

BULLETIN OF SOCIAL MEDICINE

社会医学研究

第33回 社会医学研究会総会
講演集

社会医学研究会

特別号 1992

JAPANESE SOCIETY FOR SOCIAL MEDICINE

第33回社会医学研究会総会

1992年7月・金沢市

主 題

地域での保健・医療・福祉の中で
人権と民主主義を考える

日時 1992年7月18日（土）13：30から
7月19日（日）16：30まで

会場 石川厚生年金会館

〒920 金沢市石引4-17-1 ☎ 0762-22-0011

保健・医療・福祉の分野で、政府は、「高齢化社会危機」論、「健康と疾病の自己責任」論、「医療の効率」論、「医療要求多様化」論などを提起し、公的責任、特に国家責任の放棄、受益者負担の強化、市場原理の導入と営利化、老人に対する差別医療などをすすめています。日本の保健・医療・福祉のあり方の大きな転換期にさしかかっています。こうした中で、日本で人権と民主主義がどうなっているのか、国の責務がどうなっているのかを、保健・医療・福祉の実態、政策と制度、イデオロギーの各視点から検討し、人権と民主主義を強める運動の発展に寄与します。

現地実行委員会代表 山田裕一（金沢医科大学）
蒞 昭三（城北病院）

協力団体（金沢大学公衆衛生学教室、同衛生学教室、金沢医科大学公衆衛生学教室、同衛生学教室、富山医科薬科大学公衆衛生学教室、同保健医学教室、福井医科大学環境保健学教室、石川県保険医協会、石川民主医療機関連合会、医療福祉問題研究会）

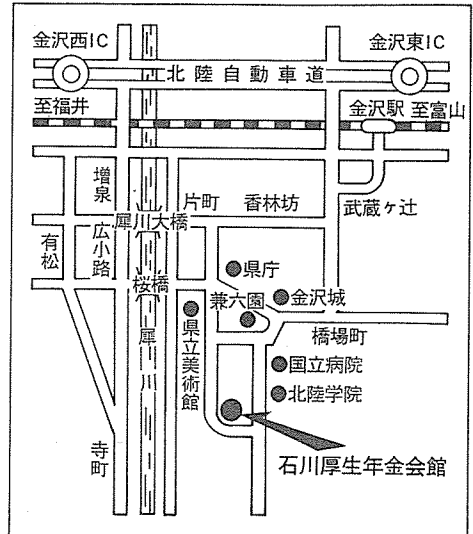
総会事務局（社）石川勤労者医療協会 城北病院 医局

〒920 金沢市京町20-3

TEL 0762-52-2391 FAX 0762-52-5881

会場までの交通

バス	JR金沢駅前⑪番⑫番乗り場から錦町、東部車庫、駒帰、湯涌温泉、大学病院前行いずれかに乗車し、出羽町（国立病院前）で下車、徒歩5分。
タクシー	JR金沢駅からタクシーで15分。
駐車場	駐車場（有料）がありますが、観光シーズンで満車となる可能性が高く、JRか飛行機の御利用をおすすめします。



参加受付 参加費 3,000円（学生 1,000円）

1. 会場にて受け付けします。7月18日（土）12:00より

参加者の皆様へ

1. （喫煙）講演会場内は禁煙です。喫煙は、ロビーの灰皿のおいてある場所をお願いします。
2. （呼出し）講演会場内での呼び出しは原則としていたしません。参加者への連絡にはロビーの「伝言板」をお使い下さい。
3. （コピー）コピーのご希望の方は、事務局で申し受けています。（有料）
4. （電話）会場の会館内に「公衆電話」がありますのでご利用下さい。
5. （昼食）総会第二目（19日）は、12:50から「定例総会」が予定されていますので、会員の方は昼休みが50分程度しかとれません。日曜日で近くの食堂等も閉まっている所が多いので、弁当の予約販売（1,300円）をしております。18日中に受付に申し込んで下さい。19日12:00～14:00の間に券と交換にお弁当を受け取って下さい。
6. （書籍展示）第1会場（芙蓉）前のロビーで行います。
7. （自由交流会）第1日目（18日）18:00より自由交流会を別記のようにおこないますので自由にご参加ください。
8. （事務局）実行委員会事務局は、2階控室にあります。また、実行委員および事務局員は緑色の名札をつけています。何なりとご相談下さい。
9. （入会申込）当日非会員で研究会に入会希望の方は、「年会費・入会受付」で手続きをしてください。

宿泊される方へ

1. 各自申し込みされたホテルでチェックインしてください。
 - ・石川厚生年金会館（金沢市石引4-17-1 ☎ 22-0011）
 - ・金沢ファーストホテル（金沢市池田町2-21-1 ☎ 33-1001）
 - ・金沢シティモンドホテル（金沢市橋場町2-10 ☎ 24-5555）
 - ・金沢ニューグランドイン（金沢市兼六元町3-7 ☎ 22-1211）

一般口演の発表者の方へ

1. (発表資格) 一般口演の発表者(共同研究者を含む)は、当研究会の(正)会員に限られています。発表される方で入会手続きがまだの方は、研究会本部の受付(年会費・入会受付)で、手続きをお済ませください。
2. (資料) すでにお知らせしてありますように、スライド・OHP・ビデオ等は使用せず、「講演集」を用いて行いますのでご了承下さい。なお、追加資料を配布される方は、250部ご用意の上、受付までお持ち下さい。
3. (次演者席) 各会場内に「次演者席」を設けてありますので、一つ前の口演が始まりましたらご着席下さい。
4. (口演時間) 一般口演の発表の時間は、口演10分です。1分前に予鈴を鳴らしますので、時間内に終わるようにご協力下さい。討論時間は1題につき10分です。
5. (論文) ご講演された研究について、機関誌「社会医学研究」の論文として改めて執筆を依頼することがありますのでご了承下さい。

シンポジスト・特別発言の方へ

1. 発表は、20分以内をお願いします。討論はまとめて行います。
2. スライド・OHP・ビデオなどを使用される方は、予め事務局までお申し出いただき、事前に参加受付までお持ち下さい。
3. 追加資料を配布される方は、予め事務局にお送りいただくか、または250部用意いただき、事前に参加受付までお持ち下さい。

座長の方へ

1. (進行) 一般口演には、一応、一題あたり20分(口演10分、討論10分)の時間を配分しておりますが、実際の進行にあたりましては、数題まとめて討論するなど、座長の判断でご変更下さって結構です。
2. (会場係) 各会場には、会場係の事務局員を配置していますので何なりとご指示下さい。

自由交流会の御案内

1. 保健婦の自由交流会 18:00~21:00 1F会議室
世話人 国分 恵子(石川・山代保健所)
2. 保健所関係自由交流会 18:00~ 2F控え室
世話人 仁平 将(青森・鯉ヶ沢保健所)

7月18日(土) 会場1(芙蓉)

13:30

特別講演 人権と社会保障の歴史と展望

演者 井上 英夫(金沢大学法学部教授)

座長 山田 裕一(金沢医科大)

14:50

15:00

シンポジウム1

「地域での保健・医療・福祉と国民主権を考える」

座長 山田 裕一(金沢医科大) 岩瀬 俊郎(石川・城北病院)

1. 国民保健の現状と保健所の民主的改革をめざして

仁平 将(青森県鰹ヶ沢保健所)

2. 地域での医療の民主的改革をめざして

谷口 堯男(石川・寺井病院)

3. 高齢者の保健・医療・福祉と自治体

石田 得子(健康センター松任)

4. 国民健康保険を巡る諸問題と改革の方向

藤原 秀文(広島・城北診療所)

会場発言 保健所宣言(案-第2稿について)

小栗 史朗(日本福祉大)

18:00

自由交流会

7月19日(日)

会場1(芙蓉)

会場2(加賀)

9:00

シンポジウム2

「公害・薬害の被害者補償制度の経過、現状と問題点」

座長 蒔 昭三(城北病院)

寺西秀豊(富山医薬大)

1. イタイタイ病の補償制度について

木澤 進(イタイタイ病弁護団)

2. 水俣病の補償制度

豊田 誠(水俣病全国連)

3. 守る会運動の原点と『三者会談方式』による恒久的救済の現状について

大槻 高(ひかり協会)

4. スモンの補償制度について

松浦一夫(スモンの会全国連)

要望演題1

「高齢者の人権と保健医療福祉」

座長 谷口堯男(石川・寺井病院)

1. 佐藤禮子「寝たきり高齢者の保健医療福祉施設入所の現状」

2. 谷田悟郎「地域における老人デイケアの取組みと保健医療福祉問題」

3. 西 三郎「市民参加による市町村老人保健福祉計画策定を」

4. 松田亮三「『年齢による医療の合理化』考—米国での議論を題材として」

5. 近藤高朗「近年のアメリカでの高齢者医療の動向」

要望演題2

「在日外国人の労働生活実態と保健医療福祉」

座長 飯田恭子(富山・黒部保健所)

特別発言

1. 三木恵美子(横浜弁護士会)

「滞日外国人労働者の生活と健康」

2. 伍賀一道(金沢大)

「今日の外国人労働者問題をめぐる論点」

12:00

12:50

<h1 style="font-size: 2em; margin: 0;">総 会</h1>

13:20

13:30

会 場 1 (芙蓉)	<p>要望演題3 「企業社会と健康問題」 座長 成瀬優知 (富山医薬大)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 逢阪隆子「大都市スプロール地帯における働き盛りの健康問題 ー飲酒との関連を中心として」 2. 牧野忠康「金融労働者のVDT作業と健康問題」 3. 福地保馬「食品工場働く女性深夜パートタイマーの生活と健康」 座長 服部 真 (城北病院) 4. 千田忠男「過労死につながる現代の過度労働」 5. 清水 健「過労死と健康管理措置の不備」 6. 上島弘嗣「いわゆる過労死とその疫学研究の問題点」 7. 藤岡光夫「労災職業病統計の国際比較」 8. 関谷栄子「『ストレスと健康』総合調査の経験 ー労働組合と協力してどの様に研究を進めるか」
---------------------	---

16:30

13:30

会 場 2 (加賀)	<p>自由演題 座長 中川秀昭 (金沢医科大学)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 三塚武男「社会的健康あつての精神的健康・身体的健康 ー農山村の青少年の生活実態調査に基づいて」 2. 竹内治一「S市児童生徒の学校医健診について」 3. 戸田 清「昭和電工トリプトファン食品公害事件について」 座長 川西徹郎 (金沢リハビリテーション病院) 4. 片平洸彦「スモン東京高裁判決の問題点」 5. 小出大介「『確認書』調印後12年を経たスモン患者の実態」 6. 島田彰夫「女子学生の食意識・生活意識と無意識の不健康」
---------------------	--

16:30

13:30

会 場 3 (1階会議室)	<p>自由演題 座長 大川義弘 (城北病院)</p> <ol style="list-style-type: none"> 7. 稲垣孝子「難病患者への保健婦の支援とはー江東区の経験から」 8. 西河内靖泰「需要と供給関係からみる『脳死＝臓器移植』問題 ー『商品』としての『移植臓器』の本質をみすえて」 9. 嶋村清志「デンマークシートを用いて寝たきりを防ぐ試み」 座長 岩瀬俊郎 (城北病院) 10. 村田 洋「医療と医療経済学ー医療経済学的方法論を中心として」 11. 丸山 博「医者職業寿命について」
------------------------	---

16:00

特別講演

7月18日(土) 13:30~14:50

人権と社会保障の歴史と展望

座長 井上 英夫(金沢大学法学部教授)
山田 裕一(金沢医科大)

シンポジウム1

7月18日(土) 15:00~18:00

「地域での保健・医療・福祉と国民主権を考える」

座長 山田 裕一(金沢医科大)
岩瀬 俊郎(石川・城北病院)

1. 国民保健の現状と保健所の民主的改革をめざして
仁平 将(青森県鱒ヶ沢保健所)
 2. 地域での医療の民主的改革をめざして
谷口 堯男(石川・寺井病院)
 3. 高齢者の保健・医療・福祉と自治体
石田 得子(健康センター松任)
 4. 国民健康保険を巡る諸問題と改革の方向
藤原 秀文(広島・城北診療所)
- 会場発言 保健所宣言(案-第2稿について)
小栗 史朗(日本福祉大)

シンポジウム2

7月19日(日) 9:00~12:00

「公害・薬害の被害者補償制度の経過、現状と問題点」

座長 筋 昭三(城北病院)
寺西秀豊(富山医薬大)

1. イタイイタイ病の補償制度について
木澤 進(イタイイタイ病弁護団)
 2. 水俣病の補償制度
豊田 誠(水俣病全国連)
 3. 守る会運動の原点と『三者会談方式』による恒久的救済の現状について
大槻 高(ひかり協会)
 4. スモンの補償制度について
松浦一夫(スモンの会全国連)
-

特別講演

井上英夫

(金沢大学法学部)

1 はじめにー人権保障の意義

ー Privilege → Right → Basic Human Right ー

- ①権利と基本的人権
- ②人権の権利主体と国民主権
- ③人権保障の責任主体としての国家
- ④基本的人権の本質(憲法第11, 97条)と不断の努力(12条)

2 人権としての社会保障の展開

ー人権としての社会保障をめぐる国際的動向ー

- ①世界人権宣言と国際人権規約
- ②ILOとEC諸国の動向
- ③社会保障憲章と働く人々
- ④ラロック報告と「安心」

3 健康権の展開と意義

- ①健康権の展開
- ②健康権と日本国憲法
- ③健康権の現代的意義
- ④健康権の理念と原則
- ⑤健康権と医療保障

4 人権としての社会保障・健康権の展望

- ①社会保障と健康権
- ②健康権と地域
- ③健康権と参加
- ④健康権と患者の権利法
- ⑤国民医療の創造と「不断の努力」

参考文献

- ※小川政亮編著『人権としての社会保障原則』ミネルバア書房、85年。
- ※井上英夫「健康権と医療保障」講座日本の保健医療第2巻『現代日本の医療保障』労働旬報社、91年。
- ※同「過疎化と高齢者の人権保障」同時代社『ゆたかなぐらし』91年10月号。
- ※患者の権利法をつくる会編『患者の権利法をつくる』明石書店、92年。
- ※医療・福祉問題研究会『珠州市狼煙地区医療・福祉実態調査報告』医療・福祉問題研究3号(90年)4号(91年)。
- ※老後問題を考える石川のつどい『報告集ー老いてもひとりでも住み続けたい』91年11月。

MEMO

シンポジウム 1

シンポ1-① 国民保健の現状と保健所の民主的改革をめざして

仁平 将（青森県豊ヶ沢保健所）

1. はじめに

青森県の環境保健部と、その出先機関である保健所の機構改革が今年度（平成4年度）行われた。

今回の機構改革は極秘に準備され、住民はおろか、検討内容を知り得る関係職員もごく少数であった。

機構改革自体は青森県という地域的なものではあるが、その手順・方向は他の都道府県・政令市に共通するものと思われ、私にとっても、今回の機構改革の過程が、住民のおかれている現状に照らして、保健所がどうあるべきかについて考える機会となったので、その概略と考える一端を報告する。

2. 青森県環境保健部機構改革の経過

平成元年度より、環境保健部医務薬務課に特命を受けた副参事が新たにおかれた。

特命事項は、県立病院に関する事項と老朽化した保健所の新・改築に関する事項であるとの説明がなされていた。

（年度当初の保健所長会協議会での環境保健部担当次長の口頭説明）

しかしながら、その説明を額面どおり受け取った保健所長は少なかったと思われ、いずれは説明があるはずの保健所統廃合・機構改革の検討を行っていることは想像に難くはなかった。

それにしても、なぜ秘密にしなくてはならないのかは、理解できなかった。

その後、担当次長が保健所保健婦課長会議の懇親会の席で、「機構改革は、決めたら速やかに行う」と発言したという。

平成3年度には環境保健部内にプロジェクトチームが誕生した事、検討内容は秘密である事、検討内容が漏れた恐れがあり、漏らした人間を追及している事などが聞こえてきた。

また、平成3年9月頃には、他の部の幹部から「環境保健部では大幅な機構改革を行うそうですね」と、話しかけられ、対応に苦慮した。

いずれは各種の会議に原案が提示され、討議する機会があるものと考えていた。

平成3年10月30日に保健所長会協議会があり、その席上、ある保健所長から「機構改革の原案はいつ示されるのか、そのスケジュールは？」との質問があった。

担当次長の回答は「平成4年2月中には知事決裁をうけ、

平成4年度に環境保健部全体の機構改革を行う予定である。人事に関する事なので、この場で原案を示すと秘密が保たれない恐れがある。保健所長さん方には近日中に個々に意見をお聞きする予定である。」であった。

多くの保健所長からは「それはおかしい。この場で討議すべきだ。」の意見が述べられたが、時間切れに終わった。

改めて全保健所長が参加する会合を持つ事に消極的な所長がいた事と、日程の調整が困難なため、その後の会合が決まらないまま終了してしまっ

た。所長以外の職種についても、改革の方向や原案がわからないまま、憶測が乱れ飛び、不安な日々を過ごしていた。平成3年11月中に担当次長・副参事、医務薬務課長が手分けして丸秘の（環境保健部の組織体制（案））を示しながら、各保健所長の意見を聞きにきた。

3. 保健所機構改革の方向

「保健所は、地域住民のニーズの多様化、高度化、健康づくりへの関心の高まり等に応え、住民等が地域における健康づくりや在宅ケアに取り組もうとする意識を高揚させ地域における組織づくりの活性化を図るため、地域保健活動に関する総合戦略の技術的拠点となるべきことが求められている。このため、-----」

「保健所は、保健予防課と保健婦課の2課に分かれて業務を推進してきているが、保健婦活動は、各種疾患の患者に対する療養指導やその他一般の人についての保健指導が中心であり、これらは主として、保健予防課の所掌事務に関係しており、保健婦は同課に配置されることが望ましい。

すなわち、事業の効果的な推進という観点からみた場合、保健婦活動が、今後住民の期待に応えるとともに保健婦がきめ細かな活動を行うためには、保健婦が各事業に精通し、本庁と保健所が連携を取り、一体となった体制が一層必要である。そのためには、保健婦が施策の方向を十分認識し、理解し、それを踏まえつつ自らの活動を行うことが重要であることから、保健婦を事業課（保健予防課）に配置し、計画段階から事業に参画させる体制とすることが効果的であると考える。

このことから、これまで保健婦課で行っていた保健指導を保健予防課で行わせることとともに、保健予防課の事務を再配分し、保健予防課と健康増進課の二課に再編し、それぞれ次の事務を分掌させることとする。」

4. 各地の動向

1989年4月の京都府の例では、「地域における保健・医療・福祉サービスも総合的供給システム」を推進する中核的機関として、「①地域住民や市町村等に対する専門的・技術的指導援助機関—健康問題、衛生・環境

問題に関して ②在宅ケアの推進や包括的保健・医療体制の確立のためのコーディネーター的役割 ③保健医療情報に関するデータベース的役割」を充実するため、とされている。

表1 青森県保健所の組織体制

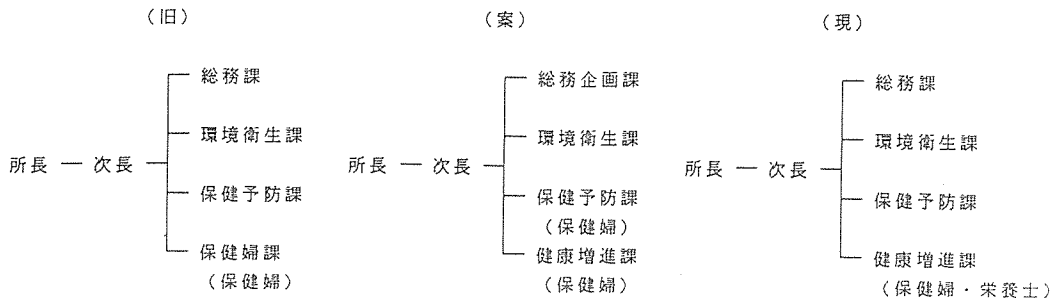
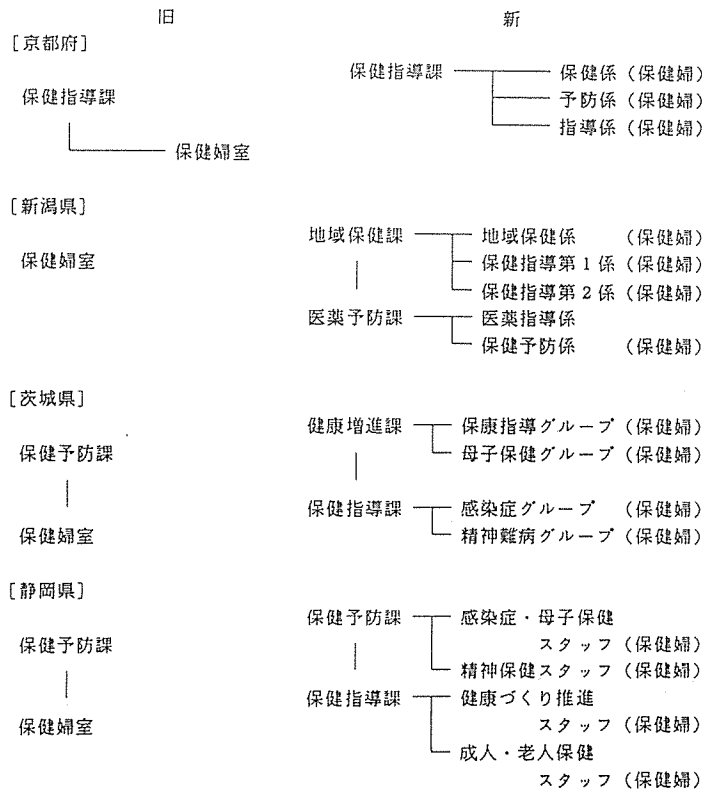


表2 各地の機構改革



○谷口義男（寺井病院医師） 清光義則（寺井病院院長）
越坂部徹（寺井病院事務長）近藤啓子（寺井病院婦長）
岡田秀子（寺井病院保健婦）

1. はじめに

戦後の半世紀を振り返ってみると、敗戦後の民主化運動高揚期に始まって、東欧、ソ連邦の民主化の嵐による解体に至る国際情勢、国内情勢の流れの中でこの地域でも大きな変化が起きている。この40年余り寺井病院が医療、保健、福祉にどれだけ能動的に働きかけて来たかを振り返り、寺井町を中心にした地域医療の実践の中から現在の到達点と、今後の課題について考察する。

I. 寺井町の概況

寺井町は、石川県の南部、小松市近郊の農村地域にあり、人口14,000の農村で、鉄工業、伝統産業として、九谷焼の生産があり、老人人口（65才以上）は13.6%（1991）で、診療所数は7、病院は1（55床）で、ベッド数は大きく不足している。しかし、町民の年間収入は、県下で2～3位にあり、生保は、0.15%（1991）で、極端に低い。

国保についてみると、受診率は常に県下41自治体中2～3位にあり、一人当たり医療費は反対に最低に近い。

1991年度成人病健診の受診率が58.1%と著明に高率で石川県下でも保健、医療、福祉はトップレベルにある。

II. 寺井地域における地域医療変革へのアプローチ

この地域では、主として医療機関主導型で進行してきたが、その展開を人権、民主主義の視点から見てみる。

1. 寺井野診療所開設とその役割 1951

この地域は、かつて100年間の「百姓の持てる国」を戦い続けた「一向一揆」の主戦場であるが、戦後の農地開放の闘争に勝利した活動家が、自分たちの命と健康を守ろうと設立した診療所であった。従って、この診療所の目標は、「安くて、親切な医療、差別ない医療」であったので、医療の荒野であった地域の医療権、健康権を含む人権を守る運動に住民が参加する場となっていた。

2. 保険医療機関指定取消との戦い 1955

このような目標を持ち、貧困層、特に生保に対する手厚い診療は、住民の大きな信頼を得て行ったが、朝鮮戦争での民主的運動の圧殺、制限診療と云われる医療への厳しい攻撃の中で、厚生省監査により、保険医資格を喪失し、再建という試練を受けるが、人権と民主主義を守る事の重要性和困難さの貴重な教訓となった。

3. 医療懇運動の開始 1957

脳卒中になりたくないという切実な地域の人々の要求に応えるため「長寿会」が組織され、この地域での医療懇運動が開始された。これは、まわりに急速に広がり、地域医療の中で最も重要で不可欠な、常に変化して行く地域の要求をくみ上げる泉、地域を見とおす窓としての役割を持ち、地域医療変革の第一の鍵となった。

4. 成人病予防＝全身管理（九谷画工健診）1966

長寿会活動が点から面に発展し、その質を変えていく上で、九谷画工健診、慢患管理が大きな役割を果たした。

（1）九谷画工健診 1966～1981

高度成長の中で、この地域における伝統産業である九谷焼画工に、絵具に含有される鉛の中毒が発生していた。しかし、画工組合、寺井病院、医系学生（民医研）が連携し、大学公衆衛生教室の指導により、鉛中毒の実態対策を明らかにし、労働環境の改善に取り組み、10年後には、血中鉛の減少、貧血の改善という目標を達成した。毎年の対町要求の中で、81年に町の制度として九谷健診が実施される事になった。この取り組みによって、画工病院職員、医系学生は、夫々の立場で、健康はどうして守るかという事を、実践を通じて学び、更に、地域医療の民主的変革の構図が明らかになり、地域医療の構成因子（地域、住民、医療機関、自治体）が民主的変革に向けて、統合され、動き出す第二の鍵となった。

（2）慢性疾患管理活動 1965

医療懇運動の質を向上させる上で大きな力となったのは慢患管理活動であった。この患者会活動の中で、成人病を予防する必要が痛感され、これが、高血圧、脳卒中予防が中心であった長寿会運動の中身を変えて行った。

5. 老人健診と老人医療費無料化運動、在宅医療

（1）老人健診と老人医療費無料化運動 1969

60年代後半から始まった老人健診の取り組みの中で、医療懇に組織された高齢者を中心に、医療への要求が顕在化し、老人医療費無料化の運動が前進し、革新議員を議会に送り、複数化する成果の中で、地域医療の民主的変革の一番困難な自治体へのアプローチが加速されていった。寺井町でも、長寿会、患者会を中心に老人医療費無料化の取り組みが前進し、この時期から、対町交渉を持って老人医療費無料化、年令の引下げ、老人健診の内容の改善等の諸要求が自治体に向けられるようになり、医療福祉の面で他町村より前進する基礎を作った。

（2）訪問看護 1972

70年代に入り、高齢者の在宅医療が地域全体の避けられない課題となり、1972年、訪問看護が開始され、地域医療変革の構図とアプローチを考える上で、大きく貢献した。訪問看護のなかで、看護部門では「看護の自立」が始まり、人間看護の視点に立つ看護の見直しが始った。

（3）保健、医療、福祉のNETWORKづくり

訪問看護は、患者や介護者を中心とした現場で、医療保健、福祉の連携の輪を作り上げた。このNETWORKには殆どのヘルスマネージャーが患者を中心に集り、「この患者をど

うするの」を起点として、お互の垣根を取外し、素直に連携のNETWORKが出来て行った。

訪問看護開始以来、繰返し要求してきた訪問看護の制度化は、「あすなる会」の毎年の切実な要求が実り、1988年寺井町議会で採択され、県下で初めて制度化を勝ち取った。このあと、自治体が主催する症例検討会は、保健所保健婦も含むFormal Networkとなっていた。

ここに病院主導型の地域医療の展開の中で、自治体や保健所をまきこんで行く運動の第三の鍵があった。

(4) 「あすなる会」(寝たきり老人、家族の会) 1979

1979年、老人を中心にした地域医療の変革の中で、その核になり、自治体の姿勢を変えて行った組織が誕生した。ねたきり老人家族会「あすなる会」である。設立当時は、苦しみや悩みを出し合って励まし合って行く中身だったが、リハビリリングを起点として、仲間や職員、ボランティアとの連帯、共感を軸にして勇気を奮って社会への参加が始まり、人間として生きる権利として目覚めた要求となり、運動化し、自治体交渉に転化して行った。

