進み、大学における社研運動も見られるようになっていました。東大社会医学研究会もその一つに位置付けられ、科学的社会主義の理論を日本の医療分析に適用しようとしたものであります。

我国に紹介されてもいない科学的社会主義の理論に基づく分析ということは、当時の医療を分析するうえでもっとも根源的 (radical) であり、先駆的なことであります。同時に、絶対主義天皇制のもとで、共産党ならびに科学的社会主義運動に対する徹底した弾圧が行なわれたなかであることを考えるとその勇気も評価されなければなりません。

しかし、本書も当然、当時の科学的社会主義理論と運動の歴史的制約を受けているし、学生という理論的、実践的未熟さも受けていました。

『医療の社会化』の検討

本書の視点は次の2点であります。

1. 医療は治療だけでなく、予防重視という視点であります。

衛生学の勃興期であるということと、当時医学生の中で、社会的関心のある人々がそこへの関心を強く持っていたということがその背景にあります。

当時、医療の中心は感染症であり、それは結核症が一つの社会的問題となっていました。その分析の視点は、社会的分析のものが目立ち、むしろ、戦後はそういう傾向が弱まっているように思われます。

感染症以上に、その原因としての社会的因子、今日的に言えば環境因子が深く関与している成人病に対するアプローチは、医学会全体に占める比率はまだまだ少ないように思われます。

2. 医療を検討するにあたって、その根底にある社会的経済的考察を行なっています。

本書では具体的には言及していませんが、科学的

社会主義の理論があることは明らかであります。

今日でこそ、医療経済学も一定の市民権を得つつありますが、当時において、医療を考える視点に、経済の分析を導入したことは先駆的であり、かつそれが科学的社会主義の影響を受けたものであるということは、本書の分析を科学的にしています。

本書の基本点

まず、当時の医療制度の基本を開業医制としています。開業医そのものが、資本主義勃興期の近代ブルジョワジー (本書では町民) の要求に答える形で生まれたということ、つまり、開業医制は資本主義の必然の産物であるということであり、言い替えれば、それは資本主義社会特有の産物であり必然的に資本主義社会の一般的傾向を備えているとして次の点を挙げています。

1) 営利制。

医療機関の側からすれば、その目的は治療そのものではなく、医師の生活確保であり、患者にすれば、疾病の重さより支払い能力が問題となる点を挙げています。

これは、資本主義的生産様式における商品一般の分析の機械的適用であります。勃興期は、都市における、主に生産過程の特性であった資本主義的生産様式は、農家を含めてすべての地域における、生産過程にとどまらず全生活に浸透するようになっているのが現代であります。医療においてもそれは例外でないということを本書は言っているに過ぎません。その分析には、日本における資本主義の歴史的分析が重要であります。

本書では、医療機関の調査も行なっていますが、その分析は専らその視点からだけあります。これは、当時における理論の歴史的制約であると同時に、医療そのものの社会的運動体としての把握が弱いものとなりました。

マルクスの『資本論』は、資本主義社会の運動法則を明らかにすることを目的としましたが、その土台である経済の分析に留まらず、上部構造である社会の生き生きした分析があり、それが資本主義社会全体の歴史的把握のうえで重要であると指摘しています。

科学的社会主義の理論という視点に基づき、土台、上部構造、その相互関連を、医療の各分野で行なうことが現代の課題であります。

吉岡 洋 治

(東京都江東区役所)

1. はじめに

1990年8月にイラクがクウェートへ侵攻したことにより生じた中東湾岸危機は、91年1月に開戦となり、多くの犠牲と最悪の環境破壊を残して、2月末、ようやく終結にいたった。この間、我が国がとった貢献策は、中東諸国民にどんな影響を与え、どんな成果をもたらしたのだろうか。一般市民の死傷者やイラクからの避難民の現状、その援助状況の報告を聞くにつけ、我が国の医療を中心とする支援策には多くの疑問が残った。

そこで、私は、一連の湾岸危機における我が国の対応のなかで、医療援助面について分析し、社会医学的視点でとらえ、今後の緊急時の国としての医療援助の方向性について探ることにしたい。

2. 我が国の医療援助の現状と課題

今回の湾岸危機に際し、我が国が実施した医療援助策について、社会医学的視点により、援助策の現状を分析し課題をすくいあげることとする。その視点とは、国としての医療援助策を地域における保健医療活動の延長線上にあるものとしてとらえることである。

我が国が今回実施した医療援助策は、2度にわたるサウジアラビアへの医療チームの派遣と医療品等の物質の供与、及び資金面の援助である。

このうち医療チームのサウジアラビアへの派遣については、「湾岸危機に際し経済制裁という受け身の対応策では欧米各国に不満がある。目に見える協力をするためには、要員の派遣(医療団含む)、物質援助をした方がいい」(8/18ミカ)というこで、緊急援助隊(国連平和協力法との関連)の一貫として検討されたものである。目的、任務地、派遣する人も不明確であった。(8/24ミカ)そして、中東貢献策を政府が決定し、医療面では、百人をめどに医療団を緊急派遣する体制づくりを整備し先遣隊を早急に派遣することになった。(8/30ミカ)そこで初めて具体的検討になり、厚生省、文部省、外務省は、急遽、国立病院、大学病院などに要請し、人選に入ったが、派遣期間がわからず、現地の情勢が不明であり、見通しがつかないスタートとなった。(8/30ミカ)また、肝心のサウジアラビアからの医療援助の要請は来ていない。(8/30ミカ)結局、この医療チームの派遣は、第1次の先遣隊17名(9/18出発)(医師5名、看護婦4名、そとの職員8名)、第2次の医療団9名(10/30 出発)(医師2名追加)に終わった。そして、現地での仕事の状況は、「サウジ保健省の基準との食い違いから現地での診療所の開設できず、病院勤務もできない」(11/26ミカ)「サウジ住民の応急手当てでもできず半分帰国」(11

/30ミカ)「何も活動できずに帰国」(12/29ミカ)という現状であった。医療品等や資金面の援助については、現地の被災者や戦傷病者にどう適切に使われたかという情報は無い。「日本がサウジへ送った救急車12台が現地の車両法規にあわず、使用不能のまま放置されている。」(11/30ミカ)という情報があっただけである。

以上の我が国の医療援助の現状からすくいあげられる課題を整理してみる。

- ① 今回の医療チーム派遣は、政治的色彩の強い軍事的政策の上に行われた援助であった。
- ② 一般市民に、医療団の派遣の目的、方針、派遣先等が充分周知されてなく、また広く市民に募集等の呼びかけをしていない。
- ③ 現地の住民は、今、何を求めているか、どんな医療ニーズがあるかなどの正確な状況認識が不足していた
- ④ 現地の法体系、宗教等の認識不足。

以上のような課題があげられる。

3. 医療援助のあるべき姿とは

地域社会に住む人々が健康でかつ安全に生活していけるように、その阻害する因子を取り除き、健康を維持、増進するための援助をしていくことが、地域における保健医療活動の意義である。国として緊急時の医療援助を行うことも、基本的にはこの延長線上になければならない。広義に解釈すれば、このような医療援助は、保健医療活動の一貫として考えられる。この視点から、戦争における国としての医療援助のあるべき方向性を探り、提案することにしたい。

- ① 保健医療活動が地域の住民が抱えている多くの問題をすくいあげ、そこに、健康という側面からアプローチしていくことと同様、国としての医療援助も行政が管理して、上から行うのではなく、一般市民の盛り上がりしてきた運動の中から、医療チームを結成して派遣し民意本位の民主的な医療援助を行っていく。
- ② そのためには、世界各国間の医療面の交流を活発にし、協力体制を常日頃から築いておく。国内においても、民主的な交流組織、人員の育成を図り、医療援助体制づくりをしておく。
- ③ 中立的立場としての国際的医療、文化面での機構が活発に機能し、そこを通じて、即時に公平な医療援助が行える組織づくりができていくこと。

戦時における医療援助は、必要かつ重要な問題である。軍事的にも政治的にも左右されない、求めている人的確に充分に提供できる国としての医療援助はどうあるべきなのか。今、考える時がきているのではないだろうか

出生率低下のもとでの乳児死亡と 乳児死亡率低下のもとでの死産

丸山 博(元大阪大学医学部)

○ 浦田直美(元立命館大学経営学部)

[1] 戦前、我が国の社会衛生最大の課題の一つであった乳児死亡は、戦後のドラスティックな「人口転換」と、それにつづく経済の高度成長のもとで、減少の一途をつづけ、1950年時の60%（対出生）から10年で30%に半減、1960年代後半には20%（先進諸国の当時の水準）を下まわって、1970年代後半以降世界最低水準の10%以下に下がり、1988年以来4%台という記録の水準にある。この間、GNPは資本主義国第2位の規模にまで拡大し、「経済大国」の言挙げのもとで、乳児死亡問題を昔話のようにみる風潮さえ生まれている。

[2] だが、数字が小さくなったということは、決して、問題がちいさくなったということではない。それどころか、この間の α インデックス（乳児死亡数/新生児死亡数）と γ インデックス（死産数/新生児死亡数）は、逆に、新しい生命の生成と生育条件が、1980年代以降年々きびしさを増してきていることを示している。

この事情について、 α 値、 γ 値が大きくなってきているにしても、それは新生児死亡数が小さくなってきているから、数字の上でそうなるだけのことであって、見直されるべきは、両インデックスの指標性であろうという意見がある。しかし、その指摘については、では、新生児死亡をこのように低からしめ得ていることが、何故乳児死亡を同様に低からしめ得ていないのかという反問の余地があるであろう。

[3] つねに、乳児死亡低減の一次目標とされてきている新生児死亡をこのように低からしめ得ているのは、論者も指摘するように、直接には、母子保健の諸施策をはじめ、より高度な周産期医療を支える諸々の手段を中心とする育成医療の進展等にあるであろう。しかし、問題は、その高度な医療の一般化を可能にしている社会保障をはじめ有形無形の社会的な諸施策・緒手段のありようであり、それは天与ではないということである。

高度経済成長を通じて、我が国の場合、生産部門における資本の有機的構成の画期的な高度化とともに、同時に進行した大規模な「人口移動」（過疎過密化）のもとで、生活手段の「社会化」もそれからそれへとたえまなく進み、第三次産業が拡大の一途をつづけている。生活手段の「社会化」とは、かつては家族の誰彼の「仕事」であったものの「商品化」ということであり、「行革・民活」は公共事業まで利潤と競争の資本の手にわたした。

生産部門で、労働を軽減するはずの機械化の進展が、逆に「一家総労働」という事態をはじめ、家庭生活の崩壊をうみ、「生活の高度化」が「生活の貧困」をうみだしている。それは、また、一世代前の人なら誰でも身につけていた日常生活の基礎的な家事・育児能力さえもが、急速に失われていく——利便を買って能力を失う——過程でもあった。

この生活の変貌が、新しい生命の生成・生育条件をかつてないかたちできびしいものにしており、出生率の一途的低下という事態や、その中で、乳児死亡率・死産比が低下しているのに α 値・ γ 値が高くなってきているのも、「豊かさ」とはウラハラ、この過酷な生活構造の直接的反映ととらえられるべきであるし、また、大阪の保健婦が行った一連の乳児死亡事例の調査は、数々の具体的事実でそのことを示している。（自治研保健婦部会「乳幼児死亡調査報告」1990年11月）

[4] 蓋し統計は一つの輪郭であり、その数字に詰まっている数々の具体的事実は、限定されざるをえない統計標識で捨象される複雑で多様な現実の諸関連の支配下にある。産まれるべくして生きては産まれ得なかった死産¹⁾は、出産と子育ての場の問題として、輪郭の中身たる血肉の内容をもっている。問題は、その血肉を如何に把握しうるかであり、その課題を果たすことが出来るのは、総合的なケーススタディーをおいてないことはあきらかであろう。

年次別 乳児死亡率 死産比 抄 (全国)

* 生きるべくして生き得なかった乳児死亡¹⁾

年次	乳児死亡率	α インデックス	新生児死亡率	死産比	γ インデックス	γ インデックス (自然死産比 γ インデックス)	
50	60.1%	2.19	27.4%	92.8%	3.38	45.6%	1.66
60	30.7	1.80	17.0	111.6	6.55	58.2	3.41
70	13.1	1.52	8.7	69.8	8.07	43.5	5.02
80	7.5	1.52	4.9	49.1	9.93	30.2	6.11
85	5.5	1.61	3.4	48.2	14.05	23.1	6.74
86	5.2	1.69	3.1	47.5	15.29	22.5	7.23
87	5.0	1.71	2.9	47.4	16.23	22.2	7.62
88	4.8	1.74	2.7	45.4	16.60	20.4	7.46
89	4.6	1.78	2.6	44.3	17.18	19.7	7.63

1990「国民衛生の動向」による。

千田 忠男(杏林大・医・衛生)

1 はじめに

社会医学とは医学（自然科学系）と社会科学系の接点を特別に意識する境界科学であると考えて、トヨタシステムにおける労働負担の研究課題を素材にして、その接点を解明するための枠組みを明らかにしたい。

