

BULLETIN OF SOCIAL MEDICINE

社会医学研究

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

- I 大都市住民の生活・労働・健康
- II 老人・障害者・難病患者の保健福祉

社会医学研究会

JAPANESE SOCIETY FOR SOCIAL MEDICINE

4

1982

BULLETIN OF SOCIAL MEDICINE

社会医学研究

I 大都市住民の生活・労働・健康

II 老人・障害者・難病患者の保健福祉

社会医学研究会

JAPANESE SOCIETY FOR SOCIAL MEDICINE

4

1982

目 次

特集Ⅰ 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・千田忠男・西村 誠 …… 4
牧野 忠康・木内泰美・林 哲雄
- 川崎市における中年期死亡の地域差の形成と都市構造……………朝倉隆司・山崎喜比古 ……23
- 大都市の中年期死亡へのミクロは接近
診療活動を通して見たアルコール依存症……………日高隆三・宮腰真一・日高沙千江 ……34

特集Ⅱ 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と老人保健法案……………山下 節義 ……50
- 身障者世帯にたいする住宅の役割および住宅の改善計画とその問題点……………片岡 正喜 ……80
- 未提訴スモン被害者の救済に関する研究
- 第1報 未提訴スモン被害者の全国の実態とその救済の
取組み—1979年度調査から
……………片平冽彦・園田恭一・高木邦明 …… 102
手島陸久・杉沢秀博・幸田義憲
- 第2報 未提訴スモン被害者の救済における行政の役割
—1980年調査から
……………片平冽彦・園田恭一・高木邦明・杉沢秀博 …… 106
手島陸久・酒井ツネ・福田光子
- 第3報 未提訴スモン被害者の救済における国の責任と医療従事者の役割
—1981年度調査から
……………片平冽彦・高木邦明・大島 巖・手島陸久 …… 109
鳥羽信行・阪上裕子・木下安子・園田恭一

特 集 I

大都市住民の生活・労働・健康

はきもの家内労働者の 労働環境と健康破壊

上 畑 鉄 之 丞 千 田 忠 男

(杏林大学医学部衛生学教室)

西 村 誠 牧 野 忠 康

(立川第一相互病院)

(東京社会医学研究センター)

木 内 泰 美 林 哲 雄

(北病院)

(台東保健生協)

I はじめに

わが国ではきもの家内労働者の健康破壊が具体的にあらわにされた事例としては、1958年～59年に発生したベンゾール中毒事件にさかのぼることができる¹⁾。

このベンゾール中毒事件は、判明しただけでも東京で1名、大阪で7名の死亡者をだし、その他多数の中毒患者を発生させたが、この事件を契機に、臨時家内労働調査会設置(1959年)、ベンゾールを5%以上含有するゴムのりの製造・販売の禁止措置(1960年)や有機溶剤中毒予防規則の制定(1960年)など、労働衛生行政上の一連の対策がとられてきた。そしてその後さらに、家内労働審議会設置(1966年)および家内労働法制定(1970年)へと進展し、家内労働対策の制度的な面での整備がなされてきたところである²⁾³⁾⁴⁾。

しかしながら、こうした措置がとられたにもかかわらず、1967年にはベンゾールの代替溶剤として使用されたノルマルヘキサンによる多発性神経炎の発症が、三重県下のはきもの家内労働者に多数発見され⁵⁾、また、同じ代替溶剤であるトルエン・キシレンなどの混合したシンナーなどによる急性中毒などの発症例もあとをたたず、今月ふた

たび有機溶剤中毒予防対策の不備が各方面から指摘されているところである。特にそのなかでも、不備な作業環境のもとでゴムのりを長時間使用する家内労働者の実態把握とそれにもとづく健康保護が急務の課題となっていると考えられる。この点では、1979年12月に中央家内労働委員会・小委員会(舟橋委員長)がまとめた「家内労働の安全衛生に関する報告⁶⁾」でも、「家内労働の安全衛生対策をすすめるためには、まず、安全衛生に関する実態をはじめ、家内労働者の全般的な実態をは握する必要がある。」とその第1項冒頭で強調しており、行政的にもなお実態が不十分にしか把握されていないことが明らかにされている。

以上のような背景のなかで、私達は、主として東京都台東区内のはきもの家内作業者の作業環境や健康状態についての調査を実施してきたところである。その内容は、当初はおもに使用されている有機溶剤による健康への影響という点にしぼっていたが、調査の過程で、家内作業者の労働条件の劣悪さと、その改善をはかるうえでのさまざまな障害⁷⁾⁸⁾が明らかになり、それらもあわせて検討することとなった。

今回の調査は、はきもの家内労働者の組織する労働組合である家内総連東京地方履物工組合協議会の全面的な理解と協力のもとに実施され、また

台東区内の橋場、竜泉協立の両診療所の協力も得られたことにより、地域ぐるみの自主的で持続的な家内労働者の健康を守る運動につながる展望のもとに実施されたものである。

II 調査の概要

1. 聞きとり調査（1979年7月～9月実施）

はきもの家内作業者の労働環境の実情について組合役員も含め若干の作業者をまじえ、聞きとりによる予備調査を行なった。

2. 作業環境と健康状態についての調査票調査（1979年10月～12月実施）

上記の聞きとり調査をもとにして、台東区内に在住するはきもの家内作業者を対象にして、作業環境と健康状態についての調査票を作成し、労働組合を通じて配布・回収した。

なお、健康状態に関する調査票は、埼玉県に在住する家内作業者も対象とした。

調査対象組合員（世帯）数は202世帯で、作業環境に関する調査票の回収数は163世帯（回収率80.7%）であり、労働条件および健康状態に関する調査票の回収数は452名で、その内訳は男278名、女174名であった。

3. 健康診断（1980年1月～3月実施）

調査票の回答者のなかから、特に有害な症状が多いと思われた者を抽出し、有機溶剤中毒を主とした健康診断を行なったが、対象者は40名（男29名、女11名）であり、受診者は31名であった。

4. 室内作業場の気中有機溶剤濃度の測定（1980年4月実施）

健康診断受診世帯を中心に、家内作業場の気中有機溶剤濃度を、個人用ガスバッチ法により測定した。

III はきもの家内労働の現状について

聞きとりによるはきもの家内作業の現状を項目別に整理すると以下のものであった。

1. ベンゾール中毒事件以後の改善点

イ) 当時、1日の平均労働時間は16時間前後で

あったが、現在は平均で11.5時間前後になっている。

ロ) 昭和38年ころから週休制が行なわれはじめた。その以前は1・15日の月2日のみであった。

ハ) 作業場が広がってきている。

ニ) 換気扇や衛生指導員制度が普及してきた。

ホ) 6年位前から東京都が検診を行なうようになった。

2. 現在の問題点

イ) 休けい時間をほとんどとらない。

ロ) 食事が不規則である。作業姿勢が問題である。

ハ) 東京都の検診のやり方や結果の報告があいまいだ。

3. 現在使用しているゴムのり・接着剤

イ) ゴムのり（トルエンが主）

ポンド系：皮用、ビニール用がある。

ディスモ：乾燥剤で使用量は少ない（ジクロルメタン）。

ラテックス：アンモニアで溶解したもので気管の刺激が強い。

ロ) それぞれ使用するゴムのり・接着剤は個人購入制である。その成分は、元メーカーのものを小さな会社で小分けして混合しているの
で表示とは違っている。

ハ) 以前ベンゾールが禁止されたとき、市販のベンジンを混ぜて使ったこともある。

ニ) ストロングやエスミ（いずれも商品名）が特に作業者にとってつらい。

ホ) 高級製品の場合は2液（2回ぬり、1度ケトンなどでふいておく）、そうでないときは1液（1回ぬり）を使用する。1液のほうが強いが、最近はこのが多くなっている。

4. 原材料について

イ) 原材料の問題として、ビニールからでる臭気の問題がある。

ロ) ビニールでも再成、パール、合成とがある。

5. 作業量、工賃

イ) 1日の作業量は、くつで、以前はくぎ打ちの部分が多く12足前後であったが、現在は1

月40~50足で、のりづけがほとんどである。サンダルでは、1日200~300足で、400足つくることもある。

- ロ) 収入は、くつの場合夫婦二人で月30万円前後で、うち3%位が接着剤などの材料購入費にあてられる。サンダルの工賃は1足100~200円前後で、そのうち30~40円が材料費になっている。
- ハ) 工賃は大部分がメーカーによって一方的にきめられている。

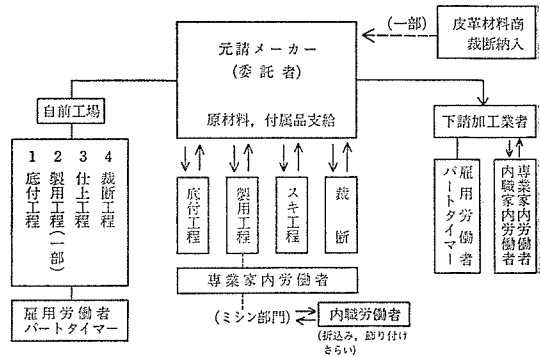
6. 健康破壊について

- イ) 目が「しょぼしょぼする」者が多い。胃や腰痛の障害を訴える者が多い。
- ロ) 底づけの職人では、膝、肘の関節痛、足腰のきかない人がある。
- ハ) ちくのうのような症状がある。
- ニ) 最近の死亡者では、若い人の胃がん、肺がんなどがある。肝硬変の死亡者もいる。
- ホ) 生活習慣としては、酒を飲む人が多い。特に底づけ職人は強い。
- ヘ) 家内労働なので、家族も同じ場所で生活している。乳幼児のいる家庭でも、保育所でなかなかあずかってくれないので、仕事場に一緒にいて、のりを口に入れたりしていることもある。
- ト) 健康保険は、大部分が国保で、従業員のいるところは皮革健康保険組合加入。特別加入の労災保険の加入者は少ない。

7. 健康診断など

- イ) 昭和47年5・6月頃、労働省が有機溶剤中毒検診を行い、その結果が朝日新聞に「ベンゾール中毒の追跡調査」として掲載された。
- ロ) 昭和48年1月の東京都検討結果では107名の受診者のうち93%が異常なし、13名が要精検、1名が再検という結果であった。
- ハ) 東京都が過去5年間家内労働対策として有機溶剤中毒の無料検診を行なっている⁹⁾。受診者は少ないが増えてきている。その結果は本人に通知される。検診費用は同和予算から出されている。
- ニ) この健康診断結果の全体のまとめがなく、

図1 靴製造の生産・委託関係



職業病検診を目的とはしていないようなのでもっと充実した内容のものが必要である。

- ホ) 4年前に東京都が環境測定を行なった。
- 8. 組合の構成など
 - イ) 組合員は約2,300人(世帯)台東区内では約200世帯であり、おもに専業主内労働者を組織している。
- 9. 履物産業の概況
 - イ) 靴製造業は東京が全国の約6割を占めるがその圧倒的多数は中小零細企業による。メーカーは独立型、産業資本下請型、商業資本下請型に大別されるが、独立型中小メーカーの多くは大商業資本の系列下に編成されつつあるのが現状である。東京の製品は、主として専門店、デパートに出荷され、関西方面のはスーパーなどが多い。
 - ロ) 製造過程は細分され、それぞれの過程がメーカーの自前の工場の雇用労働者(パート含む)、専業主内労働者や家庭内職等により行なわれている。その概要を靴製造業でみると図1に示すとおりであるが、専業主内労働者と元請メーカーの間に下請加工業者が介在する場合や、また繁忙期には専業主内労働者から家庭内職に流れる例もみられる。

IV 労働環境について

1. 調査票による調査結果

ここでは製造品目、作業内容、有機溶剤使用の有無、作業場の形態、換気の状態、労働時間等に

表1 作業場の形態と換気扇の使用状況

作業場の形態 換気扇の使用状況	台所・居間・寝室 などと兼用	専用作業室	共同作業場	不明	(小計)	計(%)
換気扇あり	26	32	12	4		74(638)
・のり・ボンド使用中 はいつも回す	16	20	3	4	(43)	
・においの強いときだけ 回す	7	8	9		(24)	
・ほとんど回さない	3	2			(5)	
・不明		2			(2)	
換気扇なし	15	24	2	2		43(371)
不明		1				1(08)
計(%)	41(353)	55(474)	14(121)	6(52)		116(100)

ついて調査した。

まず製造品目と作業内容について、調査票回収163世帯のうち集計可能な160世帯でみると、「くつ」が最も多く(91世帯, 56.9%), ついで「はなお」(29世帯, 18.1%), 「ぞうり」(12世帯, 7.5%)となり、「サンダル」(5世帯)がもっとも少なかった。なお「くつ」としたもののうち、「底付」「製甲」工程を行う者では、冬から春にかけて「サンダル」を製造するとしたものもあり、季節によって製造する品目が違う例もみられた。

これらのうち、有機溶剤を含むゴムのり(ラバー)やボンド(接着剤)を使用する例は116世帯(72.5%), 使用しない例は21世帯, 不明23世帯であった。なお、製造品目と作業内容などからみて、不明群の大部分は有機溶剤を使用しないか、使用していても少量であると考えられた。

また、ゴムのり・ボンド以外の薬品を使用する例をみると、シリコン(つやだし)9例, シンナー(希釈用)6例, ラテックスゴム5例, デイスモジュール(乾燥剤)3例であった。

つぎに作業人数と作業場の広さをみると、作業人数は1~3人で行なう例が圧倒的に多く全体の86.9%を占め、家内労働の特徴をよく示していた。また作業場は、3畳以上7畳未満が59.7%と大半を占め、3畳, 4畳半, 6畳前後の作業室であることかうかがわれた。

さらに、有機溶剤を使用する例で作業場の形態

をみると、表1に示すとおり、専用作業場が最も多く、共同作業場も普及しはじめており、この2種で全体の約6割を占めるにいたっている。しかし、台所や居間・寝室などと兼用している例も35.3%とまだ多くみられ、作業室と生活居室を分離することがなお重要な課題であることが示されていた。

また、換気扇の設置・使用状況をみると(表1)有機溶剤を使用しているにもかかわらず換気扇の設置されていない例が43例(35.1%)みられた。さらに換気扇の設置されている例でその使用状況をみると、「のり、ボンドの使用中はいつも回す」が43例と最も多いが、「においの強いときだけ回す」24例、「ほとんど回さない」5例と、使用方法の不十分な例が29例みられた。すなわち、換気扇を設置していない例、使用方法が不十分な例をあわせて69例(62.1%)にのぼり、換気の悪い状態で有機溶剤を使用している例が多いことが示されていた。

作業室内の換気と関連して冷暖房についてみると、夏の冷房用にはクーラー(69.0%), 冬の暖房用には石油ストーブ(73.5%)を使う例が最も多く、この場合にはいずれも部屋をしめ切ることとなり、換気が不十分になる1因となり得るものと考えられた。

つぎに労働時間についてみると、1日の労働時間については表2に示したとおりであるが、男子

表2 1日の労働時間の分布

労働時間	性別	
	男 (%)	女 (%)
5～6	4(1.4)	16(9.2)
7～8	2(0.7)	26(14.9)
9～10	31(11.1)	29(16.7)
11～12	89(32.0)	51(29.3)
13～14	124(44.6)	38(21.8)
15～16	21(7.6)	3(1.7)
17～	3(1.0)	1(0.6)
不明	4(1.4)	10(5.7)
計	278(100.0)	174(100.0)

では13～14時間（278名中124名，44.6%）が最も多く，ついで11～12時間（32.0%）となり，この2群で7割以上を占める。一方8時間以内はわずか6名（2.1%）にすぎず，長時間労働の圧倒的に多いことが示されている。これに対し女子では，11～12時間（174名中51名，29.3%）が最も多く，ついで13～14時間（21.8%），9～10時間（16.7%）の順となり，男子にくらべてやや短くとはいえず，やはり長時間労働であることが示されていた。

1日の出来高についてみると，製造品目，作業内容，製品の様式等により異なるが，くつ底付20～40足，サンダル底付20～50足，くつ製甲20～50足，サンダル製甲30～50足，サンダル接着200～300足，ぞうり仕上げ15～30足，はなおミシン縫い150～200足であった。

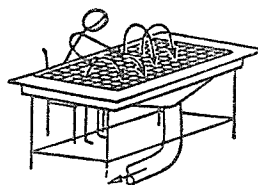
2. 気中有機溶剤濃度測定結果

上記の調査票をもとに典型的な事例8世帯の気中有機溶剤濃度測定を含む事例調査を実施した。その結果は表3に示したとおりである。

そのうちで作業内容をみると，くつ，サンダルの底付け，製甲であり標準的な作業内容と考えられた。また作業場は4例が専用作業場，2例が台所・居間兼用，1例が玄関の一隅でいずれも居住棟内であった。また他の1例は共同作業場であった。

換気設備についてみると，6例が換気扇，2例がグリット型換気作業台（図2），1例は設置していなかった。換気設備の設置されている例は大部分が都の助成をうけていた。その使用状況につい

図2 グリット型作業台



て，まずグリット型換気作業台からみてみると，1例（No3）は，ゴムのり塗布作業中は連続的に作動させており，設置以前にくらべ溶剤のにおいはかなり少なくなったと作業者は述べていた。しかし他の1例（No7）では作業台の構造がよくないため作業効率が悪いとしてまったく使用せず，物置台に転用し換気はそれまでと同様換気扇で行っていた。この型の換気装置は現在設置されているもののうちではもっともすすんだタイプと考えられ，構造や仕様の改良がなされて広く普及されることが望まれる。つぎに換気扇を設置している6例のうち，4例はゴムのり塗布作業中連続的にまわしていたが，1例はにの強いときだけ回し，他の1例はまったく回していなかった。また換気扇が上方に設置されていて有機溶剤蒸気の排出という目的が十分にははたされそうにはない例（No1，No4）もみられた。

つぎにゴムのり・ボンドの管理についてみると，全例で大きな容器（1斗缶や5kg入缶）から小さな缶やビンに移しかえておき，そこからブラシ，ハケ等で塗布するようにしているが，なかには小鉢（どんぶり茶わん）を用い，密閉が不十分のまま放置する例（No8）や，小びんを開栓したまま放置する例（No1，No4）もみられた。また「有機溶剤作業の心得」（有機溶剤使用の家内労働者向けの注意書，労働基準局発行）を掲示している例は1例しかみられなかった。

ゴムのり・ボンドの使用状況を見ると，ゴムのり・ボンドの両方を使用している例が6例，ゴムのりのみの使用例が1例みられ，他にウレタン用接着剤（No8）もみられた。それらの成分は，容器に表示されている内容を見るかぎりではトルエン10～35%，ノルマルヘキサン15～35%であった。他に希釈用のシンナー（No2，No5，No6），生ゴ

表3 労働環境についての事例調査結果

	作業環境	労働時間等	接着剤の使用量	気中濃度 (時間加重平均値)
1. (男43才)	<ul style="list-style-type: none"> ○くつ底付50足/日 ○台所兼用(6畳) ○上方に換気扇、塗布作業中ときどき回す。 ○塗布作業は1日3回、1回約1時間、顔前30～50cmで行う。 ○ボンドの小ビンを開け放置 	<ul style="list-style-type: none"> ○経験年数28年 ○暴露年数20年 ○1日労働時間15時間 ○休日4日/月 ○昼食休憩30分 	<ul style="list-style-type: none"> ○ゴムのり1ヶ月18ℓ ○ボンド1ヶ月18ℓ ○前年9月～11月ウレタン接着剤ユニボンユープライ(商品名)を使用「のどがいがらっぽく、ひどかった」と述べる。 	<ul style="list-style-type: none"> ○トルエン355ppm ○n-ヘキサン21.4ppm ○MEK 1.7ppm (9:00～18:50)
2 (女50才)	<ul style="list-style-type: none"> ○くつ底付30足/日 ○サンダルなら50足/白タイプ、デザインにより異なる。 ○専用作業場(4.5畳) ○換気扇なし ○塗布作業1日数回1回約30分 	<ul style="list-style-type: none"> ○経験年数12年 ○暴露年数12年 ○1日労働時間8.5時間 ○休日5日/月 ○昼食休憩60分 	<ul style="list-style-type: none"> ○ゴムのり(混合ラバ)12.5Kg ○ボンド18ℓ ○シンナー1Kg 	<ul style="list-style-type: none"> ○トルエン426ppm ○n-ヘキサン17.8ppm ○MEK 1.9ppm (9:00～17:20)
3 (女40才)	<ul style="list-style-type: none"> ○くつ製甲50足/日 ○専用作業場(6畳) ○グリッド型換気作業台塗布作業中作動 ○塗布作業は1日3回1回約1時間 	<ul style="list-style-type: none"> ○経験年数15年 ○暴露年数15年 ○1日労働時間11時間 ○休日3日/月 ○昼食休憩60分 	<ul style="list-style-type: none"> ○ゴムのり12ℓ 	<ul style="list-style-type: none"> ○トルエン29.3ppm 23ppm ○n-ヘキサン11.0ppm 23ppm ○MEK 1.3ppm — (9:00-18:10) (18:10-翌9:00)
4 (男44才)	<ul style="list-style-type: none"> ○3～6月女物サンダル底付40～50足/月 ○他はくつ底付25～30足/月 ○玄関兼用(2畳) ○上方に換気扇、塗布作業中作動 ○塗布作業は1日2回1回約1時間 ○ゴムのり、ボンド小ビンを開け放置 	<ul style="list-style-type: none"> ○経験年数38年 ○暴露年数19年 ○1日労働時間12時～14時間 ○休日7日/月 ○昼食休憩30～60分 	<ul style="list-style-type: none"> ○ゴムのり18ℓ ○ボンド18ℓ ○生ゴムの場合、下塗剤も使用 	<ul style="list-style-type: none"> ○トルエン27.7ppm ○n-ヘキサン12.1ppm ○MEK 1.6ppm (9:00-19:45)
5 (男43才)	<ul style="list-style-type: none"> ○3～5月サンダル底付35～50足/月 ○夏～秋～冬くつ底付30足/月 ○共同作業場4人で16畳 ○下方に換気扇、塗布作業中作動 	<ul style="list-style-type: none"> ○経験年数22年 ○暴露年数22年 ○1日労働時間12時間 ○休日4日/月 ○昼食休憩20分 	<ul style="list-style-type: none"> ○ゴムのり7.5Kg ○ボンド9ℓ ○シンナー1.5Kg 	<ul style="list-style-type: none"> ○トルエン24.9ppm ○n-ヘキサン7.5ppm ○MEK 1.4ppm (9:30-19:20)

	<ul style="list-style-type: none"> ○塗布作業は1回30～90分 1日4回、他の作業者もほぼ同じ 			
6 (女32才)	<ul style="list-style-type: none"> ○くつサンダル製甲20足/月 ○台所兼用(9畳) ○換気扇上方に2ヶ、塗布作業中も作動させず ○塗布作業は1回20～80分 1日3回 	<ul style="list-style-type: none"> ○経験年数5年 ○暴露年数5年 ○1日労働時間11時間 	<ul style="list-style-type: none"> ○ゴムのり(混合ラバ) 3Kg ○ゴムのり 18ℓ ○シンナー 	<ul style="list-style-type: none"> ○トルエン 662ppm ○n-ヘキサン 7.3ppm (9:00～18:00)
7 (女41才)	<ul style="list-style-type: none"> ○くつ底付30足/月夏場にむけてサンダル接着40足/月 ○専用作業場(8畳) ○換気扇下方、塗布作業中作動 ○塗布作業は1日20～60分、1日6回 ○グリット型換気作業台があるが、作業効率が悪く使用せず 	<ul style="list-style-type: none"> ○経験年数19年 ○暴露年数19年 ○1日労働時間11時間 ○休日5～6日/月 昼食休憩5分 	<ul style="list-style-type: none"> ○ゴムのり(混合ラバ) 22ℓ ○ボンド 	<ul style="list-style-type: none"> ○トルエン 205ppm ○n-ヘキサン 15.9ppm (9:30～16:45)
8 (男46才)	<ul style="list-style-type: none"> ○サンダル接着350～400足/月 ○専用作業場(13畳) ○換気扇下方に4個あるも使用するのは2個一かわきをはやくするためと主張 ○塗布作業は1回2時間 1日3～4回 ○接着剤入小鉢、板でフタをして放置 	<ul style="list-style-type: none"> ○経験年数15年 ○暴露年数10年 ○1日労働時間15時間 ○休日2～7日/月で不定 ○昼食休憩20分 	<ul style="list-style-type: none"> ○ウレタン接着剤 144ℓ ○ディスモジュール(商品名) 3本 	<ul style="list-style-type: none"> ○トルエン 67.3ppm 9.9ppm ○n-ヘキサン 1.0ppm 0.2ppm ○MEK 4.8ppm 0.5ppm (9:00～18:00) (18:00～翌9:00)

ム用下塗り剤 (No.4), ディスモジュール(乾燥剤) (No.8) もみられた。

1ヶ月当りのゴムのり・ボンドの使用量は、ゴムのり・ボンドをあわせて多い使では36ℓ(1斗缶で2個), 少ない例では18ℓ(1斗缶で1個)であった。しかしNo.8ではウレタン用接着剤 144ℓ(1斗缶で8個)とずばぬけて多かったが、この場合作業内容がいわゆるヘップサンダルの底付け接着であることが注目された。

一方、気中有機溶剤濃度は、トルエンが高く67.3～20.5ppmの間に分布し、ついでノルマルヘキサンが21.4～1.0ppmに分布していた。

これを換気装置との関連でみると、トルエンが60ppm以上の2例のうち、1例 (No.6) は有機溶

剤使用中も換気扇を回すことがなく、他の1例 (No.8) は接着剤の使用量がきわめて多いことが特徴的であった。ついで42.6ppmの高値を示した例 (No.2) では換気扇が設置されていなかった。これらのことから、換気装置を効果的に作動させるならば気中有機溶剤濃度をある程度低く抑えることができると考えられた。

なお今回の測定は、始業時より終業時近くまでの作業時間全体の時間荷重平均値を求める方法で行なったもので、塗布作業時間中の気中濃度の変化に直接ふれたものではない。実際の塗布作業は、1回30分～2時間で、1日にそれを2～3回くり返すことになり、この塗布作業中の気中濃度はさらに高くなるものと思われた。また、許容濃度

(トルエン、ノルマルヘキサンのいずれも 100 ppm) との比較については、許容濃度の場合は通常の労働時間中の暴露を前提とするものであり¹⁰⁾、今回のような長時間労働の場合と直接的に比較するのは妥当でないと考えられた。

つぎに、夜間で作業を行っていない時間帯(主に就寝中)の気中濃度を測定した例(No.3, No.8)では、1例(No.3)ではトルエン3 ppm, ノルマヘキサン0.2ppm, 他の1例(No.8)ではトルエン9.9ppm, ノルマルヘキサン0.2ppm, MEK0.5ppmであり、いずれも作業時間中の1/10程度は残留していることが明らかになった。これらの例はいずれも専用作業場であり換気装置も作動させていたが、特にNo.8の例では就寝中も低濃度とはいえ一定の暴露があると考えられ、今後さらに重視されなければならない問題である。

なお、作業人数は7例が夫婦2名であり他の1例(No.5)では3名であった。

これらのことから労働環境について特徴的なことからあげると次のようになる。

1) 作業内容は、「くつ」の製甲、底付けが多く、ついで「はなお」「ぞうり」の順であり、その作業の大部分は3～6畳の作業室で1～3人の作業員により行なわれていた。約7割の例が有機溶剤を使用し、そのうち作業場と生活居室が分離されていない例は35.3%でみられ、換気の不十分と考えられた例は62.1%にのぼった。

2) 労働時間は長時間に及び、男子で11～14時間が約8割を占め、女子でも約半数を占めていた。

3) 気中有機溶剤濃度(時間荷重平均値)は、トルエン67.3～20.5ppm, ノルマルヘキサン21.4～1.0ppm に分布し、換気装置の設置されていない例や使用されていない例、あるいは有機溶剤を大量に使用する例で高値を示した。作業場と生活居室の分離、換気装置の設置あるいは設置場所や使用方法の改善などが依然として重要な課題であると考えられた。

V 健康状態について

1. 調査票による調査結果

表4 有機溶剤暴露年数分布

年数	性別	男 (%)	女 (%)
9 以下		11(4.7)	38(25.7)
10～14		42(18.0)	43(29.1)
15～19		44(18.9)	33(22.3)
20～24		71(30.5)	13(8.8)
25～29		31(13.3)	6(4.1)
30～34		12(5.2)	5(3.4)
35～39		0	3(2.0)
40 以上		6(2.6)	1(0.7)
不明		16(6.9)	6(4.1)
計		233(100.0)	148(100.0)

健康状態についての回答者は男278名、女174名の計452名であった。

そのうち年齢分布についてみると、男子では40～44歳が最も多く(23.7%)、ついで35～39歳(22.3%)、45～49歳(18.3%)となり、35～49歳で64.3%と大半を占めている。女子では35～39歳が最も多く(24.1%)、ついで40～44歳(23.6%)、30～34歳(17.2%)の順となり、男子よりやや若年層に分布している。経験年数は、男子で20～24年(24.5%)、25～29年(20.1%)の順であり、女子で10～14年(26.4%)、15～19年(19.5%)、5～9年(17.8%)の順であるが、20年以上も24.1%みられた。

有機溶剤暴露年数は表4に示すとおりであるが、男子で20～24年(30.5%)が最も多く、ついで15～19年(18.9%)、10～14年(18.0%)であり、女子では10～14年(29.1%)、9年以下(25.7%)、15～19年(22.3%)であり、女子が男子の場合よりやや短いとはいえ、いずれも長期暴露の例といえよう。

つぎに既往症についてみると、男子で最も多いのは「腰痛」(25.0%)であり、ついで「胃・十二指腸潰瘍」(15.2%)、「高血圧」(12.0%)となり、「四十肩・五十肩」(9.8%)がそれについている。また腱鞘炎2名、多発性神経点2名が注目された。

女子では、やはり「腰痛」が最も多く(23.0%)、

表5 ここ1年間の自覚症状(男子)

自覚症状	分類	全体 (276名)	有機溶剤使用の有無(167名)		
			あり (122名)	なし (22名)	不明 (23名)
1. 以前よりもつかれやすくなった		127(46.0)	61(50.0)	13(59.1)	9(39.1)
2. 視力がおちてきた		116(42.0)	61(50.0)	10(45.5)	10(43.5)
3. もの忘れが多くなった		69(25.0)	36(29.5)	8(36.4)	4(17.4)
4. 酒に酔いやすくなった		63(22.8)	30(24.6)	4(18.2)	6(26.1)
5. ねつきがわるかったり、夜中に目がさめやすくなった		49(17.8)	28(22.3)	4(18.2)	3(13.0)
6. 歯ぐきからよく出血する		47(17.0)	21(17.2)	3(13.6)	3(13.0)
7. いらいらすることが多くなった		44(15.9)	23(18.9) [▲]	3(13.6)	0
8. ものをにぎる力が弱くなった		37(13.4)	23(18.9) [▲]	2(9.1)	1(4.3)
8. かぜをひきやすくなった		37(13.4)	23(18.9) [▲]	2(9.1)	1(4.3)
10. 手足に神経痛のような痛みがある		35(12.7)	24(19.7)	3(13.6)	4(17.4)
11. 酒量がふえてきた		28(10.1)	18(14.8) [▲]	0	0
12. 手足がむずむずしたりピリピリすることがよくある		22(8.0)	14(11.5)	0	3(13.0)
13. 手足の感覚がにぶいところがある		18(6.5)	10(8.2)	1(4.5)	1(4.3)
14. いやな夢を多くみるようになった		15(5.4)	8(6.6)	2(9.1)	1(4.3)
15. 手足や腹部に紫色の斑点がでる		7(2.5)	3(2.5)	0	1(4.3)
16. 鼻血がよく出る		6(2.2)	3(2.5)	0	1(4.3)

注) ▲: 「あり」群が「なしと不明」群の場合にくらべ有意に多い($P < 0.05$)。

ついで「貧血」(18.4%)、「神経痛」(13.2%)、「関節炎・関節リウマチ」(10.9%)とつづいている。いずれも「腰痛」の最も多いことが注目される。

他方、ここ1年間の自覚症状についてみると、男子の例を表5に示したが、「以前よりもつかれやすくなった」(46.0%)が最も多く、ついで「視力がおちた」(42.0%)、「もの忘れが多くなった」(25.0%)の順となっている。また台東区内在住者で有機溶剤使用の有無別にみても、「使用あり」群で、「いらいらすることが多くなった」「ものをにぎる力が弱くなった」「かぜをひきやすくなった」「酒の量がふえてきた」が、「使用

なしと不明」群にくらべ有意($P < 0.05$)に多く、有機溶剤の影響をうかがわせた。

女子では、やはり「以前よりもつかれやすくなった」(40.8%)が最も多く、ついで「もの忘れがひどくなった」(31.6%)、「視力がおちてきた」(29.9%)であり、この上位3位までは順位は異なるものの、男子の場合と同様であった。ついで「いらいらすることが多くなった」(18.4%)、「かぜをひきやすくなった」(16.7%)となっている。

さらに、ここ1ヶ月の自覚症状について「いつもある」と「ときどきある」とをあわせてみると、男子では「肩がこる」(42.4%)、「腰がいたい」(42.0%)、「背中がいたい」(33.7%)と、上位

表6 ここ1ヶ月間の自覚症状(女子)

自覚症状	分類		有機溶剤使用の有無による 「いつも」と「ときどき」		
	全体(174名) 「いつも」と 「ときどき」	「いつも」	あり (75名)	なし (11名)	不明 (15名)
1 肩がこる	81(466)	28(161)	31(413) [△]	1(91)	7(467)
2 腰がいたい	67(385)	14(80)	28(373)	4(364)	4(267)
3 便秘や下痢をする	54(310)	19(109)	28(373) [△]	2(187)	3(200)
3 あたまがいたい	54(310)	8(46)	25(333)	2(187)	4(267)
5 背中がいたい	49(282)	12(69)	20(267)	3(273)	4(267)
6 たちくらみがする	43(247)	6(34)	17(227) [△]	0	4(267)
6 めまいがする	43(247)	3(17)	22(247)	1(91)	3(200)
6 足がだるい	43(247)	11(63)	23(307)	4(364)	2(133)
9 胃の調子がわるい	40(230)	7(40)	14(187)	2(187)	3(200)
10 あたまがおもい	36(207)	10(57)	14(187)	2(187)	4(267)
11 目が痛い、涙がでる	35(201)	9(52)	15(200) [△]	0	4(267)
12 手がしびれる	34(195)	4(23)	14(187)	0	4(267)
13 皮ふがかゆい	30(172)	9(52)	13(173)	1(91)	1(67)
14 手がだるい	27(155)	4(23)	12(160)	2(182)	1(67)
15 のどがいがらっぽい	24(138)	8(46)	11(147)	3(273)	2(133)
15 手や顔があれる	24(138)	5(29)	10(133)	2(187)	1(67)
17 どうき、息切れがする	23(132)	3(17)	11(147)	0	3(200)
18 つまづきやすい	18(103)	4(23)	7(93)	1(91)	2(133)
19 食欲がない	17(98)	5(29)	8(107)	3(273)	2(133)
20 せきやたんがでる	16(92)	2(11)	9(120)	0	1(67)
21 足がしびれる	14(80)	1(05)	8(107)	0	1(67)
22 ものをおとしやすい	13(75)	1(05)	7(93)	0	1(67)
22 はき気がする	13(75)	0	7(93)	0	1(67)

注1)△:「あり」群が、「なしと不明」群の場合にくらべて有意に多い(P<0.05)。

注2)△:「あり」群が、「なし」群の場合にくらべて有意に多い(P<0.05)。

3位まではいずれも局所の「こり」「いたみ」を訴えているのが特徴的である。

同様のことを女子でみると表6に示したとおりであるが「肩がこる」(46.6%)、「腰がいたい」(38.5%)が上位2位を占め、ついで「便秘や下痢をする」(31.0%)、「あたまがいたい」(31.0%)、「背中がいたい」(28.2%)となっている。有機溶剤使用の有無別にこれらの自覚症状をみると、「使用あり」の群で、「便秘や下痢をする」の訴えが「使用なしと不明群」にくらべ有意($P < 0.05$)に多かった。

以上の内容をまとめると、つぎのような特徴があげられる。

1)腰痛、四十肩・五十肩の既往をもつ者や「腰がいたい」「肩がこる」「背中がいたい」等を訴える者が男子、女子ともにきわめて多くみられることが指摘できる。これについては、単純反復作業、前傾姿勢の保持、長時間労働、経験年数が長いことなどが重要な要因であると考えられた。

2)男子の有機溶剤使用群で、「いらいらすることが多くなった」や「ものをにぎる力が弱くなった」等が多くみられることから、これらの症状と有機溶剤使用の影響との関連を検討する必要があると考えられた。

2. 健康診断結果

調査票回答者のなかから、特に有機溶剤中毒に関する症状が多いものをえらび健診の対象者とした。なお、症状の内容としては、ここ1年くらいの間の症状として末梢神経の症状の多いもの、貧血や出血傾向を考えさせる症状のあるものとし、共同研究者のうちの2名の医師により、意見の一致したものを選定した。

その結果、40名(男29名、女11名)が健診の対象者とされた。健診の内容は、①筋力測定(握力・背筋力)②造血機能検査(赤血球数、血色素、ヘマトクリット、白血球数、血小板、網状赤血球数)③肝機能検査(GOT, GPT, TTT, ZTT, Al-P, ビリルビン)④尿検査(蛋白、糖定性)⑤その他、血圧、胸部レントゲン、血清コレステロール値、残余窒素などである。また健診は

地元の診療所の2名の専門医により実施し、健診対象者40名のうち31名(男22名、女9名)が受診した。

(1) 受診者の概要

受診者31名の作業内容による内わけは靴製造16名(男15名、女1名)でそのうち底付け作業が9名と圧倒的に多く、ついでサンダル製造14名(男7名、女7名)でこのなかでは製甲が8名と最も多く、はなお製造は1名(女)である。

また受診者の調査票からみたここ1年来の自覚症状では、男子の場合22名中「以前よりもつかれやすくなった」16名(72.7%)「視力がおちた」15名(68.2%)、「ものわずれが多くなった」15名(68.2%)、「ものを握る力が多くなった」12名(54.5%)、「酒によいやすくなった」「手足に神経痛のような痛みがある」が各10名(45.5%)、「手足がムズムズしたりビリビリする」「歯ぐきからよく出血する」「イライラすることが多い」の3項目が各9名(40.9%)などの訴えをもっている。また女子の場合は、9名中「以前よりもつかれやすくなった」8名、「もの忘れが多くなった」「いらいらすることが多くなった」が各6名、「視力がおちてきた」「手足に神経痛のような痛みがある」各5名である、なお男女を通じて「手足や腹部に紫色の斑点がでる」と訴えたものは5名(男3名、女2名)であり、「鼻血がよく出る」と訴えたものは2名(男のみ)である。

(2) 各検査結果の概要

それぞれの検査結果について、異常な値を示したものをみると次のとおりである。

①筋力では4名が未測定であったが、それらを除いて異常者を見ると、男子では19名中13名、女子では8名中2名が低下していた(男40kg、女25kg未満)。また、背筋力では、男子19名中6名、女子8名中1名が低下していた(男100kg、女50kg未満)。いずれも筋力の低下しているものが多い特徴がみられた。

②赤血球数、ヘモグロビン、ヘマトクリット値では、男女によって正常値は異なるので、それぞれ男子の場合、420万、13g/l、40%未満、女子の場合380万、12g/l、35%未満を異常値とすると、

赤血球では2名(女のみ)、ヘモグロビン値で4名(男1名、女3名)、ヘマトクリット値では4名(男3名、女1名)の異常者がみられた。

③白血球数では、正常値を4,000~8,000未満とすると、白血球数の減少を示すものではなく、逆に白血球増多の傾向が9名(男6名、女3名)にみられた。

④血小板数では、15万個未満の異常者が女子において2名みられた。また15万~20万未満のやや減少傾向のみられるものが6名(男4名、女2名)であった。

⑤網状赤血球数では2%以上の異常者が女子において1名みられた。

⑥肝機能検査では全員が正常値範囲内であった。

⑦その他では、コレステロール値の異常者2名(男)、尿蛋白異常者2名(女)、尿糖陽性者1名(男)、高血圧者3名(男2名、女1名)であった。

(3) 全体の結果

健診受診者をA：有機溶剤中毒が疑われるもの、B：有機溶剤やその他の影響が強いと思われたもの、C：異常のないもの、D：その他の疾病が考えられたもの、に分類し、2人の診察医によってそれぞれの管理区分を行なった結果、つぎのようになった。

A：3名(男2名、女1名)

B：11名(男8名、女3名)

C：10名(男6名、女4名)

D：7名(男6名、女1名)

このうちAの管理区分とされたものは次のとおりである。

症例1：39歳男、靴底付経験20年、圧I、IV、

V指の対向力低下、両趾指のしもやけ著しく、その部位のレイノー現象あり、末梢神経炎の診断

症例2：41歳男、靴底付経験20年、右顔面神経麻痺、両手末梢知覚低下、両側座骨神経炎、

両手の振せん(右>左)多発性神経炎の診断

症例3：30歳女、サンダル接着作業7年、有機溶剤使用中にねむくなり、夢をみているようになることがしばしばある。右側の知覚低下、アレルギー性鼻炎の既往あり、赤血球約397

万、ヘモグロビン11.7g/l、血小板15.8万、ヘマトリット36.2%と軽度貧血および血小板減少傾向あり(このケースはその後転職、症状は消失した)。

また、Bの管理区分とされたもの11名の内訳は、職種では靴底付4名、靴製甲1名、サンダル底付1名、サンダル製甲4名、はなお1名であり、病名では、貧血1名、筋力低下のもの5名、末梢知覚の低下せるもの1名で、また脳波、筋電図などの精査を要するものが10名、呼吸機能の検査を要するもの1名であった。

(4) まとめ

はきもの製造において用いられる有機溶剤により末梢神経や造血機能の障害などがみられることについては、すでに報告されているところであるが、今回の検診対象者についてその結果をまとめると、

①全体に筋力、特に握力や背筋力の低下しているものが男子において多くみられ、これらは靴の底付作業者に集中する傾向がみられた。これは、作業姿勢や作業中の上肢筋群に対し集中的な負荷が加わった結果とも考えられるが、今後有機溶剤による末梢神経障害との関連でも検討されねばならない。

②1例ではあるが、溶剤を扱っている際に、明らかにシンナーによる中枢性の障害が認められ、転職によって回復した例がみられた。これは急性ないし亜急性の中毒を示すものであるが、今後取り扱い上特に注意を要するものである。

③有機溶剤による造血機能の障害については、サンダル接着作業の女子を中心に貧血を呈するものが若干みられた。これらについては今後の追跡が必要である。また同時に、血小板数の軽度の減少傾向を示すものも若干みられ、一方で白血球数の減少をものはなかったが、これらについても今後その意義づけを行なっていく必要がある。

④ノルマルヘキサン使用作業者については過去において三重県下の同種作業者に多数の末梢神経障害がみられたことが報告されている⁵⁾が、今回の健診の結果ではわずか2名にとどまった。この原因としては、ノルマルヘキサンの使用量が三重

県下の例とくらべ在倒的に少ないこと（当時はノルマルヘキサン含有80～90%ののりが多かった）、また、ノルマルヘキサンの毒性はトルエンによって抑制されること¹¹⁾などが考えられるが、これらのことから逆に、トルエンの使用量が相対的に増加し、中枢性障害の発生する可能性が大きくなることも示唆しているといえる。

⑤また、健診結果と直接的な関連はないが、東京サンダル製靴一般労働組合による昭和44年～54年の約10年間の組合員の死亡調査をみると、19名の死亡者（男15名、女4名）の内訳は

脳血管疾患 6名
悪性新生物 6名（胃2名、肺1名、子宮1名、造血系2名）
心疾患 2名
高血圧症、肝硬変、自殺、胃潰瘍、膠原病 各1名

となっており、このうち造血系の悪性リンパ腫による死亡が2名も含まれていることは、過去にベンゾールに長期間暴露した経験をもっているだけに、今後留意しておくべきことであると考えられた。

VI はきもの家内労働の衛生対策

1. 25年間の健康調査事例

はきもの家内労働者に関する衛生対策をみるうえで、まず家内労働者全般に関する健康調査事例をとりあげてみると¹²⁾、労働衛生学分野で家内労働者の健康障害が明らかにされた事例はきわめて少なく、中小企業分野での調査がたまたま家内労働者に及んではじめて実態が明らかにされた例もまれではないことが示されている。

すなわち、過去の調査事例の特徴をみてみると、その第1は、1950年代末から1960年初頭にかけてビニール履物製造業におけるベンゾール中毒事件が集中的にとりあげられていることである。この事件では前述のとおり8名が死亡した¹⁾が、これを契機に、労働衛生とりわけ有機溶剤中毒対策や家内労働対策が大きく変化してきたことは周知のとおりである。

そのなかで特に、日本産業衛生学会の有機溶剤中毒研究会は1960年度報告¹³⁾で、労働衛生対策上の保護をうけない人々の健康管理について根本的な検討を望むとしつつ、「ビニールサンダル業者の中毒発生によって痛感されることは、死亡者まで出ている事態に対処するのに関係者の出足が遅かったことである。これに対する主体は一体どこにあるのか、一元的な労働行政がまだこの国では行なわれていなかったのではあるまいか」という問題提起を行なっている。そしてその後も学会で中小企業衛生問題研究会なども発足し、度々同様の指摘が行なわれているにもかかわらず、同じような事例が発生し、この問題提起が生きつづけているものといえよう。

これを裏づけるものとして、1967年に三重県下でふたたびビニール履物製造に従事する家内労働者にノルマルヘキサン中毒症が多発したことが報告されているところである⁵⁾。この事例では、重症者はでたものの、ベンゾール中毒事件でみたような死亡が発生するまでにいたらなかったこと。そしてこれは、大学・自治体等による自主的な取り組みがすみやかに行なわれことにより短期間のうちに実態が明らかにされているものであり、労働衛生行政の取り組みは立ち遅れていたことが特徴的であるとされている。この点では、この事例を報告した井上らは、「労働衛生学的には中毒発生の危険性が明らかにされていながら、大量の（ノルマルヘキサン）中毒が発生した原因」として、①「有機溶剤は使用が簡便であり、中小企業や家内労働にももち込まれやすいこと」、②「合成樹脂の製造が独占的な大企業で行なわれ、その二次・三次加工が中小零細企業に下請されるという産業構造そのものに主要な原因がある」とし、さらに③「原材料製造業者に対しては製品の成分と毒性について明示のないこと」や、④「親方と呼ばれる業者に対して、下請業者に有害物の取扱上の注意を徹底させることが十分に行なわれない」という労働衛生行政上の不十分さを指摘している。なおこの事件以後になってようやく、労働省は三重・東京のヘップサンダル製造業を含む全国業種にわたって安全衛生の指導監督を行なっ

いるのである³⁾。

これらのことから、貼り合せ手作業を特徴とするはきもの製造業の分野に有機溶剤含有ゴムのりが導入された要因をみると、それは大きくわけて2つに分類される¹⁴⁾¹⁵⁾。その第1は作業がはやく行なえることであり、これは出来高工賃と結びついて重要な要因となり、そのなかで塗布されたゴムのりのなかから有機溶剤がすみやかに蒸発すること（かわきがはやい）、高濃度でも粘性が低いこと（ハケさばきがはやい）などを理由として、まずベンゾール、ついでノルマルヘキサンやトルエン等を含むゴムのりが導入されていった。つぎに第2の要因として、ゴムのりを、家内労働者が自前であるいは小規模業者が購入するうえで特に安価であることが必要であり、それは石油化学工業の進展により有機溶剤が安価・安定的な供給が可能になったことと結びついている。

この傾向は、独立型中小メーカーの多くが、事実上大手メーカーやデパート、スーパー等の商業資本のもとに再編成されていく経過¹⁶⁾とともに家内労働者もこれらの系列に再編成されていく経過と一致している。

こうして、製造工程がますます細分化され固定化されたまま、職人の熟練した技能はゴムのりによって置きかえられ、可能な限りの長時間労働を前提とする安価な労働力である家内労働と結びつけられ、大量生産あるいは多品種生産が営まれてきたものであり、さらに部落産業として展開されてきたはきもの産業がこのように再編される過程で、はきもの家内労働者が資本の取奪の末端にあらためて位置づけられてきているものと考えられ、ここに有機溶剤中毒多発の重要な原因があると考えられる。

こうしたなかで、1970年代以降の特徴をみると、家内労働者において有害物や有害業務がそれまでにくらばますます多様化し、それらによる多彩な健康障害がさまざまな業種にまたがって発生するようになってきたことがあげられる。すなわち、ノルマルヘキサン中毒はもとより、トルエンやパークロルエチレンなどによる健康障害も報告され、さらにベンチジンやエポキシ樹脂、シア

ノアクリレート系などの有機化合物、あるいは各種の重金属等による健康障害や、それに加えて頸肩腕障害などの過労性職業病等の発生も報告されるようになってきた。そしてその業種も伝統的な地場産業のみならず、あらたに「内職」や自営業者にまでひろがってきた。

この背景としては家庭内職まで動員する流れ作業方式の生産関係があり、作業工程の細分化、単純化とその下請化（その末端のひとつに家内労働者が位置し、雇用労働者と競争させられる）、下請単価や工賃の切り下げによる低賃金と労働基準法の枠外にある長時間労働と結びついた「日本型テーラー・フォードシステム」ともいわれる収奪構造の形成¹⁷⁾が重要な要因をなすことは明らかである。

そして家内労働者の健康破壊については、原¹⁸⁾は産業中毒の発生と関連させつつ、「ニューフェースの産業中毒、リバイバルの産業中毒および下請作業の産業中毒」とに分類し、危険作業・有害業務が下請けされるにともない、作業とともに危険までもが下請けにだされ、その結果予想外の重篤な健康破壊が発生することを指摘している。

また同時に原¹⁾は、家内労働のあらゆる業種に共通する問題として、長時間・高密度の手指作業という特徴的な作業形態からくるものとして頸肩腕障害や腰痛発生の危険性についても早くから警告している。

しかしながら、家内労働者の健康破壊の実態はいっそう深刻化していると考えられ、その点では労働衛生行政の決定的な立ち遅れが指摘でき、その早急な改善が必要であると考えられる。

2. 家内労働者の衛生行政の問題点

上述のように家内労働者の健康破壊が進行しているのに対し、労働衛生行政がどのように対応しているかを、今回の調査結果に即して検討してみるとおおよそ次のようなことがいえよう。

家内労働者の安全衛生対策の根幹は家内労働法で定められているが、その基本は⁴⁾¹⁹⁾、同法17条の「委託者は……それらによる危害を防止するため、……必要な措置を講じ、なければならない。」とされ、さらに家内労働者やその補助者も「……