1987年、ボランティア組織「でんでんむしの会」が発足しボランティアを中心に様々な活動を行なっている。病院主導型の運動が住民主動型に変革していく為に、患者組織とその自主的成長が第四の鍵であった。

(5) 特養建設運動

「あすなる会」結成以来、毎年繰返し自治体に要求し続けた来た特養建設も、1990年に実現したが、建設を早める上で、「あすなる会」を中心とした住民運動の果たした役割は大きい。「ねたきり老人家族会」のなかでも、切実な要求が出され、自治体に対して、地域に開かれた、民主的な運営に向けての要求運動が始まっている。

(6) 在宅介護支援センター 1992

保健、医療、福祉の連携のNetwork作りが、この地域では前進してきたが、更にこの連携を強化する為に、FormalなNetworkが必要で、政府のいう「コンコトプラン」構想の中の「在宅介護支援センター」ではあるが、寺井町としても設置する事を決め、寺井病院に委嘱してきた。これを積極的に活用して、きれめだらけの在宅老人医療の改善に努力したい。

6. 自覚的、民主的集団形成に向けて

(1) 医療懇より、「友の会」班会へ 1977

70年代後半になると、次第に、医療懇参加集団、患者会等の住民集団が、自治体に向け要求する住民運動の形になってゆき、自覚的民主的集団の形成に目が向けられて行った。その基礎になったのが「病院友の会」であり地域医療を民主的に変革する第五の鍵となった。

夫々の医療懇を「友の会」の班会に組織し、班会が活性化するための働きかけが始まった。(会員3800名 42班)

(2) 班会活性化の取り組み

班会が、お参り型や教室型でなく、「ワイワイガヤガヤ型」になり、本音で語り合う、楽しい集まりになるにつれて知識を学ぶだけでなく、集団の中で、自分の生活や習慣をみつめ、健康で長生きする為に、環境を変革し、自己を変革して行こうとする保健行動型の班会となり、健康作りだけでなく、社会保障、平和運動にまで行動的に変わって行った。この集団の民主的、自覚的変革に役立ったのは、「グループワーク」の技術の導入であった。保健大学でも、「グループワーカー」の養成が始まった。

班会のリーダーは、「友の会」の役員となり、役員が、ボランティアとしてボランティアや、健診などに参加する事で、医療の中身が分かり、「友の会」が病院後援会的存在から医療、福祉変革の主役になるように変化してきた。

7. 反核、平和運動の展開 1984

この地域でも以前から反核、平和運動が行なわれていたが、病院から、第二回世界軍縮総会へのNGOの運動に参加してから運動が盛り上がり、ヒルマ・カサキアールの署名も石川県で初めて住民過半数を達成した。

8. 自衛隊小松基地騒音訴訟への参加 1983

小松基地のジェット戦闘機の騒音による住民の被害は、米軍核攻撃支援基地の役割の強化と共に日ましに増大し生活妨害は勿論、心理的、情緒的障害から、身体被害に及び、住民の健康権、療養権、環境権等をふくむ人権の侵害として、地域住民の大きな問題となり、1983年、病院職員も原告として訴訟に参加。医学調査団を組織し、1500名を越える地域住民の協力を得て、調査、健診を行ない、聴覚障害を含む身体被害が、非騒音地域に比して有意に高率で、騒音レベルと、Dose-response relationshipを示す事を立証した。現在、第二審が進行中である。

III. おわりに

以上、寺井町と云う自治体を中心にした地域で、この40年の間に、医療機関主導型で始まった地域医療の変革が、地域の切実な医療要求の実現から出発し、次第に住民の運動となり、在宅医療を中心に様々なネットワークを作り医療連携を進めながら自治体の姿勢をかえてきた過程を主として、人権と民主主義の視点から振り返って見た。保健、医療、福祉に責任を持っているのは、自治体であり、国であるが、その姿勢をかえる為には、住民運動をどう活性化するか、その基本にある自覚的、民主的集団をどう作ってゆくかが、地域医療の民主的変革にとっての課題である。

石川県松任市民生部健康センター松任
所長 石田 得子

はじめに
市町村では、「高齢者保健福祉推進10ヵ年戦略」に沿って「老人保健福祉計画」の策定をひかえ、プランを策定している段階です。

保健、医療、福祉の連携が重要なこととされており、高齢者や障害者にとって、安心して暮らせる地域包括ケアシステムをどのように完成させていくかを課題として保健活動をすすめている現状を報告します。

2. 市の概況

富山市と小松市の中間に位置し、白山から流れる手取川の扇状地、加賀平野の奥にあり、早場米と産する米所ですが、昭和40年後半からバードクワンとして、又北陸自動車道の沿線として、工業団地の造成も行われ、産業構造も大きくかわり、今後10万人都市をめざして開発をすすめている状況です。

面積	59.93	Km ²
人口	60,011	人
世帯数	16,300	世帯
出生(10当り)	16	人
死亡(10当り)	0.92	人
転入(10当り)	2.23	人
転出(10当り)	5.27	人
市税(1人当り)	116,763	円
予算(1人当り)	313,626	円

(H43.3/現在)

3. 保健医療福祉機関

保健：松任保健所 健康センター松任
医療：公立病院1 私立病院2 診療所47(うち産科13)

中間施設1(80床)

福祉：特別養護老人ホーム1(100床)

併設 { デイサービスセンター
介護支援センター
ショートステイ

社会福祉協議会

老人福祉センター 4

老人憩の家 2

老人生きがいセンター 2

4. マンパワー

松任保健所：医師2(所長嘱託)

保健婦9(課長 婦長各1 栄養士2(嘱1))

健康センター松任：保健婦8(所長各)看護婦6(嘱1 産5)

作業療法士2(嘱1) バス運転手1(嘱)

運動指導士2

デイサービス：介護福祉士1、生活指導員1、療育6
介護支援センター：看護婦1 介護福祉士1(兼)
生活指導員1(兼) 介護ヘルパー1(兼)
社会福祉協議会：ヘルパー8(老人6 身体1 心身1)
入浴車運転手1、福祉活動専門員1

5. 高齢者の保健活動

高齢者の健康状態により、そのニーズや援助が分かれます。

- 1) 健康な状態 { 積極的な健康増進 ----- A
健康維持 ----- B
- 2) 虚弱な状態 日常生活維持の支援 ----- C
- 3) 寝たきりの状態 { 入院を必要としない場合 ----- D
入院を必要とする場合 ----- E

4) 重度の疾患状態 常時介護を要する
自立的に活動できるA、B群を対象とした健康診査、健康教育、健康相談の機会を設定している。

軽度疾患を含むCの場合、早期の把握、有効な支援は不可欠となる。家庭訪問を行い、個別の課題に対処しているが、共通した問題として「社会性」の維持やトレーニングの場がないということわかり昨年からこの群を対象とした通所リハビリを始めました。今年度は在宅リハビリもすすめていく計画であり、地域リハビリテーションシステムの定着をめざしている。D群は、実地法施行によって、訪問事業を行っている。保健事業として寝たきり状態となった人に河がでできるか、疑問がわくが、市行政の中に看護職員が保健婦であり、医療分野での訪問看護がなかなかすすまないこと、市民のニーズも出せないことから、現在の訪問活動のほとんども寝たきり者訪問が占めるという状況になっている。

福祉担当者、ヘルパー、保健所の婦長、主治医、福祉施設関係者と個々の問題解決の検討を重ねてきたが、個々の問題から寝たきりとなって人間らしく生涯を終えるくらしの条件を保障するまで関係者に働きかけると共に市の行政に提言する役割を担っている。

E、F群は、医療と福祉制度のかわりが大き、保健の直接的かわりはないが、D群から予測される市民のくらしのエリアとする地域に、医療施設が保障される行なうがデザインされる必要がある。

保健活動は、看護や介護の一部にとどまらず、そのほかの情報も、安心して生活できることと市民と共にすすめる役割責任があると思います。

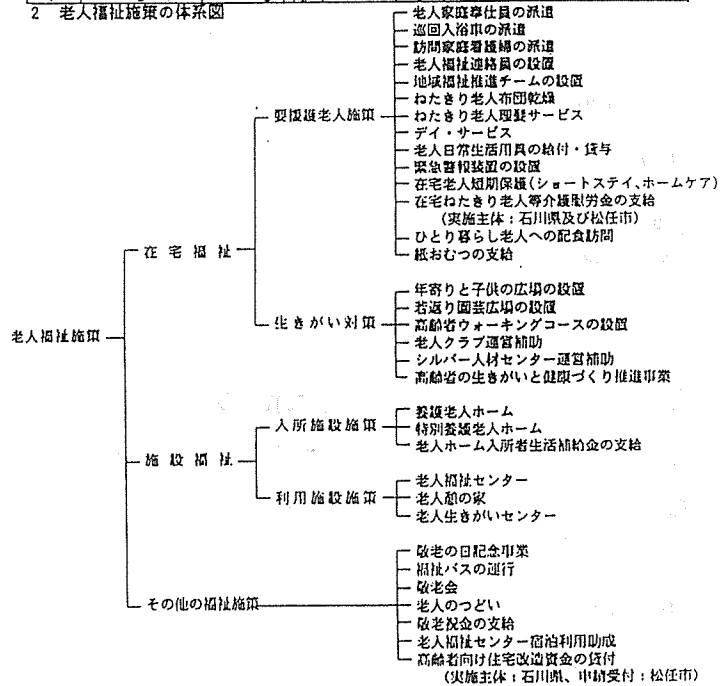
老人の福祉

1 高齢人口の推移

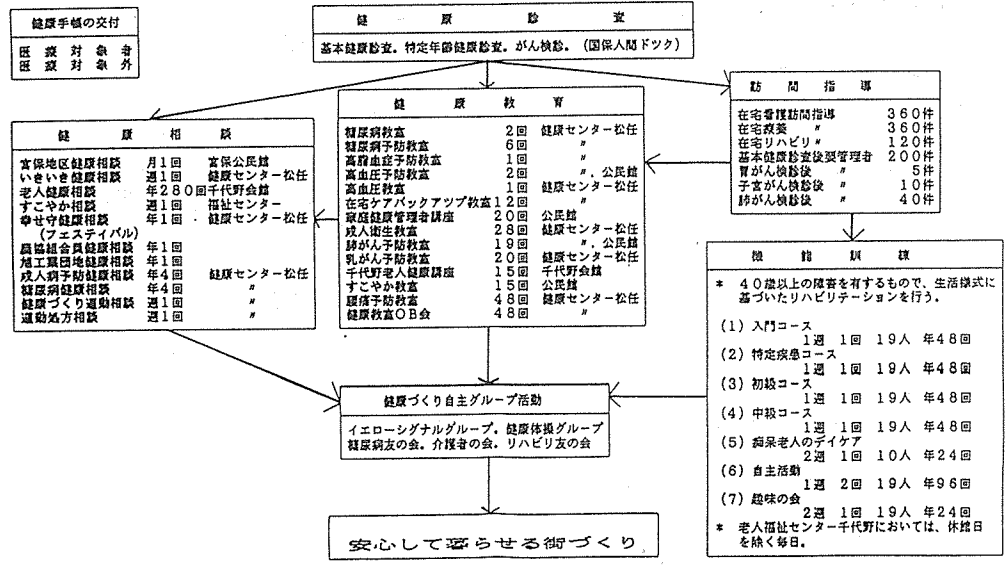
(各年4月1日現在)

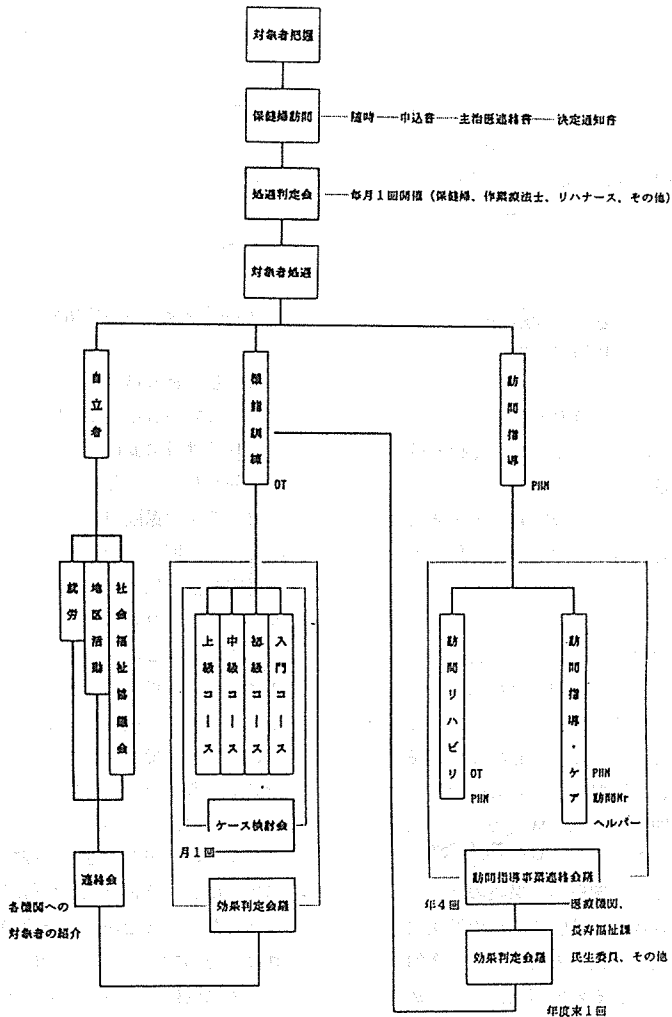
区分 年	全人口 (A)	85歳以上 高齢人口 (B)	高齢人口 占有率 (B/A)	ひとり暮らし 老人数 (65歳以上)	ひとり暮らし 老人数 (60歳以上)
62	54,358 ^A	5,438 ^A	10.0 ^A	111 ^A	175 ^A
63	55,465	5,684	10.2	102	178
元	56,471	5,895	10.4	92	190
2	57,626	6,164	10.7	79	190
8	59,050	6,495	11.0	88	185
≠	60,011	6,778	11.3	102	174

2 老人福祉施策の体系図



平成4年度松任市老人保健事業における健康づくりシステム





平成30年度本館能訓練事業の取り組み

1) デイプログラム

9:30	10:00	11:00	11:30
送迎	ヘルスチェック	個別活動	茶話会 送迎

3) 年間プログラム

月	内容	回数	内容
11	クリスマス会準備 合同作品制作開始	1	
12	クリスマス会 合同忘年会	1	
1	七夕	1	新年会
2	暑中見舞い (はがき)	2	区分
3	バス観光	3	ひな祭り (ひな人形作り)

2) 週間プログラム

曜日	対象者	人員		
		男	女	合計
月	CVA後遺症、痴呆	7	9	16
火	" 腎臓講座	9	5	14
水	"	6	3	9
木	痴呆老人サポート事業	松任保健所と共催		
金	RA、CP、認知	2	8	10

スタッフ
 看護師 1
 作業療法士 1
 運動指導士 1
 運転手 1
 介助員 2
 プール介助員 1

平成30年度 訪問指導チーム状況 47名について

1) 男女別

年齢区分	人数 (%)
60代	2 (4.3)
70代	3 (6.4)
80代	9 (19.1)
90代	25 (52.2)
合計	39 (79.0)

2) 性別の訪問指導の割合

訪問指導の割合	人数 (%)	訪問指導の割合	人数 (%)
1週間に1回	23 (59.7)	1週間に1回	1 (2.1)
2週間に1回	12 (30.8)	2週間に1回	5 (10.4)
3週間に1回	5 (12.5)	3週間に1回	1 (2.1)

3) 住居の種類

住居の種類	人数 (%)
在宅	7
施設	2
療養中	18
施設利用	1
ホームヘルプ	1
看護	4
痴呆	2
心疾患	7
リハビリ	1
痴呆	1
痴呆	2
痴呆	1
痴呆	1

4) 住居の種類

住居の種類	人数 (%)
痴呆	36 (74.3)
痴呆	4 (8.3)
痴呆	3 (6.2)
痴呆	1 (2.1)
痴呆	1 (2.1)
痴呆	4 (8.3)
合計	47

藤原 秀文（城北診療所）

○はじめに

私は、国民健康保険をめぐる諸問題、とりわけ福山市におけるこの6年間の国民健康保険に関する状況とその問題点を報告し、私たちが検討している今後の取組みの方向などについて発言したいと思います。

○この6年間の福山市における国民健康保険の実態

まずはじめに、この6年間の福山市における国民健康保険をめぐる実態について報告します。

福山市では、「資格証明書」を1988年に624世帯に発行して以来、市民からの「資格証明書」発行の撤回を求める相次ぐ請願が出されているにもかかわらず、毎年「資格証明書」を発行します。現在も、国民健康保険の保険料（税）の滞納者に対し「サラ金」顔負けの厳しい取り立てをおこなっており、加入者の間で大きな問題になっています。

1984年、当時の自民党中曽根内閣は、健康保険法の改悪で、国民健康保険の医療費への国庫負担率を45%から38.5%へと大幅に切り下げました。また、2年後の86年には、老人保健法の改悪にもなって国民健康保険法の改悪も行われ、保険料（税）の滞納者に一定の制裁を加える「資格証明書」の発行や国民健康保険証の未交付を、国は認めました。

これに呼応して、福山市でも、国民健康保険の加入者の被害が続出しました。86年11月、福山市の保険課が、これまでの国民健康保険料（税）の滞納者に、突如『脅迫はがき』を送付しました。その内容は、「これまでの滞納金および遅延金を合わせ、この納付金を持参せよ。相談に応じない場合は、強制処分もありうる。」というものです。民商と医療生協（城北診療所）は、直ちに市に抗議行動をおこし、この『脅迫はがき』の撤回を要求し、「納付金がなくても保険証の検認はする。」という回答を得ました。そして、こうした取組みを契機に、87年6月、福山民商と医療生協（城北診療所）が中心になって、8団体と国保の被害者をはじめとした個人に呼びかけて、「国保の値上げに反対する市民の会」を結成し、保険料（税）の値上げ反対の請願に取組みました。

しかし、87年の市議会では、保険料（税）を13%値上げする決議をあげ、いっそう滞納者を増加させるに至りました。こうした中、福山民商の調査で、国民健康保険証の未交付が約500世帯あることが判明しました。そこで「市民の会」では、国民健康保険証の未交付問題で対市交渉を行いました。当時の市民部長は「滞納者に保険証を渡さない（制裁）措置も必要」「昔は田畑を

売って（医者にかかり）命を買っていた」と発言し、出席者の大きな怒りをかいました。「市民の会」では、部落解放同盟における「同和減免」の矛盾を指摘し、これに対しては、さすがの市民部長も沈黙し、「今後は滞納者も含め全加入者に保険証を交付する」と、約束せざるをえませんでした。また、その後の2回の対市交渉で、「高額医療費受領委任払い」制度や「減免要綱」の実現など一定の前進と成果をかちとってきました。

しかし、88年5月には624世帯に「資格証明書」を発行していることが判明しました。また10月には、1467世帯に資格証明書を、2578世帯に短期保険証を発行していました。「市民の会」では、適宜市議会に対して「①保険料（税）の値上げ反対、②資格証明書の発行の撤回、③減免措置の実施」などを掲げて、請願と対市交渉を繰返しましたが、89年4月には、資格証明書を2019世帯に、短期保険証を1731世帯に発行していきました。その後、「市民の会」では、「国保相談会」「国保要求集会」をはじめビラ配布や数回にわたる請願と対市交渉を繰返しました。

こうした中で、89年9月に、「国民医療を守る共同行動」の取組みの一貫である「福山市現地調査」団を迎え、さらに大きな運動にしていきました。そして、市民から多くの被害の実態を把握することができました。その中には、「資格証明書発行による死亡例」の報告もありました。残念ながら、遺族の方からその公表を拒否されましたので、大きな社会問題に発展しませんでした。

その概要は、当時44歳の男性で、88年4月に「資格証明書」を発行されました。同年8月「全身倦怠感」と「るいそう」を自覚するようになりました。この姿を見かねた母親は、市の国保課に電話し、保険証の発行を懇願しました。市は「滞納額60万円の半額を支払え」と対応し、母親は「5万円か10万円入れるのではダメでしょうか」「息子の調子が悪いので病院にかかるのに保険証がどうしてもいるのですが」と訴えました。市は「ダメだ」と、一方的に電話をガチャンと切ったといえます。この時、母親はもう二度と市に頼むまいと思われたそうです。11月になって、思いあまって共産党の市議に相談し、「半額を支払うのが条件」というところを「5万円払う」ということでなんとか保険証を発行してもらったそうです。しかし時既に遅しで、12月に入って黄疸が出現し、入院精査で「肝臓がん」と診断されました。この時既にがんは全身に拡がっており、翌年1月死亡されました。

その後も、「市民の会」では、数度にわたる請願行動

や対市交渉、抗議行動を行ってきました。

○今日の福山市における国民健康保険の実態

「市民の会」では、今年の5月16・17日の2日間「国保110番」、5月20日に「国保相談会」を企画し、広く福山市民に宣伝しました。そこでは多くの被害者から相談がもちかけられました。その中には、滞納者の同意もなく一方的に電話債券を差し押さえられたケースをはじめ、赤紙封筒で「強制処分」を伝えられたケースもありました。また、世帯主が病気で支払い能力がなくて生じてしまった保険料(税)の滞納額を、市と相談の上で返済計画を立て、その後きちんと保険料(税)を支払っている加入者に対しても、支払い額を一方的に指示して、「これに応じない場合は差し押さえなどの強制執行もありうる」などといった赤字印刷の書簡を送付するケースがありました。さらには、病気を抱えながらもこれを苦にして仕事をしている滞納者(資格証明書交付者)に対し、「滞納額の半額をとりあえず支払わなければ、国民健康保険証を交付しない」と一方的に主張する市の態度があからさまになりました。これらの行為は、「サラ金」顔負けの取り立て方であり、明らかに違法行為です。

「市民の会」では、こうした相談を受けた次の日、直ちに市に対して抗議行動を組むと同時に、対市交渉を行って、その問題の解決にあたりました。

○福山市における国保問題の背景

次に、福山市におけるこのような国民健康保険の実態が生じる背景を検証していきたいと思えます。

まず第一に、保険料(税)を支払いたくても支払えない国民健康保険の加入者が多くいるということです。こうした滞納者が多い要因に、福山市の保険料(税)が高すぎるものがあげられます。福山市の場合、国民健康保険の加入者の年間所得の保険料(税)の占める割合は、10%を越えており、低所得者ほどその負担割合が大きいのが特徴です。89年9月に行われた「福山市現地調査」で明らかになった事ですが、「所得段階別収納率」を見ますと、低所得者ほどその収納率は低く、保険料(税)の滞納者が多いことが分かります。これは、滞納者が悪質なのではなく、低所得者ほど保険料(税)の負担割合が大きく、支払いたくても支払えない構造になっていることを端的に示していると言えます。

そこで、保険料(税)がこのように高くなる要因を分析すると、「応益・応能の割合」の問題があります。所

得がないあるいは非常に少なくても、家族が多い場合や土地などの資産を持っている加入者は、最高額に近い保険料(税)の請求を受けます。

第二に、福山市の国民健康保険をめぐる行政のあり方が問われていると言えます。この間の調査でも明らかにされた事ですが、滞納者に接見できなかったとして非常に安易に未交付や資格証明書の発行という行動に出ていることです。また、滞納者を減らせる方策として、保険料(税)の取り立て人をふやし、「サラ金」まがいの厳しいとりたてを行って来たことです。しかしこの間、「保険料(税)の取り立て人」なる市の職員を増やし、強硬姿勢で集金を行っても、収納率は上がっていません。もともと支払い能力のない加入者に高額な保険料(税)を請求するわけですから、無理もないことです。

また福山市では、低所得者に対する減免措置がほとんど講じられていないということです。「市民の会」での減免要求もほとんど受け付けてもらっていません。92%以上の収納率をあげれば、国庫支出金も多く出るわけですから、福山市の行政姿勢に疑問を持たざるをえません。さらに、福山市では国民健康保険特別会計への一般会計からの繰り入れがありません。毎年「同和予算」として約20億円の金が部落解放同盟の窓口一本化で使われている状況で、特別会計への一般会計からの繰り入れができなくはないことは明白です。ちなみに、部落出身者は(部落解放同盟員のみ)、保険料(税)が半額減免されています。

そして、広島県は、各市町村に国民健康保険の補助を全く支出していない全国11県の一つです。

○問題点と今後のたたかひの方向

対市交渉で明らかになってきたことですが、国民健康保険の基本的な性格の認識に、私たちと行政側との間で大きなズレが生じていることです。「国保法」の第1条の位置づけを明確にしていく必要があります。

これまで幾度となく諮議に取組んできましたが、微力ながらも民生衛生委員会を動かし、一度は委員会で可決させるという貴重な成果がありました。このように市民の運動として、粘り強い草の根のたたかひを通して、福山市の行政姿勢を転換していくことができると思います。今年の4月、福山市議会議員選挙が行われましたが、国保問題は大きな争点の一つになったように、市民の強い関心事の一つです。

保健所宣言(案-第2稿)について

小栗史朗

(日本福祉大学)、宣言(案)起草委員会代表

4年前の1988年に、宣言(案)起草委員会は「保健所のあり方とそこに働く私たちの姿勢についてまとめたもの」として保健所宣言(案)を公表した(注1)(以下この(案)を(案-第1稿)とする)。これへの多くの援助と賛同・批判の諸意見およびその後の諸情勢をふまえて、起草委員会は(案-第1稿)の一部を訂正して決定版にするよりも、より深めた(案-第2稿)を起草し、関係者のより広い討論と実践による検証を期することにした。

このような選択の理由は次のとおりである。

①(案-第1稿)起草には、厚生省が設け検討をすすめていた「地域保健将来構想検討会」に對する運動論的役割を担わせる面を期待し、委員会はその起草作業を急いだ。この役割は、一定の成果をあげたが、他方で、検討を深める作業を制約した。

②「地域保健将来構想検討会報告」がだされ、厚生省が「ニュー保健所」構想とその具体化に着手してきた新局面にあたって、それらの諸課題に對し、しかも(案-第1稿)が積みこした諸懸案をふかめる作業は(案-第1稿)の一部訂正で決定版作成ということよりも重要と思われる。

③このような作業は、関係者の意見をとり入れるフィードバック運動が重要であり、(案-第2稿)として改めて関係者の批判と意見をとり入れ、この運動をさらにひろげ深めることを重視する。

④この運動をすすめるうえで、第一線の現場での実践による検証とそれに基づく理論化がもっとも重要であり、この点でも、実践的側面を重視する運動として(案-第2稿)を意欲づけたい。

さる6月13-14日の第15回全国保健所問題研究交流集会でこの(案-第2稿)を公表した。(案-第1稿)を公表して以後、今回の公表にいたるまでの4年間、(案-第1稿)について意見をよせられた人、関心をもたれた人たちに、経過や方針の報告などをする努力をおこたったことを、起草委員会を代表して小栗は、心から皆さんにおわびをします。