2 トヨタシステム

トヨタ自工で1950年代から形成された生産管理システムであり、1970年代に広く普及していわゆる「日本の経営」の主要な内容になっている。それは、(1)機械を改良して『自動化』を働き、機械と人間の分離を進める。労働様式が変化する。(2)作業順序と動作、時間の標準を決める。労働のリズムが変化する。(3)後工程から前工程へ必要分だけの部品をとりに行く。前後の作業の相互依存が強まる、などの特徴がある。

これらの条件は、ムダ排除と『小人化』、生産目標への全面追従という原理によって監督者が決める。その結果、(1)多工程持ちとタクト(サイクルタイム)を速めることで労働密度が限度いっぱいまで高められる。(2)立ち(歩き)作業が強められる。(3)労働者同士の相互扶助の気持ちが競争に利用される。(4)生産目標に連動して長時間労働が押しつけられる。(5)結局、疲労や職場ストレスが強まるという事態になる。(6)そして、小教の例外をのぞいて、労働者の不満は強いが、企業による職場支配に対する労働者の恐怖心が先行して抵抗までにはいたらないという事態が広範囲に生まれる。

3 労働負担研究における課題（問題意識）

前節の前段で述べた労働様式の変化、労働のリズムの変化、作業者間の相互依存の強化という事態から、後段で述べた労働密度の上昇、長時間労働、労働者間の競争、労働負担の増大という事態に、なぜ転化するのか、あるいはどのようにして転化するのか。また、この問題は社会科学と医学の双方から、共同して、解明されなければならないと考えられるが、それぞれの領域でふさわしい概念（当然にも体系や方法手法も含め）が用意されているのだろうか。

トヨタシステムと労働負担の関連ををとり上げようとしたとき、上記のような問題意識からみて、少なくとも次のような課題があると考えた。

4 問題の立て方

労働者は労働負担を軽減するよう願っている、その願望欲求は歴史の発展方向にも合致するきわめて正当なものであると考えられる。したがって、労働負担や職場ストレスを軽減するための課題は何かという形で問題を立てることが必要になろう。ここで、研究者の抱くヒューマンイズムのありようが問題の立て方に反映するというを想起し、研究者のヒューマンイズムそのものを吟味することが必要になろう。

5 新しい概念の確立

労働負担をめぐって社会科学と医学が共同で解明しようとするとき、両者の溝は深く、困難も大きい。それぞれの概念や体系、発展の歴史的経緯が違うからである。その困難を乗り越えて溝を埋めるためには、お互いが、自らの概念と体系を、相手にふさわしい形に変形しなければならないであろう。たとえば、医学の側では、それまでの自らの体系との整合性を保ちつつも

社会科学の体系に照応する形の新しい概念を用意することが必要になろう。社会科学でも事情は同じである。これは境界科学の本質的な特徴と考えられる。

6 新しい方法手法

労働負担やストレス状態は労働者の態度と無関係に取り上げることにはできない。というのは、トヨタシステムの導入がはかれる場合に、労働者の負担がより強まるであろうと予測されるにもかかわらず、一見すると、労働者が進んで受け入れているようにみえるからである。他方、疲労感やストレス状態が労働者の感情レベルで認識されていても、労働者の態度のレベル（すなわち認知の側面を含めた場合）では意識的に消去されるあるいは自己矛盾を抱えつつも感情的認識を抑え込むとしか理解できない事態がみられる。その背景として労働者に恐怖心が潜在していると考えられる。したがって、労働者の自己認識における方向性をも取り込むような、労働者の自己矛盾をそれとして明らかにできるような新しい方法手法を開拓することが必要であろう。その事情は社会科学領域でも医学領域でも同じであろう。

7 社会観について

労働者の健康問題には社会的起源があり社会的帰結があるという主張は正当であるが、その場合にしばしば生産関係だけが不当に強調されるキライがある。資本主義社会はなお発展するという予測がたえられる現状では、生産関係は生産力と照応する対概念であるというとらえ方が特に重要であろう。生産力の発展が生産関係との矛盾を引き起こし、その中でこそ労働者の希望欲求の正当な発展がはかれると考えられるからである。トヨタシステムは、一方では生産力の向上を目標の一つにしていること、他方では企業による労働者支配を直接の目標にしていることなどを考えるとき、研究者の社会観のありようが問題の立て方や概念の精練の仕方、方法手法の探求にも微妙な影響を与えるであろうと考えられる。

8 科学運動として

社会医学は、その成果としての科学体系の真理性によってためされるだけではなく、科学運動としてもためされていると考えられる。というのは、科学におけるヒューマンイズムや社会観は科学そのもの（科学活動とその成果である概念と体系）ではなく、科学に浸透する理念であり、科学の体系の発展に影響を与える現実の動向だからである。現実を考えれば、トヨタシステムに代表される日本的経営に反省を迫る以外に、わが国の過密・長時間・競争的労働は解消されない。そこで特に、労働者の願望欲求にふれるような形でヒューマンイズムの深化をはかり社会観を精練することを意識した科学運動が必要になろう。

9 まとめ

トヨタシステムにおける労働負担の調査経験を素材に、社会医学の枠組みについて考察した。そこでは問題意識、問題の立て方、新しい概念の必要性、新しい方法手法の必要性、社会観、科学運動について述べた。

牧野 忠康

長野大学産業社会学部・医療福祉論

【はじめに】厚生省は、88年に「社会福祉士」の国家資格を創設し、89年4月には「医療ソーシャルワーカーの業務指針」を示した。そして現在、厚生省はMSWの国家資格として「医療福祉士」の創設を検討している。

【検討課題】厚生省の思惑はともかくとして、保健・医療・福祉の連携のあり方とその担い手であるマン・パワーの養成についての検討は焦眉の今日的課題である。

本報告では、職業病相談および労働保健の実践と研究に従事するとともに社会福祉学教育に携わり、保健医療社会学を専攻する者の立場から、社会医学的実践を担うMSWのあり方について検討し問題提起を試みたい。

【MSWの役割】図-1に、MSWの役割を保健医療過程の流れに沿って示し、MSWが保健医療過程に参与する必然性を明確化した。そこで、MSWは社会福祉学を基盤とするが、その養成訓練および資格は現行の「社会福祉士」とは区別されるべきだと考えた。

【労働保健領域でのMSWの役割】図-2に、VDT作業者の健康問題に、MSWがどのように関わるかについて、報告者の経験を示した。MSWは、健康破壊から逃れる権利の保障も業務範囲であることを示した。

【まとめ】図-3に示したように、MSWを、保健・医療・福祉の連携（融合）サービス実践に社会福祉サイドもしくは社会科学サイドから参与する社会医学的実践者として位置づける必要があると、報告者は考えた。

図-1. 保健医療過程における医療ソーシャルワーカーの役割 (牧野1991)

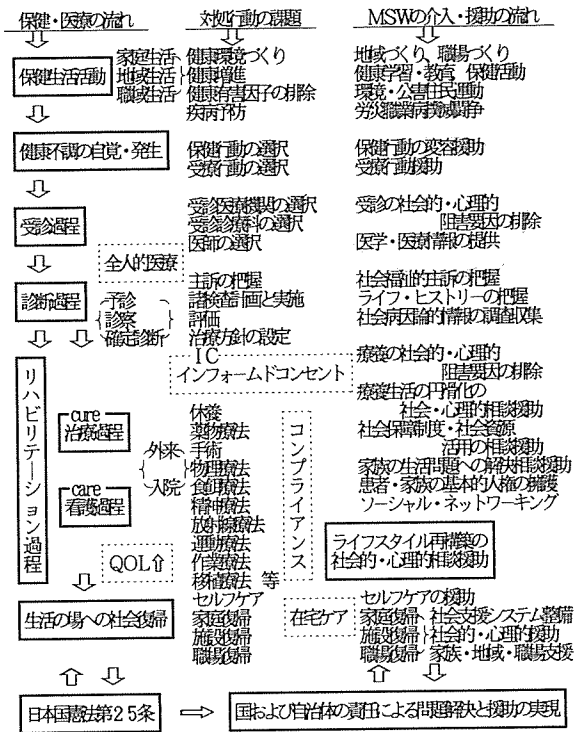


図-2. 職業病の予防に医療ソーシャルワーカーの役割 (牧野1991)

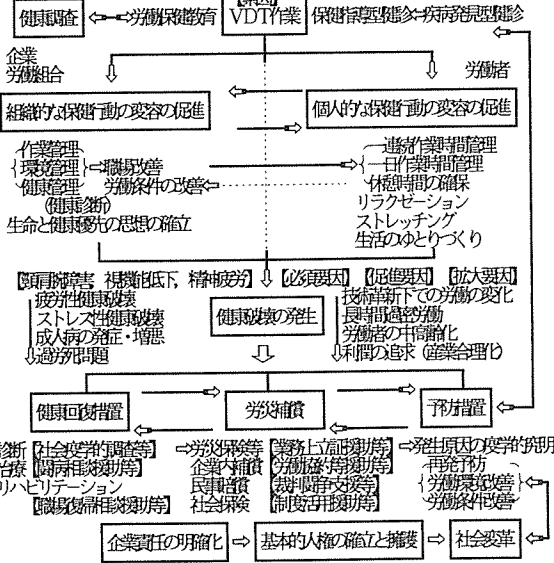
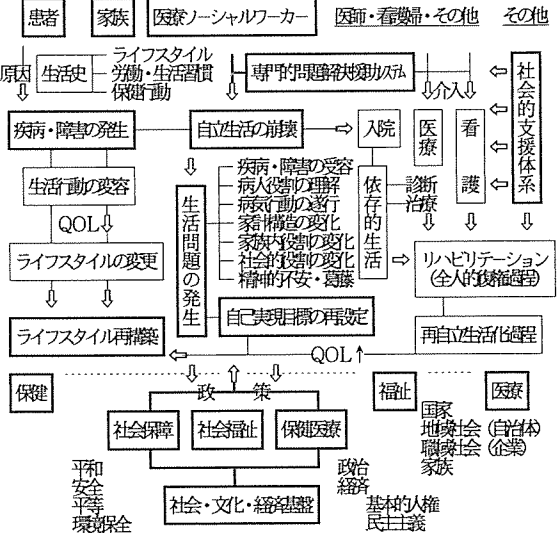


図-3. 医療福祉融合実践の枠組み (牧野2003.11.07.1990.8.20一部転写)



黒沢 剛(室長), 富田素實江(事務局長・専従),
望月鉄男(会長), 福地保馬(北大教育),
○若葉金三(北海道勤医協)

北海道職対連(北海道職業病対策連絡協議会)
「職業病相談室」

開設: 1985年2月9日. . 毎月第4土曜日
相談員: 医師, 弁護士, 全労働, 職対連

- ① 来室者の相談内容は90%以上が労災保険に関するものでその多くは「妥当な要求」であり, 関連する専門家の助言により労働者の利益・権利を具体的に擁護している. 一方, 20%には「無理な要求」があり, 適切な説明により本人の得心を得る結論をみている.
- ② 病院, 弁護士において職業病の事例が増え, 経験と実績を積み上げているが, 労組の取組みの弱さは克服されていない. 2つの労組でとりくみが強化されたが「相談室への紹介」「事例の解決への援助」いずれも低調を抜け切れていない.
- ③ 公共機関での「相談窓口」は極めて弱体で, 当相談室への紹介が続いている.

- ④ この活動を通じて, 弁護士, 医師, 労組の「労働者のいのちと健康をまもる運動」の共同が前進し, 「過労死110番運動」をうみ出す土台を築いた.
- ⑤ 来室者はそれほど増えておらず, 相談員の強化と併せて今後の課題である.

