

BULLETIN OF SOCIAL MEDICINE

社会医学研究

I “超高齢化時代” にむけて，
現代健康問題を考える

II 健康問題の社会医学的把握

社会医学研究会

JAPANESE SOCIETY FOR SOCIAL MEDICINE



1989

目 次

「社会医学研究」第8号の発刊にあたって	山下 節義…………… 1
1. <総決算路線>との対決—人権思想を軸に—	真田 是…………… 3
2. 人口高齢化研究方法と高齢化社会問題	坂寄 俊雄…………… 17
3. 健康問題をいかに把握するか—社会医学的方法論の視点から—	吉田 克巳…………… 23
4. 健康問題の社会医学的把握—労働衛生学的調査の経験から—	渡部 真也…………… 25
5. 最近の産業疲労研究の課題と方法論上の問題点	斎藤 良夫…………… 31
6. 過労死の労働衛生学的研究	上畑鉄乃丞…………… 35
7. 社会医学と労働衛生学	竹内 康浩…………… 51
8. 労働衛生における社会医学的研究方法について	
—国有林業での振動障害予防の経験から—	山田 信也…………… 57
9. 労働者の健康をめぐる今日的課題—事例研究を通して—	田尻俊一郎…………… 65
10. 県外水俣病被害者掘り起こし検診の現代的意義	尾籾 広喜…………… 71
11. 「生命」から「暮らし」をみ、「暮らし」から「生命」をみる	
—大阪府の地域保健行政10年の経験から—	逢坂 隆子…………… 79
12. 労働者の生活実態をとらえる視点と枠組み	
—くらしと健康・いのちを一体のものとしてとらえる視点から	
生活問題として構造的に把握する—	三塚 武男…………… 91
13. 秋田県における農村医療の変遷と今後の課題	菅谷 彪……………101
14. 一僻山村に於ける生活の変容と保健	金子 勇……………109
15. 今、地域保健・医療は……	
—憲法にある「公衆衛生」を守るには—	西 三郎……………121
16. 保健所宣言(案)について	小栗 史朗……………129
17. 保健所宣言(案)	……………133
18. 「社会医学研究」第8号の発刊、第30回総会(1989.東京)から	
社医研30周年記念総会(1989.名古屋)へ	山田 信也……………141
<資料>……………	社会医学研究会事務局……………143
社会医学研究会総会記録	
設立準備会、創立総会および、第1回より第29回まで	
社会医学研究会会則	……………146
「社会医学研究」(第1号—第7号)の紹介	……………147

『社会医学研究』第8号の発刊にあたって

山下 節 義 (奈良医大 衛生学教室)

第29回社会医学研究会総会は、「超高齢化時代に向けて、現代健康問題を考える」を主題に、1988年7月23・24日の両日、奈良県新庄町の奈良県社会教育センターを会場に開催された。

全国各地からの会員や近畿一円からの当日会員も交えた多数の方々の参加を得て、熱心な討議が交わされた。また、今回は久しぶりに参加者一同が社会教育センター付属の宿舎に泊り込み、三つの自由集會や自由な交流等が深夜遅くまで続けられた。

開催に先立ち今回は、全国の衛生公衆衛生関係教室や、関連諸団体、或いはマスコミ関係等にも案内状やプログラムを送り届けるなど、積極的に「第29回」研究会総会の紹介を試みた。その結果、多数の新しい顔ぶれの参加と多数の新規入会者を迎えることが出来た。このことは、社会医学研究会に関心を持つ人達が会員外にもなお多数おられることを示していると言えよう。

はじめての試みとして、特別報告は発表時間を30分とした。近年、研究会総会での発表演題数が多く、一方、日程は2日間と制約されていることから、十分な発表討論が出来ないままに次の演題に移らざるを得ないということが、世話人会等で問題にされていた。そこで、講演抄録集の総会開催前発行とあわせて、主題との関係で特に依頼した演題は、特別報告として十分な時間を確保する方式を試みた。この試みで討論時間の不足をカバーし得るものとなり得たか、会員をはじめ参加者各位のご意見をお聞かせ頂ければと思っている。

今回は、長年懸案となっていた総会開催前に抄録集を会員に届けることが出来たが、そのため、例年と違った条件で研究会総会を開催することとなった。即ち、3月半ばという例年になく早い時期に演題募集案内を会員に届けたのを始めとして、演題申込みの締め切り日や講演抄録原稿の提出期限も前例のない早期の日程を設定した。その間、世話人を始め会員の皆さんの積極的なご協力を得て、無事予定通りことを運ぶことが出来た。

今回の主題は、「超高齢化社会」に向けて、現代健康問題を考える」と設定された。周知のように、昨今保健・医療・福祉の領域では、「変革期」というに相応しいほどに、次々と新たな事態が引き起こされている。それは、戦後の流れの延長線上に新たな事象が導入されて

いるものではなく、「戦後社会保障の総決算」とも言うべき、これまでとは本質的に異なった性格のものとして登場してきている。

しかも、こうした動きは、保健・医療・福祉の領域のみの現象ではなく、我が国社会のあらゆる局面に係わる変化をもたらしている「戦後政治の総決算」の一環として引き起こされている。

例えば、男女雇用機会均等法の制定や、変動労働時間制の導入等労働基準法「改正」、労働者派遣事業法制定等に象徴される「戦後労働基準法体制の総決算」、公害健康被害補償法「改正」による公害被害者救済の後退や、今日、全国各地にみられる地域開発の動きに象徴される「環境保全政策の転換と地域開発の推進」、「円高」を背景に「産業の空洞化」をもたらした「産業構造調整等の産業経済政策の推進」、臨教審答申に象徴される「戦後教育の総決算」等、といった内容をともなう「戦後政治の総決算」の動きの一翼として、「戦後社会保障の総決算」路線が今日推進されている。

その結果、戦後40年間にわたって築き上げられてきた国民の「生命と暮らし」に係わる諸制度が大きく変貌させられつつあり、国民の「生命と暮らし」には、様々な問題や歪が生じてきている。

それだけに、「超高齢化社会の到来」に備えるとして、今いかなる事態が国民の労働や暮しの場に引き起こされているのか、それは国民の「生命と暮らし」にいかなる影響を及ぼしつつあるのか、といった諸点を過去40年間を振り返りながら、今ここで改めて、整理する必要がある。

更には、今後如何なる事態が続くのか、すでに21世紀先取りの地域社会が、大都市都心部に農山村部に出現している今日、今後続く「“超”高齢化時代」に国民が「健やかに過し、健やかに老い、健やかに天寿を全うする」を可能とする為には、今に明らかにされなければならないものは何か、今に取り組みされるべき、或いは、克服されるべき課題は何か、といった諸問題を論議し整理して課題を明らかにする必要がある。そのためにも、「現代健康問題」をいかに把握するかという問題も、改めて検討される必要があると言えよう。

主題に「超高齢化」という必ずしも概念規定が未だ明

確に整理されているとは言えない言葉が使われているが、その意図するところは、「超高齢化」という言葉が概念規定を曖昧にしたまま今日の政策展開の「枕言葉」として使用され、いたるところに登場している現実がみられることから、内容を明確化せずに使用し、研究会での論議を通して「超高齢化」という言葉の内容が、改めて考えられ整理されることを期待したところにある。

また、「現代健康問題」と表現したのは、今日の国民の健康状態を評して、「一億総不健康」とか、人々は「死なず病がちに生き長らえている」と表現されるに相応しいほどの状況に置かれている今日、健康問題は「暮らしの問題」そのものであり、現代の健康問題は「現代の貧困」の現れの一つとも言うべき状況と考え、健康問題の今日的な意味合いと今後の課題を考えたいとする立場から、敢えて「現代」という言葉をつけて表現した。

なお、主題に掲げる課題は、その内容が多岐にわたることから、①「超高齢化時代」に向けて、労働者保健を考える、②「超高齢化時代」に向けて、地域保健・医療を考える、③「超高齢化時代」に向けて、国民の「生命と暮らし」をめぐる環境を考える、の三本の柱を立て、それらに係わる要望課題が設定された。

プログラムは、真田 是先生(立命館大学産業社会学部)の「総決算路線との対決(人権思想を軸に考える)」と題する特別講演と、吉田克巳先生(京都工場保健会、三重大学名誉教授)司会の「健康問題を如何に把握するか 社会医学的方法論の視点から」と題するシンポジウムを中心に、6題の特別報告とあわせて、一般演題 39題の計45題で編成された。

真田 是教授は、「人権思想」を軸に「世界人権宣言」に至る経過や、「宣言」発表来の40年間を振り返りつつ、今日の「総決算路線」の狙いや、その思想的にもたらされつつあるもの、「生命と暮らし」を守る取り組みを前進させつつ「21世紀」に備える為に今に取り組まれるべき課題と視点について、等について触れて頂いた。講演内容の全文は本書に収録した。

吉田克巳先生の司会によるシンポジウムは、真田先生の特別講演と、前日の特別報告や一般演題をめぐる論議をふまえて論議を展開することと、今回の議論を「第30回」へと繋いでいくとの期待を込めての企画であった。その内容は本書に集録されている通りである。

特別報告は全て本書に集録されているが、一般演題は、紙面の都合で残念ながら割愛せざるをえなかった。

ところで、1960年に社会医学研究会が発足して以来29年、1989年が「第30回」という節目の時期に至っている。準備会から数えて今回は30回目に当る。我が国に於ける

社会医学の歴史を振り返ると、石原修、暉峻義等らのドイツ社会衛生学の紹介に始まる戦前の社会医学の台頭の時期、戦後の社会医学研究会の発足の時期という節目に続く、第三の重要な段階に現在さしかかっている。

「何故、今が重要な時期か」、この問題自体が研究会で論議されるべき課題と思われる。また、今日、「社会医学とは何か」という「問いかけ」が、若手研究者をはじめとして出されてきている。研究会のあり方や持ち方についての批判や論議の必要を指摘する声も聞かれる。本書の巻末に、準備会以来の30回におよぶ研究会総会の主題等の一覧が掲載されている。この資料が、「社会医学研究会」の今日までの軌跡を振り返りつつ、前記の諸課題と「社会医学研究会」の今後のあり方を考える手がかりともなれば幸いである。

なお、本号には、既刊の「社会医学研究」には諸般の事情から掲載されなかった「転換期に於ける社会医学の課題」を主題に掲げ愛媛で開催された第26回総会(1985年、木村 慶)のシンポジウム(司会、渡部真也)の記録と、「真の国民の為の保健・医療制度の構築に果す社会医学の役割」を主題に掲げ秋田で開催された第27回総会(1986年、滝沢行雄)の菅谷 彪先生の特別講演の記録を掲載した。「きびしい社会変動の中での国民のための社会医学」を主題に掲げた愛知での第28回総会(1986年、加藤孝之)の記録は、今回には間に合わなかったが、後日発行されることとなる。

「昭和」は「百姓昭明、協和万邦」(書経)によるものとされている。その「昭和」の時代は周知の歴史をたどり、「耐え難きを耐え、忍び難きを忍び」、ただひたすらに「粉骨砕身」働き続けてきたにもかかわらず、ようやく迎えた「福祉元年」は幾許も出ずして「幻号」と化し、今や「高齢者」達が、「超高齢化社会の到来」に備えての「自助・互助」と「民間の活力」を基本とする「活力ある福祉社会」の片隅にひっそり身を置くを余儀なくされる立場に追いやられつつあるという状況の下で、その幕を降ろすに至った。

「平成」は「内平外成」(史記)と「地平天成」(書経)によるものとされ、「この二つの文字に共通しているものは『修身齊家治國平天下』の教え」であるという。「平成」の時代は、果して如何なる状況の下で経過するか、とりわけ国民の「生命と暮らし」が今後にどの様に推移するものか、これまで以上に「社会医学」の目を向ける必要があると言えようか。

ここに「第29回」総会記録として、「社会医学研究」の第8号をお届けする。(1989年3月)

〈総決算路線〉との対決

人権思想を軸に

真 田 是 (立命館大学産業社会学部)

1. はじめに

なかなか大きなこなしきれないテーマを頂きましたが、総決算路線というものを、社会保障の方面から見ればどのように見えてくるか。社会保障の方から見ようと政治の方からみようと、実際には、究極的には同じ姿になるだろうと思いますが、特に人権・社会保障というところが私の守備範囲ですので、その面に限定して考えさせて頂くことにします。

今総会抄録集を拝見しますと、昨日も多くの研究発表の中で、今日の健康破壊の状況が確かめられあったのではないかと思います。今日、この人間の健康破壊の問題がいろいろな形・局面で、新しいものを含めて進行していますが、同時に、健康破壊の現実に対応すべきシステムのところも、実はいろいろな問題を背負わされてきています。つまり、昨日、議論を交わされたことは、健康の問題という人間の生理にかかわる問題が、原因からみてもその対応の点からみても、社会というものが今ものすごく深く関わっているという話や、討議が中心になったものと思います。

ところで、こういう私どもの日常の局面で出てきている人間の生存の上での深刻な事態というものが、今日では同時に非常にグローバルな総括的な現れ方ももう一方でされつつあるのではなからうか。よく核問題あるいは環境問題、このようなものを例に引きながら地球及び人類の危機が語られるという時代になっています。この地球とか人類の危機と言うのは、考えてみますと地球がどこかの星とぶつかる危機があってという話ではありません。今申しましたように、地球の危機イコール人類の危機がきわめて社会的な脈絡の中で出てきている、つまりは自然との関わりで何とか解決しなければならないという面よりも、人間自身のありようとか行動の仕方とか考え方とか、まさにこのあたりが今日の地球・人類の危機といわれているものの主要な中身になってきているのではないかと思います。こういう時に人類が、人間がどういう対応の仕方をしていくかということは、普段以上に決定的な意味を持つてくると思いますが、この人類・地球の危機自身が社会的なものであり、人間的な人間の行

為とか行動とか思想にかかわる問題ですから、こういう時期にこそ、人間がどういう対応をしようとするのが、決定的な問題になってきます。ところが、本日のテーマにある「総決算の路線」と呼ばれていますものが、それでは今申したような日常的、或いは、総括的・グローバルな課題に対してどういう対応をしようとしているものなのか、私どもの日常の健康、暮らしはもちろんのこと、地球・人類をさらに危機に追い込むようなことになりかねない、まさにこの中身を問わなくてはならないだろうと思います。

私の方はいただいたテーマをこんな具合に、大まかに受けとらせて頂きました。人権の軸から、今申し上げた点を考えて見ようということであります。こんな角度から「総決算路線」を点検する作業に入りたいと思います。

2. 「世界人権宣言」40周年

1) 近代の人権思想

まず出発点ですが、人権の軸と言いますと、「世界人権宣言」が發布されてから今年丁度40年ということがすぐに思いかえされます。実は、この40年が日本にとってどうだったのか、世界にとってどうであったのか、この問題からフォローされなくてはならないと思いますが、その前にまず、この世界人権宣言に代表されるものは、どのような世界史的な背景からつくられてきたのか、社会保障の問題を中心にまずは振り返ってみたいと思います。

人権という考え方は、多分、封建社会から近代の社会に移ってくる時に提案され、段々に形成をされてきた考え方だと思います。当初は人権の主な中身は、自由権、平等の権利といったものが主たる中身であった。ということは、歴史を振り返ればわかるものと思います。つまりは封建社会の拘束と身分制度、これに象徴されるものが、人間に対して敵対をする仕組みだということが段々に明らかになってきました。人間が人間らしく生きるという場合には、まず、封建制度が持っていた身分制度、差別の問題と各種の権力、その他による拘束の問題、これを解決していかなければならないということから、近

代の夜明けとともに提起された人権の主な中身は自由権、平等権ということで考えていいのではないかと思います。

ご承知のことなので詳しくは振り返りませんが、近代という名で展開された仕組みが資本主義の仕組みでしたから、自由と平等の期待を受けながら展開された現実の資本主義社会は、富と貧困の両極蓄積と呼ばれるような仕組みを本性的に持っていた、これが段々に熟してくる中で、当初期待された自由権・平等権を内容にした人権が、実は貧困の側にある圧倒的多数の人々にとっては、単なる理念、あるいは単なる絵に終わる。現実の暮らしの中では、自由も平等も、なかなか手にすることができない現実も明らかになってきたように思います。こういう中で、私どもの先祖とか先輩は諦めた訳ではなくて、この自由と平等をいかに一歩でも二歩でも実現に近づけるかという努力をくり返し、忍耐強くやってきたと思います。

そういう中から労働組合もつくられたり、こういうものを基礎にしながら生存権の思想が段々さらに芽生えてきました。人権の歴史からすれば、17-18世紀につくられた自由・平等の思想をスタートに、資本主義の現実と格闘する中で、さらに人権の中身として生存権の思想が段々と熟してくる。これが19世紀末から20世紀へかけて生存権として形を整え、それから開花していく、大まかにこのようなことが行われてきたのではないかとはいえます。人権の大事な内容、自由と平等を実質上支えるために、新しく生存権の考え方が付け加えられてくる。私どもの社会保障の問題は、まさにこの人権の思想、特に生存権にかかわって大きな影響を受けながら形成されてきた、こう考えていいように思います。

20世紀に入りますと、段々に社会の制度、国の制度としてこの生存権を具体化する方法はないかという考えが出てきました。1911年、イギリスの失業保険法を軸にした社会保険の制度、こうしたものが20世紀早々に姿をみせるようになってきました。しかし、これは実際には当時の1910年前後の深刻な失業問題の前に、この制度自身が破綻してしまいます。失業保険で対応したのはいいわけですが、あまりにも熾烈な失業問題に保険自身が破綻をしていく、こういう経験をして第一次世界大戦に人類は突入していきました。この大きな犠牲、つまりは人権を追求するという面からみますと、正反対の大きかりな人類の殺し合いの経験をしてしまった訳ですが、この中から初めての社会主義国がロシアに生誕しました。社会保障の歴史にとりまして、私はこれが極めて決定的な意味をもったと考えております。

生存権という考え方から申しますと、ロシア革命は、

1917年のことで、まだ第一次大戦は継続中ででした。ところが、当時の革命の指導者レーニンは、ご承知のように非常に大きなハンディを我慢しながら停戦にこぎつけました。不利な講和条約を受け入れても、とにかく平和を回復するということが革命とともに講和を結びました。これは極めて大きな事件だったと思いますが、それと並んでレーニンは、それ以前から考えておりました社会保険の考えを基礎にして、社会保険の布告を革命と同時に出しました。働く国民に一切の負担はなく、様々な社会的事故に対して国家が保障していくという考え方を鮮明にして、国民に布告として提案をしたわけです。

恐らく、社会保障の中で、日本などの概説書ですと、これよりもっと後の1935年のアメリカの社会保障法がよく紹介される訳ですが、私は社会保障の歴史でこのレーニンの社会保険に関する布告が決定的な世界史的意味を持ったと考えておまして、1935年のルーズベルトの社会保障法も、実はこのレーニンの社会保険の布告なしには出てこなかったかもしれないという気もしております。いずれにしても、このようなロシア革命を象徴する平和の回復と生存権の保障の第一歩という、このような処置が早々ととられた。ここには当時の社会主義の卓越した性格が集中的に表現されていると思います。私共は、いまでも平和と民主主義とか、平和と人権とか言いますが、まさにこれを地でいったのが1917年の革命の当初だったのではなかろうかと思えます。

2) 1930年代の大恐慌と社会保障

ところで、その後の人類の歴史は、第一次大戦の大きな犠牲にもかかわらず、いわゆる1930年代というものを経験するようになってまいります。30年代というのはご承知のように1929年の大恐慌につぐ、世界史の大きな転換点といわれている時期であります。この時期30年代は、世界の主な資本主義国が29年恐慌への対処の仕方ということで、大きく二つの陣営に分かれた時代であったと思えます。

ご承知のように、日独伊の大恐慌に対する対処には、資本主義の危機が深まったことのあるので、これを救い出すべくファシズム体制でいく以外に無いという方針が一方で出てきました。これは資本主義の危機を基本的に解決するというものではありません。危機は危機で再生産され続けても、それを政治的な危機に表面化させるのを押しつづければいいと、政治的な危機に表面化させるのを押しつづすには、国民から一切の民主的な権利を奪ったらよいと、これが日独伊の路線です。

しかし、世界の主な資本主義のもう一方のグループは、

30年代にルーズベルトが展開しましたニューディールに象徴される政策をとりました。資本主義の危機に対してある程度国民に譲歩しなくてはならない、ある程度の譲歩をすることによって自分達の政権への合意と支持をかちとって行く、再編をし直す、この中で資本主義の危機を産み出した根っこのところにも多少の手だては打ってくる。ニューディールというのは、大まかに申し上げるとそのような一つの総合的な譲歩と改良のシステムであったと思います。

20世紀の資本主義を悩ました失業問題に対して、国家がある程度経済政策上や労働政策上の介入によって恐慌や失業を何とかコントロールしようという考えです。実はこの時期、世界の中で、29年恐慌からほとんど影響を受けなかった唯一の国がある。これが1917年に社会主義に移行したソビエトで、ここはむしろ、もともとの出発点の水準が低かったということもありますが、高い経済の成長率を、この間も持続していました。

こういう中で、世界の働く人々の眼が際だってソビエトに向けられるということが出てきました。他の主な資本主義国が失業と貧困で悩まされ、経済成長もストップする中で、ソビエトだけが失業の影響もなしに高い成長率を誇っている。そこには先程申しました社会保険の完備した制度化がすでに行われているという現実があります。まさに資本主義は、ここで社会主義との間で、鼎の軽重を問われることになった訳です。ルーズベルト型の対応の中には、この点が非常に大きく影をおとしたと考えられます。従って、資本主義の体制の下でも、社会保険はできるということを見せなくてはならない。こういう政治的な狙いがもう1つあったように思います。1935年法の中には、おそらく今述べたような経済的な脈絡と政治的な脈絡が込められながら世界史の上に社会保険という言葉が登場してきたとみていいのではないかと思います。

3) 第二次世界大戦と社会保険

ところで、30年代は資本主義の危機をバックに、二つの大きな路線に分岐しましたが、これがさらに路線上だけでなしに、帝国主義同士の矛盾として爆発しました。第二次世界大戦をもう一度くり返すこととなります。これは私が言うまでもなく、第一次大戦をはるかに上回る大きな犠牲を人類に強いたわけです。ところが、第二次世界大戦は、第一次大戦と違って、帝国主義同士の衝突という側面と同時に、ファシズムか反ファシズムか、いかえるとファシズムか民主主義かという側面もこの大戦にはつけられることになったと思います。そこで、第

二次大戦中には、相次いで民主主義の考え方の前進がみられました。この大戦中は、理念、考え方にとどまりましたが、民主主義の思想的な前進に類するものが幾つか出されてきました。

第二次大戦が始まってから、反ファシズム・民主主義の思想的な営為、努力を示すものとして、1941年に大西洋憲章がまず出されました。それから1942年にはILOが『社会保障への途』という、生存権の考え方を制度的に具体化する提案を、それから同じ1942年には、イギリスでペバリッジの報告が出されました。第二次大戦直後から具体化されたイギリス社会保障制度の青写真がここで作られました。

実は、1948年の世界人権宣言というのは、直接的には今大まかにスケッチしましたような30年代の大きな分岐の時代、これを受けての第二次大戦の大戦としての性格の一面、つまり反ファシズムの側面というのを代表した、その流れを受けて生み出されてきたものだと大まかにみていいのではないかと思います。

大変に多くの時間をかけてしまいましたけれども、世界人権宣言というのは、突如つくられたものではなく、近代の人権の思想を源にし、20世紀にかかるところの生存権の考え方の成熟、それから第一次大戦及びロシア革命、30年代の分岐、それから第二次大戦の性格、こういったものをうけながら形成されてきた人類の進歩の側面の一つの到達点だったのではないかと、という具合に思います。これが、戦後の日本国憲法などにも影響を与えたことは言うまでもないことであります。

3. 〈総決算路線〉とは何か

1) 戦後日本のなげ

〈総決算路線〉というのは、実はこうして到達した第二次大戦後の到達点というものを総決算しようというものだと思います。そういう意味で、世界史の流れに正面から反対しますし、戦後日本の流れに限定しても、菌車を逆に回す面が指摘されるだろうと思います。そこで、日本に限定して戦後の動きをみていくことにします。

ご承知のように、第二次大戦は民主主義の勝利として一応終わったわけですが、日本の場合は敗戦の迎え方に象徴されるように、ある面では極めて遅れた第二次大戦の終結の仕方をしてしまったと思われれます。例えば、同じようにファシズム路線で第二次大戦を戦ったドイツ、イタリーの場合は、イタリーはご承知のように自らの力でムッソリーニをギロチンに送り込みましたし、ドイツの場合もヒトラーが自殺にいきつかざるを得ないように

敗北を国内的にも明確にしたわけです。ところが日本の敗戦の風景はどうであったか。玉音放送と共に二重橋の前に平伏する人波が多数あった、こういう情景で第二次大戦が閉じられました。

私は当時仙台にいましたが、飛行機からピラが随分まかれていまして、玉音放送というのは天皇の側近の悪い奴がやらしているのだから本気にするなというピラが数日後にもまかれて、私共のところでは、学生時代でありましたから大変論議になった覚えがあります。こういうような敗戦の迎えかたは何を意味するのか、これはやはり、民主主義の勝利という具合には簡単に国内でははっきり現れなかったということの意味だと思います。ポツダム宣言の受諾が遅れて2つの原子爆弾が投下される。この期間日本は何をやっていたか、これはポツダム宣言が無条件降伏を要求したのに対して、国体の護持を条件として認めろという折衝でした。つまりは国体の護持ということを通固守り通そうというのが、権力中枢の変わらない流れでしたし、しかもその人達が、敗戦の経過の中で、一時追放令が出て決定的に排除されるとみられたけれども、これがそうはいかなかった。日本を占領したのがアメリカ帝国主義単独占領という形に近かったことが大きく働いて、この追放が徹底することが出来ずに終わります。特に、1947年のトルーマンドクトリンと、それから2.1ゼネスタのGHQによる停止命令、これらに象徴されるような第二次大戦後の世界の状況の中で、一時は徹底した武装解除を行うかに見えた日本に対する方針も、やがて社会主義に対する最前線基地という位置づけがアメリカの方でも考えられるようになり、これがご承知の1949年の中国革命の成功により決定的になります。こういう事情をふまえて、国体護持派は暫くはあまり表面に出なかったわけですが、やがて岸内閣のようにA級戦犯が首班となって内閣を構成するという事態にまで日本の戦後は歩んでくることになりました。こうして世界史的には第二次大戦後というのは、ほぼ共通のスタートからという感じでしたが、日本の場合には、今申しましたような、かなり特別な状況がからんだ、これは宿命論で申している訳ではありませんで、やはり事実として国体護持派が整理されきれず、むしろそこが権力にくっつき続けながらきた戦後史だった。

2) 国体護持派の復活

これに対して、世界史の戦後を象徴する民主主義の一定の到達点は、国民の側に代表されながらそれなりの前進を戦後もしていきますが、いずれにしても、こういう形で経過していきますと、ここで「総決算路線」といっ

ているものは、実は国体護持派のはっきりした復活宣言だということに、日本の歴史の経過から明らかになってくるのではないかと思います。明確な復活宣言というのは、しばらく出来ずにきたのはご承知のとおりで、これがどのあたりから表面化するかは、私も今度はそのために改めて調べておりませんので、大まかな不正確なことになりますが、記憶をたどりますと、1961年の中央公論が天皇制の特集をやろうとして右翼から大変な攻撃を受けるといふ事件がありました。このあたりから引続き、大東亜戦争論というのが出てきます。大東亜戦争という用語があらちちで平気で使われるようになっていく、しかもそれだけではなくて大東亜戦争肯定論も出てくるようになります。やはり1960年代の安保闘争の後というのか、この辺り、徐々に復活が公然化されてくる時期ではなかろうかと思われます。いずれにしても、このような形で「総決算路線」というのは日本の中ではどういう体質をもっているのかが、かなり明らかにされてくると思う訳です。

なお、これは言うまでもないことですが国体護持と申したものの、中身で一番大事な点は主権在君という点であることは申すまでもありません。この主権在君はとりわけて戦時中までの日本の天皇制は、日本型王権神授説と呼ばれるものであり、天照大神からずっと続いている政権だという、いずれにしてもかなり遅れた性格の考え方と体制が、国体と呼ばれたものでありました。それを護持しようという訳です。ところで、国体護持派が一度もある意味で戦後の権力から離れたことがなかったわけですが、当初は国政の段階から反封建の民主主義をやむなく行います。世界の民主勢力がみつめ監視をする中でさしもの日本でも、ある程度民主化の措置をとらざるを得ないということで、日本国憲法に象徴されるものが国政の側から出されてきたのは確かです。

ところが、この国政から出されてきたのは、日本国憲法型の民主主義が、先程述べたような敗戦の迎え方をしましたから、これは実際の社会の中に定着させなければならぬ仕事が残ります。国政のところで準備された日本国憲法に象徴される民主主義がすぐに日本国民の市民生活の中に浸透したという訳にはいきません。先程申しましたような経過の中で、まだ絶対主義天皇制の考え方が整理されないままに敗戦を迎えたので、この民主主義は市民生活レベルでの色々な抵抗を受けたり、ぶつかりあいをして生活の中に生かし切っていかなければならぬプロセスが必要になってきます。当初、例えば、京都府で長く知事を務められた蛭川さんがおっしゃった“暮らしの中に憲法を生かそう”というあのスローガン

は、最初の経過の中では今のような意味合いもありました。国政のところで準備された民主主義というものを、日常の暮らしの中で定着させる。ところが、実際の戦後日本史の歩みの中で1947年をきっかけにして、先程申しましたように、国政の段階では、事実上逆コースに転化していきます。

国政と国民の日常的生活レベルの間、はじめは国政レベルが先に民主主義の法律等を準備して、具体化させていくという関わりで出発したと思いますが、上の方が裏切ってくると、国民の側でいかに早く定着させて、今度はそれだけではなくて国政のところに対して反撃をしていかななくてはならない、という複雑な課題が市民生活、国民生活のレベルに期待されざるを得なくなってきたということ、そうなってくると先程の“憲法を暮らしに生かそう”というスローガンは、かつてのような単純な意味合いではなくて、今度はまさに自分達の攻めていく砦を作るという意味合いが重なってきます。権力のところが裏切って国民の暮らしとか、日常性のところに民主主義が期待されざるを得なくなってきた中で、本格的な生存権の思想、社会保障の思想の大事な根が作られるかどうかという課題もここで出てきたように思われます。

それまではどういう形であったかと言えば、ニューディール型の福祉国家型の社会保障というのがどちらかという主導する。資本主義のまま、これを守りながら社会保障が実現出来る、前進させることが出来る、国民の、働く人達の幸福が実現出来るという約束と政策を行っていくというのが福祉国家の路線であると思います。従って、福祉国家路線というのは、登場の当初から対社会主義というのが主要な軸になっていました。社会主義にならなくても働く国民の幸福が実現出来るものとして提起された経過があります。ところが社会保障というのは、全部こういうような福祉国家型の、上から合意を勝ちとるための、そういった政治的な狙いでだされたものばかりかというところではなくて、戦後の例で言ってもそうでない社会保障が同時に、並行的に世界の中で発展してきます。

3) 日本の社会保障

戦後のところで振り返って見ると判りますように、戦後の日本で社会保障というものが大きく注目されましたのは1953年の「社会保障綱領」、これは世界労連がウィーンで大会を開催した時に作りました綱領です。これが全世界に流布されて、日本でも昭和28年のことでありますが、この綱領がかなり口伝えて広げられたということ、私も先輩から伺っています。特に労働運動の中には

社会保障綱領の基本的な考えがかなり紹介されたといわれています。そうしますと、例えば「社会保障綱領」に代表されるような社会保障の考え方というのは、福祉国家型のようなものではなく、先程の表現でいいますと、暮らしの中に民主主義が定着してこれが砦になって、そこから要求してくる生存権の考え方、運動、こういうものを反映した社会保障への要求であり、運動であり、ところによっては制度化であるという面がもう一つ戦後史の中で段々熟していった、これは本来の1917年のレーニンの社会保険布告、これに直結する流れだと考えていいと思います。

いずれにしても第二次大戦後の生存権、社会保障というものについて大事な状況は、二つの路線が、社会保障というものをめぐって出てきます。しかし、世界史的にはファシズムが一応克服されて福祉国家型の路線が勝利した後で、福祉国家型の路線は当然盛んになりますが、同時にこの中でいま申しましたレーニンの社会保険に直結するような生存権の考え方と社会保障の流れも、戦後もう一つの流れとしてスタートしてくる、戦後の日本の歴史の中でもこの二つの路線が複雑に絡み合いながらきたと思います。ただし、日本の場合に福祉国家路線が、本格的にとられたことがあるのかどうかということになると、議論が残るかと思います。実際1950年代までを考えると、1950年に有名な社会保障制度審議会の勧告が吉田内閣に対して行われましたが、一顧だにされなかったという経過に少なくとも示されるように、日本では福祉国家政策というのは、50年代は仲々とられない。むしろ、例の1954年度の国家予算における社会保障予算の切り捨ての案が出たりして、50年代の半ばには生活保護の第一次適正化という、非常に過酷な締めつけが出てきます。

このように日本の場合には、50年代までは福祉政策と呼べるものは一向に出て来ない訳で、戦争に負けたんだし復興が大事なんだというわけで、すり抜けられてきました。60年代に入るところから例の皆保険・皆年金がでてきました。60年代に入ると福祉の方でも福祉六法体制の完成ということがいわれ、それから心身障害者或いは老人福祉の面でも若干の制度的な前進がみられることは確かです。これには色々な事情が考えられると思いますが、やはり60年安保の支配層からみたそれなりの総括があったと思います。60年安保の総括から出てきますのは、ちょうど、世界史の30年代のような感じ方をしたのではないだろうか、ある程度の譲歩の路線をとらないと統一戦線と呼ばれている方向への動きを、断ち切ることはできないのではないかと考えた。これが例のケネディ・ラ

イシャワ路線と呼ばれるもので、要するに安保闘争と一緒に取り組んだ勢力の中を、譲歩を餌に分断させていくというのが主要な方針でした。

これらにみられる政策、方針は必ず当時の状況では福祉国家政策に思い至らせたに違いないと思われます。従って、日本における福祉国家の紹介は、当初は民社党系が紹介しますが、自民党もこれにすぐ乗りまして、60年すぐの頃には自民党自身が福祉国家、福祉国家で大騒ぎした時期がある訳です。