(案-第2稿)において改正しようとした要点は、次の諸点である。

①主権在民の思想をさらに貫くようつとめた。

②病氣・健康をつくりだす社会的要因を重視し、政府のとなえる健康自己責任論の克服につとめることを強調した。

③文言をやさしくし(あまり成功していないが)、本文を簡略化した。歴史的説明を廃止し、その主要部分を

補足説明中に分散させた。

紙幅の制約のため、(案-第2稿)の全文については他に用意した印刷物をみていただくことにして、ここには、本文だけを紹介する。

*

1. 私たちは、住民主体の公衆衛生を促進し、国民の基本的権利である健康とくらしが十分にまもられ向上するようにつとめます。

2. 私たちは、国民の健康とくらしの土台である平和と民主主義をまもり、保健所が住民主体で民主的に運営されるようにします。

3. 私たちは、地域住民の健康とくらしにかかわる問題を明らかにし、住民に必要な情報を提供し、その自主的学習を援助し、住民とともに問題解決にあたります。

4. 私たちは、住民の環境保護や公害反対の運動を支援し、高齢者や障害者も安心してらせる住宅や街づくりにとりくみます。

5. 私たちは、親身な保健サービスを無料でおこなう保健所をめざし、保健・医療・福祉の連携をつよめ、住民が主人公の地方自治を確立します。

6. 私たちは、保健所を住民の身近に設置し、保健婦など必要な職員と予算を十分確保するよう国と地方自治体に要求します。

7. 私たちは、主権在民の精神を重んじ、役人根性をすて、住民から学び、住民の立場にたつて、親しまれ、信頼され、役にたつ保健所をきずきます。

憲法が改悪されるという危惧の深刻な今日、憲法のいう公衆衛生の第一線機関としての保健所も、その健全な発展はおろか、その存続さえも困難となる危惧がある。この状況に對し、住民主体の公衆衛生を住民とともにつくりあげていくという基本路線を、確認しすすめていく運動の一環として、この宣言(案-第2稿)を起草委員会はまとめてみた。宣言(案-第2稿)が、当面する保健所の諸課題に将来を展望しつつとり組むための、関係者にとつてのあかりとして、すこしでも役立てば、起草者の一人としてきわめてうれしい。

宣言(案-第2稿)への批判・意見を期待するものである。

注(1)小栗史朗：保健所宣言(案)について、社会医学研究第8号、1989年。

シンポジウム 2

1、認定制度と行政

①本年2月24日富山県知事は公害健康被害認定審査会の答申に基づき、請求にかかる3名のうち1名をイタイイタイ病患者に認定し、2名を不認定処分にした。同時に住民検診の結果により5名を要観察者に判定した。その結果昭和43年以來の認定者の数は資料1の通りである。認定患者は156名そのうち生存者13名、要観察者330名そのうち生存者16名となっている。

②認定判定制度と診断基準の変遷は次の通りである。

<認定と補償制度の変遷>

- 昭和43、1、1 イ病患者及び疑似患者に対する特別措置要綱
- 昭和45、2、1 公害に係る健康被害の救済に関する特別措置法
- 昭和49、9、1 公害健康被害補償法

<診断基準の変遷>

- 42、10 イタイイタイ病容疑者の診断基準(イタイイタイ病研究班)
- 44、3 公害被害救済者の認定方法に関する研究(日本公衆衛生協会)
- 45、1 厚生省環境衛生局公害部庶務課長通知(厚生省)
- 47、6 環境庁企画調整局公害保健課長通知(環境庁)

現在は昭和49年9月1日施行の公害健康被害補償法に基づき患者の認定が行なわれ、要観察者は行政通達により経過観察を要するとされたものとして判定され、被害者の三井金属鉱業の費用負担で補償が支払われている。認定は富山県公害健康被害認定審査会の答申に基づいて知事によって行なわれているが、同審査会は昭和47年6月の環境庁企画調整局公害保健課長通知の診断基準によって審査を行なうことになっている。

③昭和47年の課長通知は、イタイイタイ病認定条件として、

- 1) カドミウム濃厚汚染地に居住し、カドミウムに対する暴露歴があったこと。
- 2) 先天性のものでなく、成年期以後(主として更年期以後の女性)に発現したこと。
- 3) 尿管障害が認められること。

4) X線または生検によって骨粗しょう症を伴う骨軟化症の所見が認められること。この場合、骨軟化症の所見については、骨所見のみで確定できない場合でも、骨軟化症を疑わせる骨所見に加えて、所定の検査事項の結果が骨軟化症に一致すればこれを含めることを挙げている。

この課長通知の基礎となった重松らの昭和46年度環境庁調査研究委託事業報告書によると、第4)の条件後段の意味するところは「今回の研究の結果、イタイイタイ病の認定条件は従来のものに比べて内容的に拡大されたことになる」としている。この認定条件の比較は「イタイイタイ病診断の経緯」(資料1)が分かりやすい。

ところが文芸春秋などによってイ病原因論争のまきかえしが開始された昭和50年以降は58年の10名を除いて殆ど認定されなくなった。その経過は「認定年の年次一覧表」(資料2)の通りである。主治医や、大学の教授の鑑定でイ病と診断されているのに却下されるようになった。そこで認定行政の改善を求めて、患者側の請求により不服審査手続きが取り組まれてきた。

2、不服審査請求の経過

昭和62年12月富山県知事は7名の申請者に対し不認定処分にした。これに対し異議申立てを經由して昭和63年5月公害健康被害補償法にもとづき環境庁の公害健康被害補償不服審査会にたいし審査請求をなした。審理の経過は書面審理を経て平成2年から6回の公開口頭審理が富山市に於て開催され、去る4月23日結審となり今秋には裁決が出される見込みである。

主たる争点は ①X線に現われた骨所見の見方をめぐって主治医らが指摘する骨改変層を側側は認めようとならない点、②骨生検および剖検に於いて吉木法による病理診断を最終診断と認めない点である。かりに①において骨軟化症を確定できない場合であっても②において異常な類骨の存在が証明されれば4番目の認定条件を十分に充していると評価すべきであるのに富山県公害健康被害認定審査会は吉木法による病理所見であることを理由にこれを拒否している点である。

具体的には富山医科薬科大学の北川正信教授が多数例の病理検査の経験をもとにイタイイタイ病であると診断しているのにこれを認めようとなしないで、総合判定と

称して、環境庁の指示のもとに昭和54年7月に作成した内規1（4条件の解釈）、および昭和58年3月に作成した内規2（骨生検の取扱）によって篩にかけ、公開された認定4条件の適用範囲を狭くしているのが実情である。しかも県はこの2つの内規の公開を拒否している。これまでの間に請求者7名のうち6名はすでに死亡し1名が生存しているのみである。なお請求者のうち1名は翌昭和63年の再申請で認定となった。患者側はすでに死亡した6名の生検、剖検についての北川教授の病理診断に基づきイタイイタイ病であることを正当に認めるべきであるとの観点から主張立証を展開した。

なおこのような取り組みの結果平成元年には新たな申請者4名にたいし3名が認定され、平成2年、3年に各1名あて新たな認定がされたが、不服審査請求者のうちの再申請者に対して富山県は1名のほかは頑なに認定を拒否している。

3、中間報告とカドミウム腎症

1) 昭和51年に発足した環境庁委託のイタイイタイ病および慢性カドミウム中毒に関する総合研究班（会長重松逸造）は平成元年10月に「中間とりまとめ報告」を発表した。この報告にはイタイイタイ病研究班の報告のうち病理、疫学、発症に関する重要部分が削除されていたり、データの恣意的な解析によりカドミウム汚染の程度と腎症の発生率の関係を否定したり、あるいはまた、サルにカドミウムを食わせて実験したが、イ病が発生しなかったとしてイ病とカドミウムの関係を否定するような見解を盛り込む等不公正なものである。このことはいままも進行形のイタイイタイ病を隠そうとする環境庁の姿勢を示すものであった。なおこの研究班はこの報告書を作成したのみで解散してしまった。

2) この報告と同時に環境庁が実施した全国のカドミウム汚染地域住民健康調査の結果が発表された。その結果によれば全国の汚染地で受検したカドミウムによって腎臓障害を起こしている疑いのある人が333名、腎臓障害を起こしている人は202名いること、そのうちの116名が医師の指導を要する「カドミウム腎症」患者であること、そのうちの96人も神通川流域にすることが明らかにされた。しかもなお環境庁は富山県と他県では腎臓障害の発生率に大差がないなどと誤った評価を加え、それを理由にカドミウム腎症を公害病と認めようとしな

4、医療補償協定の改定

イ病に関する誓約書の具体化のためイ対協に婦人部が結成され、患者家庭のアンケート調査、病院診療所保健所などの事情聴取などを行なって患者と家族が治療に専念できる条件を検討した。その結果をもって三井金属と交渉し昭和48年7月医療補償協定を締結、昭和53年

7月に改定したことは第25回総会で報告した。その後昭和61年10月に改定した。現在の内容は次の通りである。

①諸手当

医療介護手当（月額）	患者	8万6000円
	要観察者	5万6000円
特別介護手当（月額）	実費全額	
	但し、同居の親族の介護の場合 9万円	
温泉療養費（年額）	9万円	

②一時金

認定患者	認定時	800万円
	死亡時	200万円
要観察者	判定時	100万円
	死亡時	100万円

③通院交通費

通院に要するバス、タクシー代の負担全額

5、イタイイタイ病の補償の状況

これまでイタイイタイ病患者もしくは要観察者として訴訟、知事の証明、公健法等により補償を受けた人数は次の通りである。

①訴訟提起者関係	患者	160名	
	要観察者	22名	
②昭和47年以前の知事証明によるもの	患者	31名	
	要観察者	133名	
③48年以降の認判定	患者	31名	
	要観察者	67名	
患者計	222名	要観察者計	222名
総合計	444名		

しかし要観察者について見ると、裁判中にいわゆる政治解除により昭和44年に要観察者判定ををはずされ、昭和47年の再判定までに死亡したために判定を受けられなかったものなど、要観察者330名中患者認定を受けた39名を控除した291名中222名が補償を受けたに過ぎず、あとの69名は補償を受けていない。また昭和50年以降認定却下された33名、その他の事情により相当数の被害者が認定制度の不備、運用の誤りにより補償を受けられないまま死亡していったものである。

参考文献

- ① 山本直俊 「イタイイタイ病患者救済の現状と展望」 社会医学研究第25回総会講演集（1984年7月）
- ② 青島明生 「イタイイタイ病は終わっていない」 住民と自治（1990年7月号）
- ③ 木澤進 「判決後20年にわたるイタイイタイ病住民運動の歩み」 法と民主主義（1991年12月）

以上

イタイイタイ病診断の経緯										
昭和47年6月20日 環境庁/宇都宮市による認定				昭和44年3月 日本公衆衛生協会 公衆衛生学研究所の認定方法に準じての再研究						
患者	次のすべての項目に該当する場合に認定 1. Cd濃度汚染地に居住し、Cdに対する曝露歴があったこと。 2. 次の状態が先天性のものではなく、成年期以後（主として更年期以後の女性）に発現したこと。 (1) 尿細管障害が認められること。 (2) X線検査あるいは骨生検によって骨粗鬆症を伴う骨軟化症の所見が認められること。 この場合骨軟化症の所見については、骨所見のみで確定できない場合でも、骨軟化症を疑わせる骨所見に加えて、検査項目の結果が骨軟化症に一致するものを含める。			区分略号	診断内容	診査判定	診査指示	治療等負担区分	通称	
				i	骨にX線上記変形が認められ明らかに骨軟化症の所見が認められるもの。	患者	治療	保険医療	公費負担	患者
				ii	骨に改変層の痕跡が認められるか脱灰現象が著明で、尿血液検査成績等を参照し、極めて疑がもたれるもの。	疑似患者	予防的観察			
				(i)	脱灰現象が著明であり、その他の検査所見等を参照し、疑のあるもの。	要観察者				
要観察者	1. Cd濃度汚染地に居住し、Cdに対する曝露歴があったこと。 2. 成年期以後に発現した尿細管障害が認められること。 将来、イタイイタイ病に発展する可能性を否定できないで経過を観察する。			0観	尿、血液所見、骨の軽度の変化、自覚症状等から判断する。	要観察者				

イ病患者認定・要観察者判定年次別一覧表

(H4. 4. 20)

区分 年次	認定患者				要観察者					年末 現在数
	認定	死亡	年末 現在数	判定	要観察者					
					患者認定	死亡	解除	計		
42	73	3	70	155	0	2	0	2	153	
43	44	12	102	33	19	2	29	50	136	
44	3	8	97	1	1	6	106	113	24	
45	4	4	97	2	2	5	15	22	4	
46	1	5	93	1	0	0	0	0	5	
47	0	11	82	138	0	5	0	5	138	
48	1	2	81	21	0	10	16	26	133	
49	3	12	72	7	2	6	9	17	123	
50	0	7	65	4	0	4	20	24	103	
51	0	6	59	5	0	2	3	5	103	
52	0	9	50	4	0	8	0	8	99	
53	1	1	50	4	1	6	6	13	90	
54	0	5	45	1	0	6	0	6	85	
55	1	4	42	3	1	9	10	20	68	
56	1	4	39	1	①	0	7	0	7	62
57	0	5	34	4	0	8	0	8	58	
58	10	7	37	0	④	6	7	0	13	45
59	1	6	32	1	1	7	0	8	38	
60	1	9	24	0	0	8	0	8	30	
61	4	7	21	1	③	1	7	0	8	23
62	0	3	18	0	0	5	0	5	18	
63	1	2	17	1	1	0	0	1	18	
64.H1	4	6	15	0	①	2	4	0	6	12
2	1	4	12	0	①	0	2	0	2	10
3	1	1	12	5	1	1	0	2	13	
4	1	0	13	5	1	1	0	2	16	
計	156	143	×	(330) 397	39	128	(147) 214	(314) 381	×	

注：()は実数 ・ ○は申請中死亡者

豊 田 誠
(水俣病全国連事務局長・弁護士)

I 水俣病における補償制度の史的展開

- (1) 見舞金契約 = 第1段階
 - 1956.5 水俣病の公式確認
 - 59.7 有機水銀説発表
 - 11 食品衛生調査会・同説答申
 - 12 見舞金契約

見舞金契約は、重症のごく限られた患者に対し、責任と原因を不明確にしたまま、低額の金銭を支払うことによって、水俣病問題は終わったとする幕引きのねらいをもつものであった。

- (2) 勝訴判決、協定書 = 第2段階
 - 1973.3 水俣病訴訟で勝訴判決
企業との間で補償協定書締結

補償協定書は、勝訴判決にもとづく企業責任をふまえたものであり、行政による「認定」患者に広く適用される道を開いたものであった。

【補償協定書の内容】

	A	B	C	備考
慰謝料	1800万円	1700万円	1600万円	近親者分は別途
終身特別 調整手当	142,000円	73,000円	54,000円	物価スライドあり
葬料	463,000円			物価スライドあり
介護費	35,800円			補償法の介護費に1万円加算
医療手当	通院 2~7日 18,200円 8日以上 20,200円 入院 7日以内 20,200円 8~14日 26,500円 15日以上 29,200円			
医療費	補償法に定める医療費に相当する額を支払う			

【患者医療生活補償基金】 7億円

おむつ手当	10,000	運営：県知事
介添手当	19,100	水俣市長
香典	100,000	患者代表
就学援助金 (胎児期)		チッソ
マッサージ	年25回×1,000	管理：日本赤十字
通院手当	5km未満 250、10km未満 260 20km未満 380、20km以上 570	
温泉	温泉券	
	A B	本人券 付添い券
	宿泊	3400×4 3400×4
	日帰	600×32 600×4
	C	
	宿泊	3400×4 1700×4
	日帰	600×32 300×32

- (3) 認定基準の厳格化による切捨て = 第3段階
 - 1974 第3、4水俣病の否定
 - 77 「判断条件」(環境庁)
 - 78 政府閣議方針決定

「判断条件」は、水俣病認定の要件をきびしくした患者切捨ての基準であった。大量の患者が、水俣病であることを否定され、「にせ患者」論とあいまって苦渋の生活をよぎなくされてきた。

認定制度のあゆみ (水田正純) (i) max

年(昭和)	認定者数	検知者数	保留者数	
31	50	—	—	
32	14	—	—	
33	4	—	—	審査制度以前
34	11	—	—	主治医・専門医による診断 原因究明・見舞金契約
35	5	2	—	
36	2(明検)	—	—	
37	16(胎児性)	—	—	水俣病患者協会の 胎児性以外なく閉鎖されず
38	0	—	—	
39	5	1	—	
43	(胎児性4)	—	—	
44	5	?	—	政府「公害病認定」(9月) いわゆる旧認定の最後
45	5(16.1)	11(35.4)	15(48.3)	公害被害者認定審査会(1.26)
46	59(89.2)	1(1.5)	6(9.2)	環境庁設決、次官通知
47	154(78.1)	10(5.0)	33(16.7)	政内審査会(8.7)
48	298(59.3)	42(8.3)	162(32.2)	臨大二次研究会 第一次訴訟判決(9月)
49	73(40.7)	32(17.8)	74(41.3)	第三次水俣病シロ認定 審査会発、審査会開けず
50	128(22.7)	24(4.2)	410(72.9)	大綱審査会
51	110(13.6)	90(12.8)	503(71.5)	
52	174(19.0)	92(10.0)	648(70.8)	認定要件の設定(7月)
53	143(12.9)	296(26.8)	662(60.1)	次官通知(7月)
54	117(9.1)	601(46.8)	566(44.0)	第二次訴訟判決
55	52(4.0)	845(65.7)	385(29.9)	検診拒否運動始まる
56	51(6.0)	448(53.3)	340(40.5)	
57	66(11.6)	319(56.1)	183(32.2)	

- (4) 司法救済システムの確立をめざして
 = 第4段階（現在）
 1980. 5 第三次水俣病訴訟提起
 （各地で水俣病訴訟あいつぐ）
 87. 3 同訴訟で全面勝利判決
 89. 1 全国連・司法救済システム確立の
 方針を決定
 90. 9 東京地裁・和解勧告
 （あいつぎ各地で和解勧告）
 91. 12 中公審「総合対策の必要」を答申
 92 福岡高裁を中心に和解協議
 6 環境庁・総合対策を実施

司法救済システムは、「認定」よりも巾広く救済する基準とその被害の実情に即応した補償（救済）とを、司法の場で決めていこうというものである。これにより「判断条件」を実質的にかえようというもの。

II 水俣病患者の補償要求

〔四つの原則〕

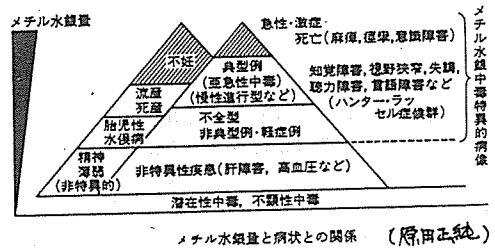
- ① 水俣病患者であることを認めること
- ② 加害企業と行政の責任に基くものであること
- ③ 補償の内容は、一時金、継続的給付（年金的なもの）、医療費の三本柱からなるものであること
- ④ 司法救済システムを確立し、これによって未提訴患者にも救済の道を開くものであること

III 現行補償制度の問題点

- (1) 水俣病の現行補償制度は、歴史的な条件を反映した、それなりの内容をもつものであるが、最大の問題は「認定」の基準が厳格化されたことにより、大量の患者が切り捨てられて、この適用を受けられない状況になっていることにある（協定書の形骸化）。
- (2) そのため、医療、機能回復、社会復帰などの多くの課題がありながらも、患者の社会的自立をめざすこうした課題に手がついていない。

IV 結び

- (1) 公害による健康破壊のひろがり



- (2) 医学の重要な役割

水俣病の闘いは、患者を水俣病患者であると認めさせる闘いでもある。

臨床医学の役割は、決定的に重要であるが、この神経疾患が有機水銀とのかかわりをもつことを明らかにするためには、さらに進んで、疫学的研究がきわめて重視されなければならない。

- (3) 医学と法学との協力

患者が、その社会的不利益をのりこえて公害被害者であると名乗り出るには、救済体系の確立をめざす闘いが不可欠である。医学と法学との共同した作業により、奪われた人権の回復をはかる道を切りひらくことができるし、切りひらいていかなければならない。

大 槻

高 (財団法人ひかり協会常務理事
森永ひ素ミルク中毒の被害者を守る会副理事長)

I、経過

(1) 森永事件は、1955年乳幼児の主食である粉乳に、ひ素等の有害物質が混入し、被害児12,131名、うち死亡130名(厚生省発表)に達した。その規模においても、最も重要な発育の時期にある乳幼児の事件としても、類例のない世界的な大惨事であった。

当然被害者の追跡調査は不可欠であったが、政府と企業は一体となって「第三者機関」をつくり、「五人委員会」が「補償基準」を、「西沢委員会」が「治療判定基準」を作成し、事件は解決したものとされた。

入院中の被害者は退院を強いられ、どの病院でも森永事件の被害児といえは冷たい態度となった。親達は、日増しに衰えていく乳幼児を抱え、病院を転々とした。こうして、被害者は社会的にも、医療の面でも切り捨てられていった。

この事件は、日本経済の「高度成長政策」の初期における企業優先、人命軽視の結果つくりだされたものである。親たちは、直ちに被災者同盟(守る会の前身)を結成し果敢に闘ったが、当時の社会的情勢のもと世論を動員することができず、第三者機関の存在が壁となり、同盟は組織の未熟さもあり解散した。

(2) 1969年、阪大医学部丸山教授(当時)らの活動による、いわゆる「14年目の訪問」が公衆衛生学会に発表された。マスコミも積極的に取り上げ、事件は再び社会的な問題となり、良心的な医師など専門家の支援が拡がった。

親たちは、暗夜に光明を得た思いで直ちに全国的に再結集した。「こどもを守る会」(現在の被害者を守る会)は、55年当時の組織の分断を許した教訓を生かし、全国単一組織として出発した。

しかし、国(厚生省)・森永乳業との交渉は難行し、ついに72年交渉は決裂した。守る会は、森永製品の不売運動を展開、民事訴訟をおこした。運動が拡がる中で国(厚生省)・森永乳業は、守る会の作成した「恒久的救済に関する対策案」(恒久対策案)を認める立場を表明し、これに守る会も含めた三者による会談を開始した。

会談にあたり、厚生省は仲介、あっせんの立場からでなく被害者の立場にたつことを、三者は守る会の救済対策委員会構想の尊重することを確認し会談を重ねた。

その結果、73年12月三者は、守る会の恒久対策案を尊重し一刻も早く救済することで一致し、全被害者を恒久的に救済する確認書で合意した。(資料1)これにより、三者は救済の実施機関として、ひかり協会(以下

協会という)を設立した。

協会は、確認書に従い守る会の恒久対策案を尊重し、そこに盛り込まれた各種の事業を具体化した。当初は、試行錯誤を重ねつつの事業であったが、現在第19期に入り事業は着実に前進している。

II、「三者会談方式」による救済事業と体制の現状

(1) 現在、被害者総数は(資料2)13,414名である。うち協会と常時連絡が可能な6,548名を対象に日常の事業を実施している。

被害者は、その後の経過の中で体力が尽き死亡したものも少なくない。(55年から3年間で275名死亡、協会調)中毒症状は、成長と共に発育のおくれを徐々にとりもどしてきたが、なお、健康被害は大きな傷痕を残している。とくに中枢神経系の障害が多く、脳の器質的な変化による精神障害の可能性やひ素特有の皮フの変化である「点状白斑」ひ素角化症が存在している。また、虚弱のため身体的愁訴をもつものが多いことが健康上の特徴である。ひかり手当支給は742名(うち介護料支給153名)で主な障害は発達遅延116、同重複362、肢体62、同重複101、てんかん43、精神障害79、その他は資料3の通りである。実態調査では「具合がよくない」が17%に達し国民健康調査をかなり上廻っている。従って手当支給の外に健康管理費支給214名、各種奨励金の支給200名がある。

被害者は、現在37才〜38才に達し成人病の好発年代に入り、今後の健康状況の推移に注視している。協会は、守る会の協力を得て4年に1回全被害者を訪問し、健康と生活の実態を把握してその結果を救済事業に生かすと共に、そのデータをもって疫学研究を継続している。研究は、大阪府成人病センターに委託し、研究班には協会・厚生省が参加している。

(2) 協会は、専門家集団・守る会と協議しつつ78年と85年の2回、中間的な救済事業のあり方を決定し、近く第3回目の検討に入ろうとしている。あり方では、救済の原則を確立し、事業は相談活動を土台に年次計画をたて、計画的に実施している。

現在の事業は、全被害者を対象にした実態把握と健康、医療の部門と、障害症状を有する被害者の親なきあとの対策として、将来設計の確立を援助する部門の2つを柱としている。これまで自立と発達の救済の原則により、訪問指導等による健康の回復、基礎的な力の確保を重視してきた。

40才代に入ろうとしている年代にある現在、障害は

あっても地域で生活できるための事業を重視し、生活訓練事業、自立生活援助事業に力を入れ、後見人制度の外、独自に「後見的援助者」の制度を設け、援助のネットワークづくりに取り組んでいる。91年度の主な事業の実施状況は、資料4に示している。

(3) 事業実施の組織体制は資料5の通りである。理事会のもとに事務局として7.1名の職員を配置している。事務局は、本部事務所と17の都府県に現地事務所を設置し、救済のセンターとして直接被害者に対応している。

理事会には、4部門の専門委員会を置き、別に諮問機関として評議員会を設けている。現地事務所には、保健・医療・福祉・法律家等の専門家による地域救済対策委員会が専門的な相談指導にあっている。

これとは別に現地事務所には、被害者を中心とした協力員と保健婦・教育者等の専門性をもった相談員を配置し、相談事業を中心に事業の推進をはかっている。こうして、協力専門家の総数は500名を超え大きな集団の力として事業を支えている。また確認書に基づく行政協力を積極的に求め、守る会もまた、協会運営と事業の面に参加している。

この結果、事務局の仕事は専門家・行政・守る会の三つの力に支えられて事業の推進をはかっている。行政の協力は、厚生省と関係都府県に担当する「窓口課」を定め、三者会談の確認事項に基づく協力体制をしいている。そのフロー図を示せば資料6の通りである。

Ⅲ、問題点

(1) 守る会運動の原点と恒久救済について

守る会は69年全国的な再結集にあたり、一時金要求は掲げなかった。それは、55年当時親たちの運動が補償問題として宣伝され、「こどもを救い守る」親の真の願いは歪められていった、苦い経験から「こどもを元に返せ」という人道的社会正義にたった運動を原点として出発した。その後、この運動の原点にたつて恒久対策案を作成し、その実現に力を集中した。

民事訴訟も形式的には賠償金を求めて訴状をつくったが、実態は判決を求めて一時金を獲得するのではなく恒久対策案の実現を目的にした守る会の代表裁判であった。交渉も不買運動も同様である。

森永事件は賠償はどうなっているのかという疑問もあるが、それには、守る会運動の原点について答えなければならない。三者会談の成立は、守る会運動の原点の到達点である。守る会はこれを「三者会談方式」と呼んで

いるが、協会事業18年間の実践を通じ、この道の選択は間違っていなかったと確信している。

(2) この方式は、一企業を相手にした救済制度である。恒久的に資金を一企業で確保することは、一つの大きな課題となる。初年度の予算は3億4千万円で出発したが、92年度では14億6千万円である。

公的な救済制度がない我が国において、資本主義的企業経営と救済制度を両立させる課題は一つの試練でもある。

(3) 確認書の成立は救済の第一歩にすぎない。

被害者の生存する限り三者会談を継続し、森永乳業は加害企業として救済資金を負担し、国(厚生省)は行政一般でなく、過去の責任において協会事業に全面的に協力している。守る会も又、被害者の立場にたつて事業を支えている。こうして、行政も参加した三者の協力体制は「三者会談方式」の特徴である。そのことは、守る会組織の存在と正しい運動の継続・発展が前提である。いま父親の年齢は、70才前後に達し親から被害者へと移行しつつある。すでに、会員の半数は被害者となり役員にも参加しているが、調印団体としての役割を担うには量と共に運動の質が要求される。このことを成功させることは、守る会にとつても協会事業にとつても当面する大きな課題である。

(4) 認定問題

認定問題は、公害事件解決の第一歩である。森永事件は、55年当時の食品衛生法に基づく中毒患者として国(厚生省)の責任で中毒患者として登録された。しかし、患者名簿に登録されなかった多くの未登録者をつくった。従つて認定問題は、未登録者を救済する「飲用認定」である。守る会は三者会談の前から国(厚生省)の責任として、厚生大臣交渉の中で解決をはかってきた。最終的には、国の責任を確認のうえ協会に認定委員会を設け、作業をすすめ協会理事長・厚生大臣の連名で認定証明を行っている。

