

BULLETIN OF SOCIAL MEDICINE

社会医学研究

第37回 社会医学研究会総会
講演集

社会医学研究会

特別号 1996

JAPANESE SOCIETY FOR SOCIAL MEDICINE

第37回 社会医学研究会総会 プログラム

1. 日時：1996年7月20日（土）～1996年7月21日（日）

2. 場所：青森県弘前市本町40-1

弘前大学医学部コミュニケーションセンター

phone. 0172-39-5240 fax. 0172-37-8422

3. 学会事務局

〒036 青森県弘前市在府町5 弘前大学医学部衛生学教室内

第37回社会医学研究会総会事務局

phone. 0172-39-5037

fax. 0172-39-5038

担当世話人 仁平 将

4. 発表形式

要望・一般演題の発表は1演題につき20分程度（発表10分、討議10分）

抄録と当日配付資料のみで御発表下さい（スライドは使用せず）。

主題「生を衛る」

生命：健康を衛り、

年活：衣・食・住と労働を衛り、

生産：資源とエネルギーを衛る。

（丸山博著作集2の序言より）

5. 参加費：会員・一般 3,000円

大学院生・学生 2,000円 当日会場でいただきます。

第1日目：7月20日（土）

	会場A： 大ホール（2階）
1:00pm	特別講演「疫学事始」 佐々木 直亮（弘前大学名誉教授） 座長 仁平 将（青森県五所川原保健所、鯉ヶ沢保健所）
2:00pm	フォーラム（1）農業の現況と農民の健康を考える 座長 彦坂 直道（宮城厚生協会泉病院） 1. 国際化・自由化局面における国内農業の行方 神田 健策（弘前大学農学部） 2. 農業労働と健康問題 渡部 真也（立命館大学客員教授）
3:00pm	A 座長 寺西秀豊（富山医科薬科大学公衆衛生） 1. 保健室登校に対する養護教諭の取り組みと課題 太口 武子（「学校」と子供の健康・発達研究会、城陽市立城陽中学校） 2. 子どもの土ふまずの研究 ―へき地の場合― 野田 耕、正木健雄（日本体育大学） 3. 小学校6年生のOD症をめぐる状況 ○須藤 朋子（東久留米6小）、荒井 益子（立川8小） 及川 和江（田無西原2小）、大川 延子（元田無向台小） 松尾 美津枝（調布柏野小）、野井 真吾、宮崎 忍（日本体育大学）
4:00pm	B 座長 岩瀬 俊郎（金沢市・城北病院） 1. 近年の医療供給再編をどうみるか ―医療供給政策の研究に向けて 松田 亮三（奈良県立医科大学衛生） 2. 健診成績と入院日数・外来受療日数・医療費との関連： 国保連合会レセプトからみた解析結果 ○早川 岳人、上島 弘嗣、岡山 明、山川 正信（滋賀医科大学 福祉保健医学）
4:40pm	夕食・休憩
6:00pm	自由集会① 「ポリオ生ワク輸入運動から学ぶ」 世話人 芦沢 正見（平和学院看護専門学院）
8:00pm	終了

	会場B： 小会議室（1階）
3:00pm	<p>C</p> <p>座長 福地保馬（北海道大学教育学部）</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 聴覚障害者の受療に関する医療機関側の問題～医療機関への面接調査を通じて ○北原 照代、埜田 和史、西山 勝夫（滋賀医科大学予防医学） 2. 某医療労働組合3, 500名の健康調査結果から一特に看護職の夜勤影響について ○大竹 康彦（仙台錦町診療所）、広瀬 俊雄（産業医学健診センター） 3. 身障労働者の作業環境と作業態様の実態調査報告 桜井 忠義（日本体育大学健康科学）
4:00pm	<p>D</p> <p>座長 埜田 和史（滋賀医科大学予防医学）</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. MMRワクチン「人体実験」論 一葉害エイズから予防摂取へー 栗原 敦（MMR被害児を救援する会、全国予防摂取被害者の会、予防摂取制度検討市民委員会、(社)日本てんかん協会、城陽市立西城陽中学校） 2. 教職員の健康の機器を克服し、学校をいのちと健康を守る権利の発信地に 三栄 国康（全日本教職員組合） 3. 江東区における環境問題とそ属昆虫駆除事業の現状および今後の課題 菊地 頌子（江東区環境保健部）、○山本 民子（江東区城東南部保健相談所） 大柰 和子、寺西 知恵、石井 明子（江東区深川保健所） 海宝 守一、林 恵子（江東区城東保健所） 野中 理子（江東区深川南部保健相談所）
5:00pm	夕食・休憩
6:00pm	<p>自由集会②</p> <p>「労働衛生関連法規の大幅改定について」</p> <p>世話人 福地 保馬（北海道大学教育学部）</p>
8:00pm	終了

第2日目：7月21日（日）

9:00 am	<p>会場A： 大ホール（2階）</p> <p>シンポジウム 高齢者介護システムの動向と課題 座長 草野 文嗣（滋賀県長浜保健所） 上島 弘嗣（滋賀医科大学福祉保健医学）</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 公的介護保険の問題点 二木 立（日本福祉大学） 2. ケアマネジメント・システムの課題 黒田 研二（大阪府立大学社会福祉学部）
12:00 am	昼食・休憩
12:30 am 1:50 pm	総会議事
2:00 pm	<p>フォーラム（2）薬害エイズ 座長 石田 悟（あおもり健康企画） 座長 仁平 将（青森県五所川原保健所、鯨ヶ沢保健所）</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 薬害エイズ 償いの課題 片平 冽彦（東京医科歯科大学難治疾患研究所） 2. 1983年度厚生省エイズ研究班に班員として加わって 芦沢 正見（平和学院看護専門学院） 3. 東北における薬害エイズ被害者とHIV訴訟 沼田 徹（東北HIV訴訟弁護団弁護士） 4. HIV感染被害者の生活変化と望まれるケア 高階 恵美子（東京医科歯科大学）
4:00 pm	閉会

	会場B： 小会議室（1階）
2:00pm	<p>E</p> <p>座長 石城 赫子（早来町役場） 三浦 いづみ（杉並区南保健所）</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 社会的入院から介護を考える 岩瀬 俊郎（金沢市・城北病院） 2. 「ねたきり・痴呆性老人をかかえる家族の会」と高齢者の地域ケア ○関谷 栄子、真保 雅子、西方 規恵、木下 安子（白梅学園短期大学） 3. 高齢者の立場から見た食事サービスの現状と課題 ○真保 雅子、関谷 栄子（白梅学園短期大学） 木下 安子（新潟青陵女子短期大学、永島 悠美子（給食ボランティア） 4. 高齢聴覚言語障害者の公的介護保険の導入にあたっての実情と問題 ○福井 高子、大矢 暹（特別養護老人ホーム梅の木寮）
4:00pm	閉会

*会場までのアクセスは

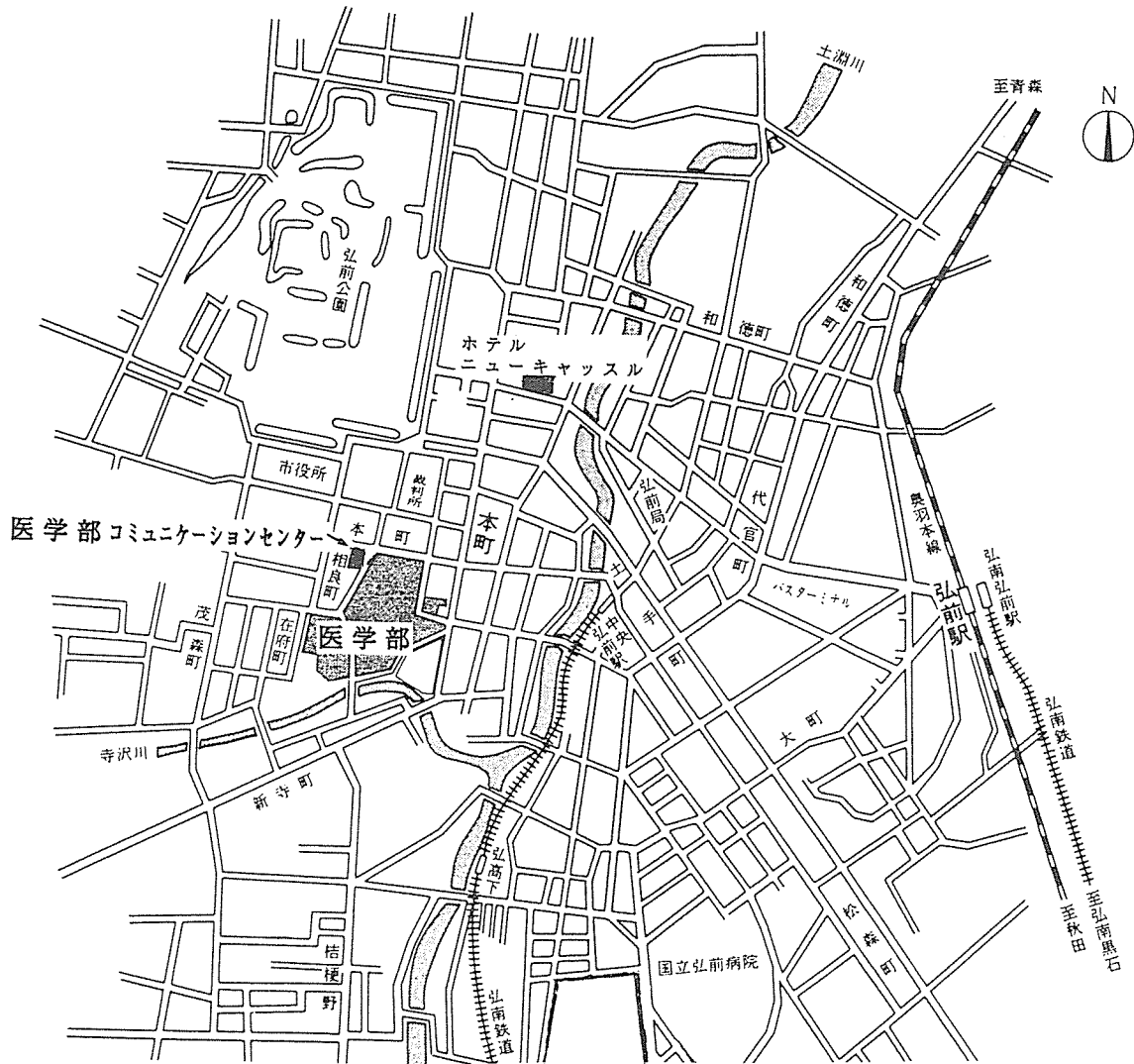
青森空港からバスで約50分(ホテルニューキャッスル:会場近し、弘前バスターミナルまで、740円)

弘前駅または弘前バスターミナルから

タクシーで約10分(800円前後)

バスは茂森線(茂森経由桜ヶ丘)、駒越線(工業高校経由、または城西大橋経由)で大学病院前で下車、170円(前乗り、前降り、後払い)

会場案内図



特別講演

「疫学事始」

佐々木 直亮（弘前大学名誉教授）

座長 仁平 將

（青森県五所川原保健所、鱒ヶ沢保健所）

疫 学 事 始

弘前大学名誉教授

佐々木直亮

仁平將世話人から「弘前へ来られてなぜ地域へ研究が進ようになったかを中心に」とのことであったが、講演の演題を「疫学事始」とさせていた。

杉田玄白の「蘭學事始」からの連想である。

最近どおいうわけか分からないが「Who's Who in the World」から原稿のチェックがきて、自らを英語で表現すると何になるかの判断を迫られることがあった。私は「epidemiologist」であると結論したが、この機会に自分の研究を「疫学的研究」というようになったかを考えてみたいと思った。

また雑誌公衆衛生(60,234,1996)に「21世紀へのメッセージ」として「疫学による予防へ」を書き、また臨床科学(32,240,1996)に「医療今昔物語」としての「高血圧」の中で「これら高血圧の定義の変遷をみると、疫学的研究の成果が理解されるようになったのではないか」と書いた。

昭和29年に弘前へ来てからであるが、日循協誌(30,141,1995)に「日循協30年前夜の人々」で述べたように多くの先人たちのあとをついでの研究として「東北地方住民の脳卒中ないし高血圧の予防に関する研究」を展開したが、その内容を一言でいえば「血圧論から食塩文化論へ」であり、方法論からいえば「疫学的研究」の展開であった。

脳血管疾患はかつて「脳溢血」と言われていたが、その総合研究の中で近藤正二は「成因に関する衛生学的研究」を行なった。その流をくむ弘前大学医学部衛生学講座初代教授の高橋英次と研究を始めたが、東北大学へ転出したあと私が衛生学講座を担当することになって研究を続けた。

「疫学」については戦後來日したJ.E.ゴルドンの「医学的生態学としての疫学観の発展」(公衆衛生,18(4),1-8,1955)に強く影響を受けた。ヒポ

クラテス以来の考え方であるが、R.ベコーンを経て「近代的疫学」による「多要因疾病発生論」であり、「追跡的疫学」の重要性の指摘であった。またJ.N.Morisの「Uses of epidemiology,1957」(原島進:公衆衛生,25,615-617,1961)もあった。統計的技法として「コホート分析」R.A.M.Case:Brit.J.prev.soc.Med.,10,159-171,1956)も知らされた。

われわれの疫学的研究はまず死亡率の検討であったが、指標は30-59歳の中年期脳卒中死亡率であり、そこに公衆衛生学的門題点(日公衛誌,4,557-563,1957)を考えた。また地域における血圧測定方法をきめて(高橋英次,他:弘前医学,11,704-709,1959)地域へ入っていった。(人々と生活と:第49回日本民族衛生学会総会記念写真集,1984)

地域において血圧測定値を整理検討して、人および人々の血圧をどのように理解したらよいかの「血圧論」(弘前医学,331-349,1963)について考察し、Community Diagnosis や健康の指標としての意義について述べた。(日公衛誌,9,287-291,1962)

「疫学的アプローチ」は基本的にひとりの患者あるいはその人の中の部分に目が向けられるのではなく、人々の研究から始まるが、その地域人口集団の健康情報としては計画的な疫学研究によらなければならないと思われ(日衛誌,45,187,1990)、そこで得られた情報をもとに「問題」を把握し、問題解決の手段が得られるものとする。

われわれは日本の東北地方住民の働きざかりから多発していた脳卒中死を減ずることを目標に研究を展開したが、一応の成果が得られたものと考察した。弘前大学医学部衛生学教室業績集(2-12)に、また「りんごと健康」(第一出版,1990,)と「食塩と健康」(第一出版,1992)にまとめた。

フォーラム（1） 農業の現況と農民の健康を考える

農業や食糧をめぐる日本の政策は近年大きく変化した。その中で、日本の農業者の健康ははたして守られているのか。さらには、日本の食糧・食品の安全性は確保されるのか。古くから食糧基地といわれてきた東北地方で行われるこのフォーラムを、今後の農業者の健康問題・農業や食糧の安全性を調査・研究する際の基礎としたい。

座長 彦坂 直道（宮城厚生協会泉病院）

1. 国際化・自由化局面における国内農業の行方
神田 健策（弘前大学農学部）
2. 農業労働と健康問題
渡部 眞也（立命館大学客員教授）

1 国際化・自由化局面における 国内農業の行方

弘前大学農学部

神田 健策

1. 95年センサスにみる日本農業の概要

- 1) 過去最高の農家数の減少率(90 →95)
 - ・ 343万8,000 戸 (▲39万7,000 戸、▲10.4%)
 - *減少率 販売農家10.9% >自給的農家8.5%
- 2) 大規模農家の動向
 - ・ 北海道(30.0ha～)、都府県(5.0ha～)
 - *大規模農家層への農地集積
 - *借地による経営耕地面積の拡大
 - *しかし、実数では9,250 戸(内、東北地域に45%が集中)
- 3) 農地面積の減少
 - ・ 経営耕地面積 24万ha減少
 - ・ 耕作放棄地 24万4,000ha
- 4) 深刻化する担い手問題
 - ・ 農家世帯員の高齢者比率(20.0% →24.7%)
 - *山陽(29.0%)、南九州(27.8%)
東北(22.0%)
 - ・ 農業就業人口(565 万人→489 万人)
 - ・ 基幹的農業従事者(293 万人→255 万人)
 - (65歳以上; 26.8% →39.7%)
 - (60歳以上; 52.0% →58.3%)
 - *農業労働力の2人に1人は60歳以上

2. 国際化・自由化と農産物輸入

- 1) 農業の国際化・自由化の動向
 - ・ 1993年12月、細川内閣は「世界の大勢は、包括関税化を農業合意の重要な原則として受け入れる方向に固まっている」として、ガット新ラウンド交渉の最終合意案を受け入れ、コメ市場の開放を

行った。

・ 1994年12月、WTO(世界貿易機関)協定、及び食糧管理制度の廃止をはじめとする一連の関連法案の可決・成立。

・ 1995年11月、新食糧法(「主要食糧の需給及び価格の安定に関する法律」)が施行され、米の生産・流通が競争原理・市場原理にもとづくことになる。

2) 米輸入とミニマム・アクセス

GATT合意文書が示すことによれば、農産物貿易は「例外なき関税化」=総自由化を原則とするが、コメについては「非貿易的関心事項」であることを「考慮」の上、特例措置が適用されるとし、関税化は6年間実施されず、その代わりにミニマム・アクセス(最低輸入量)が加重されることになった。

しかし、その内容は「ミニマム」とはいうが米作農家、及び地域農業に与える影響は無視できないものがある。1995年には消費量の4%、37万9千ト(玄米換算41万6千ト)、以後毎年0.8%ずつ上積みし、2000年には8%、75万8千ト(玄米換算83万3千ト)を輸入することになる。そして、これ以後の方策については2000年までに再協議することになっており、あらためて「例外なき関税化」か「ミニマム・アクセスの上乗せ」=輸入米の増大が迫られることになる。

さて、1995年のコメ消費量の4%の輸入は、青森県の平年作のコメ生産量に匹敵する。また、消費量の8%の約80万トは新潟県のコメ生産量に匹敵する規模のものである。さらに、九州の生産量にあてはめてみると1995年は大分・宮崎・鹿児島三県分に匹敵し、2000年にはこれに熊本と福岡の半分を加えた量となる。

さらに言えばコメ輸入量は消費量の4%~8%というが、わが国の国内消費量約1千万トンの内、農家消費などを除いた流通量は650万トンから700万トン程度であることを考慮すれば、2000年の輸入量の約80万トンは国内流通量の8分の1に相当することになる。

3) 生産者米価の引き下げと農業意欲

1980年代半ばからの「前川レポート」に象徴される「経済構造調整」政策以後、「内外価格差」の大きいものとして農産物がやり玉に上げられ、特に生産者米価が意図的に引き下げられた。生産者米価は、1984年から86年の18,668円/60kgをピークに、その後、87、88、90、91年とこの間に4回引き下げられ、現行は16,392円であり、20年前の水準である。

そのため1日当たりの農業所得と製造業賃金（常用労働者5人以上平均）の間に、1992年度には2.8倍程度の格差が生じていると。さらに常用労働5~29人の製造業賃金と「農業専従者のいる農家」の農業所得を比較すると後者は50.3%、「基幹男子農業専従者のいる農家」で59.6%の水準になっており、今日、低米価、総農産物自由化による価格の下落（生産者手取りの低下）の中で、農業収入だけでは生活できなくなっているのが農業・農家の実態であり、農外収入を求めて第2種兼業農家が増大する根拠となっている。

3 新政策と農業経営体

農林水産省は1992年6月、「新しい食料・農業・農村政策」（新政策）を打ち出した。これは脆弱化したわが国農業基盤の立て直しを「企業的精神」をもった農業経営体（個別・組織を含む）の育成によって打開することを目指している。

新政策では、西暦2000年の望ましい経営体像として他産業なみの労働時間（1,800時間）と生涯所得（2億5千万円）を実現する35万~40万戸の中核農家（個別経営体）と4~5万の組織経営体を想定している。ちなみに稲作では10~20ha程度の単一経営が5万、5~10ha程度の稲作プラス集約作物等の複合経営が10万、それに1つから数集落程度の組織経営体が2万、これらによってわが国の稲作生産の8割のシェアを占めようと構想している。そして、これらの経営体が活発な営農を

できるようにするために市場原理のいっそうの導入を強めるなど、1980年代の後半から取られてきた国際化、自由化、規制緩和の方向を農政の基本に据えている。

それゆえ、わが国の稲作の主たる担い手として大規模経営体を育て、「体質強化」とコスト削減によって国際競争力、コメの輸入自由化に対応していこうとしている。

しかし、規模を拡大すれば稲作経営が成り立ちうるであろうか。今回のコメの輸入自由化を規模の大きな農家がどのように受け止めているか。

渋谷長生弘前大学助教授の調査（1994年・青森・岩手・宮城・福島の水稲作農家296戸からの回答。うち5ha以上114戸）によれば、大規模稲作経営の実現について80%以上の農家は「懐疑的である」と答えている。また、「自らの経営努力で、今後どの程度までの米価の低下に耐えられるか」の質問に対しては、「もう耐えられない」54%、「10%低下まで」28%、「20%低下まで」12%とほとんどの農家がこれ以上の米価の低下に耐えられないと答えている。

4 家族農業と環境維持

稲作農業を守ることの重要性として、以下のことが考えられる。その第1は、世界のコメ市場の中で中・短粒種のコメ貿易量は200~300万トン程度しかなく、日本の恒常的輸入には限界があるということ。世界の米の在庫量はFAOで決めている安全在庫水準14~15%を大幅に下回る状況になっている。

第2に、コメの生産と消費はアジアに集中しており、これら発展途上国では人口爆発問題が深刻化し、将来の食糧難が心配されている。

第3は、深刻化する環境問題に対する水田農業の役割である。水田の持つ多様な機能（ダム機能、空気浄化作用、自然景観、環境保全など）を重視することが大切である。

こうした現状を踏まえるならば今後における農業のあり方において重要な施策は第1に、家族経営を基本とする「個別の農家経営」の維持、発展のための援助、第2に、個別的には守りきれない農業を集団の力で守り発展させる組織の育成、第3は、「高齢農業振興」が、重層的な政策として進められる必要がある。

立命館大学産業社会学部

渡部眞也

このフォーラムの趣旨からいえば、テーマを農村住民についての社会医学の課題としたいところだが、私にはそんな資格はない。

これまで、わずかに、農業労働にかかわる健康問題について関心を持ち、若干の研究を行ってきたので、この局面から社会医学の課題について考えてみたい。

労働の影響として考えるべきことは、「労働災害」「農業労働関連疾患」「労働負担と疲労」「その他の生活への影響」などであろう。こうした影響を生み出す労働の諸要因は、農業を巡る経済の状況と政治政策の状況によって、また農業技術の発達の状況によって左右される。そうした関連の構造を明らかにしていくことが社会医学の課題であろう。しかし、それはまだ概括的にしか把握されていないと思われる。

