

*BULLETIN OF SOCIAL MEDICINE*

# 社会医学研究

第36回 社会医学研究会総会  
講 演 集

社会医学研究会 特別号1995  
JAPANESE SOCIETY FOR SOCIAL MEDICINE

# 第36回 社会医学研究全国総会 プログラム

日 時 1995年7月22日(土) 10:00から  
23日(日) 16:00まで

会 場 国立公衆衛生院  
〒108 東京都港区白金台4-6-1 ☎ 03(3441)7111  
交通: J R山手線目黒駅下車徒歩15分 (バス利用の場合は「大井競馬場行き」で日吉坂上下車)、又はJ R品川駅よりバス「目黒駅行き」で日吉坂上下車 (所要時間15分)

## 主 题

### 「戦後50年と社会医学」

人類史上未曾有の惨事を世界各地に引き起こした第2次世界大戦が、日独伊など侵略国側の敗戦により終わってから50年を経過しました。この機会に、戦前からの社会医学の歴史を回顧し、日本と世界の現実を直視して、人間のいのちと健康を守る社会医学の飛躍的発展をはかる契機にしたいと思います。

第36回社会医学研究全国総会企画運営委員会  
代表委員 上畠鉄之丞、片平冽彦、菊地頌子  
事務局 〒135 東京都江東区白河3-9-7  
江東区深川保健所 林氣付 ☎ 03(3641)1181

## 7月22日(土) 講 堂

10:00	社会医学入門講座 私と社会医学 司会 稲垣 孝子(江東区城東保健所) 佐藤 洋子(江東区城東保健所) 1. 障害者(児)をとりまく社会の問題から 池上 洋通(自治体問題研究所) 2. 出稼ぎ労働者の診療活動から 天明 佳臣(横浜市・勤労者医療生協港町診療所) 3. 農村における公衆衛生 五十嵐松代(新潟県守門村) 4. 子どもの健康をめぐる養護教諭の取り組み 大川 信子(田無市向台小学校)
12:00	昼 食 休憩
13:00	特別講演 被爆50周年と社会医学の課題 肥田舜太郎(被団協被爆者中央相談所理事長) 座長 上畠鉄之丞(国立公衆衛生院)
14:00	シンポジウム(1) 阪神大震災と住民のいのちと健康 座長 勅 昭三(金沢市・城北病院) 菊地 頌子(江東区環境保健部) 1. 大震災被災地における医療問題と医療従事者の役割 上田 耕蔵(神戸協同病院) 2. 大震災発生時における保健婦の役割 小林 千代(兵庫県須磨保健所) 3. 地域住民の避難所としての学校と養護教諭の役割 永野 恵子(神戸市須磨区太田中学校) 4. 震災と住宅問題 早川 和男(神戸大学名誉教授)
17:00	夕 食 休憩
18:00	自由集会 • 1階講義室 「介護保険を考える」 世話人 竹内 治一(大阪・竹内耳鼻咽喉科) 関谷 栄子(白梅短大) • 2階第1会議室 「丸山博先生とともに語る国立公衆衛生院の50年」 世話人 上畠鉄之丞(国立公衆衛生院) 菊地 頌子(江東区環境保健部) • 2階第1講義室 「保健所問題を考える」 世話人 三井 公夫(板橋区志村保健所) • 3階第1講義室 「学校と健康」 世話人 塙田 和史(滋賀医大予防医学)
20:30	

## 7月23日(日) 講 堂

9:00	座長 溝口 勲（前・北大工学部） 中川 武夫（中京大学体育学部） 1-01. 新潟水俣病の診断と病理所見の検討 斎藤 恒（新潟・木戸病院センター） 1-02. 新潟における水俣病総合対策医療事業の実態 関川 智子（新潟・沼垂診療所） 1-03. 最近の大気汚染判決のNO <sub>x</sub> 汚染への視点 福地 保馬（北大教育学部） 1-04. 京都市内高速道路建設による都市づくりの問題点 谷田 悟郎（京都・猪熊診療所）ほか
10:20	フォーラム「薬害エイズを考える」 座長 牧野 忠康（日本福祉大学） 牟田 静（東京・大田病院） 1. 薬害エイズ被害者の訴え 川田 悅子（東京HIV訴訟原告被害児の母親） 2. 薬害エイズ被害者の訴え 未定 （東京HIV訴訟原告） 3. 東京HIV訴訟の到達点と今後の課題 鈴木 利廣（東京HIV訴訟弁護団） 4. 日本の血友病患者のHIV大量感染は「避けられなかった」か –ジュリスト誌のシムフ論文を批判する－ 片平 利彦（東京医科大学）
12:00	昼 食 休 憩
12:30	総 会
13:30	シンポジウム(2) 医療と経済 –医療の本質の追求とそのかい離– 座長 芦沢 正見（平和学院） 山崎 京子（神奈川衛生短大） 1. 医療の営利化の問題点 上林 茂暢（埼玉・みさと健和病院） 2. 薬業資本と薬害 儀我壮一郎（常葉学園浜松大学） 3. 欧米の医療・福祉・経済の現状と日本との対比 川渕 孝一（国立医療・病院管理研究所） 4. 地域の保健・医療・福祉の現状と課題 西 三郎（愛知みずほ大学）
16:00	

## 7月23日(日) 3階第1講義室

9:00	<p>座長 黒田 研二 (大阪府立大社会福祉) (交渉中)</p> <p>2-01. 介護保険にどう対応するか 竹内 治一 (大阪・竹内耳鼻咽喉科)</p> <p>2-02. 老人施設の役割と介護保険 山本 卓 (埼玉・老人保健施設プラ イムケア川越)</p> <p>2-03. 高齢者の在宅介護問題 閑谷 栄子 (白梅短大)</p> <p>2-04. 「高齢者保健福祉計画」と保健活動 鳥居千代子 (横浜市鶴見区) ほか</p>
10:20	<p>シンポジウム(3) Healthy Workの展望</p> <p>座長 宮尾 克 (名大公衆衛生学教室)</p> <p>阿部 真雄 (東海大健康学教室)</p> <p>1. わが国の産業保健活動のあり方を考える —スウェーデンの労働衛生からの学ぶもの— 小野雄一郎 (名大衛生学教室)</p> <p>2. ジャスト・イン・タイムと労働者 千田 忠男 (同志社大学文学部)</p> <p>3. 労働組合の健康職場づくり 吉川 正春 (名古屋水道労働組合)</p>
12:00	昼 食 休 憩
13:30	<p>座長 高田 勢介 (東京社医研センター)</p> <p>3-01. 某事業所におけるストレス対処行動としてのスポーツの位置づけ—厚生省保健福祉動向調査との比較— 松田 里見(国立身障者リハセンター学院)</p> <p>3-02. 1950年代の負荷—負担論争と「産業疲労」の概念規定 千田 忠男 (同志社大学文学部)</p> <p>3-03. 学校にも労働安全衛生法の適用を! 三栄 国康 (全日本教職員組合)</p>
14:30	<p>座長 坪田 和史 (滋賀医大予防医学講座)</p> <p>3-04. 心筋梗塞の症例・対照研究—労働環境に焦点をあてて 志渡 晃一 (北大公衆衛生)</p> <p>3-05. 某検査センターに多発した頸肩腕障害3例の労災療養の経過について 武田 紀子 (東京社医研センター)</p> <p>3-06. 肺腫瘍による死亡で労災を打ち切られた労災事故の後遺症による意識障害者の療養中の死亡原因について 西村 洋一 (東京社医研センター)</p>
15:30	<p>座長 上畠鉄之丞 (国立公衆衛生院)</p> <p>3-07. 医学校卒業者の名簿の利用から—医師の職業寿命を考える— 丸山 博 (大阪府)</p>

## 7月23日(日) 2階第1講義室

9:00	<p>座長 仁平 将 (青森県鰺ヶ沢保健所)</p> <p>鈴木 秀吉 (高知県衛生研究所)</p> <p>4-01. 障害児をもつ父母の健康及び生活調査から 高田 勢介 (東京社医研センター)</p> <p>4-02. 地域保健法と公衆衛生の課題—食品衛生監視員の立場からその役割を考える 笹井 勉 (墨田区向島保健所)</p> <p>4-03. 地域保健法と公衆衛生の課題—環境衛生監視員の立場からその役割を考える 三井 公夫 (板橋区志村保健所)</p> <p>4-04. 地域保健法と保健所のありかた—母子保健活動を通して 谷口 啓子(東京都東大和保健相談所)</p>
10:20	<p>座長 山岸 春江 (千葉大看護学部) (交渉中)</p> <p>4-05. 阪神大震災が頸肩腕障害及び腰痛患者に与えた影響について 梶山 方忠 (神戸健康共和国労働医学研究所)</p>
12:00	昼 食 休 憩
13:30	<p>座長 相磯富士雄 (大妻女子大)</p> <p>中沢 正夫 (埼玉・みさと協立病院)</p> <p>須藤 朋子 (東久留米市第6小)</p> <p>5-01. いじめの生じる要因を探る 判野 啓一(帝京大学経済研究所) ほか</p> <p>5-02. 不登校児童生徒への学校のかかわり —養護教諭の果たしている役割— 東條 初美 (京都市立上京中学校)</p> <p>5-03. こどもの食生活と健康—生協総研の調査から 片平 利彦 (東京医科歯科大学) ほか</p> <p>5-04. 小学校・中学校の虫歯についての全国調査結果 —「虫歯率」と「DMF歯数」— 野田 耕 (日本体育大学)</p> <p>5-05. ゴミ処分場の殺虫剤散布と周辺児童の視力低下 大橋 光男 (東京・大橋建築事務所)</p> <p>5-06. 改定「健康診断」の問題点として考えられること 林 秀子 (大阪市立高槻北高校)</p> <p>5-07. 学校医からみた改定学校健康診断の問題点 藤森 弘 (大阪・柏原診療所)</p>

# 社会医学入門講座

シンポジウム 私と社会医学

講 堂

## 入門講座の取り組みへの思い

### 企画者

稻垣 孝子、志田 直子、佐藤 洋子（江東区城東保健所）  
横山 弥生（江東区深川保健所）

私たちは、保健婦です。職場の先輩に誘われたことがきっかけで社会医学研究会に参加するようになりました。今年の全国の社医研の準備は実行委員会形式ですすめられ、私たちも委員のひとりとして参加しました。

毎月の研究会の中で「社会が病気を作っていくこと、社会の動きがひとりひとりの生活に影響を与えていくことを知り、「保健婦にはこのような問題意識が必要なんだ」と感じていますが、それには、社会をみる視点や社会科学の基本を学ぶ事が必要であると思います。

今回、この入門講座の準備をすすめる中で社会医学の定義を文献や諸先生方の話などから次のように考えました。

「社会における健康問題を明らかにし、その要因をつかみ解明するための方策を明らかにすることが社会医学である。」

また、この理論に基づき実践し、実践と理論をかみあわせることが大切であることに気づかされました。

私たちは、現場で住民に接していますが、その中で感じることは一人一人の健康問題を地域の健康問題として関連づけられなかったり、健康を阻害する因子をつかみきれていなかったり、またつかんでいてもどうすればいいかわからない事があります。今従事している仕事の意義をしっかりと自分のなかに位置付けられずにいることを感じています。

そこで今日はそれぞれ異なる分野で活躍されている4人の方から社会医学という言葉にこだわらず、現場の一線で多くの人と関わり活動している中で、大切にされている視点や、こだわりに着目していきたいと思います。

最初に、4人の方からそれぞれの活動について、まず取り組みのきっかけ、その時の健康問題に対してどのようにしたいと思われたのか、取り組みの中での反応、また今も取り組んでいる理由には何があるのか聞かせていただきたいと思います。

さらに、私たちは理論と実践を、どのように結びつけていけばよいか悩んでいます。

先生方の活動はひとつつの“こだわり”があって、そこから実践を重ね、また理論にもどり実践を深められていったのではないしょうか。その“こだわり”は、ある健康問題に気付き、原因、背景をつかみ、健康に暮らす

ための実践をしている活動ではないでしょうか。

こだわり続けて行けるだけの確信をどのように得ていたのか、それにはどんな理論が必要なのか、ということなどが私たちの一番知りたいと考えているところです。

活動に伴って辛かったことや、困難だったこと、取り組んでよかったと思われることなど活動の中での事も知りたいと思います。また、実践を続けて行く中で、同僚や上司あるいは住民とどうしたら一緒にできるのでしょうか。そのためにはまず、私自身がかわること、周囲の人も変わることが必要であり、そのことが地域をかえることにもつながると考えられるからです。

これらのことを中心に先生方の話のあと討論をすすめたいと考えています。感想、日頃の活動の中からなど何でもフロアから発言していただければと思います。

そして先生方のように「こうすれば健康を守れるんだ」という確信をもち頑張って実践し続けることができるとの様になるように、この場で明らかにできればと思います。

池上 洋通（自治体問題研究所）

## 1 なぜ社会医学へ近付いたか

## (1) サリドマイド児との出会い

サリドマイド薬害事件の裁判で出会ったサリドマイド児の姿が、私の人生を大きく変えた。

## (2) 日野市役所への就職と難病患者、障害者との出会い

公務員（広報担当職員）の立場からみた難病患者、障害者の姿は、社会的に許せないものであった。

## (3) 地域組織づくりと難病集団検診の実施は、新しい医療地域・地域福祉の展開の可能性を展望させた。

## (4) 新しいタイプの研究者との出会い

それまでの理論研究・学習（哲学・経済学・政治学・社会運動理論）が主として抽象的な基礎理論、あるいは世界的・全国的な課題を追求するものであり出会った研究者もそうしたタイプの人々であったのに対し、地域社会、地方自治に関する具体的な実践と結び付いた研究活動を進める研究者と出会った。

①難病集団検診、地域医療福祉運動のなかで  
西三郎氏、木下安子氏など社会医学の関係者、  
ほか

## ②地方自治研究

宮本憲一氏、石田頼房氏ほか自治体問題研究所の研究者

## ③広がる研究者との出会い

## 2 社会医学（関連科学）の学習で何を得たか

## (1) 協同的な地域運動の理論

①難病集団検診と地域的協同（チーム）の組織活動から、円卓会議の思想ほかの組織理論を得た。

②各分野の協同活動組織の整理を行い、発展させた。

## (2) 難病患者、障害者から得た新しい人生観

①生きる（死ぬ）ということの意味

②学ぶということの意味

## (3) 施設と在宅と地域ケア

①「施設ケアから在宅ケアへ」論の発展的意味を、生活概念の主体的発展としてとらえる。

②「施設ケアから在宅ケアへ」論の限界認識から地域ケア概念の発見へ進む。

③「地域ケアから自治体ケアへ」論を組み立て

中である。

## (4) 自立論の発展（協同的自立論と競争的自立論）

①「施設を出たら自立」論へ深い疑問を抱き、「施設こそ自立の場」論へ進む。同時に「生活保護から外して自立」論から「生活保護が自立の条件」論へ進む。

②「自立」とは、従来語られてきたような他人の助けを借りりずに「独り立ち」することではなく、社会的協同関係において、自分自身の道を開くことであるこれを「共同的自立（または共同体的自立）」と呼ぶことにした。これに対して、従来語られてきた他人との関わりを組み入れない自立を「競争的自立（または弱肉強食的自立）」と呼ぶことにした。

## (5) 生活概念と自己実現概念、人権概念の発展

①人間性（他の動物と区別される人間の特性）とは、多かれ少なかれ自覚的な精神的・肉体的自己発達への認識と実践である。

②人間生活の全過程は、人間性の計画的な実現であり繰り返される人間的自立のリサイクルである。

③人間的自立のリサイクルの形態は、個々人ごとの先天的または後天的な条件において個別的であり、それが個性を形成する。

④精神的・肉体的機能不全または疾患を含む個々人の姿は、すべて人間的個性の一部である。

⑤したがって個々人の生活過程は個別的であり、その意味で自己実現こそが、人生の目標である。

⑥自己実現とは、自己決定した自身の人生計画の実践である。

⑦人権とは、自己実現に向かう個々人への社会保障全体である。

## (6) 地域社会論、自治体論、地域運動論の発展

①人々の自己実現は、日常生活の場で展開される。

②地域社会、地方自治体の水準を図る唯一のモノノサシは、自己実現に向かう個々人への社会保障の具体的水準である。

③地域運動（住民運動、労働運動、各種協同運動）は、個々人の自己実現の条件（人権関係）を発展させる営みである。

## (7) その他、情報論、自治体行政論、社会教育

3 主体的に生きることなくして学問の道はない

- (1) 主体的元氣論
- (2) 共同的な喜怒哀樂から感じる喜び、知る喜び、研究する喜び、体系化する喜び、社会化する喜びへ
- (3) 「生活の思想化と思想の生活化」日常の心掛けにする。
- (4) 仲間と共に自分自身を生きる。
- (5) 時代間隔を豊かにもつために、旺盛な読書、旺盛な文化的行動、旺盛な学びあいを実践する
- (6) 日本国憲法、各種基本法、国際的条約などに盛られた理論の到達点から豊かに学んで、主権者的生活的確信にする。

## 出稼ぎ労働者の健康問題を通して 天明佳臣（勤労者医療生協港町診療所）

どんな医者になれるのか、私は医師国家試験が終わった後になっても自分の進路を決め兼ねていた。人の命に直接関わることに恐れを感じていたが、基礎医学の研究者になる自信も持てなかつたためだ。しかしいつまでもそうしているわけには行かない。「だれでもはじめはそうですよ」と、ご相談に伺った林俊一先生に言われて、ともかく林先生が院長をしていた東京北区の労働者生協付属病院にいれていただくことになった。林先生は、第2世界対戦中に社会医学としての農村医学の必要性を説いた「農村医学序説」を著した方だ。

労働者生協付属病院では外科に欠員があって、私は外科に配属された。手術といえば大抵手遅れの胃癌で、手術をしても3~6ヶ月もすると癌性腹膜炎を起こして再入院となり、亡くなつた。一通りの基本的な消化器外科の修練が終わつたら、疾病予防の仕事がしたいと私は次第に考えるようになった。公衆衛生・労働衛生の領域でしばらく仕事をするきっかけとなつたのは、出稼ぎ農民の患者を持つたことだった。時は1960年代の半ば、東北地方からの出稼ぎ農民が急速に増え始めて社会問題となり始めていた。しかし、出稼ぎ農民の抱えている医学・医療問題はほとんど何も分かっていないかった。出稼ぎ者の多くは長時間労働をし、今日いうところの3K労働に従事していた。この人たちの疾病予防のために、生理学や病理学の研究だけでは対策が立たないのは明らかだった。社会医学的に疾病の根源を追及する研究が不可欠である。彼らがなぜ3K労働なのか、そもそも農業という正業を持っている人たちがなぜ出稼ぎしなければならないのかなど、これぞ社会医学の研究テーマであろう。私は大学の基礎の研究室に籍を移して、出稼ぎ農民の社会医学的な調査研究に打ち込んだ。

社会医学の研究が特にそうなのだが、研究分析だけではいけない。状況をどう改善したら良いのか、具体的な提案が伴わなければダメだ。私の出稼ぎ研究のひとつの結論は、出

稼ぎ者の健康管理は、その出身地の自治体が責任を負うようにしなければいけないという点にあった。大学の研究室は私にとっていつまでもいる場所でないことも分かってきて、私は出稼ぎ者の送り出し地帯である山形県の山村の自治体病院に移つた。

どうしたら出稼ぎ者が3K職場で長時間労働をせずにすむか、私は病院に外科医として勤務しつつ、出稼ぎ者の出稼ぎ前検診も実施する中で考えた。もちろん、町内の出稼ぎ農家を対象とした家計調査などもしたし、町の青年たちとの話し合いもして、「いかに現金収入を増やすかでなくして、いかに現金支出を押さえるか」それで、「60万円の出稼ぎから30万円の出稼ぎへ」といったスローガンめいた提案にたどりついた。当時の出稼ぎ農民の人たちは半年で60万円収入を得ることを目標にしていた。しかし、それが30万円で済むようすれば、出稼ぎ先であれ程の無理をせずに済む。そして、出稼ぎ農家が30万円で済むような生活設計はその気になれば可能であったし、事実、出稼ぎ農家と同じような経営規模の農家で出稼ぎをしていない農家もあった。

私の出稼ぎ前検診は一応歓迎されたかに見えたが、その提案のほうは出稼ぎ者に完全に黙殺された。提案は性急だったし、何よりも出稼ぎ者との討論を得ておらず、彼らの心をとらえるものではなかったのである。この経験はその後の私の仕事にずいぶん参考になった。今私は首都圏に戻つて来て、臨床医をしつつ労働衛生の領域ー労災職業病の予防から労働者の健康増進の仕事をしているが、医師の請負型の労働衛生活動では、徹底的にダメなことが分かる。労働者の健康障害のほとんどが複合的な要因で起つているからである。例えば腰痛を取り上げてみても分かるだろう。(1)作業姿勢、(2)作業密度、(3)反復作業、(4)機械類の操作性、(5)一日の労働時間、(6)一連続作業時間、(7)休憩・休息条件、さらに(8)作業環境による作業負担の促進などが関わっている。腰痛対策を立てるためには、当該職場に置けるこれらの条件の中から

も問題となる条件を検討し、洗い出して行かなければならない。医師は、助言者に徹すべきであって、請け負ってみたところで本当に現場で役立つ対策など提案できない。

腰痛対策の助言をしていて気がつくことのひとつは、多くの労働現場で、作業を人間に合わせなければならないのに、「作業に人間を合わせている」点である。例えば、労働者の体格の平均値をみて作られたらしい作業台がある。背の高い者は深い前屈を強いられる。背の低い者は作業にゆとりがあれば足台を使えるが、ゆとりがなければ背伸びをしなければならない。作業面の高さが調節可能になっていれば良いが、そうでない時は、様々な工夫が必要である。そんな視点さえ専門家の提示があれば、現場では次々と改善のためのアイディアができるものである。この場合の一般原則は「弱い者」への配慮を常に忘れないことが重要である。背丈の問題は個人差が目で見ればわかるからまだ良いとも言えるだろう。精神的なストレスの耐性の個人差は目で見て分からない。恐らくその中には、背丈の差どころではあるまい。こんな問題にもどう立ち向かってゆくか。。。。。

## 農村における公衆衛生

## 1、今している芝居について

## 1) 芝居をやるきっかけと経過

S 58、59年の2年をかけて、胃集団検診3年以上未受診者1764人を全数家庭訪問した。

なぜ胃集団検診をうけないか、その理由を確かめるためである。結果は70%が胃には自信がある、体には自信があるから受けないの答えであった。だがその中から毎年出る手おくれ胃ガン、そして死である。レセプトを見ると手おくれ胃ガンは発見→手術→退院（死亡）までの医療費が980万円以上、最低額の人でも530万円以上、毎年検診を受けて発見される早期ガンは、発見→手術→退院→職場復帰で120万円前後と少なく、命の保証もされる事がはっきりしている。守門住民にこの検診の大切さを知ってもらうための活動をしてきたと思うが、図1のように、グラフは横ばい、住民の反応は毎年の説明会はもういや！めんどうくさい数字・言葉・グラフと毎回同じ内容と人の集まりは減るばかり。どうしたら住民は顔をむけてくれるのか？課内会議ではよい案が出なく→現状維持で行こう。

## 2) 芝居に決めるまで

課内会議でここまでと言っても進歩の目途は立たず、保健婦2人は考え、悩み、焦った。3年未受診者訪問で出会った人の姿を住民に見てもらおう！とS 60年第1回作の芝居を全村24地区巡回、夜7時30分～9時30分までを1回として、医師・課長・栄養士・保健婦でチームをつくり、毎年違った芝居を続けて今年で10作目、松エ門一座の最終講演を終わったところである。S 60年第1回をして翌日は、その地区を訪問し、芝居に対する反応を見て検診を受ける気になったのかどうか見る。反応はあり。S 60年からのグラフの上りを見て下さい。住民に見てもらいたいタネは山ほどある。その中から一番住民に刺激的と思われる3題を選び芝居にする。芝居→訪問→住民の反応と次年度への期待を含めた内容にして、10作目、グラフは上昇して早期胃ガンは発見され、100%命は保証され、職場復帰は早い。

## 五十嵐松代（新潟県守門村）

胃検診率が上がり早期胃ガン発見→死なない→その喜びが次の人に伝わり、検診の大切さを広げてくれる。他の検診すべてが上昇して村中がその気になってくるのが、訪問時・検診時・健康相談時に伝わる。芝居を初めて5回目で「サヨナラ松エ門一座」として巡ったら、止めないでくれ！と住民・区長代表に言われ10回目となった。

ふりかえって思うことは続けてしていくよかったです。住民は口々に言う。

「検診は大嫌い、食事なんてメンドウの栄養士の話しさ大嫌い、だったが、芝居を毎年見ていたらその大切さがよく分かった、だから芝居を止めないでくれ！」

「歩くことの大切さがやっと分かった、血の検査は毎日歩いていたら100点になった。みな芝居のおかげだヨ！」と、人が動く、地域が動くことを感じた。

2、就職した村・町・市に役立つ保健婦になるために

育てられた→住民に→家庭訪問・健康教育

・健康相談・各種検診

育ててもらった→地域に→毎日の活動の中

→各種事業で資料

→統計・数字情報

→芝居の存続

育つ努力→自分で

すべての結果を家庭訪問で返す

その時が一番住民を知り理解してもらう時

上司の言葉をいつも頭に…

3、今自分の活動をふりかえってよかったです

胃ガンで人が死なくなってしまった。生活・食生活の大切さを予防的にとらえる住民になってきていていること。辛かったことは、保健婦のいなかった村にS 33年以来住民に職場に保健婦本来の仕事を理解してもらうまで、ゴウタレ・ヘンジン・キチガイ・ハンキチガイと言われても、何ともなくなった今、辛いと思っていたことが、育ててもらう過程と思うようになり、退職の日を待つ私です。

## 守門村の胃集団検診の概況

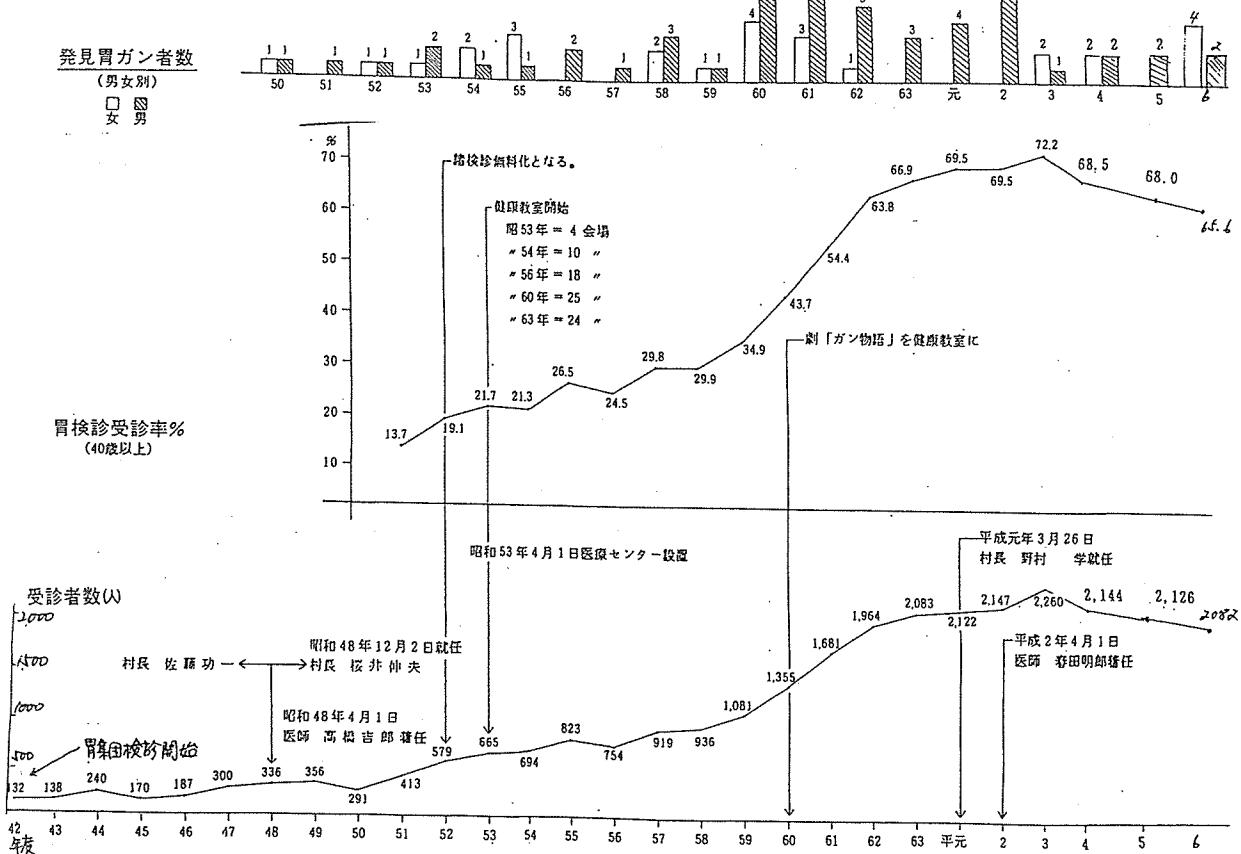
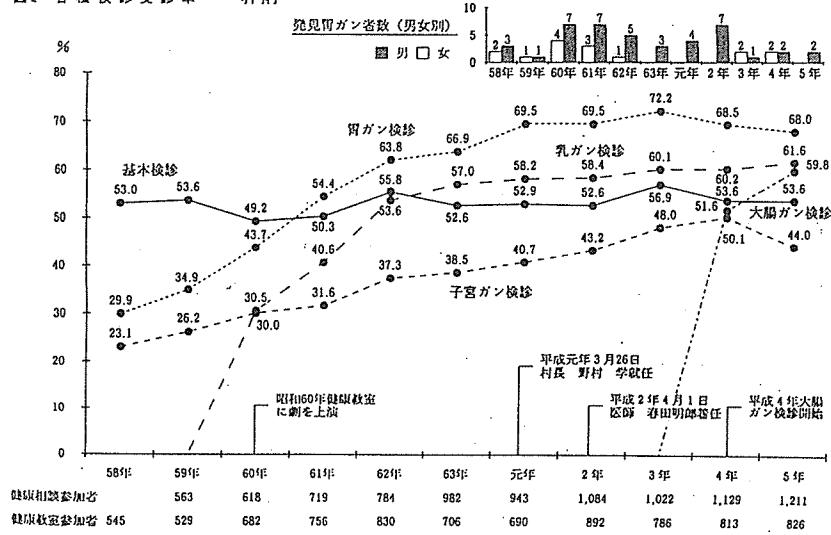


図2 各種検診受診率 — 守門村 —



## 子どもの健康をめぐる養護教諭のとりくみ

～小学生の生活を見続けて～

大川 喜子（東京都田無市向台小学校）

### 1. はじめに

保健室には、さまざまな思いをもって子どもやってきます。頭が痛い、おなかが痛い、とげが刺さった、水たまりでころんだ、けが（脱臼や骨折もあるが小さな小さなきずもある）、教室でさせない（まわりに乱暴する）そんな子どもたちを見ていて気になることが幾つかある。

そのひとつに、生活リズムが夜型で学校生活を送る時間に脳の活動水準があがっていないのかなと思える子どもが多い事がある。脳もからだも疲労が回復していないのか、イライラしてささいなことでケンカ、すぐに手ができる、人と人とのかかわりを持とうとしない。それに不登校や保健室登校も小学校でもふえている。

そんな中で23年間、保健室から子どもの心やからだを見続け、養護教諭として15年程こだわって実施している“朝の様子”～生活リズム～のことを報告します。

### 2. “朝のようす”にとりくむまで

きっかけは1980年頃、不定愁訴（だるい、気持ち悪いなど）で来室する子どもが少しずつ増え、生活実態調査や生活リズムの立て直しを学校ぐるみで取り組んでいることを聞くようになった。自分のまわりにいる子どもたちはどうだろうという思いで生活リズムの実態を見始めた。最初はその日のことを聞いてから、書かせて、面談をしていた。13年程前から、調査項目を5つ（起床、就寝、朝食、排便、朝の気分）を6日間記録する方法を始め、今も同じパターンで継続している。子どもが書き込んだ用紙に目を通し短いながらもコメントを入れる。それを面談に使ったり、健康観察時の保健学習の教材にする。現在、在校生620名、夏と冬の年2回実施している。この時期はこちらは、少し不健康状態（寝不足、腕の痛み）になるが、子どもを丸ごと受け止めるひとつ的方法として、今後も大事にして行きたい。

### 3. 審例から

1) “朝のようす”を実施したとき「ない」「食べない」と何日か書かれてあった2年生の八碧を、そっと呼んで聞いてみた。「僕のお母さんからだが弱いから朝起きられないの。食べなくても平気だよ。」と言っている。しかし、「だるい」「気持ちが悪い」という訴えは多い。何度も相談室で牛乳とせんべいを食べさせたこともあった。担任とも相談して学校のようすを知らせ、母を傷つけないように生活リズムの話をしてもらう。母の休調が悪く朝起きられなくても、前日に食パンと牛乳を用意してもらうようにした。朝食抜きで登校することは減ったが、就寝時刻は10時過ぎ、放課後の時間を一緒に考えテレビやゲームをどうするか話し合っている。

2) 「先生、借りるよ」と保健室に来るB君。3年生の後半から何度か保健室のトイレに来る。教室を出る時は皆の手前もあり「おなかが痛い」と言って、からだは、二つ折状態で来る。トイレにしゃがんで10分ほどで、「すっきりしたよ」と笑顔で出てくる。B君は3年生から放課後が忙しい。お父さんがなりたくてなれなかったサッカー選手になるのが夢。2つのサッカーチームに所属、練習の帰りに夕食をすませ帰宅は10時頃というのが週に2日、日曜日も個人レッスンを受けている。朝はなかなか起きられない。7時半すぎに起きて登校までの30分に身支度、もちろん排便などあるはずがない。何とかトイレにしゃがむ時間作れない？授業中に保健室に来るのはもったいないよ」と声をかける。「やってみる」とは言うもののゆとりがない朝の過ごし方では、習慣化されるまでにはいたらない。

### 4. なぜ、とりくみ続けるのか

とりくみを始めた頃は、起床も7時前が大半、就寝も高学年でも10時頃、朝の排便も7割強ぐらい、担任や私も一声かけるだけでよかったように思う。しかし、ここ6～7年、慢性の睡眠不足からくると思われる子どもの実態（だるい、ねむい、横になりたい、すぐに疲れてしまう）がある。子どもの生活リズムは言うまでもなく大人の労働（時間、過労）と深くかかわっている。また、親の子どもへの期待（塾、習い事）や精神状態にも左右されると言えるだろう。男女雇用平等の名のもと、母親が夜遅くまで働くことを要求されたり、独り親（増えている）では手っ取り早くお金になる夜の仕事をせざるを得ない状況である。

子どもの生活は、このような背景に左右されることも考えられ、社会全体が夜型化の傾向にあることも影響している。

そんな中で学校では、担任は、保護者会などで教室の子どもを話題にするときは“朝のようす”を資料として活用している。学校だよりや保健だよりで知らせることもしているが、養護教諭として一番大事にしていることは、子どもが書いてくれたことを基に、それぞれの事情を受け止め、子どもと一緒に考えることにしている。また、健康観察ではからだの学習をして、子ども自身が、自分でできることに気付いてくれるように願っている。「毎朝、しゃがんでいたら出るようになったよ！」「朝ごはんたべても気持ち悪くならないよ。」という、子ども達の声が聞けた時、私自身、心が暖かくなり、コメントをかくのはつらくなる時もあるが“まあ、続けてやるか”という気持ちになっている。

## 特別講演

被爆 50 周年と社会医学の課題

講 堂

## 被爆50周年と社会医学の課題

肥田舜太郎（日本被団協被爆者  
中央相談所理事長）

### I 広島・長崎原爆、被爆50年の意義

1. 広島原爆は初めて取得した核分裂エネルギーを兵器として使用、戦争の大量殺戮手段を空間的、時間的に無限に拡大し、人類絶滅の危機をつくり出した。

2. 戦争目的と無関係な対ソ威嚇と放射線傷害の人体実験という投下理由及び、毒ガス、生物学兵器以上に非人道的な核兵器使用を国際法違反と確認し、原爆を人類絶滅の警告と受けとめて核兵器廃絶の決意を確認する。

### II 広島・長崎原爆被害の医学的総括

1. 被爆者（被爆者健康手帳保持者及び、手帳未交付の事実上の被爆者）はすべて何んらかの放射線傷害を受けており、一部（主として近距離被爆者）に火傷、外傷の双方、或はその一方を合併していた。

2. 放射線障害は被爆した線量の高低と被爆状況（外部被爆、内部被爆）によって差異がある。これまでには(A)体外からの近距離高線量被爆（一応の基準は爆心から2km以内）の場合に人体に障害を発生し、2km以遠では低線量のため影響なし。(B)体内被爆の場合は低線量のため放射線障害ないとされてきた。

3. それが1972年の「体内被爆は対外被爆と全く異なる作用機序で細胞を破壊し、低線量の方が高線量よりも影響が大きい」のペトカウ理論及び、1985年の日本被団協被爆者調査、1986年のチエルノブイル原発事故、米国の各種ヒバクシヤの実相などを通じ、低線量放射線による体内被爆の影響が確認され、重要視されつつある。

1985年被団協調査、距離別、被爆状況別症状数比較表				
	2km以内	2km以遠	直 爆	入 市
脱毛	48.2%	28.8%	41.2%	21.0%
紫斑	25.2%	14.3%	21.2%	14.3%

2km以遠、入市被爆者に被爆起因の症状発症者がある

4. 放射線が人体に与える作用は分子生物学の発達で腫瘍化と免疫機能障害が主であることが明らかにされつつあるが、詳細はまだ不明である。放射線障害の治療が未確立の現在、唯一の予防法は核兵器廃絶しかない。

### III 核兵器廃絶を妨げる「核抑止論」とのたたかい

「戦争抑止の核兵器は必要」の抑止論は「保有は人体に無害」の認識を前提にしている。保有は製造を必要と

し、製造は、ウラニウム採掘、精製、爆弾製造、実験の全ての過程で無数のヒバクシヤをつくりつづけている。抑止論は「持つ」側の論理であり、保有が多数の生命の犠牲の上に成り立っていることが隠されている。殺される側の論理は核兵器廃絶しかない。



## シンポジウム（1）

阪神大震災と住民のいのちと健康

講 堂

## シンポジウム（1） 阪神大震災と住民のいのちと健康

# 大震災被災地における医療問題と医師の役割

95.6.15.