図3. 相談の内容

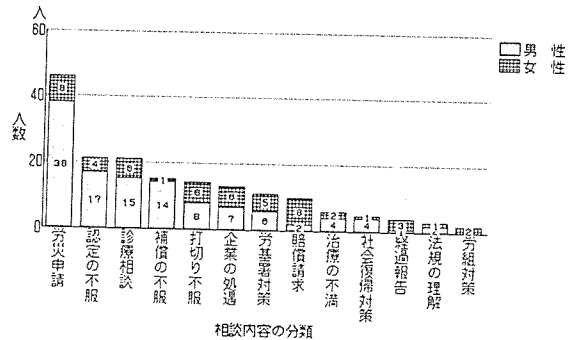


図1. 来室者数の推移

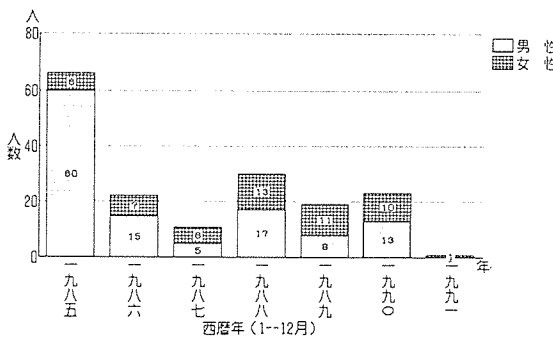


図4. 「相談室」検討結果

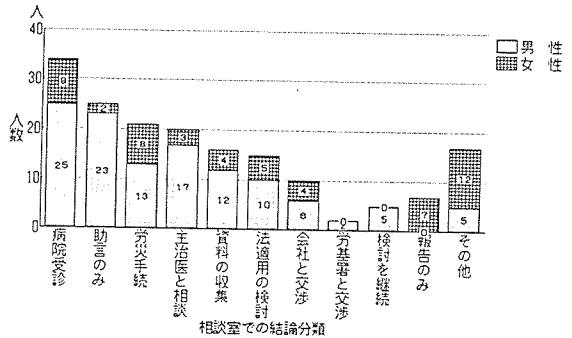


図2. 相談の対象となる「健康障害」

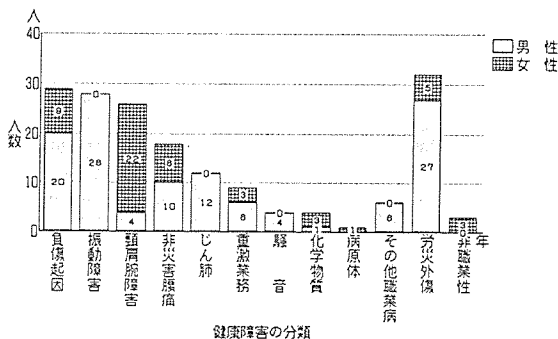
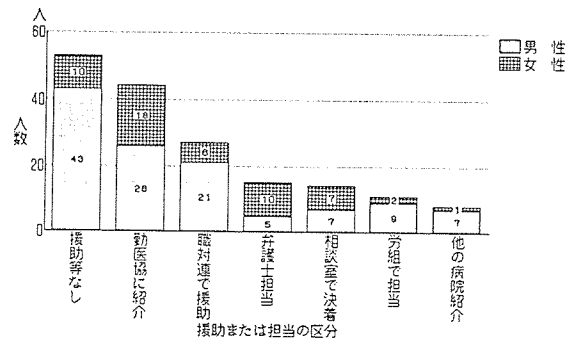


図5. 援助または担当



アルコール消費量の増加に伴う循環器疾患への影響

上島 弘嗣 (滋賀医科大学, 保健管理学)

1. はじめに 古来よりアルコールは、神聖なものとして神に祭られ祝いごとに使われた。その歴史はタバコの比ではない。ときに人は酒に酔い世の春をめ、また、人の世のはかなさを嘆く。李白はしばしば酒を歌った。

2. 飲酒量の増加 しかし、飲酒量の急激な増加の中(図1), その悪影響が懸念される。酒税統計では、一人当たりのアルコール消費量は先進工業国の中では多くないという(図2)。しかし、男性のみに限ると、その平均飲酒量は、アメリカを凌ぐ(表)。従って、男性の飲酒は、近年循環器疾患にも様々な影響を及ぼすに至った。

3. 飲酒の循環器疾患への悪影響 ここ10数年の間に、血圧への影響が知られるようになり(図3), 高血圧の中にアルコールに起因する者が10-40%程度存在することが分かった。飲酒が高血圧に影響するとすれば、脳卒中の発症にも影響があると考えられるが、事実そうであった(図4, 5)。

4. まとめ 飲酒量増大の中、また、飲酒がタバコに比して世の中で許容されることが多いだけに、その悪影響に対しては十分な注意が必要である。従来、飲酒問題は、個人の嗜好の問題として捉えられ、多量飲酒でない限り社会問題としての視点が欠落していた。今後、アルコール問題は、社会問題としての認識が必要である。

表I アルコール摂取量の比較。24時間思い出し法による栄養調査^{31,4)}(男35-59歳, 1975-1977年)

集 団	摂取総エネルギー (Cal/day)	アルコール エネルギー比率(%)	アルコール 摂取量(g/day)
米国(男35-59歳)			
MARFIT	2,473	7.4	26.1
日本(男40-59歳)			
大阪事務	2,038	8.9	25.9
大阪現業	2,187	7.6	23.7
大阪住民	2,172	7.7	23.8
秋田住民	2,506	13.6	46.4
高知住民	2,382	8.7	31.1

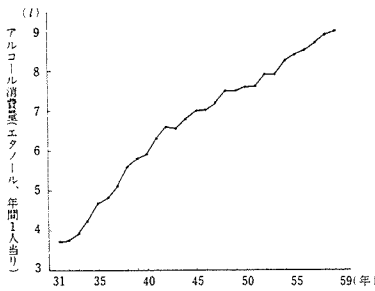


図1 年間1人当たり(20歳以上の人口)のアルコール消費量の推移 (資料: 国税局統計年報より計算した作図)

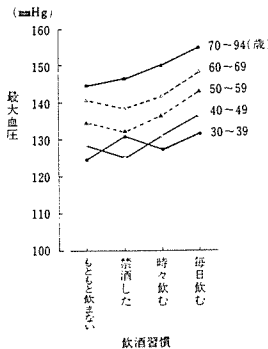


図3 年齢, BMIを補正した飲酒習慣別の最大血圧の比較 (循環器疾患基礎調査)

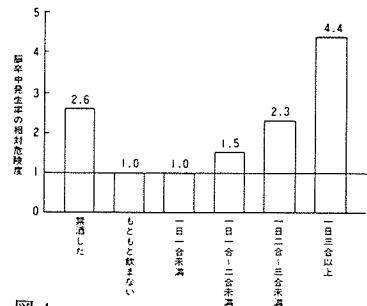


図4 飲酒習慣別の脳卒中発症の相対危険度, 男40-74歳, 喫煙の有無を訂正, 1985-1986年

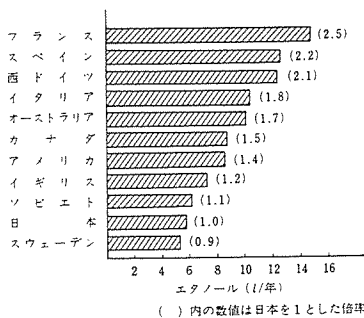


図2 世界各国のアルコール消費量の比較, 年間1人当たり(1981年) (資料: 増井健一郎: 酒類食品統計月報, 昭和58年9月号より著者作図)

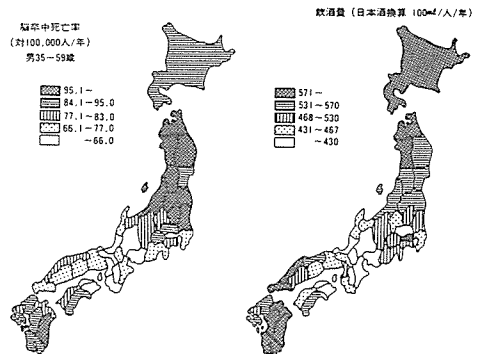


図5 府県別中年期男性(35-59歳)の年齢訂正脳卒中死亡率と飲酒量(日本酒換算, 100ml/人/1年) 5段階表示, 1975年, 沖縄県を除く

○竹内 治一 (近畿・大阪府保険医協会)

村田 進 (近畿・大阪府保険医協会)

上田 浩治 (近畿・大阪府保険医協会)

1. 「学齡期シンドローム」医師の意識調査報告

1) 調査の目的

子どものからだの異常をいっだしてもう30年。はじめは保健体育関係者が警告、続いて学校医が注目。治療対象でない疾病以前の変化に医師の関心薄く、なかなか調査・研究にならなかった。

大阪府保険医協会では、毎年子どもの胸郭異常の調査結果を報告してきた。この胸郭調査を契機にかねてから注目していた小・中学生のからだに多発しているさまざまな異常を一括して「学齡期シンドローム」と呼び第5回保団連医療研究集会(1990.10.27~28)のメインテーマとした。全国共同調査についても、「学齡期シンドローム」に対する開業医の診療実態や認識度合を診療科目毎、開業地域毎の把握を目的にした。

2) 回答数とその内訳

各科医師の意識調査は、2,964人の有効回答があり、別に各科ごとに内・児科(小児の気管支喘息)1,054人、外・整形外科(骨折・捻挫の実態)587人、眼科(姿勢と視力との関係)359人、耳科(アレルギー性鼻炎)462人、皮膚・泌尿器科(アトピー性皮膚炎)285人、産・婦人科(学齡期女子の妊娠)224人、歯科(叢生と生活リズム、食生活)2,254人を括弧内のテーマで医師を通じて児童・生徒にアンケート調査をして総数5,225人収録。

3) 意識アンケート調査結果のまとめ

- ① 回答の85.6%は、近頃の子どもの何かおかしいとし、具体的な症状では9割以上がおかしさ感じている。
- ② アレルギー性疾患の増加は確実。原因は室内塵のほか大気汚染を4割以上が指摘。
- ③ 骨折・捻挫の増加は、46.4%が指摘。原因は運動不足とCa不足がクローズアップされた。
- ④ 専門の眼科医は、視力低下はテレビ・ファミコンよりも姿勢の悪さを主張している。
- ⑤ 小児成人病も確実に増加。高脂血症が全地域で際立っている。原因は、食事・肥満・運動不足をあげる。消化性潰瘍・高血圧・糖尿病も増加。早期の対策が必要と主張。
- ⑥ 登校拒否はますます増えている。回答者の54%が相談を受けている。文部省は先頃、5万人近くと発表したのが、医科・歯科開業医は10万人あまりなので、この数字はほぼ符号する。
- ⑦ 心身症も増加。最多の反復性腹痛は5割を越え、そのほか爪・指しゃぶり、チックなどの症状がある。
- ⑧ 自由意見では、生産第一主義の健康破壊政策を批判。

原因を作る大人の責任を強調している。

- ⑨ 「学齡期シンドローム」は学術用語ではない。アンケート結果の疾病率は、当然ながら疾病実数ではない。

2. 各科別アンケート調査結果について

1) 小児の気管支喘息調査(内科・小児科)

① 1か月間に1人の医師が1人当たり8.4人の喘息児を診ている。気密性の高い高層住宅の方が患児が多い。

③ アレルゲン検索はよく行われ、ハウスダスト・花粉・動物の毛などの順で多い。

2) 子ども達の骨折・捻挫の実態(外・整形外科)

① 低学年ほど骨折は多い②受傷部位は前腕、手および足関節に集中③受傷場所は学校運動場④受傷時刻は7.授業中イ、クラブ活動中ウ、休み時間中エ、放課後。

低学年に骨折が多いのは、運動神経の関係か。正木健雄教授によれば、年々高学年化とのこと。

3) 姿勢と視力との関係調査(眼科)

視力低下の原因は、テレビの見過ぎが最も多く69.3%、次いでファミコンのし過ぎ65.1%、本を見る姿勢の悪さ54.3%の順。眼科受診の子どもを対象にすれば、字を書く姿勢の悪いが最も多い。また、これに対する親の関心の薄いものが目立つ。

4) アレルギー性鼻炎調査(耳鼻咽喉科)

① 初発年齢は、4~8歳②クシャミ季節は春③クシャミは朝出る④鼻血は10%⑤受診者の約40%がアレルゲンの検索を受け、結果はハウスダスト42%、花粉36%、ダニ15%(排気ガスは検査不能)⑥交通量と初発時期は、車がよく通るが最大で47%⑦合併症では、アトピー性皮膚炎18%・喘息12.8%など。

5) アトピー性皮膚炎患者調査(皮膚科)

① 初診の時期1歳まで30%、2~3才まで37%。3歳までに67%が診断。②合併症なし40.7%、喘息26.5%、花粉症20.1%、蕁麻疹19.8%③どこで治療を受けているかに対しては、皮膚科64.3%、小児科30%、内科3.2%④どの位の期間治療に通っているかでは、5年36.1%、3年20.8%、10年7%。3年以上が64%とは深刻である。

6) 学齡期女子の妊娠に関する調査(産・婦人科)

① 過去1年間に妊娠を診断したのは21.5%②そのうち70.2%が中絶手術。分娩に至ったものは14.9%。

7) 藤田メソッドによる乳歯叢生度調査(歯科)

食生活、咀嚼能力との関連は、D+Doの合計が上下顎とも4割前後ある。乳歯の歯列不正の原因は硬いものを噛まない、好き嫌いが多いなど。よく噛まない子に歯列不正度が大きい。

山下 節義 (奈良医大衛生)
谷 口玲子・他 (京都市保健婦)