以下に、こうした影響の諸局面について現況を述べる。

1. 農作業災害問題

農作業災害による年間死亡数は約400件である。産業別にみると、これは建設業の約750件に次いで多い。休業4日以上死傷数については全国的な統計がないが、種々の推定からは建設業、製造業に次いで多く、運輸業と第3位を分け合っているという状況である。

このように農業は我が国における主要な労働災害発生産業であるにもかかわらず、有効適切な災害防止策がとられてこなかった。そのことは、他産業においてはこの20年間に災害発生はかなり減少したにもかかわらず、ひとり農業においては死亡数は減少傾向をみせず、農業就業人口の減少があるため農作業災害死亡率は年々上昇して、20年前の約2倍に達していることに表れている。

2. 農業労働関連疾患

熊谷、藤井によって提唱された農婦症、農夫症という社会医学的ともいえるべき疾病概念で括められる病気は、まさに農業労働関連疾患の一典型である。

若月は農村における疾病を社会病因論的に考察して農業労働病（職業病）、農家病、農村病の3類型を示したが、私は林業労働従事者のチェンソー等による振動障害（いわゆる白ろう病）の観察から、この疾患は第一義的には職業病であるが、農家病的および農村病的性格をも強く持つものであることを示した。

古くから農業労働にはさまざまな健康障害因子が存在していたが、農業生産様式の変化によってさまざまな疾患の流行・多発が起こった。農業の機械化による騒音性聴力障害や振動障害・腰痛など、施設化による熱中症やハウス病などがその例である。アレルギー疾患の流行の中にはアレルギーを含む作目の単一集中的栽培と関係があるものもあるのではなかろうか。

農薬使用に伴う健康障害の危険は農業各分野に共通して存在している、急性ないし亜急性中毒という形をとる典型的職業病ばかりで“慢性中毒”も考えるべき問題として取り上げられている。

農薬の健康影響の問題は、単に農薬を取り扱う農業従事者だけにとどまらない。農薬取扱者の生殖細胞を通じて次世代にまで及ぶ場合がありうるとされ、また、食料に含まれて一般の体内に摂取され、あるいは施用農地以外に拡散して地球規模の環境汚染となる。さまざまな危険を防ぐためのさまざまな社会的バリアーが設けられてきてはいるが、完全なものではない。こうした「農業の化学化」といわれる技術の発達・普及の根源を問う社会科学的課題と思想的課題が残されている。

3. 労働負担と疲労

かつて農業労働は重労働の典型のようなものであった。過重な農業労働と貧しい生活の諸要因が農夫症の原因でもあったが、農業技術の変化や農業経済の状況は労働負担の質を変えてきている。

労働負担を軽減し、疲労を防止することは災害を減らし、疾病を予防する上で、重要な課題であるが、その取り組みはまだ不十分である。その指導的役割はまず、農業労働衛生研究者にあるが、農業労働の様態が農家によってかなり異なるという、他産業とは違った条件のために研究成果の普遍性が得られにくいということが取り組みを手控える原因の一つと思われる。しかし、国際的にみれば、この分野でかなり活発な研究活動があり、活性化のためにもっと社会的な取組みを展開すべきであろう。

国内における最近の研究として注目されるのは、流通資本の側からの要求による作業手間の増大、負担増の問題とストレス問題がある。

前者は久留米大、末永らが長年追求してきた問題で、「商品としての農産物の市場価値を高めるため」品質、等級、重量などの出荷規格が決められ、そのために作物の育成段階から、収穫後の選別・箱詰めまでの過程で多大の時間を費やさなければならなくなっていることや、共同出荷の場合には締切時刻に合わせた労働（急がせられるとか、夜間作業になるなど）の問題が提起されている。

後者は熊本大・上田らの研究で農民にもいわゆる「過労死」が起こるとか起こっているといわれる状況の中で、その底にあるストレスを把握しようとしているものである。

農業従事者がしている仕事が単なる作物生産ではなく、厳しい経済条件の中での経営活動でもあり、またその生存の場は農村社会・農家という環境であることをふまえたストレス要因の追求が行われている。これまでの研究では農業労働関連要因としては「時間に追われる」「困難で骨の折れる仕事をしなければならない」「価格下落、低迷による減収」が物理化学的有害要因よりもストレスを関連の強いものとなっている。

4. その他、生活への影響

この点については今はまだ十分な情報を持っていない。しかし、労働における変化は多かれ少なかれ生活に影響する。農家生活時間調査は重要な

鍵を提供するものと思われる。

前節で農業従事者のストレス問題を述べたが、ストレス状態は家庭生活の上に好ましからざる影響を及ぼすであろう。農家経営のしかたを変えざるをえない状況の下で、その手段としてコンピュータの利用が始まっているが、経営者としての毎日の緊迫した仕事、家族内人間関係になんらかの影響をもたらすのではないかと考えられる。

兼業化も一方で進行しているが、そのため農業労働以外の労働の影響も考えなくてはならない。もっとも端的には、農外労働災害が考えられる。兼業先は建設業と製造業で、しかも企業規模が小さいところが多い。製造業では50人未満の事業場は1,000人以上の事業場に比べて労働災害発生率（千人率）は10倍以上も高い。建設業では下請企業の労働災害発生率は元請企業のそれより3倍以上も高く、工事現場では四次下請以下は元請の20倍近い災害発生率を示している。

5. おわりに

以上、農業労働に関連した農業従事者の健康問題の概況について、私の関心のあるところを述べた。

これらの健康問題が社会的条件から生まれ、あるいは社会的条件と深くかかわって存在していることは確かであるが、その関連をもっと具体的に事実にもっと明らかにすることが対策を考えていく上で必要である。

フォーラム（２）薬害エイズ

社医研では第35・36回総会においても取り上げ、実態の解明と救済・予防策を論じてきた。今回、原告団と国・製薬会社の和解成立を受け、さらに和解の内容と原因究明・薬害予防策を明らかにしたい。和解は解決ではなく、解決の第一歩であるし、原因究明はいまだ道遠い感がある。

座長 石田 悟（あおもり健康企画）
仁平 将（青森県五所川原保健所、鱒ヶ沢保健所）

1. 薬害エイズ 償いの課題
片平 冽彦（東京医科歯科大学難治疾患研究所）
2. 1983年度厚生省エイズ研究班に班員として加わって
芦沢 正見（平和学院看護専門学校）
3. 東北における薬害エイズ被害者とHIV訴訟
沼田 徹（東北HIV訴訟弁護団弁護士）
4. HIV感染被害者の生活変化と望まれるケア
高階 恵美子（東京医科歯科大学）

東京医科歯科大学・難治疾患研究所

片平湧彦

1989年以來の「エイズ薬害訴訟」は、この3月末に、和解により解決することになった¹⁾。これまで被害者の実態調査等を行ってきた^{2) 3)}者として、和解金一人4500万円、発症者健康管理手当一人月15万円等の和解金額は被害者にとり安いという感は拭えない。しかし、近年の薬害訴訟で判決なしに被告側が責任を認めて謝罪し、全員を対象に和解で解決するのは画期的であり、これは運動の先頭に立った被害者らをはじめとする国民的闘いの成果である。

以下に今後の「被害者への償い」の課題を4点記す。

第一は、急いで恒久対策を確立することである。被害者は、昨年後半期の数字からは、3日半に1人が発症し、4日に1人が死亡しており、このままでは今後加速度的に次々発症・死亡（“殺される”）の恐れがある。欧米で進展している発症予防・治療法、さらには看護・心理・社会面も含む研究と実践の日本での発展・普及が急がれる。恒久対策の一環として治療研究センター設立の検討が進められているが、センターを軸に、「近くで受療できる」態勢作りが必要で、その成果は当然ながら外国人を含め全てのHIV感染者に役立つし、またそうせねばならない。

第二に、全ての被害者への償いが必要である。血友病患者だけでも未提訴者が千数百人残されており、医師への気がねなど提訴を阻む条件の克服に国や医療機関が責任を果たすべき（サリドマイドの時は訴外者の資料作成の便宜をはかるため国が医療機関を紹介すると通知している）である。

さらに、止血目的で非加熱製剤を使いHIV感

染させた「第四ルート」の被害者も100人以上いるとの指摘もある。この問題解決のためには、単なる調査ではなく、非加熱製剤を使用した人にその事実を知らせ、HIVの検査を受けてもらうことから始めねばならない。この実践的な「調査」は、厚生省の指示で5月末を期限として行われ、6月中にもその結果が報告される予定という。すでに、非加熱製剤は全国2445医療機関に納入されたこと、血友病以外にも、新生児出血症、肝臓疾患、婦人科疾患などに止血目的で第8・第9因子製剤が広範に使用されたことが伝えられており、感染被害者の早期発見・発症予防・治療・二次感染防止等の対策が急がれる。

第三は、何故こうした被害が起き・拡大したかの真相究明である。これまでの訴訟や厚生省提出資料、そして国会での参考人質疑等から、遅くとも1983年6月のエイズ研究班発足の時点では、被告製薬企業・国そして一部専門医には非加熱製剤によりエイズになる危険性があるという認識があったことは明らかである。にもかかわらず、何故、非加熱製剤を禁止しクリオを使うとか加熱製剤を緊急輸入するといった回避策を取らなかったのであろうか。

厚生省公表の「郡司ファイル」によれば、そうした回避策は7月4日の「取扱い注意」文書に書かれていたのに、11日の文書には逆の方針が書かれていた。この「謎の1週間」の解明の手がかりのひとつとして、6月29日にストックホルムで開かれた世界血友病連盟(WFH)の会議で、「血友病の治療の変更は必要ない」との決議がされているという事実がある。

このWHFというのは、世界の血友病患者団体の組織であるが、血液製剤企業と血友病専門医が一体となって運営されていたことが指摘されている。実際、①WFH会議は、製薬会社の資金援助で運営されたとの証言がある②WFHやカッター（現バイエル）のスタッフ等が参加して1983年3月29日にエイズ対策のため開かれた会議の議事録には、「我々は国際団体を利用することができ、それは国内団体よりも効果的であり得る」などと記載されている③ミドリ十字は1977年にWFHの「模範会員」として顕彰されているが、その子会社アルファ社はWFH会議で世界血友病センター設立に貢献している、等の事実から見れば、非加熱製剤の有力な市場である日本を加熱製剤に奪われるとの危機感を抱いた製薬企業が、WFH会議の決議を利用して日本の関係者に働きかけたと考えても不思議ではない⁴⁾。

7月18日開催のエイズ研究班第2回会議の議事録には、「安部英氏より、世界血友病学会出席後の報告」として、「血液製剤についての取扱いは現在のままで良いというのが各国の意見であった」と記されている。つまり、WHF会議の「決議」は、日本の対策にも影響を与えている。この決議は、反対の声を押しきって短時間に採決されたことが判明しているが、今後、この決議は誰により推進され、日本の誰にどのような形で紹介されたかの解明が必要である。

もう一つの問題は、なぜ、1983年夏の時点で「帝京大症例」がエイズと認定されなかったのかということである。

その「医学的理由」としては、「多量」のステロイド剤の使用、カリニ肺炎やカポジ肉腫ではなくカンジダ症での死亡、血友病Bのエイズ症例は世界で一例だけ、などと説明されているが、筆者⁵⁾が指摘したように、これらはいずれも、エイズであることを否定する理由とはなっていない。（このことは、厚生省のプロジェクトチーム中間報告でも「研究班の結論はエイズを否定したわけではない。疑似ないし非典型例と決定された」と記している）。主治医である安部教授や、後のCDCスピラ博士によるエイズとの診断が認められなかったのは何故か。

「帝京大症例」が認定されなかったのは7月18日の第2回班会議だが、松田重三元班員によれば、この時、塩川優一班員が「それまでの態度を

変えて認定に反対した」という。この時のことは筆者も別の班員から、塩川班員が「厚生省の立場に配慮した」旨の発言を聞いている⁵⁾。その厚生省は、7月11日の文書に「薬務局としての対応」として「研究班はAIDSの疾患概念の明確化と診断基準の確立を急務とし、患者の断定・公表は慎重に行う」と記載している。そして、当時の野崎貞彦感染症対策室長は、NHKの取材に対し、「対応ができた段階で、軟着陸した状態で第1号患者が見つかるのが一番いいかたちではないか」と発言している。こうした事実から考えれば、「帝京大症例」の認定が見送られたのは、表面上の「医学的理由」とは別の、「政治的理由」があったと見ざるを得ない。

こうした点も含め、今後さらに、コトの真相を徹底的に究明することが必要である。

第四に、薬害根絶の課題がある。1996年5月現在、厚生省は新薬の臨床試験データの審査の基礎調査などを大幅に「医薬品機構」（理事長は元薬務局長正木馨氏）に委ねる「薬事法改正案」を国会に提出している。ところが、この認可法人は、もともとはスモン事件の解決の際副作用被害者の救済のため作られたもので、基本的には企業の拠出金（と国の補助金）で運営されており、このようなところで中立・公正な審査のための業務ができるのであろうか。何故薬務局自体を改革して、この際米国のように「食品・医薬品庁」のような組織を作るとか、せめて当面、安全課を大臣直属とするなどして権限の強化を図ることができないのだろうか。さらに、そうした薬事行政を、患者・国民の立場で公的に監視するオンブズマンのような制度が必要ではないか。世の中は「規制緩和」でも、少なくとも生命関連の医薬品などは「規制強化」が必須である。そして、現在は貧弱な臨床薬理学・薬理疫学・社会薬学などの研究・教育の場を大幅に拡充してほしい。

薬害根絶のため、全国民の渾身の努力が、今求められている。

文献

- 1) 1996年3月29日夕刊各紙。
- 2) 片平湧彦他：日本医事新報、3640:43、1994
- 3) 片平湧彦他：環境と公害、24(1)50、1994
- 4) 薬害根絶フォーラム編：「薬害エイズはなぜ起きたか」212-213、桐書房、1996
- 5) 片平湧彦：「構造薬害」106-109、農文協、1994

2 1983年度厚生省エイズ研究班に班員として 加わって

平和学院看護専門学院

芦沢正見

演者は83年6月に設けられた厚生省研究班「わが国における後天性免疫不全症候群の実態把握にかんする研究」（班長：阿部英帝京大教授）に班員として参加した。

当時、演者は国立公衆衛生院疫学部に所属しており、研究班設置に先立ち当時の保健情報課課長補佐の来訪があり、日本でも起こるであろうエイズの流行を想定して当面の対策を検討した記憶がある。

また先般、厚生次官の下に設けられた「血液製剤による HIV感染に関する調査プロジェクトチーム」に寄せられた当時の生物製剤課長の回答によっても課長は83年以前に米国の情報をいち早くつかんでおり、血友病患者をいかにして HIV感染から守ることが優先した課題であるという認識は血友病の権威として知られた上記教授を班長としたことから間違いないことといえる。

すでに82年7月 CDCは血友病患者3名にカリニ肺炎の発症を報告、おって83年1月にはエイズ患者の配偶者（女）の罹病（異性間感染）が報ぜられ、同年6月の米国患者は1,600を越え、我が国でも同年7月の「毎日」の報道をはじめとし、大きく取り上げられた。

ウイルスは未発見であったが、B型肝炎ウイルス類似の感染様式であろうということには班員一同の一致した考えであった。

米国は直ちに加熱処理によるウイルスの不活化にふみきり、83年5月には政府機関の承認を得ている。

研究班は1)83年6月13日、2)同年7月18日、3)同年8月19日、4)同年10月14日、5)84年3月29日の5回会議をもった。

83年6月～7月の会議では選択肢は比加熱製剤輸

入の即時中止と製品の回収廃棄、半年前まで行われていたクリオの注射に戻す、国内の検定を省略する超法規的な緊急加熱製剤の輸入、の3つしかなく、とりあえず国内でのクリオないし加熱製剤の量産が軌道にのるまでは加熱製剤の米国からの緊急輸入もやむをえないという考えは班員に共通したものと思われた。

このことは今回開示された生物製剤課内の当初のメモにも記されていることであった。

しかるに不可解にも阿部班長は会議で結論を得るように議事を運ばず、血液製剤関係は血友病専門家に一任をとりつけ、研究班を2つに分け、血液製剤小委員会と診断基準小委員会が設けられ、演者は後者に所属となった。

加熱・非加熱の議論はすべて前者の小委員会に委され83年9月14日、同年10月5日、84年1月11日の小委員会の結論は非加熱続行やむなしというのであった。

結果からみると生物製剤課から見出され、方針が180°変わった1週間後の2回目のメモを追認するかたちとなり、多くの感染・発病者を出すこととなった。

国家検定省略の超法規的措置は決して前例がないわけではない。

1960年5,606名の届出患者を記録したポリオの大流行のときに、当時ソ連で量産化されたセービンの生ワクチンの緊急輸入を古井厚相の責任で行わない、62年の届出289名の激減をみたのである。この英断を促したのは、全国各地の母親の運動であった。このときの教訓は遂に生かされなかったのはなぜであろうか。

つぎに帝京大学より第1～2回の班会議に出されたB型血友病症例がなぜ厚生省により認定されな

かったのか。

当時はHIV抗体検出はなお開発中であったため、診断基準はCDCの” diagnostic criteria for epidemiological surveillance” に依拠するしかなかった。

本症例はCandida albicansの多臓器感染症を発症しており、班員の多くはエイズと判定するのにやぶさかでないとい推測されたが、ただ1点、エイズ判定基準の除外項目として「免疫抑制を伴う薬物（たとえばステロイド剤）などによる治療が特有症状出現の前から始められている場合」があげられており、本症例はステロイド剤を用いていたことが除外の条件に合致するとされ、厚生省には、「エイズに近い疑似症例」として報告することとなった。

マスコミのほとんどは「厚生省は否定」または「不認定」、「日本には上陸否定」などと大きく報道した。

このため、血友病患者への感染阻止が米国より2年4か月もの大幅な遅れとなり、多くの被害者を出してしまったのはまことに残念である。

疑似症といえども血友病患者への感染の可能性を否定するものではなく、認定エイズ患者に準じてすみやかに緊急対策がとられるべきであると付言した説明をすべきであったと考える。以上、班員の一人として深く反省する次第である。

東北H I V訴訟弁護団 弁護士 沼 田 徹

1 青森県在住薬害エイズ被害者の訴訟参加の経緯

- ①95年10月28日青森県薬害エイズ被害者を支える会の設立総会
東京H I V訴訟弁護団副団長が出席
- ②95年12月26日東京H I V第8次訴訟に青森県在住原告が初めて参加
- ③96年4月26日東北H I V第1次訴訟に青森県在住原告が参加
- ④96年5月30日東北H I V第2次訴訟に青森県在住原告が参加

2 訴訟参加を遅らせたもの

- ①支える会・弁護団が和解成立後に発足
⇒誰にどうアクセスしたらよいか分からなかった。
- ②「訴訟」参加することの時間・費用・労力その他のコストについての不安感
⇒司法制度が一般国民にとっていかに縁遠いものであるかという問題。
しかし、証拠書類（診断書、非加熱製剤使用証明書、H I V感染検査報告書）が揃えば、原則立証は完了し、訴訟費用については訴訟救助の申立てにより、和解成立時まで収入印紙の負担なしという扱いがなされたことにより、訴訟遂行上の負担は極めて軽いもの。
- ③プライバシー確保についての不安
⇒偏見を作りだした「エイズ報道」の犯罪性と匿名性がない地方の実情

3 H I V訴訟の原告のプライバシー確保（対策）

- ・原告の特定（符号表示例えば原告番号1番）
- ・対裁判所（訴訟記録の厳重保管と閲覧

の制限）

- ・対被告（訴状送達の方法は郵送によらず直接の受渡し）
- ・衝立越しでの原告本人尋問

4 和解（96年3月29日成立）内容とそれに対する原告の評価

①金銭給付の内容について

損害填補のための和解金一律4500万円と弁護士費用の合計額から、友愛財団の救済事業より給付された金額を控除する。但し、発症者には発症者健康管理手当が支給される。発症予防のための健康管理費用は継続され、控除の対象とならない。

②恒久対策について（確認書の内容）

「厚生大臣は医療体制の整備等につき適切な措置をとることに努める。

H I V感染症の医療体制及びこれに関連する問題については厚生省において、原告らと協議する場を設ける。

製薬会社は治療薬等の開発によりH I V感染者の治療向上に努める。』

③評価

- ・恒久対策についての不満。なぜ、自分たちが和解金を拠出して薬害救済センターを設立しなければならないのか。
- ・時間との闘い。和解金額などは問題ではない。

5 医師の協力について

6 原告被害者の望むこと

以上

HIV 感染被害者の生活変化と望まれるケア

高階恵美子（東京医科歯科大学大学院 医学系研究科 地域看護学）

現存するエイズ薬害被害者に対する早急かつ適切なケアの提供は、今日の地域エイズ対策において最優先される課題と考える。しかし被害者の絶対数は少なく、またその多くは地域内に潜在していることから、具体的なヘルスケアニーズが明確化され難い状況にある。他方、わが国のエイズ対策は、これまで予防に重点が置かれてきており、HIV 感染症の特性に応じた新たな地域ケアのあり方が十分に検討され具体化するのはいまだこれから、という現状である。

そこで、保健医療従事者における HIV 感染被害者への積極的な関心を喚起し、ケア提供を意図的に推進することを目的として、①某県血友病患者会会員における HIV 感染被害状況と生活実態の調査、②結核やハンセン病など、わが国における過去の感染症対策とエイズ対策の比較分析を行った。

結果、HIV 感染被害者における現在の生活上の困りごとは「体力低下」と「就学や就業」に関することが有意に高く、また感染後の生活変化は「希望の喪失・生活意欲の低下」、「友人づきあいや社会的な活動の縮小」など、広範囲におよんでいた。これに対し、提供されている保健医療の内容は、従来からの主治医（血友病専門医）による定期的な検査、内服薬の処方、注射などであり、具体的な生活指導を受けた者は誰もいなかった。また HIV 訴訟に関する情報提供も受けていなかった。さらに悩みごとの相談相手は、医師または家族であり、感染者・非感染者間の相違はなかった。

一方、エイズは感染症であるという点において、エイズ対策は過去の感染症対策と共通した社会的防衛の観点が意義づけられている（表 1）。しかし感染経路や疾病の経過などの特性において、エイズ予防の成否は個人的な防衛および対応に大きく依拠するものであり（図 1、表 2）、過去の感染症対策と異なる方策の検討が必要であると考えられる。さらに HIV 感染者に対する保健医療従事者側のケア経験が乏しく、かつ効果的な治療方法がない現状より、保健医療従事者自身のトレーニングと感染者に対するより緊密で個別的なケア提供は、実効あるエイズ対策推進の要件と考えられる（表 3）。