このことから「うたがわしきは救済する」という積極面を持つてきた。しかし、作業の開始が事件後18年経過していることから、すべての未確認者に徹底できたかは確認できない。認定作業は概ね終了したが、委員会は解散していない。

ス全協副議長の松浦です。

ス全協は各地の18のスモンの会が参加する全国的な組織であります。先ず薬害スモンの発生の経過を簡単にご報告します。

(1) 薬害スモンの発生

昭和37年頃、北海道釧路方面で、また同39年埼玉県戸田市で下痢やおおど、そして激しい腹痛の後下肢障害や視力障害を残す原因不明の病気が多発しました。その後、昭和42年頃には同じような病気が、岡山県井原市で発生し、またも奇病扱いにされ、医療疎外や村入分にあり自殺する患者さえ出るようになりました。

この様な深刻な状況のなかで、厚生省はいわゆる前川研究班を昭和39年発足させましたが、格別の成果を挙げることなく昭和42年には解散するに至りました。

然しその後も所謂スモンが多発しつづけ、厚生省においてもこれを捨てておけないと云うことで、昭和44年9月2日「スモン調査研究協議会」（甲野礼作会長）が発足しました。昭和45年8月、新潟大学の樽忠雄教授がスモンの原因は整腸剤に含まれたキノホルムが原因であると発表しました。

このキノホルム説に基いて厚生省は中央薬事審議会の答申により同年9月8日付で、当時製造販売されていた186品目に及ぶキノホルムを含む医薬品の販売中止等の措置をとるに至りました。このキノホルムは戦争までは劇薬指定になっていました。劇薬なら取扱が厳重です。ところが戦争中に突然劇薬指定が外されました。

戦後昭和23年10月、日本薬局方からキノホルムを削除することを正式に決定しますが、再びなぜか昭和25年3月にはキノホルムが含まれていました。

こうして安全性についてなんらのチェックもされないまま薬局方に収載されるに至りました。その上当時の高度経済成長の波ののって「キノホルム」は整腸剤と銘打って大量生産、大量消費されていきました。

国民皆保健制度が医薬品の需要を急増させ「薬漬」医療の荒廃が生まれるなかで製薬企業が莫大な利潤を上げているのになんらの改善もされないままでありました。

薬害スモンはこうした社会的構造のなかから生まれるべくして生まれた「社会的に作られた病」と云われると思います。

(2) スモン被害者の運動

スモン被害者は各地でスモンの会を結成、各地裁で被害者の完全救済等を求めて提訴しました。

スモンの会全国連絡協議会
副議長 松浦一夫

このスモン訴訟の意義は次の3点に要約されると思います。第一はこの訴訟によって薬害スモンを発生させた国及び製薬企業の責任を明確にすること、第二は被害者に対して国及び製薬企業に賠償させるとともに、生きていく限り恒久補償させること、第三は薬害発生のメカニズムを明かにし、薬害根絶を目指していくことである。

昭和53年3月の金沢地裁の勝訴判決から全国で九つの勝訴判決を聞き取ることができました。この各地の勝訴判決をてこに国及び製薬企業とス全協で確認書を調印し、和解の道ができました。同時にスモン被害者が生きていく限り人間らしく生きるための恒久対策についてス全協と協議するとの確認を国との間で取り交わしております。

(3) 薬事二法の成立

私達スモン被害者は薬害根絶と被害者完全救済と云う二つの基本的要求を掲げて長期に亘って闘って参りました。特に「薬害根絶」のためには薬事法を改正し、わが国の薬事行政を根本的に改革する必要があると痛感して参りました。

同時に被害者の完全救済のためにはスモンを国政の舞台で問題にし、政治問題化することがどうしても必要な状況にありました。それがスモン被害者のスモン特別法要求や薬事二法案に関する要求に見られる一連の立法要求運動の意義でありました。

薬事二法案は昭和54年4月25日に衆議院社会労働委員会にて提案の趣旨説明が行われました。ス全協はかねてから、薬事法の根本的改革と薬害被害者救済制度の確立を国に要求して参りました。

あの悲惨なサリドマイド事件発生の時においても、薬事法の改正が求められていたのですが、政府は腰をあげようとしなかった。今回の薬事二法案の国会上程がスモン判決の連続とその社会問題化におされて政府がようやく重い腰をあげた結果であることは紛れもなく明かでありました。然し乍ら政府の上程した二法案には重大な問題が含まれていました。

そこでスモン被害者は「ノーモアスモン」「薬害根絶」とスモン被害者完全救済を実現する薬事二法案に「修正」する様要求し、厚生省に対しては勿論、与野党全てに対して要請行動を展開しました。

この様な状況のなかで厚生省は法案の手直しを表明せざるを得ない所に追い込まれました。先ず救済基金法案がスモンなどの過去の薬害を救済対象から除外している問題についてスモン被害者の追及を受け、厚生省は救済法案について「基金にスモン特別会計を設けてこれを製薬三社の拠出金によって賄う。必要な企業に対しては基

金が企業に対する貸付ができるようになる。この様にしてスモンが救済の対象となる「仕組」を設けるよう修正を図りたい」と交渉の中で回答するようになりました。

然し薬事法の改正案については法目的条項についても製造承認基準についても政府として修正する意志を持たないとの答弁が衆議院社会労働委員会で答弁された。当時の国会は当初6月10日が会期末であり、薬事二法案は5月17日か5月18日に衆議院社労委で採決されるという見通しもありましたが、グラマン・ダグラスの航空機疑惑をめぐって大揺れに揺れ、会期が延長され二法案審議も5月31日に延長されるという情勢でした。

ス全協では5月29日から3日間の日程でスモン全面解決要求二次大行動に取り組んでいましたが、5月30日には二法案の与党修正案が議員提案で出され全党一致で可決される見通しが確実となりました。然し、修正案に重大な欠陥が含まれていることが判明したのです。修正案では特則により既発薬害については厚生大臣の認可を受けて基金が被害者救済の給付に関する事業を行うことが出来るとしているのはもんだいでない。

然し企業に対して給付のための資金貸付の賠償一時金だけに限って、健康管理手当など恒久対策に要する費用の資金貸付は出来ないことになっていることが問題になりました。当時田辺製薬をはじめ製薬3社が被害者の要求する恒久対策要求に対してこれに国庫からの資金貸付などの「仕組」が出来ない限り応諾することがないと厚生省に伝えられていました。各地スモンの会の被害者と弁護士は各党の全社労委員のもとへ再修正の要請が行われました。

6月5日、衆議院社労委で再修正案が全党一致で可決成立、衆議院本会議を経て参議院に送られました。然し、6月14日薬事二法案は参議院で可決寸前に時間切れで廃案になりましたが、9月7日の臨時国会で可決成立いたしました。

翌年5月から「薬害救済基金」の業務が開始されました。昭和62年5月の法律改正で研究振興基金が作られ同年10月1日より新しいスタートが切られました。

薬害二法案の成立は薬害スモンの被害者やその家族たちが薬害の恐ろしさ、悲惨さを訴え、薬害を二度と起こしてはならないと地元では勿論、東京においても大運動を展開した賜物であると思います。

スモンにおいては発生当初の奇病から伝染病説が強調されるなかで、患者は地域社会から疎外、隔離され、自殺者も相次いだのです。重症者死亡が続出し、感染説のため棺おけまでクレゾールがかけられ、「恐怖の町」と

報道された岡山県井原市におけるスモン多発の悲劇の頂点として決して忘れてはならないことでありましょう。

然しこうした苦境のなかで患者たちは手を取り合って会を組織化し、原因究明、治療法の確立等を求めて陳情を繰り返した。そしてキノホルム原因説が出されるに及んで、強大な国、製薬会社などを被告として裁判の提起をしました。

患者たちは病気を伴う様々な苦しみに加えて、裁判闘争を担うと云う苦しみを経験せねばなりませんでした。そしてスモン患者のみでなく多大の犠牲を省みず、このマンモス訴訟を推進したのは全国各地の献身的な弁護士の方であり、また、裁判をそれぞれの立場で支援して頂いた労働者、科学者などであったことは忘れられません。こうした多くの人々の願ひの努力が相次ぐ判決と、これを受けての和解「確認書」そして薬事二法の成立と云う形で実を結んだのであります。

4) 医薬品副作用被害救済、研究振興基金の問題点

薬害救済基金の運営資金は医薬品業者から、前年度の出荷量に基づいて徴収した。また、薬害を発生させた企業からは別に「付加拠出金」を徴収し、場合によっては国が補助金を出すことになっています。

この拠出金は、この法律が出来たときは売上げの1000分の2と考えられていました。然しスタートした時は1000分の1でスタートしましたが、実際には給付する件数が意外に少ないので、翌年には1000分の0.3になりました。

それでもまだ余りますので更に1000分の0.1に下げ、2年間に10分の1にカットされてしまいました。それでも資金が余っているということで、研究振興基金を作ったのです。

研究振興とは製薬企業の利潤の少ない薬開発のための研究の援助をすと云うのです。副作用の救済のためだったものが、いつの間にか製薬企業の研究の援助にすり替わってしまいました。私たちスモン被害者はこの研究振興基金については従来の救済基金の業務を完全に履行しない現状のなかで、この改正には強く反対してまいりました。特に第四章、業務の第二十七条にある「救済給付の支給に係わる者について保健福祉事業を行うこと」についてその実施が全くされていない点について、今日迄薬害被害者の恒久対策のために早急に具体化される様強く求めています。また、この「救済制度」の最も基本的な問題点は加害責任に基づかず損害賠償でなく、いわば恩恵的な「救済」の性格が強いことにありました。それは判決による強制的な損害賠償を極力さげ「救済」を掲

けて和解による解決を急いだ国の法廷対策と同一のものであり、被害を不可避とする企業の在り方にいわば国がお墨付きを与えたと云えるものであります。

昭和62年度までに製薬メーカー約1200社等が提出した「基金」は88億円にも達しました。然し、この8年間の総申請件数は僅か725件、そのうち支給が認められたのは462件、支給額は9億3000万にすぎません。然し全国の国公立大学病院など1049病院を対象にした厚生省のモニター調査だけで昭和62年は854件(うち33件死亡)にのぼる副作用被害が発生しています。

この申請件数とのギャップは申請に必要な投薬証明が医師から得られないケースが多々あることから生じています。この救済制度について医師も勿論、被害に遭った人も知らないケースが多くあります。その上給付の申請手続きが複雑で、かつ医薬品を適正に使用したにも関わらず、副作用による健康被害が発生した場合にのみ救済されるのがこの救済制度です。

申請書に基づいて厚生省の中央薬事審議会(副作用被害判定部会)で審議される訳ですが、その間長期間の時間を費やし、被害者にとっては誠に不利益になっています。この様にこの救済制度には改善されるべき多くの問題を抱えています。

私たち薬害被害者は今後とも残された恒久対策の確立とこの救済制度のよりよい改善に向けて取り組んで参りたいと考えています。

第一は医薬品副作用救済制度の民主的な運営を図るため薬害被害者を何らかの形で参加させること。

第二はこの救済制度についての知識を広める活動をすべきであります。また、同時に厚生省が指定している国公立病院より提出される副作用モニター報告に関する情報を医師は勿論患者にも知らせるべきです。

第三にこの救済を受けるためには大変面倒な申請手続きをしなければなりません。その上薬の服用状況や診断書、投薬証明を医師に書いてもらわねばなりません。

スモンの場合も多くの患者が経験していることですが「自分も一緒に訴えられる」と云う気持ちの医師が多い訳ですから簡単に書いてもらえません。ようやく書いてもらってからでも色々な審査を通らなければならず、患者が救済されるまで長い期間を必要としているのが現状です。また、遺族一時金も560万円で交通事故と比べてもいかに低い額であるとうことがわかります。

第四に私たちスモン被害者は患者の人間らしく生きる権利として恒久対策を求めて運動をしていますが、この

救済制度に保健福祉事業を早急に実施させ、患者が安心して療養できる様求めていかねばなりません。

去る5月20日と21日にNHKで薬と副作用についてと題してテレビで放映されていました。その中で、アスピリンによるライ症候群の危険性について、アメリカでは20年も前から警告されていたのに、日本では非常に遅れている。また、抗ガン剤として治療されている、245-Sと云う薬によって患者が死亡していることが報道されていました。

この患者及び家族と医師の間で「インフォームド、コンセント」が全くなされていません。また、残された家族が提訴しようと努力をしたのですが、医師の投薬証明診断書が手に入らず、断念せざるを得なかったことでした。この様に薬害被害者が何の救済もされず、泣寝入りせざるを得ないケースが多々あることは憂慮すべきことであります。

医師及び患者は副作用についての情報を知る権利があり、医薬品副作用被害救済基金はその為には尚一層の努力をすべきであります。

私たちは薬害被害者の悲願である「薬害根絶」に向けて今後とも運動に取り組み決意を述べて報告を終わります。

要 望 演 題 1

○佐藤 禮子、塩島 茂、鏡森 定信.

富山医科薬科大学 保健医学教室

〔I、目的〕 富山県において、寝たきり高齢者の保健医療及び福祉6施設の入所の経緯とその後の経過から高齢者自身の健康保持のあり方、福祉の利用の仕方、また高齢者を受け入れる施設のあり方を検討する。

〔II、方法〕 調査期間は1991年4月10日から1991年5月14日である。対象施設として富山市内の市街地にある老人病院1施設、小矢部市、高岡市の市街地にある老人保健施設2施設、それに新湊市、高岡市の市街地、小杉町郊外にある特別養護老人ホームの3施設とした。対象は各施設における入所者のうち、寝たきりの状態で入所した人全員を選んだ。方法は各施設を訪問し、各施設の個人記録から入所前の介護状況、その後の経過などを調査し、施設従事者からは入所後の状況を聴取した。

〔III、結果〕 対象については性別でみると表1の如く各施設とも女性入所者が多く50%以上を占めている。年齢層をみると70代、80代が大半を占めているが90代は60代より多い。施設の状況をみると老人病院以外は各施設とも明るく清潔で臭いも少ない。各施設の規模は6施設中4施設は50床で、その他は50~100床である。入所者の生活リズムは老人病院以外の施設では花見会、月見会、クリスマスなどの季節行事、誕生会、買物日、注文献立日などが考慮されている。リハビリに関しては施設によって差がありその結果が入所者の臥床期間の長短に関連があるように見受けられた。食事に関しては概して主食の量が多く、それが残飯の量につながっているように見受けられた。入所前の介護者は主に誰であったかについてみると、表2に示した家庭から入院した3名では配偶者1名、長男の嫁2名であった。特別養護老人ホーム、老人保健施設では家庭からの入所の場合、介護者は長男の嫁がほとんどであった。また高齢化が進んで子どもが死亡し孫の代で介護しなければならない場合や、独居のケースもかなりあり、介護者が得られない為の入所も多くみられた。入所に至る経路についてみると、表2のように老人病院の入院経路は20名中17名(85%)が他の病院で長期入院となり慢性化した患者がリハビリの目的で転入院している。また特別養護老人ホーム、老人保健施設の入所経路をみると家庭、一般病院、老人病院からのケースであり一般病院からの入所が一番多くみられた。どの施設においても家庭からの入所が半数を下まわっていた。入所前に寝たきりであった人の入所後の状態についてみると、表3のように老人病院では20名中12名(60%)が動けるようになっていたが退院理由は死亡が多いまた特別養護老人ホーム、老人保健施設では施設によって多少差があるが寝たきり状態で入所しても44名中25名

表1 施設入所者の内訳 (対象者64人)

施設	性別	人 数					合計
		60-69	70-79	年 齢(才)		100	
		80-89	90-99	100	合計		
老人病院	男	0	1	1	1	0	3
	女	0	5	11	1	0	17
老人保健施設	男	0	4	1	0	0	5
	女	2	11	6	3	0	22
特別養護老人ホーム	男	1	0	3	0	0	4
	女	1	2	6	3	1	13
計	男	1	5	5	1	0	12
	女	3	18	23	7	1	52

表2 入院及び入所経路 (対象者64人)

施設	経 路			合計
	家庭	病院及び施設		
老人病院	3	17	20	
老人保健施設	5	22	27	
特別養護老人ホーム	6	11	17	

表3 入所後の状況 (対象64人)

施設	入所後の状況	
	動ける	寝たきり
老人病院	12	8
老人保健施設	10	17
特別養護老人ホーム	15	2

(57%)が車椅子、杖、歩行器などを使用して動くことが出来る状態になっていた。入所後ADLが回復しても家族の受け入れが良くない為に退所したがらいか、あるいは退所出来ない傾向が特別養護老人ホーム、老人保健施設の両施設でみうけられた。

〔IV、考察〕 各施設の食事に関しては概して主食が多それが残飯の量につながると述べたが、老人の特性としての生活の仕方から老人食の必要カロリー、量、材料、メニュー、摂取時間の間隔など、何が最適かを再考する必要があるようである。自宅における主な介護者は地域的にも長男の嫁が多いが、核家族による独居老人の増加長寿による二世代目の死亡で介護者の不在が理由の入所もでてきている。一旦入所が長期化すると家庭への復帰が受け入れる方も復帰する方も困難になってきて継続入所が多くなり、老人の孤立化が促進される傾向が出てきている。これは老人自身の自立する意識にも大いに関係があり、健やかに老いる為の意識改革が若い頃から必要になる。また地域における相互扶助のサークルづくりや福祉サービスの上手な利用の仕方でも在宅介護の困難さが軽減してくるようになる。入所後の状況では、寝たきりから動ける状態になる点に於いては施設での役割は評価されるが、日常生活はすべて管理され外出禁止などにみられるように自主的な行動が取りにくい入所生活では個人の残存能力や創造性、行動意欲などをそくことになり余命の生活の質が著しく低下する。施設での生活はこんなものだと云う諦めが双方に存在しているよう思えるが諦めではなく、入所者生活のQOLが向上する施設の有方が求められる。

○谷田 悟郎

(京都保健会猪熊診療所)

1. 目的 1983年保健医療と福祉の統合化を目標とした老人保健法は現在、ヘルス事業では各自自治体バラバラで、機能訓練に至ってはとくに進捗していない。老人医療では、国の老人医療費有料化で『福祉切り捨て元年』となり、老人の受診は抑制されている。さらに、1992年、国は入院料や入院時医学管理料などを入院患者数、人員配置で診療報酬を制限するなどで病院から老人の追い出しをさらに促進させ、退院した老人は家庭で、特別養護老人ホーム入所を当てなく待っている現状は極めて深刻である。また1986年、福祉と医療の中間施設として老人保健施設が創設されたが、医療機関とされない施設で機能訓練が実施されている。さらに1989年、国は高齢者保健福祉推進4年戦略(ゴールドプラン)を策定し、ねたきり老人ゼロ作戦としてホームヘルパー、ショートステイ、デイ・サービスの在宅三本柱建設の具体的な目標で予算化し、1993年には医療を除いた老人保健福祉計画策定を義務化させている。一方、特別養護ホームでは医療を常時必要とする老人、痴呆老人の入所増加で常勤医師のいない施設介護の限界を超える現状となっている。このことはすべての老人施設が混乱し、保健医療と福祉の連携どころか、老人の健康権、受療権は守れない危機が現場でおこっている。

今回、発表者の勤務する九条診療所(所長山本勇治)では、以前からの在宅リハビリ、1976年脳卒中リハビリ訓練室を設立し主に理学療法を、1989年から老人デイケアを実施してきた。この間を振り返り、老人医療、とくにリハビリの現場から見た老人やその家族の苦闘の実態が老人の人権をいかに軽んじているか、国の医療政策の問題点を明らかにし、今後のあるべき方向を明らかにしたい。

2. 方法 九条診療所リハビリ科で1976年以来脳卒中リハビリを実施してきた58例のうち転居などでリハビリを中断し、その後の経過不明の例を除いた50例と、一方1989年以来老人デイケアを実施してきた16例を対象とした。まづ、これらの症例で、脳卒中発症して緊急入院し治療とリハビリを受け、軽快退院し、要在宅リハビリとなった重症の症例Ⅰ型と、発症時要入院でないが、要在宅リハビリの症例Ⅱ型、さらに通所し施設リハビリ可能な軽症の症例Ⅲ型とに分類した。これら脳卒中などの重症度と、発症後のリハビリ開始時期、リハビリ実施期間で分類し、老人および、家族の介護の状況を検討して、老人の人権が尊重されているのかを明らかにしてみた。

3. 結果 どの型も、家族構成が独居や2人老人世帯の日常生活は厳しく、在宅リハビリ実施は、当時は進んで

いない行政の連携を得ても困難で、寝たきり化すると、老人の意志にもかかわらず入院を余儀なくされるか、家族の犠牲で在宅介護のなか死の転帰をとる症例が極めて多い。老人、家族に何らかの問題が発生すると、それらの経過が促進する。その中で、家族内でのトラブル発生が多々みられた。このような状況下で、老人は健康権、受療権はもとより生存権すら奪われているといえます。国が公的責任を取らず、老人、その家族に責任を負わせている結果と言わざるを得ない。また通所可能なⅢ型症例でも、施設の送迎体制が困難なため通所が天候に左右され、リハビリ訓練の継続困難が目立った。さらに、すべての型に癌、心筋梗塞の成人病死、嚥下性肺炎死があり、とくに事故、転居がリハビリ訓練を中断させ、寝たきりを促進、死へ悪化する引き金となった。

一方、3年間の老人デイケアの症例は、現在病状安定して、家族が診療所へ車椅子で送迎可能か、独歩可能な症例に限られ、脳卒中リハビリ訓練症例からの移行は少ない。最近、早期痴呆例の受け入れをしている。これらは、老人デイケアの集団の中での訓練によって、日常生活の面では症状改善は早く、著しく、家族アンケートでこれが確かめられ、家族の心身の支えとなっていることが分かった。

4. 結論 このことから、老人の権利を尊重するためにはまず、脳卒中発症後入院治療、早期リハビリを受け退院後は、必ず地域で在宅リハビリから始め、歩行可能となれば、通所リハビリに移行し、その際常に行政や地域のボランティアの連携で家族を支え、さらに老人デイケアに参加できる体制、連携が今大切である。もし、寝たきり傾向へ進み、老人デイケアで改善がなければ、老人保健施設入所し、全生活面での再リハビリ訓練を受け家庭に帰る。その間、老人保健施設や特別養護老人ホームのデイサービス・ショートステイを利用し、あわせて家族の介護負担を軽減することが大切である。

またこれら虚弱、病的老人への対応と併存して、健康老人への対応としてデイサービスセンターの役割が大きく、身体的・精神的老化を遅らせ、老人病予防し、生きがいのある日常生活ができ、社会参加し、若い人々とともに平和で、健康で、豊かな社会建設に経験を生かせるような地域ケアが望まれる。

今後、それぞれの老人施設が健康、虚弱、病的老人に適応した保健・医療・福祉の専門技術サービスで、ケースマネジメントを主とした連携から統合をはかり、役割分担をし、地域の人々とともにその健康と暮らしを守る地域ケアシステムの構築が緊急に求められる。

西 三郎 瑞穂短期大学

老人保健福祉計画の国の姿勢と市町村の実態

老人福祉法等の改正（平成3年10月4日）により、市町村は、地方自治法第2条第5項の基本構想に即して、老人保健福祉計画を定めるものとし、都道府県は、市町村老人保健福祉計画の達成に資するため、各市町村を通ずる広域的な見地から、老人保健福祉計画を定めるものとする規定が、平成5年4月1日より施行される。この計画は、団体委任事務として各市町村が「高齢者保健福祉推進10カ年戦略」を実現するために策定することが義務化された。国は、計画の性格をサービス供給調整機能を持った行政計画となるよう指導し、計画実現のための施設、マンパワー等に必要な費用の一部を予算化している。また、国は、モデル事業を通じて、生活実態を踏まえてニーズ把握の方法の開発を行っている。然るに、実態は、計画づくりの技法は、殆ど開発されておらず、ただ計画づくりの必要性ばかりが強調されている。

国の意図は、高齢者の健康で幸せな生活の確保とその質の向上を市町村の責任とし、計画策定過程に住民が参加をすすめてはいるが、行政計画としている。全国の多くの市町村の実態を見ると、マンパワーの不足、施設整備の財源不足の下で、義務化された老人保健福祉計画を策定することに大きな戸惑いを見せている。この結果、早速登場した計画づくりのためのコンサルタントを利用する市町村が少なくない。現状の多くのコンサルタントは、その能力からみて、見かけが綺麗で、美辞麗句が並んだ計画書づくりには得手であっても、それぞれの地域の特性に合わせた計画ではなく、その多くが表題を換えればどの市町村にも適用される計画となるであろう。

三鷹市における計画策定作業の特徴

三鷹市は、東京都都区に隣接する田園住宅都市で、面積16k㎡、人口16万、非核都市宣言、世界連邦都市宣言、健康都市宣言等の宣言、老人憲章、女性憲章等を定めている。昭和40年代に公共下水道を完成させ、7つの住区ごとに住民自治の拠点となるコミュニティセンターを設置し、年間予算各約6千万円、市民が選んだ住民協議会が自主的に運営管理している。

三鷹市の市民参加の方式は、恒常的また臨時的な審議会・協議会に積極的に市民を委員とし、広く市民の意見に基づく行政に努めている。とくに、基本構想、基本計画等においては、行政が提出する計画素案を審議するために、公募による委員を含む各界の代表者・関係者による市民会議が設置され、その意見を尊重した計画策定が行われている。なお、行政素案の作成は、事前に学識経

験者を含む研究会等が設置され、調査を含んだ検討がなされる。素案は、市民会議等に諮問されるとともに、市民への広報活動、各地での公聴会の開催、関係組織・団体からの意見聴取がなされる。

平成2年「三鷹市基本構想」、平成4年「第2次三鷹市基本計画」の策定に当たり、約60人からなる市民会議により審議された。老人保健福祉計画は、障害者、児童をはじめ広く市民を対象とする保健福祉計画として、平成4年度内に策定する予定である。

三鷹市老人保健福祉計画策定作業とその問題点

「三鷹市地域福祉・健康総合推進計画」策定作業は、福祉部高齢化対策室を事務局とし、計画内容に関係する現場の実際的事務を担当する職員を含めた市職員により構成される計画案検討等連絡会議を設け、児童・成人・高齢者およびサービスシステムの4つの専門部会、5人の学識経験者により審議し、8月末をめどに素案を作成する予定である。この間、広く市民に意見を聞く会を設けるとともに、策定過程であっても、積極的に市民の意見を組み上げる努力をしている。素案は、他の部局との調整、財政当局との検討を経て、最終的に理事者の責任でまとめる。素案が完成した段階で、市民にその内容を公開し、公聴会を開催するとともに、公募による委員を含む市民会議を設置する予定である。「安心して生涯を全うすることができる」ことを重要な目標の一つとしている。主な問題点を次に示す。

- ①現状からの積み上げのみでは計画のビジョン、目標の明確化が容易ではない。
- ②国および東京都の行政責任が実際の業務の段階で不明確のため、三鷹市としての責任を明確にし難い。
- ③市民参加の理念と実際の参加の保障とに乖離がみられ、それを埋めることが困難である。
- ④実務者中心の構成の優れた点も少なくないが、計画策定固有の方法に関しての限界がみられる。
- ⑤人材確保の困難、厳しい財政制約の下で、行政責任とその範囲を確定し難く、資源配分の論理が不明確となる。
- ⑥計画策定の基本的な作業手順に関する技術が、実務的な段階において未開発な点が多い。
- ⑦長期的な視点での論理的な配分よりは、短期的に可能な分野が優先される傾向がみられる。
- ⑧個別課題の解決には、総合的な視野を必要とし、総合的な課題は、個別の具体的な内容の把握が不十分であると観念的となる。
- ⑨在宅での生活を支える個別事例に対する基本となる技術の開発導入に遅れがみられる。

要望1-④ 「年齢による医療の合理化」考 - 米国での議論を題材として

○ 松田亮三 (奈良医大・衛生学教室)

