

BULLETIN OF SOCIAL MEDICINE

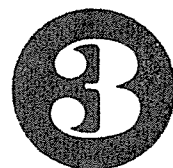
社会医学研究

I 農山村の生活・労働・健康

II 九州の公害・労災・薬害

社会医学研究会

JAPANESE SOCIETY FOR SOCIAL MEDICINE



1982

BULLETIN OF SOCIAL MEDICINE

社会医学研究

I 農山村の生活・労働・健康

II 九州の公害・労災・薬害



社会医学研究会

1982

JAPANESE SOCIETY FOR SOCIAL MEDICINE

目 次

特集Ⅰ 農山村の生活・労働・健康

農村における社会医学の展開	若月 俊一	4
過疎地における生活基盤の崩壊と保健医療従事者の課題	金子 勇	18
農山漁村における出稼じん肺多発の社会問題性	山崎喜比古	31

特集Ⅱ 九州の公害・労災・薬害

九州地方における公害・労災・薬害—その概要と問題点—	原田 正純	46
水俣病第3次訴訟の意義	馬奈木昭雄	69
カネミ油症その後の問題をめぐって	梅田 玄勝	78
福岡でのスモンへのとりくみ—第一線臨床医に求められるもの—	本庄 庸	86
土呂久鉱害の実態と問題点	落合 正	96

私の生きてきた時代と「医療の社会化」(2)	曾田 長宗	107
第22回社会医学研究会総会報告		115
第23回社会医学研究会総会プログラム		117
編集後記		120
社会医学研究会会則		120
社会医学研究 No. 4 (予告)		120

特 集 I

農山村の生活・労働・健康

農村における社会医学の展開

若 月 俊 一

(日本農村医学会理事長)

1) 医学と農民

封建社会では、農村に医者がないのが当たり前だった。農民は、民間伝承の草木皮や、まじない、針、灸などの治療にたよっていた。血止めにはタバコの粉をつけ、切創には松やにをぬった。カゼの熱を下げるにはミミズの煎じ汁を飲み、下痢止めにはゲンノショウコを飲んだ。

封建社会を明治維新まで300年間保ってきた將軍徳川家康は、「百姓は生かさぬように殺さぬように」というポリシーを立て、彼らをもっぱら米の生産にかりたててきた。従って、当時の百姓には基本的人権などあろうはずがない。彼らを待っていた運命は、生まれる時には「間引かれる」かもしれない、また年をとって働けなくなってからは山の中に捨てられてしまうという「おぼ捨て」の風習であった。このような百姓生活の村の中に、その生命と健康を守るための医療の仕事が育つはずはない。当時の医者は武家階級のための「御典医」であるか、または後になって発達してきた町民階級の金持に所属する、いわゆる「おかかえ医者」かであった。それは医学史を繙いてみれば、瞭然である。

明治維新になると、西洋的な自由開業医制度が敷かれるようになった。しかし、自由開業ということは、医療を一種の企業とみなすわけであるから、その利潤追求の立場は争えず、経済的に貧しい農山漁村などは、市場として不利な立場にたたざるをえない。結局、農村は見捨てられることになってしまうのである。

2) 大正デモクラシーと農村医療組合運動

もちろん戦前にも、わが国に「農村医学」的な研究や調査の芽生えはあった。

その中でも、とくに寄生虫病学の分野における貢献は顕著なものがある。例えば、日本住血吸虫症、ワイル病、野兎病の発見など。あるいは、鉤虫の仔虫による「若菜病」、ビタミンB₂欠乏によると言われた「シビ・ガッチャキ症」など。

しかし、これらの研究は、まだ農村なり農業というもの全体を対象とした、社会医学的な学問とは言えない。それが全面的な社会問題としてとりあげられるようになったのは、わが国に「大正デモクラシー」の精神が発展した昭和の初年の頃からである。具体的には、次のような農村運動として産業組合の中から展開された。この農民運動が、その後の本格的な農村医学の誕生の土台になったことを忘れてはなるまい。

第一次世界大戦直後の世界的不況、とくに農業恐慌の頃は「農民は病気になっても医者にはかかれぬまま死ぬしかない。そうしないためには、娘を売るしかない」という悲痛な声が、大きな社会問題にまでなった。この困窮に対して、農業協同組合（当時は「産業組合」と言った）が、農村医療組合運動を展開し、自分たちの零細な金を集めて、自分たちの農村に診療所や病院を作ったのである。一度この運動が展開されるや、燎原の火の如くそれは国中に広がり、今日の「農協病院」の基礎ができたのである。これは農業協同組合の仕事としては、国際的な視野からみても特異な例といえよう。

大正8年(1919年)に島根県の青原村(組合

長、大庭政世)に初めて産業組合の診療所ができ、昭和3年(1928年)になると、青森県に東青病院ができた。この運動は、広区域の利用組合として、全国にわたり、とくに貧しい東北の農村に広く普及した。わが国では、西欧の先進諸国とちがって、農村のコミュニティ自身が自分の病院を作るという経験はかつてなかった。それ故に、このような産業組合の自主的活動となったわけである。この運動が、当時、利潤追求に身をゆだねてきた開業医によって、強い反対を受けたことは当然である。

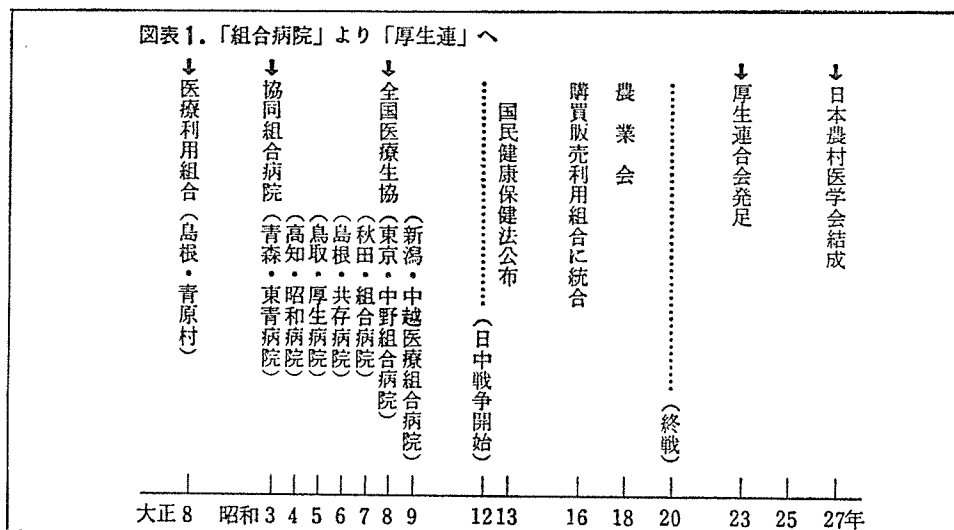
第2次世界大戦が始まる前後から、国は農村医療に力を入れ始めた。それはいわゆる「健民強兵」政策の一つとして、戦争のための兵糧を作り、同時に、兵隊として第一線でたたかう農民の健康を守らねばならないという軍部の要請からであった。当時の農村医学はそれが主流であったと言える。

しかし、これらの戦争遂行の政府の方策とは別に、真に humanisum の立場から、農民の健康と命を守るための、社会医学としての「農村医学」的な調査研究もあった。高橋実の『農村衛生の実証的研究—東北—純農村の医学的分析』や、林俊一の『農村医学序説』などの優れた業績である。この2人はこれらの著書によって当時の官憲から逮捕監禁を受けている。

それから間もなく、わが国は破局的な終戦の日

を迎える。戦後の荒廃は医療の点においても甚しく、昭和13年に設立した国民健康保険は、各町村において、政府の補助が打ち切られたために、ほとんど休止せざるをえない状況になった。敗戦と同時に、連合軍からの方針にのっとり、農地改革が行なわれたけれども、結局は、不安定な零細経営の自作農をたくさんつくるという結果にもなった。

このような中で、昭和23年(1948年)、産業組合を改めて新しい農業協同組合ができたのであるが、赤字組合が続出した。同様に、かつての「組合病院」も、新しい農協厚生連合会の組織に入り、今日の「農協病院」となったのであるが、これも経営困難に苦しんだ。仕事が生産部門でないために、経営が苦しいだけでなく、農村の医者不足という困難も加わり、次第に他の公立経営主体(とくに、当時市町村合併法施行でふえてきた地方自治体の経営)に身売りするか、あるいは解体のやむなきに至るものが続出した。かくて、かつては全国で、185病院、353診療所もあった厚生連の医療機関も昭和31年(1956年)になると、病院は137、診療所は80に減ってしまった。だが、そのような困難の中で、農民の自主的組織としての農協病院の本来の精神に目覚め、自らすすんで農村の医療と医学を建設しようという医者たちの集いが起こり、ついに日本農村医学会の発祥となったのである。時に昭和27年7月であった。



3) 日本農村医学会の結成

日本農村医学会の第一回総会は、長野県で開かれ、私が会長に推された。その時の私のあいさつは『日本農村医学会雑誌』の第一号に載っているが、学会の基本的精神を次の三つに要約した。

「この学会の特徴の一つは、その実践的性格にある。わが国に従来あった医学のように、単なる“医学のための医学”でなく、あくまで“農民のため”の、そしてまた“農民のお役に立つ”学問であろうとする心構えである。第二は、医学に対するコンプリヘンシブ（包括的）な理解である。従来の医学のように、単なる治療や単なる生物学的な見方にとどまらず、治療より予防へ、そしてとくに社会的見地への視野の重要性が望まれる。従来の医学はあまりにも生物学的で、しかも専門分科化のみが行われて、総合性、社会性の視点が欠けていた。われわれの農村医学は、本質的に社会医学であらねばならない。第三は、この学会の組織的特徴として、とくに民主的運営があげられねばならない。従来の医学会はしばしば hierarchical であった。同時にまた、その構成メンバーは単に医者だけでなく、パラメディカル・スタッフをはじめ、農村と農業に関係する広い領域の学識者ないし技術者が多く含まれねばならない。これらをわが学会の初心としたい」と。

なお、結成当時の経緯については、日本農村医学会雑誌（第30巻特別号昭和56年10月）所載の小生の report を参照されたい。卒直に言ってそれは、当時の厚生連の全国代表病院長会議から始まったもので、それ故に、当初の学会理事や評議員のほとんど全部は、厚生連病院長ないし厚生連の役員によって占められていた。しかし、それだけでは、前記の学会の主旨に沿うとは言えない。日本農村医学会は、単なる厚生連の学会に止まってはならない筈である。ちなみに、それから30年たった今日の理事会、評議員会の構成を見ると、図表2に見るごとく、厚生連以外の組織メンバーが、3分の1ないし2分の1入ってきている。

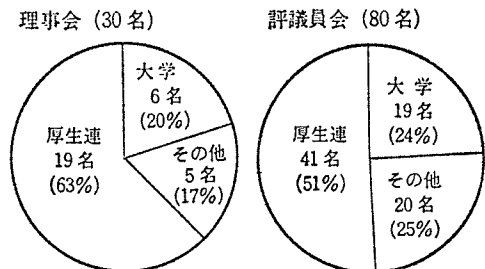
4) 「自治体病院学会」や「国保医学会」もできた

戦後のわが国の農村地域の医療と医学の仕事全体について言うならば、もちろん、農協厚生連の医療や、その組織に属する病院を中心とする日本農村医学会の活動だけと言うわけではない。

例えば、国保診療施設（直診）は、地域医療の実践を提唱し、全国的な「国保診療施設医学会」を、昭和36年につくっている。既に述べたごとく、国民健康保険は昭和13年日支事変の最中につくられた。この設立について、「産業組合」の大きな協力があつたことも既に述べたとおりである。それ故にこそ、当時は国保の産業組合による代行が法的に認められていたのである。戦後、国保の官営化が強化され、その診療施設（直診）も、一時4,000近くあつたのが、今日では1,700にも減少し、それをもつ市町村も全国のうち、1,400に限られるようになった。

他方、市町村自治体の経営する、いわゆる「自治体病院」は、近年になって漸次拡充が進み、終戦直後99病院にすぎなかつたのが、現在では、1,073病院にもなった。市町村合併法によって出来た「新しい市」は、「市立病院」をもつのが流行のような時代もあつた。昭和37年になると、従来の都道府県立病院は、この市町村立病院を合併して「自治体病院」となった。かくて「自治体病院学会」が開催されたのは、昭和53年である。「職員の資質の向上と病院の内容充実に役立てるため」

図表2. 日本農村医学会の役員構成
— 第29回総会(昭和55年)—



がその設立主旨である。わが農村医学会のそれと比べると、やはり官立精神が強いようである。

この「自治体病院学会」に対し、「国保医学会」の連中は、同じ系統組織に属しながら頗る批判的にように見える。「国保の使命は終わったとし、今になって、自分たちを捨て子みたいに見てるのは許せない」と反論する。たしかに、今日の自治体病院は、大規模の「県立病院」級のものが多い。「しかし、第一線で、地域住民に密着した包括医療を本当にやるには、彼らはあまりに、専門分科的、第二次的医療に傾きすぎているのではないか」と強く批判している。そして「権力的、金権的で強大な今日の自治体組織の中にすべて身をまかせるのが当然だ」というような思考の中からは、「地域医療」の真精神は生まれてこないことを銘記すべきだ」（『地域医療の歩み』越山健二著）と批判しているのは注目に値しよう。

「農村医学」ないしは「地域医学」に関する、これらの諸学会の設立経過は上述の如くであるが、それらの主義主張の是非はさておき、現実に、それらの経営主体別の医療機関の実態はどうかという点、昭和53年度においては、図表3の如く、「自治体病院」は、都道府県立と市町村立を併せて、1,073病院、3,072診療所であるのに対し、「厚生連」は、116病院、57診療所に過ぎないし、「国保」を名乗る医療施設は、国保組合と国保連合会を併せて、6病院、10診療所しかない。

その他、農村地域で働いている医療機関に、日赤、済生会、またいわゆる「私的病院」の多数があるが、いずれもはっきりした医学会組織はもっていない。

5) 高度経済成長を迎えて

日本農村医学会は、昭和30年代の後半に入って、高度経済成長期を迎え、新しい農業病や農業災害の追求に力を注ぐことになるが、当時のテーマの鳥瞰図が『日本農村医学会雑誌』第10巻第2号の私の論文「農村医学の方法」に出ているので、それを図表4に掲げてみよう。

まず、農薬中毒の災害の多発については、パラ

図表3 わが国の経営主体別、医療施設数（昭和53年）

主なる施設	病院	一般診療所
国営	447	825
厚生省	256	11
文部省	55	12
三公社	56	295
公的	1,366	3,286
都道府県	297	318
市町村	776	2,754
日赤	98	134
済生会	68	22
厚生連	116	57
国保連合会	4	0
社会保険関係団体	143	751
国保組合	2	10
公益法人	356	607
医療法人	2,594	659
個人	3,279	64,923
会社	88	2,891
総数	8,580	75,479

チオン (parathion) による事故死がどんなに多かったか。周知の如く、わが国は世界に比類なき農薬の多用国になった。そこで、私どもは、農薬中毒調査研究班を作り、毎年、全国的な農薬中毒の臨床例の調査を行なったのである。

また、私どもは、人体及び水や土などに残留する農薬の調査と、それによる慢性中毒症状の発現に関する実験的研究も行なった。まず、イモチ防除に使われてきたフェニール水銀の問題があった。いくら増産が大切と言っても、耕地に年間300トンもの水銀を撒くということは許されていない。

さらに、BHC, DDT, ドリン剤を主とする有機塩素剤の大量使用による食品と環境汚染も、大きな社会問題になった。とくにβ-BHCがイネわらを通して、これを餌として食べた牛の乳及び肉に濃縮されて残留し、一般の国民に供せられていた。人間の母乳のこれらの残留については、日本農村医学会の菅谷彪博士らによって、早くからその危険が警告された。

農業機械化による疾病障害の臨床的調査も、日

本農村医学会の研究班によって全国的に行なわれた。機械化が大いに進められ、農業労働の省力化に役立ったことは確かである。かくて、農業の形の上での近代化は進められたけれども、多くの農家の零細な経営はそのままであるから「機械化貧乏」をもたらすことになり、導入された農業機械による災害が多発し、「耕うん機流産」のような振動障害や疲労が問題となった。また、施設栽培技術の発達に伴って、「ハウス病」のような新しい健康障害も出てきた。

このような高度経済成長政策の中で、重工業を中心とする産業発展が急テンポで進行すると、当然、農村の労働力が大きく都市に流出される。昭和35年以後は、毎年80~90人が農村から他産業に出ていったという。その「人手不足」の中で、農業の機械化が進められるにいたったのであるが、その急速に進む農業の「近代化」と農村の「都会化」の中で、農民の生活自体が大きな歪みを受けるに至った。

多くの零細な経営の農家は、結局「兼業化」のかたちをとらざるをえなかった。即ち、主人が他産業に、「出稼ぎ」または「通勤」のかたちで働きに出、それによる農業外所得によって収入をふやすことを試みた。そして、このようないわゆる「兼業農家」は、全農家の実に8割を越すに至ったのである。

私ども日本農村医学会は、このような農村の生活環境の急変によると思われる新しい精神衛生的な多くのテーマを見出した。農村への工場の進出、観光産業の発展などは、交通の発達とともに、物質面のみならず、精神面にも、軽佻な都会的な風潮を農村の中にもたらした。それが農村住民に多くの精神的ストレスを与え、「農村ノイローゼ」「母ちゃんのイライラ」「子供の自閉症」などを生む原因となった。

かくて、私どもは、従来のような遅れた封建的な生活環境による農家生活要因の残存とともに、新しい農業の近代化による職業的・疾病的・災害的要因にしても、対策を講じなければならないことになった。前者を、わが国の「半封建性」に対する戦いとするならば、後者は、「偽の近代化」との

戦いとなる。これらすべてが、当時の日本農村医学会の研究テーマになった。

6) 農協組合運動と連携して

日本農村医学会が自らの学問を「実学」と規定したことは前述した。従って、その学問の成果を、農民の実践の中に生かすために、諸種の農民組織と結んで、いろいろの運動も展開した。とくに、全国の農協婦人部の主婦たちと結びついて、その健康を守る運動に力を尽した。

全国農協婦人大会は、毎年、次の二つのことを決議した。その一つは、日本にたくさん医者がいるけれども、農村に居つく医者が甚だ少ない。この際、農協は全国の力を結集して、独自の「農村医科大学」を作り、農村に働く医者を養成し、今日の無医村的環境を打ち破ったらどうかという提案。これは後に昭和45年、「第12回・全国農協大会」のとりあげるところとなり、その時の要望は結局、昭和51年に「全国農村保健研修センター」を佐久総合病院に併設することにつながる。

その二は、全農民が毎年1回、比較的精密な方法による健康診断を受け、病気の予防と早期発見につとめたいという要望の提案である。これは、今日のわが国の医療保険の給付が、治療のみに限られているので、今後は「予防給付」も認めよという運動と結びついた。これも後になって（昭和56年）、厚生省提出の「老人保健法案」の中に40歳以上の全国民の健診に「予防給付」を出そうという案にそのままつながる。

このような農民の熾烈な need ないし desire に対して、私ども厚生連病院が、昭和初年の「組合病院」時代からの伝統を受けついで、農村住民の「健康管理」の仕事を展開してきたことは確かである。その歴史の中で、とくに佐久総合病院の行なった「八千穂村・全村健康管理」方式の20年にわたる実践が大きな成果をおさめたことは特筆に値しよう。なぜならば、それによって、ヘルスの面だけでなく、総医療費の上でも、非常な効果を取めたからである。また、昭和48年に、長野県厚生連は、佐久病院に「健康管理センター」を併設

図表 4. 農村医学的テーマの鳥瞰図 (若月) —— 「日本農村医学会雑誌」第10巻第2号, 1962年

		調査と研究		対策	
農村の現実		医学的	公衆衛生的	実践的	
				社会政策的	農民の立場
社会的病因		農村医学 (狭義)	農村衛生	生活改善	
農 業 的 因 子	農作物・家畜に因るもの	接触皮膚炎, 炭疽放射状菌病, プルセラ病, 豚丹毒	家畜伝染病学及びその予防法	作物学, 獣医学との連携, 消毒法	
	農耕地 (田・畑・山林) の不潔	鉤虫症, 水田皮膚炎 (棕鳥住血吸虫)	職業病学, 寄生虫病学	鉤虫予防と虫下し運動, 作業衣の改良	
	農作業の過労 (特にその「かがまり仕事」)	農繁期病, こう手, 腰痛症, 神経痛, 日射病, 農夫症	農作業に因る疲労とその対策, 農作業の合理化	農業技術の改善, 機械化, 共同化, 多角経営化, 農民体操	
	農機具・家畜の事故	鎌による腱切断創, 家畜による骨折, 自動耕耘機災害	農業外傷学と労働災害法	農機具と家畜の取扱い方, 応急手当法	
	農薬・肥料に因るもの	ホリドール中毒, 水銀や砒素の中毒, 石灰窒素の「まけ」	農薬中毒学と劇毒物販売取締	有機りん剤の危害防止運動, 農薬の取扱いと救急処置	
農 家 的 因 子	住居の不衛生 (汚い便所, 無暖房)	消化器伝染病, トラホーム, 冬の冷え	住宅・衣服の衛生学, 改良便所の考案	住宅 (台所, 便所) の改善, ストープ導入	
	不合理な栄養 (特に白米の大食)	慢性の胃腸病, ビタミン (特にB) 欠乏症, カルシウム欠乏	農村栄養学と栄養指導の実際, 栄養車	食生活改善運動, 共同炊事, 強化米, 食品貯蔵	
	気がね (家長制, 共同体的なものに因る)	気がね病 (特に脳動脈硬化症), 農村ノイローゼ	精神身体医学と農村社会心理学	家族会議等による家庭の民主化, リクリエーション	
	妊娠・出産及び育児の不衛生	妊娠出産の合併症, 乳幼児の高死亡率, 子供の発育不良	農村における母性と乳幼児の保護対策	家族計画, 若妻会, 季節託児所, 育児指導	
	年寄とおぼ捨精神	老人病 (脳卒中, 胃癌) 農民の早老	老人病対策と早老防止	人間ドック, 老人ホーム, 国民年金問題	
農 村 的 因 子	低い家計費の中の医療費	潜在疾病と手遅れ型	国民健康保険問題	農業経済と医療費, 健康貯金運動	
	気候・地勢・土壌・野生動物・昆虫	風土病 (吸虫病, イタイタイ病, 地方甲状腺腫, 野兔病)	地方病学, 気候医学	風土病の研究とその対策	
	部落の迷信・衛生知識の不足	放つたらかし型, 迷信的民間治療の害	民俗学, 衛生知識の普及	習俗・信仰の批判, 悪きもの追放	
	不衛生な村の環境 (上下水道の不備など)	赤痢の集団発生, 回虫症のまん延	環境衛生学, 水道工学, 尿尿, 下水, 厩介等の汚物処理	簡易水道設置, 水の消毒, ハエ・カ・ネズミの退治	
無医村の環境	潜在疾病 (特に我慢型) の多発	無医地区対策と共同保健計画	集団的健康管理運動		

し、コンピューターやオートアナライザーなどの新しい medical electronics を大胆に使ってのヘルス・スクリーニング方式を始めたことも特筆に値しよう（図表5）。現在、1回約5,000円で、年間8万人の農民がその対象となっているが、この予定をはるかに越える受診希望者が、毎年、県農協中央会に申込んでくる実状である。この仕事の中で、とくに uniqueなのは、巡回検診隊をつかって、村の中にまで出かけて行くことである（図表6）。

日本農村医学会は、また、全国の農協組織、ことに全国厚生連と連携して、毎年東京において「農民の健康会議」を主にしてきた。その年次のメインテーマの推移を次の図表7に示そう。それを見ると、わが学会がいかに、その時代の農民または農村民の health needs に応じて問題をとりあげ、その解決に力を尽してきたかの一端をうかがい知ることができよう。その時代の hot な農村医学的テーマを、農民または農村民と手をにぎって、その現実的解決に進もうとする姿勢をみることができようか。

7) 医療費抑制政策と農村保健活動

年率10%の GNP の成長を続け、世界に類のないと言われたわが国の高度経済成長も、ついに昭和48年オイルショックで大きな打撃を受けるに至った。それは一種の“世界経済恐慌”とも言われている。つづいて昭和54年の第二次オイルショックと、わが国も一転していよいよ低成長の時代を迎えるに至った。

さて、1980年代に入って、国際的スタグフレーションの波を乗り越えるために、政府は、行政改革とゼロ・シーリング、すなわちこれ以上国家予算を増やさないという基本方針をとるに至った。そうすると、低生産性部門である農業や医療などは、そのマイナスのしわ寄せを最も受けやすい。医療や福祉の国庫補助は、最もきびしく制限されよう。医療費の抑制政策の影響は、もちろんそれは、農協の病院だけに止まらないけれど、病院経営のきびしい困難を惹起し、私どもは農村医学の

勉強どころではなくなる事態が起こるかもしれない。勿論私どもはその政策に対し抗議するが、諸情勢は思うようにはいかないかもしれない。

このような危機に際して、私どもの農村病院のサバイバル（生き残る）の道は何かといえば、スタグフレーションの世相の中で、それは容易ではない。結局、次の二つしかないであろう。一つは、医療機関じしんが、従来のような独善的立場をふり捨てて、地域住民の中に身を投じ、これを真剣に追求することである。それを、地域のすべての医療機関と協力した、team 作りの中で行なう。現に政府は新しく「医療法改正案」の中で、その方針を強く打ち出そうとしている。

さらにもう一つは、これからは従来のような治療オンリーでなく、予防も、リハビリテーションも含めての「包括的」な仕事をしなければならない。そうすることによって、総医療費を減らすことができる事実は、前述の如く、八千穂村の「全村健康管理」の実績の中で証明されている。政府も「予防給付」を認めようとする案を打出した。私どもは今こそ積極的に、「健康管理」の仕事に進進すべきであろう。

これらの方向は、最近国際的にプライマリ・ヘルス・ケア（第一線医療保健）と宣伝されているものに、内容において全く一致するが、わが国の医療も、今後この方向に進んでいくのではあるまいか。いや、確実にそうせざるをえなくなるのではあるまいか。考えてみれば、これこそ私ども農村医学会が、かねてより理念的に追求し、また実践にも積み重ねてきたところのものではないか。

8) 新しい「農業医学」と「農村衛生学」そして「健康管理学」

さて、このようなわが国の医療と保健の、これからのあり方をふまえる中で、私どもの学問、さらに私どもの学会の、行くべき道を追求してみた。新しい農村医療に応じた新しい農業医学の学問的あり方があるはずである。

私は、かつて「農村の病氣」を病因論的に3つの社会的因子に分けた。農業、農家、農村環境の

図表5. 健康スクリーニングの検査項目（長野県厚生連健康管理センター）

項 目	検 査 内 容	異 常 値 を 示 す 主 な 病 気
問 診 身 体 計 測 肺 機 能 血 圧 検 尿	自覚症状・既往症 身長・体重・皮下脂肪厚 肺活量・一秒量 蛋白・糖・潜血	種々な疾患 肥満・やせすぎ 気管支喘息・肺炎腫など 高血圧・低血圧 腎ぞう病・糖尿病
血 液 一 般 (7 項 目)	赤血球・白血球・血色素・ヘマトクリット MCV (平均赤血球容積) MCH (平均赤血球血色素量) MCHC (平均赤血球血色素濃度)	貧血・炎症性疾患・白血病 } 貧血の種類
血 液 生 化 学 (21 項 目)	総蛋白 アルブミン GOT・GPT γ-GTP コリンエステラーゼ アルカリホスファターゼ LDH 総ビリルビン 血清鉄 血糖 尿素窒素・クレアチニン 尿酸 総コレステロール 中性脂肪 (トリグリセライド) CPK カリウム カルシウム・無機リン	栄養障害, 肝硬変 栄養障害, ネフローゼ, 肝硬変 急性・慢性肝炎, 肝硬変 アルコール肝炎, 肝障害 肝障害, 有機リン中毒 肝疾患, 胆道疾患, 骨疾患 急性肝炎 肝疾患, 胆道疾患 貧血の種類, 肝炎 糖尿病 腎疾患 痛風, リウマチ, 肥満, アルコール過飲 動脈硬化症, 肝疾患, 甲状腺疾患 動脈硬化症, 糖尿病, 肥満 筋炎, 心筋梗塞, 進行性筋ジストロフィー 腎障害, 糖尿病, 内分泌疾患 骨の病気, 甲状腺疾患
心 電 図	(B, Cコース)	心疾患
眼 底 検 査	眼底写真撮影 (Cコース)	動脈硬化・糖尿病・脳腫瘍など
診 察		総合的な診断と指示
健 康 相 談		健康相談

図表6. 「巡回検診隊」の構成と作業内容（長野県厚生連・健康管理センター）

	区 分	必要人員	作 業 内 容
A コ ー ス	医 師	2	問診・触診
	保 健 婦	1	血圧測定・問診チェック・健康相談
	看 護 婦	3	採血・血圧測定
	検 査 技 師	4	検尿・血清分離作業・肺機能・視力
	事 務	2	受付
	運 転 手	2	検診車運転・血液運搬
	計	14	
B, C コ ー ス	(以上に加えて)		
	検 査 技 師	2	心電図検査・眼底撮影
	助 手	1	心電図検査補助
	計	17	

3 因子である。前述の図表 4 を参照されたい。これらのおのおの分野について、とくに今後の問題になると思われる点を論じてみたい。

まず、「農業病」としては、農薬中毒にしても、農業機械による災害にしても、まだまだこれから多くの新しい問題が起こってくると思う。新しい農業化学物質が使われれば使われる程、新しい危険性の増大が考えられる。現在用いられているいわゆる「低毒性農薬」といえども、決して安全でないことは周知の事実である。これらの問題が新しい toxicology の理論と技術によって一層解明されねばなるまい。その点で「突然変異誘起物質」の検出法の進歩など注目に値しよう。また、最近大型化している農業機械が、多くの災害を起こしているだけでなく、振動、騒音などが諸種の健康障害を増大せしめている。これらに対する人間工学的研究もさらに進むに相違ない。特に重要なのは、それらの職業的災害の補償問題の社会的解決への努力である。私も農業医学者の、これからの一層重要な任務となるのであろう。

次に、「農村衛生学」の面であるが、まず、これから農村生活のあり方が問題となる。農村じしんが高度経済成長以来、大きな変貌を続けている。いわゆる「混住社会」の新しい姿に対していかに対処すべきか。しかも、これからは、地域の中で、都市部と農村部を截然と分けて論ずることさえ困難になるかもしれない。地域を、生活、文化経済圏の立場から総合して、エリアとして把握することが必要となってくるかもしれない。

その中で、特に注目しなければならないのは、「兼業化」のはげしく進む農家生活じしんである。「家庭破壊」が行なわれ、心理的なコンフリクトが増大している。フラストレーションや精神ストレスの累積が、「いらいら」やノイローゼなどの多発を惹き起こしている。このような農村生活の「都会化」は、子供や年寄りを「放ったらかし」にする原因になっており、彼らの健康にも重大な negative な影響を及ぼしていることは間違いがない。これらについて私どもの農村医学は、まだまだ多くの未開の問題をかかえている。

農村の環境的因子として、かつて終戦後の時代

図表 7 「農民の健康会議」のあゆみ

——主催者は農協各連の全国組織と

日本農村医学会

- | | |
|-------|---|
| 第 1 回 | 農民は果して自分の健康を犠牲にしているか
—死亡・疾病・潜在疾病について(昭34. 4) |
| 第 2 回 | 農民の潜在疾病について (昭35. 11) |
| 第 3 回 | 農村の医療費問題 (昭36. 7) |
| 第 4 回 | 農民の健康の実態とその関係 (昭37. 11) |
| 第 5 回 | 主婦農業と健康について (昭38. 12) |
| 第 6 回 | 主婦農業の健康白書 (昭39. 9) |
| 第 7 回 | 農業従事者における農薬中毒の実態調査 (昭41. 1) |
| 第 8 回 | 農薬中毒問題 (昭42. 1) |
| 第 9 回 | 農村における考人医療保障—とくに脳卒中の後遺症を中心として (昭43. 1) |
| 第10回 | 農民の労働災害とその対策—機械とそれに伴って増大しつつある健康障害 (昭44. 1) |
| 第11回 | 農村医学の今日的課題—第 4 回国際農村医学会議をふりかえって (昭45. 1) |
| 第12回 | 農民の薄い血問題について—貧血追放運動とあわせて (昭46. 5) |
| 第13回 | 農村の健康管理をどうすすめるか (昭47. 11) |
| 第14回 | 公害と農民の健康 (昭48. 11) |
| 第15回 | 今日の農村と健康—とくに出稼ぎ農民の健康障害・老人の健康を中心として (昭49. 11) |
| 第16回 | 今日の農村母子保健—とくに妊産婦の過労と乳幼児に及ぼす健康障害について (昭50. 11) |
| 第17回 | 農村の食生活はいかにあるべきか (昭51. 11) |
| 第18回 | 農村地域住民の健康管理をどうすすめるか (昭52. 11) |
| 第19回 | 農民の健康実態—農協は何をしなければならぬか (昭53. 11) |
| 第20回 | 全農民が最低年一回健康診断を受けられるようにするには (昭54. 11) |
| 第21回 | 集団健診と健康教育—とくに、いわゆる事後指導について (昭55. 11) |

は「地方病的」なものを重視したが、近年は、それよりも、「社会的」地域生活からくる精神的な因子を重く見なければならぬのではないか。言うまでもなく、今日では、伝染病や寄生虫病の心配などは甚だ減少した。

新しい環境因子の中に「農村公害」のようなマイナス面があると同時に、他方、医療や保健に対する農村民のニーズないしダイヤモンドの増大というようなプラスの面が現われてきていることに特別な注意をはらいたい。特に「健康管理」に対する要求が、一般農村住民に増えてきた事実の認識は、私どもの仕事にとって重要である。これについては、従来の私どもの農村における実践と啓蒙活動が、若干の役割りを果たしたかもしれない。いずれにしても、私ども農村医学者は、この農民の要望に応える責任がある。新しい地域情勢の中で、いかなる健康管理、即ち、集団健診と保健教育を結びつけて展開していくという仕事は、決して容易ではない。その理論や技術の面でも、まだ解決すべき多くの問題がある。そして、ここに農村における「健康管理学」の建設の任務がある。

以上の観点をふまえて、先述の図表4のような鳥瞰図を、新しく作り直してみると、図表8の如くなるのではないかと思う。

9) 地域づくりと結びついた農村の「地域医療」を

そもそも「農村医学」は、「地域医学」のひとつである。農村とは、農村地域を指すからである。この社会学的追求は、地域社会じしんが大きく変動しているのであるから容易なことではないことはすでに述べた。その医学的実践もまた然りである。だが、農村が変化したことは、農村がなくなったことを意味しない。私どもがかつて追求した農村の劣位性、もっとはっきり言うならば、農村の住民生活の中の「健康犠牲」的なものが、今日、決して払拭されたことを意味しない。それは高度成長期を経た、新しい地域社会の中においても、まだ大きく残存しているのである。農家の生活が一見よくなったように見え、金廻りがよく

なったと言え、それは本当の意味で健康的になったのではない。

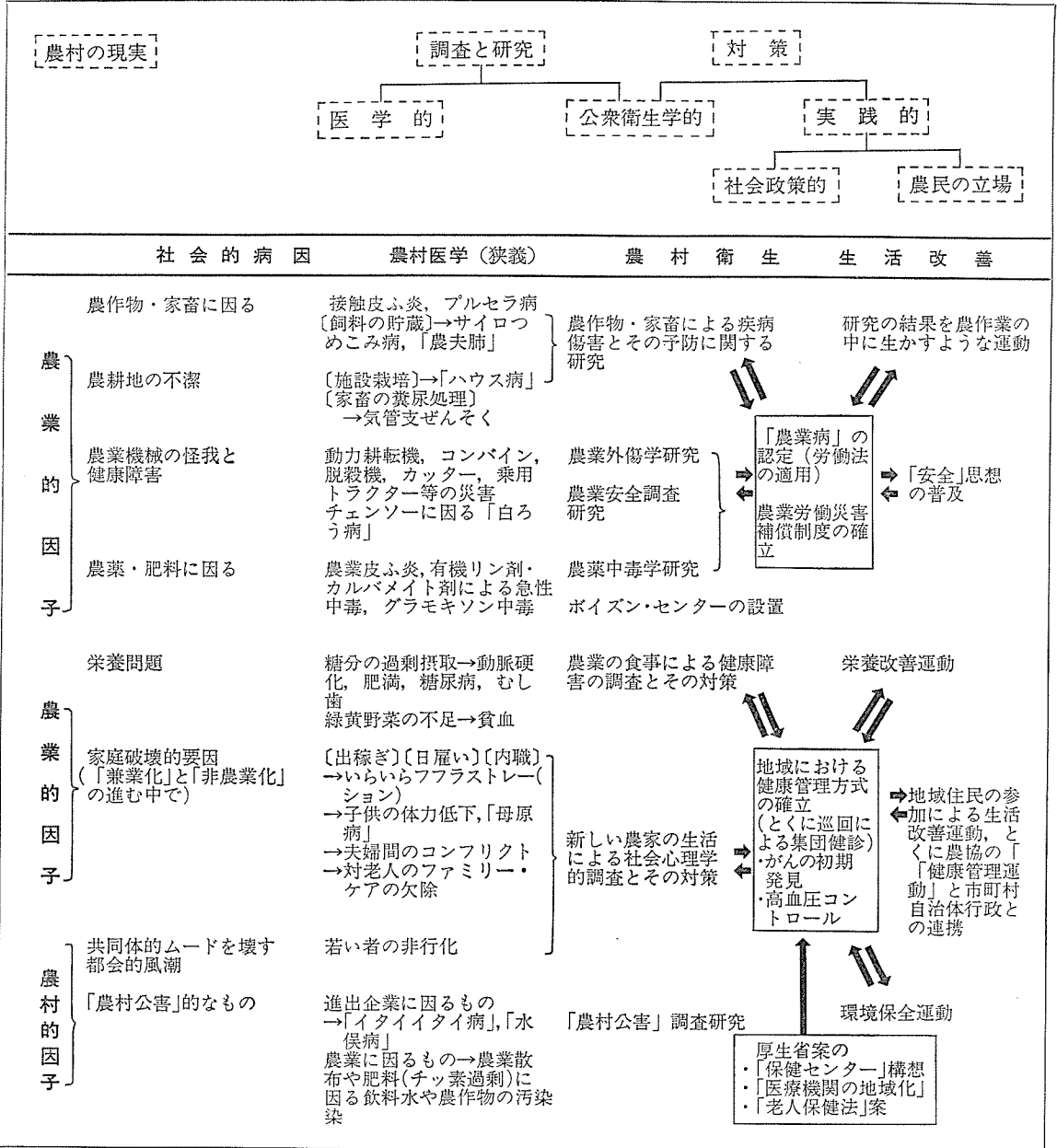
戦後の高度経済成長の中で、わが国の地方都市や農村は、過疎化がすすむとともに、古い共同体は崩壊したと言われる。村を支えていた物質的基盤が外部の資本や権力によって破壊され、「むら」はなくなってしまった。しかも、これらの外来的な産業開発事業の多くが失敗に帰しているという実状がある。

今日、大都市圏のゆきづまりから、工場と人口の分散が、政府によって行なわれつつあるが、これも単に交通などの便を考慮してからの発想が多く、要するに、土地、水、労働力が安く買え、また環境保全への投資が安くてすすむために、過疎地を利用しようとするにすぎないものが多い。

これらに対する反省の中から、過疎の苦しみの中にあつて、外部の資本や政府の力のみをあてにせず、自らの資本と技術で開発をすすめることが大切だという自覚が生まれるようになったのであるが、そのような試みが、すでにわが国でもいくつかがなされ、成果をあげているものもある。経済だけでなく、保健、環境保全、文化などの問題を総合的に、地元の創意工夫によって行なっていくことが大切だ。このような開発は、地域住民の立場を主体にしてすすめるとするならば、あくまで、保健や環境の問題が、つねにその基盤に考えられておらねばならず、単なる「エネルギー基地化」や「軍需工場化」であってはならないということになる。ここに「地域づくり」と「地域医療」との強い関連が出てくる。

もう一度、かつてのような良い「むら」を再建するためには、住民を中心にした、しかも市町村自治体の協力による、自主的な計画をつくり上げることが大切だ。そのためには、住民自らが立上がってグループをつくり、調査し、政策までをつくりあげる必要がある。私どもの念願とする「地域医療」や「健康管理」の仕事は、まさにこの「地域づくり」の運動と結びつかねばならない。

図表 8. 今日の農村医学的テーマの鳥瞰図 (1981年, 若月)



10) プライマリ・ヘルス・ケアと わが農村医学

プライマリ・ヘルス・ケアに関する、1978年WHOの主催の「アルマ・アタ大会」では、地域医療は、地域の文化や産業の発展の実状に即応してなされるべきだ、とはっきり規定している。この点、私どもの従来の方法論はまだ充分でなかったと反省する必要があるかもしれない。

プライマリ・ヘルス・ケアには、大ざっぱに分けて、「アメリカ流」と、「WHO流」の2つがあると言えようか。「アメリカ流」のは、ちょうど私も日本農村医学会のいう「地域医療」と似た発想で、医療はがんらい地域住民のものだから、第一線でもっと地域住民の生活に密着したものでなければならないとする主張である。これに対して、「WHO流」の方では、まず開発途上国の、「無医村」的な第一線での医療のあり方の重要性を主張する。これも私どもの立場と似たところが多い。

「アルマ・アタ宣言」の第4章では、「人間は個人として、また集団として、自らの健康管理の企画と実施に参加する権利と義務を有する」と言う。地球上には現在、40数億の人間がいる。その中で日本のように、進んだ今日の医療に恵まれている住民は、わずかに5分の1に過ぎない。あとの5分の4の人間は、アフリカにおいても、ラテン・アメリカにおいても、アジアにおいても、ぜんぜん医療に恵まれていない現実ではないか。これは農村医学者の私自身が、イランやイラクの砂漠の中で、またフィリピンの離島などの中で、いやという程見てきたところでもある。いや、わが国にもまだ「無医村」はたくさんある。この現実を放っておいていいものか。住民は「人間の名において」自分の健康管理を実施し、それに参加する権利と義務を持つべきだという。いわば人権宣言であって、これこそは私ども農村医学者が最も心すべき基本的精神であろう。

また、第6章には、「プライマリ・ヘルス・ケアとは、自助と自決の精神にのっとり、地域社会または国が、その開発の程度に応じて、負担可能

な費用の範囲で、地域社会の個人または家族の十分な参加のもとに行なうもの」とある。それぞれの地域で、住民じしんが考えて地域開発の程度に応じてやる。何も高いお金がかかる方法をすぐにやることではない。まず、大切なのは、住民皆の参加である。住民の納得を得て、実用的で科学的な健康管理の方法が必要だというのである。

世界中がもっと自分の健康ということを考え、それに対する方策を講じなければいけないのではないか。一体、医学者達は何をしているのか。厚生省や保健学者たちは、一体、何をぼやぼやしているのか。経済も政治も軍備も必要かもしれないが、何よりも人間生活、とくにその基礎である健康の原点に着目し、その方策をたてるべきではないか、という怒りをこめた宣言で、ある。それを第三世界のへき地住民を主体として言っているところに重みがある。私どもが従来唱えてきた、農村地域の健康管理精神の「国際版」とも言えようか。今やこのようなグローバルな視野が私どもにも必要なのではないか。これからの新しい時代は、米ソの大国によっては決められない。むしろ第三世界の動向にかかっている。

地域医療の中における「住民参加」という観点から、私どもの理論の中にも、そしてまた実践の中にも、もっと多くなければいけなかったことが反省される。実践と結びついてこそ私どもの学問があるとするならば、これらのプライマリ・ヘルス・ケアの要求こそ、今後の私どもの行く手を正しく示す指針というべきであろう。

かくて、「農業医学」や「農村医学」或いは「健康管理学」の何れにしても、私どもは行く手にこれから解決していかなければならぬじつに多くの実践的テーマをかかえていることを痛感する。

思えば、かつて私どもが「無医村解消」や「健康犠牲からの農民の解放」を唱え、農村医学を志した時は、真にヒューマニスティックな精神に燃えていた。この「農村医学の初心」は今日でもなおいきいきと私どもの活動の中に呼吸しているだろうか。農業の不振と農村の過疎化の容赦なく進行する今日こそ、ますますそのような初心が私どもに必要なのではないか。zero-cieling は行政改

革の名のもとに、わが国の農村医療の経営困難と福祉後退が高く叫ばれる今日、それならばこそ、この初心が真に生かされなければならぬのではないだろうか。

この「アルマ・アタ大会」で、WHOのマーラー事務局長は「今こそ我々は地域住民の中に入って、その健康を守る仕事につくさねばならぬ。それは医療技術を押しつけることではなく、住民とともに進むことである」と宣言している。これらは、私どもの農村医学の従来唱えてきたことと一致する。私どもは今日、このいわば「初心」を忘れてはならぬと痛感している。

11) 社会科学としてのわが農村医学

昭和35年に創立した社会医学研究会設立の動機を、事務局の芦沢氏は次の如く述べている。「日本資本主義の発達とともに著しくなった医療の諸矛盾の認識と、医療の社会化の言論が、その源であり、すでに明治期の末にその萌芽を認めることができよう」と。

さて、私ども日本農村医学会の活動は、わが国の社会医学の発展の中で、どのような位置と、どのような特徴をもつてであろうか。その点を一瞥してみることもむだではあるまい。

その動機と成立の経過から見ても、また、その後の発展の中に於けるいちおうの業績を追ってみても、たしかに農村地域における社会医学として、大きな特徴があるようである。とくに、わが国の公衆衛生学の発展とそれを比較してみると、幾多の若干の相違をみることができよう。

そもそも、わが国の「社会医学」は、これについて先駆的な役割を果たした宮本忍氏の『社会医学』（昭和11年。戦後昭和21年に若干の修正を行なって「新版」が出されている）を見ても分るとおり、マルクス主義的、史的唯物論的な解釈のもとに展開されている。つまり、「社会医学」といっても、宮本忍氏自身がいうごとく、それは「社会主義的医学」と云えよう。前述の、高橋実、林俊一の両君の所説なども、その系列に入ろう。

では、私どもの「日本農村医学」はどうだった

かといえ、その点を、あまり理論的に明確に出さなかったのが特徴ではなかったか。貧しく不潔な、遅れた、当時の農村生活に着目し、これを何とか改良しなければならぬという humanism 精神がとくに前面に出されていた。もちろん、それは今日の農村社会の社会科学的分析を基礎にはしていたが——その点は、既述の説明でお分り頂けると思うが——マルクス主義的階級闘争論はどちらかといえば表面に出されていなかった。もっとも、農民は本来プチブル (petit-bourgeois) であるから、階級闘争の表舞台に出ることは少ないという面もないではないが、何れにしても、社会科学的分析には力を用いたが、マルクス主義的結論を直にもち出すようなことはつとめて避けた。したがって、宮本氏がいうような「社会主義医学」ではなかったことは確かである。そうでないと広範な農村医療の第一線で働いている医療技術者たちをつかまえることはできなかったろう。(今日、日本農村医学会の会員は、医師だけで2,500人を越えており、世界の農村医学会でも最大といわれている。)

私などは、むしろ階級的カテゴリーを導入しての富農、中農、貧農、農業プロレタリアのエンゲルスの分類に従って行なった調査のデータが、必ずしも、今日の日本の農民の健康の実態をうまく解明できるとは限らない実例などを挙げている。(「農村医学的テーマ」との取り組み、日本農村医学会雑誌、第3巻2～3号、昭和30年6月。若月：『農村医学』昭和46年、25頁)

もう一つの私どもの農村医学の特徴は、医療の社会化への志向とアプローチの方法が、「下」からの、いわゆる「農民と共に」の精神に裏うちされていることである。それが、実践的であることは当然であるが、いわゆる公衆衛生学的なそれとは違って、国や社会が行なうべき行政的なものというより、むしろ、住民の側からの、少なくとも住民の needs と結びついての、practice であるという点に力点をおいているところであろう。今日、どの医科大学にもある「公衆衛生学」の講座の意図するところが、とかく行政的、政策的な仕事であるのと、甚だ対照的であるといえようか。

戦後、GHQ の PHW (公衆衛生福祉) 部長サムス大佐は、「公衆衛生とは、予防医学の知見を、大きな人口集団に対して、適当なる行政組織を通じて応用することである」と述べていることは周知のとおり。そして、わが国の今日の公衆衛生が、その占領政策の連続であることも確かといえよう。

私どもの農村医学が「第一線」の実践性を強く主張したことは、そもそも日本農村医学会を結成した会員の多くが、農村地域における第一線の臨床家であって、国家の行政や教育にタッチする衛生学者ではなかったことも大きな役割を演じているであろう。従って、ここには臨床医学と公衆衛生学との総合が必然的にある。しかも、農協の組織の中からでた「おらが組合病院」の医師たちであるから、直接に地域住民に接触し、その needs を汲みとらざるをえない立場にある。従って、ここに発揮される民主主義は、「上から」のものではない。「下から」の、少なくとも「下と結びついた」デモクラシーの思想であって、いわば「草の根民主主義」とでもいうべきものが主体といえよう。このことは、大よそ日本農村医学会の今日についてもいえることではあるまいか。

もちろん、それは、「上から」の行政的アプローチを否定するものではなく、むしろこれと相提

携し、協力してその実を挙げるべきものであることはいうをまたない。そのことは、とくに最近、政府自身が医療費抑制政策の中でとくに公衆衛生的活動に重点をおこうとしている。こういうような場合、「良いプラン」がとかく上部構造の「上すべり」になり易い。そこで、とくに私ども(第一線の市町村自治体の保健婦や農協の生活指導員らも含めて)が、「下から」積極的にこれと結びつき「上から」の意図を生かすことが、真に住民の意志に沿うのであるし、広い意味の医療の民主化は、その時、本当の正しい発展をとげ得るのではないか。

何れにしても、日本農村医学会発足時、私どもを揺り動かした動機、都と農村との格差は、高度経済成長を経た今日でも、その形と表われ方こそ違え、なくなっただけではないのである。

「付記」

日本農村医学会は、その他に、国際農村医学会 (IAAMRH) の中でも若干の役割をして、その unique な仕事は国際的な評価をえている。とくにアジア、アフリカ、ラテンアメリカの農村医学の発展の中での努力について、そのことが云えそうである。本稿では、その点についての論議は省いた。

過疎地における生活基盤の崩壊と 保健医療従事者の課題

金 子 勇

(長野県阿南町診療所)

1. はじめに

長野県下伊那郡阿南町和合地区は今、茸取り、稲刈り、そして、こんにゃく掘りと、実りの秋に若干の活気を示し、山々は紅葉に彩られようとしている。続いてまた、褐色の山に覆われた谷底での冬の生活がやってくる。

そんな和合地区で、僻地診療所開設20周年（実際は21年）記念行事を、診療所後援会と阿南町共催で行なう話が進められている。しかし、千葉大学医学部農山村医学研究施設職員として18年余、阿南町職員となってこの3年、和合僻地診療所を拠点に活動している今の私は、素直に20周年を祝う気持にはなれない。

何故かと思うに、まず、生死の間を彷徨う人の喜寿を祝うが如き感がする。過疎の渦中にある和合地区は、その存亡の岐路に立っている。どの道を選ぶのか、そこに住む者が直視しなくてはならない現実がある。曲りなりにも20年、医療が確保されてきたことのみを目を奪われ、お祭り気分浸るわけにはいかない。

また、急激な地区の変貌に対し、これまでの自らの営みは、余りにも小さい。そして、これからの展望は模索の中にあるからである。

本稿では、和合地区の実情を述べ、僻地に住み、働く者の一人として、保健医療従事者の課題など、所感の一端についてふれたいと考える。

2. 深まる健康破壊

千葉大学医学部農医研の私達は、従来第2種無医地区であった和合地区の、僻地診療所の開設（'60年）関与し、医療確保に努めると共に、公衆衛生活動を結びつけて、地区の健康保持増進に取り組んだ。

当初、虫卵保有率50%の回虫、20%の鉤虫を中心とした寄生虫対策、死因第一位の中樞神経系の血管損傷の減少を目指す高血圧対策、なおその率が出生千対20を越す乳児死亡撲滅を期す母子衛生活動、そして、健康を守る住民活動の組織化を軸に実践を展開した。

その結果、住民ぐるみの取り組みで、数年にして鉤虫は撲滅、回虫も1~2%の撲滅段階に至り、乳児死亡も激減、脳卒中も減少し続けている（粗死亡率は当初低下、その後人口高齢化で微増または横這い、年齢別死亡率は低下している）。'62年に結成された住民組織保健部会は、様々な地区の課題に取り組み、それなりの成果をあげ、行政の進める各種検診においても、和合地区の受検率は、何時も他地区を上廻り、その活動が全町的な住民組織健康推進委員会を生む契機ともなった。また過疎化によって、婦人会はじめ色々な組織が後退する中で、保持されている貴重な存在ともなっている。

不完全診療体制となりながらも維持されてきた僻地診療所も、その開設前200%に満たなかった国保受診件数率を、開設と共に300%代に乗せた（'79年には700%を越えている）ように、潜在疾病の顕在化、間接医療費の軽減等、一定の役割を果たしている。

しかし、こうした部分的な保健医療活動の若干

表-1 土着世帯の階級構成 (%)

19..年	富	中	貧	労	他	世帯数
'63	4.1	24.1	37.7	29.1	5.0	220
'75	1.1	23.4	43.6	28.2	3.2	188

表-2 人口指数の推移 (和合地区) ()内は全国

(10/1)年	1950	1960	1970	1980
人口指数				
老年化指数 ($\frac{C}{A} \times 100$)	17.8 (14.0)	30.5 (19.1)	84.4 (29.8)	292.2 (.)
老年人口指数 ($\frac{C}{B} \times 100$)	11.7 (8.3)	17.2 (8.9)	30.0 (10.3)	42.7 (.)
幼年人口指数 ($\frac{A}{B} \times 100$)	65.7 (59.3)	56.3 (46.8)	35.6 (34.7)	14.6 (.)
従属人口指数 ($\frac{A+C}{B} \times 100$)	77.4 (67.5)	73.4 (55.7)	65.6 (45.0)	57.3 (.)

