

BULLETIN OF SOCIAL MEDICINE

社会医学研究

- I 環境と健康
- II 現代の労働衛生活動
- III 地域の医療と福祉

社会医学研究会

JAPANESE SOCIETY FOR SOCIAL MEDICINE



1984

BULLETIN OF SOCIAL MEDICINE

社会医学研究

- I 環境と健康
- II 現代の労働衛生活動
- III 地域の医療と福祉

社会医学研究会

JAPANESE SOCIETY FOR SOCIAL MEDICINE

5

1984

目 次

特集Ⅰ 環境と健康

日本人の住環境と健康……………早川 和男…… 4

環境問題の新局面

新幹線公害のとりくみから……………中川 武夫……16

「公共性」と環境問題……………須田 政勝……22

特集Ⅱ 現代の労働衛生活動

現代の労働衛生活動……………細川 汀……32

労働者の報告

1 コンベア作業現場から……………松本 明子……45

2 民間林業の振動病問題にとりくんで……………山崎 正和……48

3 榎藤鉄工所労働組合の労働者の健康と生活を守る闘い……………藤本 忠正……54

4 安全衛生予防協約化闘争の経験……………小宮 希士……56

専門家の発言

1 労働者との連帯を通じて……………辻村 一郎……61

2 兵庫県労災職業病対策連絡会議の活動について……………藤原 精吾……63

3 労働者の生命と健康を守る課題へのアプローチ

民医連医師の場合……………田尻俊一郎……66

4 労働衛生活動のありかた……………小林治一郎……70

特集Ⅲ 地域医療と福祉

“上からの地域医療”と住民の求めているもの……………山下 節義……74

不況下の農村の就業構造と農家の暮らし

農村における保健医療の展開のために……………渡辺 信夫……94

長野県下長門町における保健医療のとりくみ……………矢嶋 嶺… 107

京都府下和知町における保健医療のとりくみ……………岡田 寛・堀 春枝… 113

特 集 I
環 境 と 健 康

日本人の住環境と健康

早川和男

(神戸大学教授)

今日は社会医学研究会の総会で講演させていただきますことを大変光栄に思っております。同時に大変喜んでおります。といいますのも、かねがね、一度、今日お集りのお医者さん、保健婦さん、ケースワーカーなど、健康と福祉にとりくむ専門家の方々に是非お話をし、ご協力をお願いしたい、おこがましい言い方をすれば奮気をうながしたい、訴えたいと思ってきたからです。

私は、住居や生活環境をどのようにするか、ということに専門にしていますが、それと密接な関係のある日本の住宅政策は、先進諸国に比べて非常におくれているというだけでなく、どんどん後退しています。これを変える突破口を開くために、私達も前々からいろいろ言ってきました。しかし少々なことでは駄目なのです。それで日本住宅会議を作ったりしているのですが、国民の健康を守ることに一番密着しているお医者さん、保健婦さん、ケースワーカー、今日お集りの研究者や専門職の皆さん方に、今のような住環境のもとでは国民の生命と健康は守れないということを強く社会にアピールしていただけますなら大きな効果があるにちがいない、と私は一番期待しているのです。そういう意味で今日はこういう機会を与えていただきまして、大変嬉しく思っています。

1 矛盾を深める日本の

住宅事情・住環境

日本の住いの事情というのは大変深刻な状況になっております。外国からは「兎小屋」と批評されておりますが、そういう外見上のことだけではなく、健康が破壊される、生活が歪む、社会や文

化の土台にひずみをもたらすなど、構造的な形で住宅問題の矛盾が進行しております。

(1) 狭少過密、住環境の貧困

最近、家庭内災害が非常にふえております。だいたい住まいとうのは、私達の生命の安全、健康を守る一番基礎的な砦であります。ところがこの住居の中でいろいろの事故、災害が起こっているのです。家庭内災害といいますのは、0歳から4歳児、幼児の窒息死、電気洗濯機での溺死、石油ストーブや電気器具での火傷など。狭い家の中に、たくさん家具やエネルギーを使う器具がはいっていますから、からだを打ったり火傷をします。また、公団や公営のアパート、マンションは家が狭いから、バルコニーにみかん箱を置いたりします。あるいは老人が、狭くて急な階段からころげ落ちる。大腿骨骨折ということで寝たきりになってしまいます。

こういう家庭内災害による死亡者が政府の公の資料(人口動態統計)では6千200人位になっていますが、労働科学研究所の推計によると、1万4千人位死亡し、130万人怪我をしています。家の外は危ないから気をつけなさい、とおかあさんは子どもに言うわけですけれども、家の中自身が危なくなっている。だから救急車が走りまわらねばなりません。

そういう直接的な生命の危険だけではありません。幼児から子どもまで心身の発達が阻害されています。ご存知のことが多いと思いますが、部屋が狭いために赤ちゃんがはいはいできません。腕の力が発達せず、ころぶと棒が倒れるように倒れ、鼻やおでこを打ったり、歯を折ったりします。外

で走り廻るところがありませんから骨がぐにゃぐにゃになって、体が健康に発育していません。朝礼の時にばたばた倒れる。真すぐに走れない子どもがいます。日教組で毎年教研集会が開かれておりますが、その保健体育部会の資料をみますと、そのことが毎年のように報告されております。

大人と子どもの生活のサイクルは違うのですが、家が狭いので、親がテレビを観ていると子どもは寝つけない。朝ぎりぎりに起きる。学校へ顔を洗って来ない。歯をみがいて来ない。手を洗って来ない。ご飯を食べて来ない。用便をすませて来ない。そういう子どもが非常にふえています。

言葉の発達のおくれも最近注目されているところですが。家が狭いので、夫婦、親子の対話が全て符号で終わってしまう。論理的な話し方をしなくてすむ。養護の先生のところへ来て「お腹——」「どうしたの」「痛い——」というように文章ではなく、単語をきれぎれに単発する現象がふえていますと報告されています。昨年11月に発足した日本住宅会議の代表委員の一人で、日本教育学会々長の太田堯先生は「子どもの発達過程において住環境は大切なものはない。今のような住居の状況では子どもの成長が心配である。どうしても環境を変えなければならない」と主張されています。

また、老人問題が、住いとの関係で非常に深刻化しているということをご承知のとおりです。家が狭いので老人は家の中で落ち着くことができませぬ。無理に住もうとすればさまざまの家庭内トラブルの原因になったりします。孫に負われて老人ホームへという事もおきていますが、辺りな場所の雑居では人間らしい暮らしはできません。団地に住むお年寄りなどは朝から弁当をつくってもらって出かけます。雨の日曜日は階段に坐りこんでいる。自分が居ると邪魔だ、しかし雨で出かけられないので階段に坐っているというのです。またよく知られているように病院通いがふえています。老人が病気になりがちなのは当然ですが、病院を狭い家からの避難場所にせざるをえない状況が生まれています。病気が治っても仲々通院を止めたがらない。社会を作ってきた老人が死ぬまで

安心して住むことの出来ない状況が起こっています。

(2) 居住環境の悪化

過密化が非常に進行しています。ミニ開発が進み家が建て込み日照や通風が得られない。悪臭がある。これでは健康が守れない。エンゲルスの「イギリスにおける労働者階級の状態」やディッケンズの小説等を読むと、スラムは一步はいるとむっと悪臭がする、という描写によく出会います。通風は新鮮な空気を送りこみ環境を保つ大事な要素ですが、それがいよいよ困難になっています。建て込みのほか、子どもに部屋を与えるということで、小さなコマ切れの部屋をいっぱい作る。それで風通しはいっそう悪くなる。夏はルームクーラーがないと過せません。しかし、クーラーでの冷房はからだによくなく、小さい部屋でクーラーを使うとホコリをかきまぜます。各種の病気が「喘息」の原因になります。

さらに、浸水、崖ぐずれ、爆発事故など災害の危険のある住宅地が、がん細胞のように広がっています。長崎の大水害の時、私も調査にまいりました。どのようなところが被害を受けたかという、山間の扇状地です。地元の業者はここに家を建てる危険だとして去っていった。そこへよそから業者がはいり込んで来て開発した。そこがやられました。

日本の都市計画は、ヨーロッパのようにきびしい土地利用の規制がありません。住宅地が便利になると既存の家がとり壊されてミニ開発されたりマンションが建ちます。建築の密度があがると上下水道の容量もふやさねばなりません。そのうえ最近の家はせいぜい20年位です。こういう様ざまのことが原因になって住宅を作っては壊し、壊しては作りしています。年中道路を掘り返えています。ですから建設公害、道路公害が日常茶飯事になります。年中どこかで建築工事が行なわれダンプカーが街の中を走り廻っていたのでは、落ち着いた安心して住める居住地にはなりません。

(3) 地域の不安定化

住居というのは建物さえあればよいというわけではありません。住まいは暮らしの基盤なのです。ずっと一緒に過してきた地域の隣人達との交流、見なれた自然や街並みの中で私達の暮らしは支えられているのです。ところが、日本の現在の住宅事情は、民間アパート、マンション、公営、公団住宅、持ち家でもミニ開発などでは増築が出来ません。住宅の改善は引越しに結びついているのです。大阪ではアパートへはいる時に赤ちゃんが産まれたら出て行く、ということを経験させられている借家が4割あります。大きなお腹をかかえて家さがしをしなければならぬのです。どの場合でもはじめから余裕のある住宅にはいるといわれていますが、みんな家賃の支払えるぎりぎりの大きさの家に住んでいますから、引越しばかりしなければなりません。私は「住宅難民」と呼んでいるのですが、こういうことでは、生活、暮らしが支えられません。安定した生活は出来ません。

福岡で一人暮らし裁判というのがありました。日本の公営住宅は単身者の申し込みの受け付けさえしなかったのです。世界中どこの国にもこんなところはあります。福岡市に住む一人暮らしのお年寄りは、こういうことは健康的で文化的な生活を保障した憲法違反であり差別である、ということを経験して裁判をおこしたのです。5年にわたる裁判の決果、1980年に政府もしぶしぶ認めました。私は裁判の証言に立ったこともあって、この間福岡へ行ったとき、その後どうなっているか聞いてみました。ところが原告団の人は1人も公営住宅に入居していません。あれだけ一生懸命闘ってどうしたのかと尋ねますと、県や市が割り当ててくる住宅は、いま住んでいるところから2時間もバスに乗らねばならない。貧乏で一人暮らしの老人に、はたしてそんなところで暮らせるのか。ずっと自分のからだを診てくれていた医師からも離れてしまう。いつも相談ののってくれたり話し相手をしてくれた親しい隣人からも切り離される。そんなところえは行けない。ということでした。

住いというのは、ただ寝て起きてというだけの

ものではありません。暮らしを支えるベースなのです。

コミュニティから切り離なされて、ひとり年をとってそのようなところには住めない。あとからも申し上げますが、ひとり暮らしの人たちが住み続けられる公営住宅を地域地域に小規模でよから建てられるようにしなければならぬと思います。

オランダの住宅政策においては老人住居のあるべき姿として次のようなことを掲げています。

- (1) 生活と住居における最大の自立
- (2) 古くからの近隣の中での生活
- (3) あらゆる年齢層との接触
- (4) 高密度住宅は望ましくない
- (5) 住居と生活様式における個人の多様性と自由の確保

またスウェーデンの老人福祉に対する原則は次のようなものです。

- (1) 通常化 (Normalization) の原則：老人は可能な限り通常的环境のもとに生活する機会をもつ
- (2) 自己決定 (Self-determination) の原則：人は自らの生活を決定し決断する権利をもつ
- (3) 影響と参加 (Influence & Participation) の原則：自からの環境決定と社会全般に対し主張する
- (4) 人は全人格として把握されるべきである
- (5) 適切な管理下での活動

この間、神戸の近くにある被差別部落の人達と座談会をしました。以前のこの地域の住宅は、掘立小屋のひどいものでした。道も雨が降れば泥こでした。それが近代的な高層住宅に変わりました。3DKです。しかし皆不平たらたらののです。はっきりよかったと言ったのは、女子中学生だけです。どうしてかと聞くと、あるおばあさんは「たしかに家はよくなったけれども、外へ出ても高層住宅の廊下は誰も通っていない。以前は道に出ると近所の人ですぐ声をかけてくれたのに――」。つまりこの人達にとっては、家がよくなる以前に、コミュニティの方がより大事なのです。住まいはそういうものとして考えないといけない。ですから住宅をとりこわしてビルを建てる再開発という

のは、生活を破壊してしまうものです。

子ども達にとっても同じです。引越は友人を失い、故郷をつくれません。老人や子どもや主婦など、地域との結びつきの強い生活様式を持っている人達にとっては影響がとくに大きく、引越うつ病のほか自殺したりすることもおこるのです。

(4) 遠距離通勤のへい害

遠距離通勤は疲労を回復させない。生活時間が圧迫される。また家庭生活を歪めます。最近、子ども達の非行が大きな社会問題になっておりますが、その原因のひとつに父親との対話の不在ということがあげられています。しかし遠距離通勤では子どもと顔を合わせる機会が少ない。ローン支払いのために母親が無理をしてパートに出て共働きを致しますと、皆んなが下宿人同様の状態になります。父親は朝早く出て夜おそく帰ってくる、母親はパート、子どもは塾ということで皆が帰って寝るだけです。これでは対話は不可能で、子どもの心も発達しません。みんなバラバラに食事をとるので栄養に偏りが出ます。

また遠距離通勤のへい害については、通勤々労働人に流産、死産、異常出産が多いということが以前から報告されています。身体が震動する、階段の登り降りの負担、満員電車で体が狂迫される、冬期の冷えなどが原因です。婦人が社会的労働に参加することは大変意義のあることですが、遠距離通勤は勤労婦人の健康を破壊しています。

(5) ローンの重荷、持ち家政策の矛盾

以上のような諸矛盾に加えて、政府の持ち家政策はそれを激化しています。持てる者と持てない者の住宅格差が拡大しているということもありますが、公営住宅は当たらない、公団は高いということで、無理をしてもマンションなどを買わざるをえない。その結果、家計が圧迫され、食べるものも充分にとれないということが起っています。エンゲル係数というのは、所得がふえるほど家計に占める食費の割合が減る、所得が減ると食費の割合がふえるというものです。ところが大分以前から反対の現象がおきています。所得が低いほど、

食費の割合が少ないのです。「エンゲル係数の逆転現象」です。

これは、ローン、教育費、塾など、生活の必需的な支出のために家計が圧迫されているのです。とくに住宅ローンの負担が大きい。10年位前、東京のある保健婦さんが、妊婦の血液検査をしていました。公営住宅と建て売り住宅がならんでいるところがあり、そこに住む人をくらべますと、公営住宅の人の血液は濃い、建て売り住宅の人は薄い。建売りの人はローン支払いのために食費を節約していたのです。また先程もふれたように母親が働きに出て、子どもに添加物の多いインスタント食品を与える。そういうことも健康破壊につながっているのではないかと思います。

いま私が申し上げていることは、保健婦さんやお医者さんから教えられたことが多いのですが、この間も守口市の保健婦さんから話を伺いました。主人が結核になっても入院しない。ローンを払うために休むわけにはいかないというのです。

このようにローンはいろんな形で、健康や家庭にひずみをもたらしています。これも先にふれましたが、主婦が働きに出ることは、社会的にも個人にとっても意義のあることです。最近の統計では、主婦の半数が働いています。しかし主体的に自己を成長させたり正当な賃金を得るというのではなく、従属的な労働で生活を少しでもカバーしようというものです。不景気になってもローンは休んでくれませんか、安い賃金でも働かざるをえません。一般勤労者の賃金の低下に影響を与えているということもあり、本人の労働の内容も非常に悪いものです。

(6) 現代的貧困としての住宅問題

こういう話は、本当にきりのないものです。現在の私達の生活というものは住いや環境の貧困を通じて、赤ん坊から老人まで心身の破壊がすすんでいます。住居の貧困による影響は公害ほど直接的ではありません。しかし実際は心身の健康から家庭、教育、社会、文化にまで深刻な影響を与えているのです。家庭や地域は、人間を育てる教育力というものを持っていますが、それが住環境の貧

困によってどんどん衰弱していっています。子どもの非行が大きな社会問題になり、非行対策とか教育行政の改革がいろいろ云われていますが、住居の貧困を放置して非行や暴力への対策は成立しない、と私は考えています。

また住まいは暮しの基礎ですから、住まいさえ安定しておれば年金や失業保険でもある程度暮していけます。そういうことにはみんな気がついていのです。そして日本は社会保障が貧困な国です。そこにみんながマイホーム主義にすむ背景があります。しかしそれももはや困難です。現状のままでは抜け道のないところへ事態はきているのです。

生活文化は家庭の中で継承されていくことが強いのですが、それも損なわれています。赤ん坊の育て方を知らない、育児ノイローゼになって親子心中する。核家族化を強制されていますから、親から育児を学ぶことが出来ないのです。

また、よい住宅がなければよい街はできません。数年前から街並保全の運動が各地でおきています。京都、金沢、奈良といった都市で古い歴史的な街並みを保全しようということですが、その中心はなんといっても住宅です。何故なら、住居というのは生活文化の結晶で、内部にも、外部にもそれが現われているのです。美しい街並みは人の心を落ちつかせ豊かな気持ちにします。これが、ミニ開発やマンションの建つ混乱した都市では文化の継承はおろか、住む人の心を荒廃させてゆきます。そして、ゆたかで美しい住まいをつくることは民主主義の基礎だと私は思うのです。

民主主義というのは、そこに住む人みんなが力を合わせて、自分達の住んでいる地域をよくしていこうということが基礎だと思います。しかし、劣悪な住居や環境のもとでは、居住者がその地域に住みつづけたい、力を合わせてよくしていこうという気持は生まれて来ません。貧しい生活のもとでは自我は育たず市民意識は芽ばえないのです。戦後38年経ちましたが、日本には本当の民主主義が育っていない、革新自治体がたくさん出来ましたがどれもこれもだんだん消えてしまった。そこには、地域社会がみんなの力でつくられるという

ことが少なかった、そのことが大きく作用していると思います。労働組合も賃上げ一辺倒で、みんなが力を合わせて住みよい地域を作っていこうというところに関心を向けなかったし、今だに関心を向けておりません。現在は賃金が少々上がったから生活がよくなるという状況ではないのです。

(7) 基本的人権としての住宅

こういうようにみてきますと、住居が貧しければ人間らしい暮らしは出来ない、生命の安全も健康も人間としての尊厳も守ることができないということがわかります。そういう意味で「人間にふさわしい生活を求めることは基本的人権である」と思います。人権という言葉、結社、思想、信仰の自由ということがすぐ頭に浮びますが、安心して住める住居がなくてどうして人権が守れるでしょうか。

また、生活を支え、人間としての尊厳を守るには、「自立」ということが非常に大切ですが、住宅が貧困ですと自立はできません。先日、長崎で原爆をうけて32年間寝たきりであった渡辺千枝子さんの新しいお宅を拝見して来ました。おかあさんが看病されていたのですが、80歳になっても介護は出来ないということで、兄さん夫婦と家を建てました。その一階に千枝子さんの部屋があります。車椅子で家中動き廻れる。流しも低くなっていて車椅子のままで炊事が出来ます。トイレ、風呂も自分で使えますし、ベッドの回りにはいろんなものが置いてあって全て自分で操作できるように設計されていました。自力で生活出来るようになって以来、国内旅行はもとより外国にも出かけ、いまでは反核運動の先頭に立って活躍をされています。

住居を改善する。あるいは環境をよくして、身障者の人も自分で働く、働こうと思えば働ける。こういう住いをつくり町にしていかなければなりません。千枝子さんの場合は、親兄弟が居てお金があって家が出来たわけですが、普通の人ではなかなか困難です。社会的にそういう住宅を作っていかなければなりません。

また差別を作らない、ということが現在のヨー

ロッパで非常に大事な課題になっています。日本の公営住宅、特に二種住宅などにはいてくる人は、所得の低い人達、ハンディキャップのある人達が比較的多いわけです。こういう人達は今まで地域にばらばらに散らばって住んでいました。それを一か所に集めるわけです。そうしますと、あのアパートには貧乏人ばかり住んでいる、などといって地域から差別されることがしばしばあります。入居者自身の中にも、あの人を保護をもらっているのだったら私ももらおうという人ができます。

イギリスでは、サッチャーになってから大分様子が変わりましたが、それ以前は、毎年建設される住宅の4割から5割以上は公営住宅でした。戦後建設された住宅の6割弱は公営住宅、その6割は3LDK以上の大きさです。これは、人間にふさわしい住居は国家の責任で保障するという政策の反映です。その際、公営住宅は低所得者から入れなければならない、ということが社会的に容認されると思いますが、数が少ないと、貧困層ばかりが集まってしまふ結果になります。それは差別社会を作ることになりますから、たくさん作って、誰でも入れるようにする。イギリスでは大学教授でも誰でもはいれます。いろんな階層の人達、所得の面でも、家族の形態でもいろんな人達が一緒に住むことによって、そういう差別を生まない住宅地をつくっていくというものです。

以上述べたことを要約しますと、住居というのは第一に、基本的人権として保障されなければならないものである、そういう存在として認識されねばならない。第二は福祉の基礎です。これはあとでもお話しますが、住いがきちんとしていなければ、社会保障や医療も本当に役立っていかない。第三はよい住居があってはじめてよい都市と文化ができる。第四に民主主義の土壌です。住居というのは単なるネグラでなく、私達の間人らしい暮らしを支えると同時に福祉の基礎を作り、都市、文化、民主主義を支えていくものであると思います。私達がそういうことをどれだけ認識するか、このことが、日本の住宅を改善するエネルギーにつながっていくのではないかと思います。しかし

わが国では、こういう認識は著しく遅れているのです。とくに肝心の住宅政策が全く駄目なのです。

2 健康・生活・福祉の

基礎としての住宅

近代社会に現われた住宅問題というのは産業革命以降、世界の資本主義国が全て直面したことであります。住居が悪いために伝染病で大勢の人が死ぬ、労働力が確保できない、これは資本主義体制を脅やかします。また住居を非衛生的で過密な状態にしておいて、救貧対策とか、社会保障対策、医療をやらうと思っても追いつかないわけです。そのもとにある住宅や、環境や、都市をよくしていかなければならない、そういうところから住宅政策は発展してきております。皆さんよくご存知のことと思いますが、少し述べてみます。

(1) 公衆衛生から出発したイギリスの住宅政策

最初にそういう問題に直面したのはイギリスです。1830年から31年にかけて、イギリスの大都市ではコレラが流行しました。これに対し道路、上下水道の整備、不良・過密住宅地の解消というような対策をいろいろやります。イギリスの都市計画は公衆衛生、住宅政策が両輪になっています。不良住宅地を作らせない、スラム・クリアランスをする、過密住宅地を解消する、公営住宅を大量に供給する。住宅政策と公衆衛生政策が結合して今日のヨーロッパ諸国の都市計画の原型というのが成立しているわけです。

1848年にはこれらのことを法律にもりこんだ公衆衛生法が成立しますが、これには有名なエドウィン・チャドウィックが1842年に行なった調査報告書が大きな役割を果しています。チャドウィック自身は、今のような住環境を放置しておいたのでは、経済的・行政的にもマイナスである、と支配体制の側から——彼はベンサムの子弟子ですから——功利主義的な視点からそういう報告をします。はじめはそういう考え方から出発するのですが、やがてカソリックの人道主義、近代的な人権思想

の発展の中で、住宅政策、都市計画が結合していくわけです。1875年に公衆衛生法が充実しますが、その後いろんな歴史的経過を経て、1909年にイギリスの住宅都市計画法というものが作られます。この時、地方長官ジョン・バーンズは提案理由の演説の中で、「この住宅都市計画法というのは、個人の健康、道徳、性格、全体的な社会的環境等が改善、改良されるための社会的条件を作り出すことを目的としている。この法案は、要約すれば健康な家庭、美しい住宅、快適な街、威厳ある都市、健康的な郊外地を作り出すことを目的として、云々——」と言っております。要するに住居や都市をよくするということは、個人の健康や道徳や性格、健康な家庭、快適な街等を作り出す基盤になるだろうという発想です。そういうふうな、人間というものを根本に置き、住宅政策と公衆衛生は密着しながらすすんでいくわけでありました。

その住宅政策の大きな柱になるのが住宅監視員制度です。これは今日ご出席の方々に非常に大きな関係があります。

チャドウィックは弁護士であります。彼は調査をするに当たって、たくさん医師、保健婦、ソーシャルワーカーの協力を得ます。そして悪い住環境のもとでは寿命は短く、健康を守ることは出来ないということを明らかにします。そういう主張が反映しまして住居監視員制度が確立します。住居監視員制度というのは、ちょうど、日本の保健婦さんが家庭を廻ったり、食品衛生監視員が食品衛生のチェックをするのと同じように、地域を受けもって、住居がどういう状態であるかということを経営して見つけます。添加物のたくさんはいった食品は体に悪い影響を与え健康を破壊するということと同じように、過密住宅、老朽家屋、通風や日照のない家、風呂や便所のない、水の出ない家等、これらは人間の心身に悪い影響を与えるから「不適格住宅」です。これを発見すると、改善命令を出し、改善に必要な費用の半額を補助します。特定の地域に指定されますと7割までくれます。それでも改善しない場合は閉鎖命令をだします。添加物入りの食品の販売を禁止すると全く同じであります。持ち家の場合には所有

表-1 過密居住の基準（イギリス）

1	夫婦以外の10歳以上の男女が同一の部屋に就寝										
2	次のどちらかを超えたとき										
	<table border="0"> <tr> <td>1室—— 2人</td> <td>~ 5 m²—— 0人</td> </tr> <tr> <td>2室—— 3人</td> <td>5 ~ 7 m²—— 0.5人</td> </tr> <tr> <td>3室—— 5人</td> <td>7 ~ 9 m²—— 1人</td> </tr> <tr> <td>4室—— 7.5人</td> <td>9 ~ 11 m²—— 1.5人</td> </tr> <tr> <td>5室以上—10+</td> <td>11 ~ m²—— 2人</td> </tr> </table>	1室—— 2人	~ 5 m ² —— 0人	2室—— 3人	5 ~ 7 m ² —— 0.5人	3室—— 5人	7 ~ 9 m ² —— 1人	4室—— 7.5人	9 ~ 11 m ² —— 1.5人	5室以上—10+	11 ~ m ² —— 2人
1室—— 2人	~ 5 m ² —— 0人										
2室—— 3人	5 ~ 7 m ² —— 0.5人										
3室—— 5人	7 ~ 9 m ² —— 1人										
4室—— 7.5人	9 ~ 11 m ² —— 1.5人										
5室以上—10+	11 ~ m ² —— 2人										
	(1室ごと×2)										

者、借家の場合は家主にそれを通達します。家主がやろうとしない時には自治体が勝手に改善し、費用負担を裁判所を通じて家主に送りつけます。

このような、一見強権的と思えるようなことをやるのは、住いというのは子供が成長し、家庭を作っていく場所ですから、住居が貧しい状態であれば精神的にも肉体的にも歪んだ人間を作っていく、これは個々の人間の不幸であるばかりでなく、社会的にも非常に大きな歪みを与えるものである、という認識があるからです。住宅監視員制度は住宅政策を支える非常に重要な柱になっています。過密居住の基準は、夫婦以外の10歳以上の男女が同一の部屋に寝起きしたり、1室に2人以上、2室に3人以上などの住み方をしている場合です。

(表1)。改善命令が出されても、5割の補助金を出してくれても、残りはローンで返さなければなりません。老人などで私は出来ませんと言えば、市役所が買いとって市が修理し公営住宅として住まわせてくれたり、他の市営住宅に入れてくれます。イギリスでは公営住宅の入居者で、一般公募するのは3割ぐらいで、残りの7割は、こういう人達を優先的に入れていくのです。

(2) 医療行政と住宅行政の結びつき ——イギリス・フランスの例——

また、ヨーロッパの国々では、医療行政と住宅行政は完全に結合しております。退院する時にその人の家や住環境を調べます。もし病気が再発しそうな住宅の場合は、医者が住宅当局に対し家の改善を補助するように、あるいは公営住宅を斡旋するように勧告書をまわします。イギリスの場合住宅行政は自治体、医療行政は政府の管轄でその



フランスの社会保健婦

日本の保健婦と似たような活動をするが、住宅もその対象に入っている。(パリで)

辺に若干問題があるといっていました。そのようにしなければ、本当に病気を治すということにはなりません。住宅監視員制度というのは病気にならないようにパトロールして家を改善したり、そういう人達に移ることでできる公共住宅をたくさんつくるための調査をするということですが、同時に一旦病気になった人も、再び病気にならないようにしようという役割を果しています。

私はフランスへ参りました時、社会保健婦さんという人達にインタビューしました。フランスの社会保健婦というのは、いろいろ多面的な活動をしています。ひとつは、赤ちゃんが産まれますと社会保健婦が突然訪問します。そしてその家がハイハイ出来る空間があるかどうか、衛生的であるかどうかというようなことを全て含めて家を点検します。ふいに訪問してくるのが特徴であるということです。もし赤ちゃんの成長にとって不適切な住宅の場合、イギリスと同じように改善を命令します。もとの家が狭くて「何ともしようがない」ということになれば「公団住宅に移りなさい」ということとなります。考えてみますと、日本でもヨーロッパでも、家の改善に関心のない人がいます。そういう人には、こういうところで子どもが育つと将来どういう人になるか考えたことがあるのか、というふういろいろ話をするのです。そして少し不便になっても郊外の環境のいいところへ移ったらどうか、などと勧告します。というのが社会保健婦の仕事のひとつであります。日本の保健婦さんも家庭を訪問したとき、家をよくしな

ければ家族の健康は守れないと感じている人が大勢おられます。しかし今は住宅について口をはさむことができない。こういう状態を改めないと本当の保健活動はできないのではないのでしょうか。

社会保健婦のもうひとつの仕事は病院の担当です。私が出た社会保健婦は2つの病院を担当していると言っていました。イギリスと同じように、退院することがわかりますと、家をみにいきます。家を少し改善すれば車椅子が使えることが出来るようであれば、家族の協力を得て住みやすいようにアドバイスをしたり、補助をいたします。どうしても無理なら公団住宅や老人ホーム・老人住宅を斡旋します。そういうことを社会保健婦は行なっています。

3 高齢化社会の保健・医療と住宅問題

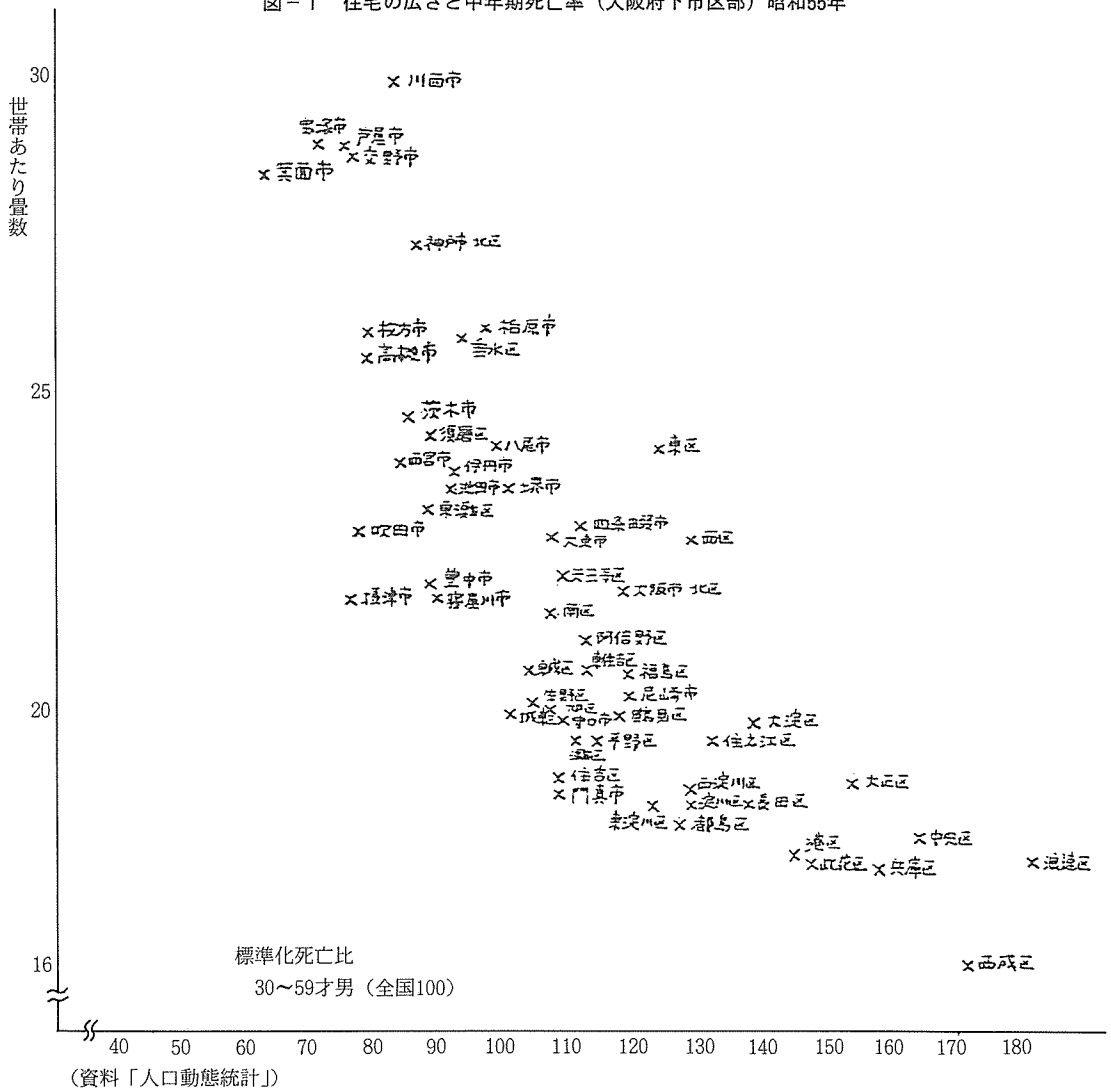
— 社会医学への期待 —

日本は急速な高齢化社会を迎えようとしていますが、私は、今のような住居とか住環境の貧困を放置しておいたのでは、医療保障、所得保障（年金）、医療などの社会保障制度は、やがて成り立たない、生活を支えられない時代がくるのではないかとと思っています。

(1) 生活の質と健康

すでにそういう傾向をみせておりますが、年金や医療保障で生活が守れるのかどうか非常に疑問になって参りました。たとえばこれまでの病気は注射1本で治る病気だった。しかし現代の病気というのは環境をよくしないと治らないものです。少し古いですが10年程前に厚生省が調査した持病と住環境の関係の結果をみますと、頭痛もち、神経痛、痔、ぜん息、心臓病、高血圧等は、住環境のいいところに住んでいる人と悪条件の人との差が10倍あります。(図-1) これは日照、通風、騒音、1人あたり畳数というものを上中下と分けてくらべたものですが、高血圧は上の人は5.2%、下の人は52.2%です。現代病というのは住環境をよくしていくのでなければ治せない、健康を保てないという時代にいよいよ突入していきだろうと

図-1 住宅の広さと中年期死亡率（大阪府下市区部）昭和55年



思います。(表-2)

また、低成長社会というのは、GNPがあがらない、賃金もそうあがらない、政府や自治体の税収も少ない、日本は福祉の諸制度が遅れており、これ以上後退させてはならないのですが、現実はずでにそうなりつつあるように、いろんなところでカットしてきます。そういうとき住居が不安定ですと暮しが成り立ちません。今イギリスでは、400万人以上の失業者がいて失業率は14%です。西ドイツも経済不況で、世界各国で日本のおこす貿易摩擦が問題になっています。しかしイギリス

人や西ドイツの人びとの生活は非常に安定しています。日本でこれだけ失業があれば、社会暴動が頻発し内閣はすぐつぶれるでしょう。何故生活が安定しているかと言えば、住宅がしっかりしているからだと思います。

話は少し飛躍しますが、私達が働くのは何のためでしょうか。労働の過程を通じて自己を発展させる、それが生きる喜びにつながる。労働には社会的に意義がある、労働を通じて自己が成長する。そういう意義と喜びが基本にあります。同時に、働くことを通じて富を作り、生活を豊かにしてい

表-2 住宅環境と持病 (%)

	上	中	下
頭痛もち	3.3	6.6	29.8
神経痛	6.4	10.5	71.9
痔	2.7	6.5	23.4
喘息	1.2	2.1	10.6
心臓病	2.0	2.7	18.5
高血圧	5.2	6.5	52.2
じんましん	0.8	1.9	6.2
リュウマチ	1.4	2.2	13.1
糖尿病	0.7	0.9	4.3
その他不詳	5.7	11.0	48.9

(資料) 厚生省「健康と住宅に関する調査」(1970年)

く。そして個人も、社会もより人間らしい暮しができるように。これが私達の働く目的であり、労働の、あるいは経済成長の目的でなければならないと思います。

ヨーロッパの人達と話をしておりますと、そういうことは当然のように認識しています。しかし日本では、それとは逆に、美しい自然をつぶして工場を作り、兎小屋に住み長時間労働であくせくしている。一体何のために働いているのか、何のための経済成長なのか、大へん疑問です。兎小屋という批判の底流には、彼等ヨーロッパの人間からみたそういう疑問があるのです。資本主義経済は、これからいっそう矛盾を深めていくと思います。そういうなかで生活を支えるのは、ストックとしてどれだけ住宅が整っているか、都市が私達の暮らしを支えるような装置として形成されているか、その差が各国国民の生活の質を規定していくだろうと私は思います。健康を守り、生活を支えるのは賃金の前に豊かな住居や安心して暮せる町だと思えます。それが保障されてはじめて他の諸政が成りたつ、そういう時代に21世紀はなっていくだろうと思います。

(2) 地域ケアと住宅

こういうふうに見てまいりますと、社会医学といえますか、医療、保健活動に対する期待が大きくならざるを得ないのです。WHOでまとめた世界のいくつかの国の平均入院日数の国際比較をみ

表-3 平均入院日数の比較 (1980年)

アメリカ	8.0日
西ドイツ	15.8
イギリス*	12.8†
デンマーク	12.8†
スウェーデン	12.6
フランス	14.0
日本	42.9

(注) * イングランドのみ

† 1975年の数字

(出所) WHO, Health Personal and Hospital Establishment, Vol. III World Health Statistics, Geneva, 1980.

ますと、ヨーロッパは12.3日、それに対して日本は43日です。(表-3) これは、日本は高度医療とか、ヨーロッパのようにデイ・ケア・センターがないというようなことが若干関係がありますが、基本的には老人が退院したがいらないということがあります。それで医療費がどんどん嵩む、それを老人保健法で切り捨てようということですが、それでは老人の行き場がありません。

在宅ケア、在宅看護、地域ケアが強調されていますが、その住宅が極めておそまつです。老人が病院からしめだされても、地域の医療システム、地域のケア体制がそれをカヴァーするようになっていません。住居の貧しさを放置しておれば病院に多くの人々が滞留するであろうことは、誰が考えてもすぐわかります。日本の住宅政策はただ家が建ちさえすればよい、それによって不動産業者が儲ければよい、という考えです。だからローン地獄で一家心中が頻発しても平気ですが、地価が上がり家が売れず業者の儲けが減ると大騒ぎして建築規制の緩和などをするのです。

厚生省はいったい何を考えているのでしょうか。住宅貧乏を放置しておいて、厚生行政は成り立たないことがはっきりしてきているのに、何故それを今もって放置しているのか不思議でなりません。

(3) 厚生行政と住宅

しかし全く無関心であったかというところでもありません。

戦後、公営住宅が建設省の管轄で出来ておりますけれども、厚生省も一時期住宅政策に熱心に取り組んだことがあります。公営住宅法案がとおるのが昭和26年です。その前年の25年に全国民生部長会議が東京で開かれました。この時、各都道府県の民生部長が一斉にクレームを出しました。それは、戦後、浮浪者とか被災者がたくさん出ましたが、そういう人達が福祉施設、病院、神社仏閣等を占拠する、というよりそういうところで住まざるを得ません。そうなりますと本来の福祉行政、あるいは医療行政が円滑にすまないと。住宅をきちんとしなければ、厚生行政が円滑にすまないと。ということを口々に厚生省に対して言ったのです。

たしかにその通りだ、ということで厚生住宅法案というものを厚生省は準備致しました。ところがそこに登場するのが田中角栄であります。厚生住宅法案に対置して公営住宅法案、こちらは後ろに土建業者がついていて、これを金儲けの対象にしようということです。戦後の日本の歴史で田中角栄は随所に顔を出しています。田中角栄がこの公営住宅法案を議員立法でやるわけです。何故議員立法にしたのかと申しますと、厚生住宅法案と公営住宅法案は建設省と厚生省の提案で、政府では調整がつかないものですから、個人で提案することになるわけです。そういうふうに厚生省も一時は住宅政策をやらなければならないことを真剣に考えるわけです。しかし今、また同じような状況になっています。老人保健法で、住いが安定していない老人をしめ出そう、在宅看護を病院から地域へということをいっております。しかし病人が安心して寝ておられるような、快適に住む住宅というのはありません。ですから、厚生住宅法案が出てきたのと同じように、福祉の視点に立って、あるいは生活を、暮らしを支える住宅政策というものを登場させなければならないわけです。そういう意味で住宅政策、厚生行政はともに大きな転機にきていると思います。

(4) 保健・医療従事者の役割

はじめに社会医学の方々に大いに期待したいと申し上げましたけれども、ここにご出席の方々は、

日々いろんな人達の生活の実態をみておられます。住居をよくしなければ健康は守れない、暮らしを破壊から救えないのだということが一番ご存知なのではないでしょうか。私は保健婦さんやお医者さんからいつも教えて頂いています。昨年11月3日の日本住宅会議の総会でも、東京の保健婦さんが報告されておりました。ある家庭を訪問すると薄暗い部屋で赤ちゃんが1日中、眠るともなく起きるともなくすやすやしている。こういうところで子供が育っていったらどういう人間になるのだろう、と報告されておりました。住居を改善しなければ保健活動は出来ないのではないか。移動入浴車が入れない細い道に面した住宅に1人暮らしの老人が寝ている。こういうのを放置していると寝たきり老人の介護も出来ないし、いよいよ悪化していくばかりである。東京の若い保健婦さん達が集まって、いま住宅問題研究会を開いております。このように生活に密着した立場にいる方々が、そういう事実をどんどん明らかにしていただきたいと思っております。そうして市町村や行政を通じてつきあげてほしい、社会に訴えていただきたいと思うのです。

最近イギリスの文献を読んでおりますと、イギリスは世界で最も住宅政策が充実し、高い生活水準にあるとみなされております。しかし全てが完全にいくというわけではありません。みんなが力を合わせて、残った問題を解決していかなければならないということで、いろんな運動団体が出来ております。例えばシェルターという運動団体があります。イギリスで最大の住宅運動団体です。この運動団体には医師、保健婦、ソーシャルワーカー、牧師、児童施設の教師、両親などいろんな人がはいて、自分達の日ごろの生活の経験の中から問題を摘出したり、それを改革する社会的アピールをするなど、いろんなことを行なっています。

例えば、「貧しい生活の状態が子供に与える影響」というパンフレットがあります。これはいろんな人達の証言集です。少しご紹介しますと、「発育期に住宅問題にさらされた子供達が、長年にわたってどのような影響を受けているのか、私

達は正確に認識しているだろうか」、そして調査の結果、「不十分な住宅政策が多くの子供達の健康、教育、社会的あるいは精神的問題に直接影響を及ぼしていることを確認」するのです。例えば、「子供達への心理的影響、反社会的な行動は住居に関係がある。ごみごみしたところに住んでいると、子供に社会的劣等感を感じさせ、反社会的行為や非行につながっていく。劣悪住宅の子供達は、学校で勉強したり、学校での社会生活にむつかしさを感じている。同調出来ない。結局彼らは悪い成績で卒業して低賃金の仕事につき、似たような育ちの相手を選んで結婚し、その結婚生活もまた不安定になっていく」「私達ソーシャルワーカーは、ひどい住宅事情のなかで、彼等の情緒的問題に対してどのような事が出来るのでしょうか。もし住居を放置しておくなら、何をしても水中で人工呼吸を行なうようなものです。十分な住宅を整えてはじめてソーシャルワーカーは、情緒的問題の改善にとり組むことが出来るのです」また、「悪い住宅の中では子供達はだんだん意地悪くなっていきます。学校の先生は、子供達の住宅事情も考えないで悪い成績をつけるのは不公平です」という親の声も聞かれています。また日本でもそうですが、重いローンの負担や過密居住の中では、両親がストレスを溜めている。そのはけ口を子供に求める。ですから狭い家の中で、子供だけが悪い影響を受けるというだけではなく、親の反射作用として親にいじめられる。親が生活苦などのストレスから子供を折檻して殺してしまうという例も多くあります。

(5) 公衆衛生への期待

保健活動、社会福祉活動、医療活動の中に、住居の改善の問題を是非とりあげていただきたいと

思います。病院から退院する時には、どのような家に住んでいるのか、それをよくしなければまた入院することになります。医学というのは病院の治療だけでなく、病気にならないようにしていく、これが社会医学の一番重要なことではないかと思えます。こういう問題については、私たち建築学の専門家が言っても説得力がありません。どうしても保健婦さんや医者の方、健康問題に従事している方達から発言していただくことが重要だと思うのです。医学の中でも公衆衛生は、これからの時代は本命中の本命になっていくと思えます。対症療法的なものでなく、病気にならないような地域を作り、環境をつくり、あるいはサービスのシステムをつくる、そういうことが現代医学、公衆衛生の中心的な位置を占めていくだろうと思えます。是非、住居の問題を取りあげていただきたいと思えます。

私は、いろんな先生方と日本住宅会議というのをつくりました。1983年の11月東京で第2回の総会をもちます。その分科会のひとつに「医療保健と住居」というのを設けました。是非、みなさん方もご参加いただいとお力添えいただきたいと思えます。

昨夜の自由集会でも保健婦さんがたくさんお見えになり、実に貴重なご発言が多くありました。このようなことをどんどん出していただき、みんなの力を集めて住環境をよくし、ひいては国民の健康を守る方向に共にすすんでいきたいと思えます。

(尚、本稿の内容に関連して詳しくは早川著「日本の住宅革命」東経選書、「新・日本住宅物語」朝日選書を参照して下さい。また第2回日本住宅会議の記録は「住宅改革の課題」ドメス出版、として刊行されています)

環境問題の新局面

— 新幹線公害の取り組みから —

中 川 武 夫

(名古屋大学医学部)

1. はじめに

「公害の時代から環境保全の時代へ」といわれるようになってすでに久しい。

この間、1973年の石油ショックをきっかけとした環境行政の後退はすさまじく、目にあまるものがある。

NO₂環境基準の改悪、イタイイタイ病のカドミウム原因説への攻撃、水俣病、喘息など公害病患者の切りすて、アセスメント法案が相次ぐ骨抜にもかわらず成立しないなど、止まるところがない。

もちろん、老人医療有料化などその根っこは同じではあるが、今回は環境問題について検討したい。

「公害から環境へ」という意味を正しく理解するためには、この言葉が使われる背景を知る必要がある。

その一つは、日本の公害問題が、水俣病・「イ」病・喘息等に象徴されるように直接命にかかわる問題として提起されたために、人が直接的な死に直面しない問題は軽視または無視される傾向への批判であり、長期的な人間の生存の問題とのかかわりあいの中で環境問題をとらえるべきであるという積極的側面である。

もう一つは、「公害問題は終わった。今後は生活の快適さを求める環境問題としてとらえよう」という考え方であり、被害救済を、単なる社会福祉

の一つとしてしまおうとする考え方である。

こうした点のとらえ方について、新幹線問題を例にとって明らかにしたい。

2. 新幹線公害問題の概要と経過

東海道新幹線の路線決定にさいして、沿線住民の生活環境に対する配慮がなされた形跡はまったくない。考慮されたのは、高速走行を保障する直線性と、建設コストをできるだけ安くすることだけであった。そのため、名古屋市南部にみられるように、人家密集地帯を貫通し、しかも用地買収は線路幅だけという暴挙がまかりとおったのである。軒先をかすめて高架がつらなる、まさしく人家の真上を列車が走行するという状態。新幹線公害は、国鉄当局が計画・建設時から沿線住民を無視した当然の結果として発生した。

新幹線公害は、列車の走行による衝撃的な騒音と振動が中心であり、騒音は鉄橋部分で100ホンを越え、その他の部分でも近い所で85~90ホン、20m離れても80ホンを越える。振動も、近い所では70dB(VL)を越え、直接的に健康を損うばかりか、病人、老人、小児などいわゆる社会的弱者の療養、安静を妨げ、間接的にも影響を与えている。その被害は、身体的、精神的、日常生活妨害、家屋被害などに分類できる。