はじめに

高齢者の保健・医療政策についての議論は、近年盛んに行われているが、具体的な制度論と同時に、医療についての哲学、あるいは、医療観の構築が重要だと思われる。本発表では、米国での「年齢による医療の合理化 (age-based rationing of health care)」についての議論の一端を紹介し、我が国の高齢者の保健・医療観を検討する初めとしたい。⁽¹⁾

1. 年齢による医療の合理化

ダニエル・キャラハン⁽²⁾は、「自然な寿命 (natural life span)」（仮に、70代後半から80代初め、とされている）に達した場合、心肺蘇生術や集中医療などの延命・救命医療を制限するよう提唱している。（彼によると）延命を至上とした医学では、老年期の人間的善が得られない、むしろ、高齢者の人生の充実を目標にすべきである。それは、不釣り合いに高額の高齢者に用いられている医療費への対策ともなる。

一方、これに対して、以下のような反論がなされている⁽³⁾。高齢者といっても医療による効果はむしろ病前の状態によるところが大きい、医療の制限で抑制される医療費は実際はわずかである、公共政策により高齢者の医療を制限するのではなく、高齢者の自主性 (autonomy) を基本に据えた医療のあり方を追及すべきである。

この議論は、米国での高齢者医療の現実を踏まえたものであって、そのまま我が国で適用することはできないが、参考にすべき点が多いように思える。以下では、我が国の高齢者医療の問題と照らし合せながら、医療のあり方という点に引きよせて、述べてみたい。

2. 「年齢による医療の合理化」論と我が国の高齢者医療のあり方について

人生に限りがある限り、死は誰にでも訪れる。高齢者は、平均的にみて死に最も近い世代であり、同時に、身体的・精神的に障害に陥りやすい。ただ、これは本質的にはすべての人間に当てはまるのであって、高齢者の場合それをはっきりと現れるということである。そういう意味では、高齢者医療のあり方の問題は医療全体のあり方の問題の中で捉えられる。

近年の高齢者の医療制度の「改革」——特に定額制の導入をめぐる議論からは、医療のあり方という点のみを問題にするならば、以下のような論点が抽出しうる。

第1に、高齢者は不釣り合いな薬剤投与や検査を受けており、リハビリテーションなど生活の質に関わる対応が遅れており、その是正のために定額制を導入する。

第2に、定額制では急性期に必要な医療が保障できな

い。特に、病院間の連携が不十分である今日の状況では、問題である。

第1の論点については、「現代日本はうば捨て全盛時代である。」⁽⁴⁾とまでいわれた老人医療の一面からは、確かに生活の質を高めるような（それは生命予後の延長にもつながるものであるが）対策、生活援助や介護、トレーニング、作業療法の充実が必要である。しかし、だからといって救命・延命医療がまったく不必要なわけではない。

第2の論点については、急性期医療については、確かに年齢によって医療を制限することになりかねない側面をもっている。ただ、それはダニエル・キャラハンがいうような直接的なものではなく、病院の経営・管理（方針）を媒介項とした、より間接的なものと考えべきであろう。高齢者医療の今後の重要な論点の一つに、急性期医療がどの程度必要なか、それは、どのように確保されるべきか、という点があるように思われる。

慢性期の医療も急性期の医療もともに保障されて初めて、高齢者の医療保障が実現したと言えるものであろう。ここで注意すべきなのは、特に延命を主とした処置の適用にあたっては、高齢者本人が自分で自分の人生を決めること (autonomy) が基本に据えられなければならないということである。一元的な価値観に基づく医療制度ではなく、価値観の共存しうる幅・ゆとりをもった医療の構築が必要ではないか。発表者が仮設的にもっている高齢者の医療観はこのようなものであるが、高齢者の医療のあり方について、哲学的・倫理的な問題も含めて多くの場で議論がなされることを期待したい。

参考文献

(1) 本発表は、主としてこの2冊の本を題材としてあづかうのであって、米国における「年齢による医療の合理化」についての議論の全体を踏まえたものではないことをお断りしておく。

(2) Callahan, D. (1987). *Setting limits: medical goals in an aging society*. New York: Simon & Schuster. 邦訳『老いの医療』早川書房、1990年。

(3) Binstock, R. H. & Post, S. G. eds. (1991). *Too old for health care?: controversies in medicine, law, economics, and ethics*. Baltimore: The Johns Hopkins Univ. Press.

(4) 大熊一夫『あなたの「老い」をだれがみる』朝日文庫版、1990年。（1985年頃の取材によるルポルタージュである。）

○近藤高明、宮尾克、榊原久孝、石原伸哉、
瀧日久仁子、山田信也（名古屋大学医学部公衆衛生）

【はじめに】

1965年に改正された米国社会保障法により、高齢者の医療はメディケアとよばれる公的医療保険に組み込まれることとなった。しかし、メディケアは年金などの社会保障プログラムと並んで、米国の最大の国内プログラムであり、さらに2030年には高齢者が全人口の22%を占めるとあって、厳しい財政しめつけが進行している。

【メディケアをめぐる最近の変遷】

1982年、租税公平と財政責任法（TEFRA）が制定されたことにより、メディケアの医療費抑制が本格的に開始された。強制加入のメディケア・パートAは、入院医療やホスピス医療などの入院ケア分を医療機関に支払うものであり、1983年レーガン政権はここに事前支払額決定制度（PPS）を導入した。メディケア対象患者は退院する際に、あらかじめ決められた467の診断群（DRG）のなかからひとつが割り当てられる。病院に支払われる医療費は、このDRGによって決定される。患者の在院期間、行なわれた医療サービス、現実のケアに要した費用などは支払額と無関係であるから、事前決定額を越えた医療を行なった医療機関は生じた損失をみずから蒙らなければならない。メディケア・パートBは医師への支払いや一部の外来医療費をカバーするもので、医師への支払いも従来は出来高払いで行なわれてきたが、その報酬額は、「PRCシステム」とよばれる慣例的方法によって金額が決められてきた。1985年から、医師支払い額一覧表作成のための大規模な研究が連邦議会の指示のもとに開始された。新しく作成されたスケールはリソース・ベースド・レラティブ・バリュー・スケールとよばれ、すでに実施されている。これによれば、高度な技術を提供する専門医は大幅な収入減となり、家庭医や小児科医など知的サービスを担う医師は収入増となる。またこれと抱き合せて、バイそのものの拡大が抑制される。

【長期ケアをめぐる動向】

ナーシング・ホームからみた収入源のうち43%はメディケイド、55%は自己負担であるが、入所者側からみれば米国で高齢者がナーシング・ホームへ入所した場合厳しい現実が浮かび上がる。現在ホームへ入所すれば、年額2万9千ドル必要とされる。高齢者は自身の財産をほとんど使い切って、ようやくメディケイドに世話になることができる。ある調査によると、ナーシング・ホーム入所者は入所後平均13週間以内でメディケイドが適用される貧困階層に達したという。平均的中産階層にとって、高齢になって長期間ナーシング・ホームに入所すること

は、破産を迎えることに等しい（スペンディング・ダウン）。しかし民間の長期ケア保険の将来性は、現在のところ不確定要素が多すぎて不透明であり、保険料は3千～8千ドルと極めて高額である。

一方長期ケアを広くカバーするためのモデル事業が各地で実験的に展開されており、チャネリングとよばれるデモンストレーション事業が展開されてきた。これらはいずれも、医療・保険・福祉サービスを総括的に提供しようとするもので、民間主体で公的援助を得ながら事業が進められてきており、その評価も公表されてきた。また会員制の医療保険であるHMOの原理を高齢者長期ケアに適用した、SHMO（ソーシャルHMO）が、4つの地域で開始されている。これは、会員が長期ケアを必要とした場合、事業主体が自身や他の社会資源を有効に活用して、地域ケアを給付するもので、理論的な裏付けも行なわれている。今後の評価がまたれる実践である。

【考察】

民間活力に依存して経済大国となった米国では、医療福祉分野でも、今後も高い民活路線を維持していくであろう。最近、選挙に向けてブッシュ大統領が公表した医療改革基本骨子も、公的責任の拡大を否定し、あくまで民間依存で医療へのアクセスを高めようとするものであり、米国公衆衛生学会などからの批判は当然といえよう。

しかし国家的医療政策をもたず、公的責任を限局し、民間依存で医療政策を展開してきた場合の矛盾の蓄積を考察する上で、米国の方式は示唆に富む。特に高齢者はこれらの矛盾をもっとも強く蒙る階層であり、我が国での一連の医療改正の動きが、高齢者をまずターゲットとして開始されている点から見ても、共通点があるように思われる。

また、高齢者への長期ケアを医療から各種ソーシャルサービスまで包括的に提供しようとする試みは、組織や行政の縦割り構造からくる弊害を取り除こうという努力の現れである。この弊害は我が国でもしばしば経験され、指摘されているところであり共通の悩みといえる。その解決に向けての地域実践には、大いに注目していく価値があるように思われる。

MEMO

要 望 演 題 2

横浜弁護士会会員

三木 恵美子

1. 外国人と保険制度
 - 1) 国民健康保険へ外国人も加入できる。
但し、
 - ・ 外国人登録証を有すること
 - ・ 1年以上在住することが予定されていることが要件とされている。
 - 2) しかし、実際には、右要件をみたしていても、
 - ・ 行政窓口が手続きを断わる
 - ・ 通報を恐れて手続きに行かない
 - ・ 掛金を惜しんで加入しない
 場合が多く、保険に入っていない外国人が多い。
 - 3) また、来日外国人の圧倒的多数は上記要件をみたさないため、保険加入できていない。
2. 保険加入していない来日外国人の医療問題

そのため、一旦病気になる

 - ・ 医療費が支払えないため受診をひかえる
 - ・ 病院が断わる

という事態が生じる。
3. 生活保護と来日外国人
 - 1) 厚生省社会局長通達（S29.5.8付）によれば
 - ・ 有効な外国人登録証を呈示することが必要
 - ・ 但し、急迫な状況にあつて放置することが出来ない場合は申請を却下しないとされている。
(資料1)
 従つて、オーヴァーステイ外国人も、生活保護を受けてきた。(資料10)
 - 2) しかし、1990年10月、厚生省が合同会議を開き、その中で「不法残留外国人には生活保護を出さない」と述べ、地方公共団体に運用の変更を求めた。
(資料2及び3)
 - 3) そのため、地方公共団体の中には困惑しているところもある。(資料10)
4. 医療費が支払えない来日外国人が医療費を受けるには
 - 1) 労働災害に該当する場合は、労働省通達により
(資料4及び5) 治療費はもちろん労災補償が受けられるようになった。
 - 2) 隔離の必要がある場合、具体的には
 - ・ 結核予防法
 - ・ 性病予防法
 - ・ 法定伝染病
 については適用している。(資料6)
 - 3) 生活保護のように明示的に否定されていない関連法規は適用している。
 - ・ 母子保健法(例、母子手帳)
 - ・ 児童福祉法(例、S36、授産)
 - ・ 精神衛生法
 - ・ 老人保健法(資料10及び7)
 - 4) 地方自治体の中で厚生省に報告しないで生活保護を適用しているところもある。
 - 5) 各病院がかぶる(資料8)か、日本人の保証人をたてさせるまで受入れない。
5. しかし、いずれについても
 - ・ 外国人が制度を知らない
 - ・ 雇主、外国人がオーヴァーステイ発覚を恐れる。
 - ・ よつて、手助けをする人がいなくて漫然放置される。(資料9)
6. 現状は

国連「移民労働者および家族の権利の保護に関する国際条約」28条に明らかに違反している。(資料11)
(但し、日本は当然批准しないとっている)
7. 個人的経験(資料12)

横浜弁護士会 三木恵美子

- 「すぐ来てくれ。トイレでうなり声をする。」という電話が入る。「トイレでうなり声するのは当たり前じゃないか」と私がはずす。いつもこの手のはずしに乗ってくる電話の相手が怒り狂って、「冗談いってる場合じゃないんだ。赤ん坊が生まれかかっているんだよ。」と怒鳴り返す。赤ん坊を取り上げる方法なんて知らないが、とにかく大事であるには違いない。やりかけの仕事をほっぽらかして、何しろ行く。寄せ場の中のドヤ、いわゆる簡易宿泊所の中の共同便所に駆け込むと、確かにたたなぬうなり声がある。トイレのドアをたたき壊す。腹を抱えてしゃがみこんだ女がいる。長くはわからないが、生まれるらしい。フィリピンから来たオーヴァースティの女の子、ローリーが額に脂汗をにじませてうなっている。赤ん坊が生まれ落ちたのが、この土土汚い、便器の中と大差のない床の上では、その子が大きくなって知ったら何と思うだろう。病院につれていかなくっちゃ。車を拾ってこいということ、周りにいたフィリピーノが首を振る。はあはあ言ってるローリーも首を振る。「行きたくない」「どうしてよ、死んじやったらどうするのよ。」「病院いってもお金がない。」「それは私がT先生に頼んであげるから。」「通報されてオーヴァースティで強制送還させられる。」「あそこの病院はそんなことはしないったら。」「そんな信用できない。」「だったらどうせせいと言うのだ。」「ここで産む。」「自分の子供だって産んだことないんだぞー。だけどこうなれば腹を据えるしかない。開き直る。ビニールシートを捜しに行かせる。お湯をどどん沸かせと怒鳴りつける。へその緒を切らなくちゃならないんだらうから、ナイフもいる。ナイフは消毒しないとまずいだらう。共同便所の出入口をロックアウトさせる。ドヤの住人には悪いけど、外で用をたしてくれ。ちょうどその時帰ってきたKさんは、昔、馬と牛の人工受精のさせ方を指導していたと言う。ちよつと違うけど、この際細かいことは言ってもらえない。Kさんが子供を取り上げた。元気な女の子だった。
- 横浜のある教会で、クリスマス・パーティーを開いた。東京からも千葉からも栃木からも、来日外国人たちが目一杯めかしこんでやってきた。その数およそ200人。ディスコをやって、ビンゴをやって、パーティーダンス(音楽が止まったら新聞紙の上にパートナーと一緒に乗っかる。新聞紙はだんだん小さくなる。それで床を踏まないでどこまで頑張れるかの勝ち抜き戦)をやって、ゲームをやった。アドボ(フィリピンの肉料理)もしchon(お祭り用豚の丸焼き)もすばらしくおいしかった。そして、懐かしのサン・ミゲル・ビール(フィリピンではほぼ完全なシェアを持つビール)。これを何人かの参加者はしたま飲み過ぎた。ゲームの中で景品を出した。一等と二等が、パターン・ボウイズに当たった。彼らは少数派だ。喜び勇む彼らに景品を渡す役メル

が、間違っ六等の二つを渡してしまった。六等は、シュガー・ケインをきれいなきれいな包装紙に包んでリボンをかけた、お遊び景品だった。パーティーが最後の盛り上がりを見せているころ、六等をつかまされたパターン・ボウイズたちは、メルを呼びつけた。ちよつと一発殴らせろ。ところが、ここでことを重大に取ったときまじめ田舎者マリオが割って入った。よせば良いのに、派手派手大好きのエドウィンも参加した。おとなしいマリオは引き締まった体に俊敏な動きを見せた。他方、良いこのぼんぼんで目立ちたいのに目立ってないマニラ・ガイのエドウィンは、ナイフを夜空に輝かせた。これを振り回せばあの子の前でかっこいいだろ。どこでどくなつたかわからないがエドウィンのナイフが、マリオの左ひざの裏側に突き刺さった。蹲るマリオ。見物人たちは蜘蛛の子を散らすように逃げた。これで警察が来たら、みんな捕まえてしまつた。マリオと同じ田舎から来たアフロが教会の中に駆けこんできた。マリオが怪我をしている。床掃除をして、台所で洗い物をしていた私たちは、何も知らなかつた。すぐに車を出して、マリオを選び入れた。教会からT先生の病院までは遠い。それよりずっと近くに救急病院がある。そこまで搬送した。しかし、救急病院は見てくれない。マリオは一見してすぐわかる精悍なフィリピーノだったから。入れる、入れない、と争っている間に、マリオは病院の玄関の前で死んだ。マリオの検死が終わった後、マリオの遺体をどうするか。出稼ぎ先で死んだなんでも、奥さんは信じられないだろう。マリオを飛行機で運ぼう。ところが遺体の空輸には60万もかかるという。それなら日本で焼くしかない。だけど奥さんに見せないうちは焼けない。大使館とかけ合つて三日間でビザを出させた。片道の飛行機代は、フィリピンの教会に頼んで立て替えてもらった。年が明けてすぐ、奥さんは横浜に着いた。せめてお葬式だけは立派にと、その教会で最高のお葬式を開いた。遺体は、なんとか頼み込んでただで焼いてもらった。他方、エドウィンは、途方に暮れていた。自首をさせようと言った友人を、警察は追っていた。説得している最中に踏み込まれて、エドウィンは逮捕された。事件に巻き込まれた他の連中はT先生の手厚い看護を受けて、すぐに良くなった。その後警察に事情聴取を求められた。ある者はエドウィンのため、ある者はマリオのために、警察に出頭した。彼らは皆、オーヴァースティで逮捕され、公判請求された。その後誰も、証人に立たなくなつた。

- 共同便所で産まれた子は、もう一才になつた。この子も、産まれながらのオーヴァースティである。保育園に入る手続きをしようとしたら、この子も通報されて強制送還になる。エドウィンは傷害致死罪で執行猶予になつた。他にオーヴァースティで公判請求されたフィリピーノたちも、執行猶予後だちに強制送還された。捕まらなかつた目撃者たちは、横浜を去つた。事実を直接知るものは、今誰もいない。

以上

要望2-② 今日 外国人労働者問題をめぐる論点

伍賀 一道 (金沢大学 経済学部)

(1) アジア諸国で海外出稼ぎ労働者が生み出される要因に日本は深く関与していることを重視すべきである。

①わが国の商品輸出ラッシュ→アジア諸国の農村共同体の解体、都市への労働移動を促進する要因となった。

②わが国の資本進出とアジア諸国における労働移動との関わり (a. 進出企業の撤退、NIESからASEANへの生産拠点の移動にともなう失業の発生、b. 進出企業による熱帯林などの資源の破壊、生態系の攪乱がもたらす住民の生活困難、c. ODAの役割)。

③日本とアジア諸国との経済力格差の拡大の背景について (a. 第2次大戦前の日本の植民地支配、b. 大戦後のアジアにたいするモノカルチャー経済のおしつけ)。

(2) 外国人労働者の導入はわが国の非正規雇用労働市場を肥大化させている。

現時点では外国人労働者の労働市場が日本人労働者と別に分断されて形成されていると考えるのは早計である。外国人労働者とわが国の非正規雇用 (パート、アルバイト、期間工、臨時工、派遣労働者など) の労働市場とはかなりの程度重なっている。80年代後半から90年代にかけて、わが国の労働市場のなかで非正規雇用の比重は大きくなったが、外国人労働者の導入はこの非正規労働市場の肥大化を加速している。外国人労働者はこの非正規労働市場のなかの下層に位置づけられる。

好況期には顕在化しなかったが、不況が長期化した場合、外国人労働者と日本人パート、臨時工等が職を奪いあう事態も生じかねない。

(3) 外国人労働者を仲介する民間業者 (リクルーター、ブローカー) を規制する必要がある。

国境をまたがる労働移動は労働力送・受入機構 (リクルーター、ブローカー) の存在なしには不可能。「資格外就労」の場合はもちろん、「合法就労」の場合でも (日系出稼ぎ労働者) 仲介業者 (リクルーター、ブローカー) が暗躍。労働者供給事業を禁止した現行の職業安定法、労働者派遣法を適用することで規制は可能。

(4) 「資格外就労」という状態が外国人労働者の無権利状況を加速している現実を改善すべきである。

①「資格外就労」状態が使用者の賃金抑制などを甘受

せざるをえない状況を生み出し、労災申請をも困難にしている。

1990年に外国人労働者にたいする各支援団体が相談を受けた労災事件42件のうち、労災保険の適用を受けたものの19件 (ただし、民間支援団体が交渉する以前に事業主が労災保険の手続きをしていた事例は2件のみ)、労災保険の適用を受けずに、事業主の負担で補償を行ったものの12件。現在交渉中のもの、補償内容が不明のものを合せて11件であった (全国労働安全衛生センター連絡会議資料)

②外国人労働者の権利を奪う公務員の通報義務

(5) 現行研修生制度を改善し、実務研修には賃金を支払い、社会保険の適用を行う必要がある。

現在の研修生制度は、「外国人研修生」にたいして実質的に労働させているにもかかわらず、一般の賃金水準をはるかに下回る手当しか支給しない口実に利用されている事例が多い。

法務省入国管理局の「研修実施企業に関する実態調査結果」(1989年8月発表)によれば、①研修実施企業のなかに、研修を名目として受入れ、事実上労働者として就労させている事実が相当数判明した、②入国事前審査時に提出していた研修カリキュラムで予定していた学科研修を実施せず、従業員と区別なく生産ラインに組み込み、活動内容が研修か労働かの区別が判然としないものや研修時間帯が深夜に及ぶ等の問題がある、③研修修了後、本国において研修の成果を発揮しうることには疑義がもたれる研修がある、などの問題点が浮び上がった。

(6) 外国人労働者にたいする医療制度を整備すべきである。

資格外就労の外国人労働者にたいして生活保護や医療扶助の適用が厳しく制限されている (ただし、法定伝染病の場合には国や自治体は、滞在の合法、非合法に関係なく医療費を全額支給している)。

1990年12月、国連総会で「全移住労働者とその家族の権利保護に関する条約」が採択され、医療や社会保障についても「就労先の国の労働者と同等の加護をうける権利」が盛り込まれたが、日本は条約に署名していない。

外国人労働者が早期に治療をうけることができるように、また治療を行った医療機関に費用負担をおしつけることのないように医療制度を整備する必要がある。

MEMO

要 望 演 題 3

要 望 3-① 大都市スプロール地帯における働き盛りの健康問題
— 飲酒との関連を中心として —

○ 逢坂隆子 (花園大学社会福祉学部)

野田哲朗 高野正子 香西孝純 金田しのぶ 千代豪昭 道上松巨
佐藤滋 浅井義彦 河原和夫 (大阪府環境保健部) 小杉好弘 (小杉クリ)

はじめに>大阪をはじめとする大都市住民の、特に働きざかり男子の健康水準の悪化については本研究会ですでに多くの報告がされている。今は大都市の北東に隣接するスプロール地帯にある北河内地域(1)4市の働きざかり男子循環器疾患死亡者遺族訪問調査並びに(2)7市の開業医・勤務医(K大学病院を除く)全員を対象としたアルコール関連問題に関するアンケート調査を行った。その結果について飲酒に焦点を当てて考察する。

<働きざかり男子死亡者遺族訪問調査より>

[方法] 1988年に国際疾病分類51・52・54・55・56・59・60に該当する循環器疾患で死亡した40~64歳男子について北河内(枚方・寝屋川・門真・守口)4市の保健所の死亡小表をもとに遺族訪問聞き取り調査を行った。有効回答数は128である。

<結果> ◆ 死亡者の平均年齢: 54.6±6.0歳

◆ 飲酒状況: 適正飲酒量(一日日本酒2合以内)を越えて毎日飲酒していたものを多量飲酒とする。(表1) 適正飲酒を逸脱していたと考えられるものが多く、36名の多量飲酒者のうち、28名はアルコール依存症(疑いを含む。以下同じ)であったと考えられる。うち3名がアルコール依存症として精神科治療を受けたことがあり、1名が保健所の酒害相談を受けていた。

(表2)は寝屋川市における全訪問対象者33例中多量飲酒者11名の事例を示す。

◆ 飲酒と身体状況: 対象者の既往歴としては「高血圧」43% 「糖尿病」15% 「脳卒中」12% 「心疾患」18% 「肝疾患」15% みられた。高血圧は多量飲酒・普通飲酒者が非飲酒者に比べて有意に多く(p<0.05) 肝疾患は多量飲酒者が他に比べて有意に多かった。(p<0.01) (表示略)

◆ 飲酒と死因: 非飲酒者は他に比べ虚血性心疾患で死亡していたものが有意に多く(p<0.01)、脳血管疾患で死亡していた者が少ない(p<0.01)。アルコール依存症者は他に比べ脳血管疾患による死亡が多い(p<0.05)

◆ 医療の状況: かかりつけの医師があると答えたのは50%あり、アルコール依存症者でも46%はあると答えた。

<開業医・勤務医へのアルコール関連問題アンケート調査>
(方法) 北河内(枚方・寝屋川・門真・守口・大東・四条畷・交野)7市で診療に従事している医師全員を対象に日常診療上経験するアルコールの問題とその対応などについてアンケート調査を行った。期間は平成2年10月から3年2月。回答数は848名、回答率は57%であった。

[結果] ◆ 過去一年間に経験したアルコール関連問題を持つ患者とその対応: 全体についてはその一部を(表3)にまとめた。飲酒コントロール不能の患者を多くの医師が経験しており、対応としては節酒指導が比較的多い。表の他の対応では「治療不能を告げる」も約15%あった。診療科別では、幻覚・意識障害をもつ患者は精神科が多く経験している(72%)。その他の精神症状が出現する前の患者は内科・外科系が精神科より多く経験しており、内科・外科系の医師の78%が「病状が悪化しても飲み続ける」患者を、60%が「酒で内臓を痛め、入退院を繰り返す」患者を経験していた。対応については精神科では、専門医療機関・保健所・自助集団を紹介する割合が他の科に比べて高く、内科・外科系では、「入退院を繰り返す」患者にたいしても節酒を勧める(35%)、禁酒を勧める(78%)、治療不能を告げる(17%)医師が多い。

<おわりに> わが国の一人あたりアルコール消費量が年々増加しているなかで、働きざかり男子の死亡率への影響が次第に大きくなってきていることはすでに報告したとおりである。今回の調査結果からみるとアルコールの問題がいまや無視できない大きさにまで広がっており、保健・医療の重要な課題として取り組む必要があると考える。

表1 中年期男子(40~64歳)循環器疾患死亡者死因と飲酒状況

	計	多量	非多量	飲まず	不明
脳血管疾患	47(37%)	16	21	3	7
虚血性心疾患	28(22%)	6	5	12	5
その他の心疾患	53(41%)	14	15	15	9
計	128(100%)	36(28%)	41(32%)	30(23%)	21(16%)

表2 寝屋川市における中年期男子循環器疾患死亡(40~69歳)多量飲酒者事例(全死亡33中11)

年齢	配偶	職業	死亡に至る状況
64	離婚	無(生保)	覚醒剤中毒で入院歴あり
59	有	警備員	夜3日/w (PM4:45~翌AM8:45) 昼1日/wの仕事 数年前より朝から飲酒
54	離婚	日雇(葬儀は生保)	文化住宅(6,3,k)に居住 空の酒ビンが50本ほど残る 警察医の検死
48	有	鉄工所員	夕方家でビール3本、6ヶ月前から毎晩スナックで深夜3時まで飲む 警察医の検死
47	有	飲食業自営	毎朝酒2合 昼ビール1本 タビール1本酒1本 夜缶ビール2本 仕事多忙
61	有	大工	アルコール中毒による入院歴あり 妻に見放された状態
58	有	豆腐や	夕方4時ごろ外で飲酒中気分が悪くなった。
47	有	タクシー運転手	アルコール中毒による入院歴あり 肝硬変・脳出血・高血圧の既往あり
48	離婚	弁当配達業	前夜泥酔 自宅で死亡 府営住宅に独居 警察医の検死
59	離婚	ガードマン(生保)	発見時酒の空き瓶がゴロゴロ 収入ほとんどを酒に使う 警察医の検死
59	有	建設業作業員	仕事は規則的(朝8時~夕5時)救急車で搬送中に死亡