(A=0~14歳人口, B=15~64歳人口, C=65歳以上人口)

表-3 国保受診傷病大分類構成比 (%) の推移 (阿南町和合地区・医科)

年度	呼吸器	循環器	消化器	神経・ 感覚	皮膚・ 結合織	筋・骨格	不慮の 事故	性・ 泌尿器	伝染病・ 寄生虫	分娩・ 産褥	その他
1960	29.3	16.1	15.5	9.8	4.9	4.8	4.6	4.3	3.8	1.6	5.3
1964	24.2	19.7	12.6	10.7	6.3	6.9	3.8	6.0	1.4	2.7	5.7
1972	21.9	26.7	11.6	9.1	5.3	15.3	2.1	4.8	0.7	0.0	2.5
1980	16.5	46.4	11.3	5.9	2.5	7.7	2.1	2.7	0.3	0.1	4.4

の成果が認められるにしても、様々な健康問題が輩出し、むしろその広がりや深さは増大している。

これまでの調査で、農村労働者次いで貧農層に寄生虫卵保有率、運動器疾患罹患率、労働災害率等が高く、一方受診率は低いといった、健康の社会階層格差を認めてきた。また社会的、自然的条件の劣悪な山岳集落程、健康指標が悪いことも明らかであった。こうした格差は埋められることなく続いている。のみならず、一層階層分化は底辺拡大へと進んでいる (表1)。

人口の老齢化 (表2) は、疾病構造の変容をもたらし、成人病の比重を高め、国保受診傷病をみても、循環器系疾患は、60年の16.1%から、80年には46.4%へと激増 (表3)、生活をふまえた、きめ細かい対策が求められ、一方それに対応する体制は遅れている。

急速な生活変動に伴う諸問題も生まれている。

農業資材や機器生産資本の市場化と、労働力不足・過重労働・低生産性などの内的矛盾の絡み合いから強いられた、生産技術や手段の変化で生じた諸問題、すなわち、農薬中毒、機械化による災害の重傷化 (耕うん機による骨折や死亡)、過重労働 (椎茸乾燥機による深夜業)、傷害 (チェーンソーによる振動障害) などが生じている。

林業に依存していた農村労働者層は、挙家離村を余儀なくされ、一定の生活基盤を持って留村するものも、農業のみで生計が営めず、農外収入を求め貧農化していく。その中で特に問題の多いのは進出中小企業である。一弱電企業の場合、週4日勤務で農業と両立できるとの触込みだが、低賃金で両立させねば生活が成立しないのが実情である。しかも、1日12時間労働で、4日のうち2日は深夜勤という苛酷な労働条件では、次第に農業を粗放化せざるを得ない。そこからは、社長の選

表-4 世帯・人口の推移 (和合地区・国勢調査)

(10/1)年	1950	1960	1970	1980
世帯数 (指数)	315 (100)	291 (92.4)	225 (71.4)	210 (66.7)
人口 (指数)	1,669 (100)	1,273 (76.3)	745 (44.6)	549 (32.9)
平均家族数	5.3	4.4	3.3	2.6
人口密度 (1 km ² 当)	27.8	21.2	12.4	9.2

表-5 階層別後継世代同居世帯率 (%)

階層	富農	中農	貧農	農村労働者	その他	計
年月						
'63・8	100	83	77	30	27	63
'71・12	50	42	58	22	38	47

拳運動をも強いられ脳出血で死亡した者をはじめ、高血圧、胃腸障害、精神障害等多発している。

家は分解を続け、老人世帯が増加している。今や世帯平均家族数は2.6人（'80年）となり（表4）、後継世代は流出を続けている（表5）。自前の労働力で農林業を営む中農も、本来的なものは減少し、老人のみで細々と営農する、実質的には貧農的中農が増えている。こうした世帯構成の変容は、老人問題を深刻にしている。子供が離村し、一人ぐらしをしていたTさんは、老化も進み、娘が引取る話が具体化したのが、たまたまTさんが若干の現金を持っていることを知った息子が、その金目当てでだろうと喋ったため、娘夫婦を怒らせ、一人で放置され、風邪をこじらした今、看病する者もなく、入院せざるを得なくなった。こうした家庭の崩壊による諸問題が頻発し、家庭看護不足から褥瘡を併発する等、様々な健康問題を惹起している。医療は、狭義の医療の枠内に止まれず、生活に立入り、福祉と結合して対応せざるを得ない。

こうした住民の老化、不健康化は、前述の国保受診件数率の上昇に反映していると共に、診療所受診者の年間延数の推移にも示されている。すなわち、人口は激減しているにもかかわらず、延受診者数は、61年に6,241人、79年6,219人と、変動がありながらも、横這い傾向となっている。

また、過疎の内容の一つ、住民意識の沈滞は、地区の健康を守る運動の展開における重大な困難性となっている。

こうした諸々の健康問題は、何れも生活に根差し、生活破壊と連動している。当然、生活がらみの対応が求められている。そして、個々人の健康という視点のみならず、それを規制している地域社会そのものの健康化が、避けられない課題となっていると考えられる。

3. 崩れゆく山村

和合地区の様々な健康問題の渦は、既にその一端に触れたように、生活の変容、とりわけその土台である生産基盤の崩壊に起因している。

中央アルプスと南アルプスの間を南下する天竜川に併走する国鉄飯田線温田駅から西へ20km、その山あいには和合地区の中心部はある。愛知・岐阜・静岡県境も近い。総面積は町の半分を占めて60km²、林野率86.1%、適住地は13.6%に過ぎず、現在200余世帯、500人余が、大小13の集落に散在している。水清く、これから紅葉に彩られる過疎山村である。

かつての旧和合村は、農林業で生計を営み、他県からも戦時中は生産者が流入する、全国有数の

表-6 農家生産物（1964年、農協総合生産計画実績）

生産物	総額	林産	にこやんく	米	養蚕	畜産	果樹	麦類	種苗	雑穀
総収入額（千円）	101,158	44,690	23,085	19,800	6,762	3,695	1,363	746	529	488
構成比（%）	100	44.2	22.8	19.6	6.7	3.7	1.3	0.7	0.5	0.5
商品化率（%）	66.2	95.3	36.4	24.3	98.8	100	53.0	0	0	0.8

表-7 農協和合事業所販売額（1970年度）

品目	金額(万円)
農機具等	604
肥料	466
農薬	101
食料品	591
生活用品	1,136

表-8 耕地面積（1975、和合地区）（町役場農家基本台帳）

耕地	田	畑	樹園	計	採草放牧地
面積（m ² ）	363,419	248,195	80,711	692,325	250,120

（農家戸数・136、農家人口・404人 1981.5.1 現在）

表-9 水田利用再編対策実績（1980、和合地区）（阿南町経済課）

項目	面積(a)
水田本地面積	2,495.8
目標面積	877.62
実績面積	844.62
実績/目標(%)	96.2
転作率(%)	33.8

表-10 水田転作累計 (和合地区, 1981)
(阿南町経済課)

転作物	面積 (a)	
特定作物	大豆	200.08
	青刈稲	173.27
	飼料作物	97.14
	そば	162.83
永年性作物	ト麦	50.77
	うめ	2.24
野菜	桑	5.10
	キュウリ	24.39
	ピーマン	4.01
	トウモロコシ	11.20
	アスパラ	2.08
一般作物	他	44.14
	コンニャク	21.53
養魚池等{農業施設	他	16.80
		16.43
計	832.01	

木炭産地として活気に満ち、'50年には、315世帯、1,669人が生活し得た。しかし今、社会集団としての機能を失い続け、その存亡が問われている。私達が係わったこの20数年は、山村社会が衰微し、崩れゆく過程であった。私達のささやかな活動の成果をも飲み込んで、社会変

貌の奔流が襲いかかっている。

従来、和合地区は、農林業の複合経営で生活していた(表6)。その主産業の一つ農業は、国の軽視政策のもとで、農機具、肥料、農薬等生産費は拡大し、生活費も高まる一途なのに(表7)、農産物価格は、低迷し、不安定でもあり、農家は賃労働等農外収入依存を強めざるを得ない状況に追い込まれている。主作物のこんにゃくも養蚕も、生産農家は減少し、作付面積も、生産高も低下している。低米価ながら、安定収入の見込まれた稲作にしても、転作を強いられ(表8, 9)、生産低下を免れない。転作地には、多様な作物が栽培されているが(表10)、安定収入が望め、安定生産を持続する見通しも認め難い。有機肥料不足による地力低下、賃劣化による農業の粗放化、後継者難等も絡み合って、農業は荒廢に向っている。

農業収入の減退は、一時林業依存を強めた。戦時中の軍隊に強制された薪炭生産による乱伐に始まり、60年代にかけて、用材、パルプ材が切出され、生活費に当てられた。64年には、農家生産物総収入額の44.2%を林産物が占めていたが、椎茸生産が維持されているほかは、薪炭生産は壊滅し、大多数農家の山は、再生産は思うにまかせず、切

表-11 山林保有形態別面積 (ha, 割合%)
(森林組合土地台帳)

年	保有形態		公有林	計
	和合 在住者	不在地主		
1959	2,839 (72.3)	576 (14.7)	512 (13.0)	3,927 (100)
1970	3,936 (71.7)	853 (15.5)	697 (12.7)	5,486 (100)
1981	2,611 (55.9)	1,400 (30.0)	691 (14.1)	4,672 (100)

(土地移動で実測され、台帳面積が変動する)

るべき森林はなく、生活の糧とはなり難くなった。その結果、遂には林野を手離す破目になり、不在地主所有林は増大し、30%の面積を占めるに至っている(表11)。しかも、不在地主121人のうち、56人は、林業経営としてでなく、投機を目的とした所有者であり、その面積は全体の22.7%に達している('81年)。また、人工林は、植林が広がつつあるとはいえ、林野の28%('80年)に過ぎず、その樹齢は概して低く、収入に結びつくのは数10年先になる。伐期の来ている山にしても、外材に押され、価格は低迷し、雑木パルプ材に至っては、伐採、搬出費にかかり、売っても赤字になりかねない。林業もその基盤が崩れている。山が荒れ、地区が貧しくなればなる程、雑木が生えるにまかされ、初夏の新緑と、秋の紅葉は美しく広がっていく。山々の彩りの広がりは、地区の貧しさを象徴しているのである。

表-12 人口構成(比%)の推移

(和合地区, 国勢調査)

(10/1) 年	1950	1960	1970	1980
0 ~ 14	618 (37.0)	413 (32.4)	160 (21.5)	51 (9.3)
15 ~ 29	434 (26.0)	216 (17.0)	68 (9.1)	42 (7.7)
30 ~ 44	243 (14.6)	276 (21.7)	177 (23.8)	90 (16.4)
45 ~ 59	218 (13.1)	180 (14.1)	162 (21.7)	179 (32.6)
60 ~ 74	126 (7.5)	145 (11.4)	178 (23.9)	118 (21.5)
75歳以上	30 (1.8)	43 (3.4)		
計	1,669 (100.)	1,273 (100.)	745 (100.)	549 (100.)

表-13 主職業別就業者数（和合地区土着世帯15歳以上）（ ）内は割合%

年	性別	農 業			林 業			土(日)建業	勤 務		自営業	内納屋工場	家内労働	労働不能	計
		自家	日雇	計	自家	日雇	計		常勤	日雇					
1963 (8月)	男	153 (47.5)	4 (1.2)	157 (48.8)	31 (9.6)	58 (18.0)	89 (27.6)	19 (5.9)	22 (6.8)	16 (5.0)		1 (0.3)	18 (5.6)	322 (100)	
	女	198 (56.4)	15 (4.3)	213 (60.7)	2 (0.6)	9 (2.6)	11 (3.1)	4 (1.1)	14 (4.0)	18 (5.1)		66 (18.8)	25 (7.1)	351 (100)	
	計	351 (52.2)	19 (2.8)	370 (55.0)	33 (4.9)	67 (10.0)	100 (14.9)	23 (3.4)	36 (5.3)	34 (5.1)		67 (10.0)	43 (6.4)	673 (100)	
1981 (6月)	男	92 (45.1)	3 (1.5)	95 (46.6)	5 (2.5)	15 (7.4)	20 (9.8)	14 (6.9)	35 (17.2)	9 (4.4)	12 (5.9)	0	1 (0.5)	18 (8.8)	204 (100)
	女	135 (56.0)	3 (1.2)	138 (57.3)	1 (0.4)	6 (2.5)	7 (2.9)	2 (0.8)	15 (6.2)	6 (2.5)	8 (3.3)	18 (7.5)	27 (11.2)	20 (8.3)	241 (100)
	計	227 (51.0)	6 (1.3)	233 (52.4)	6 (1.3)	21 (4.7)	27 (6.1)	16 (3.6)	50 (11.2)	15 (3.4)	20 (4.5)	18 (4.0)	28 (6.3)	38 (8.5)	445 (100)

こうした地区の経済基盤の沈下は、仕事を失った山村労働者層の相次ぐ挙家離村（60年代）と、引続く若年層の流出をもたらし、急激な人口減少と高齢化を生じ、人口構成は“ひょうたん型”から“きのこ型”へと移行し（表12）、年間死亡数は10人前後と横這いなものに対し、出生数は1～2人と激減する、不健全社会集団とならしめた。そして、留村者は、賃労働収入を求める生活へと駆立てられ、階層分化を進め、就業構造を変容せしめた（表13）。農業従事者は、今なお過半数を占めているが、農外兼業化が強まり、高齢化も進み、労働力の質的低下は否めない。

家族は分解し、老人世帯が増加、家はその機能を低下し、全国に先駆けて、老人の村と化しつつある。

従来維持されてきた様々な社会施設も、閉鎖あるいは縮小された。'57年に合併し阿南町の一地区となるに及んで、地区の問題を和合地区の人達の意志と努力で解決することが困難となった。一人当りの交付税は減額され、しかも町の人口の割に満たない和合地区は、投資効果は薄く、町行政のお荷物とされた。旧和合村有林の財産収入も、和合に還元されることなく、和合の人口減少率が高く、かろうじて過疎地域の指定を受けた町であるが、過疎債は中心部に投資され、格差を拡大させている。また町村合併とともに一集落の分校は閉鎖され、児童は中心校へのバス通学を強いられ、その戸籍も本庁に移され、旧和合村は分断され、

生活体系も変らざるを得なくなった。67年には、児童数の減少があったとはいえ、強い住民の反対を押切って、中学校が統廃合された。その発端は中心部中学校の老朽校舎を、補助率の高い統合中学として改築することにあつた。いわば教育の合理化であり、その結果、学童は寄宿舎に入り、学童・教師・家庭の接触が弱まり、非行も発生し、親の教育（参加）権が制限され、さらには、住民の反対を無視する中学統合は、住民にあきらめ、無力感を与え、住民意識の沈滞に拍車をかけた。

'65年には農協も合併した。和合農協は事業所に格下げ縮小し、稚蚕飼育所、精米所、三カ所の購買部は閉鎖されると共に、4人いた技術員も引上げられ、農家経営を守ることも、農協の力点は、信用事業や販売（生産資材に止まらず、様々な生活用品にわたった）活動に変わっていった。

その後森林組合の町一本化が強制され、さらには、飯伊森林組合が発足し（飯田市、下伊那郡は大阪府、香川県に匹敵する面積であるが、そこで単一の森林組合に統合する目的）、そこへの加入が求められ続けている。林業構造改善事業の導入の是非はともかく、それも森林組合の合併が条件だとされている。しかし、統合、合併の悲哀に苦しんだ住民の反対で、今も和合地区唯一の経済団体として、その存在を維持し、心の拠所となっている。

こうして、地域共同体としての機能は低下を続け、生産活動の後退や、後継世代の流出する中で、

生活の場としての持続性を展望し得ず、農民の大地に根ざす執念は弱化し、住民の意識は沈滞の度を深めている。

和合地区は、過疎の坩堝と化し、地区の生命力、再生力が枯渇しつつあると言えよう。まさに、地区そのものが病み、触ばまれている。そして、過疎山村には、今日の国政動向のもとで、その矛盾が集中的に示され、全国状況が、老人問題など、先駆的に発現しているとも言えよう。

そして、以上概観してきた和合地区の状況は、過疎というものを、まさに体現している。

4. 何が山村を過疎に追い込んだのか

和合地区の20年の歩みを顧りみると、わが国の農業動向と軌を一にしている。

今年で、農業切棄てと言われた農業基本法施行（'61・5）から20年を経過した。同法は、小規模経営を排除し、大規模農家を育成し、安い負担で、しかも小労働力で効率的な農業を行なうという、いわゆる農業構造改善と、輸入農産物と競合しない生産の拡大、すなわち選択的拡大を柱としていた。そして、66年に、産業計画会議は、それを、「15年後の日本農業」に画がいてみせた。すなわち1980年に、5.3ha 平均耕地の専業農家を100万戸にし、耕地0.6~0.7haの兼業農家を200万戸にし、農業人口は、1,200万から600万人に半減する一方、総生産は倍加し、専業農家所得は3倍にするというのであった。

実際はどのようになったのか。'81年の農業白書で伺ってみよう。

同書は「農業労働力、土地等農業的諸資源の非農業部門への移動が、非農業部門発展の与件の一つとなった」と述べている。農業政策のねらいが「高度経済成長」への貢献にあったことをうたいあげているのである。

確かに、農業就業人口は、60年の1195万から、79年の543万人に減少し、大量の低賃金労働者群が送り出されたことを示している。

耕地も、'60年の607万haから、'79年の546万haへと約1割が減少、実質的には、耕地利用率が、

133.9%から103.4%となっているので、3割減となっており、非農業部門への転用が進んでいる。

一方、2ha以上の基幹農家は、北海道を除き、55年に14万5千戸あったのが、増えるどころか、80年には9万戸に減少、3ha以上では3万戸に過ぎない。また農家構成を60年と80年で比べると、専業農家は208万から62万戸と激減、しかもそのうち、男の労働力があるのは43万戸に過ぎず、高齢者のみの専業は19万戸にも及んでいる。第一種兼業農家も204万から100万戸へ減ずる一方、第二種兼業農家は194万から304万戸に増加、併せて、606万から466万戸となり、後継者難が深刻になっている。

構造改善なるものは破綻し、大企業のためだけに役立ってきたと言えよう。

食用農産物の総合自給率は、'60年の90から'79年には72%に低下、それを穀物でみれば、82から33%へと急減している。農産物輸入は、この20年間に16倍となり、農産物輸入国へと転落、輸入額は世界一と言われる。そして輸入の40%は、アメリカからとなっている。この20年は、まさに農業が切棄てられてきた過程であった。そして、'60年から'78年にかけて、麦は22.2%（小麦自給率は6%へ）、豆は44.4%（自給率は5%へ）に減じ、ただ野菜のみが、農産物生産の30%から50%を占めるに至り、選択的拡大なるものも、農業の歪を強めているに過ぎない。

大企業のために、労働力、土地、水を確保する、その生産物輸出のため、低開発国及び生産性の高い先進国の農産物輸入を図る、こうして、大企業中心の高度経済成長を、農業・農民の犠牲によって成し遂げたのである。

また、輸入農産物の40%がアメリカであることに示されるように、日米安保条約によって、政治的、軍事的にアメリカに従属させられているのみならず、その経済協力条項に基づいて、経済的にも、対米従属路線がとられ、農産物輸入の自由化も、拡大を続けてきた。

このような、対米従属、大企業本位の、急激な「高度経済成長」政策が、農林業を生活の糧としていた山村の経済的基盤を直撃し、過疎をもたら

した。また、自主性のない、国民本位でない、調和のとれた産業発展を考えない国政であるので、当然とも言えるが、積極的な過疎対策がなされない政治のあり方も、過疎に拍車をかけている。

過疎対策緊急措置法に基いて、あれこれなされてはいるが、経済基盤を強め、生活を安定させるという施策は弱い。79年の過疎白書は、人口減少の鈍った点を捉え「過疎に歯止めがかかった」という。しかし、和合地区の実情をふまえてみると、流出できる者は出つくして、出るに出不れる者が老化に向いつつ沈黙しているといった有様で、事態はさらに深刻化しているのである。過疎は、地域社会の崩壊を軸としており、人口動向のみで語れないことは勿論である。またUターン現象も云々される。しかし、和合地区は、帰る者を受入れるだけの容量はなくなりつつあり、JターンまたはNターンとならざるを得ない。

こうして、和合地区も、衰退の一途をたどっている。

しかも、農業をめぐる情勢は、ますます厳しさを加えている。

80年12月の農政審議会の答申「80年代の農政の基本方向」は、これまで曲りなりにも掲げていた農産物自給率向上の看板をおろし、自給力の維持強化に力点を置いている。すなわち、有事農業ということで、有事の際、アメリカを頼って、長期輸入取り決めて輸入を確保したり、一定の備蓄をしたり、農地を確保して生産出来るようにしたり、補給体制がとれば良いというのである。また第二種兼業農家を中心に切棄て、農業の自主性と称し、農業は農民の自主的な経営努力にまかせるべきだと、国の農業保護政策を縮小する、すなわち国が農業から撤退する方向を打出している。

今論議されている第二次臨時行政調査会の第一次答申（81年7月）も、同じ立場で農業問題を扱っている。

80年代は、農業・農民にとって、また農村、とりわけ過疎山村にとって、これまで以上に深刻な問題が惹き起されるであろう。そうした場に住み、働く者は、一層心を引き締め、直面する課題に取り組まねばならない。

5. 守らねばならない山村

過疎山村の問題は、その社会的土台である農林業問題に根差し、それは、国政のあり方にかかわっている。

農民は、'50年には労働人口の45%を占めていた。それが今や'80年には10%に落ち込み、農村人口は30~40%であろうと言われる。過疎山村人口は、さらにその一部である。過疎山村の問題は、日本の片隅のことであり、ほんの一握りの人達のことには過ぎず、他の人達は、同情の眼で見詰めるしかないのであろうか。

ある大学教授や行政担当者が、「僻地は、元来人間の住む場ではない、集団移住し、住む者がいなくなれば、僻地問題は、一気に解決する」というのを耳にしたことがある。果してそうなのか。

私はそうは思わない。過疎山村僻地は、守らねばならないし、その問題は、そこに住み、かかわる者のみでなく、全国的な、他人事でない課題だと考えている。

山村の過疎問題にしても、それは「高度経済成長」のために不可欠なものとして作り出されたのであり、同時に都市の過密問題を生み出した。「弱者に大胆、強者に遠慮」「国の節約、負担は庶民」（朝日）などと各紙も批判する、第二次臨時調査会は、軍事・警察、海外協力、エネルギー・新技術開発などは手をふれず、福祉・医療・教育、農業・中小企業保護など、国民生活にかかわる広範な分野については、制度や機構を改悪し、庶民の負担を強化するものと言われている。このように、国民各層に襲いかかる火の粉の根源は、大企業本位の政治のあり方にあり、共通のものとなっている。各分野の問題は異っていても、根は一つに結ばれている。

また山村は、一国の命運にかかわる特有の役割を担っている。山村を山村たらしめる林野に、豊かな樹木を育むことは、国土保全のために欠かせない。そのことは、水資源の確保、森林資源の確保につながっている。

農業は、国民の生命を支える、安全な食糧を供

給する、基本的な使命を持っている。山村もその一翼を担ってきた。今日、食糧安保ということが論議されているように、食糧問題は、エネルギーなどと共に、国の安全・独立を守る上で、看過することは出来ない。農業も基幹産業の一つとして位置づけられねばならない。にもかかわらず、穀類など、主要農産物の自給率が低下し続けている事態は、ゆゆしきことと言わねばならない。また、飢餓に苦しむ国々がある。国際的な食糧危機とて、杞憂とは言えない。その意味で、農業を重視することは、国際的責務といっても過言ではない。食糧生産の場は、守り続けねばならない。

水田の転作が強制されている。その水田はたくまざる貯水池と言われる。いわゆる減反政策による水田の減少は、食糧問題のみならず、水資源確保の上からも、問題がある。

山村にはまた、豊かな自然とそれと調和した生活があった。それは、国民保養の場として、貴重な財産である。都市勤労市民のためにも、そうした山村の役割は、今後益々大きくなっていくであろう。

都市化が進むにつれ、古い習慣は崩れ、生活文化は変容する。極端に言えば、歴史、伝統的文化の断絶がおきる。勿論、古いもの、伝統というものには、切棄て、あるいは乗越えねばならないもの（封土的残渣など）もある。しかし、受継ぎ、守り、発展させねばならないものまで変り、消えつつあるのではなからうか。それが、相対的にまだ残されているのが山村ではなからうか。今、山村を守らねば、それも失われつくすであろう。

農林業は、自然法則、生命の法則に依拠して、営まれてきた。そこには、人為的な環境づくりが介入して変化しているとはいえ（ビニールハウス、電気等）、自然を畏敬し、それと調和し、そのリズムにのっとる労働と生活があった。木を植え、農作物を育て、家畜を養う、いわば、生命を育む仕事は、唯、利害打算のみならず、思いをこめ、より良いものを作り出す、労働対象との間に血が通う姿があった。より人間的であったと言えないだろうか。また農民の生活基盤である土地は、農民の分身の如きものであり、土地を失い、離れる

ことは、身を切られる思いであった。土地に執着し、大地に根を張る生活、そうした土着性こそ、地域を守り、地域文化を育み、発展させてきた原点のように思われる。それなしに、地方自治の確立も、いわゆる地方の時代もやってこない。今、若者は土地を離れ、祖先が営々として切開いた耕地のあちこちに、雑草が生え、木が植えられている。そうであってはならない。こうした山村の積極面や、祖先の築いた英知は、維持しなくてはならないと思うのである。

数年前、一つのユイ（田植・稲刈などお互い労働力を交換し助け合うこと）が崩壊した。仲間の一軒で、夫は弱電工場へ、妻はゴルフ場のキャディとなり、自らの家の仕事には、勤務を優先させながら助けを求め一方、他家には協力出来難いというのが原因で、これまでの近所の結びつきは損われた。しかしまだユイのような、連帯を育み、共同体として機能する姿は残されている。それは、どのような時代になると、封建的な側面は乗越えつつ、民主的な方向で発展強化すべきであろう。

山村に踏み止まり、生きぬく人達がいる。その人達の生活の場は、守り抜かねばならない。それは離村した人達の故郷を守ることにもなる。そしてまた、その地に直接かかわる人達のみならず山村の人達が受継いできている様々な文化遺産は、その一端を前述したように、日本人の心といったものにつながっている感がする。山村はまた、日本人の故郷なのではないだろうか。

以上、思いつくままに、若干の山村の存在意味について列挙した。それらから考えても、山村は守られねばならないと思う。そして、山村問題は山村に居住する者のみのものでなく、全国的な日本の将来のあり方にかかわっている。非山村民も、第二・三次産業従事者も、過疎僻山村問題を、農業問題を、自らにかかわる問題として受止めて下さることを、強く願わずにはいられない。

6. 山村の再生

山村は今、老化し、生命力が枯渇し、再生力が失われようとしている。そうした山村の崩壊を導

いたものは、世界にその類をみない速さで、資本主義的な高度経済成長を図ったことに主因がある。資本主義社会の矛盾を、もろにかぶった一つが、山村であり、その住民である。

和合地区には5,000ha余の林野がある。かつて和合の一青年と、林野をどう生かすか検討したことがあった。まず林野を立地条件から、保安林、椎茸原木等を確保する雑木林、用材を中心とした針葉樹林に分ける（その他牧草地、放牧地も考えられる）。そして少くとも半分を針葉樹林にするとして、その50分の1づつ毎年植林すると考えた（伐期を長くみて50年とした）。そのために必要な資金と労働力はどれ位か、それが軌道に乗れば、当時の経済状況でどれ位の収入が見込めるか算出してみた。その結果、高速道路数十米、一戦闘機代の数10分の1の年間投資を続けることで、当時の農家平均所得を倍加して、数倍の世帯が生活出来る筈とでた。

資本主義的な社会構造の変革、少くとも、農林業を重視し、国土保全の立場からも、山村に積極的な資金の投入がなされるよう、政策の転換がない限り、山村の再生は難しいと思わざるを得ない。そうした政治の転換は、絶えず求め続けねばならないが、それが実現するには時が必要な状況である。それまで山村は持堪え得るのか。和合地区を含む長野県下伊那郡は、飯田市周辺を除き、すべて過疎あるいは準過疎町村である。既に飯田市から木曾谷へ抜ける峠の大平集落のように、消滅した所が生れている。手遅れになりつつあるのである。長期展望と共に、当面とにかく何らかの応急手当をして、少くとも再生力だけは保持することが、緊急課題となっている。

この課題に取り組むには、医療の原点が、健康を回復する患者の意志と努力にあるように、過疎で沈滞する住民の意識が鼓舞され、土に根ざす農民精神が呼び戻され、困難な事態に立向かう住民の気概が、不可欠である。

和合地区で見ると、子供が離村してしまった家が多く、そこでは、子供の生活が安定すれば、何れは自分も子のもとへゆく、あるいは、自分だけは和合に踏み止るが自分の代で我家も終りだ、

といった空気が強いように見える中で、後継者のいる家は、親が農業に執着し、頑張っている所が多い。そして、何れの家でも、従来の生産活動を基礎に、わさび栽培やら、やまめの養殖やら取上げ、模索しながらも、精一杯生き抜こうとしている。こうした努力が、個々の形から、地区的な動きに発展するなら、一つの息吹きとなる可能性を否定できない。

また、韓国や国内でも武闘訓練をし、その中心幹部が手形詐欺で追われていると伝えられる行動右翼の修練道場を、和合地区の中心山頂に建設する動きを封じたり（'72年）、'77年には、皮革工場廃棄物（クロムを含む）投棄場設置を住民運動で断念させたりしている。住民のエネルギーは、枯渇しきってはいないのである。まだ再生力は残っているといえよう。

住民に依拠し、その再生力の賦活、強化にどう役立ち得るのか、そこに地区で働く私達保健医療従事者の役割の要があるのではなからうか。

老人の村と化しつつある和合地区で、死にゆく老人を前に、自らの力の小さなことを思いつつ、死の立会人に終らざるを有ない場面に出喰す。そして今、同様に、死にゆく地区の立会人にはなりたくない、強く思う。しかし一方では、そうならなかったら、ここに居を定めたのだから、それはそれで良いではないか、といった考えも心をよぎる。

3年前、大学を去った時は、前者の考えが主であった。山村の現実を見詰めた時、大学に片足おいて、逃げ場を残して、住民と共に歩むことが出来るのか、といった思いがあった。そして、これから、本当の活動が始まると考えた。

しかし、いざ町の職員となって歩み出すと、それまで以上に、厳しい現実がせまってきた。僻地山村を、その住民の一人として、内から捉えざるを得なくなったからで、それまでは、自分が思っていた以上に、外からの視点があったということである。そして、住民の一人として、過疎のもたらす意識の沈滞に巻込まれ、展望を見失い勝ちとなり、悲観的、消極的、日和見の姿勢が生れてきている。そうした動揺性を自覚するが故に、開き直って、亡びゆく山村の立会人となるといった

考えが出てくるのである。だが、それは、動揺する心に楔を入れるように見えるが、捨て鉢でもある。まさに、医師層のブチブル性、弱さを示しているといえよう。

住民との間に一定の距離をおき、自分の尺度でものを考え、ブチブル的良心で活動し、先生様と住民に喜ばれ、自ら慰め、生活することもできる。しかし、過疎僻山村の現実に立脚し、保健医療従事者という一人の住民として、住民と共に力を合わせ、課題に取り組もうとするならば、しみついたブチブル性を克服し、未来への展望と確信に裏付けられた楽天性を身につけねばならない。

あれこれの保健医療活動に、保健医療従事者は知識や技術を通してかかわることは出来る。しかし、それが、地区の再生力の維持強化に結びつくためには、先ず自らの姿勢を正すことから始めねばならない。そして実践を通じ、それを確かなものに築いてゆく。そうしてこそ、自らの役割を果し、山村に存在する意味も生れてくる。

最近の、日和見的な自らを省みて、そう思うのである。ならば、和合僻地診療所開設20周年記念事業にも積極的に取り組み、和合の人達に卒直に問題を提起し、奮起をうながす機会としなくてはならないだろう。

紙誌に取上げられ、テレビドラマにもなり、今映画化される長野県旭高校の実践記録「教育は死なず」は、「生徒のやる気のないのは先生のせいだ」「これができないとみるのではなく、これならできるとみる」「できない子、障害をかかえた子を、できるようにさせてこそ、教師の生きがいである」を合言葉に、「落こぼし」をつくらない教育を目指し、血みどろの実践を展開しつつ、自己変革を遂げる教師集団の姿を記している。こうした気概と実践が、保健医療従事者にも求められている。

7. 一保健医療従事者として

和合地区に入った当初、私は、地区の人達と、医者対患者という縦の関係でなく、同じ人間として、横のつながりを築きたいと考えた。ただ職種

が異なるだけで、同じ地区の対等な人間として扱われることを願った。しかし、未だそうした人間関係は、部分的にしかできていない。その後、健康を仕事とする専門家、プロならば、縦の関係もそれなりに重視すべきと学ばされた。そして、縦横が織成す面のふれ合いを考えるようになった。さらには、その面を基盤に、共に課題に立向い、何ものかを築いてゆく、立体的な関係、そしてそれが歴史の歯車と噛み合い、未来を切開くことにつながったらと思うようになった。

しかし、それは、20年経た今も、十分な手応えを覚える所には至っていない。

私は医者になると同時に、千葉大学公衆衛生学教室に入り、長野県山村での公衆衛生活動の道を選んだ。状況から、最初に取り組むことになったのは、新設された和合僻地診療所を拠点とした活動であった。医療と公衆衛生活動を二つの柱とし、それをふまえた実践的研究を展開するのが仕事であった。地区の医療要求は切実であったので、医者であるというだけで、暖かく迎えられた。それに甘え、自分は公衆衛生畑の人間だという意識から、保健活動への関心がより強いまま、時を経過した。その結果、医療を狭義の治療医学の枠にはめ込んで位置づけるのではなく、生活と結びつけ、福祉と関連して対応する積極面はあったものの、診療活動充実のため、自らの医療資質の向上を含め、医療水準を高める努力が不十分であった。今日、医療のシステム化と称し、先ずセンター病院を充実し、それを要に末端へ足を延ばす動向が進んでいる。厚生省の僻地対策の重点も、僻地診療所設置から、機動力整備へ、そして中核病院指定へと移行している。何と言おうと、実質的には末端切棄てと思わざるを得ない。医療の基盤は第一線にあり、住民生活の場の医療こそ重視されねばならない。和合僻地診療所もその一つとして、医療拠点としての機能高めるとともに、保健・福祉との結びつきも公的に位置づけられた体制に進めねばならない。そのことがまた、住民の安心を招き、住民を鼓舞して、地区を守る一翼を担うこととなるであろう。

保健活動も、ますます必要性が高まっている。

地域保健活動に関して、重要なものは様々あるが、とりわけ欠かせないものは、住民の健康を守る主体的な活動、換言すれば、住民の参加である。私達もそこに着目し、住民組織「保健部会」の活動に期待を寄せてきた。保健部会は、学習しつつ日常の保健活動の推進に取り組むと共に、その時々課題、たとえば、歯科診療所の運営改善、産業廃棄物投棄場設置阻止等に力を発揮し、また、地区のまとまりの上でもその役割を果たしている。しかし、地区の厳しい現実に対応するには、そのあり方になお検討すべき問題を抱えている。その一つは、診療所との結びつきが後退していることである。一因は、私の日和見と、もう一つの富草僻地診療所のかげ持ちによる医療活動負担増が加わり、保健婦まかせにしていることにある。その保健婦も、かつては町に4人確保していたのに、今3人に後退、しかも2人は産休に相次いで入り、その機能を弱めている。地域保健活動の、そして保健医療従事者チームの要たるべき保健婦の量質の充実もまた、緊急の課題となっている。診療所がかつて進めてきた検診活動は今、発展して町の責任で行われている。そうした各種検診も、集団的処置に終らせず、本当に個人や世帯の生活や気持をふまえて対応するには、なお一層の工夫と努力が必要である。

住民レベルの保健活動の展開は、様々な行動体験の積重ねによって、住民の要求を掘り起し、その意識変革に及んでいく可能性を持っている。そうなれば、健康分野にとどまらず、地区民の根源的な意識水準の向上に結びついてゆくであろう。勿論ひとくちに住民といっても多様な階層があり、相互矛盾もある。従って、健康への要求は、すべての階層に共通だという面は生かしつつも、民主的な保健活動の展開、そして、諸々の地区の民主的な組織活動の強化にも目を向け、相互に支えあって発展する必要がある。そのために、保健医療従事者は、自らの実践を強めながら、積極的な問題の提起を行ない、大衆の点検に身を晒し、自らを鍛えねばならない。そしてまた、大衆に結びついた保健医療従事者のチームワークを固め、地域の保健医療体制の整備充実に努めねばならない。

地域の保健医療活動においては、住民のいのちとくらしを守る責任を負っている地方自治体が、健康をどう位置づけて施策するかが重要である。ある先輩は、長年の実績をふまえて、町長と話して事を進めたら、ある後輩は、供給不足にある医師は、強く要求を町につきつけ得るのでは、という。確かに、そのやり方は、一定の要求を実現したり、問題を改善するには、手っ取早い。そして、状況や問題によってはそれで良いかも知れない。しかし、保健医療従事者と町の理事者との間で、住民抜きで問題処理することは、短絡的（と私は思う）であり、基本的な対処だとは思えず、私は極力避けてきた。それは住民に依拠せず、住民の知らぬ場でやられたことは、当然住民の経験として蓄積されず、状況の変化で崩れやすいことや、人々の要求を請負いその実現にのみ目を奪われたため、権力（町長）に迎合し、癒着を深め、自らの思想や節操を裏切らざるを得なくなった、議員の姿などをみているからである。とはいえ、和合地区の現況をみればみる程、町行政の立場からも一歩踏み込んだ地区振興策がとられ、住民個々の努力を促し、励ます必要がある。一方町にそれをやらせるのは、住民自身でもある。住民と自治体が相互に作用して、因となり果となって事態に対処する、それが民主的な地方自治の一面であろうか。真の地方自治を築くこと、これが私達地域で働く保健医療従事者にとっても、課題の一つであろう。かつて、保健衛生を担当した自治体労働者が、今日の町衛生行政の基礎を築いたと言っても過言でない程の、意欲的な取り組みをした（保健婦体制、集団検診活動の町行政への定着、住民組織の結成など）。その実践から、自治体労働者の役割と可能性を示唆され、さらに自治体労働者が連帯し、自覚的・組織的に取組めば、行政のあり方を大きく変えうるであろうと学ばされた。私達自治体に働く保健医療従事者は、職場労働者の中に根を張り、共に住民に奉仕する自らの役割を果たすことはもよりのこと、短絡的な言動には注意しつつも、住民に密着し、その要求や必要性に基づく積極的な提言と実践を、大いにすべきであろう。そのためにもっと具体的な政策能力を身につけね

ばならない。

国政や県政について、選挙等を通じ意志表示しかかわっていくことも欠かせない。だが直接その場の問題に日常的、実践的に関与する分野として個人、世帯、集落、地区、町村レベルと共にそれぞれ相互に関連をもつ、数町村の地域、生活圏がある。私達の所では、下伊那郡南部7カ町村がそれに当り、そのすべてが過疎町村であり、共通の悩み、問題を抱えている。そこでは、千葉大学農医研後援会を脱皮した下伊那南部保健医療協議会が、7カ町村、県立病院、保健所支所、千葉大農医研で構成され、地域課題に取り組んでいる。たとえば、地域的研修会、経験交流、小児科専門医による検診や健康相談、乳癌検診の導入、そして県立病院の充実や保健所支所を守る討議等々を推進している。保健婦は毎月定例会を持っている。だが、地域医師層の参加が弱いのが問題であった。しかし、それも、和合地区で20年に亘り合宿、活動を持続した千葉大学生の中から、県立病院に定着する若手医師が生まれ、彼等が地域に密着した病院づくりと、地域の診療所との連携強化を目指す中で、地域医師層の結集と、地域の循環器検診への組織的参加が、今年になって始められた。地域の保健医療関係者の組織や連携強化に努め、その活動の発展に、一層の意を払い、地域に新しい意識的な保健医療体制を築き、その機能化を図りたいと考える。

数年前、保健所の再編、合理化が日程にのぼった折、保健所職員及び町村保健婦を中心に、公衆衛生を守る会が生まれ、私も参加した。そこでの結論の方向は、保健所が住民から浮上っている、住民に密着した活動を進め、保健所の不可欠性を住民に認識して貰う、住民に支持されない保健所は後退せざるを得ない、先ず保健所はその役割を果さねばならない、ということであった。会の中心的な位置にあった保健所長は、住民の要望に応え、保健所機能をあげて、精力的に循環器検診を軸に活動を展開した。今保健所長が代り、保健所は地域活動から後退を始めた。そうした保健所の姿勢に対し、町村長会、町村保健衛生担当者を中心に強い批判が投げかけられている。保健所の意識的

な実践が、保健所への認識を強め、要求をつくり出したのである。私達に求められる活動とは、そういうものだと思う。

従って、私達が活動を進めるに当り、またそれを総括するに当り、住民の要求がどう実現し、問題がどこまで解決したのか、活動を通じ、住民の意識がどう高まり、住民の組織がどう強化されたのか、さらに、それが地域の民主化、地域を守る運動、そして変革のエネルギーへとどうつながるのか、という観点が据えられねばならない。

8. おわりに

山村は病んでいる。過疎の病に侵されている。農林業は荒廃し、社会的土台がゆらぎ、生活は変容を余儀なくされ、健康障害は渦巻き、老人の村と化し、再生力は枯渇せんとし、存亡の岐路にさしかかっている。その概要を長野県和合地区の事例でみてきた。その病因が、世界に類例のない急速度で、高度な資本主義社会を導いた、「高度経済成長」政策にあることは否定できない。その政策が行きづまっても、農林業軽視政策は、なお一層強められている。

山村の健康を取戻すには、国政のあり方を、経済優先、大企業中心から、自主的な、調和のとれた産業発展、国民本位に転換し、農林業を基盤に、山村でも、人間が人間らしく生きてゆける場になくしてはならない。しかし、その処方箋は、すぐには間に合わない。

手遅れにならないためには、あれこれの対症療法によって、再生力を維持し、生き延びてゆかねばならない。前述したように、山村は、これまで多様な役割を果たしてきたし、これからもそれは必要とされている。山村を死なせてはならない。

その山村を守る主体は、そこを生活の場とする住民である。彼等は過疎の重圧に苦しみながらも、生きる道を模索し、求め続けている。

山村における保健医療活動は、そうした山村民の健康を守り、共に健康課題に取り組む中で、住民を鼓舞し、山村の再生力を賦活させるものでなくてはならない。保健医療従事者は、展望の見出し

難い山村状況に影響され、動揺したり、住民との間に一線を画し、狭い医療課題の中に埋没しがちであるが、住民と共に実践することを通し、自己変革を遂げなくては、その役割は果せない。

そして、地区の状況に照応する保健医療活動に

受身で従事するに止まらず、意識的な取組みによって、ゆらぐ地区の土台へ働きかける一翼を担うような、積極的な保健医療活動の展開が築けないものか、と切に思うこの頃である。（'81年9月）

農山漁村における出稼じん肺 多発の社会問題性

山 崎 喜 比 古

(東京大学医学部保健学科保健社会学教室)

I はじめに——研究の目的と方法

じん肺は、歴史の古い悲惨な職業病の一つであるが、対策が本格的に推進されるようになったのは、戦後早々に大きな社会問題となってからである。法制的には1955年のけい肺法特別保護法の制定を経て、1960年にわが国の職業病立法であるじん肺法が制定されたが、これによって、じん肺対策は、わが国職業病対策の中で最もよく整備されているとさえいわれてきた。

ところが、労働省の統計によれば、じん肺法制定以降も、じん肺による要療養（労災受給）患者の新規発生は年々増え続け、なかでも、隧道（トンネル）建設業における近年の急増は顕著である。しかも、労働省関係の統計をさらに分析してみると、建設業におけるじん肺には重大な疫学的特性が認められる。例えば、労災認定時の年齢が他の産業に比して若年に偏していること、労災長期給付受給者の毎年死亡率が他の産業よりも高い傾向にあることなどである¹⁾。

1970年代半ばに大分県南部地域（佐伯保健所管内）で、トンネル出稼経験者の間から大量のじん肺患者が発見、確認されて社会的注目を集めた²⁾³⁾。また同じ頃、富山県東部地域（黒部保健所管内）でもトンネル出稼経験者の間から多くのじん肺有所見者が把握された⁴⁾⁵⁾。これらの地域集積事例は、トンネル建設業における要療養患者の急増という全国的統計的現象の実体の一部にほかならないが、同時に、じん肺の発生からこれらの地域への集積に至る過程が、相当長期にわたり潜在的に

進行してきたことを示すものであった。

こうして、じん肺法に象徴されるじん肺対策なるものの推進の一方で、疫学的にも重大な特性を示すじん肺が潜行、多発したことは、産業保健上の当為の実現をはばむ社会的な要因への注目を促さないではない。

トンネル出稼じん肺の多発と地域集積が、どのような歴史的社会的メカニズムのもとに生じている、どんな性格の健康問題なのか。この問題は一体、労働者保健の今後、さらにはわが国の労働と社会のあり方に何を問題提起しているのか。これが本研究の問題意識である。しかし、本稿は、こうした問題意識にもとづきつつも、いまだ及ばず、その中間報告ともいべきもので、さしあたり、トンネル出稼じん肺の発生から地域集積に至る過程と構造を素描し、問題の所在を示唆することを目的としたものである。

本研究は、医学・工学・経済学などにおける文献資料の分析・検討、関係機関や関係者への聴取調査とともに、次のような統計的調査と事例的調査をふまえている。1979年には須田とともに、全国・全産業のじん肺の統計的観察を目的として、全国じん肺患者同盟の会員を対象に配票調査を行なった。次に筆者はインテンシブな地域調査を追求し、1980年には大分県南部地域、1981年には徳島県西部地域（池田保健所管内）の調査を実施した。

地域調査の第一の対象に大分県南を選定した理由は、II章でも述べるように、この地域に集積するトンネルじん肺が少なくとも疫学的側面では、わが国トンネルじん肺の典型的代表的性質をもつ

ことがわかったからである。しかし、わが国のトンネルじん肺問題を歴史的・全体的に把握しようとする場合、社会学的側面に関しては1地域だけの調査研究では限界がある。そのため、比較を目的として徳島県西部地域における調査を追加、実施したのである。

II トンネルじん肺の全国的な発生現況

本章では、統計的調査の結果をもとに、近年農山漁村地域を中心に多発しているトンネルじん肺の全国的な広がりとその疫学的特徴をみてみたい。また、その中で、今日トンネルじん肺の著しい集積で知られた地域の位置も確かめておきたい。

筆者は、須田とともに、1979年夏、全国じん肺患者同盟の協力を得て、労災患者である会員を対象に全国的な規模の配票調査⁶⁾を実施した。有効回答者数は2,991人であった。この数は、全国のじん肺による労災受給患者数(1978年度末現在)が推定で約13,000人であるから、その4分の1に近い。回答者を最も長く従事した粉じん産業の種類別にみると、炭鉱、鉱山が約6割を占め、その他に、窯業、トンネル、石工、鋳物などが多い。

最長従事業種をトンネルと回答した者は、260人(9%)であった。図1は、その260人を含む

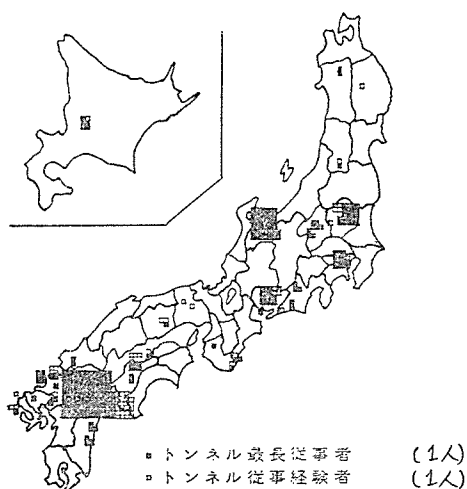


図1 トンネル従事経験者の在住地域

トンネル従事経験者の在住地域を1人1点で示したものである。大分県在住者は全体の約2分の1を占めているし、富山県在住者も目立つ。他方、徳島県は調査対象にさえはいっていない。すなわち、患者同盟の未組織地域である。これらは、わが国におけるトンネルじん肺の労災患者を母集団と考えた場合、抽出率では全産業平均より低いが、大分県在住者の占める割合は母比率に近いといえよう。

この調査の主な目的の一つは、産業別比較などによって労災認定患者発生状況の最近の特徴を把握することであったが、分析の結果、トンネルじん肺が他産業のじん肺と比べてきわだった特徴のあることが明らかになった。それは、労災認定時の年齢がより若年であること、粉じん作業従事年数が短いこと、労災認定時期が1970年代に集中していること、じん肺健診受診率が低いこと、最終粉じん職場の所在地が現住地域と同一地方にない者が多いことなどである。

ところで、筆者がさらにトンネル最長従事経験を、大分県在住者とその他の都道府県在住者とに分けて観察したところ、上述の特徴のすべてが両方に共通して認められた。すなわち、わが国のトンネル従事経験者におけるじん肺の多発と特質が、大分県南など若干の地域の特殊な現象などではなく、全国的な現象だと考えられるのである。したがって、大分県南部地域や富山県東部地域がその典型例・顕在化例であるといえるのに対し、全国にはこれらの地域以外に、発生規模の違いはあるものの、同じような地域が多くの場合患者が潜在ないし疫学的に未把握のままに存在すると推察されてくる。

事実、筆者は、そのような地域の一つとして徳島県西部地域を確認したし、また患者調査などを通じて筆者が得ている情報や畝ら⁷⁾、海老原⁸⁾、天明ら⁹⁾の報告の中には、そのような地域についての断片的だが貴重な情報がある。

III 出稼坑夫の創出過程と推移

そもそも、わが国におけるトンネル出稼坑夫と

その析出地域は、いつ頃どのように形成され推移してきたのか。大分県南のような大量析出地域とその他の地域との歴史的社会的な位置関係は、どのようであるのか。本章ではこれらの点をもてみたい。

1. 戦前の創出過程

トンネル工事と坑夫の歴史は、鉱山坑夫に比べれば新しく、明治期に始まるといってよい。明治以来戦前のトンネル建設は、鉄道トンネルが中心で、ダム水路や道路のトンネルは大正、昭和になって増えてきた。明治末以降鉄道建設が盛んになるに伴い、トンネル工事量は飛躍的に増大していった¹⁰⁾。

トンネル工事の従事労働者には、人夫のような一般労務者とさく岩夫・斧指（よきさし）といった坑夫とがいるが、彼らは主に現場周辺の農村労働者（貧農の次・三男など）であり、一部は大都市で募集された労働者であった¹¹⁾¹²⁾。いわば熟練工のトンネル坑夫の中には、鉱山坑夫から転じてきた者や鉱山とトンネルの間を移動するような者も少なくなかった¹³⁾。

ところで、大分県南、富山県東、徳島県西の3地域では、大正から昭和初期にかけて、それぞれ日豊線敷設、黒部電源開発、祖谷水系の電源開発と土讃線敷設に伴うトンネル工事が次々に行なわれた。これに周辺の農山漁村民が動員され、その中から親方を頂点とするトンネル掘さく専門の坑夫集団が形成され、その後彼らは全国各地で活躍するようになったのである。

これら3地域でトンネル出稼坑夫が大量に創出された背景には、上述のようなプル要因とともに、これら地域の第一次産業の生産基盤が弱く、明治後期にはすでに多くの出稼者が存在し、その中には大分ならば筑豊などの炭鉱へ、徳島ならば周辺の鉱山へ働きに出る者が少なくなかったというプッシュ要因や基礎があった。昭和初期に実施された道府県外出稼者調査¹⁴⁾¹⁵⁾¹⁶⁾によれば、大分、富山、徳島の3県は当時有数の出稼県であり、しかも土木建築業中に土方日傭の占める割合

の異常に高い数県に3県ともが属している。

大河内はその著「黎明期の日本労働運動」¹⁷⁾の中で、日本資本主義が生んだ特殊な型の賃労働を出稼型労働と呼び、その形成過程や性格を述べているが、戦前のトンネル出稼坑夫は、大河内のいう出稼型労働の一類型であり、3地域はその特殊な大量析出地域として、大正から昭和初期にかけて形成されたのだといえる。