ご承知のように、今日では福祉国家もほうり捨てて、あんなものは間違いだと言いつつ出た訳ですが、60年代のあたりでは、このあとに自民党も一生懸命福祉国家を宣伝していました。つまりは60年代は、福祉国家政策を日本がとろうかと考えた短い時期ではなかろうか、特にこの時期はそれだけではなくて安保闘争の闘いの余韻が、国民の中にも残ります。これは大企業の労働組合はいろんな形でからめとりをやられることになりませんが、しかしそれにかわる住民運動という形での支えと前進が、この時期に出てきました。特に高度経済成長の諸矛盾が、地域を中心に色々な形で吹き出して来ました。これに対する国民の生存権要求も、当然いろんな形で出てくる。つまりは、政策の側からみても、運動の側からみても、譲歩の福祉国家に到らせる期間が、短期間ではあったが確かに日本にありました。これが実際上の福祉国家政策の展開とまでいっていいものかどうかは、今後の研究の余地があるかと思いますが、いずれにしても、このような動きの中で、福祉国家政策を政策主体の側がとったのは確かですが、しかし、住民パワーとか住民運動という言葉で表現されているように、国民の側にも、生存権、社会保障を要求し重視する基盤がこの時期につくられたとみていいのではないかと。

従って、例えば社会福祉の面でいうと、障害児・障害者等の当事者及び当事者の親達、こういう人達の全国組織が出来上がっていくのも60年代に目立ちますし、それから生活保護についての有名な朝日訴訟は、1957年から67年までの間争われました。これがかなり広い範囲の運動になったのは、60年代に入ってからです。これらは僅かの例ですけれども、やはり日本でも下からの砦から発する社会保障要求、砦から発する生存権要求というのが、このあたりで準備され始めたという具合に見えています。ところが、これが大きく70年代で転換してしまうわけですが、これは、何故転換をせざるを得なかったかという問題です。

4. 人権思想を強化して民主主義を前進させることの大切さ

1) 公然と登場した〈総決算路線〉

総決算の路線というのは日本の場合には、総決算を提起する力が取り除かれないうままに、厳然と云ったほうがいいと思いますが、残ってきたというのが一つの説明になり得ると思います。「総決算路線」が何故今出されてくるかということについては、これは日本の場合、総決算を行う勢力が厳然と残されたということが一つ、しかし、さらに二つ目としては、この「総決算路線」が残されただけではなくて、公然と復活するだけの色々な慎重な準備が、国内的にもかなりやられてきたのではないかと今になって思い当たる節が、随分と出てきます。

思いつくままに一、二のことを申し上げますと、1950年代に有名な55年体制というものがスタートしました。この1955年という年は、仲々大事な年でありまして高度経済成長のスタートの年だといわれます。この年に、アメリカの大きな肩入れで日本生産性本部が設置されました。日本生産性本部というのは、アメリカから技術導入をしながらこれをテコにいゆる合理化政策を大企業中心に展開する総本部です。合理化攻撃と呼ばれたものの総司令部が55年に設置されました。それから55年には戦後の経済計画、「経済自立5カ年計画」が初めて組まれた年です。それをうけて、60年の所得倍増計画がスタートいたしました。同時にこの時に政治体制の方も一つの区画が出てきました。社会党の左右が統一され、保守政党のなかの自由党と民主党が統一されて、つまりは二大政党制、アメリカ及びイギリスを模範とした二大政党制が、この55年のところで日本に目論まれたわけです。その他の小党は排除していく、これはご承知のように危機になればなるほど二大政党制でいけば、どちらが政権をとっても本来の大企業のところは安泰だと、こうなっている訳です。

政治的、経済的な戦後の打ち固めで、新しい蓄積構造をスタートさせようとしたのが55年体制であったと思います。ところがこの体制の中で、実はあの春闘もスタートしますし、大企業を中心にして若干の賃金改善が行われます。この頃は労働者の賃金改善は行われ、賃金に限って言えば、毎春闘でそれなりの色がつけられて大企業のところで賃上げされるということが行われていた。ところが、今、振り返ってみるとこの方針は、実は戦後の大企業体制を作っていくための重要な布石だった訳です。

今日では、ご承知のようにイギリスには労働社会とか

労働者社会とかいう表現がありますが、今の日本ではそういう表現を出来るようなところはひとつもなくて、その代わり企業社会だということがよくいわれます。労働社会とか労働者社会というようなものは、どこにもなくて全体が企業社会と呼ばれるような、こういう社会のありようを何とか作り上げようと考え始めたのが55年体制だったと思います。

ところが私達は目立つ政党のところだけを見ておまして、二大政党制についてはその狙いはすぐ分かりましたが、同時に日本生産性本部を軸にして大企業の内部を安定させていく、そのためには大企業の労働者に若干の譲歩をして、労働者間格差を逆につくっていく、そうすると、大企業の労働者は何といっても寄り大樹の陰で大企業に勤めているおかげだという気持ちが出てきます。大企業というのは保障水準が高いんだ、中小企業からも大企業からもこういう言葉が出てきて、大企業のところは当然のことながら、大きな事件にぶつかればぶつかるほど企業意識が猛烈に強まってきます。

このようなことを色々な形で利用しながら、大企業のところの取込みが進んでいて今にして思うと思ひ当たるところが出てきます。従って、当時のご記憶の方も多いと思いますが、大企業のところは社会と大企業というのは出来るだけ無関係に、疎遠にといった関係を一時とりました。大企業は地域社会にお節介しませんと、だからまた逆に大企業内部のところは私の所でやりますから、とこういう形で一時的な隔離政策がとられた。こうした中で気がついてみると企業内は憲法が通用しないという、こういう言い方が出て来るという事態がこの間に徐々につくられていきます。

この体制は、改めて言うまでもなく、今申しましたソフトな方針だけではなくて、例えば三田村学校というのが戦後ありましたが、そこへ大企業が何人も社員を派遣して反共・反民主主義の徹底した教育を受けさせる、そういう連中が各大企業へ帰ってきて、そこが核になって、その周辺に企業内で育てられた養成工なんかのいろんな組織を作らせる。それに組合の中の職制或いはそれに近い層と一緒に結びついて、企業一家主義の体制を作り上げてきた。三田村学校はやがて行き詰まりますが、今日まだ続いているのがご承知の富士大学校です。富士大学校へ、各大企業などが依然としてそうした徹底した教育を受けさせるために、社員を派遣している例があります。このような養成工、それから職制、そして中核のところ非常に戦闘的な反共・反民主主義の実力部隊を配置して、これらが企業内で民主主義の運動に対しては村八分の言葉を使った企業八分を徹底的にやり、企業を潰すも

のだということで、徹底的な攻撃と人権侵害を行わせる。これらのことが可能になっていったのは、やはりあの60年の三池闘争が大きかったといわれています。いずれにしても大企業の中はそういう体制で順次固められてきました。

2) 思想上の民主主義くずし

ところが、先に申しましたように住民運動の昂揚がでて来る70年代へかかるころには、今度は暮らしと健康を守る具体的な措置が、自治体段階で随分勝ち取られてきて、大企業だけはうまく憲法が通用しない体制を作ったけれども、国政全体からみると、革新自治体に逆に包囲されて危機的な様相が出てくる恐れもなくはない、こうして70年代からの大企業の地域戦略が出てきました。今度は自治体のところでの革新分断が徹底的にやられていく訳です。これは革新自治体を実現した大きなところを先頭にして、これらを支えてきた革新勢力の中がいろんな問題で分断をさせられていきます。こういう事態が次の段階で出てきました。それまでは、大企業を今にこちらが包囲していくことが出来る、こう思って地域運動を一生懸命やってきた訳ですが、気がついてみますと一番大事な組織された部隊のところに向こうに持っていかれて、そして地域のところだけで戦おうといったって困難だということが様々な形で明らかになってきました。労働組合、労働運動にはナショナルセンターがあって一本に統一されていて、しかもこの統一された中味が資本といったものに癒着をしていく中味でなかったならば、自治体のところでの革新分断も不可能であったろうと思います。そういう意味で、そのあたりのところのつかみ方、色々理論の問題で難しい問題が出てきており、国家独占資本主義の段階では自治体が非常に大事だという理論上の位置づけもありました。労働戦線のところでの軽視ということになってはいけません。これは地域にかかわる皆さんが手を抜いたとか、努力が足りなかったとかという性質のものではどうもなさそうで、先方の極めて慎重な戦略・戦法というものを見抜くのがちょっと遅かったという点にあるのではなからうかと思われま

す。総決算の路線が今日出される一つの事情は、今のような先方の非常に慎重な政治的な方針と捕らえ込みというものがあったんだと思います。それともう一つ、戦後の民主主義思想というものを慎重に一つ一つ崩していくという、思想上の民主主義崩しが、これも今日になって色々思い当たるわけですが、現れてきたのが大きいのではないかと思われま

3) 合理性思考

一つは、合理性思考という考え方、これは戦前、戦時中までの日本とのかかわりで見えていきますと進歩的な性格をもったのは確かだと思います。それまで神秘主義とか非合理主義とかが天皇制を支えていたという事態を考えますと、物事を合理的に考えていくということは非常に重要な意味合いを持った。従って、反封建という意味では、これは戦後の日本の中に合理性の思考というのは大変大きな役割を果たし得たと思います。しかし、合理性というものの基本の軸みたいなのが曖昧にされますと、問題が出てきます。例えば、合理性というのは、考えてみますと資本にとって非常に合理的なものだとか、或いは働く人達にとって非常に合理的なものだとか、何々にとってと普通くつつくのでありまして、これらは抽象化したしますと、いずれも何かにとって、手順として最も的確なものが合理性ということになりますが、しかし現実生活の中では、何にとつての合理性かということが問われなければなりません。戦後のところで掘られてきましたのは、何にとつてのという問を段々におし消して、曖昧にして、そして事実上残ったのは何か。この国を支配し、この国で最も影響あるものにとつての合理的なもの、ということにならざるを得ないわけであります。

何にとつてかという問いを私達が忘れて、放棄をしてしましますと必ずやそういう結果にならざるを得ないと、この問題はすでにナチズムがドイツで政権を握った頃の事態を分析した人達からすでに指摘をされていた事態です。この問いを忘れてしまうと、当時でいう全体主義のところへもっていかれ易いという、こういう問題です。

私共は残念ながらアメリカ型プラグマチズムを大量に受け入れる中で、この何にとつてという問題が、段々に薄れさせられるということになります。民主主義の大事な点は、この“何にとつて”という中に盛り込まれていると思います。少数者の為なのか、権力者の為なのか、働く多数者の為なのかという、これが民主主義の問いの一つ大事なものだだと思います。このあたりの問題を今、思い返す必要があるように思います。

4) 効率主義

二つめに上げた効率主義は、今あげた合理性の考え方の一つですが、効率がいいということは、効率が悪いよりはいいに決まっている訳ですが、この効率も今の話と同じで、色々な分野によって効率の中味は変わってきます。例えば経済の世界ですと、コストによって効率を考

える。これはそれほど間違いじゃないかもしれない。しかし医療とか福祉とか教育をコスト論だけで考えて、医療の効率、福祉の効率、教育の効率を考えていいのかということになります。ここでは、効率という言葉を使いながら、分野によって違う効率基準、効率の内容をしつかりたてていく仕事というものがおろそかになっています。そのために高度経済成長の中で経済的な諸基準が全体のところを律する事態がいつのまにか作られてきました。効率主義の考え方もその一つではなからうかと考えます。

5) 能力主義

人間の能力に色々差があるということが能力主義ではありません。能力の違いといっている中味、何にとつての能力なのかという問題。それから能力のない者はどういいう仕打ちを受けても止むを得ないという考え、これらが能力主義という、主義をくつつけられて批判をされる中味だと思ひます。これらの問題も職場、教育界、こいう所に徐々に、曖昧なままに掘られてきました。これも民主主義の考え方を段々に掘り崩してしまうわけで、能力というものの民主主義的な基準というものを改めて問うことが、それから能力のないものについてどういいう対応をするかということが問われたことがあるのか、これらのことが曖昧にされてきますと、最近の教育界でてくる色々な痛ましい事件、こいうものにつながっていくのだからと思ひられます。

6) 専門主義

それから専門主義、これも実は社会が近代化してきますと、当然専門分化が進み、これが一定の進歩の姿です。特に医学の分野などは進歩の最先端ということで専門分化がもっとも進み、20世紀の諸科学の一つの代表的なものになるということができます。しかし、20世紀の2回にわたる大戦の中で、この専門主義、専門分化は大事だけれども、これだけで果していいのだからかということが出てきました。特に、私共のところでは戦争の経験の中から、専門バカというような言葉もでてきました。戦争がいいのか悪いのかという判断までしない専門家、それから明治の時には、なんと日露戦争が始まったのも終わったのも知らなかった学者、こいうようなのが第二次大戦後改めて問題にされ、専門分化と共に、市民、国民としての視野と責任というものがいつも問われていなくてはならないのではないか。こいう中で世界史的な流れとしても、原子爆弾についての科学者の反省とか、論議とかいいうものが出てきたのもご承知のとおりです。

実は、この専門分化だけで今もあげました側面が切り捨てられてきますと、民主主義の考え方というものは極端に弱まってきます。そのかわりに近代主義の思考、考え方になってきます。私達は、近代的な思考とか何かを非難しているわけではありません。これは大事なんですが、どうしても民主主義の思想と二人三脚にされてきませんと力量が発揮できないと思います。各分野、医療の分野も多分そうでしょうし、社会福祉の方でも専門化は社会福祉の進歩を支える一面になっていますが、しかし、同時に福祉全体の動向とか国全体の動向が、福祉の動きに与える決定的な影響とか、このようなものにあまり関心を持たずに社会福祉に携わる人が今意図的に作り出されようとしています。今度、社会福祉士及び介護福祉士法というものが成立しました。一定の社会福祉関係の資格が与えられることになりませんが、この資格を取る中味はどれもそのあたりに流れていかざるを得ない。自分の専門の狭いところはよく知っているが、国全体のありようと社会福祉の連関とかいったことは余計なことだということになってしまい、毎日の仕事にはそんなもの影響ないじゃないか、という理論が、現に社会福祉のところ出てきています。

私が勉強を始めました時には、社会福祉をやっていくには、やはり社会問題研究というのがなくてはならないものだとなっていました。最近のカリキュラムの動向の中では、社会福祉分野のカリキュラムで社会問題というのは、いくつかの科目の中の一つで、取りたい者は取ったらよろしい、という状況になってきましたし、それ以上に日常の福祉の仕事に社会問題的な考え方を持っていくところで役に立たないというような考え方が、公然と出てきている事態にあります。私は社会問題研究というのは民主主義の思想という点から非常に大事だと思いますし、社会福祉の仕事で、民主主義がなくなった近代的な社会福祉の仕事というのは、これは寒々としています。このような事態が、高度経済成長の中で大量に用意されてきていると思います。

7) 民主主義教育の変化

次の民主主義教育の変化も、もう言うまでもないことでして、これは学校の先生方がいかんというよりも、今日の受験体制と呼ばれるものの中で、民主主義を問う場合に○×で簡単に答えられるかという一寸具合が悪い面があります。そこで民主主義の問題で○×ということになりますと、制度とか手続きに関わるものが○×で一番処理しやすい民主主義の問題だと、こうなるとまいます。最近はですから、民主主義の教育となると、先生

方の意図に反して受験とつながりますから、民主主義の制度とか手続きは一生懸命勉強しますが、民主主義の思想についての勉強とか教育とかは、仲々困難になってきているという事態がある。このあたりの問題も知らない間にここまで持ってこられています。

8) 私生活主義

それから次に、私生活主義というのをあげておきました。戦後アメリカ占領軍が一時、教育の分野で非常に強調したことは、敗戦によって、日本国憲法という素晴らしい民主主義の憲法が出来たからマクロな国全体の民主主義はもう安心していい、あとは身の回りの民主主義だということで、当時の社会科の中にも身の周りのことばかり教える社会科が随分出てきました。この身の回り民主主義が大事だと先程もうしあげました。ところが、アメリカ占領軍の考えていたことは、もう一つあったようでして、これは実は国政の段階の民主主義とかいう考え方を段々切っていくという方針です。身の回りの嫁と姑の民主主義とか親と子の間の民主主義とかいうのは、これは一生懸命議論させる。カウンセリングなどもそういう中で発達させる。そういうことはやりますが、国政の段階での民主主義的な関心、つまりは一番大事なことは自分達が国の主権者だということからくる自覚と、主権者としてやらなくてはならないこと、訓練をしなくてはならないこと、これは抜け落ちていたという経過があるように思われます。私生活主義自身は、絶対主義天皇制の下でならば進歩的な役割を果たし得たと思いますが、戦後の状況も含めて紹介すると、これは民主主義の関心と思想とを弱めていく、あるいは歪めていく重要な方針にされてきました。今は自分の生活がいいのなら自分の生活に役立つなら何でもいいということになってきました。

60年代の半ばに一時、労働組合の意識調査を幾つか手がけたことがあります。その頃につくづく感じたことですが、当時労働組合では二重忠誠という言葉が言われていました。この二重忠誠というのはどういうことかといいますと、大企業に主として現れましたが、従業員が大企業にも忠誠心を持っているし、労働組合にも忠誠心を持っている、両方共に持っているという構造が一時目立ったのが60年代の初め頃です。これは50年代の後半から始まりましたが、何故こういうことが出てきたのか、敗戦直後の労働運動の中では、企業か組合かという風になっていました。これが激しすぎるくらいになっていて、組合派と企業派と同じ労働者仲間が分かれてしまうといったことになっていました。

この二重忠誠の状態というのをその頃考えたのですが、結局、私生活主義をずっと育ててきた一つの結果じゃないかと当時は考えました。つまりは、自分の暮らしにプラスになるなら、今日は企業と結んでおく、次の日は自分の暮らしにプラスになるなら組合も利用できる場所があるならお付き合いをしておく、これにも忠誠心を持つ、これは二股なんですけれど一つの原点はある。原点は私生活です。これは民主主義との関わりで言えば、ますます閉鎖的に狭くなっていく姿勢であり、国にとってどうか、働く人達にとってどうか、民主主義にとってどうかという基準はどこへ飛んでしまいます。従って、自分の暮らしにプラスになるものでしたら何でもいいんだという、ここにはなかなか民主主義の思想が発展していく余地というものは断ち切られるのではなからうかという具合に思われます。

9) 日本型関係主義

最後に日本型関係主義ということを上げておきました。日本という国は、この集団主義があり、先程言った村八分がなくなったかと思うと、今度は企業八分が始まったという、こういう集団主義があります。これらが一応力を失った後でも関係主義みたいなものが残ります。つまり、西欧で理想とされた市民社会というのは、ご承知のように自分と直接の繋がりのない人でも同じ社会の市民だということで大事にしていかなければならないというのが、西欧で提起された市民社会の理念です。これは、それが実際に具体化されたかどうかは勿論問題がありますが、ところが私どもが戦前までに知らない間に育ってきた雰囲気というのは、自分の係累は大事にします。自分の同じ村の出身、自分の同じ郷里、自分の同じ大学とか、それから親戚・縁者とか、こういう自分にとって特別の繋がりと係累は大事にしますが、それ以外の人達は、皆敵にみえてしまって何やられるか判らない、とまあこうなるわけで、内側には非常に暖かいけれど、外側にはものすごく敵対的なこの共同体型の考え方、思考というのが、私どものところには残念ながら色濃く残っております。これがちょっと形をかえて、近代的な関係ではあるけれどもこういうものにされてしまう、だから仕事の上だけの関係ではなくって、それ以外に敵味方の関係のようにされてしまう、このような形にまで広げられてきているというのがあると思います。

長々と申し上げましたが、申し上げたかったことは、「総決算路線」という亡霊めいたものが、何故、今戦後40年以上ものところでふらっと出てきたのかということです。これはいろいろ反省しなければならぬことです

が、やはり考えてみると、今言ったような先方の慎重な政治路線上の準備と思想上の準備があったということです。思想上の準備というのは、これは大事な点ですが、「総決算路線」というと国体護持派と申しあげましたから、戦前・戦中の復活という風に考えられがちですが、勿論それは或る意味ではそうかもしれません。つまり、主権在君というものを狙っているという意味ではそういうものかもしれません。しかし、だからといって、戦前・戦時中の考え方とか方法とかいうものに全て戻るのではなく、今申しました一つ一つのものの中には、例えば戦前・戦時中にはみられなかったようなものが随分あります。合理性の思考にしても、それから専門主義にしても、それから能力主義にしても、私生活主義にしても、こういうものは戦前・戦時中にはみられないものでした。こういう新しいものを使いつつ、「総決算路線」が展開されている点がもう一つ大事な点です。ですから古いものでももちろん、動員出来るものは動員してきております。しかし、同時に非常に近代的なものも動員しながら、思想の分野でも「総決算路線」というものにつなげているという点が大事だと思います。

敗戦直後ですと、私どもは封建的な考え方に対立するものなら、安心してその考え方とかやり方にもたれかかっていればよかった訳でしたが、今の状況はそうではないのです。つまり、封建性と前近代に厳しく対立する、そういうものであっても総決算路線に取り込まれているという問題です。ここの見分けが非常に大事になってきているのではないかと思います。そこで、私どもはどうしなければならないのか、この時にこそ今日的な水準での民主主義というものが求められ、問われているのではなからうかと思われます。従来型の近代主義だけで安心している訳にはいかない時機にきているのです。

10) 世界史的背景

以上、国内的な要因と考えられるものを二つに分けてスケッチをさせて頂きました。さて、もう一つ最後に世界史的背景もあるということを申しあげましたが、これはどういうことかと言うと、私は先程1930年代というのが社会保障とか生存権の思想にとっても大事な時期だったと申しあげました。今、私どもはついこの前経過しました1970年代がまた、非常に大事な時期のように思います。この70年代というのは、思い返してみますと判りますように、非常に激動的でドラスチックな幕開けをしました。1971年のニクソンショックとともに70年代の幕は切って落とされました。これは言うまでもなく、戦後資本主義世界の事実上の世界通貨としての実力を持っていたドル

が、この時期に大きく動揺を始めたわけでは、その直接の原因となったのはご承知のようにベトナム戦争です。

これでもってアメリカは、経済的・政治的・軍事的にやがて敗北しますが、その経済的な敗北の始まりによって、世界資本主義は新たな動揺期に入ります。2年後の73年はご承知のように第一次石油ショックです。これにより日本では、福祉見直しが本格的に展開されますが、これも戦後第二次大戦後の高度に発達した資本主義国の繁栄というのは何であったかということが明らかになりました。やはり、戦後の新植民地主義を基盤にした戦後経済を支えた石油の役割、石油を安く買ったたいて作り上げていた繁栄ではなかったか。だから、これら石油産出国が自ら値段をつけはじめると、各国の高度に発達した資本主義国は、恐慌に似た状態が一時出てきます。つまり、石油の上に成り立っていた経済ですから、これが値上げしたらまた物がなくなったり悪性インフレになるだろうと、こう考えたのは当然のことです。

75年は何か、また2年後であります。ここではベトナム戦争の最終的な終結が行われて、南北ベトナムが統一され、アメリカ軍は最終的に撤退します。これは今申しましたように、とても重要な意味を持ちます。戦後世界は、お聞きになったかと思いますが、パックスアメリカナという表現がされていました。パックスアメリカナというのは、アメリカのおかげの平和という意味です。小さな戦争は不断にあるけれども大戦が出てこない。要するにアメリカ基軸の資本主義体制ががっちり作られてきたわけです。この世界安定体制が大動揺に入っています。

75年以降を辿ると、この頃からの世界での重要な政治的事件というのは、アメリカが最も安定的に支配していた地域に集中し始めます。つまりは中南米もそうだし中近東もそうだし、この辺りのアメリカが一番力をもって押え込んで安定していた地域、ここが火を吹き始めた。それから75年はご承知のようにサミットがスタートしました。サミットは今日まで続いています。スタートは第二次大戦後の初めての世界全地域の同時恐慌に似た事態が生まれてきた時期です。それまではアメリカの経済が調子が悪いと日本の経済がよくなって、日本の経済が調子が悪くなると、ヨーロッパの経済がいいという具合で、テレコテレコで支え合っていたという状況がありました。75年前後から同時にみんな不況になってしまうという事態がでてきました。ここにも70年代の大激動が一つ示されていると思います。後は79年に第二次石油ショックがあったりということで、要はここでの世界史の大動揺がどううけとられるかということです。

ここでは当然、社会保障・福祉国家政策にも影響がもろに出てきます。30年代の経験から、福祉国家政策でうまくいくということできました。ところが70年代のこの大動揺をみますと、福祉国家政策をとっていてもダメではないかということに当然なってきました。イギリス等は早々と少しずつ社会保障制度を後退させていましたが、いずれにしても70年代に入ると、うまくいっていたはずの福祉国家政策もダメだということになる。そうしますと、福祉国家政策というのは権力の側からみると、大変な難物としての性格を持てきます。一つはお金がかかるという点です。これは譲歩を中味にするのでどうしてもお金がかかります。もう一つは、それだけではなしに譲歩の政策というのは成功しておればよいが、譲歩は諸刃の刃の性格を持ちます。

譲歩されると国民の側は、今度は譲歩されたところを出発点に新しい要求をします。当然そうなります。国民の側に社会保障の要求とか、それから生存権の考え方というのが一定程度定着してきますと、支配階級からみたこの悪循環はよけいに強まってきて、ある到達点が社会保障の上の新しい要求になっていくのは国民の側からみれば当然のことになってきます。このようなキリのないやり方にどこかでケリをつけていきたいわけです。福祉国家政策が効き目が無くなったとなったら、今のようないつもの非常に危険な面からみて、早くこれを放棄したいと考える。レーガン、サッチャー、中曽根という3人は正しくこれは早く見切りをつけた代表です。ただ、サッチャーの場合には見切りはつけたけれども、イギリスの労働組合と国民の抵抗によって思うようにやれないというのが違います。このような福祉政策というのは、効き目がなくなったとなったら危なくてしょうがないことから、社会福祉・社会保障における「臨調行革路線」、全体的なまとめである「総決算路線」というものが世界的な背景から出てきているということができるとはなからうかと思えます。

5. おわりに 国のあり方の大事さ

1) 民主主義思想の確立

そこで最後の問題になります。どういう対処の仕方をしていかななくてはならないかということです。

今の「総決算路線」の国内での2つの要因は、今までには私共、ややうっかりしてやられましたが、これに対する反撃というのは、特にいい手があるわけではないと思います。もう一度私共は基本にかえて、民主主義というものの思想的な確立と広げをいろんな事態に即し

てやっていかなければならないということであろうかと思えます。それからもう一つは、やっぱり、これを軸にしながら民主主義の要求というものを掘り起こしていかなければならないと思えます。

この場合に一つ気をつけなくてはならないことがあります。これは、あちこちで申していますが、こんな言い方がされるんですね。今時の状況というのは、周辺噴火・中央安泰、あるいは中心安泰と、周辺は噴火しているんですね。例えば、どこへ参りましても社会保障の当事者なんかは熾烈な要求をもってしますし、いろんな要求と動きをやっているわけです。ところが、これが一時期と違いいろんな形で噴火しているものが、国政のところまで衝撃を与えるに至っていないんですね。国政のところは安泰な姿でいつまでもいるわけです。これは何故かということなんですね。

京都の例で申し上げますと、府知事選挙がこの前の前に行われた時です。前々回の府知事選挙のときに、府下のM町で当時の保守の林田知事が、産業廃棄物の処理場をM町につくると言い出しました。住民は当然反対しました。町の9割の人達が反対署名をしました。ところが、それと平行して行われた知事選挙には、保守のその政策を提起した知事を支持する票が8割ほど出ました。つまりはこの噴火をしている、その要求がどういう問題とつながっており、何を解決していかないとそれが満たされないのかという辺りのところが見えなくされてきている。今は、やはり周辺噴火・中心安泰の方針が国政の一番大事なやり方になっているんじゃないか。そこで私共の身の回りの要求が、仲々登りつめていけないような、いろんな所で断ち切りの方針というものが各界でつくられている。福祉の分野でもこれが段々目立ってまいりました。

昔は私達、敗戦直後に何も分からないまま経験させられましたのは、何事も政治の問題だということをお教えられました。今おおよそ政治というのは別のことで、自分の今の要求は、これはこれだ、政治をつなぎ合わせると政治主義だという攻撃が出てまいります。これは大企業の体制をつくってくる時に使われた方針です。労働運動に対してすべて政治主義というレッテルをはりながら、この断ち切りをやらしてきた。これだったら、いくら噴火していても、現地で適当な譲歩をしておさめていけばよろしいと、こうなってきます。やはり私達は民主主義の考え方をしっかりさせ、この確信をもって出てくる諸要求、これを今、断ち切りでやられてきている、このやり方を発見いたしまして、どこで断ち切られているかということへの具体的な対応を同時に考えていかなければならないのではないかと思うわけです。

あともう一つ、世界史的な背景というような余計なことを申したものですから、「総決算路線」というのは世界史的背景をもっているから、ちょっとやそっと私共が努力したところではねかえすわけにはいかないではないかというお考えがあるかと思いますが、しかしこれは、勿論総決算というのは一つの路線でありまして、今の世界史がここしか選べないという性質のものでは全くないわけです。30年代でいえば、ファシズムの路線も可能でありましたし、それから福祉国家路線も可能でありました。そういうものの一つでしかないということも考えなければなりません。

2) 高齢化社会と〈総決算路線〉

最後に、この研究集会のメインテーマである高齢化社会について、これまで検討してきた「総決算路線」と関わらせてごく簡単にふれておきます。政府およびその周辺の研究者などによって展開されてきた「高齢化社会論」なるものは、高齢化社会の到来という客観的な事態を、「総決算路線」化したものといえることができます。この「高齢化社会論」は一口で言うと、高齢化社会が到来するから十分な社会保障が出来なくなるという社会保障の「切り捨て」と「否定」の「立論」ということになります。いわゆる「高齢化社会危機論」です。この立論は、ひどいトリックで組み立てられています。今のところ、生産年齢人口7人ほどで1人の高齢者を支えているが、わが国の高齢化社会のピーク時には、3人ないし2人で1人の高齢者を支える事になるのだから、社会や経済の維持ということでも、また高齢者の扶養ということでも大変なことになり、今まで通りの手のかけ方はとても出来ない、というのが「危機論」の中心部分です。

しかし、生産年齢人口の生産活動との関係を問題にするのであれば、高齢者だけが問題になるのではなく、幼児、児童も同じように問題になるし、生産年齢にある人自身の生存もこれでしか支えられません。だから、生産年齢人口と高齢人口だけの比率を取り上げるのはトリックです。全人口と生産年齢人口との比率を取り上げるのが正しいわけです。これで行くと、現在と、高齢化社会のピーク期とされる2010～2020年頃とはほとんど変わらないという推計値になるようです。むしろ、この点では、過去の1920年頃が一番厳しかったとされています。その上に、次ぎのような事情も加わります。1920年頃よりは現在の方が、生産年齢人口1人当たりの労働生産性ははるかに高くなっています。また、現在よりも2010～2020年頃は労働生産性はもっと高まるでしょう。全人口と生産年齢人口との比が同じ場合でも、労働生産性が高まっ

ていれば社会や経済や全人口を支えるのははるかに容易です。

「高齢化社会危機論」というのは、「狼が来た」と言っただけで村人を惑わし脅した少年と同じで、高齢化社会を使って国民を脅し、それによって社会保障を切り捨て、高齢者の「暮らしと健康」を高齢者自身やその親族にだけ責任を持たせようとするものです。正に、社会保障における「総決算路線」の典型例であることがこうしてお分かり頂けると思います。「高齢化社会危機論」は、資本にとって役に立たなくなったものを切り捨てる、自民党政府閣僚の「乳のでなくなった牛は、屠殺場にやられる」という発言にあったものと同じ「論」です。基本的人権、生存権保障を闘い取ってきた人類史の歩みに逆行する、一片の道理も根拠もないものであることは明らかだと思います。

「総決算路線」というのは、ある意味では行き詰まりの路線である、これから何をやっていっていいのかわからないのが「総決算路線」だと思います。つまりは基本のところは前のところに戻す以外にないという考えですから。だから、30年代以前の経済学の理論に戻そうとするとあまりにもはずかしいから、新保守主義とか新自由主義とか新をくつつけるけれども、これらの理論というのは結局はケインズの理論の以前のものに他ならないわけです。この「総決算路線」というのは、今、80年代で行き詰まりを感じて、次の打開を何をしていっていいのかわからずにいる路線、その意味では政策上の、きつい言葉でいえば、破綻をしている。政策上の破綻なんていえないではないか、次から次へと悪法を作ってくるのではないかとおっしゃるかもしれません。これは悪法を作ってくるのと、今いったような政策があるのとは別であって、悪法は見通しのある政策がない時に最も作り出されます。

といいますのは、人間も自信がなくなってきましたと、すぐ暴力に訴えたりなんかしますね、政策が見通しがでてこない、その時その時の困難を自分にふりかからず他人にどうやってふりかけるかというだけになります。これは政策とはいえません。子供でもちょっと気のきいたものだったら出来るわけです。一国の責任を持つとか、世界全体の動きに責任を持つというような指導層がやる政策というものでは決してないわけです。ここに今日の私共の一層の苦しみがあるわけです。政策が見えないから財政が100兆円の赤字になると、この赤字をとにかく何とか好転させたい、その好転は大企業という自分達のスポンサーと自分達が損をしないような形でこの赤字補填をさせたい。そうすると大型間接税だとなつてま

いります。つまりこれは誰もが思いつくことです。こういう政策のいきづまりが先方にあるということを私達は見据えてかかる。だから政策では勝負が出来なくなっているんじゃないか。政策で勝負が出来ない者が何でやってくるか？ 昔はファシズムでありました。ファシズムが出来ないうちはどうするか？ 欺瞞であります。騙すわけです。国民をいろんな形で騙していく、今社会保障での騙しの言い分が随分流布されております。財政危機論であるとか、豊かな社会論であるとか、いろんなものが流布されていて、国民はうっかりすると“あっそうか、これからの社会保障はお金を払いながらの方が当たり前かもしれん”、それから、“これから社会保障と云うたって、高齢化社会がくるから家族の地域の扶養能力でもって中心的にやっていくしかない”まあこういうことが色々出てくると思います。

私はどちらかという、社会保障から最も離れたようなその外側の絵を若干描かかして頂いたと言うことで、これからの皆さんのお仕事に多少ともご参考にして頂くことがありましたら、私の望外の喜びでございます。

大変長時間にわたりご静聴ありがとうございました。以上で私の話を終わらせていただきます。

(第29回社会医学研究会総会特別講演)

人口高齢化研究方法と高齢化社会問題

坂 寄 俊 雄 (日本福祉大学)

1. 65歳以上人口比率で高齢化を考えるのは一面的で正しくない。

報告の要旨は講演集記載の通りですが概要を報告させていただきます。と思っています。

朝倉先生は、超高齢化が今後に来るということではなくして「今、高齢化が」というふうにご発言になりましたが、まさに私はその点が、既に超高齢化の社会問題が出てきているのだという点が一つの要点だと思います。そういうことを国連の人口部の統計、それから日本の国勢調査を利用して実証的に報告して、何らかの形で皆さん方のお役にたてれば幸いだと思います。

それで、今申し上げたような点での問題点の一つとして、高齢化問題を65才以上の人口比率で問題にしてきたところに、方法論的に正しくない問題があるのではないかと考えております。