被害実態については、詳しくは別稿にゆずるが、騒音・振動との関係について一部を示す。

(1) 図1は我々^{1)・2)・3)・4)}が、身体的・精神的被

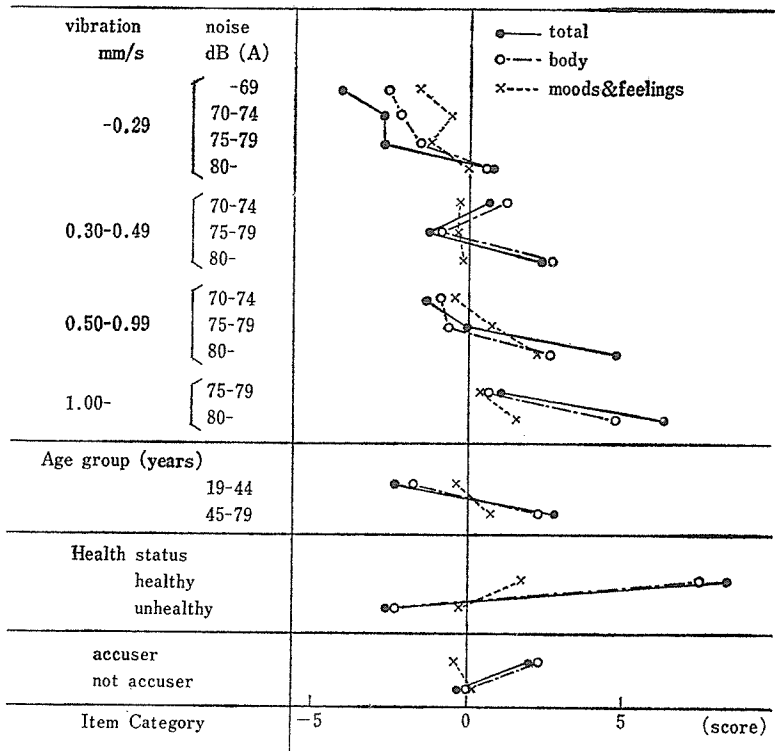


図1 身体的144項目、精神的46項目の自覚症状訴え数に影響すると思われるアイテム・カテゴリとそのスコア（中川ら）

害と騒音・振動との関係を明らかにするために名古屋市で行なった自覚症状調査の結果である。騒音・振動が高くなるに従って自覚症状の訴え数が多くなる傾向が認められる。

(2) 表1は、名古屋市医師会⁵⁾が、来院患者に行なった新幹線公害による被害意識調査の結果

表1 新幹線からの距離別健康被害意識頻度(%)
(名古屋市医師会)

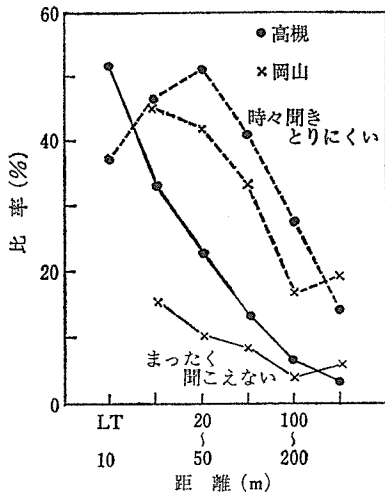
／	< 50m	50m~100m	100m <
緑	12/12 100.0	16/18 88.9	14/126 11.1
南	56/58 96.6	46/72 63.9	54/362 14.9
熱田	46/49 93.9	45/56 80.4	40/167 24.0
中川	14/17 82.4	28/40 70.0	22/207 9.7
中村	11/15 73.3	5/21 23.8	7/195 3.6
西	2/5 40.0	0/3 0	4/98 4.1
計	141/156 90.4	140/210 66.7	141/1155 12.2

果で、新幹線に近くなると被害意識が大きくなっていること、又、名古屋駅に近く新幹線が減速している中村区、西区では近くても被害意識がやや低いことなどが明らかとなっている。

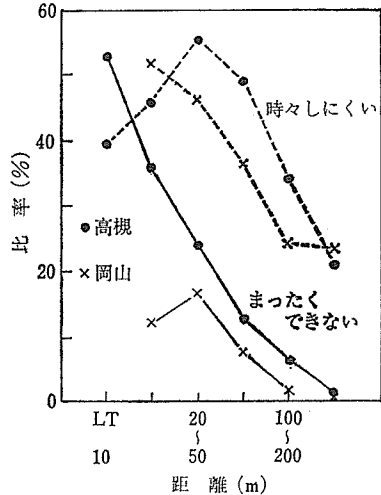
(3) 図2は京大の柴田⁶⁾らが大阪高槻市で行なった被害実態調査の結果で、やはり新幹線に近い程、被害が増大している傾向が明らかとなっている。

新幹線公害問題の経過は概略を年表に示した。住民運動はこの運動の経過の中で、

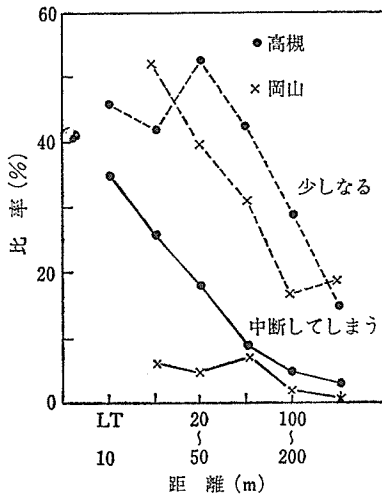
- (1) みずから立ちあがり、強固な住民組織をつくりあげること。
- (2) 被害が沿線に限られており、一地域だけで多数の住民の結束を得にくいことや、加害者が国鉄=国である以上、全国で被害を受けている人々と団結する必要があること。
- (3) 順法闘争などのスピードダウンをしてくれる国鉄労働者と直接的、間接的に連帯していくこと、の重要性を学び、連合会を結成し、



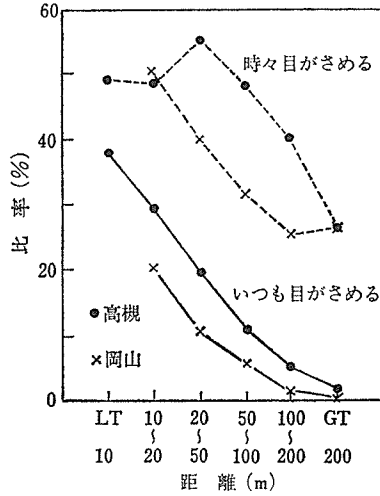
「新幹線が通る時、電話が聞きとりにくいことがありますか」に対する結果



「新幹線が通る時、会話がしにくいことがありますか」に対する結果



「新幹線が通ると勉強や仕事のじゃまになりますか」に対する結果



「新幹線が通ると寝ていて目をさますか」に対する結果

図 2 新幹線からの距離別訴え率 (柴田ら)

72年10月には建設中の東北、上越新幹線沿線住民も一緒になり新幹線公害反対全国連絡協議会をつくりあげた。

又、1973年2月には国鉄労働組合の協力で、名古屋市内で110 km/h 減速を実現し、減速により騒音・振動が大幅に低減することを事実として明らかにしてきた。

3. 新幹線公害問題の新しい性格

四日市、水俣、イタイイタイ病の四大公害訴訟は、多くの死者を含む悲惨な健康被害をもたらし

た私企業を裁いた。これらは公害というよりむしろ企業犯罪とでもいうべきものである。

新幹線公害訴訟は、四大公害訴訟に続いた大阪空港訴訟、尼ヶ崎国道43号線訴訟などと並んで、いくつかの新たな性格を持っている。

第1は、過去の被害の損害賠償を求めるだけでなく、公害の発生前又は発生中のものについての差し止めを求めたこと。

第2は、被害内容が、特定の原因による特異的な健康被害(死一疾病)というよりは、非特異的な身体被害、健康影響、精神的被害、日常生活妨害、家屋被害などと広汎な被害を一体として問題

表 2 新 幹 線 関 係 年 表

59. 4 東海道新幹線起工	7 第一回公判, 新幹線公害反対全国連絡協議会結成
64. 10 東京—大阪間開通	12 国鉄, 原告居住地域内の沿線の20m買上案発表
65. 11 200 km/h 運転開始, 110 本/日	75. 3 博多まで開通
70. 3~ 万国博始まる, ひかり16輛へ, 227本/日	7 新幹線騒音環境基準告示
10 住民運動の芽生え	11 大阪空港訴訟控訴審判決
71. 10 新幹線公害反対同盟連合会結成	76. 3 「環境保全上緊急を要する新幹線鉄道振動対策について」勧告
72. 3 大阪—岡山開通	4 運輸省国鉄に緊急振動対策を指示
9 第一回住民大会開く, 国鉄へスピードダウンを要求	6 第一回環境週間全国公害被害者総行動デー
10 新幹線公害反対全国連絡協議会結成	77. 6 第二回全国公害被害者総行動デー
11 日弁連公害対策委意見書公表, 「昼間65ホン夜間55ホン以下に」	78. 5 原告本人尋問始まる (55 回公判), 大阪空港訴訟上告審決起集会
12 「環境保全上緊急を要する新幹線鉄道騒音対策について」勧告	79. 4 新幹線訴訟勝利をめざす実行委発足
73. 2 運輸省国鉄に緊急音源対策を指示, 国労名古屋市内 10 km 区間で 110 km/h 減速走行実施	6 新幹線訴訟決審 (70回公判)
5 名古屋市「防音壁はほとんど効果なし」と発表	80. 9 新幹線訴訟第一審判決
7 連合会訴訟提起を決定	81. 6 新幹線公害訴訟控訴審 (第一回)
74. 2 大阪空港訴訟第一審判決, 名古屋新幹線公害訴訟原告団結成, 動労長期スピードダウンの決定	12 大阪空港公害訴訟最高裁判決
3 訴訟提起	82. 6 東北新幹線, 大宮—盛岡間開通
	11 上越新幹線, 大宮—新潟間開通
	83. 5 動労, 減速走行中止

としたこと。

第3は、空港、道路、新幹線というように、いわゆる公共事業から生じる公害で、被告が公的団体であること、などである。

公共性については別にゆずるとして、「被害の把握」と「差し止め」は、社会医学を学ぶ私にとって大きな関心を持たざるをえない。

健康は、何より予防が大切であることは、今さら言うまでもなく確立された原則であるが、公害の分野では、今日までは発生した悲惨な被害を前に、実態調査や原因究明、救済に追われ、発生予防にまで主要な努力が注げなかったのが実態であったと言えよう。「より早くわずかな被害の発生や、被害発生を予測させる段階で対策を立てる」ということになかなか手がつけられないでいる。いや現状はむしろ、「予防」はあくまで原則であり理想にすぎないのだという見解が、現実を支配しているとも言える状況ではないか。こうした状況下で、大阪空港控訴審判決では“差し止め”が認められたが、新幹線訴訟においてもこれが認められるのか。

健康と疾病は連続的であり、健康被害即〇〇病

ではないはずだ。急性暴露による被害のみならず、慢性的な暴露による被害、又、騒音、振動下で安静療養ができず、病状が悪化したり、回復が遅れることもある。慢性的睡眠不足が、様々な症状の要因となることも当然考え得る。思考・会話などの妨害が、単に日常生活上の苦痛に止まらず、ストレスとして様々な影響として与えうる。

このような状態を、総体として被害としてとらえるべきではないか。

社会医学として明らかにするよう課せられたこれらの課題が、社会的にどう認識されているかという点で新幹線公害はまさに新しい性格を持った公害問題であるといえよう。

4. 第一審判決に対する社会医学的視点からの批判

こうした経過の中で1980年9月、新幹線公害訴訟第一審の判決が名古屋地方裁判所で行われた。

判決は要約すれば、騒音、振動による差し止めは、新幹線の公共性を評価したこと、及び身体的被害を具体的に認めなかったために棄却し、その

他の被害についてはその重大性を理解し、損害賠償を認めるというものであった。これは大阪空港第2審判決より後退した内容であり、その意味からも、現在の環境問題が直面している事態の象徴でもある。

公共性の議論は別にゆずるが、一点だけ問題を指摘したい。「名古屋の被害を認めておきながら、名古屋で減速すると全国でも減速することが必要となり、新幹線の公共性が失われる」という議論は全く理屈に合わない。名古屋での減速の影響と比較すべきは名古屋の被害であり、全国的減速を論ずるなら、あくまで全国の新幹線沿線の被害と比較すべきであるということである。

判決は、日常生活妨害、睡眠妨害、精神的被害については「原告らの生活妨害による被害は多様であり、その程度も決して軽くないものがあるといわねばならない」という言葉に代表されるように被害実態を認定している。その根拠として、各種アンケート調査などを評価している。この点では、大阪空港控訴審同様に積極的な面をもっている。しかしながら、身体的被害については、精神的・心理的ストレスが自律神経系やホルモン系に対し反応を引起し、様々な影響が起きる可能性は認めながら、それが騒音・振動に起因して発生したものでどうか、判定ができないとして、相関関係を否定し身体的被害を認めなかった。

私の立場から問題にする点の第一は、こうした被害のとらえ方であり、生活妨害・精神的被害・睡眠妨害と身体的被害を切り離して論じていることの誤りである。これらの被害は、独立的に段階的に発生するのではなく、連続的に相互に関連し合うことは、すでに現代医学の「常識」であると言えるのではないだろうか。

第二点は、身体的被害を疾病とのみ理解しようとする誤りである。公害による身体的被害を認識するにあたっては、どうしてもいわゆる「水俣病」や「イタイイタイ病」を念頭において、それと比較するというような発想におち入ってしまっているのではないかと、という点である。

私が新幹線公害に取り組み始めた頃、ある新聞記者から「新幹線公害で人は死にますか」と聞か

れたことがある。「直接的影響として死亡することはないのではないか」と答えると、「それではこの問題はあまり大きな問題にはならないですね」というのである。これも又、同じ誤りにおち入っている例である。

この点では、例えば水俣病を例にとってみても、今までの認定例というのは、現在多くの「水俣病認定待ち」や「非認」の患者がいるように、水俣病の中でも極めて重症な一部分にすぎないのだということを正しく認識することが必要であると思われる。大気汚染による認定しかり、労災職業病の認定も同様で、認定者の背後に、多くの認定されてはいないが、健康でない人がいるのである。そうして、「健康でないということは病気にかかっていることであり、当然病名がつくはず」という誤った疾病観・健康観を正さねばならない。

最近「半健康」とか「不健康」とかいった表現で、これらを表わそうとする動きがあるが、大いに期待し、こうした概念が定着するよう積極的に推進したい。

第三の問題点は、身体被害の因果関係の立証をめぐる問題である。たとえ疾病と呼べる身体的被害が発生しても、その原因が騒音・振動が原因であると判定することは、臨床的にも不可能であることを一方では認めながら、個別的な訴えに対しては殆んどについて「これが新幹線騒音・振動によるものと認めることは困難」として否定した。この論理はそれ自体として矛盾であり、又、何々病と言えども当然その原因も明らかにされるはずという誤った認識の影響を受けていると思われる。

国鉄側証人として法廷で耳鼻科の医師が、「騒音による身体被害としては、騒音性難聴以外は因果関係は明らかにされていない」と証言した。

私は医師という集団の中にさえ、このような認識をする人が存在したことは、極めて遺憾なことであると思う。

5. おわりに

判決への批判をあれこれ述べたが、一方では私

が1つの中心として取り組んだ被害、特に健康被害の存在とその因果関係の追求ということが、不十分だったが由に、あのような判決にならざるを得なかったのだという思いも強い。又、判決内部での論理矛盾から推察すれば、差し止めは認めないという前提があり、身体被害を認めれば差し止めは認めざるを得ないので、身体被害は認めず差し止めは認めない範囲での被害は認めるということになったのではないかという見方もできよう。

自らの非力を棚上げにし自己弁護をしているという批判を覚悟で、あえて言えば、「被害がもっと深刻になり、誰の目からも因果関係が明らかになるまで待つて調査する」より「被害の深刻さを予見したら、その段階でたとえ不十分な点があっても最大限努力して調査し、すぐにも問題を提起する」のが我々の取るべき態度であると考えている。基礎医学はともかく臨床医学も社会医学も医学は、まず健康を損った人をできるだけ早期に救済し、その過程を通じて研究を推進するのが基本であると思うからである。まず研究があるので決してない。医学研究にはこうした制約は当然である。社会医学は、健康破壊をより早く把握し社会的対策を立てることが1つの目的である以上、より強くこうした制約を受けるのは当然である。

この現実から逃避し、社会から目を離し、基礎医学の領域で生きようとしたり、被害を看過し、被害がより深刻になるのを期待したりするとした

ら、それは社会医学の自殺行為である。いかに困難であっても現実の中で健康被害や因果関係などを科学的に把握する努力をするとともに、考え方として必要な点は整理し、社会の中で定着させるよう努めることが私達の責務ではないであろうか。

公害問題は、日本においても、まだまだ終わっていない。いや公害を解決するためのとりくみは、今から始まったと言っても過言ではない。いたずらに公害行政の後退をなげいていても解決しない。環境問題をめぐる事態を冷静に見つめ、一つ一つ努力を積み重ねることが、今、我々に何より求められているのではないであろうか。

参 考 文 献

- 1) 新幹線騒音・振動と自覚症状に関する研究：名古屋医学, Vol. 103, No. 3, 1980.
- 2) 住居地域における新幹線騒音・振動の衛生学的研究：名古屋医学, Vol. 104, No. 3, 4, 1982.
- 3) Criteria for Acceptable Level of the Shinkansen Super Expreers Train Noise and Vibration in Residential Areas : J. Sound and Vibration (1982), 84, 573—591.
- 4) 騒音・振動影響調査における回答の“かたより”に関する一考察：日衛誌, Vol. 37, No. 1, 435 (1982).
- 5) 名古屋市医師会：名古屋における新幹線公害被害調査, 1974. 5.
- 6) 柴田俊忍：新幹線公害の生活環境に及ぼす影響について、公害と対策, Vol. 12, No. 2, 1976.

「公共性」と環境問題

須田政勝

(弁護士)

1. 何故公共性が問われるようになったか

(1) 高度経済成長政策と公共事業

1960年以降高度経済成長政策がとられ、生産基盤に対する公共投資、とりわけ道路、港湾、空港などの運輸交通施設に対する公共投資が優先されてきた。これは生活基盤に対する公共投資より生産基盤に対する公共投資のほうが経済に対する波及効果が大きく、生産誘発効果が大きいと考えられてきたことによると思われる。

地域開発の先兵として、まず公共投資を行い、そこに民間資本を呼び込んで地域開発を進めていく、これが従来の地域開発思想であり、パターンであった。

その頂点に立つのが新全国総合開発計画であり、日本列島改造論である。1970年代以降全国に数千キロに及ぶ新幹線網と高速道路網の建設、主要空港と主要港湾の整備を内容とする、これまでの交通運輸施設の整備に比べ、桁はずれに大規模な開発計画が実施された。

その結果として全国いたるところに深刻な公害が発生し、自然環境破壊が行われた。

(2) 公共事業の変貌

公共事業が大規模化し、在来の道路や鉄道などに比べて、新幹線や高速道路が従来の公害にもまして、周辺地域住民に深刻な公害による影響を与えるようになって、改めて公共事業における公共性とは何かということが問われるようになった。そこには明らかに公共性の変質が起っていたのである。

まず第1は、共同社会的条件の喪失である。わ

れわれが常識論として、公共事業や公共施設の概念規定を行うとき、社会の生産活動や生活の一般的条件を保証し、特定の私人や企業の利益に供するものではなく、すべて国民が等しく、誰れでも易しく利用できるものを公共施設や公共事業という。ところが、近時の大規模公共事業は社会の生産活動や生活の一般的条件を保証し、誰でもが等しく、易しく利用できるという共同社会条件を失ってきている。例えば、港湾といえば一般の客船や貨物船が出入りし、ところによっては漁船も出入りするし、見物人で溢れることがあったり、ときによれば、近くで釣を楽しむ人もあるという光景が思い浮ぼう。しかるに最近の港湾は特定企業の専用港であったり、専用埠頭になってしまっている。大阪の堺港は新日本製鉄港になってしまっているし、田子浦港は小数の製紙会社の産業廃棄物の捨場になっている。

第2は、受益と負担の分裂である。イギリスの経済学者ミシヤンのいう便益権の差別が生じていることである。

すなわち、公共事業が共同社会的条件を失い、大規模化した必然の結果として、その周辺住民は、公共事業による直接的な恩恵を日常生活において受けない反面、間断なく深刻な公害を受けるようになった。例えば、従来道路といえば、貨物自動車も走る代りに、バスやタクシーなど常住民が利用する公共運輸機関にも利用され、道路の種類によれば、子供達の遊び場であったり、避難場所になったりした。しかるに、高速道路はインターチェンジの近くに居住していないかぎり沿線住民にとっては利用価値が低いし、まして自動車に乗らない人には無用の長物であろう。ところが、そこから発生する公害被害は24時間、しかも

益も正月も休みなく甘受しなければならないのである。つまり、昔は道路なら道路という公共施設により、公害という負担も受けなければならなかった反面、日常生活において大きな利益も受けてきたのである。しかしながら、近時の高速道路、新幹線、空港などの周辺住民は、仮りにそれらの施設を利用するにしても1年のうち数えるほどしかなく、たいした受益をしない一方で、毎日毎日耐えがたい公害被害を受けなければならないのである。つまり、受益するものと負担を受けるものが違ってきているのである。これすなわち、受益と負担の分裂が生じているのである。

第3は、絶対的損失の発生である。

絶対的損失とは回復しがたい損失、わかりやすくいえば健康被害のことをいう。公共事業の大型化により、また、公共事業や公共施設が周辺に与える社会的費用を無視した結果として、それらの施設周辺住民には不可逆的な被害が発生しているのである。

以上のとおり公共事業は変貌し、変質してきているのであって、ここに至って公共事業の公共性とは何かという意味が問われるようになってきた。

2. 公共性は従来どのような役割を果たしてきたであろうか

公共事業が変貌した結果、公共性の役割も次のように変質してきた。

(1) 被害の受忍

公共性と法律上の類似用語に公共の福祉というのがある。誰もが承知しているように、従来、公共の福祉という言葉によって人権が圧殺され、軽視されてきた。例えば、公共の福祉とか全体の利益という曖昧な内容のもとに表現の自由が侵害された例は枚挙にいとまがない。

これと同様に、公共性とか全体の利益のためにという口実で、特定多数の公害被害者に受忍を迫ってきた。しかもたいがいの場合、公共性の内実が明らかにされることのないまま被害者に、当然

のこととして被害の受忍を押し付けてきたのである。

(2) 私的利潤追求の隠れ蓑

従来、ともすれば全体の利益とか公共性の美名のもとに、被害者には受忍を迫りつつ、他方で加害者は大きな利潤をあげてきた。すなわち、加害者は利潤追求の隠れ蓑として、うまく公共性を利用してきたのである。

この例も枚挙にいとまがない。例えば、日本の大手航空3社は、政府の手厚い保護のもとで、公共性の美名に隠れて巨大な利潤をあげてきたし、道路の公共性を盾に、沿道住民にほとんど公害対策らしい対策も採らないまま、少数特定の自動車工業会社は大きな利益をあげているのは公知の事実である。

(3) 公共性の使い分け

被害者や国民に公害被害の受忍を迫るときには公共性が表に出されるのであるが、一方合理化したり、料金を上げるときには、公共性の體は捨てられ、独立採算性に衣替えするのである。

その典型例を国鉄に見ることが出来る。政府や国鉄は新幹線の公共性は極めて高いとして、沿線住民に絶対的損失の発生をも受忍すべきであると迫りながら、鉄道料金を値上げするときは、公共性が高いから一般の税で負担するとはいわないで、独立採算性を表面に出して、値上げしていく。政府や国鉄の御都合主義によって沿線被害住民は公共性により公害被害の受忍を強いられ、国民は独立採算性により料金値上げの受忍を強いられてきたのである。

(4) 公共性の相対性

公共性の判断ほど人の価値観によって大きく異なるものはなく、また、公共性ほど政治的に利用されてきたものも数少ない。

例えば、周辺住民に深刻な被害を及ぼす軍事基地を考えればはっきりする。国民全体の生命の安全を保障するという意味で軍事に大きな公共性を認める人もいようし、他方で、わが憲法体制の下

ではそこにかなる公共性も認めがたいという人もいよう。これほど極端な例でなくとも、高速道路や新幹線、空港など生産基盤を形成する公共事業や施設に大きな価値を見出す人もいれば、下水道や教育施設、住宅建設など生活基盤を形成する公共施設や事業により大きな公共性を認める人もいよう。

まさに、公共性とは価値概念であり、その人のもつ価値観によって公共性の評価基準は著しく異なるのである。つまり、公共性とは相対的な価値概念であるといえよう。

3. 公共性を主張する側の公共性の論理とは一体どのようなものであろうか

(1) 各種公共事業、施設の公共性

これまでに訴訟の場に現われた事案で、公共性が問題となった事例を類型化してみると表1のとおりとなる。

これで見限り、後の公共性の意義のところでも触れるが、大きく分けて公共施設なり公共事業の公共性が加害者側から説かれるとき、そこには3つのパターンがあるといえる。1つは市民生活に必要不可欠なもので、嫌忌施設といわれるものである。これはどこかに設置しなければ市民生活そのものが成り立たなくなる類のものである。したがって、施設そのものは不要とはいえず、どこに、どの程度の規模の、どのような施設を、どのような手続で造るかということにつきる。2つは、最終消費としては不特定多数の利用者の利用に供されることになってはいるが、どちらかといえば生産基盤の社会資本建設を目的としているものである。運輸交通施設、発電施設、水利開発施設

表1 公共性が問題となった環境公害訴訟事例

運輸交通施設……空港、鉄道、港湾、道路
発電施設……火力発電所、原子力発電所
嫌忌施設……ごみ焼却場、し尿処理場、火葬場
水利開発施設……堰、ダム、琵琶湖総合開発などの水源開発
海浜埋立……コンビナート、石油備蓄基地、各種工場等用地の建設

設がそれである。したがって、これらの建設主目的は産業用であるといえる。3つは、特定私企業の工場立地を目的とする海浜埋立事業である。勿論海浜埋立でも、企業用地の造成だけでなく、下水処理場など各種公共施設用地確保のために海浜埋立事業が行われることはいうまでもなく、この場合は特定私企業の利潤追求に奉仕するための事業でないことはいうまでもない。いずれにしても、上記のように大別して、各種公共事業と名のつく事業でも、市民生活用の施設、産業用施設、特定私企業用施設の3つに分けることができるであろう。

それでは事業者はそこでどのような公共性を主張しているのであろうか。嫌忌施設については、ほとんどの場合事業者は市町村で、そこに居住する市民の衛生的な生活を確保するため、し尿処理場等を建設することの必要性を説く。前述のように、この種施設は誰しものが、その一般の必要性を否定することはできないであろう。その意味では社会的コンセンサスを得やすいが、反面立地条件や規模、手続といったものが大問題となる。次に、産業用社会資本といえる公共施設なり公共事業では、例えば交通運輸施設においては航空需要や自動車交通需要に応えるために、それら施設の建設、稼働は必要であるといい、発電なり水利開発施設では、電力需要なり水需要に応えるためそれらは必要であると説く。国民生活の向上のために産業を振興することの抽象的、一般的な必要性を否定するものはいないと思われるけれども、最低限度の国民の文化的な生活を保障するためにこれらの需要が満足されているときに、もう一単位の電源開発なり水資源開発を産業用のために行わなければならないとなると、それら施設は公害源であるだけに公共性、必要性に関する見解は当然分れよう。いずれにしても産業用社会資本の建設なり稼働は、一国の経済政策や地域開発政策と密接不可分な関係にあり、しかも公共性は価値概念であるところから、人によって公共性に関するランク付けが異なってくる。3つ目の工場建設などの海浜埋立事業は、いくら公共団体が公共事業と名打ってやってみても、そこに公共性を見い出

すことは困難であろう。

(2) 加害者の主張する公共性の特徴

次に、私が体験した大阪国際空港の公害訴訟から、加害者の公共性に関する論理の特徴といったものについて述べてみたい。

国は大阪国際空港の公共性の拠所として、①京阪神にまたがる唯一の国際空港として、京阪神に発生する航空需要をまかなっていること、②空港には生産効果、流通効果、社会文化的効果があること、③交通の価値尺度として、迅速性、定時性、安全性、快適性、経済性が措定されるところ、航空は抜群の迅速性があること、④将来とも需要が増大すること、の4点を掲げている。ただ、その具体的中味となるとほとんど明確な主張をしておらず、年度毎の航空旅客の推移と目的地間の距離が500kmを超えると航空旅客のシェアが増加することを明らかにしている程度である。このように加害者の公共性の論理は、総じて抽象的であって具体性に乏しく、しかも公共性の立証責任が加害者側にあるにもかかわらず、公共性の有無や程度を積極的に立証しないことである。逆に言えば、抽象的なるが故に公共性は被害者に受忍を迫る論理として威力があったのである。公共性の中味に立ち入って具体的に分析すればするほど、公共性の内容は空疎なものとなる。例えば、航空需要といっても観光需要が圧倒的であり、とりわけ国際観光需要となると、多くは東南アジア諸国から厳しい批判を受けているように、いかがわしい旅行が多い。また、航空需要はとりわけ旅行会社の宣伝などによる「つくられた需要」と政府の航空過保護政策の下で、国鉄などに比べ、不平等競争条件に立たしめたうえでの「つくられた需要」が多い。ここではこれ以上立ち入った検討をひかえるが、興味のある方は後記の参考文献に掲げた原告側一審最終準備書面を見られたい。

4. 公共性とは何だろうか

(1) 経済学と公共財

さて、これから公共性の意義にアプローチする

のであるが、公共性とは何かについて、従来法学の分野においてはあまり掘り下げた検討が行われたことはなく、むしろ経済学、とりわけ公共経済学の分野において「公共財」として種々論じられてきた。紙数の制約上諸説ある学説を紹介することは差し控えるが、最大公約数として、私なりに整理すれば、「公共財」とは市場の原理（自由競争）が支配するところでは生き残れない財、つまり、市場機構のなすがままに放置しておけば存立が困難な財であって、その存立、維持のためにはある種の非経済的機構を導入せざるをえない財と要約できるのではないか。

(2) 公共性の系譜

ところで、公共性の歴史的系譜をひもといてみると、公共性とか公共の福祉という概念は、そもそも法的には中世以来の「公共価格」の観念、特定ギルドの規制、イギリスの慣習法における「公共的職業」の保護を史的系譜として、アメリカを中心にその市場の特性に起因する矛盾を除去するため特定産業に公益的規制を加える、つまり特定の産業の製品やサービスの買手＝消費者保護のための企業規制の根拠として学説化されたものであって、元来は理論的にも歴史的にも公害のような地域社会の問題は視野に入っていない概念であるといわれている。公共性が最も端的に表に出た例は、アメリカの鉄道会社が私的独占事業であることをよいことにして、運賃をむやみやたらに値上げしたとき、不特定多数の荷主保護のために、政府が公共性の名の下に介入して運賃の値上げ抑制をはかったのが有名である。いずれにせよ、公共性とはこのように独占企業の横暴から市民を守るための法理であったのであり、私的企業等の営業や利益を守るために国民生活を犠牲にしてよいという現代的意義で用いられる公共性とは全く違っていたことは重要である。

(3) 公共性の視点

さて、公共性とは何かについて定義しなければならぬ段階にさしかかったのであるが、私はいまそれを一義的に定義するほどの確信がもてない

ので、とりあえずのところ、次のような要件を満たすものを公共性があるものと考えている。まず第1は、非排除性（この言葉は経済学上の用語で、わかりにくいいため一般的開放性とい替えている）、つまり何人でもその利用が拒まれないことである。料金を徴収されずに一般的に利用が自由であるべきもの（例えば、救急車とか消防など）は、利用にあたって料金を徴収されるもの（例えば高速道路）に比べ公共性はより高いし、同じく料金を徴収されないものでも、利用時間が制限されるもの（例えば公共図書館）より、その利用を開放しておくべき事業や施設の（消防、救急車）公共性は高いであろう。次に同じ料金を徴収するものでも、料金決定の自由度が大きいもの、つまり料金決定にあたり公共的介入がないか、あるいは少ないものは、自由度の小さいものに比べて、公共性は低いといえよう。

なお、事業主体が国や地方自治体などの公共機関であるか、私企業であるかによって、公共性の程度はともかく、有無は異ならないと考える。例えば、公立病院と私立病院を考えてみればよい。資本主義社会では市場原理が働き、少々採算のとれないもので、公共性の高い事業であっても、私企業形態で経営されることが多い。したがって、事業主体によって公共性の有無を論じることは適当でないであろう。

第2は、共同社会的条件の要素である。非排除性とともこの要素も重要である。共同社会的条件の意義については前述したので、ここでは繰り返さないが、最近の公共事業といわれるものの中には特定の私人や企業の利益に独占的に供されるものが多いだけに、その事業や施設が共同社会的条件を満たすことは大事である。なお、共同社会的条件の判断権は国家にあるのではなくて、市民が有すると考えなければならない。

余談になるが、私は昭和47年以来、ナショナル・マキシマムよりシヴィル・ミニマム、シヴィル・ミニマムより社会厚生水準 (Social Welfare Standard) をと強調しているのである。ミニマムであってよいわけではなく、健康で文化的な国民生活を営むうえで、一般的条件を指定し、それを充

足するため規範的な経済運営がなされなければならないと説いているのである。そして、その一般的条件は地域完結型がよく、他地域に広くまたがって施設を大規模化するのとは問題であると思っている（例えば流域下水道を考えればよい）。もとより道路、鉄道などの社会資本で、地域内で完結できないものがあることはいうまでもない。

第3は、社会的有用性である。ただ問題なのは、社会的有用性でアプローチすることの危険性である。もし、この尺度でアプローチすれば娯楽などごく一部のものを除いて、すべて社会的有用性が肯首されることになる。あるいは、人によれば機械文明がますます発達し、人間がだんだん疎外されていくなかで、娯楽の社会的有用性を肯定してくる人すらでてこよう。仮にそこまでいなくても、石油、電力、化学、セメント等々どれひとつとっても社会的有用性を有するものばかりである。したがって、社会的有用性を持ち出す場合には、必ず価値の尺度を用意してかからねばならない。つまり社会的有用性にも序列があるということである。いうまでもなく1番目は、生命、健康の維持に必要な施設や事業である。救急車、病院、消防などは、さしずめこの範疇に入ろう。2番目は社会的共同欲望を充す事業である。例えば、下水道、学校、図書館、公園などである。3番目は、個人欲望を充たす事業である。観光が際たる例である。

さて、このような価値尺度で社会的有用性の序列を決めるとすれば、生産基盤を形成する社会資本や財、例えば道路や鉄工、石油、化学、電力施設や事業をどう位置づけるかである。私は、これらの社会資本は生活関連社会資本より下位に位置づけられるべきだと考えているし、電力なら電力で、その中味が上記1から3番目の供給にどの程度の役割を果しているかで決めるほかないと考えている。

第4は、不可欠性と代替性である。共同社会的条件を有し、社会的に有用な事業や施設であっても、その事業や施設が国民が日常生活を営んでいくうえにおいて、不可欠なものか代替性があるかによって、公共性の程度も異なってくる。例え

ば交通運輸関係でいえば、必須交通機関と位置づけられるバスや鉄道は選択交通機関と位置づけられるタクシーや航空より公共性は高かろう。

第5は、民主的手続の履践の重要性と事前調査の重要性である。平たくいえば、前者が住民参加といわれるものであり、後者は環境アセスメントといわれるものである（なお、アセスメントは住民参加手続を含めて用いられることが多い）。

公共事業は稼働を始めると社会的影響が大きくて改廃することはむづかしく、しかも、事業は大規模でワンセット性を有するものが多いから、途中で稼働を中止することは与える影響が大きくて困難である。そのために、公共施設を造る前から立地条件等々を事前に十分調査し、それを公表したうえで、住民参加のもとにコンセンサスを形成しなければならない。その際、採算を度外視してでも環境を保全しなければならず、環境保全に意を用いれば採算がとれない施設なら建設自体をどうするか十分検討しなければならない。採算を度外視しても環境を保全を全とうできないが、なおかつ、それでも設置しなければならない公共施設は、あるとすれば住民参加手続を履践して、住民の合意を得るほかないであろう。

私は、いまのところ以上のような条件を充たすものを公共性があると考えているのであるが、実際問題としては、後述のとおり公害被害との係わりで公共性を考えていくわけであるから、公共性があるかどうかはそれほど大きな問題となるのではなくて、それがどの程度の公共性を有するのかが重大関心事になる。つまり、公共性の有無だけでなく、公共性の程度が重要なのである。したがって、公共性は抽象的な言葉のまま放置されてはならないのであって、実態に立ち入って分析検討されなければならないのである。

最後に、アメリカの経済学の影響か、費用便益分析をして、便益が費用より大きければ公共性を認めようとする意見もある。しかしながら、これは問題である。まず第1は、絶対的損失が発生するときは、費用便益分析になじまないことである。したがって、絶対的損失が発生する場合は、別の判断枠組が必要となる。第2は、便益は計量

化しやすいが、費用の計量化は著しく困難である。このことは逆にいえば、費用は少な目に評価されがちで、えてして便益が勝るということになりがちであるし、そもそも費用の範囲は狭くとられがちであるといえる。第3は、受益者と負担者が同質または同一人であれば問題が少ないが、受益と負担の関係が分裂しているとき、費用便益分析を多用することは問題である。換言すれば、この方法は受益者と負担者を明確にできないという欠点がある。第4は、プロジェクトの国民経済上の優先順位はこの方法ではつけられないことである。以上のような費用便益分析の限界を承知したうえで、この方法を一つの評価方法として、その結果を絶対視しないことで参考として用いるならば、使用が許されてよい。

5. 公共性と環境公害訴訟

(1) 環境公害訴訟の種類

環境公害訴訟には大別して、民事訴訟と行政訴訟があり、民事訴訟には損害賠償訴訟と差止訴訟がある。差止訴訟にも事前差止と事後差止があり、通常前者は仮処分手続で、後者は本案訴訟で申立てられる。行政訴訟は行政庁の処分の取消を求めるもので、差止訴訟の一種である。行政庁を相手にする訴訟でも、行政処分を伴わない事業に対する差止は民事訴訟で求めなければならない。私人や私企業を相手にする訴訟は民事訴訟である。なお、国家賠償法に基づく国や地方自治体に対する損害賠償請求は民事訴訟である。

(2) 環境公害訴訟と公共性

わが国においては、差止訴訟であれ損害賠償訴訟であれ、侵害行為の態様と被害者利益の性質と程度を比較衡量し、被害が受忍限度を超えるときにはじめて損害賠償が認められたり、差止が認められることになる。すなわち比較衡量論とか受忍限度論といわれるものである。最高裁判所の判例は損害賠償に関してであるが、次のように説示する。「公共事業が第三者に対する関係において違法な権利侵害ないし法益侵害となるかどうかを判

断するにあたっては、侵害行為の態様と侵害の程度、被侵害利益の性質と内容、侵害行為のもつ公共性ないし公益上の必要性の内容と程度等を比較検討するほか、侵害行為の開始とその後の継続の経過及び状況、その間にとられた被害の防止に関する措置の有無及びその内容、効果等の事情をも考慮し、これらを総合的に考察してこれを決すべきである」と。

差止訴訟に関する最高裁判所の判断枠組は示されていないが、下級審判例と通説は、前記のとおり、損害賠償と同様に考えられている。ただ、差止の受忍限度は損害賠償のそれより高いものと一般に考えられている。以上を図式的に示すと、一般の社会生活を送っていくうえにおいて、被害が受忍限度内にとどまるときは損害賠償も請求できず、被害がさらに大きくなると損害賠償が認められるようになり、もっと被害が深刻になってはじめて差止が認められることになる。比較衡量によるため損害賠償と差止の可否を判断するに必要なそれぞれの違法基準は一義的に明確にしえないが、公害現象の類型化により判例の集積の多い分野では、違法基準を概ね見付け出すことは可能である。なお、被害が健康被害に及ぶときは絶対的な差止基準になることはコンセンサスが得られているといえよう。

(3) 公共性と損害賠償請求

前述のとおり損害賠償請求においても、比較衡量論を適用して、その可否を決めるのであるが、学説の大勢も判例の趨勢も、損害額の算定はともかく、損害賠償請求権の有無については、公共性はさして斟酌しておらず、ほとんどの事案において、被侵害利益の性質と程度、すなわち被害の種類と程度により決まっているといつてよい。被害の種類としては、人的被害と財産的被害があり、人的被害にも生命、健康の破壊から、精神的被害、日常生活妨害などさまざまである。

一応の目安として、判例の傾向をいえば、近隣騒音なり相隣紛争的騒音の場合において、被害地で測定して定常騒音55～60ホンで賠償の違法基準としているといつて大過なかならう。

(4) 公共性と差止

損害賠償と異なって、差止においてはやはり公共性は大きなウエイトを占めることは間違いない。ところで、これまでの公共事業にかかわる差止裁判例を見ていると、そこに次のような顕著な傾向を見出すことができる。すなわち、事前差止の場合は、前に公共事業の環境保全義務として説いたとおり、判例は公共事業である限り、私的企業の事業と異なって、より重い環境保全義務を課し、厳しい事前調査義務と民主的手続履践義務を認めている。換言すれば、公共性を逆手にとっているといえよう。とくに、その傾向は嫌忌施設において顕著であって、差止認容事例は嫌忌施設の事前差止に多い。このことは、反面一旦公共施設の建設が完了し、稼働してしまえばなかなか差止は認められないことになる。新幹線、空港、幹線道路などの大型交通運輸施設や火力・原子力発電所に対する事後差止が軒並み排斥されていることが如実に示すように、現に稼働している公共施設の差止は困難を伴う。要は健康被害を立証することしかないのであろうか。なお、最高裁判所は大阪空港事件の差止請求において、一・二審が認容した差止を破棄し、差止請求を門前払いしたが、これについては後述する。ただ、最高裁判所において、原告側が強調していた公共性にも序列があるという主張を認め、航空機による便益の提供は、国民の日常生活の維持存続に不可欠な役務の提供のように絶対的ともいふべき優先順位を主張しえない、と判示したことは重要であるし、さらに、受益と負担の分裂を認め、公共事業の便益を訴訟当事者以外の第三者が受けるときはそれを斟酌すると同様に、被害が訴訟当事者以外に及ぶときは、被害の総量評価を行うべきことを肯定したことは画期的なことである。

なお、差止の方法には種々の態様がある。禁止的差止（操業停止など）と命令的差止（例えば一定音量以上を原告民住地に到達させてはならないなど）があり、また、全面的差止と一時的または部分的差止がある。空港事件の午後9時以降の差止は部分的、かつ禁止的差止である。全面的差止より部分的差止が、禁止的差止より命令的差止の

ほうが認容されやすいことはいうまでもない。

因みに、大型公共事業の事後差止はほとんど認容例がなく、いかなる場合に差止が可能であるか判然としないし、その違法基準を確定できる情況にはない。もう少し判例の集積を待たねばならない。

6. 公共事業と環境公害訴訟の課題

——社会医学者への期待——

(1) 差止請求権の確立

前節で述べたように、公共事業による公害の差止が認められているのは、嫌忌施設の事前差止の事例に多く、事後差止（稼働後）で、かつ、大型の公共事業に対する差止は最終的に認められたケースはない。とりわけ、大阪空港事件において最高裁が差止請求を門前払いして（訴の却下、請求棄却とは異なる。請求棄却は差止の請求権そのものは認めて、請求が理由がないものとして排斥するのが請求棄却）以来、裁判所の雰囲気として、事後的な被害救済である損害賠償は認めるが、差止はなかなか認めないという空気が強い。

他方、社会現象としての日本の公害の現況をみると、公害被害を事前に防止し、顕著な被害が発生する前に、発生現場で公害を差止することの重要性はいささかも揺いでいない。その意味では空港判決に示された最高裁の考え方を早急に払拭させ差止請求権を権利として確立することが重要である。最高裁判決は政治的な結論が先行して、あとで無理な法律論で糊塗しようとしたため大きな弱点をもっているのは事実である。その例は、行政事件に造詣が深い中村裁判官が多数説に反対して精緻な理論構成をし、多くの支持を得ている事実に端的に現われている。空港の管理行為は権力行為でなく、周辺住民がその差止を求めるには民事訴訟しかないのであるが、空港管理権と航空行政権（行政法の講学上航空行政権なるものは認められてない）は密接不可分な関係にあり、空港管理権の制限を求め航空行政権を製肘することはできないとする法理論は、いずれにしても無理がある。最高裁の考え方でいけば、国や公共団体が

営む大型公共施設の公害を、それが深刻な被害を発生させていても、行政訴訟でも、民事訴訟でも差止を求めることはできないことになる。つまりは、国民は差止に関する司法的救済を拒絶されたのである。これが国民の常識に合致せず、不都合な結果を招来することは明らかであろう。

さらに、もう一つ注目しなければならないのは、海浜埋立の差止を求める行政訴訟において、ことごとく門前払いされていることである。これは良好な自然環境を保全していくうえで憂々しい事態である。アセスメント法を制定させることは急務である。ここでは行政法の法理論にはこれ以上立ち入らない。

(2) 健康被害の立証と疫学的証明

以上のように差止訴訟は厳しい情勢に直面しているのであるが、差止請求権（人格権）を確立していくには、現状では地域住民に発生しているさまざまな健康被害を誰もが容易に理解できるように科学的な装をこらして表現していくことであろう。このような意味では、社会医学者に対して、今後ますます大きな期待がかけられると思う。新幹線訴訟の一審判決は、騒音、振動により被害住民に健康被害が発生していることを定量的な形で明らかにするよう求めているし、そのほか大気汚染公害裁判においては、加害者は疫学的証明方法そのものを非科学的なものとして掘り崩そうと努めている。また、騒音公害訴訟では、加害者側は被害者が疫学的証明を尽していないと開き直っている。

こうした現状を御理解いただき、公害根絶のため一層の御奮闘を社会医学者に期待するものである。

参 考 文 献

- 宮本憲一「公共性の神話と環境権」
同「公共性とはなにか」以上同著『日本の環境問題』
所収
- 中西健一「騒音裁判と関西新空港」経済評論20巻8号
143頁
- 『大阪空港裁判』法律時報45巻13号
拙稿「公共性と公害裁判」法と民主主義80号25頁

特 集 II

現代の労働衛生活動

これは第23回社会医学研究会総会（1982年8月1日、KBSびわ湖教育センター）のロキウム「労働医療活動のありかた」（座長：原一郎関西医大教授）の記録である。

現代の労働衛生活動

主 題 報 告

細 川 汀

（京都府立大学）

労働衛生の目的は、言うまでもなく、労働者の生命と健康を維持増進することにあるが、それは物質的生産と人間の労働力再生産にかかわっている。従って、労働現場における生産工程、労働態様、労働条件、労働環境、健康状態のほか、産業構造、社会階層、生産の発展段階、技術革新、企業の将来、計画などの理解が必要であり、さらに労働者の生活条件、生活環境、意識、社会的活動などについての把握が必要である。そのためには、労働衛生を志向する医師、研究者は、現場から出発し健康実態をありのままに把握すること、これらを労働との関係で検討し、職業病、健康障害の真の原因と背景を追求すること、その発生と拡大を来した企業と国の責任を明らかにすること、具体的に予防対策を提起し職場にかえすこと、労働者のとりくみを援助し、対策の推進に協力すること、に努力しなければならない。同時に、医師、研究者としての自主、公開、自由の原則を貫き、誤った主張に対して闘う必要がある。伐木労働者の振動病を知るためには、わが国の山林と林業を知らねばならない。保母の健康の研究には保育自身を知る必要がある。それには社会科学面（哲学、経済学、社会学、法学）、自然科学面（物理学、化学、工学、生物学）の知識が求められた。

筆者らは、1960年代以降、高度経済成長期にお

ける労災・職業病の急増と、労働者、労働組合の取組み、とくに新しい職業病やかくされていた職業病のほりおこし、業務上認定と生活、医療の保障のための自主的活動、職場の調査点検と改善活動と協約化、安全衛生に関する学習活動、などに対応して、関西を中心に労働衛生活動を展開してきた（資料：労働と健康 No. 50号、1982）。