必要な措置を講じ、労働省令の事項を守らなければならない。」とし、委託者と家内労働者の相互責任論が展開されているのが特徴である。そしてそのうえで、危険物についての書面の交付（同規則第14条）、有害物については容器や注意事項の表示（同規則第15条）等を委託者に義務づけ、他方、有機溶剤取扱い業務に従事する場合の換気装置については、家内労働者の努力（同規則第18条）、委託者の援助努力（同規則第21条）、国・地方自治体の援助努力（同第25条）にまかされ、事実上受託者責任制となっているのが現状である。

今回の調査結果からこれらのことをみても、換気装置は6割以上の世帯に設置され、はきもの工組合などの運動によりその大部分は東京都の助成を受けていることから、地方自治体の行政面での一定の前進は評価できよう。しかしながら、なお3割以上で設置されていないこと、家内作業という状況からみて換気扇の設置場所に限界があり、単に室内の有機溶剤の蒸気を拡散させるだけといった設置条件の不備や、使用方法についての衛生教育の不備など根本的な欠陥をもあわせもっている状況といえる。事実、東京都で行なっている巡回労働衛生相談では、防毒マスクや空気清浄機の利用をすすめるような勧告²⁰⁾も行なわれているのが現状である。

また、委託者から有機溶剤の取り扱いについての注意があった例は事例調査結果ではまったくなく、「有機溶剤取扱いの心得」（労働省労働基準局発行）を掲示していた例もごくわずかであった。この原因としては、委託条件を確定するための家内労働手帳がほとんど普及していないこと、さらに労働手帳には有害・危険作業の有無やその種類等の記載事項が欠落していることなどもあげられる。

つぎに健康診断についてみると、委託者の援助努力（同規則第21条）が定められているにもかかわらず、その実施状況はきわめて悪く、労働省の報告によれば、「皮製品」の場合で11.4%、「ゴム製品」で5.7%、企業種平均で2.3%にとどまっていることが明らかにされている。また東京都が家内労働対策として昭和49年から実施している有機

溶剤中毒検診⁹⁾の受診者は若干ふえているものの、都内全域で350人前後であり、委託者側の援助もなく、その内容も、職業病の早期発見・早期対策といった視点からは十分ではなく、また、その事後措置についてもなお改善される余地が大きいといえる。たとえば、毎年の健診結果についての全体的なまとめを関連団体に公表すること、毎年の個人の追跡を健診手帳などで行なえるようにすること、健診項目の改善などが望まれるところである。

他方、家内労働者の労災保険制度についてみると、いわば「作業及び疾病限定方式」ともいべき制度によって（表7）、家内労働者・補助者の労災保険特別加入が大きく制限されているところ²²⁾に最大の問題がみられる。この制限方式は、同じような労災保険特別加入制度を利用する他の職域ではみられないものであり、家内労働者の場合にだけなぜこのような制限が導入されたのか理解に苦しむところである。

これについて、「家内労働の安全衛生に関する報告」⁶⁾（中央家内労働審議会小委員会・舟橋委員長）で、「危険有害な作業で必要と認められるものについては、早急に特別加入対象範囲の拡大について検討すること」と提案しており、早急な改善が望まれるところである。さらに、「作業及び疾病限定方式」そのものも、今日では多種多様な作業内容の出現と、労働災害そのものの多様化が進行しているところからその根拠は失なわれてしまっており、さらに対象者のうち実際に労災保険に特別加入している数は全国で5%⁶⁾ということからみても家内労働者の労働災害救済に効果を発揮しているとはいえず、こうした労災保険特別加入制度の抜本的な改善が必要なのは論をまたないところである。

最後に地方自治体のとり組みについてみると、東京都は1974年から3回にわたり家内工業実態調査を行い、その結果を「家内労働の実情」²³⁾²⁴⁾²⁵⁾として公表している。さらに1976年には「家内労働対策について一第1次答申」²⁶⁾を明らかにし、専門的・家内労働対策のひとつとして「作業環境改善のための助成措置を講ずる必要がある」とし、

表7 労災保険に特別加入できる職種職域

	機械・器具・設備	原 材 数	作 業 内 容	製 造 ・ 加 工 品 目
1	プレス機械、型付け機 型打ち機、シャー、旋 盤、ボール盤又はフラ イス盤	金属、合成樹脂、皮 ゴム、布、紙	加工の作業	
2	研削盤、バブ盤		研削、研まの作業	金属洋食器、刃物、バル ブ、コックの製造・ 加工
		溶融した鉛	金属の焼入、焼きも どしの作業	
3		化学物質、皮製 布製	有機溶剤・有機溶剤 含有物を用いて行う 作業	履物、かばん、袋物、 服飾用ベルトの製造・ 加工
4			粉じん作業	陶磁器の製造
		鉛化合物含有のゆう 薬	施ゆうの作業	
		鉛化合物含有の絵具	絵付けの作業	
		当該施ゆう、絵付け を行った物	焼成の作業	
5	動力によって駆動され る織機		それを使用する作業	

19)

注)「業務上の負傷や疾病が発生するおそれの多い特定の業務」 として特定されている
もの。この条件を満たさないものは加入できない。

ついで安全衛生思想の啓もう等の保健対策の促進を提言するとともに、国の監督の強化を特に要望していることが注目される。また、作業場の換気設備に関する助成が行なわれるようになって以来、換気装置が普及しはじめたこと、家内労働者を対象とする巡回労働衛生相談や有機溶剤取扱講習会²⁰⁾等の一定の前進がみられることは明らかである。しかしなおその内容についてみれば不十分であり、今後、対象領域の拡大や内容の改善などが期待される。

なお、今回の調査ではふれていないが、家内労働法が母性保護条項を欠いていることも重要であり、婦人家内労働者の母性保護については法的にもまた実際にも何らの保護も加えられていないこと²⁷⁾については、今後さらに明らかにされる必要があると考えられる。

以上、ベンゾール中毒事件以後でもすでに20年以上、家内労働法制定以後でも10年たった現状で、はたして家内労働者の安全衛生は守られているのかという点からみて多くの問題を指摘した。そして、特にこうした問題では、わが国の労働衛生行政は常に事件がおこってから、その問題だけを処理するという後追い行政を続け、決定的な遅れをきたしている事実を指摘した。また、何らの責任も問われない努力義務のみが記され、委託者と受託作業者の相互責任論からひいては受託者責任論に通ずる家内労働法についても、今後大幅な改正を行っていく必要を認めた。

VII 今後の衛生対策の方向について

はきもの製造を含む家内労働者の安全衛生を考

える場合、すでにのべたようにその実態が十分に把握されていないこと⁶⁾や、「労働者なのか自営業者なのか」といういわば窓口での論争に終始してきたきらいがあったこと²⁸⁾などから、多くの重要な問題が解決されないままに山積している現状がまず指摘される。

そのうちで今回の調査により明らかにされた実態から家内労働者の特徴をみるとおおよそ次のことがあげられる。

1) はきもの製造業に限らず各業種ともその多くは、伝統的な地場産業であったり、消費財製造の重要な担い手であったりするなど、産業構造のなかで重要な地位を占めていること。ちなみに、台東区内のはきもの製造業をみると、区内の製造業のなかで25.6%の出荷額をしめている。

2) これらの家内労働者の健康状態をみると、雇用労働者にくらべいちじるしく劣悪な賃金（工賃）条件に加え、長時間・高密度の手指作業や不備な作業環境などのため、多様な健康破壊が進行していること。特に作業環境がある程度整備された工場では予想もつかない重篤な健康破壊の発生する危険性があること。

3) また、これらの作業者は古くからの地域住民であり、地域の保健医療を考えるうえで重要な位置を占めていること。

などがあげられる。

こうしたことから、労働衛生行政と地域医療行政の根本的な改善が求められ、そのためにも家内労働者の運動と、特に委託者等の努力がもとめられるところである。

この点についていえば、法の盲点をついた形で発生したエポキシ樹脂による皮膚障害事件の訴訟とその経緯が注目される⁷⁾。これは自動車のプレートマークをつくっている家内労働者がエポキシ樹脂により皮膚障害を発生した事例であり、この場合には現行の家内労働法や労災保険特別加入制度ではまったく救済され得ないものであったが、元請、有害物質製造メーカー（田辺化学）、元請への発注メーカー（三菱自動車）への責任を追求して訴訟を起こし、その責任を事実上認めさせたものであった。

この事例で明らかにされた家内労働者の健康保護の視点は、①有害物製造・販売者の流通先消費者に対する注意の周知、②家内労働者の委託者を事実上の雇主とみなし、その安全保護義務を求め、③さらに委託者に対する発注者の責任を追求すること等であり、これらは今後の衛生対策を考える上での重要な指標となると考えられる。

これらの経緯を前提とし、今回の調査からみた、はきもの家内労働についての当面する対策の具体的な点を列記すると次のとおりである。

1. 労働環境の改善について

(1) 作業場と生活居室を分離する。

作業場と生活居室を兼用する形態をなくし、それらを分離する必要がある。今回の調査結果では兼用している世帯は35.3%でみられ、なお重要課題である。また共同作業場の普及も推進される必要がある。

(2) 換気装置を設置、改善する。

今回の調査では、有機溶剤を使用している世帯の37.1%で換気装置が設置されておらず、また効果的に作動させていなかった例も含め、62.1%の世帯で換気が不十分であると考えられた。作業形態によく合致した効果的な換気装置がもとめられるところであり、とりあえずグリット型換気作業台を使いやすく改善して普及されていることが望まれる。また設置にあたり、使用方法についての衛生教育も充実させる必要がある。たとえば、においの強いときだけ作動させるのではなく、有機溶剤使用中およびその後も作動させるような指導が必要である。

(3) 有機溶剤取扱いの注意事項を周知徹底させる。

巡回労働衛生相談や講習会等の行政機関による努力がなされているが、委託者側の努力についての行政的な指導が特に必要である。

(4) 労働時間を短縮させる。

労働時間が著しく長く、これを短縮することが重要な課題である。行政機関が長時間労働の実態を把握するとともに、改善目標値を定め短縮に努めるよう指導することも一案であろう。

その場合、長時間労働の根幹に出来高払いの委託関係が存在するところから、最低工賃引き上げについての家内労働者の側の運動とともに行政機関の対策が必要である。

(5) 家内労働手帳を普及させる。

委託関係を明確にして家内労働者の権利を守ることが、ひいてはその産業の発展にもつながるという点からみて、家内労働者、委託者、行政機関のそれぞれの努力により家内労働手帳の普及がはかられる必要がある。

その場合、有害物や有害危険作業の有無、種類、程度、あるいは健診結果などについても記入できるようにすることが必要であろう。

2. 健康管理について

(1) 有機溶剤の毒性と健康管理についての衛生教育を充実、徹底させる。

有機溶剤の毒性や中毒についての知識、また長時間・高密度の手指作業、前傾姿勢の保持などの有害性、その予防法等についての衛生教育を徹底させる必要がある。

(2) 特別健康診断の充実させる。

家内労働者が信頼し、安心して参加できる特別健康診断の定期的実施、その事後管理の徹底、全体結果の公表などが必要であり、委託者側からの援助とともに、健診受診日の日当の補償を行政的に行うことも必要である。

(3) 労災特別加入制度の「作業および疾病限定方式」を徹底し、加入促進のための特別の手だてをとること。

以上、はきもの家内労働者の労働環境、健康状態、労働衛生対策の問題点と今後の方向策について述べたが、他の職種、職域でも同様の事態の発生が懸念されるところであり、その実態についての今後の広範な調査、検討が望まれる。

Ⅷ 結 論

家内総連東京地方履物工組合協議会参加のはきもの家内労働者を対象として、有機溶剤使用に関する労働環境と健康状態について調査し、あわせ

てはきもの家内労働にたいする労働衛生行政の問題についても検討した。

1) 労働環境は、有機溶剤を使用する116世帯のうち35.3%で作業場と生活居室を兼用しており、62.1%で換気が不十分であった。労働時間は、男子の8割、女子の約半数が11～14時間であり、長時間労働が顕著であった。作業時間中の気中有機溶剤濃度はトルエン67.3～20.5ppm、ノルマルヘキサン21.4～1.0ppmに分布し、換気装置とその使用方法の不備、接着剤の大量使用の例で高値を示した。また夜間就寝中も日中の1/10程度の暴露が認められた。

2) 健康状態を調査票によってみると（男278名、女174名）、肩、腰、背中のこり、いたみの訴えが多くみられ、また男子の有機溶剤使用群では、使用なしあるいは少量使用群にくらべ、いろいろなものをにぎる力の低下を訴える者が多かった。健康診断は40名を対象とし31名が受診し、その結果3名で有機溶剤中毒が疑われ、うち1名で（亜）急性症状が認められた。さらに11名で有機溶剤や他の作業の影響が認められた。

3) 労働衛生行政については、その決定的な立ち遅れと、さらに制度や法的な面での不備が顕著であり、抜本的な改善が早急に必要であることを認めた。

本研究にあたり貴重な御助言を頂いた大阪府立公衆衛生研究所労働衛生部副部長（現関西医大教授）原一郎博士に深謝いたします。

なを本論文の要旨の一部は第21回社会医学研究会総会および第54回産業衛生学会において発表した。

参考文献

- 1) 原一郎：労働衛生からみた家内労働，労働の科学，29(8)：15—19，1974
- 2) 加藤光徳：ベンゼン中毒に思う，日本公衆衛生学雑誌，6：453，1959
- 3) 山田譲：家内労働審議会の答申について，日本労働協会雑誌，11(3)：52—58，1969
- 4) 東京都労働経済局労政部労働福祉課：家内労働法

- はやわかり, 東京都労働経済局, 1979
- 5) 井上俊, 竹内康浩, 竹寿和子, 山田信也, 鈴木秀吉, 松下敏夫, 宮垣仁美, 前田勝義, 松本忠雄: “ノルマルヘキサン”中毒の多発をみたビニールサンダル業者の労働衛生学的研究, 産業医学, 12: 73—84, 1970
 - 6) 中央家内労働審議会小委員会(舟橋委員長): 家内労働の安全衛生に関する報告, 1979
 - 7) 八木訴訟を支援する会: 膚(はだ)は灼(や)かれても, 1978(大阪)
 - 8) 労働安全衛生広報編集部: 家内労働対策の強化を, 労働安全衛生広報, 266: 3, 1980
 - 9) 東京都衛生局: 事業内容(昭和51年版, 昭和53年版, 昭和54年版), 東京都衛生局, 1976, 1978, 1979
 - 10) 日本産業衛生学会: 許容濃度の勧告, 産業医学, 22: 421—432, 1980
 - 11) 竹内康浩, 久永直見, 小野雄一郎, 井上俊: n—ヘキサンの毒性と量・反応関係, 産業医学, 22: 470—487, 1980
 - 12) はきもの家内労働職業病研究会: はきもの家内労働者の労働環境と健康破壊についての報告書, 38—45, 家内総連東京地方覆物工組合協議会, 台東保健生活協同組合, 1980
 - 13) 日本産衛生学会有機溶剤中毒研究会: 有機溶剤中毒に関する1960年度報告, 産業医学, 2: 830—836, 1960
 - 14) 占部誠亮: ゴム糊溶剤としてのベンゾール中毒, 化学, 14: 939—943, 1959
 - 15) 井本稔, 黄慶雲: 接着とはどういうことか, 142—143, 岩波書店, 1980
 - 16) 三井銀行調査部: 製靴業界の現状, 調査月報, 1969
 - 17) 中村静治: 現代技術論の課題, 33—36, 青木書店, 1978
 - 18) 原一郎: 職場の有害化学物質対策, 月刊いのち, 9(7): 17—36, 1975
 - 19) 労働省労働基準局: 昭和55年家内労働のしおり, 労働省労働基準局, 1980
 - 20) 東京都労働経済局: 巡回労働衛生相談を実施, 季刊家内労働, 18: 1, 1979
 - 21) 労働省労働基準局家内労働室, 家内労働実態調査報告書, 労働省労働基準局, 1980
 - 22) 労働基準局・労働基準監督署: 労災保険特別加入制度のご案内, 労働基準局, 1979
 - 23)~25) 東京都労働局労働厚生部厚生課: 家内労働の実情, 東京都労働局, 1975, 1976, 1977
 - 26) 東京都家内労働対策研究会議: 家内労働対策について——第1次答申——, 東京都労働局労働厚生部計画課, 1976
 - 27) 神尾京子: 家内労働に従事する婦人, 婦人白書(日本婦人団体連合会編), 172—177, 草土文化社, 1980
 - 28) 富澤輝男・本間熊蔵: 家内労働者は自営業自分で注意を, 委託者を経営者とみなして責任を, 労働安全衛生広報, 267: 14—17, 1980

川崎市における中年期死亡の

地域差の形成と都市構造

朝倉隆司

(東京大・医・精神衛生学教室)

山崎喜比古

(東京大・医・保健社会学教室)

I はじめに

近年、わが国の中年期死亡が重大な健康問題となっている。

南沢¹⁾や逢坂²⁾らは、中年期死亡を大都市地域における健康問題としてとらえ、大阪市などで社会医学的観点から分析を行なった。そして、中年期死亡率の地域差は社会・経済的な生活背景の地域差と密接に関連していることを指摘した。

これは、かつて健康水準が優れていると考えられていた大都市地域に、生活水準や生活環境が低位である地域が形成され、そこでは働き盛りの中年期が深刻な健康問題にさらされているという重大な問題提起であった。同時に、中年期死亡率改善の遅れという問題が、わが国の中年期全般の問題というよりも、むしろ一定の社会的階層に集中して現われている問題であることを示唆している。

そこで、われわれはこうした一連の研究とその議論の検証・発展に資すべく、川崎市における中年期死亡を検討することにした。行政区を単位として死亡率の地域差を明らかにするとともに、中年期の高死亡率に関連している生活背景要因を抽出すること、さらに、それらの地域差を川崎市の都市化の歴史的過程から理解することを目的として、以下の分析を行なった。

II 資料と方法

本研究の分析・検討に用いた資料は、川崎市衛

生局「川崎市衛生年報」(昭和29～52年)、川崎市総務局「川崎市統計書」(昭和49～51年)、「人口動態統計」(昭和50年)、「国勢調査報告」(昭和50年)、川崎市市民局「川崎市民意識実態調査報告書」(昭和50年)である。

なお、性・年齢5歳階級別・死因別死亡数は、各保健所から衛生局にあがってきた資料(未公刊)から、生活保護世帯数および人員数は、川崎市民生局福祉部保護課の資料(未公刊)から得た。

方法は、大阪市における研究方法¹⁾に準じている。ただし、統計処理を行うにあたって、母集団の人口規模および死亡数が小さいため、それぞれ5年間を合計して死亡率を算出した。そして、その死亡率を中央年のものとした。

また、本研究では、30～59歳を中年期として扱った。

III 川崎市の都市化過程

川崎市は、昭和47年に政令指定都市となると同時に、区制が敷かれた。川崎・大師・田島地区が川崎区になり、御幸、中原、高津、稲田地区がそれぞれ幸区、中原区、高津区、多摩区となった。

これら5つの行政区は、地域特性が異なっている。都市化の過程に着目すれば、それらの地域は大きく2分できる。すなわち、川崎区・幸区・中原区は、主に工業化を中心として都市化が進行した地域であり、高津区・多摩区は、住宅地を中心に都市化が進行した地域である。そして、川崎区と多摩区は、典型区としてそれぞれの地域を代表している。各区の都市化過程の違いが、各種の社会・経

济的指標の違いとなって現われているのである。

川崎市における戦後の人口集中は、まず川崎区・幸区・中原区で生じている。これらの区では、すでに戦前から多くの工場が設置されていた⁹⁾。国勢調査によれば、川崎市の人口は、昭和25年から昭和40年まで5年ごとに31万9236人、44万5520人、63万2975人、85万4866人と急激に増加しているが、市人口に対する3区の人口の割合は、順に77%、81%、79%、72%、と大きな割合であった。当時の市人口の大半は、これら3区に集中していたことがわかる。しかも、その合計面積は、全市の4割にすぎないので、人口密度は、4933人/km²（昭和25年）から10832人/km²（昭和40年）へと倍増しているのである。

また、市内の工場数も、この間に942から1524へと増加しており、就業人口が12万3000人から42万6000人に増えている。そのなかでは、工業に従事する人口が46%を占めていた。この時期の川崎市の人口増加は、川崎区・幸区・中原区における工業化の進展によるところが大きい社会増加であったといえる。そして、流入人口は、20～30歳代の男子が大きな割合を占めていた⁴⁾。なかでもいち早く、しかも際立って工業化と人口集中が進んだのは、川崎区であった。昭和30年時点ですでに、人口規模は21万人台に達していた。しかし、その後は、今日まで横ばいである。また、事業所も全市の4割（昭和50年）、が川崎区にあり区内に住む就業者の75%が区内で働いているのである。現在、この3区では転出率が転入率を2～3%上回っており、流出傾向にある。

一方、高津区・多摩区で人口が集中し始めたのは、昭和30年以降である。昭和25年から昭和35年の間に増加した人口は、高津区が3万3301人、多摩区が2万6460人であった。ところが、昭和35年からの5年間では、高津区は5万8997人増加し、多摩区は4万6070人増加しており、この時期から急激な増加が始まったことがわかる。

そして、この頃には、賃貸戸数1745戸の百合ヶ丘団地（昭和36年完成）をはじめ、普通分譲住宅818戸からなる西之団地など、この地域で民間や市による大規模な宅地開発が進行している。高津

区・多摩区は、それに伴って人口集中が生じており、住宅地を中心に都市化が進行した地域だといえる。

特に、多摩区は区内にある事業所数が全市の5%足らずで、就業者の54.7%は市外で働いている。しかも、その9割は、東京都への通勤者である。すなわち、多摩区は、東京都の典型的なベッドタウンであるといえる。また、この2区では転入率が転出率を上回っており、現在も人口流入が続いているのである。

IV 結果

1. 川崎市における中年期死亡率の年次推移

1956年から1976年までを5年ごとに、性・年齢5歳階級別中年期死亡率の推移を、指数化して検討した。男子（図1）では、1956年と比べて1976年の死亡率指数が小さい値である年齢階級は、55～59歳のみであった。

40～44歳、45～49歳では、死亡率指数の上昇が著しく、1956年では85前後だったものが、1976年には100を越している。この年齢階級においては、相対的な死亡率の悪化が指摘できる。

女子（図2）においても、1956年と比べ1976年の死亡率指数が小さい年齢階級は、55～59歳のみであった。そして、50～54歳の死亡指数は1976年において100を越えており、相対的に悪化していることがわかった。

2. 1975年における川崎市の性・年齢5歳階級別死亡率指数の検討

図3で認められるように、40～49歳男子、45～49歳女子では死亡率指数が100を越しており、中年期において死亡率指数は盛り上がっていた。

3. 1975年における川崎市中年期の行政区別・性別・年齢5歳階級別死亡率指数の検討

1) 総死亡の検討

まず男子（図4）について明らかなことは、川崎区が35～59歳で全国平均より有意に高く、多摩区が30～59歳で有意に低いことである。つまり、

両区間に著しく大きい地域差が生じていたのである。また、中原区・高津区は、全体的にやや低めであり、幸区は全国平均並だといえる。

女子(図5)では、男子でみられたような地域差は認められない。ただ、川崎区が45~49歳で全国平均より有意に高い値を示していた。残り4区は、ほぼ全国平均並であり、全国平均より有意に低い死亡率指数の年齢階級がいくつかあるといった程度である。

2) 死因別の検討

本研究では、死亡数が多い死因に限って検討した。男子では、悪性新生物・虚血性心疾患・その他の心疾患・脳血管疾患・肝硬変・その他の不慮の事故・自殺の7死因について検討を行なった。

女子では、死亡数の多い死因が少なく、悪性新生物・脳血管疾患・自殺の3死因について検討した。

その結果、男子では、脳血管疾患(図6)、肝

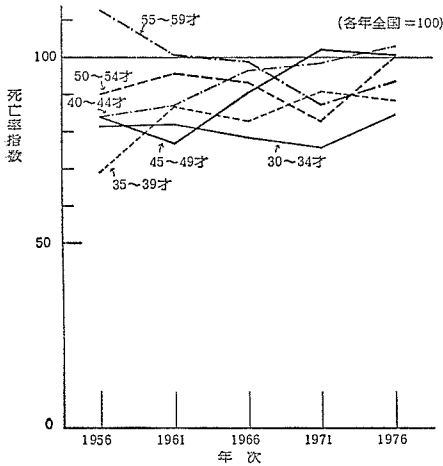


図1 川崎市中年期男子・年齢階級別死亡率指数経年変化(総死亡)

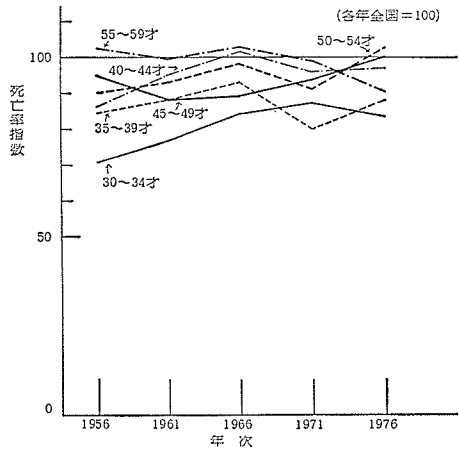


図2 川崎市中年期女子・年齢階級別死亡率指数経年変化(総死亡)

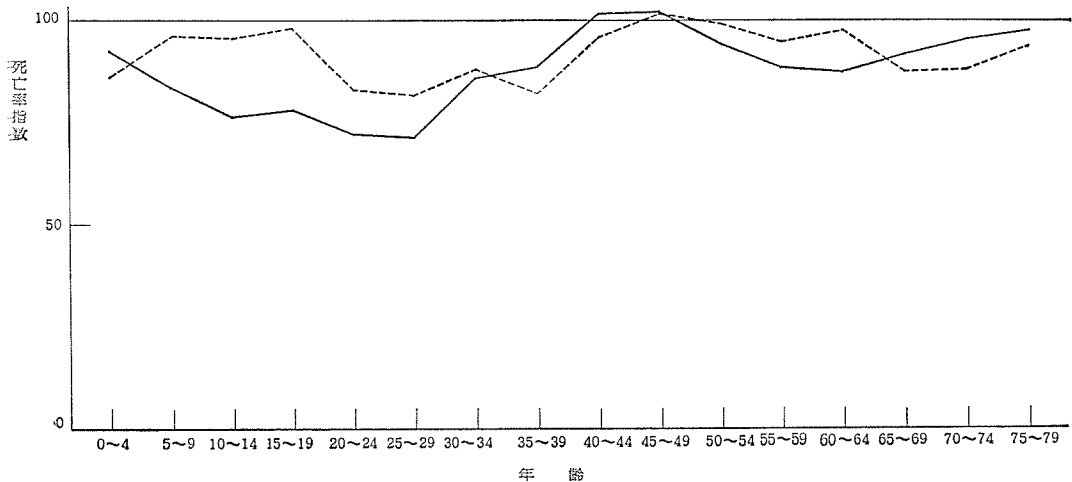


図3 川崎市性・年齢階級別死亡率指数
(総死亡)(S48-52年) — : 男子
(S50年全国=100) : 女子

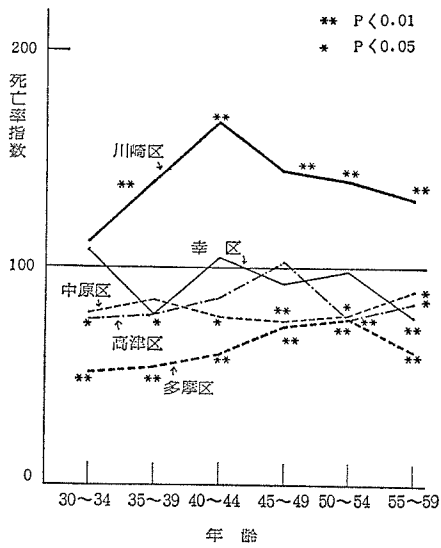


図 4 区別年齢階級別死亡率指数 (S 48—52年)
(総死亡・男子) (S 50年全国=100)

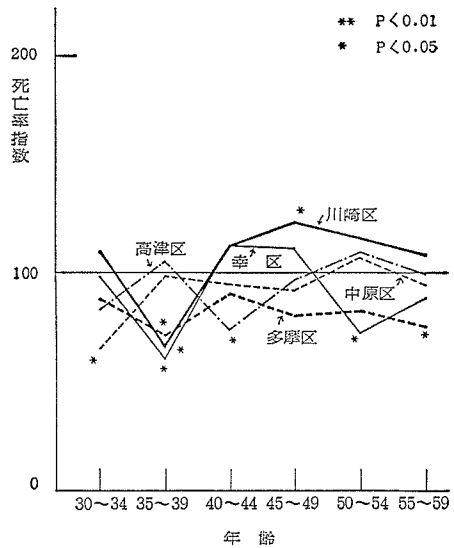


図 5 区別年齢階級別死亡率指数 (S 48—52年)
(総死亡・女子) (S 50年全国=100)

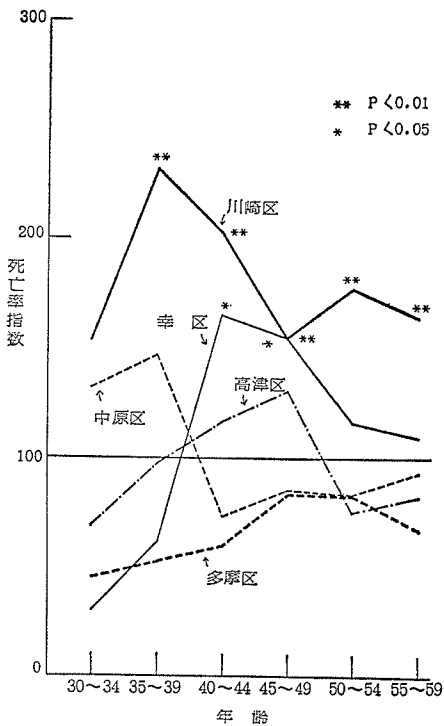


図 6 区別年齢階級別死亡率指数 (S 48—52年)
(脳血管疾患・男子) (S 50年全国=100)

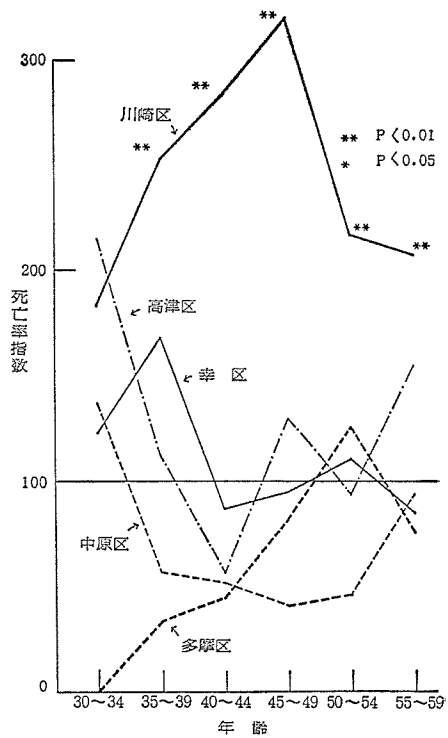


図 7 区別年齢階級別死亡率指数 (S 48—52年)
(肝硬変・男子) (S 50年全国=100)

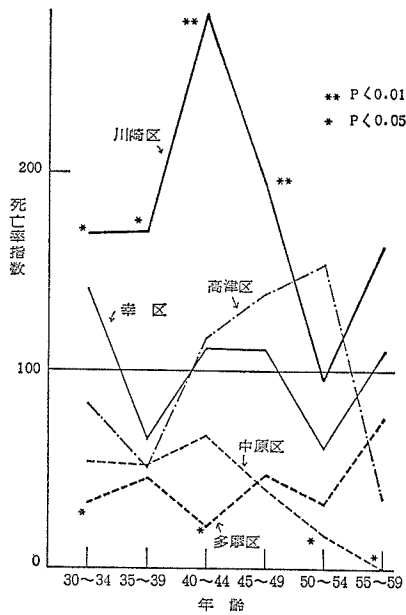


図 8 区別年齢階級別死亡率指数 (S 48—52年)
(その他の不慮の事故・男子) (S 50年全国=100)

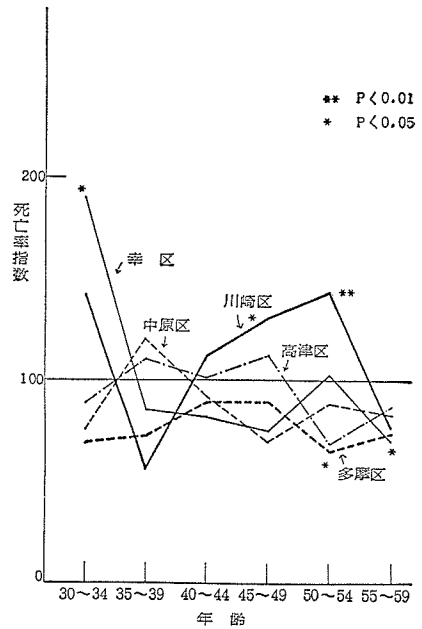


図 9 区別年齢階級別死亡率指数 (S 48—52年)
(悪性新生物・男子) (S 50年全国=100)

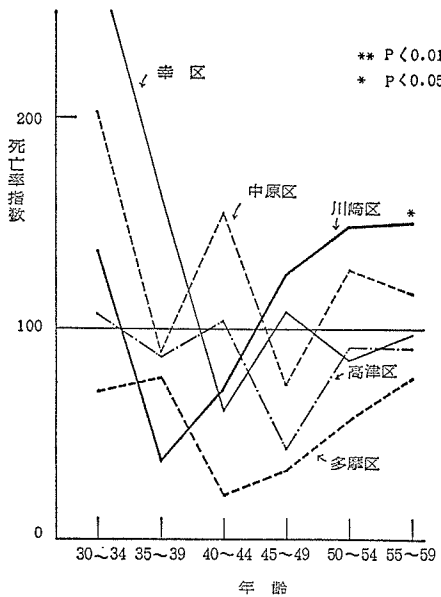


図10 区別年齢階級別死亡率指数 (S 48—52年)
(虚血性心疾患・男子) (S 50年全国=100)

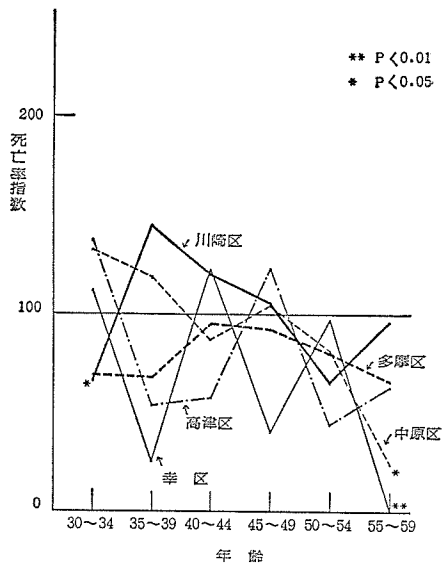


図11 区別年齢階級別死亡率指数 (S 48—52年)
(その他の心疾患・男子) (S 50年全国=100)

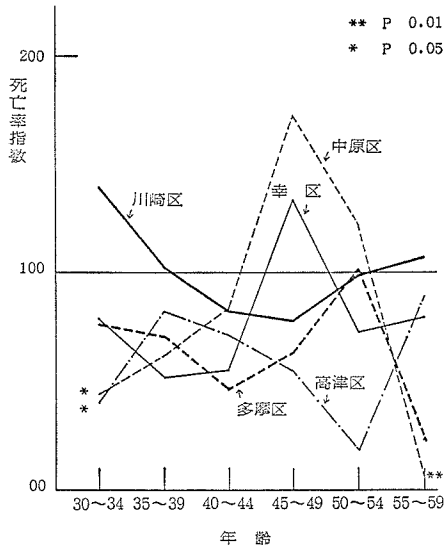


図12 区別年齢階級別死亡率指数 (S48-52年)
(自殺・男子) (S50年全国=100)

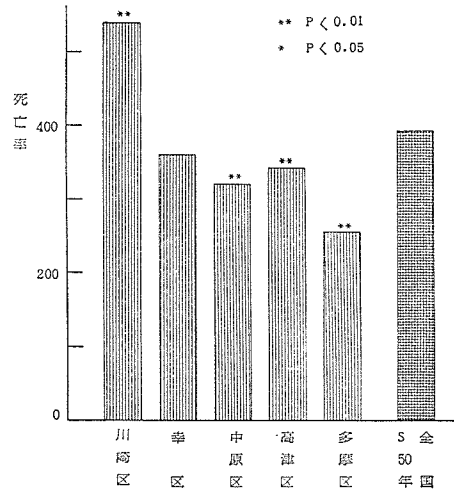


図13 区別中年期男子訂正死亡率
(総死亡) (S48-52年)

硬変 (図7), その他の不慮の事故 (図8) において, 川崎区のほとんどの年齢階級が全国平均と比べて有意に高い死亡率指数であり, 残り4区はほぼ全国並みであった。これらの3死因では地域差が生じていたが, 残りの4死因 (図9~12) ではそのような地域差は認め難い。

女子では, 男子で認めたような地域差は生じていない。ただ, 脳血管疾患で川崎区の40~54歳が全国平均と比べて死亡率指数が有意に高く, 残り4区と差があった。残りの2死因では, 地域差は認められない。

3) 訂正死亡率による検討

訂正死亡率でみると, 年齢階級別による検討で認められた傾向が, いっそう明らかとなった。男子では, 総死亡 (図13), 脳血管疾患, 肝硬変, その他の不慮の事故で, 川崎区が全国平均より有意に高い訂正死亡率であった。一方, 中原区・高津区・多摩区は, 全国平均並か, 有意に低い値であった。すなわち, これらの死因では, 中年期男子の死亡率に明らかな地域差が生じており, その差は川崎区と多摩区の間で大きいということがわかった。残りの死因では, 川崎区も全国平均並となっており, そのような地域差は認められなかった。

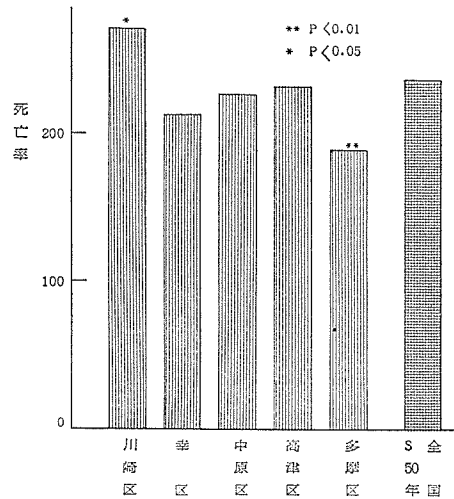


図14 区別中年期女子訂正死亡率
(総死亡) (48-52年)

女子では, 総死亡 (図14) と脳血管疾患で川崎区の値が全国平均より有意に高く, 他の4区は全国平均並あるいは有意に低い値となっており, 地域差が認められた。しかし, その差は, 男子で認められたほどは大きくない。また, 残りの死因では, 全国平均と比べ有意に高い訂正死亡率を示す行政区はなかった。

以上の検討結果, 川崎市全体の中年期死亡率で

みると、それは全国平均レベルであったが、行政区別にみてゆくと、川崎区の中年期死亡率はすでにみてきたように全国平均より有意に高く、残り4区は全国平均レベルあるいは有意に低くなっており、地域差が生じていた。さらに死因別にみてゆくと、地域差が認められる死因は、男子の脳血管疾患・肝硬変・その他の不慮の事故と女子の脳血管疾患であった。川崎市において、中年期死亡に問題が生じている行政区とその死因特性が明らかになったのである。

4) 中年期死亡と社会・経済等の指標との関連
中年期死亡とその生活背景との関連を知るために、3)の訂正死亡率と社会・経済等の指標と単相関を求めた。指標の選択に際しては、大阪市などで行なわれた一連の研究を参考にした。

その結果は、表1に示す通りである。3)で地域差を認めた死因は、多くの指標と有意な相関が得られた。しかも、有意差が得られた指標は、それらの死因間でよく共通していた。

そこで、それらの指標を類型化し、中年期死亡と密接に関連する生活背景として表わせば、以下のようであった。

- (1) 家族関係の破綻
死別率(男)、離別率(男)、片親と18歳未満の子供がいる世帯率……正の相関
- (2) 世帯の経済力の弱さ
生活保護人員率、国民健保加入率……正の相関
いまの収入に対する満足度……負の相関
- (3) 犯罪・非行が多発する社会環境
凶悪犯罪検挙件数、少年犯罪件数(女)、少年愚犯行為件数(女)……正の相関
- (4) 産業化の進展および産業構造の違い
事業所数、事業所の敷地面積が占める割合、居住区で働く人の率、職業を理由とした転入者率、就業者に占める商店主・工場主・その他の事業主の割合……正の相関
市外で働く人の率、就業者に占める販売人の割合……負の相関
- (5) 人口増加の停滞

- 出生率、転入率……負の相関
- (6) 社会的要因が強く関連する健康破壊の多発状況
中毒性精神障害者率、結核罹患率、公害認定患者率……正の相関
- (7) 妊婦をめぐる健康問題
人工死産率、自然死産率……正の相関
- (8) 不安定な職業従事者が多い状況
完全失業率(男)、就業者に占める労務作業者の割合……正の相関
- (9) 医療施設
診療所数……正の相関

V 考察

1. 大都市地域の健康問題としての中年期死亡
川崎市における中年期死亡率の分析結果は、大体において大阪市の研究結果¹⁾と同様であった。すなわち、ひとつは、川崎市の中年期死亡率に大きな地域差が生じており、中心商店街および臨海工業地帯を含む地域が高率であったことである。また、いまひとつは、中年期死亡率が社会・経済等の指標と強い関連をもっていたことである。ただし、川崎市では、女子よりも男子でこのような傾向が顕著であった。

大阪市、川崎市という大都市において、全国平均と比べて有意に高い中年期の死亡率を示す地域の存在が明らかになった。このように、今まで一般に健康水準が優れていると考えられていた都市において、働き盛りの中年期の健康水準が低位な地域が形成されていたのである。

また、以上のことから、現在大きな問題になっているわが国の中年期死亡率改善の遅れについても、それはわが国の中年期全般に健康破壊が生じていると考えるよりも、むしろ、この分析結果からは、生活水準ならびに生活環境が低位な地域において顕在化している問題であることが明らかになった。したがって、中年期死亡率の改善は、生じている地域差に着目し、高率な地域の死因特性および生活背景を明らかにすること抜きにしては考えられないのである。

2. 死因特性と生活背景

川崎区の中年期死亡において、全国平均と比べて著しく高い死亡率であった疾病死因は、脳血管疾患と肝硬変である。

脳血管疾患については、東京都における主要死因別地理分析⁵⁾によると、いわゆるホワイトカラーと言われる専門・管理・事務従事者が就業人口に大きい割合を占めている地域では、死亡率が低く、その割合が小さい地域では高い。川崎市の中年期の脳血管疾患死亡率にも、それと同様の傾向が認められた。特に、中年期男子でその傾向は顕著であった。ホワイトカラーが男子就業人口の43.2%を占めている多摩区では、脳血管疾患死亡率が全国平均に比べて有意に低く、26.2%の川崎区では有意に高い死亡率であった。

また、脳血管疾患死亡率は各種の社会・経済等の指標と強い相関が認められたが、結果3の4)でまとめた生活水準および生活環境が脳血管疾患死亡率と密接に関連していると考えられる。それらが相対的に優れている多摩区では、その死亡率が有意に低く、他の4区と比較して低位である川崎区では有意に高くなっていた。

以上のことを考え合わせると、川崎区中年期男子の高い脳血管疾患死亡率は、労働態様・生活水準・生活環境と結びついて生じているといえる。この結びつきに関して、上畑⁶⁾は、労働の場で発生した急性循環器疾患の事例から、職業性の災害的なストレスが生活を破壊し、健康破壊を引き起こしている指摘した。しかし、この一連の結びつきは逢坂ら⁷⁾が示しているように、労災認定をめぐる事例だけに限らず、生活水準・生活環境が低位である中年期の健康破壊に大きな役割を果たしていると考えられる。

さらに、従来の脳卒中の疫学的研究で、その地域差を説明する生活因子として指摘されてきたのは、食生活、特に日常食塩摂取量、と室内温度環境であった⁷⁾。食生活については、川崎区の住民は多摩区の住民と比べて食塩の摂取量が多いのではないかとされている。

次に、肝硬変については、東京都の山谷地区、高知県下のアルコール中毒者男子の全年齢階級

で、著しく高い死亡率であったことが報告されている⁸⁾⁹⁾。このことから、肝硬変は、経済力の弱い集団やアルコール中毒者といった異質な集団で死亡率が高くなっており、その結果、全体の死亡率も引き上げられていることが考えられる。

川崎区は、他の4区と比べて、全体的に生活水準・生活環境が低位であるうえに、スラム・ドヤといわれる地域が存在している。また、アルコール中毒を主とする、中毒性精神障害者が他の4区と比べて多く、総数の75%が川崎区で生活している。さらに、法務監察医の手にかかる行路病者のなかにも肝硬変死亡者がいると指摘されている。したがって、川崎区の肝硬変死亡率は、特定の高い死亡率をもった集団が、区全体の死亡率をいっそう高めた結果であると考えられる。

3. 経済力による住み分けと健康事象の地域差

急激な都市化によって、川崎区へ流入した人口は、主に20～30歳代で、遠隔地からの、そしてまた職業上の理由に基づくものであった。そして、昭和36年にはすでに、現在と同規模の人口サイズである20万人に達していた。この時、神奈川県住宅課がまとめた「住宅地区実態調査報告書」によると、不良住宅の大部分は臨海工業地帯に隣接した大師・田島地区にあった。また、自由労働者を対象とした簡易宿泊所があり、4000人（昭和30年）が収容されていたのである。したがって川崎区にはこの頃すでに、生活水準・生活環境が低位な地域が形成されていたと考えることができる。川崎区への流入人口は、就職を目的とした若年労働者が中心であり、もともと経済力の弱い層をかなり含んでいたと考えられる。

川崎区は、その後しだいに環境が公害で悪化し、居住環境も過密状態となった。その一方で高津区・多摩区の宅地開発が進められるようになり、川崎市の人口に「ドーナツ現象」が生じた。中心商店街であり臨海工業地帯である川崎区では、人口の社会増加が停滞あるいは減少を始めたのである。このような過程を通じて、川崎区は、東京都のベッドタウン化した多摩区と比べると、生活水準・生活環境が低位な地域となった。つま

表 1 中年期男子訂正死亡率と社会・経済等の指標との相関係数

指標	30~59歳男子 訂正死亡率	総死亡	脳血管 疾患	肝硬変	その他の不 慮の事故	悪新 生物	虚血性 疾患	その他 の心疾患	自殺
△普通世帯・住宅に関する指標									
借家世帯率									
1住宅あたりの畳数							-0.929**		
1住宅あたりの室数							-0.919**		
核家族世帯率									
片親と18歳未満の子供のいる世帯率	0.859**	0.915**	0.835**	0.938***	0.865**				
国民健保加入世帯率	0.926**	0.975***	0.830**	0.891**	0.900**				
日照時間1h/日未満の住宅率	0.915**	0.942***			0.855**		0.859**		0.906**
△15歳以上年齢層に関する指標									
完全失業率 男	0.976***	0.982***	0.976***	0.905**	0.915**				
女	0.855**	0.925**							
会社団体役員・管理職									
商店主・工場主・他の事業主	0.950***	0.964***	0.856**	0.917**	0.939**				
事務職									
販売人	-0.853**	-0.912**	-0.864**	-0.943**	-0.841**				
技能者						0.858**			
労務作業者	0.946***	0.968***		0.964***	0.915**				
個人・サービス人	0.913**	0.918**			0.838**				0.952***
学生・生徒									-0.972***
家事従事者									
居住区で働く人の率	0.994***	0.962***	0.952***	0.915**	0.968***				
市外で働く人の率	-0.939***	-0.940***	-0.831**	-0.905**	-0.948***				
△30~54歳年齢層に関する指標									
未婚率 男		0.823**					0.886**		0.937***
女									
死別率 男	0.983***	0.982***	0.957***	0.923**	0.929**				
女	0.836**	0.881**					0.908**		0.865**
離別率 男	0.962***	0.953***	0.947***	0.882**	0.890**				
女		0.838**					0.865**		0.818**
△治安・犯罪に関する指標									
一般犯罪検挙件数	0.877**	0.819**	0.830**					0.861**	
凶悪犯罪検挙件数	0.844**		0.952***	0.924**	0.867**				
少年犯罪件数 男	0.834**		0.860**		0.820**			0.924**	
女	0.913**	0.826**	0.921**	0.842**	0.914**			0.836**	
少年く犯行為 男								0.857**	
女	0.903**	0.830**	0.921**		0.853**			0.890**	
△精神衛生に関する指標									
〈精神衛生相談に伴う診断〉									
相談率			0.808**					0.978***	
中毒性精神障害者率	0.936***	0.858**	0.941***	0.881**	0.942***				
精神分裂病者率								0.932**	
△医療施設に関する指標									
病院施設数									
病床数									
診療所数	0.903**	0.849**	0.843**	0.849**	0.834**			0.831**	
△人口密度・人口指数に関する指標									
工業用地を除いた人口密度									
年少人口指数									-0.901**
老年人口指数									-0.819**
従属人口指数									0.947***
老年化指数									
△人口移動に関する指標									
転入率	-0.871**	-0.940***			-0.812**	-0.821**			
転出率									

〈転出者の理由別割合〉 職業								
住宅事情・生活環境								
〈転入者の理由別割合〉 職業	0.913**	0.913**			0.893**	0.933***		0.899**
住宅事情・生活環境								-0.873**
△30人以上の事業所に関する指標								
事業所数	0.888**	0.817**	0.806**		0.932**			
敷地面積の占める割合	0.969***	0.944***	0.933***		0.905**			0.848*
△健康に関する指標								
出生率	-0.944***	0.939***	-0.933***	-0.860**	-0.861**			
SFD 児の占める割合		0.854**						
乳児死亡率								
新生児死亡率								
自然死産率	0.990***	0.971**	0.909**	0.912**	0.983***			
人工死産率	0.962***	0.971***	0.909**	0.912**	0.934***			
周産期死亡率								
結核り患率	0.944***	0.911**	0.874**		0.877**			
公害認定患者率	0.929**	0.973**	0.904**	0.913**	0.867**			0.913**
△満足度に関する指標								
住んでいる地域	-0.900**	-0.902**			-0.896**	-0.936***		-0.860**
いまの仕事								
余暇								
家のまわりの自然環境						-0.923**		
住んでいる住宅						-0.949***		
いまの収入	-0.879**	-0.909**	-0.813**	-0.929**	-0.923**			
病院等の医療サービス			-0.818**	-0.855**				
いまの生活全体		-0.826**				-0.886**		-0.948***
△生活保護に関する指標								
生活保護人員率	0.998***	0.981***	0.942***	0.941***	0.987***			