年少人口が減少すれば、高齢者が増えないでも比率は上がってしまうということです。そういうような状況があります。ですから、そのことから解るように、単に年少者の比率が何%で、生産人口比率が何%で高齢者の比率が何%だというような構成比率だけを見て高齢化社会を捉えることは正しくなくて、年齢3区分別の増減を基礎にして、比率がどう相関的に変化しているかという点が、方法論として非常に重要だと考えています。

2. ヨーロッパ諸国並み高齢化について

国連人口部の資料によってヨーロッパ並と言われていたヨーロッパ27カ国について、今申し上げた方法で分析してみると、Aタイプとしてあげられる11カ国は、年少人口が減り生産年齢人口が減って、人口総数も減少しているというタイプです。こういうことは起こり得ませんけれど、このまま推移するとしたら、その11カ国は人口が消滅してしまいます。極端な表現をしますと、そういうことです。その次のタイプはBタイプです。それはオランダとフランスとノルウェーの3カ国です。この3カ国は、年少人口と生産年齢人口とが減少していますが、高齢人口が増加することによって人口総数が減少していないタイプになっています。そのタイプと日本の2020年

に行くまでの間のタイプが全く同じとなっています。確かに2020年には、人口問題研究所の推計と国連の人口部が日本について推計したものを両方とも2020年には、20%を起えて超高齢化率になるということですが(推定報告には問題があるが、比率だけで見ると上位から4番目になります。けれども、先程言ったような増減を基礎にしたタイプの関係で言うと、Bタイプです。国際的にも、そういうタイプの高齢化というみかたが必要ではないかということが実証出来るのではないかと思います(第1表参照)。

3. 日本の高齢化の特徴

さて、日本の問題ですがまず第2表を見ますと、島根県が一番高齢化が進んでいて、1985年で15.3%、全国平均は10.3%です。それで、静岡、兵庫がちょうど全国平均です。そうしますと、全国平均以下が13ほどしかなくて、34が全国平均より上回っています。しかも島根県と埼玉県を比較すると、約2倍以上の格差を持っています。ですから、都道府県毎でも不均等な、非常に大きな格差を持って人口高齢化が発展しているということが言えるわけです。

それから、市町村における格差という問題について触れますと、山口県東和町では、1985年で65才人口比率が既に35.2%となっています。ですから、65才以上人口が全人口の3分の1以上にもなっているということです。千葉県の浦安市では65才人口比率が4.1%ですから、市町村間では何と8倍以上の格差を示しているという不均等発展の激化に注目する必要があります。

4. 2000年の推計値15.6%を超えるのが全国区市町村の約3分の1以上

第3表に都道府県別で区市町村の65歳以上人口比率別状況を示しておきました。1985年で、島根県では59市町村の内全国平均10.3%未満の市町村がなく、15.6~18.8%が19、18.8%以上が約半数の28で、両者を合計すると47市町村になり、80%近くの市町村が2000年推計値15.6%を超えていると言う状況になっています。

全国合計では15.6～18.8%が716区市町村、18.8%以上が445区市町村で、合計すると1,161区市町村となりますから全国区市町村の約3分の1が2000年をこえる高齢化状況になっているということです。

5. 区市町村人口の崩壊的状況

第2表で1970年と1985年を比較して年齢3区分別で、総数、0～14歳、15～64歳のいづれでも減少している市町村状況を示しておきました。島根県では1市30町9村、合計すると40で、全市町村の67.8%にもなっています。区市町村で総数、0～14歳、15～64歳のいづれでも減少しているのが半数をこえているのは23道県となっています。このような年齢区分の三者で減少している区市町村は1,667に達しており、全国3,378区市町村の約半数ということです。

はやい時期に農村からの人口流出過疎化がいわれ、大都市でのドーナツ化現象がいわれておりました。それが1985年国勢調査結果では全国化して区市町村人口の崩壊的状況をもたらしているのです。

このような状況は、他方の区市町村への人口集中を進行させているわけですから、区市町村での人口問題は二極に分極化しているということになります。

6. むすび 高齢化社会問題

人口高齢化社会問題として、高齢者対策が問題とされていますが、年少者と婦人の問題を見落してならない重大な社会問題だと考えています。

区市町村での年少者の減少は、近隣での年少者間の遊びを難しくしています。それは子供同士での社会性を身につけることを低下させます。小学校で学年ごとの生徒数が減少して集団的な授業を困難にしています。このような社会性を身につけることの低下は幼児、児童の発達に重大な影響をおよぼしています。近隣だけではなく家庭においても、1人とか2人しか子供がいない。遊びを通しての創造性と社会性を身につけにくくなっていることは、子供の心身の成長にかかわる社会問題だといえるでしょう。

婦人についてですが、そのような子供の成長への配慮、進学とともに、共働きの問題があります。国勢調査結果によりますと、女子人口では離別が40歳台まで死別を上回っていますが、死別、離別は母子世帯の増加をもたらしています。

そして50歳台になると長寿化による親の介護問題、70

歳台になりますと未亡人生活の問題に当面します。

詳しくふれませんでしたでしたが人口高齢化問題は、家族社会、地域社会に新たな社会問題を発生させています。

このような人口高齢化社会問題への対策が高齢者対策とともに必要ですが、このような状況を発生させた戦後の経済・社会の発展を問いなおし、経済・社会発展のあり方の変革が必要とされています。

このような変革は、家庭、地域社会での生活の基本的なあり方を基本に据えての主権者としての運動が求められるでしょう。憲法第12条は「この憲法が保障する自由及び権利は、国民の不断の努力によって、これを保持しなければならない。」としています。

(第29回社会医学研究会総会特別報告)

統計表についての簡単なコメント

第1表について

- (1) 2020年代には、わが国の65歳以上人口比率が20%をこえて、ヨーロッパ諸国と比較して、トップクラスになり、超高齢化するといわれている。
- (2) ヨーロッパ27か国の高齢化状況を、1980年対2000年及び2000年対2020年で、年齢3区分別での増減状況を見ると、第1表の通りである。
- (3) それによると、2000年対2020年では、年少人口と生産年齢人口がともに減少して、高齢人口のみが増加で、人口総数が減少という姿が見られる。
- (4) オランダ、フランス、ノルウェイの3か国は、年少人口及び生産年齢人口は減少しているが、高齢人口の増加でカバーされて、人口総数は僅かながら増加を維持している。日本はこのタイプとなっている。日本の超高齢化は65歳以上人口の比率のみでなく、年齢3区分別人口の増減状況を基礎にすえて理解する必要があると考えられる。

第2表について

- (1) 国勢調査結果報告で、1950年、1970年、1985年の全国人口の年齢3区分別での人口構造の変化を見ると、第2表のとおりである。
- (2) 1950年では、ベビーブームによる年少人口比率が大きく、生産年齢人口は50%未満、65歳以上は僅かに4.9%と低い。
- (3) 1970年では、人口総数が1億人をこえ、年少人口は15.6%も減少して24%に低下、ベビーブーム期の人口が生産年齢階級に移行して44%弱も増加して68.9%になり、高齢人口では77.9%も増加して比率が7.1%になり、国連が高齢人口比率が7%をこえれば高齢化社会の到来といっている状況となっている。
- (3) 1985年で、年少人口比率は21.5%に低下し、生産年齢人口も68.2%に低下、高齢人口のみが10.3%に上昇している。
- (4) 1950年と1985年を比較すると、1975年前後の第2次ベビーブームによる出産増加で年少人口の減少は12.6%に止まったが、生産年齢人口で64.5%の増加、そして高齢人口では200.1%増という大きな増加となっている。

第3表について

- (1) 都道府県名の次の欄は1985年の夫々の65歳以上人口比率である。最高が島根県の15.3%で、最低は埼玉県の7.2%と格差は大きい。島根県は2000年の全国平均推計値に近い値であり、埼玉県は国連がいう高齢化の3.7%程度で、量的だけでなく、高齢化の質的な違いが見られる。
- (2) 「高齢化比率別市町村数」とは、島根県でいえば、県内59市町村のうちで、10.3% (1985年全国平均的比率) 未満の市町村は存在せず、15.6%をこえ18.8% (2010年推計値) 未満が19市町村存在することを示している。
- (3) 都道府県ごとの65歳以上比率が最高値はいずれも町村であり、それらを比較すると、最高は山口県の東和町の35.2%で、最低は神奈川県湯河原町の13.1%であり、地域格差が大きい。人口高齢化は人口流出=過疎化と言われているが、人口5000人以上のところでは16町村、2000人以上では36町村となっている。
- (4) 高齢化率の低い区市町村を見ると、最低は千葉県の浦安市の4.1%である。各都道府県で最低値を示す所を見ると、市が22市、区が1区、あとは20町4村となっている。
- (5) 1970年と1985年で、全国3378の区市町村での年齢3区分別人口を比較すると、年少人口と生産年齢人口で減少し高齢人口のみが増加で、人口総数が減少している自治体が全国で、1645区市町村となっている。大阪府と神奈川県とでは、65歳以上人口比率が15.6%をこえるものはないが、大阪府では21、神奈川県では12の区市町村が、総数、0~14歳、15~64歳で減少となっている。

表 1 ヨーロッパ、7ヶ国及び日本における年齢3区分別の人口増減(△印減)と年齢別移民の推移(1980-2020年) 単位: 1000人、%

	1980年			'80-2000年			2000年			2000-'20年			2020年		
	実数	構成比	増加率	実数	構成比	増加率	実数	構成比	増加率	実数	構成比	増加率	実数	構成比	
イタリア	総数	358	100.0	9	2.5	349	100.0	29	8.3	320	100.0	0.6	15276	100.0	
	0-14	65	18.0	11	16.9	54	15.5	4	7.4	49	14.8	7.6	2630	17.2	
	15-64	243	68.0	7	2.9	236	67.5	35	14.8	201	62.9	5.9	12850	82.8	
A	65-	50	13.9	9	15.0	59	16.9	9	15.8	68	22.5	33.0	2680	17.7	
スペイン	総数	60931	100.0	2109	3.5	58222	100.0	3354	6.6	54968	100.0	1.4	57052	100.0	
	0-14	11351	18.6	1507	13.3	9844	16.7	671	6.8	9173	16.7	8.0	10345	18.1	
	15-64	40414	66.3	518	1.3	39896	67.8	4676	11.7	35220	64.1	8.9	37307	65.4	
A	65-	9165	15.3	83	0.9	9032	15.4	1496	16.5	10576	19.2	11.7	9840	17.4	
スイス	総数	6466	100.0	5	0.1	6461	100.0	341	5.3	6120	100.0	0.0	4398	100.0	
	0-14	1287	19.9	244	19.0	1043	16.1	64	6.1	979	16.0	7.2	792	18.0	
	15-64	4318	66.6	80	1.9	4388	67.9	552	12.5	3836	62.7	8.8	2837	64.5	
A	65-	1371	21.3	158	18.1	1030	15.9	275	26.7	1305	21.3	22.4	770	17.5	
スウェーデン	総数	8280	100.0	182	2.3	8088	100.0	373	4.6	7715	100.0	0.0	10974	100.0	
	0-14	1618	19.6	303	18.7	1315	16.3	49	3.7	1216	16.4	7.5	2054	18.7	
	15-64	5317	64.3	104	2.0	5421	67.0	569	10.5	4852	62.9	9.0	6902	62.9	
A	65-	1337	16.2	12	0.9	1351	16.7	346	18.2	1597	20.7	21.1	2018	18.4	
フランス	総数	7481	100.0	56	0.7	7425	100.0	233	3.1	7192	100.0	4.0	26182	100.0	
	0-14	1527	20.4	216	14.1	1311	17.7	101	7.7	1210	16.8	8.5	4733	18.1	
	15-64	4797	64.1	101	4.2	4998	67.3	314	6.3	4824	65.1	13.2	17001	64.9	
A	65-	1157	15.5	42	3.6	1115	15.0	183	16.4	1298	18.0	34.7	4448	17.0	
ドイツ	総数	483	100.0	185	4.0	5083	100.0	134	2.6	4924	100.0	0.0	416	100.0	
	0-14	985	20.2	138	14.0	716	12.7	31	4.7	526	10.6	5.3	263	63.2	
	15-64	3307	68.6	148	4.5	3456	68.7	103	3.0	3211	63.4	0.8	76	18.3	
A	65-	572	11.6	123	21.5	4895	93.7	282	40.5	3771	76.4	58.3	351	84.8	
イタリア	総数	56940	100.0	2168	3.8	59108	100.0	1529	2.6	57579	100.0	8.5	12102	100.0	
	0-14	12381	21.7	2107	17.0	10274	17.4	917	8.9	9357	16.3	7.9	2300	19.0	
	15-64	36865	64.7	1982	5.4	38857	65.7	2013	5.3	36944	64.0	3.9	8024	65.3	
A	65-	7695	13.5	2282	29.7	9977	16.9	1401	14.0	11378	19.8	26.5	1737	14.4	
イギリス	総数	55886	100.0	678	1.2	55208	100.0	1161	2.1	54047	100.0	9.1	298	100.0	
	0-14	11539	20.8	1622	13.9	10017	18.1	755	7.4	9262	17.1	8.0	188	18.4	
	15-64	35945	64.3	779	2.2	36724	66.5	1486	4.1	35232	65.2	1.4	199	66.5	
A	65-	8302	14.9	166	2.0	8468	15.3	1079	12.7	9547	17.7	45.2	45	15.1	
東ドイツ	総数	16854	100.0	61	0.4	16915	100.0	311	1.8	16604	100.0	0.0	4883	100.0	
	0-14	3285	19.5	321	9.8	2964	17.5	166	5.6	2808	17.5	7.9	1074	22.0	
	15-64	10818	64.3	614	5.7	11432	67.6	780	6.8	10552	64.2	2.0	3310	67.8	
A	65-	2751	16.3	232	8.4	2519	14.9	524	20.8	3043	18.3	23.9	500	10.2	
ベルギー	総数	9833	100.0	131	1.3	9964	100.0	184	1.8	9780	100.0	3.3	10020	100.0	
	0-14	1976	19.9	199	10.1	1777	17.8	284	1.6	1749	17.9	0.7	2001	20.0	
	15-64	6453	65.6	162	2.5	6615	66.4	353	5.3	6262	64.0	2.9	6379	63.7	
A	65-	1405	14.3	167	11.9	1572	15.8	188	12.6	1770	18.1	8.7	1640	16.4	
デンマーク	総数	5112	100.0	127	2.5	5249	100.0	65	1.2	5184	100.0	8.2	18215	100.0	
	0-14	1071	20.9	123	11.4	948	18.1	53	5.6	895	17.3	4.3	3764	20.8	
	15-64	3320	64.8	6.3	3529	67.2	216	15.5	3302	63.7	4.8	11614	64.1		
A	65-	731	14.3	5.6	772	14.7	216	28.0	988	19.0	31.9	2338	15.1		

②

③

		1980年		'80-2000年		2000年		2000-'20年		2020年	
		実数	構成比	実数	増加率	実数	構成比	実数	増加率	実数	構成比
スペイン D	総数	37378	100.0	5984	16.0	43362	100.0	4085	9.4	47447	100.0
	0-14	9695	25.9	Δ 181	Δ 1.9	9514	21.9	33	0.3	9547	20.1
	15-64	23621	63.2	4040	17.1	27661	63.8	3114	11.3	30775	64.9
	65-	4062	10.9	2126	52.3	6188	14.3	937	15.1	7125	15.0
ギリシャ E	総数	9329	100.0	1066	11.4	10395	100.0	669	6.4	11064	100.0
	0-14	2129	22.8	101	4.7	2230	21.5	11	0.5	2241	20.3
	15-64	5961	63.9	517	8.7	6478	62.3	545	8.4	7023	63.5
	65-	1239	13.3	447	36.1	1686	10.2	114	6.8	1800	16.3
ポーランド E	総数	35805	100.0	5412	15.1	41217	100.0	3790	9.2	45007	100.0
	0-14	8621	24.1	223	2.6	8848	21.5	492	5.6	9340	20.8
	15-64	23601	65.9	3793	16.1	27394	66.5	1474	5.4	28868	64.1
	65-	3582	10.0	1393	38.9	4975	12.1	1824	36.7	6799	15.1
ルーマニア E	総数	22268	100.0	3460	15.5	25728	100.0	2661	10.3	28389	100.0
	0-14	5912	26.6	4	0.1	5916	23.0	224	3.8	6140	21.6
	15-64	14045	63.1	2464	17.5	16509	64.2	1791	10.8	18300	64.5
	65-	2310	10.4	993	43.0	3303	12.8	647	19.6	3950	13.9
アルバニア E	総数	2732	100.0	1153	42.2	3885	100.0	908	23.4	4793	100.0
	0-14	1019	37.3	56	5.5	1075	27.7	6	0.6	1081	22.5
	15-64	1583	57.9	985	62.2	2568	66.1	695	27.1	3263	68.1
	65-	130	4.8	113	86.9	243	6.2	206	84.8	449	9.4

<日本> (Bグループと同じ)

総数	116551	100.0	12431	10.7	129282	100.0	2694	2.0	131931	100.0
0-14	27325	23.4	Δ 3374	Δ 12.3	23751	18.5	Δ 202	Δ 0.8	23749	18.0
15-64	78881	67.7	7652	9.7	86533	66.9	Δ 4765	Δ 5.5	81768	62.0
65-	10345	8.9	8453	81.7	18798	10.5	7616	40.5	26414	20.0

注：(1) ヨーロッパ27カ国の2000年から2020年の人口増減変化を指標にして、グループ分けをした。

- (2) Aグループ…総数、0-14歳、15-64歳で減少
 B …0-14歳、15-64歳で減少
 C …15-64歳で減少
 D …2000年から2020年でいずれも増加しているが、1980年から2000年の0-14歳のみで減少
 E …その他

(3) 上記グループ分けによると、日本はBグループになり、65歳以上人口比率でのみの、ヨーロッパ諸国と比較して、最高位となるということは正しい評価でない。

表 2

年齢3区分別総人口の1950, 1970, 1985年の変化

	総数		0-14		15-64		65-	
	実数	%	実数	%	実数	%	実数	%
1950	84114574	100.0	29786412	35.4	50168312	59.6	4155044	4.9
1970	104665171	100.0	25152779	24.0	72119100	68.9	7383292	7.1
'50-'85 順	20550597	24.4	Δ 4633633	Δ 15.6	21950788	43.8	3238248	77.9
1985	121048923	100.0	26033218	21.5	82506016	68.2	12468343	10.3
'50-'85 順	36934349	43.9	Δ 3753194	Δ 12.6	32337704	64.5	8313299	200.1

注 ① 総数には年齢不詳を含む。 ② 1950年では、沖縄県の70歳以上の外国人136人を除く。

資料：国勢調査結果報告により作成

表 3 都道府県別の65歳以上人口比率別区市町村数と1970-'85年増減で総数0-14歳、15-64歳で、減少している区市町村数

1985年の 自治体別	自治体 の種別	自治体 の種別 の割合 %	高齢化比率別の区市町村数						高齢化比率が最高の 区市町村の%と人口	高齢化比率が最低の 区市町村の%と人口	'70-'85年 増減で、 0-14、 15-64歳 減少の区市町村数	<参考> 高齢化率 15.6%以上の 区市町村数		
			総数	10.3% 以下	10.3% 11.6%	11.6% 13.6%	13.6% 15.6%	15.6% 18.8%					18.8% 以上	
島根県	15.3	59	-	2	3	7	19	28	29.8% 知夫村 3764人	10.6% 東出雲町 11507人	40	67.8	47	79.7
高知県	14.5	53	-	1	-	11	18	23	28.0% 池川町 3019人	10.9% 高知市 312241人	37	69.8	41	77.4
鹿児島県	14.2	96	1	1	3	23	34	34	28.6% 大浦町 3764人	9.6% 鹿児島市 530502人	66	68.8	68	70.8
鳥取県	13.7	39	-	1	3	12	20	3	22.0% 日南町 8470人	11.0% 鳥取市 137060人	20	51.3	23	59.0
長野県	13.6	121	-	5	23	23	37	33	25.8% 清内路村 917人	11.1% 波田町 12316人	68	56.2	70	57.9
山形県	13.4	44	-	1	10	21	12	-	18.3% 朝日町 10875人	11.2% 山形市 245158人	33	75.0	12	27.3
徳島県	13.3	50	3	2	7	5	22	11	23.9% 木屋平村 1950人	7.7% 藍住町 22617人	33	64.0	33	66.0
香川県	13.3	43	1	4	5	11	18	4	19.9% 綾上町 7920人	9.4% 牟礼町 17250人	12	27.9	22	51.2
山口県	13.3	56	2	6	6	8	12	22	35.2% 東和町 7048人	8.4% 和木町 7328人	30	53.6	34	60.7
和歌山県	13.2	50	1	1	8	12	15	13	28.9% 北山村 686人	9.1% 岩出町 28066人	33	66.0	28	56.0
熊本県	13.2	98	2	2	19	23	43	9	20.8% 有明町 7641人	9.6% 菊陽町 22585人	64	65.3	52	53.1
大分県	13.1	58	1	-	6	10	20	21	26.0% 真玉町 4678人	8.1% 大分市 390096人	47	81.0	41	70.7
佐賀県	13.0	49	2	4	12	21	10	-	18.1% 大町町 9682人	10.0% 鳥栖市 55791人	26	53.1	10	20.4
岡山県	13.0	78	2	4	6	11	18	37	25.1% 備中町 3971人	9.6% 山陽町 21129人	50	64.1	45	57.7
愛媛県	12.9	70	3	1	8	13	22	23	28.6% 関前町 1397人	9.4% 松山市 426658人	37	52.9	45	64.3
山梨県	12.9	64	8	7	4	14	22	9	27.9% 芦川村 843人	6.4% 竜王町 31515人	31	48.4	31	48.4
福井県	12.8	35	-	2	5	19	8	1	20.0% 池田町 4318人	10.5% 敦賀市 65670人	13	37.1	9	25.7
新潟県	12.8	112	6	2	24	32	29	19	24.0% 畑野町 5944人	9.2% 黒崎町 21748人	65	58.0	48	42.9
富山県	12.8	35	2	2	8	14	7	2	22.4% 平村 1770人	9.1% 小杉町 21380人	12	34.3	9	25.7
秋田県	12.6	69	3	2	15	38	10	1	19.6% 阿仁町 5596人	7.3% 大潟村 3254人	60	87.0	11	15.9
三重県	12.1	69	11	6	14	15	17	6	28.3% 紀和町 2351人	8.2% 木曾岬村 6307人	23	33.3	23	33.3
長崎県	12.1	79	4	9	13	34	14	5	27.5% 崎戸町 3241人	7.8% 長与町 30896人	44	55.7	19	24.1
宮崎県	12.0	44	3	4	9	13	14	1	19.7% 北郷村 2635人	8.9% 宮崎市 279114人	21	47.7	15	34.1
福島県	11.9	90	4	9	26	26	16	9	25.5% 金山町 4282人	8.7% 郡山市 301673人	51	56.7	25	27.8
石川県	11.9	41	4	4	7	12	12	2	22.1% 門前町 11440人	6.2% 野々市町 36080人	24	58.3	14	34.1
岩手県	11.9	62	4	9	20	14	15	-	18.6% 湯田町 5074人	6.0% 滝沢村 31733人	34	54.8	15	24.6
広島県	11.5	93	12	5	8	10	10	48	28.5% 作木村 2439人	6.6% 海田町 30633人	50	53.8	58	62.4
京都府	11.2	54	13	5	5	7	15	9	23.3% 大江町 6315人	5.8% 八幡市 72356人	28	51.9	24	44.4
群馬県	11.2	70	10	16	17	15	8	4	23.9% 上野村 1968人	7.5% 大泉町 35925人	27	38.6	12	17.1
岐阜県	10.9	100	20	8	17	22	19	14	26.3% 坂内村 814人	6.6% 岐南町 19383人	44	44.0	33	33.0
滋賀県	10.8	50	8	5	14	16	7	-	18.3% 朽木村 2815人	6.4% 甲西町 28527人	8	16.0	7	14.0
福岡県	10.6	109	27	8	23	29	18	4	21.9% 星野村 4730人	6.1% 春日市 75555人	38	34.9	22	20.2
栃木県	10.5	49	12	10	13	10	3	1	21.8% 足尾町 5556人	8.1% 河内町 26266人	13	26.5	4	8.2
青森県	10.4	67	8	13	23	17	6	-	17.3% 平館村 3431人	7.2% 三沢市 41425人	44	65.7	6	9.0
兵庫県	10.3	99	23	2	17	13	32	12	21.2% 但東村 6581人	7.9% 加古川市 227311人	43	43.4	44	44.4
静岡県	10.3	75	21	11	14	15	10	4	21.4% 龍山村 1830人	7.2% 清水町 26803人	24	32.0	14	18.7
茨城県	10.2	92	28	11	28	14	10	1	19.0% 緒川村 5213人	4.4% 桜村 41335人	11	12.0	11	12.0
奈良県	10.1	47	16	5	3	4	13	6	25.0% 下北山村 1589人	5.8% 上牧町 18826人	18	38.3	19	40.4
宮城県	9.9	74	14	3	23	20	14	-	18.5% 七ヶ宿村 2543人	5.3% 泉市 124216人	34	72.3	14	18.9
北海道	9.7	218	46	25	69	48	27	3	31.0% 大滝村 2098人	5.3% 千歳市 73610人	175	80.3	30	13.8
東京都	8.9	64	43	5	6	4	4	2	19.4% 桧原村 4012人	5.0% 多摩市 122135人	23	35.9	6	9.4
沖縄県	8.6	53	22	6	7	3	7	8	31.9% 渡名喜村 529人	5.2% 浦添市 81611人	14	26.4	15	28.3
愛知県	8.5	103	67	7	13	4	5	7	23.6% 津具村 2035人	4.9% 名東区 142146人	23	22.3	12	11.7
大阪府	8.3	69	52	3	10	4	-	-	15.4% 能勢町 10389人	5.5% 門真市 140590人	21	30.4	-	-
千葉県	7.9	80	26	3	12	14	21	4	20.1% 三芳村 4756人	4.1% 浦安市 93756人	15	18.8	25	31.2
神奈川県	7.5	56	43	5	8	-	-	-	13.1% 湯河原町 26027人	4.9% 綾瀬市 71152人	12	21.4	-	-
埼玉県	7.2	92	57	17	11	2	3	2	20.1% 名栗村 2559人	4.6% 三郷市 107964人	7	7.6	5	5.4
全 国	10.3	3378	635	264	605	713	716	445	35.2% 山鹿町 7048人	4.1% 千歳市 93756人	1645	48.7	1151	34.1

注 (1)高齢化比率別は、10.3%が国調1985年の全国平均値、11.6%は1990年、13.6%は1985年、15.6%は2000年、18.8%は2010年で、厚生省人口問題研究所の推計全国平均値。

(2)一部未定稿
資料；国調結果報告により作成

健康問題をいかに把握するか

—社会医学的方法論の視点から—

吉田 克巳 (京都工場保健会)

1. はじめに

タイトルの「健康問題をいかに把握するか」というテーマは、私がこれについて何らかの結論や教訓を述べるといえるものではない。これだけの大きな内容をここで扱うことは考えようもないのが実際であって、実はこのテーマは第29回社会医学研究会総会（昭63、奈良）に当って、会長の山下教授（奈良医大）から、シンポジウムの企画に際していただいたタイトルである。

第29回総会のメイン・テーマは、「超高齢化時代に向けて現代健康問題を考える」となっているので、これとあわせて考えると、ここでの問題意識としては、①現在の日本は超高齢化時代に向って確実かつ急速に進行している、このことを背景として、②現代社会の健康問題をどのように把握するか、ということが問題となっていると言えよう。

2. 超高齢化時代

戦後の日本人の平均寿命の大幅な伸びによって、日本はスウェーデンなどを追い抜いて世界最高の長寿国となったことは事実であるが、しかし、このことを単純に戦後の日本の保健政策の成功であると受け取るには、いくつかの問題点のあることは、誰しも感じる点であろう。また、長寿の達成自体は、大変に有難いことではあるが、しかし実は達成されたのは謂わば「不老」抜きの「長寿」であるから、その結果としての「超高齢化社会」の中には当然ながら新しい色々な問題点が生れており、これらの新しい問題が的確に認識・把握され、その解決が重要な問題点として提起されねばならないことが、強い認識を必要としている。

「超高齢化社会」が「死なず病がちに生ながらえている」と言うことであれば、それは「列島病棟化」ともなりかねないわけであって、現実にも、「寝たきり老人」や「ボケ老人」と言う言葉が出てきているように、新しい課題をかかえての高齢化であることは事実なのである。一方、現実には戦後社会の中での新しい曲り角に直面している時期であることも事実であって、一方で産業

構造の調整に迫られている中で、労働基準体制の変革や、社会保障政策の「総決算」などという言葉にみられるある種の後退なども問題化している。

このような状況の中で、特に「超高齢化」が、みんなが元気で長寿者になっていることを意味しているわけではなく、色々な問題を生み、抱えながらの老人社会への突入であるということ为先ず考える必要があり、従って、改めて高齢化が現実となりつつある現在の社会の各分野において、その実態に迫る調査とその解析・結論が新しい視点の下で再構築される必要が大きくなってきている。前述した「不老長寿」と言うことは、多年の人類の心からの悲願であったわけで、歴史上にも秦の始皇帝を始め多くの権力者たちがその最大の願望として、これを実現する薬石を求めさせたことが伝えられている。先進国を中心とした医学・医療の発達・普及、各種の公衆衛生活動の展開、環境衛生事業への投資拡大による上下水道その他の環境施設の普及などは、感染症の制圧を始めとする大幅な平均寿命の向上をみせ、長寿・高齢化を達成するようになった。しかしながら、この高齢化は、主として感染症その他の外因の制圧などを中心としたもので、生物学的な意味での「不老」は達成されておらず、当然ながら「老人社会」化を招来する。従って、生物学的な不老化、人間の全機能がいつまでも老化しない（とても実現可能なこととは考えられないが）かぎり、社会の高齢化は間違いなく進行する筈であるが、そこで、老人を社会活動に不要ないしは邪魔な被扶養者にするのではなく、よりポジティブな、ある意味での社会の中核となりうる有用な存在として活用できる社会組織への発展を考えて行くことが新しい課題となって来ているのだと考えなければならない。

現在、日本でも多くの企業でその社員の平均年齢が40才を越えると言うのは珍しくなくなって来ており、それは零細企業、中小企業だけの問題でなく、大企業においてすら見られるようになって来ている問題である。これは、これまでの明治以来の日本の企業社会では見られなかった新しい現象であって、このことについても我々は新しい視角が必要となって来ている。

3. 健康問題の把握

このような色々な課題を含んだ形での高齢化社会の現実化を背景として、社会の各層における健康問題をどのような方法で、どのように正しく把握するか、がここでの本質的な課題である。

健康問題の把握の為には、問題の単なる現象論的な把握のみでは、それが正しく実態を反映するものであったとしても、必ずしも社会的な正当性や説得性を持つとは限らないのであって、正しくその社会医学的意味づけを指摘できることが重要である。かつての四日市喘息や森永ひ素ミルク中毒事件などの場合でも、もしそれが単なる症候論的な調査研究のみに終始すれば、折角の正しい調査研究もそのまま終わってしまうわけであって、その社会医学的意味を十分な裏付け、説得性をもって主張できないであろうと言える。

例えば、四日市喘息の調査において、単なる現象的な調査のみであれば、四日市喘息は、症候学的には古典的な通常の気管支喘息と異なった特別な所見は持たないものであるから、そこからは何らの特別な問題点の指摘は出来ないことになる。この問題は、この喘息の疫学的特性を追求し、その問題点を社会医学的に明かにする方向の疫学研究が不可欠であって、それによって初めて古典的喘息とは異なった特別な意義を持ち得るものであると言える。

森永ひ素ミルク中毒事件でも、十数年経過した後での後遺症としての各種の運動性、感覚性のニューロパシーなどの問題は、単なる現象的、症候論調査のみでは問題は単なる不定愁訴の中に埋没してしまうことになるわけであって、常に目的意識をもって全体を見通しながらその疫学的特性を吟味する中で、説得性をもった無視できない新しい意味付けが得られるのであるから、そのような観察の中で、何が指摘でき、どう解釈できるかと言うことを押さえて行く観察、例えばそれが特定の条件をもった集団とどう関連し、それに特別な疫学的意味づけが可能かどうかなどの検討が重要である。

ただ、ここで強調しておく必要があると考えられるのは、上述のようなことはいつも厳格に実行できるわけではないであろうし、むしろ可能と言えない場合が普通であろう。しかしそのような場合でも、単なる事例報告ではなく、そのような事例の積み重ねの中での一定の重みと説得性を持ち得る場合も少なくないのであって、常に問題意識に立ち帰りながら自分の経験に即した根拠づけを考えていくことが大切であると考ええる。

今回の社会医学研究会総会で取り上げられたシンポジ

ウム「健康問題をいかに把握するか 社会医学的方法論の視点から」のスピーカーとしての渡部教授、田尻所長、逢坂所長、三塚教授らのお話しはこれらの問題点を含んで討議して頂いたものである。

その折りの各氏の発言内容は、本誌に収録されている各氏それぞれの論文に含められているので、以上に述べた背景等に留意してそれらの論文をお読み頂けたらと願っている。

(第29回社会医学研究会総会シンポジウム)

健康問題の社会医学的把握

—労働衛生学的調査の経験から—

渡部 真也 (滋賀医大 予防医学)

1. はじめに

社会医学の概念は人によって様々で、広く通用するような定義がないので、ここでいう社会医学とはどのようなものか、を抜きにして方法論を述べることは難しい。わが国で衛生学、公衆衛生学という確たる学問領域がある中で、「社会医学」研究会が新たに作り出されたとき、その「社会医学」の考え方について多くの議論が交わされたが、結局はこの研究会でも明確な定義を下すには到らなかった。この研究会創設の中心人物の一人であった曾田は、「そもそも社会医学研究会の創設に当たっては、本来社会的生活を送る人類の必要によって生じた医学が、個別的、自然科学的、生物学的研究成果に幻惑されて、ともすれば、その見失わんとする社会性をあくまでも保持し、恢復しようとする反省が同会を生んだ……」とこの研究会の理念を述べている¹⁾。そして、その後曾田は、社会医学研究会が取上げてきた広汎な研究分野について「“社会一般の用に供せられるべき医学のあり方”“医学医術の応用を制約する社会的条件”“医学と社会との相互関係”“社会問題の医学的検討”“医学問題の社会経済学的検討”等を……」と、その主要な柱を列挙している²⁾。これらの諸問題の研究方法は決して単純一律なものではない。

第26回社会医学研究会(愛媛)でもたれたシンポジウム「社会医学としての労働衛生学研究の方法論」は、社会医学を志す若い研究者らの要望で、労働衛生分野での社会医学的研究の方法について考える素材を提供することが主目的であった。現実に存在する労働衛生上の問題は、まさに社会医学的問題ではあるが、だからといって、その問題に係る研究のすべてが社会医学的研究であるとは言えない。その中には純粋に自然科学的次元にとどまる研究もあろう。また、いささか社会的な関心・視点で接近しても、それが焦点の定まらぬ不明確なものであったり、事実認識の方法に欠陥があれば、いくら社会医学ふうな議論が展開されていても科学とは言いかねる態のものもある。