筆者らは、これまでの職業病問題の多くが、患者（重症者）の（くりかえす転医のあとの）偶発の発見→事業者の否定にも拘わらず多発または死亡→患者（家族）が職場活動家の抗議と申請→労働組合、患者会、「守る会」などのとりあげ→労基署の対応→発病（単独）原因の推定と「基準」以下への施設改善、特殊健診の実施→（一定の枠内の）認定、行政通達→患者の分散と問題の「消失」に止まっていた状況を変えるに（どこでもいづれでも）患者の早期発見→有害労働と労働者の健康実態の経時的把握→地域における相談、診断、治療、リハビリの利用→労働組合、地域組織、患者会などの対応、専門家集団との協力→再び発生させないための法改正を含むとりくみを提起してきた。

私の歩んだ道

学生時代、社会医学研究会のなかに入って、国鉄機関手の労働負担調査（逢坂山トンネル内の煙

にまかれて機関手が死亡する事例があった)や、
婦人労働者の生理時障害調査(労基法の生休規定
が問題になった)に参加してから、労働衛生に関
心をもつようになったといつてよい。その当時から、
西尾雅七先生(京大名誉教授)や吉田克己先
生(三重医大教授)のご教示をいただいている。

その後、1958年に大阪市立衛生研究所(現環境
科学研究所)に勤務し、新聞社などの鉛作業者の
健康診断や労働者の血液性状調査、貧困層の健康
障害調査などの仕事に参加した。この中で、労働
と健康との関係のみかた、現場のみつめ方、労働
者から話を聞く大切さを学ぶことができた。当時
の上司であった渡辺弘先生(現兵庫県公害研所
長)や大阪で当時ベンゼン中毒のほりおこしをさ
れていた原一郎先生(現関西医大教授)に、労働
衛生の入門を教わった。当時は、労働者や労働組
合からもちこまれるような問題は少なく、たまに
あってもコンコンと企業や元請にかくれて調査す
るような状態であった。

1960年という年は、わが国の政治や経済のかわ
り方においても、労働現場の変わり方においても、
また労働者、労働組合の自覚や医師、研究者の関
心においても、大きくかつ急激な曲り角であった
といえよう。「高度経済成長」「産業合理化」「技
術革新」などの国をあげての政策の推進が急テン
ポであっただけに、あまりにも巨大な生産力の発
展が安全と人間の健康を阻害することを避けるこ
とは出来ないように思われた。

1963年11月の三井三池炭鉱の大爆発は、誰の目
にも「残るも地獄、去るも地獄」といわれた炭鉱
合理化と切りはなしては考えられなかった。また、
山林伐木労働者の振動病も、高性能という理
由だけでチェンソーを導入した「生産第一主義」
の結果であることは、誰も直感としては感じるこ
とができた。

実際に、65年前後から三池や夕張の炭鉱災害に
よる被災者に接するようになり、近畿、中四国の
山林労働者を見るようになって、その悩み、苦し
みの深刻さ、切実さ、病像の複雑さと総合的把握
のむずかしさに驚ろき、苦しみ、歯の立たぬ思い
であった。しかし、それだからといって足ぶみす

ることは許されない。多くの医師、研究者のご協
力とご支援がいただけたことも幸いだった。1963
年4月には東田敏夫教授のおさそいがある、関
西医大にかわり、65年から助手1名、70年から2
名だけの半教室であったが、これらの問題にとり
くむことに努力した。

教室の内でも外でも、頸肩腕障害、腰痛、「む
ちうち症」、工業中毒などの患者がしばしば受診
を求める毎日だった。こうした場合、労働者の訴
えをていねいに聞くだけでなく、労働現場の状況
をできるだけ正確に知る必要があった。

しかし、工場の門はかたく、資料の提供は拒ば
まれ、そのことは極めて困難であった。従って、
この問題のだれにも重要なことを粘り強く理解さ
せ、職場に入って調査をすすめて行くことが必要
であった。これらの調査は、労働者の訴えから出
発して、良心的な労使の協力によって出来たもの
であって、その点での苦労と特徴(と制約)をも
っていた。予算も人員も乏しく、自らの浅学や病
弱のために、果して労働者や患者に対して、どれ
だけこたえられたであろうかと常に自問してい
る。

このような一人の労働者の悩みや苦しみにとり
くみ、それを理解し支持する運動の中で発展さ
せ、拡大させようとする労働医学は、当然①現場
のありのままの状態に近づくこと、②災害、職業
病の直接原因だけでなく、その真の原因を明らか
にすること、③それらを起こした責任、それらを
再びくり返さないための義務を明確にすること、
④患者、家族、労働者を中心に、こうした災害、
職業病をなくそうとする運動の中に、真の対策を
すすめる推進力を見出すこと、などの諸条件の必
要をさし示している。これらの課題に取り組むた
めに、筆者は、労働科学、労働法学、産業社会学、
産業工学などの諸先生にご教示をうることが出来
たし、近畿の各府県で医師、弁護士、労働基準監
督官、研究者などと定期的な研究会をいくつも開
き、共同研究に努力してきた。また、大阪をはじ
め労災、職業病問題に取り組む地方組織、特に大阪
労働者の生命と健康を守る実行委員会や、日本労
働者安全センター、労働安全衛生研修所、各種患

者会、「守る会」などの運動や仕事に協力してきた（安全センター「いのち」、大阪実行委員会「労働と健康」参照）。

また、わが国の労働衛生関係の学会である日本産業衛生学会は、産業医学の進歩のために多くの業績をあげているが、学会としての社会活動に乏しく、また行政、企業に対する自主性において不明朗な姿勢の少なくなかったことが指摘されてきた。反面、1970年頃からの労基法改正、DL・E一人乗務問題、頸肩腕障害や腰痛の多発などに対する対応や、72年以降の安衛法、じん肺法改正、認定基準の新設や改正、交替制問題などに対する動きを正しく注目する必要があった。筆者もできる限り努力してきた。

— 1 —

筆者は64年から炭労・三池労組から依頼された医師団の一人として、爆発の後遺症患者（一酸化炭素中毒を主とする）の追跡を行なった。検診は、ほぼ3カ月ごと6回にわたり、対象は836名の患者のうち比較的軽いと考えられていた通院患者及び就労者約170名であった。検診の結果は、予想外に知能障害と人格変化、或は神経学的異常所見が著明で、頭痛・不眠・からだの痛み、性欲減退などの症状がたえず浮動し、高血圧・肝障害・難聴・高熱発作・糖尿病などを併発するものが多かった。脳波異常・視野狭窄・運動および神経機能テスト低下も多く認められ、社会復帰、職場復帰にはかなり慎重で充実した対策が必要と認められた。当時で、被災者の収入は月平均17,000円～19,000円にしかならないばかりか「組合病」、「疾病利得」、「なまけ病」などと攻撃され、リハビリテーションの内容が不十分な中で、労災打切りが行なわれた。筆者は、災害原因および病像の深刻化した原因について社医研で2回報告した（「炭鉱災害—とくに三池被災者の保護をめぐる問題について—」西尾雅七／庄司光編『人災と健康』光生館、1967年）。

とくにここで、労災・職業病の対策には、①実態を正確に把握するための労働衛生～疫学的追及

が必要であること、②医療と社会復帰の態勢の充実のために努力すべきこと、③労災補償の充実（打切り、精神神経系障害の評価、補償水準、医師選定の自由など）、を強調するとともに、炭鉱災害の続発を警告した。その警告にもかかわらず、炭鉱災害は次々に労働者の貴い生命を奪い続けたのである。

1965年の夕張炭鉱爆発では、62名が死亡、17名の在坑者と救援隊の35名が一酸化炭素中毒を起こした。はじめ中毒と診断されなかったため、筆者らが検診に行き、政府の委嘱した医療調査団と合同診察を3回行ない、一致した見解で認定・治療を行なうことができた。10mをこえる雪の中の仕事であった。鉱内も、掘進に次ぐ掘進で、鉱内を歩いた印象でも環境の悪い鉱山という印象を受けた（細川汀「職業病と労働災害」労働経済社、1966、坂寄、細川、窪田「現代の労働災害・職業病」労働旬報社、1967）。

当時は、まだ「合理化」政策が、労働形態、作業環境、労働条件、安全対策（費用、組織）、労務管理などにどのような変化を与えるかについて総合的なみかたが不十分であった。従って、ケースについてできるだけ資料をあつめ実証的に検証する作業が必要であった。しかし、多くの人々は（労働組合をふくめて）、「炭鉱は特別」「よい合理化とわるい合理化がある」という反応が大部分であった。そのために上述の主要な要因の変化に目を向け、安全で健康な職場を作ってゆく主導権を労働者に期待して、この分野への関心と活動をよびかけた。日本労働者安全センターの発足、主要単産の運動方針でのとりあげ、全国職業病交流集会の定期化等が始まった時期のことであった。

筆者が当時まとめていた職業病対策の問題点は次のものであった（1968年社会政策学会発表）。

(1) 使用者の安全衛生義務の実施

- ① 法規違反の調査・監督と罰則強化
- ② 安全衛生管理組織（委員会、管理者）の再検討
- ③ 予防の原則—作業環境・労働条件の改善
- ④ 保安経費の計上と工程有害性検討

- ⑤ 産業医の中立性と発言権
 - ⑥ 安全衛生教育（有害性周知）
 - ⑦ 職業病発生原因調査
 - ⑧ 有害作業の中止命令権
- (2) 労働者と労働組合の保安闘争の権利確保
- ① 安全衛生に関する団交・労働協約・忠告・実力行使
 - ② 職業病発生に対する抗議行動・実力行使・原因調査・救援活動
 - ③ 職業病調査・現場立ち入り・健康診断（独自）
 - ④ 危険作業点検・作業拒否・作業中止要求
 - ⑤ 医師選定の自由・産業医拒否権
 - ⑥ 下請・臨時工についての交渉権，地域・産業別行動
 - ⑦ 専門家の援助を求める権利
 - ⑧ 技術・安全衛生などを学習する権利
- (3) 職業病診断と業務上認定・補償の充実
- ① 職業病（疑いを含む）発生届出制
 - ② 毒物情報～診断センター設立
 - ③ 職業病研究の推進
 - ④ 職業病科・相談室の設置
 - ⑤ 労災申請手続きの簡素化
 - ⑥ 認定の原則・認定基準・職業病リストの改正
 - ⑦ 補償引上げ（休業・医療）配転時減収補償，解雇制限
 - ⑧ 労働能力低下と障害等級の再検討
 - ⑨ リハビリテーション（医学的，社会的，職業的，予防的）
- (4) 職業病法規の整備と衛生行政の民主化
- ① 法規の改善と統一法
 - ② 立入り検査と使用者・メーカーからの資料提出権
 - ③ 監督官（とくに医師）の増員と技術性向上
 - ④ タテワリ行政の改善
 - ⑤ 衛生施設（とくに中小企業）への経済的援助
 - ⑥ 労働組合の参加（パトロール・審議制）
 - ⑦ 三年打ち切り，治療などの検討

- ⑧ 衛生予算の増額
- (5) 安全衛生教育の促進
- ① 初等・中等教育の安全衛生重視（不注意説の排除）
 - ② 高等教育の安全衛生管理教育と労働者参加，労働者担当者の安全衛生教育
 - ③ 衛生管理者・産業医・一般医師の再教育
 - ④ 労働者の労働組合・安全衛生委員会・使用者による教育
 - ⑤ 職場新入者の安全衛生教育
 - ⑥ 産業「公害」・交通災害・家庭災害についての国民教育・正しい健康観と職業病についての知識普及

— 2 —

1950年代から「パンチャー病」，次いで「タイピスト病」，「オペレーター病」，「ボールペン病」など労働者の呼び名で現われてきた新しい職業病である頸肩腕障害が，社会的にも，医学的にも認められるまでには大きな努力が必要であった。この病気は，コンピューターやオンラインシステムの導入に代表される事務「合理化」のなかで，①手の動作を要する機械の増加と作業量・速度・連続時間・作業種類の増大，②流れ作業，コンベア作業の増大と作業の分業化・単純化・拘束化・連続性の促進，③手作業の精密化・複雑化・責任性（正確，明瞭，エラーを許さない），④省力化に伴う作業密度・監視（職制，機械による）の増加と労働者の休息・休憩・休日・スポーツ・レクリエーションの不足，などの諸原因が重なり，病気の早期発見と迅速な手当がおくれたことによって発症した。

従って，患者の発症の経過や，全身的な病像や，職場における発病率は，その作業のもつ特徴だけでなく，職場の労働条件，作業環境や労働者の権利状況，および労働者個人の経験年数，作業の熟練度，健康状態，個人差（格質，気質，素因）などによっても異なってくる。

それだけに，「技術革新」による重筋労働の軽減だけをとりあげて労働負担の改善を強調しよう

とする企業や、タイプやボールペンは昔から使っていたという理由をあげて、労働の質的变化を否定しようとする事業体は、極力、この職業病の存在や発生を認めようとしなかった。患者は「気のせい」「組合病」「主婦病」「なまけ病」などの中傷を浴びることが多かった。

大分銀行の一般事務作業員2名の認定とそれに続く訴訟の中では、資本の側からこのような激しい攻撃を受けた（「大分銀行 裁判証言」社会医学研究, No. 10(3), 11(1), 1969）。

1968年、頸肩腕障害や腰痛者の患者達が「大阪頸腕罹病者の会」を結成し、活発に活動を始めた。筆者はこれらと協力して研究活動を行なった（細川汀「頸肩腕障害」日本労働者安全センター, 1980）。

また、日本産業衛生学会でこの問題の報告が増え、学会内に専門委員会が作られたのは70年以降であって、それまでの苦労が多かった。

こうして、72～73年に学会専門委員会の統一見解や、診断の手引きが発表されることになった。しかし、現在でも裁判などでは、企業や一部医師による攻撃が続いている。

交換手の頸肩腕障害については、64年の疲労調査からその発生を警告していたが、患者の診察や相談は、1965年頃からポツポツと受ける程度で多くはなかった。70年頃から電々公社や簡易保険局のパンチャーの患者が再び多くなったことに気づいていたが、73年頃から交換手の患者が増えてきた。当時は大学病院名の受診が必要という理由で、東北や関東の患者も多かった。74年4月、福島県郡山局の労働者が病苦を理由に自殺するという事件があり、全電通郡山分会から患者の集検をしてほしいという依頼があり、助手2名と検診器具をかついで行った。

すでに、作業員の1/3が医療を受けていた。

同じ頃、電々公社のプロジェクトチームが郡山局などの調査をした。その結果は多発局と少発局の労働条件・作業環境の比較や、経時的変動などから、合理化進行中の作業による罹病と判断した筆者らの意見と全く対照的に、労働と無関係で作業員の心因によるというものであった。この意見

は、労働省の頸肩腕障害に関する認定基準の「改正」にも大きく影響を与え、全産業の「認定」が減少した。この答申によって、電々公社の中では他の産業に比して業務外として扱われている患者がずばぬけて多い（公社資料でも約7,000人の患者が発生したが、認定は数百人に終わった）だけでなく、患者の医療とリハビリテーションも不十分なものであった。そのため、訴訟や85条（86条）申請が行なわれており、問題は今も解決していない。これは労働組合の対応にも大きく関わっていた。

1968年、東大阪市蛇草保育所の保母に腰痛・下肢痛・頸肩腕痛が多発したので調べてほしいというので、早朝から夕方まで一日保育の仕事をしてまわったのが、とりくみのきっかけだった。70年に行なった、筆者の学会での報告が保母の頸肩腕障害についての最初のものであった。以後、寝屋川、大東、摂津、富田林など多くの都市の公立、民間、無認可保母検診にかかわった。労働省は70年頃から障害者施設保母についてはとりあげるようになったが、保育所保母の頸肩腕障害を業務上と認定しようとしなかった。これは厚生省の保育所の設置基準が保育の現状にあわなくなり、保育者の過負担を示したことによる。

しかし、実際には東京都、名古屋市、大阪市など公立保育所で業務上認定が次々と行なわれ、80年には労災審査会も厚生省の保育所設置最低基準では保母の労働負担が過大であることを認め、京都市の民間保育所保母数名の頸腕、腰痛を認定した。しかし、労働省はその直後、省の姿勢は変わらない、労働との関係は厳しくみるという通達を出した（細川汀、横田昌子編「保母の職業病」ささら書房, 1975, 細川汀ら「保育労働負担軽減の研究」1178）。

1972年に京都のあるチェーン店の頸肩腕障害の患者の相談を受けたのが最初のきっかけであったが、その時店の担当者が「人手不足で困っているので、休業者が出ては困る」といていたのが印象的であった。「大スーパーでは出ないのに」というのでそこへ行ってみると、同じように患者がいた。非協力的な事業者をなだめながら、調査や検

討をする程、省力化をモットーとするスーパー産業の発展のうらにある深刻さを感じた。同時に、頸肩腕障害が事務産業から、次第に他の産業（とくに第3次産業）に移ってゆくことがわかった。ほとんどが立ち作業であり、一人の作業動作が多く、作業対象に気をつかい、仕事の責任は重く、休息や休憩が少なく、休日も少ない。人員がいつも不足ぎみで、病欠者・退職者・産休者などの補充が出来にくい。

スーパー店の場合、このような職場に頸肩腕障害が多発していることの一つの典型であった。別の大スーパーの幹部は「2～3年で退職して行く未熟練労働者には一人で多くの種類をさせた方がよい」と説明していた。労働組合の中でも「定員の倍化は到底無理だから、二人制はかえって台数を減らされ労働強化になる」という反対意見がみられた。しかし、関西の一泊学校に集った組合活動家を中心に、72年に全国職業病担当者会議が作られ、毎月のように会議がもたれ、全国統一アンケートによる実態調査、全国統一予防要求の作成と、国・企業に対する要請と統一行動が行なわれた。筆者も、彼らへの協力を惜しなかつたし、直接労働省への要請も行なった。また、ダイエー、イズミヤなど企業依頼の健診も実施した。労働省が予防の通達を出した、73年4月以後、労働条件の改善やレジの改良によって、スーパー店の頸肩腕障害の発生率は全体としてかなり減少したが、それは作業者の半数以上が身分不安定のパートタイマーで占められている事情にもよっている。いつまた増加するとも限らない。尚、頸肩腕障害の予防について労働省が通達を出したのは、ほかにはパンチャー、引金式工具作業者のみであり、健康診断についての通達はこれのみである。

— 3 —

国有林の振動病（「白ろう病」）にとりくんだのは、全林野大阪の依頼があった65年秋からであった。1955年頃から林野庁は高性能という理由だけからチェーンソーや刈払機を導入し、皆伐・全幹方式、ワンマス化などの一連の合理化をすすめた。

60年頃から伐木労働者の中から、「白ろう」、しびれ、いたみ、頭痛、不眠などの症状があらわれたが、林野庁はその対策を怠った。65年以降、山田信也（名大教授）の教示を受け、渡部真也（滋賀医大教授）、高松誠（久留米大教授）両氏ら大学研究者とともに、患者の多発原因の究明と予防対策の解明に努力した。筆者は高野山をはじめ、近畿・中国・四国地方の多くの国有林現場に行き、労働負担と患者の病像を調査した。午前中はジープにゆられて深い山に行き、午後は現場の調査、夕方は健診、夜は労働者との話し合いという日が多かった。筆者はとくに多発地と少発地を比較して、労働条件が大きく関与していることを明らかにした。

69年、ようやくチェーンソーの使用時間7日2時間、連続10分間を主とした予防協約が結ばれた。この問題をめぐって、参考人として呼ばれた国会で、筆者はこの病気が他の職業病に比して、①数年間のうちに全国のチェーンソー使用者の30%以上に発症したこと、②このように多数発生した患者がチェーンソーを手放せないでおり、きちんとした治療がうけられないでいること、③同時に、社会問題化して数年経過するのに、予防対策らしいものが行なわれていないこと、の三つが特徴であることを主徴した。しかし、そのときも民有林については実態が不明であり、ある人は労働条件の悪いから国有林より患者が多いだろうといい、ある人はチェーンソーの導入が数年おくれかつ高価だから患者は少ないだろうと言っていた。

69年冬、雪の降る京都府の村々で行なわれた振動病調査は、民有林についての全国最初の本格的調査であった。どの会場も熱気にあふれていた。この年、333人について健診が行なわれ、約35%の人が要医療の患者であった。以後、毎年実施されている。これを契機として、71年労働省は林業災害防止協会に振動障害受診委員会を作らせ、72～73年全国調査を行なった。こうして全国で数万人の患者が発生していると推定される民間林で、患者ほりおこしが始まった。80年までに約1万人の患者が認定された。

筆者は、その一員として奈良県および和歌山県

の調査を行なった。これらによって、全国どの地方でも、約40%の労働者が振動病にかかっていることが明らかになったのである。

以後、国は73年に検診、補償、75年に健康管理区分、認定基準、予防、76年に一人親方の労災加入、治療、77年認定基準改正、教育と次々と通達を出して行ったが、国有林が、現在チェンソーを（リモコンを除き）中止し、認定患者の休業医療をすすめているのにくらべて、民有林の問題はまだ基本的には解決していない。国は、特別法規の作成には極めて消極的であるだけでなく、労災補償赤字による療養制限を進めている。これに対して、①振動病検診を地域の実情に応じて充実させ事後措置を直ちに行なうこと（多くの労働者は夏、働らき、冬、治療したいと思っている）、②労働者の実情に応じた有効な予防対策をすすめること（78年、国の計画は改良チェンソー購入の補助が主になっている）、③林業労働者の労働条件と安全衛生を労基法、安衛法の精神にそって整備改善すること、④患者の安心して出来る職場復帰への制度とリハビリテーションをつくること、などが緊要であろうが、労働者の組織化が遅れているだけに、途はけわしい。国有林では、高知で退職者を中心に訴訟が行なわれ、筆者も証人として証言した。77年夏、高知地裁は、チェンソー導入時の安全点検、労働者の健康障害発生後の対策のおくれ、患者の把握と医療の不十分さを指摘して、当局の責任を明らかにしたが、国はこれに控訴して、現在なお争われている。

また、70年以降増大するダイレクトメールを効率よく処理するために、バイクによる配達方式がわが国だけ行なわれた結果、バイク走行中災害、頸肩腕へ背腰痛の増加だけでなく、振動病症状が発生するに至った。しかし、郵政省は頑固にバイクによる健康障害の発生を否定したため（若干の認定をしたものの）、78年全通の協力依頼にこたえて、他大学・病院の研究者、医師と研究会を作り、独自に調査研究をすすめた（全通職業病研究会「郵政外務労働における健康障害の研究」1980）。

60年代から70年代にかけて、電機、自動車産業「合理化」やモータリゼーションなどによる自動車の増加と対策の不備は交通災害の多発をひき起した。68年中の人身交通事故63万件は55年中のその7倍、とくに、都市交通の飽和のなかで多発した追突事故によって、「むちうち症」が急増した（大阪の事故の43%が追突）。この病気は、頸、頭、肩、腰、腕などが痛むだけでなく、疲れやすい、いらいら、根気がない、視力低下など全身の症状が長びくケースが多い特長があり、企業からノイローゼ・詐病・組合病とよばれ、労災法・自賠法の不備から長期療養者の46%が生活苦を訴え、医療不十分のまま職場復帰したため、再発する者が大部分であった。このため、患者たちが団結して65年頃から友の会を作り始めた。筆者は65年から、京都上京病院、大阪西淀、耳原病院と共に患者の治療や病因の研究にとりくんだ。

67年には日本むちうち症連絡協議会が結成され、全国的運動になった。1973年、労働省はむちうち症、頸腕症、CO中毒症、頭部外傷者の職場復帰通達を出したのを契機に、大阪では職場復帰への行政の関与をすすめるための運動を行なった。同時にこの問題での学問的検討を始めた。

筆者がタクシー労働者の健康問題に関心をもったのは、患者の約60%が職業運転手であり、その背景には交通事情の悪化だけでなく、タクシーの労働条件のもつ特殊性があったからである（細川汀・平井都士夫『交通事故とむちうち症』労働経済社、中西健一ら「タクシー」全自交大阪）。

全自交大阪地連の調査によれば、運転手の44%が胃腸障害、21%が腰痛、15%が「むちうち症」にかかっていると報告されている。また、67年度大阪府における車1,000台当りの事故件数は、タクシー446.9件にたいし、トラック240.2件、バス182.4件、自家用車71.2件であり、タクシーがもっとも事故率が高くなっていた。つまり、タクシー運転手は1年に半数が事故をおこしていた。

タクシー労働は有害、危険な作業であるにもか

— 5 —

かわらず、その安全衛生対策はきわめて不備であり、安全衛生組織（安全衛生委員会、安全衛生管理者など）も他産業に比し活動が不活発といわざるをえない。労働省は交通災害防止という立場から、62年2月労働条件に関する通達を出したが、労働条件の矛盾を基本的に改善するものではなかった。また、これらに対する労働者のとりくみも少く、「若くて元気うちにできるだけかせごう」という声が少なくなかった。

ところが、運転手の賃金は、刺激的歩合給制度がひろく行なわれ、運転手は自己の生活を護るためには、健康状態が少々悪くても、無理して乗務することを余儀なくされる。当時月収5万円をかせぐためには、ふつう1日乗務300kmで10,000円以上の水揚高をあげねばならなかった。

運転手の勤務交替はさまざまであるが、大阪では二人一車制、拘束19時間、隔日勤務制が支配的で、大阪では、午前2時以後、洗車・報告を終わり、入浴・食事をして、午前4時頃から会社で仮眠をとるのが普通であった。深夜勤タクシーもかなり多い。

大都市の交通条件の悪化によって、昼間における「水揚高」が減少し、従って就業規則や労働協約や交通安全法規を守っていても、収入が確保されないおそれが強くなる。こうして「神風運転」「乗車拒否」「いねむり運転」などが社会問題として（マイナスの面で）とりあげられたのであった。

この調査は、毎日タクシーの助手席に、朝8時から夜2時まで乗って行なったものである。

その結果、走行距離によって健康への影響が明らかに異なることが認められた。タクシー労働調査としては初期のものであり、その後、東京などでいくつか行なわれている。しかし、ここで提起したことは、今も変わっていない（『都市タクシー運転作業者の労働医学的検討』『日本衛生学会誌』No. 24, 1969）。

また、トラック労働についても、全自運大阪と協力して、1967～68年調査を行ない、とくに労働者の健康、安全と歩合給、労働時間、過積みなどとの関係を検討した（「トラック運輸労働者の健

63年、住友電工の若い労働者藤井さんの白血病死に対する職場労働者のとりくみは、私たちの運動を飛躍的に高める第一歩であった。かれらは、その死の原因が会社の安全無視による、ウラン放射能にあることを、彼が生前書いた手紙などから実証した。労働者が仲間の死の認定にとりくんだのも、医師、研究者が参加したのも、おそらく最初であったろう。

この地域的とりくみとして、西六社の労働者の「研究会」ができ、機関紙「労働と健康」が発行された。運動は労働組合にひろがり、総評、地評、原発労組までまきこみ、結果は勝利し、認定・補償され、同時に生命と健康のためのたたかいは、勇気と確信をもってたたかえば、誰もそれを阻むことはできないという教訓を与えてくれた。

パンチャーに頸腕が多発した大証（大阪証券取引所）では、「自分の病気を企業に職業病と認めさせ、通院その他の補償を行なわせるためには、罹病者だけの闘いでは要求の実現が困難である。闘いを職場全体、組合全体のものに広げよう」と意志統一し、職場新聞「けいき」の毎週発行、他の職場での訴え、組合への提起を決め、罹病者と職場委員を中心に運動した。その結果、66年大会で時間内通院、増員、認定要求を決めた。しかし、取引所は、「仕事が出来なければやめてもらう」という態度を変えなかった。労働者は、くやし涙を人間の本当の怒りにかえ、67年秋に8名の認定申請を行なった。そのときの「右腕をかえせ」のパンフは地域に広がり、1,000名の署名が集まり、他の職場でも闘いが始まった。

大証のパンチャーの頸腕患者8名について、労基署は5名が業務上、3名は業務外という認定を出してきた。労働者は「外」の3名の再審査要求をしたが、取引所も（当時取引所は労災未加入のため、85条審査請求）「上」の5名の認定を認めない請求をした。当時は、大分銀行や滋賀銀行で、企業側が認定者を認めない訴訟が起きてお

り、とくに大分銀行訴訟は、職業病裁判としては最初のものであった。筆者は証人の一人であったが、銀行側は日経連の支援を受け、70年代をひかえた運動として労働者を攻撃してきた。審査は難航し、局は「和解」を申入れてきた。しかし、労働組合は、第二組合までまきこんで運動を進め、70年末、取引所はついに再審査請求を取り下げた。71年1月、3名も「上」の裁定があり、企業も「けんしょう炎を業務上疾病として扱う」というに至り、慰謝料や組合解決金を出した。「職業病対策委員会」に結集した職場の力を基礎にした6年間の粘り強い闘いは、急速に進行していた「合理化」の嵐を全身に受けていた労働者によって、しっかりと受けとめられた。当時協約化された予防、治療取扱い要領には、それまでのとりくみの到達点を示すものとして、今読んでも考えさせられる点が多くある。この経験は、その後の認定に大きな影響を与えた。

東京オリンピック（64年）以後、新聞社は増ページ、色ずり、日曜版と業務量が増え、機械化と人べらして、暗い職場になった。

朝日新聞でも、印刷職場の65%、鉛板職場の63%、用紙職場の35%が腰痛を訴えました（64年）。66年、組合は総合的な予防対策（休日、補償＝見舞金、公傷扱い）を要求した。69年には労災認定の運動をすすめ、それ以後毎年約40件、5年間で195件の認定者をかちとった。そのほか非災害性腰痛で、中央審査会で勝利したとりくみもあり、週休二日制、夜勤をへらせのとりくみも69年以後であった。

非災害性腰痛の認定のとりくみは、大変であった。68年9月に発生したホルペイン労働者の腰痛は、椎間板ヘルニアの診断がついたので、監督署が上を出すのをためらったが、絵具の入った17キロのケースを女子が倉庫に運ぶ作業であり、肩こり72%、足がだるい38%、腰がだるい44%の職場で、組合のとりくみと、筆者の医証（調査）で業務上になった。富士鋼管では、パイプの口じめ作業者の腰痛（慢性的衝撃による）を業務上とさせた。

連合紙器は腰痛多発職場であったが、筆者が入

ったとき、工場には「走れ、となりとぶつからぬようしごとせよ」というスローガンがはられていた。第一組合員にはわざと一日中重い物を運搬する仕事をやらせ、腰痛になると、「屑係」というワッペンを着せられ、工場内のゴミを拾う仕事をさせられた。70年組合のよびかけに応じて地域の抗議の中で認定闘争も勝利した。兵庫でも第一組合員になれないプレス作業を強要して災害を起こしたことなど、労働者の権利問題の重要性を痛感した（角田、細川、辻村編「現代の労働と健康を守る権利」法律文化社、1979）。

1970年武田薬品の若い研究者松本さんは、ペニシリンぜん息にかかり、入院しつつ労災認定闘争にとりこんでいたが、途中で亡くなった。関西医大のベッドの中で自己意見書を書きつつ、武田の安全無視を告白しつつつけた彼。会社はわずか10万円ですまそうとしたが、職場の仲間たち、地域の実行委員会などは「仲間よ、カタキを」という遺された日記にこたえてたち上がり、かくされた職業病を次々にほりおこしながら運動をすすめ、73年松本さんの認定をかちとった。武田の仲間のとりくみは今も続き、「ともしび」という新聞を出している。このように、職場の一つの運動は必ずといってよいほど職場に根つき、長い友情を培っている。

この年、長い間おしかくされていたベンジジン、ベータナフチラミンなどの染料原料を扱う化学労働者のとりくみが起った。住友化学、田岡化学、大東化学などで労働者は立ち上がった。此花地区では、ぼうこうがんの不安におののく労働者の学習会が実行委員会の協力で頻繁に行なわれ、早期治療と完全生活保障（退職後も）、有害作業の廃止を要求した。

72年の作業は禁止されたが、多くの犠牲者を今も出している。70年には日本農薬のヒソ肺がんをほり起した。その後、ビスエーテル、クロムなどによる職業ガンとのとりくみが展開されたのである。

朝日新聞大阪本社発送職場の竹林さん（29歳）は、69年12月の夕刻、職場の休憩室で意識を失い死亡した。病名はクモ膜下出血であった。あとに

若い奥さんと小さい子供が残された。職場の仲間や組合は、万博に向けて長時間労働（時間外80時間）、夜勤連続（死亡前13日のうち自宅で寝たのは5日）のなかで無理をし、からだの調子が悪いのに出勤したことが原因。「第二、第三の竹林君を出すな」「もっと人間らしい生活を」という運動が高まり、増員、交代制改善を勝ちとるとともに、竹林君の認定闘争にとりくんだ。筆者も職場の健康調査にとりくんで医証を作った。それまで脳卒中、心臓死などは、ほとんどが私病扱いにされていたが、粘り強いとりくみ、18万名の署名、6万枚のピラと運動を高め、その結果、74年中央の審査会でやっと業務上に認定された。これがきっかけとなって、「合理化」職場の過労死のとりくみが急速に進んでいった。とくに、過密労働、過責任、夜勤交代制、長時間労働、配転出向、労働者の権利無視との関係が明らかになってきた。81年「急性死等連絡会」が大阪・京都で発足し、大きな成果を次々にあげている（田尻・上畑・細川「過労死」労働経済社、1982年）。

このように、職業病の業務上認定は一つ一つの運動の積み重ねが必要であった。同時に、労働省の補償についての考え方や認定基準についての批判やその改善を求める活動が求められた（細川汀「労災補償制度と業務上認定」産業保健、篠原出版、1970）、（日本産業衛生学会 頸肩腕障害研究会および振動障害研究会の認定基準についての要請意見、1976）。

また、労働組合や筆者らが長く求めていた労基則35条の改正が、ようやく78年行政主導で行なわれることになった（細川汀ら「労基則35条改正についての意見」日本労働者安全センター、1978、「職業病認定のてびき」労働経済社、1980）。

こうして業務上認定のとりくみは、産業「合理化」と「技術革新」による有害危険作業の増大による健康影響を明らかにするとともに、おしかくされ、泣き寝入りにされている患者に、公正な補償と回復のための措置を行ない、さらにその予防対策をすすめるために不可欠であることが明白になった。筆者が書いた診断意見書は相当の量に達した。

1965年頃から、全金兵庫地本の労働者と親しく付き合うようになった。スピンドルのタイピストの頸肩腕障害の認定、大和製衡のプレス作業者の災害責任、富士鉄鋼のパイプ削り作業者の腱鞘炎やパイプじめ作業者の腰痛の認定など、もち込まれる問題も沢山あった。68年にこれら個々の問題が次から次へと起きる背景を明らかにするために、労働者の健康状態とそれと密接に関係があると思われる労働と生活の要因の最近の変化について調査することとした。これは、その後各産業で行なわれている労働者の健康と生活の調査のきっかけになった。

この調査は、労働者の健康を左右する要因として、労働条件と作業環境、労働者の権利状況、企業の安全衛生対策、労働者の生活条件の4つをあげ、「合理化」「高度経済成長」による変動を把握する目的で行なわれた。

すなわち、これらのうち一つを欠いても、現在の労働者の健康問題を論じることには不十分であると考えたのである。この調査を行ないながら、私はできるかぎり工場も見て歩いた。「左右上下に目をくばり、歩け」という安全規則集を毎朝労働者に読ませていた工場もあった。

1968年11月化学同盟京都地区本部は労災補償についての労災法基準つみ上げを中心として、腰痛、有機溶剤中毒認定などを含めた統一要求を提出し、69年2月、2回の統一ストライキを行ない、統一行動をすすめる中で、それぞれの会社で労働協約を結んだ。とくに、新日本理化、村田製作所などの協約は、当時わが国では最も進んだものとして高く評価され、他の地域へも大きな影響を与えた。これを契機に、各職場での安全衛生点検が行なわれ、職場改善がすすみ、さらに公害対策に及んだ。この記録が1970年発行された「職場からの告発」である。筆者は、その数年前から大阪、京都のいくつかの化学工場の労働者をたずね歩き、現場の状態もできうるかぎり直接見て書きとめていた。

この頃、滋賀の大日本スクリーンのシャドウマスキの穴ぐり作業者に、頸腕症が多発し、京都工場保健会と健康調査を行なったが、その予防として作業方法の改良とともに、一日作業量および作業時間、連続時間の規制が必要なことを提起した。労組もそのための運動を行なった。

しかし、多くの労働組合の関心は補償に重点がおかれ、予防への力点、とくに労働条件の改善と安全衛生のとりくみが弱かった。筆者は、ソ連・東ドイツ・ハンガリーの労働衛生見学（細川汀「ソ連・東欧の労働衛生」社会医学研究、No.、1968）を経て、労基法改正もふくめてこの問題の検討を行なった。

筆者が作成した予防協約案は、いくつかの組合によってとりあげられた。

1970年、労働大臣の諮問の労基法研究会が発足し、70年代産業構造の変化への対応として、71年に安全衛生法の制定を提起した。筆者は、その意図が労働者保護、労使対等（労働者の権利保障）、安全衛生対等の立場に立っておらず、産業「合理化」に伴う労災職業病の多発を防止することが出来ないと指摘した。同時に、社会実践としてはじめてもり上った学会での動きを高めるために活動した（細川汀「労働安全衛生法の意図」労働経済旬報No. 841, 1971, 「労働安全衛生法（案）と産業医学の視点、労働法律旬報No. 802, 1972, 「労基法改正と労働関係学会の意見」いのち65, 1972など）。

安全衛生法の功罪はまもなく明らかになった（細川汀「安衛法改正とその問題点」いのちNo. 126, 1977, 「職業病対策要綱批判」安全衛生広報No. 170, 1976, 「企業の安全衛生の実態」労働経済旬報No. 998, 1976など）。

78年労基法研究会が提起した婦人労働保護規程の廃止についても批判と必要な調査を行なった。

— 7 —

筆者は、77年関西医大から向陽保健所（京都府立衛生公害研究所兼務）に、さらに80年京都市衛生研究所に移った。その間、労働衛生活動は制約

を避けられなかったが、地域保健としての労働者保健を实践（細川汀「地域保健と労働者保健の統合をめざして」現代の地域保健Ⅰ, 法律文化社, 1980）した。また、著作活動を行なった（細川汀「現代の「合理化」と労働医学」労働経済社, 1978, 細川汀, 坂寄, 辻村ら「労災, 職業病運動の歴史, 社会保障運動全史」労働旬報社, 1982）。

1982年10月、5年半の行政職から、京都府大（産業福祉学講座）に移った。相変らずの研究条件と浅学、恵まれぬ健康ではあるが、若い研究者たちと一緒に80年代の「減量経営合理化」と新しい「技術革新」（ハイテクノロジー）による労働の変化と労働者の健康と生活の影響について調査研究を進め、社会科学の上でも評価できる労働医学の構築に努めるつもりでいる。ここに筆者との長い支情につながれた労働者（予定者を含む）と専門家の発言とをあげる。

ま と め

以上の活動をまとめれば、研究者として次のような活動が必要であったと言える。

(1) 相談活動の施設と機会を多くすること

たとえば、大阪府職業病センターは、年々相談件数が増加し、80年1,143件（個人254, 事業所822, 労組12, 機関55）に達し、その中味は頸腕526, 腰痛325, じん肺68, 衛生管理36, 診断意見26, 皮膚障害16となっている。兵庫職対連は十数年週一回の職業病相談（全労働, 職対連, ケースワーカー）を行なってきたし、医療機関や労働組合が相談活動を行なっている所も増えている。これらは、中小零細企業, 未組織, 家内労働者などへの窓口を開こうとしている。

(2) 現場の問題を認識するための調査活動を行なうこと

たとえば、1968年大阪市蛇草保育所の保母の腰痛調査から、近畿の公立保育所→私立保育所→無認可保育所へと拡大し、労働組合だけでなく、保育・福祉・建築などの専門家との共同のとりくみ

となった。1970年京都生協のチェッカーの頸腕調査から、近畿のスーパー店の調査へと進み、労働組合の職業病担当者会と協力して全国調査へ急速に拡げ、73年には産衛学会委員会意見書および労組統一要求が出そろい、労働省通達を引き出した。73年福島県郡山の電報電話局の頸腕調査から、多発局と少発局の比較、年次的変化などから、公社プロジェクトチーム答申に對置した。74年ヤクルト配達バイク作業員（女子）の振動病の発見から、郵政外務作業員の全国調査（78～80年）へと進み（全通職業病研究会）、バイク振動病の発生を郵政省などに確認させた。

(3) 患者の早期診断と業務上認定をすすめること

1963年の住友電工のウラン作業員の白血病、65年の日本触媒のフタロジニトリル作業員のてんかん症状、66年以降の事務機械作業員の頸腕、などのとりくみに始まって、多数の認定にかかわってきた。その内容も、過労性疾病、過労死、職業がん（多部位）、皮膚・アレルギー疾患などに拡大している。

その根拠は現場の把握であり、関連学問の進歩と利用だけでなく、臨床医学（主治医を含め）の協力や労働者自身の調査活動が必要であった。これらは不服申請や85条、86条申請、さらに裁判によるケースで有効であった。同時に、法的因果関係と医学的因果関係、認定基準について、労働者や事業者の考え方や運用が労働者の保護にならないことを鋭く指摘しなければならなかった。

(4) 患者の医療と社会復帰を拡大すること

職業病患者の医療・リハビリ施設は整備されていない。これを充実強化するため、民主的な医療機関を中心に、患者の医療要求にまじめにこたえる医師・担当者をふやす努力が必要であった。たとえば、69年からとりくんだ民間林業労働者の振動病医療は、山村避地の医療問題でもあった（竜神村など）し、また専門病院・温泉病院をふくめた体系整備の問題でもあった。事実、労働者のとりくみのある府県とない府県とでは、受診率、要

精検率、認定数、療養者数、行政の対応が大幅に違っている。

被災者は一日も早い職場復帰を望んでいる。頸腕、「むちうち症」など、593号（職場復帰）通達の具体化（大阪の社会復帰対策要綱）についても労働組合と協同のとりくみを行なった。そのため、いくつかの研究会を組織したり、長期療養患者の調査を行なった。

(5) 労働者の学習を支援し協力すること

労働者が自らの生命と健康を守る権利を職場に確立し、点検・調査・拒否する、有害・危険を知る、医師をえらぶ、労基署に申告する、健診・環境測定結果を知るなどの行動が保障されなければならない。これらの権利を行使するためには、労働者の安全衛生学習と経験交流が必要となっている。筆者らは、そのための学校（一泊学校運動など）、学習会、テキスト、集会などの作成に努力してきた。

大阪の労働安全衛生研修所（労学協同）の28日講座は毎年約150人の一定のカリキュラムにそった体系的学習を準備している。

(6) 職場改善の具体的提起を専門家の立場から行なうこと

労働組合は補償のとりくみに比して、予防のとりくみが遅れている。しかし、国有林の振動病対策や、スーパー店のチェッカー頸腕対策において、労組の全国的運動を背景に協約化がすすめられた。また、関西化学一般は予防協約モデル案を示して、各企業別の協約化や健康手帳の作成・利用をすすめた。これらの予防提起や健康手帳の内容の作成について、研究者の参加すべき部分が多い。VOT問題など諸外国にくらべて労働組合の対応がおくれている。

(7) 労働者の保護と安全衛生に関する法規の改正運動に参加すること

77年の高知振動病判決や、81年のクロム中毒判決は、事業者が事前衛生点検をしなかったこと、労働者が症状を訴えても即応しなかったこと、患

者の早期診断，医療を怠ったこと，が職業病の多発と重症化をもたらしたことをさし示した。しかし，それは法改正に反応していない。出向，配転，孫請け，季節工，パートや新しい技術革新にも対応していない。婦人労働保護規定の解消を含め，労基法，労災法の全面的後退が事業者の側から進められる中で，研究者の立場から発言を続けてきた。

これまで，日本産業衛生学会の動きとしては，

先進的な部分を除いて，相談活動，全国的調査活動，業務上認定活動，職業病の医療とリハビリ，労働者学習（教育）活動，法改正活動を重要な課題として評価することが少なかった。その他，とりあげるべきものは多いが，これらの内容を豊富にし，研究調査を進めることが，学会にも反映し，労働衛生のあり方を明らかにする手がかりになるであろう。それを若手の人々に期待し，信頼している。

労働者の報告

1 コンベア作業現場から

松本明子

(松下電器労働者)

1. Nさんの発病と過密労働

ラジオ事業部のNさんは、製造二課のコンベアラインで、月産600台のラジオカセットの組立てに従事していた(S.57.10月現在)。

作業内容は、

- (1) ベルトコンベアに流れてきた裏ブタを取り作業台にのせる。
- (2) RME(Pベース固定用部品)を取付け。
- (3) Pベース固定ビス締め3本をエアードライバーで締める。
- (4) ロックレバー、バネをプライヤーで2ヶ所取りつける。
- (5) ロックレバー動作をチェックする。
- (6) 作業が終るとトロリーコンベアにのせる。
- (7) ベルトコンベアと一緒に流れてくる表ブタをトロリーコンベアにのせる(裏・表両方をのせるので1,200台のせる)。

以上の作業を45秒のはやきで終えなくては追いつかない。時には材料の品切れなどで、トラブルが生じるために生産が遅れると挽回予定として日産台数は上積みされる。

44歳のNさんは、自分を含む職場の仲間の要求をとりあげ、組合や会社にキッパリとものを言う労働者である。会社は、彼を入社以来27年間、秒単位のコンベア労働につけてきた。テレビ工場や、ラジオ工場などでは差別を受けている多くの仲間が、30年近くもコンベアで若い人と一緒に働いている。「腕や肩がいたい」「もう、続か

ん」と訴えたこともあったが、頑張り屋のNさんは必死で働いてこられた。

58年1月、日産は900台となった。スピードは1台当たり30秒を割った。ある日急に、ヘナヘナと右腕に力が入らず、エアードライバーがにぎれなくなった。左手ですべての作業をしようとしたができない。右腕全体に“ズーン”とした痛みと形容できないだるさが襲ってきた。松下病院でも“手の痛みは使い痛みだろう”ということになり、西淀病院で“頸肩腕障害”と診断され、現在、休業加療中である。

「健康で働らきつづけたい」とともに頑張ってきた仲間を情無用の過密労働で病気にさせられたくやしきは、口で表せない。

しかし、今職場では何十人何百人の労働者が、はげしい労働のあと、通院している。又、「身体の悪い人は働いて雇っていない」と個人のせいとされて、退職していった人も多い。

「今日も、〇〇さんが職制の人と一緒に医務室に行かかった」と仲間が言っている。自動機やロボットがどんどん入ってきて、本当はゆとりができるべき職場で「この手を何とかして……」と訴える人が、最近、とくに増えてきているのだ。そして過労死する仲間もふえてきた。

2. 過密労働に追いこむ“動作経済方式”の採用

松下の働かせ方は、VE(アメリカから輸入された動作経済の考え方)をもとにしている。作業の基本動作を「ものをつかむ」「手を伸ばす」な

どに分析して、その速さを百分の一分計で算定し、コンピューターに記憶させる。ある機種の1台のテレビを作るために必要な工数をはじき出される。ラインに設置される自動機やロボットがこなす作業量も出てくる。そして労働者の手作業による作業量によって、工程の人員が決められる。人が余っているからといって配置して余裕をみたり、作業スピードを落すことはまず絶対がない。

昭和56年、ポーランドのワレサ議長（当時）がテレビ工場を見学された時、社長は「人ができない所や、つらい作業を自動化している」と説明した。しかし、決してそれだけではない。1ラインの日産を600台から650台に引き上げる時、生産技術関係者は、単に自動機を増設するだけでなく、一人一人の作業者の動作のムダをなくすために研究する。「部品入れの向きを変える」「作業者の動作を組み合わせる」など「1秒、0.5秒をどうして縮めるかを検討して設備を作ってゆく。それだけではない。電子部品（ICや半導体、トランジスター）の進歩はめざましい。電子部品事業部の大ケ谷さんは、昭和57年、職業病の認定を勝ち取った婦人だが、彼女は、タテ約5mm、ヨコ15mmの細い板に、0.4mm×1.2mm以内の半田付けを裏表各10ヶ所ずつにしてゆく。右手に半田コテをもち、左手で竹ピンセットをもって線を整えながら、仁丹の半分以下の小さい粒半田を細いコテ先で拾って半田付けをする。わずか25秒足らずのスピードで仕上げていた。資料はテレビ工場の部品挿入作業の過密ぶりである。

3. 続発する患者と松下働く者の健康を守る会の結成

「腕が痛い」「頭痛や吐き気がする」「疲れ切つて、夜ふとんに入ると、沈みこんでしまうような恐しい気分がする」など、頸肩腕障害の訴えが多発した昭和51年、私たちは、患者の労災認定を取り進む中で、「松下働く者の健康を守る会」を結成した。そして、この7年間にコンペアー労働者18名の認定を勝ち取るとともに、労働基準監督署に工場への立入調査を要請し、「交替人

