

ISSN 0910-9919

BULLETIN OF SOCIAL MEDICINE

社会医学研究

第38回 社会医学研究会総会
講演集

社会医学研究会

特別号 1997

JAPANESE SOCIETY FOR SOCIAL MEDICINE

第38回社会医学研究会総会

1997年 札幌市

主 題

社会医学実践の再構築

日時：1997年7月26日（土）13：00から 7月27日（日）16：00まで

会場：北海道大学学術交流会館 札幌市北8条西5丁目（北大構内）

Tel：011-706-2141

いまや激動の90年代も残り少なくなり、21世紀が目前に迫っています。私たちが人々とともに取り組んできた課題の多くは新しい世紀に引き継がれていくことになりましょう。第38回社医研総会は、このような時期にふさわしく、私たちが抱えてきた諸課題を見つめ直し、これからの研究活動の展望をさらに開くような議論ができる研究会にしたいと考えています。

会員の方はもちろん、日頃、社会医学関連分野でお仕事やボランティアをされている方、労働者の健康問題や、地域の環境問題、高齢者や障害者の介護問題などの関心のある方など、広い分野の多くの方々が参加して下さることを期待しています。

第38回社会医学研究会総会・企画運営会議事務局（代表：福地保馬）

北海道大学教育学部健康体育科学講座内

060 札幌市北区北11条西7丁目 Tel & Fax 011-706-5421

参加要領

会場までの交通

- JR札幌駅（北口）から、徒歩10分。
- 新千歳空港→札幌市内：JRでは、快速36分、普通約60分（1,040円）。
高速バスでは、80分（札幌駅前まで820円）。

参加手続き

- 参加受付は、7月26日（土）は、正午から、7月27日（日）は、午前8時30分から会場（北大学術交流会館）ロビーで行います。
- 受付前にある「参加票」に所定事項を記入し、参加費とともに参加者受付にお出し下さい。
- 参加費は、正会員・当日会員とも、3,000円（学生は1,000円）。

年会費納入・入会の受付

- 総会期間中、会場内に設置されます「社会医学研究会本部事務局」で承ります。

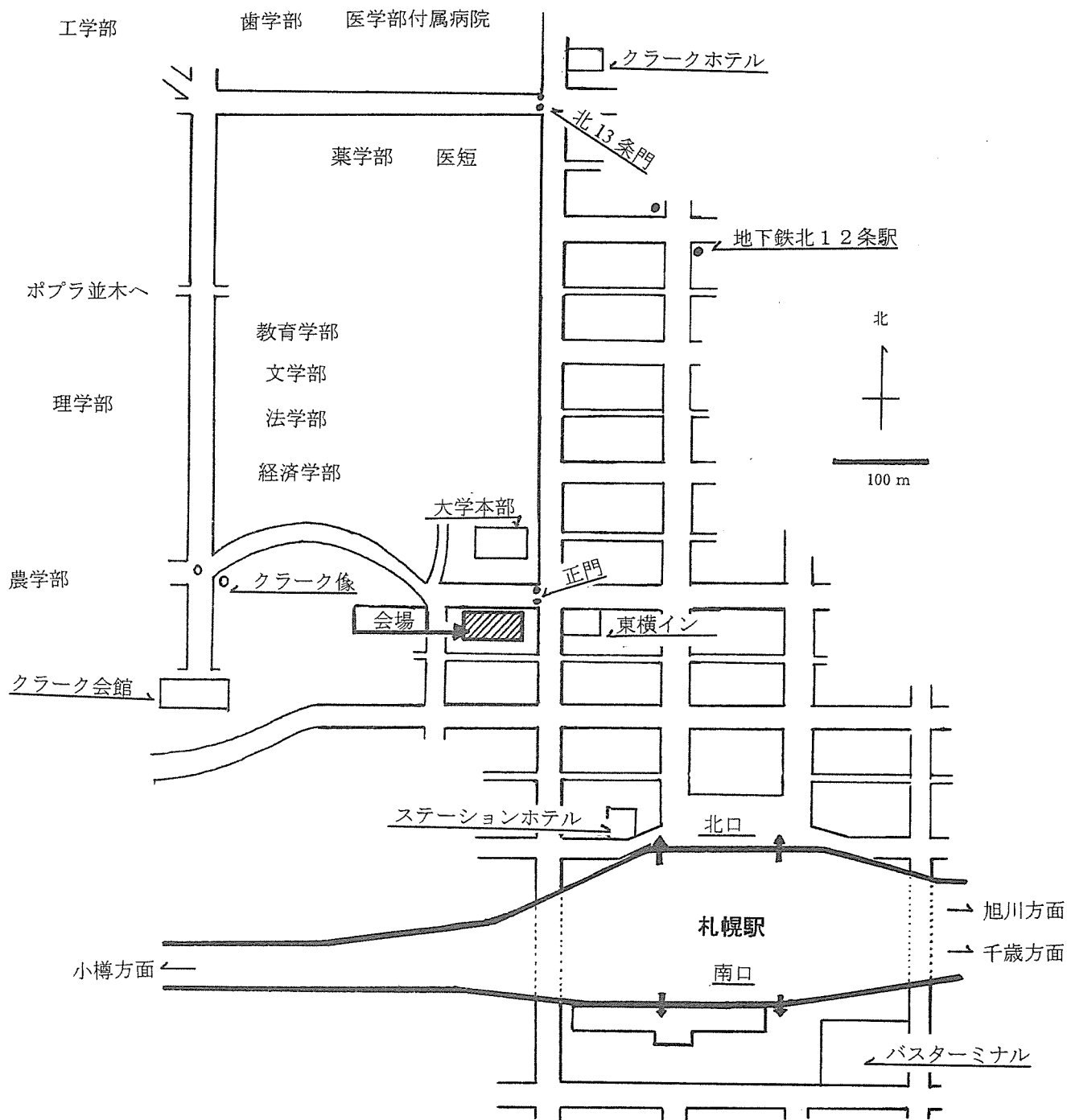
車での来場・駐車場

- 会場には、駐車場があります。
- 土曜日午後2時までは、会場前の正門から入構できますが、それ以後および日曜日は、正門が閉鎖されますので、4ブロック北側の「北13条門」にお回り下さい。

発表される方へ

- 一般講演（フォーラムを含む）の発表時間は、一題につき、24分（口演16分、討論8分）見当となっています。しかし、それぞれのセッションの進行は、座長の裁量で行われますので、口演および討論時間の多少の変更もありますので、そのセッションの間は、会場に在室しているようお願いいたします。
- 前演者の講演が始まりましたら、「次演者席」にお着き下さい。
- 一般講演には、「講演集」を資料として使用し、スライド、OHP、VTR等は原則としては使用いたしません。どうしてもそれらが必要とされる方は、開催までに、総会事務局までお申し出下さい。

会場付近の地図



総会日程

第1日目（7月26日・土）

第2日目（7月27日・日）

12:00	受付開始 (学術交流会館ロビー)	09:00	一般講演 (A、B会場)
13:00	一般講演 (A、B会場)	11:00	特別講演-1 (A会場)
15:00		12:00	総会 (A会場)
17:30	シンポジウム-1 (A会場)	12:30	昼食休憩
18:00		13:00	特別講演-2 (A会場)
20:00	自由集会	14:00	シンポジウム-2 (A会場) 一般講演 (B会場)
		16:00	

1997年度社会医学研究会総会

7月27日(日) 12:00-12:30 (A会場)

全国世話人会

7月26日(土) 11:00-12:00 (北大学術交流会館 第2会議室)

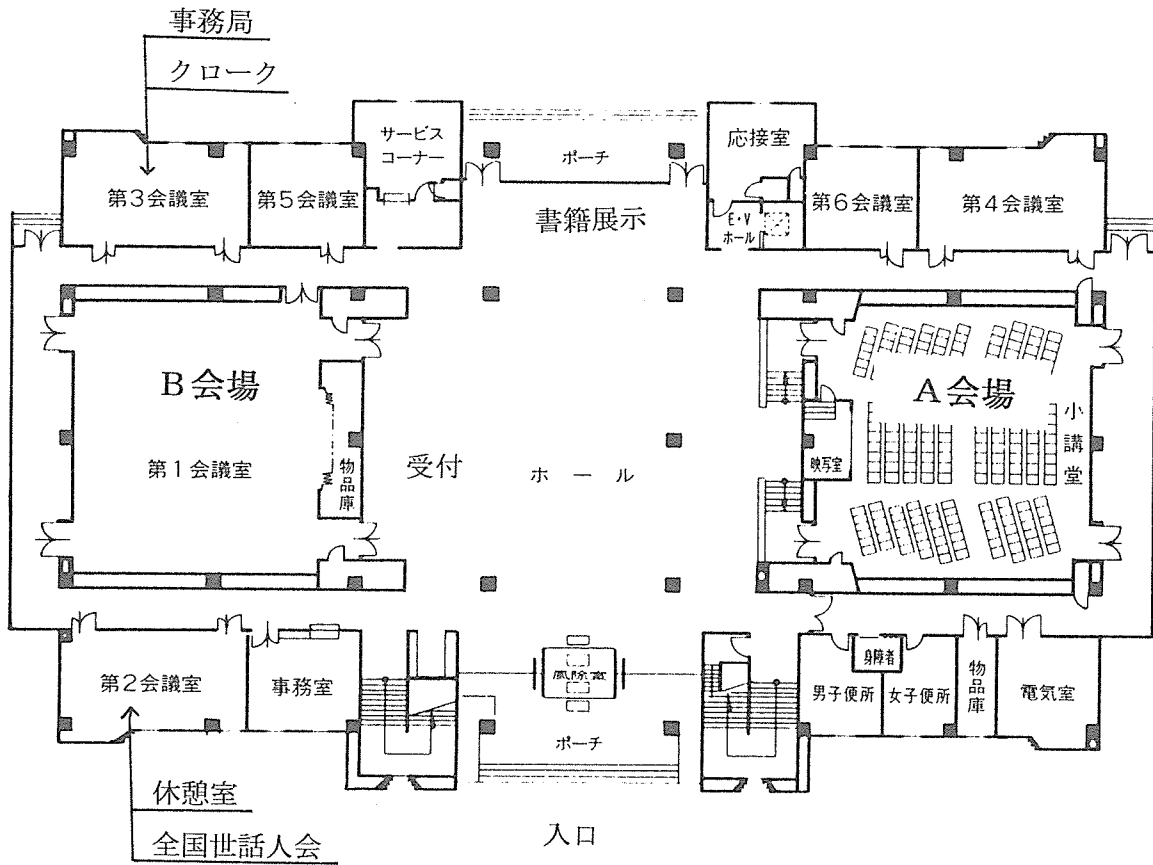
自由集会

1. 現代労働者の健康問題と社会医学 (7月26日, 18:00-20:00, B会場)
規制緩和/過労死問題/働くもののセンターづくりなど
(世話人) 西山勝夫・上畑鉄之丞・福地保馬
2. 保健所をめぐる問題 (7月26日、18:00-20:00, A会場)
(世話人) 仁平 将

関連会議

1. 労働衛生若手研究者の会 (7月27-28日, 定山溪青巒荘)
鉱山労働を見る
(世話人) 北原照代・埴田和史
2. 日本農村衛生学会特別研究班会議 (7月27日, 16:30-18:00, 北大構内)
(世話人) 二塚 信

会場内案内図



特別講演 第2日目（7月27日・日）A会場

「節目を迎えた2大人災」

11:00-12:00 1. じん肺訴訟の意義と課題 伊藤誠一（弁護士・北海道石炭じん肺訴訟弁護団）

13:00-14:00 2. 水俣病の40年とこれから 二塚 信（熊本大・医・公衆衛生）

座長： 福地保馬（北大・教育・健康体育科学）

シンポジウム

1. 住民の立場から介護問題を考える ―公的責任に焦点をあてて―

（7月26日・土）A会場 15:00-17:30

座長： 津田光輝（札幌学院大・人文）
平野憲子（札幌医大・保健医療）

1	社会的介護の確立と市町村の役割	大友信勝（東洋大・社会学）
2	枚方市における365日・24時間在宅ケアの実践をとうして	上谷好一（枚方市生活文化部、前・福祉保健部高齢者福祉課）
3	福祉の香りのする町づくりを ―栗山からのメッセージ―	吉田義人（北海道栗山町福祉課）
4	高齢化のすすむ過疎のまちの現状から	前田冷子（北海道中頓別町役場・保健婦）
5	住民参加の地域福祉と街づくり	鍋谷州春（道南勤医協・高齢者福祉函館連絡会）

2. 農村社会の変貌と農民の健康

（7月27日・日）A会場 14:00-16:00

座長： 新野峰久（旭川厚生病院・健康管理）
若葉金三（北海道勤医協・札幌病院）

1	農業・農村社会の変貌と今後の課題	白樫 久（岐阜大・地域科学）
2	農村社会の変貌と保健活動の課題	宮崎隆志（北大・教育・社会教育）
3	沢内村保健活動の沿革と課題	高橋和子（岩手県沢内村）
4	「町民が健康でいきいきと安心して暮らせる町づくり」をめざして	宝田庄十郎（北海道鷹栖町福祉課）

一般講演

A会場

第1日目（7月26日・土） 13:00-15:00

番号	演題名	氏名（所属）
	要望課題（青年期の健康問題）	座長： 佐藤修二（北海道勤医協）
A11	若年女子の低体重と自覚症状	○志渡晃一、小橋 元（北大・医・公衛） 福地保馬（北大・教育・健康体育科学）
A12	高校定時制における生徒の健康問題	○神長倉知子 宇野和代（「学校」と子供の健康・発達研究会）
A13	北海道高校生2000名の喫煙習慣	松崎道幸（深川市立病院・内科）
	一般演題	座長： 宮尾 克（名大・多元数理研究科）
A14	わが国における保健医療研究の事前評価、倫理に関する実態と課題	西 三郎（愛知みずほ大・人間科学）
A15	「薬害エイズ」の二次感染被害の実態と要因	○片平洸彦（東医歯大・難研） 高階恵美子（東医歯大・保健衛生） 戸谷剛（土浦協同病院） 鈴木比有万（東医歯大・医） 牧野忠康（日本福祉大）

第2日目（7月27日・日） 9:00-11:00

番号	演題名	氏名（所属）
	一般演題（障害者の健康）	座長： 樋口治子（北海道健保連）
A21	札幌市の精神障害者共同作業所事情とC B R (Community-based Rehabilitation)の可能性 予備作業—他の政令市との比較—	○加藤春樹（北海道女子大・人間福祉） 加藤欣子（札幌医大・保健医療）
A22	障害を持つ人の主観的健康感	○羽原美奈子 大西章恵（市立名寄短大） 森本信子（北海道名寄保健所） 佐々木奈美子（国療名寄病院） 村上敦哉（名寄市社会福祉協）
	一般演題	座長： 石城赫子（北海道早来町・高齢者サービス室）
A23	高齢者の立場から見た食事サービスの現状と課題（第2報）	○真保雅子（白梅学園短大） 永島悠美子（給食ボランティア）
A24	消化器難病患者の生活支援における、保健所の役割—潰瘍性大腸炎・クローン病療養相談、患者交流会のとりくみから—	稲垣孝子（東京都江東区城東保健所） ○山本訓子（東京都江東区深川保健所）
A25	臓器移植についての若者の意識	○小橋 元、志渡晃一（北大・医・公衛） 福地保馬（北大・教育・健康体育科学）

B会場

第1日目（7月26日・土） 13:00-15:00

番号	演題名	氏名（所属）
F1	フォーラム-1「医療・福祉・教育労働の健康問題」	座長： 上畑鉄之丞（公衆衛生院） 前田典子（札幌市ひまわり整肢園）
B11	教育・医療・福祉・保育労働等の労働負担	千田忠男（同志社大・文）
B12	在宅障害児・者の介護者の健康問題に関する検討	○埤田和史 北原照代 西山勝夫（滋賀医大・予防医学） 村松大治（草津養護学校）
B13	特別養護老人ホームにおける介護職員の腰痛問題とその対策	西方規恵 ○関谷栄子 真保雅子（白梅学園短大） 吉沼孝子（早稲田福祉専） 佐野英司 長原慶子（緑陽苑）
B14	病院看護婦が日勤・深夜勤の連続勤務時にとる仮眠の実態とその効果	斉藤良夫（中央大・文・心理）
B15	保健体育科教員の労働実態と健康についての研究課題	○佐藤 晃 福地保馬（北大・教育・健康体育科学）

第2日目（7月27日・日） 9:00-11:00

番号	演題名	氏名（所属）
F2	フォーラム-2 最近の保健・医療・福祉従事者に関する問題と課題	座長：千田忠男（同志社大・文・社会学） 仁平 将（青森県五所川原保健所）
B21	保健所長は医師でなければならないか	上畑鉄之丞（国立公衆衛生院・栄養生化学）
B22	介護福祉士養成の現状と専門職養成における公的責任	西 三郎（愛知みずほ大・人間科学）
B23	在宅医療における薬剤師の業務の拡大とその課題	西 三郎（愛知みずほ大・人間科学）
B24	福祉職場に働く保健婦の労働実態と意識	○関谷栄子 佐藤希恵、村岡恵子 山本啓子 石塚和子 （東京都看護協会保健婦職能委員会）
B25	ホームヘルプ労働に関する一考察 -「登録ヘルパー」の現状分析から-	福島 知子（立命館大・社会学研究科）

第2日目（7月27日・日） 14:00-15:36

番号	演題名	氏名（所属）
	一般演題（労働と健康）	○座長： 埤田和史（滋賀医大・予防医学）
B26	取り消し	
B27	振動障害療養者生活実態調査結果と治療経過についての一考察	○大竹康彦（(財)宮城厚生協・産業医学健診センター）
B28	女性労働者の健康問題 - 健保レセプトの調査から	○山田裕一 石田雅朗 登坂由香 釣谷伊希子（金沢医大・衛生）
B29	長距離トラック運転労働と健康一同乗調査を体験して一	○川村雅則 福地保馬（北大・教育） 佐藤修二（北海道勤医協）

特別講演
「節目を迎えた2大人災」

1. じん肺訴訟の意義と課題

伊藤 誠一 (弁護士・札幌協和法律事務所)

2. 水俣病の40年とこれから

二塚 信 (熊本大学医学部教授)

座長 福地 保馬
(北海道大学教育学部)

特別講演「節目を迎えた2大人災」

1. 「じん肺訴訟の意義と課題」

○ 伊藤 誠 一

(弁護士・北海道石炭じん肺訴訟弁護団)

はじめに

じん肺は一般に「粉じんを吸入することによって肺に生じた線維増殖性変化を主体とする疾病である」と定義され、この線維増殖とは「粉じんのために肺の組織が固い膠原繊維に置き換えられることをいい、これによって肺胞部分が埋められ肺の機能であるガス交換が低下する」とされる。^{*1}

もっとも、私たちは目の前にいる患者さんの療養の具体的な姿を通じて、じん肺という職業病の実態を改めて知らされる。

対馬石太郎さんは大江鉱山（北海道・仁木町）で14年間さく岩夫をしていた。対馬さんは家の中を移動する時、いつも円筒形の小さなチリ箱を手にとって動き、腰を下ろした右横にこれを置く。痰を拭ったティッシュを捨てるためである。その場を立つ時必ずこの円筒を手にするのであり、それはいってみれば、眼鏡や補聴器と同様に対馬さんの日常生活に不可欠なもの、いやそれを超えて身体の一部になっているのである。じん肺による喀痰について頭では理解できていたつもりなのに、身体は動きにいつもチリ箱がともなうそれは異様な光景であった。

深瀬紀幸さん（三井・砂川炭鉱で23年間採炭夫、昨年56才で死亡）が尋ねてきたヨチヨチ歩きの孫を中にはさんで妻と三人、手をつないで散歩している写真がある。リュックサックを背負いガーゼマスクをした深瀬さんの姿は一見ピクニックに出かける風情である。それにしても妻のいであちが家の周囲を一廻りして来るという程度の格好でアンバランスである。深瀬さんは酸素吸入器をリュックサックに潜めて背負っていたのである。酸素吸入器に連なる2本のビニール管がリュックサックに空けられた穴、下着、素肌を這って、深瀬さんの脇から鼻口部に繋がっている。ガーゼマスクはその鼻口部分＝カニューラを人目か

ら隠すためのものであった。じん肺によって人間の日常がこれ程冒された瞬間を私は知らない。

佐藤清次郎さん（北炭・幌内炭鉱に働き56才で罹患）が7年の闘病を経て死亡した後、妻子がノートの切れ端や広告チラシの裏に書かれていた短歌を編んで遺歌集とし、身内に配った。

じん肺の苦しみ日夜ひそいくる
 我に替わりて誰か負はぬか
 捨てられしもの如くに留守まもり
 髪などとかぬ妻かさびしも
 装ほいて妻と出かけし夢は覚め
 心躍りのいまだに残る
 咳込みし五臓六腑の苦しさは
 手も足も魂もあらざるごとし
 我を呼ぶ声近づくに夢さめて
 みればかたえの妻鳴咽す

じん肺によって奪われた、人としての尊厳・人間性を回復させる、じん肺を根絶させる、これがじん肺訴訟の原点であった。^{*2}

□ 4月25日三菱マテリアルは筑豊と北海道の2つの炭鉱夫じん肺訴訟において、原告被災者54名に対し慰謝料総額10億1000万円を支払う和解に応じ、5月23日には未だ裁判を起こしていない30名のじん肺患者に対してもこれに準じて損害を賠償する、という内容の訴訟外の和解契約をした。

大手炭鉱資本が炭鉱夫じん肺訴訟の和解に踏み切ったのは、1979年11月、長崎北松じん肺訴訟（被告日鉄鉱業）を起こして以降初めてで、先の2つの訴訟の残る被告、住友石炭鉱業、三井鉱山等も同じ解決を迫られている。

ところで筑豊・北海道の訴訟では国の責任も問われている。戦後に限ってみても国はエネルギー政策の基幹に石炭産業を位置づけ、昭和30年代後半からの炭鉱の「スクラップダウン」

「ビルドアップ」それぞれの過程で石炭の生産そのものに深く関わり、炭鉱労働者の作業環境を決定づけてきた外、生産性の維持と増産を図るために石炭企業のじん肺防止対策の不実施を放置し、多発する炭鉱夫じん肺を防ぐための有効な規制、監督を行わなかったからである。

また、5月19日、東京はじめ全国5地方裁判所に対し建設一般労組に組織されている95名の元トンネル労働者が、鉄建公団、鹿島建設等大手ゼネコンとその下請会社合計74社を相手どってトンネルじん肺訴訟を提起した。この訴訟は700名に及ぶ「全国トンネルじん肺補償請求人団」の代表先行訴訟と位置づけられており、この10月にも10地裁での訴訟へと規模を拡大させる。

この訴訟はトンネル工事における大手ゼネコンのじん肺発生責任を問うものであるが、トンネル工事は国・建設省等が発注する公共工事がほとんどであるから、この訴訟が目指す目標の一つは、発注者たる国の責任を明らかにし、トンネルじん肺根絶のための国の積極的関与を求めていく、ということにならざるを得ない。

こうして、わが国のじん肺訴訟はじん肺発生企業の徹底した責任追及の積み重ねの上に、その根絶に向けて国の果たすべき積極的な役割を明確にする段階に入った、ということが出来る。

□ わが国のじん肺訴訟は昭和50年代初めから全国各地で起こされるが、当初原告一人の訴訟として取り組まれたものから次第に集団訴訟として、また産業でみると、窯業からずい道工事、鉱業から炭鉱、そして再びトンネル土木へと拡大してきたことが見てとれる。

昭和40年代労働災害発生についての事業者の責任を問う法的考え方として、使用者の労働者に対する（後に直接雇用労働者のみならず下請企業の労働者に対するものへと拡張される）安全配慮義務違反の法理が提唱され、ほとんど全てのじん肺訴訟がこの法理に依拠して進められてきた。

今日までの20年間で、じん肺訴訟は全国にまさに燎原の火の如く広がった。この間に出された判決26件（いずれも加害企業のじん肺発生責任を断ずる勝訴判決ばかりである）、加害企業に損害賠償責任を果たさせる内容の原告勝

利和解は64件に及んでいる。すなわち、加害企業のじん肺発生責任は揺がし難いものとされた。^{*3} 現に進められている訴訟は最新のトンネルじん肺を別にしても9件（対象となっている被災者522名）である。

これらの裁判は使用者の果たすべき安全配慮義務違反の結果としてのじん肺について慰謝料等＝損害賠償を求めるものであるから、被害発生後の個別的救済という質的制約を免れない。しかし、じん肺訴訟によって次の点も解明されてきている。

第一に、使用者の粉じん労働者に対する安全配慮義務の内容が次第に深められた結果、義務違反としてのじん肺について損害賠償を求めることができる、というに留まらず、労働環境の改善を求める労働者の権利がそこに含まれる、ということも明かにした。じん肺になる前にこれを防ぐための具体的な措置をせよと使用者に求める権利が判例で確認されたのである。^{*4}

第二に、じん肺防止の対策は粉じん測定等科学的方法による作業環境の評価を前提とした体系的で総合的なものであり、かつ組織的なものでなければならないことが判決により繰り返し明らかにされた。労働者に対するじん肺教育が決定的に重要であることも重ねて強調された。

そして第三に、究極的には粉じん暴露量の総量規制が、目的的に、つまり当該労働者の許容限度を超えて粉じんを暴露させることは許されないという形で貫かれなければ、いかに粉じん防止の科学的技術が駆使されたとしても、じん肺を事前に防ぐことはできない、という当然の（未だ産業界が踏み出しきれないでいるか或いは踏み出そうとしない）結論が判決や和解ではっきりと示されたのである。

第四に、管理区分管理2・管理3非合併症の労災未認定者の救済も方向づけられた。これら労災未認定者に対しても、要療養者に準じて損害額を認定した長崎伊王島じん肺一審判決（管理区分に応じ900～1400万円、控訴審判決も維持）、筑豊じん肺一審判決（同1000～1500万円）の考え方がそれであり、また、常磐じん肺・北茨城じん肺の和解において採用された、とりあえず見舞金名目の賠償金を支払った上で、将来不幸にして症状が進行して要療養になった場合は裁判手続きを経ずに要療

養者の和解基準との差額を支払うという方式もその一である。

戦後けい肺撲滅に向けた足尾町民大会にはじまり、けい肺法（昭30年）、じん肺法（昭35年）の制定に結実したじん肺根絶の大きなうねりがあった。しかし、じん肺法施行後35年以上経た1995年度においても、要療養の重症じん肺患者が新たに1326名も発生している。^{*5} じん肺根絶の未完の歴史に今度こそ終章を書き加える、という思いを込めて全国の原告団・弁護団は全力投球している。

三 じん肺被災者が裁判を通じて世に問いかけているのは、じん肺の悲惨さ、それが防じん対策はじめじん肺防止対策が可能であるのに欠落させられた結果であることの不正義・不条理についてである。じん肺患者が生産性・効率を上げるのに急で労働者の健康を顧みなかった使用者の怠慢を裁判で追及し、償わせ、謝罪させて人間の尊厳を回復するためには、日本的資本主義による繁栄の裏返しである自らのじん肺について、広く理解してもらい、その訴えを支持してくれる世論を形成していくことが不可欠であった。

他方、今日わが国の勤労者は長時間労働の拘束、職場での厳しい差別・合理化、連帯よりは孤立を助長する文化状況におかれ、誰もが自分の事を考えるのが精一杯という日々を送らされている。じん肺とはどんな「職場病」であるか知らない者が圧倒的に多い状況下で支持を得ようとするとき、被災者自らがそのことを語らずして誰に語り始めさせることができようか。既にその機能が健常時の何分の一かに落ちてしまった肺の空気を抱いて、被災者たちは重たい口を開き、闘病の毎日を支えた妻たちが、失われた人生を戻せ、と訴え始めた。原告らは息も絶え絶えの苦しみの中であってなお、この苦しみは自分だけで十分だ、じん肺の根絶を、と労災保険制度では償われない思いを裁判に託したことの意義を口々に語ったのであった。通院している病院の異同、労災給付を受けているか否か、所属する患者団体の属性のアレコレなどを突破して、被災者同志が連帯するのに時間がかからなかったことはないが、「じん肺根絶を」のスローガンの下の一つになって行動し始めた

のである。

被災者＝原告は連絡会議を組織して全国的に連帯し、心ある労働組合、医療機関等の支援を得ながら日々活動している。その意味でじん肺訴訟はじん肺被災者による新しい運動というに相応しいものであった。

1980年代、札幌にはスパイクタイヤによる車粉の健康被害があって、社会問題となった。じん肺被災者たちは車粉をなくすための啓蒙、条例制定運動の先頭に立った。肺に多量の微細じんが深くささり込んだ日常についての痛切な体験の語りは、未だその肺疾患を知らない市民の心を捉えて離さなかった。じん肺被災者が訴訟を起こさなかったら、おそらく、こうした寄与はできなかつたと思われる。

じん肺訴訟はじん肺防止対策ないし防じん対策のあり方を問いながら、日本の産業のあり様、わが国の資本主義が実は労働者の命と健康の犠牲の上に成立してきたものであるという実相を明らかにしてきたといえるであろう。

四 現在裁判を進めている被災者の要求は、①被害に相応しい水準の償い—慰謝料の支払い、②その償いにあたっては消滅時効による差別を許さないこと、③加害企業の謝罪、④じん肺の根絶である。そして、この要求がそのまま今日のじん肺訴訟をめぐる争点になっているといっ

てよい。①については、長崎北松じん肺訴訟控訴審の社会通念上容認されないといわざるを得ない低額の慰謝料判断につき、最高裁判決^{*6}が「低きに失し著しく不相当であって経験則または条理に反する」と差し戻した後の福岡高裁が示した、管理区分に応じて1200～2300万円という賠償水準がじん肺集団訴訟の損害論に一応の決着をつけたといっ

てよい。②の消滅時効とは、じん肺について損害賠償請求できるようになってから一定期間内に請求しない時は、請求する権利が時効にかかってしまうという制度（被告企業がこの消滅時効を「援用」すると請求は認められないと扱われる制度）である。前掲最高裁判決が、そのじん肺被災者の最終行政区分決定の時から10年で消滅時効が完成する、と判断してから、この点をめぐる裁判上の焦点は、その粉じん労働による

じん肺発生について高度の知見を有しながら、教育も十分行わず有効な対策も講ぜず、じん肺を構造的に発生させた加害企業が、時の一定の経過を理由に時効を援用して責任を免れようとするのは法の正義に反するのではないかという、時効援用権の濫用の成否に移っている。他方、最高裁判決の後に行われた筑豊じん肺での古河機械金属・三菱マテリアルとの和解、北海道石炭じん肺での三菱マテリアルとの和解においては、時効差別のない全員救済の和解を成立させて、実践的には最高裁判決の限界を克服したと言える状況も生まれており、いずれにしてもこの時効問題は向後の訴訟の引き続くテーマとなる。^{*7}

③については、常磐じん肺訴訟・北茨城じん肺訴訟（いずれも炭鉱）において加害企業である常磐興産が被災者とともに「じん肺問題終結共同宣言」を行い、公の場で、多数のじん肺患者を発生させた社会的責任を認めて謝罪したことが特筆される。その後、細倉じん肺訴訟（鉱山）及び筑豊・北海道両じん肺訴訟（炭鉱）において、いずれも三菱マテリアルとの間で同種の共同宣言がなされている。

これとは趣を異にするが1996年6月、会社更生法が適用されて事実上倒産した北海道炭鉱汽船の野々村社長が、原告に対し、じん肺を発生させながら救済できなかったことについて謝罪したことも付記されるべきであろう。

じん肺加害企業はもはや被害者に対し謝罪することなくして賠償金を支払っても、社会的には免責されないというところに追い込まれているといつてよいであろう。

④については、防じん対策の不十分さを含む現行じん肺法体系の不備を指摘してきたというじん肺訴訟の到達点と密接に関連していると言わざるを得ない。

まず、全国のじん肺訴訟の原告団・弁護団と全国じん肺患者同盟は、1996年10月、じん肺訴訟の実績の上に「じん肺根絶のための緊急提言」^{*8}を行って、一方、関係省庁との交渉を行いつつ、他方、その実現のための共同を広く呼び掛けている。これらの要求は、現代のじん肺問題を直視する時、避けて通れないと思われる制度改革要求のうち、広範な立場で一致できる緊急のものである。

加えて、療養者の多数を占める炭鉱夫じん肺、トンネル工夫じん肺については、じん肺発生にそれぞれ国が深く関与している事実を見逃すわけにはいかない。前者については、筑豊・北海道の両訴訟でじん肺についての法的責任を問うており、後者についても公共事業の発注者としての国・建設省の企業に対する指導監督の責任が問われることになるであろう。

じん肺訴訟における国の責任を明確にすることを通じて、じん肺根絶に向けた国の自覚的で積極的な対策を引き出していく必要があると考える。

むすびに

全国のじん肺訴訟は、じん肺問題の本質から目を逸らさない数多くの、良心的で献身的な医師、研究者に支えられて叙上の歩みをしてきた。このことは動かし難い事実である。

その上で、なお、本稿のむすびにあたり、二人の「学究」について触れさせていただきたい。

館正知氏（公衆衛生学・元岐阜県立医大、当時中央労働災害防止協会常任理事）は栗山クロム訴訟^{*9}で、国・日本電工の証人として出廷してクロム粉じん発ガン性の知見につき次のとおり述べた。クロム肺ガンについてのプファルら（ドイツ）による情報に早くから接したが、わが国には「臨床報告がないので民族的問題だと考え関心をもちなかつた」と。公衆衛生、労働衛生の学究としての興味関心は時々の社会的要請や個人的動機に規定されることを否定できないから「関心を持たなかつた」ということを問うことはできない。しかし、「民族的問題である」とはどういうことであろうか。人の肺の組織が白人と黄色人種とで変わりがあるはずはないのであるから、それらのレポートから得るべきは「クロム酸塩製造過程で発生する粉じんには肺ガンを発生させる物質が含まれている可能性がある」という危険情報であり、日本にあっても労働者がクロム粉じんに晒されることがないようにすることが望ましいという提言をなしていくことであつたであろう。

粉じん労働者の健康管理について、ドイツにおいては粉じん労働時間と粉じん暴露状況を個人毎にデータ化して対策を講じている、日本でこれを学ぶことはできないかと問われて、房村信雄氏

(鉱山保安学・早稲田大学名誉教授、当時中央鉱山保安協議会会長)は、「確かに一つの優れた考え方ではある」が、「これは西欧におきます個人主義、いい意味の個人主義という社会制度の上に根ざした制度」であるから、日本に適用しても、それでうまくいくかは極めて問題である、と証言した。やはり、石炭企業側の証人としてである。じん肺防止の要諦は暴露粉じん総量の規制であり、それは使用者による発塵防止を中心とする環境管理を前提とした、労働者個々の管理でなければならないはずである。これを個人主義の成熟度の問題に還元して労働者の側に責任を転嫁する氏の見地からは、じん肺法制定後35年を経てもなお多発するじん肺について一面的には説明できるかもしれない。それはしかし、じん肺を真に根絶しようとする見地から自らの実践を伝えていこうとする学究の姿勢とは勿論異なる。

こうした「権威」による非合理的言辭の是正もまた学究の手でなされるべきであろう。

(1997. 6 記)

- * 1 例えば長野石綿訴訟についての長野地裁昭和61年9月1日判決(判例時報1198号)のじん肺についての判示
- * 2 北海道のじん肺訴訟は1980年9月住友金属鉱山、日本鉱業外を相手どって被災者121名が起こした北海道金属じん肺訴訟(1992年7月被告企業らに18億円余を支払わせて和解で終了)、1986年10月三井・住友・三菱の大手石炭資本と国に対し炭鉱夫じん肺の責任をとるよう求めた北海道石炭じん肺訴訟(被災者数で226名。1997年7月結審予定。和解協議中)がある。なお、北海道職対連編『職業病とたたかう力』(労働経済社)第8章・伊藤誠一執筆部分参照。
- * 3 全国のじん肺訴訟のとりあえずの俯瞰として山下登司夫・全国じん肺弁護団連絡会議幹事長「じん肺訴訟の到達点と残された課題」(労働法律旬報1997. 4. 10号)
- * 4 松尾じん肺訴訟(採石のための坑道掘進)についての東京地裁平成2年3月27日判決(判例時報1342号)

