

BULLETIN OF SOCIAL MEDICINE

社会医学研究

第35回 社会医学研究会総会
講演集

社会医学研究会

特別号 1994

JAPANESE SOCIETY FOR SOCIAL MEDICINE

第35回社会医学研究会総会

1994年7月・京都市

日時 1994年 7月23日（土）13：00から

7月24日（日）16：00まで

会場 同志社大学今出川校舎・至誠館

（〒602 京都市上京区今出川烏丸東入）

メインテーマ

健康権・生存権と憲法の理念

～その現実と国民の課題

80年代以降、「高齢化社会」の到来を一つの契機として、医療や保健、福祉をめぐる政策は、大きく変化してきました。新たな医療福祉政策が展開する過程では、国民の同意を求めるために「受益者負担の原理」「効率化」「民間活力の導入」「要求の多様化」「健康の自己責任」「自助互助努力」等の概念が登場しました。一方、住民や患者は医療福祉に関する公的責任が変化しようとする中で、「インフォームド・コンセント」に象徴されるように、自分の健康や生命について主体的に判断しようとする流れや、身近な自治体レベルの保健福祉活動に参画することで、住民の視点に立脚した政策を作り出そうという努力も始まっています。

第35回社会医学研究会総会では、憲法に定められた健康権・生存権の理念に立ち返り、国民の視点を視座の中心に据え医療・保健・福祉領域の現状を検討し、今後の研究・実践の課題を考えます。

企画運営委員会 代表委員 千田 忠男（同志社大学）

事務局 滋賀医科大学予防医学講座

〒520-21 大津市瀬田月輪町

TEL/FAX (0775) 48-2187

1994年7月23日（土）

11:00 受け付け
(至誠館 1F 入口)

13:00 開会（挨拶） 基調講演
芝田 英昭（立命館大学産業社会学部）
「社会保障の理念の見直しと医療保障の課題－財源論からのアプローチ－」
座長 千田 忠男（同志社大学文学部）
(2F 大会場)

14:40	第1会場	第2会場
	座長 植田 章（佛教大社会学部） 小出 新一（全国手話通訳問題研究会）	座長 木下 安子（白梅学園短大） 牧野 忠康（日本福祉大社会福祉学部）
	1-01. 聴覚障害をもつ「高齢」者の生存権と医療 大矢 暹（聴覚言語障害者総合福祉施設 いこいの村）	2-01. 輸入濃縮製剤は血友病患者の「命綱」だったか？ 片平 洵彦（東京医歯大難治疾患研）
	1-02. 病院との連携で聴覚言語障害者医療と福祉を創る ～難病（SLE）を持っている入所者の暮らしと、ニーズに応じる医療実践～ 福井 高子（聴覚言語障害者総合福祉施設 いこいの村）	2-02. 「確認書和解」14年後の若年発症スモン患者の実態と問題（その1） －入所施設の問題を中心として－ 小澤 温（国立リハビリテーションセンター研究所）
	1-03. 聴覚障害者外来の実情と課題 石神 博行（琵琶湖病院）	2-03. 「確認書和解」14年後の若年発症スモン患者の実態と問題（その2） －看護問題を中心として－ 渋谷 優子（東京医歯大保健衛生）
16:10		

18:00	第1会場	第2会場
	自由集会 －学校・教育をめぐる－	自由集会 －薬害エイズ被害者への償いを求めて ～加害者の「ひき逃げ」は許されない～
	世話人 三浦 正行、久保田 あや子	世話人 片平 洵彦、牧野 忠康
20:00		

7月23日（土）

11:00	(受け付け)	
13:00	(基調講演)	
14:30		
14:40	第3会場	第4会場
	<p>座長 福地 保馬（北海道大教育学部）</p> <p>3-01. 琵琶湖一周調査結果について 広瀬 恢（京都環境問題研究会）</p> <p>3-02. 予防接種被害訴訟の到達点と今後の課題 西垣 昭利（梅新東法律事務所）</p> <p>座長 山田 裕一（金沢医大衛生）</p> <p>3-03. 皮膚科診療の社会医学的重要性 西谷 宣雄（京都民医連中央病院）</p> <p>3-04. 肺癌が多発した某塩化ベンゾイル製造 工場の健診・健康調査結果について 藤井 正實（東京社医研センター）</p> <p>3-05. 乳児死亡に関する自然的、政治的観察 ～ユニセフが乳児死亡率のかわりに5歳 未満死亡率を子供の権利宣言以降に採用 している事実を我々ほどの様に考えるか 丸山 博（元阪大衛生）</p>	<p>14:40 特別講演 「人間性回復の理念」 演者 金永 安弘 （国立公衆衛生院衛生行政部） 座長 仁平 将（鯉ヶ沢保健所）</p> <p>15:40 休憩</p> <p>15:50 シンポジウム 「地域保健法を斬る」 司会 草野 文嗣（長浜保健所）</p> <p>1. 保健所・保健婦さんへのエール 林 玲子（練馬区健康の会副会長）</p> <p>2. 公衆衛生行政の危機 小倉 敬一（千葉県船橋保健所長）</p> <p>3. 地域保健法を斬る 山口 幾世（大山崎町保健センター保健婦）</p> <p>17:30 休憩</p> <p>17:50 自由集会 ー地域保健を語る集いー 「地域保健の現状について」 「地域保健法の内容について」</p> <p>世話人 山本 繁、草野 文嗣</p> <p>20:00</p>

7月24日（日）

	第1会場	第2会場
9:00	<p>座長 逢坂 隆子（花園大社会福祉学部）</p> <p>1-04. 国立病院・療養所の統廃合問題と地域医療の課題 牧野 忠康（日本福祉大社会福祉学部）</p> <p>1-05. 健診後のフォローの場としての親子教室の役割をみつめて 中田 真紀（枚方市職労保育所支部）</p> <p>座長 福島 知子（京都福祉サービス協会）</p> <p>1-06. 権利回復を理念として、自立・発達を保障する救済事業の20年から・・・ 高城 佳代子（ひかり協会京都事務所）</p> <p>1-07. 福祉と医療のハザマにおかれた社会的弱者－京都・柳園人権裁判を通して－ 柳川 和雄（京都市役所）</p>	<p>座長 三浦 正行（立命館大産業社会学部） 片山 ヒロ（城陽市立南城陽中）</p> <p>2-04. 学校でみられた運動濫用（Exercise Abuse） 田口 久夫（「学校」と子供の健康・発達研究会）</p> <p>2-05. 中学校における部活動の諸問題 片山 容子（「学校」と子供の健康・発達研究会）</p> <p>座長 相磯富士雄（大妻女子大家政学部） 永井 節子（京都市立修学院小）</p> <p>2-06. 自律神経失調傾向と生活リズム実態調査から見る、今の子どもたち 須藤 朋子（東京民研学校保健部会）</p> <p>2-07. 子どもの生活構造の今日の特徴について－新しい教育指導の方法を探る－ 築山 崇（京都府立大女子短大部）</p>
11:00		

昼 食

	総会議事（2F 大会場）	
13:00		
13:30		
13:40	第1会場	第2会場
15:40	<p>座長 黒田 研二（阪大公衆衛生） 関谷 栄子（白梅学園短大）</p> <p>1-08. 退院後2ヶ月の在宅患者訪問をして－済生会地域ケア事業老人健康増進等基本調査研究事業参加調査より－ 吉崎 照子（済生会野江病院）</p> <p>1-09. 痴呆性老人を介護している家族の思い－「吹田市高齢者の健康と介護についての専門調査」より－ 尾花 雄二（吹田市高齢福祉課）</p> <p>1-10. 在宅障害児の介護者の健康を支えるために 橋本 佳美（第一びわこ学園）</p> <p>1-11. 地域ぐるみの介護支援ネットワークづくりをめざして 上村 恵子（るうてるホーム在宅介護支援センター）</p>	<p>座長 阿部 眞雄（東海大体育学部） 久保田 あや子（京都市立洛北中）</p> <p>2-08. 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）</p> <p>2-09. 子供の健康・発達を考える健康診断の方向について 佐久間 美幸（広島市立袋町小）</p>

7月24日（日）

9:00	第3会場	第4会場
	<p>シンポジウム 「保健・医療における住民・患者の参加」 司会 松田 亮三（奈良医大衛生）</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 「共同の営み」をめざす友の会づくり 有吉 孝雄（京都民医連安井病院友の会） 2. 保健・医療における住民・患者の参加 後藤 種子（城東鶴見保健生活協同組合） 3. 自治体病院運営の住民参加への模索 中 照之（吹田市職員労働組合病院支部） 4. 地域福祉計画における住民参加の現状と課題 —老人保健福祉計画の登場と住民参加の新段階— 田村 清（「まちづくり工房」主宰） 5. 患者の権利の今日的意義と展望 藤崎 和彦（奈良医大衛生） 	<p>座長 田村 昭彦（九州社会医学研究所）</p> <ol style="list-style-type: none"> 4-01. 神奈川県建設労連・建設国保の職業病、掘り起こしについて 菊地 幸子（神奈川県建設連合国保組合） 4-02. 釜ヶ崎の労働者の生命と健康 亀岡 照子（大阪市西成保健所） <p>座長 平田 衛（大阪府立公衆衛生研究所）</p> <ol style="list-style-type: none"> 4-03. 小企業検診における缶入り飲料摂取の実態 稲垣 孝子（江東区城東保健所） 4-04. 学校給食調理職場の職場巡視結果について 阿部 眞雄（東海大体育学部）
12:00	昼 食	
13:00	総会議事（2F 大会場）	
13:30		
13:40	第3会場	第4会場
	<p>座長 草野 文嗣（長浜保健所）</p> <ol style="list-style-type: none"> 3-06. 保健医療における住民参加のあり方 石川 左門（東京進行性筋萎縮症協会） 3-07. 医療福祉研究会のとりくみ 岩瀬 俊郎（城北病院） 3-08. 在宅医療における薬剤師の役割 西 三郎（愛知みずほ大人間科学部） 3-09. 愛知県瀬戸地域での結核と保健活動 近藤 高明（名大公衆衛生） 	<p>シンポジウム「過労死問題が提起する社会医学への課題」 司会 重田 博正（淀協社会医学研究所） 上畑 鉄之丞（国立公衆衛生院疫学部）</p> <ol style="list-style-type: none"> 4-05. 夜間警備業務中に脳梗塞を発症し死亡した68歳男性の一症例 松村 浩生（東京社医研センター） 4-06. 過労状態における配線工事作業者のクモ膜下出血発症の一事例について 前原 直樹（労働科学研究所） 4-07. 年間総拘束時間5700時間の労働により急性心不全を発症し死亡したタンクローリー運転手の一症例 梶山 方忠（神戸労働医学研究所） 4-08. 過労死”の公災認定と補償行政の問題点～I 県 K 高校 O 教諭事件の公務上認定をめぐる公災補償基金の対応から～ 高田 勢介（東京社医研センター）
15:40		

参加受付

- (1) 7月23日（土）、午前11時より受付を行いません。
- (2) 参加費 3,000円（学生 1,000円）は、受付でお支払い願います。

参加者の皆様へ

- (1) 今回は合宿形式ではありません。宿泊の必要な方は各自で御用意下さい。
- (2) 7月23日、18時より第1・2・4会場にて、自由交流会を行いません。どうぞ自由にご参加下さい。
- (3) 実行委員および事務局員は緑色の名札をつけています。何なりと御相談下さい。
- (4) 当日会員で、社会医学研究会にまだ入会されていない方は、入会を歓迎いたします。入会希望の方は、入会申込の手続きをし年会費 3,000円をお支払い下さい。

一般演題発表者の方へ

- (1) 一般演題では、1演題あたり30分を配分しています。討論時間は15分以上とりたいと思いますので、発表は15分以内をお願い致します。
- (2) 発表は講演集をもとに行ない、スライドは用いません。配付資料があれば250部御準備いただき、当日、受付までお持ち下さい。
- (3) 会場内に「次演者席」を設けていますので、ひとつ前の演題発表が始まりましたら御着席下さい。
- (4) 御発表いただいた内容について、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、その際は御協力下さい。

シンポジストの方へ

- (1) スライドを利用される場合にはあらかじめ実行委員会事務局まで御連絡いただき、事前に受付までお持ち下さい。
- (2) 追加資料を配付される方は、250部御準備いただき、当日受付までお持ち下さい。
- (3) 御発表いただいた内容について、機関誌「社会医学研究」の論文として改めて執筆いただきたいと存じますのでよろしくお願い致します。

座長の方へ

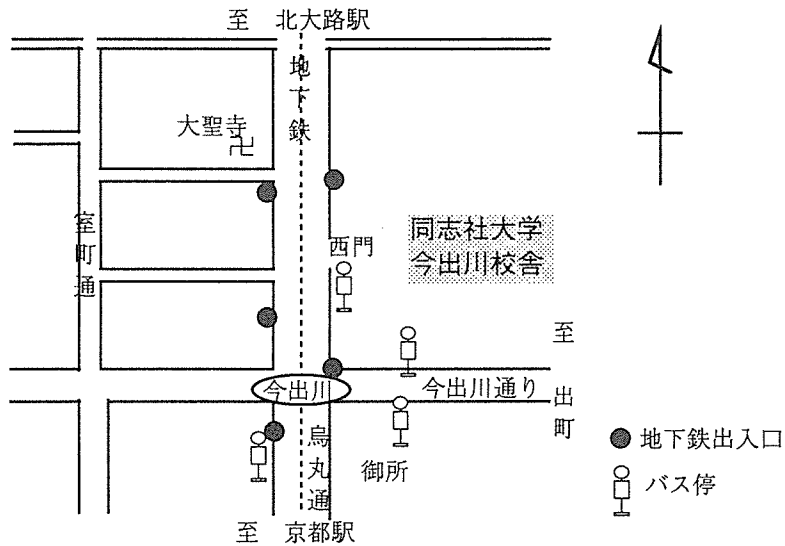
- (1) 一般演題発表には、一応、1演題あたり30分をあてておりますが、実際の進行に当たりましては、数題まとめて討論するなど、座長の判断で御変更くださって結構です。
- (2) 後日、担当された一般演題の内容とディスカッションのまとめをしていただき、「社医研レター」、「社会医学研究」誌上で御報告いただきたいと存じますので、宜しくお願い致します。

会場案内図

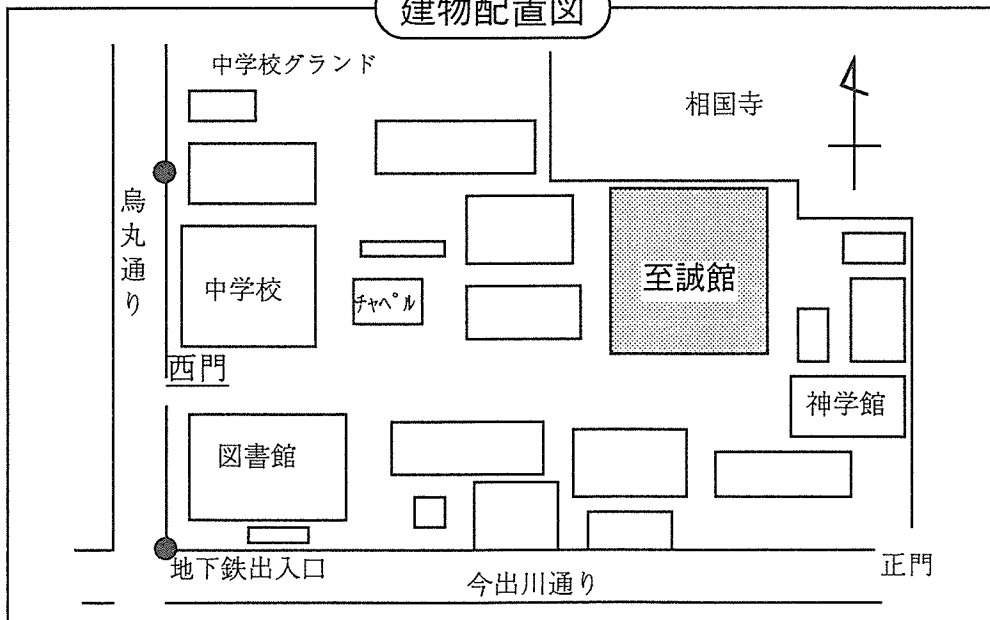
JR京都駅より地下鉄に乗り今出川駅下車。（京都駅から所要時間約15分）
3番出口を上がり西門から入る。

会場の至誠館は西門から入って正面奥の神学館の左手にあります。

使用する部屋（第1～4会場および大会場）は当日入り口に掲示します。



建物配置図



基調講演

社会保障の理念の見直しと医療保障の課題

——財源論からのアプローチ——

芝田英昭（立命館大学）

1. はじめに

81年以降、臨調「行革」路線の下で、社会保障は大きな後退を見せた。このような方向性は「日本型福祉社会（活力ある福祉社会）」論と称されるもので、いわば「高負担、高福祉」を基調としたヨーロッパ型の福祉国家ではなく、「自助、自立、相互扶助、民間活力」を基調とした日本型とでもいうべき「福祉社会」を目指すものであった。しかし、福祉国家を福祉社会と言い換えたところに、その本質をみることができる。つまり、社会保障における国家の責任性を、抽象的な「社会一般」＝国民に転嫁するものであった。

その後、80年代の後半より「高齢化社会危機論」が叫ばれる中、高齢化社会の財政を賄うためとして、多くの国民が反対したにもかかわらず89年4月より消費税が導入された。また、「高齢化社会に備えて広く薄く負担してもらおう」という消費税導入の趣旨を踏まえて、同年12月に「高齢者保健福祉推進10か年戦略（ゴールドプラン）」が策定された。さらに、それを具体化するためとして90年6月に福祉関係8法の改正が行われている。このような一連の実質的な社会保障の再編の流れのなかで、93年2月、社会保障制度審議会社会保障将来増委員会は「社会保障の理念等の見直しについて」と題する報告書を公表し、21世紀に向けての社会保障の基本理念を明らかにした。また、94年3月には、厚生大臣の私懇談会高齢社会福祉ビジョン懇談会が、21世紀の社会保障の具体的全体像を報告書「21世紀福祉ビジョン——少子・高齢社会に向けて」にまとめた。

これらの政府による社会保障の理念の見直しの方向性が、国民の健康権・生存権を守るものなのかどうか、社会保障の原理・原則に立ち返り財源論から考えてみたい。

2. 社会保障が対象とする生活問題

我々が生活している資本主義社会は、自由と民主主義と生産力が飛躍的に発展した社会と言える。しかし同時に、生産の社会化と所有の私的形態という矛盾を抱え、自由と生存・生活の豊かさを全ての社会成員に具体化できずにいる社会でもある。このような矛盾のもとで、社会問題としての生活問題（生活困難）が発生するといえる。

社会保障は、生活問題を改善、緩和、解決するための国家による施策であり、対象とする生活問題は、概ね生活危険、生活不能、生活障害に分類できる。

生活危険は、それまでの一定の水準を保ちながら維持

されてきた生活が何らかの事故（事情）の発生により、従前の生活を維持することが困難になった状況を意味する。具体的には、所得の中断（失業、疾病、災害）、所得の喪失（退職、障害、生計中心者の死亡）、支出の増大（結婚、出産、疾病、死亡）という現象形態をとる。生活危険には、生活水準の低下をできるだけ抑え、従前の生活水準を維持するために、社会保険を基軸とした所得保障が対応する。

生活不能とは、生活危険の長期化等の理由により、生活水準が最低限度生活を割った状態を意味する。これに対しては公的扶助（生活保護）が対応する。

生活障害は、生活の単位を構成する生活者本人や家族、地域社会が、精神的、身体的、経済的、文化的等の一定の生活阻害要因を抱え、そのことが生命や生活の維持・再生産を脅かしている状態を意味する。これには専ら対人サービス（保健サービス、医療サービス、福祉サービス）が対応する。

3. 80年代以降の医療保障改革の流れ

医療保障は、医療費保障と医療サービス保障に分けることができる。医療費保障は、疾病による所得の中断、医療サービスを受けることによる支出の増大を社会的に補填するものであり、医療サービス保障は、疾病を社会的に治療することによって生活阻害要因を除去するものである。

しかし、80年代以降の医療保障改革の動きは、この目的からは逆行するものであった。82年の老人保健法の制定に伴って、72年の老人福祉法の改正以来行われてきた老人医療の無料化制度が廃止され有料化された。同時に、老人に早期退院を促すような老人特掲診療報酬の創設、医師・看護婦等が一般病院に比べ少ない「老人病院」の創設等、老人に対する「差別医療」が導入された。

84年の健康保険法等の改正では、被用者本人の1割患者負担（法的には2割）の導入、国庫負担の一切無い相互扶助としての「退職者医療制度」の創設、特別のサービスや治療材料による医療サービスを受けた場合、基礎的サービス以外に対して自己負担を必要とする「特定療養費制度」の創設等が行われている。

92年には医療法が改正され、医療機関の機能の体系化がなされている（93年4月施行）。これは、高度な医療を効率的に提供するため紹介制を採用する「特定機能病院」と、長期に渡り療養を必要とする患者を收容し、特例許可老人病院並の少ない人員配置基準で医療サービスを行う「療養型病床群」の創設であった。

これら一連の医療保障改革の流れを見る限り、所得の多

寡、老人かそうでないのか等により医療差別を行い、医療費を抑制することが目的であったことがうかがえる。悲しいことだが、老人医療の有料化に踏み切る1年前（82年）、当時の厚生省病院管理研究部長石原信吾氏が、「遠くない時期に有用な生命とそうでない生命を区別した医療体制を考えていかざるを得ない」と語っている。正に今日の状況は、この実践の過程であったのではなからうか。

4. 21世紀の医療改革の方向性と医療保障財源

今後の医療保障の方向性を審議する場として、92年9月に社会保険審議会が「医療保健審議会」に発展的に改組された。同審議会は、93年1月に公的医療保険の役割、保険給付の範囲や内容、給付と負担の公平等の検討項目を決定し、その後93年12月に「建議書」をまとめた。建議書では、「医療費の一層の適正化と疾病予防や健康づくりのための施策の推進に努めていくとともに、効率化という観点から、優先度の高いものの保険財源を重点的に投入していく」として、医療費の抑制を全面的に掲げ、さらに「医療リスクに対する経済的な不安の解消と、サービスの質の向上という、保険給付の2つの基本的な課題にこたえていくためには、これを賄う財源が必要であり、それは最終的には保険料、税または患者の自己負担のいずれかに求めていかざるを得ない」と、最終的には医療財源の負担を国民にのみ押しつけようとしている。これは、社会保障将来像委員会第1次報告の言う、国家責任としての社会保障を解体し「みんなのために、みんなで作くり、みんなで支えていく制度」、つまり「相互扶助」として再編していく道程でもある。

またこれを具体化する第一歩として、今年3月、国会に「健康保険法等の一部を改正する法律案」が上程されている。

5. 健康保険法改正の狙い

健康保険法改正の狙いは、入院給食に患者負担を導入し、それによって浮いた費用を入院患者の付添看護の差額負担解消に充てるというものである。この法案の審議開始は、予算案審議の遅れから、6月3日にずれ込んだ。ところが厚生省は、すでに3月に94年度診療報酬改定を4月と10月の2段階で実施することを決めており、10月改定の財源は、議決未了の同法案の入院給食自己負担分を充てている。

入院給食の患者負担の導入は、「食費については入院、在宅等に共通する費用であるが、入院と在宅等における費用負担が不正合、不均衡」（「医療保険審議会建議書」93年12月）であるとする、いわゆる「公平論」を盾にとった論議であるが、入院患者が現在でも保険負担とは別に多額の「保険外負担」を強いられている事実を無視した論議である。日本福祉大学の二木立氏の調査によれば、91年度の保険外負担の全国平均は月6万5744円であった。この事実を顧みれば、入院給食の患者負担の導入は、低所得者や年金生活者入院断念を強いることになろう。

また、入院給食の患者負担が導入されれば、給食を食

べない患者が現れる、家庭や飲食店から食事を持ち込む、それによって、栄養管理や衛生管理が保障できなくなる、退院後の食生活への貴重な教育的効果が無くなる等の問題が発生し、入院給食の「治療食、療養食」としての意義が損なわれる。

さらに厚生省は、入院給食の患者負担化によって浮いた3270億円を元に、付添看護の解消のための費用2500億円に充てるとしているが、現実には単に費用移転が行われただけで、国民の負担が軽減されることにはならない。これでは朝三暮四と揶揄されてもしかたない。

ところで、厚生省の試算によれば、90年度の国民医療費推計2兆3兆1000億円の内、保険負担が2兆1364億円、保険外負担（特定療養費に関わる自己負担分と、お世話料等の費用）が2兆5000億円となっている。この保険外負担をすべて保険給付にすれば、実質的に国民の所得は増え、消費支出も増大し、結果的にGNPを0.5%程度押し上げる生産誘発効果を生み出すことになるとしている。

6. 21世紀福祉ビジョンと社会保障財源

3月に発表された「21世紀福祉ビジョン」は、21世紀における社会保障の給付構造、負担の在り方について具体的に触れている。現在、年金、医療、福祉等の給付構造は、5:4:1の割合になっているが、今後、社会保障給付全体が増大していく中で、「年金制度の安定化・効率化を図るとともに福祉等の水準を思い切って引き上げることにより、そのバランスをおよそ5:3:2程度とする」（福祉ビジョン）ことを目指し、「年金、医療、福祉等のバランスのとれた社会保障へと転換していくことが必要」（福祉ビジョン）だとしている。

厚生省は、福祉ビジョンが発表されるのに先立って、3月17日「社会保障に係る給付と負担についての将来見通し（試算）」を提示した。この中で、4ケースを示して給付と負担について2025年までの具体的推計を行っている。

4ケースは、それぞれ現行制度ケース、ケースI、ケースII、ケースIIIを設定している。現行制度ケースは「現行制度のままと仮定した場合」、ケースIは「介護対策や自動対策等の充実を図ることとし、その他は現行制度のままと仮定した場合」、ケースIIは「年金については、現在検討中の制度内容を仮定し、医療については、適正化するものと仮定し、また、介護対策や児童対策等の充実を図ったと仮定した場合」、ケースIIIは「年金については、現在検討中の制度内容を仮定し、医療については、適正化するものと仮定し、その他は現行制度のままと仮定した場合」としている。

厚生省は、ケースIIを21世紀に向けた最適のビジョンとし、その給付費は2025年に375兆円を想定している。しかし、この額は、現行制度を維持した場合の380兆円よりも5兆円も低い水準でしかない。また、医療給付のみをみると、ケースIIは2025年に115兆円、現行制度ケースでは125兆円で、8%も低くなっている。結

局、福祉ビジョンは、医療を「効率化」という名の下に削減することを最大の目的としているとしか考えられない。

ただ、福祉ビジョンが示すように「高齢化等に伴う社会保障需要拡大に伴い給付費は名目経済成長率を上回る」のは確実である。そのための財源確保・財源構造について福祉ビジョンは「社会保険料負担中心の枠組みは基本的に維持する」が、社会保障の租税財源については、「国民的公平性が確保できるような財源構造の実現を図っていく」とし、具体的には「安定的確保を図る見地から、間接税の増収が講じられる」ことも検討すべきとし、消費税率アップを示唆している。

7. 社会保障財源と消費税

大蔵省は5月27日、将来の社会保障の姿を「福祉ビジョン」のケースIIを前提とした場合、消費税を7、8、9、10%とする試算「税制改革に関する機械的試算」を政府税制調査会（加藤寛会長）に提出した。この試算は、羽田総理からの諮問を踏まえて、一定の前提をおいて試算されたものであり、その前提は、(1)個人所得課税の軽減と消費課税の充実を柱に税体系を見直す、(2)高齢化に伴う福祉等の財政需要に適切に対応する、(3)このような税制改革が財政を悪化させるものとはしない、の3点である。このような前提に立った試算によれば、9%以下の税率では歳入不足が生じ、10%でようやく歳入超過が生じるとし、21世紀に向けて少なくとも10%程度の消費税率は実現したいとの意向が大蔵省の立場である。

しかし、この試算に対して、与党税制改革協議会から6%以下の場合も示すべきとの批判がでたため、大蔵省は6月2日、新たに4、5、6%についての追加試算を同協議会に提出した。新たに追加された6%の税率では、消費税引上げに伴う増収は減税額と同じ6兆2000億円となり、「税率は最低でも7%」との大蔵省の思惑を補強する結果となった。

朝日新聞が6月15日に行ったインタビューに対して、村井仁と与党税制改革協議会小委座長は、「今後、税率を引き上げるとすれば97年、98年ごろで、導入から約10年後になる。今回も、今後10年近くもつ税制の仕組みを構成するという意識だ。だから、2005年ごろにもう一度、消費税をいじることになろう」（「朝日新聞」6月16日付）と述べており、政府としては、まずは税率7%を確保した後、時期を見計らってもう一度税率アップをもうむものと考えられる。

89年12月、厚生省は、「高齢化社会に備えて国民に広く薄く負担していただく」として同年4月に導入された消費税の趣旨を踏まえ「高齢者保健福祉10カ年戦略（ゴールドプラン）」を実施すると発表したが、現実には93年度までの消費税収の僅か3.35%しかゴールドプランに充当されていない。これでは、消費税率が引き上げられても、その分が社会保障財源に充当されるかは大いに疑問である。

現に、税制調査会加藤寛会長は「消費税を導入したとき、高齢化社会に備えるためと言われ、我われ税調もそう

説明しましたが、本当はあれは、ああ言えば一般の人に分かりやすいからということでした。消費税の本当の意義はそんなものではないんです。暗い徴税である所得税を減らす分、明るい消費税を増やすという考え方が正しい」（『週刊新潮』93年9月3日号）として、高齢化社会のために消費税を導入するという大義名分が偽りであったことを明らかにしている。

いずれにしても、消費税が低所得者ほど実質負担率が高く、逆進的税であることは周知の事実であり（図1）、消費税率のアップが社会保障財源として適切な対応とは言えない。

8. 社会保障財源を何に求めるべきか

労働者の多くは、資本主義の成立とともに「生産手段」をもたない存在となり、「賃金労働者」として資本家に雇用されなければ生活できない階級へと転化した。賃金労働者にとっての生活の糧である賃金（労働力の価値）は、労働力の再生産に必要な物質的・文化的生活資料の価値の総和である。その価値の総和は、生活の社会化、生活様式の高度化による影響を受け、地域・時代によって様ではないが、おおむね「労働者自身の維持費」「家族の生活費」「労働力養成費」からなっている。しかしながら資本家は、労働力の再生産過程（生活過程）で、いつ起こるともしれない「生活上の事故」を想定して、前もって賃金にその費用を含めているとは考えられない。

しかし、労働者（厳密には生産労働者）は、その労働によって社会全体を扶養する価値を生産している。つまりその価値の中には、労働不能者の生活者、労働不能時の生活費、異常出費が含まれている。この価値は一定期間にあらたに生産された価値、「国民所得」と呼ばれるものである。国民所得は、労働者の取り分「賃金」と資本家の取り分「利潤」からなっており、このような視点に立てば、労働不能者の生活費、労働不能時の生活、異常出費は、つまり社会保障に係る費用は、資本家の取り分「利潤」の中にこそ存在する。その意味から、所得保障費用は、資本家によって賄われなければならないのは当然である。

また、82年2月の第10回世界労働組合第5会（ハバナ）「社会保障憲章」は、「社会保障の財源は主として雇用主により、とくに利潤からの控除を通じて賄われなければならない。財源はまた国によっても供給されるべきである。このようにして、受給者による財政負担の完全なる除去を徐々に達成することが可能となろう。完全な社会保障に対するすべての権利の承認は、雇用主と国による社会に対する責任として法律によって定められなければならない」としている。しかし現実には、社会保障費用は、資本家にとっては利潤を生まない「空費」であることから、その費用は「社会保険制度」を通して労働者の負担に転化され、資本家の支出の節約が図られている。

表1の主要先進国の社会保障財源を見ると、わが国は

諸外国に比べ被保険者負担が高く、事業主負担・公費負担が低いことが分かる。少なくとも今後は諸外国並に、事業主負担・公費負担を増やすべきである。

9. 収入源は大企業の内部留保にこそ求めるべきである。

米国経済誌『フォーチュン』によれば、92年の世界企業上位500社中128社をわが国が占め、米国の161社に次いで多い。イギリス40社、ドイツ32社、フランス30社、スウェーデン14社を大きく引き離している。いわばわが国は、労働者の長時間労働、低賃金を土台として国際競争力を高め、その下で大企業は税金の掛からない利益「内部留保」を124兆円（93年度）もためこんでいる。これらの内部留保は、180項目にわたる租税特別措置、つまり大企業に対する不公平・優遇税制の賜物である。このような事実をかんがみれば、大企業の優遇税制の是正によってこそ適正な税収をあげ、高齢社会に備えるべきである。

既にスウェーデンでは60年代の終わりに、将来の歩むべき道として「第三の道」を選択した。これは、生産は資本主義、分配は社会主義というものであった。わが国も、社会保障財源を、安易に消費税率の引上げに求めるのではなく、社会保障の原理・原則にたちかえり、企業の利潤に求める道を歩むことも考えるべきである。

図1

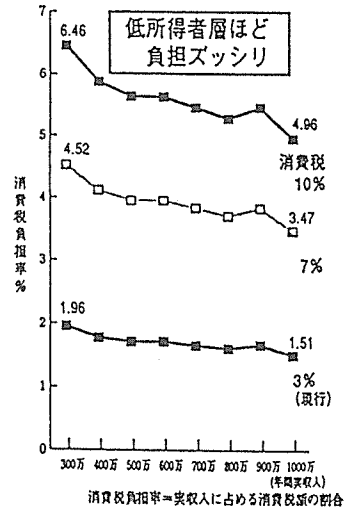


表1 社会保障収入の財源割合(1986年度)

国名	被保険者	事業主	公費負担	事業主 被保険者	事業主+公費 被保険者
日本	26.8%	30.2%	27.8%	1.1倍	2.2倍
アメリカ	24.3	33.5	30.1	1.4	2.6
イギリス	18.3	23.4	55.1	1.3	4.3
フランス	23.4	50.6	23.0	2.2	3.1
デンマーク	4.4	11.4	77.5	2.6	20.2
スウェーデン	1.7	38.5	49.2	22.6	51.6

注 デンマークについてはのみ1988年の数値
出所 ILO "The Cost of Social Security" より作成

特別講演

人間性回復の理念

金永安弘（国立公衆衛生院衛生行政学部）

衛生の語源

ここにまず、歴史を遡って衛生という言葉の、漢語の語源にふれることからのべてゆこう。

衛生という言葉は、莊子の雑篇の第23章の冒頭にある「老聃之役有庚桑楚」から庚桑楚の人名をとって、その篇名とした老子の無為自然の思想を継承する説話のなかにみることができるといえる。

中国の周の時代に語られたこの衛生なる言葉の語意も、当然のことではあるが、その時代の世相のひろがりのなかで、そのおかれた時代の背景を直截に投影していることがわかる。その語意は、人間の生き方を説くことに主眼をおいた生存秩序のあり方としての規範性をまさに備えたもので、「衛生の経とは、道を抱く、すなわちそれは自然の大道に一致することであり（中略）これこそが性命をまっとうするところの衛生の常法である」とその骨子を庚桑楚の弟子の南榮趯に老子は答えている。

当時の過酷な支配体制に、人びとがはなはだしく苦痛を強いられてきたことを考えれば、不条理な時の権力の圧制に抵抗する根拠として、世の中の権力以上の権力、すなわち自然の権力を担保にした、このような負の視角からの問いかけが世の中に生まれたことはうなずける。

人間には生まれながらにして生きる権利があるとすると今日的主張にしても、そのままでは今日といえども承知（獲得）されるものではなく、それは、むしろ人びとの公正な訴え（要求）として社会に表出しなければ、まったく成り立ちえなかったことを歴史的事実は教えてくれている。

共存の思想

老子の論調は、すべての人間存在をそのまま肯定して、自者の一元的価値を克服して、多様な存在としての他者のいかなる価値をも認め、協調していこうと主張しているのである。

このことは、すべての人びとが待ち合わせている価値を、わけへだてなくその世の中の調和の部分に組み込み、世の中の全体を構築していこうとする共存の思想でもあるとうけとめることができる。

老子の第19章は「飾りけいな素地のまま（個性）を外にあらわし、僕（無限の可能性）のような素朴さを内に守れ」として、生きる主体としての人びとのそれぞれの多様な個性を世の中に向かって引き出し、その無限の可能性をすべての人びとが自覚し、お互いに連帯していくことの大切さを示唆している。

教育とは、このような人間づくりを志向していくことなのである。

今日的意味をもつ衛生という言葉の邦語の誕生をみるのは、明治7年（1874年）になってからのことであるが、衛生という邦語の発祥から、さらに筆を進めていくことにしよう。

邦語としての「衛生」の概念

衛生という文字を初めて用いたのは、長與専齋である。専齋は、わが国の近代公衆衛生行政の基礎を築き、またその進展を図った人物でもある。

衛生についての概念を一層深めていくために、専齋の世にでるまでの足跡を記しておこう。彼は、天保9年（1838年）に九州大村藩の藩医の家に生まれた。安政元年（1854年）17歳にして医学並びに蘭学修業のため大坂に赴き、緒方洪庵の適齋塾に遊学をする。安政5年弱冠21歳にして塾長となったが、さらに長崎に移り、そこで蘭医ボンベ等の教授をえる機会にめぐまれ、蘭医ボードイン等の協力をえて彼は当時の病院である精得館を改革した。そして医師の正規の養成に尽力をした。

それが後に長崎医学校となり、明治3年に文部省の所管にこの大学が移るとともに文部省にうながされるままに彼は上京する。やがて彼は明治4年10月、文部大丞田中不二麻呂を理事官とする欧米視察の随行をゆるされることになる。

この出来事が、彼を生涯公衆衛生にかたむける端緒となったのである。

専齋の遺著「松香私志」によれば、欧米視察中に、しばしば「サニタリー」、「ヘルス」などという言葉聞き、さらにベルリンでは「ゲズンドハイプブレイゲ」というようなことを耳にしたが、初めは大して気にも留めていなかったと記している。

ところが段々調べていくうちに、

「比に国民一般の健康保護を担当する特種の行政組織あることを発見しぬ。是れ実に基本源を医学に資り、理工化学気象統計等の諸科を包容して之を政務的に運用し、人生の危害を除き、国家の福祉を完了する所以の仕組にして、流行病伝染病の予防は勿論、貧民の救済、土地の清潔、上下水の引用排除、市街家屋の建築方式より、薬品染料飲食物の用拾取締に至るまで、凡そ人間生活の利害に繋れるものは細大なく收拾網羅して一団の行政部をなし、「サニターテツヴェーゼ

ン”、“オッフエントリッヘ・ヒギエーネ”などと称して国家行政の重要機関となれるものなりき」

ということがわかってきたとある。

専齋がとくに当時の西欧の保健・医療・福祉の哲学をおさえての衛生行政事情を短期間に把握しえたことは、明治5年11月から明治6年1月にかけてのオランダ滞在が、大きく影響している。オランダ語に精通していた専齋が、それを下敷きにすることによって、初めて西欧の保健医療・福祉制度の概念理解を可能にしたといっても、それは過言ではない。

オランダ語の Volks Gezondheid（ホルクス ハアゾン トヘイト）を当時の蘭方家は、養生、長生、健全なる訳語を当ててはみたものの、その概念や理念の把握には難渋していたといわれている。このホルクス ハアゾン トヘイトの語意が、民衆（国民）の生命・生活・人権の健やかさを保障する政策、制度、行政を意味する言葉として培われていることに、専齋はアムステルダムにおいて実感する。

彼は、明治6年3月に帰朝、同月付で文部省医務局長に就任するがその後この適訳に腐心した。そして明治7年、生命を衛る、生活を衛る、生きる権利（人権）が衛られるなかに康やかさが確保されるという衛生哲学を総括した衛生なる邦語を、専齋は今日の意味を付与して造語した。

明治8年6月文部省医務局が内務省に移管されるや長興は医務局を衛生局に改め、初代衛生局長として指揮をとることになるのであるが、衛生という「この耳新しい言葉は、その後明治10年のコレラの大流行ともあいまって、伝染病予防活動の繁忙につれて巷間の耳にもなじむようになり、あげくの果てには衣食住は勿論のことブドウ酒やシャボンや歯磨にいたるまで衛生という文字を冠するにいたった」というのである。

衛生という言葉が、一般に常用されるようになった経緯や、その言葉の本旨が如何なるところにあったかはともかくとして、今日の社会通念から見れば、やはり伝染病予防対策を中心とした時代の語感をこの言葉から払拭することはむずかしいといえよう。にもかかわらずこの衛生が理念とする今日的意義は、ますます高い評価を与えられてきている。それは専齋が大日本私立衛生会の創立（明治16年5月）にかけた期待からもうかがい知ることができるが、「此際更に人民の側に立ちて・・・」という理念は、民衆参加の思想に貫かれていることにほかならなかったからである。

ここに専齋が借用した庚桑楚のなかにでてくる衛生なる漢語の語意に、さらに若干の説明を加えておくならば、それは「あるがままに生きる」ということで、それはすべての人間の生命現象があるがままに受け入れ、つつみこむ生老病死の営みの源を意図している。付言するならば、さきに記したオランダ語の Volks Gezondheid は、英語の Public Health、フランス語の Hygiene

Publique とほぼ同一の概念をもつ語意として、今日共有されるようになってきた。

衛生の語意に符合する今日の健康の語意は、すべての人々のライフコースにおける日常生活の広がりの中にある。それぞれの生活の営みを支える、それは生命の質（生活概念）であるところにある。

健康そのものが生命現象を支える生命の質であるという認識から、誰しもがその人なりの健康度というもの、その生命の質を有するかぎり、つまり生きていこうとする意思の営みをなしうる限り、必ず持ち合わせているということにほかならない。

人びとのそれぞれのなかに固有に存在する健康は、いろいろな尺度があり、そのいづれもが、健康（生命の質）としてそれぞれに価値をもっているということができる。

シンポジウム 地域保健法を斬る

司会 草野文嗣（滋賀県長浜保健所）

1. 林 玲子（練馬区健康の会）

保健所・保健婦さんへのエール

2. 小倉 敬一（千葉県船橋保健所）

公衆衛生行政の危機

3. 山口 幾世（大山崎町保健センター）

地域保健法を斬る

地域保健法を斬る（座長として）

草野文嗣（滋賀県長浜保健所）

現行の「保健所法」を大幅に改定して、「地域保健法」を制定しようとする動きがあり、「地域保健対策強化のための関係法律の整備に関する法律案」が国会に上程されていることは、すでに衆知のことである。

この改定の趣旨は、人口の高齢化や疾病構造の変化に対応した地域保健対策を総合的に推進するため、地方公共団体および国の責務の明確化、地域保健対策の推進に関する基本指針および人材確保支援計画の策定、保健所および市町村保健センターに関する規定の整備等の措置・・・とある。

しかし、法律案全体を眺めてみると、戦後の新しい公衆衛生活動を引き継ぎ、国民の健康を守るために展開している現在の公衆衛生活動にとって非常に大きな問題であり、国民の健康にとっては重大な危機であるといえよう。

この改定で、大きな課題となる部分は、①「厚生大臣が、地域保健対策の推進に関する基本指針を定めなければならない」としたこと、②保健所の所管区域については、「都道府県は、保健所を設置する場合、医療法に規定する区域、老人福祉法に規定する区域および老人保健法に規定する区域を参酌して、保健所の所管区域を設定しなければならない」としたこと、③「都道府県は、保健所は、所管区域内市町村の地域保健対策の実施に関し、市町村相互間の連絡調整を行い、および市町村の求めに応じ、技術的助言、市町村職員の研修その他必要な援助を行うことができる」としたこと、④現行の保健所法では「保健所に、運営協議会を置く」というのを、「運営協議会を置くことができる」としたこと、⑤さらに、保健所法の改定に伴い、関連法律としての母子保健法も改定され、1歳6ヶ月児健診が市町村に義務化され、知事設置の保健所管内では、知事の業務とされていた3歳児健診が市町村の業務として義務化されることである。

【公衆衛生について】

この他に、大きな問題と思われることは、法律案の中で「公衆衛生」ということが、「地域保健」という用語に置き換えられようとしていることである。法律案の一部には、公衆衛生と用語は用いられているものの、憲法や医師法その他で用いられており、従来から保健所法で用いられている公衆衛生が、全体的に軽く取り扱われていると思われる。ここで考えられることは、法改定の機会に、用語の解釈の説明や理解が全くないままに、置き換えられて、内容も歪曲されてしまう危険性があるということである。

これを契機に、「公衆衛生とは何か」、「地域保健とはどのように異なるのか」、「公衆衛生と地域住民との

関係」等について広く関係者の理解や合意を得るための努力がなされなければならないと思う。

【今までの経過】

このように、保健所法を改定して地域保健法に更めるに至った今日まで、いろいろの経過があった。それは、昭和40年代の基幹保健所構想や保健所問題懇談会の基調報告がある。その後、平成元年に地域保健所将来構想検討会の報告書が出され、これを受けて「ニュー保健所構想」が打ち出され、特定の保健所を中心に2次医療圏毎に「地域保健医療計画」を策定することになった。

これらの動きに続いて、平成5年1月には、地域保健基本問題研究会が設けられ、7月に「地域保健対策の基本的なあり方について（意見具申）」が提出された。この意見具申を基にして、平成5年秋から6年初頭にかけて、法律改定作業が厚生省健康政策局計画課を中心に積極的に進められてきた。

この動きの表面的な動機は、平成3年から4年にかけて広島県で行われた保健所と福祉事務所（いずれも県）の統合と、4保健所の廃止（最終的には支所になった）という行政改革・機構改革の問題である。この問題が進行中の平成4年7月、厚生省健康政策局計画課長は、当時全国で852ヶ所の保健所は半数以下でもよい旨の発言をした。これまで厚生省の考えの中には、全国の保健所の数を減らそうという意図が陰に陽に存在していたが、今回は2次医療圏に1ヶ所という構想が明らかに表面に出てきたといえる。

【これからの問題】

保健所の数が減りそう、保健所の業務であったものが市町村に移譲される、市町村の保健婦を増やそうとしても、総定員の枠は拡大されない、すでに県の福祉事務所の業務の多くは市町村に移された。このような状況の中で、本当に住民の健康は守っていけるのか。保健所運営に金をださなくなった厚生省が、どうして保健所の数の制限をするのか。保健所の再興のためには、今何が必要なのか。今住民の人々に何を知らせてもらう必要があるのか。

これらのことが、当面の大きな課題であると思われる。

このように、公衆衛生の本質にかかわる事や、その周辺において、大きな変化が起きようとしている今日、その渦中にあるわれわれは、いかにより良い状況をつくるかに努力しなければならない。そのため、本シンポジウムにおいては、保健所長の立場、市町村の立場、市民の立場として、3人の方からそれぞれの問題提起を願い、会場の方々と熱心な議論の基としたい。

■保健所・保健婦さんへのエール

林 玲子

練馬区に公的総合病院をつくる会事務局長
ねりま健康の会副会長

- 保健活動に関わった動機
- 1 練馬区の社会教育で学び“公的病院を”の運動に「女の自立」「女と老後」で字んだ年輩の婦人たち、(平均64歳)医療過疎の練馬では老後心配な病氣…。昭54(79)年「安心してかかれる公的総合病院をつくる準備会」として署名運動開始。当初、区長・区議会・医師会は反対。署名が十万を越え、医師会立ではあったが公的性格、住民代表も加わる運営懇談会がある光が丘総合病院がオープン。喜びも束の間、四年後に人事・経営の不手際から百億の赤字・医師会は経営放棄。平成三(91)年から日大付属病院となってしまった。誠に残念なこと。しかし運営懇の仕組み、公的な目的機能、地域医療に協力するという契約を区と交わし、運動が無駄ではなかったと自己評価している。
- 2 保健所の大切さを次第に理解した
病院運動の中で活動と学習を車の両輪のように重ねる内に、わかってきた病気になる前の予防、健康増進、早期発見の大切さ、保健所の存在に気付く。「まずなにかからやったらよいですか」病院周辺の光が丘地域の会員が、北保健相談所を訪問。
- 三 保健活動の開始
- 1 「ねりま健康の会」発足
保健婦から「保健相談所移転にともない、跡地を障害者の作業所にする運動に協力を」。昭58(83)年、保健婦と相談しながら「健康のことならなんでもやろう」というねりま健康の会70世帯で発足。(健康問題は家族とともに、それを地域に広げよう)
- 2 昭60(85)年、保健婦のよびかけで障害者のやまびこバザー-始める
第一回38万円。以来毎年約百万の売り上げとなり、障害者の社会復帰に幾許かの力。
- 3 「健康手帳をもらいましょう」
毎月なにか行事をやりながら保健所へくる人を増やす。検診も学習も集団で参加。次第に定着し継続させるために保健婦と子ども苦心。
- 三 活動を続けてきて…
- 94・2/2 ねりま健康の会は第一回健康づくり市民会議(鈴木都知事)より「健康づくり推進功労賞」を受賞。永年に亘る活動と創意工夫が評価され、千十一件の中から推奨された。この他6/23には都知事とのタウンミーティングに出席
- 四 「健康で生きたいから・保健婦さんへのエール」を出版
住民、保健所・保健婦がともに信頼しあい、積み重ねた活動。特別かわったことをやってきたわけではない。(どこでも行なわれていること)なぜ信頼しあえ、継続できたか。
- 1 障害者支援バザーで、ともに力を合わせるなかで、相談所ぐるみの職員・保健婦の姿が、目に見えた。人間味あふれる対応から保健所の仕事や指導を理解し納得し信用した。
- 2 検診・保健学級と足しげく通うなか、人と人とし