*** P<0.01 ** P<0.05

り、川崎市の人口に、明らかな経済力による住み分けが生じたのである。

川崎区における中年期の健康問題は、こうして形成された地域差を背景にして生じているのである。川崎区では、生活背景と密接に関連した脳血管疾患による健康破壊が広く存在している一方、異質な特定の集団が存在し、区全体の肝硬変死亡率を著しく引き上げていることが考えられる。

VI おわりに

川崎市の中年期死亡率は、男子で著しい地域差が生じており、死因別には脳血管疾患・肝硬変・その他の不慮の事故の3死因で認められた。そして、全国平均と比べ有意に高い地域は川崎区であるが、川崎区は、他の4区と比較して、生活水準・生活環境が低位な地域で、それが中年期死亡と強く関連していると考えられた。これらは、中年期死亡にみられるかげりが、大都市地域の都市化過

程が進行し生活水準・生活環境が低位となった地域で生じている問題であるという大阪市などの研究結果と一致する。

本研究では、中年死亡率が高率である地域の生活背景を、各種の社会・経済等の指標との相関を求め、それをもとに類型化して示したが、これはあくまでも統計的な関連にしかすぎず、今後は、この観点のもとで死亡事例の詳細な検討が必要だといえる。

文献

- 1) 南沢孝夫：大阪市における中年期死亡率についての社会医学的検討，日公衛誌，26（3），116～124，1979
- 2) 逢坂隆子・朝倉新太郎：大都市スプロール地帯の住民生活と健康，社会医学研究，1，67～80，1980
- 3) 川崎市役所：川崎市史，406～420，1968
- 4) 川崎市役所：川崎市史，809～811，1968
- 5) 大久保利晃他：死亡統計におけるメッシュ区分法

の検討（その2）東京都における主要死因別死亡の地理分布について，日衛生誌，32（5），677～686，1977

- 6) 上畑鉄之丞：労働者と急性循環器障害，月刊いのち，No. 173，2～15，日本労働者安全センター，1981
- 7) 佐々木直亮：疫学からみた脳卒中の成因・予防への手がかり，日本臨床，34（1），1976
- 8) 大久保利晃：メッシュ区分法による大都市の主要死因別死亡と社会経済的要因との関係について，日公衛誌，24（10），713～725，1977
- 9) 永松清明他：アルコール精神疾患の死因に関する研究，第40回日本公衆衛生学会総会演題抄録，28（10）特別附録，1981

大都市の中年期死亡へのミクロな接近

診療活動を通して見たアルコール依存症

日 高 隆 三

(大阪大学医学部公衆衛生 神戸健康共和国東神戸診療所)

宮 腰 真 一

(神戸健康共和国東神戸診療所)

日 高 沙千江

(頤栄短期大学)

はじめに

80年代初頭の第20回社会医学研究会において、大都市地域の保健問題が主として論じられた。大都市の年齢別死亡率を指数化して得られる曲線(昭和50年)は、30~40歳の中年期を頂点とする山型ないし凸型となること、とくに男性では、各大都市に共通して、働き盛りの年代(35~54歳)の死亡率が改善していないという現代の特徴が明らかにされた¹⁾。

朝倉によると²⁾、大都市勤労市民の死因を特徴づけたものは、戦前と終戦直後は急性伝染病や結核の増加であり、昭和30年代は成人病と事故死が増えたことであった。ところが、「40年代に入り、過密が限度をこし、生活環境の悪化がすすむにつれて、交通事故などはかえって減少し、代って背景に貧困や生活荒廃を思わせる結核や、肝硬変や自殺などによる死亡が、他地域に比べてめだって多くなった」という。もっとも、同報告は、「主として『死』ということを指標としているので、その背後にある罹患やその経過など、健康破壊の実相を正確につかんでいるとはいいい難いかも知れない」と述べている。

そこで、私たちは、中年期死亡にアルコール依存症(一般には「アルコール中毒」または「アル中」といわれている)者の死亡が、少なからずかかわっているように思え、この小論を書いた次第である。

アルコール依存症は、過剰飲酒が原因によっておこる慢性進行性の病気であり、断酒しなければ死に至るといわれている。近年わが国も、アルコール消費量の増加とともにアルコール依存症者が増えつづけ、いまは150万人³⁾とも200万人⁴⁾⁵⁾とも推定され、社会問題化しつつある。

私たちは、一般内科の診療所(以下、当診という)にすぎないが、大都市中年期死亡へのミクロな接近として、アルコール依存症患者の死亡、および肝硬変死亡の実態、断酒会活動とのかかわりを通じてえられたことなどを、現場からの報告として述べたい。

なお、アルコール依存症については、最近は文献もたくさん出されているし、それらに、その本質や全体像はくわしいので⁶⁾、概念や病態についてはとくにふれないことにした。

また、最近の医学用語としては、アルコール依存症がもっとも正しい呼称とされているが⁷⁾、文中では、一般化している「アル中」を用いることにした。

I 東神戸診療所と地域

まず最初に、神戸市および診療圏地域の特性と、当診の概要やアル中患者とのかかわりについて、簡単にふれておきたい。

1. 神戸市と都心部住民について

港を中心に発展してきた神戸市は⁸⁾、戦前に港

湾や工業用地が整備され、鉄鋼、造船、ゴム、電気などの重化学工業が集積し、それにともなって、運輸、倉庫、貿易業などの港湾関連産業が発展してきた。いまでも、神戸市民の所得面では、これらの産業に5割弱を負っている。しかし、戦後の高度経済成長期になると、製造業を中心とした第二次産業は、新たな工業用地を郊外や近隣都市へ求めて流出するようになり、その比重を減じつつある。また、港湾も近代化、省力化がすすみ、市民の就業面では2割くらいに減ってしまい、ブルーカラー層が減少して(国勢調査によると、「技能工・生産工程作業員及び単純労働者」が、市民就業者総数に占める割合は、昭和45年の34.7%から50年の29.9%に減少。実数でも約2万8千人も減っている)、第三次産業に働くホワイトカラー層が増えている。

神戸市の人口は⁹⁾¹⁰⁾、第2次大戦の影響と打撃によって、終戦の年の11月には、わずか38万余人にまで激減したが、その後、市域の拡張と相まって次第に増加し、現在、約137万人となっている。昭和44年から54年にかけての10年間の増加は、10万人余りである。しかし、都心部の中央4区(葺合区、生田区、兵庫区、長田区)では、逆にこの間約13万人も減少するという人口のドーナツ化現象を生じてきている。現在、神戸市は、ポートアイランドに象徴される「住む、守る、働く、育つ」をスローガンに「大都市定住の実現に向けて」都市再開発をすすめており、「新しい貿易構造にマッチした港づくり」や、「高密度技術産業や情報・ファッション産業の育成」などに力を入れている。

中央4区は、神戸市の政治・経済・文化の中心部であり、情報機能の集中したビジネス街が集中していると同時に、ショッピングや娯楽の中心地でもある。とはいえ、その陰に暮らす都心部住民の生活と健康は、一般に悪化が著しい状況にある。

たとえば都心部では、若い人が郊外へ移り、また、西日本からの若年労働者の流入が減ってきたことも加わって、人口の絶対的減少とともに高齢化が進行、高齢者の単身世帯や夫婦のみの世帯がふえている(昭和50年の中央4区の老年人口は9.1

%であるのに、周辺5区は6.1%、全国でも7.4%である。また、単身世帯は周辺5区の約2倍に達している)。

また、都心部では工場が減少しているということもあって、失業率、生活保護率が高くなっている(50年の完全失業者は男子5.7%、女子3.2%で男子は周辺5区の2倍以上、生活保護率も周辺の約3倍の高さである)。

逢坂らは神戸市の社会医学的分析を行ない¹¹⁾、都心部では「住宅難、家庭崩壊、雇用不安、貧困はますます進行する傾向にあり、周辺5区との格差が一層大きくなってきている」と指摘している。

健康水準についても、都心部住民の低下が目立ち、葺合、生田、長田の中央3区の男子年齢別死亡率をみると「若年、老年は全国平均なみであるのに生産年齢層では全国平均よりかなり高く、35~39歳の死亡率指数は151.3にもなっている。女子もほぼよく似た傾向にある」と述べている。

死因についてみると¹⁰⁾、神戸市では昭和48年から悪性新生物が1位となり、2位が脳血管疾患、3位が心臓疾患になっている。53年をみると、3大死因が総死亡に占める割合は53.3%である。目立つのは、肝硬変による死亡者の増加で、5位(前年8位)となっている。

年齢別死亡者をみると、総死亡では60歳以上が73.0%を占め、40~59歳は13%である。死因別では肝硬変が、相対的に死亡年齢が低く、40~59歳が43.8%を占めている。

また、昔から貧困との相関の高い結核は、全国の都市のなかでもトップクラスであり、厚生省の保健所別結核患者有症率では(55年)、葺合保健所は全国でワースト6位(人口10万当り810人強)、となりの生田区が3位(970人強)である。

この両区は、三宮・元町を含むファッションナブル神戸の中心繁華街であるが、住民の健康破壊は市内で最もひどい状態にあると言える。

2. 診療圏の地域特性

当診は神戸市の葺合区南部にあり(現在は、葺合区と生田区が昭和55年12月に合区して中央区となっている)、三宮繁華街に近く、国鉄三宮駅よ

り東へ約1kmのところにある。

区のほぼ中央を東西に国鉄高架線が走っているが、大別して高架線以北より六甲山にかけては一般住宅地域であり、海岸部は工場地域である。

当診の位置する高架線以南の地域は、かつて賀川豊彦の「死線を越えて」(大正9年刊行)の本で有名な、スラム街であった。

現在は、不良住宅の密集地区から、都市再開発による立ち退きと高層住宅化によって、地域の外観は大きく変貌しつつあり、人口もこの十数年で半減した。しかし、かなり老朽化した一部屋2〜3畳くらいの木賃アパートもまだ多く残っているし、人口も未だ過密状態にあるといえる。そこには、老人、失業者、病人、身体障害者など、社会的弱者や貧困者が多くとり残されている。昭和52年4月の葺合区の生活保護世帯は1807世帯、3107人、被保護率は44.1%で市内で一番の高さである。そして、この地域に被保護者の70%が集中している¹²⁾。また、在日朝鮮人も多く居住している。

1960年代の「高度成長」のころは、地域住民(大半は西日本から流入して来た若年労働者)の多くが、港湾関係の日雇労働者や土木・建築関係などの肉体労働者、下請零細企業労働者などであった。この人たちは、焼酎や「どぶろく」を立ち飲みでがぶ飲みして、激しい肉体労働の疲れや生活の先行き不安、淋しさなどをまぎらわせようとしたので、アル中になる人も少なくなかった。

いまは、港湾の労働形態も変わり、荷役などの単純な肉体労働は、往年の10分の1くらいに駆逐されてしまった。ハンケも焼かれ半分に減じている。また48年のオイルショック以降、仕事量が減ってしまい、とくに最近、月に10日も働けば良い方だという日雇労働者が多くなっていると聞く。

地域の外観を見ただけではわかりにくいですが、現場でみると、地域住民の健康水準の低下や貧困化は確かに進行していることが感じられる。

3. 東神戸診療所の概要

当診は、昭和52年10月、東神戸病院が都市計画

で立ち退きとなったため、病院から無床診療所として開設され、53年4月、旧病院跡地から約200m離れた現在地に新築移転した。(親病院である東神戸病院は、約8km離れた東灘区へ移転する。)

当診の1カ月の外来患者数は1100人余りで、そのうち、300人くらいが生活保護の患者である。肝疾患患者は約120人、アル中患者は常時20〜30人来院している。

1日の延患者数は250人くらいであるので、診療所としてはかなり大型の部類に入と思う。

当診の医療を一言で特徴づけるとすれば、「貧困者医療」ということになるだろう。

4. アルコール依存症とのかかわり

断酒会とかかわる以前の、アル中患者とのかかわりについて少し触れておこう。

旧病院時代には、飲酒して強制退院させられた患者が、包丁を持ってナースをおどしに来るとかナース詰所が襲撃され、めちゃくちゃに破壊されたことも生じた。暴力には屈せずその都度毅然と対処してきたが、あまりの粗暴な振舞いにパトカーを呼ぶことも稀ではなかった。しかし、刑務所も20日も務めれば、また酒を飲んで、「いま帰って来たぞ」と大声を出しながら、お礼参りにくる者もあった。

A氏(54歳)は単身者、酔えば陽気なアル中である。吐血もし、幾度も入退院をくり返しているが、決してアルコールとさよならできない。「高度成長期」に万博、沖繩博と飯場を渡り歩くなかで、酒量が増えた。淋しさをまぎらわせるために飲んだ酒が、やがて酒に呑まれるようになったのである。現在の診療所にかわったころ、また吐血、救急車で来る。点滴でもたせながらの病院探しも、病状を聞くなり「満床です」でどこもとってくれない。119番の消防司令台とのやりとりのあと、やっと収容されるも翌日死亡。

この一件から一週間もせず、肝性昏睡(アル中)の人も来る。院所に患者を入れてしまうとあとが大変なので、入れるわけに行かず、救急車の中で処置をする。入院先が見つからず、また幾時間も過ぎる。ついに福祉事務所の口ききで入院できた

が、後日死亡の報を聞く。

断酒会を知る以前の私たちは、アル中の病識や治療法についての正確な医学的知識を、ほとんど知らなかったといえる。そのため、アル中を「不治の病い」「扱いにくい患者」と考え、酒気を帯びている場合の診療拒否、入院中に飲酒した場合の強制退院、隔離を目的とした精神病院への紹介などにとどまっていた。また、内科や外科の疾患には注意を払うことができて、末期にいたっていない場合には、アル中患者としてとらえきれない時もあり、節酒や一時的禁酒を指導したりした。

その結果、アル中患者は、飲酒と入退院をくり返すうちに、人格荒廃や死にいたるケースがほとんどであった。結局は、飲まざるをえない環境を変える以外にどうしようもないものと考えざるをえなかった。残念なことは、当時断酒会の存在が、あまりにも知られていなかったことである。

II アルコール依存症者の死亡について

1. 短命の事実

表 1 性別年齢別死亡者数 S56.3.末現在(3年間)

年齢区分	男	女	計
～ 34	1 (1)		1 (1)
35 ～ 44	4 (3)		4 (3)
45 ～ 54	13 (9)		13 (9)
55 ～ 64	16 (7)	9	25 (7)
65 ～ 74	16 (2)	7	23 (2)
75 ～ 84	10	15	25
85 ～		3	3
計	60 (22)	34	94 (22)

注) アル中は () 内に再掲

表 2 アル中平均死亡年齢 (男)

	人 数	平均死亡年齢
アル中	22	51.3
非アル中	38	69.0
計	60	61.8

表 1 は、昭和53年4月から56年3月末までの3年間に死亡した、94人の当診の患者を性別年齢別にみたものである。女34人の死亡者のなかに、アル中だった人はひとりもない。それに対し、男60人中22人はアル中であり、実に3分の1強を占めている。年齢別にみると、44歳以下で5人中4人(80%)、54歳以下では18人中13人(72.2%)と7割強、64歳以下でも6割強にもおよび、男子中年期の死亡にアル中が高率であることにショックを受けた。

表 2 に示したように、アル中の平均死亡年齢は51.3歳。52歳足らずである。非アル中死亡者と比べて18年弱、日本人男性の平均寿命より20年も早く若死する事実は、強調しておく必要がある。

表に示していないが、断酒会とかかわる以前の当診のアル中死亡者は、昭和51年10月1日より53年3月末日までの1年半の間に、7人であった。平均死亡年齢は54.9歳。ただし、78歳と特異に高齢の人があり、これを除くと51.0歳となる。もっとも、この数字は、当時アル中を正確に把握できていなかった面もあるので、あくまで参考にしかならない。

アル中の平均寿命について、他の資料をみると、精神科よりのわずかな発表しかないが、やはり50歳前後となっている。本間ら(静岡県)によると¹³⁾、50例、46.5歳。菱村ら(神奈川県)によると¹⁴⁾、205例、50.2歳。昭和56年7月6日付け朝日新聞によると、山梨県精神衛生センター田中発表、55例、51.2歳である。アル中は、昔ながらの「人生五十年」のままにあるようだ。

2. アル中死者22人の特徴

表 3 は、アル中死亡者22人の特徴を示している。死因をみると、肝硬変が12人と半分強、肝癌3人を含めると8割近くが肝臓にかかわる死亡である。やはり、アル中は肝疾患との相関が最も高いようだ。その他では心不全、腎不全、肺硬塞、脳卒中、事故死、自殺と、死因が多彩であることに注目したい。

アル中が多彩な死に方をしているという点では、前述の精神科病院と共通しているが、肝硬変

表 3 アル中死亡者の特徴

ケース	年齢	死 因	保険	家族	HBS	γ -GTP
・ 1	31	○	+	母	抗体⊕	368
2	42	○	+	妻子	—	
・ 3	42	○	国保	妻子		
・ 4	46	○	+	妻子	—	1262
・ 5	47	○	+	妻子		
・ 6	50	○	+	△		
7	51	○	+	△		312
8	51	○	日雇	△	—	
9	54	○	+	△	—	155
10	55	○	健保	妻子	—	40
・ 11	58	○	健継	妻子	—	187
12	65	○	+	妻	—	56
・ 13	66	心筋硬塞 ○	+	△	—	
14	48	閉塞性黄疸	+	△	—	552
15	47	×	+	△	—	690
16	57	×	+	△	—	861
17	58	×	+	△	—	978
・ 18	42	腎不全・慢性肝炎	+	内妻		
19	50	肺硬塞	+	妻子		171
・ 20	59	脳卒中	+	△	—	504
21	51	事故死	+	△	—	28
22	59	自殺	+	△	—	29

注) ○肝硬変 ×肝癌 +生保 △単身者
・断酒会参加の経験がある者

が圧倒的に多いという点では、当診と大きく異なっている。むしろ、精神科の調査の方が、死因に極端な偏りがなく表われているようだ。菱村らの205例中肝硬変死亡は57例、27.8%に過ぎない。比較的多いのは、心不全で24.4%、事故死は10.2%、脳卒中9.8%、自殺4.4%などとなっている。これは、私たち一般内科と精神科との違いであろうか。

つぎに、 γ -GTP とはアルコールとの相関の高い肝機能検査で、正常値は60以下である。7例未施行があるが、正常範囲は4例、11例(50%)は

高値で、まさに死ぬまで飲みつづけた人といえよう。

B型肝炎ウイルスは肝硬変の有力な要因とされ、とくにわが国には、約200万人のキャリアがいると推定されている。しかし、未施行が6例あるも、施行された16人(73%)はすべて陰性であった。

保険別にみると、保険ありは4例(18.2%)のみ、多くは十印の生活保護受給者で、身体的疾患にて働けない人たちである。

家族状況では、単身者が12人と多く、5割を超えている。そう高齢で配偶者をなくす歳でもないのに、家庭崩壊した果ての姿が生保かつ単身者となっているとしか考えられない。そして、生保受給後、平均4年半くらいで死に至っている。今にして思えば、保護開始の段階で、福祉事務所からも何らかのアプローチの余地が、あったのではないかという気もする。

3. 末路について

表にしてないが、死亡場所別にみると、8km離れた親病院に送ったひと11人、他病院に無理をお願いしたひと8人であった。自宅で冷たくなったの発見は1人、戸外は2人(自殺1、事故死1)である。アル中だけでなく、男60人の死亡先をみると、7割が病院で死亡している。救急医療制度の整備と相まって、死亡場所が病院に移っていることがわかる。

アル中末期は、事故、吐血、肝性昏睡など救急車に頼ることが多いが、取容先に困るといのが実情だ。なんとか入院先を捜しても、救急期を脱すると病院内で飲酒し、強制退院させられてくるので、救急車、病院ともに、アル中を嫌う。トラブルにもなりやすい。大都市の医療態勢は整備されているように見えても、その内容には問題がありそうだ。

さて、アル中の生態を、ごく荒くスケッチしてみよう。多くは若年層(10~20代)から酒に親しみ、長じて晩酌をやり、適当なストレス解消剤(もっとも手近で百薬の長)であったものが、何らかの仕事上、生活上の大きな困難、ストレスに

あうと急に大酒飲みに変じるようになる。1日3～5合以上ほとんど毎日飲み、およそ10年間に肝硬変となり、数年にて死に至る。もちろん肝硬変以外の死亡も少なくない。

大量飲酒の過程においては、二日酔いで欠勤が増えたり、仕事中の飲酒などが原因で職場を追われ、職を転々としたりする。多くは経済的不如意から、暴力をふるってでも飲み続け、ついには妻子からも見放され、家庭崩壊。半数くらいは離婚に至り、単身者となる。そして、多くの人が働けない状態となって、生活保護を受給する。地方から都市へ出てきてアル中になり、大都市の貧困、低所得者層の多い地域に流れて来て、沈溺するケースも少なくない。

また、酒が切れた時には、手指がふるえたり、幻覚が現われたりして、精神病院へも入院せざるをえなくなるといった感だ。

さまざまなケースがある。けれど、飲み続けるかぎり末路は悲惨である。

食道静脈瘤破裂の危険がありながら、「自分はアル中ではない。精神科で、ビール1本くらいなら飲んでいいといわれた。精神病院へ行くのは2度といやだ」といいはり、飲み続け、31歳で死んだケースもある。

つい最近、52歳で生保かつ単身者が、死後10日して、アパートの一室で発見された。死臭がただよって来たので、隣人が気づいたのだ。彼は、短期間の断酒はできて、保護費が入っていったん酒を口にすると、とことんまで飲まないと止まらないタイプになってしまった人である。

アル中の末路に「肝硬変、心臓病、脳卒中、食道静脈瘤破裂による大量失血、等々とそれによる身体的な死がある。失業、離婚、交通事故、自殺などの社会的な悲劇が第2の末路としてある。第3の末路として、アルコールにとらわれた生活態度、自暴自棄と易怒、責任転嫁傾向、他罰化などへの性格変化からアルコール性痴呆に到る精神的心理的崩壊¹⁵⁾がある。

一つの結論として、アル中は断酒する以外に、悲惨な末路からののがれる道はないと言えそうだ。

4. 肝硬変との関連

戦後、わが国のアルコール消費量は¹⁶⁾、直線的に増加しつづけ、成人男子の90%、女子でも45%が量の多少はともかく飲酒をしている。国民1人当りのアルコール消費量は5.1ℓであり、フランスの消費量(16.4ℓ)におよばないにしても、米国のそれ(8.3ℓ)に近づきつつある。これに比例して、肝硬変、アル中も目立って増えて来ている。現在、肝硬変は、男子中年期(35～59歳)の主要死因中第4～5位を占めるに至っている¹⁷⁾(男女総数では第9位)。

蓮村らによると¹⁸⁾、「肝硬変の実に56%(30～81%)もがアルコール性肝硬変によって占められている欧米諸国とは異なり、わが国ではアルコール性肝硬変は、全肝硬変のうちの約17%を占めているにすぎない」しかし、「もしわが国において、過去25年間たどってきたと同率の勢いでアルコール消費量が増加しつづけるならば、今世紀末には、アルコール性肝硬変は全肝硬変の約40%を占めるようになることが予想され、肝硬変死亡率と年間アルコール消費量との関連性は欧米諸国とほぼ同様の傾向を示すようになるであろう」と指摘している。

表4 性別年齢別死者数

S46.4.1.～56.3.末(10年間)

年齢区分	男	女	計
～34	2 (1)	1 (1)	3 (2)
35～44	17 (8)	5	22 (8)
45～54	36 (16)	7 (1)	43 (17)
55～64	43 (8)	14	57 (8)
65～74	58 (4)	30	88 (4)
75～84	34 (2)	31	65 (2)
85～	2	5	7
計	192 (39)	93 (2)	285 (41)

注) 但し男2・女2名の不明を除く、()内に肝硬変を再掲

表4は、旧病院および当診における10年間の全死亡患者に占める、肝硬変死亡を調べたものである。全死亡者は285人で男192人、女93人である。

そのうち肝硬変で死亡したのは、男39人(旧病院20人, 当診19人), 女2人で、男の方が圧倒的に多かった。

男性にかぎってみると肝硬変死亡は、44歳以下では19人中9人と半分弱、54歳以下でも55人中25人(45.5%)と、やはり半分弱を占めている。

表示していないが、男192人の平均死亡年齢は62.3歳である。このうち、肝硬変で死亡した39人の平均死亡年齢は52.2歳(女2人40歳)。肝臓とかかわりのない死亡者は138人、65.6歳なので、肝硬変の患者は、明らかに10年以上短命であったことがわかる。

大阪市をはじめ、各大都市における男子中年期死亡に、肝硬変が高率(約2倍)であるということが、当診のミクロな調査についても同様にみられたわけである。

表4のアル中死亡は正確につかめていないが、記憶している限りでは、旧病院時代の20人中18人はアル中だったように思う。また、当診の19人中、アル中でない人はひとりもいなかった。したがって、肝硬変で死亡していないアル中患者が、3~4割は他の死因にまぎれ込んでいるものと考えられる。しかし、いまでは追跡できない。また、病院時代は死亡診断書の記録のみで、他病院にての死亡はわからない。無床診に変わってからの、他病院への紹介4割から推測して、また、満床で他病院へ依頼した患者が転々としていたことなどから、この病院時代のアル中死亡はもっと多く、2倍くらいを推測し得るだろう。

5. アル中死亡の全体像

私たちの考えでは、アル中死亡の実態は、図1のように、各種の死因に関わっているはずである。一般内科である当診では、肝硬変との相関が

図1 アル中死亡の実態

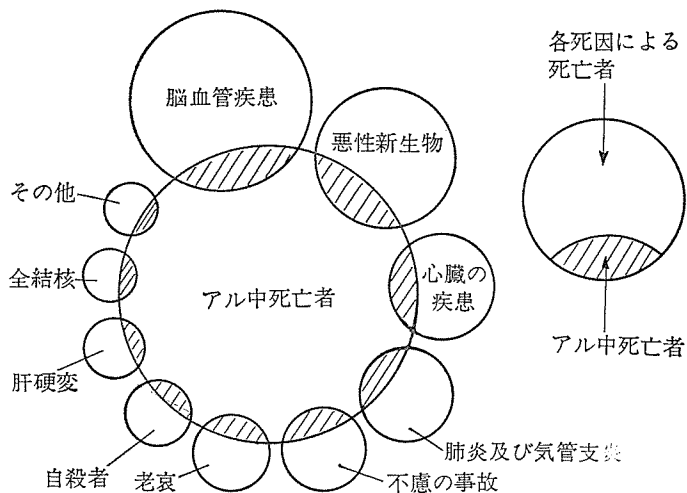


図1 アル中死亡の実態

著しく高いが、精神科からみた死因は、必ずしもそうでないことは、先に述べたとうりである。

アルコールの消費量の増加と肝硬変死亡率との高い相関が認められている資料は、入手し易い有力なものではあるが、これだけでは、アル中死因の実態はつかめないという点を強調せざるを得ない。もっと幅広く、ガン、心不全、脳卒中、不慮の事故、自殺、肺結核等に関わる、アル中死亡の全体像を把えた研究・調査が、いまはまだない段階なのである。

仮に150万人以上といわれるアル中のうち、末期患者で10年以内に死亡する人が、いまの時点で2割として、30万人いたとしよう(多くても、少なくとも良い)。単純に10年で割ると、毎年3万人が死亡する計算になる。昭和53年のわが国の死亡者総数約70万人中占める割合は、およそ4%となる。この3万人のアル中死亡者は死亡診断書上は、広く各種の死因に分散されてしまい、その実相がわからなくなってしまうのである。

この仮定の、毎年死亡する3万人は、再生産されるのだから、アルコール消費量の増加とともに増えるはずで、減じることはあるまい。また、この3万人という数字は、現在の死因統計第4位の不慮の事故に匹敵する数になるので、もしこれが

現実とすれば、大変な問題であることが認識できると思う。

アル中死亡の全体像は、今後に究明されるべき課題で、大きな調査が必要とされているように考える。この種の調査研究は、是非とも行政の力、新しい方法にて行なっていただきたい。

かくみて来て、全体像には迫り得なくとも、アル中は疑いもなく中年期死亡率の改善しない有力な要因のひとつではなからうか。

Ⅲ 断酒会活動のとりくみ

1. 断酒会とのかかわり

当診で断酒会が行なわれるようになったきっかけは、MSW（医療ソーシャルワーカー）が、患者を連れて、尼崎断酒会へ相談しに行ったことからである。「酒を断つには、酒断会の例会に通う以外に方法はあります。神戸でもやってみませんか」と勧められた。

そこで、毎週水曜日の19時から21時までの2時間、当診の会議室を例会場として提供した。昭和53年8月、第1回目の例会が開かれて以後、現在まで欠かさず開催されている。例会には尼崎断酒会の人たちも毎回出席されている。神戸の人たちも尼崎の例会に誘われ、毎日のように参加している。

会は1年余りして、尼崎断酒会東神戸支部に発展した。つまり、名実ともに酒害者が酒害者自身のために自主更生する団体となり、運営も真剣に断酒継続している神戸の会員たちが中心になったのである。初めの頃10人前後と少なかった出席者（家族も含めて）も、最近では40人前後に増えるなど、会の活動が定着しつつある。

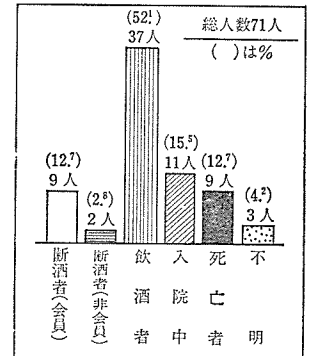
2. 断酒会活動の成果

図2は、昭和53年8月初めより昭和55年12月末の2年4ヶ月間に、1回以上例会出席した男67人、女4人、計71人のアル中患者を対象として、昭和56年3月末時点で追跡調査した結果である。

断酒会員9人（13%）、会から離れても一応飲酒していない2

人（3%）、飲酒を続けている37人（52%）、入院中11人（16%）、死亡者9人（13%）、不明3人であった。

断酒会のとりくみを通じて、断酒、社会復帰している人が1



(昭和56年3月末現在)

図2 断酒会参加者の結果

表5 断酒継続している断酒会員（男）

S.56.3.末現在

ケース	年齢	断酒歴	家族	保険	就労	生保 受給歴	入院歴		現在加療中の 身体疾患	通院状況
							精神	一般		
1	46	2年4ヶ月	妻子	社保	会社員	なし	0	0	なし	なし
2	49	2年1ヶ月	△(既)	国保	大工	+	3	1	高血圧・心筋症	一般病院
3	49	1年11ヶ月	妻子	社保	会社員	+	1	2	なし	なし
4	52	1年4ヶ月	妻子	+	無職	+	3	1	肝硬変・白内障	専門病院(精)
5	47	1年	断酒後再婚	国保	土工	+	10	1	なし	//
6	46	11ヶ月	△(未)	+	土工	+	2	3	肝硬変	救護施設入所中
7	55	8ヶ月	妻子	国保	警備員	なし	1	2	肝硬変	専門病院(精)
8	60	7ヶ月	妻子	社家	無職	なし	0	3	糖尿病	一般病院
9	52	6ヶ月	妻子	国保	工員	+	1	2	糖尿病	専門病院(精)

注) △単身者。断酒歴は入院中の禁酒の期間を含まない。+は生保

割強しかないとはいえ、それまでまったく絶望的だった状況からみれば、大変貴重な成果であると思う。アル中治療に対して、今後の展望と可能性を少しでも見出すことができたと考えている。

3. 断酒会員について

表5は、断酒会員9人の特徴をあげてみたものである。2年以上断酒継続2人、同じく1年以上3人、6ヶ月以上4人である。当診の診療圏内に居住するひとは5人、他区が3人、市外がひとりである。

過去の入院歴をみると、入院したことなしは、ひとりしかいない。多くは入退院をくり返し、なかには11回という人もいた。

9人中6人は、かつて生活保護を受けていたのが、断酒してほぼ心身の健康を回復し、現在7人だけが就労している。ケース8は高齢のため、ケース4は肝硬変と白内障にて残念ながら就労できる状態になっていない。しかし、9人の平均年齢は50.1歳であり、このまま飲みつけていたなら、1年から2年のうちに死亡していたと思われるケースも含まれており、断酒できて本当によかったと思う。

断酒会のすぐれている点は、単に酒をやめるだけでなく、自らの集団精神療法により、飲酒生活のなかでゆがんできた心の健康、人間性の回復をはかり、家族関係、あるいは人間関係を立て直すことを学び、酒をやめた喜びを、仲間や家族とともに見出すところにある。また、そうしたことが得られて始めて長期間の断酒が可能になるといえる。

図2の非断酒会員2名は、断酒会活動などを契機に酒をやめた人たちである。会を離れて断酒し続けるのは大変困難だと思われるが、むしろ断酒会のレベルにどうしても乗らない人たちへの治療・社会復帰をどうするかという課題として受けとめるべきかもしれない。

4. 断酒会をはなれた人たち

断酒会を離れた50人について述べたい。

①平均年齢は48.8歳（男47人、49.2歳、女3人、

43.0歳）。

②保険別でみると、生保が33人（66%）とやはり高率である。

③治療状況では、確認できただけで、50人中40人（80%）が治療中であった。

④入院中は11人（精神病院4人、一般病院7人）、通院中29人（精神病院2人、一般の医療機関27人）であるから、プライマリケアの内科、外科などの一般医療機関にかかっているものが圧倒的に多いことは注目に値するし、アル中の患者に病識がなく、精神病院をさけて、一般医療機関を転々としている様子がうかがえる。

⑤身体疾患を有するものは45人（90%）、主な病名では、肝障害32人（肝硬変13、肝癌1、慢性肝炎18）をはじめ、ほとんど全身の臓器の病気がみられた。

⑥就労の状況は、無職・休業中43名（86%）と圧倒的に多く、社会的不適応状態にある人が8割以上もあった。

⑦現在就労している人の職業、および就労していない人の以前の職業についてみると、肉体労働者（港湾荷役、大工、トビ職、左官、土方、鉄鋼労働者、船員）が21人（42%）と多い。次いでサービス業（調理士、タクシーや長距離トラックの運転手、ホステス、バンドマン、ガードマン）11人（22%）。ホワイトカラー層（事務員、教師、公務員、セールスマン）4人（8%）。主婦1人。不明13人である。事務職のホワイトカラー層や主婦への広がりも注目すべきであろう。

⑧家族構成で配偶者の有無をみると、単身者世帯は21人（42%）。配偶者なしが27人（54%）でもっとも多く、うち20人は既婚者、未婚も7人ある。配偶者有りは23人（46%）と半数以下で、ここにも家庭崩壊の状況を確認することができる。

⑨出身地をみると、市内が半分、市外および他県からの流入者が半分くらいであった。

この他に、例会出席を働きかけたが、一度も出席しなかった人は、少なくとも50人は下らない（単身者が大半を占めている）。以上を合算すると、だいたい120人ぐらいのアル中と、この2年4ヶ月の間に、出会いがあったことになる。

したがって、いかに断酒が難かしいかを思い知るとともに、私たちの対応の不充分さを痛感した次第である。6ヶ月以上断酒したが、その後飲酒して脱落し、死亡した人も2人いた。

反面、やめられそうもないと思っていた人が毎日の例会出席で切磋琢磨し、人間として立ち直り、仕事にもついて、どんどん成長されて行く姿をみるたびに、ほんとうに断酒会のすばらしさを感じている。

当診の断酒の成功率が低い点は、神戸市という地域での、例会開催が少ないことが、ひとつの要因であろう。

5. 当診の対応の仕方

断酒会とかかわるように、当診では次のようなやり方で、早期発見や回復への援助を行なうようになった。

①早期発見

日常診療のなかで、アル中と思われる患者をみつけた場合には、まず相談室へ紹介し、MSWが患者との個別面接で、飲酒行動の異常や離脱（禁断）症状の有無、飲酒および生活歴などを聞き、医師の診断・治療に協力するシステムをとっている。

②患者・家族への働きかけ

多くの患者は、自分がアル中であることをなかなか認めようとはしない。けれども、自分の身体の病気については強い関心をもっているため、医師は検査結果などの客観的データを示し、酒害の恐しさや断酒の必要性を話し、現実を直視させるようにしている。

また、本人や家族に正しい知識を伝えるために、「酒と病気」¹⁹⁾というパンフレットなどを渡して読むように勧めている。

当診では、患者を発見した後（保健所は、家族が困って最初に相談に訪れる場合が多いが、その点、診療所とは異なっている）、MSWによる家族へのケースワーク、医師による患者の病状についての説明などを行ない、まず家族が断酒会の例会に出席し、アル中の正しい病識や治療法、本人への接し方や協力のし方を学ぶよう働きかける。

また、家族会治療としては、断酒会や専門病院（アルコール専門病棟のある精神科病院、および独立したアルコール専門病院をいう）の主催する家族例会や家族教室への参加を勧めている。

③専門病院との連携

専門病院では、入院2ヶ月目くらいから地域の断酒会参加を目的とした外泊を定期的なさせ、退院後、患者が地域の断酒会につながりやすいように指導している。当診としては、病院と連絡をとりあい、外泊患者のフォローをするように努めている。昭和56年9月現在、7名が入院中である。兵庫県下には専門病院がないため、大阪府下の病院へ紹介せざるを得ない。救護施設または社会復帰施設についても同様である。

④断酒継続、社会復帰への援助

生活保護のケースについては、福祉事務所のケースワーカーと協力して退院後も援助を行なっているが、全体として十分な援助はできていない。健康管理と断酒会入会の働きかけくらいにとどまっている。就労の問題は、制度上不備な点が多く、本人まかせの状態に近い。

例会には、MSWをはじめ、必ず当診の職員が1名以上参加するように心がけている。患者や家族の体験談を聞いて、飲酒していた頃の状態や心理、回復過程などを学び、援助活動に生かして行くことが肝要だからである（関係者の出席は、それだけで精神的力動が働き、例会の治療的効果を高めることにもなる）。けれども、全体的にみれば、当診の対応はまだまだ模索の域を出ていないし、悪戦苦闘している毎日である。

6. 断酒会と全日本断酒連盟

ここで、断酒会とその全国組織である「全断連」の概略について紹介しておきたい²⁰⁾。

断酒会は、自らの意志で酒を断とうとする酒害者（アル中）のグループである。

断酒会は戦後、アメリカの Alcoholics Anonymous（匿名アルコール症者会、A・Aと略している）のやり方にヒントを得て、昭和18年に誕生した。A・Aは、現在、日本を含む95ヶ国に2万5千以上のグループを持ち、会員で断酒継続中の

者は90万人を超えている。

断酒会の全国組織として「全断連」が結成されたのは、昭和38年のことである。以来18年を経た今日、47都道府県のすべてに断酒会が結成され、「昭和56年6月の時点には、293断酒会—595支部—41,500人を擁する大組織」に発展している。そして、「精神科入院歴者が75%を占める会員のうち、1年以上断酒継続・社会復帰を果たしたものの67%、同じく3年以上30%、5年以上は15%という素晴らしい」成果が報告されている。

また、「各断酒会では『例会』を本部支部合わせて月平均15回開催し、これに会員と家族が20～50名出席している。そして、『例会』開催数の多い会ほど成長率が高く、『例会出席』に熱心な人ほど断酒継続率も高いという明確な相関関係が出て」と述べている。

「全断連」は、日本の酒害者を断酒、社会復帰させることを目指し、断酒会をオールマイティとは考えず、激増する酒害者問題の対策について、関係行政機関や医療機関、地域社会とのいろいろなかたちでの連携・協力の必要を認め、積極的に働きかけている。

断酒会や「全断連」の存在が、日本のアル中治療の歴史を、新たな方向へつくり変えてきた原動力の一つとなっている。

7. 学んだこと

断酒会にかかわって3年が経つ。この間の実践と学習を通じ、私たちが得たことは次のようなことである。

第1にこれまでの問題が、アル中を病気として正しくとらえきれず、断酒を単に個人の意志や性格上の問題とみなし、治療という観点からとらえていなかったことに気がついた。そして、患者も自らの力で病気を克服し、飲酒せざるを得ないような環境を乗り越えて、新しい人生をきりひらくことが可能だということ学んだ。

第2に、治療に限定すれば、アル中+身体疾患(肝硬変など)という2つの病気に対処していかなければ駄目だということが確認できた。アル中は領域を越えて総合的なアプローチを必要とする

病気であり、第一線医療機関だからといって身体疾患の治療のみにとどまっていることは、患者のためにならないことが実践を通じて理解できた。

第一線医療機関に求められる役割としては、身体的疾患を理由に受診してくるアル中患者を早期発見し、社会復帰が可能なうちに断酒・治療のルートにつなげることにあると考える。また、断酒・社会復帰後の身体的ケア、初期患者への酒害予防的教育などをも欠かせないであろう。

第3に、患者の治療にとって家族の果す役割が大きく、また家族自身も援助・指導を必要としているので、患者と家族を切り離して考えることができないこと。また、同じ酒害に苦しんだ仲間、集団の存在が治療上や再飲酒予防、社会復帰を果すうえで殆んど不可欠なことを学んだ。

第4に保健・医療と福祉の連携、地域医療としてとりくむ観点をぬきにして、地域の酒害対策(予防・治療・社会復帰)の確立はあり得ないことなどである。

今道は²¹⁾、アルコール症の回復過程を明らかにし、アル中は「一応安定した回復を得るまでに、ふつう少なくとも1年半から2年を要する」と指摘。コミュニティケアの必要性を強調している。

V 考察と総括

1. 国の酒害対策

大都市において、中年期死亡率の改善しない一つの要因が、アル中問題にあるとするならば、社会的対策が必要なことはいうまでもない。

当然、社会医学的にも、アル中問題を正しく位置づけ直す作業が、求められることになるであろう。

ここ数年、先進的な活動の新しい芽は育ちつつある。けれども、全体としては、特に国の対応が、大きく立ち遅れた分野と言わざるをえない。行政はこれまで、主として社会防衛上の観点から、アル中を取り締まりの対象としてとらえ、対応してきたといえる。

いま、酒税は約1兆5千億円を超えているのに、酒害対策の予算は約5千万円弱(54年)しかなく、

酒税の0.0034%にすぎない²²⁾。米国の約10%、10億ドル強と比べても（この費用の3分2のを政府が負担）、立ち遅れはあまりにも明らかである⁵⁾。

そして実際には、「現実存在する150万を超える患者に、医学的・社会科学的に正しい対処の仕方をしないために、莫大な費用が患者を立直らせるのに無効な仕方です現実に使用されているにもかかわらず、これを正しい有効な対処をするための費用として使用することを拒んでいるのは、財政当局の無理解によるものである²³⁾」と言われても仕方ないだろう。つまり、単に生活保護費であるとか、一般の医療費というかたちで使われており、アル中の予防や治療など、有効な費用として使われていない、という意味である。

アル中は断酒以外にないし、治療・社会復帰条件の充実に努めることは当然としても、まだアル中になっていない人たちへの予防対策が決定的に重要であり、急がれねばなるまい。何故なら、いったんアル中になってしまえば、伝染病に対する予防接種や抗生物質のように、治療の決め手になる手だてがない。したがって、治ゆ率も低いし、生産年齢層の健康と命をおびやかしている点で、事態は重大だからである。

アル中になるまで酒を飲み続けて来た人の理由や事情は千差万別である。しかし、共通して言えることは、依存性薬物としてのアルコールの害について無知であったり、アル中について誤解²⁴⁾していた人がほとんどだということだ。

厚生省は、酒害相談指導事業として²⁵⁾、精神衛生センターを中心に、「飲酒者に対して適正な飲酒の指導を行ない、一般住民に対して酒害予防思想の普及を行なう」等の方針を打ち出している。確かに、本人や家族の自覚が重要とはいえ、専門のおよび社会的立場からの予防や治療こそが基本であると言えよう。

政府が先見性と計画性をもって、本腰を入れて、早急に取り組まねばならない時期が来ていることは、明らかである。

2. 関係諸機関のとりくみ状況

第一線の現場においては、全体的にとりくみの

地域的格差や混乱（誤解に基く賛否両論や方向性が見い出せない）がみられるというのが、現状のようだ。

本年開催された第4回「アルコール問題関係者会議」の参考資料である「全国酒害対策実施状況」によると²⁶⁾、次のとおりである。

「①精神衛生センターは、昭和54年から酒害相談事業の指定が始まり、56年に全センター指定となり、取り組みの経過も浅く、現在模索している状況と言え、センターの果す役割として明確な方向性もたれるにはいたっていない。

②保健所の事業としては、『酒害相談日』『酒害教室』が実施されることが多く、会場提供等直接的なかかわりもたれている（全保健所855ヶ所のうち約190ヶ所（21%）で実施され、地域的には東京、大阪、神奈川、兵庫、静岡、愛知などに集中し、他は1～2ヶ所程度である。全く実施していない県も12ヶ所）。

③専門治療を受け持つ病院の設置状況は、地域的にも偏在しており、実数としても少ない（57病院、5000床<国立は200床のみ>）。専門病院をもたない県が20ヶ所あった）。

④福祉事務所においてのとりくみが少ない（全国で8ヶ所、但し行政管理を異にするためつかみきれていないきらいがある）。

⑤関係施設については、単身者を対象とした社会復帰への中間施設の役割を果すもので、福祉施設（全国で7ヶ所）として位置づけられている…」とのことだ。

兵庫県で酒害対策がすすんでいるのは、私たちの知るところでは、尼崎市以外には見あたらない。尼崎市では、保健所・福祉事務所と地域断酒会とが協力して、保健所での酒害相談、例会場の無料提供（主に公民館）などが積極的に行なわれ、わずかではあるが断酒会への援助金（年5万円）も支給されている。

ところで、兵庫県精神衛生センターは、今のところ保健所まかせの状況にあって、独自のとりくみは、ほとんどしていないようである。中央区の保健所では、「体制がなく、忙しくて、アル中まで手がまわらない」との話で、残念ながら、連携

はとれていない。

窪田は²⁷⁾、保健所と断酒会との関係については、条件作りと内容の2つの面では、条件作りの方から出てきて、それに応ずるといのが一番自然」で、意外に重要であると、指適している（第13回自治体に働く保健婦のつどい、分科会）。

私たちが最も強く望んでいるのは、地域で例会を開くための公的施設の提供や、県内にアルコール専門の治療機能をもつ病院の、早急な設置である。

3. 研究・教育のおくれ

研究面でみると、日本アルコール医学会ができて16年になり、アル中に関する医学研究は、急速に進歩しつつある。まとまった出版物が出るようになったのは、とくにここ数年で、たとえば、「アルコール依存症」⁶⁾、「アルコール精神疾患の現状と診断基準」⁷⁾、「わが国におけるアルコール性肝障害の実態」²⁸⁾などの文献は、いずれも昭和54年に出版されている。

しかし、全体としてみるならば、不十分さを免れないように思える。たとえば、「アルコール依存の社会病理」²⁹⁾のまえがきでは、「社会学や社会病理学からの本格的アプローチがなされたのは、わが国では本書が最初であろうと思う……。今後のアルコール依存問題の研究には社会学、社会病理学、心理学の寄与が大いに期待されるが、現状では残念ながら大きな障壁がある感じがする」と述べられていて、これが昭和55年7月の発行である。

公衆衛生分野においても、額田らの研究³⁰⁾を除いては散見されるくらいであって、研究の立ち遅れが気にかかる。しかし、それ以前の問題として、余りにも多くの研究者の目が向けられていないことの方が、より重大な問題かもしれない。

また、大学の図書館にさえ、日本アルコール医学界の機関誌「アルコール研究」を置いていないところも少なくない。このことに象徴されると思うが、大学の医学部もアル中問題の教育について

は、不十分な面があるのではなからうか。

4. 80年代の医療とアルコール依存症

アルコールは「魅力」と同時に、耐性と習慣性を持った恐い依存性薬物である。毎日4～5合の酒を10年間飲み続ければ、どんな人でもアル中になる可能性があると言われている。

今日、長びく不況のもとで、生活不安、社会生活におけるストレスや人間疎外、社会機構の複雑化による飲酒機会は、確かに増えていると言えよう。しかも罐入りやカップ型ビン、自動販売機などの普及によって、いつでもどこでも安価に飲酒ができるようになってきている。そのうえ、マスメディアを通じての酒造資本の大量消費宣伝は、アルコールに対する価値観を営利に都合のいいように作り変え、過度の飲酒がもたらす弊害を隠蔽する効果をもたらしているように思われる。「心を満たす私のカンビール」とか、「植木の水とカンビールは切らしたことがない」などという宣伝がそれである。

現代日本の特殊な社会的、文化的背景、酒造資本によるアルコールのさまざまな大量消費の促進、国の酒害予防対策の立ち遅れなどが相まって、アル中は80年代の医療課題のひとつの柱になることが予想される。

人類が飲酒文化を創り出した昔から、アル中は存在してきたのであろうが、社会的、文化的には、まさに今“現代の病氣”あるいは“新しい疾病”として対応を迫られているように感じる。

5. 結びにかえて

この小論は、はじめに述べたように、アル中になった、あるいはアル中にならざるを得なかった要因を解明し、理論づけようとしたものでもなければ、治療について論じようとしたものでもない。

第1に、大都市における男子中年期死亡率の改善しない点とアル中とのかかわりについては、未解明であると言った方が正確であり、私たちはむしろ、その問題提起をしたにすぎない。アル中が短命であるという事実がみえるだけである。

現場でみていると、酒を入眠剤として使用する三交替制の鉄鋼労働者、隔日勤務のタクシー運転手や長距離トラックのドライバー。深夜寒さに耐えかねて飲むガードマンや、冷凍庫に入って仕事をやる荷役。「酒が飲めないようでは一人前ではない」と言われる大工、トビ・左官や土方などの建築関係労働者。セールスマンや医師などのようにストレスや緊張の高い職業。人間関係の複雑な職場のサラリーマンや中間管理職。バーのホステスや子育ての終わった専業主婦など、職業起因性に多少ともかかわりつつ(労災・職業病分野での調査・研究も望まれる)、アル中は階層や男女の違いを越えて広がっているのではなからうか。

また、診療の現場で見ていると、タイプの変化も感じられる。たとえば、立ち飲みのハシゴ酒をしていた港湾労働者などに見られた、昔ながらのスラム型アル中³¹⁾は、確かに少なくなっているように思える。それにかわって、物分りも比較的良く、トラブルもあまりおこさない「静かなアル中」が増えてきているようだ。

彼らは、外来診療だけでは、なかなかわかりにくいケースが多い。たとえば、高血圧(心不全、肝疾患でもよい)で入院させると、離脱(禁断)症状が出現して、はじめてアル中だということに気が付くといった具合である。潜在的タイプとでも呼ぶか、アル中末期に至っていない酒飲みとでも、一般化できるかもしれない。だから特定小数の、昔タイプで騒ぐ人たちを除けば、当診の外来は、今は静かなものである。