【目的】森永ひ素ミルク中毒事件が発生以来36年、被害者は30歳台半ばを越え、社会的、家庭的に重要な役割を担う立場にいるが、少なからぬ被害者が今なお様々な健康面、生活面での困難を抱えながらの暮らしを日々余儀なくされている。被害者の健康・生活実態の一端を報告し、改めて「公害事件に於ける被害」とは何かを考えたい。【方法】被害者の「健康と生活」の実態を明らかにするを目的に「ひかり協会」の「常時、協会との連絡を希望する被害者」対象の調査で、協会京都事務所が担当した調査の結果に基づく。調査は所定の調査票を用い、調査員（京都事務所職員と協力員）が原則として被害者に面接する訪問面接法で実施。【調査期間】第一次調査1982年度～1984年度、第二次調査1985年度～1988年度。【調査対象】協会京都事務所登録の京都在住被害者で、所謂「14年目の訪問」に引き続き1970年以来京都で取り囲まれた各種検診等の対象者。【結果】①「健康状態が悪い」まま経過した被害者は約1割、「健康状態が好転」は約1割、健康状態が「良好な状況で経過」は7割、「悪化した」が約1割。②「生活や仕事に支障になるような障害（身体的・精神的）」が「ある」は男性で3割弱、女性で3割で、「障害（身体的・精神的）」を持つものが若干減少傾向、健康状態が「良くない」ままに経過した群では増加傾向、「好転した」～「良い状況」のまま経過した群では減少傾向、「悪化した」群では変化が認められない。③「皮膚所見」が「あり」が、男性約3割で増加傾向、女性は約2割で前回と同じ。④「現在、病気や具合の悪いところ」がある被害者の「最近1カ月間」の「医師（漢方医・鍼・灸・あんま・マッサージを含む）」「受診」ありは、男性、女性ともに6割、若干増加傾向。⑤「医師を受診理由として、「医者にかかる程ではない」が4割程、「時間がない」「売薬ですませている」が少なからず認められ増加傾向にある。「これまでににかかったが治らない」「医者に行くのが面倒」も増加傾向。⑥健康状態が「良くない」ままに経過した群や「悪化」群では、「半月以上」にわたって「受診したこと有り」が増加。「好転」群や「良好」なまま経過した群では減少傾向。⑦被害者の8割弱が「就労」、性別では男性9割、女性5割弱。健康状態が「良くない」ままに

経過した群は「就労」減少傾向、「良好」なまま経過した群では増加傾向。⑧就労中の被害者の「就労の形態」は殆どが「勤めにてている」。健康状態が「良くない」ままに経過した群では、男性、女性とも「勤めにてている」が減少傾向、「好転」群、「悪化」群でも、男性で「勤めにてている」が減少傾向。⑨「雇用形態」は、「フルタイム（正規雇用）」が男性でほぼ全員、女性は6割前後。「パート、アルバイト」といった不安定雇用形態が、男性では僅か、女性では約2割。⑩「過去3年間」に「離職経験」があるが、男性約2割、女性約3割強。離職の主な理由が「健康問題にかかわっていた」が、男性の約2割、女性の約3割。⑪今の仕事を続けていく上で何等かの「困難がある」が、男性の4割、女性の約5割。健康状態が「良くない」ままに経過した群や「好転」群、「悪化」群に「困難あり」が、「良好」なまま経過した群に較べて多い。⑫仕事を続けていく上で「困難」の理由は様々であるが、「体の具合が悪くとも休めない」が、男性の約3割強、女性の4割前後、実際の勤務時間が長過ぎる」が、男性で3強、「体に自信がない」が2割程度。⑬健康状態が「良くない」ままに経過した群や「悪化」群でも、「体の具合が悪くとも休めない」「体に自信がない」実際の勤務時間が長過ぎる等の理由を挙げるものが多い。「好転」群や「良好」なまま経過群でも同様の傾向。⑭「家庭の暮らしむき」が「苦しい」「大変苦しい」が約2割弱。「良くないまま」に経過した群や「悪化」群に、「家庭の暮らしむき」が「苦しい」或いは「大変苦しい」が目立つ。⑮社会生活が「主婦」で「家事・育児の状況」が「充分出来ている」が、約5割から8割に増加、「なんとかできている」が4割から2割へと減少。「主婦」として「家事・育児」が自力で可能が増加。【まとめ】①被害者達の健康状態は、「持続的不良」群と「持続的良好」群と、両群の間に位置する「中間」群の3群に区分され、「中間」群は時の経過とともに健康状態が、良好あるいは不良のいずれかの群に分化していく傾向を呈している（1970年代の指摘と同様の傾向）。②就労を継続する上で健康問題は相変わらず重要な問題となっている。③厳しい就労条件・環境の下で、健康上問題を抱えている被害者ほど、困難の度を増しており、転職ないし離職を余儀なくされている者が少なくない。④健康状態不良群に「家庭の暮らしむき」が「苦しい」「大変苦しい」が目立つ。⑤被害者にとって、事件は未だ終わっていない。

表-1. 性別被害者健康状況の推移 人(%)

		A⇒A	A⇒BC	B⇒BC	BC⇒A
男	166(100)	13(7.8)	22(13.3)	116(69.9)	15(9.0)
女	89(100)	14(15.7)	9(10.1)	55(61.8)	11(12.4)
計	255(100)	27(10.4)	31(12.2)	171(67.1)	26(10.2)

A:「具合がよくない」、B:「まあ健康」、C:「全く健康」
調査:第1回, 1982～1984年度, 第2回, 1985～1988年度

表-2. 被害者の健康状態の推移 人(%)

		第一回調査			
		合計	A	B	C
第二回調査	計	255(100)	58(22.7)	175(68.6)	22(8.6)
	A	53(100)	27(50.9)	25(47.2)	1(1.9)
	B	163(100)	27(16.6)	126(77.3)	10(6.1)
	C	39(100)	4(10.3)	24(61.5)	11(28.2)

図-1. 仕事を続ける上での困難

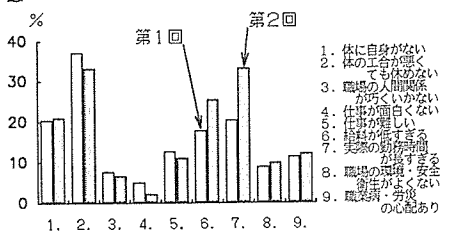


図-2. 未受診理由

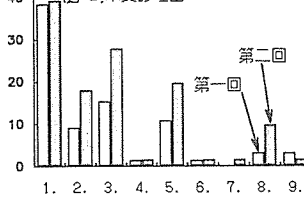
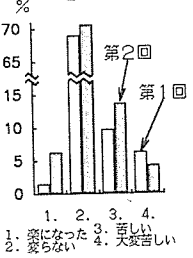


図-3. 暮らしむき



○片平 冽彦、佐藤 嗣道（東医歯大・難研・情報医学）

目的：日本ではエイズウイルス（HIV）に汚染された米国の血漿を原料とする血液製剤（濃縮製剤）を血友病の治療に用い、多数の血友病患者が HIV に感染したことが指摘されている。このような結果の予見可能性に関連して、筆者らはこれまでに、米国及び日本で濃縮製剤の HIV 汚染の危険性がどの時点でどのように指摘されていたかにつき報告した^{1,2)}。日本の血友病患者の HIV 感染は「近年に起こった最も悲劇的な薬事問題の一つ」（山田兼雄）と言われているが、本報告ではこのような悲劇は何故生じたのか、これを予見し回避することは不可能であったのか、可能であったとすればどの時点でどのようなことをすれば良かったのかを、特に日本の血液行政の歴史にてらして解明することを試みた。

方法：エイズ、血液行政と血液製剤、血友病に関する国内外の文献を収集し、また関係者に聞き取りを行い、考察した。

結果および考察

1) 血友病の HIV/AIDS 被害者の報告数

1991年2月末現在の凝固因子製剤による HIV 感染者・エイズ患者の認定数（その全数に占める割合）は、それぞれ1,402人（85.5%）、280人（74.9%）であるが、この「認定数」というのは1990年11月末現在の報告と同じであり、少なくとも後者すなわちエイズ患者の数は増加していると思われる。血友病の HIV 感染者数は、全国で約1,600名と推定されており、血友病患者の推定数を4,250人とすれば、その約38%である。

2) 血友病の HIV/AIDS 被害者多発の要因とその社会経済的背景

日本では戦後「血液銀行」が作られ、売血が公然と行なわれていたが、ライシャワー事件を契機に献血が推進された。1975年には「血液事業検討委員会」とWHOが「血液の献血による自給体制の確立」を提言している。もしこの方針に従い、濃縮製剤も自給していれば、血友病の HIV/AIDS 被害者は発生しなかったであろう。

しかし、濃縮製剤は一部が自給されたのみで、大半は米国の売血を原料とした。第8因子濃縮製剤は1979年から生産・販売されているが、国内血漿を原料とする製剤は多い時でも1424.6万単位（1983年）であるのに対し、米国での採血血漿を原料とする製剤は1979年に2937.3万単位で、以後急増し、1985年には1億2086.2万単位になっている。米国では、濃縮製剤は国内の血友病の必要量を上回る生産がなされ、日本への輸出促進力が働いたと考えられる。日本においては、米国製濃縮製剤の方が国産よりも安かったとの指摘もある。1983年からは濃縮製剤の自己注射が健康保険に適用になった。このように、日本においては、血友病患者が多数 HIV に感染する条件が、結果的に着々と作られていったといえる。

3) 日本の血友病患者の HIV 感染の予見・回避可能性
日本の血友病患者が濃縮製剤を通じて HIV に感染するという危険性はどの時点で予測できたであろうか。

まず、濃縮製剤の病原体による汚染の一般的な危険性は発売時点において予測できたと考えられる。血液を介する感染症は、代表的なものだけ挙げても、malaria, syphilis, hepatitis などがあり、これらは HIV の登場以前に発生していた。濃縮製剤投与による肝炎発生は1972年から報告されていた。

このように、濃縮製剤はたえず病原体汚染の危険にさらされているが、その対策の1つに加熱処理がある。濃縮製剤と同じ血漿分画製剤であるアルブミン製剤を通じての血清肝炎への感染は1940年代に問題となり、Gellis らはその対策として製剤への加熱の有効性を1948年に報告している。加熱第8因子濃縮製剤は、米国においては肝炎対策で1983年3月に発売されている。しかし日本においてこの製剤が認められたのは1985年7月だった。

次に濃縮製剤の HIV 汚染そのものの危険性は、筆者らが報告^{1,2)}したように、1982年7月から予見が可能であったと考えられる。

1983年7月、厚生省の郡司課長は、米国の血漿を原料とする濃縮製剤の危険性を認識して、その使用中止をはかったが、血友病患者の治療にあたる医師たちに「治療が後退する」として反対され、断念した。ここで問題となるのは、濃縮製剤はこれがなければ患者は生命の危険にさらされるほど、血友病の治療に不可欠であったかどうかである。この点につき、清水勝（「医学と薬学」9:149, 1983年1月）は「ほとんどすべての血友病患者はクリオでの治療が可能で、濃縮製剤の適応は一部に限られる」との見解を記しており、山田兼雄（1991年6月7日の東京地裁証言）もクリオの有効性を指摘している。

結論

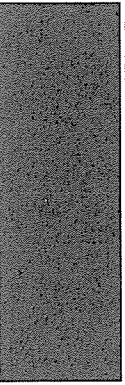
以上のことから、日本の血友病患者の HIV 感染は、以下のことを実施していれば、少なくとも多発は防止できたと考えられる：①濃縮製剤の国内献血による自給②加熱製剤の緊急輸入③クリオの使用

文献

- 1) 片平 冽彦：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1報）米国におけるエイズ発症血友病患者に関する初期の報告と関係機関の対応。AIDS Journal 2(1)77-83, 1989.
- 2) 片平 冽彦、佐藤 嗣道：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。社会医学研究、第31回社会医学研究会総会講演集、67-68, 1990.

一般講演

第2ホール



保健所問題の考察について

○京田 祥史（東京都渋谷区保健所） 三井 公夫（同板橋区板橋保健所）
渡辺 博（横浜市従労働組合衛生支部） 越野 誠一（自治体問題研究所）

1. はじめに

「保健所運営費の算定に当たっては、大都市における保健所運営の実態に即した交付基準によって行われたい。また、保健所関係事業や保健所の増築・改築にかかる補助基準の拡充、補助金の増額を図られたい。」

これは東京都特別区長会が、この数年間出し続けている「国の施策及び予算に関する要望書」の一部である。91年度の要望書には、保健所運営費交付金は医師相当分が一般財源化されたため大幅な減（△4,555,307千円、16.1%減）となったとして、東京都保健衛生主管部長会の調査数字を添付している。

現行保健所法が審議された1947年8月14日の衆議院厚生委員会（現社会労働委員会）で「保健所の事務は国家事務でありまして、出来るだけ国が負担するのが好ましいのですが、一略一地方分与税等について十分考慮するので、おおむね国の負担が二分の一程度になる。」と政府は答弁し、委員からは「国庫負担が二分の一或いは三分の二というように、政府としても十分努力して頂きたい。」等の意見が出された上で決定された経緯がある。今日の保健需要の実態やその変化に対応出来る保健所をと、在り方をめぐって色々の答申や報告がなされ、さも保健所を強化するかのようになりつつあるが、その財政実態は厚生省の財政誘導により「地域の公衆衛生を守る砦としての保健所」からはかけ離れ、その本質まで失われようとしているように思われる。

2. 保健所運営費等の推移

保健所に関する補助金は「保健所運営費交付金」と結核や精神保健事業分を国が負担する「保健所業務費補助金」並びに「ニュー保健所構想」に基づく90年度新設の「保健事業費補助金」等にわかれている。

「補助金」という名の「国の負担金」は、「補助単価が低く実態に合わない」というのは一般常識だそうだが国並み基準で計算すると何も出来ないというのが実態のようである。

保健所運営費等をめぐる最大の改革(?)は、1984年の「人件費補助金の交付金化」である。「激変緩和策」として若干の増額を行っての制度改正ではあったが、8年たった現在では「保健衛生施設等施設整備費補助金」を別にすれば総額は相当の減となっている。また、「保健衛生施設等施設整備費補助金」とは保健所の保健所増を国が負担すると同時に、「市町村保健センター」建設費も同科目から支出されるため、保健センターの建設が進めば進むほど保健所増改築は進まないということになる。その上「業務費補助金」の補助率が削られてきたの