- * 5 労働省労働基準局「平成8年版・労働衛生のしおり」
- * 6 最高裁平成6年2月22日判決(判例時報1499号)
- * 7 最高裁判決以前にも消滅時効をめぐる裁判上の厳しい攻防を制して時効差別のない和解解決をした例も少なくない。常磐じん肺第一陣訴訟(1992年1月和解)、北海道金属じん肺訴訟(1992年7月和解)等である。
- * 8 緊急提言の1は、トンネル建設工事現場においても粉じん測定を義務づけよ、同2は、じん肺に合併した原発性の肺癌については業務上として労災補償せよ、同3は、管理2の決定を受けた者、粉じん作業に3年以上従事した者に対しては健康管理手帳を交付し、離職後の健康管理体制を確立せよ、である。
- * 9 栗山クロム訴訟は日本電工栗山工場で働いていて肺癌・鼻中隔穿孔になった労働者・遺族44名が同社と国を被告に損害賠償を求めた裁判である(札幌地裁昭和61年3月19日判決一判例時報1197号)は日本電工の不法行為責任を全面的に認めたが国の責任は否定した。平成2年12月25日、札幌高裁において日本電工が4億円余の賠償をする内容の和解が成立した)。

2. 水俣病の40年とこれから

二塚 信 (熊本大学医学部公衆衛生学教室)

はじめに

水俣病は魚介類に蓄積されたメチル水銀を経口摂取することによって起こる神経疾患である。このメチル水銀はアセチレンよりアセトアルデヒドを生産する際に用いられた無機水銀触媒が、メチル水銀に副生され、工場廃水を通じて水俣湾に排出し、食物連鎖を通じて生物濃縮により魚介類に蓄積されたものである。チッソ水俣工場のアセトアルデヒド生産は1932年に始まり、1955年から67年にピークに達し、1968年に稼働を停止している。地域住民の頭髪や臍帯中メチル水銀は図1のようにほぼこれと軌を一つにして増減している。

水俣病の発地域は、喜田村らの初期の疫学調査で、魚介類の異常行動、ネコの中樞神経症状発症の分布より図2のように考えられる。1960年当時の当該市町村人口を集計すれば約18万人ということになる。1960年から1966年にかけて熊本県衛生研究所(当時)が測定した、この地域の漁村地区住民の頭髪水銀レベルから推定されるメチル水銀摂取量は0.4mg/日以上が約50%を占め、この地域の漁協組合数を勘案すれば、上記人口の約1/10、11,000人を population at risk とみなし得る。

1997年3月末日の水俣病認定患者は、熊本・鹿児島両県で2,222名、このうち1,245名が死亡している。また、総合対策医療事業による医療手帳該当者は10,350人、保健手帳該当者は1,187人にのぼっている。この救済対象者は水俣病患者とは位置付けられていない。法律に基づく認定制度でいったん棄却した人を被害者として救済せざるを得ず、水俣病被害者だが患者ではないという、第三者には分りにくいボーダーラインとしての性格付けになっている。

他方、1968年にメチル水銀の排出が停止された後も、水俣湾周辺の底質に水銀がかなり

の濃度で残存していたため、これらの底質の除去を図るため、1974年から90年にかけて、除去基準(総水銀25ppm)以上の水銀を含む水俣湾の底質約150万 m^3 を浚渫・埋め立てにより処理し、58haの埋め立て地を造成する事業が約480億円かけて行なわれた。

水俣病の経験と教訓

水俣病の40年の歴史から私共が汲み取るべき多くの教訓がある。

先ず、初期の原因究明の段階である。今後の問題として、新しい汚染ファクターや新しい汚染の形態について、リスクの予見・予知のための方法論の確立や事前評価の重要性を何よりも強調しなければならない。現在わが国の産業界においても企業の生産活動における環境影響の国際標準化(ISO化)の動きが欧米のそれに倣って進展しつつあることは注目される。その上で、社会医学的問題として次の点を提起したい。それは、公害現象の因果関係の解析に際して、自然科学的証明の厳密さを追究することと問題の実践的解決をはかることを両立するための意識的努力である。自然科学者が原因の究明に際して、現象の因果関係の解析にできるだけ厳密性を要求するのは当然であるが、その因果性を具体的な対策や行動に反映させる際に、どの程度の厳密性が要求されるかの議論に習熟しているとは云えない。医者は病いに苦しむ患者を前に、病いの原因が不明だからといって治療を放棄することは許されない。その時点で、最大限に把握できる病因の可能性に基づいて治療する義務がある。研究者が良心に基づいて、「未だよくわからない。もっと研究する必要がある」というとき、行政的な対策の裏付けなしとして、積極的対策を怠る根拠として政治的に利用される危険性の自覚がなく、また、

そのように利用されるならば、運動に埋没して科学者として自己につきつけられた役割に怠惰なものと同様、科学不要、不可知論が生まれるのは避けられないであろう。

次に被害拡大防止のための異常事態の理解・把握・被害者救済の問題である。それは健康被害の定義、診断基準をめぐる問題である。水俣病をめぐる行なわれた民事、刑事、行政の訴訟は20件を超えるが、なかでも水俣病像、認定基準、認定診査のあり方、損害論の争いに注がれたエネルギーはまさに膨大なものがあった。これを要約することは困難であるが、病像論に関しては、水俣病をHunter-Russell 症候群を中心とする神経症状に限らず脳血管障害や他臓器にも影響を与える全身性疾患ととらえるのか、中枢性の神経系疾患でありその症状は特徴的であるが特異的な所見ではないと理解するのか。認定基準に関しては、不知火海の魚介類多食を前提に、四肢末梢の知覚障害があれば水俣病といえるのか、小脳性運動失調を中核症状とする神経症状の組合せを重視する環境庁の判断条件をとるのか。認定診査会に関しては、本来の役割が患者選別のためにあり、患者の生活歴、食生活歴、自覚症状を無視し、臨床症状の多くを切捨て見落とし、多くの患者を棄却しているという認識にたつのか、近時認定例の大半は水俣病としては軽症で他の患者との鑑別は容易でなく、慎重に再検診、精密検診をして多数の専門医の合議により遺漏なきよう努めているという主張を認めるのか。損害論に関しては、水俣原の損害とは被害者が蒙った社会的、経済的、精神的損害を包括する総体であり、多用であり、はかりしれないほど大きい全てを明らかにできない、その被害は質的に差がなく、被害のランクづけの基準はあり得ない考えるのか、水俣病に罹患したことによる損害の賠償を求める以上、現実発生した財産的及び精神的損害を具体的に算出したものが損害であり、精神的損害については個々に症状の程度、発病の時期、生活状態等を、財産的損害については職業、収入額、就労の可否等を基準に実態に相応する金額を個別的、具体的に算定すべきとの主張を認めるのかなど本質的できわめて厳しい論争が展開された。

訴訟の場での論争や問題提起が水俣病の研究を触発することが少なくなかったし、研究の場にも論争の影は持ち込まれていたのは事実である。他方、論拠の貧しい不毛の論争があったのも事実である。

私は水俣病の痛切な経験を通して、環境影響研究の疫学的方法を表1のように考えたい。初期の研究が、当然のことながら原因究明に全精力が注がれたため、典型症例の検索に集中して、いわゆる疫学的調査が不十分であったこと、原因がほぼ確定した後も、量反応関係の検討という観点の重要性を認識した個人レベルの曝露量の推定の機会を逸したこと、このことのもあって水俣病の全体像が充分明らかにされなかったという批判には耳を傾けなければならないであろう。

また、水俣病の研究が医学の領域に集中し、水俣病をひき起こし、被害を拡大させ、深刻な後遺症を現在もひきずるに至っている企業や地域社会、さらには行政の体質や構造の研究、さらには水俣病が地域社会にどのような影響をもたらしたのか、地方自治体や企業にどのようなインパクトを与えたのか、これらの点の社会科学研究が断片的かつ不十分であったことを痛感する。日本の辺地、水俣で起こった、このような深刻な環境問題は、今日の発展途上国にみられるように、その根源は経済問題にあり、その対策を阻む大きな壁も社会経済的、政治的あるいは文化的な要因にある。

水俣病のこれから—今後の課題

私は社会医学研究第9号(1990年)に水俣病の後遺症対策として表2を提示した。被害者の個別救済、環境復元及び保健・医療・福祉のシステム構築を中心とする被害地域の再生振興である。過去の水俣病対策は個別救済の始まりである患者の認定・補償問題にエネルギーが集中し、その後の日常的な医療、介護、地域リハビリ、住居や雇用を保障するための地域としての健康管理や地域福祉などのシステムの構築が遅れている。

公害被害の対策は云うまでもなく、患者を

認定して金銭的に補償し、医療を地域の病院・診療所に任せるということでは終らない。救済の本質は現状回復である。患者の治療をすすめ、患者の健康を元へ回復することを目指すべきであるが、現実には難治性の神経疾患であるのに加えて、高齢化とそれに伴う合併症があり、回復は困難と云わざるを得ない。図4は1993年8月末日現在の認定患者の年齢分布である。死亡時年齢のピークは75～84歳、生存例の年齢ピークは60～79歳にある。因みに、既に約10年前、在宅患者の日常生活動作は、食事、用便要介助9%、更衣介助11%、入浴介助15%と報告されている。1996年3月末日現在の水俣病認定患者の地域分布は図5のごとくである。現在、高齢化社会における地域ケアが大きな課題となっているが、この地域では、水俣病の発生によってこの事態が既に時代をはるかに先取りしてみられる。この地域ほどハンディーキャップを背負い、多くの愁訴を持つ高齢者が高率に集積している地域は無いであろう。この地域にこそ、わが国における地域ケアのモデルになるシステムを構築しなければならない。因みに、水俣市は、第3次総合計画（1996年～2005年）において「環境・健康・福祉を大切にす産業文化都市」構想を掲げ、そのトップに水俣病問題の解決と環境再生・創造を示している。このうち水俣病問題の解決として、水俣病被害者の早期救済、水俣病患者への福祉対策の充実、市民のもやい直しの推進、水俣病問題の理解促進、地域の再生振興を挙げている。私共はこのような地域づくりに積極的に参加しつつ、広島や長崎での原爆の後影響研究を参考に、水俣病患者・地域住民の追跡観察が必要だと考えている。

最後に水銀汚染の国際化とそれに対する寄与である。現在、国際的には金の採掘・精錬における金属水銀の利用と魚介類多食者のメチル水銀が問題になっている。金の採掘に関連して世界各地（ブラジル、フィリピン、インドネシア、タンザニア等）で作業員の金属水銀中毒と環境の水銀汚染が問題になっている。環境に放出された金属水銀のメチル化と各種生物への蓄積、それによる住民の健康影響を早急に明かにする必要が指摘されている。

1996年、国立水俣病総合研究センターに国際・総合研究部が新設され、水俣病研究成果の国際的な技術移転が日常化している。魚介類多食者集団については、ニュージーランド北島北部、セイシエル諸島、フェロー諸島等で疫学調査が進められている。調査の主対象はIPCS環境保健クライテリアでも指摘しているように、最も感受性の高い胎児であり、子宮内曝露を受けた後に生まれた児の精神・運動機能の発達を中心にした大規模な調査が行なわれ、その成果が期待されている。水俣でもこれに呼応した現地疫学的及び実験的研究が組まれている。水俣の貴重な経験は人類の貴重な遺産として、特に発展途上国の急速な工業化に伴う深刻な環境問題の発生を防ぐために生かされなければならない。

表1 環境影響研究の疫学的方法

- | |
|--|
| <ul style="list-style-type: none"> ①曝露人口、曝露レベル（及びその推移）の把握 ②受診者の代表値（偏り）の確認 ③診断基準の明確化 ④容疑側・不全側と診断側との疫学的比較検討 ⑤曝露・非曝露集団の比較研究 ⑥ハイリスク群・ボーダーライン群の解析 |
|--|

表2 水俣病の被害拡大防止のために

- | |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"> ①発生原因の除去 <ul style="list-style-type: none"> 1) 発生メカニズムの解明 2) 環境・健康モニタリング 3) 除去効果の確認 ②異常事態の把握 <ul style="list-style-type: none"> 1) 臨床疫学的・生態学的調査 2) ハイリスク・ボーダーラインの確認 3) 社会、経済的影響の把握 ③被害者救済 <ul style="list-style-type: none"> 1) 被害（者）の認定 2) 損害論と救済方法 3) 個別救済と救済システム |
|---|

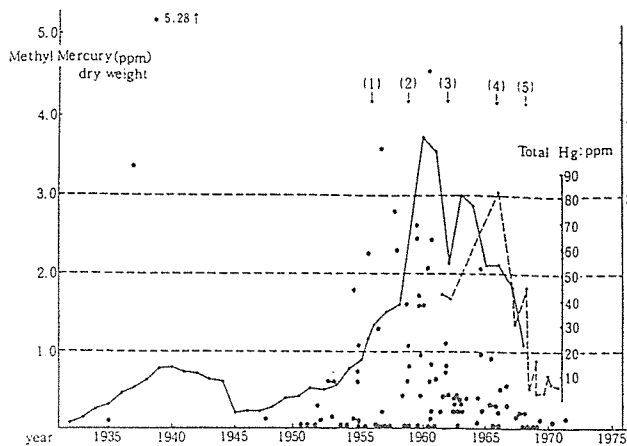


図1 隣帯メチル水銀量とアセトアルデヒド月生産量、水俣湾産貝中の水銀量の推移

—線は水俣工場のアセトアルデヒド月別生産量、目盛りは右側、単位トン
線は水俣湾内アサリ貝の水銀量(総水銀で乾重量)、目盛りは右側の図中、ppm
 ●印は生まれた年月と含有メチル水銀をあらわす。目盛りは左側、単位ppm、乾重量
 (1) 正式に水俣病が発見された年
 (2) 水俣病の原因が工場排水によるメチル水銀中毒が明らかになった
 (3) 長期の労働争議による生産低下
 (4) 廃水を閉鎖循環式に変更
 (5) アセトアルデヒド生産中止

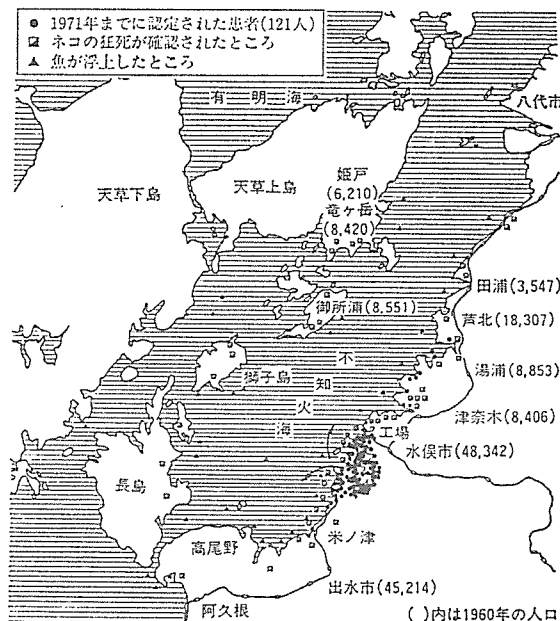


図2 不知火海周辺地区における環境汚染および患者発生

図3 メチル水銀の生体影響に関する疫学モデル

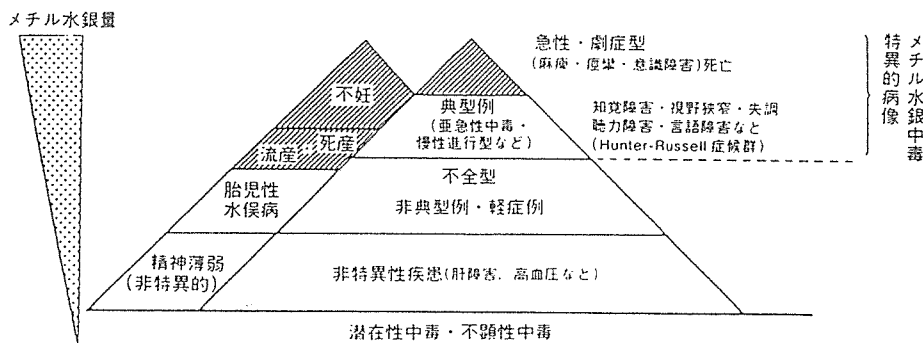


図5 水俣病認定患者の発生分布(1996年3月31日)

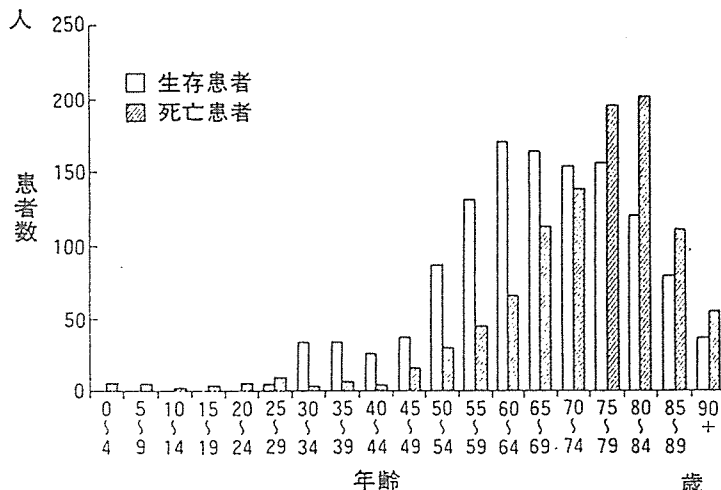
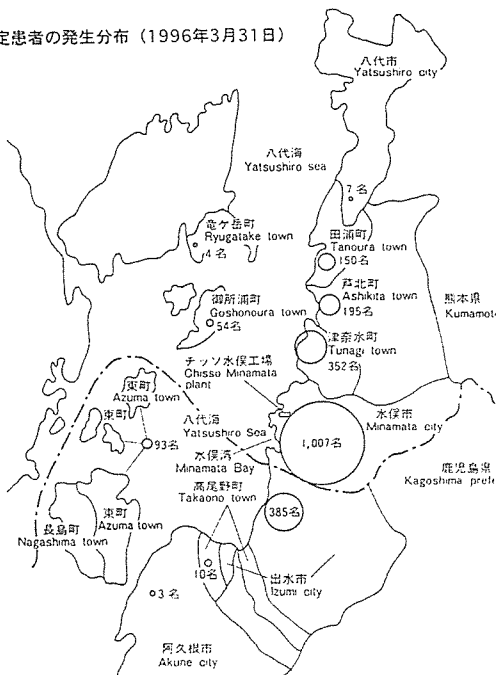


図4 水俣病認定患者の年齢別分布(死亡時年齢)

シンポジウム

1. 住民の立場から介護問題を考える—公的責任に焦点をあてて—

1. 社会的介護の確立と市町村の役割

大友信勝（東洋大学社会学部）

2. 枚方市における365日・24時間在宅ケアの実践をどうして

上谷好一（枚方市生活文化部）

3. 福祉の香りのする町づくりを一栗山からのメッセージ—

吉田義人（北海道栗山町福祉課）

4. 高齢化のすすむ過疎のまちの現状から

前田冷子（北海道中頓別町）

5. 住民参加の地域福祉と街づくり

鍋谷州春（道南勤労者医療協会）

座長 津田光輝（札幌学院大学人文科学部）

平野憲子（札幌医科大学保健医療学部）

2. 農村社会の変貌と農民の健康

1. 農業・農村社会の変貌と今後の課題

白樫 久（岐阜大学地域科学部）

2. 農村社会の変貌と保健活動の課題

宮崎隆志（北海道大学教育学部）

3. 沢内村保健活動の沿革と課題

高橋和子（岩手県沢内村）

4. 「町民が健康でいきいきと安心して暮らせる町づくり」をめざして

宝田庄十郎（北海道鷹栖町福祉課）

座長 新野峰久（旭川厚生病院健康管理科）

若葉金三（北海道勤労者医療協会札幌病院）

シンポジウム「住民の立場から介護問題を考える」

1. 社会的介護の確立と市町村の役割

大友信勝（東洋大学社会学部教授）

はじめに

1. 福祉改革の理念と方向

(1)だれのための計画とサービスか - 供給主体の都合を優先させるか。利用者・当事者の視点からみるか -

(2)市町村の役割重視というけれど - 分権論をどうみるか。税・財源の保障はどうか。人材確保はどうか。日常生活圏域でサービスが展開できるか -

(3)福祉多元化論で何が変わるか - 民活はどこまで可能か。地方自治体に必要な視点は何か。住民ニーズにこたえる道は -

(4)「措置」から「契約」への流れをどうみるか - 情報は、支払い能力は、選択や判断は、人権への配慮（成年後見、代弁機能、苦情処理等）は -

(5)ノーマライゼーションとはいうけれど、実現への道はどうなっているであろうか - 「だれも」が住み慣れたところで人間らしく暮らし続けていくために必要な視点と方法はどのようなものか -

2. 住民の生活実態にみる特徴

(1)戦後50年の軌跡 - 高齢化率にみるドラマと児童数の減少 -

(2)人口構成の特徴

- 1) 超高齢化の進行
- 2) 家族規模・形態にみる特徴

(3)家族の教育・介護機能の脆弱化

(4)中高年の障害者数の増加と重度化

(5)痴呆性高齢者の増加 - 実態把握の難しさと専門家及び専門的サービスの不足 -

3. 生活文化と福祉サービス

(1)福祉サービス利用は恥（スティグマ）か - 生活問題への対応は家族がするものという生活文化が深く日常生活に浸透している。滅多なことでお上のお世話になるものではないという考え方をどうしたら変えられるのだろうか -

(2)福祉サービスの利用意識にみる国際比較 - ヨーロッパ（イギリス型、北欧型）の利用意識の特徴から教訓をひきだせないか -

(3)地方自治体の主張や幹部職員の利用意識はどうか - 本音でショートステイや老人ホームを利用したいと考え、仕事をしているであろうか。自分は家族を頼りにできると考えていないだろうか -

(4)これからの生活文化と利用者意識 - 家族の教育・介護機能を支え、高齢者の自立を援助していく新たな生活文化の創造が21世紀を切り拓くのではないか -

4. 高齢者保健福祉計画の見直しをどうするか

(1) 利用者及び家族、住民、専門家の意見をどのように反映してつくったか

(2) 策定委員会は活発で要望が多く苦勞したか - 当事者、住民、関係者と行政機関は相互理解・相互信頼を深めたか -

(3) すべての市民団体や専門家の意見、要望を平等に聞いたか。それとも聞き流したか

(4) 計画の目標数値の基準は利用者意識の低さ、痴呆症の実体把握の困難さなどをどのように考えてつくったか - 財政と人事の都合を優先させなかったか -

(5) 計画の中間見直しを自発的にしているか

(6) 策定委員会の機能を何らかの形で存続させ、達成状況のチェックを開かれた形でしているか。進捗状況は公表しているか

(7) 計画の達成状況はどうか - どの部分が進み、どの部分がたち遅れているか -

5. これからの社会福祉サービスのあり方

(1) 発想の転換ができるか - モノからヒトへ、当事者性への注目。21世紀は共生や内発型の住民参加をいかにした地域づくりが課題 -

(2) 当事者グループ、利用者及び家族を理解し、はげまし、支える相談、援助の追求 - 自立、共同、連帯の新たな住民自治の芽を育てていく活動、共同学習、社会教育への着目 -

(3) 在宅での生活を支え、暮らし続けるために何が必要か - 利用者像を豊かに描く感性を -

1) 相談と情報 - 総合相談と情報の収集、伝達を利用者本意に個別的にやれるシステムづくり -

2) 日常生活圏域にデイサービス、ホームヘルプサービスを中心に在宅サービスの拠点を整備

3) 住宅のリフォームとバリアフリー

4) 介護機器、生活用具のサービス拠点を整備

5) 生活支援型食事サービスの開発と普及

(4) 施設サービスの課題 - 重度化、専門化への対応として不可欠であり、在宅サービスとは車の両輪ともいえる。どんなに在宅サービスを整備しても必要になるのが施設サービスであり、相互の連携が今後益々求められるよう -

1) 小規模・多機能化

2) 地域に開かれたセンター的役割・機能

3) サービス・介護付き住宅 - 「在宅型」施設への注目とショートステイの柔軟な位置づけ -

4) グループホーム - 痴呆性高齢者のサービスとして普及が求められる -

5) ターミナルケア - 人生のターミナルをどこでどのように迎えるか。尊厳と生命倫理 -

6. 公的介護保険の動向

(1) 先進国の介護サービスモデルの特徴

(2) わが国の公的介護保険の特徴

1) はじめに「社会保険」ありき、の前提から出発

2) ドイツをモデルにしたとはいいが - 似て非なるものではないか -

3) だれが利用できるか

4) どこが保険者となって直接的責任を負うか

5) だれがどれくらい保険料を支払うか

6) 今後の保険料と利用料

7) 要介護認定機関

(3) ケアマネージメントとケアプラン

(4) 利用したいときにサービスがあるか -

サービス水準と人材、量的整備はどうなるか -

(5) 痴呆症へのサービスはどこまでやれるのか

(6) 公的介護保険の影響

1) 「措置」から「契約」へ - 何が問題になるか -

2) 地方自治体のサービスはどうなるか - 公的介護保険は何をどこまでカバーするか -

3) 支払い困難な利用者に「生活保護」の適用がスムーズにいくか。

7. 社会福祉サービスの展望と地方自治体の課題

(1)生活文化と民主主義。まちづくりの視点を豊かに描けるか－住民の安心と笑顔をつくりだす生活ネットワーク－

(2)女性の社会参加を引き出し、当事者、住民、職員が行政と新たな共同をつくり出していく時代

(3)措置から契約への動き－情報の公開、権利擁護、苦情処理システムと消費者保護、一層必要な低所得層への配慮－

(4)予算枠組みの見直しと再編－地方自治体の予算は開発型、公共事業優先型になりやすい特徴を持っている。困難だが税・財源のあり方や予算枠組みの見直しを基本的なところから問い直して再編の方向を追求していく時代に入ったのではないだろうか－

(5)地方分権と地方自治の発展へ－先進国のモデルは地方自治が進んでいる。中央集権の壁を税・財源、事務の権限を含め基本的なところから問い直し、転換させる時代ではないのか。改革の担い手は誰か。鍵を握っているのは地方自治体の職員及び社会福祉協議会などの関係職員－

(6)日本の福祉サービスを世界のモデルへ－先進国は介護問題が新たな社会問題となっている。高齢化率トップの国が経済・開発型から生活・環境型へのモデルをつくれるかどうか。21世紀は世界史の実験が日本で始まるかどうか問われる時期でもある－

2. 枚方市における365日・24時間 在宅ケアの実践をとうして

上谷好一 枚方市生活文化部次長兼同和対策室長
(前) 副社保健部副参事兼高齢者福祉課長

1) 高齢者サービスエリアの設定

7つのエリアに拠点施設を整備

(拠点施設の機能)

特養・ショートステイ・介護支援センター
デイサービスセンターA又はBプラスE型
ホームヘルプサービス

「だれもが・いつでも・どこでも」必要な福祉
サービスを楽しむ。

2) ホームヘルプサービス内容の見直し

	6年度	7年度
派遣時間帯	7時から20時	7時から22時
派遣日	365日	左同
実労働時間	年950時間	年1250時間

(H6年度24時間の試行)

エリアBの枚方市立デイサービスセンター
派遣対象者 — 特別養護老人ホーム待機者中心
勤務体制 — フレックスタイム制

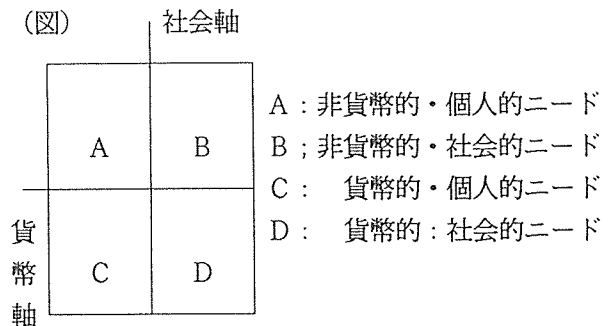
(H7年度24時間の試行)

エリアB ①枚方市立デイサービスセンター
エリアC ②枚方ホームケアセンター
エリアF ③里仁館デイサービスセンター
派遣対象者 — 在宅で介護が必要な高齢者
勤務体制 — ①フレックスタイム制
②6時～22時の間は三交替勤務
プラス管理宿直
③7時～20時の間で変則二交替
必要派遣時間に応じて勤務変更

3) ホームヘルプサービスの業務内容の見直し

対人社会サービスとしては日常生活の自立支援
に必要な部分について提供する(図参照)

社会的援助装置として機能する領域はBと
Dの部分になる。
AとCの部分が極めて個人的な生活であり
これこそが個人的生活(個性化)。



A: 生活のゆとりの部分

生きがい・心の悩み・家族関係・個人個人の
生活のスタイル等。

B: 日常生活の基本的部分

食事・排泄・入浴・整容等 — 身体介護
掃除・洗濯・買い物等 — 家事介護
医療的行為等 — 医療・看護
健康相談等 — 保健活動

C: 経済生活のゆとりの部分

生命保険・貯金等の個人的資産。

D: 経済生活の基本的部分

公的年金(厚生年金・国民年金・共済年金)
健康保険(社会保険・国民健康保険等)。

4) 「朝起きてから、夜寝るまで」の間に、必要に
して十分な介護、家事サービスを提供する事
により、深夜帯は寝る時間である。

5) 配食サービスの充実

最低毎日二食(昼・夜)管理された十分な食事
の提供で日常生活動作の向上と社会的入院防止

ホームヘルパー派遣と配食サービスにより社会的入院が阻止できたと考えられるケース

※6年4月～H8年8月15日現在＝全206ケース 老人＝39 障害＝4 配食＝33 合計＝76ケース

(N O 1)

①. 「身体介護ヘルプ」＋「配食サービス」利用で社会的入院を阻止できたと考えられるケース……43ケース

性別・年齢	家族構成	訪問当初	A D L	開始後	A D L	利用中のサービス	利用期間
女性 60歳	夫婦世帯	2～3回	(H7年3月)C 3点	2～3回	(H7年10月)C 6点	星・夕配食+デイサービス/W+朝晩看護1/W	H7年4月～8年3月 里仁館移管
男性 80歳	夫婦世帯	6回	(H7年10月)C 1点	2回	(H7年11月)B2 15点	星・夕配食+デイサービス/W	H7年10月～8年6月 病院死去
男性 71歳	妻・長男	2～3回	(H7年6月)C 8点	2～3回	(H7年10月)B2 21点	デイサービス/W	H7年6月～ 利用中
女性 90歳	長男夫婦	4回	(H7年8月)B1 28点	4回	(H7年8月)A2 38点	デイサービス/W+星・夕配食	H7年8月～ 利用中
女性 87歳	長女と二人	5回	(H7年11月)C 2点	5回	(H7年11月)C 3点	星・夕配食+訪問看護3/W	H7年11月～H8年9月 自宅死去
男性 80歳	夫婦世帯	5回	(H7年4月)C 1点	5回	(H8年1月)C 4点	デイサービス/W+ショートステイ1/W+訪問看護+住診	H7年4月～ 利用中
女性 87歳	夫・長女	6回	(H7年1月)B2 17点	6回	(H8年1月)B1 25点	デイサービス/W+ショートステイ不定期+星夕配食	H7年1月～ 利用中
女性 95歳	長女夫婦	2～4回	(H7年12月)B2 13点	2～4回	(H8年7月)B2 13点	デイサービスE型+通称介助1～2/W+ショートステイ	H8年1月～ 利用中
女性 84歳	单身	2回	(H6年8月)NMスケール 29点	5回	(H8年2月)NMスケール18点	デイサービス/W+星夕配食+精神科住診	H6年8月～8年6月 聖徳園入所
女性 90歳	長男・妹	2回	B1 28点	2回	(H7年12月)B1 28点	デイサービス/W+訪問看護+住診	H6年10月～8年6月 病院死去
男性 60歳	单身	4回	(H6年8月)A2 34点	4回	(H8年12月)A2 34点	デイ1/W+星・夕配食+介護ヘルパー-3/W 人工透析3/W	H6年8月～8年3月 病院死去
女性 87歳	单身	1回	(H6年6月)A1 42点	1回	(H7年12月)A1 42点	デイサービス2/W+星夕配食+訪問看護+住診1/W	H6年6月～ 利用中
男性 73歳	单身	2回	(H6年8月)A1 44点	2回	(H7年12月)A1 44点	デイサービス/W+介護ヘルパー-3/W+星・夕配食	H6年7月～ 利用中
男性 90歳	单身	2回	(H6年7月)J2	1回	(H8年2月)J2	デイサービス/W+星・夕配食+住診	H7年 肺炎入院中
女性 75歳	夫婦世帯	2/W	(H6年3月)B1 32点	2回	(H8年1月)B1 32点	デイサービス/W+星・夕配食 +住診	H6年3月～ 利用中
男性 86歳	单身	2/W	(H6年6月)A2	2回	(H8年2月)A2 36点	デイサービス/W+夕配食+住診	H6年6月～ 利用中
男性 83歳	夫婦世帯	4回	(H6年12月)C 9点	2回	(H7年2月)B2	デイサービス/W+星夕配食	H6年12月～7年10月 病院死去
女性 91歳	单身	2回	(H6年10月)C 5点	1～2回	(H7年5月)B2 13点	デイサービス/W+家族療+住診+訪問看護	H6年10月～7年5月
女性 92歳	单身	2/W	(H6年4月)A2 36点	2回	(H8年1月)C 4点	デイサービス/W+住診+訪問看護	H6年～8年1月 病院死去
男性 62歳	夫婦世帯	2回	(H7年7月)B2 1点	2回	(H7年11月)B 21点	デイサービスE型+ショートステイ	H7年7月～7年11月 聖徳園入所

性別・年齢	家族構成	訪問当初	A D L	開始後	A D L	利用中のサービス	利用期間
女性 76歳	長男	7回	(H6年4月)C 5点	7回	(H6年7月)C 1点	住診+訪問看護	H6年4月～6年7月 在宅死去
女性 62歳	長男・孫	6回	(H6年5月)C 1点	5回	(H6年11月)C 4点	デイサービス/W+ショートステイ	H6年5月～6年11月 市立入所
女性 103歳	長女	6回	(H6年8月)C 1点	6回	(H6年12月)C 1点	訪問看護+住診	H6年8月～6年12月 在宅死去
女性 90歳	長女	5回	(H6年11月)B			ショートステイ+訪問看護	H6年11月～7年1月 7イリス入所
女性 96歳	次男	5回	(H8年4月)C 9点	2回	(H8年5月)B1 24点	デイサービス/W+昼夕配食+訪問看護+住診	H8年4月～ 利用中
女性 53歳	夫婦世帯	5回	(H8年5月)C 9点			デイサービス/W+ショート+リハビリ+ガイドヘルパー	H8年5月～ 利用中
女性 77歳	夫婦世帯	4回	(H8年5月)B1 24点	4回	(H8年7月)A2 38点	デイサービス/W+住診	H8年5月～ 利用中
女性 90歳	単身	4回	(H8年6月)B1 28点	6回	(H8年7月)B2 21点	住診、デイ中断	H8年6月～ 利用中
女性 80歳	次女	3回	(H6年9月)C 2点	3～4回	C 2点	デイ/W+ショート+住診+訪問看護+訪問リハビリ	H6年9月～ 利用中
女性 89歳	長女夫婦	2～3回	(H6年11月)C 1点	2～3回	(H7年12月)C 1点	訪問入浴/W+訪問看護1/W+住診	H6年11月～ 利用中
男性 84歳	長男	2回	(H7年5月)A2 36点	2回	(H8年12月)A2 36点	訪問看護	H7年5月～ 利用中
女性 86歳	長男夫婦	2回	(H7年1月)B2 14点	2回	(H7年12月)B2 16点	デイサービス/W+ショート+訪問看護+訪問リハビリ	H7年1月～ 利用中
女性 79歳	長男夫婦	1回	(H7年4月)B2 16点	1回	(H7年5月)B1 26点	デイサービス/W+ショート+訪問看護+住診	H7年4月～7年5月
女性 88歳	長女夫婦	2回	(H7年3月)C 11点	2回	(H7年5月)B2 20点	デイサービス/W+ショートステイ+訪問看護1/W	H7年3月～7年7月
女性 82歳	次女	2回	A1		A1		H7年3月～7年6月
女性 82歳	長男	3回	(H7年4月)C 3点		(H7年11月)C 15点	昼食+デイサービス/W(中断中)	H7年5月～7年11月
女性 78歳	単身	1回	(H7年7月)B1 29点	1回	(H8年1月)A1 47点		H7年7月～ 利用中
女性 75歳	長男・孫3人	4回	(H8年1月)B2 21点	2回	(H8年2月)B1 32点	デイサービス/W+昼・夕配食	H8年1月～ 入院中
女性 41歳	両親	1回	(H7年2月)C 4点	1回	(H7年12月)C 1点	リハビリ	H7年2月～7年12月 入所
女性 81歳	単身	3回	A1 46点			デイサービス/W+昼・夕配食	H8年6月～8年7月 東京に転居
女性 72歳	長女夫婦	3回	(H8年6月)C 2点	3回	(8年7月)B2 16点	デイサービス2/W	H8年6月～ 利用中
男性 70歳	妻長女・孫	2回	C			デイサービス/W	H6年6月～6年8月 病院死去
女性 74歳	単身	1回	(H6年7月)A1		J2		H6年7月～ 利用中断中