GNP第2位のわが国の「豊かさ」が、逆説的に言えば、アル中末路、すなわち貧困への保障として、国民に少しぐらいは飲める余裕を与えてくれている。「豊かさ」の中に新しい貧困へのケップ、アルコールが浸入しつつあるともいえる。複雑化した現代社会の中では、どうも働き盛りの人たちは、健全な余暇やスポーツを楽しむよりも、つい一杯とアルコールに向わざるを得ないというのが現実のようだ。

また、アル中は、都市と農村という地域を越えて広がりつつあるようで、この点についての社会医学的な解明や研究も、是非行なっていただきたい

いと考えている。

第2に、この小論では、断酒会活動のとりくみを通じて、私たちの認識が変化したことを含めて、アル中に対する誤解をのりこえてとりくむ必要性について触れた。

「隔離」したり、「禁断症状」をとる意味だけの精神病院への入院が間違っているように、身体的治療にのみとどまる一般病院への入院も誤りであることは、患者の予後を見れば明らかである。

このことで、医療関係者に責任があるということではない。私たちを含めて医療の側が無知だったのであり、結果的にそうせざるを得なかったというのがこれまでの実情であると思う。

しかし、これからは、アル中を「新しい疾病」としてとらえ直すことから始めねばなるまい。

第3に、アル中問題が80年代の医療課題になる可能性を指摘し、警告の意味も含めて、対応のおくれた現状について紹介をした。とくに、予防が大切であることは、強調してもし過ぎることはいらぬ。要するに、あまりにも問題が多いという点に気づいたということに過ぎない。

もっとも、私たちの実践のみでは症例も少なく、理論的にも飛躍し過ぎたところもあるようだ。症例を集め、実践を積み重ねることは、今後の課題である。

今、アル中問題を通じて、80年代の医療や福祉のあり方が、問い直されているのかもしれない。

参考文献

- 1) 山田信也他：大都市地域の社会医学的分析，社会医学研究，Vol. 1, p. 5—97, 1980
- 2) 朝倉新太郎：現代大都市の保健問題，社会医学研究，Vol. 1, p. 13—16, 1980
- 3) 額田繁：アルコール中毒の疫学，加藤伸勝他編・アルコール中毒，医学書院，p. 18—44, 1973
- 4) 余暇開発センター・社会病理研究班：現代社会における飲酒行動，余暇開発センター調査報告書，1977
- 5) 斉藤学：アルコール関連問題とアルコール依存症，看護技術，Vol. 26, No. 16, p. 8—9, 1980
- 6) 斉藤学他：アルコール依存症，有斐閣，1979
- 7) アルコール中毒診断会議：アルコール精神疾患の現状と診断基準，厚生問題研究，p. 4—19, 1979
- 8) 神戸市企画局：市政白書'79「花時計からの報告」

1979

- 9) 神戸市衛生局：昭和50年衛生統計年報，p. 13—21，1976
- 10) 神戸市衛生局：昭和53年衛生統計年報，p. 13—62，1979
- 11) 逢坂隆子他：都心部の光と陰・神戸市の場合，社会医学研究，Vol. 1，p. 61—66，1980
- 12) 葺合福祉事務所：事業概要，p. 1—21，1977
- 13) 本間修他：アルコール研究，Vol. 12，p. 109—110，1977
- 14) 菱村将隆他：アルコール依存症者の死亡，アルコール研究，Vol. 15，p. 134，1980
- 15) 山崎茂樹：アルコール症の背景とその生活指導，民医連医療，No. 107，p. 13，1981
- 16) アルコール中毒診断会議：アルコール精神疾患の現状と診断基準，厚生問題研究会，p. 37—40，1979
- 17) 厚生統計協会：国民衛生の動向・原生の標，Vol. 26. No. 9，p. 414—415，1979
- 18) 蓮村靖他：わが国におけるアルコール性肝硬変の実態，肝胆脾，Vol. 2，No. 1，p. 27—30，1981
- 19) 今道裕之：酒と病気，環境と健康シリーズNo.15，大同生命厚生事業団，1980
- 20) 全日本断酒連盟：躍進する全断連1981年版，p. 3—16，198
- 21) 今道裕之：アルコール症患者の回復過程とコミュニケーション・ケア，アルコール研究，Vol. 12，p. 30—54，1977
- 22) 第87回国会衆議員予算委員会第三分科会議録第一号，p. 95，(津川武一質問)，1979
- 23) 河野裕明：諸外国のアルコール症対策の歴史とわが国における問題点，公衆衛生，Vol. 42 No. 5，p. 39，1978
- 24) 窪田暁子：アルコール症をめぐる援助・「アルコール中毒」についての誤解をのりこえて，アルコールたより，愛知県精神衛生センター部，1981
- 25) 厚生省公衆衛生局精神衛生課：我が国の精神衛生昭和54年版，厚生問題研究会，p. 26—27，1979
- 26) 愛知「アルコール問題関係者会議」実行委員会：全国酒害対策実施状況，愛知県総合保健センター精神衛生センター部，1981
- 27) 窪田暁子：アルコール中毒に対する取り組み（分科会），保健婦雑誌，Vol. 37. No. 7，p. 24—25，1981
- 28) 武内重五郎他：わが国におけるアルコール性肝障害の実態・全国集計の成績から，日消会誌，Vol. 76，p. 2178—2185，1979
- 29) 大橋薫他：アルコール依存の社会病理，星和書店，1980
- 30) 額田繁：公衆衛生としてのアルコール問題，アルコール研究，Vol. 12，p. 104—112，
- 31) 小杉好弘：階層とアルコール依存・スラム型アルコール依存，大橋薫他編・アルコール依存の社会病理，p. 173—196. 1980

特 集 Ⅱ

老人・障害者・難病患者の保健福祉

現代の老人保健・医療問題と

老人保健法案

山下節義

(奈良医大衛生)

1. 臨調答申と老人保健法案

第二次臨調行政調査会は、第一次答申（以下臨調答申と略称）を7月10日に発表し、「社会保障・文教関係費が大きな支出拡大要因」となってひきおこされてきた「当面の財政危機を克服し、行財政の建て直しを図る」ために「真に救済を必要とする者への福祉の水準は堅持」するとしながらも、国民に「行政サービスの限定と受益者負担の増大」を押しつける方針を提起した。そして、医療・福祉・教育等、国民生活に密接なかかわりのある領域のきりすてにつながる諸方策を提起した。

答申は、「個人の自助・自立の精神に立脚した家庭や近隣、企業や地域社会での連帯を基礎としつつ、効率のよい政府が適正なる負担の下に、福祉の充実を図るのが望ましい」とする発想を前提に、「国民の所得水準の向上と社会の成熟化という事実をふまえ、自由で活力のある福祉社会を実現するため」に、「国民の自立・自助の活動、自己責任の気風を最大限に尊重し、関係行政の縮減、効率化を図る」として、支出削減に関する方策を提起した。そのうち、医療に関しては、年々急増する医療費の「総額を抑制し、資源の効率的利用を図るため」に、医療保険にたいする国庫負担の削減、医療費自己負担の増額、薬価基準の見直し、不正請求や乱診・乱療を抑制するための医療費通知や指導・監査等の強化、あるいは、高額医療機器の共同利用の促進、医療費支払方式の改革等があげられている。また、国家公務員の削減対象に

医師、看護婦をも含め、あるいは、国立病院・療養所の整理統廃合と病床削減などの合理化をすすめるといった方策もあげられている。

そして、老人保健医療に関しては、国庫支出の削減方策として、「老人保健法案の早期成立」を図り、「一部負担の導入等を内容とする老人保健制度を早急に実施」するほか、地方公共団体が現在独自に実施している「老人医療無料化ないし軽減措置」を廃止するようもとめている。

臨調答申は、全文約2万2千字、行政改革のためとして提案している事項は約170項目で、その7割は医療、福祉、教育をはじめとする国民生活に密接にかかわりをもつ事項であり、文字の数でみるならば医療関係には約1300字ほどが費いやされて、具体的に支出削減方策がのべられているのにたいして、防衛関係は僅か100字程度であいまいかつ抽象的に表現されているにすぎない。ここに臨調答申の本質をみることができるといえよう。

ところで、臨調答申にみる「自助・自立」と「地域社会の連帯」により、「受益者負担」と「民間の活力に依拠」して、公的責任は棚上げのまま、保健・医療のとりくみをすすめていこうとする発想や、医療費総額の抑制などのためとして提起されている諸方策は、特に目新しいものではない。即ち、1970年代のはじめの石油ショック以降の「減速経済」「構造不況」のもとでひきおこされてきた財政危機・社会経済危機を突破するための方策として展開されてきた様々のとりくみの経過にその発想をみる事が出来るし、また、すでに具体的に実施されつつある。例をあげるな

らば石油ショック以降にみられる福祉政策の拡充そのものをおさえるとともに、財政支出をおさえようとする発想「福祉見なおし論」にともなって、登場してきた「健康自己責任論」や「高福祉・高負担論」という名の、財政論的視点からの国民負担の増大、国庫負担の削減をめざす流れ、保健所の統廃合をはじめとする保健諸施設の再編合理化の動き、あるいは、民間の活力に依拠してすすめられてきた医療・福祉等の民間産業への肩がわりをとともなう自治体行政の徹底した合理化の動き、さらには「福祉国家の建設」変じて「日本型福祉社会の構築」をめざすとする発想、「医療産業の産業としての確立をはか」ろうとする動きとともに、その主導のもとにすすめられつつある地域医療システム作りと医療機関再編の動きなどがあげられよう¹⁾。

いずれにせよ、70年代に財界、通産省、大蔵省の主導のもとに、厚生省が追従しながらすすめられてきた従来路線の延長であり、同時に80年代により強力に推進されようとしている路線でもある。

1963年に制定された老人福祉法は「社会の進展に寄与してきたものとして敬愛され、健全で安らかな生活を保障される」存在として老人をとらえ、老人の福祉を増進する責務が、国・地方公共団体に有ることを明記していた。約20年後の今、登場してきた老人保健法案は、国民に「自助と連帯の精神にもとづき、自ら加齢に伴って生ずる心身の変化を自覚して、常に健康の保持促進に努める」ことと、「老人の医療に関する費用を公平に負担する」ことをもとめている。

高度経済成長期に、老後・老人問題が顕在化し、様々に論じられ、老後保障の拡充をもとめる動きが強められてきたが、「健やかな老後生活」を保障するための方策を実現させるための抜本的対策がおこなわれないうちに、今日に到った。「健やかな老後生活」とはほどとおい、きびしい暮らしを強いられている老人達にたいして「高令化社会

の到来」を前にして、今「保健」という名のもとに、財政対策の視点からの、老人保健・医療制度の改革が試みられようとしている。

この臨調答申に明確に表現されている老人保健法案に関連する表現は、まさに、「保健」という名による、医療のきりすてであり、財政対策としての「老人医療有料化」を実現させるために、老人保健法案が準備されてきたものであることを、端的に示しているといえよう。1億総不健康とよばれるほどの健康破壊が著しく進行している実態や医療費高騰の真因などには目をむけようとはせず、あるいは老人保健・医療をめぐる諸問題の抜本的解決へのとりくみを棚上げして、ただ財政政策的にしか老人保健問題を考えようとはしていない発想のあらわれでもある。憲法に明記されている国民の生存権・健康権保障のための国の責任を回避して、もっぱら開業医のしめつけを強化し、犠牲を強いる方向をとりつつ、一方で、国民に「受益者負担」と称して、負担の増大を強いる方向を、今後により積極的に展開しようとしていることのひとつのあらわれが、老人保健法案であるともいえよう。

はたして、老人保健法案は「古い先き短い老人」達の問題にとどまりうるであろうか。臨調答申の内容からみるならば、老人の「いのちと暮らし」をおびやかすだけにとどまらず、「真に救済を必要とする」人々をもまきこんで、すべて国民の「いのちと暮らし」をおびやかす事態へと波及していく可能性のある問題を、老人保健法案は含んでいるとみるべきではなからうか。

戦後30年余にわたり、「憲法を暮らしにいかして」生存権・健康権保障としての社会保障の拡充をもとめてとりくまれてきたことにより築きあげられてきた国民の「いのちと暮らし」を守るための諸権利が、この法案成立を契機に、その根本からゆさぶられかねない危険をはらんでいる。

本論では、まず、わが国の老後・老人問題の特徴として従来から指摘されている点の主なものを紹介し、それをふまえて、老人保健法案に至る歴史的過程を、1960年以降について概略あつづけ、老人保健法案登場に至る過程でもちだされた老人

1) 第二次臨時行政調査会 第一次答申 行政改革問題資料集 自治体社 1981

2) 山下節義 80年代保健医療の動向と保健所への期待 現代の地域保健 I 法律文化社 1981

医療の問題点の主なるものを紹介して、これらの論説をふまえて、臨時国会で審議される老人保健法案の特徴点・問題点を明らかにすることを試みたい。

2. 老人保健法案への道

1) わが国老後・老人問題の特徴

戦前は、家父長制の家族制度のもとで、家族は

表1 日本人口の年齢構成割合 (%)

	総数	年少人口 (0~14歳)	生産年齢人口 (15~64歳) A	老年人口 (65歳以上) B	老年人口指数 B/A
1920 (大 9)	100.0	36.5	58.3	5.3	9.0
1925 (14)	100.0	36.7	58.2	5.1	8.7
1930 (昭 5)	100.0	36.6	58.7	4.8	8.1
1935 (10)	100.0	36.9	58.5	4.7	8.0
1940 (15) ¹⁾²⁾	100.0	36.1	59.2	4.7	8.0
1950 (25) ²⁾³⁾	100.0	35.4	59.6	4.9	8.3
1955 (30) ³⁾³⁾	100.0	33.4	61.2	5.3	8.7
1960 (35) ²⁾	100.0	30.2	64.1	5.7	8.9
1965 (40) ²⁾	100.0	25.7	68.0	6.3	9.2
1970 (45) ²⁾	100.0	24.0	68.9	7.1	10.3
1975 (50) ³⁾	100.0	24.3	67.7	7.9	11.7
1980 (55) ³⁾	100.0	23.5	67.4	9.0	13.4
1985 (60)	100.0	21.3	68.5	10.2	14.8
1990 (65)	100.0	18.1	70.3	11.5	16.6
1995 (70)	100.0	16.5	69.8	13.7	19.7
2000 (75)	100.0	16.7	67.6	15.8	23.3
2005 (80)	100.0	17.3	65.3	17.4	26.6
2010 (85)	100.0	17.0	63.4	19.3	30.2
2015 (90)	100.0	15.7	62.5	21.9	35.0
2020 (95)	100.0	14.6	62.5	22.9	36.6
2025 (100)	100.0	14.6	62.8	22.7	36.1
2030 (105)	100.0	15.3	62.1	22.6	36.4
2035 (110)	100.0	15.8	61.1	23.1	37.8
2040 (115)	100.0	15.4	59.8	24.8	41.5
2045 (120)	100.0	14.7	59.9	25.4	42.5
2050 (125)	100.0	14.4	60.7	24.9	41.0

- 注) 1) 旧外地人以外の外国人を除く。
 2) 沖縄の人口を同地域の国勢調査人口等に基づいて含めている。
 3) 総数に年齢「不詳」を含む。
 4) 総務省統計局「昭和55年国勢調査抽出速報集計結果」
 5) 将来推計は低位推計値 人口問題研究所による国民衛生の動向、昭56. 厚生指針29(2)

老人扶養の絶対的義務を持たされていたことから、老後・老人問題は「家」の中で処理され、社会問題化することなく潜在化させられていた。僅かに、極貧で身よりのない老人が、慈恵的救貧対策として、社会的対応がなされていたにすぎなかった。戦後になって、急激な、多産多死から少産少死への人口革命の進展により人口の高令化が急速にすすみ、一方、高度経済成長の進展にともなう様々な社会矛盾の顕在化とともに、また、生存権・健康権保障の確立をもとめるとりくみの前進ともあいまって、老後・老人問題が顕在化し、大きく社会問題化するに至る。この過程で、わが国老後・老人問題の特徴が様々に指摘されてきているが、ここでは、その主なる点をごく概略紹介して、老人保健法案を批判するにあたっての、基本的な視点としたい。(ただし、わが国老後・老人問題のすべてを網羅するものではないことを、特にことわっておきたい)。

(1) 急激な人口高齢化と高齢人口の将来

老令人口が絶対的にも相対的にも急激に増大してきていること、21世紀には、世界に例をみない高令化社会を迎えると推測されているところに、わが国の老人問題の特徴の一つがある。

総人口に占める65歳以上人口の割合は1930(昭和5)年には4.8%であったものが、50年後の1980年には9.0%となっている。人口問題研究所の将来推計によれば2020(昭和95)年には史上最高の19.2%となり、そのご30年間は19%近くの値を維持するとみられている(表1)。

西欧諸国の老令人口比率の最高は、スウェーデンは1990年に16.0%、英は1980年に14.1%、西独は1980年に14.9%、仏は2000年に13.7%と推測され、それ以降はその比率は減少に転ずるとみられているという³⁾。

また、総人口に占める老令人口の割合が、5%から12%に到達するのに仏では170年、スウェーデンでは105年と長い時間を要しているのにたいして、我国では僅か45年にすぎない。要するに人口老令化の速度が諸外国にくらべて、きわめて速

3) 篠崎信男 高齢化社会の課題と展望 週刊社会保障 No. 1124 26-31 1981

表2 高齢人口と人口高齢化速度の国際比較

	65歳以上人口比率	65歳以上人口比率の到達年次		所要年数
		5%	12%	
日本 (1979)	8.8%	1950年	1995年	45年
フランス (1978)	13.8	1790	1960	170
西ドイツ (1977)	15.0	1890	1965	75
スウェーデン (1976)	15.3	1855	1960	105
アメリカ (1977)	10.9	1925	—	—

(資料) 総理府統計局「昭和54年10月1日現在推計人口」
国連「Demographic Yearbook」

いところに特徴がある(表2)。

わが国の福祉レベルの現状は、西欧諸国にくらべてたちおけているといわれているが、わが国の場合の老人対策は、終戦迄は皆無にひとしく、国家的対応がそれなりに形をととのえてくるのは1963年の老人福祉法に代表されるとりくみあたりからにすぎない。老令人口の急激な絶対的・相対的増大と、21世紀には古今東西に例をみないほどの高令化社会が出現すると予測されている事態を前にして今なお、老人対策が著しくおけているという実態、ここに、わが国老後・老人問題の特徴の一つがあるといえよう。高令化社会が到来しても「健かな老後」生活を可能とするために今しなければならないことは、小手先の財政論的観点からの対応ではなく、将来をみこしての抜本的な対応策を現実のものとする努力を払うことにある。

(2) 高齢者扶養負担の増大

生産年令人口に対する老年人口の割合、即ち老年人口指数は、1930年には8.1%であったものが、1980年には13.4%となっており、最高の老年人口となると予測されている2020年には30.8%と最高の値となると推計されている。単純にいうと、昭和のはじめには12人の働き手で1人の老人を支えていたものが、今では8人に1人の割合となり、2020年ともなると、3人に1人の割合ともなる。要するに、社会的にみても、老後扶養の負担はまちがいなく今後大幅に増大していく(表1)。

1980年の国勢調査の結果によれば、一世帯平均

家族数は3.22であるというこの事実は、家族にともって将来今以上に老人扶養の負担をましていくことを意味しているといえよう。

今日定年制が延長される傾向にあるが、老人が安心して、その労働能力のゆるすかぎり働きつづけていくことを可能とする、労働環境・労働条件づくりが、今から重視されなければならない。即ち高令者の就労可能最高年令は何歳か、またそれを可能とする条件はどのように社会的に保障するかという問題こそ、高令化社会の到達を前にして、実践的に具体化されるべき課題ではなからうか。

(3) 高齢者世帯増加の問題

60年代の高度経済成長期に急激に進行した都市化工業化の流れにともなう、若年労働力を中心に、人口の都市集中がひきおこされていく一方、農村地帯では人口の流出にともなう過疎化が進行した。こうした、人口の過疎・過密をとまなう社会変動がひきおこされてくるなかで、住宅事情などもからんで、核家族化が進行していくが、その一方で高令世帯や独居の老人の増加が社会問題化してきた(表3)。

高令者世帯の割合は、1955(昭和30)年では2.2%であったが、その後次第に増大し、1979年には6.5%となっている。1955年の高令者世帯を100とすれば、1980年は531、1965年を100とすれば283となるが、総世帯についてみると、各々、

表3 大都市圏の人口の推移

(単位 千人)

	人 口		流 入 人 口	
	昭和30年	昭和50年	31~40年	41~50年
総 数	29,367	48,658	6,567	4,482
首 都 圏	15,424	27,037	3,985	3,096
埼 玉	2,263	4,821	534	1,380
千 葉	2,205	4,149	306	1,124
東 京	8,037	11,669	1,937	△ 728
神 奈 川	2,919	6,398	1,208	1,320
中 京 圏	3,769	5,924	641	456
京 阪 神 圏	10,174	15,696	1,941	930
京 都	1,935	2,425	25	105
大 阪	4,618	8,279	1,561	653
兵 庫	3,621	4,992	355	172

資料 国勢調査および人口動態統計 国民衛生の動向

表4 高齢者世帯数

年次	総世帯		高齢者世帯		B/A × 100
	推計数 千世帯A	指数 40年=100	推計数 千世帯B	指数 40年=100	
昭和28年	17,180	66	431	54	2.5
30	18,963	73	425	53	2.2
35	22,476	87	500	63	2.2
40	25,940	100	799	100	3.1
45	29,887	115	1,196	150	4.0
50	32,877	127	1,619	203	4.9
55	35,338	136	2,424	303	6.7

高齢者世帯とは、男65歳以上、女60歳以上の者のみで構成するか、または、これらに18歳未満の者が加わった世帯をいう。

資料 「厚生行政基礎調査」

184, 134となっている。高令者世帯の増加にいちじるしいものがあることを示しているといえよう(表4)。

なお、65歳以上の高令者のみの世帯は厚生行政基礎調査によれば、1972(昭和42)年には53万5千世帯であったものが、1979年では84万世帯、夫婦のみの世帯は74万3千から129万5千世帯へとふえたとされている。

ここで留意されるべき問題は、公害などにより大都會の生活環境の悪化にともない、都心から経済的に余力のある人達が次第に都市近郊へと脱出し、今や都心部には、高令者のみが残されているという状況が急速に進行しつつあることである。60年代の社会変動の中でひきおこされた農村地帯に高令者がとり残されていくという現象に類する変化が今や大都會の都心部でひきおこされつつあるところに今日の特徴があるといえよう⁴⁾⁵⁾。

こうした高令者世帯、独居老人の増大という問題は、諸外国にくらべて、老人の家族と同居割合が高いわが国でも、高令者の暮らしを直接ささえる基盤として、家族にもとめることが困難な状況が、同時に、老人が年をとるとともに、自立しての生活が困難な世帯が今後増大していくという

4) 大都市企画主管者会議 大都市の都心を考える
—都心の居住環境— 1980

5) 社会医学研究 創刊号 医療図書出版 1980

状況が一段と進行していくことを示している。

老人の自立した生活を支える基盤をどのようにして社会的に、老人の暮らしている地域に作りだしていくのか、これまた、重要な課題でもある。

(4) 老人の経済的社会的地位の変化の問題

戦後の老人の経済的社会的地位は著しく劣悪なものとなった。その理由として、まず第一に、家父長制の家族制度の時代に家庭の中心に坐っていた老人は、戦後の民法改正により、家族は扶養能力があれば、父母を扶養するとの相対的扶養義務を負う制度にかえられたという法的基盤の変化のうえに、核家族化の進行などの社会的変動によって、その生活基盤が大きくかえられていったことがあげられよう。第二の問題は、老人を支える家庭の側に、住宅難、高物価、インフレによる生活難などの事情によって、扶養困難な家庭が増加してきていること、第3として、産業構造の変化などに関連してひきおこされてきた老人自身の社会生活の座の変化の問題などがあげられる。

産業構造の変化を、産業別人口構成の割合の変遷でみると、1930(昭和5)年では、第一次産業の割合が49%、第三次産業が30%であったものが、1979年には各々11%、55%と、その比重が完全に逆転するに至った(表5)。この問題は、老人の立場でみるならば、かつては農業など自営業にない手として、長年の経験を生かしつつ、自己の体調にあわせて、足腰のしっかりしているかぎり働き続けることが可能な老人、言葉をかえれば、社会的存在として評価される場にいる老人が多かった。しかし、今日の産業現場における日進月歩ともいうべきめざましい機械化・自動化をともな

表5 産業別人口構成の推移

(単位 %)

	大正9年	昭和5年	30	40	50	54
総数	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
第1次産業	53.6	49.4	41.0	24.6	13.9	11.4
第2次産業	20.7	20.4	23.5	32.3	34.1	34.1
第3次産業	23.8	30.0	35.5	43.1	52.0	54.5
分類不能の産業	1.9	0.2	0.0	0.0	0.0	0.0

資料 国勢調査、54年は労働力調査
国民衛生の動向

う「合理化」の進行のもとでは、現役ですら中高年齢労働者には新たな生産技術の導入などにより、なじむのに骨のおれる状況が拡大し、そのうえ、今日の「構造不況」のもとでの「減量経営」の犠牲として、職場から追いだされ、生活をおびやかされるという状況におかれており、いわんや老人にとっては働く場所すらもみだし難いといつてよいほどの状況となつてきている。農業も、機械化のすすむなかで老人の働く場所がみだしがたくなつてきている。

こうした状況のために、老人にとっては、働き続けたいと思つても、「老人にみあった仕事はあつても、老人のための職はない」というのが現実であり、“定年”後の再就職を困難なものとしている。“定年”とは、低賃金、不安定就労層への転落を余儀なくされることを意味している。たとえば若者でも決して楽ではない深夜の巡視のごとき老人はきびしすぎる仕事を、しかも、暮らしを支えるに決して充分とはいえない低賃金で働かざるを得ないといった事態も、ずい所にみられるのである。

就業構造の変化による老人自身の座の変化にくわえて老後生活のきびしさの問題が、老人の経済的社会的地位をきわめてわるいものにしていくといえよう。

それ故に、今必要なことは、老人にみあったものに、労働環境、労働条件を改善し、老人が、すこしでも長く働き続けていくことが可能となるようにする努力を払うなどの就労対策を強化することにある。

老人が自立して生活していくことの出来るよう働く場を保障し、あるいは社会参加を容易にする場所・条件づくりが重要といえよう。

(5) 老後生活の問題

1971(昭和46)年に総評が実施した定年退職者実態調査によれば、定年退職後に再就職を必要とする理由として、就業者の82%は「働かないと生活に困る」との理由をあげている。再就職先は、44%が30人未満の小企業であり、定年退職者の68%は、現役なみないしそれ以上の労働を強いられている。定年退職者の大部分はあきらかに低賃金

表6 老人疾病の特性と対応の基本

- | |
|--|
| ①老化と結びついている、慢性的経過をたどる |
| ②薬のみにて治せない。老化・生活反応などの生活環境の歪に発症要因あり |
| ③残存機能の評価と日常生活調整による機能の保持が重要 |
| ④疾病や疾病にともなう生活反応による日常生活機能低下の防止と低下機能回復対策の重規の必要。リハビリテーションの重要性 |
| ⑤ナーシングの重要性、専門家と家族など老人の身近かにいるものの役割分担が必要 |
| ⑥入院はより短期に、長期入院は日常生活機能や自律性の低下、老人の座の喪失といった問題がおきる |
| ⑦老人の生活の場での働きかけが重要 |
| ⑧総合的な健康評価、生活評価とあわせた総合的対応が必要 |

労働者として再編成されていると結論している⁶⁾。

1979年発表の労働省「定年到達者調査」によれば、65%が定年退職後に再就職しており、勤務先をかえたものほど、賃金がすくない状況におかれている。そして、6割ほどのものが、現在の生活を支えるには不十分であり、「退職金や貯蓄をとりくず」したり、家族のものが働きにでることで、ようやく生活を支えているという。また、定年退職者の92%は持ち家に住んではいらぬもの4人に1人は借入金や割賦金の返済支払におわれているという。

ここに紹介したのは老後生活の一端にしかすぎないが、60年代の高度経済成長期においても、70年代の減速経済期においても、老人の暮らしは、きびしい状況におかれてきたといえよう。「健かな老後」のためにも、老人の暮らしの安定をはかることが、まづもって優先されるべき重要な課題といえよう。その場合、年金制度の充実とあわせて、老人の就労対策も重視されなければならない。

(6) 老人保健・医療対策

老人保健医療のあり方についてはこれまでも様々に論議がかわされ、問題の所在は明らかにさ

6) 公文昭夫 定年退職者の生活実態 社会医学研究 14(2) 13-21 1974

表7 老人の健康状態と保健医療及び福祉対策

時期	老人の健康状態	行うべきサービスの内容	現行の保健医療対策	福祉対策	現在の利用施設	要望されている施設	在宅ケア
健康期	積極的な健康増進が可能	積極的な訓練 各種スポーツ		老人クラブ 老人就業あっせん 老人社会奉仕団	老人福祉センター 老人保養基地 健康増進センター		
	健康維持が必要	老化予防に関する健康情報の提供 健康管理 健康診断・相談 健康生活処方及び実践指導 (食生活、運動、睡眠、機能訓練) 日常生活動作 (ADL) 診断 聴覚・視覚指導 心理学的指導 精神活動賦活指導 予防投薬 予防指導	老人保健学級 老人健康診査 保健所指導 保健婦訪問	老人電話相談 老人福祉センター 老人保養ホーム 老人憩の家 有料老人ホーム 養護老人ホーム 介護人派遣	養護老人ホーム 老人福祉センター 保健所 市町村保健センター 診療所 病院 特別養護老人ホーム	老人コミュニケーション ヘルス、ケアセンター (病院老人部)	訪問指導
健康失調期	症状は明確ではないが生理的生化学的諸機能が加齢により変調する						
	疾病の兆候は激しくないが悪化を予防するため医学的処置が必要						
疾病前期	軽い又は激しい症状が現われる	外来又は入院医療 一時的入院 流動食、重点看護、褥瘡予防 移動不可能時の家庭看護、看護用具の支給	老人医療費支給制度 健康保険制度 公費負担医療制度 生活保護制度 高額療養費制度			特別専門施設としての老人専門病院・ホスピス	訪問看護 理学療法士、ケースワーカー、ヘルパーの派遣
	急性重症衰弱期					病院 (老人病棟) 入院リハビリテーション施設 回復病棟 慢性病棟	
機能失調期	回復又は小康にかかわらず軽度の不随がある	リハビリテーション (入院・外来) 生活指導 (食生活、休養、睡眠) 補助具等	機能回復訓練事業	日常生活用具給付 (貸与)	通所リハビリ施設 特別養護老人ホーム		
	無症ねたきり期	悪化予防のための健康管理 看護に類する介護の援助、指導 日常生活動作訓練 療養に必要な器具の使用 褥瘡 (床ずれ) 予防処置	機能回復訓練事業	特別養護老人ホーム 老人家庭奉仕	特別養護老人ホーム 嘱託医		訪問看護 OT:PTの派遣 (移動チーム派遣)
ねたきり期	ねたきりの状態であるが、特に医療の必要がない状態						
	有症ねたきり期	訪問看護 看護に類する介護の援助、指導 日常生活動作訓練 療養に必要な器具の使用 褥瘡 (床ずれ) 予防処置 入院医療	訪問健康診査 短期入院制度 (疾病期と同じ)		診療所 診療病棟	特別養護老人ホーム の医療機能	
重症期	ねたきりの状態であり、入院を必要とする状態					特別養護老人ホーム の委託病床 ホスピス	付添看護
	重症痴呆期	精神病院的処置を必要とする状態	なし		精神病院 (一部)	特別老人 精神病院	

(出所：前田信雄「老人医療の経済学」ユウノミスト 1980.12.5号)

れてきている。第6表にしめしたのは、老人の疾病の特性と対策の基本に関する主なる意見を取りまとめたものである。

こうした老人の疾病特性に対応するためには、現行の急性疾患対応中心の医療システムや、医療のあり方では、問題が多い。即ち、保健サービス・疾病予防のとりくみと医療との分断、保健、医療と福祉との断絶、リハビリのたちおくれ、家庭看護のとりくみの不備、慢性疾患、ねたきり老人の対応に必要な中間施設の欠除、終末期老人対策の不備等々があげられよう。

老人保健法案が登場してくるまでの過程で、老人医療にまつわる諸矛盾が指摘されてきたが（これらの主なる点については、後にふれることにするので、ここでは詳述しないことにする）、いふなれば、現行の医療制度のもとで、先にふれた老人の疾病特性にみあった老人保健・医療の体制の整備がなんら積極的にとりくまれてはこなかったところに、様々な矛盾が老人医療の領域で、顕在化してきたというべきであろう（表7）。

近年問題とされてきている老人医療をめぐる諸矛盾を解決するために、まずもってとりくまれるべき課題は、現行医療制度の矛盾の解決であり、老人の特性にみあった保健・医療体制を整備することにある。

2) 老人保健法案への道

表8に、1960年以降の老人保健・医療をめぐる主なる動きをあげてみた⁷⁾。この年表にみられるように、この間を、1963年の老人福祉法成立までの時期と、1973年の老人福祉法改正による老人医療費公費負担制度導入の時期、それに今回の老人保健法案登場までの時期の3期におおまかにわけることができよう。ここでは、老人福祉法成立以降の老人保健・医療をめぐる主なる流れを概観してみることにする。

「老人の福祉を図る」ことを目的として、老人福祉法が成定されたのは1963年であった。以後、

この法律のもとで、老後保障の確立をもとめる住民運動の前進とともに、様々な老人保健・福祉対策が、各地の自治体の手によって試みられていく。

一方、国民皆保険が成立した頃から、老人医療のあり方をめぐる議論が顕在化してくる。1962年に日医が国民健康保険読本で指摘した退職者医療の問題が、保険財政的な面からの各種医療保険の制度間格差の不均衡是正をめぐる論議もからんで各方面から論じられるようになる。そうしたなかで、日医や自民党などから老令保険の創設を含む保険制度改革案が提出されるに至る。厚生省も、1964年に医療保険の総合調整試案を発表したのをかわきりに1969年には退職者医療保険構想を含む医療保険制度の改革要綱案を発表するなど、老人医療をめぐる論議を退職者医療保険の創設というかたちで対応しようとしたが、ついに日の目をみるにいたらなかった。

今一つこの期の特徴は老人医療無料化への流れであった。1968年の全国老人福祉会議の「老人医療費全額国庫負担」要求決議にみられるような、老人医療費の無料化をもとめる老人医療保障拡充要求の住民運動のたかまりとともに、1969年の秋田県の75歳以上老人医療費公費負担制度をかわきりに、そのごの、全国各地で革新自治体があいついで実現していく流れとあいまって、各地の自治体で、老人医療費無料化が実施されることになる。1972年の1月には37都道府県、6指定都市で実施されるに至るほど全国に広がった。

こうした状況のもとで、国もついに、1972年に老人福祉法を一部改正して、1973年から、70歳以上の老人を対象とする老人医療費公費負担制度の実施にふみきった。この年の新聞には「福祉元年」との活字もみられるように、老人福祉対策の拡充への第一歩の年となるかに、大かたの人々は期待したのであった（表8）。

しかし、この無料化への道は、決して、総合的な老人保健・福祉制度を抜本的に確立していくととりくみへと継承されていくことにはならなかった。いふなれば、老人医療費を無料化することで、老人の医療受診の機会を保障するにとどまったところに、その特徴をみることができる。たしかに

7) 本年表作成には、老人福祉年報，社会保険旬報，週刊社会保障，日本医事新報等を参照した。

表 8 老人保健医療問題をめぐる主なる動き

1961. 4	国民皆保険，皆年金の達成 所得倍増計画	1969. 12	東京都 老人医療費無料化実施（70才以上）
11	自民党「老人福祉法案要綱試案」発表	1970. 1	中央社会福祉審議会（以下 中央社福審と略記）「緊急に実施すべき老人対策について」
1962. 4	老人家庭奉仕事業開始	5	新経済社会発展計画
8	社会保障制度審議会（以下 社保制審と略記）医療保険制度間不均衡の是正，財政面のルール提唱	6	厚生省 老人性白内障手術費支給
10	日医「国民健康保険読本」 退職者医療の問題点指摘	9	豊かな老後のための国民会議
1963. 6	高令者実態調査：ねたきり老人 23万人	11	中央社福審 「老人問題に関する総合的諸施策について」（保険＋公費方式を例示）
7	老人福祉法制定	1971. 1	厚生省 健保法一部改正案（退職者継続給付制の導入はかる）
8	老人健診制度化	4	在宅老人機能回復訓練事業への助成
1964. 4	厚生省 老人福祉課新設	5	中高年令者等の雇用促進に関する特別措置法
5	厚生省 1966年度実施を目標として，医療保険の総合調整試案要綱（老令者・退職者医療制度の創設を意図）を発表	9	社保制審 抜本改正に答申（給付率引き上げ方式が望ましい）
8	厚生省 「社会福祉行政長期展望」発表		自民党老人対策特別委員会 老人対策要綱で老人医療特別措置制度まとめる 「保険医総辞退」
9	中央社会福祉審議会 「老人福祉対策の推進について」答申	10	社保審 抜本改正で答申 公費負担（保険＋公費）により実施すべき
1965. 4	厚生省 「老人休養ホームの設置運営について」	12	東村山市 ねたきり老人訪問看護制度実施
6	厚生年金一部改正 一万円年金実現 「母子保健法」	1972. 1	京都 老人医療費無料化
1966. 6	「敬老の日」設定	2	社保制審 「老人医療費無料化の老人福祉法一部改正について」
7	雇用対策法	6	厚生省 老人保健課新設
1967. 8	厚生省 医療保険制度改革試案（地域，勤労者，老令の三本だて保険制度）発表		老人福祉法一部改正（老人医療費支給制度）
1968. 2	健保連 医療保険制度の抜本改正に関する見解（老令層の総合的医療対策を）	1973. 1	厚生省 70才以上，老人医療費無料化実施
5	全国老人福祉会議 「老人医療全額国庫負担」を決議	2	年金メーデー 「福祉元年」
10	日医 「医療保険制度の抜本改正に関する意見」（地域，産業，老令保健制度の三本に再編を）	4	総評 年金統一スト 「石油ショック」
12	東京都 中期計画 老人医療無料制度，老人病院建設を計画		政府 老人問題懇談会設置
1969. 4	自民党 国民医療対策大綱（国民，勤労者，老令の三本立保険制度）	6	行管庁 「高令者対策に関する行政監察結果に基づく勧告」
	秋田県 75才以上老人医療費公費負担制度はじめる	10	厚生省 65～69歳のねたきり老人についても老人医療費公費負担の対象に
5	新全国総合開発計画 閣議決定	1974. 10	老人問題懇談会 「今後の老人対策について」
	ねたきり老人訪問健康診査	1975. 4	老人保健学級開催事業への助成
8	厚生省 社会保険審議会（以下 社保審と略記），社保制審に「社会保険制度の改革」について諮問し，医療保険制度の改革要綱試案（退職者医療保険構想）を提示		大蔵省 昭和51年度予算原案に「老人医療無料制」削減案提示
		6	大蔵省 「わが国の医療保障についての大蔵省の考え方」
		7	財政制度審議会 「安定成長下の財政運営に関する中間報告」
			国保中央会・国保基本問題研究会 「老令者保健特別対策の創設」（高令者保健法試案，老人医療別建方式を主張）を提案
		8	社会保障長期計画懇談会 「今後の社会保障

(表 8 のつづき)

	のあり方について」	1979. 12	財政制度審議会 「財政調整・受益者負担の導入」等を建議
	国民年金審議会「国民年金制度の改正について」		蔵相・厚相 自民党三役立ち合い賞書交換
1975. 8	社保審 厚生年金保険制度改正に関する意見		「老人保健医療問題について56年度中に所要の改正を」
11	田中厚相 老人医療保険制度の創設の検討を事務当局に指示	1980. 1	行政管理庁 「公費負担医療に関する行政監察結果に基づく勧告」
12	大蔵省 老人医療費有料化を主張	3	社保制審 「老人保健・医療制度のあり方について」白紙諮問
	厚生省 病院に老人ホーム併設構想	4	「地域における老人保健医療福祉対策の効果的推進に関する研究」報告書
	社保制審 「今後の老令化社会に対応すべき社会保障のあり方について」	6	厚生省 老人保健医療対策本部発足
	財政制度審議会 「地方財政および社会保障に関する報告」	7	同盟 「高令者の保健・医療制度の構想」
1976. 3	厚生大臣私的諮問機関 老人保健医療問題懇談会発足 地域保健対策要綱(案)		大蔵省 「歳出百科」
5	経済審議会 「昭和50年代長期経済政策」		野呂厚相 「老人福祉税」提唱(老人医療の目的税)
7	大蔵省 「老人医療の有料化推進」を表明		全国市長会・国保中央会 「老人医療対策に関するアンケート調査」結果発表 新制度創設80%希望
9	厚生省 「老人医療保健制度」昭和53年発足をめざすと発表		全国町村長会 「別建老人保健・医療制度構想」発表
1977. 2	社保審 「医療保険制度の改善方策について」	8	現代総合研究集団 「福祉社会実現のために」の中で医療改革を提言
9	健保連 「老人医療保健制度(別建)」提案	9	厚生省 「老人保健制度第一次試案」
10	老人保健医療問題懇談会 「今後の老人保健医療対策のあり方」		日医 厚生省第一次試案全面的に批判 診療報酬支払制度がらみと指摘
11	衆院社労委 健保法改正に関連し「老人保健医療制度の創設の準備に直ちに着手」等の特別決議		社会党 別建全額公費サービス方式で高令者保健医療制度を
12	参院社労委でも同旨の決議		国保連 老令者保健医療制度確立促進全国大会
	社保制審 皆年金体制下の新年金体系	10	大蔵省 「ゼロリスト」
	厚生省 老人保健医療制度準備室設置		健保連 「老人保健制度創設は医療費適正化が先決」
	国民年金審議会 「国民年金制度の改正について」	11	厚生省 「老人保健制度における費用負担割合について」
1978. 4	厚生省 「健康づくり対策」		大蔵省 老人医療費の増高に対する歯止策のない別建制度創設反対
	老人保健医療総合対策開発事業(昭和53年度46市町で実施)	12	社保制審 「老人保健医療対策について」中間答申
5	厚生省 健保法一部改正案を国会提出		健保法「改正」成立
	市町村国保の保健婦の身分一本化		蔵相・厚相 「56年度は現行制度」で合意
8	日本医師会 老令健康保険制度(別建)提案		ILO 「中高年労働者に関する勧告」(第162号)
12	小沢私案 老人別建制度 保険料賦課で分担	1981. 1	厚生省 医療法改正に着手 地域医療協議会による計画策定の責務化
	社会経済国民会議 「高令化社会の人的医療保障」を発表		
1979. 5	自民党 医療保険財政調整法案を国会提出		
8	新経済社会7ヶ年計画 日本型福祉社会の建設		
9	総評 別建老人医療制度提案		
10	橋本私案 老人医療費の一部について 財政調整, 中高年者の保健事業		

(表 8 のつづき)

1981. 2	厚生省「老人保健法案骨子」まとめる、出来高弘のみなおしも	(要望)」発表
	日本医師会 老人保健法案反対の意見表明	5 厚生省 老人保健法案国会提出
3	厚生省 社保制審・社保審に「老人保健法案要綱」について諮問	日本看護協会 「老人保健法案についての要望」決議
4	総評 「高令者等保健医療制度の創設について」	6 健保連 「老人保健法案についての意見」発表
	社保制審・社保審 老人保健法案で答申	7 第二次臨時行政調査会 第一次答申 老人保健法の早期実施を主張
	全国保健所長会 「老人保健制度について	9 「行革国会」

1963年の長浜・綾部調査⁸⁾の結果にみられるように、老人が医療を受診しようとしないう理由に、「自分で医療不要を判断」するものが多いが、老人が家計の中心であるか否か、が大きく影響していることが明らかであり、いうなれば「老人の受療態度を決定する要因として、老人の家庭における経済的地位を無視することはできない」状況におかれている老人が多数存在していた実態からすれば、老人医療無料化は老人にとっての切実な要求であったし、その実現は大いなる福音であったにちがいない。

しかし、わが国の老後・老人問題にみられる特徴からすれば、「健かな老後生活」保障をもとめる老人達にとって、医療費無料化は、要求実現の方策のすべてではなく、一部にすぎないのでありこの時期の老人保健・福祉対策として、老人の生活や就労問題なども含めて、いのちと暮らしをとりまく諸条件をよりよいものにするとりくみを、積極的に展開するものとはなりえていなかったところに、大きな問題があったといえよう。

1973年は「福祉元年」とさえ呼ばれ、高度経済成長の持続の期待のうえに、「福祉国家」をめざして社会保障の拡充へむけて、一段と前進するかに思われたが、それはつかのまのことで、この年の第4次中東戦争にもなる石油ショックの発生と、それにつづく「低成長経済」「構造不況」のもとで、事態は一変した。

財政危機が叫ばれはじめるとともに「福祉みな

おし論」「福祉聖域否定論」が登場してきた。当然、老人医療のあり方にも大きく影響することになる。

1975年には、大蔵省は次年度予算で「老人医療無料化」の削減を提示、つづいて、「わが国の医療保障についての大蔵省の考え方」や、財政制度審議会から福祉みなおしの建議があいついで発表されにおよび、健康自己責任論、高福祉高負担の受益者負担論をふまえた、老人医療有料化をめざす流れが作りだされていった。この頃の厚生省は、有料化に反対の意見をのべていた。

1977年に厚生大臣の私的諮問機関である老人保健医療問題懇談会は「今後の老人保健医療対策のあり方」と題する意見書を提出、総合的な老人保健医療対策の確立の必要性を強調したが、あわせて、新しい老人保健医療制度の創設と、老人医療の老人の適正な費用負担の導入を提言した。

厚生省は、この意見にもとづいて、この年、老人保健・医療制度準備会を発足させ、新制度の創設にむけて検討を開始した。

1978年には厚生省は、国民健康づくり対策による市町村保健センター作り、市町村・国保の保健婦身分一本化などのとりくみをすすめて、総合的な老人保健医療対策確立への周辺条件整備ともいうべきとりくみをはじめた。

一方、老人保健制度創設のための財源問題をめぐって、小沢私案(1978)橋本私案(1979)野呂私案(1980)と歴代厚生大臣が退任まぎわに構想を発表、あるいは、大蔵省や国保中央会などの諸団体から発言があるなど、様々な意見がだされるに至った。

こうした経過ののち、1979年末に厚生大臣と大

8) 西尾雅七, 老人に対する医療の在り方, 老年病
8 (11, 12) 593—598 昭和39年

蔵大臣が自民党三役の立会いのもとで「老人保健医療問題について昭和56年度中に所要の改正を」する旨覚書を交換するにいたり、厚生省は1980年に老人保健医療対策本部を発足させ、新制度創設へむけての作業に具体的にとり組み、今回の老人保健法案が提出されるにいたった（表8）。

当初厚生省は、現行老人保健医療対策は医療費保障に偏重し、一貫性のある総合的な保健サービスにかけるところがある点に問題があり、あるいは医療資源が十分効率よく合理的に配分利用されるに至っていないところに問題があるとして、その面での改善をはかるための方策も重視しているかに思われたが、一連の経過にみられる特徴は一貫して、財政対策的な医療費対策以外のなものでもなかったといえよう。

老人医療無料化実現以降、今日までの間、「健かな老後」保障のために、福祉と保健の結びついた総合的かつ体系的なとりくみの必要とそのための体制整備の必要が、諸方面より指摘され、また、高令化社会の到来を前にして、今や議論の段階ではなく、実行の段階だと主張もなされるに至っているにもかかわらず、一方、安らかな老後生活の保障をもとめる要求が一段と強められてきている今日状況のもとで、国が選択した方式は、健康自己責任論、高福祉高負担という名の受益者負担論を前提とし、保健に名をかりての、医療費対策でしかなかったところに、今日の大いなる問題があるといえようし、高令化社会を前にした今日時点でのかかる選択が、はたして、将来の老人にとっても「健かな安らかな老後生活」にむすびつきうるのか、大いなる疑問があるといわざるをえない。

3. 現行老人保健医療対策にみる問題点

老人医療有料化への動きは、1973年の石油ショックを契機とする財政危機のふかまりのなかでだされてきた「わが国の医療保障についての大蔵省の考え方」をはじめとする財政サイドからの「福祉みなおし」をもとめる発言にはじまる。ふかまる財政危機のもとで、福祉政策の拡充そのものを

抑えるとともに、財政支出をできるだけ抑制しようとする考えが強められてくるなかで、老人医療有料化をもとめる動きが強められてきた。

この間の老人医療有料化の論拠としてはおおむね次のごとくであったとみることができる。即ち老人医療無料化をもちこんだため、受診率の急増、過剰受診によって老人患者が増大し、それと診療報酬出来高払制度の悪用による乱診乱療とあいまって、医療費が高騰したことにより、保険財政の悪化をもたらし、ひいては、国の負担の増大、自治体財成の悪化をひきおこした。更にまた、老人患者の増大、かかりすぎなどのために、診療所や病院外来が老人のサロンと化し、あるいは病院病床は老人に占有され老人ホームと化すなど、医療現場に混乱をもちこんだ。従って早急に現行の医療費保障に偏っている老人保険医療制度の改善をはからねばならないが、あわせて、「医療への参加意識を促す」ために、あるいは「老人に健康に対する自覚をもってもらおうと同時に、適切な受診をしてもらう」ために一部負担の導入することによる国庫負担の削減、医療費高騰の抑制をはかる必要があるとして、健康自己責任論、高福祉、高負担を前提とする受益者負担論にもとづく「医療費負担の公正化」をはかる。あわせて、医療資源の効率のかつ合理的な配分と利用をはかる。高令化社会の到来を前にして、日本型福祉社会の構築をいそぐ。

以上の老人医療有料化をもとめる論理は、石油ショック以降今日までの間、繰り返し主張されてきたところであるが、当然、老人保健法案提出の論拠にもつながっている。ここでは、そのいくつかをとりあげ、実態とその問題点について概略ふれることにより、これら論拠への批判のいったんとすることを試みたい。

1) 医療費問題

老人医療費は1981年度予算で23,278億円とみこまれている。老人医療費公費負担制度を政府が導入した1973年を100として、老人医療費の伸びをみると、1975年が202、1978年が372、1981年が543と、急速に増加していることがわかる。一方

表10 国民医療費と老人医療費の推移

(単位: 億円, %)