2. 戦後の創出過程

戦時中はもちろん、終戦後数年もトンネル工事は微々たるものであった。ところが、1950（昭和

表 1 労働者の年齢別構成

年 齢	水力発電+隧道 建設事業	それら以外
	労働者数(%)	労働者数(%)
25歳未満	4,124 (30.8)	63,730 (19.5)
25～30歳	3,432 (25.6)	61,073 (18.7)
30～35歳	2,140 (16.0)	56,871 (17.4)
35～40歳	1,255 (9.4)	45,006 (13.8)
40～45歳	970 (7.2)	40,696 (12.5)
45～50歳	672 (5.0)	30,334 (9.3)
50～55歳	424 (3.2)	18,105 (5.6)
55～60歳	193 (1.4)	6,336 (1.9)
60歳以上	87 (6.5)	3,261 (1.0)
不 明	98 (7.3)	643 (0.2)
計	13,395(100.0)	326,055(100.0)

表 2 労働者の粉じん作業年数別構成

粉 じ ん 作業年数	水力発電+隧道 建設事業	それら以外
	労働者数(%)	労働者数(%)
3年未満	7,372 (55.0)	68,667 (21.1)
3～5年	2,470 (18.4)	44,714 (13.7)
5～10年	2,302 (17.2)	101,539 (31.1)
10～15年	549 (4.1)	51,248 (15.7)
15～20年	268 (2.0)	29,297 (9.0)
20～25年	133 (1.0)	13,766 (4.2)
25～30年	81 (0.6)	7,126 (2.2)
30～40年	80 (0.2)	7,234 (2.2)
40年以上	24 (0.2)	1,959 (0.6)
不 明	116 (0.9)	505 (0.2)
計	13,395(100.0)	326,055(100.0)

25)年に始まる電源開発計画は、ダム建設に伴うトンネル工事量を飛躍的に増大させた。さらに1955年には日本経済が復興期から発展段階にはいったとされる年だが、この後は、工業生産の激的な発展を背景に多目的ダムの建設が公共投資の重点になった¹⁸⁾。

このような1950年代のトンネル建設工事と従事労働者についての貴重な資料の一つが、1959(昭和34)年に労働省が発行したけい肺健診結果報告書¹⁹⁾である。この健診は、労働省が1955(昭和30)年制定のけい肺等特別保護法にもとづき、昭和30年から32年にかけて全国規模で実施したもので、対象労働者総数は約34万人であった。

この報告書によれば、建設業のけい肺健診対象者14,096人のうち、トンネル従事労働者と考えるとよいのは、隧道建設事業と水力発電建設事業の労働者計13,395人(95.0%)である。この2業種の

表3 トンネル関係2業種の健診対象労働者数の多い都道府県

都道府県	けい肺健診対象労働者数				(C)/(D)×100 (%)
	水力発電 建設(A)	ずい道 建設(B)	(A)+(B) =(C)	全産業 (D)	
1 北海道	—	1033	1033	40160	2.7
2 高知	197	817	1014	1820	55.7
3 静岡	433	323	756	6966	10.9
4 長野	—	705	705	3493	20.2
5 三重	—	674	674	6868	9.8
6 徳島	589	—	589	1049	56.1
7 大分	108	477	585	1921	30.5
8 福井	425	83	508	1887	26.9
9 福島	76	416	492	12710	3.9
10 群馬	405	57	462	3487	13.2
11 山梨	—	460	460	938	49.0
12 石川	368	79	447	4827	9.3
13 富山	—	435	435	2605	16.7
14 岐阜	—	426	426	7832	5.4
15 新潟	—	390	390	2822	13.8
16 和歌山	68	317	385	2038	18.9
17 奈良	282	77	359	837	42.9
18 山口	—	345	345	11134	3.1
19 島根	233	109	342	2210	15.5
20 鳥取	318	—	318	1032	30.8
21 兵庫	216	77	293	13013	2.3
22 広島	262	5	267	4923	5.4
23 宮崎	219	—	219	1023	21.4

労働者の年齢と粉じん作業経験年数は、表1と表2に示したように、30歳未満の若年者が多く、経験年数が全体的に極めて短い。このことは、電源開発に始まる戦後のトンネル工事が、相対的少数の戦前以来の坑夫とともに、戦後新たに入職した多数の若年労働者によってになわれたことを示している。

さらに、表3は、トンネル関係2業種の健診対象労働者数の多い都道府県を整理して示したものである。全産業の健診対象者に占める2業種のそれが20%以上の県には、高知、長野、徳島、大分、福井などがある。当時、トンネル出稼坑夫はこれら諸県の農山漁村からも供給されたと推察されるのである。

ところで、トンネル出稼坑夫は、出稼者とはいえ、高度経済成長期に急増し社会的にも大いに問題となった季節出稼者とは異なる。経済学者高梨²⁰⁾は、建設産業への労働供給の態様と労働者の性格について次のように整理している。

戦後の建設業は、農家労働力を媒介としながら農業との間に2種類の結合パターンを形成してきた。野丁場建設業では、一定の熟練と技能を身につけた世話役と建設専門労働者を核として、その周辺に浮動的な不熟練労働者が配置されている。そのパターンとは、前者が経営耕作面積の狭隘な農家の基幹従事者や次・三男からの流出者によって、後者が経営耕作面積が中規模の農家からの季節的出稼者によって占められてきたというものである。そして前者の多くは、精々盆暮に帰郷する程度のいわゆる通年出稼者であるという。

こうした高梨の整理にしたがえば、戦後のトンネル出稼坑夫は前者の典型なのである。

3. 戦後の推移

戦後30年間余、わが国のトンネル工事は、トンネルの用途別内訳は変化したものの、工事量は増加傾向をたどり、国際的にも1970年における向こう10年間の予測工事量で見ると、延長キロで世界3位、掘さく量で第1位である²¹⁾。

しかし、増大するトンネル工事量に対して、ト

ンネル従事労働者数は必ずしも増加しておらず、減少傾向さえみられる。実はこれは、戦後人員不足と労賃高騰に直面した業界がトンネル工事量の増大に対して、もっぱら機械化の進展、機械力への依存によって補い消化してきたことを示している。それに伴い、戦後建設業全体にわたった半熟練労働化の広がり、トンネル坑夫にあっても例外ではなく、かつては「佐伯坑夫」「富山坑夫」と呼ばれてかわれたトンネル坑夫の熟練と特殊な技能は、近年はその有用性が低まってきた。

そもそも、彼らの大部分は今日じん肺患者として郷里で病臥している。かつては多くの佐伯坑夫を使用してきたというある一次下請企業の幹部は、現在のトンネル作業員には「もう佐伯の人はいない。大分以外の九州や四国からの人だ」と話してくれた。こうして今日、トンネル坑内労働と

そこにおける危険は、全国各地からの出稼労働者に分散、転嫁された形になっているのである。

IV 地域にみるじん肺多発の実態と集積過程

本章では、地域調査の結果をもとに、トンネル出稼じん肺の地域集積の実態とすう勢、ならびに今日の集積をもたらした過程と要因をみてみたい。なお、調査結果は、大分県米水津村でのものを中心にして、比較、補足の限りで徳島県西部地域における調査結果もみることにしたい。

表 4 トンネル坑内作業従事開始年代と同終了年代とのクロス

() 内は総合計の%

開始 \ 終了	'50	'51 '55	'56 '60	'61 '65	'66 '70	'71 '75	'76 '80	計
～ '30	1 (1)	1 (1)	—	1 (1)	2 (1)	5 (3)	—	10 (6)
'31 ~ '35	1 (1)	—	2 (1)	2 (1)	2 (1)	3 (2)	—	10 (6)
'36 ~ '40	—	2 (1)	1 (1)	2 (1)	3 (2)	6 (3)	—	14 (8)
'41 ~ '45	—	—	2 (1)	1 (1)	2 (1)	4 (2)	3 (2)	12 (7)
'46 ~ '50	—	6 (3)	8 (5)	4 (2)	9 (5)	26 (15)	11 (6)	64 (36)
'51 ~ '55	—	1 (1)	2 (1)	6 (3)	8 (5)	10 (6)	2 (1)	29 (16)
'56 ~ '60	—	—	1 (1)	3 (2)	6 (3)	3 (2)	4 (2)	17 (10)
'61 ~ '65	—	—	—	—	3 (2)	8 (5)	4 (2)	15 (9)
'66 ~ '70	—	—	—	—	—	2 (1)	1 (1)	3 (2)
'71 ~ '75	—	—	—	—	—	—	2 (1)	2 (1)
計	2 (1)	10 (6)	16 (9)	19 (11)	35 (20)	67 (38)	27 (15)	176 (100)

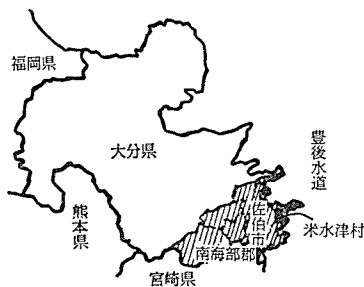


図 2 大分県米水津村の位置

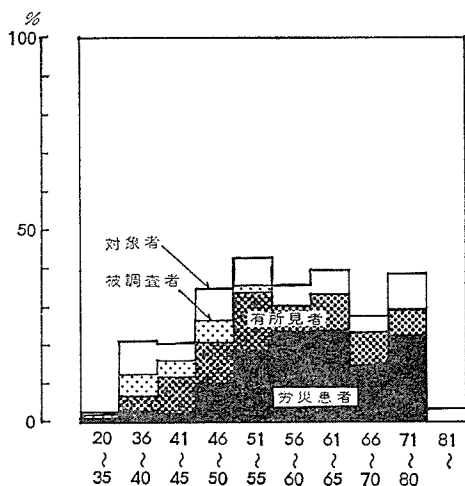


図 3 成人男子の年齢階級別内訳

— 対象者数と被調査者数ならびに
— じん肺有所見者数と労災患者数—

1. 大分県米水津村の場合

大分県南部地域での調査は、じん肺患者の著しい集積が伝えられる南海部郡沿岸部 4 か町村のうち 1 村、米水津(よのうず)村において実施した(図 2)。本村は、三方を山に囲まれ、短い山裾が

表 5 トンネル工事従事歴——代表的ケースの紹介

従事期間	事業所	現場所在地	工事種類・作業内容
昭24. 8~26. 7	U 建設	大分県大野川	ダムトンネル掘削
27. 6~29. 5	B 建設	福岡県田川市	三井炭鉱斜坑掘進
29. 8~30. ?	H 組	長野県木曾郡	ダムトンネル掘削
30. 8~31. 5	M A 建設	新潟県北魚沼郡	ダムトンネル掘削
31. 8~32. 3	H 組	岐阜県大野郡	御母衣ダムトンネル掘削その他
33. 6~34. 11	N 建設	静岡県島田市	ダム・水路トンネル掘削その他
34. 12~ ?	M A 建設	奈良県吉野郡	道路トンネル掘削
? ~35. 5	K 産業	島根県平田市	鉱山坑道掘削
35. 6~37. 5	N 建設	神奈川県足柄下郡	東海道新幹線トンネル掘削その他
37. 9~38. 3	N 建設	岐阜県吉城郡	国鉄トンネル掘削
38. 7~39. 9	K 建設	高知郡安芸郡	ダムトンネル掘削その他
39. 11~40. 8	M 建設	山梨県大月市	鉄道トンネル掘削その他
40. 8~40. 12	K O 組	兵庫県神戸市	道路トンネル掘削その他
41. 6~41. 12	T建設 K工業	東京都八王子市	鉄道トンネル掘削
42. 3~42. 8	N S 建設 M班	愛知県瀬戸市	国鉄トンネル掘削
42. 8~42. 12	T A 建設 S組	山口県岩国市	国道トンネル掘削
43. 2~43. 8	K 建設 S I 班	岡山県勝田郡	国道トンネル掘削
43. 10~43. 12	K O 組 S 組	兵庫県姫路市	山陽新幹線トンネル掘削
44. 1~44. 12	K 建設 S I 班	岡山県吉備郡	国鉄トンネル掘削
45. 9~45. 12	K組 F建設 K班	大分県津久見市	セメント山クラッシャー室
46. 1~46. 8	Y 工業 S 組	山口県岩国市	国道トンネル掘削
46. 9~46. 12	T A 土木 H 建設 M 班	広島県福山市	山陽新幹線トンネル掘削
47. 1~48. 3	K O 組 S 組	山口県下関市	山陽新幹線トンネル掘削
48. 4~48. 6	K 組 I 土建	山口県熊毛郡	山陽新幹線トンネル掘削
49. 1~49. 3	K O 組 S 組	山口県厚狭郡	山陽新幹線トンネル掘削
49. 3~50. 8	K O 組 H I 組	島根県那須郡	国鉄トンネル掘削
51. 1~51. 6	K O 組 H I 組	宮崎県宮崎市	?
51. 8~51. 11	M 建設 H I 組	岡山県新見市	道路トンネル掘削
51. 11~52. 2	K O 組 H I 組	静岡県天竜市	国鉄トンネル掘削
52. 4~52. 5	K O 組 H I 組	北九州市小倉北区	九電工事?

表 6 労災認定年代別の認定時年齢

(下段は%)

認定年齢	36	41	46	51	56	61	66	71	計
	40	45	50	55	60	65	70	75	
~ 1970	1	0	1	1	0	0	0	0	3
	33	0	33	33	0	0	0	0	4
1971 ~ 75	2	14	6	5	9	3	2	0	41
	5	34	15	12	22	7	5	0	49
76 ~ 80	3	2	3	12	9	6	4	1	40
	8	5	8	30	23	15	10	3	48
計	6	16	10	18	18	9	6	1	84
	7	19	12	21	21	11	7	1	104

表 7 トンネル坑内作業年数別有所見状況

(下段は%)

年数	無所見	有所見	型				不明	計
			1型	2型	3型	4型		
3 ~ 5	5	19	9	8	1	1	6	30
	17	63	30	27	3	3	20	17
6 ~ 10	2	39	12	14	9	4	6	47
	4	83	26	30	19	9	13	27
11 ~ 15	0	40	6	15	6	13	2	42
	0	95	14	36	14	31	5	24
16 ~ 20	0	37	1	9	23	4	1	38
	0	97	3	24	61	11	3	22
21 ~	0	19	0	5	7	7	0	19
	0	11	0	26	37	37	0	11
計	7	154	28	51	46	29	15	176
	4	83	16	30	26	16	9	100

海に没するリアス式海岸地域の村で、人口 890 世帯 3,100 人 (1975 年国調) の半農半漁村である。

表 8 トンネル坑内作業
年数別労災認定状況
(下段は%)

年数	認定		申請中		非認定		計
	実数	%	実数	%	実数	%	
3~5	4	13	0	0	26	87	30
6~10	13	28	2	4	32	68	47
11~15	21	50	3	7	18	43	42
16~20	29	76	1	3	8	21	38
21~	17	89	0	0	2	11	19
計	84	48	6	3	86	49	176
							100

調査は、本村の遠隔小地区を除く全地区から、トンネル坑内作業従事者を選出し、彼らを対象に行なった。その結果は、対象者数223人(本村20歳以上男子人口の21.4%)、有効回収176人(有効回収率78.9%)であった。このうち

じん肺有所見者は155人、じん肺による労災患者90人である。これらによる本村成人男子の内訳を年齢階級別に図示したのが図3である。本村の41~65歳男子人口に占める当該年齢労災患者は15%にもなる。

では彼らはいつの時代、どんなトンネル工事現場で働いてきたのか。表4は、彼らのトンネル坑内作業従事開始年代と同終了年代をみたものである。出稼先産業の大部分がトンネルなので、この表は、出稼でみるクロス表と類似している。これをみると、1946~55年に開始、1966~75年に終了というパターンの者が多い(30%)。表5は、1949年に17歳で初めてトンネル出稼に出、1977年45歳のときじん肺結核で要療養となり退職した人の職

表 9 トンネル坑内作業従事歴パターン別
有所見者率および労災患者率

開始~終了	該当者数	有所見者		労災患者数		
		実数	%	実数	%	患者計の%
戦前~'60年以前	11	10	91	7	64	8
戦前~'61年以後	36	35	97	22	61	24
'60年以前~'60年以前	18	16	89	6	33	7
'60年以前~'61年以後	91	82	90	52	57	58
'61年以後~'61年以後	20	11	55	3	15	3
計	176	154	88	90	51	100

表 10 労災認定年代別にみたトンネル建設
終了後認定までの期間年数

年数 認定年代	(下段は%)						計
	0	1~2	3~5	6~10	11~15	16~20	
~'70	2	0	0	1	0	0	3
	67	0	0	33	0	0	4
'71~'75	26	9	2	2	1	1	41
	63	22	5	5	2	2	49
'76~'80	5	9	5	10	3	6	40
	13	23	13	25	8	15	48
計	33	18	7	13	4	7	84
	39	21	8	16	5	8	100

表 11 労災認定年代別にみた初診断後
認定までの期間年数

年数 認定年代	(下段は%)						計
	0	1~2	3~5	6~10	11~15	16~	
~'70	1	2	0	0	0	0	3
	33	62	0	0	0	0	4
'71~'75	14	8	12	2	3	1	40
	35	20	30	5	8	3	48
'76~'80	7	8	12	10	3	0	40
	18	20	30	25	8	0	48
計	22	18	24	12	6	1	83
	27	22	29	14	7	1	100

歴であるが、代表的なケースの一つである。

次に、彼らの間に多発しているじん肺の特徴について、表6中の労災認定時年齢にみられるように、労災患者の60%が55歳以下すなわち定年相当年齢以前に「労働不能」に陥っている。また、表7と表8は、トンネル坑内作業従事年数(採炭、採鉱などのじん肺法施行規則別表1~5号に該当する坑内作業の年数も算入したが、ほとんどは純粹のトンネル坑内作業年数である)別にみた有所見状況と労災認定状況である。これらの結果は、トンネルじん肺は進展速度が速いのではないかとの旧来の指摘や示唆^{23) 24) 25)}を今日の時点でも裏付けている。

このようなじん肺の発生を、先に示した彼らのトンネル従事歴パターンと関連づけてみたのが表9である。本村の労災患者は、その58%が'60年以前~'61年以後」群であり、次いで「戦前~'61

年以後」群(24%)が多く、この2群で8割強を占める。従事歴パターン別に粉じん作業年数や現在年齢、重症化時期などが違い、それらを構造的に

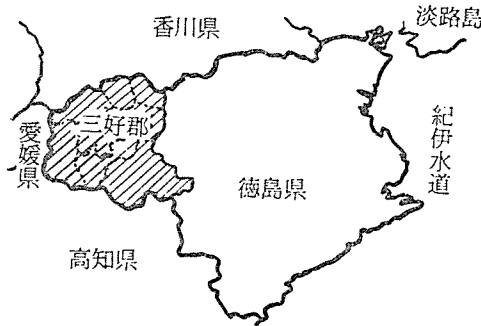


図4 徳島県三好郡の位置

表12 対象者の現年齢別じん肺所見

(下段は%)

年齢	X線写真型		肺機能				結核合併	計
	3型	4型	-	+	+	不明		
41 ~ 50	0	11	1	6	3	1	4	11
	0	100	9	55	27	9	36	24
51 ~ 60	3	26	3	14	9	3	8	29
	10	90	10	48	31	10	28	55
61 ~ 70	0	10	1	5	1	3	4	10
	0	100	10	50	10	30	40	19
71 ~ 80	0	3	0	1	2	0	0	3
	0	100	0	33	67	0	0	6
計	3	50	5	26	15	7	16	53
	6	94	9	49	28	13	30	100

表13 認定年代別にみた認定時年齢 (下段は%)

認定年代	認定時年齢				計
	36 ~ 45	46 ~ 55	56 ~ 65	66 ~ 75	
'61 ~ '70	3	0	0	0	3
	100	0	0	0	6
'71 ~ '75	3	8	3	1	15
	20	53	20	7	29
'76 ~ '81	4	19	6	4	34
	12	56	18	12	65
計	11	27	9	5	52
	21	52	17	10	100

表14 出稼開始年代と同終了年代とのクロス ()内は総合計の%

終了 開始	'46 ~ '55	'56 ~ '65	'66 ~ '75	'76 ~ '81	計
	'26 ~ '35	1 (2)	2 (4)	4 (8)	
'36 ~ '45	1 (2)	1 (2)	8 (15)	5 (10)	15 (29)
'46 ~ '55	0 (0)	3 (6)	10 (19)	8 (15)	21 (40)
'56 ~ '65	—	0 (0)	3 (6)	5 (10)	8 (15)
計	2 (4)	6 (12)	25 (48)	19 (37)	52 (100)

みてみると、トンネルに従事した時代と従事年数との組み合わせごとに、患者発生率や重症化の時期、年齢に傾向のあることがうかがえるが、その詳細は別の機会に譲る。

ところで、大分県南におけるトンネルじん肺患者の大量発見は、1970年代にはいり、保健所が結核健診受診者や結核患者の中にじん肺またはじん肺結核を多数、かつその増加のすう勢を認めたことに端を発している。それより以前にも、じん肺が結核として隠れていたことはほぼ間違いなく²⁶⁾にしても、三浦²⁷⁾によれば、大分県南の結核死亡率が県平均を上回り始めたのは1963年頃からである。保健所は、1973年以降には、結核登録者に職歴調査を行なうとともに、一般住民健診によるじん肺患者の発見に力を注いだ。

表10によれば、1971~75年認定者では、認定の直前まで現場で働いていたケース(離職後認定までの期間年数が0年や1~2年の者)が8割以上いるのに対し1976~80年認定者ではいわゆる離職者じん肺が多くなっている。潜在化しやすいといわれている離職者じん肺のこうした増加は、地域関係者の献身的な活動にも負っている。

では、ひるがえって就労現場での健康管理はどうだったのであろうか。表11は、労災患者が初めてじん肺(またはじん肺結核)と診断されたか疑われてから労災認定されるまでの期間年数をみたものである。0年は、重症化してしまうまでにじん肺の診断を受けたことがないというものであるが、その0年が26%、6年以下は76%にのぼる。それは、例えば、6年前(その時期には労災患者の約7割がトンネル坑内作業在職中)にはすでに軽度ないし中等度のじん肺に罹患していたと考えられるのに、本人には未通知、未指導だったということを示している。先にみた、認定される直前まで坑内で働いているケースの多さ(表10)と考えあわせるならば、現場における健康管理の不十分さが明らかになる。

2. 徳島県西部地域

徳島県西部地域と呼んできた三好郡は、8か町

村から成る人口約6万千6人の農山村地域である。特に三好郡の南西部は、山が急峻で谷が深く美しいことでも知られている。(図4)。

調査²⁵⁾は、M病院(三好郡の中心町の市街地に位置する)に入・通院するじん肺患者56人を対象に行ない、有効回収数53人(労災受給者44人、申請中8人、管理3の者1人)であった。うち47人(89%)がトンネル掘さくを主な粉じん作業とする者である。表12は、彼らの調査時じん肺所見を現年齢別にみたものである。

彼らの94%の者が1971年以降の労災認定者であり、しかも新規認定者数は逐年的に増加する傾向にある(表13)。また、労災認定時年齢は55歳以前が73%にもものぼる。表14は、彼らの出稼開始年代と終了年代のクロス表であるが、これは粉じん作業でみた場合とほぼ同じである。1946~55年開始、1966年以降終了というパターンの者が最も多い(35%)が、戦前・戦時中の出稼開始者の多いのも目立つ。

彼らのじん肺が悪化し受診し認定されるまでの経緯とそこにみられる問題性は、米水津村で得られた知見と同じようであった。ここでは、基礎的なデータしか示せなかったが、徳島県西部地域のトンネルじん肺は、疫学的にも社会的にも多くの点で米水津村の場合と共通していた。違いといえば、出稼前職中に林業のあること、職歴中に鉱山の比重がやや大きいこと、渡り歩くトンネル工事現場の所在地範囲が佐伯坑夫よりは狭いことなどである。

以上の2地域と中川らの報告する富山県東部地域の事例を通じて明らかになることは、概括すれば次のようである。

第1、トンネルじん肺患者の近年における急増と異常な地域集積は、地域関係者の発見努力が多大な大分県南でさえ、新規の重症化患者が近年増加してきたことが基礎にある。

第2、そして、近年の新規重症化患者の主流は終戦後10年間の経済復興期にトンネル出稼を始め、高度経済成長期にかけて全国各地のトンネルを掘さくしてきた専門的出稼者たちである。その

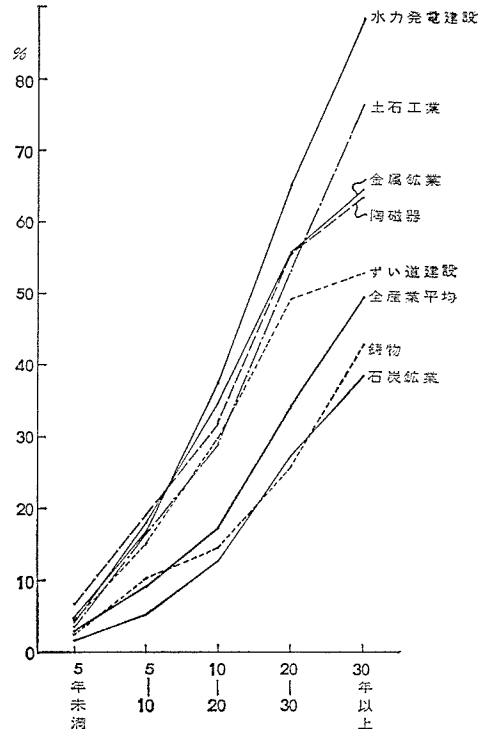


図5 粉じん作業年数別有所見率 (労働省報告書から山崎作図)

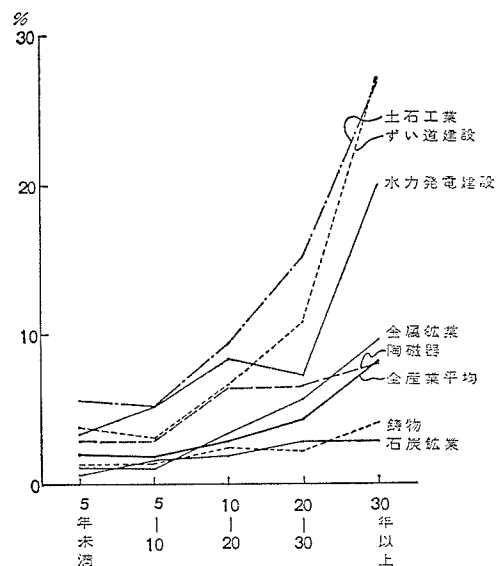


図6 有所見者中の粉じん作業年数別活動性結核合併率 (労働省報告書から山崎作図)

トンネルは、ダム水路、用水路、鉄道、道路、新幹線などの山岳トンネルが中心である。

第3、しかもその間現場で、彼らの多くは、必要最低限の健康管理さえ受けてこなかったということである。

V トンネルじん肺をめぐる 当為と史的事実

トンネルじん肺が社会的に問題化したのは近年であるが、それ以前はどうだったのか。本章では、医学文献を通して、トンネルじん肺の発生状況と衛生学・衛生行政サイドの認識・対応状況を歴史的にふり返り、それによって、産業保健上の当為と現実とのギャップがいつ頃どのようなものとして現われてきたのかをみてみたい。

1. 戦前

トンネル掘さく夫におけるじん肺症例の最初の報告は、1944年に関門海底トンネルの調査をした松永²⁹⁾によるものと思われる。それ以前にも、上越南線清水トンネルで、加藤³⁰⁾がけい肺発生の可能性を指摘し塵埃を含む坑内空気環境を測定したというような例はある。また、白川³¹⁾、斉藤³⁴⁾などは、炭鉱や鉱山鉱夫のけい肺に関する調査研究報告の中で前職にずい道掘さくをもつ鉱夫の症例を記載している。

戦前は、戦後のように健診が広く組織的には行なわれていないので、発生状況の全体的特徴を知ることにはむずかしい。しかし、石川³³⁾や鯉沼³⁴⁾がそれぞれの体系的な著作の中で、トンネル掘さく作業がけい肺発生危険性の高い作業であることを明示していることは、注目すべきである。

2. 戦後じん肺法制定以前

戦後、労働省は、1949（昭和24）年珪肺措置要綱策定の前後、昭和23年から29年にかけて珪肺巡回検診を実施し、'28年には開さく土建業16事業場233人が対象になった³⁵⁾。川上³⁶⁾は、この巡回検

診の被検者中から対象者を厳選抽出し疫学的に分析し、その中で、ずい道建設事業は全産業平均に比べ、経験年数別にみた有所見者率と高度けい肺有所見率が高く、危険度の高い産業であるようだと結論している。

次に、労働省がけい肺等特別保護法にもとづいて、1955～57（昭和30～32）年にけい肺健診を実施したことは、III章でも述べた。この健診によってわが国けい肺の全貌が一応明確になったとされる。このけい肺健診報告書の数値を分析してみると、隧道建設事業と水力発電建設事業の2種類とも全産業平均に比べて、粉じん作業年数別にみた有所見率、高度けい肺有所見率や活動性結核合併率が高い（図5、図6）。加藤ら³⁷⁾は、この健診の昭和30年度分を分析し同様の知見を明らかにし、その原因について労働実態の複雑さによる健康管理の浸透困難のためと考察している。また、この健診成績の都道府県レベルの集計結果がいくつか報告されているが、その中で、ずい道建設業の健診実施者数が大きい三重、石川などの健診結果³⁸⁾³⁹⁾には、上述のような疫学的特徴がみとめられる。

トンネル工事現場とその周辺地域の調査報告としては、片山ら⁴⁰⁾による徳島県電源開発地でのずい道坑内作業者の健診成績と、堀井ら⁴¹⁾による富山県黒部地域のずい道労務者に関するものがある。堀井らは、治療観察したトンネルけい肺について、30～40歳代ですでに3～4型を呈するなど、けい肺の進展が速く感染症合併が多いと報告している。

当時の粉じん環境については、松藤ら⁴²⁾による飯田線掘さくトンネル内での測定成績ぐらいしかないが、この工事が近代的工法の端緒とされていることからしても貴重な報告である。それによると、切羽付近では、さく岩も爆破も行なわれていない作業前でさえ2,000個/cc内外を示し、爆破後は2時間後でも4,000個/cc以上である。

国際的には、1950年のILO第3回国際じん肺専門家会議で採択された報告書⁴³⁾に、「会議は、ずい道事業、掘さく事業のような土木事業において、粉じんに比較的短期間さらされることにより

発生するけい肺について、政府、公共事業体、地方局及び請負業者の注意を促すべきであるということに意見が一致した。」とあるように、トンネルじん肺の中に急進型のものがあることはよく知られていた。なお、ILOでは1952年以来定期的に、鉱山・炭鉱・ずい道・採石における各国防じん総合対策の情報交換を行なっている。

3. じん肺法制定以後

1960年じん肺法制定後、じん肺健診結果の全国統計が毎年労働省から発表されているが、他方、現場や地域の疫学的な調査報告は以前に比べて激減し、1960年代を通じてトンネルじん肺についてはみるべきものがない。

ところが、1970年代にはいって、出稼坑夫の郷里である大分県南や富山県東の地域サイドから、トンネルじん肺の深刻な実態が次々に明らかにされたのである。柏木ら⁴⁰が、三重・和歌山県境の1病院に入・通院するけい肺患者中にずい道工事経験者4人を見とめ、彼らの特徴について、現場での健康管理がなされておらず、発見時にすでに重症に進展していると述べていることも注目される。

以上のように、わが国では戦前にもトンネルじん肺の発生危険が指摘されていたが、1960年代以前には、トンネルじん肺を主題とした調査報告や研究も極めてわずかしがなく、その間の資料は、産業別比較のような形でふれられている文献に求められねばならなかった。しかし、その産業別比較の中でトンネルじん肺は、1950年代を通じてしばしば、識者によって他の産業のじん肺以上にその危険性が指摘され認識されていたのである。

ところが、こうした指摘や認識がその後具体的な対策に結びつかず、1960年代を通じてじん肺が潜在的に進展、拡大していたことが、近年における患者の異常な地域集積の実態とそれの社会的インパクトによって明るみになったのである。

VI 建設現場における問題

もとよりトンネルじん肺の発生と予防は、建設現場での要因と対策が第一義であるが、これまでの章を通じて、建設現場の問題がかなり明らかになってきたと思われる。

例えば、トンネル建設業は、じん肺の進展速度にみられるようにじん肺発生危険度が高いが、その原因は何なのか。そうした問題性に関しては早くから識者の指摘があったにもかかわらず、なぜその後生きなかったのか。地域で問題化する以前に現場で患者が次々と発生していたのに、なぜ現場では問題化しなかったのか、などである。本章では、これらの点について考察してみたい。

ところで、本研究は建設業や現場自体を調査してはいない。今後は、そのサイドからの調査研究が強く期待される。それは、じん肺予防が現場での対策にかかっているという一般的な理由からだけでなく、建設業自体の問題性が複雑深刻であるため、予防対策の探究はそれら諸問題との関連ですすめられなければ有効でないという特殊な理由にもよる。

1. 高危険の要因と背景

かつて石川⁴⁰は、けい肺罹患危険率(X)を
$$X = K \cdot \frac{C \times I \times H}{P \times Q}$$
 という式で総括的に表示した。

(K=じん埃の物理化学的性状による常数、C=飛じん濃度、I=労働劇度、H=労働時間、P=個人のけい肺罹患抵抗力、Q=防じん装置)

トンネル建設業では、Kの高い場合も少なくないが、社会的予防論の立場からはC、Q、I、Hの因子を重視したい。これらの因子に注目するとき、トンネル建設業が他産業に比べてじん肺発生危険度の高い原因には、第1に、トンネル坑夫が極めて劣悪な粉じん環境の中で働いてきたこと、第2に、彼らの労働密度が高く実働時間が長かったことがあげられる。

トンネル坑内における換気対策の目に見える改善は、近年のことだといわれている。とりわけ、

導坑における改善は遅れたが、大分の坑夫も徳島の坑夫も多くは、導坑を掘ってきた者たちである。昭和30年代の頃には、発破後まだ粉じんがもうもうと立ちこめている切羽にはいり、カンテラの光をたよりに手探りで仕事を始めたと彼らはいう。

終戦後の炭鉱などで、トンネル坑夫は鉱山坑夫以上に働いた⁴⁶⁾。建設業の労働時間は、今日でも他産業に比べて長いが、なかでもトンネル掘さくは、戦後昼夜2交替が常態化し、残業分を繰り入れた1日実働10時間があたりまえになっていた。こうした坑内労働時間の検討・是正の動きが本格的化したのは、1979年の大清水トンネル坑内火災事故後のことである⁴⁷⁾。

しかし、劣悪な労働環境下の高密度・長時間労働が、高収入を求めてひたすらに働く出稼者の「自発的」「能動的」な行為としても成り立ってきたところに問題の複雑さ、深刻さがある。そのような行為の背後には、彼らの就労の不安定性と郷里の貧困とがある。「稼げるときに稼ぐ」という彼らの言葉にそれがよく現われている。一方、建設業界は、彼らのこうした特質を評価し⁴⁸⁾、出来高給などによって彼らの労働を最大限に刺激してきたのである。

2. 対応欠如の要因と背景

IV章でもみたように、トンネル建設業では、じん肺の健康管理も教育も極めて不十分であったが、それがじん肺の進展防止を阻み、発見されたときにはすでに重症であるという事態を生んできたと考えられる。

建設業における短期雇用労働者を対象にした健康管理や教育が特別の対策を必要としていることは、近年のじん肺健康管理専門家会議の報告書など^{49) 50)}で指摘されている。1980年から、トンネル掘さく関係の作業員を対象に建設労働手帳制度が試行されるに至ったことは、おくれさせながら前進である。

建設業界の中には、労働安全衛生行政に対して「上からの一方通行」と批判的で、むしろ安全衛

生への労働者の自覚と責任を期待し強調する向き⁵¹⁾がある。また、指導しても防じんマスクをなかなか着けてくれない労働者を前に、「自分のからだのことなのに」と職長が困惑している話はしばしば耳にする。

他方、坑夫自身からは次のような経験談をよく聞く。「のみの回転がうまくいかず能率が悪い」ので空繰りをした。「息苦しくて能率が落ちる」から防じんマスクを着けなかった。「健診を受ければ悪いことが見つかっておまんまの食い上げになる」から受診を避けてきたなどなどである。これらは、彼らの安全衛生意識の低さもさることながら、安全衛生に能率や稼得を容易に優先させてしまう状況が労働者の体質的なものにさえなっていることを示している。

このようにみえてくると、次のことに気がつく。すなわち、建設業においては、鉱業などと大いに異なり、安全衛生意識が高く、さらに安全衛生の視点からも労働条件や労働環境を見直し変えていくという行動のとれる労働者主体（個人と集団）が未形成だということである。この問題は、トンネル従事労働者をはじめとする野丁場労働者の間で労働組合の組織率が極めて低いことも深く関係している。この点で、建設業近代化のかなめの一つが労働組合の育成にあるとする論者⁵²⁾も少なくないのである。

じん肺をめぐる歴史をみても、この点の関係でトンネル建設業が鉱業などと大いに異なってきたことがわかる。終戦後の鉱山労働者を中心とする運動がじん肺研究と行政対策の推進を促したことは、周知の事実である。また、同じ建設業にあっては石工のじん肺が1954年前後に問題化したのは、町場労働者を組織する土建総連とその傘下組合の運動によるところが大きかった⁵³⁾。トンネル建設業において早くからの識者による指摘がその後生きなかったのは、その指摘を受けとめて運動する労働者主体がなかったことにあるといえる。しかも、現在も、例えば粉じん職場を有する産業の労働組合単産で構成されているじん肺対策連絡協議会に、野丁場労働者の組織はみられないのである。

建設現場で患者の発生を契機とする問題化が長期にわたり阻害されてきた要因には、以上述べてきたような状況とともに、次のような事情もある。

トンネル出稼坑夫は、就労と失業の繰り返しを常態としている。症状が発現しからだが就労に耐えられなくなれば、工期の終了とともにあるいは自己都合で離職し、郷里に帰ってしまう。患者は現場の発生統計にははならず、離職後何年かのうちに郷里で随時申請による労災患者となる。つまり、じん肺の重症化による労働者の職場離脱は、かつての女工結核の場合と比べてさえはるかにスムーズに進行してきた。かつて結核に罹患した女工が重症化すれば、紡績工場は、それが工場内の女工への感染や士気低下に影響しないように解雇して郷里に帰したが、その過程では、工場と女工などとの間に多かれ少なかれコンフリクトが生じたのである。この状況以下のところに、トンネル現場での患者発生が現場にほとんどリアクションを及ぼさずにきた。したがって、業界や労働衛生行政が長い間特別の対策もとらずにすんできた要因の一つがあったといえる。

VII おわりに

大分県南部地域に象徴されるトンネルじん肺による甚大な健康被害は、職業病対策中最もよく整備されているとさえいわれてきたじん肺法体制下で、どのような広がりをもって、どのような過程と構造のもとに生じたのか。この健康問題の社会問題性は一体何か。本稿の目的は、その過程と構造を素描し問題性を示唆することにあつた。

その研究方法論は、疫学的な方法に加えて社会科学的方法も大きくとり入れ、そして、健康問題解決の方向や手段を、個々の技術的な対応にではなく、政策や運動を含む社会的諸対応の総体に求め、それらの方向づけに資するというものであつた。この方法論は社会医学研究の本旨にも合致すると考える。

最近、じん肺患者による損害賠償請求訴訟が全国各地で次々に起こっている。その中にはトンネルじん肺患者もみられる。こうした動向は、じん

肺が今日依然として多発していることへの労働者の危機意識の現われであると同時に、先行する公害や薬害の裁判などによる国民の権利意識の高まりを背景にしていると考えられる。1960年代から70年代にかけて争われた公害と薬害への裁判は、国民の世論とコンセンサスの進歩的民主的成長に大きな役割を果たした。では今日、労資という最もシビアな関係の中で争われるじん肺訴訟は、国民に何を問題提起しているのか、どうしたら社会はじん肺訴訟を進歩の糧にしうるのか。本研究のねらいは、こうした問いとも関連してくると考える。

さらに、本研究は、例えば古くは出稼女工の結核、最近では原発下請労働者の被曝といった健康問題に共通する根本問題の探究へと発展させて、わが国の労働と社会のあり方に対し、社会医学の立場から問題提起する必要があるとも考える。

文献

- 1) 山崎喜比古：ずい道建設従事者のじん肺に関する疫学的仮説，第53回日本産業衛生学会講演集，465～466，1980。
- 2) 三浦肇：大分県南部のじん肺について，第50回日本産業衛生学会講演集，608～609，1977。
- 3) 長門宏：大分県佐伯市南海部郡における出稼ぎじん肺（珪肺），第50回日本産業衛生学会講演集，610～611，1977。
- 4) 松浦実：黒部保健所管内における塵肺珪肺結核報告，日農村医学会誌，21(2)，274～275，1972。
- 5) 中川秀昭：出稼経験者にみられた珪肺有所見者に関する研究，日衛誌，35(5)，728～745，1980。
- 6) 須田和子，山崎喜比古：粉じん作業離職後のじん肺，産業医学，23(5)，475～484，1981。
- 7) 畝博ら：大分県南における出稼じん肺症に関する社会医学的研究，第54回日本産業衛生学会講演集，570～571，1981。
- 8) 海老原勇：山村における気管支肺疾患，第二報，じん肺症，日農村医学会誌，23(3)，244～245，1974。
- 9) 天明佳臣ら：都市病院で発見された出稼ぎじん肺の症例検討，日農村医学会誌，30(3)，508～509，1981。
- 10) 土木学会編：日本土木史，大正元年—昭和15年，1965。
- 11) 日本土木工業協会，日本電力建設業協会編：日本土木建設業史，技報堂，1971。
- 12) 日本鉄道建設業協会：日本鉄道請負業史，大正・昭和（前期）篇，1978。

- 13) 山崎喜比古：戦前における隧道開鑿坑夫とけい肺，第10回労働衛生史研究会発表資料，1981.
- 14) 中央職業紹介事務局：昭和三年中に於ける道府県外出稼者に関する調査概要，1930.
- 15) 中央職業紹介事務局：昭和五年中に於ける道府県外出稼者に関する調査概要，1632.
- 16) 中央職業紹介事務局：昭和七年中に於ける道府県外出稼者に関する調査概要，1935.
- 17) 大河内一男：黎明期の日本労働運動，岩波書店，1952.
- 18) 土木学会編：日本土木史，昭和16年～昭和40年，土木学会，1973.
- 19) 労働省労働基準局：けい肺等特別保護法附則第3項に基づくけい肺健康診断結果報告書，1959.
- 20) 高梨昌編：建設産業の労使関係，東洋経済新報社，1978.
- 21) トンネル工法ハンドブック，建設産業調査会，1973.
- 22) ILO：Third International Conference of Experts on Pneumoconiosis, record of proceedings, 1950,
- 23) 川上輝夫：珪肺の疫学的研究，労働科学，34(5)，327～346，1958.
- 24) 労働省労働基準局：前掲書，1959.
- 25) 佐野辰雄：日本のじん肺と粉じん公害，労働科学研究所，78～80，1977.
- 26) 畝博ら：隧道工事出稼地域（大分県南地域）の死亡率の検討，第53回日本産業衛生学会講演集，459～460，1980.
- 27) 三浦肇：大分県南地区に集積しているじん肺症の問題点，労働安全衛生広報 No. 230, 16～21, 1978.
- 28) 山崎喜比古ら：地域に集積するトンネル建設出稼坑夫のじん肺—徳島県西部地域の事例，第40回日本公衆衛生学会総会講演集，447，1981.
- 29) 松永知義：隧道掘鑿に於ける塵肺の発生に関する調査，陸運2巻2号附録日本鉄道医学，29～30，1944.
- 30) 加藤恭：隧道開鑿中1坑道内有害物ニ就テ，日本鐵道醫協會雑誌，12(1)，14～23，1926.
- 31) 白川玖治：炭肺ト肺結核，結核，9(2)，75～407，1931.
- 32) 斉藤謙：珪肺症の研究知見補遺，北越医学会雑誌，59(6)，675～698，1944.
- 33) 石川知福：塵埃衛生の理論と実際，金原書店，1938.
- 34) 鯉沼荊吾：職業病と工業中毒，保健衛生協会，1938.
- 35) 労働省労働基準局労働衛生課：珪肺巡回検診結果報告書，1948～53.
- 36) 川上輝夫：珪肺の疫学的研究，労働科学，34(5)，327～346，1958.
- 37) 加藤光徳ら：産業と珪肺結核—昭和30年度珪肺健診より一，労働と結核，40，27～30，1957.
- 38) 杉本年ら：三重県下におけるけい肺発生状況，三重医学，2(3)，245～249，1958.
- 39) 山本三郎ら：我国に於ける珪肺症の実態調査成績，社会保険医学雑誌，3(1)，10～27，1960.
- 40) 片山利貞ら：徳島県下に於ける珪肺のX線学的研究，第2報，電源開発地の部，四国医学雑誌，4(4)，193，1953.
- 41) 堀井渉ら：魚津市周辺の花崗岩石工と隧道労働者の珪肺症，産業医学，4(5)，348，1962.
- 42) 松藤元ら：飯田線掘さくトンネル内の環境条件，鉄道労働科学，7，17～24，1955.
- 43) ILO：前掲書.
- 44) 柏木秀雄ら：三重県南半婁地区および和歌山県新宮・勝浦地区における珪肺症（その他じん肺を含む）の実態，三重医学，17(1)，67～76，1973.
- 45) 石川知福ら：窯業従業者の職業性疾患特に珪肺発生に関する調査報告，第5報，珪肺発生に対する防護工作，労働科学，16(7)，492～500，1939.
- 46) 大成建設株式会社：大成建設社史，1963.
- 47) 佐崎昭二：坑内労働時間に対する是正指導，建設業界，29(2)，30：31，1980.
- 48) 熊谷組：熊谷組四十年史，1978.
- 49) じん肺健康管理専門家会議：じん肺の健康管理に関する報告書—粉じん作業，健康管理推進について，1977.
- 50) 中央労働基準審議会建議：建設労働をめぐる安全衛生上の諸問題と対策の方向について，1978.
- 51) 松尾由夫：建設労働—いま何が問われているか，清文社，1980.
- 52) 内山尚三：転換期の建設業，清文社，1974.
- 53) 海老原勇：職業病運動史，じん肺・戦後篇，(上)(下)，医療図書出版社，1976.