それではどのようなものが社会医学的研究なのか。それ

をこのシンポジウムは出してみようということであった。その司会をするに当たって、私は、健康問題の社会的側面、あるいは健康現象の社会的構造を捉えることに力点をおいた労働衛生学的研究方法について論じてもらうことを望んだが、社会医学というものをどう理解するかについては、各演者の自由に任せた。

各演者の報告は論文として本誌に載せられているので触れないが、報告の内容は私が予想ないし期待していたものとは違った部分も少なからずあった。そのこと自体は、是非を論ずべきことではない。多様なアプローチや考え方があってよい。しかし、それは曾田が例示列挙したような社会医学研究の領域(上述)のどこかに包摂される方向を持つべきであろうと考えた。そしてこの議論はもっと続けられるべきであろうと考えていた。

今回(第29回研究会)のシンポジウム「健康問題をいかに把握するか 社会医学的方法論の視点から」はその第2ラウンドと考えられる。それは若い研究者達への社会医学的研究の取り組み方について考える素材を提供することを意図しているからである。私に与えられた課題は、労働衛生分野における疫学的調査を踏まえての社会医学的研究を、自らの研究实例によって述べよということであった。以下に述べるものは、この時の講演を基にして、これに若干補足したものである。

私はここでは、私がやってきた研究の中から社会医学といえそうなものや、その方向を向いてやったものの実例を、方法論を考えるということを念頭に置きながら紹介する。

2. 農作業災害についての疫学的研究から

耕運機流産とか大型農業機械による労働災害が社会的話題になりだした頃、西ドイツ農業労災保険団体が行っている農作業災害サーベイランスと安全運動を見聞して、農作業災害に関する的確な疫学的研究の必要性を痛感して、この研究を始めた。そして私が社会医学研究会で初めて発表したのがこの研究の最初の部分である。

この研究は十勝平野の大型機械化農業が営まれている一地域で、農業機械運転に従事するものを対象にして、

主に農作業災害経験率を検討したものである。

それは単純に言えば、疫学的研究であったから、「社会医学以前のもの」という批評は当然と思ったが、敢えてそのようなレベルのものを社会医学研究会に発表したのは、それまでに見聞した社会医学研究会での発表内容が、観念が先行して実態の裏付けが弱く科学的論証に乏しいという印象であったからである。私のこの研究は純粋に疫学的なものであったが、人々すなわち社会集団の健康のある局面すなわち外傷をある程度客観的に把握する方法を用いて行ったものであるから、自づと問題の大きさがわかる。あるいは問題の所在がいくつか見えてくる。そのこと自体が私は社会医学研究の緒であろうと考えている。この研究は現時点ではまだその先の段階にあまり進んではいないが、農作業災害がどのように起っているかということを経験的に正確に把握し、統計学的に解析し、農業の機械化ということと災害の発生ということとのつながりを疫学的に実証することなしに、社会科学の理論によって災害多発は当然といってしまえば、社会医学は成り立たないのではないかと考える。

3. 振動障害についての疫学的研究から

1954年青函連絡船“洞爺丸”を沈没させた“洞爺丸台風”によって、北海道中央部の原生林に大量の風倒木が発生し、その処理を契機として林業の機械化、特にチェーンソーの導入・利用が急速に進展した。これに伴って伐木労働者の間に振動障害が流行するようになった。私は1960年頃、チェーンソーや刈払機の騒音や振動を測定し、騒音性難聴や振動障害の発生状況を調べ始めていたが、1965年にはマスコミを賑わす社会問題となった。労働者たちは白ろう病と称して、この職業病の予防と補償を求めて運動を起したが、責任官庁である林野庁はこれに対して東京大学医学部公衆衛生学教室へ研究を依頼し、受託者東大、根岸助教授らはいわゆる「白ろう病心因性説」を発表して対抗した。「心因性説」とは振動障害の特徴的の症状の一つであるレイノー現象の流行が心因的要因でなければ説明できないといい、1965年2月のTV放映や労働組合活動家らを暗に指すと思われるClaim makerが“伝染”の役割を果たしたというものであった。彼らの疫学調査では、1965年にレイノー現象発生が異常な集積をみせているということが、その根拠の重要な一つであった。

私は1960年の調査で、既に、レイノー現象がチェーンソー伐木手の十数%に起っている事実を捉えていたから、TV放映以後にレイノー現象の流行が始まったという説

が誤りであることはすぐわかったが、1965年に起った第2回目の有病状況調査データを解析してレイノー現象発症の時間的分布を検討した。

その結果が図1である。これはどのチェーンソー使用開始年コホートでも、レイノー現象有症者率は、チェーンソー使用年数が長くなるにつれて次第に上昇してきたのであって、1965年に急激な大発生をしたのではないことを示している。これによって白ろう病心因性説はほとんど根拠を失ったわけで、そのことは現実の社会に影響を及ぼすことになったが、この研究自体は純粋に疫学的研究であって、社会医学的研究と敢えて呼ぶ必要はない。

この図で有症率が次第に急上昇していくのは、この曲線が正規確率紙上ではきれいな直線になることから、疾病ははじめ振動に抵抗力のないものから始まるが、振動の作用の累積によって次第に抵抗力のあるものも発病していったことをあらわしていると考えた。

しかし、早くから使い始めた群に比べて後から使いだした群の有症率の上昇が著しい傾向が読み取れたので、労働条件の推移を営林局の資料から探ってみた。図1の下に書いてあるように、この7年間の間に年間のチェーンソー使用日数が増え、1日当り振動曝露時間が長くなり、機械が大型化して重量も振動も大きくなっていった。また、作業者が機械操作に習熟して能率が上がるようになると、単価（造材1m³当り賃金）が切り下げられていった。そういう労働条件の悪化が発病を早めていったと考えられた。

そういうことから、その後、私は、単に疫学的に見るということだけでなく、林業での振動障害多発にかかわる社会的要因とその構造を考えたい。即ち、なぜチェーンソーがこのような有害性が大きいまま導入されたか、この有害性について労働者はどれだけ知っていたか、知らされていたか、なぜ長時間使用されたか、なぜ抵抗力が弱い中高年労働者がこの仕事についているのか、なぜ早く発見され対処されなかったのか等々である。

これは換言すれば、Agentがこの社会に存在する理由であり、感受性あるHostが危険にさらされることになる社会的理由であり、AgentとHostとをより強く結びつける社会的状況が存在する理由を問うことである。

その結果を図2のようにまとめてみた。これは山の労働者たちから聞き出したいろいろなことや、当時のわが国の社会状況についての社会学者たちの分析結果など様々な素材・事実を組み立てたものである。これは、いふならば仮設の設定から理論化までの道程の一里塚のようなものである。構造は恐らくもっと複雑であり、かつ、もっと拡がりを持つであろう。しかし、一方、ここに挙

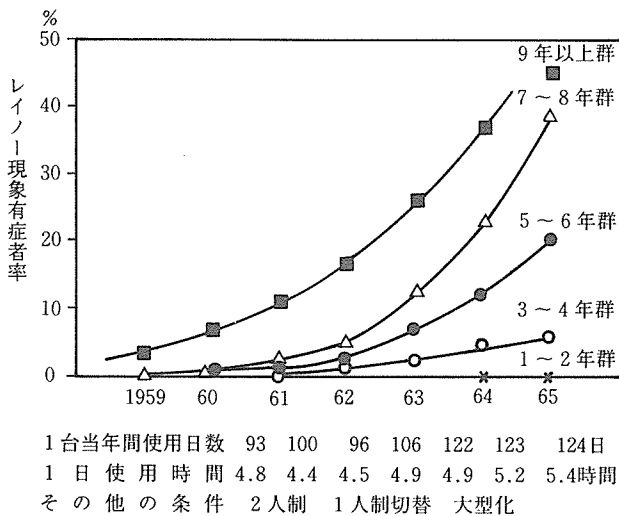


図1 チェンソー使用経験年数群別にみたレイノー現象有症率の推移とチェンソー使用条件との関連

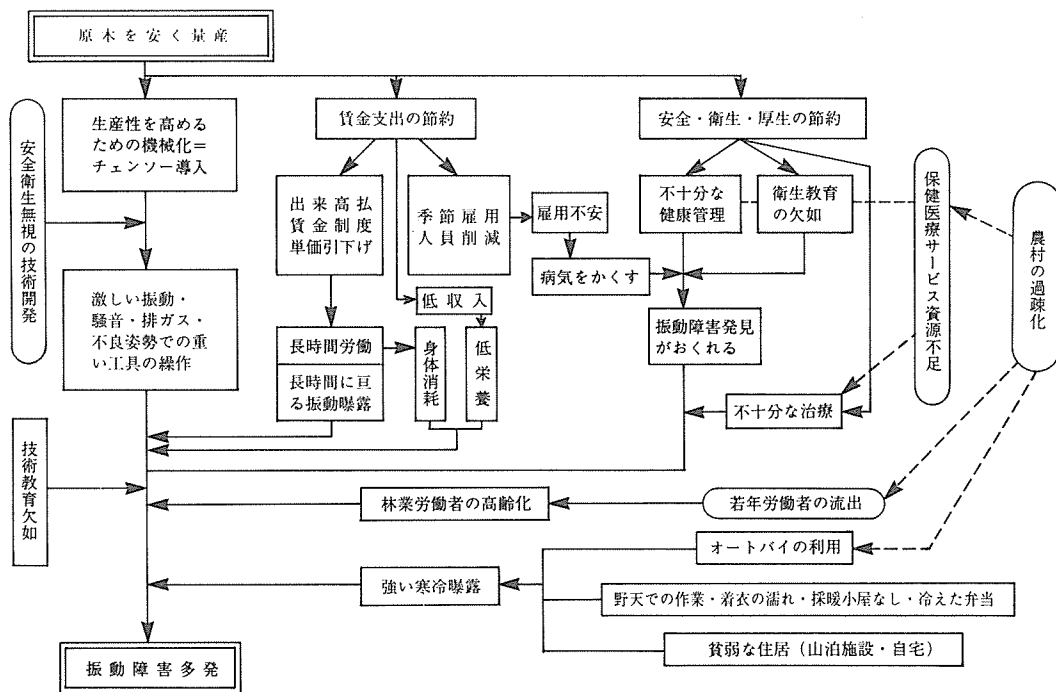


図2 林業における振動障害流行の社会医学的機序

げた諸条件諸要因だけでも、それを具体的客観的な資料によって実証するのは大変な作業であって、まだ完了していない。

こういう段階の研究は、もう疫学の範囲を越えているといえるだろうし、また、これは社会医学的研究の一領域に属するものと言ってももらえるのではないかと思う。

こういうことをとことん追究していく意義は、病気の流行という不幸な出来事の社会的責任のあり方を明らかにするという点であり、また、この出来事が偶然的なものではなく、社会的必然の結果であって、従って、他にも同様な構造の出来事（職業病の流行）が存在する、或いは発生する可能性がある、ということを確認させる点である。

この図を見ながら、私は若月³⁾の「農村病とその社会病因論的分析」を想起した。若月は農村に多くみられる疾病を「農業病(職業病)」「農家病」「(狭義の)農村病」の三つに分類してみせた。農業病(職業病)は農業労働の、農家病は家庭生活の諸条件から来る疾病、農村病は農村の自然的条件や農村特有の社会的条件による疾病である。

林業労働者の振動障害は、さしずめ「農業病・職業病」の範疇に入るだろうが、私は、農家の食生活(低栄養)や農家の居住条件(寒冷曝露)等が振動障害の発生に促進的役割を果たしたと考えるし、また、無医村的環境と医師にかからず我慢する風習という農村社会の条件も振動障害の流行に大きく関わっていたと考える。従って、林業に多発した振動障害は、職業病的性格と農家病的性格と農村病的性格とを兼ね具えている。換言すれば、若月のいう三つの社会的病因が重なっている疾病であると考えられる。

若月の行ったような社会病因論的分類(若月は“分析”というが)には、当面の実践的諸課題を具体的に明らかにするという意義があるが、これだけでは、社会変革の展望が理解されずに、実践が与えられた枠(現在の農業政策)の中での改良運動に終始したままに終わる危険もある。病気の社会的必然的成り立ちを理解(認識)するという社会医学としては、一つ一つの疾病についてこういう要因の重層的構造を捉えることは必要であろうし、健康を守る運動を進める立場からも重要であると思われる。

4. クロムによる職業癌の問題との取組みから

1973年に、私たちは日本で初めてクロムによる職業癌の存在とその高率な発生とを疫学的に立証した。この研究自体は、職業癌の存在を確認するためのごく一般的な疫学研究法に基づくもので、社会医学的なものではなく、

研究の発端も外国にあって日本にない筈はないという単純な発想と、身近に当該工場があったことなどで、特別な事情はなかった。

この問題を社会医学という視点からみるならば、クロム酸塩製造従事者の肺癌は、ドイツではすでに1936年から法的に“補償されるべき職業病”とされ、1950年前後にはアメリカ及びイギリスにおけるしっかりした疫学研究によって、クロム酸塩製造工の驚くほど高率な肺癌発生が明らかにされていながら、なぜわが国では隠れていたかが一つの重要な問題であろう。

1935年に、Pfeil は、かつて工場医として勤務していた工場で肺癌が続発した事実と、その原因としてクロム化合物曝露が考えられるということを発表し、クロム粉塵抑制と肺癌の労災補償の必要を提起したが、これを発端として類似の症例報告が相次いで、1936年にはドイツではクロム酸塩製造工の肺癌は補償義務のある職業病として法的に指定された。このような情報は医学雑誌を通じて日本にも直ちに伝えられた。この論文を読んだ八幡製鉄所病院の医師らは八幡製鉄所でクロムレンガを製造する労働者の健康状態を調べ、それを1938年に発表した。また同じ1938年、名古屋大学教授だった鯉沼も、その著「職業病と工業中毒」に職業癌のひとつとしてドイツにおけるクロム酸塩製造工の職業性肺癌の存在を紹介した。

「職業癌」という概念や用語はもっと以前から存在していた。1929年にILOが職業癌に関する会議を開催し、わが国からは鯉沼が出席した。当時鯉沼は内務省社会局の技師で、労働衛生行政の最高の専門家であった。鯉沼はこの会議に先立ってわが国での職業癌に関する若干の調査もやったし、会議の報告も医学雑誌に書き、前述の著書にも「職業癌」と銘打った一章を立てている。わが国の職業癌は労働者が気付くよりはるか以前に(労働者が癌のような非特異的疾患を職業と関係があると気付くのは極めて困難)国の方が詳しい情報をもって対処していたといえよう。

この頃、東京の日本化学工業株式会社は1908年以來のクロム酸塩製造を飛躍的に拡大して、世界第3位のクロム化合物製造工場をもつに到っていたし、日本電工株式会社も北海道栗山町にクロム酸塩製造工場を建設したところであった。そして、どちらも鼻中隔穿孔という職業病を高率に発生させ、クロムの有害性に目が向けられていた。しかし、肺癌に対してどう対処したかは不明である。帝国主義的国家体制の下での日中戦争の最中であり、それがやがて太平洋戦争に発展していった時代であり、クロム関係工場は軍需工場と指定されたから、職業病は

全く無視されたとも考えられる。しかし、戦時下といっても、職業病の研究や調査が全く行われなかったわけではない。この時期に振動障害などは鉱山、造船、航空機製造などの産業で明らかにされていた。これらは全産業的に問題が起って調べられたのではなく、個々の職場例えば三井山野炭鉱とか、神戸造船とか、立川飛行機工場とかにそれぞれ係りをもつ医師が問題を発見して調べて報告したというものである。歴史の長い大企業である日本化学工業株式会社でも、クロムの影響についての調査があってもよかったと思われる。残念乍らこのあたりについては記録資料がない。

第二次大戦後、イギリスではクロム酸塩製造工場での疫学調査と肺癌早期発見のための健康管理活動が始められ、アメリカでは肺癌に罹患したクロム酸塩製造工の労災補償請求に端を発した疫学調査が業界全体(7工場)で行われ、肺癌の異常に高率な発生を確認した。これらの情報はすべて逐次学術雑誌に発表され、1953年には政府刊行物としても出版された。

一方わが国では、戦後、労働基準法や労働安全衛生規則の整備期において、クロムによる肺癌は労災補償という面では全く無視していたのではないことは、労働省労働基準局が編纂した「業務上疾病認定の理論と実際」という、業務上外判定の規範ともいべき書物の中に、肺癌が起るといわれているということが書かれていることからわかる。しかし、クロムに曝露される労働者の肺癌を予防する措置、すなわち厳しい環境管理をとらせるとか、労働者に発ガンの危険を知らせるとか、肺癌の早期発見をするというようなことは行政的には全く取られなかったし、企業も行わなかった。1955年頃労働省は企業に対して特殊健康診断の実施を指導し、同時にそれによって職業性障害の存在状況を知ろうとしたが、その一つとして行われた日本化学工業小松川工場におけるクロム作業者についての調査で、鈴木らはドイツやアメリカの研究結果を知っていて、肺癌患者の有無にも注意を向けた。その結果は疑わしい1例の他には肺癌と診断できたものはなかった。これは、わが国で最初のクロム肺癌を意識した調査であり、発がんのリスクを警告した最初の医学論文であったが、その疑わしい症例の追跡は研究者の手に委ねられなかった。後に判ったことであるが、この症例は肺癌で死亡した。北海道の工場については、館らと角田らとが1959年に調査を行ったが、これらの報告にもアメリカの疫学研究論文が引用され、クロムによる肺癌の危険に注意を喚起している。これらの調査のどれもが労働基準局と深い係わりをもって行なわれたことは、国の職業病予防責任を考える上で重視されなければ

ならない。

1965年には土屋が作業員1,000人以上の規模の職場における癌死亡を調べ、ニッケル・クロムを取り扱っている工場での肺癌死亡が期待値の2倍で有意な増加であったと報告した。この調査には労働省労働衛生課が情報収集を担当した。したがって、当然この研究結果について報告も受けたであろう。しかし、そういう事態がどこの職場で起こっているのか、クロムとニッケルを一括してあるが、それはクロムによるのか、ニッケルによるのかなどは、その後追究されなかったのか、これに続く研究報告は出ていない。

クロム肺がんに対する行政措置は、アメリカやイギリスでの疫学的研究で因果関係が一層明白になり、わが国で労働衛生行政機関の指示や後援でクロム酸塩製造工場での労働衛生学的な調査が行われ、この種の工程で肺癌発生のリスクがあるということが指摘されても、何一つ変わらなかった。

クロム曝露と肺癌との関係についての疫学的な研究はわが国では1973年の我々の研究まで行われなかった。

以上、クロム化合物に曝露された労働者の肺癌の問題についての研究を歴史的に手短かに述べたが、他国で発生が明確に認識された職業病の情報がわが国に伝わっていないながら、社会的に何の対策もとられずに放置され、多数の犠牲者を出し、今日に到るもなお続いていることをもっと広い視野で歴史的に研究するのも、社会医学的研究の一つと思われる。

この先の探求については、私はまだ十分なことをやっていないので書けないが、私が考えている社会医学的研究というもののひとつは、こういう展開をとる。

5. おわりに 疫学から社会医学へ

社会医学は人間の健康状態が社会的条件に左右されるということを経験的考案としている。したがって、社会医学的研究は、社会のいろいろな場面や人間集団についてそのことを立証し、解決方法を提示していく。その際、“健康状態が社会的条件によって左右される”という事実の証明、もっと具体的にいえば、観察あるいは関心の対象としている人々の健康状態が、ある社会的条件、例えば収入とか、職業とか、恐慌とか、戦争とか、人種差別とか、医療過疎とか、行政制度とかなどによって左右されているということの実証が要る。

疫学は疾病などの発生・流行に関する諸要因を発見し、病因 Agent と環境 Environment と宿主 Host との関連で流行の機序を明らかにしようとする。

記述疫学では、疾病などの時間的分布や地理的分布が観察され、その分布を決定する要因として社会的条件も検討される。また、宿主の社会的特性による疾病の分布も観察される。分析疫学では、仮説として社会的要因そのものを取り上げて、それが対象集団の健康状態を左右しているかどうかを見究めようとする。

この段階の研究は、社会医学の範囲に入れてもよいのではないと思われる。

発見されたり確認された社会的要因のもつ意味が考察され、そして社会的対応が検討されることによって、その研究は一層社会医学的研究として肉付けされることになるだろう。疫学的方法による社会病因論的研究である。

一方、疾病などの発生・流行に関連する要因の中に社会的要因が浮び上ってこなかったからといって（疫学的研究ではむしろこういう場合の方が多いが）、そこに社会医学的問題が存在しないとは言いきれない。疫学的に扱えられた疾病関連要因が社会的なものでもなく、その要因がその社会に“存在している”こと自体を問題にしていくことによって社会医学的研究が展開されていく。ここから先の方法論には疫学は含まれてこないが、疫学的研究が社会病因論的研究の緒をつくったという意味で、前者と同様、疫学的方法による社会病因論的研究の範囲に入れてよいだろう。

この場合、疫学的方法が正確さ、厳密さ、的を射ていることなどの点で、万人の承認がえられるものでなければならぬのは当然である。しかし、今日、素資料の独占、目くらしの解析など、疫学研究の悪用もみられる。こうした問題自体も社会医学的問題ではあるが、別に論じている⁵⁾ので省略する。

社会的な健康問題は偶然に起るのではなく、起るべくして起るのであるから、その必然性を実証的にかつ論理的に示すことができる筈である。具体的には、問題の経緯とそれをとりまく社会の状況を研究対象とし、諸事実を集め、事実間の関係を論理的に整理し、そこから問題の本質を抽出することである。疫学はそこで重要な役割を演じているが、視点を変えれば、その作業は歴史的考察といってもよいだろう。歴史的考察の目標とするところは、現存する健康問題をどう社会的に（誰が、いかなる責任、義務、負担を負って）解決するかということをも明らかにすることである。それによって、同じようにして発生した他の問題が見えてきたり、問題発生を予測したりすることができる。すなわち、健康問題の発生におけるひとつの社会医学的法則性が示されることになる。そういう法則性の認識は健康障害の発生を未然に防ぐ運動にとって強力な武器になる。

東田⁶⁾は社会医学の方法論について「社会医学は社会的病因論の究明を主とする疫学と、疾病と障害の予防、治療、社会復帰の促進に必要な社会的プロセス（実践的方法論）の解明を主眼としている」と述べ、社会医学の中に疫学の方法を位置づけているが、疫学は社会病因論的研究の面だけではなく、実践活動の評価にも用いることができるだろう。

東田はまた、「実態調査、統計的吟味、歴史的考察」を方法論の三本の柱としているが、疫学研究における作業はまさにその通りで、疫学では一般的に生態学的考察と呼ぶものを社会医学的ニュアンスを強調して歴史的考察と言い換えてもよいだろう。

社会医学は医学のある面を抽象化する観念的なものではなく、現実の社会にある健康問題を解決するための実践的医学のひとつである。したがって、問題を主観的にではなく、客観的に把握し、論理的に思考し、法則性を発見しなければ、現実問題の解決の力とはならない。これまでに述べたように、疫学方法論はそのための有力な武器の一つと言える。

（第29回社会医学研究会総会シンポジウム）

参考文献

- 1) 曾田長宗：社会医学への期待、公衆衛生、25、601—602、1962
- 2) 曾田長宗：わが国における社会医学百年の歴史(1)、医学のあゆみ、76、43—48、1971
- 3) 若月俊一：農民病の実態、日本医師会雑誌、38、679—686、1957
- 4) 渡部眞也・福地保馬：クロムによる職業がん その疫学と対策の問題点、科学、45、688—693、1975
- 5) 渡部眞也：職業がんと疫学、日本の職業癌（鈴木武夫編）、43—69、篠原出版、1977、及び、渡部眞也：労働科学における疫学的研究の諸問題、新労働科学論（細川 汀編）第1部、132—150、労働経済社、1988
- 6) 東田敏夫：社会医学の現代的課題（下）、325—326、頤草書房、1987

最近の産業疲労研究の課題と方法論上の問題点

齋藤 良夫 (中央大学文学部 心理学研究室)

1. はじめに

本シンポジウムのテーマである「社会医学」をどう規定するかについては、研究者によって意見がわかれるところであろう。しかし、今までの労働衛生学などの研究領域では、労働者や住民を不健康にする社会的要因の発見、その影響の解明、そして、それらの要因の除去・改善というシェーマの中で、前二者のみ強調されて、原因としての社会的諸要因と結果としての人間の生物学的側面での不健康さとの関係を明らかにする生物学的研究が多いということは、多くの人が認めるところだと思う。ここでは社会的なものはいつも人間の外にあって、人間はその影響をただ受けるだけの受動的な生物的存在にいつも止まっている。上述のシェーマの第三の対策に関しても、その不健康な被害を被って来た人間には発言権が認められない。自然科学的方法論が適用されるためには、そのような人間理解でないと科学的でないと今までの衛生学研究者は考えて来たと思う。しかし、自然科学的に人間を捉えると言うことと、その研究が現実の生きている人間を正しく把握しているということは、言うまでもなく別のことである。

労働者の疲労を研究対象とする産業疲労研究の領域でも、今までその傾向はとて強かったし、また今後もそれは続いていくと考えられる。しかし、上述のような人間理解の仕方では、現代の日本の状況での労働者の疲労は理解できないし、また研究の結果にもとずいて現実の労働諸条件を変更・改善していくことはとてむずかしくなっていると、筆者は考えている。

ここでは、今までの日本における産業疲労研究の方法論上の問題点と、今後研究すべきいくつかの課題を明らかにしながら、産業疲労研究における新しい方法論についての筆者の考え方を述べてみたい。

2. 産業疲労研究の進んでいる部分と遅れている部分

産業疲労研究は、労働衛生学の一分野として社会的には認知されているが、その労働衛生学の他の研究分野と比較して、産業疲労研究はより進んでいる部分とより遅れている部分とが同居していると思う。前者のより進ん

でいる部分とは、次のことである。現実の労働の内容や労働条件、勤務条件がかわると、その労働に従事する労働者の負担や疲労はその影響を直接的にうけて、その質や量がかわることになる。したがって、労働内容を含む労働諸条件の変更は、産業疲労研究者が意識するしないにかかわらず、いつも新しい研究課題を他の研究領域よりもまず最初に彼らに提出するということができる。日本の場合、戦後40年以上の間に、労働者を取りまく労働状況は急激にかつ大きく変って来たことは周知のとおりである。その変化は、大きくいえば機械化・自動化にともなう肉体労働から精神労働への変化ということになる。連続的に強い力の支出を要求する労働やエネルギー消費の大きい作業はなくなって、その代りに連続的に注意を集中しつづけなければならない作業や、ことに上肢の一定部位を反復繰返して行う作業が多くなった。同じ精神労働でも、とくにコンピュータが各産業職場に入ってから、労働が企画・設計業務などの主として新しい情報をつくり出す部分と、既存の情報をただ入力ないし出力する情報処理の部分に分かれて来て、労働者の負担や疲労の質が大きく分化して来たといえる。

これらの労働形態が、外からその労働を眺める限り、作業者に大きな負担や疲労を及ぼさないようにみられるが、実際には毎日の自宅での睡眠や休日でのくつろぎなどで疲労が回復せず、慢性的過労となって頸肩腕障害や職業性腰痛などの健康障害を生じさせて来たことは、周知の通りである。筆者は、産業疲労研究の目的は、毎日の労働による労働者の疲労が過労や健康障害をもたらさないように、労働内容や労働諸条件の変更・改善の方策を明らかにすることであると考えている。この点からすれば、疲労は労働者が自らおかれている労働状況に対して発する一つの信号であり、過労は彼らとその労働状況を不適合と評価する危険信号であるといえる。産業疲労研究者は、その信号を出来るだけ早くキャッチして、それが危険信号に変わらない前に何らかの方策を提言することが要求されている。

3. 従来の産業疲労研究の方法論

産業疲労研究の遅れている部分とは、このような労働

状況のもつ問題点を明らかにしなければならない課題があっても、それに十分対処できるだけの方法がまだ十分確立されていないということである。産業疲労研究は、今まで次のような研究方法に従って研究して来た、と筆者は考えている。

(1) “一人で一定の手順で行われる”仕事の意味の「作業」概念に基づいた研究であって、労務管理の場でありまた職場人間関係がとり結ばれる労働組織の中で遂行される「労働」の社会的側面が研究の上では排除されて来た。「労働者」は「作業者」に還元されて、作業のもつ物理的要因、例えば取扱うべき対象物の重さ、対象物の運搬の速度、処理すべき情報量、認知すべき対象物へ向ける視線の頻度などの客観的に測定可能な要因によって作業者の疲労が決定されると考えられて来た。調査研究の上では、たしかに職場の複数人が調査の対象者にはなるが、各人は負担のうけ方や疲労のおこり方ではみな独立であって、その相互の作用はないと考えられて来た。それは、従来のほとんどすべての調査研究がある職場で数多くの調査対象者を調べても、結果をまとめるときは、それらの平均値と分散を算出するだけの処理しかしてこなかったことから明らかである。職場は、単に独立した個人が一定時間集まっているだけの人間集合にすぎないのである。

(2) (1)に関連して、疲労研究は「負荷 負担 疲労」の連続体で疲労をとらえて来た。つまり、(1)で述べた作業の物理的要因が負荷をして瞬時ないしは一定時間作業者に影響して負担を生じさせ、それがさらに長い時間にわたって加重される結果として疲労が生じるというわけである。「負担」概念が明確化していなかった1960年代以前は、「負荷 疲労」の関係で研究が行われて来た。

つまり物理的負荷の大小によって疲労の大きさが一義的に決定されるというわけである。これは動的な身体負荷の場合には、ある程度あてはまるものであった。しかし、負担概念が成立したことによって、例えば、物理的負荷がつよく負担が大きくても、その作用時間が短かければ、または作業の間に長い休息時間がとれれば、疲労発生は遅く、また一方、物理的負荷が弱くてもその作用時間が長い場合や、休息がとれない場合は疲労がはやく起るなどのように、現実の労働過程の複雑な影響をそれにより合う形でとらえられるようになった。そういう積極的な面をもちながらも、その負担の把握のためには生理的指標がことに重視されて、作業者はその負荷に対す

る受動的反応をするものと理解されて来た。そこでは、現実の職場の中で働く主体として、また労働条件や生活条件を改善する担い手としての社会的存在である労働者は登場しない。

このことは、産業疲労研究の調査研究の過程で対象者である労働者がどのように参加するかをみると明らかである。調査研究の実施前や実施中に、対象者の労働負担に関する意見や日頃行っている疲労対策などを積極的に聴取することはきわめて稀である。さらに、彼らは調査結果について知らされず、またその結果がどのように利用されているのかも知らないことが多い。

(3) 従来の疲労研究は、疲労の発現および進展の過程をとらえることが中心課題であり、その回復過程まで含めて研究が行われて来なかった。これは、上述の「負荷負担 疲労」の連続体のシェーマからも理解できることである。そこには回復過程に関する概念が入っていない。このことは、研究の進め方の順序としては誤りではなかったといえるが、疲労現象は睡眠を含む休息によるその回復のあり方を含めて意味をもっていることが忘れられて来た。それは「慢性疲労」や「過労」などの概念がそれを把握する方法と結びつかず、科学的概念として明確化されないまま、ただ言葉として使われる結果をもたらした。このことは、日本の産業疲労研究が頸肩腕障害をはじめとする慢性筋疲労による健康障害を予見できなかった一つの大きな原因であると筆者は考えている。また、衛生学的にいても、睡眠や休息のあり方によって労働による疲労の程度の評価がわかり、また過労を生じさせる恐れがあるとき、その対策の立て方もかわってくることはいうまでもない。しかし、疲労の回復過程の軽視は、疲労の軽減のためには単に負荷のかかり方を改善すればよいという、いわゆる「人間工学」的対策のみが重視される結果をもたらして来たといえる。

4. 最近の産業疲労研究の課題

しかし、現実の労働状況にみあった労働者の負担や疲労をとらえる場合、従来の研究方法では不十分さをもたらし、また現実の労働状況の改善に大きく寄与できない弱点となっているといえる。以下、現在及び近い将来の産業疲労研究に於ける研究課題を述べる。

(1) コンピュータ労働者の人格変容をとらえる方法の開発

コンピュータ労働の負担・疲労については、今までV

D T 作業に研究が集中して来たが、その研究方法は、上述の従来の研究方法の(1)、(2)にもとづいた物 人関係であるといえる。コンピュータ労働は従来の他の労働形態とは異って、次のような特徴をもっている。

A. 働く者に仕事に関する自由が奪われていること
 作業者はコンピュータの要求する時間に作業ペースを合せなければならず、たえず時間に追われながら作業する状況にある。さらに、データ入力作業などでは無味乾燥な抽象的情報を処理するだけで、自ら情報をつくり出すことがなく、またコンピュータを使っているために作業能率管理が作業過程の一つ一つの行動まで入ってくるという特徴をもっている。

B. 労働過程での人間的つながりが欠如すること
 作業が個人 コンピュータ関係の中で遂行され、他の作業者が作業を援助しようとしてもし難い状況にある。彼らは、職場でも孤独の中で生活しているといえる。従って、個人能率管理が徹底的に行えるようになり、労働者間の競争が激しくなると共に、これらの状況が、職場の人員「合理化」によって一層拍車をかけられることになる。

これらのコンピュータ労働の特徴は、コンピュータ労働者の負担を作業過程だけでなく、労務管理を含む労働組織との関連で捉えなければならないこと、そして、彼らの疲労は過労性神経症に至る彼らの人格変容として理解する必要性を示唆している。前者に関しては、既に、1960年代より「心理的負担(psychological load)」、ないしは「心理的ストレス(psychological stress)」概念の下に、職務権限、責任の重さ、管理の厳しさなどの要因が労働者に与える影響の研究が行われて来た。これらの要因は、従来の作業密度や物理的環境などの作業条件とは異って負荷が明確化できにくく、かつその量的取扱いが困難であるという理由で、日本ではほとんど研究が進んでいない。

また、後者の疲労との関連でいえば、その研究の指標が内分泌系の反応や冠性心疾患の症状に集中しているが、それだけでなく、労働者の人格変容に関連する意識・行動的指標を開発して調査していくことが必要である。それによって、上述のような過労性神経症にいたる前段階で労働者に対する何らかの対策を講ずることができると考えられる。

筆者は、電機産業の設計・開発技術者が休日出勤を含む毎日の長時間残業にもかかわらず、仕事が期日に間に合わないことを苦にして労働意欲が著しく低下し、出勤拒否や頻度な早退、さらには自殺にまでいたるケースをいくつか知っている。仕事が順調に進んでいる時はよいが、一端つまづくと職場の同僚などからの援助が全然な