年 度	①国民医療費			②老人医療費			国民医療費 に対する老 人医療費の 割合 (②/①)	老人医療費国庫負担	
	伸 率	指 数		伸 率	指 数			うち公費 負担分	
昭和48年	39,496	—	100	4,289	—	100	10.8		
49	53,786	36.2	136	6,652	55.1	155	12.4	3,114	1,179
50	64,779	20.4	164	8,666	30.3	202	13.4	3,939	1,425
51	76,684	18.4	194	10,780	24.4	251	14.1	4,873	1,753
52	85,686	11.7	217	12,872	19.4	300	15.0	5,805	2,063
53	100,042	16.8	253	15,947	23.9	372	15.9	7,169	2,420
54	109,300	9.3	277	18,503	16.0	431	16.9	8,309	2,721
55(見込)	119,100	9.0	302	20,451	10.5	477	17.2	9,087	2,905
56(予算)	129,200	8.5	327	23,278	13.8	543	18.0	10,332	3,281

(厚生省調)

国民医療費は、1973年を100とすると、老人医療費と同じ年次についてみると、164, 253, 327となっており、老人医療費の伸びが国民医療費のそれをうわまわっていることがわかる。なお、国民医療費に占める老人医療費の割合は、1973年で11%であったものが、1981年には18%となるとみこまれている(表10)。

たしかに、老人医療費公費負担の制度が実現して以降、受診件数、受診率ともに増加してきているし、また、治療日数、点数とも増加してきている。しかし、果たして、医療費高騰の真因は、老人患者の増大しかも老人の医者へのかかりすぎといった老人側の問題に起因するものといえるのであろうか。

老人医療費公費負担制度に関する問題点としてこれまでに指摘された批判として次のごとき諸点があげられていた。

- ①健康保険制度の矛盾・欠陥がそのままもちこまれている。
- ②保険点数は、老人患者に必要な看護、介助、リハビリを軽視し、検査・薬治中心主義だ。
- ③無料化というが、差額ベッド料、付添料、おしめ代等の保険外負担が大きすぎる。
- ④看護料が看護内容にかかわらず安くかつ一律だ。
- ⑤日常生活能力のある老人はまだしも、手間のかかる老人は敬遠され、たらいまわしされる。
- ⑥終末期老人の医療は、精神的援助も含む看護が必要だし、それ故家族の支援があるが、実態はおよそかけはなれたものとなっている。
- ⑦入院は現代の「ウバス

表11 有病率, 受療率の状況

昭和54年(1970)

	有 病 率 (100人当り) (A)	受 療 率 (100人当り) (B)	(B)/(A)
総 数	10.94	7.13	0.65
0 歳	7.91	7.46	0.94
1～4	9.65	7.06	0.73
5～14	5.39	5.73	1.06
15～24	3.09	3.62	1.18
25～34	4.91	4.98	1.01
35～44	7.40	5.63	0.76
45～54	12.28	7.85	0.64
55～64	21.73	10.44	0.48
65～74	34.54	16.20	0.47
75～	40.34	20.15	0.50

資料 厚生省「国民健康調査」「患者調査」

テ山」安あがりの老人対策とされかねない。

などである。これらは、その後の点数改訂や関係者の努力などにより、改善され、あるいは緩和されてきた面もあるとはいえ、老人の疾病特性にみあったものに本質的に改善されるにはいたっていない。

こうしたことなどをふまえて、医療費高騰の原因として考えられる点を若干あげてみよう。

(i) さきに引用した長浜・綾部調査の結果にみられるように、かつては、経済的事情のために、受診が不当に抑制されていたのであって、無料化以後に老人患者がふえたとしても、老人の医師にかかりすぎとしてかたづけすることは出来ない。

(ii) 国民健康調査、患者調査にみられるように

有病率にたいする受療率の割合は、老人は、より若い世代に比べて低い値を示している。このことは、今なお体の調子がわるくても受診しない老人がいることを示している（表11）。

(iii) さきにふれた、老人の病気の特性にみあった保健医療体制とはなっていない。あるいは、当初より指摘されている老人医療費公費負担制度の問題点にみられるごとくに、現行保健・医療制度の矛盾こそ問題とされるべきである。

(iv) 疾病予防・保健対策のたちおくれと保健・医療の総合的とりくみの欠如の問題。予防にまさる治療はないといわれているにもかかわらず、現実はいかかわらず予防が軽視され、事後対策的に医療がとりくまれているところに問題がある。

沢内村や八千穂村などの先進的経験を生かそうとはされなかったところにこそ問題があるといえよう。

(v) 今日増加してきているいわゆる成人病は、慢性的経過をたどり、日常生活の調整による疾病発生もしくはその進行をいかにおくらせるかが重要となるが、今なお、急性疾患の薬治中心主義的対応が一般的であることにみられる、医療における慢性疾患対策のたちおくれの問題。

(vi) 近年の点数改訂は高度機器、新規開発機器中心であり、医療産業のME機器の強力なうりこみとあいまって高度機器活用（CTをみよ）をはじめとする検査中心主義の莫による問題とからんで、医療費高騰をもたらしているとみられる点も重視する必要がある。また、老人にとっての「治ゆ」とするには距離のある「延命策」のみのきわだった進歩という現状もまた大いにかかわりがあるところと思われる。

そのほかにも、医療費高騰にかかわる要件は多々あるが、いずれにせよ、医療費高騰の真因は老人のかかりすぎにあるのではなく、現行保健・医療制度そのものに起因する問題、あるいは1億総不健康状態をもたらしている現代不健康の特性にかかわる問題にこそ存在することをのびがすわけにはいかない。

2) 健康自己責任論と受益者負担論

財政制度審議会は、かつて「福祉みなおし」を建言したおり、「医療への参加意識をうながす」ためとの理由をあげ、今老人保健法案は、「老人に健康に対する自覚を持ってもらう」ために、また「適切な診療を受けてもらう」ことを強調して、老人医療の有料化の必要性を主張している。

70年代はじめの石油ショックにひきつづく財政危機のふかまりのなかで、財政サイドから一貫して主張され続けているのが、健康自己責任論であり、高福祉高負担という名の受益者負担論である。

健康を守るうえで、自らの健康を自ら守ることを自覚し、自ら努力することの重要性を否定するものは誰もいないであろう。誰も健康でありたい、あり続けたいと願い、それなりの努力をはかっている。昨今の家庭内マラソン器具の普及など保健産業という名の健康を対象とする産業の出現も、あるいは、健康に関する本や雑誌がおびただしく世におくりだされているのも、いずれも、庶民の涙ぐましいともいうべき、健康でありたいと願っての日常的な努力の反映でもある。

- しかし、現代の不健康の特性⁹⁾、即ち、
- ① 病因（あるいは発病促進、症状悪化加速因子）の社会的存在、人為的・社会的な不健康因子による発病
 - ② 複合的要因作用と慢性的経過
 - ③ 症状の非特異化と慢性化
 - ④ 生活因子による症状の修飾
 - ⑤ 症状の個別性・多様性、原因解明に集団的把握の重要性
 - ⑥ 自覚なき発症と完治（完全治ゆ）なき治ゆ
 - ⑦ 薬のみでは治せない、生活面のコントロールの重要性、生活の場での対応を必要とする
 - ⑧ 個別対応・個人的努力の限界性
 - ⑨ 公的責任による社会的な包括的対応の必要
 - ⑩ 住民の積極的な自覚的・組織的活動の重要性と保健・医療関係者集団との共同行動の必要性

という特性からすれば、また、今日の生活環境や

9) 山下節義 80年代の保健医療の動向と医療労働者に期待するもの 医療労働 No. 227 1—27 1980

労働環境、条件におびたしい不健康因子が存在している状況からすれば、健康でありたい、あり続けたいと願っても、個人の努力にはおのずと限界があることも明らかである。

高福祉・高負担と受益者負担を強調しても、今日の高物価・インフレのもと、物価上昇にもおいつかぬほどの賃金状況のもとでは、これまた、限界のあることは、明らかであるし、現状の続くかぎり、国民生活がますます悪化することはさげられない。

今必要なことは、生存権・健康権保障のために、公的責任のもとで、健康をまもるに必要な条件の拡充整備と、自己責任にもとづいて健康を自らまもることを容易に可能としうる体制と条件を作りだすための努力を払うことにある。そのためには「増税なき行革」とのまやかしのせりふで、国民の負担を増大させる道ではなく、真に行政改革をすすめる道をあゆむことが重要となる。

3) 現行老人医療のもたらした診療機能への影響

老人医療有料化の論拠は、老人医療費公費負担制度の導入により、老人が医師にかかりすぎる、そのために、医療機関外来部門の老人のためのサロン化や入院部門の老人ホーム化がひきおこされあるいは老人患者に手をとられるなどのために、診療機能が阻害されているという。

しかし、この論拠は、現象のみに目をうばわれ本質を見誤る危険を含んでいる。さきにもふれたように、これまでから識者から、老人に必要な老人にみあった医療対策の基本として、表6に示したがごとき諸点が指摘されている。また、そのために整備されるべき老人保健医療及び福祉体系も表7のごときが提起されている。今日問題とされている老人医療にみられる諸矛盾は、こうした問題提起をふまえての、本質的な改善を積極的にはかろうとはしてこなかったところにある。即ち、「健かな老後生活」のために必要な、生活、就労、住居等の医療周辺領域の整備や、あるいは、在宅看護に必要な訪問看護制度の拡充や収容介護に必要な特別老人養護老人ホームの拡充、更には、ナ

ーシングホームなどの中間施設、終末期老人の介護のための施設など老人保健医療に必要な体制を抜本的に整備していくことが、まずもっていそがれるべき課題であるにもかかわらず、積極的対策を講ずることなく、医療無料化の導入だけで、老人保健医療対策を医療機関にのみゆだねたところに、最大の問題があったというべきであろう。

要するに、今日問題とされている老人医療にみられる諸矛盾は、老人医療の無料化によってひきおこされたものではなくて、本来的にとりくまれるべき、医療周辺領域整備のとりくみが放置され、老人対策を医療機関にのみゆだねたところにひきおこされてきたものというべきであろう。

4) すこやかな老後生活の保障のために

人間は誰しも加齢にともなう老化によって、必然的に生理的諸機能の低下、抵抗力の減弱、余備力の減少がひきおこされてくる。また、高令ほど社会的不適応によって機能異常が生じやすくなっていく。

これらの変化は、加齢とともに、より顕著となってくるが、高令者ほど個人差が大きいのが特徴的であることは誰しもみとめるところである。加齢による労働能力の変化状況の推移の特徴は、諸家の指摘を総合するならば、主なる点は、表13に示すがごときものと思われる(表12, 13, 14)。

これらの表に示される加齢と労働能力にかかわる諸事項は、老人が日常生活の場で、いかにして労働能力の低下をくいとめるかを考えるうえでの手がかりを示している。言葉をかえれば、ねたきりにならないで、「歩きながら死んでいく」ことを可能とするか——「歩きながら死んでいく」といっても、決して老人の意志に反して強制的に非人間的に労働にかりたてるというものではない。自立・自助の営みを可能とする状況をいかによくながくするかという課題として——を、いかにして現実に、具体化していくかの手がかりを示しているといえよう。

もっとも、今日の社会は、近年の定年制延長の論議にみられるように、老人も労働能力のあるかぎり働き続ける方向を指向しているかに思われる。

表12 向老者の心身機能の特性 (斉藤)

—20~24歳あるいは最高値に対する55~59歳時の機能の相対値(%)—

項	目	指数
筋力	1. 握力	75
	2. 腕屈力	80
	3. 背筋力	75
	4. 伸脚力	63
関節可動度	5. 肩関節	70
	6. 脊柱側屈	82
	7. 脊柱前屈	92
呼吸循環機能	8. 肺活量	75
	9. 基礎代謝	87
	10. 労働代謝	94
	11. 血色素量	88
	12. 血圧上昇, 運動後心拍数回復	82
消化機能	13. カリウム定着	53
	14. 胃液分泌	52
回復力抗病力	15. 夜勤後体重回復	27
	16. 抗病回復力	68
	17. 傷病休業を少なくする能力	66
知覚	18. 視力	63
	19. 薄明順応	36
	20. 聴力	44
	21. 皮膚振動覚	35
	22. 平衡機能	48
心理学的諸検査	23. 単一反応速度	77
	24. 瞬発反応	71
	25. 全身跳躍反応	85
	26. タッピングテンポ	85
	27. 打点速度	83
	28. 動作速度	85
	29. 書字速度	57
	30. 運動調節能	59
	31. フリッカ値	85
	32. 分析判断力	77
	33. 計算能力	76
	34. 比較弁別能	63
	35. 学習能力	59
36. 記憶力	53	

(勝木新次：中高年齢者の体力と労働)

とはいえ、いまなお、若者中心、健常者中心の論理が幅をきかせている社会構造にあるというべきであり、それ故に、年おいてもなお労働能力を残しているにもかかわらず、老人の参加する場が保

表13 老化と労働能力

- ①加齢とともに機能低下は生理的必然。個人差大。低下傾向機能の種類により違う。
- ②使用する機能は長持ちする。
- ③使用しない機能は急速に低下。
- ④速度にからむ運動機能・運動調節機能の低下は急速。
- ⑤呼吸・循環機能の加齢による生理的低下は緩慢。疾病による機能低下は急速。
- ⑥複雑な機能ほど低下しやすい。
- ⑦精神的機能は身体的機能より長持ちする。
- ⑧感覚機能の加齢による低下は個人差大。
- ⑨神経機能の加齢による低下は個人差大だが、着実に進行する。
- ⑩疲労・疾病回復力は加齢とともに低下する。
- ⑪防衛反応は加齢とともに減退する。
- ⑫環境変化に対する適応力は低下する。

表14 生理的年齢の正常範囲 (山田)

暦年齢	生理的年齢	分布の幅	暦年齢	生理的年齢	分布の幅
25歳	23~27歳	4年	65歳	57~73歳	15年
35	31~39	8	75	66~84	18
45	39~51	12	85	75~95	20
55	48~62	14			

(勝木新次：中高年齢者の体力と労働)

障されないために、社会から排除されてしまっている。今日いままなお、社会的に“ボケ”への道を、“ねたきり”への道をあゆまされているのが、現在の老人達といえなくもない。要するに、社会的に、老人は精神的にも肉体的にもそのもてる能力を弱めさせられているといえよう。

かつて、資本主義発達の初期には、労働現場では労働力確保との関係で、最低就労可能年令の問題が、社会的にも問題とされていた。高令化社会の到来を前にした今日時点では、最高就労可能年令の問題が重視されなければならない。いかなる条件を設定するならば、人間はより高年令に到るまで労働することを可能にしうるかという問題である。この問題は、老化による生理的諸機能の低下していく状況が、誰しもさけられないとはいえ、個人差がいちじるしい(表14)という人間の特性からみて、画一的対応ではなく、労働環境・労働

条件をいかに個々の労働能力にみあったものへとかえることにより、すこしでも働き続けることを可能とするかという視点から考えることの重要性をおしえている。

すこやかな老後のための第一歩は、従来の人を労働環境・条件にいかにあわせるかではなくて、人に労働環境・条件をいかにあわせるかという視点にたったの就労対策、社会参加対策が重視されなければならない。

老人が「あるきながら死んでいける」ためには老人がいきいきと働きつづけていくことを可能とする条件づくりをまず重要な課題としなければならない。老人がボケていく原因として、①生理的老化によるもの、②病気によってひきおこされるもの、③社会的不適応によるもの3つがあるといわれている。このうちもっとも多いのが、第三の社会的不適応であるとされている。その内容として、田中¹⁰⁾は①環境の変化、②人間関係の不良、③家族との離反、④孤独感、⑤暇が多すぎる、⑥知人の死などをあげている。

「すこやかな老後」保障のために必要なとりくみは、狭義の保健、医療対策だけではなくて、老人の生活・労働等をも含めた、まさに老人のいのちと暮らしをふくめた総合的な保健・医療・福祉対策でなければならない。こうした視点にたってもとりくみが望まれている。

「すこやかな老後生活」の保障のために、基本的なとりくみ目標として、第一に「手おくれにならないために」、第二に「あるきながら死んでいけるために」、第三に「ボケないために」の3点があげられよう。いまいそがなければならぬととりくみは、かかる3つの目標をめざして、いずれの老人もひとしく、がんばっていける、また、老人のがんばりをひきだし支えていける条件を、いかに地域に作りだしていくかにあると考える。

5) 京都からの報告

1976年に、京都市社会福祉審議会は「当面する老人福祉対策とそのあり方についての第一次答

表15 ねたきり老人の実態—京都からの報告 (1976.7)

- | |
|--|
| ①ねたきり老人の半数に歩行能力あり。
援助・指導により自立的生活能力回復の可能性。 |
| ②ねたきり老人の1/4…完全ねたきり状態。常時介護必要。
家族に対する介護の援助と介護技術の指導の必要 |
| ③ねたきりとなった直接要因の40%…疾病でなく二次的な機能低下による。
予防可能性あり。 |
| ④ねたきり老人は医療受診に比較的積極性あり。
機能訓練の必要性認められ、かつ可能と判断された老人の50%が、現在も過去にもうけていない。
基本的訓練法の本人・家族への指導の必要性。 |
| ⑤ねたきり老人の3/4に機能低下の促進要因認められる。
環境要因・心理的要因が主なもの。 |
| ⑥この調査では、何らかの訪問援助を必要とする家庭は2/3、その60%はリハビリ等の家庭看護の指導、20%は家事・家政の援助、20%はその両者。 |

申」を発表し、地域看護サービスと関連施策のあり方について提案した¹¹⁾。

この答申のなかで、京都市におけるねたきり老人の特徴点を、要旨表15に示すがごとき内容で報告している。

要するに、ねたきり老人の多くは、歩行能力があるにもかかわらず、また、自立的生活能力の回復可能性があるにもかかわらず、ねたきり生活を余儀なくさせられている。また、ねたきりとなった直接的原因として、病気そのものよりも二次的な機能低下によるものであり、心理的な拡大要因による機能低下の促進がみられる場合がすくなくないという。この報告にみられるねたきり老人の特徴は、「ねたきりは社会的に作られる」ともいふべきものであることを示している。

このことは、ねたきりにさせないための方策は老人自身の努力と家族の援助が重要であると同時に、なによりも、公的責任のもと、地域ぐるみで老人を、老人をかかえる家族を支える体制をいかに保障するかにあるといえよう。老人の自覚のみ

10) 田中多聞 老人医療福祉論 誠信書房 1979

11) 京都市社会福祉審議会 当面する老人福祉対策のあり方についての第一次答申 1976

にては、ねたきり発生を防ぐことは不可能にちか
いというべきではなかろうか。

高令化社会の到来を前にして、今必要とされる
ことは老人の暮らしの場である地域で老人を支え
ていくことを可能とする、総合的な保健・福祉対
策をいかにして拡充整備していくかであり、老人
医療の問題を、医療費問題の視点よりとりくむか
ぎり、本質的な矛盾解決とはほどとおいものとい
わざるをえない。

6) 高齢化社会の到来を前にして

今日よく耳にする言葉に「高令化社会の到来を
前にして」というのがある。

高令化社会の到来を前にして、いま一度よく考
えなければならぬ問題は、「個人の健康の質は、
その人の生活史の総和によって規定される」とい
う命題とかかわる課題、言葉をかえれば、現在の
老人の健康の質と、10年、20年後のあとに続く老
人のそれとのちがいはなにかという問題であり、
今必要なことは、10年、20年さきの老人にとっ
ても、有効性を発揮しうるような将来を予見した対
策をいかに確立するかという課題である。

現在、65歳以上の老人は、1916（大正5）年以
前生れであり、乳児死亡率が、出生1000対160前
後という、現在の20倍以上という状況の時代に生
れている。生れてのちも生きのびるにきびしい時
代に育ち、第一次大戦後の米騒動などに象徴され
るきびしい社会状況のもとで幼・少年期をすごし、
昭和の大恐慌とそれに続く、第二次世界大戦後の
社会的にも経済的にもきびしい状況のもとで、青
年期を生きのび、戦後の復興期から高度経済成長
期を労働災害、職業病などに生命をおびやかされ
ながら、長時間働きつづけ、わが国経済発展の基
盤を支えてきた人達である。しかも石油ショック
後の「構造不況」のもとで、高物価・インフレに
悩まされながら、あるいは「減量経営」の犠牲の
対象とされながら、「うさぎ小屋」に住んで、ひた
すら仕事いぢずにすごしてきたあげくに、定年後
の生活を必死になってすごしている人達でもある。
このように、現在の老人達は生れてから今日ま
で、生命と暮らしをおびやかされながら生きなが

らえてきたのであり、「奇跡的」に生き残ってき
たといってもよいほどに、強烈な「生命力」の持
ち主たちでもある。

それにたいして、あとに続く昭和ひと術生れは
大都市における中年期市民の死亡率改善のおくれ
に象徴されるような、健康上の問題をもっている
とみられる集団¹³⁾であり、更にあとに続く年令集
団には、たとえば「おかしな体の子ども」¹²⁾（昨
年の日教組教研でも問題とされた。朝からアクビ、
朝礼でバタン、背中ぐにゃ、アレルギー、ころん
でも手がでない、腹のどっぴり、背すじがおかし
い、なんでもない時骨折、ボールが目にあたる、
休み時間ボーなどの特徴的訴えをもつ状況をい
う）に象徴されるような、様々な健康上の問題が
指摘されているのである。しかも、戦後のわが国
の平均寿命は急速に延長し、世界1の長寿国とい
われる程になったが、一方国民健康調査結果にみ
られるように、有病率も急速に増大して、「1億
総不健康」「列島病棟化」とさえいわれる程の病
人多発の状況となってきており、まさに「病いが
ちに死なず生きながらえている」¹⁴⁾と表してよい
ほどの健康状態に国民はおかれているのである。
10年、20年後の老人の健康状態は、はたして、現
在の老人のそれと質を同じくするのであろうか。

高令化社会の到来にそなえて、とりくまなけれ
ばならぬ課題は、老人保健法案のごとき、「保
健」という名で、老人の医療受診の抑制によって
医療費増嵩に歯どめをかけようとする財政政策的
なとりくみではなく、今日国民全般にみられる健
康問題を早急に克服するための公衆衛生的対策を
充実させるなど、医療費増嵩をもたらしている真
の原因に目をむけつつ、現行保健・医療にまつわ
る諸矛盾の根本的な解決をはかるための努力を払
うことにある。このことをぬぎにしては、現在の
老人にたいする保健対策としても有効性を発揮し
がたいばかりでなく、将来の老人保健福祉対策を
あやまることになりかねない。まさに、「個人の

12) 子ども白書 草土文化 1979

13) 社会医学研究 創刊号 医療図書出版 1980

14) 山下節義生活環境の変化と疾病構造の変遷 人び
との健康と社会保障 法律文化社 1978

健康の質は、その人の生活史の総和によって規定される」から。

4. 老人保健法案の問題点

以上に、今日の老人保健・医療をめぐる諸問題の主な点を概観してきたが、ここでは、これらの諸点をふまえて、今問題となっている老人保健法案の内容の概略を、順をおって紹介しながら、その問題点を指摘することとしたい。

1) 基本的理念にみる特徴

この法律の特徴の第一は、第一章総則に掲げられている基本的理念にみる事が出来る。

老人福祉法では「老人の福祉に関する原理を明らかにするとともに、老人の心身の健康の保持及び生活の安定のために必要な措置を講じ、もって老人の福祉を図ることを目的とする」とのべ、老人に「健康で安らかな生活」を保障することを明確に、その基本理念的念として表明し、老人福祉増進の「責務」が国・地方自治体にあることを明らかにしている。

それにたいして、老人保健法案は、その基本的理念で、国民に「自助と連帯の精神に基き、自ら加齢に伴って生ずる心身の変化を自覚して、常に健康の保持増進に努める」ことと、「老人医療に要する費用を公平に負担する」ことをもとめていることにみられるように、「自助・自立と相互扶助」と「健康自己責任論」を強調し、更に、「受益者負担論」をおしつけて、老人をはじめ国民全般に負担を増大させようとしているところに、その特徴をみる事ができる。

いまから約20年前に、老人福祉法が、「多年にわたり社会の進展に寄与してきた」老人の「健全で安らかな生活」を保障することをめざそうとしてかかげた基本的理念からすれば、あきらかに今回の老人保健法案にみるそれは、大幅に後退したのものとなっているといえよう。

母子保健法や心身障害者対策基本法といった、既存の法律とくらべてみても、今回の老人保健法案では、国の責任があいまいにされていることも

また特徴的といえよう。

2) 老人保健審議会

第2章に老人保健に関する重要事項を調査するための機関として、老人保健審議会の設置が規定されている。この審議会は20名以内の委員で構成され、委員は、市町村長など保健事業の実施者、医師など保健事業従事者、事業主など保健事業の費用を拠出する者といった保健事業の関係者と学識経験者からえらばれるとされている。

そして、審議会の役割は医療の取扱及び担当に関する基準、診療報酬支払方式のあり方、保健事業の大綱、保険者拠出金の按分方法などこの法律の条文には規定されていない制度運営に関する重要事項について調査審議をすることとなっている。

制度の根幹にかかわる重要事項はすべて、審議会にはかかってのち、政令によって定めることになるわけで、いうなれば、すべて政府の「自由裁量」にゆだねられていることになる。いわば法律成立をもって重要事項はすべて政府に白紙委任されることになる。

この審議会は、中央医療保険審議会の機能と、社会保障制度審議会ないし社会保険審議会の機能をかねそなえるものになるともいえようが、はたして、老人保健対策の抜本的対策をたてるに有効な働きをしめしうるか、既存組織のこれまでの歴史をふりかえってみる時、きわめて疑しいものといわざるをえない。

いずれにせよ老人保健法案の重要事項が、国会審議の対象とはならないというところに、この法案の特徴がありまた問題の1つがある。

3) 保健事業

第三章の保健事業の項では保健事業の種類、医療以外の保健事業の実施体系、医療についての規定があげられている。

(1) 保健事業の内容

保健事業の種類としては、①健康手帳の交付、②健康教育、③健康相談、④健康診察、⑤医療（診療、薬材、治療材料の支給、処置・手術など、病院等への収容、看護、移送等）、⑥機能訓練、⑦

訪問看護，⑧その他 からなっている。

これら事業は，公衆衛生領域におけるこれまでの実績や，保健婦等の関係者の実態からみて，多くの疑点，問題を含んでいるかに思われる。以下にその一端をあげてみよう。

①健康手帳 従来から健康手帳は公衆衛生の諸分野で使われてきているが，多くの場合，臨床医に役立つ手帳としようとするには，臨床データ等をより詳しく，より豊富に記載されることが望まれるが，その場合，健康手帳所持者にいらざる不安や誤解をひきおこすことになることの危険が大きく，また，記入にてまどることもあって記入状況がかならずしもよくなく，逆に，手帳所持者が日常生活で健康管理に役立つ内容にするとしたら，臨床医にとって，記入上の負担をますばかりで，必ずしも，診療に役立つものとなることはかぎらないなどの問題がつきまどっている。老人保健法案では，健康診査の記録など老後における健康保持のために必要な事項を記載して，自らの健康管理と適切な医療の確保に資するためとしている。医師の側にも，手帳保持者にも，双方ともに役立つものとしようとしているかによみとれるが，はたして，実効のともなうものに出来るのか，きわめて疑わしい。なによりの参考例は，母子健康手帳である。即ち，出産時の記録の記入はともかく，ともすればしまいこまれがちであり，学校保健の領域に必要な，乳幼児期の感染症罹患情報はかきこまれていない場合が多いなど，有効活用されているというには問題が多い。母子健康手帳の経験はどのように総括されているのであろうか。

健康手帳をめぐる諸問題の克服策が充分されなのまま導入されるとすれば，手帳は，単に70歳以上の老人が，医療受診時に医療保険証のかわりに使用するにすぎないものとなるだろう。

②健康教育 心身の健康に関する知識の普及啓蒙のための指導・教育は重要であり，日常生活に应用することの出来る能力をいかに身につけさせるかを含めて，今後とも一層重視されなければならない。しかし，現実には，保健婦等要員不足をはじめ各種の事情のために，母子保健領域をはじめ，様々な実施されている健康教育には，いろんな問

題がつきまどっている¹⁵⁾。これらの諸問題にたいする有効な打開策が講じられないかぎり，老人保健法が施行されたからといって，効果を発揮するとは思われない。老人保健法による保健事業の導入によって，かえって，既存の事業まででぬきがおきかねない事態となりはしないか懸念される。

③健康相談 健康教育同様に実効性がうたがわれる。老人保健との関連でみるならば，国民がひとしく関心をもっている「老人のボケ対策」「ねたきり老人の介護をめぐる問題」などといった課題については，現実はどうも等しい状況にある。老人保健法成立によって解決するとは限らない。現在の保健所中心の体制のもとで，たとえば京都府下の調査によると，保健・医療についての国・自治体への要求の第4位に，「健康診断・健康相談の充実」（44%）があがっており，しかも，医療機関にめぐまれぬ地域ほど強く望まれている傾向がうかがわれる¹⁶⁾。このことは，まずもって，現在とりくまれている健康相談事業の充実が望まれているのであって，老人保健法成立でもって解決するという性格の問題とはいえない。

④健康診査 現行の健康診査方式となにが，どのように改良充実されるであろうか。

厚生省は，法案成立後は，従来おこなわれてきた各種検診を，たとえば胃ガン検診受診者を230万人から1070万人に，子宮ガン検診を230万人から660万人へと拡大するとしている（表16）。しかし，現行の健康診査にはいかなる問題点があるのか，量的拡大を保障する条件，質的向上を保障する条件をどのように現実のものにするのか，いっさい不明である。

いま明らかなのは，たとえば，昨年5月の行政管理庁の「特別地方機関等の設置及び運営に関する監査」にみられるように（栄養指導員等の必置規制のあり方の検討，保健所長必置規制等の緩和），保健所機能をよわめる方向に動きつつあるという事実ぐらいのものであろう。

某地域では農協共済連検診車による「コンピュ

15) 京都市地域保健医療協議会「健康教育・健康検診についての意見の集約」 1978.12

16) 京都医療協等府民からみた健康医療白書 1980

表16 保健事業（医療を除く）の対象者及び事業の規模（案）

保健事業の種類		現 行 事 業 (56年度予算)	老人保健法による保健事業 (目標年度)
健康手帳 の交付	対象者 (交付数)		ア. 70歳以上の者全員 7,100千人 イ. 40歳以上70歳未満の者で、2,000千人 健康管理上必要な者 30%
健康教育	対象者	おおむね65歳以上の者	40歳以上の者
	事業規模	老人保健学級の開催 開催回数 年間 8,932回 (4回×2,233市町村) 家庭保健教室の開催 (市町村保健対策推進費) 開催回数 年間 26,040回 対象者 全年齢 (4回×2コース×3,255市町村)	ア. 保健学級の開催 人口1～3万人の市町村でおおむね 月1回とし、人口規模に応じて開催 する。 イ. 小冊子、ポスター、有線放送等による 広報教育
健康相談	対象者	おおむね65歳以上の者	40歳以上の者
	事業規模	健康相談室の開設 開設回数 年間 17,472回 (2回×52週×168市町村) 保健相談事業の実施 (市町村保健対策推進費) 実施回数 年間 78,120回 (2回×12月×3,255市町村) 対象者 全年齢	健康相談室の開設 人口1～3万人の市町村でおおむね 週2回とし、人口規模に応じて開催 する。
健康診査	対象者	ア. 老人健康診査 65歳以上 イ. 循環器疾患検診 40歳以上65歳未満 ウ. 胃がん検診 40歳以上 エ. 子宮がん検診 30歳以上	40歳以上の者（職域等において健診を受けられる者を除く）
	事業規模	ア. 老人健康診査 2,317千人 22% イ. 循環器疾患検診 2,169千人(※6,822千人) ウ. 胃がん検診 2,290千人(※3,573千人) エ. 子宮がん検診 2,249千人(※2,187千人) ※()内は都道府県からの事業実施状況 報告(厚生省結核成人病課調)による54年 度検診総受診者数である。	ア. 一般診査 17,800千人 (問診、理学的検査、血 圧測定、検尿及び必 要な者に対する心電 図検査、眼底検査等) イ. 胃がん検査 10,700千人 (胃部エックス線撮影) (受診率30%) ウ. 子宮がん検査 6,600千人 (細胞診及び必要な 者に対するコルポ スコピー) (受診率30%)
機能訓練	対象者	おおむね60歳以上の者であって、日常生活能力の維持回復を図るため通所による訓練を必要とする者	40歳以上の者であって、日常生活能力の維持回復を図るため通所による訓練を必要とする者
	事業規模	在宅老人機能回復訓練事業 実施か所数 264か所	機能訓練事業 対象者 100千人 週2回、6ヵ月の訓練
訪問指導	対象者	おおむね65歳以上の者であって、家庭で寝たきりの状態にある者又はそのおそれのある者のうち、家庭を訪問して看護方法等について指導する必要がある者	40歳以上の者であって、家庭で寝たきりの状態にある者及びそのおそれのある者又は健康診査等の結果、保健指導を必要とする者のうち、家庭を訪問して看護方法、栄養指導を行う必要がある者
	事業規模	在宅老人家庭看護訪問指導事業 実施市町村数 168市町村	訪問指導事業 対象者 210千人 1人あたり年平均12回訪問

注1. この案は、現時点における厚生省としての案である。

(厚生省)

2. 健康診査、機能訓練、訪問指導については、段階的に実施することとする。

ーター人間ドック検診」が「13種類の検診ができる動く人間ドック」とのキャッチフレーズで、検診時に専門家ぬきで、問診は農協事務員がおこない、結果の報告は、画一的、検診結果についての疑問のうけいれ先なしといった状況で、実施され、「これを受けた住民の人々を不安におとしいれ、相談を受ける自治体保健婦を困らせている」¹⁷⁾という事態が起っていると報告されている。

現在おこなわれている各種検診は受診率はわるく、必ずしも疾病の早期発見につながるとはかぎらず、専門職員も乏しいため、検診結果をふまえての健康相談なども有効性を発揮しているとはか

17) 吉田幸永 農協共済によるコンピューター検診の問題点 社会医学研究 第22回社会医学研究会総会講演集特別号 P55 1981

表17 ねたきり老人の傷病別割合 昭50 (1975)

			割合 (%)	
脳	卒	中	35.3	
高	血	庄	18.1	
リ	ウ	マ	チ・神	9.5
老			衰	9.5
そ	の	他	27.6	

資料 厚生省老人実態調査 国民衛生の動向 1981

ぎらないのが実態であることからすれば、この法案でいう健康診査もさして期待はできないであろう。むしろ、先にふれた農協検診のごときものがはびこることになりかねない。厚生省の計画のごとくに健診対象が拡大されるとするならば、まずまちがいのないことは、関連医療産業がうるおうにちがいないということであろう。

⑥機能訓練 この法律の実施により、厚生省は10万人を対象に週2回、6ヶ月の訓練を実施する計画という。

近年、脳血管障害、心疾患の増加、交通災害、労働災害等の増大などにより、リハビリテーションの需要は急速に高まっているという。特に老人医療におけるリハビリは重要であり、厚生行政基礎調査では、1978(昭和53)年のねたきり老人は42万人で、その主因の1/3はリハビリテーションの効果の大きい脳卒中で占められている、とされている¹⁸⁾(表17)。

こうした状況にありながら、専門職種である理学療法士は2778人、作業療法士は978人(1980年末現在)にすぎない。しかも養成定員は各々555名、360名にしかすぎない、リハビリテーションの専門施設は1981年現在で162ヶ所にすぎない(表18, 19)。

リハビリテーションの要員、施設がきわめて不足していることは誰の目にもみてもあきらかなことであり、機能訓練に関して厚生省計画がはたして実現可能性があるかきわめてうたがわしいといわざるをえない。

⑦訪問指導 在宅老人家庭の看護訪問指導事業は目下168市町村で実施されているという。これを

18) 国民衛生の動向 昭和56年度 P222

表18 理学療法士・作業療法士免許取得者数の推移 (各年末現在)

	理学療法士	作業療法士
昭41 (1966)	180	22
45 (1970)	1,082	305
50 (1975)	1,849	558
55 (1980)	2,778	978

資料 厚生省医務局調べ

表19 医学的リハビリテーション施設の整備

	計画数	既設	昭51年度 ('76)	52 ('77)	53 ('78)	54 ('79)	55 ('80)	56 ('81)以降
総数	379	162	18	10	25	34	30	100
国立	177	62	10	5	8	17	12	63
病院	77	39	3	2	6	7	4	16
療養所	100	23	7	3	2	10	8	47
公的	171	78	8	5	17	17	18	28
その他	31	22	—	—	—	—	—	9

注 国立療養所は脳卒中リハビリ専門

「その他」の既設内訳は国(厚生省以外)7か所、私的15か所

資料 厚生省医務局調べ

厚生省は、老人保健法成立によって21万人を対象に、1人あたり年平均12回訪問するとの計画を立てている。ねたきりの老人が42万人いるというのに当対象はその半分としている。

京都市が目下実施している訪問看護指導事業は「在宅ねたきり老人の家庭を訪問し、その家族及び介護者に対して、当該老人に必要なかつ適切な療養方法、機能回復訓練方法、並びに看護方法の指導」をおこなうとして、70歳以上の老人を対象とし、保健婦と訪問看護指導員が事業を担当する、そして訪問回数は4回迄を原則としているとのことである¹⁹⁾。しかし現実には、1981年3月現在の実績では保健婦は訪問対象112件にたいして平均3.11回、指導員は259件にたいして平均5.78回訪問しているという。こうした訪問指導により、ねたきり老人の介護状況になんらかの改善効果をあげたとされる事例も少なくないが、訪問回数が原

19) 柳原一枝 京都市在宅ねたきり老人訪問看護指導事業について 全国保険医通信 2 No. 147 73-75 1980

則4回では指導が終了したとしてうちきることはできず、それ以上に訪問を継続した例もあり、あるいは、ねたきりで援助をもとめているにもかかわらず、対象外とされる例など、この京都市の事業にもすくなく問題がみうけられるが、なんといっても、本質的な問題のひとつはねたきり老人をかかえて困っている家庭の側は多くは看護力の援助をもとめているのにたいして、行政サービスは、訪問看護指導であるという両者のズレにみられる問題である。

老人保健法制立後、厚生省が実施するとして計画している訪問看護指導事業は本当に困っている人々にとってすこしでも救いとなりうるかきわめて疑問の大きいところである。むしろ本当に困っている人には、なにもしないに等しい結果となりはしないかと思われる。

なお、京都市の関係保健婦の中でねたきり老人訪問看護指導事業の導入によって他の事業へのしわよせがおこっていることを気にする声がかれる。この点、老人保健法による保健事業のもちこみが、従来の地域保健のとりくみ実績にいかなる影響をもたらすか気になる問題を提示しているといえよう。

⑦健康でありたい、健康にすごしたいとの願いは国民誰しも共通であり、「健かな老後生活」をと願わない、またその努力を払わない老人はいない。1億総不健康とか、病棟列島化とさえよばれるほどの今日の不健康状態が、まんえんしている状況のもとで、「健かな生活」「健やかな老後生活」を現実のものとするためには、そのありたいと願う努力している人々を真に支えることのできる条件なり体制を整えることがいそがれるのであり、そうした体制を保障しえてはじめて「健康自己責任」もはたしうるのである。

老人保健法案の提示する保健事業は、いずれをとっても、国民のあるいは老人の願いと、ほど遠いものとなりかねないと危惧されるところに大きな問題があるといえよう。

(2) 保健事業と市町村

老人保健法案は、医療以外の保健事業を市町村がおこなうものとし、対象は40歳以上の管内住民

としている。労働安全衛生法など他の法令にもとづく保健サービスが受けられるものは除外されることになっている。

近年、市町村保健センターの設置や、保健所統廃合の動きをとめないながら、戦後ながらく、保健所を中心として地域保健対策が展開されてきた体制から、市町村中心の地域ぐるみの健康管理をとりくむ体制へと流れが変えられつつあったが、今回の老人保健法案の登場により、老人保健対策の中心は市町村と明確に位置づけられることにより、地域保健体制を大きくかえようとする動きが強められることになる。

しかも、保健事業を市町村保健センター等で実施するほか、老人保健取扱機関等に委託してよいことを明確にうちだすことにより、「民間の活力に依拠する」方向をはっきりさせ、あわせて、必要費用は、老人など関係者もしくは老人扶養義務者から徴収するとの受益者負担制を導入している。

要するに、従来からの保健所を中心にとりくまれてきた地域保健体制が、「民間の活力に依拠」しながら、市町村中心にとりくむ体制へと変質していくことが、より一層加速されることになる。他方、保健所の統廃合をすすめ環境管理や保健情報管理などの管理機関化しようとする流れも一層強められていくことになる。

この地域保健体制の変化という問題は、たんなるとりくみ体制の変化という現象的变化にとどまらず、質的な変化につながる可能性を含んでいる。たとえば、母子保健対策の領域ですでに指摘されている1歳半健診の地域医師会委託にともなう健診の質の変化の問題のごとき事態も考えられよう²⁰⁾。即ち、保健所のもつ総合性の利点や保健婦の訪問活動による継続性をいかにして、子供の発達保障のとりくみを前進させてきたのに、医師会委託により、総合性、継続性の利点がうしなわれあるいは発達保障の観点が軽視され、治療的視点に偏重するという問題が指摘されている例があるだけに、先進的にとりくみを進めてきた地域では、

20) 老人保健法案要綱の批判—憲法否定の公衆衛生の動き 新医協 No. 910 1981.4.1

表20 無保健婦市町村の有無について (1978年末)

	総 数	あ り*2	な し
実 数	47	35	12
%	100.0	74.5	25.5
*2 保健婦設置の可能性			
無保健婦市町村数	近き将来の充足の可能性あり	充足すべく努力中	充足は困難
	充足の見通し全くない	未記入	
393	69	116	120
			55
			33

(全国保健婦長会)

表21 所属保健婦数 (1978年末)

	総 数	保健所	市町村	事業所	病院診療所	養成施設	行政(都道府県)	その他
都道府県指定都市	実数	16,296	6,734	7,080	888	793	172	217
	%	100.0	41.6	43.2	5.5	4.9	1.0	1.3
	実数	1,371	1,125	8	57	82	21	37
	%	100.0	82.0	0.6	4.2	6.0	1.5	2.7

(全国保健婦長会)

表22 保健所人口階級別保健婦数

(1981.4.1 現在)

	総 数	250千人以上	175千人以上 250千人未満	125千人以上 175千人未満	75千人以上 125千人未満	30千人以上 75千人未満	30千人未満
調査保健所数	676	87	95	100	199	164	31
保健所保健婦数	6,002	1,349	1,989	932	1,509	975	148
市町村保健婦数	6,407	1,361	956	810	2,059	1,114	107
保健婦数計	12,409	2,710	2,045	1,742	3,568	2,089	255
保健婦1人当たり人口	7,536	11,244	9,503	8,526	5,449	4,137	2,638

(厚生省調)

質的低下をきたしかねない危惧も感じられる。

いまひとつの問題は、この種保健事業の担当能力にかかわる問題である。看護協会の指摘²¹⁾によれば、全国の市町村で、いまだ保健婦の配置されていないところが、すくなく存在しており、配置されている市町村でも、その1/3は単数配置であるという。全国保健婦長会の調査²²⁾では、保健婦の配置されていない市町村は393で、そのうち、近い将来充足の可能性ありとされる場所は69にすぎないという(表20, 21)。

厚生省の老人保健事業実施体制に関する調査結果資料によれば(1981年4月現在、676保健所、2565市町村)、保健婦1人当りの人口は平均して7536人で、1人で平均11,244人を担当させられている大規模地域から、平均2638人を担当している小規模地域まで、相当の開きがある(表22)。なお、厚生省関係者の話では保健婦受持ち人口が5000人以下のところでは老人保健事業が比較的よくとりまれているという。そして各種事業については、表23, 24のごとく、機能訓練のごとく86

表23 老人保健事業実施体制の現状

676保健所管内の2,565市町村の事業実施状況

実数は市町村数 ()は%

実施者名 事業名	市町村	保健所	その他	実施せず
手帖交付	1,198 (47)	195 (8)	57 (2)	1,235 (48)
保健学級	1,588 (62)	973 (38)	69 (3)	557 (22)
健康相談	1,623 (63)	744 (29)	35 (1)	559 (22)
循環器検診	1,378 (54)	914 (36)	668 (26)	161 (6)
胃がん検診	1,154 (45)	320 (13)	1,243 (48)	69 (3)
子宮がん検診	1,161 (45)	376 (15)	1,232 (48)	60 (2)
機能訓練	249 (10)	106 (4)	42 (2)	2,201 (86)
訪問指導*	1,598 (62)	835 (33)	48 (2)	802 (31)

(厚生省調べ)

注) 1981.4.1 現在 全国市町村総数 3,278

* 一般訪問特別事業をそれぞれ計上しているため、100%をこえる特別事業として実施している市町村は14%

%がいまだ実施していない事業もあるほか、子宮がん検診のように未実施2%という事業もある。また、今後5年以内に実施の可能性をみると、保

21) 今週のニュース 週刊社会保障 No. 1127 1981
22) 全国保健婦長会 保健婦に関する調査 公衆衛生情報 1980.6

表24 老人保健事業の市町村実施の可能性
(今後5年以内に) 実数は市町村数 () %

	市町村 単独で	保健所の 協力で	他機関の 協力で	実 施 不 可 能
循環器検診	331 (13)	1,291 (50)	1,110 (43)	47 (2)
胃がん検診	215 (8)	553 (22)	1,875 (73)	54 (2)
子宮がん検診	198 (8)	620 (24)	1,845 (72)	33 (1)
機能訓練	201 (9)	349 (14)	840 (33)	1,022 (40)
訪問指導	996 (39)	870 (34)	436 (17)	217 (9)

(厚生省調べ)

注) 1981.4.1現在 無回答が各項3~10%あり

表25 老人健康診査の受診状況

	65歳以 上人口	一般診 査受診 人員	一 般 診 査 受 診 率	精密 診 査 受 診 人員	要 療 養 者 数	受診者 に対す る要 療 養 者 率
年	千人	千人	%	千人	千人	%
昭45(1970)	7,307	1,596	21.8	508	674	42.2
50(1975)	8,858	1,883	21.3	361	818	43.4
54(1979)	10,308	2,317	22.5	460	1,077	46.5

資料 厚生省「社会福祉行政業務報告」

健所もしくは他機関の協力が得られるならば実施可能とする市町村が大勢をしめている。機能訓練のように40%の市町村で実施不能とこたえている点注目される。

老人保健法案では、必要とあれば都道府県が保健事業の一部をおこなうことが出来るとしているが、老人福祉法では、市町村と保健所が協力して老人健康診査をおこなうことを規定しているにもかかわらず、健診事業開始後10年以上経過してのちの1978年段階で7県16市町村が、なお未実施の状況にあるとの行政管理監察報告にみられるような実態があること、受診率も2割をいどという経験からすれば、また、前述の保健婦配置の不備に代表される市町村の保健事業担当能力の不備とあわせ考えるならば、医療以外の保健事業の地域格差がうみだされる危険はきわめて大きいものといわざるをえない(表25)。

保健事業の導入により市町村の負担が大きなものとなると思われるところがすくなくないであろう。

なお、労働省は、シルバー・ヘルス・プランな

る名の中高年齢労働者の健康管理を企業ぐるみでおしすすめる施策を展開している。これは、35歳以上を対象とするもので、①健康状態に対するヘルスチェックの体系的方法の確立、②健康増進のための健康教育および運動指導のプログラム作りと対象労働者への提供(①②はセルフケアを主体とするという)③健康増進のための施設の整備、④シルバー・ヘルス・ケア・スタッフ(ヘルスケア・トレーナー)の養成(当面ヘルスケア・トレーナーは、公的機関より派遣するという)の4本柱からなっている²³⁾。労務管理の立場から健康管理がとりくまれていることが、老人保健法案の対象から職域をはずした理由といえよう。

(3) 保健事業と公衆衛生

わが国の公衆衛生の現状をみる時、老人保健法案が成立したとしても、「健かな老後」を保障することに、つながりうるかおおいに疑問のあるところである。

母子保健法が成立して以来16年、この間に3歳児健診、1歳半健診など諸種の保健サービスが次々と具体化され、体系化がはかられているが、現実には、障害児問題をはじめとして、今なお様々な健康上の問題が次々と発生している。学校保健法が成立してから23年、学校現場でもいろいろと保健サービスがおこなわれているにもかかわらず、情緒障害児の問題や「おかしな体の子ども」に象徴される保健対策上未解決の問題が山積している。子ども達の場合、健康な状態の子どもが圧倒的に多く、しかも親の保護のもとにおかれており、なによりも、成長により発達しうるという未来への可能性をもっているという特性があるにもかかわらず、今なお、現実には多くの保健対策上の課題を残したままになっている。

労働現場においては、労働安全法をはじめ安全衛生のための法体系が整備され、法により、事業主に、従業員の健康診断の実施を義務づけるなど、法的強制のともなった産業保健対策のとりくみが

23) 中央労働災害防止協会 中高年齢労働者ヘルスケア検討委員会 中高年齢労働者の健康づくりのすすめ方—シルバーヘルスプランについて 労働衛生 22(2,3) 1981

進められているにもかかわらず、毎年数多くの労災・職業病などの健康障害が発生している。

あるいは、先進的に、ねたきり老人の訪問看護指導事業など、老人保健対策をすすめている自治体に働く保健婦の中から、新規事業の導入とともに、要員が十分に確保されていないために、既存の事業で、手ぬきに等しい対応を余儀なくされる状況に追い込まれて悩んでいる声もきかれるといった問題が顕在化してきている。

こうした一連の事態は、わが国公衆衛生対策にみる問題点の一端にすぎない。問題なのは先進的領域において今なお多くの未解決課題をかかえているという事実であり、現行の老人福祉法にもとづく老人健康診査によって、対象老人の2割が受診しその5割ちかくが要療養と判断されているという健康実態にあるのが老人であるという現実があり、しかも、加齢によって次第に生理的諸機能は低下し、抵抗力もおとろえていくことが、生理的必然でもある老人達に、はたして老人保健法成立によって、いつの日に「健やかな老後」を保障しうるのか、はなはだ疑問とするところである。公衆衛生対策全般のより一層の前進なくして、老人保健対策の前進はのぞみがたいのであり、老人保健法に規定する保健事業にみられる様々な問題点とあわせ考えるならば、「健かな老後生活」へむけてのとりくみが、現在以上にわか前に前進するとはとうてい思えない。

むしろ、公衆衛生全般の後退さへひきおこしかねない危惧さえかんじさせられる。

なお、保健所長会は「老人保健制度について(要望)」を本年春に発表して、その中で保健所長会は「急速に到来する高令化社会に対応するため単なる医療保障にとどまらず……総合的対策の確立を志向するものとして基本的に賛成」との態度を表明しているが、あわせて、「保健所の役割を十分に発揮できるよう、必要な活動経費と人的・物的強化について格段のご配慮を強く要望します」とのべているが、このことは、前述の危惧が決して無縁のものではないことを示しているともいえよう。