② 「家事援助ヘルプ」 + 「配食サービス」利用で社会的入院を阻止できたと考えられるケース…… 33 ケース

H6年6月～H8年8月現在

性別	年齢	家族構成	主な疾患	A D L	利用中のサービス
女性	84歳	単身	痴呆	A1	デイサービス 1/W
男性	78歳	単身	腎疾患	J2	ホームヘルパー1/W
女性	69歳	単身	脳梗塞	A2	訪問看護・往診・ホームヘルパー2/W
女性	66歳	単身	右麻痺	B2	ホームヘルパー2/W
男性	70歳	単身	人工透析3/W	A1	ホームヘルパー2/W・デイサービス1/W
女性	84歳	夫婦	在宅酸素	A2	訪問看護・往診・ホームヘルパー2/W
女性	88歳	単身	心疾患	B2	訪問看護・往診
女性	70歳	夫婦	不安神経症	J2	
女性	80歳	単身	歩行障害	A1	
女性	80歳	単身	網膜剥離	J2	訪問看護・往診
男性	78歳	単身	栄養障害	J2	
男性	83歳	夫婦	心疾患	A1	ホームヘルパー2/W・デイサービス1/W
女性	86歳	同居		J2	
女性	90歳	同居	視力障害	A1	
女性	67歳	単身	精神分裂	J2	
女性	81歳	単身	歩行障害	A1	ホームヘルパー2/W・デイサービス1/W
女性	81歳	単身	リウマチ	A2	ホームヘルパー2/W・往診
男性	61歳	同居	全盲	A1	ホームヘルパー2/W
女性	82歳	単身	被害妄想	B1	ホームヘルパー2/W・往診
女性	72歳	夫婦	リウマチ	B1	ホームヘルパー2/W・往診
女性	84歳	単身	栄養障害	J2	ホームヘルパー2/W・往診
男性	80歳	夫婦	視力障害	A2	ホームヘルパー2/W・デイサービス1/W
女性	74歳	夫婦	頸椎障害	A1	ホームヘルパー2/W
女性	69歳	単身	歩行障害	A1	ホームヘルパー1/W
男性	86歳	単身	パーキンソン	B1	訪問看護・往診・ホームヘルパー1/W
女性	82歳	単身	妄想	B1	ホームヘルパー2/W・訪問看護・往診
男性	88歳	夫婦		A	ホームヘルパー2/W・往診
女性	85歳	単身	痴呆	A1	ホームヘルパー7/W・デイサービス1/W
女性	70歳	単身	歩行障害	A2	ホームヘルパー2/W
女性	81歳	単身	歩行障害	B1	ホームヘルパー2/W
女性	64歳	夫婦	心疾患	J2	ホームヘルパー2/W
女性	82歳	同居	歩行障害	A1	ホームヘルパー2/W
女性	78歳	単身	栄養障害	J2	

人間らしい尊厳さとは「自分の身の回りのことは自分でできる」「人と話すことができる」「自分でものを食べることができる」少なくともこの3つの機能を死ぬ直前まで持続していける。そのためには若い世代から健康ということを考えていこうと、保健、福祉、医療がお互いに連携を取りながら、又、住民、民間、団体、行政がそれぞれ責任を持ちながら目標に向かって努力しているところです。

最後にゴールのない取り組みですが、だれもが、いつも住みやすい健康と福祉の心を大切にすまちづくりを進めつづけたいと思います。

シンポジウム「住民の立場から介護問題を考える」

3. 福祉の香りのするまちづくりを

吉田 義人 (栗山町福祉課主幹)

はじめに

1. 高齢時代に向けしっかりとした福祉ビジョンを

- 1) 在宅の時代
- 2) 地域の時代
- 3) 有料化の時代
- 4) 自立の時代
- 5) 選択の時代

2. それは意識改革から始まった

- ・高齢者サービス調整チームの編成 (行政)
- ・くりやまプレス (町民)
- ・福祉イメージの改革
 - 役割分担型
 - コネ
 - 弱者救済型
 - 外見ニーズ
 - ボランティアの矛盾

3. きっかけ作りの事業から参加へ

- (町民のパワーを認める)
- ・くりやまプレスの創刊
- ・ボケ健診の実施
- ・いきいきスクールの開催
- ・中・高校生体験ボランティア
- ・人にやさしい家づくり

- ふれあい散歩似くりやま
- リフォームヘルパー
- 新築住宅奨励金

・いきいきホームステイ

・マルチメディアによるいきいきコール

(テレビ電話)

・在宅サービス評価委員会 (町民のみ)

4. 介護保険にむけて -自治体が消える日-

・これからが本番です

・スタートラインの矛盾

(マンパワー、施設、自治体の政策)

・サービスの量から質の時代

・今こそ先行投資を

(予防、人づくり、地元、企業)

・在宅は医療主体でない

・要介護認定は自治体が主役

・新しいマンパワーの創造

・専門職こそ広い心を

・川の流れのように (住民→自治体→道→国)

5. そして、将来にむけて

・行政の継続性

・町の個性を生かせ

・やっぱり人なんです

シンポジウム「住民の立場から介護問題を考える」

4. 高齢化のすすむ過疎のまちの現状から

○ 前田冷子 (中頓別町役場)

中頓別町の概要

中頓別町は、北海道の最北端宗谷支庁の南部で北緯 45 度線上に位置しています。

気候はオホーツク海岸から約 20 km 内陸に位置するため、オホーツク寒流の影響を受けるとともに、大陸性気候で寒暖の差は大きく、また冬季間の積雪も多い町です。

交通は、平成元年に J R 天北線が廃止となつてからは、バスと自動車のみが交通手段です。そのため、遠隔地へ行くには、バスから鉄道に乗り変えるといった不便さも強いられています。支庁所在地である稚内市まで行くには、バスで 3 時間かかります。

本町の産業は酪農と林業が主体となっていますが、農家戸数は減少し、林業も構造不況のなか合理化と規模縮小を余儀なくされています。

このような中、本町の人口は昭和 25 年の 7,592 人を最高に毎年減少を続け、平成 8 年には 2,759 人に減少しています。高齢人口割合は 22.8 パーセントであり、宗谷管内で一番高齢化が進んでいる町です。



平成 8 年 10 月現在

人口	2,759 人
世帯数	1,150 世帯
65 歳以上人口	630 人
65 歳以上人口割合	22.8 %
独居老人数	184 人
老夫婦世帯数	135 世帯
在宅寝たきり老人 (ランク B C)	2 人
在宅虚弱老人 (ランク A)	16 人
在宅痴呆老人	3 人

中頓別町の保健・福祉・医療

町内の医療機関としては、中頓別町国民健康保険病院 (50 床) があります。診療科目は内科と外科で、必要なケースには医師による往診が行われています。

町内の福祉施設には、南宗谷福祉会が運営している特別養護老人ホーム「長寿園」(定員 55 人)・養護老人ホーム「長寿園」(定員 55 人)、及び町立の知的障害者施設「天北厚生園」(定員 90 人) があります。

長寿園では、ショートステイ及び入浴サービスの受け入れを行っています。

中頓別社会福祉協議会には、3 名の職員がいて、給食サービス、除雪サービス等も行っています。又最近ボランティアの登録事業を始めました。

中頓別町役場住民課に福祉係があり、係 2 名とホームヘルパー 2 名がいます。同じ住民課保健衛生係には係 2 名 (1 名課長補佐兼務)、保健婦 3 名がいて、平成 9 年度から栄養士が配置されました。

ホームヘルパーの活動は、平成 12 年には 4 名体制が検討されているものの、現在は 2 名体制で、週に 1 回から、10 日に 1 回の訪問が行われています。家事援助が主ですが、病院受診のための送迎、入浴サービスの送迎なども行っています。

保健活動では、週 2 回のリハビリ教室や、脳の活性化を目的としたはつらつクラブなど行っており、高齢者の仲間づくりの場ともなっています。在宅老人に対しては、保健婦による訪問が行われています。

高齢者向け、身体障害者向け住宅の建設は、保健福祉計画に基づき進められているところです。

ケースに関する情報交換・関係機関との連携は随時とられており、迅速な対応ができていますが、高齢者サービス調整チームは、十分な機能を果たしていません。そのため、住民ニーズにあったケアシステムの構築はなされず、めざすべきビジョンももちづらいのが現状です。

町内には、民間シルバー産業・老人保健施設・ケアハウス等はなく、訪問看護も行われていません。

緊急通報システムも未整備の状態です。

デイサービスセンターおよび在宅介護支援センターは、長寿園に併設して平成10年度開設予定です。

高齢者の生活から

中頓別町の8割以上の高齢者は、病気をもちながらもおおむね元気で生活しています。老人クラブ・寿大学・ゲートボール・パークゴルフと仲間とつながりをもちながら過ごしています。しかし交流や活動の場は、限られているのが現状です。

病気をかかえている高齢者は、主に地元の病院に通院していますが、眼科や皮膚科、耳鼻科などの専門医がいないため、名寄市・旭川市へと1日がかりの通院となることもあります。

町内の交通手段としては、バスが1日数回運行されていますが、なかには全くない地区もあり、通院や買い物などで不自由な生活を強いられています。

こもりがちな生活をしている高齢者も少なくありません。冬期間の生活は一人暮らし・高齢者世帯には、大変厳しいものです。入院する者や都市部の子どもたちのところで過ごすことを余儀なくされている者もいます。

「この雪さえなかったらなあ、ずっとここに住んでいたいのに」という思いをもちながら生活している高齢者は多く、足腰が弱り、除雪ができなくなると、施設入所や転出を考えるきっかけにもなっています。

入院が長期化すると、家族・本人ともに施設入所を考えはじめます。介護にあたる人が高齢だったり、虚弱だったりして、在宅が困難になると考えられるからです。

現在在宅での寝たきり者が少ないのは、このように家族の介護機能に限界があるためと、寝たきり者をサポートするシステムが不十分なためと考えられます。

高齢者が安心して住み続けることのできる町へ

「福祉のまち」といわれ、近隣町村に先駆けて福祉施設を設置してきた中頓別町ですが、行政改革で職員の削減や財政の圧縮が大きな課題となっている

昨今、サービスを行政が担っていく体制はとりずらくなっています。

介護保険の導入にあたって一番危惧されることは、「保険あってサービスなし」の状態にならないかということです。なぜなら民間のサービス産業の参入は今後も考えられず、町の財政基盤が弱いための公的サービスにも限界があるからです。

加えて、ケアシステムの構築がなされていないまま新しくできる在宅介護支援センターがケアマネジメント機関としての役割を果たしていくことは、非常に重たい課題であるといえます。

これまで保健福祉計画をはじめ、町で策定する計画に住民が参加したことは、ほとんどありませんでした。職員間でも十分横の連携がとれているとはいえずらく、政策決定の素案づくりは、各々の担当者にゆだねられてきたのが現状です。

高齢化の進む過疎の町だからこそ、一人一人が住んでいて良かったと思える町、年をとっても安心して住み続けることのできる町づくりを住民とともに考えることが、行政の重要な責任だと思います。

元気に年をとる住民、いきいきと毎日を過ごす住民、生活に不自由や困難が生じたときに必要なサービスを自ら選択できる住民、自分たちの思いやニーズを実現するために行動できる住民、そんな住民を支えていける行政でありたいと思います。

シンポジウム「住民の立場から介護問題を考える」

5. 住民参加の地域福祉と街づくり

なべや くにはる
 ○鍋谷州春（高齢者福祉函館連絡会委員長、医療法人道南勤医協専務理事）
 （函館市高齢者等保健・医療・福祉計画見直し検討委員会委員）

はじめに

人間の尊厳が保てる公的介護制度と「保険あって介護なし」の政府案の矛盾は大きく、保険者の市町村は矛盾を住民に転嫁するか、住民と共に福祉の街づくりをめざすかの岐路に立っています。

93年の「老人保健福祉計画」は、国が事実上の財政権を握り、地方議会での審議を要しない等の問題点を有しながら、法的には市町村に計画主体が移行されました。これを福祉の街づくりに主体的に活かした自治体も少なからずありました。私は函館市の「計画」策定と推進に市民代表として参画し、また在宅介護支援センターの実践を通して得た地域福祉への若干の考察を報告します。

計画への市民参加の成果

寝たきり老人問題をテーマとした演劇公演を通して、高齢者福祉函館連絡会（代表・和泉雄三前函館大学学長）ができ、広範な市民や福祉従事者、研究者等が結集しました。92年～93年に要求カード運動や市民フォーラムを開催し、123項目の政策を提言し、市に計画策定への市民参加を要求し遂に私が策定検討委員に委嘱されました。

私は他の委員と共同して異例の委員会公開制と市民からの提言を実現し、行政担当者と協力して素案を以下の特徴ある計画に前進させました。

- ①「高齢者等保健・医療・福祉計画」に名称変更
- ②計画の基本に憲法の基本的人権の尊重を明記
- ③保健・医療・福祉の総合的システム確立
- ④地域ケアシステムと中圏域・日常生活圏の設定
- ⑤目標量を上方修正し予算を21%増の434億円に
- ⑥毎年の点検と中間年の実態調査と見直しを明記
- ⑦財源対策の改善を国に求めることを明記

⑧国の指導にない市議会特別委を設置して審議

⑨政策決定プロセスに公開制と市民参加を実現

これを市長も後に「函館方式」と評価しました。

市民運動分野では福祉連絡会が計画推進委員会存続を市に申し入れ、街づくり市民会議がシンポジウムを行い、保健医療福祉21世紀ネットワークの会が交流するなど共同の輪が広がりました。

「計画」の推進と「いきいき長寿都市宣言」

市は申入れに応え「計画推進懇話会」を設置し、私も委員に委嘱されました。懇話会は推進の一環として「長寿都市宣言」の策定を決め、文案を市民に公募しました。94年12月10日世界人権デーに「憲法の基本的人権の尊重」「何よりも福祉を大切にすまち」の前文をもつ「いきいき長寿都市宣言」が市長によって宣言され、その後の市民運動の政策的「橋頭堡」となりました。

95年夏に高齢者福祉連絡会は、民生委員と協力してある町内の高齢者夫婦世帯の実態調査を行い、その経験から、同年秋の市実施の実態調査項目を市民の声や政策選択を反映できる内容に大きく修正させました。連絡会は「市民学習会」を継続しながら、95年12月に市内バスツアーで福祉施設やバリアフリー住宅の見学を実施し、市の課長や新聞社も招待しました。児童会館を活用した「ふれとびあ」デサービスセンターが、机上アイデアとは異なり高齢者と学童の「すれ違い」の場になっていた例や、ホームヘルパーの長期・定期派遣よりも単発・緊急派遣が困難で予備ヘルパーの配置を切望する声が多い等、市民の目の高さでの点検が懇話会での議論に活かされました。

市の「見直し中絶」姿勢を正した市民運動

96年度に市は「計画推進懇話会」を「計画見直し検討委員会」に改組しましたが、国の介護保険法の動向を理由に委員会を殆んど開かず、今年3月に「見直し中絶」を打ち出しました。

私は連絡会運営委員会と相談し「質問と提言」を文書で提出しました。「国と無関係な市の自主的見直しは無意味だ」という考えは、トップダウン方式でサービスの『数量』を決めてきた『ハコ、モノ』行政の惰性であり、それは国の下部機関としての画一的な地方自治体像につながる」と厳しく指摘し、「福祉計画には住み続けられる『地域』とそれを援助する『サービス』『ネットワーク』『マンパワー』が不可欠で、市民には『見直し』の対象は無数にある」ことを提言しました。

4月の見直し検討委員会で、多くの委員が私の提言を支持して発言し市も検討を約束しました。5月の連絡会代表10数名と市福祉部長・保健所長等との懇談の席上、市側は「申し入れにそって見直しと後期推進議論を継続する」と答えました。私たちは、在宅介護支援センターの相談事例千八百件等を分析した「見直し個別提言25項目」を文書で提示しました。この提言も、委員全員と主な医療・福祉団体に郵送して意見を求めました。

街づくりとしての地域福祉

本来、地域福祉は地域経済などの地域特性、文化、住民の生活像やニーズを尊重し、地域で安心して生活を継続できる、いわゆるノーマリゼーション理念の実現であり「福祉の街づくり」とも表現できます。即ち、国の制度に規定されつつも社会福祉全体を地域に則して具体化し、地域の社会資源を最大限に生かす広義なもので、介護はその重要な一部です。公的介護を薄くし、民間営利サービスを誘導する国の二階建政策の矛盾のもとで、自治体が介護認定問題に忙殺されて地域福祉の全体像を見失うことなく、制度改善を国に迫り、

自治体毎の個性豊かな福祉展開を希望します。

函館市の高齢化率の全国平均以上の高さは歴史性や産業基盤の変化に起因し、5中圏域ごとの違いも顕著です。中圏域とは行政側の区分であり、高齢者・障害者には日常生活圏（ライフエリア）が福祉の単位です。そこでは福祉要求にバリエーションが生れています。家族の職業による日中夜間独居者の増加問題、大型店の進出で近所の小売店がつぶれ少量配達をして貰えなくなった悩み、亡夫の墓参りに付き添って貰うヘルパー派遣を断られた例、ある病弱な独居者が地域に銭湯がなくなり困り果てて訪問入浴を切望してきた等々の例は、ADL等の介護認定基準のあり方を問い、人間らしい生活の継続を願う豊かな福祉要求に応える「福祉の街づくり」を切実に望んでいます。

函館の計画のメインタイトルに加えた「等」は、対象を高齢者や介護問題に限定せずにノーマリゼーションをめざす過渡的表現でもあります。

地域の福祉力の機能と住民参加

前述のような地域福祉の機能を、この間の実践と重ねて考えると、第一に社会福祉が実際に住民に届くには地域社会を経由してこそ可能という意味で「出口」の側面がある事が判ります。

①社会福祉の利用を権利として認め、保障する環境が地域に作られているかという問題です。

函館のサービス必要度調査では「往診」や「保健婦訪問」の90～80%の利用希望に対し、ホームヘルパーは40%台で、サービスの経験的的定着度だけではなく、「近所、親戚の目がある」等権利意識の定着度の差が顕著でした。この必要度調査を参考にサービス目標が算定されるのです。

②諸制度について広報が適切十分に行われているか否かで福祉が住民に届くか否かが決まります。

③窓口や手続きが民主性を備え、保健・医療・福祉関係者が権利性に基づく態度、方法を身につけているかどうかが重要です。函館ではサービスごとの難解な手続きを改め一度手続きをしたら後は

電話一本という仕組み等に改めました。

④地域の福祉力とは、制度を実際に働かせ、または補足する地域の社会資源と体制です。函館が住宅改造成成金制度を単独事業で創設し、24時間ヘルパーを開始し、グループホーム助成を決断した意欲は評価できますが、市民が望むケア力とは量質ともにまだ大きな隔たりがあります。

第二に地域福祉には、社会福祉や諸制度に影響を与え、変化・拡充させる力を入力する場として「入口」とも呼べる機能があります。

①そのためにも公的相談・受容体制が、「下意上達」のルートとして地域住民に開かれていることが大切です。私の医療法人の在宅介護支援センターや複合施設旭が岡の家（施設長グロード神父）などは、サービス機能とともに、市への強烈なフィードバック機能を発揮しています。

②地域住民が要求の表明だけでなく、自ら社会福祉の改革・補正のプランを具体的に提起できることです。そのために住民への広報活動に「出口」とともに意見提出の「入口」の工夫が必要です。函館市「長寿都市宣言」案公募や、高齢者福祉連絡会のバスツアー見学の経験が参考になります。

私は地域の福祉力の基調を「奉仕」や「営利」ではなく、憲法の示す権利性へ高めることが不可欠だと考えます。保守市政の函館で、政治的立場を異にする策定検討委員全員が「憲法の示す基本的人権の尊重」を明記する事で一致し、「長寿都市宣言」にも市発行の「憲法手帳」にも権利性を謳ったことは、大切な出発点だと思うのです。

住民参加と住民組織、ネットワーク

函館には推進の原動力が幾つかありました。

第一に、我田引水ですが高齢者福祉連絡会に結集する自覚的な住民運動です。連絡会の特徴は福祉専門家だけでなく労働者・市民・高齢者等も対等に交流し運動する組織だという点にあります。

第二に、街づくり市民会議や痴呆寝たきり老人を支える家族の会などの住民運動と組織です。課

別別のシンポジウムや提言を熱心に行いました。

第三に、グロード神父らを中心とする国際シンポジウムや海外福祉視察、医師会金井副会長を核とする21世紀ネットワークの会や、グループホームに代表される医療福祉分野の先駆的な実践・研究・交流です。旭が岡の家では今年4月に「保健医療福祉連携状況調査結果」を発表しました。

第四に、市福祉部長等自治体職員の姿勢です。現制度の中で可能な限り市民の声に応えました。

第五に、諮問委員会メンバー（社協や福祉団体、職能団体等）が全員一致で修正答申した力です。

第六に、議会全会派を賛成に変えた世論です。

これらの諸力の中で、高齢者福祉連絡会が多少でも果たした役割は、要求や政策の一致点での共同を広げたことです。市民会議や21世紀ネットワークの会のシンポや、当方のフォーラムには相互に講師や事務局を派遣しあい、政策提言は可能な限り事前に意見を求めフェアな論争もしました。市担当者との学習も頻回でした。その共同の広がりの中で医師会代表が私を分科会会長代行に推薦し、運営や計画補正の条件も広がったのです。

おわりに

住民主体は以前から叫ばれながら、事実上、形骸化したボス支配の住民組織や、ケースに対するサービス組織への矮小化や、批判を専らとする運動への傾斜がなかったとは言えません。

連絡会代表の和泉雄三前函館大学学長が「重い扉を開けたもの」と表現したのは、住民が権利の主体・政策決定の主体・自己決定の主体者として共同した時の無限の力でした。人間の尊厳と民主主義をめざす住民参加は、単なる手段ではなく、福祉の街づくりそのものであり、函館の経験がその小さな一歩であればと願っています。（完）

（なべや くにはる）

（注）文中、地域福祉の整理にあたり真田是氏の論文「地域の福祉力について」を参考にしました。

1. 農業・農村社会の変貌と今後の課題

白樫 久 (岐阜大・地域科学部)

1. 日本農業の変貌

農村という言葉は何気なく使っているが、各市町村の中で農家と農民の割合が著しく減り、その言葉の再検討が迫られている。1990年の就業構造からみると農業者の割合は6.2%であり、1995年の農業白書では、日本の総農家数369.1万戸、農業就業者357万人となり、初めて就業人口が総農家戸数を下回ったと報告している。敗戦後の1950年には農業就業者は44.6%であったから、戦後という事情があったにせよ日本は未だ農業国であった(表-1参照)。この45年間に大変動があったわけである。国破れた直後の日本の農村の課題は何であったか。それは、「農村の民主化」といわれ、日本社会の後進性はひとえに農村問題にあると考えられていた。具体的には、1.農村の貧困問題を解消すること。そのためには土地を持ち、自立できる自作農を作ること。2.半封建的な地主制の下にあった農村社会に「民主主義を普及すること」であった。この内容は実に多様で、医療問題も最重要課題であり、多くの医師が農村に入っていった。50年前の日本の農村は、貧しさと半封建的社会制度を内に持った状態であった。

50年経過した日本の農業と農村はこの二つの課題をどう克服したか。農地改革によって多くの自作農が作られたが、政府は1960年以後、零細小農の切り捨て策に転じ、大量の離農者を出す結果となった。その結果、国内産の農産物の供給は圧倒的に不足で、1950年当時も主食は不足の状態であったが、今日も、米は自給できているが、総カロリー自給率は46%にしか達していない。

農村の貧困問題は、結局、農民自身は離農とい

う形で解決しようとし、残った農民も兼業農業でかろうじて生活を成り立たせている。全体社会の生活水準の向上で「食べていけない窮乏状態」は農村でも少なくなったが、「相対的な貧困」の状態は解決されていない。先の農業白書によると一人当たりの「都市勤労者と農業所得」の差異は3:1であり、農業での「自立経営」がいかに困難であるか示している。国家は農産物自給という基本的な政策を前提に、農業保護政策を積極的に打ち出さなければならない。この政策は国民の命がかかっているので十分価値のあることと思われる。

2. 農村社会の変貌

それでは「農村社会と民主化」の課題はどうなったか。表-2は、いわゆる農村といわれる市町村においても今日、就業構造では実は労働者層が圧倒的に多いことを示している。農民層が比較的多い市町村群でも平均すると就業者の49%が労働者(被雇用者)である。つまり、農村でも農民は少数派になっている。勿論、農村であるか否かは、人の問題だけではなく、その町の生産額とか土地利用とかを考慮しなければならないので、農村が消えてしまったわけではない。しかし、その農村の階層構成に「労働者層」が多数含まれるようになったことは、日本の農村に大きな変化をもたらしている。そのうえに、農村にも全体社会の文化がストレートに入り込んでいっており、従来の古い規範が崩れていく契機になっていっている。勿論、農村の社会規範や組織を利用して特定の政治家が政治的利権を持って農村に君臨する「構造」をみることが多いが、今日ではこうした

政治的後進性は都市にも残存し、農村特有のものではなくなっている。こういう状況から、最初に述べた「農村社会の民主化」の課題は、日本社会の民主主義の課題と同じレベルまで達したといえる。それは農民自身の運動、労働者の増加など社会構造の変化、そして教育や文化の向上によるものである。このような農村の社会構造の変化は、人口の流出、高齢化を伴いながら進んできている。その結果、農村の農業やその他の産業に深刻な労働力不足が生じている。中山間地域では勿論、都市部に野菜を供給する平野部にも労働力不足は及んでいる。それに加えて高齢化問題も生じている。日本の農業危機は中高年を農村に残したわけだが、今、その高齢化が山から里に、そして平野部、都市におよびつつある。人口の減少、そして高齢化の進行によって、中山間地域の町村は「自治体」の機能を維持することが次第に難しくなっている。人口の50%以上が65歳以上という町村が、これから続々とでてくるが、おそらく、自治体の合併の論議がおきてくるであろう。

3. 今後の農業と農村の課題

それでは、これからの農業と農村社会の課題は何か。ガット合意にみられるごとく、農業をめぐる国際環境は厳しい状況にある。しかし、輸入農産物の増加が著しく、急速に悪化する農産物の自給率の低下に人々の不安は広まり、農業に対する関心がたかまっている。したがって第一の課題は安定した食糧供給ができるように国内農業の整備に全力をあげることである。日本農業は北海道をのぞいて、本州、四国、九州のいずれもが広大な山脈を後ろに背負ったところで行われている。このうち平野部をのぞいたところを「中山間地域」といい、条件のよくない傾斜地や山間部であるが、耕地の少ない日本では食料生産を維持するために欠かせない地域である。しかし、この地域は、人口の減少で生産基盤が急速に悪化している。傾斜地や丘陵地を利用したそ菜、果樹、酪農等の産地形成に努める必要がある。第二は安全な農産物の供給の問題である。この問題に関する人々の関心も高まって「有機農産物」が広がっているが、特

に、輸入野菜の安全性に関しては一層の注意を払う必要がある。残留農薬制限基準の強化、検査体制の整備が国内産、輸入農産物のいずれに対しても必要である。

近年、この二つの問題については農村と都市、生産者と消費者を結ぶ運動がひろがっている。

「産地直送の運動」や「有機農産物・食の安全性問題」については、生産者、消費者双方の関心が高く、様々な交流が行われているのもその一つである。日本農業の再建には食糧自給に向けての農業政策の転換が必要であり、そのためには生産者と消費者の強い結合を要する。

ここで触れておかなければならないことは林業問題である。先に「中山間地域」のことを述べたが、そのうち山間部自治体では農業とあわせて林業問題が深刻な事態になっている。農業と同じく、木材生産が外国の輸入木材に押されて不振に追い込まれ、林業を抱えた山村が危機に陥っている。国有林野事業も不振で、赤字が累積し、かつての国鉄対策と同じく国家は「山から手をひこう」という動きもみられる。しかし、日本のように山の多い国では木材の自給体制の必要なことは勿論だが、水資源の確保、災害の防止、そして自然環境の保護ということからも公的な森林事業が不可欠である。最近、土砂崩れや地滑りなどの山地災害が増えているのは、すでに日本の山が荒れていることを示している。そのうえ、林業不振は山村住民の生活を脅かし、山村から人口を減らす結果になっている。勿論、新しい動きも見られ、川の下流域の人々、あるいは河口部の漁民が上流の山地に木を植える活動、河川を保護するため流域の各町村が一つになって汚染対策や山地対策に取り組むなどの動きも出てきている。林業問題は山村の住民と自治体だけの問題ではなく、重要な国民の問題であると理解する必要がある。

農村社会の今日の課題は、第一には農村高齢者の医療と福祉問題である。この高齢化に対し、今日の農村家族が、「高齢家族」あるいは「一人住まいの高齢者世帯」が増えているため介護者のいないケースが多くなっている。これに対する医療

施設と福祉対策が急を要している。第二は農業問題以外の都市と農村をめぐる問題である。最近、「農村の景観」を維持し、都市の人々の保養や観光に供しようという動きが本格化してきている。岐阜県の白川郷、北海道の富良野等、先行した地域の経験があるが、「農村 tourism」と称して都市と農村の新たな結びつきにしようという動きが活発である。

一方、各地で最近、「廃棄物」をめぐる都市と農村の対立がおきている。「ごみ焼却後の残さ」、あるいは「産業廃棄物」を農村に持ってきて処理しようとするからである。農山村の空間を

金銭取引の道具として無造作に利用してきたことに対する批判が農村内部から出ているわけで、厳しい環境保護の基準のもとでの解決が必要になっている。

以上のような新たな農村としての課題、そして都市と農村の新しい関係は生まれているなかで、農村の自立、自発性も生まれている。原子力発電所の設置に対して、住民投票で設置を差し止めたのは新潟県の農村であり、産業廃棄物処理場の建設の是非を、同じく住民投票で決しようとするのも岐阜県の農村である。こうした農村の変化に期待して、農業と農村社会の再生をはかっていく必要がある。

表－1 戦後日本の農林漁業者と労働者層構成比の推移

(単位%)

	1950	1960	1970	1980	1990
農林漁業従事者	44.6	30.6	18.1	9.9	6.2
労働者層	38.2	50.5	59.0	64.9	71.0

小内 透 「戦後日本の地域社会変動と地域社会類型」236頁より作成

表－2 農林漁業者と労働者構成比(市町村社会類型別) 1990年

(単位%)

	農山漁村 地域	複合型 産業地域	工業地域	不生産的 産業地域	自立性 喪失地域
農林漁業従事者	34.3	20.0	4.9	3.4	2.8
労働者層	49.9	61.2	72.5	72.1	75.7

同上 241頁より作成

2. 農村社会の変貌と保健活動の課題

宮崎 隆志 (北大・教育・社会教育)

はじめに

(1) 「地域が見えない」という声の背後にあるもの

- ・ 地域の実態を見据えて仕事を進めるべきだが、それができないというジレンマ
- ・ 従来への対応では地域の実態をつかめない
- ・ 自らの専門性の問い直し

(2) 「地域が見えない」問題の背後にある矛盾

(3) 矛盾解決の展望

1. 職務環境の変化：多忙化の背景

- (1) 高齢化に対応した業務の増加傾向
- (2) 福祉職との連携の必要性
- (3) 管理的業務の増加
- (4) 農村住民の側の変化

- 1) 多忙化と地域活動の停滞
- 2) 商業サービスの浸透
- 3) 経済主義：新たな階層格差

2. 実践上の矛盾

(1) 専門性の否定

- 1) 福祉の側の専門性
- 2) 介護業務へのシフト
- 3) 問題ケースへの対応：科学主義

(2) 協同・連携の形骸化

1) 「非本来業務」

2) 援助職の間での関心の相違・住民の分断

(3) 住民との協同性の希薄化

3. 問題解決のために

(1) 住民の組織活動の援助

(2) 住民の主体形成を基本に据えた新たな連

携

おわりに

3. 沢内村保健活動の沿革と課題

高橋 和子 (岩手県沢内村)

シンポジウム「農村社会の変貌と農民の健康」

4. 「町民が健康でいきいきと安心して暮らせる
町づくり」をめざして

宝田 庄十郎 (北海道鷹栖町)

鷹栖町の概要

鷹栖町は、旭川市に隣接する人口 7200 人あまりの農業の盛んな町です。高齢人口は、年々増加し平成 9 年 4 月現在で高齢人口の割合は 20.8 % と高齢化の進展が早い状態で進んでいます。

町内の医療機関は、内科・小児科の開業医 1、歯科診療所 1、歯科開業医 1 で入院施設はなくこのため救急を含めて入院が必要な患者や内科・小児科以外を受診する人のほとんどは旭川市内の医療機関に通っている状況です。「自らの健康は、自らで守る」を合言葉に始めてきた健康づくりも 30 年を迎えました。行政もがんばりましたが、何より町民がそれに応えさまざまなアイデアを出してくれるようになり、いい結果を生み出すことになったと思います。

当時 (S 4 2) は高度成長期でしたから町づくりは建設工事や施設づくりが中心でしたが、わが町では「健康づくり」を掲げ高齢化を予測して高齢者を含めた「町民全体」が健康でいきいき安心して暮らせる町をめざしました。

1) 国保直営診療所の民営移管

ホームドクターの定着化

「安心して相談できる」

「入院施設を持たないで外来と往診」

「豊富な医療資源の活用」

2) 母子健康センターの建設

健康づくりの拠点施設

「健康管理台帳の作成」

「保健婦の増員、栄養士の配置」

3) 総合健康診査の実施

成人病の予防

「30才以上の住民を対象に出前方式
の人間ドック」

「旭川厚生病院の協力」

4) 保健推進委員制度

健康づくりを住民側から支える

「町長委嘱から自主組織へ」

「家庭訪問し各種健診のとりまとめ」

「約800人の経験者」

5) 健康管理情報システム

各種健診等のデータ管理

「情報量の増大～コンピュータ化」

「必要な資料瞬時」

「事務の軽減」

6) 老人保健センターの建設

お年寄りの生きがい活動の拠点施設

「自主運営化」

「長生き感謝祭」

「公民館活動にも波及」

7) 特別養護老人ホームの建設

お年寄り健康保持と家族介護負担軽減

「町の中心部に建設」

「ヘルプ・デイ・ショート介護センター」

今 鷹栖町には「丈夫で長生きして3日患って死ぬ美しい人生」という合言葉があります。これはただ物理的に生きていくのではなく、人間らしい尊厳さを最後まで持ち続けて長生きしていこうということです。

一般講演

A会場

A11 若年女子の低体重と自覚症状

○志渡晃一, 小橋 元 (北大・医・公衆衛生)
福地保馬 (北大・教育・健康体育)

1 目 的

1993年に著者らは、女子短大生468名を対象として体重と自覚症状に関する研究を行い、1)女子短大生には過度の痩せ志向があること、2)痩せ過ぎはいくつかの自覚症状と関連すること、3)「冷え症」などの自覚症状ではBMIが低くなるほど訴え率が高くなるU字型(逆J字型)の関係がみとめられることを明らかにした。