をはじめ、87年には保健所運営費交付金の補助対象から事務職6,142人分(△58億)が外され、90年度予算では新規に「ニュー保健所構想を推進する」として、医師人件費相当分の45億円が削られた。

新たに設けられた「保健事業費等補助金」(90年度、22億6200万円)は、一般財源化された「医師人件費相当分」を差し引くと、約23億円弱の減になる。

保健所運営費補助金等の歴史的推移は次の通りである

81年 行革特別法で保健所補助金も削減

84年 保健所運営費補助金を運営費交付金に

87年 保健所運営費交付金の対象から事務職員6,142人分、約58億円が減額され

90年 保健所運営費交付金から医師人件費相当分45億円を減額

その結果、補助金を交付金化するに当たって厚生省が説明していたメリット「①保健所の地域の実情に応じた自主的、弾力的な運営が促進される。②事務の簡素化が図られる。③国の定員削減の対象外となる。④一般財源化の問題が整理され制度的に安定する。」が、いかに底の浅いその場限りの説明であったかがハッキリした。

また、保健所の職員数は1980年の9,909人から1989年は8,723人へとこの10年間に1,186人も減少しており、「地域保健将来構想報告」でも述べているように、「予算措置が増員につながらな」かった。老人保健法以来増員に力を尽くしたはずの保健婦も、「県立保健所」では増員が図られていない場合が多く、一部では減員の傾向もでている。」と厚生省を嘆かせている(91,2,14全国保健医療関係主管課長会議)。

3. 考察

現場では「保健所の新規事業はニュー保健所構想に関連した事業を計画すると予想外に予算がつくが、それ以外では殆ど駄目」といっている。地域保健将来構想報告でも述べているように、「将来に向けて新たな課題に取り組んでいく財源措置としては、現行の交付金制度が必ずしも効果的なものとなっていない。」

同時に国が言う「限られた財源」は、今後相対的重点は在宅医療に置かれ、予防・公衆衛生分野は一層削減されるとともに、公的な社会保障から多様な選択という一層の民間委託が進むのではないかと憂慮されている。

「殆ど駄目」と諦めるのではなく、地域の労働・生活・家庭に分け入り、住民の健康要求を組織し、住民とともに「国民の健康権」保障への責任を果たすことを求めて大きな運動を起こしていくことが大事になっている。

○柴田 直子（江東区城東保健所）

1. はじめに

東京都特別区では、退職・増員に伴い、毎年60～80名の保健婦が新規採用されており、当保健所でも毎年2～4名の新人をむかえている。

しかし、その教育については、体系化されたものがなく、先輩保健婦についてまわって、仕事を覚えるといった前近代的、徒弟的な教育が未だに続けられている。

そこで、当保健所では、その重要性を考え、S58年から卒後教育の第一歩として、新人教育カリキュラムの作成をはじめた。H元～2年にかけて、江東区2保健所共通のカリキュラムが作られたので、以下報告をしたい。

2. ねらい

以前の新人教育は家庭訪問を1つとってみても、「1回目・指導訪問、2回目・同伴訪問、3回目・監督訪問」など、指導保健婦個々の力量にまかされたものだった。

そこで、江東区では、特に地域の要求をつかみ、「この地域にはどんな保健活動が必要なのか」という視点がもてるように「地区の実態把握」を重視した、教育カリキュラム作りをはじめた。そして、最終的な目標として決められた仕事のみではなく、区民の要求に応じた仕事づくりができる保健婦の養成を目指している。

3. 教育カリキュラムの流れ

(1) 行政、区政についての現任研修

(2) 所内職場研修

(3) 地区の実態把握

管内全域から担当地区にかけての把握を行う。

①地区歩き

目で見て地域の実態をつかむ。

②関係機関へのあいさつ

③担当地区の関係者へのあいさつ

④患者会への参加

(4) 保健婦業務オリエンテーション

全般にわたるオリエンテーションは、両所合同。

(5) 担当地区の仕事の引き継ぎ及び地区への連絡。

(6) 業務の見学・実施

(7) まとめ、予算の立案・使い方など

(8) 基礎的知識、技術の習得

母子（子どもの発達の見方など）は両所合同で学習会を企画する。精神他については、学ぶことが深いのでオリエンテーション後は自主的なサークルに参加し、自主学習を行うことをすすめている。又参考文献も紹介する。

教育はまず事業の説明・見学より、保健婦活動の基本となる「地区の実態把握」を強調する。新人は町の工場

住宅、商店街を見ながら、人々がどんな生活をしているのか自分の目で見てくるのである。

業務の見学・実施は、6月からとし、1年間ですべての業務の実施にあたるようにする。

3ヵ月、6ヵ月、9ヵ月、1年の節目では必ずまとめの時間をもち、そこで自分がどの程度学べたか、その都度の課題を明らかにする。1年間をまとめた上で、2年目・3年目の課題も設定し、3年間で教育カリキュラムを終了させる。

4. 新人保健婦の感想・意見

就職してはじめの数ヵ月は地区まわりばかりで、物足りなさを感じたが、実際の業務がはじまると、担当地域以外を訪問する機会も少なくなり、視野も狭くなる。また住民健診、地域での衛生教育、個別の事例を通して地域のいろいろな住民・団体と連携をとることも多く、地区まわり、あいさつまわりは、その後の仕事にすぐ生かされ、その大切さが実感できた。

新人保健婦にとって、地域の住民や患者会活動から学ぶことは大きい。日常の悩みや療養生活の工夫について話をきいたり、ひきこもりがちな住民が、会の活動を通して積極的に発言し行動する人に変化していく様子を見ていくと、病気をかかえながらも前向きに療養する住民と、それを支える地域の人達の動きを感じることができる。また「指導者と患者」というタテ関係から横並びの「人間同士のつきあい」を実感できる。そして、先輩保健婦の患者会へのかかわり方から、保健婦活動の原点を学ぶ機会ともなった。

5. まとめ

近年、看護婦・保健婦養成課程は、従来の専門学校から短大化・4年制大学化へ移行し、教育カリキュラムも教養から専門科目まで多岐に渡るようになり、学校教育で足りない分野を卒後教育で補うことが多くなった。

しかし、現場ではここ数年、保健婦の入れ替わりが激しく、東京23区ではどこの職場でも慢性欠員状態でありすぐ実践に使える保健婦が要求される。

しかし、新人保健婦にとって、はじめの1年間を目先の業務に追われることなく、地域をみる目を養える機会は3年、4年の仕事に役立つ貴重な時間になる。特に新卒者の教育は、その後の個人の「保健婦観」にもつながる重要なものとする。そうした中で新人教育カリキュラムは、指導保健婦個人の力量に左右されず、教育効果をあげるため、今後とも検討していかなければならない課題である。

○黒田研二, 高島毛敏雄, 新庄文明, 多田羅浩三
(大阪大学医学部公衆衛生)

高齢者のケアにおいてQOLの充実が目標とされ、生活の継続性や自己決定権の尊重がその条件として重視されている。しかし、この10年間のわが国の老人ケアの動向をみると、在宅で生活する要介護老人の比率は減少し、入院・入所をする老人の数が急増している(表1)。在宅、入院及び施設入所という処遇の場所を規定している要因を探るために、大阪府M市で、処遇の場所別にみた老人の生活背景の比較の調査を行った。

[方法] M市(人口約12万人)において、在宅、入院中、老人ホーム入所中の要介護老人の性、年齢、原因疾患、日常生活動作、家族構成、住居の状況、医療保険の種類と生活保護の有無、などの現状を把握した。①在宅の要介護老人については、ねたきり老人見舞金・デイサービス・ショートステイ登録名簿から把握できる在宅要介護老人191世帯を対象とし、1989年11月民生委員が各世帯を訪問し、調査票留置法により188世帯から回答を得た。②入院中の高齢者については、市内の5病院において1989年12月時点で6ヵ月以上入院中の65歳以上のM市民全員を対象とした。各病院の職員に、患者調査票に記入してもらい61人の調査票を回収した。③特養ホーム入所者については、入所判定委員会の審査のための調査票よりデータが得られる72人の分析を行った。

[結果] 在宅要介護老人、長期入院老人、特養ホーム入所者の特性を比較した(表2)。在宅群の特徴を入院・特養入所群と比較すると、男の割合が多く、年齢では有意差はないが、85歳以上が40%で入院・入所群よりも超高齢者の割合が多い。ADLの障害の程度では、在宅群では中等度の人の割合が入院・入所群より多く、入院群では重度の人の割合が、特養入所群では軽度の人の割合が多かった。同居家族の人数を比べると、独居は在宅群では3.7%、入院群では16%、特養入所群では39%で差があった。配偶者の有無では、在宅群では有配偶者が3割を超えているのに、入院・入所群では1割程度と差がみられた。子供世代と同居は在宅群は76%だが、他の2群は少なかった。また、在宅群では生活保護が少ないのに対して、入院群では生活保護12%、特養入所群19%と差がみられた。住居の状況では一戸建持家の割合が、在宅群76%、入院群64%、特養入所群29%であった。

在宅群と入院と特養をあわせた施設群とを分けている要因を判別分析によって検討したところ、両群を判別するのに有効であった変数は、標準化判別係数の大きい順に、配偶者の有無、子供との同居、持家か否か、ADL、年齢であった。また、施設にいる人のうち入院群と特養入所群についても判別分析をおこなったところ、両群を

判別するのに有効であった変数は、持家か否か、性、同居家族の人数であった。

[結論] 在宅または施設(病院、特養)という処遇の場所に対して、家族構成や住居形態が強い関連を有する因子であることが示された。要介護老人が在宅での生活を継続するためには、介護力の確保および住居のような物理的環境が重要な条件であることを物語っている。今後これらの条件を社会サービスとして保障していくことが求められている。市町村段階で老人保健福祉計画を策定するさいにも、在宅要介護老人の現状だけでなく、入院・入所している老人の動向も把握して、必要なサービスを検討していく必要がある。

表1 65歳以上入院者数、特別養護老人ホーム定員数、在宅ねたきり者数の推移

年	65歳以上 人口	65歳以上 入院者数 ^a	特別養護老人 ホーム定員数 ^b	65歳以上在宅 ねたきり者数 ^c
1978	9,905,000	351,100 (3.54%)	61,515 (0.62%)	302,000 (3.05%)
1981	11,009,000	454,900 (4.13%)	89,510 (0.81%)	307,000 (2.79%)
1984	11,956,000	521,200 (4.36%)	111,970 (0.94%)	326,000 (2.73%)
1986	12,870,000	613,800 ^d (4.77%)	127,233 (0.99%)	282,000 (2.19%)
1989	14,309,000		152,988 (1.07%)	335,000 (2.34%)

a:患者調査 b:社会福祉施設調査 c:厚生行政基礎調査、国民生活基礎調査 d:1987年のデータ

表2 在宅要介護老人、病院長期入院老人、特別養護老人ホーム入所者の比較

		在宅要介護 老人(A) (n=188)	長期入院 老人(B) (n=61)	特別養護老人 ホーム(C) (n=72)	A群と B群との 比較	B群と C群との 比較
					a	a
性	男	34.0%	13.1%	25.0%		
	女	63.3%	86.9%	72.2%	**	N.S.
	無回答	2.7%	0.0%	2.8%		
年齢 階級	74歳以下	12.2%	24.4%	18.1%		
	75-84歳	16.0%	17.9%	16.7%	N.S.	N.S.
	85歳以上	39.9%	29.5%	30.6%		
要介護 の原因	脳卒中	32.4%	28.2%	25.0%		
	その他	56.5%	71.8%	50.0%	N.S.	N.S.
	無回答	2.1%	0.0%	25.0%		
ADL 障害 ^b	軽度	24.5%	24.6%	43.1%		
	中等度	32.4%	9.8%	25.0%	**	**
	重度	25.5%	63.9%	29.2%		
家族 員数	無回答	17.6%	1.6%	2.8%		
	一人暮らし	3.7%	16.4%	38.9%		
	2人	20.2%	6.6%	19.4%		
配偶者あり	3・4人	36.7%	26.2%	19.4%	**	**
	5人以上	39.4%	34.4%	12.5%		
	無回答	0.0%	16.4%	9.7%		
子供世代と同居	国民健康保険	31.4%	13.1%	13.9%	**	N.S.
	被用者保険	75.5%	55.7%	34.7%	**	**
	生活保護	55.3%	67.2%	48.6%		
医療 保険	被用者保険	38.3%	18.0%	27.8%	**	N.S.
	生活保護	3.7%	11.5%	19.4%		
	無回答	2.7%	3.3%	4.2%		
住居	持家(一戸建)	76.1%	62.3%	29.2%		
	その他	23.4%	31.1%	59.7%	**	**
	無回答	0.5%	6.6%	11.1%		

a:無回答を除いて2群間の分布の差を χ^2 乗検定。* P<0.05 ** P<0.01
b:歩行,排泄,食事,入浴,更衣を,それぞれ1点(介助不要),2点(一部介助),3点(全面介助)で評価。合計点数5~8(軽度),9~12(中等度),13~15(重度)