4) 医療

老人保健法案では、医療は市町村長がおこなうとされ、対象者は70歳以上のものとなっている。現行の保険医療機関が老人保健取扱機関となるが、老人は健康手帳をそこで提示して医療を受けることになる。なお、現行の保険医は老人保健医とされる。厚生大臣の定める基準に従って、大臣と知事の指導のもとに、老人保健医療機関と老人保健医は、老人医療にあたりとされている。なお、この条項は、知事に指定をうけない旨申し出ないかぎり、自動的に適用される。

医療をうけるさい老人は、外来は毎月初めて受診する際に500円、入院は入院後4ヶ月間は1日に300円の一部負担金を支払わねばならないことになる。

なお、法案では、「医療を受けるものが、正当な理由なしに、医療に関する指示に従わない時」あるいは「医療に関する質問や文書提出を拒んだ時」には、市町村長は、医療の全部または一部をおこなわない旨の規定がもうけられている。

老人医療に関係する診療報酬支払方式など重要事項はすべて、法律成立後に発足する老人保健審議会での審議の結果にもとづいて決定することになるので、具体的にはいっさい不明であるが、これまでに巷間に伝えられている事項にもとづいて問題と思われる点をあげる。

(1) 登録制 登録制導入の可能性が指摘されている。医師選択の自由が認められている現状のもとで、はたして登録制になじみうるか問題のあるところである。

ちなみに「かかりつけ」という患者の自主的な「登録」状況の実態は、たとえば、京都での調査²⁴⁾では「かかりつけ」医を決めているものは、京都市内で72%と最も多く、最も少ないのは京都府最北端の地域で59%、京都府全体で68%となっている。しかし、身体の具合の悪い時に、いつも「かかりつけ」に受診しているとはかぎらず、最近の受診状況を調べてみると、「かかりつけ」に受診したものは55%にすぎないとの結果がでてい

24) 京都医療協等 府民からみた保健医療白書 1981

る。このように、「かかりつけ」の主治制が日常的に定着しているとはいえないのであって、制度的に登録制をもちこんだとしても、容易に日常的になじんだものになるとは思われない。

医療を必要とする老人の場合、複数の疾病を合わせもつ人が少なくないが、疾病にみあった専門医を複数えらぶことが出来るのか、あるいは総合病院は登録制の対象となるのが問題のあるところである。開業医の専門分科化もすすんでいる最近実態とのかかわりを考えた場合なおさらである。

(2) 診療報酬支払方式 支払方式については、老人保健法案準備の過程で、大蔵省が医療費高騰の歯止めのない制度には反対だと発言し、現行出来高払制を批判して、老人保健法下での支払方式を現行方式とは変えるよう要求していたが、一方、日医の武見氏は、厚生省幹部と現行制度を堅持する旨確認したと発言した²⁵⁾ことや村山厚生大臣は出来高払方式以外はわが国の実態になじまないの、老人医療に別枠はもちこまない²⁶⁾ことが伝えられているなど、その行方はさだかではない。

出来高払制度が医療費高騰の主因とする論議もよく耳にするところであるが、現行制度の良い点、悪い点を充分解明し、具体的是正策の検討の上で、抜本的なみなおしをまずすべきであって、本質的な対応を棚上げしたままに、70歳以上の医療に関する領域のみ別枠制度をもちこむとするならば、それは、決して本質的な問題解決とはなりえないことは明らかであろう。保険請求事務の簡素化をもとめる要求も耳にする現実からすれば、別枠もちこみは、関係者の負担増大を強いる以外のなものでもないものといえよう。

保健事業の健康診査は、市町村は他に委託してよいとなっていることから、開業医に委託されることにもなるだろうが、その場合の経費はどのように算定されるのか、診療報酬との関係できになるところといえよう。

(3) 今年の6月診療報酬改訂では、検査のまる

め、理学療法²⁷⁾の包括化、短期入院の方が有利となる入院時医学管理料等がもりこまれたが、その結果はおおかたの医療機関は減収となったと伝えられている。この改訂は、老人保健法の先どりだと評するむき²⁷⁾もあり、あるいは、老人保健法による別枠制度の導入を阻止するために、日医はこの改訂を承認したとの見方もされている。また、この6月改訂により、乱診・乱療をふせぐのだとの声がかれる反面、粗診粗療にかりたてられるおそれありという声もきかれる²⁸⁾。この6月改訂は、開業医に犠牲を強いるものとなっている、といえようが、老人保健法によってもちこまれる支払方式のもとで、はたして開業医の経営はいかなるものとなるであろうか。また、老人にいかなる影響をもたらすであろうか。

(4) 老人の疾病は、保健との結びつき、福祉との結合の重要性という点で、また、それ故に医療は補助的性格をもつという点で、他年令階層とはこととする面を老人医療はに必要があるといえようが、狭義の診断・治療の面で本質的にことなるものとは思われない。それ故に、現行の保健と医療の分断された状況での診療実態からみて、診療面から積極的に別枠とすべき理由があるとは思われない。

別枠にすることにより意味をもつとすれば、それは臨調答申の強調している「老人医療費の急騰」を抑制することを可能とする道をひらくということにあると思われる、それは老人の受診を抑制し、診療内容に一定の制約をもうけるといった方策をもちこむことによって可能としうる。

(5) 老人に「健康に対する自覚をもってもらうために、また、適切な受診をしてもらう」との趣旨で、一部負担金の導入がはかられている。しかしかように説明しようとも、これは老人の医療受診を抑制しようとする以外のなものでもない。医師が月をこえて継続治療を必要とすると判断しても、一部負担金の故に、治療が中断される事態

27) 動向医療の転換迫る6月改訂 社会保険旬報 No. 1361 1981.6

28) 宮下郁夫 改正点数を点検する 社会保険旬報 No. 1361 1981.6

25) 日医ニュース No. 481 1981.9.20

26) 毎日新聞 1981.9.19 朝刊

がひきおこされないとはいかぎらない。

受診抑制は、“手おくれ”をまねき、かえって医療費増大をもたらし、あるいは医療中断により無駄をひきおこすことになりかねない。

(6) いずれにせよ老人保健法に規定されている医療によって、現行老人医療をめぐる諸矛盾が解決されるのかきわめて疑問のあるところといえよう。おそらく、老人の受診抑制と負担を強いることにより、「適切な受診」どころか、老人を医療の場からひきはなす方向で、本質的解決とは無縁の結果をもたらすこととなろう。医療からしめだされる老人、病院からしめだされていく老人の処遇や、家族の負担にたいして、いかなる対応をはかるつもりなのであろうか。

5) 費用

医療以外の保健事業の費用や医療に要する費用、また、それら事業にかかわる事務執行に要する費用は、市町村が負担することになっている。

財源は、医療に関しては、社会保険診療報酬支払基金からの交付金による。交付金は各種医療保険からの拠出金によってまかなわれる。

医療以外の保健事業に要する費用は、国・都道府県、市町村が1/3ずつ負担することになるが、保健事業の対象者もしくは、その扶養義務者から必要費用を徴収する旨、明記している。

なお、各保険者は、一般の保険料とあわせて、老人分の保険料を傘下組合員から徴収することになる。老人保健法施行によって国、自治体、各保険者の財源負担がどのようにかわるかについて、厚生省の試算結果を表26、27に示す。

日雇保険や国保は支出減がみこまれるが、共済保険や組合健保は支出増がみこまれている。国の財政負担は大幅に軽減するが、市町村の財政負担は増大することになる。国民は保健事業の受益者負担分や老人医療の負担分としての保険料などが現実よりうわずみされることになるので、まちはいなく負担が増大することになる（表26、27）。

市町村にとっては保健事業のとりくみにともなう財源負担の増大がさけられないだけに、財政基盤の弱い市町村ほど、保健事業など行政サービスにしわよせがおこる可能性は大きい。先にふれた農協検診車によるコンピューター検診のごとき「没人間的」検診への道をあゆむか、あるいは手ぬぎがおこることになりかねない。

なお、表28に示すように、現在いくつかの地方自治体が国の老人医療費公費負担制度に独自の老人医療費助成制度をうわずみして実施しているが、臨調答申は地方自治に介入し、こうした措置の廃止をもとめている。老人保健法の施行とともに、それらの措置が廃止されるとすれば、これら自治体管内で生活している70歳以下の老人やその家族

表26 新制度における老人医療費負担割合（56年度、厚生省試算）

（単位：億円、％）

区 分	現 行		試 算 I			試 算 II		
	金 額	割 合	金 額	割 合	増△減	金 額	割 合	増△減
公 費	4,840	19	7,540	30	2,700	7,540	30	2,700
国	3,220	13	5,020	20	1,800	5,020	20	1,800
都道府県	810	3	1,260	5	450	1,260	5	450
市町村	810	3	1,260	5	450	1,260	5	450
保 険 者	19,190	75	17,580	69	△ 1,610	17,580	69	△ 1,610
保 険 料	11,680	46	11,410	45	△ 270	12,600	49	920
被 用 者	7,520	30	8,310	33	790	10,240	40	2,720
政 管	3,350	13	3,430	14	80	4,060	16	710
組 合	2,530	10	3,130	12	600	4,110	16	1,580
日 雇	100	} 1	60	} 1	△ 40	50	} 1	△ 50
船 保	100		100		—	100		—
共 済	1,440	6	1,590	6	150	1,920	7	480
国 保	4,160	16	3,100	12	△ 1,060	2,360	9	△ 1,800
国庫補助	7,510	29	6,170	24	△ 1,340	4,980	20	△ 2,530
そ の 他	1,410	6	320	1	△ 1,090	320	1	△ 1,090
合 計	25,440	100	25,440	100	—	25,440	100	—

（注）試算Iは保険者拠出分の1/2、試算IIは保険者拠出分の全額を加入者按分したものである。

表27 昭和60年度における新制度の費用負担試算

(億円、%)

	現 行		試 算 I			試 算 II		
	金 額	構成比	金 額	構成比	増△減	金 額	構成比	増△減
公 費	7,300	17	12,900	30	5,600	12,900	30	5,600
国	4,900	11	8,600	20	3,700	8,600	20	3,700
地 方	2,400	6	4,300	10	1,900	4,300	10	1,900
保 險 者	34,700	79	30,200	69	△ 4,500	30,200	69	△ 4,500
保 險 料	21,500	49	19,500	45	△ 2,000	21,700	50	200
被 用 者	12,600	29	14,100	32	1,500	17,700	41	5,100
国 保	8,900	20	5,400	13	△ 3,500	4,000	9	△ 4,900
国 庫 負 担	13,200	30	10,700	24	△ 2,500	8,500	19	△ 4,700
一 部 負 担 等	1,600	4	500	1	△ 1,100	500	1	△ 1,100
合 計	43,600	100	43,600	100	—	43,600	100	—

(注) 1. 昭和60年度の医療費は、医療費の自然増と人口増によって算定した。
 2. 臨調の額は昭和56年度の額で据置いた。
 3. 高額療養費の基準額39,000円は据置いた。

表28 地方自治体の老人医療費助成制度

昭和55年1月1日現在

	実施数	実 施 県 名
支給対象年齢		
65歳以上	6	東京、滋賀、京都、大阪、兵庫、奈良
67歳以上	1	和歌山
68歳以上	7	埼玉、長野、愛知、三重、岡山、広島、香川
69歳以上	2	石川、岐阜
所得制限		
(1) 撤 廃		
68歳以上	1	埼玉
70歳以上	15	岩手、秋田、栃木、群馬、新潟、富山、山梨、長野、岐阜、鳥取、島根、岡山、愛媛、福岡、佐賀
75歳以上	2	宮城、高知
81歳以上	1	石川
(2) 緩 和	8	山形、広島(⑧撤廃) 茨城(⑨⑩1,000万円) 東京(⑪ 289万円)⑫撤廃) 神奈川(70歳以上国保のみ)⑬撤廃) 愛知(⑭200万円(基準額)、⑮撤廃) 大阪(⑯195万円(基準額)、⑰撤廃) 山口(⑱ 300万円、⑲1,000万円)

資料 社会局老人保健課調べ

国民の福祉の動向

にまで医療費負担の増大などの影響がおよぶことになる。

5. 「健かな老後」

老人対策の基本は、老人の老後保障、すなわち暮らしの問題として、生活、就労、住居などの問題をいかにして、老人にとってよりよきものに変えていくかにあり、このことをぬぎにしてすこやかな老後生活をという、老人保健対策の実効ある結果を期待することはむづかしいし、老人が自立

した自助の営みを可能とするよう支えることの条件を保障するためには、保健と福祉を結合させたとりくみが不可欠でもある。

今回提起されている老人保健法案は、保健と医療を総合的に実施することにより、「健かな老後を保障し、もって老人福祉を図る」としているが、福祉領域との結合といった総合的とりくみをいかに展開していこうとしているかの面は明確とはいえない。むしろ、現行の老人福祉法から、保健・医療に関する部分をぬきとり、老人保健法として独立させようとしているところに、保健と福祉の総合化と拡充をもとめる声に背を向ける危険のあることを、象徴的に示しているとみるのはあやまりであろうか。また、現在の老人と10年、20年後の老人とでは、本質的にちがった問題をもつやも知れないことからみても、未来への視点にたったのとりくみが不可欠と思われるが、その点が無視されているかに思われるところに、この法律の本質的な問題があるというべきであろう。

いまとりくまれるべきは、老人に負担と犠牲を強いることにより、かえって老人医療の諸矛盾の本質的解決をおくらせ、さらには、かえって解決をより困難なものにしかねない老人保健法案の提起する方策ではなく、1億総不健康とさえいわれている状況を克服し、また、老人保健・医療対策をすすめるに必要な体制を早急に確立整備するといった、現代医療の諸矛盾を抜本的に解決するた

めのとりにくみではなかろうか。高令化社会の到来を前にしている時だけに目さきの現象に目をうばわれることなく、未来を展望しながら、根本的な対策を確立するための努力が払われることが強く望まれる。

今回の臨調答申は「増税なき財政再建」と称しているが、老人保健法案がもたらすであろう問題は、「保健と医療の総合的実施」という名の、老人医療の有料化と国民負担の大幅増でしかないことは、誰の目にも明らかであり、そのもたらすものは、ひとり老人にのみの問題にとどまらない。戦後30余年にわたり、「憲法を暮らしにいかす」とりくみの中で、生存権保障確立のための、社会保障拡充をもとめての闘いの成果すら、後退させていくという危険すらはらんでいることを最後に強調しておきたい。

参 考 文 献

1. 西尾雅七編 老人問題の今後 ミネルヴァ書房 1976
2. 西尾雅七・坂寄俊雄編 人々の健康と社会保障 法律文化社 1978
3. 角田豊・奈倉道隆編 高齢化社会と社会保障 法律文化社 1978
4. 孝橋正一編 老後・老人問題 ミネルヴァ書房 1976
5. 西尾雅七監修 現代の地域保健 I 法律文化社 1981
6. 田中多聞 老人医療福祉論 誠信書房 1979
7. 自治体問題研究所編 行政改革問題資料集 自治体研究社 東京 1981
8. 厚生統計協会 国民衛生の動向, 保険と年金の動向, 国民の福祉の動向
9. 健康保険組合連合会編 社会保障統計年鑑 東洋経済新報社 各年度
10. 曾田長宗・三浦文夫編 図説 老人白書 1981年版 碩文社 1981
11. 村上元孝, 亀山正邦共編 老年病学 南江堂 1976
12. 福祉問題の焦点 ジュリスト臨時増刊 No. 572 有斐閣 1974
13. 東大公開講座 高齢化社会 東大出版会 1979
14. 加齢と病気 からだの科学 No. 97 1981
15. 高齢化社会と老人問題 ジュリスト増刊 No. 12 有斐閣 1978
16. 日野原重明, 木島昂編 老人患者のマネジメント 医学書院 1976
17. 国際社会福祉協議会日本国委員会編 各国の社会福祉 全国社会福祉協議会 1981
18. 吉田秀夫, 儀我壮一郎編 老人福祉と老人医療 法律文化社 1981

身障者世帯にたいする住宅の役割 および住宅の改善計画とその問題点

片 岡 正 喜

(大分大学工学部建設工学科)

1. はじめに——低い住宅改善に 対する関心

今日、身障者に対する生活空間改善についての認識が深まるにつれて、具体的な整備も実施されるようになったきた。

しかし、その中で住宅改善に対する関心は低いといわざるを得ない。先行してきたのは、身障者の福祉施設においてであり、街づくり運動を受け継いだ公共空間の整備においてである。これに対し住宅については、公営住宅の特定目的住宅（特目住宅）に限られてきたといっても過言ではない。

建築関係の研究においても、リハビリテーション（リハ）医学関係者に啓発されて始まった関係から、リハ医療施設より福祉施設、次いで街づくり、公共施設整備へ、そしてようやく最近に至り、住宅へ関心が高まってきたという状況である。

この原因の一つに、身障者およびその家族をはじめ、福祉関係者を含めて、施設や街づくりに比べて個人の住宅に対しては、あきらめともいえる状況のあることがうかがえる。これについては、身障者のハンディキャップを家族でカバーしてきた、わが国の家族関係に起因するところが大きいといえよう。

このような状況に対しては、身障者とその家族の生活にとって、住宅がどのような役割を果たしているのかを理解し、住宅改善の必要性を認識し直

すことから始める必要がある。その上で、身障者住宅改善の建築計画の研究として、どのようなアプローチをし、遂行してきたかについて述べ、最後に、その過程で出てきた、身障者住宅の改善推進のための問題点について触れる。

2. 身障者世帯の生活難と 住宅の役割

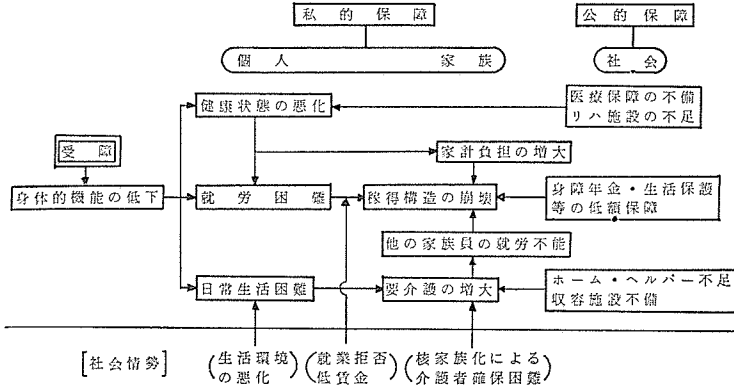
身障者とその世帯の生活に対して果す住宅の役割を認識するには、障害による生活難の構造的把握が必要である。

受障に起因し、生活難は、①本人の身体的機能の低下と健康状態の悪化、②世帯の稼得（家計）構造の崩壊、③本人の日常生活困難と世帯員による介護負担の増加という、3つの側面に集約して顕現し、身障者世帯の生活構造における再生産のサイクルを困難に至らしめる。

これらの生活難は、生活展開の場において構造的に相互に関係し、①身障者〔個人〕には勿論、②身障者を含む〔家族（世帯）〕、③対〔社会〕関係の局面において現象し、その対処にせまられる。そこには、個人・家族の局面で対処する「私的保障」と社会の局面で対処する「公的保障」とがある。社会保障・社会福祉がまだ低位にある現状では、公的保障に限界があり、私的保障というかたちで、身障者個人とその家族にしわ寄せされやすい仕組みとなっている。

これに対し、住宅は、身障者個人と家族のレベルにしわ寄せされる生活構造にとって、私的保障

図 1 身障者及びその家族の生活難構造



私的保障の場として位置づけられる身障者の住宅には、いかなる役割としての条件が求められるだろうか。前述の生活難構造との関係から指摘できる。

- i) 身障者〔個人〕・〔家族（世帯）〕・〔社会〕の局面から求められる条件
- ①身障者個人→自立性の向上

の場として重要な役割を負っている。

図 1 は、以上の受障による生活難構造を示したものである。

- ②家族→家族機能の充実

- ③社会→社会福祉の不備の補充

- ii) 生活難の局面から求められる条件

- ①身体的機能の低下・健康状態の悪化→療養・療育条件
- ②稼得構造の崩壊→就労条件
- ③日常生活の困難性→身辺処理の自立条件および介護（助）条件

3. 住宅に求められる役割としての条件

図 2 住宅の役割としての住宅空間条件

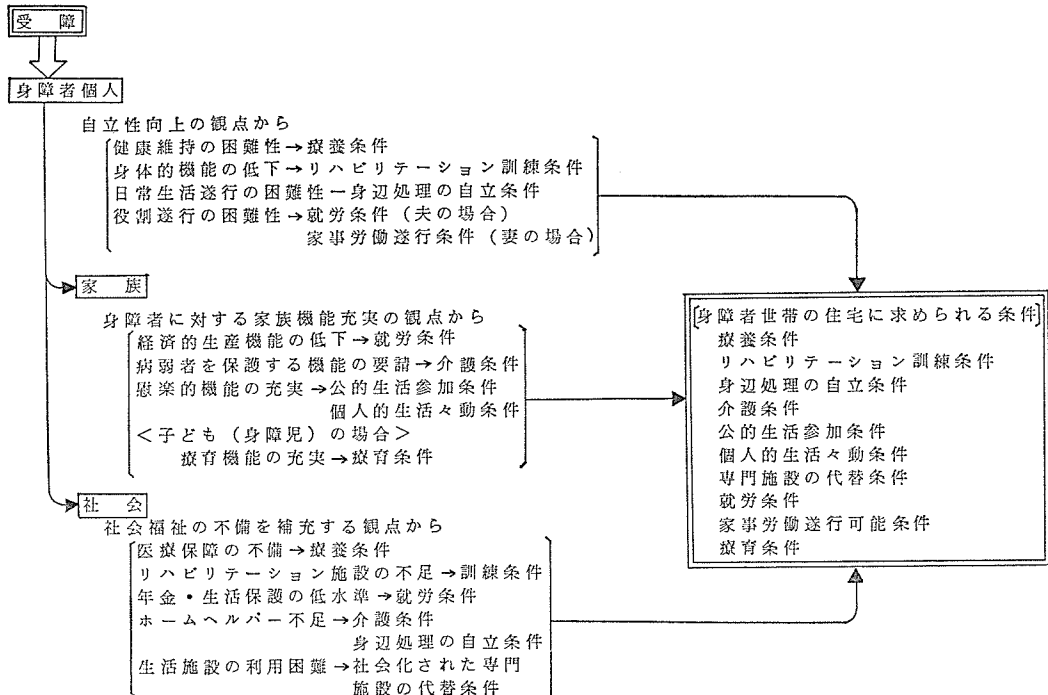


図 3 住生活空間改善のメカニズムと研究

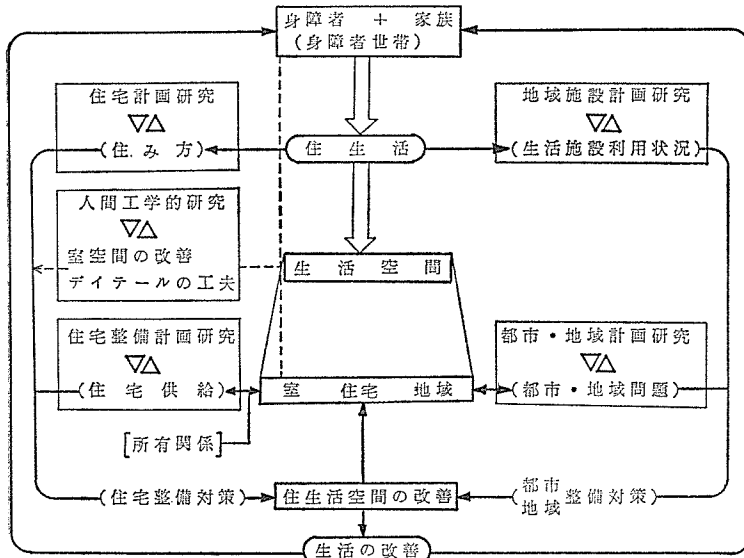


図 2 は、以上の条件を整理して示したものである。

4. 身障者住宅とそれを取りまく生活空間研究の素描

身障者とその世帯の生活改善につながる建築研究として、筆者の住宅を対象とするものを中心に、それを取りまく生活空間へのアプローチを関係づけ、全体を概説する。

基本は、「住み方」研究といわれるものをベースとする住空間構成を追求する住宅計画研究である。本稿の主題もこれである。つまり、生活主体たる身障者世帯と生活空間、なかでも住宅とのかかわり方である住生活に注視することにより、住要求とそれを充足するための方法を見出し、生活改善に反映させようとするものである。

これをとりまくものとして、①身障者の動作特性に適合するディテールの工夫や設備機器の開発を目的とする人間工学的研究がある。これらは室空間に結実される。さらに、②身障者世帯の質量を含む住宅改善の需要と、それに対する供給方策を検討する住宅整備計画研究といえるものがある。しかし、積極的な住宅改善施策のないまま今

日に至っており、これに類する研究はなく、今後の課題といえる。

以上の住宅を対象とするものに対し、住宅をとりまく生活施設および都市・地域へのアプローチがある。③身障者の専門施設であるリハ施設・福祉施設から、不特定多数人が使用する公共施設をはじめ、多くの生活施設を身障者に利用可能にする地域施設計画研究がある。これと関連し、

④身障者の外出を保障するための都市・地域計画研究がある。

これらの研究が総合化され、具体化されることにより、身障者にとって空間的ハンディキャップのないバリアーズ・フリーの生活空間が実現されることになる。図 3 は、これをまとめて示したものである。

5. 身障者住宅研究の基本的枠組

5.1 住み方研究について

前述の如く、住宅計画研究の基本は、生活主体としての世帯と住宅とのかかわりである住み方、対応関係としての住生活を考察することになる。

住み方は住要求の処理形態であり、そこには住要求充足に当たっての工夫や矛盾があり、同時に住要求充足のための法則性や新しい住要求がある。この矛盾を解決し、新しい住要求を充足に導く法則性を踏まえた、新しい住み方に発展させ得る住空間構成の方法と契機を住み方の中に見出すことができる。

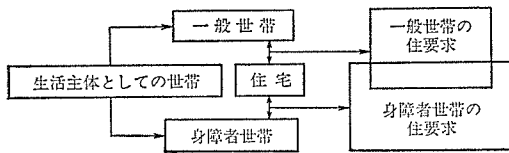
5.2 住み方における一般世帯と身障者世帯との共通点と差異

住み方を規定する要因は、時代、地域性、階層性を背景とする世帯形態と住宅形式である¹⁾。身障者世帯と一般世帯との間で住み方に差異をもたらす直接的な規定要因は、居住者たる身障者とそれを含む世帯形態である。これに対し、時代・地域性・階層性および住宅形式は、住み方を規定するものとして踏まえる必要があるが、両世帯間の住み方に差異を生じさせる直接的な要因ではない。(勿論、両世帯間の階層構成の差異からくるものはあるが、また、今日のわが国の住宅事情下では、身障者世帯の住宅形式が特に異なるという例は少ない。)

さらにさかのぼって、住要求が潜在化に至る契機となる動因(一次的要求)は、両世帯ともに共通するところから発すると考えられる。従って、両世帯において住要求の共通する部分は大きく、これまでの住み方研究や住宅計画研究が基礎となる。(図4)

この点は、身障者世帯の住空間の方向として、一般世帯の住み方に近づける解決を見出すべきことを示唆している。

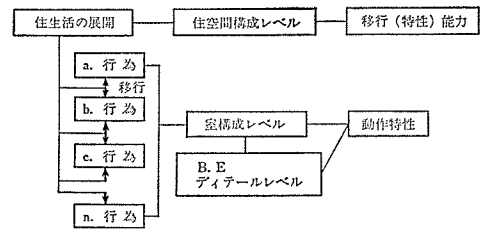
図4 一般世帯と身障者世帯との住要求の関係



6. 身障者世帯の特性と住み方

身障者の空間に対するハンディキャップの程度が軽度であれば、要求される住宅は一般世帯のそれと差がなくなるはずである。ということは、生

図6 住生活の展限における住空間構成レベルと室構成レベル



活主体たる身障者およびその世帯の特性が、住み方や住要求にどのように関係するのかを明らかにすることが求められていることになる。

6.1 障害と住み方

身障者が建築を使用する際に生じる空間的障害(Physical handicap)は、各室において行為を遂行する段階と、室間を移動し、ある行為から別の行為へ移行する段階に分けて扱われる。

これを住み方にあてはめてみると、住み方は、住生活の展開であり、住宅における生活行為の連続的展開であり移行である。つまり、各生活行為は各室に対応しそこで遂行され、ある行為から別の行為への移行は、各室を連絡する廊下、出入口、室(の場合もある)などに対応し、そこを通して行われる。(図5)そこには、行為そのものをスムーズに遂行させるための「室(空間)構成」レベルの、次いで各行為をスムーズに移行させるための「住空間構成」レベルの計画が要請される根拠である。(図6)

住の方から導出されるこの2つのレベルの計画と障害との関係を見てみると、室構成レベルに直接関係する障害能力は、各室で遂行する行為の遂行能力いわゆる日常生活動作能力(ADL)であ

図5 生活行為の連続的展開と住空間との対応

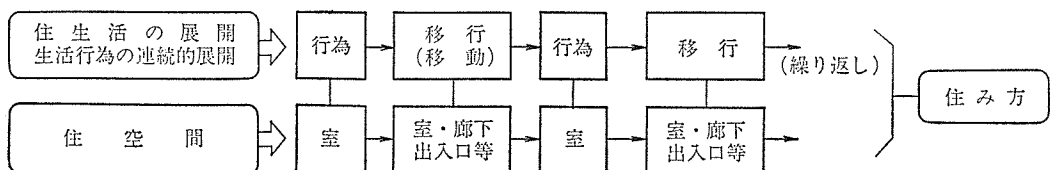


図7 障害者の分類 (British Standard Cord of Practice)

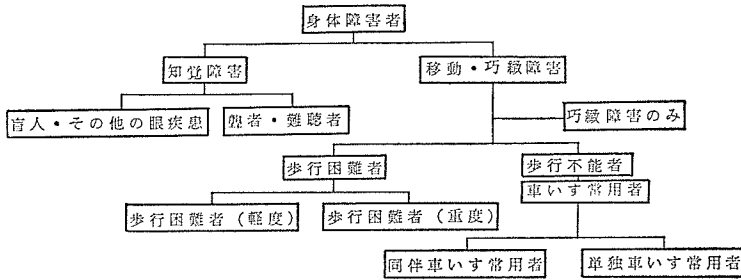


表2 5段階移行能力と身障者福祉法による分類及び室・住空間構成レベル

移行能力	身体障害者の部位・程度	室構成レベル	住空間構成レベル
歩ける	上 障害者・聴覚障害者 軽度の下肢・体幹障害者	●	
幾分歩ける	中度の下肢・体幹障害者 視覚障害者	●	▶
車いす使用者	重度の下肢・体幹障害者	●	▶
	重度の上下肢・体幹障害者	●	▶
寝たきり	重度の四肢・体幹障害者	●	▶

表1 移動の分類 (Goldsmith 氏)

移動の分類
1. 自立車いす常用者
2. 車いす不用歩行者
3. 車いす使用歩行者(介助付歩行者)
4. 介助付車いす常用者
5. 建物非利用者

り、住空間構成レベルに関係するのは、各室間を移動し各行為をつなぐ移行(移動)能力である。従って、室構成ではADLのうち住宅の主要な室と対応する各行為の動作特性を、住空間構成では移行能力としての歩行動作特性を把握する必要がある。

表3 移行能力と移行状況

移行能力	略 称	移 行 状 況	例 数
1. 歩ける	<A> Ambulant	補装具を着装せず、ほぼ支障なく歩ける	22 (10)
2. 幾分歩ける	<S> Semi-Ambulant	補装具の装着を問わず、歩行に支障を伴うが、歩いて移動できる	68 (26)
3. 車イス(使用)自立	<WI> Wheelchair-Independent	歩行はできてもせいぜい数歩で、車イスを自分で駆使して移動できる	21 (3)
4. 車イス(使用)介助	<WD> Wheelchair-Dependent	歩行できず、車イスも自分では動かせず、介助による車イスを使用して移動する	12 (2)
5. 要 介 助	<H> Helped	歩行できず、車イスも使用したことなく、いざるか、介助によって移動する	16 (4)
6. 寝 た き り	 Beb-Fast	歩行できず、寝たきりでほとんど移動できない	12 (4)

(): 特目住宅居住者の例数

ある。

6.2 移行能力

移動障害の観点を導入した身障者の分類には、British Standard cord of Practice のものがある。(図7)これに對比できるものに、英国の権威者 Selwyn Goldsmith 氏による車いす人口の建物利用状況に関連した分類がある。(表1)²⁾ 両者を参考に、身障者の移行(移動)形態を能力別に整理区分してみると

5段階の設定ができ、それと身障者福祉法の評価基準による分類を対応させると、表2のようになる。

この5段階分類を基礎に、対象者として、下

表4 基本的日常生活動作とその位置付け

生活動作	動作の位置付け
1. 歩行	移行能力を評価する基本動作
2. 階段昇降	移行能力を評価する歩行の変形動作
3. 用 便	立ち上る・腰を下ろすという歩行の始めと終りの動作
4. 入 浴	衣服の着脱等の複雑な応用動作
5. 外 出	歩行をベースにした外出に伴う諸動作に精神的なレベルも含めた総合的動作

表 5 基本的日常生活動作能力の判定（評価）基準

評価区分	記号	判定規準
1. <自立>	○	補装具を使用せず、一人で遂行できる。ほとんど支障を伴わない。
2. <支障+自立>	△	補装具を使用せず、一人でなんとか遂行できる。支障（時間がかかる・苦痛を伴う・不安があるなど）を伴う。
3. <補装具+自立>	△	補装具を使用すれば、一人でなんとか遂行できる。
4. <要介助>	×	補装具を使用しても一人では遂行できない。介助者が必要。

肢・体幹機能障害者のうち身障者福祉法による4級から1級までに限定し、特目住宅居住の49例（福岡市営・熊本市営・兵庫県営）と一般住宅居住の102例（福岡市、任意抽出）、合計151例を選

る。

その結果、和風の住様式、車いす使用未経験、リハ未受療等から、表3の区分の<車いす非自立（車いす介助）>と<寝たきり>の中間に該当する

定、移行能力（と併せて住み方）を調査した。（昭和48年調査）

移行能力の判定は、「補装具の使用を問わず（使用者も非使用者もあり）平坦な場所を好ましい方法で移動する状況」によってい

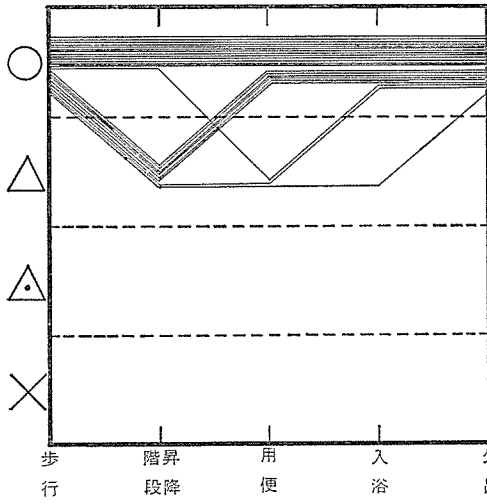


図 8 <A>の基本的日常生活動作能力

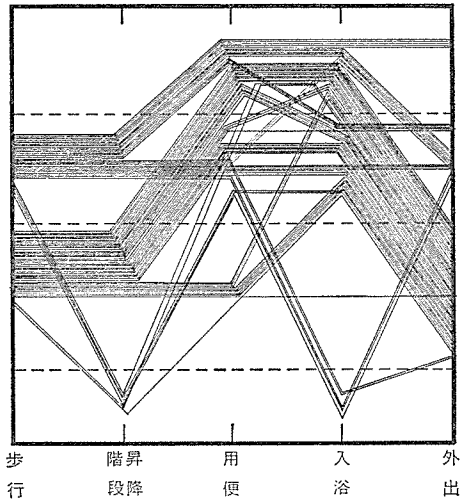


図 9 <S>の基本的日常生活動作能力

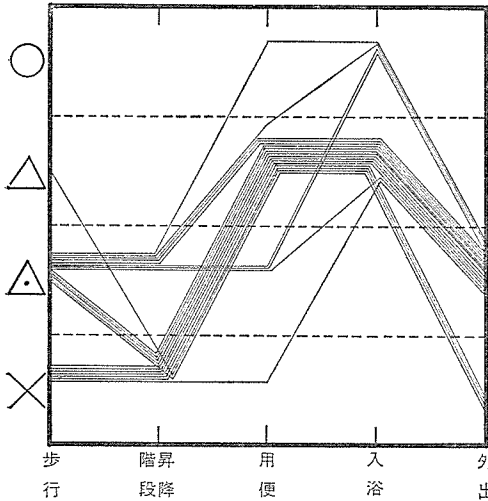


図 10 <WI>の基本的日常生活動作能力

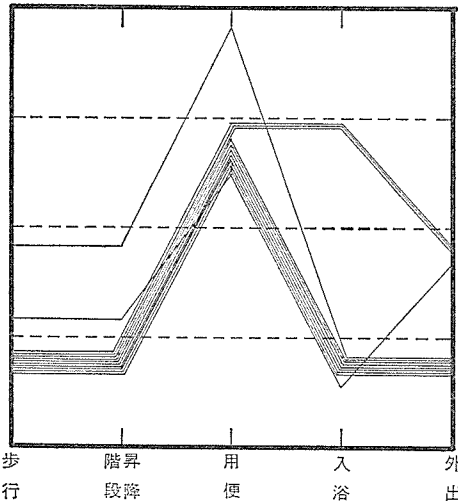


図 11 <WD>の基本的日常生活動作能力

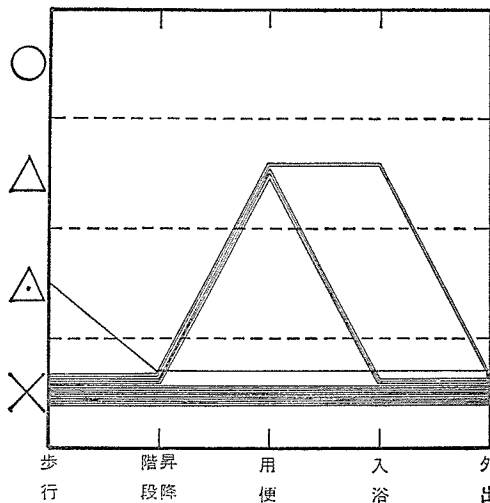


図 12 <H>の基本的日常生活動作能力

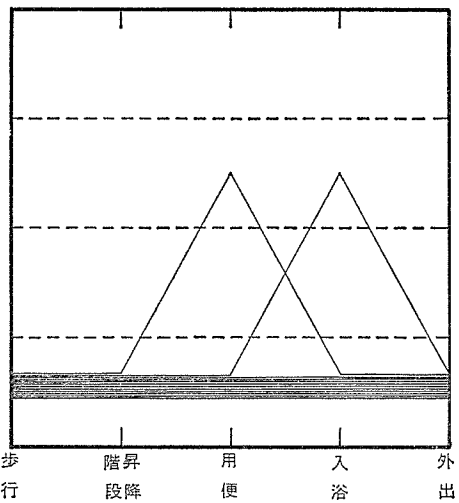


図 13 の基本的日常生活動作能力

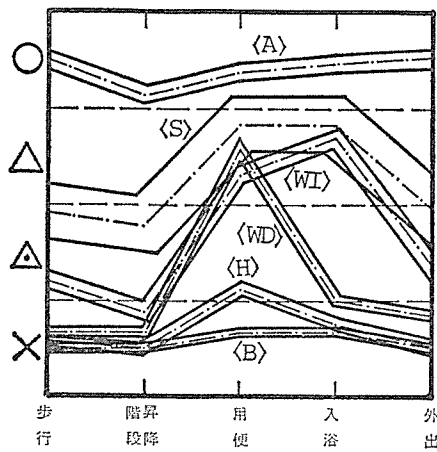


図 14 移行能力別基本的日常生活動作能力模式図*

* 図 8~13 の平均値 (---) と例数 (=) を模式化したもの

図 14 移行能力別基本的日常生活動作能力模式図*

* 図 8~13 の平均値 (---) と例数 (=) を模式化したもの

事例が相当数みられ、それらを<要介助>とし、最終的に表 3 に示す。6段階の移行能力を設定した。これらを移行形態で大きくくりにすると、歩行によるもの、車いすによるもの、その他の3つに区分できる。

6.3 移行能力と基本的日常生活動作能力

住宅計画において、まず住空間構成（簡単にいえば間取り）に必要なのが身障者の移行能力である。次いで問題になるのは、各室での ADL

で、なかでもプライバシーの要求度の高い複雑な動作を伴う用便や入浴である。そこで、先の6段階の移行能力と基本的日常生活動作一用便・入浴の他に歩行・階段昇降・外出を含めた（表4・5）一との関係を把握した。（図8～図13）さらにこれらをまとめたものが図14であり、移行能力と基本的日常生活動作能力との関係が明らかとなり、身障者の移行能力を住生活の分析および住空間の条件設定の指標として採用した。

なお、これに関連しては、一部で実施されているが、リハ専門病院のADLの評価に、退院後の住宅との適合度および改善内容を見出すための項目が設定されることが望まれる。

6.4 移行能力から求められる住空間条件

さらに移行能力を、併せて多面的に考察し、身障者住宅計画の総合的指標とするため、補装具の使用状況、障害の原因・部位・等級との関連も把握した。（省略、文献⁹⁾を参照のこと）

以上の結論として、移行能力の定義と移行能力別に求められる住空間条件をまとめたものが、表 6 である。

6.5 身障者世帯の構成と住み方

一般に、住み方を規定する要因には、生活主体を構成する世帯がある。ここで大切なのは、世帯

表 6 移行能力の定義と住空間条件

歩行能力	基本的日常生活動作能力	住空間条件	備 考
<歩 け る> Ambulant <A>	<ul style="list-style-type: none"> ○歩行は補装具を使用せず、ほぼ支障がない ○階段昇降はやや困難を伴うが不可能ではない ○用便・入浴などの基本的日常生活動作は自立可能で、住生活全般にわたり健常者に近い位置にある ○外出も補装具を使用せず、ほぼ支障なく可能 	<ul style="list-style-type: none"> ○高いレベル差(1,2階にまたがること)は避ける ○手摺などは有効 	<ul style="list-style-type: none"> ○<片マヒ・下肢マヒ>・<下肢硬直>が中心 ○A級が主体で3・2級まで分布 ○補装具は住戸内・外ともほとんど不要
<幾分歩ける> Semi-Ambulant	<ul style="list-style-type: none"> ○歩行は補装具の使用を問わず、支障は伴うが歩ける。住戸内では補装具をほとんど使用せず、壁伝い・いざる移動が多い ○階段昇降は歩行以上に困難であり、1,2階間の昇降は基本的に無理である ○用便・入浴は困難を伴うが自立遂行が可能 ○外出には補装具・車イスの使用が多くなるが、自立遂行可能 	<ul style="list-style-type: none"> ○同一レベル階の空間構成が基本 ○レベル差は避け、ステップには手摺、足台などの配慮が必要 ○便器・浴槽・洗面台・流しなどの仕様に配慮が必要 	<ul style="list-style-type: none"> ○<対マヒ・両下肢マヒ>・<片マヒ・下肢マヒ>・<下肢切断>を中心に<両下肢硬直>・<下肢硬直>にも厚い ○4・3級に集中し、2級にも比較的高く分布 ○補装具は住戸内はほとんど使用せず、住戸外では杖・義足類の使用率が高くなる
<車イス(使用)自立> Wheelchair-Independent <WI>	<ul style="list-style-type: none"> ○移動は自立で車イスを使用し可能。上肢の一方は欠損せず、車イスが操作でき、トランスファーが可能 ○用便・入浴は器具及びへやの構造によるが、自立遂行の能力が充分ある ○外出には相当の困難を伴う。物理的環境条件の改善で自立可能 	<ul style="list-style-type: none"> ○同一レベル階の空間構成が必須で僅かのレベル差もなくす ○各室の車イス適応度を高め各室相互を車イスで連絡可能にする ○特にサンタリー・台所関係は車イス使用のための広さ・ディテールの配慮が必要 	<ul style="list-style-type: none"> ○<対マヒ・両下肢マヒ>が主体 ○2・1級が中心で、3・4級にも分布 ○補装具は住戸内で使用。不使用半々で杖類の使用がなく、住戸外では車イスの使用が多い
<車イス(使用)介助> Wheelchair Dependent <WD>	<ul style="list-style-type: none"> ○移動は車イスで行なう。上肢の欠損度が高くトランスファーに介助を要するケースが多い ○入浴は一般に自立遂行不可能であるが、用便は自立できるものがある ○外出は自立不可能で介助による車イスで行なうが、外出しない者がある 	<ul style="list-style-type: none"> ○<WI>の条件に加え、介助のしやすさを配慮することが必要 	<ul style="list-style-type: none"> ○<対マヒ・両下肢マヒ>が主体 ○1・2級にも分布し、2級が中心 ○補装具は住戸内でも使用しないものが多く、住戸外では車イス等の車類の使用が増えるが、外出しないものが多い
<要 介 助> Helped <H>	<ul style="list-style-type: none"> ○移動はいざるか介助による。<WD>より重度で、車イス使用は不可能で、利用経験も少ない ○入浴は自立遂行不可能であるが、用便は自立できるものがある。生活全般に要介助の割合が高い ○外出は自立不可能で、外出しないものが多く、一部が介助による車イスで行なう 	<ul style="list-style-type: none"> ○個室として就寝・食事は勿論、便所及び用便処理のできるへやの確保が要求される ○個室と介助者との連絡に対する配慮が必要 ○サンタリーは介助に対する配慮が不可欠で、車イス用・非車イス用の2つのタイプに分けて考える必要がある 	<ul style="list-style-type: none"> ○<四肢マヒ>・<対マヒ>が主体 ○2・1級に分かれて分布 ○補装具は住戸内では使用せず、住戸外は外出しないものが圧倒的に多く、車イス・その他の使用者が若干あるのみ
<寝 た き り> Bed-Fast <H>	<ul style="list-style-type: none"> ○生活行為全般において自立不可能で、常時看護を要する 	<ul style="list-style-type: none"> ○<H>の条件に加えて、個室は介助者が同室就寝できることが必要 ○個室は家族の団らんなどと連絡できる位置が要求される 	<ul style="list-style-type: none"> ○<四肢マヒ>が主体 ○1級が中心で2・3級に僅かに分布 ○補装具は住戸内・外とも使用せず、外出はしない

に占める身障者の地位を明確にした世帯構成である。その根拠として、本来住み方には各世帯員の世帯構成上における位置や役割が反映されるといえることがある。

これについても、あらかじめ身障者の地位を明示した世帯類型を設定し、先の対象について、身障者の移行能力別に、役割分担の状況を考察した。(省略、文献⁴⁾を参照のこと) その結果、身

障者が障害のため遂行困難になった、世帯上の位置からくる役割を果そうとしていることが明らかになった。特に移行能力が<WI>以上において顕著である。

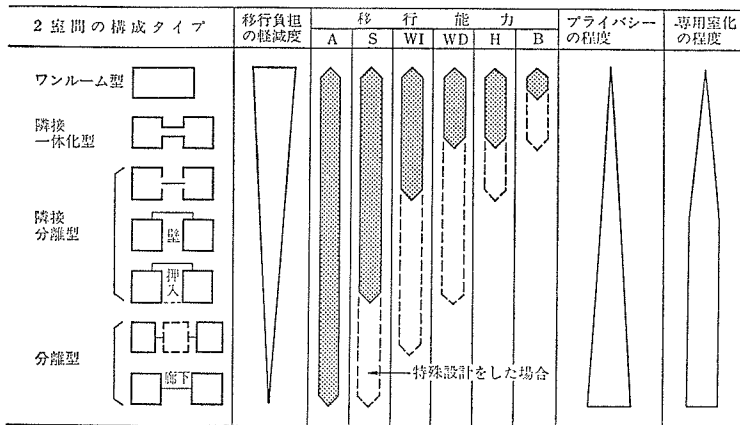
6.6 身障者世帯の構成と住空間条件

以上から、身障者世帯の類型別に求められる住空間条件をまとめたものが、表7である。

表 7 身障者の地位・役割と住空間条件

	身障者の地位	主な役割	主なる配慮事例	住空間に要求される条件
C ^D	夫	職業労働	就労条件の確保	・通勤の場合——職住近接 通勤手段の確保 ・自営の場合——仕事場(室)の確保
B ^D	(欠損家族)	家事労働にも従事		・C ^D の条件に準じる
C ^{D'}	妻	家事労働	家事労働・家庭管理の軽減	・台所・食事室中心の改善 ・生活施設の利便性の確保
B ^{D'}	(欠損家族)	職業労働にも従事	就労条件の確保	C ^{D'} の条件に準じる
α ^D	11才以下の子ども	前期の育成過程	遊び・育児に従事する母親との関係	・子ども室・遊び場の充実・確保 ・台所・家事室と子どもが主にいるへやとの関係 ・子どもの就寝室と母親の就寝室との距離・母親の就寝室の広さ
β ^D	11才以上の子ども	後期の育成過程	教育・自立の促進	・子ども室の充実・確保 ・就寝室のプライバシーと介助者の距離
S ^D	単身者	自立過程	就労条件の準備・確保	C ^D の条件に準じる

表 8 2室間の構成タイプと移行能力



示したものが表8であり、併せて、2室間の関係付けの際に欠かせない、プライバシーの程度と専用室化の程度も対比して示している。

2室間の構成方法の選択に慎重を要し採用が限定されるのは、移行を車いすによる<WI>・<WD(車いす介助)>以上の重度の場合であ

これは、先の生活難構造が私的保障として世帯に求めるものと共通し、それを具体的に裏付けている。

7. 住空間構成の基本 ——移行能力と空間構成

身障者住宅では、身障者の移行能力の低下に対し、移行しやすい負担のかからない住空間構成が求められる。

住空間構成の基本は、2室間の関係付け—相互の位置関係と連結方式である。この集積が住空間構成一間取りを決定する。代表的な室間の構成タイプを移行能力に対応させ、移行負担の軽減度を

る。直接移行に関する特殊設計として、<S(幾分歩ける)>の場合、段差の除去、手摺の取付けが主である。<H(要介助)>と<B(寝たきり)>の場合、介助による移行しやすいルート、視線の連続性、会話の伝達性の確保が必要となる。車いす移行の<WI>・<WD(車いす介助)>の場合、歩行と異なる車いす移行に負担のかからない条件として、短い段差のないターンの少ないルートや通過するドアの数・巾員、構造等に配慮が必要となる。

難しいのは、移行能力の低下につれて求められる室間の構成には、プライバシー、専用室化の程度が低減し犠牲となりやすい点である。

8. 生活行為遂行に

改善を要する室

身障者にとって住宅全体が利用できれば理想的である。しかし、実際には移行能力をはじめさまざまな制約が伴い限定される。

身障者住宅の空間構成要素である室として、身障者に使用可能とすべき室をあげると、第一に、身障者が最低限の自立化を図るために不可欠な室として、①身障者の寝室または個室（P）、②サニタリー関係—便所（C）・浴室（B）・洗面所（W）があげられる。第二に、家族の公的な生活に参加できる要件として、③食事室（D）、④居間（L）があげられる。