いために、一人で悩み続けることになる。彼らの仕事熱心さ、真面目な性格が彼らに著しく心労を生じさせ、彼らを神経症状態へと追いこむのである。

これらの出勤拒否や労働意欲の著しい低下などを主訴とする労働者とともに、コンピュータとのつながりを第一義的に考えて、絶えず仕事へと駆りたてられる「過剰適応者」の出現を防止することは、現在の産業疲労研究の重要な課題である。

(2) 急性疲労と慢性疲労の関連性の解明

先にも述べたように、日本の産業疲労研究の一つの大きな反省は、頸肩腕障害をはじめとする慢性過労性健康障害の発生を見えできなかったことである。この理由としては、上述のように、疲労の回復過程の軽視とともに、身体的負担をその動的・静的特徴をとわず、RMR指標のみで測定・評価しようとして来たこともあげられよう。1960年代、日本の産業疲労研究の中心がハイウェイでの自動車運転やコンベア作業による単調問題に焦点が合わされ、慢性疲労の研究がなおざりにされて来たことも、前者の理由に関連しているといえる。

頸肩腕障害の研究を通じて、慢性筋疲労状態の諸症状、過労から疾病にいたる過程が明らかにされてきたが、慢性疲労も毎日の労働による急性疲労の蓄積から生ずるとすれば、この二つの疲労の間の関連性を明らかにすることは、慢性疲労の予防の点から重要な課題であるといえる。換言すれば、〔労働諸条件 急性研究〕→〔慢性疲労 疾病〕という図式で二つのカッコをつなぐ矢印の過程の解明ということである。この過程は、二つの疲労の諸症状の相関をとればわかるというものではない。労働者の日常の生活過程における休息(睡眠を含む)のとり方やさまざまな生活活動の調整の仕方を明らかにしなければならない。労働者は自ら好んで慢性疲労状態になるのではなく、労働による負担が大きくてもその影響を自分の生活の中に吸収して対処しようとする。その対処が次第に困難になっていくとき、急性疲労から慢性疲労への移行が進んでいくと考えられる。

このような研究方法では、働く者を生物としてではなく生活主体としてみるのが基本的に要求されていることが明らかである。この研究方法の確立のためには、労働者との協力関係の下でこれらの生活過程の詳細な分析をしなければならない。この研究方法は、夜勤・交代制勤務や長時間残業による慢性疲労の発生とその対策を考えるときにも有効であると考えられる。今までの頸肩腕障害に関する労働衛生学的研究を概観すると、その初期には労働者の日常の生活上の不便さや生活困難の訴えを

とらえる研究が行われたが、後期になると健康診断のあり方に焦点が移り、これらの現象を労働者の生活状況の中で時系列にとらえる研究がほとんど進まなかったように見られる。

(3) 労働者の内的条件の関与の理解

負荷が過大である場合には、それと作業者の負担や疲労とを因果的に直接的に結びつけて捉えることが出来ようが、そうでない場合には、労働者の主体的(内的)条件が負担や疲労の現れ方に大きく影響する。筆者は、ここ数年電機産業や建設産業の技術労働者を対象に長時間残業が労働者の健康と生活の上に及ぼす影響について調査を行っているが、彼らの休日出勤を含む月50時間や70時間を超える残業が彼らの疲労に及ぼす影響をみると、彼らの労働認識が毎日の疲労の発生を抑制していることが考えられる。

多くの技術労働者は、必ずしもいやいやながら毎日残業をしているわけではない。基本給の安さを残業手当で補いたい収入欲求も確かにあるが、技術労働者の場合、労働内容の面白さ、第一線の技術に自分が関与している自負心、苦心して設計・開発したものが製品や建造物などとして具体化し社会に出るときの喜びなどが原因となって、休日出勤を含む長時間残業が行われている。さらに、これは技術労働者のみならず他の労働者の職場で一般的に行われていることであるが、残業をするかどうかは法規上は管理者の命令で行わなければならないにもかかわらず、通常は当該の労働者の意思や都合で決められることも、長時間残業が行われる一つの重要な理由にあげられる。彼らの毎日の疲労感はとても著しいというわけではない。また、休日の生活も自宅でのゴロ寝のときもあるが、友人とのスポーツや家庭サービスもかなりの程度行われている。彼らの疲労は、日や週の単位ではなく、月や年の単位で理解していく必要があるように思われる。

労働者の内的条件が彼らの疲労の現れ方に影響することは、産業疲労研究でも古くからいわれて来たことである。しかし、それを具体的に捉えたとすると、性、年齢、経験年数などの属性的要因しかほとんど研究されて来なかったといえる。そして、その種の要因分析は、今までの研究をみるかぎり、有効な情報をわれわれに与えてこなかったと思う。内的条件を研究対象である現象にできるだけ近づけて抽出する必要がある。上述の長時間残業の場合でいえば、労働者の毎日の労働の認識(その内容、社会的意義、条件など)が労働負担や疲労のあり方にどう影響していくかを明らかにすることが重要であろう。

筆者は、以前毎日の労働負担の経験が労働者自らの労働条件の認識を変えて行くことを明らかにする必要性を明らかにし、その認識を「労働負担意識」と呼んだが、上述の議論はそれとは逆の方向の議論となる。いずれの方向にしろここでは労働者は社会的存在として理解され、現場調査の結果を労働諸条件の改善のための対策へと結びつけるとともに、労働者の主体形成の過程の解明にも有意義であろう。長時間残業の研究の場合、様々な方法によって彼らの健康および家庭・社会生活上の望ましくない影響を実証していくとともに、なぜ労働者が長時間残業を深刻なものと考えないのかの原因を解明して、労働者に提示することによって、現在の日本の長時間労働の矛盾を労働者自らが明確に認識するとともに、自己の労働の認識を変革していくような働きかけをしていくことが、産業疲労研究者に課せられている。

5. まとめ

以上の研究課題の内容を要約すれば、労働者を生物学的レベルでとらえるのではなく、彼らの mental なものをどうとらえるかということになろう。日本の産業疲労研究の先達の一人である桐原葆見は、かつて「mental とは……個人ならびに集団の社会的歴史のおよび履歴の時系列側面をさす」と述べた。これは、具体的にいえば、上述のように、労働者を労働組織の一員として、生活調整者として、また自らの労働を正しく認識する者として、自らの労働の生活を主体的に営む者として理解することだと筆者には考えられる。産業疲労研究の中に、従来のように生理的機能の総合体の「作業員」ではなく、労働主体の「労働者」をどのように登場させるかは、今後の最大の課題であるといえよう。今までのように、産業疲労研究を研究者だけで議論するのではなく、調査対象の職場の労働者も参加して研究が行われるようにする努力を、産業疲労研究者は今後積極的に行っていく必要がある。(第26回社会医学研究会総会シンポジウム)(愛媛)

文献

- 1) 桐原葆見：疲労と精神衛生、労働科学研究所、川崎、1968
- 2) 斎藤良夫：疲労 その生理的、心理的、社会的なもの、青木書店、東京、1985
- 3) 斎藤良夫：労働の心理的負担、日本産業衛生学会教育資料委員会(編)：産業保健(2)、篠原出版、東京、1985

過労死の労働衛生学的研究

上 畑 鉄 之 丞 (国立公衆衛生院 疫学部)

1. 過労死の概念

過労死とは、脳血管疾患や心疾患など循環器疾患の業務上認定運動の中で使用されるようになった用語である。

この種疾患の本格的な労災認定の取り組みは、1974年以後の低成長経済下で増加したが、認定審査では、労働過程での負担の重さは軽視される一方、高血圧や動脈硬化など素因の大きさだけが重視された結果、業務外にされる事例も多かった。しかし、1974年の大阪朝日新聞印刷工のくも膜下出血事件の労働保険審査会採決¹⁾や1978年の製パン工場夜勤労働者の心臓死事件判決²⁾など、仕事での過労と循環器疾患悪化との関連を明確に認める判断ができるようになって、労働組合の職業病運動でも重視される疾患の一つになった。

当時、著者はこうした循環器疾患の労災申請事例を急性死、急性循環器障害、或いは、突然死などと呼んでいたが³⁾、1978年の日本産業衛生学会において17例の循環器疾患の発症事例を初めて過労死として報告した⁴⁾。また、1982年田尻、細川らとの共著「過労死—脳・心臓系疾病の業務上認定と予防」で⁵⁾、過労死という言葉は社会医学上の用語であり、「過労」は職場での有害因子の一つで、それを契機に労働者の健康上よくない生活習慣が形成され、高血圧や動脈硬化などが進展・悪化していくという考えにもとずいた概念であることを述べた。また、産業疲労研究における過労概念は、疲労蓄積により健康障害を生じた状態をさし、このような健康障害のうち、死に直面する疾病状態を過労死とし、臨床医学上の疾病概念との対応では、脳血管障害や心筋梗塞などの虚血性心疾患、急性心不全などの急性発症する循環器障害のほか胃潰瘍による出血、食道静脈破裂などの疾患による事例をあげた。

以下、この論文では、循環器疾患を中心に、事例研究によって得られた過労死の発症過程の検討、労働者集団を対象にした過労要因についての分析、及び、過労が関与すると考えられる健康障害の記述疫学などについて述べる。

2. 過労死事例の特徴

典型的な過労死は、労災認定を申請した事例のなかに見られる。これは障害に陥った本人、家族、職場の同僚などが普段の労働や生活を一番よく知っていること、その中で病気で倒れた原因が仕事にあることを自覚し、社会的に訴え、正当な補償を要求する行動にまで発展させているからである。従って、こうした事例を集積しその特徴を検討することは、過労による健康障害の現代の特徴、及び、その負担要因を把握することにつながり、更に予防のための疫学研究の仮説設定にもつながる。

著者が、最初に過労死の労災認定についての相談を受けたのは1974年で、急性心不全で死亡した印刷工の事例である。このケースは、朝から深夜、更に翌日の夕方までの長時間にわたり、ベルトコンベアを流れる印刷物を繰り返し監視する作業に従事し、仕事場で死亡しているのを発見されている。妻は、労働基準監督署に仕事での過労による死亡として労災申請をしたが、剖検診断は胸線リンパ体質となっており、体質からきたものなので業務外として却下されたとのことであった。著者は、当時の法医学会雑誌の胸線リンパ体質に関する論文などをもとに、この体質があいまいな概念であることを指摘し、この労働者が不規則・長時間の労働に度々従事した結果、生体リズムを乱し致死的な不整脈を誘発したために死亡した可能性が強いとの意見書を書いたが、採用されるには至らなかった。業務外の理由では、労働の場での過重性は問題にされず、本人の生活の乱れだけが指摘されていた。

過労死の労災認定相談は、その後も死亡した労働者の遺族、同僚、労働組合、依頼を受けた弁護士などから続き、1982年に筆者は、過労死として労災意見書を書いた52事例について「脳・心血管発作の職業的誘因」として報告し、その特徴を以下のように述べた⁶⁾。

「病名は、脳出血、くも膜下出血、脳血栓などの脳血管疾患、心筋梗塞などの虚血性心疾患、急性心不全などである。年齢は、30～54才までが全体の90%以上を占めている。作業態様の内訳は、知的・専門的技術労働者、夜勤・交替労働者、運転労働者、管理職、重筋労働者、その他の順に大別できる。発症前の災害的な職業性ストレスでは、長時間労働、休日なし労働、深夜勤労働の増加、作業責任負担、出張機会や作業密度の増加など、慢

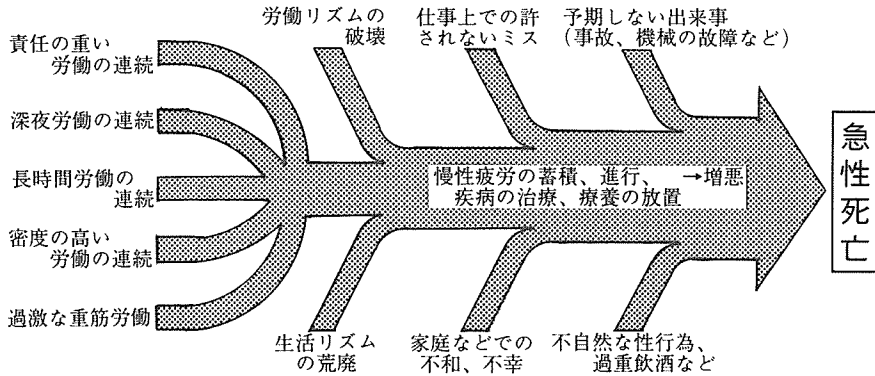


図1 急性死発症のメカニズム (1977, 上畑)

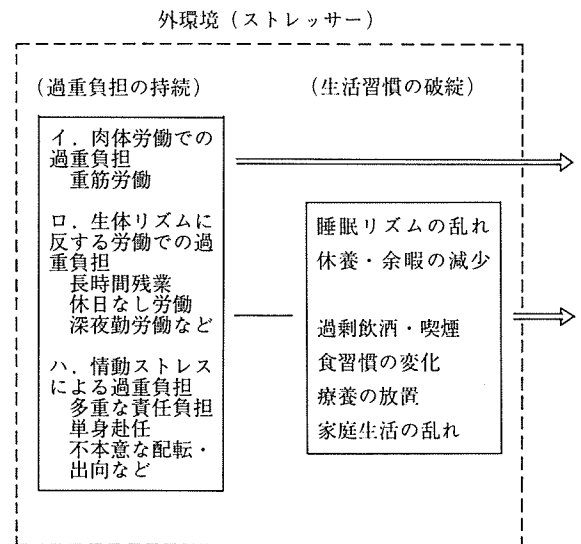
性あるいは急性反復性ストレスの増加が顕著に認められる。また、急性ストレスとして、発症直前に一時的に激しい重筋労作、寒冷・暑熱などの気象条件、熱発などの身体不調が加わった例もみられた。発症者の大部分は、基礎疾患として高血圧や動脈硬化症を有していたが、くも膜下出血と急性心不全では基礎疾患不明のことが多かった。また、健康診断で異常が発見されていても、作業条件を含めて健康指導がされていた事例は皆無で、管理職やタクシー運転手、建設作業員などの事例では、健康診断さえも受けていないものが目立った」

これらの事例は、日本が1979年以後のいわゆるオイルショックによる低成長経済に突入し、中高年世代を中心にレイオフが実施されていた時期のものである。従って、各事例の中には大企業から解雇され、仕方なく過酷な条件を承知で、慣れない仕事に就いて発症したものや、解雇を免れても今まで以上の厳しいノルマのもとで働き続けて発症したものもみられ、図1に示すような発症過程が想定された³⁾。即ち、過労死に至るまでには、深夜労働、長時間労働、高密度労働、責任の重い労働が連続するなどの疲労蓄積要因があり、更に労働リズムの破壊、許されないミス、予期し得ない出来事、或いは、基礎疾病の治療の放置、生活リズムの乱れ等の過労発生、及び、促進要因が関与しているとの考えを述べた。ただ、この図は労働者の身体を取り巻く外部環境についての説明であって、生体内部に生じている影響面には触れていない。

3. 過労死発症にいたるシェーマの作成

過労死の最も典型的事例がみられる労災審査の場では、被害者のおこった労働過程よりも、本人の有する素因

や日常生活習慣が問題にされることが多い。その結果、「高血圧などの素因を有するものの自然経過」、あるいは「飲酒、喫煙などの健康保持に対する自覚を欠く本人の不衛生な生活習慣」による発症だとされる事例が多かった。こうした事例に対応する上では、人間を取り巻く外部環境と生体内部での健康障害の進展の関係を説明することが必要となる。筆者は、その後に相談を受けた事例検討も含めて、図2に示すような過労死発症のシェーマを作成した⁷⁾。ここでは、まず外部環境と内部環境を



区分、更に外部環境を、労働負荷と生活習慣に分け、後者は前者によってもたらされる影響と考えた。なお、生活習慣に与える影響には、居住環境、家族環境、出生後の生活史など様々な要因があるが、問題を単純化する意味で労働環境での過重さのみを取り上げた。他方、内部環境は、疲労の最終進行過程を過労とし、更に過労の終末点を過労死とした。そして、ストレスを大脳辺縁系の反応にとらえ、その反復暴露をきっかけに自律神経系や内分泌系の過剰反応が生じ、高血圧、動脈硬化、心肥大、血液性状などの変化、あるいは心臓刺激伝導系の異常が進行すると考えた。また、この図では循環器疾患を、血管破裂によるもの、血管閉塞によるもの、両者のいずれにもよらない心停止によるものの三つのタイプに分け、更に、既存のリスクファクターの並列を避け、その相互関係を明確にし、他方身体のリスクファクターは過重労働負荷によって生じる影響とし、心臓・血管系の最終的破壊にいたる過程であるとした。つまり、従来の循環器疾患のリスクファクター研究では、こうした相互関係が必ずしも明確でなく、とくに労働との関係についてあいまいにされてきたことを仮説的に整理した。

4. 職業別の循環器疾患死亡と過労死統計

1980年の男子15才以上の職業別の死因統計では、脳血管疾患及び心疾患死亡率とも採掘作業、農林漁業作業

者、サービス職業従事者の順に多い⁸⁾。また、その時代推移では、表1に示すように販売従事者、サービス職業従事者、専門的技術的職業従事者などは、その年度における死亡の重みが徐々に大きくなる傾向がある⁹⁾。こうした資料からみると、著者らが把握している過労死は、それまで循環器死亡が少なかった職業従事者の中で相対的に目立ってきている現象を捉えているとも考えられる。

一方、循環器疾患の労災認定は、わが国では労働基準法施行規則での職業性疾病分類で、「その他業務に起因することの明らかな疾病」として扱われている。昭和54年から60年までの7年間のこの項目での業務上認定件数を表2に示した¹⁰⁾。最初の4年間は年間数十件の認定件数があったものが、近年の3年間にさざると10件前後に減少している。「その他の疾患」には、消化性潰瘍や精神疾患などの事例が稀に認定される以外は、ほとんど循環器疾患と考えられるところからみて、一見奇妙な統計である。ちなみに、表3に労働省が国会答弁で明らかにした脳血管疾患と虚血性心疾患等の認定状況報告を示した。両疾患合わせて昭和59年度54件、昭和60年度39件、昭和61年度63件となっており¹¹⁾、前述の報告と大幅に異なっている。また、表4には、著者がこの約10年間に扱った過労死労災申請のなかで、最終的に公的機関で業務上（公務上）とされた48例を示したが¹²⁾、病名別では脳出血やくも膜下出血が多く、仕事の内容では心理的ストレスが強く、労働時間の長い不規則な生活を強い

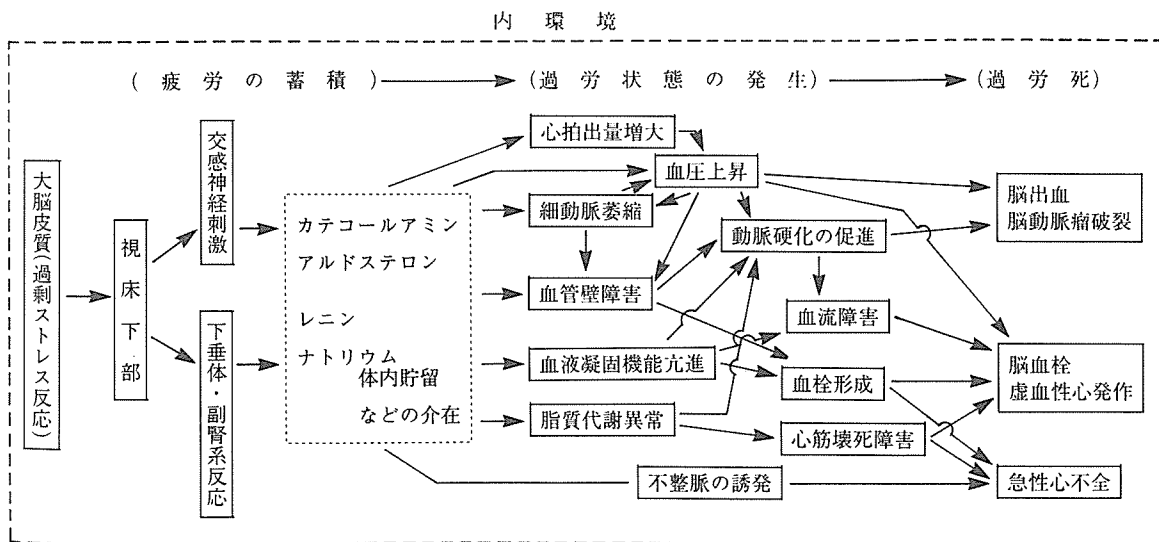


図2 外的及び内的環境における過労死の発症過程 (1986, 上畑)

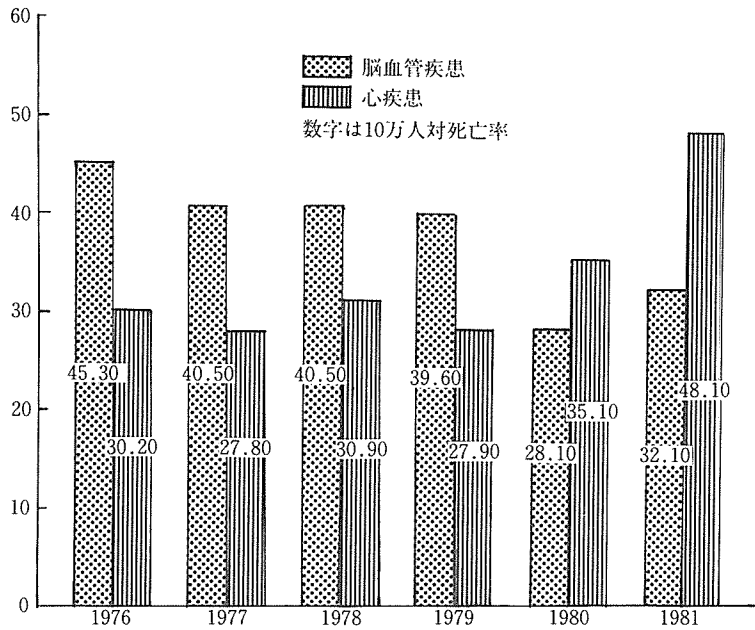


図3 タクシー運転手の循環器疾患での死亡率の推移

表1 15歳以上男子就業者の職業別循環器疾患の標準化死亡比の推移 (1955~1980)

死 因	46、51~52、54~56、心疾患						58~60 脳 血 管 疾 患					
	1955	1960	1965	1970	1975	1980	1955	1960	1965	1970	1975	1986
就業者全体の訂正死亡率	63.7	70.2	65.4	53.4	47.4	51.1	147.6	166.6	159.0	110.0	77.2	57.1
専門的・技術的職業従事者	101	106	102	104	107	122	90	88	67	82	87	104
管理的職業従事者	54	65	70	65	75	73	50	46	47	47	57	60
事務従事者	91	71	78	98	92	83	76	57	54	71	70	68
販売従事者	91	89	94	123	124	121	87	86	80	105	112	109
農林・漁業従事者	107	117	122	119	124	127	107	118	133	138	143	135
採鉱・採石作業	168	127	120	112	103	430	156	150	108	154	133	429
運輸通信従事者	97	132	97	93	98	105	102	127	83	90	100	117
技能工・生産工程作業 及び労務作業	96	83	78	76	75	67	92	86	86	76	78	67
保安職業従事者	—	—	—	66	66	71	—	—	—	48	56	58
サービス職業従事者	86	70	67	111	103	145	82	62	57	100	94	141

資料) 人口動態統計特殊報告より。標準化死亡比 (SMR) の算出は、各年度の就業者全体の訂正死亡率を100とした。保安職業従事者は1970年度より新たに分類された。また採鉱・採石業者は、1980年度からは採掘業者として分類されている。就業者全体の訂正死亡率は人口10万対。

表2 「その他業務によることの明らかな疾病」の業務上認定件数

昭和	総数	製造業	鉱業	建設業	運輸交通	貨物取扱	農林水産	商業 金融 広告	その他
54年	50	12	0	1	1	0	11	3	9
55	60	30	0	5	1	1	13	3	7
56	45	16	1	6	2	0	12	5	3
57	52	12	0	11	1	2	9	1	16
58	9	6	0	0	0	0	0	1	2
59	11	1	0	0	6	0	0	2	2
60	13	6	1	3	1	0	1	1	0

資料出所) 国民衛生の動向、昭和56~62年版

表3. 脳血管疾患及び虚血性心疾患等の補償状況 (件数)

		昭和59年度	昭和60年度	昭和61年度
脳血管疾患	請求件数	296	289	349
	認定件数	36	26	42
虚血性心疾患等	請求件数	142	152	157
	認定件数	18	13	21
合 計	請求件数	332	441	506
	認定件数	54	39	63

(注) 1. 業務に起因することの明らかな疾病(負傷に起因する疾病を除く)の当該年度における件数である。
 2. 未処理の件数があるので、当該年度の請求件数から認定件数を除した件数が不支給の件数とはならない。

表4. 過去10年間での循環器疾患の業務上認定の自験48例の概要

イ) 病名分類	
脳血管疾患	
脳出血	16例
脳血栓	6
くも膜下出血	14
脳卒中	3
心疾患	
虚血性心疾患	3例
急性心不全	6
ロ) 業務上認定をおこなった機関	
民間	
労働基準監督署	25例
労働基準局	12
労働保険審査会	1
公務員	
地方公務員基金	6例
人事院	2
裁判所	2例
ハ) 年齢分布	
34歳未満	6例
35~39	9
40~44	14
45~49	13
50歳以上	6
ニ) 作業態様と職種	
肉体労働を主とする作業態様	
大工、左官、コンクリート工、土工、ボイラーマン(各1)	5例
生体リズムに反する作業態様	
タクシー運転手(5)、ハイヤー運転手(1)、トラック運転手(1)、深夜勤作業(5)、工具(2)	14例
情動ストレスの強い作業態様	
新聞記者(7)、テレビ局勤務者(4)、研究者(3)、営業マン(7)、教員(4)、管理職(3)、編集者(1)	29例

れる職種に多い傾向が見られている。

5. タクシー運転手の死因調査

1974年に著者は、タクシー運転手で構成される労働組合から、在職中に心疾患で死亡するものが多いという相談を受けた。労働組合の担当者は、組合の死亡葬祭金の支払い状況にあらわれている状況として、もともと多かった交通事故による死傷者が次第に減少し、心疾患死亡が目立っていることを述べた。

この疑問に答えるためには、まず適切な母集団の確保とその母集団のなかでの死亡者が把握できる資料が必要であり、かつそれらの資料で算出した死亡率が、ほかの集団と比較して過剰であることを証明する必要がある。労働組合が組織するタクシー運転手の年齢階級別構成は明らかでなく、またその数は絶えず変動していたため、著者らは比較の変動の少ない都内267のタクシー会社が加盟する健康保険組合の被保険者を対象に、1976年から1978年の3年間の死亡について検討した¹³⁾。また、対照として同じ年度の東京都の男子死亡統計をもとに期待死亡数を計算し、標準化死亡比(SMR)を求めた。なお、この健康保険組合の被保険者数は約4万人、うち女性の占める割合は3%以下で、90%以上はタクシー運転手で占められていた。

表5にその結果を示したが、SMRは死亡全体で103であり、肺癌(220)、その他の心不全(200)、自殺(160)の有意な過剰死亡が認められた。また、心疾患全体(123)、脳出血(113)、慢性腎疾患(167)も有意差はないが多く、逆に結核(33)、脳梗塞(33)、肝梗塞(50)などは少なかった。

この結果は、いろいろな意味を含んでいる。対象としたタクシー運転手の集団は、あらかじめ労働に耐えられるとして選別されている集団であり、病弱者を含む集団

との比較では、SMRが対照集団より低くなる healthy-worker's effects が現れることを考慮に入れておく必要がある。従って、結核や肝梗変、著しい動脈硬化がもともになる脳梗塞などのSMRは当然低くなるし、また、地域住民と比較した職場集団全体のSMRも低くなるはずである。この調査での全体のSMR(103)はむしろ高く、死亡数からみて自殺、心疾患、脳出血、肺癌などがその増加要因になっていると考えられた。即ち、もし労働とこれら疾患との関連性が証明されれば、この疾患群の中に過労死が含まれると考えられた。なお、その後同様な調査を、服部が石川県下のタクシー運転手を対象におこない、やはり心疾患死亡の多いことを観察している¹⁴⁾。著者らによる同一集団の追跡では、図3に示すように心疾患死亡が年々増加していることも確認されている¹⁵⁾。ただ、心疾患のなかの虚血性心疾患死亡が少ないことは疑問として残った。

6. タクシー運転手の循環器疾患のリスクファクター

タクシー運転手の一勤務時間は、通常18時間で、更に2時間までの残業が認められ、1カ月の勤務回数は13回

までとされている。この規制は守られないことが多く、早朝から明け方まで、十分な休憩時間もとらずに働いたり、指定勤務でない日に働いたりするケースは後を断たない。これは、賃金に歩合制が導入されているためであるが、このような長時間労働は、循環器疾患発症のリスクファクターとされている様々な生活習慣や身体変化にも影響を与えているはずである。

上記の死因調査の後、労働組合は健康保険組合に要請し、被保険者の成人病検診を年1回実施する制度を確立した。著者らは、この制度での初年度検診結果を資料にして、1983年にタクシー運転手約1万人を対象とした循環器疾患のリスクファクターの検討をおこなった¹⁶⁾。

図4は、年齢階級を調整したうえで経験年数別の喫煙、肥満、拡張期高血圧の有所見者の割合を示したものである。喫煙習慣は、どの経験年数でも80%を上回り、かつ多量喫煙者の割合も多い。このことは、この集団の生活時間の長さ、即ち、一勤務中殆ど睡眠をとらない労働習慣と関係していることが考えられる。また、120%以上の高度肥満や拡張期高血圧者の割合が、経験2年目以後次第に増加することは、この集団が絶えず座作業を強いられるために、運動不足となり次第に肥満し、その結果

表5. タクシー運転手の死因別標準化死亡比 (1976~1978)

Age groups	25~34		35~44		45~54		Total		SMR
	Obs	Exp	Obs	Exp	Obs	Exp	Obs	Exp	
All causes	41	34	84	94	91	82	216	210	103
Malignant neoplasma (B19)	6	5	16	21	28	38	50	64	78
Stomach (B19-a)	3	2	6	8	6	13	15	23	65
Liver (B19-c)	0	0	1	2	5	5	6	7	86
Lung & bronchus (B19-e)	1	0	4	2	6	3	11	5	220*
Heart disease (B26, 28, 29)	3	3	13	9	16	14	32	26	123
Ischemic heart disease (B28)	0	1	6	4	4	9	10	14	71
Other forms of heart diseases (B29)	3	2	7	5	12	4	22	11	200**
Cerebrovascular Disease (B30)	5	2	18	15	19	23	42	40	105
Cerebral bleeding (B30-a)	2	1	12	9	14	15	28	25	112
Cerebral infarction (B30-b)	0	0	0	1	2	1	1	3	33
Other CVD (B30-c)	3	1	6	5	4	7	13	13	100
Tuberculosis (B5, 6)	0	0	0	2	2	4	2	6	33
Diabetes mellitus (B21)	0	0	1	1	2	2	3	3	100
Pneumonia (B32)	0	0	2	2	2	3	4	5	80
Cirrhosis liver (B37)	0	0	3	9	7	11	10	20	50
Nephritis & nephrose (B38)	3	1	2	1	0	1	5	3	167
Accident (BE47, 48)	4	5	6	9	3	6	13	20	65
Suicide (BE49)	17	7	14	11	9	7	40	25	160**