本研究では、専門学校女子学生を対象として、1)前回の研究でみとめられた「過度の痩せ志向」や「痩せ過ぎと関連する自覚症状」について追試し、2)前回の研究で課題として残されていた「喫煙、欠食、運動不足などの交絡要因の影響を補正して、痩せ過ぎと自覚症状発現との関連を評価する」ことを目的とした。

2 対象と方法

札幌市内の専門学校女子学生計283名を対象として、1995年7月初旬、講義時に調査票を配付し、無記名の自記式回答を求めた。

質問項目は、1)身長、体重、体重観、2)自覚症状、3)生活習慣、4)その他、に関する計82項目である。

1)の体重観については、現在の自分の体重について、「痩せたい」「このままでよい」「太りたい」の選択肢による回答をもとめ、さらに具体的には何kgになりたいのかを訊ねた。

2)の自覚症状については、下記の4選択肢を提示し、

- ①または②に回答した場合を「訴えあり」とした。
①かなりあてはまる (よくそうなる)
②まああてはまる (そうなることがある)
③あまりあてはまらない (そうなることはまれだ)
④ほとんどあてはまらない (ほとんどそうならない)

3)の生活習慣はそれぞれの項目について以下のとき「問題あり」とした。

- ①喫煙：現在喫煙
②飲酒：2～3日に1回以上または飲むときには酒量が4合以上
③睡眠：睡眠時間が6時間未満または9時間以上
④運動：スポーツなど週1回未満
⑤朝食：毎朝食べない
⑥食事バランス：よく気を使っていない

3 統計解析

BMI<20を痩せ群、20≤BMI<24を標準体重群として、両群間で自覚症状の訴え率に差があるかどうかをフィッシャーの直接確率法をもちいて検定した。有意性が示唆された(P<0.10)自覚症状項目各々を独立変数、体重、喫

煙、飲酒、睡眠、運動、朝食、食事バランスの7項目を説明変数として多変量ロジスティックモデルを構築し、ステップワイズ法によって変数選択を行った。

4 結 果

調査票は283名から回収され、回収率は100%であったが、体重未記入が30名、その他の不完全回答が11名が含まれていた。

体重が記入されている対象者253名の年齢は18歳から21歳の範囲にあり、身長は157.6±5.4cm (Mean±SD、以下同様)、体重は51.5±6.9kg、BMIは20.8±2.7であった。

体重観では「痩せたい」が全体の83%をしめ、「このままでよい」の13%や「太りたい」の4%を大きく上回った(表1)。痩せ志向者の割合は、BMI<18群の29%から24≤BMI群の100%まで、BMIが高くなるほど増加した。

BMIが高くなるほど痩せ志向者が希望する減量値が増加した(表2)。希望減量値は、BMI<20群では3kg台であるのに、20≤BMI<22群では約5kg、22≤BMI<24群では約8kg、24≤BMI群では実に17kg近くに及んだ。

標準体重群(20≤BMI<24)に比べて、全般に痩せ群(BMI<20)で自覚症状の訴え率が高かった(表3)。標準体重群に比べて、痩せ群で「手・足が冷える」「胸が痛くなる」「めまいがする」「耳鳴りがする」「食べ物が胃にもたれる」の5つの自覚症状の訴え率が高い傾向を示した(p<0.10)。

上記5自覚症状について、交絡要因(喫煙、飲酒、睡眠、運動、朝食、食事バランス)の影響を補正して、痩せ過ぎとの関連を検討したところ、「手・足が冷える」「めまいがする」「耳鳴りがする」「食べ物が胃にもたれる」の4自覚症状で有意差がみとめられた(p<0.05)。

5 考 察

「痩せたい」との回答が全体の83%をしめ、BMIが高くなるほど痩せ志向者の割合は増加し、希望減量値も漸増している。もし、理想の体重が達成されれば、推奨されているBMI=22からますますかけ離れ、全員痩せ群となる。それぞれの希望減量値から試算すると、彼女たちの目指している理想の体重の平均は約45キロその時のBMIは約17となる。

交絡要因(喫煙、飲酒、睡眠、運動、朝食、食事バランス)の影響を補正しても、「手・足が冷える」「めまいがする」「耳鳴りがする」「食べ物が胃にもたれる」の4つの自覚症状と痩せ過ぎとの間に有意な関連がみとめられたことから、健康の維持・増進を視野に入れた適正な体重管理のためには、若年女子のやせ志向のライフスタイルのあり方に目を向ける必要がある。

表1 BMI階級別の体重志向の分布と痩せ志向者の希望減量値

体重志向	BMI<18	18≤BMI<20	20≤BMI<22	22≤BMI<24	24≤BMI	合計
	(n=21)	(n=92)	(n=79)	(n=45)	(n=21)	(n=253)
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
やせたい	6 (29)	69 (75)	72 (97)	42 (93)	21 (100)	210 (83)
このまま	7 (33)	22 (24)	2 (3)	3 (7)	0 (0)	34 (13)
太りたい	8 (38)	1 (1)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	9 (4)
希望減量kg	(n=6)	(n=69)	(n=72)	(n=42)	(n=21)	
(mean±SD)	3.2±1.2	3.7±1.6	5.2±2.4	7.9±2.7	16.9±6.0	

表2 低体重群と標準体重群における自覚的健康状態および自覚症状の訴え率の比較

	有訴率(%)		有意性	
	低体重群	標準体重群	単変量解析	多変量解析
	BMI<20 (n=107)	20≤BMI<24 (n=114)		
健康状態が良くないと感じる	35	22	#	*
かぜをひきやすく、治りにくい	26	17	ns	-
手・足が冷える	41	18	***	***
手のひらやわきの下に汗をかく	39	46	ns	-
急に息苦しくなる	10	12	ns	-
心臓がどきどきする	16	13	ns	-
胸が痛くなる	24	15	#	-
頭がすっきりしない・頭が重い	30	26	ns	-
眼がつかれる	53	44	ns	-
鼻づまりする	20	18	ns	-
めまいがする	29	17	*	*
立ちくらみする	39	30	ns	-
耳鳴りがする	12	5	#	*
口の中が荒れたり、ただれる	10	6	ns	-
のどが痛くなる	20	18	ns	-
舌が白くなる	6	6	ns	-
好きな物でも食べる気がしない	9	10	ns	-
食べ物が胃にもたれる	22	11	*	*
お腹がはって痛む	15	11	ns	-
下痢をする	22	16	ns	-
便秘になる	37	32	ns	-
肩がこる	54	53	ns	-
背中や腰が痛む	46	37	ns	-
すぐに疲れる	50	44	ns	-
人と会うのがめんどろうだと感じる	12	10	ns	-
ちょっとしたことでイライラする	32	30	ns	-

p<0.10 * p<0.05 *** P<0.001

A12 高校定時制における生徒の健康問題

○神長倉 知子、宇野 和代

〔「学校」と子どもの健康・発達研究会〕

I. はじめに

中学校時代不登校であったり、高校全日制を中途退学した生徒がやり直す道として、高校定時制が一つの役割をもち始めている。一方、経済的事情で勤務しながら学ぶ生徒、心身に軽度の障害を持つ生徒の教育保障の場でもある。高校定時制に通う生徒が直面している状況を明らかにし、健康教育上の課題を検討したい。

II. 定時制生徒の実態

A. 勤労生徒の一日

勤労生徒は、朝から出勤し、昼食時1時間程度の休憩をとり、職場を退出した後、学校で給食（希望制、17:00-17:45）をとり、4時間の授業（17:45-21:05）を受けた後に帰宅する。クラブ活動をする場合には22時以下校する。なお、朝食を食べなかったり、睡眠不足で出勤する生徒も多い。

B. 生徒の就労状況

1996年度生徒126名中83名が就労中で、パートタイマー57名(45.2%)、正社員26名(20.6%)であり、女子はほとんどがパートタイマーである。職種内訳は、外食産業等のサービス業が34名、営業・販売（スーパーマーケットのレジ等）が20名、建築が16名、その他13名である。

C. 勤務に起因すると見られる保健室来室

1996年度中の保健室来室件数は436件で、そのうち外科的対応を要する件数が170件であった。この170

件のうち勤務に起因すると思われる訴えを有するケースが28件見られた。

この28件の内訳を見ると、腰痛が7件ともっとも多く、重いものを運ぶ運送や、無理な姿勢で作業をする建築関係がめだつた。次に、切傷が6件で、調理や食肉加工の包丁、パン屋のカッター等による例が見られた。また、足場からの落下などによる打撲4件や溶接工で溶接閃光による「溶接灼け」を思わせる例も見られた。クリーニング業におけるアイロンやけど、コロッケ揚げの高温油による熱傷などの熱傷4件が見られた。セメント粉による眼内異物も見られた。

これらに共通する内容は、職場で速やかに、十分な処置がとられず、「それぐらいではだいじょうぶだ」といわれて、登校してから痛んだり心配になって来室している。ケガ以外に、疲労感や肩こりを訴える生徒も多い。

D. 保健室来室者への指導

外傷に対する処置のほかに、けがや事故を繰り返さないように注意を促し、また、応急処置の方法を指導している。

III. 中学校時代の不登校生徒

中学校時代に不登校であった生徒が、不登校を克服して登校し、進級する例も多く見られる。市内定時制5校の調査（1995年度）によれば、その半数以上が進級している。

表1 中学校時代不登校生徒の高校における進級状況

中学校時代の欠席状況	不登校生徒数	高校における進級者数	その割合
各学年ともに30日以上欠席	24名	15名	62.5%
2学年で30日以上欠席	30	15	50.0%
1学年で30日以上欠席	28	17	60.7%
合計	82	47	57.3%

注：「平成7年度京都府立学校養護教諭研究会市内支部定時制ブロック研究資料」から。

その内訳を見ると、より長期の欠席状況にあった生徒ほど高校入学後に毎日登校する傾向にあった。「勉強したいけど学校へ行けない」彼らにとって定時制はも

う一度勉強できる場でもあり、全体で不登校経験者の半数以上が2年生へ進級していることがわかる。

なお、同じ長期欠席でも怠学的な休み方をしている

生徒は高校入学後も時々欠席を繰り返す場合が多い。

IV. 保健室利用生徒の実態（特徴的なケース）

A. ケース1 入学時15歳（男子）

(a) 入学の動機： 家庭の事情により働きながら高校へ通う事を決意。

(b) 職業： 建築・内装、サッシ工

(c) 主な訴え： 腰痛・溶接灼け・仕事と学校両立困難、夜遊びによる睡眠不足。「仕事を一人前にやりたい。自分は学校があるので途中で抜けて、職場の人に迷惑がかかる。親方は通学には協力的だけど納得いくまで仕事をしたいので学校を辞めたい」

(d) 対応： 腰痛にはマッサージや仕事時の正しい姿勢を説明、また溶接作業時、専用の眼鏡を使うよう勧めた。

(e) 現状： 親方が説得し、周囲の意見もあり、仕事も学校も継続しているが、仕事のない時「学生だから」という理由で、まっ先に休みにさせられる（賃金カット）ことに納得のいかない様子であった。

B. ケース2 入学時26歳（男子）

(a) 入学の動機： 中学卒業後すぐ就職し、勤めていたが高卒の資格が欲しく、入学してきた。

(b) 職業： 自営業から運送業に転職。

(c) 主な訴え： 重量貨物運送による腰痛・筋肉痛。転職後に仕事と学校の両立が困難になる。

「どんなに早く終わらせても、1限目に間に合わない。このままではいずれ欠課オーバーになる。もういい歳だし学校のために仕事を辞める訳にはいかない。高校は出たかったが辞めざるを得ない」といつていた。

(d) 対応： 「両立のためには職場の理解と協力が不可欠。上司に『学校に通いたいので、その分給料が減ってもいいから早くあがらせて欲しい』と言ってはどうか」と説得した。

(e) 現状： 結局、職場の者に話せず、「自力で大検をとります」と述べて2年生5月で自主退学。

C. ケース3 入学時15歳（男子）

(a) 入学の動機： 中学時より頻発するようになったてんかん症状の治療のために日中通院するから。

(b) 職業： なし。

(c) 主な訴え： 発作時に来室。「仕事をしたいが発作のコントロールが出来ないので家にいる」

(d) 対応： 発作時には安静にさせる。給食時間や通学時

に発作が多く、常に観察が必要なので少ない職員体制で困難が多い。

(e) 現状： 通院を続けながら症状改善をはかっているが、卒業後の自立へ向けた援助は出来ていない。

D. ケース4 入学時15歳（男子）

(a) 入学の動機： 中学時代集団的ないじめを受け知り合いの少ない学校を選んだ。

(b) 職業： なし（体が弱く、喘息発作を起こす）

(c) 主な訴え： 昼夜逆転した生活による胃腸の不調、「人間が信用できない」、「話を聴いてほしい」

(d) 対応： 生活リズムの改善をはかるよう指導した。また保健室にほかに人がいると話せないため、始業前放課後に時間をとり、対話を継続した。

(e) 現状： 修学旅行を通しクラスの生徒とも話せるようになり、卒業数ヶ月前には、保健室へ来る生徒とも談笑できるようになった。卒業後、社会適応できるか心配したが、自分の目的にむかって頑張っている様子を報告に来てくれている。

V. 今後の課題

A. 時間的余裕のない勤労生徒の健康保障

「働きながら学ぶ」生徒にとって身体に異常を感じても医療機関を受診することが困難である。それが保健室への来室へつながっている。

保健室での対応は、学校保健の領域にとどまらず、労働衛生領域の指導にまで踏み込まざるを得ない。この意味で、現状では困難に感じることがある。課題を列挙すれば、(a) 養護教諭が、労働衛生領域の知識と指導能力を修得することが望まれている、(b) 勤労生徒に、労働衛生領域の健康教育がなされることが望まれている、(c) しかしながら、これらの具体的なプログラムは不明確である、等があげられる。

B. 定時制らしさを大切にされた教育を

中学時代不登校だったり、種々の事情で高校全日制へ行けなかった生徒の多くが、再出発の場を求め定時制へ入学して来る。またその際に健康教育が特に必要とする場合もある。1校1校は小規模であるが、きめ細かなケアが出来る場合も多い。

全国的に高校定時制は統廃合の方向へ向かっているが、生徒が心豊かに学習できる環境の保障を切に願うものである。

A13 北海道高校生2000名の喫煙習慣

松崎道幸(深川市立総合病院〒074深川市5条6番10号TEL0164-22-1101)

【背景】

未成年者喫煙の実態はあまり知られていない。報告者は1996年に北海道内の4高校で生徒を対象に喫煙に関するアンケート調査を行う機会を得た。この結果総計2000名あまりの高校生の喫煙習慣をつかむことができた。

【対象・方法】

報告者に禁煙講話を要請してきた高校(道央小都市A高1年男130名、道央小都市B高男170名・女300名、道東中都市C高男100名・女600名、道東某町D高男350名・女350名)に講話後のアンケート調査を委託した。アンケートはクラス担任の監督のもとで生徒に無記名で記入させた。調査項目は父母の喫煙習慣、生徒の喫煙経験、現在の喫煙の有無、喫煙経験者の喫煙開始理由・時期・本数・入手法・現在の心境、禁煙・非喫煙の理由である。B高校では9年前にもほぼ同内容のアンケート調査を行っている。調査時期はすべて(9年前のB高も含め)4月から7月の1学期で、回収率はいずれの高校でも95%をこえた。「喫煙経験者」とは「今までにタバコを吸ったことがある」と答えた者、「現在喫煙者」とは「タバコを毎日あるいは時々吸う」と答えた者とした。

【成績】

【親の喫煙率】父親は64~75%、母親は24~39%と同世代日本人成人の喫煙率よりも高かった。

【4高喫煙経験率・現在喫煙率】(グラフ④) <喫煙経験率>高3男子の半数と女子の4人に1人は喫煙経験あり。<現在喫煙率>高3男子の3割と女子の1割は常習喫煙者。

【喫煙に関する意識と行動の男女差】(グラフ⑤) <タバコを吸い始めた時期>大半は小中学校時代。女子は男子より少し遅い。<タバコを吸い始めた理由>①興味本位②友人にすすめられ。男女差なし。<1日喫煙本数>大半が10本以下。女子はほとんど5本以下。<タバコ入手法>①自動販売機②(男子)店・(女子)友人から。<喫煙生徒の現在の心境>6割は「やめる気はない・吸いすぎなければよい」。<(喫煙経験のない生徒の)タバコを吸わない理由>男子①体によくない②におい・煙がきらい。女子①におい・煙がきらい②体によくない。<(喫煙経験があるが常習喫煙していない生徒の)タバコをやめた理由>男子①体によくない②もともと好きでない。女子①もともと好きでない②体によくないと思った。

【B高校9年前との比較】(グラフ⑥) <喫煙経験率>男女とも9年前よりタバコ経験者増加。<現在喫煙率>高3男子で23→38%に増加・女子は大きな変化なし。<タバコを吸い始めた理由>男女とも「なんとなく」が減り「友人にすすめられ」「興味本位」が増加。<タバコを吸い始めた時期>男女とも9年前より喫煙開始が早くなった。この傾向は女子で著しく、喫煙開始時期の男女差は消え去った。<喫煙生徒の現在の心境>9年前と同じく男子の半数と女子の3割は

「やめたいと思う」。<1日喫煙本数>男子でやや増加、女子は不変。<タバコを吸わない理由>最多項目は不変(男子「体によくない」・女子「におい・煙がきらい」)。<タバコをやめた理由>最多項目は男子で不変(「体によくないと思った」)・女子では「体によくないと思った」から「もともと好きでない」に変わる。

【考案】

今回のアンケート調査を行った高校はいずれも「普通の」高校であり、特別な問題をかかえた学校ではない。これらの調査成績が北海道の高校生の一般的傾向をあらわしている可能性はおおいにある。アンケートは無記名ではあるが、記入と回収を各クラス毎で行うため、教師や同級生の目を気にして(あるいはわざと)事実を書かないおそれはある。しかし同じ高校で3年間連続でアンケート調査を行った際に再現性の高い成績が得られており、喫煙習慣の過小申告や過大申告はほとんどないと推測できる。

高3男子の半数と女子の4人に1人は喫煙経験あり、高3男子の3割と女子の1割は常習喫煙という事実が明らかになった。新潟大学教育学部皆川興栄教授が1993年~1995年に全国から約4000名の小中高生を抽出して行った喫煙行動調査によれば、17~8才の喫煙経験率は男子60~63%、女子33~35%、週喫煙率(「週に1本以上吸う率」)は男子26~28%、女子5~8%だった。これは本調査成績とおおむね一致していた。

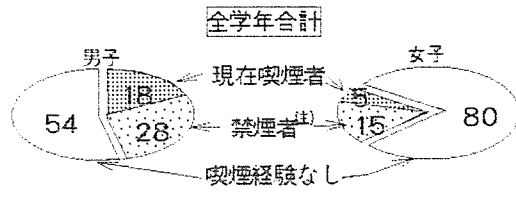
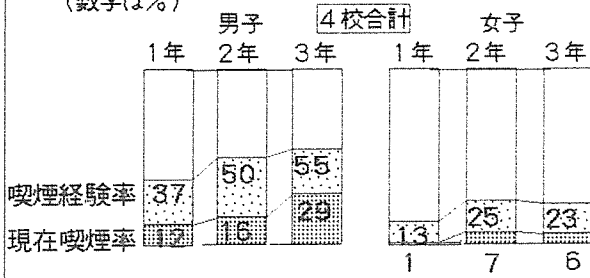
本調査における北海道の高校生の親の喫煙率は父親が60~70%、母親が20~40%だった。現在の高校生が親の喫煙習慣を受け継ぐと仮定するならば、18才までに将来の常習喫煙者の半数が喫煙習慣を身につけたことになる。彼らの喫煙は小学校高学年から始まっており、喫煙開始防止教育をおそくとも小学校低学年から始める必要性があることは明白である。

B高校の現在喫煙率が9年前とほぼ同じだったことは、こどもにタバコを売り込もうとするタバコ産業の働きかけとわれわれもその一員である喫煙習慣を減らす勢力の努力が拮抗しているためと見ることもできるが、この均衡を非喫煙の側に大きく引き寄せるためには、国際的に試されずみの包括的タバコ対策をわが国でもいち早く実行する必要がある。

喫煙を促進あるいは抑制する理由には男女差が見られた。女子は男子よりも感覚的理由をあげる者が多かった。しかしB高校の9年間の変化を見ると喫煙開始時期の男女差はなくなりつつあり、女性の喫煙行動が男性化するきざしが見えている。

今回の調査結果を当てはめると、毎年日本で生まれる約100万人のこどものうち18才までに40万人がタバコに手を出し20万人近くが常習喫煙者となる。常習喫煙者の半数は将来喫煙関連疾患で早死にする。タバコ産業と政府・大蔵省の癒着の生み出したこのけた外れの人災を防ぐことはわれわれに課せられた急務である。

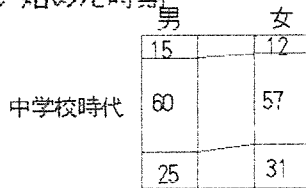
2千人の喫煙行動をまとめると
(数字は%)



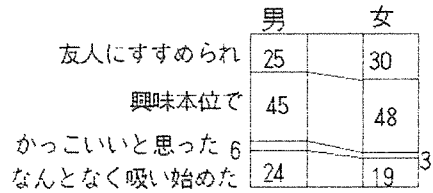
注)タバコを吸ったことがあるが現在は吸っていない者

タバコについての意識と行動に男女差はあるか?

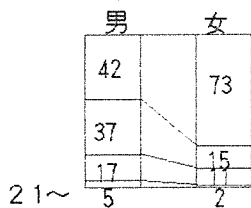
タバコを吸い始めた時期



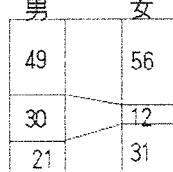
タバコを吸い始めた理由



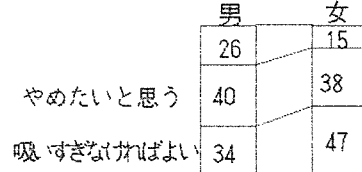
1日喫煙本数



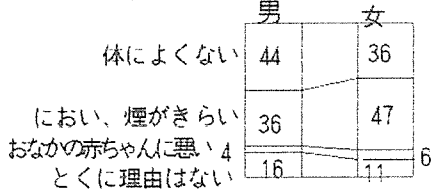
タバコ入手法



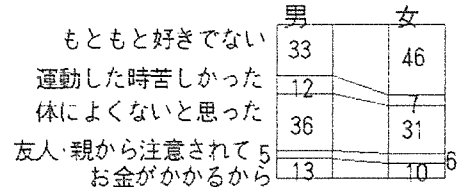
喫煙生徒の現在の心境



タバコを吸わない理由

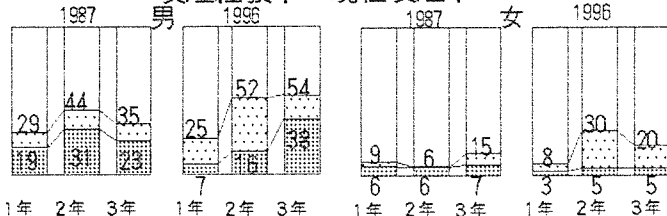


タバコをやめた理由

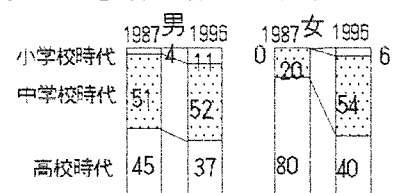


9年間でB高校の喫煙状況と意識は変わったか?

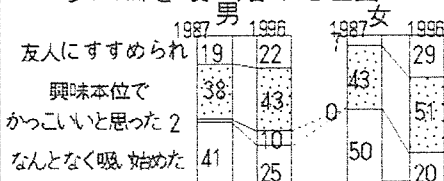
喫煙経験率・現在喫煙率



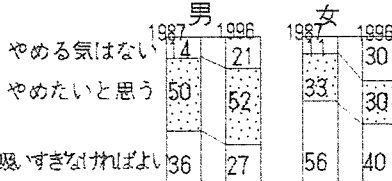
タバコを吸い始めた時期



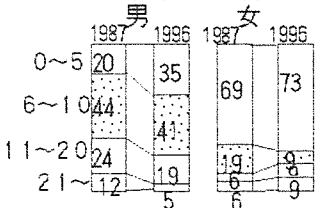
タバコを吸い始めた理由



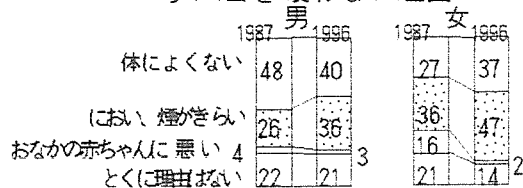
喫煙生徒の現在の心境



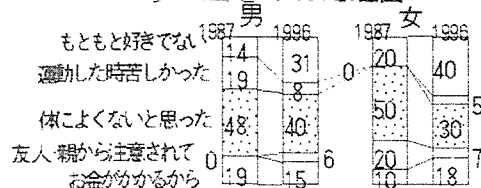
1日喫煙本数



タバコを吸わない理由



タバコをやめた理由



A14 わが国における保健医療研究の事前評価、倫理に関する実態と課題

○西 三郎 (愛知みずほ大学人間科学部)

平成8年度厚生科学研究費補助金特別事業「保健医療研究遂行に際しての事前評価、倫理に関する研究班(主任研究者長谷川豊)」分担研究「日本における保健医療研究の事前審査と倫理」の成果をまとめたものである。

研究趣旨

わが国は、薬事法に基づく医薬品等の承認・許可にかかわる新薬等の臨床試験に関する審査を除くと法的に研究計画の倫理に関する事前審査の制度を欠いている。本年度は、ヒト対象研究のなかで患者の治療とは直接に関係のない医学的研究についての生命倫理的な検討を行った。「大学医学部医科大学倫理委員会連絡懇談会」からは、その実態を明らかにすることはできなかった。厚生科学研究「HIV疫学研究班、HIV疫学研究推進のためのプライバシー保護および倫理に関する研究」に関する資料より、同研究班では、研究計画の倫理面での事前審査の試行を行っていた。中間報告から、研究者と審査委員との間で研究者の側から研究の意義の説明、審査委員から倫理とくにプライバシー保護に関する説明がなされ、お互いの討議を通じて、統一した見解に達しつつあることが認められた。

A. 研究目的

わが国における保健医療研究遂行に際しての事前評価、倫理に関する現状を明らかにすることを目的として研究を行った。

B. 研究方法

「大学医学部医科大学倫理委員会連絡懇談会」「放射線医学総合研究所の倫理委員会」「厚生科学研究費「HIV疫学研究班」HIV疫学研究推進のためのプライバシー保護および倫理に関する研究」に関する資料に基づいて研究を行った。

C・D. 研究結果と考察

わが国は、薬事法に基づく医薬品等の承認・許可にかかわる新薬等の臨床試験に関する審査を除くと法的に研究計画における倫理に関する事前審査の制度を欠いている。このこともあって、研究の実施に際しての倫理面での事前審査の実態は必

ずしも明かではない。調査した文献より得られた成果を報告する。

1. 大学医学部医科大学倫理委員会連絡懇談会の報告について

標記懇談会(以下懇談会と略す)の報告等の入手できた文献は、星野一正編、懇談会監修『倫理委員会のあり方』蒼穹社、東京、1993.、及び年2回行われている懇談会の集まりに関する報告書(「第3回～第8回、第11回～第14回懇談会報告書」1990.2, 1990.10., 1991.1, 1991.10. 1992.2, 1992.9, 1995.1, 1995.9, 1996.1, 1996.9. 第15回は、1997年1月に開催されてはいるが報告書は近く発行予定)である。なお、懇談会が実施した倫理委員会の実態調査「懇談会平成7年度アンケート」は、本年度末までには報告の予定で入手できなかった。この報告により大学医学部医科大学倫理委員会の実態が明らかにされるものと思われる。

『倫理委員会のあり方』のなかの星野一正「日本の医系大学倫理委員会その現状と問題点」によると、1982年徳島大学に最初の医学部倫理委員会が設立され、1991年4月には、80校中79校に設置され、残り1校も数カ月後に設置される見通しで、この79校について報告している。倫理委員会の主要な役割として下記の事項を挙げている。

- ・患者の治療と直接に関係のある医療行為についての生命倫理的な検討審議
- ・患者を対象としながらも、その患者の治療とは直接に関係のない医療に関する医学的研究についての生命倫理的な検討審議
- ・健康な被験者を対象とした医学的研究についての生命倫理的な検討審議
- ・個々の症例についての審議
- ・特定の医療行為についてのそれぞれの医系大学における倫理的基準の設定
- ・広報・啓蒙・教育活動
- ・学術雑誌の編集委員会に倫理委員会で審議した証明書の発行

以上の役割は、列記してあるのみで、個々の大学の状況は明かではない。なお、申請課題の実施について承認等を判定する審査と判定はせずに意見を述べて研究者の責任で研究を実施する審議との区分によると、53校(67.1%)が審査を

行う許可型判定法を採用している。

医学研究においては、ヒトを対象とした研究と臨床研究とを明確に区別することはできない。ここでは、星野報告による「患者を対象としながらも、その患者の治療とは直接に関係のない医療に関する医学的研究」をヒト対象研究とすると、懇談会報告書の内容からヒト対象研究そのものの報告及び討議は見いだせなかった。

2. 放射線医学総合研究所臨床医学研究倫理審査委員会について

文献として入手したのは、放射線医学総合研究所重粒子線治療ネットワーク会議「重粒子線臨床試行プロトコール第1集」1995である。資料より、この研究所における倫理委員会は、患者を対象とする臨床医学研究に対する倫理に関する審査等を目的としている。

3. 厚生科学研究費「HIV疫学研究班」HIV疫学研究推進のためのプライバシー保護および倫理に関する研究について

同研究が開始された1988年度より1996年度までの報告書を検討した。

1994年度報告に厚生科学研究費「HIV疫学研究班」におけるプライバシー保護および倫理にかかわる事項に関する研究倫理委員会について論じ、下記の規定（案）を報告している。1995年度報告に「研究倫理審査申請書の様式の案」を定めている。1996年度報告は、申請された研究計画の審議の状況を報告している。

同研究班において研究計画を提出した研究者の一部より倫理に関する審査の申請が出された。倫理面からの審査の結果は以下の様にまとめられる。

アンケート調査による研究に関しては、アンケートの方法、アンケートの協力要請に当たり回答を拒否することが許される環境が整えられているか否か及び調査結果をまとめるに当たり個人のプライバシーを侵害することがないかを検討課題として審議された。このため、アンケートの方法及びアンケートの内容の提出がない申請書は受理されていなかった。

アンケート調査を用いる研究のうち、申請が受理された計画は総て承認された。

その他の研究に関する審査は、申請者と委員とが直接に面談する方法によっていた。審議の結果、申請書を書き改めて再度申請をお願いした事例に関しては、本年度は時間的に再審査を行う余裕がなかったと報告している。

再審査をお願いした主な理由は、①個々の研究目的が本研究班の目的との対応がより理解できるように書き改めること。②審査にあたり、直接被検者から同意を得ることなくして調査をすることが認められた事例がみられ、そこでは、個別に同意を得ることにより研究に偏りが出る等の理由が含まれていた。そこでは、研究協力者等に研究協力をお願いするにあたり、個々の被検者のプライバシーを守ることを明確にすることが注文されていた。③研究終了後の匿名無連結で保存する被検者の血清等の取り扱いにたいし、研究の同意を得る際に、研究終了後の血清等の取り扱いについても何らかの同意を得ておくこと等のコメントがされた。

中間報告から、研究者と審査委員との間で研究者の側から研究の意義の説明、審査委員から倫理とくにプライバシー保護に関する説明がなされ、お互いの討議を通じて、統一した見解に達しつつあることが認められた。

以上、研究計画の審査には、研究者と委員との相互に研究の意義と被検者のプライバシー保護についての理解しあっていることが重要である。また、審査を効率的に行うために、事務局を設け、申請書を予め整理し、必要により申請者と十分に連絡が取れる体制を整備する必要があることが提案されていた。

E. 結論

わが国は、薬事法に基づく医薬品等の承認・許可にかかわる新薬等の臨床試験に関する審査を除くと法的に研究計画の倫理に関する事前審査の制度を欠いている。このこともあって、ヒト対象研究のなかで患者の治療とは直接に関係のない医学的研究についての生命倫理的な審議が必ずしも十分に行われているとはいえない。国際的な動向から、早急にヒトを対象とする研究計画の倫理面からの審議及び審査に関し検討する必要があることを認めた。

なお、厚生科学研究「HIV疫学研究班、HIV疫学研究推進のためのプライバシー保護および倫理に関する研究」に関する資料より、同研究班では、研究計画の倫理面での事前審査の試行を行っていた。中間報告から、研究者と審査委員との間で研究者の側から研究の意義の説明、審査委員から倫理とくにプライバシー保護に関する説明がなされ、お互いの討議を通じて、統一した見解に達しつつあることが認められた。

A15 「薬害エイズ」の二次感染被害の実態と要因

○片平 溯彦（東医歯大・難研）、高階 恵美子（同・保健衛生学科）、戸谷 剛（土浦協同病院）、鈴木 比有万（東医歯大・医学部）、牧野 忠康（日本福祉大学）

〔目的〕 輸入非加熱血液製剤による「薬害エイズ」の被害は、この製剤を使用した血友病患者や肝臓疾患その他の患者（いわゆる第4ルート被害者）のみならず、これらの感染被害者から感染したいわゆる二次感染者に及んでいることがこれまでに報告されている。しかし、その実態については部分的にしか明らかにされていない。今回我々は、こうした二次感染の被害の実態の解明を目的とした調査を行い、その要因につき考察した。

〔方法〕 東京HIV訴訟原告弁護団の協力により、二次感染被害者のうち提訴済の被害者の陳述書等を本人の了解を得て、プライバシー保護に留意して閲覧し、まとめた。1992～1993年に片平・牧野らが行った被害者面接調査の結果も用いた。

〔結果〕

1997年1月末までに提訴していた人のうち、10組20人について資料を閲覧できた。その内訳は以下の通りである。

- (1) 性・年齢：一次感染者10名は全員男性（血友病）で、生年は1930～1960年代（1名不明）であった。二次感染者10名は全員女性で、生年は1920～1970年代（うち5名が1960年代）であった。
- (2) 現在の状態：未発症は二次感染者のうち3人のみで、一次感染者は6人が死亡、二次感染者も2人が死亡していた。これら死亡例の中には、夫婦とも死亡の例が含まれていた。
- (3) 二次感染の起きた時期：資料から読み取れた

のは、1987～1988年が1人、1989～1990年が1人であった。

(4) 本人が感染を知った時期：一次感染者は1986～1990年（不明が3人）、二次感染者は1987～1993年であった。一次感染よりも二次感染の判明が早かった例が少なくとも2組ある。

事例1．一次感染者：A。1950年代生まれ。1979年から非加熱濃縮製剤使用。結婚2年後の1987年、妻B子のリンパ腺がはれ、入院した。後に裁判のために書いてもらった医師の書類を見て分かったことだが、この時AもB子も抗体検査でHIV陽性だった。しかし、医師が「感染者は出ていない」というので信用していた。1989年B子が発病しリンパ腺がはれて入院した。2週間後、Aは医師から妻の感染を知らされ、自分も感染していると知った。B子はエイズであることを告知されないまま、まもなく死亡した。当時医師たちは患者に告知しない方針だったが、B子が死亡してから続けて3人も死亡し、告知をするようになった。Aは一時入院していたが、1997年1月現在退院している。

事例2．一次感染者：C。二次感染者D子は1986～1988年にCと交際があった。別れた後、倦怠感を覚え、高熱を発したため、自分でHIV感染を疑い2か所の病院で検査を受け、抗体陽性であった。Cは翌年の1989年に告知を受け、1994年にエイズで死亡した。D子は1996年8月現在CD4が200前後で、体重減少、貧血などの症状がある。1996年4月頃D子がCの主治医A医師に会っ

た時、A医師は「Cさんへの告知が大変遅く、そのためDさんが感染する結果になった」と謝罪した。

(5) HIV感染を本人がどのようにして知ったか：医師の方から告知された人ばかりでなく、「国会の議事録の記載から知った」一次感染者や、「自分から検査を受けて」知ったという二次感染者がいた。