- ての付き合いが深まった。高脂血の人は「こんなに心配してくれているのか」と感動し、530→180と下げる努力、人間として応えるのは当たり前。技術ではない。
- 3 自主・自立を大事にしてもらった。個人、地域、それぞれの進め方、解決のやり方がある。団体の自主性を大事にし、保健婦が節度をもち采配を振るわなかった。→住民は依頼心を起こさない。このことは住民自身が健康問題の解決の主体であるという考え方。「はじめに保健婦ありき」で保健婦中心の進め方では住民は変わっていかないし、熱心な保健婦が転任になったら活動は続いていかない。
- 4 保健所は無料で専門的な指導を受けられる。講師の謝礼、場の提供は、継続の大きい要素。専門家(医師、保健婦、栄養士、歯科も含めた)の指導を受けられる。これが保健所で休養をすることの意味であり、継続の有効な条件。
- 5 明るく楽しいことも大事。軽視しないで。
- 五 お願ごと
- 1 公衆衛生・保健活動はすぐ目に見えない。臨床医療と違って効果が目に見えにくい。だからこそ常に具体的な問題提起、実際の行動の示唆が必要。むづかしい言葉、仲間うちだけに通じる“狼少年式”話では、一般の人は理解しにくいし、質問も行動も起きないということ。状況はなに一つ変わっていかないのではないか。その代りなにかやれば必ず変わっていく。
- 2 保健所法は時間をかけて変質させられてきた。知ろうとしなかつたわたしたちにも責任。たとえば保健所長である医師が減るということの意味。公衆衛生に医師の視点がなくなり、人間の命を大切にする医の倫理よりなにごとも数による判断で物事がすすめられる危険が生ずる。保健所がそう なら困るのはわたしたち。こうしたことを教えるのはだれ?
- 3 保健所法が変わっても…
わたしたちはめげないでしょう。人生八〇年の時代「成人病は予防できる」「検診その他で保健所を訪問する」という人が増えつつある。保健所のみならずの訴えが浸透し、いまようやく世間の人々はわかりかけてきた…。自らの意志で訪れる人をほっておくことはないではありませんか。わたしたちは健康で長生きしたいと思っているのですから。がんばってください。わたしたちもがんばります。

公衆衛生行政の危機

小 倉 敬 一 （千葉県船橋保健所長）

本年3月22日に、政府は「地域保健対策強化のための関係法律の整備に関する法律案」を国会に提出した。

それまでの経過は、周知の如く、公衆衛生審議会総合部に設置された地域保健基本問題研究会を、昨年1月から7月までの半年間という短期間に12回開催し、その結論として7月9日に厚生大臣に「地域保健対策の基本的なあり方について」意見具申をしたものに基づき、法案を作成し、今回の提出に至ったものである。

あまりにも性急な動きと、公衆衛生行政の根幹にかかわる事の重大さから、全国保健所長会では、昨年3月、以下の如き意見書を健康政策局長に緊急提出した。

意見書

地域保健の総合的な見直しに際して、「地域保健将来構想報告書」を踏まえ、左記の事項について検討されたい。

一、地域保健の総合的な見直しについて、国としての責任の回避にならないようにすべきである。

二、人間生活全般について、環境問題を含めた総合的な地域保健活動を推進するため、対人保健サービスといわゆる対物保健サービスを分断することのないように配慮すべきである。

三、保健と福祉の連携はさらに進めなければならないが、そのための保健所と福祉事務所の安易な統合はなすべきでない。

四、市町村の役割重視は必要であるが、いわゆる弱体市町村の実情を踏まえ、経過措置を充分とるとともに、財政的・人的支援体制を確立すべきである。

五、市町村保健計画の策定を促進させ、その中で市町村保健センターの位置づけを明確化し、その運営について、保健所の指導的役割を明示すべきである。

六、市町村が行う保健事業を効果的に推進するため、それぞれの事業における保健所の指導的役割を明示すべきである。

七、保健所設置基準については、現行の二次医療圏にとらわれることなく、真に保健衛生行政を推進する上で必要な保健所機能を議論した後、保健サービスを提供

するための圏域の満たすべき最低基準を示し、設置者の裁量に委ねるべきである。

平成五年三月一日

厚生省健康政策局長 寺松 尚 殿

全国保健所長会会長 稲田 正實

少し長くなったが、全文を引用した。他にも、全国衛生部長会以下10以上の団体から、同様な主旨の意見書要望書が続々と厚生省に出された。にもかかわらず、現実には急ピッチで進行し、現行の保健所法の全面改訂——地域保健法——として法案化されたのである。法案をよく読んでみると、公衆衛生行政の根幹をゆるがす重大な問題を含んでおり、前述の全国保健所長会の意見書で懸念した事がほとんど考慮されていないことが判る。

以下、特に重要と思われるポイントについて列挙してみたい。

1. 国の公的責任の大巾な後退

WHO憲章前文、オタワ憲章、日本国憲法第25条等でも明らかな如く、基本的人権としての健康権、生存権を守る上での国の公的責任は非常に重要である。しかし、今回の改訂を貫く思想は「頻度の高い身近なサービスは住民にもっとも近い自治体である市町村で」、「高度かつ多様なニーズは民間活力で」であり、国、県の責任が大きく後退している。市町村のマンパワーの中心を占める保健婦の設置状況（表1）は、未設置を含む2人以下が約半数を占めており、現状では老人保健法の処理におまわられている。また、市町村保健センターの設置状況も平成5年度末で1185ヵ所と全市町村の3割にすぎず、その職員の配置状況も表2に示す如くである。これでは、いくら特定町村に人的援助をしても、市町村間の格差は拡大する一方であろうし、弱体町村では必置義務ではなくなった市町村保健センターの整備はなかなか進まないであろう。

2. 保健所の基本的機能の崩壊

公衆衛生行政の第一線の実施機関である保健所の特性は総合性、専門性、近接性にある。地域保健法によると、保健所の設置基準は、二次医療圏を参酌して決められているが、もともと二次医療圏は医療法に基づき必要病床数を定めるために設定されたものであり、その全国342の現状も表3の如く、人口、面積、構成市町村数等々、まさに千差万別である。この基準に従うと、保健所数も現在の3割以下に大巾に減少し、住民との距離は

表1 人口階級別・市町村保健婦設置数別市町村数(政令市・特別区を除く)

	市町村 総数	市町村保健婦設置数										市町村保 健婦総数	率(%)
		0人	1人	2人	3人	4~ 5人	6~ 9人	10~ 14人	15~ 19人	20~ 29人	30人 以上		
2千人未満	131	41	80(4)			0	0	0	0	0	0	96	0.8
2千人~	488	23	235(4)	191	33	6	0	0	0	0	0	737	6.4
5千人~	894	18	154(1)	461	193	64	4	0	0	0	0	1,940	16.8
1万人~	737		50	246	250	167	24	0	0	0	0	2,167	18.8
2万人~	283		9	42	63	129	39	1	0	0	0	1,128	9.8
3万人~	267		3	7	50	97	105	5	0	0	0	1,410	12.2
5万人~	224		1	1	5	13	56	106	38	4	0	1,572	13.6
10万人~	110			1	1	4	11	37	34	18	4	1,102	9.6
20万人~	70		0	0	1	0	0	8	17	16	15	1,373	11.9
計	3,204	83	533(9)	964	606	530	323	95	38	19	13	11,525	100.0
率(%)	100.0	2.6	16.6	30.1	18.9	16.5	10.1	3.0	1.2	0.6	0.4	-	-

注) 1. 平成4年12月31日現在健康政策局計画課調。

2. ()内は、嘱託保健婦を設置している市町村数で、再掲である。ただし、保健婦数には嘱託保健婦は含まれない。

遠くなり(特に行動範囲の狭い人にとっては)、保健所は住民の具体的な健康要求にこたえる第一線の実施機関から、管理事務所的なものになってしまう可能性がある。また各種の専門職が協力して総合的に問題の解決に当たってきた従来の公衆衛生行政の基本的なスタイルも対人保健サービスは分断化され、広域化された対物保健サービスは、固有の仕事で精一杯になり、本来の衛生行政活動の維持は最大の危機に直面している。

3. 中央集権強化への危惧

地域保健法では、第2章第4条に厚生大臣が地域保健対策の推進に関する基本的な指針を定めるとされている。第4条②の一から六に掲げられていることはまさに基本的事項であり、一応公衆衛生審議会の意見を聞くとはされているが、地方分権に逆行するおそれが十分ある。また、第16条の②に厚生大臣が保健所を設置する地方公共団体に、保健所の設置及び運営に関し助言または勧告をすることが出来るという、理解しがたい一項もある。

4. 住民参加(民主化)への逆行

第11条は保健所運営協議会について定めてあるが、保健所法では必置であったものが置くことが出来るへ後退している。直接住民の声が反映される運営協議会が財政的な理由等から廃止されるところが増えることも予想され、益々、住民と保健所は離れていく可能性をほらんでいる。

表2 市町村保健センターの1カ所当たり職員配置状況

施設数	村	町	市<人口規模(万人)>				合計		
			~5	5~10	10~	計			
97	524	98	127	140	365	986			
総数(92)	常非	勤動	4.5	5.8	9.9	12.6	20.8	15.0	9.1
	常	常	1.4	2.9	4.2	6.2	15.4	9.2	5.1
	計	計	5.9	8.8	14.1	18.8	36.2	24.2	14.2
総数(90)	常非	勤動	3.1	5.2	8.4	11.3	19.1	13.3	7.9
	常	常	1.5	2.9	4.0	4.5	3.5	4.0	3.1
	計	計	4.6	8.0	12.5	15.8	22.6	17.3	11.0
常勤者の職種別配置数	管理職員	0.6	0.7	0.9	1.1	1.3	1.1	0.8	
	一般事務職員	1.2	1.5	2.5	3.2	6.3	4.2	2.4	
	用務員	0.1	0.1	0.1	0.0	0.1	0.0	0.1	
	医師	0.0	0.0	0.0	0.0	0.1	0.0	0.0	
	保健師	1.9	2.8	5.1	6.3	8.6	6.9	4.2	
	助産師	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	
	看護婦	0.1	0.2	0.4	0.7	1.2	0.8	0.4	
	准看護師	0.1	0.1	0.7	0.3	0.5	0.4	0.2	
	栄養士	0.2	0.3	0.4	0.4	0.6	0.5	0.3	
	歯科衛生士	0.0	0.0	0.1	0.2	0.3	0.2	0.1	
	OT・PT	0.0	0.0	0.0	0.0	0.2	0.1	0.0	
	放射線技師	0.0	0.0	0.0	0.0	0.3	0.1	0.1	
臨床検査技師	0.0	0.0	0.0	0.0	0.4	0.2	0.1		
その他技術職員	0.2	0.2	0.1	0.2	0.7	0.4	0.2		

注1 厚生省健康政策局計画課「市町村保健センター等実態調査報告書」(平成4年度)から作成した。
注2 国市町村保健活動連絡協議会「市町村保健センター施設調査要覧」(平成2年度)から作成した。

表3 二次医療圏に関する統計値

	人口	面積(km2)	人口密度(/km2)	中核都市人口	構成市区町村数	構成市区数	保健所数	必要病床数	既存4年床数
最大	2,901,313	10,830.8	16,524.2	2,506,368	33	14	24	26,253	40,560
最小	27,976	63.0	16.5	8,513	1	0	0	277	52
平均	362,563	1,090.1	959	181,049	9.60	2.05	2.49	3,458	3,714
標準偏差	439,257	1,055	2,348	281,352	5.30	1.86	2.53	3,924	4,997
変動係数	1.21	0.97	2.45	1.55	0.55	0.91	1.01	1.13	1.35
最大/最小	103.7	171.9	1,001.5	294.4	33	∞	72	94.8	780

注) 人口:住民基本台帳1990年、面積:1985年面積調べ、中核都市人口:1992年住民基本台帳、区:東京23特別区のみ算入
構成市区町村の計算区域:平成4年9月29日現在、必要・既存病床数:平成4年3月31日現在

地域保健法を切る

山口 幾世（大山崎町保健センター）

1. 大山崎町の保健婦活動の視点

◎保健所とともに住民ニーズに答える形で1965年よりこどもの発達を保障する母子の全数把握を実施。

◎すべての住民を対象

◎「老人保健法」以降も母子は切り捨てないで、充実の方向で。

◎自己負担はとらない、民間委託はしない。

保健所法「無料の原則」

2. 京都府下市町村保健婦の声

（京都府下市町村保健婦協議会アンケートより）

（43市町村・205名対象・93年6月実施・自由記入）

公衆衛生活動をすすめていくにあたっての現在の問題点

1. マンパワー不足。
2. 財政基盤が弱い。
3. 事務量が多い。
4. 保健所が地域の要求に答えられない。
5. 職場の理解不足（首長含む）。
6. 市町村には、保健婦以外に公衆衛生に関する専門職がいない。

法改正がされた場合、どのような問題がおこると考えられるか。

1. マンパワー不足。
（専門職が確保できない。質の低下。住民へのしわよせ）
2. 業務量が増大する。
3. 市町村格差につながる。
4. 二次的フォローができない。
5. 公的な役割がうすくなる。
6. 保健所の存在意義が弱くなる。
7. 保健婦の仕事、役割に変化を生じる。
8. 保健センターなど活動拠点が不十分。

3. 法案がとおれば市町村はどうなるのか？

◎例えば大山崎町では

保健センターの職員

所長 1（保健婦兼務） 看護婦 2
係長 1（事務職） 事務アルバイト（週
保健婦 4 4日）

人口 16,072人 世帯数 5,449

面積 5.97平方メートル

65歳以上人口 1,776人（11.1%）

出生数 131人（'93年）

医療機関数 内科系 6 歯科 6（総合病院、産婦人科、眼科、耳鼻咽喉科、外科等なし）

*三歳児健診（年間4回）必要経費100万円

必要なスタッフ 医師 2 歯科医師 1

歯科衛生士 1 歯科助手 1 看護婦

保健婦 9 栄養士 1 事務 5

しかし、1回に保健婦9人となるとアルバイト要員も確保はむづかしい。

*保健所からの技術援助なくなる。

現在	保健婦	栄養士
93年	62	10
94年	47	10

必要経費 約43万円

・乳児健診（3、8か月、1歳児）

大山崎町ではすでに実施していますが現在約115万円（職員分除く）かかっています。

・離乳教室、母親教室等の母子に関する教室もすでに実施していますが、年間75万円かかっています。

*妊婦健診

*栄養相談 相談必要者は増えているが、町には栄養士がいない。

*乳幼児の二次健診

現在保健所が実施しているが、町では専門医の確保も難しいし、専門医療機関との契約等事務量も多くなり、経費も相当かかると思われる。

◎マンパワー

現在でも母子、成人、老人と精一杯仕事をこなしている状況です。老人保健福祉計画では、ねたきりをつくらないための保健サービスを実施するために、PT、OT、栄養士、9人の保健婦の増員が必要です。地域保健法関係で、母子関係の仕事がおりてくると、もっとマンパワーが必要になってきます。しかし、職員定数からも財政的にも保健婦

だけが増えていくということにはなりません。

◎研修

◎保健センター 総事業費('93決算)

113,356千円(内人件費8人分56,784千円)

全事業に対する国、府補助金 27,756千円

(総経費の24%)

(内国保健活動交付金 2,895千円

94年より交付税まわしとなる。)

(府市町村保健活動費交付金 1,071千円)

保健センター 管理運営費 4,085千円('94予算)

4. まとめ

◎大山崎町の例でもわかるように、財政的にも、人的にも大変な負担を市町村にしていることになりま

す。財政豊かな市町村以外には必要な保健サービスができません。何処かを切り捨てざるをえなくなります。出来るところと出来ないところが出来て市町村間に大きな保健サービスの格差が生じ、国民に対する公平なサービスが行われなくなります。この結果、日本国民の健康水準が低下します。

◎保健所が削減され、遠くになれば、今よりもっと保健所には行きにくくなります。大山崎町では交通の便が悪く保健所まで小さい子どもを抱えていくのは大変なため今は保健所が出張してきてくれています。公衆衛生の専門職種が多い保健所は、市町村保健婦のよりどころです。削減より充実し住民ニーズに答えられるよう増やすべきです。

都道府県別にみた保健所保健婦及び市町村保健婦数(平成4年12月末現在)

	人口 (千人)	保健所数			市町村数	保健婦数			保健婦 1人当り 担当人口	保健婦 未設置 市町村	
		都道府県 特別区	政令市 特別区	政令市 特別区		総数	都道府県 保健所 特別区	政令市 特別区			市町村
1 北海道	5,650	45	11	3	209	1,248	251	143	854	4,527	2
2 青森	1,510	11			67	368	125		243	4,102	1
3 岩手	1,427	15			59	419	73		346	3,405	
4 宮城	2,257	9	5	1	70	490	76	97	317	4,607	
5 秋田	1,232	8			69	338	89		249	3,644	
6 山形	1,257	8			44	318	56		262	3,952	
7 福島	2,117	18			90	492	116		376	4,302	
8 茨城	2,894	18			87	494	108		386	5,857	
9 栃木	1,951	11			49	324	84		240	6,022	
10 群馬	1,977	12			70	412	88		324	4,798	
11 埼玉	6,465	24			92	594	175		419	10,884	4
12 千葉	5,614	18	1	1	79	698	142	75	481	8,043	
13 東京	11,634	18	53	23	41	1,211	238	841	132	9,607	7
14 神奈川	8,002	12	28	3	34	730	143	399	188	10,962	
15 新潟	2,479	13	2	1	111	563	83	45	435	4,402	1
16 富山	1,124	10			35	243	78		165	4,627	4
17 石川	1,162	8	2	1	40	227	67	42	118	5,118	
18 福井	821	8			35	172	64		108	4,772	
19 山梨	862	8			64	245	54		191	3,520	3
20 長野	2,167	17			121	554	100		454	3,912	
21 岐阜	2,078	11	3	1	98	376	71	41	264	5,526	1
22 静岡	3,695	15	3	2	72	533	95	81	357	6,932	
23 愛知	6,650	26	16	1	87	758	196	176	386	8,773	1
24 三重	1,814	11			69	257	89		168	7,060	2
25 滋賀	1,237	9			50	280	60		220	4,417	
26 京都	2,542	12	11	1	43	436	96	157	183	5,830	
27 大阪	8,552	22	32	3	41	924	319	392	213	9,256	
28 兵庫	5,403	26	15	3	88	678	193	214	271	7,970	1
29 奈良	1,391	6			47	230	85		145	6,050	7
30 和歌山	1,091	8	2	1	49	224	72	30	122	4,872	2
31 鳥取	619	5			39	157	46		111	3,943	
32 島根	779	10			59	251	67		184	3,103	
33 岡山	1,936	17			78	408	128		280	4,745	
34 広島	2,851	12	10	2	84	479	100	127	252	5,952	
35 山口	1,562	15	1	1	55	321	91	22	208	4,865	
36 徳島	838	8			50	195	81		114	4,299	1
37 香川	1,030	7			43	241	77		164	4,273	
38 愛媛	1,527	14			70	364	97		267	4,195	2
39 高知	831	10			53	219	154		65	3,795	17
40 福岡	4,800	21	15	3	94	573	176	185	212	8,377	1
41 佐賀	881	8			49	203	68		135	4,340	
42 長崎	1,561	13	3	2	77	308	88	65	155	5,069	
43 熊本	1,851	13	2	1	93	367	90	64	213	5,045	
44 大分	1,243	13			58	250	110		140	4,970	
45 宮崎	1,180	10			44	213	81		132	5,540	
46 鹿児島	1,794	15	2	1	95	366	123	45	198	4,902	6
47 沖縄	1,248	7			53	243	165		78	5,134	20
全国	123,587	635	217	55	3,204	19,994	5,228	3,241	11,525	6,181	83

注 1. 人口は、平成4年3月31日現在の住民基本台帳人口であるが、百単位を四捨五入した。
 2. 保健婦数は、平成4年12月末現在計画課題による。
 3. 保健婦1人当り担当人口は、小数点第1位を四捨五入した。
 4. 未設置市町村には、専任保健婦が設置されている市町村は含まれない。

シンポジウム

保健・医療における住民・患者の参加

司会 松田 亮三（奈良県立医科大学）

1. 有吉 孝雄（京都民医連安井病院友の会）

「共同の営み」をめざす友の会づくり

2. 後藤 種子（城東鶴見保健生活協同組合）

保健・医療における住民・患者の参加

3. 中 照之（吹田市職員労働組合病院支部）

自治体病院運営の住民参加への模索

4. 田村 清（大阪府保険医協会）

地域福祉計画における住民参加の現状と課題

— 老人保健計画の登場と住民参加の新段階 —

5. 藤崎 和彦（奈良医大衛生学）

患者の権利の今日的意義と展望

現代日本の保健・医療と患者・住民参加

松田 亮三（奈良県立医科大学・衛生学）

1. はじめに—シンポジウムの趣旨と課題

本報告の課題は、「保健・医療における参加」について、近年の保健・医療をめぐる諸問題を検討することを通じてその意義と課題を述べることである。

その際、「参加」というキーワードは、単に目の前の業務をどのように行うのかというような視点ではなく、将来の保健・医療を展望する際の最も重要な概念の一つであると捉えていることを最初に述べておきたい。

当然のことながら、将来の保健・医療を展望するという作業は簡単に結論のつく問題ではない。本シンポジウムが、広く保健・医療関係者が「参加」の問題を理論的にも、実践的にも深めていく契機となればさいわいである。

2. なぜ、「保健医療における患者・住民参加」か

・ 80年代から現在にいたる保健・医療をめぐる状況

①主権者としての患者の登場と自己決定への要求

②「自己決定」における選択保障の後退

③地方自治体への負担の転嫁と問われる地方自治

・ 「参加」と共同の回路の形成の意義

3. 保健・医療における参加—いくつかの場面と課題

・ ナショナル・ミニマムの確保と自己決定

・ 保健・医療における自己決定の保障

・ 医療機関における決定への参加

・ 地方自治と参加

4. おわりに

「共同の営み」をめざす友の会づくり

有 吉 孝 雄 (京都民医連安井病院友の会会長)

1 京都民医連安井病院とは

安井病院は京都市左京区にある。1955年ベット40床、職員約30数名で創設。77年増改築、現在199床(認可242床)、職員約300名となっている。医療行政のベット減らしに対抗し、認可ベットをフル稼働させ、他の諸機能も整備した京都民医連第2センター病院とすべく、旧館の改築、新館の改造が94年秋より始まる。それには建築費の50%(10億)を建設協力金(大衆債)に頼らねばならない。現在、京都民医連東ブロック(安井病院の外4診療所)で募集中である。その中心たる安井病院友の会強化が急務となっている。

2 安井病院友の会の歩み

安井病院友の会は、病院新館が完成した1977年、建設基金に協力した患者や地域住民を中心に病院後援会として生まれた。会員は416名(1977年)、1535(82)、1649(90)、2132(91年3月)、3000(10月)、4341(92年11月)、4515(93年1月)、5600(現在)となる。

会員数は2年間で千名となったが、1500名には5年かかる。この間、81年に2千名会員の方針を出すが入会は入院患者が主で、退院すると友の会会費長期滞納者となり、自然退会してしまうくりかえしで2千名達成は91年である。

活動は、会報、囲碁・生花・お茶のサークル、日帰り旅行、一泊旅行、医療懇談会、健康教室など現在とほぼ同じ行事。病院職員による事務局主導型運営で財政も病院援助金に頼っていた。職員の協力もわずかだった。

しかし友の会は、会員拡大の努力は重ねていた。会報に「1年間の活動報告と新年度の活動方針」がのるようになり、友の会活動の姿が会員や職員にわかるようになった。「病院の医療活動に対する会員アンケート」を下に友の会と病院管理部や労働組合との懇談会を開き、会報で紹介した。5千人規模の左京区健康まつりにも職員とともに積極的に参加。徐々に病院の一般職員の間にも「友の会は医療の改悪に反対する仲間だ」との意識が芽生えてくる。

3 病院職員のがんばりで会員の急増

そうすると、職員の友の会への入会がふえてくる。地域にて、「会報」の手配りに参加する職員会員もではじめる。会員さんから「ごころさま」「上がつてお茶でものんでいき」に上がりこみ、話しこむ。これも大切

な医療懇談会と友の会は高く評価した。

職員の友の会入会が看護部門もふくめふえてくると、意識的に患者や元患者への入会働きかけが活発化する。これには全日本民医連や京都民医連が友の会を、院所を支える「基盤組織」からともに歩む「共同組織」へと認識を変えた事も大きい。

病院は優秀な職員を友の会専任とした。病院倒産など全国的医療経営の悪化もあり、「友の会はわれわれと共通の目的をもつパートナー」の意識が定着してきた。外来や入院患者だけを対象に、つまり「待っている、入会者はふえない」と、職員は「拡大月間」と称し休日返上一斉に地域へうってでるようになった。

かくして、1991年2月は1カ月3百名会員がふえ3月初旬念願の2千名を突破。あとは雪だるま式にふえていく。もともと力量をもつ職員集団が動きだしたらすごい。91年10月3千名、92年8月4千名、現在5600名、班も30班となっている。

病院では地域医療課(現在組織部)を中心に、医局、婦長室から各病棟、経理まで25職場が拡大目標をかかげ、地域に出て患者や元患者を訪問する。各職場に基盤組織担当委員が選出され、ニュースが発行される。92年3月共同組織委員会と名称を改める。ニュースで各職場の月間目標が一目でわかる。いやがうえにも全職員をふるいたたせる。地域から医療懇談会の要望あれば、医師も10名位参加する。病棟も、病棟懇談会にとりくむようになった。(93年医療懇・班会119カ所)

職員が地域に出れば、病院では聞けない患者の生の声が聞ける。「退院した患者がどのような生活をしているか、家族の介護協力の状態などがよく分かった」「患者と接触のない検査の職場なのでよい経験になった」。しかし、「安井病院は親切で安心してかかると喜ばれた」ばかりではない。「安井で家族が殺された。信用できひん!」の罵声もあびる。様々な地域の声に職員は医療人としてきたえられる。

この中から、「地域探検隊」といって、医師も含む新入職員が友の会会員宅を訪問、地域から学んでくる自主活動が恒例化した。

4 自主活動から共同の営みへ

① 93年度自主活動のとりくみ

囲碁、写真、ボーリング、茶道・華道、現代俳句の5つのサークル活動。3月の連泊旅行、秋の日帰り旅行、社会保障学校(病院と共催、この中から老人デイケアのボランティアが生まれる)、保健教室(同)。会員の要

望で始めたダンスパーティで健康人が入会。

役員は、会長、副会長3名（うち1名事務局長）、ほか15名、事務局次長と事務局員は職員。月1回の三役会議、1回の役員会を開く。

「友の会だより」（会報、B四、4頁）の隔月発行。94年3月号一特集「新しく生まれかわる安井病院」、5月号一特集「友の会より大腸ガンでなくなる人を一人もださない」。会報の発送準備、また会報の地域配布に40人～50人が参加している。

② 「共同の営み」（医療参加も含む）の前進

◎ボランティア活動

月一回高齢者食事に20名、老人ディケア〔月一金〕20名、病棟で使用の布切り10名、のボランティア（平均年齢65歳、高齢者の生き甲斐）。「高齢者食事会」「老人ディケア」は「訪問看護ステーション」「短期入院」とともに高齢者医療四点セットとして、病院の目玉サービスをなす。

◎友の会健診（健康診断）

Aコース（血圧、尿・血液検査、胸部レントゲン、心電図、医師の診断）会員千円、市民検診より充実。Bコース（Aコース+腹部超音波1800円）、Cコース（Aコース+胃透視）、Dコース（A+B+C8500円）、他病院の人間ドッグより割安（91年126件、92→163、93→2220件と毎年増加）。

◎社会保障活動

京都市国保料金値下げ直接請求運動受任者及び署名集め、入院給食保険外し反対緊急署名活動等で目標突破。

◎建設協力金の第1期目標達成

安井病院旧館改築等建設協金（3年間無利息貸付、有利息貸付、寄付金）が93カ年度目標4億円突破（93年8月→94年3月末）。不況の中での募金なので全国民医連も注目。

◎病院の経営・運営へ参加

社団法人信和会（安井病院の外2診療所、訪問看護ステーション）理事会に友の会会長（理事）、事務局長（監事）選出。病院管理部と友の会三役の定期協議。病院運営の重大事項は、責任者が必ず友の会役員会で説明、了解をとるようになっていく。旧館改築問題で「友の会アンケート」により会員の意見聴取、「高齢者医療」「お腹に強い」「胸に強い」病院にする確信がもてた。

5 今後の課題

「いつまでも健康でありたい」「いつでも、親切で、よい医療をうけたい」との当然の願いを実現してゆく、

健康人も含めた地域住民と院所職員の自主的な会が「友の会」である。それには院所の経営・職員の労働条件も守らねばならぬ。そのため、友の会と院所がパートナーとして健康と日本の医療・地域の医療を守っていく諸活動が「共同の営み」といえる。

① 友の会会員拡大が安井病院建設協力金のカギ

建設協力金（大衆債）は友の会会員にかぎられる。2期、3期目標達成のカギは会員拡大が課題。患者中心の、しかも高齢者会員が多い友の会の現状である。「金も出し、口もだす」友の会構成に新しい層の組織化が必要。現在の会員数は病院のレセプト（4800）をこえている。「健康と思う働き盛りの層」「家庭を守る主婦層」「病院の診療圏外や、他に主治医をもつ地域の層」がターゲット。「からだの健康」「心の健康」「社会の健康」が友の会のスローガン。それには、病気になるない諸活動特に「友の会健診」の徹底をはかる。

② 大腸ガンでなくなる人をださぬキャンペーン

期間中友の会入会者便潜血検査半額と、チラシや会報で大キャンペーン展開、約200名の入会者。大腸ガンの関心たかまるが、「病気が発見されるのが怖い」の厚い壁。医療懇・班会での総ぐるみ受診、検診結果返し懇談会など友の会組織化と一体化の必要。

③ 友の会の組織化

会員数に比し、核になる町内別地域班への会員の組織化がすすんでいない。医療懇談会の前進（93年度119カ所〔前年50〕、参加者のべ1296名、職員参加のべ387名〔実数162名〕）にくらべ、班確立93年6班。班長になる地域の働き手（活動家）の掘りおこしが必要。班を小学校区でまとめるブロック協議会の定期化、病院内各職場の担当町の医療懇談会・班会への責任体制、友の会役員体制強化が課題。

④ 「共同の営み」のあり方を一歩すすめる

友の会と病院で構成する「安井病院建設委員会」、一定の権限をもつ「安井病院利用委員会」の模索。

6 おわりに

安井病院の診療圏も高齢化がすすみ、友の会会員も高齢者が多い。高齢者医療の展開とともに、高齢者が安心して住める町づくりも、病院と友の会の社会的責任と期待されている。そのためには、医療と福祉のみならず、誕生から自然死までの「人間発達論」をふまえた教育（受験教育中心の学校教育でない）も含め、医療・福祉・教育（池上惇氏のいう人間に関する労働）の関係を考えねばならないだろう。

「保健・医療における住民・患者の参加」

城東鶴見保健生活協同組合
常任理事 後藤 種子

1、はじめに

城東鶴見保健生活協同組合の後藤でございます。

本日のテーマは、「保健・医療における住民・患者の参加」ということですが、医療生協は、この「参加」こそが特徴といえる運動を展開してきた組織であると思います。医療生協では、91年5月の医療部会総会で、医療における民主主義と患者の基本的人権の確立をめざした「医療生協の『患者の権利章典』」を確定しまして、いま組合員と役職員が自立、参加、協同の医療づくりをめざして実践にとりかかっています。私は城東鶴見保健生協における医療生協らしさを追求する医療生協運動を通して地域から住民・患者がどのように保健・医療に参加してきているのかお話ししたいと思います。

2、医療生協とは

「医療生協とは、地域の人びとがそれぞれの健康・医療とくらしにかかわる問題をもちより、組織をつくり、医療機関を持ち、運営し、それらを通して、その医療機関に働く役職員・医師をはじめとした医療専門家との協同によって、問題解決のため運動する、生協法に基づく自主的組織です。」

医療生協の組合員は、出資者であり、利用者であり、そして運営者であります。生協のあらゆる活動の主人公であります。医療活動においても、単なる受診者・受療者ではなく主体的に医療活動に取り組む主人公なのです
★医療生協の4つの特徴

- ①健康な人びとが多数を占める医療団体。
- ②予防・保健・健康づくりとそれを保障する制度の充実を重視する。
- ③住民の参加を保障する民主的な医療機関を持っている。
- ④組合員が主権者として活動する場として班を組織している。

★医療生協がどんな組織で、どんな役割を持ち、何をめざしているのかについては5つ挙げることができます。

- ①「医療行革」と、総合的に、具体的に、持続的に、たたくえる組織である。
- ②医療要求の増大と多様的に応えられる可能性を持つ組織である。
- ③医療問題をみんなの力で運動にしようする組織である。
- ④要求にかなうサービスを生みだしようする組織である。
- ⑤だれもが参加しようする組織なのであります。

★医療生協がめざす健康観とは「昨日よりも今日が、そして明日が、いっそう意欲的に楽しく生きられるそうしたことを可能にするため、自分を変え、社会に働きかける。みんなが協力しあって楽しく明るく積極的に生きるそういう状況をつくりだすことが、私たちが追求する健康づくりの運動です。」

★生協法に基づいた自主的な組織であります。

生協法第1条「この法律は、国民の自発的な生活協同組織の発達を図り、もって国民生活の安定と生活文化の向上を期することを目的とする。」と生協の目的を謳い憲法25条の「すべて国民は、健康で文化的な最低限度の生活を営む権利を有する」と規定した生存権保障の基本理念を実現させるための、国民の自発的な運動を国の義務として保障したものであるといえます。

憲法12条は「この憲法が国民に保障する自由及び権利は、国民の不断の努力によって、これを保持しなければならない。」と国民の義務も明らかにしています。

私は国民の不断の努力をも組織的に保障しているのが医療生協であると考えています。

3、城東鶴見保健生協における参加と協同

1、【保健生協の概要】

1976年3月、組合員1136人、出資金700万円で発足し、94年6月9日現在、組合員20303世帯出資金294、844千円になっています。

支部は款地域全体を視野に入れて20支部、814班班組織率87%です。5つの診療所と4つのデイケア施設を持ち、現在蒲生厚生診療所及び本部事務局の建設事業と、野江診療所のデイケア施設建設事業に取り組んでいます。職員は80名です。

2 【保健生協のこの間の組織建設の特徴】

- ① 医療部会の5ヵ年計画、保健生協の5ヵ年計画を正面に据えて、生協の民主的な運営の保障である全国4課題（組合員拡大、出資金、班づくり・班会、活動家づくり）に精力的に取り組んできました。
- ② 組合員拡大では、5年間で1万世帯、出資金では1億7千万円の増資をやりきることができました。
- ③ 92年度から本格的な班づくりを進めました。
92年度 367班 1151回、参加人数6384
93年度 423班、1497回 参加人数8403
- ④ 保健活動、社保活動、平和運動、ボランティア活動が大きく前進しました。

⑤ 以上のことを通して組合員参加の活動、職員との協同の運動、民主運営が築かれていったことが特徴です

3、【支部を単位に班を基礎に】

★班会は組合員の医療生協運動に参加するもっとも身近な場です。とりわけ健康な組合員の「参加」によって班は不可欠なのです。班会では必ず血圧測定、検尿塩分、貧血などの健康チェックを進め、スライドやビデオで学習し暮らしの作り替えをします。「健康手帳」を普及し異常値が出れば「紹介カード」を活用して、診療所利用に繋がります。

★班会は生協に対しての苦情や不満のもっとも出しやすい場です。組合員が生協運営に日常的に参加する場として重視し、苦情、要求、要望は院所利用院委員会に繋がります。

★「医療行革」との闘いも班会から多数派の運動へ、国民健康保険料の減免、乳幼児医療費無料化、制度利用やペナント式緊急通報電話機普及運動、医療をよくする1千万署名運動など社会保障の課題を組合員自身の運動として重視し、情勢学習を積み重ねてきました。

地域の諸団体との協同も進み、城東社会保障推進協議会発足につながりました。

1千万署名、3万3千人。

医療情勢学習講演会

第1弾「どーんとフェスタ」350人(93年6月5日)

創作劇「万作さんに笑顔が戻った」

第2弾「どーんとフェスタ」400人(93年11月26日)

創作劇「その後の万作さん」(城東社保協共催)

★支部の活動は街づくりであります。地域に協同の運動を広げ、医療生協運動を暮らしの場からつくりあげる上でますます重要になっています。

93年度は93回の支部行事が取り組まれました。

「母と子の自然観察」「オールパワーに感謝する会」

「野江フェスタ」「街頭健康相談」

★ダイナミックに「おしっこまつり」

17支部、29回、682名、120世帯拡大

結果、血圧の高い人、583名中54名、検尿陽性反応の人、682名中105名、健康診断の受診者46名、診療所来診者19名。この結果を見れば、健康チェックの普及と医療活動の結合という点で改めてその重要性を知ることができました。

★地域ぐるみの「健康まつり」が4ヵ所で(15支部)で開かれ2300名の参加で生協強化月間を大きく盛り上げました。「すべての取り組みを仲間づくりにつなげ

よう」を合い言葉に、93年度の生協強化月間は初日の10・1全国統一行動日は829世帯の拡大という過去最高の成果となりました。94年度サマー増資月間でも初日の6月1日、全支部統一行動日には、1日では過去最高の1043件、10650千円が寄せられました。

★参加の仕組みづくりの基本は教育学習が基本です。組合員の豊かな参加を保障する道は教育学習です。地域の集会所やお風呂屋さん、お寺さんを借りての保健大学、社会保障学校、生協学校、ボランティア学校、健康教室など開催しています。

これらの学習を通して、支部を単位に班を基礎に組合員の自主的な班・支部活動や社保活動、保健活動、そして専門委員会活動、理事会など様々な活動の中で組織としての判断能力、組織運営能力が蓄積されています。

4、「参加」と「協同」で医療づくり

★「患者の権利章典」の学習と実践の場として、毎年秋に役職員と組合員・患者と共に作る「学術集談会」を実施してきました。93年度は、発表された演題は12題、職員5題、組合員6題、同一課題を職員と組合員の両方から検討した演題も1題発表されました。

★「患者会」でも、野江診療所のわかば会は、医療生協の「患者の権利章典」にふれることにより、自分の生命は自分自身のものという自覚を持ち、そのために患者同士が基礎的知識と情報交換を行い、自主的にニュースも出して活動しています。

★各診療所に「虹の箱」が設置され「院所利用委員会」が作られて3年になります。93年度から理事会委員会として独自に取り組みを強めました。診療所毎にアンケートを行い委員会の定期開催ができるようになりました。

5、今後の課題

★医療への住民参加、医療における民主主義を担う人を医療生協でどれだけ育成できるか、主権者である国民が主権者にふさわしい思考と行動ができるかどうかは医療生協の大きな課題であります。保健生協では「人づくり」を今年の重点課題にあげました。

★蒲生厚生診療所と本部事務局及び野江診療所のデイケア施設の大きな建設事業を組合員、役職員の協同の力で成功させることが当面の大きな課題です。

「参加」の証である出資件数を2万人組合員の中にどれだけ広げることができるか。「全国4課題」を柱に支部と班づくり・班会をもうひとまわり広げ大きな運動を作っていかなければならないと思っています。

中 照之 (吹田市職員労働組合 病院支部)

吹田市職員労働組合と住民団体

吹田市職員労働組合病院支部は自治体病院の労働組合として、いかに市民本位に、民主的な病院運営が行なわれるかを常に追求する立場で運動をしてきた。

幸いにも、吹田市には各種の民主的な住民団体が組織されており、しかも吹田市職員労働組合を中心に、それらの各種住民団体を横断的に・地域単位に結び、情報交換や運動の相互援助などを行なえる「住みよいまちづくり」と豊かなくらしすめるを吹田住民団体（運動）交流懇談会（加盟団体40団体）が組織されており、定期的に機関運営がされている。

86年、病院内では労働組合の要求項目として「障害者歯科診療の開設」を掲げ団体交渉をするとともに、病院外で障害者作業所、障害者父母の会とともに運動を展開し、病院に障害者歯科診療を開設させた実績もあります。

吹田市民病院の財政状況

病院改築以来順調にきた病院財政も平成2年度から赤字となり、年々赤字額が増大してきており、それにつれ一般財政からの繰り入れも14億円を越えてきており、その原因も市の監査委員会で診療報酬の改訂に要因があるとしながら、議会における病院経営への追求も厳しいものがあります。

この間の、大阪府下の大東市民病院、東大阪市の東病院の廃院攻撃に学んで、それがいかに不当な赤字攻撃であっても、自治体財政に占める病院の赤字額の大きさ、病院財政の人件費比率の高さ、財政繰り入れのない民間病院との大差のない診療内容、多様な住民・患者要求と現状のギャップを考えると、いったんそうした世論が形成され、自治体の首長がその気になった場合、どの自治体病院も現在の自治体議会における行政改革推進派勢力の比率を考えた場合、容易に廃院に追い込まれる危険があり、病院規模により住民影響が大きく簡単に廃院できない病院であっても第三セクター化や民営化攻撃には絶

えられないと考える。

吹田市民病院における救急医療の現状

吹田市民病院が移転改築し、今年で10年目を迎えます、移転改築時の課題のひとつとして「救急医療の充実」があげられ、組合も積極的ににかかわり、現在大阪府立病院の特殊救急部など第三次救急を取り扱う病院を除くとその規模・体制・患者数において大阪府下の自治体病院のなかでももっとも積極的に救急医療に取り組み、市内の救急車での搬送患者の3分の1を、夜間においては約半数を受け入れている病院です。

このように市民要求に応え、積極的に救急を取り扱うがゆえに、内部矛盾もたくさんできてきている。

第一に、救急患者を一日に約20人ぐらいに想定し施設が設計されているため、この10年間の医療の進歩と市民の医療に対する要求も多様化するとともに、救急医療に対する考え方も多様になってきており、現在救急で来院される患者のすべてが本来の救急患者とはいえないものの一日平均70名の患者が来院され、そのため医療設備の充実と共に施設的に狭隘になってきている。

第二に、救急専用ベッドをもたず、一般病棟の空室（救急告示で4床が義務付けられている）に入院するシステムのため、空床数以上の入院必要患者があった場合、他の病院に転送しなければならず、電話により事前入院が必要と判断できる場合は救急車による搬入を断るケースもあり、それを除いても一日平均4.3人と絶対的救急ベッドが不足している。

第三に、入院ができた場合でも、夜間の一般病室への入院は他の入院患者に非常な迷惑となり、病棟看護婦に対する過重労働となる。

「吹田市民病院救急の充実」市議会請願署名

上記の救急の実態より、組合員から改善の職場要求があがっていることと、現在の国の医療政策のもと診療報酬改訂に期待できず病院運営は、今後ますます厳しいもの

のが想定できる。座して合理化提案が出されてくるのを待つよりも攻勢的な運動を展開しようということだ。

第一に、当然現在の救急による病院の内部矛盾の改善を図ることを主眼に置きながら。

第二に、これを機会に病院運営に一般市民の要求を反映させる「吹田の市民医療をよくする会」（仮称）の結成を図り、この運動が終了した後も、あらためて市民要求を組織し、財政的に厳しくなっている時期だからこそ、市民要求に根ざした攻勢的な運動を展開する基盤とする。

第三に、署名活動の中で救急の現状を市民に宣伝していくことにより、吹田市民病院の現在果たしている役割と存在感を市民のなかに構築する。

第四に、組合員が、病院の外で市民のなかに積極的に入っていくことにより市民が市民病院に対して何を要求しているのか、どんなふうに見ているのかを肌で感じ自治体職員としての意識向上をはかる。

以上を目的として、病院支部独自の運動としてやってきたことのない吹田市内で個人署名数5万という過大な目標を掲げ運動を展開した。

活動の経験から

宣伝ビラ25000枚を病院の診療エリアを中心に配布し、運動の成果として、団体署名49団体、個人署名27353名分を集めた。

運動に参加した組合員は、病院周辺の住宅を一軒一軒訪問し、趣旨を説明し個人署名を集める活動の中で多くの市民が心良く署名応じてくれると同時に「市民病院にかかったことがある」「何かの時に世話になるつもりである」と予想以上に市民病院かける期待を感じてきた。

戸別訪問活動では留守宅が多くロスが多いので、途中

から実験的に署名用紙・ビラ・訪問した趣旨を書いた文書・返送用封筒を同封し訪問先の郵便受けに投入したところ地域によっては20%近くが署名をして返送もしくは、わざわざ病院まで持参してくれる人も現われ、これ気を良くして郵便料金別納の封筒まで印刷し、運動の領域を広げたほどです。励ましの手紙も多くいただき、カンパについても、何の意識もなく形式的に捺印刷したのにかかわらず、訪問時「救急で世話になったことがある」と多額のカンパ申し出に訪問した組合員が、びっくりして断ってきたなどのエピソードがうまれるほど市民の反応は大きく、暖かいものであった。

住民団体との懇談より

団体署名や個人署名の協力を申し入れる中で、吹田住民団体（運動）交流懇談会に加盟している団体や日常的に交流のある団体は容易に引き受けてくれるが、運動の輪を今まで以上に広げるため、吹田母子会、老人クラブなど今まで交流の経験のない団体まで申し入れ活動を行った。

特に老人クラブや自治会への申し入れのなかで「組合が何故こんな運動をするのか」「病院会計は公営企業法により独立採算である」「国の医療政策、特に老人に対する差別医療の実態」は短時間の説明では理解してもらうことができなかった。

「救急医療の充実」の署名活動と「吹田市民の医療をよくする会」（仮称）の結成の運動を切り離し「吹田市民の医療をよくする会」（仮称）の結成は、焦らず息の長い運動と位置付け学習会・懇談会を続けていく中でその気運を待つことにし、先般二宮厚美神戸大学教授による「現在の医療政策」というタイトルで学習会を開催した。

地域福祉計画における住民参加の現状と課題

—— 老人保健福祉計画の登場と住民参加の新段階 ——

「まちづくり工房」主宰 田村清（大阪府保険医協会勤務）

はじめに —— 老人福祉問題との出会い

私が高齢者福祉行政に関心をもったのは、「健康都市をめざして —— 高石まちづくり新時代」（自治体問題研究所刊）を刊行した1987年のことである。刊行を記念して東京・三多摩保健医療問題研究会との交流会をもった際に、三多摩保健医療問題研究会のメンバーから「この本には誤植がある。大阪の寝たきり老人見舞金は年額1万円になっているが、これは少なくとも月額額の誤りではないか。東京ではどの自治体でも月額2～3万円はある」と指摘されたのがきっかけである。当時自治体学校の福祉分科会でもそういう議論は聞いたことがなかったが、その後4～5回にわたり、東京や神奈川の自治体を訪れて、大阪との水準の違いに非常に驚いた（資料1）。

八尾まちづくり研究会は、80年代前半の地方財政危機の時代に市財政や市立病院財政に対する調査分析・政策提案活動から出発。80年代後半からは、八尾のまちづくりや市の総合基本計画への提言活動を主力にしなが、農業の再生や園芸事業の安定化計画についてなど、時々個別課題へも発言してきた。そして90年以降、市民の健康・福祉問題を中心テーマに検討をはじめたが、特に「老人保健福祉計画」の策定が各自自治体で義務づけられたことを契機に、93年7月「住みなれたまちで安心して暮らしたい —— 「八尾市老人保健福祉計画」への市民からの提言」（総合社会福祉研究所刊）を刊行した。

「まちづくり工房」として、これら八尾まちづくり研究会の企画・調査のコーディネイトや提言の取りまとめに関わってきた者として、またこの2～3年間、大阪社会保障推進協議会高齢者問題委員会メンバーとしての活動経験も含めて、特に老人保健福祉計画への住民参加問題について検討してみたい。

1 市民による政策提言活動

今回の八尾市の提言づくりは、高齢者福祉に関わる行政や施設の職員、市民が集まり、八尾の高齢者問題についての現状と問題点を検討した後、1週間にわたる先進自治体視察の実施が「提言づくり」の重要な基礎になった。

1) 研究会での4つ論点

八尾まちづくり研究会では、まず第一に、高齢者福祉における「東京・大阪格差」がなぜ発生したのか、こうした格差是正を老人保健福祉計画づくりの基本指針にしようとした。格差の問題では、①地域特性による70～80年代の高齢者施策や②都道府の調査力・政策力の違い、また③大阪の「後追い地域開発」思想や④特別区と大阪市の全く異なった役割などが浮かび上がったが、行政文化のなかに要保護老人に対する人権思想や「介護力」に対する考え方に根本的な違いがあるのではないかということが議論になった。今回の老人保健福祉計画策定は、こうした問題解決の絶好のチャンスであり、福祉だけでなく、21世