神戸協同病院

上田耕藏

### (1) はじめに

阪神大震災は被災地に壊滅的打撃を与えた。住民の命と住居と仕事を直撃した。当院のある長田区は神戸市の旧市街地に位置し、被害が大きかった地域の一つである。病院周辺は全半壊が2/3を占める。火災も激しく、当院がほとんど無傷で残ったのは奇跡的とも言える。この5カ月間、大災害下の極限状態で何が起こるかつぶさに体験し活動してきたが、全国からの熱い支援がなければ不可能であった点を強調するとともに、この場を借りてお礼をいいたい。

### (2) 震災地における医療福祉問題

#### 1. 救命救急（1/17.18～1週間）

当院も野戦病院化する。来院患者さんはすでに死亡されているか、中等症までの外傷・骨折いずれかに2分された。criticalな管理を要する患者さんは3名のみであった。1名は左上肢のcrush syndromeの方で入院後すぐ人工呼吸が必要となった。しかし東神戸病院（東灘区）は、当院より多数の重症外傷患者が来ている。震災発生直後よりレスキュー隊を大量に投入できたら、かつヘリコプターを含む患者の移送手段がとられたなら救命できた方は増えたと考えられる。情報・交通のコントロール含む大災害時の救急体制の見直しが必要である。

（表1）重症外傷の内訳

	神戸協同病院	東神戸病院
職員数	230人	220人
1日外来数	550人	550人
病棟	151床	150床
1/17 over 「入院」	約50人	約180人
圧死診断	17	72
内臓損傷	0	7
血気胸	0	11
crush syndrome	5	11

#### 2. 震災後関連疾患（1～2～カ月）

地域避難所は厳しい寒さ、過密な集団生活、栄養不良、風邪の蔓延などでさらに凄惨であった。第2週に入ると外傷は終息するが変わって、肺炎・気管支喘息・出血性胃潰瘍・急性心筋梗塞など特定の内科疾患（震災後関連疾患）が急増する。たいした外傷も負わずに助かっても、厳しい避難所生活を続けざるを得なかった老人が衰

弱し、少なくない方が亡くなった。さらに肺炎が治癒しても患者さんは帰る所がない。それでも空床確保の為避難所へ退院して頂いたが、非常なジレンマに陥った。「医療」の前提である住居・生活環境が破壊された状態で、病院内に止まつた医療に無力を感じ、可能な地域支援を模索した。ボランティアとともに病弱者へのおじや・洗髪、肩もみ、給水などの生活支援を行った。

（表2）震災後関連疾患の概略（地震後4週までの入院例）

	件数	平均年齢	65才↑%	死亡率	避難所%
肺炎+気管支炎	45	72.3	80.0%	4.4%	68.9%
気管支喘息	12	65	50.0%	8.3%	80.0%
肺気腫	4	79.3	100.0%	50.0%	75.0%
胃潰瘍	10	71.2	90.0%	10.0%	50.0%
急性心筋梗塞	4	71	75.0%	25.0%	50.0%
心不全	8	74.5	75.0%	0.0%	50.0%
脳血管障害	4	73.2	100.0%	50.0%	50.0%
全入院	195	68.3	69.2%	8.7%	57.8%

震災後関連疾患の定義として、①地震後のストレス・生活環境の悪化が原因・誘因となりえる。典型的には避難所生活の経験。②死亡につながる疾患群である。

各疾患とも喘息を除いて、全入院患者の平均年齢より高い。避難所との関連が強い疾患は呼吸器疾患である。

当院の患者さんで震災後関連疾患による死者は3月末まで17名であった。うち当院への入院は10名、他院入院は4名、在宅は3名である。入院時期は始めの4週間に集中する。入院した14名のうち全壊全焼が9名（64%）半壊が3名（21%）、避難所からは10名（71%）であった。平均年齢は79.5才であり、全患者の平均年齢68.3才と比べ明らかに高い。また在宅患者さんの占める割合は、入院中であつた3名と在宅で死亡された3名の計6名で、6/17=35.3%と高率である。地震による2次災害は明らかに高齢者と病弱者に集中している。

#### 3. 神戸市の震災後関連死亡数とその原因

神戸市の今年1・3月合計死亡数7,691人と前年の3027人の差4,664名から外因死3,896人を引くと768名となる。90-94年過去5年間、1・3月3カ月間の死亡率の統計解析から震災後関連死亡数は1,048名から539名、平均794名の範囲に分布する。

なぜ救えなかつたのか？寝たきり老人・病弱者を入所させようにも数少ない市街地の特養（長田区は1カ所のみ）

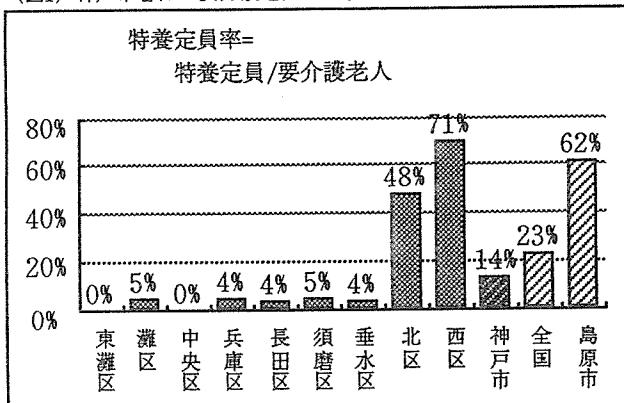
(表3) 神戸市の死亡数(92-95年、1-3月)

	94年	95年	差(95-94)	外因死	外因除く死亡
1月	1,017	4,924	3,907	3,896	11
2月	940	1,580	640		640
3月	1,070	1,187	117		117
合計	3,027	7,691	4,664	3,896	768

はすぐ満杯。郊外の特養もあふれてしまった。病弱者専用の避難所も「さるびあ」の1カ所を除いてほとんど作れなかつた。(ボランティア「長田区高齢者・障害者緊急支援ネットワーク」が長田区ディサービスの1階に18床で開始。)また一部避難所を除いて暖房を入れることが出来なかつた。

65才以上の高齢者のうち5%が要介護老人とされる。95年1月時点での各区の特養定員数を要介護老人数で除して特養定員率を求めた。神戸市の定員率は14%であり、全国平均の23%の6割しかない。長田区はさらに低く4%であった。一方雲仙、島原市のそれは62%であり、長田区と島原市とで約15倍の開きが存在する。

(図1) 神戸市各区の要介護老人に対する特養定員率



神戸市は在宅福祉が弱い都市であるので、大災害に対して高齢者への対応が非常に遅れる結果となつた。震災は大都市の防災機能の弱さだけでなく、福祉の遅れを暴いた。また高齢者など社会的弱者へは被害が大きく、かつ持続する事を教えた。

大災害時には最初の数日で寝たきり者を、1-2週以内に病弱者を安全な場所へ避難させる事が必要である。その前提として、せめてゴールドプラン程度までには在宅福祉施設を整備しておく事が必須である。さらに災害時に病弱避難者の収容とボランティアの基地として転用できるスペースが設計されるべきである。

#### 4. 仮設老人の孤立死

6/9で神戸市では2.4万人の方が避難所暮らしを余儀なくされている。一方多くの老人・病弱者は仮設に移住し

つつあるが、見知らぬ環境に孤立している。6/8現在で死後発見された方は8名となつた。雲仙とは違い、地元から遠く離れたバラバラに入居したからだ。ヘルパー派遣、集会所の建設など新たな「近所つきあい」の援助が必要である。

#### (3) 大災害時の危機管理

職員の自発的労働が支え。特に連絡しなくとも1/2の職員が6時間以内に集まつてくること。すぐ決断、すぐ実行。会議をする「ヒマ」はなくなる。

##### 1. 医師の診療業務

被災患者さんの直接救護の他大事なのは、限られた医療機能下での優先順位をつけた活動である。  
・重症者の区別・入院適応患者の判断（軽症、介護目的の方は適応としない）  
・退院の判断（重症者の転院と軽症者などの転院→ここが最も困った。CW対応）ことに入院と重症者の転院は院長など管理医師に集中して行った。

##### 2. 診療機能の回復

###### ・ライフラインの維持

自家発電はうまく作動。水の確保が最大の課題（自前で水源地へくみに行った。1/18より透析再開）トイレの清掃。酸素、ガスなどへの対応。

###### ・物資の補給（姫路生協病院が補給基地となる）

###### ・検査診療機能の回復

17午後にはX P撮影再開、18にはドライケム稼働（→crushに気付く）CT稼働。全麻手術は2/1より再開。

3. 職員の住居の確保：駐車場へプレハブ建設、3月より近くのワールドマンション31戸契約。

4. 地域支援活動：大量の支援者、ボランティアがないなければ院内・地域救護活動は不可能。

(3/31まで延べて医師478名、看護婦1381名、そ

の他医療職1487名、ボランティア2262名、計5611名の支援を受ける。)この時コーディネートの力量が全体の行動を規定する。

5. 情報の管理：情報収集と整理、支援者への伝達。管理者を1名これだけの目的であつるべき。マスコミの方の質問・情報は現状理解を深めてくれる。

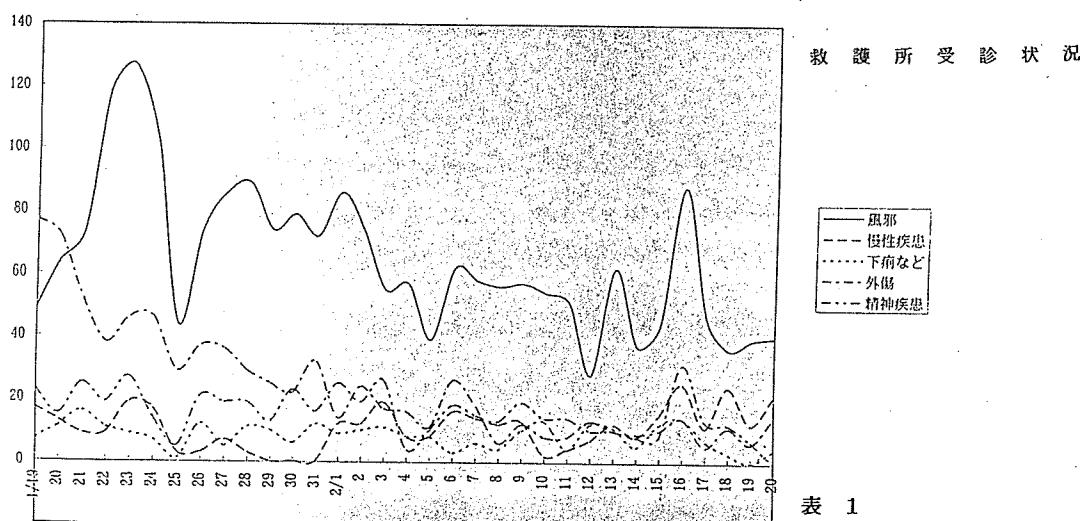
6. 対外活動：保険医協会と協力して避難所の環境改善・医療機関の復興などの提言を行う。5月からは街づくり懇談会へ参加。

#### (4) 終わりに

仮設の老人は一日も早く地域へ戻れる事を願つている。高齢者が安心して「帰つてこれる」まちづくりが要請されている。その為には、1.安い家賃の公営住宅。2.特養などの福祉施設の量的配置が必須である。

## 大震災下での保健婦活動

は量をた団イら報者が同ア増のへら代動も位し療テか情護な千活に順で医ン報な援得的先況やラ情主要を地で質優状明ボるざの力の先しの員すさ在の被勢目迫へ職な)ら婦所被勢急に緊固追少目か護激ズい療派、項所看。の再は所かし4肺な人た人機変せずをかと一な医のン0難援た症務動健所握(、の老しの整大せまか生ま須寸はるな巡都シ日を、で伝の診。避に才4環えめ多び為充考験い市が半くばる他一1象き日や医受た。で01な伺努。及くをとて体つ神べ月てれす、テで対い毎ザ業。しすま8患悪がにす括い動だし、にすカせけ更整ン日のでたン開たまで日と疾劣さ共で統て活要能が方の一寄な変調工い助せしエやしりり8)心り難とり、し助必機すりンのししが員リ多援さ応ル院まあお2名とお困職おがに援にうまいら押応一人才(、大対フ病きにと月5るての護とた滑る時どいのラかと対バののく達拡でン、い向の26みつ事看のし円け同がて動フ後っらんめへい伝に中イはで傾1ら(でなく援2でをおも種来活イ直どがメた職てと第夢いてい存表か代別とい応表動動に制職に健ラ災もな日の護し理次我幸いな依は日才患どてには活活場体の期保震にえ毎行看大整と無つつの況70疾なし応容のの現ブれ時な



素 1

## 震災後の保健所活動

月・日	1/17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	2/1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18
他府県 医療班																																	
保健婦 活動																																	
	・避難所の巡回診療																																
	・避難所医療所の常設（避難者千人以上）。保健婦の看護があれば保健所との連携による保健福祉のニードの把握、健康チェック等。																																
	・救護活動中心																																
	・保健所における救急活動→医療班に移行。避難所医療班と保健婦との連絡会の開始。																																
	・応援医療班の役割・配薬調整。																																
	・医療分巡回診療に同行・健康チェック→応援看護婦が同行																																
	・要入院患者の病状探し・救急搬送依頼。――・応援看護婦のみによる巡回同行																																
	・薬品搬送。・医療情報の提供、配布。・インフルエンザ予防接種勧奨、問診。																																
	・保健活動																																
	・避難所の実態把握、今後の活動について検討。																																
	・保健所把握のケースの安否確認、結核患者の健康状況及び所在の確認。																																
	・ボランティア訪問看護婦による寝たきり者の訪問（被害地）。																																
	・在宅要援護者の訪問及び慢性疾患患者への対応。																																
	・乳児の現状把握（電話）。																																
	・日常生活用具（杖、眼鏡、ポータブルトイレの調達と配布）																																
	・避難所向け「保健所だより」の発行開始。																																
	・避難所へのうがい薬（ペットボトルで配布）。																																
	・その他																																
	・看護ボランティアの受け入れ調整・看護大学に移行。																																
	・朝夕ミーティング開始・看護婦との連携による活動の開始。																																
精神保 健相談																																	
	・保健所内に精神科医療所を常設（相談、投薬、巡回訪問、患者搬送に同行）。																																
	・避難所及び避難所の常設医療所との連絡調整。																																
	・地域の精神医療機関との連絡調整。																																
	・「兵庫県立保健センターニュース」発行。 (精神保健関係者ボランティアに配布)																																
その他 の保健 活動																																	
	・診療明細書可否状況調査。																																
	・医師会連絡、診察可能医療機関名簿作成。																																
	・救援物資（特別食、ミルク、離乳食等）の調達依頼。																																
	・避難所への訪問（特別食、ミルク、離乳食等についての相談、配給）。																																
	・炊き出しの実態調査（一部）。																																
	・救援物資（歯ブラシ）を避難所へ配布。																																
	・避難所への訪問、歯磨き指導（コップ一杯の水での歯磨き）。																																
物理面																																	
	・保健所内のかたづけ。																																
	・トイレの排泄物を流すための川の水運搬、消毒。																																
	・職員使用の水の運搬（エレベーター使用できないため重労働）。																																
	・医薬品の種分け、避難所への分配。																																
窓 口																																	
	・来所者の応対（被災者へ救援物資の配布・保健医療相談）。																																
	・経常業務（申請受付：精神、特定疾患、結核等、母子健東利務行、再発行等）。																																

### 3. “こころはふたつ”

地域住民の避難所としての学校と養護教諭の役割

浅間 満佐子（神戸市立工業高）  
石井 恵子（　　北野小）  
○永野 恵子（　　太田中）

この度の阪神・淡路大震災によって死亡した神戸市の児童・生徒は、幼稚園児4名・小学生106名・中学生47名・高校生17名・盲養生2名の計176名にのぼった。1月17日当日から学校は避難所になり、教職員も避難所の運営活動に加わった。

2月9日（震災後20日）段階で、避難所となった小中学校は全体の64.3%にあたる164校にも及び、約10万人の被災者が学校で生活をしていた。中には、在籍児童数の10倍を超える4200人を抱えた学校もあり、養護教諭の活動も、救護活動から施設の環境保全（トイレ、手洗い場、室内的清掃、ゴミの処理等）まで、さまざまに広がっていった。

あの混乱の中で、避難所となった中学校の養護教諭がどう動いたかを事例報告したいと思う。

#### I 校区の被災状況

校区は長田区と須磨区にまたがり、ケミカルシューズの町工場と住宅が混在している下町で、老人人口の比率の高い地域。学校は、10年くらい前までは生徒数100人を越す大規模校であったのが、都市のドーナツ化現象により、最近は400名程度のこぢんまりした学校になっている。したがって校舎内には約半数の空き教室があり、いろいろな学習室や倉庫に転用されている。

この度の地震により、全校生の85%が全半壊、全焼により家を失った。火災が多発した地域のため、荷物より人を助ける事が優先され、何一つ持ち出せなかった悲惨な状況の家庭も数多くある。

当初、避難者は約1200人にのぼった。体育館が被害を受けて避難所として使えないため、職員室以外のすべての空間が避難所となった。保健室も例外ではなかった。1教室に50人以上の人と荷物がひしめいていた状況である。6月中旬で、避難者は約300名になったが、避難所としての空間は震災直後と全く変わっていない。

#### II 医療チームの到着まで

（1月17日～1月26日まで）

##### （1）個人的活動（個人カルテの作成）

1月19日、地下鉄の部分開通により初出勤。保健室は落下し散乱した備品や物品、避難している方とその荷

物等で医薬品を探すのも大変な有り様であった。とりあえず使えるわずかな医薬品を持ち出して、まず各教室を巡回する。そして、隣接の小学校に神戸市から派遣されたT病院が診察していることを伝えて回った。まず現状把握の必要から、歩けない人、乳児、介護の必要な人を重点的にチェックし、個人カルテを作っていた。（氏名、年齢、住所、病状、要望等）これらのカルテの中から、往診の必要な人についてT病院の医師に依頼する。

##### （2）さまざまな応援

###### ☆個人的応援（ボランティア）

友人である加古川市の保健婦Tより見舞いの電話があり、炊き出しとともに聞き取り調査（個人カルテ）の応援を依頼する。土日を利用して、数人の保健婦が来校。

###### ☆他校の教職員の応援

避難所になっていない学校は午前中授業だったため、午後は他校の職員の応援もあった。養教には聞き取り調査をしてもらう。

###### ☆組合の応援

組合（全教神戸）を通じて、明石市、加古川市、姫路市などの養教が応援に来てくれる。物資（医薬品、マスク等）を携えての応援は心強く、ありがたかった。

#### III 医療チーム（厚生省派遣）との活動

（1月26日～3月28日）

##### （1）チーム内容と日程

1月26日午後遅く、栃木県医療チーム到着

（延べ 15チーム）

###### ☆構成

医師	1～2名
看護婦	2～3名
保健婦	2名
薬剤師	1名
県職員	1名 計 7～9名

###### ☆日程

1日目	午後到着 前チームとの引き継ぎ
2日目	活動 （理科準備室での診察）
3日目	（保健婦による巡回）
4日目	（保健婦による巡回）
5日目	次のチーム到着、引き継ぎ 栃木へ

## (2) 保健婦の活動

このころより、保健所を中心とした医療活動が組織化されていく

### ☆ 1日の動き

9:00 打ち合わせ

（西市民病院の看護婦2～3名、ボランティアの保健婦、看護婦、養教など）

10～12 聞き取り調査

12～13 昼食・打ち合わせ

13～16 聞き取り調査

16～17 打ち合わせ（必要な人は往診）

17:30～打ち合わせ

保健所、医療チーム、T病院  
S病院など

## (3) 医師・看護婦の診察活動

診察 9～12、13～17、19～20時

往診 隨時

1月27日から保健婦とともに各教室を巡回したが、2月7日、学校再開により本来の養護教諭としての仕事にもどる。

## (4) 避難所での医療活動に必要なこと

### ① 24時間、医師が常駐すること

運営する者、避難する者双方にとって心強い。宿泊場所は、プール横の更衣室。

### ② チームの中に、保健婦がいること

治療だけでなく、各教室を訪問し、住民一人一人の健康状態を把握し、心のケア、医師への橋渡し、福祉へのつなぎ、トラブルの防止など、幅広いケアができる。

自ら受診にくる人は生きる意欲のある人なので、教室に寝たままの人にこそ声をかけてもらう。この避難所から死者を出さないことを目標に活動する。

### ③ 保健所・医療チームとの打ち合わせをもつこと

毎日夕方より、保健所を中心に医療チームとT病院、S病院、学校側が打ち合わせを行った。内容は、住民の健康状態、医療機関の開業状況、入院可能な病院、入浴サービス情報等福祉関係の情報確認、情報交換の場が持てた事はよかった。

## IV 養護教諭の仕事へ（3月28日以降）

### (1) 問題点

現在もなお保健室は避難所になっているため、保健室としての機能はしていない。学年初めの各検診や予防接種も仮設教室で行ったため、水をポリタンクで運んだり、

器具の消毒も職員室で行っては運ぶという状態である。仮保健室は、以前医療チームの宿泊場所になっていたプールの更衣室で、学校のはずれにある。職員室から遠いうえ、狭くてドアも開けにくく、天井も低い。一人になると、とじこめられた感じになる。インターホンや電話はなく、いざというときの連絡も取りようがない。こんな状態の中で、さまざまなケアを必要としている生徒達の足も遠のく。

## (2) 教育の再建に向けて

これまででは、避難者の救援が第一であり、親の生活が安定していないのに学校なんて・・・と、教育は二の次になっていた。が、3月に入ると新学期に向けて、教育はどの程度再建できるのかという不安が大きくなって来た。何の見通しもないまま、とりあえず保健行事の日程を決めるところから始めた。3月中旬に、校舎1階の各教室（保健室も）を、空けてもらうことが不可能になり、3月30日、プール横の更衣室に備品等を運び込み仮保健室としてもらう。授業は、特別教室いくつかと仮設教室で何とか6時間授業となったものの、実技を伴う授業はできない。グラウンドも狭くなり、周辺の家屋の解体工事に伴う騒音やほこりで、学習環境としては最悪の状態である。避難所から通学する生徒も多く、体調を崩して休んでもゆっくり休めず、宿泊行事の後の代休も避難所の廊下で寝ていたり、自動車やテントで寝ていたりする。また、仮設住宅が当たり転校していく生徒、プレハブを建てて戻ってくる生徒など、落ち着かない日々が続く。現状では、生徒達への心と体のケアは望むべくもなく、こんな状態はあと数年続くと考えられる。家や家族を失い、家計を助けるためアルバイトをして、そのしんどさを自分なりに黙々と背負っている生徒も多い。心的外傷後ストレスのピークはこれからだというのに、こうしたストレスからくるさまざまな心身の変調に悩んでいる生徒達に声をかけ受け入れる、ゆったりした空間も時間もない。

教育者の立場から考えると、せめて学校だけは地震前の普通の状態に1日も早く戻したいと思う反面、一市民の立場としては、仮設住宅での孤独死が報道されると、“無理をして出て行かないで学校にいたらよかったです・・・”という気持ちになり、4月以降はこの二つの相反する心が揺れ動くつらい毎日となっている。

学校教育と、避難所としての機能とが何とか共存できる道はないものだろうか。今回のような大都市での大災害の救援活動は、数年間は続く。共存の道を探る機能を持った調整機関が必要ではないだろうか。

シンポジウム（1）阪神大震災と住民のいのちと健康

## 震災と住宅問題

早川 和男（神戸大学名誉教授）



## 一般演題

公害・薬害の克服

講 堂

# 1-01 新潟水俣病の診断と病理所見の検討

斎藤 恒 (新潟医療生協、木戸病院)

水俣病裁判では熊本、新潟、福岡、京都、大阪、東京などで前後9回にもわたって、昭和52年の判断条件が実情に沿わないこと、棄却された患者の多くが水俣病または水俣病を否定できないものであるとの判決が出されている。しかしに、環境庁はかたくなに原告を水俣病と認めようとせず、解決を遅らせている。平成3年の中央公害対策審議会でも、有機水銀汚染地域に四肢の感覚障害のある例が多数発生していることは認め、新潟の患者にも医療費を公費負担とはしたが、水俣病ではなく、健康不安者として扱っている。新潟水俣病第二次訴訟でも被告、国と昭電側の証人が、昭和46年以後の認定例は違う病気が多く含まれている。原告も含めて大部分は心因性であり、健康不安者であると証言している。そして、昭和電工と患者の直接交渉においても昭和電工側は原告は被害者と認めようとしない。

そこで新潟水俣病の剖検例について、生前の診察所見との関係を検討したのでそれを報告する。

表1の病理所見は新潟大学脳研の生田房弘教授が新潟地裁に提出されたものに補足したものである。

被告昭電と国は、沖中元東大教授の誤診率が20~30%であったと述べられたことを取り上げ、新潟大学の審査会の判断は29例中26例(89.65%)という驚異的な診断の正しさを示すものであり、52年の基準も正当なものであると主張している。

表1で見るよう、①病理診断については、大脳の好発部位、小脳、末梢神経の3つの所見が水俣病所見に一致した時のみ水俣病の診断がなされている。疫学条件が無視され、末梢神経障害のみの例や末梢神経障害に小脳障害の伴う例も否認されている。病理学でもハンター・ラッセル症候群が適応されている。病理診断を絞った事が、驚異的な診断の正しさとなったものである。

②そのような病理診断の限界があるが、発病年については昭和35年から48年となっている。昭和電工が昭和40年に操業を中止し、その後に川の汚染魚も減少している。殆どの例は昭和40年の公表後は川魚を食べてはない。遲発性水俣病の存在が明らかである。

③剖検例の認定年は52年以前のものであり、52年の判断条件の正当性を論ずることはできない。

④46年の環境庁の次官通達は「疑わしきは認定せよ」として紹介されているが、疑わしいものではなく、水俣病そのものであり、心因性などと言えるものではない。

⑤末梢神経の障害は中枢神経の障害より改善しやすく、四肢の感覚障害のみの例は水俣病ではないとする被告側証人もいる。しかし、剖検例は最初から持続的に現在ま

で、末梢神経の障害が認められている。

⑥No.22KWは糖尿病があるために2回にわたって棄却された例であるが、剖検により、水俣病と認められている。糖尿病があるだけで棄却される例が多いことから審査会で教訓にして欲しい例である。

⑦3ランクで認められ、病理診断で否定された例が2例ある。No.23、SUは飲酒多量で軽い末梢神経の障害だけであると、否定され、No.24、KTは末梢神経障害はアイナの副作用、癌の肝臓転移による栄養低下と区別できず、脳も老人性変化と古い小脳梗塞も認められたとのことによる。発病は昭和39年であり、結核の入院は昭和45年であり、INAHの影響は否定できたのであるが、病理的には区別できないとのことであった。2例とも多量の川魚を摂取した例である。

⑧No.28、KWは新潟水俣病の審査会にはかからなかったが、関川周辺の患者で、飼猫の狂死も見られた家であった。小脳と末梢の障害が認められたが、頸椎症として否認された。

⑨No.33、YOは阿賀野川の沿岸に住、半農半漁の家で、昭和39年から夫妻で四肢のしびれがあり、末梢のみの障害であるとして否定された。

表2は症例9KTの生前の診察所見を示している。先祖からの阿賀野川の漁師であり、父と妻と長女及び当時生存していた同胞7名中6名がいずれも水俣病と認定されている。本例は新潟水俣病公表直後の検診で、毛髪水銀258ppmと濃厚な水銀汚染を認めた例である。感覚障害は当初、上肢の1部のみであり、四肢末梢と口周囲の感覚障害は昭和44年に現れ、45年に運動失調や視野狭窄が現れている。40年6月から川魚は食べていない。白川先生らが提起した、遲発性水俣病の状況を伺わせるものである。

表3では昭和47年の審査会資料には、眼科で視野狭窄が認められ、耳鼻科の平衡機能検査でも、自発眼振や視運動眼振、指標追跡試験などの異常から中枢性の障害が疑われ、ランク1で認定された例である。

本例の他覚所見を見ると、感覚障害でも四肢末梢の感覚障害が不完全に見られたり、全く認められなかったりしたこともある。協調運動障害、平衡機能障害でも、+士または-とある。このような変動が見られる例では、心因性や偽病が疑われたりして、棄却の根拠ともされている。しかし、剖検では大脳好発部位、小脳、末梢神経に異常を認めているのである。原告患者も慢性例は差異のないものであり、診察所見の教訓はそのまま当てはめ得るものである。

表 1 新潟水俣病患者の剖検例 ○水俣病 ×非水俣病

No	氏名	剖検年令	発病年	認定年処分	ランク	剖検年 19	病理所見			病理診断	備考
							大脳 脛部	小脳 神経	末梢 神経		
1	TK	19♂	S 40	s 40, 10 ○		6 5	2 +	+	/	○	
2	KO	28♂	S 37, 8	s 40, 10 ○		6 5	2 +	+	/	○	
3	MN	81♀	S 39	S 46, 6 ○		7 1	+	+	2 +	○	
4	YY	72♂	s 41	未認定		7 2	±	+	2 +	○	胃切除
5	KK	78♂	s 40	s 44, 11 ○		7 2	+	+	2 +	○	肺癌
6	TI	56♂	s 39	s 47, 8 ○	1	7 2	+	+	2 +	○	肝性脳症
7	KS	59♂	s 39	s 47, 8 ○	1	7 2	+	+	+	○	静脈洞血栓
8	KS	59♂	s 44	s 47, 5 ○	2	7 3	+	+	+	○	ペラグラ
9	KT	56♂	s 40	s 40, 10 ○		7 3	±	+	2 +	○	動脈瘤破裂、自己融解
10	SI	70♂	s 40	s 45, 6 ○		7 3	+	+	+	○	肺癌
11	KI	72♂	s 43	s 50, 3 ○	3	7 4	+	+	2 +	○	検診途中で死亡
12	KI	48♂	s 38	s 40, 12 ○		7 5	+	2 +	+	○	飲酒多量
13	TS	52♂	s 37, 8	s 50, 4 ○	3	7 6	+	±	2 +	○	腰椎変形
14	BW	72♂	s 43	s 49, 1 ○	3	7 7	+	+	+	○	
15	SI	75♂	s 45, 6	s 51, 9 ○	3	7 7	+	+	2 +	○	頸・腰椎変形
16	TN	67♂	s 43	s 47, 12 ○	1	7 7	+	+	2 +	○	I N A H服用
17	ST	59♂	s 48	s 49, 12 ○	3	7 8	+	2 +	+	○	
18	MY	67♂	s 35	s 48, 6 ○	2	8 1	+	±	+	○	
19	KK	86♂	s 40	s 43, 4 ○		8 2	+	+	2 +	○	糖尿病
20	JS	74♂	s 44	s 48, 6 ○	3	8 6	+	+	2 +	○	胃亞全摘
21	KH	79♂	s 42	s 49, 3 ○	3	7 9	+	2 +	2 +	○	胃亞全摘、頸・腰椎変形
22	KW	76♂	s 44	s 49, s 54 ×		8 0	+	+	2 +	○	糖尿病、頸・腰椎変形
23	SU	52♂	s 44	s 47, 8 ○	3	7 6	-	-	±	×	骨髓性白血病、飲酒多量
24	KY	74♂	s 39	s 51, 2 ○	3	7 8	-	-	+	×	I N A H服用、頸・腰椎変形
25	KT	85♀	s 45	s 47, 8 ○	1	9 2	+	+	+	○	
26	HN	83♀	s 38	s 48, 11 ○	2	9 2	+	+	+	○	
27	MH	70♂	s 40	×		7 5	-	+	2 +	×	糖尿病、飲酒、低栄養神経症
28	KW	70♂	s 42	s 48 関川		7 5	-	+	+	×	脳梗塞、変形性脊椎症
29	HH	79♂	s 50	×		7 5	-	+	+	×	未検診死者、前立腺癌転移
30	SO	78♂	s 44	×		7 5	-	-	+	×	脳梗塞、I N A H服用
31	KS	64♂	s 45	×		7 5	-	-	+	×	髓膜腫
32	TH	50♂		s 46, 10 ×		7 5	-	-	2 +	×	脊髓痨、肺癌
33	YO	66	s 39	×		8 4	-	-	+	×	

表 2、症例 9、K T、56才♂、毛髪水銀 258 ppm.

診察日	感覺障害				協調障害			平衡障害				視野狭		聽力障害	診察医
	四肢	口 咽	正 中	半 身	A d	指 鼻	膝 踵	R o	マ ン	片 足	眼 動	対 座	眼 科		
s40, 6	±	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	新大神内
s42, 1, 24	±	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	新大神内
s42, 10, 28	±	-	-	-	L±	L±	-	-	-	-	-	-	-	-	S
s43, 3, 6	±	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	Pro. T
s44, 11, 2	+	+	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	S
s45, 11, 17	R±	+	-	-	R+	±	±	±	+	+	-	+	+	+	Dr, H (神内)
s47, 2, 22	+	+	-	-	+	±	+	-	-	-	-	+	-	-	Dr, S (神内)

表 3、症例 25、K T、85才♀、昭和 47、8、11、認定、ランク 1、

診察日	感覺障害				協調障害			平衡障害				視野狭		聽力障害	診察医
	四肢	口 咽	正 中	半 身	A d	指 鼻	膝 踵	R o	マ ン	片 足	眼 動	対 座	眼 科		
s 47, 8, 11	+	+	-	左	+	±	±	-	+	+	+	-	+	+	密查会資料
s 51, 5, 21	+			左	±	-	-	±	+	+	-	-	-	-	S
s 52, 1, 14	+	-	+	左	-	-	-	-	+	+	sa	+	-	L+	Dr, S (神内)
s 52, 3, 15	±	-	-	左	+	-	-	-	+	-	-	+	-	-	Dr, K (神内)
				(両下肢)											
s 54, 2, 26	-	-	-	左	+	-	L±	-		H+					Dr, K (神内)
S 54, 8, 27	-	-	-	左	L±	-	-	-			-				Dr, H (神内)
s 55, 2, 12	±	-	-	-	±	±	-	+	+	H+				L+	Dr, K (神内)
				(両下肢)											
s 55, 7, 18	-	+	-	左	+	+		-		-	-			+	Dr, I (神内)
s 55, 12, 22	+	-	-	左	±	-	-	-	-	±		±		-	Dr, S (神内)
s 57, 10, 13	+	-	+	左	±	±	-	-	+	-	-			+	Dr, s (神内)
s 62, 1, 8	+	+	+	左											S
s 63, 12, 22	+	-	-	-	±	+		杖步行		+					S
H 3, 9, 26	+	-	-	左	+	+		不能		+					S

<耳鼻科平衡機能検査>

自発眼振 ; ←8°。 頸部捻転 ; R←、L(-)。 頭部眼振 ; ← (方向固定型)  
 前庭反応 ; 正常。 視運動眼振 ; H, 正、V, 上方抑制。  
 視標追跡試験 ; H, saccadic. V, Ataxic. Mann (2+)、足踏 (不能)

# 新潟における 水俣病総合対策医療事業の実態

○関川智子 富樫昭次（新潟勤労者医療協会）  
斎藤 恒（新潟医生協木戸病院健診センター）

【目的】1992年6月30日新潟県にも水俣病総合対策医療事業が施行された。本事業は行政が水俣病でないと棄却した被害者たちが司法の場において、水俣病と認められる判決や和解勧告が相次いで示されたことを背景に、中央公害対策審議会の答申を受けて実施されたものである。いわゆる「ボーダーライン層」の救済ということを目的にしている。原告医師団は原告の中の対象者を改めて診察をし、四肢末梢の感覚障害を認めた人を該当者として大学病院の神経内科へ送った。その結果の報告と若干の考察を述べる。

【方法】新潟水俣病の認定基準（表1）でランク1～3までは認定、原告は4～6及び未申請の者である。その中で認定審査会の資料で四肢末梢性感覚障害が認められた者は改めて大学の診察を受けずに判定検討会を経て手帳の交付を受けた。しかし感覚障害が不完全な者、認められないと判断された者、未申請者は大学での診察を受けなければならない。1994年度末までに57人を診察、紹介状に裁判所へ提出した診断書及び陳述書のコピーを添付して提出した。診察を受けたその日に、診察所見の記録用紙が患者に手渡されるため、こちらの所見との差異をチェック、差異の大きいものは手紙又は電話で意見を聞いた。

【結果】1995.3.31現在、新潟県のまとめ、  

申請	323人	(原告 179人 非原告 144人)
交付	260	(原告 176 84 )
不交付	21	(原告 0 21 )
未処理	42	(原告 3 39 )

となっている。

【考察】原告患者231名の内訳は表2のごとくである。原告231と申請179の差は、死亡者、寝たきりなどである。原告医師団がこの事業のために大学へ紹介した57人中54人に手帳が交付され、未処理の3人は、判定検討会に間に合わなかった分である。

新潟県における総合対策医療事業は「・・・水俣病発生地域の住民で、水俣病とは認定されないものの、一定の要件に該当する人を対象として医療費等の助成をおこなうものです。・・・」となっている。「対象者の要件は①昭和40年12月31日以前に阿賀野川の魚介類を多食したことにより、通常の程度を超えるメチル水銀を摂取した可能性があること。②水俣病にもみられる四肢末端の感覚障害を有すること。ただしその感覚障害が水俣病によるもの及び原因が明らかであるものを除きます。そしてこの要件に該当するかどうかを審査するために、居住歴、阿賀野川の魚介類の喫食状況、感覚障害の症状などについての資料を提出してもらうことになります。

・・・」

本来ならば行政は厳しすぎると批判されている認定基準を見直し、これら被害者を水俣病患者と認めて、即刻補償すべきである。しかしこれら被害者を水俣病とは認めず「健康不安者」として医療費と僅かばかりの治療手当の支給によって行政の責任を免れようとするものである。原告医師団として、これを受けることは我々が今まで闘ってきたことは何であったか、随分と悩んだ。僅かではあるが見舞金と医療費を県が補助すること、そのことによって原告が家族に気がねなく医療を受けられることになること、何よりも原告患者がこの事業を受けることを希望しているということ、そして闘いの大きな流れが行政をしてこうせざるを得ないところまで追い込んだとみるべきなどなどで受け入れることにした。

今新潟水俣病の第二次訴訟において、国や昭和電工側の証人は、昭和46年以後の認定例には違う病気が多く含まれており、原告を含めて大部分は老人性であり、心因性であり、健康不安者であると証言している。

表4の如く、原告らは四肢や口の周りのシビレをはじめ多彩な自覚症を持っている。しかもこれらの自覚症は新潟水俣病が公表された昭和40年前後より出現し現在も尚その症状で悩まされているのである。又、表5の如く原告らの配偶者、同居の親子、同集落の親子・兄弟・姉妹の中に認定患者をはじめ水俣病の症状を持った人が多数いるのである。また家畜を飼っていた人は家畜の狂死に遭遇しているのである。このように昭和40年前後より、多彩な症状があり、同居や同集落に多くの水俣病患者を持つ人が、諸般の事情で申請が遅れただけであり、第一次訴訟の認定患者となら変わりないのである。即ち新潟水俣病なのである。

新潟水俣病の闘いも14年目を迎え、今までの新潟地裁、東京高裁、昭和電工との直接交渉に加え、5月10日東京高裁に和解勧告を申し立てた。和解の内容について今後詰めていかなければならないが原告団は「解決のための5つの原則」（表3）をかざしている。この原則が守られて一時も早く解決できることを切に望むものである。

表 1 認定基準

ランク 1：指定地域に係る水質汚濁の影響による水俣病と診定する

ランク 2：病状の発現又は経過に関し、指定域に係る有機水銀を蓄積した魚介類の経口摂取の影響が認められる

ランク 3：病状の発現又は経過に関し、指定域に係る有機水銀を蓄積した魚介類の経口摂取の影響によるものであることを否定できない

ランク 4：病状の発現又は経過に関し、指定域に係る有機水銀を蓄積した魚介類の経口摂取によるものであるか否か判断できないもの

ランク 5：病状の発現又は経過に関し、指定域に係る有機水銀を蓄積した魚介類の経口摂取によるものとは認められないもの

ランク 6：再検査を要するもの

表2 ランク別原告数

ランク4:	156人
ランク5:	47
ランク6:	1
不明	1
未申請	26

表3 解決のための5つの原則

1. 昭和电工と国は被害者および国民に謝罪すること。
  2. 原告被害者全員を水俣病患者と認めること。
  3. 昭和电工と国の責任に基づく解決であること。
  4. 被害者の補償体系は、賠償一時金・継続補償・医療補償であること。
  5. 新潟水俣病全被害者を迅速に補償できるルールをつくること。

表4. 自覚症 (54人)

		%
1. 四肢、口周囲のしびれ・じんじん感	1 0 0 . 0	
2. その他の知覚異常	1 . 8	
3. 関節痛	3 8 . 9	
4. 関節以外の痛み	8 1 . 5	
5. だるさ	6 1 . 1	
6. 物がはっきり見えない	7 2 . 2	
7. 周りが見えない	1 6 . 7	
8. 耳が遠い	4 8 . 1	
9. 耳鳴	8 3 . 3	
10. においがわからない	2 9 . 6	
11. 味がわからない	3 7 . 0	
12. 転びやすい	5 3 . 7	
13. スリッパや草履がはきにくい	2 2 . 2	
14. 草履がぬげやすい	9 . 3	
15. 手が不自由	2 4 . 0	
16. 指先がきかない	2 9 . 6	
17. 手から物を落す	4 2 . 6	
18. ボタンかけが難しい	2 9 . 6	
19. 言葉がはっきりしない	1 8 . 5	
20. 言葉がでにくい	2 5 . 9	
21. 力が弱くなった	4 2 . 6	
22. からすまがり・こむらがえり	6 2 . 9	
23. 筋肉がピクピクする	5 7 . 4	
24. 手足の発作性の大きなふるえ・けいれん	5 . 6	
25. ふるえ	2 9 . 6	
26. 不眠	4 2 . 6	
27. 疲れやすい	6 2 . 9	
28. 食欲がない	2 0 . 4	
29. 何もしたくない	3 1 . 5	
30. 根気がない・仕事が長続きしない	4 0 . 7	
31. 物忘れする	7 9 . 6	
32. 急にいらいらしたり、かなしくなる	3 7 . 0	
33. めまい	5 9 . 3	
34. 気が遠くなりそうな発作がある	3 . 7	
35. 立ちくらみ	4 8 . 1	
36. その他		
動悸・息切れ・寒がり・口がかわく・ まっすぐ歩けない・歯がうく 風邪をひきやすい・計算力の低下		

表5. 家族集積性・地域集積性

## 及び家畜の狂死（54人）

福地保馬（北大教育・健康体育科学）

## 最近の3つの判決と和解

(1) NO<sub>x</sub>被害を否定した西淀川・川崎

91年3月29日、大阪地裁で西淀川大気汚染公害裁判の判決言い渡しがあった。判決は、大気汚染と原告らの疾病との因果関係を認め、被告10社に共同不法行為責任があることを認定し、被告10社に損害賠償を命じた。しかし、NO<sub>x</sub>と健康被害との関連は未だ明らかでないとして因果関係を認めず、そのために道路公害を問に付し、国と道路公団の責任を否定した。

94年1月25日に、川崎公害裁判の一審判決が横浜地裁で言い渡された。この判決も、工場排煙中の二酸化いおうによる高度の汚染が原告らの呼吸器疾患の原因と認め、被告12社の共同不法行為による連帯責任を認定したが、NO<sub>x</sub>の因果関係については、西淀川第1審判決と同様否定した。

(2) NO<sub>x</sub>を複合要因と認めた倉敷

94年3月23日、岡山地裁は、「昭和30年代から40年代後半にかけて水島地域に居住または通勤し、昭和50年代前半までに慢性気管支炎、気管支喘息及び肺気腫を発症した原告らの健康被害の多くは、水島地域の高濃度の二酸化硫黄、二酸化窒素、浮遊粉塵等の大気汚染物質が原因となって生じたものである。」として、被告8社の共同不法行為の責任を認定した。この判決は、NO<sub>x</sub>の健康影響を認めたことで、西淀川・川崎での灰色判決部分を覆したものと評価されている。

## (3) 企業と和解した西淀川

91年の第1次訴訟の第1審判決では、企業10社の責任を認めたが、道路の責任は否定された。第1次2審と第2、3次訴訟が係争中であったが、裁判所の和解勧告に応じて95年3月2日、原告と関西電力、住友金属など被告9社（1社は和解に先立ち原告が訴えを取り下げ）との和解が成立した。しかし、道路を管理する被告の国と阪神高速道路公団は和解に加わらなかつた。しかし、和解にあたつての「裁判所の見解」において、「大気汚染に起因する呼吸器疾患の発生は、工場から発生するばい煙、

粉塵のほかに、自動車から排出される各種汚染物質による複合汚染によつてもたらされるとされている。」と述べられている。

NO<sub>x</sub>汚染と国の責任の否定路線の定着？

以上のように、過去のSO<sub>x</sub>汚染とその被害の認定及び「企業責任」の法的判断は定着したと考えられる。しかし一方、西淀川、川崎と裁判は二度につづけて二酸化窒素、すなわち自動車排気ガスによる公害を否定し、国を免責し、NO<sub>x</sub>の健康影響の否定（あるいは、灰色）路線が司法の場で定着したかにさえ見える。NO<sub>x</sub>と健康被害の因果関係を認容した場合、道路行政に大幅な変更や制約をもたらす等の波及的影響を回避しようとした、及び腰の姿勢が伺える。

しかしその後にだされた岡山判決は、NO<sub>x</sub>を含めた複合影響を認めた。しかし、国はこの裁判では被告ではない。さらに、西淀川和解においては、注目される裁判所見解が出されたとはい、国は和解に応じていない。従つて、これまでに国の責任（道路NO<sub>x</sub>公害）を明確にした判決等はない。

## 「専門委員会報告」をどう読むか

西淀川1審、川崎判決におけるNO<sub>x</sub>の因果関係の否定判決の理由は、①1986年の中央公害対策審議会専門委員会の報告書でも関連性を積極的に肯定していない②暖房等により、室内の二酸化窒素濃度が屋外の濃度を上回ることがある、などというものである。