員をふやすこと」「人間をものさしにして作業量を決めよ」など数々の行政指導を実施させてきた。又、「守る会などみとめない」という労働組合にも、具体的な問題をもちこみ、話し合ってきた。その中で、

- (1) 上肢作業者の健康管理に関する労使間協定が内容は不十分ながら結ばれ、上肢作業者の特殊検診が制度化された。協定を適用された患者は、私病扱いだが、休業補償や通院費が支払われるようになった。
 - (2) トレーニングルームや、頸肩腕障害等の治療機械を設置する事業場がふえた。
 - (3) 休養室の設置（電子部品）。
 - (4) リハビリ訓練の面では主治医の診断書によって、「通勤訓練」「週2回、1時間勤務」などが受け入れられるようになった（各工場）。
 - (5) 患者の主治医（民医連、西淀病院、田尻先生）の工場見学と労働組合とのこんだん会を実現した（テレビ工場）。
 - (6) 人事部などに「安全衛生課」が設置され、窓口ができた（余り親切ではないが……）。
- など、着々と成果は実ってきた。

守る会活動に憎しみをもって、会社は色んな攻撃をしてきた。患者を呼び出したり、家にまで行って、「守る会はアカだ。手を切ってくれ」と迫ったり、ビラ配りに妨害を加えたりしている。残念なことだが、労働組合も又、患者から、「今後、松本さんとは一切、つき合いません」という念書を取ったりしている。

4. 人間らしく働きつづけるための職場づくり、仲間づくり

私たちは、一貫して、自らの力で、職業病の闘いの展望を切り開くため、努力してきた。患者の仲間の苦しみの声、楽しかったこと、労働者としての喜びや夫婦の歴史などを胸をひらいて語り合って信頼し合って運動をすすめてきた。「守る会ニュース」を発行し、工場の門前や駅前、早朝から婦人が立って配っている所もある。パート

タイマーの仲間の送迎バスを乗用車で追っかけて、下車される所で配ったこともある。ビラ配りを終えて家に帰るなり、職場の人から電話が入り、「もっともっとこんなビラを出して」と励まされたり、時には、相談ごとを持ちこまれることもある。

私たちは、会を結成以来、ずっと次のことを要求してきた。

1. 過密労働の規制，ホッと一息つけるコンベアスピードにノ
1. 休憩時間をふやせ，せめて1時間に一度の休憩をとらせて欲しい。
1. 交替人員を増やし，年休や生休，時間内通

院，育児時間などを取りやすくせよ。

1. ゆっくり身体を休められる休養室をつくれ。
 1. 交替制，長時間，中高年労働者，下請けの仲間の健康を守る対策を立てよ。
- など……。

今後，職場のすみずみの健康と安全に目を光らせるとともに，本当に人間らしく働きつづけられる職場づくりと仲間づくりをすすめてゆきたい。そして，OA（オフィスオートメ）やロボットの本格的導入で，大々的な“無人化”をすすめるようとする会社に生命と健康と雇用を守るために，学習や宣伝活動に力を入れてゆきたい。

資料＝松下電器テレビ事業部の過密労働の実態

例 プリント基板に部品を挿入する作業

〔1つのラインで1日に生産される製品（セット）の数〕

年 月	生産台数	実 働	1台当たり	挿入点数	1点あたり 持 時 間	
1975年	400台	26,400秒	65 秒	13	5 秒	片手挿入方式
1976年5月	500	〃	52.8	15	3.5	両手挿入方式導入
1978年	〃	〃	〃	18	2.9	
1978年秋	〃	〃	〃	19	2.8	午後4時35分で500台の時
	〃	〃	〃	19	2.7	〃 4時15分 〃
	〃	〃	〃	20	2.5	最も手の早い人で20ヶ所を挿入
1980年12月	550	〃	48			
1982年	600	〃	44	15	2.9	
	620	〃	42.5	15	2.8	
	650	〃	40.6	15	2.7	

1. 上図をみて分るように，1975年には1ラインの日産は400台で，1台当たりの作業時間は65秒，1人の持ち点数は13点～14点であった。
（左手で部品をとり，⊕⊖の極性をたしかめ，右手に持ち替えて基板に挿入するのに5秒で作業していた。）
2. 現在（1982年10月）は，日産は620台～650台と増え1台当たりの作業時間は42.5秒～40.6秒となり，1人の持ち点数は15点（個人により1～2点の増減あり）となった。1977年ごろより両手を効率的に作業させる方法が採用された。右手で挿入する時，左手は材料自動供給装置から部品をとり出すという両手挿入方式で1点当たり2.8秒～2.7秒の速さで連続して挿入している。
密度は7年前より2倍近くになっている。
準備工程，組立工程（上記作業はここに含まれる），箱入工程，完成工程，包装工程もすべて生産台数は一貫して増えているため，作業は過密化している。

2 民間林業の振動病問題にとりくんで

山 崎 正 和

(山林労働者)

私は奈良県吉野郡十津川村の山林労働者の山崎です。

十津川村は三重県と和歌山県に接して奈良県の南端に位置し東西7里南北13里といわれ面積は奈良県の5分の1を占め98%は山林です。したがって主幹産業は林業です。その広い山林大半は見事な天然林でしたが現在ではほとんど伐りつくされ一部の地域(国有林と宗教団体所有)を除いてはあと3年もすれば天然林と言える山は十津川村の中から消えてしまいます。

私がチェンソーを使い始めたのは昭和35年の秋です。最初のチェンソーはマッカラーの700型で16キロもある重い大きなものでした。しかし私達丸太伐り「伐採夫」には一大革命でした。これで家族にも人並みな暮しをさせられると思ったのも3年程でした。後で振動障害で苦しむとも知らず一生懸命働き続けたのは私だけではないと思います。

昭和41年に小型のチェンソー「マッカラー5～10」に買いかえたところから私の指も白くなる部分が急速に広がりました。いま考えるとチェンソーの重量が前のより半分になっていたのも無茶な使い方にも原因があったと思います。このころテレビで「白ろうの指」と題してだと思えますが見ました。自分の指と一緒にだと思ながらも恐ろしさを感じずより生活に追われることがさきでした。テレビを見た時期には四国の人で手のひらまで白くなる人もいました。

49年1月にはじめて振動障害の健康診断があり私も要治療の結果がでましたが健診後の指導はチェンソーを「長期間使わない」「長時間使わない」それだけでした。健診のあった年の4月にある町立病院(現在は労災委託病棟がある)へいくよう指示があり診察を受けました。お医者さんの最初の言葉が「白ろう病は治る病気でない」と言われたときは驚きでした。どおせ治らないのなら

と3年ほどはチェンソーを使いつづけました。このころはこの病院を窓口にして行政指導がありましたし、この病院へ行かなければ認定されないと宣伝されていました。今考えると馬鹿みたいなことですが本当のことです。

訳の分らぬままに私も入院、色々な検査がありました。中には言葉で表現出来ないような検査もありました。数多くの検査があったのに患者には何一つ結果の説明はありませんでした。説明を求めたら「健康な人よりは悪い」とそれだけでした。まもなく患者の中からあの病院へいくと血管造影のショックが原因で殺される言う声が出るようになりました。しかし患者の中には血管造影で白ろう病が治ったと言う人もいますが笑うに笑えない事実です。これではあまりにも患者は救われないと活動に入りました。

患者の家を一軒一軒尋ねて治療のありかたと大切さを、患者の要求を病院や監督署に認めさせるにはどのようにすべきか、村内全域に振動病のチラシを配布し、十津川村振動病なくする会を結成しました。また、村報(公報紙)で連続10回にわたって振動病の発生から治療方法及び保険請求、事業主責任と行政責任などをふくめて掲載させました。49年度の林災協の健診を利用して50年には郵便局のバイク乗務員配夫を公務災害と認めさせました。

ある県立医大のある教室とは町立病院の集中診療制にともなう弊害を解消できる一端になればと接触をもちましたが解消にはつながりませんでした。

53年から54年にかけて村内林業労働者に70項目余りの実態調査を実施する中で(242名)、100名をこえる有症者を確認。56年にはチェンソーの1日の使用時間(振動暴露)の調査もやりました。3事業所ともパルプ材で全幹集材の盤台での玉伐り作業です。1日の暴露時間は2事業所では4時

間半になり1事業所では6時間になります(通達では2時間以内)。伐倒作業では7時間~8時間になると推測1日のガソリンの消費量7~8リットルと確認しました(林野庁林業試験場辻隆道氏によると60~70cc排気量のチェンソー1時間当りの消費燃費)。連続10分以内については1日5回ほどでした(後掲資料)。

55年3月から民主的な2つの院所で健診と治療も併せてできるようになり感激の一語につきま。町立病院で実施されていた血管造影も温熱負荷(サーモグラフィ)による症度分類も現在は解消されています。

これはどこでも大差はないと思いますが一部休業の患者さんのほとんどはチェンソーや刈払機を使い続けていると思います。理由は生活と林業労働の形態からだと思います。私は村報の中で「アル中患者に酒をのみながら治しなさいと何ら変りがない」と書いた記憶がありますがこれが現実です。行政も見て見ぬふりをしてきました。その結果が一部休業から全体へと悪化しています。私たちは適切な治療と正しい生活で一日も早い職場復帰をめざしています。現在5名が復帰訓練中です。

いま労働省は林業振動障害職業復帰対策協議会を制度化して一部休業者から労災保険から切り放そうとしています。奈良県でも2つの監督署が対象になっています。もしこの制度を強引に「推進員」を通じて実施するならば一部休業者は生活のために治療を放棄して振動工具を使い続けたとすれば結果は火を見るよりあきらかです。また逆に振動工具から完全に離れるとすれば十津川村の林業は成り立たない深刻な状態になることは確実です。100名をこえる患者は林業労働のベテランだからです。

私は林災協(事業主団体)の林業機械巡回整備指導員として年間35日現場でチェンソーの指導をはじめて6年になります。一緒に振動と騒音測定もしています。測定を始めたきっかけは十津川村でチェンソーの模擬訓練のときでした。購入後1週間程使ったチェンソー(2.2Gと表示)を測定したとき、7Gまで測れる測定器の針が振りきっ

て測定できませんでした。講師は目安的な測定しかできないと言いながら一方ではおどろいているようでした。

これをきっかけに自治体(農林課)に要求して林災協十津川分会の備品として設備させて測定しています。測定器具はリオン(株)の製品で振動計は「VM17」、騒音計は「NAO9」、ピックアップは「PV32A」、56年5月にはレベルコーダー「LRO4」も設備できました。最初は加速度を直読していましたが現在はレベル測定にしています。測定については私は素人ですが測定結果から言えることは表示された振動値(加速度)はどこえやら、出るのは大きな数値ばかりです。3倍から10倍になるものが大半です。

チェンソーの振動は防振ゴムで小さくされています。防振ゴムをより早い時期に交換すればよりましな状態で使用できると思い、ある大きな販売店で振動の大きい機械があるので防振ゴムの正常な対応時間を尋ねたら、「一度も使っていない機械で振動が大きければ欠陥商品として交換せざるをえんが一度でも使用した以上どれだけ大きな振動がでてでもメーカーには何の責任もない。政府で検査をして許可を得て販売するのだから」と私の問いには答えませんでした。

同じ型のチェンソーが何百台何千台と販売される中で構造規格に適しているか否かを検査するのは検査する側で何台かを選ぶのではなく、メーカーから1台提出したものを検査して許可(公表)するそうです。販売されたチェンソーの追跡調査をすることになっていても一度も調査をした事実はないと聞いています。

チェンソーの振動は表示されている振動より大きな振動はでないかと労働者も事業主も信じています。また事実を知りたくても確認できる場所は林野庁の林業試験場以外にありません。昨年6月に基準局の安全衛生課と県の林政課へ測定結果が大きいので何台か中央の試験場でチェックを申し入れましたが今だに何んの連絡もありません。労基局の安全衛生課長は「中央の試験場で測定するときと現場では条件が異なるので大きな数字がでて不思議ではない」と言います。しかし振動障害は

試験場で発生するものでなく現場で働く労働者に発生する病気です。構造規格の制定は振動障害の発生防止以外の何ものでないわけです。だとすれば現場で使用する時の振動値こそ重要ではないでしょうか。

先日のごことです。ある現場で5台もチェンソーがあるのに昨日持ってきたという新品2台を測定しところ表示されている振動値の6倍の数値がでました。1年前に購入したチェンソーは表示の3倍程でした。使えるのが何台もあるのになぜ新しいのを買うのかと聞いてみたら新しい機械ほど振動が低いと思って購入したと言います。ここには一面で構造規格の制定が労働者に大きな財政負担をさせる結果となっています。

十津川村では55年度から制度化された林業振動障害巡回指導事業と併行して、ある医大のある教室の協力のもとに村の単独事業として予算化して健康診断と治療を村立の診療所でやっています。これは過去に私達が自治体へ要求したことですので賛成すべきことですが理解できないことが幾つかあります。

55年の秋には村内の振動病の患者を全員診療所へ集めるべく文書指導をし（理由のわからぬままに十数名が転院）、今まで治療をしていた開業医から行政に強い反発がでました。診察や治療は診療所の医師がせずに教室の医師がして教室の2人の医師が月に1回づつ交互に2日～3日くるだけです。治療はパートの看護婦さんがしています。しかし、労災保険の医師の証明欄には診療も治療もしない診療所の医師の証明印が押されています。巡回指導事業の検討会でその大学の医師は村単事業を継続しないなら今後健診には協力しないと申しましたが、私は医師と言う権力の上での脅迫だと感じました（巡回指導事業村単事業ともに57年度で終了）。

村単事業が実施されてから職歴の伴わない振動病の患者さんが出ています（職歴は1年以上）。私が知っているだけで5人います。全員が診療所で健康診断を受けた人です。この責任は健診をした人にあるのか、事業主（証明印）にあるか職歴調査表を書いた人か（代筆）、本人なのか、監督

署にあるのか、私にはわかりません。振動工具を使ったか否かは一緒に働いた人が一番よく知っています。いま十津川村の中で振動病の患者に批判が高まっています。同じ立場の労働者からもです。健康な人も一部休業者も振動工具を使いながら同じ賃金で働いています。健康な人は仕事を休めば収入はありません。一部休業者は雨降りでも治療に行けば補償があります。収入は健康な人より一部休業者の方が多くなるのが批判の原因です。2年前まではなかった投書や電話での抗議、なかには監督署へきて言われるので困ると職員はボヤいています。このような状態が続くとすれば本当に振動病で苦しんでいる患者さんにまで悪影響を及ぼすことは必至です。

研究されている先生方へお願いですが、チェンソーの構造規格が制定されるまでは振動について論議されたことが私のような者の耳にも入りました。規格が制定されてからは影をひそめたように思います。先程も申し上げましたように現場では大きな振動がでます。もう一度目を向けて戴きたいと思います。また労働省で定めた18種類の振動工具のほかに集材機を長期間運転する労働者にも振動障害と同じ症状を何人も訴えています。

労働省は振動障害の範囲を手指前腕の障害と位置づけようとしています。私は医学については何も分りませんが、8年余り治療をつづけている振動障害の患者です。日常生活の中でいくつか中枢性の異常ではないかと思える症状があります。一つの事例として、今年の2月12日午前2時半ごろ病院から「この人は息子さんですか自動車事故で死亡したので死体を引取りに来て下さい」と連絡が入ったとき受話器を握っていない右手まで白くなりました（寒い時に白くなる指全部）。回復するとき何時ものように痛みやしびれがあったのかおぼえていません。振動障害について研究されている先生方、治療されている先生方、今後とも振動障害の解明と治療にご尽力戴ければさいわいです。有難うございました。

（後記）

細川先生には50年の春京都で農村労連が開いた振動病研究集会以来現在まで無理なお願いをしつ

づけてきました。一方では色々とおアドバイスして戴く中で何とか今日まで来られたと思います。長い年月の中で私なりに細川先生の偉大さは認識していたつもりでしたが今回の社医研の中で更に先生の偉大さを認識させられて、過去をふりかえると身が細る思いです。

渡部先生には滋賀医大に来られた年の夏に十津川村で振動障害について講演をして戴き、また振動工具の測定については教示願うなど他にも数多くお世話になりながらこのことを報告できなかったのが心残りでありませぬ。

奈良県十津川村山林労働の実態

奈良県吉野郡十津川村の山林労働者の労働時間稼働日数、賃金、振動障害等について1978年～1979年1年間で調査した結果であり、村内に在住する山林労働者は550～600名程度と推定出来る。調査人員は242名、平均年齢47.8歳であり、最低年齢21歳、最高は69歳である。

() は人数を示す。

(1) 年齢別

20～29歳(3)、30～39歳(25)、40～49歳(115)、50～59歳(81)、60～69歳(18)、50歳以上が41%、次の世代をになう20歳代は3人しかいない。

(2) 山林労働年数

1～5年(2)、6～10年(2)、11～15年(8)、16～20年(29)、21～25年(34)、26年以上(168)、新しく山に入ってきた(10年以内)ものも4人である。

(3) 主にする作業

伐木(32)、伐出材(159)、造林(21)

(4) 勤務先

森林組合(4)、会社(21)、個人経営(205)、一人親方(12)、85%は個人経営に属している。

(5) 生活の根拠

村内(222)、村外(20)

(6) 通勤の方法

単車(71)、自動車(127)、マイクロバス(23)、山泊り(21)、単車がへり(29%)、車がふえた(52%)

(7) 通勤時間(徒歩も含む)

30分未満(27)、30分～1時間未満(91)、1時間以上(124)、自宅から現場までの道はとおい。山また山である。

(8) 雇用先の変化

最近はやんど変わらない(103)、毎年のように変る(71)、年に何回も変る(41)

(9) 事業について

農業(5)、土建業への雇用(33)、その他(21)、なし(183)

(10) 雇用形態

常勤雇い(26)、有期雇い(57)、日雇い(159)、身分は不安定である。

(11) 賃金形態

固定日給(58)、出来高給(81)、固定出来給併用(103)、1/3はまだ純粋い出来高給である。

(12) 年間稼働日数

100～150日未満(13)、150～200日未満(170)、200～250日未満(41)、250日以上(18)、雨の多い地域だが150日以上働いている。

(13) 年間収入

100～199万円(227)、200～299万円(13)、300万円以上(2)、重労働に比して収入は少い。

(14) 3年前の賃金と現在の賃金とのアップ差(1日当)

500円(187)、1,000円(34)、2,000円(21)

(15) 振動工具の使用について

全く使わない(0)、時々使う(78)、良く使う(164)、病人は多いが依然としてチェンソーを使用している。

(16) 振動工具使用経験年数

1～2年(4)、3～5年(21)、6～8年(42)、9～13年(126)、14年以上(54)、振動病が社会的問題になってからチェンソーを握っている。

(17) 振動工具の使い始めの年齢

20～29歳(36)、30～39歳(114)、40～49歳(75)、50～59歳(17)

(18) 振動工具の購入台数(チェンソー、刈払機)

1台(48)、2台(93)、3台(55)、4台(23)、5台以上(18)

- (19) 現在使用中のチェンソーの種類
スチール(162), 共立(37), マツカラー(14),
ベッカー(4), ヨンザレット(2), ハスクバーナ
(2)
- (20) 現在使用中の刈払機の種類
共立(7), 川崎(5), 三菱(4), 日研(2)
- (21) 工具の所持について
個人持(200), 事業主持(19), その他(共用)
- (23) 個人持ちが80%以上である。
- (22) 事業主持の工具の使用法
共用(19), 個人専用(0)
- (23) 工具の使用で交替制は
なし(103), 随時交替(139)
- (24) 振動工具を使用する季節は
季節に関係なし(242), きびしい寒さの冬も使用している。
- (25) 振動工具の年間使用日数は
(チェンソー)
60日未満(6), 90日未満(37), 120日未満(45),
150日未満(61), 150日以上(92), 刈払機では180
日以上(21)
- (26) 1日の労働借間(昼食時間を除く)
7時間未満(11), 8時間未満(118), 8時間以上
(113)
- (27) 3G以下のチェンソーを使用するよう指導
されていることについて
知っている(242), 知らない(0), 労働者, 労働
組合, 労基局の長年のとりくみのあるところ。
- (28) チェンソーの使用時間について指導されて
いることについて
知っている(242), 知らない(0)
- (29) チェンソーや刈払機の使用時間を測ったこ
とがありますか。
ある(0), ない(242)
- (30) 振動工具の使用時間について(チェンソー
刈払機) 1日当り
2時間以内(12), 2~3時間(29), 3~4時間
(54), 4時間以上(149), 2時間以上が95%もある。
4時間以上が62%以上
- (31) 1日の燃料消費量は
2ℓ(12), 3ℓ(31), 4ℓ(90), 4ℓ以上(108),
ほとんど燃料のきれるまで連続して使用している。
- (32) 伐木作業で支障木除去の補助者は
いる(0), いない(221)
- (33) 作業障害木(下草木など)除去は
チェンソー(72), ナタ等の手工具とチェンソー
の併用(155), チェンソー連続が長い。
- (34) 枝払いは
太い枝, チェンソー(221), 手工具(0), 細い
枝(183), ナタ等の手工具(38), チェンソー連続
が長い。
- (35) 機械の整備について(チェンソー刈払機)
エヤークリーナーの清掃を毎日やる(129),
やらない(113)
スパークプラグの清掃を毎週やる(12), やら
ない(232)
電気系統(ポイント)清掃を毎月やる(0),
やらない(242)
管理不十分。
- (36) 振動障害は全身に異常が現れると思いま
すか。
現われる(194), 現われない(48)
労働者は手だけの病気でないことをからだで知
っている。
- (37) 振動障害と思われる症状がありますか。
ある(159), ない(83)
有症者は65%に及んでいる。
- (38) 症状のおきる季節は(1人が複数答えてい
る)
(しびれ痛み)
春(113), 夏(23), 秋(78), 冬(159)
(いろいろ頭痛)
春(40), 夏(27), 秋(31), 冬(54)
(蒼白発作)
春(22), 夏(5), 秋(13), 冬(57)
症状は冬~春に多い。
- (39) 症状のおきる時期は(1人が複数答えてい
る)
(しびれ痛み)
早朝(24), 洗面時(57), オートバイ乗車中
(63), 作業中(51), その他(作業後)(159)

(いろいろ頭痛)

早朝(11), 作業中(40), その他(作業後)
(57)

(蒼白発作)

早朝(5), 洗面時(5), オートバイ乗車中
(27), 作業中(29), その他(体が寒く感じる
時)(37)

(40) 症状のおきる回数は

(しびれ痛み)

毎日(67), 月に数回(84), 年に数回(8)

(いろいろ頭痛)

毎日(11), 月に数回(2), 年に数回(59)

(蒼白発作)

毎日(0), 月に数回(37), 年に数回(57)

(41) 振動病の健康診断は

受けた(138), 受けない(104)

奈良県の検診が開始されて6年になるが……。

(42) 何回受診しましたか。その時の管理区分は

1回	{ A 31 B 25 C 27	2回	{ A 6 B 9 C 14	3回	{ A 2 B 6 C 5
----	------------------------	----	----------------------	----	---------------------

4回	{ A 1 B 6 C 4	5回	{ A 0 B 1 C 1
----	---------------------	----	---------------------

A : 異常なし, B : 要注意, C : 悪医療

(43) 3 G以上のチェンソーで使用時間を守れば
振動病の発病は

なる(74), ならない(166)

使用時間が長ければ「なる」と30%が答えてい
る。

(44) 振動病になるとわかっているにもかかわらず
使用を

続ける(242), 止める(0)

「続けざるをえない」のがホンネ

(45) 今後の林業はチェンソーや刈払機がなけれ
ば

成り立たない(242), 成り立つ(0)

(46) 振動機具を使わず生活出来れば機具の使用

は

使用する(101), 使用しない(14), 分らない
(127)

(47) 安衛法の改正にともなうチェンソーの特別
教育は

受けた(242), 受けていない(0)

(48) チェンソーの特別教育は事業主, 労働者の
何れに課せられた制度か

事業主(55), 労働者(187)

(49) 3 G以下のチェンソーを購入するのに融資
制度があるのを

知っている(26), 知らない(216)

(50) 融資制度を利用について

利用している(7), 利用していない(235)

(51) 働けなくなるまで山林労働を続けますか。

続ける(242), 続けない(0)

(52) 条件のよい仕事があれば転職しますか。

転職する(58), 転職しない(184)

(53) 今後の林業に不安を感じますか。

感じる(242), 感じない(0)

(付) 山林労働から建設労働に転職した理由, 労
働条件, 賃金等について調査したもので対象者
は36人である。

(1) 転職した理由は

山仕事がないから(24), 雇用が安定しているか
ら(12)

(2) 建設作業に従事した期間は

6ヶ月~1年(3), 1~2年(9), 3年以上
(24)

(3) 1ヶ月の稼働日数は

16~20日(5), 21~25日(24), 25日以上(7)

(4) 1日の賃金は

6,000~7,000円(25), 7,000~8,000円(11)

(5) 労働条件はどちらがよいと思いますか。

山林労働(0), 建設労働(36)

(6) 山仕事があれば山林労働に戻りますか。

戻る(2), 戻らない(34)

3 榎藤鉄工所労働組合の労働者の健康と

生活を守る闘い

藤本 忠正

(全国金属京滋地本榎藤鉄工所支部)

1. 労使協調路線と労災職業病

榎藤鉄工所は自動車産業と共に発展してきた企業だが、会社の急成長とは逆に、労働条件は町工場同様の待遇が続いた。同族の一部役員による専制的会社経営が行なわれ昭和30年後半になっても、賃金査定は80%をこえ、一時金の3分の2は査定というありさまで、何ひとつものが言えないほどの賃金差別による労務管理が徹底して進められていた。長時間労働による疲労性腰痛が、1965年10数名発生したが、組合としても意識がなく（鍛冶屋）なら当然、腰痛になって一人前と言う状況だった。1967年労働者がクレーンの点検中に落下し死亡した。組合員の反応は、“気のどくに” “かわいそうに” という反応しかせず、組合も安全無視の企業に対して責任追求する運動さえおこさなかった。権利意識を持たない労働者は、権利意識をうばわれている労働者は、企業に殺されても、同情しか持たないのである。

2. 労働者の権利意識の拡大

この労使協調のもの云えぬ職場を変えたのは、一人の青年活動家と数名の青年であった。1965年始めて賃金実態調査が行なわれた。調査結果を賃金分布図にし発表すると、職場の中は、怒りの声でうずまいた。35歳賃金の頭うち、特に同年齢、同勤続者の賃金格差の大きさは、怒りの大きさとなり長い闘いのエネルギーに発展していった。

賃金調査以後、賃金、一時金査定ゼロ、同年齢格差の是正を行なうために、生活サイク賃金、個別賃金、地域比較、産業別比較等を行ないながら、自分たちの賃金理論をうちたて、一方では経

営分析能力を身につけるため学習し、組合員には徹底した教宣活動を進めたのである。完全に賃金査定をゼロに出来るまで10年かかっている。対経営者との闘いというより、組合員の（良く働く者が賃金を多くもらって当然）という考え方を変える闘いであった。

3. 安全点検活動

1970年、全金京滋地本に安全担当者会議が組織され、組合の中にも専門部として確立された。組合強化によって労働条件は、同業種、地域の中でもトップクラスになっていたが、安全については、ほとんど取組みがされていなかった。

この運動を進めたのは、組合を変えるために立ち上がった青年活動家の一人が、安全の虫といわれるくらい、毎日、毎日、職場の点検活動を徹底して行ない、結果をニュースにして組合員に知らせ職場改善要求を組織していった。

- (1) 有機溶剤の成分の調査（特別健診）
- (2) 粉塵調査（集塵機の取付）
- (3) 騒音調査（防音装置の取付）
- (4) 冷暖房装置の完備（機器の取付）
- (5) 定期健康診断内容の充実
- (6) 食事内容の改善等

これらの要求は、全て勝ち取っている。この運動のすぐれている点は、①徹底した教育宣伝活動、②不安全装置や有害物質を労働者に見せながら、意識を変え要求を組織していった。③経営者に、有害物質を見せ、反論できない闘いを進めた。

この闘いは現在でも教訓的である。しかしこのような状況の中でも職人気質の強い職場の中は、“腰痛になって一人前” という意識は変わってい

なかった。

4. 腰痛・頸腕闘争と反合闘争

1972年、職場のキーパンチャーが、ケイワンになった。ケイワンは職業病だ。職場の中にもっとあるかも知れない。アンケートを取ろうということになった（この時でもまだ腰痛は職業病という意識はなかった）。健康アンケートの結果、現場労働者の90%以上が腰痛経験者。通院している、現在腰がいたい、という労働者が5人に1人いることがわかった。原因はほとんどが仕事だった。組合役員も職人である。職人氣質をふり切るために、職業病の取組の進んでいる民主医療機関に相談し、地域の患者会に意見をききに行き、組合員にはニュースを流し、闘いを組織しはじめた。同時に経営者は、不況のしわ寄せを労働者におしつけるため、「合理化」を提案してきた。職制を32名から43名に増員し組合を分断しようという考えである。

組合は、反合闘争と健康を守る闘いを結合させ原則的な要求で対決した。①10%の生産ダウン。②人員の増員、③労働時間の短縮、④250項目の職場改善要求をつきつけ、団体交渉、職場別交渉、課別交渉等、組合員250名全員が交渉に参加し発言した。この交渉の中で組合員の健康に対する、あるいは労働強化の実態に対する理解は深まり、企業の不当な「合理化」をはねのける力に発展し、「合理化」案の白紙撤回と組合要求の実現を勝ちとり完全勝利をした。

腰痛・けいわんの闘いについても大きな成果を勝ちとった。

- (1) 組合の指定する民主医療機関で、組合員全員の特別健康診断の実施。
- (2) 労災職業病の取扱い協定の確立、賃金、一時金の完全補償と時間内治療の補償等。

民主的医療機関を指定するにあたっては、企業の反論より組合員の反論の方が激しかった。京都市民医連待鳳診療所は共産党の病院だ。あんな小さな診療所より国立病院や、日赤があるではないか。反共攻撃と大病院思考は、執行部の「労災職

業病の専門病院は、待鳳診療所しかない」と強弁するほど組合員の反応はつめたかった。このカベを打ち破ったのは、国立や日赤で腰痛・けいわんの診察を受けた組合員の報告であった。「腕がいたい、しびれると言っても異常なしと診断された」この事実は、誰も反論出来なかった。

協定書は、腰痛・けいわん患者の救済を急ぐため、執行部が力で勝ちとり、組合全体としては、十分な論議がされなかった。この補償によって25名の組合員が、午後から通院し治療を受けたが、半年たっても目に見えた効果が出なかった。人員の減った職場では不満の声が出はじめていた。患者も組合員も皆んな半年もすれば治ると思っていたからである。腰痛・けいわんの病気の原因を完全になくさないかぎり、治療を続けても効果のないこと。患者が病気になったプロセスを理解しないかぎり治らないこと等、他労組や患者会に教えられ認定闘争を組み始めた。患者は患者会をつくり、仕事の苦痛作業をピックアップし、労災申請の資料を作った。執行部は企業に様々な資料を要求し、歴史的に企業の「合理化」労働強化の実態をばくろして行った。この資料づくりの中で、組合執行部も患者も、腰痛、けいわんの原因が仕事であることに確信をもっていった。職場の合意を得るために、原因を明らかにし、職場改善要求を組織しようとしたが、やりにくい仕事、苦痛姿勢とする仕事をこなして一人前という職人氣質は、ように打破れなかった。職場改善を認めることは、熟練労働者にとって、職場での自分の立場がくずれることにつながる。

これは職人が労働者にかわって行く意識変革の闘いだったのである。健康アンケートを取ってから労災申請する迄、組合員の合意を得るのに2年かかったのである。

5. 患者の完全職場復帰をめざして

- (1) 毎月1回、医師、会社、組合、患者が治療効果について、リハビリの状況について報告し、治療やリハビリの目標を決めながら進めた。

- (2) 大阪体育大学からトレーナーをお願いし、週

2日、1日2時間のサーキットトレーニングは、2年余りで患者の半数以上を原職場に復帰させた。

(3) 患者会で、家庭でのなやみや、職場でのなやみを交流し、激励しながら、一般組合員には患者会ニュースを発行し、患者の実情をうったえた。患者会は集団でこそ多くの効果を上げていったが、職場復帰する患者が多くなるにつれて、バラバラになって行っただ。組合執行部も組合員もかつて患者であった仲間も、少数の患者を気にもしなくなっていった。職場改善は企業に1億円の資金を出させ、完全にやり切ったという考え方が、組合幹部の中にあつた。この考え方が、長期患者を生みだしていったのである。長期患者への組合の指導も弱く、患者の中には、家庭不和が起り夫婦別居、離婚問題さえおこつた。又患者の治療態度や、生活態度が組合員に知れわたり、患者は孤立した。組合執行部に対しては、このような患者を放置していることに批判が起り、労災職業病そのものの運動は前進しなくなった。1972年に健康アンケートをとってから労災患者が完全職場復帰するのに12年間かかったのである。

6. 経営の民主化闘争と健康管理について

労災職業病闘争の勝利は、同族経営者に非常な危機感をもたせた。経営者は労務政策を転換し、1975年から2年間、組合つぶしのために全力を上げて攻撃をしかけてきた。メインバンクからの参入、帰休制の提案、団交拒否、労使慣行の無視、労務屋の導入、組織介入、100名の首切提案など

である。この攻撃は、組合員の団結と支援共闘会議の仲間の力で完全にはねのけ勝利した。

1977年8月6日、新社長を外部から迎え、経営の民主化闘争の第一歩をふみだした。新社長は、「労働者の生活と職場を守ることを経営の第一義におく」と発言した。

組合は企業の民主化闘争と共に、企業に働らく全ての労働者、経営者の健康管理を進めることを方針にした。

- (1) 健康手帳の作成
- (2) 定期健康診断の内容の充実(年2回)
- (3) 疲労性疾患に関するアンケートの実施
今年で4回になる。

安全委員会の中では、労災、私病の関係なく、復帰させるための方針が討論され、組合も会社も、家庭訪問をし、家族に対する激励もしている。神経障害の患者も3名、会社、組合、医師、家族と相談しながら、職場復帰も勝ちとっている。

私たちの闘いは、権利闘争にしても、職業病闘争にしても、企業に対する闘いよりも、組合員の意識をかえる闘いが中心であった。闘いの激しい時は、1年間に組合員1人当たり250枚のニュースが出されていたのである。

組合員の平均年齢39歳、高齢化社会の中で、組合員のもっている成人病に対する常識論をうちやぶり、「職場と生活を守り、健康に働き続けられる職場を作る」という中期ビジョンを現在検討している。

4 安全衛生予防協約化闘争の経験

小 宮 希 士

(化学一般関西地本安全衛生対策委員会)

1979年秋季・年末闘争において化学一般関西地本は、安全衛生に関する予防協約と労働災害企業補償に関する協約の両者の統一要求をつくり、これをセットにして闘いを進め、一定の成果を実現することができました。

とくに予防協約という新たな取組は、労働者の

生命と健康を守るため、職場環境の改善、労働条件の向上等、団体交渉や安全衛生委員会の活動を通じて、職場で実践してきた労働者の権利を整理し、集大化したものです。しかし団体交渉を重さねれば重さねるほど会社の考えは後退し、「労働者の義務」論を持ち出して、安全衛生対策の不備

を労働者に責任転嫁するなど抵抗しました。

この報告は取組みを開始して数ヶ月という短期間の経験ですが、80年代の労働運動の重要な柱として発展するものと確信して報告します。

1. 予防協約は労働者の基本的権利

予防協約は細川先生が提起された“安全衛生に関する予防協約案”（労働と健康22号）を参考に、統一要求をつくりました。その内容は、会社の労働者に対しての安全・健康保護義務と労働者の権利及び労働条件から成り立っています。特に私たちは、これまで生命と健康を守るための活動や諸対策を労働者の権利としてとらえる意識は弱く、中には恩恵的に受けとめている労働者も少なくはありませんでしたが、改めて労働者の権利として整理してみると、就労拒否する権利、調査する権利、学習する権利、参加・発言する権利、健康診断を受ける権利、医師を選ぶ権利、労働条件を守り拡大する権利などなくして、労働者の生命と健康は守れないことがわかりました。

また、予防と労働条件との関連についても、この協約の中で化学一般関西地本の労働条件の基準を明確にし、それに向けて各支部が取組む方針としています。例えば労働時間について述べますと、年間労働時間を1,700台に目標を置き時短の闘いを前進させる位置づけと、これまで各職場で労働者の権利としてルール化していました作業中の休憩時間も予防協約で明確にして他の職場や、他企業と比較し、新たな条件拡大をめざしていくことにしています。

さらに予防協約は、安全・衛生管理者、産業医の選任や、新規または変更する作業場、設備、機械、作業工程、使用物質などは労働組合の同意を得なければなりません。

2. 統一闘争と会社の対応

予防協約の全面獲得と企業補償の4つの重点権利条項（①業務上の判定は少なくとも労使で協議決定とする。②解雇規制及び身分保障を確立させ

る。③医師選択の自由を確立させる。④通勤災害を労働災害と認めさせ補償に差をつけない）を獲得するために、学習会や模擬団交さらには、地本交渉団（12グループ）を編成しました。

しかし、職場の労働者にとっては、「良いことを要求しているから、執行部にまかせておけばなんとかするだろう」という程度の理解にとどまり、また支部執行部の中にも、「統一要求だから要求は一応するけど、内容的にむずかしいので交渉は控え目に」という支部もありましたが、予防協約28支部、労災企業補償34支部が要求を提出しました。

予防協約に対する会社側の対応は、真向から反対の意を表明することをさけながらも、「勉強不足」を理由に春闘まで待つてほしいと主張し、回答をさけてきました。ところが実は、経営者間で春闘まで回答を引きのばす申し合せをしていたのです。だから、団体交渉の初期の段階は、要求にも理解を示し反応も敏感でありましたが、団体交渉を重ねるごとに、会社の対応も後退する現象がおきました。

そして、会社が持ち出してきましたのは「労働者の義務」論でありました。その主張は、「会社だけに義務と責任をあたえるのは不公平だ。労働者の協力なくして労働災害・職業病はなくなるない。労働者の義務として決められたことを守るべきではないか」、「二日酔や麻雀、パチンコ等の“遊び疲れ”を職場に持ち込んでケガをすることも会社の責任なのか、健康な労働力を提供する労働者の義務があるはずだ」というもので、本質的安全からみれば「労働者の義務」は存在しないものですが、会社の主張は「労働者の義務」という名のもとに、会社の安全衛生対策の不備を労働者に責任を転嫁する議論でありました。

こうした中で3支部がほぼ要求を獲得する成果を上げ、他の支部で交渉が続けられています。また予防協約を追求する中で時短や母性保護を前進させた支部や、予防協約を要求すると、開店休業中の安全衛生委員会がすぐ開催されるなどの動きもでてきました。

3. 予防協約の全面的実践とその課題

80年代は、独占・大企業をはじめ、中小の経営者も含めて、あらゆる面で「闘わない労働組合づくり」に狂奔してくるでしょう。すでに、労働者の権利剥奪は職場の中で強められていますし、このまま放置しておけば労働災害・職業病は急増することは明らかです。

労働者の生命と健康を守る闘いを私たちは、基本的人権の闘いとして位置づけ、予防協約の全面的獲得とその実践を労働運動の中心にすえなければなりません。しかし、安全衛生活動の実態で報告してきましたように、労働組合の足・腰を強化する課題や企業間格差是正など課題は山積されています。また、健康手帳の作成とその活用は、労使間における対等・平等の信頼関係に立った取組みなくして前進はないし、労働者自身の健康管理能力もさらに高めなければならない課題もあります。

私たちは、こうした課題を実践の中で克服し、予防協約が就業規則や他の労働協約に取って変わり、予防を中心とした総合的な労働協約に発展させ、真の労働者の生命と健康を守るために取り組む決意です。

<資料>

安全衛生に関する予防協約

株式会社大東化学工業所（以下会社という）と合化労連化学一般関西地方本部大東化学支部（以下組合という）は、株式会社大東化学工業所で働く労働者の安全と健康を守るために、本協約が従前の労働協約、就業規則による定めに優先して適用することを確認し、次の通り協約を締結する。

第1条（会社の安全衛生義務）

1 会社は最低基準としての労働基準法、労働安全衛生法及びそれに基づく法規を守るだけでなく、労働災害及び職業病の発生防止にとどまらず、健康管理の充実と体力の向上につとめ、快適な作業環境の形成及び労働条件の改善を通じ

て職場における、労働者の安全と健康を確保するようにしなければならない。

2 本協約の適用を受ける対象者は就業規則第40条に定める手続きを経て入社した者で、具体的には次に掲げるものをいう。正社員、臨時工、パートタイマー、嘱託（但し常勤者のみ）。

3 本協約に特定の定めがない安全衛生対策については、この原則に従って労使が協議し補正改善するものとする。特に労働災害・職業病が発生した場合、その再発防止対策をすみやかに実施しなければならない。

第2条（労働者の安全衛生義務）

1 労働者は労働災害を防止するための必要な事項を守るほか、会社及びその関係者が実施するとともに、自己の健康管理と体力の向上に努めなければならない。

2 労働者は会社及び、その関係者が行なう安全衛生教育を受けるよう努めなければならない。

第3条（安全衛生組織）

1 総括安全衛生管理者、安全・衛生管理者及び産業医等を選任する場合には、組合の意見を聞かなければならない。

2 安全衛生委員会は、定期的に毎月一回（2時間以上）以上及び臨時に災害発生時に開催し、原則として就業時間内に行なう。会社は委員の出席を保障する。

3 会社は安全衛生委員会（以下委員会という）または、委員会より特定事項について依頼された安全衛生委員（以下委員という）に対して、職場の保安点検、災害発生の原因調査及び処置・指導等、その活動を円滑に遂行できるよう必要な時間・情報及び資料等の提供をうけることの権限を与えなければならない。

第4条（安全衛生計画）

1 会社は通達、法規の要旨を労働者に周知させなければならない。新規または変更する作業場、設備、機械について、その計画と安全性の事前点検・調査を行ない、事前に組合に提示し同意を得なければならない。

また、作業内容の変更及び使用物資について

も事前に教育、テスト資料、環境アセスメント資料等を調査しなければならない。

- 2 会社は安全衛生に関する諸官庁の指導・勧告・命令の要旨を組合に知らせるとともに、必要ならば閲覧できるものとし、諸官庁へ提出する安全衛生計画書、報告書等は、事前に組合に提示しなければならない。但し、定型的・日常的に行なわれる届出書は除く。
- 3 会社は安全衛生計画（予算を含む）の実施状況について、安全衛生委員会に報告しなければならない。

第5条（労働者、労働組合の権利）

- 1 労働者は労働災害発生の直接かつ重大な危険を感じた時は、直ちに作業を中止し作業場から避難することができる。会社は、直ちに事態の調査及び対策を行なわねばならない。それが行なわれない場合には、その作業を拒否することができる。
- 2 労働者、労働組合は災害、職業病など原因調査、業務上認定の請求、労基署への申告、民事、行政訴訟の告発などを行なう権利を有する。会社はこれらのことを理由として、その活動を阻んだり、本人に不利な取扱いをしてはいけない。
- 3 安全衛生に関する組合の団交権、実力行使権、パトロール権が保障される。
- 4 組合（上部団体を含む）が行なう安全衛生に関する活動の賃金保障は、組合活動に関する協約に準ずる。
- 5 労働者は会社及びその関係者が行なう、安全衛生に関する教育を受ける権利がある。

第6条（労働条件）

- 1 労働者の安全と健康を守るために、労使は団体交渉によって、次の労働条件について検討し細則を別に定め協約化する。
 - ①労働時間、②36協定、③有給休暇の確保、④適正な人員の配置、⑤休憩時間、⑥体操、⑦福利厚生施設、⑧休憩室等の整備、⑨母性保護、⑩その他必要な事項
- 2 会社は安全衛生に関する団体交渉及び協議の申し入れについて、拒否することはできない。

特に緊急な対策を要する場合は、すべてに優先するものとする。

- 3 会社は下請、パートなどの関係労働者が、法規または社内規定に違反しないよう必要な指導を行なうとともに、労働災害が生じた場合は、組合に報告しその対策を協議しなければならない。また、有害危険作業の下請化をさげ、構内下請労働者の安全衛生及び、健康管理のための教育に対する指導及び援助を行なわねばならない。

第7条（健康管理）

- 1 健康診断（雇入れ時、一般、特殊）は、その内容について医師の意見を聞き安全衛生委員会で審議し決定する。その費用は会社負担とし、その結果はすみやかに本人に知らされる。

また、労働者が専門医の診断を希望する時は、会社はその紹介、相談、指導等の便宜をはからなければならない。安全衛生委員会は、その結果について健康管理の立場より審議しなければならない。
- 2 健康診断結果を個人表にして、整理保管するほか、知り得た労働者の心身の欠陥、その他の秘密を漏らしてはならない。また、健康管理のための社内健康手帳を発行し、個人の健康診断結果、安全衛生教育等を記録できるようにする。
- 3 保健室を設置し保健婦を常駐させる。
- 4 環境測定結果を労働者に知らせると同時に、その職場の有害危険性、許容濃度を知らせねばならない。
- 5 成人病対策として別途定める人間ドック受診援助制度により実施する。

第8条（職場点検）

事前に承認を受けた事項について、労働組合（上部団体、労働組合の依頼した専門家を含む）による職場点検や調査を会社は保障する。

第9条

その他、安全衛生に関して問題が生じた場合は、その都度労使で協議決定する。

第10条

本協定は1979年12月1日より制定、実施する

ものとし、細部について変更ある時は修正するものとする。

(細則) 安全衛生に関する予防協約第6条の労働条件について次の通り定める。

1. 労働時間

工場関係は、1日の労働時間を7時間、年間1,757時間とする。また、本社・営業所関係は、1日の労働時間を7時間10分(但し、土曜日は3時間)年間1,757時間10分とする。

2. 36協定

協定は6ヶ月協定とし、就業時間外労働は1ヶ月40時間以内とする(但し、1979年12月から1980年5月末までは、1ヶ月45時間以内とする)。また、公休出勤及び代休出勤は月2回以内とし、さらに徹夜作業は月3回以内とする。

3. 有給休暇の確保

年次有給休暇は請求のあった場合、取得できるよう必要な措置を講ずる。

4. 適正な人員の配置

会社は適正な人員配置につとめ、問題が生じた場合はすみやかに労使で協議し解決する。

5. 休憩時間

休憩時間は工場関係を午前午後それぞれ10分間及び、昼休み1時間とする。また、本社・営業所関係は、昼休み1時間及び午後10分間とす

る。

6. 体操

就業時間内に、作業始めと午後の休憩後に行なう。

7. 福利厚生施設

スポーツ、レクリエーションができるよう必要な措置を講ずる。具体的には、福利厚生委員会で計画し実施する。

8. 休憩室等の整備

休憩室、仮眠室、休養室を完備する。

9. 母性保護

① 生理休暇

女子従業員の生理日毎潮その期間。

② 出産休暇

女子従業員の産前6週間、産後7週間及び出産当日。

③ 育児時間

生後、満1年に達しない乳児を育てる女子従業員は、予め申出て勤務時間中、1日について2回、1回60分育児時間を受けることができる。

④ 妊婦が請求した場合、業務変更、労働時間

(通院のための時間変更を含む)の変更を行ない、賃金は保障する。

専門家の発言

1 労働者との連帯を通じて

辻村 一郎

(同志社大学教授)

私は労働問題を専攻している。「合理化と労災・職業病」をテーマにして研究を始めたのは、1967年春で、細川先生にめぐり会ったのは、この年9月に開催された第1回労災・職業病全国交流集会の分散会で偶然同席したときである。それ以降今日まで先生から指導・助言を得ている。

労働者・労働組合の労災・職業病運動には良心的な医師・弁護士への援助と協力は不可欠である。とくに、被災者・患者は肉体的・精神的苦痛を取りのぞいてほしいため医師をたずねるし、また、安心して治療に専念するため、業務上認定・補償に関する法的解決について弁護士に相談する。この点、私のような経済学をベースに労働問題を研究している者は、そして労災・職業病研究をはじめたばかりの頃は、被災者・患者にとって直接に役に立つ立場にはなく、したがって、被災者・患者から私に近づいてくれることはないばかりか、私の方からたずねて行くことも、たやすいことではなかった。この点、細川先生が患者達と会える場を、積極的に、私につくってくれたことは、幸わせであった。しかし、このことは、幸わせというレベルの個人的な問題ではなく、この患者と医師と社会科学の研究者との相互媒介的関係には、労働衛生の発展および労災・職業病運動前進のための組織論を内に潜めたものと、私は考えている。そして、多くの人が認めているように、細川先生の行くところ、必ず、生命と健康を守る活動家が生まれ、運動の組織がつくられる。