紀のまちづくりや地域経済発展の方向と合致させるような位置づけが求められているわけで、計画の目標として、①老人の人権を守る、②基本的に家族を前提にしない社会的介護の実現、③寝たきりゼロをめざす、と同時に④地域経済の発展や⑤住みやすいまちづくりの創造に資する、の5つを提言しようということになった。

第二の論点は、福祉行政の根本的な転換、つまり①魅力ある高齢者福祉施策を基礎に、②「情報」を重視し、③電話1本で出掛ける行政、④責任ある総合窓口、⑤一人ひとりに応じたプログラム作成、⑥小地域ごとのケアへの転換などである。例えば、従来行政は予防の重要性を説きながら訪問看護指導事業の対象者は実際には福祉から回ってくる「寝たきり老人見舞金受給者」の名簿が保健婦による訪問の起点であり、したがって初回の訪問指導は「寝たきり後早くて2～3年、遅ければ10年」という状況があった。一方、寝たきり老人の把握率（寝たきり老人見舞金受給者）では、大阪は東京の半分から3分の1である（資料2）。

第三の論点は、施設サービスと在宅サービスをいかに関連づけるかという問題である。八尾市は、施設の少ない大阪のなかでも最下位であり、したがって在宅サービスの水準も低い。老人保健福祉計画では、やはり十分な在宅機能を有した施設建設を先行させながら、在宅サービスがそれに伴って増加するという「計画実施」の必要性がはっきりしてきた。一方、住宅事情の悪さを克服するためにも、住宅改造への公的支援とともに、在宅サービスを利用できるケアハウスの建設も大きな課題である。

第四の論点は、公的責任と「民間活力」との関係の解明である。「民間活力」については、市民のボランティア、企業のフィランソピー、第3セクターに分けて、それぞれに固有の課題と行政が負うべき公的責任について、それなりの整合性をかなり大胆に検討した。特に、市民ボランティアに関しては①要保護老人の文化・生きがいの支援、②行政施策のパイオニアという位置づけをしている。老人の人権を仮に「生存」「生活」「文化」に分けるとすれば、「生存」「生活」は公的責任で、老人一人ひとりの「文化」は家族や市民ボランティアで、という区分である。

2) 「提言」を策定委員全員に送付し、市内に普及

研究会では老人保健福祉計画への提言に先立ち、「必要記載事項」である人口推計・要保護老人数推計、必要施設数、必要マンパワーなどを、八尾市策定委員会を待たずに独自に計算したが、その結果、ゴールドプランの意義と限界を改めて感じるとともに、かえって「数字の争い」レベルからは脱却できることができたといえよう。

提言づくりで特に力を入れたのは、先進自治体でそれぞれ実施されている工夫された施策を、前述した論点に分けて「意味づけ」「位置づけ」の作業を繰り返して、それらを全体につなぐ努力に力点を置いた。それは、老人保健福祉計画には必要記載事項のみならず、特に在宅の基礎である「生活支援の施策」や本人の生きる希望とでもいうべき「高齢者一人ひとりの文化」の重視、つまり任意記載事項の必要性が浮き彫りになった。

提言内容では、市民への「約束型」計画とし、施設は小規模型でやや多めで、在宅における「医食住」の保障など任意記載事項を充実したものにする、また「生きがい」に関わる市民のボランティア活動の強化とともに、それを具体的に担う福祉行政の機構・施策などの改革という流れになっている。

八尾まちづくり研究会では、以上のような200頁にものぼる提言を八尾市の計画策定委員会の全メンバーに送付するとともに、民生委員やボランティアグループ、行政職員などに普及していき、行政の計画策定担当者とも懇談の場をもった。

3) 動きはじめた「計画」への対応

「市民提言」を出して以降、93年12月に八尾市老人保健福祉計画がまとまったが、残念ながら大きな影響を与えることに成功したとは言いがたい。また、八尾市の老人福祉行政にも依然風穴は開いてはいない。

しかし、この間の市民シンポジウムの開催や2,000人を超える市民へのダイレクトメールの発送、4,000冊以上に上る本の普及、3回の地域別学習会、各種団体との関わり、マスコミの注目などのなかで、高齢者福祉に関する市民意識も少しずつではあるが、変化の兆しもみえる。今後は、当事者の具体的な要求を再発掘し、「アディングの味は食べてみないとわからない」ではないが、地域医療活動や福祉サービスなどと結合させながら、具体的に八尾市の計画を充実させていく要求運動の母体づくり（地域社保協づくり）に向かおうという動きも出ている。研究会では、当面は八尾市老人保健福祉計画を細かく検討しながら、今後「市民講座」の開催や「実施計画」への問題提起、小地域別の計画づくりなどの提案が課題である。

4 府下の現状と市民参加の課題

老人保健福祉計画は、大阪では昨年度（94年3月）で一応出揃った形になったわけであるが、全体として要介護老人をどんな「枠組み」で対処しようとしているのかをみたのが、資料3である。

1) 大阪府高齢者保健福祉計画の枠組み

「大阪府保健福祉計画」では、住みなれたところで安心して暮らせる「在宅重視」という掛け声とは裏腹に、厚生省の試算と同様、在宅率は現状よりもさらに若干低下せざるをえないという計画になっている。また、長期入院の比率は半減、絶対数でも約5千人減らす一方、老人保健施設を現状の16倍にして主な受け皿にしようとしている。さらに、特に要求の強い特別養護老人ホームは現状の2倍に増やすというフレームである。

たしかに、特養については厚生省のガイドラインである高齢者人口の約1%強を「上積み」して1.3%にしたことで（ちなみに東京都は1.5%）、希望者全員は無理としても、目標が達成されればいまの「待機者」はゼロになろう。しかし、府という自治体独自の施策計画は極端に弱く、「圏域調整」「指導助

言」にとどまっているが、その一方で大阪府の計画は「大阪市を除く」という“圏域調整”であり、府下をトータルに把握する計画ではない。また、府の担当者は市町村の消極性を嘆いているが、自治体間競争を組織する仕組みも全くない。

2) モデルの内容を持った枚方市計画

そのなかで、枚方市の計画は府下自治体のなかでは比較的優れている計画といえよう。

例えば前文で「市の責務」を明示したり、量のみ「必要記載事項」ととどまらず、給食や入浴、住宅など多様な事業や、また「総合登録制度」「利用券方式」、さらに「福祉オンブズマン制度」といった「福祉行政の改善」など80項目にわたる「任意記載事項」の事業が書き込まれているからである。一方、事業ごとに「現状と課題」が一つひとつ明記され、それをどう改善するか計画目標が対置されているのもよい。

枚方のこうした特徴は、①市民連絡会をつくり代表を派遣したこと、②それを受け入れた行政文化、③さらにその前提として「五者協」などこれまで保健、医療、福祉関係者による寝たきりや痴呆の「台帳づくり」などの積み重ねなどがあった。また、社会教育運動の盛んな土地柄も重要な要因に違いない。

3) 新段階の市民参加促進老人保健福祉計画

「市民代表」を送った地域はそれなりにあるが、「参加して何を言えたいのかわからない」とか「市民の意見を聞く場を持たせたが、聞きおかれただけ」などの事例もあるように、いま「参加」の意味が大きく問われている。市民参加が役割を果たす前提条件として、①政策能力だけでなく、②地域の具体的な実情が集約できるネットワークの確立や、③行政（議会）文化の変革、さらに最も必要なのは④それらを支える地域の文化ではないだろうか。老いて、寝たきりや痴呆などの障害をもらったら、もはや我が身の不幸を嘆き、介護事件を起こすしか仕方無いと考えるのか。せいぜいその際には裁判所などに「嘆願署名」の協力でもする以外に方法はないのか。それがいま問われているのではないか。

今回の老人保健福祉計画は「達成しても北歐の何分の一」という議論もあり、計画目標の水準も決して高いとはいえない。しかし現状に比較すると、施設数もマンパワーも「相当な量」を今後整備することになる。大切なことは、市民が「量さえ揃えば」と行政への“あなた任せ”にするなら、“質の悪いシルバー産業が跋扈する温床”にもなりかねない。それは「福祉の世話になりたくない」という市民のなかに根強く残る感情を刺激し、福祉サービス拡充への市民の期待は一挙に減少するということである。「サービス量の確保」という課題とともに「サービスの質の確保」という、市民参加にとってもう一つの重要な課題がすでに出現している。

[資料1]

老人福祉事業の経費内訳 (千円)

	中野区	吹田市	八尾市	
敬老事業および一般老人対策	敬老金	104,891	129,879	48,321
	敬老祝金	21,074	18,904	2,669
	敬老会	—	17,235	—
	いきがい対策	—	4,086	1,799
	友愛訪問	—	6,280	3,640
	老人クラブ助金	34,742	13,929	14,003
	老人農園	1,000	—	2,264
	老人性白内障助成	30,277	—	400
	ハリアソママッサージサービス	11,655	36,970	2,390
	浴場開放	29,164	1,450	—
	シルバー人材センター	72,910	38,000	39,577
	理美容券	—	7,700	—
	シルバーバス	2,181	—	—
その他	1,356	39,967	500	
小計	309,250	314,400	114,663	
(老人1人当たり円)	(7,613)	(10,613)	(4,030)	
寝たきり老人対策	福祉手当・見舞金	910,654	759	4,300
	デイサービス	368,286	41,501	46,242
	ショートステイ	69,448	20,669	20,911
	日常生活用具	28,754	101,390	—
	寝具乾燥サービス	5,709	6,400	—
	巡回入浴サービス	131,130	21,201	—
	オムツ支給	46,069	—	4,980
	訪問理髪サービス	4,222	—	—
	住宅改修助成	12,526	2,500	—
	その他	—	—	15,184
	小計	1,576,798	194,420	91,617
(寝たきり老人1人当たり円)	(1,002,415)	(419,914)	(223,456)	
独居老人対策	ヘルパー派遣	209,333	53,776	30,76
	福祉電話	32,870	—	2,462
	食事サービス	20,670	2,170	—
	老人アパート借り上げ	67,294	—	—
	入浴券支給	39,960	—	—
	緊急通報システム	6,826	—	10,251
	その他	228	594	—
小計	377,181	56,540	39,288	
(独居老人1人当たり円)	(75,421)	(17,575)	(11,211)	
痴呆	デイホーム	82,180	3,802	—
	ショートステイ	25,450	—	—
	老人福祉事業費計	2,370,859	569,162	245,508
	(老人1人当たり円)	(58,361)	(19,212)	(8,628)
	老人ホームへの措置費	1,772,782	927,192	698,848
	(老人1人当たり円)	(43,639)	(31,298)	(24,559)
	老人関係施設運営費	718,763	56,256	74,670
(老人1人当たり円)	(17,693)	(1,899)	(2,624)	
老人関係施設建設費・積立	3,714,335	3,196	24,587	
(老人1人当たり円)	(91,432)	(108)	(864)	

中野区は平成4年予算、吹田市・八尾市は平成5年予算。

福祉関係職員の比較

	中野区	吹田市	八尾市
福祉関係職員総数 (市民10万人当たり)	1,399 440.4	688 205.6	553 199.4
老人福祉関係 (老人1万人当たり)	175 43.1	77 26.0	45 15.8
児童福祉関係 (児童1万人当たり)	869 686.4	515 245.3	416 248.9
障害者福祉関係	179	26	41
生活保護関係	61	33	37
その他(総務+会館)	55	37	14

[資料2]

人口及び財政規模の比較

	中野区	吹田市	八尾市
人口	304,062	334,510	277,316
6歳未満人口	12,661	20,995	16,717
65歳以上人口 (高齢比率)	40,624 (13.4%)	29,625 (8.9%)	28,456 (9.7%)
独居老人数 (独居比率)	5,001 (12.3%)	3,217 (10.9%)	3,499 (12.3%)
寝たきり老人数 (寝たきり比率)	1,573 (3.9%)	463 (1.6%)	410 (1.4%)
一般会計規模(百万円)	106,558	100,654	85,968
民生費(百万円) (市民1人当たり円)	38,182 (125,570)	24,822 (74,204)	17,644 (63,624)
福祉費合計(百万円) (市民1人当たり円)	33,471 (110,079)	19,065 (56,994)	14,597 (52,637)
老人福祉費(百万円) (老人1人当たり円)	11,651 (286,799)	3,704 (125,023)	2,188 (76,876)
児童福祉費(百万円) (児童1人当たり円)	10,167 (803,017)	8,244 (392,665)	5,856 (350,357)
生活保護費(百万円)	4,639	4,125	5,410
社会福祉費(百万円)	7,014	2,993	1,143

注1) 人口は中野区92年9月、吹田市92年10月、八尾市93年3月現在
注2) 中野区は92年度予算、吹田市・八尾市は93年度予算

[資料3]

大阪府における老人保健福祉計画の枠組み(要介護老人)

	1990年現在	1999年目標	増減数	伸び率	
要介護老人総数	50,719(100.0%)	77,030(100.0%)	+26,311	1.52倍	
寝たきり老人	43,719(86.2%)	65,012(84.4%)	+21,293	1.49倍	
痴呆老人(在宅)	7,000(13.8%)	12,018(15.6%)	+5,018	1.72倍	
在宅・施設別	在宅	23,469(46.3%)	34,747(45.1%)	+11,278	1.48倍
	特別養護老人ホーム	7,074(13.9%)	15,031(19.5%)	+7,957	2.12倍
	老人保健施設	780(1.5%)	12,650(16.4%)	+11,870	16.22倍
	長期入院(6ヶ月以上)	19,396(38.2%)	14,602(19.0%)	△4,794	0.75倍

患者の権利の今日的意義と展望

藤崎 和彦 (奈良県立医大衛生学)

I. はじめに

- 1) 二つの病院提示から：何がどう変わったのか
1990年 セント・エリザベス病院「患者の権利章典」
プライバシーが保護される
人間として尊厳をもって扱われる
ひとりで電話で話ができる
自分自身の服を着ることができる、等22項目
権利侵害と感ずる場合は患者の権利代理人事務所へ
1890年 セント・パソロミュー病院「患者規則」
主治医の許可なしに外出できない
病院内に飲食物を持ち込んではいならない
病院内でのゲームや賭ごとは禁ずる
守れないときは退院してもらう

II. 患者の権利とは何か

- 1) 医療者－患者関係における主体の移動：
古典的な医の倫理からバイオエシックスへ
扶氏医戒
ヒポクラテスの誓い
↓
ナチスドイツの犯罪
医療の名の下で行なわれる権利侵害・犯罪
専門家へのお任せではダメ
→ニュルンベルク綱領
- 2) ペイシエント・ライト・ムーブメント：
消費者擁護、弱者擁護、民主化運動
- 3) 医療民主化の二つの流れ：
自由権的基本権の保障と生存権的基本権の保障
- 4) 医療の不確実性と価値判断の不可避性：
ベスト・チョイスの決められない問題の増加
病院で死ぬか、家で死ぬか
ガン告知
- 5) 疾病構造の変化と患者参加の必然性：
セルフケア
治療主体が患者に移る必然性
コンプライアンス
75%守れればコンプライアンス良好として
一般にコンプライアンス良好群は7割程度

症状があって、短期間だけでも2・3割は
コンプライアンス不良
症状無しなら、最初から1/2が不良
治療期間が延びるにつれ
コンプライアンスはさらに悪化
QOL (誰が判断する質か?)
患者参加なしでは21世紀の医療自体が開けない

III. 患者の権利章典の今日的意義

- 1) 医療攻撃の中における患者の権利擁護：
高齢化社会に突進む中での
「日本福祉社会」の矛盾の破綻
→矛盾が医療機関に押しつけられる
患者の権利、インフォームド・コンセントを
逆手に取った厚生省の医療機関いじめ
→厳しい医療情勢の中で板挟みになる医療機関
反転攻勢できるかどうかのカギが
患者参加と権利擁護
- 2) ここ数年で確実に変化してきた患者、市民の意識：
尊厳死協会の急激な会員増加
ベストセラー「病院で死ぬこと」
マスコミ、メディアの注目度
- 3) 相対的に遅れを取る医療者の意識改革：
脳死・臓器移植論議で明らかになった
医療者の社会性のなさ
血友病のHIV感染問題に見る
医療者の責任の取り方
厳しい医療情勢の中での余裕のなさ
頑張っているんだという気持ちの狭間で
→もうこれ以上はしんどいという気分
無邪気な善意のパターナリズムと
浪花節を乗り越える時
- 4) それでも時代の流れは止められない：
厚生省「ゴールドプラン」
日本医師会「説明と同意についての報告書」
「良く知らされたうえでの同意」と
「説明したうえでの同意」との間の主格の相違
日本病院会「説明と同意についての指針」5項目
平等に医療を受けられる
納得と同意の上に選択

治療・検査・食事・看護に希望を申し出れる
転院したいときには必要な情報を提供
個人情報の保護
研究途上の治療方法についての
インフォームド・コンセント

→「権利」と言えない権利章典
社会科学的「真理」である「権利」の問題を
浪花節的・人道主義的問題へとすりかえる
医療生協の「患者の権利章典」の先見性：
患者の「権利」と「責任」
知る権利
自己決定権
プライバシー
学習権（権利主体を育てていこうと
いう意志表明）
受療権
参加と共同

IV. 医療の民主化を進めるために

- 1) 日本文化特種論、時期尚早論を乗り越える：
民主主義や権利に国境はない
日本国憲法草案を思い出す
- 2) 問われているのは民主主義のレベル：
社会の民主化なしに患者の権利はない
健康の主権者としての民主的な個の確立が不可欠
→市民、患者と共に医療者の側も
同じことが問われている
自分の権利侵害に無自覚な人間に
他人の権利など守れない
浪花節と根性主義を越えて
→医療スタッフ側のストレスサポートも大事
一億総中流意識を乗り越えるもの
→高齢化社会：万人に平等に訪れる病いと死
健康の主権者として目覚めることは
民主的主権者として目覚めることでもある
- 3) 人間として尊厳が守られるということは：
大事なことは簡単なこと

一般演題

第1会場	—	演題番号	1-01～1-11
第2会場	—	演題番号	2-01～2-09
第3会場	—	演題番号	3-01～3-09
第4会場	—	演題番号	4-01～4-08

大矢 暹（特別養護老人ホームいこいの村梅の木寮）

<目的-問題状況と課題>

1、1992年4月、綾部市口上林地区に特養ホーム「梅の木寮」並びにデイサービスセンター・在宅介護支援センター等が開所した。同一敷地内には1983年開所の重度障害者授産施設「いこいの村栗の木寮」が現存する。これらの施設群を「聴覚言語障害者総合福祉施設いこいの村」と称する。

いこいの村は、聴覚言語障害者が主体となって建設・運営している。聾啞者や難聴者が必要とする言語環境をはじめ、専門的設備と専門職を確保した全国的にもまれな施設である。

2、本レポートが扱うのは、特養ホームいこいの村梅の木寮と併設診療所が明かにしつつある聴覚言語障害者一主に聾啞者の健康や医療問題である。

特養ホームいこいの村梅の木寮（定員50人、短期5床）では、入所後の検診、検査入院などで悪性腫瘍などの診断が相次いだ。開所初年度では入所者の50%近くが入院となり、年間の通院件数は開所初年度で516件、2年度の昨年度は574件に達している。

ひと昔前は、障害を理由に入院や手術を拒否される事例もあったが、今日ではそうした露骨な診療拒否は報告されていない。しかし、入所申請に必要な診断書や、或いは通院「加療中」であった入所者に交付された紹介状に記述された病名や病状が入所後の検査などで否定された事実がある。中には、医学的な管理下にある病院から直接の入所にもかかわらず、検診により末期癌と診断されている。

開所後2年間で7名が他界した。全員が梅の木寮での暮らしを切望し続けながらもその命が絶たれた。死亡原因の多くは癌であった。

これらを「厳密には医療対象からの除外」と見るのは行き過ぎかも知れない。ある学者は「緩慢な社会的殺人」でないかと指摘したがその論議はここでは取り上げない。ただ一つ、1980年に国連総会で採択された国際障害者年行動計画の一節をあげ、次の言葉を継ぎ足すことを御理解いただきたい。

『～ある社会が、その構成員のいくらかの人々を締め出す場合、その社会は弱くて脆い社会である。～』
一人間にとって最も残酷な締めだし方は、その生存を絶つ事による存在そのものの社会的抹消である。-

<問題の背景…負の財産>

1、癌は高齢者の死亡原因の多くを占めるといわれているから、梅の木寮の入所者の死亡原因が癌であっても特異な事ではないというむきもある。しかし、新設開所の特養ホームで初年度に50%近くも入院者が続出する例は寡聞にして聞かない。

梅の木寮の入所者は世間一般にいう高齢者とは趣が異なる。なぜなら入所者の圧倒的多数は老年前期にあり、平均年齢も72歳と一般の特養ホーム入所者比で約10歳も低い。最高で86歳、最低は56歳である。ちなみに全国老人ホーム基礎調査(1992年4月)による入所者平均年齢は特養ホームでは男子78、8歳、女子82、0歳である。要するに「」付きの高齢者なのである。

2、「高齢期はこれまでの人生の反映である」といわれる。梅の木寮の、更に地域在住「高齢」聾啞者の示す状況も、まさしくこれまでの人生の反映であるといつて差支えない。しかし、多大な「負の遺産」の反映である。

例えば、入所者中44名を占める聾啞者の内、たった一枚の卒業証書も得られなかった方が26名もおられる。聾啞者への学校教育が義務化されたのは戦後である。法律そのものが平等でなかった。

例えば、最高血圧が180を越え200近にも達したある方がおられる。自覚症状の説明は身振りしぐさを交えた手話である。からだの上半身を指して「火・火・火が燃えている。腹の中で虫がのたうちまわっている。」

北海道の新得町にある聾啞者専用のホームは次のようにレポートしている。夜中に誰かが叩くから痛みが治まらないと繰返し訴える方がいる。リュウマチから来る膝関節の痛みである。病状理解の援助に何が必要かいつも悩んでいる。「彼等は解体新書以前の時代感覚のまま現在に生きている。」

3 教育を奪うことは、生きる力を育て高める事を困難にする。何故なら、教育からの除外は、引き続き経済的基盤を奪い、人と人との豊かな交流を妨げ、結果として結婚や、家庭を築く事も困難にする。入所聾啞者44名の80%の身元引受人が直系の子や孫でない。地域社会はもちろん聾コミュニティの中での相互の経験交流を乏しくし、この乏しさが学習意欲や活動の妨げにもなる。自らの健康や生命を守る力を低い水準に止めたり重めさせる。これが健康・医療の場面では深刻な事態となる。

4、これは生存の時間的な幅の延長にも大きな影響を及ぼす。ちなみに全国の組織された聾啞者の最高年齢は95歳で90歳以上はわずか10名、80～90歳未満に下げても131名にすぎない。こうした生存の時間的幅の不平等がなくなり「きんさん・ぎんさん」のように障

害者が活躍できる姿を夢に見る。

「高齢者福祉とは人権保障の総仕上げを本旨とする。」ともいわれる。しかし「生存の自由・市民的自由」を大きく制約されてきたこれらの人生を総じて「負の遺産」と意味付けられる。

<実践の展開>

1、私たちの目指すものは、梅の木寮を労働現場とした障害者の生存権・生存の自由保障であり、それを基底にすえた「長寿社会への参加と平等」の実現である。生存の自由を阻む原因に迫り、問題点の整理とそこから導かれる施策を、労働現場から提起・創造していくことである。

梅の木寮は負の遺産を見据えつつ、人権の総仕上げのための処遇を作り出そうとしている。試行錯誤の連続ではあるが、その柱は、作業リハビリと称する「労働の場」梅の木大学と名づけた「学びの場」、そして暖かい相互援助関係の創造による「暮らしを楽しむ場」である。これを付設診療所・厨房を初めとする全スタッフが支えている。

2、無差別平等の医療原則には除外項目はあり得ない。そうでなければ、聾啞者はもちろん障害者全体にとって現在の発達した医療水準も医療機関もなきに等しい。

梅の木寮と付設診療所の取組みは、まず第一に、入所者の切望する健康の回復、治療に必要な情報の収集と提供であった。それは主治医や看護婦の必要とする情報でもあり、具体的な診察・治療場面でのコミュニケーション援助であった。

医師や医療関係者は、その養成機関において聴覚言語障害を生物学・解剖学的に理解し得ても、能力不全や社会的不利としての障害は教育課程から欠落している。手話言語を中心としている社会的少数集団であるとか、通常必要とされる日本語はいうに及ばず、手話の獲得すら極めて不十分なままの方も存在する事、従って病識も十分でなく主訴も明確でない事、これらもろもろの情報に乏しい。

3、こうした患者を前にしたとき、医師などの持っている情報の質と量が、更に、医療分野全体が大きな矛盾の中にある事を考えれば、医師など個人の内にある民主主

義の成熟度が医療の質を決定する。梅の木寮は何よりも、医師などとの機能的・人間的連携の強化に努めた。

第二には、多くの人々に問題状況を知らせる努力を行った。聴覚言語障害者に関わる福祉や教育、そして医療関係者、市民に向けた情報の発信である。多くの人々の関心を得ずして、変革へのうねりは起こり得ない。

施設や運営主体発行の月刊新聞、研究団体の機関紙・誌への実践報告、研究会へのレポート、更に年間1万人に上る見学・研修者への説明や講師活動などである。

地元医師会の老人問題専門委員会にも出席の機会を得られ、資料を配布した状況報告を行ったが、これについては継続した努力を必要としている。

<結び>

1、老年後期といわれる75歳以上の人口増加はいうに及ばず百歳以上の高齢者は1993年9月段階で4800人を越えたという。

今やわが国は善きにつけ悪しきにつけ世界一の長寿国といわれている。しかしながら、この長寿社会・超高齢者社会への障害者の平等な参加にはまだまだ遠い道程が存在する。

障害者の生命・生存は自然淘汰の時代を経て、社会的淘汰と戦いながら21世紀を目前にしている。長寿社会といわれる現在においてこそ、障害者の生存が権利として保障される社会システムが構築されねばならない。そのための私たちの願いは、第一に医療全体の民主的發展と、医療関係者の高い民主主義的成熟である。第二には医療と教育・福祉などのネットワークの強化である。第三には梅の木寮付設診療所の機能的発展拡充である。現状の医師体制を強化しなければならない。囑託の診療所管理医（診療科目－耳鼻科・内科）を核に専門外来医師の協力のみでは実態が求めている要求に応えられない。当面、複数の医師が常駐する有床診療所が必要とされている。

*（ここでいう障害者の範囲は、問題の複雑さを選びのために老年期に疾病などによって新たに心身に障害を負わされることになった人々を除外した。すなわち、障害を持ちながら誕生するか若しくは幼少・少年期に障害を負わされた人々である。）

*（聴覚者の「高齢者」数は全日本聾唖連盟発行の日本聴力障害者新聞1882年9月号を参考とした。）

●重複障害の状況

障害名	聴覚障害	肢体障害	内部障害	精神障害	精神薄弱	視覚障害
人数	48	12	16	9	5	8

●男女別年齢構成（平成5年3月31日現在）

年齢 性別	65歳未満		65歳以上 70歳未満		70歳以上 75歳未満		75歳以上 80歳未満		80歳以上 85歳未満		85歳以上 90歳未満		90歳以上	
	男	5	4	3	7	4								
女	4	7	5	8	2	1								
計	9	11	8	15	6	1								

●就学・結婚等の状況

ろう あ 者	教育 歴	不 就 学			
		19人	43.2%		
者	結 婚 歴	ろ う あ 者 学 校	小 学 部 中 退	7人	15.9%
		小 学 部 卒 業	8人	18.2%	
		中 学 部 卒 業	8人	18.2%	
		高 等 部 ・ 専 修 科 卒 業	2人	4.5%	
		合 計	44人	100%	
中 途 退 学 者	先 立 ち 聴 覚 失 明 者	女 学 校 卒 業	2人		
		中 学 校 卒 業	1人		
		尋 常 高 等 小 学 校 卒 業	1人		
		合 計	50人		
聴 覚 者	結 婚 歴	尋 常 高 等 小 学 校 卒 業	2人		
		合 計	50人		

病院との連携で聴覚言語障害者医療と福祉を創る

難病（SLE）を持っている入所者の暮らしと、ニーズに応じる医療実践

○福井 高子 川淵 京子（聴覚言語障害者若者総合福祉施設特養老人
ホームいこいの梅の木寮医療係）
（共同演者） 綾部協立病院内科医 田中 憲明 3階病棟

はじめに

聴覚言語障害者にかかる医療保障の水準は極めて遅れている。その患者権の保障は、医療機関や医療関係者の聴覚言語障害認識が深められる事なしには有り得ない。

今回紹介するケースは難病である全身性エリテマトーデス（以後「SLE」という）に合併した呼吸不全で、緊急入院を繰り返し一時は梅の木寮（以後「寮」という）での生活が困難と判断された方である。

本人の希望は、共通の言語（手話）を持つ寮で暮らしたいというものである。この方向性で医療関係者と寮職員が連携しつつ相互に努力してきた。結果として高濃度酸素療法を行いながら非連続的なものではあるが寮での生活も可能となった。

このケースを通して聴覚言語障害者のニーズに応える医療と福祉の連携について若干の考察を交え検証してみたい。

経過

平成4年5月14日入所、ADL低下や下肢障害があり歩行中のつまずきと転倒が目立ち、寮ではリハビリ訓練も行った。しかし入院検査の結果SLEと診断された。退院後も常時酸素療法を必要とされる病状である。Tさんの強い帰寮希望を実現する為、直接処遇職員＝生活援助員（寮母）に対する呼吸管理などの基礎的な臨床研修を主治医・看護婦をはじめ、入院先の病院全体に理解と協力を得て実施した。この指導や指示の中で職員もTさんの病状・体調への理解が進み帰寮が実現した。

帰寮後も病状に起因する肺炎、腸管の蠕動運動の低下、電解質異常などから急激な血中酸素濃度の低下が起り度々呼吸困難が認められた。その時々で判断で病院に急行することになったが殆どが緊急入院である。急変がいつ起こるか予測困難なため、職員の中には動揺も見られた。

入所後から現在まで約2年間で入院回数は11回に上り、入院日数も395日間と寮生活日数よりも入院治療の日数が上回る。しかしTさんの表情は極めて明るい。

退院初回時の寮での受け入れに関する諸問題

1 病状の悪化、急変時の迅速な対応が困難

- 2 職員が慣れるまで精神的な緊張や動揺がありストレスが強くなった。
- 3 処置、観察が中心になり生活感が保てる処遇が取りにくい。

入院中の諸問題

1 治療上の問題

- (1) コミュニケーションがはかれない、その事が不安や緊張をまねき精神的な苦痛を抱いた。
- (2) 病識が弱く身体調達の自覚が感じ取れにくい。
- (3) 食事による呑気量が多く、鼓腸から腹部膨満になり食後チアノーゼが増大。
- (4) 腸管の蠕動運動が低下し、排便コントロールがしにくく呼吸障害をまねきやすい。
- (5) 免疫機能の低下ともないプレドニン療法を必要とし、その副作用から感染に対する抵抗力が低下、又、感染後急速に悪化しやすい状態にあった。
- (6) 下痢、嘔吐後脱水になり電解質バランスが乱れる。

施設と病院との最終的な到達目標

本人が望む寮での生活を一日でも長くおくれるよう、又、それに向け援助する。

実践及び結果

帰寮に先立ち、寮における受け入れへの問題は職員がまず経験を積み慣れる事であることを示唆した。基本的なマニュアルを作り、看護婦が中心となった勉強会では初回はマニュアル通りに進めた。時々の変化を経過表に記録するようにはなかった。そして、職員の受け入れへの心理的不安の除去・援助力の向上をねらいとして、試験的な退院を三回繰り返した。この試験退院の大きな成果はTさんの希望を職員・関係者全員に共有化できた事である。

平成5年12月22日退院となる。しかし、日々変化する病状の敏速な把握は困難で、呼吸状態が乱れチアノーゼが強くなると酸素の流量を上げ経過を観察するのみであった。最大限流量を上げたとしても効果がなく、ぎりぎりの判断でやむなく緊急入院の判断を行った事もしばしばであった。

入院回数が度重なるに従って寮での生活日数・期間が短くなるのは当然ではあるが、入院中の面会回数を増やすことでTさんの精神的・心理的支援に取り組んだ。ベットサイドでのスキンシップは、緊張してTさんの表情を十分にほぐすものであった。寮の看護婦が面会した時はコミュニケーション上のトラブルや、特にTさんの経過、問題点など直接Dr、Nsに訪ね、次の退院・帰寮に備えるように努めた。

そのうち、病棟のDr、NsとTさんの間では単語レベル・一～二語文レベルではあるが、片言の手話でコミュニケーションが図られるようになった。ベットサイドの壁には絵で示した手話が数個掲示されてきた。

更に、Dr、Nsから伝えたい語句の手話、頻繁に繰り返されるが読み取れないTさんの手話単語を気にして尋ねられるようになった。職員が「その手話は『いつ?』という表現でTさんは退院の日を聞いているのですよ」と説明すると深くうなずかれた。そして病状が安定し寮での生活が可能と判断された時、退院の判断がされた。

こうしたTさんの希望や意思尊重を第一とする医療処遇や援助が可能となったのは、常勤医師不在の寮における健康管理の可能性と限界を何度となく検討し直し、生活援助員(寮母)の教育・訓練・自己学習を積み重ねた事もあるが、その前提として、緊急時にどんな時にも入院できる配慮がされたことを強調したい。

なお、主治医が医学生(一日)ではあるが自主研修の形で聴覚障害者(聾啞者)と交流体験を持っていたことも医師との共同を容易にした事を付記しておきたい。

考察

今回の様な聴覚言語障害を持つケースは医療や福祉の現場では極めて例の少ないものと考え。常時Drのいない本寮では、病院と同等の対応は設備はもちろん人的にも限界がある。「梅の木で生涯暮したい」と願う方々にとって、病気の重さと寮の受容能力には本来矛盾が合ってはならないと考える。現状の貧しさが受け入れを困難にさせる場合が多い。協力病院の援助を頂きながら、現状での可能性を追求しつつ、寮に付設されている診療所…医療機能の充実が切実に求められる。

要約

- 1) 病院と施設が同じ到達目標を持つことができた。
- 2) 安定期に達した時、寮で受け入れられるよう何度も検討、実践して協力病院との連携を密にし、退院へと結び付けた。
- 3) 病棟スタッフが聴覚言語障害者の障害を含めて、理解しようとする姿勢によって良い人間関係が築けた。
- 4) 寮の職員が入所者の思いに沿えるよう最大限努力して行く意識が実践の中でより高まった。

以上

聴覚障害者外来の実情と課題

○石神博行、古賀恵里子、山内真寿美、藤田 保
 (琵琶湖病院・聴覚障害者外来)

〔はじめに〕

平成5年4月、当院では全国にさきがけて聴覚障害者(以下聴障者)の専門外来を開設した。アメリカ・ヨーロッパにおいては、すでに40年前から取り組まれているということではあるが、本邦においては、一部手話通訳者を置くなどの配慮をしている病院や、良心的な医師の個人的な働きかけの事例はあっても、聴障者に対する専門外来を謳った例は今までには無かった。

これは、聴障者に対する一般的な理解の乏しさからくる状況ではないかと考えられる。一般に聴障者と聞いて、その全体像を的確にとらえられる人は、それほど多くはないであろう。医療側にしても、その器質的な面での知識は持っていますが、社会生活上の困難を理解している所は稀である。このことが、聴障者をして、医療機関から遠ざけている一因ともなっている。

いったい聴障者の障害をどのように理解すればよいのだろうか。ここで十分な説明をする余地はないが、診察などの医療場面において、適切な配慮がなければ十分な医療行為ができない、いわゆるコミュニケーション障害を抱えている人々であると言えるのだろうか。

聴障者が円滑に適切かつ十分な医療を受けることを保障することは、福祉の面から言っても重要な課題であり、聴障者関係団体や研究機関等においても継続的に検討がなされてきた。しかし、医療の現場で、その障害ゆえに、不当な扱いを受けている聴障者が存在する実態など、まだまだ十分に明らかにされているわけではない。関係機関の共同の作業を通じて、その全貌を明確にしていくことが必要である。同時に現場のレベルから方法論が検討され、手話通訳者等の派遣や病院等医療機関への設置をはじめ、聴障者の受療上のアクセスをいかに実現するか、実践の中から論じられなければならないと考える。

基本的には聴障者も健聴者と同じ医療システムの中で受療することが目指されるべきであるが、当面聴覚障害者向けの専門外来を開設して取り組み、聴障者に対する医療の体制を整備していくことが効率的であると当院では考え、聴障者の専門外来を開設することとなった。

まだまだ症例数が少なく、厳密な検討は困難であるが、当外来の開設準備から現在に至る1年間の取り組みを振り返り、問題点等を検討する。

〔聴障者外来の概要〕

診療科目は、神経科・精神科・内科であり、一般外来診療をはじめ心理カウンセリング、ストレス相談、家族相談、医療相談等を実施する。検査としては、知能・心理テスト、脳波検査、頭部CTスキャン等レントゲン検査、胃カメラ、心・腹部エコー、全身CTスキャン、眼底カメラなど。

外来診療は、琵琶湖病院、びわこクリニックでそれぞれ週1回午後の時間を使って実施。

受付方法は、初診・再診とも予約制とし、FAX、電話郵便等で申し込みを受けるものとした。

〔外来開設準備の取り組み〕

1. スタッフの養成

必要と思われる専任スタッフを、話し合いにより決定。スタッフは、医師、看護婦(士)、臨床心理士、ケースワーカー、手話通訳士、レントゲン技師等である。スタッフは聴障者問題学習会や院内手話講座を受講すると共にスタッフ会議に参加し、聴障者問題の学習やコミュニケーション技術の習得を集中的に行う。

2. 開設準備委員会・院内手話講座

聴障者問題学習会と院内手話講座を各々週1回1時間で8回を1クールとして、平成5年3月までに2クール行った。受講者は担当スタッフに限らず、院内各部署から参加を促した。講師には、滋賀県庁専任手話通訳者、京都市聴覚言語障害センターの手話通訳士、およびろうあ者や中途失聴者があたり、聴障者問題の理解やコミュニケーションの技術等(手話や筆記技術、会話法等)の習得を促した。

〔円滑な受療への配慮〕

1. コミュニケーションに要する時間が長くなることなどを考慮して全て予約制とし、診察時間を長め(初診は60分、再診は30分)にとった。

2. 診察券・カルテ・処方箋カード等に耳のシンボルスーク入りシールを貼付するようにし、聴障事例であることをわかるようにした。

3. 通常の外来業務に必要な書類を聴障者用に改変し、特に事例のコミュニケーションの状況が一目でわかるようなケースカードを作成。

4. 手話通訳士の面接。

5. 院内での視覚的表示の多用。

6. レントゲン室での指示ランプの設置。

7. 聴覚障害者診療マニュアルの作成。

[当外来における事例の特性]

1. 事例性について

ここで言う事例性とは、誰によって、どういう行動なり病状が問題とされ、事例となったのかとすることである。一般的には自分で必要と感じて受診するケースが多いわけであるが、当外来の場合は60%弱であった。ただ、実際に外来へは一人で来ても、その前に家族や知人に勧められている場合も少なくないようである。福祉事務所などからの紹介が約15%、家族からの依頼が約12%、身体障害者福祉施設からの紹介が約10%、他院からの紹介、聴覚障害者団体からの紹介がそれぞれ2%であった。

2. 事例数

受診実人数は67名。のべ人数となると643名となった。月の平均では54名。相談事例は16。また、必要にせまられて往診を2件、入院の受け入れが6件あった。

3. 居住地

京都府	41.9%	相談事例の中には関東や九州までの
滋賀県	40.5%	各地からのケースもあった。
大阪府	10.8%	
兵庫県	1.4%	

4. 聴障の程度 身体障害者手帳の1級と2級の方で75%を占め手帳をもたない人も10%あった。

5. 主要コミュニケーション 厳密な判定は難しい場合もあるが、取えて主要なコミュニケーション手段を見てみると、手話や身振りが70%、補聴器等で肉声が何とか聞ける人が20%、筆談のみが10%であった。

6. 主訴・症候 主訴・症候についてまとめるのは、容易ではないが、精神的なものと身体的なものと分けてみると、身体的なものが10%程度で、健康診断・成人病検診の依頼などを含めると15%となる。それ以外は、何らかの精神的問題での受診であった。

[問題点と考察]

当外来は聴障者の受療権を保障することを目的に開設された。そのための準備等でも様々な取り組みを重ね、実際の患者への対応にしても日々試行錯誤を繰り返して努力してきたが、現時点では、やはりまだまだ不十分である。当外来の体制が、人的にも設備の面でも充分整っているとは言えないし、医療の実践の仕方でも聴障者のニーズを充分みだしているとは言えない。

つき詰めると、聴障者の能力障害や社会生活上の困難をも考慮した「聞こえの保障」の実現がいかに難しいかということが言えるであろう。

1. インフォームド・コンセント

多様な能力障害、社会生活上の困難をもつ聴覚障害者のインフォームド・コンセントを実現するとすると非常に難しい。まず、情報提供(inform)の部分での困難は、そのコミュニケーション方法にある。手話なのか、筆談なのか、はたまた身振りやイラストなどに

よる表示なのか、その患者のコミュニケーション方法を、しっかり把握しなければならない。その上で、そのコミュニケーション方法が、効果的に内容を伝え得ているかをも考えなければならない。また患者の同意(consent)についても、患者がうなづいているからといって、同意していると単純に思ってはならない。その患者は、聴障ゆえに、医学的(健康の)知識に乏しく、学校すら満足に行くことができず、社会生活上に必要な情報すら持っていないかも知らない。そういった背景を考慮せずして、インフォームド・コンセントの実現とは言えないであろう。

2. 地域医療機関等への働きかけ

1にも関わって、以下のような事例があった。当外来は、聴障者に対して、広く一般の医療相談を受けているので、他の専門病院へ紹介する場合もある。その場合、紹介状には、患者が聴障者であるためにコミュニケーション上、十分な配慮をするよう依頼する。しかし、ある紹介事例では、患者は手術が必要であると言う説明を受け、決断を迫られた。あとでその聴障者に手術のことを聞いても、十分にわかっていない場合があった。医師は十分に情報提供をしたと思い、患者も何となくわかったように思えて同意することが聴障者の場合多いのではないかと思われる。地域の医療機関に聴障者問題の理解を促す必要がある。

3. 地域福祉機関等との連携

当外来へ事例となる場合に、地域の福祉機関が関わることが少なくない。治療を進める上でも、これらの機関と連携をはかることが大変重要と思われる。

4. 聴障者の心理的・精神医学的問題

この間の外来の経験から感じたことの一つに、たとえ身体的な症状であっても、よく聞くと背景に人間関係の問題やストレスが関与している場合が大変多いということがある。こうした状況での聴障者の心理や精神病理学的意味なども明確にされる必要があろう。

[おわりに]

聴障者の受療権が損なわれている現状が事実でありこれを保障することが非常に困難であることは、我々の取り組みから容易に推察し得る。このことは、生命や健康を維持促進する上で聴障の有無によって、差別がもたらされていると見做すこともできる。

もとより、我々の実践はひとつの試みではあるが、聴障者の受療権を保障することの社会的な意義を鑑み当外来の体制や運営法を整備してゆくとともに、医療機関等社会へのこの問題の周知を促し、連携の輪を拡げてゆくことが重要であると考えている。

○ 牧野 忠康

(日本福祉大学社会福祉学部)

I. はじめに

わが国での厚生省施策は、高齢社会化の下で医療費は抑制、保健と福祉は相対的な拡大を図る方向である。

そうした状況の中で国立病院・療養所の再編成と「合理化」が、地域住民と国立医療機関に働く医療労働者の願いを無視して強行されている。この厚生省の動向は大蔵省の意向反映し、わが国の地域保健医療と社会福祉のあり方を規定している保健医療および福祉政策の現状を象徴しているものであると考えた。

そこで、この国立病院・療養所の統廃合の強行が意味する問題を整理し、国の地域医療の課題を検討してみることは重要な社会医学的課題と思われるので報告する。

II. 方法

1992年12月に実施した「上小・長野医療圏地域医療実態調査」に調査団の副団長として参加し、1993年以降は「国立病院・療養所を守り地域医療を良くする県民会議（長野県）」会長の経験、および1994年4月に実施した「岡山県北部・津山・英田地域医療実態」の調査団長として参加した経験、そして既存資料等により検討する。

III. 概要

1. 「国立病院・療養所の統廃合」の保健・医療・福祉政策の位置づけは、国の地域保健・地域医療・地域福祉からの撤退の流れの要に位置づけられる【表1】。

2. 長野県における国立病院・療養所の統廃合問題

1) 上小・長野医療圏地域

更級郡上山田町の国立長野病院(246床)を廃止し、上山田市の国立東信病院(300床)に統合する計画

⇒新国立東信病院は、22診療科 420床を予定し1997年度完成を目指すとする案が有力

【問題点】

- (1) 国立長野病院は、長野地域診療圏にありベット不足診療圏である。
- (2) 国立長野病院は、地域医療に貢献しており後医療の確保の課題が人口規模および自治体の財政負担能力等により深刻である。
- (3) 国立長野病院診療圏の自治体一市三町の首長等で構成していた「国立長野病院拡充強化期同盟会」を厚生省や県が切り崩しての統廃合の強行である。
- (4) 国立東信病院は、上小地域診療圏にありベット飽和診療圏である。
- (5) 国立東信病院は、これまででも上小地域診療圏の拠点医療機関として拡充強化が要請されてきた⇒三次救急対応は車で1時間を要す長野赤十字病院(長野市)、厚生連佐久総合病院(臼田町)、信州大学医学部付属病院(松本市)に依存

2) 松本診療圏地域

松本市の国立療養所松本城山病院(130床)を廃止し、国立療養所東松本病院(170床)に統合する計画

⇒新国立療養所東松本病院は、330床を予定し1994年着工

【問題点】

- (1) 地域住民の願いである国立療養所松本城山病院の

後医療は保障されず、老健施設および老人福祉施設としての跡地利用が検討されている。

- (2) 新国立療養所東松本病院の診療科目とベット数は拡大される計画であるが、地域住民が必要としている充実強化が保障されているのではない。

3. 岡山県北の国立療養所津山病院の経営移譲問題

1985年の厚生省基本方針で、津山市にある国立療養所津山病院(245床)は経営移譲の対象として計画が公表された。

⇒一部を津山市が移譲を受けて「療養型病床群」を中心とした病院に整備し、津山市所在の有力医療法人に経営委託の方向で計画化されつつあり、高次医療・救急医療部門は津山市が委託しようとしている医療法人と同一法人が隣接して病院を開設し、健康増進等の保健施設は県営の施設を同一キャンパス内に開設するという「県北地域の保健・福祉・医療の拠点づくり基本計画(案)」が強行されようとしている。

【問題点】

- (1) 国立療養所津山病院は、国立療養所の官制の枠を越えて事実上老人医療や第2次までの救急医療などの地域医療を、地元の有力医療法人経営の病院と任務を分かち合って担ってきている。

⇒計画ではこの医療法人に集中寡占化する。

- (2) 国立療養所津山病院の診療圏には、高齢化が進んでいる広範な過疎地域・無医地域を含み民営化では地域医療の展開には医療経営採算の上からは困難が予想される。

⇒極端に「合理化」された医療経営や、不採算医療の切り捨て等が行われる危険性がある。

- (3) 国立療養所津山病院の診療圏では、高齢化が進んでおり保健福祉施設およびサービスの充実が迫られている。現在国立医療として展開されている地域医療の財政を肩代わりして負担する余裕はないと判断される。

- (4) 厚生省は、地域住民や診療圏の自治体の「国立療養所津山病院の存続」の願いに耳を傾けていないばかりか、「国立療養所津山病院の存続対策協議会」の有力首長を寝返らせ、地域住民との対立を悪化させている。⇒住民自治・地方分権と国の責任のあり方に深刻な問題を突きつけている。

IV. まとめ

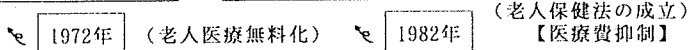
1. 戦前は欽定憲法下で陸海軍のための病院や国策・殖産興行の犠牲者である結核等の療養所を地域をあげて支え、戦後に主権在民の憲法下で国民・地域住民のための医療機関となった国立病院・療養所の統廃合問題は、その所在地域の住民の利害を越えて民主主義への挑戦であり、試金石であるといえた。

2. 地域医療の社会的資本である「国立医療」のあり方は、官製ではなく地域主権・住民自治の民主主義の原理に基づき国の責任(憲法第25条)としての地域保健・地域医療・地域福祉に寄与することが重要課題となってきたことが再確認された。

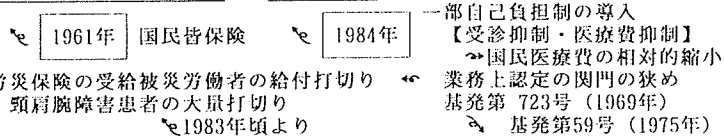
表1. 保健・医療・福祉の動向と国立病院・療養所の統廃合問題の位置

- 1963年【老人福祉法（昭和38・7・11法律133）】（基本的理念）
 第二条 老人は、多年にわたり社会の進展に寄与してきた者として敬愛され、かつ、健全で安らかな生活を保障されるものとする。
 ⇨社会責任論 ⇨社会保障 ⇨1973年老人福祉法改正〔老人医療の無料化〕
- 1982年【老人保健法（昭和57・8・17法律80）】（基本的理念）
 第二条 国民は、自助と連帯の精神に基づき、自ら加齢に伴って生ずる心身の変化を自覚して常に健康の保持増進に努めるとともに、老人の医療に要する費用を公平に負担するものとする。
 2 国民は、年齢、心身の状況等に応じ、職域若しくは地域又は家庭において、老後における健康の保持を図るための適切な保健サービスを受ける機会を与えられるものとする。
 ⇨自己責任論： 1983年老人医療の原則無料を廃止⇨1984年健康保険法改正〔自己負担制度の導入、当面1割負担〕（受診抑制・医療費抑制）
- 1991年 福祉関連八法の改定
 ⇨都道府県および市町村での「老人保健福祉計画」の策定

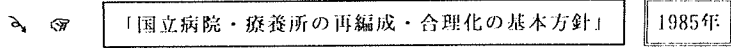
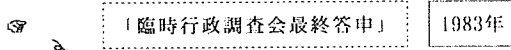
老人医療の原則無料から一部負担制の導入



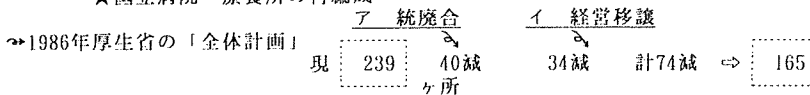
社会保険給付の原則無料から原則有料化の流れ



⇨ 労災保険の受給被災労働者の給付打ち切り
 （例）頸肩腕障害患者の大量打ち切り

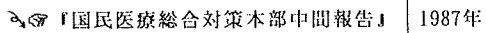


★国立病院・療養所の再編成



★経営の合理化

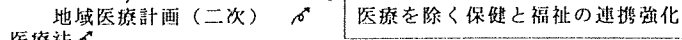
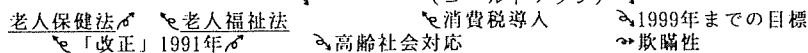
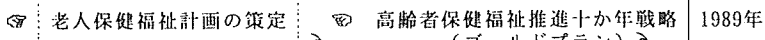
⇨ 1992年以降の賃金職員首切り問題



⇨「医療法」の改定（1987年）⇨都道府県での医療計画の策定

⇨国鉄民営化
 病床抑制 ⇨国民医療費の相対的縮小

⇨「国民健康保険法」の改定（1988年）⇨高医療費市町村における運営の安定化等



⇨「改正」1992年 ⇨【PKO法の成立】（相対的拡大の必要性）
 ⇨憲法第9条の空洞化

⇨「医療法」の改定（1992年）⇨医療機関の差別化（特定機能病院・療養型病床群・老人病院）

⇨厚生省地域保健基本問題研究会報告
 「地域保健対策の基本的な在り方について」（1993年7月）

⇨中央社会保険医療協議会
 「診療報酬基本問題小委員会報告書」（1993年9月24日）

⇨「社会保障将来委員会第一次報告」（1993年）

⇨「21世紀福祉ビジョン—少子・高齢社会にむけて」（1994年3月28日）

中田 真紀 (枚方市職労保育所支部)

枚方における乳幼児健診に事後フォローの場として「親子教室」が発足して7年。この教室は、健診で弱さや遅れを指摘されてもフォローしてくれる場がなく、自主保育を始めたお母さん達が立ち上り、市にその責任をたす様にと、長年運動を続け、市職員労働組合が政策をだし、共につくりあげた歴史がある。たて割になりがちな健診(保健)と療育(福祉)の谷間のこの事業を市民団体と労働組合と連携をとりスタートさせた経過と、教室の役割について報告を行う。

1、教室発足に至る経過

(1974年) ダウン症児の親が通園施設などに入所できない子どもを集めて、HCに相談し親とボランティアで「幼児教室」としてスタート。

(1977年) 市1才半健診始める。

(1979年) ダウン症児以外の子ども達も参加し、人数がふくれあがる。

(1984年) 市職労保育所支部が幼児教室の現状を知り、関係団体に呼びかけて「幼児教室を考える集い」を開く。

(1985年) 教室への参加人数急増し、親の自主的な話し合い始まる。親の会として市に陳情、議会各派へ要請。

(1986年) 親の会から「育てる会」に名称を変更し運動を発展。保育所支部として「枚方に生まれ育つ全ての子ども達の健やかな成長・発達と豊かな保育を保障しよう」と育てる会への支援を決定。議会でもとりあげられる動きもでてきた。

今ふりかえてみたら親が一番不安な時やっただと思う。生まれてすぐ障害がわかるダウン症のお子さんとは違って、1才半健診まで健康に普通に育っていると信じこんでいたから。ある日こゝ遅れてる”と言われても、親の方にそれを受けとめる心の構えが何もなかったから、すごいショックやったし、どないして子どもを育てていいのかもわからなかった。1才半健診のあときめこまかい指導がないから、早く幼児教室を充実させて安心して子育てできるようにしてほしい。

交渉の中で、これまでに「府の仕事」としてきた幼児教室を「福祉と保健の谷間をうめる事業として市の責任で行う」としたものの、その具体的内容については全く明らかにならず。幼児教室と1才半健診の充実のための政策づくりを目的に「幼児教室対策委員会」を市職労内に設置し、小冊子「すべての子らに科学の光を」の発行を行った。

市から全く動きがない中で幼児教室対策委員会から具体案をだし、それを市に検討させることをくり返し、10月の最終回答となる。

「保健センター内で暫定的に行う。スタッフは常勤保母1名、アルバイト3名、将来構想については1989年中には方針をまとめる」ことで「親子教室」としてスタート。

スタートしたものの、スタッフ不足や施設不備で交渉継続。

(1989年) 「親子教室の位置付けと役割について」市の方針決定。

「乳幼児のための健やかな成長をはかる上で、これまでの行政の光があたらなかった保健と福祉の谷間をうめる具体的などころとして枚方市が責任をもって行い、子どもの発達を保障する健診等の事後指導等な場である」

「将来展望については、1才半健診のフォローの一貫として保健センターで行うこと、また独立建物とすること」

(1990年) 保健センター別館構想 ― 議会で承認

(1992年) 別館完成 !!