以上より、地域のエイズ対策においては、発症の危機に瀕しているエイズ薬害被害者の把握と生活実態に即した直接的なケア提供が急務である一方、それを焦点とする保健医療者からの積極的なアプローチは充分でないことが明らかになった。こうした課題改善に向けた取り組みが推進され、充分機能し得るためには、HIV 感染症をたんに「誰でも罹り得る感染症」として大づかみに理解するのではなく、「健康的な生活の維持・増進に対するあらゆる責任あるいは負担を個々人に内在化させやすい難病」と捉え直すことが、まず必要であろう。そうした意識の転換こそ、地域エイズ対策において感染者に対する適切なケア提供の重要性を位置づける基盤となろうし、またあらゆるケア場面において個人の健康に生活する権利を保障する具体策を導く出発点となるだろう。

よりよい保健医療を提供するために、いまもっとも困難な状況にある人に学び、過去の経験と反省に基づいて新たな方策を講じていく……。HIV 感染被害者に対する意図的なアプローチは、患者の権利を擁護する保健医療従事者の責任を明確化する、まさに次代の保健医療の質改善につながる取り組みであると考えられる。

表1. エイズ対策と過去の感染症対策の比較

	結核	ハンセン病	HIV 感染症
法的根拠	結核予防法	らい予防法 (すでに廃止)	エイズ予防法
強制執行等	隔離あり	隔離あった	知事に強制調査権あり
あらゆる健康段階での予防医療体制からみた重点	患者の早期発見・感染予防と後遺症対策	後遺症対策	正しい知識の普及とプライマリケアの充実
公費負担・生活保障制度	予防接種・健康診断・療養費	療養費・生活費	抗体検査・療養費・薬害被害者の生活費
技術開発と研究の課題	迅速診断法・新薬	形成・リハビリテーション	予防ワクチン・新薬・地域ケアシステム
感染症対策への市民参加	自主的な保健行動の獲得		確実な予防行動の実施・患者としての権利の再考
感染症対策への政策決定 (国の意志)	モニタリング・優先施策の実施	施設整備	診療体制の強化・治療薬の開発研究推進・専門家育成
患者会・家族会・市民グループ活動	結核予防会・婦人会	患者家族会	患者家族会・CBO
感染症対策の専門家	結核専門医・結核研究者・医系技官	ハンセン病専門医・PT・OT	エイズ専門医・専門看護婦・P S W・心理療法士
企業の積極的な参加	自主的な健康管理		健康管理と雇用保障
国際協力	流行地域への技術援助と国際共同研究	流行地域への技術援助	国際共同研究と流行地域での協働

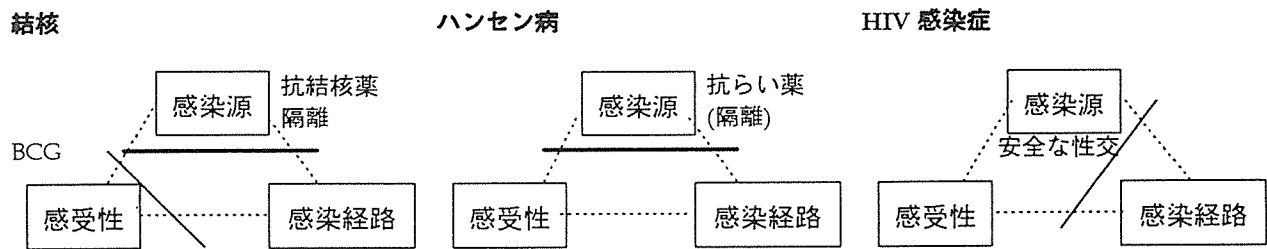


図1. 結核・ハンセン病・HIV 感染症の感染予防方法と対策

表2. 疾病および治療の特徴などからみた結核と HIV 感染症の相違

	結核	問題の大きさ	HIV 感染症
感染力	強	>	弱
感染対象 (範囲)	不特定 (広い)	>	限定 (狭い)
社会防衛の効果	大	>	小
個人防衛の効果	小	<	大
診断方法	あり	=	あり
治療薬	あり	<	なし
合併症	少	<	多
予後	良	<	悪
疾病の一般的理解	高	<	低
現在の一般的関心の高さ	低	=	低
サービス提供の経験	多	<	少

表3. HIV 感染者に対するサービスの優先事項 (提案)

I より誠実で確かな医療とケアを提供する積極的な姿勢づくり	IV 患者会との情報交換および育成支援
II エイズ予防とケアに関する系統的な教育の実施	V 各保健医療機関の協力体制づくり
III 安心して相談できる窓口と担当専門家の配置	VI 医療と生活の両面をつなぐ個別的ケアの提供

シンポジウム 高齢者介護システムの動向と課題

公的介護保険の導入が種々の角度から検討され、政府は今秋の国会に上程を予定しているといわれている。社医研では、それに伴う解決すべき問題点を指摘してきたが、今回は予想される問題点を整理し、幅広い論議を行いたい。

座長 草野 文嗣（滋賀県長浜保健所）
上島 弘嗣（滋賀医科大学福祉保健医学）

1. 公的介護保険の問題点
二木 立（日本福祉大学）
2. ケアマネジメント・システムの課題
黒田 研二（大阪府立大学社会福祉学部）

公的介護保険の問題点

日本福祉大学
二木 立 (にき・りゅう)

はじめに

「公的介護保険の1997年度実施は必至。それに乗り遅れるな。」多くの医療・福祉団体、関係者のこのような「予測」「期待」は完全に「外れ」た。

厚生省の介護保険構想は中身が後退に次ぐ後退を続けただけでなく、「介護保険制度試案」により、その実施時期は1999年度（施設ケアも含めた完全実施は2001年度）へと大幅に「先送り」された。それどころか、介護保険法案の通常国会への提出、さらにはその大前提である法案の閣議了解すら見送られるという「異例」の事態が生じた。そのために、今後の政局（解散・総選挙とその結果）によっては、「介護保険制度案大綱（介護保険法案）」自体の「仕切り直し」すら予想される。

このような「予期せぬできごと」に失望・落胆している方も少なくない。しかし、私は逆に、これにより、「新たな公的介護保障制度創設のために、『拙速主義』を排して1年間の国民的議論を行う」という私の提案が現実化する条件が生まれた、と積極的に評価している。

なぜなら、今までの議論では、「老人は待てない」「介護問題は待たなし」といった情緒的な発言が横行するとともに、「介護保険は不安なき老後への福祉革命」「介護保険で老後は安心」といった幻想がふりまかれ、事実に基づく理性的な議論が不足しているからである。しかし、国民主権・民主主義の原点に立ち帰れば、介護保険のような国民にとってきわめて重要な制度は、国民の十分な理解と支持を得てから、創設すべきなのである。（付言すれば、私は昨年3月に発表した拙論「公的介護保険一辺倒の議論に異議あり」で、公的介護保険が「厚生省の願望どおりに1997年度から全面実施される可能性はむしろ小さい…もし

導入される場合にも、高齢者ケア施設の一元化は先送りされる」と、正確に予測していた。）

今回の講演では、このような課題意識から、先ず、過去1年半の介護保険をめぐる「論争」の簡単な中間総括を行う。次に、介護保険が国民と利用者に与える影響を述べる。これにより、介護保険証を医療保険証に喩えて、「現在の医療制度と同様保険証持参でいつでも気軽にサービスを利用し、選択ができる」といった主張が、事実誤認であることを明らかにする。最後に、介護保険が医療と看護に与える影響を予測する。それにより、特に看護界・関係者の間で根強い「訪問看護（ステーション）は在宅ケアの主役」、「介護保険で看護の役割機能が拡大」という期待が「幻想」に終わる可能性が強いことを示す。

1. 公的介護保険をめぐる論争の中間総括

1) 私の批判と提言

－「厳しい注文派」から「反対派」へ

私は、本年1月までは、公的介護保険に厳しい批判を加えつつも、それに「絶対反対」はせず、それを少しでもマシな制度にするための「5つの改善提案」を行ってきた。

しかし、本年1月31日の老健審「第二次報告」発表後は、それにより骨格が明らかになった「老人介護保険制度」は、社会保険方式の枠内で最悪の制度と判断して、反対の意志表示を行うとともに、「新たな公的介護保障制度創設のために、『拙速主義』を排して1年間の国民的議論を行うことを提案」している。

2) 介護保険制度具体化により「決着」した論点

①介護保険は介護問題の短期対策ではなく、「長中期」の対策－「団塊の世代が寝たきりにな

年以上先を見越した制度」(西村周三氏)。これにより、「老人は待てない」等の拙速導入論の根拠が崩れた。現在求められているのは、新ゴールドプランの完全実施であり、「スーパーゴールドプラン」を策定しないのなら、「新たな介護保障制度」は、新ゴールドプランが終了する2000年度から、在宅ケアと施設ケア同時に開始すべき。

②政府・厚生省のめざしているのは、公私2階建て(公私混合)制度。これにより、「介護保険(のみ)で老後は安心」「社会保険でやるほうが、北欧並みの介護レベルを実現する、より現実的な近道」という根拠も崩れた。

③「老人」介護保険制度(給付は65歳以上から、負担は20歳以上から)の矛盾が維持不能となり、建て前は、給付も負担も40歳以上に統一した「介護保険」へと変更された。ただし、40~64歳の給付は「老化に伴う介護のケース」に限定され、厚生省の非公式推計でも要介護者の四分の一。

これら3点以外にも、社会保険方式美化(一辺倒)のほとんどの根拠が崩れた。

3) 介護保険の実施時期はなぜ先送りされたか、法案の国会提出はなぜ見送られたか?

一般には、①公的介護の拡大と企業負担の導入への保守層・経営者団体の反対と、②介護保険が「第2の国保」になることを恐れる市町村の抵抗が主因とされている。

しかし、③私を含めた公的介護保険に対する批判・反対派の指摘やマスコミの積極的な報道により、公的介護保険をバラ色に描き出す厚生省の「情報戦略」が崩れ、介護保険の問題点が次々に明らかになったことも、見落とすべきでない。

また、①と②とは同一に論じるべきではない。介護保険の円滑な導入・運営のためには、(i)要介護認定による事務量の急増、(ii)保険料未納者の大量発生、(iii)自治体の超過負担の拡大、を予防するための明確な対策が不可欠である。

2. 介護保険が利用者に与える影響

1) 「厳格なペナルティ措置」で無保険者が大量に発生

社会保険方式の最大の問題点・弱点は保険料未納者→無保険者の発生であり、公的介護保険を創設する場合には、「無保険者が発生しないような制度的な仕組みを導入する」(私の「5つの改善

提案」の①)ことが求められる。しかし、厚生省案では、この点が不明確だけでなく、保険料未納者に対する「厳格なペナルティ措置」(老健審「最終報告(案)」)の導入により、無保険者が大量に発生し、もっとも公的介護を必要とする低所得層の老人がそれを受けられなくなる危険性が大きい。ただし、厚生省「介護保険制度案大綱」で、老健審「第二次報告」で示された保険料は「定額を基本とする」考え方が撤回され、「低所得者に配慮して、所得段階別の定額保険料」に変更されたことは、一步前進と評価できる。

2) サービス利用者の自己負担が急増

①在宅ケアで利用者の法定・法定外負担が急増
訪問看護の利用者負担は1回当たり定額(250円)から定率(1割)に変わるため、ほぼ4倍増となる。ホームヘルプ・サービスに関しては、応能負担から1割負担への変更にともない、現在高額の利用者負担を支払っている中所得層以上の負担は相当引き下げられるが、現在利用者負担を免除されている低所得層の負担は急増する。この結果、低所得者の介護サービス利用は大幅に抑制される可能性が高い。

さらに、在宅ケアには2種類の法定外負担が導入される。1つは、「要介護度ごとに設定された介護給付額」の「超過分」は、全額自己負担になる。もう1つは、公的介護保険の「介護給付額」自体が、少なくとも大都市部では、実際にかかる費用よりも相当低いことから生じる利用者負担である。この2つの法定外負担のために、在宅ケアの分野でも、利用者の支払い能力によって受けられる介護サービスの量と質が変わる「階層消費」が生じる可能性が高い。逆に言えば、公的介護保険のみでは「老後は安心」とは言えない。

②施設ケアでも自己負担が急増

具体的には、(i)利用者負担は、所得の多寡によらず、「受益に応じた公平な負担という観点から、定率負担を基本に置く」と同時に、(ii)「施設における食費等日常費は、利用者本人の負担」とされる。その上、(iii)老人病院等の多額の保険外負担は従来通り「温存」「黙認」される。さらに、(iv)1994年4月医療費改定で導入された4人部屋の差額徴収もそのまま続けられる。この結果、在宅ケアの場合と同じく、低所得者の施設利用が大幅に抑制される。

3) 医療保険に比べてはるかに利用しにくくなる
公的介護保険における介護サービスを利用するためには、①要介護認定→②ケアプランの作成→③実際の介護サービス利用の3段階が必要であり、医療保険では1カ所の医療機関を受診すればすべてこと足りるのと比べて、はるかに複雑・煩雑である。従来、公的介護保険導入の大義名分の一つとして、現行の措置制度によるサービス利用手続きの煩雑さの改革―「保険証1枚で必要な介護サービスをすぐに受けられる」等―があげられてきたが、それは「幻想」にすぎない。

逆に、現在老人医療制度で給付されているサービス（在宅では訪問看護、施設では療養型病床群、老人保健施設等）は、介護保険の給付対象に移行することにより、利用者にとってははるかに利用しにくくなり、かつサービス提供者にとっても「自由度」が大幅に制限されることになる。それどころか、要介護認定で等級外と判定された場合には、現在受けている（提供している）サービスが介護保険の給付対象外とされる。

そもそも、実際のサービス提供から独立して行われる要介護認定は、公的介護を租税負担方式で行う場合には不必要なものであり、それを社会保険方式で行うために必要とされる「ムダの制度化」である。

さらに、厚生省「新介護システムにおける高齢者介護費用及び基盤整備量の将来推計（粗い試算）」では、今後2010年に至るまで「介護施設（特別養護老人ホーム、老人保健施設、療養型病床群等）」の事実上の削減（老人・要介護老人対比の定員数の低下）が計画されており、施設入所が現在よりもさらに困難になる。

3. 公的介護保険が医療と看護に与える影響

1) 医療に与える影響

①老人の負担は3段階で拡大する。

②営利企業の医療・福祉分野への参入が段階的に進む。

③公的介護保険創設に対応して、医療法の第3次改正が行われる。それにより、医療法人の業務が「規制緩和」され、医療法人の社会福祉事業への参入が認められるようになる。

④一部の老人病院経営者の懸念―公的介護保険による在宅ケアの拡充で、老人病院入院患者が激

減する事態―は、残念ながら、起こらない。

2) 訪問看護への影響

―訪問看護は介護保険創設の最大の「被害者」

①現場の訪問看護婦の裁量が大幅に制約される。

②介護保険により訪問看護の普及は、長期的には、「抑制」される。まず、「介護に重点を置いた」訪問看護は、ホームヘルプとの「価格競争」に破れる。技術的にも、訪問看護の役割・領域は縮小する（介護に重点を置いた）訪問看護は介護福祉士による介護に、「リハビリテーション」中心の訪問看護は理学療法士、作業療法士に置き換えられ、究極的には、訪問看護の対象は、医療依存度が強い「患者」に限定される）。また、訪問看護のみを提供する独立型（単独型）看護ステーションは地盤沈下する。

③訪問看護等の営利化が進行する。

なお、在宅ケアのケアマネージャーの主役も看護婦ではなく、なれるのは、保健婦レベルの知識または相当の経験を持つごく一部の看護婦である。

文献（公的介護保険に対する拙論一覧）

- 1) 二木立「公的介護保険一辺倒の議論に異議あり」『社会保険旬報』No.1867:6-11,1868:9-12, 1995.3.11,3.21.
- 2) 二木立「公的介護保険の三つの論点―老健審『中間報告』に欠けているもの」No.1887:15-19,1888:22-25,1995.9.21,10.1.
- 3) 二木立「公的介護保険―問題点、予測、そして改善提案」『月刊／保険診療』51(1):19-27,(2):19-25,1996.1.2.
- 4) 里見賢治・二木立・伊東敬文『公的介護保険に異議あり』ミネルヴァ書房,1996.pp.99-154 二木立「公的介護保険の問題点」
- 5) 二木立「老健審『第二次報告』のもう一つの読み方―『老人介護保険制度』に反対、1年間の国民的議論を」『社会保険旬報』No.1903:6-14,1996.3.1.
- 6) 二木立「老健審介護保険創設『最終報告』の三つの『新しさ』」『社会保険旬報』No.1910:6-13,1996.5.11.
- 7) 二木立「公的介護保険が利用者と看護に与える影響」『看護学雑誌』60(7):634-639,1996.7.
- 8) 二木立「公的介護保険論争の中間総括（仮題）」『社会保険旬報』（印刷中）

大阪府立大学・社会福祉学部
黒田研二

社会医学研究会世話人会は昨年11月、介護保険構想のはらむ問題点として、①保険料未納者の発生が避けられない点、②定率の利用料設定は低所得層にとって負担が大であること、③若年の障害者への適用がなされなければ新たな制度的不整合をもたらすこと、④介護保険のサービス提供主体に営利企業の参入を認めようとしているがサービスの費用および自己負担の額をつり上げるおそれがつよいことの4点を指摘した。老人保健福祉審議会最終報告、厚生省試案、法案とりまとめにむけた審議会への諮問と答申といった一連の過程において、これらの問題点は重視されていないどころか、利用しうる介護サービスの社会階層間格差の拡大を是認し、訪問看護などの分野においても新たに営利企業の参入を認める方向に進みつつある。

介護保険制度の創設は、①介護の社会化を進めるための財源確保を容易にし、②医療と福祉にまたがり制度的不整合が目立つ介護サービスを一元化するとともに利用の促進をはかる、といった長所を有していることをみのがすことはできない。しかし前述の問題点を拡大するような制度改革では将来に禍根を残すのではないか。ところで「新介護システム」の要点は財源確保とケアマネジメントを含むサービス提供体制の再編にある。ここでは後者を中心に市町村レベルでの課題について検討する。

「新介護システム」と市町村の課題

現在、福祉サービスは市町村の一般会計の中で予算確保されているが、介護保険制度が実施されると介護保険という特別会計によって対応されるようになり、費用を支払う保険者である市町村とサービスの提供主体とが、介護報酬の支払と受領をめぐって分離することになる。結果として次のような利

点があると議論されている。①利用者により近いところでサービス内容が決定され、よりきめ細かなサービスが可能となる、②サービス提供主体の自由度が拡大し、より柔軟な事業運営が可能となる。また、サービス提供において民間の事業主体の役割が拡大し、サービスの量の拡大にも寄与する、サービス提供者間の競争が質の向上につながる、③利用者にとって選択の範囲が広まる。

しかし社会保険の創設が利用者にとってより良いサービスの実現に直接つながるわけではないことは、幾多の問題を抱えている老人医療の状況をみても明らかである。保険システムにおいて、提供されるサービスの量やその方向づけは、支払い方式に大きく依存する。どのような介護報酬支払い方式が設定されるかが、サービス提供の現場に大きな影響をもたらすことになる。また、サービス提供において民間の役割が拡大するといっても、地域住民全体にとって必要なサービスの確保を図る責任は、老人保健福祉計画の主体である地方自治体が担わなければならない点は強調されるべきである。民間のサービス提供の拡大と同時に市町村自身のサービス提供能力も拡充される必要がある。

サービス提供主体が多様になり、個々ばらばらにサービスが提供されるのでは、利用者にとってかえって不便な制度となる可能性すらある。ケアマネジメントの機能や地域の諸サービス全体を総合化する機能が確立されなければならない。この点でも基礎自治体としての市町村の役割は今後一層強化される必要がある。市町村には、①介護保険制度の運営、要介護認定、保険者として保険料の徴収と費用の支払、②老人保健福祉計画の主体として必要なサービスの確保、③ケアマネジメントおよびその他のサービス提供、④サービス提供機関間の調整、⑤住民への情報提供と広報、

⑥サービスの質の確保・質の管理、といった多様な役割が求められることになる。これらのうち②以下は、介護保険導入の有無にかかわらず、今後市町村として機能強化が必要な課題だといえる。

ケアマネジメントとその課題

ケアマネジメントとは地域ケアにおいて複雑な支援ニーズを有するクライアントを適切なサービス資源に結びつける援助行為である。ニーズアセスメント、ケアプラン作成、サービス実施とモニタリング、リアセスメントとケアプランの見直しといったプロセスで実施される。「新介護システム」では介護保険の導入とともにケアマネジメントを確立することが要点のひとつと考えられている。

介護保険制度の中では、ニーズアセスメントの部分は①要介護認定と、②ケアプラン作成のためのニーズアセスメントに分かれることになる。要介護認定は、保険者の責任と権限で、介護給付の対象者およびその介護必要度を一定の基準により確認する行為であり、(ア)要介護認定の申し込み、(イ)要介護認定機関の事務担当者による訪問調査の実施、(ウ)要介護認定機関による要介護状態の審査と保険者による決定、(エ)要介護認定の見直しといった手順で行われる。

一方、ケアプラン作成は「介護サービスの担当者からなるチーム」が本人や家族の相談に応じ、そのニーズを適切に把握したうえで作成するもので、(ア)作成の依頼、(イ)高齢者の状態把握、(ウ)ケアプランの作成と本人の承諾、(エ)サービスの確保とケアプランの見直しの手順で行われる、とされている。

ニーズアセスメントをこのように2段階にわけ、要介護認定は保険者の行為、ケアプラン作成のためのニーズアセスメントとその後のケアマネジメントは介護給付のサービスと位置づけたことにより、ケアマネジメントの一貫した過程が阻害されるおそれが出てきた。さらに次のような課題の発生も予想される。

①要介護認定基準を用いて給付対象者を判定するさい基準が画一的になり、真のニーズを反映しえないおそれ、また、要介護認定の手続きに時間を要し迅速なサービス提供が阻害されるおそれがある。

②要介護状態と判定されなかった人への援助をどうするのか。不服申立て制度がどう機能するか。

③ニーズアセスメントは各種専門職のチームで行うとしているが、クライアントのもつ課題にそったチームを臨機応変に組むことができるか。そのようなチームアプローチをいかに確立するか。