そこで、私は、その組織論の構造の一つとして、次のような象徴的な文章をとり出して考え、さらに大阪における労働者の生命と健康を守る地

域活動の発展の一端を紹介する。

① 細川先生は、その著書「現代『合理化』と労働医学」（労働経済社、1978. 6）の「はしがき」で、「労働医学」は「一人の労働者のなやみや苦しみにとりくみ、それを理解し、支持する運動のなかで発展させ拡大させる」と述べている。また、同書の「発刊によせて」で山田信也（名大）先生は、住友化学の労働者藤井さんの職業病死にとりくんだ細川先生が、職場に入れなかったため、藤井さんが父親宛に出した手紙や、労働者から資料を集め、その中からウランに暴露された事実がわかり「こうして、労働者のなかに職場の実態を科学的に解明するために研究者と協力していくという一致した意思が育ちはじめ、研究者の方も、それに積極的に応えていくという状況が生まれていった」と述べている。

すなわち、労働衛生を労働者のなやみや苦しみを理解し支持する運動の中で発展させるという視点とそのとりくみが労働者のなかに職場を科学的にみる目を育てるという関係が明らかになっている。

現実には、患者は当初、自分が職業性の病気であることを知らない場合が多い。労働・生活と関連づけて診断してくれる医師にめぐり会って、はじめて職業病であることを認識する。この認識の過程で患者は自分の身体と心を通して「合理化」を知り、職場を科学的に見る目を身につけていく。そして、この過程は同時に、医師が現実の職場の「合理化」を具体的に認識する過程でもある。そして、この原因「合理化」の認識は対策を前提にしたものであり、したがって、本日の細川先生自

身の報告にもあるように「再び発生させないための法改正を含むとりくみ」すなわち政策を提起できるのである。

すなわち、一人（個別）のなやみとくるしみを理解することから出発し、職場全体の合理化（労働態様・労働条件・作業環境・労務管理・労働者の権利）を問題にし、事実の科学的認識を基盤にして企業責任および法・行政との接点で問題をとらえ、そのなかから、運動の方向と政策をたてるこの過程を労働者・労働組合と医師（弁護士・研究者）との相互媒介によって進めるという道筋を私は読みとることができる。

② 大阪労働者の生命と健康を守る実行委員会
は地域における活動組織であり、患者会、労災裁判を支援する会、労働組合、医師、弁護士、研究者、医療労働者、全労働（全労働省労働組合）、それに活動家それに職場の健康を守る会などによって構成されている。交流と学び合い、教育と宣伝、相談活動、対行政交渉を主な日常活動とし、治療、認定、補償、職場復帰、職場改善（予防）の運動にとりくんでいる。

年間行事として、労災・職業病春闘討論集会、労災・職業病一泊学校（今年で15回目、京都・兵庫の実行委員会と共催で参加者400名）、労働と健康講座、年末集会を行なっている。機関誌「労働と健康」（隔月刊）や、「現代の労災・職業病闘いの手引」（1973年）「労災・職業病の課題、闘いの前進」（1975年）「現代の労働と健康を守る権利」（1979年）などの書籍を発行している。

ところで、この実行委員会の組織化も、前記の患者・労働組合と医師（弁護士・研究者）とのかわりから生まれてきたことはいうまでもない。そして、実行委員会活動のなかから、職場を科学的に見る目をもった多くの活動家が育ってきた。

ところで、実行委員会参加の職場における患者組織も闘いの前進とともに規模を大きくしてきた。とくに、大経営において、労使協調を基調とする労働組合幹部の支配する職場では、当初の患者だけの組織から、患者だけではなく、生命と健康を守る権利意識の強い労働者も含めた「健康を守る会」をつくり、しかも、いくつもの事業所・職場を横断的に組織し、また、当初の頸肩腕障害だけでなく過労死や精神衛生などとりくみ、合理化と全面的に対応して予防のための職場改善要求を労働組合にとりくませる働きかけも積極的に行なうようになってきた。このような、運動の前進と拡がりのもとで、医師とのかかわりで、今後、実践的な論議による整理が必要と思われる問題を提起しておきたい。それは、同じ「健康を守る会」に所属する患者達がその一人一人の主治医が異なることから、うまれる問題である。すなわち、企業の合理化政策、例えば、新しい健診方針や配転、出向などの提案・実施の内容が、それぞれの主治医が、職場復帰を含めた治療方針に大きく影響する。治療はあくまでも個別問題であり、基本的人権にかかわる問題である。しかし、この基本的人権を職場でどのように守るかは、企業全体の合理化に全面的に対応（対決）しようとする「健康を守る会」の戦略・戦術に位置づけられなければならない。そこで、前記の、再び職業病を発生させないための運動政策が、個々の主治医の主観に左右されないための主治医達の連けい・組織化と、その医師集団と「健康を守る会」の交流が必要である。この点、大阪・京都・兵庫を中心にして「けいわん研究会」「コンペア労働研究会」など、医師、労働心理学者や患者、労働者で構成する研究会などは有効な場で考えている。

2 兵庫県労災職業病対策連絡会議の 活動について

藤 原 精 吾

(弁護士)

(1)

兵庫県労災職業病対策連絡会議（兵庫職対連）は1977年神戸で結成された。その目的は、労災・職業病の根絶であり、その原因を追及し、企業や行政の責任を問い、治療と生活保障、労働条件改善のため次のような事業を行なっている。

- ① 労働災害職業病に関する学習、宣伝、知識の普及を行なう。
- ② 労働災害、職業病発生の実態を明らかにし諸原因を追及するための調査研究、活動を行なう。
- ③ 労働災害、職業病の予防と治療、補償のための活動と経験交流を行なう。
- ④ 労働災害、職業病に関する諸権利確立のために認定基準、職業病指定など法制上の措置をかちとるための活動を行なう。
- ⑤ 業務上認定をかちとるために労働行政諸機関その他への交渉を行なう。
- ⑥ 労働災害、職業病に対する企業責任を明らかにし企業補償をさせるための交渉及び裁判闘争支援を行なう。
- ⑦ 労働災害、職業病に関する一切の予防、治療、補償、職場復帰についての相談活動を行なう。
- ⑧ 他団体との連絡提携および共同闘争を行なう。

(2)

認定対策委員会として取り組んだ労災申請のケースは次のようになっている（1981年度）。（次頁）

(3)

ひとりでも多くの患者が、病気と労働との関係
を自覚し、治療と職場復帰についての見通しをも

わかりやすく ためになる！

第1回労災職業病入門講座（1981年）

テ ー マ と 講 師

第1講	「職業病とは何か」	西診療所 職業病センター 所長 飾 森 望
第2講	「頸肩腕障害と腰痛」	兵庫医大 整形外科教室 講 師 畑 中 生 稔
第3講	「職場の安全衛生 活動の心得」	京都 榎藤鉄工所労働組合 安全担当 執行委員 藤 本 忠 正
第4講	「労災保険の申請 から給付まで」	三菱難聴裁判支援の会 滝 満 春

「職場の安全衛生活動家養成講座」

講師と講義テーマ

「職場の安全衛生管理体制の総点検」 全労働省労組兵庫支部	植 原 文 三
「あなたの組合の安全衛生対策活動」 全金樫藤鉄工支部	藤 本 忠 正
「職場の健康管理、衛生点検、予防改善の活動」 京都市衛研	細 川 汀
「労災認定、職場復帰、労災職業病闘争と 全労働の運動」 全労働省労組兵庫支部	日 高 和 夫
「労災申請の法理論、裁判闘争」	弁護士 藤 原 精 吾
「労災職業病闘争の今日的意義」 同志社大教授	辻 村 一 郎

(注) この講座では、あらかじめテキストと課題が与えられ、受講生は与えられた課題について自分で調査し、考えをまとめた上で出席することが求められる。講義は原則として2回同じテーマを連続し、受講生による報告と討議に重点がおかれる。ひらたく言えば、大学のゼミナール形式である。

1981年度労災申請

氏名	傷病名	職種	発病(傷)日	申請日	申請先	医療機関
内海一成	振動障害	造船		55.10	神戸西	協同病院 55.10業務外 審査請求 部分の認定
田中太重	〃	〃		55.10.28	高砂	〃 認定
西村文夫	〃	〃		55.10.29	尼崎	〃 業務外 審査請求中
伊山正夫	腰痛	荷役 ブルトーザー運転	55.9	55.10	神戸東	東神戸診療所 56.10 業務外 審査請求予定 振動病、ブルトーザーが、工 具でない 腰痛症、腰 変形がないため 認定できない
良川益杓	振動障害	道路工事		55.9	神戸東	東神戸診療所 56.7 認定
川島昭一	〃	林業		56.3	京都	協同病院
悦敬次	〃	造船		56.4.16	神戸西	〃 56.7 認定
桧山幸男	〃	ハツリ	56.1.13	56.4.13	〃	東神戸診療所 56.6 認定
高木孝	〃	鉄工仕上工	56.3		〃	西診 申請せず
谷田光雄	〃	土木	55.2	55.10	西宮	〃 56.1 認定
西中静子	〃	鉄工所	55.2	55.7		協同病院 55.11.10認定
清原清秀		ハツリ		56.2	高砂	〃 56.10 認定
岩谷郁美	頸肩腕障害	タイピスト	53.10	54.3.2	神戸東	西診
三幹靖子	頸肩腕障害 腰痛症	事務	53.4.13	54.10.1	神戸東	兵庫医大
松田治子	頸肩腕障害	生協		55.10		〃 審査請求中
草花信子	〃	〃		56.10		〃
田中豊子	〃	〃		56.1		西診
前田ひろ子	〃	保母			西宮	〃
矢野雅晴	〃	指導員	55.8	56.	〃	東神戸病院 56.8 認定
西森春子	腰痛症	掃除婦	53.	55.9	〃	西診
元村登久子	頸肩腕障害	チェッカー		55.9	〃	西診→兵庫医大
西村実知子	〃	事務		56.7	〃	東神戸病院
岡本節子	腰痛症	看護婦		56.7	〃	〃
平川	〃	保母		56.7	〃	〃
月岡由起子	頸肩腕障害	兵庫貯金局	55.	56.1	公務災害	西診
西田光晴	腰痛症	コンテナ・トレラ 運転手		56.8	神戸東	西診
野村孝子	頸肩腕障害	事務		56.11	〃	兵庫医大 57.1 認定
西垣栄子	関節ロイマ	酒カス作り	56.1.15	56.2.24	西宮	西診 56.4 業務外 審査請求せず
福田正治	脳卒中	事務営業	56.7	56.8	神戸東	中央市民→東神戸病院

てるようになるために、労災、職業病についての基礎知識を学ぶ学習活動を重視している。

また、何から何まで専門家まかせにするのではなく、労働者自身が知識と経験を深めて職場の実情を科学的に把握し、的確に対処できるようになるため、また患者の良き相談相手、労働組合のオルガナイザーとして認定や補償、予防のたたかいに寄与することができるようになるため、労災職業病の活動家養成の講座も行なっている。

活動家養成講座の卒業生は相談員として労働相談に従事するようになっている。

(4)

労災認定や補償をめぐる労働行政が最近めだって反動化——資本金寄りとなり、労働者の権利を制限する方向に動いている。兵庫職対連では、患者、被災者のかかえている行政に対する諸要求を解決するため、年数回統一交渉を兵庫労働基準局や、労基署ともち、次第に成果を挙げている。

現在は針灸マッサージの適用に関する375号通達の実施をめぐる数度の局交渉を行なっている。

1982年3月に行なった統一交渉の申し入れ項目のうち、おもなものを挙げると、

- ① 神戸港でのコンテナ・トレーラーに腰痛、けい腕等の職業病が多発しているが、どのような指導と調査を行なっているか。
- ② 認定業務のための実地調査が本人立合いなく不正な状況で行なわれた場合があるので、立合いを是非約束して頂きたい。
- ③ 電々公社神戸市外86条申請について、8名の申請者に対し、1年も遅れて受理通知を出してきたのは何故か、8名の内3名につき労基署からの意見書が未だに提出されていないのは何故か。
- ④ 職場復帰について、神戸西署では、事業主が3回にわたって無理な作業を指示しており、このようなことのないよう指導して頂きたい。

その他22項目にわたる。

(5)

労災・職業病の認定、治療、補償問題を中心に、労働者の抱えている職場や生活上のあらゆる悩みごとの解決を援助するため、職対連は「労働・法律医療相談」を毎週1回、午後6～8時、兵庫県職業病センター（西診療所）内に設けられた相談室で行なっている。相談員は、兵庫民主法律協会の弁護士、全労働の組合員、それに活動家養成講座の卒業生の三者がチームを作り、事務局には、西診療所のケースワーカーがあたっている。1981年度の相談内容は下表のとおりで、最近件数が減っているが、5年間で400件をこえる相談を受けている。

相談活動は、相談を聞くだけでなく、直ちに労災申請手続や裁判の援助、適当な専門家への紹介、職場の調査や運動の組織化のアドバイスなどを職対連として行なうことになっている。患者の掘りおこし、労働組合の組織化に結びついた経験も少なくない。三菱なん聴裁判も、ここから生まれ、発展してきた。

相談員の研修や総括会議も行なっている。

兵庫職対連労働法律医療相談

1年間のまとめ

1982年1月6日～12月22日

- ① 相談回数 48回
こない日はあったが休みなし
- ② 相談件数 35件
(一部記録もれあり)
- ③ 相談分類

1. 労災申請認定	17件
2. 補償	4件
3. 職場復帰	
4. 医療治療	1件
5. 安全衛生予防	
6. 法律相談	13件
7. その他	
- ④ 疾患別

- 頸肩腕障害 2
 - 腰痛症 6
 - 振動障害 0
 - 交通事故（通災含む） 9
 - 災害性疾患（その他） 4
 - 他人の暴力 1
 - 急性死，精神疾患循環器 3
 - 疾病なし 9
 - 不明 1
- ⑤ 性別
- | | |
|-----|----|
| 男 性 | 24 |
| 女 性 | 11 |
- ⑥ 特徴点
- 相談件数が減っている。頸腕の方及び女性の相談が減っている
 - 急性死関連の相談が増える
 - 交通事故が多い
 - 集団での相談があった。全港 湾 阪 神 支 部，日社労組，全商業
 - フォローが不十分なケースもある

(6)

兵庫県働くもののいのちと健康を守る交流集会を毎年行っており，学習と交流，連帯と認識を深めるのに役立っている。

また一泊学校や全国交流集会への参加を組織し

ている。

(7)

- 兵庫職対連加盟の組織や個人では，次のような裁判や認定闘争にとりくんでいる。それぞれの闘いを支援し，強化し，勝利するために，裁判の傍聴や経験交流，激励，学習の機会を作り，運動を強め合っている。
- 三菱神戸造船所職業性難聴裁判
 - 同 振動病裁判
 - 兵庫県職大藤けい腕公務災害認定裁判
 - 園田競馬場西井けい腕損害賠償裁判
 - ネッスル日本今村けい腕協約裁判
 - 電々公社けい腕神戸市外局86条審査闘争

(8)

県下の各地域にも職対連を組織するとりくみも行なっている。1983年1月20日には，そのはじめとして，「神戸港労災職業病安全対策委員会」が結成された。結成総会には26団体約100名が参加し，神戸市ならびに関連企業に対する労災・職業病予防の統一要求を決議した。

このような地域活動は，大阪，京都でも行なわれている。

3 労働者の生命と健康を守る課題へのアプローチ

——民医連医師の場合——

田 尻 俊一郎
 (大阪淀協社医研所長)

1. “合理化”の進行の中で

戦前の無産者診療所の階級的伝統を継承し，“働く人々の医療機関”として創設された民医連（全日本民主医療機関連合会）は，その発足以来労働者の立場に立った医療活動を展開してきた。

1960年の三井三池の大争議の時にも，医療班として全国の働く人々の赤い旗とともに，民医連の旗は常に翻り続けていたことに象徴されるように，働く人々の闘いの中での医療活動は民医連の主要な活動のひとつであった。

一方この大闘争の終結とともに働く人々を襲ったのは，“技術革新”をテコにした“合理化”の

波であり、“高度成長”の旗印のもとに生産第一主義が貫徹されようとしていた。このような労働者や労働の現場をめぐる状況の変化は、当然のことながら民医連の医療活動にも変動的な転換を求めようになった。

私が労働者の健康問題にとりくみはじめたのは、ちょうどこの頃であった。当時私は大阪の重工業地帯にある一診療所に勤務していたが、地域の労働者からもちこまれる健康問題が、“合理化”を阻止する闘いの中で重要な位置を占めることに気づきはじめるようになった。

ある時は東京・大阪間の路線トラック運行時間短縮の合理化案を粉砕するための疲労調査であったり、核燃料研究員の放射線被爆による白血病死の労災認定闘争であったり、新しい化学物質による中毒（フタロジニトリル）への究明の活動や、製紙工場での腰痛認定の闘いであるというように、課題は極めて多彩となっていった。

従前の民医連の活動が、労働者の問題に関しては救援活動が主体であったものから、60年代に入ってからこのような活動は、労働者の“合理化”反対の闘いそのものと深くかかわるようになった点で、大きな飛躍をもたらしたといえるようである。

2. 労働衛生研究会——働く人々とともに学ぶ

このように労働者から持ち込まれる多彩な課題をうけとめ、現実の闘いにながしかの貢献をするためには、私達の前にはいくつもの大きな壁がたちふさがっていた。その最大のものは、我々があまりにも労働の現場を知らなすぎることであったし、同時にこれに立ち向うためには、我々の労働医学の知識はあまりにも貧弱であったことである。

そこで我々がまず試みたのは、労働者といっしょに、現実の諸課題をもちよって勉強しあうことであった。地域の造船・製鋼・化学などに働く労働者を中心に、労働衛生の研究者、臨床医、時には法学、社会学の研究者なども交えて、月1回の

研究会を行なった。

ある時は会社側の悪らつな災害かくしの実態が報告され、それが独占の“合理化”推進の重要な手段となっていることが議論され、それをあばき権利としての労災認定をとることの重要性が認識されていった。また“災害多発者”のレッテルをはられている労働者の報告をもとに、会社側は災害の原因は個人の不注意だとして処理しているが、災害の真の原因は“合理化”であり労働強化にはほかならないし、背景にある産業疲労と災害は不可分のものであることや、労働安全衛生の課題を労働環境や労働条件の改善とは切りはなして、ヘルメットやマスクなどの保護具の装着の問題に倭小化することのあやまりが論議された。

また新しくとり入れられた熔接棒のフュームによる健康障害の訴えが多発する中で、会社側が出した某大学による作業環境測定の結果が、許容濃度を下まわるものであったことについての討論では、許容濃度の意味を学び、そこで働く人々の自覚症状の正しい評価こそがすべての出発点でなければならないことや、作業環境測定については、その結果だけを問題にするのではなく、測定条件の検討によって、それが現実の労働の実態を反映しているかどうかを見抜くことが大切であることを学んだ。

このような勉強会は、当時まだ全国的にも珍しく、そこで発行されていた機関紙“労働と健康”はいろんなところで大きな反響を呼んでいた。最盛期には参加者は近畿一円にひろがり、九州から三井三池労組の仲間の参加がみられたこともあった。産業職種も交通・運輸、新聞なども加わり、著しいひろがりを見せていった。“合理化”攻撃の中での健康破壊の進行、その中での労働者、組合の健康問題への関心の高まりを、我々は肌で知ることができた。

この研究会の発展を支えたものとして、民医連診療所の真剣なとりくみが基礎にあったことは事実であるが、この会の常連メンバーとして当時関西医大に在職していた細川汀先生がいて、常時その指導を得ることができたことをあげないわけにはゆかない。

同時にこの研究会での勉強の成果が職場に持ち帰られ、新しい闘いが組織され、その中でさらに多くの新しい活動家が育ってゆき、それぞれの職場単位での学習会も持たれていった。またその中のある課題は、大学、研究室へ持ってかえられ研究テーマとなり、これをささえるフィールドサーベイとしての健診活動が展開されたこともあるなど、活動は極めて活発であった。

3. 新しい労働負担のもとでの過労死

70年代に入り、二度の“石油危機”をへて、構造不況の中での“合理化”は一層の深刻さを加え、“技術革新”のもとでの労働態様の変貌は眼まぐるしいものになっていった。急性のあるいは古典的な職業性疾病はややかげをひそめ、超慢性微量曝露による健康障害が問題にされるようになり、さらに“高度成長”のツケとしてのじん肺や職業がんなど、過去における曝露の結果が大きくクローズアップされてきた。また60年代からの頸腕、腰痛も、自動化、機械化の進行とともに、様々な産業分野に拡大してきた。

これらとならんで、この時期の新たな課題として労働者から提起されたものに、過労死、急性死の問題がある。その病像に何等の特異性を有しない極くありふれた一般の疾病、例えば脳卒中や、心臓麻痺や、消化性潰瘍とといった病気が、労働者の中で“合理化病”として認識されはじめたのである。

一般的にいえば、このような内科的疾患が、“合理化”労働強化によってひきおこされたとの医学的立証を求められるようになったということだ。私がぶつかったのはじめてのこのようなケースは、新聞労働者のクモ膜下出血の労災認定問題であった。正直いって私自身とまどいしか持ち得なかった。しかし労働者達が作りあげた資料を詳細に調べてゆくうちに、極めて常識的な真実に気がついた。“無理をすれば体はいたむだろうし、当然長生きもできなからう”ということである。その無理が仕事とかかわっておれば業務上と考えて何等さしつかえはあるまい、何ももっともらしい

医学的理論が必要なわけではない。もし私がここで役にたつとすれば、何が無理なのかという点を明らかにすることだろう。

これを少しばかり難しい言葉でいうとすれば、“合理化”の中での労働の様変わりが、そこで働く人々の心身にどのように負担として作用しているかを、労働医学的に明らかにすることが求められていることである。たしかに科学技術の進歩を全面的に取り入れた“合理化”は多くの場面で、肉体労働から働く人びとを解放した。労働の軽作業化である。しかし個々の作業はカロリーの消費や重激さという点からみれば確実に軽くはなっていない、労働負担としてみれば、必ずしも全面的に軽くなったというわけではない。労働密度・速度の増大は機械化・自動化に必然的に相伴っていたし、反生理的労働態様も普遍化してきている。同時に労働者の間にひろがる歯車意識は精神的荒廃やモラルの低下をもたらした。

これらの結合が重い軽作業として、主に中枢性要因の強い蓄積傾向をもつ疲労をおこし、様々な健康障害の基礎的要因を形成している。そのひとつの現われとして過労死がある。次々に持ちこまれる過労死の症例を学ぶうちに、このような結論を得るにいたった。

ここで私が学んだものは、一つは労働負担の評価の問題で、それには過密性と反生理性が基本的要因として重視されなければならない。そしてこれを修飾するものとしてメンタルな負担、ストレスがあることであった。

他のひとつは、労働者の健康をとりあげる視点の確認である。すなわち働く人達の健康を単に労災・職業病の枠に止めず、職業性疲労をも含めた全般的な健康障害や、健康水準の低下といった考え方で受けとめなければならない。最近では職業関連疾患(work related disorder)なる概念が提起されるようになってきているが、このような考え方はこれからもますます重要となってゆくと思われる。ことに中高年齢層の増大に伴う成人病の管理が今後重視されるだろうが、これらと過去における有害条件・有害物曝露とのかかわりも、密接な関連をもちうると思われるし、働く人びとの健康

を守るという立場からの総合的観点が必要である。

4. 社会医学研究所の創設

私達は、このような働く人々と共に闘う中で学んだ“変革の医療”のひとつの発展的形態として社会医学研究所を設立した。これまでの取り組みの経験を活かし、労働者の健康障害の背景にある社会的要因、疾病形成の基本的因子としての労働と生活にかかわる諸課題を追及し、その健康を守る運動に貢献することを目的としたものである。

職業性諸疾病の診断・治療にあたる職業病外来、健康診断と作業環境管理のための測定とを総合して健康管理をはかる活動、労働者・組織の健康問題についての相談や職場の調査などを主要な活動として取り組んでいる。

現在私達が掲げている課題は、①頸腕、腰痛をはじめとする職業性疾病の診断・治療・リハビリ、②“合理化”による職業性疲労に起因する過労死、③中小零細企業労働者の健康問題の3つを柱としている。

①の職業病の臨床では、現在は頸腕・腰痛などの筋疲労性疾患が中心になっている。たしかに一般的に言えば軽作業化したとはいえ、その軽作業化の中で不自然な（反生理的）姿勢や動作が生み出され、その発生職場や職種はいまだに拡大し続けている。このような労働態様の継続のもとでは、これらの疾病は容易に難治化傾向をみせる。どうしてこのような労働負担を軽減するか、どうしたらこのような労働に適應できるかという基本課題に、労働医学の面からの多面的アプローチが求められている。

その他にも、過去における曝露と加齢の重なりの結果みられているじん肺、振動病や零細企業、下請け、家内労働の労働者の鉛中毒その他の古典的職業病の患者も相当数来診しており、明らかにすべき問題点が多い。

第2の過労死の問題は、すでにのべた如く職業

性疲労をどうとらえるかが最も基本であるが、増え続ける中高年齢層の問題そのものでもある。これまでの到達点については、細川・上畑らとの共著で“過労死”なる著書を世に問うことができた。

第3の零細企業の健康問題は（もちろん家内労働や下請け、職人なども含まれるが）、今なお息ながく生き続けている古典的職業病が、主としてこの部分に多く、健康診断や外来診療の中でしばしばこれらの例を見出していることがまずあげられる。その予防対策も完全に明らかにされ、根絶されているべき鉛・有機溶剤などの中毒、歯牙酸蝕症などがなお存在し得ている条件があきらかにされねばならない。

ついで、これらは労働条件、労働環境は大企業に比し劣悪であり、健康管理、作業環境管理への投資も少ない点が問題になる。しかもここで働く人達の間で中高年者の占める比率は高い、基本的には、中小零細企業への国の施策の充実なしにはこれらの解決は得られないだろうが、そのためには現状をあきらかにし、解決の方向を採る具体的な提起が必要である。

健康診断や作業環境測定、職場調査などと、臨床部門での症例の検討を総合してのアプローチをめざしている。

5. おわりに

以上民医連の一員としての私自身の歩みをふりかえり、労働者の健康問題への私達のアプローチの道筋について提起を試みた。

医療状勢のきびしさの中で民間の医療機関や医師の活動には、様々な形で制約が強まってきている。しかしどのような困難な中でも、働く人々に学び、依拠し、働く人達の健康を守る活動に積極的に参加することによって、“働く人びとの医療機関”に期待されている責任を果しつつたいと考えている。

4 労働衛生活動のあり方

—健康診断の実施機関の医師の立場から—

小林 治一郎

(静岡県予防医学協会産業保健部長)

私は、労働安全衛生法規に基づいた定期健康診断やその他の種々の職業病に関する健康診断を、企業から依頼されて日々実施している医療機関に勤務している医師である。従ってそうした立場から日々の業務を通じて日頃考えていることを述べる。

私は現在3つの企業の産業医を依頼され、それぞれへ月1回ないし2回出かけて、産業医の仕事を行なっている。そのうちの1つは昨年(昭和56年)11月に、前任者の開業医師が産業医を辞任したあとを引継いだ。その企業は約500人の従業員を有し、各種のびん類を製造している工場である。私たちはこれまで依頼されて、その企業の健診を実施してきた。しかし定期健診についていえば、いわゆるスクリーニング健診(一次健診)だけで例えば「血圧がやや高い、要再検」とか「尿蛋白陽性(+)、要精検」というところまでで、それ以上は、企業から依頼されないままに、そこまでの報告を数年間つづけていた。

私は11月に新しく産業医に就任したので、秋の定期健診の結果、すなわち要二次健診者の健診の成績をみせてほしいと、衛生管理者に依頼した。すると私が提出したスクリーニング健診のまま、二次健診の結果はまとまっていなかった。それで春の定期健診の結果をみせてほしいという、それもできていなかった。それではこれまでに二次健診のまとまった成績があれば、どの年度のものでもよいから見せてほしいといったが、かつて二次健診の結果は、一度もまとまっていなかった。すなわち私たちが依頼され、報告したスクリーニング健診だけで、それ以上の結果に関する資料は一度も完成してはいなかった。

もちろん企業としては、スクリーニング健診の結果の要二次健診者には、その内容を通知して、

各自で適当な医療機関で受診するように指導してきた。そして若干の者は指示どおりに医療機関で受診している。しかしその結果は企業へ通知されていない。また二次健診を受けていない者も少なくない。その結果企業としては、要二次健診者の検査成績を入手していないということになった。

こうした事実に出会って、私は驚いた。これまで前任の産業医は、どのようにして当工場の従業員の職場における健康管理をやっていたのであろうか。

社会全体の立場からいえば、それぞれの要二次健診者が、適当な医療機関で二次健診を受けて、最終的な病名なり異常名に到達して、それにふさわしい指導と治療を受けておればよいと考えられる。しかし企業としては、それぞれの要二次健診者を、各人の健康(病気)の程度に応じた指導と管理を、職場において業務を通じて実施(いわゆる就業健康管理)しようとするれば、要二次健診者の身体状態に関する必要な全資料を入手しなければ不可能である。健康状態が悪化しかけていて、暫らくは軽業につけなければならぬ者、その反対に軽業についていて、すでに病気がおさまり、もとの職場に復帰させてよい者、あるいは本人は治癒したといっているが、まだ十分になおっていない者、または慢性の疾患で回復の見込はなく、悪化させない程度の業務をさせながら、観察してゆく必要のある者など、種々の場合がありうる。

こうした人たちを、適当に区分して、正しく管理してゆくためには、衛生管理者と産業医は、要二次健診者の健康状態に関する必要な全資料を手もとに持っていなければ、明らかにそれは不可能である。かつての私は健診機関だけに働いていて、現場の産業医の立場から見ることができな

ったから、要二次健診者がそれぞれの医療機関で、適当な指導と治療を受けていればよいという考え方になったのであろう。それぞれの医療機関で受けた二次健診の成績を回収するという事は、非常に困難であり、こちらが必要とする検査が十分になされていないことも多い。さらに二次健診を受けていないことも少なくない。

こうした実状をふまえて、私たちは必要な検査材料（たとえば血液など）は、スクリーニング健診の当日に採取してかえり、当日できないあるいは不適當な検査は、後日日をえらんで企業に出かけて実施するという方式に切りかえることに決定し、今年（57年春期）からはそれを実行している。

次の大きな問題は、健診終了後に、全従業員の検査結果が一目でわかるような統計が作成されていないことである。私たち依頼された健診機関としては、さきに述べたような方法で、これまでは従業員一人ひとりの健診結果は、不十分であっても、とにかく提出してきた。しかし企業の責任者が、従業員全体の健診結果を把握できるような、鳥瞰図的な健診成績に関する統計は作成していない。これでは健診がすんで、企業の責任者から、今回の健診の結果はどうであったか、前回とくらべて健康状態はよくなったかどうか、他社と比較して健康状態が劣っているということはないかなどと質問されても、衛生管理者はすぐには返答ができない。健診成績をまとめてから返事をしますと答えるしか方法がない。

健診成績が一目でわかる鳥瞰図的な統計とは、どんな項目を内容とするものであろうか。従業員数に対して、健診を完了した者と完了しない者の数。受診した者のうちで、二次健診を必要とする者の必要な検査項目。二次健診の結果について、異常者の疾患ないし異常の種類。健診前から病気があって、すでに治療を受けている者の病気の種類。要二次健診者で必要な検査を受けていない者の一覧表。二次健診のすんだ者については、年齢階層別にそれらを分ける必要がある。それらを他社と比較するためには、粗異常者率のほかに、標準的な年齢階層別の従業員数を想定し、それを媒

介とした訂正異常者率を算出しなければならない。できるだけこれらは単純集計だけでなく、クロス集計を活用すべきである。

このように考えてくると、健診結果の鳥瞰図的な統計というものは、手集計では間にあわず、電算機を使用しなければならない。さらに訂正異常者率を算出するために、企業における標準的な年齢階層別の従業員数としては、どのようなものを採用すればよいであろうか。

もう少し詳しくわしくいえば、診断と措置（二次健診の種類別）の基準については、広い範囲の企業が協定（話し合いによる一致）しなければ、提出された異常者率の内容が客観性をもちえないということになる。

さし当っては、一社だけからでも、そうした統計を作成することから出発しなければならない。その過程を通じて、その地域あるいは同業種としての、標準的な統計の内容と様式、診断と措置の基準についての協定が必要となってくる。最も実りの多い方法は、これらの問題意識をもち、それなりの統計作成を行なったどこかの資料をもとにして、府県の労働基準局の単位で、話し合いの作業を始めることであろう。いくつかの労働基準局または府県の労働安全衛生協会連合会単位での資料をもととして、全国で話し合いができれば、理想的であると考えられる。

以上は労働衛生に関する技術的な項目について述べたが、そうした作業を支持する社会的な組織について考えてみたい。もちろん責任者としての企業が中心である。しかしここではもう一つの社会的な組織である労働組合に着目して述べる。労働組合の主目的は、労働者の包括的な労働条件の適正化と改善にある。企業には法律に基づく労働安全衛生委員会というものがあるが、企業代表とともに労働者代表が同数参加して、毎月安全と衛生に関する事項について討議している。しかしこの場合、安全に関する事項が90%以上で、衛生に関する事項は10%以下というのが、どこでもの実状であろう。本来ならば、年間を通じてならば安全と衛生に関する比率はほぼ半々になるべきものである。それが90%以上、10%以下となっている

理由はなんであろうか。

それは安全はわかりやすく、衛生はわかりにくいからである。その理由はなにか。安全については、労働者代表のほとんどは、作業に関して熟知しており、事故発生とその対策につきそれぞれの見解をもちうるからである。これに反して衛生については、最もわかりやすい定期健診に關しても、二次健診が十分に実施されず、それらを含めこの定期健診の結果が鳥瞰図的な統計として提出されていないから、理解しにくく、問題として提出、討議しようとしても、その方法が把握できないからである。このような迷路的状況を単独で打開することは、実力ある専門家以外には困難である。霧の中の実体を、おぼろげに透してみるだけで、それ以上つっこみえないというのが実状であろう。

しかし労働条件の適正化と改善を、労働組合が

その本来の主要な目的とする以上、現状のままで放置するのは適當ではない。要二次健診者の二次健診を完了させ、その結果をわかりやすい統計として提出させることを、企業側に要求することから、その正しい第一歩が始まる。企業のやることは頼りないからといっても、労働者を守るために労働組合が単独で健康診断と健康管理を実施するなどということは不可能であり、また考えるべきではないだろう。労働組合としては、産業医との話し合いを企業側に要求することが、さし当って必要で適當な方法であろう。名儀だけの産業医は労働者と労働組合にとり、無益有害であることはいうまでもない。産業医がどのような活動をしているかを見すえ、見さだめることが、労働組合にとって労働衛生の今日的課題の一つといえるかもしれない。

特 集 III
地域の医療と福祉

“上からの地域医療”と

住民の求めているもの

山下 節 義

(奈良医大)

1. 臨調答申と80年代保健医療の動向

昨年7月に発表された第二次臨時行政調査会第一次答申(以下臨調答申と略称)は、「社会保障・文教関係費が大きな支出拡大要因」となっており、ひきおこされた「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、「国民の自助・自立の活動、自己責任の気風を最大限に尊重」し、「家庭や近隣・地域社会の連帯」を基礎にして、「民間の活力」に依拠しながら、「行財政の徹底した合理化・効率化を進める」との方針を提示した。

そして、「国民生活と行政のかかわり方の見直し」により、「関係行政の縮減・効率化」の積極的な推進と、「受益者負担の適正化」の名のもとに、国民に「負担の増大」をもとめる諸方策を提起した。しかも、「今回の行政改革の目標は21世紀を展望した国づくりの基礎を固めることにある」と、80年代を通してとりくんでいく方針とすべきと強調している。

昭和57年度国家予算が「防衛突出・社会保障後退」とマスコミに論評されていたことにみられるように、臨調答申によってうちだされた路線は、「行政改革」に名をかりて、医療・福祉等国民生活に直結する分野をきりすて、一方で、軍事力の拡大強化をめざすという、国民に大いなる負担や犠牲を強いる方向への動きを強めるものとなっている^{1)~3)}。

臨調答申の特徴としてこれまでに、①国庫支出の削減、②公的責任の棚上げと国民負担の増大、③医療機関への指導・監督の強化、④行政サービスの削減「合理化」と「民間の活力」による企業

化、⑤医療産業の育成、⑥公務員労働者の削減と労働強化、⑦地方自治への介入等を強力に推進しようとしているところであると指摘されている。こうした特徴点を内包する臨調路線は、保健・医療の領域についても、すでにいくつか具体的な動きとして顕在化してきている。

その具体的な事例のひとつに、老人保健法をあげることができる。厚生省が本年10月実施をめざしている老人保健法は、「高齢化社会の到来を迎えて、老後の健康保持、増進と適正な医療を確保する」ため、「壮年期からの予防と健康づくりをはじめ、総合的な保健事業の実施を内容とする老人保健制度」の実現をめざすとのふれこみで登場してきた。「健かな老後」が保障されるかの期待を多くの人達にもたせているが、臨調答申で「老人保健法案の早期成立を図り……患者の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」と強調していることにみられるように、国庫支出削減の有力な方策のひとつとして、その早期成立が強くもとめられているところに、老人保健法の特徴をみることができる⁴⁾。

老人保健法の内容と、伝えられる保健事業計画などをみると、①健康自己責任論の強調 ②一部負担導入による受診抑制 ③保健事業の「有料の原則」と「事業委託制」の導入 ④「民間の活力」に依拠することによる保健サービスの「企業化」 ⑤国庫負担の削減と国民負担の増大 ⑥市町村中心の健康管理體系化と保健所等保健諸施設の再編、「合理化」の加速 ⑦保健事業の地域実施基準の政令指定制の導入 ⑧保健事業実施体制の不備と要員不足等々の問題点をみることができる。

これらの問題点は、臨調答申の特徴点として指摘されている点に共通する内容を含んでいる。それゆえに、老人保健法は、臨調答申の集約的表現ということができようし、「健全な老後」保障は「幻」となる危惧を感じさせられる。また、老人の今後の保健・医療対策に様々な影響をもたらすが、この影響は老人のみにとどまらず、保健・医療全般に様々な影響をもたらすものとなるだろう。

今一つ重要な動きとして「地域医療計画」策定のための「医療法改正」の動きがあげられる。臨調答申は「年々急増する医療費」の「総額の抑制」と「医療資源の効率的利用」の積極的推進をもとめているが、その具体化の方策として、医療法人の指導・監督機能の強化と、国のガイドラインにもとづく「地域医療計画」の策定の都道府県への義務づけなどを内容とする「医療法改正案」の国会上程がもくまれている。武見氏は、「医療法改正は老人保健法のような生やさしいものではありません」と「当面の最も緊急課題」であり、改正の方向いかによっては、医師の「プロフェッショナル・フリーダム」が左右されうるとして、事の重大性を強調している⁸⁾が、まさに単に医師の立場だけにとどまらず、今後の地域医療のあり方に大きな影響をもたらすものになりかねない。

臨調答申に関連して、このような地域保健・医療の在り方を大きく左右しかねない動きが、次々におこってきている。とはいえ、これらの動きは、臨調答申ではじめて提起され、顕在化してきたものではない。すでに、60年代、70年代に試みられ、とりくまれ、80年代により強力で推進されようとしている保健・医療の流れそのものであり、言葉をかえれば、従来からの財界・通産省・大蔵省が主導し、厚生省が追従してきた保健・医療の路線ともいふべき流れであるといえよう²⁴⁾。いうなれば、80年代により強力で展開されようとしているこうした流れの特徴点を集約的に表現したものが臨調答申そのものであるとみることができる。

こうした情勢のもので、これからの地域医療は

いかにあるべきか、その行方はいかに、といった問題を考えるうえで、地域保健・医療をめぐる動きの特徴点とあわせて、住民は今なにをもとめているかを、今一度確認しておく必要があるかに思われる。そこで、本論では、その第一歩として主に70年代後半以降に焦点をあてつつ、80年代に拡大強化されようとしている地域保健医療をめぐる動き、とくに臨調路線として展開されようとしている、その意味で「上からの地域医療」の特徴点の主なるものを概観してみることにする。あわせて、若干の調査資料にもとづいて、地域住民の保健・医療要求などの一端を紹介して、地域住民のもとめている、いうならば「下からの地域医療」づくりはどうあるべきか、地域保健・医療をめぐる80年代の課題はなにかを考えるうえでの素材の提供をめざしたい。

2. “上からの地域医療”の若干の特徴点

60年代、70年代にとり組みはじめられ、80年代に強力で展開されようとしている“上からの地域医療”は、実に様々な特徴点をはらんでいる。そのうちいくつか主なる点を、国民健康づくり計画や老人保健法などの厚生省の動きあるいは、医療産業の動きや経済政策の動向など保健・医療をめぐる特徴的な動き——主要には1970年以降に焦点をあてつつ——と関連させつつ、その概要を紹介することにしたい。ただし、以下に紹介する事実は、関連事項の一部であり、紙面の都合もあり必ずしも重要事項をすべて紹介するに至っていない。要するに「上からの地域医療」の特徴点を紹介するのに関連ある事項の一端にふれたにすぎないことをあらかじめおことわりしておきたい。

(1) 健康自己責任論を前提としたとりくみ

“上からの地域医療”の特徴の第一は、「健康自己責任論」を前提としているところにある。この発想は、1968年の自民党の「国民医療対策大綱」にも登場しているが、とりわけ1973年の石油ショック以降の「構造不況」「低成長時代」に、国家財政の危機が拡大するとともに、財政論的立場か

表 1 地域医療をめぐる特徴的な動き

1950	医療機関整備計画：医療機関整備中央審議会	地域保健医療計画策定のための地域設定」(試案)	
1951	医療審議会：基幹病院整備計画要綱	社会保障長期計画懇談会「今後の社会保障のあり方」(圏域設定，広域市町村レベルの対応，自己責任)産業構造審議会(健康管理の自己責任)	
1959	厚生省：医療機関整備計画案		
1960	共同保健計画 保健所型別編成 国民所得倍増計画		
1961	国立ガンセンター設立 国民皆保険 皆年金達成	1976	地域保健対策要綱 経済審議会「昭和50年代前期経済計画」(包括的保健医療体制の整備と健康自己責任論) モデル県での医療情報システム開発研究 救急医療懇談会：「当面とすべき救急医療対策について」 「京都市地域保健・医療協議会(仮称)の設置について」「市民の健康と福祉に関する総合施策体系の在り方」
1962	日医：地域医療論 公的病院病床規制		
1963	医療制度調査会「医療制度全般についての改善の基本方策について」	1977	自由時間充実対策研究会「自由時間の現状と対策」自治総合センター設立 第三次全国総合開発計画(定住圏構想) 国立循環器病センター 財政制度審議会(健康自己責任論，地域特性にもとづく対策を) 京都市地域保健・医療協議会発足 亀岡市地域保健医療協議会発足
1964	日医：包括医療論		
1965	母子保健法 体力づくり国民会議 健康増進モデルセンター 市町村合併特例法	1978	国民健康づくり対策(市町村保健センター，健康づくり地域推進協議会) 徳州会宇治進出市町村・国保保健婦身分の一本化 アルマ・アタ宣言
1966	日医：管理医学論		
1967	日医：医療総合対策 WHO第20回総会：国の保健計画推進を決議	1979	都市行財政研究委員会「新しい都市経営の方向」新経済社会7カ年計画 新広域市町村圏計画策定要綱(自治省)「地域における対人保健サービスの体制整備に関する研究」医療福祉問題に関する長期ビジョン研究会(通産省)
1968	基幹保健所構想 保健所新設認めない方針		
1969	自民党：国民医療対策大綱 地方自治法改正(地方自治体に基本構想策定義務づけ) 地方生活圏構想(建設省) 広域市町村圏(自治省) 国民生活審議会：「コミュニティ生活の場における人間性の回復」	1980	公正取引委員会「適正配置委員会」を独禁法違反と認定 厚生省：老人保健医療対策本部設置現代総合研究集団「福祉社会実現のために」(登録医制提案) 行管庁：必置規制の廃止(保健所運営協議会)，緩和(保健所設置・所長資格) 大蔵省：歳出百科，ゼロリスト富士見病院事件
1970	厚生省：厚生行政長期構想(地域保健計画)，「新経済社会発展計画」閣議決定		
1971	自治省：コミュニティ対策大綱 厚政行政情報処理システム研究会	1981	医療法改正案 老人保健法案 厚生省「地域医療計画の基本構想」を提示 総評：「高齢者等保健医療制度の創設改訂」6.1改訂 社会経済国民会議「医療費の適正化と老人医療制度の改革」第二次臨時行政調査会第一次答申「行革国会」
1972	保健所問題懇談会基調報告 医療基本法案 社公民三党：医療保障基本法案 日医：地域医療検討会答申 医療システム機器開発事業団(通産省)		
1973	厚生省：医療情報システム検討会 「保健所業務の効率的運用に関する総合研究」報告書 社会保障長期計画懇談会 「保健医療計画策定」の必要を強調 徳州会徳田病院設立	1982	経済四団体老人保健法案に反対意見表明 昭和57年度予算「防衛突出・社会保障後退」 医療専門家会議基本提言
1974	「地域保健医療計画策定のための地域設定報告」書 (財)医療情報システム開発センター 医療審議会 「地域医療計画策定・推進」の必要性強調		
1975	日本経済調査会：「住民運動と消費者運動」 「わが国の医療保障についての大蔵省の考え方」へき地医療対策要綱 厚生省：「地区レベルにおける保健医療計画のモデル」策定 京都府：		

ら強調された経緯がある。財政事情を理由に、福祉政策の見直しにより財政支出を極力抑制しようとして、受益者負担が強調され、当初高福祉・高負担が強調されていたのが、時の経過とと

もに、次第に低福祉・高負担，更には福祉きりすてへと変質していく。この過程でつねに「健康自己責任論」が前提として強調されたのである。こうした動きが、一億総不健康とさえいわれる

ほどの、国民全般に不健康状態が蔓延するにいたった真の原因に目をむけることなく、あるいは現代不健康の特性を無視して、国庫負担の削減と国民負担の増大をはかる名目として、強調されてきたところに特徴がある。こうした財政論的立場から登場してきたともいえる健康自己責任論が、今や保健政策の前提にすえられることになる。1978年にはじめられた国民健康づくり計画や、いま登場してきている老人保健法などはその典型的な事例である。

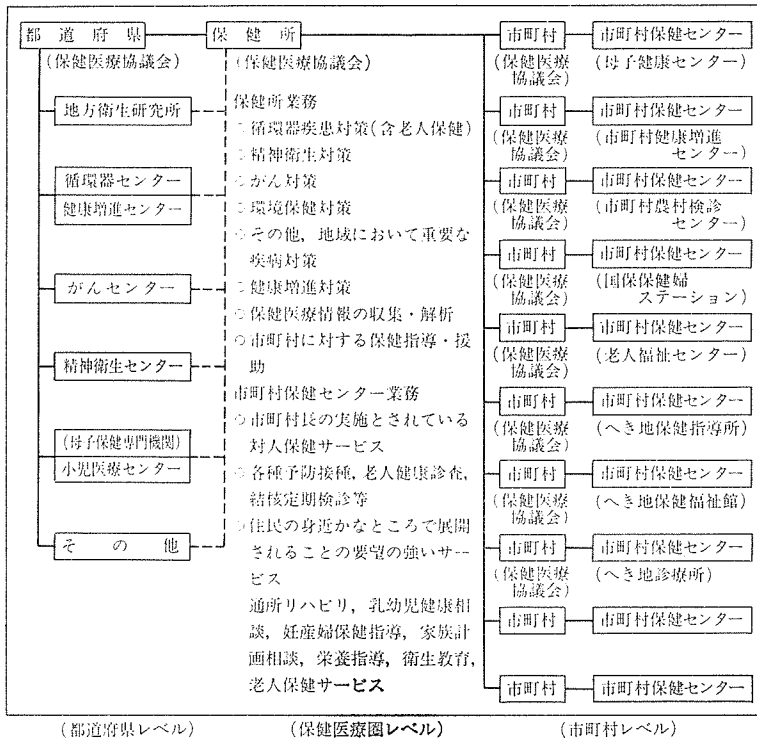
なお、国民健康づくり計画推進のために、「健

康づくり振興財団」が1978年5月に発足したが、その初代会長は、第二次臨時行政調査会会長の土光敏夫氏である。今日の保健・医療をめぐる情勢からみるならば、きわめて象徴的な出来ごとといえるのではなからうか。