今から6年前、親子教室が始まりました。しかし、それは恵まれたものではありませんでした。施設も整わず机もなく保母さんも入れ替わってしまうような頼りどころのないものだったそうです。それが「親子教室にもっと恵まれた施設を整えたい」という歴代のお母さん方の強い思いによって保健センター別館という形で今、実現したのです。

歴代の保護者の方々には、私たちには想像もできないようなご苦労があったことと思います。保健センター4階での親子教室の姿と現在の別館での親子教室の姿しか知らない者として、別館の完成を「広くてきれいになったね」という喜びに終わらせてはならないでしょう。本日の祝賀会を通して、親子教室充実への手助けを頂いた皆様に感謝しこの恵まれた施設に驕れずに努力していかねばなりませんわが子の健やかな成長を願う親として、別館は強い心のよりどころとなっていくでしょう。そしてすばらしい親子教室に育てていきたいものです。

————— 平成4年度 保護者会会長 —————

2、 親子教室の現状（平成5年度）

----- 別紙参照 -----

3、 親子教室の役割をみつめて

●母親の今日的状況

今、子ども達をとりまく状況は厳しさを増しています。激しい受験競争と子ども達の人権を無視した管理主義教育の中で”人間らしく生きていく力”を身につけることがきわめて困難といわれ、非行・自殺の低年齢化、登校拒否児の増加は、子どもを生み育てることに危惧を感じざるをえない状況をつくりだしています。また、女性として社会で自立して生きようとする母親のライフスタイルの変化、マスコミをあげての早期教育の宣伝で、子育てにお金がかかるなどから少子化時代を迎え、母親としての育児経験減少もおこっています。

このような母子の関わる状況の中で、とりわけ親子教室の母親は「ことばの遅れ、ことばがでない、友達と遊べない」などの不安やしんどさを抱えながらの子育てとなっています。更に分析すると、教室通室児の72%が第一子という実態が母親の育児そのものへのとまどいの大きさを反映しています。母親達の年齢層を見てみると、昭和37年前後に生まれた人が多く（30代前半 — 25才~35才74%）、日本社会が高度経済成長からの急激な変化をしている時代であり、母親も小さい時からテストの点数で振り分けられ、学歴第一の傾向が強まり大学進学率も高く、共通一次テストがスタートしたのもこの頃です。点数が評価の対象だった子ども時代を経て、「健診」は母親として始めて評価される、採点される場というイメージでとらえられています。健診で無事通過すると「合格」、個別相談にまわされると「不合格」、親子教室に入室してきて次の集団選びをする時は「幼稚園」はエリートコース、落ちこぼれのいく所は「すぎ木園」という母親達のそうおもわざるえない背景に目を向けつつ「子どもにとってどうなのか」「子育てにとって何が大切か」親として自らが選択していく力をつけていく援助をしています。

父親不在や子育てをめぐる情報の氾濫、核家族など上記の世代背景を背負いつつ育児不安に陥る、不安の高い母親が年々多くなっています。

私たちは母親が「育児の主体者」として力をつけていけるよう、育児不安の中身、その背景、不安をのりこえるエネルギーを分析し、母親を援助しています。

●育児不安の背景

・社会的状況（早期能力開発の名による塾ブーム、価値観の画一化、学歴第一主義など）

・個々の母親の家庭状況（経済苦、未婚、離婚、夫不在、核家族、育児能力低下など）

・不安の具体的内容（障害、発達遅れの否認、虐待、養育拒否のおそれ、マタニティーブルー、自己否定）

●ストレスの中身

- 育児書どろりにいかない焦り
- 何でも話せる友達がいない
- 何かあった時、手伝ってもらえる家族が近くにいない
- 夫は長時間労働で疲れて、愚痴をきいてくれない

●教室における具体的役割の分析

週に1回~2回 2時間半だけだが子どもと真剣に向き合える時間としてとらえている。

教室では（子育ての具体的アドバイスがきける、心のつかえを何でも聞いてもらえる、悩んでいる母親どうしの連帯感がある→心の支えとストレス解消になる→何が子どもにとって大切か学び、子どもの目線に立つことができる→子どもが しくかわいく思えてくる→子どもと一緒に成長しあいたい）



安定した親子関係の基礎

※虐待につながるケースの予防・防止になっている。

権利回復を理念として、

自立・発達を保障する

救済事業の20年から…

○ (財)ひかり協会京都事務所

高城 佳代子

はじめに:

森永ひ素ミルク中毒の被害者の恒久的救済を実施している(財)ひかり協会の設立経過及びその内容などいわゆる「三者会談方式」については、第33回の本研究会の総会のシンポジウムにおいて、森永ひ素ミルク中毒の被害者を守る会全国本部副理事長より報告がされている。

20年間の救済事業を通して、被害者の人権回復のとりくみはどのようにすすめられてきたのか。また、今日40才に達する被害者の実態や問題はどのようなものがあり、それらの改善解決の展望をどのようにもつのかについて、京都での障害をもつ被害者を対象にした実践をもとに保健医療福祉等の領域の現状と関連させて報告する。

I 救済事業はどのようにすすめられてきたか。

救済とは自立・発達を保障する事業であるとして、保健・医療・福祉・労働・教育など総合的に個別のニーズにもとづいて実施してきた。

(1) 適切な治療の保障と健康の回復と維持:

A 設立当時障害をもつものの多くが病氣や障害のために在宅状態、入院中、あるいは悪条件の中での就労あるいは就学中であった。頻回なてんかん発作や精神障害について適切な治療をうけていない被害者が数多くみられ、医療機関の紹介と連携、病氣や治療についての理解を深められる情報提供や相談の場を設けてきた。精神障害による長期入院者については措置入院の解除申請を促しその後の継続治療によって回復がはかれる、あるいは、てんかん発作の状態についてもその他の事業とも関連して改善をみている。さらに、事件後放置されてきていた経過や社会生活の基盤が不安定であることから被害者と家族の心理的な問題も複雑でありその精神的な健康の回復をはかることも実践上の重要なテーマでもあった。経済的には健康保険使用の自己負担分の医療費給付が保障されたことは治療促進の重要な条件であった。

B Aの結果全体として改善され一定の水準で維持ができるようになったグループと、この間にあらたに脳血管障害、リウマチなどによって障害を発現したグループや状態の改善がみられないまま経過しているグループがあるが、肝臓機能低下や身障の人の下肢機能低下など年齢に伴う悪化の傾向もみられる。また、その障害故に日常の食事をはじめとする健康管理が困難な問題もでてくる。そのために、協会独自の検診の実施とその結果にもとづく保健相談の実施や、被害者が仲間集いの場で健康について学習し話し合う場の開催を重視してとりくんでいる。

(2) 在宅状態から社会生活を確立するとりくみ:

A 義務教育の未修者については学籍回復のために教育委員会との交渉などをくりかえし全員義務教育が保障された。後期中等教育の途中での退学や卒業はしたものの在学中全く放置されていた人あるいは就労しているが基礎的な力を身につけたい人達については協会の独自の事業としての訪問指導や社会教育などを実施した。これらの結果として次の段階の社会生活の場を確立して行くことができた。

働く要求をもっている場合やその困難がある場合については、職業安定所(京都障害者職業相談室)を活用し、多くの被害者が働く場を確保することができた。被害者の場合でてんかん症状をもつ人が多いが、てんかんについては当時障害者としての法的な位置付けがされていなかっ

たことや、てんかんについての理解が今日以上にすすんでいなかったことから職場の確保は困難であった。職安と職場の人にてんかん発作をおこした時の対応や治療について説明することを繰り返すおこなってきた。その他の場合でも職場のアフターケアは定例あるいは必要時におこなってきた。

一般企業就労が困難な場合については、精神薄弱者の更生、授産施設あるいは地域の共同作業所への通所をすすめる全員が社会参加をするにいたった。

なお、これらを経済的に援助し促進する事業として手当や各種の奨励金の給付がされている。

B Aの結果として、社会参加あるいは社会生活の確立を希望しながら現在達成できていない被害者は、この1年間の退職者と退院者を残すのみとなったが、今日の社会状況に加え本人の高齢化の問題もあり新たな職場の確保は厳しい状況にある。職場への継続的な訪問、施設、共同作業所との協議や連携なども行っている。

(3) 親なき後の自立生活を開始し確立するとりくみ:

A 親族の高齢化によって将来どのような生活のありかたや場を描いて人として発達し自立していくのかについて本人と親族と9年前から話し合いをすすめる必要な取り組みをすすめてきた。その結果、将来の生活の場と社会生活の形態については、本人と親族がおおよその方針をもってきている。このように被害者本人自身と親族がプランをもつことを促す事業の一環として、生活訓練や自立生活促進援助事業あるいは後見的援助者の確保援助事業など実施してきている。

B これらの事業実施の結果、地域での自立生活を開始した者や、自立生活開始のために住宅の確保に努力している者あるいは、施設入所の申請をしたものなど、実際に本人自身、家族の主体的な試みがされてきている。このような生活にふみきって行くことを通して、人として自らの人生の主人公となり、更に人として豊かになっていく事が事実で示されてきている。このような生活に踏み切っていく時期の設定や必要な制度や資源の活用あるいは事業の実施や本人の努力課題などについて話し合いを充実させていく計画にある。

(4) 人としての自立発達:

自立・発達を人としての権利として位置付け、以上の事業を実施してきながら、その過程で障害の重軽にかかわらず本人自らが人として豊かに発達してきていることは確信できる。そのことは、現在「40歳以降の被害者救済事業のあり方」検討に主体的に参加し発言し、行政交渉にも臨む事実からも伺える。残念ながら、極端に早期に発症し長期入院を余儀なくされてきた重篤な精神障害者及び進行性の疾患罹患などの事例については、このような過程を踏むことに困難があることも認めざるを得ない。

II 事業実施過程で保健・医療・福祉・労働・教育行政の領域はどのように応えてきているか。

被害者の実態やニーズは各行政領域をまたがる総合的な適用を求めているが、現実には各行政領域からもはみだしてしまう場合があることが現実であった。

(1) 教育:義務教育未修者についての権利回復はされたが、在学期間中障害と発達にふさわしい教育をうけて来られなかった人については、再学習権の保障はされなかった。

(2)労働:障害者雇用率の改善とも関連してとりくまれてきているが、最近の職安の対応は今日の雇用情勢をそのまま障害者に甘んじさせる傾向が伺える。また、中途退職者がその能力の再開を希望しても就労経験があるという理由で職業訓練校への入校を認められなかった。40歳となる被害者年齢からこのような動向については軽視できない。

(3)福祉:障害年金の改善ともなると年金の受給者は増加し、経済的基盤の確立の点で前進をみた。しかし、福祉事務所の窓口は、手帳の発行、施設入所、ヘルパー派遣の相談などがおもであって、生活全般に関して日常的に相談に応ずるには内容が乏しい。さらには、申請主義であることから、働く障害者には活用がしにくい。自立生活を開始している事例についても京都の場合には生活支援センターも設置されていない状況にある。

(4)保健・医療:健康被害を基本としている被害者にとって、健康でありつづけること、病気をなおすことは基本的な要求であり、権利回復の重要な課題である。精神障害や難病について保健所では積極的に援助をすすめてきているが、心身障害者は保健所業務の対象でないとしてきた経過がある。1974年の三者会談確認書の具体化としての1991年の衛食91号にもとづく保健所の行政協力は一定すすんでいる。しかし、これにもかかわらず、現場では心身障害者の健康問題については業務として位置付けられていないからと安易に対応される傾向は依然として存在している。かつての事件当時の保健所の誤った対応からの教訓は生かされていない。医療の現場では、森永ミルク中毒事件すら知らない医者や看護婦がみられる現状である。

Ⅲまとめ

協会は、全被害者の基本的人権の完全回復をめざした恒久救済の実現を目的として、権利としての公的制度を活用し、三者会談確認書にもとづく行政責任の具体化としての行政協力を推進してきた。この20年間の事業を通して、この課題の具体化を追求して一定の前進をみている。

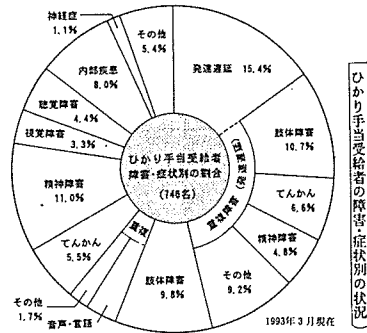
しかし、今日の社会保障制度の全域にわたる改悪の中で、被害者あるいは障害者の必要とする制度やシステムあるいは資源の不足の実態が厳然としてある。協会事業はこの各領域間の隙間をうめつなぎ連携しながらとりくんできたといえる。従って、各領域間の連携の重要性は勿論のことであるが、制度やシステム、資源の充実発展が一層求められている現状にあると言える。とりわけ、心身障害をもつ人の身上や財産、権利の保護擁護支援機関の設置、あるいはこれらの人たちの健康を守ることのとりの保障などである。被害者の場合は協会事業の独自の保健医療対策のもとで悪化をくいとする試みが継続されているが、地域の障害者の実態は容易に推測できる。前者の課題についても同様のことがいえる。被害者の場合も40才を迎え、老人保健法が適用されるが、「老人対策優先」のもとでそのケアの質が低下することがあってはならない。

障害をもつ仲間のノーマライゼーションをすすめて行く課題と被害者全体の健康を守って行く課題とをあわせて現実化していくために、被害者集団(守る会)は、このような現実のなかにあって、これまでの原則をさらに具体化し、制度の開拓・発展をめざして運動して行くことを展望している。

ひかり協会の対象者数

○ 13,417人 (内 飲用認定 1,049人) — 1993年3月末現在
内訳

- ① 協会との連絡を常時希望する人(以下①グループという) 6,460人
- ② 本人または親族より要請のあった場合連絡する人 2,217人
- ③ 一切の連絡を必要としないという人 1,223人
- ④ 住所不明の人 1,690人
- ⑤ 協会との連絡希望調査に無回答の人 1,083人
- ⑥ 死亡した人 744人



「健康と生活」実態把握結果にみる「社会生活の形態」

各都道府県衛生主管部(局)長 殿
厚生省生活衛生局食品保健課長

ひかり協会の行う事業に
対する協力について(依頼)

ひかり協会の行う森永ミルク中毒被害者救済事業(以下「協会事業」という。)についてはかねてより「御配慮を願っているところであるが、森永ミルク中毒被害者も3歳代半ばに達し、競の高齢化、社会情勢の激化に伴い、協会事業は一度重要性を増していることにかんがみ、貴会におかれまして、下記事項に留意の上、協会事業の推進に御協力をお願いする。

- 1 ひかり協会現地事務所から現在障害を有する被害者名簿の提出があったときは、当該名簿に記載された者について、秘密の保持に留意するとともに、関係主管部局等と緊密な連携の下、障害を有する被害者が適切な保健福祉サービスを受けられるよう配慮をお願いいたします。
- 2 当該名簿の保管管理は、適切な保護指導等を実施するうえにおいて、保健所が行うことが望ましいと考えますが、関係主管部局等と緊密な連携をとり、当該名簿の保管管理及びその活用について御意見を伺いたいこと。
- 3 障害を有する被害者の救済は、森永ミルク中毒事件関係担当窓口のみならず、医療、保健、障害福祉及び職業安定等の都道府県保健衛生部局、市町村並びに保健所等極めて広範囲の行政機関に關係しているため、ひかり協会及び関係行政機関と十分な連絡調整が図られるよう配慮をお願いいたします。

職 業	第1次 (1982~ 84年度)	第2次 (1985~ 88年度)	第3次 (1989~ 92年度)
動機に出ている※	4,488(71.0)	4,463(73.1)	4,892(77.6)
自 営業	3,819(85.1)	3,614(81.0)	3,890(79.5)
家 業 の 従 事 業	296(6.6)	315(7.1)	271(5.5)
内 職 業	40(0.9)	89(2.0)	98(2.0)
在 宅	337(5.3)	297(4.9)	241(3.8)
主 婦 業	1,583(63.4)	1,871(78.2)	1,769(70.8)
機 設 入 所	82(1.3)	97(1.6)	123(2.0)
入 院	51(0.8)	49(0.8)	54(0.9)
測 量	47(0.7)	35(0.6)	18(0.3)
在 学	54(0.9)	24(0.4)	7(0.1)
そ の 他	16(0.3)	15(0.2)	5(0.1)
無 回 答	124(2.0)	38(0.6)	14(0.2)
合 計	6,319(100.0)	6,102(100.0)	6,303(100.0)

注: () 内は、各実態把握時の全体数を母数にした百分比である。尚、※印の項目は職業を母数に、※※印の項目は回答件数を母数にした場合の百分比である。

現在の生活状況と将来設計

◎生活の場 (人)		現 状	将 来 の 方 向
親族と同居	342	75	
結婚生活	224	340	
単身生活	61	81	
共同生活		44	
ケア付住宅	3	29	
施設入所	75	141	
そ の 他	27	22	
合 計	732	732	

◎社会生活 (人)		現 状	将 来 の 方 向
在 宅	127	40	
機 設 入 所	75	135	
入 院	35	15	
機 設 通 所	67	79	
職 業 訓 練	5		
就 労	311	375	
専 業 主 婦	81	80	
家 事 手 伝 い	13	2	
そ の 他	18	5	
合 計	732	732	

注: 生活の場と社会生活の施設入所の人数が違うのは、施設から地域の作業所へ働きに行く方向ですすめているため。

福祉と医療のハザマにおかれた社会的弱者

～京都・柳園人権裁判を通して～

○柳川 和雄 (京都市役所・元福祉事務所ケースワーカー)

辻 清二 (全京都生活と健康を守る会連合会)

1. 目的

柳園人権裁判とは、柳園義彦さん(92年1月死亡：当時60歳)が、生活保護の不当な廃止決定に対して、国・宇治市に損害賠償を請求した裁判である。

この裁判の中で、某大病院が転医先を確保せずに患者を退院させたことや、結核菌を排菌しているのに入院先が確保されていなかったというような医療をめぐる問題点が明らかにされた。そして、特に社会的弱者であるホームレス(住所不定者)に福祉と医療をめぐる問題点が集中していることが明らかとなった。

かかる意味で、この裁判は福祉と医療の現状を考える格好の材料を提供しているのである。

2. 事件と裁判の経過

- | | | |
|-----|-------|---------------------------------------------------------|
| 89. | 3. 1 | 柳園、U病院入院(糖尿病、肝硬変) |
| | 3. 6 | 柳園、生活保護申請
(同日、病院住所の「現在地」保護開始) |
| | 7. 4 | 柳園、F大学付属病院に転医
(白内障OPE、右水晶体摘出) |
| | 8.12 | 柳園、術後、U病院再入院 |
| | 10. 9 | 柳園、F大学付属病院に再び転医
(左白内障) |
| | 11.15 | 柳園、F大学付属病院を退院
(病院間の連絡不十分のため、U病院が満床のため再入院できずベッド待ち、通院) |
| | 11.30 | 柳園、宇治福祉事務所訪問
(退院の報告、住居確保の相談：CW拒否) |
| | 12. 4 | CW、U病院主治医訪問
(結核菌、培養検査結果2+) |
| | 12. 9 | 宇治市、保護廃止決定
(「傷病治癒」を理由に生活保護廃止) |
| | 12.20 | 柳園、K療養所入院(肺結核) |
| | 12.27 | 柳園、京都府に審査請求
(保護廃止決定の取り消しを請求) |
| 90. | 1.17 | 宇治市、保護廃止決定を取り消
(「居住実態不明」理由に保護を継続せず) |
| | 4.13 | 京都地裁に「国家賠償請求」訴訟を提訴 |
| | 6.14 | 京都府、審査請求裁定(「却下」の裁定) |
| | 6.15 | 第1回口頭弁論(以降 決審まで18回) |
| | 12. 1 | 「柳園人権裁判を支援する会」を結成 |
| 93. | 10.25 | 京都地裁、原告勝訴の判決。 |
| | 11. 8 | 国と宇治市控訴断念。京都地裁判決確定。 |

3. 裁判の争点と結果

①裁判の「隠れた争点」

裁判の争点のうち最大のものは、宇治市の生活保護の廃止決定が正当かどうかという点であった。

つまり、表向きの争点は、「傷病治癒」ないし「居住実態不明」に基づく廃止決定が生活保護法に基づいて正当であったかどうか、が争われた。

しかし、真の廃止理由は、「現地保護の場合は退院したら保護は廃止」(89.12.4 CWの主治医への説明)という生活保護法に基づかない「行政慣行」により保護を廃止したのである。

実は、「現地保護＝入院のみ」という「行政慣行」は、生活保護「適正化」の進行とともに全国的におこなわれるようになり、現在でも現実に行われている。

生活保護「適正化」とは、1981年の「123号通知」により「不正受給の防止」を口実としてすすめられたが、その実態は生活保護からの「締め出し」であり、そのために生活保護法にもとづかない「行政のかってな基準」である「行政慣行」を数多くつくりあげたのである。そして多くの人権侵害事件をひきおこした。

したがって「隠れた争点」は、生活保護締め出しのために福祉事務所の裁量権を大幅に拡大した生活保護「適正化」が正当なものかどうか、であった。

②京都地裁判決の意義

判決は、生活保護法の目的(第1条)などから、「生活保護が最低限度の生活保障のための最後の手段という性格を有する以上、いったん開始された保護を廃止する決定は慎重になされるべきことはいうまでもない」と、法の条文に厳格に従うことを前提として強調しながら、「傷病治癒」ないしは「居住実態不明」という事由にもとづく宇治市の保護廃止決定を違法であるとした。

すなわち、生活保護「適正化」の象徴である「行政慣行」を断罪したといえる。

そして1989年11月16日から12月20日まで「1日、食パン1切れ」に象徴される生存権を侵害した「空白の35日間」を生んだことに対して、「廃止決定は違法性が強く、しかも重大な過失があった」として精神的損害に対する慰謝料30万円の支払いを命じた。

これまで生活保護に関する裁判は「取消訴訟」であったが一身専属のため原告が死亡したら裁判は中断した。「損害賠償請求訴訟」が認められたことで「裁判承継」問題がつきまとう生活保護裁判に新たな道を開いた。

4. 医療をめぐる問題点

宇治市が生活保護廃止の根拠にした「傷病治癒」とは宇治市側の主張によれば「原告の保護開始時の傷病については、退院できるまでに軽快したこと」としている。

宇治市は、F大学付属病院の「退院」＝「傷病治癒」とこじつけたのである。しかし、事実は、病院間の連絡不十分により、病気（糖尿病、肝硬変）は「治癒」していないばかりか、新たに肺結核の発病の疑いがあったのに、U病院が満床のため再入院できなかつたのである。

つまり、事の起こりは、F大学付属病院が、受入先を考慮もせずに退院扱いにしたことによる。

この点については、裁判での直接の争点にはなっていないが、次のような問題を提起していると考えられる。

①患者の生活実態に対する配慮の問題

柳園の場合、特定の治療のためU病院からF大学付属病院への転医であること、1回目の退院のときは再入院できたことから、2回目の退院のときは満床で再々入院できなかったというのは明かに医療機関（F大学付属病院）の重大な連絡のミスであるといえる。

そして、その根底には、患者の生活実態や入院経過を考慮せずに、特定の傷病の治療が終了した時点で安易に退院扱いにしている、という医療機関の基本的な姿勢に問題があるのではないかと考える。

②医療機関の相談機能（MSW）の問題

具体的には、医療機関内における相談機能（MSW）が不十分ではないかという問題につながる。

医療機関における相談機能（MSW）の位置付けについては千差万別であるが、医療機関間の連絡調整は最低限必要なことである。F大学付属病院にも「相談室」があり、MSWらしき職員が配置されているが、柳園の場合は相談機能が全く機能しなかったということになる。

③医療関係者の“人権視点”の問題

以上の問題の根底に、医療関係者の“人権に対する視点”が問われているのではないかと考える。つまり医療機関の経営重視、管理重視の傾向の中で、結果的に人権軽視・無視の傾向があるのではないかと考える。

とくに住所不定者（ホームレス）に対しては、独特のライフスタイルに対する無理解から、医療機関のルールにそぐわないとして“厄介者扱い”される場合が多い。

この点について柳園の場合は必ずしも該当しないが、人権軽視・無視の傾向をしめす若干の事例がある。

さらに、医療機関（とくに精神病院）そのものが、帰来先のない患者をムリヤリに退院させることによって、“ホームレス”を生み出しているという報告もある。

（橋本明「東京都下一生活保護施設における「ホームレス」精神障害者の研究」『日本公衛誌』第39巻、第8号、平成4年8月15日発行）

5. 結論にかえて

前述のように1980年代以降の生活保護「適正化」の中で、本来人権を守るべき「福祉が人を殺す」という状況の中で、とくにそのホコ先が老人・障害者・中国帰国者・住所不定者などの社会的弱者に向いている。

他方、医療分野においても、一連の健康保険制度改悪・医療法改悪の中で、経営重視、管理重視の傾向がつかまる反面、人権軽視・無視の傾向が強まっている。

こうして、本来なら人権、人命を守るべき福祉と医療の両者から排除されつつある社会的弱者は、“福祉と医療のハザマ”に放り出されているといわざるをえない。

今、まさに、福祉の原点、医療の原点が、関係者一人一人に問われているのではないかと考える。

最後に、柳園訴訟の福祉運動上の意義として、日常は“カウンター”をはさんで“敵対関係”にある自治体労働者と住民団体が、“カウンター”を乗り越えて共同闘争をすすめる第一歩となったことを記しておく。

<事例1> Aさん（女性、当時72歳）は、子供もなく、夫が死亡後、名古屋で養護老人ホームに入所。しかし、糖尿病のため同市の病院に入院。退院後、詳細は不明だが、東海道線に乗ってO市に至った。93年2月20日、O市のB病院入院、3月8日に現在地保護で生活保護開始。3月14日、同病院退院（病院でのトラブル?）。Aさんは病院玄関先で110番通告、その夜は警察で1泊。翌朝、CW・保健婦が警察で面接。CWは病院退院と同時に保護廃止を通告、CW退院までの保護費を渡し、京都の兄宅にいくように説得したが、Aさんは拒否。ところが、CWは渡した保護費の中からお金を差し引き荷物を近くのコンビニから宅急便で京都の兄宅へ発送した。3月16～17日のAさんの行動は不明。

3月18日には、京都の兄宅へ山科署の署員がAさん（81歳）と其の妻（83歳）の2人暮らしで、年金生活のため、面倒を見れないため福祉事務所に相談。また弁護士が相談を受け、O市とのやり取りで、O市は、京都市が保護を開始した時点まで生活保護を継続した。

<事例2> 名古屋市市の林さん（55歳）は、93年7月30日、折りからの不況で仕事にアブレることが多く、野宿を強いられ、食事ほとんど食べられない状態が続き（所持金なし）、両足痛のため就労困難であったため生活保護を申請。中村福祉事務所は、大宮病院での受診は認め即席薬一つを与えたが、「両足筋肉痛。就労可。湿布及び投薬1週間分」との受診結果により、医療扶助以外の生活保護は認めなかった。保護廃止の理由は「受診の結果、就労可と認められたため」とのこと。愛知県知事に審査請求、厚生大臣に再審査請求したが、いずれも却下。94年5月9日名古屋地裁に提訴し係争中。

退院後2ヶ月の在宅患者訪問をして

—— 済生会地域ケア事業老人健康増進等基本調査研究事業参加調査より

○吉崎照子 西田茂樹 瓦谷仁志 横田 峻 好井 覚 小西弘起
田尾恒子 岡田良子 山西爽子 松川貴美 倉友克美 新瀬 彰
(済生会野江病院)

はじめに

平成5年度済生会地域ケア事業の一環として、当院は「老人保健健康増進等基本調査研究事業」に取り組んだ。当院が取り組んだ調査の研究課題は「退院時指導の実際と在宅療養患者の生活実態」である。平成5年10月1日から平成6年3月31日までの間、「退院時調査(一次調査)」と「退院後2ヶ月の在宅訪問調査(二次調査)」の2回の調査を実施した。今回ここに報告するものは、本調査の二次調査によって得た結果についてである。

1. 研究の目的：増大する障害、病弱高齢者の在宅医療、在宅福祉を支えるために医療機関として退院時の指導、援助のあり方を再検討する必要があるという問題意識に基づいて、当院を退院となった高齢者が、在宅生活において当面している生活困難、生活問題について実態調査を行った。これによって退院時の指導援助において評価・予測すべき項目を明らかにして、効果的な退院指導援助が行われることを意図した。

2. 研究の方法：在宅生活において予想される生活問題については1. 療養問題2. 介護問題3. 経済・住宅問題4. 制度問題と4つの問題に類別し、退院後2ヶ月となった高齢者の訪問調査を行った。調査対象者は平成5年10月に退院となった65歳以上の高齢者146人の中からADL障害となった者、病弱者となった者、及び80歳以上の高齢者、そして生活保護世帯の者を主としてハイソーシャルリスクをもつ高齢者群として抽出して対象とした。訪問調査対象となった者は48名であった。調査対象48人のうち、実際に訪問調査となった者は34人、病院での面接12人、電話面接2人となっている。面接調査員は当院のMSW2名、大阪医療社会事業協会1名及び社会福祉を専攻する大学生14名、計17名で行った。調査期間は平成5年12月6日から平成6年1月11日まで。

3. 研究の結果：高齢者の在宅生活における生活問題

退院後2ヶ月目 調査時における

高齢者の生活場所 (表1)

自宅	40
家族宅	2
リハ病院	1
一般病院	2
当院入院	3
その他	0
計	48

調査対象者の世帯構成

一次調査より(表2)

単身世帯	10
老人夫婦世帯	21
孫と二人世帯	1
息子と二人世帯	3
娘と二人世帯	1
障害を持つ子と老人夫婦世帯	1
三世帯世帯	11

1) 療養問題

在宅における高齢者の身体状況の変化(痴呆の有無、ADLの変化)は高齢者の在宅生活とその介護者の生活を大きく規制する要件となる。痴呆となっている者8.3%(4人)、聴力障害のある者27.1%(13人)、視力障害のある者16.7%(8人)、言語障害のある者14.6%(7人)、また歩行障害のある者は62.5%(30人)となっていた。高齢者のコミュニケーション障害はかなりの高いものとなっている。また歩行障害も3分の2の高率となっている。高齢者の他との交わりを困難にし、その行動範囲を狭小化させる身体状況が浮き彫りとなった。

退院後の在宅生活において、「退院時指導の実行」の可否は在宅療養の安定的な生活を確保する意味において大切となっている。服薬、通院、食事指導は8割近い者が実行できているが、リハビリ指導は守れたとする比率は下がり、30%の者が「うまくいかず」と回答していた。退院指導が「守れなかった」と回答した人は全て、家族構成から介護力不足と考えられる事例、退院時調査で医師から病識不足と評価されていた事例及び退院指導の理解に関する医師と患者の回答がズレていた事例であった。

退院後の在宅において病状の悪化は患者とその家族が最も恐れる事柄である。病状の悪化により再入院を希望し、受診となった者は8人、そのうち当院入院は4人、他院入院は2人、入院に至らなかった者2人となっている。当院で入院適用とならず他院入院となった者は、自宅安静を指示され、介護力が確保されず、「社会的入院」となった者である。いずれも小家族世帯で、自宅安静を保障する介護力の得られない世帯であった。入院とならなかった2人は1人は通院、1人は他医の往診を受けている。

2) 介護問題

表2に示される通り、調査対象となった高齢者の世帯状況は77%が二人以下の老人世帯となっている(障害をもつ子と老人世帯1を含む)。介護者不在の者8人、要介護者と別居となっている者7人、介護者の年齢が70歳以上の者16人、昼間独居となる者9人となっており、在宅生活において介護に問題があると判断される者は83.3%となっている。老人夫婦のみの世帯のもの21人のうち10人が高い介護力を必要とする要介護者となっている。痴呆・歩行障害・入浴・排泄・食事介助等重介護を要する高齢者は特に少数家族において多くなっている。

介護者の健康については60%が「病気あり・病気がち」と

答え、家庭内で健康に問題のある人が2人以上いる世帯は7割を越えていた。介護者のかかえる困難や悩みは、「介護者自身の自由な生活時間が制約されること」「健康の基本となる睡眠に支障が生じること」等の回答が多く出ていた。別居家族からの日常的支援は5割の者が「全く頼めない」と回答し、都市生活における親族の私的支援の困難さが出ていた。身動きが出来なくなった時は「病院に入る」37.8%(17人)、「家族に頼む」35.6%(16人)となっており、介護問題解決のために在宅福祉制度を利用すると答える人「ヘルパーに頼む」12.5%(6人)と格段に少ない。在宅福祉の制度を多くの市民は知らず、身近な「利用できる」生活資源になっていない。悩み事、心配事の相談相手は親族関係が圧倒的となっており、生活様式が核家族世帯、少数家族となっているとは言え問題解決相談は未だに私的相談、個人的解決となっており、専門の相談機関の有効な利用が出来ていない。

3) 経済、住宅問題

① 退院後の在宅生活における出費と無年金、低年金者の生活不安

ADL低下を補うための補助具購入費、小家族が介護力不足を補うための介護費用、専門治療を受けるための入院費、慢性疾患治療のための通院交通費など高齢者の療養介護に要する費用は時として高額の出費となっている。また外来通院費、そのための交通費、介護用消耗品費、公的サービス利用料等、一回の出費は小さくも日常的となるために負担が嵩んでくる。

「現在困っていること」については自由記載の設問に5人(10.4%)の高齢者から、無年金・低年金による生活不安の回答を得た。年金収入に頼ることの出来ない高齢者が病氣治療と共に就労先を失い、収入が減少し、今まで貯えた預貯金に頼る厳しい生活となっていた。

② 住宅問題

病弱・障害高齢者の住環境は避難がしにくい、家が狭い、段差がある、風呂、トイレが使いにくい、移動しにくい等悪条件が重なっている。3つ以上の悪条件が重なっていると答えている者は9人(18.7%)いた。劣悪な民間住宅に住んでいる高齢者は、社会的弱者となっている高齢者自身の力のみでは新たな転居先をみつけることは困難となっており、住環境の改善を図ることが難しくなっている。住宅改造についての公的支援として「住宅設備改造費補助事業」があるが、制度自体を知らなかったり、対象範囲や助成額などの制限が厳しく実際の制度利用を使いにくくしている。

4) 制度問題

何らかの介護支援を必要とする高齢者が8割を越えているにもかかわらず、在宅生活を支える制度・サービスについて高齢者の半数が知っていると回答したサービスは「ヘルパー派遣」「身体障害者手帳」「ディサービス」「車椅子」「訪問看護」で、よく利用となる制度・サービス24項目のうちわずか5項目であった。高齢者にとって在宅での生活を安定的に維持するためには、公的な社

会支援サービスの利用は重要となっている。しかし、現存する制度について、高齢者の認知度は極めて低く、制度利用に結びついていない。また「利用したい」という回答は在宅福祉三本柱の「ヘルパー派遣」「ディサービス」「ショートステイ」の項目が多かった。病弱高齢者を支える日常生活用具(ベッド・車椅子)、緊急通報電話について「役だった」と回答している者が多い。「ショートステイ」については自由記載回答欄に「必要な時にすぐ利用出来る制度であってほしい」と施設の不足と制度の改善が指摘されていた。高齢者の交通権の保障、核家族、小家族となっている高齢者のために食事サービス、入浴サービスの早急な拡充を求める回答も多く出た。在宅福祉の制度サービスはいづれも質量の両面における拡充が必要となっている。

「保健婦訪問」「民生委員訪問」「福祉事務所職員訪問」を知っている人は3分の1以下となっていた。保健・福祉サービスの相談窓口・指導機関として、在宅高齢者などの地域住民とのつながりを強める必要性を感じさせる。

4. 研究のまとめ

高齢者の心身の障害状況は高齢者の社会生活を孤立的・消極的なものにする要因になっている。また高い介護力を必要とする高齢者に限って、少数家族の在宅生活となっている者が多く、介護負担の増大と介護力の不足を招いている。単身、老人二人世帯の増大による介護力不足の問題は高齢者の在宅生活を時として深刻な不安に陥れている。単身生活者、老人2人世帯、昼間独居老人の多くは、社会的支援による介護サービスを必要としている。また介護者自身の生活と健康の維持のためにも社会的支援による介護サービスは必要となっており、制度・サービスの早急な拡充が求められている。

病弱・障害高齢者の在宅生活を支える制度・サービスについては、それを利用・必要としている高齢者が知らず、有効に利用することができていないという状況にある。在宅保健福祉サービスの制度について広報、周知を望むと共に、保健医療福祉サービスの相談窓口、指導機関としての病院相談室、福祉事務所、保健所、民生委員などの地域住民への結びつき、相談機能の改善、強化が求められている。在宅生活となっている病弱障害高齢者は相談者も得にくく、孤立化し、生活範囲が狭くなる傾向にある。地域ではこれら的高齢者を支える地域支援の組織作りが必要となっている。

最後に在宅生活となる高齢者を支える地域の保健医療福祉サービス機関の連携の必要性と共に、医療機関における重要な役割として、「退院援助の重要性」を見直す必要がある。高齢者の地域での生活を見通した医療と福祉を結合した援助が必要となっている。医療機関における退院時援助の重要性と有効性は高齢者が「必要としている時と内容」において、的確に指導・援助の早期開始実行が可能となるからである。

尾花 雄二 (吹田市 高齢福祉課)

社会健康 日常生活を営むうえで、高齢者は、健康な状態を維持し、生活の質を高めることが必要である。しかし、高齢になると、身体的な衰えや認知機能の低下などにより、日常生活が困難になることがある。このように、高齢者の健康と生活の質を維持するためには、適切な介護や支援が必要である。

1. 調査目的と調査対象 本調査は、吹田市在住の高齢者の健康状態と介護ニーズを明らかにすることを目的として実施された。調査対象は、吹田市に在住する65歳以上の高齢者であり、介護が必要な状態にある者を含む。

2. 調査結果 調査結果によると、高齢者の健康状態は、年齢とともに悪化する傾向がある。特に、認知機能の低下や身体的な衰えが顕著である。また、介護が必要な状態にある高齢者の割合も増加している。これにより、介護サービスの需要が高まっていることが明らかになった。

3. 介護者の負担 介護者は、高齢者の健康状態や介護ニーズに応じて、適切な介護を提供している。しかし、介護には多くの負担がかかる。特に、身体的な負担や精神的な負担が大きい。また、介護費用の高額化も大きな課題となっている。

4. 家族関係 家族関係は、高齢者の介護に大きな影響を及ぼしている。特に、家族のサポートが介護の継続に不可欠である。しかし、家族間のコミュニケーション不足や介護負担の偏りなどが問題となっている。

5. 今後の展望 高齢者の健康と生活の質を向上させるためには、介護サービスの充実や家族支援の強化が必要である。また、高齢者の生活環境の改善や地域での活動の促進なども重要な課題である。今後の調査を通じて、高齢者の健康と生活の質をさらに向上させるための施策を提案していく。

高齢者の健康と生活の質を向上させるためには、介護サービスの充実や家族支援の強化が必要である。また、高齢者の生活環境の改善や地域での活動の促進なども重要な課題である。今後の調査を通じて、高齢者の健康と生活の質をさらに向上させるための施策を提案していく。

6. 結論 本調査の結果から、高齢者の健康と生活の質を向上させるためには、介護サービスの充実や家族支援の強化が必要である。また、高齢者の生活環境の改善や地域での活動の促進なども重要な課題である。今後の調査を通じて、高齢者の健康と生活の質をさらに向上させるための施策を提案していく。

○橋本佳美 田辺久子 木内ゆかり（第一びわこ学園）

村松大治（草津養護学校）

埴田和史（滋賀医科大学予防医学講座）

1.はじめに

重症心身障害児施設である第一びわこ学園の外来には約300名の定期受診者がいる。在宅障害児の家族の中には絶え間なく続く介護生活のなかで介護者自身が健康を害したり、家族間の関係が悪化してしまうなど深刻な問題が生じている。こうした問題が原因で障害児の在宅生活が中断された学園の外来患者の事例と、学齢期の障害児を持つ家族の主たる介護者を対象とした健康実態調査の結果とから、障害児を抱える家族が健康を守り、在宅生活を継続させるための支援対策について検討した。

2.事例検討（表一参照）

(1)事例1

家族の病気、こどもの受験が介護者の健康破壊の契機となったと考えられる事例（主たる介護者は母親）

この事例では、長男が体調の良否にかかわらずしばしば興奮、不眠状態となるため、母親は高齢の祖母に気を使い長男が静かにしているようにと音の出る玩具を遠ざ

けたり、一晩中抱いていたりという様な生活をしていて、日頃から疲労感が強く、強い貧血を医師から指摘されていたが放置していた。手のしびれと肩凝りとで呼吸が苦しくなり救急車で病院に運ばれたこともあったが、短期入園を利用しながらそのつど乗り切ってきた。受験期に入った長女と肝炎の外来治療が始まった夫の世話とが加わり、全身疲労と腰背部痛が強まった。外来職員は休息をとることを勧めたが、母親はそれを受け入れなかった。そこで、長男の不眠の原因をつかみ対処方法を検討するというので約3カ月の措置入園を行い、母親の療養や家族との話し合いを行なった。受診の結果、母親は心筋梗塞が判明し治療が行なわれた。

この事例では日常の介護生活で母親の体力が尽きており、家族に起きた当たり前のできごとに対応できなかったと考えられる。

(2)事例2

障害児の身体症状の悪化が契機となって介護者の健康が破壊された事例（主たる介護者 母）

この事例では、次女が重い先天的な障害を持っており、就学頃から状態が急速に悪化し一日中頻回な吸痰を要していた。その健康状態の不安定さは、母親を終始緊張状態に追い込む結果となり、次女が発熱するたびに夜も十分に眠れず、気分転換のための友人との会話もできなくなっていった。家庭内では長男の不登校と夫との関係の悪化によって、夫への不満と自分の自由が奪われていくことへの不安が強まっていた。次女が大腿骨骨折を起こしギブス固定をしたため無理な姿勢で介護しなければならなくなり、ついにぎっくり腰を起こし介護ができなくなった。それまで母親の手厚い介護によって守られていた次女の状態は急速に悪化し緊急入院となった。次女はその後半年間に2回心肺停止を起こし、気管切開

表1

		事例1	事例2
家族背景		<p>夫：C型肝炎療養中 以前、運転等の協力はあったが肝炎に罹患後は協力できず 祖母：非協力的</p>	<p>夫：多忙、ほとんど協力なし</p>
障害の内容	姿勢	寝たきり	寝たきり
	移動	寝返り	不可
	理解	7ヶ月レベル	1~2ヶ月レベル
	栄養方法	経口 全介助	経管栄養
	ADL	全介助	全介助
日常の状態		月に1回以上の呼吸器感染のため要投薬治療	てんかん発作毎日 週に1回の発熱 しつこい下痢 強い緊張 痰が多く吸引が常時必要