*P<0.05 **P<0.01

注) 東自連健康保険組合からの資料により計算。対照は、同年度男子東京都死因別死亡資料。

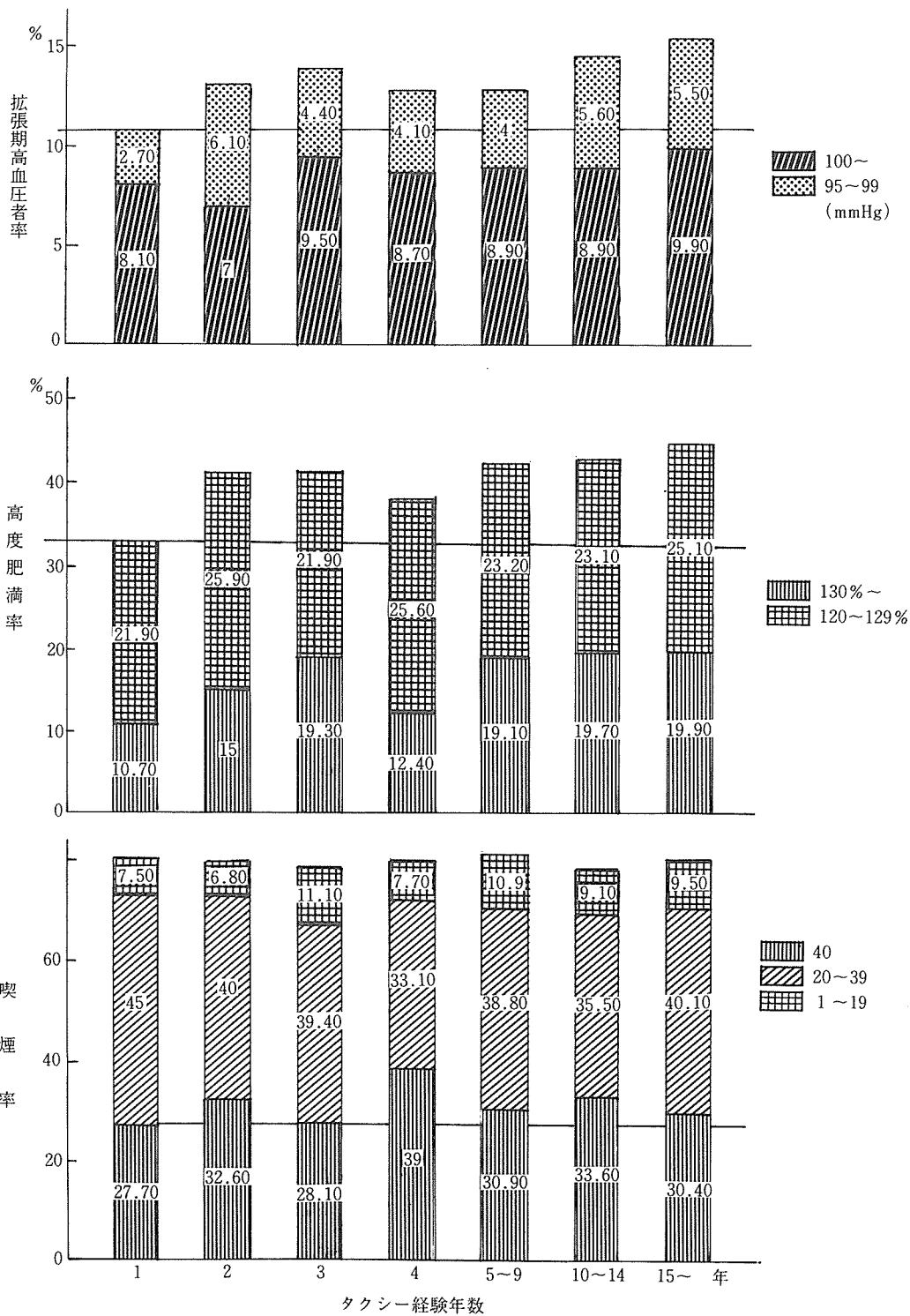


図4 経験年数別のタクシ-運転手の高血圧、肥満、喫煙者の割合

注) 30~54才、5才年齢階級別に年齢調整を行っている。n=5,576名

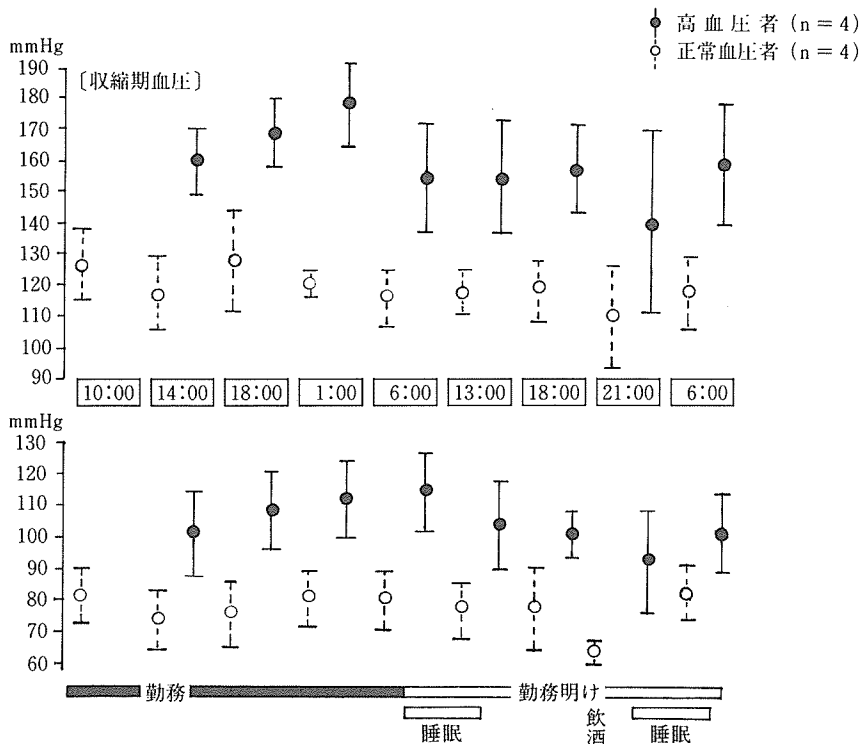


図5 タクシー運転手の48時間の血圧の推移

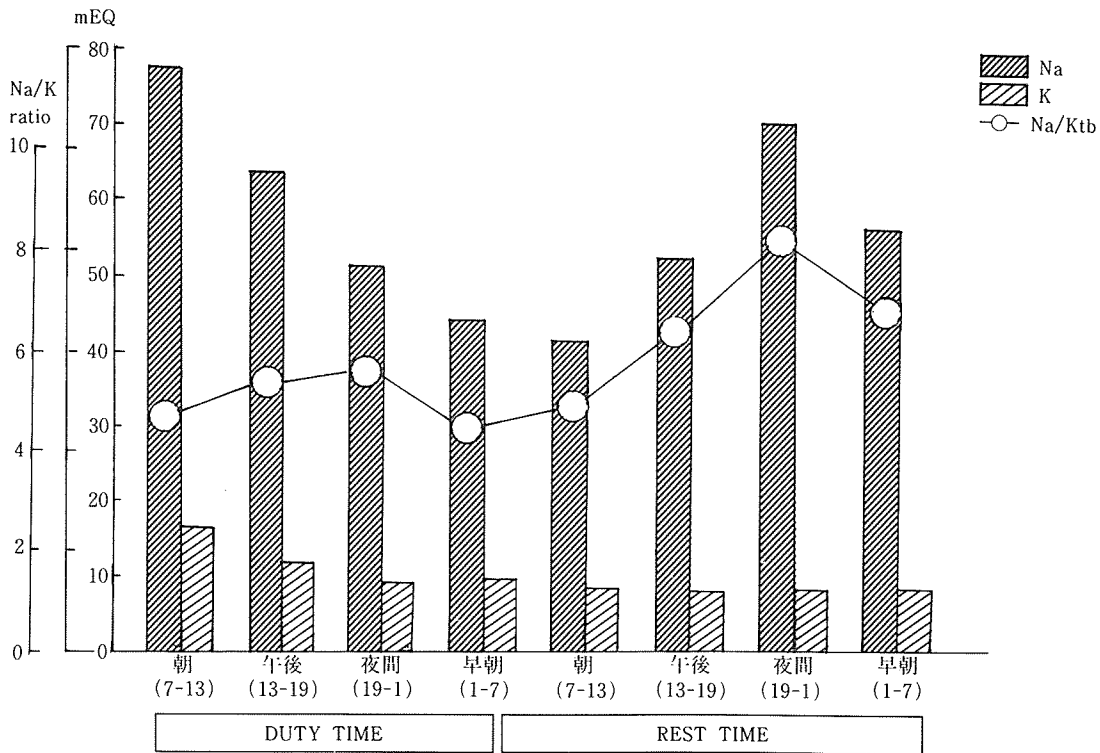


図6 タクシー運転手の尿中 Na 及び K 排泄量の変化 (n=8、平均値)

血圧に影響していくことを示していると考えた。また、4年目にこれらの傾向が一旦減少するのは、この時点でこの職業に耐え切れないものの脱落が生じている可能性が考えられた。つまり、タクシー運転手の労働は、就業当初から多量喫煙になりやすく、身体的には、肥満者や高血圧者を増大させる特徴を有し、これらは循環器疾患や肺癌の過剰死亡を生じさせる有力な要因として作用すると考えられた。

7. タクシー運転手の勤務ストレス

上記のようなタクシー運転手の死亡や循環器疾患に関する既存のリスクファクター調査から、過労死と考えられる疾患群の存在とその要因のいくつかが明らかになり、更に、勤務自体の中にある過労の背景要因を検討するこ

とが必要になった。この目的のため、著者らは、1975年から76年にかけて、タクシー運転手の労働組合の協力を受けて、8名の中高年運転手の長時間勤務によるストレスについての調査を実施した¹⁷⁾。調査は、タクシー運転手の一勤務から次の勤務に至るまでの48時間の生体変化をとらえるため、血圧や尿中代謝物の排泄状況を経時的に観察する方法によった。

一連の観察結果のうち、図5に血圧の変化を、図6、7に尿中Na、K及びカテコールアミンの排泄状況を示した。正常な circadian rhythm のもとでの血圧は、日中上昇し夜間から早朝にかけて最も低下するが、このグループの拡張期血圧は、勤務中の夜間から早朝が高く、勤務明けにもその影響が残り、高血圧者群ほどこの傾向が大きくなった。また、Na、Kの排泄は、勤務中に次第に減少し、勤務明けの朝から午後にかけて次第に回復し

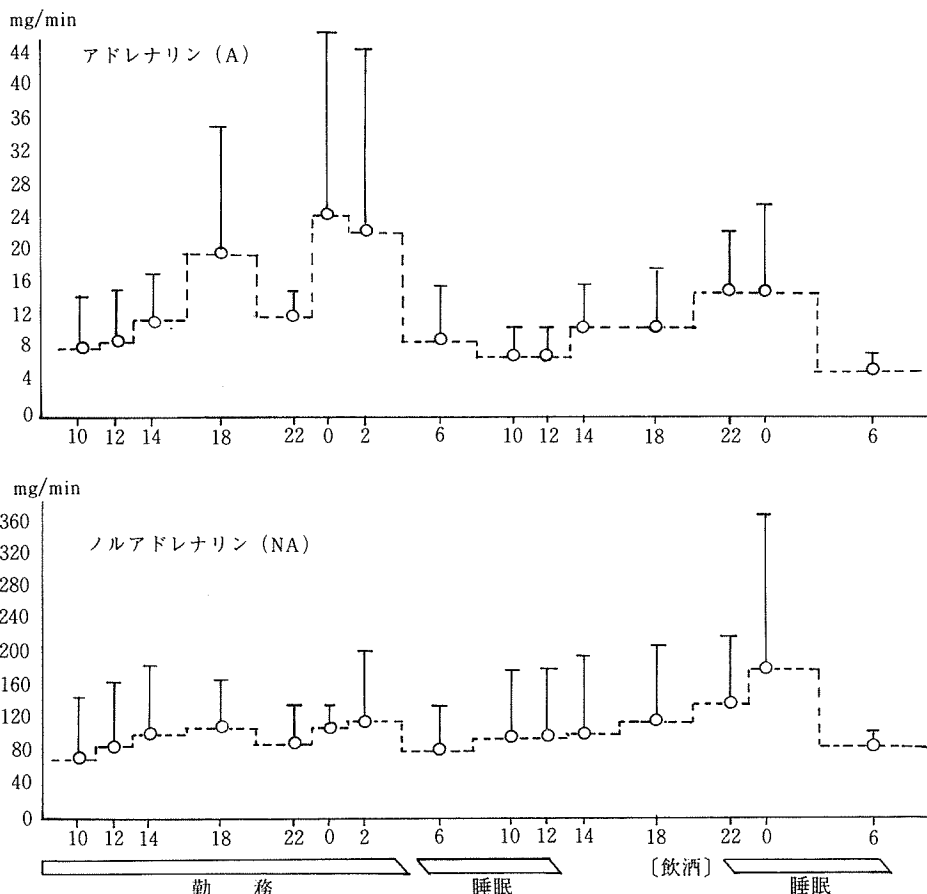


図7 タクシー運転手の尿中カテコールアミンの分あたり推定排泄量の変化

た。Na/K比の低値は、Naの細胞内貯留を予想させるが、勤務中は低く勤務明けの午後から回復する傾向があった。また、カテコールアミンの分当り推定排泄量は、アドレナリンの場合、深夜勤務中が最も高く、ノルアドレナリンは、勤務明け日の夜間飲酒後に最も高くなる傾向があった。これは、アドレナリン分泌が、神経緊張性ストレスによって増加することに対応している。

総括すると、タクシー運転手の長時間労働は、電解質代謝やカテコールアミン代謝を通じて、血圧上昇的に働く傾向が強く、この回復過程は緩慢で、更に勤務明け日の飲酒によっても増強されることが明らかになった。これらの勤務ストレスの繰り返しは、当然過労要因として作用し、タクシー運転手の循環器死亡を増加させると考えられた。

なお、著者らは、同様な調査を長距離便が深夜発着するトラックターミナルでも実施しているが、深夜勤務を通じて、Na/K比はやはり低下する傾向がみられている¹⁸⁾。

8. 過労死の背景要因に関する調査

過労死の労災相談でその業務起因性を主張するためには、労働衛生学的に検討しなければならない課題が多い。例えば、長時間労働・残業と疲労蓄積の関係、長時間労働者にみられる特徴的な健康障害像、不規則な労働習慣が生活習慣に及ぼす影響など、多くの職場に共通する過重な労働負荷と健康・生活の関連を明らかにすることが必要である。これらの課題について、著者らがおこなったいくつかの調査を紹介する。

(1) 建設技術系労働者の残業と疲労蓄積

図8は、大手建設会社の労働組合と協力して行った残業実態と疲労蓄積の状態に関する調査結果である。疲労の訴えを4段階に分けた質問のうち、「いつも疲れがとれない」、「疲れが翌朝も残っている」と回答したものの割合を、残業時間別に示している。彼らの仕事は、建設現場を移動しながら、現場指導をおこなうが、アンケート回答者約34,000人のうち、約20%が月50時間以上の残業をしている。また、残業時間の増加につれて、蓄積疲労の訴え者も増加し、その増加率は、月20時間及び月

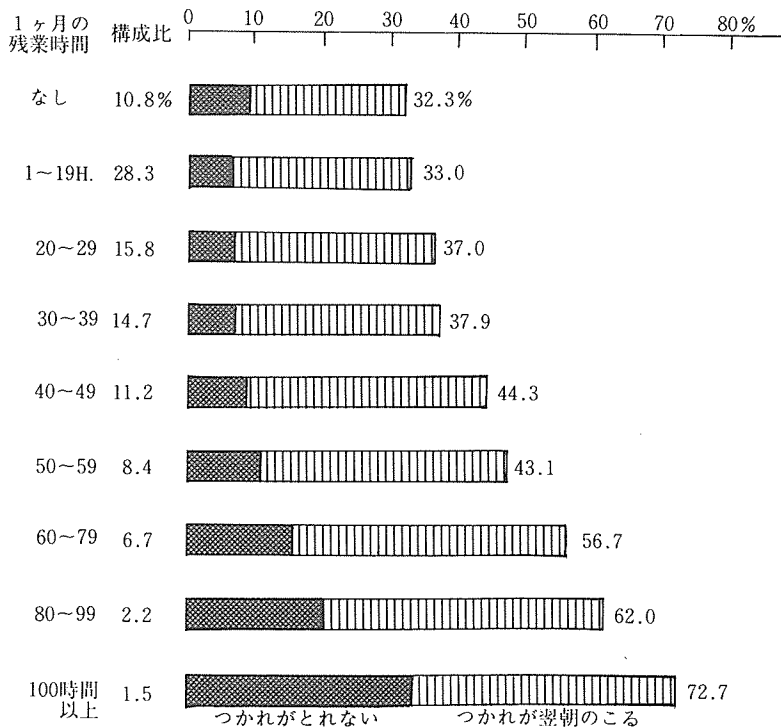


図8 残業時間と蓄積疲労訴え率 (n = 34, 255、日建協、1980)

40時間を境に大きくなる傾向が見られている。

(2) 製薬会社プロパーの健康障害

医師向け医薬品を製造・販売する製薬会社の宣伝社員は、俗にプロパーといわれ、病医院の医師を対象に専門的知識をもとにした自社製品の宣伝を行うが、他社プロ

パーとの昼夜を問わないサービス競争があり、不規則な長時間労働で、かつ精神負担も大きい労働である。著者らは、某大手製薬会社の労働組合に協力して健康調査をおこなったが、彼らの残業時間の実態は明らかにはし得なかったものの、同年代25~39才の同じ会社の事務系男子職員の蓄積疲労訴え率が39.5%であるのに対して、プ

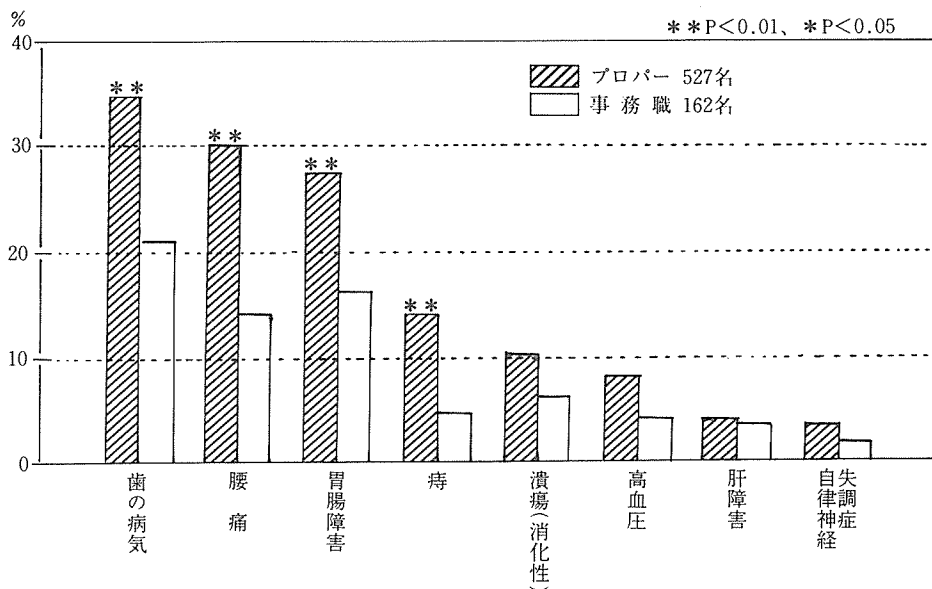


図9 某製薬会社プロパーと事務職のこの一年の既往疾患 (いずれも男子、25~39才)

職種	病名	悪性新生物				脳血管疾患	心疾患	肝硬変慢性肝炎	不慮の事故	自殺	その他の疾患
		胃	肝	肺	その他の部位						
編集・記者	●	●●●●	●●	●●●●●●●●●●	●●●●●●●●	●●●●●●●●	●	●	●●	●●	
支局・通信・連絡	●●●●		●	●●●●●●●●●●	●●●●●●●●	●●●●		●●●●●●●●		●●●●●●●●	
校閲・整理	●	●		●●●●	●●			●●			
発送・印刷・活版組版・モノタイプ・制作・大組・制作・用紙	●●	●●	●	●●●●●●●●●●	●●●●●●●●	●●●●●●●●	●●●●●●●●	●●●●●●●●	●●●●●●●●	●●●●●●●●	
出版・広告・販売営業				●●		●●●●●●	●●	●●●●	●	●	
技術・事務・他	●●●●	●●●●	●	●●●●●●●●●●	●	●●●●●●	●●●●		●	●●	

注) 男子のみ、在籍者について、定年後しよく託死者は含まず
●印は死亡人数を示す

図10 職種別の病名別死亡数 (1970~1981)

ロパーたちのそれは72.0%にもなり、明らかに高率の訴えがみられた。両群が過去一年間に医師の治療を受けた主な病気の罹患率を図9に示したが、いずれの疾患でもプロパーの罹患率が高く、特に、歯の疾患、腰痛、胃腸障害、痔疾が有意に高かった。また、消化性潰瘍や高血圧、肝障害、自律神経失調症などの罹患率も高かったが有意差はなく、おそらく若くしてこうした疾患にかかった場合には、プロパーの仕事から脱落するものが多い傾向を示すものと考えられた。

(3) 新聞労働者の在職・定年後死亡

朝日新聞労働組合は、1970年から81年の12年間にわたる在職・旧友死亡者の調査を行っている¹⁸⁾。この会社では、退職者をすべて旧友と呼び、死亡した場合には社報で計報を掲載することになっていることから、その情報をもとに調査はおこなわれた。著者は、各年毎の在職者の性別・年齢階級別人員構成とすべての死亡者の死亡年、死因、死亡年齢などを提供してもらい、以下のような検討をおこなった¹⁹⁾。

まず、勤務態様による死因の違いをみるため、職種を6群に大別し、12年間の群別・死因別死亡数を検討した。群別の母集団数は明らかでなかったため、死亡率は計算し得なかったが、図10に示した結果では、印刷・発送などの夜勤従事者群で肝硬変の死亡数が他の群に比して多く、脳血管疾患や心疾患の死亡数も多い傾向がみられた。また、編集・記者群のがん死亡では、胃がんが少なく、部位別に多彩な傾向のあることがうかがえた。

次いで、日本の企業では、一般に年功序列制度が取入れられていることから、その年の入社社員数が多いほど、その後の出世競争も厳しいと想定し、これらが死亡に与える影響の有無を以下のように検討した。すなわち、ある年の入社人数が他の年より、とくに多い年度の世代を団塊世代とし、そうでない世代とのその後の同じ年齢での死亡率を比較した。この資料では、1970年に29~31才であった在職者は959人と多く、33~35才の在職者は620人と少なく、前者を団塊世代、後者をそうでない世代として比較することが可能であった。著者の計算では、33~43才に至る間の人年法による1,000人当たりの在職死亡数は、前者が1.43人、後者が0.69人と2倍以上の違いがあり、明らかに団塊世代の死亡が多いことがわかった。

ちなみに、この比較方法では、タイムラグによる差、すなわち後に生まれたものほど死亡率が低下することを考慮すべきであったが、結果は逆に後に生まれた集団の死亡率が高かった。なお、労働組合は、この調査で退職後死亡も含めて勤務態様別に平均死亡年齢を計算してい

るが、それによると日勤者群68.0才、編集・記者群66.4才、夜勤従事群64.9才となり、夜勤者が短命ではないかという不安を反映する興味深い資料を提供している。

(4) テレビ局労働者の労働意識と健康

テレビ局労働者の過労死の労災認定も過去に幾つか取り組まれている。この職場の労働は、全く不規則で残業が多く、職場によっては平均でも月60時間を越え、最高で月300時間を越える残業をするものもいる。また、労働時間と私生活時間の区別がつかず、いつも仕事に追われているといった特徴もある。在職死亡についての労働組合の調査では、東京の民間テレビ局5社の正職員だけで、1987年の一年間に25名が死亡し、その割合は277人に1人の割合になるとされている²⁰⁾。この数字は、100万人を越える大企業労働者の死亡統計を公表している全産研データの11,000人当り年間約1.5人(666人に1人)を大きく上回っている²¹⁾。

著者らは、某テレビ局の下請会社の技術労働者が急性心不全で死亡し、労災申請をしたことをきっかけに、労働組合に協力して、テレビ局技術労働者の健康と労働・生活習慣及び労働意識についての調査をおこなった²²⁾。労働意識についての調査をおこなった理由は、なぜ多くの技術者が、時間的に不規則でストレスの多い労働にあまり疑問を持たず、むしろ生きがいを感じて従事しているかを調べるため、労働意識そのものと保健行動にさかのぼって検討することを必要としたからである。

図11は、日常の非健康的な生活習慣として、毎日飲酒、喫煙、深夜帰宅回数をとりあげ、月間残業時間群別に、これらの割合がどのようになっているかを示している。残業時間が多いほど、これらの習慣をもつものの割合は高く、逆に残業時間が少ないほど健康的な生活習慣を持つものが増加していることが示されている。

図12では、以上の結果をもとに、アンケート回答者を三つの生活習慣群に分け、それぞれの労働意識をみた。労働意識の質問は、あらかじめ点数配分し、群別の平均得点で示しており、プラス方向が肯定的、マイナス方向が否定的になっている。また、生活習慣群のうち、(2)群は「残業が多く、生活習慣も乱れている」、(3)群は「残業は多いが、生活習慣は乱れていない」、(4)群は「残業は少なく、生活習慣も乱れていない」ものを代表している。結果では、仕事への適合性や価値感、生きがい、仕事の満足感、将来性、自己の仕事での能力発揮など、どの項目でも(2)群の評価が高く、次いで、(3)群になっている。つまり、この集団では、仕事への意識そのものが、生活習慣を乱れさせる要因になり、過労による健康障害

を発生させる基盤になっていると考えられた。

9. ストレス労災研の発足と過労死 110 番の試み

過労死の労災申請相談は、ここ数年増加しているように思われる。これは、必ずしも過労死の増加を証明するものとはいえないが、循環器疾患の急性悪化の原因を、それまでおこなっていた仕事の内容と関連させて考えるものが増加したためであり、過労を生じるような労働場の問題点を検討する機会を多くすることにもなる。このような状況に対応するため、筆者らは、1984年に「ストレス疾患労災研究会」を発足させ、被災者から相談を受ける弁護士、医師、研究者、労働組合関係者などが参加した。会の名称を「ストレス疾患」としたのは、相談事例での対象疾患が、循環器疾患だけでなく、精神疾患やその他の疾患など、職業性ストレスにかかわる疾患名に広がっていたからで、年4回の研究会の開催を通じて、ストレス科学や産業疲労研究の基礎的学習や事例研究をおこなった。

一方、労働省と人事院は、1987年10月に相次いで循環器疾患の労災認定基準を改定した。これ以後、過労死の労災相談は更に増加し、研究会では、過労死の実態を把握するため、全国7都市で電話による「過労死110番」をおこなった。これには168件の相談が寄せられ、このうち循環器疾患の労災相談は 119件に上った。過労死の病像や労働過程での背景要因を知るための手がかりとしてまとめた内容を以下に示す。

(病名別内訳)

急性心不全 (35件)、くも膜下出血 (脳動脈瘤破裂を含む、26件)、脳出血 (25件)、心筋梗塞 (13件)、脳梗塞 (脳血栓含む、10件) などの順に多く、その他に脳卒中、剥離性大動脈瘤破裂、外傷性脳血管障害などがある。

(年齢・性)

すべて男性で、19才 (くも膜下出血) から65才 (脳出血) にわたり、40代から50代前半が多い。また、死亡者は81件を占める。

(職種)

一般社員が25件で一番多く、なかでも営業、販売担当者が多い。次いで公務員が15件で、うち教員が6件を占める。更に、企業の間管理職14件、運転労働者13件 (うちタクシー運転手7件)、建設労働者12件、工場労働者7件、自営業者7件、会社経営者6件などが多い。

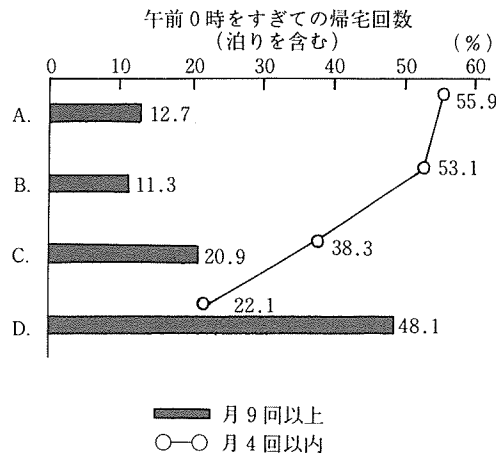
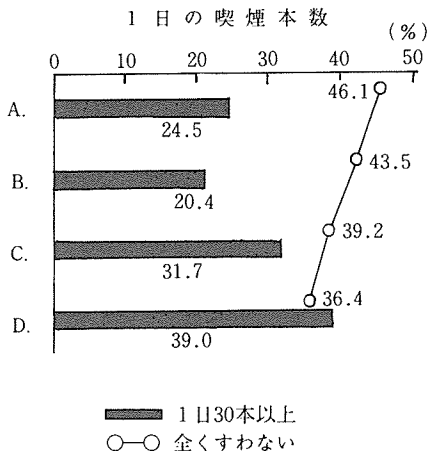
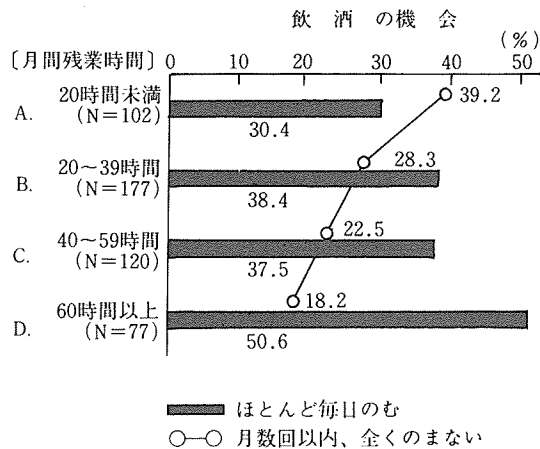


図11 残業時間と生活習慣 (民放労働者、n = 607)

(過労原因)

相談者の大部分は、被災者の妻または家族や本人からである。相談者が、過労の原因と訴えた主な仕事内容をキーワードでまとめると、次のようになる。

- 労働時間にかかわる身体負荷…長時間労働(29件)、残業過多(16件)、休日出勤過多(12件)、深夜勤過多(7件)など。
- その他の身体負荷…出張過多(7件)、人減らし(5件)、単身赴任(3件)、通勤負担(2件)、重筋労働(2件)など。
- 仕事上の精神負荷…個人責任過重(12件)、出向・昇進(6件)、ノルマ・納期(5件)、トラブル処理(3件)、コンピュータ労働(2件)、接待過多(2件)など
- 気候・環境の変化…寒冷暴露(2件)、猛暑(1件)、高所作業(1件)など

これらの事例を、著者がまとめた1970年代後半の過労死事例と比較すると、年齢では50才以後の相談事例が増加、職種では営業・販売労働者や中間管理職のほか、教員や経営者での発症事例の相談が増加している。また、過労要因では、長時間労働を指摘するものがとくに多いほか、コンピュータ労働や単身赴任など、過去に見られなかった労働が指摘されている。

10. 過労死研究の今後

過労死概念の成立経過を述べ、それに関連して著者らがおこなってきた諸調査を紹介した。また、過労死とは、循環器疾患の職業性疾患としての認定を求めるなかで生まれた社会医学上の用語であり、労働過程において過労を誘因に発症・悪化する疾患のなかで最も重篤な「死」に直面する状態をさしていることを述べた。

こうした概念は、ストレスに着目したSelyeのgeneral adaptation syndromeの考え方²³⁾や行動タイプと冠動脈

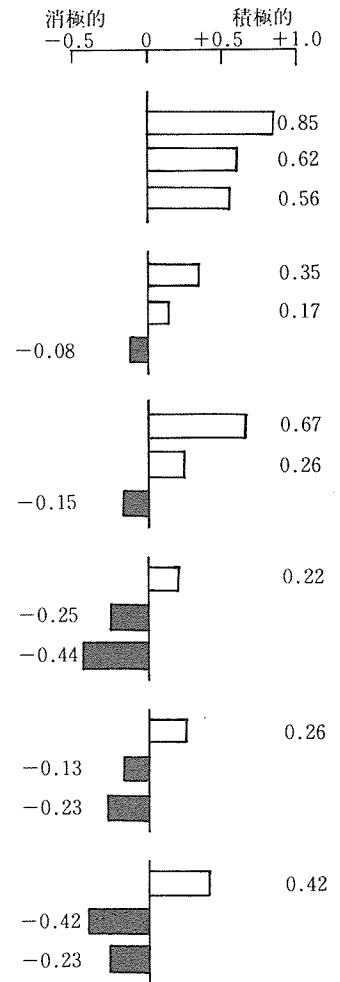


図12 生活習慣と労働意識 (民放労働者, 1983)

注) 上段Ⅰ型、中段Ⅱ型、下段Ⅲ型の生活パターン
いずれも不定時勤及輪番者を対象

Ⅰ型：月間残業40時間以上

ほとんど毎日酒をのむ(a)、タバコ1日30本以上(b)、午前0時すぎの深夜帰宅月9回以上(c)のうち2つ以上の習慣のあるもの

Ⅱ型：月間残業40時間以上

酒は月数回以内もしくはのまない(a')、タバコすわない(b')、深夜帰宅月6回以内(c')のうち2つ以上の習慣のあるもの

Ⅲ型：月間残業40時間以内で、過去1年以内に肝障害、胃・十二指腸潰瘍の既往のないもの

酒は週2、3回まで、もしくはのまない(a'')、タバコすわない(b'')、深夜帰宅月4回以内(c'')のすべての条件をみたすもの

硬化症の關係に着目したFriedmanらのcoronaryprone-behavior pattern(A-type behavior)²⁴⁾と類似しているが、今後の更に検討されねばならない課題も多い。

その第一は、過労死の疫学研究における公式統計の問題である。わが国の衛生統計では、5年ごとに公表される職業大分類による男子15才以上の職業別死因統計以外に職業による死亡の違いをみる公式統計はないが、労働条件の違いによる死亡や死因をみる上では、より細分化した死因統計が公表される必要がある。労働省の業務上疾患統計での「その他業務に起因することの明らかな疾患」は、過労死の動向を把握するうえ重要な資料になり得るが、業種別の申請件数を含めて正確な資料が公表されるべきである。

第二の問題は、労災申請相談事例にある過労要因のなかで、特に、長時間労働や過重な心理的負担などの負担要因と循環器疾患の発症についての記述的及び分析疫学的研究が行われる必要がある。こうした研究が今までおこなわれなかった理由は、従来の循環器疾患の疫学研究が、主として地域を基盤としていたこと、また職場を基盤とした研究でも、疾病発症のため職場を離脱したものについては追跡が困難であったこと、また、必ずしもこれらの労働条件を客観的に把握する手法が確立していなかったことなどによるが、著者らがおこなったタクシー運転手の循環器疾患の疫学研究はその一つである。今後こうした難点を克服した疫学研究が、労災相談事例に特徴的にあらわれる労働者集団を対象として進展することが期待される。

この場合、分子となるそれぞれの疾患群は、脳血管疾患や心疾患であり、わが国でのこれら疾患の発症・死亡動向が、近年急激に変化していることを考慮し、とくに、虚血性心疾患と急性心不全の関連を重視する必要がある。また、脳血管疾患では、若年層でのくも膜下出血や脳血栓の発症動向に注意する必要がある。更には、これらの研究では、過重な労働負荷によって既存の生活習慣にあるリスクファクターが、どの程度修飾されていくかの検討が重要である。

第三に、過労死発症のメカニズムは、急激な筋労作と心血管負担の關係など従来の知見で明らかになっていることも多く、高血圧者と正常血圧者の心理的ストレスに対する個体反応の違いなども明らかにされ、著者らがおこなったカテコールアミンの排泄状況やNa代謝の観察からも推定できる。これらの身体的・心理的負担の反復的持続がもたらす影響は、疫学的研究のみならず、実験的にも解明されていく必要がある。この場合、疲労蓄積と慢性ストレスの関連は必ずしも明確ではないが、スト

レスの場合、心理的負担や生活習慣でのリスクファクターも加えたより広い概念になっていると理解できるところから、過労死ではこうした概念を包括した研究の展開が必要であろう。

最後に過労死の労災認定が進展される必要がある。循環器疾患を業務上疾病リストに掲載しているSwedenは、職業病の労災補償認定でも、労働者側の業務起因の立証責任をとらず、使用者の非業務起因の立証を求める立場をとっている。こうした状況で、Thorellは²⁵⁾、心筋梗塞の労災補償適用問題について、1)問題となる労働条件と疾病危険度の疫学的証明、2)(その労働条件が)個人レベルで作用した場合の説明可能なメカニズムの証明、3)政策上の問題と専門家の関与の三点をあげ、認定の場では、より多くの疫学的データを集めること、及び、発症原因についての有意義な討論が必要であると述べている。わが国の循環器疾患の認定では、常に労働者側の立証責任が求められ、それがない場合には、業務外とされていることからみると大きな相違がある。労災認定が個別審査であることは当然としても、少なくとも公的機関や使用者が疫学データや個人の発症メカニズムを解明するための諸資料を公開し、労働医学の専門家の意見を重視する制度を確立することが、わが国には必要であろう。

(第29回社会医学研究会総会特別報告)

参考文献・資料

- 1) 斉藤 一：循環器系疾患と業務上外認定、ストレス労災研究、1号、2-21、1987
- 2) 上畑鉄之丞：明治パン心臓死事件判決について、労働経済旬報、1113号、3-5、1979
- 3) 上畑鉄之丞、笹川七三子：職場における急性死亡の事例研究、医学評論、56号、1-6、1977
- 4) 上畑鉄之丞：過労死に関する研究(第一報)、第51回日本産業衛生学会講演集、250-251、1978
- 5) 上畑鉄之丞、田尻俊一郎、細川 汀共著：過労死—脳・心臓系疾病の業務上認定と予防、23-24、労働経済社、1982
- 6) 上畑鉄之丞：脳・心血管発作の職業的誘因に関する知見、労働科学、58(6)、277-293、1982
- 7) 上畑鉄之丞：過労死と労災、Mebio、3(6)、116-117、1986
- 8) 厚生省：人口動態特殊報告(昭和55年)
- 9) 上畑鉄之丞：労働と循環器障害・脳血管疾患(三浦豊彦他編、新労働衛生ハンドブック・増補4版)、243-251、労働科学研究所、1982