身障者が夫の場合、〈A〉～〈WI〉では、）住宅内就労の例が多く、⑤仕事室の必要度が高まる。妻の場合、家事労働の中心の場である⑥台所が重要になる。さらに子どもの場合、⑦の個室の充実が大切で、子どもが成長すると⑧の仕事室との兼用化が求められる例が多くなる。

9. 最低自立条件のための

基本構成タイプ

身障者住宅の空間構成の基本として、身障者の最低自立条件を保障できる必要がある。それは、身障者のP（寝室）からサニタリー関係（C・B・W）へ自力でアプローチを可能にすることである。

それら相互の関係付けをみると、次の3タイプがある。

- i) 非通過型：PからC、B、Wのいずれにも他室を通り抜けずアプローチできる（図15）
- ii) 通過型：PからC、B、Wのいずれにも他室を通り抜けないとアプローチできない（図16）
- iii) 一部通過型：PからC、B、Wのいずれかは他室を通り抜けないとアプローチできない（図

17)

これらのタイプは、K労災病院退院者のうち本格的に車いす用に新築および増改築（17戸・13戸）を対象に調査し、考察の結果見出したものである。（昭和51年調査）^{5）、6）}

非通過型は、PとC、B、Wとを近接させることで、移行負担を軽減できる。また、他室のプライバシーを乱す程度が低い。従って、車いす使用者でもより重度で介助を要する場合に適合度が高い。車いす使用者や依存度の高い場合、成長した子どもが身障者の場合など、自立化を促進するのに適し、身障者の自立化促進型といえる。

これに対し、通過型は、PとC、B、Wとが分離する場合が多くなり、用便や入浴などの折に通過する室のプライバシーを侵しやすい。従ってこれは、移行能力の低い身障者や自立性の低い車いす使用者には不適である。通過する室は私室であってはならず、居間をはじめとする公室がほとんどであることから、公的生活参加促進型といえる。この点から、家族の中心たる夫や妻が身障者の場合に考慮されてよいタイプといえる。

一部通過型は、両者の中間的性格であるが、どちらかといえば、後者に近似する。

10. 基本構成タイプの

具体化の検討

i) 非通過型の場合：このタイプではPとサニタリー関係とを近接しており、短い簡潔な動線で連結するのが好い。今日の典型的な間取りの一つである中央に居間を配するタイプで考えてみると、P、C、B、Wを玄関側にまとめてとる方法—「玄関側配置型」と、玄関から居間や食堂を通り抜けた側にまとめてとる方法—「玄関逆側配置型」とがある。（図18、19）

車いす使用の場合、衣服の脱着不可能な便所や脱衣室しかとれないと（既存の車いす用住宅に多い）、障害者の用便や入浴に伴い、Pからサニタリーの動線上で特にプライバシーが要請される。この点から、車いす用住宅としては、非通過型の

玄関逆側配置型の方に問題が少ない。

他方、車いす使用者は自家用車利用の必要度が高く、自家用車の所有率も高い。その車庫・駐車場は車いす出入り可能な玄関や出入口をもつPに近い方がよく、実例にも多い。このようなPの位置関係の場合、玄関逆側配置型はとりにくい。特に増改築では、玄関から車いす出入りを可能にすることが難しく、Pから直接出入り可能にする例が多く、Pから車庫へのアプローチに配慮が求められる。

ii) 通過型の場合：通過する室は私室であってはならず、Pとサニタリーを結ぶルートは移行負担の軽減に対する配慮が必要である。動線が、特に車いすの場合など、通過室の中央を通ることは避けたい。また、車いす用住宅の場合、特別なルートの確保は無駄な面積増を招くことになりやすい。従って、車いすの通りやすい居間や食堂を当てることが望ましい。この場合、便所・脱衣室は車いすで脱着可能にする必要がある。

11. 車いす用特目住宅の

基本構成タイプおよび

空間構成とモデルプラン

全国の主要自治体から昭和50年8月以前建設の車いす用特目住宅の平面図(69例)を収集し、それらの住空間構成を分類した(表省略)⁷⁾。ここでは、その中から代表的な住戸を抽出し、模式図として示す。(表9)⁸⁾

これで分かるように、特目住宅の車いす用は、個人住宅の空間構成とは大きく異なる。すなわち、床面積が狭く、コンパクトな構成であり、身障者の就寝室として設置されている洋室Pとサニタリー(C, B, Wのワンルーム型)との関係は、[DK]型が主であるため、[DK]を通過する通過型がほとんどであるが、その動線は短く移行負担も少なく、問題は少ない。

問題は別のところにあった。その手掛りが得られたのは、住戸型別に空間構成について、生活展開に関連し、車いす使用者の移行能力から求めら

れる評価と一般世帯と共通する生活秩序化から求められる評価を主たる基準とし、採点評価した結果からであった。表10は、その際の住戸の空間構成評価基準である。

この評価基準により、収集住戸平面を採点評価した。(表省略) その結果として、代表的な住戸型について評価総点をまとめてみた。(表11)

これによると、最大の疑問は、調査時点で主たる事例であった。北側にDKのある[DK^N]型が、事例の少ない南側にDKのある[DK^S]型に比して、全体的に評価が低い点である。しかも最も多い代表であった[2DK^N]型の[DK^N=洋^S](=：連続一体化が可能)型の評価が低く、事例の少ない[2DK^S]型の[DK^S=洋^S]型に評価が高い点である。(洋^S・南側洋室)

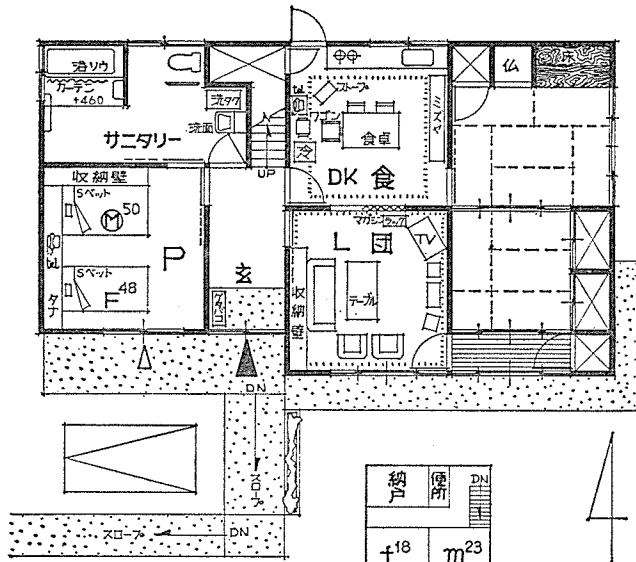
その理由を要約してみると、次のようになる。

- ①洋室の通り抜けが[DK^N]型に生じる。
- ②第2居室、第3居室のDKからの分離度は[DK^S]型の方が高くプライバシーも確保される。
- ③居室間の分離が[DK^N]型より[DK^S]型になされている。(居室：寝室として使える室)

さらにこの点について、実際にどのように問題になっているかを追求するため、住み方調査を行った。

その結果明らかになったことは、[2DK^N]型において、身障者の寝室に考えられている南洋室がそれに隣接する第2居室に就寝する成員のサニタリーやDKを結ぶ動線の通路となり、身障者の寝室ないし個室としてのプライバシーが無視されている点である。この問題を避けて、隣接の和室の居室(床高+45cm, 車いすのシートレベルに合致)でふとん就寝し、なかにはレベルの上った畳面にベッド置く身障者もあり、その結果、集中就寝をきたす例もみられ、問題の多い空間構成の住戸型であることが指摘できる。

その他多面的な考察を行った結論として、今後の特目住宅の住戸計画指針をまとめた。その中に在宅時間の長い身障者が昼間過し、また食事だけでなく団らんのもととなるDKを南に配し、Pとなる洋室をそれに隣接させるタイプを主とする指針を示し、それに基くモデルプランを提示した。



P: 就寝 団: 団らん
食: 食事 仕: 仕事

納戸	便所	DN
和6	和6	2F

玄関 { ▷: 車いす出入り可
 ▷: 車いす出入り不可 }
その他の出入口 { ▷: 車いす出入り可
 ▷: 車いす出入り不可 }
室のつながり { =: 連続
 -: 一部連続(廊下・狭い間口による) }
スロープ: W W

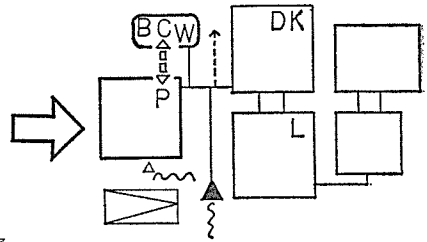
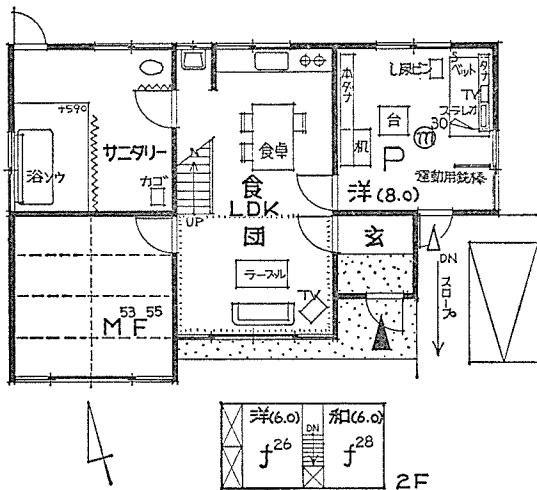


図15 非通過型の例(新築)

①家族: ⑤⁵⁰ (夫 50 才・身障者) F⁴⁸ (妻 48 才) m²³ (男子 23 才) f¹⁸ (女子 18 才),
②障害: 脊損・1 級, ③移行能力: <WI> (車いす自立)

車いす使用者に必要な室を利用できるかたちで西側にまとめている。サニタリーは1室に収め、Pから直接出入り可能とし、他の家族は別のドアから入っている。P・サニタリーいずれも車いす利用を考慮した面積とし、DKとLは一体化を可能にして移行しやすくしている。Pと駐車スペースとも近接させている。



洋(6.0)	和(6.0)	DN
f ²⁶	f ²⁸	2F

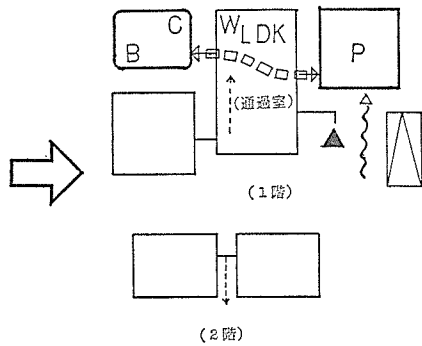


図16 通過型の例(新築)

① M⁵³F⁵⁵⑤³⁰F²⁸f²⁶, ② 脊損・1 級, ③ <WI>

1階の1室を除き、他は車いす利用可能にし、LDKを中央に配し車いす動線の場としている。P・サニタリーいずれも広くし、車いす操作を容易にしている。しかしサニタリーは過大で工夫すれば脱衣室がとれそうである。車いすの出入口をPにとり、駐車場と関係付けている。

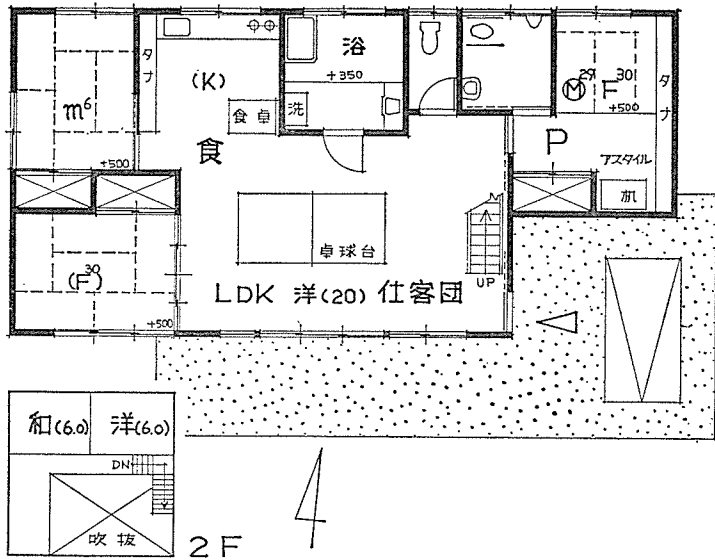
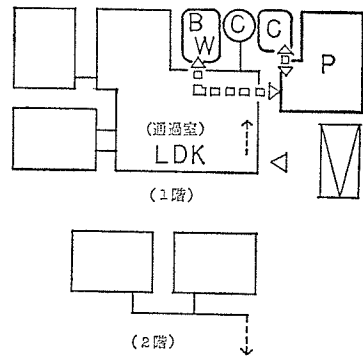


図17 一部通過型の例（新築）

① ⑩²⁹F³⁰m⁶, ② 脊損・1級, ③ <WI>

車いす使用を考え十分な面積配分をしている。中央に広い仕事室（絵本描き）兼 LDK をとり、それに接して P とサニタリーを設けている。別に車いす専用の C をとり P から直接利用できる。P には畳敷きの造付けベッドを有する。広い仕事場兼 LDK には卓球台（多目的に利用）を置きスポーツも楽しめるが、仕事の来客が多く食事へのプライバシーに欠けるという意見が出た。



(表12)⁹⁾

この指針をまとめる以前であるが、指針の考え方に沿って、筆者が参画して基本設計した実例を図20に示す。なお、指針提示に当っては、この実例の住み方調査をし、その設計の基本的な考え方の妥当性を検証し、反省を加えてまとめた⁹⁾。

12. 住宅計画に共通する

基本事項

身障者住宅においても、身障者自立化のための P とサニタリーとの関係とは別に、一般住宅の場合と共通する基本事項がある。

それは、庶民が前近代的な住生活から脱皮し、新しい住生活秩序を見出す過程で、住宅計画の基本として確認された事項である。すなわち、食寝分離、就寝室分解、公私室空間の確保である。これらは、身障者住宅においても一般住宅の延長線上で解決を図るべき事項である。

以上の住生活の秩序化に共通する点は、住要求の向上と床面積獲得の過程で、基本的な生活行為に適合する機能性を高めた室に分化し、専門化を図ることにより、秩序付けをしようとする点である。

しかるに、この分化（による分離）は、車いす使用者やより低い移行動能力の場合に負担を課す

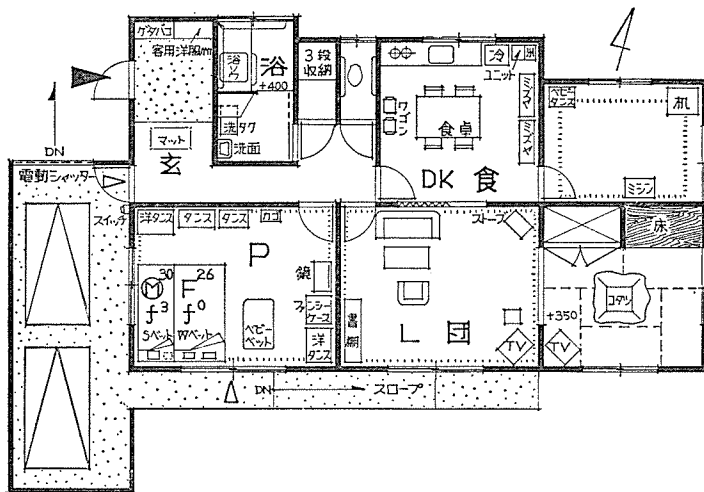


図18 玄関側配置型の例(非通過型—新築)

- ① ④³⁰F²⁶f³f⁰, ② 両足太たい部切断・1級
③ <WI>

平屋建で和室1室を除き他はすべて車いすで利用できる。中央にLとDKをとり、玄関側にPとサニタリーをまとめている。P・L・DK いずれも車いす利用を考えた面積とし、LとDKとは一体化を可能にしている。サニタリーには細かい配慮がなされ、車いす出入りは車庫から玄関ホールに導いている

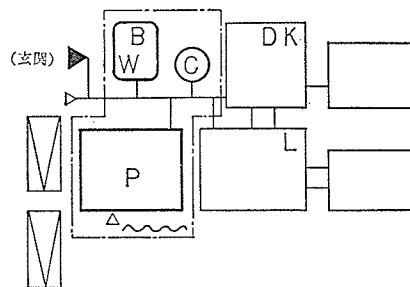


図19 玄関逆側配置の例(非通過型—新築)

- ① ④³⁰F³⁵m¹²m¹⁰, ② 脊損・1級, ③ <WI>

玄関から最も離れた位置にPとサニタリーをとり、車いす用の幅広い廊下で各室を連結している。廊下面積が大きく有効面積率が低い。車いすで利用できるLがとれず、団らんには主にPでなされているが十分な広さとはいえない。C・B・Wはそれぞれ分離し、車いす利用可能になっている。

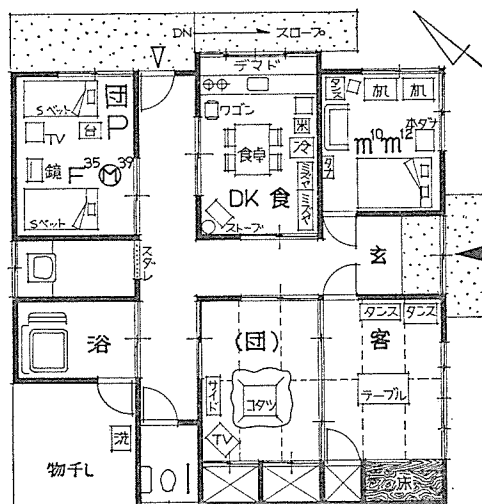
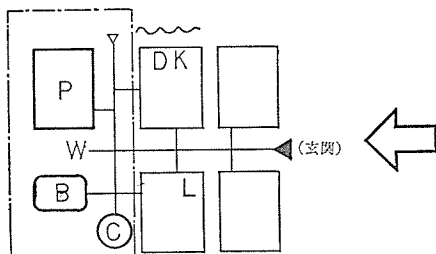
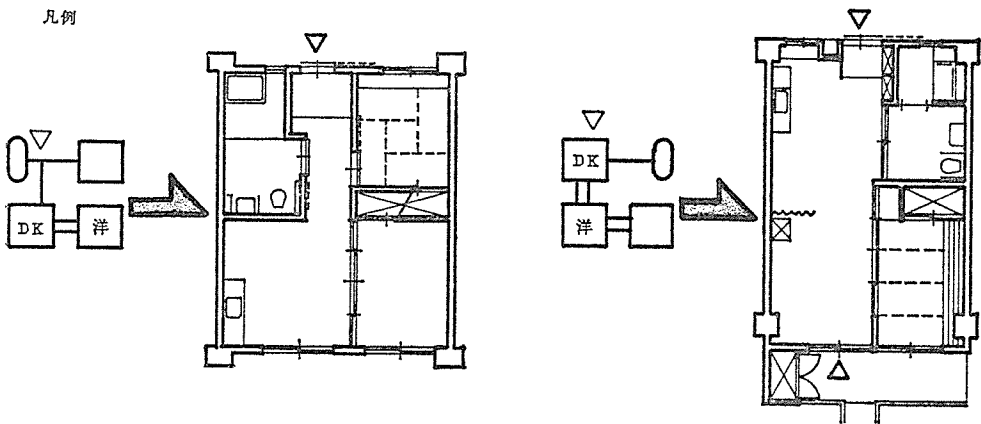


表9 代表住戸平面の模式図

DKの位置 居室との関係 DKと主室の関係 住戸型		DK ^S 型		DK ^N 型	
		主=居	主一居,主・居	主=居	
2 DK	DK=洋 ^S (主)				
	DK=和 ^S (主)				
3 DK	DK=洋 ^S (主)				
	DK=和 ^S (主)				

: 連続 : サニタリー
 : 一部連続 : 居室
 : 分離
 : 玄関車いす出入可



ことになり、分離の仕方によっては適応し得ず、介助負担を増すことになる。そこで共通事項についても、一般と異なる配慮をした構成が求められる。

i) 食寝分離について：まず、家族と一緒に食事

できるようにしなければならない。車いすの場合食事室を洋室とし車いす操作可能な広さとする必要がある。洋室であっても車いす利用できない場合、別の居室を食事室に当て、就寝できる居室が不足し、食寝分離や適正就寝が難しくなる例も生

表 10 住戸の空間構成評価基準

項目	4	3	2	1
(L)DKと隣接居室との関係	南主室と連続	南主室と一部連続可南居室と連続可	北居室と連続可	居室と連続不可
居室間の分離度	(L)DK等をはさみ分離対角線上に配置	押入間仕切壁間仕切	共用部分のみ開口	フスマ間仕切
第2・第3居室の(L)DKからの分離度・プライバシー	(L)DKから分離	(L)DKと押入間仕切	(L)DKと壁間仕切	(L)DKと一部連続・フスマ間仕切
身障者用居室と(L)DKとの関係	連続可	一部続可	連続不可	洋室なし
車イスアプローチの難易居室通り抜けの有無	全居室アプローチ可	1居室アプローチ難(間口幅狭小)	2居室アプローチ難1居室車イス通り抜け	1居室アプローチ不可
車イスによる2方向避難	2方向とも車イス可	1方向車イス可1方向小段差	1方向車イス可1方向小段差・幅ぎりぎり	1方向のみ

表 11 住戸型別住戸の空間構成評価総点の比較

住戸型	住空間構成	最高点～最低点	平均点
2DK ^S	DK ^S - 洋 ^S - 居	21 ~ 19	20.0
	DK ^S - 洋 ^S ・居	22 ~ 19	20.5
	DK ^S - 和 ^S - 居	19 ~ 13	16.0
	DK ^S - 和 ^S ・居	21 ~ 19	20.5
2DK ^N	DK ^N - 洋 ^S - 居	19 ~ 14	17.1
	DK ^N - 和 ^S - 居	12	12.0
	DK ^N - 和 ^S ・居	17	17.0
	DK ^N - 洋 ^N ・居	18 ~ 16	17.0
	DK ^N - 和 ^N - 居	14	14.0
3DK ^S	DK ^S - 洋 ^S - 居	23 ~ 15	19.0
	DK ^S - 洋 ^S ・居	17	17.0
	DK ^S - 和 ^S - 居	23	23.0
	DK ^S - 和 ^S ・居	18 ~ 15	17.0
3DK ^N	DK ^N - 洋 ^S - 居	18 ~ 15	16.8

じる。食事室が狭い場合は居間と一体化し、ワンルーム化できると好い。移行能力の低い場合 (<WD>・<H>・) には、個室で1人で食事したり、場合によっては、少人数の家族が個室に誘引されることがある。その場合、個室は台所に近く、家族を収容できる広さが要請される。

ii) 就寝室分解について：この点で異なるのは、移行能力が低く身辺処理に介助を要する場合で、身障者と介助者の寝室を隣接させたり、同室にする必要が生じ、そのためにプライバシーが犠牲にされる例も出てくる。

iii) 公私室空間の確保について：まず、居間の確

保に当って、和・洋式の選択を移行能力との関係で適切に行う必要がある。車いすの場合、もし居間が車いす利用できないと、住宅で車いすを楽に操作できるスペースが限られ、車いす使用のメリットがなくなり、使用を放棄し、坐式主体の生活様式に転向する例も出てくる。公室である食事室と居間が、両方またはいずれか一方で車いす操作に十分な広さが見出せない場合、両者を一体化できる間仕切構造とする。また、ワンルームとしLDまたはLDKを採用し、面積効率を上げ、併せて移行負担の軽減を図ることも可能である。

居間は、食事室同様、個室ないし寝室から車いすでアプローチでき、随時家族の集りに参加できるようにすべきである。移行能力が<WI>以下の場合、移行負担の軽減のため寝室と居間を隣接化または一体化できる間仕切構成の選択も検討されてよい。これは、<H>・の寝たきりの身障者にとっても、視覚的に団らん参加を可能にする意味でメリットが多い。

居間が車いす利用できない場合や、移行能力が低く部屋にこもり勝ちな身障者の場合(成人の子どもに多くなる)、個室や寝室で家族の集りができる余裕が望まれる。実例にもこのような使用がみられる。

13. 日本住宅の特質との関係

i) 狭い敷地：身障者の移行で最も困難なのは上下の移動である。従って、身障者住宅は基本的には1階建とすべきである。これに反し、敷地の狭小化がすすむなかで、個人住宅では2階建てが主となり、1階部分の身障者に適合する面積・室の確保が限られる。身障者に最低限必要な室を1階に確保しなければならないが、その場合もコンパクトな構成が不可欠となる。中途障害者の場合、増築による改善を試みる事が考えられるが、敷地に余裕のある場合とそうでない場合とでは、難易度に大きな差を生じる。外回りについては、身障者に必要度の高い家用車の駐車スペース、スロープの設置等にも関係する。

ii) 狭い床面積：わが国の庶民住宅水準の低さ

表 12 モデル(キー)プラン

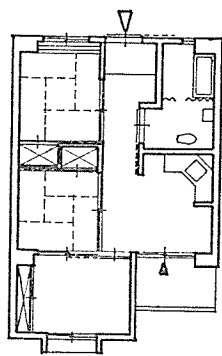
住戸型	世帯人員 身障者の 地位		設計計画条件
	2人~3人	3人~4人	
車 い す 用	<親>		1) 身障者を含む夫婦の寝室として南洋室を確保する。 2) 南洋室は南DKに隣接させ、連続一体化して団らんの場とする。洋室は就寝と団らんのゾーニングがなされる規模が望ましい。 3) 北和(又は洋)室は子ども室や仕事室等とする。
		2DK	
寝 た き り 用	<子>		1) 身障者の子どもの寝室として洋室をとり、プライバシーを確保する。 2) 南DKに南和室を隣接させ、連続一体化し団らんの場とする。DKは車いすの操作活動範囲がとれる規模とする。
		2(L)DK	
寝 た き り 用	<親>		1) 身障者を含む夫婦の寝室として南和室を確保する。 2) 南和室は南DKに隣接させ、連続一体化し団らんの場とし、食事にはDKでの家族の食事に南和室から視覚的に参加できるようにする。南和室は就寝と団らんのゾーニングがなされる規模とする。 3) 北居室は子ども室とする。
		2DK	
寝 た き り 用	<子>		1) 身障者の子どもの就寝室として南和室を確保する。 2) 南和室は南LDKに隣接させ、連続化しLDKでの家族の食事や団らんに視覚的に参加できるようにする。 3) 北和室は夫婦の寝室とし、南和室と連絡を可能にする。
		2LDK	

Aタイプ (3DK)

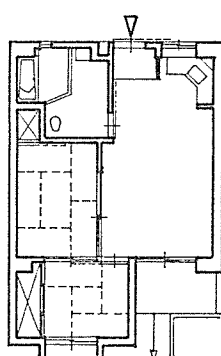
Bタイプ (2LDK)

Cタイプ (2LDK)

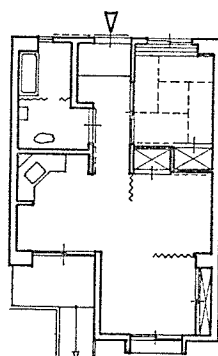
図 20
設計指針による実例



世帯人数が多く、子どもの成長したC^Dなど。



車いすを活用する少人数世帯で、子どもが幼少であるC^{Dα}や子どもの少ないC^{Dβ}など。



少人数世帯で車いすを2台使うC^{DD'(K)}など。

は、床面積の狭さに代表される。狭さに関連し問題となるのは、車いす操作のため面積増が要求される場合である。移行方法として車いすが最も適合しているにも拘らず、狭さのための車いすを放棄せざるを得ず、リハ施設での車いすによる訓練が無駄になる例がある。また、床面積の狭さからも、コンパクトな空間構成が要請され、負担軽減の意味を含め、身障者住宅にワンルームの構成が有効なことを裏付けている。

なお、筆者の調査では、車いす用住宅として新築および増改築されたものについて、1階床面積のうち車いす利用できる車いす用面積は、70% (平均 57m²) と55% (44m²) であった。

Ⅲ) 木造住宅について：一つは、伝統的に木造で採用されてきた90cmと180cm (3尺・6尺) という規準寸法との関係である。これで問題となるのは、廊下、出入口開口部の巾員が不足し、車いすおよび松葉杖使用者の通過が困難となる場合が多い。(車いすの場合の有効巾員一廊下90cm以上、出入口85cm以上)

床高であるが、木造の場合建築規準法上地盤面から床面まで45cm以上あげなければならない、従って外部との出入口に段差が生じ、スロープの距離が長くなる。

木造の最大の欠点は火災に弱い点である。これとの関連では、移行能力の低下に伴い避難行動力が低減するため、仕上材料の難燃化・不燃化、台所・暖房設備方式の安全性、避難計画特に2方向避難の確保等の検討が必要である。

また、木造の欠点として損傷しやすさがあり、車いすの場合、衝突等により損傷をつけやすい。

iv) 和風様式：まず、床仕上の畳について、車いすは勿論、杖の場合も、摩耗・損傷させやすい。車いすを日常使用するためには、板張り等による洋風化が必要になる。ところで、畳には今日も根強い愛着があり庶民の生活から切り離せず、すべての室を板の間化するには限度がある。

畳は坐式の生活様式で、立ち居(起居)に負担がかかる。車いすの場合は一層困難で、車いすから畳への移乗を容易にするために、畳面を車いすの座面と同じレベルにそろえ45cm上げることが

行われる。この場合、健全な他の成員には逆に昇り降りが負担となるため、どの室を上げるか十分な検討を経て採用しなければならない。

また、板の間と畳の間とを敷居等で段差をつけるため、改築による板の間化後も、車いすの進入に支障をきたす場合もある。

床については上下足の履き替えの問題があり、外出にブレーキをかけるだけでなく、車いすの場合汚れの持ち込みが問題となる。従って、車いすについても室内、室外用とを有する例も多く、一層玄関回りを狭くすることになる。

その他和風については、障子、襖の建具が、車いすをはじめとする補装具等により損傷を受けやすい問題がある。

v) サニタリー関係：わが国の場合、便所・浴室・洗面所を一室にとる欧米の様式とは異り、便所と浴室を分離し、浴室に脱衣室(Dr)兼洗面所を隣接させるのが一般である。従って、Pとサニタリー諸室との連結は複雑となる。

また作り方によって、身障者と家族の共用のもの、身障者専用のもの、身障者は利用できない他の家族用のものがでてくる。ただし、身障者専用は他の家族員も利用できる。身障者専用は、敷地、床面積、工費、維持費が余分にあるので設置が限られ、なかでも浴室を専用にするのは難しい。これらの組合せで、実際にも多く、今後のサニタリー諸室の構成タイプとして考えられるものに、図21に示すタイプがある。

今後重要な点は、車いすの場合、Drを車いすで利用可能にすることである。その背景には、Pから直接に通じる、また、PとBとが隣接する例の少ないわが国の場合、Drをとっているが、狭く車いすで着脱衣できるものが少なく、車いす用に改善された住宅でも稀な状況である。そのため、Pから脱衣や下着の状態で車いすによりBにアプローチすることになり、プライバシー上、特に女性の場合、深刻な問題となっている。

14. 個人住宅の問題点

近年、身障者世帯の増改築や新築において、バ

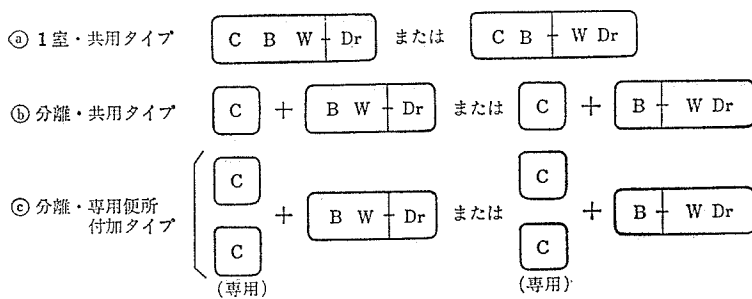


図 21 サンタリー関係室の構成タイプ

リヤーズ・フリーを目指した住宅改善の萌芽が認められるようになってきた。これには、住宅金融公庫における心身障害者世帯への割増融資制度（1972年）および障害者住宅整備資金制度（1978年）の導入など徐々に有利な条件が出てきたとはいえ、本人の自覚と家族の理解によるところが大きい。

個人住宅における最大の問題は、新築の場合に比して自由度の限られる増改築の場合である。しかもわが国の場合、ほとんどの身障者が今まで未配慮の一般住宅に居住してきたことを考えると、今後は増改築による改善が主である。

増改築の場合、敷地の余地や既存部分の間取り、構造・様式等に制約される部分が多い。考え方の順序としては、変更を最小限に抑えまず身障者の寝室とサンタリー諸室を利用可能とし、身障者の移行能力の範囲で相互に連絡できる方法を見出すことである。その際、それらの室が近接し確保できれば、負担の少ない、効率のよい増改築となる。非通過型の実現も可能になる。（図22）これに類似する一部通過型もみられる。（図23）

次いで、食事室と居間であるが、先の寝室とサンタリーとを連結し、車いすゾーンとしてまとめるのが好い。この場合、食事室または居間を介した通過型の実現が可能になる。（図24）増改築の範囲を抑えるには、車いすの場合、回転も含めて楽な操作ができるまとまった広さとして、食事室ないしDKのみで済むかどうかの検討が必要になる。その場合、食事室またはDKが居間と一体化でき、団らんに参加しやすくなれば好都合である。

既存のサンタリーが車いす利用可能にできない

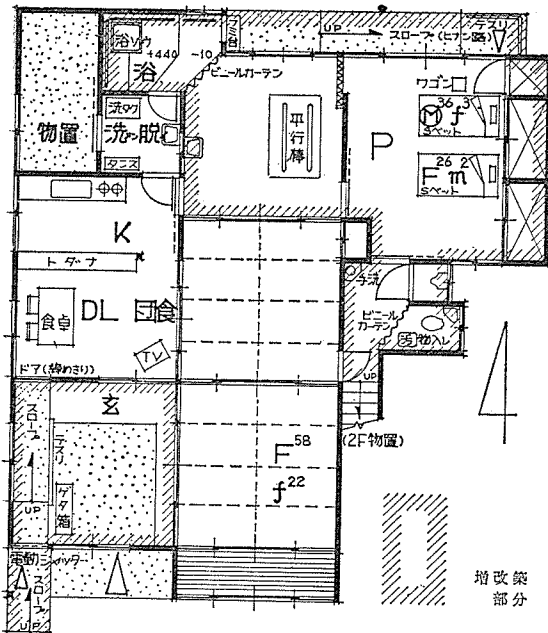
場合、別に身障者専用を確保しなければならなくなる。このとき敷地に余裕があれば、また室相互の連絡のために増改築面積が過大になるとすれば、（増改築の非通過型に多い）、車いす使用者の寝室と

サンタリーをまとめて増築し、あるいは寝室の位置によっては、それに隣接させサンタリーのみを増築し、非通過型にする方が好い場合がある。（図25）サンタリー関係の中でも浴室の専用化は難しく、便所・洗面所の専用化でも相当有効である。

15. 特目住宅の問題点

i) 立地条件：身障者住宅の場合、日常生活施設利用、就労（通勤）、就学（通学）などを含めて、交通の利便性が要求される。身障者に多い住宅内就労の場合には、（調査では洋裁・和裁が最も多く）住居を変えることは顧客を失うことにつながり不安を伴う。これに対し、従来主として設置されてきた新規開発の団地では、そのような条件は求め難い。ところが交通条件や利便性を無視して郊外の団地に組み込んでいたため、一部に空家が出るという実情も聞かれる。今後は交通の便の好い所で、小規模の団地に設置したり、建て替え団地に含めることを積極的に行う必要がある。立地条件の好い市街地住宅の中にも含まれてよい。また、地域的に偏らず分散される方が望ましい。

ii) 団地計画：従来、身障者住宅のある団地でも、全体の団地計画に対しハンディキャップ者配慮を念頭におき設計されることはなく、むしろ、身障者住宅のある住棟周辺についてのみ配慮する程度であった。最近、住宅公団で身障者への設計配慮への取り組みを契機とし（1981年）、団地全体への関心がでてきた。今後は、身障者住宅のある団地は勿論、ない団地も含めて、どのような配

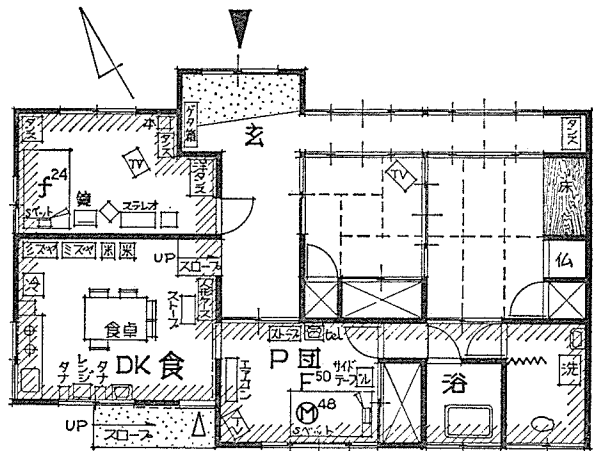


← 図22 一部通過型の例（増改築）

① $F^{36}f^{22}$ ② $F^{26}f^4m^2$, ② 脊損・1級, ③ <WI>
 既存のLD+Kに接してP・サニタリー・トレーニング室をまとめて増改築している。PからBへはトレーニング室を通り、Cへは直接アプローチできる。面積的にはP・サニタリーとも配慮がなされ、Pに隣接するトレーニング室は車いす用住宅としてふさわしく脱衣室にも有効である。LDK及び他の就寝室からCへの動線に問題が残る。

→ 図23 非通過型の例（増改築）

① $M^6F^{50}f^{24}$, ② 脊損・1級, ③ <WI>
 P・サニタリー・DKの車いす使用者に不可欠な室をまとめ、女子の部屋を含めて増改築している。Pからサニタリー・DKへの移行は便利だが、女子のサニタリーへの動線に問題がある。増改築でLがとれず、団らんをPでしているが狭い。

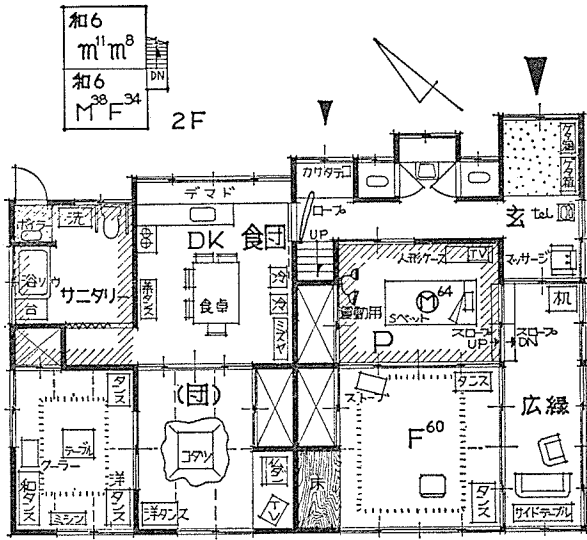


慮をすべきかが検討され、住宅地の環境整備の規準づくりに展開されていくことが望まれる。

iii) 住戸配置計画：まず、団地内における住戸の位置は、団地内および周辺的生活施設利用上、また交通の利便上から決定されるべきである。しかし従来は、必ずしもこのような検討を経ているとはいえない。

理想は、希望する住戸を身障者用とし入居できるようにすることである。しかし調査では、限られた住棟の階の住戸の全部（場合が多い）ないし一部を身障者世帯向けとし、まとめて配置され

ている。どちらかといえば、限定することにより、団地計画から住棟計画、さらに管理を含め、効率よく済ませられることが先行している。その結果、特異な目で見られることを助長することになったり、一般居住者との融合にかえてプレキになったり、集中し過ぎ地域的需要と合致しなかったりなどの問題を生じている。しかしまだ、周りからの十分な理解や援助体制が得られない現状では、身障者の交流・相談相手と同じ身障者である方が好いとする例が多く、少なくとも2戸の身障者世帯向け住戸が近接している必要がある。



← 図24 通過型の例(増改築)

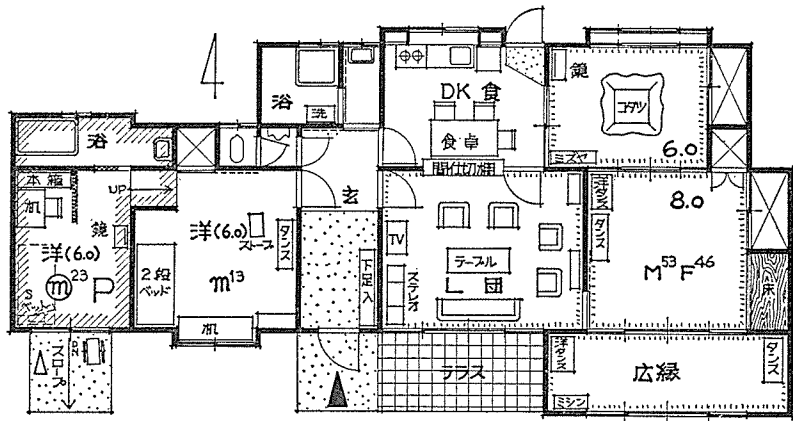
① M⁶⁴F⁶⁰M⁵⁸F³⁴m¹¹m⁸, ② 頸部脊髄症兼ホリオによる四肢マヒ・1級, ③ <WI>

DKの両側を改修しPとサニタリーとし、DKを車いす動線の場としている。サニタリーは十分な広さが確保されているが、Pはベッドの収まりや採光条件などよくない。Pからサニタリーへの動線もカーブが多い。改修の制約が出ている。

→ 図25 身障者の個室・専用浴室をまとめて増改築した例(通過型)

① M⁵³F⁴⁶M²³m¹³, ② 頸椎脱臼骨折による四肢マヒ・1級, ③ <WD>(車いす介助)

敷地に余裕があり、東側に身障者の個室と専用浴室をまとめて増築している。弟の個室を通り抜ける問題を残す。



iv) 住戸計画：サニタリーとディテール重視の設計が目立ち、平面計画を主とする空間構成の重要性が理解されてなく、適切なプランが少ない。その背景には、空間構成において、一般世帯用に対し身障者世帯用としてどのような配慮が必要かという、プランニングの基本的認識を欠いているといわざるを得ない。

問題は、中層・高層の1階に設置するため、上層階からの構造・設備の制約下でプランニングしなければならない点である。床面積として車いす用の場合、10%程度まで面積増を認める例が多

く、従って上階に対し一部を張り出すかたちをとっている。その場合、1つの室をまとめて張り出す方が、構造からの影響は少なくまとまりもよい。それに伴い、南北に細長い住戸となり、直接採光のとれない室の出る比率が高くなる。

v) 供給計画：身障者世帯の多様な住要求に対応する住戸をいかにして供給するかという問題がある。その最大のネックは、身障者世帯の住宅需要(量と質)が把握されていない点である。現在の供給方式は、1つの団地に1種類から複数の住戸型を設定し、(当初は車いす用1種類がほとんど

であった),その後に入居を募集選定する自治体がほとんどである。その結果,設定住戸と入居者の住要求との間にずれを生じる。これに対し,東京都ではハーフメード方式が採用され,モデル実験住宅が作られていて,入居者が決まり,その身障者に合わせて,洋室・和室の選択,設備機器の種類や位置,高さなどを決定している。ただし基本的な間取りは変えられないが。これが普及しないのは,モデル住宅に例えば設備の高さが上下にスライドする装置を組み込むなどで費用がかさみ,それに対し住戸型は変えられないなど,さらに見逃せないのは,身障者の能力に適合する設備やディテールを立会って選定できる技術者やスタッフが不足している点がある。

16. 今後の課題

最も重要なことは,多様な身障者世帯の住要求に適切に応じられる体制を早急につくり出すことである。

そのような体制のない現状では,一部で実施されている参考例を発展させる方向であろう。それは,リハ専門病院において退院前のADLの訓練と関連し,退院後の住宅改善の相談指導をするかたちのものである。まずこれが,会国の主要なリハ専門(部をもつ)病院へ広げることであろう。そこに必要な指導技術者が不足する現況では,当面は建築系大学の研究者の協力やパラメディカルスタッフの建築知識の修得などが求められる。将来的には,自治体に指導可能な建築関係職員が確保され,派遣されるかたちが望ましい。

より困難なのは,既に社会復帰している身障者とその世帯への対応である。これには,例えば福祉行政の窓口である社会福祉事務所を通し,そこから上ってきたものに自治体の建築関係部局が対応するとか,地域の指導可能な技術者集団を援助し相談に当らせるなどの方法の検討が必要になる。

以上の前提として不可欠な条件がある。その第一は,建築技術者全体に対する身障者のフィジカル・ハンディキャップについての理解と技術教育

である。第二は,住宅改善に対する資金援助制度の充実である。そして,この両者が相まって,身障者世帯の住要求に親身になって応えてくれる技術者が育つと考える。

自らの手で改善できない人については,申し出による住宅困窮者の申告登録制度を設け,そのリストに基く困窮度と要求内容により,特目住宅を主とする住宅あっせんを実施することが望まれる。これを実施することにより,特目住宅の建設場所,供給する住戸数,住戸型と住戸配分方式(オーダー,ハーフメード,複数住戸設置など)の決定などを含む身障者世帯向け特目住宅の整備計画の立案が可能になり,需要に適確に応え得る供給が実現できると考える。

参考文献

- 1) 西山卯三:住み方調査の意義について,「住宅計画」,第6章〔附録〕,147~149,勁草書房,1967
- 2) Salwyn Goldsmith (訳青木・片岡・中溝): Designing for the disabled (身体障害者のための生活環境設計),13~15,人間と技術社,1974
- 3) 青木・片岡・中溝・村上:身障者の住生活空間に関する研究(その2)一研究方法と住空間構成の課題I一,日本建築学会論文報告集,第236号, :79~89,1975
- 4) 青木・片岡・中溝・村上:身障者の住生活空間に関する研究(その3)一研究方法と住空間構成の課題II一,日本建築学会論文報告集,第237号 :121~125,1975
- 5) 片岡:車いす用一般住宅の住空間構成に関する研究(その1)住空間構成の分類と特徴一,日本建築学会論文報告集第286号,125~135,1979
- 6) 片岡:車いす用一般住宅の住空間構成に関する研究(その2)住宅の型および身障者の世帯構成上の地位による住み方一,日本建築学会論文報告集第298号,129~141,1980
- 7) 片岡・古賀・村上:身体障害者向け特目住宅の住空間構成に関する研究一(その1)住戸水準及び住戸の平面構成の傾向一,日本建築学会論文報告集第271号,75~84,1978
- 8) 片岡・古賀・村上:身体障害者向け特目住宅の住空間構成に関する研究一(その2)住戸の平面構成からみた評価一,日本建築学会論文報告集第272号,105~114,1978
- 9) 片岡・村上:身体障害者向け特目住宅の住空間構成に関する研究一(その6)KK市S団地の住み方からみた評価及び住戸の設計計画指針,日本建築学会論文報告集第276号,115~122,1979

未提訴スモン被害者の救済に関する研究

第1報 未提訴スモン被害者の全国の実態と

その救済の取組み——1979年度調査から

片平 冽彦 園田 恭一 高木 邦明 手島 陸久 杉沢 秀博 幸田 義憲
(東医歯大・難研) (東大・医・保健社会学)

1. はじめに

1977年10月のスモン訴訟のいわゆる「可部和解」に続いて、1979年9月には「ス全協」加入の各地スモンの会と被告国・製薬3社間の「確認書」が調印され、訴訟上の和解によるスモン患者・家族（スモン被害者）への一時金や健康管理手当等の支払いなどの道は開かれたが、この方式はあくまで提訴者を対象としており、未提訴者は対象とされていない。

われわれは、全国各地のスモン患者団体および都道府県（以下「自治体」と言う）に対し郵送および聞きとり調査を実施することによって、未提訴のスモン患者・家族の全国の実態を解明する手がかりを得るとともに、その救済のあり方につき考察することを試みた。

2. 調査方法

1) 面接聞きとり調査 1979年10～11月に東京・千葉・大阪・京都の都道府県のスモン総合対策推進協議会およびスモン患者団体（東京を除く）を対象として実施した。2) 郵送調査 1980年2～3月に全国46のスモン患者団体に対して調査票を郵送し回答を依頼した。なお、各都道府県に対しても調査を依頼したが、回収率などの点で問題があったため、その結果は参考に止めた。3) 資料収集 全国スモン患者数や提訴者数等については、厚生省スモン調査研究班の文献や訴訟関係の資料を収集し検討した。

3. 調査結果

1) 全国および各都道府県のスモン患者数について

全国のスモン患者数については、スモン研究班の調査で「疑い」も含め11,127人という数が出ている¹⁾。しかし、このほかになお多数の「潜在患者」（未把握患者）がいるのではないかという指摘は何度もされており、例えば柳川ら²⁾は死亡患者調査によって「(スモン調査研究班によって)把握されていない患者の数は、把握数とほぼ同数とも考えられる」と考察している。今回のわれわれの調査では、調査票の回収率が、スモン患者団体の場合、時間の余裕がなかったこと等から63.0%にとどまった。このため、都道府県ごとに把握しているスモン患者数を合計して上の数字と照合することはできなかった。

各都道府県のスモン患者数については、直接面接聞きとりをした4都道府県の場合、千葉では「特定疾患で64人、老人医療で72人」。東京では「1972年に都がまとめた数が329人。その後の難病調査で510人いたので、難病の医療費助成の割合が全体で0.672であることから、都下のスモン患者は760人と推定（1978年12月）。はり・きゅう対策開始後、問合せがあったのが10人位」。京都では「1970年に市が中心となり医療機関にアンケートを行ない。市内で200人、市外の府下に200人位。府としても再調査を必要とするという話になっている」。そして大阪では「45年度より設けられた大阪府スモン調査研究協議会の46年度実態調査で全医療機関にアンケートを配布し、「疑い」

表 1. 都道府県別スモン患者数

	スモン研究 班の把握数 (A)	各自治体の 把握数 (B)	(B)/(A)		スモン研究 班の把握数 (A)	各自治体の 把握数 (B)	(B)/(A)
1 北海道	453	266	0.59	26 京 都	339	416	1.22
2 青 森	38	50位	1.32	27 大 阪	1,210	1,326	1.10
3 岩 手	81			28 兵 庫	471		
4 宮 城	63			29 奈 良	153		
5 秋 田	136			30 和歌山	131	111	0.85
6 山 形	216	214	0.99	31 鳥 取	28		
7 福 島	146	46	0.32	32 島 根	150		
8 茨 城	57			33 岡 山	707	710	1.00
9 栃 木	66			34 広 島	436	503	1.15
10 群 馬	39	16	0.41	35 山 口	155		
11 埼 玉	190	80	0.42	36 徳 島	416	431	1.04
12 千 葉	154	150	0.97	37 香 川	112		
13 東 京	1,156	760	0.66	38 愛 媛	141	137	0.97
14 神奈川	305	267	0.88	39 高 知	139	141	1.01
15 新 潟	368			40 福 岡	375		
16 富 山	100	97	0.97	41 佐 賀	47	54位	1.15
17 石 川	52			42 長 崎	76		
18 福 井	132			43 熊 本	101		
19 山 梨	43	40	0.93	44 大 分	107	174	1.63
20 長 野	240	330	1.37	45 宮 崎	37		
21 岐 阜	234			46 鹿 児 島	39	68	1.74
22 静 岡	181	151	0.83	47 沖 縄	1		
23 愛 知	849			不明	103		
24 三 重	230			合 計	11,127		
25 滋 賀	124	95	0.76				