特 集 Ⅱ

九州の公害・労災・薬害

九州地方における公害・労災・薬害

—その概要と問題点—

原 田 正 純

(熊本大学体質医学研究所)

まえおき

九州では、人類史上初の最大規模の環境汚染による中毒事件“水俣病”(1956年)をはじめ、戦後最大の炭鉱事故“三池炭塵爆発事件”(1963年)、世界初のPCB混入による食品中毒事件“カネミ油症事件”(1963年)、廃鉱山による環境汚染“土呂久鉱毒事件”(1971年)、旧廃鉱山労働者労災切り捨て“松尾鉱毒事件”(1971年)などが多発しており、さらに、日本初の“慢性二硫化炭素中毒”¹⁾、西日本一帯におこった“森永砒素ミルク中毒事件”(1955年)^{2)・3)}がみられる。また、全国的な規模でみられた“振動病”“塵肺”などの職業病や“スモン”“大腿四頭筋萎縮症”“サリドマイド児”などの薬害もまた九州地区に例外なく多発している。

このような公害、労災、薬害が九州地方に集中的、象徴的に多発した背景は偶然といえないものがある。戦後、植民地を失ったわが国の資本が九州をその代替地として、戦後の高後成長を支える基盤としたとみるのはいい過ぎであろうか。水俣病をおこしたチッソや炭塵爆発をおこした三井鉱山の歴史は植民地進出、敗戦による撤退、再建、急激な生産向上と合理化など、その間の事情を明確にしてくれると同時に、わが国の歴史の象徴としてもその流れを浮き彫りにしてくれる。石炭から石油へのエネルギー転換政策の過程で、1960年、未曾有の三池大争議がおこり⁴⁾、電気化学から石油化学への転換過程でチッソ安賃闘争(1962年)⁵⁾がおこったのは決して偶然でなく、この争

議はまさに、炭鉱資本と炭労、化学資本と合化労連の代理戦争が九州を舞台に闘かわれたのであった。そして、この2ヶ所がわが国の最大級、代表的公害病と労災事件を引きおこしたのである。

公害も労災も薬害も人造病であり、予防可能である。九州におけるこれらの事件が象徴的であればある程、その発生の背景や発生機序、病理を明らかにすることは、その対策を考える上できわめて意義が大きい。問題を普遍的にとらえ、再検討し、そこから1つの法則性、教訓を学びとるためにも、救済や予防の対策を考える上でも、これらの事件は貴重な学術的な研究対象である。このような視点に立って、それぞれの事件において最低限、次の3点を再点検してみなければならぬだろう。

- i) 発生の予防は阻止できなかったか？ 発生させた責任はどこにあるか。
- ii) 被害を最低限に食い止められなかったのか？ その原因と責任。
- iii) 被害者の救済は迅速かつ適切に行なわれたか？ そこで果すべき医学の責任。

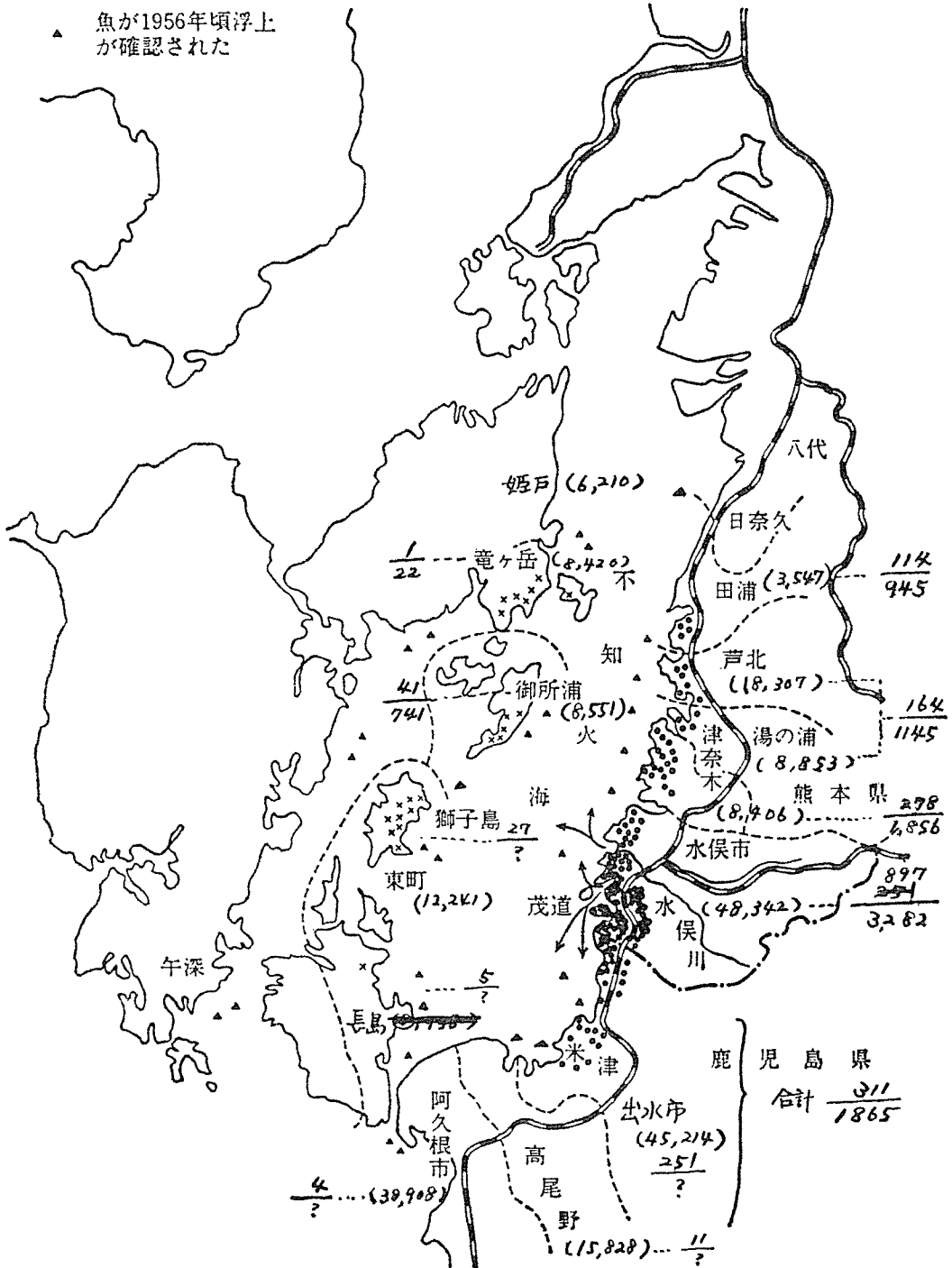
これらの点を明らかにして、それぞれの責任を明確化し、追求することによって誤ちは二度と繰り返されないのである。その責任があいまいのままでは、第2、第3の水俣病や炭塵爆発、新しい薬害がおこることはですにもう経験済みであり、さらに、その誤ちを繰り返すことは科学の敗北であり、多数の犠牲者が報われなさすぎるのである。

第 1 図 不知火海周辺と患者発生と汚染状況

⋯) 1971年までに認定された患者

xx) ネコ水俣病発生地

▲ 魚が1956年頃浮上
が確認された



環境汚染による公害病の

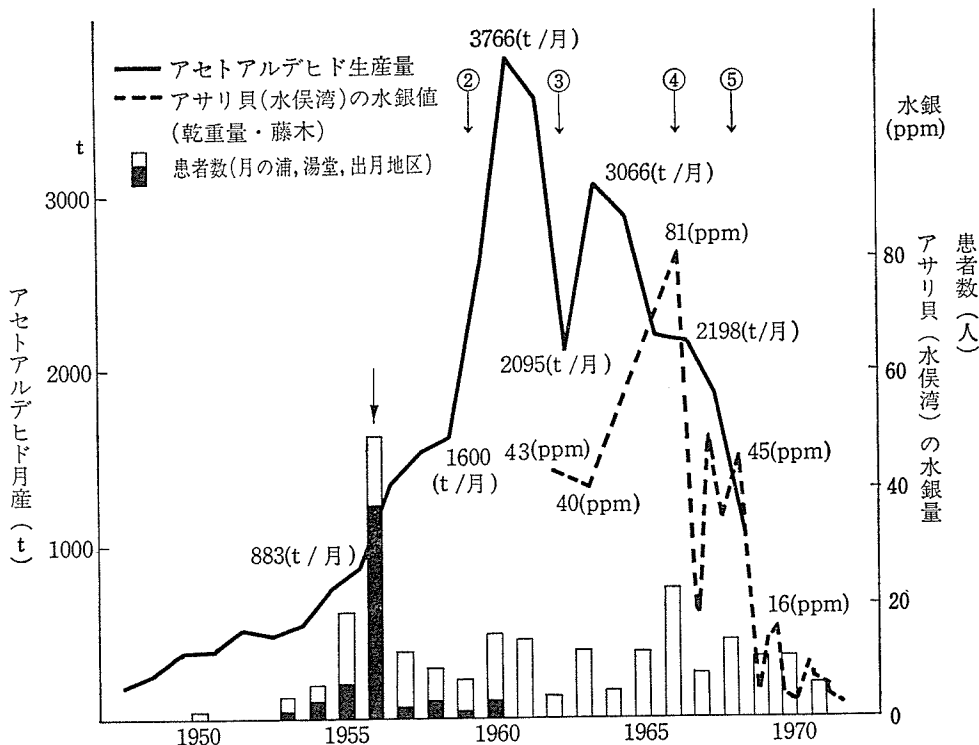
典型——水俣病

1. チッソ水俣工場

1906年（明39）に電気会社として発足した曾木電気は、13ヶ所の有り余る水力発電を用いて1908年、日本初のフランク、カー式石炭窒素法による肥料工場（日本窒素肥料）を企業誘致合戦の末、水俣に建設した。そして、カーバイトからアセチレンガスを発生させ酢酸、塩化ビニール、可ソ剤の生産もはじめた。さらに、1921年（大10）には、カザレー式アンモニア製造特許をイタリアから、1928年（昭3）には、ドイツのベンベルグ社から銅アンモニア人絹製法特許を購入するといった具合で、次々と世界のトップ技術を導入し、一流の化学工場に育っていった。戦時中は、軍需

工場として軍部と結び大陸に進出し、北朝鮮に東洋一の化学コンビナートを建設し、赴戦江、長津江、鴨緑江に大発電所を建設した。敗戦後、これらの海外拠点を失ったチッソは、いち早く水俣工場を主力として、肥料、塩化ビニールや可ソ剤などの大量生産を開始し、莫大な利益をあげ再建することに成功した^{6),7)}。この生産拡大、収益の増大は、一方で工場内における労働災害を激増させた。たとえば、1952年（昭27）、労働災害は千人率176で6人に1人が災害を受けたことになる⁷⁾。工場内がそのような状況であるから当然、外（環境）に対しても大気汚染、土壌汚染をおこし、問題の海の汚染をおこすのである。海汚染でみると、1920年（大9）代にはすでに漁業被害がおこり、補償問題がおこっている。その後も同じ問題がおこるのであるが、1950年（昭25）代にはいると生産がさらに急ピッチで上がり、それと併行して魚が浮上し、貝が死滅し、鳥が空から落ちるなどの

第2図 アセトアルデヒド生産量と汚染と患者数



(1)水俣病患者正式発見、(2)水俣病の原因が明らかになった。(3)チッソの労働争議。(4)排水を閉鎖循環式に転換、(5)生産停止。黒棒は1971年頃までに正式に認定された、急性、悪急性典型例。白棒は第二次研究班が1973年に新しく発見した患者。

第1表 アセトアルデヒド関係工場 全国7社8工場

会社名	工場名	所在地	生産開始—中止	アセトアルデヒド生産量累計	未回収・水銀量累計
チ ッ ソ	水 俣	水 俣 市	S. 7. 3—43. 5	約456千トン	約207トン
電気化学工業	青 海	新潟県青海町	20. 4—43. 5	167	54
昭 電	鹿 瀬	// 鹿瀬町	11. 1—40. 1	103	34
鉄 興 社	酒 田	山形県酒田市	14. 4—36. 1	35	13
日 本 合 成	大 垣	岐阜県大垣市	3 —39. 9	150	8
//	熊 本	熊本県宇土市	19. 1—40. 4	96	5
タ イ セ ル	新 井	新潟県新井市	12. 3—43. 3	307	5
三 菱 ガ ス 化	浜 松	// 新潟市	35. 5—40. 1	38	26

(48. 6 通産省調べ)

自然界の異変が目立ち、1953年には、漁村地区のネコが次々と狂死するという異常事態が発生した。それでも企業も行政も何ら手を打たないばかりか、その実態調査すら懈怠してしまった^{6)~11)}。

2. 水俣病の発見と原因究明

1956年(昭31)5月、チッソ付属病院細川一院長は、水俣近くの新井に原因不明の中樞神経疾患が発生していることを正式に水俣保健所に報告した。これが水俣病の正式発見である。原因究明にあたった熊本大学医学部水俣病研究班は、その年の8月には「水俣湾産魚貝類を介した中毒性疾患である」と結論を出すのであるが、その原因物質が特定できないために、それを口実にチッソも行政も何ら有効な手を打たなかった。そればかりか、原因究明に対する援助協力をしないばかりか企業秘密を理由に妨害すらしたのである^{6),7),8)}。

原因物質として最初、マンガン、ついでセレン、タリウムなどが疑われ、ついに有機水銀と決定したのは1959年(昭34)のことであった。この3年間のロスは、被害を最大限に拡大してしまった。この時、不知火海沿岸に、水俣市はじめ11ヶ町村があり約8万人の人が住んでいたのである。そのうち、ネコが狂死した漁村地区に限定してみても10万人が少なくとも住んでいたのである。(第1図)この人たちは濃厚汚染された人たちであり、水俣病が発症しても当然といえる人たちである。事実、これらの人々は現在さまざまな健康障害が認められているのである。

このように、原因が明らかになっても、チッソ

は問題のアセトアルデヒドの生産を止めるどころか、1960年からはさらに増産体制にはいるのである。この時、チッソは石油化学に転換すべく新工場を千葉に建設しており、スクラップアンドビルドで水俣工場は使い捨ての最後のフル回転だったのである。(第2図)そして、水俣病は終わったとして、患者は急性発症の重症の121人(胎児性22人)に倭小化されてしまった。“水俣病が環境汚染を通じておこった有機水銀中毒である”という発生機序の特異性が明らかになった時点で“その環境に住んでいた10万人が水俣病発生の母集団(背景)”として考えられることなく捨てられてしまったことは奇異なことであり、今日のどうしようもない未認定問題の元凶であり、水俣病事件の医学的、社会的全貌を抹殺してしまった。

当時、アセトアルデヒド工場は全国で8ヶ所あった。水俣の教訓を行政が全国に活かしておれば、新潟の第2水俣病事件(1965年)は確実におこらずにすんだのである^{6),8)}。政府は、同じような工場が実際に操業している間は、産業界への影響を配慮して公害病としての正式認定を行わず、1968年9月、同様工場が全国からすべてなくなってから正式認定したのである(第1表)。昭電(鹿瀬)が新潟水俣病の原因工場であり、日本合成(宇土)が第3水俣病事件(1974年)として問題になった工場である¹⁰⁾。

公害病として正式認定されたのは、正式に発見されてから、実に12年目、原因が究明されてから9年目であった。この遅れが、公害病を発生させ、拡大し、救済を怠る企業、行政の体質であ

る。

中央（東京）からみれば、九州の避遠の地でおこったことなど物のかずではなかったのだろうか。学者の世界でもそうであり、“田舎大学、駅弁大学に何ができるか”といわれ、それでも実情も知らず介入してくるときは、水俣病の場合、少なくとも援助でなく混乱の持ち込み（妨害）であった^{6),9)}。

3. 裁判、患者の運動と医学

政府の公害病正式認定以来、患者とその家族の中に鬱積していた怒り、それは長いチッソの地域支配の中で押しつぶされていた怒りがついに爆発したのである^{9),11)}。1969年（昭44）6月14日、患者とその家族29世帯は、チッソに対して6億4千万円の損害賠償請求を熊本地方裁判所に提訴した。（第1次水俣病裁判）^{6)~8)}この裁判の支援運動は、全国に拡がり、全国に科学者、市民、労働者など広範な支援組織がいくつもできた。チッソは「水俣病のような事件は前例もなく、予想できなかったから責任はない」と予見可能性を否定し、不可抗力と開きなおった⁶⁾⁷⁾。化学技術が急速に発達している今日、新しい化合物を求めて、ただ利益のために突っ走れば、今後、ますます前例のない新しい事態（中毒）がおこる可能性が大きい。この場合、最初の第1回目は、責任がないとする理論はとても許容できるものではない。それでは、人間はモルモットである⁷⁾。この水俣病裁判では、化学工場のもつ危険性の認識と安全に対する注意義務が争点となり、判決ではチッソの注意義務違反が問われ、患者側の勝訴となった。ここで企業の責任が厳しく問われたことは、公害病の発生阻止という点から大きな意義があったのである。

同時に、裁判では“水俣病とは何か”が問い直され、水俣病の実態が不明のまま放置されているという認識が、水俣病見直しの運動となって医学者たちを突き動かした。最初是有志の少人数の医者たちが動き出し、ついに熊大二次研究班（10年後の水俣病研究班、武内忠男代表）に受けつがれていき、水俣病研究は再出発した^{12)~15)}。その結

第2表

急性激症患者家族の症状		先天性水俣病母親の症状		
	例数	%	例数	%
知覚障害	115	79	28	100
求心性視野狭窄	53	37	16	57
構音障害	65	45	12	43
共同運動障害	94	65	22	79
聴力障害	80	55	21	75
振戦	51	35	11	39
筋緊張異常	54	37	10	35
病的反射	11	8	3	11
疼痛	109	75	18	64
知能障害	67	46	20	71
計	145	100	28	100

(原田; 1972)

第3表 一斉検診による住民の神経症状

	水俣	天草	対照
知覚障害	28	8	8
共同運動障害	25	12	13
構音障害	12	4	2
難聴	29	9	15
視野狭窄	14	1	1
錐体路症状	4	2	2
関節・神経痛	14	5	8
筋萎縮	3	1	1
被検者数	928人	1,723人	904人

果、汚染は終わっておらず、初期の典型重症患者の何十倍もの患者が存在することが明らかになった。すなわち、

- i) 患者（急性発症典型）の家族の中にも多彩な神経症状が認められ、その主なる原因は、有機水銀によると考えられた。^{12),16)} (1972年) (第2表)
- ii) 生前に水俣病と診断されていなかった患者の剖検で脳に明らかに有機水銀中毒と考えられる病変が確認された。(不顕性水俣病) (1970年)¹⁷⁾
- iii) 従来、患者がいないと考えられていた対岸の御所浦地区にも患者が発見され¹⁴⁾、濃厚汚染地区住民は水俣病に関する診断の従来の方

第4表 水俣病認定申請処理状況
(1981年9月末)

	水俣病		新潟県
	熊本県	鹿児島県	
申請者数	9,007	1,865	2,072
処分者	3,971	1,142	1,887
{ 認 定 { 棄 却	1,464 (421)	311 (41)	684 (98)
	2,507	831	1,203
未処分数	4,849 (230)	681	79 (17)
保 留	1,486 (65)	273	0

注 ()内は死亡者

ライテリアでみても約3人に1人は有機水銀の影響が認められている。(第3表)¹³⁾

iv) 診断技術の進歩によってより細かい症状の把握が容易になり、神経系以外の影響についても少しずつ明らかになってきた。^{14), 15)}

v) 安全基準の見なおし、ヘドロ処理の問題が提示された。¹⁰⁾

vi) 遅発性水俣病、慢性型水俣病など非典型例が確認された。^{19), 20)}

このようにして、次第にその全貌が明らかになっていったが、^{12) ~ 20)} 対象が余りにも膨大なために現在なお、十分に明らかにされていたとはいえない。¹⁰⁾

4. 被害者の求済

水俣病の実態を明らかにすることは、医学的治療の面で、またその救済のあり方を考える前提である。その実態が10余年にわたって明らかにされなかったのであるから、不明のままではどのように対策も効果的になり得ないのである。現在、水俣病に関して、法的には公害被害者救済法と補償法の2つがその救済の柱となっており、法に基いて認定されたものは、1973年、第一次裁判判決後、患者とチッソの間で結ばれた補償協定によって賠償金が支払われている。重症1,800万円から1,600万円までの一時金と年金が支払われる。しかし、その前提は、患者認定審査会の認定であるのだが、この認定には問題が多く、遅々として進んでいない²¹⁾。

1981年9月現在、熊本県だけで未処分者4,849人で認定患者1,464人である。申請総数が9,007人であるので約半数が未処分ということになり、先の10万人から考えると約10%が申請したにすぎない。(第4表)

1974年6月、患者の一部は“認定の遅れは行政の怠慢である”として不作為違法の確認の訴訟を提起した。その結果、熊本地方裁判所は“不作為である”ことを認める判断を下し、熊本県も現在の認定制度は破綻していることを認めた。²²⁾ それでも一向に認定は進まず、最近では申請患者の検診拒否運動までおこり、ますます混乱している。環境庁は、臨時特別措置法と認定基準の明確化などで対応したが、全く効果がないばかりか機械的線引きによって棄却者を増加させたばかりにとどまり、患者の不信を増大させたのみであった。そして、今なお、多数の患者たちが水俣病という証拠がないということで放置されたままである。

水俣病をおこし、被害を拡大したチッソの責任の一部は、民事訴訟と、元幹部2人の刑事事件で問われたのであるが、救済の遅れの責任も含めた行政の責任は不問のままである。²²⁾ 第2次、第3次水俣裁判は、その点の追求へと向いつつあるが、それにしても、発見以来、25年目にして未解決の問題が多すぎる。

大規模労働災害の典型

——三池一酸化炭素中毒

1. その背景

三井の三池鉱山は、1889年(明22)、政府から払い下げを受けて以来、日本石炭産業の中心であり、その埋蔵量は、10億トンといわれた優良鉱であった。戦時中は、中国、朝鮮労働者を大量投入して生産をあげた歴史をもつ。戦後、日本経済再建の重要な役割を果してきたものの、石油エネルギーへの転換は目に見えてきた。1955年(昭30)、石炭鉱業合理化臨時措置法によって徹底的に非効率炭鉱買い上げ廃止(スクラップアンドビルド)、人員削減、機械化導入の政策が押しすすめられた。

1960年の三池大争議は、このような背景の中でおこったのである。⁴⁾ この争議のあと組合の力を排除したのち、合理化は強引にすすめられ、世界最初の採炭の機械化が行なわれ、運搬系統の強化がなされた。たとえば、1955年に1人当り月の出炭量14.9トンであったものを、このような機械化と76,000人の人員整理で1人当り40トンに生産能率をあげようという計画が立てられた。(第1次石炭鉱業調査団答申、1962年)とところが、60年代になって廃山が相次ぎ、労働者が山に見切りをつけ、転職するものが増え、1963年(昭38)末にはついに深刻な石炭不足が予想された。そうなるとスクラップアンドビルドで残された優良鉱が、さらに増産体制をとらざるを得なくなった。その代表株が三井三川鉱であった。三川鉱は、合理化によって出炭量は急速に伸び、一見成功したかのように見えた。すなわち、坑夫1人当り月の出炭量が1963年(昭38)4月で35.8トン、事故直前の10月で43.8トンと上昇し、1日の総出炭量は、目標の1日1万5千トンに近づく勢いであった。そして、その大部分(1日約6千トン)は、問題の第1斜鉱から搬出された。出炭量が増え、運搬量も増えるとまた炭塵もまた増え、ベルトの下、天井、枠上などにおびただしい炭塵が蓄積していた。もともと三池鉱はほとんどガス突出がなく、ガス爆発がないということで爆発指定炭鉱からはずされていた。したがって、爆発に対する予防、発生後の措置などの対策は皆無であった。しかし、炭塵が蓄積すれば、引火爆発することはすでに古くから知られている。日本の炭鉱では、死亡100人以上の事故は、これまでに19回あったが18回までが炭塵爆発といわれている。その一覧表をみると、まさに死屍るいである²⁴⁾。なかでも1906年3月、仏のクーリエ炭鉱の炭塵爆発は、死者1,099人という大規模なもので跡ガス後遺症の

第5表 三池炭鉱における労働災害発生件数

	死亡	重傷	較傷	合計	在籍者数
1957(昭32)	3	1,442	1,604	3,049	13,615
1961(昭36)	16	1,922	2,292	4,230	10,946
1962(昭37)	15	1,757	2,083	3,855	10,294

詳細な研究もまた有名である²⁵⁾。三川鉱自身も、1928年11月(死者10人)、1929年4月(死者11人)、1930年3月(死者11人)など炭塵による爆発を経験しているのである。生産量の増加、運搬量の増加、保安要員の削減などの条件に加えて、岩粉散布、撒水、清掃など全くその対策がなされておらず放置されていた。もちろん、火がなければ爆発はおこらないのであるが、第1斜坑内には高圧ケーブルが幾条にもはりめぐらされており、次々と走る炭車の脱線、スパークが危険であることは予見可能であった。このような前例は、すでに報告されている²⁶⁾。爆発当初、起るべきもない稀有な事件と報道されたりしたが、すでに多くの研究と報告があり、専門家の中では常識化されており、その対策もきわめて容易なものであった。このような保安対策の不十分さは、当然、その他の労働災害をも多発させたのである。1960年代にはいって事故は急増している²⁷⁾。(第5表)しかし、一般に鉱鉄は危険なものという安全感覚麻痺が企業の側に存在し、また労働者の側にもとすれば反労災、反合理化を十分に闘い切れない弱点を持っていたとも指摘されている²⁸⁾。そして、1963年11月9日午後3時12分、炭塵爆発はおこるべくしておこったのである。

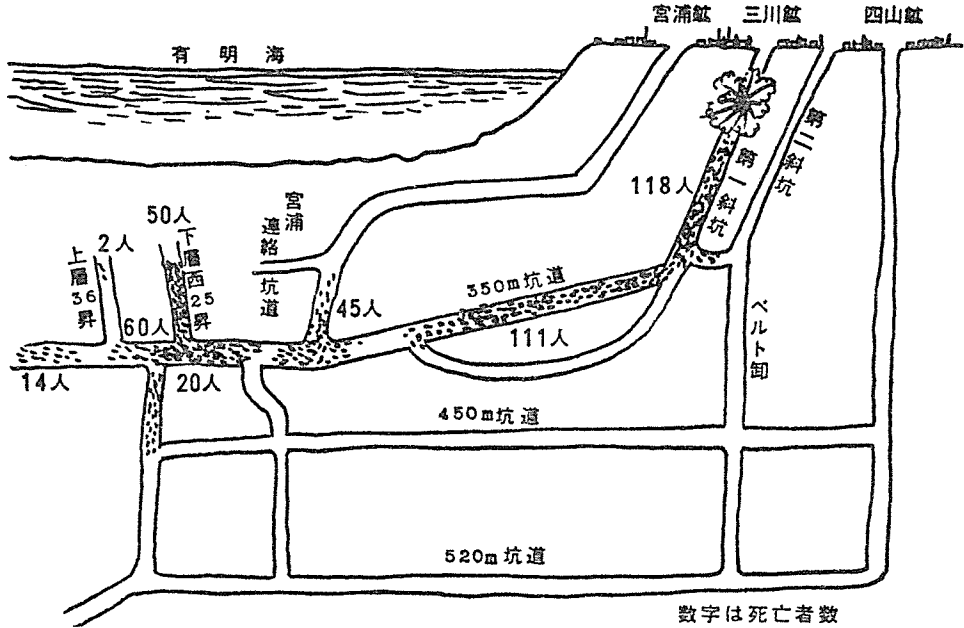
2. 炭塵爆発と跡ガス(CO)中毒の発生

この爆発の原因と概要について次のようにまとめている²⁹⁾。「同日、3時12分頃、三川鉱第1斜坑(総延長約2,000m)において炭塵爆発がおこり、続いて大量のCOガスが発生し異常な速度で

第6表 各鉱山と中毒被災状況

	三川鉱	夕張	伊王島	山野鉱	三川鉱
	1963. 11. 19	1965. 2. 22	1965. 4. 9	1965. 6. 1	1967. 9. 28
入坑者	1043	172	200	552	422
死亡者	458 (32.3%)	61 (35.5%)	31 (15.4%)	237 (42.9%)	7 (1.7%)
生存者	945	111	169	315	415
CO中毒者	839	38	2	30	303
意識障害者	435 (46.0%)	?	?	12 (3.8%)	0

第3図 三池三川鉱炭塵爆発見取図



三川鉱に充滿した。坑道中には爆発限界以上の炭塵が災害時除去されず堆積し、しかも岩粉の撒布・散水により爆発を防止するための措置を講ぜられることなく放置されていた。災害発生当時、第1斜坑（傾斜11度51分）の坑底からボタ積炭車（各約4.2トン）が10両編成で捲き上げられていたが、坑口より1,186m付近で2両目と3両目の炭車を連絡するリンクが破断し、逸走をおこした。逸走した炭車は335m逸走して秒速40mの速度で310m坑道分岐点ポイントに差しかかり、ここで全車両が脱線し、それより35m下方で鉄棒数本を引きずり、さらに60m下方でNo11BC座前のベルトコンベヤのフレームに激突して停止した。この間、多数の堆積炭塵をまい上がらせ、炭塵雲が坑道内に猛烈な勢いで形成された。この時、炭車の車体と鉄棒、軌条あるいはコンベヤフレームなどとの激突によって発生した摩擦熱、あるいは摩擦火花かないしは脱線炭車が引き倒した高圧ケーブルの溶損火花が電球破損によるフィラメントの燃焼焔かまたその複合したものが炭塵雲に着火する火源になって爆発したものと推定される。この爆発の直撃によって死亡したと推定される者は20名、COガスにより急性中毒死したものの438人（8

人は入院後死亡）、839人がCO患者となった。生存者からはその後13年間に26人の死亡が確認された。（第3図、第6表）

坑内のCO濃度は、最高8.44%、1,200m離れたところで0.43%で理論的には2%前後と推定されている²⁹⁾。大多数の死亡者が急性CO中毒であるから、迅速、適切な救助を行っておれば被害は最低限に食い止められたはずである。事件発生から1時間後に「負傷者数10人」と大牟田署に報告され、ガスのことは念頭になく、通気の確保などCOガスの緊急対策はなされず、救援隊も無防備のまま入坑したりした。その救援隊が組織され、本格的救援がはじまったのは3時間後である。したがって救出時間は早くも3時間半、長い者は20時間に及んだ。しかも、水没や落盤など物理的に入坑できない状態でもなかったのである。また、労働者に対する日常的なCOに対する教育もなされていなかった。CO中毒は、1分1秒を争うものであるが、長期間放置されて被害を拡大してしまった。死亡者が多かったこと、意識障害者が圧倒的に多かったのはこのことを裏付けている。それにしても、このあとも各地で爆発事故が相次いでおり（第6表）、その背景は三井三池と同じも

第7表 CO中毒の症状の推移 (82例)

	2 週め	3 カ月め	1 年め	2 年め	3 年め	4 年め	5 年め	8 年め	10年め
精神＋神経症状	62	67	60	54	55	51	48	48	43
精神症状だけ	20	13	19	22	21	25	30	24	30
神経症状だけ	0	2	2	4	3	3	1	3	3
意識障害	37	3	0	0	0	0	0	0	0
失外套症状群	3	2	1	1	1	1	1	1	1
健忘症状群	27	10	6	6	3	4	3	2	2
記銘障害	75	58	54	48	47	53	61	60	57
記憶障害	74	60	45	38	39	61	60	56	69
思考力障害	71	59	56	52	53	63	65	60	61
情意減弱状態	72	73	60	57	59	60	63	65	58
心身故障の訴え	52	56	71	72	62	68	72	73	70
巣 症 状	26	12	6	6	7	7	6	6	6
錐体外路症状	33	28	21	17	14	18	21	18	13
末梢神経症状	9	13	14	9	8	11	11	13	19
自律神経症状	47	61	56	45	46	31	42	51	35

のであったから、いかにときの政策が事故につながるかを示している。

救済の遅れが被害を最大限に拡大したのが、救助後の初期治療の不完全も後遺症に重大な影響を与えた。CO中毒治療中、最も重要なことは安静である³⁰⁾。また、意識障害がなくとも間歇型のCO中毒の存在が知られているから^{31),32)}、救助時の検診、安静の確保、経過観察、指導がなされねばならなかった。ガスに対する救急対策は不備であり、さらに大事故の混乱で安静は保持されず、後遺症を深刻にした^{23),30)}。

3. CO中毒後遺症

「CO中毒は死亡するか、生存し得たものは後遺症は少ない」と信じられたようである。確かに、一部の教科書にそのような記載がある^{32),33)}。しかし、CO中毒の後遺症の深刻なものは精神障害であり、古くから精神科医は後遺症のただならぬことを指摘している。Mayer-Gross は後遺症を現わさずに治るのは半数にすぎないとさえいっている³⁴⁾。

重症者が多く一般的緊急治療に相当数の医師と看護婦をとられてしまい、一般的緊急治療以外のCO中毒に対する治療、後遺症とくに精神症状、

間歇型に対する配慮が欠けており、現場は混乱し、医療系統も乱れていた。そのようなことも後遺症を深刻にしたし、何よりも後遺症の深刻さに対する配慮のなさが患者の反発をも買ってしまった。

熊本大学精神神経科では、この初期から後遺症の重大さを考慮し、15年以上にわたって追跡調査を行った。その10年目の臨床症状でわかるように多彩な精神症状が長期に持続しており、社会復帰の大きな障害となっていることがわかる^{23),35)~35)} (第7表)

持続的、間歇性にみられる頑固な頭痛、めまい、動揺感、耳鳴、記憶力低下、いらいら感などの多彩な心身故障の訴えに、易怒爆発、抑制欠除、無欲・無気力、意欲喪失、幼稚化などの性格障害がみられる。ために、患者は家ではごろごろとねころんでいて、だらしがなくなる、我ままになり怒りっぽい反面、人を嫌い孤立する、テレビのチャンネル争いを子供とむきになってやる、怒ると手がつけられない、物をこわす、タバコの火を落してまわる、根気なく途中で投げだすなど日常生活の支障は、“軽症”といわれる患者にもみられる。加えて、記銘、記憶、計算、思考障害など知的面の障害がみられている。

しかし、これらの症状は一見してみえるもので

はなく、家族にしかわかりにくい点が多い。したがって、“怠け者”“ニセ患者”“訴病”“災害神経症”“アル中”そして結局“ガス呆け”といわれて差別されている。それは、後遺症の実態が正しく認識されていないからであり、そういった個々の障害に対してきめ細かい医学的、社会的対応がなされなかったからである。“後遺症はない”とばかりに医療より労務対策を優先させ、患者たちを孤立化させていった。自覚症状のほかに患者は経済的不安定、首切りに対する不安など心理的負担も大きく、二重に苦痛を重積させていった。

さらに、心障害、腎障害、脳循環障害、内分泌障害、肝障害などの統発症も多発している。これらの疾患がCOによるものかどうか確定的ではないにしても、CO中毒罹患後のこれらの疾患に対して私傷病として片づけてしまうのは問題であり、そのことも患者の将来の不安の1つとなっている。

4. 労災による救済

災害後、三井と労働省、通産省は生産再開を最重要課題とした。2日後の11月11日に政府は、再建融資10億円を決定したにもかかわらず、入坑者の健康診断は11月19日、26日、12月20日の3日間

で675人に対して行なわれるという片手落ちであった。

しかも、医師1人当たり100名という超スピードであった。そして、12月16日にやっと第1回CO協定、死者に弔慰金40万がだされた。一方、CO中毒患者については、1か月後に三井三池災害医療調査団（内村裕之団長）を派遣した。そして、この調査報告書は、「医療の現状は不統一かつ不適確であるので、総合的な治療を適当な医療施設を設けて行え」というものであった。

また「急性期の症状に対応する医療の時期から長期的構想に従っての恒常的な医療を必要とする時期にさしかかっており、この時期の医療の適否が後遺症の軽重に大きく影響する」「内科的診療の他に精神科的診察をも加えた総合的な治療を十分に行うことが必要である」「専門家からなる強力な専門委員会を設け、診療全般について、直接の医療担当者、会社等を指導するよう配慮すること」などを指摘していることは注目される³⁹⁾。これを受けて翌1月16日、三池災害一酸化炭素中毒患者医療委員会（通称、三池医療委、勝木司馬之助委員長）が設置された。

しかし、この委員会は何故か初会合で症状の判定基準、就業条件の決定などが主議題となった。

第8表 症 度 と 等 級

症状の判定基準（三池医療委）	労 災 障 害 等 級
I：精神に著しい障害を残し、常に日常生活動作に他人の介護が必要なもの、又は拘束保護が必要なもの、又は著しい神経症状を残し殆んど臥床状態にあるもの	等1級；精神神経に著しい障害を残し、常に他人の介護を必要とするもの
II：精神、神経又は身体に中等度の障害を残し、食事、用便などの身の廻り動作が独力で可能だが労務に服することができないもの	第3級；精神、神経に著しい障害を残し終身労務に服することができない
III：精神、神経または身体に軽度の障害を残すもの。例えば軽易の労務以外の労務に服することができないと考えられるもの	第7級；精神神経に障害を残し、軽易な労務に服することができないもの
IV：精神、神経または身体に軽微の障害を残すもの。例えば軽度な労務以外の労務に服することができないと考えられるもの	第12級；精神、神経に障害を残すもの
V：精神、神経および身体に他意的に障害を認めないもの、例えば就労可能である	第14級；精神神経に軽度の障害を残すもの

医療委もまた、実態を、追跡する以前に職場復帰の条件づくりからはじめたのである。そして1964年2月、大牟田労災療養所が開所し、ここに患者たちは収容され、リハビリ→退院→職場復帰のルールが設けられたのである。スタッフも不足し設備も整っていない急造のものであった⁴⁰⁾。

しかし、一度設けられたルールの上をCO中毒問題は走り出し、強制退院問題がおこり、さらに1966年10月24日、三池医療委はCO患者は治癒しているという報告書を提出し、翌10月25日、CO中毒患者739名に対して労災法適用打ち切りが通告される。三池医療委が症度判定を災害後2か月で急いだ理由は労災等級に連動していたのであった。打ち切りと同時に三池医療委は解散する。打ち切りに際して、患者は、三池医療委の症度がそのまま労災補償における障害等級として用いられた。(第8表) そのことは後で大きな混乱をおこすものになった。

その1つは、最初から精神症状が後遺症として軽視されたこと、精神科医が不足していたこと、客観性がないということで“心因性”“詐病”さらには“組合原性”などの新造語すら生まれた背景があったことなどによって患者間に不公平がおこり⁴⁰⁾、さらに多彩な症状に対するきめ細かな対応がなされなかったことからますます社会不適應を大きくしていった。

もともと、一般の労災補償における障害等級は、精神障害は3段階しかなく軽視されていた。三池CO中毒の場合はどうしようもなく、とくに精神障害を重視して、1, 3, 7, 12, 14級の5段階として対応したり、年金支給が3級までであったものを7級までと改正(1965年)するなど一定の改革はなされた。しかし、一方で“心因性”とされ、“客観性がない”ということで大部分が12, 14級とされてしまった。12級ということは一時金で給付基礎日額の140日分、14級で50日分、7級で年金は117日分といった低額で、7級以下の中軽症者と呼ばれる人たちは月に3~4万で生活をしなければならなかった。

たまりかねた患者と家族は、組合とCO特別立法化をすすめるのである。(1965年4月、提案)そ

の主なものは解雇制限、事故前収入補償、完全治療であった。しかし、1967年7月、立法化されたものの、CO中毒にかかった者であることを理由に差別しない、被災労働者に関して危険防止や健康保持に必要な措置をとる、2年間は健康診断を義務づけるなどと変質したものになり、これでCO問題は幕引きされてしまったのである。

三池CO中毒医療で特徴的なことは、最初から生産再開が最重点項目で後遺症状の軽視、それに応じた治療、対策、社会復帰の欠除、そして、現行労災法に機械的に強引に当てはめた結果、実態を無視して患者の健康破壊ばかりか経済的破綻、家族崩壊をもたらした。ここでも医学は、政治に引きづりまわされ切り捨ての役目を負われ、医学者は患者の不信をかい、加害者は美事に再建されたのである。

しかし、考えてみると労災法の枠の中で等級をどう姑息的に手直ししてみたところで患者と家族は救済されない。

それは、労災補償法が一体だれのためにあるのかという本質の問題であって、象徴的にその本質を明らかにした事件であった。1972年11月16日、ついに4人の患者と家族は、三井鉱山を相手に損害賠償請求訴訟をおこし、三池労組も引きつづいてマンモス訴訟といわれる訴訟をおこし、今も結着はついていない。

僻遠の地に長く棄てられた公害病

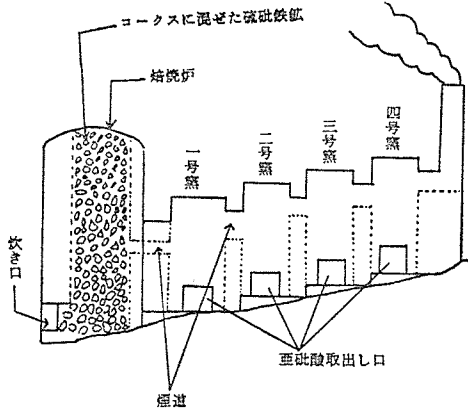
——土呂久鉱毒病(慢性砒素中毒)

1. 問題の発端

1971年(昭46)年11月13日、“土呂久には過去50年の間に多くの人々が亜砒酸鉱山の鉱毒を浴びながら死んでゆきました。平均寿命は39歳でした。そして、今なお、生き残った住民はさまざまな病気に苦しめられているのです”と斉藤正健教諭(宮崎県高千穂町岩戸小学校)が、事実を明らかにして、土呂久鉱毒病は人々の知るところとなった⁴¹⁾。

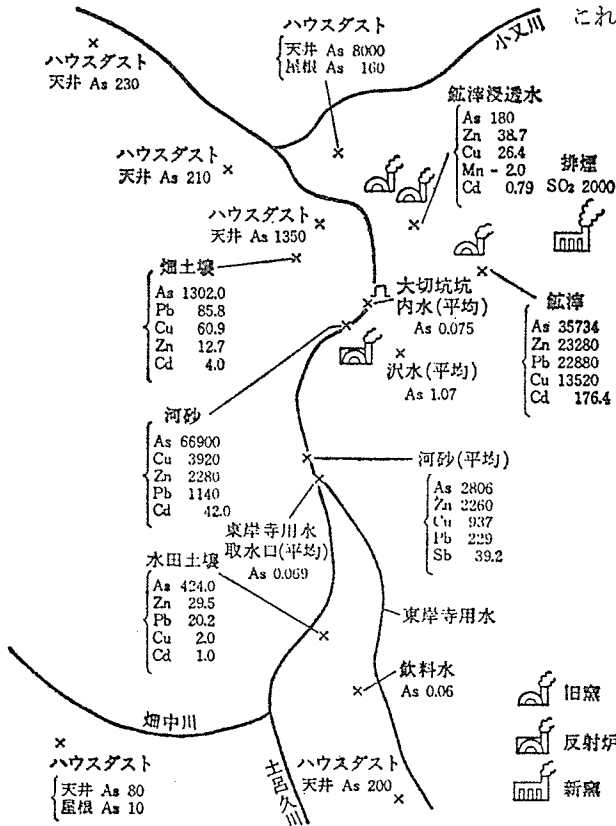
土呂久鉱山は明治の中頃から亜砒酸製造を行っ

第4図 亜硫酸焼きがまの構造
(新窯：昭和30—37年使用)



ていたが、本格的製造にはいったのは1920年（大9）になってからであった。1923年（大12）には

第5図 土呂久汚染図



(単位 ppm)

宮崎県「土呂久地区の鉍毒にかかわる社会医学的調査成績」より作成。排煙 SO₂は福岡鉍山保安監督局、鉍津浸透水と飲料水は生田国雄らの調査。

第9表 土呂久の汚染形態の特徴（堀田）

1. 種々の重金属，その他の複合汚染

亜硫酸， 亜硫酸ガス

鉛，銅，錫，アンチモン，カドミウム

2. 多系性汚染

- a. 大気……………経気道汚染
- d. 水……………経口汚染
- c. 土壌……………経口汚染
- d. 接触……………経皮・粘膜汚染

3. 長期間，反復性汚染（明治中期～）

- 4. (1) 慢性中毒，長期慢性微量中毒
- (2) 亜急性中毒の反復による慢性化
- (3) (1)+(2)の複合
- (4) 大気汚染中断後の後遺症状

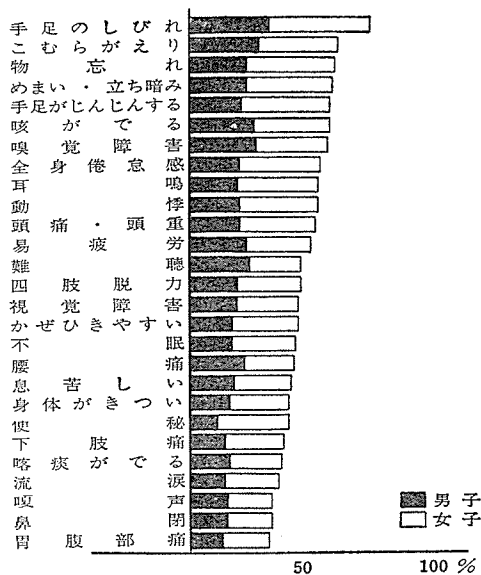
すでに煙害が問題化し、1925年には蜜蜂、椎茸、農作物が全滅し、住民の死亡さえ報告されていた。しかし、この僻遠の地の問題など無視され、これまで予防ないし救済措置がとられた形跡はほとんどない^{41), 42)}。

しかし、今回は異なった。発表の15日後の28日、早くも宮崎県は住民健康調査を行い、翌年1月には8人を慢性砒素中毒の疑いとし、3月には環境庁も調査団を派遣した。1972年（昭47）7月、土呂久鉍毒病を公害病に指定する方針を決定（1973年2月施行）、8月に7人を慢性砒素中毒（公毒害）と認定した^{41), 43)}。

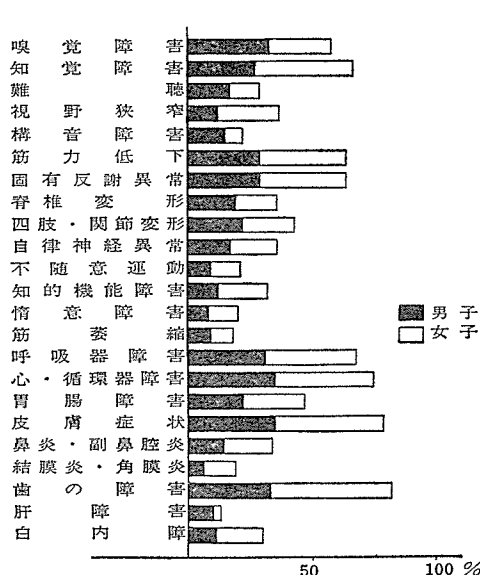
このような迅速な行政の対応は、各地でおこっていた反公害運動の勢いと世論のためであった。被害者の迅速な救済というより問題が大きくなる前に手を打ち、被害を最低限におおいかくそうとするのが目的ではなかったろうか。なぜなら、その後の調査によって患者は次々と発見されているからである。

土呂久鉍毒事件は、1962年（昭37）で活動を停止した休廃鉍による環境汚染であった。そのことは現在、汚染はすでに極期を過ぎており、重症者や高齢者はすでに死に絶えており、現在の

第6図 自覚症状



第7図 臨床症状



住民は“生き残った”人々であり、すでに高齢化がすすんでおり、長期ばく露による慢性中毒の形をとっているのが特徴としてあげられる。しかも、人里離れた山間地で人々の目にも触れず、行政から無視され長いこと放置されてきたのである。また、この住民たちは、ささやかな現金収入を求めて当鉱山で働いた元従業員でもあった。すなわち、公害病と職業病という2つの面をもっているといえよう。

このような廃鉱山は、全国に6,000もあるといわれており⁴¹⁾、同様な環境汚染や棄てられた職業病が各地に存在する可能性がある。とくに、このような山の元従業員は多く離散しており、その実態を把握することは困難と思われる。1972年1月同じ宮崎県の松尾鉱山が土呂久の摘発後、摘発されたことがその辺の事情を物語っている。

わが国のこれらの中小鉱山が廃鉱になった裏には、これら亜砒酸、水銀、マンガン、アンチモンなどすべて輸入に依存している。それは労働賃金が高いこと、環境問題に対する施設投資が高くつくために、それらの鉱物を発展途上国からの輸入に頼っていいのである。そのことは、これらの国々で環境汚染と労働者の健康障害がおこっている

ことが推定される。このことを銘記しておかねばなるまい。

2. 汚染物質と経路

土呂久で生産された最大なものは、亜砒酸(As_2O_3)であって推定約3,000トンに達するといわれている。亜砒酸はガラス、インク、半導体、合金、農薬、殺虫剤、駆梅剤など用途が広いのであるから貴重であった。

その意味では近代化の犠牲である。しかし、この鉱山でとれたのは亜砒酸ばかりでなく、銀、銅、鉛、亜鉛錫、アンチモン、グンビライトなども産出した^{41), 42), 44)}。したがって、これらの物質による汚染も存在する。

亜砒酸を土呂久では炭焼き窯に似た原始的な焙焼炉で硫砒鉄鉱($FeAsS$)を焼いてつくられた。(第4図)この窯には脱硫装置も除塵装置もないのであるから、多量の亜硫酸ガスとともに気化した亜砒酸の粉塵が周囲の環境を汚染しつづけた。また鉱滓は、雨水によって、あるいは直接に川水を汚染した。これらの川水を住民たちは飲料水として長いこと使用していた。また、かん概用水を通じて農作物も汚染された^{42), 43)}。

堀田は、土呂久の汚染形態の特徴を複合汚染、多系性汚染、長期反復汚染とし、操業期における亜急性中毒の反復、長期微量中毒およびその両者の複合、大気汚染中毒後遺症などの複雑なものとしてまとめている。(第9表)⁴⁴⁾

しかも、最近までこの地区がさまざまな物質によって汚染されていたことがわかった^{42), 45)}。(第5図)

3. 土呂久鉍毒病の症状

以上に述べたように、土呂久鉍毒病の主たる原因物質は、砒素であっても、その他の物質による複合汚染が考えられ、さらに、その中毒の形態も経口、経気道、経皮など多彩で複雑である。このような複雑さは、さらに長期経過を経ていることもあって、当然、臨床症状もまたきわめて複雑である。したがって、土呂久鉍毒病は、単純に慢性砒素中毒と割り切れない。しかも、従来の慢性砒素中毒は、職業性の直接ばく露による中毒であるから職業病と公害病は共通の点も多いが、必ずしも同じでなく公害病がはるかに多彩な症状を示す⁴⁶⁾。水俣でも三池でもそうであったが、行政(専門家による官制の委員会)は、このような場合、古典的、教科書的な狭い概念(病像=診断基準)で枠にはめてその実態を切り捨てるのであるが、土呂久においても同様であった^{15), 46)}。その教科書的な砒素中毒の三主徴は、皮膚症状、鼻中隔穿孔、多発性神経炎である^{44), 47)}。

しかし、実際には土呂久住民の健康障害はさらに多彩である。自覚症状としては、手足のしびれ、こむらがえり、物忘れ、めまい、立ちくらみ、手足の異常知覚、咳、嗅覚障害、全身倦怠感、耳鳴、動悸、頭痛、頭重などが高率にみられている⁴⁶⁾。(第6図)

臨床症状も神経症状として嗅覚障害、視力・視野障害、聴力障害、多発性神経炎、筋萎縮、自律神経症状、中枢神経障害などがみられ、粘膜障害としては結・角膜炎、口腔・鼻障害、咽頭・喉頭炎、気管支炎、消化器症状、関節炎。心臓・循環障害、肝障害さらに皮膚症状、造血器障害が高頻度に認められ、まさに全身病である^{44), 47)}。(第7

図) さらに、今後の問題としては、癌との関係が問題となっている。すでに皮膚癌(ボーエン氏病)^{47), 50)}、気管支、肺癌、白血病、肝・胆道癌、膀胱癌などの報告例があるので追跡調査が必要である⁴⁴⁾。

4. 被害者の救済

環境庁は公害指定に伴って、1973年2月に土呂久鉍毒病を慢性砒素中毒の単独疾患とし、先の皮膚症状、鼻中隔穿孔、多発神経炎の3つに限定してしまった⁴²⁾。その結果、1972年8月に7人、1973年7月に5人、1974年2月に13人と少数の患者に限定され、大部分の住民は切り捨てられてしまった⁴²⁾。このように余りに実態とかけ離れた結果なので、いくつかの自主的調査団が調査して少しずつ実態が明らかになっていった^{44), 45), 49)}。その結果、1976年で48人⁵⁰⁾、1981年6月で134人が公害病に認定された。少しずつ土呂久鉍毒病の概念は実態に裏付けられて広がったといえる。

それでもなお、一部の患者は切り捨てられつづけた。そのために1976年3月、棄却された患者たちが不服として行政審査請求をおこした⁴²⁾。堀田らをはじめ自主研究による結果^{44), 45)~50)}を無視できず、1980年5月に公害健康被害補償不服審査会は原処分(棄却)取り消しの裁決を行った⁵¹⁾。この裁決は、土呂久鉍毒病がその発生機序からみて、臨床症状は複雑であって決して狭義の慢性砒素中毒の概念でとらえられていないとした。

しかし、もし、土呂久鉍毒病を慢性砒素中毒に限定してみても、それは決して3主徴に限らず、およそ全身性のさまざまな症状がすでに知られているのであるから当然といえば当然であった^{44), 48)~50)}。それにしても、行政による認定条件がいかにか厳しく、切り捨てを目的としたときえ考えられかねないものであることは、すでにいくつかの実例でみてきた通りである。

認定されても、その補償については、その内容あるいは等級などに関して不当さが目立つ⁴³⁾。認定のあと宮崎県黒木知事は、企業(住友金属鉍山)との間に立って5回にわたって斡旋した。しかし、企業ペースであって、その金額は、きわめて

第 10 表 日本の PCB 生産量と使用量 (単位: トン)

	供 給		使 用 量					備 考
	生産量	輸 入	電 機	熱媒体	ノーカー ボン紙	その他	輸 出	
1954	200		200					カネクロール生産開始
1955	450		430	20				
1956	500		430	50		20		
1957	870		760	80		30		
1958	880		740	100		40		
1959	1,260		1,060	120		80		
1960	1,640		1,320	170		150		
1961	2,220		1,860	180		180		
1962	2,190		1,640	240	10	200	100	
1963	1,810		1,270	240	30	170	100	
1964	2,670		1,920	400	100	210	40	
1965	3,000		1,980	450	170	240	160	
1966	4,410		2,600	660	300	270	580	
1967	4,480	60	2,370	730	390	270	720	
1968	5,130	100	2,830	720	780	260	540	カネミ油症発生
1969	7,730	110	4,220	1,290	1,300	330	590	アロクロール生産開始
1970	11,110	150	5,960	1,890	1,920	360	1,000	
1971	6,780	170	4,560	1,160	350	100	730	日本の PCB 汚染公表
小 計	57,330	590	36,150	8,500	5,350	2,910	4,560	
合 計	57,920		52,910					

低く最高 500 万円, 最低 200 万円であった。しかも、「補償金を受領したのちは名目のいかに問わず, 将来にわたり一切の請求をしない」という永久示談条項までもり込まれている⁴²⁾。さらに, この補償金によって公害健康被害補償法の適用さえ打ち切られてしまった⁴²⁾。ここでも行政は, 被害者の側に立たなかった。そして救済への道は遠い。

知事斡旋を不満とした患者 33 人は, 一律 3,000 万円を要求して, 1975 年 12 月 27 日, 住友金属鉱山を相手に損害賠償請求の民事訴訟を提起し係争中である。そして, 新しく「休廃止鉱山鉱害賠償法(仮称)の制定を働きかけている^{42), 43)}。

化学物質による典型的食中毒事件 ——カネミ油症 (PCB 中毒)

1. 油症 (奇病) の発見

3 歳の女儿が特異な痤瘡様皮疹で九大皮膚科を

1968 年 6 月 7 日に訪れた。さらに 8 月には, その児の両親と姉が同様症状を示し, 奇病は発生した。この時患者は食べ残りの油を九大に持ちこんだのだが, らちがあかず, 10 月に使用中のカネミ油を提出し食中毒事件がおこったと大牟田保健所に届け出た。このことが 10 月 10 日, 朝日新聞に報道されると, 福岡県を中心に西日本一帯で被害者が続々と名のりあげてきた⁵²⁾。10 月 14 日に九大に“油症研究班”が発足し, 11 月には, カネミ製油工場内の脱臭工程において, 熱媒体として使用されていたカネクロール 400 (PCB) による中毒であることがつきとめられた。同油に 2,000~3,000ppm という驚異的な PCB が含まれていたことも明らかになった。脱臭缶に数ヶの穴があき, そこから PCB が油の中にもれていたのであった^{52), 53)}。そして, 福岡, 長崎県を中心に西日本一帯で患者の数は認定 1,600 人以上, 推定 1 万 3,000 人という大規模食中毒事件がおこったのである⁵⁴⁾。世界で初の PCB 食中毒事件であるが, その発生を阻止できなかったのではあるか。

第 11 表 「油 症」 診 断 基 準

<p>本基準は、西日本地区を中心に米ぬか油使用に起因すると思われる特異な病像を呈して発症した特定疾病(いわゆる「油症」)に対してのみ適用される。</p> <p>したがって、食用油使用が発症要因の一部となりうるすべての皮膚疾患に適用されるものではない。</p> <p>発症参考状況</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) 米ぬか油を使用していること。 2) 家族発生が多くの場合認められる。これが認められない場合は、その理由について若干の検討を要する。 3) 発病は、本年4月以降の場合が多い。 4) 米ぬか油を使用してから発病までには若干の期間を要するものと思われる。 <p>診断基準</p> <p>症状 上眼蓋の浮腫、眼脂の増加、食思不振、爪の変色、脱毛、両肢の浮腫、吐き気、四肢の脱力感、しびれ感、関節痛、皮膚症状を訴えるものが多い。特に、眼脂の増加、爪の変色、瘡瘡様皮疹は、本症を疑わせる要因となりうる。</p> <p>また、症状に附随した努力の低下、体重減少等もしばしば認められる。</p> <p>以下特殊検査に基づかない一般的な本症の所見を述べる。</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 眼所見 <p>眼脂(マイホーム氏腺分泌)の増加、眼球および眼蓋結膜の充血、混濁・異常・着色・角膜輪部の異常着色、一過性視力低下が認められる。</p> <p>なお、他の眼疾患との鑑別上分泌物のギムザ染色検査が望ましい。</p> 2. 皮膚所見 <p>角化異常を主とし、次のような種々の所見が認められる。</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) 爪の変色、時に扁平をみるが、明らかな変形は 	<p>認められない。</p> <ol style="list-style-type: none"> 2) 毛孔に一致した黒点(著明化)。 3) 手掌の発汗過多。 4) 角性丘疹、特に、皮膚汗脂分泌の多い部を侵す(例、腋窩部など)。 5) 瘡瘡様皮疹、面皰より集簇性瘡瘡とみられる重症型まで、さまざまである。 6) 脂腺部に一致した囊胞(外陰部に多くみられる)。 7) 小児の場合も上記症状をしめすが若干症状を異にすることもある。すなわち、全身特に四肢屈側に帽針頭大落屑性紅斑の多発を認める場合があり、多少の痒みを訴える。 8) 掻痒は多くの例にはない。また、あっても軽度であり、掻痕は認めない。 9) 皮膚は、多少汚黄色を呈するが、著明な色素沈着はない場合が多い。 10) 乾性脂漏。 11) 口腔粘膜および歯肉に着色をみることがある。 12) 耳垢の増加を認める。 <ol style="list-style-type: none"> 3. 全身所見 <ol style="list-style-type: none"> 1) 貧血、肝脾腫は認めないことが多い。しかし発熱、肝機能障害を認めることがある。 2) 手足のしびれ、脱力感を訴えるが、著明な麻痺は認めない。深部反射は減弱あるいは消失することがある。 <p>四肢末端の痛覚過敏を時に認める。</p> <p>上記所見は、典型例においては、その大多数が認められるが、手掌の発汗過多、爪の変色、眼脂の分泌増加、頬骨部の面皰形成、および自覚症のいくらかを総合して、疑症をもうけることは必要であろう。</p>
---	--