(2) 保健諸施設の再編「合理化」の推進

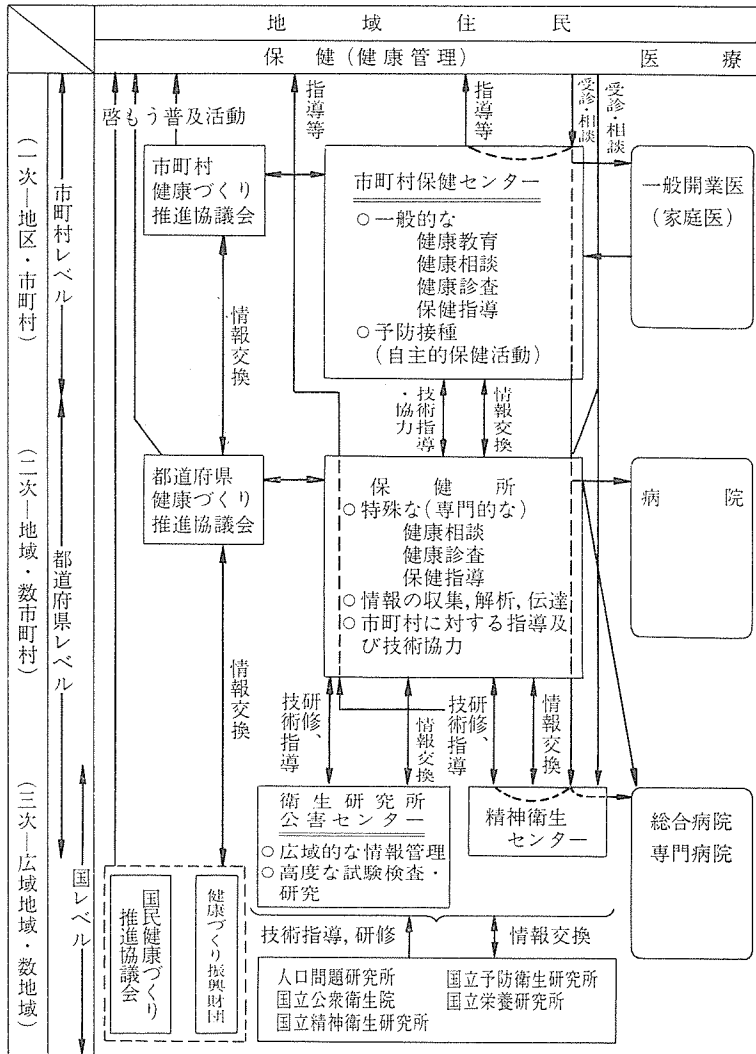
現在、国民健康づくり計画にもとづき、市町村保健センターが「国民が生活のなかで気軽に健康相談・健康教育・健康診査等を受けることができるようにするとともに国民が自らの健康に対する自覚を深めるための拠点¹⁰⁾」とするために、各地

図 1 地域保健機構図(案)



資料出所：厚生省公衆衛生局「地域保健対策要綱(案)」

図 2 地域健康管理體系図



(「地域における対人保健サービスの体制整備」研究)

で建設されつつある。老人保健法の登場により、「老人保健事業の実施の場となることから、今後、整備のスピードを早め¹³⁾」とされている。

ところで、1972年に保健所問題懇談会基調報告が発表されて以来、各地で保健所の統廃合がすすめられているが^{12)~13)14)}、国民健康づくり計画の実施とともに、既成の健康増進センター、母子保健センターなど保健諸施設を市町村保健センターに転用する計画も含めて保健諸施設の再編「合理化」が急速に進められている²⁴⁾(図1)。

こうした流れの中で、対人保健サービスは、保

健所から市町村へ次第に移管されていくとともに保健所は広域的な環境保健管理や保健情報管理の機関へと変質されようとしている。老人保健法は、保健事業の実施主体を市町村と規定し、「委託制」が導入されており、保健所は「関連機関や市町村相互間の連絡調整、事業計画の作成等に対する指導等の支援活動」を主要任務とする位置づけられており、「広域的に行った方が効率的」あるいは「市町村の実施が期待できない」場合にのみ、「保健事業の一部」を「委託を受けて実施」もしくは「代行」するとの方針を厚生省は提示し

ている¹⁴⁾が、こうしたことは、保健所「変質」の動きを一層加速することになるだろう。

行政管理庁は、1980年の「特別地方機関の設置及び運営に関する調査」結果にもとづいて、保健所運営協議会の「必置規制の廃止」、保健所設置や保健所長の医師資格などの「必置規制の緩和」を提起したが、これも、近年の保健所をめぐる一連の動きを追認ないし加速するものとなるだろう。

臨調答申が提起した「行政の合理化、効率化」は、まさにこうした動きを公然化させるうえでの有力な論拠となっている。

(3) 市町村中心の健康管理体制づくり

「公衆衛生、地域保健の体制は狭義の医療体制にくらべて遅れ」との認識にたつて、「国民健康づくり計画」の実施を契機に、「30年間遅れてきた公衆衛生を、包括医療の方向で、国民健康づくりという形で一挙に国民のみなさんに信頼してもらえるものになりたい。「地域保健の一次機能」というものを、コミュニティに密着したものとして根づかせたい¹⁵⁾」と、市町村中心の地域保健体制の今日的整備をはかろうとしているのが、今日の厚生省の姿である。老人保健法が「保健と医療の包括的適用」との名のもとに、市町村中心の体制を明確にしているのもそのあらわれでもある。

地域の健康管理體系は、従来から保健所中心に形づくられていたが、今や、市町村中心の体制へと変えられていく。その姿は「地域における対人保健サービスの体制整備に関する研究」(主任研究者・島田晋 1979)にのべられている「健康管理體系図」にみることができる(図2)。

かつて、武見氏は「国民健康づくり計画」を、「官主民従の健康づくり」ときびしく批判したが、また、「大政翼賛的健康づくり」を批判するむきもあったが、今日みられる動きは、まさに、健康自己責任論を前提に、厚生省の「行政指導」という名による中央集権的な地域ぐるみの健康管理体制づくりが着々とすすめられつつあるとみることができよう。

(4) 地域保健サービスの企業化の促進

老人保健法が、受益者負担原則の導入と保健事業の委託制を明記していることにもみられるように、臨調にも強調されている「民間の活力」に依拠して保健事業がとりくまれる、言葉をかえれば、保健事業の企業化が、今後に強められていくことになることはまちがいない。従来、公的責任においてとりくまれてきた地域保健のとりくみが、「民間の活力」に依拠することになれば、当然のこととして、この領域にも効率性、省力性が追求されることとなるだろう。そのことは、公衆衛生のとりくみの総合性、一貫性の原則がくずされていく危険をはらんでいる¹⁶⁾。

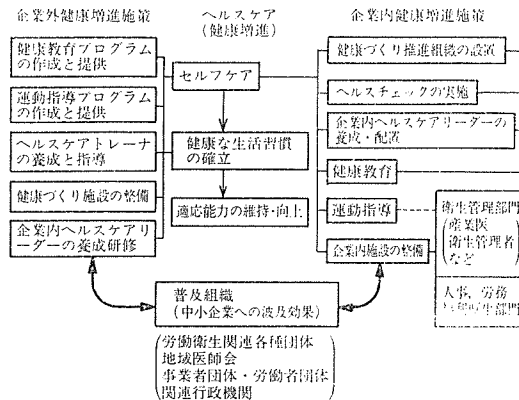
公的責任のもとで、無料を原則にとりくんでこそ、個別健康問題を、暮らしの問題・環境の問題などに関連させながら、地域全般の公衆衛生の前進を可能とするし、また、健診活動やその事後措置あるいは衛生教育など、互いに関連する事業を一貫させ、総合的にとりくむことを可能とする。保健サービスの企業化は、こうしたとりくみを妨げる危険性をもたらすことになるだろう。

ところで、1970年代後半、自治体財政危機の激化、深まりのなかで、危機突破の方策として「現代都市経営論」すなわち、「住民需要抑制を基調とする新たな財政『合理化』論」が提起されてきた。その目標とするところは、行政の減量をはかり、行政、市民、企業の役割分担を明確化していく、受益者負担原則を前提とする、社会的公正の実現をはかる、にあるといわれているが^{17,18)}、要するに自治体行政の徹底的な「合理化」であり、「教育、医療、文化、福祉といった住民生活の基本部分にかかわる行政サービスの広域化、企業化、合理化¹⁹⁾」をおしすすめようとするものといえよう。こうした動きを集約的に表現したのが、臨調答申といえようし、保健事業の企業化の流れは、まさにその具体化のあらわれでもある。

(5) 新たな「住民参加」体制づくりの進行

国民健康づくり計画では、健康づくり推進協議会を市町村に設置して、「地域の実情にみあった」「健康づくりのための方策を体系的・総合的に審

図3 中高年齢労働者のヘルスケア・システム



議企画」して、健康づくり施策の推進をはかるとされている²⁰⁾。この協議会は、保健所等の関係行政機関や医師会等の保健医療団体・地区の衛生組織、事業所等の代表者、学識経験者といった顔ぶれ10名程度で構成されることになっている。これは、保健領域での「住民参加」の一形態でもある。ただ、住民代表といっても、自主的・組織的とりくみをしている住民団体の代表が、だれでも参加できるとはかぎらない。というのも、厚生省は、この方針を提示してのち、積極的な「行政指導」により、府県を通じて、市町村に協議会づくりを促した経過があるが、行政主導での協議会づくりであるところに、この組織の特徴があるともいえよう。

60年代の都市への人口集中にともなう地域社会の変ぼうは、「自治体がこれまで住民、地域社会への対応の有力な媒介装置としていた、既成の町内会組織、および担い手の指導層が……大きく後退してきたこと」と、一方で「地域社会での新しい住民層、住民組織の登場」、行政過程への『住民運動』指向が、住民意識の中にも少からぬ比率を占めている事態」をもたらしたが²¹⁾、こうした事態に対処するために、中央集権的行政主導のコミュニティづくりである、コミュニティ政策が70年代にとりくまれることになる。1969年の国民生活審議会の「コミュニティ——生活の場における人間性の回復」なる答申を契機に1971年の自治省のコミュニティ対策大綱をはじめとして、中央行

政の「行政指導」のもとに、各地で官製のコミュニティ作りが展開されるに至るが、80年代により強力にとりくまれようとしている^{19), 22), 23)}。

健康づくり推進協議会は、まさに保健領域における「住民参加」による「合意」形成の場としての役割をになうものと思われる。「健康自己責任」を前提に「自助・自立と相互扶助」による日本型福祉社会の構築をめざす動きの一環として、健康づくり推進協議会は、保健領域でのコミュニティ対策の試みというべき性格をもっているとみることができる²⁴⁾。

(6) 職域における「地域ぐるみ」の健康管理の進行と地域保健のとりくみへの住民「分断」のもちこみ

1979年、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対策を提起し、重点施策としてこりくんでいる。これは、35歳以上の労働者を対象に、①自主的ヘルスチェックシステムの確立、②健康づくりのための運動・生活指導のプログラム作り、③健康づくりのための施設整備、④ヘルストレーナーの養成からなる。要するに、労働者が自主的に健康管理につとめ、職場に配置されたヘルストレーナーの指導のもとに健康づくりにはげむようにしむけることをねらっている^{25), 26)} (図3)。これは「労働生活の質の向上」をめざすものとされているが、労務管理的に、“生活ぐるみ”“地域ぐるみ”の健康管理を企

業の手ですすめられようとしているところに特徴がある。

その上、健保連は「健康開発共同事業²⁹⁾」を提起し、その具体化をはかろうとしているが、これは傘下の被保険者扶養家族を対象に、健康相談・家庭訪問指導等の保健事業などをおこなおうというもので、家族ぐるみでの労働者の健康管理をめざすものといえよう。

厚生省提案当初の老人保健法は、職域をも含めて保健事業を実施する構想となっていたが、健保連や事業主側の強い反対にあい、従来からの職域でのとりくみの実績を評価するなどの理由で、職域を分離することとなった経過がある。先にみた、職域での健康管理をめぐる動きとの関連でみるならば、職域と地域に分断されることにより、住民集団そのものが地域で分断されることになりかねず、地域保健のとりくみを前進させていくうえで、問題となろう。一方で「合意」形成の手段として「住民参加」の形態をとりつつ、官製のコミュニティ対策が進められている時期だけに、なおさらのことといえよう。

生命と暮らしを守るとりくみを前進させていくうえで、住民の組織的な共同行動をもりあげていくことが不可欠といえようが、こうした地域保健でのとりくみに地域と職域の分断がもちこまれることは、共同行動のさまたげとなりかねない。

(7) 医療費適正化対策という名の医療機関への指導・監査の強化と大病院中心の医療機関再編の流れ

臨調答申は「年々急増する医療費」の「総額を抑制し、医療資源の効率的利用を図る」ための措置として、薬価基準の見直し、医療機関にたいする指導・監査の強化、不正等への厳正な処分といった医療機関へのしめつけ強化の方策とあわせて、「医療費の効率化に資する」として高額医療機器の共同利用の促進などの方針を提起した。これは、富士見病院事件などを利用したマスコミの医療機関の不正追及キャンペーンを支えに、厚生省がとりくみはじめた医療費適正化対策を支援するものとなっていることは周知のことである。

厚生省の医療費支出適正化対策（昭和57年度）は、①医療機関への指導・監査の強化 ②レセプト審査の充実・改善 ③薬価基準の適正化 ④検査の適正化 ⑤高額医療機器の共同利用の促進など ⑥医療費通知の充実などとなっている²⁹⁾。

こうしたとりくみは、老人保健法にみられるような一部負担の導入や、高額療養費負担限度額の引き上げなど、患者負担の増大と受診抑制をねらった動きをともなっていること、医療費通知運動のごとく医師と患者の間の分断を招く恐れがあることといった特徴をともないつつ、医師への指導・監査の強化によって、医療抑制をひきおこしかねない。

高額医療機器の共同利用の促進に関連して、すでに全国に20数ヶ所も、医療資源共同利用対策本部が、広域市町村圏を単位にして設置されているという。こうした動きは、医療機器の地域での配置への行政的介入への道を開くものともいえよう。また、近年、大病院を中心に医療機関の再編成が進んでいるが^{29,30)}、共同利用の促進は、かかる再編をより一層促進することになるにちがいない。

なお、医療費適正化対策と関連して注目されるのが、診療報酬支払制度をめぐる動きである。老人保健法は、提案当初の段階では、老人医療の別枠と、登録制導入の可能性が指摘されていたが、国会審議の過程で修正され、当面、支払制度の変更はないとされている。しかし、そのご、健保連や経済四団体からの「医療費の増加に歯止めがなくなり、財政負担の増大をもたらすことになる」との理由で、老人保健法反対の意見表明がなされた³¹⁾ことにみられるように、支払制度の改革をもとめる声は強い。

あるいは、1981年に、社会経済国民会議が「医療費の適正化と老人医療制度の改革」と題する中間報告を発表し、「登録制」の導入を提言³²⁾したことにみられるように「老人医療制度の改革」にことよせて、現行の出来高払制度による支払方式の改革提案がいくつか提言されている^{32,33,34)}。

支払制度改革の動きは、今のところ具体化され現実のものとなるには距離があるかに思われる

が、医療費問題とからんで「改革」をもとめる声は決して小さくはない。医療費支払方式がどのように変えられるにせよ、出来高払制にかわる方式が登場するとすれば、恐らく今後の保健・医療の流れに大きな影響をもたらすにちがいない。今後の動きが注目される。

(8) 地域医療の医療圏の広域化

広域医療圏は、1974年に発表された「地域保健医療計画策定のための地域設定報告」なる研究報告によれば、「おおむね既に設定されている広域市町村圏あるいは地方生活圏と考えることの妥当性が確認された」としている³⁵⁾。即ち、建設省や自治省が60年代末からとりくみはじめた地域設定をそのまま踏襲する方策を提示しており、厚生省は、現在までにこの方策で、全国的に広域医療圏を「行政指導」により都道府県に設定させている。

自治省の広域市町村圏は、地域社会の中心的役割をになっている都市を中心に、複数の自治体より構成されるものであり、建設省の地方生活圏は、これからの地域開発の拠点となる地方都市を中心とする、広域的な圏域設定となっている。今日、臨調でも「広域行政」という名の市町村の広域的再編の方向が、行政サービスの合理化との関連で論議されていることにみられるように、あるいは、定住圏構想として、新たな列島改造計画が推進されつつあることからみて、自治省あるいは建設省の既成の圏域設定をもって、広域医療圏として、地域医療の圏域設定にあてはめているところに、「上からの地域医療」もまた、自治省あるいは建設省の動きに追従したものとなるであろうし、それ故に、住民の生活の場からはますますへだたったものとなっていくことはさげられないものといえよう³⁶⁾。

「誰もが、いつでも、どこでも、最良の医療を」という住民のねがいは、行政サービスの広域化、企業化、合理化をめざす流れとは相いれるものとなるとは考えがたい。ここに、今日進行中の“上からの地域医療”の特徴をみることができる。

注) 地域医療をめぐる論議でまずもって問題となるの

が、地域の設定のあり方である。地域については、従来から様々に定義が試みられているが、園田の「抽象的、一般的には、良いこと望ましいことの代名詞のような言葉でありながら、具体的、実際的には千差万別、多種多様な意味の内容をもつコミュニティという言葉を用いることによって、利害関係の所在や、問題の焦点をぼかし、場合によっては真の解決をおくらせているという見方もされている³⁷⁾」との指摘に留意する必要がある。

なお、厚生省は地域医療へのコンピューター導入を積極的に推進すべく、モデル県における医療情報システムの開発研究に力をいれている³⁸⁾。目下、各県に作られつつある救急医療情報センターは、モデル県における開発研究の成果の応用版でもある。また、農村型健康管理システムの開発研究を岐阜県で、都市及び都市周辺型健康管理システムを三重県で、僻地包括型健康管理システムを沖縄県で、目下とりくんでいる³⁹⁾。こうしたとりくみと医療圏域設定とは、かかわりある問題である点を注目しておく必要があろう。

(9) 他省庁先導の地域医療計画づくり

厚生省は最近、医療法改正による都道府県に地域医療計画づくりを義務づけることのできる体制づくりをめざしている。この内容は、のちほど紹介するとして「上からの地域医療」の流れとしてみのがすことのできない特徴点、即ち、自治省等の保健・医療も含めた地域計画づくりの動きにふれることにする。

1979年に自治省は「新広域市町村圏計画要綱」を提示し、広域市町村圏を対象に地域保健計画も含めた総合的な行政計画策定を「行政指導」により着々とすすめている。これは、昨今の社会経済状況のもとで、地域社会に生ずる諸問題に対応しつつ、住みよい生活環境を地域社会に作りだすことを目的として、既存の広域市町村圏の圏域、広域行政機構を活用して、三全総の定住圏構想実現もあわせ視程に入れつつ計画策定しようとするものとなっている。そして、この計画の特徴は、広域ネットワーク、共同事務処理システムの整備とあわせて、圏域のあらゆる地域課題に対応できる総合的な計画とすること、都道府県の参画をもと

め公共施設の配置、各種施設整備事業の実施などについて広域的視点から調整を計りつつ、住民の意向も十分反映するよう配慮しつつ計画策定を計ることにあるとしている。そして、主なる対象事業として、医療、福祉施設等をあげ、向う3ヶ年間を期間としたローリング方式で計画策定をすすめるといわれている。(「新医協」No.840 1979)

こうしたとりくみのために、自治省は、1979年には、全国334広域市町村圏のうち140圏域を指定して、計画策定のために具体的指針を提示し、予算的にも、策定経費の補助のほか地域総合整備事業債の起債をみとめたという²⁾。(毎日新聞1979. 530)。

一方、国土庁は、三全総の定住圏実現のためモデル定住圏を各県1ヶ所指定し、モデル定住圏計画の策定をすすめていたが、その概要を1980年8月に発表した。これらは、第三次全国総合開発計画の柱となるもので、定住圏整備構想として、将来人口予測や定住圏整備の基本方向などを明らかにするものとなっている。基本的方向として、就業機会の拡大、教育・文化、健康・医療を三本柱にあげている。これら各府県1圏域をモデルに作られた計画は、列島開発の新たな展開とともに、今後の地域の生活や保健・医療に大きく影響を及ぼすものとなるものと思われる(「新医協」No. 888, 889, 1980)。

なお、1969年の地方自治法の改正により、地方自治体は、20年先をみこした“まちづくり構想”すなわち、総合的計画的な行政運営を推進するに必要な基本構想を策定し、議会の議決をえて市民に公表し、これにもとづいて行政をすすめることを義務づけられている³⁾。今日では、自治省の行政指導のもとに、すでに8割の地方自治体で“まちづくり構想”策定済みといわれている。

以上にみたように、今日すでに、自治省等他省庁の行政指導のもとで、都道府県による住民の生命と暮らしにかかわる領域の行政施策をすすめるうえでの根拠となる計画づくりが、保健・医療をもまきこんで進行している。こうした状況のもとで、厚生省が医療法改正により、地域医療計画づくりのりだそうとしているところに、今日情勢

の特徴のひとつがあるといえよう。

(10) 「医療法改正」による地域医療計画づくり

「医療法改正」問題が、富士見病院、三郷病院など一連の一部医療機関による不正事件とからんで、論議の対象に登場してきている。一時「改正」に消極的であるかに伝えられていた厚生省は、国会で三郷病院問題(老人専門病院で「老人をかりあつめて」入院させている等の指摘をうけた)をきっかけに、最近積極的に「改正」にとりくむとの姿勢に転じたと伝えられている⁴⁾。

厚生省の考える「医療法改正」の内容は、医療機関の指導・監査の権限強化と国のガイドラインにもとづく地域医療計画策定の都道府県への義務づけを柱とするものと伝えられている⁴⁾。

厚生省は、国民健康づくり計画のとりくみにみられるように、従来から「行政指導」により都道府県や市町村を動かしてきた歴史をもつ。今回登場した老人保健法には、保健事業の実施基準を地域の実情にもとづき政令で定めると規定されているのも最近の特徴的な事例といえよう。へき地中核病院を核とするへき地医療対策や、国立療養所の難病基幹施設への再編成、救急・救命センターを核とする救急、休日・時間外診療体制整備のとりくみなど開業医の周辺領域では、近年着々と国の方針にもとづき、行政指導により計画的に医療システム作りはすすめられてきた。いうなれば、一般医療機関にかかわる領域には手をふれず、補助金などの予算措置をともなった形で、中央集権的上意下達ともいえるような「行政指導」による、開業医にとっては不採算領域の、住民からは切実な要求のだされていた領域を中心に、体制整備のとりくみが計画的にとりくまれてきていた。

今回「医療法改正」により、地域医療計画策定の都道府県義務づけをはかろうとする動きにでたことは、先にみたように、他省庁の先導でとりくまれてきている現在の事態にたいして、あと追いを余儀なくされていた厚生省が、ようやく法「改正」により、自らも積極的にとりくむことのできる体制づくりにふみきったといえよう。そして、従来のやり方では、積極的に介入しえなかった一

般医療機関の関連領域へも、公然と行政的に介入することのできる道を開こうとしているところに最大のねらいがある。医療機関規制の強化、医療資源の有効活用のための、共同利用の促進などのとりくみを容易に展開することのできる計画づくり、国の行政指導にもとづく、地域の医療計画づくりを可能とする条件づくりとしての意味をもっているということができるだろう。

(11) 医療産業と地域医療システムづくり

三和銀行は、1979年に発表した調査資料で、70年代の医薬品関連やME機器関連等の産業界の動向を分析し、急成長・高収益の実績をあげた事実を指摘し、「80年代は医療産業が産業としての体制づくりをより強く求められる時代となる」として、「競争原理、コスト原理がより強く働いてくる」とみながらも、医療産業関連分野が、より一層拡大発展するものと予想した。昨今、医療費総額の増嵩を抑制しようとする臨調路線の展開とともに、医療産業にも「かげり現象」がみられるとの指摘もあるが⁴⁴⁾、産業界にとって、保健・医療の領域は、大いなる関心のまどであることにはかわりはない。

ところで、1979年発表の「新経済社会7カ年計画」は、80年代の内外環境の変化にもなうきびしい状況のもとでの産業政策を提示しているが、そのなかで、保健医療に関しては、(1)雇用機会の拡大・創出のために産業構造の転換をはかり、保健・医療・福祉等の社会サービスなどの面で、大量安定雇用の場を確保すること、そのために必要な調査研究にとりくむ。(2)国民生活の安定と充実をはかるため、包括的保健・医療体制の確立をめざして、保健・医療のシステム化にとりくむ(3)急激な医療費増加の抑制策の推進をはかる、などの方策を提示した⁴⁵⁾。

また、1980年の産業構造審議会は、「80年代の産業構造の展望と課題」と題する報告のなかで、「サービス経済化の展望」として、「今後幅広い医療福祉関連サービスへのニーズが拡大」するから「幅広いサービスの提供(包括医療)が要求」されることになるが、「医療費負担が過去と同様

に……増え続けることには、国民経済的に限界があり」「廉価で質が高く安全なサービスを供給する体制づくりが必要」「……診療、治療、リハビリテーション等の諸機能が専門化し機能分化していく」という発想を前提に ①健康診断・検査業務の官民共同出資による第三セクター方式による「地域内の医療システム」化の推進 ②「情報機器を核とした家庭をもとりこんだ医療情報システムの形成などにより医療施設間の合理的分業を図るとの方向を提示、今後、民間医療の主体は組織的な病院中心となっていくが、アメリカ型病院チェーンの躍進が予想されるとしている⁴⁶⁾。

要するに、60年代、70年に産業政策展開のために保健医療政策がとりくまれてきたことにより、70年代に医療産業は、急成長・高収益を可能としたが、今また80年代には、より強力に、医療産業の成長を可能とするよう地域医療のシステム化が図られつつある。しかも、このとりくみは「民間の活力」に依拠したものとして、体系的な政策的誘導のもとに展開され、業界にとって有力な市場として期待されるものとなっている⁴⁷⁾。これまでにみてきた“上からの地域医療”の様々な特徴点は、いずれも医療産業発展のための条件づくりとしての地域医療システムづくりであり、経済発展を支えるための、有効投資、効率的回収を可能とするための条件づくり地域医療システムづくりの動きであるということができよう。これこそが、「上からの地域医療」の特徴の最たるものということができる。

注) 通産省が組織した医療福祉問題に関する長期ビジョン研究会は、「新医療産業確立のための整備に関するひとつのスケッチ」と題する報告書を公表した⁴⁸⁾。これは、21世紀へむけての戦略的展望として「従来の専門的医療従事者のみによるサービスから、新しい人材(layman いわゆる素人)をも参加させる新しいシステムをめざすことを提示している。これによって、従来、労働市場に参加しなかった、もしくは参加しにくかった高齢者に雇用機会を提供することになるとしている。こうした新しいシステムは新しい医療福祉機器・技術の提供や、医療情報システムの充実を可能とする医療産業の発展に支えられるとし、21世紀には、医療のみならず、福祉・教育などなど社会サービス全般を総合的に提供を可能とするとの発想を提示してい

表 2 階層別にみた家族の健康状態と「かかりつけ」の有無（京都自治問題研究所）

	世帯主健康そのものの	家族の誰かが病弱・病人	「かかりつけ」あり	対 象
経 営 者	67%	48%	88%	73人
サラリーマン	65	54	69	180
工 員・現 業	72	46	71	106
自 営 業	66	55	76	302
職 人	63	58	67	91
不安定就業	61	58	74	265
老 人	40	68	81	82
無 業	27	85	80	41
全 体	62	57	75	1140

表 4 健康状態（NHK調査）

回 答	全 体	性	
		男	女
合 計	2797	1290	1507
1. 非常に健康だ	22.8	24.1	21.8
2. まあ健康だ	60.0	59.8	60.2
3. あまり健康ではない	15.2	14.0	16.1
4. まったく健康ではない	1.9	1.9	1.8
5. わからない、無回答	0.1	0.2	0.1

「日本人の健康観」

表 3 健康状態等

	病弱・病者の割合		過去1年間受診経験有	「かかりつけ」あり	検診うけた	健康維持等何かしてる
	本 人	家 族				
A	23%	25%	27%	68%	59%	59%
B	25	26	27	72	56	63
C	21	25	31	63	61	48
D	24	31	25	57	66	60
E	20	21	29	70	60	61
F	21	22	21	68	67	54

注) A：京都府 B：京都市
 C：京都市以北の市 D：京都市以北の町
 E：京都市以南の市 F：京都市以南の町
 (京都自治体問題研究所)

る。21世紀へむけての戦略的展望ではあろうが、80年代に徐々に具体化されていくであろう可能性をはらむ問題として注目する必要がある。

3. 住民の期待・要求と地域医療

1) 現代不健康の特性

戦後延長の一途をたどってきた平均寿命は、昭和55年の値では、前年に比し若干短縮し⁴⁹⁾（前年に比して男で0.14歳、女で0.06歳短縮した）いささかのかげりが生じたかに思われる。しかし、世界一の長寿国の仲間入りしていることには変わりはない。

ところで、国民健康調査による有病率は年々増加の一途をたどり、近年横ばい状況となっているとはいえ、昭和55年で国民9人に1人が「有病」

とされている。もっとも、この調査での「有病」の定義からすれば、体の調子がわるくても医師の治療も受けずに仕事にでているものは含まれていないことからすれば、国民健康調査に示されている健康状態は、国民の健康実態からすれば、「冰山の一角」ともいうべき状況といえよう。

事実、国民健康調査の結果をうわまわる不健康状態を示す調査報告は数多く存在する。すべてを紹介する余裕はないが、筆者の関係した調査の結果をここでは紹介しておこう。

京都府保険医協会の委託を受けて、1980年春に京都自治問題研究所が実施した京都市民対象の調査（京都調査Aと以下略称）では、健康状態に問題ありとするものが38%、家族の誰かが病弱・病人とするものは57%であった(表2)。1981年に京

都医療協・自治労京都府本部・京都自治体問題研究所の三者共同の調査（京都調査Bと以下略称）によれば、健康状態に問題ありとするものが、23%、家族の誰かが健康上問題ありとするものが37%となっている（表3）。なお、NHKの1981年の世論調査では、健康上問題ありとするものは17%となっている（表4）。

程度の差はあれ、いずれも国民健康調査結果をうわまわる不健康状態にあることを示しており、さきにふれた、「氷山の一角」をうらざけるものとなっている。

要するに、現在のわが国の健康状態は、ひとくちにいうならば、「死なず病いがちに生きながらえている」とでも表現できそうな状況にあるということが出来る。

今日、ことさらに健康自己責任論が強調され、国民健康づくり計画や老人保健法にみられるように、国の施策の前提条件とされ、反対に公的責任があいまいにされつつある状況がみられるが、現代の不健康の蔓延しているなかで、はたして自己責任を強調することで、個人の努力によって健康を守ることは可能であろうか。

今日の状況は、一億総不健康とさえいわれるほどであるが、公害に象徴される生活環境の悪化や、高度経済成長期に安全性を無視ないし軽視して経済第一にとりくまれてきた機械化・自動化を伴う人べらし「合理化」にともなう反生理的条件の拡大など労働条件・労働環境の悪化などなど、様々な人為的・社会的な不健康要因の拡大、くわえて、NO₂ 環境基準の改悪、環境アセスメントをめぐる後退的動き、あるいは女子労働にみられる「保護ぬき平等」の動きなどに象徴される政策的な不健康要因の拡大といった事態によって、一億総不健康ともいわれるほどの事態が生みだされてきたとみるべきであろう¹¹。昨今の「医原性疾患」に象徴される医療制度をめぐる諸矛盾や高物価・インフレといった生活難がそういった状況をより加速しているのである⁵⁰。

現代の不健康の特性として、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 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・増幅化 ⑤症状の個性性・多様性、原因解明に集団的把握の重要性増大 ⑥自覚なき発症と完治なき治療 ⑦薬のみにて治せない、生活面のコントロールの重要性、生活の場での対応の必要性といった諸点をあげることができる。これらは、従来の労働（生活）環境、労働（生活）条件に人を適応させる発想から、そうした環境を人に適応させる発想へと転換しないかぎり⁷⁾、従って、個別的対応・個人的努力では、おのずと限界のあることを前提としないかぎり、克服することは不可能ともいうべきと思われる。

それ故に、現代の不健康を克服していくためには、個人の自主的な不断の努力が必要とされるのは当然とはいえ、なによりも、個人的努力を容易に可能とする条件を、公的責任のもとで、社会的に包括的な対応によって保障されることが不可欠であろう。と同時に、そうした条件確立をめざして、住民の自覚的組織的活動と保健・医療関係者集団と行政の三者が、共に考え、共に行動することが重視されなければならない。

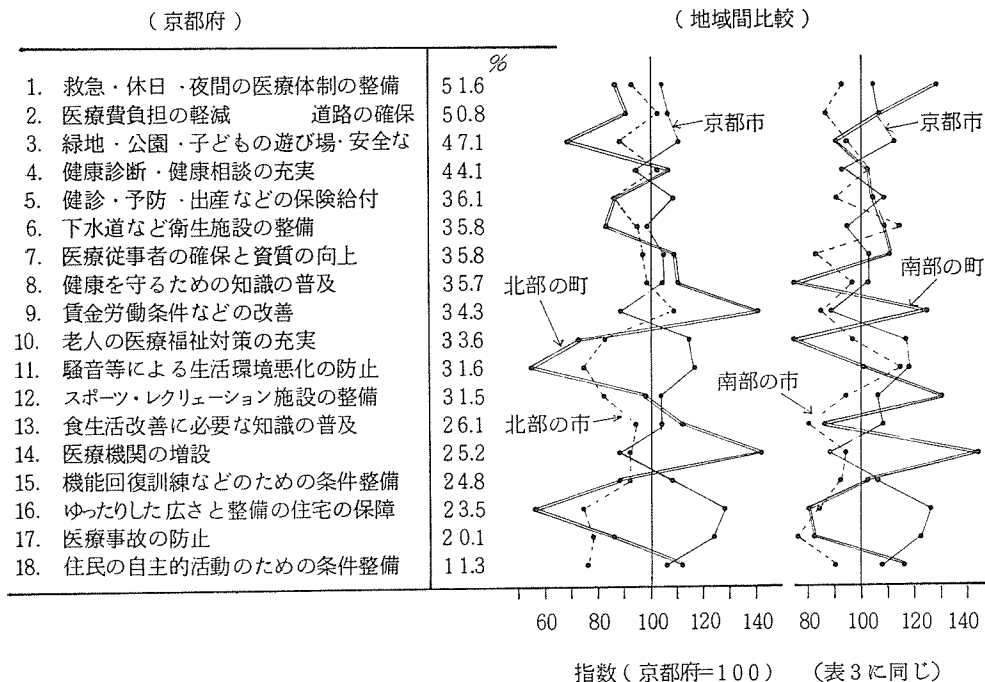
かかる社会的な努力をぬきにして、現代の不健康から身を守ることは不可能というべきであろう

表5 毎日の生活の中でたいせつだと考えていること

回 答	全 体	性	
		男	女
合 計	2797	1290	1507
1. 仕事や勉強	21.6	29.6	14.7
2. 収入や財産	14.5	17.7	11.8
3. 子どものしつけや教育	23.1	18.7	26.9
4. 家族のまとまり	49.0	43.6	53.7
5. 友人とのつき合い	20.6	21.2	20.1
6. 趣味やスポーツ	6.2	8.7	4.0
7. 健康	60.9	56.7	64.5
8. その他	0.1	0.2	0.1
9. 特にない	0.3	0.4	0.3
10. わからない、無回答	0.3	0.2	0.3

（表4に同じ）

表 6 住民要求・健康を守り医療を充実させるための施策



う。先に紹介した諸特徴をそなえた「上からの地域医療」のとりくみは、はたして、現代不健康の克服を可能とするのであろうか。自己責任を前提として、行政サービスの広域化・企業化・合理化と保健・医療の企業化産業化をともなって進行しつつある状況からみて、その答はおのずと明らかといえよう。

2) 住民の保健医療要求

「死なず病がちに生きながらえている」ともいふべき、一億総不健康状態をもたらしている今日の状況のもとで、健康問題への関心はきわめて高い。NHKの世論調査によれば、毎月の生活で、健康をまず第一に大切と考えているものは61%、いつも健康に関心をもっているものが65%となっている(表5)。総理府の調査でも、日常生活の中で大切にしているものとして健康をあげているものが86%となっている⁵⁴⁾。

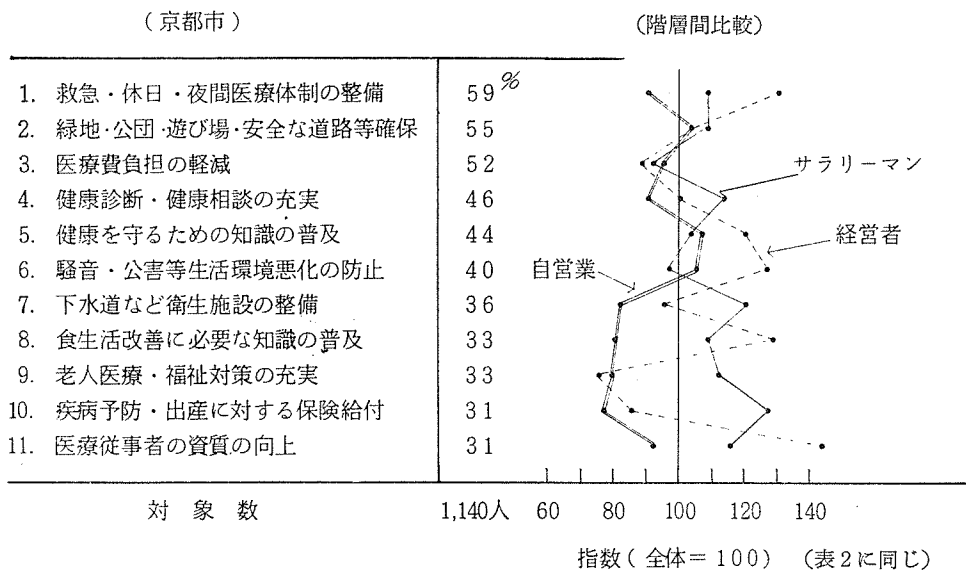
このように、健康に大いなる関心をよせている

人達は、自ら様々な健康を守るための努力を払っている。そして、これらの人達は、健康を守るために必要な施策として、総合的かつ多様な要求、すなわち「暮らしと生命」にかかわる要求を、国や自治体にたいしてつきつけている。

たとえば、その1例として1980年夏の京都調査Bがあげられる⁵²⁾。この調査は、炎天下を関係者が足で歩いて京都府民と対話しながらとりくまれたもので、約3,000人の協力をえている。この時期は、マスコミが医療機関批判のキャンペーンを繰りひろげていた頃であり、多くは保健・医療に関する情報の入手経路としてマスコミ関係にたよっていたという状況にありながら、健康を守り医療を充実させるための施策として、国・自治体に対して要求している内容は多様な内容であり、かつ狭義の医療要求を直接的に表現するものというよりは、「暮らしと生命」にかかわる総合的で包括的な内容のものとなっている(表6)。

要するに、この調査に示された京都府民のもと

表 7 住民要求：健康・医療充実のために必要な施策



めているものは、保健・医療の固有領域ともいべき予防・治療・リハビリテーションに関する対策だけを主要にもとめているのではなくて、環境問題や賃金問題なども含めた暮らし全体を、よりよくするための総合的な対策の実施を国・自治体にもとめている。

しかもこれらの要求は、京都府下全域にわたる画一的な内容とはなっていない。府民の暮らしている地域の実態を反映して、これら要求の優先度に地域差が認められている⁵²⁾。また、京都調査Aに示されているように、社会経済階層差も認められる⁵¹⁾(表7)。

マスコミからの保健・医療情報の提供にたよっているものが多いにもかかわらず、保健医療の拡充要求としてだされている事項は、健康を守るための前提条件であり、必須条件ともいべき内容を含んだものとなっている。まさに、住民の「暮らしと生命」にかかわる総合的・包括的な内容をもったものとして保健・医療要求がだされている。しかも、その要求の特徴は、暮らしの場である地域の「暮らしと生命」をめぐる情勢のちがいを

を反映した地域差のみとめられるものであり、かつ、社会経済階層差を反映したものとなっている。そのうえ、マスコミにふりまわされることなく、むしろマスコミにもとりあげられていないような事項へも関心がむけられている。

かかる地域の実情を反映した、暮らしと生命を総合的、体系的なものとして提出されている住民の保健・医療要求に正しくこたえていくためには、当然のことながら、地域の実態にねぎした、地域住民の理解と協力に支えられた地域医療拡充のとりくみが重視されなければならない。

先にみた、目下進行中の「上からの地域医療」のとりくみでは、住民の期待に真に応えることは不可能というべきであろう。住民のもっているものは、生活の場・地域での住民の「暮らしと生命」を守るとりくみであり、それ故に、かつて故蜷川虎三氏が、第26回公衆衛生学会(於京都)の特別講演で、「暮らしとは、人間が生命を保持し、育成し、人生を豊かにする意識的活動」であり「暮らし」そのものと「暮らしの周辺」をよりよくするためのとりくみが重視されなければならない

図4 医療機関を利用した時の不満の内容（京都市）

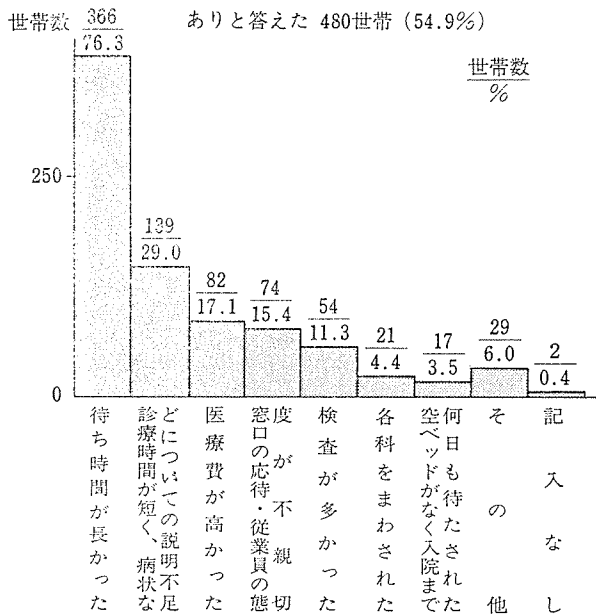
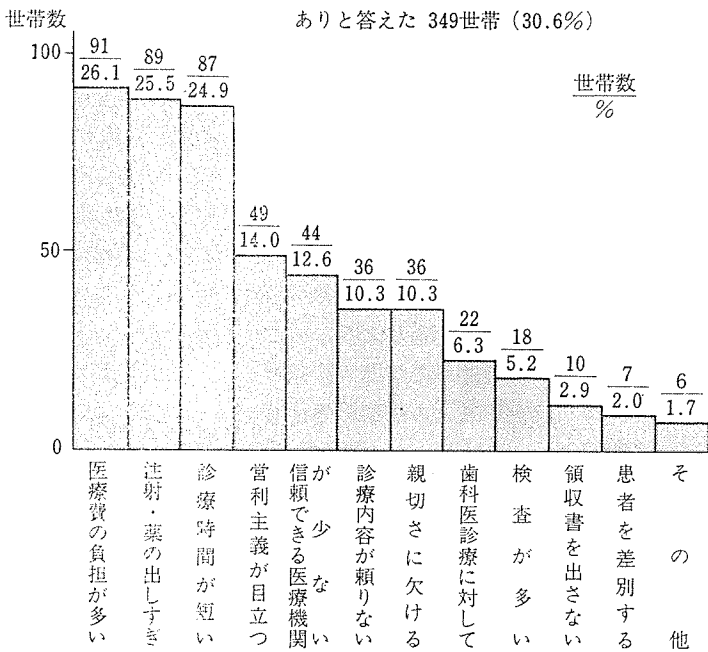


図5 医師・医療機関に対する批判の内容（京都市）



いことを強調されていた⁵⁵⁾ように、「上からの地域医療」ではなく、まさに暮らしの場からの「下からの地域医療」拡充のとりくみが重視されなければならない。

3) 開業保険医に対する市民の批判と期待

京都調査A^{5D)}によれば、医師・医療機関に対する批判は、①「医療費の負担が高い」26% ②「注射・薬の出しすぎ」26% ③「診療時間が短い」25% ④「営利主義がめだつ」14% ⑤「信頼できる医療機関が少ない」13% などとなっている。また、同じ調査での開業医にたいする期待は、①「夜間でもみんくれる」61% ②「日曜・休日でも診てくれる」51% ③「必要に応じて専門医紹介してくれる」39% ④「健康や医療の相談にのってくれる」39% ⑤「薬の中身や作用・飲み方について説明してくれる」34%などの順となっている。(図4, 5, 6)

また、医療機関が多いとされている京都市域においても、すくなくない京都市民が、「医療機関が不足」と評価している。

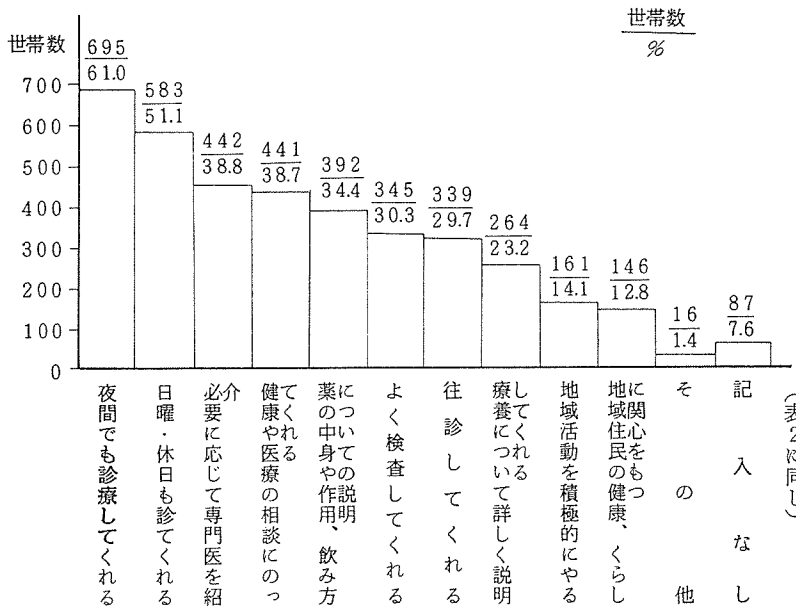
以上にみた事実は、住民は「健か」に暮らしていきたい。病気になった時は「誰もが、いつでも、どこでも、必要な医療を」安心して気軽に、受診できる条件を望んでいることを端的に示しているといえよう。

しかし、一方で、開業医側には、夜間、休日・時間外の診療には何等かの理由で、負担を感じている、あるいは、経営の安定等の理由によって、開業規制をもとめる声もすくなくない、といった実態がみうけられる。

要するに、現実の保健・医療の実態にたいする評価なり、意識状況には、住民と開業医との間に明らかにズレが存在していることを示している。

地域医療を充実発展させていくうえで重要なことは、こうした両者の認識のずれをいかにして埋

図 6 医師への期待 (京都)



(表2に同じ)

ら話し合いをしている世帯すなわち地域の生活の中での連帯意識をもつ世帯ほど、その傾向は強い⁵¹⁾(表9)。

今日進行しつつある「上からの地域医療」すなわち、中央集権的な地域医療計画づくりや、広域的な大病院中心の医療システム化、あるいは地域医療へのコンピューターの導入といった方策では、前述の開業医と住民との間に存在する認識のずれをうめられるもので

めていくか、両者の発想をいかにすればあゆみよらせることができるのかということであり、そのためには、生活の場・地域で、両者が関係者とともに、共に考え(共同思考)、共にとりくむ(共同行動)ことを可能とする体制をいかに構築し、前進させるか、言葉をかえれば「住民参加」による地域での保健・医療のとりくみをいかに前進させるかが、さしせまった重要な課題である。

このことについて、開業保険医は、「これからの開業医のめざす方向として、地域で住民と密着した家庭医的方向」を第一にあげている⁵⁷⁾(58%) (図7)し、住民は、医師団体との協議の必要があると考え、呼びかけられたら参加する意志ありと少なからず考えている⁵¹⁾(表8)。近隣と日頃か

はなく、かえってそのズレを拡大させていくことになりかねない危険をはらんでいる。

いま必要なことは、80年代に、より強力に展開されようとしている「上からの地域医療」づくりのとりくみではなく、住民の暮らしの場・生活の場地域に根ざした、まさに「下からの地域医療」づくりのとりくみを前進させることにある。