事例3. 一次感染者：E、1940年代生まれ。1979年からT大学病院で非加熱製剤の治療を受け、HIVに感染。ところが、T大学病院はHIV抗体検査をしていながらそのことを本人に伝えず、1988年に起きた骨折の手術もHIV感染を理由（この理由は後に判明）に拒否し、このため2度目の骨折では下肢を切斷しなければならなくなった。本人が感染を知ったのは、最初の骨折で労災の適用を申請したところ、血友病であることを理由に却下され、そのことが国会で取り上げられ、その議事録に「エイズの保菌者」と書かれていたのを読んだからであった。妻は1992年に保健所で検査を受け、感染が判明した。妻は1997年1月の時点では未発症だが、Eは1995年6月に死亡している。

(6) HIV被害救済制度の受給：受給ありは一次感染者7人、二次感染者4人であった。

(7) 裁判の和解成立状況：不明の2組を除き、8組16人が成立していた。

[考察・結論]

日本国内におけるHIV感染者からの二次感染については、松田ら¹⁾が山田班班員・班友を対象に行った郵送アンケート調査の結果を1995年に報告しているが、それによると、31機関33件で、うち21例が「血友病患者に関連した事故」と報告されている。今回の対象者は10人なので、約半数の調査結果である。

今回の調査結果から、日本の「薬害エイズ」の二次感染被害の一部が明らかになった。本人が感

染を知った時期・経過などの調査結果から、こうした被害をもたらした大きな要因として、HIV感染の告知の大幅な遅れの問題が指摘できる。

HIV感染血友病患者へのHIV感染の告知について、少なくとも1988年頃までは、日本の血友病専門医の多くは、基本的に「告知しない」方針を取ったことがあきらかにされている。そのことを示す文献としては、安部医師の著書²⁾、長尾医師の厚生省研究報告書における記載^{3) 4)}、森医師が患者向けに作成した小冊子⁵⁾等がある。こうした記載にみられる不告知の方針は、結局、発症予防医療を受ける機会を遅らせ、さらに、場合によっては二次感染を引き起こすという、調査結果にあるような結果を招いたのである。

今後、二次感染被害の実態をさらに詳しく調べるとともに、そうした被害をもたらした要因についてさらに深く解明することが、この事件から教訓を汲みつくすために必要である。

文献

- 1) 松田重三他：HIV感染者に関する実態調査小委員会報告。厚生省平成6年度HIV感染者発症予防・治療に関する研究班研究報告書、103-108、1995
- 2) 安部英：エイズとは何か。167-168、日本放送出版協会、1986
- 3) 長尾大：はじめに。長尾大他：HIV感染者発症予防・治療に関する研究班平成5年度包括医療委員会カウンセリング専門委員会報告、1、1993
- 4) 長尾大他：明日の包括医療とカウンセリングシステムの確立に向けて（Ⅱ）。平成元年度厚生省HIV感染者の発症予防・治療に関する研究班包括医療委員会報告書、1990
- 5) 森和夫：血友病をめぐる諸問題。1990

A21 札幌市の精神障害者共同作業所事情と CBR(Community-based Rehabilitation)の可能性

予備作業——他の政令市との比較

○加藤春樹 (北海道女子大学人間福祉学部)

加藤欣子 (札幌医科大学保健医療学部)

本報の着想と目的：共同作業所ないし小規模作業所は共同作業所全国連絡会の調べで1997年3月末現在4,400カ所余、推定で7万人の利用者と9,000人の従事者が作業所を日々の生活(生産)の場としている。そのうち概ね1,700カ所が精神障害者を対象としており、国の助勢対象作業所も1,000カ所を超えた。共同作業所の増加は1981年の国際障害者年以來、他の障害者児関係諸施策が後退といって良い状況にある中で唯一「運動の前進」を象徴するものであった。就中精神障害者を主対象とする作業所は他の障害の作業所の増設がおおむね頭打ちの傾向を示していることを余所に、いまだ新設が続いている。

この動向に対して演者らは、作業所の機能的二極分化、即ち旧来の Sheltered Work Shop に類する滞

留型庇護授産タイプと、北米・欧州に展開されている Social Firm のような利用者主体による機能決定を基礎にした開放型社会(的生産)参加タイプへの分化が、自治体助成枠組みの関与も相俟って広汎に生じており、かつ家族会を経由する国庫助成は前者のタイプを家族会の私物に帰し、作業所を Public service の脈絡から脱落させ、遠からず政策的淘汰を招来すると夙に指摘してきた(tab. 1, 2)。

今日、ノーマリゼーション7ヵ年プランにおいて作業所の数値目標が無いこと、地域生活支援センターのハードの枠組みが作業所の機能転換をまったく想定していないことは、それが杞憂ではなかったことを示している。

しかしこれほどまで展開した福祉的支援資源を淘

Tab. 1 共同作業所の二極分化のタイプ

	滞留型庇護授産	開放型社会参加
施設 運営	<ul style="list-style-type: none"> ・家族会運営が主流。 ・運営機関の厳密な規定が未整備ないし家族の意図による恣意的規定が見られる。 ・財務は複式簿記未整備、非公開が多く恣意的運用が見られる。 ・職員は高齢家族の縁故による採用が顕著。職員勤務規範は未確立の場合が多い。 	<ul style="list-style-type: none"> ・何らかの手続きで委嘱された第三者運営で家族とともに市民の参加がある。 ・運営機関が運営規定とともに整備。 ・財務・会計は社会的経営体としての公準に則し、監査等の監視機能がある。 ・社会福祉系専門教育の終了者を雇用。これに伴い勤務規定・給与規定等が整備されている。
処遇	<ul style="list-style-type: none"> ・利用開始は本人以外のもの紹介による。本人との利用契約無し(強制的/威嚇的労働への投入)。 ・作業、行事は職員の指示が優位で、「上からの(恩恵的・慈恵的)給付」の脈絡に加え顕著な Paternalism が存在する。 ・利用終了・卒業・就労などは本人のアクティンク・アウトをのぞくと保護者、職員の恣意に委ねられ、施設維持が優先される。 	<ul style="list-style-type: none"> ・本人に作業所利用現実を提示し、自己決定を求める(本人との利用契約, informed consent)。 ・作業、行事等の処遇メニューに対する利用者のアクセスと self-direction が主流。 ・空間経営には利用者の empowerment によるグループ・ワークが機能。 ・利用終了・卒業・就労などは、本人の意志が優先され、治療的・支持的相談・介入が機能する。

tab.2 作業所のタイプと助成方式の関連性（このパターンには若干の異動がある）

	滞留型庇護授産	開放型社会参加
助成要綱	・ 条例事項でない。	・ 条例事項であるケースがある。
助成方式	・ 措置単価（人頭割）方式	・ ランク別運営費助成方式
助成実額	・ 事業経営の総支出に見合わず、少ない。	・ 事業経営の総支出をほぼカバーする。
費目別加算	・ 人件費に類するもの、事務費等、本来の一般管理費についても費目別の拘束性が強い	・ 専門職（心理）加算等、人件費枠拡大を意図した加算、行事費・健康管理費等、利用者処遇の支出確保を意図した加算が見られる。
設置準備	・ なし	・ 初度調弁費等の形で設立促進が意図される。
費用支弁		
実績把握期間	・ 1年～1.5年（この間は自己資金で運営）	・ なし。設立を見越した申請で先行助成
助成時期	・ 担当者によって左右されるケースがある。	・ 毎年ほぼ固定している。
の恣意性	・ 四半期・半期の報告書による事後助成	・ 年度当初先行助成型
補助率	・ 導入されている（70%～）。	・ 運営費については実質100%保障

汰に任せることは、そこに蓄積されている利用者のニーズや従事者のノウハウを放置することに他ならず、きわめて大きな社会的損失である。加えて作業所の地域的汎化は CBR（所謂地域リハビリテーション= CR とアルマ・アタ宣言(1978)における CBR との決定的な違いはユーザーの主導性）の唯一の顕勢力であり、精神障害者のバリア・フリーは CBR の展開なくしては実現困難である。

以上のことから札幌市における作業所の CBR への展開可能性、さらに作業所機能を CBR 化するために必要な作業所支援施策の抽出を、喫緊の課題として検討することにした。

方法：本報では予備作業として、札幌市と他の政令市との作業所設置概況を比較し、さらに今後の調査表設計を意図して、いくつかの作業所のフィールドを概観し、CBR の視点から考察した。

結果：

1. 公的助成の概況：助成金額を平年交付額算定(最高基準)で比較すると、北九州市 300 万円と横浜市 1,550 万円とでは 5 倍に上る較差があり、500 万未満は神戸、北九州の 2 市、1,000 万未満は札幌、仙台、名古屋、広島、福岡の 5 市、1,000 万以上是川崎、

横浜、京都、大阪の 4 市で、当市は中位にある。

助成金交付時期は、札幌、仙台、横浜が 4 月申請・6 月一括交付であり、当市は先行性が高い方に入る。京都、広島は四半期分割交付、京都市のみが各四半期実績報告後の交付であった。他の 6 市は 4 月申請・上下半期分割交付で第 1 回交付は概 6 月、但し名古屋、福岡は年次により若干遅延していた。

2. 人口対比設置数：これも助成金同様大きなひらきがある。作業所 1 所対人口比は川崎 6.0 万、横浜 7.6 万、広島 8.5 万、札幌 9.7 万、大阪・神戸 11.7 万、京都 13.1 万、北九州 14.6 万、福岡 15.9 万、名古屋 16.5 万、仙台 19.2 万（授産施設を換算）で、やはり当市は中位にあり、公的助成と対応しているといえるかもしれない。

3. マン・パワー：職員の数を 1 名以上と要綱に記載している市は仙台・川崎・広島・北九州・福岡の 5 市、通所定員によるが、常勤 2 名を基準柱としているらしいのが札幌、ランクに関係なく 2 名以上としているのが、横浜・神戸の 2 市。おおむね通所者 5 名に対し 1 名としているところは京都市。大阪市は定数規定がなかった。

<フィールド視察結果、並びに考察は口述する。>

- 羽原美奈子 (市立名寄短期大学)
 森本信子 (北海道名寄保健所)
 村上敦哉 (名寄市社会福祉協議会)

- 大西章恵 (市立名寄短期大学)
 佐々木奈美子 (国立療養所名寄病院)

1. はじめに

これまでの障害者に対する取り組みは、疾病の治療や早期発見、疾病の発生予防など身体的側面へのアプローチが中心であった。しかし、障害や病気などへの対応だけでは豊かな健康生活へとつながってはいかない。特に長期にわたって障害を持ちながら地域で生活する人々に対して「生活」を中心とした捉え方は薄く、その対応は不十分であったといえる。そこで本研究では、障害者が普段抱えている健康感とはどのようなものであるか、障害者の求める健康ニーズを探る基礎調査と考え取り組んだものである。

2. 調査方法

名寄市及び近隣4町1村に居住する21～69歳の障害者100名に対して、障害を持つ人の健康感や社会参加状況について面接聞き取り調査を実施した。健康感については、基本的に主観的健康感尺度(SUBI)を活用した。SUBIとは、「全体的幸福感」「対処の自信」「社会的支援」「家族の支援」の4因子をポジティブ因子とし、「心的動揺」「身体的不健康」「友人欠如」の因子をネガティブ因子として健康感を測定するスケールである。(表1) またSUBIに加えて、自分自身の健康認識に関する質問や社会参加の状況を問う質問を加えた。

3. 結果

1) 自分の健康に対する感じ方(図1)

現在の健康状態は「大変健康」が10%、「やや健康」46%、「やや不健康」30%、「非常に不健康」13%と約6割が健康であると回答している。

2) 社会活動への参加の種類と健康感(表2)

多くの種類の社会活動に参加している者ほど「全体的幸福感」因子に有意に正の相関が認められ、「身体的不健康」因子、「心的動揺」因子に負の相関が認められた。つまり、多くの種類の社会活動に参加するほど「身体的不健康」「心的動揺」が低くなり、「全体的幸福感」が高くなるという結果を得た。

3) 社会のつながりと幸福感

「人生がおもしろいか」という質問に対して「非常におもしろい」「ある程度おもしろい」「あまりおもしろい

とは思わない」と答えた人たちに、なぜそのようなおもしろいかを自由回答で答えてもらった。(表3)「非常におもしろい」「ある程度おもしろい」という、人生がおもしろいとポジティブに考えている人たちは「障害者の仲間や友人がいること」「精神的に落ち込んでいるときに相談する人がいるから」など仲間や友人がいることや家族の支えを理由としている。その反対に「おもしろくない」とネガティブに考えている人たちは、「体が不自由だから」「障害があるから」など身体的な不自由さを理由にあげているのが目立った。

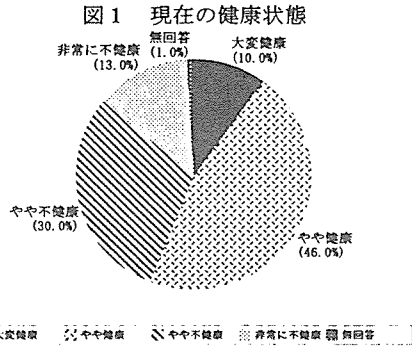
4. 考察

今回の調査対象である障害者100名は、身体障害者手帳1～2級の重度の障害者が7割を占めていた。障害が重いということで日常生活の中では健康上の問題も多いことが推測される。しかし、「あなたは今の自分が健康だと思いますか」の質問に対して、「大変健康」「やや健康」と答えている人があわせて54.3%おり、障害が重いにも関わらず自分自身「健康である」と感じている人が半数以上いた。障害の程度と、障害者本人が実感している自分自身の健康意識とは、必ずしも一致はしないことがいえる。

また今回の調査で特に注目すべき点は、社会参加の程度と健康感である。多くの種類の社会活動に参加している者ほど健康感に肯定的な捉え方をしている。社会活動は健康感のうちネガティブ因子を低くし、ポジティブ因子を高める働きをすることがわかった。社会のつながりと幸福感について、仲間同士のつながりが幸福感を高めると推測された。つまり、社会参加が広がるほど、様々な人とふれあい、仲間同士が“楽しい経験”をする。したがって、地域の活動に参加することが障害者の健康感を高めることにつながっていると考えられる。

5. 今後の課題

- 1) ネガティブ因子に焦点を当てた“健康管理”中心の対策の反省。
- 2) 障害者の、人間としての“生活の質”を高める、「生活構造」に対する視点の転換。
- 3) 人間が豊かになるようなつながりを地域の中にどう築いていくか。地域ぐるみの取り組みの重要性。



(表2) SUB I 各因子と社会活動への参加種類の相関関係

	相関係数 r	p
1 全体的幸福感	0.3462	< 0.001
2 心的動揺	- 0.2140	< 0.05
3 社会的支援	0.0634	NS
4 身体的不健康	- 0.2045	< 0.05
5 家族の支援	0.1245	NS
6 友人の欠如	- 0.0596	NS
7 対処の自信	0.0677	NS

(表1)

主観的健康感(25項目)についての調査結果

		数字は実数(%)を示す					合計
		非常に	ある程度	あまり	不明		
全体的幸福感	あなたは人生がおもしろいと思いますか	11	56	33	0	100	
	過去と比較して現在の生活は幸せですか	17	51	28	4	100	
	全体的にみて、ここ数年幸せに感じていますか	15	54	26	5	100	
心的動揺	物事が期待通りにいかないと、すぐに動揺してしまうと思いますか	14	46	35	5	100	
	些細なことに対して、すぐに動揺してしまうと思いますか	14	38	44	4	100	
	批判されるとすぐに動揺しますか	17	50	28	5	100	
社会的支援	非常事態が起きたときに親戚や友達が助けてくれると思いますか	23	48	27	2	100	
	自分が重い病気にかかったり事故にあったとき親戚や友達は世話をしてくれますか	15	48	34	3	100	
	自分が必要とすれば親戚や友達は助けてくれますか	17	55	26	2	100	
身体的不健康	自分の健康のことを心配することがあります	32	54	14	0	100	
	体のいろいろな部分が痛みますか	7	54	39	0	100	
	胸の鼓動や動悸ために困っていますか	2	19	77	2	100	
	便秘のために困っていますか	13	32	55	0	100	
	非常に疲れやすいですか	26	48	24	2	100	
	不眠のために困っていますか	11	41	47	1	100	
	ひどくめまいがして困っていますか	2	19	78	1	100	
食欲がなくて困っていますか	2	19	78	1	100		
家族の支援	思い通りに動けなくて困っていますか	28	38	33	1	100	
	自分の問題を解決するのに家族が助けになると感じますか	40	45	13	2	100	
	あなたの家族は一体感が強いと感じますか	37	44	15	4	100	
友人の欠如	自分が重い病気にかかったとしたら家族はよく世話をしてくれると思いますか	38	42	15	5	100	
	今以上に友達がほしいと思っていますか	22	41	36	1	100	
	本当に親しい友達と会えなくなったら寂しいと感じますか	18	46	34	2	100	
	危機的状況に陥ったとき、自分で解決できるという自信はありますか	13	59	24	4	100	
	今の調子でやっていたらこれから起きてくることにも対応できると思いますか	20	56	18	6	100	

(表3)

質問7 「あなたは人生がおもしろいと思いますか。」に対する回答 (自由記載内容)

	何故、おもしろいと思うか。	何故、おもしろいと思わないのか。
仲間や友人があること	<p>障害者仲間や友人がいること。 授産所の仲間といるだけで。 教室に行くと、友達がたくさん来るから。 リハビリでみんなに会えるから。 リハビリをしている仲間が大勢いるから。 障害者協会を通じて、いろいろな人と知り合える友達に恵まれたから。 人とのつきあいがあるから。 人と話しているとき。 精神的に落ち込んでいるときに相談する人がいるから。 いろいろな人の手助けがあるから。</p>	
家族の支え	<p>家庭的にも恵まれている。 家族にも恵まれているから。 お父さんがいるし、一人ではない。 妻との会話が深いから。</p>	ひとりぼっち、結婚できれば。
身体的健康の状況	<p>体が健康だから。 健康だから仕事ができる。 歩けなかったのが、歩けるようになったから。 透析を受けて、20年以上も生きられたから。</p>	<p>健康でないから。 病気だから。 病気だから。 障害者と思われる。 身体が自由に動かないから。 病気で身体が思うように動かない。 身体が不自由なため。 体が不自由だから。 身体が不自由。 体に障害があるから。 自由に動かない。 障害があるから。 どこにも自分で行けない。 どこにも自由に行けないから。 体調がよくないから。 足のしびれがあるのでとても不自由。 目が見えず。 日常身体のことが頭から離れない。</p>
自己の満足感	<p>やりたいことが自由にできるから。 いろいろなことを経験できるから。 自分で生活できているから。 夢が実現されつつあるから。 自分の趣味を楽しめる。 楽しくするよう努力できているから。</p>	<p>自分の思うことができない。 生きていることがつまらない。 病気ばかりしているので夢も希望も持てない。</p>

参考文献 1) 健康心理学研究 Vol. 8, NO2, 1995
藤南佳代他、主観的健康感尺度 (SUBI)
日本語版の作成と信頼性・妥当性の検討、
p12~19

2) 健康観の転換、園田恭一／川田智恵子、
東京大学出版会、1995

A23 高齢者の立場から見た食事サービスの現状と課題 (第2報)

しんぼ

○ 真保 雅子 (白梅学園短期大学) 永島 悠美子 (給食ボランティア)

前回37回大会において、東京都N区における食事サービス(「ふれあい型」、週2回)の現状と問題点について報告した。そこで提示した課題のうち、利用者の実態調査が未実施であることから、今回利用者への面接調査を実施し、利用者側からのサービス評価を試みたので報告する。

1. 利用者の生活実態と本サービスに対する評価
N区給食ボランティア(協力員)、N区職員ヘルパーを通じて利用者に対して協力を依頼し、承諾を得た22名に対し訪問面接調査を実施した。

1) 調査期間: 1996年8月26日~10月11日

2) 調査内容: 現在の健康状態・ADL(利用者への聞き取りと筆者の観察)、食事サービス利用方法、提供される食事の内容についての感想、サービスを受けて良かったこと、他サービス利用状況。

3) 調査結果: ①対象者の背景; 男性5名、女性19名、同居者あり3名(夫1、妻1、姉1)。②対象者の健康状態; 外出・身辺自立からみると、厚生省の分類では22名中20名が要援護高齢者に該当した(生活自立17名、虚弱3名)。しかし、筆者が利用者の生活状況を観察し、聞き取りをしたところ、厚生省の区分と実際の生活状況には大きな差があることがわかった。「生活自立」となる者のうち、ADL上は可能であるが疾病の状態が悪く、安静臥床が必要なにもかかわらず、単身生活のために自力で家事をしている者が7名、配偶者の介護から疲労し高血圧、脳梗塞、うつ状態等になった者が3名いた。病気の状態により、家事ができるときと寝込むときの差が大きいとの不安を訴える者もいた。倒れているところを発見され救急車で運ばれた経験があり不安を訴える者、痴呆初期と思われる者、生活意欲が減退している者等、健康状態の観察と精神的な援助が必要であると思われる者が4名いた。近所に外出可能な者

でも、腰痛、腰が曲がっている、杖使用等で重い物が持てない、台所に長時間立てない等、買い物調理に不自由している者が6名いた。比較的元気と回答している2名でも、腰痛で臥床した経験があるなど、全員に何らかの健康上の問題があった(表1参照)。

③食事サービスを週1食利用している者は15名で、待機期間の平均は3か月となっており、1年近く待機した者も1名いた。食事の準備、片づけに不自由な13名のうち11名は週1食の利用で、7名は週2食の利用を希望している。しかし、希望しない4名に加え、健康上から必要だと思われた4名は、食事サービス提供方法や、申請から利用開始までの経過に不満があったため、2食目利用を断っている。

④③のうちヘルパー利用週1回が7名、週2回が1名で、ヘルパーから本サービスの利用を勧められた者も3名いた。

⑤利用料納入は1か月毎に金融機関への振り込みであるために困っている者が6名いた。

⑥ヘルパー派遣制度や、その他のサービスを知らなかった者、年齢が来たので自動的に案内が来ると思った者、相談に行ったが窓口で教えてもらえなかったとする者もあった。他のサービスを利用していても食事サービスを知らず、友人・近隣から聞いてようやく申し込んでいる者が多かった。

4) 考察: 今回の調査から以下のことがわかった。

①本サービス利用者は後期高齢者が多く、全員が何らかの健康問題を持っていた。②厚生省区分での「生活自立」と、実際の生活状況との間にかなりの差がみられた。区分上では自立であっても健康面・精神面で予防的な援助の必要な者があった。③本サービスは申請してもすぐ利用できない状況にある。④サービスを利用していても、他のサービスの情報は知らない者が多い。

表1 調査対象者の健康状態と食事サービス・その他のサービス利用状況

氏名 年齢	健康状態	A D L	買調 物理	厚生省 区分	待機 期間	種別 期間	2食目 希望	ヘルパー利用 他サービス(*)
A 女66	人工肛門(脱肛鶏卵大) 甲状腺腫、倦怠感強い	体力低下、外出が辛い 重い物が持てない	△△	J	1月	G 1月	○	なし。7か月前転入 サービス知らない
B 女78	リウマチ、膝関節痛 20年前より	急階段の2階、杖歩行 握力弱く包丁やっど持つ	△△ できぬ	J	すぐ	個人 8年	○	週1回安否確認 * 食べに行ってもいい
C 女86	強度難聴、腰痛で1か月 臥床した経験あり	独歩、外出可 補聴器合わない	○○	J	数か月	G 1.2年	○	週1回、掃除 *
D 女75	高血圧、毎年3か月入院 する(めまいのため)	独歩、外出可	○○	J	3月	G 6月	×	なし。 困ったら頼む。
E 女80	高血圧、腰が曲がっている、 膝関節痛	伝い歩き、外出時は ショッピングカー使用	○△	J	1月	G施 2年	—	まだがんばれる 緊急通報装置検討中
F 女84	夫の介護疲れ、膝痛 1年前から介護	独歩、外出近所まで可	△△ 多忙	J	1月	G施 1年	—	週3回 * 買物調理、洗濯
G 女81	糖尿病、視力障害? 足が痛い、義歯	独歩、外出近所まで可	△△ 偏り	J	1月	G 6月	×	なし 内容
H 女77	8年前より透折週3回 体力低下、中耳炎	家の中独歩可、外出時 杖歩行又は車椅子介助	×× 体力	B	3月	G 2.5年	×	週1回買物、洗濯 料理頼めない*
I 女71	股関節脱臼の為人工関節 置換手術(3回)	杖歩行、伝い歩き 長時間の立位禁止	×△	J	1年	施 6月	×	週1回、 買物、調理
J 女74	高血圧	元気、遠出可能	◎◎ 意欲	—	2週	G施 3年	—	なし * 緊急通報装置利用中
K 女75	腰痛で2か月臥床	現在は元気、外出可	◎◎ 意欲	—	6月	G** 6月	×	なし * サービス知らない
L 女86	腰が曲がっている、腰痛 高血圧	杖歩行、外出近所可 重いもの不可、意欲減退	△○ 減退	J	2週	G 6年	○	なし * 特養ホーム入所希望
M 女75	ここ5年間膝関節痛 高血圧、鼻炎で鼻閉	杖歩行、重い物が持て ない	○× 苦手	J	3月	G 3年	○	なし 独居老人旅行こから社
N 女79	甲状腺腫で慢性的な出血 気管支狭窄でカニューレ 使用、嗚声と息切れ著明	膝痛、左足不自由(跛行) 杖歩行、外出近所可 1年前から覆せてきた	△○	J	3月	G 2月	×	週2回→週1回 →娘週1回 他サービス知らない
O 女77	5年前高血圧と脳梗塞、 右足が尖足ぎみに着地。 15年間始介護、看取り	家の中は伝い歩き、杖歩 行でふらつきあり、単独 外出不可、お盆持てない	×△ 足下	B	1月	G施 11月	—	娘が週2回来る 区報見ることが分からず 緊急通報装置希望
P 女78	2年前交通事故で足首を 骨折、しびれあり	杖歩行、重い物が持て ない、掃除ができない	×△	B	すぐ	G 1.4年	×	週2回、 * 夫介護中保健所利用
Q 女73	母を看取って2か月、介 護中に高血圧と椎間板ヘル ニアを発症	杖歩行、伝い歩き 長時間立位、入浴不可 膝が曲がらずむくみあり	△△	J	6月	G 1.6年	○	週2回買い物 * 料理あまり頼めない
R 男83	2年前無自覚の心筋梗塞 でバイパス手術、1年前 大動脈瘤手術	元気、遠出可 趣味の登山は不可	◎◎ 意欲	J	数か月	G 2年	×	なし *
S 男85	人工肛門、右足が不自由 (原因不明)、高血圧。 倒れているのを発見され救	跛行あり、500mを2 回くらい休みながら歩く 急車で運ばれたことあり	△× 1脚	J	すぐ	G 1.6年	×	週1回、 福祉事務所
T 男74	妻を看取って2か月 高血圧、精神不安定 (介護後に発症)	独歩可、外出近所可 意欲低下、うつめ、感情 失禁あり	○× できぬ 短期	J	1年	施 9月	×	週1回、ヘルパーは 支え、話し相手に なっている *
U 男81	難聴、結核後遺症で 肺気腫、酸素療法 酸素ボンベが重い	独歩可、外出近所可 体調の変動が大きく家事 ができない期間の不安	△△ 体調 ボンベ	J	5月	G施 2.5年	—	週2回+福祉公社 協力員1回 *
W 男74	よく病院に行くが 元気	独歩可、外出近所可 (痴呆初期?)	○△ できぬ	J	数か月	G 5月?	○	週1回 福祉事務所

<記号> 買い物・調理 ○:できる △:できるが困難(無理をしている) ×:できない、苦手、意欲がない
◎:よくできる、意欲がある、工夫している、楽しんでいる
種別 G:ボランティアグループ調理(週1回、社協委託分) 個人:ボランティア個人調理(同)
施:施設調理、配食(週1回) 施会:施設に食べに行く(会食、週1回)
2食目希望 **:1996年4月の制度改正直前の受給開始者
○:あと週1食利用可、利用希望あり ×:あと週1食利用可、利用希望なし(下段はその理由)
—:すでに週2食利用している
他のサービス *:食事サービス以外の区のサービスを利用している

A24 消化器難病患者の生活支援における、保健所の役割

—潰瘍性大腸炎・クローン病療養相談、患者交流会のとりくみから—

稲垣孝子（江東区城東保健所） ○山本訓子（江東区深川保健所）

1、はじめに

江東区の保健所では、難病患者への仕事として在宅療養者のケアシステムづくりと、包括的な難病患者への援助のシステム化を図り、特に難病患者の組織づくりに積極的に関わってきた。

難病患者のグループへの支援は、これまで神経難病や膠原系の難病が中心であった。(表1)

ここ数年で増加している消化器難病は(表2)、比較的若年で発症し食事などの生活に病状が左右されるため、患者や家族への療養相談や生活支援が重要な課題であった。

患者や家族の要望もあり、消化器難病（潰瘍性大腸炎、クローン病）療養相談、患者交流会として1992年(H4)6月の講演会をきっかけにグループ学習交流の場を設け、支援を開始した。

この潰瘍性大腸炎、クローン病療養相談・患者交流会の中にみた患者の実態から、保健所の役割と公衆衛生の課題を明らかにしたい。

2、交流会のとりくみの実際(表2)と、患者の実態(表3(紹介))

3、患者の抱える現状及び問題点

- 1)、自らの病気についての理解が不十分なため、再燃や病状変化に対応できず、精神的に不安定な状態になる。
- 2)、繰り返す病状悪化に将来への展望がもてず、抑鬱的になる。また、抑鬱症状に対する適切な治療、相談援助がない。
- 3)、病気によって起きる種々の困難を、総合的に率直に話し合う相談の場がない。
- 4)、専門的な最新の医療に関する情報のネットワークがない。(どの様な医療が望ましいのか、専門医がどこにいるのか、専門医自体が存在することすら情報として入らない。)
- 5)、医師から制限となる食生活の指示があると、楽しみを失う事でのストレスから指示を全く守れなくなったり、不要な制限をし過ぎて体力を落とすなど、

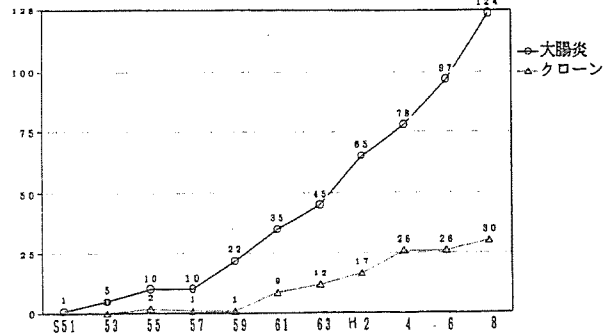
食生活が調整困難である

- 6)、幼児の場合、他児と歩調を合わせた生活が遅れないと、入園を拒否される場合がある。
- 7)、小、中、高校生の場合は、長期の入院や療養中の学業の保障が必ずしもなされていない。
- 8)、妊娠、出産を希望していても、産科との調整が不可能である。
- 9)、会社の休日、勤務時間、人事異動等病状に影響するストレスにさらされる事が多い。
- 10)、入退院の繰り返しで、同僚からの理解が得られず、職場での立場が保てない。

4、考察

- 1)、難病患者の支援として、同じ患者同志のグループ化、ネットワーク化は療養生活上有効といえる。グループ学習の場を保障することで、病気についての正しい知識や生き方の学びを得られ、主体的な療養に向かうことができる。
- 2)、本疾患の特徴から、特に食生活(栄養)に療養上の重点が置かれている。そこで交流会には保健婦のみならず、専門的な相談指導を行うための栄養士や、摂食指導のための歯科衛生士などの関与も今後重要な課題となる。また、心理面での支援を必要とする事例も多いため、保健所と医療者が共に協力し合い、精神的なケアを行い、解決することが望まれる。
- 3)、明らかになった社会的問題については、学校、職場、病院等への連携を取りながら、不利益を取り除く直接的支援によって患者のより暮らしやすい生活を保障するよう努めることが重要と言える。
- また、同年代や同じような社会的背景の立場の人に、今回の事例と同じような社会的問題が起きていないか調査し、積極的な介入をしていくことが必要である。
- 4)、患者自身に起きている社会的不利益を踏まえ、学校、職場、地域社会への病気に対する正しい理解を求める活動も重要といえる。
- 5)、以上のことから、このような取り組みは、集団学習の場の保障、保健所の他職種との協同による総合的支援、地域社会への教育普及活動など、まさに公衆衛

表1
江東区保健所管内
消化器難病申請数推移



生であり、各専門スタッフのそろった保健所の役割として期待される。

加えて、潰瘍性大腸炎、クローン病といった消化器難病患者に対し交流会の予算化のほかに、先の阪神、淡路大震災の時エレンタールや特別食の補給ができなかった、という事態を教訓に、難病患者に見合った非常食の準備等を早急に行うよう防災対策の予算化をしていくことも必要である。

5、おわりに

難病患者が地域でグループとなり、患者同士交流し合うことは必然である。今後、さらに種々の難病患者に対しても交流の場を保障し、私たちがグループへの支援を通して知る。患者の抱える生活上の問題や社会的な問題を、どう解決して行くか、どう行政施策に反映して行くか、検討を続けて行きたい。

表2 潰瘍性大腸炎、クローン病 交流会の取り組みの実態

開催月	交流会活動内容
06. 4	クローン病のED食併用時の食事について
5	転院の話し、医者への代え方、代え方の効果
6	これは避けたい食べ物と再燃予防の日常生活
7	思春期の発病と栄養の取り方。
8	幼児の発症と悩み
9	医者を代えるということ。必要性代え方、良かったこと
10	講演会「潰瘍性大腸炎の治療と日常生活。食生活を中心に」
11	自分の病気がよくわからない。
12	講演会「クローン病の診断と日常生活」
07. 1	なにを食べたらいい。なにを食べてもいいよ
2	再燃はどの様な時にどの様に起きるのか
3	自分の病気を理解するために
07. 4	ひとり暮らしの食生活。定期検査について
5	クローン病の治療 妊娠、出産について
6	保健所講演会のテーマについて
7	講演会「潰瘍性大腸炎の治療と日常生活の過ごし方」体験発表有り
8	注腸の方法・専門医の見つけ方 クローン病の食事管理
9	
10	講演会のテーマについて。会社や友人に内緒にするつらさ
11	亜鉛の効果ととり方。転職と生活の変化
12	再燃の時の症状の表れ方。エレンタール試食。日常の食事の注意
08. 1	最近の治療法、漢方、5ASAについての情報。食生活
2	人事異動や点食のストレスと体調変化。疾病や主治医への疑問
3	クローン病の食事について・生活の楽しみ方。仕事復帰への悩み