表3 北河内地域医師が過去1年間に経験したアルコール関連問題を持つ患者とその対応(重複回答 総数841) アルコール関連問題の内容 患者を経験した

アルコール関連問題の内容	患者を経験した 実数(%)	経験した患者への対応(経験者中%)					
		節酒 指導	禁酒	精神科 紹介	専門医療 機関紹介	保健所 紹介	自助集団 紹介
病状が悪化しても飲み続ける	531(63)	52	61	10	18	6	11
酒の臭いをさせて受診	484(58)	49	27	2	4	1	4
酒による内臓障害で入退院繰り返す	399(47)	35	75	6	15	2	7
酒を飲まないと手が振るえる	215(26)	36	65	11	25	7	13
酒による幻覚・意識障害あり	172(21)	23	64	29	37	10	11

牧野 忠康

(長野大学産業社会学部・医療福祉論)

【I】はじめに 金融再編成政策の下でオンラインによる全国ネットワーク化が進み、VDT作業が増えているT金庫のVDT健診を3年間取り組んできた。また、営業環境が悪化する中でノルマも厳しくなり、VDT作業のみならず営業関係も労働強化となっている。こうした状況の下で、T金庫のVDT健診のデータおよび面接による保健相談・指導をとおして見た金融労働者の健康問題の特性と対応策について検討を試みる。

【II】研究方法 1990-1992年のS病院健診センターのVDT健診データを用いた。報告者が作成したスクリーニング用質問紙をT金庫の健康管理担当者がVDT作業者に配布して回収し、健診センターでスコア化した。報告者らが作成した二次健診の間診用質問紙の回答結果と検査データおよび判定結果を用いた。

【III】結果

- III.1. 一次スクリーニング対象者は679(男353、女326)人で、その内91年の健診の受診者は419人であった。両年とも問題なしが64.7%、両年とも要二次受診が14.6%、問題なし⇒要二次受診が10.0%、要二次受診⇒問題なしが10.7%であった。
- III.2. 一次スクリーニングおよび二次健診の総合判定と視機能の判定結果を表1に示した。

III.3. 一次の頸肩腕障害スコアは、女が有意に高く、疲労スコア、腰痛スコア、目の疲労スコアと正の相関が認められたが、VDT作業時間・形態、経験年数、年齢とは有意な相関が認められなかった。目の疲労スコアは、女が有意に高く、年齢、目の既往歴、疲労スコア、頸肩腕障害スコア、腰痛スコアとの正の相関が認められたが、VDT作業時間・形態、経験年数とは相関は認められなかった。

III.4. 二次で、頸肩腕障害スコアと、腰痛、目の疲労、抑うつ、タイプA行動(弱)、身体症状、精神神経症状、生理不調(弱)、ストレス兆候、頸・腰の運動痛各スコアと正の相関が認められ、年齢、性差、VDT作業時間、経験年数、睡眠時間、握力、背筋力、肥満度、保健行動スコアとは相関が認められなかった。

【IV】まとめ

- IV.1. VDT健康障害は、頸肩腕障害 および精神的慢性疲労対策が求められているが、全身の保健対策が必要であることの示唆を得た。
- IV.2. VDT健康障害の予防は、個人的な保健行動の変容だけでは困難で、労働時間の短縮や労働密度の軽減など労働条件と労働環境の改善など労使の組織的な保健行動の変容が求められているとの示唆を得た。

表1. T金庫VDT健診判定結果(1992年2~3月実施)

【1】一次スクリーニング結果		計 (平均年齢±標準偏差)	男 (平均年齢±標準偏差)	女 (平均年齢±標準偏差)
計		679(100.0) [34.3±9.2]	353(100.0) [38.3±7.9]	326(100.0) [29.8±8.4]
1. 今回は問題なし		511(75.2) [—]	299(84.7) [38.9±7.7]	212(65.2) [30.5±8.4]
2. 要二次健診受診		168(24.7) [—]	54(15.2) [35.1±8.3] ***	114(34.9) [28.5±8.3]*
⇒二次健診受診者数(受診率%)		133(79.1) [30.2±8.9]	42(77.7) [35.1±8.4]	91(79.8) [27.9±8.2]

【2】総合判定結果 前回1992年		2. 要観察	3. 要注意	4. 要治療	5. 1992年新規受診者	計
2. 要観察		23 ⁵ (17.3)	16 ⁵ (12.0)	0 ⁰ (0.0)	48 ¹⁵ (36.1)	87 ²⁶ (65.4)
3. 要注意		9 ² (6.8)	8 ⁴ (6.0)	0 ⁰ (0.0)	27 ⁸ (20.3)	44 ¹⁵ (33.1)
4. 要治療		0 ⁰ (0.0)	0 ⁰ (0.0)	1 ⁰ (0.8)	1 ¹ (0.8)	2 ¹ (1.5)
計		32 ⁷ (24.1)	24 ¹⁰ (18.0)	1 ⁰ (0.8)	76 ²⁵ (57.1)	133 ⁴² (100.0)

【3】視機能判定結果 前回1992年		1. 適	2. 要注意	3. 要視機能精検	5. 1992年新規受診者	計
1. 適		13 ³ (9.8)	10 ⁴ (7.5)	3 ¹ (2.3)	28 ⁸ (21.1)	54 ¹⁷ (40.6)
2. 要注意		6 ² (4.5)	15 ³ (11.3)	6 ³ (4.5)	39 ¹³ (29.3)	66 ²¹ (49.6)
3. 要視機能精検		1 ⁰ (0.8)	2 ⁰ (1.5)	1 ¹ (0.8)	9 ³ (6.8)	13 ⁴ (9.7)
計		20 ⁵ (15.0)	27 ⁷ (20.3)	10 ⁶ (7.5)	76 ²⁵ (57.1)	133 ⁴² (100.0)

単位:人、()%, 添字数字は男(再掲), * P<0.05, *** P<0.001

福地 保馬 (北大・教育・健康体育科学)

1986年11月から女性パートタイマーの深夜就労を導入したある購買生協の食品加工センター(北海道)において1991年10月に生活と健康についてのアンケート調査をおこない深夜勤パートタイマー67名(深夜勤群、N群)と日勤パートタイマー66名(日勤群、D群)から回答を得た(有効回答率:58%)。

1.回答者の特性(勤務時間)いずれも1シフト4時間勤務で、深夜勤は22,0,2時から、日勤は8,9,12時から勤務開始。(年齢)N①40-44:31.3%②35-39:29.9%、D①40-44:35.4%②45-49:29.2%。(勤続年数)5年以上:N9.1%<D33.3%。(家族構成)ともに97%が主婦。核家族:N79.1%、D84.9%、三世帯N17.9%、D10.6%。末子年齢:就学前N28.2%、D0%、小学低学年N29.7%、D15.3%。

2.仕事について(深夜勤務の理由)表1:①育児②賃金。(最近6カ月間での欠勤あり)N65.7%、D48.5%。(欠勤理由)病気・体調N41.8%>D21.2%、学校行事N4.5%、D15.2%。(収入の使途)表2:N①生活費②教育費、D①こづかい②生活費③万一の貯蓄④教育費。(仕事をもつ理由)表3:収入N>D、社会経験、こもってたくないN<D。(不満)D>N→睡眠不十分、有休困難、生活不規則。

3.生活と健康の状況(睡眠)図1、2:Nの睡眠は短くて分割。(食事)2食以下/4食以上が月6日以上N29.6%>D7.8%。(休日)休養N59.1%>D41.3%、家事N53.0%、D68.3%。(家事・育児)両群ともほとんど本人だけが担当。(男性の家事・育児への意識)男性の仕事ではないN15.2%、D9.5%。(就労後の意識・行動変化)N:家族と外出、子どもと話す時間、配偶者と話す時間が減少、D:口紅・パンスト購入が増加、夫婦円満になる、体調がよくなる。(1年間の罹病)頸肩腕障害N0%、D9.2%。(蓄積疲労徴候)図3。

4.結論 ①育児が昼間就労の障害となっている子育て主婦によって、生活費を得ることを主な目的で深夜就労が行われている。②したがって、深夜勤務をする主婦の家事・育児負担は日勤者以上に重くなっている。睡眠の時間は短く、しかも家事のため分割してとっているものが多い。家族とのコミュニケーションが悪化している。③今回の調査では、健康状態は日勤者と著明な差が認められなかった。

【謝辞】

大島昌彦(調査担当)コープさつばろ(調査協力)

表1. 深夜勤務をしている理由(多重回答)

育児に都合が良かったため	47人	70.1%
賃金が高いため	23	34.3%
趣味に都合が良かったため	17	25.4%
通院・看病のため	1	1.5%
家計の維持のため	8	11.9%
昼間に適当な仕事がないため	9	13.4%

表2. 収入の使いみち(多重回答)

項目	深夜勤群	日勤群	有意差
生活費	35 (54.7)	24 (36.4)	*
教育費	20 (31.3)	20 (30.3)	NS
ローン返済	7 (10.9)	4 (6.1)	NS
仕送り	2 (3.1)	1 (1.5)	NS
高額品の購入費用	3 (4.7)	2 (3.0)	NS
こづかい	17 (26.6)	28 (42.4)	NS
旅行費用	6 (9.4)	8 (12.1)	NS
万一の貯蓄	17 (26.6)	23 (34.8)	NS
その他	1 (1.6)	0 (0)	NS

表3. 仕事についている理由(多重回答)

項目	深夜勤群	日勤群	有意差
収入を得るため	64 (97.0)	53 (81.5)	**
働くのが好きだから	6 (9.1)	10 (15.4)	NS
社会経験を得るため	0 (0)	7 (10.8)	*
家にもっていきたくないから	19 (28.8)	38 (55.4)	**
人も働いているから	1 (1.5)	1 (1.5)	NS
特に理由はない	2 (3.0)	1 (1.5)	NS
その他	2 (3.0)	2 (3.1)	NS

図1. 睡眠時間の分布

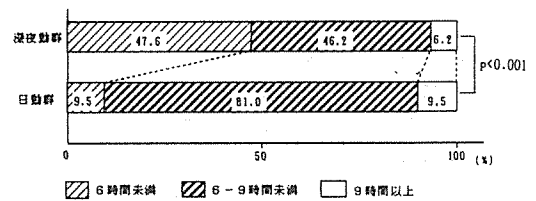


図2. 睡眠の分割回数分布

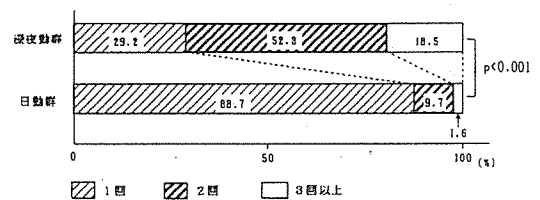
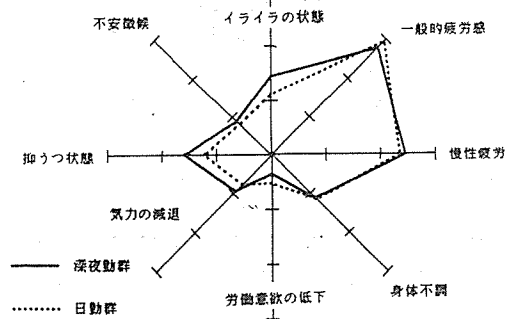


図3. 蓄積疲労徴候(成分別平均断準率)



要望3-④ 過労死につながる現代の過度労働

○ 千 田 忠 男

(同志社大・文・社会学科)

1. はじめに

働きすぎによって過労状態や過重ストレス状態が生みだされ、基礎疾患の悪化や病気にいたる事態が繰り返し発生している。そこで、過労死と現代労働の特徴との関連を吟味するための一般的枠組みを考察する。

2. 過度労働の発生しやすい賃労働の類型

労働者(人間)は一般に、積極的に労働し、労働に喜びを見いだす。労働は自己を実現し、人格を発露する過程である。しかし資本・賃労働関係によって労働の性格が変化する。性格が変化することで過度労働になりやすくなった賃労働の類型を示す。

(1) 労働において自己を実現している場合

資本が労働のシステムをつくりその内容を変質させ、人格を持つ労働者の労働を資本に従属させる。そのとき資本家の指揮管理活動が必要であるが、資本が発展すれば資本家のその機能は分化し、分化したそれぞれの機能を遂行するために賃労働者が充当される。たとえば、(A) 企業を代表する資本家機能を遂行する賃労働者、(B) 企業の戦略決定にかかわる賃労働者、(C) 企業の各部門の意志決定にかかわる賃労働者、(D) 指揮監督労働に従事する賃労働者、などである。

これらの労働では、賃労働者の自己が実現される(注)。この労働の評価軸は資本の増殖であり、労働における自己実現の程度は資本増殖の程度によって表現され、たとえば会社の業績とかノルマとかそれらの反映としての出世とかである。これらの賃労働者では過度労働を誇りにする場合がある。いわゆる企業戦士である。

同時に賃労働者にとってこの労働は、自己(賃労働者)に對立する。自己が実現されるといってもそれは一面的でしかない。

(注)「現代社会で、労働において自己を実現している賃労働者が存在する」という見方には異論が多いと思うが、今のところ私はそのように考えている。

(2) 労働における自己実現を実感できる場合

資本増殖は社会的に有用な活動を介してすすめられる。社会的に有用な側面に着目すれば、労働における自己実現を実感できる場合がある。資本への従属が不完全な場合(形式的従属にとどまっている場合)である。たとえば、(A) 研究開発、設計・ソフトウェア製作、生産管理、企画、営業など、あるいは管理活動の科学化や機械化、ME化の進んでいない部門の共同作業の管理者などである。主に高級なまたは専門的賃労働者。(B) 職人的熟練が決定的に重要な場合などがあげら

れる。

これらでは、過度労働にのめり込んでしまう場合がある。

(3) 労働において自己実現を実感できない状況にあるが、過度労働を拒否できない場合。

多くの賃労働では労働における自己実現はできないし、人格性も否定され、労働の喜びは実現されない。しかしこれらでは、過度労働を拒否することが困難な場合が生ずる。たとえば、(A) 孤立した賃労働者、(B) 分業、機械体系、系統的な生産管理システムに従う賃労働者(実質的従属の進行する場合)など、(C) 企業間競争で圧倒的に不利な企業の賃労働者、(D) 家内労働者などがあげられる。

(4) 物質的生産部門以外の賃労働者

運輸・通信労働、商業労働、金融労働、公務労働、サービス労働などではそれぞれ特有のあらわれ方があるが、上記三類型を参考にすることができると思われる。

3. 過度労働と労働者

ここでは、過度労働の内実とそれによる賃労働者の状態の変化について考える。

(1) 過度労働の内実

(A) 処理すべき課題が過大で多すぎる。(B) 課題処理のリズムが速すぎる。(C) 課題処理のためのリズムの持続時間が長すぎる。(D) 課題処理のための労働手段が不合理なため、人間の機能発揮が不合理になっている。(E) 協業と分業の中で労働者同士の激しい競争が組織される。

ここでは、『過度』とは労働の形式の問題であり、課題の内容にはかかわらないと考えている。

(2) 労働負担の発生と増大。その発展

(A) 過大な課題の処理、過密なリズムの維持、過長な持続時間などを遂行するための心身の態勢動員が激しい。不安、焦燥、意欲低下、単調感、緊張など強いストレス状態を生み出す。これらを内容とする労働負担が発生する。(D) これに対抗して個人、集団レベルで各種の対策がとられるが、そうした対策をこえて、労働負担が増大する。(F) この場合に、過労、過重ストレス状態、労働生活の困難、肉体的精神的負担感、社会的文化的欲求充足の困難が生じ、基礎疾患の悪化にいたる。

4. まとめ

過労死発生につながる現代労働の特徴を考えるための一般的枠組みを検討した。すなわち、人間は労働に積極的になるという理解を出発点にすえて、賃労働ではそれが強化されることと、過度労働に陥りやすい賃労働の類型を検討した。

(財)東京社会医学研究センター 清水 健
高田勢介

はじめに、1991年以降に“過労死”の業務上認定にかかわる相談を受け、意見書の作成を含め対応した4件の事例について、死亡の要因となった業務負荷と健康管理措置の不備の実態を報告し、業務との因果関係の考え方を検討する。

事例Ⅰ 高校教員1948年5月生 1991.5.9 AM12:00 急性心不全で死亡42才。校内サッカー試合に参加、試合開始約10分後、グラウンド内全力走中に倒れ数分以内に呼吸停止、心停止となった。生前の健康データとして'88年定期健診時に血圧158/90と記録され'89年の人間ドックの検査で境界域心電図、中性脂肪の高値が指摘されたが'90年狭心症発作が没同年の健診時の心電図は異常なしであった。その後過労状態と狭心症発作の出現するなか、急激な運動負荷により冠動脈spasmから一次性心停止が生じたものと考えられた。

事例Ⅱ 劇場大道具係責任者1947年4月生 1989.7.25 AM 7:10 心筋梗塞で死亡43才。深夜リハーサル後AM4:30帰宅、就床15分後胸痛発作ニトロ剤で治まらず救急入院3時間後に死亡。'86定期健診時に血圧140/102 その後降圧剤服用定期受診続行'89年3月労作性狭心症出現、5~6月次第に発作頻発しニトロ剤服用開始、7月7日負荷心電図で虚血変化ありβ遮断剤開始、その後も労作性発作時ニトロ剤服用反復、死亡日前就業中数回の発作あり服薬しつつAM11:00から公演とリハーサルを翌AM2:00まで続行、帰宅直後に心筋梗塞を発症した。

事例Ⅲ 信金支店長1936年9月生 1987.12.2 PM14:15 脳出血で死亡51才。出勤時と会議中に寒気冷風中をバイク走行直後、店内で顧客と面談中意識障害発作、救急入院13時間後死亡。定期健診データでは'79年に血圧170/110と測定、その後も'80年166/112、'81年170/100、'82年190/120、'85年180/124、'86年202/116、'87年180/100であったが、この間受診せず無管理のまま経過、1982年支店長就任後の高額の前金減対策と年末ボーナス作戦で業務量と残業増で心労、過労あり寒冷下の血圧変動の危険による発症。

事例Ⅳ 楽器会社総務係長1934年4月生 1987.5.2 PM 7:15脳出血で死亡53才。52才で転職入社後、経理業務責任を引継ぎ資金運用、人事・労務等の未経験多岐の業務に従事、月20~30時間の残業あり、死亡1ヵ月前から近くのビルへの事務所移転業務に従事、死亡日は100kgのエレクターを若い従業員と一緒に数台運搬し移転業務終了、旧事務所引渡し処理直後に意識喪失発作、救急入院2時間後死亡。前職T銀行に1953年入職初期に定期健診で高血圧指摘あり、無管理のまま経過、'86年転入職時

健診で高血圧(194/124)要治療と指示をうけたが、治療せず8ヵ月後の移転業務中に脳出血発症。

健康管理措置の問題点、事例ⅠからⅣまで、要治療〜精査、療養の措置が必要な人達であった。

心臓死の2例とも明確な自覚症状があり、健康上の不安、危険感について自分でも主張し、同僚・家族等からの休養、業務中止等の勧奨を受けながら、その機会を逸したことが死亡という結果をもたらしたものであった。

脳出血死の2例は、長期にわたって高血圧が指摘されてきたものであって、健康管理上は当然の措置として受診、療養が行われなければならず脳出血等の危険がしだいに高まりつつある中で、過重な業務負荷によって発症する結果となった。

事例Ⅰの場合、死亡1年前の定期健診時の狭心症発作出現の訴えに対し、境界域心電図、その後心電図異常なしの通知をうけ、心疾患の進行よりも教務主任としての業務過重が続くなかの過労症状との誤解によって、サッカー試合出場による危険に気がなかった。狭心症発作に対する適宜な精査、業務軽減など健康管理措置が行われれば、死亡を防ぐことは可能であった。

事例Ⅱは、死亡の4ヵ月前に発症した労作性狭心症の診断のもと、ニトロ剤投与をうけ治療中であった。業務による心身労作で発作が出現する度に服薬をくりかえしており、β遮断剤開始後も業務負荷の軽減等の発作回避措置は全く行われず、業務代替者の配置を求めながら深夜、長時間の業務に従事し、発作出現に対する服薬効果を喪失するという必然的な死亡であった。

事例Ⅲでは、定期健診の結果は全く無視の状態であった。他の病気にも罹らなかったことが健康への過信を生じさせ、業績優先の業務従事により年末繁忙期の過重業務、寒気冷風中のバイク走行が高血圧症の急進・脳出血をもたらした。

事例Ⅳは、30年来の高血圧が、転職直後の神経緊張と事務所移転業務が重なり過大な負荷となり病状を急進させ脳出血死させた。

まとめ、4例とも定期健診等により健康の異常は明確に把握されており、労働内容、業務負担を考慮した健康管理措置が行われれば病状の急進、死亡を免れることは十分可能であった。個別の労働者の健康状態あるいは病状に対して、業務負荷が過重かどうかの評価がないかぎり健康管理はなりたないことからすれば、“過労死”における業務上の因果関係は、健康管理措置の実態からみた業務負荷の過重性によって判断すべきものと考えられる。

上島 弘嗣 (滋賀医科大学保健管理学)

【はじめに】 いわゆる過労死の代表格である急性心臓死を取り上げ、過労と急性心臓死に関する疫学研究の現状について考察し、因果関係論における研究の問題点につき検討した。 I. 急性心臓死の定義と実態 急性心臓死は、心疾患による突然の死亡を意味する。河合らは、突然死の研究班において、総死亡の数%から10数%が発症後24時間以内の突然死であり、その内の約70%が心疾患であるとしている。わが国では、年間おおよそ75万人が死亡する。もし、死亡総数の10%が突然死とすると、24時間以内の急性心臓死は毎年約5.3万人、虚血性心疾患による急性心臓死は、約4万人と推定される。

II. 急性心臓死の危険因子 急性心臓死の危険因子は虚血性心疾患の疫学調査により検討されてきたものと変わりはない。久山町研究では、追跡コホートからの50例の急死(24時間以内の突然死)例と843例の生存例とから危険因子の分析し、急死と非急死には、危険因子に目だった差は認められなかった。ハワイの日系米人男性1342名を1965年から1983年まで追跡した98例の急性心臓死を用いた多変量解析による危険因子の検討でも、従来の虚血性心疾患のもとと変わらなかった。また、わが国の数少ない虚血性心疾患に関する疫学調査でも、わが国の虚血性心疾患の危険因子は高血圧、高コレステロール血症、喫煙であり、欧米における疫学調査の危険因子と何等変わりはない。

III. 過労は急性心臓死の原因となり得るか

1) 労働時間と急性心臓死 わが国の過労死問題は、長時間労働が根本にある。上畑は、循環器疾患労災相談事例より、週60時間以上の労働、または月50時間以上の残業および月間の所定休日の半分以上の出勤のいずれかを満たしたものの割合は、約65%もあったと報告した。冠疾患による死亡例100例とそのコントロールを対比させた、古典的なBussekらのケース・コントロール・スタディによれば、週60時間以上の労働を含む仕事上のストレスや緊張が、冠疾患による死亡群にコントロール群よりも4.6倍も多かった。さらに、Bussekらの報告を追試する形で、Buellらは米国カリフォルニアの職種別の死亡統計より、週当たり48時間を超える労働を有する割合の高い職種ほど標準化死亡比が高かったと報告した。

2) 重労働と急性心臓死 福田らは、旧国鉄の40-55歳の男性従業員を約132万人年追跡し、職種別に急性心臓死による死亡率を比較した。そして、現場の重労働の職種ほど急性心臓死の率が高いことを明らかにした。

3) 過労による虚血性心疾患の危険因子の悪化

心労やストレスにより、高血圧が悪化することは、論を待たない。ストレスの増加による虚血性心疾患の危険

因子の悪化の総合的な結果として、また、喫煙、飲酒、疲労そのものが急性心筋梗塞の引金ともなり、急性心臓死を来すことは十分に考えられる。さらに、過労死の症例として報告されているように、十分な治療と休養のための時間がとれなく、基礎疾患のコントロールが不十分なために、疾病が発症することも考えられる。

4) 過労や心身のストレスによる心筋梗塞や心室細動の誘発 過度の心身の疲労やストレスが、心筋梗塞の引金となる可能性が指摘されている。また、心臓急死の直接の原因である心室細動も、精神的なストレスにより心筋の被刺激性に対する域値が低下し、誘発されることが報告されている。 IV. 職種による社会階層と虚血性心疾患

労働状況や職種が循環器疾患の発症率に影響を与えることは、わが国では、古くはKomachiや福田らにより指摘されてきた。Roseらは、ロンドン市公務員男性の虚血性心疾患の危険因子に関する疫学追跡調査により、職種による社会階層の相違により、虚血性心疾患の発症率が異なり、その相違はコレステロール、喫煙、血圧、身体活動、等の既知の要因で説明がつかないものがあることを示した。 【おわりに】 以上の研究を総合し、因果関係モデルに当てはめ急性心臓死の原因とは何かを考えてみると、過労も急性心臓死の原因であると考えて差し支えないであろう。しかしながら、循環器疾患の典型的な疫学追跡調査により、高血圧、高コレステロール血症、喫煙などが、虚血性心疾患や急性心臓死の危険因子であることが示されたようには、疫学的に明確に立証されているとは言い難い。もちろんこの場合、疫学的に立証されていないからといって過労は急性心臓死の原因ではないとするのは過ちである。しかし、研究的な視点からすれば、過労は過労でない状態より、急性心臓死の相対危険度は何倍であるか、との間に答える科学的なデータを集積する必要がある。現在の研究の困難な原因は、一つには、血圧やコレステロール値を扱うようには、過労を指標化して扱えない問題である。また、過労の状態は、調査した時点にはなくても発症の直前にもあり、また、逆のこともある。したがって、方法論的に典型的な追跡調査になじまない点がある。また、労災補償とも絡んで、事業所におけるこの種の研究が現実には極めて遂行しにくい状況にあることも事実である。過労と急性心臓死の関係を疫学的に追究するためには、よく計画されたケース・コントロール・スタディが最も適した方法であろう。しかし、残念ながら、著者の知る限り、質の高い疫学的方法論に沿った研究は、わが国には未だなく、今後の課題といえる。

藤 岡 光 夫 (島 根 大 学)

- 1、はじめに
 - 1) 過労死問題の深刻化
 労働力再生産の危機的状况
 - 2) 事例研究と統計研究の一体化、国際比較の必要性
- 2、労働者の健康破壊の状況
 - 1) 事例研究によるこれまでの研究成果
 - 2) 統計的接近

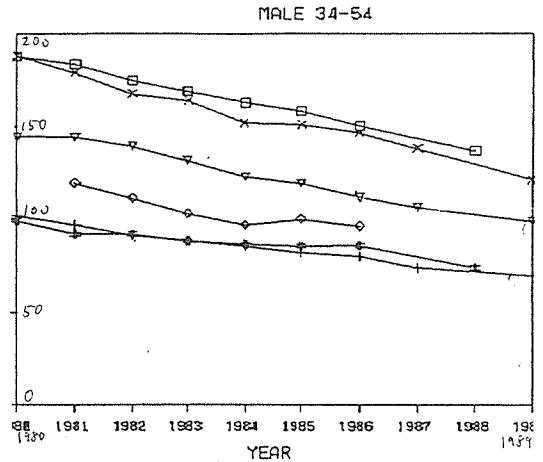
- 3、労働災害・職業病統計の国際比較の可能性
 - 1) 各国の労働災害補償制度の違い
 - 2) 労働災害、職業病統計の信頼性、正確性の検討
- 4、死亡統計による国際比較
 - 1) 日本と欧米諸国
 - 2) 日本とアジア諸国
 - 3) 関連統計指標の検討
- 5、むすび
 - 1) 研究方法としての事例研究、統計研究の一体化
 - 2) 今後の課題