これらの理由については、同報告書自体を内容的に無視したものといえる。「専門委員会報告書」は環境庁が昭和50年代後半に実施した二つの大規模な大気汚染疫学調査を主として取り上げ、現在の大気汚染と慢性閉塞性肺疾患を中心とした呼吸器障害との関係について評価を行つたものである。その内容をきちんと読めば、成人の持続性せき・たんや小児の喘息様症状などの有症率と二酸化窒素など数種の大気汚染物質との間に統計学的に有意な関連が認

められること、地域による有症率の差異はアレルギーや室内汚染によっては説明できないことなどを明らかにし、現状の大気汚染による健康被害の存在を評価したものであることがわかる。

同報告書は結論部分で、「現在の大気汚染が総体として慢性閉塞性肺疾患の自然史に何らかの影響を及ぼしている可能性は否定できない」「しかしながら、昭和30～40年代においては、わが国的一部地域において慢性閉塞性肺疾患について、大気汚染のレベルの高い地域の有症率の過剰をもって主として大気汚染による影響と考え得る状況にあった。これに対し、現在の大気汚染の慢性閉塞性肺疾患に対する影響はこれと同様のものとは考えられなかつた」と、ここだけ見れば、影響を肯定したとも否定したともとれそうな極めて曖昧な表現を用いている。

(この部分をいかに解釈するかは、各裁判で争点になっている)事実、この結論の否定的ニュアンスは、1988年の公健法改悪による公害指定地域全面解除の強行の論理に利用された。専門委員会の政府・財界の意向への配慮の賜物であろうが、科学者らしからぬ玉虫色で不明瞭な表現が招いた事態は重大である。裁判所は報告書の「内容」に立ち入って判断

すべきだといえる。

#### 「公害終焉論」の立場に立つのか

国は、1988年に公健法を改悪し、「新たな大気汚染公害病患者はいない」ことにしてしまっている。したがって当然にも、窒素酸化物の汚染に目をつぶり、NO<sub>2</sub>による汚染が改善したという理由で「公害は終わった」と被告は主張した。過去の時代の二酸化いおうの被害は認め、企業に共同責任をとらせるが、現在の二酸化窒素を中心とした大気汚染の被害は認めないという判決は、このような国や財界の立場と主張を丸ごと受け入れたものとなってしまっているのである。しかし、このことは、大都市をはじめ全国各地で窒素酸化物による汚染が一向に改善されず、沿道住民に深刻な被害を与えている現実を無視したものといえる。このままでは、これまでの自動車排気ガス低減の努力が無為になり、行政補償再開を求める幹線道路沿道の公害地域指定運動の展望を閉ざしてしまうことにもなりかねない。

しかし、問題はあるとはいえ、倉敷判決と西淀川和解に際しての裁判所見解は、司法の視点が変化しつつあることをうかがわせている。

○ 谷田悟郎（猪熊診療所）・足立 明（唐橋診療所）

### 1. はじめに

京都市は、1993年3月見直しの「新京都市基本計画」を決定し、京都南部地域整備として、京都駅南口周辺地区再整備、京都市内高速道路建設（京都駅改築）などの計画を強行しようとしている。とくに、現在すでに渋滞している市内に、活性化のためとして高架高速と地下高速方式の高速道路を計画し、住民説明会、京都市・京都府都市計画審議会で多数の市民の反対意見具申にもかかわらず、無視強行している。その動きに対し、われわれ地域住民は、日常生活での被害の現状から出発し、とくに大気汚染の測定方法について、行政の定点測定方式と異なった幹線道路の沿道・後背地での面的測定方式を住民とともに実施し、その優位性を検討、報告し、今後のまちづくりに役立たせたい。

### 2. 調査の方法

京都市南区では、桂川ハイツ管理組合を中心とした祥栄、吉祥院、油小路、上鳥羽、久世の各学区地域の住民団体が「南区高速道路を考える会」を1991年10月組織し、1991年6月以来、12月との年2回、1994年12月まで計8回のカブセル調査を統一的に、自動車排気ガスのうち最も人に影響する二酸化窒素の測定を実施した。カブセル式NO<sub>2</sub>簡易測定法（天谷式カブセル）によって幹線道路沿道とそれからほぼ50mないし100mの地点、メッシュ法で24時間NO<sub>2</sub>濃度を測定し、これを東京都の大気汚染測定運動東京連絡会に分析を依頼し、ほぼ1ヶ月後測定結果を受けている。これらを京都市が調査する定点と比較し、自動車排気ガスによる住民の住む生活の場への拡散による面的影響調査をおこなった。

われわれの調査地域は、古文化財東寺があり、幹線道路の京阪国道、九条通、十條通、大宮通、油小路通などが走っている。また、自動車排気ガスなどによる影響調査は、革新自治体京都市から委託された京都府医師会調査で1975年以来4回にわたる南区の調査があり、これと比較検討することができた。

### 3. 調査結果

測定されたこれらの二酸化窒素濃度からメッシュ図を作成、南区高速道路を考える会の地域、南区と東寺をもつ油小路地域の等濃度曲線の汚染マップを作成した。

これをみると、南区では高速道路建設予定の久世橋通と西大路通では、幹線道路から50～200m範囲にわたり0.06ppm以上の高度汚染地域が後背地へ拡散し、後

背地すべてが0.06ppm未満～0.04ppmの汚染地域で、きれいな地域は全くなかった。また京阪国道での二酸化窒素濃度の拡散も著しい。油小路地域では、年間推移を見ると、1985年には全く見られなかった0.06ppm以上の地域が7年後の1992年には、相当部分をしめるようになり、逆に0.02ppm以下および0.04ppm以下の地域は極めて少なくなっている。さらにその後の1993年、1994年のわれわれの調査を加えると、0.02ppm以下の地域は消滅し、0.04ppm以下の地域もほとんどなくなっている。（図参照）

6月と12月の年2回、24時間調査ではあるが、幹線道路沿いの住民は常時、人の健康に極めて有害とされる濃い二酸化窒素濃度で汚染され、後背地でも年々濃度が増加し、有害とされる濃度汚染の中で生活をしていることは明らかである。

### 4. 考察

このような現状にもかかわらず、京都市は市内に一般環境大気中の汚染物質を監視測定する一般環境測定局（大気局という）10箇所と交通量の多い主要道路に沿って、車道から3m離れた地点で測定する自動車排出ガスを測定する自動車排出ガス測定局（自排局という）6箇所をおき、テレメーターにより京都市衛生公害研究所と結ばれている。これらの国の環境基準・市の環境保全基準達成状況を見ると、NO<sub>2</sub>濃度は市内10大気局中、国の基準では6自排局中2箇所、市の基準で大気局、自排局すべて未達成であった。南区では消防署に一般環境大気測定局、区役所に自排局をおき、市内でも最高汚染地域にたった2カ所の定点観測をおこなっているにすぎない。平成4年度、南大気局で国の環境基準を達成しているが、京都市の環境保全基準及び、当分の間の基準は未達成であり、南自排局では国及び市の基準すべて未達成である。

さらに、測定方法や評価方法について検討すべき問題点が数々あり、この問題を明らかにしてこそ科学的に正しい評価となる。

#### 1) 測定方法

自動車排出ガスの二酸化窒素濃度が大都市で史上最高と言われているが、原因は自動車台数の増加、とくにガソリン車の少なくとも二、三十倍の二酸化窒素を排出するディーゼル車の急激な増加、一台の走行距離の伸び、自動車物流の増加と道路の総延長の伸びなど

があげられる。京都市の場合、市内高速道路は現在でも常に渋滞しているなか、さらに車を呼び込んで、公害を増幅することは明らかである。高速道路建設の場合、環境影響調査が必要であるが、国の環境影響評価法案が国会で廃案となつたため、閣議決定で環境影響評価実施要綱（1984年8月閣議決定）と環境庁長官通達（1984年11月）によって環境評価が実施されている。また建設省の技術指針はそれらにも基づかないずさんなものと批判されている。高速道路計画においては、移動発生源の自動車排気ガス中の大気汚染有害物質については、その拡散、地下高速の場合は排気塔による拡散などと大気の安定度が大気汚染での問題となる。しかし、大気汚染の予測は拡散式（数理モデル）のみを用い、道路端から100～150mを影響を与える周辺部として予測対象地域とするなど予測モデルは沿道地形、交差点、建物、渋滞など考慮しない単路条件であり、環境基準は日平均値にもかかわらず年平均値予測、気象も雨、逆転時の考慮もしない。すべて平均値、机上計算であるといえる。

### 2) 国の環境基準・京都市の環境保全基準による評価方法

国（環境庁）の二酸化窒素環境基準は1978年に、それ以前の0.02ppm上限の基準を政治的に緩和した。京都市では独自に環境基準検討委員会を設置し、盆地という自然的ならびに社会的条件の地域特性を考慮して京都市独自の基準「1日平均 0.02ppm以下に、ただし当分の間は 0.04ppm以下とする」を1986年設定した。今回の京都高速道路建設での環境アセスメント（環境影響評価）で京都市は、建設省の年平均値予測で国（環境基準）の0.06ppm以下を満たしていると京都市条例と市民の健康を無視して不当に決定している。

### 3) 決定された環境アセスメントの問題点

開発にあたって環境に及ぼす影響について予測し、評価を行うことによって、公害を未然に防止するための作業であるわが国の環境アセスメントは、前述のごとく、閣議決定であり、骨抜きの現状である。

予測方法で、交通量、車種構成、規制の実施、バックグラウンド値、NO<sub>x</sub> / NO<sub>2</sub>への変換、予測地点の選び方などによって、環境評価は審議会に承認された。例えば、環境基準を越えた予測値は騒音で2カ所しかないので極めて不自然である。

### 4.まとめ

われわれは既に国もやっと認めたカプセル式NO<sub>2</sub>簡易測定法（天谷式NO<sub>2</sub>測定法）で、二酸化窒素濃度を住民とともに、沿道はもちろん、生活の場の後背地まで拡散がどのような状態にあるのかをメッシュ法で測定し

、等濃度曲線を作成した。少ない定点で予測する国や自治体の非科学性、市条令環境基準まで否定する非合法性、健康都市構想に適合しない欺瞞性を明かにした意義は大きい。

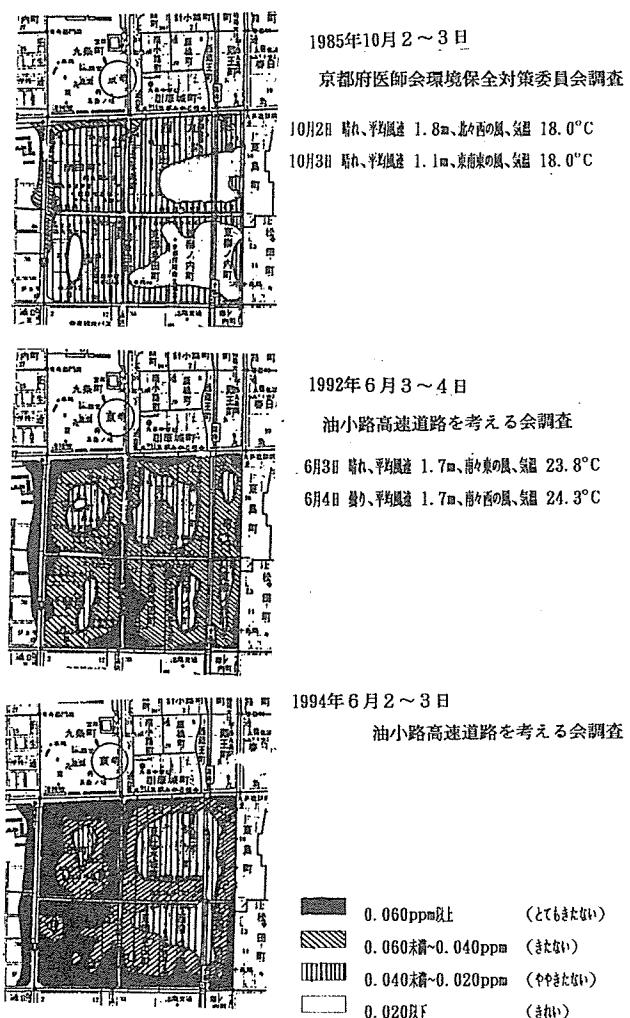
### 5.おわりに

いま、モータリゼーション政策のなかで、欧米では都市の車社会からの転換が進められている。また、阪神大震災での高速道路の倒壊から、現高速道路撤去する新しい神戸市のまちづくりが提唱されている。

このときに、時代遅れのモータリゼーション政策から脱却し、古都京都の創生を願う市民の要求から出発した平和で豊か、安心して暮らせ、震災に強い健康なまちづくりを目指して、測定運動に基づく提言をさらに確かなものとしてゆきたい。

図 油小路地域の汚染マップ

(NO<sub>2</sub>等濃度曲線図)





フォーラム

「薬害エイズを考える」

講 堂

## &lt;経過&gt;

- 1976年1月 龍平誕生 生後6ヶ月で血友病と診断  
乳児期に3度の脳内出血 国内の血液製剤で治療  
(被告の輸入血液製剤不可欠論はウソ)
- 79年8月 アメリカからの製剤に
- 82年7月 龍平小学校1年の夏「アメリカで奇病広がる」の報道→記事を切り抜く
- 83年2月 自己注射認可  
3月 アメリカ 加熱製剤に緊急認可  
4月 A I D S 血液凝固因子製剤で感染する可能性(毎日新聞)  
5月 製薬会社 製剤の回収報告(未発表)  
6月 厚生省エイズ研究班発足  
7月 東京医科大学病院 患者説明会  
「不安になって製剤の使用を控えるのは愚か」  
8月 スピラ博士 帝京大の患者エイズと鑑定  
9月 龍平(小学校2年生)家庭で注射開始
- 84年 エイズ報道のない年  
4月 荻窪病院に変わる  
9月 帝京大の患者48人中23人の感染確認
- 85年3月 帝京の血友病患者エイズか(?) 厚生省は否定の報道(朝日新聞)  
翌日 日本のエイズ患者1号発表  
(アメリカ在住の男性同性愛者)  
→すぐに主治医から手紙「従来の治療を」  
5月 帝京の血友病患者エイズと認定  
7月 製剤加熱認可  
9月 龍平 加熱製剤の使用(未回収)
- 86年1月 感染告知受ける。龍平の場合例外。その後血友病の専門医は告知しない方針に。  
90年から告知を開始。今も告知されない人が。
- 86年12月 10歳(小学校5年生)のとき本人に感染していることを話す。受け止められるかどうか悩んだが、エイズが感染症であり、発病させないためには自己管理が必要であり、また、感染している事実を家族で共有し、病気と向き合って、生きていきたいと願って話をすること。
- 87年1月 神戸エイズパニック報道  
学校でいじめがおきる。すぐに解決できたが、血友病を隠すようになる。  
政府は「予防法」を上程  
(→88年秋に強行採択)
- 6月 インターフェロン治療開始(強い副作用

を承知で自分から意思表明) 11歳の息子の「生きたい」という叫びに胸がつぶれる思い

## 10月 帯状疱疹

- プライバシーを気にしていて病院を選択治療や息子の人間としての尊厳を考えない親の考え方、判断を反省。→エイズという病気がもたらした恐怖感は判断を誤らせる(作られた恐怖感、差別・偏見)
- 92年 高校2年生の時、裁判を決意→自分の病気を真剣に見つめるようになる→友人に感染していることを話す。「話をした結果去っていくならそれでいいと思った。でもきっと大丈夫だと思った」と。差別に負けない、人を信じていこうという人間に成長。親として嬉しい。
- 94年 高校卒業、原告団会議に初めて出席  
「民事でなく、刑事でやって欲しい」と発言。自分たちは死んでいくのではなく、殺されていくことを告発。厚生省、製薬企業医師への息子の怒り、憤りの強さ。
- 4月 安倍英帝京大学副学長の刑事告発  
8月 國際エイズ会議で世界の血友病患者被害者が「もう黙っているのはよそう」と真相究明・賠償を訴え心搖さぶられる。自分も被害者として堂々と生きたいと決意。
- 集会で「大人たちは僕たち子どもを見殺しにしないで」と訴える→被害者の親としてこの犯罪はどうしても許せないが、一人の大人としても薬害を許せないという思いが強くなる。
- 95年3月 薬害の被害者として実名公表→支援の輪が急速に広がる。特に若い世代に。

## &lt;終わりに&gt;

諦めないで生きていて欲しいながらも、いつも死の不安にある。87年の予防法反対運動のとき、被爆者が死の不安のなかでも絶望的にならず、仕事も結婚も諦めないで前向きに人生をとらえ、被害を自分たちだけに終らせるために平和運動をしていることを知り、私は息子にどう生きて欲しいかを考えた。被害を受けたことの多い、人生を消極的に生きるのでなく、苦しいけど前向きに生きて欲しいことを願った。それは国の責任の明確化と謝罪・賠償をさせることである。免疫が下がってきていてまさに命を削っての戦いである。五日に一人が死んでいる。残された時間は少ない。感染被害の半数以上が子どもたち。一日も早い解決を。

フォーラム 「薬害エイズを考える」

## 薬害エイズ被害者の訴え

未 定 (東京H.I.V訴訟原告)

## 東京HIV訴訟の到達点と今後の課題

鈴木利廣

(東京HIV訴訟原告弁護団事務局長弁護士)

### 一、東京HIV訴訟の目的

#### 1. 提訴時にかかげた目的

##### (1) 責任の明確化

賠償、根治療法、差別の解消等の全面救済

2000名の救済

##### (2) 薬害エイズの知識の普及、誤った認識の払拭

##### (3) 薬事、血液行政の検討、被害の再発防止

#### 2. 訴訟上の要望

##### (1) プライバシーの厳守

##### (2) 迅速な訴訟進行

#### 3. 斗いの中で深められた全面解決要求（別紙1）

##### (1) 責任の明確化と謝罪

##### (2) 賠償

##### (3) 恒久対策

##### (4) 薬害の根絶

### 二、到達点

#### 1. 責任は明らかになったか

#### 2. プライバシーは守られているか

#### 3. 薬害エイズの真実は広く伝えられているか

差別は解消したか

エイズ予防法はどのような影響を与えていたか

#### 4. 治療体制は進展したか

#### 5. 救済基金、健康管理費用支給をどう評価すべきか

### 三、今後の課題

～早期救済は実現できるか

#### 1. 訴訟の今後の見通し（判決は遅くも96年3月）と司法の役割

#### 2. 国会の役割

・早期救済のためには判決までに国の責任を確定させること（別紙2）

・歐米の状況（別紙3）

#### 3. 原告団・弁護団、支える会の課題

Hけの避?する者「かを批?論」文の病染たムフ友感つシムかト誌の大なリス本Vれジユ曰工ら一

片平潤彦（東医歯大・難研）

## 1. はじめに

連)の実シ H 同とにそ  
に文病の。の、<sup>4)</sup>と、  
」論友本る者し%こ下  
トフ血日い患<sup>3)</sup><sub>4)</sub>う以  
スム、、て病染はい。  
リシなしし友感率どる  
ユ下うを開血が性」あ  
ジ以よ載展の人陽たで  
「(い記を本2体つり  
誌<sup>2)</sup>なる論日179抗か誤  
雜<sup>1)</sup>かえ議、、Vなは  
律文つ与てば在Iれ識  
法論もをつて現Hら認  
ののい解立立月のけた  
行ら思誤にに12者避し  
発氏はる上識年患「う  
日フらすの認94病はそ  
1・15ムか閑知な19友)  
1・シきに無う(血るし<sup>5)</sup>。  
月・書法のよ染のいかす  
2K肩療ての感在てし記  
1995年の治い文量現れ。を  
れそとつ論大月さう点  
さ、態にFV2告ろ要  
載は病情ムI年報なの

2. エイズの危険性を「誰も予期しなかった」のではない

命し数主致期での新しもれ事にいたるが、され、しがだはう部、れそ一はこ。のと、する削たしする製いか反：（内いたり濃「剤たなめ者、体してと加に縮続の）てしにする剤」）I縮し。実あ製全H濃蔵る事で縮安の。（内いたり濃「剤たなめ者、原記れの非者濃め医剤と強文病とさ下は患熱認門製こを論の」に以社、加を専縮の」フ病たかは会ら非壳病濃そのム疾つら点薬がも販友入、全シなか明な製な国、血輸ら安的な々要1)り2)ら3)がが「

以上の諸点から、「だれしも予期しなかった」というシムフ論文の誤りは明白である。

3. 輸入濃縮製剤は「命綱」ではなかった

（濃血おたつろ縮予よめたで、製防びにの、  
「のッれりと  
で者口免頬の  
患一をがび  
こ病ヨ死けす  
と友（のだむ  
の血ら期剤  
」、彼早製、  
に來「、」  
以、て縮さ  
じ）」  
はて。に産る。  
めに者りて  
は、なり。力  
論が能友（と  
フ造可血の」  
ム製がのこる  
シの療本、あ  
剤治日はで

「（血友病患者にとつて）必要不可欠かつて代用性をもたらす。このうに照べきらの治療法は、輸入濃縮製剤 = 命綱」論であることは、以下の事実によつて記してある。



(1) 原則的にクリオで治療できた。

① 濃縮製剤の添付文書には、「低単位の製剤（クリオ）が使用しがたい場合に投与することが望ましい」と記載されていた。

② 「原則的にクリオで治療できた」旨論文に記載（清水<sup>6</sup>）または証言（山田<sup>7</sup>）している血友病専門医がいる。

(2) 重症でも全血輸血やクリオで治療できた。

(3) 濃縮製剤の医師（肝炎ウイルス汚染の危険性をもつて懸念している）（加タ美<sup>8)</sup>、伊藤<sup>9)</sup>）もいる。

(4) 技術的・量的にも代替は可能だった。

3) 血友病 B の場合、国産の濃縮製剤があった。

4) 加熱製剤の輸入という手段もあつた。

#### 4. むすび

種取熱のにら命にして加本果せにめとす、う染、たつ要局い感かるとを結とにろけひ間。るVこ。  
遅れ時たすIどるをど、つ染H」ある性のはあ感、綱で險らのでは命の危れた法V剤「たのそっ方I製、つズ、取うH縮はあイにがいが濃てでエの省とく入つ」、た生発近輸と藁らつ厚開敷のに毒があ。内半熱者「とがた国の加患うこ策つの者非病奪の替か剤患。友を上代な製病た血康のれ縮友つた健々ら濃血なれと

## 5. 文 献 · 注

- 1) シムフ, Kほか: ジュリスト、1060:94, 1995
  - 2) シムフ, Kほか: ジュリスト、1061:152, 1995
  - 3) AIDS情報ファイル(105)、日本医事新報、3696:113, 1995.
  - 4) 三間屋純一ほか: 厚生省平成5年度HIV感染者発症予防・治療に関する研究班研究報告書、37、1994.
  - 5) 詳細は片平湧彦: ジュリスト、1069:74, 1995参照。
  - 6) 清水勝: 医学と薬学、9:149, 1983
  - 7) 山田兼雄: 東京地裁証言、1991年6月7日
  - 8) 加々美光安: 東京地裁民事15部宛意見書、1993.
  - 9) 伊藤正二: 旭友会会報第3号、16, 1981.



## シンポジウム（2）

医療と経済—医療の本質の追求とそのかい離

講 堂

## 地域病院での経験から

上林茂暢（みさと健和病院）

### 1. 世界一の長寿国、日本の医療問題

- 1) 平均寿命の延長－高齢化社会
- 2) 医療技術革新
- 3) 戦後の民主化と人権意識の高揚

医療（医療技術・疾病構造・供給システム・医学教育  
医療保障・医療産業）、福祉、保健、年金のあらゆる  
部門で転換点をむかえている。

### 2. 医療費問題を窓として、医療機関の再編成を軸に

- 1) 敗戦後の混乱期を経て国民皆保険の達成、無料化  
への道
- 2) 老人保健法（一部負担）、健康保険本人の一部負  
担・・・
- 3) 第一次医療技術革新－平均寿命の伸びと疾病構造  
の変化（成人病時代へ）
- 4) 第二次医療技術革新（高度医療）の特性・・・  
中間型技術
- 5) 石油危機以後の低成長経済  
医療費の高騰、年金問題－医療費抑制が国家財政  
の問題に
- 6) 私的依存のベット急増  
救急医療、僻地医療、精神医療、老人病院（社会  
的入院）、薬害多発国
- 7) 病院のスクラップ＆ビルト
- 8) 医療企業化の動き

### 3. プライマリケア・・・国民医療の母集団の部分をど うするか

- 1) あいまいな地域病院の役割  
コモンディジーズの発想、高度医療と基本技術  
卒後教育においても（臨床研修病院指定における  
政策転換）  
診療所・開業医の困難
- 2) 医療・福祉・保健のネットワークの中核に  
基礎研修の問題、同時に医学や医療技術がどんな  
に進歩しても老いや死はなくならない

### 4. 企業化だけでこせるか

### 5. 民医連・医療生協のモデル実験の一つに

## 薬業資本と薬害

儀我 壮一郎（常葉学園 浜松大学）

### I 日本の製薬企業の歴史的特徴

- ①商業資本から産業資本に転化、販売優先
- ②外国の技術・資本導入の歴史
- ③現在世界第2位となった日本の医薬品市場の特徴
  - A 医家向けと一般向け
  - B 輸出と輸入、輸入超過
- ④外国の巨大製薬多国籍企業と日本市場
- ⑤大企業主導の流通
  - ・消費過程——専業と兼業（新規参入）の諸関係

### II 薬害多発の構造的特徴

- ①研究・開発過程の問題点——治験、国際的ハーモナイゼーションなど
- ②生産過程の問題点——労災・職業病などの「ハードル」の引き上げ
- ③流通過程の問題点——A：診察報酬のあり方
  - B：MRの役割
  - C：添付書類の不備
  - D：医薬分業の問題点
  - E：患者の側の問題点等

### III 国民医療費の中の薬剤費の比重

- ①薬価の国際比較とその意味するもの
- ②薬価基準の引き下げ、薬価算定方式変更の諸「効果」

### IV 結び——国民のための薬物治療のあり方

#### 資料

##### 医薬品と薬価に関する提言(第一次)

1995年3月24日  
日本医療労働組合連合会政策委員会  
同 薬・薬価問題検討委員会

#### まえおき

日本の医薬品市場は世界第2位の巨大市場である。1人当たりの使用金額は世界最高である。その日本で2つの重大問題が緊急に解決すべき国民的課題となっている。

第1は、薬害の多発であり薬原病による犠牲者はとくに1990年代に急増している。その原因は単純ではないが薬についても従来の安易な「安全神話」の全面的見直しが必要不可欠である。

第2は、国民の全医療費における薬剤費の比重が国際的に見ても高く、製薬大企業の高利潤が持続するなかで医療機関の経営が悪化し、患者・国民の負担が増大するという新しい問題点の深刻化である。

国民の生命と安全を最優先する立場から以下の提言を行なう。

この提言は第1次の提言であり事態の改善状況を見極めながら第2次提言を準備する予定である。

### I 国民の生命・健康・安全をまもりぬく薬物療法確立のために

① 医薬品の薬効の過大表示と拡大適用、逆に副作用の過小表示を抜本的に改善する必要がある。製薬企業の「販路拡大」最優先の営業姿勢をきびしく規制しなければならない。厚生省の「天下り人事」の実態も問題であり改善の必要がある。

（クレスチン、輸入血液製剤などの実例を想起すべきである）

② 薬の不適切な使用（キノホルムなど）と過剰な使用を改善する。この問題は厚生省はじめすべての医療関係者がそれぞれの立場で自覚し改善すべき課題である。

③ 厚生省は次の諸点を即刻改善する必要がある。1992年10、12月の総務省行政監察局による厚生省・製薬企業・医療機関などの監察結果にもとづいて、①治験（臨床試験）の改善、②医薬品副作用モニター制度の改善、③企業の副作用報告・情報周知制度の改善、④医薬品副作用被害救済基金の業務改善、⑤分業薬局における患者服薬指導の改善などが勧告されている。この調査結果は、医薬品行政の欠陥を具体的に明示している。（総務省行政監察局編『くすりと行政』大蔵省印刷局、1994年）また、片平冽彦『構造薬害』（農文協、1994年）のこの問題についてのコメント（同 173ページ以下）も重要な指針として改善すべきである。国際的水準からの大きな立ちおくれも常に自覚する必要がある。ニュルンベルク綱領とヘルシンキ宣言などもくり返し想起すべきところである。

- ④ 研究開発と治験については人権擁護と医療費適正化の両面からすべての関係者によって改善されなければならない。治験のさいの文書による承諾の確認、治験に関する費用の製薬企業による全面負担などがこれに含まれる。過去のデータの捏造、産業スパイ、贈収賄、その他の厳しい再反省も求められる。過去の不祥事件の多くが内外の製薬大企業によってひき起こされてきたことも重視すべきである。
- ⑤ 副作用情報の収集体制の強化と情報の急速な周知システムの強化が必要である。服薬指導にも問題がある。服薬中止で快適する事例があることを見落してはならない。最も重要な点は、患者・国民に対する情報の民主的公開である。
- ⑥ 薬害防止と医薬品情報の水準向上などにおける医師・薬剤師・MRの役割の向上を図る。医学教育、薬学生教育の充実強化（臨床薬理学、社会薬学の充実その他）が不可欠である。
- ⑦ 「救済基金」の周知徹底と用途の改善が必要である。  
患者・国民に対して十分に知らざいままで製薬企業の育成に転用してはならない。
- ⑧ 以上のすべてについて国際的・国内的な「規制緩和」ではなく民主的規制の強化と情報の公開こそが必要である。  
PL法との関連についても全面的に検討すべきときである。国際ハーモナイゼーション会議（第1、2、3回）の動向もこの立場から検討すべきである。
- ⑨ 薬物療法の位置づけとその限界を再検討しよう。  
在来は「一に養生、二に看護、三に薬」  
現在の医療は「一に検査、二に薬、三に薬」になってしまった。  
〔増岡敏和『久保全雄医師風雲伝』労旬、1995年 p.256〕
- 他面、麻薬・覚醒剤の悪用問題にも注意が肝要である。
- ⑩ 食事療法、運動療法、安静療法、環境改善療法、等々について再認識すべきである。  
治療偏重の日本医療のあり方を改善するために、予防医学、公衆衛生などを正当に重視し、西洋医学と東洋医学双方の長所の摂取・発展に努力すべきである。

ここで、医薬品の経済的侧面から見た改革の課題を明らかにするために「国民医療費」とその範囲外の医療費の内容および医薬品の位置づけを図1、図2、図3によって示しておく。

## II 医療費における薬剤費の過大な比重の改善のために

- ① 高価な「ゾロ新」の安い承認が薬剤費の過度の肥大化を生む構造的な禍根の1つである。過度の「モデル・チェンジ」と全売上高における「新薬」の高い比重が薬剤費を膨張させていく。
- ② 輸入薬の高い比重とその価格も問題である。（例：『薬事ハンドブック'94』p.85、「メディカル朝日」'94.3. p.56など）
- ③ 類似薬効比較方式による薬価と原価計算方式による薬価との比較が必要である。多くの重要医薬品の特許期限切れとジェネリック急増の動向のなかで、重視すべき問題点である。「薬効・副作用の見直し」と同時に「薬価の見直し・洗い直し」を断行すべきである。新薬・ゾロ新についての価格算定方式の公開が最低限必要である。
- ④ 銘柄別収載方式による薬価格差、ひいては「薬価差益」差の拡大に終止符を打ち、統一収載に切りかえる。
- ⑤ 価格決定方式と薬価調査データの全面的公開が必要であり「ブラックボックス」的密室論議をこれ以上通用させてはならない。
- ⑥ 輸入医薬品の円高差益「還元」政策とその効果について全面的に明らかにすべきである。国税庁による追徴課税問題（日本ロシュ38億円、日本チバガイギー57億円、ヘキストジャパン30億円など）とも深く関連している。（例：移転価格制など）厚生省および各製薬企業などによる資料の公開が必要である。
- ⑦ 価格決定方式の多様性とその意味を明らかにしよう。  
 <1> メバロチン、インターフェロン型、  
 <2> ツムラの漢方製剤型、  
 製薬大企業にとって有利な「恣意的」価格決定の実態を別の面から示しているのではないか。
- ⑧ 医療用医薬品と大衆薬（とくにスイッチOTC）の薬価比較も重要である。  
ビタミン剤その他の保険外しによる動向との関連も今後重視が必要である。  
保険外しによる「医療保険の空洞化」の傾向は決して容認できない。
- ⑨ 薬の「内外価格差」は「価格破壊」の可能性を明示している。  
大和総研／大阪府保険医協会などの調査にもとづき、内外価格差の歴史的傾向と現在の問題点を徹底的に検討する。
- ⑩ 建値制・新仕切価制のもとでの価格カルテル形成と医療機関の「一人敗け」状況を改善する

諸方策が必要である。公正取引委員会は今までのところ目立った動きは無く、率直にいって多くの期待できない。

### III 薬剤師、理学療法士、栄養士、その他職種の技術評価を改善しよう。

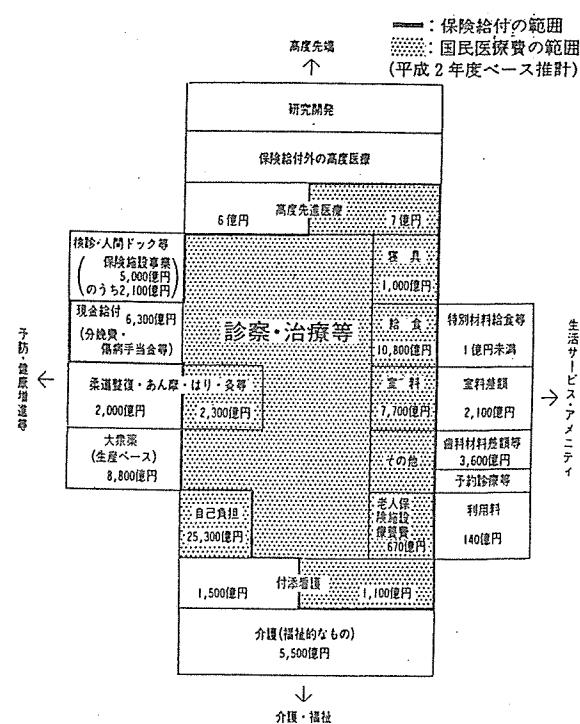
薬剤費の適正化によって患者・国民の負担の軽減、医療保険の充実、医療労働者の待遇改善を目指す。モノの重視からヒトの重視への転換が必要である。

- ① 「薬価差益」と処方料・処方せん料との関係などについても抜本的な再検討と改善が必要である。
- ② 出来高払い方式と定額制方式における医薬品使用の量・質・価格の差もいよいよ重視される。
- ③ 診療報酬における薬剤師その他の技術評価のあり方にも問題が多い。例えば、外来の服薬指導についても病院薬剤師の場合と保険薬局薬剤師の場合の評価の差に問題があり病院薬剤師に対する不利な評価を改善すべきである。

### IV より安全、より有効な医薬品の研究開発、生産、流通、消費を目指して

- ① 高価な多害少益「新薬」が安価な少害多益の薬を駆逐する。悪薬が良薬を駆逐する。「大企業製品=安全」ではない。このような状況の大逆転をはかるべきである。
- ② 医療人、薬業労働者、患者、国民、日本在住の外国人や日本製の医薬品を使用するすべての外国人による民主的規制が必要である。
- 内外の「多国籍製薬企業」は発展途上国で「自国内では制限・禁止されている農薬・医薬など」を(生産)販売している。これらのこととも視野に入れて規制を強化する必要がある。国際的連帯の強化もますます重要である。
- ④ 欧米を含めて薬剤費の抑制が国際的な潮流となっていることも忘れてはならない。米国の医薬品業界が薬剤費抑制の流れのなかで「新薬開発」から「情報サービス」に力点を移している新しい動きなども重要な参考事例の一つである。

図1 保険給付と国民医療費の関係(概念図)



資料: 厚生省、医療保険審議会全員懇談会(1993年6月) 資料

『医療労働』1995年5月号より

シンポジウム（2） 医療と経済—医療の本質の追求とそのかい離  
欧米の医療・福祉・経済の現状と日本との対比

川淵 孝一

国立医療・病院管理研究所 医療経済研究部

国民医療費は、「だれが支払い」「どこに流れ」「何に使われている」のだろう。国民医療費の流れを知るには、国民医療費のマネーフロー表(図1)が有用である。これは、医療サービスをめぐる資金の流れを「負担」、「分配」、「使途」という三つの面からみたものである。

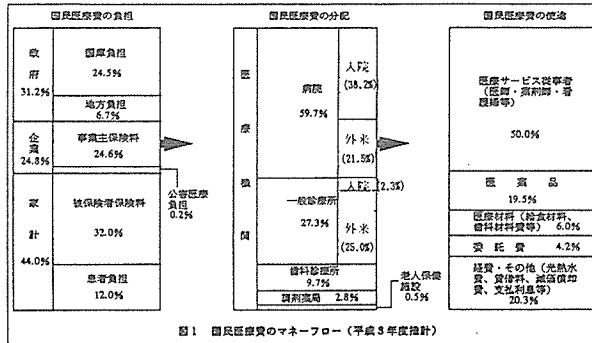
### 1. 国民医療費の負担

国民医療費の「負担」とは、だれが医療費を支払っているかを示す。負担区分は大別して政府、企業、家計に区分される。国民医療費21兆8260億円(平成3年実績)のうち、「政府」は31.2%、「企業」は24.8%、「家計」は44.0%を負担している。

昭和45年度(1970年度)を基準年次とし、平成3年度(1991年度)との約20年の長期トレンドでみると、①政府負担の大増加(27.7%が31.2%へ△3.5ポイントの増)、②企業負担の減少(25.6%が24.8%へ△0.8ポイントの減)、③家計負担の大増加(46.7%が44.0%へ△2.7ポイントの減)が特徴である。

ここで留意すべき点は、わが国の公費割合が高いことである。同じ社会保険方式を導入しているフランスやドイツの公費割合はそれぞれ1%、0%となっている。これは、国民が支払う社会保険料割合が少ないとによるものである。フランスでは、被用者と雇用者はそれぞれ総報酬の6.8%、12.6%を社会保険料として支払っている。また、ドイツでは被用者及び雇用者がそれぞれ基本賃金の6.1%(平均)を費用負担している。これに対して、わが国の社会保険料は(厳密には保険者によって異なるが)平均すると、標準報酬額の約8%を被用者と雇用者とで負担しているにすぎない。

これは、裏返せば、フランスやドイツでは、社会保障に依存する割合が高いことを意味する。医療費の国民所得に占める割合を調べると、わが国が5.8%(1992年)であるのに対して、フランス、ドイツはそれぞれ8.4%(1989年)、7.4%(1990年)になっている。そのため、フ



ランスやドイツでは、医薬品の償還率を下げたり、薬価の算定方法を見直すなど医薬品の適正化が活発化している。

これに対して、わが国は医薬品の国民所得に占める割合が今の所、さほど高くないが、高齢化が超スピードで進んでおり、楽観はできない。

これからわが国でも高齢化社会の到来に対して、医療費の安定的な財源をどこに求めるかという議論が活発化するだろう。特に、老人保健給付は国民医療費の約3割を占めており、老人保健制度への拠出が、政策課題となることが予想される。

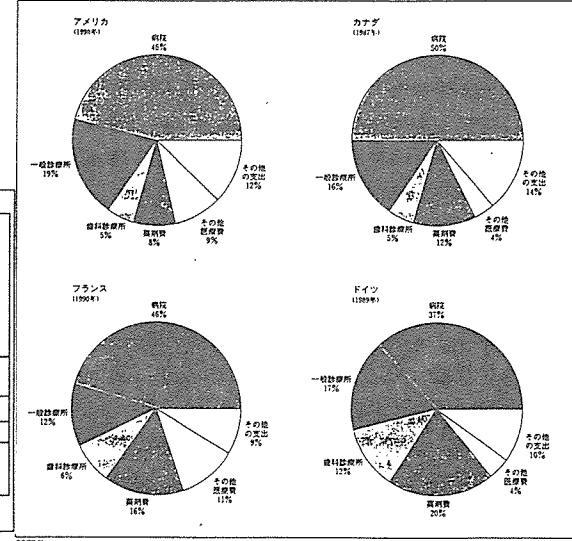
### 2. 国民医療費の分配

国民医療費は各医療機関の請求点数に応じて分配されるわけだが、医療費の分配とは医療機関側からみれば、医療収益のシェアを意味する。国民医療費の21兆8260億円のうちそれぞれ病院へ59.7%、一般診療所へ27.3%、歯科診療所へ9.7%、調剤薬局へ2.8%、老人保健施設療養費へ0.5%分配されていることがわかる。

図2は、アメリカ、カナダ、フランス、ドイツにおける医療費の分配を示すものである。医療制度が異なるので、単純比較は困難だが、わが国の場合、諸外国と比較して、病院医療費のウェイトが若干高いことがわかる。

さらに、わが国的一般診療医療費を入院と外来に分けると、入院医療費は40.5%であり、外来医療費は46.5%である。ここで、長期的なトレンドとして注目されるのは、病院の興隆と診療所(とくに有床診療所)の下降傾向である。

図2 主要国の医療費の分配



病院医療費は継続的に増大し、最低時(昭和48年度)の48.9%が平成3年度には59.7%に増加している。その方面、一般診療所医療費がピークを示したのは昭和48年度の42.3%である。その後18年間にわたってシェアはダウンし、平成3年度には△15.0ポイント下落の27.3%となっている。

この背景には、わが国の国民が技術集積度が高く、システム化された病院医療を選好するという「病院志向」が強く働いている。

こうした患者の(大)病院志向は世界的な趨勢であり、医療資源の効率的活用の観点からこれにどう歯止めをかけるかが、国際的関心事となっている。['94年の4月にパリで開かれた国際会議(WHO/AO=HP主催)でも「Teaching Hospital(教育病院)のあり方」がテーマにされ、私が日本での「特定機能病院」について説明した所、参加者から強い関心を得た。]

一方、診療所没落の理由として、開業医の高齢化が挙げられる。平成4年末に開業医の平均年齢は60.2歳にも達している。開業医の労働市場に若い医師を引き入れ、「かかりつけ医」として地域医療に根ざさない限り、一般診療所の衰退を止めることは困難だろう。

### 3. 国民医療費の使途

国民医療費の使途とは、医療機関に流入した医療費の最終的な使われ方を意味している。

この中で、特徴的なのは、次の4点である。まず第一は、人件費率が約5割を占めていることである。製造業においてはこの比率が17%前後であるから、この高人件費率は医療が高度の労働集約型のサービス業であることを物語るものである。