今世紀の初めより有機塩素剤PCB, PCN, DDT, BHCなどめざましい開発がすすみ、その大量生産化に伴い労働者の職業病として古くから注目されてきた^{52), 55)}。しかも、皮膚症状をはじめ肝障害、呼吸器、腎および副腎などの全身症状を示し、1950年代にはその毒性についてしばしば専門家から警告されていたのである。しかし、その警告は無視され、その生産量も使途も使用法も野放しにされていたのである^{52), 55), 56)}。したがって、生産量は年々増加し、1966年にはPCBの環境汚染が問題となるに至る。^{52), 55)}(第10表)

PCBは、新しく開発された化学物質の典型をみることができる。すなわち、第1の犠牲者は新しい化学物質の開発する研究者、ついで生産する労働者、それを取り扱う労働者、農民など、そしてそのうち事故がおこって大量の集団中毒がおこり、ついには環境汚染を引きおこすというパターンである。しかし、常に企業も行政もその教訓を学ぼうとせず、同じ誤ちをくり返すのである。

企業は、その危険な側面を故意にかくし、利点を強調し販売を拡大させるために安全性を十分に確認することなく、新しい使途を次々と開拓

し、行政もそれを監督しなかった。その結果がこのカネミ油症事件である⁵³⁾。したがって、その気になれば危険性を予知できたのである。仮に一步譲ってみても、油症が人に発生する以前にも阻止する機会があった。1968年2月、佐賀、福岡など九州を中心におこったニワトリの中毒事件（ダーク油事件）である^{52),53)}。2月から7月にかけて約200万羽のプロイラーが斃死した。この餌料に用いたダーク油はカネミの食用油の製造工程の途中で副生されたものであったから、当然人命に関することであるから、生産中止や原因究明がなされねばならなかった。しかし、結果は1片の報告書で放置されてしまったのである^{52),53),55)}。

また、10月10日に患者が保健所に届け出るまで、九大を最初の患者が訪れてから4か月、あるいは油を持ち込まれてから2か月のロスが致命的であった。緊急性のある問題のときは、例え10分の1以下でもその可能性があれば、人体に関することであるから緊急な対策を立てるべきである。その数か月が決定的に被害を拡大してとりかえしのつかない事態にしてしまうのである。

2. PCB中毒の臨床症状

油症（PCB中毒）の初期症状は皮膚症状，すなわち，痒疹様皮疹，毛孔の著明化，角化増生，裏腫形成，膿瘍形成，色素沈着，眼脂，眼瞼浮腫，結膜・口腔・歯齦の着色などが著明であった。しかし，その後，さまざまな自覚症状や内臓障害が証明された。呼吸器障害，末梢神経障害，内分泌障害，脂質代謝障害，肝障害，抗原抗体反応の異常，胎児障害などが認められた^{52,53,57-63)}。そして，その診断基準は油症研究班によって第11表の如くまとめられている^{52,57)}。

しかし，対象は1万人を越える数であるから，当然，10余年経ても多数の未認定患者がいる。さらに，時間が経過すると目に見える皮膚症状などは消褪し，自覚症状も症状も非特異化し，臨床症状は内在化している。しかし，分析技術の向上は血中残留PCB，PCQ，PCDFなどの微量検出も可能となり，診断の有力パラメーターとなっているという一面もみられる^{53,64)}。

3. 救済問題

カネミ油症は，正式に公害病の指定を受けていない。したがって，公害被害者救済法などという認定制度は存在しない。九大油症研究班の診断がいわゆる認定に相当するものである。これは考えてみると奇妙なことである。県の資金援助によって成立した研究班は医学研究班である。その診断が唯一カネミの医療費支払いの対象であったり，裁判の原告になる資格になったりしているのである。どうも，わが国では被害者の確認には，どうしても“権威ある”医師団に独占させずにはおられないようだ。

ところが，その権威ある医師団（専門家）は専門家なるがゆえに既存の狭い概念でとらえ，目の前の新しい事実を切り捨てる役割を果たす。PCBに限って言えば，職業性の皮膚症状を中心としたPCB中毒は，それ以前に知られていたのであるが，PCBを実際に大量食べさせられた例は世界中になく，人類が初めて経験した事件であった。職業性PCB中毒と共通点は大きい異なる点も多いと考えられる。患者のもつ実際の症状こそが事実で，ほかに参考にする教科書はない。

しかし，それらの症状を立証できていないという理由で切り捨てられていく。医学的に十分に立証できていないという事実と，救済のためには“説明可能を因果関係の蓋然性があれば十分である”^{53,54)} とすることは厳しく区別されねばならない。その混同が事実を見失い被害者救済の道を狭く閉ざしてしまうのである。（水俣，三池，土呂久も同じ）

また，よく見られることは，立証が十分でない症状を“心因性”として，その責任を被害者自身に転化することである^{53,54)}。それが労災や公害病でしばしばみられることも1つの特徴である。心因性というのは，臨床的狀態でなく原因である。したがってその診断には，それこそ厳密に立証されたものでなければならない。訴えがしつこいとか，大袈裟だとか，症状が変りやすい，客観性がないとかいう状態を心因性とすることはできない。これでどれだけ多くの被害者が不当にその症

第12表 医薬品生産金額の推移
(単位：100万円) (過去10年間)

	生産金額	対前年増減		指数 (46年=100)	月平均 生産金額
		金額	比 (%)		
昭46 ('71)	1,060,424	35,104	3.4	100.0	88,369
47 ('72)	1,091,791	31,367	3.0	103.0	90,983
48 ('73)	1,367,138	275,347	25.2	128.9	113,928
49 ('74)	1,699,688	332,550	24.3	160.3	141,641
50 ('75)	1,792,406	92,718	5.5	169.0	149,367
51 ('76)	2,162,436	370,030	20.6	203.9	180,203
52 ('77)	2,458,294	295,858	13.7	231.8	204,858
53 ('78)	2,793,878	335,584	13.7	263.5	232,823
54 ('79)	2,042,302	248,424	8.9	286.9	253,525
55 ('80)	3,482,177	439,875	14.5	328.4	290,181

資料 厚生省「薬事工業生産動態統計」

状を無視されてきたことか。「心因反応という診断は、しばしば診察者が「患者はこう思っているであろう(たとえば、補償が欲しいとか)」という(自らの)意志の逆投影でしかない。その診察者の意志こそは1つの時代、体制の要請を代弁したものであることに気づかねばならない」という指摘は、その間の事情を明解に述べている^{65,66)}。

心因性反応といわれるような反応様式を、われわれは間脳関連の障害の1つの症状として、中毒性疾患の初期や軽症ではむしろ重要な症状と考えている。このようないくつかの難関を経て、仮に油症という診断を受けても救済する法律はなくカネミ倉庫との交渉しかない。現実には裁判という長期の苦しい闘いになっている。裁判そのものは、発生を許した背景としてカネミ倉庫はもちろん、生産と販売を拡大した鐘化、行政などの構造的加害の実態を明らかにし、患者の救済と再発防止に大きな意義があるものと考えられる⁵⁴⁾。この責任をどこまで明らかにするか、加えて臨床的には病像論、法律的には被害論をどこまで被害者の立場で明らかにできるかに将来の展望がかかっている。

第1次判決(1977年10月5日)は、その意味で意義は大きい(補償金額は800万~2,400万円は人の命には安いとしても)⁵³⁾。しかし、今なお、大部分の患者は係争中である。

世紀最大の薬害

——スモン(キノホルム中毒)

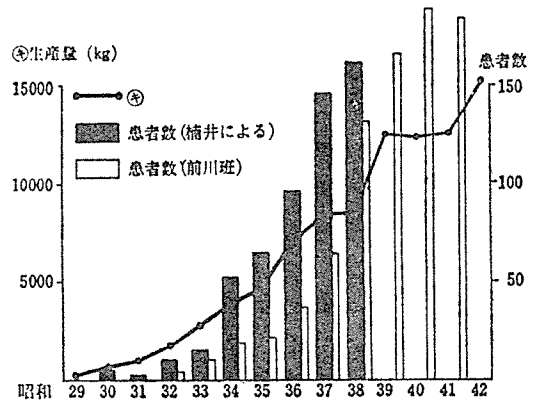
1. 薬害の背景

わが国の薬害の主なものをみると1956年ペニシリンショック事件、1961年サリドマイド事件、1962年キセナラミン事件、1965年アンブル入りかぜ薬事件、1970年種痘事件、1970年(昭45)スモン、1970年コラジル事件、1971年クロロキン網膜症、1971年エタンプトール中毒、1974年トランキライザー中毒、1974年大腿四頭筋短縮症、1974年経口血糖降下剤事件、1975年三種混合ワクチン事件、1978年パサリン事件などである。

このうちスモン事件は、厚生省が把握したものだけでも1万1,000人、推定3万人という世界史上最大の薬品であった。このように、わが国で薬害が多発した背景は、薬品生産量の異常な伸びとそれに伴う大量販売、大量使用さらに重要なことは、その有効性と安全性確認の甘さにあったと思われる。たとえば、1980年の医薬品の生産額は、3兆4,822億円円で、前年比の14.5%増加である⁶⁵⁾。(第12表)

伸び率の低いときは1970年の医療用医薬品の添付販売禁止によってであり、急激な伸びは老人医

第8図 年度別の生産量とSMON発生数



第 13 表 スモンの臨床診断指針
(スモン調査研究協議会)

必発症状

1. 腹部症状(腹痛・下痢など): おおむね神経症状に先立っておこる。
2. 神経症状
 - a. 急性または亜急性に発現する。
 - b. 知覚障害で前景に立つ。両側性で、下半身に、とくに下肢末端につよく、上界は不鮮明である。とくに異常知覚(ものがついている、しめつけられる、ジンジンする、その他)を伴ない、これをもって初発することが多い。

参考条項(必発症状と併せて診断しきわめて大切である)

1. 下肢の深部知覚障害を呈することが多い。
2. 運動障害
 - a. 下肢筋力低下がよくみられる。
 - b. 錐体路徴候(下肢腱反射の亢進, Babinski 現象など)を呈することが多い。
3. 上肢に軽度の知覚・運動障害をおこすことがある。
4. 次の諸障害を伴うことがある。

a. 両側性視力障害	c. 緑色舌苔, 緑便
b. 脳症状, 精神症状	d. 膀胱, 直腸障害
5. 経過はおおむね遷延し, 再燃することがある。
6. 血液像, 髄液所見に著明な変化がない。
7. 小児には稀である。

療費の無料化と一致している。すなわち, わが国の医薬品消費は保健医療制度の動向と関係が深い点特徴的である⁶⁹⁾。

このような膨大な医薬品が市場へ溢れている一方, 安全性と有効性のチェックは安易であった。たとえば, 医師向けの「厚生省医薬品情報」は, 1974年から流されはじめたし, 有効判定に二重盲検法が義務づけられたのは1967年以降であり, それまで発売された薬品の再評価の専門調査会は, 1971年に発足し, 現在その作業はつづいており, 副作用のモニター制度は1978年といった具合である⁶⁹⁾。

スモンの原因のキノホルムは, 19世紀末に合成され, その殺菌力が証明されたが水に難溶性のために使用されず, わずかに外傷の外用薬として使用されていたに過ぎなかった。ところが1933年, アメーバ赤痢に効果のあることが発見され, 胃腸疾患とくに下痢に用いられるようになってきた。

しかし, 1959年, 一般の下痢には効果のないことが証明されたために, アメリカでは一般の下痢には使用禁止されたのである。アメリカの影響を受けやすいわが国が, この時点で同様の処置なり警告しておれば被害は未然に防止できたはずである。ところが, アメリカに販路を失った製造元チバガイギー社は, それを日本に求めたのであった。そして, 胃腸障害のすべてに効果のあるように宣伝され, 186種類の胃腸薬, 整腸薬にビオフォルムは使用され, 多くの日本人がのまされたのである⁶⁹⁾。しかも, その神経毒に関してはすでに一部動物実験によって報告されていたのである^{61,70)}。アメリカでは, 動物実験や外国の報告例からサリドマイドの販売を許可しなかったために, サリドマイド障害児の発生を未然に阻止した実例もあるのに, わが国では最大規模の薬害をおこしてしまった。

2. スモンの発見と原因究明

最初の例は, 1955年(昭30)に発生しているといわれている⁷⁰⁾。この頃からぼつぼつと発生し, 増加していき1969年に最高に達した。(第8図)1964年には, この疾患が問題となり, 内科学会シンポジウムで「非特異性脳脊髄炎」としてとりあげられた^{70,71)}。そして, 既知の疾患とは異なり, 腹部症状を伴う特異な神経症状および病理所見を呈する疾患単位が存在することを明らかにし, Subacute Myelo-Optico-Neuropathy (SMON) と病名が提唱された⁷⁰⁾。その後の研究によって診断要件はほぼ決定した。(第13表)

原因研究の過程ではウィルス説, 腸内細菌毒素説, 脊髄血管障害説, アレルギー説, 代謝障害説, ビタミン障害説, 中毒説などが乱れとんだ⁷⁰⁾。多くの研究者が腹部症状に対して投与した薬物の中毒とは考えず, 腹部症状を前駆症状として発症した神経疾患と考えたことから原因究明はおくれた。伝染性疾患にみえたのも同じ病棟, あるいは同一医療機関の患者の中でおこったからそうみえたのであった。いずれにしても, 原因不明ということは患者や家族, その周囲に不安をおこし, 差別をつくる理由となった。

1970年になって, スモン患者の特有な緑舌が発

見され、糞便もまた緑色ないし暗緑色であることが発見された。さらに尿中の緑色のカビ状のものがキノホルムの三価鉄キレートであることがつきとめられた^{70,72,74)}。1970年6月、その前年に組織されたスモン調査研究協議会でキノホルム説は発表された。そして、1970年9月8日、販売中止の措置がとられた。それ以来、スモン患者の

発生は終焉したのであった^{70,72,73)}。この事件は、医療関係者にきわめて深刻な問題を投げかけたのである。

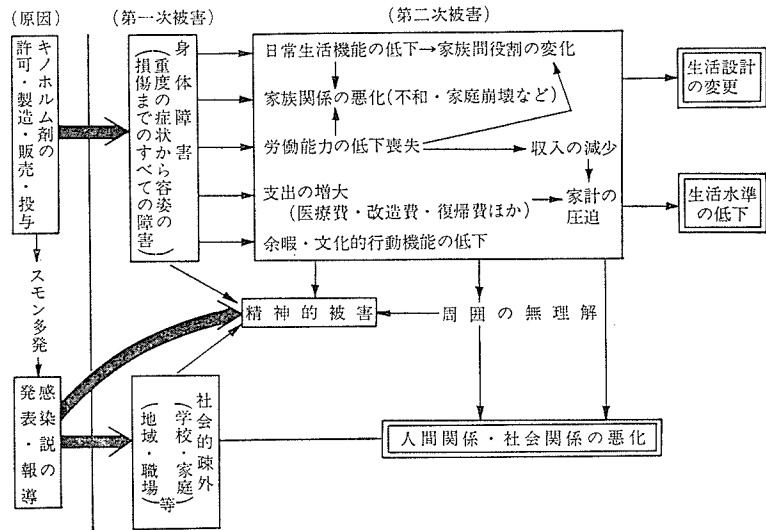
この事件の責任の所在は国、製薬会社、医師にあると考えられる。国の責任は承認・許可に際して安全性を確認する義務、そして、その後も継続して安全性を確認する義務を怠ったとされるもので、キノホルムの場合、アメリカの限定使用措置などの前例があったにもかかわらず、放置した責任が問われる。

製薬会社は本質的に危険を内包する医薬品の製造、販売をしており、その医薬品に対する高度の知識を独占しており、大量の製造販売をなし多額の利益を得ており、当然その品質についての保証責任があることから、国の承認・許可の有無によらず、その安全性の確認について高度の注意義務があり、その販売を継続する限り、常に万全の安全性確認の義務があるのであるから、この場合のようにその副作用面をかくし、有効性を過大に宣伝することは許されないのである⁷⁴⁾。

医師の責任については、直接手を下した、信頼関係を裏切った、患者と医者こそ医療体制の接点であり、その責任は大きいなどの意見と単純な医療過誤とは異なるという意見に分かれていたが、結

第9図 スモン患者・家族の被害の構造

飯島伸子, 特定疾患スモン調査研究班・保健社会学分科研究報告書, 1974年, p.28



飯島伸子, 特定疾患スモン調査研究班・保健社会学分科研究報告書, 1974年, p.28

局、この場合、法的に医師に過失があったか否かは不明確で、当面、国と製薬会社が被告として責任を問われている⁷⁴⁾。しかし、法的にはともかくとして、道義的な責任は存するであろう。

3. 救済の道

1971年5月28日、第1次訴訟が東京で国、製薬会社を相手に提起された。次いで各地で訴訟の提起が次々とされた。すなわち、患者救済の道は、裁判しかなかったのである。この事件を1つの引き金として、1973年に“医薬品の副作用による被害者の救済制度研究会”が発足した。そして、1977年2月に「医薬品副作用被害救済基金法案要綱」が国会に提出され成立をみた。しかし、これ以前の被害者（スモンなど）は、裁判をつづけるしかなく、また法の施行以降でも医薬品製造業者に過失が認められる場合は、この制度は適用されず、民事の損害賠償請求となる。いづれにしても、この種の裁判は専門的知識は加害者が独占しており、過失か否かの争いを仮に裁判でしたとしても被害者には過酷なものとなることは間違いない⁷⁵⁾。

スモンも例外ではなく長い裁判が必要であった。しかし、1977年12月の福岡判決に続いて、次々と和解がみられた。(最高約4,000万,最低約1,000

万)しかし、果してそれで救済されたと仮にもいえるであろうか。裁判は主として責任の有無と身体的損害について支払われる金額の争いである。今後の生活を保障していくものとしては不十分である。それは、被害が身体的な被害にとどまらず、多面的、重層的な被害であるからである。(第9図)

これは、水俣など公害病、労災などにも共通する問題で、救済が本来の救済の名に値するものになるには、このような新しい被害論、被害の構造解明が必要であり、それを主として医師だけに任されている現状は、被害を一面的にしかとらえず矛盾を多く引きおこしているといえよう。

まとめ

九州でみられた5つの事件を中心に概要と問題点をまとめた。それぞれの事件の特徴を活かし力点を多少変えてみたが共通点は大きい。そのことは、その発生の背景にあるものは共通の根源があるといえる。

水俣病では、公害発生の社会的・医学的機序と公害病に対する健康被害の考え方、安全性に関する企業責任、認定制度に基く救済法の矛盾、CO中毒では、政治的政策が安全性に優先したこと、労災法による救済の矛盾、健康の企業管理を、土呂久鉦毒病では、新しい公害病概念を、カネミ油症では、食品管理責任や職業病との関連を、スモンでは、医薬品に対する国、企業の責任と新しい被害の構造について述べた。

共通してみられることは、これらの事件は必ずどこかで予防できたものであり、少なくとも被害の拡大を最少限にくい止めることができたものである。それに関する国、企業の責任は重大である。にもかかわらず発生後、救済は不十分であり、これらの事件のすべてが裁判を経験しているところに悲劇がある。しかし、裁判も制度も真に被害者を救済していない。

裁判では国、企業の責任が問われたのであるが、そこでは医学もまた裁かれている。原因究明、責任の明確化、治療、救済などで医学が何をどのように果し、何ができず、しなかったかを。

医学の概念の狭さ(独断)は、ときに真実を見失い、ときに被害者の前に立ちほだかって切り捨てに加担さえした。しかし、いくつかの事件で医学の果たした功績もまた大きかったことはささやかな展望を開く。

現在のわが国では、政治的政策が優先しており、真に国民の立場に立つ健康を守る闘いには幾多の困難がある。したがって、これらの事件の予防は医学だけでは不可能である。学際的な研究をさかんにし、さらに、医学研究に被害者を大担に参加させることによって、医学が真にこれらの問題解明や救済に役立つものになると考えている。

参考文献

- 1) 中村清史, 原田正純, 立津政順ら:慢性二硫化炭素中毒の臨床的研究, 精神神経誌, 76; 243—273, 1974年。
- 2) 浜本英次編, 岡山県における粉乳砒素中毒症発生記録, 岡山県, 1957年。
- 3) 森永ヒ素ミルク中毒事件, 田中昌人, 北條博厚, 山下節義編, ミネルヴァ書房, 京都, 1973年。
- 4) みいけ20年, 三池炭鉱労働組合編, 労働旬報社, 東京, 1967年。
- 5) 安賃闘争, 合化労連新日本窒素労働組合編, 水俣市, 1973年。
- 6) 原田正純:水俣病, 岩波新書, 岩波書店, 東京, 1972年。
- 7) 水俣病にたいする企業の責任, チッソの不法行為, 水俣病研究会, 水俣病を告発する会刊行, 熊本, 1970年。
- 8) ユージン・スミス, アイリン・スミス写真集, 原田正純, 水俣病, その歴史と解説, 三一書房, 東京, 1980年。
- 9) 宇井純:公害の政治学, 水俣病を追って, 三省堂新書, 三省堂, 東京, 1968年。
- 10) 原田正純:現在の水俣病の問題点, その背景と歴史, 公害研究, 6(3); 49—60, 1977年。
- 11) 公害都市の再生・水俣(宮本憲一編), 筑摩書房, 東京, 1977年。
- 12) 原田正純:潜在性水俣病, 科学, 41(5), 250—258, 1972年。
- 13) 原田正純:水俣病の実体, その後, 10年後の水俣病研究班報告書をめぐって, 労働の科学, 60—64, 1972年5号。
- 14) 熊本大学医学部10年後の水俣病研究班報告書“10年後の水俣病に問する疫学的, 臨床医学的ならびに病理学的研究”, (1年度), 1973年, (2年度),

- 1973年, 熊本大学。
- 15) 原田正純: 公害と国民の健康, ジュリスト, 548号, 「医療と人権」特集号, 128—132, 1973年。
 - 16) 原田正純: 16年後の水俣病の臨床的・疫学的研究, 神経進歩, 16; 870—880, 1972年。
 - 17) 武内忠男, 松本英世, 衛藤光明ら: 10年経過後の水俣病とその病変, 医事新報, No. 2402; 22—27, 1970年。
 - 18) 原田正純: 有機水銀中毒, 神経疫学(黒岩義五郎編) 511—533, 医学書院, 東京, 1976年。
 - 19) 水俣病, 20年の研究と今日の課題, 有馬澄雄編集, 青林社, 東京, 1979年。
 - 20) 白川健一: 遅発性水俣病について, 新潟水俣病の長期追跡から, 科学, 45; 750—754, 1975年。
 - 21) 原田正純: 水俣病の認定の遅れを問う, 認定とは医学にとって何か, ジュリスト, No. 579, 44—51, 1975年。
 - 22) 原田正純: 水俣病事件における裁判と今後の課題, ジュリスト, 総合特集 No. 15, 12—16, 1979年。
 - 23) 炭塵爆発, No. 7, No. 8, No. 9, 三井三池CO裁判を支援する会刊行資料, 1976年。
 - 24) 石炭鉱山重要災害事例集, 通産省鉱山保安局編, 1969年3月刊。
 - 25) Stierlin, E: Über Psycho-neuropathische Folgezustände bei den Überlebenden der Katastrophe von Courrières. Monatschrift. f. Psychiat., Neurol., Bd XXV. 185—323, 1909年。
 - 26) 防爆対策, 炭塵爆発編, 九州鉱山学会石炭抗爆発予防調査委員会, 1950年7月。
 - 27) 宮川睦男: 三池三川鉱大爆発は私達に何を教えたか, いのち, 6巻2号, , 1971年。
 - 28) 星野芳郎: 反公害の論理, 頸草書房, 東京, 1975年。
 - 29) 松隈喜総ほか: 一酸化炭素中毒対策に関する研究, 爆発跡ガスの組成とその流動について, 九州鉱山学会誌, 35; 129—137, 1967年。
 - 30) 原田正純・立津政順: 一酸化炭素中毒, 綜合臨床, 25; 1146—1151, 1976年。
 - 31) Sibelius: Die Psychischen Störungen nach akuter Kohlenoxyd Vergiftung. Monatschrift. f. Psychiat. Neurol., Bd. 18; 39—178, 1905年。
 - 32) Backer A. B: Clinical neurology, Vol. 1, chapt. 12; 11—15, Harper & Row, Publ., New York, 1971年。
 - 33) 田坂定孝: 臨床中毒学, 金原出版, 東京, 1960年。
 - 34) Mayer-Gross, W.: Clinical Psychiatry, 338—340, Cassell & Company LTD. London, 1960年。
 - 35) 東家暁: 一酸化炭素中毒に関する臨床的研究, 熊本医学会誌, 41; 377—420, 1967年。
 - 36) 立津政順ほか: 炭塵爆発により集団発生した一酸化炭素中毒患者の脳波学的研究, 精神神経誌, 69; 71—97, 1967年。
 - 37) 原田正純ほか: 炭塵爆発により集団発生した一酸化炭素中毒後遺症の5年めの脳波学的研究, 精神神経誌, 73; 854—865, 1971年。
 - 38) 原田正純ほか: 一酸化炭素中毒後遺症, 炭塵爆発により集団発生した患者の10年めの脳波, 臨床脳波, 19; 668—673, 1977年。
 - 39) 三井三池災害医療調査団報告書, 内村裕之, 1963年12月25日。
 - 40) 雪竹朗: 三池災害によるCO中毒患者の医療における社会医学的諸問題, 精神神経誌, 74; 843—860, 1972年。
 - 41) 田中哲也: 土呂久鉱毒事件, 三省堂新書, 122, 三省堂, 東京, 1973年。
 - 42) 川原一之: 土呂久鉱毒病, 公害研究, 7(4), 29—38, 1978年。
 - 43) 落合正: 土呂久鉱毒, その全貌とその後の状況, ジュリスト増刊総合特集, No. 15, 38—42, 1979年。
 - 44) 堀田宣之, 原田正純, 服部陵子ほか: 土呂久鉱毒病(慢性砒素中毒症)の臨床的研究, 体質医研報, 29; 199—235, 1979年。
 - 45) 土呂久地区の鉱毒にかかわる社会医学的調査成績, 宮崎県, 237—239, 1972年7月。
 - 46) 原田正純: 水俣から土呂久へ, 公害病の概念について, 公害研究, 7(4), 38—39, 1978年。
 - 47) 中村家政ほか: 宮崎県土呂久地区に発生した慢性砒素中毒症について(第1報), (第2報), 熊本医学会誌, 47; 486—515, 516—530, 1973年。
 - 48) 朝日新聞, 西部本社版, 1973年(昭48)2月21日, 名大公衆衛大橋邦和の報告。
 - 49) 太田武夫ほか: 鹿嶋山の鉱毒に関する社会医学的研究, 第1報, 旧土呂久鉱山従業員及び住民の健康被害, 日本衛生学雑誌, 31; 457—464, 1976年。
 - 50) 中村家政, 井上勝平ほか: 慢性砒素中毒症, 西日本皮膚科, 38; 554—571, 1976年。
 - 51) 昭和55年裁決第10号, 認定関係審査請求事件裁決, 公害健康被害補償不服審査会, 1980年5月19日付。
 - 52) PCB, 人類を食う文明の先兵, 朝日新聞社編, 1972年。
 - 53) カネミ油症事件第一審判決, 判例時報, No. 866, 21—119, 1977年12月11日。
 - 54) 内田茂雄: カネミ訴訟の意義と問題点, 公害研究, 7(4), 11—18, 1978年。

- 55) 磯野直秀：化学物質と人間，P C Bの過去，現在，未来，中公新書396，中央公論社，東京，1975年。
- 56) 野村茂，有松徳樹：芳香族塩化炭化水素と皮膚障害，生活衛生，13；11—19，1969年。
- 57) 倉恒匡徳ほか：油症の疫学的研究，福岡医誌，60；513—532，1969年。
- 58) 五島應安ほか：油症（塩化ビフェニール中毒症）の皮膚科学的症候論，福岡医誌，60；409—431，1969年。
- 59) 奥村恂ほか：いわゆる油症（塩化ビフェニール中毒）の臨床症状，とくに内科的所見について，福岡医誌，60；440—448，1969年。
- 60) 田中潔：油症研究班報告書第3集，序言，福岡医学会誌，63；347—351，1972年。
- 61) 梅田玄勝：P C B中毒症の臨床，労働科学，28（6），36—42，1973年。
- 62) 滝一郎ほか：油症妊婦とその児，福岡医誌，60；471—472，1969年。
- 63) 船津純一郎，山下文雄ほか：chlorobiphenyls による胎児症，福岡医誌，62；139—149，1971年。
- 64) 高松誠：カネミ油症の追跡，科学，44；755—762，1974年。
- 65) 西山詮：心因説の社会的意義とその基礎，精神経誌，78；529—554，1976年。
- 66) 原田正純ほか：水俣病の精神症状，症例報告を中心に，精神経誌，79；393—413，1977年。
- 67) 原田正純ほか：カネミ油症（塩化ビフェニール中毒）小児の6年後の精神神経学的追跡調査，精神医学，19；151—160，1977年。
- 68) 国民衛生の動向，厚生指標（臨時増刊），28（9）厚生統計協会，1981年版。
- 69) 川合仁：日本で何故薬害が多発したが？ 日中技術交流団報告書，1981年。
- 70) 豊倉康夫：スモンからキノホルムへ，科学，42；532—543，1972年。
- 71) シンポジウム「非特異性脳脊髄炎」，日内会誌，53；775— ，1964年。
- 72) スモン調査研究協議会研究報告書，No.1～6，1970～1972年。
- 73) 重松逸造，椿忠雄ら：SMON，神経疫学（黒岩義五郎編），429—466，医学書院，東京，1976年。
- 74) 下山田行雄：スモン訴訟からみた医療と人権，ジュリスト，医療と人権，No.548（臨時増刊号），340—347，1973年11月25日。
- 75) 遠藤浩：医薬品副作用による被害者補償制度，ジュリスト，No.691，95—98，1979年5月20日。
- 76) 健康破壊の実態と救済制度をめぐる調査研究，昭和54年度科学研究補助金研究成果報告書，東大医保健社会学教室，1981年3月。

水俣病第3次訴訟の意義

馬 奈 木 昭 雄

(弁護士：久留米第一法律事務所)

1. 水俣病とは何か

現代の公害は、独占資本主義体制の社会的災害であって、決して不可抗力の自然災害的なものではない。なによりも公害は、独占資本が防止する気になりさえすれば、技術的にも経済的にも簡単に防止できるものである。水俣病に関してこのことが特に強く指摘できる。水俣病はチッソの単なる不注意などによって起こったものでは決してない。水俣病は、チッソが不当に高利潤をあげ続けるために行なった組織的、計画的、継続的な、恐るべき地域社会破壊の頂点であり、チッソによる殺人であった。

水俣病患者の病状は、残酷悲惨である。もがき、叫び、けもののように吠え、のたうちまわって死んでいった患者たち、廃疾者とされ、病床に呻吟しつつ毎日を送る患者たちとその家族の苦しみ、その無念の想いは、はかりしれない。だが水俣病の恐ろしさはその人体被害の点にだけあるのではない。水俣病はチッソによってひき起こされた巨大な環境汚染による自然および人間社会の破壊の問題としてとらえなければならないのであり、チッソが地域を支配することによって、不知火海一円、地域社会ぐるみ破壊されてしまったところそが、その本質なのである。

2. チッソによる汚染と水俣病

明治41年、チッソ・カーバイド工場が水俣に建設されるまでは、水俣では、不知火の海を利用した製塩業が中心産業だった。

このチッソ水俣工場建設以来、住民はチッソによる被害に苦しむことになった。カーバイドや炭素などの粉塵は、工場周辺の住家に侵入し、農作物にふりそそいだ。工場の拡張増設にともない、その量は増大し、粉塵とともに亜硫酸ガスや塩素ガスなどの有毒ガスが加わった。工場周辺の林は枯れ、農作物はガスに倒れた。

被害は人体にもおよび、住民は喉をいため、呼吸器を害し、目をいためた。大気汚染による被害は止むことなく、現在も発生しつづけている。

チッソ水俣工場排水による被害も、すでに大正時代から始まっていた。漁民は、排水の浄化を要求し、チッソに改善を求めた。このとき漁民は、工場排水を「汚悪水」と呼んだ。海を汚すものへの怒りをこめた、漁民の生活から出た表現だった。

しかし、チッソは根本的な排水浄化施設を設けることもなく、工場汚悪水を流しつづけた。チッソ水俣工場は増設につぐ増設、増産につぐ増産をおこなった。不知火の海は、死んでいった。

水俣湾は、チッソの排出したドベで埋めつくされた。深さ3メートル以上にもおよぶドベは、悪臭を放った。

汚染の進行は、戦後、その速さを増した。稚魚が卵からかえり、大きく育つはずだった浅瀬は、漁民の手から奪われ、カーバイド残渣の捨て場となった。海は残渣で埋められ、魚は産卵と成育場所を失い、漁師は漁場を奪われた。水俣一美しい砂浜で、市民の憩いの場所だった亀の首も、カーバイド残渣の下に沈んだ。そのカーバイド残渣の上には黒い煙を吐く新しい工場が建った。チッソは漁民の漁場をごみ捨て場に変え、それを金に変

えたのである。

海は汚れつづけた。まずプランクトンが死んだ。貝類がつぎつぎと死に、空殻が黒い砂浜に積もった。カキは口を開き、青濁のように流れ、一面腐臭を放った。

海草が浮いて漂い、海底には見られなくなった。海面を、チッソの汚悪水が覆って流れた。魚が浮き、海面を白く変えた。海面を力なく漂う魚たちは浜にうち上げられ、子供たちに追われた。浮魚は不知火海を漂い、天草沿岸におよんだ。不知火海の南口、黒の瀬戸にも浮魚は流れた。不知火海に網を入れると、細い網がドベで太く汚れ、多数の魚の白骨がかかった。

やがて、その魚を食べた水鳥が狂った。カラスが力を失い、岩にぶつかり、海中に突入した。水俣周辺の山林には水俣病におかされて動けなくなったカラスが、まっ黒に群がっていた。同じ頃、ネコが狂いだした。突然後足で立ち上がり、キリキリ舞いした後、叫び声をあげて海中に飛びこんだ。狂いネコは、天草の竜ヶ岳、御所浦、獅子島、長島にも出た。ブタも狂った。

そして、とうとう人間が狂ったのである。

水俣病発病者は、水俣周辺にとどまらなかった。チッソの排水路変更にもない、患者発生地域は大きく拡大した。天草御所浦、獅子島、長島、竜ヶ岳、田浦、湯浦、津奈木、出水、と患者はみつきり、阿久根市や山間部にも患者の存在が疑われている。熊本市民の毛髪から、水銀122ppmが検出された。熊本市民もチッソによる汚染から逃れることはできなかつたのである。不知火海の汚染された魚介類を食べる機会を持った人は、多かれ少なかれ、その影響をうけている。水俣の住民は、4人に1人が水俣病の症状をもち、2人に1人がなんらかの精神症状、神経症状をもっていた。水俣の住民の平均寿命は、対照地区よりも7年短かかった。水俣の住民は、チッソによって地域ぐるみ殺されているのである。患者の発生は遅くとも昭和16年には始まり、現在まで続いている。

こうして、チッソによる汚染は、世界にこれまで例をみない、世界最大の汚染被害をもたらしている。

現在水俣の魚はなお水銀によって発病可能なまでに汚染されている。たとえば昭和56年8月22日に、次のような新聞報道がなされた。

「水俣市内の一部鮮魚店で厚生省が定めたメチル水銀の暫定規準値(0.3ppm)を2倍近く上回る水銀で汚染魚が販売されていた。熊本県衛生部は水銀で汚染された水俣湾内でとれた魚が市場に出回ったとみて、地元の魚市場、鮮魚店、漁協に対し出所不明の魚は取り扱わないように、と文書で指示。(西日本新聞)」

このようにチッソによる汚染は現在もなお続いているのである。

3. 水俣病を発生させたもの

一私企業にすぎないチッソがひき起こした巨大な地域社会の環境と人間生活の破壊は回復不可能である。親を返せ、夫を、妻を返せ、失なわれた生活を返せ、不知火の海を返せ、という被害者の悲痛な叫びは被害者の基本的な要求であり、またわれわれ国民すべての願いでもある。だがそれにもかかわらず、患者が健康体に戻ることはないし、失なわれた生活が返ってくることもない。そこで公害被害の真の救済は、被害が起こってからではありえないのであり、決して公害を発生させないこと以外に道はない。しかし水俣においては恐るべき被害が発生することは予めわかっていたし、また現に次々と発生しているのに、チッソはなんらの有効な根本的防止策をとろうとせず、国・自治体も対策を講じようとはしなかった。それを許した最大の原因は、チッソの徹底した地域支配による利潤追求の貫徹に求められる。

4. チッソの地域支配

チッソ水俣工場が明治41年水俣村に建設されるには、水俣の猛烈な誘致運動があった。誘致の条件は、工場敷地を特に安く提供すること、他の候補地であった米ノ津との距離の差2里分の電柱を寄付すること、梅戸港をチッソの専用港とすること、であった。その後水俣工場は拡張につぐ拡

張を重ね、大正14年にカザレー式アンモニア合成工場建設に着工した。この年チッソ出身の板根次郎が水俣町長になり、水俣工場長ほかチッソ関係者7名が町会議員に当選し、水俣の政治的な支配権が確立した。それ以後チッソ関係者が市の要職を多数占め続けている。水俣病が公式発見された昭和31年には元チッソ水俣工場長であり、水俣病の原因物質を作りだしたアセトアルデヒドの製造方法を確立した橋本彦七が市長をつとめていた。

また経済的にはチッソ関係の収入が市税の50%以上を占めており、特に固定資産税関係では62%になる。水俣市の工場適地のうちチッソが所有する面積は60%を占める。しかも固定資産税の評価は、チッソ正門前の路線価が坪5万5千円なのに、一步門を入ると9千円と、6分の1に下がる。また水俣市の全労働者中7割をチッソ従業員が占め、昭和33年には、水俣市には50人以上の従業員をもつ企業はチッソのほかにも4社しかなく、その4社も100人はこえないのである。さらに昭和31年開港した水俣港の利用も、チッソ関係分輸出が99.9%、輸入100%である。それまでは門司まで鉄道で運んでいたために3倍の輸送費がかかっていた。このようにチッソが水俣市の行政を私物化し、思うままに利用している事実は数多くある。チッソが創業以来廃棄物を無処理のまま放出し、被害を出し続けることを可能にしたチッソの恐るべき地域支配こそが、水俣病を発生させた最大の原因である。

5. 高度経済成長政策

もともと日本資本主義は、その後進性のゆえに、先進資本主義国との競争に生き残る方法として、驚くべき低賃金と、安全性確保に徹底的に手を抜いた技術により、コストを最小に切り下げ、最大の利潤をあげる道を選んだのである。このことはチッソにおいて特に顕著だった。後進性の強い日本のなかで、チッソはさらにいわゆる三井・三菱・住友などの旧財閥とは比較にならないほど弱い競争力しか持っていない新興会社だった。大銀行との結びつきもなく、資産も原料もないチッ

ソが、それらを一手に持った既成財閥とまともに競争すればひとたまりもないことは明らかだった。チッソはその競争力を補うため、また安全性の未確認である新技術を危険を承知で他の会社に先がけて採用することにより、たえず技術革新の先頭をきり、他会社をはるかに越える超過利潤を獲得したのである。チッソの誇るカザレー式のアンモニア合成法、水俣病の原因となったアセトアルデヒド、酢酸合成技術などその典型である。その結果工場は大爆発をくりかえし、労働災害は激発した。チッソの新技術の工業化は人体実験を前提に行なわれたのである。このことはチッソが南九州の農村地帯の農民や、植民地時代の朝鮮における豊富かつ安価な労働力を独占し、労働者を消耗品として使用することによりはじめて可能であった。

しかしこのチッソの利潤波及も昭和30年代の高度経済成長政策によって破綻をきたすことになった。高度成長政策が日本の化学工業界へ及ぼした影響は、化学工業の石油化学工業への転換として捉えることができる。政府は昭和30年、石油化学工業第一期計画を立てその具体化をはかった。この計画により、新居浜、四日市、岩国、川崎の4つのナフサ・センターが昭和33年から34年にかけて動きはじめた。この石油化学工業がチッソをはじめとするカーバイド系化学工業に対し圧倒的に優位であることは明らかだった。カーバイド工業は自ら石油化学へとその技術を転換しない限りは生き残ることができなかつた。しかしチッソは大財閥中心の第一期計画に参加することができず、ようやく昭和34年に千葉県五井地区の丸善石油化学コンビナートへの参加を認められた。

だが石油化学工場の建設は巨大な資本を必要とした。この資本を蓄積するために、チッソは典型的なスクラップ・アンド・ビルド方式を取ったのである。水俣工場は当然スクラップ化することにより五井工場建設の利潤をうみだしたのである。チッソは水俣工場においてオクタノール、酢酸、塩化ビニールなどの主力製品について増産につぐ増産を行った。これらの原料となるアセトアルデヒドの月間生産量は、昭和25年370トンだったの

が昭和34年にはなんと2,500トンに及んでいる。

この増産は徹底して安全を無視した無謀な運転によって行なわれた。水銀を含んだ母液は無処理のまま排出され、海へ流れた。機械は故障し、機械の割れ目はつぎをあてただけで運転を続けた。労働者はますます労働災害にさらされた。粉塵と有毒ガスを吸い、吹き出る水銀母液を全身に浴び、強酸に膚をやかれながら生産を続けた。水俣病の原因物質はこうして海へ流れ出た。安全性を無視した高度成長による高利潤追及が水俣病の原因であることはこの事実からも明らかである。チッソは水俣工場をスクラップ化しようとしただけでなく、水俣工場労働者をスクラップ化しようとし、水俣を地域ぐるみスクラップ化し、水俣から逃げだそうとしたのである。かつての谷中村水没は、水俣の地域ぐるみのスクラップ化として再現されたのである。

6. チッソと化学企業による 原因究明の妨害

水俣病の原因がチッソの工場汚悪水であることは、昭和31年の秋には、すでに明らかであった。熊大医学部、国立公衆衛生院の疫学調査は、いずれもその結論をさし示していた。

昭和33年2月には、英国のマックアルパインが水俣において患者を診察し、ハンターラッセル症候群との類似性を指摘した。その指摘は、すなわち、チッソが原因だという意味をもっていた。

同年9月、チッソはアセトアルデヒド工場廃液を、これまで流していた水俣湾百間排水口から、八幣プールをへて水俣河口に放出するように、急いで変更した。チッソは附属病院長だった細川博士は、この変更に対抗した。水俣河口に患者が広がったら、大変だと考えたからだ。しかしチッソ幹部はそれをききいれず、排水路変更を強行した。

細川博士が心配したとおり、患者は水俣河口周辺に続出し、やがて北上した。昭和34年6月には、はやくも患者発生地域の拡大とチッソのアセトアルデヒド工場排水路変更との間に、因果関係

があることが指摘され、10月には国会で論議されるにいたった。これはチッソによる人体実験だった。チッソは、自ら逃がれようもない結論を、人体実験としてひきだしてしまったのである。

一方、細川博士は、チッソ水俣工場廃液が黒か白かを判定する方法があると考えた。自然発症のネコと、水俣湾産の魚介類を食べさせたネコと、工場廃液を食べさせて発症したネコと、症状がいずれも一致するならば、工場廃液が原因であることは明らかになる。

細川博士は、さっそく実験に着手し、実験はみごとに成功した。百間へ流れる工場廃液を食物にかけて与えた374号のネコが、34年9月にまず水俣病の症状を示した。つづいてアセトアルデヒド工場廃液をかけた食物を与えた400号のネコが、10月水俣病の症状を示した。

チッソは、水俣病の原因がアセトアルデヒド工場廃液であることまでも知ったのである。

チッソは、この工場廃液を直接食べさせる実験禁止を細川博士に命令し、原因を隠蔽することを企てた。細川博士は工場廃液を部下にとらせにやっていたが、とることはできなかった。

一方、原因究明をこつこつと続けてきた熊本大学医学部の研究に対しては、徹底して妨害した。たとえば、熊大がチッソ水俣工場の製造工程と原料、製品、廃棄物の処理の方法などの回答を求めたのに対し、まるでなにも実質的にはわからない無意味な回答しかせず、すこしも実際の様子を教えなかった。もし熊大の研究に協力する気が本心からあるのならば、自ら進んで工場内の操業実態について知識を提供すべきであった。そのため、熊大では、工場内でどのような製造がおこなわれているかを知ることができなかった。しかも、チッソは、水俣工場廃液の提供さえ、すなおにはおこなわなかったのである。いろいろ条件をならべたて、ひきのばしをかさねて、やっと少量の廃液を熊大に渡したのである。これらの事実のために、熊大の研究は必要以上に長びき、困難さが加わった。

こうしてチッソは、自己の実験をひた隠しに隠しながら、熊大の有機水銀説、すなわち水俣工場

原因説に対して猛烈な反論をおこなった。チッソが昭和34年10月に公表した熊大有機水銀説に対する反論書は、犯罪的であった。374号の実験結果は記載されているが、結論は「発病せず」と、逆になっている。さらに、当時水銀を排出していた工場は、塩化ビニール工場とアセトアルデヒド工場の2つであったが、このうち塩化ビニール工場廃液を投与したネコ398号の結果のみを「発病せず」と記載し、アセトアルデヒド廃液を投与し発病した400号を全然記載していない。これこそ、ごまかし以外のなにものでもなかった。

チッソは、自己の廃水が水俣病の原因であることを知りながら、恥知らずにも、原因不明であると患者たちをあざむき、見舞金契約を結ばせた。

このチッソの卑劣な策動に、昭和電工をはじめとする日本化学工業協会、財界、国、熊本県、水俣市は一体となって協力した。

同年11月12日、厚生省食品衛生調査会の水俣食品中毒部会は、水俣病の主因は「ある種の有機水銀化合物である」と厚生大臣に答申した。厚生大臣は、翌日、水俣食中毒部会の解散を命じた。水俣病の原因究明は、厚生大臣の手によって中断させられたのである。

チッソは、さらに、独力でこれ以上の反論は無理と考え、日本化学工業協会に助けをもとめた。同協会理事の大島竹治は、通産省と協議したうえ水俣に行き、水俣病の原因は旧日本海軍が水俣湾に廃棄した爆薬であるとする報告書を発表した。このとき大島竹治は、水俣から帰ると、まさきに通産省にかけつけている。チッソは、この爆薬説にとびつき、吉岡社長、西田工場長は、通産省、厚生省をはじめ、熊本県、水俣市、はては水俣警察署にいたるまで、この爆薬説の説明にでかけた。

しかしこのとき、チッソは、この爆薬説がなんの根拠もない主張であることを知っていた。終戦時の海軍の責任者が水俣に居住しており、チッソの調査に対して、そのような爆薬を捨てた事実はないと断言していたのである。チッソは、この爆薬説が全くのどっちあげであることを知りながら、あえてこれをとなえ、自己の責任を隠したの

である。

爆薬説があまりにでたらめなごまかしであることが明らかになると、新たにアミン説なるものとなえた。

7. 見舞金契約

食品中毒部会による水俣病の原因究明が、厚生大臣の手によって中断させられたのに対し、チッソは、日化協をバックに、爆薬説、アミン説を強力にとなえていた。このように、チッソが自己のチッソに対し水俣病発病の責任追及をすることはできなかった。しかも、熊本県知事、県会議員、水俣市長、県町村会長などからなる水俣病補償問題の調停委員は、驚くべき低額の調停案を患者に押しつけた。この調停案は、チッソの責任を全く明らかにしようとはしなかった。調停委員は、この調停案を受けいれなければ調停から手をひくという態度を示し、そうならばもう永久に一文ももらえない、これが最後の機会だ、と患者を説得した。こうして、チッソ財界、国、地方自治体総ぐるみの攻撃に、ついに患者は涙をのんで調停案を受諾した。患者は困窮のどんぞこにあえいでいた。現金はノドから手が出るように欲しかった。調停は成立し、患者はわずかばかりの見舞金を押しつけられ、泣き寝入りさせられた。

水俣病の原因を明らかにし、チッソの責任を徹底的に追及すべき機会は、失なわれた。チッソは自己の犯罪を隠しとおすことに成功したのである。水俣病は、まさに処理され、解決された。

チッソは、自己の経済的理由によって設けたサイクレーターを、いかにも水俣病を防ぐうえで効果があるように宣伝した。

こうして、水俣病は、いわば過去のものであるかのようにいふらされ、水俣病の発生は昭和28年から35年までという「学説」が通説となった。しかも日化協は、念には念をいれ、田宮委員会を設置することにより、なお原因究明を続けていた熊本大学を押さえながら、チッソの責任が明らかになることを防いだ。

チッソと国、自治体、日化協とが一体となって

チッソの水俣病に対する責任をごまかしたのは、化学工業の石油化学工業への転換を貫くためであった。チッソ水俣工場廃液が水俣病の原因である、この事実が同業他社に与える影響は大きかった。昭和34年の段階では、水俣病を早期に收拾してチッソの石油化学への転換をスムーズにおこなうことが、コンビナート化によって一体化を進める化学資本全体の利益となった。もしチッソの責任が明らかになり、チッソの石油化学への転換がつまづくならば、チッソが参加する予定の丸善コンビナートがつまづくだけではなく、他のコンビナートにもそれが波及することは明らかであった。それは高度経済成長につまづきを与えることでもあった。水俣病患者は、いわば、日本独占資本が国民総生産で資本主義国中世界第2位を占めるにいたった高度経済成長策のいけにえとされたのである。こうして起こしてはならなかった第2の水俣病が新潟において引きおこされた。せめて昭和31年の段階で、チッソが自己の責任を曖昧にする策動をやめ、責任を承認していたならば、水俣において被害がこれほどまでに広がることもなかったし、まして新潟で第2の水俣病は決して起こらなかったことは明白である。熊本における水俣病と新潟における水俣病は、その意味で一体であり、チッソは、新潟水俣病についても重大な責任を負っている。

この見舞金契約の悲劇は、昭和45年5月の水俣病補償処理委員会の斡旋において再演された。確約書提出をもとめるチッソと、厚生省の無理押しによって患者は分裂させられ、斡旋を受けいれるものと訴訟を提起するものとに分かれた。補償処理委員会は、チッソの責任を少しも明らかにせず、「責任の判定は裁判に残されている」と、ぬけぬけといった。チッソの責任は野放しとなり、ぬくぬくと利潤追求を続けられたのである。

8. 水俣病第一次訴訟判決と補償協定

水俣病第一次訴訟はチッソの責任を追及して昭和44年6月提訴され、昭和48年3月20日判決が下された。すでにのべたようなチッソの企業責任を

厳しく追及し、請求金額をほぼ満額みとめた原告全面勝訴の判決だった。

この判決を基礎に、水俣病患者はチッソに対し、医療や生活保障などを中心にした要求をつきつけ、交渉を行なった。交渉における1つの問題点は、昭和46年8月になされた環境庁事務次官通知以後に認定された患者の補償についてであった。事務次官の通知は認定の要件として、水俣病と考えられるいずれかの症状があり、その症状に

有機水銀の経口摂取の影響が認められぬ場合には、他の原因があってもこれを水俣病の簡囲に含むものであること、さらにその症状が有機水銀の影響になるものであることが否定しえない場合も同じであること、を明らかにした。チッソはこの患者はこの患者たちを新認定患者と呼び、それまでのいわゆる旧認定患者と区別し同じ水俣病患者として認めることを拒否してきた。拒否の理由は、事務次官通知以後の認定はいわゆる行政認定であって医学的には水俣病でない患者も含まれている、というのであった。私たちはこのチッソの主張に対し、次のように反論した。まず第一に、現在まで認定されているのはいずれも水俣病であることが明らかな患者ばかりで、それを疑わしいとしてきたそれまでの行政の責任こそが問題であって、けっして疑わしい認定ではないのである。第二に、そもそもチッソの責任を追及するためには、認定など必要ないのである。患者は認定されたから水俣病になったのではない。チッソの汚悪水による影響をうけた時から水俣病だったのである。

私たちはそのようなチッソの責任を明らかにするために、判決前の昭和48年1月20日、いわゆる水俣病第二次訴訟を提起した。患者数43名、原告数141名であった。この裁判にはいわゆる新認定患者のほか、多数の未認定患者が参加した。判決後、この二次訴訟に参加した患者たちを中心に結成された水俣病被害者の会は、チッソに対し交渉を行った。昭和48年5月7日、チッソは文書による回答を行ない、今後認定される患者についても、認定後はまったく従来の認定患者と同様に扱うことを確認した。

ついで7月9日、チッソは東京において交渉を行っていた水俣病患者東京交渉団と環境庁において協定書を取りかわし、新しく認定される患者については同様に取り扱うことを確認した。その結果、水俣病患者は、認定されさえすればまだ不十分ではあるが一応の補償をうけることが可能になったのである。しかし、このことは同時にまた、不知火海周辺にこれまで隠されてきた、1万人にものぼるといわれる未認定患者についての解決が、残されたままになったことをも意味していた。こうして水俣病の闘いにおいて、未認定患者の問題が大きくクローズアップされることになったのである。