()内の数字は年齢 ←印が障害をもっている子ども

を施されたが、母親の再度在宅生活をという希望は実現できず死亡した。

この事例では、悪化するこどもの状態に対して介護者の健康が限界に達し、家庭内での協力が不十分であったことが作用して、介護者の健康破壊が起きたと考えられる。

3.在宅障害児の主たる介護者の健康実態調査の概要

障害児の主たる介護者の腰痛を中心とした健康の実態と介護生活の状況を把握する目的で滋賀県内の養護学校3校の保護者262名を対象にアンケート調査を行なった。

アンケート回収率は、198名(75.4%)であった。その結果、主たる介護者は95%が母親で、祖母、父が各々1.5%であった。以下、児童生徒を寄宿舎等に預けていない母親について分析した。

こども以外に介護を要する家族がいる者が16.4%いた。現在腰痛を感じている者は74.5%おり、治療を要する病気があると答えた者が26%いた。主たる介護者が病気等の時の代行者を聞いたところ、25%が誰もいないと回答し、「家族の中で」が60.7%、施設または病院20.8%、別に住んでいる家族や親戚が16.7%、友人・ボランティアが4.5%、近所の人4%となっていた。

障害児の在宅生活を支えるために必要と思われる福祉サービスについて回答の多かった上位五つを挙げると、通所型施設の増設55%、施設への短期入所34%長期休暇への対応29%、ヘルパーの充足27%、学校の年限延長26%であった。

4.考察

(1)家庭の介護力の問題

主たる介護者は母親に集中していた。事例が示すように母親には家庭内でいくつもの役割があり、同居の家族の健康状態やこどもの成長により負担が強まることが予測される。実態調査では、既に16.4%の家庭でこども以外に介護が必要な家族があり、25%の家庭では家族内で介護を交代できる人がいない状況となっていた。これは、事例1・2と同じ問題が多くのご家庭で発生していることを示している。

(2)母親が孤立している。

障害児の介護に極端に追われると事例2のように夫に対してさえ自分の考えを伝えたり、相手の想いを聞くゆとりが失われて、介護者自身が生活を見直し希望を再生

産していくことができなくなっていく。実態調査の自由記載欄の回答にも、障害児を産んだということで自責の念を持ったり、他の家族から非難されていたり、そのように感じて孤立している母親が少なからず認められた。また、介護者を支えているはずの夫は社会的に重要な役割を持つ年代であり、仕事に追われているため介護を代わることができにくい状況があると考えられる。障害児の介護に対しても、父親の介護休暇制度等が必要であろう。

(3)母親の介護負担を軽減し家族の介護力を維持できる福祉サービスがない。

事例2のように医療的ケアを要する障害児の場合、家族だけでは24時間ケアし続けることは不可能であるが滋賀県内でこのような事例の短期入園が可能で公的に保障されているのは2床のみである。受け入れは緊急時がほとんどであり利用できない場合もある。事例1のように予防的に短期入園を利用できれば、母親が健康を回復した後に障害児は再び在宅生活を送ることができるが、通常それは困難である。

こどもの状態が変化し新しい介護技術の修得が必要になった場合の短期の施設利用や母親以外の家族の介護力を育てるための対策が必要である。

(4)主たる介護者の希望する福祉サービスについて

福祉サービスに関する要求は、昼間の介護に関わるものが多かった。これは現在の養護学校が結果的に家族に対するレスパイトケアの役割を果たしているため、学校の長期休暇中の問題や卒後の問題が深刻であることを反映していると思われた。

5.おわりに

一般の家庭では当たり前に対処できることでも、障害児を持つ家庭には深刻な問題となり、主たる介護者である母親の健康が破壊されている。高齢化社会ではこどものみならず親の介護も女性の負担となる。障害児を抱える家庭の実状に対応した総合的な地域福祉力が整備されるべきであろう。

るうてるホーム在宅介護支援センター

保健婦 上村 恵子

* はじめに

「るうてるホーム在宅介護支援センター」のある四條畷市は大阪東部に位置し、市域面積は約19Km²、その2/3が北生駒の山地が占め、残りの1/3に市街地が形成され、人口約5万で、65歳以上の人口は約4200人、高齢化率は8.4%程度の比較的若い都市といえる。21世紀のはじめには全国平均に追いつき、その後はそれを上回ったまま継続されると推計されている。

なお、平成3年度における独居老人は約450人、老夫婦世帯はほぼ同数で、在宅の寝たきり老人は約80人である。

四條畷市の福祉活動の特徴は、高齢者サービス調整チームが有効に機能していることが各機関の活動を支えている。

四條畷市高齢者サービス調整チームは、府保健所、市福祉事務所、市社会福祉協議会、市保健センター、るうてるホーム在宅サービス供給ステーション、医師会の6機関で構成されている。

この調整チームの特徴は、共同事業と協力事業にあり、各機関が共同・協力することにより、独自の機関では困難であった事業が展開でき、さらに規模も広げるアンチ可能化している。

また、事例検討を重ねる中で、各機関の専門性や独自性に根ざした連携が強められ、さらに、日常的に連絡体制が整っているところから、ケースに対する重複した質問が避けられ、どの機関でも平等に対応できるよう配慮している。

老人が一機関のみと関わるのではなく、多機関を共有することで、地域で老人を支える基礎づくりができ同時に、在宅介護支援センターの活動も理解され、活動の拡大につながっている。

* 在宅介護支援センターの設置

1990年4月に全国で300箇所開設された在宅介護支援センターは、24時間相談に対応できる機能を持つ、特別養護老人ホームや医療機関が市町村の委託を受け、社会福祉士と看護婦、あるいは保健婦と介護福祉士を職員として配置し、あらゆる相談に対応できる体制として整備されている。

四條畷市の委託を受けている「るうてるホーム在宅介護支援センター」は、保健婦と介護福祉士が配置されており、日曜・祝日及び夜間の相談対応は、同じ「るうてるホーム」の軽費老人ホームの宿直・日直者や特別養護老人ホームの夜勤察母が応じている。

相談の対応には「相談票」を作成し受け入れの統一と、緊急を要すると判断した相談については、緊急連絡体制を明確にして、それぞれの対応の充実を図っている。

* 在宅介護支援センターの現状と課題

1 相談者と相談連絡

- ① 発足当初は知名度が低く、社会的にその存在が周知されているとは言い難かった。

発足当初は各機関のワーカーや保健婦から、具体的なサービスを受けるための手続や供給の可否などについて、問い合わせや相談が多かったが、次第に要援護者や家族からの相談が多くなっている。

また、関係機関や地域保健婦からの相談傾向が、在宅支援のより効果的なサービスプログラムをたてる為のケースマネジメント機能を求めており、同伴訪問等により早い時点で問題解決ができています。

なお、利用者にとっても多くの機関を共有することで、安心した在宅生活が送れることになり、このことは、相談機関本来の役割を果たしつつあるといえる。

- ② 相談内容を分析検討して、新しいサービスを開発する企画力や洞察力が必要である。
一回限りの相談ですむのか、それとも継続的に関わるのか、の判断が大切である。
- ③ 支援センターが各種サービスと具体的に係わり、そのサービスが利用者の生活をどのように豊にしているかを、考察することが必要である。
とりわけ、母体施設が提供している在宅サービスについて、熟知しておくことは当然である。

- ④ 支援センターの職員は地域に出かけ、地域を職場とする働きが求められている。
高齢者や家族に適するメニューを提供できるように地域の社会資源や制度を周知することが必要である

2 他の保健機関との連携とネットワーク

- ① 連携の中で総合的な相談窓口として、在宅介護支援センターの守備範囲を拡大することがもたらされている。(住宅改造・年金相談・・・等)
なお、今後医療機関や消防署などとも連絡体制の整備が必要と考えられる。
- ② サービスの申請代行や、調整機能が有効に働くためには、各保健機関との信頼関係が大切である。
特に、24時間の相談対応の支援センターでは、例えば、休日に発生する緊急ショートステイの対応には、申請・決定という福祉事務所の手続を経ないでの利用ケースでは、事後承諾ではなく権限の委譲や追認システムのルールを明確にする必要がある。
- ③ 他機関のワーカーや保健婦との同行訪問により、相談者のその後のフォローが心強い。
保健婦や介護福祉士で訪問することにより、介護者・要介護者の個々の状況が立体的に把握できるとともに、保健と福祉の両視点からニーズや状況の把握が可能になる。

3 介護用品の展示

介護用品の展示コーナーを常設していることから、それらに関する相談が多いが、介護用品は高価であり経済的理由により、積極的な購入には結びつかない。
日常生活用具の給付の拡大、住宅改造の推進に加え貸出制度、介護用品のリサイクルも課題である。

4 在宅介護相談協力員

地域の隅々から介護ニーズを把握するため、地域に点在してニーズをキャッチする在宅介護相談員は、重要な役目を果たしている。

本市では、この在宅介護相談員として薬剤師会に依頼し、地域のアンテナの役目をお願いしている。

この組織との協力関係をどう構築するかが、今後の大きな課題であり、打てば響くような関係をつくるための工夫を模索している。

※ 在宅介護相談員から連絡を受けた相談事例

相談内容	文 献
現在ショートステイを利用している家族から、入所の延長はできないのか？という相談を受けた。	家族の申し出により福祉事務所の判断で延長が可能であることを説明し、実際に10日間延長することができた。
日曜日に老人を世話していた娘さんが急死したために、介護者がいなくなり困っている。	市役所は閉庁日であるが、家族の困難な状況が理解できるため、特養でのショートステイを緊急に利用し、翌日福祉事務所に報告する。
おむつを買いに行った薬局で紹介されましたと電話。いつも元気にしてはいる祖母が起床しないので、気になり様子を見に行くと、尿失禁し会話がしにくい状態なので、まず、おむつを買いに行ったとの話。	緊急に治療が必要と判断したので、救急車を手配するように助言。 緊急手術を受け、その後回復に向かっているのを、入院先で確認。

* 1993年度の相談集計

1993年度の相談件数は【表1】の通りで、その相談内容は【表2】の通りとなっている。

それらの内容は、福祉サービスに関する相談が多く、次いで介護用品、保健医療となっている。

また、相談経路は家族からが圧倒的に多く、相談時間は24時間対応の内、午後5時以降の相談は約1割で、緊急を要する相談は月に5件程度で、その内容は介護者が介護困難となって、緊急に短期入所利用となるケースがほとんどを占めている。相談の対応では【表3】に示すように、電話や面談だけで終わらず、訪問による状況把握を要したケースが3割程度あり、訪問することで相談内容がより具体的になり、サービスの内容も広がっている。

* まとめ

在宅介護支援センターは、地域における総合的な相談窓口として機能することが求められている。それは地域で安心して暮らしたいとする、高齢者とその家族の思いに答える、生活の安定性と継続性を実現することを目標としている。

また、在宅介護支援センター固有の機能だけではなく、在宅生活を支えることはできないが、ケースマネジメントによる連携と調整、仲介機能を発揮することで、相談援助活動が有効に働くと考えられる。

そのために地域の保健福祉資源と連携することが最も大切である。

【表1】 介護支援センターの相談件数と時間帯別相談件数
1993年度 ()内は緊急対応件数

		平日	土午後 休祭日	計	合計
9時～17時	老人	188 (54)	24 (5)	212 (59)	233 (62)
	障害者	20 (3)	1 —	21 (3)	
17時～19時	老人	2	3	5	5
	障害者	—	—	—	
17時～19時	老人	7 (3)	2 —	9 (3)	9 (3)
	障害者	—	—	—	
計	老人	197 (57)	29 (5)	226 (62)	247 (65)
	障害者	20 (3)	1 —	21 (3)	
合計		217 (60)	30 (5)	247 (65)	

【表2】 相談内容別件数 1993年度

	緊急		通常		計	
	老人	障害者	老人	障害者		
身体介護	3	—	9	1	13	
痴呆性介護	1	—	8	—	9	
福祉サービス	デイ	5	2	28	6	41
	ショート	10	2	6	—	18
	ヘルパー	8	—	10	1	19
	介護機器	10	—	46	3	59
	入所	2	—	17	—	19
小計	35	4	107	10	156	
保健・医療	15	—	8	1	24	
家族関係・生活	4	—	18	1	23	
その他	4	—	14	4	22	
計	62	4	164	17	247	
合計	66		181			

【表3】 相談対応状況別件数 1993年度

対 応	緊急		通常		計	
	老人	障害者	老人	障害者		
相談対応	電話	1	—	38	1	40
	来所	1	—	27	1	29
訪問対応	32	1	33	2	68	
福祉サービス	デイ	8	1	22	6	37
	ショート	12	1	5	—	18
	ヘルパー	11	—	11	1	23
	訪問入浴	—	—	—	—	—
	小計	31	2	38	7	78
保健婦看護婦	2	—	5	—	7	
医療機関へ接続 ()は救急車	12 (1)	—	3	—	15 (1)	
その他	13	—	43	6	62	

輸入濃縮製剤は血友病患者の「命綱」だったか？

○片平 潤彦（東医歯大）、牧野 忠康（日本福祉大）

1. 目的

現在東京・大阪両地裁で進行中の「HIV訴訟」（輸入濃縮血液製剤によるHIV感染被害者が原告となり、国・製薬5社を提訴）の論点の1つに「結果回避可能性」がある。

法廷において、被告側は、血友病治療における濃縮製剤の有用性、不可欠性を強調しており、血友病専門医の中にも「年長児や成人血友病の補充療法に第8因子濃縮製剤は不可欠である」（風間ら、1984年）¹⁾、「…結果的に、日本の血友病患者の約三分の一が、この命綱ともいえる高純度血液製剤から、エイズウィルス（HIV）に感染してしまった」（長尾、1993年）²⁾などの認識が示されている。

もしこの「命綱」という認識が正しいのであれば、血友病患者は出血の際、濃縮製剤がなければ止血ができずに死亡に至る危険を有することになる。このことを前提として被告側の立場で考えれば、1983年当時においては、たとえ輸入濃縮製剤（非加熱）の使用によりエイズという予後不良の疾患に感染する恐れがあったとしても、「濃縮製剤の使用中止は困難だった」ことになり、「血友病患者のHIV感染はやむをえなかった」という結論に導かれる可能性も出てこよう。

そこで、1983年当時、実際に血友病患者にとって輸入濃縮製剤が「命綱」であったのか否かを検討した。

表1. 対象血友病A患者の出生時期別・重症度別にみた現在の状態

(片平ほか：1992～93年調査)

出生時期 【出生年】	血友病重症度	小計	現在の状態					
			非感染	感染			感染の有無不明	
				AC	ARC	AIDS		死亡
全血輸血時代 【1957年以前】	重症	27	12	10	2	1	0	2
	中等症	8	5	0	1	0	0	2
	軽症	2	2	0	0	0	0	0
	不明	4	0	1	0	0	2	1
全血輸血時代 【1958-66年】	重症	10	4	4	0	0	1	1
	中等症	6	2	4	0	0	0	0
	軽症	1	0	1	0	0	0	0
	不明	4	2	0	0	1	1	0
AHG・AHF の時代 【1967-77年】	重症	15	6	7	1	1	0	0
	中等症	14	4	6	0	0	0	4
	軽症	2	2	0	0	0	0	0
	不明	2	0	2	0	0	0	0
非加熱濃縮製剤 の時代 【1978-85年】	重症	13	9	1	0	0	0	3
	中等症	2	2	0	0	0	0	0
	軽症	3	2	0	0	0	0	1
	不明	1	0	0	1	0	0	0
加熱濃縮製剤の 時代 【1986年以降】	重症	5	3	0	0	0	0	2
	中等症	4	2	0	0	0	0	2
	軽症	0	0	0	0	0	0	0
	不明	0	0	0	0	0	0	0
計		123	57	36	5	3	4	18

2. 方法

1992年～93年に血友病患者144人を対象として実施した匿名アンケート調査³⁾のデータから、「濃縮製剤のなかった時代に生まれ育った血友病患者、特に重症の患者は調査時点で生存していないのか否か」につき検討した。また、1992-93年に「東京HIV訴訟」の原告のうち31名を対象として実施した面接聞きとり・資料収集調査⁴⁾の結果から、濃縮製剤のなかった時代の血友病治療の実態につき事例をもとに考察した。さらに、法廷における血友病患者の証言の内容と、別の血友病専門医たちの認識を文献的に調査した。以上の結果を血液製剤の開発の歴史に対比させて考察した。

3. 結果

1) アンケート調査データの検討

表1・2に結果を示す。

血友病Aの患者123人のうち、「濃縮製剤のなかった時代」に生まれたのは95人(77%)で、この中に「濃縮製剤のなかった時代に20年以上生存した人」が41人(43%)いた。この41人のうち、血友病が重症の人は27人で、全員が生存していたが、約半数の13人がHIVに感染していた。

血友病Bの患者20人の場合は、「濃縮製剤のなかった時代」に生まれたのは15人(75%)で、この中に「濃縮製剤のなかった時代に20年以上生存した人」が5人(25%)いた。この5人のうち、血友病が重症の人は1人で、HIV非感染で生存していた。

表2. 対象血友病B患者の出生時期別・重症度別にみた現在の状態

(片平ほか：1992～93年調査)

出生時期 【出生年】	血友病重症度	小計	現在の状態			
			非感染	AC	ARC	感染の有無不明
全血輸血時代 【1951年以前】	重症	1	1	0	0	0
	中等症	3	2	1	0	0
	軽症	0	0	0	0	0
	不明	1	1	0	0	0
全血輸血時代 【1952-71年】	重症	4	1	1	0	2
	中等症	3	0	1	0	2
	軽症	1	1	0	0	0
	不明	2	0	1	0	1
非加熱濃縮製剤 の時代 【1972-85年】	重症	5	3	1	1	0
	中等症	0	0	0	0	0
	軽症	0	0	0	0	0
	不明	0	0	0	0	0
計		20	9	5	1	5

2) 面接聞きとり・資料収集による事例調査

[この内容は当日報告する]

3) 法廷における血友病患者の証言

■事例1 1940年代生まれ。小学3年で歯の出血が止まらなかったり、小学4年で大腿部筋肉内出血があった。痛み止めと湿布薬で治療した。高校1年の時血友病Aと診断され、新鮮血漿の輸注を受けた。AHG やクリオを使用するようになってからは生活も楽になり、行動範囲も広がった。1977年にはクリオを使って左上腕部動脈吻合の手術を受けた。1979年から濃縮製剤を使い始め、便利だとは思ったが、エイズの報道に接し自分から申し出て濃縮製剤の使用をやめた。その後、HIV 抗体検査を受け、陰性だった。1993年に結婚し、自己実現を目指した生活を送っている。

■事例2 1940年代生まれ。血友病A。凝固因子Ⅷ以下。治療にはクリオを用い、日常の出血管理はクリオで十分だったが、1983年の欧州旅行の時濃縮製剤を使った。その後も何回か使った。1985年HIV 陽性の告知を受けた。法廷では「輸入の濃縮製剤が危険なら、純国産の製剤や、クリオを使えるし、最悪の場合は痛みを我慢してでも耐えた」と証言した。

4) 別の血友病専門医たちの認識

(1) 県立新発田病院内科、伊藤正一医師

「現在血友病Aではクリオ又は濃縮製剤のいずれかが使われているが、どちらが良いかということになると、単に濃いから濃縮製剤が良いということは言い切れない。……濃縮製剤は何十人分の血漿を一緒にして作られる為、血液提供者の中に一人でも肝炎のウイルスを持っている人が混じると全体が感染される。肝炎になる危険率は濃縮製剤の方がクリオよりも高い。…クリオを使うか、濃縮製剤を使うかは医師と相談してケースバイケースで決めるのが最良。」(1981年10月、新潟県ヘモフィリア友の会での講演)

(2) 都立駒込病院輸血科、清水勝医師

「……ほとんどすべての血友病患者はクリオにより治療することが可能であり、濃縮第8因子製剤の適応は(大手術時など一部の場合に)限られるというのが大方の見解」(「医学と薬学」1983年1月号)

(3) 聖マリアンナ医大小児科・山田兼雄教授

「これまでに診療した血友病患者の総数は約200名。クリオではどうしても(治療が)うまくいかなかったという症例はない。濃縮製剤が使われる前、クリオしかなく、クリオで十分な凝固活性レベルを上げられずに、止血出来ずについに亡くなったという経験はない。他の医療機関でのそういう報告例は知らない。死亡しないまでも、重大な障害を起してしまったというケースもないと思う。」(1991年6月7日、東京地裁での証言)

4. 考察および結論

1) 日本における血友病治療小史

[この内容は当日報告する]

2) 濃縮製剤は血友病患者の「命綱」だったか?

表1・2からわかることは、血友病A・Bともに、アンケート調査対象者の8割近くが「濃縮製剤のなかった時代」に生まれており、「濃縮製剤のなかった時代に20年以上生存した人」も血友病Aで41人(うち重症者27人)、血友病Bで5人(うち重症者1人)にのぼるという事実である。

このような事実は、たとえ重症の血友病患者であっても、必ずしも濃縮製剤は「不可欠」ではなかった、つまり、「命綱」ではなかったことを示している。事例や専門医の指摘の内容も、そのことを明らかにしていると言えよう。前記の風間医師も「頻度の多い四肢の大関節や筋肉内の出血は、生命の危険をもたらすものではないが……」⁵⁾と書いており、そうしたことが一般的であれば、濃縮製剤が血友病患者の「命綱」であるとは必ずしも言えないことになる。

このように書くと、「濃縮製剤により血友病患者の死亡率は低下したのではないか」という疑問が出されるかもしれない。この点はさらに検討すべきだが、仮にそうしたデータがあったとしても、「だから、1983年当時、濃縮製剤の輸入禁止をしたら、日本の血友病患者(の少なくとも一部)は生きていけなかった」といえるであろうか。そうしたことは、どうもいえないことである。なぜなら、1983年当時存在していた血液製剤は、非加熱の輸入濃縮製剤だけでなく、血友病Aの患者には国産のクリオ製剤があり、また、国産の濃縮製剤も血友病A・Bの患者用にあつたからである。

濃縮製剤の添付文書には「本剤は貴重な血液を原料として製剤化されたものであるので、有効利用の立場から低単位の製剤が使用しがたい場合に投与することが望ましい」と書かれている。つまり、濃縮製剤が一般の血友病患者にとっては「命綱」などではないことを製薬会社はからずも記しているということが言えよう。

表1・2および事例が示しているのは、非加熱の輸入濃縮製剤が、HIVに感染させられた血友病患者にとっては、「命綱」どころか、逆に命と健康を奪う「毒薬」であったということである。こうした残酷な事実が、今回の調査結果から確認できる。

文献

- 1) 風間睦美ほか：血友病因子製剤の評価と我国におけるその需給態勢について。後天性免疫不全症候群(AIDS)の実態把握に関する研究、256、厚生省、1984。
- 2) 長尾大：血友病。からだの科学、168:7、1993。
- 3) 片平潤彦ほか：血友病患者のHIV感染とその医療の実態。日本医事新報、3640:43、1994。
- 4) 片平潤彦ほか：HIV汚染血液製剤により血友病患者・家族が受けた被害。環境と公害、24:1、1994(印刷中)
- 5) 風間睦美：血友病その他の凝固因子欠乏症。Medical Practice、9:312、1992。

○小澤 温（国立リハビリテーションセンター研究所），片平冽彦（東京医歯大・難研）
 木下安子（白梅学園短大），渋谷優子（東京医歯大・保健衛生学科）
 手島陸久（日本社会事業大）

【はじめに】

わが国最大の薬害被害者であるスモン患者は、その患者の多発した時期から20年以上経過した現在、平均年齢が67.5歳になり、高齢化問題に重点が移行しつつある。その一方で、発症時年齢が20歳未満の患者（若年発症患者）も2.9%存在しており、これらの患者は、現年齢が20～50歳未満ということもあり、患者の生活・福祉的側面に関しては、障害者福祉対策の範疇になっている。ただし、この障害者福祉対策は、元来、障害の固定化した障害者の施設生活あるいは在宅生活を想定したものであり、医療と生活・福祉ニーズをあわせもった難病患者に対しては、問題の多いことも指摘されている。スモン被害者の福祉対策に関しては、1979年の確認書の中では、国と被害者団体との今後の協議事項となっている。

そこで、本研究では、若年発症スモン患者にとって、必要な福祉施策を考察するために、若年発症患者の生活の状況がどの様になっており、その中で、現行の身体障害者施設対策にはどのような課題があるのか、を明らかにすることを目的とした。

【対象と方法】

対象は、スモンの会全国連絡協議会の実施した実態調査（1991年11月～1992年2月）のうち（20歳未満発症）若年発症患者32名の調査票の分析と、現在の施設福祉対策を考える上で重要と思われる、施設に入所しているケース2例（全数）に関して、本人・家族への面接調査による事例分析を実施した。

分析項目は、調査票の分析では、性別、年齢、症度、就労状況、家族構成、現在の生活の場所、等である。面接調査では、発症から現在に至るまでの経過（身体機能、家族構成、ニードの変化、人間関係の変化）の概要、ニードに対してのサービスの利用、今後の生活についての希望（生活の場について、対策について）、である。

【結果】

(1) 調査票の分析

性別は、男性11名(34.4%)、女性21名(65.6%)である。男女比は、1:1.9であり、全国実態調査の男女比(1:2.9)に比べて有意差はみられなかった。発症年齢の分布は、1～6歳未満5名(15.6%)、6歳～11歳未満1名(3.1%)、11歳～16歳未満4名(12.5%)、16歳～20歳未満22(68.8%)であった。現在の年齢の分布は、20歳～30歳未満5名(15.6%)、30歳～40歳未満7名(21.9%)、40歳～50歳未満20名(62.5%)である。症度は、Ⅰが12名(37.5%)、Ⅱが8名(25.0%)、Ⅲが11名(34.4%)、不明1名(3.1%)であり、全国調査(Ⅰ40.1%、Ⅱ38.8%、Ⅲ18.9%、不明2.1%)と比

べて有意差はみられなかった。現在の生活の場は、在宅生活者29名(90.6%)、入院中あるいは施設入所者3名(9.4%)であった。家族人数は、1人が1(3.1%)、2人が5(15.6%)、3人が7(21.9%)、4人が10(31.3%)、5人以上が9(28.1%)であった。家族変化では、家族人数が発症から現在にかけて減少したケースが8、増加したケースが5であった。介護不安を訴えているケースは10である。現在、介護を受けているケースは10名(31.3%)、受けていないケース20名(62.5%)、不明2名(6.3%)であり、全国調査(介護を受けているケース41.9%、受けていないケース53.5%、不明4.6%)と比較しても有意差はみられなかった。介護不安としては、7名(介護を受けているケースの70.0%)が「家族の高齢化」による不安をあげていた。全国調査では、「家族の高齢化」による不安は54.1%(介護を受けているケースを母数としたときの割合)であり、若年発症スモン患者の場合と比較して有意差はみられなかった。就労の状況は、現在、職業のある者10名(31.3%)、職業のない者19名(59.4%)、不明3名であり、全国調査(職業のある者15.1%、職業のない者80.3%、不明4.6%)と比較して有意差がみられた($Z=2.7309, p<0.01$)。現在の生活の不安(複数回答)は、医療、健康管理面に関すること20名(62.5%)、生活費、経済状態に関すること9名(28.1%)、対人関係に関すること6名(18.8%)、住居、住む場所に関すること3名(9.4%)、結婚に関すること1名(3.1%)であった。将来の生活にかなり不安を感じている者は、21名(65.6%)であった。

(2) 事例の概要

①A(2歳時発症、現在26歳、東京都)：症度Ⅲ。視覚障害と肢体不自由の重複障害。盲学校(高等部)を退学し、在宅生活をしてきた。両親が都心身障害センターに相談し、20歳の時にN重度身体障害者授産施設(入所者数50名、職員は、指導員25名、看護婦2名)に入所した。現在にいたる。現在、「一番つらい症状」は、知覚、歩行、視覚、排便障害などであり、特に、発汗作用のないことで苦しんでいる。施設の生活は、2人部屋であり、発汗作用がないので、夏はクーラーが必要であるが、同室者が嫌うので、使用しにくいので困っている。施設の取り組みは、授産指導が中心であるが、重度肢体不自由者むけに単純作業が多い。家族は父親、母親、姉、本人の4人である。現在の施設に長期的にいられるかどうか、家族の高齢化に伴って、在宅での対応が困難になったときにどこに住むのが、親の不安としてあげられていた。

②B(19歳時発症、現在51歳、静岡県)：症度Ⅲ。視覚障害と肢体不自由の重複障害。25年間、入院生活をし、8

年前に、市内に開設されたS医療センター(重度身体障害者更生施設、入所者数70名、脳卒中後遺症者が59.5%を占めている。職員は、指導員18名、PT1名、看護婦2名である)に入所した。現在、「一番つらいこと」は、排便排尿障害があることから、午前4時に起きて、1時間かけて自力でトイレをすませることである。現在の症状としては、下半身全体の痛みがひどいことである。施設の取り組みは、軽作業、軽い運動、ワークショップ活動などが中心である。家族は、4年前に母親が死亡し、現在は、姉、姪、本人の3人である。センターには5年の期限があり、現在8年目に入っているため、この施設に長期的にいられるかどうか不安をもっている。本人は、姉の家族にこれ以上負担をかけたくないので、できるかぎり現在の施設にいたいことを希望している。

【考察】

(1)介護不安の所在

これまでの生活上の問題を対象にした若年発症スモン患者調査は1979年になされており、そこでは、主に、教育と就労の問題が取り上げられていた。教育と就労の問題は、当時の若年発症患者にとって大きな問題であったことが示される。現在は、患者の親(家族)の高齢化に伴う介護不安の問題が、調査結果から最も大きな問題であることが示された。これに加えて、若年発症者の場合は、障害の程度も重く、視覚障害と肢体不自由を重複しているケースもみられ、在宅生活が困難になった場合に対応する既存の身体障害者福祉施設の受け入れ体制への不安も患者・家族に介護不安を増幅させていることが示された。

(2)身体障害者施設での対応

次に、現実の身体障害者福祉施設が若年発症スモン患者の受け入れ先としてどのような問題があるかについて、事例をもとに検討した。

事例Aでは、施設における集団生活が発汗障害によって生じる困難をより増幅させていることがみられた。また、現在の施設の取り組みが本人のレベルにとってふさわしいかどうかについての問題もみられた。つまり、N重度身体障害者授産施設は、入所者の身体的、知的レベルが全体的に高くないので、授産指導の内容がかなり単純な作業に限定されており、事例Aの能力にとって適切な場かどうかの疑問が残った。この事例の場合、現在の年齢の若さと家族の状況を考えると、他の身体障害者で近年多くみられてきている地域生活を支える条件(通所施設、介護人派遣制度の利用、グループホームおよびケア付き住宅等)が整備されれば、ある程度の期間の地域での生活が可能になることも考えられた。

事例Bでは、介助に関わる職員の不足があり、一日の施設の活動が始まる前に排泄を自力で済ませないといけない状況がみられた。しかし、事例Bの家族の状況を考えると、在宅での生活は困難であり、その点で施設への入所は、妥当な選択であると思われた。さらに、これまで入所した病院や施設に比べて、現在の施設の生活を評価していた。この施設の入所期限(在宅および他の生活施

設へ移行するための社会復帰施設的な位置づけで設立し、5年程度の期限をもうけている)の問題が本人、家族にとって大きな課題となっていた。

いずれの事例も年齢面、障害のレベル面を考えると現行の身体障害者福祉施設の中では、やむおえない選択をして入所していると思われるが、いずれの施設も医療面、看護面での職員の配置が少ない点で、身体障害者福祉施設としての限界がみられ、難病患者であるスモン患者にとって、長期的に生活する上で、特に、看護面で支障の多い施設といえる。

(3)既存の施設の問題点と克服の方向性

若年発症スモン患者が在宅での生活が困難になった場合、現在、入所する場としては、身体障害者福祉施設、および、専門病院などの医療機関(または難病専用入所施設)の2つの方向が考えられる。前者は、後者に比べて数的に多く、居住地に近いところで入所できる点で、地域性の利点をもっている。ただし、現行の身体障害者福祉施設は、医療、看護ニーズの大きな難病患者の入所を前提としておらず、医療、看護面で課題を抱えている。これに対して、専門病院などの医療機関(または難病患者専用入所施設)では、医療、看護面での課題は、ある程度克服できるが、全国的に数が少なく、地域性の点で大きな課題を抱えている。

このうち、現行の身体障害者福祉施設の課題を克服するには、医療、看護面のスタッフを充実させることが望まれるが、他方、入所者である難病(スモン)患者がある程度の専門的な医療、看護を受けられるように、地域の医療機関、保健所等の社会資源を利用できることが容易になる入所の福祉施設の社会化の必要性が考えられた。【おわりに】

スモンの会全国連絡協議会の実施した実態調査のうち(20歳未満発症)若年発症患者32名の調査票の分析と、現在、施設に入所しているケース2例に関して事例分析を実施した。その結果、以下の知見を得た。

- 1)親(家族)の高齢化に伴う介護不安、および、在宅生活が困難になった場合の既存の身体障害者福祉施設の受け入れ体制への不安、が若年発症スモン患者に特徴的にみられた。
- 2)施設入所している2事例の分析から、現行の身体障害者福祉施設自体に、医療面、看護面での職員の配置が少ない限界があり、難病患者であるスモン患者にとっては、長期的に生活する上で、看護面で支障の多い施設であることが示された。
- 3)これらの課題を克服するには、身体障害者福祉施設に関しては、医療、看護面のスタッフを充実させること、および、難病(スモン)患者がある程度の専門的な医療、看護を受けられるために、地域の医療機関、保健所等の社会資源を利用できることが容易になる施設の社会化を進めること、が重要であると考えられた。

- 波谷 優子（東京医歯大・保健衛生学科）
- 小沢 温（国立リハビリテーションセンター研究所）
- 片平 湧彦（東京医歯大・難研）
- 木下 安子（白梅学園短大）
- 手島 陸久（日本社会事業大学）

【はじめに】

若年発症スモン患者が社会復帰および在宅生活が困難である重度障害者の場合、既存の身体障害者福祉施設に入所する現状において、重度障害による合併症、老化し易いなどの重度化の進行に対し専門的医療、看護の継続が不可欠である。そこで、本研究目的は、現在施設入所しているK女の事例追跡調査をし、関係職員、家族からも情報収集し、どんな医療面、看護面の問題があるのか、現状の対応と課題を明らかにし今後の医療、看護の在り方の示唆を得る。

【対象と方法】

対象は（その1）で述べた②B事例 K女（52歳）静岡市 重度Ⅲで失明と肢体不自由の重度障害者である。研究方法は、①既存の記録、スモンの会全国連絡協議会の調査データ、家族よりの資料（病歴のまとめ）などの情報 ②入所施設の訪問によるK女、家族、関係職員との面接聞き取り調査を2回実施した（平成6年2月8日では施設状況と現在の生活について、平成6年5月7日は疾病経過と医療、看護について聴取した）。分析は調査項目の日常生活行動、症状と医療、看護および福祉などの実践された対応の視点である。

【結果】

1. K女の病状経過

1) 発病からスモンの宣告迄の時期

K女は17歳時H病院の見習い看護婦として就職した。昭和35年6月（19歳）勤務中、突然下腹部および背部への激痛を生じ当病院に入院しキノホルム服用が始まりその後も継続服用し、スモンに罹患した。手足のしびれや口が利けず目も見えなくなり、口唇迄麻痺が出現し、腹部から下半身全体の麻痺、歩行不可、全身のしびれ、完全失明に至った。しかしその後も下痢やしびれにより入院した。昭和41年4月（25歳）NHKラジオの療養の時間への相談の投書をし、スモンであることを知らされ、その後医師よりスモンを宣告された。昭和43年2月F病院で虫垂炎手術を受けた時35年の腹痛原因がこの移動性盲腸炎ではないかと言われた。

2) リハビリ期

昭和45年2月（29歳）スモン症状を回復し自力で動きたいため、S病院でリハビリ訓練を受け車椅子移動ができるようになった。リハビリ、温浴、N大学病院でのペインクリニック、神経ブロック、書字障害による指のリハビリをした。しかし、一進一退の症状の繰り返しに社会復帰の望みを捨て身体障害者施設入所したが、痛みがまんできずS病院に入院した。昭和54年7月静岡地裁による勝訴判決が下り、昭和55年和解が成立した。

2. 施設入所後の自立生活と医療、看護の現状

1) 施設入所と日常生活行動

昭和61年4月（45歳）S医療福祉施設センターの成人部（重度身体障害者更生援護施設）に入所した。入院が長く、新しくできた施設入所を勧められ、入所条件は生活が自立していることで、「元気になるみたい」と思い決めた。入所後の日常生活は外出時失明のため車椅子介助を要する以外すべて自立している。

2) 現在の症状と医療、看護の対応

表-1 現在の主症状と対応

症 状	医療・看護・リハビリの対応
(1) 頸椎ヘルニア	下半身の麻痺部分を上半身で支える負担が大きい。老化が早く出現した。頸椎リハ、ホットハードリフト（自己負担）
(2) 痛み、しびれ	足の痛み（体重増加による負担） 右手のしびれ、下半身の痛み（入所2年目母の死から症状悪化）は関係職員による一致した治療方針により、薬を頻回に使用せず週1回程度迄になった。
(3) 排泄障害 a. 排便	○自己排便による。毎朝4時起きし4.20~5.20にかけて実施する。4人部屋であり、皆にみられるので同室者をお願いしておく。 ○便の固さを一定にコントロールしている（下痢するといつ出るかわからない） ○場所はベット上、畳を敷いているのでフロンを片づけてする。 ○手探りで冬は暖房なしとする ○ビニールを下に敷きその上にティッシュペーパーを回りに並べる ○右側臥位になり左手にゴム手袋をし左指で行いティッシュペーパーを使用する。 ○終わった手を後消毒シムシオルで体を拭き着替える。 ○6.30分皆に断って先に洗濯をさせてもらう ○導尿管留置カテーテルを挿入し排尿バックをつけている。尿漏
b. 排尿	

	<p>れの予防におむつを当てている。</p> <p>○カテーテル交換月1回と消毒は自分行う。</p> <p>○膀胱洗浄1日置きも自分でする（排液がきれいになるのを自己判断している）</p> <p>○右腎臓摘出術（昭和51.）しており、80%が機能している</p> <p>○膀胱炎を起こす</p>
(4)視力障害	<p>○目で数えられない、見えても霧の中で視ているようで何かわからない</p>
(5)その他	<p>○下半身麻痺があり怪我や火傷をしても気付かない。捻挫、ベッドから落ちて肋骨を折ったりした</p>

3) 医療・看護・福祉の対応の現状

表-2 医療・看護・福祉の対応の現状

医療・看護・福祉	対応状況
(1)療養費・医療費	<p>○療養費は月額5～10万円未満にあり、おむつ、チリ紙など介護用品代、下着、病衣代、処置用の導尿留置カテーテル（障害者手帳利用）、消毒用剤、ホットハードリフトの支払いが大きい。</p> <p>○医療費 国民保険、特殊疾病医療給付事業</p>
(2)福祉機器	<p>○車椅子 ロボクッションは自費、手動式であり動かすのが精いっぱい状況（電動車椅子は危険）</p> <p>○ベット（普通用）</p> <p>○盲人時計使用</p>
(3)専門職者	<p>○リハビリは無理すれば筋肉がだめになり、上手くつき合っている程度に行っている。</p> <p>○看護体制は2人看護婦による2交代制で、看護婦が不在時は連絡をし対応を得る。入所者に不安である。</p> <p>○痛みに対して試行錯誤であったが、K女の痛みに対する自律性をはかり薬物依存を断ち切ることを関係者一致して対応した。</p> <p>○K女の介助について自立しているので時間を決めてすることはない、頼まれたことをする</p>

【考察】

1. 重度障害者の合併症、老化予防の専門的医療・看護・福祉支援体制の重視

K女が継続している症状や障害が身体全体への負担になり、そのために全般的症状悪化や老化が早期に進行し易い傾向にあることは、今回の調査結果でも明らかになった。頸椎ヘルニアが出現したことで、日常生活行動、リハビリ訓練が施設外から室内中心の生活、訓練の方向になってきた。また、排泄障害に対する自己排便および自己導尿は技術的に実施できているが、安全上の感染予防、安楽が十分確保されているとは言えないように思う。すなわち合併症として膀胱炎を併発すること、腎臓機能にも影響する恐れがある。下半身麻痺による褥瘡を併発することからも言える。施設入所条件は自立した生活ができることであり、セルフケアを支援することは大切ではあるが、医療、看護面での専門的観察、指導、支援があれば、ハンディキャップを持つ重度障害者も安心してできるのではないと思われる。K女が自分のできる時間で、介護処置をする気安さはあるが、生活リズム、生理的時間を考慮した医療、看護処置ができる条件作りの支援も必要と考える。支援体制として、施設内、専門病院、地域の保健婦、訪問看護婦などK女のニーズにより支援体制の拡大を図ることもあって欲しい。

2. 施設における個別生活の支援課題

K女にとり、施設入所期限がすぎている今後の生活をどうするかが一番の問題と言える。現在これ以上の施設は考えられないと捉えている。しかし、失明と肢体不自由の重度障害者が自立生活するには、居室の環境、設備など支障があると思われる。例えば居室にもトイレの設備があれば、排泄処置もし易い。ベットにおいても障害者の場合、特殊ベットを使用することで自由に安楽な体位の工夫、上がり下りの安全などが可能である。疾病を持つ重度障害者の場合、症状、苦痛など個別の差が大であり、入所者にも日常生活用具の給付、福祉機器の助成が受けられるなら、自立、介護のみならず安全確保、苦痛軽減、リハビリなど医療、看護にも有効であると考えられる。これ迄の集団生活支援では対応が困難であるスモン患者のような疾病を抱えた重度障害者では、長期化し、重度化する個別への支援の課題の取り組みが望まれる。

【結論】

K女の事例を通して疾病を持つ重度障害者の施設での医療・看護支援を合併症や老化を進行させない問題と施設としての集団生活支援における個別ケア支援の問題を捉え一部その実態を明らかにした。

今後において、このように長期化したり、重度化する状況にある障害者にとり、施設における医療・看護の充実、および地域で生活できるよう、施設ともつながりがもてるデイケアサービスなどの工夫、障害者住宅の確保と安全対策などの支援が望まれる。

学校でみられた運動濫用(Exercise Abuse)

○田口久夫 (学校と子どもの健康・発達研究会)

埜田和史 (滋賀医科大学予防医学講座)

I. はじめに

学校の部活動やスポーツ少年団に属す児童、生徒にスポーツ活動が原因と考えられる身体上、精神上の障害が多発しているが、指導者も選手も、一部ではあるにせよ保護者ですら障害防止策をとることに抵抗を示す。その結果、スポーツ障害の予防、早期発見が困難となり、多くの子どもたちが障害に苦しみ続けている。ここでは学校での運動濫用(Exercise Abuse)の問題について検討する。

II. 症例

我々が学校スポーツが子供の健康に悪影響を及ぼしていることに気付いたのは、運動部やスポーツ少年団に所属している子供が病気に罹患したときに休養をとらないなど不適切で不可解な行動を示したことによる。

症例1 S.K. 12歳 女性

主訴 上腹部痛

既往歴 特記すべきものなし

現病歴 8月27日より上腹部痛出現、8月29日受診。下痢、嘔気、嘔吐、熱発なし。中学校入学以来、部活動での激しい練習のため慢性的な疲労感がある。初潮は小学校6年生であったが中学校の部活動開始後より無月経となる。小学校6年生時は体重35kgあったが初診時には33kgとなっていた。

理学所見 胸腹部異常なし。結膜には貧血、黄疸ともに認めない。

激しい運動が原因の疲弊と考えられるため部活動を休むように指示するも、納得した様子を示さず、その後は受診しなかった。

症例2 T.Y. 14歳 男性

受診理由 貧血

既往歴 特記すべきものなし

現病歴 学校の健診で貧血を指摘され受診。軽度の運動時息切れあるのみ。腹部症状なし。鼻出血、口腔内出血なし。鉄剤内服、鉄分補強食品の摂取なし。初診直前は肉類の多量摂取なし。この中学校でもっとも激しい練習を行っている部に所属。

理学所見：胸腹部、結膜に異常は認めない。

検査所見：赤血球数 $479 \text{万}/\text{mm}^3$ 血色素量 $9.4 \text{mg}/\text{dl}$

ヘマトクリット 33.4% 血清鉄 $16 \mu \text{g}/\text{dl}$

便潜血 6月14日 オルトロイジン(3+)グアヤック(2+)

6月15日 オルトロイジン(3+)グアヤック(2+)

6月20日 オルトロイジン(-)グアヤック(-)

6月13日以降は運動を禁止している。

この症例は激しい運動が原因と推定される消化管出血で鉄欠乏性貧血をきたしたと考えられる。運動禁止後、便潜血が陰性化していることはこの推定を支持する。

症例3 M.S. 14歳 女性

主訴 腹痛

既往歴 特記すべきものなし

現病歴 10月2日午前6時より臍部痛、嘔気、嘔吐出現。下痢、熱発なし。部活動の練習激しく、長期にわたり疲労感持続している。特に腹痛のきっかけとなることは思い浮かばない。

理学所見 臍部に圧痛あり。腸雑音やや亢進。筋性防御、反跳圧痛なし。

ブラスコラミン 筋注し一旦腹痛消失するも、夕になり腹痛再発。器質的疾患は認めなかった。

症例4 K.F. 13歳 女性

主訴 咳漱、鼻汁

既往歴 アレルギー性鼻炎

現病歴 1月22日より咳漱、鼻汁出現、1月29日受診。熱発、咽頭痛なし。

理学所見 体温 36.7 度。胸腹部異常なし。咽頭に軽度の発赤。

この症例が所属する部は冬季も早朝練習あり、放課後も午後7時までの練習が毎日ある。感冒に罹患しても練習を休まないよう部の先輩から強要される。この症例に対し感冒罹患時は練習を休むように指導するが本人は納得しない。

これらの症例以外にも同一の中学校の運動部員で、膝内症、過換気症候群、遷延する上気道炎、オスグッド病、眩暈・嘔気を訴える心身症、踵骨骨端炎の症例、慢性的疲労を訴える者が次々と受診した。

III. ある中学校での経験

a) 学校の部活動指導方針

地域の中学校の部活動の指導方針は以下のようであった。

- 1 すべての生徒に課外活動としての部活動(運動部、または文化部)への参加を義務づける。
- 2 入学時に入った部を卒業まで理由なくやめることは許可しない。

- 3 やむを得ず部を移籍するときは生徒と保護者と指導の教諭が面談を行う。
- 4 部を移籍すると内申書の内容に不利が生じると指導する。

b) いくつかの部の活動実態

- 1 日曜、祝日などに関わらず、盆、正月以外は毎日部活動を行う。
- 2 ほほ毎日、午前7時頃より早朝練習も行う。
- 3 放課後の練習は、毎日、午後7時まで行う。
- 4 体調不良など理由の如何に関わらず練習を休むと翌日にランニングなどの懲罰を科す。
- 5 時に、指導の教諭や上級生より暴力をふるわれる。
- 6 夏期の高温、高湿下など悪条件の下でも通常通り練習を行う。
- 7 試合直前などは学校以外の施設を利用し、深夜まで練習を行うことがある。

c) 教師の状況

- 1 健康管理、運動生理の知識が不足し、生徒の心身上の問題を把握できず、適切な練習計画の作成、指導ができない。
- 2 競技会で優秀な成績をおさめた部の顧問が発言力を持ったため、安全、健康の軽視をただしにくい。
- 3 自らが子どもの時に受けてきた暴虐的待遇を肯定し、生徒に対し虐待相当の行為を働いても生徒のための教育的指導と信じている。

d) 障害予防指導とその成果

この状況に対して次の助言を学校管理者、部活動指導者に対して反復して行った。

- 1 生徒の健康状態の把握につとめる。
- 2 健康状態に問題の生じた生徒は部活動を休ませます。
- 3 課外活動への参加は任意とする。
- 4 週あたり、一日あたりの練習時間を制限する。
- 5 極端な高温、高湿下の練習は禁止し、夏期は水分の補給に留意し、休憩時間を充分にとる。
- 6 課外活動の内容が内申書に影響するという虚偽の指導は行わない。

このうち1,2,6は翌年度、新校長となってから部の顧問に対し注意がなされた。翌年度1月からは、早朝練習の禁止、冬季の午後5時以降の練習の禁止の措置がとられた。部活動への強制参加は翌々年度より中止とされた。

これらの措置のうち1,2,6のみでは部活動が問題とされる受診例は減少しなかったが、練習時間の制限、強制参加の中止の措置がとられてからは部活動が問題とされる症例が目立って減少した。

IV. 考察

中学校の部活動でみられた運動濫用(Exercise Abuse)は以下の点において大阪児童虐待調査研究会の被虐待児調査定

義に相当すると考えられた。

- 1 継続的に無理な運動を強制する、暴力行為を含む懲罰を加える行為は「身体的虐待」に相当する。
- 2 激しい運動を行っているにも関わらずスポーツ障害のチェックを行わない。障害を生じても医療機関への受診を勧めない。必要な休息を与えない。夏期練習時に水分補給の指示を行わないなどスポーツ障害防止の知識を与えない。家庭生活のための時間や学習時間を確保できない練習計画を立てる。こうした行為は「養育の放棄、拒否」に相当する。
- 3 学校、部の方針に適應できない子どもたちに対し、「最初に決めた部を3年間続けられないのは意志が弱い」、「つらい練習に耐え、しかも学業に優れた成績をおさめるのが立派な人間だ」といった非難、強迫を行う行為は「心理的虐待」に相当する。

運動濫用による障害は部の顧問に注意を促すだけでは防止できなかった。我々が関与した学校では練習時間の制限と運動の強制の撤廃が緊急の対策としては有効であった。ただ、これらの制限は学校外では無効なため、常にこの対策が有効であるか、長期に障害防止が可能かは疑問である。現に、学校内での練習が制限されると学校以外の施設を使い練習する部も見られる。本質的な対策として、成長期児童の運動指導法の教育普及と指導者や選手を無謀な運動に駆り立てる要因の除去が必要といえよう。

1. スポーツ推薦入学の制限
 2. スポーツ指導者研修制度の確立
 3. スポーツ指導者の勤務時間の緩和
 4. 競技会の規模、回数の適正化
- などの対策が考えられる。

以上、中学生の問題について考察してきたが、小学生を対象としたスポーツ少年団でも同様の問題が生じている。我々が経験したのもでも、頭痛・嘔気・嘔吐を訴えた心身症、膝の内側副韌帯損傷、踵骨骨端炎、反復性腹痛、慢性疲労により食思不振を訴える者があった。これらのなかで、土曜、日曜がほとんどすべて練習にあてられている者、競技中や練習中に失敗するとどなられると訴える者もあった。また、一部のチームは毎週土曜、日曜はおろか、平日も週3回、午後9時以降まで練習を行っているとのことである。中学校の部活動同様、スポーツに名を借りた人権侵害が危惧される状況にある。

参考文献

1. 黒田善雄, 井川幸雄, 他: 最新スポーツ医学, 1990.
2. 小林美智子: 児童虐待の理解と対応, 日本医師会雑誌, 1993; 110(4): 556-563.
3. 津崎哲郎: 子どもの虐待, 1992.