表3 潰瘍性大腸炎、クローン病 患者事例

事例	病名	日常生活上の問題	社会生活上の問題
A	3歳男児 幼稚園 潰瘍性大腸炎	食事制限による、成長障害が出る。自覚症状を訴えられないので観察が必要だが、便では便の確認ができない	病気のため他児の生活に歩調が合わないことを理由に一時幼稚園入園を拒否された。園の生活に合わせられなくても、特別な取り扱いを受けられない
B	10代男児 小学生 クローン病	給食が食べられないため弁当を持参する。肉は鶏のささみのみ、生野菜がたべられない。EDを900ml経口で飲んでいる	入院すると長期に休むことになり、授業が受けられず勉強が遅れるのではないかと心配
C	10代女性 高校生 潰瘍性大腸炎	肉、油、繊維質、牛乳、激しい運動を一切禁止されている。体重が増えない。	受診のため学校を休むので、受けられない授業がある。試験前に勉強で睡眠時間が減ると、再燃の心配がある。
D	10代女性 大学生 潰瘍性大腸炎	家では、油、繊維質、乳製品の除去食だが、昼は外食で守れない。下痢が止まらず、状態が不安定だが、医師がなににも言わなければ放置している	一度入院すると、主治医が専門医でないため退院の判断が患者本人に任せられる。この医療を受け続けることに不安を感じるが、転院への気持ちが決められない。
E	20代女性 無職 クローン病	ED食がとれず腸管増設術を行なったが、その周囲に潰瘍ができ再入院。一年のほとんどの期間入院	緩解期がなく入院が多かったため、就職の時期がなく働くことへのイメージができない。精神的におちこみ抑鬱状態だが、治療も相談も受けていない。
F	20代女性 無職 クローン病	好きな肉食が制限できず再燃。	体力的にきつくなり、退職した。再就職も病気の事を話すと不評。結婚や恋愛も同じ。病気の事はオープンにできない。
G	30代女性 無職 潰瘍性大腸炎	肉、繊維質、香辛料をとらず、おかゆ中心の食事そのため胃が弱くなってしまった。外出するとトイレに行きたくなる	電車に乗ると頻便になることから便失禁への不安がひどく、外出できなくなり自信を失い仕事をやめた。
H	30代女性 主婦 潰瘍性大腸炎	下血がひどく精神的に不安定になり、家に一人でいられず入院した。夫も仕事をしながらどう支えていけばよいかわからない。	下血をすると病状が悪くなって行くと思ひ込み、おちこんではとんど家から出られない。主婦としての役割も果たせない。
I	30代女性 主婦 潰瘍性大腸炎		妊娠、出産を希望しているが、結核から「奇形が生まれるから」といわれ、自分も自信を持って読得して決定するだけの医学的援助が受けられない。
J	30代女性 主婦、会社員 潰瘍性大腸炎	ストレスで病状が変わるが、育児もあるので休めない。	一度目の妊娠で再燃したため、今回の妊娠は夫の親に反対された。多指症の児を出産し、育児の悩みと自費の念から逃れられない。
K	30代女性 会社員 潰瘍性大腸炎	下血しながら、仕事上の付き合いで飲酒外食の繰り返し。	何回か入院しているので「そんなに大変だったら辞めれば」と陰で言われている。仕事が割り当てられず、非常に居心地が悪い。
L	20代男性 会社員 潰瘍性大腸炎	現場に出張し兼業生活。食事はコンビニの弁当で食生活が豊かにくい。再燃を招く。	体調が悪くても、仕事の仕上げの日が近いと残業も多くなる。急な休日も取りにくい。
M	20代男性 会社員 クローン病	寮生活。食事は都合をつけてもらえるが、残業のときは食べられない。夜のEDと市販のおにぎりしか食べていない。	会社の役割の一つである過酷地の派遣に出してもらえなくなったことに、不満と不安を感じている。EDはどこでもできるし、仕事への自信もあるが言えない。
N	30代男性 会社員 クローン病	経鼻経腸栄養を夜中にやっているのですが、再燃は防げるが、夜間回数目が覚める。睡眠がとれず、疲れが残る。	仕事に慣れた頃に人事移動があり、ストレスで悪化する病状について理解してもらえないと、結婚や恋愛への障害となる。

A25 臓器移植についての若者の意識

○小橋 元, 志渡晃一 (北大・医・公衆衛生)
 福地保馬 (北大・教育・健康体育)

1 目 的

臓器移植法案が可決される見通しである。しかし、若い世代への情報の提示、啓蒙がどれほど行われているのか気懸かりである。本研究では、1) 臓器提供についての若者の意識について概観し、2) 専攻する学科によって意識に差がみとめられるかどうか検討することを目的とした。

2 対象と方法

札幌市および近郊の短期大学、専門学校学生531名を対象として、1997年5月初旬、講義時に調査票を配付し、無記名の自記式回答を求めた。

対象者の内訳は、複数の専攻科(経営情報科、服飾美術科など)をもつ一般女子短期大学、栄養士養成校、保母・幼稚園教諭・福祉従事者養成校、医療技術短期大学(放射線技師養成科)、看護婦養成校、衛生学院(保健婦科)の学生である。

質問項目は、臓器移植、遺伝子診断、遺伝子治療などの最新医療や社会、医学全般に関する設問計8項目である。

臓器移植の賛否について、以下のように分類した。

- ①賛成 (条件なし、賛成的コメント)
- ②条件つき賛成 (どちらかといえば賛成)
- ③どちらでもない (わからない)
- ④条件つき反対 (どちらかといえば反対)
- ⑤反対 (条件なし、反対的コメント)

3 結 果

調査票は531名から回収され、回収率は100%であった。

臓器移植について「賛成」「条件つき賛成」の「賛成派」は87%に達し、「反対」「条件つき反対」の「反対派」の4%を大きく上回った。保健婦科以外の学科において「賛成」は8割前後であるのに対して、保健婦科では「賛成」の割合が43%と低かった。

4 考 察

他の学科に比べて保健婦科では「賛成」の割合が低く、反対に「条件つき賛成」や「どちらでもない」の割合が高い。保健婦科では臨床経験のある学生が多く、他の学科に比べて医療全般についての知識が豊富で意識が高い傾向がある。そのことが、「安易な賛成」ではなく「条件が整備されるなら賛成」を選択させている可能性がある。いずれにしても、これから移植の主役となるであろう若い世代への積極的な情報の提示は必要不可欠のことであると考えられる。

臓器移植の賛否に関する専攻科別(学校別)集計

専攻科	賛 成 n (%)	条件つき賛成 n (%)	どちらでもない n (%)	条件つき反対 n (%)	反 対 n (%)	合 計 n (%)
経営、服飾、工芸	51 (74)	10 (14)	8 (11)	0 (0)	1 (1)	70 (100)
栄養士	80 (80)	10 (10)	4 (4)	1 (1)	5 (5)	100 (100)
保育	170 (84)	11 (5)	15 (7)	3 (1)	6 (3)	205 (100)
放射線	28 (77)	6 (17)	0 (0)	0 (0)	2 (6)	36 (100)
看護婦	15 (75)	3 (15)	1 (5)	1 (5)	0 (0)	20 (100)
保健婦	43 (43)	32 (32)	20 (20)	1 (1)	4 (4)	100 (100)
合計	387 (73)	72 (14)	48 (9)	6 (1)	18 (3)	531 (100)

一般講演

B会場

B11 教育・医療・福祉・保育労働等の労働負担

○千田 忠男 (同志社大・文)

I. はじめに

教育・医療・福祉・保育等に従事する労働者は情熱をもって仕事にうちこんでいる。その情熱は何に由来するか？ 他方、現実には多大な苦難を強いられている。それはなぜか？

II. 教育・医療・福祉・保育の労働

A. 労働の目的による大分類

人間が自然的社会的に制約された存在である ([1] 限定された自然のなかで生存し、生命と能力に厳しい制約があり、男女両性の自然的分業によって個体が生成される。[2] 共同体 (社会) の中で人格が形成され、自然との物質代謝も社会的に行われる等々) ことに着目して、労働の大分類を試みた。(図表 1)

ここで、ある個人を社会の構成員にふさわしい人格に育て、あるいは社会の構成員として欠ける側面を保障するために働きかける活動が対個人・社会サービス労働 (以下、単にサービス) である。ここで、

対象者と必要要件 (ニーズ)、働きかけの活動によってもたらされる有効な効果 (サービス) を区別する。

B. サービスの不可欠性

[1]これを欠くと、個々人はライフサイクルをまっとうできない。[2]これを欠くと、社会 (共同体) が存続し発展できない。永久の必須条件である。

C. サービスの社会性

(a)個々人は社会の構成員にならなければ生きることができない。社会は、構成員たる資格を有する諸個人によって担われなければならない。家族と社会 (共同体) によって提供される。

(b)生活資料を社会的に生産・取得する過程で、社会 (共同体) は次第に分裂する。第一は、国家と家族およびその中間構成とに。第二は、国家を通じて支配する階級と支配される階級とに。このために「社会性」の内容と意義も分裂する。

(c)サービス提供活動の目的、方法の社会性。

図表 1 目的、対象、手段による労働分野の大分類

区分軸	区分される内容			
(a)目的	[1]自然物の社会的取得	[2]構成員の育成と保障	[3]社会 (共同体) の発展	[4]認識と表現
(b)対象	自然物由来	個々の人間	社会集団・組織	自然・人間・社会
(c)主な手段	物的手段	コミュニケーションと物的手段	同 左	同左
(d)成果	生活の豊かさ	人間性の向上	社会共同体の発展	認識表現の発展
(e)産業例	製造・商業・信用等	教育・医療等	国家・地方公務等	科学・芸術等
(f)分類番号	第I群	第II群	第III群	第IV群

D. 働きかけ活動の特性

[1]人間を対象として行われ、有用効果は対象たる人間の中で実現する (人間の非手段性)。[2]対象たる人間は、他の何者によっても代替できない (非代替性)。[3]対象たる人間の人格をかけた応答を手がかりにする (人格応答性)。[4]対象たる人格の幸福追求の過程を支援する (幸福実現)。[5]その時々々のニーズに対応しなければならない (ニーズへの即応性)、[6]社会的に合意されたサービスが提供されなければならない (社会合意性)。[7]物質的・社会的・文化的な諸側面にわたって、系統的に働きかけな

なければならない (系統性)。

III. 働きかけ方と本来的労働負担

A. 労働そのもの、魅力と負担

[1]人格的応答を手がかりに、人格的共感を形成し、信頼を獲得し、提供するサービスを相手が不安や心配なく受け入れる状態を実現しなければならない。対象者に対する感情的・意志的・情緒的働きかけが必須である (第一の要件)。

[2]対象要件 (ニーズ) を理解し、それに対応するサービスを提供するための方法を修得して、実際にサービスを的確・全面的・体系的・連続的に提供

しなければならない。ニーズに対する理性的働きかけが必須である（第二の要件）。

[3]働きかけの最中および後に、この二種の活動の適否を自らが評価しなければならない（第三の要件）。

努力が報われてすべてが喜びになるか、努力が報われないまま無に帰するか、という緊張と不安が強い。

[4]この過程で傾注される努力は、しばしばつらさをもたう。このつらい努力を本来的労働負担という。他面では、働きかけの過程およびその成果はそのまま労働の魅力として実感できる。

B. 働きかけの発展

1. 集合労働による働きかけ。複雑多彩なニーズに対して多くの労働者を計画に配置し労働を集中して多様なサービスを連続的に提供する。全体を一つの意思に統一するための指揮活動が必要になる。

2. 労働の分割、労働手段の利用、科学の応用。ニーズを系統的に分割し、的確で細やかな、高水準のサービスを提供できるようになる。個々の活動も容易になる。

3. 本来的労働負担軽減の可能性。同種同量のサービスであれば、活動量が少なくすむようになる。

IV. サービス提供の社会関係

1. 物質的生産に賃労働が広く充当され資本主義的生産様式が一般的になると、社会（共同体）は資本主義的国家ないしは自治体に変容する。社会（共同体）の業務も拡大し、賃労働によってになられるようになる。

サービスの目的が、資本主義社会にふさわしいものに変容する。また、対象者もニーズも拡大・深化し、水準も高度になる。その大部分が賃労働によって提供されるようになる。

2. 国家ないしは自治体が直接的に提供する形態が普及する。また、利潤追求の条件が拡大されるにつれて、資本の直接的支配がはじまり、資本主義的経営も普及する。

V. 現代的労働負担

A. サービス提供の困難性の増大

資本主義的生産様式が一般的であるから、そこでの労働条件の水準と動向が導入される。その結果次のような事態が生じる。

1. 労働力の生産・再生産費、それを切り下げようとする（賃金切り下げ）策動、長時間・過密労働の系

統的な追求、支配・管理の強化等々が見られるようになる。

2. 協業と分業、労働手段の向上。特に、分業と労働手段の向上を利用して、労働者を作業場面に従属させようとする傾向が系統的に追求される。

3. 共同体内部の分裂とそれによる目的の分裂。サービスの目的と意義が、社会（共同体）の内部的分裂が長期的・固定的になるにつれて、分裂・変容する。

B. 労働負担の増大

働きかけの本質から生じる本来的労働負担は、その様式の発展によって軽減する傾向が生じる。しかしながら、上の事情により、逆に増大する傾向も強まる。

対象者との信頼関係の構築が困難になる。ニーズに的確に対応したサービスを提供することが困難になる。労働条件が向上しないままに課題が増大し、心身の消耗が過度に進行し回復が困難になる。こうした現代的な条件によって増大する労働負担（現代的労働負担）は、本来的労働負担から区別されなければならない。

VI. 情熱的努力が報われ、現実的苦難を軽減するために

A. 労働問題の打開

この領域の労働問題は次の二つの系列で生じる。
(a)[社会（共同体）による提供—社会（共同体）の分裂と国家と家族の対立—賃労働者の充当と労働問題発生—国家の低コスト政策—労働問題の深化]、
(b)[社会的分業の深化拡大—サービスの商品化—資本支配の深化—資本による生産性向上運動—労働問題の深化]。

この二つの系列に対応する形での労働問題の打開策が講じられなければならない。

B. 労働の喜びの拡大および苦難の減少

「努力が報われてその喜びが拡大し、現実的な苦難が減少するように」という目標を立てることが重要である。そのために、国家施策の改善および労働条件の向上が追求されなければならない。

C. 市民要求との連携

このサービスは、他面では市民要求としても追求される。上の二つの課題を確立することと並行して、この市民要求との連携が追求されなければならない。

B12 在宅障害児・者の介護者の健康問題に関する検討

○埤田和史 北原照代 西山勝夫 (滋賀医大予防医学) 村松大治 (草津養護学校)

はじめに

心身に障害がある者が生活し労働するためには介護を必要とする場合が多く、適切な介護支援施策のもとに介護が社会的に保障される必要がある。障害児学校や福祉施設で障害児・者の介護を担う教職員には、介護負担に由来して腰痛などの健康障害が高率に発生しているが、家庭での介護を担う者の健康状態については実態が不明である。そこで、滋賀県下の在宅障害児・者の主たる介護者について健康と介護生活に関する調査を行い、介護支援施策について検討した。

対象と方法

障害児の介護者は、滋賀県下の3養護学校(肢体不自由養護学校1校、精肢併置養護学校2校)に通学している児童262人、障害者の介護者については滋賀県下の作業所等通所施設を利用している障害者725人の家庭を対象とした。調査項目は、障害児・者の性別、年齢、ADLレベル、主たる介護者の性別、年齢、障害児・者との続柄、介護継続年数、健康・疲労状態、腰部・肩腕部の自覚症状、睡眠時間、家族構成、障害児・者以外の要介護家族の有無、緊急時の交替介護者についてなどである。調査票は、養護学校教員あるいは通所施設職員を通じて家族に配布し、封入された無記名の回答を大学で開封し解析した。障害児の介護者調査は1994年に、障害者の介護者調査は1996年に実施した。

結果と考察

1) 障害児の調査では198人75.6%、障害者の調査では433人60.0%から有効回答を得た。障害児・障害者の日常生活能力では、多動や徘徊、物を壊す、自傷行為など問題行動の有る者は障害児・者とも同程度であったが、指示の理解、食事、排泄、更衣、入浴に関しては介護を必要としない者が障害者に多かった。

主たる介護者の続柄は、障害児・者ともに母親が最も多く、障害児の場合は96.0%、障害者の場合は75.4%であった(表1)。介護者の平均年齢は、障害児の場合が41.2才、障害者の場合が56.4才で、60歳以上の介護者が36.1%おり、高齢家族が障害者を介護している状況が認められた。また、障害児・者以外に介護が必要な同居家族のいる家庭が、障害児の場合16.4%、障害者の場合14.1%あり、こうした家庭での介護者の負担はより大きいと考えられた。

2) 自分の健康状態を「非常に不調」あるいは「やや不調」と評価した不健康自覚者率は、障害児の場合が24.6%、障害者の場合が27.2%であり、現在治療の必要な病気が有る者の率(有病者率)は、障害児の場合が26.2%、障害者の場合が43.9%であった。

介護者の毎日の生活での心身の疲労の程度を図1に示した。「とても疲れる」と「やや疲れる」者を合わせた疲労自覚者率は、障害児の場合で身体の疲労が71.3%、神経の疲労が71.3%、障害者の場合で

表1 介護者の続柄 %

続柄	障害児	障害者
母親	96.0	75.4
父親	1.5	7.1
祖父母	1.5	0.0
兄弟姉妹	0.0	6.8
夫婦	—	3.3
子供	—	6.1
無回答	1.0	0.9

図1 毎日の生活での心身の疲労の程度

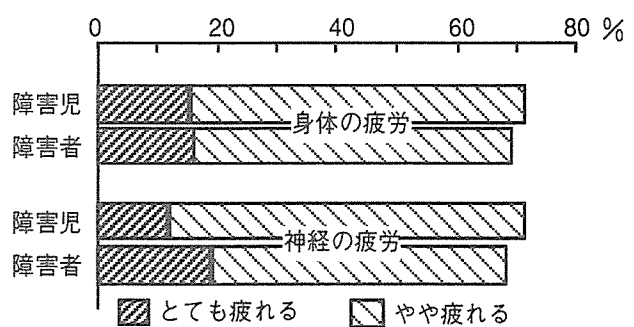
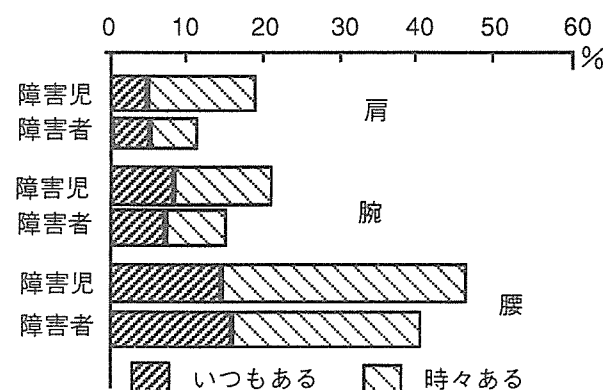


図2 最近1か月間の肩、腕、腰の痛みの有訴率



身体の疲労が69.5%、神経の疲労が68.3%であった。最近1月間の肩腕腰の痛みの有訴率(図2)は、障害児・者とも腰痛の有訴率が最も高く、「いつも」と「時々」を合わせると障害児では46.4%、障害者では40.4%であった。腰痛がある者の痛みの程度は、「毎日痛み、時々横になって休む」者が障害児では7.0%、障害者では21.1%、「休むほどではないがかなり痛い」者が障害児では19.8%、障害者では29.1%おり、介護者の腰痛は養護学校教員と同程度に深刻な状況と考えられた。

障害者の介護者について、介護者の年齢と不健康自覚者率、有病者率、腰痛者率との関係を見ると(図3)、有病者率は年齢とともに増加していたが、不健康者率と腰痛者率は明らかな増加を示さなかった。

3) 介護者の睡眠時間は、障害児の場合が6時間17分、障害者の場合が6時間17分で、40代、50代の平均睡眠時間が7時間を超えている(NHK国民生活時間調査1995年)のに比べて短かった。毎日の生活で、身体あるいは神経が「とても疲れる」と回答した者を「疲労群」、身体と神経のどちらも「あまり疲れない」あるいは「全く疲れない」と回答した者を「元気群」として、介護のために夜起きる頻度と睡眠時間を図4、5に示した。障害児・者ともに、「疲労群」では介護のために夜起きる頻度が高く、睡眠時間も短かった。

4) 介護者が病気や急用の時の交替の介護者(表2)は、障害児・者ともに家族の中で交替するとした者が最も多く、施設や病院に預けるとした者が続いていた。ホームヘルパーの利用者は障害児で1.6%、障害者で2.8%しかおらず、社協・民生委員等をあげる者も少なかった。一方、交替できる介護者が誰もいないと回答した者が、障害児では25.1%、障害者では12.0%おり、介護者が健康や生活を維持するために利用できる介護支援制度が必要と考えられた。

まとめ

養護学校と作業所等通所施設に通う障害児・者の主たる介護者は母親が多く、障害者の介護者は高齢者比率が高かった。心身の疲労が強い介護者は、夜間介護のために起きる頻度が多く、睡眠時間が短かった。介護者の腰痛発生率は高く、腰痛の程度も強かった。介護者が病気や急用時に交替できる介護者の多くは家族に依存していた。介護者の休養や睡眠を保障し、腰痛等筋骨格系疾患の発生を予防するための介護支援施策が必要と考えられた。また、より広範な在宅障害児・者の介護者について、健康状態と生活状況について実態把握を行う必要があると考えられた。

図3 障害者の介護者の年齢別健康指標

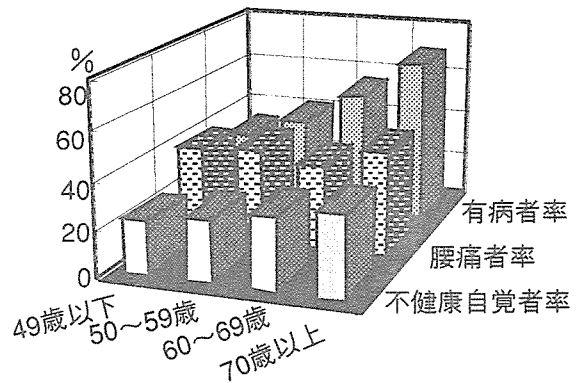


図4 介護のため夜起きる頻度

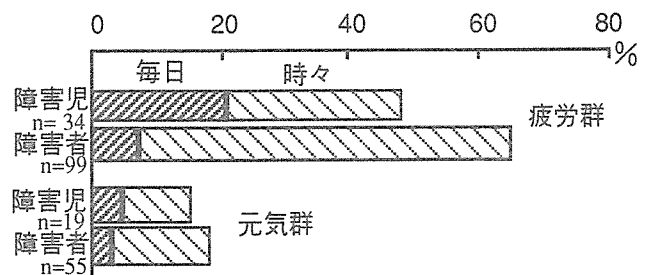


図5 睡眠時間

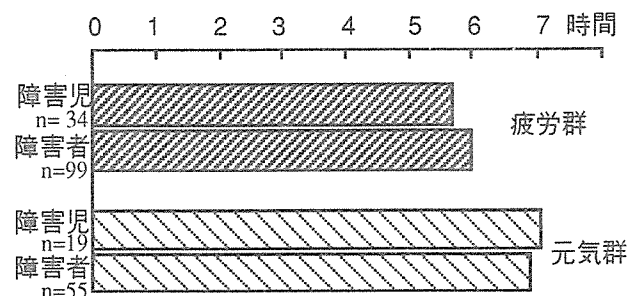


表2 介護者が病気や急用時の交替の介護者

(重複回答 %)

	障害児	障害者
誰もいない	25.1	12.0
家族の中で	60.7	69.7
施設や病院に預ける	20.8	26.6
別に住んでいる家族や親戚	17.5	19.9
近所の人	4.4	2.1
友人・ボランティア	4.4	2.3
ホームヘルパー	1.6	2.8
社協・民生委員	0.5	1.4
作業所職員	—	10.6
生活ホーム	—	3.7

B13 特別養護老人ホームにおける 介護職員の腰痛問題とその対策

西方規恵 ○関谷栄子 真保雅子 (白梅学園短期大学) 吉沼孝子 (早稲田福祉専門学校)
佐野英司 長原慶子 (緑陽苑)

【目的】介護労働者の腰痛問題は、慢性的な状況になっており、就職時は健康なものでも3年経過すると腰痛に悩まされ、ひどい場合は職場を離脱せざるを得ないものもある。ベテラン労働力の喪失は介護職場に於ける技術水準の低下をきたし、利用者のサービス低下につながる恐れがある。

腰痛は、職業起因性の障害であり、労働者の保護の立場からも利用者サービス水準の向上の立場からも、真剣に取り組むべき課題である。

腰痛の実態を明らかにし、腰痛問題の構造をほりさげ、具体的な対策の提言をおこない、関係者の関心を喚起したい。

【結果】1. 腰痛調査の結果：特別養護老人ホームの職員の腰痛調査結果分析

(1) R苑の概要 設立年度平成元年10月、

- ・定員70床、デイケア10床、ショートステイ4床、在宅介護支援センター
- ・平均年齢85.2歳、(男性80歳、女性87歳)90才以上が20名、
- ・職員数 直接介護職員：特別養護老人ホーム：寮母25名、看護婦3名、生活相談員2名、地域ケアセンター：デイサービスワーカー8名、看護婦1名、在宅介護支援センター：コミュニティワーカー2名、看護婦1名、生活相談員(兼務1名)、パートタイマー職員 11名。
- ・利用者の状況
- ・毎年利用者の高齢化、重度化が進み、一部介助から全面介助に、かわりつつあり、排泄介助も1回あたり1時間かかる。歩行の自立度も低下、車椅子移動が増えた。入浴介助も一般浴から中間浴がふえ入浴時間が延びている。
- ・利用者のADL 排泄全介助31名44%、部分介助17名24%、自立22名31%。入浴全介助39名56%、部分介助39名56%。部分介助17名24%、自立14名20%で年々高齢化し重度化がみられる。
- ・利用者の健康管理のためのレントゲン撮影の介助が職員の負担になっている。

(2) 腰痛調査の結果

- 腰痛調査の対象となったのは直接介護職員47名である。「腰痛経験あり」の職員は31名(66%)で、「腰痛経験なし」は16名(34%)である。
- ・腰痛の原因は「工作中」が25名(80.6%)、「家庭生活」と、「スポーツ」が3名ずつ(9.7%)である。
 - ・腰痛の起こり方は、「徐々に発症」が22名(62.9%)、「急激に発症」が12名(34.3%)である。
 - ・動作との関連では「物を持ち上げたとき」が18名(51.4%)であり、「下ろしたとき」が7名(20%)、「腰をひねったとき」5名(14.3%)、「腰を打撲したとき」1名(2.9%)、洗顔時1名(2.9%)である。
 - ・姿勢との関連では、中腰姿勢が18名(54.5%)、不自然な姿勢が7名(21.2%)、前屈姿勢が5名(15.2%)、立ち仕事3名(9.1%)、などである。
 - ・治療状況は、「医療機関受診」は14名(35%)、「按摩・鍼」は8名(20%)、「家庭療法」が4名(10%)、何もしないが14名(35%)である。
 - ・治療の受け方は、「痛むときだけ治療する」が1名、「受けない」が29名(80.6%)受けているのは6名(16.7%)である。
 - ・症状の持続状況は、5名(25%)が「持続」、「時々あり」は13名(65%)、「初発以降なし」は2名(10%)である。
 - ・痛みの強さは、「時々痛い」が12名(42.9%)、「休憩しないと続けられないほど痛む」のは1名(3.6%)、「かなり痛む」は6名(21.4%)、腰がだるいのは9名(32.1%)である。

- ・痛みの様子は、「朝は痛いけど動いてくるとつれ軽減する」が12名(66.7%)、「動いているときも痛む」のは5名(27.8%)、「普段でも痛い」のは1名(5.6%)である。

(3) 腰痛検診の結果

医師による診断結果、要所見は9名であり、うち1名が労働災害の認定を受けた。

【考察】(1) 腰痛問題の構造：

a. 腰痛問題に対して職場における認識の違い。

最近の若年層には、就職以前から慢性の腰痛経験があり、就労とともに再発症している状況である。腰痛をもちながら我慢して働いているのが現状である。若年層に腰痛が多いのは生活習慣の違い、学生時代の過剰運動などによるものと考えられる。こうしたことが年代間の考え方のずれが懸念される。

b. 作業姿勢、行程などの分析の必要性がある。

腰痛予防のためには労働実態の分析、作業手順、作業姿勢、人手などの総合的な分析が必要である。介護技術の分析や相互評価、介護補助機器の積極的導入、介護の熟練労働を目指す取り組みの必要性がある。職員間で腰痛問題を介護労働の基本に位置づけること。日常生活援助行動の見直しを行い合理的な方法を研究する必要がある。

c. 利用者の重度化に見合う人員体制のみなおし

職員1対利用者4.1人の比率は、昭和30年代のものである。利用者の平均年齢が年々高齢化し、日常生活動作も重度化していることから、人員配置体制のみなおしは必至である。

生活動作時間分析などを行い、関係省庁に要請する必要がある。

(2) 職場の人間関係、ストレス対策。

腰痛問題だけではなく、職場の人間関係やストレス対策、燃え尽き症候群などの周辺領域の問題の有無を検討する必要がある。

また若い年齢層における腰痛原因の追究も必要である。

(3) 腰痛予防への提言 職場の腰痛対策：

・腰痛予防の意識変革を行う

腰痛は予防できることを全員が認識し、各職員の生活ニーズにあった予防方法を確立する。

職員の生活の見直しを行い、腰痛の予防のための検診、早期治療など健康管理を行う。

・腰痛体操を確立し、就業前後の習慣化を図る。

慢性的な腰痛を軽減するための対策、筋力トレーニング、ストレッチなどの個別計画を立てる。

・腰痛者に勤務軽減が出来るような人員配置、複数介護体制などを考える。

・作業姿勢の見直し、作業手順の見直しを全職員の参加で行う。

作業方法の見直し、中腰作業姿勢をしないためにベッドの高さの調整、利用者に接近するために介助時にはベッド柵をはずす。ベッドに膝をつく。食事介助時は椅子に腰掛けるなど。従来の介護技術を再検討する。

・ボデイメカニクスの活用、腰を落とし重心移動を利用する。利用者に接近する。呼吸法を身につける。中腰姿勢を出来る限り避ける。

・介護福祉機器の導入、時間がかかっても、リフトの導入をするよう職員間の意志統一をはかる。

・利用者の残存機能の活用を行う。

時間がかかっても利用者の残存機能を引き出し、利用者自身の力を用いる。

B14 病院看護婦が日勤-深夜勤の連続勤務時にとる仮眠の実態とその効果

齊藤良夫(中央大学・文・心理)

はじめに

夜勤交代制勤務に従事する病院看護婦が深夜勤務前にとる仮眠(以下、勤務前仮眠という)の実態や効果に関する調査研究はきわめて少ない。不規則三交代制で勤務する看護婦が日勤に引き続いて深夜勤に従事する時にとられる勤務前仮眠は、日勤勤務による疲労の回復とこれから従事する深夜勤での眠さの低減や疲労軽減を考慮してとられていると考えられる。したがって、この勤務前仮眠がとれるかどうかは、深夜勤務中での医療過誤の発生にも関係する事柄であり、勤務制に関わる1つの労働条件の問題ともいえることであろう。

本論文の目的は、質問紙調査法によって、不規則三交代制勤務に従事する病院看護婦が日勤-深夜勤の連続勤務時にとる勤務前仮眠に影響する諸要因、およびその種の仮眠が実際にどのような効果をもっているかを明らかにすることである。

方法

某地方公共団体が設立する病院で夜勤交代制勤務に従事する看護職などを対象に質問紙調査を実施した。調査回答者数は3007名。調査期間は1996年9月-10月。本論文で分析されるデータは、その調査データのうち不規則三交代制に従事する看護婦で、深夜勤前に日勤に従事した2001名のデータである。標準的な所定勤務時間は日勤08:30-16:30、準夜勤16:30-00:00、深夜勤00:00-08:30である。週労働時間は40時間であった。

調査票の内容は、フェイスシートの部分の他に、日常調査項目、深夜勤務調査項目そして意見の3つの部分からなる。本論文では、深夜勤務調査項目のうち、とくに勤務前仮眠とそれに関連する部分について分析された。調査対象者は、この深夜勤務調査項目の部分については、調査期間中に深夜勤に従事したときに、その時間の経過を追って各項目にできるだけ正確に記入するように求められた。

結果

1. 勤務前仮眠の実態

A. 全体的な傾向

勤務前仮眠をとった者は1781名(89.0%)、仮眠をとった者の平均仮眠時間は163.0分±65.2分(標準偏差;以下同じ)であった。仮眠をとる者は、平均で2時間半以上の仮眠をとっているといえる。仮眠時間の長さや深夜勤前の疲労感評点との間のPearson積率相関係数は $r = -0.124^{***}$ であった。

B. 年齢別相違(表1)

年齢が高くなるにつれて勤務前仮眠をとる者の割合が減少する傾向がみられる。平均仮眠時間は、全体的には、年齢が高くなるほど平均仮眠時間が短くなる傾向が顕著であるが、35-39歳以降の年齢層では140分台で大きな相違はない。

勤務前仮眠の睡眠感については、年齢が若いほどよい睡眠感がえられていた。データ全体では、勤務前仮眠時間の長さや睡眠感評点との間のPearson積率相関係数は $r = -0.266^{***}$ であった。しかし、35-39歳以上の年齢層の結果では、平均仮眠時間は変わらないが、仮眠後の睡眠感には相違がみられる。

C. 既未婚別相違(表2の左欄)

独身者や子どものいない既婚者の91%以上が勤務前仮眠をとっているが、子どものいる既婚者の仮眠取得率はそれと比較して低い。とくに0-3歳児や4-5歳児をもつ既婚者は、70%台しか勤務前仮眠をとらず、両者の取得率の間に15%以上もの差がある。平均仮眠時間については、独身者と子どものいない既婚者は長い、子どものいる既婚者は短い。とくに、子どもの年齢が小さい者ほど平均仮眠時間が短く、0-3歳児をもつ既婚者と独身者との平均仮眠時間の差は1時間以上であった。

D. 仮眠開始時刻と仮眠時間との関係

仮眠取得率は、19時台がもっとも多く35.6%、次いで20時台28.1%、18時台16.9%であった。全体の仮眠開始時刻の平均は19時37分であった。平均仮眠時間の長さを開始時刻別に見ると、開始時刻が遅くなるにつれて平均仮眠時間が短くなり、また仮眠後の睡眠感が悪化していた。開始時刻別の仮眠時間の変化を概略的にみると、開始時刻が17時台から20時台まではほぼ比例的に減少するが、その後21時台以降の開始では、それ以前の開始とくらべて仮眠時間が急激に減少する傾向があった。

E. 仮眠場所

仮眠を自宅でする者は1188名(67.1%)、病院でする者は509名(28.7%)であった。仮眠時間の長さについては、自宅での平均仮眠時間は147.0分±59.5分、病院でのそれは200.5分±61.6分であった。両者の間には53.5分の相違がある。

自宅では仮眠をとる者の割合(表2の中右欄)は、独身者および子どもなしの既婚者などは60%台であるが、0-3歳または4-5歳の小さな子どもをもつ者は80%以上であった。既未婚条件別の平均仮眠時間は、自宅でする仮眠時間に大きな相違が見られた。最長は未婚者、最短は0-3歳の子どもをもつ既婚者で、両者に間に60分以上の相違があった。

自宅では仮眠をとる者の平均仮眠時間は、通勤時間が長くなると短くなる傾向があった。

2. 勤務前仮眠の効果

A. 深夜勤務中の眠さの発生時刻(図1)

どの勤務前仮眠時間の長さによっても、午前4-5時台に眠さが発生する割合がもっとも高く、次いで2-3時台、6時以降の順になる。しかし、仮眠時間が長くなると、午前2-3時台の発生割合が次第に減少して4-5時台の発生割合が増大することが認められる。眠さの強さへの影響については、差がなかった。

表1. 年齢別にみた勤務前仮眠取得率、平均仮眠時間および仮眠時の睡眠感

年齢 (歳)	看護婦 の数	仮眠をとった 看護婦の%	平均仮眠時間 (±SD; 分)	仮眠時の睡眠感 (%)				
				よく眠れた	眠れた	あまり眠れなかった	眠れなかった	全然眠れなかった
20-24	346	93.6	176.1±61.2	9.5	43.7	31.5	10.1	5.2
25-29	718	90.8	169.5±63.1	9.6	41.8	33.0	11.1	4.5
30-34	307	88.9	163.4±66.8	6.8	40.5	34.1	13.3	5.3
35-39	169	80.5	147.8±67.1	5.5	37.2	36.4	18.6	2.3
40-44	193	87.6	144.3±65.6	8.4	32.5	39.6	12.4	7.1
45-49	159	82.4	149.9±66.8	4.1	31.7	46.3	14.6	3.3
50以上	109	88.1	146.4±62.6	1.1	26.9	44.1	24.7	3.2

表2. 既未婚別にみた勤務前仮眠取得率および平均仮眠時間 (全体・自宅での仮眠・病院での仮眠)

既未婚別	全 体			自宅での仮眠		病院での仮眠	
	看護婦 の数	仮眠をとった 看護婦の%	平均仮眠時間 (±SD; 分)	仮眠をとった 看護婦の%	平均仮眠時間 (±SD; 分)	仮眠をとった 看護婦の%	平均仮眠時間 (±SD; 分)
未 婚	1328	91.3	172.7±62.4	68.6	158.7±57.3	29.3	206.7±58.8
既婚：子どもなし	257	92.2	161.7±64.8	65.4	144.3±58.4	32.9	198.7±63.5
既婚：0-3歳児あり	73	75.3	106.1±61.1	85.7	91.3±41.0	5.7	198.8±85.1
既婚：4-5歳児あり	30	73.3	117.4±57.7	87.5	109.8±47.2	8.3	210.0±127.3
既婚：6-12歳児あり	134	78.4	125.1±60.6	75.9	103.5±42.6	22.3	198.8±56.5
既婚：その他の条件	167	84.4	141.0±64.7	60.7	122.2±59.6	37.3	171.1±60.0