9. 認定問題と水俣病二次訴訟判決

未認定患者の認定をめぐる、現在重大な問題が2点生じている。第1は、認定審査の著しいおくれである。第2は、認定審査における棄却、保留患者の著しい急増である。

まず第1の認定審査の著しいおくれについての事態は深刻である。

昭和55年6月30日現在の認定申請者総数は熊本県8,172名、鹿児島県1,606名であり、そのうち未処分者が熊本県5,120名、鹿児島県721名である。特に熊本県においては、現在県が行っている「毎月150人検診130人審査」のペースで行くと、計画どおりでさえ10年以上もかかってしまうのである。「死んでから認定されて何になる」という患者の怒りは当然である。このことはすみやかな被害者救済をうたった被害者救済法のたてまえからいって、明らかに違法といわざるをえない。

この認定審査の著しいおくれに対し、水俣病被害者の会をはじめとする未認定患者は、熊本県にくり返し認定促進を要求してきた。

未認定患者のうち6人の患者は、昭和49年3月熊本地方裁判所に医療費等を支払うようチッソに求める仮処分を申請した。熊本地方裁判所は3回の審尋を行なった後、6月27日、2人の患者について決定を下した。チッソは2人の患者に対し、水俣病と認定されるまで、医療費、温泉治療費、

マッサージ治療費、および通院の交通費について支給基準による費用と、昭和49年6月分から毎月1カ月2万円を支払え、というものであった。いずれも認定患者に対し、チッソが現在支給しているのと同じ内容である。

さらに7月16日には、179名の未認定患者が環境庁に対し、認定審査のおくれは違法であるとして、不作為の違法確認をもとめる行政不服審査請求を行なった。これに対し環境庁は9月20日、うち16人について、不作為が違法であることを認め「熊本、鹿児島両県知事は、すみやかに認定申請に対して処理すべきことを命じる」との裁決を下した。

さらに同年409名の患者を原告として認定業務の遅れが違法であることの確認を求める不作為の違法確認訴訟が熊本地方裁判所に提訴され、昭和51年12月15日、原告の主張どおり熊本県の認定業務の遅れが行政の怠慢であり違法であることを確認する判決が下された。

国及び県はこれに対し昭和53年7月、公害まき返しの水俣版ともいうべき「新次官通知」を行い、露骨な患者切りすてをすすめてきた。この「新次官通知」は昭和46年8月の「旧次官通知」の内容、すなわち「有機水銀の影響を否定できないものは速やかに認定せよ」の骨抜きをねらったものであり、患者にとっては決して認めることができないうものであった。さらに国は、同年10月患者の猛反対をおしきり、「水俣病認定促進法」を強行採決した。この法案は「新次官通知」とあいまって、「認定促進」ならぬ「棄却促進」法であることは明らかだった。現実にこの法律に基づいて行なわれた国の認定審査会は、その第1回審査会において、実に9人中8人を棄却した。

しかしこの棄却増加の問題はすでに水俣病一次訴訟判決直後から大きくクローズアップされていた。すなわち、昭和48年8月の審査会以来、棄却・保留の患者が著しく増加しているのである。昭和48年2月から49年4月の最後の審査会までの認定、保留、棄却の患者数は次表のとおりである。

昭和48年4月をさかいに、認定審査に変化が生じていることは明らかである。この理由として考

公害被害者認定審の結果

年月区分	認定	保留	棄却
48年	50	11	2
2月	3	2	0
4	50	29	1
	4	1	1
5	—	—	—
	40	6	0
6	67	21	2
	—	—	—
8	44	43	13
	13	17	20
10	44	23	13
	—	—	—
12	43	33	11
	—	—	—
49年	44	36	6
2	9	21	9
4	29	38	16
	—	—	—
8	—	—	—
	4	29	19

上段は熊本県、下段は鹿児島県

えられることは、同年8月17日に開かれた環境庁水銀汚染調査委員会健康調査分科会が、熊本県有明町のいわゆる第三水俣病の疑いの患者を水俣病ではないと否定したことの影響である。熊大第二次水俣病研究班は昭和48年5月、報告書を熊本県に提出した。このなかに有明町に水俣病類似患者を10名発見したという指摘があった。その後大牟田、徳山にも類似患者が発見された。しかしこの患者を水俣病ではないという、いわゆる「白判定」を環境庁が行ったのである。これに対し、棄却・保留の増加は、水俣病判決の影響もあって判断が困難な申請者がふえているためだという反論も考えられる。しかし、それまで審査が行なわれたのは、いずれも水俣病判決前に申請した患者ばかりであって、48年8月をさかいにしてそれ以後審査にかかった申請者に質的变化が起こったと考えられる理由は何もない。変化は明らかに、申請者ではなく認定審査会に起きているのである。

未認定患者は、この棄却・保留の増加に注目していた。

県はこの患者の強い要求をうけて何ら実効性のある方策を見出すことができず、ついに昭和49年2月、「水俣病認定業務促進検討委員会」なるものを作りあげ、そこに検討をゆだねた。この委員

会は、座長に九大医学部の黒岩義五郎教授が選任されたほか、九州五大学の医学部教授や国立病院長などが選任されていた。認定促進委の座長に選任された黒岩義五郎九大教授は、有明町の患者を水俣病ではないとするいわゆるシロ判定に積極的役割を果たしたと報道されていた。そのため未認定患者は不安をつのらせ、新しく作られる認定審査会では、ますます棄却が増加するのではないかと心配したのである。

こうしたなかで行なわれた夏休み中の五大学による検診は、検診をうけた患者たちの批判をあびた。患者をはじめから疑ってかかり、患者たちが実は水俣病ではないのに水俣病と認定されて補償金をもらおうとしている、という態度が感じられたからである。患者たちは検診を行なった医師があたかも警察官が尋問してウソをあばくような態度をとった、と述べている。具体例として、知覚の検査において、ハリでつかれた際、痛さを感じないと答えたところ、体中をはりで血が流れるほどつきさされた患者や、運動失調の検査で、片足でとべないという、とべないはずはないといって無理にとばされようとした患者などが続出した。こうして現在認定審査をめぐる問題は重大な局面をむかえたのである。

昭和48年1月、この認定審査規準をめぐって、いわゆる水俣病第二次訴訟が提起された。この二次訴訟において原告となったのは、認定審査会によって棄却された患者と、同じく保留にされた患者と、認定審査会発足前に死亡していたために認定申請することが不可能な患者の遺族の三世帯である。いずれも現在の認定を前提とした制度では救済されない患者である。これまでの未認定患者の闘いは、まず認定の促進にはじまり、続いて棄却、保留の増加をいかに防ぐかに向けられた。そして今や、認定を前提としないすべての被害者の救済へとさらに闘いが進められたのである。500名をこえるすべての申請中の患者が仮処分を申請するわけにはいかないし、申請者がますます増加することを考えれば、現在の認定制度を前提とするかぎり、救済がとられることは避けられないことになる。さらに現在の本人申請主義を前提とす

る認定制度では、どうしても救済されない患者がでてくることもまた防げないのである。しかし、不知火海一円のすさまじいまでの汚染を考えると、すべての地域住民がチッソの汚悪水による汚染の影響をうけていることは否定できない。熊本第二次研究班の疫学調査の結果ははっきりとその事実を示している。その前提にたてば、水俣病被害者の救済は原爆被害の救済と同様に、すべての地域住民を対象としたものでなければならないことは明らかである。

この訴訟では水俣病の病像をめぐって環境庁及び県・認定審査会等の行政側の患者切すでの立場と、原告ら患者たちの疫学を中心とした立場とが対立した。熊本地裁は原告側の疫学を中心として広く水俣病の病像を認めようとする立場を支持し、県及び認定審査会が水俣病ではないとして棄却した12人の患者を水俣病だと認めた。これによって従来国・県の行政が進めてきた認定業務が根本から誤っており、行政の患者切りすでの責任が問われたのである。

しかし国・県はまったく反省の色をみせず、裁判所の判断と認定業務はまったく別のものだという居直りの態度をしめしたのである。そしていぜんとして認定審査会は患者の認定を拒否し、棄却を続けたのである。

10. 国・県の責任と三次訴訟

未認定の水俣病患者はこのような独占資本とまったく癒着した国・県の態度に怒りをもやし、ついに国・県の水俣病発生拡大の責任を追及し、それを明らかに認めさせる以外に患者の全面救済の途はないと考えた。こうして昭和55年5月21日、ついに国・県・チッソを被告にすえた水俣病第三次訴訟が提起された。原告団は提訴にあたって次のような声明を行なった。

「本日、われわれは、チッソ、国、県を被告とする『水俣病国家賠償等請求訴訟』、いわゆる『第三次訴訟』の提訴をおこなった。

水俣病はいうまでもなく、チッソと国、県による地域住民のいのちとくらしの破壊であり、地域

の自然と社会環境の破壊である。

国、県はチッソ水俣工場の排水停止措置(27年)及び魚獲禁止措置(31年)をとるべきであったにもかかわらず、それを故意に怠り、その結果、世界最大の公害——水俣病をひきおこした。水俣病発生の責任がチッソとともに国、県にも存在することは明白である。

またチッソ、国、県は被害者の早期全面救済、漁場と環境の復元、地域の復興再生のため、全力を尽すべきであるにもかかわらず、その努力を怠り、むしろ、最近の状況は患者切捨てによる『解決』の方向を一段と強めてきている。

いまや、被害者救済にとって最大の障害は『行政のカベ』である。

われわれはこのたたかきを通じ、すべての水俣病被害者の救済はもちろんのこと現在、公害企業と財界、政府自民党がはげしくすすめている、なしくずしの公害行政後退に歯どめをかけ、かれらをして公害根絶の原点にたちかえらせるよう全力を尽す決意である。

心身ともに苦しい状態にあるわれわれ被害者にとって、かかる訴訟をおこすことは非常な勇気が必要としたが、賢明な国民のみなさんの力強い励ましに絶大な信頼をよせ、あえて困難なたたかきにふみきった次第である。将来にいかなる困難が待ちうけようともわれわれは団結を固く守り広範な国民的支持に依拠し、かならず勝利をかちとるため力の限りたたかうことを表明する。

国民のみなさんの御支援を心から期待する!!」

こうして水俣病の闘争は、水俣病の歴史上重大な局面をむかえている。

この裁判において、私たちは国・自治体と独占資本の癒着による公害発生のメカニズムと、その責任を徹底して明らかにする決意である。そうしてはじめて1万人をこえる水俣病患者の全面的救済の途が開けるであろう。それと同時に、この闘いは独占資本によって完全に支配された「チッソ城下町水俣」を打破り、本当に住民の町水俣に生まれかわる闘いにもなさねばならない。

水俣病三次訴訟はますます重大な意義を有しているのである。

カネミ油症その後の問題をめぐって

梅田玄勝

(健和労働衛生研究所)

はじめに

昭和43年3月以降、西日本一帯に人類史上未曾有の被害が発生した。カネミ油症事件がそれである。

事件発生以来13年、そして被害者救済のためにカネミ油症事件全国統一民事裁判（以下全国統一民事）が提訴されてより11年が経過したが、全国統一民事の第1陣（原告729人）の控訴審（福岡高裁）および第2陣（原告342人）の裁判（福岡地裁小倉支部）が進行中であり、さらに56年10月12日には第3陣（原告29人）すなわち全国統一民事訴訟第3次訴訟が提訴された。

その間52年10月5日に、全国統一民事の弁護士（弁護士397人）より支援を受けた福岡民事（福岡地方裁判所、原告44人）第1審判決（以下福岡判決）、次いで53年3月10日に18都府県にわたる全国統一民事（福岡地裁小倉支部）第1審判決（以下小倉判決）が下された。

この2つの判決においては、いずれも原告側の勝訴であったが、現在なお福岡高裁において係争中である。その故に本事件は今日なお終わっていないといわなければならない。

「本件のような大量、重篤な被害を惹起させながら、これまでの公害訴訟における加害者側がそうであったように、加害者たる被告らは今日までその実質的救済に立ち上ってはいないし、その気配すらない。このことは原告を含む油症患者の心に大きな痛手として刻まれている。原告らのこの無念さを看過してはなるまい」（福岡判決¹⁾）という裁判官の指摘は、「異例とも思える文言²⁾」

とされるが、油症事件の解決がいかに困難をとまなうかを示すものであろう。

筆者は全国統一民事裁判における原告側の証人として医学的立場からの被害立証に努めてきた。このたびの第22回社会医学研究会総会（56年7月31日）において企画されたラウンドテーブルディスカッションでは、この油症裁判の特徴と意義を中心にしていくつかの問題を報告した。

「九州地方における公害・労災・薬害——その後の問題点」というテーマの下に水俣病、土呂久鉛害、スモン、三池一酸化炭素中毒およびカネミ油症について報告が行われた。

「その後の問題点」ということについては、すでに第16回および第19回社会医学研究会総会において被害者の認定をめぐらる問題³⁾や被害者救済に係る問題⁴⁾等に関して報告し、さらに補償と救済、判決等について小論⁵⁾を記載した。従って本稿においては、それらの重要な部分は再録し、さらに総会時のアンケートに示された要望や意見を参考にして抄録⁶⁾を補足し、口演内容に若干加筆した。

九州地方においては、前述の各報告以外に大気汚染、新幹線公害、空港騒音公害、海水汚濁、労働災害、長崎原爆被爆などあらゆる種類の問題が集中的に発生しており、「九州に多発したのは偶然でなく」（司会者）、「九州の事例を通じて日本社会を知る」（アンケートより）ことさえできると言っても過言ではないであろう。

筆者が直接に取り組んだ九州関係の事例だけでもカネミ油症および油症裁判、大気汚染、新幹線公害、労働災害、大分銀行および新日鉄化学職業病裁判等に及んでいる。いずれの事例においても相互に共通する普遍的な問題とその事例に固有な

問題があるが、油症問題も当然のことながら例外ではなかった。この2つの面を十分考慮し、「その後の問題」という点を踏まえ、かつ社会医学の視点から拙論を記述することにしたい。

1. 油症裁判の特徴と意義

被害者を救済する有効な方法は、事実上民事裁判の提訴のみであった。

本事件は、「ライスオイル製造業者、熱媒体として使用されるPCBを製造販売した業者、そして行政が関与して惹起された構造的被害⁷⁾」であり、従って被告はカネミ倉庫（以下カネミ）、鐘淵化学工業（以下鐘化）および国・自治体（北九州市）である。

福岡判決においてはカネミと鐘化の責任が認容されたが、福岡民事は全国統一民事と異なり、国・自治体の責任については当初から提訴されていなかった。

小倉判決においてはカネミと鐘化をきびしく追及し、責任を認容したが、国・自治体（北九州市）の責任については「行政上の責務懈怠がなかったとはいい難い」（判決書）と一面において法的責任を明示したものの、結論に至る過程で論旨を変え、ついには国に対する責任追及を放棄した。

判決も裁判官次第であるという印象をふっしょくできない。福岡判決においては、「油症の病理機序と治療法は殆んど未解明のままであるが、そうであるからこそ油症被害の全貌を法律的に解明するにはまず油症患者らの訴えに忠実に耳を傾ける姿勢が必要であろう。」¹⁾と記述し、全国統一民事原告側証人の証言録なども広範に採用して被害実態に詳しく言及している。特に公害裁判として注目されることは、「病理機序の十分解明されていない新しい疾患の場合その蓋然性さえ説明可能であればその限りで損害と考えるに必要かつ十分である」¹⁾という判断が示されたことであろう。

しかし小倉判決では、「油症患者らの訴えに忠実に耳を傾ける姿勢」は全く見られず、2,303ページにわたる損害論総論と各論すら無視したも同然にタイプ印刷にして3ページにも満たない判決

文に終わっている。しかも国の責任に関しては、「国民に対して安全な食品の供給を確保」するのは行政の責務であり、行政庁は「同法（食品衛生法一筆者注）に基づく権限を適正に行使すべき責任を負っている」。そしてその権限行使は「行政庁の自由裁量に委ねられている」ので「政治的行政的責任であっても、個々の国民に対する法律上の義務ではない」。さらに後段において「行政庁の自由裁量の範囲内の行為は、あくまで不当の問題であって、違法の問題を生じない」、そして油症事件が「前代未聞の事件であり、それまで我国では、食用油製造業で食品事故が起きたことがなく、熱媒体の食品への混入ということを経験したこともなく」、「熱媒体の食用油混入によって具体的に人の生命、身体に対する危険な事態が発生すると考えられる状況にもなかった」ので国の権限不行使は「法律上の作為義務に反する違法のものとは到底いいえず」被告＝国には法的責任も賠償責任もないと結論した。（「」内は判決書より）

この裁判官の意図的な自由裁量論は最近の行政と司法の右傾化、反動化とあわせて見逃すことはできない。

この油症裁判の特徴と意義について述べるが、非常に重要であるので正確を期して「原告最終準備書面」（以下「書面」⁸⁾）より引用したい。

すなわち「油症事件は、合成化学物質の大量生産、大量消費（利用）にともなって、企業が利潤の追求と生産性の向上のために人体の安全や環境の保全に要する費用を節約し、国（自治体を含む）が合成化学物質による環境と人体の被害を防止する政策を怠たり、人体の安全と環境の保全のための公共支出を充分におこなわない結果として発生した。この意味でカネミ油症事件は、合成化学物質による公害、PCB公害と規定しなければならない。」（~~~~線は筆者による）。そしてさらに「独占資本主義体制の社会的災害」であり、「国（自治体）が産業育成政策の下でこれを規制しようとしなかったために防止できなかった」としている。そして「合成化学物質による公害被害発生の防止と除去」と「油症被害者の全面的救済の達成、という2つの重要な課題⁹⁾を設定している。

換言すれば、「油症訴訟の目的は、被害者の救済とこの種事件の根絶にある」²⁾。この2つの課題を達成するためには被害実態の全てを徹底して明らかにしなければならない。それなくして被害防止も救済もあり得ない。³⁾として損害論を冒頭に述べている。ここに油症裁判の特徴と意義が見出されるのである。

2. 被害とその立証

重要な前提は、被害に対する認識のあり方である。この点についてはすでに紹介した⁴⁾が読者のために再録することにしたい。

『書面』第1章損害論第1損害論総論において「被害実態の全てを徹底して明らかに……」することを冒頭に述べ、4つの観点を挙げた。(1)症状と生活障害の実態、(2)油症被害者の1日、(3)油症被害者の家庭生活の破壊、(4)油症被害者の出生から死まで。そして「被害は症状だけにあるのではない、ひとつひとつの症状の背後には患者が毎日の日常生活の中でうけている膨大な被害事実が存在している。しかもこの被害事実がそれぞれ複雑に関連しあい、影響しあって相乗的に被害が大きくなって……」「各被害を個別に評価するだけでは足りず、これらが関連しあって生じるすべての悪循環を総体として……」「社会的、経済的、家庭的、精神的被害などのすべてを包括する総体として……」(『書面』)把握することを示している。』

以上に紹介した考え方は、社会医学を志す者のみでなく臨床医、基礎医学者にとっても非常に示唆に富んでいる。紙面の都合上詳細は「書面」または「書面(抄)」を参照されることを希望するが、本稿では理解のために若干紹介しておきたい。

油症に特有な「目やに」は、診断学上は単なる眼脂の分泌過多にすぎない。しかし機関車を運転する被害者はそのために前方がよく見えず、貨車に激突した例がある。また漁師をしている被害者はそのために仕事ができなくなった。

腹痛も通常のものとは異質である。治療しても効果がない。診断学的には単なる腹痛にすぎない

が、バスの運転士をしている被害者は乗務中に激しい腹痛に襲われ、町の中でバスを止めて民家にかけてこむことが日に3~4回あると言う。

最も特徴的な症状に病的な、異常な疲れやすさがある。小学校、中学校あるいは高校の生徒が、好きなスポーツもできず、帰宅するとすぐゴロゴロ寝てしまうという事例は非常に多く経験された。成人においても同様であるが、会社を欠勤すれば生活に影響するので、苦痛を耐えながら勤務した被害者も多数であった。疲れやすさという現象を客観的に証明することはほとんど不可能である。被告らはこれらの症状を心因性であると意図的に反論しているが、単純にさえ見える症状であっても被害者の生活行動を具体的にどのように障害しているかを把握しなければならない。

被害を立証するに当たり、筆者は証言の冒頭において「油症とは内臓障害をとまなり全身性疾患である」と定義し、それ以後の立証を方向づけた。この考え方は同時に、九大油症研究班が皮膚科学的症候論を一面的に強調していた診断基準ならびにその認識のあり方に対するアンチテーゼであった。

筆者の理論的根拠は、臨床的観察を通じてまとめられたものであり、すべては被害者より学びとったものであった。論文(後述の科学者会議シンポジウムにおける報告)から一部を紹介すると以下の通りである。

『PCB中毒の病態をとらえようとする時に、個々に現われる病的変化のみにとらわれて、一面的に解釈するのではなく、外界への適応の過程で何が発現するかを見きわめねばならず、同時に可能な、しかし限られた範囲内で明らかにすることのできる微分的な特異的病理過程のみでなく、全身性に積分として表現される非特異的反応をとらえることが肝要である。すなわち、病理的生命現象つまり病理的過程には、2つの対立した側面がみられる。特異的なものと非特異的なものがそれである。特異的過程は、PCB中毒固有の病理現象であり、他の疾病と鑑別する際の診断学的根拠となり、局所性に、病理組織学的変化として現われることが多い。塩素

瘡瘡、毛孔黒点、皮膚、粘膜、結膜、爪などにおける特有な色素沈着、爪の変形などの肉眼所見がその1つである。非特異的過程は、生体が「まさに病気である」ことを特徴づけるものであり、全身性に、積分として表現される病態生理的变化である。油症患者共通にみられる倦怠感、易疲労性、食思不進、目の疲れその他の症状がその例であり、PCB中毒以外の疾病にも現われる病気一般に共通したものである。』⁹⁾

一般に「公害病」は、初めは奇病として発見され、後になって因果関係が明らかにされる場合が多いが、その健康破壊の実体を現在の医学常識あるいは研究の蓄積のみで正確につかむことはほとんど不可能である。

それ故にこそ新しい研究が周到に組織されねばならないが、研究の成果が被害者に還元されるまでには相当の時間が必要である。しかし被害者は、特に発病初期の数年においては、その成果を待つことができない。たとえ数多くの論文が記載されたとしても、動物実験による「成果」であったならば、理屈はどうであれ被害者へ安易に還元するわけには行かない。油症はまさにその例外ではなかった。

第一線の医療機関の場合は、被害者救済を最高の任務としなければならない。従って実践的立場から臨床観察を基礎にして治療設計と健康管理対策への理論の確立が求められる。前記の論文もそのような観点からまとめられたものであり、今日までの重要な基礎理論となった。そして被害者の健康障害に関する立証の理論的な土台となった。

3. 被害者の訴えとわれわれの取り組み

44年11月22日、九州民医連第4回学術集談会が北九州市で行われた折に、総会の壇上で「被害者の身になって診てくれる親切なお医者さんがほしい」と被害者の会の代表が切々と支援を訴えた。

同29日、福岡県民医連第3回理事会において、この訴えは「痛烈な訴えであり、同時に要求である。それに応えるのは「民医連以外にない」を言葉だけでなく、真の意味で、このことに気付く

に私達は余りにもおそすぎた事を深く反省しなければならない。同時に今後県民医連の中心課題としてとりくまなければならない」として方針を決定し、「福岡県民医連カネミライスオイル中毒症治療対策部」を発足させた。』¹⁰⁾

なぜこのような事態になったかを詳しく述べる紙面の余裕もないので、福岡判決の中の一文を紹介しておきたい。「救済の立ち遅れ」の部分において「油症の解明と治療について中心的役割を果たしてきた油症研究班とかなりの原告らとの間に（他の油症患者の多数も同様である）信頼関係がなくなってしまったことも、一層救済の立ち遅れをもたらしたことだろう。医師と患者間の最も基本的な信頼関係の破壊は（当裁判所はその原因をここで詮索するつもりはない）悲劇しかもたらさない。』¹⁾

筆者は前記「対策部」の責任者として、まず家庭訪問から着手した。被害者が例外なく示した医師と大学病院に対する不信感は言葉では表現できないほど深刻なものであった。

われわれの取り組みに対し、被告カネミ、医師会、公立病院、総評の一部等による圧力、受診抑制、分裂策動などの妨害があった。また被害者の診断書記載等については医師会幹部の一部は全く非協力であった。そのみか行政と組んでわれわれに救急告示病院の指定を返上せよと非常識なまでの圧力さえかけた。

しかし、われわれは常に被害者に守られ、挑発を避けながら活動することができた。今日までの間に被害者救済等のために診療所を2カ所（田川市、北九州市）、研究所（北九州市）を1カ所設立し、油症外来を充実させ、集団健診、疫学調査、基礎的研究、治療法開発研究などを続けてきた。そして法廷においては原告側証人として多数の医師が協力して証言した。建設費等を除き、今日までの必要経費は総額3億円を超えている。

4. 法廷外の闘い

「油症訴訟の使命が大きければ大きい程、しかもその相手が化学独占であり、国・自治体である

以上、広い国民的理解と大規模な国民的支援運動なしには、裁判闘争を勝利することは困難としなければならない」(内田⁹⁾)といわれるように、法廷外の闘いを抜きにして油症裁判の勝利はあり得ない。

支援運動には諸種の形態があるが、本稿では裁判に直接関係した科学者の役割等について若干紹介することにとどめたい。

48年9月15、16の両日にわたって日本科学者会議主催の全国シンポジウムが行われた。「PCBをめぐる諸問題」という主題の下に、PCB関連の科学者等が結集し、27題の報告が行われた。筆者はその際に基調報告の一部として「PCB中毒をめぐる諸問題について——特に中毒症の総合的把握のための基礎的認識によせて」⁹⁾を報告した。科学者会議は、このような医学原論に係る考察を自由に発言できる機会を与えてくれたが、それを契機に学際的協力共同の研究や調査が実現し、そのうちの重要な部分は法廷で証言された。医学以外の分野の科学者はそれぞれの専門の立場から証人として重要な証言をした。このように日本科学者会議の果たした役割は多大であったといわねばならない。

55年7月26、27の2日間、大阪市において日本科学者会議、環境科学総合研究会主催によるシンポジウム「今日のPCB問題」が開催された。前回より7年経ているが、報告の内容には研究の前進が反映されていた。

この2つのシンポジウムは、油症裁判とPCB等合成化学物質による公害に対する全国的な世論を喚起する上で重要な役割を果たしている。特にこれらのシンポジウムに結集した自然科学者、社会科学者をはじめ文化人等多数の賛同を得て、51年、53年に次いで56年の3回にわたり、公正な判決を求める「共同声明¹¹⁾」が発表されたことは、直接には裁判官に対し、間接には良識ある知識人、世間一般に大きな影響を与えるものとして高く評価されるであろう。

その他「油症裁判を支援する医師の会」(医師・歯科医師等60人)、福岡県民主医療機関連合会、福岡県保険医協会等の連携は、集団検診や疫学調

査のみではなく、治療や救済の活動に大きく貢献し、その過程で法廷における証言へ重要な示唆や資料を提供してきた。これも法廷外の闘いの一環であるが、医師が中心となる運動であるので、運動論の立場からもこの形態の支援活動は特に重視されねばならない。

5. 事件発生は予防できなかったか、 また被害を最初から最低限に食い 止められなかったか

「その後の問題点」から離れるが、当日の司会者が予め提起した問題点であったので概略的に記述しておきたい。

(1) 被告鐘化の責任

鐘化は29年よりPCBを製造販売したが、以後44年7月(つまり油症事件の翌年である!)に三菱モンサントがPCBを製造し始めるまで、製造販売を独占してきた。そして32年頃から食品工業における脱臭装置の熱媒体として積極的に販売した。その際金属性パイプを腐蝕して食品中に混入する危険性など全く考慮していない。

しかし、鐘化はPCBの毒性を知っていた。すなわち、PCBの生産を開始するにあたってドリンカーや野村(現熊本大医学部教授)の論文を検討しており、さらに製造開始後、30年から31年にかけて行われた久保田重孝らによる健診結果等をも研究していた。そして製造現場では保護クリームの使用、カネクロール蒸気への暴露時間の制限などの対策をたてていた。

それにもかかわらず鐘化は食品工業に熱媒体としてPCBを導入した。その責任はきわめて重大である。

(2) 被告カネミの責任

脱臭工程に熱媒体としてPCBを使うことがいかに危険であるかについてなんらの知識もなかった。

福岡判決においては「被告鐘化の毒性に関する情報提供義務と被告カネミの毒性についての調査研究義務は対一般消費者との関係で併存するものであって、一方の存在によって他方が解除される

という筋合のものではない」としている。そして「化学合成薬品が食品に混入するとき人体への重篤な有害を予測するのが通常である」として、カネミの責任を明らかにしている。

カネミも食品製造業者として食品の安全性について十分に検討さえしていたならば、おそらく熱媒体としてのPCBを使用しなかったであろうし、当然不幸な事件は回避されていたはずである。

(3) ダーク油事件

43年2月末から3月はじめにかけて、ダーク油を混入した飼料によってニワトリが40ないし50万羽斃死する事件が発生した。

3月8日には農林省家畜衛生試験場九州支場が中毒説を出し、3月16日には同九州支場と福岡肥飼料検査所が飼料の回収を命じたという(藤原による)。

この時点で国・北九州市がカネミのダーク油について徹底的な追究をしておれば、油症事件は最少限の被害にとどまっただけである。つまり、ダーク油の製造もカネミライスオイルの製造も同じ工程であったので、ダーク油がPCBに汚染されていることはカネミライスオイルも同様に汚染されていることは明白であった。ここに国・北九州市の責任の一端がある。

(4) 九大附属病院の責任

カネミ油症事件の被害発生は、43年6月から8月にかけてピークであったとされているが、九大附属病院にはじめて被害者が受診したのは6月である。同年9月7日に日本皮膚科学会大分地方会で症例報告が行われているので、6月から8月にかけてはかなりの知見が得られていたはずである。

9月には、当時九大附属病院に入院していた被害者にカネミライスオイルが原因であることが看護婦から知らされているので、この時点で食品衛生法第27条に従って医師が食中毒容疑についての届出義務を履行していたならば、被害の拡大を少しでも防止できたと考えられる。ちなみに、原因が確定したのは11月であった。

九大附属病院のこの届出義務不履行とそれに対する反省が全くないことは今後も責任追及の対象になるであろう。

6. 「救済制度」等に関する日弁連の「意見書(案)」

「その後の問題点」の中で、これから将来に向けて積極的な評価を受けるものの1つとして、日本弁護士連合会公害対策委員会が提出した「意見書(案)」を紹介したい。

正式には『厚生省の「食品事故による健康被害者の救済制度に関する研究報告」に対する意見書(案)』といい、56年4月に提出された。

これによると『厚生省は、食品事故救済制度創設を検討するため、昭和48年4月13日、厚生科学研究費補助金により「食品事故による健康被害者救済の制度化研究会」を発足させた』、そして『昭和54年12月に最終報告(食品事故による健康被害者の救済制度に関する研究報告)』を発表した¹²⁾と記されている。そして「研究報告の指摘は、それなりに正しいとしても、制度創設の必要性を論じるとき、次の二つの観点からの検討が大切である」として、「第一に、森永ひ素ミルク中毒事件やカネミ油症事件の……悲惨で深刻な被害の実態を十分に調査し、その実態調査を正しくふまえた上で救済制度の必要性を論じなければ、不十分な救済制度にとどまってしまう……」こと、次いで「第二に、研究報告が、食品公害多発の原因を究明することなしに、救済制度創設の必要性を論じている……」として「食品企業がその負わされている高度の注意義務を怠り、利潤追求至上主義に走ったこと、および国がその企業の怠慢を許容し、必要な食品衛生法の改正を怠り、食品公害被害者の救済対策を放置してきた……」¹²⁾ことに食品公害多発の原因があると論じている。そして行政の怠慢を批判し、救済制度の確立は急務であるとして日弁連が積極的に取り組み、「意見書(案)」を提出するに至ったのである。被害者とともに今後の展開を待ちたい。

7. 繰り返された油症事件

——台湾における米ぬか油中毒事件

カネミ油症事件が発生して以後11年目に、これと全く同類の中毒事件が台湾で発生した。54年3月以降に台中市などで奇病が集団的に発生し、その後原因として米ぬか油が疑われ、9月になってPCBに汚染された米ぬか油の摂取によるPCB中毒であると確定された。

事件発生から原因確定までの過程は、カネミ油症事件と全く同じである。事件の概要等についてはルポルターージュ¹³⁾、¹⁴⁾に譲ることにして、本稿では社会医学の立場からいくつかの問題点を指摘しておきたい。

まず住民運動が徹底的に弾圧されているので、わが国で経験されてきたような形態の被害者救済あるいは未認定患者の発掘のための運動は全く不可能である。現地からの要請に応じて54年12月に台湾を訪れたが、被害者に接触するうちに特務機関の監視等を受けるに至った。同時期に高雄を訪れた共同研究者も同様の扱いを受けている。

翌年4月に再度訪問する予定であったが、出発の前日に訪問予定者宅はすべて特務による家宅捜索を受けたので訪台を中止した。

現地では、公開の場でこの事件のことを話すのは反共法に基づく国策に反するので、被害者の追跡調査、未認定者の発掘活動を含む自主、民主、公開の原則による幅広い救済活動は不可能である。

次に台湾は国民皆兵政策の下にあるので、妊娠中絶が禁止されている。従って胎児性油症を避けるための処置ができない。若い年代の女性の被害者は悲劇的である。

そのほかカネミ油症の発病初期の病理を解明するためには、この台湾の事例が貴重である。筆者ら¹⁵⁾は現地の協力者の個人的な援助により血中PCBとPCQの経時的变化の一部を知ることができた。しかし援助にも危険がともなうので中断したが、なんらかの形で再開されることを希望したい。民主主義のない国に社会医学は育たず、社会医学のない所に住民の健康はあり得ない。これが偽りのない心情である。

おわりに

第22回社会医学研究会総会において開催された

ラウンドテーブルディスカッション「九州地方における公害・労災・薬害——その後の問題点」において、筆者はカネミ油症に関し報告する機会を得た。拙稿においては、当日の抄録と口演原稿を補足し、特に社会医学の立場から重要と思われる問題点に触れて記述した。とりわけ「油症裁判の特徴と意義」は、「その後の問題点」の中で最も重要な部分であった。従って「被害とその立証」、「被害者の訴え」、「法廷外の闘い」などすべて関連したものとしてその順序に述べた。

拙稿において挙げられた問題点には、他の公害問題だけでなく、労働災害、職業病問題等にも共通する部分が多くみられるであろう。長い年月、そして多数の裁判に証人としてかかわってきた立場から、社会医学の分野において医師をはじめ医学医療にたずさわる人々と弁護士、法律学者等との連帯がいかに大切であるかを理解していただければ幸いである。(稿を終るにあたり、貴重な資料等を提供していただいた高木健康弁護士および著書を利用させていただいた藤原邦達先生に感謝の意を表します)

文 献

- 1) カネミ油症事件第1審判決、判例時報、866, 21—119, 1977
- 2) 内田茂雄：カネミ訴訟の意義と問題点、公害研究、7, (4), 11—18, 1978
- 3) 梅田玄勝、真角欣一：油症問題に関する二、三の見解について、第16回社会医学研究会総会抄録集、72—73, 1975
- 4) 梅田玄勝：カネミ油症被害者の被害実態と補償要求などについて、第19回社会医学研究会総会演題抄録集、p.16—17, 1978
- 5) 梅田玄勝：公害事例別にみた補償・救済の現状と問題点—PCB中毒=カネミ油症—公衆衛生、43, (6), 403—406, 1979
- 6) 梅田玄勝：九州地方における公害・労災・薬害—その後の問題点：(5)カネミ油症、第22回社会医学研究会総会講演集、18—19, 1981
- 7) 牛山積：現代資本主義と食品公害、法律時報、49, (5), 8—12, 1977
- 8) 「書面」：カネミ油症事件原告最終、(第10回)、準備書面(第1分冊)その1—序章、p. 13, 15, 1976。ただしこの「書面」は一般には入手し難いので次の「書面」(抄)を参考にしてよい。「書面」

- (抄)：カネミ油症事件原告最終準備書面(抄)，法律時報，49，(5)，75—100，1977
- 9) 梅田玄勝：P C B中毒をめぐる諸問題について，日本の科学者，8，(11)，19—25，1973
- 10) 公害研10年の歩み，財団法人健和会刊，1980
(北九州市戸畑区中原東3丁目10—17，〒804)
- 11) 「カネミ油症事件第二陣訴訟の公正な判決に期待する」，共同声明1981年9月19日(これは第3回目の共同声明であり，第1回，第2回のそれとともに内容は割愛した。)
- 12) 日本弁護士連合会公害対策委員会：厚生省の「食品事故による健康被害者の救済制度に関する研究報告」に対する意見書(案)，p.3—8，1981年4月
- 13) 梅田玄勝：台湾でもくり返されたP C B中毒の悲劇，民医連医療，98，63—68，1980
- 14) 加藤邦彦：台湾におけるP C B中毒事件について，人間と環境，6，(2)，29—33，1980
- 15) 中島裕而，梅田玄勝：P C B中毒の初期における患者の血中ポリ塩化ビフェニルとクォターフェニルの濃度変化，医学と生物学，103，(3)，237—241，1981

福岡でのスモンへのとりくみ

第一線臨床医に求められるもの

本 庄 庸

(福岡・千鳥橋病院)

スモンはいうまでもなく、1970年9月、厚生省によってキノホルム剤の使用、販売禁止措置がとられたことによりその新たな発生が基本的には終熄たし疾患であり、現在ではそれがキノホルム中毒症であることが広く認められている疾患である。スモンはわが国の代表的な薬害による疾患であると同時に、第一線医療の担い手である臨床医のあり方を、そして又、医学研究者の姿勢をも鋭く問いかけた疾患でもあった。スモンについてはその被害が未曾有のものであり、かつ全国に拡がっていることから、これについての綜説その他は枚挙にいとまがない。ところで九州又は福岡のスモンを語るといっても、それが特有の風土病でない以上全国のスモンと変るところがないとはいうまでもない。しかしスモンへのとりくみという点では、全国各地でいろいろなとりくみがくり拡げられており、又自治体の対応もさまざまである。そこにはそれぞれの特徴があり、そこから我々が学ぶべき教訓もおのずと異って来るわけである。そこで本稿では先ず今回のディスカッションのテーマとされた四つの課題、即ち(1)発生は予防出来なかったのか。(2)被害を最初から最低限にいとめられなかったのか。(3)救済はきちんと行なわれたか。(4)救済の対象となる被害とは何かの四点がスモンではどうだったかについてふれたい。次いで福岡でのスモンへのとりくみ、特にそのなかで我々第一線の臨床医が果たした役割についてふれたい。そして最後に今後に残された課題についてまとめてみたい。

1. スモンの発生は予防出来なかったのか

これについては既に多くの報告がなされており、又全国各地の裁判における法廷での証言、弁論、そして判決を通じてスモンの発生は予防可能であったことがあきらかにされている。又その根拠についても枚挙にいとまがない。それは福岡地裁での証言だけをとりだしてみてもあきらかである¹⁾。即ち熊岡はキノホルムの神経毒性がキノリン誘導体に関する情報及びキノホルム自体の情報から予見可能であったことを証言している。又、片平は戦前のキノホルムの臨床治験報告のなかにもスモン様神経症状(副作用)があったことをあきらかにした。さらに高野はスモンが多発した要因が製薬会社の大量生産、大量販売、薬の本質を無視した広告宣伝などの利潤追求、安全性の無視および国の薬事行政の杜撰さにあることを証言している。そしてこれ等の証言等を経て、福岡地裁判決は製薬三社の不法行為と共に、「国の薬品安全性確保義務と、それを介して国民個人々の生命、健康の保全をはかるべき義務とは肯定されざるを得ない²⁾。」として、これに違反した国の不法行為をも明確にしている。以上みて来たようにスモンの発生は予防し得たものであり、それにもかかわらず、現実にはこのように大量の患者を出し、それを通じて多大の損害をもたらしたところに、スモンが単に製薬会社や国の杜撰な薬事行政を告発しているだけでなく、我々第一線の臨床

家、医学研究者に問いかけているもう一つの深刻な側面があるといえる。

2. 被害は最初から最低限にきいとめられなかったのか。

この点に関しては、既に述べたようにスモンの発生そのものを防ぐことが出来たはずだという観点からすれば問題にもなり得ない。しかし不幸にしてスモンの発生を防ぎ得なかったとしても、その時点で国と製薬会社がその本来の任務を果していれば、被害を最小限にきいとめることは出来たはずである。よしんば国と製薬会社がその本来の任務を果さなかったとしても、医学研究者がスモンの病理所見を偏見をもたずにうけいれ感染説を早期にしりぞけていたならば状況は変わっていたといえないだろうか。1963年頃からウィルス感染説がたけなわのなかでも（新宮ウィルス説、中沢ウィルス説、コクサッキーA4型ウィルス説：宮原等、井上ウィルス説等々）一方ではスモンの病理所見は代謝性障害ないし中毒性障害のそれに一致していて、炎症所見を欠く³⁾ことがはっきりしていたはずである。この時点で病理所見からの追求がもっとされていたならば、いたずらにウィルス感染説にまどわされずに、もっと早い時期にスモンの病因が解明され、その被害はもっと少なくてすんだのではなからうか。この点では後にふれるように新宮ウィルス説等が患者に与えた不必要な苦痛と共に医学研究者の社会的責任が問われるところであろう。なおこの点に関連して、スモンの最初の研究班であった「下痢を伴う脳脊髄炎症の原因及び治療の研究」にたずさわった厚生省の研究班(前川班)が充分機能することなく、患者がますますふえ続けているなかで、結論も出ないまま、1966年には同班を解散させた国の責任も問われなければならない。いずれにせよスモンはその発生を予防出来た疾患であったし、不幸にして発生を予防出来なかったとしても、その対応いかんによっては早期にその被害を最小限にきいとめることが出来たはずの疾患である。しかし、一方スモンの原因がキノホルムであることを示唆するデータ

が1970年8月5日に公表され、9月5日には樺により第34回日本神経学会関東地方会に発表されたあとの対応は非常にすばやいものであった。即ち2日後の9月7日には中央薬事審議会の答申がなされ、翌9月8日にはキノホルム類の販売を「当分の間中止させ」「その使用をみあわせるよう広く一般に周知を図ること」を内容とした厚生省の通知が各都道府県知事宛に出された。このすばやい対応はかつてのサリドマイドの時にはみられなかったものであり、この点では遅ればせながら、その被害をある程度きいとめるうえで積極的な評価をなし得るものであろう⁴⁾。

3. スモン患者の救済はきちんと行なわれたか。

スモン患者の救済がきちんとなされなかったことは周知の事実である。この点は、スモンがキノホルム中毒であることが明らかとなり、全国各地で被害者である患者と国、製薬会社との間で和解が進んでいる今日でも基本的には変わっていない。和解が成立した患者にしても、次項でふれる救済さるべき被害の考え方にもよるが、受けた被害の大きさに比してあまりにも少額の和解金で和解が成立させられていることは患者が一様に指摘しているところである。ましてこの和解への道は、「手続き的には提訴してもらって、それに対する迅速な和解手続きをするということで事柄を処理する。」というかたちで多くの未提訴患者には何等の救済の手もべられていないのが実態である⁵⁾。(スモン調査研究班が把握している患者は11,007人、1981年1月1日現在の既提訴患者数は5,953人⁶⁾にとどまっている。)あまつさえ、調査研究班に把握されていない未認定のうずもれた患者の問題もある。しかもこの点でさらに重大なことは、スモン患者の実態が、患者数という最も基礎的なところでもつかまれているいないし、そのための努力を国も殆んど自治体もやってこなかったことである。この点に関しては、井形等は既に1973年の時点より、「今のうちに自治体が真剣にその実態を把握しておかないと、あとで大変なこ

とになる⁷⁾。という指摘を行なっていたが、多くの自治体はそのための検診等を行わず、今に至るもスモンの実態は正確にはつかめないままとなっている。

4. 救済の対象となる被害とは何か。

一般に公害病や労働災害による被害とは、単なる健康障害だけを指すのではなく、健康上の被害に加えて、それにより受けた精神的、経済的そして社会的な被害のトータルであるとされている。そして救済すべき被害とはこのようなトータルの被害であるという考え方はおおかたの合意を得られていると考えられる。スモンにおいてもこの間の事情は同じである。というよりはむしろスモンにおいてこそこの考え方がきわだって重要となるともいえる。スモンの場合、超重症の寝たきりの症例や、殆んど完全に失明している症例は別として、多くの場合健康障害の最大のもは異常知覚と痛みであり、それだけにその障害は他の人には充分つかみ難いものである。それにもかかわらず多くの患者は職を失い、結婚をあきらめ、又離婚せざるを得なかったのである。しかも1964年の新宮ウィルス説以来、伝染性の奇病として社会から疎外された多くの患者は自殺企画にまで追いこまれ、その間にうけた精神的な被害は肉体的苦痛や経済的な被害をうまわるものであったとさえいわれている。即ちスモンにおいて救済の対象となる被害とは単なる健康上の被害にとどまらず、それは将にトータルの被害である。それは福岡地裁判決では次のように述べられている⁸⁾。

「以上述べて来た種々の被害は、それぞれが個別的なもの、孤立的なものではなく、互いに密接に不可分の総体として複合して、原告患者等を包み込み、日夜休む間もなく喘ぎ苦しめている。その根源が肉体的苦痛にあることからの叫び、安全であると信頼して吸んだ薬が毒であったことを知った悲しみからの叫びであることに、裁判所も被告らも、よく耳を傾けなければならない。」

一方和解の基礎となった東京地裁可部和解案⁹⁾

は症状の程度において、(つまり、健康障害の程度にもとづいて) 症度をⅢ～Ⅰ度と分け、それぞれに和解金額を定め、それに年齢加算、一家の支柱加算、一定範囲における主婦加算を修正要件としている。スモンが何よりも健康被害であることはいうまでもなく、それが救済すべき被害の根幹であることは当然のこととしても、その被害は将にトータルなものであり、可部和解案があまりにもその実態からかけ離れていることはあきらかであろう。従って多くの原告患者はこの和解案を拒否して判決による解決の道を選んだのも当然である。そして患者の実態をより正確につかんだ福岡地裁の判決が金額においても可部和解案を上まわったのも当然であったといえる。

患者の症度と、そのうけたトータルの被害度がどのように相関するのか、この問題についてかつて我々は九大医学部の学生のサークルと共同して福岡市とその周辺のスモン患者32名について調査したことがある¹⁰⁾。調査の目的は可部和解案の基礎となっている症度と、不患者が実際に蒙った被害の大きさ(トータルの被害度)とが果して相関するかどうかをあきらかにすることとした。この調査、考察には大きな難点があった。それは各患者が蒙ったトータルの被害度を数量的にとらえることが非常に難しい点にある。そこで我々は32名の患者に個々面接によるききとり調査をしたうえで次のような仮説をたて検討をしてみた。即ち、各患者がうけたトータルの被害度を数量的につかむために、経済企画庁の「国民選好度調査」¹¹⁾による国民全体の要求度数に基づき、患者の各生活領域毎の被害に比重を与えることによりトータルの被害度を出すことにした。患者の各生活領域毎の比重は次のとおりである。①生計：55点、②住居：33点、③仕事45点、④人間関係：43点、⑤教育：20点、⑥余暇：52点、以上である、このような比重を与えて個々の患者の各生活領域毎の被害度を一定の基準に基づき複数の調査員の判断で10段階に分けこれに先にあげた比重をかけてその患者のトータルの被害度として「これを選好度法による被害度」とした。一方このような各生活領域毎の被害に比重を与えず、同じ比重で各生活領域

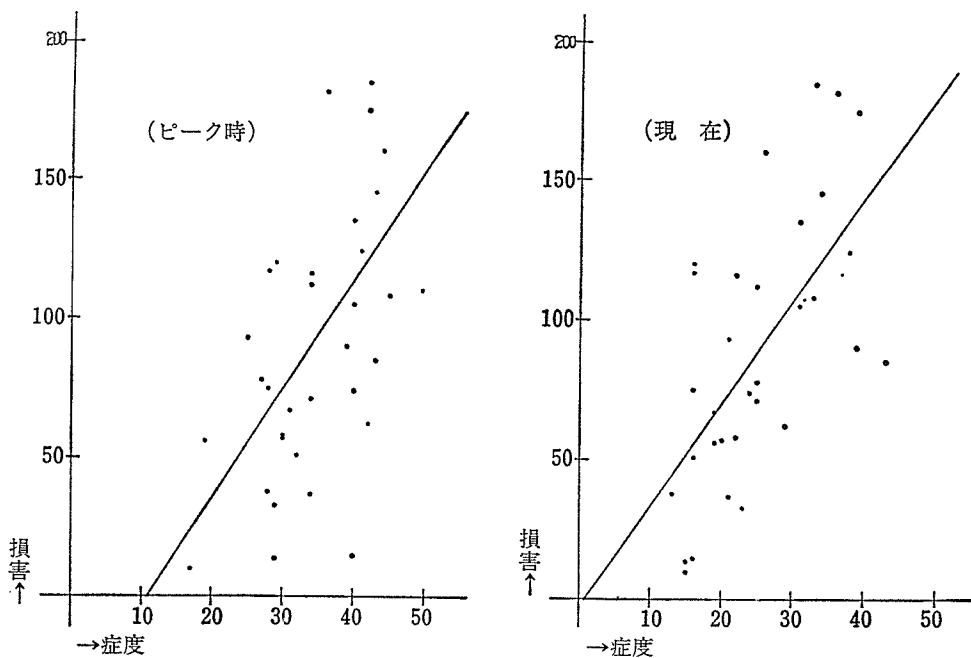


図1 選好度法による被害度と症度との相関

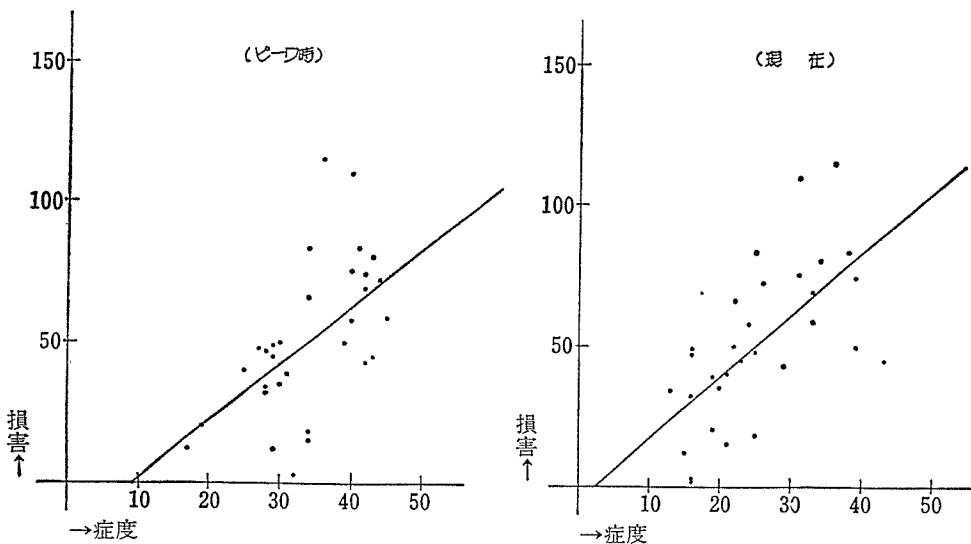


図2 平均法による被害度と症度の相関

毎の被害度をトータルしたものを「平均法による被害度」とした。このようにして数量的に得られた二つの方法による各患者のトータルの被害度と患者の症度とはどのように相関しているだろうか。まず我々自身で定めた基準により各患者の症度を調査時点と症状が最もひどかったピーク時と

に分けて出して、それぞれの被害度との相関をみた。(図1, 2)

このようにして求めた被害度と症度は調査時点及びピーク時点共に $P=0.01$ の相関が認められた。しかしこれを可部和解案による症度と比較すると図3の如く、軽症(I度)の場合は大きなば