中学校における部活動の諸問題

片山容子（「学校」と子どもの健康・発達研究会）

1. はじめに

最近、中学校におけるスポーツ障害・外傷が増加している。中学生の健康と発達を考える上で、部活動におけるスポーツ障害・外傷の予防対策は重要な意義を持っている。スポーツ医学や教育関係者からそれぞれの問題提起はされてきたが、その実態についてはまだ充分明らかにされていないし、解決策の検討も不足している。そこで、スポーツ障害・外傷の実態について調査し、原因と対策について検討した。

2. 調査の課題と方法

1) 災害発生状況調査

スポーツ障害・外傷の実態を明らかにするため、某中学校における場合別災害発生状況と所属部別発生傷病名、所属部別休業日の災害発生率を求めた。そのために、平成4年度の日本体育・学校健康センターの給付状況を調べ、場合別災害発生状況と所属部、傷病名発生日、1件当たりの給付金額などを明らかにした。

また、場合別災害発生状況については京都府のそれ¹⁾と比較検討しておいた。

2) 部活動顧問調査

休業日の活動も含め、部活動時間が長いことがスポーツ障害・外傷の多発を招いていると予測をたて、活動時間・日数を月曜日から土曜日まで、日祝日、長期休業中に分けて調査した。そのために、「部活動指導アンケート」を京都府の中学校の部活動顧問に昨年度1年間の活動時間・日数の調査を可能な範囲で依頼した。また、部活動顧問の負担状況を知るため、あわせて部員数・常時活動部員数、大会入賞経験、負担感、部活動に対する感想を調べた。

3. 結果

1) 災害発生状況調査結果

調査した某中学校の1992年4月から1993年3月までの1年間の災害発生率（災害発生件数/日本体育・学校健康センター加入者数×100）は11.4%で、京都府の6.9%を大きく上まわっていた。しかし、1件当たりの給付金額は11,505円で、京都府の11,402円と差はなかった。また、部活動における発生頻度は58.2%で京都府の41.0%より高かった。

(1) 災害発生は55件見られ、その内訳を場合別災害発生

状況として、図1に示した。それによれば、部活動における発生頻度は58.2%で、授業の発生頻度29.1%の2倍と高い頻度を示した。

- (2) 所属部別に見ると、ラグビー部、バスケットボール部、サッカー部、野球部などの球技の運動部での発生が多い。
- (3) 所属部別傷病名を図2に示した。それによれば、ラグビー部は捻挫・骨折が多く、バスケットボール部では捻挫が多い。また、サッカー部では疲労性の障害が多く、野球部では打撲が多い。
- (4) 所属部別休業日の発生頻度を図3に示した。それによれば、発生頻度の高い所属部ほど、休業日（学校の休みの日）に発生している頻度が高い。ラグビー部では12件中6件が休業日に発生している。

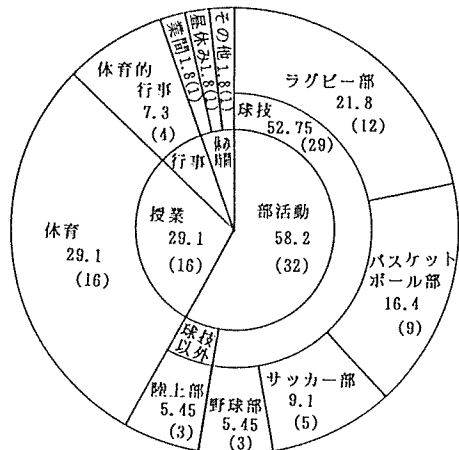


図1 場合別災害発生状況 単位：% (件)

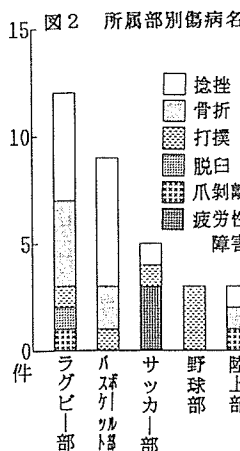


図2 所属部別傷病名

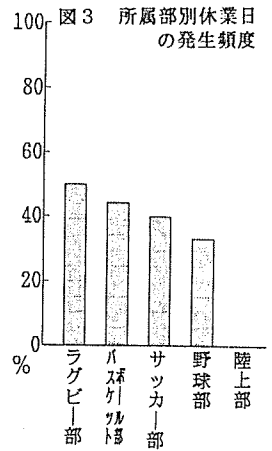


図3 所属部別休業日の発生頻度

2) 部活動顧問調査結果

回答者32人のうち、男性は26人(81.3%)女性5人(15.6%)で、運動部顧問は29人(90.6%)文化部顧問は3人(9.4%)で、平均年齢は38.2歳であった。

- (1) 運動部の放課後の活動日数を、週6日としたものが80%、5日としたものが12%で、平均すると5.8日、1日当たり2時間の活動を行っていた。日祝日の活動については、活動しない(部活動がない)としたものは7%で、平均すると年18日、1日当たり5時間活動していた。夏休みはいずれの部も活動しており、平均21日、1日当たり3.5時間となっていた。この日数は、夏休みの半分に相当した。冬休み、春休みは平均4日、6日の活動が行われていた。
- (2) 大会入賞経験のある場合とない場合では年間部活動時間は、616.8時間と620.4時間で大きな差はなかった。
- (3) 在籍部員数は40.8人・常時活動部員数は36.2人で、希望通りの部の顧問になれた人は24人(75.0%)であった。負担を感じることがある人は24人(75.0%)であった。
- (4) 部活動指導における感想では、「早く社会体育にすべき(5人)」「持ちたい部が持てず負担(3人)」「手当てが少ない(2人)」「ボランティアとしての位置づけを明確にすべき(1人)」「活動時間が少ない(1人)」「早く帰れない。休みがほしい。ほとんど一人でみているので試合の引率など負担が多い。(各1人)」などの制度に関することや現状に対する不満が示されていた。また、「自分の夢の代理を生徒に求めてはいけない(1人)」「はまるとエスカレートし易い(1人)」「生徒や親からの無言の期待を感じ頑張らざるをえない(1人)」「やりがいがある(2人)」「生徒指導上重要(1人)」「活動時以外の管理が難しい(1人)」「保護者の理解と協力がほしい(1人)」「頑張っている生徒には頑張らせたい(1人)」など、様々であった。生徒の生活や健康問題について書かれたものは、「ケガは最近の生徒の体力や身体状況によるもので練習時間・内容によるものではない(1人)」だけであった。

4. 考察

今回調査した中学校では、スポーツ障害・外傷の発生は球技の運動部に多く、発生の多い運動部ほど休業日の発生頻度が高かった。部活動顧問は制度的に充分保障されていない中で、毎日の勤務時間外の指導、日祝日の3割、夏休みなどの長期休業日の5割を部活動指導にあてていた。また1日の活動時間は、平日の平均では2時間であったが、日祝日は5時間、夏休みでも3.5時間に及んでいた。スポーツ医学でいわれている「1日2時間、週5日以内²⁾」の活動時間・日数が守られている運動部はほとんどなかった。これらより長時間の部活動が中学生のスポーツ障害・外傷の一因と考えられる。

部活動時間が長いことは、スポーツ障害・外傷の原因

となるだけでなく、中学生も部活動顧問も生活リズムの変調をきたし、新たな健康問題を引き起こしているのではないかと考えられた。また、部活動顧問の75.0%が希望通りと回答していたが、希望通りであってもその指導性・専門性が充分いかせた部活動指導が行われているかどうかは検討できなかった。社会教育活動の肩代わりであるとかボランティア活動であるなど、多くの問題を抱えながらも、勤務時間を超えて指導せざるをえない現状の背景には、学校教育をめぐる様々な問題が関与していると考えられる。しかも、活動時間が長いと入賞するとは限らないことも明らかとなっているのである。

部活動を歴史的に見ると、当初クラブ活動として生徒の自発的参加による自由研究的性格から出発したが、社会の“体力づくり”や競争志向の流れにそって活発化され、文部省の学習指導要領の改訂などに伴い必修クラブ制が導入され、部活動は教育課程外に位置づけられた。そうした状況の中で、子どものからだと心の発達に視点を据えた部活動の捉え方がきわめて希薄となってきた。また、教育課程外に位置され、現実には社会教育的活動を学校で営んでいながら、学校教育の名のもとに他者の関与を許さない状況となっている。そして、現在の部活動の問題点を整理すると以下のようになることが指摘されている³⁾。

- ① 目標の問題 生活指導優先主義 勝利至上主義
- ② 内容の問題 専制的集団の運営 体罰・しごき
- ③ 方法の問題 長時間・非科学的練習 一種目主義

以上の検討により部活動に関わる問題を解決するためには、部活動の本来の性格、すなわち「自主的・自治的活動」を取り戻し、生徒の体力や発達にみあった活動方法を導入する必要がある。こうした改善は、生徒のみならず、教職員の健康や生活を守ることにもつらなると思われた。

文献

- 1) 日本体育・学校健康センター京都府支部：学校安全第35号、1993
- 2) 山際哲夫、他：駄スポーツの医学と科学、東山書房293-298、1990
- 3) 武藤芳照：子どものスポーツ、東京大学出版会、83-100、1989

参考文献

1. 武藤芳照、他：子どもの成長とスポーツのしかた、築地書館、1985
2. 森川貞夫、他：スポーツ部活動ハンドブック、大修館、1989
3. 原瀬瑞夫：いまスポーツで子どもが危ない、五月書房、1990
4. 小野三嗣：運動の生理科学、朝倉書店、142-、1988
5. 大阪教育文化センター「子ども調査」研究会編：21世紀を担う子どもたち、京都法政出版、1993
6. 切抜き速報 健康教育版、ニホン・ミック、体育・スポーツ欄

自律神経失調傾向と生活リズム実態調査から 見る今の子どもたち

須藤 朋子 (東京民研学校保健部会)

1. はじめに

今、子育ての中で「これだけは成長の上に欠かせない生活習慣だ」として家庭に配慮を促したい課題がいくつかある。その中でもまず気になるのが宵っ張り・朝寝坊に端的に見られる生活リズムの不健康さである。子どもの健康自覚調査からは、小学校高学年から中学生にかけて不定愁訴的な身体違和感の訴えが激増している。

だるい・ねむたい・ぼわっとしている・腹痛や頭重感がある等など。こうした体調不良感
は自律神経失調傾向を示すのではないかともいわれている。保健室にも上記のような不定愁
訴的な身体的違和感の訴えが際立って増えている状況がある。また、意欲のない子や運動不
足になっている子どもの実態が報告されている。生活リズムの確立の大切さを指導する上か
ら子どもの実態を把握する必要があると考えた。自律神経失調傾向と生活リズム実態調査
を行い、一般的な児童生徒の傾向をつかむと同時に保健室来室児の中でも、問題の傾向を確
かめてみた。共通した課題を探って有効な指導の方向を明確にしていきたいという願いから
実施したものである。

2. 研究方法

- ① ODに関する資料の調査、学習を深める。
- ② 調査用紙の作成
- ③ 調査と集計
- ④ 調査のまとめと考察
- ⑤ 事例研究(典型事例の検討)
典型的な心身状況を示す児童生徒または心因の問題を持ち保健室をよく利用す
る児童生徒事例を選び指導対応の工夫を含めて検討する。
- ⑥ 今後の課題
- ⑦ 上記③～⑥の経過において父母担任等との協力共同に努力し対応の提起、その反応
等について考察していく。

OD症傾向調査集計

調査結果

調査校 小学校…田無面原2小・立川8小・調布柏野小・東久留米6小
中学校…調布6中・調布7中

調査結果

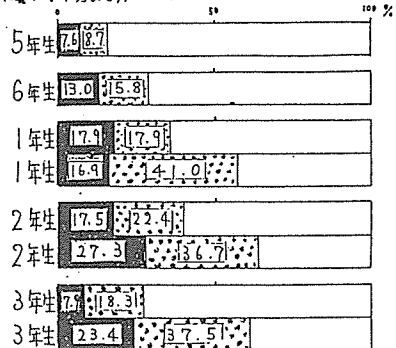
(1) OD症傾向 (問診票回収結果より)

	小5年		小6年		中1年		中2年		中3年	
	男	女	男	女	男	女	男	女	男	女
A	0	1	6	10	10	15	10	31	11	22
B	4	4	15	20	15	18	31	26	14	34
C	3	3	12	10	9	21	19	22	18	23
A,B,C 合計	7	8	33	40	34	54	76	56	43	79
回収率	15.2%	15.1%	24.4%	33.7%	35.8%	54.0%	55.9%	41.5%	29.3%	54.5%
調査者数	39	45	102	78	61	46	60	79	104	66
	84.8%	84.9%	75.6%	66.7%	64.7%	46.0%	44.1%	68.5%	70.7%	45.5%

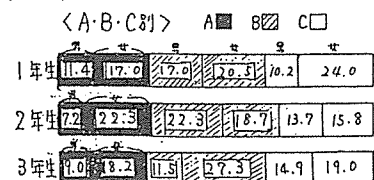
調査人数	小5	小6	中1	中2	中3
	男	46	135	95	136
女	46	118	100	135	145
合計	92	253	195	271	292

調査期間 1993年5A~9月

(1) OD症傾向(男女別) 男 女



中学校(6中・7中)のまとめ



実態のまとめと課題

- (1) 調査人数が少ないため、ばらつきは見られるがOD症傾向は小5では男女共15%、小6になると増加し中学になるとその傾向は益々高く50%台にもなる。
- (2) Aランク（大症状3つ）はかなりOD症傾向児と見られるが、小・中とも女子が多く、特に中学では割合が高い。（大沢氏の調査でも同じ傾向）女子の場合、小4あたりから明らかに体を動かさない傾向が強くなることと関係が深いのではないかと。
- (3) 全体的にはBランク（大症状2つ小症状1つ）の子が多いのは、体の問題と心の問題が複雑に絡み合い表出しているためだと考えられる。このランクの子が境界線的で気になるといえる。
- (4) OD症傾向を示す子の中に人間関係がうまく行かない子が目立つ。いじめられる・何を考えているかよく判らない・反応がない（宇宙人みたい）等、性格や学力・情緒の安定などとかかわり自己実現できない子と思われる。
- (5) 睡眠の状況はOD症傾向の有る無しにかかわらず、大変悪く、夜型の生活が当たり前という状況にある。
- (6) 睡眠についてはOD陽性者と陰性者に分け比較してみたが、前述の通り余り差はないが細かく見ると、睡眠時間、就寝時刻とも陽性者の方が悪い。中学生のAランクの子と陰性者を比較した結果は顕著に現れている。
- (7) 最近の様子では、OD陽性者と陰性者の差は極めて大きい。OD陽性者のほとんどは、常に不定愁訴的自覚症状を持っていると考えられる。
- (8) 運動について、今回余り明解なデータは得られなかったが身体活動が不活発（ほとんど生活の中に運動や遊びがない）な子は小学校高学年より多くなり、中学に入ると4割前後が運動不足の子たちである。小学校ではOD陽性者と陰性者の差は見られた。

課題は

- ※ 生活リズム立て直しの実践をどう創るか
 - ・睡眠を充分にとり、すっきり目覚めた体づくり
 - ・メリハリのある生活の中で意欲を持たせるとりくみ
- ※ 生活の中にどう運動を組み込ませるか

子どもの生活構造の今日の特徴について

—新しい教育指導の方法を探る—

築山 崇 京都府立大学女子短期大学部

本報告は、大阪教育文化センター「子ども調査」研究会がおこなった調査にもとづくものである。

〈調査期間：1992年1月下旬の前日が平日の日〉

〈対象：大阪府下の小、中、高校生から抽出〉

〈方法：質問紙法 子どもが自宅へ持ち帰り記入〉

今回の調査にあたって最大の目的は子どもたちの問題行動や様々な否定的な状況が現れてきている現在、そのような状況の実態・要因を探るとともに現代の社会状況に受動的に適応するだけでなく、新しい姿で生活を切り開きつつある姿を把握することにあった。そのため、今回の調査では「生活の社会化（商品化）」を基本的な調査仮説（分析の視点）とした。

今日子どもたちは、家庭や地域の労働とそこでの人々の暮らし方などに直接学んで一人前の大人へと成長していくというよりも、学校での教科の授業、学級活動やクラブ活動などの教科外の活動を通して学び、マスコミや様々な塾・教室で情報を得ながら現代社会の構成員としての自己を形成していく。このことは、子ども達の成長・発達の一契機が日常の狭い行動範囲にとどまらず、広く現代の産業と文化によって生み出されたものに依拠していることを示している。現代のわが国においては、生活の社会化は、商品化の様相を強くもっており、商品経済の渦中に子どもが無防備にさらされ、慢性欲求不満ともいえるストレスを子どもがかかえている状況である。

本来子どもは豊かな自然や文化、人々と多様にかかわりながら経験を積み重ね成長・発達していくことが望ましいが、今日生活の社会化・商品化のもとで、家庭の財力の差が、経験の質を左右することになってる。

しかし、生活の社会化は、人々の生活に必要な諸々のサービスが相互扶助によるだけでなく、専門家によって担われる社会的分業によって提供されるという意味では、生産力を高めた現代にふさわしい人々の生活共同のあり方としての面も持っている。商品化の浸透によって、効率主義、営利主義がはびこり、金銭的価値優先になるような事態に対して、住民の利益を守る立場から商品の開発・流通過程などを公的にコントロールしていく新しい共同が実現するならば、社会は高い物質的水準を保ちながら生活様式・文化の面でも新しい段階へ発展していくことが可能になる。

このように、今日の社会は、生活の社会化という方向で肯定・否定の両側面を合せもちながら発展の岐路に立っていると見える。それ故、子どもたちの生活の姿にも肯定、否定の両面が表裏の関係で現れており、それを正確に見抜いていくことが教育実践に求められている。

そこで、今回の調査では、子どもたちの生活を時間的経過に沿って明らかにするとともに、生活の社会化のあらわれを探るために、子どもの生活経験、親の子育てへのかかわりを示す指標、子どもたちの生活の金銭的な面などについて項目をたてて分析を試みた。

特徴的な調査結果のうち、主なものを次にあげる。

第1に、従前と比較して就寝時刻が遅くなっているにもかかわらず、起床時刻は変動が少ないことがあげられる。睡眠時間を削って忙しく暮らしている子どもの姿が浮かぶ。

第2に、ファミコンや様々なジャンル別雑誌の増加などメディアの多様化を背景に「テレビ離れ」の傾向もいわれるが、中学生のデータを見る限り3時間以上の長時間視聴が増えている。この長時間視聴グループは、生活リズム等でも問題をもっており、ビデオの普及も含んでテレビ文化の影響は引き続き軽視できない。

第3に、就寝時刻、起床時刻によって生活リズムの「朝型群」と「夜型群」を抽出して将来の目標像などの項目との相関を分析すると、小学5年の「夜型群」の多くが「大人になったらたくさんお金をもうける人」になりたいと答え、中学生でも職業選択の基準として「収入」を選んでいるものが「夜型群」に多くなっている。さらに、こづかいのつかいみちを見ても、「夜型群」は服飾品やボーリング・スケートなどが多く、商品文化へのとらわれが強いという傾向があらわれている。

第4に、将来の目標像と地域でのコミュニケーションの相関を見ると、コミュニケーションが豊富な子どもでは、多くが大人になったら「みんなの役に立つ人になりたい」と答え、孤立気味の子どもでは「たくさんお金をもうける人になりたい」と答えているものが多い。金銭価値優先の現代の社会風潮が子どもに影響を与える際に、地域における人間的交流が一種のフィルターとして働いているのではないかと推定される。

第5に、商品経済の浸透と進学競争の激化を背景に、持ち物や趣味・センスなどに関して「自分は、みなから遅れているのではないか」という感覚が子どもにあらわれているという問題がある。さらに、この「遅れ感覚」は、勉強の目的や生き方などについてまじめに考えようとする志向と重なっている。積極的な志向がある種の不安感と同居するというこの構造は、今日の子どもの心理状況の大きな特徴である。

全体として、多忙化と商品化の浸透そして競争社会のもたらす葛藤という困難な状況ではあるが、教育が依拠しうる積極面が潜在していることもまた確かである。

竹内 治一 (摂津市医師会)

I 研究の目的

近年小・中学校の児童・生徒のこゝろとからだがおかしいと云う。これをS市の学校医健診について検証した。

II 方法

S市内の小・中学校の児童・生徒を学校医により健診した結果を集計考按した。

III 結果

A 総論

学校医健診により判明した児童・生徒のこゝろとからだの状態は大きく4群に分けられる。

- ① アレルギー性疾患（アトピー性皮膚炎、喘息、アレルギー性鼻炎など）
- ② 小児成人病（肥満、糖尿、消化性潰瘍、腎疾患など）
- ③ 精神医学的なもの
（不登校児の増大、シンナー遊びなど）
- ④ 骨格異常
（背柱側わん症、胸廓異状など）

B 各論

- ① 過去7年間（1986～1992）で最大の変化は児童・生徒が14,416人から9,162人に減少。5,254人の減である。
- ② 内科系病名は1、皮膚疾患 2、喘息 3、心臓病で、皮膚科疾患はアトピー性皮膚炎が多く、心臓病は不整脈と先天異常が多い。
- ③ 肥満は増加傾向。中学校では5年間に5%から10%になった。
- ④ 小児成人病は健診では尿糖のみ。しかし腹痛を訴えて医療機関に行くものに時に消化性潰瘍あり。
- ⑤ 背柱側わん症は近年減少していたが1990年から女子に増加。

- ⑥ 胸廓異常も僅かながら毎年必ずある。
- ⑦ 耳鼻科では鼻・咽頭炎が最も多い。大部分はアレルギー性鼻炎である。
- ⑧ 不登校児は年々激増している。シンナー遊びも無視できぬ。

IV 問題点

- ① 実態はよく理解されてきたが、対策は不十分である。
- ② 健診項目と病名分類が古く不適切。
- ③ すべての病名・症候はできるだけ低学年に手当てしないと生涯に持ちこすことになる。

V 考按

本年2月18日、日本医師会で定例の学校保健講習会が行われた。講演した文部省担当官は「子供の環境は激変している。これからはエイズ対策と、学校・家庭が十分協力せねばならない」と云う。この人には今学校で起っている事態がよくわかっていないのではないか。

アレルギー性鼻炎、喘息の激増は、単に杉花粉のみではなく、自動車の排気ガス、殊にディーゼル排気ガスが重要な役割をするという発表がいくつかあり（1985年東大物療内科村中ら）他、動物実験にも成功している。小児成人病も早く対策が必要で、小さい時治ゆさせておかないと生涯治らない。肥満も然り。

本年5月日本でも遂に「子供の権利条約」が公布された。子どもたちの心身の健康を守り、健全な成長をさせることはわれわれ大人の重大な義務であると考える。

- 佐久間美幸（広島市立袋町小学校）
 福本 光子（岡山県立高松農業高校）

（１）はじめに

子どもたちを取り巻く環境は厳しさを増し、健康阻害の要因も多様化しています。

子どもたちの心身の健康上の問題も変化し、健康診断の方法・内容等についても十分な検討が必要です。

文部省は、1987年4月より日本学校保健会に、児童生徒の健康診断について検討させています。

日本学校保健会は、1989年3月に1回目の「健康診断調査研究委員会報告書」を、1994年3月に「健康診断調査委員会報告書（第2次検討のまとめ）」を文部省に提出しました。

これを受けて文部省は、学校保健法に基づく健康診断項目の改定を行おうとしています。

このような中で、私たち現場で働く養護教員は、全ての子どもたちの健康や健全な発達を保障する健康診断のありかたについて検討を続けてきています。

文部省が行おうとしている改定の問題点や、全ての子どもたちの健康や健全な発達を保障する健康診断をどのようにしたらいいのか等をまとめました。

（２）「健康診断調査研究委員会報告書」について

1. 学校における健康診断の性格

報告書は、医学の面が強く、教育保障の面からの検討が大変に弱いものになっている。

学校における健康診断の性格として5点上げであるが、次のような点が不十分と思われる。

- ① 子ども一人一人の面からも、集団としての面からも、予防的な見地に欠ける。
- ② 見付け出された問題に対して、学校側の管理面のみで、保護者・子どもの思いや要求を大切にしているかという面に欠ける。
- ③ スクリーニングのみを強調し、見付け出された問題をどう解決し、教育の保障を行っていくかという面に欠ける。

2. 検査項目について

検査項目の検討がされているが、この中で問題があると思われる項目がある。

1) 身体計測について

① 胸囲を省略することができる

「個人に対する健康状態の評価を考慮すれば」としているが、呼吸器を内包する胸部の発育を知ることが、呼吸器の発育を知る上でも大切なことと思われる。

② 視力は、1.0、0.7、0.3の3視標を用いた判とすることが望ましい

「学校における検査はスクリーニングであることから」としているが、子どもに、視力低下の様子が分かりにくく、学校での予防を含めた指導が行いにくい。

また、「眼鏡、コンタクトレンズを使用している者については、・・・裸眼視力の測定を省略することが望ましい」としているが、そのような子は、医療機関に任せ、学校では、授業にさしつかえがあるかどうかの検査だけでよいというのだろうか。

③ 色覚検査は小学校4年生で1回実施

色覚検査については、何度も行う必要はないが小学校4年生で行う根拠が示されておらず、この次期が適当かどうか疑問がある。

④ 聴力検査を小学校2年生も全員実施

「低学年の耳鼻科疾患と聴力の問題を考慮し」とある。しかし、ヘッドホン使用による急性音響外傷性難聴の増加もあり、全員実施しなくても良いのか疑問がある。

⑤ 歯及び口腔について

「集団を対象としてのスクリーニングであることを前提として」と前置きをして

・永久歯のうちについては「C」のみ記入

観察・指導を要するものは「C0」と記入
・歯周疾患については「G」と記入

観察・指導を要するものは「G0」と記入
歯周疾患についての健診が明記されたことはより
充実されたことになる。

しかし、永久歯のう歯が全て「C」で現されると
健診結果を見ても、子どもはう歯がどの程度進ん
でいるのか分からず、また、指導の効果も十分に
現れにくい。

⑦ 心臓疾患について

「心電図検査について、学校保健関連の法令等に
明記することが望ましい」とある。

多くの自治体では既に実施されている。

⑧ 尿について

糖の検査については、多くの自治体で既に実施し
ていた。

⑨ 寄生虫卵について

「小学校高学年（第4、5、6学年）の児童につ
いても省略することが望ましい」としている。

小学校の実態からいって必ずしもそういえないよ
うに思われる。

（3）私たちのめざす健康診断

学校における健康診断は

1. 子どもたちの健やかに発達する権利をも保障すると
共に、疾病の早期発見、早期治療・リハビリ、予防と
いった生存健や健康健の保障をするものであること。
2. 子どもたちの成長・発達に深く関与する生活環境の改善
まで内包した権利保障の取り組みであること。
3. 健康診断やその事後措置では、その意義を充分説明
し、保護者・学校・行政が共同で子どもの健康に生き
る権利を保障していくこと。
4. 健康診断結果に基づいて、必要な子どもには、保護
者・主治医・学校・教育行政とで学習健の保障をして
いく。
5. 健康診断を通しての指導の中で、子ども自身が健康
に生きるための力を見つけると共に、人間の生命や
健康が何よりも優先されなければならないといった市
民的権利を教える機会にする。

健康診断のための基本点は

1. 子どもたちの健康実態にみあった健康診断を行う。

子どもたちの健康実態は、全国共通のものもありま
すが地域によって異なるものもあります。

学校・保護者・地域の医療機関・行政など地域ぐるみ
で子どもの健康や生活実態をとらえ、環境整備も含め
真に健康や健やかな発達を保障するものにしていく。

2. 問診を重視する

子どもの日常の様子を充分反映させることができる
ために問診体制（医師・養護教諭による）を充実させ
その内容が健診結果の判定に活用される。

3. 経年的にみていく

健康診断結果は、より健康に育てるという視点に立
って経年的に見ていく。

健康課題が明らかになった場合は、その健康課題が
見失われることがないように、学校・保護者のみでな
く地域ぐるみでみていく。

4. 子ども集団としての健康実態をつかむ

5. 子どもの人権を保障する体制を

子どもの健康と人権があらゆる場で守られるように
条件整備を行い、子ども・保護者との合意と納得を大
切にすすめていく。

6. 子どもを健康の主権者として育てる

健康診断をと捨して、健康を権利として生涯貫くこ
とができる力を育てる。

7. 子どもをとりまく学習環境・地域社会環境の整備を

健康診断結果に基づいて、学校・地域社会・行政等
が共同で子どもをとりまく環境を整備していく。

（4）おわりに

文部省の委託を受けて出された「健康診断調査研究委
員会報告書」についての問題点、私たちのめざす健康診
断について提起しました。

これから改訂されようとしているものも含めて、現在
行われている健康診断はこれで良いのか、どこに問題が
あるのかをさらに深めて検討していきたいと思います。

また、さらに、全ての子どもたちの健やかな発達を保
障していく健康診断のあり方についての検討も深めてい
きたいと思います。

この提起に対してのご意見をお教えいただき、さらに
深め、より良いものにしていくようにします。

山中 伸一, ○広瀬 恆, 畑 明郎, 吉川 俊一,
若林 佳弘, 沖 由憲, 平野 隆

(京都環境問題研究会)

1. 目的 琵琶湖は単に水源であるのみならず, 数々の歴史的遺跡をはらみ, 貴重な天然資源, とりわけ動植物の宝庫でもある。

我々は国家的大事業である琵琶湖総合開発事業が進捗するにつれてこの琵琶湖およびその周辺の生態系や自然環境がどのように変化していくのか強い関心を持たざるを得なくなった。この事が本調査を行う動機となったのである。

本報告は8年間に亘る琵琶湖湖辺における自然環境等の調査結果に関するものである。

2. 調査方法等

調査は1985年から1992年まで毎年9月の第1土日曜日或いは第2土, 日の連続する2日間に湖岸道路を車で走行し, 琵琶湖を一周することにより行った。

1) 調査の対象 調査は景観, 動物・植物, 水質, 水生生物を対象に行った。2) 調査方法 景観調査はカメラとビデオカメラ撮影により, 動物植物調査は目視によった。水質調査は現場で測定可能な項目に限定して行い, 水生生物調査はプランクトンと底生動物について行った。プランクトンはプランクトンネット-光学顕微鏡法による半定量測定である。

調査地点を図-1, 調査概要を表-1, 調査方法を表-2にそれぞれ示した。

3. 結果と考察

1) 景観 1985年の調査開始時点で整備が完了していた地点は, 近江大橋, 湖西浄化センター, 浮御堂, 新旭浜, 西池, 彦根港, 曾根沼, 沖島堀切漁港, 長命寺港, 牧浜, 野洲川河口, 菖蒲浜であった。

次に, 8年間の調査期間中に何らかの開発工事が進行した地点は, 瀬田川洗堰, 所膳公園, 疏水取水口, 浜大津, 大津なぎさ公園, 小松沼, 乙女ヶ池, 安曇川河口, 新旭風車村, 新旭水鳥公園マキノ浜, 浜分沼, 野田沼, 湖北水鳥公園, 長浜湖岸, 三島池, 伊庭内湖水車公園, 八幡堀, 赤野井, 烏丸半島, 矢橋船帆島であった。

一方, 比較的自然的状態で残されている地点は, 近江舞子, 松ノ木内湖, 知内浜, 沖の白石, 竹生島, 今津浜, 海津, 海津大崎, 菅浦, 余呉湖, 姉川河口, 天野川, 伊崎不動, 小豆ヶ浜, 西の湖, 支那平湖であるが, 今後, 開発が予定されている

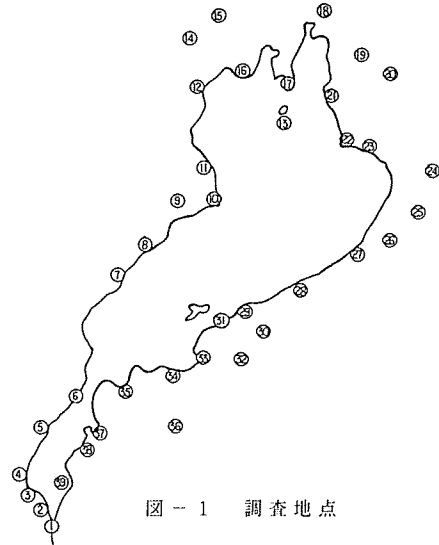


図-1 調査地点

表-1 調査概要

No.	調査地点	景観								動物・植物								水質・水生生物							
		1	2	3	4	5	6	7	8	1	2	3	4	5	6	7	8	1	2	3	4	5	6	7	8
1	瀬田川洗堰・烏丸川敷水庫	○																							
2	近江大橋・所膳公園																								
3	浜大津・大津なぎさ公園																								
4	琵琶湖疏水取水口																								
5	湖西浄化センター																								
6	浮御堂																								
7	近江舞子・小松沼																								
8	白鷺紙・乙女ヶ池																								
9	中江藤樹會館跡																								
10	安曇川河口・松ノ木内湖																								
11	新旭浜・新旭風車村・新旭水鳥公園																								
12	知内浜・マキノ浜・浜分沼																								
13	長命寺の白石・竹生島・今津浜																								
14	白谷温泉・平松別荘地																								
15	在原地区																								
16	海津・海津大崎																								
17	菅浦・葛籠尾崎湖庭跡																								
18	余呉湖																								
19	雨森地区																								
20	小谷城跡・西池																								
21	野田沼・湖北水鳥公園																								
22	姉川河口																								
23	三島池																								
24	三島池・天野川																								
25	赤野井・井筒跡																								
26	旧中山道・鳥居本																								
27	彦根港																								
28	曾根沼・荒神山																								
29	黒見新田																								
30	伊庭内湖水車公園																								
31	伊崎不動・沖島堀切漁港																								
32	安土城跡・西の湖・八幡堀																								
33	小豆ヶ浜・長命寺港																								
34	水窪・四山・依弐																								
35	野洲川河口・直嶋																								
36	琵琶湖博物館・牧生の森																								
37	赤野井・烏丸半島																								
38	志那平湖																								
39	矢橋船帆島																								
地点合計		7	19	16	14	12	14	15		2	17	12	10	11	12	3	7	6	5	7	5	6			

地点もあるので、さらに減少していくであろう。

開発工事により水辺景観が一変し、水鳥が減少した地点もあったが、西池、野田沼、曾根沼、牧浜などのように、工事後、一定期間経過した所や人間の接近が少ないところでは、水鳥が一定数、生息するようになっており、改善の余地は残されていると思われる。

したがって、1992年に施行された「琵琶湖ヨシ群落保全条例」の成果に期待したい。

2) 動物・植物

① 動物 南湖ではマルタニシヤサカマガイなど汚染の進んだ水域で観察される水生生物が多く北湖ではイボカワニナ、カゴメカワニナなどのカワニナ類が見られた。

鳥類ではコサギが最も頻りに観察され、次いでアオサギ、チュウサギ、ゴイサギが観察された。特筆すべきことは、第6回調査では伊崎不動の湖岸で本邦サナエトンボ中の稀種とされるメガネサナエの羽化の過程を約20分間にわたって観察できたことである。

② 植物 植物では、水草のオオカナダモ、陸上のブタクサをはじめとする帰化植物が目についた調査期間中に観察した帰化植物は、ブタクサ、オオアレチノギク、ヒメムカシヨモギ、ホウキギクセイタカアワダチソウなど12種であった。

また、内湖の多くでアオコ、ウキクサ、ホテイアオイなど富栄養化を示す植物が観察された。

代表的な地点における調査結果の概要を表-3に示した。

3) 水質 第8回までの調査期間を通じて同一調査地点における水温の変動幅は、変動しやすい湖辺にも拘らず第6回までは1℃前後と小さかった。しかし、第7、8回は水温は低く、特に、第8回は全調査地点で第6回までの水温よりも3~4℃低い24~25℃と例年になく低温であった。

pHの経年変化を図-2に示したが、湖辺の地点では測定値の変動は大きいものの1992年を除いて弱アルカリ性側で推移している。これは水中の植物性プランクトンの光合成反応により炭酸ガスが消費される結果、pHは高く、つまりよりアルカリ性になることを示している。第8回の測定値が7を下回っているのは植物性プランクトンの増殖が例年より抑制された結果と考えられるが、その直接の原因としては例年より際だって低かった水温の影響によるものと推定される。

DOも汚濁物質の濃度や植物性プランクトンの増殖と関係がある。一般に、汚染された湖沼などではDOは汚濁物質の分解により水中の酸素が消費されるために低くなる反面、植物性プランクトンの増殖により高くなるなど複雑な挙動を示す。

図-3にDOの相対濃度と水温の経年変化を比較して示した。両者の変化はよく対応している。DOは第6回までは概ね100%を超えて推移して

表-2 調査方法

調査区分	調査項目	測定方法
景観	湖岸の風景等の記録	写真及びビデオ
動物・植物	水生	目視調査
	陸生	目視調査
水質	水温	アルコール温度計
	水素イオン濃度 (pH)	pH計
	溶存酸素濃度 (DO)	DO計
	透明度	セッキ透明度板
水生生物	プランクトン、底生動物	プランクトンネット、光学顕微鏡等
気象	気温・湿度	アスман乾湿度計

表-3 動物・植物調査の代表的地点の概要

No.	調査地点名	調査区分	調査回数								調査地点の概況
			2回	3回	4回	5回	6回	7回	8回		
1	野田川流	植物 鳥類	- -	3 3	2 2	3 3	3 3	3 3	4 4	調査はコンクリートで覆われ、湖岸は特殊緑地になっている。第5回調査時は河原全体が狂水していたが、第6回調査以降は河原に植物群落が見られる。	
4	秋水取水口	植物 鳥類	2 -	2 3	1 2	2 5	3 3	2 0	2 0	ネットカバーとして設置されたが、第6回調査時にはネットは消失していた。また、堆もコンクリートになったため、水辺への接近ができなくなった。	
10	安曇川河口	植物 鳥類	1 11	1 1	2 9	2 3	0 5	0 6	0 6	三河川の光濁に自然の崖を削っていたが、第7回調査時は左岸のカワサキが繁茂されて、サイコロのコロニーが消失していた。また、右岸にも道路が通られていた。	
16	南津大橋	植物 鳥類	- -	1 4	3 1	1 1	2 0	2 0	2 0	湖岸は管理に任せておき、釣り人が多く訪れている。大崎寺の社屋は植物の増殖が顕著であるが、目視調査は困難である。第5回調査以降、鳥の姿が見られなくなっている。	
21	野田沼	植物 鳥類	- -	1 6	1 8	2 11	- 1	3 6	3 5	内湖を管理しての湖が造成された。第7回調査時にけ工事行完了していたが、鳥の姿は以前より減っている。また、公園の駐車場は手入れ不足でオウゴンガサの群落となっている。	
31	伊崎不動	植物 鳥類	- -	- -	0 4	0 2	0 2	0 2	0 2	伊崎寺の社屋は、サイボロの体積を量しており、調査地点の中では、最も自然の状態で保たれている。また、夢遊村ではハンショウの姿が目立っている。	
37	井野井	植物 鳥類	- 8	1 8	3 8	3 8	1 7	1 5	1 5	湖岸緑地建設のため、内湖と琵琶湖を湖岸線で分断する工事が認められた。サイボロは第2回調査時に観察されて以来、見られなくなった。第8回調査、鳥の数は大減少した。	

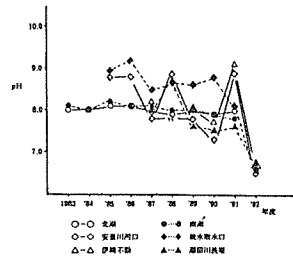


図-2 pHの経年変化

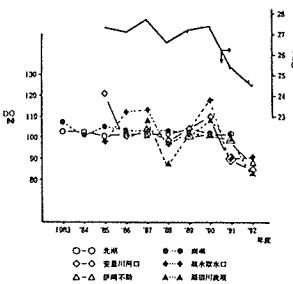


図-3 DO及び水温の経年変化

いるが、第7回及び第8回は全調査地点で80%及び90%台と低かった。これらの結果は水温の低さの影響によるものと考えられる。

4) 水生生物 調査は各調査地点の表層水中のプランクトンおよび肉眼で観察が可能な底生動物

を採取して行った。

①底生動物 第8回調査結果を表-4に示した。底生動物は、採取した動物個体数が少なく、水質との関連を判断することは難しい。しかし、疏水取水口、瀬田川洗堰、伊崎不動では種類や数が比較的多く、生物相は豊かであると思われる。

②プランクトン 第8回調査結果を表-5に示した。プランクトン調査は、汚染水域からきれいな水域まで幅広く分布する特徴を有する珪藻類を中心にして実施した。珪藻の種類が比較的多い地点は、烏丸半島、瀬田川洗堰、疏水取水口であった。最も普通に見られる種はメロシラ グラニユラタであり、他にメロシラ ジャボニカ、ステファノデスカス カルコネンシス等が高頻度で出現した。これらは、概ね中程度に汚濁した水域に出現する種であるが、それらの中で、ステファノデスカス カルコネンシスやシネドラ アクスは比較的きれいな水域に生息する種であり、それらが多く出現する伊崎不動や海津大崎は、他の地点より汚濁が進んでいないと判断することが出来る。

珪藻以外のプランクトンでは、なぎさ公園で比較的汚れた水質を好むオシラトリアが非常に多く見られた。

また、第5回調査では疏水取水口で、富栄養化のシグナルともいわれる藍藻類のミクロキスティスやアナベナが多く観察された。しかし、その後は観察されていない。

4. まとめ

1985年から始めた琵琶湖の湖辺における景観、動物・植物、水質及び水生生物に関する10年継続調査の過去8年間の調査結果をまとめた。

1) 開発工事により景観が一変したところ、工事後、一定期間経過した所や人間の接近が少ない所では水鳥が一定数生息するようになった所もあるが、新しい環境がどの様に形成されるか今後とも継続的調査が必要である。

2) 動物・植物調査でも、期間中に土地の造成や護岸工事などの目に見える変化があったところでは、サギのコロニーやヨシの群落が1年のうちに消えたり、変わって帰化植物が勢力を伸ばすなど、年々生物相が単調になっていた。

3) 水質調査結果によると、pH、DOの経年変化は水温の経年変化とよく対応しているが、このことは琵琶湖においても植物性プランクトンの増殖に湖水温が密接に関係していることを示唆している。

4) 水生生物調査結果によると、南湖の調査地点で中程度に汚濁した水域に現れる珪藻類が観測され、北湖では比較的きれいな水域に現れる珪藻類が見られた。

表-4 出現した底生動物

地点	種名	地点	種名
No.1 瀬田川洗堰	スマエビ科 サナエトシゴ科 オオシマトビケラ属 ヒル類 カワニナ類	No.16 海津大崎	ヒル類
No.3 なぎさ公園	クニシ類 ユスリカ科	No.31 伊崎不動	ヒラタカゲロウ科 ヒラタドロムシ科 ヒル類 カワニナ類
No.4 疏水取水口	カワゲラ類 シマトビケラ科 ヒル類 クニシ類 カワニナ類	No.37 烏丸半島	ムネカクトビケラ亜科 ヨコエビ類 カワニナ類
No.10 安曇川河口	ヒル類 カワニナ類		

表-5 出現した珪藻類

珪藻種名	地点			
	瀬田川洗堰	安曇川河口	海津大崎	伊崎不動
1 メロシラ グラニユラタ	+	+	+	+
2 メロシラ ジャボニカ	+			+
3 ステファノデスカス カルコネンシス			+	
4 ココネイス プラモントラ			+	
5 シネドラ ルンペンズ				+
6 シネドラ フタス				+
7 コンファネマ パープルム				+

+: 高頻度出現地点

西垣 昭利 (弁護士)

1、予防接種被害者が集団で、国に対し被害救済を求める訴訟は、昭和48年の東京での提訴に続いて、大阪、名古屋、福岡でも集団訴訟が継続してきた。これら集団訴訟は、平成4年12月18日の東京高裁判決とそれに続く名古屋高裁での和解、福岡高裁での一部和解と一部判決、更に本年3月16日の大阪高等裁判所での判決で、いずれも大半の被害者について解決したが、東京の1名、大阪の6名については最高裁に継続中である。最高裁継続中の7名についての争点は、訴訟の提起が被害発生後20年を越えていたことにより、救済を求める権利が消滅しているか否か(除斥期間の問題)という法律的争点であるので、予防接種行政に關しての裁判所の判断が高裁レベルではほぼ定着したと思われるこの機会に、これまでの被害者運動の成果と、今後の課題を検討しておきたい。

2、被害者の会の目標は、A、被害の根絶、B、被害者の救済ということに集約される。

Aの関係では、(1)不必要な接種の中止、(2)安全なワクチンの開発、(3)接種体制の整備、(4)救急体制など

Bの関係では、(1)被害の調査、(2)被害者認定のあり方、(3)救済内容などが問題となる。

訴訟は国(厚生省)のみを相手とする損害賠償請求事件であり、訴訟という制約からこれらの目標に至る運動の一部分を荷なうに過ぎないが、これまで一定の成果を得てきた。訴提起直後の51年には予防接種法が改正され、それまでの罰則を伴う強制接種が罰則がなくなるなど若干緩和されると共に、閣議了解による見舞い金にすぎなかった被害者救済制度が法制化された。しかしその後もその給付内容は被害の深刻さからみて極めて貧弱であるばかりでなく、被害者認定の因果関係判断は不当に狭いものであった。

3、国は行政認定を得ている被害者についても一部訴訟上の因果関係を争っていたが、判決はいずれも因果関係を認め、さらに大阪、福岡で争われていた未認定の被害者についても、全て因果関係が認められた。これにより、現行の認定審査の状況が指弾され、因果関係基準の改善につながると期待される。しかし、認定を担当する審議会に被害者の推薦する医学者を加えるなどの制度的な改善要求に対し、厚生省の態度は依然硬い

責任については、東京大阪福岡の一審判決では、憲法13条、25条の精神を基礎に憲法29条3項にも

とづく国の補償責任を認めていた。これは国に過失がなくとも国の責任を認める画期的判断であり、被害者の救済の面では大きな前進であったが、予防接種行政における厚生省の種々の怠慢や放置を十分に指弾していない側面をもっていた。高裁判決ではいずれも、被害が発生した場合、被害者は禁忌該当者であったと推定され、禁忌該当者を識別しうる体制(国民医師への情報伝達、接種体制)を怠った厚生省(厚生大臣)の過失を認めた。これは接種現場の体制や副作用情報の伝達等についてさらに改善を促す契機となるものである。司法の判断はきわめて厚生省にとって厳しいものであり、これが確定したことは、20年を越える運動の大きな成果である。しかし、すでにMMRの被害者の訴提起がなされるなど、今後も続く予防接種行政を真に科学的なものとするについての厚生省の対応は鈍い。十分な副作用調査とそれにもとづく科学的行政がなければ、被害根絶の期待は遠い。