④ケアプラン作成機関において中立的で最も効果的

なケアプランの作成が可能か。その機関が提供しているサービスに偏重したプランになるのではないか。

⑤同一市町村内にケアプラン作成機関が複数存在し、利用者はそれを選べるとした場合、ケアプラン作成機関間の調整や地域ケア全体の総合化をどうやって図るのか。

要介護認定には、保険給付対象者を限定するというゲートキーパーとしての役割が付与されることになるであろう。要介護度認定の結果が本人や介護者の意向に添わないことも起こるだろう。はたして本人のADLと医学的状態のみによって介護ニーズの判定が可能なのか。介護の負担度にはADLレベルのほかにも、介護者の体力、介護代替者の有無、住居の構造など様々な要因が影響している。これらの要因も考慮した総合的な支援を可能とするシステムを検討すべきではないか。また要介護状態と認定されなかった場合でも、要介護状態にならないような予防的な援助が必要である。そのような人々への対応として保健予防活動を担う市町村の保健部局の役割が重要となる。

むすび

ケアマネジメントの制度化を図っているイギリスやオーストラリアでは租税負担によりサービスが実施されており、介護保険制度を導入したドイツではケアマネジメントは確立していない。介護保険とケアマネジメントとの結合は日本独自の課題である。

もっとも介護保険の導入いかににかかわらず、ケアマネジメントは今わが国で求められているといえよう。その役割を期待される市町村保健福祉部局や在宅介護支援センターは、まず、次のような条件を作り出す必要がある。①相談窓口が住民に周知され、ニーズを有する人がケアマネジメントに結びつく体制、②かかりつけ医等との連携をとった上で初期のニーズアセスメントを総合的な視点から行うこと、③ケアマネジメント機関として諸サービスの提供機関との連携・ネットワーク化を図り、必要なサービスを迅速にクライアントに結びつけること。ケアマネジメントが有効に機能するには、ケアマネジメント機関を含めたサービス提供機関の間の連携が確立されていなければならない（それを可能にする現行の制度として重要なのは「高齢者サービス調整チーム」である）。

「新介護システム」導入の有無にかかわらず、課題として指摘したサービス提供体制の条件の多くは、地方自治の推進という方向にそって、市町村レベルで今から取り組む必要があるものと思われる。

一般演題 A

座長 寺西 秀豊（富山医科薬科大学公衆衛生）

1. 保健室登校に対する養護教諭の取り組みと課題
太口 武子（「学校」と子供の健康・発達研究会、
城陽市立城陽中学校）

2. 子どもの土ふまずの研究－へき地の場合－
野田 耕、正木 健雄（日本体育大学）

3. 小学校6年生のOD症をめぐる状況
○須藤 朋子（東久留米6小）、荒井 益子（立川8小）
及川 和江（田無西原2小）、大川 延子（元田無向台小）
松尾 美津枝（調布柏野小）、野井 真吾、宮崎 忍
（日本体育大学）

「学校」と子供の健康・発達研究会

太口 武子（城陽市立城陽中学校 養護教諭）

1. はじめに

登校しても教室に行けないで保健室で過ごす子供の状態を、一般に保健室登校と呼んでいる。近年、保健室登校の子供が増えていると言われるが、その実態はほとんど明かになっていない。そこで、学校における保健室登校の実態を明かにし、養護教諭の課題を考えるために調査を実施した。

2. 調査方法

調査は京都府内の養護教諭に調査用紙を配布し、1995年度の状況について回答を求めた。配布数は80でその内訳は小学校35、中学校35、高校10とした。調査内容は校種、在籍児童・生徒数、養護教諭の数・年齢、保健室登校の有無・人数、受け入れた経過、養護教諭が実際に行った対応、保健室登校時の子供の様子と他の子供との関係、日常保健室を利用する子供の状況、教職員・保護者・医療機関・校医・学校外の相談機関への対応、学校内の理解、養護教諭の仕事の負担と労働条件の変化、養護教諭が望んでいること、保健室登校に対する養護教諭の悩みや考え（自由記載）などである。

質問紙の項目の該当するものに○印しを記入してもらい、複数回答可とし、実施時期は1996年3月末から5月10日までの40日間とした。

なお、今回の調査では保健室登校は次のような子供とした。「①学校には登校するが主として保健室で過ごす子供とし、次のような子供を含むとした。②登校は毎日であったりそうでなかったりする。③遅刻や早退の多い子供。④保健室では養護教諭と話をしたり、学習、手芸、読書などをする。⑤他の子供と行動を共にすることは極めて少なく、他の子供の視線を気にすることが多い。⑥保健室登校の日数や期間、保健室にいる時間は問わない」。これらの基準は、今回の調査にあたり、当研究会で保健室登校を受け入れた経験交流を行

い検討し独自に作成した。調査項目も同様の方法で作成した。

3. 結果

調査用紙の回収は69(86.3%)であった。その内訳は、小学校28(80%)、中学校31(88.6%)、高校10(100%)であり、そのうち「保健室登校がある」と回答があったのは、小学校16(57.1%)、中学校24(68.6%)、高校10(100%)で合計50(72.5%)であった。全体の保健室登校児童生徒数は152人であった。保健室登校がある場合、学校規模に関係なく1校平均3人であった。

以下では、この50の回答結果を分析する。

1] 受け入れた経過は、本人の希望46(92%)、担任の依頼40%、養護教諭の提案24%、校内委員会の決定24%、保護者の希望22%であった。

2] 保健室登校の子供に対して養護教諭がおこなった対応は、対話94%、本を読ませる58%、健康状態の把握44%、教科を教える32%、絵を描かせる30%、自習28%、手伝い30%、ゲームの相手24%であり散歩など郊外活動18%であった。

3] 保健室登校は子供にとってどんな意味があったかの質問に対しては、出席日数の確保52%、登校できた50%、明るくなった34%、他の子供と交流ができた32%、保健室以外の場にも行けるようになった32%、学習保障20%などで、あまり意味がなかった6.0%、であった。

4] 他の子供が保健室に来ると、保健室登校の子供はどんな状態になるかの質問では、子供と交流がある56%、表情が硬くなる54%、保健室に入りにくい24%、周囲と関係なく自分の課題をする16%、であった。

5] 他の子供が保健室に多く来たとき保健室登校の子供の対応はどうしているかでは、一時中断74%、他の教員に応援依頼する34%、養護教諭は焦りを感じる26%、であった。

6] 養護教諭が出張などで学校を空けるとき、保健室登校の子供はどうするかでは、代わりの教員が対応する70%、保健室登校の子供は帰宅してしまう30%、保健室登校の子供は残る6%、であった。

7] 保健室登校について校内の理解や連携は得られているかの質問では、得られている74%、得られていない8%、わからない10%、であった。校内の教職員との連携で工夫したことや困ったことの記載は、33例あり、「情報交換」「担任への配慮」など理解を得るために努力しているとの記述もみられた。

8] 保健室登校の子供を受け入れたことで養護教諭の仕事は多くなったと感じることがあるかでは、よくある32%、ある40%、あまりない12%、ない6%、わからない8%、であった。

9] 保健室登校の子供を受け入れたことで労働条件は変化したかの質問では、変化した80%、変化なし14%、不明6%であった。

10] 変化した内容は、事務作業時間が確保できない64%、休暇がとりにくい42%、時間外労働が増えた40%、研修に行きにくい24%、持ち帰り仕事が増えた22%、そのほか帰宅後に登校する子供のために再度夜出勤が2%などであった。

11] 保健室登校の子供を受け入れたことで養護教諭が希望することは、相談体制の確立72%、養護教諭の複数化72%、施設設備の充実44%、スクールカウンセラーの配置10%、であった。

12] 保健室以外に、登校拒否・不登校のを受け入れる部屋の有無は、ある44%、ない54%であった。

13] 保健室登校の子供に養護教諭はどう対応すべきかという問いに対しては、心身両面でトータルに対応90%、学校体制で対応66%、カウンセリング的対応28%、引き受けざるを得ない24%、場の提供でよい14%、専門機関の紹介12%、などであった。

14] カウンセリングマインドの技術が必要かどうかでは、ぜひ必要26%、できれば必要62%、あまり必要でない6%、必要ない4%であった。

15] 校内の教職員に対して取組んだ内容は、会議で報告した82%、担任に報告した66%であった。

16] 保護者に対しては、養護教諭が話を聞いた70%、担任が対応した38%、何もしない4%であった。

17] 医療機関に対しては、連絡をとった38%、必要なかった38%、取れなかった14%であった。

18] 校医に対して、相談の必要がなかった68%、相談した22%、相談できなかった4%、であった。

19] 相談機関は利用した48%、必要なかった32

%、相談できなかった8%、であった。

20] 学校規模と日常の保健室利用者数の関係は、表1の通りであった。

〈表1〉

学校規模	日常の保健室利用者数	
	15人まで	15人以上
500人以下	20校(29%)	10校(14%)
500人以上	7校(10%)	26校(38%)

4、まとめ

1] 調査の意義：この種の調査はこれまでに試みられることが少なかったが、実際行ってみると、養護教諭の関心が高く問題の広がりや重要性が示唆され、今回の調査では1995年度、保健室登校は72%の学校に存在し、小く中く高で多かった。

2] 保健室登校の有用性と限界：受け入れ過程で、子供本人の希望によるものが92%であり、保健室では子供の状況に応じて、養護教諭との対話や読書・学習などがおこなわれ、出席日数の確保や、子供同士の交流もみられ子供が明るくなるなど有用性がみられた。一方で、他の子供が保健室に来ると保健室登校の子供の様子は表情が硬くなったり保健室に入りにくく、また養護教諭が不在時は、「子供が帰宅してしまう」場合が30%あり受け入れ体制の限界も明かとなった。

3] 養護教諭が直面している課題：72%が仕事の負担が増えたと回答しており、労働条件が変化した内容は、事務作業時間の確保困難、時間外労働の増加などがあげられていた。保健室登校の子供の対応方法は、心身両面に対応すべきと考えている養護教諭が90%であり、カウンセリング的対応と回答したのは28%であった。

4] 学校全体として取り組んでいる活動とのかかわり：校内の理解や連携は74%で得られているとしながらも、関係者に対する調整で工夫や苦勞があげられ、校内の組織的支えが必要といえる。また、学校外の医療・相談機関の利用は、「必要なかった」を除くと約半数が必要がある考えられ、養護教諭が希望する事項は、相談体制の確立や養護教諭の複数化でいずれも72%であった。

5] 学校規模が子供の在籍500人を越える場合、日常の保健室利用者が1日15人を越えるところが多くなり、保健室登校の子供の対応も重なることから何らかの対策検討が早急に必要と考えられる。

6] 中間的結論として：保健室登校については、これまでは、経験を個人的に積み重ねて対応することが多かった。事態の広がりや重要性からすれば、養護教諭間の経験交流やその理論化が重要になっていると考えられた。

子どもの土ふまずの研究

—へき地の場合—

○野田 耕 正木健雄
(日本体育大学)

【はじめに】

子どものからだが“どこか、何となくおかしい”と保育や教育の現場で言われ始めたのが、1960年代である。その後、このような「からだのおかしさ」の事象は、全国各地から聞かれるようになったが、それらの変化をいち早くとらえるために、NHKと日本体育大学体育研究所とが1978年に保育や教育での実感調査を行った。また、これ以来、ほぼ5年ごとに実感調査を続けている。

この「実感調査」の結果に導かれながら、子どものからだの実体調査を行ってきているが、最近では、かつての環境や生活が都市部に比べて残っているであろうという予想で、へき地の子どもたちのからだの実体を調査してきている。

本研究では、地域が異なるへき地の2小学校の児童について、からだの実体を調査する機会に恵まれたので、ここでは「土ふまずの形成状況」について報告する。

【研究方法】

1.対象者および調査期間

1.1 兵庫県宍粟郡A小学校の全校児童

男子71名、女子63名、合計134名
1994年10月28日～10月29日

1.2 岩手県和賀郡B小学校の全校児童

男子60名、女子55名、合計115名
1996年3月12日～3月13日

2.調査ならびに判定方法

測定器具はPedoscope（接地足跡投影器：アニマ社製）を用い、同器具上に安静立位姿勢をとらせて接地足跡を写真撮影した。

また、土ふまずの形成の判定は、足跡にそって内・外側ともに直線を引き、その交点を求め、この交点と足の第2指の中心とを直線で結ぶ基準線をつくり、両足ともこの基準線を越えて弯曲ができていない場合

には「土ふまずが形成された」と判定した。そして両足とも土ふまずが形成されている児童の割合を「土ふまず形成率」とした。

3.調査校の地域の特徴

3.1 兵庫県宍粟郡A小学校

当小学校は、兵庫県中部よりやや西側にあり、中国山脈から流れ出る三方川の川沿いに発達した町で、周囲を山にとり囲まれた山村にあるへき地校である。この地区は交通が非常に不便であり、ほとんどの児童が、2～5kmの起伏が激しい山道を20～60分かけて通学している。

3.2 岩手県和賀郡B小学校

当小学校は、岩手県西部に位置し、周りを標高700m級の山々に囲まれている。この地域は、豪雪地域でもあり、12月から5月までは、積雪量が非常に多い。また、当小学校の児童のほとんどは、スクールバスで通学している。

【結果と考察】

それぞれの小学校における、土ふまずが形成されている児童と未形成の児童との割合を比較したところ、A小学校では、全児童の85.4%に土ふまずが形成されていた。ところが、B小学校では、全児童の74.8%に土ふまずが形成されているにすぎず、この差には統計的に有意な差があった。

図1には、A小学校の「土ふまず形成率」の加齢的推移を男女別にそれぞれ示した。A小学校の土ふまず形成率は、6歳児の男子で92%、女子で88%であり、男女ともに90%前後の児童に土ふまずが形成されていた。7歳児では、男女とも全員土ふまずが形成されていた。これは、正木らが土ふまず形成率の基準案（1979年）としている6歳児で75%、7歳児で80%という値を大きく上回っていた。

ところが8歳児では、男女とも70%台まで下がり、女子ではさらに9歳児まで形成率が下がっている。

男子では、9歳児で80%まで上がるが、10歳児で再び下がる。しかし女子では、10・11歳児が100%、11歳児男子では、90%の形成率であった。

このように「土ふまず形成率」は加齢的にみて不安定であった。

図2には同じくB小学校の「土ふまず形成率」の加齢的推移を男女別にそれぞれ示した。図からわかるように、6歳児の男子で土ふまず形成率は50%、女子で73%であり、とくに男子で6歳児の土ふまず形成率の基準案と比べてかなり低い水準であった。その後男子では加齢にともない64%、70%と8歳児まで上がるが、9歳児で57%へ下がる。一方女子は7歳児で土ふまず形成率は100%の値を示すものの、8歳児で80%、9歳児で75%と下がる。以後、女子は89%、100%と上がるが、男子では83%まで上がり、11歳児で再び67%まで下がる。

このように、ここでも「土ふまず形成率」は加齢的に不安定であった。

これらの結果から両校を比べると、起伏が激しい山道を徒歩で登下校しているA小学校の児童は土ふまず形成率が高く、同じへき地であってもスクールバスで登下校をしているB小学校の児童の形成率は低い。またどちらのへき地の子どもの足も「土ふまず」からみると、不安定な状況であり、自らの足で歩行することは勿論、足を使った運動量が土ふまずの形成に有効であることが推察される。

【結論】

今回、地域の異なるへき地において「土ふまずの形成」について調査した結果、以下の諸点が得られた。

1. 徒歩にて登下校しているA小学校の児童の土ふまず形成率は概して良好であった。
2. スクールバスにて登下校しているB小学校の児童の土ふまず形成率は、A小学校に比べて低かった。
3. いずれの児童の土ふまず形成率も加齢的にみて不安定であり、生活全体における足の運動の不足が予想される。
4. 今後の課題として、土ふまずの発達に影響している運動量や生活・地域環境の調査を平行して行ない、さらには、かつてのわが国のように自動車や各種交通機関が発達していない外国において同様の調査を実施し、生活、地域環境において、土ふまず形成に必要な条件を明らかにする必要がある。

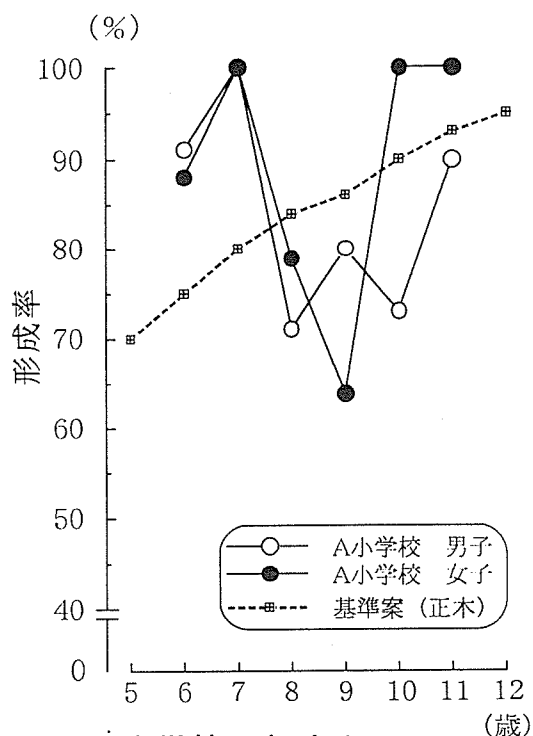


図1 A小学校における土ふまず形成率の加齢的推移

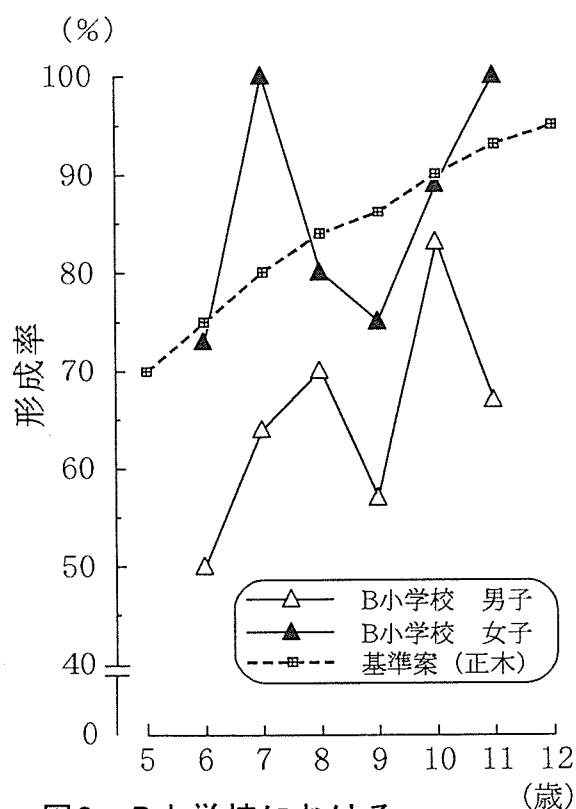


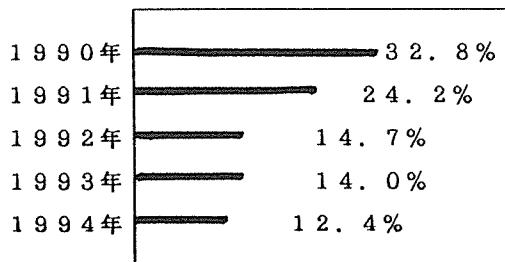
図2 B小学校における土ふまず形成率の加齢的推移

「小学校6年生のOD症をめぐる状況」

立川8小 荒井益子 田無西原2小 及川和江
 元田無向台小 大川延子 調布柏野小 松尾美津枝
 東久留米6小 須藤朋子 日体大 野井真吾 宮崎忍

1990年、日体大の正木教授のまとめている養護教諭の実感調査の中に、低体温の子が増えていると思う先生方の割合が47%になってきていました。そこで、その実態がどのくらいなのかを宿泊行事の健康調査票をもとに、集計を行ってきました。

起床時36℃未満の子の割合



このような集計をしていくうちに、子ども達の自律神経のはたらきが鈍くなっているのではないかということで、本を読み合せて学習を行ってきました。その中で出会ったのが、大妻女子大の大澤清二先生のOD（起立性調節障害）判断基準という問診表でした。その問診表を元に、我々も小学校6年生を対象に1993年より毎年OD調査を行ってきました。

OD症状問診調査人数

1993年	♂ 77	♀ 56	計133
1994年	♂ 69	♀ 61	計130
1995年	♂ 159	♀ 136	計295

OD症状問診表

大症状

- A) 立ちくらみやめまいをおこすことがある。
- B) 立っていると気持ち悪くなり、ひどい時は倒れることがある。

C) お風呂に入った時や、嫌な事を見たり聞いた時に、気持ちが悪くなった事がある。

D) 少し動くと、胸がドキドキしたことがある。

E) 朝の目覚めが悪く、午前中からだの調子が悪いことがある。

小症状

a) 顔色が悪い（青白い）ほうです。

b) 食欲がなくなっている。

c) お腹が、さすように痛くなるときがある。

d) だるさや疲れやすさを感じる時がある。

e) 頭が痛くなることがある。

f) 乗り物に酔いやすい。

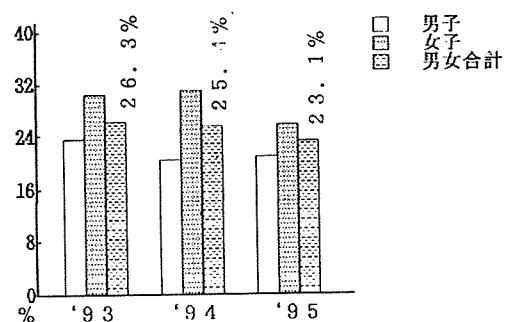
回答項目

卍しばしば 卍ときどき +たまに -なし

OD判断基準

AとBは+以上、C～fまでは||以上を症状ありとし、大症状が3ヶ以上（A）、大症状が2ヶと小症状が1ヶ以上（B）、大症状が1ヶと小症状が3ヶ以上（C）を基準値としました。

ODの発生頻度



前出の大澤先生が調査された時の値1989年行田地区38.9%（男女計）よりも少ない値ではありました。

それぞれの質問項目の自覚者の割合を、昭和56年度（1981年度）日本学校保健会の提出した「児童生徒健康状況調査報告書」内の割合と比較してみました。

	'95年	'81年
大症状		
(A)	31.2%	15.6%
(B)	5.0%	6.8%
(C)	9.5%	11.4%
(D)	6.8%	3.5%
(E)	25.3%	10.1%
(a)	2.7%	4.0%
(b)	12.2%	13.6%
(c)	13.6%	25.7%
(d)	30.0%	42.4%
(e)	26.3%	32.9%
(f)	35.5%	34.3%