第二は医薬品の割合が19.5%と比較的高く、約4.3兆円となっている。実際、医療機関には、これに、薬価差益約25%を載せた金額が支払われていた。

これまで、医療機関の経営は、この薬価差益に大きく依存してきた。それが、平成4年4月から薬価については「加重平均値+一定幅方式(リーズナブルゾーン)」がソフトされた。その結果、医療機関は、薬価差益依存体質からの脱却を余儀なくされている。

最近、「日本の薬剤比率は、国際的にみて高い」という指摘がある。具体的には、わが国では、国民医療費に占める薬剤費(薬価基準額)の割合が約28%もあり、諸外国(10~20%)と比較して突出して高いという批判である。

しかし、この指摘には、問題が多い。その問題とは次の2点である。ひとつは、欧米諸国では、病院医療費は総括予算制で支払われることから、入院薬剤費を統計上把握することが困難なので、含まれていないということである。いま一つは、前にも述べたようにそもそも医療費の定義が異なるということである。したがって、分子も分母もその範囲が異なるので、国際比較は慎重に行う必要がある。

第三に、給食や検査など業務を外部の業者に委託して

いるウェイトが4.2%と意外に低いことである。すなわち、医療分野の外注業者の事業規模は約9,200億円と今のところさほど大きくないが、今後、病院業務の外注化が進むにつれて委託费率が増加することが予想される。

第四に、その他のコスト(光熱水費、賃借料等の経費など)は20.3%もあるが、その内で減価償却費の割合が4~6%と伸び悩んでいることである。減価償却費は現金支出を伴わない費用なので、建替のための重要な自己資金といえる。

これから、社会的資本としての医療機関の療養環境の整備が急がれるが、それをいかにファイナンスするかも重要な政策課題になるだろう。

以下、資料は「最期の選択」(エイデル研究所)川淵孝一著

#### [ケース]

3年間、アルツハイマー病に罹っている84歳の方が、午前2時に救急処置室へ搬送されてきました。その方は下血がひどく、失血死の可能性もあります。顔面は蒼白で、発汗があり、意識はハッキリしていません。血圧は70/40と低く、120/分の頻脈を認めます。簡単な指示は理解し従うことができますが、質問に答えることはできません。彼自身が治療方針の決定の関与することは全く不可能な状態です。

この方は老人ホームに入居されており、3年前よりアルツハイマー病に罹っています。彼は活動的で、時に興奮状態になります。洗顔・着替えは介助が必要です。名前をなかなか覚えられず、時には自分の娘を娘と理解できないことがあります。尿失禁と共に便失禁もあります。ただちに治療しなければ、彼は確実に出血多量で死んでしまうでしょう。娘は休暇で旅行に出掛けており、かかりつけ医は学会に行ってています。医師はあなたの他には誰もいないので、このケースについて話し合うこともできません。さて、あなたはこの人をどのように治療しますか？

#### 1. 緩和ケア(Palliative Care)

延命のための検査や治療はせず、安らぎを得るためにのみ医療行為がなされます。治療の目的は患者さんが心地良く痛みなしに過ごすことです。手術は、あくまでも除痛のためのものです(例えば、大腿骨頭部骨折のピンニングなど)。抗生素質の投与も同様に感染治療ではなく、患者さんが楽になるという効果があれば、処方されます。

#### 2. 限定的治療(Limited Care, 緩和ケアを含む)

この段階は緩和治療よりは積極的で、外科的治療よりは保存的なものです。たとえば、肺炎を起こせば抗生素質が投与されます。血液検査も、点滴も、レントゲン検査も酸素療法も行われます。消化管出血があれば、輸血や止血剤が投与されます。

止血のための緊急手術はされません。全身麻酔の検査もしないし、人工呼吸器などの装着も、また、透析もされません。

#### 3. 外科的治療(Surgical Care, 限定的治療を含む)

このレベルの治療は血液検査、レントゲン撮影、手術が含まれ、透析も適用となります。人工呼吸器は、術中と術後に自発呼吸が出るまでの間に限って、使用されます。手術に際しては、必要に応じて、輸液、輸血が行われます。出血源の探査のため内視鏡を用いることもあります。その結果、開腹手術が行われることもあります。

I CU (集中治療室) は、そこが一番心地良い環境というのでなければ、搬入することはありません。麻酔以外の目的で人工呼吸器が用いられることはできません。

#### 4. 集中治療(Intensive Care, 外科的治療を含む)

このレベルの治療は、近代的な病院で生命維持のためなされるすべての治療を含んでいます。場合によっては、手術、生椰、生命維持の種々の装置(人工透析、人工呼吸器)、さらには必要に応じての心臓、腎臓、肝臓、骨髄などの臓器移植がなされます。

表 I 高齢者区別セレブト(上位 5 位) の  
診療行為別金額割合

順位	1 位	2 位	3 位	4 位	5 位
金額	15,034,770円	13,914,490円	13,101,990円	13,064,730円	12,748,430円
疾患名	左室心筋梗塞・修正大血管狭窄症	直続急性心筋炎(前壁性)	ファロー四徴症	僧帽弁狭窄症	副庭心筋炎
投薬	11,750円 0.03%	91,700円 0.65%	725,860円 5.54%	41,670円 0.32%	8,030円 0.06%
注射	2,844,630円 18.85%	6,298,410円 45.26%	3,938,860円 30.78%	3,128,600円 24.54%	
手術費	11,537,440円 76.48%	5,201,370円 37.38%	7,989,280円 60.98%	6,959,390円 53.27%	7,993,170円 62.70%
検査	477,530円 3.17%	1,387,110円 9.97%	682,420円 5.25%	1,172,650円 8.89%	1,173,240円 9.25%
X 線	44,160円 0.29%	48,620円 0.35%	105,180円 0.81%	81,270円 0.62%	181,690円 1.43%
入院料	169,260円 1.12%	874,150円 6.28%	868,840円 6.63%	859,390円 6.58%	257,700円 2.02%
その他	— 円 — %	13,500円 0.10%	2,000円 0.09%	11,500円 0.09%	— 円 — %
施設	私立大学病院	国立大学病院	国立病院	私立病院	私立病院
経過	死亡	死亡	死亡	死亡	死亡

表 II  
国別比較：事前指定がない場合

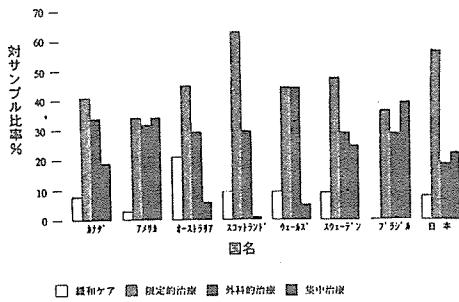


表 III もし、あなたがこの事例にある患者を救急処置室で  
「治療する医師」だとしたら、どのような治療を  
選択しますか？

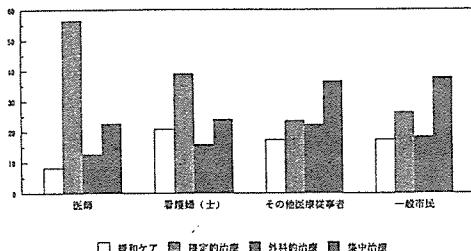


表 IV もし、この事例にある患者が「あなた自身」なら、  
どのような治療を望みますか？

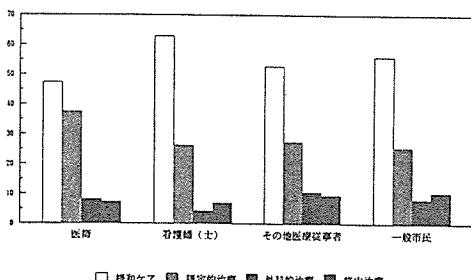


表 V もし、この事例にある患者が「あなたのご家族  
(親・兄弟・配偶者)」なら、どのような治療を  
して欲しいと、望みますか？

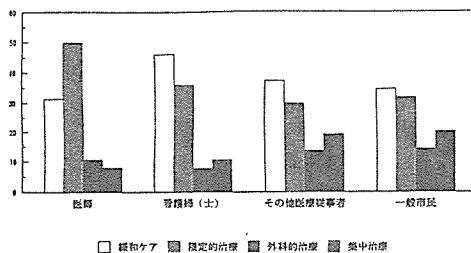
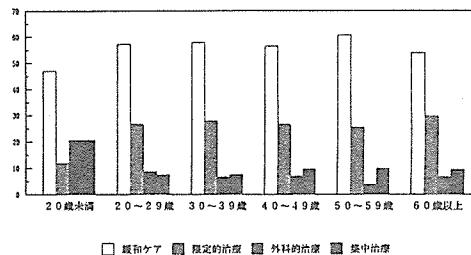


表 VI 年齢別比較  
もし、この事例にある患者が「あなた自身」なら、  
どのような治療を望みますか？



登録番号	尊厳死の宣言書		
年月日	(リビングウィル Living Will)		
私は私の病気が不治であり、且つ死が迫っている場合に備えて、私の家族、縁者らびに私の医療に携わっている方に次の要望を宣明いたします。 なおこの宣言書は、私の精神が健全な状態にある時に書いたものであります。従って、私の精神が健全な状態にある時に私自身が破棄するか、又は撤回する旨の文書を作成しない限り有効であります。 ①私の病気が、現在の医学では不治の状態であり、既に死期が迫っていると診断された場合には徒に死期を引き延ばすための延命措置は一切おことれません。 ②但し、この場合、私の苦痛を和らげる処置は最大限に実施して下さい。そのためたとえば、麻薬などの副作用で死ぬ時期が早まったとしても、一向にかまいません。 ③私が数ヶ月以上に渡って、いわゆる植物状態に陥った時は、一切の生命維持措置をとりやめて下さい。 以上、私の宣言による要望を忠実に果して下さった方々に深く感謝申し上げるとともに、その方々が私の要望に従って下さった行為一切の責任は私自身にあることを附記いたします。 自署 氏名 印  明治 大正 年 月 日 生 昭和  「尊厳死の宣言書」の登録について この書類は一通づつ会員に送る。会員は登録番号を附して、其の一通を保管し、コピーの二通を返送する。一通は本人が所持し、一通は最近親者(配偶者、親、子、後見人)が所持する。尊厳死と宣言書は、必要が生じたときに医師に提示して下さい。 万一主治医が理解されない場合は、あなたの会員登録番号と主治医の住所氏名をお知らせ下さい。当協会から主治医にご理解をお願いします。 日本尊厳死協会 Tel 03-3818-6563 ⑪13 東京都文京区本郷2-29-10 渡辺ビル202			

## 地域の保健・医療・福祉の現状と課題

日本の公衆衛生や福祉の営利化などの問題について

西 三郎（愛知みずほ大学人間科学部）

### 1.はじめに

衛生行政や社会福祉行政に営利化が着々と進められている中で、社会医学研究の立場から、その実態と課題を報告しよう。

### 2.衛生行政における事業の営利化

#### 1)衛生行政における事業の営利化の実態

衛生行政における事業の範囲は拡大されるとともに、必要とする知識技術も高度な専門性が求められている。このため、実際に行政における事業を直接自治体が行わず、委託又は補助による分野が多くなっている。例えば、健康診断事業の実施には、常勤又は非常勤公務員のみで実施できる自治体は少なくなり、多くは医療機関等に委託せざるを得ないのが現状といえよう。従来から直接実施していた乳幼児健診、予防接種等においても医療機関委託がみられている。予防接種法の改正により個別接種が主流になり委託が多くなるといえよう。平成9年より母子保健法の改正により三歳児健康診査の実施が保健所より市町村に移行となると、外部機関への委託が増加すると思われる。老人保健法に基づく健康診査、その他の成人病健康診査、特に各種のがん検診は外部委託が殆どといえよう。

衛生行政において、行政外部の事業体に委託又は補助によって事業を実施していることに関し、自治体から国への報告もなく、各行政機関においても公表していない。このため、衛生行政における事業を委託した事業体が非営利か営利かは、個別に調査しないと明らかではない。

衛生行政における医療に係わる事業に関し、委託される事業体は、医師会、個々の医療機関、法的に医療機関としての届けを行っている健診専門機関、および衛生検査所に限定されることになる。その他の保健事業といわれる分野では、現在では、保健婦等による保健指導を業とする事業体が一部にみられてはいるが、行政から委託されている例は少ないと思われ、母子保健事業の新生児訪問等の地区助産婦会への委託があるのみではなかろうか。これらの機関の多くは、衛生検査所を除き殆どが医療機関等の非営利事業体であり、現状で営利企業への委託の有無が明らかではない。環境衛生に関しては、各種の検査の実施を、その検査を専門に業としている営利又は非営利事業体に委託している例が多い。

#### 2)衛生行政における事業の委託における課題

衛生行政における事業を、科学的に安定し、適正な方法で実施するには、一定規模以上の自治体でないと必要な施設を整備し、優秀な人材を確保すること困難といえよう。このため、従来より、予防接種および母子保健に係わる健康診査等は、非常勤公務員として、地区医師会員を雇用している例が多くみられていた。結核健診、成人病検診等においては、地区医師会以外の関係機関に委託している自治体が少なくない。これらの事業も、科学の進歩に対応した技術を確保するためには、委託によらざるを得ないのが現状といえよう。この様な状況での事業委託にあたり、多くの市町村は、委託先の事業体の実施状況に鑑み、その信頼性、安定性、妥当性等を正しく判断できる能力が不足し、保健所の指導によらざるを得ない。そこで主な課題を以下に述べよう。

- ① 殆どの市町村は、委託先の事業体の能力を評価する力量を有していない。特に、地区医師会と対等に委託契約を結ぶる状況でないことが多い。
- ② 多くの保健所は、このことに関し市町村に対し指導を行ってはいるが、その実態は、科学的であるとは言い難い例がしばしばみられる。

その理由には、地区医師会に対する発言力の不足、健診機関等の多くが県の第三セクター又はそれに準ずる機関のため、保健所としては殆ど発言できない。その他の機関においても、保健所としての発言力が相対的に低い例が多いといえよう。

以上、科学的に適正な方法といい難い状況で、委託契約が結ばれている限り、適正な委託事業が行われ難い。県は、第三セクターを維持するため、市町村衛生行政の事業を委託するよう指導している例さえみられる。それは、市町村財政を通じて県の事業を支援しているといえよう。また、医療機関によつては、健診を通じて患者を、集めているのではないと思われる例するみられている。これらのこととは、委託機関が非営利の団体であろうとも、公費を適正に使用しているとは言い切れないのではなかろうか。

新たな分野における営利企業の参入に関しては、社会福祉行政の所で論じよう。

#### 3)衛生行政における事業の委託に対する対策

以上の対策として、自治体を合併して直接事業を行えるようにする方式が浮上しよう。ここで重要な

ことは、地方自治の本旨と地方自治体の合併とが同時に論議できる保障がなければ、国の出先機関としての効率的な運用を図るための自治体合併論となる危険があるといえよう。実際に、『平成7年版厚生白書』の中の囲み記事として引用されている「デンマークの高齢者福祉と地方行政改革」の欄では、1970年に実施された自治体改革で、自治体の規模を福祉・教育など地方のニーズに対応できるため最小自治体を人口5,000人程度にし、1,000以上あった自治対数を277にして、さまざまな権限を移譲したことを述べている。なお、そこには、地方自治に最も重要な、地方自治体として自主的に確保できる財源問題には全く触れていない。現在地方分権推進にあたり、地方自治体の財源問題が余り論議されていない状況から見て、国が意図する自治体の再編成論のねらいが推察できよう。

現状で事業委託が避けられないとするならば、委託することを評価する技術と方法を市町村に提示することが急務といえよう。

### 3. 社会福祉行政における事業の営利化と衛生行政における新たな事業委託の課題

#### 1) 社会福祉行政における事業の営利化の実態

従来の社会福祉行政における事業の多くは、社会福祉法人が実施し、直接行政が実施している事業は少なかった。しかし、老人福祉法の改正等に伴い、市町村は、いわゆる在宅福祉サービスを実施することとなり、これらの事業を委託する市町村が増加した。その委託先の機関は、社会福祉法人のみでなく、営利企業が加わっている。その他、社会福祉に係わる分野での高齢者を対象とした事業に営利企業が参入している。

この様な中で、厚生省は、①国、地方と通ずる行政指導、②民間事業者による自主的な取組みを基本としている。行政指導として、有料老人ホーム、在宅介護サービス（ホームヘルプ、入浴サービス）、介護用品・介護機器販貸サービスのガイドラインを定め、民間事業者による自主的な取組みとして、社団法人シルバーサービス振興会を設け、シルバーマーク制度を実施している。シルバーマークの取得事業者（平成6年7月31日現在）は、有料老人ホーム20事業者、在宅介護サービス27事業者、在宅入浴サービス43事業者、福祉機器・介護用品レンタルサービス123事業者である。この方式は、法律によらずに自主的の名の下に、厚生省による間接的な業者規制である。ここでは、事業者として高齢者に適正な価格で、高い技術をもって公正に事業を行なう団体を選ぶ趣旨ではあっても、法的な裏付けも

なく、市民からの意見を組み入れる体制を欠いたマーク認定制度になっている。このため、厚生省の意に添う事業者が選ばれる可能性があるといえよう。

#### 2) 社会福祉行政における事業委託の課題と衛生行政の事業委託の将来

社会福祉行政における事業委託の課題は、衛生行政と同じ課題に加えて、既に、事業委託の対象に営利企業が参入しているところである。これらの委託事業を実施する企業に対する規制が法律によらず、民間業者の自主的の裁いの下で、市民不在のままで厚生省の管理下におかれている。このことは、衛生行政においても同様のことが生じよう。既に医療において財團法人医療関連サービス振興会が設立され、医療関連サービスマーク制度が導入されている。

一般に、保健医療福祉の連携がいわれ、衛生行政の中での高齢者対策として個人に直接サービスを提供する行政は、同様の社会福祉行政と密接な連携が必要であるとして、行政機関の統合がすすめられている。このため、衛生行政の分野にシルバーアクション会と同様な制度に基づく民間事業者の参入の可能性が高いといえよう。実際に、医療機関は、非営利ではあるが、その周辺にある医療関連サービス、医療情報システムに係わる事業等は、民間の営利企業によっている。特に、国を挙げての情報化時代に向けての諸施策の一環として、自治体に保健情報システムの導入が大幅にすすめられている。衛生行政においても情報システムの構築の必要があることは明らかである。然るに、情報システムを導入した例の多くは、先に導入が決定され、後から衛生行政としての可能性を探るということで、衛生行政からの必然ではない例が多い。この方式は、情報システムに限らず他の分野での営利企業の参入に用いられるものと推測できる。このため、民主的に市民の同意を得て衛生行政に係わるものが主体的に新しい事業に着手することが重要である。

#### 4. おわりに

衛生行政及び社会福祉行政の事業の発展には、直接行政が実施する以外、事業委託によらざるを得ないのは避けられないといえよう。その様な中で、わが国の行政の仕組みから行政の委託事業に自由市場の下で営利企業の参入を全く否定することは困難といえよう。この様な状況で、それぞれの現場の担当者が、住民自治の主体としての市民参加の下で、法律条例に基づいて厳しく規制することとも一方法である。それに加えて、専門行政の役割として市民に働きかけ、これらの企業に向けて市民による積極的な監視の目と、適正な指導力が期待される。



一般演題

新ゴールドプランと介護保険

3階第1講義室

竹内治一(大阪府保険医協会)

## 1 現状と経過

昨年8月に日本の老人人口は14%を越え、ついに高齢社会となった。それにしても日本の老人対策は非常に遅れており、要介護老人のおかれている困難な状況は想像を絶するひどさであり、早く対策を立てる必要がある。公的ホームケア・サービスを受けている老人の国際比較（1989年）を見ると、デンマーク25%、ノルウェイ19%、スウェーデン18%、イギリス9%、フランス8%、ドイツ3%、日本0.5%（最近で漸く1%）という数値である。一昨年、社会保障制度審議会将来像委員会が第1次報告を出し、日本の医療・年金は一応の水準に達したから、後はなるべく国庫負担を減らして自立自助で行くという言い方をして、われわれ保健・医療関係者に大いに論議を呼んだ。昨年9月には、上記将来像委員会から第2次報告が出され、今度はそれなりの目的意識をもった具体的提案として「公的介護保険」の創設が提唱された。統いて昨年12月に厚生省の高齢者介護・自立支援システム研究会報告（当日配布資料）が「新たな高齢者介護システムの構築を目指して」と題して出され、やや具体的な提案がなされている。

## 2 介護保険とは何か、厚生省の考え方

### ① サービスの内容

在宅サービス：ホームヘルプ、ディサービス、ディケア、ショートステイ、配食サービス、訪問看護、リハビリ、医学的管理、福祉器具利用、住宅改造

施設サービス：特養老ホーム、老健施設、療養型病床群、老人病院

### ② サービスの提供体制

サービス提供主体：医療法人、社会福祉法人、営利法人、ほか新規法人を検討

サービスの内容と質：第三者機関による評価（あくまで評価だけ、ドイツでは監督も）

サービスの利用形態：高齢者と提供機関の契約、それを補完する行政の緊急施設入所ケアマネジメント：ケアチームによる判定と点数化、複数のケアマネジメントから

### ③ サービスの費用

介護費用を社会保険方式で保障、1%微集、1割負担、被保険者、受給者とも65歳から受益に見合った応益負担、（制度間の不整合解消というが医療は相当カットされる恐れ）支払い不能者は市町村が肩代わりし、本人の遺産から優先的に微集。国はどれだけ出すか。

## 3 ドイツの場合

すでに25年間論議、昨年4月介護保険法成立、本年1月から保険料微集、4月から在宅給付、来年6月から施設入所者給付、年齢制限なく若年障害者も支給、家族介護にもランク別に支給、ドイツでは前から Bundessocialhilfegesetz（連邦社会扶助法）があり相当程度の老人対策が行われていた。今回の介護保険法はこれを補完するもの。施設建設は自治体が8割補助、宗教や社民党福祉事業団が以前から実施、発言力強、福祉労働者も日本より各種保障整備。

## 4 各界の反応

日医は育児介護を提唱しているほか概ね厚生省案に同調、連合も公的責任を強調するも具体的提案なし。学者・評論家も結局厚生省案に賛成する人が多い。

## 5 その問題点

- ① 税方式ではなく、何故保険方式なのか、無保険者出現の恐れ（日本福祉大二木教授、大阪府立大里見教授ら）
- ② 対象年齢が狭すぎる。平均3.5万円年金受給者では負担に耐えられず、財源にもならぬ
- ③ 一部負担が多すぎる。その上措置制度をなくすというが、本末転倒ではないか

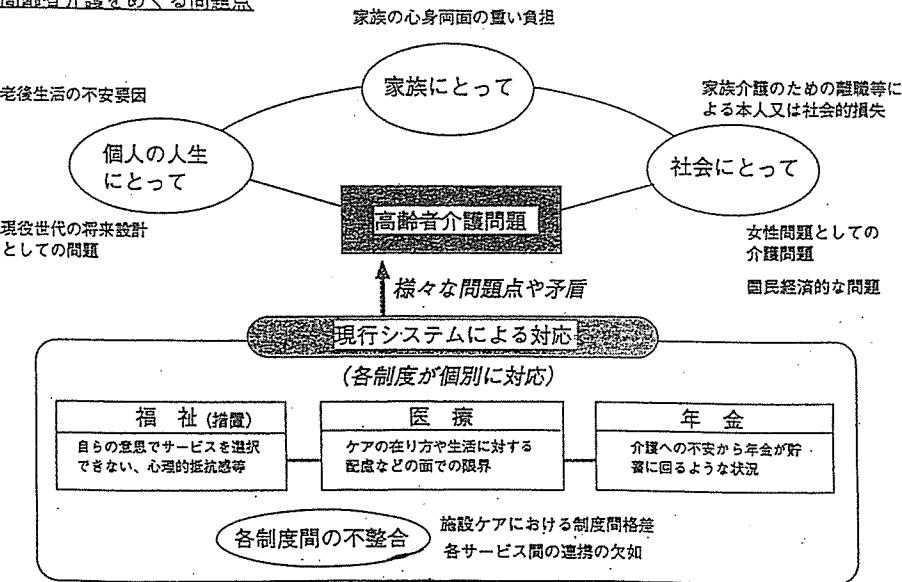
- ④ マンパワーと施設が少なすぎる。新旧ゴールドプランを繰り上げ達成の必要あり
- ⑤ 医療を削って福祉へでは財源も不十分でよい福祉とならず医療も荒廃する
- ⑥ ケアマネジメント、24時間介護支援の具体策がない
- ⑦ 現状の悲惨な家族介護の正当評価ができていない（ドイツでは月2800マルク支給）
- ⑧ 宮利資本の参入に異常に力を入れているが、本来医療・福祉に宮利はなじまない

公的ホームケア・サービスを受けている65歳以上老人の割合（1980年代後半）

国	%
オーストラリア	2
ベルギー	5
チェコスロバキア	5
デンマーク	25
フィンランド	16
フランス	8
ドイツ	3
ギリシャ	1
ハンガリー	3
アイルランド	3
イタリア	2
ルクセンブルグ	7
オランダ	12
ノルウェイ	19
ポーランド	1
ポルトガル	1
スペイン	1
スウェーデン	18
イギリス	9

（出所）Hugman R  
(1994).P.125

### 高齢者介護をめぐる問題点



## 老人施設の役割と介護保険

○山本 順、鎌田峰子、石田 浩、久保田恭子、今村恭介、小川正時  
医療法人西部診療所  
老人保健施設プライムケア川越

(はじめに)急速にすすむ高齢化にしたがい今後増大する介護サービスのニーズにこたえるため、厚生省の高齢者介護・自立支援システム研究会は、「新たな高齢者介護システムの構築を目指して」と題した報告書を作成、社会保険方式の介護システムを提唱した。早ければ97年度にも、月約2000円を保険料とする介護保険が導入される運びとなる。しかしながら導入にあたって問題点はあまりにも多い。今回老人保健施設を通して高齢化社会と介護の問題を検証したい。

(方法)介護保険が導入された場合、要介護者に対してどれだけ希望にそったサービスを提供できるかが問題となる。当老人保健施設が存在する川越市の保健福祉サービスの状況と当施設における入所者の実態を紹介する。

(結果)川越市における保健福祉サービスについて、まず在宅ケアサービスは、ホームヘルプサービス、デイサービス、ショートステイとも下表のように全国レベルと比較して、利用率が低かった。当市の高齢化率が全国よりも低いことを考慮しても、やはり満足できるものではない。また、入所施設については、特別養護老人ホームの定員は、218人(平成5年)、老人保健施設にいたつては、平成6年当施設がはじめて開所した。

当施設の入所者について、そのプロフィールをみると、入所の動機について、リハビリ目的が少なく(5.8%)、介護疲れが78.8%をしめた。退所後の居所について

は、家庭が85.9%と圧倒的に多いが、その大半が再入所しており、在宅での介護が事実上困難であることをうかがわせる。また、入所者の要介護度をみると、移動要介助61.7%、排泄要介助46.8%、入浴要介助21.3%、食事要介助12.8%、意志疎通困難(一部困難を含む)36.2%であった。

(考察)介護保険が機能するためには、提供する介護支援サービスが必要であることはいうまでもない。しかし、当市の保健福祉サービスの現状をみてもわかるように、在宅介護を支援するにはあまりにお粗末である。単にサービスを知らないのではなく、質、量とも不足していることは、いわゆるゴールドプランの達成状況からも指摘されている。日本の住宅事情も考慮すると、在宅での介護は現在のところ容易なことではない。当面は施設での介護が重要視されるのもやむを得ない状況である。こうしたことから、老人施設は、重度の介護を必要とするものから社会的入所まで幅広い高齢者を対象に質の良いケアを提供しなければならない。また一方で、要介護者を在宅ではなく施設でケアすること(多くの寝たきり老人を施設が抱えること)は、在宅重視の欧米のシステムと比較すると、時代に逆行しているともいえる。今後は、在宅ケアへの変換をいかにして進めていくか、ということが課題である。

川越市における保健福祉サービスの現状(平成5年)

川越市		ホームヘルプサービス	
総人口(人)	309,713	100人あたり年間利用日数	23.2
65歳以上人口	28,199	対全国比	37.5
高齢化率		デイサービス	
	9.1%	100人あたり年間利用日数	20.3
特別養護老人ホーム		対全国比	36.4
定員	218	ショートステイ	
高齢者千対定員数	7.7	100人あたり年間利用日数	7.8
対全国比	68.1%	対全国比	47.0

入所者の要介護度(要介助率)

移動	61.7% ( 29/47 )
食事	12.8% ( 6/47 )
排泄	46.8% ( 22/47 )
入浴	21.3% ( 10/47 )
着脱衣	14.9% ( 7/47 )
意志疎通難	36.2% ( 17/47 )

入浴、着脱衣については全介助  
その他は、一部介助を含む率

入所の理由(平成6年度)

介護疲れ・病気	78.8% ( 149/189 )
老人ホーム待機	10.6% ( 20/189 )
リハビリ	5.8% ( 11/189 )
介護者外出・外泊	2.6% ( 5/189 )
生活意欲の向上	2.1% ( 4/189 )

入所前居所

家庭	86.2% ( 163/189 )
病院	11.6% ( 22/189 )
老健施設	1.6% ( 3/189 )
その他	0.5% ( 1/189 )

退所後居所

家庭	85.9% ( 122/142 )
再入所	69.0% ( 98/142 )
家庭	16.9% ( 24/142 )
病院	7.7% ( 11/142 )
老健施設	2.8% ( 4/142 )
その他	3.5% ( 5/142 )

# 高齢者在宅ケアの介護負担

## —非営利住民参加型在宅福祉

### サービスの実情と課題—

○ 関谷栄子、後藤礼子、木下安子、真保雅子、遠藤由美子

(白梅学園短期大学 専攻科<福祉専攻>)

#### はじめに

高齢者の在宅福祉対策の緊急課題としてホームヘルパーの増員が急務である。平成6年には、59,000人のホームヘルパーがいるが、厚生省の新ゴールドプランによれば平成11年までに17万人のホームヘルパー養成を目指している。

政府は国民の自助自立を推奨し、民間活力の振興を薦めている。こうした中、非営利住民参加型の在宅福祉サービス活動も盛んである。

彼らはボランタリースpiritで過重な介護労働を行い安価な対価に甘んじている。雇用関係もなく、身分保障もない。仕事の責任があいまい、組織的な研修もない。しかし行政サービスの補完をし、かつ創造的なホームヘルプを開拓して住民に頼られているものも多い。長年活動を続けていたりあるホームヘルプ活動を例にそこに含まれる社会医学的な問題点を考えたい。

#### 事例紹介

##### ケース1

夕方になると寂しくて騒ぐAさん（80歳）。父親が神社の神主をしていた「箱入り娘」として暮らしてきた。Aさんの娘は（57歳）国立大学を出て、某大学国文学科の教授である。

ホームヘルプは母親の話し相手になって欲しいと言われて訪問する。

あるヘルパーが訪問したが、Aさんに説教してしまった。そのため返って具合が悪くなってしまう。娘は介護のために教授としての研究業績があがらなくなり、ストレスが高じて、母親に、厳しくあたったり、罵しって暴力をふるうなどに及んだ。ホームヘルパーがAさんの態度について批判や意見をするのではなく、相手を理解して受容的な態度で接することはホームヘルプの大原則のはずであった。

##### ケース2

ちやきちやきの江戸っ子Bさん（女性）は三代続いた本屋の娘。大学出の養子を迎えたが、うまく行かず夫は女遊びをしてうさを晴らす。出版社を経営しているが、不景気なため、社員の給料を出すと、生計は苦しい。Bさんには娘が3人、息子が1人いる。娘は好き勝手放題で婚家に遠慮し面倒をみない。Bさんの世話は嫁がしょいこむ形となつた。かかりつけの医師の薬めで介護のために家政婦会に依頼したが介護を嫌い家事しかしてもらえない。家政婦はBさんとも折り合いが悪くなり家中が家庭崩壊寸前となつた。嫁はストレスで37kgもやせた。

ホームヘルプを依頼されて訪問してみると、Bさんは、氣に入らないことがあると、嫁や介護者をひっかかる、爪を立てるなど暴力行為がある。時には介護者の首を絞めることがあり介護者の方が必死で振りほどかなければならぬほど力がある。

しかし介護者が男性だとがらりと態度が変わる。入浴サービスに若い男性がくると嫁も見たことがないほどの笑顔を向けて介助されている。こんなに「愛想のいい方はいない」と評判である。

夜は嫁が同じ部屋に休む。Bさんはベッドで寝ているが、体動が激しくて、嫁が寝ている上に、Bさんが落ちてくることがあるという。

外見は立派な作りだが、家内は乱雑で、裏口や台所はいつも汚れ放題である。

ヘルパーは嫁の休養や気分転換のためのたまの外出時にBさんの世話をすることになった。受容的に接するようにしたため、ヘルパーに暴力をふるうことは次第に少なくなってきた。

謝礼は、1995年3月時点で週3日正午から午後5時まで訪問して1時間1500円である。交通費込みで月約10万円になる。娘達は住み込みの家政婦を雇えばいいと意見はいうが、経済的負担まで申し出ることはない。

病院の訪問看護婦が、病状の観察のために訪問しているが、「保健指導」をするためBさんからきらわれている。介護の仕方は慣れたヘルパーの方が看護婦に助言している状況である。しかし訪問看護婦は玄関から招きいれられるがヘルパーは裏口から入る。家の乱雑ぶりを看護婦は知らない。公的ヘルパー派遣の申請を市役所に行ったが専業主婦だったため対象とされなかった。

##### ケース3

夫と息子2人（成人）の4人家庭の主婦であるCさん（47歳）は長年、姑に仕えてきた。姑の死後（昭和53年に死亡）、やっと楽になった昭和59年頃から歩行時に斜めに歩くようになった。病名が解らずさまざまな民間療法を受ける。近所とも疎遠になる。口がきけない。包丁を取り落とす。平成元年によく国立神経センターMにて小脳萎縮症と診断がついた。

平成3年には転倒して右腕を骨折し入院となる。

夫が小学校の用務員をしながら介護していた。尿の始末ができない。歩行困難。食事要介助。退院後実母宅に一時引き取られたが、2週間で帰された。太っていて自分で体を動かせないため床ずれができた。

民生委員の紹介で平成3年4月より週3日介護に通う。その後週5日（月から金まで）午前9時から午後5時までに増えた。

夫は本人が小食だと言うが、ヘルパーが自宅で調理し持参したものはよく食べる。ヘルパーは夫から食料費として1回あたり350円をもらい訪問前にヘルパーの自宅で調理して持参する。調理にかかるガス代、水道料は請求していない。

ホームヘルパーが車椅子を作るため整形外科医訪問などの援助を行う。その結果、心身障害福祉センターりハビリ教室にも通えるようになった。

入浴させるために2人がかりで援助しヘルパーは腰痛になった。

1年後、病状が進行し在宅療養は無理となり入院となつた。夫は本人の目の前で蓄えがなくなつたら病院にほおりこむといつてゐた。

介護にかかった費用は1日に平常料金分が10時から16時までの6時間分が4,200円、時間外料金分が9時から10時と16時から17時までの2時間分計1,800円で計6,000円でこれが週5日で30,000円、1カ月分では約120,000円となる。

会では7人のヘルパーがチームを組んで訪問した。複数で訪問介護を行つたときもある。チーム間の介護技術に差異があつたり、病状が進み歩行が不安定のCさんの在宅介護は限界にちかづいていた。

難病の患者を家庭という密室で介護することにはヘルパーにとって大変な精神的な緊張と高い介護技術を要求される。医学知識も学習し、チーム員の連携をふかめるための連絡記録を書くなど自己努力をして質の向上をめざし介護を提供した。コーディネイターを勤めたヘルパーは7人のメンバーの調整に苦心したり、連絡のために自宅からの電話代が月2万円にのぼつた。この費用も支払われていなかつた。

#### 非営利住民参加型在宅福祉サービスの問題点

- 1 プロフェッショナル意識が低いものもある。
  - ・介護技術の水準が低いものがある。
  - ・病気のことがわからない
  - ・介護負担がきつい仕事は断る。
  - ・話し相手や家事援助を好み、すぐお茶にしましようというものもある。
  - ・カルチャー教室程度の意識で参加するものもある。
  - ・掃除の手抜きをするものもいる。
  - ・仕事より自分の家庭の事情を優先させる。
  - ・手当が低いので、より楽で収入のよいパートタイムへ流れる。
- 2 コーディネーターの困難さ
  - ・人手が少ないのでやりくりするのが大変である。
  - ・自分がかぶつてしまい長続きできなくなる。
  - ・コーディネイトの苦労が理解されにくい。
  - ・自宅からの電話代などの費用が支払われない。
- 3 自治体の安易な委託の責任もある。
  - ・助成金のチェックが必要である。
  - ・研修・教育、身分保障、などの支援が必要である。
  - ・民間機関に依存するだけでなく、事業内容の点検が必要である
  - ・公的ホームヘルパーの質、量の拡充や改善が必要。

#### 今後の改善方法

- ・サービス調整会議において、実務者レベルの参加を呼びかけ、業務内容の自己チェックや業務の円滑化を図る。公平、公開、平等、相互敬愛の精神が必要である。
- ・研修、研鑽の義務づけ。交通費、日当などは公的負担とし参加の利便を計る。自ら学ぶ姿勢を育成する。
- ・公的介護システムの拡充強化。

#### まとめ

- 1 在宅介護ホームヘルパーには高度の個別性、技術性、が要求される。また在宅は密室の中なので介護者の高い倫理性と自己管理能力が要求される。
- 2 住民参加型在宅福祉サービスは公的、専門的機関のもてない融通性、柔軟性、創造性も要求され、需要は高い。
- 3 社会資源の活用を進めながら、関係者の連携をも深める組織力も必要である。
- 4 善意だけの住民参加や自己満足、自己完結の閉鎖的な運動では継続が難しい。正当な報酬は要求して、質的にも高度のホームヘルプを提供していくべきである。
- 5 公的専門的機関の関係者の支援がなされるべきである。

#### 参考資料

東京都の高齢者ホームヘルパーの数は1992年度末には8806人であった。そのうち区市町村の職員は580人で、8130人がその他の家政婦紹介所など民間機関に委託になっている。(高橋絢一編、図説東京の福祉実態1995年版、萌文社、1994.)