滋賀県某町の要援護老人の現状

○喜多 義邦

滋賀医科大学保健管理学教室

【はじめに】わが国の急速な高齢化の進展に伴う医療・保健・福祉の需要の増大に対し、いかにその対策を準備し、実施していくか、現在多くの分野で議論されている。とくに、慢性疾患を有し身体的活動性の低下している者、あるいは独居、老人だけの世帯などの生活形態に問題のある高齢者、あるいは経済的に困窮している高齢者が、健全な社会生活を営むことができるよう対策を講ずることは急務である。しかし、老人医療の実質的な縮小がなされつつあるなかで、これらの人々の生存権をいかに保証していくかについての議論はほとんどなされていないと考える。

こうした観点から、演者らは、滋賀県某町において、現在、社会的・経済的・身体的に問題を持つ65歳以上の高齢者を対象に訪問調査を実施し、これらの人々の健康および生活の実態を明かにすると共に、地域保健あるいは福祉に携わる者が今後いかなる視点を持って対応すべきであるかについて報告する。

【調査方法】調査は、滋賀県南部に位置し、65歳以上の老人人口が15.8%の某町において、平成2年9月13日から同年12月19日に行なった。調査対象は、同町在住の65歳以上の独居老人、老人世帯、寝たきり老人および痴呆老人、計326名である。独居老人および老人世帯老人については、住民台帳よりその世帯構成の条件に該当するものを、また寝たきり老人および痴呆老人については福祉手当給付台帳にそれらの対象となっている者を調査対象とした。しかし、このうち、訪問調査を拒否した者12名、実際には実子と同居している者17名、および入院中

の者13名を今回の調査から除外し、計279名に訪問調査を実施した。今回の調査対象の性別、生活区分別の年齢分布は表1に示す通りである。調査項目は、老健法の基本健診に準じた医学的検査項目、すなわち血液生化学検査および心電図測定、ADLそしてQOLである。

【結果および考察】某町における65歳以上の高齢者の総人口に占める割合の年次推移は、1975年以降、全国のそれに比べて約4%程度高く推移している。また、同町の老人世帯老人、独居老人、寝たきり老人の年次推移をみると老人世帯および独居老人の人口が際だって増加しており、同町は人口が増加しているにも拘らず、典型的な高齢化社会を示しているものと考えられる。本調査対象の健康実態についてみると、全ての生活分類において50%以上の者に血圧に異常を認め、心電図検査所見においては、全ての生活分類において男性の約半数の者に、また女性の約30%の者に異常所見が認められた。また、これらの対象者の主要疾患別有病者数をみると、男性では脳卒中後遺症が多く、女性では骨・関節疾患の多いことが明かとなった。また、生活実態についてみると、行政、医療機関あるいは地域社会とのつながりは、老人世帯、独居老人、寝たきり老人の順に希薄となり、身体的活動性に依存することが示唆された。すなわち、重大な社会的、精神的および身体的なリスクを有するこれらの人々の実情にあった対策を立案することは急務であり、今後の高齢化対策を講ずる上においても必須であると考えられる。なお、詳細は総会にて述べる。

表1 滋賀県某町における訪問調査の生活分類別および性別の年齢分布

年齢	独居老人		老人世帯		寝たきり	
	男	女	男	女	男	女
平均(標準偏差)	77.3(5.4)	76.2(6.3)	74.8(5.0)	70.8(3.7)	79.1(5.7)	84.4(9.3)
合計(N)	10	77	79	80	14	15
65-69歳	10.0	20.8	13.9	40.0	7.1	13.3
70-79歳	60.0	48.1	69.6	56.2	42.9	13.3
80-89歳	30.0	27.3	15.2	3.8	50.0	33.3
90歳以上	0.0	3.9	1.3	0.0	0.0	40.0

表2 滋賀県某町の訪問による老健法に基づく基本健診の判定結果(人)

判定区分	独居老人	老人世帯	寝たきり
総数	10	74	10
男性			
正常	2	13	2
要観察	4	17	1
要医療	4	44	7
女性			
正常	68	74	13
要観察	24	27	4
要医療	17	27	4
要医療	27	20	5

図-1 滋賀県某町と全国の65歳以上人口割合の年次推移

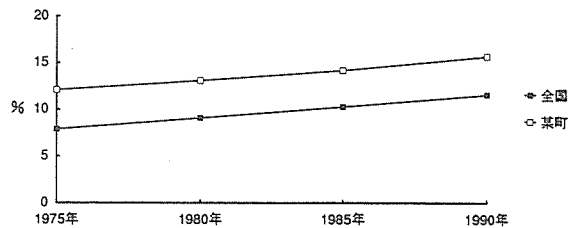
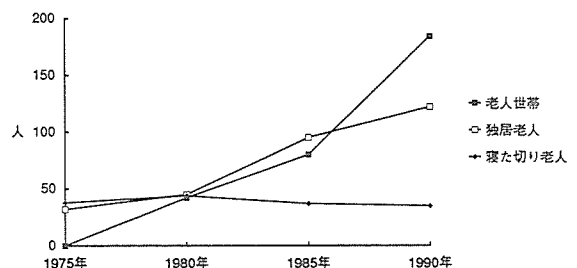


図-2 滋賀県某町における老人世帯老人、独居老人、寝たきり老人の年次推移



○ 小林ヒサエ, 城ヶ端初子, 大塚美佐緒 (滋賀県立短期大学)
福島知子 (京都市ホームヘルプ協議会)

1. はじめに

高齢化社会を迎えて様々な取り組みがなされている。中でも要介護老人の実態は寝たきり老人約70万人、痴呆性老人60万人と言われている。その内入院患者45万人、特別養護老人ホーム入所者14万人であとは在宅で世話を受けている。今回在宅ケアの実態と介護状況及びサポート体勢等について実情を把握し問題点を明らかにし在宅ケアでの看護職の役割の今後の方向性を見出す資料としたい。

2. 対象と方法

滋賀県A市老年人口12.0% (内75才以上5.0%) 京都府B市老年人口15.1% (内75才以上5.9%) である。A市における継続訪問の対象者22名、地域看護実習訪問記録による。B市64名、ホームヘルプ協議会からのホームヘルパー派遣対象者、要介護老人45名 (内独居老人24名) の記録による。

3. 結果と考察

対象者の年齢は70才以上が70.0%以上、性別では女性が68.7%と高く、世帯構成はA市は三世帯が77.2%でB市では夫婦のみと独居が多い。身体の状態、生活関連動作については図1~3のとおりで麻痺、失禁30.0%以上、褥瘡19.4%である。また視力・聴力障害や会話困難な人40.0%以上、その上息切れ動悸などの愁訴も多い。A市においては褥瘡有りが50.0%と高い。生活関連動作では寝たきりの人が約30.0%、介助で起座を含むと50.0%以上である。入浴・排泄についても70.0% (A市清拭90.0%) 排泄介助ではおむつ使用が27.0% (A市54.0%) と介護率が高くなっている。受診状況では入院の経験有りが76.1% (A市95.0%) 入院期間3カ月未満14.9% (A市40.0%) 6カ月未満約30.0%在宅受療者82.0%、機能訓練を受けている人24.4%で訓練の必要な人25.0%である。在宅ケアの実態は表1のとおりで排泄介助・衣類交換が最も多く次いで体位交換・食事介助また褥瘡処置・清拭など看護技術が必要なものも多く、Mチューブやバルンカテーテルを挿入している人もいる。その他買物・外出時介助・環境整備などの介助はホームヘルパーが独居老人を支えている。介護者の状況については女性が70.0%を占め年齢60才以上が40.0%以上である。対象者との関係は、妻・嫁が60.0%以上で、介護をされる人 (女性68.7%) もする人も女性が多くなりに女性問題と言える。また介護者の事情についても高齢、身体的理由で無理と思われるひとは50.0%以上もあ

りその他仕事を持っている人など厳しい現実がうかがわれる。介護技術についても何らかの指導を受けている人は70.0%以上で主に地域での看護職が圧倒的に多い。サポート体勢については訪問看護指導、ホームヘルパーの活動が中心でA市では看護職が療養上の世話をB市ではホームヘルパーが日常生活の世話をしている。その他開業医、S.W.、民生委員、福祉担当者などで施設としてはデイケア、ショートステイの利用など一部にあるが不十分と言える。在宅ケアの条件としては介護、住居、経済、医療 (救急を含む) 等の条件を最低必要と考えるが今回の実態はとても厳しい。特にB市の独居老人などは75才以上が50.0%以上でADLも介助を要する人が多くコーディネーターはS.W.で医療との関連も持たれている。A市では一部の病院と継続看護の連携が出来ており早期把握による訪問看護指導がなされているため、医療依存度の高い人が対象になっていると思われるが、中には介護の仕方が全くわからず苦労している人もあると思う。特に入院期間が短く本人や介護者の意志でなく退院する人も多く、療養の世話が必要となる人に世話の仕方を指導するのは看護職の必然的な役割と思う。訪問でよく目にするのは入院中に何故介護方法の教えを受けなかったのかと思える事例や、社会資源の活用方法も知らない事例などがある。地域での活動は当然必要であるが病院など臨床の場でも在宅ケアを意識しての指導を期待する。

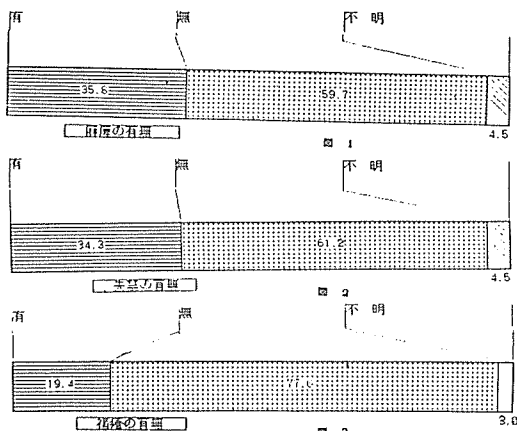


表 1
在宅ケアの内容

在宅ケアの内容	人数	割合 (%)	その他	人数	割合 (%)
褥瘡処置	19	(28.4)	衣類交換	36	(53.7)
Mチューブ	3	(4.5)	食事介助	29	(43.3)
バルンカテーテル	8	(11.9)	清拭	19	(28.4)
排泄介助	38	(56.7)	その他	15	(22.4)
入浴介助	17	(25.4)	無し	11	(16.4)
体位交換	29	(43.3)	合 計	67	(100.0)

○谷田 悟郎（京都保健会猪熊診療所）

いま、末期医療におけるケアの対応が問われている。在宅死が極めて少なくなった診療所では、特に老人で、末期医療となる以前の段階－末期前期におけるケアが重要となる。今回、脳梗塞を発症、病院医療で軽快退院後、在宅医療を実施したが、急性肺炎を併発、緊急入院。9ヵ月間入院中、老人性痴呆、心不全続発し、病院で末期医療を受けた。この老人の2年1ヵ月間の在宅医療－「末期前」在宅医療のケースを経験し、老人の「末期前の医療」におけるケアの対応について、社会医学的に検討したので報告する。

〔症例〕明治33年1月8日生の老人。後妻と借家住まい。保険管掌は、退職後国民保険、再入院時は生保となる。結核死の養女の家族が京都市内に居住。老人は早くから両親と離れ、二人の姉弟は奉公に出、別れ別れ、自らも単身京都へ奉公に出る。子供の頃から、短歌や俳句を好み、師についてから、日々作歌、作句し、如月と号した。一時、故郷へ帰り、魚行商もしたが、再び京都でN社の美術品運送専門労働者として長年働く。頑固者だが、情に厚く、いつも雇主に可愛いがられていた。終戦後、養女の結婚後、後妻を迎えた。退職後、食堂で暫く働いたが、以後年金生活で余生を楽しんでいた。特に、東寺（弘法さん）のお参りし、鳩や猫に餌をやるのが楽しみで、「東寺の鳩のおじさん」と新聞にも紹介された。

〔在宅ケア〕1987年4月22日以来、当診療所週1回定期往診患者として、医師、看護婦、医療事務、パート作業療法士等による在宅ケアチーム活動実施、この間、老人が詠んだ短歌の提供を受け、その内容、推移を通して、その時々在宅医療の一助とした。

〔研究方法〕このたび、老人が療養中に書かれた「自分史」と往診時に戴いた短歌の貸与、公表含め老人、家族の了承を得たので、老人の生活背景のもと詠まれた短歌と、病状の推移とを比較対象し、老人の末期前の在宅医療のケアのあり方を検討した。

〔結果〕病状と作歌の内容から、次の四期に区分した。

第Ⅰ期 病氣共存期	約6ヵ月間
第Ⅱ期 逃避・動揺期	約6ヵ月間
第Ⅲ期 一時安定期（取り引き期）	約7ヵ月間
第Ⅳ期 怒り・うつ状態と受容期	約6ヵ月間

これらの期間に対応して在宅で、老人ケアとケアとを実施した。老人ケースでは、基礎疾患に何か一つの合併症や続発症が加われば死に至り、いわゆる「死が明らかになった末期患者」となる。したがって、末期医療以前の在宅ケアは、死の準備状態にある在宅ケアであり、チームスタッフは「死」の問題として対応した。