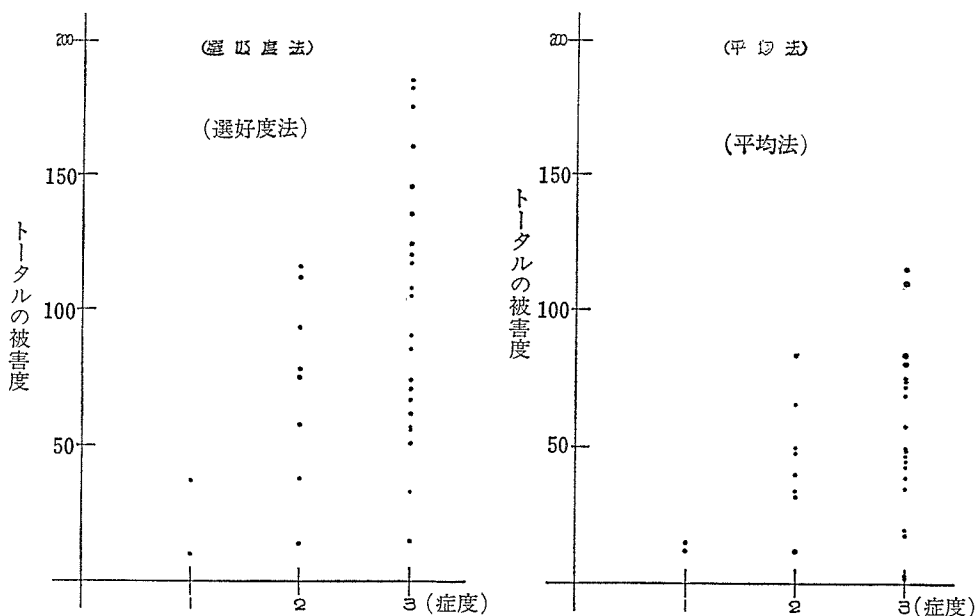


図3 可部和解案の症度とトータルの被害度

らつきをみないが、中等症（Ⅱ度）、重症（Ⅲ度）ではそれぞれ大きなばらつきを示し、可部和解案の症度と、我々が出したトータルの被害度とは必ずしも一致しないことをうかがわせた。

なお図3は可部和解案の修正条項が加味されていない。しかしこの修正条項を加味してもその症度（可部和解案が出した被害度）と我々が出したトータルの被害度とは大きなバラツキがある。勿論以上の結論は一定の仮説をたてたうえでの結論であり、この結果をただちにスモン患者の実態にあてはめることは危険である。しかし可部和解案の症度からその患者の被害度をおしはかろうとする発想には一定の無理があることをこの結果は示しているといえるであろう。

ところでスモンを含む公害や労働災害の救済すべき被害をトータルのものとしてとらえる考え方は早くから原爆被爆者の団体である日本被団協のなかで確立され発展されていることに注目する必要がある。日本被団協はその発足の当初から（つまり日本が未だ高度経済成長期に突入する以前から）、従って公害が未だ今日のような形であられる前から原爆の被害をトータルなものとしてとらえ、単なる健康上、精神的、経済的、社会

的な被害としてきり離しては論じることが出来ない被害としてとらえ、それ故に原爆の被害を一般的な戦争の被害とは区別さるべきだとして、国家賠償の見地にたって原爆援護法の制定を要求して闘って来た。それは不幸にして未だ成立はしていないがスモンの被害を考るとき、日本被団協のこの考え方は大いに参考となるのではなからうか。つまりそれは単に肉体的、精神的、経済的、社会的な被害の総和ではなく、そのトータルのものとして、それぞれがからみあい、相乘的に被害を大きくしている点をもう一度考えてみる必要があるように思われる。

5. 福岡での運動とその特徴¹²⁾¹³⁾

福岡でのスモンは1959年、大牟田市勝立地区にスモンが多発し、「勝立病」として奇病あつかいされた時から県民に広く注目されることとなった。福岡県スモンの会（患者の会）は1971年11月に結成され、1973年5月には福岡地裁に第一次の訴訟が提起された。福岡県スモンの会は、その後起こった全国スモンの会の不幸な分裂から教訓を学びとり、当初から被害者自身の運動を柱にして

きた。そのため当初より県内各地区毎に毎月1回の学習会をもち、スモンの問題だけでなく、薬事行政の問題、各地の他の公害闘争の問題等の学習を進めて来た。そしてその後の裁判闘争を含めて、支援運動の輪をひろげる闘い等総ての運動が被害者自身で進められ、不自由な身体をおしてのデモ行進や、寒波のなかでのビラ配りは多くの県民の感動と共感をよびおこすものとなった。このように患者、被害者自身の運動を柱にして来たことが福岡におけるスモンの闘いの第一の特徴であったといえる。

福岡におけるスモンの闘いのもう一つの特徴は広汎な県民によびかけ、守るを組織し、スモンの会（被害者）、弁護士、守る会の三位一体の運動が合い言葉となり進められたことである。そしてこの地域毎の学習会を基礎にした被害者自身の運動と、被害者、弁護士、守る会の三位一体の運動という二つの特徴は、その後の裁判闘争の過程にもひきつがれ、困難な情勢のなかで最後まで団結を保ち、遂に1978年11月14日、歴史的な福岡判決をかちとるに至った。この判決はよくいわれるように、それに先だつ金沢、東京の両判決に比べても大きな前進があり画期的なものであった。その第一は投薬証明書がとれなかった被害者にも救済の道を大きくきり開いたことである。以下に掲げる福岡のスモン訴訟の一欄表からも明らかごとく、福岡の第一次訴訟の原告患者数は144名でこのうち4名が投薬証明なしであった。そしてこの4名は現時点ではそのまま和解が成立していない積み残し患者となっている。従って裁判で勝訴したとはいえ、投薬証明がとれない患者の救済は困難を極めており楽観出来る状況にはないが、ともあれ投薬証明がとれなかった患者がはじめて判決を通じてスモンと認められ、その救済の道がひらかれた意義は大きいといえる。

福岡判決の第二の大きな成果は鑑定ぬきの判決であったことである。鑑定ぬき自体についてはいろいろの評価もあるが、少くともいたずらに裁判をながびかせることなく、又法理論と医学的判断のはざまに何人かの原告患者を泣かすのではなく、何よりも被害の現実を直視して、患者の立場

福岡のスモン訴訟一覧

	第一陣	第二陣
患者数	144	84
原告数	179	103
請求総額	56億円余	31億円余
認容額	38億円余	
鑑定済数	0	57
和解済患者数	140	39
積み残し数	4	18
無投薬証明数	4	6
和解金最高額	5千万円余	4千万円余
和解金最低額	1千万円余	1千万円余
和解金総額	40億円余	

1980年4月25日現在

を理解した判決を導きだすうで成果があったということが出来る。このことは熊本の水俣病裁判の経過と比較すれば明瞭である。我々は鑑定という専門家の判断を拒否したり、軽視しようとは考えていない。唯、専門家の判断ということで被害の実態から離れたところで議論が進められることを危惧する。公害病における裁判では、専門家の判断も大切だが、それ以上に被害の実態を裁判所が、被告の企業が、そして広汎な国民が直視してそれを早期に救済する道こそ大切だと考える。福岡判決における鑑定ぬきというのはこういう点で画期的な成果といえるのではなからうか。

6. 医師団が果たした役割と 第一線の医師のあり方。

私はこの運動の当初より、守る会の一員として活動に参加して来たが、いつの日かいろいろの曲折を経て守る会の一会員というよりも、医師という専門家の立場で運動に参加することとなった。この裁判闘争で我々医師団は、ある意味では決定的な役割を果たしたといえる。私はいつの間にかその医師団の代表格におしあげられるなかで、必死の思いでその任務を全うすべく努力していた当時を思いおこしている。我々医師団はあらためて神経内科学を勉強し、学習会や講演会をもちながら一人ひとりの患者を分担し、その患者の状況に応じて病棟で、外来で、場合によっては自宅まで何

回も足をはこんで、一人の患者に数時間をかけてその全生活歴をききとり、現症をとり、そのうえで詳しい考擦をつけた診断書を作製し、これを統一診断書として法廷に提出した。私自身は二度法廷にたち被告代理人の尋問をうけ、医師団の立場と統一診断書の診断の妥当性について証言をした。福岡地裁はこの統一診断書を証拠として採用して、それを一つの根拠として鑑定ぬきの判決を行なった。福岡地裁判決はこう述べている¹⁴⁾。

「右医師団のメンバーの多くは内科医であって必ずしも神経科医ではない。医師団の結成にあたっては、スモン診断につき他の類似疾患との鑑別を可能にするように統一カルテの作製を準備し、診断の精度を高めるために前記鹿児島大学医学部の井形教授を招いて、その講演を開きスモン患者診察の実際を見聞し、問題点の討議をするなどし、更にその後の個別患者の診断についても問題があれば相互に検討を重ねて来たというのであるが、そのメンバーの経歴等は全くあきらかにされておらず、経験や能力は未知のままであり、しかも右医師団の結成目的等からすると、統一診断書の診断の正確性については幾分の危惧の念を禁じ得なかった。

スモンについての充分な知識と経験を備え、しかも訴訟の局外にある公正な第三者を得ることが可能であるならば、おそらくそれによる診断ないし鑑定が最も望ましいものであろう。…しかしその結果は少なくともここに弁論の終結をみた原告患者等に関する限り、統一診断書の診断は大筋において一応信頼を置き得るものであったといえる。しかし、これ等の点は投薬関連あるいは症度の判定において若干の問題を残したけれども、スモンの診断の大筋については特に破綻を生ぜしめなかった。結局これ等の問題点を補うことが出来るならば、スモン診断には必ずしも専門家による鑑別を要しないということである。」

多少長くなったが、ここに福岡地裁判決を引用したのは、この判決のなかに福岡の統一医師団の性格、実態、そしてそれをふまえたうえでの統一診断書の診断の妥当性が正しく述べられているか

らである。判決が述べているように我々統一医師団、そしてその代表格であった私は元来スモン又は神経内科を専攻する医師ではなかった。つまりいわゆる専門医ではなかった。我々はたまたまそういう専門知識と技術をもっていたのを運動に役だたせたのではなかった。運動が必要とするから自らの浅学非才を顧みず、自らそれをひきうけ、ひきうけた以上その任に耐え得るように必死に勉強していったというのがその実態であった。この点ではその後同じ鑑定ぬきで判決がなされた広島、前橋地裁判決の場合とも異なっている。即ち両地裁の場合、いずれも共同鑑定人団の一人である神経内科専門医の診断書により鑑定ぬきで結審している。福岡地裁判決が述べているように、スモンについての充分な知識と経験を備えた専門医が広島、前橋地裁の場合のように得られたならばそれは望ましいことであろう。しかし残念ながら福岡の場合はそれが得られなかった。我々は統一医師団は当然のこととして九大等の専門医の協力を依頼し、その協力を受けた。しかしこの場合も「自分の名が協力した医師として法廷で出るのは困る、それを出不さないことを前提として協力しよう。」というものであった。医学が高度化し、ますます細分化されてくるなかで専門医の役割は大きくなっている。しかしそのことは専門医でないとも出来ないということを意味しないことはいうまでもない。福岡の裁判闘争において我々統一医師団が果たした役割はそのことを示している。そこには第一線医療のにない手である臨床医のあり方にかかわる問題がないだろうか。周知のように最近日本の医学医療界では専門医の役割が高まると同時にプライマリー・ケア(以下P・Cと略)の重要性が叫ばれている。現在いわれているP・C論については深く検討しなければならない点を含んでいるとはいえ、我国の医療界の現状からして全体としては大いに積極面を評価し得るものであろう。我々は多くのスモン患者との交流のなかで、患者達が開業医師や公的病院の医師に大きな不満をもっていることを知らされた。これ等の医師は往々にして患者を敬遠し、親身になってその相談相手になってくれないという不満が鬱積して

いた。P・C論からすれば、プライマリー・ケア・フィジシャン（以下PCPと略）とは、スモンを含めて対応出来なければならないはずである。そしてもしその対応が自らの力量をこえるものであれば然るべき二次、三次の医療機関に責任をもって紹介がなされなければならない。現実にはスモン患者への対応がPCPの力量を超えることは殆んどないはずである。しかし今日の日本の第一線医療をになっている開業医師や公的病院の医師はスモン患者を敬遠し、そのことが患者の大きな不満となっている。従ってP・C論が提起しているものは現在の日本の医療の現状と臨床医のあり方を一歩進めるものであることは明らかである。しかしそれではP・C論でいわれるようなPCPの存在は、福岡の多くのスモン患者の要請——それは裁判闘争という特殊な状況下での要請ではあるが、その要請に応え得たであろうか。PCPは我々統一医師団に要請された任務を果し得るのであるか。大いに疑門が残るところである。日本において今日国民が期待しているものは、単なるPCPではなく同時に専門医だともいわれている。要は患者の要求、国民の要請にどう応えるかであり、第一線の臨床医には、常にその要請に応え得る姿勢と日頃の研鑽が求められているのである。従ってそれは予め想定されたPCPだけで律せられるものではなく、いわんや高度の専門知識と技術をもつ専門医で律することも不可能である。福岡の統一医師団の経験はそのことを雄弁に語っている。やはり現在求められているのは単なる専門医でもなく、又単なるPCPでもないといえるのではなからうか。もしそれを図式化するとすればどうなるか。我々はここ数年それを次のように考えて来た。それは、患者の立場にたつて、オール・ラウンドの力量をもち、さらに何か一つ分野では専門性を確立するような医師像であった¹⁵⁾¹⁶⁾。そしてこのような医師が一つの第一線病院のなかで、又地域でそれぞれの専門性を生かしながら連携協力するとき、今日の日本の患者の要求、国民の要請に応え得る医師が生まれて来るのではなからうかと考えて来た。それは少なくとも大学を中心に養成されているいわゆる専門医よりも

、そしてP・C論でいわれているPCPよりもより大きな可能性をもっと確信している。今後国民の医療要求はますます高まるであろう。そして第一線臨床医に対する要請もますます大きくなるであろう。それに応えるためには我々は現状に甘んぜずあるべき医師像をさらに追求していかなければならない。

ところで我々福岡の統一医師団は、この活動を通じて実に多くのことを患者と弁護士から学ぶことが出来た。患者から学んだ最大のことは、医学研究者の社会的責任の問題であった。スモンが当初奇病といわれ、特に伝染病といわれるなかで、どんなに多くの患者が必要以上に苦しめられて来たことか。それは将に肉体的な苦痛をこえる精神的な苦しみであったといわれる。なかでも新宮ウイルス説、井上ウイルス説が出たとき、何人かの患者が自殺におこまれ、多くの患者は果せなかったとはいえ自殺企図におこまれていたのであった。これに関しては多くの手記が発表されているし¹⁷⁾¹⁸⁾、片平もこれについて言及している¹⁹⁾。当時岡山の湯原地区、福岡の勝立地区、埼玉の戸田地区等の状況から、スモンの地域集積性、家族集積性さらには病棟集積性が指摘され、そこからスローウイルスインフェクションが考えられたこと自体は特に責められることではなかった。しかしその追試が必ずしも充分でなく、さらにスモンの病理学的所見に炎症所見を欠くことから³⁾、当時から感染説には一定の弱点があったといわざるを得ない。それにもかかわらず、新宮ウイルス説に始まるスモン感染症説は社会的に大きな作用をし、唯でさえ肉体的に、精神的に、経済的にそして社会的に苦しんでいた多くのスモン患者を絶望の淵にいざなったのである。スモンはここでも医学者と医学研究者のあり方を鋭く我々にといかけている疾病である。

一方弁護士から学んだことは何よりもその探求心と、目的のためには未知の分野を恐れず、そこに踏みこんでいくたくましさであった。例えば我々内科医には他科の文献は極めてうとましく、内科の中でも循環器をやっていたら神経の文献にはとっつき難い現状がある。弁護士にも法律の分

野で得手の分野と苦手のあるときいている。しかし弁護士は法律の分野でそれをのりこえるだけでなく、スモンの弁論をはるために医学専門書を渉猟し自らのものにしようとしている。我々は将来に圧倒される思いで弁護士のこの活動のみ続けて来た。弁護士のこの姿勢のなかに、我々第一線の臨床医が国民の要請に応じて前進していく鍵があるのではなからうか。

7. 今後の課題。

ところで当然のことながらスモンの問題は裁判闘争での勝利とそれにひきつづく和解で終わったわけではない。忘れてならない問題として提訴、和解に至った患者だけでなく膨大な未提訴患者の問題がある²⁰⁾。(既に述べたとおり、スモン調査研究班が把握している患者は11,007人に対し、1981年1月1日現在の既提訴患者数は5,953人とどまっている⁶⁾。あまつさえ調査・研究班につかまれている患者の問題もある。)そこで今後残された課題としてはこの未提訴患者の問題を除いても大きな課題だけでも三つある。

第一にスモン患者の苦しみは今なお続いているし、これからも続くという現実に対して有効な対策が殆んど何もとられていないことである。それは和解金だけで片づけるにはあまりに大きな問題であり、有効な恒久対策がのぞまれるところである。スモン患者の苦しみはくり返しいわれて来たように、肉体的な苦しみだけでなく、社会的、経済的に大きなハンディを背負って生きていかねばならない身障者に共通する悩みであり、それ等総じての精神的な苦しみも加えてのトータルの苦痛であることが理解されなければならない。こういう苦痛に対して、直接の責任者である国と製薬会社は何等有効な手をうとうとはしていない。いろいろの問題が指摘されているとはいえ、森永砒素ミルク事件ではひかり協会が設立された。しかしスモンの場合はこういうものすら作られてはいない。更に患者のフォローも一部の自治体を除いて行政の責任ではやられてはいない。総じて行政のスモン対策は極めて不十分なものとなってい

る²¹⁾。なお我々自身の問題としてもこの患者のフォローはとりくまなければならない課題である。私も、せめて福岡市内の患者のフォローだけでもやらねばならないと考えているが忙しさのなかで流されてしまっているのが現状である。

第二の問題として、我々第一線の臨床家には患者の苦痛をとって欲しい。少しでも軽くして欲しいという要求に充分に応え得ない状況がある。かつて井形はスモン患者の苦痛のうち、異常知覚、疼痛は神経の刺戟によりもたらされているのであるから、やがてそれを抑え得る手段は開発されるであろう⁷⁾と述べていたが、少くとも現時点ではそれ程有効な手段は開発されていないのが現状である。私自身の外来にも、今なお不自由な身体をおして遠くから通院して来るスモン患者があるが、私はその患者の苦痛を軽減するという点で極めて無力である。スモンの直接の責任者は国と製薬会社であったとしても、キノホルムを直接処方した医師にもその責任の一端はなかったといいきれるだろうか²²⁾。当時私が担当した患者のなかにもスモン様症状を訴えていた患者がいたという現実からどうしても私は逃れることが出来ない。第一線臨床医はその一端の責任を果す意味でもスモン患者のよき主治医であらねばならない。そしてよき主治医の第一の要件は患者の苦痛の緩和に力を発揮し患者を援けることにこそあることを忘れてはならない。

第三の問題として発症後既に10年以上を経たスモンの診断がますます困難となっている現実がある。発症の因果関係はますますつかみ難くなっている。かつて井形が指摘したように⁷⁾ スモンの原因があきらかになった時点で、行政の責任でいっせい調査、検診等がやられていればこの問題はかなり違った展開をみせたはずである。しかし、一部の自治体を除き、行政の対応がなかった今となつては新たな大きな問題とならざるを得ない。最近我々のところに診断を求めてくる患者の大部分は投薬証明もとれず、その発症経過もかなり曖昧でその神経現症も非定型的な人が多くなっている。さりとてこれ等の症例を確信をもって非スモンといいきれるどうか、非常に難しい問題となつ

ている。私はかつて発症後6年以上を経たスモンの鑑別診断について検討したことがある²³⁾。1970年9月以降基本的には新たな発生をみていないスモンの鑑別診断はスモン調査・研究班が出した診断指針の時点よりある意味では容易となった。MSや癌性ニューロパチーあるいはギラン・バレー症候群との鑑別は10年以上の経過をかまえれば容易となった。しかし反面、先にも述べたように、発症の因果関係をあきらかにすることは時の流れと共に困難となっている。スモンがキノホルム中毒症であり、その神経学的現症に pathognomonic なものがない以上、その診断の最大のポイントはキノホルムの服用とそれにひきつづく発症の因果関係であり、それを間接的に証明するものとして投薬証明書がある。しかし現行の医療制度のもとで投薬証明書がとれないこともあり得ることは当然であり、そのことは患者の責任ではなく専ら医療制度の問題である。いずれにせよ現時点でのスモンの診断はますます困難となっている。この問題についてもう一つ付言すると、九大神経内科を含めて多くの専門の医療機関がスモンの裁判の過程で、「スモン」という診断をつけなくなった問題がある。投薬証明書があり、発症の因果関係に矛盾がなく、かつ神経学的現症が典型的な患者に対して「SMON」(Subacute myelo-optic neuropathy)ではなく「Subacute myeloneuropathy with abdominal symptome」(腹部症状を伴った亜急性せき髄神経症)という診断がなされているが、これは学問的な厳密さの強調ともうけとれるし、又、みる人がみれば「SMON」と診断されたのと同じこととなるかもしれない。しかしこの診断が社会的に与える影響については無視出来ないものがある。

以上いくつかの問題をあげたが、いずれにせよスモンの問題は和解で解決したわけではなく、我々に課せられた任務も今後共決して少くない。同時にスモンが今なお我々第一線臨床医と医学研究者のあり方を鋭く問い続けていることを決して忘れてはならない。

参考文献

- 1) ス全協：薬害スモン全史，2巻，220，労働旬報社，東京，1981
- 2) ス全協：薬害スモン全史，2巻，342，1981
- 3) 椿 忠雄他：日本医事新報，2448：29，1971
- 4) 片平冽彦：薬害スモン，35，大月書店，東京，1977
- 5) 片平冽彦他：厚生省特定疾患スモン調査研究班，昭和54年度研究業績，295，1980
- 6) ス全協：薬害スモン全史，2巻，532，1981
- 7) 井形昭弘：福岡での講演
- 8) ス全協：薬害スモン全史，2巻，532，1981
- 9) ス全協：薬害スモン全史，2巻，505
- 10) 野田江美子：九州民医連第14回学術集談会講演
- 11) 経済企画庁国民生活局：国民生活選好度調査，45，経済企画庁，1977
- 12) ス全協：薬害スモン全史，3巻，157，1981
- 13) 福岡県スモンの会：ひとりで歩きたい，294，西日本新聞社，福岡，1978
- 14) ス全協：薬害スモン全史，2巻，386，1981
- 15) 民医連医療，13：45，1970
- 16) 民医連資料，104：2，1981
- 17) 矢木外代子：薬害スモン全史，1巻，121，1981
- 18) 住吉キミ子：ひとりで歩きたい，142，西日本新聞社，福岡，1978
- 19) 片平冽彦：薬害スモン全史，1巻，13，1981
- 20) 園田恭一他：厚生省特定疾患スモン調査研究班，昭和54年度業績，279，1980
- 21) 手嶋陸久他：厚生省特定疾患スモン調査研究班，昭和54年度業績，297，1980
- 22) 井形昭弘：薬害スモン全史，1巻，355，1981
- 23) 本庄庸：民医連医療，59：51，1977

土呂久鉍害の実態と問題点

落 合 正

(土呂久・松尾等鉍害の被害者を守る会会長)

1. はじめに

休廃止鉍山の鉍害問題は、100年にわたる足尾鉍毒事件に見られるとおり、一般にその歴史はきわめて長い。土呂久鉍害も大正9年(1920)に始まった亜砒焼き操業以来の企業被害と、行政の見放しによる二重の被害が、60年という長い期間に及んだ。鉍毒の深刻さ、悲惨さはもちろんのこと、被害の態様が健康被害、環境被害、生業被害と、生活の条件すべてにわたって、壊滅的被害というべきで想像に絶するものがある。

本稿では、土呂久の住民の生活と健康被害の歴史をふり返り、その被害の実態と被害救済上の問題点と課題について述べることにする。

2. 土呂久の自然と住民の生活

国定公園日豊海岸の中核都市・延岡市から五ヶ瀬川ぞいに、九州山脈の山並みを横断して西へ進むこと65km、古祖母(1633m)連山の裾野に点在する集落がある。標高500mから650mの間にある南、畑中、惚見の三地区が、古来土呂久と呼ばれる集落である。そこに昭和46年11月当時¹⁾(後に述べる斉藤レポート発表の頃)53戸、269名が住んでいた。

土呂久は、観光地として名高い高千穂町の中心から、12km、地理的・社会的に隔絶された山奥の、農林業を生業とする秘境といわれた地区である。谷合いを流れる土呂久川は深い峡谷をなして、秋の紅葉とともに登山客の目を楽しませる。

その昔、土呂久川の両側に迫る段丘状の山の斜面を切り取って、狭い土地に建てられた農家の生活は不便で、崖下の土呂久川から担い桶をかついたり、牛馬に荷負わせて生活用水を汲み上げたという。

嘉永7年(1854)、村人が私財を投じて築いた東岸寺用水、つづいて上寺用水が疎水すると、農家の生活様式は一変した。生活用水は、用水路から竹樋などで台所に引き入れ、階段状畑作地帯の灌漑水問題も解消して、麦、粟、稗などの雑穀を耕作する畑作農業から、開田による米作中心の農業に変わった。富裕とはいえないにしても、米を常食できる生活は、すべての農家の憧れであったし、満ち足りた生活を営む平和な村となった。

土呂久の農家の生活は、牛馬を導入した畜産や植林、椎茸栽培等の多角経営農業によって、年とともに豊かになった。200町歩の土呂久放牧場や、現在、多数保存されている牛馬の共進会の賞状、納税完納の賞状が当時の豊かさを物語っている。

3. 鉍害の発端

祖父の代から60年、営々と築き上げてきた生活や営農の基盤が、脆くも崩れ去ったのは大正9年(1920)、土呂久鉍山の亜砒焼きが始まってからである。それは、亜砒焼き窯に薪と鉍石(硫酸鉄鉍)を積み重ねて火を入れ、気化した亜砒酸を取砒室で冷却させるという、炭焼き窯に似た原始的な方法であった。名ばかりの煙突から憤き出す鉍煙は土呂久谷を覆い、雲海のように土呂久の家々を包み込んだ。ズリの山は民家に迫り、焼き窯から

かき出した鉍滓は土呂久川を塞ぎ止めて、洪水時に押し流されるに任せたという²⁾。現代社会の常識では理解し得べくもない企業の暴虐であった。致死量：0,1gといわれる毒物である砒素の含有物を、無神経に河川に投棄した当然の結果として、砒素に汚染された河川から魚類が姿を消した。飛散した粉塵を被った農地の、大豆や小豆は実らなかつた。農作物の被害は水稲にまで拡がり、牛馬の斃死が続出した。深刻化する被害の状況は、池田獣医³⁾の「岩戸村土呂久放牧場及土呂久亜砒酸鉍山ヲ見テ」という報告書（大正14年4月12日）が詳細に物語っている。

「鉍山ニ出稼スル家ヲ訪フテ見ルト、妙齡ノ婦女ノ声ハ塩枯声デ、顔色如何ニモ蒼白デアル、久敷出稼デ居ル人ノ顔色ハ、恰モ天刊病患者ノ様ニ浮腫糜爛、眼モ異様ニ充血シテ居ル……。猫ハ確カニ栄養不良デアル。其ノ原因果シテ何物ナルカ。其ノ附近ノ牛ノ病氣ト云ウ話デアルカラ、其ノ牛ヲ診断シテ見ルニ、栄養不良元氣ナク歩行蹣跚、皮モ光沢ヲ失シ食欲不振、時々流延泡ヲ吹キ全身戦慄スルコトガアル。……山ノ北面ニ行クト直感的ニ山火事ノ跡ノ一種悲慘ナ感ニ打タレ、……数年前富ミ誇ッタ部落が、今ハ何トナク油氣ノナイ部落ト化シタ様ナ感ガスル。……土呂久名物ノ蜜蜂モ今ハ穴巢ヲ止ムルノミ。偶々花ニ狂ウ蜂ヲ見テ居ルト。花ヲ吸イツツ死スルモノが多い。」

池田獣医の報告書は、斃牛についての鈴木獣医の「死体解剖書」とともに、往時の深刻な鉍害の状況をつぶさに証明している。

4. 死につぶれ

土呂久住民が、煙害と呼んだ鉍毒の被害は農産物の被害に始まり、漸次家畜の被害から住民の健康被害に及んだが、その惨状について、今も語り伝えられるのが佐藤喜右衛門一家の悲劇である。

土呂久鉍山の操業当時の悲惨な健康被害の状況は、川原一之著、口伝「亜砒焼き谷」⁴⁾に詳述されている。筆者は、土呂久鉍害被害者の支援活動に係わって9年、鉍毒による健康被害の象徴として「死につぶれ」を語り、生存者の苦悩を「生き残

り」として、鉍害被害者の人権回復を訴えてきた。「死につぶれ」の概要を次に述べることにする。

父、佐藤利喜治（大正9年没）の財を継いだ喜右衛門は、鉍山地主として、また抗夫頭としても鉍山と深いかかわりを持っていた。妻サキには抗夫長屋に豆腐を売り歩かせ、子供4人を手子として鉍山で働かせ、「金取りがええ」ことを誇っていた。昭和2年1月の母モヨの葬式の頃から、一家7人がゴホン、ゴホンと眩込むようになり、妻のサキを始めとして次々に寝込んだ。昭和5年1月サキは46歳で死んだ。腹水が溜って腹は丸く脹れあがり、腫れは全身に及んで皮膚が破れ、滲み出した体液は蒲団を通して、畳まで濡れたと伝えられている。3ヶ月後の昭和6年2月に末娘のカホルが17歳で、5月に長女のサツキが24歳で死んだ。後日、日向市在住の親族。高見保は「サツキの膚はイボガエルのようで、腹水で脹れあがり今にも破れそうだった。木棺にボロ布などを一ぱい詰め込んで、破れても流れ出ぬようにしたが駄目だった」と述懐していた。翌7年6月長男の袈娑喜が27歳で、喜右衛門はその後を追うように52歳で死んだ。二女のツギミは28歳で、次男の正孝は流転の末、宮崎県児湯郡川南町で行路病人として死亡している。

昔、町と呼ばれた下手の墓地に、戒名のない喜右衛門の墓石が、子供達の墓石と並び立っているのがひとしお哀れである。

鉍害による人身被害は、ひとりの喜右衛門一家だけではなく。南の60歳になる女性は13人の葬式を出しているし、樋の口で9人、畠中で7人と、数えあぐれば葬祭に明け暮れた家庭はざらにある。大正7年から昭和28年までの死亡者は63名⁵⁾、以前の3倍という高い死亡率であり、過半数が30歳未満という若死であった。

5. 生き残り

「私達は鉍毒の生き残りです」と土呂久の人はよくいう。確かにこのとおりで激症患者は皆死んだ。鉍山も、昭和37年（1962）坑内出水事故のた

め閉山した。土呂久谷の鉱煙も消え、緑を織りなす土呂久の自然は昔にかえって、峡谷本来の美しさを取り戻したかに見えるが、病院の施療も対症療法しかない難病だから、病苦に苛なまれながら死亡する患者が今尚続出している。

その一人、佐藤アヤ⁶⁾ (大正9年生)は8歳で咳に苦しみ、13歳で気管支カタルの血痰治療のため7日の通院、16歳のとき下痢・腹痛に加えて神経痛リュウマチのため温泉湯治2週間、22歳のとき、質の悪い気管支炎と子宮の腫れ物手術のため6ヶ月の入院、肝臓肥大と神経痛で3ヶ月通院治療したのが26歳、29歳のとき肺浸潤と診断されたが、経済的に入院することができず、36歳までの7年間寝たきりの自宅療養、37歳のとき併発した多発性神経痛の症状は年と共に重くなった。右腕は殆んど上らず指曲がり、左腕は少し上るが肘曲りで、洗面も調髪もできない状態で、痛む所52ヶ所と自ら云い、寝たきりの生活を続けていたが、昭和48年9月、生活保護を受けて高千穂国民健康保険病院に入院した。爾来対症療法を続けること7年、一度も軽快することもなく昭和55年11月、61歳の生涯を終った。

昭和48年以來、認定患者の死亡者は23名になったが、「土呂久病」ともいわれる「慢性砒素中毒症」の遅発性、進行性、発癌性という特異性から、傷病期間の長短はあっても、大同小異の苦悩の末に死亡している。その中で肺癌の死亡者6名、泌尿器系癌の死亡者が3名に達したことは、特筆すべきである。

6. 健康被害の告発

昭和46年11月13日、宮崎県教育研究集会で発表された高千穂町立岩戸小学校教諭・斉藤正健のレポート「土呂久地区住民の健康被害の実態」を、マスコミは大きく報道した。地区内53世帯の96%が患者をかかえ、何等かの症状を訴える者は、全住民の83・5%であった。

大正元年以降の死亡者101名の追跡調査でも死亡は亜砒焼き開始後に集中し、死因は呼吸器系疾患42%、消化器系内臓疾患35%、その他の疾患23

表1 土呂久南部落死亡者の例 (斎藤教諭調べ)

家族別	死亡の年	性別・年齢	病名
A	① 昭和16	男 2	腸熱
	② // 21	男 5	胃腸病
	③ // 22	男 50	肝臓病
B	① 昭和15	男 23	胸膜炎
	② // 17	男 22	//
	③ // 17	女 53	//
	④ // 18	男 59	瘰癧結核、肝臓病
C	① 大正9	女 39	心臓病
	② 昭和16	男 2	胃腸病
	③ // 19	女 3	//
	④ // 21	男 1	//
	⑤ // 25	女 29	肺結核、心臓病
D	① 昭和13	男 59	胃かいよう
	② // 15	女 29	肺結核
	③ // 23	男 24	//
	④ // 24	女 1	風邪より結核
E	① 昭和9	男 1	腸熱
	② // 12	女 ?	中風
	③ // 24	女 ?	肝臓、尿毒症
	④ // 25	女 3	腸熱
	⑤ // 25	男 ?	肺結核
	⑥ // 29	女 41	肺結核、膿症
	⑦ // 38	男 77	高血圧
F	① 昭和15	男 68	胃病
	② // 22	女 45	腎ぞう病
	③ // 28	男 28	心ぞう病
G	① 昭和13	女 4	肺炎
	② // 24	女 4	肺炎

%に大別され、平均寿命39歳という内容であった。(表1に調査内容の一部を示した)

それまで、「土呂久鉱山の被害はない」と議会答弁を繰返してきた宮崎県当局の驚ろきと狼狽ぶりは、間髪を入れぬ早さで同月28日、医師18名、臨床検査技師・看護婦など40名の調査団を派遣して、土呂久地区住民の健康調査を行ったことで推察される。

7. “告発”に対する行政の対応

上記の健康調査結果は、疫学調査と環境分析調査の結果とともに、翌47年1月28日に、環境庁現

地調査団の宮崎到着を待って検討された。この検討会には、土屋健三郎慶大医学部教授、重松逸造国立公衆衛生院疫学部長、平嶋尚文宮崎県医師会理事も参加し「土呂久地区の鉱害にかかわる社会医学的調査」(中間発表)として、即日発表された。

この中間発表は、その冒頭に「最近、過去における亜硫酸採取などによって、地域の住民のなかに健康被害があるとの意見がなされたことにかんがみ、県は直にその事実を確かめ、住民の不安を解消するため、これまで実施してきた各種の調査成績をまとめる」とし、「土呂久地区では過去において、特に死亡率が高く、若死するなどの証拠はない。死因にも異常はない」という内容であった。そして「異常の認められる者は8名」とされた。

健康調査と、それに引き続く「中間報告」の発表は、斉藤レポートで暴露された鉱害実態の隠蔽と、住民の不安解消を目的としたものであることは明白であった。

ところで、異常の認められた者8名については同年2月21日から、熊大付属病院と県立延岡病院で、各4名ずつ第3次精密検診を行なうこととなった。

一方、環境庁現地調査団も見解を発表し「県の調査結果を見たところでは、公害病の医療救済の対象にするのは難かしい。8人のうち3人は砒素とのかかわりがあるので、因果関係ははっきりすれば、労働災害として労働省と話し合う」といい、県の見解を支持した。

以上の如き、真向から鉱害を否定しようとする県の姿勢は、単に、鉱害軽視の予断と偏見として片づけるのでは不十分である。それには責任追求を恐れる県行政の面子と、権力主義がからんでいた。次のエピソードはこの点を如実に物語っている。

昭和45年の集中豪雨で、高城町四家鉱山の沈澱池が決壊し、流域河川の魚類が大量に変死した事件があった。休廃止鉱山のずさんな管理責任を問われた県は、県内休廃止鉱山の大きかりな実態調査を行ない、特に、土呂久鉱山を含む15鉱山につ

いて重点的に調査した。県は、その調査結果をふまえて、繰返し「県内の休廃止鉱山は安定した状態にあって、鉱山の被害はない」と議会答弁を行ってきた。その矢先、県当局にとって降って湧いたような事件が、斉藤レポートによる土呂久鉱山鉱害の告発であった。県にとっては、県議会対策からも、県行政の面子と権力にかけても、土呂久の鉱害を否定し、鉱害騒ぎを鎮静化せねばならなかったのである。

8. 「土呂久地区社会医学的調査専門委員会」と行政の対応

宮崎県は、中間報告を発表した後の3月2日、「土呂久地区社会医学的調査専門委員会」「委員長：倉恒匡徳九大医学部教授」と発足させ、さらに土呂久鉱害の調査を進めた。調査専門委員は表2のとおりであった。

この「倉恒」委員会は、4ヶ月余にわたって調査した結果にもとづき、昭和47年7月「第3次検診を受けた8人のうち、7人が慢性砒素中毒症である」など、次のような答申を宮崎県に提出した¹⁾。

1) 本調査は、土呂久鉱山の操業に伴って発生した亜硫酸等に、職業的あるいは非職業的に暴露することにより、慢性砒素中毒と思われる皮膚の病的変化が、現住民にはっきりと認められることを明らかにした。砒素中毒が疑われ、熊本大学医

表2 「土呂久地区社会医学的調査専門委員会」委員一覧

所 属	職 名	氏 名	発令年月日	備考
九州大学 医 学 部	公衆衛生学 教授	倉恒匡徳	S. 47. 3. 2	委員 長
国立公衆衛 生院	疫学部長	重松逸造	〃 〃 1. 28	委員
慶応義塾大 学 医 学 部	衛生学教授	土屋健三郎	〃 〃 1. 28	〃
宮崎県医師 会	理事	平嶋尚文	〃 〃 3. 2	〃
熊本大学医 学部	衛生学教授	三浦 創	〃 〃 3. 2	〃
同 上	中毒研究施 設教授	高橋 等	〃 〃 3. 2	〃

学部付属病院, および県立延岡病院に入院, または通院して検査された8名のうち, 7名は慢性砒素中毒症と考えられる。

2) 上記のことは, 過去の住民にも砒素等による健康障害があったことを強く示唆するものであり, 肺ガン死亡についても, 砒素等の影響を否定できないと考えられる。

3) 皮膚所見のほかに土呂久地区と山附地区(対照地区)の間には, 健康上の様々な差異があることが認められたが, これらの事実と過去の土呂久鉱山操業との関連については, 現在の知見では十分に説明できないと考えられる。

4) 鉱山操業にともなって放出された化学物質は, 砒素だけでなく, 亜硫酸ガスや鉛, 銅, アン

表3 宮崎県の検診にみる土呂久砒毒病の病像 *印は対照群に比べ有意に高いもの。

病状	社会医学的調査成績 224人		行政検診 7人		自主検診 91人	
	受療実人員(国保) (昭44~46)	住民検診成績 (昭46. 11. 28)	熊大精密検査 (昭47'2. 21~3. 31)		堀田医師検診 (昭50. 4~50. 11)	
眼	トラコーマ *	トラコーマ 14人	視力障害	4 (57)	視野狭窄	34 (37)
	炎症性疾患 * 白内障 * その他の疾患 *	結膜炎白内障その他眼の疾患 47	視野異常	6/6 (100)	角膜炎結膜炎	19 (21)
耳鼻咽喉		調査せず	結膜角膜異常	3 (43)	白内障	27 (30)
			副鼻腔炎	3 (43)	慢性鼻炎副鼻腔炎	31 (34)
			嗅覚障害	5 (71)	嗅覚脱失	15 (17)
			感音性難聴	6 (86)	嗅覚減弱	37 (40)
呼吸器			難聴	64 (70)	難聴	64 (70)
			構音障害	20 (22)	構音障害	20 (22)
	気管支及肺気腫 *	調査せず 肺野異常	胸部L線異常	6 (86)	慢性呼吸器障害	61 (67)
			呼吸機能障害	4 (57)	慢性気管支炎	56 (62)
消化器			気管支喘息様発作	24 (26)	気管支喘息様発作	24 (26)
			肺結核塵肺症	9 (10)	肺結核塵肺症	9 (10)
	胃, 十二指腸疾患 *	GOT, MOのみ 調査	慢性胃腸障害	41 (45)	慢性胃腸障害	41 (45)
			肝障害	13 (14)	肝障害	13 (14)
神経			糖尿病曲線	1 (14)	糖尿病	3 (3)
		神経マヒ 3	神経痛様症状	3 (43)	知覚障害	61 (67)
			脳波異常	5 (71)	粗大力低下	58 (64)
					固有反射異常	58 (64)
造循環器	慢性関節リュウマチ類似症 *	貧血 14	自律神経異常	33 (36)	自律神経異常	33 (36)
			味覚障害	3 (3)	味覚障害	3 (3)
			心電図異常	3 (43)	高血圧	54 (59)
					心雑音	29 (32)
歯			貧血	7 (8)	貧血	7 (8)
			歯疾患	4/4 (100)	総入歯	29 (32)
整形			骨L線異常	3/3 (75)	脊椎変形	34 (39)
					四肢関節変形	39 (43)
					筋萎縮	16 (18)
皮膚		色素沈着 10	色素沈着白斑角化	6 (86)	色素沈着 68(75)	白斑 41(45)
		角化 12	色素沈着角化症	1 (14)	異常角化 51(56)	発疹 13(14)
		脱毛 4	爪の線状色素沈着	4 (57)	落屑 6(7)	疣贅 6(7)
		湿疹皮フ炎 14	手掌の発汗機能低下	4 (57)	汗泡状白癬 7	

表 4 土呂久地区の農用土壌調査

(昭和47年7月宮崎県調査成績)

図面 番号	部落名	地目	試料採取日	土 壌 (ppm)					備 考
				AS	cd	cu	Zn	Pb	
9	土呂久	水田	45. 12. 18	44.2	1.5	32.4	34.2	51.1	天水田 上寺水用
10	〃	〃	〃	389.0	1.0	6.5	20.9	22.3	〃
11	〃	〃	〃	207.0	0.9	18.6	14.5	22.1	〃
12	〃	畑	〃	1,302.0	4.0	60.9	12.7	85.8	一
13	〃	水田	〃	424.0	1.6	2.0	29.5	20.2	土呂久川取水
14	〃	〃	〃	311.0	0.7	4.5	12.5	9.1	天水田
15	〃	〃	〃	411.0	1.3	8.9	18.4	27.0	上寺用水
22	東岸寺	〃	46. 10. 18	72.4	2.2	7.9	43.9	一	東岸寺用水
通常の土壌中に含まれる平均値				6.0	0.06	20.0	50.0	10.0	一

チモン、亜鉛等の重金属も考えられるが、健康障害に最も主要な役割を果たしたのは砒素であり、ついで亜硫酸ガスであったであろう。

5) 亜砒酸の健康に及ぼす慢性影響としては、皮膚障害、呼吸器の悪性腫瘍のほか、肝障害、血液の変化、神経系の変化等が知られているので、土呂久全住民（土呂久鉱山就業者を含む）に対して、今後長期にわたって内科、小児科、眼科、皮膚科、呼吸器科等の専門医の参加による、十分な保健サービスを行なうことが必要である。

6) 土呂久の河川水、廃石、農用土壌には、いまだにかなり高濃度の砒素が含まれている。このことは住民の健康にとって、決して望ましいことではない。したがって、健康上の危惧のない、安全を生活環境が整備され、保持されるように万全の策をとることが要望される。

上記のとおり、鉱害否定の「中間報告」とは対照的な「倉恒」委員会報告の提出によって、軌道修正を迫られることになった県当局は、即日、「倉恒」委員会を解散した。肺ガンをはじめ、泌尿器系ガン死亡者が続出する今日、この委員会の解散は惜しみても余りある痛恨事であった。

「倉恒」委員会報告策定の基盤かと思われる、熊大附属病院の第3次精密検診成績⁷⁾を、自主検診結果⁸⁾等とともに表3に引用し、宮崎県の環境調査による、「土呂久地区の農用土壌調査」を表4に引用した。この2つの表は土呂久鉱害の深刻さを明瞭に物語っている。

9. 行政の救済対策

宮崎県は昭和47年8月「土呂久鉱山に係る健康被害の緊急医療救済措置要項」を作成し、健康被害者認定審査委員会を発足させ、その答申によって、さきに第3次精密検診を受けた8名のうち7名を、8月23日、慢性砒素中毒症と認定した。

次いで昭和47年9月「土呂久鉱山に係る健康被害者救済あっせん案審議専門委員設置要項」を作成し、3名の委員を委嘱した。その答申にもとづいて同年12月、200万から350万円の補償金で、宮崎県知事は住友金属鉱山との斡旋を行った。（第1次斡旋）

環境庁は昭和48年2月、「慢性砒素中毒症」を第4の公害病とし、土呂久を「公害に係る健康被害の救済に関する特別措置法」（昭和45年2月1日施行）にもとづいて「第2種地域」に指定した。しかし、環境庁の「ヒ素による健康被害検討委員会」の報告どおり、慢性砒素中毒症の認定要件を、①砒素濃厚汚染地域に居住し、三酸化砒素に対する長期にわたる暴露歳を有したこと、②皮膚に慢性砒素中毒性に特徴的な色素異常及び角化の多発が認められること、③鼻粘膜瘢痕または鼻中隔穿孔が認められること、とし、土呂久に多発する呼吸器疾患、内臓諸疾患を認めなかったために、多くの患者が切り捨てられた。

認定要件の設定に対応して、宮崎県は同年7月2次認定患者5名を発表し、「極めて軽症者まで

拾い上げたから、他に鉱害被害者は居ない」と付け加えた。

行政による鉱害の矮小化と終息宣言にもかかわらず、49年5月、認定要件に多発神経炎が加えられたことも関連して、その後、県の住民健康観察検診で認定された者は、51年度の48名を最高に、合計134名に達した。土呂久に居住する成人（40歳以上）の51.8%が認定患者となったが、これは土呂久地区全住民の24.2%で、4人に1人が認定患者ということになる。

10. 認定患者の現況

昭和56年6月現在の、慢性砒素中毒症認定患者は134名で、男子68名、女子66名である。そのうち指定地域内居住者は65名、地域外居住者は52名他に県外居住者が17名となっている。

昭和47年12月、第1次知事幹旋以来、上記134名のうち、82名が知事幹旋によって、住友金属鉱山から損害補償金を受取ったが、他の52名は補償法の適用を受けている。この52名の内、7名は既に死亡しているが、その概要を表5、6に示した。

表5 「公害健康被害補償法」の適用を受けている生存者の年齢別・性別一覧
表6 生存者及び死亡者()の等級別一覧
(昭和56年6月現在)

年齢別	性別		計	等級	性別		計
	男	女			男	女	
45歳以上	2	0	2	特級	2(1)	0(1)	2(2)
50歳以上	5	1	6	1級	1(1)	0	1(1)
55歳以上	3	7	10	2級	2(2)	2	4(2)
60歳以上	3	3	6	3級	18(1)	19(1)	37(2)
65歳以上	11	10	21	級外	1	0	1
合計	24	21	45	合計	24(5)	21(2)	45(7)

先に述べた昭和47年12月の第1次幹旋に際し、宮崎県知事⁹⁾は「補償問題について責任の所在はともかく、円満かつ早期に解決されることが望ましい」として、その後、5次にわたって知事幹旋が行なわれた。このことが、今日の患者救済問題と患者の人権回復運動の障害となって、補償法の運用上混迷を招いたことは否めない。知事幹旋の内訳を表7に示した。

知事幹旋の補償金契約の骨子は次の通りであった。

①補償は、砒素に起因する土呂久鉱山に係る健康被害に対するものであること。

②補償は、この幹旋受諾前および後の一切の損害、すなわち医療費、逸失利益および慰謝料等を含む損害に係るものであること。

③甲は、補償金を受領したのちは、乙に対して名目のいかに問わず将来にわたり、一切の請求をしないものとする。(ゴシックは著者)

県が当初提示した補償金の平均額は、220万円という低額補償であったが、深夜説得の過程で若干の上積みがされた。後日、宮崎県議会で「密室の強姦」と批判された程、異常な幹旋経過であったことは衆知の事実である。

補償法施行後の昭和49年11月、川崎市長が公害企業が患者に対して行った幹旋¹⁰⁾では、

①企業は過去分補償として患者に一時金、死亡者には甲慰金を支払う。

②川崎市と企業は公害対策に万全を期す。

③補償金の支払いは、患者や遺族の民事上の権利行使を妨げるものでない。(アンダーライン：著者)として四日市なみの補償を約束した。具体的には、直接原因死亡者に1,200万円、間接原因死亡者に600万円、患者に対する過去分補償として100万円から250万円が支給された。

四大公害裁判の判例や、川崎市長幹旋の行政実例があるにもかかわらず、患者救済の補償法の受給権まで抹殺して、第5次まで続けられた宮崎県知事の幹旋は、わずかの金額で弱い立場にある被害者の口をふさいでしまおうという、加害企業の代弁に他ならない違法なものであった。

昭和49年9月1日施行された「公害健康被害補償法」で認定されると、療養の給付及び医療費、障害補償費、遺族補償費、遺族補償一時金、児童補償手当、療養手当、葬祭料の支給を受ける受給権が生ずる。受給権の有効期間は終身(法7条ただし書)に及び、保護(法第16条)される。

大正3年生れのある男の患者を例にとると、昭和49年9月三級にランク付され、病状の悪化によって、53年6月一級に改訂されて今日にいたっ

表7 認定根拠法と補償金額一覧

幹旋	年月日	対象者数		計	補償額		認定根拠法
		男	女		総額	一人平均	
第1次	47.12.28	1	6	7	1,680万円	240万円	県措置要項
第2次	49.2.2	1	4	5	1,110万円	222万円	特別措置法
第3次	49.12.27	7 *(2)	3 *(1)	10 *(3)	2,720万円	272万円	補償法
第4次	50.5.1	14	9	23	6,920万円	300万円	〃
第5次	51.10.16	14 ** (6)	23 ** (5)	37 ** (11)	13,030万円	352万円	〃
計	—	37 (8)	45 (6)	82 (14)	25,460万円	310万円	—

註1 *:()内は知事幹旋を拒否した者の数

註2 **:()内は患者同志会(第5次幹旋時に結成から村八分で除外された幹旋希望者の数

た。この患者の年度毎の級別障害補償費の累計額は630万円余、療養手当の毎月の累計額は100万円余りであり、現金支給額は733万円余に達する。その間の医療給付や死亡の場合の葬祭料現行40万円、遺族補償費推計1,400万円を合算すると、はるかに2,000万円を越すものである。200万円から最高500万の補償金で、完全補償と強弁する知事幹旋が、患者の受給権を抹殺した、いかに暴虐非道なものであったかが証明されよう。

11. 土呂久鉱害損害賠償事件

土呂久鉱害に係る被害者救済は、行政の当然の責任と考えていたのに、行政の見直しによって、直接の侵害行為者である住友金属鉱山の責任を追究し、民事責任にもとづく損害賠償を求めることにしたのは当然の成り行きである。その訴訟の概要を表8に示す。

提訴した原告本人は23名であるが、昭和50年12

月提訴以来年を経過する間に、原告の死亡者が相次ぎ、訴訟承継者(遺族)を含めた原告団は58名になった。

土呂久鉱山の最終鉱業権者、住友金属鉱山を被告として、宮崎地方裁判所延岡支部に提訴以来、公判を重ねること43回、その間、裁判官の現地検証、証拠保全のための原告本人臨床尋問など、毎月一回の割りで行なわれてきた。しかし、56年9月現在、まだ結審の見通しも立っていない。原告側の病状から考えて、早期判決が望まれる。

原告側の苦悩は測り知れないものがあるが、救いは支援組織の活動である。昭和51年3月、宮崎県労働組合評議会傘下の単位組合で結成された「土呂久・松尾訴訟共闘会議」が、年間450万円の裁判維持費を調達しており、また、カリタス・ジャパンの被害者支援カンパも、7年間続けられて1,650万円に達している。

訴訟代理人の弁護士団は、県外の弁護士を主勢として39名で組織されている。裁判は鉱業法109条

表8 損害賠償請求事件提訴の内訳

提訴	年月日	原告			請求金額	備考
		男	女	合計		
第1次	S. 50.12.27	4 (3)	2 (1)	6 (4)	19,150万円	補償法適用者 3名 幹旋受諾者 2名 未認定 1名
第2次	S. 51.11.6	6 (3)	6 (1)	12 (4)	39,170万円	補償法適用者 10名 幹旋受諾者 2名
第3次	S. 52.12.21	2 (1)	1	3 (1)	8,940万円	幹旋受諾者 3名
第4次	S. 53.3.7	1	1 (1)	2 (1)	5,700万円	幹旋受諾者 2名
計	—	13 (7)	10 (3)	23 (10)	72,960万円	—

*表中()内に原告死亡者数を再掲する。

を法的根拠に、原告側の有利な立証で進行している。

12. 行政の責任追及

企業の加害責任の追及は公害裁判で行なうことになったが、この裁判に勝訴して、限られた数の原告が損害の賠償を受けたとしても、多くの被害住民の救済はだれが行なうのか、その責任は行政が負わねばならぬ。しかるに行政の偏見と鉦害被害の軽視が禍わいして、補償法による救済の主旨すら歪められて、多くの患者切り捨てが行なわれた。