民間機関に働くホームヘルパーは登録ヘルパーといい、雇用関係があいまい、労働条件がよくない、事故があったときの責任があいまいなどの問題がある。登録ヘルパーの人達が直接利用者の体に触れる「身辺介護」よりも「家事援助」を指向することを非難できない背景がある。

1970年代からは福祉公社や在宅福祉サービスを提供する非営利団体、住民団体なども育成されるようになった。シルバー産業の参入も盛んである。

1992年度の東京都のホームヘルパー利用料金は年収400万円台で1時間当たり700円、500万円台は900円であった。

非営利住民参加型在宅福祉サービス団体である「Iの会」は会員制(年6000円の会費)でホームヘルプサービスを行つた。利用料金は1991年当時には、1時間当たり700円、時間外900円であった。夜10時まで利用できるためサービス利用者には、好評であった。

## 「高齢者保健福祉計画」と保健活動

○鳥居 千代子（横浜市鶴見区福祉保健サービス課）

田村 加代子（横浜市福祉局長長寿社会課保健担当）

### はじめに

国は「高齢者保健福祉推進十か年戦略」いわゆるゴールドプランを策定し、その推進を図るとともに市町村に対し、老人保健法及び老人福祉法により老人保健福祉計画の策定を義務づけた。

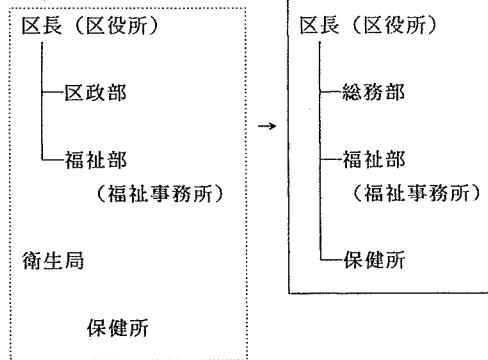
横浜市ではこうした動きをうけて平成6（1994）年度から平成11（1999）までの6年間を計画期間とした「高齢者保健福祉計画」を策定した。策定の手順は「地域ケアサービス推進協議会」の設置、「高齢者生活実態基礎調査」を1万人の高齢者を対象に実施、「高齢者保健福祉ニーズ専門調査」をケースワーカー、保健婦などで検討し、「老人保健福祉計画を考える市民のつどい」で市民の意見を聞く機会を持ち目標量を算定した。この計画を実践するために、福祉と保健の一体化な対応が必須と機構改革を行い保健所が衛生局の出先機関から区役所に編入され、従来保健所が担当していた要援護高齢者の事業を福祉部（福祉事務所）に移管し、それに伴って保健所の保健婦の一部が福祉部に配属された。新しい機構になって一年がすぎた。この間の福祉部における「高齢者保健福祉計画」における保健活動、主に保健婦の活動の現状と課題について述べる。

### 機構改革の中身

今回の機構改革の前段階として平成4年12月に区総合福祉保健相談室の設置があり、保健所から保健婦が専任で配置され、室長は保健所の衛生教育等担当課長が兼務した。そして第2の機構改革として平成6年7月に福祉部門への事業の移管と保健婦の配属が実施された。

（図1）（図2）

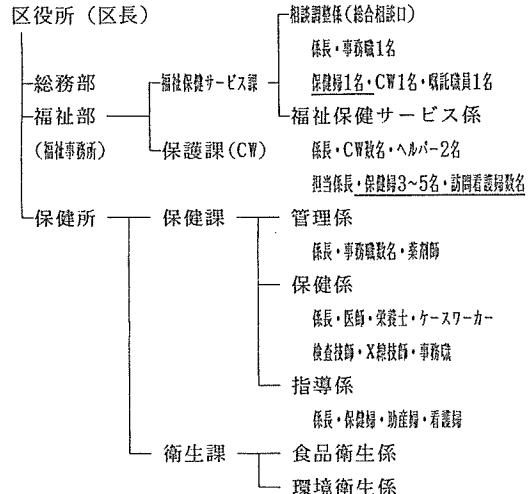
（図1）



### 福祉部門への移管事務と保健婦配置数

福祉部に引き継がれた事業は、保健婦業務では①訪問指導事業、②機能訓練事業、③2事業に関わる要援護高

（図2）



※\_\_\_\_が保健所からの事務移管による配属職員

齢者の公衆衛生看護事業と、それまで衛生局保健所が事務局担当だった④地域ケアサービス事業と⑤訪問看護ステーションである。

保健婦数は、平成5年の2事業の実績から按分して割り出したといわれている。高齢者の実数やニーズでなく保健婦の業務内容で配置したため、区役所によっては保健婦数が高齢者の実態からみてかなり矛盾するところもあった。

平成7年度の職員配置数は表2のとおりである。14名の保健婦の増員とパート訪問看護婦の他に月給制の嘱託看護婦が9名新規に配置された。

### 「高齢者保健福祉計画」と目標数

平成6年7月に福祉部に移った保健婦たちは訪問指導対象である寝たきり者の訪問に追われた。保健福祉計画の目標数は表3のとおりである。平成11年には寝たきり者に対し年11回の訪問を実施する計画になっているが、平成5年度4,6回まで上がった水準も平成6年度には3回になった。

寝たきり患者数の年次推移（図4）でみると平成3年度までの対象数は長いこと3,000人台であった。平成4年に4,000人を越え平成5年には5,000人になり、そして平成6年度は7,000人に迫ろうとしている。区役所に窓口を設けたこと、ケースワーカーをはじめ他職種との連携がとれだしたこと等からケースが把握しやすくなった。そして、何よりも地域には援助をもとめる高齢者が潜在

(表1) 移管時の配置数

区名	高齢人口	保健婦	訪問看護師	区名	高齢人口	保健婦	訪問看護師
鶴見	28,991	4	7	金沢	22,696	4	4
神奈川	26,349	2	6	港北	23,365	3	7
西	11,994	2	4	緑	12,444	2	4
中	17,049	3	5	青葉	20,784	3	6
南	27,128	5	6	都筑	9,598	2	2
港南	20,054	4	5	戸塚	21,948	4	5
駒ヶ谷	22,915	2	6	栄	11,293	2	4
旭	26,992	4	6	泉	13,293	3	4
磯子	19,535	3	5	瀬谷	12,573	2	4
職員数計		保健婦	54	訪問看護婦	91		

(表2)

区名	保健婦		訪問看護婦		区名	保健婦		訪問看護婦	
	嘱託	パート	嘱託	パート		嘱託	パート	嘱託	パート
鶴見	5	1	7		金沢	4	1	4	
神奈川	4	1	6		港北	5	1	7	
西	3		4		緑	3		4	
中	3	1	5		青葉	3		6	
南	5	1	6		都筑	3		2	
港南	4		5		戸塚	4	1	5	
駒ヶ谷	4	1	6		栄	3		4	
旭	5	1	6		泉	3		4	
磯子	4		5		瀬谷	3		4	
職員数計	保健婦	68	嘱託訪問看護婦	9	パート訪問看護婦		91		

していることが分かる。保健婦が一生懸命、訪問をしても新しいケースが次々に出てくることがサービスの低下を招いている。

個別の対応をする中で空しさを感じている保健婦も少なくない。重度の寝たきり者に訪問して、以前よりもと、寝たきりにさせない方策の必要性を感じている。現在は判定でいえば、C・Bランクのケースが多いが、各区に訪問看護ステーションが序々に設置されてきている。

(平成7年7月現在 14か所開設)

#### 保健活動の現状と課題

「高齢者保健福祉計画」は保健と福祉の計画であるはずだが、要援護高齢者にどんな福祉サービスを提供するかに重点がおかれ健康高齢者に対して寝たきりや痴呆を防止したり元気で過ごすための具体的な施策が国も自治体も弱い。保健・医療・福祉が福祉・医療・保健になってしまっている。

寝たきり老人への訪問を重ねながら、寝たきりにさせない方策を考えなければ、保健婦や訪問看護婦が何人いてもきりがない。そう思いながらも日々の業務に追われているのが実態といえる。

寝たきり老人の食生活や生活習慣あるいは労働をとら

(表3) 「高齢者保健福祉計画」目標数値

目標量と提供体制				
ホームヘルプサービス	延	2,160,000回	訪問ヘルパー数	3,600人
デイサービス	延	986,000回	155か所	
ショートサービス	延	52,000回	1,000床	
入浴サービス	延	130,000回	520人/日	
食事サービス	延	1,210,000回	3,300食/日	
機能訓練	延	260,000回	1,000人/日	
訪問看護	延	690,000回	2,800回/日	
訪問指導	延	110,000回	440回/日	
訪問口腔指導	延	15,000回	60回/日	
訪問栄養指導	延	14,000回	56回/日	

(表4) 寝たきり患者年次推移

	平成2年度	平成3年度	平成4年度	平成5年度	平成6年度
年度末対象数	3,401人	3,596人	4,085人	5,087人	6,892人
新規登録数	1,528人	1,657人	2,159人	2,905人	4,012人
継続登録数	3,402人	3,401人	3,596人	4,085人	5,087人
市内転入数	20人	18人	14人	20人	32人
離職数	1,549人	1,480人	1,684人	1,903人	2,239人

えることから予防の視点や方法を提起する役割が福祉部門に働く保健婦に求められる。寝についてからどんなサービスを受けるよりも高齢者自身が自分の頭で考え自分の意思で行動できることが幸せである。福祉サービスは目にみえて分かりやすいが、予防はなかなか結果が出ず見えにくい。

保健所と福祉部門のケースの棲み分けもすっきりとはいいかず、連携も口で言うほどやさしくはない。福祉部門の保健婦の専門性についても問われている。ケースワーカーとの連携や役割分担など当面の課題も多くある。

#### おわりに

この一年はめまぐるしく過ぎ問題や課題を充分に討議することが出来なかった。福祉部に保健所から保健婦が配置されたということで、その是非について注目されているが、評価するにはまだ時期が早い。福祉部門の保健婦たちは日常の業務や矛盾に悩みながらも寝たきり者を重度化させない取組や家族も含め、地域で安心して暮らるために何をするか、他職種とも日々奮闘中である。

寝たきり予防はもちろんのこと、すでに寝ついたり、障害をもったケースにどう対応するか、保健活動を福祉の中でどう展開していくのか、保健所の保健婦とも引き続き考えていきたい。



## シンポジウム（3）

Healthy Work の展望

**3階第1講義室**

## わが国の産業保健活動のあり方を考える —Swedenの労働衛生から学ぶもの—

小野雄一郎（名大医衛生）

### 1 はじめに

#### 2 わが国における近年の産業保健活動の動向

労働者の高齢化、成人病の問題

労働(作業)関連疾患、「ストレス」関連疾患の考え方

「過労死」の生じる社会の継続

THPの取り組みと、その個人的な対策管理の性格

労働安全衛生法、通達

「快適作業」指針、職場における腰痛予防対策の推進

職場改善への活用の可能性

労働時間問題での言及の不足

認定行政の貧困さの継続

中小企業での対策

都道府県産業保健推進センター、地域産業保健センター

産業医の資格制度の強化

日本産業衛生学会専門医、日本医師会認定産業医

労働安全衛生コンサルタント

### 3 Swedenにおける労働衛生

前提の相違

強い労働組合と労働者の当然の権利

病気休暇（生理休暇制度は不要）、長期休暇

労働時間の短さ

広く、くつろげる休憩室、家

社会保障の全般的充実

使用者責任の増大とWorkplace safety delegates

The Swedish Working Life Fund

監督行政

産業保健サービス

職業病外来、研究機関

労災統計 「過労死」の概念は存在しない

### 4 今後のわが国の産業保健活動について

「過労死」が問題とならないような社会作りが前提として必要

労働基準法のあり方

職場改善に対する公的支援の増大

改善のための資金援助

監督行政の充実

職場における労働(作業)関連疾患、「ストレス」関連疾患対策の充実  
  ストレス要因点検  
  リスクアセスメント  
  健康診断を職場・作業改善と結合

職場における法規・通達の活用

労働者教育

近年の動向をめぐって  
  ILOと国際的動向  
  使用者責任の明確化と、労使の協調  
  専門家は援助者の立場  
  職場健康サークル  
  職場点検活動と、すぐに実現できる対策の提案、対策効果の評価  
  留意点 西欧と日本の労使の力関係の相違  
    職場ストレス要因（労働時間・密度等）や労災問題にどこまで踏み込むか

中小企業に対する取り組み  
  30人規模の事業場への産業医配置の拡大  
  行政機関との協力

産業医の専門資格取得が産業保健活動の前進に結合するか？  
  研修の中で、産業医の倫理や労働者のプライバシー保護教育の必要性  
  職場点検能力を取得・向上させる教育の必要性  
  職場の産業保健情報公開と新しい知識取得の機会の増大  
  大企業の産業保健統計データベースの公開と学問的活用

他

職場における労働(作業)関連疾患、「ストレス」関連疾患対策の充実  
  ストレス要因点検  
  リスクアセスメント  
  健康診断を職場・作業改善と結合

#### I L Oと国際的動向

  使用者責任の明確化と、労使の協調  
  専門家は援助者の立場  
  職場健康サークル  
  職場点検活動と、すぐに実現できる対策の提案、対策効果の評価  
留意点 西欧と日本の労使の力関係の相違  
  職場ストレス要因（労働時間・密度等）や労災問題にどこまで踏み込むか

#### 中小企業に対する取り組み

  30人規模の事業場への産業医配置の拡大  
  行政機関との協力

#### 産業医の専門資格取得が産業保健活動の前進に結合するか？

  研修の中で、産業医の倫理や労働者のプライバシー保護教育の必要性  
  職場点検能力を取得・向上させる教育の必要性  
  職場の産業保健情報公開と新しい知識取得の機会の増大  
  大企業の産業保健統計データベースの公開と学問的活用

他

## ジャストインタイム生産システムと労働の変容

千田 忠男（同志社大・文・社）

### I. はじめに

ジャストインタイム生産方式は資本主義的生産管理の体系的な手法の一つで、1947年頃からトヨタ自工（当時）で構想され、1962年に全社看板方式が確立し、翌年から協力会社に指導普及され、1970年代後半に国内に普及した。1980年代半ばに生産管理情報処理にコンピュータを利用しはじめ、生産機械のME化がはじまった。1980年代後半に諸外国へ移出されはじめた。

### II. システムの特徴

1. 生産技術の改善。  
 (a) 機械の常時監視を不要にする（ニンベンつき自働化）。  
 (b) 治具工具の改善と段取り替え時間短縮。  
 (c) 運搬機器用具を改善して工場内外の運搬時間を短縮する。  
 (d) 機械やラインのレイアウトを変更し（U字ライン、コンペアの変更等）工程相互の連絡を改善・短縮する。
2. 労働組織（分業と協業）の再編成。  
 (a) バトンタッチ。  
 (b) マーシャリング、水すまし。  
 (c) U字ラインの一人作業。
3. 生産管理技術の改善。  
 (a) かんばん、(b) あんどん、(c) 赤札、(d) 生産進行指示板、(e) 標準作業票、(f) コンピュータシステム利用。
4. 労働能力の向上と労働規律の確立。  
 (a) 多工程持ち教育、  
 (b) 標準作業順序表、  
 (c) ミスの顕在化、  
 (d) 職場ルールの徹底。
5. 生産管理活動のかなりの部分を直接作業者に移す。

### III. システム導入のための意識革命

1. 指揮監督者の権能強化。  
 (a) かんばん枚数の決定、(b) 標準作業の決定、(c) 技能習得程度の判定、(d) 個々の作業者の労働密度や一日労働時間の決定。
2. 労働者を孤立させ、「意識革命」をすすめる。労働者の側からの抵抗があることを承知（覚悟）して、それを上回る意識革命をすすめる。
3. 労使一体化宣言などが前提となる。

### IV. 労働者への影響

1. 労働密度の増大（労働強化）。  
 (a) 受け持ち機械台数や作業領域（または受け持ち工程、受け持ち領域）の増大拡大、  
 (b) 立ち、走り回り作業、  
 (c) 基準時間で手待ち時間を排除、  
 (d) サイクルタイムを速めて限度いっぱいの動作リズムで作業。
2. 常態となる長時間（時間外）労働。  
 (a) 受注増を時間外労働でまかなく、(b) 受注減では労働者数を削減し、労働時間短縮に結びつかないように周到に配慮する。
3. 労働者間の競争が激化。  
 (a) 自責他責のミスの公表と注意喚起、(b) 一人の遅れがでても、同僚の負担増によって生

産遅れにならないようにする、(c) 不良品や不良作業によるラインストップの権能が個々の作業者に任せ、品質管理（チェック）が直接作業者に任せ、労働者の自尊心や競争心が労働者同士の相互監視に利用する。(d) QCサークルや提案・報奨制度等による競争が組織され、労働者の協調心を利用する。(e) 仕事のヘタな者と組むと、こちらの体が持たなくなる、(f) 限定された範囲の技能教育を競争的に受ける（修得者はリボンをつける）。

4. 技能教育時間の短縮を利用して、臨時・派遣・季節工等複雑な雇用制度を導入して賃金の低減化を図り、同時に団結を阻害する条件を拡大する。

5. 労働者数の削減。各人の労力が省略された部分を合算して労働者数を削減（少人化）。

6. 休暇がとりにくくなる。休暇分が全部周囲にハネかえる。

7. 立ち（歩き）づくめで、動作の一つ一つが規制される。注意を向けなければならない範囲が広くなり、動作の範囲も拡大する。動作のリズムを限度一ぱいまで速めなければならない、手待ちもできない、手待ちがみつかるとその分だけ「標準作業」の変更によって取り上げられる。その日の疲れは確実に次の日に持ち越される。同僚に教えられて上手にできるようになったと思うと、誰かがラインからはずされて人数が減って、またもとのきつい状態になる。仕事のヘタな者と組むと、こちらの体が持たなくなる。

オシャカを作るとチーフから呼び出されてクドクドとイヤ味をいわれる。肩が痛いというと「手の動かし方が間違っているからだ」とリーダーからいわれる。

8. 労働者により深刻な労働負担をもたらし、過ストレス状態や過労状態さらには労働関連疾患に陥りやすくなる。また、離職する者も多い。システムが固有にもつ生産性向上の効果を労働者が享受できない。

### V. ジャストインタイム生産システムの国内普及

A. 1970年代後半から不況脱出を目的に、また生産拠点の海外移転を契機にして、国内製造業や流通業に普及する努力が重ねられてきた。そのための経営コンサルタント業が盛んになっている。全国四大紙に紹介された記事を検索すると以下の通りである。

B. 「製造業」における「戦略的課題」記事で紹介された企業名

I1]受注→生産→販売過程の体質強化：電算機業界(1979年)、NEC(79)、第二精工舎(80)、柄木富士産業(80)、光洋精工(85)、北星ゴム(86)、味の素(86)、すずらん工業(86)、テクノエイト(87)、オリンパス(87)、富士重工業(88)、日本

タングステン(88)、平田プレス(88)、東洋空機(89)、リオ(90)、菊川工業(90)、三井ハイテック(91)、曙ブレーキ(91)、協立エアテック(94)。**[2]資材調達、部品運搬、在庫管理などメーカー物流部門の整備**：川崎重工(80)、豊田鉄工(81)、田村電機(81)、三井工作所(81)、旭硝子(86)、ソニー(87)、インテルジャパン(87)、日野自動車(88)、佐藤

工業(89)、本田技研(89)、空研工業(90)、熊沢製油産業(90)、新日鐵(90)、石川島播磨重工業(91)、オムロン(92)、石川島播磨重工業(93)。**[3]普及**：横浜ゴム(84)、浜松合同(89)、IBM(91)、サンデン(90)、北海道機械工業会(91)、産能大九州セミナー(93)。

### C. 「製造業」の「実践成功」の記事

**[1]受注一生产一販売、体质強化**：田葉井製作所(80)、日本電気(81)(94)、セーラー(82)、柴田ハリオ硝子(83)、峰田メリヤス(85)、バンドー化学(85)、北越工業(86)、東洋空機(86)、川崎電気(86)、ワールド(86)、エルコー(86)、日立大みか(87)、馬里邑(87)、タカラ(88)、筑水農機(88)、長野ジェコー(90)、新光産業(90)、KO A(90)、ホリエ電機(91)、オリエンタルモーター(92)、ソニー(94)、トキコ(94)。**[2]株価見通し**：バンドー化学(87)、日本ケミコン(94)。

### D. 「製造業」の「実践見直し」の記事

**[1]在庫減らし**：日本ピストンリング(79)、井関農機(84)、ダイキン工業(91)、アルプス電気(93)、自動車鋳物(94)。

### E. 「流通業」の記事

**[1]戦略的物流システム**：食品問屋業界(84)、松下電器(85)、キャビン(86)、キヨーエイ(86)、倉庫業界(87)いせや(88)、ノリタケカンパニーリミテド(88)、JR東日本(88)、郵船航空サービス(89)。**[2]実践例**：神崎製紙(84)、日本電気コンピュータシステム(88)、いせや(88)、オリンピック(89)、日立物流(89)、勝又(90)、山星屋(93)。

### F. 海外展開

**[1]製造について**：ソニー(93)、力山工業(台湾)(90)、第一自動車(中国)。**[2]物流**：NUMMI(85)、マツダ(85)、住商(87)、伊藤忠(87)、住友電工(89)。

### G. 社会問題の発生を指摘

**[1]交通などの社会問題**：西日本(91)、中日(93)、**[2]労働問題の発生**：北海道新聞(94)、北海道新聞(91)、日刊工業新聞(90)、**[3]産業構造の問題発生**：北海道新聞(92)、北海道新聞(90)。

### VII. 海外への移転

NUMMIでの「成功」ののち、自動車、電機産業を中心とする製造業が海外へ生産拠点を移転する際に、ジャストインタイム生産方式を導入する例が増えている。各国の労働運動の評価は複雑である。

### VIII. 最近の変化

A. 元町工場、九州宮田工場の操業開始

作業者監督者のやりがい達成感の喚起、技能修得による成長感の獲得、努力緊張感の持続による効率向上表現、高齢者女性の就業可能なライン設計、生地負担度の応用によるTVAL、ラインの分割短縮、ライン間の繋ぎとしての在庫の増加などにより、生産効率の向上をねらう。また、カニ歩きの解消などもはかられている。

### B. TVALの適用

従来から「姿勢点」などを適用して腰痛の予防策を採用してきたが、あらたに「作業負担の定量的評価(TOYOTA Verification of Assembly Line)」を採用した。作業の負担を軽減し生産効率向上をはかるために、またそれが労働強化や人間疎外にならないようにするために、作業負担度の高い作業を洗い出し、その低減をはかり、しかも公平感をもたれるようにするために、客観的な判断基準を確定しようとした。作業姿勢、取り扱い物の重量、作業時トルク（押し引っ張りねじりなどの加重性）、作業持続時間の4因子をもとに得点化する。この方法は、「定量的評価」をより正確にするための手法の洗練などが必要と思われるが、この限りでは一定の有効性をもつと思われる（姿勢点も同様）。しかし、合理的な労働態様であることと、その労働態様にふさわしいリズム、一連続作業時間、一日作業時間を吟味していない点で、労働負担の軽減につながるかどうかについて明らかでなく、いつそうの検討が必要である。従事する労働者から、労働強化のより精錬された方法であるという疑問も出されている。

### C. 労働時間の短縮

年間総労働時間の短縮、交代制勤務の変更などを実施した。  
■、基本文献

[1] 大野耐一『トヨタ生産方式』ダイヤモンド社、1978. 門田安弘『トヨタシステム』講談社、1985(原著 1983). 『工場管理』35(9), 20-80. 1989.

[2] 千田忠男「トヨタシステム導入後の労働のありさま—精密機械工場の事例調査結果—」『評論・社会科学』(同志社大学) No.49,1-64,1994.

[3] 入谷辰男：「企業における産業衛生の歴史と課題」『産業医学のすすめ』(第52回産業衛生学会企画運営委員会編集) 14-26, 1982. 昭和40年代後半に組立工場で、中腰姿勢による腰痛が多発し、「姿勢点」や「重量点」等を利用して生産技術上の対応によって仕事を楽にした(本来の労働負担を軽減した)。しかし労働密度の増大や長時間労働による労働負担を軽減する課題は吟味されていない。

[4] 『工場管理』40,11.17-79.1994. 川村輝夫、新美篤志、久保修義、葛原 徹「これから的人が主役の組立ライン造り」TOYOTA Technical Review, Vol.43, No.2 Nov, 1993, pp87-91. 柴田史興、今吉清行、江里義憲、緒方 聰「組立作業負担の定量評価方法(TVAL)の開発」TOYOTA Technical Review, Vol.43, No.1 May 1993, pp84-89.

## 労働組合の健康職場づくり

吉川正春(名古屋水道労働組合)

### 現代社会を生き抜く労働者の健康管理 (名古屋水道労働組合の実践)

#### 名古屋水道労働組合の自己紹介

- ・水道局、下水道局及び関連労働者で組織(2300人)しています。
- ・1966年「安全委員会」発足以来、安全衛生活動を展開しています。
- (資料参照)

#### <現在実施されている労働者の健康管理>

(4ページ参照)

#### 心の健康

「相談者の秘密を完全に保障する」ことを大前提に健康保健組合の「健保なんでも相談室」が開設されました。その運営の基本は以下の内容です。

- ・職制を含む他者のいっさいの関与を除去する  
→健康保健組合の事業。相談員は経験豊富な市外部の人。直接相談者本人が連絡する。
- ・相談場所を市庁舎の外に設置する  
→名古屋駅前のターミナルホテルの会議室を借り、相談室とした。
- ・心の健康のみでなく幅広い相談  
→「何でも相談」とし、職場や家庭での悩みごと・心・法律相談とした。
- ・専門領域は別途紹介  
→相談員との面談で、法律や精神で希望される方には弁護士や精神科医師を紹介。

1993年度は資料のような相談件数がありました。

開設日が47日位なので毎回3時間の相談時間の間に6件くらいの相談があることになります。発足は1987年ですが順調に運営がされています。相談内容は項目分類のみで、健康保健組合の担当者にも秘密は守られています。

健保なんでも相談実績表

相 談 内 容	1993年度
職 場 問 題	4 件
恋 愛・結 婚・離 婚 問 題	23
保 育・教 育 問 題	9
経 済・金 融 問 題	0
住 宅・環 境 問 題	0
交 通 事 故	0
健 康・精 神 衛 生 問 題	85 (80)
法 律 問 題	147 (68)
そ の 他	20
合 計	288 (148)

( )内の数字は、精神衛生医および弁護士に対する相談数

### <労働者の意識が変わった>

- ・1972年から毎年欠かさず、100人規模の組合すいせん安全衛生委員が一同に会して1泊2日の学習会を行っています。歴史をたどってみると「安全衛生法の解釈」から始まり、人口呼吸とマッサージなどの実技、「内部疾患と労働」「健康増進」「働くものの精神衛生」などさまざまです。
- ・松川労災認定（夜勤中の急性死）を取り組みました。  
基金闘争3年間、裁判闘争4年間  
☆組合員の意識：「気の毒だ」「健康診断を受けていなかった」  
☆当局の認識：「勤務中になくなつたが、被災職員の素因が発病に作用したと考えられる。交替勤務が被災職員の素因の減員となつたかは判定しかねる」  
→6年後'柴田労災'「あらゆる角度から検討し調査した結果公務に起因した疾病」
- ・産業医を開業医7人に委嘱しています。毎月1回、半日で職場を巡回します。健康講話も取入れ、「腰痛と予防」「成人病対策」「酒とタバコ」「健康と運動」などバラエティーに富んだ講話は、職員の健康知識の向上に大いに役立っています。産業医による1年間の職場巡回は81回、健康講話の受講者は延べ1936人になります。（1993年度）

- ・職場で怪我した場合、自分のミスで恥ずかしい。事務担当者に迷惑をかける公務災害手続きは煩わしい。健保でやる。  
→小さな事故も公務災害。再発防止の事故検討会。
- ・脳卒中でなくなった。あそこの親父さんもそうだ。そりや遺伝だよ。  
→循環器系の疾病は過労やストレスが原因。
- ・どうもあいつは変わっている精神病じゃないか。入院させよ。  
→心の健康は適切な治療で治る。そういう病で励ましてはいけない。職場で社会復帰を。

### <水道局（管理者）の姿勢>

- ☆専任の安全衛生管理者（課長級）を配置し、もっぱら職員の安全と健康のための業務を進めています。そのもとに安全衛生係（係長と係員4人）をおき保健婦や産業医、管理医師などの専門家と系統的かつ個別的な環境改善・健康管理をおこなっています。
- ☆水道局長をはじめ、管理職は「衛生管理者」の資格を取得し、職場の衛生管理者としての職務をおこなっています。（職員の8%が衛生管理者の有資格）
- ☆業務にかかる研修や安全衛生研修を行っています。  
資格にかかるもの（危険物、クレーン、溶接、酸欠など）、仕事上のもの（職場の有害物質、危険場所・危険作業、器具・工具の取り扱い安全施工、現場監督、車両運転など）、一般教育（救急措置、健康増進、女性の健康、成人病、腰痛、心の健康、エイズ・感染症をお余暇の活用、食生活、花粉症など）を該当者や全員を対象に行っています。1993年度は88講座、延べ2123人の研修を実施しています。

**労働組合の役割**  
(資料参照)

**今後の方向**  
<職場労働者の健康状態>

	1963年	994年	備考
職員数	2300人	3255人	'63年は60歳以上 在職
管理者総数	200人／1000人	162人／1000人	
休職・養護者(A,B)	54人／1000人	16人／1000人	休業、及び業務の 制限
要観察者(c)	146人／1000人	146人／1000人	通常業務で経過観察
( 内 訳 )			
結核	120人／1000人	2人／1000人	
高血圧	72人／1000人	101人／1000人	
その他	8人／1000人	61人／1000人	

- ・管理者総数の減少
- ・療養を必要とする休職・養護者の大幅減少
- ・予備群（要観察者）は横ばい
- ・結核が大幅減少、反面「心の健康」「循環器」「糖尿病」「その他」が増加
- ・毎年続く現職死亡（調査した'63年以来現職死亡0は達成できていない）
- ・全ての年齢に広がる「心の健康」問題
- ・OA化による中高年の労働疎外感

**私たちの課題**

- ☆病気を癒すゆとり（職員の高齢化、増える長期休業化）
- 職員定数、代替え職員など
- ☆職場復帰にふさわしいリハビリをふくむ勤務体系
- 現在30分の遅出、早帰り→半日勤務など多様な体系を
- ☆健康調査・食事指導・運動処方など1週間くらいのリフレッシュ制度
- ☆腰痛対策に機械化の導入
- ☆健康管理、増進への積極的な啓蒙活動と措置
- ☆仕事に生きがいが得られる状況（中高年、現場）

### 当局責任で100%受診

名古屋市の水道局・下水道局では、健康診断はすべて当局の費用で勤務中(出張)でおこなわれています。どんな忙しい職場でも、業務に優先して受診指導がおこなわれるので、ほぼ100%受診です(休職中の人や自分で人間ドックなど受診し、定期健診に替える人をのぞく)。

### 検診結果はすべて受診者に通知

名古屋市では検診結果は、秘密を守つてすべて本人に通知されています。検査結果に異常があつた場合は精密健診の再受診となります。職員は自分の「健康管理手帳」をもち、健診結果の結果を保存したり、血压の記録をしたりして自己管理に使っています。「手帳」は産業医や保健婦の職場巡回の際の健康相談にも活用しています。

### 名古屋市の水道局、下水道局における健康診断の流れ

○採用時の健康診断：通常採用時期に実施

○定期健康診断

●職員定期検査  
(年1回、成人病を除く全職員)

●成人検査  
(年1回、30、35歳以上および40歳以上)

※受診結果は本人にすべて通知

→受診者・要観察者—<定期的な内診察>—>経過良好—<判定>—>受診者(管理医師)

本人の治療  
(内科、管理医師)  
(管理の流れは定期健康診断と同じ)

→異常あり—<判定>—>受診者(管理医師)(業務の制限)

→異常なし

名古屋市の水道局・下水道局では定期診断の結果、健康上問題のある人には事後措置(仕事の経過や仕事の変更)が本人の合意のうえでおこなわれています。一般的に定められており業務制限(別表参照)の他に、独自の基準を定め業務を軽減をおこなっています。最近でも水道管を駆除する深夜業務もある職場の職強な40代の仲間が突然心筋梗塞を発症しました。その後1988年夏の工事で職場に運動施設の建設を回答し、1992年研修室に加え、トレーニング機器を配置した配置した体育室、お茶お花も可能な和室、更衣室・ロッカー・風呂オーブンしました。職員全員に5年に1回毎、体力測定と運動指導の研修を起こない、時間外は職員の健康増進に活用されています。

### 職場での保健婦活動

名古屋市では非常勤の保健婦(勤務は常勤)職員の定期健康診断に立会い、健康指導をこなっています。また健診診断を100%受取り組んでいます。また保健診断を100%受取るため、職員への指導をおこなっています。

水道局(職員数1904人)では、2人の保健婦

※～868人の健康相談・指導をおこないま

す。

保健婦の活動内容

（1993年度）

保健婦に欠かせない代替要因と職業の配慮

名古屋市民生局では保育職場(126箇所)の就労や腰痛に限定はされますが、公務

勤務(公務員21人)を必要とし、かつ正規の勤務時間の軽減を含む勤務制限を必要とするもの)にランクされた場合、正規職員で代替え保母(公務員21人)を配慮することにしています。また、リハビリ

のための時間内通院治療を認めています。

具体的には医師の指示があれば運動や療養(針灸、マッサージ、水泳、整体、温泉療養など)

を半日単位の職免でおこなうことができま

す。またB2区分についても4ヶ月の超過観察

期間は代替え職員(正規)を配慮することにな

っています。



## 一般演題

働くものの健康と生活をめぐる問題

3階第1講義室

松田 里美

(国立身体障害者リハビリテーションセンター学院)

### 1. 調査目的

今日の社会状況を見てみると、様々な問題が存在している。このような社会において、労働者が抱えるストレス問題は、成人病、過労死等の状態として表れている。これらを引き起こす要因として、加重負荷、責任切迫、昇格問題、責任増加等が挙げられる。そこで、労働者の健康状態を把握し、職場環境を理解した上で、ストレス対処行動の一つとして、運動がどのような形で行われているか、どの程度意識されているのか、更に運動におけるストレス解消効果が認められたかについて見解していくに至った。

### 2. 調査方法

この調査は、自記式、無記名調査票を用いて行った「労働者の健康とスポーツに対する意識調査」である。調査票は、厚生省が全国に対して行った保健福祉動向調査（全国群）を基に作成した。本研究における調査対象は、信用組合方式で全国にネットワークを持つ金融機関に在職する、二事業所の職員415名である（対象群）。

回収方法は、各事業所の衛生管理担当者が2週間の猶予を持って回収した。これらの結果は、対象群と全国群、対象群性別、対象群健康意識の有無別に統計分析した。統計分析には、 $\chi^2$ 検定を用い、有意水準は、5%未満とした。

### 3. 調査結果及び考察

調査実施時における対象者の健康状態は、良くない傾向にあり、ストレスを感じている者が多かつたことから健康状態とストレスには関連性があるといえそうである。そこで、労働者の抱えるストレスの内容であるが、最も多かつた項目は、「仕事のこと」で、特に女子においては、全国より高率で有意差が認められた（ $p < 0.05$ ）。これらの結果より仕事に対する高い意識が伺えた。更に健康意識の有無別にみていくと健康意識の有無に関係なく「仕事のこと」をストレスであると感じていたことから、「仕事のこと」は、健康意識と関連性はなかったといえそうである。また、「自分の健康病気について」は、健康意識の有る者に高率で、健康意識の有無別間に有意差が認められた（ $p < 0.05$ ）。そこで、ストレス解消方法において、最も高率だった項目は、「のんびりす

る」で、対象群と全国群との間に有意差が認められた（ $p < 0.05$ ）。次に、「スポーツをする」においても高い値を示した。特に男子においては、スポーツをすることでストレス解消効果が認められた。しかし、女子においてスポーツをすることは、単なる楽しみであり、ストレス解消のレベルには至っていなかつた。女子においては、「何か食べる」、「買物をする」、「人に相談する」が高い値を示し対象群男女間において有意差が認められた（ $p < 0.05$ ）。次に、健康意識の有無別にストレス解消行動をみると「タバコを吸う」は、健康意識の無い者に高率で、特に男子においては、有意差が認められた（ $p < 0.05$ ）。よって、健康に対する意識が、健康行動に結びついているといえそうである。健康行動の代表に運動が有る。対象群における活動状況は、週に一回、1~2時間が適当であった。最後に、ストレス解消策への要望として最も高い値を示していたのが「スポーツ・レクリエーション施設の充実」で有り、対象群全国群間で有意差が認められた（ $p < 0.05$ ）。

### 4. 今后の課題

今回の結果を踏まえて、健康維持増進を図っていく一指標として、運動をすることが挙げられる。近年、運動と健康との関連性に関する多くの報告がなされており、科学的にも証明されている。運動処方ににおいて、成人病の予防、ストレスへの適応等いくつかの報告がなされている。しかし、なぜ運動が良いのかという具体的な理由、自分にあつた運動の質と量について無知な者が多いであろうと思われる。そこでまずは、自分の体を知ることが必要になってくる。そこで定期的に健康診断を受診することも必要である。診断の結果より運動習慣が確立されるかもしれない。対象者が、健康について興味、関心を持たなければならぬ。

現代社会において、ストレスを解消し、適応していくことは、一つの労働条件ともいえる。このような社会において如何に健康を維持増進し、健康な体で労働に励むことができるかが、労働者に望まれる要件であり、更に仕事の能率向上につながるであろうと思われる。今後、労働に適した環境を社会と労働者が作り上げていくことが必要である。

# 1950年代の負荷－負担論争と『専業疲労』概念 －労働研究の学際的発展を目指して－

千田 忠男(同志社大・文・社)

## I.はじめに

社会科学領域の労働研究と産業衛生学領域の労働負担・産業疲労研究、及び人間工学領域の負担研究との間でかみ合つた議論がしにくい状況がみられるので、労働のありさまをとらえるための道具立て（概念）を明らかにする。齊藤の主張（I）を参考にする。

## II. 労働の生理的心理的側面

### A. 労働課題、労働負荷 [A]

成果達成のために外界から要請される課題、労働負荷を課題の側から表現する場合。すなわち(a)一連の活動で、時系列を無視した時に取り上げることが出来る働き方、様式。(b)ひとまとまりの様式を繰り返す程度、労働密度、労働強度。(c)ある様式をある密度で継続する際の継続時間、労働時間。

### B. 人間の状態

1. 人間が課題にふさわしい能力を發揮する局面、労働課題の特性を人間の機能から表現する場合：労働負荷 [B]。すなわち(a)労働課題遂行の意義を理解し手順を承知し、遂行の意志をもち、ふさわしく活動する。労働様様。(b)求められる密度に対応した速度で課題を処理する「リズム」。(c)求められる成果を達成するまで、労働を継続する。持続時間。2. 人間の能力：様々な側面で特有の限界がある。(a)労働課題遂行の意義を理解し手順を承知し、遂行する意志を固め、遂行するうえで限界がある。(b)密度一リズムの限界がある。(c)労働・作業時間一持続時間がある。(d)労働中も生命が維持されなければならない。さらに、以上の一定限界内で適正範囲が存在する。

3. 課題遂行の努力：労働負担 [C]、能力を發揮するために努力を傾注し持続するために態勢を動員する。この努力の総称。(a) 態様の点からみた負担、(b) リズムの面からみた負担、(c) 持続時間からみた負担など。

### 4. 疲労の発生と回復：疲労 [D]

### 5. 休息・休養・睡眠・休暇

### 6. 労働関連疾患などなど

### 7. 労働の魅力：労働の喜びややりがいの側面、

### C. 得られる成果と労働の生産性

課題がどれだけ成し遂げられるかが常に問われる。優れた成果は賞賛され、そのための努力がたたえられる。

### D. 協同労働の仕組みと指揮のあり方

協同労働に違いによって、また指揮のあり方によって、労働のありさま（上記A,B,C）が違ってくる。

### E. 労働手段

用いる手段によって労働のありさま（上記A,B,C,D）が違ってくる。

## III. 労働の社会的側面

### A. 労働の社会的組織化

労働課題の設定、協同労働の組織化と指揮のありよう、労働手段の選定、労働諸条件の決定などは、どの時代でも必ず、社会的に組織されなければならない。それらが、どのような社会的力によって、誰が誰と何をどのように組織するかによって、労働のありさま（上記IIのすべて）がかわってくる。

### B. 労働成果の配分

労働の成果が労働者に還元される仕方によって、労働のありさま（上記IIとIIIのAまでのすべて）が違ってくる。

### C. 労働者の生活状態

労働者の生活の状態によって、労働のありさま（上記IIとIIIのA,Bのすべて）が違ってくる。

### D. その他

## IV. 従来の概念の問題点

### A. 負荷・負担・疲労

1. 総称としての負荷、2. 「負荷主義」、3. 負荷と負担の混同、4. 「労働負担」 [C] の評価における社会的規範、5. 「疲労」 [D] のバランス理論、6. 楽しみのない労働はありえない。

### B. 「生産性向上即負担減少論」

### C. 「掉取論」主義

### D. 「市民的権利」主義

## IV. まとめ

A. 労働のありさまを観察するにあたって、「負荷－負担－疲労」の概念装置では不足すると指摘した。また「課題」遂行時にみられる人間の機能発揮の状態を「労働負荷」の一側面と見る視点を貰かなければならないと主張した。B. 労働負荷、労働負担、過労などの判定にあたって、社会規範からの判断が優先すると主張した。C. 労働の魅力から現実の労働のありさまを評価する視点も必要であると主張した。

注(I)：齊藤良夫「労働者の過労概念の検討」労働科学、71(1).1-9,1995。「労働者がなぜ疲労するかの原因は、基本的には社会的問題である」として、第一規定（生命現象、疲労の生物的侧面とのかかわりとして）と第二規定（生活現象、社会的・生活的価値とのかかわりとして）をあわせもつとした。

# 「学校に労働安全衛生法の徹底を」

三栄国康：全日本教職員組合

四月十一日の参議院決算委員会における日本共産党高崎議員の「すべての学校に労働安全衛生法（以下：労安法）の適用を徹底し、実態を調査するように」求める質問にたいして、文部省・文部省からほぼ全面的にその要請をうけいれる答弁が行なわれました。それが十六日の「赤旗」に報道されると、即日、高崎議員室に問い合わせが殺到したと聞きます。同じ日に埼玉県高教組からも全教本部に電話があり、「県立学校の校長会で労安法の徹底についてかなり詰めた議論が行なわれたらしい。校長が学校職場のその問題で神経質になっている」と連絡がありました。この高崎質問と文部省の大きな「方針転換」を示す答弁について、「日本教育新聞」も四月二二日付で大きく報道しました。

文部省が衛生管理者や産業医、衛生委員会の設置状況などを調べる「学校等における労働安全衛生管理体制に関する」全国調査（～五月十一日）は全国の教育委員会と学校に大きな動きをつくりはじめています。

## 1、労働安全衛生体制の確立に向けた全教と各教組のとりくみ

九一年四月、文部省はある県の教育委員会の問い合わせにたいし、「学校には校医がいるから、労安法にもとづく産業医は必要ない」と回答し、それまでと同様に労安法の適用推進に背を向ける姿勢を繰り返し示していました。自治省もほぼこれに追随する姿勢を表明していました。

しかし、過労死があいつぎ、深刻な教職員の健康破壊が進行する中で、全国の教職員組合は文部省の壁を突き破るたたかいをすすめました。八六年に埼玉県高教組で一部導入され、名古屋市と宮城県の両高教組が先行して労安法体制を確立したのにつづいて、九一年には東京都立学校と愛知・長野の県立学校に労安法を実行する合意が成立し、次々に実施に移されています。わたしたち全日本教職員組合（全教）は、九一年に発足すると同時に「教職員のいのちと健康を守る全国交流集会」を行ない、以後毎年継続して集会を開いて労安法体制確立の推進をはかりつつ、九二年度には「教職員のいのちと健康を守る取り組みを職場から前進させ、労働安全衛生体制

を確立しよう」（「手引き」その一：総論編、その二：取り組み推進編）の二つのパンフレットを全国一七、〇〇〇のすべての分会に配布するとともに、九三年度夏には全組合員配布の職場討議資料を送って、職場の学習推進をはかってきました。

これらの運動に押されたような形で、九二年度予算から地方交付税の総務調査費において「公立学校教職員保健管理費」が新設されます。しかし、文部省の意図は「校医の報酬を増やすして、労安法ではなく学校保健法で対応すればよい」というところにあり、全教との交渉でもそのように回答していました。

各教組の奮闘は文部省の後ろ向きの意図を乗り越えていきます。富山・静岡・岡山その他の県立学校で続々と、労安法体制確立と活用への歩みがはじまりました。九五年四月から大阪・茨城の府県立学校で実施がされています。義務制の学校についても、島根の松江市で九三年から暫時労安法体制の確立がすすめられています。

労安法体制には至らないまでも、山口県教組や、島根県教組・兵庫教組の各単組では労安法の事務所衛生基準規則に定める「男女別のトイレ・休養室」などの不備を教委に認めさせ、毎年めざましい改善措置をおこなわせる例も生まれ、全国の教職員を励ましています。

九二年秋に滋賀で行なわれた「女性教職員の全国交流集会」は、労安法の「男女別のトイレ・休養室・更衣施設」に着目して、全国的な調査を開始する意思統一を行ないました。その集計は「男女別トイレがない」＝三割、「男女別更衣室がない」＝四割、「男女別休憩室がない」＝九割！となっています。あまりにも劣悪な教職員の無権利な実態が浮き彫りにされ、大きな怒りを呼び起きました。トイレ設置の不備な実態については、「朝日新聞」がイラスト入りで大きく報道して反響を呼び、その後もマスコミの現場取材がつづいています。

自治省は九四年秋になると「学校保健法と労安法は目的がことなるのに、学校現場では（「文部省は」とは言わない）学校保健法に目を向けがちな行政をすすめたために労安法の実施が遅れている。労安法の徹底が必要である」との姿勢を明確にしていました（十二月三日付け「日本教育新聞」など）。

以上のような経過で明らかのように、文部省の「方針

転換」答弁を引き出した高崎質問の成果は、この四年間の全教の運動、それにもましてそれ以前から奮闘してきた全国の各教組のとりくみが結実したものです。

## 2、学校保健法と労働安全衛生法の違い

学校保健法（学保法）は、その目的が「学校教育の円滑な実施とその成果の確保に資すること」であり、教職員のいのちと健康について行政が責任を負うものではありません。現に学保法第二十三条の「学校医の職務の準則」では、職員の健康診断に従事するのは「教育委員会などの求めにより」とされていて、必ず医師が教職員の健康診断をあこなわなければならないという制度ではありません。