表2 欧米主要国・日本の労災補償と
 労災・職業病統計の対象比較

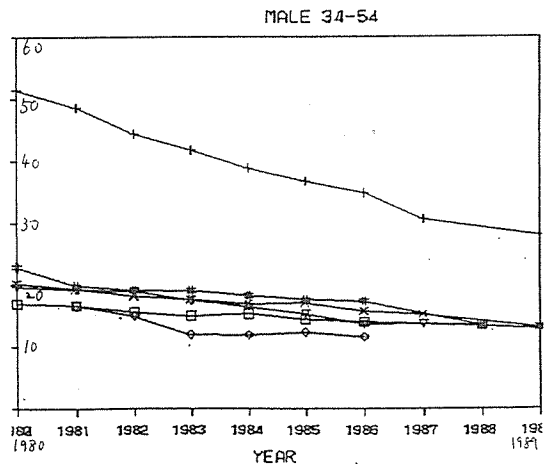
国名	労災補償の人的対象範囲	対象となる労災の範囲、 および職業病疾病の内容
米国	州毎で別制度、 製造等・商業被用者と大部分の公務労働者（農業被用者・家内労働者等除外）	労働災害 職業性疾病（州毎の別制度、リスト列挙は半数以下、業務上疾病を含む）
英国	すべての被用者（鉱山労働者には特別付加給付制度、 自営業者は除外）	労働災害 職業性疾病（67種の職業病リストによる限定列挙）
旧 西独	すべての被用者（一定の自家被用者・学生等を含む） 公務員は特別制度	労働災害 通勤災害 職業性疾病（50種の指定職業病+政令指定の業務上の疾病、有害作用関連も有）
仏	すべての非農被用者78% （農家被用者、鉱山鉄道、公企体被用者・公務員、 電気・ガス等は特別制度）	労働災害 通勤災害 職業性疾病（78種の職業病リスト限定列挙、作業環境・作業姿勢関連疾病も含む、 拡大傾向有り）
スウェーデン	民間・公務部門のすべての被用者・自営の住民	労働災害 通勤災害 職業性疾病
日本	民間事業所の被用者 （自営業主・家族従事者、一人親方等は労災保険任意加入のため非加入者は除外 自営農者、公務員は除外）	労働災害 職業性疾病（50種の職業病リスト限定列挙、その他については労働省通達で厳格に限定、殆どが対象外）

資料：ILO「労働統計年鑑」、ILO資料、
 その他各種資料により藤岡作成。

男子中高年期の循環器疾患死亡率比較（訂正死亡率）



男子中高年期の脳血管疾患死亡率比較（訂正死亡率）



注：訂正死亡率の標準人口は年齢別日本人口(1985年)
 資料：WHO, World Health Statistics

○ 関谷栄子、金子七三子（産業医学研） 上畑鉄之丞、土屋八千代、及川しほ（国立公衆衛生院）
阿部真雄（中災防） 石原伸哉（名古屋大学） 斉藤良夫（中央大学） 千田忠男（同志社大学）
山崎 喜比古、杉澤あつ子、坂野純子（東京大学） 長谷川吉則（千葉健生病院）

【調査・研究目的】

この調査は、長時間労働や職場ストレスが健康や生活に及ぼす影響を検討し職場における労働関連疾患を予防することを目的としている。検討する事項は

- 1) ストレスに起因すると考えられる疾患の仕事での発症危険要因の検討
- 2) 個人レベルでの過労・ストレス評価と予防方法の検討
- 3) 職業ストレスによる健康障害の職場での予防対策の検討の三項目である。

【調査方法・対象】

断面調査は19産業、37職種約3万人の同一人の労働者を対象とし1989年11月から1992年3月まで実施した。回収数21392人、追跡調査は1992年5月までに18158人の回収(75.3%)がされた。

調査方法は断面調査及び追跡調査、発症者調査を行う。

- (1) 断面調査：所定のアンケートへの記入を求め、産業別、職種別、年代別、性別などによる過労・ストレスの実態をあきらかにする。
- (2) 追跡調査：断面調査の2-3年後に労働や健康状態、生活の変化を追跡する。さらに脳血管障害（脳出血、脳梗塞・脳血栓、蜘蛛膜下出血、脳卒中、脳動脈瘤破裂その他の脳血管の病気）や心臓病（狭心症、心筋梗塞、心臓弁膜症リウマチ性心臓病、冠動脈硬化症・冠不全、心筋症心房細動などの不整脈、心不全、その他の心臓の病気）発症者については過去の労働・職業ストレスの状態を、発症しなかった者との間で比較検討する。

【調査の特色・従来の調査との違い】

- 1 従来の労働組合の調査は労働組合主体であり労働実態はわかるが個々の労働者の生活までは踏み込むのは困難だった。本調査は、労働組合と研究者との共同研究であり、調査方針は研究者と調査協力団体組合とからなる運営会議で決定・実行され、方針徹底のために事務局通信を発行した。(約2ヵ月に1回、1992.4.25までに15号)
- 2 本調査では記名式で、一人一人の仕事と健康の関係を評価しそれぞれの人にその結果を本人に返還した。個々人の健康管理に役立つようにした。なおプライバシー保護には厳重に注意し、回答及び個人宛の結果は密封封筒を用いた。

【調査で明らかになったこと】

- a, 断面調査において労働時間と疲労の関係は、一般的な疲労症状は週実労働時間50時間をこえると43.8%の人が自覚し、長時間になるほど上昇する。心身消耗感は週実労働時間が50時間をこえると35.0%になり、長時間になるほど増加した。
 - b, 1年2ヶ月-1年8ヶ月後の追跡調査では、新しく高血圧発症者(33名)を選定し年齢職種をマッチングした対照を1:3で選び発症前の労働・生活状態を検討した。労働時間要因では月間休日3日以下(オッズ比1.952) 週実労働時間60時間以上(同1.717) がリスクになっていた。
 - c, 高血圧新規発症者の職場ストレス要因では競争のほげしさ(同2.065) 人手不足(同1.808) がリスクであった。
 - d, 糖尿病の新規発症者(55名)では、仕事の特徴のうち支援度が低い者がオッズ比3.033であり、リスクであることがわかった。
- 断面調査でも肥満者が35歳以上のタクシー・バスの運転手に多く糖尿病有病率とも関連していた。支援度も低かった。
- e, 仕事の特徴では営業マンや記者・編集者の仕事の要求度と裁量の自由度いずれも高く、いわゆる仕事中毒の状況になっている。

【調査の難しさ】

総合的な調査票作成の困難：20種にもわたる産業のすべてを把握できる調査票の作成は困難である。
回収状況について：未回収者の中に発症者が潜んでいる可能性があるため全数把握に全力をあげている。健康対策を熱心に取り組む労働組合では回収率も高率であった。労働組合との協力関係を強化するために、啓蒙パンフレット「働き過ぎと健康」（過労の予防がわかる二十章）を作成し教育宣伝を行っている。
疫学調査は息の長い取り組みが必要であり、本邦初めての大規模な調査であるという自負をもって成功させたい。

【今後の方向】

- 1 学術的側面から追跡調査終了後、労働関連疾患予防のために発症危険要因を明らかにしていき、過労死の認定基準について提言をしたい。
- 2 運動的側面から、労働関連疾患を予防するために労働条件や職業ストレスと健康の関係を明らかにし、職場環境改善のための対策を労働組合と共同で提案していく。

自由演題

自由1-① 社会的健康あつての

精神的健康・身体的健康

- 農山村の青少年の生活実態調査にもとづいて -

○ 三塚 武男 (同志社大・文・社会学科)

目的

教育関係者によって子どものからだの異常やおかしさが問題として取り上げられるようになってから、すでに30年余りになる。保険医(国保)による「学齢期シンドローム」に関する調査も行われ社会経済的な規定要因や背景との関連について分析され、具体的な予防・対策の課題が提示されている。

それらの調査研究に学びながら、このたびWHOの三つのレベルの健康の概念を手がかりに、社会的・人間的に成長の過程にある子どもの健康と発達メカニズムを明らかにするための実態調査を試みた。

方法

地形的にも交通の便、産業構造、住宅開発などの面でも都市化の波が及んでいない農山村の子どもたちが、日常生活のなかで健康について気になっていることや考えていることなどを本人が調査票に記入する方法によった。健康問題をとらえる基本的な視点と方法(論)は、第2回回総会のシンポジウムで報告した枠組み(「社会医学研究」第8号所収)を用いた。町内に住んでいる小学校5年生149名、中学2年生127名、高校2年生97名全員を対象に、回収し集計した調査票は349名(93.6%)。実施主体は、福祉の町づくりをすすめている社会福祉協議会である。

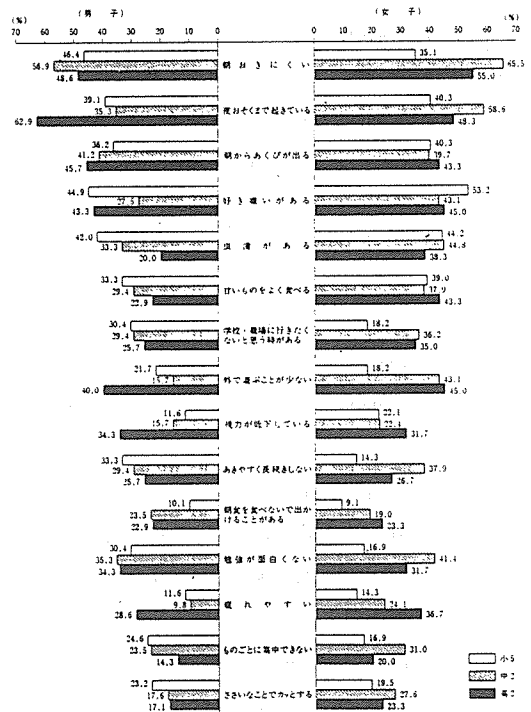
結果

農山村でも、子どものからだと心の異常が予想したよりも広がっていることが明らかになった。その要因としては、生産・労働から切り離されたカネ・モノと効率本位の消費生活様式の拡大と能力主義的な競争による分断と孤立、生活リズムの乱れ、からだと健康によくはない食生活の広がり、屋外や自然の中での集団的な遊びや運動と休養の不足、それに起因する疲労とストレスの蓄積が著しい(図)。同時に、家事・家業を手伝っているとか屋外で年上や年下の子どもたちと遊んでいる。家庭内で家族そろっての対話があり、その内容もスポーツや勉強、趣味のことだけでなく親の仕事や自分の将来、社会・経済・政治の動きなどについても話し合っている。おとしりや障害者と積極的に交流しているとか家族がさまざまな地域活動、とくにくらしと健康を守る自主的な活動に参加している場合には、子どもの暮らしや健康の状態が相対的に良好であるという結果がえられた。

結論

人間は、自然の一部として身体的生命をもっていると同時に、他の生きものと違って精神的生命をもっているが、基本的には社会的な存在である。したがって、健康の問題を取り上げる場合には、さまざまな共同の作業・活動に根ざした日常的な交流や対話・協力というくらしを支える条件づくりを軸にすえて構造的にとらえることが大切である。くらしを支える条件づくりこそ、社会的健康であり、精神的・身体的な自立(自治)と発達の基礎となるのである。

図 性別・年齢別にみた健康状態



自由1-② S市児童生徒の学校医健診について

○ 竹内 治 一 (摂津市医師会)

原 田 正 文 (吹田保健所摂津支所)

目的

学校健診による児童生徒の病名、身体異常の分析

方法

健診方法は教育委員会の指示通り

結果

- ① S市学校医健診における過去5年間(1986~1990)でもっとも大きく変化したのは、小学校・中学校の児童・生徒の総数が計 3,351人も減少したことである。(総数 14,416 人)
- ② 内科系病名あるいは疾患の順位は 1皮膚疾患、2喘息、3 心臓疾患である。
- ③ 肥満は次第に増加傾向にあり、過去5年間に5%が8%になった。
- ④ 小児成人病は検査の関係で病名としてはキャッチできないが、尿検査の結果によれば、蛋白、糖、潜血などが少数ながら必ずあるので、肥満の増加と併せ考え高血圧、高脂血症、糖尿病などが実際にあるか、予兆であると言える。
- ⑤ 脊柱側弯症は最近減少しつつあったが1990年から女子に増加。
- ⑥ 近年問題となっている胸廓異常も毎年一定数必ずある。
- ⑦ 視力低下についても向上改善の兆しはない。
- ⑧ 耳鼻科では、鼻・咽頭炎がもっとも多い。実際に医療機関に受診してきた病名は殆どがアレルギー性である。
- ⑨ 不登校児の全国平均は0.75% 大阪府平均は1.05% でS市は1.28% でこの数値は極めて高い。

結論

以上の結果はこれを整々しく見過ごす訳には行かない重大な内容を含んでいる。児童・生徒の自然的(大気汚染、水の汚れ、山の緑の喪失など)社会的(住宅、道路事情の悪さ、遊び場がない、塾通い、テレビ、ファミコンに

釘付け、栄養過多の過食・飽食など)環境の悪化が子供達の健康を著しく蝕んでいるのではないかと。

学校健診の方法が、長年変更されていないので、現在発生している児童・生徒の病名・健康異常にあわせた健診方法に早く改定する必要がある。

男子 学校医検診 (人)

項目	学年	幼 稚 園	小 学 校						中 学 校			計		
			1	2	3	4	5	6	計	1	2		3	
受診者数		116	521	573	525	621	567	656	3,463	670	688	739	2,497	
校 医 検 診	伝染性皮膚疾患		1	3	1	1		1	7					
	その他の皮膚疾患		10	14	4	9	14	8	59	7	9	3	19	
	心臓疾患		6	7		12	3	9	37	4	9	9	22	
	ぜん息		10	15	10	11	11	15	72	15	9	5	29	
	腎臓疾患				1	1	2	2	6	2	1	1	4	
その他の疾患			1	2		1	3	1	8	1			1	
眼 科	受診者数	115	526	546	478	556	527	607	3,240	558	549	614	1,721	
	結膜炎		1	24	19	17	12	11	15	98	5	9	8	22
	その他の眼疾		5	11	2	4	4	3	8	32	2	3	2	7

女子 (人)

項目	学年	幼 稚 園	小 学 校						中 学 校			計		
			1	2	3	4	5	6	計	1	2		3	
受診者数		89	510	546	540	549	562	594	3,310	691	651	710	2,052	
校 医 検 診	伝染性皮膚疾患		3	1	1				5					
	その他の皮膚疾患		1	9	11	5	14	15	8	62	11	7	10	29
	心臓疾患		4	6	8	9	4	2	33	12	14	10	35	
	ぜん息		7	6	9	7	7	9	40	7	8	4	19	
	腎臓疾患					3	3	5	11	1	1	3	5	
その他の疾患			1	2		1	1	2	7				1	
眼 科	受診者数	88	521	506	484	500	502	546	3,059	558	537	583	1,683	
	結膜炎		1	24	11	7	11	11	12	76	2	2	7	11
	その他の眼疾		2	16	5	5	4	1	4	35	2	2	6	10

戸田 清 (一橋大学・都留文科大学)

①目的。昭和電工の健康食品トリプトファン製品が、大規模な食品公害事件を引き起こした。これについて、企業責任、行政責任および遺伝子工学の技術論という観点から検討を加えたい。

②事件の概要。昭和電工のトリプトファン製品が1988-1989年にアメリカを中心に被害者約1500人死者31人という健康被害をもたらした。死者は全員アメリカ人であるが、患者は独仏日にも若干名発生した。被害者の大半は中高年の女性であり、基本的には「対米公害輸出事件」である。また、遺伝子工学(組換えDNA技術)によって製造された製品による初めての健康被害である。カネミ油症事件以来約20年ぶりの大型食品公害であり、昭和電工としては新潟水俣病以来2回目の大型公害である。アメリカでは製造物責任訴訟が850件以上提訴されたが、多くは和解に終わっている。③健康被害の原因。1988年12月-1989年6月に使用された *Bacillus amylolique faciens* の第V株によって製造されたロットの摂取によって被害を生じた。発病のメカニズムは解明途上にあるが、(1)複数の不純物(ピークE成分およびアニリン誘導体)、(2)トリプトファン自体の取り過ぎ、(3)患者側要因(副腎機能低下等)、(4)二次的疾患誘発の可能性(自己免疫疾患等)、(5)トリプトファン代謝産物の関与の可能性等の要因が考えられる。ピークEは米国の疾病管理センター(CDC)によって構造が確定され、1,1'-エチリデン-ビス[トリプトファン]とよばれている。第V株の使用と連動して精製のための活性炭の使用量が削減されているので、第I-IV株で既に発生していた不純物が活性炭削減のために製品に残存することになったのか、第V株で発生した不純物が残存したのかは、判定できない。また不純物が細菌によって作られたのか(バイオハザード)、精製過程で化学反応によって生じたのか(ケミカルハザード)もわからない。但し、トリプトファンのダイマー(ジペプチドではない)であるから、PCB(ピンホール)の場合のような「混入」ではないであろう。キノホルム→スモン、PCB+PCDD→カネミ油症、と違って、原因構造は複雑である。東大応微研から供与された株に改変を加えて、I-V株が順次作出されたが、I株は突然変移により、II-V株は遺伝子工学によって作出されている。細菌のトリプトファン代謝酵素は誘導酵素が多く、遺伝子地図が全てわかっているわけではないので、「予期せざる代謝産物」を生ずる可能性は否定できない。

③企業責任。アメリカのトリプトファン市場は、日本企業6社(昭和電工、味の素、協和醗酵、田辺製薬、三井

東庄、日本化薬)によって占有されていた。1984年から売上が急増しているため、各社による激しい広告宣伝活動が背景にあるものと推察される。今回の事件では、昭和電工の製造物責任(製品の欠陥による被害の発生)が問われている。なお、日本型公害(企業主導型、典型は食品・薬品公害)とソ連型公害(国家主導型、典型は原子力災害)の類型が考えられる。

④行政責任。日本においては製造物責任の制度化の遅れにより被害者の救済が困難となっている。遺伝子工学行政については、大企業追随、安全性軽視の安易な指針緩和が問われている。特に、本事件の使用細菌の扱いを含む1987年9月16日の科学技術庁の大幅規制緩和が直接の要因となった。また、1991年1月31日(文部省)、1991年9月24日(科技厅)にも大幅緩和が行われている。食品添加物の大幅緩和(1983年)と対比できる。

⑤遺伝子工学技術の問題点。遺伝子工学はインスリン生産型、トリプトファン生産型の2類型に分けられるが、次のような特徴があるので慎重に扱うべきである。第1に、調節系への介入。細菌はインスリンを作ったことがないので生産量の調節系をもたない。また調節系を破壊することによりトリプトファンを「過剰生産」させる。第2に、新奇な物質の生産。細菌はインスリンを作ったことがない。第3に、「部品」の恣意的な増強。特定の遺伝子(群)を10-200倍に増やすものでありこれは「生物機械論」の思想の典型といえよう。以上のような技術的特性は細菌に大きな「ストレス」を与え、予期せざる結果をもたらす可能性が否定できない。

⑥結論。遺伝子工学は、研究の手段としては有用であるが、その生産物には未解明の部分があるので、安易な人体摂取や環境放出は時期尚早ではないかと思われる。昭和電工事件が解明されるまで商業利用を凍結(モットリアム)した方がよいのかもしれない。企業の製造や市場開拓に際しての行動様式や態度、行政の安全性や対企業関係にかかわる姿勢や制度的枠組み等も問い直す必要がある。日米の財界や行政は「バイオハザードである」という積極的な証拠がなければケミカルハザードである」とみなし、相変わらず「バイオには当初危惧されたような安全上の問題(1973バーグ書簡)はない」「バイテクは地球を救う」と繰り返している(1991年12月26日厚生省組換えDNA食品、食品添加物指針等)。しかし彼らは「不明」を「安全」にすり替えているのではなかろうか。また動物実験は(1)当たることもある、(2)外れることも多い、(3)仮に種差がないとしても「見逃しの危険」がある、ことに注意する必要がある。

確認書調印後12年を経たスモン患者の実態

○小出大介(東大・医・保健社会)
片平冽彦(東医歯大・難研・情報医学部門)

【目的】 スモン患者の和解後の変化及び現状を身体面・精神面・社会面にわたって解明し、これまでのスモン対策の有効性を分析・評価し、スモン恒久対策確立のための課題と方向性を明らかにするための全国調査を行った。

【方法】 主にス全協所属のスモン患者(遺族を除き)1503人に対し各地スモンの会(19都府県)の協力を得て1991年11月より調査票を対象者に配付し1992年2月までに回収した調査票を分析した。

【結果】 回収数は1174で回収率は78.1%であった。全国にいるスモン患者は、厚生省の調査で1992年2月1日現在4290人で、今回の1174人の鑑定症度は1度40%、2度39%、3度19%、鑑定なし・無回答は2%で、この4290人の鑑定症度の割合と比べ有意差(P<0.05)はなかった。男女比は1対2.9で女性が多く、全体の平均年齢は67.5±11.6歳であった。

現在の主な生活費は、裁判の結果得た手当や年金が中心、その年金も月額10万円未満が54%という状態で、医療費が負担になるという意見が多くみられた。

介護については、現在42%の人が介護を受けており、その内家族が介護している者が95%をしめ、2位の付き添い婦・家政婦の10%に比べ遙かに多い(複数回答)。家族数は患者を含め平均3.1人で、少人数で患者を支えていることがわかる。

次に和解後からこれまでのスモン症状の変化は、知覚障害・腹部症状は変化ないと答える者が多いのに対し、視覚障害・歩行障害が悪化したと答えた者が多かった(図1)。続発症・合併症も和解時に比べ増えており、白内障は2倍以上に増えている。

精神状態では、質問した全ての項目で和解時に比べ現在の方が悪化していると答えた人が多い(P<0.01)。特に疲労感、症状の悪化の不安が顕著に多くなった。(図2)

対人関係を相手がいなかったりまたは交際ない、挨拶程度、話相手、援助を受けているの4段階に尺度化したところ、患者の交際範囲の狭いことがわかった(P<0.001)(図3)

受療状況では、受療者総数は和解時と現在では差はみられないが、現在では入院患者が減り定期的に通院する者が増えて、通院費や通院介助の負担が増していることが裏付けられた。そして、スモン患者のハリ・灸・マッサージを公費負担するハリ・灸・マッサージ制度は、24%の人しか現在利用しておらず、この制度に関する問題点としては、「治療院が近くにない」、「通院費や差額、手続きが大変」という意見が多かった。

最後に今解決して欲しい問題について質問したところ上位は医療に関することが占めており、「健康管理手当の増額」の要望が1位で76%、2位の「スモンの治療法確立」の53%を大きく上回った。

【考察・結論】 スモンは1969年より国の研究班で原因治療法等の研究がなされ、裁判では1979年の『確認書』による和解で、認定患者全員に賠償金と健康管理手当、重症者に介護手当が支払われ、一定の対策はとられた。しかし、今回の調査結果は、これまでとられた対策では患者にとり、決して満足のゆくものとは言えないことが示された。特に全般的に見て、患者の心身状態が悪く、そのケアについては、家族に対する負担が大きい。その上患者・家族の高齢化している状態を考えると、社会的な介護態勢の充実や、健康管理手当の増額など、スモン患者への責任を認めた国による適切な対策の拡充が緊急の課題になっていると考えられた。

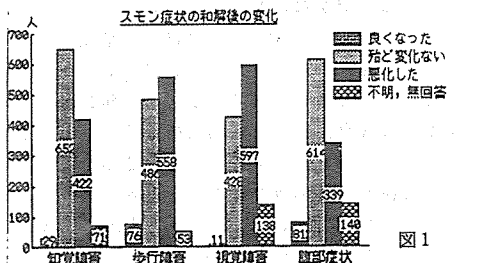


図1

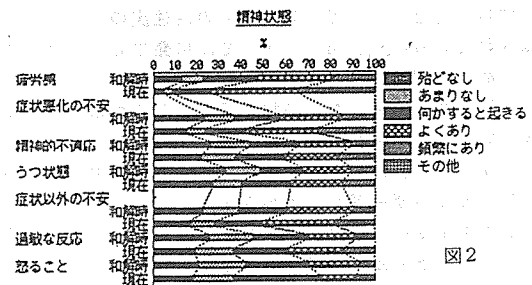


図2

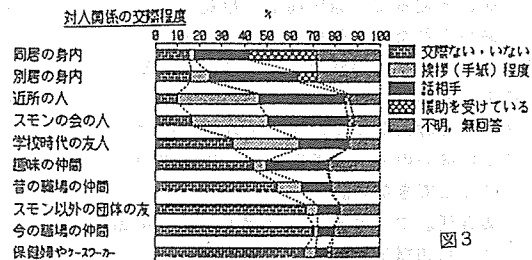


図3

○片平 洸彦 (東京医科歯科大学・難研・情報医学)

目的 スモン訴訟はその多くが1979年の「確認書」和解により終結しているが、唯一判決確定を求めて控訴した古賀照男氏(以下K)に対し、東京高裁は1990年12月に「Kがスモンであるとの主張は証明不十分」として、Kの請求を棄却する判決を下した。本研究の目的は、この東京高裁判決(以下判決)の問題点を明らかにし、判決の科学性を検証することである。

方法 判決全文(判例時報1373号に証拠を略して記載)と、証拠となった研究報告書・論文等を参照し、問題点を考察した。

結果および考察

1. 判決に至る経過

1967年5月、原告K、慢性胃腸炎のため社会保険中央病院(銅直医師)に受診、エマホルムを含む投薬を受ける。6月、エマホルム服用開始後27日目にして下肢しびれ感を感じ、29日目にスモンと診断される。その後入院し、8月に退院。1971年9月、社会保険横浜中央病院(本多医師)にてスモンと診断。1971年11月、K、東京地裁に提訴。1976年9月、川崎幸病院(杉山医師)にてスモンと診断。1978年、K、東京地裁判決(可部裁判長)にてスモンと認定され、賠償金(被告田辺)として1,343万7,500円を認容される。国への請求は棄却。被告田辺とKは控訴。(他の原告は全て「確認書」により和解。)1982年~90年、3度にわたり都立府中病院(別府医師)の診察を受け、スモンと診断。1984年、東京高裁控訴審が実質審理開始。1988年、Kと国は3項目の確認により和解。田辺はウィルス説を主張し、一審鑑定の詳細立証を要求したため、結審が延び、1990年4月結審。1990年12月、控訴審判決。K全面敗訴。最高裁に上告。

2. 判決の請求棄却理由

判決文は判例時報で40頁に及ぶ長文であるが、その請求棄却理由は以下に要約できよう。(B1)本件疾患がスモンか否かの判断は、スモン研究班の「スモンの臨床診断指針」(1970年)と、キノホルム服用歴及び鑑別診断(1976年)に基き判断すべき。(B2)スモンは当初中枢のみならず末梢性の神経疾患と考えられていたが、その後の研究から、スモンは中枢性の疾患と考えられており、末梢神経の病変がキノホルムにより起きるか否かは確定していない。(B3)従って、「単に末梢神経のみの病変、すなわち末梢性の病変のみ」の患者をスモンと認定するには、詳細かつ慎重な鑑別診断を実施すべき。(B4)原告Kの鑑別診断は、スモンとの診断を受けた社会保険中央病院においても、その他の病院においても詳細かつ慎重

には行われていない。国の鑑定も、これら病院の記録をもとに行っており、証拠価値を積極的に認めることは困難。

3. 判決内容の問題点

前記理由の中で、まず、B1は正当である。このように正しい問題設定をしたのだから、Kの病気は、あくまでこの判断基準で判定すべきである。ところが、B2において、1983年頃以降の犬を用いた動物実験等から、スモンは中枢性の神経疾患であることが明らかになったとして、判断基準を事実上変更している。判決は、B2に反する研究結果等は発表されていないとして、診断指針の変更を検討すべきとまで述べている。しかし、B2に反する研究結果(末梢神経の病変の存在)は、キノホルムを投与した動物実験(サル、犬、ネコ、家兎、ラット等)で多数報告されており、しかも肝心のスモン患者の病理所見で末梢神経の病変も確認されているのである。厚生省のスモン研究班は、ちょうどこの問題につき1988年度に検討を深めているが、その結果、「キノホルム投与中止後末梢神経障害は徐々に改善されるが、脊髄障害は残存し、末梢神経障害もなお残存しているものがある」(中西孝雄病態分科会長)と報告されている。すなわち、スモンはやはり「中枢性及び末梢性の神経疾患」なのであり、判決のスモンの病像理解は、スモン研究の到達点をふまえない誤った判断と言わざるをえない。