14年前の値と比較してみると、'95年のほうが2倍以上訴えのある項目が、Aの立ちくらみやめまいを起こしやすいと、Eの朝の目覚めが悪く午前中からの調子が悪いという項目でした。また、小症状の方は、'81年より、訴えが減ってきていました。男女差はあまりなく、それぞれの項目で女子が少々多いかなという状況でした。朝礼でバタン、朝から保健室が満員などという事が言われているのが、うなずけるようでした。

生活の様子についても、いくつか調査を行ってきましたが、その中のいくつかを、OD症陽性者（+）とそれ以外の者（-）で比べてみました。

(a) なかなか眠れないことがありますか？ はい
 (+) 66.7% (-) 44.5%

(b) 朝の目覚めはよいですか？ いいえ
 (+) 56.4% (-) 28.4%

(c) 毎朝自分で起きていますか？ いいえ
 (+) 46.8% (-) 28.1%

(d) よく食事をたべますか？ いいえ
 (+) 11.1% (-) 3.8%

(e) 今日、排便をしましたか？ いいえ
 (+) 44.8% (-) 63.4%

(f) 1週間に排便が6回以下ですか？ はい
 (+) 64.4% (-) 58.8%

(g) よく外遊びをしていますか？ いいえ
 (+) 16.4% (-) 8.9%

(h) よく運動、スポーツをしていますか？ いいえ
 (+) 18.7% (-) 12.1%

(i) 学校が楽しいですか？ いいえ
 (+) 8.1% (-) 7.8%

(j) 家が楽しいですか？ いいえ
 (+) 6.7% (-) 5.0%

(k) 仲の良い友達がいいますか？ いいえ
 (+) 5.3% (-) 4.0%

(l) 友達にいじめられる事が多いですか？ はい
 (+) 11.1% (-) 3.8%

(m) いろいろな事が多いですか？ はい
 (+) 50.5% (-) 31.9%

(n) いつも、何時ごろに寝ていますか？
 11時以降に寝ている人
 (+) 31.6% (-) 25.9%

(o) 睡眠時間はどのくらいですか？
 9時間未満の人
 (+) 55.6% (-) 57.7%

(p) 平均睡眠時間は？
 (+) 8.4時間 (-) 8.5時間

(q) OD陽性、陰性者の睡眠時刻別睡眠時間

	8時台		9時台		10時台			
	10時間	8時間	9時間	10時間	7時間	8時間	9時間	10時間
陰性	2 (1.3)	7 (4.5)	14 (8.9)	2 (1.3)	8 (5.1)	41 (26.1)	33 (21.0)	0 (0.0)
陽性	0 (0.0)	1 (2.0)	5 (10.2)	1 (2.0)	1 (2.0)	7 (14.3)	8 (16.3)	1 (2.0)

11時台				12時台		1時台	
6時間	7時間	8時間	9時間	7時間	8時間	6時間	7時間
2 (1.3)	17 (10.8)	21 (13.4)	5 (3.2)	3 (1.9)	1 (0.6)	1 (0.6)	0 (0.0)
0 (0.0)	7 (14.3)	13 (26.5)	1 (2.0)	1 (2.0)	3 (6.1)	0 (0.0)	1 (2.0)

生活リズムの取り組みへの批判が1980年代にあり、なかなか子ども達への働き掛けがにくい時期もありました。しかし、この調査をしていく中で、もう一度子どもの成長に合わせた生活リズムというものを考え合って、よりよいから作りのために指導していく必要性を強く感じました。今後も調査を継続しつつ、個や集団へ働き掛けていきたいです。

一般演題 B

座長 岩瀬 俊郎（金沢市・城北病院）

1. 近年の医療供給再編をどうみるかー医療供給政策の研究に向けて
松田 亮三（奈良県立医科大学衛生）
2. 健診成績と入院日数・外来受療日数・医療費との関連：国保連
合レセプトからみた解析結果
○早川 岳人、上島 弘嗣、岡山 明、山川 正信（滋賀医科大学
福祉保健医学）

近年の医療供給再編をどうみるか

医療供給政策の研究に向けて

松田亮三

(奈良県立医科大学・衛生学)

1 はじめに

1980年代後半からわが国の医療供給制度は急速に改変されている。主なものをあげれば、医療法改正(1985年)による病床規制の導入や老人保健施設、療養型病床群、特定機能病院など新しい施設タイプの創設、さらに老人病棟など診療報酬上の施設区分の導入、などである。こうした新しい施設タイプの創出は、一定の機能を前提としている。つまり、今日医療機関は機能別に再編されつつあるのであるが、これは、わが国医療供給体制の大きな転換をもたらすものであろう。

2 目的と方法

このような状況のもとで、改めて医療サービスの供給に関する政策(以下、医療供給政策)を住民生活の向上という視点から批判的に検討することが求められている。本報告の目的は、分析を行うための基礎的作業として、近年(1970年代末以後)の主な政府および関連文書から、医療供給政策の流れを抽出し、政策研究の領域と課題を大まかに示すことにある。

3 結果:政府文書からみた医療供給政策と制度の経過

1980年前後から、「医療費の増大」が政策課題として大きくとりあげられ、「医療費適正化」が打ち出された。この時期の医療供給政策は、一応の政策方向は出されているものの、抽象的なものとどまっていた。「新経済社会7ヵ年計画」(1979年)においては、包括的保健医療体制の確立として、健康管理体制の確立、健康づくりなどととも、「医療機関相互の役割分担の明確化など国民医療の適正かつ効率的な確保を目指す医療供給体制の検討」があげられている。

80年代初頭のわが国の施策に大きな影響を与えた臨時行政調査会(第2次)(以下、臨調)の各種答申でも、「総合的かつ効率的な医療供給体制の整備」という方向は出されたものの、高額医療機器の共同利用の促進(第1次答申,1981年)、「国立医療機関の整備

合理化」、医師養成計画の見直し(基本答申,1982年)など部分的な施策にとどまっていた。

この間制度的には、老人保健法成立に伴って医療法上の特例が認められる疾患として「老人慢性疾患」が認められ、同時に入院患者に占める高齢者の割合を根拠とした診療報酬上の扱いとしての老人病院制度が設けられた。その後、診療報酬上の扱いの変更は、包括点数の導入などさまざまに実施されてきている。

80年代半ばにおいては、医療供給体制の整備を行う施策が具体化されていく。臨調最終答申(1983年)では、「保健と医療を総合した政策」、地域保健医療計画の策定推進などを目的とした厚生省内部部局の再編、などがあげられた。昭和59年度予算が10%のマイナス・シーリング下で編成されるという状況の下で、林厚相(当時)が示した「今後の医療政策—視点と方向」では、疾病の自己責任や「医療標準」概念の導入など医療の財政的側面にかかわる政策とともに、ホームドクターを中心とした医療機関の機能分化が述べられている。「今後の医療供給体制に求められるものは、地域住民の保健医療ニーズに的確かつ迅速に応えられる、地域主軸の包括的・有機的サービスの確立」であり、そのためにホームドクターシステムを基礎とした「各種医療機関の機能・役割の明確化を図り、医療サービスの機能分化・システム化」を推進するというのである。さらに、「適正かつ効率的な医療体制の整備」の一環として、「無駄のない効率的な医療供給体制を実現するため、医療施設およびマンパワーの適正水準を確保」する方向が打ち出された。

こうした政策方向が示される中、1985年の医療法改正により義務づけられた都道府県医療計画では、必要的記載事項として「必要病床数」が位置づけられ、これにより都道府県による病床の規制が実質的に強化されることとなった。また、「医療を提供する体制の確保に関する重要事項を調査審議」するために厚生省に医療審議会が設置された。法改正の翌年に出された「今後

における行政改革の基本方向(答申)」(第一次臨時行政改革推進審議会, 1986年)では, 再び医師・歯科医師の供給過剰の抑制, 病院・病床の適正配置等の推進, 国立病院・療養所の再編などが述べられている。

80年代後半からは, 医療計画による病床規制を前提として, 医療機関の機能別施設類型の創出が課題とされる。1986年の閣議決定「長寿社会対策大綱」では, 地域におけるサービス体制の体系的整備が述べられ, 特に老人保健施設の制度化が明示された。国民医療総合対策本部中間報告(1987年)では, 「病床過剰地域における病床の規制」が確認されるとともに, 「老人医療の今後のあり方」として, 病院の機能分化, 老人保健施設, 老人ホーム, 訪問看護, 家庭医機能の充実などが述べられた。今日における機能分化論をまとめて示したものの先駆けである。特に, 中長期的に病院を「慢性病院」と「一般病院」とに区分する方向が示された。

厚生省健康政策局「21世紀をめざした今後の医療供給の在り方」(1990年1月)では, 「各診療所や病院が個々の患者の状態に応じ, 他の医療機関や福祉サイドとも連携しながら地域の中で必要なサービスが提供できる体制をめざす」ため, 二次医療圏単位の「保健医療計画」を作成し, 開業医の家庭医機能の積極的評価・支援, 病診連携をすすめる「それぞれの患者に適した医療機関を選択する仕組み」を工夫し, 「適切な施設体系のあり方について十分検討していく」とされた。当面, 長期間の入院患者が主となっている病棟, 「医療の最先端を担うべき高次機能を有する病院」を制度的に位置づけ, 在宅医療を推進するとされた。「生活大国五ヵ年計画」(1991年)では, 「国民が良質で効率的な医療を受けられるよう, 患者の病状に応じた医療施設機能の体系化, 救急医療, へき地医療対策の推進, 在宅医療を含む地域保健医療体制の整備を図る」とされた。このような中, 1992年に医療法が改正され, 特定機能病院, 療養型病床群が制度化された。

90年代半ばにおいては, 医療・福祉の枠を越えた施策が提案されるようになってきている。例えば, 「構造改革のための経済社会計画」(閣議決定, 1995年)では, 「社会的支援ニーズに効率的に対応する」施策の一環として, 「医療, 保健, 福祉等を適切に組み合わせ, 最適サービスを効率的, 一体的に提供する(ケアマネジメント)」こととされている。

本年(1996年)には, 医療審議会の意見具申「今後の医療供給の在り方について」が出されており, 二次医療圏単位の「地域における真に必要なニーズを踏まえて, 地域医療のシステム化の具体的な方策及び整備目標を明示」し, 「医療計画を活用して, 日常生活圏

で医療ニーズを充足できる体制の確立, 医療機関の機能分化を通じた効率的な医療提供体制を実現していくこと」が述べられている。さらに, 中小病院を介護中心の施設と特化した医療機能をもつ施設の二類型に区分すること, 地域においてかかりつけ医等を支援する医療機関などの位置づけを検討することなど, 多岐にわたる論点が示されている。全体として医療施設の機能分化をいっそうすすめる方向が検討されている。

4 医療供給政策の特徴と検討(考察)

以上の政策文書にみられる内容および実際の制度の改変から, 近年の医療供給政策のいくつかの特徴を検討し, 政策研究上の課題を明らかにしたい。

1. 医療計画による病床規制が導入され, 入院サービスの総量が規制される中で, 「必要病床数」や許認可のあり方について, 地方自治の観点からみた検討が必要となっている。
2. 医療審議会意見具申などにもみられるが, 医療機関の機能別再編や医療計画のあり方を考える際に, 住民の「医療ニーズ」が基本となる。したがって, 「医療ニーズ」をどのように捉えるのかが, 中心的な問題の一つとなっている。関連して「医療ニーズ」を充足する医療供給の実現方法や医療計画への住民参加のあり方も検討を要する課題としてあげられる。
3. この間の政策では, 長期ケア, 健康相談も含めた「家庭医機能」, 「高次機能」など, 医療をいくつかの機能に区分し, それに合致した施設類型を創設することが, 「効率」的とされている。国民の医療への期待や現実の運用をふまえて, こうした機能区分のあり方を検討することが課題となっている。
4. 医療機関において多くの患者が「ケア」を受けていたという実態があり, 各種の施設類型の創出は, そうした長期ケアを担っている施設を「医療」から分離することにもつながる。こうした中で, これらの施設類型について, 人間らしい生活を保障する視点からの検討が迫られている。
5. 「老人病院」「老人保健施設」「特別養護老人ホーム」など「ケア」のニーズ以外に年齢の条件がある施設類型については, 世代間の連帯や「効率」との関係でどうみることが問題である。
6. 民間活力導入・規制緩和政策との関連で, 機能分化がどのような意味をもつのか, また, それが国民の「医療ニーズ」との関係でどのような意味をもつのかを検討課題となっている。

B-2 健診成績と入院日数・外来受療日数・医療費との関連：国保連合
会レセプトからみた解析結果

滋賀医科大学福祉保健医学講座

早川 岳人 上島 弘嗣 岡山 明 山川 正信

目的；

各市町村では、老人保健法のもとで、循環器疾患等の予防・早期発見のために基本健康診査が行われている。しかし、健康診断および生活習慣の結果をどのようにいかしたらよいかということについて検討されたものは少ない。

それには、まず、健康診査の結果が、通院、入院、医療総点数にどのように影響しているかが明らかになれば、健康診査の有効性が見いだされ、保健指導の効果的な実施が行える。

我々は、前向き調査の手法を用いて、健康診査受診後から3年間の、通院、入院、医療点数を追跡し、各医療指標に及ぼす影響を検討した。

対象と方法；

対象者は、平成2年度に住民健康診査を受診した国民健康保険加入者の30歳以上90歳未満の者について、滋賀県国民健康保険団体連合会（以下国保連合会）が滋賀県下の7町1村に呼びかけ、その対象者についての、平成2年度から平成5年度までの医療給付データをマッチングした男女計7464名について、滋賀医科大学で解析した。健康診査結果と国民健康保険情報のマッチングの際は、プライバシー保護のため、国保連合会の手によって、かつ国保連合会内で全てマッチングを行った。

解析に用いた情報は、健康診査各所見と、各年度の入院の有無、年間総入院日数、年間総外来日数、年間総診療点数である。そして、総入院日数、総外来日数、総診療点数をそれぞれ、（入院なし、1～14日までの短期入院、15日以上の中長期入院）、（外来日数なし、1～21日までの短期外来日数、22日以上の中長期外来日数）、（0～4999点、5000～29999点、30000点以上）と3つのカテゴリーに分類した。

診療行動は年齢により大きく異なるので、解析

は性・年齢別に解析して、危険因子を持たないものに対する、持つもののオッズ比を求め、Mantel-Haenszel法を用いて年齢調整し、男女別に相対危険度を求めて比較した。

結果；

年齢階級別の検討を行った結果、入院日数、外来日数、医療総点数とも、高年齢群ほど、多くなる傾向がみられた。特に入院日数では男女とも、15日以上入院日数は45～64歳の群に対して、65～89歳では約2倍と高かった。

健康診査時の総合所見の有無からみた入院日数の検討で、年齢調整オッズ比を求めた。総合所見がないものに対し、15日以上入院のあるものは男女とも、1.2～1.3倍高かった。このことから総合所見があると入院日数に影響があることが分かった。

同様に、総合所見がないものに対し、22日以上外来受診があるものは男女とも、1.4倍と高かった（ $p<0.001$ ）ことから、総合所見があると外来に通う日数が増加することが分かった（図1）。

医療費負担が、30000点以上を生じる危険度を総合所見の有無別に年齢調整オッズ比で検討すると、総合所見のあるもののオッズ比は1.6～1.7倍であり、有意に総合所見があると医療費を生じる危険度が高いことが分かった。

既往歴の有無別に対しても、総合所見の有無と同様の結果が得られた。

検診時の血圧値を、WHOの基準に従い、正常域血圧、境界域血圧、高血圧の3区分に分類し、血圧区分別に入院日数、外来日数、医療費に違いがみられるかどうかを比較した。その結果、正常域血圧と境界域血圧との間では差はみられなかったが、正常域血圧と高血圧との間では、有意な差がみられた。特に、長期外来に対する血圧区分別

の年齢調整オッズ比は、男女とも約3倍と高く、医療費負担に対する血圧区分では約1.8倍と高かった(図2、図3)。

生活習慣の中の喫煙習慣別の検討では、男性30～44歳群において、喫煙習慣群の長期入院者の割合が高かった。また禁煙群では長期外来通院、医療費が高くつく等の危険度が高かった。

まとめ；

以下のことが導き出された。

- ・ 健診の総合所見で有所見であったものは、その後の長期入院、長期外来、医療費が高くつく等の危険度が高かった。

- ・ 健診で既往歴があったものは、その後の長期入院、長期外来、医療費が高くつく等の危険度が高かった。

- ・ 検診時に高血圧を有するものは、その後の長期入院、長期外来、医療費が高くつく等の危険度が高かった。

このことから、健康診査の結果および生活習慣が、通院、入院、医療総点数に有意に関連していることが明らかになった。

図3 医療費負担に対する血圧区分別の年齢調整オッズ比

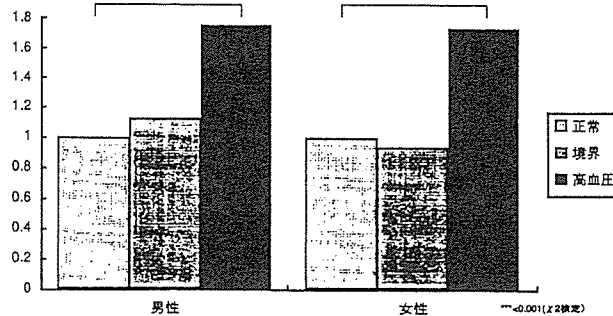


図1 長期外来に対する総合所見別の年齢調整オッズ比

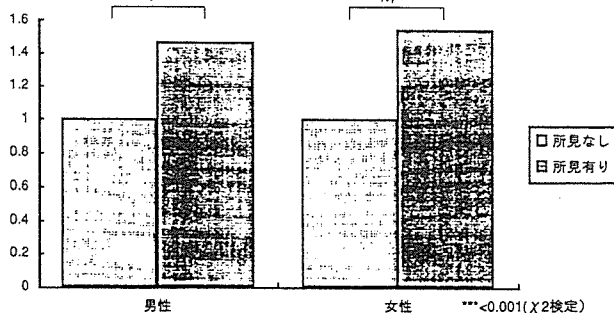
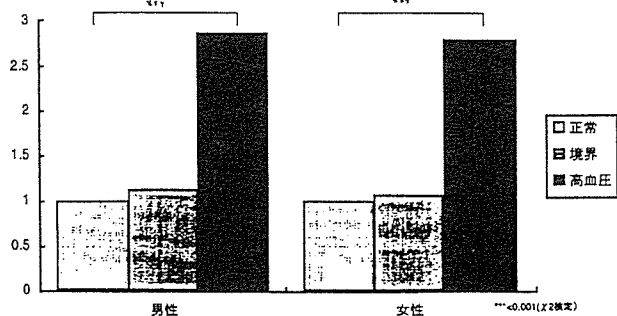


図2 長期外来に対する血圧区分別の年齢調整オッズ比



一般演題 C

座長 福地 保馬（北海道大学教育学部）

1. 聴覚障害者の受療に関する医療機関側の問題－医療機関への面接調査を通じて
○北原 照代、埜田 和史、西山 勝夫（滋賀医科大学予防医学）

2. 某医療労働組合3,500名の健康調査結果から－特に看護職の夜勤影響について
○大竹 康彦（仙台錦町診療所）、広瀬 俊雄（産業医学健診センター）

3. 身障労働者の作業環境と作業態様の実態調査報告
櫻井 忠義（日本体育大学健康科学）

聴覚障害者の受療に関する医療機関側の問題 ～医療機関への面接調査を通じて～

○北原 照代、埴田 和史、西山 勝夫
(滋賀医大・予防医学)

<はじめに>

聴覚障害者にとって受療時のコミュニケーション障害は、生命に直結する深刻な問題である。受療時の困難さについては、聴覚障害者に対する調査に基づき具体的な指摘がなされているが、医療機関が聴覚障害者の受療に際してどのように対応し、またどのような困難を生じているかについての報告はない。そこで私達は、聴覚障害者が大阪府下の医療機関に対して行った受療に関する面接調査の結果を、聴覚障害者から指摘されている受療時の問題点と対比させて検討した。

<調査方法>

調査対象とした医療機関は、公的病院および聴覚障害者自身にとって身近な医療機関とした。調査方法は、聴覚障害者と手話通訳者と手話サークル会員がチームになって医療機関を訪問し、聴覚障害者の来院の有無、来院状況、聴覚障害者に対する配慮など、あらかじめ定めた質問項目について聞き取り記入した。

<結果と考察>

1) 調査が可能だった医療機関数

聞き取り調査が可能だったのは784の医療機関で、そのうち病院は162か所（大阪府下の全病院の約27%に相当）、診療所は622か所であった。

調査者の訪問を断ったり、調査に非協力的な医療機関も存在したこと、また、調査した医療機関の70%以上が「ろうあ者の来院がある」と答えていたことから、本調査結果は、聴覚障害者に対して比較的理理解のある医療機関の状況を反映しているものと考えられる。

2) ろうあ者の来院状況

ろうあ者は誰と来院するかについては、「一人で来院」という回答が最も多く、次いで「家族と同伴」、「手話通訳者と同伴」の順であった

(図1)。病院と診療所に分けて見ると、病院では診療所より家族や手話通訳者と一緒に来院する割合が高かった。

3) ろうあ者が一人で来院した時の対応方法と医療機関が困った事

ろうあ者が一人で来院した時の対応方法は、ほとんどが筆談であった(図2)。一方、ろうあ者が一人で来て困った事を具体的に回答した医療機関は81か所(一人で来院すると答えた医療機関の23%に相当)あったが、筆談による意思疎通の困難さに関するものが46件でもっとも多く、その内容は表1に示した通りであった。また、手話通訳派遣制度を利用して手話通訳者を依頼した医療機関は15か所しかなかった。こうしたことから、聴覚障害者と医療者の間の意思疎通が不十分となっている状況が存在することが考えられた。これは、聴覚障害者から「病院で医師の説明がわからず、症状がうまく伝わらない」という指摘に相応しており、インフォームドコンセントの形成の点から見ても大きな課題が示されているといえる。

4) 受付における聴覚障害者に対する配慮

受付における聴覚障害者に対する配慮を尋ねたところ、「カルテに聴覚障害者であることがわかる工夫」をしているのは21%、「受付、薬局などの呼び出し時の工夫」をしているのは29%と少なかった(図3)。これは、聴覚障害者から共通して指摘されている「受付で名前を呼ばれてもわからない」という問題点と相応していた。受付で解決されるべき困難についての認識が、医療機関においてまだ一般化されていないのではないかと考えられるが、ここに挙げた配慮方法は、比較的簡単に、かつ新たに投資しなくても可能なことであり、医療機関に対する啓蒙が必要であろう。