(A) は1969～1973年の間に調査され、1982年3月に報告された数字（調査時患者住所別）。

(B) は各地のスモン患者団体に、所属する自治体の報告数を聞いて得た数字。従って、自治体から直接聞いた数字ではない。

も含めて1,326人であった。現在多くて800人見だが、「疑い」や「治癒」を除いて、実際には400～600人位とみている。

患者団体からは、「貴会の属する自治体では管内のスモン患者数を何人と発表していますか」という質問に対する回答が積極的によせられたので、この数字(B)とスモン研究班の公表した数(A)との比較を行なってみた(表1)。これから、(A)が(B)を上回っている自治体が回答の5割を超えているが、逆に(B)が(A)を上回っている自治体も11あることが明らかになった。この、後者の理由として、①県単位で検診や実態調査を公的に行なったため(京都、大阪、鹿児島) ②スモンの会が把握した患者が県に登録されたため(長野、京都、佐賀、

大分) ③不明(問合中)(青森、広島、徳島、高知、岡山)である。これらのうち、特に注目する必要があるのは鹿児島の場合である。鹿児島では、鹿大第3内科が中心となり1971年より県下で検診が行なわれており、県予防課の調べでは、1978年11月20日現在、生存者53人(内「疑い」7人)、死亡者15人、県外転出者3人であり、県外転出者を除くと68人で、スモン研究班の把握数の1.7倍である。

2) 未提訴のスモン患者数について

裁判関係の資料によって、提訴済のスモン患者数は、1982年1月1日現在6,266人であるとされている。従って、未提訴のスモン患者は、スモン

表 2. 各地スモン患者団体の会員数と提訴・未提訴者数（主に1980年1月末現在，未回答の会を除く）

会 の 名 称	会員数 (A)	提訴者 数 (B)	提訴者の割合 (B)/(A) ×100	未提訴 者数	会 の 名 称	会員数 (A)	提訴者 数 (B)	提訴者の割合 (B)/(A) ×100	未提訴 者数
釧路スモンの会	11	10	90.9	1	和歌山県スモンの会	85	58	69.8	25
青森県スモンの会	45	27	60.0	18	井原スモンの会	42	40	95.2	2
山形県スモンの会	81	72	88.8	9	湯原スモンの会	41	41	100.0	0
福島スモンの会	44	42	95.4	2	美作スモンの会	35	32	91.4	3
群馬県スモン患者家族 の会	35	35	100.0	0	広島スモンの会	236	208	88.1	28
千葉県スモンの会	97	97	100.0	0	島根スモンの会	54	52	96.2	2
埼玉県スモンの会	79	64	81.0	15	徳島スモンの会	207	201	97.1	6
神奈川スモンの会	171	167	97.6	4	高知県スモンの会	125	113	90.4	12
山梨スモンの会	21	20	95.2	1	佐賀県スモンの会	46	37	80.4	9
長野スモンの会	43	43	100.0	0	大分県スモンの会	20	16	80.0	4
富山県スモンの会	60	60	100.0	0	鹿児島スモンの会	29	26	89.6	3
静岡県スモンの友の会	108	95	87.9	13	スモン東京原告団	185	168	90.8	17
京都スモンの会	181	177	97.7	4	愛媛スモン原告団	14	12	85.7	2
大阪スモンの会	411	376	91.4	35	全国スモンの会	704	639	90.7	65

研究班の11,127人との差をとれば4,861人となるし、仮に把握済の患者とほぼ同数の「潜在患者」がいるとすれば、15,000人を超える数となる（但しこれらの中には「疑い」が含まれる）。

以上は、推定に基く全国的な数であるが、これを1980年1月の時点で各地スモン患者団体ごとに検討したのが（表2）である。これから、会の単位でみるならば、今回の回答の範囲では、1980年1月という時点でも、すでに提訴した者の率は60～100%となり、かなり高いことがわかる。しかし、そもそもスモン患者団体に加入している患者の数が、全国的にみてスモン研究班報告数の約半数であるから、この報告数を分母にとれば、すでに提訴した者の率は5割以下となり、従って未提訴者の率は5割以上となるのである。

3) 未提訴理由について

これについては、患者団体へのアンケート調査では、特に設問を設けなかった。しかしながら、返送された調査票には、①本人にスモンという病名が伝えられていない（死亡した者で、スモンと知らされなかった者がいる）②医師がキノホルムを投薬したことを告げていない③投薬証明を求めても得られない④受診した医師が死亡した

り転任して行先不明などのため書類が得られない⑤訴訟のための費用が払えない⑥スモンというだけで変な病気と思われるため、かくしている⑦ウィルス説で村八分になり提訴できない、等の記載がみられた。これらの事例の詳細については今後検討していきたい。

4) 未提訴スモン患者の救済について

それでは、未提訴スモン患者の救済について、各自治体ではどのような取り組みがされているであろうか。

この問題について、自治体アンケート調査の結果の範囲では、「何もしていない」「考えていない」「国の指示を待って考える」「自治体における取り組みには未提訴というカテゴリーはない。また未提訴患者に訴訟上の便宜をはかることもない」などという極めて消極的な回答が多かった。この傾向が全般的なものであることは、患者団体アンケート調査の結果からもうかがえた。

しかし、こうした中で、「国において認定機関を作り救済を実施してほしい」（C県）とか、「裁判外の人をどう把握するか困っているので、国の方で考えてもらえると有難い」（K県）という自治体もあった。このK県では、患者会の要求で手

持ちの患者名簿に基き会の機関誌を郵送したことがある。また、国の調査とは別に、自治体で独自に医療機関へのアンケート調査や検診活動等をして患者の発掘をはかっているところ（京都、大阪、鹿児島）もあり、こうした活動の結果が本人に伝えられるならば、本人の提訴の機会を提供することになる。

4. 考 察

今回の調査結果から、日本全国にはまだかなりの数のスモン患者・家族（スモン被害者）が未提訴の状態に救済の手を待っていること、これに対する自治体の対応は全般的に消極的であるが、その中でいくつかの自治体では検診など積極的な取り組みがされており、その結果の扱い如何では被害者の救済につながりうること、が判明した。

未提訴スモン患者・家族の救済について、国は「手続き的には提訴をしてもらって、それに対する迅速な和解手続きということで事柄を処理する」³⁾ という方針を出している。しかしながら、こうした方針は提訴することが可能な人、すなわち、少なくとも ①本人または家族がスモンという病名を告げられており、②診断書が得られていて、③提訴を妨げるような経済的・社会的な条件がない人に限られており、これらのうち1つでも欠けた場合は、提訴は不可能なのである。もちろん、③については条件を整える努力如何によっては、問題は解決しよう。しかし、①と②は本人や家族の努力だけでは如何ともしがたいことである。

それでは、こうした本人や家族の努力だけでは救済されない人々の存在を認めるならば、彼らに対してはどのようなことがなされるべきであろうか。

この問題を考えるにあたって、まずふまえなければならないことは、スモンは「原因不明の難病」ではなく「キノホルムによる薬害」であり、1979年9月15日の「確認書」によって国と被告製薬会社がスモン（問題）についての責任を認めていることである。すなわち、国と製薬会社は、スモン患者に対しては加害者であり、その加害責任

を今後果たして行かねばならない、ということであり、未提訴の被害者も等しくその対象にせねばならない、ということである。従って、認定や補償を希望するにもかかわらず、種々の理由でその実現が妨げられている人に対しても、加害責任の履行を拒否するのではなく、むしろ、積極的に果たすようにしていかなければならないのは当然である。スモンという病名を知らされていない患者やその家族に対しては、まず、そのことを伝えていくようにしなければならない。また、行政機関および医療機関が、これまでに把握した全スモン患者（疑いも含む）の再調査と未把握患者の調査を行ない、未提訴の患者に救済に関する情報を伝達していくことが必要である。

こうしたことを具体的に実施していく上で、国はもちろんのこと、本研究班の関係者を含め、研究者や医療従事者、さらには各地域および中央の医師会、地方自治体等の果すべき役割・責任は極めて大きいといえよう。

5. まとめ

以上、全国の未提訴スモン患者の数、未提訴理由とその救済をめぐる自治体と国の対応の姿勢等の検討を通じて、未提訴スモン患者の救済のあり方につき考察した。従来の国の方針では、未提訴スモン患者の救済策としては不適當であり、国はもっと積極的な姿勢を持つべきであることを、ここで再度強調しておきたい。

スモン患者が全般的に高齢化しているという報告からしても、既提訴者と同様、未提訴者への救済策の具体化は緊要のことであると考えられる。

本研究は、昭和54年度厚生省特定疾患調査研究費補助金によって実施した。調査にご協力いただいた方々にあらためてお礼申しあげます。

文献および注

- 1) 中江公裕ほか：昭和56年度厚生省特定疾患スモン調査研究班 班会議、1982年3月24日。

なお、この日以前の把握患者数は11,007人であった。

- 2) 柳川 洋ほか：日本公衛誌 27:15, 1980

第2報 未提訴スモン被害者の救済における行政の役割

——1980年度調査から

片平 列彦 園田 恭一 高木 邦明 杉沢 秀博
(東医歯大・難研) (東大・保健社会)

手島 陸久 酒井 ツネ 福田 光子
(長野大・産業社会) (東京・志村保健所) (神奈川県立総合リハビリセンター)

1. はじめに

第1報に記したように、未提訴スモン患者の救済問題を考える上で特に重要なことの1つは、この課題における行政——国と自治体——の役割を明らかにすることである。

そこで、スモン多発地区の1つであるO県I地区を対象に、未提訴スモン患者の救済のため関係機関や団体、とくに自治体が行ってきた取り組みの実態を明らかにし、全患者・家族の救済のため今後とるべき方策につき考察した。

そして、以上をふまえ、今後新たな薬害が発生した場合の迅速な救済のあり方、特にそこでの行政の役割につき検討を行った。

2. 方法

現地調査は、O県I地区が含まれる自治体(県、市)の行政関係者およびスモン患者団体、弁護士団の役員から聞きとりおよび資料収集を行った。予備調査は1980年10月、本調査は1980年12月、そして補充調査は1981年2月にそれぞれ2～7日間実施した。

考察は、既存の文献・資料の収集・検討によった。

3. 結果

1) O県I地区における未提訴スモン患者救済の取り組み

O県I地区は、1967年から69年にかけてスモンが

多発した地域として知られている。発生患者数は、この地域を管轄するK保健所の統計ではI市とY町を合わせて246人、I市衛生課調べでは、I病院受診者の合計が277人である。

この地域の被害者らは、1971年以降、T地裁のみに裁判をおこしたが、1977年からO地裁に提訴するグループができ、前者はIスモンの会、後者はOスモンの会を作り現在に至っている。

2つの会のうちIスモンの会は、1979年以降は、提訴をしておらず、48名の原告は、いずれも和解済である。一方、Oスモンの会は、1980年11月には新聞紙上に提訴受付けの広告を出すなど、積極的に未提訴患者の救済に取り組み、現在もなお提訴を続けている(1980年12月までの提訴者数は93人)。こうしたOスモンの会の未提訴患者救済の取り組みの背景には、I市の比較的積極的な関与があることが今回の調査で明らかになった。

すなわち、I市では、市当局がスモンが伝染病と言われた時から何度も国にスモン対策の促進を要望し続けてきたが、キノホルムが原因とわかり、裁判で国と製薬企業の加害責任が指摘された段階(1978年)で、国に対し未提訴患者の行政的な救済を要望した。しかし、国はこの要望を受けられなかったため、市長は、その前年に市の助役を辞したS氏が自らも被害者であるということから、S氏に「お骨折を願って」、S氏らは市が有する名簿に基づき1978年8月に約140人位の人に提訴のよびかけを郵便で行った。この結果、それまで未提訴で、新たにOスモンの会に入会した人が60人位いて、これらの人は1979年10月より順に

提訴している。

一方、県の方はI市からの患者名簿の申し出には応じなかったが、1980年末から1981年初めにマスコミを通じてスモン訴訟の実態を“解説する”形で（つまり、患者であっても提訴しなければ救済されないことを）一般に知らせている。

以上のような取り組みによって、I地区の未提訴スモン患者の提訴はかなり進んだが、1980年12月までの提訴者数は2つの会を合わせて141名であり、I市の名簿にある263人を仮にI地区の発生患者数とすれば、なお未提訴者が122人（46.4%）いることになる。

2) O県I地区の未提訴スモン患者の実態と未提訴理由

O県I地区の未提訴スモン患者の実態に関して、まず、現在もなお未提訴と推定される122人のうち、25人が園田らの1974年の面接調査¹⁾の対象になったので、その時点における身体の状態を調べなおしてみた。表3に、その一指標として歩行能力をとりあげ、参考までに、既提訴の人についても記した。この結果、未提訴の17人（68%）は「発病前のように歩ける」と答えていたが、残りの8人（32%）は歩行障害を訴えていたことが判明した。

次に、1979年12月に園田らが行った調査²⁾で、I地区に少なくとも12人の未提訴患者がいることが判明していたので、そのうち、問題をかかえていることが予想される8人を対象に、1980年12月に訪問聞き取り調査を行った。比較対照の意味で、1978～80年に提訴した6人も調査した。

未提訴患者8人の調査では、現在、症状がないという人は1人もおらず、いずれの人も未だにしびれ感や冷感などに悩まされていた。中には「足首から先がびりびりとしびれ、いつも氷の上の上がっているような冷えが感じられる。足が内反し、夜は痙攣がしょっちゅうある。酒店に勤務しているが、立仕事が多くて疲れる」という59歳の女性もいた。これらの人の未提訴理由は、「軽症だから」が4人で、「投薬証明書に問題があって」「投薬証明書ももらってないので」「結婚したのでそっとしておきたい」「少々（お金を）いただいたところからだはもとに戻らない」が各々1人であった。

新提訴患者6人の調査では、症状はやはり全員が有していた。提訴がおくれた理由は、「Iスモンの会が医師を含めて訴えたのに抵抗があったため。Oスモンの会が医師を訴えなかったので提訴した」が3人、「軽度なので補償はないと思って」投薬証明書の内容に問題があって」「どこからもよびかけられなかったため」が各々1人、となっている。

4. 考 察

1) 未提訴スモン患者の救済のあり方について
昨年度の保健社会学グループの調査（第1報）で、全国の自治体の未提訴スモン患者救済の取り組みは、全般的には消極的であるが、いくつかの自治体では検診など積極的な取り組みがされていることが判明している。

今回の調査で、われわれがO県I地区を選定し

表 3. I地区の未提訴者および提訴者の歩行能力

所 属	1974年での歩行能力						計 人
	歩けない 人	他人の介助があれば歩ける 人	どうか ひとりで歩ける 人	ほぼ発病前のように歩ける 人	発病前のように歩ける 人		
I スモンの会	0	1	8	3	1	13	
O スモンの会 (1978年迄に提訴)	0	1	2	4	2	9	
O スモンの会 (1979年以降提訴)	1	0	6	6	6	19	
未 提 訴	0	0	2	6	17	25	
計	1	2	18	19	26	66	

たのは、1つには、当初、この地区にはまだ多数の未提訴患者がいると予想したからであった。しかしながら、調査の結果、I地区では、予想外に未提訴患者の提訴が進んでおり、その要因の1つに、市当局の間接的な援助があったことが判明した。市当局がそうした措置をとったのは、Iスモンの会が当初市の職員である医師をも被告にして提訴したため、市の職員や病院の関係者で患者である人たちが提訴をためらい、取り残されていたことが関係していると考えられる。いずれにしても、市当局がとった措置は、それなりに評価できよう。

I地区の未提訴患者の実態と未提訴理由の一端は結果に示した通りで、スモンの症状がありながら提訴しない（できない）でいる人が、現在もなお残っていることが示された。こうしたことは、昨年度の保健社会学グループの郵送調査の結果などからしても、他地区にも程度の差こそあれ見られると考えられる。I地区のごとく自治体が間接的にせよ救済の手だてをとっていない地域では、なおかなりの未提訴患者が残されているところもあるかもしれない。

今回の調査対象者（未提訴）の中には、「病人が何故裁判をしなければならないのか」と疑問を呈する人もいた。スモン患者が裁判をおこなえば救済されないという仕組みを作ったことには、われわれも疑問をもつものであるが、あくまで提訴を求めるのであるならば、該当する可能性のある人には、それなりの情報と便宜を提供することが、スモン問題に責任を有する国と、地域住民の健康・福祉に責任を有する自治体の責任・役割であるということができよう。

2) 薬害被害者の迅速な救済のあり方について

スモン問題の歴史をふりかえると、スモンが初めて学会で報告されたのが1958年、病名が命名されたのが1964年、原因物質がキノホルムと指摘されたのが1970年、初めて裁判がおこなわれたのが1971年である。1979年の「確認書」調印以来、全国的に「和解」が紆余曲折を経ながら進行しているが、この間、被害者救済が迅速に行われてきたと

はいいがたい。しかも、以上にみたように、未だに救済の土俵に乗っていない人も今日なお残されているのが実態である。

薬害を含む健康被害の被害者救済に関し、東田³⁾は、「健康被害の疫学＝健康被害者の原状回復と復権・救済のための疫学」を提唱し、健康被害事件判明当初における被害状況調査と追跡調査を徹底的に行うことの必要性を強調し、その責任を行政に求めているが、これは今後不幸にしてスモンのような薬害が発生した（発生していることが判明した）場合に生かすべき、重要な提言である。スモンの場合、キノホルムの販売停止措置は、サリドマイドに比し早かったものの、その時点でのキノホルムの側からの被害者の洗い出しはやはり不十分であったといわざるを得ない。スモン研究班の調査も、スモンと診断された患者のキノホルム服用調査は、全国的な規模で実施されたが、キノホルムを服用した患者、そして、その中から発生したスモン患者という順序での調査は、全国的なものも行われていない。このことを考えると、東田の「森永ミルク中毒、水俣病、カネミ油症、スモンなど、事件判明当初において、加害企業の抵抗あるいは行政の怠慢によって、被害者状況調査が欠落し、あるいは不十分のまま見過ごされ、過小評価され、被害増大防止と被害者救済の対策が欠落し、立ちおくれ、ひいては被害の拡大、深刻化と＜潜在化＞を招き、現在の困難な情勢を生んでいる」という指摘は、少なくともスモンの場合は妥当であると言える。

スモンの悲劇の教訓を今後に正しく生かすことが、関係者とりわけ行政担当者に求められているといえよう。

5. 結 論

1) O県I地区の未提訴患者救済の経過につき調査を行った結果、市が間接的ながらその援助を行い、それまで未提訴だった約60人が提訴したことが判明した。

2) O県I地区の未提訴スモン患者の実態と未提訴理由につき調査し、I地区には、現在もなお

未提訴患者が推定 122 人位いること、そのうち 8 人を面接調査した結果、いずれも未だにしびれ感や冷感などに悩まされておりながら、それぞれの理由で未提訴であること、等が判明した。

3) 以上の結果をふまえ、未提訴スモン患者の救済に国と自治体がそれぞれの責任・役割を果たすべきこと、また今後、薬害が発生した時は、このことが判明した時点において、被害者の救済のための調査を徹底的に行うべきこと、等を考察した。

本調査にご協力いただいた関係者の方々に厚く御礼申し上げます。

本研究は、昭和55年度厚生省特定疾患調査研究費補助金によって実施した。

文 献

- 1) 園田恭一ほか：厚生省特定疾患調査研究スモン班 昭和48年度研究業績、38～41、1974。
- 2) 園田恭一ほか：昭和54年度厚生省特定疾患スモン調査研究班研究業績、279～291、1980。
- 3) 東田敏夫：公衆衛生45巻1号79～86、1981。

第3報 未提訴スモン被害者の救済における国の責任と 医療従事者の役割——1981年度調査から

片平 冽彦 高木 邦明 大島 巖 手島 陸久
(東医歯大・難研) (東大・保健社会) (長野大学・産業社会)

鳥羽 信行 阪上 裕子 木下 安子 園田 恭一
(国立公衆衛生院・衛生行政) (東京都神経研・社会学) (東大・保健社会)

1. はじめに

1979年度、および1980年度のスモン研究班総会において、園田、片平らは、未提訴スモン患者の実態と動向、およびその救済対策の実情の一端を報告した。そして、その結果から、未提訴スモン患者に対しては積極的に情報を提供し、その実態を把握して、施策を進めていくことが必要であることを結論した。

今年度は、かつてスモンが多発していたながら今年なお未提訴の患者が多く残され、その実態が解明されていないと考えられる地域を対象に、それら未提訴患者の実態と未提訴の要因等を調査し、未提訴スモン被害者（患者・家族）の救済における国の責任と医療従事者の役割につき考察した。

2. 対象と方法

調査目的に従い、適当な調査対象地域があるかどうかにつき、いくつかのスモン患者団体役員より聞きとりを行なった。その結果、Aスモンの会役員より、A県B地区（C病院周辺）がその1つ

であるとの情報を得たので、B地区に住むAスモンの会会員の一部、また病院のかつておよび現在の医師、看護婦からの聞きとり、医学文献調査、診療録の閲覧、および病院から紹介されたスモンの可能性のある患者（死亡の場合は遺族）からの聞きとり調査を行なった。調査は1981年10月より準備し、1982年2月に実施した。

3. 結 果

1) C病院におけるスモン多発の経過

C病院は、1938年（昭和13年）設立され、現在425床を有する総合病院である。キノホルム剤の使用開始時期は不明だが、エマホルムを使ったことは判明しており、1964年にはスモンと考えられる死亡例が2例出ている。

1966年にはC病院の医師たちが学会報告を行ない、最近2年間に24例発生と報告。この頃、A県衛生部はスモンの実態調査を行ない、B地区には13例発生と報告。1967年にはC病院のA医師が、医学雑誌の座談会で、32例を経験したと報告して

いる。

2) C病院でかつて受療中に神経症状を発症し「索性脊髄炎」「非特異性脊髄炎」「スモン」などの診断を受けた患者の今日の実態と動向

(1) 調査対象者の選定と実施

C病院は水害を受けやすい地域にあり、台風の時に何度も水没し、カルテがかなり被害にあっていた。今回の調査目的に関しては、幸いカルテの一部が保存されていることが判明し、これを手がかりに調査対象を選定した。これにより、当初29名の名前がリストアップされたが、住所不明(6名)調査拒否(3名)調査困難(1名)訪問日に不在(1名)とそれぞれの理由で計11名の調査ができず、調査を実施したのは結局18名(患者15名、遺族3名)であった。

(2) 被調査者の実態の概要

18名の調査結果の概要を表4に示す、すなわち、①提訴、鑑定、和解済みの人(A群、9名。この中にはC病院以外で発症しその後C病院受療中の人=No.A8が含まれる)、②医師より「スモン」または「非特異性脊髄炎」との診断名を伝えられていて患者本人(死亡の場合遺族)もスモンと理解しているが、提訴はしていない人(B群、5名)、③診断名が伝えられていないが患者本人はスモンと理解しており、提訴をしていない人(C群、2名)、④診断名が伝えられておらず患者本人(死亡の場合遺族)の理解も不明で、提訴をしていない人(D群、2名)、という区分ができた。

(3) A群の実態、特に提訴に至る経過

A群の9名は全員和解済みで、1名が死亡していた。生存者8名の症状は、全員がなお知覚障害と歩行障害を訴え、1名が入院、1名が自宅でねたきりのため往診を受け、その他の人は通院していた。

提訴に至る経過につき個々に聞きとりをしたところ、次のようなことが明らかになった。

この地域を含むA県には、1970年4月にスモン患者の会が作られ、1972年頃から提訴をしてい

た。A群の中で最初に入会し提訴したのはA1のT.N.で、スモンの会の結成を援助したE大のNケースワーカーから呼びかけられて1971年12月に入会し、1974年9月に提訴した。その他の人は、別の会を通じ提訴したA8のT.L.とA6のG.U.(後述)を除き、いずれもこのT.N.(の夫)、またはスモンの会のL会長から呼びかけられて提訴している。入会・提訴の時期が最も新しいのはA3のZ.L.で、それぞれ1980年8月、同12月である。G.U.は、自分から患者会に入会しようとしたが連絡先がわからず、C病院のM医師、保健所、県衛生課と問い合わせ続けてやっと連絡が付き入会できたという。

これらの人たちの診断書など提訴に必要な書類は、患者側の個別の請求があって初めて病院側から提供されている(但しA医師は、頼めばすぐに書類を書いてくれたという)。

すなわち、この地域においては、患者会の組織化や提訴への援助など、スモン患者の救済の入口となることへの医療従事者の取組みは、一部の人を除いて、少なくともこれまでは概して消極的であったことが判明した。

(4) B～D群の実態と動向

次に訴外の9名につき、調査結果の概要を個別に紹介したい。

No. B1 J.N. 男 61歳

1964年(?)国立D病院で胸骨カリエスの診断で手術を受けたが、その後肋骨に痛みがあり、C病院でまた手術を受けた。その後、足にしびれが出てきた。血清肝炎などをおこして内科へ移ったが、足の痛みに加え、手の先の感覚もおかしくなり、視力も一時低下した。

〔カルテでは1962年6月国立にて胸骨カリエス手術、1963年12月再度手術。1964年3月12日より10月31日まで血清肝炎、十二指腸潰瘍兼慢性腸炎で入院、この時の処方「エマホルム2.0g」があり、ただしこの間のカルテなく、症状の経過不明。11月2日より通院。エマホルム2.0gは継続、11月6日“sibilegefühl noch”の記載あり、

12月26日には「E大内科→Atypical myelitis の疑いもあるが現在不明」とある]

A医師は病名を「スモンではなく、脊髄動脈変動症候群」といったが、退院後、保健婦がスモンの調査にきたのでA医師に尋ねると「心配させぬために別名をいった。実はスモン」ということだった。

現在、足の先と裏が、漏れた足に砂をつけたような感じで、右下腹部にガスがたまると痛く、視

野が少し狭い感じがあるほか、胸骨がまだ痛い。治療は胸の痛みを治すためE病院に月1回位通い、1万円位かかる。仕事は農業をしているが、ビニールハウスの土ふみの感じがわからず、車には足が不安で乗らない。

Aスモンの会からは入会を呼びかけられたが、治って別に不便を感じてないため入会しなかった。再発の可能性もないし、提訴は自分は考えていない。しかし一般的に、責任者は裁判によらず

表 4. 被 調 査 者 の 概 要

No.	氏名	性, 年齢	神経症状 発症年月	発症当時の 診断名	発症前の キノホルム 投与	現在の 診断 名**	自分 (遺族) の病名 理解	知覚障 害	歩行障害 (歩行状 態)	視力障 害	現在の 受診状 況	利用して いる医療 保障	提訴 和解
A 1	T. N.	女・70	*1969. 10	*非特異性脊 髄炎	*あり	スモン	スモン	臍下, 指先	車椅子	視力低 下	通 院	ねたきり 老人	スミ
A 2	I. L.	女・55	*1965. 4頃	*非特異性脊 髄炎	*あり	スモン	スモン	下肢	室内のい ざり歩き	0.02	通 院	特定疾患	//
A 3	Z. L.	女・66	*1966. 8	*非特異性脊 髄炎(スモン)	°ありと 推定	スモン	スモン	膝下	杖使用	視力低 下	通 院	特定疾患	//
A 4	B. I.	女・74	1964. 8?	*スモン(後に 記入)	°ありと 推定	スモン	スモン	臍下	杖使用	(白内 障)	通 院	老 人	//
A 5	I. Z.	女・82	*1968. 2	*スモン	*あり	スモン	スモン	臍下	車椅子	異常な し	入 院	老 人	//
A 6	G. U.	女・67	1966. 5	スモン	*あり	スモン	スモン	膝下	長時間は 無理	右視力 低下	通 院	特定疾患	//
A 7	L. G.	男・72	1964. 7	*スモン(後に 記入)	°ありと 推定	スモン	スモン	臍下	不能	全盲	往 診	老 人	//
A 8	T. L.	男・65	1959 ?	不明	°ありと 推定	スモン	スモン	腰下	スリッパ がぬげる	視力低 下	通 院	特定疾患	//
A 9	L. L.	女・死亡	1968 ?	*スモン	°ありと 推定	スモン	スモン	—	—	—	—	—	//
B 1	J. N.	男・61	1964. ?	不 明	不明	スモン	スモン	足 の 先, 裏	とくにな い	ほぼ大 丈夫	スモン以 外で通院 り	国保, 自 己負担あ い	してい ない
B 2	N. Z.	女・78	不 明	*非特異性脊 髄炎	不明	スモン	スモン	膝下	乳母車に つかまり	(白内 障)	通 院	老 人	//
B 3	F. T.	女・45	1966. 12	*非特異性脊 髄炎	不明	スモン	スモン	腰下, 腕	ものにつ まずく	異常な し	通 院	特定疾患	//
B 4	T. N.	女・49	*1966. 4	*索性脊髄炎	*あり	スモン	スモン	臍下	室内つた い歩き	視力低 下	受診せず	—	//
B 5	T. J.	女・死亡	*1966. 3	*スモンの疑	*あり	スモン	スモン	—	—	—	—	—	//
C 1	Z. G.	女・50	*1964. 7	*異型性脊髄 炎	*あり	不 明	スモン	足の感 覚鈍麻	普通	異常な し	受診せず	—	してい ない
C 2	L. T.	男・65	*1965. 9	*索性脊髄炎	不明	不 明	スモン	足首下	スリッパ がぬげる	//	通 院	健保 (家族)	//
D 1	U. T.	女・88	*1963. 8	*脊髄炎	*あり	不 明	不 明	体幹, 下肢	ねたきり	(白内 障)	往 診	老人	してい ない
D 2	T. I.	女・死亡	*1967. 10	*非特異性脊 髄炎	*あり	不 明	不 明	—	—	—	—	—	//

(注) 「年齢」は1982年2月3日現在

* カルテによる (記憶と異なる時はカルテを優先)

** 「本人 (遺族) が医師から伝えられている病名」のこと。

° 調査時点で、発症当時のカルテがなかったが、鑑定和解済みであり、調査者の方で「ありと推定」した。

とも責任を負うべきと思う、との意見。

No. B2 N.Z. 女 78歳

発症年は記憶にないが、急に下痢をし、発熱した。服薬後1日で足がしびれ、その薬はすぐやめた。しかし、下腹痛が陣痛の時ほどに痛く、入浴が痛くてできなかった。お腹がつって動けなくなり、それまでの農業をやめた。〔カルテでは、1968年6月8日、胃潰瘍と非特異性脊髄炎で入院、となっている〕その後ずっと通院し続けた。現在、膝から下にしびれがあるが、以前あった冷えはない。歩行は乳母車につかまれば可能。下痢はたえずしている。

主に動脈硬化の治療のため週2～3回通院。スモンの会より提訴の誘いがあったが、夫に「軽いし、面倒なことをしてはいかん」と反対され、自分もけんか沙汰は好きではないのでやめた。発病時のことを思うと、また自分が若ければ慰謝料も欲しいと思うが、年老いて手紙一本でも人に頼まねばならず、ややこしいことでけんかを売ってまでしたくない、という。

No. B3. F.T. 女 45歳

1966年(か1967年)12月流産し便秘、腹痛をおこしC病院に受診。盲腸あるいは腹膜炎の疑いで暮に入院し、正月前に足がしびれてきた。そして動けなくなり、4カ月間ねがえりもできなかった。しびれが胸まできた。その後、リハビリの訓練を行ない、1967年10月退院した。以後1～2週に1回通院。〔カルテでは1967年12月18日より診療開始、病名「非特異性脊髄炎」、12月28日より1968年10月13日まで(入院?)、病名「v. a. Sm-on」。1971年4月13日「急性腸炎」。1973年12月12日「非特異性脊髄炎」。1974年11月15日「スモン」となっている〕。現在、足から腰にかけてと左腕の外側部にしびれがあり、背中が“ドンとすること”がある。歩行は独力でできるが、足が重く、ものにつまずき、長時間歩くと疲れ、回復するのに、2、3日を要する。医療費はスモンということで無料。別居の夫から生活費の仕送りがあるが、子供3人かかえての生活は苦しく、無理をし

てミシンの内職をしている。スモンの会へは、20万円の入会金が必要と聞いたし、集会への参加が大変なので入会していない。

未提訴の理由は、「自分ひとりでは何ともしようがない」から。スモンということがわかっているなら、提訴をしなくても助けてほしい、一日でも良いから病気が治ってほしい、と強く訴えた。

No. B4 T.N. 女 49歳

1965年5月、H大にて潰瘍性大腸炎と診断され、腎臓も悪くなり5月末C病院入院。6月、7月と2回手術し左腎臓を切除。1966年2月末突然腹痛があり、4月に両足～腹部まで麻痺、両手もしびれ、視力低下。〔カルテでは、1966年3月17日初診、病名「潰瘍性大腸炎、索性脊髄炎」。3月31日からの入院分のカルテが保存されているが、それによると、3月31日からエマホルム2.0g投与、4月1日“Unterbauchschmerz”, 4月5日, “Fuß sibilegefühel et paraesthesie”, 4月22日“知覚過敏。稍々歩行障碍”, 7月14日“両眼視神経萎縮(鼻側)著明”などと記載されている〕。その後検査と治療、リハビリ訓練をくりかえし、1967年12月に退院。病院からはスモンといわれなかったが、テレビでスモン患者の状態を知り、自分もスモンだと思った。1973年12月、転居する際、A医師が他の医師向けに作成してくれた紹介状に「診断名 非特異性脊髄炎。整腸剤(キノホルム)使用」と書いてあった。1978年2月、身障者手帳をもらうときのF医師の診断書には「非特異性脊髄炎後遺症による下半身不完全麻痺」と書かれていた。結婚して一年目に発病のため離婚し、転居して、現在叔母(母の妹)の家にいる。現在、臍から下に、また手に起床時にしびれがあり、歩行は室内をつたい歩きの状態。歯が悪いが医者に行けない。スモンの治療も受けていない。行っても、スモンの後遺症だとかかわりあいたくない、というのが近医の態度である。1978年、子宮筋腫の手術の時は、はるばると車でC病院の近くのF大まで行った。未提訴の理由は、「裁判というようなことは好きではない」し、「医者は悪くしようと思って(キノホルムを)飲ませ

たわけではない。しかし、これまで家の人に変な迷惑をかけ、お金もかけてきたので、今後何とか自立できるようだったらしたい、という。

No. B5 T.J. 女, 患者本人は死亡し息子より聞きとり

1902年生まれ。60歳位の頃、足の先から腰までしびれがきた。「皮膚感覚がない」といっていた。〔カルテでは1965年1月16日初診。病名「胃潰瘍, Hypertension」。4月4日よりエマホルム投薬の記載があり, 1966年3月11日“触れるとビリビリ痛む様な気がする”, 3月13日“軽いシビレと上腿筋圧痛, 歩行が少し危いような気がする, スモンの疑いで入院”となっている〕。1976年暮に肺がんを発見され, 入院。自宅療養を経て, 1977年8月, 77歳で死亡。スモンという診断はA医師より聞いた。本人は, 提訴の勧誘は受けたようだが, A医師にかかっているから訴訟などしにくいという気があったのではないかと、という。

No. C1. Z.G. 女 50歳

幼少時より腸が弱かったが, 1964年ひどい下痢が2週間続き, 腹痛も生じてC病院に入院し腸閉塞で手術を受けた。1カ月後再入院, 再手術をしたが, その後しびれ感が足から腹部へと上がってきた。〔カルテでは1964年6月15日よりエマホルムを1日1.0~2.0g服用, 7月24日外科で Ileus ope., myelitis symptom, 右膝内部以下知覚過敏……などと記載〕。2度の手術により体重が減少した。病名はA医師を信頼していたので何も聞かなかった。以後1968年位までアリナミンや低周波による治療を受けた。退院後, ぞうりをはいたまま家に上ってしまったり, 何度も階段から落ちたりして, 人にはわからないほど苦しんだ。スモンの患者とは誰もいってくれないが, 新聞を見て自分もそうだと思った。現在, 足に異常があり, 寒い時にはしびれというより表皮の感覚がなくなる。また疲れると腸をよくこわす。しかし, その他は異常なく, 日に6時間パートで経理事務をしている。病名を知らされていないし, 医師への遠慮もあって提訴していない。今さら名乗り出ても

仕方ない。自分がお金をもらうことで他の人がお金をもらえなくなったら悪い。しかし, 一般論としては, 未提訴患者の中には, 自分がスモンだと知られたくないので提訴したくともできない患者だっていると思うので, 病院側から調査すべきだ, スモンは国と企業の責任, という意見。

No. C2 L.T. 男 65歳

1966年6月, 腹痛でC病院に3カ月通院, 9月初め歩こうとしたらふらふらしてしまい入院。病名は急性脊髄炎と聞いた。〔カルテでは1965年6月2日初診。8月31日入院。9月2日“Sibile 上腿内側及下肢”などと記載〕。その後ずっと通院, 最近では月に2回位で, 妻が加入している健保の家族として, 1回1,500~1,600円払っている。現在, 足首から下, 特に足の裏がしびれており, スリッパなど気づかぬうちに脱げてしまうことがある。発病前は米穀販売をしていたが, 足を悪くしたのでやめた。医者からスモンといわれれば提訴を考えるが, しびれが足の裏だけだから……, という意見。

No. D1 U.T. 女 88歳, 言語障害のため主に夫から聞きとり

20年ほど前, 火ばちをかかえてつまずき胸を強打, 咯血したため翌日C病院入院。3カ月位経過して, “足がおかしくなった”が, 精検しても異常なしといわれた。その年の夏, 病院の廊下で倒れ, その後足・腰のしびれがでてきた。A医師は, 「脊髄からきている病気」だといっていた。〔カルテには, 1963年5月8日よりエマホルム投与。8月19日“Bein kraftloslich”, 8月22日“Bein に力がない”などの記載あり〕。入院して6~9カ月目によろやく退院。その後通院していたが, 1977~78年にトレイに行こうとして倒れ, そのままねたきりとなり現在に至る。現在, 体幹および下肢にしびれ感, 歩行不能で, 眼は白内障あり。月に一度位便秘の症状あり, 往診してもらい。老人医療利用。発病時には医療費が有料で薬代, 部屋代がかさんだ。医師からははっきりした診断名を聞かされず, 不信を抱いた。今再度診察

してもらってもスモンとはいわないだろうし、認定はされないと思う（とあきらめの口調）。

No. D2 T.I 女、患者本人は死亡し長男の妻より聞きとり

以前から胃が弱く、やわらかいものを食べていた。1967年5月から2カ月ほど、胃が悪くてC病院に入院した。2人部屋で、一緒にいた人が、足からシビレのあがる病気で、それと同じ病気かと思ったが……。その後足が動きにくいということで約1カ月間？ 再入院した。1度目は自分でトイレに行ったが、2度目はおしめを使い、家政婦を頼んだ。1967年11月に死亡した。〔カルテでは、1967年5月20日より7月25日まで慢性胃炎で入院。9月21日よりエマホルムP2.0gを投与され、10月9日に“Seit gestern Bauch sibilegefühl”, 1967年11月4日死亡と記載〕。74歳だったが、長生きした方で、スモンであったとしても自分としては訴訟は考えられない、という。

4. 考 察

今回の調査結果から、まず問題となるのは、スモンと診断され、またはその疑いがある、スモン（様）症状に苦しみながら、今日なお未提訴のため救済対象者としての検討もされていない人が未だにいるという事実である。この事実は、一昨年のスモン研究班総会でも園田らが指摘したところであるが、それから2年以上経過した1982年2月という時点でも、さらに別の地域で確認されたわけである。いうまでもなく、B～D群の9名のうち何人がスモン患者であるかということの最終的な判断は専門医によらねばならないが、これらの人はそうした判断を行なう以前の検討の段階にも乗せられていないのである。

この地域で、こうした実態が生じている理由としては、B～D群の「提訴していない理由」を多い順に並べてみると、「病名が（きちんと）知らされていないので」=4人、「医師に対する遠慮がある」=3人、「裁判をするのには抵抗がある（けんか沙汰は嫌い、一人ではどうしようもない）」=

3人、「軽症だから」=2人、「周囲が反対」=1人、「患者会に参加できない」=1人、「他の患者がお金をもらえなくなったら悪い」=1人（重複回答も含む）、となっており、医療従事者とくに医師が関係することがらが重要な要因となっていることがわかる。

そしてまた、全国的な視点で考えた場合、こうした実態が生じているそもその原因としては、「未提訴患者は、提訴してもらい、（既提訴者と同じように）迅速に処理する」といいながら、救済に関する情報提供も行わず、提訴の便宜もはからない、国の消極的な方針にあると考えられる。そのことは、今回「未提訴スモン患者の救済につき国は『提訴を待って救済する』との方針をとり続けていることを御存知ですか」との質問をB群の5名に聞いたところ、5名中4名までが、「知らない」と答えたことにも示されている。すなわち、B～D群の中で、少なくともこれらの4名は、救済に関する情報を十分提供されておらず、まして提訴に関する公的な便宜などは全員がはかられていないのである。

今回明らかにされたような結果と同様の事実が全国的にどの位あるかは、今後の調査を待たねばならないが、これまでのわれわれの調査結果とあわせて考えると、全国的にはなおかなりの、スモンの可能性がありながら、未提訴のため救済対象者としての検討がされていない患者がいるものと考えられる。

それでは、第2の問題として、こうした人達に対しては、どういうことがされる必要があるだろうか。

ここで想起されるのは、サリドマイド事件の際の訴外者に対する補償（いわゆる掘りおこし）の施策である。サリドマイド訴訟が和解で終結した後、提訴しなかったいわゆる訴外者への補償について、厚生省は、1974年12月20日付で各都道府県知事宛に「補償請求の申出があれば認定のうえ補償を行う旨ポスターを作成したのでこれを配布すること。広報機関等を利用し訴外者への周知徹底をはかること。資料作成上の便宜をはかるため必要に応じ厚生省が適当な医療機関を紹介するこ

と」という通知を出し、そうした施策を実施しているのである。スモンではこうしたことはされていない。

サリドマイド事件では、訴外者の補償請求の受付窓口は、厚生省または「いしずえ」であった。スモンの場合、「可部和解」の段階で裁判所から学者に鑑定を依頼するというチャンネルが作られ、訴外者の救済の窓口は現在に至るも裁判所のみである。今回明らかにされた事実から考えても、こうしたシステムの再検討か、少なくとも救済の手を待つ人に情報を提供し、希望者には、提訴の便宜をはかるようにすべきであろう。

その際、スモン被害者救済のカギを握るのは、医療機関、医療従事者である。その多くが、母親の薬局での売薬服用を通じて発症したと考えられるサリドマイド被害児と異り、スモン患者は、その多くが医療機関でのキノホルム剤投与により発症しており、患者に関する情報を最も多く有しているのは、医療機関、医療従事者なのである。今回の調査は、当初患者会のルートで行なおうとしたが、T. N. が伝聞によりリストアップした人は会員の8名のほかは、生存者3名、死亡者6名で、診断や服薬に関する情報はもちろん、住所氏名もわからない人も含まれていて、調査が困難であった。しかし、A医師そしてC病院の協力が得られてからは、カルテが一部にせよ保存されていたという幸運もあって、調査は急速に進んだ。このことは、上述のことをまさに如実に示しているといえよう。

すなわち、今回の調査が実施できたのは、ひとえにA医師とC病院の協力によるのであり（C看護婦は、多忙な時間をさいて、対象者全員に紹介の電話をいれてくれた）、このことは高く評価すべきであろう。もちろん“外”からの働きかけを待たずとも、医療機関の側から自主的・自発的な調査を行ない、その結果をスモン患者の救済に結びつけるべきであるとの正論がある。しかし、現実には、キノホルム剤を処方してスモンを多発させた医療機関としては、自主的・自発的に、というのは、なかなか困難であるかもしれない。今回の調査はそうした現実をも示す結果となっている。

こうした現実を考えると、スモン問題に責任を有する国の行政が、サリドマイドで実施したような、訴外患者堀りおこしの施策をスモンで行なうこと、そしてその際、被害者救済のカギを握る医療従事者が積極的な役割を果たすことが、必要であろう。

5. 結 論

1) かつて（1963～69年頃）スモンが多発したA県C病院において発生したと考えられる患者の調査を、1982年2月の時点で行ない、その可能性のある者として29名がリストアップされ、18名につき実施できた。

2) 18名を診断に関する情報と提訴の有無によって分類すると、(A)提訴、鑑定、和解済みの人＝9名（但し1名はC病院以外で発生と判明）、(B)診断が「スモン」または「非特異性脊髄炎」と伝えられていて提訴はしていない人＝5名、(C)診断名が伝えられていないが本人はスモンと理解していて提訴をしていない人＝2名、(D)診断名が伝えられておらず、本人の理解も不明で提訴をしていない人＝2名、であった。

3) (A)群の調査の結果、この地域においては、スモン患者の救済の入口となることへの医療従事者の取組みは、一部の人を除いて少なくともこれまで概して消極的であったことが判明した。

4) (B)～(D)群の調査の結果、これらの人が提訴していない理由として「病名の未伝達」「医師への遠慮」という、医療従事者とくに医師が関係することがらが、重要な要因となっていることが判明した。また、これらの人には救済に関する情報が必ずしも十分には伝えられておらず、未提訴スモン被害者に対する国の施策はサリドマイド事件の時と比較しても不十分であると考えられた。

本調査に多大の御協力をいただいたA医師、B医師、C看護婦をはじめとするC病院関係者の方々、A県スモンの会役員の方々、およびスモン研究班の先生方に厚く御礼を申しあげます。

本調査は昭和56年度厚生省特定疾患調査研究費補助金によって実施した。

あ と が き

●前号で予報したように、本号は、総会発表論文を中心に年報的に年1回出版してきたもの以外の、会員の投稿論文を集録した。今後も1冊分がまとまったときにはこのようにして出していきたい。

しかし、この方式の編集で困ることは、原稿を長くねかすことになりかねず、著者に大変迷惑をかける結果になることだ。本号の上畑論文はその例で、この欄をかりて深くお詫びしたい。

●「平均余命世界一」とはいうものの、その平均までも生きられない多数の勤労国民のこと、またさらにその蔭で、国の施策や近代医学、あるいは健常者からも置き去りにされている、ねたきり老人、障害者や難病患者のこ

となど、社会医学が課題にしなければならぬ対象がだんだん固まってきた感じである。ひき続き実践的研究成果がよせられるのを期待している。

●物議を呼んだ老人保健法がいよいよ施行される。これが全国各地でどのように実施され、うけとめられているか、山下論文にかかわって検証したいものである。また成人病の予防とか、健康づくりの問題なども、本気で真正面からとりくむとなると、これは正しく社会医学の領域にぞくすることである。それらのことに関する政策論、制度論も含めて、研究の前進とその成果の本誌への発表を心からのぞんでいる。 (A)

1982年12月25日 第1刷

社会医学研究 ④1982

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 ☎03-952-0611
振替東京8-43306
發行所 株式会社 医療図書出版社



医療図書出版の **社会医学図書総目録**

中川米造著 医療行為の論理	価3300円 千300円	小林治一郎著 集団健診をととしての健康管理	価1400円 千200円
中川米造著 医療的認識の探究	価2200円 千300円	高谷 清著 子どもの発達と障害	価1200円 千250円
小栗史朗著 地方衛生行政の創設過程	価3500円 千300円	高谷清・加藤直樹著 障害者医療の思想	価1200円 千250円
神谷昭典著 日本近代医学のあけぼの	価3000円 千300円	岡崎英彦著 障害児と共に30年	価1600円 千250円
日野秀逸著 医療論序説	価3000円 千300円	汲田克夫ほか著 子どもの排便教育	価 950円 千250円
日野秀逸著 国民生活と医療問題	価2300円 千250円	二宮颯子著 のびよう子らとともに	価1700円 千250円
日野秀逸・野村拓著 医療経済思想の展開	価3000円 千300円	加藤春樹編 発達保障の門出	価3000円 千250円
日野秀逸・金森雅夫著 医療産業と国民医療	価2000円 千250円	海老原勇著 働らくものの呼吸器疾患	価1200円 千200円
汲田克夫著 近代保健思想史序説	価1400円 千250円	山田信夫著 現代の鉛中毒	価2000円 千250円
汲田克夫著 増補宮本頭治の保健思想	価 700円 千200円	牧野忠康著 頸肩腕障害の社会医学	価1900円 千250円
野村 拓著 第三の科学史	価 700円 千200円	南雲 清著 大気汚染と健康破壊	価 900円 千250円
野村 拓著 講座医療政策史	価1200円 千250円	立石 武著 臨床結核学	価7000円 千300円
野村 拓著 講座現代の医療政策	価1000円 千250円	津川武一著 死にとりつかれた川端文学	価 900円 千200円
野村 拓著 医療政策論攷 I	価3000円 千300円	甲田光雄著 腎臓病治療の秘訣	価1400円 千250円
野村 拓著 医療政策論攷 II	価3000円 千300円	現代医学でなおりぬ人のために	
野村 拓著 保健医療の社会科学	価1200円 千200円	医療税務研究会著 医院病院の税務・権利・節税	価4500円 千300円
野村 拓著 医療問題入門	価 800円 千200円	——公害・職業病シリーズ——	
野村 拓編著 戦時下医療政策ノート	価1200円 千200円	海老原勇著 じん肺とのたたかい	価1200円 千200円
林 俊一著 複製版 農村医学序説	価2000円 千300円	海老原勇著 改正じん肺法批判	価 700円 千200円
野尻与市著 健康教育概論	価1600円 千250円	佐野辰雄ほか著 クロム禍の労働医学的研究	価1000円 千200円
丸山 博著 土曜会編 保健婦・養護教諭とともに	価1400円 千250円	海老原勇著 職業病運動史	価1300円 千250円
丸山 博著 乳児死亡社会医学研究 I	価4000円 千300円	(じん肺・戦後篇)上	
丸山 博著 食品公害論	価1000円 千250円	海老原勇著 職業病運動史	価1500円 千250円
		(じん肺・戦後篇)下	
		社会医学研究①②③④	各1500円 千250円
		発売図書	
		医学史研究会々報	
		医療経済研究会会報合本1, 2	各12,000円 千350円

弊社の図書はお出入りの書店又は最寄り書店へご用命下さい。直接注文は下記へ