労安法は、その目的を「職場における労働者の安全と健康を確保するとともに、快適な作業環境の形成を促進すること」（第一条）と明記し、第三条でその目的に責任を負うのは事業者（この法では教育委員会と校長にあたる）であることを定め、「事業者は、快適な作業環境の実現と労働条件の改善を通じて職場における労働者の安全と健康を確保するようしなければならない」としています。事業者の責任は明確です。健康診断についても、第六十六条で「事業者は、労働者に対し、医師による健康診断を行なわなければならない」と明確です。学保法との目的の違いが、責任の所在について明瞭な相違を示しています。

「健康診断項目が学保法と労安法ともほぼ同じだから」といって、二つの法の違いをあいまいにして、混同させてきた文部行政の無責任ぶりは明らかです。ところでその健康診断の項目について立ち入って見ていくと、重要な問題点が表われます。学保法による項目には「自覚症状」と「他覚症状」がありません。労安法には「医師による健康診断」で「自覚症状」と「他覚症状」があります。教職員は、その仕事の性格から神経や精神に大きな負荷を背負って疲労し、ストレスを過重に蓄積していることを医学が明らかにしています。いじめの問題で勤務時間を大きく越えた子どもや親との対話が何日も続いて疲れきっていたり、成績集計のVDT作業の徹夜で衰弱していたり、重度・重複障害の子どもの介護で養護学校に疲労性腰痛が蔓延していても、血液検査や心電図、眼の検査、レントゲンにそわがあらわれるものではありません。ですから、制度化された健康診断で、専門的な見識を持った医師に自覚症状を訴えることができず、他覚症状を見てももらえない学校があることはきわめて重大な

問題です。

## 3、これまでの文部省の責任は重大

「事業者の責任」を定めていない学保法の「教職員健康管理」は、健康が悪化するのはその教職員自身に責任があるとする「健康管理自己責任論」にそのままつながります。この考え方であれば、仕事が原因で疾病にかかったり傷害をうけても、事業者（教育委員会や校長）には責任がないから、労働条件、労働のあり方などは改善する必要はなく、なにも対策を講じなくともよいという大変な結論に至ります。「事業者の責任」を負う行政の大元締であり、予算措置などによって事業者を支えなければならない立場にある文部省が、「健康管理自己責任論」の上にあぐらをかいているような実態は、直ちに改めさせなければなりません。高崎質問によって、文部省は教育委員会に労安法を徹底すると約束しましたが、ここに至るまで文部行政が「立ち遅れ」のために生じた数知れない仕事関連疾病による在職死や流産、現に進行している教職員の健康破壊の累積にたいして、文部省が責任を明らかにし、「立ち遅れ」を取り戻す施策をたてるまでには至っていません。

同時に「健康管理自己責任論」の問題も克服する必要があります。例えば、九三年六月、文部省の「教員の心の健康等に関する調査研究協力者会議」は「審議のまとめ」を発表しました。これにたいし、長く引用する余裕がないのが残念ですが、新松戸診療所所長の石田一宏医師は適切で厳しい批判を寄せ（「労働と医学NO.四九」）、「教師の心の健康問題を論じるには、学校で生き生きと教師自らの成長も期待される環境づくりが必要なのである。糖尿病の栄養管理とは違って、常に人間どうしの関係の中で考えねばならない」「文部省の『審議のまとめ』が強調していることは、教師をバラバラにして、ひとりひとりの『資質・能力の向上』『意識変革』『指導能力の向上』である。要求されている校長の仕事は、まさに青年将校の統率力であり、これでは、管理職も心の不健康におちいるのではないか」と指摘しています。学校を権力的に統制する文部省の歴史的反動性が重なり合った悪い方向は変えなければなりません。変える条件の重要な柱のひとつが労安法によって保障されています。

新たな局面を迎えるこそ、真に労安法の真髄にもとづく行政をおこなわせなければなりません。

## 4、職場からのとりくみが重要

これまで述べてきたように労安法の徹底に関わる情勢の発展は重要な成果です。

職場に流産があれば、衛生委員会でどうしてそうなったのかじっくり討論し、産業医の専門的見識による勧告を得て、妊娠軽減措置の声をまとめあげる。腰痛を訴える教職員が多い学校（養護学校だけではない）では疲労性腰痛の原因を分析し、午前・午後それぞれ二〇分はゆっくりと横になって休養できる部屋と時間を保障してほしいと要求をねりあげる。修学旅行や出張、合宿指導中に倒れる教職員が出ないように事前に医師による健診を行なわせるようにする。これらの要求を公的なルートに乗せて行政に反映させることが必要です。

このようないのちと健康を守り、快適職場をつくる多様なとりくみを保障するのが「産業医」「衛生管理者」「衛生委員会」などの組織であり、健康診断・疫学的調査・ストレスアンケート・定期的チェックポイントなどの活動です。そして、それらの活動を勤務時間内に行なえるよう、事業者は責任をもって保障しなければなりません。

このように切実に必要とされている活動をすすめるために、文部省をはじめとする国の予算措置をどうしても充実させなければなりません。「快適な作業環境の実現と労働条件の改善を通じて職場における労働者の安全と健康を確保するにしなければならない」とする労安法の規定は教育委員会も校長会も認めざるを得ませんから、可能な限りそれら事業者もまきこんだ共同の運動をすすめ、「医師が納得する産業医報酬を」「衛生管理者の養成と活動を保障する予算と時間」などの要求を集中することが重要です。

しかし、労安法そのものの理解が教職員の間にゆきわたっているかどうかが問題です。滋賀医大の医師が「教職員の世界は、いのちと健康の問題では広大で長期にわたる空白地帯」と表現したように、教職員のいのちと健康に関する見識を育てる課題が遅れおり、「健康管理自己責任論」が教職員の中にも広く存在する実態は認めざるをえません。その中で、一日二四時間の内、多くの時間を仕事と通勤に費やしている教職員の疾病や障害、ストレスと疲労の過重感、仕事に関連しているのではないかどうかと考えることが大切であり、労安法を活用する立場です。この課題は私たち教職員組合の調査活動や学習運動によって克服するべきものです。

## 5、公務災害認定闘争のとりくみと合わせて

茨城の高校教員大林さんは、校内球技大会のサッカーに出場し、突然倒れてそのまま亡くなられました。彼はその半年前の健康診断の受診票に「脈の乱れ、胸の奥にしみつけられるような痛みがある、のどがつまる、圧迫されるような感じ」とはっきり書いていたにもかかわらず、適切な対応がなされないまま、「突然」の痛恨の死となってしまったのです。彼の死は、遺族と同僚、茨城高教組と支援する会の懸命の奮闘によって、この一月「公務災害」の認定裁判をかちとっていますが、先に述べた学保法による健康管理という制度のままであれば第二、第三の「大林さん」が生まれかねません。労安法によって、早いうちに教職員の安全と健康を守り、人間らしく生き、働くことができるよう、とりくみをすすめなければなりません。

これも粘り強いたたかいで公務災害の認定に勝利した例ですが、千葉船橋の中野先生の過労死は、十三もの校務分掌を受け持たされ、パソコンによる成績集計実務を背負い込んだ結果によることが、職場の同僚を中心とする努力によって明らかにされ、その事実認定の上に勝利がかちとられました。また、裁判によって公務災害認定を実現した京都左京区の北芝先生の過労死は、「多忙な職務の遂行による持続的な肉体的・精神的疲労及びストレスが小脳部位の血管の脆弱化を自然経過を超えて進行させる大きな要因となっていたところ…修学旅行当日の風邪による体調不良を押して参加した」（勝利判決）ことが原因でした。このように、公務災害認定を求めるたたかいは痛恨の思いをともないつつ、過労死に至った苛酷な労働実態を明らかにし、「二度とくりかえさない」職場と労働条件をつくるとりくみの力につながっていきます。しかし、なぜそのような苛酷な労働実態になったのかと疑問を抱かせる学校のありようは、全国の学校で払拭されていると言えるでしょうか。

## 6、教職員組合の課題

全教が九二年秋に行なった「教職員の生活と勤務実態調査」は一週間の全生活記述を一、二六八人の教職員がやり通したものですが、これによると「仕事関連時間が六〇時間以上」は五一・三%であり、過労死について「現実の不安として感じる」と「他人事ではないと思う」を合わせて六八・九%にものぼりました。これが、仕事からはなれても、授業や部活動、子どものこと考え続けている教職員の実態です。

このような教職員加重な労働実態は、教職員組合が改善要求しても、それにきちんと応えてこなかった自民党政・文部省による、劣悪な教育条件の放置にあることは明らかです。今日、学校と教師のあり方、子どもと教育をめぐる問題は、一刻も放置できないような重大な問題をかかえています。日本共産党が、五月四日に発表した「人間を大事にする教育の実現こそ、『いじめ』問題克服の道」でも、詳しく述べられているように、日本の教育の危機的ともいえる状況を開拓するとりくみがきわめて重要になっています。

教職員組合は、学校で人間を大切にする教育が実現できるように、現場教職員のとりくみや実践をはげまし援助するとともに、教職員組合として、異常な競争と管理の文部行政の転換を求める政策を提出して、父母の理解を得ながら奮闘する必要があります。

そして三五人以下学級の実現、教職員定数の抜本的改善などの教育諸条件の拡充とあわせて、教職員のいのちと健康を守るために、とりくみのあぐれている労安体制を確立する努力も教職員組合の大切な課題となっています。

労安体制確立には、持続的・継続的・意識的なとりくみが求められます。「快適な朝の目覚めを取り戻しませんか」「無事な出産をみんなで祝い合える職場をつくりましょう」「ほんとうの笑顔で子どもに接するために、疲れを持ち越さない労働条件を」など、学校の実情をふまえた間口の大きなスローガンを掲げつつ、職場から活動家を育てたり、自前の衛生管理者を養成したり、学習会を積み上げたり、教育委員会に啓蒙パンフレットをつくらせたりというとりくみを、たゆまず、着実に広がるようにすすめなければなりません。大阪教職員組合は五月一〇日から第二回安全衛生基礎講座（八講座）を開きます。京都府高教組は健康プロジェクトチームをつくり「過労死・職業病ストッパー養成講座」を開いてきました。愛知高教組は「愛知の健康センター」の連続講座に複数の参加者を送り込みつつ、県教委に一年おきに「職場の安全衛生に関する手引」をすべての学校に配布させています。

全労連・県労連が全教・各教組のたたかいを包み込みながら、「いのちと健康センター」の設立を展望し、大きなたたかいの構築にとりくんでいることは力強い限りです。

7、主権者として育つ権利の確立と、その目安としての  
国際水準

子どもの権利条約は第六条の「生命への固有の権利」とともに、第二四条で「基礎的な保健として、病気を治療することだけでなく、病気を予防し健康を増進させる措置の発展」の権利をうたっています。WHO憲章は「到達し得る最高水準の健康を享有することは、…万人の有する基本的権利のひとつである」と世界的な到達点を示しています。これらは国際人権規約A規約の「環境衛生及び産業衛生のあらゆる状態の改善」という規定とあいまって、日本のはたらくものがみんなで享受する権利の目安として、一刻も早く実現したい課題です。

ところで、日本の教職員の健康観、学校における権利保障を国際水準にひきあげることは、労働者・国民にとって重要な意味があるということは広く知ってほしいと思います。

子どもたちが健康で安全に（快適な職場環境で）働く権利認識をきちんと身につけた主権者として育ち、社会に巣立つようになるためには、教職員が労働安全衛生法、さらには労働災害補償法の基本をしっかりと理解していることを必要とします。労働基準法・労働組合法などは、十分ではないにしても教科書に位置づけられています。しかし、労働安全衛生法についてはほとんど扱われていません。

労働安全衛生法を教科書にきちんと位置づけさせるための運動をすすめるとともに、自主教材としてどうしていくのかが、教職員組合の課題としてあります。

# 心筋梗塞の症例・対照研究——労働環境に焦点を当てて

○志渡晃一、小橋 元（北海道大学医学部公衆衛生学講座）

## 1 目的

心筋梗塞（MI）の予防には、「高血圧」「高脂血症」などの先行疾患・先行検査異常を個別的に管理する活動に加えて、それらの危険要因を形成・促進するライフスタイルそのものを明らかにし、早期介入をはかるなど、多角的な対策を講じる必要がある。

本研究の目的は、心筋梗塞の発症と関連する労働環境を定量的に評価し、健康教育や保健指導に実際的に役立つ基礎資料を得ることにある。

## 2 対象と方法

本研究は症例・対照研究で行った。症例は、札幌市を含む道央圏に在住し、北海道大学医学部附属病院循環器内科およびその関連病院において、臨床的所見に加えて冠動脈造影によって心筋梗塞と診断された70歳未満の男性確実例56名、対照は、年齢（±3歳以内）および居住地域を適合させた健康な男性住民112名である。

直接面接調査により、労働環境を含むライフスタイル計143項目について、主として発症前の10年間、30～40歳代の頃に重点をおいて聴取した。

統計プログラムパッケージSASを使用して、個々の変数のオッズ比を算出し、有意差を検定した(Fisher's exact test 2-tail)。さらに、単変量解析で有意差がみとめられた変数をもちいて多変量ロジスティックモデルを構築し、独立性の高い変数をスクリーニングした。

## 3 結 果

単変量解析でオッズ比(Table 1)に有意差がみとめられた変数は、「就業時間が月に220時間以上」「1日の勤務が10時間以上」「夜9時過ぎまでの残業が月に4日以上」「実際の休暇が月に3日以下」「仕事が肉体的にきつい」「仕事が精神的にきつい」「仕事の内容、割り振りを自分で決められない」「いざという時に頼りになる上司がない」「仕事の話を家族にしない」「仕事が自分にとってふさわしくない」「休日に出勤する」「帰宅してからもイライラが続く」の12変数であった。

このうち多変量解析では、「1日の勤務が10時間以上」「仕事の内容、割り振りを自分で決める権限がない」「仕事の話を家族にしない」の3変数が独立性の高い変数としてスクリーニングされた。

## 4 考 察

患者群で「労働時間が長い」「休暇をとらない」「身体的・精神的にきつい」など仕事の要求度が高く、「仕事の内容やペースを自分で決めることができない」など裁量の自由度が低く、「頼れる上司がない」「仕事のことを家族に話さない」など社会的支援が乏しい状況がみとめられた。このことは、Karasek, Johnsonらの知見と合致すると考えられた。

Table 1. Working environment prior to MI

Variables	Uni-variate	Multi-variate
220≤ hours work per month	3.3**	NS
10≤ hours work per day	3.5**	5.3**
4≤ overtime(9pm) work per month	3.1**	NS
≤3 holidays per month	2.8**	NS
Physically hard	2.9*	NS
Psychologically hard	2.5*	NS
Poor decision authority	2.3*	2.8*
Poor support by superiors	2.1°	NS
Feelings not shared with family	2.6*	3.8*
Not suitable kind of work	2.7*	NS
Working in holidays	1.8°	NS
Irritating often	4.3**	NS
Seasonal work		NS
Shift work		NS
Work at night		NS
Business trip		NS
Personal days		NS
Concerned with planning of work		NS
Poor support by colleagues		NS
Being satisfied with work		NS
Being full of confidence		NS
Getting up early to work out		NS
Giving work priority to family		NS

° P<0.1 \* P<0.05 \*\* P<0.01

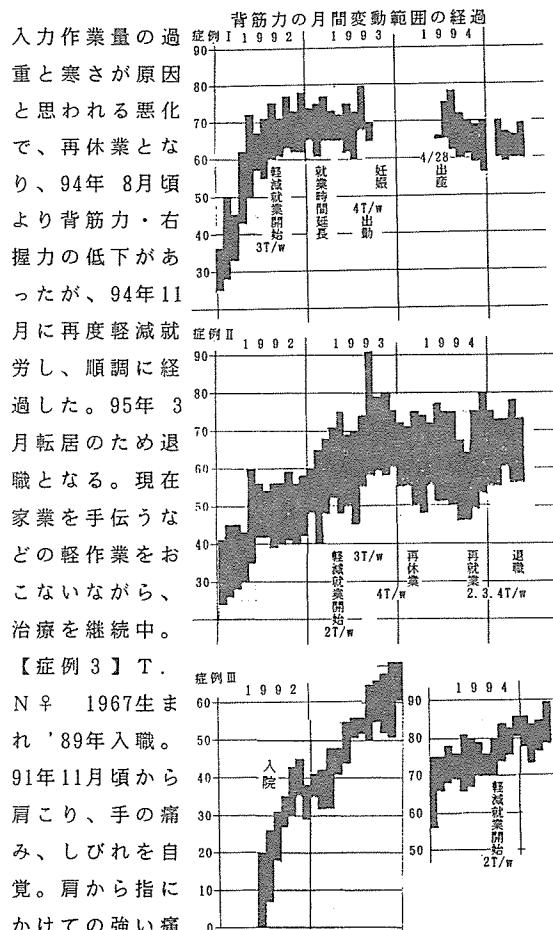
## 某検査センターに多発した頸肩腕障害3例の労災療養の経過

(財) 東京社会医学研究センター ○武田 紀子 中村 美治 渡辺 靖之

【はじめに】某大規模臨床検査センターの女性分注作業従事者が、右上肢不調の進行・悪化により'91年以降、芝病院に受診、療養している。いずれも頸肩腕障害で、このうち3名は業務継続不可で休業による療養を開始。右母指球の著しい自発痛・運動痛・圧痛を中心に、右上腕骨内外上顆部の圧痛・易疼痛、三角筋と肩から肩甲周囲にかけての凝り・圧痛・運動痛の増強が共通して認められた。作業姿勢の特徴として、右上肢を前方に維持し、試薬分注機（エッペンドルフ等）を操作するため、掌を上に向け手首を背屈し親指で圧注動作を継続することがあげられる。3例とも労災認定を受けたが、この療養経過を報告する。

【症例1】S. I ♀ 1960年生まれ。'85年に他社就職、営業・実験助手を経て88年に入職した。残業は20~30ヶ月。入職当初から肩こり、眼の疲れと指がうまく動かないなどの症状自覚。'91年の定期健診で要治療と判定、10月に某院受診。休業療養を開始。症状の改善がないので'92年1月当院受診。著しい右上肢症状の悪化で右握力15kg左23kg、背筋力は25~35kgに低下。右上肢の安静を主に物理療法を実施、右握力は2月には22~25kgに、背筋力は6カ月後には55~65kgまで回復。92年9月から週3日、1時間の就業で業務を開始。段階的な復帰で良好に経過。週4日15h/wまで就業時間を延長したが、94年4月に出産があり、その後、育児負担で左上肢の症状悪化がみられた。育児休業により経過をみるとこととし、'95年1~2月には右握力が初診後最もよい値となつたが、再就業の進め方をめぐって会社側との折り合いがつかず、職場復帰訓練の再開が遅れている。

【症例2】M. S ♀ 1965年生まれ '88年入職。'89年頃より肩・腕の症状出現、「91年春には検体処理量が増加、作業量が2倍近くになり、症状が悪化した。症例1と同時期の健診で要治療と判断され'91年1月当院初診となる。握力・背筋力・エクスパンダーの測定値は平行した右上り傾向を示し、「93年5月に週2日、半日の軽減業務開始。出勤日を増加させ順調に経過。94年1月パソコン



【症例3】T. N ♀ 1967生まれ '89年入職。'91年11月頃から肩こり、手の痛み、しびれを自覚。肩から指にかけての強い痛みの持続により'92.6当院初診。3例中最重症状で背筋力は計測不可、入院療養。右上肢挙上時のしびれと右鎖骨部の強い圧痛で胸郭出口症候群も疑われた。退院後、週1回の通院がやっとの状態で1年間推移、粗大力は順調に改善。94年1月からは週2回の通院が可能となり、運動療法開始。右鎖骨部の痛み消失、肩関節痛～こりが持続、エクスパンダー測定も可能となり、右握力が28kgまで回復したところで週2日の軽減就業開始、その後も粗大力は順調に回復している。

【まとめ】3例とも長期の休業を要し、職場復帰にあたっては、大幅な業務軽減により就業を開始し、作業時間の延長にあたっては症状回復の程度と業務負荷に対する十分な考慮を必要とした。

西村 洋一（東京社会医学研究センター）

### 【はじめに】

労災事故により植物状態になった患者が5年間の療養生活の後亡くなった。ところが死亡診断書の死因が肺腫瘍であったために労災補償が打ち切られた。しかし臨床経過や検査成績および画像診断からは肺腫瘍と断定したい。死亡原因について再検討し、この事例の問題点をあきらかにしたい。

### 【経過の概要】

患者は昭和6年5月10日生まれの男性。昭和60年6月12日午前5時50分頃、工事現場の交通整理、警備業務に従事中、走行中のトレーラーが道路にあったメッセンジャーワイヤーをはね上げその末端が頸部に当たり受傷。主要な病名は外傷性内頸動脈閉塞症、広範囲脳梗塞で気管切開が行われていた。平成2年6月19日死亡。死亡診断書の死因が肺腫瘍であったために平成2年8月中央労働基準監督署より遺族給付等、葬祭給付等の不支給決定。その後の労働保険審査請求、労働保険再審査請求も棄却された。

### 【臨床経過と画像診断】

臨床経過の概要は、それまで経管栄養にて安定した療養生活をおくっていた患者が平成2年6月4日の胸部X線写真上、右肺野に6cm×6cm大の巨大な腫瘤影を認め、以後急速に状態が悪化し6月19日死亡した。平成2年6月の胸部X線写真以前の写真是、平成元年10月11日でそのときには明かな腫瘤影は認められなかった。6月5日の側面像では腫瘤影は右肺のS6末梢に認められた。6月6日の胸部CTでは、読影した医師の診断は肺癌であった。ところが6月15日の胸部X線では右肺野全体の浸潤影に変化し、腫瘤影は明かでなくなっている。喀痰細胞診は6月8日と6月16日に行っているがいずれもClass Iであった。細菌学的検査では、6月5日に喀痰から肺炎球菌が(++)認められ、6月5日の抗酸菌検査では、塗抹(-)培養4週目で(-)であった。尿検査および血液検査では、平成2年5月16日の検査まで著変を認めない。6月12日から中心静脈カテーテルによる高カロリー輸液が開始されたが全身状態は改善せず、死亡する前日の6月18日の検査では白血球の核の左方移動、血小板減少、肝障害、高血糖、腎機能障害、CRPの上昇が認められた。

### 【死亡原因の再検討】

この患者の死亡診断書では、死因は肺腫瘍とされたがこの診断は画像診断によるものであり病理学的に腫瘍が証明されてはいない。腫瘍であるとするならばこのように急速に増大する腫瘍は癌以外には考えられない。しかしX線写真で腫瘤影の辺縁は平滑であり胸膜嵌入も認められない。また癌で、しかもこのように急速に増大したものならば、平成2年6月までの血液および尿検査で何らかの異常や変化があったはずである。したがってこの腫瘤影は、腫瘍ではなく肺炎、胸膜炎に伴った円形無気肺と考えられる。そして最後は右肺の広範囲の肺炎により死亡したと考えられる。よって、労災事故により植物状態になり長期療養生活をおくったことと死亡原因には、当然因果関係が認められ、労災補償がなされるべき事例と考える。

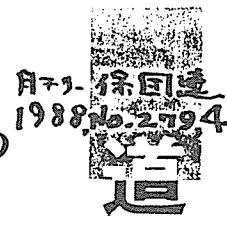
### 【結語】

この事例では、病理学的な確定診断が得られていないにもかかわらず、画像診断だけで死因を肺腫瘍としたために労災補償を打ち切られた。しかし、経過や画像診断の詳細な検討では死因は肺炎と考えられ、労災補償がされるべき事例である。今後救命救急医療の進歩により、労災事故から一命はとりとめたが、植物状態またはそれに準ずるような状態で、長期療養を余儀なくされる事例は、増加するものと考えられる。そのような患者が死亡した場合の死因の判断は、くれぐれも慎重になされなければならないと考える。

医学校卒業者名簿の利用から  
医師の職業寿命を考える

一本の曲線が意味するもの

丸山 博



私の身体が、この世にあらわれてから78年もすぎた。医学校を私が卒業したのは、昭和10年。最近同級生の死去の報せ屢々で、今年になって、まだ2ヵ月もたたぬのに、相ついで2人も死んだ。その結果、生残者と死亡者の数は逆転して完全に死亡者数が生残者数よりも多くなった。こんな死者の数をかぞえる習性は、私の最初の研究が乳児死亡統計であったからであろうか。

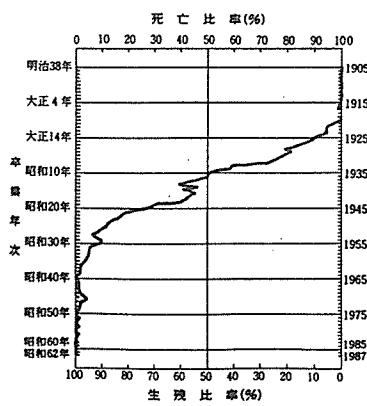
ここでは医者という人生航路に旅立った医学校卒業生が、生と死との数の比較で、その構成がいかに変化してきたかを一目で考えさせるグラフをつくってみた。一冊の医学校卒業生名簿をたよりに20校の資料をあつめて、その結果を公表したのは12年まることであった。(1977、「統計学」32号所収)

今度、昭和62年に発行された大阪大学医学部卒業生名簿からつくった見本が下図である。上から下への目盛は、歴史的時間で、歴年である。上になるほど昔で、下になるほど現在に近い卒業年次である。横軸の目盛は100等

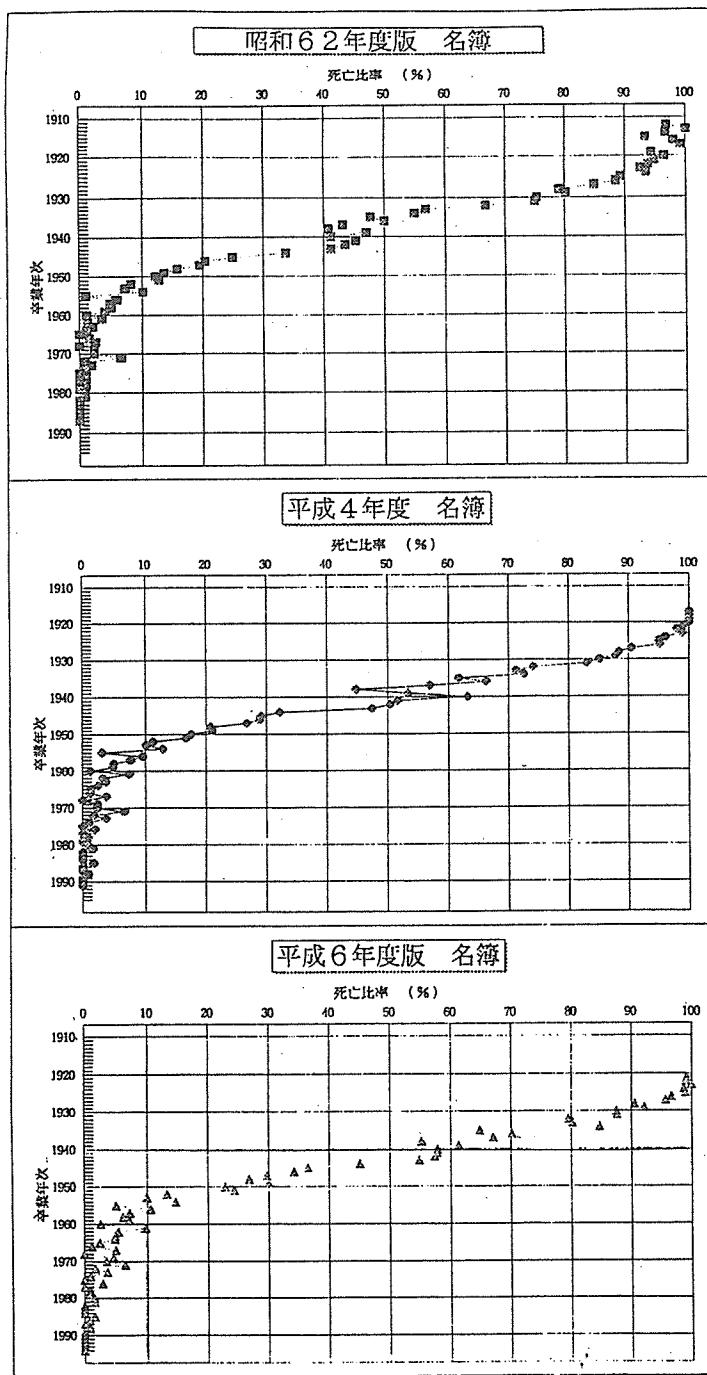
分した。つまり左端は死亡比率が0%，同時に生残比率が100%，右端まで目盛りを次第にたどれば、それは死亡比率が増えること、また生残比率が減ることをよみとるわけ。各歴年次毎の卒業生の死亡と生残の比率を加えれば、それは100%になるわけだ。このグラフで上と下とに区分けした上の網目のかかった部分は死者、下の白い部分は生残者。見てわかるように最近の26年間では死者は希である。と同時に大正8年以前、いまから70年余りの昔の卒業生はほとんど生きのこっていない。

これでわかるように、他人の生死の問題に専門的に職業的に関係を特別にもつ医学校卒業生は、あざやかに死生の巣頭に、自分をさまざまと、おくのが医業70年、これは文字通り古来希也。しかも卒業50年後においての医業活動は、ほぼ限界と言うべきか、人生50年とは明治人間の時代の話で、60年還暦、定年退職などの目安の年齢は50年と60年との間か。こうした感慨を自分の過去をながめて味わう。

老残の衛生学徒が、若者によまれている漫画によろしく、一本の死亡生残の曲線を描いて、眺めすかしつつ考えこんでいる。すべては「食い気」と「色気」か。自分の「からだ」を通しての外界との「物」の出たり入ったり衛生学が生命・生存・生活・生産の業と営みの中で、取りくまねばならない役割を、いま改めて、問い合わせねば、と心をくだいている。衛生学の出番がいまほど、必要にせまられていることはないだろうと、「資本論」第1巻第23章や長与専斎、後藤新平、森鷗外、石原修の時代的役割を忘れてはいけないと自肅自戒。この一本の曲線の意味する物語を、いかにふかく読みとるかはあなた次第です。



(まるやま ひろし 元大阪大学教授 衛生学者)





## 一般演題

地域保健をめぐる問題

震災をめぐる問題

2階第1講義室

## 障害児をもつ父母の健康および生活調査から

(財) 東京社会医学研究センター ○高田勢介 中村美治 金子秀平 武田紀子

1995年3月実施	配付学校数	23校	1,794人分回収
1.主たる介護者	2.主たる介護者年令	3.児童の年令	
母 1693	30代 以下 70	小1~3年 357	
父 32	30代 469	小4~6年 329	
その他家族 13	40代 1057	中学生 395	
家族以外 5	50代 187	高校生 689	
無回答 51	60代 以上 11	過年 24	
5.児童の障害内容 (言語理解・行動状況と身体状況)	(1) (2) (3) (4) NA 計		

①多動・自傷 62	28	19	61	6	176	①寝たきり
②指示不可 139	53	32	69	1	294	②座位可能
③指示理解 50	68	42	491	10	661	③支持立位
④問題なし 31	83	25	411	12	562	④独歩可能
無回答 33	13	0	31	/	101	4.児童の性別
計 334	245	118	1063	33	1794	男 1,085
6.身体状況と言語理解・行動による8区別に入数	(1) 201 (2) 81 (3) 51 (4) 130 (5) 81 (6) 151 (7) 67 (8) 902	計 1664	女 698	不明 11		
		計 1,794				

図1. 障害内容による夜間介護負担 身体不調、疲労と肩痛  
 ①寝たきり～多動～指示不可 ⑤○寝たきり～指示可～問題なし  
 ②○座位可能～多動～指示不可 ⑥○座位可能～指示可～問題なし  
 ③△立位可能～多動～指示不可 ⑦△立位可能～指示可～問題なし  
 ④◆独歩可能～多動～指示不可 ⑧◇独歩可能～指示可～問題なし

25

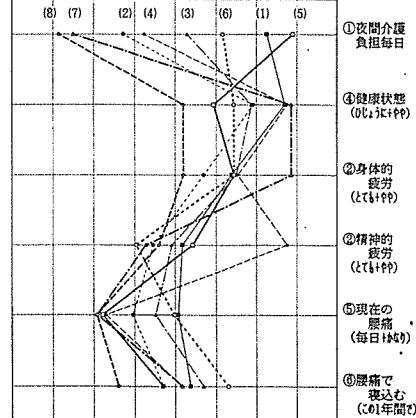
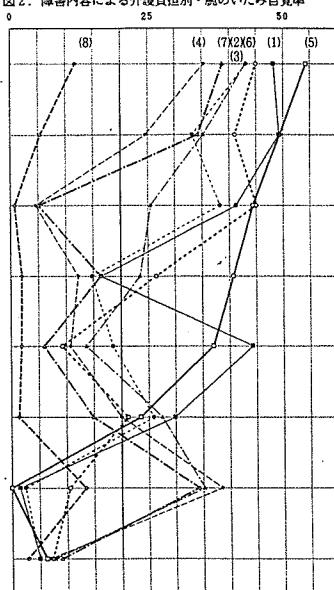


図2. 障害内容による介護負担別・腕のいたみ自覚率



【方法】都立の養護学校に通学する生徒の父母の「障害児をもつ父母の健康および生活実態」のアンケート調査を行い 1,794人分を集めた。今回は、この中から児童の障害内容を言語理解

・行動面と身体状況の組合せによって区分し、障害内容別にみた介護負担が、①主たる介護者の健康上どのような影響を及ぼしているか、②日常の介護動作での腕、腰に対する負担が児童の障害内容によってどのような違いがみられるか、③障害内容の違いによる福祉サービスへの要求、対応の必要性について検討した。

## 【結果】

図1～3及び表1に示す通り、身体状況の重複さに加えて言語理解等の

表1. 障害内容別の福祉サービス要求(障害区分図1と同)

a【福祉施設・制度関係】要求1位 2～3位

	Q183 短期 入所	Q185 通所 施設	Q184 レババ トキル	Q188 ナーベ カール	Q189 学校 延長	Q187 学童 保育
(1)	54.2	53.2	51.2	25.9	32.8	10.0
(2)	70.4	60.5	50.0	33.3	37.0	17.3
(3)	56.9	51.0	45.1	29.4	31.4	27.5
(4)	53.8	63.8	48.5	36.9	38.5	29.2
(5)	50.6	50.6	49.4	35.8	33.4	19.8
(6)	48.3	65.6	47.7	37.7	28.5	20.5
(7)	41.8	58.2	53.0	35.8	20.9	25.4
(8)	36.5	57.4	38.8	38.8	29.2	36.5

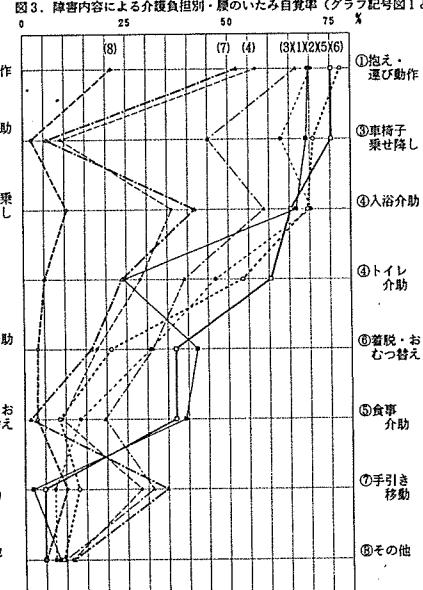
b【費用援助関係】

	Q182 手当 給付	Q190 移動 費用	Q186 改造 援助	Q180 介護 用品
(1)	36.3	28.4	43.3	38.5
(2)	30.9	28.4	44.4	25.9
(3)	35.2	23.5	31.4	21.6
(4)	36.9	38.5	11.5	8.5
(5)	25.9	38.3	42.0	30.9
(6)	35.1	38.5	37.7	29.1
(7)	37.3	28.4	35.8	22.4
(8)	25.7	25.2	25.7	6.7

c【福祉マンパワーサービス他】

	Q169 ヘル パー	Q171 入浴 アシスト	Q175 留守 番	Q170 訪問 看護	Q191 地域 理解
(1)	49.8	51.2	27.4	34.9	31.8
(2)	44.4	44.4	24.7	17.3	37.0
(3)	31.4	27.5	17.6	13.7	56.9
(4)	41.5	11.5	15.4	6.9	54.4
(5)	62.0	48.1	32.3	24.7	43.2
(6)	54.3	41.7	13.2	18.3	36.4
(7)	44.8	16.4	20.9	16.4	34.3
(8)	33.1	15.0	15.2	14.1	37.8

図3. 障害内容による介護負担別・腰のいたみ自覚率(グラフ記号図1と同)



障害が介護上の身体的負担  
 ・精神的負担に相当な違いを及ぼしており、それに相応した内容の福祉サービスへの要求がみられた。【まとめ】障害児学校の教員の健康障害が広がっているが、障害児をもつ父母の身体不調についても福祉サービスその他、社会的対応をすすめることと併せて、健康管理、健康回復措置を行い、児童の障害内容や生活条件を考慮した支援の方法について考えていく必要があると思われた。

# 4 - 0 2 地 域 保 健 法 与 公 众 卫 生

## — 特に食品衛生業務について —

# 監視員（生衛所品食健保島向田区田畠（墨）勉井並）

## 1 はじめに

昨年（94年）7月1日、保健所法廃止、「地域保健法」制定をはじめとする「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」が公布され、97年（平成9年）4月までに、現在の848カ所ある全国の保健所を400カ所程度大幅に削減し、母子保健をはじめとする対人保健サービスのほとんどを市町村に委譲するとしている。

また、94年12月1日に「地域保健法」の骨格をなす「地域保健対策の推進に関する基本的な指針」（以下「基本指針」）について厚生大臣の告示がなされた。

また、食品衛生法の「改正」が5月24日に公布されたり、  
が、「地域保健法」の下での食品衛生法の「改正」は生民たる  
んなり意味を持つのか、「地域保健法」制定で公衆衛生と  
どうなるのか、特に生活衛生（食品衛生）業務との  
健康問題について考える。

2 「地域保健法」と「生活衛生業務」

## 《 地域保健法の制定は保健所の大削減、機能解体と 公衆衛生の消滅につながる 》

憲法第25条は、健康な暮らしを「國民的基本の衛生保険」として、本法所定の公衆衛生の基盤としての役割を果す。この公衆衛生の基盤は、健康な暮らしを実現するためのものであり、その目的は、国民の健康を保護し、保健衛生の向上を図ることである。この公衆衛生の基盤は、健康な暮らしを実現するためのものであり、その目的は、国民の健康を保護し、保健衛生の向上を図ることである。

政令市・政令指定都市においても保健所機能を分解し、  
管理監督（企画）部門を保健所に、サービス部としている。  
セントナー（福祉保健センター）に移すこととした。

最近、人口175万の政令指定都市札幌市では1区1保健所の9保健所体制から1保健所9(10)保健センターの案が示されている。

機の移を・衛團の所・・合品係して健・・組食関し保に・業・をと「う施同・と点、よ実生・こ抛しいの衛理」的かな談境管・術しが相環生・。専との品・のとサ会食ななる品へしが門規提協衛自推言一、品衛がこ・のてある行。ビ團「言施せ民医」主棄存（業る恐査をと一係、助の力「「と自放依生當せる検る「、し指生でめ容る者任間活情まさびすは談とる衛名改内え業責民生苦にに及化」相」す境指て導等協てはこのをに衛やかれ監を約衛うに、にそ、支・、に特か業ま視強化生。対環ごしそ援・公とにら組かの能集動行・生体者がや等りう者同者

埋葬に関する法律など、自然環境も含め国民生活全般を網羅している。

保健所の統廃合は、これらの業務も集中化され、住民から遠ざかることを意味しており、住民の生活環境に大きな影響をおよぼすことになる。

食 0 、新を受一 5 た食しなめ規農すで、や制守す査必  
の T 化、康をのはれ入直り決にや、国が)規をと検、づこ、健に総の委の要  
本 W 國に健書法」さ輸見くを幅物はのだ 0 の全このが務るし保容う律進法を  
日や國由と告善案布たのづ化大加てこの G で安る品た義え和で内行法推健力及  
、との理食報改正公し制康由も添いども N 体のす食い。の替緩」たがは生保協  
降こ通を「の養改に応規健自て、つはい(治員く入てた日りに法け業て衛域、  
以た流立、」栄「日対るた入いに準緩体自合な輪けつ月切幅健受企い品地成  
たっ品成て会び。24に係じ輪つわの基の団方組少、づな年に大保を大つ食、育  
せな食のし談及た月化に通のになも際制府地がをた務に造示を域と、に、ど導  
き定%伴法る「生程、国保品は規。あ。て非協生加。をこは限期「るてもたるの  
動制37にしえ。衛上れ①品食てのるがるめず生ば添る査うて期可、れいるしせ体  
なをで結 P 考た品にさ、食④い生い準いわら、えのあ檢行いの許どさつれとら  
た」ス締(方せ食会決は②、つ衛て基てきなて例品が律をつど業な化にさとた界  
新法一の法りさ「國可」、進に品め際し、みし。食れ一査にな營る中理造こ當業  
か保一協責の発日案議改りの、、を、るし準るいする目み緩期に化が主で除導いる  
を地口構造対」月法本のの管おでこなわののわし販く定合規保さ簡視の過かのし致  
全「カ機製健会3る院法策生て定る質従も国従とてな特場の質がを監③造定者め一健  
脅域リ)物策を13律会「あ理りはとどせと基せて売な品の持ら素)自程ら指てす」し  
安はが易、保談はす議生対衛し協す物をるはもるしればた②品るき生、製規業しと保す  
の省率貿和品想省正衆衛全的と0和生國す準体すとらてめ、、い統衛し理ののと域にと  
食厚需世制いえ厚を改日品安主柱T緩抗の用基團束めめい認ため、、い統衛し理ののと域にと  
糧(規し考け部月品品③どた制薬べもこ関もるらに要をに可(て衛格に本すの  
「機地関針こ地基地指る「機