5) FAXの設置について

FAXは、聴覚障害者にとって電話に代わる通信手段であり、特に救急時等にも利用できる。FAXはほとんどの医療機関で設置されていたものの、聴覚障害者が病気や薬のことを医療機関へ問い合わせ時などに利用できるのは半数程度であり、救急指定病院において緊急時にFAXで対応できるのは40%未満しかなかった。大阪では、すでに110番および119番通報はFAXで対応可能となっていることから、救急指定病院のFAX利用条件の整備は遅れていると言えよう。

<まとめ>

聴覚障害者が指摘するような受療時の困難が、医療機関を対象とした本調査からも示された。聴覚障害者とのコミュニケーションは多くは筆談で行われていたが、同時に意思疎通の限界が指摘された。また、救急時における医療機関へのFAX利用条件の整備不足が示された。聴覚障害者の受療に際しては、診察や受付時だけでなく、検査、治療、薬局など、あらゆる場面において同様な問題が生じているものと考えられるので、問題の把握と対策樹立のための取り組みが必要である。

図1 「ろうあ者来院あり」と答えた医療機関における来院状況（複数回答可）

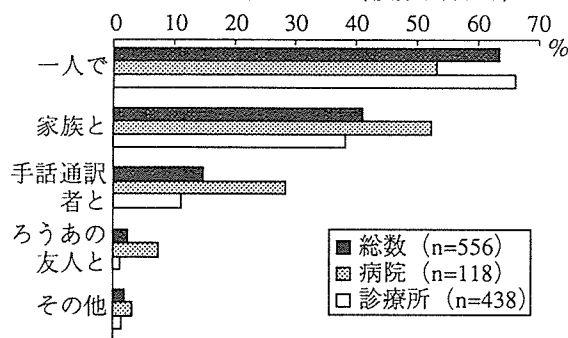


図2 「ろうあ者は一人で来院する」と答えた医療機関における対応方法（複数回答可）

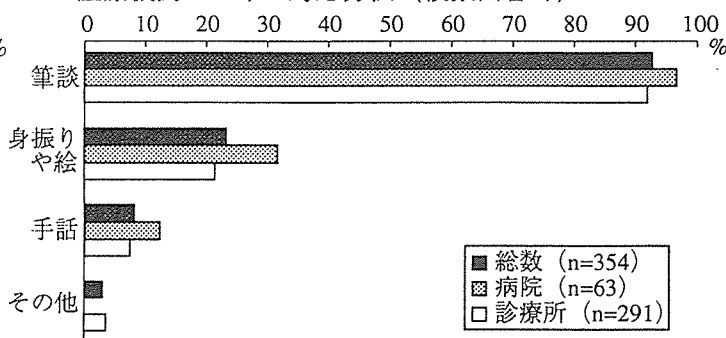


図3 受付等における聴覚障害者に対する配慮

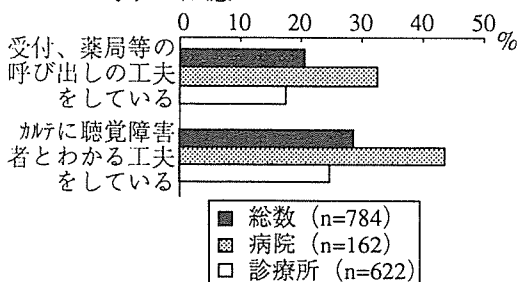


図4 FAXの設置について

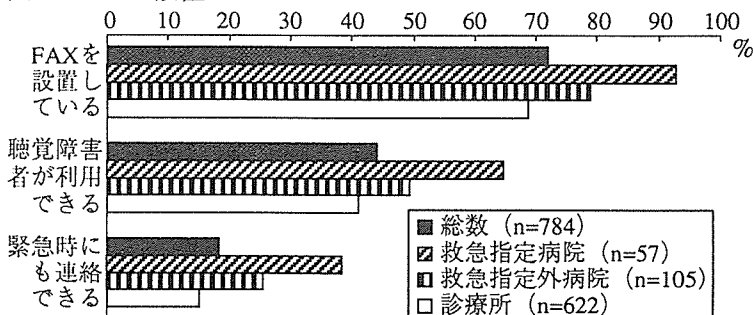


表1 ろうあ者が一人で来院して困った事の回答例（カッコの中は回答数）

- 筆談によるコミュニケーションに関する回答
 - ・筆談しても通じないことがある、通じたのかがわからない、など。(18)
 - ・筆談では時間がかかるので十分説明できない。(10)
 - ・筆談では細かい事や専門用語の説明に困る、限界を感じる、など。(10)
 - ・筆談が出来ない人、筆談も手話もできない人が来られた時。(7)
 - ・筆談するとき、わかりやすいように書くことに苦勞する。
- その他の回答
 - ・コミュニケーションをスムーズに行うことが難しい。(4)
 - ・痛みの程度がつかめない。ズキンズキンとか、わかりにくい。(2)
 - ・当方の職員が、手話ができないこと。(2)
 - ・マスクを取ってしゃべらないと、うまく伝わっていない。
 - ・本人がどの程度の治療を希望しているのか、つかみにくかった。
 - ・通じなくても相手が分かったふりをする。
 - ・本人の思いが医師、看護婦に通じず、行きちがいが生じた。
 - ・ろうあ者の人が忘れ物をしてこちらから連絡しようとしたが、出来なかった。
 - ・手話通訳を依頼して来ていただいたが、患者さんの方から断われた。

某医療労働組合3,500名の健康調査結果から 特に看護職の夜勤影響について

○大竹 康彦・広瀬 俊雄

(仙台錦町診療所・産業医学健診センター)

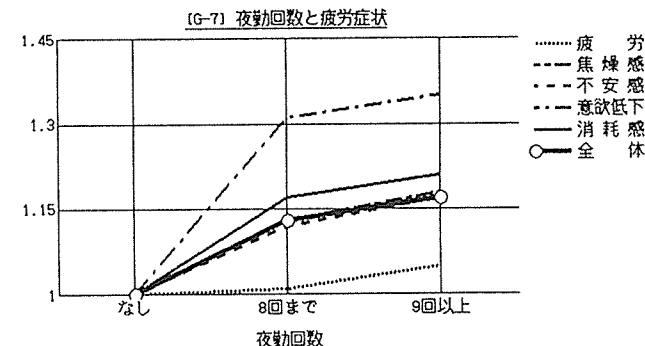
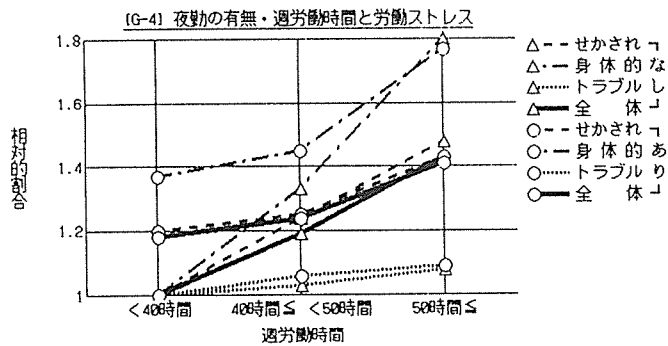
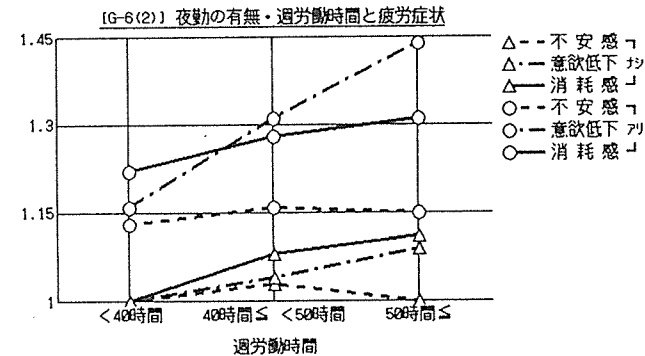
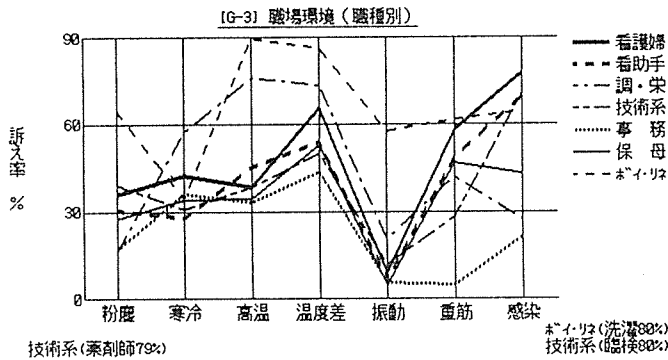
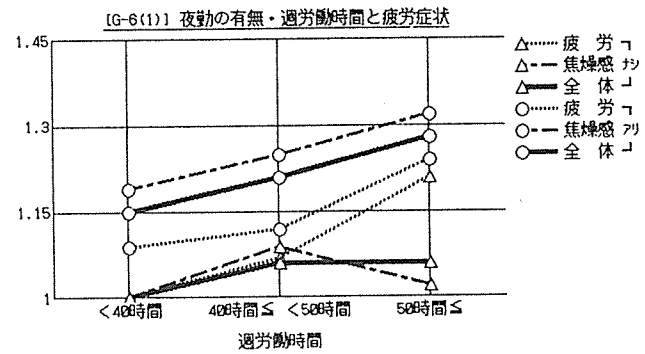
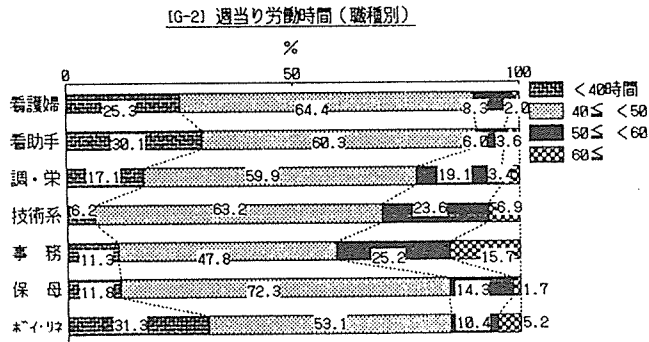
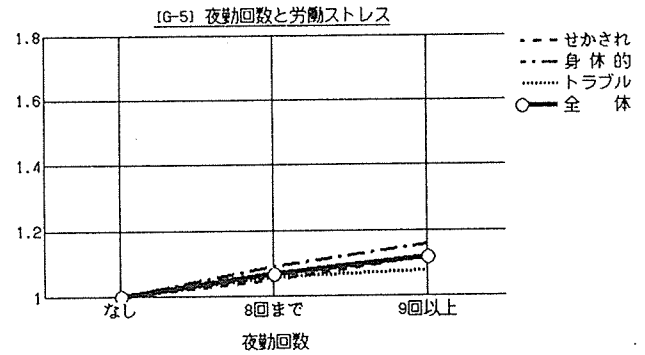
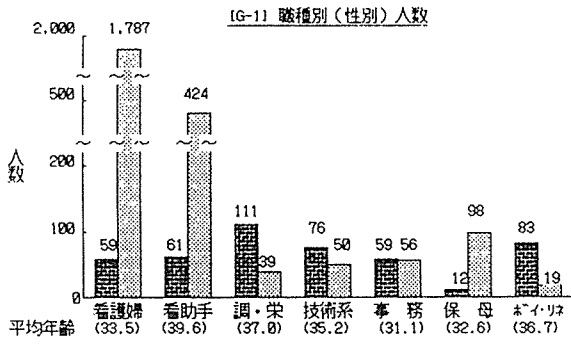
【はじめに】某組合の調査で最近10年間の看護婦の在職死亡が130人など医療労働者の健康障害が深刻になっている。こうした実態解明のため某医療労働組合と取組んだ健康調査結果の一部を報告する。本調査は93年7月全組合員を対象に調査用紙を配布、回答記入後密封回収した。回答者数3,478名、回収率66.2%だった。

【結果】[G-1]回答者の性別・職種別人数と平均年齢。7つの職種にまとめた。看護婦が圧倒的多数。[G-2]職種別の週労働時間。調・栄、技術系、事務比較的長時間。[G-3]職場環境。総じてボイ・リネ悪く、調・栄の寒冷・高温、感染の危険は看護婦、看助手70%、臨検技師90%、リネン80%も高い。薬剤師の紛塵79%。[H-1]職種別の労働・職場ストレス。12項目の間診票を使用し上畑らのストレスと健康総合調査に習い3つに分類し評価。せかさ感、身体的きつさは看護婦、看助手に高い。せかさ感、ボイ・リネ、身体的きつさは事務が低率。トラブルストレスは「技術進歩についていけない」が職種を問わず高率。急速な技術革新が進む医療分野に特徴的。全体的には看護婦、看助手、保母のストレスが高い。[H-2]職種別の疲労症状。前問と同様に上畑らの調査で使用された26項目の間診票・分類法に従い5分類し評価。看護婦が全項目で高いスコアを示した。事務も全体に高いが特に孤立・意欲低下感に際だつ。職種により愁訴項目が異なり仕事の特徴・内容を反映した結果と考えられる。全項目合計では看護婦、事務が高スコア。[H-3]職種別の仕事の満足度(5項目)。保母、技術系で高く事務が最低。専門性の高い職種ほど満足度が増す傾向。健診未受診率が3割前後。通院中は24~30%。過去1年間の入院経験は約1割。医療従事者でありながら健康管理体制の不備が指摘される。過労死の原因疾患として話題となる脳卒中や虚血性心疾患も12名あり、本調査には含まれない在職死亡例と合わせてさらに検討を要する。

本調査で6割以上を占め、問題の多い看護婦について夜勤や労働時間の影響を分析した。看護婦の86%が夜勤従事者。そのうち約1/3が9回以上。夜勤

の有無で週労働時間に大差ない。[G-4]労働・職場ストレス。夜勤なし・週労働時間40時間未満の群を1とした時の各群の相対的愁訴割合。夜勤なし群は時間とともに増加。夜勤あり群は50時間以上で長時間労働の影響がでるが、50時間未満では夜勤影響の方が顕著。夜勤・長時間労働で身体的きつさストレスが著増。[G-5]夜勤回数とストレス。回数で変化は少ない。[G-6(1)(2)]疲労症状について前問と同様に相対的愁訴割合で比較。一般疲労感、時間影響が強そうだが、他の項目は夜勤の影響が強い。疲労症状増加は労働時間も関与するが夜勤の影響が相対的に大きそう。[G-7]夜勤回数と疲労症状愁訴割合。回数よりも夜勤の有無の違いが大きい。仕事に対する満足度は、夜勤なし群で若干高いが夜勤回数・労働時間で大差ない。睡眠状態(5項目)は、夜勤影響が顕著。回数・労働時間に関係なく愁訴率は1.5倍。喫煙率26.5%(女性15%)、飲酒習慣週2~3回以上が36%といずれも高率。労働時間の影響は少ない。夜勤あり群はなし群より喫煙率5%、飲酒習慣6%程度高い。家族と夕食をとる回数は、夜勤の有無・労働時間と相関する。

【まとめ】某医療労働組とともに健康調査を行った。その結果、労働ストレス、疲労症状いずれも看護婦の愁訴割合が高かった。その要因に夜勤や長時間労働が考えられさらに検討した。労働ストレスは、50時間未満では夜勤の影響が強く、50時間以上では夜勤の有無に関係なくストレスの増大を認めた。疲労症状は、労働時間の増加とともに愁訴率は増すが、夜勤の有無による愁訴率増大の影響の方が相対的に大きそう。夜勤回数の増加でストレス・疲労とも増すが、夜勤の有無による影響と比較して小さそう。睡眠、喫煙・飲酒習慣、食事なども夜勤従事者に問題が多い。以上より看護婦のストレス・疲労愁訴高率の要因として、夜勤の影響が大きく次いで労働時間の長さが問題となりそう。今回の調査では夜勤回数の影響はさほどではなかった。夜勤があるということが強い負荷因子となっており、現状では夜勤労働をなくせない以上夜勤労働そのものの負担軽減が重要である。



[II-1] 労働・職場ストレス愁訴割合

	看護婦	看助手	調・栄	技術系	事務	保母	ホィリ
全体	5.16	4.95	4.63	3.94	3.93	4.80	3.71
せかされストレス	5.00	4.48	4.20	3.96	3.81	4.04	2.98
身体的きつきストレス	5.59	5.55	4.54	3.88	3.38	5.24	3.49
トラブルストレス	4.90	4.82	5.15	3.98	4.60	5.13	4.67

[II-2] 疲労症状愁訴割合

	看護婦	看助手	調・栄	技術系	事務	保母	ホィリ
全体	4.03	3.53	3.31	3.39	3.80	3.61	2.86
一般疲労感	5.08	4.52	4.26	4.24	4.49	5.05	3.80
焦燥感	3.69	3.13	2.94	2.90	3.25	3.24	2.74
不安感	4.33	3.34	3.00	3.75	3.88	3.53	2.44
意欲低下・孤立感	3.09	3.02	2.81	2.64	3.68	2.60	2.23
消耗感	3.96	3.66	3.55	3.43	3.74	3.65	3.10

[II-3] 仕事に対する満足度

	看護婦	看助手	調・栄	技術系	事務	保母	ホィリ
全体	4.22	3.18	4.60	4.93	2.79	6.12	3.77

《注意》 〇〇〇〇：上位2職種，〇〇〇〇：最下位職種

日本体育大学・健康科学
櫻井忠義

[はじめに]

首、肩、腕、腰、下肢の動作機能障害等の二次障害は脳性麻痺を有する労働者が地域で自立して生活してゆく上で大きな障壁になっている。この二次障害の発現が脳性麻痺を有する労働者の労働の継続に対し、大きな阻害要因になっているのである。こうした動作機能の低下は労働や作業環境と関連して発現することが示唆されるため、作業環境の実態と作業態様の実態調査を行い、作業環境上の問題点を整理し、対応の方向を目指すことにした。尚、調査に当たっては共作連の協力を得た。

[方法]

- 1) 今回、数箇所の小規模作業所の許諾を得て、就労している55名(男35名、女20名、平均年齢32.2歳)の調査協力を得た。
- 2) 全員屋内作業であったが、ここでは作業態様として立位作業、椅座作業(VDT作業等)に分けて解析を行った。脳性麻痺を有する労働者はその身体的制約にあっていないのか、VDT作業に従事する者が多い。
- 3) 障害の状況、業種、職種、作業の内容、作業状態、健康状態、疲労状態の聞き取りを行った。
- 4) 作業環境調査として、室内温度条件、騒音条件、照明条件を測定し、作業者には感じ方を聞いた。休憩室の利用状況やトイレまでの距離、障害についても聞き取りを行った。測定は作業者を中心にして行った。
- 5) 使用机、椅子、機器の大きさの計測と作業者の身体各部の長さの計測およびその関係の検討を行った。

[結果]

1) 対象者：

脳性麻痺障害の状況は障害等級1級14名、2級23名、3～5級17名で、麻痺のタイプはアテトーゼ14名、痙直型21名、混合型11名、その他9名であった。障害部位では四肢麻痺35名、片麻痺9名、対麻痺7名、その他4名であった。動作機能レベルでは、手放し独歩ができる者41名、杖・松葉杖で独歩できる者5名、手動式車椅子使用者8名、電動式車椅子使用者1名で、食事能力では一人で行える者50名、特殊な食器を使用して一人で行う者4名、一部介助を受ける者1名であった。職種はVDT作業者24名、機械操作15名、半田付けや部品組立4名、おむつたたみ4名、事務受付8名で、一日の作業時間は7時間未満が6名で、殆どの者が7時間以上で、中には8時間以上働く者が8名みられた。

2) 一般作業環境：

全ての作業場に暖房冷房の設備がある。気候の良い季節に行ったこともあり、作業室内の空気温は21～25℃が34.5%であったが、周囲に機器があり、その熱の為に、室温が25℃を超える中で作業する者が65.5%、28℃を超える作業場が7.3%にみられた。この結果は騒音の計測にもみられ、事務所衛生基準規則では55 dB・A以下としているが、これを満たす作業場は5.9%で、殆どがこれを超え、暴露限界である85 dB・Aを超える中で作業する者が全体の41.2%にみられた。騒音源と作業者の耳元の音の差が5 dB以下、即ち、騒音源のすぐそばで働く者が78.0%にみられる。作業者が作業中に主として注視している物の照度は300 lux

未満の暗い作業所で働く者が21.8%で、78.2%が300 lux以上であったが、照明装置が作業者の直上のみ56.4%、後方から10.9%、前方から21.8%で、適した照明がなされているとはいいがたかった。

3) 作業姿勢と設備機器：

立位作業者6名、正座作業者9名、椅座作業者40名であった。

①立位作業：作業面の高さは個々まちまちで、肘の高さとの関係でみると肘の下面が作業面より21 cm以上高い状態での作業がほとんどであった。前腕の長さとお対象物までの距離は同じ分布をしており作業の自由度が椅座作業者より高く、かつ適度な距離を保っていた。立位作業場に椅子が配備されていたのは1名だけであった。立位作業者であっても随時休める椅子を配置することは作業負担を軽減するために必要である。

②椅坐作業は主としてVDT作業である。車椅子作業者は全員この作業状態にいる。ここでは作業者の坐り心地、使い心地は評価の対象とせず、椅子や机の形状大きさと、対象者の身体の大きさととの適合の面から評価した。車椅子の幅が広くて事務机の間口にあわず、机に入り込めない。椅子の坐面の高さとお下腿の長さとの差をみると0 cm未満が75.6%、0 cm以上（椅子が高い）24.4%にみられた。それ故、足先のみつく者11.1%、足台を利用するもの6.7%、足をぶらぶらしたままの者も1名みられた。

③次に机の作業面と肘の高さの関係をみると、肘の高さが机の面より低い者が57.8%で、その中でも10 cm以上低い者が17.8%みられた。このことは椅子は高く、机は更に高いことを示している。膝と机の下の間も5 cm未満となっている者が83.7%にみられ、足を動かす自由度がほとんどない。

④VDT機器：VDT機器の画面上縁の高さと作業者の瞳孔の高さを比較すると、上縁が高い者が45.5%にみられた。画面からの瞳孔の距離では40～60 cmが77.3%であった。前腕の長さをキーボード(H)とお対象者の距離を保つためと考えられた。文章上の照度は300～750 luxが61.9%で、750 lux以上は33.3%であった。キーボード上

もほぼ同じ結果であった。ただVDTへの照明が強く、画面をみずらくしていた(500 lux以上22.7%、画面への光源や窓の写り込み59.1%)。

4) 障害のタイプと椅子：

アテトーゼと痙直型(共に1級、2級、3級が多い)では下腿の長さとお椅子の座面の高さに差が大きく、座面が高すぎて足が床に着かない例がみられた。机と肘の高さとの関連をみると、障害等級が高いほど机の作業面が高く、等級が低いほど適切な作業姿勢を確保しているようであった。麻痺のタイプとは関連がみられない。この結果はVDTの画面上縁とお瞳孔の高さの差にも反映され、等級が高いほど画面が高く、見上げた姿勢での作業になっていた。麻痺のタイプではアテトーゼにやや多い。机にもたれかかる、又は逆に椅子の背もたれにもたれかかった姿勢での作業になっていた。