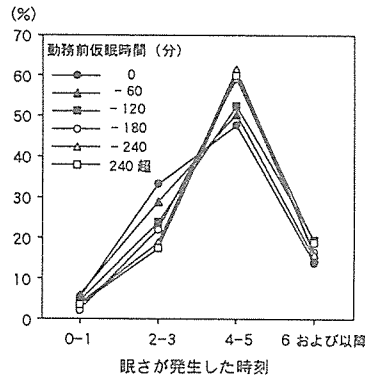


図1 勤務前仮眠時間別の眠さ発生時刻の分布

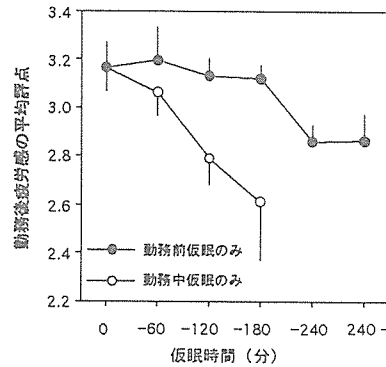


図2 勤務後疲労感に及ぼす勤務前仮眠と勤務中仮眠の影響の比較

B. 勤務後疲労感への効果 (図2)

深夜勤務中の仮眠 (以下、勤務中仮眠という) をとらないときの勤務前仮眠時間の長さ、および勤務前仮眠をとらないときの勤務中仮眠時間の長さによる深夜勤務後の疲労感の平均評点の変化を比較して示す。次のことが明らかである。第1に、勤務前仮眠だけをとったとき、その仮眠時間が3時間を超える長さならば勤務終了後の疲労感の平均評点は低下する。第2に、勤務中仮眠だけをとった場合は、1時間を超える仮眠時間の増加で勤務終了後の疲労感の平均評点は低下する。第3に、勤務中仮眠だけをとった場合、勤務前仮眠だけをとった場合よりも、同じ仮眠時間の長さでも勤務後疲労感の平均評点のレベルは全体的に低い。

考 察

1. 深夜勤務前にとられる仮眠の実態

不規則三交代制に従事する病院看護婦が日勤と深夜勤を連続するときにとる深夜勤務前の仮眠を実態が、本研究から明らかになったといえる。年齢が高くなると、その種の仮眠をとる者の割合が低下し、また平均仮眠時間が有意に減少すること、年齢の小さな子どもをもつ看護婦ほど仮眠をとる者の割合は低く、また平均仮眠時間は短いことがわかった。表2の結果は、小さな子どもがいる看護婦は、日勤後帰宅しなければならず、帰宅すれば家事や育児を行うために仮眠をとっ

ても短い仮眠時間しかとれず、十分な睡眠感をもたないまま00:00からの深夜勤務に従事しなければならない状況を明確に示している。看護婦が日勤-深夜勤の連続勤務につく時は、その勤務間隔時間の中で深夜勤務の従事という労働生活への準備と家庭生活で果たすべき役割とが対立することが明らかである。

2. 勤務前仮眠の効果

ここでは、勤務前仮眠をとることが勤務終了後の疲労感を低下させるという第2の効果について述べる。勤務前仮眠だけをとった場合、それが3時間を超える長い仮眠時間ならば、その種の仮眠をとらない時と比較して、勤務後の疲労感を低下させることができることがわかった。その種の長さの仮眠をとるには、仮眠開始時間は遅くとも19時台でなければならない。しかし、この種の仮眠は、一般的には未婚者や子どものない既婚者でないといえない。小さな子どもをもつ看護婦の場合は、病院で仮眠をとらなければならない。勤務中仮眠だけをとった場合には、1時間を超える仮眠時間で勤務終了後の疲労感を低下させる効果があること、また61分以上の同じ仮眠時間でも、勤務中仮眠では勤務前仮眠とくらべて勤務後疲労感の平均評点が有意に低いという結果を併せ考えると、勤務後疲労感を低下させる効果に関しては、勤務前仮眠よりも勤務中仮眠の方が明らかに大きいといえる。

B15 保健体育科教員の労働実態と健康についての研究課題

○佐藤 晃 福地保馬(北大・教育学部)

1. はじめに

今日の「学校」を取り巻く環境は、非常に厳しいものであると考える。近年、「学校」に関わる様々な問題が、いろいろな角度から研究されてきている。そんな中、教員の労働条件や健康状態に対する研究も徐々に増えてきている。

今回私(佐藤)は、修士論文として、教員の中でも『保健体育科教員』に焦点を当てて、その労働と健康に関する諸問題について考察しようと考えている。

これから論文作成を進めていくにあたって、現在までの様々な研究の中から、保健体育科教員の労働と健康を考えていく上でのPointを整理し、今後明らかにすべき「課題点」という形で提示してみたい。

2. なぜ『保健体育科教員』なのか

「体育の先生」というと、何か他の教科の先生とは違った響きを持っているような気がしてならない。丹下¹⁾もその論文の中で、「明治時代から現在に至るまで体育教師は教育の場において特殊な存在であり、特別な評価がなされている」と述べている。事実、自分のこれまでの学校生活を考えたとき、例えば、生活(生徒)指導や、部活動(運動系)指導の中心人物であったり、全校集会などの時に前で大声を出しているのは体育の先生といったことなどが挙げられる。

こういった特徴は戦前からの体育科(体操科)のあり方に端を発しているわけであるが、このような「特殊性」が保健体育科教員の労働条件や健康状態において、近年なされている教師を対象としてみたときの状況と違っているということが考えられるのではないだろうか。また、違っているとしたら何が、どのように違っていて、問題点はどのようなことなのだろうか。違わないとしたらなぜ違わないのだろうか。

以上のような点について、今後の課題と対策を含めて考察を進めていきたいと考えている。

以下に考察を進める上で注目していきたい点につ

いていくつか述べる。

3. 授業について

一目で見てわかるように、体育の授業形態(保健は除く)は明らかに他の教科とは異なり、教師自身が実際に体を動かすことが中心となる。その肉体的負担はどうなっているのだろうか。授業時数との関わりで考えたとき、負担の度合いはどのようなのだろうか。また「体育」という授業は生徒の好きな授業であるため、授業が成立しやすいという評価がある一方で、なかなか授業が成立しないという声もよく聞かれる。授業を進めていく上での困難はどの教科でもあるだろうが、「体育」ならではの困難はないのだろうか。

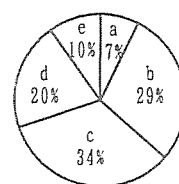
4. 部活動について

教員の部活動に対する評価は決して一定ではない。1992年の全教の調査²⁾によれば、青年教員の間では「もっとやりたい」と「もっと減らしてほしい」との回答数の割合が拮抗しているとの結果が出ている。

部活動の過熱化が言われるようになって久しい。その影響は子どもたちだけでなく、教員にも間違いなく現れてきている。「部活未帰人」という言葉もあるように、部活動のために家庭を顧みる暇もないという教員は決して少なくない。

佐藤³⁾の卒業論文時の調査(道内一部地域の中学校保健体育科教員対象)から、部活動の1週間当たり指導時間と休業中の出勤日数をみると以下の図1、2のようなになる。1週間当たり指導時間の平均は16.3時間であり、最も多い教師では週40

図1 部活動1週間当たり指導時間

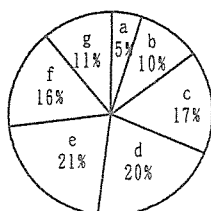


a:10 時間未満	8 名
b:10 ~ 15 時間	32 名
c:15 ~ 20 時間	37 名
d:20 ~ 25 時間	22 名
e:25 時間以上	11 名
合計	110 名

時間の指導を行っていた。また、休業中の出勤の

理由は95%(106人)が部活動指導のためであると答えている。

図2 休業中の出勤



a:10日未満	5名
b:10～20日	11名
c:20～30日	18名
d:30～40日	22名
e:40～50日	23名
f:50～60日	17名
g:60日以上	12名
無記入者	3名
合計	111名

また、部活動の学校における位置づけは必ずしも明確ではなく、何か事故が起こったときの責任問題は、教員の大きな精神的負担となっている。

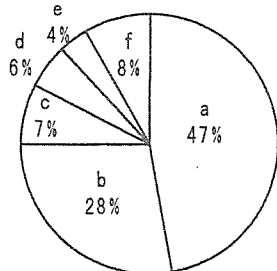
しかし、一方で部活動の教育的価値を見いだし、子どもたちのニーズとも相まって、そこに情熱を燃やし、生きがいを感じている教員もいる。

以上のように様々な問題を抱えている部活動ではあるが、体育科教員はその教科の性格上、どうしてもその指導の中心にならざるを得ない。そこがどのような影響を与えているのか。部活動の今後のあり方とともに考えていきたい。

5. 生活（生徒）指導について

生活（生徒）指導も保健体育科教員の労働を考える上で、重要なPointの一つであると考えられる。もちろん生徒指導は体育の先生だけの仕事ではないが、前述の佐藤の卒業論文時の調査でも公務分掌において生徒指導部を担当している教師が約半数を占めていた。詳細を図3に示す。

図3 公務分掌



a:生徒指導部	51名
b:保健体育部	30名
c:教務部	8名
d:学校保健委員	6名
e:進路指導部	4名
f:その他	9名
合計	108名

また、同調査の自由回答を見ると「体育教師＝生徒指導」というパターンで見られがち。「生徒指導での対応を余儀なくされるので、肉体的・精神的にもきつい。これも体育教員の宿命だと思うのですが」「生徒指導が入れば、大きな労力になると考えられる」「生徒指導は保健体育科教員に

は強く求められる」などの記述もあり、学校において、生徒指導の中心となっている体育の先生は少なくないはずである。

教育困難⁴⁾が社会問題化している中での生徒指導には多くの苦勞が伴う。精神的にも肉体的にも厳しいこの仕事を、その中心となって進めていかなければならない状況というのは、少なからぬ影響を及ぼしていると言えるだろう。

6. おわりに

今回は3つの点について挙げたが、もちろんこの3つで説明できるほど単純な問題ではないだろう。このほかにも様々な要素が複雑に絡み合っており、今日の状況をつくりだしている。その複雑に絡み合っている要素を一つ一つ明らかにしていくことで、保健体育科教員の労働と健康の実態をとらえていこうと考えている。

参考文献

- 1) 丹下保夫：体育教師の特殊性の問題
体育原理研究会編 『体育教師・武道の現代化』（体育の原理第2号）p53～76
不昧堂書店 東京 1968
- 2) 全教「教職員の生活と勤務に関する調査」
プロジェクト・チーム：ああ、せわしい1週間（全教「教員の生活と勤務に関する調査」速報），季刊エデュカス，1 p17～53 1993
- 3) 佐藤晃：中学校における保健体育科教員の労働と健康，北海道大学教育学部卒業論文 1995
- 4) 松浦善清 多忙化のメカニズムと教師文化
大阪教育文化センター 教師の多忙化調査研究会編 『教師の多忙化とバーンアウト』
p89～106 法政出版 京都 1996

B21 保健所長は医師でなければならないか

上畑鉄之丞 (国立公衆衛生院)

地方分権小委員会の答申は、昨年末、保健所長資格について、それまでの中間報告での「保健所長の医師資格規制を廃止方向で検討する」から一転して、「必置規制の見直しの一環として、その(医師であること)要否を引き続き検討する」と報告した。

もともと、保健所長に関する規定は、保健所法施行令(昭23.4.2,平6改、現在の地域保健法)第4条で、「保健所長は、医師であって、左の各号の1に該当する技術吏員でなければならない」とされており、

- 1) 3年以上公衆衛生の実務に従事した経験がある者、
- 2) 厚生省組織令95条に規定する国立公衆衛生院の行う養成訓練の課程を経た者、
- 3) 厚生大臣が、前2号に掲げる者と同等以上の技術又は経験を有すると認めた者

との資格要件が示されている。

しかし、過去の経過では、医師不足、とくに公衆衛生業務に従事する医師の絶対的不足を背景に、「臨床医師としての経験は長い」ものの、「公衆衛生の実務経験のない」医師が、前項4条規定3)にもとづいて保健所長になる場合が少なくなく、地域によっては、保健所長の資質が低いとみる原因をつくってきた。

こうした状況を背景に、厚生省計画課は、地方からの問い合わせに対して、「保健所長施行令第4条第3号の規定に基づき、厚生大臣が同条第1号及び第2号に掲げる者と同等以上の技術又は経験を有するとして保健所長の資格を認める基準」について以下の課長通達を出している。

「医師免許取得後、公衆衛生関係の研究・教育等に5年以上又は診療に10年以上の経験を有し、かつ、国立公衆衛生院の特別課程(公衆衛生特論コー

ス)を受講した者、ただし、保健所に勤務した経験が1年以上ある者については、当課と協議の上、経験年数を減ずることができる。なお、保健所法施行令第4条第2号に定める国立公衆衛生院の行う養成訓練の課程とは、専門課程(1年)とする。」(1991年4月)

国立公衆衛生院の「公衆衛生特論コース」は1985年に研修期間1.5ヵ月として開始され、この10年間に数百名の保健所医師が受講しているものの、受講者の年齢、医師としての経歴、公衆衛生医としての実務経験の違いに加えて、「研修期間の短さ」について異論があり、保健所長としての研修でなく、保健所医の初任者研修と位置づけるべきとの意見が多い。

一方、全国衛生行政研究連絡会が1994年に保健所や衛生部局の公衆衛生業務に従事する医師・歯科医師を対象におこなった研修状況調査(37自治体、545名)では、保健所長になるための必須研修が「ある」と回答した自治体は都道府県で22.9%、政令市で9.1%のみであり、具体的内容では、国立公衆衛生院の「公衆衛生特論コース」をあげるものが多く、同院の専門課程は2自治体のみであった。また「専門分野は？」とした回答は、「公衆衛生」とした者は30.5%で、内科(20.9%)、小児科(17.4%)、精神科(8.3%)など臨床各科とする者が多く、保健所長に必要とされる行政研修を全く受けたことがないと回答した者も38.3%で、1回のみも37.8%であり、公衆衛生医としての認識が希薄な実状がみられた。

すなわち、保健所長には医師資格が必要とされているものの、現実には、行政実務をおこなうための研修すら不十分な実態があり、実務経験に加えて、本来の1年以上の公衆衛生専門医としての教育研修が受けられる体制を整えることが重要と思われる。

B22

介護福祉士養成の現状と専門職養成における公的責任

○西 三郎(愛知みずほ大学人間科学部)

1. 介護福祉士への期待と養成計画

社会福祉事業法の改正(1992・6・26)により、厚生大臣は、「福祉人材の養成確保のための基本指針」を告示(1993・4・14)し、社会福祉事業者の行うべき措置、国・地方公共団が講ずる支援措置を示すことにより、福祉人材を確保し、国民に必要な福祉サービスを提供するとしている。

新ゴールドプラン(1994・12・18)

平成11年度末の整備目標：(1) 在宅サービス：ホームヘルパー 17万人等、(2) 施設サービス：特別養護老人ホーム 29万人分等、(3) マンパワーの養成確保：寮母・介護職員 20万人、看護職員等 10万人、OT・PT 1.5万人である。

障害者プラン(1995・12・18)

4. 介護等のサービスの充実

(2) 在宅サービスの充実：ホームヘルパー約4.5万人等、3) 身体障害者療養施設 約2.5万人分、精神薄弱者更生施設 約9.5万人分等である。

9. マンパワーの養成・確保

人数は明記されていないが、福祉人材の確保を図るとされている。

13. 難病を有する者への対応

ホームヘルプサービス等適切な介護サービスの提供の推進を述べている。

国は、委託事業として「福祉マンパワーの受給推計手法の開発」(財)医療経済研究機構(1996・2)を行い、「平成11年度(1999)におけるホームヘルパーの数は、約21万人、特養・老健等の寮母・介護職員の合計約14万人弱しか見込めないとし、新ゴールドプランのホームヘルパーの整備目標17万人は達成可能であるが、施設の寮母・介護職員の20万人には及ばないとし、老人保健福祉審議会の「ホームヘルパーの需要、2000年に17~22万人、2005年に34万人、2010年に56万人の予想」は、ホームヘルパーについては不足する。」を報じている。

厚生省は、「社会福祉士及び介護福祉士法にて規定する養成施設に対する社会福祉・医療事業団の貸付について」(1988・4・28)を定め、養成施設の整備を支援している。

2. 教育機関としての介護福祉士養成施設

わが国の大学短大および高等教育機関の入学生の国公立別別の構成割合を表1、2にまとめた。国立の介護福祉士養成施設はなく、公立の施設も短大・専門学校が僅かに見られるのみで、他の分野、特に保健分野に比較し私立学校による教育に依拠している割合が強い。

一般に、専門性が高い分野は大学教育により、実務教育は専門学校による傾向がみられている。このことは、大学等入学者数の学校種別の構成比率(%)をまとめた表3より明らかである。すなわち、医学、歯学、薬学教育は総て大学によっており、その他の保健分野では、大学、短大による教育が行われているが、主流は専門学校である。介護福祉士の養成は、さらにその傾向が高い。

しかしながら、専門性の高い教育が国立機関により、専門性が低い分野の養成が民間によるとするには、その分野の社会的な役割、重要性により規定されてしかるべきであろう。しかるに、保健、介護福祉士養成の実態をみると、必ずしも社会的な任務とのかかわりが明らかでないままに、保健、介護分野ともに民間の専門学校によっている。とくに、民間に依存する比率が高い保健分野よりも、総て国の機関または国が全額費用を負担している社会福祉法人施設で働く介護福祉士の養成が、より高い比率で民間施設に依存している。

2. 介護福祉士養成施設の現状

介護福祉士養成施設における介護実習は、全科目時間の30.0%を占め、実習は厚生省指定施設で行うことが定められている。本年度より実習施設に、老人保健施設が加えられたが、その他の施設は、社会福祉施設で、国公立施設か全額国が費用を負担している社会福祉法人施設である。これらの施設は、養成に必要な人員を確保するための費用が国の措置費に含まれていない。このため、社会福祉法人での実習には、学生が実習費を負担している。なお、学生が負担した費用は、どの様に使用されているかは、必ずしも明らかではない。国は、実習を義務づけていながら、その費用負担

のあり方を提示せず、さらに国公立の社会福祉施設での実習指導に対して、篤志的な活動に依存することが余儀なくされているのが実態である。

3. 介護福祉士養成における公的責任

社会的にその確保が急がれている介護福祉士養成に関し、国は、その重要性を指摘してはいても、実際に教育養成施設の整備を果たしているとはいえず、さらに、実習施設の現場での実習指導に関してもその対策が遅れがみられている。社会福祉法人立の養成施設の建設の一部を支援しているのみで、大学・短大を除け、運営費に関する補助の制度を欠いている。介護福祉士の養成の多くが専門学校によっている現状では、必要な教師等の人材の確保、実習の支援等を図るための財政援助等を含めて教育養成環境の整備が急務である。

表1 大学短大入学者数設置者別構成比率(%)
(平成7年5月)

	人数	国立	公立	私立
大学	2,546,649	23.5	3.3	73.2
保健	25,685	27.5	7.3	65.2
医学	7,585	52.9	8.9	38.2
看護学	2,201	25.9	23.3	50.8
歯学	2,709	25.0	3.5	71.5
その他	3,973	17.7	5.2	77.1
薬学	9,217	11.9	4.2	83.9
社会科学	229,642	7.8	3.1	89.1
社会学	23,324	2.0	2.7	95.3
その他	9,403	22.4	3.2	74.4
介護福祉士	85	0.0	0.0	100.0
同上8年5月	165	0.0	0.0	100.0
同上9年5月	165	0.0	0.0	100.0
短大	232,741	1.6	4.6	93.8
保健	11,381	27.5	23.5	48.9
看護学	5,848	28.7	36.7	34.6
その他	5,533	26.3	9.6	64.0
社会	30,893	1.7	6.8	91.4
社会学	3,006	0.0	9.4	90.6
その他	2,426	5.2	17.7	77.1
介護福祉士	1,495	0.0	3.3	96.7
同上8年5月	1,825	0.0	5.5	94.5
同上9年5月	1,875	0.0	8.0	92.0

表2 専門学校入学者数設置者別構成比率(%)
(平成7年5月)

	人数	国立	公立	私立
専門学校(卒業生)	311,388	2.0	3.8	94.2
医学関係	50,941	12.3	21.6	66.1
看護	30,628	17.1	28.9	54.0
准看護	158	20.3	0.0	79.7
歯科衛生	5,671	0.9	6.9	92.2
臨床検査	1,886	1.4	6.1	92.5
はり・きゅう・あんま	1,725	6.7	0.0	93.3
歯科技工	2,828	3.6	2.3	94.1
放射線技師	661	2.4	0.0	97.6
柔道整復	1,078	0.0	0.0	100.0
その他	6,306	11.0	25.2	63.8
栄養	4,314	0.0	3.6	96.4
教育・社会福祉関係	16,487	0.0	1.6	98.4
保母養成	4,885	0.0	3.1	96.9
教員養成	2,076	0.0	1.4	98.6
その他	9,526	0.0	0.9	99.1
介護福祉士	9,710	0.0	1.8	98.2
同上8年5月	11,946	0.0	2.1	97.9
同上9年5月	15,096	0.0	1.9	98.1

表3 大学等入学者数学校種別構成比率(%)
(平成7年5月)

	人数	大学	短大	専門
保健	92321	27.8	12.3	59.9
医学	7585	100.0	0.0	0.0
看護学	38835	5.7	15.1	79.3
歯学	2709	100.0	0.0	0.0
その他	33975	11.7	16.3	72.0
薬学	9217	100.0	0.0	0.0
介護福祉士	11290	0.8	13.2	86.0
同上8年5月	13936	1.2	13.1	85.7
同上9年5月	17136	1.0	10.9	88.1

表1、2、3の資料：文部省『学校基本調査報告書 平成7年度』大蔵省印刷局、1996
社団法人 日本介護福祉士養成施設協会会員名簿(平成9年5月)

B23

在宅医療における薬剤師の業務の拡大とその課題

○西 三郎 (愛知みずほ大学人間科学部)

第35回社会医学研究会(1994)にて報告した「在宅医療における薬剤師の役割」のその後の発展を報告する。なお、報告の内容は、筆者が座長、研究班長を務めた日本薬剤師会が委託を受けた厚生省補助事業、厚生科学研究の成果を踏まえて、平成8年度「在宅医療における薬剤使用の実態調査及び事例集作成事業検討会」を中心に報告する。なお、この研究以前の関連した研究等は以下の通りである。

- ①平成7年度厚生科学研究医薬品安全対策等研究事業「在宅患者の医薬品使用に係わる実態及び適正使用に関する調査・研究」
- ②平成6年度厚生省「在宅医療薬剤供給推進検討委員会」
- ③平成6年度厚生省委託事業、日本薬剤師会「在宅医療薬剤供給推進モデル事業検討会」
- ④平成5年度厚生省「在宅医療薬剤供給推進検討委員会」
- ⑤平成4年度厚生科学研究医薬品安全対策等研究事業「在宅医療に必要な薬剤等の供給及び安全確保に関する研究」
- ⑥平成4年度日本薬剤師会「日本薬剤師会在宅介護用品検討会委員」
- ⑦平成3年度厚生省補助事業、日本薬剤師会「老人保健事業推進費補助金(老人保健健康増進事業分) 基準薬局を対象とした在宅介護用品相談応需体制整備事業」

1. 研究事業実施目的

在宅医療の進展に伴い、患者主治医との連携のもと、薬局薬剤師が患者を訪問して在宅患者の薬剤管理や服薬指導等の業務が増加している。この業務の中で、在宅医療における薬剤使用における問題点等が次第に明らかにされてきている。このため、在宅患者の薬剤師用の状況の概観を行うとともに、有意に抽出した事例を対象に一定期間継続して観察し、薬剤使用における問題点等を抽出・把握することともに、その改善策を検討・整理し事例集として関係者に提供し、在宅医療における医薬品使用の適正化を推進するための一助とする。

2. 研究方法

全国から、本事業実施予定地モデル地区を選定し、モデル事業を行うとともに、日本薬剤師会内に、医師、看護婦、薬剤師、行政担当者等よりなる検討会を設置し、事業全般にわたり検討を行った。モデル地区での事業として、個別事例に対して、主治医、看護婦等との連携のもとで、薬歴、前年度までの研究成果としてまとめた薬剤チェック票、その他の調査票を用いて実態の把握、問題点の抽出等を行った。また、モデル地区における事業を円滑にすすめるために、地区医師会、地区歯科医師会等の医療専門職団体および保健所、市行政機関、サービスを提供する医療機関、訪問看護ステーション等と緊密な連携を図ることにより、モデル地区での在宅医療のための組織化をすすめることも視座に入れて研究を行った。

本年度のモデル地区を担当した薬剤師会は、沼津薬剤師会、奈良市薬剤師会、岡山市薬剤師会、福岡市南区薬剤師会、佐世保市薬剤師会、別府市薬剤師会である。

「在宅患者薬剤チェック票」は、昨年度の成果として試案にまとめた表である。内容は、患者のプロフィール、薬剤使用状況、臨床効果の確認および副作用の早期発見のための確認事項の表、SOAP (Subjective, Objective, Assessment, Plan) 表等よりなる。また、抗コリン製剤、リードバ製剤およびドパミン受容体刺激剤、モルヒネ製剤、インターフェロンに関しては個別薬剤毎に作成した詳細なチェック表、下剤、制吐剤等に関しては、関連薬剤特性一覧を作成し、容易にチェックができるようにした。

3. 研究結果と考察

日本薬剤師会は、平成9年5月22日に本研究班の成果をまとめた報告会を開催すると共に、この成果を報告書として公表する予定である。

ここでは、薬学研究に関する詳細は報告書に譲り、社会医学的な観点から、報告者の見解としてまとめた事項を報告する。

1) 地区における^①組織化に関する事項

モデル事業の経験年数および地区特性により、^①組織が十分に図られている地区と、しからざる地区がみられた。ここでは、^①組織化が図られた地区の事例を主として報告する。

地区医師会、地区歯科医師会等の専門職の連携がすすむことは、当該地域における個別事例の検討をそれぞれの専門の学問分野からの検討を対等に行うことを可能にしている。とくに、主治医の特性等による事例検討がすすみにくい例に対しても、その事例が有する課題を広く討議検討する機会を持つことを可能にし、そこでの成果を共有することにより、相互の専門職の理解を深める結果を得ている。

行政機関、サービス提供機関との連携は、一般に在宅医療をすすめる前提として不可欠である。しかるに、多くの報告をみるに、用いられている薬剤に関する検討が必ずしも行われていない例が少なからず認められる。長期慢性疾患の治療、ケアにとっては適正な薬剤使用が重要な事項であるにもかかわらず、薬剤使用に関するコンプライアンスがよくない事例が少なくない。とくに高齢世帯に薬剤師の指導援助が必要であり、モデル事業を通じて、薬剤師の任務が多くの専門職に評価されるようになってきた事例が数多く報告された。

2) 薬剤師と医師との関係

薬剤師は、医師の処方に基づいて調剤を行う。処方に課題がある場合には、薬学の専門の立場から発言しなければならない。また、複数の医療機関受診例における複数処方による薬剤の相互作用等の発見の役割を担っている。この薬剤師の機能を果たすには、医師の側から薬剤師を専門職として評価していることが前提になければならない。しかるに、現実の在宅医療の場で、医師と薬剤師とが直接接する機会が少ないために、相互に理解と信頼を高める機会が得難いといえよう。訪問薬剤管理指導料が設定されたことは、薬剤師が、患者宅での療養生活を直接知る機会が得られ、薬剤師として観察した結果を医師等に連絡することを通じて医療職としての共通性と専門の違いを具体的な事件を通じて認識することができることになった。このため、薬剤師は、調剤室の外に出て、訪問指導を通じて、実際の生活の中での課題を発見する機会が拡大されることになり、薬剤師の評

価さらに高まることを通じて、在宅医療に貢献できることになる。

個別事例報告のなかに多くの具体的な事例が含まれている。

3) 薬剤師とその他の専門職等との関係

訪問薬剤管理指導料が設定されたことは、薬剤師にとって、訪問看護婦、保健婦のみならずホームヘルパー等の実際に在宅での療養生活を支えている多くの専門職等と協働する機会が高まっていく。この機会を通じて、薬剤師の専門性の理解を高めることができてきている。個別事例報告のなかに多くの具体的な事例が含まれている。

4) 在宅医療における薬剤師の新たな任務

現在設定されている訪問薬剤管理指導料に、多くの制約事項があるため、在宅で療養している人総てを対象にすることはできない。この制約を縮小させるには、薬剤師の在宅医療における必要性、重要性が広く認識されていなければならない。さらに、薬剤師は、狭い意味での薬剤管理指導に限定することなく、療養生活における薬学を専門にしている立場から療養環境を衛生的に保持するための指導助言することも重要な業務である。モデル事業において、療養環境への指導助言へと発展した事例が報告されている。

在宅医療に薬剤師が関与することは、従来の専門職とは異なった新しい視点で、在宅療養患者の生活の見直しの機会になっている。社会から、薬剤師への期待が高まる中で、訪問薬剤管理指導料に含まれている制約事項が縮小されて来よう。

一方、薬剤師が療養している生活の場を訪問することは、他方では単独薬剤師の薬局の場合には、薬剤師の不在の時間帯が生じることが課題になってきている。とくに薬剤師過疎地区での対応には、機械的な薬剤師の数の増加のみでは解決できない。

現状では、医師その他の専門職から期待される薬学の専門職として機能することができる生涯学習の体系が十分に図られているとはいえない。とくに、医療薬学自体が新しい学問でもあり、現場の薬剤師にたいする教育方法の開発も検討されなければならない。

在宅医療の場のみならず、医療全体、さらに生活保持の中での薬剤師の専門を正しく評価し、その機能を活用することが課題である。

B24 福祉職場に働く保健婦の労働実態と意識

○関谷栄子、佐藤希恵、村岡恵子、山本啓子、石塚和子
(東京都看護協会保健婦職能委員会)

《目的》

老人保健法施行以来、老人福祉の在宅ケアの必要性が高まり、福祉行政職場配属される保健婦が多くなった。保健婦職能にとりどう対処すべきなのか。保健婦の業務及び処遇について明らかにする必要があると考え、労働実態と事業及び保健婦自身の意識について調査を行った。

《調査結果》

1. 対象と方法

東京都区部、多摩地域に於ける福祉行政の分野に働く保健婦を対象としてアンケート調査を行った。調査対象116名、回答数は76名、回収率は65.5%であった。調査期間平成8年11月-12月

2. 結果

(1) 調査対象者の概況

A. 年齢、所属、身分

回答者の年齢区分は、20代が16人21.1%、30代が23人、30.3%、40代が20人26.3%、50代が16人21.1%、60代が1人1.3%である。各年代層にわたり平均に分散している。

身分は一般職員が35人46.1%、主任18人23.7%、主査14人18.4%、係長7人9.2%、課長2人2.6%である。一般職員と中間管理職に二分される。

B. 業務・勤務条件

業務内容は、「直接援助」と「窓口の相談業務」が大半であり、「管理運営業務」は少ない。(図-1)

予算に対する発言権・裁量権は「ある」が41人53.9%であるが、「無い」ものが28人36.8%とかなりの割合をしめる。

保健所との交流は「随時ある」が33人43.4%で、「定期的にもたれている」も30人39.5%と良い状況である。しかし少数ながら「特にない」が4人5.3%に見られた。

福祉職場への転勤希望については、「希望しなかったが、しかたなく配転命令に応じた」人が、40人52.6%もある。「快く命令に応じた人」は、26人34%である。(図-2) 保健婦にとっての福祉職場は公衆衛生、予防業務の立場から見ると、保健婦の機能が発揮しにくいと考えているものが多い。

異動基準が明確でない。労使協定があるかないか解っていないものもかなりにのぼる。勤務時間は週40時間であるが変則勤務として土曜日の隔週出勤がある場合が多い。

C. 連携状況

保健婦の活動の特徴である連携・コーディネート機能がどのように活かされているかを自由記載で調査した。

ケース援助に関する連携は、随時あるいは週1回程度の頻度で行われているのが31人。また、ケース連絡会として定例化されているものは11人である。

高齢者サービス調整会議などは年間数回実施されている。しかし保健婦によってはそれには参加していないものもいる。

また保健所との定例連絡会をもちケース連絡、技術支援、研修協力がなされているところもある。介護支援センターなどとは週1回程度の頻回な連携の機会がとられている。しかし福祉職の理解が得られないとの少数意見もある。

D. 保健婦機能のメリット・デメリットについて

世代間のちがいを比較したところ、若い世代の意見は、・ケースの掘り起こしができる。・住民ニーズに応えられる。・福祉行政の組織的な動きをみて学ぶことがある。・事務職や他職種の中で仕事をすることで視野がひろがる。等積極的に評価している。

デメリットは・新卒で配属されると、1人職場で悩む。保健所経験をしてからのの方が保健婦の能力が生かせるとして中堅以上の保健婦の配置をのぞむものもある。

・個別ケアのみに埋もれ、保健婦が医療的行為のみ期待されていると「不満足感」を訴えるものもある。・ケース対応のみで忙しく、考える余裕もない。バーンアウトしやすい職場という指摘をするものがある。じっくりと地域の住民ニーズを把握分析して総合的な事業展開をしていくことが保健婦にとって望ましいものと考えている。

30代以上の中堅保健婦は（保健所経験が10年程度以上あり、福祉職場で1-7年のキャリアをもつ）福祉活動に保健婦活動経験を生かし、直接ケアだけでなく、「予防、保健相談」にも相談をひろげている。さらに把握した問題を施策化し、住民サービスへと構築させることができる。

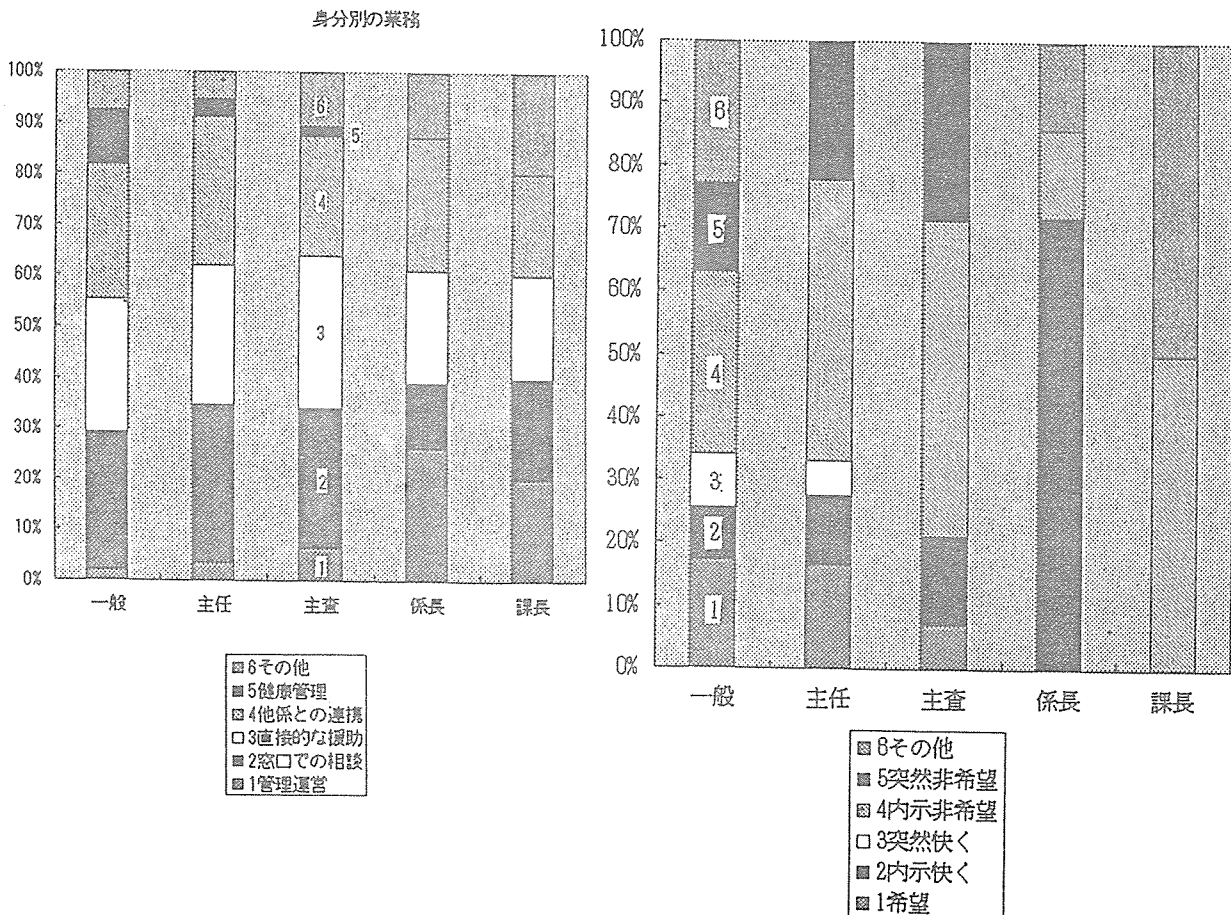
・しかしデメリットとして多くの声が寄せられたのは個別ケアに埋没させられる危険性である。家族全体、地域の視野を拡大するべき保健婦としての特性を理解されにくい。予防活動ができず、訪問看護の仕事に追われる。保健婦業務以外の事務業務が多すぎる。費用徴収などお金のことに戸惑う。障害にばかり目がいき、健康に思いが届かない。公衆衛生や予防活動への不全感をもつものも多い。自己主張をしないと専門職としての役割を理解してもらいにくい。1人配置のために、保健医療の分野の目をもちながら福祉の現場をどうみていくか話し合う相手がいない。などをあげている。

《結論》

保健婦の福祉職場への配置は、視野が広がり、福祉職員との連携が取りやすい、などのメリットはある。

しかし、保健婦の特性である、家族や地域全体をみて、予防活動を行い、健康に関する予防事業、公衆衛生活動を行うことはできにくい。個別ケアのみに追われ忙しくバーンアウトする危険性がある。介護保険が導入された場合はさらにはげしくなるだろう。保健と福祉の間で定期的な人事交流を図り、メリットをいかせるようにするべきである。保健婦は保健においても福祉においても、連携をはかり、住民のニーズ掘り起こしをおこない予防活動を重視する。保健婦の基本特性を損なうことないように自己主張しなければならない。

異動希望と身分



B25.