損害についても判決は現行給付水準を大きく上回るものとなり、厚生省は給付金額を大きく引上げざるをえなくなった。しかし、単に金銭の給付のレベルでは到底被害者の悲惨な状況の改善は難しい。心身障害者福祉全体の向上が不可欠であるが、とりわけ、精神障害者とその家族の介護状況の日常的調査をもととした科学的なきめの細かい援助プランが必要である。

4、この様に運動全体からみれば、未だ課題は多い。しかし、法律家の目からみて、極めて画期的判決が次々とだされ、その判断が確定できたことは、大きな喜びである。こうした判決を得ることができたのは、勿論予防接種被害の根絶が全国民にとって身近な課題であったことによるとおもわれるが、訴訟追行にあたり多くの専門家の献身的協力を得ることができたことも大きな要因であり、感謝している。

西谷 宣雄

京都民医連中央病院 皮膚科

(I) はじめに

皮膚疾患については、多くの医療関係者でさえも、「重症例が少い」「先天性素因にもとづく症例が多い」ことを理由にして軽視し、対策についても消極的であった。事実、過去約10年間の厚生省統計資料をみても、その他の臓器の疾患とくらべて有病率は低く、受療率も低い。自験例や、文献例等からみても、生活状態の悪化に伴う環境原性皮膚疾患の増加。心因性要因の関与する症例の増加が認められるにも拘らず、治療条件等は後退しつつあり、比較的少数例の問題であるが重視すべきであるとして対策を考えたい。

(II) 最近における皮膚障害の実態

産業衛生学会、皮膚科学会でも、いく度か報告した如く、我国では、多くの職種・さまざまな階層に属する人々の間に職業性皮膚障害が、ひろがっている事が判っており、森永砒素ミルク中毒にもとづく皮膚障害⁽¹⁾を始め

表 職業性皮膚障害職種別分布

臨床例444例中	
美容師	95例
機械工	43
調理作業者	40
看護婦(士)	33
看護助手	6
建設作業	25
理容師	24
農作業	18

(西岡 清, 第15回日本接触皮膚炎学会, 1990より引用)

として、化粧品・依類・洗剤等による接触皮膚炎、ステロイド軟膏、非ステロイド軟膏等による皮膚炎が、多発している等も知られる様になった事から、今世紀後半から開発され、つくり出されて来た新しい化学物質の危険性が、特に強調されて問題になって来ているのである。

然し乍ら、その他の一般的な疾患、アトピー性皮膚炎・蕁麻疹・紫斑病・尋常状乾癬・円形脱毛症等も、精神々経障害を伴い、ストレスによる発症機序を考えさせられる例が多いことが知られ⁽²⁾

レックリングハウゼン病等の為に、深刻な精神障害から家庭崩壊に到った例も認められる。原因論的にも、化学物質等の影響をとりあげる丈でなく、社会～心理学的に、検討をすすめる事が必要と思われるのである。

実際の診療に当っては、心の問題までも含む全身的健康障害の皮膚表現と位置づけて対応し、生活環境・生活状態の改善等予防対策を、同時に進めなければならないが、実際にはそこまで考えた治療は余り行われていない。

(III) 対策上の問題点

(1) 上述の如く、受療率も低下しつつあると報告されているが、専門医の診療も受けず、市販薬などによる自家治療を続けている例が少くはないことも明らかになっており、その理由として一専門医が少い。忙しい為に受診できなくなっている。なかなか治らない事をあげている例が多いのも事実であり、医療機関としても、罹病者との間に共通の認識をたしかめ、受診し易い工夫をしておかなければならないと考えられている。

(2) またIIで述べた様に、病因そのものが社会事情の悪化を物語るものであり、統発し或いは併発している健康障害のために、事態は深刻化している。対策については、労組が重要な役割を果たした職業性皮膚障害のたゞかい、森永砒素ミルク中毒被害者の調査・救済活動等の自験例、'76年代、一東欧6ヶ国で組織されていた「職業性皮膚障害、対策グループ」(西谷 訳)⁽⁵⁾や、旧西独における(難治性の)皮膚疾患の“Selfhelp group”の運動についての報告⁽⁶⁾、'89年発足した「関西アトピーネットワーク」の治療・予防上のインフォームド・コンセントを求める活動状況⁽⁷⁾等を参照しつつ、一罹病者或いは被災者を中心にした、医師・法律家・カウンセラー等の協力体制がつくられ、活動を推進してゆく事が必要である。

〔文 献〕

1. 川津:「砒素ミルク中毒被災者における皮膚症状の追跡調査」:日皮誌 Vol 1(1984)
2. 西谷, 山下:成人期に達した森永砒素ミルク中毒被害者にみられる健康被害の特徴とこれからの救済対策のあり方をめぐって;健康会議 No 419(医療図書出版社)(1984)
3. Koblenzer et al: Psychocutaneous Disease (Grunet Stratton) (1987)
4. 西谷, 谷田:職業性皮膚障害の20年。京都民医連医報 Vol, 18 No3 (1991)
5. Von Ziegler, H. Schubert E. Zschunke: Arbeitsgruppe zur Bekämpfung der Berufskrankheiten der Haut und Kontaktekzem, Dermatosen 26. Nr. 6 (1978)
6. Johannes Ring: "Haut u. Umwelt" Hautarzt 44, 625~635 (1993)
7. Frank Karthes, Klaus Friedrich Kölmel: "Selbsthilfegruppen in der Dermatologie" Haut-arzt 45, 4~7, (1994)
8. 大阪保険医協会誌 「成人型アトピー性皮膚炎特集」1994. 6月号

肺癌が多発した某塩化ベンゾイル製造工場 の健診・健康調査結果について

3-04

(財)東京社会医学研究センター 藤井 正實
高田 勢介

【はじめに】

東京の板橋区にあるK薬品では、塩化ベンゾイルの製造により1972年までに4名の肺がん患者が発生。労働組合の取り組みのなかで労働基準監督署による業務上の認定が行われた。この取り組みによって製造工程で発生するベンゾトリクロリドが強度の発癌性をもつことが、初めて確認されたものであった。

塩化ベンゾイルの製造を中止した後もエポキシ樹脂、ワニス塗料、有機溶剤等の原料の使用、製造により従業員の中に数人の皮膚障害、肝障害が発生するなど有害環境のもとでの業務がつつけられてきた。

芝病院健診センターでは、1980年以降この工場従業員の定期の健康診断をおこなってきたが、昨年までの15年間のまとめをおこなうとともに、現在も続く有害業務仕事の後遺症について述べたい。

【健診・健康調査結果】

1993年秋の定期健診を受診したの従業員7名中塩化ベンゾイルの製造従事者の経験者は6名であった。1980年に当院による健診を開始したときの受診者数は14名程度であったが、定年退職後の人員補充がおこなわれず受診者は年々減少している。

塩化ベンゾイル製造作業による健康影響として、発がんについては、この間の受診者中には発生していない。

発がんの影響を検討するため1993年秋の定期健診ではリンパ球姉妹染色体交換頻度(SCE)の観察をおこなったが、染色体レベルでの有意差は見られなかったものの非暴露者との比較では上昇傾向がうかがえた。

また、免疫系への影響を検討するためリンパ球の分類をおこなったところヘルパーT細胞の減少が見られ免疫能を活性化させる能力の低下を推測させる成績がえられた。

塩化ベンゾイル製造作業に従事した1955～73年当時、ほぼ全員に皮膚障害が発症。20年の経過のなかで次第に軽快してきているが、主として前腕部と顔面に色素沈着があり、一部には皮膚の肥厚、疣贅の目だつものがあった。また、手掌部の水泡の出没を示す例もみられた。

その他の化学薬品の粉じん、ミスト、ガスによる影響が考えられることから、呼吸器系に関する検査成績をあげる。

胸部Xpでは、半数以上に軽度のじん肺所見と気管支の拡張所見があった。さらに呼吸機能検査では胸部Xpで見られた所見に対応して肺活量と一秒量の軽度の低下が見られた。

咯痰細胞診では、扁平上皮化性による変化が半数に現

われており、自覚症状としても咳、痰の持続や嘔声が見られた。

その他の内臓障害として肝機能障害や血尿、尿糖陽性などの腎機能障害を伺わせるが成績が見られたが、1985年当時ジエチルホルムアミドの製造を担当したもので急性肝障害を発症した例があり、長期にわたる塩素化合物、有機溶剤の取扱いによるものと考えられた。

2名が有機リン系農薬の製造に従事しており、一時期コリンエステラーゼ値の低下が見られていたが、業務からの離脱により回復してきている。

重量物の運搬作業中の捻挫を経験したものが3名、急性腰痛の発症後の反復性の腰痛発症から、慢性化の傾向があらわれていた。

また、ほぼ全員に軽度の難聴が見られた。

【まとめ】

今後の健康管理に関する意見としては、以下の事が挙げられる。

塩化ベンゾイル製造作業従事者6名は、従事期間8年から3年までと長短の差はあるが、全員に呼吸器症状、皮膚症状の持続が見られ、免疫系、遺伝子系に及ぼす影響をみる検査の結果からみた集団的傾向としても一定の変化が生じており、発癌性物質への暴露による影響が長期にわたって残存、持続していることがあきらかであった。

とくに、今後の発がんの可能性については、咯痰細胞診での扁平上皮化性の変化をふくめ、十分な追跡、検討が重要と思われた。

また、その後の作業従事による取扱い資材、各種薬品類への接触、吸入と関連する呼吸器、皮膚、運動器等の所見、症状の現れをみると今後の経年的な総合的健診によって、悪性の変化を含む健康管理上の措置を継続することが必要である。

また、退職者のなかの塩化ベンゾイル製造作業従事経験者に対し、免疫系、遺伝子系への変化をとらえる各検査とあわせ、個別的な健康状態の把握とともに健康影響についての集団的傾向も調査していくことも必要と考えられた。

乳児死亡に関する自然的、政治的観察

3-05

ユニセフが乳児死亡率のかわりに5才未満死亡率を子供の権利宣言以降に採用している
事実を我々はこの様に考えるか

丸山 博（元阪大衛生）

日本人の生命・生活、生産条件を、いかにも統計的には世界最高の数値を示しているとWHOは先般1993年の世界の公式発表資料を使って発表した。（平均寿命は男女ともに最高、乳児死亡は男女ともに最低）

この統計的事実をもとにしても、我が国のこの種の問題についての世界的思慮での研究発表について不十分な情報しか入手出来ない演者の立場では、ここに問題を提起して社医研の諸君の批判を得たい。

既に、「死見をして叫ばしめよ」（丸山 博著作集1）の読者には蛇足と思われる前座を述べざるを得なかった。つまり、社医研の同志「水野 宏（名大公衆衛生）教授の退官記念丸山論文」「小倉金之助先生古稀記念丸山論文」は、最近の若い会員には「小島勝治の研究」とともに重要視されているとは思われない。その証拠には日本や世界で総括的乳児死亡の研究の論文発表の場合、参考文献には引用されていない事実を目にする。その理由は、研究課題の目的が本質的に旧来のままで、ただ事項の細密化が重要視され、大局的世界的運動に対して、いかなる状況で各国が組込まれたり、時代的傾向に関与しているか、統計量的側面しかでてこないのが一般となっているからである。ところが、私の研究はすでに定評のあるように、統計質的側面を簡単に示す方法を計量化して成功した。然るに、これの行政的経済的政策の効果判定や標準化や予測予定との一致あるいは背反など、問題の迅速性や具体性、つまり行動の方向性をまさに強調する実証的研究の目的結果の実践、政策実施の行動へ利用することが、いかにも貧弱であることを平素残念に思っていた。

今回子供の権利条約批准発効の1994年5月に際し、かねて第44回日本人口学会1992年度明治大学で演者が報告した第1報に引き続き第2報をここに発表することにした。ユニセフ当局の世界的立場が「世界児童基金」であり、第二次世界大戦後の子供の人権・生存権を問題にする立場上から、工業先進国の低乳幼児死亡率に利用されてきた乳児死亡率を基本統計とする体系から、むしろ5才未満死亡率を基調にした各国比較、年次比較、経済文化的集団の比較によって、政策的・経済的・文化的・医学的・衛生学的の効果をあけていく、すでに事務局長ジェムス・P・グラント氏自らが1980年世界子供白書創刊以来1986年までの乳児死亡率利用を1987年世界子供白書から変更し1才未満死亡率の採用をやめて、むしろ5才未満死亡率の有効性を主張し採用した。演者はすでに乳児死亡率（U1MR）の効用を死因統計のない場合でも乳児死亡対策の実践行動に有効性を発揮し、高めるために併用する。 $\alpha\text{-index} = \text{U1MR} / (\text{U1MR} + \text{U5MR})$ （乳児死亡率、1ヵ月未満死亡率）÷U1MR（新生児死亡率、1ヵ月未満死亡率）を案出したと同様に、5才未満死亡率（U5MR）÷乳児死亡率（U1MR）= $\alpha 5 \text{ INDEX}$ をここに再度提唱し、社医研会員の批判を得たいところである。

なお、U1MRは1986年まではユニセフでも採用していたが、U5MRは1987年から採用し始めた。当日にはくわしい統計分析資料を配布の予定。（K病院にて）

A. ユニセフ関係のもの

- ① U1MRに対するU5MRの比を $\alpha 5 \text{ Index}$ と名付ける。
- ② $\alpha \text{ Index}$ と比べてみよ
- ③ 世界子供白書（1980～1986）
 - (イ) 子供のための世界サミット（1990）
 - (ロ) 児童の権利に関する条例
 - (ハ) 90年代の目標
 - (ニ) 基本統計（表1,2,3,4,6,7,8）

B. 日本と国際関係のもの

- ① 子供の権利条約批准発効（1994.5.22）
- ② 人権宣言（ ）
- ③ 男女同権（A1994）
- ④ P. P. Eの問題（A1994）
- ⑤ 世界人口白書（1992）
- ⑥ 地球サミット（1992.6）
子供と「アジェンダ21」
- ⑦ ユニセフ（国際連合児童基金）とは？（1990 白書P.72）

C. 社会医学衛生学との関連のもの

- ① 予防接種（最初）
- ② P. P. Eの問題（最近と将来）
- ③ 世界子供白書（1986年版と1994年版を比較）
- ④ 乳児・幼児死亡の新指標（1987年 白書P.88）
- ⑤ 子供白書（表1～8）
- ⑥ 193?年と1994年との比較、
第一と第二次世界大戦の
世界と日本の変化の比較
- ⑦ 子供の死——統計についての注釈
（1993年 白書P.2）

保健医療における住民参加のあり方

木下安子
小松 真
秋田昌子
○石川左門

日野市地域ケア研究所
日野市医師会
東京地域ケア研究会
社団法人東京進行性筋萎縮症協会

◎ はじめに

保健医療における住民参加の問題を、単なる机上の抽象的な理解にとどめず、住民だれでもが共に安心して住める、まちづくりの営みの一環としての位置づけで考える場合には、必然的に次の諸点に関する、共通認識の有無が問われてくることになる。

1. まちづくりとしての保健医療の参加の場である地域をどうとらえるか。
2. 参加者たる住民とは具体的にだれを意味するのか。
3. 参加目的である地域保健医療のあるべき像とはいかなるものなのか。
4. 住民参加の仕方は実際にどのような方式や形態をとることになるのか。
5. 以上についての共通認識を形成し合い、まちづくりとしての保健医療体制づくりの参加者の出会いをどう促すか。

即ちこれらをクリアするための運動論、実践論が求められてくるということである。

◎ 目的

今日住民参加による保健医療の体制づくりが、多く論ぜられるほどには実効があらぬ理由は、住民参加のまちづくりに関する共通認識の未成熟さと、具体的な取り組みへの、実践論、方法論に欠けるところにあると考えられる。

そこで本論は、まず参加の場としての地域、参加の主体となる住民、まちづくり目標としての保健医療のあるべき像、住民参加の方式や形態などを明らかにし、そして参加の場で顔を合わせるべきメンバー相互の、出会いを促す動機づけを実践論として位置づけ、まちづくりの推進とその普遍化に資することにある。

◎ 方法

演者が属する患者団体は、短い命に生きる筋ジストロフィー症児（筋ジス症児）の延命効果を期待して、発足当初は筋ジス専門施設づくり運動を展開した。しかし、やがて筋ジス症児のQOLを在宅ケアに求めて、彼らが家族の一員としてより良き生の営みを可能にするための、地域ケアのあるべき条件を模索するに至った。

こうした運動の転換は、地域基幹病院の建設や、医師会や保健所を初めとする、保健医療の関係社会資源との出会いや協力関係の形成という、貴重な成果をもたらした。これらを背景にして編成された在宅ケアチームにより、演者はわが子の末期をわが家で過ごさせることを得

た。わが家をモデルケースとした地元ぐるみの難病在宅ケアの経験は、やがて在宅支援型中間施設の構想を生み、わが家はその試験研究施設として、地域社会資源の一つに位置づけられ今日に至っている。

以上の患者運動の歩みや地元まちづくり運動の成果は、前述の5点との絶えざる関わりの中で提起された、一つ一つの問題の克服という形でもたらされてきたものである。従って演者の運動のなかでの5点に関する問題意識を視点としながら、運動成果の評価という裏づけ作業を通して、5点の解明を図ることとする。

◎ 結果

・地域をどうとらえるかの問いについては、明快かつ即座に、運動の立場から市・区・町・村と断言し得る。筋ジス症児のQOLの場を家庭に求め、末期を地元の医師会、保健所その他の関係機関の連携を背景に編成された、在宅ケアチームによる日常的な援助活動の場としての地域とは、在宅療養生活者の居住地を意味する。

即ち住民がより良き生活環境の改善を図るために、代表者を選出し、議会を構成させる末端に位置する自治体は、まさに市区町村にはかならない。国から都道府県を通じて市区町村に下ろされる施策は、生活者たる住民の声を直接的にとらえた、市区町村からの問題指摘や提案を基にして構想されるのでなければ、日常生活に密着した納得のゆく援助は期しがたい。

例えば難病在宅対策の一環として実施された、東京都市・区部各地域の難病検診、療養相談、訪問診療等の諸事業の実績は、それまで研究、医療費負担軽減、医療施設整の3対策にとどまっていた国の難病施策に、4本目の柱として、難病在宅ケア対策が加えられる結果をもたらしたことなどは、地域から国へという運動成果の好事例である。

・住民については、専門職間では提供側を自身の立場とし、住民側を受手側の立場とする理解が一般的であると思われるが、これは患者イコール住民と同義語に考えるものであり、例えばボランティアのような住民でありつつ、援助の提供者である存在を説明しきれない。

また、提供側か受手側かの、どちらか一方の立場に終始することは現実的にはあり得ず、両者は常に同時的である。例えば患者本人もまた、提供されるサービスを評価し問題点を指摘して投げ返す意味では提供者であり、投げ返される専門職はこの場合受手者となる。

また専門職自身は住民の立場にないかといえ、これもまた一概にはいえない。東京各市・区部で実施されて

いる医師会主導の難病検診事業は、多くは医師会のボランティア活動として担われている。この場合、明らかに医師会は一ボランティアグループとして、住民団体としての立場に立つ。住民はそれぞれに専門特性をもつものであり、お互いにその特性を持ち寄り出し合い、まちづくりとしての事業に参加する場合には、参加者すべてが職種性を超えて住民の立場に立ち、相互に対等な関係が形成される。対等関係はチームケアの基本である。

・保健医療のあるべき像については、患者・家族にとっては明快なイメージがあり、演者には末期のわが子と家族介護者を支えてくれた、支援活動の場面がそのままあるべき像を物語っている。それは主治医、看護職、ボランティア等で構成された在宅ケアチームによる、24時間対応の援助体制であった。

チームケア活動が、メンバーの特定者の熱意や人間関係で維持されている場合には、その活動の継続性に不安を残す。だが特定者が欠けた場合にも人材を補充し、その継続性、安定性を保障する体制が、保健医療の関係機関の連携であり、それは難病検診の共同実施など、住民参加のまちづくりの営みのなかから培われてきた。

難病検診の共同実施は、地域内の連携と同時に専門病院の参加が伴うわけであるが、その背景には患者・家族たちによる基幹病院の建設運動があり、地域医療と病院医療の連携（いわゆる病診連携）が、難病の在宅ケアを可能にしたものと実感される。

従って患者家族が描く保健医療のあるべき像とは、在宅ケアチームの編成、関係機関の連携、病診連携が、その骨格をなしているように思われる。

・住民参加の具体的な形を考える場合には、住民を言葉上の抽象的な理解にとどめることは許されない。参加の場に全人口の住民を想定することはナンセンスであり、従って参加の場では一人一人の顔をもった住民としてとらえる必要がある。

また、参加の仕方には実施参加型と意志決定参加型の二つが考えられ、行政が考える住民参加は、主として前者を意味し、検診事業その他の行事や介護援助活動への、役割分担的な参加をさしている。しかしながら住民参加の意義はむしろ後者にあり、これは更に委員会型と市民集会型に分かれる。

演者は先年、地元の保健福祉計画策定の委員会委員の指名を受け意見を述べたが、これがいわば委員会型参加である。しかし行政が任命した住民代表が、果してどこまで一般住民の社会的承認を得られるかは疑問であり、また委員会の席で述べた意見は、あくまで提案にとどまり、決定権という程の強い意味は実感されなかった。

しかし行政の立場にすれば、現実問題として、だれでもが納得する住民代表の認定規準を持ち合わせぬ以上は、結果として、行政サイドの評価によらざるを得ない。だが一方では計画策定に深い関心を抱きながら、委員会参加の機会をもたぬ、多くの市民グループが存在することも事実である。

そこで演者としては、それらグループの代表と語り

、策定経過の報告を聞く、まちづくり市民集会を開催し、公開の形で行政担当職員や参加委員らの意見発表やまとめの報告を聴取した。そして今後は計画策定の事前説明・経過報告・結果発表等につき、市民集会を開催するという公約を得た。これが市民集会型参加と称するものである。

・まちづくりには、あるべき像に関する共通認識の形成がポイントとなるが、そのための実践論としては、まづ参加メンバーが如何にして出会えるかが問われてくる。その出会いを実現させる方法を、演者は動機づけと称しており、具体的には顔を合わせるべき大義名分、理由づけの事をいう。

東京の場合には難病検診を一緒にしましょうという企画の設定であった。そして検診の打ち合わせ、共同実施、事後総括、要追跡ケースのフォローの連絡関係等を通じて出会いが深められ、共通認識や問題意識が共有されてきた。

しかしながら企画の設定は動機づけのフォーマルな側面についてであり、動機づけには更にインフォーマルな側面がある。インフォーマルな側面とは、参加メンバーの人間関係を意味する。活動の質を高めるものはメンバー相互の仲間意識、連帯感や意欲の有無が左右するものであり、こうした人間関係は究極的には参加者一人一人の人間性、人格性、価値観、生き方などの上に培われるものである。従ってこうした人間関係の気づきや配慮がインフォーマルな動機づけの大きな要素となる。

◎ 評価

・本論の目的は住民参加による地域保健医療の推進と、そのまちづくりとしての普遍化にあるが、一応取り組みの姿勢はいくつかの地域に見聞するが、その成果には相当の地域差がある。その格差は参加者の認識の共有度と課題への取り組み意欲に起因しており、これを押し上げ推進するエネルギーは、一般住民の層の厚い与論形式により供給されるものと考えられる。

・住民参加の機会について、行事、催し、委員会、市民集会等を挙げたが、定期・不定期とは別に、常時かつ継続的な場を提供する受付・コーディネートの窓口の所在がまだ不明確であり、参加の場と機会を日常的に提供する、ネットワーク拠点とも称すべき窓口施設の設置が、在宅ケアを充実させる鍵となる。

・共に住めるまちづくりとは、いつでも（24時間）、もれなく、総合的な保健医療の対応を意味するが、現実には年令別、障害種別、疾病単位の縦割供給体制が、大きくこれを疎外している。この個別縦割体制を如何に横断化、統合化を図るかという大きな変革の課題が、今後のまちづくり運動にかけられている。

医療福祉問題研究会のとりくみ

城北病院 岩瀬俊郎

医療保健福祉分野における学際的研究を目指して石川県に「医療福祉問題研究会」ができて8年近くがたちました。

「申し合せ」では、研究会の目的を「健康医療福祉を地域社会のなかで学際的にとらえ、研究活動を行なうことを目的とする」とし、年に1回の総会の他、次の様な諸活動を行なってきました。

1. 総会

1987 江口英一「医療福祉と貧困」

1988 朝倉新太郎「地域における住民と自治体」

1989 浦辺史「福祉と人権—戦前戦後の体験から」

1990 木下安子「在宅患者を支える地域の保健医療福祉」

1991 シンポジウム「脳死臓器移植を考える」

1992 高橋典成「沢内村の保健医療福祉と村づくり」

1993 シンポジウム「患者の人権を考える」

シンポジウムはほとんどが石川県において現場で活動している方々であります。

2. 例会

年3-4回行なっていますが、地域性のあるテーマとしては次の様なものを挙げることができあます。

石川県民生課「石川県の福祉行政のあらまし」

MSW「痴呆性老人をめぐる医療と福祉の現状」

市保健婦「地域と保健—松任市における保健の現状から」

「障害者共同作業所の取り組み」

石川県民間救急サービス、在宅福祉サービス会社の方「民間活力の導入を考える」
法学部学生石川県における「生活保護行政の動向と問題点」

市役所「金沢市福祉サービス公社の事業について」

「珠洲市医療福祉実態調査の報告」

家庭奉仕員協議会「ヘルパーの制度と今後のありかた」

病院長「在宅医療を考える」

惚け老人を抱える会「『社会的支援が増えれば家庭の介護力も増える』ということについて」

「金沢市における地域福祉の計画化と実践—福祉プラン21金沢とその具現化を目指して」

労働組合「自治体キャラバンの報告」

特別養護老人ホーム見学

3. 調査

これまで珠洲市の定点調査を行なってきました。

若い労働力市場の不足から人口が流出する第1の過疎をへて、さらに健康、介護などの理由から老人も地域をはなれざるをえない第2の過疎ともいうべき現象が浮び上がりました。更に、不在でも実際は籍をおく現状についても調べました。

4. 研究会の性格

本研究会の特徴は何よりも石川県における、研究者と現場労働者が、ともに参加する、更に調査を行なって、具体的な分析も行なっている研究会であるということにあります。

西 三郎 愛知みずほ大学人間科学部

A. 報告のねらい

薬剤師は、社会的には医師、歯科医師と同じ位置づけがなされている。然るに、医薬分業がすすまなかった近年までは、薬剤師は、病院内での調剤には医療へのかかわりが殆どなく、間接的な段階に止まっていたといえよう。昭和63年4月診療報酬改定により、新たな制度として、承認病院での調剤技術基本料100点が算定され、薬剤師が病床で直接患者の薬剤管理指導を行うようになった。その後、平成4年の医療法改正により薬剤師が医療の担い手として明記された。これを契機に、薬局薬剤師は、医薬分業の推進とともに、広く医療に積極的にかかわる気運が高まり、専門性を生かして、在宅医療、在宅福祉に積極的に役割を果たす方向が認められてきている。これからの在宅医療、在宅福祉における薬剤師への期待とその将来展望を社会医学的な観点より報告する。

方法は、厚生省、日本薬剤師会及び地区薬剤師会における報告とそれにかかわる活動の分析検討によった。

B. 結果と考察

I. 医薬分業

昭和26年に「医師法、歯科医師法及び薬剤法の一部改正する法律」（昭和26・6法244、30・1施行）により医薬分業が規定され、医師の処方せん交付を第一義とし、例外の場合として「省令の定めるところにより」交付義務なしとし、薬剤の投与を認めた。その後、法律（29・12法211）により施行期日を31年4月とし、さらに、法律（30・8法145）により、医師の処方せん交付義務免除規定を法定の限定列举とした。しかしながら、実態として医薬分業は進展しなかった。その後、昭和48年日本医師会は、強制医薬分業に反対の姿勢は変わらないものの、医薬分業実施を機関決定し、49年には、処方せん料50点、調剤技術料20点に引き上げられ、医薬分業実施が醸成されることになった。50年度から厚生省では、「医薬分業推進指導者に対する講習会」の開催、国民に対する啓蒙が行われ、引き続き各種の施策がすすめられ、昭和58年厚生省薬務局長の私的諮問機関として「医薬分業推進懇談会」が設置された。医療法改正後の平成5年4月「薬局業務運営ガイドライン」厚生省薬務局長通知がなされた。日本薬剤師会は、基準薬局制度、薬品備蓄センター及び医薬品試験センターの整備等々の事業を通じて面分業への発展を支援している。医薬分業の状況をまとめた日本薬剤師会報告によれば、平成5年10月の処方せん受取状況推計によると、処方せん受取率（分業率）は16・1%、平成

4年度の年間受取率の14・1%より2%増加した。しかし、都道府県別にみると40%近くから1%程度とかなり格差がある。日薬は、2年後の応需目標を30%としている。なお、医薬分業推進に重要な、医薬分業に関する評価が必ずしも医師に十分に普及しているとはいえず、また、多少準備不足ともいえる薬剤師が存在していることも事実である。

医薬分業には、適正で効率的な医療の提供体制の促進を通じて、医療費削減の意味を含んではいるが、医療にとっては基本的に重要な事項であり、より積極的な推進が必要である。このためには、医薬分業の推進のみならず、在宅医療さらにより広範な地域的な医療、福祉の増進の一環として位置づけることが必要である。

II. 在宅ケアにおける介護用品の提供

日本薬剤師会は、在宅ケアに関する研究として①平成3年度厚生省老人保健事業推進費等補助金「基準薬局を活用した在宅介護用品供給体制整備事業」（座長西三郎）を実施した。この研究は、薬局薬剤師が介護用品に関する理解を深めることにより、薬局が介護用品の供給を行う体制を整備し、在宅療養者、介護者に対し介護用品の紹介、使用方法などに関する情報提供、介護用品の供給を推進することとし、「在宅介護用品マニュアル」の作成及び全国の薬剤師を対象に研修を行った。このマニュアルの主な内容は、日本薬剤師会編集『在宅介護と関連用品』薬事日報社1992に収録され、本年改訂の予定である。さらに、②平成4年度に厚生省補助金「基準薬局を対象とした在宅介護用品相談応需体制整備事業」を実施し、全国5つのモデル地区を設定して同事業を地域で推進するための研究を行った。地区医師会、地区歯科医師会、保健所、衛生・福祉行政関係者、社会福祉事業関係者と連携を図り、薬剤師への期待と役割を実証した。すなわち、薬局に対して医療用具と同様に介護用品の情報提供、供給、さらに感染防止の基礎知識に関する指導及び実践への期待が大きいことを認めた。

薬局は、従来から、体温計等の衛生器具、衛生材料、さらに介護にかかわる用具を取り扱い、日頃市民から、健康さらには介護にかかわった活動を行ってきた。このように、在宅介護分野において新しく薬剤師が活躍する事業をすすめるには、その素地が既に存在していたといえよう。この事業では、地域での活動に薬剤師を位置づけ、さらに、実際に活動できるよう支援する事業を行ったことの意義は大きいといえよう。今後は、普及するための方策の検討が残されている。

Ⅲ. 在宅医療における薬局薬剤師の新たな役割

平成6年5月「在宅医療薬剤師供給推進検討委員会」(座長西 三郎)は、「薬剤師の在宅医療への参加のために」という報告書をまとめた。これは、在宅医療に薬剤師の参画を促進させるガイドラインとしてまとめられたもので、薬局は、本年度にモデル事業を実施する方針である。総論で薬剤師が在宅医療へ参加する意義を述べ、各論で具体的指針が示されている。指針では薬剤師が貢献可能な業務として「患者への処方せん調剤のほか、在宅医療で用いられる医療器材、介護用品の供給と相談応需、患者宅における薬剤の保管・管理」を挙げると共に、他の医療関係職種との連携、かかりつけ薬局育成の重要性を指摘している。以下、その主な事項を述べる。

薬局薬剤師は、「かかりつけ薬局」として、主治医と連携して医療チームの一員として在宅療養において、薬学の専門職として機能することが期待されている。すなわち、薬局において調剤及び服薬指導管理から、在宅医療機器・用具・材料等の供給、患者宅における薬剤の保管・管理とその指導、薬剤等の患者宅への配送、療養環境を衛生的に保持するための指導・助言、在宅介護用品・在宅福祉機器等の供給、保健医療福祉関係者への医薬品情報との提供、不要薬剤等の廃棄物処理等とその役割を拡大するとともに、在宅高度医療に必要な薬剤の提供を含む参加等が薬剤師として在宅医療に貢献する業務とされている。なお、厚生省として、平成6年10月より社会保険診療報酬に「訪問薬剤管理指導の評価」が新しい項目として加わることが予定されている。以下に、在宅医療の中で、薬局薬剤師が分担すべき業務を整理した。

1. 処方せん調剤に直接かかわる業務

- ① 調剤及び訪問服薬指導
- ② 服薬確認と薬歴管理
- ③ 処方せん発行医療機関への報告
- ④ 患者宅における薬剤の保管・管理指導
- ⑤ 薬剤等の廃棄物処理
- ⑥ 患者宅の住環境等を衛生的に保つための指導・助言
- ⑦ 薬剤等の患者宅への配送
- ⑧ 特殊製剤等の調剤・配送、指導
- ⑨ 高度在宅医療機器等の使用指導

2. 在宅医療チームの一員として処方せん調剤対象者以外の者を含む業務

- ① 医師等の出勤要請に応じて専門的な指導・助言
- ② 訪問指導等を通じ、薬剤師が把握した患者の病状等の情報を医師、看護婦等への伝達
- ③ 医師会、歯科医師会、保健婦会、看護協会等の組織と協力し、在宅医療にかかわる薬剤使用、介護用品、在宅医療に関する情報提供

3. 医薬品等の供給業務にかかわる薬局の特性を生かした業務

- ① 在宅医療に必要な薬剤、介護用品、医療器材の供給
- ② 在宅医療・保健・福祉の公的補助・支援制度に関する情報提供

このように、薬局薬剤師が、医療の担い手として期待

されている業務は、既に、一部の地域で、病院等を中心とした在宅医療において、開発及び実験的な実践が行われている。また、先進的な地域では、専門病院及び中小病院と地域主治医、保健婦・訪問看護婦、ホームヘルパーその他の地域の各種の資源において、医師は医師間で、看護に関しては看護婦・保健婦間で、院内の医療ソーシャルワーカーと地域のソーシャルワーカーとで等とそれぞれ連携を図り、積極的に在宅医療・福祉の活動を実施している。しかしながら、このような地域においても、病院薬剤師と薬局薬剤師とが連携している例は少なく、「かかりつけ薬局」としての機能を果たしているとはいえない。なお、医師、その他の関係者の意見からは、薬剤師への期待が大ききことが明らかにされている。

今後は、「かかりつけ医」と同様に医薬品、医療機器、用具等に関する「かかりつけ薬局」を持つことが推奨される。「かかりつけ薬局」が定まっていれば、在宅医療のみならず、病院における医薬品等に関して適正な情報が伝達され、管理されることが可能になるといえよう。従来、在宅患者の療養指導に当たり、医師、保健婦、看護婦等は、服薬指導、薬剤の管理に関しても指導・助言を行ってはいたが、必ずしも十分な管理が出来ていない状況が見られていた。また、在宅医療機器、用具の確保が必要であり、特に感染防止の重要性が高い患者に対し、滅菌器具器材の確保が不可欠である。これらのことは、在宅医療を担当する医療機関の責任になってはいるが、そのための診療報酬が必要な額を満たしていないこともかかわって、医療機関及び患者自身に過大な負担がかかっているばかりか、安定的な供給確保のためにボランティアの協力が要請されたりしている。この分野に薬局が加わることにより、滅菌器具、器材の安定提供することが可能になる。さらに、病院内でのMRSA感染が話題になっているように、在宅医療においても、MRSAに感染している患者もみられ、在宅での療養環境を衛生的に保持することが重要な要素になってきている。一部では、在宅療養環境における菌検査が実施されてはいるが、恒常的な体制は整備される迄には至っていない。学校薬剤師として、学校環境の整備に関し多くの成果をあげている薬局薬剤師に、在宅医療における療養環境の衛生的な保持に指導的な役割を期待することができよう。なお、使用済み薬剤、ディスプレイな器具器材等の廃棄物の処理が新たな課題となることは明らかではあるが、今後の検討課題として、今回の考察には含めなかった。

C. 今後の課題とまとめ

在宅療養者の生活を支える専門職として薬剤師の役割は、今後ますます重要性が高まってこよう。薬剤師は、専門職として積極的に地域の活動にかかわることが期待される。また、薬剤師は、高度医療等に対応できる機能、在宅環境整備にかかわる機能等の機能分化に対応した専門の研究開発が必要といえよう。なお、薬剤師が実際に責務を果たすことができる制度の確立が必要である。

愛知県瀬戸地域での結核と保健活動

○近藤高明、山田信也

(名古屋大学医学部公衆衛生学)

【はじめに】

地域保健法（案）第三条では、都道府県や国の努力義務の一つとして「調査及び研究等」をあげている。また第七条では保健所が実施できる事業として、「地域保健に関する調査及び研究」を述べている。現実にはすでにこれまでも多くの保健所では、地域の健康問題の所在や解決方法を探るため調査研究を実施してきており、地域保健法の条文により、その機能が明文化されることとなったにすぎない。

我々の研究室では、保健所における調査研究事業の協力機関として、過去10年ほどにわたって愛知県瀬戸保健所と共同で、瀬戸市の珪肺結核の問題に取り組んできた。瀬戸市住民にとって珪肺や珪肺結核は、労働と生活の場が一体となった地場産業に従事するゆえに避けることのできない健康障害のひとつであり、「生活者の立場」を重視する保健所としてこれまで様々な調査活動を行ってきたので、その経過と結果について報告する。

【対象と方法】

愛知県瀬戸市は、すでに平安時代から窯業が地場産業として根付いており、焼き物の代名詞として「せともの」ということばが使われるほど、陶磁器産業が盛んな地である。1993年人口は約12万9千人、窯業関係の事業所数は約1,000、従業員数は約23,000人で、うち粉塵作業従事者数は約7,000人と概算されている。従って、事業所の多くは零細規模であるといえる。1993年の瀬戸保健所「結核の動向」によれば、結核死亡率は人口10人あたり3.1で、全国値や県の値よりやや高い。しかし、結核有病率は100.9、罹患率は58.2といまだに全国値の2倍近くある。

保健所法施行（1948年）直後から、瀬戸保健所では結核調査が行われてきたが、1972年より珪肺結核に関する疫学調査が当研究室との協力関係で取り組まれるようになった。この当時に行った調査は、①死亡票を用いた珪肺、珪肺結核、結核の死亡率の変化、②珪肺結核患者（268名）と珪肺合併のない60歳以上の結核患者で窯業従事歴のある者（27名）の訪問調査、③結核を合併していない珪肺患者（91名）の訪問調査である。訪問調査は保健所保健婦によって実施され、面接では職場での粉塵曝露の程度ができるだけ明らかとなるようにした。

1989年からはまず前回と同様に死亡票を用いて、全結核と、珪肺結核を除いた純結核についての死亡率調査を行った。1990年には、81名の珪肺結核患者について、珪肺病型と結核病型との関連、珪肺病型と結核の治療効果との関連などを調査した。また、1991年には珪肺を合併していない結核患者114名を対照群として、ケースコントロールスタディーを実施した。また、過去5年間に登録を除外された症例について、除外理由を検討した。1992年には、窯業歴がありながら珪肺を罹患していない結核患者59名と、珪肺結核患者64名の訪問調査を実施した。さ

らに1993年からは、新規登録患者に対して初回訪問時に職歴や生活歴を一定の書式に従って調査するようにしている。

【結果】

1967年から1971年までの5年間に確認された珪肺死亡者数は26名、結核死亡者数は144名であった。さらに全結核のうち、珪肺既往歴のある者および職歴と病型分類記録からから珪肺合併が疑い得る者を除いた症例を純結核としたところ、77名が純結核による死亡と算出された。図1には、5年間の結核死亡率の変化を示す。

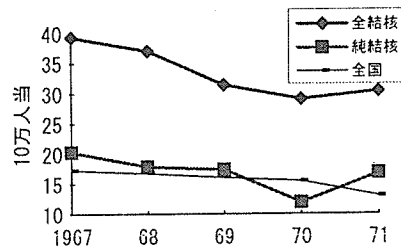


図1 瀬戸市での5年間の結核死亡率の推移 (1967~71)

この調査で明らかにされたことは、瀬戸市では珪肺結核を除いた純結核の死亡率でも、なお全国値より高い値であった。

また粉塵曝露の程度を知るためには、職場の発塵程度を推定する必要がある。そのため訪問調査時の面接聴取の内容から、職種毎の発塵程度を表1のごとく3段階に分類した。ここで発塵が「非常に多い」職場では、話し相手の顔がはっきり見えない程度、「多い」職場では、相手の顔は分かるが鼻に粉塵が積もってくるのが分かる程度で、それ以下の発塵程度を「普通」とした。

表1 発塵程度によって分類された職種

発塵の程度	職種内訳
非常に多い	窯入れ、窯出し、窯たぎ、調合、砂洗い、火造り工、窯おこし、研磨工、焼成工、ガラス原料粉碎、窯業原料粉碎、採掘工
多い	製土工、仕上げ、いこみ、成形工、プレス工、塗物、えんごる詰め、トロミル、茶碗手作り、石工、ボイラー
普通	部品倉庫、雑役、箱詰め、口口工、絵付け、動力工、流し込み、検査工、材料運搬、荷造り、組立工、電気器具、わら引き

この結果、発塵程度の高い職場では従事期間が短く、また患者年齢が若い層からすでに珪肺結核患者が発生していることが明らかとなった。特に年齢が59歳以下でか

つ従業員数が14年以下の珪肺結核患者は、大部分が発塵の「非常に多い」または「多い」職場に就いていた。また窯業に従事しながら、珪肺を合併していない結核患者の多くは発塵程度が軽い職場であったが、「非常に多い」に該当する症例でも、従業員期間が短い、湿式工程、防塵マスク使用などのリスクを減らす要因が示唆された。

また珪肺を有していながら結核に罹患のない患者群では、高度の粉塵暴露が少なく、高度の発塵職場でも就業期間が短い、一日当たりの労働時間が短いという結果が得られた。

図2は、1984年からの全結核と純結核の死亡率の変化をみたものである。

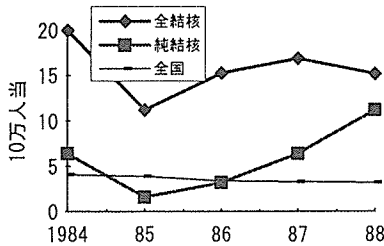


図2 瀬戸市での5年間の結核死亡率の推移 (1984~88)

死亡者数が少ないため、年ごとの変動が大きいですが、結核死亡率は依然として全国値の4~5倍程度の開きがある。ただし純結核のみに限定すると、死亡率はほぼ全国値なみといえる。

次に、登録時の結核病型と珪肺病型との間には関連はみられなかった。しかし、珪砂扱いや成型、仕上げなど、粉塵暴露が高度な職場ではPR4の進行した珪肺病型が多かった。また、初診時と調査時の結核病型の変化から、治療効果を見たばあい、改善がみられなかった例がPR2で約4割、PR4で約5割にみられ、合併珪肺のため結核に対する化学療法の効果が低いことを示唆している。

次の表には、珪肺結核患者群と、窯業歴がありながら珪肺を合併しない結核患者群との職種比較を行った結果を示す。職種は「その他・不明」を除いて、表の上位に位置するほど発塵程度が高いと推定されるように並べた。

表2 珪肺結核群と珪肺を合併しない結核群の職種内訳

職種区分	珪肺結核群	窯業従事歴あり 珪肺なし結核群
珪砂など	14	1
成型	13	11
仕上げ	9	7
窯	6	13
雑役	14	22
絵付け	6	15
流し込み	6	6
その他・不明	13	39
合計	81	114

この結果、珪肺結核患者群では珪砂や成型など粉塵暴露の程度が高いと推定される職種従事者が、対照と比較

して明らかに多いといえる。また図3より、珪肺結核患者は明らかに登録時の菌陽性率が高く、珪肺結核が化学療法に対する抵抗性が高いこととの関連が示唆された。

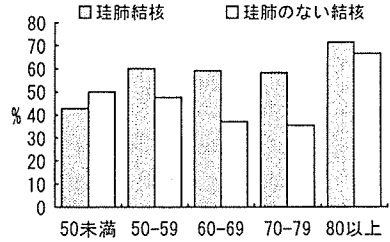


図3 年齢階級別菌陽性率 (登録時)

また、1987年から1991年に瀬戸保健所で登録を除外された結核患者は613名あったが、その理由を結核死亡、結核外死亡、治癒、その他(転出など)に従って区分した結果が表3である。

表3 登録除外理由 (1987~91)

除外理由	純結核	窯業歴結核	珪肺結核
結核死亡	14(4.3%)	11(7.1%)	33(23.7%)
結核外死亡	50(15.4%)	42(28.0%)	21(15.1%)
治癒	231(71.3%)	86(57.3%)	71(51.1%)
その他	29(9.0%)	11(7.3%)	14(10.1%)

純結核では、結核死亡が少なく7割以上が治癒によるものであるのに対し、珪肺結核では結核死亡が多くを占めている。このことから珪肺結核が治癒しにくいという事実が示されている。また、最近実施した訪問調査では、依然として、過去に発塵程度が高い職場に従事していた者に珪肺結核のリスクが高いことが示された。

1993年の新規登録患者は約70名で、うち珪肺結核は9名と少なかった。しかし職歴調査からは高濃度の粉塵曝露をうけたと推定される症例が多かった。また、若年の純結核患者では不規則な生活をおくっている者が比較的多い傾向にあった。

【まとめ】

全国的な結核罹患率や死亡率の低下と歩調を合わせて、瀬戸市でも結核罹患状況は改善されてきている。この間に瀬戸市では、「塵肺予防会議」設置、全市的な結核健診即珪肺健診体制の確立、呼吸器教室開催など対策が講じられてきた。しかし過去に高濃度の粉塵曝露をうけた場合や、長期間曝露をうけた場合には、珪肺結核罹患のリスクが高く、また治療に対し抵抗性があることがこれまでの調査で明らかにされきた。これらの要因が、全国に比べていまだに瀬戸市での結核死亡率格差が減少しない現象を説明していると考えられる。

神奈川県建設労連・建設国保の 職業病、掘り起こしについて

神奈川県建設連合国民健康保健組合
調査担当 菊 地 幸 子

神奈川県建設国保での職業病掘り起こしの取り組みについての報告を致します。

職業病掘り起こしの目的は、① 建設国保の10割をまもる、② 件数で、年次傾向をつかむ、③ 予防対策
④ 国保給付に含まれている事例を労災（金額）適用にさせる、⑤ 健康診断のやり方の見直し、⑥ 組合保健活動の推進、付加給付の内容改善の検討資料、⑦ 国・自治体保健福祉制度の改善要求の資料とする事です。

石綿による建設作業従事者の健康破壊は、大きな社会問題となっています。20年・30年前に知らずに扱った、あるいは吸い込んでしまった人が現在発病したり、死亡したりしているからです。また、一方では、輸入木材やコンクリート粉塵による喘息も増えてきています。

建設労働者、建設作業従事者はかつてろくな安全対策もないまま、高度経済成長期に日本の経済成長をもっとも底辺で支える役割を果たしてきました。建設労働者が40代・50代を迎え、家族も大きくなり仕事も順調で今までの苦勞が報われようというその時に病気になる、あるいは死亡するというその無念さは言葉にならない程の事ではないでしょうか。突然の不幸な出来事によってその日から全く保障がなくなり、暮らして困窮してゆくのが建設労働者の現在の実情なのです。

建設業は今だに前近代的な労働習慣が強く残っている世界です。親方といってもいわゆる「手間請け」で自らも先頭にたって働く事実上の賃金労働者に他なりませんしかも、労災保険や健康保険などは全部自己負担です。一般労働者と違う労働条件の中で納期に追われ、また、仕事を確保するため無理を重ね、自分の健康よりも仕事を優先せざるを得ず、健康を害しているのが現実です。

神奈川県建設労連・建設国保ではこうした組合員の実体を把握するため、健康と生活を守るため、疾病を予防するために労働科学研究所の海老原先生の指導のもと調

査委員会を設けました。調査活動の方法・流れは

- (1) 毎月18日に国保連合会よりレセプトがきます (2) そのレセプトから ●気管支喘息・気管支拡張症・肺癌 珪肺・肺炎腫・塵肺・肺繊維症・胸膜炎・中皮腫等の呼吸器疾患 ●脳出血・脳梗塞・くも膜下出血・狭心症・心不全・心筋梗塞などの過労疾患 ●腰痛を抽出します (3) 該当組合員にアンケートを発送します。(4) 回収さ

れたアンケートをトクターが検討分析し、A・B・Cの3つのランクに分けます。

- A・本人の病歴・職歴・生活環境聞き取りをする
組合や医療機関訪問・芝病院に受診させる
B・本人聞き取り・継続経過観察（レセプト）
C・現在は職業病と認められない。