5) 作業に従事する年数が長い群ほど椅子の座面が高くなる状態にある。何かを利用して作業する者ほど瞳孔の位置が低く、画面を見上げた状態で作業するなど、障害の程度との関連が深くみられる。疲労がたまってゆくとする群では文章上、キーボード上の照度が低い。

6) 休憩時に休憩室を利用する人は38.2%にとどまった。休憩室までに段差がある16.4%、遠いので行くだけになってしまう10.9%、作業室で休憩36.4%、トイレまでに段差がある20.0%であった。

[まとめ]

脳性麻痺を有する労働者は身体に障害を有しながらも意欲を持って積極的に労働に従事し、自立の道を模索している。しかしながら、その作業態様をみると一般作業者に用いられる作業機器、器具を使用し、それに無理に身体を合わせながら、作業を行っているだけでなく、物理的作業環境自体も必ずしも恵まれているとは言い難い状況にある。こうした作業条件が脳性麻痺を有する労働者の二次障害の進展に関与していると考えられた。身障労働者用の機器の開発、JISへの盛り込み、身障者用機器の製作所への開発援助を行うとともに、身障者の自立のための雇用政策を展開する事が必要である。

一般演題 D

座長 埜田 和史（滋賀医科大学予防医学）

1. MMRワクチン「人体実験」論ー薬害エイズから予防接種へー
栗原 敦（MMR被害児を救援する会、全国予防接種被害者の会、予防接種制度検討市民委員会、（社）日本てんかん協会、城陽市立西城陽中学校）

2. 教職員の健康の危機を克服し、学校をいのちと健康を守る権利の発信地に
三栄 国康（全日本教職員組合）

3. 江東区における環境問題とそ属昆虫駆除事業の現状および今後の課題
菊池 頌子（江東区環境保健部）
○ 山本 民子（東京都江東区城東南部保健相談所）
大埜 和子、寺西 知恵、石井 明子（江東区深川保健所）
海宝 守一、林 恵子（江東区城東保健所）
野中 理子（江東区深川南部保健相談所）

MMRワクチン『人体実験』論

－薬害エイズから予防接種へ－

MMR被害児を救援する会・全国
 予防接種被害者の会・予防接種制
 度検討市民委員会・（社）日本て
 んかん協会 栗原 敦

【要旨】 MMRワクチンの接種強行と被害発生は薬害エイズ問題と同じ構図であり、「人体実験」の指摘をせざるを得ない。全自治体におけるMMRへの対応と被害実態を明らかにすると同時に厚生省（保健医療局・薬務局・予研）、企業の犯罪性とそれに加担した研究者・医師の責任を告発すること、及び全てのワクチンの再評価・感染症予防の根本的検討、「健康観の見直し」等が急務の課題である。

1 「薬害」と認知されていない予防接種禍

エイズ薬害訴訟の「和解」までとその後の経過を注視する中、未だ知られざる予防接種禍の実態を告発すべきことを痛感している。

92年12月、予防接種禍集団訴訟（東京）控訴審判決で原告勝訴と丹羽厚相の謝罪以後、名古屋・福岡・大阪の各高裁でほぼ原告勝訴の判決が出された。加えて、インフルエンザワクチンの無効性・副作用被害の続発、接種率の低下、感染症自体の減少と法的強制の矛盾等から、93年3月予防接種法の見直しが諮問され、94年6月同法改正、同年10月施行により現在に至っている。

その経過と並行して、89年4月導入の新三種混合ワクチン（MMR）が予想をはるかに超える「無菌性髄膜炎」を発症させ、少なくとも1800人以上、史上最大級の被害をうみつつも、世論の批判を無視し接種を強行した厚生省は、93年4月「当面接種見合わせ」をようやく通知するという「事件」がおこっていたのである。

「種痘禍」やこのMMR事件等予防接種被害の実相については、いわゆる一般治療薬の「薬害」告発の著書の「薬害年表」等には記述されるものの、管見の限り具体的な問題指摘がなされたことはほとんどない。

2 安全性確認が不十分なまま導入されたMMR
 3つの感染症－はしか（M）、おたふくかぜ（M）、風しん（R）を1回の接種で予防できる「夢のワクチン」というふれこみで登場した新三種混合（MMR）ワクチンは、1970年前後から官民で研究開発が開始された。

1988年、阪大微生物病研究会・北里研究所・武田薬品工業3社の「自社株」ワクチン及び「統一株」ワクチンが製造承認された。統一株とは、国立予防衛生研究所麻疹ウィルス部長杉浦昭が中心となって、最も優秀な、実績のあるはしか、おたふくかぜ、風しんの各ワクチンを組み合わせたMMRワクチンをいう。89年導入時にはこの統一株が使用された。3社の自社株を同時に市販・接種させることは子供達の利益にならないと考えられたからである。

即ち統一株とは、北里のはしか、微研のおたふくかぜ、武田の風しん、この3ワクチンを互いに交換し混合したワクチンで、3社が供給したのである。

導入間もなく、無菌性髄膜炎を多発させた元凶は阪大微研会の「おたふくかぜワクチン」であった。予研は、導入直前、同おたふくかぜワクチンのウィルス（Urabe Am-9）同定法（PCR法による）を開発、完成させていた。予研ウィルス製剤部ムンプス室長山田章雄らによるものであった。

杉浦昭（故人）は、MMR導入により無菌性髄膜炎が発生することを予期していた故に、ウィルス同定法を開発、完成させていたといえる。予研の研究者サイドには、MMR導入「時期尚早」の見解があった。さらに市民団体の「導入見合わせ」の声もあったが強行され、まもなく「無菌性髄膜炎」の高頻度の発症にもかかわらず、薬事法を無視し過去の薬害の教訓を生かすことなく、適切な

対応がなされず接種後死亡5名、急性脳症（重度後遺障害）、難聴、急性小児片麻痺など重篤な被害を生んだ。潜在的な被害を含めたら2000人以上に上ると推測される。

3 方針転換を誤り、人体実験の様相へ

89年秋までには前橋市医師会など接種現場からの指摘を受け、厚生省保健医療局は同年10月「慎重接種」と調査を指示した。以後調査の度に発生頻度はうなぎのぼりに修正された。同医師会は217人に1人の発症率を報告していた。

この時期を筆頭に中止判断をすべき時を逸し、さらに91年10月には明らかに「人体実験」としかいえない「統一株を残した自社株」導入を図った。同年9月までに接種後死亡4名の他、上記の重篤な被害と、無菌性髄膜炎患者を多発させた「統一株」（“最良の組合せ”のMMR）を回収廃棄をせずに、3社の自社株（最良ではない）を導入するという許し難い「方針転換」となった。その結果、新たに1名の接種後死亡が発生した。

統一株がさらに高頻度の無菌性髄膜炎を発症させ、自社株も同様「使用に耐えない」ことが判明し、ようやく93年4月「当面接種見合わせ」となった。

91年10月前後に、予研はPCR法から発展させSSCP法による「すべてのムンプスウィルス株鑑別法」を完成させ、ムンプスワクチンの比較試験の体制を整え、薬務局の下に「MMRワクチン研究班」（班長・木村三生夫、事務局・堺春美—東海大医学部小児科）が組織され、積極的な調査体制をしいた。

このようにして180万人の子供達を動員し、予防接種法の対象疾病になっていない「おたふくかぜ」ワクチンの比較接種試験を行ったことをいかに否定できるようなか。

しかも、「人体実験説」は「推進派」医師・研究者の論文によって構成されるのである。(注)

4 在庫処分の可能性

92年12月9日NHK報道によると、公衆衛生審議会伝染病予防部会の予防接種委員会は「統一株使用中止」の意見をまとめた。しかし、この時期は市場の統一株はごく少量になっていたのであり、在庫処分を待った決定としかいえない。しかもなぜか「統一株使用中止」通知は出されず、

さらに4ヶ月ほど放置された。

また、予防接種法上の接種は「中止」されたが、薬務局が回収命令を出さなかったため、「任意接種」によって危険を承知で接種をし、在庫処分がなされた可能性も指摘される。

5 課題

(1)低年齢児ほど後遺症をのこす症例のある無菌性髄膜炎患者の経過観察を行政責任において行わせ、その他の被害症例の調査を実施させること。

(2)現在「任意」に接種されている「おたふくかぜワクチン」を回収、再評価させること。

(3)MMR・おたふくかぜ両ワクチンの製造承認から、副作用情報等にいたるまで一切の資料を公開させること。

(4)全ての自治体・医療機関の、導入から「中止」に至るまでの対応をつぶさに調査し、厚生省の指導と乖離した事実を明らかにすること。

おわりに

ジェンナー種痘200年祭記念式典など、予防接種礼讃の動きが浮上する中、国民的な立場に立つ医師・研究者、自治体職員等と市民の連携により、ワクチンの再評価とそれによる感染症予防の再検討、「健康観の見直し」を迫られているのではないか。

薬害エイズ問題究明の力がワクチン問題にもふり向けられることを望むものである。

来年は「伝染病予防法」制定100周年である。

(注)

木村三生夫「わが国における自社株および統一株MMRワクチンに関する研究」

臨床とウイルス Vol.23 No.5 1995.12

丸山 浩「MMRワクチン接種後の無菌性髄膜炎発生状況とその対応」

臨床とウイルス Vol.22 No.1 1994.3

山田章雄「SSCP法によるムンプスウィルス株の鑑別」

予防接種制度に関する文献集 (22) 1992.7

岡 秀「MMRワクチンについて—実地診療医の立場から」

小児科臨床 Vol.45 No.3 1992.3

堀内 清「ムンプスワクチン接種後髄膜炎に関する諸問題」

小児科 Vol.32 No.4 1991.4

[1996.5.31]

全日本教職員組合 書記次長

三栄国康

90年代にはいって、教職員のいのちと健康の問題が医学界でもかなりとりあげられるようになり、ストレス過重性、精神・神経疾患の深刻な実態の調査、分析が公にされてきました。一方で学校でのいじめ・自殺、体罰問題が大きく社会化され、子どもたちが深夜まで塾に通い、幼児からの「早期教育」が拡大しています。これまで例のない異様な現象に直面して、「学校はどうなっているのか。何が起きているのか」との問いかけにたいするかみ合った議論が求められています。

その中でも、教職員の健康問題は重要です。教職員の健康に責任を負うはずの文部省は、長期にわたって学校保健法による教職員対策にこだわり、労働行政の枠外であぐらをかいてきました。教職員の公務上の災害に対応するのは地公災であり責任官庁は自治省です。3つの省庁に分断された状態が、学校教職員の労働衛生問題を深刻化させてきたと言えます。決して平坦ではありませんが、教職員の健康上の権利を明確にすることが、学校教育そのものに発展的な影響をもたらすことを考えれば、教職員組合の運動で前進させていかなければなりません。

教育が国民の共同の課題でありながら、学校が社会から隔絶されているという問題があります。その中でも、いのちと健康というもっとも重要な固有の人権をめぐる隔絶、分断されている状況を克服することは急務です。

この度の第136通常国会では労安法、労災保険法、地公災補償法の改正案が上程されたこともあり、わたしたち全教（全日本教職員組合）は積極的な要求を前面に立てて論戦を要請しました。要請に応えた日本共産党議員団によって、次のよ

うな成果をあげていただきました。

学校に措置されている産業医の報酬が、年3日分でしかないことを明らかにし、他に校医として9日分の報酬が出ていることで事足りりとする文部省の姿勢を厳しく追及しました（山原議員・衆院文教委員会）。

労働省の腰痛予防対策指針の「重症心身障害児施設等」には養護学校も含めるべきではないかとの阿部議員（参院文教委員会）の質問に、文部省は「労働省と相談する」と答弁し、足掛かりをつくりました。

有働議員（参院地方行政委員会）は「県市町村に措置されている衛生管理者養成費用の交付税は、学校にも措置すべきではないか」と追及しました。自治省は「文部省から話があれば検討する」と、これまた重要な手掛かりをつくりました。

一方、昨年来、文部省と自治省そして地方公務員安全衛生推進協会の3者による研究会が全国の学校の安全衛生調査をまとめ、提言をつくりました。これまで「長期にわたる広大な空白地帯」（滋賀医科大学埤田先生）といわれた教職員の職場に陽が当たる方向が見えてきました。

95年12月、滋賀の地公災基金支部は、養護学校教師の非災害性の頸肩腕障害公務災害認定請求を、12か月間の「上」を認めました。この3月には、同様の症状について、京都の2人の養護学校教師に全部認定を行いました。これまで、よくても6か月までの「部分認定」しか出なかったケースですが、変化を予測させる事件です。

95年「頸肩腕症候群の予防対策指針」が労働省で報告されました。全教はこの指針を養護学校教職員にあてはめることを求めて、労働省との折

衝を続けてきましたが、これらの努力が実ったと
考えます。94年の「腰痛予防対策指針」は大阪
の向井腰痛公務災害認定裁判に大いに活用して、
95年の勝利に結びつけました。疲労性の腰痛や
頸肩腕障害の補償について、動きをつくりはじめ
たことは重要と考えます。今後いっそう医学界の
協力をお願いするものです。

— 民間委託に反対する取組の中から —

江東区環境保健部 菊地頌子 江東区城東保健相談所 山本民子

江東区深川保健所 大埜和子・寺西千恵・石井明子

江東区城東保健所 海宝守一・林恵子

江東区深川保健相談所 野中理子

はじめに

江東区は、広大な埋め立て地や臨海副都心を抱え、過去にハエ・カ等衛生害虫の異常発生に、『そ族昆虫』駆除事業（以下『そ昆』事業と略す）が、町会・自治会活動や、都内ゴミ処理問題と深くリンクしながら進められている。

ところが、地方財政危機や環境衛生改善をきっかけに、『そ昆』事業予算が縮小され、民間委託へと移譲されつつある。江東区でも平成8年度より民間委託が通達されたが、町会・自治会の反対もあり、業務は民間委託となり、窓口相談・調査・民間委託への手配・現場監督として防疫作業員一人が対応している。

私たちは、『そ昆』事業が

- ①公衆衛生の重要な課題である。
- ②公的責任で行われるべき事業である。
- ③町会・自治会の活発な自主的活動のきっかけになっている。

と考え、これを明らかにするために、町会・自治会の担当者から『そ昆』駆除活動の実態や地域の環境問題の現状について聞き取り調査を行うとともに、区の担当者からの資料をもとに分析を行った。

1、実態調査の方法

1) 聞き取り調査

- 2) 江東区『そ昆』事業の資料の分析
- 3) 江東区の環境（緑被率）と町会・自治会の『そ昆』駆除活動の関係分析
- 4) 東京23区の『そ昆』事業の現状（聞き取り調査）

2、結果

1) 地域の環境問題の実態

(1) 聞き取り調査に基づく地域の環境問題

①江東区には、終末ゴミ処理場があるため、ゴミを搬入するトラック台数が多く、そのトラックがゴミを落としたり、生水をたらし、水が溜まり、ハエが異常発生する。

②物流基地付近の住宅に住む赤ちゃんの指をネズミがかじった。

(2) 苦情・相談の内容及び件数（表1）

平成8年4月～6月10日までに江東区役所に『そ昆』事業関係の苦情・相談の内容はわずか2カ月で59件あった。事務職が相談をうけ対応するが専門的な相談内容については、防疫作業員が後日訪問等行った。時期的にはカの発生の時期ではなく、ネズミの相談が多く、また高齢者からの相談が多い。

2) 町会・自治体への器材貸出・薬剤配布状況（表2）

江東区の町会・自治会の総数は261である。薬剤散布をする際、器材貸出を受けているのは、49町会・自治会（18.8%）、独自に器械

を購入し、常時備えているのは、89町会・自治会（34.0%）であった。

3) 緑被率と町会・自治会の『そ昆』駆除活動の関係（表2）

江東区の緑被率は15.9%で、東京23区では13位である。

緑被率と『そ昆』駆除活動との関係をみると、緑被率の高い所ほど、また、過去にハエの異常発生を経験していたり、都・区管理の公園では住民からの切実な要望で、定期的に薬剤散布している。

4) 衛生班の出動状況

昭和40年から平成7年までの衛生班の出動状況を見ると（表3）、多少の増減は見られるものの30年来変化は見られず、『そ昆』事業が必要とされている実態がうかがえる。

5) 民間委託について住民と防疫作業員が心配していること

①薬剤散布はそ族昆虫の発生の予防活動である。江東区の民間委託の考えは、何のために『そ昆』事業を行うのか認識がないのではないかと思わざるをえない。

3、考察

地域の環境実態は30年来変わらず、都市における環境衛生について課題が残されている。それは輸入物流からくる『そ族昆虫』や、河川から発生するユスリカ、ビルに住むネズミ等の問題である。これらは、時代とともに変わる都市問題であり、公衆衛生の課題である。

この『そ昆』対策に携わるのは、防疫作業員であり、町会・自治会である。町会・自治会の『そ昆』駆除活動は、町会活性化につながり、住民が自分たちの生活環境を自主的に

考えるきっかけとなっている。また『そ昆』対策は、住民の快適な生活環境を守り、伝染病の発生を予防すると共に、衛生教育を行う立場から、行政が責任を持つことが必要である。

おわりに

バブルがはじけ、“リストラ”を名目にこれまでの事業の見直しが迫られている。しかし、住民とともにやってきた『そ昆』駆除活動が、公衆衛生の課題である”予防”の『そ昆』事業が、民間委託へ移譲されている。

『そ昆』事業は、衛生害虫発生原因をつき止め予防策をたてれば早期に解決する事業である。予防策を継続的に実施しているから、地域から衛生害虫が異常発生しないといえる。継続的に、定期的に薬剤散布を行うため、カネがかかる。しかし、日々地道な『そ昆』対策をしているから、発生源を抑えられ、衛生害虫が異常発生せず、目に見える効果がないように思えるカラクリが、ここにある。これは保健婦事業にも共通するカラクリである。

時代を問わず、『そ昆』事業は重要な公衆衛生の取り組むべき課題であり、都市の問題であることが明らかになったため、今後、住民と一緒に区行政にそ昆事業の見直しを迫って行きたい。

一般演題 E

座長 石城 赫子（早来町役場）

三浦 いづみ（杉並区南保健所）

1. 社会的入院から介護を考える
岩瀬 俊郎（金沢市・城北病院）

2. 「ねたきり・痴呆性老人をかかえる家族の会」と高齢者の地域ケア
○関谷 栄子、真保 雅子、西方 規恵、木下 安子（白梅学園短期大学）

3. 高齢者の立場から見た食事サービスの現状と課題
○真保 雅子、関谷 栄子（白梅学園短期大学）
木下 安子（新潟青陵女子短期大学）、永島 悠美子（給食ボランティア）

4. 高齢聴覚言語障害者の公的介護保険の導入にあたっての実情と問題
○福井 高子、大矢 暹（特別養護老人ホーム梅の木寮）

社会的入院から介護を考える

城北病院 岩瀬俊郎

社会的入院とは、一般的に「入院して治療を続ける症状ではないが、家庭の事情などで退院できないでいる状態（朝日新聞 1992年7月23日）」とされている。

介護保険のあり方が議論されているが、そこにおける課題の一つに、社会的入院をどう考えるかという点があるので検討してみる。

1983年の老人保健法は、入院から在宅への政策転換が始まった。具体的には、患者には自己負担の強化、医療機関には診療報酬の逡減制導入、医療機関の機能別再編が行われた。老人病院という新しい範疇の医療機関が誕生し、事実上、社会的入院の公認といった事態が生じた。

1990年代に入ってから、介護保険導入の一つの契機として、不要な入院をしている老人の長期入院の受け皿としての介護が議論されている。一方、医療機関の機能別再編はすすみ、それは、医療法上区分される他、診療報酬上定額制の導入、さらには介護力による区分が出てきた。そして、新ゴールドプランでは、

2025年には、病院における長期入院という介護形態はなくなることが予想されている。言い換えれば、社会的入院は解消する方向でいくということである。確かに、社会的入院の中にはなくすことが出来る患者がいるのは間違いない。

ここで想定されていることは、現在、長期に医療機関に入院している患者は、医療的に長期化しているのではなく、介護が問題であり、本来入院する必要がないということを一括に扱っているということである。少なくとも、入院医療費の逡減制は、病状に関係なく一律に扱っている。そこには、介護も必要かも知れないが、医療機関における入院でないといけない、介護と医療を長期にわたって必要とする患者の存在は想定されていない。

また、こうした効率をめざす議論には、地域を大事にしたケアとキュアの統合という観点が欠如していないか。

「ねたきり・痴呆性老人をかかえる家族の会」と高齢者の地域ケア

白梅学園短期大学

○関谷栄子・真保雅子・西方規恵・木下安子

【研究目的】

高齢社会の到来にあたって、「痴呆性高齢者を抱える家族の会」は、その自助自立活動、市民への啓蒙活動、行政への意見具申など、当事者独自の活動を行っている運動体でもある。

東京都多摩地域にあるK市の寝たきり・痴呆性高齢者家族の会「W」の活動を分析し、その果たしている社会的役割を明らかにした。

【研究方法】

K市における「W」の活動を高齢者家族の当事者の事例として分析し福祉政策への関与の状況について考察した。背景理解のために、K市の実施した寝たきり高齢者調査（平成5年度）を関連資料として検討した。

【研究結果】

1. 「W」の概要紹介

「W」は介護の悩みや介護疲れで困っている人を対象に、同じもの同士の話し合い、息抜きの機会を設けたり、施設見学、福祉サービスの紹介、情報交換などの定例交流会を毎月1回開催している。

発足の契機は、昭和61年に保健所が開催した介護教室の参加者が自主的に集まったものである。

登録会員は平成8年4月現在、49名で内訳は、現役の介護者が24名（うち70歳以上の方が5名）、過去に介護を行い、今は被介護者予備群の高齢者が11名、その他の介護経験者が14名である。