一般に「末期患者」の対応は、その身体的、精神的特徴から、身体的コントロール、精神的ケアに加え生活ケア、家族ケアがマニュアルとされている。特に、癌末期の最後の3～6ヵ月間のケアとされ、ターミナルの開始は、治療よりも苦痛、特に疼痛の緩和へと移る分岐点となるとされている。また、キューブラ・ロスや柏木は癌患者の死への過程での心理の理解を強調している。

このケースの場合、身体的特徴として、左上下肢の軽度運動麻痺、右膝関節痛、腸過敏症候群、褥創など不快な症状があり、第Ⅳ期になり、低栄養、電解質異常が出現し、ついには感染によって、在宅医療から、「死」へのターミナル・ケアの入院医療となった。精神的特徴として、退院直後はその喜び、傷ついた鳩を飼って心の安らいだ第Ⅰ期、次いで鳩の死また迷い込んだ猫を飼う逃避・動揺の第Ⅱ期では、新聞・テレビで見聞きする老人医療費有料化、高齢者危機論、大型間接税、金権汚職事件などを、痛切に批判の歌が多かった。次いで、思い出の多い東寺のお参りレクリエーションで、鳩、猫や旧友との再会などで、仏教を通して生への励ましとなった心安定した第Ⅲ期を通過し、その後、老人の介護と猫の世話などで妻の負担過大となる。義母を案じて特別養護老人ホーム入所相談を娘婿が持ちかけた時期から、寝たきりが多くなり、食欲、意欲も無くなり、2ヵ月間作歌せず、以後入院まで「死」を意識し、「死」を願う怒り・うつ状態と受容期の第Ⅳ期となった。

末期医療のケアの対応は、人間の死の尊厳さとともに、全人的医療の対応－bio-psycho-social medicineという対応が必要とされる。人は、その歩んだ生活の中で社会的環境と、生活や労働の条件の影響が大きく、このケースでは、末期前在宅医療で、個人的対応とともに、個人の社会とのかかわり、社会的問題をふくめ、死後遺された者が社会的問題提起することが重要である。

〔結論〕一老人の末期前の在宅ケアを経験し、短歌を通して、老人の心理、死への意識、死生観を把握し、これらと老人の身体的、精神的特徴とを結びつけ、身体的コントロール、精神的ケア、生活ケア、家族ケアに加えて、長年社会的に貢献した老人の社会的批判に心理的サポートする社会的ケアを重視する総合的な対応が重要である。医療側が死の問題を避ける暗黙の共謀者となるのではなく、老人の生活史の背景のもとで、自我防衛の行動に正しく対応し、残された生の時間の充実を計り、生の喜びを最後まで享受してもらうケアとなるよう努力すること。「良き生を生きる」と同様、「良き死を死ぬ」ことに社会的ケアふくめた良きケアで対応することが大切であることを強調したい。

東京保険医協会

安田 明正

厚生省のゴールド・プラン中の「寝たきり老人ゼロ作戦」では「二十一世紀には、ねたきり老人の新規発生をなくすことを目標」としているに過ぎません。全国で七十万人もの寝たきり老人がいるのに、その対策がないのです。

1990年2月24日 東京保険医協会 第6回在宅医療・看護研究会で行われた柳原病院 宮崎婦長の講演「ねたきり老人を起こす活動と在宅での終末期ケア」でデンマーク・シートが寝たきりをなくすのに極めて有効である事を知りました。患者をベッドから車椅子に移す際に使用する吊り具で、今まで日本にあったベルト型は患者の脇の下と膝の下にベルトを通して吊り上げるので患者の体重が脇と膝にかかり患者に苦痛を与える事が時々ありました。残りのハンモック型は患者を持ち上げてハンモックの上に乗せなくてはならないので介護者が妻である場合、実行不可能な事がしばしばありました。その結果、患者を寝かせきりにする状態が多く見られたのです。ところが、デンマーク・シートを使用すれば患者 介護者ともに負担なく、容易に車椅子に移す事ができるのです。

また 1990年6月23日 東京保険医協会の総会の記念講演で 朝日新聞 大熊論説委員の講演「二十兆円医療費をどう見るか 今後の開業医に期待する」を聞いてデンマークでは寝たきり老人がいない事を知りました。

そこで、東京保険医協会の幹部は「デンマーク・シートを活用すればいい」と考えました。

この時期に中野区長選挙が行われていましたので、区民の声に耳を傾ける神山氏と「シート活用で、現存する寝たきりをなくす件」で政策協定を結び応援しました。その結果、当選させる事に成功しました。

また東京保険医協会の加藤会長は 同年8月 デンマークに視察に行き、シートを購入して帰国、9月 神山区長に寄贈しています。

これに応じて 中野区は1991年にはデンマーク・シートを助成対象の一つに指定し、区民は自己負担なしで入手できるようになりました。また区は高齢者在宅サービスセンターにシートを展示し、さらに住民向けに講演会を施行して寝たきりをなくす努力を払いました。

なお、この間、デンマーク大使館から貿易会社ハンディ・エイドを紹介してもらい、この会社がデンマーク・シートの製造元であるデンマークのネバ社の代理店になりました。そして、国内にあるリハビリセンター（例えば所沢のリハビリテーション・センター 福岡の背損セ

ンターなど）の患者に活用して貰っている。この事がフランスベットその他に大きな影響を与えている。

そして厚生省も3月「寝たきり老人ゼロへの十カ条」を都道府県に通達した。その第7条には「ベッドから移そう移ろう車椅子 行動広げる機器の活用」とあり、機器の積極的活用を訴えています。

東京保険医協会 理事会は、5月11日 ハンディ・エイドのシート及びハマキンのリフトに関し推薦する事を決定、利用者が安心して購入できるよう便宜をはかることにした。さらに8月には北欧医療視察旅行を行い、今後とも補助器具の導入について配慮を払う事にした。

このような取り組みの中で「北欧に比し十年の遅れ」を取りかえそうしているのです。

○小沢 温 (愛知県コロエー発達障害研究所)

【はじめに】

精神遅滞者の小規模住居に関しては、福祉ホーム（10名で共同に住居する形態）とグループホーム（4.5名で共同に住居する形態）があげられる。福祉ホームは全国で51ヶ所、グループホームは全国で511ヶ所（90年8月全日本育成会総会資料）である。福祉ホームに比べて、グループホームは急増しており、89年の国の制度化により、増加は著しくなっている。一方、精神障害者の小規模住居は、福祉ホームおよび共同住居があげられる。これらは精神保健法の精神障害者社会復帰施設（共同住居の場合は無認可の場合がある）に準じて設置されている。全国で135ヶ所（福祉ホーム32、共同住居103）（90年3月全日本精神障害者家族会連合会、全国社会資源名簿）である。

本報告では、この2つの異なる障害の分野における小規模住居を取り上げて、①小規模住居の設置・運営主体、②小規模住居の役割、③入居者の生活基盤、の3点を比較し、精神障害者の地域生活の福祉的な課題を明らかにすることを目的とした。

【対象と方法】

精神遅滞者の小規模住居に関しては、全日本育成会の資料とわれわれが実施したグループホーム全国調査（90年10月）の結果を利用した。全国調査は、全国の517ヶ所（育成会把握+われわれの把握）のグループホームに対して郵送調査を実施し、285ヶ所からの回答を得た。

精神障害者の小規模住居に関しては、全家連の資料と東京都（4ヶ所）、川崎市（1ヶ所）、横浜市（1ヶ所）の福祉ホームの事例調査の結果を利用した。

【結果と考察】

1) 小規模住居の設置・運営主体

精神遅滞者（以下MRとする）の場合は、社会福祉法人213(75%)、運営委員会12(4%)、個人25(9%)、その他33(12%)（調査から）であり、社会福祉法人が多いのに対し、精神障害者（以下MHとする）の場合は、医療法人45(58%)、自治体10(13%)、社会福祉法人8(10%)、その他14(18%)（88年12月全家連調べ）であり、医療法人が多かった。MRの場合は、施設運営をしてきた社会福祉法人の設立に加えて、親の会（社会福祉法人が多い）の設立も増加していた。これには、国のMRのグループホーム制度では、社会福祉法人が中心になって運営・設立することがあげられており、これによって社会福祉法人の運営が増加したことも考えられた。これに対して、MHの場合は、

精神病院を運営している医療法人の設立が主流を占めており、精神病院の退院後の受け皿として設立する状況が考えられた。

2) 小規模住居の役割-利用の形態に関して-

MRのグループホーム調査から、一時保護としての利用は、31(11%)、生活訓練の場としてのある程度の期限つき利用は、62(22%)であった。従って、かなりのグループホームで期限を設けておらず、長期的な生活の場としての位置づけがみられた。

MHの福祉ホームの事例調査から、特に期限はないが生活訓練の場（2ヶ所）、地域生活への移行訓練の場（2ヶ所）、長期的に生活の場（2ヶ所）、などの位置づけがみられ、MRに比べて地域生活への訓練の場としての特徴がみられた。

この違いには、MRでは、グループホーム入居以前の場が更生施設、授産施設、通勤寮などの生活訓練施設であり、既にそこでの実践をへて入居する機会が多いのに対し、MHでは、入居以前の場が病院、あるいは、家族と同居といった場合が多く、福祉ホーム入居以前に地域生活の訓練を受ける機会のほとんどなく、設立主体が福祉ホームを生活訓練の場として位置づけて設立している状況が考えられた。

3) 入居者の生活基盤

MRのグループホーム調査（入居者集計）から、就労して賃金を得ている者は1135名(86%)、障害年金の受給者は967名(85%、無回答を除いた割合)、生活保護は21名(2%、無回答を除いた割合)であり、かなりの入居者は、就労収入と障害年金を合わせた形で生活していることが示された。MHの福祉ホームの6ヶ所の調査（入居者集計）から、就労して賃金を得ている者は、8名(19%)、障害年金の受給者は16名(37%)、生活保護は18名(42%)、その他1名、であり、MRに比べて、就労者が少なく、生活保護の割合が高いことが示された。

このような違いがあるにもかかわらず、補助水準は、MRのグループホームとMHの福祉ホーム（場合によっては共同住居）ではほとんど変わらない状況がある。従って、入居者の負担も変わらない状況がみられるが、就労収入+障害年金を中心としたMRの入居者の負担と障害年金のみ、生活保護を中心としたMHの入居者の負担とが同水準にあることは、現行の精神障害者の小規模住居の施策を進めていく上で非常に大きな問題であると考えられる。

○砂川厚子（尼崎市東保健所）岡貞子 由利論子（武庫保健所）山本幸子（西保健所）河野三千代 王芬瑛 船越タツヨ 岡本友子 浦川文恵 宮川和子 林益美 堀池香 野口緑 鈴木淳子 槇田智鶴 前村登記（北保健所）

尼崎市北保健所管内は、人口11万5000人で、市の北部中程に位置し、南部の工業地域に比べ、住宅と商業の占める割合が大きく、田畑の残る地域である。平成元年度厚生省壮年期死亡調査の経験が動機となり、2年度は全保健婦が死亡者の家庭訪問を行った。その体験を基にグループワークで考察をした。公衆衛生に携わるものとして、多くのことを考えさせられ、今後の活動のステップとなったので報告する。

目 的

死に至る過程の中で、健康を破壊していったものは何か、壮年期死亡者の実態を探り、今後の公衆衛生活動に役立てる。

方 法

- (1) 対象 管内に住所を有し、昭和64年1月1日～平成元年12月31日の1年間の病死者で、満30歳以上65歳未満の日本国籍の有る162件を客体とした
- (2) 壮年期死亡者訪問表により、居住していた世帯を訪問し、家族等に面接しききとりをした。
- (3) 訪問期間 平成2年11月1日～12月15日

結 果

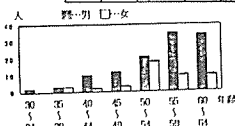
- (1) 性別と婚姻状況は

表1のとうりである

男	女	既婚	未婚	離別	死別
117	45	116	15	20	10
72.2%	27.8%	71.6%	9.3%	12.3%	6.2%

- (2) 性別・年齢別では

男性は年齢と共に増加しているが女性は50～54歳が急増している。



- (3) 死因別死亡状況は悪性新生物(50.6%) 心疾患(13%)

脳血管疾患(12.2%) 肝硬変(11.1%) の順であった。

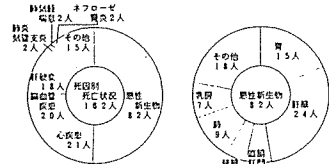


表2 訪問調査状況

可	60 (37%)
拒否	7 (4%)
軽居・不在等	95 (59%)

- (4) 調査状況は表2

- (5) 死亡者の仕事は零細企業従事者や商店主、自営業者が大半で具体的には、税理士、茶道師範、イラストレーター、スポーツ店主、自転車屋、すし割烹、仕出し弁当屋、印刷業主、ガードマン、炉ばた焼きパート勤務者、工務店主 がそれぞれ1人、建築現場従業者が3人、鉄工所従業者が6人、大工2人、鉄工所自営が3人、その他タクシーや運送会社の運転手、消防士2人、作業所勤務の人、事務員等であった。