現在、スタッフはドクター2名、保健婦1名、理事1名、事務局1名の4名です。

まとめ

調査活動を開始して2年半過ぎました。海老原先生や藤井先生の指導でこの間、労災保険認定者5名、現在申請中4名です。

石綿による肺癌や粉塵による喘息はこれからも増えてゆく事が予想されます。建設労働者組合員の健康を守り、国保の10割を守り続けるために地道に活動を進めてゆこうと思います。 以 上

○亀岡 照子 (大阪市 西成保健所)
南 和子 (大阪市 平野保健所)

はじめに

1991年の本研究会で1986年の釜ヶ崎地区の死亡の実態を報告したが、その後の状況と活動の経過を報告する。

地域の実態

日雇労働者は急速に高齢化し、長引く不況のもとで 仕事に就けないため、野宿者が急増し、炊き出しに並ぶ長蛇の列 ができている。(図1・図2)

「豊か」といわれる日本で健康をむしろ失われ、生命を失う人は後を絶たず、 行旅病人が著しく増加している。(図3)日本最大の日雇労働市場である釜ヶ崎の労働者は日本の経済を根柢から支えてきたのに「使い捨て」にされ、特に高齢者や病弱者の生活はきわめて憂慮すべき状況になっている。このような状況のもとで憲法に保障されている生存権・健康権を保障するには社会福祉が決定的に重要になるが、きわめて不十分である。大阪府は 簡易宿所を住居と認めていず、居宅保護が実施されていない。また、結核、B型・C型肝炎など公衆衛生上重要な疾患も異常に多く、課題が山積している。(図4)

活動の経過

- 1・日雇労働者・高齢者を対象に談話室を設置し、高齢者に実費のみの低価格で食事を提供しているキリスト教の「ふるさとの家」において年3回程度の健康学習を開始。(92年10月より。93年は3回。延270名参加。血圧測定 178名。)
- 2・啓蒙活動として、西成労働福祉センターの機関紙「センターだより」に結核、食生活についての記事の協力。西成警察防犯コーナー発行の「コーナーだより」へのエイズ 検査の記事の提供。(今後、定期的に記事の協力を依頼される)など。
- 3・簡易宿泊組合、民生委員、地域振興会、婦人会、消防署、学校、西成福祉事務所、市立更生相談所、児童相談所、救護施設、病院、ボランティア団体、日雇の人たちの労働組合など多くの個人・団体との結びつきが深まり、連携を強化している。
- 4・全労連に結集している労働組合を中心に、研究者や学生も参加の「労働・福祉問題研究会」を発足させ、地区の状況と問題点をだしあい共通の認識にする中で、人間観・仕事観を高めてきている。94年3月 地域の人たちを交えてシンポジウムを開催。

調査の方法

1992年の釜ヶ崎の人と思われる死亡小票のうち男の死亡について集計した。西成警察署発表の推計人口38000人を参考に男30000人を基礎人口とした。

結果 表1 死因順位、死亡数、率、国との比較、割合

順位	死因	86数	86率(人口10万対)	92数	92率(人口10万対)	92国の率(人口10万対)	国との比較(倍)	死因別割合(%)
	総数	461	1537	687	2290	768	3.0	100.0
1	悪性新生物	90	300	117	390	231	1.7	17.0
2	心疾患	86	287	101	337	143	2.4	14.7
3	慢性肝炎肝硬変	54	180	65	217	19	11.4	9.4
4	脳血管損傷	37	123	66	220	92	2.4	9.6
5	肺炎・気管支炎	31	103	53	177	76	2.3	7.7
6	その他の外因	28	93	30	100			4.4
7	自殺	26	87	38	127	22	5.8	5.5
8	結核	21	70	45	150			6.6
9	不詳(検索中)	21	70	37	123			5.4
10	不慮の事故	15	50	45	150	39	3.8	6.6
11	その他	52	174	90	300	146	2.1	13.1

図1 日雇労働者の年齢構成

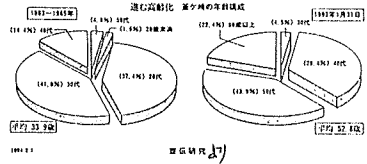


図2 日雇 現金 就労あっせん状況

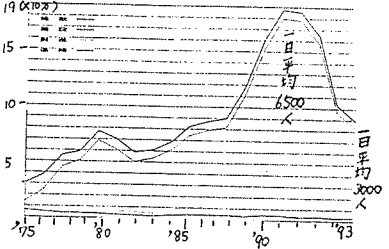


図3 行旅病人・行旅死人発生状況

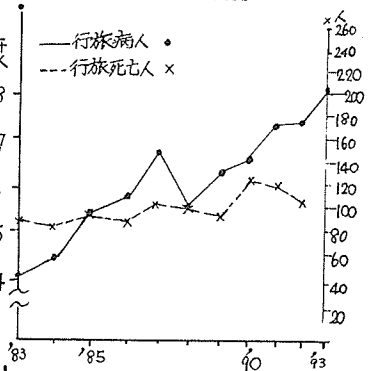


図4 結核り患率の年次推移

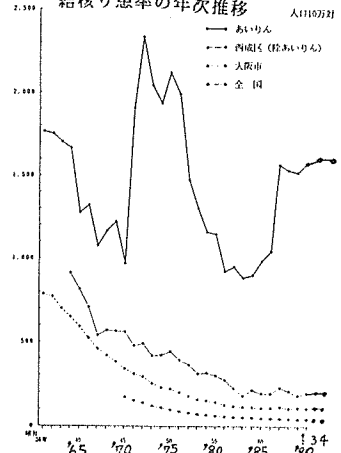


表2

1992年_検屍数_率(%)_剖検数_率(%)

順位	死因	検屍数	検屍率(%)	剖検数	剖検率(%)
	総数	269	39.2	138	20.1
1	悪性新生物	1	0.1	1	0.1
2	心疾患	37	36.6	17	16.8
3	慢性肝炎・肝硬変	18	27.7	7	10.8
4	脳血管損傷	20	9.1	11	16.7
5	肺炎・気管支炎	12	22.6	12	22.6
6	その他の外因	30	100.0	25	83.3
7	自殺	38	100.0	0	0.0
8	結核	15	33.3	10	22.2
9	不詳(検索中)	37	100.0	37	100.0
10	不慮の事故	45	100.0	10	22.2
11	その他	16	17.8	8	8.9

野宿の労働者増加
野宿者3年で3倍
東京100人 大阪400人超す
193.8.2 日経(9)
193.10.18 日経
193.12.6 朝日
あいらん周辺10人

行旅死亡人のうち身元不明の人の一覧表 1992.12月

表3

NO	氏名	年齢	死因	死亡日時	発見日時	発見場所
1	不詳	70位	偶発性低体温症	12.4AM0.00	12.4.AM4.55	あいらん総合センター南側 路上
2	自称	38	不詳(検索中)	12.6AM7.00	12.6.AM8.51	萩ノ茶屋 2-5-23 路上
3	自称	59	肝硬変(推定)	12.6AM2.00	12.6.AM9.10	萩ノ茶屋 3-8-5 路上
4	不詳	45-55	肝硬変	12.8AM5.00	12.8.AM9.10	社会医療センター軒下 路上
5	不詳	60-70	窒息	12.12AM2.30	12.12AM3.25	萩ノ茶屋2-5-8 出合いの家
6	不詳	40-50	溺死	12.26PM10.20	12.26PM10.24	山王 1-7-6 銭湯浴場内
7	不詳	55-65	胸部内蔵挫滅	12.30.AM6.46	12.30.AM6.55	松3-5 南海電車軌道敷内
8	不詳	35-45	溺死	12.30.PM5.30	12.30.PM5.44	萩ノ茶屋1-6-3 銭湯浴場内

表4

1986年、1992年死亡年齢別、割合

年齢区分	89死亡数	89率(%)	92死亡数	92率(%)
総数	461	100.0	687	100.0
0-9	0	0.0	0	0.0
10-19	1	0.2	0	0.0
20-29	1	0.2	2	0.3
30-39	21	4.6	14	2.0
40-49	86	18.7	117	17.0
50-59	132	28.7	230	33.5
60-69	81	17.6	207	30.1
70-79	73	15.8	70	10.2
80以上	31	6.7	26	3.8
不詳	35	7.6	21	3.1

考察

1. 前回の調査に比べ、死亡数は1.5倍と急増。国に比べ死亡率は3.0倍で慢性肝炎・肝硬変、自殺、不慮の事故など、老衰を除くほとんどの疾患が国より多い。
2. 50代の死亡が一番多く、平均58歳ときわめて短命である。(1986年58.4歳 1992年57.7歳)
3. 行旅病人・行旅死亡人が増加しており、路上で亡くなる人が多い。社会保障の拡充が不可欠である。
4. 感染症など予防できる疾病で死亡する人が多く、公衆衛生活動の充実が必要である。
5. 労働・保健・医療・福祉・教育など関係機関の連携が大切である。
6. 労働者との信頼関係をつくり、労働者の主体的な「生命をまもる」とりくみを支援しなければならない。

まとめ

釜ヶ崎地域における死亡の実態は悪化の一途をたどり、一刻の猶予もできない状況である。この現状を看過するわけにはいかない。日雇労働者が人間らしく生きられるように！労働者から学び、ともに考え、自治体労働者として、保健婦として生きがいのある仕事をしたい。各々、把握している実態をだしあい、労働者やボランティアの人たちと共同の取り組みを行う必要がある。地域における健康学習、労働者の立場にたった健康診断の充実、疾病の早期発見と的確な治療、病気やけがの時に安心して療養できるよう援助をおこないたい。

表5 死亡者の住所別・年齢別

	0-39	40-49	50-59	60-	不詳	計
総数	16	117	230	303	21	687
萩ノ茶屋						
太子	5	34	89	123		251
山王ほか	1	7	18	46		72
自強館		2	9	17		28
日雇組合	4	26	33	30		93
他府県	3	6	21	20		50
不詳	3	42	60	67	21	193

小企業検診における缶入り飲料摂取の実態

飯塚 恭子 O 稲垣 孝子 山本 民子
柴田 直子 小林 秀子 (江東区城東保健所)

1. はじめに

江東区では、従業員数50人以下の企業を対象に、レントゲン車による巡回検診を実施している。検診項目は、胸部レントゲン、血圧測定、尿検査で、生活実態把握のための問診を多くし、より労働や生活に即した保健指導が行えるように努めている。問診は(1)睡眠(2)食事①時間②回数③取り方④昼食⑤間食⑥酒(3)排便(4)タバコ(5)余暇の利用の5項目で行っている。検診の中で、間食として缶入りコーヒーやジュースなどによる糖分のとりすぎが、肥満につながり、ひいては糖尿病や高血圧などの成人病の原因になることは充分予想されていることである。

そこで今回は、平成5年度に小企業検診を受けた事業所の中から、特にコーヒーやジュースの摂取量が多かった事業所を選び、どのような環境の中で、どのように摂取されているか、実態を把握するために、再度聞き取り調査を行ったので報告したい。

2. 方法

平成5年11月から12月に実施した小企業検診を受けた65事業所の中から、缶入りコーヒーやジュースの摂取量が平均3本以上となる人が多かった事業所5社に対し、再度訪問して、作業場の実態把握と、代表者に作業内容・昼食の取り方・休憩時間の過ごし方などを聴取した。

尚、うち2社は現場の作業のため、実際の現場には行かず、聞き取り調査を行った。

3. 結果

(1) 対象事業所の概要

業種としては製造業と建設業で、作業内容は、工場中の作業が主の金属加工業がA・B・Cの3社、現場での作業が主なのは工務店のD社、空調設備のE社である。

いずれも10人前後の小規模事業所であり、年齢構成をみると比較的中高年の割合が高かった。

(2) 作業場の状況

A・B・Cの3社は工場内の作業であるが、A社は屋内、B社とC社は屋根はあるものの天井が高く、トラックの出入りのため三方が壁に囲まれている構造で、ほぼ外と同じであった。工場は足の踏み場がないほど乱雑で、座ってくつろげる場所はない状況であった。

冷暖房については、A社は、ストーブの上の金のたらいに水を張っており、乾燥予防に努めていた。B社は、夏はクーラーと扇風機、冬はストーブを使用していた。C社は寒ければたき火で暖をとることもある。

(3) 休憩時間の過ごし方

<昼休み>AとCの2社は配達弁当、他の3社は各自に任せていた。A・B・Cの場合、いずれも休憩室は2階にあり、事務室の2階や自宅の一室で過ごしていた。特にA社は配達弁当に加え、事業所で手作りの味噌汁・漬物・お茶を準備していた。

<休憩>B・C・Eのように社内で一斉に休む時間帯がある所と、A・Dのように各自が随時休憩をとっている所に二分される。休憩時間は短時間なので休憩室ではなく、作業場の中で過ごすことが多い。E社は現場で休憩室を用意してもらえる場合が多いが、中には車の中で休みを取る者もいる。

(4) 缶入りコーヒーやジュースの摂取量

摂取の実態は、1日1本にとどまらず、数本飲む人の割合が高い。年齢を同時にみていくと、20~30代の青年層が多く摂取しており、40代以降の年代の多いD社では缶入りのお茶類が多かった。

(5) 検診結果

この結果から見ると、摂取量の多さが尿検査の異常所見や高血圧に結びついているとは言えず、むしろ年齢の影響で、中高年以上の人たちに異常所見が多かった。缶入りコーヒーやジュースを多く飲んでいる若者たちは、今のところ異常所見はほとんど出ていない。

(6) その他

E社では、缶入りコーヒーやジュースに含まれる砂糖の害は、保健指導により知っていたにもかかわらず、他の業者とのかねあいや、若者への配慮から、ジュース代200~300円を支給していた。

4. 考察

65か所の中から5事業所を調査した結果、以下の考察が得られた。

- ①作業場の中は乱雑で、給湯設備を置くスペースがない
- ②労働者の作業着や手も油にまみれているため、使い捨ての容器が利用されやすい。
- ③休憩時間が短いために、2階の休憩室まで行くより、自動販売機の方がすぐに利用できる。
- ④作業場では、冷暖房設備があっても充分とはいえず、夏は汗をかいた後の水分補給のため、冬は冷えた体を暖めるために、缶入りコーヒーやジュースの多量摂取につながると考えた。

東京都消費者センターの調べによると、缶入りコーヒーやジュース1缶あたりに含まれる糖分は20~35gであり、甘味を感じにくい炭酸飲料では40gに達する

ものもある。

生産量は、昭和40年とくらべると炭酸飲料や果実飲料は6倍、コーヒー飲料は昭和50年から登場しているが、当時から平成4年までに1.2倍にも伸びている。

ここ数年の年間1人あたりの消費量を、お茶類等も含めた清涼飲料全体でみると、1日250mlを越えてきており、赤ちゃんからお年寄りまで全国民が毎日1本ずつ飲んでいる計算になる。これほど清涼飲料が普及してくると、糖分の過剰摂取による肥満の増加が懸念される。

今回の小企業検診の結果は、摂取量が多いからといって健康障害には至っておらず、これは比較的従業員の年齢層が若かったためと思われる。しかし、このような生活習慣を今後も続けていけば、将来成人病になる可能性はかなり高いと考えられる。

5. おわりに

今回の調査から、労働者の労働実態や生活実態を知ることができ、それらが缶入りコーヒーやジュースの多量摂取と深く結びついていることが明らかになった。

また、手軽さや微量栄養素等の宣伝がうたわれ、健康的なイメージが先行している清涼飲料の普及状況を知ること、改めてその恐ろしさを訴えていくことの必要性を認識できた。

検診では、砂糖の害についてパンフレットを通して保健指導してきたが、このような実態を具体的に伝え、労働者1人1人だけでなく、事業主にも理解と協力が得られるような保健指導が必要である。

今回の調査から、より詳しい実態を把握できるよう問診項目を工夫するなどして、今後の検診に生かしていきたい。

<参考文献>

- *清涼飲料の常識・(社)全国清涼飲料工業会・(財)日本炭酸飲料検査協会(H5. 3月発行)
- *やめられない清涼飲料とまらないスナック菓子・芽ばえ社・食べもの文化研究会 編

<清涼飲料の定義>

「清涼飲料とは、清涼感を与え、喉の渇きをいやすのに最も適した飲料で甘味と酸味とフレーバー(味や香り)があり、アルコール飲料を除く飲料をいう」のが一般的な解釈であり、炭酸飲料、果汁入り飲料、コーヒー飲料、ウーロン茶飲料、紅茶飲料等の茶系飲料、ミネラルウォーター等又はフルーツシロップの総称とされている。

学校給食調理職場の職場巡視結果について

○阿部 眞雄（東海大学体育学部）
小林 恵子（中災防労働衛生検査センター）

〔はじめに〕 小学校の給食調理職場の調理員の労働衛生上の課題として指曲がり症をはじめとして様々な問題を抱えている。某市役所において現場の見学や健康診断、健康相談を通していくつかの健康問題と作業上の問題点について意見があげられた。その内容には、健康障害として腰痛、頸肩腕障害、腱鞘炎、外傷、火傷、皮膚炎、「指曲がり症」、メンタルヘルス、循環器疾患などが、労働の問題点としては食器、騒音、水仕事、重量物、作業姿勢、洗剤、熱湯、人員削減、職場内人間関係などがあげられた。今回は、これらの様々な問題点の中で、手指-前腕-上腕系への負担と思われる動作について注目し検討した。

〔方法〕 調理動作をその動作の大きさの順に0～5に分類しそれぞれの作業時間を調査した。またそれぞれの動作分類について、その動作の中に含まれる把握状態を手掌の利用の多いもの（力性把握）と少ないもの（精密把握）にわけ、そのうえで強い筋力を発揮した状態かそうでないかに分類した。

〔対象〕 小学校の給食調理職場のうち単独校方式2校、センター方式2校（ともにウェットタイプ）を35調理職場よりランダムに選択し、各調理職場より1名の対象者について作業時間を検討した。

〔結果〕

動作分類別に見た作業時間（分）

動作分類	主な動作部分	単独校A	単独校B	センターA	センターB
0	作業休止	114	172	175	152
1	手	76	100	54	136
2	前腕	59	36	58	71
3	手指-前腕	149	39	27	53
4	上肢全体	2	58	42	13
5	上半身全体	0	0	15	3

各動作での各部の働き

動作分類	手指	前腕	肩
1	力強い力性把握	反復動作	拘束姿勢
2	力弱い力性把握	力強い反復動作	拘束姿勢
3	力強い力性把握	力強い反復動作	力強い反復動作
4	力強い精密把握	力強い拘束姿勢	力強い拘束姿勢
5	力強い力性把握	力強い反復動作	力強い反復動作

〔まとめ〕 モノを握ることを把握と言うが、これには力性把握と精密把握とがある。力性把握は手掌により固定し指はその補助的役割を担う。重い物を持つたり力強く握ったりする動作に最適である。それに比較し精密把握は指先を使った動作であり、手掌は補助的役割を担う。食器かごや食缶の把持、食器洗浄では仕事の要求としては手掌をよく利用する力を入れて把持する力性把握であるが、現実の作業者の把持動作は手掌をほとんど使わない精密把握になっている。特に中身の入っている重い食缶や鍋、バケツを持ち上げるときにはフック握りをする。給食調理では、食器かご、かご、バケツ、宮扇（しゃもじ）、包丁などの把持部の形状が力性把握が出来ない。

動作の違いは各種道具の把持部分が不適切なものが多いか、適当であってもその把持部が利用できない状況による。また、系統的な教育がなされているかどうかによっても大きくかわる。

夜間警備業務中に脳梗塞を発症し、死亡した68歳男性の1症例

○松村浩生 高田勢介
 (財)東京社会医学研究センター

要旨

過労死をめぐる裁判において意見書を提出した。高齢者の労働としては問題があると感じた。また、高血圧のため通院中であり、脳梗塞の発症を防ぐ手だてはなかったのか、疑問に感じた。以下、症例を呈示し、私見を述べる。

症例

警備会社に勤め、13年間病院の夜間警備業務をしていた68歳の男性が、勤務時間中に脳梗塞を発症し死亡した。

勤務形態は、平日18時～8時の14時間の拘束と休日24時間の拘束で、休日前後をあわせると連続38時間であった。

勤務内容は、3・4・5時を除く毎時の病院内と病院に隣接する看護婦寮及び病院の周辺の巡回であり、巡回時間は一通りの巡回で30分、丁寧に巡回する場合は約1時間を要した。また巡回以外の時間は宿直室で出入り者の監視をしていた。2時の巡回を終えた後6時の巡回を開始するまでの間は仮眠に当てられており、仮眠時間は2時過ぎ～6時前の4時間弱と推定されている。

病院には独立した仮眠室はなく、事務職員と警備員の詰め所には仮眠用のベッドが2台置いてあるだけであり、急患の搬送時など（仮眠時間内に1～2件）は、仮眠が妨げられたであろうと考えられる。

生前の被災者の話では、通勤に要する時間は1時間20分である。詳細は不明だが、自転車で出発し、途中バスに乗り換え、再び乗り継ぐらしい。帰宅は10時。12時から14時まで睡眠。15時には出発していたという。

被災者は、被災の約1ヶ月前に3日間の休暇を取ったきり、上記の勤務形態を休むことなく続けていた。

基礎疾患は、入社時の検診（被災の13年前）で高血圧を指摘されている（BP 170/114）。被災の2年前より同病院の外来を受診。高血圧及び冠不全の診断にて①ヘルベッサー 3T 3×②カルジオブレン 3T 3×の処方を受けていた。服薬の有無は明記されていないが、BP 130～174/68～86で経過していた。また酒は飲まず、タバコを1日10本程度吸っていたという。

論点

☆勤務形態が労働基準法及び被告会社の就業規則に反していること

症例の労働時間及び拘束時間は以上に長く、その勤務形態は労働基準法及び被告会社の就業規則に違反していた。一般に警備業務、中でも夜間警備というのは業務時間拘束時間ともに長く、8時間・16時間単位での残業が発生しやすいものだが、中でも症例の場合は特に過重だ

ったと考えられる。杏林大学医学部衛生学教室の松本一弥らによる「警備員の夜勤・交代勤務に関する調査研究（産業医学 22巻, JAP. J. Ind. Health, Vol. 22, 1980）」「警備員の夜勤・交代勤務に関する調査研究 第2報」（産業医学 23巻, Jpn. J. Ind. Health, Vol. 23, 1981）などと比較し、以下の表にした。

	報告平均値	症例の場合	比較
1ヶ月拘束時間	405時間/月	475時間/月	117%
夜勤回数	23.2回/月	30.0回/月	129%
連続夜勤日数	3～5日	30日	
24時間以上拘束	9%	13.3%	148%
収入生活時間	970分/日	1191分/日	123%
生理生活時間	340分/日	257分/日	75.6%
定期睡眠時間	238分/日	103分/日	43.3%

また症例の場合、被災の月だけ業務負荷されたわけではなく、同様の業務を13年間続けていた。そのため、いわゆる過重負荷の概念からは過労死と呼びにくい。しかし慢性的業務負荷が、本人の高血圧及び動脈硬化病変に影響を与えないわけではなく、意見書でもその部分を追求した。

☆外来管理はこれで良かったか

症例の患者は、被災の2年前から、巡回をしていた病院の外来に通い、抗圧剤、血管拡張剤の投薬を受けていた。

しかし、初診時に胸部レントゲン写真と心電図を取ったきり、ほかの検査はされていなかった。

結果として脳梗塞を起こしたわけだが、他のリスクファクターである糖尿病はあったのかなかったのか、高脂血症はあったのかなかったのか、分からない。

また、変則的な生活の中で何時に薬を飲んでいたのか、きちんと服んでいたのかどうか、また服みすぎたりしていなかったか、疑問が残る。

まとめ

1. 過労死の意見書を提出した。
2. 直前または1週間以内の過重負荷が無くても、慢性的の負荷によって起きた疾病も補償されるべきだと考えた。
3. 過労死はいわゆるボックリ病ではなく、基礎疾患をきちんと管理することによって、減らせるのではないかと考えた。

○前原 直樹

(財) 労働科学研究所 労働生理心理研究部

博覧会開催のための突貫工事の中で過労を進展・増悪させ、クモ膜下出血を引き起こした配線工事作業員の事例において、被災者が示した警告・前駆症状と考えられる自覚症状等の経過を調べる中で、業務の過重性、過労状態の発生・進展とクモ膜下出血の発症の関連を検討した。

事例は1989年10月31日及び11月14日にクモ膜下出血を発症したA氏(当時、45歳)の例である。

A氏は9月5日～10月31日まで博覧会工事の応援のためにO電業K営業所へ派遣されていた。ここでの業務は遅れていた工事を納期の10月31日まで終え、他の班に引き継ぐことになった。

博覧会工事の9、10月の業務の様子を検討してみる。

9～10月の工事は、9月以前のT営業所での工事とは異なっていた。「(電柱の配線は美観のため)横配線を縦配線にする。そのためには材料から違う。材料の呼び名も違う。名前を言われても判らない。電柱も美化柱(茶色)を使用する。作業時間としてはちょっとロスしていた。電柱に登っている人は難しいと言っていた」(同僚)という。作業内容の違いからくる働きにくさ、そこから生ずる必要以上の努力・苦労がA氏にあったと考

えられた。現場の地理に対する不慣れ、通勤時間の延長及びそこから生ずる睡眠を含めた家庭での休息時間の短縮、さらには突貫工事で期限を切って急がされていた点などもこの期の特徴であった。

10月期の労働時間は、少なくとも所定労働時間(8:00～17:00)の1.5倍程度となっていた。拘束時間は、昼勤時で11～12時間、夜勤時で10～11時間であった。夜勤は、6月以前とは異なりほぼ週2回以上であり、休日は週1回のみであった。この期のA氏の心身状態、疲労状態は表1に示した家族の証言からも読み取ることができる。

10月下旬には3回の昼勤-夜勤の連続的な長時間勤務をこなしている。しかもこの過重な業務も、10月22日に終日自宅寝ていたことに示されるように既に過労状態が進んでいた中で行われていた(表1)。

9～10月にかけての新たな業務による過重な負荷は、6月の健康診断での収縮期血圧126mmHg、拡張期血圧90mmHgの値を、頻回に上昇させる要因として働いていた可能性があり、6月以降わずか3～4ヶ月といえども、10月後半段階で境界域高血圧なり高血圧の範囲を呈していたことも十分考えられた。

表1 9月～10月の業務の実態と心身状態

< 9月～10月上旬の業務実態 >

9月13日～23日までの11日間では、
① 休日は1日のみ
② 昼勤-夜勤の連続勤務が3回、夜勤が1回
9月29日～10月15日までの17日間では
① 昼勤-夜勤の連続勤務が5回

< 9～10月上旬の心身状態-家族の証言から >

- 「勤務地が変わってからは大好きな風呂に入るより、『寝る』と言って床につくようになりました」
- 「『お父さん、時間よ』今までは、この程度で起きてはさすが『あと5分あと3分』と体をふりかおして起きてくるようになり、それがいつの日にか私が父の体を抱きかかえて、いきおいをつけないと起きれないといった状態にまでおちいってしまいました」
- 「ある晩父の寝顔をみて、恐怖でギョッとしたのを覚えてます。そこにいたのは父とは違う全く違ううれしかった別人でした」

< 10月下旬の業務実態 >

	出退勤時刻	拘束時間
20(金)	07:00 19:45→	12h45m
21(土)	→ 22:00 09:10	11h10m
22(日)	休日	
23(月)	06:30 18:40	12h10m
24(火)	07:00 18:25→	11h25m
25(水)	→ 22:25 08:50	10h25m
26(木)	07:00 17:00	10h00m
27(金)	06:30 19:55→	13h25m
28(土)	→ 22:00 08:00	11h00m
29(日)	休日	

< 10月下旬の心身状態-家族の証言から >

- 10月22日(日)、A氏は「頭が痛い、肩が凝る、身体中がだるい」と終日寝ている。
- 下旬には「肩と首の後ろがえらく凝っている」と本人は訴える。家族が揉んでやろうとすると、首の後ろがカチカチに硬くなっていた、という。本人も「首筋が痛いけど、寝違えたかな」としんどそうにして首を片方に傾けていた、という。また妻はA氏が「肩がこるからあんま機を買おうか」と言っていたのを覚えている。
- 子供にパッファリンを買に行かせている。
- 10月末の自動車の運転中、「目が見にくい、二重に見える」と妻に訴える。
- 同じ頃、娘に「目が見にくくて電柱の上で目をこすった」と話す。まぶしさのためサングラスの購入を依頼している
- 同じ頃に、洗面所で風呂に入ることもできずに下着姿だけで「ポーターと座り込んで」「気分が悪い、頭が痛い」という症状も呈していたという。

表2 10月30日～31日にかけての業務内容とくも膜下出血の警告・前駆症状

<30日(月)～31日(火)にかけて>

① 06:35に出勤、19:30に昼勤終了(12時間55分)、引き続き22:25から夜勤に入り、08:35に終了退勤(10時間10分)

② 低圧電線の張り替え-昇柱・柱上での作業

● 12mの柱上での作業を始めると、長時間にわたり足場釘と胴網で下半身を支える(バケツ車を使用せず)。

● 1本約10kgの軽重1000Bを2回、約10kgの耐張碍子2個組を工具袋に4個(通常、他の作業員は2個である)入れること3回、これらをロープで引き上げるといった動作を行いながらの柱上作業

③ 電柱の建替、抜柱、移線、残工工事-重筋作業

● 撤去作業-電柱に取り付けた材料を全部はずしてロープで降ろし、バラして車に積み込む。地上で電線を巻いてかたづける作業。また電柱をレッカ一車で上げる時ロープで巻いて手で持った作業がなされる。

● 抜柱や建替作業での仮復旧の際には、抜柱した後に土をいれ、40kg袋入りのレミファルトやアスファルトで穴埋めを行うという作業。この40kg袋を車から現場まで運ぶ作業もある。

③ 30日の最低気温が9.7℃

<31日の特異な事態>

-勤務中(31日)の朝-

● K営業所でバケツ車を入れようと、して、ガレージの屋根にぶつける。

-勤務明けの自宅において-

● 16～17時頃に激しい頭痛のため、女次調に訴え、顔を悪く頭痛をおさえていたため、あわてて救急箱を探しました」と次女の述べている。

● 妻にとんだ、ここの日には「酒もほ酔い、妻と飲んだ、でいな、意味の通じない言葉を喋っていた」という。

表3 11月の業務実態と心身状態

<11月の業務実態>

①	出退勤時刻	拘束時間
1(水)	06:50 18:30	11h40m
2(木)	06:10 19:35	13h25m
3(金)	05:00 17:45	12h45m
4(土)	07:00 18:00	11h00m
5(日)	休日	
6(月)	病欠	
7(火)	06:45 18:30	11h45m
8(水)	04:45 17:30	12h45m
9(木)	07:00 18:55→	11h55m
10(金)	→22:25 09:05	10h40m
11(土)	04:55 18:15	13h20m
12(日)	07:00 18:50→	11h50m
13(月)	→22:25 09:05	10h40m
14(火)	発症	

② 7日～10日の業務は雨模様の中で行われた。9日～10日の夜勤は他の班の作業が中止の中で行われた。

③ 博覧会工事よりも作業が過密であった。

試験掘 ※ や建柱作業の本数が博覧会工事の時よりの多く、さらに実働人数が少ない中で行われていた。

※ 試験掘-アスファルトを削岩機で砕く作業が10分程度なされた後、スコップで30分以上かけて深さ1m以上(時に深さが3m近い)の穴を掘るとい、「しんどい作業」であった。

<11月の心身状態>

● 5日は年休、6日は病欠→両日とも起きられず倒れ伏した状態。妻は「疲れがいったべんに出て、どうしても起きることができず、『俺は奴隷かなあ』ともらしたのが耳に残っています。私は病院に行くように頼みましたが、病院に行く気力もないようでした」と述べている。

● 「12日にはなかなか昼勤のあとの仮眠から起きてこず、やっと起きてきた後も廊下に寝ころんでしまったというできごとがありました。『このままゆっくり寝たいなあ。ずっと寝られたら気持ちがいいだろうな。でも仕事に行かんとなあ』と言いながら、いつもより遅れて出勤しました」

● 「ろれつが回らなくなることがあったそうです。またその時は手が震えていたと聞いています」。

10月22日～31日の訴え・症状は、くも膜下出血の破裂警告・前駆症状と称されているものが出そろっている(表2)。10月31日には、他人にも判る程度の症状の出現が少なくとも3回は見られているが、これらはいずれもくも膜下出血の破裂警告症状なり微小出血の可能性が考えられた。形成・発育していた脳動脈瘤が、9～10月期の新たな業務の中で血圧上昇が繰り返される中でさらに進展し、10月後半並びに30日～31日を迎えたという可能性が考えられた。

10月31日は、前日の昼勤から引き続き夜勤に入っていたが、この日は通常の夜勤明けよりも遅く午後1時に帰宅している。それは博覧会工事での応援の最終日にあたり、残仕事を終え、後始末によるものであったという。

10月30日～31日にかけては、建替、低圧電線の張り替え、抜柱、移線、残工事がなされている。地上での抜柱や建替作業は重筋の労作を伴い、また電線張り替えは昇柱・柱上での作業であり、A氏のこの日もこれらの作業を行っていたという(表2)。

足場釘と胴網で下半身を長時間支えて作業を行っていたこと自体が静的筋収縮を典型的に示しながらの作業であるが、上肢での重量物の取扱いによる静的筋収縮も加わっている。より小さな筋群への静的筋負荷がかかった状態にあった。柱上作業では血圧上昇を大きくする要因が重なりあっていたことが容易に推定される。ちなみに10月30日の最低気温は気象台での発表でも9.7℃と冷えていた。10月30日～31日にかけても、血圧上昇の急性効果が出現しても何等不思議ではない。

11月1日から入院の直接的な契機となった14日までの問題点は、10月31日の初回復発症なり警告・前駆症状が明らかに出現した後に、10月期と劣らない程度の業務をこなしているという点である(表3)。11月の業務は、11名の班の作業員の中で休暇をとる同僚が増え、8、9名で作業を行う日が多かった。それも心身の病的状態が進展している中での業務となっていた点である。病的でしかも通院・治療が必要な段階といっても良いほどの身体状況の中での過重な業務がなされている中で明かなくも膜下出血が発症した。

○梶山方忠、細川 汀（神戸健康共和会労働医学研究所）

<目的>運送会社に17年間勤務し、うち10年間11トントクローリー車に乗務してウイスキー原酒の運搬作業に従事していた被災者（男性、発症当時42歳）は急性心不全により死亡した。遺族は労災を申請したが、監督署は業務外の決定をし、現在審査請求中および業務外決定取り消しを求めて訴訟中である。今回、被災者の作業実態の調査結果に基づき被災者の発症の原因となったと判断される作業負荷および被災者の発症の業務起因性についての検討を行なったので報告する。

<方法>被災者の妻からの聞き取り結果および被災者の妻が被災者を雇用していた会社に対して起こした損害賠償請求訴訟において証拠として提出された資料にもとづいて被災者の作業実態を明らかにし、被災者の作業負荷を検討した。

<結果>

1. 被災者の職歴は、1964年4月から酒造関係の会社で事務作業に従事し、1965年4月から製材所で作業員及び番頭として勤務したのち、1971年5月発症当時勤務していた運送会社に入社し、11トントラックに乗務して種々の運送業務に従事したのち、1979年から11トントクローリー運転手として運送作業に従事して発症に至っている。

被災者が勤務していた会社の就業規則によれば、被災者（運輸乗務員）の就業時間は、「原則として1日9時間（休憩1時間を含む）」となっている。

2. 被災者の発症の状況は、被災者が1988年9月15日9時から9月17日17時頃まで西宮市の会社と仙台工場の間を往復する運送業務に従事したのち（9月15日および9月16日夜の睡眠はタンクローリー内で取った）帰宅し、就寝後、翌9月18日6時30分頃自宅リビングルームで「胸を抱くようにして低くうめきながら」倒れているのを妻が発見し救急車で病院に運ばれ、8時55分急性心不全にて死亡した。

被災者の発症前の行動変化の経過としては、被災者は1980年頃より少年野球のコーチをしていたが、1986年頃から仕事による疲れのためときどきコーチを休むようになり、1988年春頃から、「仕事がつい」といってコーチを全くやめてしまった。この頃から、休みになると遊びにゆく元気もなくなり、一日中家の中でゴロゴロ寝ているだけとなり、たまに家にいる時でも時間におかまもなく睡眠を取る状態となった。また、同じ頃から朝妻が起きないと起きられなくなった。帰宅後もテレビを見る元気もなく這うようにして布団に潜り込むようになり子供にも当たるようになり、「胃の調子が悪い」、「肩がこる」とも言うようになった。

3. 被災者の既往歴として特記すべきものは認められてい

ない。また、被災者の健診結果は、1987年4月以降「境界域高血圧及び糖尿病の疑い」とされていた。被災当時の身長は164cm、体重は77kgであり、肥満度（桂法による）は33.7%と肥満であった。被災者の嗜好は、アルコール日にビール大瓶1本程度、タバコ日10本程度であった。被災者の従事していた作業の内容は、11トントクローリー車に一人に乗務して、長距離を運転し、ウイスキー原酒（消防法二条七号による危険物第四類（引火性液体））を運搬すること、およびウイスキー原酒の荷積み・荷卸しの立会いであった。運搬は、ウイスキー会社の西宮工場（兵庫県西宮市）、柏工場（千葉県柏市）、仙台工場（宮城県仙台市）、栃木工場（栃木県喜連川町）、鳥栖工場（佐賀県鳥栖市）、久留米工場（福岡県久留米市）間について行なわれた。基本的な運行パターンは、第1日目の午前中に西宮工場で荷積みをして午後に出発し、深夜もほとんど仮眠をとらず運行して第2日目の早朝に運搬先工場に到着し、順番を確保しながら開門を待って荷卸し後、その工場から西宮工場または他の工場へ運搬すべき原酒を荷積みして昼頃に出発し、経由すべき工場がある場合はその工場でも同様に荷卸しおよび荷積みをし、深夜も運行して第3日目の午前中に西宮工場に到着して荷卸しをし、昼頃に帰社し、午後には点検整備などをして夕方に帰宅する2泊3日の運行であった。しかし西宮に帰った日にさいど荷積みをしてまた2泊3日の運行に従事するというトンボ運行がしばしば見られた。

ウイスキーの原酒は危険物であるため、危険物取扱者は400kg以上の危険物（被災者は常にこれ以上のウイスキー原酒を運搬していた）を車両で運搬する場合において積み替え、休憩、故障などのため車両を一時停止させるときは安全な場所を選び、かつ、運搬する危険物の保安に注意しなければならないという義務を課せられていた。従って被災者は①車両を一時停止させるときは安全な場所を選ばなければならないため、仮眠や休憩を取る場所が限定される②みだりに車から離れることは出来ないため、休憩や仮眠も運転席で取らざるをえない③災害が発生する恐れが生じた場合はただちに応急措置を講ずるとともに関係機関に連絡せねばならず、休憩中といえども安心して自由に休憩を取ることはできないという状況におかれていた。

5. 被災者の作業時間等

被災者の作業実態について表1の最左欄にあげた諸項目を算出し、期間別に表1に示した。「期間Ⅰ」は発症前1週間、「期間Ⅱ」は発症1カ月前から1週間前まで、「期間Ⅲ」は発症約8カ月前から1カ月前までである

6. 以上の結果から、被災者の発症の原因となった作業負荷として次の諸点があげられる。

① 過長な拘束時間、連続拘束時間

被災者の就労日一日平均拘束時間は各期間を通じて18.6時間以上であり、被災者が就業規則に定められた就業時間の2倍以上の時間拘束されていたことが示された。今回検討の対象とした期間の拘束時間数から推計した年間拘束時間数は5770時間となる。さらに、平均連続拘束時間数は、期間Ⅰ～Ⅲのいずれについても57時間以上であり、検討の対象とした全期間を通じて、被災者が乗務中少なくとも連続2昼夜以上拘束され続けていたことを示し、いわゆるトンボ運行あるいは連続的トンボ運行による連続長時間拘束の実態を示していた。

被災者の運転した日すべてに深夜拘束時間が存在した
② 長距離運転による負荷

被災者の一日平均運転距離は、期間Ⅰで594km、期間Ⅱで614km、期間Ⅲで579kmに達した。

③ 一人乗務による負荷

被災者は乗務するときは常に1人乗務であった。

④ 休息、休日の少なさ

被災者の平均休憩時間数は、期間Ⅰで5.5時間、期間Ⅱで6.2時間、期間Ⅲで5.9時間に過ぎず、被災者の作業負荷による作業負担、疲労をとるためにはきわめて不十分であった。さらに危険物を積載しているためタンクローリーから離れられないことにより仮眠を車中で取るこ

が多く仮眠がとりにくかったため、被災者の疲労の回復は障害されており、睡眠不足の状態では深夜運転をせねばならぬことによる被災者の負担はさらに増大したことが容易に推測される。

<結論> 労基署の口頭による業務外決定の理由の説明は①通常の業務(2泊3日の運行パターン)を業務の過重性の判断基準とする。そのパターンが36協定や改善基準に違反するものであっても考慮しない②発症1週間前の西宮仙台間の往復は労働時間、拘束時間の長さから一定の過重性を認め得るが、同僚と差はなく通常業務の繰り返しであるから特に過重であるとはいえない③長期間の過重労働による蓄積疲労については医学上説明されていないし認定基準上も考慮されていない というものであった。認定基準には「日常業務に比較して特に過重な業務」と書かれており、労働省も「日常業務は本来の所定労働時間の業務とする」と解釈している。また業務の過重性は同僚との比較ではなく被災者本人にとって過重であったかどうかによって判断すべきであり、被災者の発症前の行動変化から被災者が発症半年前から「疲労困憊」の状態にあったと判断され、被災者の発症は基礎疾患の増悪によるよりも長期にわたる過重労働の結果であると判断すべきである。長期間の過重労働による蓄積疲労を考慮しない認定基準は改められるべきであり、今回の認定はこの認定基準にさえ違反したものであって被災者に対する業務外決定は改められるべきである。

表2 被災者の1988年6月13日から発症まで

表1 発症からの期間別の被災者の拘束時間、運転距離、休憩時間等

項目	期間Ⅰ (8.11 -9.17)	期間Ⅱ (8.18 -9.10)	期間Ⅲ (1.5 -8.17)	全期間 (1.5 -9.17)
日数	7	24	226	257
労働日数	6	21	190	217
休日数	1	3	36	40
拘束時間総数	114	391.7	3557.6	4063.3
平均拘束時間数	19.0	18.6	18.7	18.7
平均連続拘束時間数	57.0	74.4	89.5	88.0
最長連続拘束時間	57.5	107.0	296.5	296.5
最短連続拘束時間	56.5	49.5	46.1	46.1
運転日数	6	19	163	188
平均運転時間数	9.0	8.8	8.7	8.7
総走行距離(km)	3566	11657	94392	109615
平均走行距離(km)	594.3	613.5	579.1	583.1
平均深夜拘束時間数	4.7	4.7	4.8	4.7
平均休憩時間数	5.5	6.2	5.9	5.9

6.13	○	の勤務状態	7.8	●	8.1	●	8.25	○
14	○	7.8	●	8.1	●	8.25	○	
15	○	9	休	2	●	26	○	
16	○	10	休	3	●	27	○	
17	○	11	○	4	○	28	○	
18	○	12	○	5	○	29	○	
19	○	13	○	6	○	30	○	
20	○	14	○	7	休	31	○	
21	○	15	○	8	○	9.1	○	
22	○	16	○	9	○	2	休	
23	○	17	○	10	○	3	休	
24	○	18	○	11	●	4	休	
25	○	19	○	12	●	5	○	
26	休	20	○	13	●	6	○	
27	○	21	○	14	休	7	○	
28	○	22	○	15	●	8	○	
29	○	23	○	16	●	9	○	
30	●	24	休	17	●	10	●	
7.1	●	25	●	18	●	11	休	
2	休	26	休	19	○	12	○	
3	○	27	休	20	○	13	○	
4	○	28	休	21	○	14	○	
5	○	29	○	22	○	15	○	
6	○	30	○	23	○	16	○	
7	○	31	○	24	○	17	○	

○ = 乗車勤務日 ● = 乗車しない勤務日 休 = 休日

“過労死”の公災認定と補償行政の問題点

4-08

— I 県 K 高校 O 教諭事件の公務上認定をめぐる公災補償基金の対応から —

(財) 東京社会医学研究センター

高田勢介

【はじめに】 I 県 K 高校 O 教諭が、1991年 5月 9日校内競技のサッカー試合中に急性心不全で死亡した事件（1992年第33回研究会で報告）について、遺族からの公務災害補償請求に対し地方公務員災害補償基金は、公務外の処分を行った。この処分を不服とする審査請求では、基金側により公務外の理由が公表され“過労死”の補償に関する認定行政の考えかたが明らかにされたが、公務と死亡の因果関係については「相対的有力原因説」によって公災補償を限定していく方向が示されている。今回の報告では、この事件に対する公災補償基金の対応と公災否定の主張の問題点について検討を行う。

【事件の概要】 O 教諭は1948年生、死亡時42才、英語科担当、教員歴19年、学年主任等を歴任、進学校のベテラン教師として生徒指導、相談など多忙な教育業務に従事していた。

定期健診で、1987年に初めて血圧152/98を記録、その翌年1988年は158/90で、他に人間ドックでも軽度高血圧と指摘されていたが特に受診、療養の指示もなく経過してきた。1990年頃からは、授業中に狭心症様の発作が出没し、健診時には胸部症状の出現を訴えたが、心電図が異常なしであったことから、心疾患の精査等の措置が行われることもなく従来どりの教務に従事してきた。その後も緊張時、過労時に狭心症の症状が現れる中で、1991年 5月校内競技のサッカー試合に参加直後、ボールを追っての全力走行中に倒れ、数分以内に呼吸停止、心停止となり急性心不全による死亡と診断された。

公務上死亡の理由としては、担任生徒の登校拒否、事故死、自殺などへの対処など生徒指導に当たった業務過重、ストレスが持続し過労状態が次第に進行、狭心症の発作も出現する中で適切な健康管理措置が行われなままに病状も悪化、サッカー試合という急激な心臓への負荷が加わる身体動作が、急性心不全を引きおこし死亡にいたったものであり、公務との因果関係は明確であると主張するものであった。

【公務外処分の理由】 公務災害補償基金は、不服審査への弁明書の中で因果関係とは「公務が他の原因に比較して相対的に有力な原因と認められるものでなければならぬ」とし、公務の過重性を判断する場合「通常一般人を基準として比較するべきである」と主張している。また、公務が過重であるかどうかを判断するうえでの具体的な例示として「災害時等の緊急用務への従事といった異常な状況下で、発症まえ週数十時間に及ぶ超過勤務を一箇月間にもわたっておこなっている場合」という人事院の指針をあげ、補償制度の運用上の考え方を示してい

る。このような主張のうえにたつて、O 教諭の死亡を公務外とすべき理由は、「サッカー競技への参加は、教員一般の通常業務の範囲であつて特に過重な負荷となる有力な原因とはいえず、他の参加者と比較して特に異常な身体運動的な負荷が加わつたものではない」とし、同時に狭心症発作をもちながら通常業務に従事してきた点についても「健康管理上の措置の当否は、因果関係の要素にならない」としている。

【労災認定の相当因果関係】 業務上疾病の場合、共働原因説による因果関係の判定が労災補償の原則となつており、被災者の a 個別的条件と b 業務原因が共働して業務上の疾病を形成することを相当因果関係成立の基本としている。事例としては①血友病患者の業務受傷出血死(a 基礎疾病+b 業務傷害) ②木材加工作業者のアレルギー症(a 過敏体質+b 業務環境) ③常習喫煙者の石綿肺癌(a 有害習慣+b 有害物質) は、いずれも業務上と認定され、通常一般人の発症を基準として判定されるものではない。

【基金判断の問題点】 O 教諭事件の公務外処分の理由として公務と死亡の因果関係について、相対的有力原因説および一般通常人基準説をあげているが、これらはいずれもこれまで公務災害補償基金が、過労死の公務上外判断の行政上の根拠としてきたものであった。

全ての疾病は個体としての内因とそれに加わる外因の相互関係によって発症するものであり、業務上疾病についても、内因としての個別的素因、基礎疾病に加えて、外因としての業務の過重負荷、有害条件が作用して発症にいたるものであつて、これが共働原因説として業務上外判定の基本とされてきている。これに対し基金は、多数ある疾病発症の原因のうち公務はその一部に過ぎず、それらのなかから相対的に比較して公務が最も有力である場合に公務上と認定するとして相対的有力原因説を主張している。病状進行に対する健康管理措置の不備が急性悪化の条件となつていることについても、安全配慮義務は責任論の問題であるとして原因論から除外すべきというのである。

【過労死事件の判決動向】 北芝事件93.2大阪高裁、岩村事件93.3横浜地裁、植田事件93.4東京高裁、加藤事件93.9東京高裁、星野事件94.2大阪高裁、酒井事件94.2東京高裁とはばこの一年の間に相次いで出された原告勝利判決の大部分は、共働原因説を基本とする因果関係論にたつた公務上の認定をおこなつており、基金等行政による過労死否定の論理は法的根拠のないものとなつている。

【まとめ】 過労死の公災認定の行政判断については、因果関係のとらえかたの問題点を追及すべきと考える。