なお、今日厚生省が医療費適正化対策と称して強力に推進しようとしている医療費通知運動や医療機関への指導・監査の強化という方式は、医師と患者との信頼関係を傷つけ、あるいは医療抑制をひきおこしかねないという問題をはらんでいるが、こうした動きは、先にみた医師と住民との認識のズレをうめるには役だつとは思われなし、

図 7 これからの開業医のめざすべき方向は (重複回答あり)

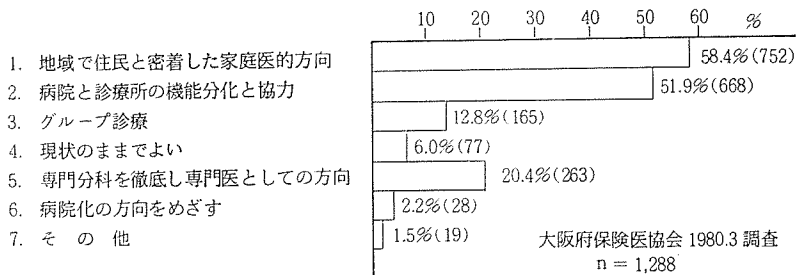


表 8 医師団体と協議の必要性（京都市）（表 2 に同じ）

1) 社会階層別

2) 健康についての情報源別

3) 年齢別

	あり			あり			あり	
	%	対象数 人		%	対象数 人		%	対象数 人
経営者	64	73	医師・保健婦	70	233	25歳未満	88	32
サラリーマン	76	180	医師会・保健所 健康教室	80	96	25歳～	79	262
工員・現業員 公務員	70	106	家庭医学書	75	357	35歳～	70	295
自営業者	64	302	テレビ・ラジオ 新聞・雑誌	70	923	45歳～	57	241
職人	68	91	市の広報	83	88	55歳～	66	168
不安定就業者	68	265	親	76	59	65歳～	61	142
老人	57	82	近所の人・知人	76	228			
無業者	78	41				全体	68	1,140

両者の認識のズレをうめるに必要な地域に根ざした、地域医療体制拡充のとりくみをすすめるうえで不可欠の、共同思考・共同作業いふなれば真の住民参加によるとりくみを阻害することになりかねない。

4. おわりに

臨調路線のもと、老人保健法、医療法改正、国民健康づくり計画の推進等々にみられるように「上からの地域医療」づくりが着々とすすめられつつある。それらは、60年代、70年代に試みられ、とりくまれてきた財界・大蔵省・通産省主導の厚生省追従の保健医療の路線であり、80年代に、より強力に積極的に展開されようとしている。

ところで、現代の不健康の特性として指摘した特徴をともしつつ「死なず病気がちに生きながらえるのみ」ともいふべき状況の人達が、われわれの周辺にめだってきている。まさに、一億総不健康、「列島病棟化」とも呼ばれうるほどの事態にたち至っているといえよう。こうした状況のもとで、住民は「健か」に暮らしたいと健康への関心をたかめ、多様で総合的な「暮らしと生命」にかかわる要求をかけたが、地域医療の拡充を国・自治体にもとめている。そして、要求実現のために保健医療関係者との共同思考・共同作業の必要性を感じ、参加の意思を表示している。

表 9 世帯構成と市民運動（京都市）（表 2 に同じ）

	あり		対象数
	①	②	
単身者	45%	15%	62人
夫婦のみ	65	33	183
夫婦と扶養を要する子ども	74	37	463
母（父）子	71	24	17
夫婦・子ども・祖父母	67	37	222
その他	64	31	193
66歳未満のいる世帯	78	40	255
65歳以上のいる世帯	65	36	398
近隣と話し合いする世帯	74	40	504
近隣と話し合いしない世帯	63	29	613

注) ①医師団体との協議の必要性

②呼びかけられたら市民運動に参加してもよい

80年代により強力にかつ積極的に展開されようとしている「上からの地域医療」のとりくみをもって、これまでにみえてきたような住民の願いや期待にこたえることは、はたして可能であろうか。現状からみて、むしろ、住民の健康をとりまく諸矛盾をより一層拡大し、現代不健康の特性をより一層うきぼりにしつつ、「列島病棟化」「保健・医療の産業化」への道を一路たどることになるにちがいない。そして、健康自己責任論、受益者負担論を前提とし、公的責任を廻避するかぎり、医学・医療の進歩発展からとりのこされ、脱落する住民を次第に増大させていくにちがいない。

いま、重視されるべきは、多様かつ総合的な住民要求をもとに、「暮らしといのち」を守るとり

くみを生活の場・地域で住民と保健・医療関係者の協力のもとに、前進させることにある。「下からの地域医療」をいかに拡充させ前進させていくにある。

戦後、長年にわたり「低医療費政策（本来公共投資をすべき保健・医療の費用を開業医を通して患者に転嫁したり、あるいは自治体を通して市民に転嫁する政策：川上）」により、住民や保健医療関係者が様々な負担と犠牲を強いられてきたが、80年代に展開されようとしている「上からの地域医療」の流れは、たんなる「低医療費政策」の延長線上にとどまらない、これまで以上の負担と犠牲を国民や保健・医療関係者は強いられることになりかねない。言葉をかえれば、戦後30年にわたりとりくまれてきた生存権・健康権保障としての社会保障拡充のとりくみを根底からゆさぶるものとなりかねないものをはらんでいる。

『『上からの地域医療』と住民のもとめるもの』と題して筆をすすめたが、「上からの地域医療」の諸特徴の紹介と、住民のもとめているものの一端的紹介にとどまり、これからのとりくみの方向を提示するにはほどとおい。とはいえ、「下からの地域医療」の第一歩は、現在地域で当面している課題のとりくみにはじまる。けっして特異なとりくみ、ことさら目新しい問題があるというものでもないと考える。また、行政施策的に展開される事項は、いずれもいろんな側面をもっており、一面、強制的に考えることには問題があることもまた事実である。要は、地域の保健医療の実態を常に正しくみつめながら、地域に根ざしたとりくみを住民や行政、保健医療関係者の共同思考、共同作業ですすめていくことこそ、「下からの地域医療」のとりくみの核であり、こうしたとりくみを通して、その積み重ねによって、はじめて住民の期待にこたえうる「下からの地域医療」をかたちづくっていくことを可能とするものと思われる。

明治以降、今日までに医療史的に変革の時期ともいべき画期的な出来ごとがいくたびかおこっている^{56,59)}第一の時期が、江戸末期から明治のはじめまでの時期であり、医制の近代化と、江戸時代の半ば以降町民の間に育ってきた漢方医がきり

すてられていった時期、第二の時期は、明治末期から昭和初期にかけての頃で自由開業制を基軸とする開業医制度に対する批判が高まった時代であり、健康保険制度の導入による医療費支払制度の社会化の時期であった。第三の時期は、第二次大戦中の有事立法のもとで、医療の国家統制がおこなわれた時期であり、これは、終戦とともに終止符がうたれた。

第4の時期は現代であり、80年代が激動の時期といえよう。はたして、いかなる変革がひきおこされるのか。「上からの地域医療」と「下からの地域医療」のとりくみが、今後にどのように推移するかによって、その内容は規定されることになるろう。過去、医療史的変革の時期は、庶民の暮らしにきわめてきびしいものがあつた時代であり、臨調路線のもと今日の庶民の暮らしもまた、きびしいものとなっている。第4の変革の時期を経過してのちに、生みだされるであろう保健・医療の流れは、こうした庶民の暮らしをめぐる諸問題と正しく結びつきうるか、言葉をかえれば「暮らしと生命」をまもろうとする庶民の動きと正しく結びつきうるか否かによって、左右されるにちがいない。

参考文献

1. 臨調と社会保障を考える京都の会 研究集会記録 京都保険医新聞, No.1282, 1982. 5. 1~3
2. 特集 行革と医療 全国保険医通信 No.162 1981. 11
3. 第二臨調答申の背景とねらい 大阪保険医協会雑誌 No.131 昭56. 12. 20
4. 週刊社会保障 No.1165 昭57. 3. 1
5. 行政改革問題資料集 自治体研究社 1981. 7
6. 山下節義 「健かな老後」への道——老人保健法で期待できるか——現代の地域保健 III 法律文化社 1982. 6
7. 山下節義 現代の老人保健医療問題と老人保健法案 健康会議 No.391 1981. 10. 1
8. 武見太郎 会員各位に告げる 日医ニュース 号外 昭56. 10. 28
9. 公衆衛生局 市町村保健センターの整備について 衛発第379号 昭53. 4. 24
10. 老人保健事業の概要 週刊社会保障 No.1165 昭57. 3. 1
11. 新井 強 保健所行政の現状と課題 議会と自治

体

13. 危機に立つ保健所 珠真書房 1978. 3
14. 保健所再編成問題資料集 日本看護協会出版会 1974. 8
15. 大谷藤郎 21世紀 健康への展望 p219 メジカルフレンド社 昭55. 2.13
16. 老人保健法案の“目玉”「保健事業の幻想と危険性」大阪保険医新聞 No.717 昭57. 2.21
17. 伊藤 晃 現代都市経営論の特徴と問題点 住民と自治 No.195 1979. 7
18. 日本都市センター編 都市経営の現状と課題 ぎょうせい 1978. 8
19. 広原盛明 廃棄物の仕掛人——三全総「定住圏」構想にみる自治省官僚の地域戦略 住民と自治 No.197 1979. 9
20. 公衆衛生局 国民健康づくり地方推進事業及び婦人の健康づくり推進事業等について 衛発第328号 昭53. 4.11
21. 奥田道大 住民参加の現状と課題 ジュリスト増刊総合特集 1975. 4
22. 藤岡貞彦 「地方の時代」と住民自治 住民と自治 No.197 1979. 9
23. 遠藤 晃 地域コミュニティ構想と保健医療 保健婦雑誌 36(10) 1980
24. 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.
25. 中央労災防・中高年労働者ヘルスケア検討委員会 中高年労働者の健康づくりの進め方 労働衛生 22(2,3) 1981
26. 高田 昂 事業所における健康づくり 公衆衛生 45(3) 1981
27. 健保連 健康開発共同事業実施大綱(案) 週刊社会保障 No.1113 昭56. 2.23
28. 医療費適正化対策 週刊社会保障 No.1158 p 56 昭57. 1.11
29. 西岡幸泰 現代日本医療編成の特質 京都保険医新聞 資料版 No.114 昭52. 5. 9
30. 京都自治体問題研究所編 医療をめぐる情勢と開業医の将来 京都医療生活協同組合 1981
31. 日本医事新報 No.2023 昭57. 4. 3
32. 社会経済国民会議 医療費適正化と老人医療制度の改革 社会保険旬報 No.1363~65 57. 7
33. 総評 高齢者等保健医療制度の創設について 社会保険旬報 No.1358 昭56. 5. 1
34. 全国町村会 老人保健医療制度構想 週刊社会保障 No.1083 昭55. 7.21
35. 地域保健医療計画策定のための地域設定報告書 公衆衛生情報 1974. 9
36. 山下節義 地域保健・医療計画をどうたてるか 現代の地域保健 I 法律文化社 1981
37. 園田恭一 保健医療におけるコミュニティの問題 保健・医療社会学の展開 垣内出版 1978
38. 国民衛生の動向 昭和56年度 厚生統計協会 19 81
39. 自治省行政局 基本構想の策定要領について 自治振 第163号 昭44. 9.13
40. 医療法改正をめぐる動きと医療モラル 全国保険医新聞 No.1332 昭57. 3.25
41. 医療法の一部改正要綱 週刊社会保障 No.1141 昭56. 9. 7
42. 三和銀行 80年代の医療産業——需要構造の変化と対応 1979.11
43. 儀我壮一郎 医療再編のねらいと背景 全国保険医新聞 No.1321 昭57. 1. 6
44. 日野秀逸 医療費抑制で転期にたつメディカル産業 経済 No.216 1982. 4
45. 経済企画庁編 新経済社会7カ年計画
46. 通産省産業構造審議会編 80年代の産業構造の展望と課題 通商産業調査会 昭56. 1. 5
47. 青木郁夫 ME産業と医療 京都保険医新聞 第1227号 1982. 3.29
48. 医療福祉問題に関する長期ビジョン研究会 新医療産業確立の条件——医療福祉問題の改善策と社会システムの整備に関するひとつのスケッチ 通産ジャーナル 1979. 4
49. 日本人の平均寿命下降 公衆衛生情報 1981. 8
50. 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
51. 京都市民の保健と医療に関する意見調査 京都保険医協会 1981. 1
52. 京都自治体問題研究所 府民からみた保健医療白書 1981. 7
53. NHK放送世論調査所 日本人の健康観 日本放送出版協会 1981
54. 総理府 家庭基盤の充実に関する世論調査 1979
55. 蛭川虎三 今日の地方自治の問題 日本公衛誌 16(3) 1969
56. 川上 武 現代日本医療史 勁草書房 1965
57. 大阪保険医協会会員実態調査80年代を開業医はどう生きる 大阪保険医雑誌 8(12) 昭55
58. 山下節義 地域医療をめぐる動きとこれからの医師会活動 京都医学会雑誌 28(1) 1979.12

不況下の農村の 就業構造と農家のくらし

—農村における保健医療の展開のために—

渡 辺 信 夫

(京都府農業会議)

1. はじめに—問題意識と課題の限定

高度経済成長の下で激化した「農業と工業」「農村と都市」の不均衡発展と対立は、構造不況がつづく80年代に入って、新しい段階を迎えている。

一般的に高度経済成長下における農家は地域格差を拡大させながらも、①60年代からはじまる若年労働力の流出、②60年代後半から一般化する世帯主の恒常的兼業化、③70年代から一般化する妻の恒常的兼業化、さらに老人の内職化をとまなう「一家総働き兼業化」を常態化させていった。これが60年代から始まる農家の労働力商品化のプロセスであり、80年農林業センサスが示す「88%兼業農家」「66%第2種兼業農家」の内実でもある。勿論、この広範な賃労働者化の対極には稀薄ではあるが、農家の商品生産を拡大する農家群も不安定に存在することはいうまでもない。こうして高度経済成長下で労働力の流出と「一家総働き化」をすすめた広範な「兼業農家」は、80年代に入って地域経済の縮小再編成がすすむ新しい段階で、①一層の兼業深化と就業不安定化を余儀なくされつつ、②このため農家経済の中での農業所得を絶対的にも相対的にも引き下げながらも、逆に兼業の不安定さのゆえに自家農業への依存度を強め、③農業従事者の弱体化と高齢化の下で世代交替期に直面し、都市に流出したあとつぎも含め、「家」の再生産をめぐる苦悩するという新たな

事態に遭遇している。

この農民諸階層の存在形態と80年代の動向は、地域の経済構造と農業生産諸力に規定されながら、地域格差を拡大している。とりわけ、長期化する構造不況と第2臨調をテコとする政府財界の地域経済と農家の再編合理化政策は、必然的に、農家のくらしと地域農業を一層深刻化させている。

こうした新しい事態は、当然筆者が担当する農政の枠を越えて、問題を深く広く有機的な関連性を強めるかたちで顕在化させ、地域的矛盾をも激化させる。この結果は、必然的に地域の関係者が連帯し、憲法レベルの権利や生命・くらしの再生産の場としての「地域」の本質にかかわってこの新しい再建をめざすとりくみや、運動を発展させることを求めている。農民や地域住民の生命と健康をめぐる例外ではなく、当然「農村の保健医療」にも連動せざるをえないであろう。

そこで、本稿ではこうした問題意識から、近畿の内陸地方都市・綾部市で実施した農村調査結果（注一1）から、地域就業構造と農家のくらしの新たな再編段階についてその特徴を報告して、農村において保健医療を展開する場合の参考に供したい。

2. 近畿の内陸地方都市・綾部市概観

われわれが今回調査対象とした綾部市は、京都市から80km圏内にひろがる広域な農村地域を抱

えた繊維産業を中心とする伝統的な近畿の内陸地方都市である。また長田野工業団地を抱える福知山市や、舞鶴港を抱える舞鶴市に隣接する地方中核都市でもある。

まず、綾部市の労働市場と地域農業の歴史を概観しておこう。

まず、綾部市の工業を中心とする労働市場の発展過程をみてみよう。明治初期から、丹波・丹後地方の養蚕と機業（ちりめん）を背景に製糸業が発展するが、とりわけ、1896（明治29）年に養蚕製糸共存共栄の蚕糸業を目指した郡是製糸株式会

社（現グンゼ株式会社）が、1913（大正2）年には綾部製糸株式会社（現神栄株式会社）が設立され、明治から大正・昭和の初期までに製糸業の全盛期をみている。この「蚕都綾部」というイメージを大きく転換させるのが、1938（昭和13）年創業の日東精工株式会社及びその関連企業の成長である。

図1は、綾部市における高度経済成長期以降の兼業農家問題の展開を地域経済の再編過程との関連でシエマ化したものである。

この繊維産業と精密機械・金属工業を中心とす

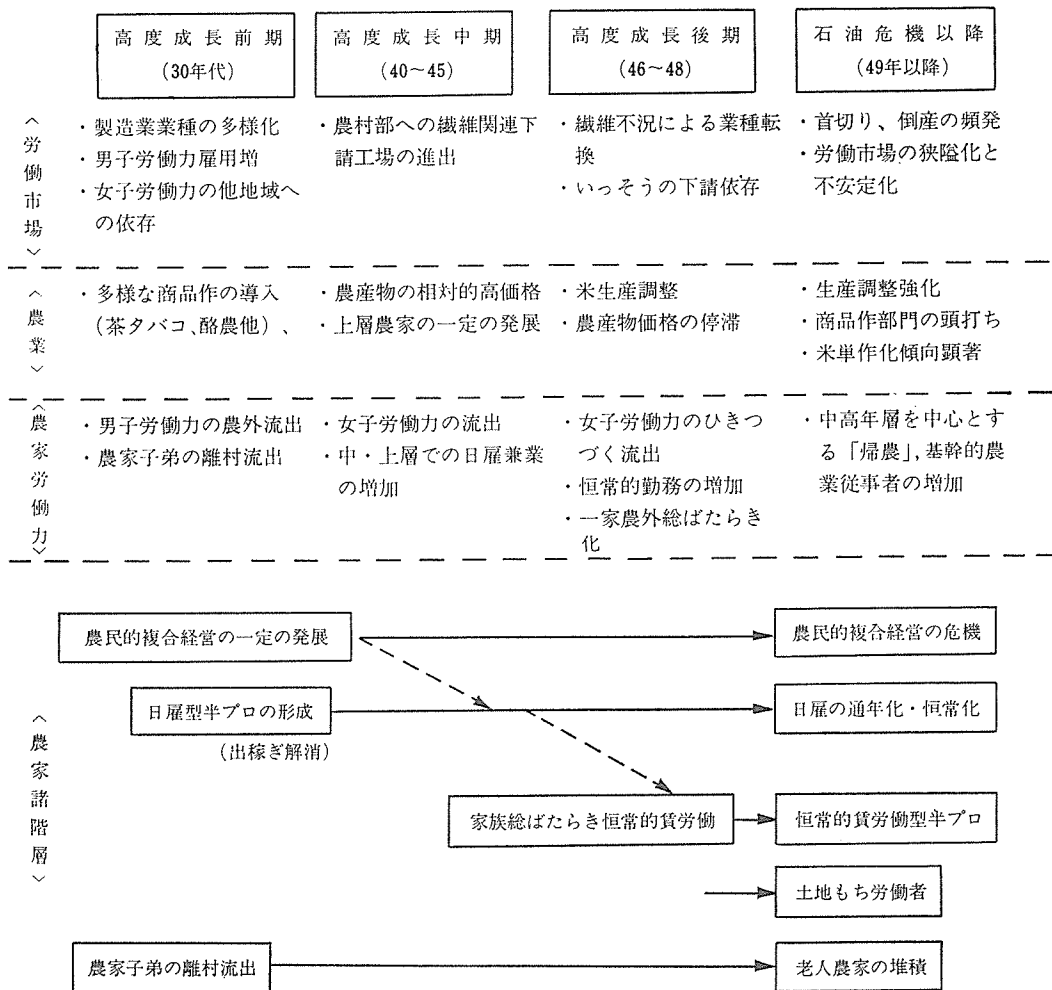
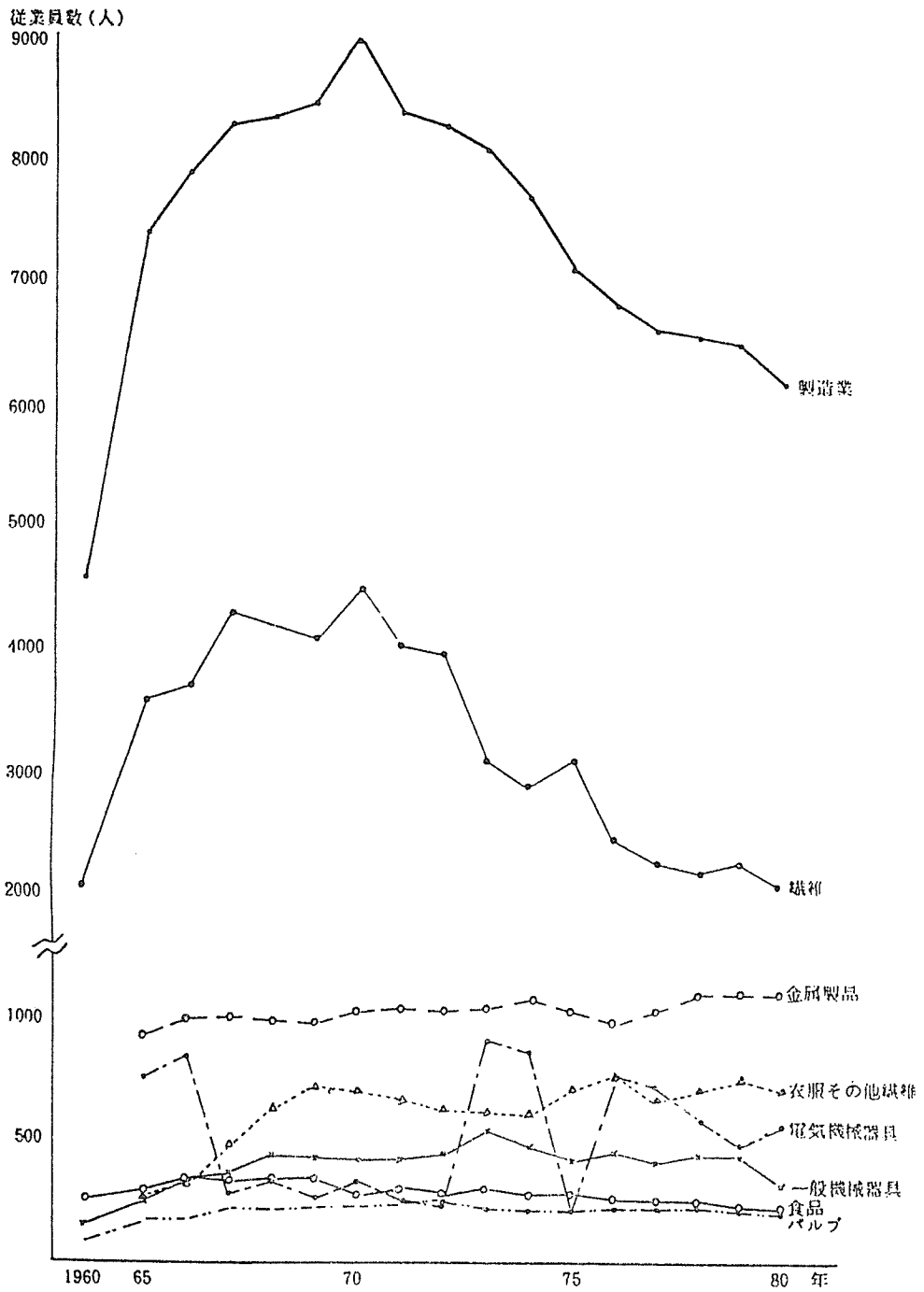


図1 綾部市における兼業農家問題の展開（若干のシエマ化）



出所) 工業統計

図2 綾部市における製造業従業員数の推移

表1 人口の推移

	人 口					対前年比増減率				農家率
	昭和35年	40	45	50	55	40/35	45/40	50/45	55/50	
京 都 府	1,993,403	2,102,808	2,250,087	2,424,856	2,527,248	5.4	7.0	7.7	4.2	7.6
綾 部 市	51,258	48,339	44,983	43,490	42,552	△ 5.7	△ 7.0	△ 3.4	△ 2.2	43.4
福知山市	61,490	58,223	57,174	60,003	63,788	△ 5.4	△ 1.9	4.9	6.3	26.3
舞鶴市	99,615	96,641	95,895	97,780	97,579	△ 3.0	△ 0.8	1.9	△ 0.2	14.1
	農 家 人 口					対前年比増減率				
	昭和35年	40	45	50	55	40/35	45/40	50/45	55/50	
綾 部 市	33,901	29,344	25,417	22,477	20,930	△13.4	△13.4	△11.6	△ 6.9	

(注) 国勢調査より (農家率 = $\frac{\text{農家数}}{\text{総世帯数}}$)

る工業は、高度経済成長下で急速に発展し、製造業の業種の多様化、これにともなう労働市場も拡大する。しかし、都市への若年労働力の流出には抗しきれず、四国、九州、山陰からの労働力移入と農村部への繊維関連下請工場の進出がすすめられる。さらに70年代からはじまる、繊維不況の深刻化は、繊維企業の業種転換と合理化をすすめ70年をピークに、綾部市の労働市場は縮小再編成に向う。特に、石油危機以降の不況期ではこの縮小再編合理化がドラスチックにすすむ。地域経済の新たな再編段階を迎えるわけである。

次に、地域の農業と農家について概観すると、米と養蚕を中心とする戦前の地域農業と農家経済は、昭和30年代に入って若年労働力の流出の中にあっても、茶、タバコ・酪農・栗の導入で、一定の安定と発展をとげる。しかし、これも1970年から始まる「米の生産調整」と農畜産物価格の低迷によって停滞し、農家の労働力流出、兼業化に一層の拍車がかかり、農業経営の衰退を激しくしている。

3. 不況下の地域の就業構造と農家のくらしをめぐる特徴

1. 高度経済成長下での農村の就業構造・労働市場の構造的変貌

(1) 人口流出と混住化・都市化の進展

日本の地方都市と農村は、高度経済成長の下

で、大都市（工業）への人口流出を激化させる。さらに地域の中でも、第2次・第3次産業化をすすめ、地域の経済構造を大きく変え非農家率を高めて、混住化と都市化をすすめる。

明治初期から、繊維産業を中心に精密機械・金属工業を加え発展してきた農村地方都市綾部市においても、表1のとおり、1960年代から始まる農家人口の流出によって市人口を減少させる。1960年51千人を擁する市人口は、80年には1万人弱が減少して42千人になっている。ちょうど、農家人口の減少（33千人→20千人）に照応したものである。

この20年間に農家率も66%から、43%と減少し、地域の過半数が非農家によって占められることとなった。このように高度経済成長下の第1の特徴は、地方都市（綾部市）からのほげしい人口流出であり、混住化の進展である。

(2) 産業構造と就業構造の激変

綾部市における、この人口減退傾向は隣接する福知山市・舞鶴市と比較して特徴的である。

表1にみるごとく福知山市と舞鶴市の人口は、60年代において、微弱な減退傾向を示しつつも、70年代に入ると増加傾向に転じている。

ここには、地域の経済構造の差異がよくあらわれている。福知山市と舞鶴市は機械工業や重化学工業と商業・農業を中心とする地域経済をつくりあげてきた。他方、繊維産業と農業（第1次産業）を中核とする地方都市として発展した綾部市

表2 綾部市の産業別就業者数

	第一次産業	第二次産業	第三次産業	計
昭和35年	14,222人 (50.3)	6,471人 (22.9)	7,590人 (26.8)	28,283人 (100)
40年	10,983 (39.1)	8,791 (31.6)	8,166 (29.3)	27,940 (100)
45年	8,971 (32.5)	9,947 (36.0)	8,715 (31.5)	27,633 (100)
50年	6,838 (27.6)	9,133 (36.8)	8,799 (35.5)	24,770 (100)
55年	5,759 (24.0)	9,047 (37.7)	9,193 (38.3)	23,999 (100)

注) () 内の数字は構成比%
出所) 国勢調査

は、当然のこととして60年代から始まる農業の再編・後退と、繊維産業の不況に直撃されることとなる。

次に就業構造の発展をみてみよう。綾部市の産業別就業者数と構成は、第2表に見るごとく、1960年代以降、全就業者数を減少させながら、第2次・第3次産業の構成を高める。60年から80年の20年間に、第1次産業は50%から24%に半減、第2次産業は22%から38%に、第3次産業は27%から38%へと増加しており、地域の経済構造を激変させている。第2の特徴は、産業構造と就業構造の激変であった。

(3) 激しい農民層分解

このような農家人口の流出と地域の経済構造の変貌は、当然、農家の変質、農民層分解を激化さ

表3 専業別農家数の推移

区分 年	専業	男子生産年齢人口有	I 種兼業	II 種兼業	計
昭和35	1,801	—	2,797	2,372	6,970
40	940	—	1,645	3,944	6,529
45	739	—	1,248	4,260	6,247
50	616	200	716	4,510	5,842
55	854	242	661	4,090	5,605

(注) 農林業センサス

せる。第3表に見るごとく、政府の統計上は専業農家の激減、第2種兼業農家の増大となつてあらわれる。それは、農業専従者の減少、恒常的賃労働者の増大であり、また農業収入で飯の食える農家の減少、賃労働収入に依存した農家の増大でもある。まさに戦後の食糧増産を担当した中高年層が、農地や農業にしばられたままで賃労働者化をすすめていることである。(表4)このように第3の特徴は、はげしい人口流出と産業構造の激変の下での農家の下向分解の賃労働者化の激化であった。

2. 不況下ですすむ、地域経済の再編成と労働市場の狭隘化・不安定化

背後地に広大な農村をかかえ、製糸業と精密機械・金属部門を中心に戦前から発展してきた綾部

表4 農家の就業動向

	男			女		
	45	50	55	45	50	55
兼業従事者	66.6	69.9	66.2	34.9	38.8	36.0
雇用兼業従事者	57.7	61.1	58.8	29.8	33.6	31.8
恒常的勤務	43.4	51.8	49.6	22.4	28.1	25.6
人夫・日雇	13.5	8.8	8.8	7.3	7.5	6.2
農業就業人口	34.0	29.4	29.3	60.8	51.9	50.4
自家農業だけに従事	25.8	22.1	24.9	54.2	47.3	47.9
自家農業が主その他従事	8.3	7.3	4.4	6.6	4.6	2.5
基幹的農業従事者	27.3	19.2	21.6	39.6	19.2	24.2
150日以上農業従事者	22.2	16.8	15.2	29.3	18.9	15.0

注) 16歳以上農家世帯員に占める割合(%) 農林業センサスより作成

市は、高度経済成長の下でその経済構造を大きく変えた。そして70年代から始まる繊維不況と74年の石油危機以来つづく構造的な不況の下で、綾部市の地域経済は80年代に新たな再編段階に入る。

(1) 労働市場の狭隘化・就業者数の減少

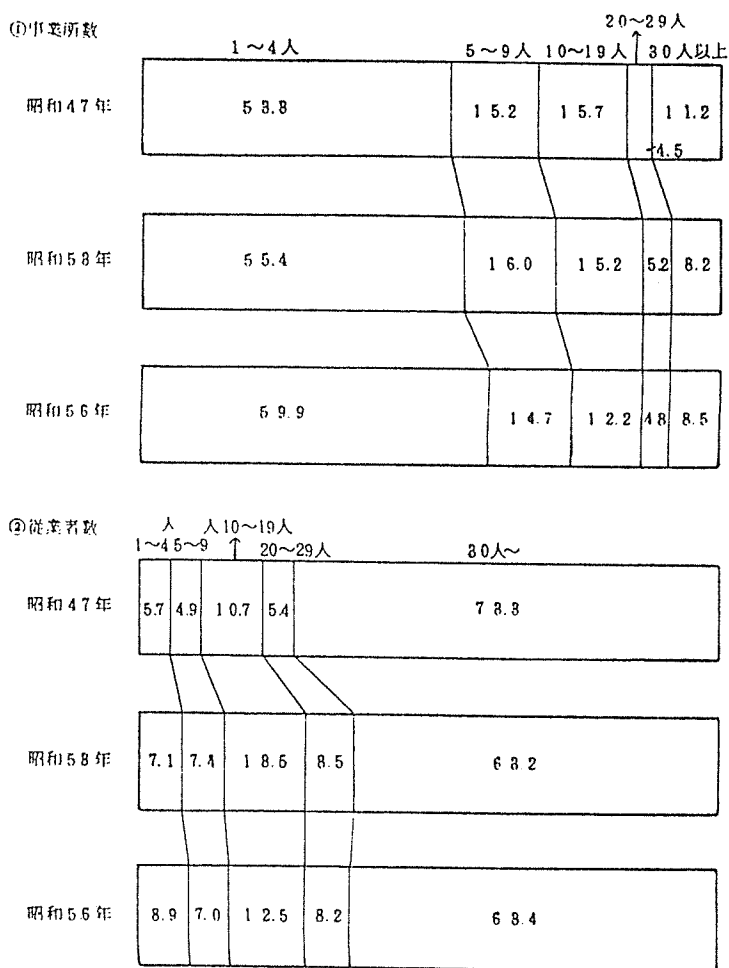
事業所統計によると綾部市における事業所数と従業員数は、1958年 226 事業所・3,574 人が、70年には、380 事業所・8,991 人に発展する。しかし、75年には 467 事業所・7,952 人に、さらに81年には484ヶ所・6,752人へと事業所数が増えて従業員数が2,000人余も減少している。すなわち、

従業員数で25%も減少しているのに、事業所数では逆に27%も増えていることである。80年代に入っの、新たな地域再編成の第1の特徴は労働市場の狭隘化である。

(2) 不安定化する労働市場

70年代後半からの構造的な不況は、綾部市においては、70年代初頭から始まる繊維不況と重って、地域経済の再編成をさらにドラマチックなものにしてきた。

すなわち、大企業の減量経営と合理化によって拡大する下請・系列化・下請協力工場等中小零細



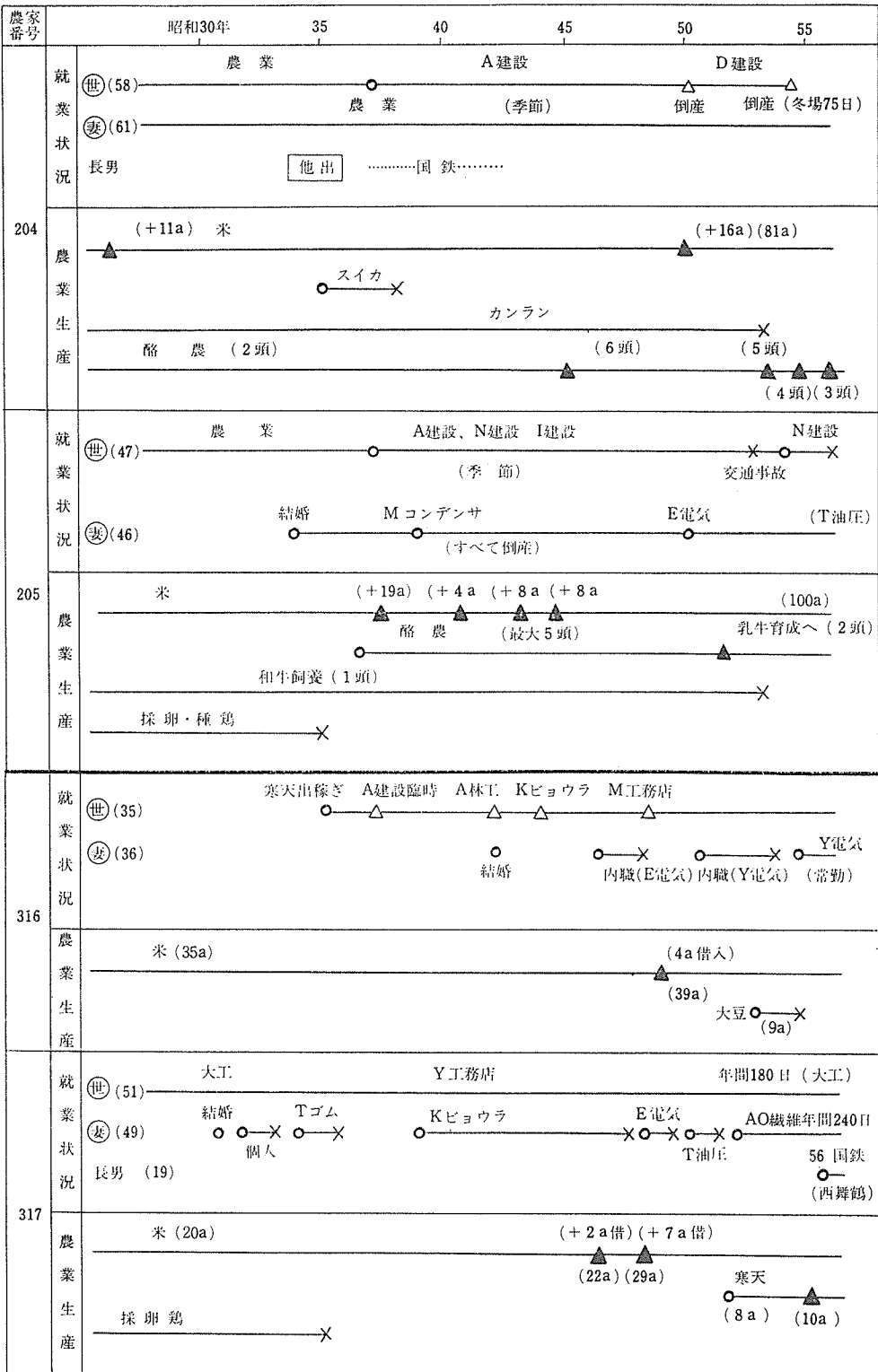
出所) 事業所統計

図3 従業員規模別にみた、事業所及び従業員の構成比 (製造業)

単位: %

図 4

農家類型 II 日雇兼業的農家の例



農家類型 III a 恒常的賃労働 (中小零細企業) 兼業農家の例

企業の「納屋工場」の増大は、劣悪で不安定な労働市場を拡大させたのである。具体的には図3に見るごとく、30人以上規模層では、事業所数が1972年11.2% (47) から81年に8.5% (41) に減少している反面、4人以下の零細事業所は53.3% (224) から59.9% (290) に増大している。他方、従業者数でも、30人以上規模で73.3%が63.4%に、反面4人以下が5.7%から8.9%へと増大している。

第2の特徴は劣悪で不安定な労働市場の拡大である。

3. 農家の兼業深化と不況下で拡大する「不安定化」

それでは次に、地域経済の新たな再編成—労働市場の狭隘化と不安定化の下での農家のくらしの再編成をめぐる特徴を調査結果から見よう。

(1) 地域労働市場の再編成・狭少化の下で拡大する兼業深化と不安定化

まず、農家の兼業化は、第1種兼業農家の減少に見られるように不況の長期化による地域労働市場の再編成・狭少化の下で、一層兼業化を深めることである。またその兼業の不安定化の拡大である。

われわれは綾部市内の代表的な3集落から有意抽出で34戸を選び調査を実施した。

まず、世帯主の労働(仕事)を中心に7区分した3集落の全農家は次のような構成であった。

- I 世帯主農業専従農家(3集落での構成13%)
- II 世帯主日雇の兼業農家(14%)
- III-a 世帯主零細企業恒常的勤務(17%)
- III-b 世帯主大企業恒常的勤務(6%)
- III-c 世帯主公務員農協職員等恒常的職員勤務(18%)
- IV 自営兼業農家(6%)
- V 老人農業専業農家(16%)
(不明 9%)

この7タイプの農家のうちIIの世帯主日雇の兼業農家(14%)とIIIの世帯主零細企業恒常的勤務農家(17%)の最も不安定で多就業の農家で31%を占めている。

この7区分毎に選んだ調査農家の調査結果を見ても「不安定」化はこの31%を越えてひろがる。特にII~IIIタイプを中心に全階層で世帯主と家族員の職業移動が目立つことである。とりわけ75年以降に就業先の倒産、首切りによる職業移動が8人もあったことである。図4に農家類型IIとIII aの調査農家のうち、典型事例を紹介しよう。

204農家は世帯主(58歳)が37年に農業専従から土建業に従事するようになっていた。しかし、この建設業も2回の倒産に直面している。

205農家は、夫婦ともに兼業に従事しながら酪農や和牛飼育をつづけているが、世帯主(47歳)は建設会社を4つ変えているし交通事故にも直面している。妻(46歳)はすべて倒産で事業所を3つ変えている。

316農家では、世帯主(35歳)は事業所を5つ変え、妻(35歳)も内職を2回変えた上で常勤として外に働くようになっていた。

317農家は世帯主(51歳)は大工から工務店勤務に、妻(43歳)は6回仕事を変えている。

地域労働市場の再編過程と農民層分解の姿を映しているといえる。

(2) 劣悪化する労働市場と女子労働者の労働条件

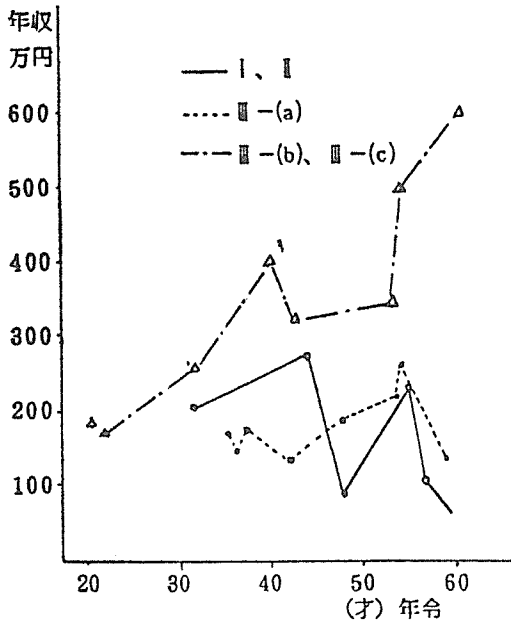
調査農家の中で農外賃労働者の労働所得を見ると(図5)第1に、男子における階層差が大きいことである。すなわち、公務員等の職員勤務(III-c)と大企業恒常的勤務者(III-b)は、比較的所得が高いことと、年齢が高まると共に所得が上がっているが、零細企業恒常的勤務(III-a)や日雇の兼業従事者(II)は年収は低く、しかも年齢と共に極度に低下していることである。

第2は、女性の場合は全階層において低収入で、年齢が高まるとともに下向傾向にあることである。

ここに「新たな再編成」の第2の特徴を見ることができる。

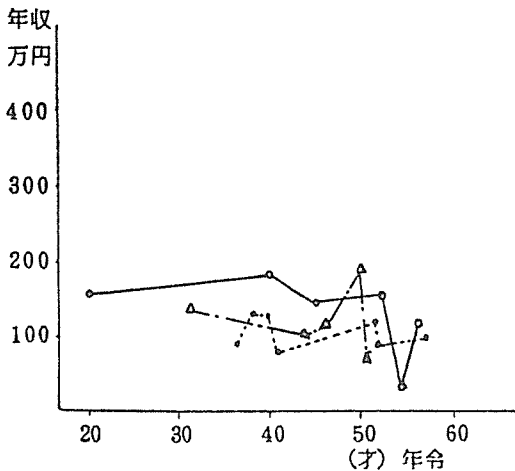
(3) 「公租公課」以下に落ちこんだ農業所得と不況下で強まる自家農業依存

「米過剰」を口実に強制された米べらしを中心とする水田再編成下で、高齢化と兼業深化によっ



注) 調査農家

図5 農外賃労働所得(年収)と年齢—男—



注) 調査農家

図6 農外賃労働所得(年収)と年齢—女—

て逆に稲作のウェイトを高めている。綾部市においても、先に見たように戦前の米+養蚕の複合経営が、高度成長下で酪農・茶・野菜等の商品生産を発展させ、米のウェイトを70年には48%（販売額で）までに引き下げた。しかし、米の生産調整

表5 農家経済の状況—昭和55年度—

(単位 千円)

	京都市()内は54年度	近畿	全国
農業所得(A)	735.7(829.8)	609.5	936.4
農外所得(B)	3,689.4(3,530.2)	4,680.8	3,469.3
農家所得(A)+(B)=(C)	4,425.1(4,360.0)	5,290.3	4,405.7
租税公課諸負担(D)	939.9(741.2)	961.9	778.6
税引所得(C)-(D)=(E)	3,485.2(3,618.8)	4,328.4	3,627.1
出稼被贈扶助等の収入(F)	1,499.0(956.3)		
可処分所得(E)+(F)=(G)	4,984.2(4,575.0)	5,369.8	4,633.5
家計費(H)	3,911.2(3,938.3)	4,290.7	3,891.5
農家経済余剰(G)-(H)=(I)	1,073.1(636.8)	1,079.1	742.0

・水田再編成対策が展開される下で、これらの商品生産を後退させ、逆に米のウェイトを高めている。

このような農業の衰退と兼業深化は必然的に農家経済の構造を変える。第5表に見るように1980年の農家経済調査結果によると、全国平均でようやく、租税公課諸負担(D)778,000円を農業所得(A)が若干上まわっている(936,000円)ものの、近畿・京都市では農業所得が大きく下まわるといふ新たな事態を示している。

綾部市における調査農家でも第6表のとおり、農外所得依存を深めている。しかし調査の中であきらかになったことは、不況下の兼業不安・低賃金によって自家農業の依存を強めていることである。調査結果では「自家農業の維持・拡大」が80%を占めた。また、生活改善グループを中心に「自給ノート」の運動も起っている。すなわち自家向けの農産物を記録し、計算して老人や婦人の自家用農産物生産を評価し見直し、さらに食生活の改善とも結合させた運動である。

このように第3の特徴は、農家経済に占める農業所が「公租公課」以下に落ちこんだことと、他方で不況による兼業不安が逆に自家農業依存を強めていることである。

表6 農家類型別の戸当平均稼得・収入状況 一昭和55年度一

(単位：万円，%)

類 型	戸 数	総所得	農業所得	農外所得	年 金 そ の 他	構 成 比			
						総所得	農業所得	農外所得	年金その他
I	5	596.4	497.0	60.6	38.8	100.0	83.3	10.2	6.5
II	5	384.6	135.4	198.9	54.0	100.0	35.4	51.7	14.0
III-(a)	9	387.1	47.7	312.9	26.5	100.0	12.3	80.8	6.8
III-(b)	3	718.3	88.3	556.3	74.0	100.0	12.3	77.4	10.3
III-(c)	4	665.4	58.8	572.5	29.2	100.0	8.8	86.0	5.2
IV	3	413.0	4.0	369.0	40.0	100.0	1.0	89.3	9.7
V	4	190.5	104.8	3.0	82.7	100.0	55.0	1.6	43.4
全 体	33	460.8	137.0	278.0	45.2	100.0	29.7	60.3	10.0

(4) 世帯主の老齢化、「老人専業農家」の増大の下で強まる「年金・社会保障問題」と世代交替問題

若年層の流出にともなう農家人口と地域人口の減退は、当然、農家と農村地域の老齢化をすすめる。綾部市においては、80年に60歳以上が市人口で20%、農家人口で28%、農業就業人口で50%に達していることである。すでに老人問題が深刻化していることを物語っている。

他方、80年センサス結果での全国の特徴の一つは、専業農家が絶対数で増えていることである。綾部市においても、75年616戸の専業農家が80年には854戸と増大している。しかし、この内実は、55歳以上の「停年退職専業農家」と、65歳以上の「老人専業農家」が大半を占めることである。調査農家の中でも、7人が退職農業専従者であった。

このような農家人口の老齢化と老人専業農家の増大は、家計に占める年金依存度を高める結果となっている。第7表に見るごとく年金、恩給等の

表7 年金・恩給等の受給額が総所得に占める割合の高い農家

類 型	農家番号	受給中の年金・恩給等の種類	受給額(万円)	受給額の総所得に占める割合
I	102	共済年金+恩給	140.0	27.5%
II	201	恩給	180.0	33.4
III-(b)	322	恩給	170.0	25.0
IV	403	共済年金	120.0	42.5
V	502	恩給	117.0	53.4
	508	国民年金(夫婦とも)	81.5	42.3
	504	国民年金+恩給	96.2	68.6