- (6) 既往歴は図3

- (7) 健康診断状況では、毎年、受けていたのは26人41.9%（職場18人・病医院6人・ドック2人・市民健診2人）時々受けていた8人、全く受けていないのは14人22.6% 不明11人であった。全く受けていない人の半数は自営業者であった。

表3 既往歴

高血圧	8	脳血管疾患	3
糖尿病	11	心疾患	1
喘息	1	悪性新生物	6
腎疾患	3	その他	20
肝疾患	17	無	16

- (8) 住居状況では（記入のあった65件）一戸建て持ち家が39戸で60%、文化・アパートが17戸26%であった。面接出来た対象が比較的恵まれた環境にあったことが伺える。

考 察

この調査をとうして

- (1) 健康に対する意識（価値観）が低いことがわかった特に零細企業従事者や自営業者では健康管理が軽んじられている。社会全体が個人の健康生活に重点が置かれていなく、仕事優先で休息や余暇が持ちにくい環境になっていると感じた。
- (2) 自覚症状が有ってもなかなか受診出来ず、病気にかかっても的確な療養が受けられていない状況もわかった。また、治療中心の医療体制は実際に病医院にかかっても、別の病院で手遅れとなって発見されている例もあった。

尼崎市における昭和61年の事業所数2万7500か所、従業者数22万3700人、9人以下の事業所は86.1%である。今まで、保健所活動は地域で働く人でなく、家にいる母子、老人、及び病気の人等を対象してきた。しかし、家庭の中心となる人の健康管理が放置されている状況を知らされ、今後、そうした働く人達に焦点を当てる必要性をひしひしと感じた。

「予防」の位置づけが低いからか、労働条件からか、社会条件からか自覚症があっても受診が遅れたりする点が気がかりになる。とかく早期発見、早期治療は幻想でしかないような錯覚を覚えた。「予防」が陰の存在であってはならない。医学教育、看護教育の中で、そして世の中において予防がいかに大切かを主張する必要がある

ま と め

以上、面接可能であった60件の状況であったが、面接できなかった102件の問題はもっと深く潜んでいると思われる。今まで家族の一人だけを対象とするのでなく家族全体の健康や生活の援助に努めてきたつもりでした今回の調査で尚一層その必要性を感じた。

釜ヶ崎地区における行路死亡人の実態と行政に望むこと

○南 和子 (大阪市平野保健所)
 亀岡 照子 (大阪市西成保健所)

調査の目的

私は1990年3月までの7年間、釜ヶ崎地区で大阪市の一保健婦として働いた。仕事の中で死亡小票をみて、死亡年齢、死亡の場所・死因等が憲法25条に書かれたものとは、かけはなれた死の方を見て胸のつまる思いをした。

戦後40年以上を経過した今日、我が国は世界の目を引く豊かな経済成長をとげている中で、国民は健康で文化的な最低限度の生活を営んでいるはずなのに、そうでない多くの実態を見たので、調査・報告をする。

公衆衛生従事者として、地域の人々の死因を改善する働きには到らなかったが、実態をまとめて公の所で発表することによって、この実態が少しでも改善される資料になるのを期待している。

調査の方法

1986年(昭和61年)、釜ヶ崎地区の人と思われる死亡小票557人(男461、女96)のうち男の死亡について集計した。さらに、検屍された者、司法解剖にふされた者、身元が所定の調査でわからずその後官法に出しても最後まで身元不明の者について報告する。

なお行路病者とは道路に病み倒れて引取り人のない人、行倒れの人を一般的にはいうが、釜ヶ崎地区では、決まっ

た住所を持たず、簡易宿泊所に居住している者が、部屋で倒れたり、救急車を呼べばその人は行路病者としている。

釜ヶ崎地区の人口の根拠は、西成警察署の推計昭和60~61年38,000人を参考に男30,000人を基礎人口として算出した。

考察

1. 全体的にみれば、その他の外因・他殺、結核・肝疾患が多いことが目立っている。しかも検屍にまわされている人、司法解剖にふされている人が多い。
2. 凍死や行き倒れは、自殺行為と判断する。自分は、死ぬかもしれないとわかっているにもかかわらず、現実には実行されている。
3. さらに、保健婦としてみると公衆衛生的に予防できると考えられる死因が多いのも気がかりである。

まとめ

1. 私の7年間の活動の中から、釜ヶ崎地区に公衆衛生的な基本対策を確立することを望みたい。
2. 日雇い労働者が、人間らしく生きることを保障する自治体の役割を感じている。

附記：当日細部のケースレポートを報告する予定である。

(表1) 死因順位・死亡数・率・国との比較・割合

順位	死因	数	率 (人口10万対)	国との比較 (人口10万対)	国との比較 (倍)	死因別割合 (%)
総数		461	1537	685	2.2	100.0
1	悪性新生物	90	300	191	1.6	19.5
2	心疾患	86	287	121	2.4	18.7
3	慢性肝炎・肝硬変	54	180	20	9.0	11.7
4	脳血管損傷	37	123	104	1.2	8.0
5	肺炎・気管支炎	31	103	51	2.0	6.7
6	その他の外因	28	93	3	31.0	6.1
7	自殺	26	87	28	3.1	5.6
8	結核	21	70	5	14.0	4.6
9	不詳(検案中)	21	70			4.6
10	不慮の事故	15	50	34	1.5	3.2
11	その他	52	174	128	1.4	11.3

(表2) 検屍率・率(%)・(人口10万対)・剖検数・率(%)

死因	検死数	検屍率 (%)	検屍率 (人口10万対)	剖検数	剖検率 (%)
総数	185	40.1	617	118	25.6
その他の外因	28	100.0	93	20	71.4
心疾患	26	30.2	87	17	19.8
自殺	26	100.0	87	2	7.7
不詳(検案中)	21	100.0	70	21	100.0
慢性肝炎・肝硬変	18	33.3	60	13	24.1
不慮の事故	15	100.0	50	3	20.0
脳血管損傷	12	32.4	40	9	24.3
肺炎・気管支炎	11	35.5	36	11	35.5
結核	8	38.1	27	8	38.1
他殺	5	100.0	17	4	80.0
その他	15	10.9	50	10	7.3

(表3) 年齢別死亡数・率(%)

年齢区分	死亡数	率(%)
0-9	0	0.0
10-19	1	0.2
20-29	1	0.2
30-39	21	4.6
40-49	86	18.7
50-59	132	28.6
60-69	81	17.6
70-79	73	15.8
80以上	31	6.7
不詳	35	7.6

(表4) 死因E分類(損傷及び中毒の外因)別検屍数・剖検数 ()再掲・死因・死亡場所

E分類	死因	その他の外因	自殺	不詳(検案中)	不慮の事故	他殺
総数	95	28	13(12)	16(1)	6	2(1)
(50) 詳細	28	4(4)	4(4)	17(1)	3(1)	2(2)
死亡場所	他14(路上9公園2 川の中・ダムの中・風呂場)	他22(高所から5棟3 病院3 雑路2公園)	他16(病3 自1 未記入1)	他5(肺4 肝臓4 その他5)	他3(1) (3)交通事故	他3(1) (4)頭蓋骨折
他60 病24 自4 未記入7	病9 未記入5	自2 病院1 未記入1	自1	病9 他5 自1	病1	

(表5) 釜ヶ崎地区 行路死亡人(1986年行路死亡人のうち官報に出してなお身元不明の32任,うち3人、内3例を計上)

氏名	年齢	遺留金品	発見場所	発見日時	死亡日時	死因	解剖所見	処置
不詳	55位	男現金520円、腕時計	秋之茶屋北公園	'86.1.1 P.M.2'	'86.1.1 P.M.2	大葉性肺炎	右肺大葉性肺炎・肝脂肪変性	北斎場
不詳	50	男9カ(13-),簡易549-	市立相談所前	'86.7.16 A.M.5'	'86.7.16 A.M.5	肝硬変・腹水	両肺結核・肝硬変・腹水	瓜破斎場
不詳	50-60	男	花園北2路上	'86.12.11 P.M.10'	'86.12.11 P.M.10	凍死	右心室血液紅潤・るいそう	北斎場

保健所における日本語学校の結核検診の経緯

○三浦いづみ（東京都杉並区東保健所）

湯浅幸治（東京都杉並区和泉保健相談所）

I. はじめに

近年、東南アジアの国々から来日している就学生が、多く在籍している日本語学校において、結核患者の発生が多発し、その対策が問題となっている。杉並区東保健所の管内においても、数校の日本語学校の学生から結核患者が発見され、以後毎年結核検診を実施することになった経過があり、その経緯と問題点について、検診開始当時に携わっていた人の聞き取りを含めて報告する。

II. 検診実施の経過

1985年10月……S保健所より当保健所管内に住所があるI日本語学校の学生の患者発生の連絡あり（27才男性韓国人、rⅡGⅡ、35条入院）。ただちに学校の調査をし、同時期に他地域に住所を持つもう一人の患者（30歳女性台湾人、IⅡ2.菌(-)35条入院）ありの情報を聞く。早速同校学生の接触者検診を実施する。実施の中で、日本語学校と学生の特徴と、結核対策上の問題点が明らかになり、「毎年入学時に学校長の責任で結核検診をすること」を勧告し、以後春・秋2回受託検診の形で検診を実施する。

1988年10月……保健所の一般健康相談来所（受験用診断書希望）のM日本語学校の学生より患者発生（28歳男性中国人、rⅡ1.発見後すぐ帰国し入院）。接触者検診実施。

同時期に都が日本語学校の調査をし、それらの学校に対する結核検診を事業化し、当保健所も管内8校の調査を実施する（各校に学生数・出身国などと検診実施とその希望の有無を聞く内容）。その結果さらに3校の検診を実施し、合計3人の患者が発見される。

1989年4月……管内8校全てについて、年2回の結核検診を実施することになる。レントゲン車と保健婦パートの予算がつく。

1990年4月……都の事業化により検診費用が本人負担なくなる。

III. 検診を取り組むことになった経緯

①日本語学校とその学生の特徴

就学生のほとんどが、中国・韓国人で、日本に比べ結核の有病率の高い国から来日していること。そして、ほぼ全員が生活のためにアルバイトをし、狭いアパートに多人数（例えば6畳に6人など）で生活している。日本語学校は学校と言ってはいるが、環境が劣悪である（パチンコ屋の地下室の狭い教室・体格に合わない小さな机など）。修業年限が半年で、結核予防法の年1回の健診の義務付けがない。また労働者の立場の学生も、事

業所でもなく、学生全員が住民でもないため、日本語学校は住民検診や小規模企業検診などの結核予防法による検診の対象にならない法のはざまである。

②現状を知った上で保健所で話し合ったこと

結核対策上、日本語学校の学生はリスクの高い人々の集団である。しかし、従来の結核対策の方法では検診をすることが困難な集団である。だから学校側に検診をする必要性を伝え、集団で検診をする形を行政で整えることが必要である。実際の話し合いの中では予算担当の事務職員が「役所は法律になく予算にない仕事は本来業務でないので、余計な仕事をする必要はないのでは」と難色を示した。だから技術職（特に医師）が必要性を話し、職員自身が考え方を変換することが必要だった。まずは受託検診で実施し、続いてX線車の借り上げや保健婦のパートなどを予算化し、さらに検診費の本人負担を無料にするように保健所において検診実施の体制を作った。

IV. 検診結果

表1 検診受診者の内訳

年度	対象校	対象者	受診者	異常なし	経過観察	要精査	要医療
1988(昭和63年)	5	821	641	574	3	58	3
1989(平成元年)	8	1197	925	847	4	72	10
1990(平成2年)	7	715	568	506	16	62	5

表2 要医療者の内訳

1988(昭和63年)	①25歳男中国、rⅢ1. ②30歳男中国、IⅡ1 ③33歳女中国、bⅢ1. ④の妻、全員外来治療
1989(平成元年)	21~36歳、男6女4、韓国4 中国3 74日Ⅱ1. 病型Ⅲ型9Ⅱ型1、全員外来治療
1990(平成2年)	21~29歳、男4女1、韓国5、病型Ⅲ型4Ⅱ型1、全員外来治療

V. まとめ

①対象者が多国籍で日本語の理解が不十分のため、コミュニケーションがむずかしく、検診受診の動機づけがむずかしい。そして、検診後の精密検査や経過観察など受診勧奨しても未受診者が多い。また、要医療者を発見してもアルバイト先などの接触者検診などができないことが多い。

②検診対象者が、従来の結核対策では、法のはざまに対応できない。今のところ都の事業化で本人無料の検診ができるが、今後どう対策を立てるのか保健所で常に問題のなる可能性がある。

③結核検診だけに焦点が絞られていて、就学生の生活実態に合った生活指導ができていない。住所や仕事もさまざまな点で、フォローがむずかしい。などまだまだいろいろな点で課題が多い。

第32回社会医学研究会総会プログラム

1991年6月発行

発行者 第32回社会医学研究会総会事務局
〒 520-21 大津市瀬田月輪町
滋賀医科大学予防医学講座

印刷 宮川印刷株式会社