ホームヘルプ労働に関する一考察 — 「登録ヘルパー」の現状分析から —

福島 知子 (立命館大学社会学研究科)

〈はじめに〉

在宅サービスの要であるホームヘルパーは、新ゴールドプランには17万人を目標数値とし、介護保険制度における2010年の整備量は、56万人と設定されている。

しかし、多くの自治体では、ホームヘルパーは社会福祉労働者ということではなく、家計補助的なパートタイム労働やボランティアな人材をターゲットにした「登録ヘルパー」制度の量的な拡大が進んでいる。

京都市のヘルパー事業においても、常勤：122人、非常勤：30人、「登録ヘルパー」：1925人(1996年9月末現在)と「登録ヘルパー」が92.7%を担っている。今回、京都市「登録ヘルパー」の一部に対してその労働の実態と意識を調査したので報告する。

〈調査方法〉

1. 対象および調査期間

京都市「登録ヘルパー」61名

1996年9月1日～10月31日

2. 調査方法と内容

事前に了解を取り、調査票を送付後、訪問聞き取り調査を行った。

〈調査結果の分析と考察〉

A 「登録ヘルパー」の意識と労働実態分析

(1) 属性の特徴 (図1-1, 1-2)

男性2名、女性59名。40～50歳代が72%と中心を占め、登録期間5年以上のヘルパーが45.9%と調査対象の半数を占め、活動経験の豊富な集団といえる。

(2) 「登録ヘルパー」活動状況

①活動の目的・動機

「一定の収入」「社会福祉労働として」を重視して応募した人は、登録前の説明会・面接でふるい落とされているため、「自由時間を活用して、人の世話をすることを通して生きがいを感じ、自分の将来の家族介護の役に立つ」ことが主な動機となっていたが、子供の教育費、老後の蓄えのための「一定の収入」目的を無視はしていない。

②「登録ヘルパー」への経路

専業主婦からが34.5%、他のパート就労からが31.2%、

フルタイム就労からが8%。ただし、専業主婦の前には保母・老人福祉施設職員・看護等の対人援助業務に就いていた人が10名含まれている。

③「登録ヘルパー」活動量の実態

- ・週平均活動回数 5.86回 最大：18回
- ・週平均延べ活動時間数 14.26時間 最大：29時間
- ・週17時間(移動・記録時間含まれない)以上活動している「登録ヘルパー」 19名 (31.14%)
- ・週17時間以上活動の19名は常勤ヘルパー並みの活動をしていることになる(96年度80時間、97年度100時間が常勤ヘルパーの月間補助ラインである。)
- ・月平均6万円以上 68%
- ・月平均7万円～10万円未満 26%
- ・月平均10万円～15万円未満 18%
- ・月平均15万円以上が5%が活動収入の実態であった。

④実際の援助内容

家事と介護に区分されるということではなく、介護中心の援助が必要な利用者であっても、掃除・炊事・買物・洗濯等の家事援助が基本に行われている。また「話し相手」の援助内容も基本的に含まれている。このことはヘルパーの訪問を待ちわびている高齢者・障害者から、日常生活上の相談助言を強く求められることが多く、在宅高齢者・障害者の社会からの孤立の実情が推測される。

⑤「登録ヘルパー」活動の位置付けと評価

専門性の高い仕事と考えているが、現実の待遇・条件の改善は不可能と判断し、中高年の女性の働き方としてはやむを得ず、諦めて「生きがい」と位置付ける傾向が見られた。仕事志向が78%、ボランティア志向が15%であり、深刻な生活状況・身体状況の利用者への派遣拡大が進み、ボランティア志向では対応できない専門性の要請される仕事であると位置付けられてきていることが考えられる。また、ヘルパー活動をしてみて制度・政策に対する批判的立場からの関心が広がったという「登録ヘルパー」が多かった。

⑥活動上の不満・問題点

「活動上の疑問や悩みに対する指導や助言などの機能がない」と59%の「登録ヘルパー」が指摘している。

利用者の身体状況・精神状況が複雑困難な状況にあり、背景に社会問題・生活問題を抱えることが多いにもかかわらず

ならず、援助に悩む「登録ヘルパー」像が浮かび上がる。

また、直出直帰形態であるため、活動中に起きる利用者の身体状況・精神状況の変化に対し「登録ヘルパー」単独では判断できず、それに対する素早い助言が得られない実態があり、制度・システム上の問題が存在することがわかる。助言・アドバイス体制が不十分であるため、個人判断で活動せざるを得ず、この悪循環から福祉公社プロパー職員の利用者状況把握を一層困難にしていることが推測される。

⑦活動をきめる目安

「頑張って活動しすぎて体をこわしても、なんの保障も無いから」と、約半数の「登録ヘルパー」が「健康に支障のない範囲」を目安にあげている。

(3) 今後の活動意向

「常勤職で働きたい」が19.7%、「固定給を希望。扶養控除の範囲を越えて、社会保険あり」が16.4%と雇用関係を明確にした労働形態の希望が合わせて36.1%となっていた。一方、「年齢が若ければ常勤職を希望」「年齢から現状を受け入れざるを得ないが、本音は常勤職で働きたい」と思いながら、過半数が現行「登録ヘルパー」制を希望していた。

B. 「登録ヘルパー」の労働の実際に関するフリーアンサーからいえること。

フリーアンサーの内容から以下の課題が明らかになった。

(1) 「登録ヘルパー」制度の持つ問題

「登録ヘルパー」は利用者の深刻な生活困難な状況に対して、時間単位に細分化されたホームヘルプ援助内容を強いられ、利用者の生活全体を視野にいれたホームヘルプ労働を展開することを望んでもできない現状に苦慮している。身分や労働条件の確立が必要な社会福祉労働であり、現行「登録ヘルパー」制度の限界を指摘している。

(2) 福祉公社方式の体制・システムの持つ問題

福祉公社プロパー職員との信頼関係が稀薄であることが指摘されている。福祉公社プロパー職員のシステムとしての専門性の欠如であり、社会福祉労働者としての専門性の欠如ともいえる。「登録ヘルパー」は手当額は不安定でも生活費用の一部になっている以上、福祉公社プロパー職員への不満を表現すれば、活動量が減らされると考え、「我慢している」と述べている。「登録ヘルパー」の生の声が届かない体制であり、福祉公社プロパー職員のホームヘルプの専門性認識の不足という資質の問題が存在している。

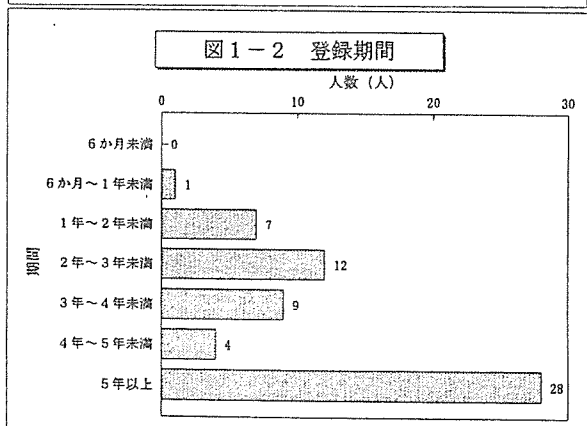
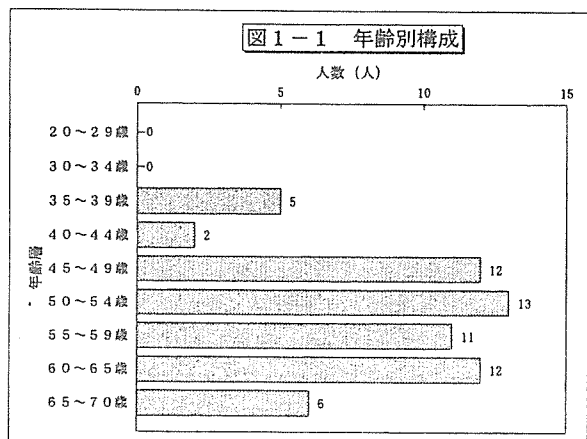
(3) 「登録ヘルパー」の専門性の欠如の問題

「登録ヘルパー」の活動上の不満や悩みが解消されることがなく、ホームヘルプ労働の専門性への意欲を削ぎ、身分や待遇の不備から専門性の高い労働であるという社会的評価を得られにくくしている。そのことが、利用者のもつ生活困難な状況や生活の個別性を柔軟にとらえ対応していく専門性を欠如したまま「登録ヘルパー」に活動させることとなり、生存・発達権保障労働となることを妨げている。「各コマ」対応活動を強いられている。

「登録ヘルパー」自身は活動からホームヘルプ労働は本来高い専門性が求められる社会福祉労働であるとの実感を強めているが、制度の持つ問題とシステムの問題、特に福祉公社プロパー職員の資質と自覚の不足による労働のしにくさを強く感じている。

<まとめ>

「登録ヘルパー」制度は、社会福祉サービスの供給多元化と多様な勤務形態のボランティアな労働力の「掘り起こし」と「教あわせ」のための制度といえる。しかし、「登録ヘルパー」自身は活動を通じて社会福祉の実態を知り、地域の問題を学び、在宅福祉の要求水準を高めてきている。「登録ヘルパー」制度の矛盾が螺旋的に「登録ヘルパー」自身の自覚的発達を促している。「登録ヘルパー」制度の二面性と考える。予期せずに生み出された積極的産物として、地域の福祉を改善していく大きな原動力にもなり得ると考える。



B27 振動障害療養者生活実態調査結果と治療経過についての一考察

○大竹 康彦 ((財)宮城厚生協会 健診センター)

【はじめに】

96年に「振動病適正給付管理通達」がだされ、新たな振動障害長期療養者の療養打ち切りが行われようとしている。振動障害療養者の健康状態や生活実態の現状を把握し、今後どのような対策が求められているのかを検討する手がかりを得るために「生活実態調査」を実施するとともに、これまでの検査結果を改めて再評価してみた。

【結果】

調査対象者は振動障害で労災認定され、当院外来で通院管理している患者50名を対象にして行った。対象者はすべて男性で、平均年齢は61.9歳(47~73歳)60歳前後に集中している。治療形態は全員全休療養中で、治療期間は平均7.1年(i~10年)である。振動工具使用職場は、9割が鉱山でその他は林業、隧道工事現場で、従事年数は平均22.8年(7~36年)、総振動暴露時間は平均16,000時間余り。宮城県内のS鉱山閉山(87年)時に塵肺・振動障害患者掘り起こし健診を実施したことから、当院の振動障害患者は職場、年齢、治療期間などが類似している。振動障害以外に現在治療中の病気のある人は39人(78%)で、塵肺が26人、以下高血圧症(12人)や糖尿病(4人)などの慢性疾患が続いている。

[H-1]現在の主な症状は、手指のしびれ・冷え・こわばり・痛み、肘や肩の痛み、白ろうなど上肢の症状が多い。[H-2]治療効果は、9割以上の方が白ろうや手指の冷え・しびれ、上肢の関節痛などが改善し効果があったと感じている。いくつかの自覚症状について[G-1]現在の症状の強さを聞いた。強さの分類は労働省が示した症度区分に準じた。手指のしびれや肘の痛み強く訴える療養者の割合が高くなっている。治療期間中の悪化は94%の人がなかったと答えている。治療効果とともに、すべて全休療養を補償されていることが悪化を著しく少なくしている要因と思われる。このことは[G-2]白ろうの有無・出現頻度、[G-3]運動障害症度結果にも現れており、白ろう出現のない人の割合は治療初期22%から最近44%に倍加し出現頻度も低下し改善($P < 0.0001$)、また運動障害症度でも明らかに改善($P < 0.0001$)している。

.0001)している。

こうした患者の主観的印象と実際の検査結果を比較検討してみた。過去(治療を開始した頃)と最近の検査結果(常温下・冷却負荷での皮膚温・爪圧迫・痛覚・振動覚、握力)を比較すると、常・冷皮膚温($p < 0.05, P < 0.1$)は改善、常・冷痛覚($p < 0.01$)、冷振動覚($p < 0.0001$)は悪化、握力($P < 0.01$)は改善、その他は有意差を認めなかった。検査結果は自覚症状ほど改善が明確ではなかった。特に末梢神経機能検査結果は悪化しており、末梢神経の器質的変化や加齢の影響と思われる。最近の検査結果と自覚症状の強さとの関連を調べてみたが常・爪圧迫と手の冷え($P < 0.001$)感覚鈍麻($P < 0.1$)、冷・痛覚と肘痛($P < 0.1$)、冷・振動覚と肘痛($P < 0.1$)で有意差をみる程度だった。

家族構成は夫婦二人が38%、子供家族などの同居は45%。家計支持者は療養者本人のみが58%(平均家族収入41.4万円)、療養者本人と家族42%(同56.6)。家族の総収入額は19~87万円(平均47.8万円)とばらつきが大きい。療養者本人の収入(平均39.9万円)のうち休業補償(平均24.7万円)の割合は62%で、現在の生活が休業補償により支えられていることがわかる。職種別収入では林業関係者の収入が少ない(鉱山;本人休業補償・年金平均41.4万円、家族合計平均49.3万円、林業;同16.0、30.3、建設;同38.7、43.7)。しかし鉱山出身者([G-4]本人総収入額20~63万円)でも年金受給資格のない若い世代や、下請けで収入が少なかった人の生活は休業補償給付を受けているとはいえかなり厳しい。

将来休業補償給付が打ち切られたときの労働意欲は「ある」が54%で、その理由の多く(85%)が生活のためだった。一方「ない」の理由は、塵肺などの病気(56%)や高齢(22%)が多いが、自分にできそうな仕事がない(17%)ことも主な理由のひとつになっている。労働意欲のある人でも実際に就労可能かどうか健康状態、求人状況などからも困難が大きいものと考えられる。労働意欲の有無は、振動障害の程度、年齢や収入、家計支持者数とは関連がなかった。将来の心配事としては、休業補償の打ち切りや自分の病気や健康に対す

る不安が大きい。

【まとめ】

振動障害療養者を対象に生活実態調査を行った。またこれまでの検査結果も併せて比較検討した。その結果、自覚症状は上肢を中心にまだ障害が残るが、9割以上が改善を自覚している。療養中の悪化は、治療効果とともに全員全休療養のためかほとんどみられなかった。白ろうの出現頻度や運動機能にも改善を認めた。

検査結果では、末梢循環機能検査（皮膚温）は改善、末梢神経機能検査（痛覚・振動覚）は悪化がみられ、末梢神経の器質の変化や加齢影響などが考えられる。検査結果と自覚症状の強さには一部関連が認められた。

家計支持者は約6割が本人のみ。総収入額のばらつき

は大きく、林業出身者や平均収入の高い鉱山出身者などでも年金受給前の若年者や元下請け労働者は少なく、休業補償を受けているとはいえ生活は厳しいものと思われる。また休業補償の占める割合が6割を越えており、今後予想される補償打ち切りに対する不安の大きさは当然といえる。

打ち切り後の就労意欲は半数以上が生計維持を目的として持っているが、実際に健康上可能かどうか、またたとえ就労可能であっても求人動向や適性の問題もあり、就労にあたっての特別な対策が必要である。自覚症状や検査結果でもみられるとおり改善困難な所見も多く、日常生活に多大な影響を及ぼしている障害もあり、必要な療養環境の補償は不可欠である。

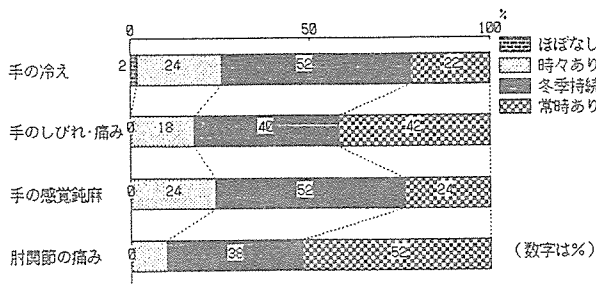
[H-1] 現在の主な症状（4項目以内選択）

1.手のしびれ	28(59.6)	8.白ろう	12(25.5)
1.手の冷え	28(59.6)	8.耳鳴・難聴	12(25.5)
3.肘の痛み	26(55.3)	11.肩こり	7(14.9)
4.手・手首の痛み	20(42.6)	12.易疲労感	6(12.8)
5.手のこわばり	18(38.3)	13.頸の痛み	4(8.5)
6.肩の痛み	14(29.8)	13.足の冷え	4(8.5)
6.腰痛	14(29.8)	15.腕の冷え	3(6.4)
8.手のふるえ	12(25.5)	16.不眠	1(2.1)

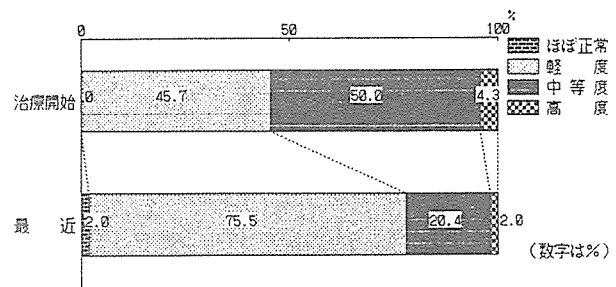
[H-2] 治療で改善した症状（複数回答）

1.白ろう	19(40.4)	8.腰痛	9(19.1)
2.肘や手の痛み	18(38.3)	9.手のこわばり	8(17.0)
3.手や腕の痛み	17(36.2)	10.手のふるえ	5(10.6)
4.肩こり	15(31.9)	10.不眠	5(10.6)
5.手や腕の冷え	14(29.8)	12.手や腕の筋力	4(8.5)
6.肩の痛み	11(23.4)	13.頭痛	3(6.4)
7.関節の動き	10(21.2)	13.耳鳴	3(6.4)

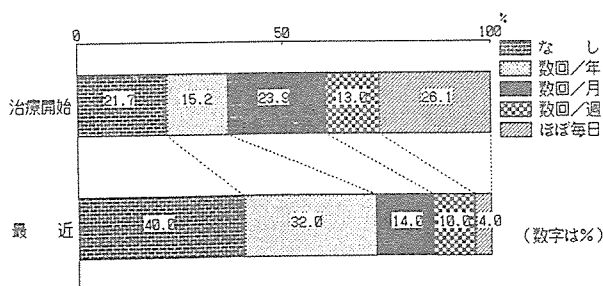
[G-1] 主な自覚症状の強さ



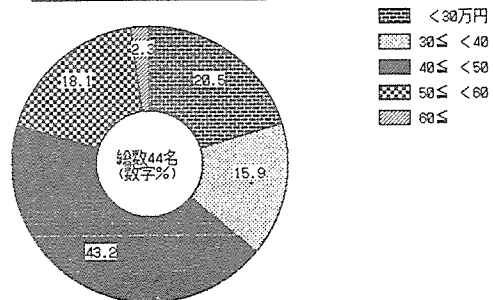
[G-3] 運動機能障害の変化



[G-2] 白ろう出現頻度の変化



[G-4] 鉱山出身者本人の収入総額



B28 女性労働者の健康問題—健保レセプトの調査から

○山田裕一、石田雅朗、登坂由香、釣谷伊希子（金沢医科大、衛生学）

はじめに

現在わが国の女性労働者は2千万人を越え（2046万人：1995年）、全労働者の40%を占める。しかし、多くの女性労働者は依然として単純技能工や販売員、一般事務職など低い職位にあり、しかも3分の2はいわゆるパート労働者で、その労働条件は一層の低賃金、不安定雇用の状況にある。最近の労働基準法での女性労働者保護規定の撤廃は、その労働条件をさらに悪化させる可能性をもっている。このような劣悪な労働条件は女性労働者の健康にも大きな影響を与えらると思われが、従来、女性労働者の健康については、看護婦や保母、航空機乗務員などの特別な職種を除けば、必ずしも十分検討されてはいない。本報告は、一般工場勤務の女性労働者の健康問題を把握することを目的として行った、ある企業での健保レセプト調査結果である。

対象と方法

ある金属製品製造企業の宮城県、富山県、香川県、熊本県に所在する4工場の従業員（ほとんどすべて正規雇用）が対象である。従業員の多くが技術職あるいは生産技能工で、特に女性労働者のほとんどは技能工である。4工場の1994年4月1日の男女別従業員数と平均年齢および健康管理体制を表1に示した。過去10年間の傾向は、富山県にある工場の従業員数が500人ほど減少し、男女とも平均年齢は3歳上昇した。宮城県工場では10年間に400人増加、平均年齢は4歳上昇。香川県工場と熊本県工場はいずれも男は200人ほど増加、女は微増。年齢は両工場の男と熊本県工場女で3ないし4歳上昇、香川県工場の女は30歳で不変。

富山県工場では嘱託の海日産業医が勤め、診療室があり、4名の看護または保健婦が常駐している。宮

城県工場では週1日嘱託産業医が健康相談を行っている。香川県工場には常勤の看護婦がいるが、熊本県工場には医療職はいない。両工場とも産業医は月1回の来訪のみである。

1985年から94年まで、4工場労働者の毎年10月度の保険診療レセプトの第1病名を集計し、ICD9にしたがって分類し、工場別、男女別の1月あたりの平均傷病別受療件数を求めた。その際には、富山県工場での中間年（1989年）の年齢分布を基準人口として、年齢の補正を行った。

結果

20歳未満と50歳以上の女性従業員はきわめて少数なので、20～49歳の年齢階層での受療件数の上位10疾病を、男女別、工場別に表2と3に示した。富山県工場と他の3工場では、男女ともやや内容が異なっている。第1位の歯科は4工場、男女で共通であるが、第2位は富山県工場では柔道整復であるのに対し、他の3工場では急性上気道感染である。さらに、他の3工場では高血圧が上位10疾病に含まれているが、富山県工場では男で12位、女で18位である。このような相異は工場間での健康管理体制の反映と考えられる。

男女間の差で際立つのは、男での胃・十二指腸胃腸の多さである。女ではいずれの工場でも上位10位以内に含まれない。一方、上位10疾病のうち、女性生殖器、妊娠に係わる疾病や貧血は当然女でのみ見られるが、その他の疾病はほぼ男女共通である。しかし、歯科、急性上気道感染、皮膚疾患と、柔道整復とその他の筋骨格系疾患などの運動器の障害は、ほぼどの工場でも共通に女の受療件数が男より高かった。

考察と結論

従来、女性労働者は有訴率は高いが、有病率は必ず

表1. 金属製品製造企業の4工場の従業員数、平均年齢と健康管理体制（1994年）

	富山県工場		宮城県工場		香川県工場		熊本県工場	
	男	女	男	女	男	女	男	女
従業員数	4301	2442	1016	213	619	115	603	123
平均年齢	39.0	36.1	32.1	27.0	33.0	29.1	32.1	28.0
産業医来社	毎日		週1回		月1回		月1回	
その業務	診療		健康相談		職場巡視		職場巡視	
スタッフ	看護・保健婦4		なし		看護婦1		なし	

表2. 4工場の男性従業員の受療件数上位10疾病（20～49歳：社員千人あたり）

	富山県工場		宮城県工場		香川県工場		熊本県工場	
1. 歯科	89.7		歯科	76.5	歯科	89.2	歯科	96.4
2. 柔道整復	39.1		上気道感	38.1	上気道感	36.6	上気道感	55.0
3. 上気道感	26.7		胃腸潰瘍	28.2	胃腸潰瘍	29.5	胃腸潰瘍	25.9
4. 気管支炎	22.5		皮膚疾患	26.3	柔道整復	28.5	皮膚疾患	18.5
5. 皮膚疾患	19.2		柔道整復	23.8	高血圧	20.4	胃腸炎	18.1
6. 胃腸潰瘍	15.9		診断不明	22.1	皮膚疾患	19.9	他の損傷	17.0
7. 他の眼疾	13.8		気管支炎	14.2	脊柱疾患	18.1	他の眼疾	14.6
8. 胃腸炎	11.2		他内分泌	13.3	他の眼疾	11.1	気管支炎	14.1
9. 脊柱疾患	11.2		胃腸炎	13.2	他の損傷	10.0	高血圧	12.1
10. 他の損傷	8.1		高血圧	11.5	気管支炎	9.7	他筋骨格	8.9

表3. 4工場の女性従業員の受療件数上位10疾病（20～49歳：社員千人あたり）

	富山県工場		宮城県工場		香川県工場		熊本県工場	
1. 歯科	145.0		歯科	100.4	歯科	106.3	歯科	85.4
2. 柔道整復	48.3		上気道感	59.0	上気道感	59.5	上気道感	39.0
3. 上気道感	38.0		皮膚疾患	50.9	気管支炎	33.1	高血圧	34.7
4. 気管支炎	29.6		他の眼疾	32.8	柔道整復	26.9	皮膚疾患	24.0
5. 女生殖器	26.4		高血圧	32.7	女生殖器	25.2	他泌尿器	23.9
6. 皮膚疾患	23.9		脊柱疾患	31.6	皮膚疾患	21.6	気管支炎	23.7
7. 他の眼疾	23.1		柔道整復	27.3	他筋骨格	15.7	他筋骨格	22.3
8. 胃腸炎	16.6		他の妊娠	27.0	他の妊娠	13.4	脊柱疾患	20.2
9. 他の妊娠	14.2		貧血	24.5	他の眼疾	13.0	女生殖器	13.0
10. 貧血	11.0		他筋骨格	15.9	高血圧	12.5	診断不明	12.9

しも高くないと言われてきた。しかしながら、金属製品製造工場働く女性は男性よりも皮膚疾患、運動器障害で医療機関を受療することが多い。このことは、

女性労働者のQOLの維持に重要な意味をもつと考える。今後、これらの疾病、障害と作業との関連性を明らかにする必要がある。

B29 長距離トラック運転労働と健康 —同乗調査を体験して—

○川村雅則・福地保馬 (北大・教育) 佐藤修二 (北海道勤医協)

はじめに

長距離トラック運転手の労働実態を知り、健康との関連を考察するために、札幌地域を発着点とし、道内または道外での乗務を行う長距離トラックに同乗し、聞き取り及び観察を主体とした調査を行った。ここでは、労働条件が運転手の食事と睡眠を中心とした生活時間とその質をいかに歪めているかを検討したい。

I 調査の方法

全日本運輸一般労働組合北海道地方本部に所属する長距離トラック運転手に同乗調査への協力を依頼した。現在までに以下の3ケースについて調査をすることができた。

1) M氏：55歳 区域トラック運転手

調査日：9月10日～14日/運行経路：石狩→盛岡→仙台→東京→室蘭→石狩→札幌→石狩

2) D氏：44歳 路線トラック運転手

調査日：9月17日～18日/運行経路：札幌→稚内→札幌

3) A氏：54歳 区域トレーラー運転手

調査日：9月25日～27日/運行経路：石狩→(苫小牧)→釧路→旭川→(苫小牧)→石狩

II 調査結果

3人に共通して以下の各点が確認された。

1. 労働 (勤務形態)

勤務形態は昼夜を問わず、不規則で、長時間にわたる。作業は、長時間の連続無休憩運転 (例 M氏：連日にわたる4時間45分、D氏：札幌-稚内間など) や、一時に数100kgから数tに及ぶ荷物を積み降ろしする荷扱い作業に示されるように、肉体的また精神的においても負担が大きい。しかし、それにもかかわらず、休憩時間がない。睡眠時間もわずかである。その結果、居眠り運転をすることも珍しくない。

表1 A氏の荷積み作業例

9/26	8:30-9:10	20kg・350個
	10:43-11:03	20kg・200個
	11:13-11:35	20kg・300個
9/27	11:45-14:18	10kg強・1,135箱

2. 食事

仕事の影響を大きく受けるため、食事は不規則である。一日に三食をとるということさえも困難であり、一日に一食しかとらないことも少なくない。食事をとることができても、その内容は貧困になり、(制限されて) コンビニ食を車の中で食べるというパターンが多くなる。また、仕事は昼夜にわたるため、夜遅くに食事をとることが多くなる。その他、時間に追われて早食いになること、食後の休憩をとらずに作業を開始したり眠りにつくこと、缶コーヒーを多く飲むこと、などが特徴としてあげられる。

自宅でとる食事も、同様に仕事の影響を受ける。たとえば、できるだけ長く睡眠をとろうとして、まとめ食いをしたり、不規則な時間帯に眠るための手段として酒が用いられるというケースがあげられる。

3. 家庭生活

トラック運転手の健康被害の一つとして、家庭におけるライフスタイルが貧困化することがあげられる。とくに、若い頃や繁忙期には、家に帰ることさえも稀で、家族との接触が非常に少なくなり、特に、若いころにおける「子育て」への参加は、ほとんどなかった。

4. 健康

慢性の疲労状態であり、「腰」、「肩」、「脚」、「眼」、「胃腸」などの体の各部位にわたって障害・異常を持っている。しかしながら、その状態を放置したまま、または服薬をしながら仕事を行っている。

Ⅲ 労働条件悪化の背景

トラック運転手の労働条件を悪化させている要因はいくつかあるが、以下にその主なものを取りあげる。

1. 階層

トラック運転手の雇用形態によって「正社員」運転手と「傭車」の運転手に分けられる。「傭車」はそれ自身未権利で不安定な雇用層であるが、トラック運転手全体の労働条件を悪化させる要因となっている存在である。

2. 賃金体系

トラック運転手の賃金体系の特徴として、(a) 水準が低い、(b) 出来高給に依存する割合が高い、(c) 賃金決定の際、年功的要素が少ないことがいわれている。

(b) は、運転手が過積載や長距離運転を受け

入れる原因になっているが、今回の3人の場合は、「出来高」は、仕事の「本数」によって決められている。また(c)のために、年齢にともなう体力の低下が収入の減少に直結している。そのために若年層においては、不眠不休で「体力があるうちに、稼げるだけ稼いでおく」という無謀な働き方が行われる要因となっている。実際、3人の運転手は若い頃そのような働き方をしてきた。

3. 退職後の不安

トラック運転手職は定年に達しなくても「体もたなくなってやめる」可能性が高い職業であり、退職金もきわめて低いといわれる。彼ら(3人)の退職金は内勤に比べると「半分ぐらい」に設定されている。健康不良から再就職先を見つけることは容易ではない。

4. 健康教育(安全教育)の不備

会社による健康教育は全く行われていない。運転手の年齢、体調や健康状態に対する仕事上の配慮もなく、経営者は、「仕事ができないならやめてしまえ」という態度をとっている。そのため、3人は皆けがによる入院を経験しているが、皆落ち着いて治療を受けることができず、退院後も依然と同じ勤務体制につかなければならなかった。

定期健康診断は、「異常が見つかっていても病院にかかるひまがない」ことや、逆に異常が見つかった運転手は排除されるというように、本来の目的が見失われている。

まとめ

調査の結果がトラック運転手全体にあてはまるかどうかは分からないが、若い運転手や下請け会社の運転手や傭車の運転手など今回の調査事例以上に劣悪な労働条件で働いている運転手がいることも確かである。

今後、このような未権利の運転手層の中に、いかに自立的な「健康主体」が育っていくかに関心を持ち続けたい。

表2. M氏の食事(9/11 3:20 フェリー下船後より運転開始)

時間	食事内容	場所
10:05-10:15	てんぷらそば、おにぎり2つ、水1杯	パーキングエリア
運転中	缶コーヒー1本	車内
15:35-15:40	カレーライス	パーキングエリア
運転中	缶コーヒー(無糖)1本	車内
22:03-22:13	さば1切れ、冷や奴、レーズンパン2個	車内(停車中)
22:33-22:50	カップサラダ、ビール(500ml)1本 (途中のコンビニで購入した)	(仕事により一時中断)

表3. D氏の食事(9/17- 自宅で食事をして出勤、9/18 夕方帰宅、9/19 出勤)

時間	食事内容	場所
13:00頃	ご飯2膳、サンマ2匹、ゆで卵2つ、塩辛少々	自宅
16:30から (荷積込中)	缶コーヒー2本	プラットフォーム
22:25頃	サンドウィッチ、お茶缶1本(コンビニ)	車内(運転中)
0:40頃	ソーセージ1本、缶コーヒー1本(コンビニ)	車内(運転中)
1:30頃	サンドウィッチ(コンビニ)	車内(運転中)
2:53頃	お茶缶1本	車内
8:10頃	お茶缶1本	車内(運転中)
9:50頃	カフェイン入り飲料(眠気覚ましに)	車内
11:45-11:53	かしわそば(臨時食:普段は、帰宅まで食べない)	食堂
(15:30 帰宅)	いくら丼、みそ汁、酢豚、ミニトマト2個、漬物	自宅
18:30頃	少々、サンマ1匹、酒2合、ウイスキー水割り2杯、ビール1本、ナシ半分、チョコレート3個	
10:00	いくら丼、みそ汁	自宅(出勤前)

第38回社会医学研究会総会 企画運営会議事務局

060 札幌市北区北11条西7丁目
北海道大学教育学部健康体育科学講座内
Tel & Fax 011-706-5421

石城 赫子 (早来町・高齢者サービス室)
柏女 タカ子 (樺崎健康保険組合)
小橋 元 (北大・医学部・公衆衛生)
佐藤 修二 (北海道勤医協・札幌診療所)
志渡 晃一 (北大・医学部・公衆衛生)
須田 幸子 (北海道栗山町)
高村 範子 (北海道新篠津村)
対馬 文子 (北大・教育学部)
富田 素実江 (北海道職対連)
新野 峰久 (旭川厚生病院・健康管理科)
樋口 治子 (健康保険組合北海道連合会)
平野 憲子 (札幌医大・保健医療学部)
福地 保馬 (北大・教育学部・健康体育科学) 代表
前田 典子 (札幌市・ひまわり整肢園)
森元 智恵子 (札幌市西保健センター)
若葉 金三 (北海道勤医協・札幌病院)