以上のことから、B3の前提が崩壊したことになる。B4に至っては、判決は神経内科専門医を含む4人の医師と国の鑑定人医師団(15人の専門医により構成)の「Kはスモンである」との診断をしりぞけるというところを行っており、このようなことが裁判の名で許されるならば、医学的にスモンと診断された者でも、その多くが、裁判上「証明は不十分」となってしまうことになる。もちろん、どんな医学の権威者でも誤ることはあるが、本件の場合、Kは異常知覚・深部知覚障害が出現したとの記載が診断書にあるのに、判決はその点を見落として、両者ともに「認められない」としており、判決の誤りは明らかである。

結論 1990年12月に出されたスモン東京高裁判決は、「中枢性および末梢性の神経疾患」であるスモンを「中枢性の神経疾患」と規定してしまい、原告Kの異常知覚・深部知覚障害出現の記載を見落とすなどの内容の誤った判決であり、上告審においては是正される必要があると考えられた。

自由1-⑥ 女子学生の食意識・生活意識と無意識の不健康

○島田彰夫(秋田大・医・衛生)

はじめに：戦後の食物摂取の状況の激変によって、日本人の体格は大形化し、40年間で20歳台男子は身長でおよそ6%、体重は16%増加した。女子も身長は5%増加したが、体重の増加は2%に過ぎない。これは女子の痩せ願望の強さを反映したもので、自然な状態ではない。体位向上という評価も単に大形化を示したるに過ぎず、適正な身長や体重についての検討は行なわれていない。

食物摂取の変化を含む生活環境の変化は、文化水準の向上といわれているが、同時に食物、水、大気、土壌などの汚染、森林の破壊などをもたらした。このような生活環境の変化が、無意識のうちに健康状態の低下をもたらしている。この現状を明らかにすることを目的に調査を行なったのでその一部を報告する。

対象と方法：医療技術短大看護学科2年の女子学生51名を対象として、質問紙法により日常生活の現状の把握を試みた。対象者は19~23歳、年齢の平均値は19.7歳である。質問項目は睡眠、食事の傾向、ダイエット、日常の自覚症状、体格、視力、口腔疾患、アレルギー、月経などである。今回はこれらのうち視力に注目し、他の生活要因との関連について検討したものを報告する。なお視力は小数視力を対数視力に変換し、その平均値を求め、さらに小数視力に再変換して視力平均値とした。

結果：調査に先立ち対象者に健康であるか否かを質問し、挙手による回答を得たが、風邪であった者、健康という自信のない者を除き、ほぼ9割が健康であるとした。結果は表1ならびに表2に示した。

1)睡眠時間は平均6時間47分(5.5-8.0時間)、起床時刻は7:02(5:30-8:00)、就寝時刻は0:14(23:00-2:00)であり、起床時刻の遅いものは就寝時刻が早く、睡眠時間が長い傾向が認められた。

2)視力について：視力(n=47)は2.0から0.02の間に分布し、1.5以上の正常視力者は9名(19.1%)に過ぎず、視力平均値は0.23であった。視力1.5以上、1.2~0.2(n=19)、0.1以下(n=19)の3群にわけて検討した。いずれも有意差はないが低視力者の体重、胸囲が小さく、牛乳を好み、牛乳の飲用量が多いという傾向が認められた。これらはこれまでの調査結果と同様な傾向である。

3)視力と自覚症状：低視力者にはダイエット経験者に多く、疲労感、肩凝り、頭痛、腹痛などの症状を訴える者も多い傾向が認められた。腰痛には視力との関連は認められなかった。便秘は視力順に週4.8回、4.6回、3.9回となり、低視力者に便秘の傾向がみられた。

4)月経：不定期とした者は45.1%に達し、ダイエットの結果に満足としたものが多い傾向が認められた。

表1 牛乳飲用量、ダイエット、自覚症状と視力

視力 n	1.5以上 9		1.2-0.2 19		0.1以下 19	
	牛乳飲用量	143.7	91.6	157.8	123.8	203.7
ダイエットなし	5(55.6%)		10(52.6%)		9(47.4%)	
以前	3(33.3%)		8(42.1%)		10(52.6%)	
不明	1(11.1%)		1(5.3%)		0	
なし	2(22.2%)		2(10.5%)		3(15.8%)	
疲労週1-2回	6(66.7%)		12(83.2%)		8(42.1%)	
週3-4回	1(11.1%)		3(15.8%)		4(21.0%)	
毎日	0		1(5.3%)		3(15.8%)	
不明	0		1(5.3%)		2(4.2%)	
なし	7(77.8%)		9(47.4%)		5(26.3%)	
肩凝り週1-2回	1(11.1%)		5(26.3%)		5(26.3%)	
週3-4回	0		3(15.8%)		2(10.5%)	
毎日	1(11.1%)		1(5.3%)		6(31.6%)	
不明	0		1(5.3%)		1(5.3%)	
なし	7(77.8%)		18(94.7%)		12(63.2%)	
腰痛週1-2回	1(11.1%)		1(5.3%)		0	
週3-4回	0		0		0	
毎日	1(11.1%)		0		1(5.3%)	
不明	0		0		1(5.3%)	
なし	7(77.8%)		14(73.7%)		13(68.4%)	
頭痛週1-2回	1(11.1%)		5(26.3%)		3(15.8%)	
週3-4回	1(11.1%)		0		1(5.3%)	
毎日	0		0		1(5.3%)	
不明	0		0		1(5.3%)	
なし	8(88.9%)		15(78.9%)		14(73.7%)	
腹痛週1-2回	1(11.1%)		4(21.1%)		4(21.1%)	
週3-4回	0		0		0	
毎日	0		0		0	
不明	0		0		1(5.3%)	
まれに	0		0		1(5.3%)	
便秘週1-2回	1(11.1%)		3(15.8%)		2(10.5%)	
週3-4回	4(44.4%)		8(42.1%)		11(57.9%)	
毎日	4(44.4%)		8(42.1%)		4(21.0%)	
不明	0		0		1(5.3%)	

牛乳飲用量は ml, M, SD

表2 牛乳の嗜好、飲用量と視力

牛乳嗜好	大好き	好き	普通	嫌い	大嫌い	計
n	15	24	7	2	2	50
視力平均値	0.135	0.262	0.558	-	-	
牛乳飲用量	200ml/day未満		200ml/day以上			
視力平均値	0.322 (n = 21)		0.165 (n = 21)			

牛乳「好き」のうち5名は飲用量不明

牛乳飲用量200ml/day未満のうち3名は視力不明

稲垣 落子 野中 理子 森山 朋子 山本 訓子 ○山本 民子
江東区保健所

1. はじめに

保健所の保健婦の仕事に携わって間もない私たち、難病事業が公衆衛生活動としてどういう位置づけにあるのか理解できずにいた。そこで今回の学習では、江東区での患者に対する今までの取り組みをふりかえるとともに、先輩保健婦たちの思いを聞きとり、「難病患者を支援することが保健婦の仕事である」という意味を明らかにしたいと思う。

2. 保健婦の難病への取り組み

表1参照

3. 考察

① 江東区の保健婦がやってきたことの意味

表1及び聞きとり調査からわかったことは、先輩保健婦たちはまず、地域に埋もれている難病患者をみつけだし、その人達が互いに学習しあひ地域にはたらきかけていくカギを身につけられるようにし、更に、住民にとって必要なことを事業化し自治体の予算で住民に使えるような努力をしてきたということである。その事より難病患者が障害をもちながら、地域でよりよい生活をしていけるように支援してきた保健婦の姿勢や考え方がわかった。

② 保健婦の仕事とは

憲法5条では「国がすべての生活部面に於いて、社会福祉、社会保障、及び公衆衛生の向上及び増進に努めな

ければならないとされている。公衆衛生とは「すべての人々が健康生活を実践し、より健康な社会をつくりだすこと」であり、保健婦はその活動を実践する立場にある。

憲法で定められている、人が人として生きるための権利を自分たちでからとっていくことを支援していくのが保健婦の仕事ではないかと考える。

③ ①②より考えたこと

これまでの考察より江東区の保健婦がおこなってきた難病患者への取り組みは、公衆衛生、保健婦の理念である「生活者として生きていく権利を保障する」ということと合致している。自治体は住民のくらしに一歩近い位置にいる。だから保健婦は住民のくらしに一歩近くでみられる専門職として、難病にかかわる住民のくらしに視点をのいた活動をしていかなければならない。

4. まとめ

卒後間もない保健婦は与えられた仕事をこなすだけになってしまい公衆衛生の仕事をしているのだという視点が見えていたことが今回の学習で強く感じられた点である。これと機会に私たちは自治体の中で公衆衛生活動をしまっているのだという視点をより続け、仕事づくりをしていくことが今後の課題であると考えた。

〈表1〉

年	出来事	PHNの思い	予算、区の動き	全国の友の会の動き
1981	・東筋協の呼びかけによる医師会協賛の難病棟診にボランティアとして参加	・地域で生活している患者の実態を知る ・重症化しているにも関わらず、受診しおろす診療所も少くない ・パーキンソン肝臓癌の患者数の多への驚き		
1984	・難病棟診 - 医師会主催となる			
1985	・城東H.Cにてパーキンソン病講演会開催 1. D.Tによる講演 2. 患者同志によるミニ談会 3. 都友の会 河野氏・藤井氏を呼びミニ談会 ・「パーキンソン友の会」結成	・難病に対して保健婦ができることは何か	・難病に関することに対して 上部、他職種の疑問 反対	・東京パーキンソン病友の会発足 → 1976
1987	・「肝臓病友の会」結成			・東京肝臓病友の会発足 → 1980
1988	・難病相談 ・難病講演会（年々回城東H.Cのみ） ・難病訪問看護指導	・ウイルス型肝炎、公衆衛生の問題点として とらえられ、予防していく必要があるのではなか	→ 予算化	
1990	・「腎臓病を考える会」発足 ・難病地域ケア連絡会 開始		→ 予算化 年々回	・全国腎臓病友の会発足 → 1971
1991	・難病講演会（深川H.Cで毎年1回開始） ・「江東区糖尿病友の会」発足			・全国糖尿病友の会発足 → 1970
1992	・難病講演会回数増（城東・深川H.Cに それぞれ5回ずつ）	・稀少難病患者に対する視点	パーキンソン友の会の旅 行への同行PHNの出 張出張予算化	・東京糖尿病友の会発足 → 1974

○西河内 靖泰（東京都荒川区役所）

1、はじめに

「臨時脳死及び臓器移植調査会」（脳死臨調）は1992年1月22日「脳死及び臓器移植に関する重要事項について（答申）」を90年3月28日に第一回調査会を開いて以来33回・二年間にわたる審議を経て内閣総理大臣に提出した。公然たる「脳死=臓器移植」の国内再開が世の注目を浴びているなかで「脳死臨調」は日本の医療体制の現実に対して問題点を正確なデータに基づいて明らかにしながら冷静な論議を展開することもなく、「脳死を人の死」と明確に打ち出すことができないまま「脳死移植」を容認するという「最終答申」をだした。求める者とそれを可能にする技術の存在、ある種の操作による「もの」の確保とそれらの費用を負担することができれば、「臓器移植」は成立する。「臓器移植」の本質は倫理問題ではない。需給=供給の関係性のなかで、取り扱われる「商品」としての臓器の存在であり、事の善悪よりも冷厳な事実として提示される社会経済上の問題なのである。その視点から「脳死=臓器移植」問題を検討する。

2、少ないドナーと多い適応患者

「脳死移植」がさかんに行われているアメリカでのドナー（臓器提供者）に適した「脳死患者」の発生率は全死亡者の約1%だそうだが、それを年間死亡者約80万人の日本にあてはめると約8000人がドナー候補ということになるが、アメリカで実際にドナーとなるのは適したと判断されたうち約2割というから、日本国内では年間約1600人のドナーがでる事になる。だがアメリカのドナーは60~80%が外傷性の「脳死患者」であり若い人が多いのであるが、日本の「脳死患者」の約3分2は脳血管障害によるものでそのほとんどが高齢者といわれ、当然適したドナーはアメリカより少なくなる。とすると、多くても500~600人ぐらいがいいところであろう。別の推測によれば、国内での「脳死患者」の年間約3000人うちドナーに適したもの5%としドナーは150人ほど。実際のドナーはもっと少ない。

移植するかは別として死亡統計からその数を推測する理論上の移植候補者である「潜在的レシピエント」（移植適応患者）であるが、心移植（他国では78歳まで実施）の場合に心筋症を対象すると、心筋症の79歳までの死亡数約1500人、うち400人ぐらいが移植候補と予測される。肝移植では、話題の先天性胆道閉鎖症の場合年間100人ほど発症葛西の手術が成功するのは3分の1なので3分2は適応患者ということになる。肝疾患で年間40000人が死亡する（肝硬変17000、肝癌23000）が高齢などの年齢的因子を除けばこのほとんどが対象。10分の1で4000人となる。

3、需要=供給の関係からみた「脳死移植」の問題点

このように「脳死移植」では、ドナーは絶対的に不足する一方でレシピエントは余りに多いため需給バランスが保てない。需給のアンバランスは、たとえ全国民がドナーとなることを任意であれ強制であれ承諾させられていたとしても、絶対に解消できるものではない。この現状を解決する方法は二つしかない。ドナーを増やすか、レシピエントを絞り込むしかないのである。ドナーを増やすとは、①脳死判定基準を緩和して「脳死者」をつくる②交通事故や殺人など少なくともアメリカ並に発生させよう、③「脳死者」をえやすい環境をつくる④「脳死移植」を「脳死者」以外にまで拡大する（無脳児・植物状態患者・重度心身障害者など④強引に「脳死者」をつくりだす（殺人、死刑など）⑤外国（貧しい第三世界など）から買い付けてくるなどの少し考えただけでもおぞましい方法が並ぶ。

レシピエントを絞り込むための具体策には①移植対象疾患を制限する②年齢制限をするというのが一般的だ。ただそれがとれだけ実効性があるのかは疑問である。肝移植ではB型肝炎による肝硬変や転移のある肝癌など除いたり、心移植では心筋症のみ日本で移植対象とされているが、外国ではB型肝炎の患者にも移植は実施しており、また心臓では冠動脈疾患の患者も対象になっているので患者の納得が得られない。年齢制限としては60歳ぐらいがめやすだが、外国では80歳ぐらいまで実施されているので、無理ではないだろうか。

どんなやり方をしようとするかドナーを需要に見合っただけ増やすことはできないのだから、移植対象者の数は極力制限することになる。移植関連の学会などで適応基準を定めているが、一般医療ですら満足に統一基準など実現できていないのに医療機関ごとの差がでないようにできるわけがない。今ある死体腎移植ネットワークが満足に機能せず各施設で勝手にやっているのが現状なのだ。

制限する対象が施設ごとに異なるのでは期待しながら拒否された患者はたまらない。何としてでも助かろうと思えば、移植対象になるためには金でも何でも出すということになるのは必定である。これでは臓器売買と同じことだ。需給関係のアンバランスが「臓器」を必然的に「商品化」するのである。

4、「商品」としての臓器の現実から出発しよう

「脳死移植」の合法化は、即移植対象の拡大を意味する。「臓器」の公平分配という原則は、だれがレシピエントになるかの判断を困難にしている。それはこの原則が現実とあわないからだ。「商品」としての臓器こそ現実なのだ。

草野文嗣・〇嶋村清志

(滋賀県長浜保健所)

1; はじめに

老人問題は日本全国で最優先課題の一つとして取り組まれており、中でも寝たきり老人の問題は重要かつ緊急度の高いものである。滋賀県長浜保健所においても、その問題の重要性にかんがみ、寝たきりを防ぐ対策を検討してきた。その結果、いくつかの先進地の例や、前回(第32回)の社会医学研究会総会での一般演題2-07にヒントをえて、デンマーク・シートを用いた寝たきりを防ぐ試みを実践することになった。

2; 保健所管内の概況

当保健所は、琵琶湖の東北部に位置し1市8町を管轄区域とする。人口は、約13万人、65歳以上の人口比は約15%である。

3; 寝たきり老人をおこす試み

(1) 目的

「寝かせきり」による寝たきりを防ぐために、デンマーク・シートを用いて、昼間少しでも長く座位をとらせてみようというものである。保健所医師ができるだけ毎日かけて家族の応援をすることによって、寝たきり老人の筋力の回復と離床および心のリハビリテーションを目的とする。

(2) 対象

長浜市及びその近郊に在住の寝たきり老人で、現在寝たきり状態にあるが、毎日の介護の仕方によっては寝たきり予防が期待できるものとする。すなわち、手足の拘縮及び筋肉の萎縮が比較的軽い、いわゆる寝たきり老人で、しかも介護者一人の力ではひきおこせない状況にある老人を対象とする。

(3) 内容

まず、対象とする寝たきり老人を保健婦等から紹介してもらい、主治医の了解(検査等を含む)を得た後、その家庭を訪問し、介護者及び本人にも十分説明し同意を得た上で引きおこすのである。車椅子やソファーに座れるように最初は1時間程度から徐々に時間を引き延ばしていくようする。その方法は、デンマーク製の充電式折りたたみリフトとデンマークシートといわれる吊り上げシート(脚分離型吊り具)を使用するため、ボタン操作ひとつで簡単に安全に老人を移動させることができる。ベッドから車椅子だけでなく、ポータブルトイレやシャワーチェアへも少ない力で移動できるので、介護者が高齢でも十分に利用することができる。

現在、2例訪問しているため1件目が終わると、この電動式リフトを折りたたんで車のトランクに入れ次の家を訪問する。そして数時間経過した後再び訪問し引きおこした老人をベッドに戻してあげる、といった具合であ

る。これを繰り返すことで、おとしよりの腹筋や背筋の筋力低下を防ぐと共に、寝たきりから起因される褥瘡、骨折、肺炎、尿路感染症等を未然に防ぐことが期待される。それだけでなく、毎日天井しか見られなかった世界から人間らしい風景を見ることができるようになることで、心のリハビリテーションも可能となるであろう。

(4) 評価

この事業の評価の仕方はたいへん困難であるが、介護者から「背中の筋肉が強くなったのか、おむつ交換もしやすくなりましたよ。」と言われれば少しは効果があったと考えてもよいのではなからうか。

4; 今後の展望

上述のように、デンマーク・シートは多くの利点があるにもかかわらず、現在このシートとリフトがあることを知っている人は極めて少ないようである。デンマーク・シートそのものに対する助成はないが、平成4年4月よりリフトだけは老人日常生活用具給付等事業の一環として国の助成制度を受けられるようになった。しかし、市町村にいたっては、デンマーク・シートのことを知っているところはほとんどなく、結局のところリフトに対する助成が行われていないのが現状である。もし、本人および介護者(家族)がこの方法を用いて寝たきりを予防する気持があるならば、市町村はリフトに対する助成を積極的に行うように、もっと前向きに対応してもらいたいものである。長浜保健所管内においては、保健所が中心になって寝たきりをデンマーク・シートでおこしに廻っているという噂を聞いて市町村の方から問い合わせがくるようになった。リフトやシートそのものも必要であるが、これに関心をもち普及させることがもっと大切だと思われる。また、寝たきり老人だけでなくさまざまな原因で寝たきりになっておられる方々(若年者を含む身体障害者、神経難病患者等)にもこのデンマーク・シートとリフトが助成され、利用されることが望まれる。

5; まとめ

高齢化社会が進む今日、私たちは寝たきり老人だけでなく障害をもった人々を地域で支えていくためにはどうすればよいかを積極的に考えていく必要がある。さらにこの事業の目的のひとつとして、家族と家屋の状況を知り、その上で住宅改造や介助具、自助具の改良へと発展させていくというねらいもある。ここで、一つの問題点は生計中心者の前年所得税課税年額が42001円以上の世帯(例えば、老夫婦と息子夫婦の4人家族の場合、年収約380万円)ではこの制度の対象とされないことである。

○村田 洋・前田和南(帝京大学・医公衆衛法)

I. はじめに

医療経済学とは一体どんな学問であろうか。何と研究対象にして、何と進歩する学問であるのか。一般的に医療学と経済学とはどう結びついたのであろうか。このような素朴な疑問は医療経済学が日本で発展・進歩して来た過程のなかで、常に念頭に含まれて来た問題であった。もちろん、欧米諸国では医療経済学はマクロ経済学とミクロ経済学の両面で発展しており、最近では特に医療技術の効果の学際的研究が進んでいるようだが、我が国では残念ながら医療経済学は未だに未発達だし、学問としても充分に確立してゐるとは言いがたいのが現状である。しかも、研究領域について分析してみても国民医療費を中心としたものが多くようである。このことは、医療経済の研究者たちが、経済学の分野でも、応用経済学者であったり、厚生経済学者であったり、財政学者、理論経済学者、社会学者等の多岐にわたってゐるからである。以上のことをふまえて、医療と経済学とりわけ経済学の立場から、社会科学として医療経済学を考察して行くこととする。

II. 医療経済学の領域

医療経済学の用語については、経済学の辞典等によって調べた場合にその明確な辞義的説明はされていない。しかし、国民医療年鑑の昭和41年度版からは確かに医療経済学という型で示されている。ということは、わが国では昭和41年ごろから医療経済学がその市民権と享受されるものとして考えられるべきかもしれない。経済学として医療経済学をとりとると、公共経済学の一領域としてとらえられる。経済学にかゝる新たな開拓された分野がある。つまり、経済学への参入は、医療産業の進歩によりあらわれ、それが学問として発展したわけである。もちろん、経済学では、経済財、経済主体、経済行爲等通常に特徴づけられた研究するものであるから、変業としての医療が経済学と結びついても何の不自然さはないであろう。この点については、医療経済学 *economique medicale* という言葉を用いた理由があると思ひ、さらに拡張してゐる本がいくつかあるようだ。

III. 医療行爲としての医療

一、医療とは何か、今日の意味では広く、多様化されて使用されてゐよう。かつての治療と予防、苦痛の除去等の外ではなく、その範囲が、まことに「医の倫理」によつて定められるといふことになるまいでしょう。それだけ医療の範囲は時代と社会の変化によつて変遷していることが理解される。この分野に関しては、法律的側面からのアプローチが重視される部分があるので、こ

こではこれ以上は及ばないこととする。

IV. 公共経済学としての医療経済

医療は公共経済学としてとらえることが可能なこととⅡで述べたが、さらに経済学的にとらえるならば、公共財の一つとして考えられる。つまり、特定の人のために存在することはありえず、その利益の享受は差別されないものである。従って、経済学上ではフリーライダーとが、外部経済・外部不経済の問題がふくまれている。医療においては、法律及び制度的側面がしつかりしているためにそのような現象は極力おこりえないようである。

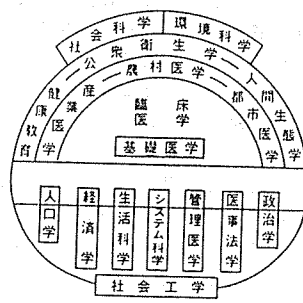
V. 社会保障面からの医療経済

一般的には財政学の一分野として社会保障関係費が位置づけられてゐる。そのなかで、経済学として、医療経済学と、わけられ、医療費の構造等である。医療費と国民所得の伸び率と比較したり、診療報酬、果敢変動との関係から分析したものがまさに医療経済学としてとらえられるものだろう。もちろん、その中心に医療保険制度や医療の需要、医療の供給が存在することはいまももたないだろう。

VI. 学問としての医療経済

かくして、医療経済は社会科学とりわけ経済学の一分野として位置づけられることになるが、医療学とりまわりの学問は医学・歯学・薬学・法律学・社会学等様々であり、アプローチの手法によつては、自然科学と社会科学との協同研究も必然であろう。今後医療経済学の発展のため十分検討していく必要がある。

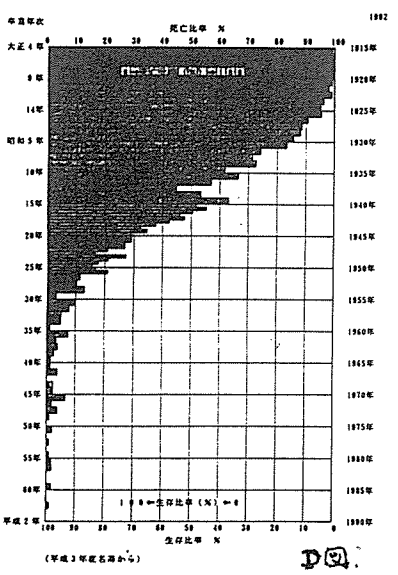
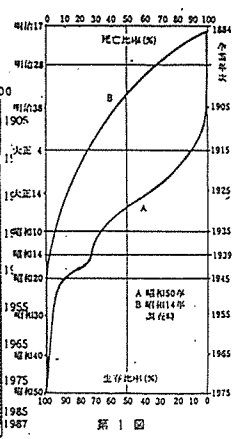
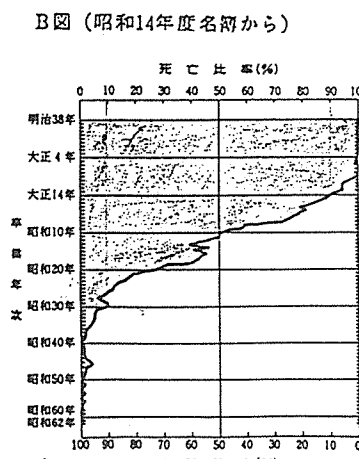
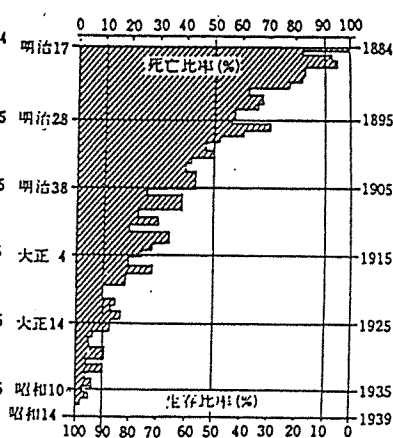
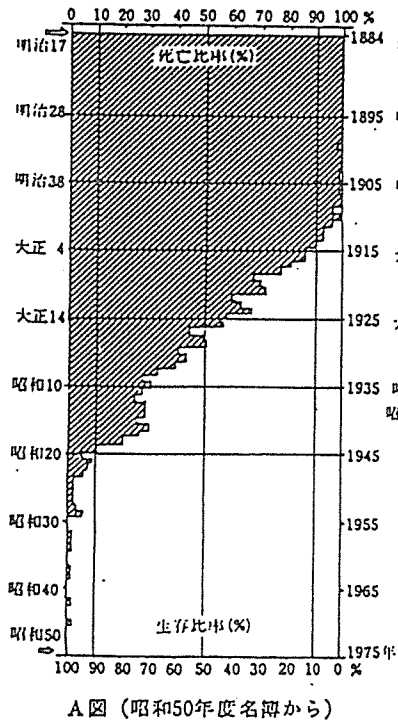
未来の医学と医療



出典：昭和41年版 国民医療年鑑・みちさ

○丸山博, 武田玲子

医学校卒業生名簿から、死亡、
全残表をつくった。
図A, B, C, Dは、その結果である。
このことから、医者の職業寿命
を観察することができる。
これは、大阪大学医学部卒業生
についての一例であるが、戦前
(図B)では、職業寿命の半減
期は、ほぼ、35年であったが、
戦後の半減期は(図A, C, D)
ほぼ50年である。



◎ 参考文献

- 1) 丸山博 (1977) 「統計学」(32)
- 2) 丸山博 (1978) 「日平臨床」36(9)
- 3) 丸山博, 小孫和正 (1980) 「統計学」(38)
- 4) 丸山博 (1988) 「月刊保国連」, N.O. 279
4月号
- 5) 丸山博, 小花左京 (1992) 「統計学」校稿号
完

MEMO