生法の「改正」で食品の安全についての情報は規制を認めることに等幅に緩和（農薬や添加物が多なくなつた上で、「選ぶのはあなたであります」といふ。）した上で、

、さ法を守と  
し入健任をる  
促に域る農を  
進輸保責業図  
合自、対本る  
を由地すの)  
廃をはに日す  
所の食こ健(=く  
統糧と康=く  
の障嚴しる。  
は保國民保を基準つて  
改正棄てじつ生活性を  
「をなみに民全もとのと  
産と踏てじつ生活性を  
法生のをに糧安たのと  
衛食のをに糧安たのと  
品糧のをに糧安たのと  
本法のをに糧安たのと  
するため第25条をに糧安たのと  
憲棄したようう食放棄し  
しながら食放棄し  
う立場

(参考) 94年12月16日の朝日新聞の社説でも、「食つといつに境にいつでない」と主張している。

## へ 新 し い 課 題 の 取 り 組 み >

東京都墨田区や名古屋市では新しい課題に取り組んでいる。

し題、さのめてに慮問め展決たつ決患にダはを題決憂ニじ發解の困解に組活一題と本的な問題解し、根本的にアレルギー問題を解決する。アレルギー問題は、主としてアレルギー性疾患に起因するもので、その原因は、遺伝的要因、環境要因、生活習慣、免疫機能異常など多岐にわたります。アレルギー性疾患の中でも、最も頻繁に見られるのが花粉症やアトピー性皮膚炎です。アレルギー性疾患の治療には、薬物療法（抗ヒスタミン剤、ステロイド薬など）、免疫療法（脱感作療法）、生活習慣の改善（アレルギー原物質の回避）、アレルギー検査による原因特定などが挙げられます。

94年8月東京都墨田区で雨水利用国際会議が開かれ、16カ国から29名の外国人をはじめ地域のボランティアを含め8,000人が参加し、猛暑と水不足という気候条件もあり、会議を含む催しは大成功であった。実は、この会議の事務局長は雨水利用システムを考案した墨田区本所保健所の環境衛生監視員であった。

所 や 環 境 衛 生 の 業 務 を 直 接 的 な 健 康 管 理 や 施 設 監 視 に 止  
ま ら ず 、 水 資 源 や 都 市 環 境 ま で を 視 野 に 入 れ た も の と し  
て 展 開 し て い る 。

また同じく、食品衛生分野では食中毒予防にとまりません。ま実士と同様に、營業者の健康実態調査を医師・保健婦と共同して行なう。したがって、食品業者が提供する食品の栄養成分組成を分析したり、共に行ない營業者や区民の健康保持に取り組んだりする。

それ。成り組む問題は山積みされている。生活衛生サ一ビスは従来の監視行政の枠内に活動せず、こうした新しい課題に向かって、保健所全般に協力して取り組んでいくことが求められる。

4 おわりに

(平成9年)にののな場し  
療治生大れ協。」所食民民れ  
は則け=き合市な法はて視食さ  
で項活とになけ品監出食安を  
統で廃はを衛が統くら衛視掛品全發  
合原設生で廃、ば生員け監な展  
所指の(る。けせや衛村きた運  
の針条生こ仮でな食生にる、動  
保基本と所するださ合品町でまに  
保基置健とき」展廃食市談、も  
る。設保声で談発統るに相てと  
健本と所するださ合品町でまに  
保と例め要止「生合すないるよ  
にい複が民と生充所く極でと民  
よる數、のが相実のな的もしと  
」てにる住こ衛は健遠積つ員住  
法れ的いをる勤務保す、い視に  
域ら、狹必を、衛場までつれるよ  
地か所を、合も活のらのにさきい  
4 1 裁充統合て生こかる全りでな  
民ま安頼給ら

# 地域保健法と公衆衛生の課題

## 環境衛生監視員の立場からその役割を考える

三井 公夫（東京都板橋区志村保健所）

### 1. はじめに

旧保健所法が成立したのは戦前の1937年である。国民生活の全てを侵略戦争の維持、継続に動員する国策の一環を、国民体力の増強という面から担うことが主要な目的で環境衛生、食品衛生行政は警察の所官となっていた。

戦後、連合軍の日本政府に対する非軍事、民主化政策の下で、保健及び厚生行政機構の改正が行われ、憲法の制定を受け1947年には憲法第25条に基づく国民の健康に生きる権利を保障する公衆衛生行政の地域における第一線機関としてあらためて位置づけられた。ここに環境衛生、食品衛生行政も含めた総合的な仕事と役割を担うようになった。

保健所はその後半世紀余りの歴史をもつことになる。その間、戦後の混乱、復興期、高度経済成長期等、時の経済、社会状況の変化の中で、「保健所黄昏論」に代表されるよう、様々な問題を抱えつつも、急性感染症、結核、母子保健対策等地域の課題に取り組んできた。

そして今日、保健所法は「地域保健法」（平成6年7月1日施行）と全面的に「改正」され、保健所は從来の公衆衛生行政（予防）機関から、地域の福祉と有機的に連携した地域保健活動を展開するよう、市町村への事務移管を含めた業務の再編、組織や管轄区域の見直し、再構成（概ね二次医療圏ごとに集中、統合）が図られようとしている。

こうした情勢の展開を踏まえ、特別区保健所の環境衛生監視員として、この間の経過と今日の問題を考察し、今後の当該業務について検討し、方向性を提起したい。

### 2. 特別区保健所における環境衛生業務

環境衛生業務が保健所のなかで、公衆衛生の向上を図ることを目的として位置づけられたのは戦後の保健所法（昭和22年法律第101号）が成立してからのことである。

それ以前は旧内務省の警察行政の一部として、治安対策としての、取り締まり的な内容を主としていた。

戦後のコロモジラミ対策のDDT散布、ハエや蚊のいない運動、ネズミの駆除等防疫活動から、理・美容所等環境衛生営業施設の監視指導、苦情、相談等々、法的な裏付けのあるものから無いものまで、時代の状況、要請によって狭義ではあるが、環境衛生という多岐に渡る業務を担ってきたのが保健所の環境衛生監視員でもある。

逆に言えば、広く浅く環境の衛生に関わる問題には縦横無碍に対応できる知識と情報の蓄積が要求されているわけである。

また、苦情や相談の内容によっては他職種、他職場との相談、連携や引継ぎとコーディネイトする役割をも求められるのが最近の傾向である。ある意味では、それだけ、保健所の環境衛生という仕事に住民が抱くイメージが幅広いといえる。正に、生活者の視点から保健所の環境衛生業務の見直しが迫られているのが、今日の状況である。

### 3. 地域保健基本問題研究会の報告（93.7.5）

今回の保健所法の見直しは、厚生大臣の公衆衛生総合部会への諮問から始まった。総合部会は研究会を設置し見直しをすすめた。

研究会の現状認識は『また、急激な人口の高齢化と出生率の低下、慢性疾患を中心とした疾病構造への変化、より豊かな生活を求める国民のニーズの多様化、食品の安全性やゴミ、地球環境などの生活環境問題に対する住民意識の高まりなど、地域保健対策をめぐる状況は著しく変化している。』というものである。

そして、地域保健対策として『ライフサイクルを通じた包括的な健康づくり』という視点から考えると、学校保健、職域保健等との関係の在り方についても、今後の重要な検討課題である。』ことを示して、地域保健を狭く捉えている矛盾を弁明し、『さらに、環境の健康に与える影響等への住民意識の高まりに対応して、環境問題に対する具体的な取組みについても検討することが必要である。』と言及している。

地域保健対策に取り組む基本的視点として、研究会は

### (1) 生活者主体のサービス

従来の公衆衛生行政においては、社会防衛的な視点に重点が置かれてきた。

現在においても、伝染病対策などについては、こうした視点は重要であるが、今後は、これに加えてさらにサービスの受け手である生活者個人の視点を重視することが求められている。

例えば、困ったときに即座に相談に応ずることのできる体制、個々の住民のニーズに的確に対応した総合的なサービスを提供する体制を積極的に整備していく必要がある。

また、今後の改革方策として、

(3) 保健所政令市においては、住民に身近なサービスと専門的・技術的なサービスとが合わせて実施されるものであるが、このうち、住民に身近なサービスについては、必要に応じて保健センター等において実施することとし、専門的・技術的拠点としての機能については、保健センターの整備状況等を勘案しつつ、1カ所の保健所に集約して担うことを原則とすべきである。

なお、指定都市、特別区など大都市における事情等をも踏まえ、弾力的な対応も可能とすべきである。

という内容を総合部会に報告した。

部会は報告を検討し、厚生大臣に「地域保健対策の基本的な在り方について」意見具申をおこなった。

### 4. 監視員の仕事と生活衛生相談及び苦情処理

最近の業務内容はマスコミの取り上げ方の問題もあるが、生活上の問題、特に水とダニ（アレルギー）に関連する苦情、相談が多い。

また、一方では、高齢の単身生活者からの苦情、相談も寄せられてきている。アシナガバチの巣の駆除や、雑草の繁茂による蚊の発生、屋内のゴキブリの大発生などである。悪く言えば自分で処理できず、そうかといって近所の人にも頼めない。そこで役所に電話をかける、何処も受け付ける所がない、内容から言えばどうも保健所らしいということで回ってくるという事例である。

良く言えば、生活環境の問題は保健所が取り組んでいるという認識が広がっているとも言えよう。

生活者の視点から、保健所の環境衛生業務はこれから

は大いに期待されているということである。

その他、「環境衛生に関する事項」として一括される『苦情処理』も増大する傾向にある。厚生省の統計（保健所運営報告－環境衛生）には表れない、評価されていない部分である。

### 5. 地域保健法の問題

地域保健法は手続きとしては前記の意見具申を受け、法制化されていったが『生活者個人の視点の重視』『時代の要請に適合した機能強化』『地方分権の促進』（意見具申より）等の指摘とはかけ離れ、矛盾する内容である。以下、示す。

- (1)全国の保健所を二次医療圏をベースに統廃合するという方針
- (2)母子保健のように住民に身近な事業は市町村業務とし民間委託も可とした
- (3)保健所運営の国庫負担をはずしたこと
- (4)地方分権をうたいながら「地域保健対策の推進に関する基本指針」（95年12月1日告示）を全国に示し、厚生大臣の権限を強化したこと
- (5)これらのことを通じて保健所の機能を企画、調整、指導、情報収集等という第一線を後方支援する管理・監督的な内容のものにすることなどである。

### 6. 特別区保健所はどうなるのか

厚生省は、平成9年4月1日の地域保健法による地域保健対策の全面実施を目指し、各保健所設置自治体に対して『保健所機能強化計画』の策定を指導している。

指導の大要は○保健所管轄区域を見直さない強化計画はない ○衛生課機能の分散は機能の強化にならない ○保健所の複数設置は人口60万以上 というものであるとされている。

何時の中にか「望ましい」規定が「ねばならない」規定になり、指導が強制になっていることは、手続き的にも地方自治に対する強権的介入といえる。しかも、自主財源の措置を抜きにして、指導に従わない場合は財政的に締めつけると恫喝さえされているのが、指導の実態である。恫喝に屈すれば軒並み1～2か所保健所に統合されるであろう。しかし、地域特性を分析し、保健所の役割、機能をどう地域で充実させていくかは、憲法が保障する基本的人権を地方行政に活かす課題である。

本当の意味で保健所の在り方を見なおすならば、職員参加、住民参加の開かれた検討と、現場の業務内容に基づく検証が必要であると考える。

谷口啓子（東京都東大和保健相談所）

「地域保健法」制定以来、東京都衛生局の動きはまさに急ピッチです。

局はその後「地域保健サービスの充実に関する基本指針」を発表（94・11・7）し、多摩地区にある31ヵ所の保健所と保健相談所を10ヵ所程度に再編する、としました。

つづいて「都・市町村地域保健対策協議会」をスタートさせ（94・12・22～）、95年7月に「中間のまとめ」を出そうとしています。そして前記の協議会のなかで、「母子保健事業は、都の単独事業も含め基本的に市町村が受ける」ことが合意されたとのことです。

現在都は、27項目に渡る膨大な「市町村移管事業事務処理マニュアル」を更に詳しく作る作業を急いでいるようです。

「自治省の指導で職員定数を減らすようにと言われ、ただでさえ財政難の市町村が、十分な財政やマンパワーもなしに、どうして都からおりてくる事業をきちんとやれるのか」と、大部分の市町村の保健婦は頭を抱えています。おまけに都からの各事業にかかる経費の査定をみると、とてもその額ではやれず、その約2倍近い経費が必要とのことです。市町村の現場の職員の悩みを、都はどの程度わかっているのか、憤りをおぼえます。

しかし、嘆いてばかりはいられません。いかなる時でも母子保健のサービスの低下をさせないための努力を、今こそ保健所と市町村の保健婦は同一の立場で、していかねばと考えます。

そのために、次のことを提起します。

#### 1 管内の母子保健の歴史をもう一度振り返ってみる。

実際私の管内でも、過去の母子保健事業について調べたところ、保健所や相談所が誘致される以前から、市町村の保健婦は、一人で（当時は村だった）母子への働きかけを続けていました。公的な立場で、母子保健対策の充実に努力してきたのは、昔も今も現場にいる私達

なのです。

2 法律（日本国憲法・地域保健法・母子保健法・児童福祉法など）を、改めて勉強する。

母子保健法の第9条では、「母子保健に関する知識の普及と住民の自主的な活動への支援」について、都道府県と市町村の責任としています。また地域保健法でも、第6条に保健所の事業として、母性及び乳幼児並びに老人の保健に関する事項とあります。

法律そのものにも、母子保健は決して市町村だけの仕事ではないことが明記されているのですから、これからも胸をはって母子の仕事をしてよいのです。従って、障害児（ダウン症児の親の会など）のグループづくり（リズム教室とか）など地域のニーズに応じて、むしろ事業の拡大も必要であると考えます。

3 地域の母子保健についての責任は、これからの保健所にもまだ十分ある。

地域保健法は、「保健所機能の拡充」として「地域保健に関する調査・研究」をするとあります。この地域保健のなかには当然母子も入るでしょう。今、子育て中の母親が何を悩み、どんな要望を持って暮らしているのか、その実態を知るためにも、市町村が実施する健診事業にも積極的に参加し、同時にその視点を持ちながら地域に出向くことでしょう。

未熟児や障害児・長期療養児の訪問指導は保健所に残されました。その把握は勿論出生通知票や、乳児健診の場ですから、市町村との連携は今にも増して重要になりますし、だいいち健康な児の育ちゆくありようをきちんと学んでいなければ、病児や障害児のケアも出来るはずはなく、母親からも信頼されません。

4 これからの業務は出来るだけ多くの職種を巻き込んでする。

今はや保健婦だけ頑張る時代ではありません。乳児や3才児健診のみならず、意識的に保健所内外の他の専門職の人達や地域の母親達・保母・ボランティアなどの人達と手を組んでの仕事をていきましょう。同じ土俵で

ワイワイやっていく過程をどうして、お互いの専門制を高め、解りあうことが出来ますし、住民に、より質の高いサービスを提供できます。

私の職場でも、子育てグループには、保健婦以外に保母・心理相談員・栄養士・体験ママさんが入り、アレルギー相談会には環境衛生監視員（親保健所から）・栄養士・看護婦が入って実施しています。またアトピーや喘息などアレルギーのある児には、母親の希望により、環境衛生監視員とダブルでの訪問をしています。

周知のとおり、今核家族化や地域コミュニティの崩壊で、孤立した母子が増えています。子供の虐待の事例も保健婦が地域に入れば入るほど顕在化してきており、地区担当保健婦は、そのケアに飛び回っています。

だからこそ、公的責任で「次代を担う母子の健やかな育ち」を保障することが最も必要ではないかと考えます

## 阪神大震災が頸肩腕傷害および腰痛症患者に与えた影響について

○梶山方忠、細川 汀（神戸健康共和会労働医学研究所）

＜目的＞阪神大震災が労働者の作業条件、作業内容および健康に与えた影響を明らかにするため、被災地である神戸市東灘区に立地する病院の産業医学科を受診している患者を対象として調査を行った。

＜対象および方法＞調査対象は病院産業医学科を阪神大震災以後受診した患者のうち①主病名が頸肩腕傷害および／または腰痛症であり②震災以前から同診療科を受診しており③震災前後に同じ職場に所属しており④居住地または勤務地が被災地であるもの48名であった。

調査方法は質問紙法により、診察前に質問紙に記入させ診察時の問診により記入内容を確認し、必要を認めた場合その後の診察時に問診を追加した。質問項目は労働時間、休日、休憩、休暇、作業環境、作業量、作業内容、通勤、ガスおよび水道の復旧までに要した期間、震災による日常生活の不便、身体や精神の疲れの震災による変化および自覚症状であった。調査は1995年5月6日から1995年6月9日までに行われた。

＜結果＞対象者の性別は男性8名（16.7%）、女性40名（83.3%）であり、平均年齢は41.7歳であった。

震災による労働条件、作業内容、生活状態および自覚症状の変化を表1に示した。

作業条件、作業環境の悪化については次のような訴えがあった。「半日勤務の診断書が出ているが、避難所に毎日出勤しないと事情が分からず、代替のアルバイトもいらないため毎日出勤し夕方まで作業した（公立施設保母）」。「防災指令が出ているため土曜日も休みではなかった（複数の公立保育所保母）」。「会社の入っていたビルが損壊し別の所に移り、食堂がなく忙しいため昼休みもゆっくり休憩できない（生保事務）」。「電話は鳴りっぱなし、職員の大半は復旧工事と給水作業に出ているため3～4人しか対応する職員はいない。半日勤務していたがフルタイム勤務、土日も出勤した（自治体水道局）」。「ほとんど泊り込みで作業した（複数の病院職員）」。「通帳などがなくなって払い出している貯金をチェックする作業が多く、仕事は忙しく土日出勤を指示されるが断わっている。『なぜ日曜も出てこないのだ』

と上司に言われる（郵便貯金事務）」。「コンピュータをとにかく動かせと指示され、窓ガラスが割れ、暖房ない中でスキーウェアを着て作業した（コンピュータプログラマ）」。「都市ガスが来ておらずプロパンガスこんろを使用して患者食を作った。火力が弱いので時間がかかり、炊飯器やこんろなどの高さが通常と違うので負担が大きい（病院調理）」。

「作業内容の変化」については次のような訴えがあった。「ガスが止まっているので、カセットこんろで園生の食事を作った。近くの店が開いていないので材料は大阪まで買い出しに行った。紙おむつも大阪まで買いに行った。近くに住む障害者のために週に3回入浴サービスをしている（民間障害児施設保母）」。「避難所の手伝いに行き、電話の応対、救援物資の受付、事務をしている」「区役所の応援で区内を自転車で回って在宅障害者の実態調査をしている。自転車に乗って腰痛が出た。保育所では子どもが落ちつかず平常の保育が出来ない」「区役所の応援に行き、地図を見て場所を捜す仕事をした」「ずっと応援で、区役所で義援金支給、福祉貸付の窓口の仕事をしている。市民に怒鳴られる。初期は一日2000枚の整理券を出していた。人の列を見るだけで吐き気がし胃が痛くなった。後になるほど複雑なケースがくる。ある程度やりがいのある仕事だが保育がしたいと思う」（以上4例は公立保育所保母）。「生命保険の払い込み猶予期間を延ばす、会社がつぶれた、保険者がいなくなったなどあり、電話をかけて確かめ、1件ずつ手入力する。会社の倉庫の片付けがまだなのでデータが手元にない場合がある（生保事務）」。「家にリストを持って帰って職員の安否確認の電話かけをしたり避難所に受験についてのビラを貼った（大学生協職員）」。「近くの避難所に避難している人のために定期的に炊出しをした（民間保育所調理）」。「震災直後の病院でエレベーターが動かず担送をした（病院検査）」。

通勤の負担増加については次のような訴えがみられた。「車で通勤しているが交通渋滞のため片道3時間かかることがある」。「震災1週間後から神戸市北区から大阪市まで通勤し、初期は片道

4~5時間かかった。震災前は片道1時間」。「震災前の通勤はバスだったが今は自転車で25分。手が痛い(この患者はプレスで左手の指を3本失っている)」。「明石から神戸市長田区まで通勤1時間。満員できつい。2~3時間かけて歩くこともある。作業所が半壊して使えないため障害者のために行事を組み入れており、朝7時に集合することもあり始発に乗らねばならない(作業所指導員)」。

「三木市から元町まで通勤している。震災前は神戸電鉄で新開地から西元町のコース。震災直後は神鉄から北神急行に乗り継いで新神戸から歩いた。地下鉄が復旧したら定時勤務を指示された(新神戸から地下鉄大蔵山下車)。震災前は午後6時半に帰宅できたが今は午後7時半になる」。「長田区から東灘区まで1月24日から通勤している。地下鉄新神戸から阪急王子公園まで歩くのがつらかった」

被災者である患者の場合、上記の負担に加えて、

表1 震災による労働条件、作業環境、生活状態および自覚症状の変化

休憩は震災後取れなくなった／取りにくくなった	16 (33.3%)
有給休暇は震災後取れなくなった／取りにくくなった	19 (39.6%)
震災後の作業量は震災前よりも増加した	26 (54.2%)
震災後の作業内容が震災前と変わった	19 (39.6%)
震災によって	騒音
悪くなつた	粉塵
作業環境	暖房・換気
震災	混雑
後の	粉塵、排気ガス、騒音
通勤	通勤時間が長くなつたこと
時の	道路の渋滞
負担	通勤途中に被災地のありさまを見なければならなかつたこと 歩かねばならなかつたこと
	15 (31.3%)
震災前の自宅に住み続けることは不可能	5 (10.4%)
震災時にけがをした	6 (12.5%)
自宅の水道未復旧期間は1週間以上	23 (47.9%)
自宅のガス未復旧期間は1週間以上	26 (54.2%)
震災	トイレが不自由で困った
後困	入浴が十分にできなくて困った
った	身体の休養が十分に取れなくて困った
り気	心の休養が十分に取れなくて困った
にな	睡眠が十分にとれなくて困った
った	栄養のかたよりが気になった
問題	食べるものや水が十分になくて困った 住まいのことで悩んだ
	11 (22.9%)
震災後の健康状態は震災前に比べて悪くなつた	22 (45.8%)
震災後の仕事による身体の疲れは震災前に比べてきつくなつた	23 (47.9%)
震災後の仕事による神経の疲れは震災前に比べてきつくなつた	24 (50.0%)

治療所の損壊や震災後の多忙のため有効であった鍼、マッサージなどの治療が中断している患者がある。今回検討の対象とした患者のうち避難所生活を強いられているものは1名であった。また現在のところ解雇、失職の恐れのある患者はいなかった。

＜考察＞被災地に居住したまたは勤務する労働者は震災による作業条件の悪化、作業内容の変化および通勤による負担の増加により疲労症状を増悪させており、疲労の回復は家事負担の増加(水道が未復旧の時期の水汲みなど)、入浴できないこと、自宅の後かたづけ、親族が避難してきたり、親族の所に避難したりすることによる人間関係の負担などによりさらに困難となった。負担の増加と自覚症状の変化との関係や負担を減らすための方策についての分析は今後の課題としたい。

## 『要緊急医療者』の災害への備えのありかた

## (1) パーキンソン病患者の場合

○石井 明子  
飯塚 恵子

(江東区深川保健所)  
志田 直子  
(江東区城東保健所)

## 1、はじめに

阪神淡路大震災（阪神大震災とする）において、障害者などの要緊急医療者に対する医療・行政の対応の遅れが報道された。江東区において災害が起きた場合、以下に述べる特性から大きな被害を被ることが予測される。

今回の震災を機会に、江東区パーキンソン病友の会会員における災害時の行政への要望と、各人の備えを明らかにし、今後の災害への対応に役立てていくための調査を行ったので報告する。

## 2、対象地区及び調査方法

## 1) 江東区の概況

江東区は東京23区の東部に位置し、隅田川と荒川に囲まれる、いわゆるデルタ地帯にある。面積は江戸時代初期からの埋め立てによって昭和36年から南部に広がっており、平成6年4月現在、39、1kmで、これは23区中6番目である。人口は現在378501人であり、23区中9番目である。

川に面した地域はゼロメートル地帯といわれ、水路が内陸部の深くまで入り組んでいる。昭和40年以後、都市再開発の整備による工場の移転の影響で高層住宅が建設されている。現在では、高層住宅と老朽化した木造家屋が混在し密集している。

区内の移動手段は、東西は鉄道が通っているが、南北はバスのみで、近隣区への移動も橋を利用しなければならない状況である。

## 2) 方法

江東区パーキンソン友の病会員50名に、質問紙によるアンケート調査を行った。調査期間は、平成7年2月25日～3月5日までとして、回収は郵送とした。  
(質問紙は、資料参照)

## 3、結果

対象数50名に対し、有効回答数は、24。

## 1) 対象の属性

- ・性別 男12名、女12名
- ・年齢 60～70才代で、全体の84%

・家族構成 配偶者と同居が52%であり、単身者

は、4%

## 2) 症状及び通院状況

・発症からの年数 11年以上50%

・通院場所 江東区以外が61%

・主な症状 動作が遅い：19名、体が傾く：17名、すくみ足：14名、転びやすい：14名（重複回答）

## 3) 日常生活の行動範囲

・外出時の状況 自力で外出：14名、要介助で歩行：7名、車椅子：3名

・補助具の使用 杖：11名、車椅子：4名、手押し車：4名（重複回答）

## 4) 医療について

・内服している薬品名 知っている：16名、知らない：8名（うち知りたいと思わない：4名）

・家庭医 あり：11名、なし：13名

## 5) 災害時の各人の備えと行政への要望について

・震災の報道後備えたもの あり：13名、なし：8名（懐中電灯、水、薬など）

## 6) 大震災が起った場合に必要と考える行政の備えについて（重複回答）

初期消火への即応対応：22名

救急患者の搬送システムの完備：20名

保健所に病院の開設情報：19名

水・医薬が完備された備蓄センター：19名

道路や橋の整備：16名

身近な医院に難病薬の備え：14名

## 7) 防災マニュアルについて

知っている：0名、知らない：12名

\*以下、自由回答については資料参照

## 4、考察

対象の特徴として、高齢で単身または夫婦2人世帯がほとんどのため、災害時に誘導する人がいない。配偶者も高齢であるため、避難が困難である事が予測される。

通院は江東区以外が半数以上をしめ、所要時間は1時間以内のものが、75%ではあるが、交通機関の概況から、通院に、地下鉄－バス、地下鉄－地下鉄、バス－バス等2系統の交通機関を用いているものである。災害時に交通機関が麻痺した際には、受診の困難や医療の中止が容易に考えられる。

症状では、すぐみ足・動作が遅い・転びやすいなど特に移動に關係のある症状を半数以上が訴えており、避難の際、病気の特性からも、避難所にたどりつくことは困難である。

日常生活は薬の内服で保たれてはいるが、その過半数が杖等の補装具を使用している。（身体障害者手帳所有者83%）内服が途絶えてしまうことで、行動が極めて制限されると予測できる。

医療面においては、日常は半数が家庭医であるが、災害時その家庭医が機能を果たせるかどうかは不明である。そのため、家庭医が再開されるまでの期間、個人において内服薬の備蓄が必要とされるが、今回の調査では、防災への意識が高まっているであろうと予測されたが、薬を備蓄している患者は15.6%だけであった。阪神大震災においては、家屋の倒壊、交通機関の寸断、医療機関の混亂が生じたため内服薬は手に入りにくい状況であったときいている。災害直後には薬が手に入りにくく、個人の薬の備蓄にも限界があるといえる。江東区の場合、応急医薬品の優先供給を薬剤師会と協定してはいるが、難病患者の内服薬の備蓄がどのようにされているかは知らない。また、自分の内服している薬品名を知っている人は16名いたが、個人の備えとして、通院している医療機関以外でも処方がうけられるように、薬の名前を知っておくことも必要である。

江東区では、避難場所を居住地より2km以内に設置しているが身障者が避難するには遠方すぎる。また、橋を渡らなければたどり着けないことや、集合住宅の中庭の一画を避難先と指定しているが、近距離で経路を考慮した安全な避難場所とはいひ難い。

江東区では障害者向けの防災マニュアルが出されているが、その存在は知られていない。身体障害者手帳所有者には、全員配るなど周知方法の工夫が必要である。障害者の生活に即した内容にすることを提案していく必要がある。

保健所・保健婦に対する要望として、「災害時には、訪問してほしい」「患者の情報を知っていてほしい」「薬のことや、病院についての情報を教えてほしい」等があげられていたが、保健婦の確保ができるのかは問題

である。一方、保健婦としては、日頃の患者の状態や患者のおかれている状況を正確に把握し、個々に対し適切な援助が行えるように、患者との関係を維持していく必要があるが、災害時は保健婦もまた罹災者であり、その職員の確保をどうするか、居住地区も含めてその対応を考える必要がある。

## 5、おわりに

今回の調査は、江東区パーキンソン病友の会会員に協力を得て行ったものである。区内には、パーキンソン病患者が151人おり、そのうち21人が寝たきりの状況である。このことからも、災害が起きたとき、被害は深刻である。

パーキンソン病友の会としては、調査結果をもとに例会や通信を通して話し合っているところである。個人の備えとして、避難場所の確認（2km以内は歩ける距離なのか等）・薬の備蓄・内服薬をメモし携帯することを確認し合った。

また、個人の災害に対する準備も重要ではあるが、個人で対応できることには限界がある。そこに居住している住民の権利として、①、安全な避難場所の確保及び道路・橋・建物の点検整備が必要ではないか。②、医療についてーー医療機関の受診を確保してほしいが、搬送システムや病院の整備状況はどうなっているのか。薬剤師会との協定では、難病薬が備蓄されているのか。③、災害時、保健婦の訪問が可能であるか。④、パーキンソン病独自の防災マニュアルを作成する、等安全な町づくりを具体的にするために検討しているところである。内容を更につめ、行政に対し要望書を提出したいと考えている。その上で、災害時にも迅速な対応ができるような医療を含めた“生活を守る”体制づくりを保健所－患者だけでなく地域全体で考えていくことが大切であり、それが被災を、最小限にする事にもつながると考える。

## 6、参考文献

- 1) 江東区総務部防災課編、職員用防災ハンドブック、平成6年3月。
- 2) 江東区地域振興部地域振興課、第2回 江東区統計書 平成5年版、平成6年3月。
- 3) 江東区環境保健部健康課、保健衛生事業概要、平成5年12月。
- 4) 江東区総務部防災課、江東区災害弱者防災行動マニュアル、平成6年3月。

## 『要緊急医療者』の災害への備えのありかた

## (2) 透析患者の場合

澤井 直子  
○寺西 千恵

樋之口 美幸  
(江東区城東保健所)  
(江東区深川保健所)

## 1. はじめに

透析患者にとって、災害が起った場合でも、透析治療を続けられるかどうかは生命にかかる重大な問題である。江東区には現在、約500名の透析患者がいるが、透析のできる医療機関は2ヶ所（いずれも民間のクリニック）しかなく、雑居ビルの数フロアを使用しており、専用の貯水槽など災害時の備えが確保されにくい状況である。患者会では、以前から大地震が起きて交通が遮断されたら、透析が受けられなくなるのではないか、という不安があったが、今回の阪神・淡路大震災によりその不安が現実のものとなり、会の中でも動搖が見られた。

そこで、透析患者を中心とした腎臓病患者の通院先・通院方法、現時点での医療機関からの災害についての指導状況、災害に対する各自の意識等の実態を知り、患者会及び保健婦にできる災害の備えのあり方を考えていくきっかけとする目的で調査をしたので報告する。

## 2. 対象と方法

平成7年2月、江東区の透析者を中心とする腎臓病の患者会、73名の会員を対象にアンケート用紙を郵送し、無記名で記入後に返送してもらう方式で行った。

## 3. アンケートの結果

回収率は57.5%（42通）

## ①性別、年齢、家族構成

男性21名、女性21名。年齢は20～59才が22名（52.4%）、60才以上が19名（45.2%）。家族構成は3人以上が26名（61.9%）、2人が10名（23.8%）、一人暮らしが4名（9.5%）であった。

## ②病名、透析年数

慢性腎不全が40名（95.2%）、ネフローゼが2名（4.8%）。慢性腎不全のうち血液透析を受けていた人が39名（92.9%）、CAPD（連続携行式腹膜灌流）の人が1名（2.4%）であった。透析年数は5～9年が12名（30.8%）、次いで4年以下が8名（20.5%）、10～14年が7名（17.9%）

15～19年が4名（10.3%）、20年以上が3名（7.7%）。

## ③通院医療機関の住所地 &lt;図 1&gt;

「江東区内」1名（2.4%）、江東区に隣接している「近隣区」16名（38%）、「その他の区」18名（42%）、「都外」5名（11.9%）、不明が2名（4.8%）。

## ④通院時間、通院方法 &lt;図 2&gt; &lt;図 3&gt;

通院時間は「30分未満」13名（31%）、「30分以上1時間未満」22名（52.4%）、「1時間以上2時間未満」5名（11.9%）、「2時間以上」1名（2.4%）、不明が1名（2.4%）。

通院方法については、「バスと電車を利用」12名（28.6%）、「自家用車またはバイク」9名（21.4%）、「バス」8名（19%）、「電車」7名（16.7%）、「タクシー」2名（4.8%）、「徒歩」2名（4.8%）、「自転車」1名（2.4%），不明1名（2.4%）。

## ⑤健康手帳（透析施設、検査値、内服薬などを記録したもの）の所持状況 &lt;図 4&gt;

「持っている」20名（47.6%）、「持っていない」14名（33.3%）、「持っていないが記憶している」7名（16.7%）、不明が1名（2.4%）。

## ⑥医療機関からの透析中に災害が起った場合の指導 &lt;表 1&gt;

指導を受けている人は19名（45.2%）。内容は「透析チューブのとめ方」11名（26.2%）、「避難方法」4名（9.5%）、「保存食などについて」4名（9.5%）。方法は口頭やプリントによるものであった。

## ⑦災害時の通院についての指導 &lt;表 2&gt;

指導を受けている人は11名（26.2%）。内容は「医療機関で透析が行えなくなった場合に他の医療機関を紹介されている」4名（9.5%）、「他の透析施設の利用をするよう言われた」4名（9.5%）、「緊急透析依頼書をもらった」2名（4.8%）、「一週間分の常備薬を希望者に用意」1名（2.4%）であった。

⑧災害が起きたときに一番心配なこと <図 5>  
「病院までの交通機関が使えるかどうか」が18名(42.8%)、 「自分の病院で透析が受けられるか」12名(28.6%)、「自分の病院で透析が受けられない場合、どこで受けるか」10名(23.8%)、「透析に使う水や電気が確保されるか」6名(14.3%)などであった。

⑨行政への要望 <図 6>

「災害時の交通の確保」5名(11.9%)、 「透析に使う水や電気の確保」5名(11.9%)、 「災害時に敏速な対応をとってほしい」4名(9.5%)などであった。

#### 4. 考察

①ほとんどすべての患者が区外の医療機関に乗り物を利用して通院しており、そのため「一番心配な事」として病院までの交通機関が使えるかどうかが、最も多かった。災害により、交通が遮断された場合に、透析ベットが約50床しかない区内の医療機関で区内すべての透析患者の治療をまかなう事は難しい。区内の病院に災害時に対応できる透析のベッドがあること、あわせて、専用の貯水槽などの災害の備えの設備を整えることは緊急の課題である。

②災害発生後に透析を受けられる病院がどこであるか、患者への情報伝達の方法や、患者の移送方法等の体制も作っておかなければならぬ。

③病気の現況をどう本人や家族が把握し、第三者に伝えられるかは災害時に適切な治療を受けられるかどうかに関わってくる。健康手帳などを日頃から所持していることは各自でできる災害時の備えの一つであるが、実際に持っている人は半数以下であり、患者各自がそれを認識していく必要がある。

④医療機関での災害に関する指導は十分とはいえない。患者と医療スタッフとのあいだで、災害により、透析治療が行えなくなつた時にどこに行けばよいのか、交通が遮断されて通院できない時はどうすればよいのか、など話し合っていくことが必要である。また、患者各自が透析中に災害が起つた場合の対処の仕方についても知つておく必要がある。

#### 5. おわりに

保健婦は家庭訪問や患者会の支援などを通じて地域の難病患者や障害者の生活状況を把握できる。災害時の救護活動や災害後の支援活動の中で保健婦に期待される役

割は大きいと考える。日頃の活動の中で、患者の療養生活の実態をつかみ、要医療者や要救護者を把握しておくとともに、医療救護の具体的な援助について検討していきたい。また、透析患者の置かれている状況や、問題点をさらに追及して今後の課題をみつけていきたい。そして、それを関係者や地域の住民に知らせて災害の認識を深めていきたいと思う。

患者会ではアンケートの結果をもとに災害時の備えについて関心が深まっている。病気の自己管理や健康手帳の所持管理、患者各自が主治医と災害時の対応について話し合うことの重要性を認識した。

今後患者会と一緒にになって安心して過ごせる地域づくりのためには何が必要か、課題を明らかにし、地震等の天災は防げなくとも、行政等の不備による二次災害を最大限防ぐ政策作りへ反映していきたいと考える。

#### [参考文献]

- 1) 太田和夫：これが透析療法です， 南江堂， 1994.
- 2) 多川斎：わかりやすい透析療法と腎移植， 日本メディカルセンター， 1988.
- 3) 江東区総務部防災課 江東区災害弱者防災行動マニュアル 平成6年3月

木下安子（日野市地域ケア研究所） 小松真（日野市医師会）

○石川左門（日野市地域ケア研究所） 林幹高（同研究所）

### ◎ はじめに

当研究所は、在宅難病患者の介護負担の軽減、殊に介護者が過労その他の事由により、在宅ケアの中止事情が生じた際の、家庭介護の一時的肩替りの場である、所謂在宅支援型中間施設の試験研究施設として、愛隣舎を設立した。発足当初は、援助の対象を難病を主としていたが、現在では、疾病、障害、高齢等の、全領域の要援助者を対象とするようになった。またそれに伴い、中間施設という一時保護的機能は、今や多様化した諸々の機能の中の一つとして、位置づけられるようになり、保健医療福祉の、総合ネットワーク拠点施設の観を呈するようになった。

### ◎ 目的

諸々の機能とは、具体的には24時間体制による、需・給の受付と連結、療養相談、在宅ケアチームの編成と派遣、短期入所、デイケア、情報交換・体験学習の機会と場の提供を意味する。そして、この様な機能を具備した拠点施設が、家庭の至近離（スープの冷めぬ範囲）において、地域内にいくつか点在することが、最終的な地域ケアの望ましいあり方であると考えるに至った。

そこで、この度の阪神災害の事態が発生した場合に、当愛隣舎のような拠点施設活動が、どこまで対応し如何に機能し得るかについて、現地調査に臨み、更なる拠点施設活動の充実を図る事とした。

### ◎ 方法

- (1) 災害の発生に際して、即座に直面する問題とは何かについて。
- (2) 災害の発生に際して、直ちに対応し得るための条件整備とは何かについて。
- (3) 即応するための条件整備には、日常的にどのような体制を整えておくべきかについて。

以上のような視点に立ち、倒壊を免れていち早く初動を開始し、緊急対策本部となつた、ある診療所の活動に焦点を当てて、問題の把握を試みた。

### ◎ 結果

現地関係者の指摘によれば、地震発生の直後から、時間の経過とともに変化するニーズへの対応のプロセスを、次のようにとらえ我々調査も確認した。

第1期—安全・安心確保（救助・救出）、応急処置（応急手当・避難誘導）、医療ライン連結

第2期—慢性疾患対応（病態・体調変化対応）、公衆衛生（環境改善・健康管理・精神衛生）

第3期—自立（生活再建）、地域再建、まちづくり支援

以上のうち、殊に第1期、第2期については民間主導に終始し、殆どボランティア活動に負うところが大であった。尚ボランティア活動には、地域内在住者による活動と、地域外応援者によるそれがあり、前者の活動なくして後者の活動は充分に生かし得ないという、重要な指摘がなされた。

### ◎ 結論

災害発生時における、ボランティア活動の有効性の発揮は、在宅要援助者の病態や、生活実態についての、日常的把握がなされていること。訪問等によるチームケアが継続されていて、その活動実績が記録化されていること。以上が緊急時に即応するための、必須条件であることが確認された。

そして、これら日常活動の継続性、安定性、円滑性を維持するためには、具体的な空間的条件としての拠点施設、即ち愛隣舎が担っている、保険医療福祉の総合ネットワーク拠点施設の設置が不可欠であり、その普遍化が、地域ケアの体制づくりの重要課題であることを確信した。また普遍化に際しては、一拠点施設が担当する、サービスエリアの設定が求められ、一拠点施設としての、適正な事例数、参加人員、建設規模の標準化の必要性を再認識させられた。



## 一般演題

子供・学校・教育をめぐる問題

2階第1講義室

○判野啓一（帝京大学経済研究所）

村田 洋（産医大産業保健経済学教室）

**目的：**今日の青少年を巡るいわゆる「いじめ」について、その原因は何か、何に問題があるのか、そのことを探ることが本報告の目的である。

**方法：**いじめは、客観的な事例を用いての検討は困難だが、いわゆる「葬式ごっこ」とその判決、また、大河内清輝君の事件とその報道をベースとし、報告者が関わった3つの異なるいじめについての検討を通じて、先ずその共通性を見出だすことを試みた。

第一には、誤解から不良というレッテルを張られた小学校6年生の女子を取り巻く環境についてで、第二は、意味もなく同級生から暴力等を振るわれる中学校3年生の男子に関するもので、第三には、クラスのいじめられっ子が転校したために、その代わりにいじめられるようになった小学校3年生の男子生徒へのいじめについてである。

更に、今日の時点で、なぜいじめが露見し、それが悲惨な結果を生むのかについての検討を加えた。

**結果：**いじめの共通性については、「企業社会」と言われる今日の社会構造、あるいは社会体制の歪みによる影響が大きい事が推察できる。

先の、誤解から不良と言うレッテルを張られた小学校6年生の女子の場合、回りの人達からことごとく無視され続けたといういじめだが、それは、そういう人物と行動を共にしていると、同じ目でみられたり、あるいは成績にも影響をするということに端を発しており、中学校3年生の男子学生の場合は、理由なきいじめという意味での典型で、葬式ごっこの被害者の鹿川裕史君が「まばたき癖をとがめられて殴られた」という理由と同類と推察でき、最後の小学校3年生の男子生徒の場合は、いじめられっ子の転校によって、なんらかの理由でその子にその対象が移ってしまったことといえる。

以上の問題は、一次的には、企業への卒業時一括採用という日本社会特有の雇用慣行に見られるように、成績の善し悪しがその後の人生に大きく影響をすることに起因する。つまり、教育体制は内申や長く偏差値という基準で人の序列を決めて来ているので、どうしてもそれに従うことが要求され、しかもあまりの管理とマニュアル化のなかでは、かつての青少年問題のように、社会に対してその鬱積した心のたけをぶつけるということは容易