- 10) 国民衛生の動向(昭和55-62年版)、厚生統計協会
- 11) 第3回ストレス疾患労災研究会総会資料、1987
- 12) 上畑鉄之丞：職場での脳血管疾患・虚血性心疾患等の発症事例、*労働の科学*、43(4)、16-21、1988
- 13) 上畑鉄之丞：ハイ・タク労働者の死亡についての疫学的考察、第53回日本産業衛生学会講演集、109-110、1980
- 14) 服部真：タクシー運転手の循環器疾患の疫学的研究、国立公衆衛生院研究課程論文(未発表)、1988
- 15) 上畑鉄之丞：タクシー・ハイヤー運転手の在職死亡とその死因、*日本災害医学雑誌*、33(2)、33-38、1985
- 16) UEHATA, T., CHIDA, T., SASAKAWA, N. et al.: A study on work-related stress and cardiovascular diseases in cabworkers、Abstracts of XX II International Congress on Occupational Health, 277, 1987
- 17) 上畑鉄之丞、千田忠男、阿部真雄他：タクシー運転手の勤務ストレス、*ストレスと人間の科学*、2号、104-105、1987
- 18) 上畑鉄之丞、千田忠男、阿部真雄他：トラックターミナルでの深夜勤務者の生体リズム、*疲労と休養の科学*、2(1)、51-56、1987
- 19) 上畑鉄之丞：朝日新聞社での12年間の在職・退職後死亡の検討、*年報労働者と健康*、5号、89-93、1986
- 20) 民放労連資料、1988
- 21) 中村健一：職域集団の疾病情報、*日本衛生学会疫学シンポジウム資料*、4-7、1987
- 22) 松岡敏夫、上畑鉄之丞、千田忠男：テレビ局技術者の長時間労働と労働意識—生活習慣・健康に与える影響、*公衆衛生*、51(4)、283-291、1987
- 23) 田多井吉之介：*ストレス*、123-125、創元医学新書、1956
- 24) Friedman, M. et al.: Association of specific overt behavior pattern with blood and cardiovascular findings、*JAMA*、169、1286、1959
- 25) Theorell, T.: Stress and work compensation, *Work and Stress*、2(1)、3-5、1988

社会医学と労働衛生学

竹内 康 浩 (名古屋大学医学部衛生学教室)

1. 社会医学と労働衛生学

この社会医学研究会が戦後発足した当時、かなり熱心に何度も『社会医学とは何か』という議論がやられていたと聞きまして、是非ともその議論の経過を勉強してみたいと思いました。しかし、大変残念なのですが、正確な記録があまり残っていません。『社会医学とは何か』を整理するために、初めに私たちの初代教授である鯉沼先生の「衛生学」(金原商店)という教科書の一番初めに書かれているものを引用させていただきます。表1は、「衛生学の本領」という文章の中に書かれている社会医学についての記述を私が整理したものです。この本は1937年(昭和12年)に初版が出版されています。

1917・18年に第1次世界大戦がありました。その間に1917年にロシアで社会主義革命が起こっています。日本では1923年に関東大震災が起こっており、東大セツルメントができています。このような社会状況の中で、社会衛生学あるいは社会医学についての議論が盛んに行なわれたようです。特にドイツで社会衛生学が発展し、その影響を受けて、我が国でも社会衛生学や社会医学に関する関心が高まったことを知りました。この本は昭和12年に出版されていますが、大正の終わりから昭和の初めにかけての社会状況や議論を踏まえて書かれた本だと考えられます。

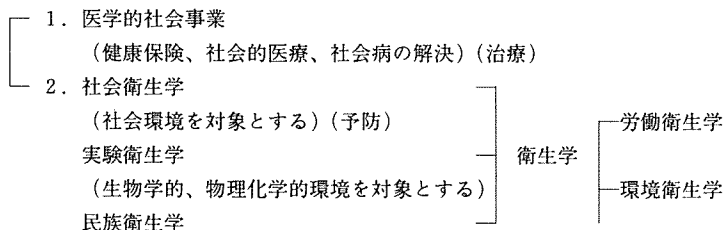
表1で見ると社会医学とは非常に範囲の広い学問で、

疾病の原因を社会に求め“その予防ならびに治療を社会的に行なおうとする学問”ということで、治療も入っています。社会衛生学の方は、予防が主であるとされています。また、宮本忍先生の「社会医学」(三笠書房、昭和11年)には、“社会医学というのは一定の社会的・経済的条件によって規定された労働者群の衛生状態を分析し、彼らの健康保持、増進および疾患の予防、治療の為の社会的方策を樹立することを目的とする”と書いてあります。これらを見ますと、社会医学は衛生学とか労働衛生学を包含すると同時に、実際の医療行為を含む膨大な学問体系と考えられていたと思います。

社会衛生学という言葉が最近余り使われなくなっていますが、当時ドイツの社会主義運動が発展する中で、ドイツで社会衛生学は非常に発展をしていました。ところが、ドイツではこれが社会政策的に取り込まれて行き、それから民族衛生学の方向へ展開して、ファシズムの理論的な支柱になって行くという歴史的経過の中で、この社会衛生学に対置して、これも含めたような形で、社会医学という言葉が使われるようになったという人がいます。国崎定洞先生は東大の衛生学教室の助教授となられ、東大に新しく社会衛生学講座を創設する予定で1925年(大正11年)に助教授としてドイツに留学されています。当時の日本政府にとっても、社会政策的な意味での社会衛生学講座が必要だと考えられたのだと思います。国崎先生はドイツに行かれて翌年、社会主義運動に投げられ

表1 社会医学とは何か(鯉沼苧吾、衛生学、昭和12年)

疾病の原因を社会に求め、その予防ならびに治療を社会的に行なおうとする学問
社会医学の対象



帰国されませんでした。社会政策的な面での取り込みに危惧を感じられたのか、あるいは社会経済的な制度の変革をやらねばならないと考えられたのか分かりませんが、結果的には、東大の社会衛生学講座創設は流産してしまつたと云われています。鯉沼先生は若い研究者たちが社会主義運動の中へ参加して行き、これに対して政府の弾圧が厳しくなり、日本で社会衛生学が発展しなかったのが非常に残念であった旨のことを記載されております。

この歴史的経過の中で、日本の衛生学が社会経済的問題に対して非常に憶病になつたのではないかと言われています。社会医学としての労働衛生を考える上で参考になればと考えて、みなさんの議論の素材という意味で、この様な表を提示致しました。

社会医学の方法、社会医学としての労働衛生の方法論という場合、独自の方法というのがあるのかどうか私にはよくわかりませんが、労働者の健康を保持し増進するためには、自然科学的及び社会科学的な学問の成果を十分に取り入れなければならないと考えています。

2. 私の労働衛生学

次に、私が実際やってきたことや、考えてきたことを紹介し、皆さんのご批判を仰ぎたいと思います。私が名大の衛生学教室に入つたのは1964年4月です。1950年に朝鮮戦争が勃発し、それを契機に、日本の産業の復興が急速に始まり、日本の水力発電、石炭産業を中心にエネルギーの水主火従という形で発展をしました。その中で塩化ビニルやベンゼンの利用が大変盛んになり、一方では労働者の安全衛生が十分に配慮されていなかったために、多数のベンゼン中毒が発生しました。

これに対して多くの労働衛生の研究者が取り組みました。東海地方で、第一回ベンゼン中毒協議会というのが1958年に開かれ、全国の有機溶剤中毒研究会へ発展して行きました。1959年にベンゼン入りゴム糊が禁止され、1960年に有機溶剤予防期則の施行されました。当時の我々の先輩研究者が非常に熱心に取り組み、行政的にも対策が早いテンポで対応が行われ、ベンゼン中毒問題は一定の解決がなされました。

その後には私は、衛生学教室に入りました。日本の産業構造は変わり、有機溶剤としてはベンゼンからトルエンやノルマルヘキサンに代わり、ベンゼン中毒の様に重篤な血液障害の発生は稀になっていました。有害だからベンゼンが使われなくなっただけではなくて、実際には石炭から石油化学工業の発展の中で生産される有機溶剤の種

類も変わってきたのです。

このような状況の中で、ベンゼン中毒問題に取り組んだ研究者の中で、ベンゼン中毒の機序の解明の方向に進む研究が一方で発展します。当時ベンゼンが使われなくなったのに何故ベンゼン中毒の研究が必要かという議論もなされたと聞きます。当面の社会的要請と研究の内的発展との間に矛盾が生じることになります。

最近になって、ベンゼン中毒の基礎的研究の発展が、化学物質の発がん性チェックとか発がん機構の解明に重要であるとして再びクローズアップされ、その基礎的研究が活かされています。また、ベンゼン中毒を早期に診断し、早く予防対策なり配置転換なり治療なりを行なうために、早期診断法が熱心に研究されました。血液を中心とした早期診断法は、使用溶剤が代り、直接には役に立たなくなりました。ベンゼンの血液毒性に代って、トルエンやn-ヘキサンの神経毒性が重要になりました。しかし、ベンゼン中毒を通じて確立された有害物取扱労働者の健康管理のシステムはくその後も活用され発展しました。

また、有害物質による職業性中毒は、労働条件が変わらない限り、取扱物質が代っても中毒は同じ様に繰り返えされる危険があります。石炭から石油へ代わり、溶剤がベンゼンからトルエンやノルマルヘキサンに代わってビニールサンダル労働者のベンゼン中毒による血液障害はなくなったが、今度はノルマルヘキサン中毒による神経障害が発生したのはその典型的な例です。すなわち、労働条件、とくに零細企業の劣悪な労働条件を改善されなければ中毒の問題は解決しないという方向での研究の発展が一方で行なわれました。

また、ベンゼン中毒問題が終息する中でもう溶剤中毒の問題は基本的に終わったので、他のテーマをやらうという研究者も少なくありませんでした。私が衛生学教室へ入つたのは丁度日本の高度成長期に入る頃で、石油コンビナートの発展、あるいは石油化学工業、自動車産業、エレクトロニクス産業のめざましい発展などが進行していました。この様な社会的な背景の中で私は衛生学教室に入り、労働衛生の研究を始めました。

はじめは、教室で蓄積されてきた労働衛生の考え方とか知識とか技術とかを習得することでした。もう一つは時代の現実から要請される問題への取り組みでした。学問の発展には蓄積され、継承発展される内的な必然性と、その時の外的な社会状況から持ち込まれる問題とのかみあいが必要だと考えられます。

私が衛生学教室に入つた時に、有害物に対して許容濃度をどうするかが盛んに議論されておりました。労働者

の健康保護のために、衛生基準をきめて、個別的に問題を解決するばかりではなく、全国的に労働者の健康を保持していく必要があるということです。特に従来の病理的な変化、あるいは病気になってから診断をし、それをなんとか予防するというのではなくて、早い時期での機能的な変化を衛生基準の指標として確立し、健康障害を予防する必要があるということでした。アセトンで具体的に機能変化をどのように捕えるかが研究されておりまして、私もこの研究に参加しました。

もう一つは、現実に行っている職場をできるだけよく調べるといことで、多くの有機溶剤職場をみてまわったり、健康診断をやったり、環境調査をやりました。その中で、私の大学院の研究テーマをどう設定するかということになった時に、まず、トルエンを取り上げることにしました。これは何故かといいますと、トルエンが有機溶剤の中で使用量が最も多く、曝露されている労働者が多いにもかかわらず、その毒性がまだ十分判かっていなかったために、トルエンの毒性を明らかにして衛生基準を設定することは重要であると考え、トルエンの動物実験を始めました。

もう一つは、当時石油化学工業が発展する中で、ノルマルヘキサン中毒による神経障害がビニールサンダル製造業で多発したために、中毒性神経障害の問題、零細企業や家内労働の問題が重要な労働衛生の問題となり、この調査研究に取り組みました。

それからもう一つは、当時山田先生が始められた労働衛生相談室に持ち込まれた事例について解析をして、業務上外の意見書を書くということもやりました。一つの事例の背後には、実際に何百例、何千例という同じような事例が潜在していると考え、一例一例を大事にして、それを明らかにしていくことは非常に大切な仕事と考えて取り組みました。当時は、いわゆる「合理化病」が多発し、労働組合から持ち込まれた港湾労働者や生コン運転手などの腰痛の問題、海事検定のタイピストなどの頸肩腕障害の問題にも労働衛生の専門家として、整形外科や神経内科の先生たちの協力を得て取り組みました。研究を進めるに当たっては、目的意識を持った大きな視点がないと、新しい問題が常に持ち込まれるために、行きあたりばったりになる危険があります。明確な視点と目的意識と展望を持って個々の課題に取り組まないと、単なる摘発屋にすぎないと批判されたものです。問題を指摘するだけでは問題は解決しません。

第一は、現実の問題をできるだけ科学的に明らかにしていく努力がどのような問題に取り組んでも必要だと考えてきました。社会的に説得力があるデータを出すとい

うことは大変困難な仕事です。課題を解決するために応用すべき学問分野が未発達であったり、必要な情報が十分得られなかったために最終的な判断に困難をきたしたりで、いつも悩んできました。これからもつきまとう問題と思います。

もう一つは、職場の調査をした場合、結果を企業主に報告するだけでは対策に十分には生かされないことが多く、労働者が積極的に努力しないと問題解決にならない事例も多く経験しました。労使双方に結果について報告できないようなところの職場の調査は、もう引き受けないという方針をだしたことがありました。

別の次元で長期的に考えると、職業性健康障害の因果関係を科学的に明らかにすることは、非常に重要なことです。職場の疫学調査で量・反応関係を明らかにしたり、動物実験で毒性の量・反応関係や作用機序を明らかにすることは、大変労力がかかって地味な仕事ですが、問題解決のためには重要な研究課題と考えて取り組みました。それからもう一つ重要なことは、中毒を早期に診断できる感度が高く生体にとって重要な指標を明らかにして行く研究です。神経系や内分泌系の問題が特に大切だと考えて、一生懸命勉強しました。従来は職業病は病理的な変化、或いは病的な変化が起きないと問題にされなかったのですが、職業病を予防するという視点にたてば、機能変化の段階で捉えて、それを重視することが必要です。許容濃度はアメリカとソ連の数値が1ケタ以上違っているものもあり、日本のデータに基づいて我々が自主的につくっていくことが必要ではないかということ而努力しました。有害物質については曝露量は理想的にはゼロがいいのであって、何故許容濃度などを設定するのかという議論もありました。我々の研究は有害物質の量・反応関係は明かにしうるけれども、どこで許容濃度の線を引くかは、その時の社会状況や世論にかなり大きく左右されるのです。そういう点で、研究者がどこまで関与するかという問題も議論されました。

私たちの教室では、日本の許容濃度を日本のデータや日本の研究者の考えで作っていく努力をいくつかやって来ました。それから、研究の方法や手段を選ぶ場合に、それぞれの学問には発展段階があり、たとえ目的が明確であっても、達成できる手段が十分に手に入らなくて悩むこともあります。例えば、有機溶剤の神経障害を、神経生化学を利用して明らかにしようとして手がけたことがあります。その当時は神経生化学も未熟で、私の目的には役に立ちませんでした。生理学的方法でも安定したME機器が十分発展していなかったため、現場で利用できるようないいデータが出るような状態ではありませんでした。

た。いろいろな労働者の運動や研究者の取り組みが発展する中で、国家的な対応もすさまじい勢いでやられていました。大きな企業では労働環境整備とか、設備の拡充を金と人をかけてかなりやってきました。これは一方で、労働者や研究者の努力によって実現したという側面と、もう一つは社会政策的に取り込まれてしまったという側面とがあります。大変立派な設備や人材が蓄積されていて、これを本当に労働者のためになるように使いこなしていくにはどうしたらいいのか、ということが今後の大きな課題だと考えています。

それから、残された課題として、毒性の事前チェックの問題があります。これは労働安全衛生法で行うことになりました。従来、職業性中毒の研究はいつも後追い研究が多かったのですが、中毒予防のためには毒性を前もってチェックし予防対策を立てなければなりません。理念的には明らかなことですが、実際には大変困難な仕事です。しかし、将来は設備やシステムを利用し、活用する力ができれば、かなりのことができる条件はそろってきているのではないかと思います。

慢性中毒については、精神神経系の問題が重要で、これをどの様に明らかにしていくのかが、今後の大きな課題です。それから発がん性、催奇性、遺伝に対する影響など未解決の問題が沢山あります。

最後に、有害物対策として、労働環境の改善は一定に進んできており、その過程で、学問的な成果や労働者の運動は一定の貢献をしてきたと思います。しかし、国の政策の中にシステムとして取り入れられたとき、直接の当事者である労働者の関心や力がよわくなると、十分活用されないというジレンマがあります。今後の労働衛生の新しい問題に取り組むような主体的な力が強くなって行く様な取り組みが、労働衛生の発展にとって重要ではないかと思います。

司会：渡辺

大変ありがとうございました。今、先生は社会医学とは何かという問題、それから有機溶剤中毒の研究者として、きわめて誠実に取り組んでこられた経過をお話しいただいた訳ですが、余りにも先生の取り組みの、先生の活動の経過に偏りすぎて、もう少し、先生と労働者がどんな風にこの問題を通じてかかわってこられたのか、その辺はまた後の時間に少しお話をうかがえればありがたいと思います。

ご質問がありましたらどうぞ。

(西山) (滋賀医科大学)

私は社会医学そのものについて余り勉強しておりませんので、竹内先生に質問なんですが。

レジメのところ、鯉沼先生のを引用されておりますが、「予防ならびに治療を社会的に行なおうとする学問」という具合に定義をされている訳ですけども、鯉沼先生の場合に、“社会的に”と言われている訳ですけども、社会革命といえますか、そういうものまで見越した、そういう意味での治療を考えて、こういうことを言っておられたのかどうかということをお聞きしたいと思います。

(竹内)

社会的に原因を求めて、社会的に治療を行うということ突き詰めてやる場合には、社会経済的な仕組みが問題になります。だから、社会革命をやらなきゃいけないという方向に走っていった人もいる訳です。鯉沼先生の場合はそうではなくて、そのことが社会的な弾圧を招いて、かえって社会衛生学の発達を妨げたのではないかと、いうニュアンスのことを発言されている訳です。いい悪いは別問題にして、研究者は社会運動をやるのではなくて、科学的に実際の矛盾を明らかにして、その解決方を呈示することで、そういう節度というか限界を考えていたのではないかと思います。その歴史を見ていて、国崎定洞先生の場合は、社会改革をやらなければいけないということで、社会運動へ走っていかれた。

もう一方では、多くの人たちが、権力の枠の中で社会政策としてそれをやっていった。また、患者さんと密着していないと権力との関係で厳しくなった場合に社会医学は成り立たないと考えて、治療を原点に考えている人達があります。私たちが社会的に働きかけるといった場合に鯉沼先生の場合は、先輩が社会革命をやるということに走ったことについて、社会衛生学の発展という点で遺憾であるという考えを持ってみえたようです。

(西山)

追加の質問ですが、鯉沼先生の場合、そういうことで、科学するということによっておられたということですが、運動にいかないで科学的に追求するという場合でも、いろいろな職業病の根元というのが、体制の問題まで含めて科学的に関連性があるんだということ、具体的に徹底的に解明するということも科学者の仕事としてあるのではないと思うんですが。そこまで徹底して解明をする、あるいは予防対策なり治療の方向を示すというところまでは、いかれなかったということなんですね。

(竹内)

鯉沼先生の「職業病」という本の一番最後に、特別の章を設けて、行政的な力を持って企業を服従させるといふ主旨のことが書かれています。鯉沼先生が内務省の社会局技師という立場で、職業病の問題についての社会的に警告を発したと考えられます。その後、鯉沼先生が名古屋大学へ来られてからは、職業病対策上の社会的機能という点については余り大きな展開はないと思われまふ。鯉沼先生はILOの会議にも政府代表の随員として出席されておられます。従って、行政的な立場をうまく活用して企業をコントロールするという考え方はかなり強かったように思います。その一つの例が、ベンゼン中毒が大きな問題になった時に、鯉沼先生の具体的な提案で、労働省に対して非常に強力に働きかけ、いち早くベンゼン含有ゴム糊の禁止させたことです。これは鯉沼先生が非常に積極的に主張されたことだと云われています。

〔渡部〕

竹内先生、先程ちょっと私が申しました、こういう溶剤中毒の問題に対す先生の研究者としての取り組みの中で、労働者、労働組合、労働運動、そういったものとの関係というのは、どういう形を取られて来たのか、先生の経験だけではなくて、もっと広く、日本の労働運動といつてもいいんですけども。

それから午後からの一般報告の中にも、原先生、平田先生、田尻先生のご報告がありましたけども、何か先生、追加していただくことがあれば。

(竹内)

私たちが研究室に入った当初の高度経済成長期の頃、有機溶剤中毒を含めて労働衛生にかなり労働者の関心が高まった時期があります。名古屋の例ですと、合板工場とか溶剤工場の労働者が、自分達の健康問題として労働組合から大学へ健康調査や環境調査を依頼してきました。それに対して、できるだけ科学的データを労使双方に提供して解決をしてもらうために、私たちは調査結果を両者にきちんと正確に報告する様に努力しました。これができるという前提条件で調査を引き受け、労働環境の改善あるいは労働者の教育に有効であったと思います。しかし、設備改善ということが伴ってきた場合に、企業側がある程度経済的に余裕があり力のあるところでは、先取りして改善していくということが起こって来ました。

そこで、比較的規模の大きい企業ですと、労働双方に報告するという条件をつけると敬遠し、自前で調査や環境改善をするからもう結構だ、といつて締め出されるこ

とが起こって来ました。今度は、実際に中毒が起こった場合は、患者さんとして臨床医の所へ来てはじめて問題になる例も多くなりました。一人の中毒が発生するといふことは、多くの場合、同僚にも悪い影響を受けている人がかなりいる可能性があることを示しています。この様な患者の職場の調査を行ない、環境改善の意見書や労災申請の意見書を企業や労働者に提供して、健康の障害の補償や環境改善が発展するための努力をしてきました。産業の合理化が進む中で、かなり分業化が進んでくると、ある一定の集団が同じような影響を受けるということが少なり、労働組合の中でもかなり特殊な人の特殊な問題になってきて、賃金などの様な一般的な労働条件の問題と違った特殊な問題となり、労働組合でも理解をして、意識的に取り上げないと実際には運動としては発展しない課題となって来たと思ひます。

さらに、大企業の設備改善でやればいいのですが、問題のある有害職場は下請けへ出してしまい、資金力も労働者の力も弱い所へ、有害作業が押しつけられていくということが起こっています。主体的にこういう問題を解決する力をどう育てるかというのは、大変難しい問題です。一般に資金力や労働者の力のよわい企業への有害作業の下請け化という形でしわ寄せが行なわれている場合が多く、こういう問題をどうやって掘り起こし、解決して行くことが大切な仕事だと考えます。

大きな企業の中でも、有害物を扱う忌避職場というのがあり、若い労働者はいやがるので、中高年労働者になつてもずっとやるということが起こって、我慢して働く中高年の人たちにしわ寄せがかかっています。今、有害物の問題を個々の労働者の力、あるいは労働組合との接点でどうするかという点で、非常に難しい問題があります。

もう一面では、こういう有害物の問題といふのは個々の職場の問題として解決するという側面と、もう一つは、国家的さらには世界的に有害物を管理する方策を推進する必要があります。例えば有害物質の事前チェック、毒性のチェック、毒性情報の普及、衛生基準の設定などを、どういうシステムで行なつたら世界中の労働者の健康被害を予防できるのかということが、重要な国際的な課題となっています。社会全体の大きな力関係の中で、有害物をコントロールし、世界中の労働者の健康を保護する方向での運動の発展の中で研究者が一定の役割りを果たすということが、我が国労働者の中毒予防の力になるのではないかと考えています。

(第26回社会医学研究会総会シンポジウム)(愛媛)

労働衛生における社会医学的研究方法について

— 国有林業での振動障害予防の経験から —

山田 信也 (名古屋大学医学部公衆衛生学教室)

[1] 社会医学について

(1) 人間は社会を形成し、労働し、生産することによって社会を發展させて来た。人間は労働と生活を通じて、文化を生みだし、学問を育てた。

(2) 学問の進歩は、人の人たる所以はなにか、人の持つ生命力とはどんなものか、生命力は生活と労働の環境下において、どのように発揮されるものか、という問題の研究を發展させた。

学問の進歩は、一方、人間の造った社会とはどのようなものか、この社会は、どのように發展してきたのかという問題の研究を發展させた。

(3) 医学は、人間の疾病の治療と予防、疾病の本態の研究を目的にした諸活動の蓄積をもとにして發展してきた。医学の究極的な目的は、人間の生命力の本態を把握し、人間の機能の健康的な発揮と、人間の健康的な社会存在の達成にある。

(4) 衛生学は、自然が人間と人間社会の母体であり、人間の健康は、人間の自然環境下での進化の過程で創造された諸機能の正常な発揮によって保たれるという認識を基礎としている。そして、健康の観点から、自然と人間と人間社会の存在の実態を明らかにし、人間と自然との関係、人間と社会との現実の関係を明らかにし、これに評価を加え、その歪を修正し、自然の機能と人間の生命機能の向上、両者の関係の向上を目的にして、具体的な方法を提示し、その実現を計るための学問である。換言すれば、自然を健康な自然たらしめ、人間を健康な人間たらしめ、社会を人間に相応しい健康な社会たらしめるための学問である。

衛生学のこうした目的の達成には、当然のことながら、社会の実態を明らかにし、社会の發展を人間にふさわしい方向に發展させることを目的にした諸学問との結合、その社会的な実践の方法を探求する学問との結合が必要になる。社会医学は、これを意識した学問といえる。

(5) 社会医学の誕生と發展は、産業革命が生み出した非人間的な、非健康的な社会条件が疾病と死亡の大きな根源として力を振るった時代にある。疾病と災害を数量的に捉えて社会的な因子との因果関係を明らかにしようとする努力、その原因因子を取除く方法を追及する努

力が、学問の体形をとって来るようになる。こうして、人間の健康に関する社会医学的な診断と社会医学的な処方、社会医学的な予防・治療の実際活動が、社会医学としての内容を形作っていく。

この努力は、人間の健康的な存在を脅かす社会の矛盾を意識的に解決しようとする社会活動の展開によって大いに刺激され、また、この活動と結びつくことによって、その社会的処方と治療の実現をめざす努力を生んだ。

一方、医学の研究が、人間存在を健康的なものにする大局的な目的から離れ、技術的な側面に傾き過ぎることへの反省からも、社会医学の研究方法が意識的に論じられるようになって来た。それが、疾病予防の領域に留まらず、臨床医学の領域においても、診断・治療・社会復帰に関して、社会医学的な視点と実践を重視する必要性が深く認識されるようになったことは、現代の特徴である。それは、人間の生存の権利、生命の尊厳の思想にもとづく社会的な活動の成長とも大きく関わっている。

(6) 労働衛生学は、人間の労働に関して衛生学的な目的を追及する学問である。その發展の過程は、人間らしからぬ労働を生み出す生産の展開がもたらした悪影響を明らかにして、これを取り除くための諸活動から始まり、これに大きな努力を投入する時代が長く続き、それは今日でもなを続けているが、学問の基本的な目標は、人間らしい労働とその環境の設計を提示し、労働による健康障害の発生を防ぎ、人間らしい労働を可能にする社会条件の形成に貢献する目的をもっている。

その目的を達成するためには、労働の方法、労働の負担、作業の仕組み、労働の環境、労働の態様、労働の生活への影響などを研究し、これらを人間に適したものにするために、生物としての人間機能に関する学問が、人間の社会的存在や労働の社会的存在を研究する学問と結合することの必要性、生産の方法を研究する学問や生産の社会的な存在を研究する学問との結合の必要性、さらにその社会的な解決の方法を研究する学問との結合が必要になってくる。これなしには労働衛生学の目的は達せられない。労働衛生学に社会医学の性格を意識して、その診断、処方、予防・治療の実現をはかる学問の方法を追及する努力はこのようにして生れる。

労働衛生学に、社会医学としての性格を意識し、その

在り方を論ずることは、労働者の健康の基盤である労働と生活の条件への社会的な制約が厳しく、労働者の健康保障の目的達成にいたる全ての過程にその制約が作用していること、さらに社会発展をめざす現実の運動が、今日の労働衛生学の実践に絶えざるテーマを提供し、学問活動の緊張を高めていることなどに関連があるといえる。

[2] 振動障害予防の研究方法

1. はじめに

我が国の振動障害対策の研究と実際の活動は20数年に及び、社会的な要因による解決困難な問題を残しているが、振動障害予防の基本目標と方法は確立された段階に達している。この過程で、振動障害の予防と治療、社会復帰、補償に関して、どのような社会医学の方法が存在したかを検討することが可能な段階になった。今後体系的な検討が進められていくことになると考えるが、私自身が係わってきた国有林業での振動障害予防の経験を素材として、その検討を以下にすすめたい。

2. 課題を見つけたす方法

私は、1962年に、現実の問題の中から研究と教育の課題を見つけたすことを目標にして、大学で労働衛生相談室を開設した。これは、それまでの相談が、多くの場合、行政・事業体から寄せられ、現場の労働者の生の声を基礎にした研究が育ち難いことを反省して企画したものである。

相談室活動を基礎とした研究の方法としては、相談を端緒として、問題を生み出した労働の実際とその健康影響を調査し、個別例の予防、治療、あるいは補償などの対策を検討すると共に、そこに現われた問題の日本の社会における普遍性を検討し、社会的な対策実現の活動を育てる方法を検討した。そして、これを実現していく努力の中から、社会医学の研究の方法論を追求することを意識した。

相談室には、当時の日本の産業の展開の姿を反映する多くの相談が持ち込まれたが、こうした目的にそった成果をおさめたものとして、頸肩腕障害、nヘキサン中毒、振動障害、夜勤交代制問題などの研究がある。

3. 国有林業での振動障害予防の研究課題の発端

振動障害の研究は1964年秋に裏木曾地域(付知)

の国有林労働者から寄せられた健康相談が発端となった。相談は、国有林労働者の参加する全林野労働組合が持ち込んできた。相談の内容は、「チェンソーを使用する労働者の間から、手のしびれ、冷え、白ろう様変化などを訴えるものがでてきているので、その原因を確かめて欲しい」というものであった。これまでの経験と文献的な検討からチェンソーの振動による障害が予測されたが、それを検討するためには、現地での調査を必要とすると考えた。

この問題にとりくむことが研究室会議で決まり、まづ現地調査を計画した。それは今後の課題を見極めるための第1段階の調査とし、その結果の検討から次の段階の検討に移ることにした。

4. 第1段階の調査——現地での観察

(1) 作業の実際の観察

第1段階の現地調査は2回に分けた。第1回は労働の実態調査とし、第2回は、障害の特徴を観察する調査とした。

第1回(12月初めの3日間)では、作業地の事業所(500m高)と作業現場(1200m高)を訪れた。事業所の宿舎では、作業後、労働者に集まってもらっておこなった質疑から、チェンソーの導入の経過、出来高賃金制度との結びつき、仕事の実際、症状の発生してきた経過、現在の症状などを知ることが出来た。労働者の具体的な答えと意見は示唆に富んでいた。

また早朝、林道をいっしょに登出し、海拔1200mの作業地で、チェンソーによる伐倒、枝払い作業の実際、その際の手指皮膚温の変化を観察したあと、日常の作業の際や作業後に感ずる苦労や苦痛を聞かせてもらった。ここでは山地の地形的な特徴と作業姿勢との関係、寒冷曝露、天然の針葉樹大径木の伐倒と枝払い作業の負担の大きさが理解された。そして振動影響のみならず、チェンソー使用労働の影響として捉えることが大切であることに気づいた。

(2) 症状の実際の観察

第2回(12月中旬4日間)では、早朝、宿舎での起床から山に向かって出発するまでの間の自覚症状、レイノー現象などの発症する経過の観察、林道でオートバイに同乗し、白ろう様変化が発生していく経過の観察と皮膚温変化の測定自覚症の発症の経過、一日の間の生活の中での寒冷曝露時(洗顔、屋外での起立・歩行、オートバイ走行)の皮膚温測定・爪圧迫テスト実施、自覚症発症の経過の検討、チェンソー鋸断実験での皮膚温、手指

感覚の測定等を実施した。これらの調査から、振動曝露の影響の測定、健康障害の診断の方法を検討する示唆をくみ取れた。

(3) 調査方法の検討

第1段階の調査からは豊富な情報が得られた。そして、おおよそ次の諸調査の必要性が考えられた。

1. チェンソー使用労働の経過
2. チェンソー使用に係わる労働負担の因子
3. チェンソーの振動・騒音・重量などの機械の衛生的な要件の調査
4. チェンソー使用時の労働症状の発生の経過
6. 24時間の労働と生活における発症実態の調査、労働と生活の支障の調査
7. 使用者と比較対照者の健康診断と障害の特徴の把握の研究
8. チェンソー使用労働にみられる諸因子と健康障害（自覚症、検査所見）との因果関係——時間的な経過にそって、健康影響因子とその影響の現われかたを検討する

以上の調査事項のうち1.2.3.4.は健康影響因子にかかわる検討である。その中には機械工学的な因子、社会環境的な因子、自然環境的な因子の検討が含まれる。5.6.7.は労働者の身体機能に関する検討である。8.は1-7の検討を基礎にした疫学的な検討である。

これらの調査は、その結果のまとめの中から、チェンソー使用による健康障害を業務上疾病として認定する根拠を明らかにし、振動障害予防の具体策の提言をおこなうことをあらかじめ意識して計画していくことが大切であると考えた。

提言の内容は、長い期間の努力によって、やがて、次第に明確にされていったが、それをここにまとめて記し、研究の発展の方向を示しておく。

1. 振動障害の業務上疾病としての認定
2. 早期診断のための健康診断の項目と実施のシステム
3. 障害者の予防的な観点にたった治療の方法とそのシステム
4. チェンソー使用労働の衛生的な規制と作業システム
5. チェンソーの備えるべき衛生的な要件と、改良の目標、改良チェンソーの衛生的な評価
6. 寒冷環境からの保護

実際の調査は、現場での最も要求の強かった障害の特徴と業務との関連についての判断を確定することを次の第2段階の調査とし、その結果と第1段階の資料の検討の結果を合わせて第3の段階の調査計画に進むことにした。

5. 第2段階の調査——障害の医学的な診断の方法

医学的な最初の調査は、障害の診断に適した検査項目を選びだすこと、チェンソー使用労働者全員（30名）と、これらと同じ宿舎で生活し、年齢、山林労働の経験と同じくする比較対象者の検診を組織すること、チェンソー取り扱い者の作業の経過と症状発現の経過との関係を検討する疫学的な調査をすることであった。