受給額が総所得に占める割合は20%~70%に達している。当然、農家の年金や社会保険への関心も高まっているが、問題なのは、農家の兼業職種による年金格差(年金の種類別)が、停年後の安定度と農業専従度を決定していることである。すなわち、公務員や大企業の職員勤務層ではじめて、停年退職後に農業専従を可能にしていることである。これに反して、不安定な兼業に従事している者は、停年後低い年金収入のためにさらに不安定で劣悪な賃労働兼業に依存しながら自家農業にも従事せざるをえないことである。

さらに、このような農家世帯主の老齢化と老人専業農家の増大傾向は当然に、その自家農業維持・管理と世代交替問題を深刻化させることとなる。

調査農家のうち、老人専業農家では、表7に見るごとくその他出者が京阪神や遠くは東京から、年に5~10日農繁期に帰村して、自家農業に従事し維持している。また世帯主も、他出あかつぎも世帯主の老齢化に対応して帰農を強く希望し、その準備に苦勞している。すでに親の老齢化や死亡にともなって、あかつぎが帰郷し、他産業に従事しながら自家農業に従事している調査農家が3戸あった。

しかし、深刻なのは、労働市場の縮少再編成の下で、このUターンの条件が年々厳しくなっていることである。

新たな再編成下での農家のくらしをめぐる特徴の第4は、農家の老齢化と世代交替をめぐる深刻化していることである。

表8 調査農家の他出あとつぎ・Uターン者の状況

(1) 他出者

	農家番号	概況	自家農業従事
I	102	31歳 既婚 府農業講習所卒 乙訓農協 長岡京市 米送る 老後に帰ってきて農地を維持してくれればよい。だが長岡京市に家を建てている。	
	104	32歳 既婚 高卒 N社 綾部市内 当分の間別居。だが地元消防団に所属、土・日には農業手伝う。 2～3年内に帰村予定	50日手伝う
II	202	23歳 既婚 高卒 Nオイル給油所 金沢市 米送る 昭和57年に帰村の予定	
	203	34歳 既婚 高卒 N陸送K.K 久御山町 3歳の孫が就学するまでに帰る 4～5年以内 そのために大型バス免許取得	10日手伝う (田植・刈取)
	204	38歳 既婚 高卒 国鉄 福知山 妻は年間30日農業手伝う 戻ってほしいが……	10日手伝う (田植・刈取)
III(a)	311	21歳 未婚 高専卒 Tメディカル 大阪 可能性あり	
	313	33歳 未婚 高卒 M紙業 枚方市 当面帰る見込みはないが、長男か次男が帰ってくるだろう	
	318	28歳 既婚 高卒 M建設 枚方市 両親が丈夫な間は出ている 支店が福知山にあるのでそこに転勤を	10日手伝う (田植・刈取)
III(c)	332	22歳 未婚 高卒 国鉄 京都市 不明 すきなようにさせる	
	334	27歳 既婚 大卒 京都府 宇治市 帰村の可能性はばなし 農地は借す方向で考えている	2日手伝う
V	501	33歳 既婚 短大卒 農水省 東京 帰村を願っているが見当がつかない	4日手伝う (田植)
	502	39歳 既婚 高卒 K包装K.K 守口市 年をとったら帰るといっているので47年に家を建てた。 2～3ヶ所に履歴書を送ったが職がないのでなんとも……	
	503	39歳 既婚 大学院卒 工業試験場 池田市 定年退職後帰村予定	5日手伝う
	504	42歳 既婚 高卒 国鉄 高槻市 長男もしくは三男が帰村の予定 3人兄弟で5～10各日手伝う 1万円/月送金	10日手伝う

(2) Uターン者

	農家番号	概況	自家農業従事
I	103	31歳 既婚 高卒後 製菓会社(堺)、空調メーカー(東京)を経てS54年帰村 職安経由でTガス(プロパン販売)へ、勤務を続けながら農業を覚えていくつもり	
III(a)	314	35歳 既婚 高卒後SE社に就職 大阪支店へ転勤 55年父急死のためUターン(本人は綾部本社への転勤を希望したが入れられず退職) S保険会社に就職 1～2年の研修生を経て代理店として自立の予定	
III(b)	323	36歳 既婚 高卒後 京都のY薬品に就職 S48年祖母の死亡、父親の病気などがあって、綾部営業所に転勤を希望。運よく実現。しかし、今後再転勤の可能性もある。	

(5) 兼業収入と農業収入の不安定化は、農家の家計費を圧迫し、しわよせしている。綾部市における農家の家計費の動向をめぐる特徴は、綾部市農協の家計簿運動から見ると、まず、月額家計支出額が減退していることである。45年61,767円が49年には114,623円、51年には191,560円に増大するが、53年以降は、176,614円、56年の170,338円と減退している。すすむインフレの下での、家計支出額の減額は、急速に生活水準を落とし、生活が劣悪化していることを物語っている。他方、保健衛生費はこの間に、3,476円→5,219円→8,497円→7,392円→9,415円と、一貫して増大していることである。農家の保健医療への関心の高まりの直接の要因である。

特徴の第5は以上の家計費にも見られるように農家の貧困化が絶対的にも相対的にもすすみ、新しい段階を迎えていることである。

4. 農家の要求と課題

これまで、調査結果を中心に構造的不況による地域経済の縮小再編成がすすむ中で、農家経済も生活も、その構造が新しい再編段階にあることを見てきた。

このような厳しい事態の中で、農家の悩みや不満・要求もまた深刻に発展してきている。しかし、調査農家の聴取りによる実感は、憲法で保障された「人なみに生きる権利」として自覚された「要求」と呼ぶより、期待、不満とも受けとれるものであった。にもかかわらず、その内容は極めて深刻で、緊迫したものであり、しかも地域的な広がりをもっていることである。

調査農家の中からあきらかになった要求で特徴的なものを挙げる基本的な課題をみておこう。

第1の、仕事をめぐる要求の特徴は、「働く場の安定」「働く場を確保してほしい」「あとつきが帰ってこれる職場を」「低賃金の改善」となっている。また、農業では、「もうかる農業があれば、農業に専念したい」「農家の負担の少ない土地改良をすすめてほしい」が主なものである。

農家のくらしの安定にとって、地域労働市場の

安定化対策と農業政策の根本的転換が求められているといえる。「仕事」をめぐる今日の中心的課題である。

第2の生活をめぐる要求では、「物価と医療費」と「年金の改善」が中心となっていることである。

農家にとっても、「生命と健康」と「老後」に対する不安が増大しており、年金や医療制度をはじめとする農家社会保障の大幅な改善が課題となっている。とりわけ、老人問題は農村における最も大きい政策課題といえる。

第3の地域の生活環境をめぐることは、「総合病院をつくってほしい」等、地域の医療体制の整備が全地域・全階層の共通要求になっているとともに、「道路交通対策」「上下水道整備」と、「何でも話せる集落づくり」等の集落自治をめぐるであった。地域の生活基盤の整備が大きい課題となっていることを示している。今日の地域と農家をめぐる新たな再編成は、一層集団的な集落自治と、地域ぐるみの力で、地域農業や地域社会づくりを地域住民が主体的に取り組みねばならない段階にきていることを物語っている。

5. おわりに一若干の問題提起にかえて

綾部市の農村調査結果を通じて、80年代の不況下で新たに展開しつつある地域と農家の再編成と、そこでの問題や農家の要求を見てきた。このような地域の経済と農家経済の再編段階は心然的に「農村の保健医療」を規定していると考えるので、門外漢ではあるが「地域の保健医療問題」とかかわらせて、若干の問題提起をおこなっておこう。

第1は、今日の「農村の保健医療問題」を不況下で進展する「地域とくらしをめぐる新しい再編段階」の科学的分析と結合させてあきらかにすることと、地域住民が主体的に地域とくらしの再建に取り組む運動と結合させることの重要性である。

地域の保健医療問題もまた、この地域とくらしの再編段階の中に正しく位置づけ、問題の本質を

とらえることがますます重要になっている。当面、農村地域の保健医療にとっても、①質仕事と自家農業の多就業構造の下でしかもその両方が不安定に再編される過程での健康問題と、②高齢者問題が大きい政策課題となっている。

第2に、この運動にとって、「憲法をくらしの中に生かす」運動の今日的意義と農村における学習運動の特別の意義である。

憲法で定める「健康で文化的な生活を営む権利」と、「生命と健康」に対する農民・地域住民の自覚を高めるための新たな学習運動が求められている。

第3に、地域経済の民主的再建と地域住民のくらしの安定、生命、健康の管理が「住民自治」の中心的課題となっていることである。

今回の調査とシンポジウムを通じてくらしと集落自治を基本とした住民自治の運動の中に、「地域の保健医療」をしっかりとすえなおす心要があるように思われた。

第4に、「住民自治の運動としての地域の保健医療」と「協同組合運動としての保健医療」との新たな発展と協力への模索の必要性である。

地域とくらしの再編成は、それが上からであれ下からであれ、「自治」と「協同」をめぐっても問われる。今日あらためて、地域の保健医療問題を住民自治の運動と協同組合運動の中で位置づけることが問われている。

第5は、農村における「くらしと健康」と「地域の保健医療」を考え、実践する地域的な統一組

織と、広範で多様な「地域と保健・医療」を住民主体で再建していく運動が求められているということである。

自治体の保健行政（保健所等）の関係者は勿論のこと、生活改良普及事業や自治体の社会教育の関係者、協同組合や住民の組織も含め、今日の上からの再編成に対抗して、地域の「生命と健康」「くらしと保健医療」を考え、主体的に再建・再編していく組織と運動が必要である。当面、地域でこれらの問題について話しあえる「場」—関係機関・団体、または、関係者による「連絡組織」とこのセンターが必要であることを痛感した。

(注—1)

①「地域農業振興と農家の就業構造に関する調査研究報告」京都府農業会議、「京都農政情報」Vol. 18, No. 52, 1981, 3

②「不況下における兼業農家問題」京都府農業会議「農政研究資料」第81—13号, 1982, 3

長野県下長門町における 保健医療のとりくみ

矢 嶋 嶺

(国保依田窪病院)

1. はじめに

当町は、山間農村に点在する集落より成っていて、人口4,800人の準過疎農村である。最盛期には8,400人の人口を数えたこともあったが、高度成長経済は、農業人口を激減させ、専業農家は、全戸数の5%、専業人口は、1割以下となってしまった。

農業所得は、全所得の1割以内となった。農家は、実質、第2種兼業農家となり、土地持サラリーマンとなった。

農業労働は、土・日曜の省力機械労働で、老人が、専ら田畑の保守をしている。若壮年層は、近くの町での賃労働で、主婦は、村内の納屋で、または小工場で、大電気メーカーの下請のパートタイマーとして、賃労働者化している。

村の産業は、共有林の切り売りで観光が主なるものである。しかも農業生産を盛んにする政策は何ひとつとしてとっていない。優秀な若い労働力の村外流出で、とれないのである。

当然のことかも知れないが、この過疎山間農村の若者には嫁のきてがないのである。次代の農村を担うこれら若者は、無気力になり、シラケ切っている。

青年団、婦人会は、数年前に解散しており、文化の面でも活気がない。老人人口は19%~20%となっており、急速に高齢化して、長野県の水準をはるかに越えている。

共同体あるいは、コミュニティとしての性格は、消滅寸前となり、連帯感も稀薄となって来て

いる。

当地域には、開業医はおらず、歯科開業医が一軒あるだけである。

実のある福祉施設とて何ひとつなく、従って老人問題解決の施策も今後の課題となっている。

病院は、役場、国鉄、農協、若干の小工場と並んで、当地域の大きい職場となっている。しかし、この数年、行政当局は、医療、福祉に関する施策は、病院に任せ放しで、勢い、医師主導型の医療、老人対策になり易い傾向である。

歴史的にみても、当地域は、長野県下でも指おりの保守の地盤である。住民運動の歴史ももっていない。医療への住民のかかわり方も、消極的で、医師、病院へ任せ切りである。

以上のような歴史、社会環境での医療状況を述べてみたい。

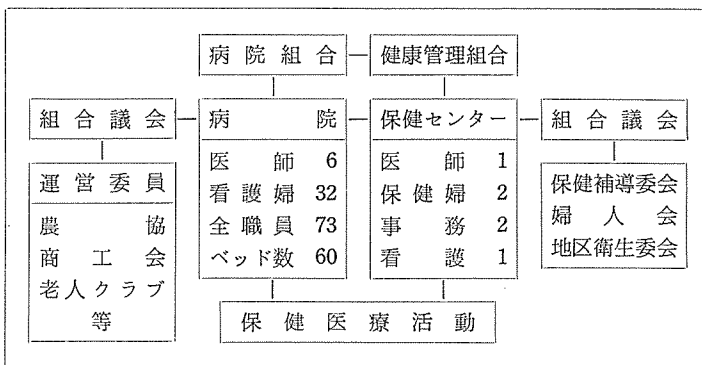
当町には、1956年に村立の国保診療所があり、現在の依田窪病院に、発展してきた。

隣村と組んで、保健センターを自治体立の組合組織として建設して業務を開始したのは、1972年であった（両者は隣接している）。

当時としては、保健センターに、医師の所長が専任としており、保健婦2人をかかえた。保健、予防、医療を専門とする施設としては、珍らしく、県下及び全国からの視察が絶えなかった。内容も、医師主導的であったといえ、合理的で、医師、行政が一体となり、住民を引ばっていくスタイルは気になる点であったが、それなりに、実績を上げてきた。

その基礎になったものが、各部落での出張検診や、健康教育であった。

表 1 病院，保健センターの組織



このように、曲りなりにも、包括的医療体制が、この山間町村に置かれたのは、ここ、10年前のことであった。以後県下各地に、即ち佐久市、軽井沢町などにも、自治体立の保健センターが出現してきたのである。

しかし、ここへ来て私たちの保健予防活動は、かなりの成果を上げながらも、方針や、医療そのものに対する考え方や、住民との協同作業の方法にも、ひとつの転機が来ていると思われる。

これら反省点も踏まえて、以下長門町の保健の実状と医療を報告する。表1は、当病院，保健センターの運営組織を示したものである。

この両組織ともに、前述した如く、自治体立で、最高決定機関は、組合議会である。

しかし、町村議会議員は、医療に、必しも明るくなく、適切な方針を担当者に示すことは、稀であり、いきおい、医療担当者に、まかせられる型となり、住民の意向を十分反映して、施策化するまでに至っていない。医師主導型になる所以である。担当者の思想が色濃く出る所で、ほぼ保健医療活動の内容も決定される。

表 2 健康管理委員会の活動

- (1) 研修会，保健大学—公衆衛生知識の高揚
- (2) 健診準備—希望者のまとめ，受診勧奨準備手帳交付
- (3) 簡易電子血圧計の一住民に使用法を教え測り合管理
- (4) フィードバックと一住民の意見，要望を反映パイプ役
- (5) 成人病教室の計画—教室の立案，実施

又保健補導委員（各部落より選ばれ、町村長より委嘱される）、婦人会（未だ組織の残っている部落もある）。地区衛生委員（衛生自治会）の各委員で、健康管理委員会を組織している。

表2はこの活動内容を示した。

研修会，保健大学は、住民代表の健康教育である。年1回行い、町長より卒業証が、渡される。電子血圧計を40軒に1台位の割合で貸与して住民相互に測定し合う。血圧管理上、大いに役立っている。

住民の健康管理活動への注文，自発性の発揮を期待している訳であるが、仲々、思うにまかせないのが、実状である。

当町の保健医療活動は、①検診活動，②院外一次医療，③院内医療，④健康教育，⑤地域リハビリテーション，訪問又は継続看護，⑥患者会活動，等々である。

この事業の遂行は、病院と保健センター，行政，保健婦，検査マンなどが、平等対等に、自主性を保ちながら行われなければならない。どれかが、従属的關係になると、もはや、自発性は失われ、生き生きした住民主導型でなくなりかつ、楽しい活動でなくなる。

2. 保健医療活動の現状と成果

(1) 検診活動

表3は、検診内容であるが、①一般検診は、兼業農家の壮年層を目的にして、日曜日にも行うこととして、季節的に秋から冬にかけて行い、受診

表 3 検 診 活 動

(1) 一般検診, 日曜一身体計測, 検尿, 貧血, 血液 検診(公民館出張) 生化学, 心電図, 内科診察, 健康相談
(2) 総合成人病検診一身体計測, 視力, 血圧, 検尿, 心電図, 肺活量, 血液一般, 生化学, 胃・胸部の X線間接 撮影, 読影診断, 健康教育, 内科診察
(3) 二 次 検 診一精密検査 (病院)
(4) 事業所検診一村内企業
(5) 振 動 病 検 診一心電図, 脈波, ピンチ力, タ ッピング, 握力, 皮フ温, 痛 覚, 振動覚, 低圧迫, 診察, 健康相談
(6) 胃 集 団 検 診一総合検診地区外を対象
(7) ねたきり老人健康一医師, O T, 保健婦, 看護 婦診断
(8) えのき茸栽培者検診

率の向上を狙って行う。そのために毎年65%~70%位の受診率は確保している。

②総合検診は, 施設内検診で, X線診断, 眼底カメラ, 血液生化学などを加えて, 充実をはかっている。特に, 午前中に, 胃間接X線写真の読影と診断が出来るので, 好評である。胃集団検診は, このために, 概略35~40%の受診率と思われる。

③事業所検診は町内の中小下請企業を対象として行われるものである。概して, おざりな企業検診が多いので, パートで働いている主婦の健康に重大な関心をもつものにとっては, ここに力を集中しなければならない。

労働者の自発性と, 企業家の自覚が, 望まれるところである。

④振動病対策のための検診活動。

当地域には, 林業労働者が100人前後はいるが, 代々の山林労働者で, 生活と直結しており, 途中で, 職業を変えることは, 高齢者であることもあって, 非常に困難である。労災により, 休業することも, 当人にとっては, 重大な結果となる。労災認定も, これ又非常にむずかしい行政上の問題となる。受診者自身の権利意識と経済保障が; 何より重要である。

表 4 振動病判定結果

末梢神経障害	68
末梢血管障害	62
筋力障害	57
運動神経障害	18

(1981年実施)

表 5 症状の変化 (1976年比)

改 善	不 変	悪 化	計
2	20	28	50

(1981年実施)

表4は, 振動病判定結果である。又表5は症状の予後を示したものである。

75人を検診した結果は, 正常者はいない, すべて, 異常所見を有していることが, 注目される。表中にはないが, 10例(13.2%)は, 要治療であった。障害は, 神経, 血管, 筋組織に及んでいる。いずれも回復は, むずかしいもので, 相当の治療期間と, リハビリが必要となる。表5は, これら受診者が1976年に比して予後がどうなったかを示しているが, 改善例は50例中わずかに2例であった。

⑤えのき茸栽培者検診

兼業所得に大きい比重を占めているえのき茸栽培で問題となるのは, 室温調節による冷房症状と, CO中毒である。表6はえのき茸栽培検診結果である。

要治療者は23人(18%)もあり, かなり, 問題を持っている職種であることがわかる。

⑥早期胃がんの診断と予後

保健センターに間接胃検診用X線装置が常設されてから, 4年になる。

一方, この間当院での胃がん手術症例は53例であった。これらの症例は, 外来での発見者, 他医

表 6 えのき茸栽培者検診結果

受診者	126
正常者	81 (64%)
要注意	8 (7%)
治療	23 (18%)
未精検	14 (11%)

(1981年実施)

表 7 胃がん手術症例中集検群と外来群との比較

	早期胃がん	進行胃がん	術後死亡
集検群 10	8 (80%)	2 (20%)	0
外来群 43	8(18.6%)	35(81.4%)	16 (37%)

表 8 脳卒中死亡の減少

	1967~1971	1977~1981
脳 卒 中 死 亡	54	33
訂 正 死 亡 率	221	192
脳卒中以外の脳血管疾患	101	82

から紹介者も含まれるが、集団検診での発見者と比較検討してみた。

表7によれば、集検群で発見した胃がん症例は10例で、うち早期胃がんは8(80%)であった。これに比して外来群43例中早期胃がんは8(18.6%)例であった。術後死亡は集検群では0であるのに反して、外来群は16(37%)例であった。当保健センターの業務のうち、この胃がん早期発見に及ぼす、胃集検の効果は、絶大なものである。しかし、外来での胃がんで、進行胃がんが未だ発見される以上、施設検診である胃がん検診の受診率を更に上げることが大きな課題になっている。

(2) 脳卒中死亡の減少

この10年間の高血圧管理、減塩教育をはじめとする健康教育で、大幅に脳卒中死亡を減らすことが出来た。表8によれば、10年前の4年間(1967~1971年)と最近の4年間(1977~1981年)の比較では、実数で54から33に、訂正死亡率では221から192に減少した。

この成績を上げた背景に、未受診者、治療中断者対策を、訪問指導を通じて、積極的に行ったことがあげられる。各部落に配置されている簡易電子血圧計、保健婦による食塩濃度測定の普及などが、更に徹底的に実践されるならば、もっとよい成績が得られるであろう。心疾患管理に比較して、効果の出易い高血圧管理は、やり甲斐のある予防活動である。

表 9 健 康 教 育

- (1) 家 庭 訪 問—未受診者、治療中断者、要治療者、個別訪問必要者
- (2) 疾患別健康教室—糖尿病教室、高血圧友の会、貧血教室、振動病教室、リウマチ友の会
- (3) 成 人 病 教 室—健診終了地区に於いて成績の報告、成人病知識の普及
- (4) 健 康 懇 談 会—冬期間、病院長、センター所長、職員、婦長出席
- (5) 広 報 活 動—保健センター広報誌「けんこう」、有線放送

(3) 健康教育

表9は、各種健康教育の内容を示したものである。保健婦による家庭訪問活動は、保健予防活動全般のアクティビティのバロメーターである。

保健婦の看護婦化(老人保健法での訪問看護)と机上の事務専門家化に、昨今の保健婦が向けられようとしている。それ故、訪問指導は、もっと重要視されてよいと考える。

疾患別健康教室は、始めた当初は、出足もよかったが、最近、やや鈍って来ている。マンネリがあるようだ。成人病教室、健康懇談会なども、より住民の自発性を期待したいし、自発性を促す専門家としての道を、私たち自身も、研究し、探さねばならない時のようである。

(4) 地域リハビリ、訪問看護

人口4,800人の当町には、30数人のねたきり老人が、同居又は、独居している。独居老人には、社会福祉協議会所属のヘルパーを主体として、日常生活動作の介助を行っている。医療面では、病院とセンターの看護婦、PT、時に医師も、チームを組んで訪問している。週に2回を目標としている。

家庭看護に当たっている主婦の悩みは、外出できぬこと、一人で老人を風呂に入れられないこと、不和など、どうにもならぬところまで来ている。

表10は要介護老人の食事が、同居家族にあって、食事は、殆んどが、一人で食べていることを示したもので、老後、病身で一人身の寂しさをよく表わしている。老人問題が、家族間で解決つか

表10 要介護老人の食事

	家族と一緒に	家族と別
歩行不能	0	16
介助歩行	1	14
自立歩行	2	3
計	3	23

表11 国保総医療費の推移

	医療費 (千円)	伸び率 (%)
1975年	109,754	
1976年	116,175	105
1977年	127,337	109
1978年	173,936	136
1979年	168,270	97
1980年	174,487	103

ず、社会問題化して来ているのである。いずれ将来は、病院の一室を開放して、ディケアーをしたり、付添看護人問題を、住民自らの力で解決せねばならないであろう。

(5) 小茂谷部落の「医療を考える会」の誕生

当町のひとつの地区である小茂谷部落において診療所廃止問題、減塩教育、がん対策などをどうするかが、主婦の間からおきて来た機会に、「医療を考える会」を作る機運が出て来た。そして、何とか誕生した。

長い間、私たちは、住民が企画して、運営をすることにより、自からの健康を、自からが守っていくという運動を育て得なかった。住民は専門家としての私たちを協力者として、利用しなかった。この会が、どう育って行くかは、今後の地域の老人問題、医療問題、福祉問題、政治問題の解決の仕方の試金石となるのではないかと考えている。

(6) 医療費の動向

医療費は、基本的に、医療技術水準に左右される。治療技術、診断技術更には、薬品メーカー、ME産業などが、複雑に絡んでくるのである。当地域の如く、二次医療まで十分にこなせる施設を有し、予防活動も活発に行って来た所では、当初

の医療費は、増大するのが、当然である。表11は1975年から1980年までの国保総医療費の推移を示したものである。

これによると1979年度は、遂に絶対額で減少(97%)した。また1980年度には、相対的に減少(103%)した。事務局の話では、高額医療費の減少が、大きく影響しているとのことである。

総医療費の減少が政治的スローガンとして、有効であっても、私たちとしては、住民の健康度をもって、指標としたいわけであった。

沢内村、八千穂村などで総医療費が減少するという報道が、マスコミをにぎわす今日、私たちも調査したわけであったが、医療費の減少が、真に住民の健康度を表わす指標になるとの考えには、疑問を感じる。

3. ま と め

(1) 兼業化のもたらした影響

兼業化に伴う農村の労働力の諸変化、即ち高齢化、主婦労働の賃労働化、青壮年男子の近郊都市への出稼ぎ化などは、農村での連帯感、共同社会を破壊してしまった。

同時に、各種の健康障害が目立って来た。主婦の疲労、貧血、精神障害が、特徴的なものである。町から主婦が蒸発することも現われるようになった。

集団検診には、老人はかなり参加するが、主婦層は、忙しさに負けて、受診数が少い。大半が、パートタイマーであるが、労働条件が非常に悪劣である。集団検診で出掛けるのも、職制の目が光っており、ままならないという。

林業労働者の振動病も、根本的な対策は立てにくい。林業組合の経営が極度に悪化しているからである。労災認定は、先ず本人が拒絶反応をおこし、組合の方は、数人の要治療者が出れば、医療費と共に、休業補償費で、行きづまることは、目にみえている。

診断は可能であるが、治療は不可能である。医学的なものでなく、社会的な要因で不可能なのである。

農家の兼業の中で、収支の多いものに、えのき茸栽培があるが、室内での温度調節に関係した障害が目立つ。昔は、炭で室温調節を行ったため、一酸化炭素中毒が、問題となった。現在は、エアコンが普及しているので、身体に与える影響は、目立つものは少なくなった。しかし、日常生活ではどこも特定出来ない不調を訴えている従事者が多い。

子供の肥満、中学生の非行なども、目立つ問題となっている。運動不足、甘いものとりすぎ、家庭生活の変化のためと考える。一方で、形式的な、物質的豊かさがあり、他方で、子供や老人へのしわ寄せが、同時進行している。

(2) 医療従事者の問題

もとより私たちは、住民主導型の健康管理を目指してきた。10年経ってどうなったか。

行政、医療従事者が発案企画して実行した各種の成人病対策は、一定の成果を上げた。

特に、脳卒中対策、早期胃がん対策は、効果が上がった。おそらく、金銭に換算すれば、投資された額位のもの、取り返しているかも知れない。

しかし、何かひとつ物足りないのである。胸にずしっとくるものがない。管理社会の小農村版でもいえるか。

農村における住民の健康権利意識は、健康教育、集団検診、治療、リハビリなどの一連の実践活動を通じて養われるものと思われる。この点、都会におけるそれより、より容易だと思われる。人口の流動性が少ないし、まだ共同体の意識が残っているからである。

にも拘らず、住民の自発性、主体性が発揮されていない。住民主導型でないのである。

行政、医師などの医療担当者が、立案、企画、実践などをすべてやってしまうからだと思わざるを得ない。

又中核になる保健婦と医師とは、完全に平等、自由であることが望ましい。

医師が企画して、従属的に保健が動くというスタイルは、かなりあちこちで見かけるが、そのよ

うなやり方で、住民主体の健康を守る実践活動が、うまくいっている例は、ないのではないか。

健康という概念がかなり広い社会的な基礎の上に成り立っている以上、健康を守るということは、社会的、経済的、文化的、政治的なあらゆる方法で、せまってしまう以外にないのである。

私たち、医師や、保健婦も、この健康概念をもう一度考え直すべきところに来ているのかも知れない。

他の職種との関係も、対等でなければならず、医師のひとりよがり、つつしむべきである。自ら反省すべき点も多い。

(3) 今後の方向

本来、当地域は、農業と林業が主産業で何とかやって来た。しかし、入会林を売り、別荘地化することにより、生き延びる方向で行政が動いて来た。結果として、農業と林業は、国の施策と相まって、当地域では、予想外のスピードで、崩壊してしまった。

若者は、近郊の町へ出稼ぎに行き、老人が残った。青年には、独身者が多く、嫁の来てがないのである。町全体に活気がなくなった。

高度成長経済は、農村にも、連帯感や、共同体の意識の崩壊を招くこととなった。文化の問題も同じである。広い意味で、健康を守ることは、これらの諸領域に、足を踏み入れ、壊れたコミュニティーを再建することにかかっているように思われる。

京都府下和知町における

保健医療のとりくみ

岡田 寛 堀 春枝

(京都府和知町保健センター)

1. はじめに

1938年4月に国民健康保険法が公布されたが、その法案提出の理由として、“農山漁村の住民をはじめ、一般国民のため傷病の危険を保険し、療養の機会を与えて経済的負担を軽減することにより、生活の安定をはかるとともに、国民の健康保持、増進をはかるため国保制度を創設する”と述べられており、このことは当時の他の社会保険が医療の給付のみを事業としたことに対して、傷病の発生を予防するため、公衆衛生、診断、治療及び保健の向上をはかること、即ち包括医療の実施を基本精神としていたといえるだろう。

そして、その施設として、全国の市町村では、国保直営診療所並びに国保病院及び国保保健婦を、国の補助金政策に刺激されて、競って開設し、1955年の最盛期には全国3,500ヶ所をかぞえた。

その中で、国保関係者は、「医療の社会化を理想とし、住民の住民による住民のための医療」をモットーとして、地域医療の実践につとめてきたといえるだろう。

ところで、わが町、京都府船井郡和知町では、当時の上和知村及び下和知村国民健康保険事務組合立として、1951年9月に、厚生省のいう丙型有床診療所としての国保診療所が開設されたことが、国保事業としての保健医療のはじまりである。

以来30有余年の間、町内唯一の医療機関とし

て、時代の変革に対応して、一貫した保健、予防、治療のサービスを行なってきたが、その経過なり、現状なり、将来展望なりについて述べて、社会医学研究会の会員の皆さんに参考に供したいと考える。

2. 和知町の現勢

和知町は、京都府下・丹波山系の中央部に位置し、東西15km、南北27km、面積120km²である。約90%が山林であるので、かつての主要産業は山林業であったが、現代は他の地域と同じく、農業、山林業関係は数%にすぎず、多くは町内の下請零細事業所に就業する兼業農家が過半数をしめている。

現戸数は1,519戸で、人口は5,282人である。65歳以上の老人人口は1,011人で、全人の約19%になっており、漸増傾向にある。

全国及び京都府における65歳以上の老人人口比は、9%強であるので、それを大きく上まわっている。京都府下の他の市町村と比較すると、第二位になる。

高度経済成長が進む中で、有力な産業をもたない農山村では、若年者が流出し、出生が減少し、反対に、在村者の平均寿命が延びてきたために、急速に過疎化、高齢者化が進行したが、和知町も例外ではなかった。

最近では、町内全域にわたって、耕地は場整備事業が進められており、農作業の協同化、大型農

業機械の導入も進められてきている。農業従事者の高齢化に関連して、こうした農業構造改善による健康への影響、大型機械による労働災害もあわせて憂慮しなければならない現状にもある。

3. 地域医療の歴史的推移

1) 創設期 (1951~1960年)

1951年に、国保直営の有床診療所として、医療サービスを始めたが、医療＝治療に追われた時期であり、医療を整備して、住民に浸透していった時期でもある。

同時に住民との信頼、連帯が育まれた時期でもある。即ち、当時は、どこの農山村でもみられたように、住民の保健衛生意識はまだ低く、情報も少ないうえに、国民病としての結核、寄生虫が蔓延し、外科的対象であるヘルニア、痔病、虫すい炎、胆石、胃潰瘍等が放置されていたので、往診に追われ、手術が深夜に及ぶことが日常茶飯事であった。真に徹夜の医療、つきっきりの治療を行なう中で、治療効果とともに住民との信頼、連帯は着実に深められていった。

こうした医療を進めていく中で、住民とともに苦しみ、悩み、喜ぶことが、自然発生時に、住民の、疾病予防への意識を呼びさます手助けになり、住民の保健衛生への関心はたかまっていた。

結果として、衛生教育の依頼が出てきたので、結核、寄生虫、脳卒中等の予防に関する衛生講話を始めることになり、会場での血圧測定も開始された。全部落巡回の衛生講話＝健康教育のはしりといえる。

また、この時期の国保診療所は黒字会計になっていて、国保組合の会計の方が赤字という時代であった。今では想像もできないような、診療所から国保会計への赤字補填を行なうといったカラクリをしていた逸話さえ残っている。

2) 地域医療へのアプローチ期 (1961~1970年)

地域の中での唯一の医療機関としての医療サー

ビス活動の中から、自然に包括医療への発想は育まれていたが、それを組織的な形で体系づけたのは1963年に発足した(和知町)保健センターである。即ち、役場内にあって、保健衛生行政の中核になっていた保健衛生課と国保診療所が統合して、保健センターとなり、同じ建物の中で、共同事業を始めることになった。地域における保健、予防、治療の有機的連携を明確に指向することになった。

なお、1977年から、国が積極的に進めている国民の健康づくりの拠点としての市町村保健センター構想や国保保健婦の市町村保健婦への身分移管とは、基本的に異なるものである。

(和知町)保健センターは、予防から治療を一貫させるために、町の保健衛生課と国保診療所を合体したのになっており、当然保健婦は常駐しているので、その開設目的、機構、事業内容は必然的に異ったものである。

さて、その事業内容であるが、寄生虫検便、婦人健康(貧血)調査、老人検診、胃検診、乳児検診(一般診査及び4か月児の股関節検診)、麻疹予防接種の実施が主なものである。すべて集団検診の方式をとり、無料で実施した。少し変わった事業としては、休廃止鉱山によるカドミウム汚染があったので、公害病(イタイイタイ病)検診があげられる。

こうした多岐にわたる事業を進める中で、住民との対話を一層感じたので、1970年からは、全部落での巡回方式による衛生講話を組織的にとりくむことになった。

この結果、町の行政として、水道の普及に努め普及率100%になったり、食生活の改善も進んだこともあって、寄生虫予防は、大きく前進した。

婦人健康調査は、農夫症、貧血対策として実施してきたが、単なる検診に終らせないために、食生活への改善指導、労働条件の指導を重視して、今も続けている。

乳児検診の浸透につれて、オムツの改良指導をしたこともあって、先股脱の発生は、この10数年来、ゼロになっている。

麻疹の予防接種は、国に先がけること10年の

1963年から、独自に集団接種を実施していて、麻疹発症の無風圏をつくっている。

なお、この時期には、林業労働の機械化が進み、自動鋸等に基因する白ろう病が発生しはじめ、予防、治療への対応に迫られた時でもあった。

3) 地域医療の実践期 (1971~)

この期の主体となったのは、全住民の健康管理システムである。即ち第1年度は健康教育、第2年度は成人病検診、第3年度は事後指導、フォローアップとする3年サイクルシステムによる健康管理である。

まず、第1年度の健康教育では、保健予防情報や疾病についての最新の知識を伝達して、住民の健康意識の高揚、変革をはかることを目的としている。講師は、町の保健衛生課職員及び保健婦、診療所医師である。時間としては、夕方の約3時間を取り、27部落への巡回方式をとっている。テーマ、話題としては、疾病構造の変化、伝染病情報、成人病の予防、高齢化問題等多岐にわたり、時代の流れに対応するように努めている。受講率は大変良く、対象の壮年層ばかりでなく、青年層、老人層も集まるので、100%をこえることになる。

今日、「自分の健康は自分で守ろう」とよくいわれ、国民の健康づくりの標語にもなっているが、余りにも多くの情報、知識が未整理のまま流されていて、情報過多の弊害が出ており、その割には、実践が放棄される傾向がある。

そこで、系統的に、正しく学び、共に実践する場として、健康教育の機会は一層必要であろうと考えている。疾病別のテーマでは、以前では結核、寄生虫であり、最近ではがんであるが、いずれの場合にも、治療方法ではなく、皆で実行できる身近な予防法の学習であり、予防学の勉強にこころがけている。今後の問題としては、増えている心臓病や高齢者の健康問題も付加して、住民の学習の手助けをしたいと考えている。

第2年度の成人病検診では、35~64歳の住民を対象として、一次検診を行なっている。その内容

としては、問診、計測、尿及び便の検査、一般的血液検査、診察である。次いで、一次検診の異常者には、各種の生化学的機能検査、心電図検査、胸部、腹部(消化器)、骨・関節等のX線検査等による二次検診が実施される。

それらの診断結果、検査成績はすべて健康手帳に記入されて、受診の住民すべてに還元される。

もっとも、保健センターにも個人台帳があり、それらは確実に記載されて、保管され、この健康管理のみではなく、診療所の診療活動にも利用されるし、各種の加齢疫学の資料ともされる。

検診の受診率は、若干のデコボコがあるが35~64歳の全住民に対して、約65%である。

残りの住民には、職域、事業所検診をうけている人が多いので、純然たる対象者から、積算すれば、90%をこえるカバー率と考えている。

第3年度の事後指導、フォローアップでは高血圧、高脂血、糖尿、心異常、肥満、貧血等のハイリスクファクターについて、経過観察、追跡検査を行ない、保健婦等による保健指導(訪問指導)を推進している。また治療中断者への再受診勧奨、再検査指導も行ない、成人病による犠牲者を出さないよう、早期発見、早期指導に努めている。

以上が、住民健康管理システムの大要であるが、この事業から派生したのものとして、次の5事業があげられる。

ア) リハビリセンターの開設

脳卒中等により、寝たきりになっていく状況をつぶさにみていると、単に在宅リハビリ、訪問リハビリでは見通しが暗いので、外来リハビリ、デイケアの必要性を痛感して、1977年には保健センターの附属施設としてリハビリセンターを開設した。

京都府下では初めての、外来リハビリ施設である。

対象者は、脳卒中、外傷等による肢体不自由者で、約30名であり、リフトマイクロバスによる送迎を行なう等の特別の配慮もしている。

これによって、専門家による早期リハビリが可

能となったので、寝たきり予防に大きく役立っていて、わが町、和知町では、寝たきり者は極端に少ない。

従来在宅で、患者自身又は家族によるリハビリ訓練では、自閉的になったり、精神的苦痛も多かったのであるが、集団リハビリになったので、相互の連帯や共同意識が生まれ精神的なやすらぎの効果が目ざましく認められるようになった。

私共は、こうした小規模の、外来リハビリ施設こそ重要と考えている。

イ) 年代別集中胃がん検診の実施

胃がん検診は、従来、35歳以上の住民で、希望者に対して、検診車方式で行なわれてきた。その受診率は10～13%であるが、毎年同一人物が受診していた傾向が強かった。そのためであろうか、1973～1979年の7年間における胃検診による胃がん患者の発見は3例にすぎなかった。しかし、その間の胃がんによる死亡者は32例をかぞえた。しかもその死亡者の平均年齢は68.5歳と、60～70歳に集中していることが認められた。真に、漏斗の水もれである。

いわば、胃がんのハイリスクグループになる高齢層への集中的検診の必要性を認めて、1980年より3か年計画で、強力な胃がん検診計画をつくった。即ち1980年度は60歳代、1981年度は50歳代、1982年度は40歳代と年代別の、集中検診を実施した。

検診方式は、胃検診車方式に胃カメラを追加した形をとり入れ、無料検診とした。

第1年度は、60歳代536人(受診率72.5%)を含めて803人が受診し、胃がん患者5人を発見した。

第2年度は50歳代488人(受診率52.0%)を含めて、525人が受診し、胃がん患者3人を発見した。

発見率は、それぞれ、0.6%、0.3%と非常に高率で、ハイリスクグループにしぼった検診の効果と考える。

この実績から、未受診者への強力な対策の必要性を痛感している。

最近では、胃がんの発育史も解明され、スキルスを除いた早期胃がんの発見には、一部の特定の人が頻繁に胃検診を受診するよりは、1人でも多くの人が受診できるように、2～3年に1回受診するようにする方がベターといわれているので、この年代別集中検診は合理的、効果的と考え、引き続き強力に推進していきたいと考えている。

ウ) 全がん検診の試み

胃、子宮、乳がんの検診は、前述の住民健康管理システムの中で実施しているが、最近の肺、腸がん死亡の増加にかんがみ、全がん検診の必要性を感じて、試験的に肺がんについては1981年より、腸がんについては、1982年より検診を実施している。もちろん、住民の負担はなく、無料検診である。

前者については、40歳以上で、タバコ1日あたり20本以上20年間以上喫煙者に対して、問診、喀痰細胞診を実施したが肺がんの発見はゼロであった。

後者については、35歳以上の住民3,048人を対象にして、3日間の連続便潜血反応検査、問診によるハイリスクグループの選出、選出者への腸ファイバースコープによる検診を実施したところ、一次受診者2,349人であった。この中から二次受診対象者が選出され、862人になり、その中で791人が受診した。結果としては、大腸がん(進行性)患者2人を発見し、ポリープをもつ者63人も発見し、全員ポリペクトミーを実施した。

わが町、和知町でも、全国的傾向と同じく死因別統計では1981年より、脳卒中が漸減して、がんがトップになってきている。死亡のうえでも構造変化が起こっているし、がんの中でも、胃がんの漸減、肺・腸、乳がん漸増のきざしも認められるので、この試みを進めて、全がん検診として集大成させたいと考えている。

エ) 老人専門ベット

高齢化社会になるにつれて、ひとり暮らし老人、老人のみ世帯等が増えてきているために、老人の入院治療が必要になった時、その付添看護の

問題が出てきて、早期入院の機を逸することがある。

有床国保診療所では完全看護、完全給食の道にはいく多の障害がある。

そこで、老人の入院治療を推進し、寝たきり老人をつくらないためには、1981年4月から、診療所の総ベット19床のうち10床を老人専用を用意し、専任介護者として、町のホームヘルパー3人をあてることにした。

このことにより、老人の早期入院治療が容易になり、結果として家庭、社会への復帰が促進されることになっている。

そのうえ、このベットは病弱老人等のショートスティに利用できるように配慮している。

こうした形で、国保診療所が福祉と連携するのも高齢化社会では必要と考える。将来的には、特養ホームの併設も考えているが、

オ) 歯科保健の導入

和知町には長い間歯科医療機関がなかったために、歯科の保健医療については郡内最低といった状態であり、住民の健康管理上からも由々しき問題であったので、1970年には、保健センター内に歯科部門を設けた。

その最重点目標としては、乳幼児及び学童のう歯予防と早期治療に向け、歯科保健医療の水準を向上させることにした。その結果、郡内でも最高のレベルまで達したし、全住民の健康水準のレベルアップに役立つものになっている。

カ) 地域がん登録事業の開始

京都においては、全般的にみても、がん登録はまだ機が熟さず、実施されていないし、市町村レベルでも行なわれていない。

私共は、がん征圧が叫ばれている今日ほどその基礎的なとりくみとしてのがん登録は重要と考えている。従って1981年からがん登録を開始して、その第一歩を踏み出したところである。

また、10年前までさかのぼって、資料を整備すべく、単に診療所の記録だけでなく、各戸へのききとりを行ない、ほぼ全貌を整備するところまで

に到っている。

4. 地域医療30年の成果

1) 寝たきり老人の減少

和知町では、65歳以上の老人人口比が19%と、京都府下第2位の超高齢化町であるが、この数年来、寝たきり者は1人をかぞえるのみである。1982年8月現在では3人になっている。

その内訳は、凍傷による四肢強直者(78歳)、リュウマチ患者(88歳)、脳血栓後遺症者(92歳)である。

寝たきりになる可能性をもつ老人が、約10人存在するが、前述の外来リハビリ等をもって援助し、寝たきりにならず日常生活を送ってもらっている。

2) ボケ老人ゼロの進行

各地の調査から推測して、老人の3~4%に、ボケ老人が現われるといわれているが、和知町では皆無といって良い。ボケ老人ゼロの町である。全老人への健康管理及び早期の集中的治療方式とあわせて、老人会活動や福祉行政のサイドからの生きがい環境づくりがうまくかみあわさった結果と考える。

今後は、一層、高齢と脳動脈硬化の両因による老人ボケが発現する可能性が大きくなっていくので、この「ボケ老人ゼロ」の町を続けるためにも、保健医療のサイドと福祉並びに社会教育サイドとの連携を密にしていきたいと考えている。

3) 医療費の低下

国保中央会発行の昭和56年度国保の実態によれば、全国の中での、和知町の状況がわかる。

即ち、被保険者の中の65歳以上老人の占める割合は、30.35%で、全国のトップになっている。しかし、老人1人あたりの診療費は、100,654円で、全国では下位14位に、京都府下44市町村の中では、下位1位になっている(なお、受診率も429.2%で京都府下最下位にある)。また被保険者1人あたりの療養諸費は90,562円で、京都府下

下位6位を記録している。

この数字には、医療機関の偏在、交通の利便等の背景をぬきにして、単純に論ずることはできないが、少なくとも、高齢化地域では、医療費は高くなるという、一般的な社会常識とは逆の実態が見られる和知町の存在を知っていただきたいと考えている。

私共は、保健予防事業と国保診療所が連携して、費用と労力を有効に活用すれば、医療費を軽減できるという確信に到っているし、長年にわたって、住民の健康と幸せを守る活動を推進してきたことが、この見返りを届けてくれたと喜んで

5. 今後の展望

1) 高齢化社会への対応

まず、老人の保健医療を独立したものとせず、少なくとも成人から老人への連続した計画的な保健医療システムをつくるために、住民の健康管理、医療の中心となっている保健センターを一層充実していくことにしている。

その際に、「ふるさと生きがい環境」づくりの一環としての、高齢者コミュニティセンターを、目下、保健センターに隣接して、建設中であるが、単に保健医療のみに終始するのではなく、福祉との連携を強めたいと考えている。また、老人の学習を助け、社会参加をすすめるために、社会教育や公民館活動、老人会活動との提携も必要となってきている。

2) 疾病構造の変化への対応

すでにがん死亡がトップになってきたので、高血圧、脳卒中対策から、国民病としてのがん対策を考えている。

がん征圧をスローガンにかかげている。そのためには、食生活等の生活内容及び習慣の改善、禁煙運動等から、広範囲な全がん検診までを効率的に進めていくことにしている。とくに、全がんを対象にした年代別検診を集中的に行なって、早期がんの発見に努めれば、理論的には、がん征圧も

夢ではないと考えている。要は教育と検診の実践につきるだろう。

近い将来には、心臓病も増えてくると予想されるので、がん検診のシステム化とともに心臓病検診システムも確立していかなければならないだろう。

6. おわりに

以上、和知町における地域医療の流れと今後の問題等について述べてきたが、一口で言えば、和知町という地域において、包括医療を実践し、医療の社会化をすすめてきた歴史と到達点といえるだろう。

しかも、その場合、町行政における責任・認識、保健医療関係者のチームワーク、住民の積極的参加と主体・責任の確立がそれをすすめてきた最大の要因であることも明らかである。真に天の時、地の利、人の和によるものであろう。診療部門の赤字、医療スタッフの確保、医療内容の高度化・専門化等の諸種の課題、障害はあるが、有利な側面を活用して、一層、地域における保健医療の展開をはかっていきたいと考えている。

最後になったが、各種の検診等で、常に指導、バックアップをしていただいている京都府立医科大学公衆衛生学教室、京都府医師会、京都対がん協会、京都府園部保健所に感謝の意を表明して、この報告を終わりたい。

<参考文献>

- 1) 地域医療の実践と展望、国民健康保険診療施設医学会、1980.
- 2) 国民健康保険の実態、国保中央会1982.

〈編集後記〉

本号は、第23回総会（1982年7月31～8月1日、於大津）で報告されたものを主体にして、それに第24回総会（1983年7月30～31日、於三田）での神戸大早川教授の招待講演の記録を加えて編集した。

23回の主題は「きびしい情勢の中での社会医学のあり方」であり、24回「高齢化・過都市化・低成長下の国民の保健医療」ということで、「第二臨調」や「マイナス・シーリング」の重圧の下における国民の生活や労働と健康のかかわりに関する課題が、社医研にも重くのしかかってきている事を思わせる。会員各位の日頃の研究成果、論文の投稿を強く期待する。

1984年7月25日 第1刷

社会医学研究 ⑤1984

定価 1500円

編集者 社会医学研究会
編集委員会

発行者 安 藤 萌 生

印刷所 大 田 印 刷

東京都中野区江原町1-22-20
発行所 〒165 ☎03-952-0611
振替東京8-43300
株式会社 医療図書出版社