会長のHさんは自身も現役の介護者であるが、会の活動に多くの時間を注いで活躍している。会のしおりを行政機関の窓口置き、市民向けの啓蒙活動も行っている。

平成7年度の年間事業内容は表1に示す。

2. 「W」の活動分析

(1) 月1回の交流会の意義

・自立自助の場

特に新しい参加者を大切に、友好的雰囲気でも包み込んでいく。始めは抑鬱的な表情だった人が、会の終わりには、和やかな表情で帰っていく。

・話し合いは、集団的「カウンセリング」効果がある。痴呆性高齢者介護の意義を確認しあう。

表1 「W」の会 年間事業報告（平成7年度）

4月	総会 交流会	新設特別養護老人ホーム見学
5月	講演会	「高齢者住宅について」 保健所のデイケアに出席（会長） ボランティア交流会に出席（会長）
6月	交流会	社協招待行事在宅介護者のレクレーションに参加申し込み
7月	交流会	登録ボランティア団体懇談会
8月	おやすみ	介護福祉士養成短大生と在宅問題懇談会 特別養護老人ホームの夏祭りボランティア（7名） K市在宅福祉サービスネットワーク推進協議会（3名）
9月	交流会	ケアセンター長寿を祝う会にボランティア（3名） 会員の米寿を祝う会 特別養護老人ホームのボランティア講座にネットワークとして出席（会長）
10月	見学会	社協招待行事在宅介護者のレクレーションに参加 赤い羽根金に協力（2名）福祉ハブ打合わせ 他市の在宅介護の会の組織作り協力（会長） 特別養護老人ホームのボランティア講座に講師として出席（会長）
11月	交流会 講演会	介護福祉短大生と懇談（会長） 「老年期痴呆の診断と治療」 公民館の講師として出席（会長） 市内の医療と福祉の会に出席（会長） ボランティアメッセに出席（会長） ケアセンター祭りにボランティア
12月		ボランティアスクールに講師として出席（会長） 公民館のカレッジ受講（2名）「W」忘年会 介護福祉短大生の学外講義に協力（2名）
1月	交流会	介護福祉短大の公開講演会に出席（1名）
2月	交流会 講演会	「公的サービス等の受け方」（市役所高齢福祉課） 保健所保健婦と会の運営について懇談 ボランティアスクールの講師として出席（会長） 公民館のカレッジ受講（1名） 介護福祉短大修了研究発表会に出席（会長）
3月	交流会	ケアセンター利用者と家族の会に出席（3名） K市地域福祉高齢者部会に出席 総会準備

会場は、保健所、公民館など持ち回り、会のお便りを毎月1回発行
会長宅の電話を「W」の連絡先として公表し、一般市民からの介護相談受け付け

・深刻な介護の体験を表出することにより、共感が得られ、介護者の孤立化を防ぎ精神保健に効果がある。

・相互援助、助言相談の場

会員の体験をもとに、介護方法、福祉政策利用の情報交換、介護の知恵が得られる。

・直接介護のコーディネートの場。自分の被介護者がデイケア中にもっと負担の大きい介護者をサポートするなど家族が倒れた場合の介護ネットワークのはたらきを行う。

(2) 市民サービス

・「私設介護110番」、電話相談。他人に顔を見られずに介護の精神的負担を表出する。

相手の都合で電話がかかると、受ける側の家族の理解が必要。だが介護にまつわる事故の防止にもなるので無碍に断ることができない。介護経験者であると確認してから、相談する人もある。

・介護ボランティアなどの講師またはネットワークカーとして市民への啓蒙活動

・一人暮らし高齢者への安否確認、友愛訪問

一人暮らしの人が安寧な夜を過ごせるよう就寝前に訪問を行う。近所の「御世話焼き活動」と称して数件の家庭を訪問している。

(3) 福祉制度の利用方法など介護サービスの上手な利用法の紹介

・デイケア利用を勧めるとき、どんな所か解らずためらいがある場合、「私も行くので、一緒に行きませんか？」と誘うのが効果的である。顔見知りがあるときいて安心して利用できる。

特に男性の場合はリタイアしているのに、「仕事社会の肩書き」を捨てないで高齢者の社会に入りにくい。そこを、円滑に進める役割が、必要である。デイケア利用に至るまでのコーディネート機能である。

(4) 施設ボランティアの大切さ

・家族的な介護の雰囲気をもって施設職員に協力する。

・始めて利用する者に対して顔見知りの存在があるので緊張感を緩和できる。

・施設運営について利用者家族の立場で観察する。

(5) オンブズマン的役割

・痴呆性老人施策について、利用者の立場から観察し改善点があれば、行政に意見表示する。

・新たな施策の必要性について提言する。

成人後見人制度など。財産管理を頼まれた時どう対応したらよいかなどの問題が起きている。財産管理は本人がすることが望ましい。高齢者の人権保障の立場で研究が必要である。

・痴呆性高齢者の介護問題は個人の私的な努力では限界がある。介護当事者は心身の限界状態で介護しており、共倒れの危険にさらされている。

介護者の立場に立って介護責任における公的責任の拡大を主張している。

3. 行政資料の検討から

K市において平成5年度に行われた、「寝たきり高齢者などニード調査」によれば、在宅寝たきり高齢者203人のうち、介護福祉情報入手状況は、「あまり入らない」「全く入らない」が26.6%あることがわかる。また介護に関する相談相手は「家族・親戚」が62.6%民生委員が48.8%となっている。福祉部が79%と高いのは、市民意識の中には行政に相談すべきという意識があるためだが、実際には「介護者の代替」などの実効的な援助などは家族責任にされているのが実状である。介護問題はまだまだ、家族内で解決を図っている場合が多い。

在宅ケアの推進のための3本柱である、ホームヘルプは利用者が21.2%デイサービス利用は17.7%ショートステイ利用は21.7%である。

一方では「必要性を感じない」が約半数ある。「知らなかった」が7%前後ある。また「本人に合わない」「嫌がる」などの利用者側の事情もある。

しかし介護負担の解決を考えると、「介護者の身体的疲労」は67%「精神的な疲労」は63%「自分の時間がもてない」が51.7%「家族そろって外出できない」が64.5%などの数値を軽視することはできない。

介護者の心身の負担を解決し介護条件を改善するためには、現行の諸制度の低利用率を改善する必要がある。原因はどこにあるのか、どのような施策がさらに必要とされているのか、利用者・家族の立場に立って考えるために、当事者団体による「福祉行政のオンブズマン」としての役割がある。行政主導でなく、当事者団体主導の福祉施策が今や求められている。

【まとめ】

「W」の会の活動を分析し、当事者活動の、意義・位置づけについて検討した。

自助自立、相互援助、諸制度の有効な主体的な活用、コーディネート機能、市民のボランティア活動などへの啓蒙活動、行政施策の改善のためのオンブズマン的活動などがあり、高齢者福祉施策に重要な役割を果たしていることが判明した。

食事サービスの現状と課題

白梅学園短期大学
○真保雅子 関谷栄子

新潟青陵女子短期大学
木下安子

給食ボランティア
永嶋悠美子

1. 研究動機

高齢者・障害者は虚弱であったり病気がちであることも多い。いつ体調を崩して食事の準備や喫食に支障が出るかわからず、時には安否確認及び緊急対応も必要となる。

住民も参加しやすい福祉サービスであり、主婦層を中心としたボランティア活動に依拠した食事サービスも多いが、必要な方に必要に応じてサービスの手が届き、安心して利用できて、利用者の声が反映するようなサービスとするために、行政が果たすべき責任と役割を明確にする必要がある。

筆者は東京都N区を事例に利用者の意向調査を通じてサービスの評価を計画している。その前段階として、N区の食事サービスの現状を報告する。

2. 研究方法

東京都N区の食事サービス関係者（区の担当者、社会福祉協議会、デイサービスセンター、給食ボランティア〔以下協力員という〕）からの聞き取り、資料調査、分析を行なった。

3. 研究結果

(1) 食事サービスの概況

食事サービスは、①食事確保、②栄養改善、③安否確認、④孤独感の緩和、といった効果があげられる（栗木黛子「高齢社会の食事サービス」近代出版 1993）。この中には、健康状態の観察、利用者とサービス提供者（ボランティア等）との交流（コミュニケーション）、サービスの情報提供なども含まれる。

「食事サービス」は、老人福祉法の中の「在宅高齢者等日常生活支援事業」の一部としてサービスメニューと位置づけられているものの、公的なサービスとして実施している自治体は少ない。また、ひとりあたりの会食または配達される食事も

月1回程度から年365日1日2食とさまざまである。「生活援助型食事サービス調査報告書」（全国社会福祉協議会 1992）によれば、1991年12月現在、週5日以上食事サービスを実施しているのは79市区町村（88団体）で、調査対象68団体のうち行政の設置は37団体で、直営は44団体（5.9%）であった。週5日未満の「ふれあい型食事サービス」を実施している団体は、調査対象681市区町村のうち社会福祉協議会が477（70.1%）、行政直営37（5.4%）（複数回答）であった。いずれもサービスの回数は月1回程度が最も多く、サービスの担い手の確保が課題としてあげられていた。

(2) N区における食事サービスの現状

①経過：区が社会福祉協議会に委託、1983年10月から協力員（区報で募集したボランティア、グループまたは個人で活動）によって週1回の調理と配食が開始された。1989年には、2回目の配食を学校給食センター（1992年週休2日制導入のためデイサービスセンターに変更）とデイサービスセンター2か所で開催、1990年には3か所となり1996年4月までに単独の区立デイサービスセンター4か所（運営主体は事業団）、区立特別養護老人ホームに併設のデイサービスセンター6か所（運営主体は法人4、事業団2）で行われている。

②対象・費用：利用者は65歳以上のひとり暮らしまたは高齢者世帯（65歳～70歳は虚弱な方）で300m以内に扶養義務者がいない方である。協力員調理分週1回、施設調理（配食またはデイサービスセンターでの食事）週1回、計週2回まで利用できる。利用料は1食250円で、1月分まとめてデイサービスセンターから送られる用紙で、郵便局から振込む。筆者が協力員・区の担当者から調査したところでは、1995年11月現在の利用者は協力員調理分847名、施設調理分547名（配食387

通所 180)、1996年4月現在の待機者は未受給者 150名、週1回分待機者が250名である。

③配食方法：協力員調理分は協力員の自転車で配達される。施設調理(配食分)は、利用者数軒分を近隣の区の施設(配食拠点)に運送業者・施設の車・協力員の車等で配達、利用者宅へは配食協力員が自転車で配達する。

④協力員の状況と役割

*協力員はグループまたは個人で活動している。

協力員は調理と配食または施設調理分の配達のいずれかを担当し、さらに利用者の安否確認と緊急時対応、利用者受取印受領(施設へ結果連絡)を役割とする。新規利用決定者への連絡は、協力員調理分は協力員、施設調理分は施設が行う。

*協力員数は協力員調理分457名(26グループ、個人活動10名)、配達のみ255名(17グループのみ計上)で、1996年4月から謝礼として1食配達毎に200円が区から支給されることになった。

(3) N区における食事サービスの問題点

①待機者の増加

1995年11月現在の利用者は延1394名、待機者は延650名(150×2+250)である。調理食数はデイサービスセンターが現在の形に整備された1995年1月の1049食から345食(うち施設分230食)増加したが、必要数に追いついていない。

N区は1998年には施設調理食数を現在の約4倍の2400食/週にする計画で、既存の施設の担当食数の変更と、施設の新規開設(4か所)で対応する。

②利用者の状況把握の不備

利用申込時点の健康状態・ADL等の情報の統計がなく、現在の状況も配食している協力員が把握している程度にとどまっている。N区は1997年に「自炊困難世帯」に対し自立支援型食事サービスを開始する予定であるが(60世帯)、具体的な計画はこれからである。

③協力員の偏在によるサービスの空白

これまで協力員のいない地区では、食事サービス希望者は長期間の待機を余儀無くされた。N区では1996年4月からは、協力員の募集、配食拠点の設置等を含め、計画的にサービスを実施している。その一環として協力員謝礼も予算化された。今回の協力員の募集では、例年の10倍以上の応募があったが、偏在は変わっていない。

④利用者側から見た問題点

ア) 利用決定の連絡は区からではなく、協力員や施設の担当者が電話等で行うため、利用者が区のサービスだと納得するまでに時間がかかる。区の担当者へ利用者からの苦情が伝わりにくい。

イ) 拠点の整備がこれから進む状況にあるため、Hデイサービスセンターのみ外部6か所(区内に散在)、同施設内1か所×3日の拠点で、1日100食以上を担当している。配達時間を要し、利用者の状況把握が困難である。

ウ) 1996年4月から、施設調理分のみ新規利用者を受け付けているため、施設が整備されるまでは新規の方は週1回のサービスしか受けられない。

エ) 配食では協力員1人平均3名の利用者を担当する。区の求める協力員の役割は配食と安否確認であるが、会話する時間がとれない。

オ) 利用条件(300m以内)、カ) 利用料は郵便振替キ) 利用者意向調査が未実施であること。

⑤協力員側から見た問題点

ア) 区の担当者、デイサービスセンター等へ報告するシステムがなく、利用者の緊急時の対応も協力員に任されている。サービス開始時から現在までに緊急対応の必要があった事例が83件あった。

イ) 配食拠点の施設の多くは食事サービスが仕事として位置づけられておらず、配食のための部屋の準備や協力員への援助は行われていない。

ウ) 協力員は1984年に自主的に「給食ボランティア連絡会」を組織し、区側へ利用者の声・協力員の声を伝えるとともに食事サービスのあり方についての提言をしてきた。その母体は既成の住民グループであった。一部の配食拠点では協力員がグループ化されていない。協力員の偏在で、区から依頼される拠点が遠方であり、拠点でも他の協力員との協働がないため孤立し、活動の継続が困難になっていく恐れがある。

4. これからの課題

- ①利用者の健康状況把握と適切な対応
- ②これまでのサービス提供方法の評価と、利用者のニーズに合った提供方法の検討
- ③区のサービスに対する責任の明確化
- ④協力員の仕事内容と責任の範囲の明確化
- ⑤食事サービス・コーディネーターを行政責任で設置
- ⑥潜在的な「待機者」への対応のためのシステムづくり

にあたっての実情と問題

○福井 高子（特別養護老人ホーム梅の木寮医務）

大矢 暹（特別養護老人ホーム梅の木寮所長）

1) はじめに

厚生省は本年度 5月30日に介護保険制度修正試案を発表した。制度内容をめぐり国民各層からは、「保険あって介護なし」との反発や批判を受けている。

今回、出生時及び幼小時期に人間の発達に大きな影響を与える基礎感覚の一つである聴覚を奪われたろうあ者、そして中途失聴者・難聴者の障害とそのQOLの実状を考慮した専門機能を持つ特養ホームの立場から、そして全て国民の願いがかなう公的介護保険制度となるよう、希望する立場から論議に参加し問題点を提起したい。

2) いこいの村梅の木寮の特徴

梅の木寮はろうあ者や難聴者が必要とする言語環境をはじめ、専門職を確保した全国にもまれな特養ホームである。障害に応じた処遇・ケアの在り方を追及し、入所者のQOLを高められるよう努めてきた。入所者の殆どは生活経過の中で、学校教育を始めとする発達環境を奪われ生きる力を育てる事を困難にさせられた。そして経済的な基盤や地域社会の人と人との交流を妨げられ、結婚・家庭を築くことも困難であった。又、医療を等しく受けることが保障されず、誤った情報や判断から自ら生命を守る力はきわめて低い。梅の木寮開所後から死亡者があいつぎ、その原因は殆ど末期癌で入所時の診断書をくつがえす内容であった。（詳細について、第35回社会医学研究会総会講演集1-01収録）

現在入所されている方々は、これまでつちかわれることの少なかった生きる喜びを実感し、梅の木寮を人生の仕上げをする生活の場として選択されている。

3) 障害を重視した介護認定とケア・プランを

①要介護の認定と基準の問題

介護保険構想の中で、要介護の認定基準はADLと、疾病や痴呆など問題行動に関する医学的情報を基に、六段階に分けて要介護を判定するとされている。ドイツ介護保険では要介護者の定義として、内部器官または感覚器官の機能障害も重視している。（健康保険組合連合会『ドイツ介護保険法・概要・法文』より）。本構想では

この点で認識に大きな隔りがある。加齢にともなう聴覚障害者の内いわゆるろうあ者は、そのQOLに大きな影響を受けていることに注意を払うべきである。そうであれば生活上の介護問題などは、コミュニケーションの障害とされ一般サービスにまわされるおそれがある。機械的にADLが評価されるならば、当施設が積み上げてきた高齢聴覚障害者の暮らしを根底から崩してしまうだろう。聴覚障害を器質障害だけ、あるいは単に聞こえない・会話のできないといった機能障害の一部のみとして見るのではなく、個人により器質障害の程度や発達環境によって、生活能力や自己防御能力等の獲得が大きく左右されることを考慮すべきである。この事は、昨年京都府の指定で実施した痴呆性老人処遇実践モデル事業において、HDS（長谷川式簡易知能評価スケール）の結果がその一つの実証となった。入所者46人の方が知能低下を示し、その中で22人が知能低下高度を示す結果が出た。ただしこれら全ては大脳皮質の退化から来る痴呆ではない。この事業に研究協力を受けた精神科医師の見解でも、「基礎感覚障害のうち聴覚障害は、感覚遮断や社会的なハンデキャップ・音声言語体験の欠如が直接的な影響がある」。「集中力・自己評価力・学習力・自己コントロールの歪みが精神・日常行動に大きく影響している」と述べている。又、同じく協力を得た臨床心理士のカウンセリングの結果は、「多くの可能性をおきながら接する事が重要、彼らに見合った伝達手段を模索する必要がある」。「真に人と関わっている人達のある人的資源が確保されるか否かで今後の展開が掛かっている」。いわゆる対象者に厚い人手と整った設備の必要性を強調している。要介護認定機関の評価決定にあたり、こうした専門的な見解が認定機関に反映されるよう要望したい。

②ケア・プランの作成と選択権の保障

当施設では入所者を主人公とし夢や希望が現実のものになるよう職員と一緒に積極的に実践して来た。又、健康の保持増進に向け、毎日の健康チェックや検診保障、健康学習等に力を入れて来た。「人として」というその

処遇理念は14周年を迎えたいこの村の精神として築き上げられて来ている。入所者があらゆるサービスの内容を本人の意思で決定するには、情報伝達に時間と工夫が必要であると同時に職員の努力と熱意が大切である。個人のニーズは尊重したケア・プラン作成は、障害への専門の機能を持ち合わせた施設や、聴覚言語障害者福祉・医療にたざさわる専門職の意見が反映されることが不可欠である。

4) 聴覚障害者を考慮したサービス基盤整備を急ぎ真の選択保障を

全国の特別養護老人ホームは、現在2,982（1994年度社会福祉調査、ゆたかなくらし96年5月号）ヶ所認めるが、聴覚障害者への専門機能を持つ特養ホームは全国で2ヶ所のみである。介護保険構想は自由なサービス選択をセールスポイントとしているが、聴覚障害者の施設を選ぶには、この一例だけでは明らかに量が少ない。又、一般の特養ホームに聴覚障害者も受け入れているが、本人が望むケアを施設の処遇として取り入れられていない。新しい介護システムが聴覚障害者の施設整備・在宅福祉に役立つ為には都道府県に最低1ヶ所梅の木寮と同等以上の専門機能をもつ特養ホームなどの施設が必要であり、在宅分野を含むサービスの基盤整備が促進されるべきである。

5) 措置制度廃止で低所得障害者から著しい費用負担は困難

現在梅の木寮では入所者一人当たり月額295,159円の措置費が出る。ただし本人と家族の収入によって費用徴収されている。措置制度廃止になり保険で給付されない生活全般がしめる費用（一部負担金・給食費・個室料・洗濯料・光熱費・寝具料・介護以外の職員の情報提供・生活援助など生活費とサービスにかかわる費用）が自己費用負担になれば、月額8万以上とされる。入所者の78%は障害基礎年金受給者であり、年間93万～110万円未満の人はその内72%をしめる。厚生年金受給者の割合は38%認めてもそれは障害基礎年金と合わせて通算老齢年金受給者であり、年間93万～13万円未満にすぎない。当施設に入所されている方々の経済面の基盤が障害者礎年金であることからすれば、個人負担が重くなれば当然施設利用から排除される。構想が示す自己費用負担の徴収を、梅の木寮の現在の入所者所得から推定して利用できるのはわずか5人である。しかし利用負担金が多くなればこの5人も利用が困難となる。もし仮に生活保護給付で利用できたとしても、負担力が無いとみなされ処遇にも格差がおこり、現在のようなQOLを高めるサービスはできなくなる。QOLを高める様々な取組みが制限さ

れる事以上に、低所得の多い高齢聴覚障害者は施設サービスからも排除された結果、生命をおびやかす大きな問題になる事を訴え、現行措置制度の存続を要望したい。

6) 健康で快適な生活は介護のリスクだけでは評価できない（一症例より）

当施設に入所しているTさん（65才・女性）は、SLE（全身性エリトマトーデス）という病名で幾度となく緊急入院を繰り返して、一時は梅の木寮での生活が困難と診断された方である。病院と施設と連携し梅の木寮での生活を可能として来た経過がある。現在毎分8/ℓもの高濃度酸素吸入をしている。処遇も医療的な管理と介護とのどちらをとっても比重は重い。一般にこのような事例は、不安定な病状の中毎分8/ℓもの酸素吸入を必要とする場合、病院治療対象とみなされやすく、介護体制の整った医療施設を認定されるだろう。しかし病状・身体的な面判定されたとしても本人はこの梅の木寮での生活を強く希望している。それは、例え寝たきり状態でも生活ホームである施設としての機能は大切に、ベッド周囲の環境にも家庭的な雰囲気づくりや、他の入所者との交流触れ合い、そして手話で語らえる集団が本人への大きな支えになっているからである。Tさんへの医療保障と心のケアが適切にできる医療施設が、仮にあったとしても新制度のもとでは利用ができないだろう。そして障害基礎年金中心の収入では費用負担金の支払いが困難であり、そうなればTさんの生命も奪われて行く事になりかねない。重篤の疾患・障害を持つ方々の生命が新しい介護構想の中で切り捨てられるならば大きな問題である。

7) 要約

- ①聴覚障害の特殊性は、健聴者とは異なる障害者のニーズ・障害の重さ等、専門職の見解が反映される評価認定が重要
- ②聴覚障害者医療・福祉の専門職を増員し、サービスの整備が促進されなければ選択権の保障とはなりえない
- ③低所得の多い聴覚障害者費用負担は、生命をおびやかす問題になり、現行措置制度の存続を要望
- ④QOLの向上に健康で人間らしい生活を可能とする、介護を含めた生活全般の評価基準が必要

8) 終りに

障害者ノーマライゼーションの見地から、高齢聴覚障害者が人間らしく生活がおくれるには、公的責任で社会保障・社会福祉がより充実されなければならない。私たちは公的介護保険制度が実態とニーズを反映した制度としての見直しされ、措置制度の存続は高齢聴覚障害者にとって、生命の質にも繋がる重大な問題として訴えたい。