岡山大学医学部衛生学教室の青山英康助教授（当時）の援助で、自主検診結果にもとづく認定申請書38名分を、初めて県に提出したのは昭和50年5月のことである。そのうち棄却された10名が棄却処分を不服として、昭和51年8月「公害健康被害補償不服審査会」に、審査請求の申立てをした。前後5回の口頭審理を経て昭和53年10月結審、55年5月松尾正雄審査長は、宮崎県知事が棄却処分をした4人の病像について、環境庁が定めた認定要件のほかに、慢性気管支炎、視野狭窄、難聴、嗅覚障害、慢性副鼻腔炎、鼻粘膜萎縮、慢性喉頭炎、肝障害、貧血の症状を総合的に判断すべきだとして、棄却処分の誤りを指摘し、知事の処分を取り消す裁決をした。

この裁決の意義と行政への影響は大きかった。宮崎県の認定業務は全面停止され、環境庁もまた、認定要件の検討作業に入り、1年4ヶ月を費した。その結果、昭和56年9月「慢性気管支炎」を加えた新認定要件を示した。しかし、この新認定要件は、不服審査会の裁決の趣旨とは、およそほど遠いものであり、22名の認定患者死亡中、肺ガン6名、泌尿器系ガン3名という。全国比の280倍の発症率を示す驚くべき実態にも目をそむけたものであり、病像の切り捨ては相変わらず続いている。

認定棄却に対する行政不服審査請求は、今日なお、2名について行なわれている。また障害等級や障害補償費の面での、不当に低い認定が行なわ

れたケースも多々あり、たとえ認定したとしても、補償内容を“値切る”という行政の姿勢は批判されねばならぬ。これらに対しても、不服審査請求が行なわれている。

13. むすび

齊藤教諭により、土呂久鉦害の悲惨な実態が明らかにされたのは、土呂久鉦山の亜砒焼きが始ってから、半世紀後のことであった。僻遠の地に長く棄てられていた土呂久鉦害、これを掘りおこし、その解決をはかる。ここにこそ、地方自治体の責務のひとつがあったはずである。しかし、事態は、これまで述べてきたように、行政の一貫した鉦害隠蔽と被害者の切り捨てに対する、苦しい闘いの連続の下で推移した。

多くの公害問題の場合にそうであったように、土呂久においても、鉦害隠蔽に都合の良い「研究者」を行政は利用した。「倉恒」委員会の解散にみられるように、行政にとって、都合の悪い結論をだした委員会は、その後の活動は中断されてしまった。患者の苦しみが絶えることなく、なお続いている今日、宮崎県のこの行政責任は、厳しく追求し続けられねばならない。

この10年間の取り組みは、地方自治体が、住民のために何を本来なさねばならぬか、どのような地方自治体が、住民にとって必要かを明らかにした10年間でもあった。

健康被害に関しても、現実を無視した、科学性に乏しい認定要件は改められねばならない。更に他の公害地域でも問題になっている指定地域の限局化による患者切り捨ても改められねばならない。「倉恒」委員会報告でも述べられているように、「土呂久全住民に対して今後長期にわたって、専門医の参加による保健サービスを行なう」ことは、今なお重要な課題である。

土呂久鉦害は、すでに述べたように、健康のみならば、環境と生活基盤のすべてを破壊した。従って、その補償にあたっては、「公害健康被害補償法」のみでは不十分であることは明白である。現在「休廃止鉦山鉦害賠償法」制定の論議が進め

られているが、これは、中公審答申(1973年4月)の「財産被害とくに農業、漁業等の生業被害については、何等かの救済措置が講ぜられる必要があり、政府において、今後これらの因果関係の解明、被害の実態等について総合的に調査研究をすすめる、その救済制度について検討すべきである」を基礎としている。そして、この賠償法の対象は、原状回復主義にもとづき、次の3項目を含むことが必要であらう。

- (1) 健康被害に対する補償と、対象地域全住民に対する健康管理と健康状態の推移フォローアップ。
- (2) 生業被害に対する補償と、生業の確保。
- (3) 環境被害の回復、具体的には鉱滓の完全処理・汚染源流水の処置、汚染農地の改善など。

参考文献

- 1) 宮崎県：土呂久地区の鉱害にかかわる社会医学

的調査成績，1972年7月31日

- 2) 佐藤伸治：宮崎地裁延岡支部における法廷証言，1978年12月20日
- 3) 田中哲也：土呂久鉱毒事件，122，三省堂，東京1973
- 4) 川原一之：亜砒焼き谷，137，岩波書店，東京，1980
- 5) 齊藤正健：土呂久地区住民の健康被害の実態（宮崎県教育研究集会での発表）1971年11月13日
- 6) 佐藤アヤ：いのちのかぎり，土呂久・松尾等鉱害の被害者を守る会，宮崎，1977年9月1日
- 7) 中村家政ら：宮崎県土呂久地区に発生した慢性砒素中毒症について（第1報）熊本医学会誌47(6)：486—515，1973
- 8) 堀田宣之ら：土呂久鉱毒病（慢性砒素中毒症）の臨床的研究，体質医研報29(3)：219—235，1979
- 9) 宮崎県：知事談話，1972年7月31日
- 10) 川崎市：川崎市公害健康被害補償事業及財源の負担に関する確認書，1974年10月8日

私の生きてきた時代と

「医療の社会化」(2)

<第20回社会医学研究会・自由集会での講演 1979年9月8日 於名大医学部>

曾 田 長 宗

(追加発言 滋 賀 秀 俊)

8. 国崎定洞さんのこと

こんなことで、社会医学研究会が発足し、皆で勉強を始めたのですが、この頃一般の学生社会科学運動と同様、その勉強も、単に書齋派的な勉強に止まらず、社会運動、労働運動の実践から遊離してはいけないうぞ、これを軽べつしたり、こわがったりする限り、本当の勉強にならないぞ、などと戒めあいました。それで、農民組合とか、労働組合とか、特に争議中で皆を一緒にまとめておかないといけないというような場合に、一夜漬けて通読した、先程の「プロレタリア経済学」だとかマルクス、エンゲルスの初歩的パンフレット類の解説によく引っ張り出されました。そして、すこしでも話したことが、皆を判ってもらえたり、同志の気運のうちに、先生たちもっと手伝って下さいよ、カンバを頼みますよ、などいわれると、自分もこうした働く人たちの仲間に入れて貰えたような嬉しい気持ちになったものです。

自分自身だけでなく、あとから相次いで入ってくる1年2年3年後輩の人たちにも、私ども卒業の後には、あとをよろしく頼みますよ、というような具合に引継いでもらい、社会医学研究会は医学部の中で、次第に拡大して行くようになりました。

一番はじめ、社会医学研究会で、まず、問題を取り上げるために用いたテキストは、当時外国、特に欧州諸国を訪問して帰られた石原修、暉峻義

等、両先生から推薦された、B. カーエスの「社会衛生学綱要」(Kompendium der Sozial-Hygiene)でありましたが、暉峻さんは何しろ、常時岡山の倉敷におられたので、東京出張の折しかお目にかかれませんでした。石原修先生は、殆んど研究会の度ごとに御参加、欧州諸国視察のおり集められた諸国の官庁報告などを見せていただいたり、当時わが国の農商務省報告が如何に不充分で、数字に矛盾があったりするのを捜させたりしたことを覚えております。

社会医学研究会が、大正13(1924)年の秋スタートした頃、大学卒業直後から、目黒の伝染病研究所におられた先輩の国崎定洞さんが、定年近くなった撞手千代之助教授の衛生学教室へ、助教授として転勤になったことは、研究会に集まった学生たちにとって大変な励ましになりました。私共の仲間の中で最年長だった小宮義孝君から、伝研に国崎という「すごい先輩」がいて、こんど本郷へ移ってくるという話を聞いておりましたが、いよいよお会いして見ると朴訥で、頼もしげな方で皆喜んだのですが、その当時は、国崎さんもマルキシズムについてそれ程専門的な知識や見通しを持っておられたわけではなく、実践活動には全くタッチしておられなかったようで、本郷へおいでになってから、学生や新人会の連中とつき合わるうちに、学生連中に負けてなるものか、と猛烈に勉強されたんじゃないかと思えます。

もともとドイツ語に大変達者な人でしたから、当時ドイツから入ってくる新しい文献、マルクス、

エンゲスのものはもちろん、レーニン初めロシア関係のドイツ語版文献にも、広く通ぜられるようになりました。

確かその頃、日本で初めて公表された「ドイッチェ・イデオロギー」が、リヤザノフの説明付きで輸入され、日本語などあろうはずもない時期なので、皆で一緒に読もうじゃないか、ということ、かわるがわる訳させられました。

国崎さんという人は、大体自分の意見を最初からは出さず、私ども仲間に先ず考えを述べさせ、お互いにディスカッションやらせてから、色々批評されるのが常でした。

レーニンの共産主義「左翼小児病」も和田哲二の訳者名でドイツ語版から翻訳刊行されましたが国崎さんの全般的責任の下に訳され、小宮、喜多野（清一）君等が手伝ったと思っています。

こうして国崎さんの勉強も急速に進み、私ども頼もしい先輩として、皆あとについて行ったのですが、本郷へ移られてから、間もなくドイツへ社会衛生学研究で留学される予定だったのが、奥さんの病気で出発が延び延びとなり、二年程遅れて、大正15年（1926年）9月に、遂に病気の重い奥様を残して、シベリア経由、ドイツへ立たれた。間もなく、奥様もなくなられたので、その遺髪などを在ベルリンの国崎さんの許へお送りした次第です。国崎さんは、ベルリンで、さきほどふれたB・カーエスとか、その先生格のA・グロテイヤンなど、いわゆる代表的な社会衛生学者にお会いになったようであるが、かえってその先生の非戦闘的な態度に幻滅を感じられたようで、ドイツ語の本格的勉強、従来から不足を感じておられたマルクス主義経済学や哲学の深い専門的な研究、更に当時ドイツで勢力の盛んであった、共産党や労働組合の諸運動、デモや集会にも積極的に参加されるようになった模様です。その間に同志として、付き合いを初められたドイツ人女性と一緒になられ、達子と名付けられる娘さんを設けられました。達子さんも、そろそろもう50歳余りになられるはずです。

（国崎さんはその後、ナチス治下のドイツからソビエトに逃れ、そこでなくなられ、奥様と娘さ

んはドイツに帰って、ベルリンにおられました。本1980年に奥様のフリーダ・レートリッヒさんは心臓病で亡くなり、国崎さんの旧友たちの肝入りで、去る7月、達子さんだけが来日、約2週間の滞日で帰られました。達子さん来日の報告は、川上武、加藤哲郎氏等によって、「医学史研究」辺りに載せられるはず——1980年9月、曾田追記）

9. あのころの学生生活

さて、つまらないことばかりお話ししているうちに、時間がたってしまったのですが、とにかく普通の町医者の子がだんだんと社会に目をひらかされ、社会運動にひきずられていった——発達していったのか、ひきずられていったのかわかりませんが——とにかくそういうようなところを話してみてもどうかと神谷先生のおさそいがあったので、まともにお話したのですが、その頃の東大医学部で、これは私どものクラスより滋賀先生のクラスの方が熱心だったんですが、鉄門クラブの改革運動をやりました。鉄門クラブというのは東大医学部の校友会のことですね。そういうのはどの学校でもそうでしょうが、特にあの当時は運動部というのがはびこっていて、とにかく校友会費の8割方は、野球部やポート部、柔道部、陸上運動部、などに持っていかれ、ほんの少し、弁論部やら文芸部やらが、ちょっとくっついていたんです。そして同じ委員が、学校にいる間はがんばって、普通、一般の学生というのは、そういうところで計画されたのにただついていく。春秋の学生旅行でも、こんどこそこへ行くから参加者は申し込みというだけで、何も批判も討議もない。これではだめじゃないかというので、本当に学生が何を望んでいるか、どうしたいのか、あるいは学生の意見を発表できるような校友会誌を定期的にちゃんとつくろうじゃないか。当時は、学校の先生が、皆ドイツ語半分、日本語半分、ドイツ語まじりで講義をしていたんです。学生はいっしょうけんめいノートを取っているんですがなかなかよく取り切れない。誰か比較的よくノートを取った者がいると、試験の前なんかには、皆他の者

が借り出して、ノートを取った者はいい面の皮で、自分は試験の前、ちっとも勉強ができない。こんな阿呆な話はないんじゃないか。先生がちゃんと、ノートをつくって、それを学生に書かせるのだから、先生からノートを借りて、皆で写して金を出してもいいから騰写版で刷ろう。少しはそういう皆の学生に役立つ事業をやったらどうだろう。その際に社会科学研究所というもの、医学部ならば社会医学研究というものも、鉄門クラブの事業のひとつにしようということを決めました。こういう鉄門クラブのいわゆる自由主義化（リベツ化）運動が進められた背景の下に、先程申したように学校の先生達賛成にもされ、またみんなに好意を持たれた、社会科学運動、セツルメント運動、社医研運動、こういうようなものが、多くの学生にサポートされたのであります。

このように、医学部の学生だけでなく、他の学生の場合でも、又労働者や農民などでも、一般大衆の一次的、直接的要求を表に掲げた大衆運動とその理論的学習に基く自覚的政治的運動とが、重なりあって発展し、高まってきた結果、天皇制政府や保守勢力も、この勢力に抗し切れず、大正14（1925）年には、普通選挙法を、大衆の暴走を取締るべき治安維持法と共に制定公布しました。

それで、近く実施される普通選挙に應ずるため無産政党組織の準備が進められたが、なかなか意見がまとまらず、いくつかの無産政党が群立することとなりました。

このように四分五裂の陣容で、これまで政治的経済的に無権利であった労働者、農民、一般勤労大衆の政治的活動や経済的權益を守ることは不可能なので、真に正しい理論と組織的な力を備えた前衛党の再組織が必要とされ、大正15（1926）年暮に、日本共産党の再建を図る第3回の党大会が開かれました。

この大会で決定された政治方針には、重大な誤りがあったとされ、翌昭和2（1927）年には、コミンテルンにおいて、慎重考慮の結果、いわゆる「27年テーゼ」が決定され送られてきました。

このようにして迎えられた、昭和3（1928）年2月のわが国最初の普通選挙では、合法無産政党

諸派で合計8名の当選者を出しましたが、選挙戦中に、非合法の日本共産党が、勤労大衆の前に、ビラ、ポスター等によって存在を示すにいたったので、同年3月15日政友会田中義一内閣は、日本共産党及びその支持者を千数百名検挙するにいたり、続いて4月10日には、日本労働組合評議会、労働農民党、全日本無産青年同盟の解散を命じました。

党と民主的支持団体の関係者、支持者は、この弾圧に対して、執拗な抵抗を示したが、警察の方では、共産党に直接関係がなくとも、その活動を助けたり、その温床になったりする者や団体は齊しく検挙するという方針を取ったので、セツルメント、社会医学研究会、等のメンバーが、続々と逮捕され、特に無産青年同盟との関係を厳しく追究されるようなことが起りました。

そのうちに、前に申し上げた医学部の先生や先輩の人たちで、いろいろ私どもの活動に充分理解を示して下さった方々まで、にらまれまして、先生方の社会的、学問的な活動にまで支障が生ずるほどになりました。

学生たちの活動には協力したいんだけど、とても今の警察や政府の態度では、君たちをカバーし切れないといわれる段階に入り、次第に中国を主とする侵略戦争の準備、遂には、のちに大東亜戦争の開戦に連なる戦争準備期にのめり込むことになったのであります。

<質問と答え>

<質問>河上肇の「貧乏物語」が大坂朝日に連載されて、ベストセラーになるのが大正5（1916）年賀川豊彦の「死線を越えて」が爆発的に迎えられるのが大正9（1920）年ですね。さっきのお話のなかにセツルメントに参加した医学生がクラスの過半数をこえたということがありましたが、こういう状況はどうして生まれたのでしょうか。

<曾田>私はやはり第一次世界大戦、あのえいきょうとしまして、貧富の差の拡大ですね。一方では「成金」なんていう今まで大した生活もしていなかった者が、急に一獲千金的な金をもうけて、

そしてそれ自体は結構な話なんだけれども、そういう結構な人たちはごく僅かなんですね。きわめて僅かな成金が一方に出来、他方では、いわゆる物価の騰貴、生活に苦しむ者がふえる。景気のいい戦争の始めのころは、多くの人を集めて、少々無理だといっても、半片輪や半病人でも誰でも来い、俺のところの工場で仕事せいと集めておいて、そして工場の主はどどんお金をもうけた。さてそれが、戦争もすんで、今度は緊縮だということになると、今まで無理して田畑持っていた連中までが、町へ出ていったのに、今度は惜しげもなく首を切っちゃって、また農村へ帰れという。農村へ帰ったって、その時には自分の土地なんか手離しちまって戻れる所がない。こういうような連中が多勢出てくる。それから、田舎へ帰ることはあきらめたにしても、とにかく町にいても職がない。戦争がすんだとなれば、物が今までのようには売れない。そしてさきほどのように、物価は上がって、米は高くなる。米騒動というようなことが起って、あのように日本中に拡がる。一部もうけるものがあるけれども、大部分の者が生活に苦しむ。生活苦といっても、皆が平等に苦しむのなら我慢しようが中にうまいことしている連中も出てきておる、ということに対する不満が高まって来る。私どもにしたところで、おやじが医者やっていたから、特別に戦争中だからとか、戦争やめたからとかいって、それ程の差はないんだけど、私どもの所へ来ている農家の娘たちが看護婦になり、あるいは女中に来て、そのような連中の家庭の生活事情などを聞いていく中に、いくら病院の甘っちょろいボンボンでも色々考えますよね。まあ同情といえば同情かも知らんけれど、とにかくどうもこんな世の中じゃ俺たちもいかん。こういう風に、不平、不満の連中が世の中にたくさんいるようでは、自分たちだって、あるいは自分は、おやじとおふくろと二人から、とにかく、私ども兄弟6人生まれたんだが、これが皆がおやじと同じ程度の生活を二代目になった時にできるかどうかというようなことを考えてみると、必ずしもそうはいかんぞ。そのうち今度はひどい目にあうんじゃないかという不安もでてくるわけで

すね。やはり個人だけでなしに世の中全体にあるいろんな不幸や不安をそのまま放置していいのか、このまま進んでいけるのかという心配や懸念も起って来たんじゃないかと思います。

次に、これは私よりも一年上級の小宮義孝君にも関することなんですが——小宮君は言ってみれば、私どもの兄貴分になるんです。そして社医研の運動、新人会の運動、セツルメントはそれほどじゃなかったんですが、セツルメントの労働学校へは講義などにやって来た——その小宮君が先年亡くなり、奥さんが、今埼玉県の行田におります。それから小宮君の息子さんというのが、東大の脳研にいます。専門は生化学で、彼はあまり社会医学などというものに、それほど興味をもっていないようだけれども、小宮君が残していったノート類とか、書きものが何かないかということで、ちょいちょい話を聞いたりしてたんです。そうすると、こういうようなものがありますということで見せてもらったんですが、それは、滋賀先生は御存知ないですか？ この前からどっかにないかとさがしていたんですが、例の横手社会衛生叢書、この第一冊目に「公衆衛生」というのを竹之内松次郎先生が書いて出した。これに対して東大の学生新聞に、階級的観点のない、経済的視野というものの入ってこない、公衆衛生、これはむしろ、その頃の少数の恵まれた連中の役に立つものであって、その階級対立というものに、目をつむらせて、公衆ということばで、貧乏人と金持、あるいは、資本家と労働者、こういうものの対立が現存しているにもかかわらず、それを無視してそして公衆の健康を増進すると宣伝するのが公衆衛生学のねらいなんだという投稿があったのです。私は、その頃、近藤忠雄君が書いたと思ってたんだけど、今回これを見せられ、読み返しますと勝木（新次）君の文章ですね。近藤、勝木両君も滋賀先生のクラスです。それで、「公衆衛生」っていうのは、大体、敵性の学問だ。「社会衛生学」というのは、しいたげられたものを解放する学問なんだけれども、「公衆衛生」というのは、そういう動きを封じようとする敵性の学問だという風に私ども学生の頃には規定していまし

た。そしてそのことが当時の東大の学生新聞に私どもの仲間が——今みるとやはりまだ弱いなあ、もっと激しいこと言い合っていたんだと思いますけれども——そのうちの一人が投稿したんです。その後、これに対して、著者の竹之内松次郎教授が反論して、まるでとんちんかんなことを言っておられましたが、それが一週間程前にこんなスクラップブックがあったと言って持ってきてもらったんです。その前に例の「よろけ」ね、その頃小宮君と一緒に足尾銅山で調査した結果をまとめたパンフレットもありますので、よかったですら回覧させていただきます。

〈質問〉今お話しのように、ごくヒューマニスティックな形で運動が起り、クラスの多くの人たちをとらえてゆくわけですが、ふつうですとごく初歩的なレベルで止ってしまうか、さもなければ一挙に政治的に動き出すかだと思いますが、先生たちはよろけの研究だとか、医療の社会化だとか、いわゆる社会医学の研究というところに照準を合わせてゆかれた、それはどうしてだったんでしょうか。

〈曾田〉それはセツルメントをやって、医者にみてもらえない勤労者階級というのがたくさん存在していることを知った。それは自分たちがむしろ想像していなかったほど広汎なものだった。私たちの専門的知識は誠に幼稚なものであったが、その程度の医療でさえ、仲々みんなに利用されず学生の医療奉仕や健康相談の活動が、私たちの予想以上にみんなに喜ばれる、ほんのちょっとした処置や投薬でも、自分たちを待っていた、と言ってくれる、そういう世の中だったということですね。健康保険もなく、生活保護の医療救護などの制度も整わず、特に大震災直後で、貧しい勤労者の間に、それを求める空気が溢っていたからではないでしょうか。

〈質問〉ご自分たちで関心をお持ちになり、研究を始めていた社会科学の勉強と、それから医学とを結びつけようという動きがあったわけですね。その辺がただ医学生の運動というだけでなく、えいきょうが大きくひろがっていった原因のようにも思いますか——。

〈曾田〉確かに、私どもが、一部の者は単なるヒューマニスティックなセツルメントの、震災被災市民の医療、健康保持サービスから、貧困問題の原因やら、現代社会の経済的、社会的構造や、その変遷の歴史等の科学的解明に関する理論の学習に進み、一部の者は、新人会や高等学校時代の社会科学的研究から、それを医学、医療の実践に結びつけようとした、医学部学生の二つの傾向両方にまたがって進んだことは、特徴的なことだったと思います。

単なる甘ったるいヒューマニズムに終始したら正しい社会や、その歴史的発展の科学的把握ができなかったでありましょうし、また単に、経済学部や社会学の学生等と共通な、社会科学一般の総論的骨子を、特に書斎派的に勉強するに止まったなら、多くの貧困な勤労国民が何を望み、その望みに応ずる社会的責務を自覚することも出来なかったでありましょうが、私ども、たまたま、第一次世界大戦後の世界的デモクラシーの高揚期と、関東大震災という偶然の大災害とに遭遇して、医学部学生が社会的開眼の初期に、上述、両面の学習を併せ進めることができたことを、先輩諸氏の援助や、社会運動全般の進展の賜とはいえ、その時代に育ったものの仕合せと存ずる次第です。

〈司会〉それでは滋賀先生どうぞ。

〈滋賀〉今日の集まりに私をご招待いただいたのは、ご承知のように私は最近、東大セツルメント医療部の記録を出しましたので、これをごらんになってお引き下さったのだと思われます。

今日、ご配付になったこの表（註、東大セツル年表）に関連して、若い皆さん方が社会医学への関心と申しますか、あるいは学生への働きについて何かご参考になることがあるのではないかと、あるいは今日は時間もございませぬから、どういふ勉強をしたらいいか、どこに資料があるかということをお話して、それを参照していただくということが意義あり、とこういふふうを考えました。で一つは、この表の右側、東大新人会発足という1918年、がございませぬが、医学生の運動は、医学・医療、保健医療のことで特殊ではありますが、決して一般の学生の社会科学への関心と別な

ものではない。で、むしろ、その一翼としての医学部、医学生運動であるというふうにも考えておりますし、また、その影響を充分うけたのではないかと考えるのであります。そうすると新人会のこの記録は、医学関係のものも入っておりますので、その社会的な背景をみるのにひじょうにおもしろいと思います。皆さんすでにご承知と思いますが、ヘンリー・スミスという人が、日本の新人会の研究をやりました。ハーバードの教授をやっております、日本に長いこと勉強して英文でかきまして、それを翻訳したのが、東大出版会から出ています。アメリカ人ではあります、よく資料をあつめております。参考になりますので、この中で学生運動という処、その当時即ち1930年以前ですが、それも参考になるかと思えます。それから早大民人同盟ですか、暁民会という東大の新人会にあたる早稲田の学生運動の歴史がこの秋にまとまるそうでありますからこれをぜひ参照していただきたいと思えます。

実はこの間、新人会の集まりに行きましたら、早稲田の出身の人が、そのことを発表しましたので、これは確かだと思います。

それから、東大セツルメント発足の1924年、このいきさつは、ただいま曾田さんから話ありましたが、今日のお話の大部分、ほとんどが「東京帝大セツルメント医療部史」に出ております。実は私の編著ということですが、自分で書き下したわけではなく、資料を集めたようなことではあります、この中の資料に曾田さんの貢献がひじょうに大きいのです。資料を集めることや、曾田さん自身のご発言などですね。

それから、あの時代、広野を行くが如くと私は言っておるのですが、最初のスタートの非常に華やかであったセツルメントの進路も、それからしばらくして、昭和にはいりますとそろそろ困難が重なり、その運動がだんだん苦しくなってきた。そういうような記録が、当時の参加者の座談会に出ている。この記録はだらだらと書いてありますがよく読むとなかなか含蓄のあることが書いてある。お時間のあるときに寝ころがって読むとおもしろい。結局、1938（昭和13）年の閉鎖、茲にく

るまでのいきさつ、最後はもう血みどろでありまして、そのいきさつもありますので、学生諸君の参考になると思います。今日は、本の宣伝になりますと気がひけるんでありますけれど、おそらくその意味もあっておまねきいただいたんではないかと思えますので、これを御紹介するのに余り遠慮せずわりあい大きな顔でお願い出来るのであります。皆さん方、それを開拓期とでも申しましようか、その頃の人たちの発言、それをすっきり入れてあります。さらにさきほど曾田さんから話がありましたあの当時の学生がセツルメント医療部の活動を学生にうたてているアピールと申しますか、林大学の頭の後えいの林暉君や、はたまた我々の仲間の来住弥次郎君が、昭和の6～7年の頃に「鉄門」に載せました、その頃の社会医学研究会の呼びかけでありますとか、あの当時の社会医学、セツルメント活動の業績がどうであったかというようなこと、また、諸感想というようなものもいれて、またエピソード類、曾田さんの寄稿なんかもおもしろい。それらも参考になると思えますのであえて宣伝をする訳です。なおこの中に社会医学研究会の創立であるとか、あるいは「医療の社会化」、これはもうすでに御承知と思えますが、医療図書出版の方から復刻版が出ておまして、これは東大の医学部でやりました学生のアルバイトで、総論あたりがなかなかおもしろく書いてあります。

さて、世の中がだんだんときびしくなってくると、学生運動の方もどんどん進んで参りまして、例の大崎の無産者診療所の設立、新興医師連盟の活動ということで、その活動のメルクマールとして残っているのが、この新興医師連盟版の「無産者衛生必携」であります。これはきこう本であります、ひとつのマニフェストになっております。ここには当時の全国の無産者診療所運動、これは民主診療所の前身であるといわれておりますが、それらの活動の紹介がなされております。若干、学生諸君の参考になると思います。このケーススタディというわけで、曾田先生のお話に神谷先生がつっこんで、その社会情勢の意味は何だと聞いておられました。むずかしいことですが、お

前どうかということになりますと、私は私なりにあの時は、たくさんの仲間がセツルからも行っておりますが、全部セツルを経過して社会医学運動に行ったのではない。我々の仲間、いきなり党の活動に参加した者もあるし、臨床の大家になって行った人もあるわけですし、その人たちが今どうしているかといいますと、非常にいい活動をしている。津川という国会議員もいますし、若月という農村医学の大家もいますし、さっきの勝木、それから庄司という、医学部を退学して、京都の物理へ入りなおしたという人もある。まあどこかで、必ず自分なりに相当仕事をやっている。どうしてやったかなんていうのは、やはりケース・スタディではないかと思えます。それぞれにおもしろいのではないか。曾田ケース・スタディ、きょうその序論が始まったのですが、とにかく「棺をおおいて事定まる」でして、いかに活動を一生続けてやったかということ、これは、我々心しなければならぬことであります。同時に又、若い諸君がそれじゃいかにも制限があるんじゃないか、いかにもきゅう屈で、弾圧くってどうのこうのといわれるかもしれないが、それでもけっこう我々それぞれの所でやりたい事、やり得る事をやっている。当時我々は、予防医学でござい、公衆衛生をやるんだと言っていたわけではないのですが、それでも必ずセツルでやった、それを忘れてはいないで私は民医連でバタバタとやっている。これは一生続けたい。これはセツルメントの医療部の続きであるというふうに考えておいて、その間にいろいろありましたが、その点は学生諸君はあまり気になさらずで、やりたい事をやればよい。それでまた、おもしろければのってくる、で社会医学もいいんだ、我々の仲間でも社会医学運動——もちろんこれはいろいろに別れておりますが、庄司君の環境衛生、勝木君の労働衛生などそれぞれやっている。こういう活動のルーツが、当時の新人会の活動の中にもはっきり出ています。その意味でそれらを総合して観察するのが、いいのではないか。それが1930年代の医学生運動に私どもが関係して、その中で私が感じていることでありまして、私自身の諸活動というようなことは、いず

れ又、機会がありましたら、お話ししてみたいと思います。

〈質問〉クラスの過半数がセツルに参加したということですが、学生にどのように訴えてゆかれたのですか。

〈滋賀〉あの頃は医学教育が不完全で、学校でよくやってくれないので、臨床講義が始まった頃は患者がみたい、あそこへ行けばみれるということもたしかにあったでしょうね。ところがだんだん外来だけではおもしろくなくなる。だがセツルに来ていた人たちの間ではマンツーマンのコンタクトができますね。それからいろんな研究会なども今はおおびらですし、社会科学の文献も自由に手に入りますが、あのころは全部御法度ですからいろんな人と自由に接触もできないのです。そんな状況のなかで私はどちらかといえば社会科学への関心の方が先で、セツルメント知らずしてそこでオルグしていたということですが、しかしそこでまたずうっとやれる人もある。やれ働らきかけはどうだとたしかにそうおっしゃるんだけれど、画一的なひとつの生き方はないんじゃないでしょうか。私のころは今とちがって、これひとつさえやっていけば世の中うまくいくし、社会主義が出来るし、たたかいなんかしないんじゃないかとこんなふうでしょう。

その点では近ごろはむしろかしいんじゃないでしょうかね。

〈質問〉社会医学研究会の理論的指導者はどなただったでしょうか。

〈曾田〉国崎さんが指導者という感じはもってないんです、どちらかという、仲間の中での先輩という感じです。私たちに影響を与えた先生ということになりますと、石原修さんと、暉峻義等さんです。その人たちは、先生であるし、教えられることも多かったのですが、私どもと一体とはいえませんでした。国崎さんは私どものつきあいの中で成長された。残念なことに、私どもがついていき切れないうちに亡くなられた。

それから今の2人の先生というのも、また違って、暉峻さんという人はブルジョア合理主義者でいい提味でも悪い提味でも労働の合理化というス

ジで進んだ人です。特に戦争中は国策にひたひたになっていました。あの人も自分のすることに批判がなかったわけではないと思いますが、少くもあの進み方——個人の進歩といえますか——は、これで世の中が一步でも進められるんじゃないかという考えを持っておられた。だから私ども若い連中に好意をもって見て頂いたかも知れませんが、しかしいつまでも本当の人間になり切らんと僕らを見ていたんじゃないでしょうか。そうして僕らは彼を、やはり抜け切らん、ブルジョア的な、良心的合理主義だが、やっぱり戦闘的な唯物論者ではなかったと、こういう感じを持っています。

それに対して石原修さんは、僕らとひたひたではないけれどたえず若い連中の方についてゆくというふうでした。もう徹底的に若い連中と自分と議論して、若い連中のいうことの方が本当だろうが俺はなかなかついてゆききれん、というふうであの人は僕らと議論し、つきあっていても、だんだん僕ら若い者の意見を——もちろん若い者必ずしも正しいとは言えませんが——十分考えて、あるいは若い者の意見の方が本当かもしれんというふうで、あの人の考えは私どもとつきあっていてどんどん変わってきましたが、暉峻さんは変らんです。自分のものというものをしっかり持ってね、その自分のものというものが世の中がおくれているときには暉峻さんの意見は進んだものになるけれど、しかし世の中が固定した暉峻さんの考えよりも進んで行ってしまってからでも、自分の考えの方が正しいんじゃないかという態度を変えなかったですね。

暉峻さんは、友達はいいいものだ、どんなに議論の立場がちがっていても友情は尊いものだ、大切にしなければならぬと言う。私どもは友情というものは、それ自体で大切かもしれませんが、友情は友情であるが故に尊いんじゃないくて、正しいつきあいだからそれが友情として尊ばれるのであってもしもまちがっていたならば、たとえ自分の友人でも、理論の上でまちがっていると思ったらとことん容赦しないんだ、どっちが正しいか、こういうことを言ったら、“君たちは若い”とこう言われたことがあります。しかし私はその後、私ども

の仲間と50年以上のつきあいをしていますが、中には意見のちがいというものはあるけれども、しかし捨て切らんものはたしかにあります、ただ長いだけで友情が尊いとはいえない。私はやっぱり別個の人間です、個人個人意見がちがうけれど、やっぱり共通したものが残っている。だから人間と人間とのつきあい、友情というものは共通した面と違った面があると思う。それは私と暉峻さんと私と滋賀さんとは同じ長いつきあいといってもそれは違っている。ただこれは又まとまった上で皆さんのご批判を仰がねばならないが、一年上の小宮義孝君ですね、小宮君とはずい分言い合いました、しかし最後まで愛著は残っていました。今思い返して見ても、1930年頃の無産政党問題ではずい分言い合いをしたんです。お互いに妥協はなかったと思うんだけど、あとになってみるとずい分よくかみ付き合ったことをおぼえています。国崎さんは、大体、ジッと黙って聞いておられましたが、心配してドイツから度々小宮のところへ手紙を寄せられました、あの国崎さんの手紙がずい分小宮のその後の決意に影響していますよ。さっきの話で暉峻さんはまるで動かなかったが、小宮はやっぱりふらついています。そして、そのふらついている所が魅力で、お互いの付き合いを断ちきれない。やっぱり最後まで愛著があるんですね。

〈神谷〉もう九時半になりますので、まだお話しはつきないと思いますが、次回のお楽しみということで終らせて頂きます。曾田先生、滋賀先生という二人の大先輩の、若々しく情熱的なお話しを聞いたことは本当に幸せでした。どうもありがとうございました。

注〉この記録は、第20回社医研・自由集会での曾田講演の全文筆記です。テープからの復刻は名大公衛・阿部信子が担当しました(神谷)。

第22回社会医学研究会総会報告

〔I〕 第22回社医研総会（総会世話人代表：久留米大学、高松誠教授）は、1981年7月31日～8月1日にかけて、福岡県二日市温泉で開催された。参加者総数は189名で、内137名が合宿した。そのプログラムはつぎのとおりである。

〔ラウンド・テーブル・ディスカッション〕

“九州地方における公害・労災・薬害—その後の問題点”

司会 原田正純（熊大・体質研）

- 1) 土呂久鉦害
落合正（土呂久・松尾等鉦害の被害者を守る会）
- 2) 水俣病
馬奈木昭雄（久留米第一法律事務所）
- 3) スモン
本条庸（福岡・千鳥橋病院）
- 4) 三池CO中毒
吉田磯彦（大牟田・曙病院）
- 5) カネミ油症
梅田文勝（健和労働衛生研究所）

【特別講演】

“農村における社会医学の展開”

若月俊一（佐久総合病院）

〔シンポジウム〕

“農村における生活・健康と社会医学の課題”

司会 内田昭夫（千葉大・医・農医研）

- 1) 過疎地における生活と健康
金子勇（長野県阿南町、和合・富草診療所）
- 2) 竜神村における生活・健康と医療
大島隆吉（和歌山県竜神村、大島医院）
- 3) 豊後土工（出かせぎ）の職業病
高松誠（久留米大・医・環境衛生）
- 4) 農村における農業・生活基盤の再構築のために
都留 大治郎（九州大・経済学部）

〔要望・一般演題〕

〈障害者の健康権〉

座長 西 三郎（国立公衆衛生院）

山岸春江（東京都神経科学研）

1. 在宅脊損者の介護実態
山岸春江（東京都神経科学研）
2. 在宅脊損者の介護実態と制度化について
新田輝一（全国脊髄損傷者連合会）
3. 身体障害者と自立
橋本美紀（「翼は群のなかで」著者）
4. 身体障害者世帯における住生活空間の役割
片岡正喜（大分大学・工・建設工学）
5. 在宅神経難病患者における社会資源利用状況について
川村佐和子・他（都立神経病院）
6. 障害者のための地域歯科サービスについて
新庄文明・他（佐用共立病院歯科）
7. 市町村における心疾患児対策の現状と問題点—宮崎県下44市町村を巡回して—
首藤正一（全国心臓病の子供を守る会宮崎県支部）
〈公害・薬害〉
座長 山下節義（奈良医大）
8. 水銀汚染地区住民の健康調査
新井英夫・他（新潟大学・学生）
9. 大牟田市の大気汚染と老人の健康との関係を調査して学んだこと
森田信彦・他（久留米大・学生）
10. 薬害被害者の迅速な効済のあり方に関する考察—未提訴スモン患者の救済における行政の役割—
片平冽彦・他（東京医科歯科大・難研）
〈都市と農村における死亡〉
座長 逢坂隆子（阪大）
金田誠一（名大）
11. 農家の高令者の介護・死亡と生活への影響—宮城県A町、栃木県B町での調査結果より—
高木邦明・他（東大・医・保健）
12. 農林漁業従事者の死亡統計—「職業別・産業別人口動態統計」の問題点—
木村慶・他（愛媛大・医・公衛）
13. 川崎市における中年期死亡の区別比較
朝倉隆司・他（東大・医・保健）
14. 東神戸診療所におけるアルコール依存患者について—第1報 死亡例の解析結果

- 日高隆三・他（東神戸診療所）
15. 東神戸診療所におけるアルコール依存患者について
—第2報 断酒会活動のとりくみ—

宮腰真一・他（東神戸診療所）

〈農村における保健・医療〉

座長 西成辰雄（秋田・西成医院）
上田 厚（熊本大）

16. 行政機関の連携の必要性と問題点
草野文嗣（滋賀県今津保健所）
17. 農業機械災害発生の社会的背景と農業者災害補償制度
岡村純（東大・医・保健）

18. 経済地帯別にみた国保医療費
西成辰雄（秋田県十文字町西成医院）

19. 地域特性からみた保健・医療要求
山下節義（奈良医大・衛生）

20. 農協共済によるコンピューター検診の問題点
吉田幸永（京都府日吉町役場）

21. 学校給食の許可をめぐる
橋本周三（兵庫県和田山保健所）

〈じん肺・農山漁村の（出かせぎ）職業病〉

座長 五島正規（四国勤労病院）
須田和子（東京都神経科学研）

22. い草労働とじん肺に関する社会医学的考察
上田厚（熊大・医・公衛）

23. 京都市内のじん肺患者生活実態について（じん肺法・労災保険法をめぐる諸問題）
宮入昭午（京滋じん肺患者同盟）

24. 日吉町における元鉱山労働者（じん肺・マンガン中毒）検診のその後
吉田幸永（京都府日吉町役場）

25. 大分県南部における出稼じん肺などについて
長門宏・他（長門記念病院）

26. じん肺・振動障害等の地域における集積の問題
三浦肇（大分県佐伯保健所）

27. 農山漁村に集積するトンネル建設出稼じん肺患者の調査
山崎喜比古（東大・医・保健）

28. 奈良県T村における民有林振動病患者の実態と振動病対策の課題—患者訪問調査の経験から—

車谷典男・他（奈良医大・公衛）

29. 愛媛県における林業の振動病対策の問題点
山河泉・他（愛媛大・医・公衛）

〈労働衛生〉

座長 福地保馬（滋賀医大）

30. 郵便局におけるオートバイ乗務員の振動障害予防のとりくみ
松本忠雄（名市大・医・公衛）

31. 保健活動としての労働衛生相談
上畑鉄之丞・他（杏林大・医・衛生）

32. 有機溶剤を扱う建設労働者の社会医学的検討
千田忠男・他（杏林大・医・衛生）

〔ワークショップ〕

“80年代における社会医学の展開”

全体会議—話題提供者：朝倉新太郎

山田 信也

芦沢 正見

高松 誠

分散会サブテーマ

- (1) 都市と農村における生活と健康—地域社会と結びついた保健・医療活動の展開—
世話役：牛嶋利二郎・山下節義

- (2) 障害者の健康権と社会的役割
世話役：西三郎・石川左門

- (3) 救済にあたり被害をどう位置づけるか
世話役：中川武夫・原田正純

- (4) 老人の生活・健康と保健・医療活動・制度
世話役：日高隆三・木村慶

〔Ⅱ〕 本総会では、久しぶりの合宿形式を採用したが、参加者の皆様のご協力により充実した、活気のあるものとなった。夜の Workshop でも、上記の分散会サブテーマの(1)~(4)に、それぞれ53, 23, 36, 23名の参加があり、深夜まで熱心に討論が行われた。

総会の企画にあたり、ご援助いただいた九州地方を初めとする各地の世話人の皆様、また、当日の運営にご協力いただいた皆様に感謝致します。

（第22回総会事務局 前田勝義）

第23回社会医学研究会総会プログラム

主題 きびしい情勢の中での社会医学のあり方
会期 1982年7月31日(土)午後1時～8月1日(日)午後4時
会場 K B Sびわ湖教育センター
滋賀県守山市水保町2892—2 電話 0775-85-4111
総会事務局 大津市瀬田月輪町滋賀医科大学予防医学
教室内 電話 0775-48-2187

7月31日(土)

第1会場

要望 障害(児)者問題(1) 13:00

1. スモン患者の社会資源の活用状況とその問題点—北陸3県を比較して

中西裕康(城北病院)

2. 障害者の恒久対策—スモンの立場から

筋 昭三(城北病院)

3. 未提訴スモン患者の救済における国の責任と医療従事者の役割

片平冽彦(東医歯大 難研)

シンポジウム ①農村における保健医療 14:00

司会 福知山保健所 山本繁

- 1) 和知町における取組みから

京都府和知町 岡田 寛
堀 春枝

- 2) 長門町における取組みから

依田窪病院 矢嶋 嶺

- 3) 兼業農村地域における健康管理

愛媛大公衛 木村 慶

- 4) 農村の構造と経済基盤

京都府農業会議 渡辺信夫

教育講演 私の社会医学 17:00

上智大学名誉教授 籠山 京

夕食・休憩

要望 障害(児)者問題(2) 19:00

4. 重症児の施設入所の動向と処遇の課題

田辺久子(第一びわこ学園)

5. 脊髄損傷者の増加に関する社会医学的考察

須田和子(東京神経科学研)

6. 障害児早期発見・早期療育に関する調査

名越 廉(東大 障医研)

7. 三鷹市における障害児を持つ親達の活動

吉田ヤエ(三鷹心身障害児(者)親の会)

8. 障害者家族の健康権からみた障害者問題

藤森 弘(柏花診療所)

9. ぼうこうカテーテル留置在宅患者の家庭看護条件に関する研究

浅井芳子(都立神経病院)

10. 障害者の食生活

藤森 弘(柏花診療所)

11. 単身SCD事例の生活障害—食事についての分析と解決

影山ツヤ子(都立神経病院)

—討論—

第2会場

一般演題 13:00

19. 高速道路沿線における低周波騒音の実態調査

北野正文(銀杏短大)

20. 新潟水俣病臨床例の検討

斉藤 恒(木戸病院)

コロキウム ①環境問題の新局面 14:00

司会 滋賀医大 予防医学 渡部真也

熊本大 公衛 二塚 信

基調報告

三重大 公衛 吉田克己

☞発言 1) 公共性について

関西合同法律事務所 須田政勝

- 2) 交通公害

名大 公衛 中川武夫

- 3) 琵琶湖汚染

滋賀医大 予防医学 福地保馬

- 4) 放射能汚染

秋田大 公衛 滝沢行雄

夕食・休憩

一般演題 19:00

21. 英国NHSの再機構改革

多田羅浩三(阪大 公衛)

22. 地域歯科保健の展望

新庄文明(阪大 公衛)

23. 保健行政と行財政改革—岡山市への保健所増設運動をとおして
寺田和子（岡山市 職労）
24. 振動病に罹患した日田の石工組合員の健康活動
高松 誠（九大 環衛）
25. 採石業における振動障害
榊原久孝（名大 公衛）
26. 塗装労働者の有機溶剤中毒について
色部 祐（東京社医研センター）
27. 小零細企業労働者の健康に関する社会医学的考察
平野松男（健和 労衛研）
28. 零細事業者の健康と生活
逢坂隆子（阪大 公衛）
29. 中小零細企業労働者の労働環境と健康アンケートより
三木信夫（名大 公衛）

8月1日(日)

第 1 会場

総会 8:30

要望 障害(児)者問題(3) 9:00

12. 三鷹市中心身障害児対策発展の経緯
西 三郎（国立公衛院）
13. 三多摩地域の難病地域ケアシステムその1—東村山市における展開
小林史朗（東京神経科学研）
14. 三多摩地域の難病地域ケアシステムその2—日野市における展開
萩野康子（東京神経科学研）
15. 地方自治体と障害老人在宅看護サービス—新宿区の政策に視点をおいて
露木敏子（東京都公衆衛生部）
16. 品川区における筋ジストロフィー症児をめぐる地域ケア
高橋郁子（品川保健所）
17. いわゆる「植物状態」の人をかかえた家族への地域でのチーム援助
松沢エミ子（小金井保健所）
18. 家庭奉仕員による難病患者ケアの現状ならびに保健婦との連携について
黒田研二（阪大 公衛）

一討論一

昼食・休憩

シンポジウム ①老人の保健・医療・福祉の統合

13:00

司会 奈良医大 衛生 山下節義

- 1) 向日市の訪問看護活動をはじめて
向日市役所 中村容子
- 2) 福祉事務所ケースワーカーの立場から
京都市北福祉事務所 湯浅晃三
- 3) 老人ホームにおけるデイケアの試み
聖徳会大阪老人ホーム 岩田克夫
- 4) 地域医療の試みの経験から
堀川病院 三宅貴夫
- 5) ボランティア活動をとおして
京都ボランティア協会 奥山文朗
- 6) 在宅呆け老人の介護体験から
呆け老人をかかえる家族の会 高見国生

第 2 会場

要望 労務管理と安全衛生 9:00

30. 「労働の人間化」論の基礎的検討
富家 孝（大阪府立公衛研）
31. 果樹園作業の技術革新にともなう花粉アレルギーの多発
寺西秀豊（富山医薬大 公衛）
32. スチュワーデスの健康障害—スチュワーデスの生活と療養について—
牧野忠康（東京社医研センター）
33. 石川におけるタクシー運転手の在職中死亡について
服部 真（城北病院）
34. 8名の在職急性死をみつめて
前田黎生（愛知信金健保）
35. 過労死と企業責任
上畑鉄之丞（杏林大 衛生）
- 一般演題 11:00
36. 「急性死」に関する労災認定の動向
高橋典明（急性死等労災認定連）
37. 職業性皮膚障害対策上の問題点
西谷宣雄（大阪府職業病センター）
38. 学校給食調理員の頸肩腕障害—S市安全衛生委員会の健康実態調査結果より—
重田博正（淀協社医研）

昼食・休憩

コロキウム ②労働衛生活動のあり方 13:00

司会 関西医大 公衛 原 一郎

基調報告

私の歩んできた道・今日の課題と展望

京都市衛研 細川 汀

労働者、労働組合、患者組織、研究者、臨床医、弁護士それぞれの立場からの発言を予定しています。

全国世話人会 7月31日(土)午前11時30分

解題

シンポジウム①

農村における保健医療の今日的展開

昨年の総会の要望課題「農村における保健医療」を継承した。具体的に農村の構造と経済基盤を眺めながら、兼業化の中であらわれた労働者農民の存在等を考えた場合、保健医療の展開における自治体責任はどうか、国保医療機関の活動事例を通じて、農村における保健医療活動の発展の道を探る。

シンポジウム②

老人の保健・医療・福祉の統合を求めて

わが国の人口高齢化が急速に進むなかで、老人の保健と医療のニーズは一層高まっている。老人の健康や疾病は、その生活状況に容易に影響されるので、老人の生活が保障されてこそ、保健・医療活動が生きてくる。このような理由から、老人に対して保健と医療と福祉の統合的アプローチが欠かせない。

今回のシンポジウムでは、老人問題にかかわる様々の立場から、地域的な活動を試みている事例を通して老人への統合的援助を妨げるものは何かを検討し、老人を生活の場で全人的に支えていく方策を探りたい。

コロキウム①

環境問題の新局面—社会医学の視点から

70年代後半から、NO₂の環境基準の大幅な緩和、環境アセスメント法案・湖沼法案の国会上提の見送りなど、公害・環境行政は後退に後退を重ね、設立10周年を経た環境庁自体の存在意義さえとりざたされたり、財界による「公害まきかえし」も一層露骨になってきている。

しかし、われわれの環境はこれでよいのだろうか。否、環境破壊の現象は多様化してきており、公害による健康・生活破壊は依然として深刻である。そこで、いくつかの今日的環境問題をとりあげ、社会医学の課題を明らかにしたい。

コロキウム②

労働衛生活動のあり方

わが国の労働衛生は、国の産業政策に沿いつつ一定の積極的提起を行ってきたが、高度経済成長期の急激な労働の変化に対応できず、後追的に終始し、最近の低成長期においては、むしろ逆行的ともいえる状況である。

これに対置する一つの運動の事例として、細川汀氏を中心とした近畿地区での活動を検討し、活動の体系化を追求する。

＜編集後記＞

■今号は、第22回総会（世話人代表・久留米大 高松誠教授）での報告論文を中心に編集した。緊張感のみならず論稿が多数集まりよこんでいます。また総会発表以外の投稿論文も追々手持ちが増してきたので、年1回という発行ペースをここで1.5回位に上げてみたいと思っています。予告の第4号を秋には発刊できるでしょう。また、これで「3号雑誌」でないことも証明したいと念じています。

■最近兄弟研究組織ともいうべき「社会薬学研究会」が発足しました。以前から大活躍の「保健・医療社会学研

究会」とともに、ここに医学・薬学・社会学の三つが出そろったわけです。会員もお互に重複しており、学際的な研究が大いにすすむこと、またその成果が、学会発表や機関誌をにぎわすことを期待したいものです。

■医療費抑制の臭い濃厚ですが、治療偏重、薬漬け、検査漬けの医療への批判は、従来にも増して現実化してきました。これに對置したかたちで社会医学の陣地から、考え方や方法を提示する必要があります。出番にそなえて、会員各位の大奮闘を祈る次第です。 (A)

社会医学研究会会則 (1978. 7. 改正)

- 第1条 本会は社会医学研究会という。
- 第2条 本会の事務局は当分の間、大阪大学医学部公衆衛生学教室におく。
- 第3条 本会は会員相互の協力により、社会医学に関する理論およびその応用に関する研究が発展助長することを目的とする。
- 第4条 本会はその目的達成のため次の事業を行なう。
1. 研究会の開催
 2. 会誌、論文集などの発行
 3. その他必要な事業
- 第5条 本会の会務の遂行は、総会において会員中より選出された若干名の世話人より成る世話人会がこれに当たる。世話人の任期は3年とし重任を妨げない。
- 第6条 年次予算、会則、会則変更等重要事項の決定は

- 総会の議決を経なければならない。
- 第7条 会費は年額2,000円とする。会員は無料で会誌の配布、諸行事の案内を受けることができる。ただし研究会の開催など特別に経費を要する場合は、そのつど別に徴集することができる。
- 第8条 本会は会員の希望により各地方会をおくことができる。
- 第9条 本会の諸行事、出版物などは会員外に公開することができる。
- 第10条 本会の会計年度は、毎年7月に始まり、翌年6月に終る。
- 事務局所在地：大阪市北区中之島4丁目3-57
大阪大学医学部公衆衛生学教室内
振替口座番号：大阪1204 社会医学研究会

社会医学研究 No. 4 (予告)

特集1 〈大都市住民の生活・労働・健康〉
はきもの労働者の労働環境と
健康破壊……………上畑鉄之丞
川崎市における中年死亡の
地域差の形成と都市構造……………朝倉雄司他
大都市の中年期死亡へのミクロな接近

—アルコール依存症の問題……………日高隆三他

特集2 〈老人・障害者・難病患者の保健福祉〉
現代の老人保健・医療問題……………山下 節義
身障者世帯にたいする住宅の役割……………片岡 正喜
未提訴スモン患者の救済について……………片平 冽彦

1982年7月15日 第1刷

社会医学研究 ③1982

定価 1500円

編集委員 朝倉新太郎 芦沢正見 神谷昭典
野村 茂 野村 拓 前田勝義
山下節義

発行者 安 藤 萌 生
印刷所 新協印刷株式会社

東京都中野区江原町1-22-20
〒165 ③03-952-0611
振替東京8-43306
發行所 株式会社 医療図書出版社