ではないので、どうしても陰湿にならざるを得ないという点が指摘できる。しかし、裏を返せば、これは日本社会のフレームワークに起因しており、結局はおとな社会の人間関係の在り方がそのまま反映されてしまっている側面を重視する必要がある。不良に近づくと成績に影響するという点など、出世の影響を考えるおとな社会の生き写しといつてもよいだろう。

他方、やはりマス・メディアからもたらされる話題も避けて通ることはできない。特に各種メディアの高感度調査で常に上位に位置する有名タレントの中には、まるでいじめを奨励するかのような言動が目につくことがあるが、人気タレントが行っているのだからという気安さも無視出来ず、それだけに過激にもなるともいえよう。

しかし、これらはやはりおとな社会からもたらされたものであり、おとな社会においての事例が、時にはメディアを通じて、あるいは家庭内で、自然にこどもたちの心に植えつけられていると考えられる。

日本社会の場合、特にその集団意識がよく議論される。集団に依拠することでアイデンティーは保たれ、生活の安定も得られる。その典型が企業という集団である。実は企業内においては、こども社会のいじめの原型が、ある意味では至るところで繰り返されている。特定の人物への集中攻撃、そこにいない人への中傷、それによるさして意味のないいじめ等、おとなが少し自身の生活を振り返れば、気づく点は実は多い。報告者は、企業内の上司から部下に対するいじめによる訴訟についても検討をしたが、それらは、集団を維持・向上しようとする時、必然的にあらわれる現象であり、何らかの理由でその集団にそぐわない人物が存在すれば、集団でその人物を疎外し、集団の外へ追い出そうとしたりすることは決して珍しいことではない。また、そういう人物が不幸にも存在しない場合には、そういう人物を作り出してしまふ恐ろしささえ備えている。それがこども社会においての、意味のないいじめの原型であろう。

**結論**：要するに、かつてのように、いかにもいじめられるタイプとも言えるこどもが存在しない時、集団のリーダーシップをとろうという意識より、そういう人材を作り出す意識へと向かうのだと考えられる。おとな社会より進んで自殺と言う最悪の事態を招くのは、やはりコミュニケーション能力の不備に原因があろう。

いじめはどのような時にも起こりうる。そして、いつ、いかなる理由で誰がその対象になるかはわからない。この問題の原因は、おとな社会で繰り返されて来た事柄が、限度や節度を越えたために露見しているためである。

# 不登校児童生徒への学校のかかわり

-養護教諭の果たしている役割-

宇野 和代(「学校」と子どもの健康・発達研究会)

## 1.はじめに

不登校児童生徒への対応は多様に進められているが、学校としてどのように取り組んでいるか、またその中で養護教諭の果たしている役割について検討したい。

## 2.調査方法

京都府下の小学校、中学校、高等学校の養護教諭で当研究会会員に調査票を配布し、回答を求めた。内容は昨年度1年間に30日以上欠席している子どもの数と、その中で養護教諭が詳細に把握しているケースについて、欠席し始めた時期、欠席のきっかけ、子どもの現在の心身の様子、子どもの性格、家族の様子、子どもの現在の状況、学校内で子どもにかかわった教職員について調査した。また、学校内での不登校児童生徒を援助する組織の有無、その組織の構成メンバーについても調べた。

## 3.結果

[1] 調査回答校は小学校7校(全児童数3,880人)、中学校9校(全生徒数4,974人)、高等学校5校(全生徒数4,749人)の計21校(全児童生徒数13,603人)であった。養護教諭が把握している不登校児童生徒の人数は172人(小学校36人、中学校87人、高校49人)であった。この方法で不登校児童生徒の発生率は小学校0.93%、中学校1.77%、高校1.03%、全体で1.13%であった。

このうち養護教諭が詳細に把握しているケースは104人(小学校22人、中学校59人、高校23人)である。以下ではこの例を分析する。

[2] 欠席傾向がみられ始めた学年について記載のあるのは101例で、その内訳は中学2年が一番多く23人(22.1%)、次いで中学1年が21.2%であった。小学校では4年が一番多く小学校の中で31.8%、中学校では2年、1年が多く、中学校の中で38.9%、33.8%である。高校では1年が多く、高校の中で34.7%を占めていた。

[3] 欠席し始めたきっかけは「身体症状」25人(24.0%)、「怠学」9.6%、「友人関係」7.6%、「いじめ」5.7%などであり、「不明」が34.6%見られた。特に小学校では45.4%の子どもで身体症状が欠席のきっかけとなっていた。「身体症状」25人の内訳は「体調不良」32.0%、「腹痛」24.0%であった。

[4] 子どもの現在の心身の状況としては、「身体症状を伴わない」者が58.6%、「身体症状を伴う」者が28例(26.9%)で、「不明」の者が13.5%であった。特に小学校では50.0%の子どもが身体的症状を伴っている。

[5] 本人の性格として記載があったのは63.4%で、その中で「おとなしい」が23.0%、「几帳面」が9.0%、「真面目」が7.5%であった。「つっぱり」は12.1%を占めているが、これは特定の中学校に偏っている。「明るい、活動的」という積極的な性格については3.8%であった。

[6] 家族の様子について記載されている例は78例で、父親の様子について記載しているのは14人(13.5%)で、母親の様子について記載しているのは16人(15.4%)であった。

[7] 子どもに不登校傾向がみられ始めた時、学校で誰が早期対応をしたかという問い合わせに対する「担任」が83例(79.8%)で一番多く、生徒指導係が15.4%、養護教諭が7.7%であった。

養護教諭が早期対応したケース8例のうちで身体症状を伴うものが62.5%あり、また担任と一緒に対応しているものが50.0%である。

また、早期対応の仕方で「家庭訪問」47.1%、「電話」30.7%であった。「本人との面接」は中学校で9.4%、高校で26.6%であったが、小学校では見られなかった。

[8] 不登校傾向の子どもに早期対応をした人111人(重複あり)が「誰に相談したか」という問い合わせに対しては、養護教諭32.6%、生徒指導係18.2%、学年会16.3%、教育相談係12.5%であった。不登校対策委員会あるいはその役割を果たす組織があってその組織のメンバーに相談したのは6.7%であったが、高校では見られなかった。

[9] 不登校傾向の子どもに「その後誰が対応したか」という問い合わせに対しては、養護教諭56.7%、担任41.3%、学年会21.1%であった。また、1人で対応しているケースが31.7%みられ、そのうち養護教諭のみの対応60.6%、担任のみの対応45.4%であった。さらに、2人で対応しているケースは39.4%、そのうち養護教諭と担任で対応しているのが36.5%、養護教諭と「学年」(その学年の教師)とで対応しているのが39.6%であった。

その後の対応の仕方としては、本人と面接38.4%、保護者面談22.1%、家庭訪問13.4%であった。そのほか担任が迎えにいく、手紙を書く、友達を誘いにいかせるなどの対応もあった。

[10] 学校以外の相談機関を利用した例は小学校50.0%、中学校42.4%、高校52.2%、全体で46.2%であった。利用した相談機関は、医療機関47.9%、公的相談機関35.4%、教育相談・カウンセラー10.4%であった。

相談機関に行くきっかけをつくった記載例(23例)の内訳は、養護教諭が10例、保護者10例であった。

[11] 現在の状況としては「休みつつ登校している」のが23.0%、元気に登校しているのが22.1%、欠席継続18.2%、卒業16.3%であった。

[12] 不登校対策の組織については中学校2校を除いてすべての学校に存在した。メンバーについては養護教諭が89.4%、教頭73.7%、校長、担任、学年主任、生徒指導部長がそれぞれ57.9%の割合で組織の構成メンバーになっている。

## 4.まとめ

[1] 養護教諭は、早期対応者(担任など)の相談相手やその後の子どもや保護者への対応などの役割を担っている。担任と養護教諭が連携をとって学級で得られた担任の情報と保健室で得られた養護教諭の情報を交換し合うことによって、子どもをいっそうよく理解することができると考えられる。

[2] 相談機関にいくきっかけをつくったのは保護者とともに養護教諭であった。養護教諭は本人や保護者とかかわる中で状況に応じて、相談機関との橋渡しをする役割も担っている。

[3] 学校体制については不登校対策の組織がほとんどの学校であるものの、機能的に運営されていると記入された学校は少なかった。関係者ばかりが問題を抱えてしまうことのないように、共通理解のもと援助体制を確立することが必要である。

# 子供の食生活と健康 —生協総合研究所の調査結果から

○ 片平冽彦・奥山文雄(東医歯大)  
相磯富士雄(大妻女子大)  
西村一郎・笛野武則(生協総合研究所)

症る。あ慾する。國) 形率  
一て勉方のに 全生る収  
ギしや見償か の年す回  
ル加活の習ら で6 収(  
レ増生と活明 まは回通  
アが食る生に 繩た。 877  
、えはいむ的 沖ま布  
は訴現て含学 ら5配は  
にの出しを計  
中訴の係活統  
の愁状関生を  
ち定症と食係。  
た不の慣の関た  
供のら習供のつ  
月庭象収対  
子系れ活子と行  
11家対回析  
の器こ生た康を～員を。分  
本化。のし健査  
日消るどうと調  
10組200施これ  
年系て眠でれ下  
1994生親実、  
近経れ就こそ以  
の母をで  
：神わ。そび、  
的や言動。よめ  
状と運るおた方  
方法地そ調%  
12とで  
73(区の査)

## 結果

I. 単純集計結果からみた特徴：(1) 回答者の属性は、下が  
都市部 81%、住居一戸建 60%、集合住宅では 4 階以上  
73%、同居者数は平均 4.7 人（子供 2.5 人、大人 2.3  
人）、回答した子供は男 50%、第一子 45%（一人っ子 6  
%）、父が常用勤労者 83%、母が無職 49%。・子供 2.7  
%。(2) 子供の健康状態（以下、特記以外は、子供 5 位な  
は、自覚症状では訴え（よくある、時々）の気上がる位な  
は、疲れ易い 72%、集中できない 65%、やるラ医師 57%。  
る 62%、おなかの調子が悪い 58%、イライラ 57%。診断 あ  
アトピー性皮膚炎・喘息・鼻炎について「医師は時々 3.5  
アツビ」はそれぞれ 13%、7%、15%。虫歯は時々 3.5  
本。メガネやコンタクトを「いつも」11%、「時々」8%  
使う。体型の自己評価は「太りすぎ」10%、「満足」7%。  
供の食事内容（母親回答）は、20種の食品を毎日 97%  
61%で、毎日摂取の食品は肉魚卵 98%、お米 97%。  
類 91%、牛乳 64%、緑黄色野菜 62% 等。食事が規朝夕とし  
94%。(4) 食事時間の一不定性と孤食か否か 35%。  
不定 23%、朝食孤食 9%、夕食時間不定 35%。  
2%。(5) 食事中の状態は、小言を言われるは、こ楽は、  
52%、ほぼ毎日テレビをつけれる 64%、会話は、理段  
等。(6) 食事への母親の留意点（母親回答）は、「料値  
も気を付ける」の多い順に、添加物や農薬 69%、  
材料 67%、手作り 62%、栄養加工ネルギー 57%、

% 等。 (7) 子供の食事の手伝いは、買物 56%、付後片  
53%、炊飯 32% 等。 (8) 学校の給食は、子供 56%、付後片  
90% が大半または全部食べ、60% がとても楽し  
おり、母親は 89% が大変役立ち、47% が満足し  
ら困ったことを「よく聞く」4%、「時々聞く」43%、  
等。 (9) 外食の頻度は、(2週間に1回以上)「する」60%、  
「しない」36%。 (10) 子供の日常生活は、は大忙  
い 11%、やや忙しい 26% 等で、通っている先習事  
% (やめたい 15%)、スポーツクラブ 44% (や  
めたい 4%)、学習塾 43% (やめたい 7%)。 (11) 親が話を「よ  
く聞く」は、学校での出来事 46%、悩みや相談事 (母)  
43%、食事の内容 29%、悩みや相談事 (父) 22%、  
(12) 父が家事を「全くしていない」(括弧内は母親回  
答) は、炊飯 69(77)%、後片付け 49(60)%、(得意な)  
料理 42(56)%、買物 37(39)%。

II. 口渴ス集計(一部)の結果から：「よてクののさ食間自、「しん下母し(時  
の系、ヒラヒニ=樂盧床項目化と3をろ器事の、  
17消状」点こ化食母)、  
：を症い得と消  
等系「こス  
項自ららせ  
4のなれさ  
い神点たク  
し経、。口  
すを2しと  
や目」出目  
10時を12連  
し項々算項  
がみられ  
作り、食事の  
連り、食事の  
摂し、食事の  
開量(朝神食  
始時間)、夕食  
の量。

覺れを下二回、1検そは言葉  
自そ数以】重】ものと位をが  
、を変、全の【れ数数5言食  
か神の行、ぞい帰明上中、  
答【係をはれ0.1356ず係変位小給  
の経間選の②、定準要全、に  
供神人數数。全検標必状的事  
子・・変變た【る③に症則大  
の】活り明つよ。測覚規を  
人消生よ説あにた予自間話  
17、【常にたで2207よ。測覚規を  
帰モデル【常にたで2207よ。測覚規を  
0.2267下よ要のな、・実分の高  
%定の以わし考ぐも分度

# 小学校・中学校のむし歯についての 全国調査結果

-「むし歯被患率」と「DMF歯数」-

○野田 耕・正木健雄（日本体育大学）

## 1. 研究目的

わが国の子どもの疾病・異常のなかで、きわめて多いのが“むし歯”である。文部省『学校保健統計調査報告書』から近年の「むし歯被患率」をみてみると、各年齢ともわずかずつではあるが減少傾向にあるものの、その値は依然として8割～9割と非常に高い。

このように、わが国ではほとんどの子どもが“むし歯”にかかるており、全国的にみていまだその効果的な対策に到達していない。

国際歯科連盟（以下「FDI」と略す）は、1981年に西暦2000年における口腔保健の国際目標を提案している。子どもについての目標は、「5～6歳児の50%はむし歯が1本もないよう。また、12歳児のDMF歯数を平均3本以下にする。」というものである。

このようなFDIの国際目標を受けとめて、1991年に全国養護教諭サークル協議会（以下「全養サ」と略す）は「歯と体温の全国調査'91」を実施し、歯については「むし歯被患率」と「DMF歯数」の到達度評価基準を提案した。

われわれは、むし歯についての全国調査を実施する機会に恵まれたので、全養サの到達度評価基準を用いてむし歯の実態をとらえ、西暦2000年までの国際的な到達目標に向けての健康戦略を考えることを本研究の目的とした。

## 2. 研究方法

この調査は、日本体育大学学校体育研究室が1995年3月末に実施した「子どものからだの調査'95」に「むし歯の実態調査」という項目を加えていただき、6歳児・11歳児・12歳児についてむし歯の処置と未処置の人数、およびDMFの本数（永久歯について、D；未処置歯数、M；むし歯による喪失歯数、F；処置歯数）を男女別にそれぞれ記入してもらった。

アンケートは、小学校854校、中学校507校に郵送し、小学校192校、中学校121校から回答を得た。調査の対象となった人数は、小学生男子10,594名、女子

10,806名、計21,400名、中学校男子8,184名、女子6,804名、計14,988名であった。

## 3. 結果及び考察

### 3.1 6歳児の「むし歯被患率」

6歳児のむし歯被患率の範囲は、男子で0%～100%、女子でも0%～100%であった。また、図1には「6歳児のむし歯被患率」の分布を全養サの到達度評価基準によって示した。図からわかるように、1994年現在西暦2000年の目標に達している学校は8.6%であったが、被患率70%以上で国際目標から遠い学校は82.7%もあった。また、さらに遠い90%以上の学校も半数あり、注目させられた。

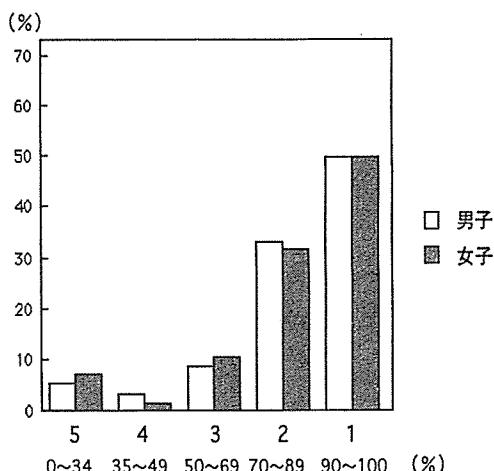


図1 6歳児「むし歯被患率」の分布  
(男子=161校、女子=162校)

### 3.2 11歳児の「DMF歯数」

11歳児のDMF歯数の範囲は、男子で0.4本～9.9本、女子は0.2本～11.2本であった。また、図2には「11歳児のDMF歯数」の分布を同様に示した。図からわかるように、西暦2000年の目標に達している学校は、男子で60%、女子で35%あり、またDMF歯数が3本台の学校は男子25%、女子40%で国際目標にかなり近づいている。

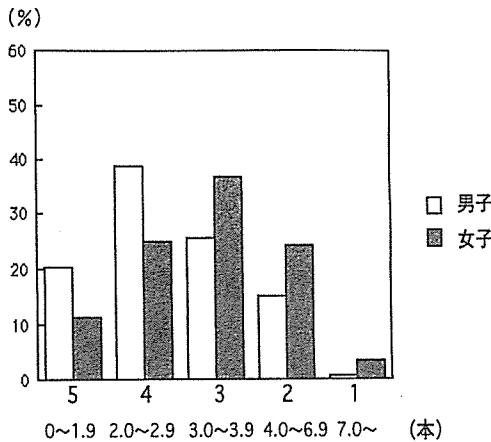


図2 11歳児「DMF歯数」の分布  
(男子=161校、女子=162校)

### 3.3 12歳児の「DMF歯数」

12歳児のDMF歯数の範囲は、男子で0.1本～12.9本、女子で0本～15.2本であった。また、図3には「12歳児のDMF歯数」の分布を同様に示した。図からわかるように、西暦2000年の目標に達している学校は、男子で30%、女子で20%であり、またDMF歯数が3本台の学校は男子25%、女子で28%であった。

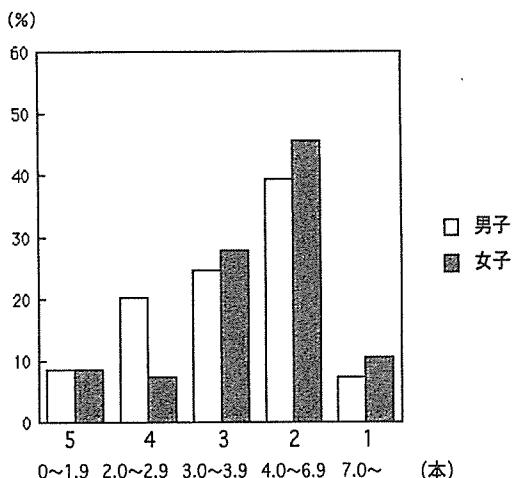


図3 12歳児「DMF歯数」の分布  
(男子=94校、女子=94校)

以上のように、FDIの国際目標から考察してみると、6歳児のむし歯被患率が国際目標からほど遠い学校が80%以上もあるが、一方小学校6年生(11歳児)のDMF歯数では、国際目標にほど遠い学校は20%にすぎず、中学校1年生(12歳児)のそれも50%であった。したがって国際目標からみると、就学時が目標まで最も遠く、小学校入学前までの「むし歯対策」が最も重要であることがわかる。また、中学校1年生(12歳児)のDMF歯数も目標達成は微妙な状況であり、ここに対しても適切な作戦が必要と考える。

### 4. 結論

小学校・中学校における「むし歯」についての全国調査を実施し、国際目標とわが国の到達水準とを比較し、以下の諸点が重要と考えた。

①わが国においては小学校入学前の幼児期における、むし歯の健康戦略が必要である。

②中学校1年生(12歳児)のDMF歯数についても国際目標達成のため、格段の取り組みが必要である。

これらに対する取り組みのため、むし歯の実態調査、生活調査を平行して実施し、両者の関係について上位下位分析をおこない、むし歯を多くさせている、あるいは少なくさせる条件をつきとめること。

③現在、文部省の『学校保健統計調査報告書』では、各年齢ごとの「むし歯の被患率」が求められているが、「DMF歯数」は12歳児のみが掲載されている。しかし国際目標への到達を意識するならば、「むし歯の被患率」は6歳児までにとどめ、6歳児以降は「DMF歯数」を求める方が取り組みのためには有効であると考える。

④むし歯の健康戦略をより正確するために、各地・各学校にあるむし歯についてのデータを集めて、データベースを作成する必要がある。またこれらのデータが住民に公開され、各地でのむし歯健康戦略策定に住民が参加できる制度を考える必要がある。

# ごみ処分場の殺虫剤散布と児童の視力低下

○ 大橋光雄 (視力低下とごみ処分場の殺虫剤問題を究明する会)

## 1. 目的

1994年の第3回日本臨床環境医学会総会で「視力不良をもたらす環境要因」という研究発表があり、そこで東京湾のごみ処分場に隣接する3つの区の11才児童の視力は、内陸部の三つの市の児童と比べて10%以上不良率が高く、その有力な原因としてごみ処分場で散布している有機りん系殺虫剤の影響が考えられるとの指摘があった。

われわれは、予てよりごみ処分場による様ざまな環境汚染を問題にしていたので、この研究発表に重大な関心を持ち、自らも調査究明することとした。

## 2. 方法

「東京都の学校保健統計書」を1975年から1992年までの18年間分解折し、小・中学生の年令・男女・23区別に、視力1.0未満の児童数の比率を見た。これに順位をつけて地域差の状況を把握し、これらを東京都23区の地図上で種々展開するとともに、気象庁その他の風向・風速データから風配図を作成した。これは、ごみ処分場の殺虫剤が揮発して周辺に拡散して行く方向の比率を見るため、東京都清掃局その他から入手した殺虫剤散布データと関連づけて、視力不良率の地域差に有意性が考えられるかどうかを検討した。

## 3. 結果と考察

統計書の解折では、様ざまな切り口があるが、結果的には共通した傾向が見られているので、ここでは18年分を集約した形で、小・中学生男女総合計の数値を示し、一定の考察をしてみる。

### ● 視力不良者比率の地域特性

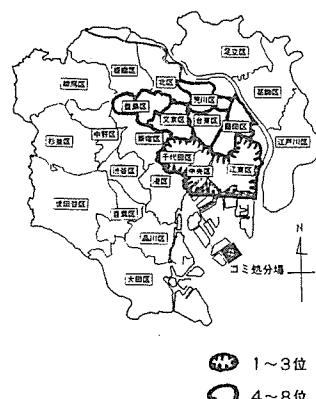
18年間の小・中学生延べ1500万人近い受検者のうち、視力1.0未満の児童数の23区別比率と順位は表のとおりである。上位各区のうち千代田、中央、墨田は中学生の視力不良率が高く、江東、墨田、中央は小学生の視力不良率が高い。中学では、各年の順位で4位以内に出現する回数が多い区は、千代田(18中16)中央(同13)墨田(同10)で、中央と墨田は5位~8位にも3回、5回と出現している。小学の部では4位以内が、江東(18中16)墨田(同10)中央(同10)で、5~8位は江東(2)墨田(5)中央(4)といずれも出現数が多い。以上の4区につづいて荒川、文京、

台東の3区も18年間の中での上位出現数が多くなっており、表の視力不良率順位とほとんど一致した各年高順位出現率となっている。

表の上位8区を東京23区の地図中に表示すると次のとおりである。一目で分ることは、上位3区の位置がごみ処分場の北側で最も近接した位置にあることであり、4位から8位までの5区はさらにその北側へつづいていることである。ごみ処分場からの距離は、10キロラインが江東区と中央区の大半をこえて墨田区と千代田区の一部にかかるほどの位置関係になる。

視力不良割合 小中学校男女総合計			
区名	検査人員	%	順位
千代田区	155,248	36.31%	1
中央区	152,646	35.75%	2
江東区	747,937	35.57%	3
墨田区	444,960	35.00%	4
荒川区	335,876	34.60%	5
文京区	318,753	33.90%	6
台東区	324,747	33.67%	7
豊島区	405,166	33.06%	8
渋谷区	312,003	32.91%	9
大田区	1,162,807	32.62%	10
新宿区	478,876	32.20%	11
港区	286,587	31.94%	12
目黒区	398,091	31.72%	13
葛飾区	835,134	31.06%	14
江北区	688,382	30.47%	15
江戸川区	1,164,182	30.36%	16
板橋区	942,786	30.16%	17
品川区	570,218	30.05%	18
足立区	1,421,430	29.79%	19
杉並区	823,847	29.77%	20
小野区	516,481	29.64%	21
世田谷区	1,270,511	28.63%	22
練馬区	1,163,714	27.57%	23
合計	14,920,420	31.09%	

1975~1992年通算・上位ランクの分布  
(小中学校男女総合計)



### ● 殺虫剤の大量散布と風向

東京湾の中央防波堤外側廃棄物処分場では、年300日ほど有機りん系殺虫剤を大量に(1日9万リットル)散布しており、その大半が4月から11月に集中している。風向データによると、4月から10月の間は南寄りの風が圧倒的に多く吹いていて、図示した各区はちょうどその風下に当っている。殺虫剤が揮発して風にのり、風下の各区へ降り注ぐことが考えられる。

### ● ごみ処分場以外の理由づけムリ

なぜ視力不良率の高い地域が、常に図示の位置に集中してくるのか。一般に唱えられている視力低下原因説のどれを見ても、東京23区の中で、図示の地域に特に結びつけられるものはない。有るのは有機りん剤説とごみ処分場の結びつきの可能性だけである。

大阪府高教養護教諭 梅崎貴美子（柏原東）甲 品子（夕陽丘）○林 秀子（高槻北）  
藤沢路子（山本）門田辰子（勝山）宮田律子（泉鳥取）

### はじめに

文部省は1995.12.8 付けで学校保健法施行規則を改訂した。

主な改定は、色覚検査は小4で実施し中高では行わない、視力では眼鏡使用者は裸眼視力を省略できる、また測定方法が簡略できる、歯科はう歯の程度を判別しない胸囲は測定しなくてよいことになった。全体的に健康診断が簡略されたと言える。

学校判断で項目や実施方法を決定することが多くなった改定後の健康判断をどう進めるかについて、アンケート調査をしたところ、2月の段階で、簡略化やむ不得ないという意見と、回答者の半数以上は簡略化を望む教職員の雰囲気の中で養護教諭自身とまとっているという状況であった。項目別では胸囲を実施する20% 実施しない71%、視力簡略しない42% 簡略する36%、色覚実施する29% 実施しない53% で特に視力と色覚についての疑問が出された。

他方では「女性職員の悩みの種であった胸囲測定など、「しなくてもよい」とされている検診を廃止するよう取り組みましょう」（大阪高教組 94号）と職場の負担軽減を理由に、簡略化の運動がある中で、これまで生徒の実態をどう捉えてきたか問われるところであり、私たちは、生徒たちの健康保障と教育としての健康診断のありかたの討議を職場で深めるために、改定のねらいを明らかにし、生徒の健康実態から改定内容の問題点をまとめた。紙面の都合上、色覚と視力について報告する。

### 1. 色覚について

#### （改訂内容）

小学校第4学年で1回実施することを原則とするが必要な場合には健康相談などの活用によって個別に検査指導を行うこと

問題1. 小4年の検査結果だけで、高校において色覚異常者を完全に把握できるか

1) 中学校より健康診断票を全員漏れなく送ってもらうことはかなり困難、特に一度他校へ入学したことのある過年度生の物は送付してもらえない。また転校している

場合小学校の記録が送付されないことがある。

2) 小4年以降に発見されているケースがある。

・高津高校西氏の該当生徒本人への調査によれば、発見の年齢は以下の通り。

小4まで 60.7% 小5以降 37.6% その他 1.7%  
(調査総数117名....5年度在籍生徒)

・柏原東高梅崎氏によると中等度の色覚異常者が高校で発見されている。

H5年度入学生において、中学時の検査記録では異常者が8名であったが、高1の検査では異常者7名、その内中学時記録されていない者が1名（中等度）、中学で記録されていた8名の内2名は「異常なし」であった

H4年度入学においては、中学時の検査記録では異常者4名であったが、高1の検査では異常者8名、中学時記録されていない4名の程度は、中等度2名、軽度2名

問題2. 生徒の色覚に関する完全なデーターが無いなかで、どのような健康相談の活用がありうるか。

問題3. 眼科医の言う「日常生活にさほど支障はない」と「日常生活上の不便さ」について、実際はどうか。

1) 西氏の調査によれば、学校生活に問題ありと答えた生徒は調査総数に対して、図画（美術）29.1% 社会23.9% 理科10.3% 体育7.7% 一般授業40.2%

2) 「クレパスの色が見分けられますか」（創知社）には不便さが具体的に書かれている。ここでは省略。

つまり、色覚異常の程度の差により、日常生活上の不便さは全く無い人から、かなり不便を感じる人まで巾広い。ひとまとめに「色覚異常」で多くの制限を強いてきたことは問題であった。しかし日常生活に不便を感じている人に対して「日常生活にさほど支障ないのだから」と必要とする配慮が欠けていく方向に進むとしたら問題であろう。

問題4. 「入学、採用制限は、大幅に改善されてきている」しかし就職希望の多い学校、特に工業高校では色覚に関するトラブルで苦慮している。

1) 眼科医高柳泰世氏は「色覚異常と進路選択を結びつけないのが良い」と言われている

2) 東京医科大眼科太田安雄教授は、「公共の乗物の運転や微妙な色を扱う職業は、人一倍神経をすり減らすなど、明らかに不利なので避けたほうがいいこと、しかし

それ以外は全く支障がない」また「自分の異常の程度を知つておくことも大切なこと」と言つてゐる。

3) ある工業高校の例、色覚異常のあるA君は、多少不安を持ちながら、希望する会社が色覚異常の有無を採用条件に問わなかつたので、受験し入社。ところが微妙な識別を要求される仕事で、上司に申し出で配慮してもらつたが他人に負担をかけたり、精神的にも落ち込み、退職すべきか悩み学校に相談に來た。本人の言では「会社が色覚異常者には無理であることを明示してくれれば、別の会社を選んでいたと思う。前もって条件を示してくれたほうが助かる」とのことだった。

問題5. 高校生で色覚異常の生徒への指導は不要か。色覚以上のある生徒に、それを正しく理解させ、不要な悩みや不安を持たせないよう配慮することが必要であろう。進学、就職、結婚まで含めて考えられる年齢から言えば高校生での指導が適当であり、また自分の色覚異常度を正しく認識することの重要さを知らせる必要があると思われる。

問題6. 学校での色覚検査についての問題は何だったのか。

「クレパスの色が見分けられますか」より、色覚異常の人とその親へ色覚検査の必要性を調査したところ親の80.4%、本人の72.6%が「必要」と答えている。同時に「必要だがやりたくない」というのが本音とも書かれている。生徒の心を傷つけているのは、「検査がある」からではなく「生徒のプライバシーを尊重しない誤った方法で検査が行われている」とこと、「検査表が伝統上の色覚異常を見つける手段にはなり得ても、生活上の支障を判定しえないにもかかわらず、一律に繰り返し行われている」からである。

## 2. 視力について

### (改訂内容)

眼鏡を使用している者については裸眼視力の検査を省略できるものとした。視力を1.0以上「A」、1.0未満～0.7以上「B」、0.7未満～0.3以上「C」、0.3未満「D」の区分を用いて判定して差しつかえないこと。

問題1. 正確で問題の早期発見につながる視力検査ができるか。

裸眼視力1.0未満のものは急増しており、原因が明らかになるまでは正確で丁寧な視力検査が必要。裸眼視力

の程度を示す径年データーは途切れ、文部省が「目の健康に関する調査研究委員会」を発足させていることと矛盾し、子どもの悪い健康実態を隠蔽するものである。

問題2. 視力がA B C Dで、生徒の健康認識を育てることができるか。

1) A B C区分では生徒が理解しにくい。0.7から0.6になつても、0.9から0.3になつても同じようにBからCへと下がるだけで問題意識を持たせにくく

2) 裸眼視力が低い生徒に丁寧に受診指導をしたが受診率は6.7%であった。A B C方式ならその後の検査が公費で保障されない限り意味がなく、自分の視力をさえ知る機会を失ってしまう。単に検査するだけでなく保健指導をともなつて初めて検査が生きてくるものである。

問題3. 目を強打する事故が起つたが、その時の判断資料としては0.1毎の視力が絶対必要ではないか。

問題4. 「裸眼視力の測定は意味がない、誤った判断をする恐れがある」(「健」1994.10 湖崎眼科医)と言われるが、屈折異常の検査を取り入れていないなかで、裸眼視力は意味がないのだろうか。

(歯科・胸囲について省略)

おわりに

確かに養護教諭の執務の中で、健康診断が一学期の多忙さを極めているが、しかし私たちは養護教諭の複数配置を初め、より丁寧な健康診断や事後指導ができる条件整備を要求してきた。健康診断の結果を教育活動に生かしきれていないことも事実である。しかし胸囲についてプライバシーの問題、測定が正確でない、教育に活用されていない理由で事実上廃止になることに疑問が残る。

今回の改定の問題点は、スクリーニングを強調し確定診断の保障がないこと、教育としての視点がないこと、健康実態に基づかない検査内容であること、検査の条件整備には触れずプライバシー保護を理由に検査項目を削減したことである。そして健康の自己責任論と自助努力、受益者負担論に基づく国民医療・保健、福祉および公教育の切り捨をねらったものである。

「学校における健康診断は、生徒たちの健やかに発達する権利、健康に生きる権利、学習権を保障していくことを大切に考える」立場にたつなら、生徒たちの健康実態を正確に把握し、異常の程度に適した細やかな対応をしていくことが必要であり、努めてきた。また健康診断が教育的活動になる取り組みをすすめてきたところである。学校の判断といえども、簡略化に流されるであろうが、健康の実態が見える健康診断にしていきたい。

藤森 弘（大阪府保険医協会）

## I ) 現代の子どもの五つの不幸

からだと心に重大な問題が生じている／まわりから、その問題に気付いてもらえない／自分でも、その問題に気付くことができない／気付いてもらっても、適切な対策を講じてもらえない／自分で気付いても、どのように切り抜けばよいかわからない

## II ) 子どもの健康の問題

## A) 「おかしさ」（N H Kと日体大体育研究所の調査から [1978年9月]）

こんどは手が前に出ないから顔の怪我が多い／ボールが目にあたることが多い／なんでもないようなときに骨折する／土ふまずの形成が遅れ、長く歩けない／骨盤の発達が悪い／腹が前にでっぱっている／背すじがおかしい／朝礼の時倒れる／椅子にすわっている時、じっとしておれず、ぐにゃぐにゃになる／朝からあくび／休み時間中、ボーッとしていて、なにもしない／体温の低い子どもがいる／手指が不器用でぞうきんをしほれない／真っすぐに走れないで、蛇行してしまう／遊んでいるときなど、キーッといった意味のない奇声を発する／肩こりや腰痛を訴える

## B) 日常診療や学校健診で、藤森がみているいくつかの問題

むし歯／不正咬合／歯周炎（歯肉炎、歯槽膿漏）／近視／視力左右不同／扁桃肥大／ちく膿／尿の異常が多い（微小血尿・尿路感染症など）／難聴／口呼吸／呼吸をコントロールできない／よい発声ができない／胸郭異常（みぞおちの高さで、横に、溝のようなへこみが認められる）／ねこ背／右（利き腕側）肩下がり（左肩上りでもあります）→側わん／鉛筆の持ち方が正しくない↔箸の使い方が下手／肩、股など、全身の関節が硬い→不器用、歩行がぎこちない／腰椎前わん（起立性蛋白尿、腰痛、生理痛）／X脚またはO脚が多い／立っているときに、膝をのばせない（リ休めルの姿勢ができない）／走っているときに足がもつれてころんってしまう／疲労骨折／スポーツ障害／爪かみ／笑い顔が硬い／貧乏ゆすり／心身症（胃・十二指腸潰瘍など）／自律神経失調症（起立性調節障害など）／ひどい車酔い／運動中の突然死／中毒（シンナー・アルコール・タバコ・カフェイン）／髪の色が黄味がかったり赤茶けていたりする／皮膚が乾燥していく、かき傷だらけ→アトピー性皮膚炎の増加／アレルギー性疾患の増加／脳のアレルギー、たとえば、ニアレルギー性緊張・疲労（弛緩）症候群ニア／人工着色料・人工香料の脳への悪影響（B.F.ファインゴールド著『なぜあなたの子供は暴れん坊で勉強がらいか』人文書院発行）／情緒の問題（笑わない）／不登校／いじめ／平気で人の顔にまともにせきやくしゃみをあびせかける／肺結核→集団発生／鉄欠乏性貧血／脚氣などビタミン欠乏症／早食い／肥満とやせとが増え、均整のとれた体格が少なくなってきた／「小児成人病」／便秘（ときに、一週間以上という子もいる）／自分のからだの不調を、言葉で正確に表現することができない（たとえば、しんどい、疲れた、気持ち悪い、普通、わからん、べつに、などしかいえない）

## III ) 健康に破綻を生じさせる、日常生活上の問題点

## A) 生活に能率・スピードを追求しすぎる【結果ばかりを求めて、過程を無視する】

## B) 安樂の追求【熱量消費の減少→肥満そして筋・骨の「廃用性萎縮」】

## C) 快適を追求しすぎる【リ快リにも限度があることを知らない】

## D) ものごとの区別をはっきりつけない【おやつのだらだら食い、生活リズムの乱れ】

## E) からだの部分的酷使あるいは部分的運動不足【利き手ばかり使う（利便の追及）】

## F) 手本に問題がある【テレビ（ニア怪獣ニア・ニア暴力番組ニア・CM）、テレビゲーム】

## G) 公害【大気汚染、水質汚濁、騒音、振動など】

## H) 有害食品・化学繊維・新建材の氾濫

## IV ) 子どもの健康状態の認識・対策の推移

1960～1970年：大気汚染公害病の多発

このころ、「成人病」【動脈硬化（脳梗塞・狭心症・心筋梗塞などを含む）／高血圧／悪性腫瘍／糖尿病／肺気腫／骨の退行性変化／胆石症／（肥満症）】という言葉がつくられる

また、このころ、「半健康」という言葉流布（次ページへ続く）

1964年：東京オリンピック開催  
1965年：国民健康体力増強関係閣僚会議  
同年：体力づくり国民会議  
1969年：「14年目の訪問」公衆衛生学会で発表される（1955年：森永砒素ミルク中毒）  
同年：文部省「肥満児全国調査結果」発表  
1970年ごろ：学校保健の「御三家」（近視、虫歯、扁桃腺）  
1974年：小・中学校で学校検尿始まる（「長期欠席の理由が腎臓病」の子どもが増加）  
同年：小・中学校で心臓検診始まる（体育中の「突然死」対策）  
1977年：文部省体育局「脊柱側わん症の早期発見について」公表  
1978年：「おかしさ」（NHKテレビ番組「警告！子どものからだは蝕まれている」）  
1979年：学校健診の項目に、側わん症が入る  
このころ、子どもの「異常な骨折」の多発が各地の教育現場から報告される  
1970年以降、20年間で、アレルギー性疾患が3倍増  
1980年代なかばから、「小児成人病」の対策が模索され始める  
1985年：文部省「児童生徒の問題行動実態調査結果」発表（いじめ、登校拒否激増）  
1986年：大阪府保険医協会は、機関誌『大阪保険医雑誌』6月号で、はじめて、「学齢期シンドローム」の用語を提唱  
1987年：登校拒否、さらに増加が判明  
同年：学校保健会「健康診断調査研究委員会」が学校健診の見直しを始める  
1988年：大阪府保険医協会は、「学童の胸郭異常」調査結果を発表  
1990年：「低体温」など「おかしさ」が、なお増加中との調査結果（日体大正木教授）  
同年：学校保健会「健康診断調査研究委員会」、『報告書』を出す（胸囲・座高等学校健診として基本的検査項目を省略を示唆）  
同年：全国保険医団体連合会が、「学齢期シンドローム」全国調査結果発表  
1991年：文部省が「児童生徒の健康状態サーベイランス事業」開始。予備調査（血圧、血清コレステロール値、アレルギー症状、疲労感、食生活の状況など）  
1992年：文部省は、歯磨きの指導方法を変更（虫歯対策から歯周病予防へ）  
同年：厚生省は、3年計画で「アレルギー疾患総合研究」に着手（予算1億円余）  
同年：結核予防法施行令及び施行規則一部改正  
1993年：小・中学校一年生に対するX線間接撮影の廃止  
同年：文部省は、児童・生徒全員の尿糖検査を導入  
1994年：学校保健会「健康診断調査研究委員会」、『報告書』（第二次検討まとめ）を出す（胸囲測定の廃止、視力検査で裸眼視力の省略及び三指標のみで判定することなどを提案。一方で、日常の健康観察を重視することを強調）

V ) 学校保健の方策と対象：（治療□予防）□教育

- A) 治療→特定の個人（患者）
- B) 予防→いくつかの危険因子を共有する集団
- C) 教育→全員（健康教育を全員に…）

（例）側わん／肥満／「小児成人病」／便秘／尿異常／スポーツ障害／不登校

VI ) 学校健康診断のあり方を求めて（藤森の構想）

- A) {できあがった疾病の確認では手遅れ：早期発見でも遅い} → {健康の色合}
- B) 「（異常が）ない／なかった」ということの確認が必要→定期（反復）検査
- C) {多種目・少対象} という特徴に見合う方法を考案しなければならない  
→現場ごとのリ手作りリでなくてはつかみきれない  
(肺結核・胃癌の集団検診がセンター方式でやれるのは、少種目・多対象だから)
- D) 問題発見の場が日常生活（教室・運動場・路上・家庭）
- E) 計測・検査の項目（医学的検査でなくても）を問題に応じて検討する（増やす）  
たとえば 生活習慣／健康意識／（自・他覚）症状など
- F) 検査する者とされる者との共同作業  
主体的に自己の健康と関わる（健康感・自覚症状を的確につかむ）  
→相互に、リ問い合わせリのある健康診断
- G) 検査の結果  
有所見者：健康管理（予防をふくむ治療）  
無所見者：健康リ予測リ（教育）
- H) （危険因子を取り除くことが目的の）健康教育としての健康診断  
知識の伝達／態度の変容／行動の変容