(1) 予備的な調査

現場作業者は、当時は季節雇用であり、障害の存在による来期の雇用拒否がおこることを恐れて受診を拒む者が多かった。営林署が調査に非協力の態度を表明したことは、この調査の大きな支障となった。

そこで、障害のあるものから志願者（4名）をつのり、3日間にわたって、早朝から夕刻までの生理機能の変化を追跡し、検診項目の検討を続けると共に、その結果を説明して、早期の問題解決のために検診を受けるように訴えた。労働組合は、個別訪問や集会を含めて、繰り返して労働者を説得し、2月に後にチェンソー取り扱い者全員30名が受診を決めた。次には、比較対象者の選出が難航し、25名に留まり、50才以上で対照する例数が若干欠けたが、40才以下では、ほぼそろった。

調査は、冬季失業期間中を選んで発症が最も多い2月を選んだ。

(2) 検査項目の選定

検査項目の選定は、第1段階の調査の検討結果と過去の文献を参考にした。チェンソー使用開始以後に現われた日常生活と労働の際の自覚症状を綿密に聞き取ること、その中で冷えによる症状の変化を重視すること、末梢神経機能、末梢循環機能、筋力、聴力などの機能検査を行なうこと、その際、冷えによる血管収縮反射を重視すること等を決めた。次にこれに関連する大学の神経内科、体温生理、血管外科の専門家に討議に加わってもらい、その意見を参考として具体案を作成した。ここには我々の大学での専門にまたがるチームワークが助けとなった。

(3) 検診の実施

現地で、室内の安静時や寒冷時、屋外での寒冷を感じるとき、オートバイ走行時の自覚症状、身体諸機能の変

化を一日8人づつ、7日間にわたって実施した。調査は毎日、結果の概要を早急にまとめ、当日の参加者、翌日の参加者に知らせるなどして、受診予定者の受診率を100%にすることに大きな努力が払われた。そのために検診の担当者、検診の組織活動を受け持った労働組合の担当者の努力は並々ならぬ者があった。調査の結果はチェンソー使用者の特有の障害の存在を証明した。

この調査結果は、後に林野庁が内部資料として受け入れることになった。

次は障害の目立つ12名の臨床的な精密診断を計画した。しかし名古屋まで出かけ、大学病院で受診するために休暇を取ることは、季節労働者の失業保険受給資格日数を確保することから困難な問題であった。しかし組合の努力と、営林署長の決断で出張の扱いとなり、これが実現した。この診断は、血液学的診断、x線診断、神経学的・整形外科学的な診断を中心としたが、そこには、末梢神経系障害、末梢循環系障害、運動器系障害を対象とし、これらを生む可能性のある他の疾患の鑑別を考慮していた。結果は、他の原因となる疾病を否定し、チェンソー使用者の特有の障害である事を証明した。

この期間、私たちの研究を伝え聞いて、民間産業の手持ち動力工具を使用し、障害の発生した労働者50名近くが私たちの大学を訪れた。これらの人々に対して行った精密検査でも、同様な結論がえられた。

(4) 病像の検討へ

次の寒冷期(10-2月)に木曾谷で60名のチェンソー使用国有林労働者と、40名のチェンソー使用民間労働者を対象とした健康診断を実施し、神経内科の協力で神経学的な詳しい診断が実施でき、末梢神経系障害、末梢循環系障害、運動器系障害などのチェンソー使用に伴う健康障害の存在を確認した。

また、この障害の発生には、振動因子にとどまらず、チェンソー使用に伴うチェンソーの騒音、重量、山地の地形から余儀なくされる無理な姿勢、風・雨・雪などの湿潤・寒冷という気候因子が大きな影響を持っていることが理解された。

実際の影響の現われる過程でのこれら諸因子の影響を、純粋に個別に切り離して論じ難いが、振動影響についてみると、初期には局部的な直達影響として手・腕の末梢循環障害、末梢神経障害、運動器障害として現われるが、長期にわたる神経インパルスがどのような影響を持つかが次の検討課題となった。

個人別に見た場合に、これらの諸因子の影響の現われかたは一樣でなく、手の冷え、しびれ等を共通の初期症状としながら、その後の各機能系の症状の進展は、一様

でなく個人によって大きな差があること、各機能系の障害が次第に進展し、多くの系が障害されていく経過の評価が今後の検討課題となった。

その後、症状の中で、寒冷に対する過敏な反応(寒さに弱くなる、体が冷えやすくなる)が次第に強まっていくこと、筋の硬結・痛み、関節・靭帯の痛みなどが次第に強まることなどが目立っていくようになったこともまた、検討課題となった。

また自覚される頭痛・頭重、いらいら感などの成りたちもまた検討課題となった。

6. 第3段階の調査——疫学的な調査

障害の中で、特徴的な手の冷え、しびれ、レイノー現象の症状と上記の諸因子と関連を明らかにする疫学的検討は、まず、作業歴の分析、特に振動曝露量の蓄積との関連を年齢影響を考慮しながら進めた。調査は、初期のもの、後の期のものとなった。

(1) 裏木曾(付知)での調査(1964-65)

1954年以降の10年間のチェンソー使用経過と症状発症の経過に関する詳しい調査が出来上がった。チェンソー使用の振動障害が、使用時間の累積と共に進行したことが明らかとなった。この使用時間の中で、伐倒作業と枝払い作業の比率はほぼ1対3であること、伐倒作業は危険が大きく、緊張の強い作業であること、枝払い作業は、チェンソーの重量を支える腕の緊張が大きいこと、天然大径木(針葉樹)の固い枝の鋸断は振動がおおきいことなどから、伐倒作業、枝払い作業が、それぞれ特徴のある大きな負担をもたらすことが明らかになった。

使用時間の累積速度はかなり大きいものであった。その理由は一日の長時間労働で、出来高賃金制度や季節雇用などの不良・不安定な労働条件が、これを生み出す主要原因であった。これは農地開放の際に、山林原野が未開放のままに据え置かれたことや、林業に封建的な雇用形態と身分が残存したことと関連があるといえた。そして、出来高賃金制度下で、熟練を理由に工程単価が切り下げられていったことが、労働者を長時間の過密な労働に駆り立てたと考察された。

これがきっかけになって、名古屋営林局管内の数営林署で機械導入による作業実態の変化、生産高の上昇、工程単価の変化の調査を計画し、チェンソーの導入の進展にあわせた林業の機械化と共に、熟練を理由にした工程単価の減額が計られ、賃金の中にしめる出来高部分の比率が上昇していったことが明かとなった。

(2) 木曾谷での調査(1965)

裏木曾と類似の結果が得られると共に、1965年の伊勢湾台風による御獄山周辺の大量の風倒木の処理が、国有林労働者と、この風倒木の処理を請け負った民間林業労働者の作業量を増加させたこと、作業時間、作業量は木曾谷下流地域に目立って多く、所見も進んでいることがわかった。最初は秘され、後に公開された1963年の三浦による林野庁全国調査において、木曾谷の有所見率が全国で最高であった理由が、ここにあったのではないかと推測された。

(3) 九州、北海道、四国での調査

九州では二塚が使用時間の累積による症状の発症を明らかにした。北海道では渡部が使用時間の累積による発症と、機械の大型化、一日あたりの使用時間の増加などが症状の発症を増加させたことをコーホート調査でみごとに明らかにした。四国では細川が、チェンソー使用に関する諸因子と症状の密接な関係を明らかにした。これらの結果は、我々の貴重な参考資料となった。

1959年の林野庁委員会による全国の使用時間と症状の関係を解析した調査は、こうした地域単位での調査結果と全く一致した。

(4) 導入時の危険の予知

これらの調査の中で、健康に大きな影響を持つチェンソーの導入が何故衛生的な配慮を欠いたのかが問題になったが、当時はまだ不明であった。後に資料から明らかになったが、林業試験場の関係者はすでに導入の当初にその危険性を予知し、導入本格開始後の2-3年の頃に全国的な調査を行ない、将来の健康被害の危険性を予告していたにもかかわらず、林野庁がこれを無視したことが明らかになった。

これは、我が国における国立試験研究機関の専門的な立場からの提言を、行政当局が政策に生かす態度を欠いていた例の一つであったといえよう。

(5) 機械改良と振動曝露評価

使用時間と症状との関連の解析では、1975年以降、チェンソーの機械改良が徐々に進み、振動が減じていったことや、使用時間の規制が行なわれ累積の速度が緩やかになると共に、機械の振動の大きさ、使用累積時間の速度を考慮した解析の方法が必要になっていった。

(6) 高齢化の問題

後になって、生体の側の問題として、個人差の問題と並んで高齢化の問題の比重が次第に大きくなっていき、重要な検討課題になった。高齢者の症状の現れかたから、チェンソー使用の制限の必要性などがやがて検討されるようになる。

7. チェンソー使用による健康障害の業務期起因性

こうした研究活動の進展過程で、1966年3月、国会でこの問題が取り上げられ、5月に労働省はチェンソー使用による振動障害を業務上疾病として認め、また11月に成立した日本産業衛生学会の局所振動障害研究会の勧告を受けて人事院は1967年4月に同様の決定をした。

8. 予防のための作業の衛生規制を目標に

——労働負担因子及び寒冷因子の影響評価——

1967年からは、チェンソー使用労働にともなう作業負担因子の検討を開始した。その目的はチェンソー使用労働による健康障害を予防するための作業方法を明らかにするためである。負担因子としては振動、重量と作業姿勢、寒冷を重視した。生活の中では寒冷因子を重視した。また、障害者の職種転換の方法についても検討した。

(1) 時間規制の提案

振動と重量の減少をはかる機械改良が容易に進まない状況の下では、振動曝露時間の衛生的な規制が必要であった。そのために、健康者・障害者について、チェンソー使用時間の長短と生理機能の変化の関係を、四季の気象条件下で測定する研究を、3年間にわたって実施した。その結果をもとに、使用時間の規制案を提案した。

この調査は労働者の積極的な協力で支えられた。時間規制の実施は出来高賃金制度の下では減収を意味したが、労働者は、組合の指導と、研究者の助言を基礎に、金よりも健康の利益を選び、時間規制を当局に要求し、協約を実現した。

この協約の中には、一連続、一日、年間の使用時間の規制が示され、後には、加齢を考慮して50才以降には新規の使用をしないこと、55才以降は使用を原則として中止することなども含まれた。これは機械改良の進まなかった時代におおきな効用を發揮した。

時間規制と同時に、作業の交代システムが工夫された。また、機械の改良が進むまで、負担の大きい枝払い作業を斧で行なうことが多かった。これは後に高齢化する職場での肘・肩の負担の増大となり、軽量・低振動のチェンソーの出現により再検討となった。

(2) 寒冷からの保護

寒冷因子の評価は、日常生活、通勤、作業時・休憩時に時間経過とともに進んだ。中でも、通勤時のオートバイ利用の影響は大きく、奥地への通勤を可能にする方

針とあわせてバス通勤への転換が進んだ。休憩時の保温、暖かい食事、休憩小屋の保温なども工夫されるようになった。

(3) 障害者の配置換え

障害者の配置換えを進めるためには、配置換えによる賃金低下の差額の保障、配置換え後の作業方法での、筋肉労働・衝撃負担、寒冷作業の制限、治療の保障などの提案が協約によって実現した。

9. 機械改良とその評価—衛生的管理を目標に

(1) 手持ち動力工具の導入と健康障害

19世紀、削岩機、研磨機を代表とする手持ち動力工具の導入は、人力に依存する工程部分の能率の向上のために工夫された。全体の生産の機械化や自動化が進行するに連れて、手持ち動力工具の使用は拡大し、その効率の向上を求めて力の大きい動力が利用されるようになった。支柱の付いた削岩機をレッグ式にしたことや伐木用のチェンソーはその代表であった。

1940年代後半、チェンソーの導入には、すでにヨーロッパでその振動、騒音、重量の大きい事から障害発生が予測され、製造業者に機械の改良を促す警告がだされていた。

我が国へは、アメリカから輸入されたチェンソーと、これをモデルにした国産品が使用されたが、重量・形いずれも、日本人労働者の体格体力に適する範囲を大きく超え、振動、騒音は強烈であり、その導入の方法には、当然、相当の制限が必要であったし、早急な機械改良が必要であった。後に明らかになったが、導入時および、導入後まもなく、導入にともなう安全・衛生上の問題を、国立林業試験場の専門家によってすでに指摘され、早期の機械改良の必要性が指摘されていたが、国はこれを省みなかった。

(2) チェンソー改良の始り

機械改良は、心因性説に依拠して振動障害を軽視した国の対策の遅れで難航した。改良の方法は最初は防振ゴムを本体とハンドルの間に取付けであった。しかしエンジンバランスの改良抜きの防振には限度があった。

1970年からの時間規制で、稍ゆるやかとなった障害発生のテンポが、振動曝露量の増加にともなって再び強まったため、1973年からは、振動曝露からの隔離、エンジンバランスの改良という本格的なものとなった。

労働組合は、1953年から54年にかけて、重量が大きく、振動・騒音の強いチェンソーが、安全衛生上のチェックもされずに導入された苦い教訓を生かし、機械

導入の際の事前の安全衛生的な点検を当局と協約することに1970年に成功した。その結果、これらの改良機械は、本格導入前に、現場で、実用性と安全衛生性を試験されることになった。

私たちは、この協約に基づく改良機械のチェックを長年にわたって実施した。その基本は、使用のしやすさと健康影響を食い止めることにあり、導入実施後は、時間規制の枠をはめながら、機械使用による有害な影響が現われるかいなかをチェックし、早期に異常を見つけていく考え方で具体的な提言を続けた。

(3) チェンソー改良の進展

振動からの隔離の原理に基づいてリモコン・チェンソーや、固定玉切り装置、移動玉切りソーが現場の労働者・技術者の創意工夫で生まれた。これらは、障害者も使用できることから、障害者の従来のチェンソー使用中止後の作業配置を容易にし、現場での生産計画を適正化するうえで役立った。

60cc級のロータリーチェンソー、60cc級の対向2気筒エンジンチェンソー、40cc、35cc級の軽量小型チェンソー、低振動の刈払機の出現など機械改良が次第にすすみ、労働者の作業負担の改善の可能性が大きくなった。労働組合は、これらの改良機械の事前のチェックの協約に基づく試験結果を確認しながら、安全衛生の立場にたった作業仕組みを検討することが出来るようになった。1975年以降、現場での実験作業、実際作業での改良機械の安全衛生的なチェック、それによる作業方法とシステムの改善は我々の大きな研究活動になった。

10. 健康管理システムの確立

(1) 健康診断の方法

健康診断の方法は、学会でも検討が重ねられ、次第にまとめられ、健康管理の方法が整えられていった。それは国有林、民間の製造業等で生かされた。しかし、民間林業の対策がおくれが目立ち社会的な批判が強まった。労働省は、1972、3年に民間林業の振動障害の実態調査を林業災害防止協会に依頼し、労働衛生の研究者グループと労災病院の医師グループのチームワークで実施された。その結果、全国的な障害の存在、要治療者の多数の存在が明かにされ、予防のための作業方法の改善、健康診断の普及、健康管理の実施方法などが決められた。これは国有林の健康管理を一層進めるきっかけとなった。

(2) 健康管理システム

国有林での全国的な健康管理のシステムは、1977年から労使協議によって成立した林業労働対策委員会の

もとに新しく編成された。すでに各地で開始されていた経験を基礎に、健康管理は、定期的な健康診断、現場での作業管理、産業医による医療と結び付けて進められることになり、健康診断の方法が統一された。

(3) 治療と作業復帰

障害者の治療と作業復帰は長い年月をかけて徐々に進んだ。医学的な管理は、産業医の努力と、産業医が経験を交流するための林野庁振動障害研究会の活動とによってすすめられた。「障害者に適した仕事を」という産業医の具体的な希望は絶えることなくしめされ、障害者の作業管理の大切な指針とされた。

1 1. 総合的な衛生管理システムの確立

こうして、時間規制・交代作業を軸とした作業仕組みの管理、リモコンチェンソー・自動玉切り装置、移動式チェンソーの使用の組み合わせや低振動チェンソーの使用を含む機械使用の管理、健康診断による症度区分・作業区分・医療区分が揃い、これらを組み合わせた総合的な衛生管理が成立し、国有林業での体系的な衛生管理システムの形が整った。

これらのシステムは、労使の協議、林業労働対策委員会の専門の立場からの指導援助とを重ね合わせて運用された。こうして障害者が職場を去らずにすみ、職場の仲間に包みこまれて働くことが出来、新しい障害の発生を出来るだけ食い止めることが出来るようになった。

総合的なシステムの確立以降の新しい新規採用者での振動障害の発生は、ほぼ食い止められ、それ以前からの使用者の間での発症は年間数名に留まるに至った。

いっぽう、無理な作業姿勢や重量物扱い起因する腰痛が、高齢化の因子も加わって増加していく傾向があり、検討課題となっている。

1 2. 障害者の治療と職場復帰—国有林、民有林で—

(1) 治療のシステム

職業病の治療の目標は、障害者の生活能力、労働能力の損失を防ぎ、原職に復帰させることである。そのためには早期の徹底した治療が必要である。早期治療はその後の段階的な職場復帰と結びつけて効果を現す。とくに振動障害の場合には、障害が進めば元の作業への復帰には再発がともなうこと、障害の除去が困難になることから、早期治療は重要であった。この観点から、障害認定者の早期の温泉治療の計画が1973年から実施された。それは、九州で高松、的場らが最初は石工を対象に、後

には林業労働者を対象に開始した温泉療養がモデルとなっていく。これはソ連の振動病治療のシステムの実際の見学によって啓発されたことが大きい。

林野庁と国有林労働者の協約による温泉療養の協定は、これを全国に広めるきっかけとなった。これは早期に見されたものには大きな効果があったが、障害の進んだものでは、はかばかしくないものが多く、原職への復帰はもちろん、職場に留る事が困難であった。

民間林業では、交代することの出来る仕事が少ない、個人の請負が多いために、特に困難が大きかった。社会復帰のための仕事作りと、仕事への慣れを作りだしていく作業療法の実施が社会的な重要な課題となった。

(2) 職場復帰

われわれは、夫々の地域に適した職場復帰の自主的計画を、労働者自身の手で進めることを提案した。近年、労働者の組織活動による創意ある作業療法を基礎にした復帰事業が展開されはじめた。これに関して、労働基準監督署は事業主の指導と推進の責任を、事業主は推進の責任を、地方自治体は事業の協力を、医師は治療計画としての作業療法と復帰事業への参加を指導援助することが求められている。職場復帰は今日の段階での振動障害対策の試金石である。

(3) 治療の保障

職業病の治療の目標は、可能なかぎり原職復帰、労働能力・生活能力の損失の100%回復である。これが達成困難な場合には、転職と生活の補償、損失への補償が十分に検討されなければならない。

これらの課題が十分に計画されないままに、労働省が、1985年頃から長期療養者に対する労働災害補償法の適用の打ち切りをはじめたことから、大きな混乱が生まれ、職業病治療の基本姿勢が問われている。

1 3. 疾病の本態・治療の研究

こうした振動障害予防の研究と対策の進行と平行して、振動障害の病態生理学的検討が治療の経験が蓄積されるなかで次第に進められた。

国有林での治療経験は林野庁の振動障害研究会(年1回)で交流・蓄積されていった。また、多くの研究機関や医療機関でも治療の経験は豊富になり、病態の研究が進んだ。振動障害が、振動という物理的環境因子の直達作用(外力)とその神経インパルスによる障害とを基本的な病像とし、労働にともなう諸因子や、騒音・寒冷因子の影響が同時に加わって、障害が複雑な姿を取ることが明らかにされてきた。病理学的検討も進み、回復困難

な所見の病理組織学的な変化も徐々に明らかになった。

これらの中で、障害者の日常生活での苦痛が、医学検査によって十分に捉えきれないでいる問題を、疫学的方法によって解明すること、また、寒冷への過敏な反応、中枢の関与の可能性などが、病像解明のための研究課題となっている。

1.4. 専門研究者と労働者の協力、

使用者・行政への提言、機械製造者との協力

国有林業での振動障害の諸対策の成果を生みだすうえで、研究者のグループワーク、労働者と専門家の協力、労働組合の自主的な積極的な努力、この問題の解決への強い社会的な支援は大きな特徴であった。

これらの活動は、職業病の予防のために雇用主・行政が、労働者が、学問に携わるものが夫々どのような責任と任務を持つか、有効な対策の実現はどの様にして達成されるかを検討する基本の問題を提示したといえる。

(1) 労働者と研究者

とりわけて、労働者が自身の健康を守る基本として、労働条件の健康化をはかる主体的な力を担うこと、この努力を成功させるうえで、研究者の専門的な調査・立案提言が大きな協力になることが良く示されたといえる。それは、振動障害予防と治療のために結ばれた労使の協定の内容によく反映している。

また、労働者の努力は、社会的な関心を高め、学問領域にも大きな課題を与え、刺激を与えること、労働者の健康を守るための学問の成果を現実のものにするための重要な社会的要件であることを示した。

さらに、こうした振動障害予防のための長い国有労働者の取組みが、国有林現場作業労働者の出来高賃金制の廃止、季節雇用の廃止という人間の基本的な生存の要件を確立する取組みと不可分であり、それを実現する運動のエネルギー源となったことは、職場の健康問題が、労働者の人間らしい生存を保障する職場を作り出していく努力に結びついていくことの大切さを示したといえる。

(2) 使用者、行政への提言

労働者に健康的な労働条件を提供するとともに健康障害を予防する責任をもつ使用者や、これを監督・指導する責任をもつ行政にたいして、専門の立場にたつ具体的な提言をおこない、また必要な社会的な啓蒙もすすめることは、専門研究者の重要な任務であることも示された。

(3) 機械製造者との協力

生産における工学技術の役割は、労働者保護の観点から見ればきわめて重要なものである。チエンソー、刈り

払い機の導入にあたっての安全衛生の立場からの事前点検の協約は、機械製造者の努力の必要性を認識させるとともに、機械購入のさいの慎重な配慮を促す物となった。こうした傾向は世界的であり、人間本意の工学技術の在り方を検討する良い例となった。また、こうした改良の目標を徐々に達成していく過程で、改良の衛生的な目標を定めつつ、改良の段階に応じた作業の規制の組合せを工夫していくための衛生的な検討が医学担当者に課されていることをも示した。

1.5. まとめ

(1) 国有林での振動障害の研究と対策の重点は最初の10年間は、1. 障害発生の社会的、医学的病因を明かにし、これを労災補償制度の上に反映させること、2. 障害予防のための作業の衛生規制、機械の改良による障害の予防と障害者の治療と作業の保障、健康管理システムの確立におおきな努力目標があった。

次の10年間は、1. この10年間の成果の上に総合的な衛生管理のシステムを運用していくこと、2. 過去の影響による振動障害者の治療を進め、リハビリを含め職場の保障、生活の保障をすすめることにあった。

こうした経過は、国有林労働者が健康に働く職場を作り出す仕事を、国有林労働者と、専門家とが協同して計画し、実現していく方向を作り出し、これに行政当局が答えていくというものであった。

1980年代には年間の振動障害の認定者は数名となり、その症状は早期のものにとどまったことは、こうした衛生管理システムの成果といえる。

しかし、過去の対策のなかった時代の大きな影響による障害の残存した人々の改善には限度があり、その対策は大きな問題となって残っている。これは民間では一層大きな問題である。

(2) 社会的な諸条件の熟していくなかでの長い研究活動は、蓄積された学問の成果を、現実の労働の状況の中で試し、新しい研究と実践の方法を鍛え上げていく、社会医学の魅力を示した。

労働者の自主的な活動と結びつき、人間らしい職場と労働を設計し、実現していく事業の成功を目指す学問の方法を、労働衛生における今日の社会医学的研究方法として私は考える。

「註」 この論文は1986年、愛媛における第26回社会学研究会でのシンポジウム「社会医学としての労働衛生学研究の方法論」での報告を基礎に記したものである。

労働者の健康問題の今日的課題

— 事例研究を通じて —

田 尻 俊 一 郎 (淀協社会医学研究所)

1. はじめに

我々はこの10年来、病院内に社会医学研究所なる施設を併設して、専ら労働者の健康問題への取り組みを行ってきた。現在の医療情勢のもとでは、このような活動には様々な形での、経済的諸問題を含む多くの制約があり、必ずしも創設当初の意気込み通りには事は運んでいない。財政上の困難、人員確保の困難さなどは、厚い壁として我々の前に立ちはだかっている。しかし、我々は第一線の医療現場にあって、労働者の現状、健康実態を少しでも明らかにし、その健康を守る闘いに寄与できればの願いを持ち続けて今日に至った。我々の活動の主なるものは、労災・職業病認定に関する各種の相談や、職業病の診療、一般・特殊健診、作業環境測定、健診実態調査、労働者啓蒙のための出版などである。

これらの活動の結果、我々は、国際競争に生き残ることを最大の旗印にして強行されている現代の「合理化」は、益々厳しさの度合いを強め、「過労死」などの新しい形での健康障害が深刻な現実的問題となっている一方で、今では古典的とも言うべき頸肩腕障害や腰痛症も依然として潜在的な拡散を続けている状況を数多く見出し出している。これらは、労働現場で普遍化している「技術革新」「コンピューター化」などの、いわゆる「軽作業化」したとされる労働態様の変容は、必ずしも真の意味で労働負担の軽減をもたらしたとは言い難いし、ある面ではかえって従来とは異なった形での「労働苦」・ストレス要因の増大さえもたらしているからであろう、との考えを持つに至っている。

ここでは、主として「過労死」問題を中心として各種の相談活動や、職業病の診療の中での個別事例の検討を通じて学んだ、このような労働者の健康問題の背景を考察し、考えられる幾つかの課題を明らかにしながら、第29回社会医学研究会総会シンポジウムの主題である「労働者の健康問題をいかに把握するか」への私の責めを果たしたい。

2. 最近における労働者の健康問題の特徴

最近の労働省の統計によると、業務上疾病の発生件数は昭和45年の30,860人をピークに、昭和55年では18,644人昭和61年で14,547人(「労働衛生のしおり」1987年版)と総体的に減少傾向を示している。これは、現場で闘っている労働者や被災者の告発でも明らかなように、多くの企業で意図的な労災隠しが半ば公然と行われ、労災認定が益々厳しくなっている状況が、周知の事実となっている現状での数字である事を考えれば、その実数についてはなお氷山の一角に過ぎないと言うべきであろう。とは言え、ここに示されている職業性中毒を中心とした狭義の業務上疾病・職業病の減少傾向は、我々の経験からも、否定しがたい事実として良いように思われる。

しかしながら我々は、少なくとも日常の職業病外来や、健診あるいは相談活動で見ている限りでは、労働省の言うように、職業性疾病は減少しており、現在の主な問題は業務上疾病の「減少傾向の鈍化」にある(上記「労働衛生のしおり」)、との考え方に与することは出来ない。その根拠として主に次のような点があげられる。

第1は、先に述べた政府や資本の一体となった労災隠しや、認定の抑制が基礎に有るとの認識である。その為に多くの労災・職業病が私病として取り扱われていて、公式の統計の中からは除外されている可能性が極めて強い点が指摘される。

第2には、過去における有害条件への暴露の後遺が、一般臨床医のもとでは業務上疾病として取り扱われていない事が多い。特に、長期にわたる慢性微量暴露の結果は、職業病の非典型化をもたらし、成人病などの形をとって臨床医の前に立ち現れていて、職業性要因が見落とされている事もしばしばである。

第3には、「典型的な」従来型の職業病に代わって、疲労性疾病や業務関連性疾病が増加している可能性が指摘される。頸腕・腰痛にしても初期のキーバンチャー・タイピスト病の手指作業を中心とした性格から、更に様々な職場・職種に拡大し、中小零細企業でのコンピューター化も進む中で潜在的な形をとって拡大・拡散している事実を、我々は職業病外来で少なからず診てい

る。また、ストレス要因の強くなった状況などを反映して、職業性疲労を基礎にした「過労死」あるいは業務関連性疾患と呼ばれる種類の健康障害が、労働者の中で大きな関心を引き起こしているにもかかわらず、このようなケースの認定の門戸は極めて狭く、認定例は稀だとさえ言える状況もある。

第4には、特に「働き盛り」層の増大に伴って、これらの疾病・障害が成人病の中に潜在し、「過労死」に象徴されるよう非特異的健康障害を惹起している点が挙げられる。先にも述べたように、増大している成人病年齢層の持っている基礎的な疾病ないしは個人的な素因に、ストレス要因の強い過重な労働による負荷が作用して、最悪の事態を招来しているケースが多いと考えられるにもかかわらず、一般的にはこれらの職業性の背景については深く検討される事もなく、行政によっても救済されず、臨床医によっても殆ど顧みられていないと言っても良い現状である。

第5には、母性機能を有し男子に較べて筋骨格系で劣る婦人労働者は、その上に家事・育児の負担を背負いながら、男子労働者と「対等平等」に働くことを求められている。その婦人の健康問題は、一層深刻になって来ている。職場では男子労働者と対等に働く事を求められているにもかかわらず、第二次活動と呼ばれる仕事や家事その他の義務的性格の強い活動では、男子労働者の1日あたり9時間59分に対して、婦人労働者は10時間18分を費やしており、その為に睡眠、休養、くつろぎなどの生活部分が短縮させられている。「婦人労働の実状」労働省婦人局編、昭和63年版)このような条件のもとでの労働は、疲労性疾患を中心にした健康障害が増加する可能性が強く、現に我々の職業病外来を訪れる患者のほぼ80%強は婦人労働者となっている。

第6には、小零細企業・下請け企業・家内工業の労働者には、以上のような諸問題が更に増幅され、かつ潜在している可能性がある。大企業隷属の現状では、下請け単価の切り下げを始めとして経営的な困難も多く、不完全な設備のもとでの有害作業が下請け化が強行されているにもかかわらず、安全衛生面での投資の削減は必然で、劣悪な労働条件ともあいまって職業障害の多発が予想される。労災認定制度の不備や、下請けとしての弱みから、業務上として処理されることは極めて少ないのが現状である。

3. 事例の検討から

上述のような労働者をめぐる状況を明らかにするには、

多面的なアプローチが必要である事は言うまでもなく、単一の手法でこれが出来ると言う訳ではない。だが、診療や相談活動の中での個々の事例の細かな聞き取りと、現在までの(労働)医学の成果や、独自の調査結果などを重ね合わせたとき、一定の限界を持ちながらも、その実態の解明にはかなりの有効性を持ち得ると考えている。それらの事例について述べてみよう。

1) 過去における暴露の後遺

我々の職業病外来を訪れている塵肺や振動病の患者の多くは、既にその発生職場を離れて後の「発症」である。

53歳で死亡した塵肺の患者は、四国の出稼ぎ労働者で、鉄道トンネル工事や黒四ダム建設工事での発破作業の際の粉塵暴露を主な原因として発病した。胸部X線所見の異常を指摘されてより10年余りは無症状で経過し、大型トラック運転の業務に従事していたが、次第に増強する呼吸困難を訴えて、我々の外来を訪れている。その後は気道感染の反復などで、肺機能の低下は急速に進行し、初診後約7年で肺性心によって死亡するに至った。

また別の54歳(初診時)の塵肺患者は、これも四国の出稼ぎ労働者で、山陽新幹線のトンネル工事での粉塵暴露を主原因とし、振動障害や難聴をも合併して現在治療中である。本例は、ある医療機関では胸部のレントゲン所見から塵肺による斑状陰影を粟粒結核と診断されていた。病弱のため現在は就業不能となっている。

現在既に閉山している四国の銅山での掘進作業に、約20年間従事した58歳(初診時)の労働者は、振動障害と難聴に加えて、化学療法に抗して排菌を続ける難治性の塵肺結核のために長い入院生活を続けている。この例も初診時すでに離職しており、過去における暴露に年齢的な要因が加わった事に原因が求められる事例である。

これらはいずれも、離職後に症状は現れているが、それは長い年月の間の病変の潜在的な進行を来し、その上に加齢による機能低下が重なって症状が顕在化したものと考えて良いだろう。

2) 職業性疾患の非典型化

生産技術の進歩や、生命の問題を正面に掲げた労働者の闘いの結果、職場環境の一定程度の改善がもたらされて、最近では急性中毒の減少に代わって、長期微量暴露による慢性障害が非典型的な病像をとって現れるようになった。そのために、職業病の診断は余程の注意深い背景の究明なしには困難となってきている。

60歳の鉛工は、40歳頃から高血圧、腎障害、痛風に罹患し、年を追って起こる退行性変化・機能の低下と共に

症状は進行し、ついには、痙攣発作などの中枢神経症状をも来すようになった。18歳の頃から従事した鉛工歴や、その劣悪な作業実態を聴取し、鉛痙痛などの既往歴や検査によって大量の血中鉛(250 μ g/dl)を証明したこと、更に、筋電図・脳波その他の精査の結果を総合して、明らかな鉛中毒との診断を得るに至った。この患者は現在では、進行性の腎障害の為に透析を必要とする症状にまで悪化し、入退院を繰り返している。

また、現在78歳のある患者は、息切れや咳・たんなどの症状が長期間頑固に持続していたが、近医では動脈硬化、慢性気管支炎などと診断されていた。たまたま、関東に住む息子の家を訪ねていた時に受診した医師により塵肺の可能性が指摘され、精査を求めて我々の外来を訪れたものである。詳細な職歴の聴取の中で、九州の小規模炭鉱に於ける、戦前から戦後を通じての長期間、劣悪な労働条件のもとで、屈進作業に従事したと言う濃厚な粉塵暴露歴が明らかにされた。更にまた、レントゲン所見でも明瞭な塵肺所見を認めたことなどから、塵肺がその臨床症状に対する主病変であると判断した。塵肺法の適用を受けて現在も治療中である。

この両例とも職業病としての症状が、慢性的かつ非典型的・非特異的であったために職業性要因が見落され、第一線の開業臨床医のもとで、一般の成人病として処理されて来たものである。

3) 「働き盛り」層と業務関連性疾病

働き盛り層が雇用労働者の半数近くとなり、労働者の健康状態を考える場合、これを避けて通れなくなってきた。一つは先の例のように、職業性障害が単なる成人病として扱われる危険性であり、もう一つは成人病が労働負担によってプロモートされ、いわゆる業務関連性疾病や「過労死」として現れる可能性が、他の年齢階層に比してより強いからである。現在の「合理化」によってもたらされている新たな形の労働負担の増大は、勿論年齢を問わず過労やストレスとなって、多くの労働者の健康に大きな影響を与えているが、その負担感の度合いは、この階層の人々にとっては、若い年齢階層の人達とは比較にならない程に大きい。それは、この階層は加齢による学習能力(適応能力)や予備力の減退と言う避けがたい心身機能の衰えを有し、更には、子女の成長に伴う教育費やマイホームへの要求など、家庭的・経済的負担の増大のもとにあり、加えて自らの将来の不透明さへの不安が芽生えているもとの問題であるだけに、事態は深刻である。

ある自治体で働いていた42歳の水道労働者は、「合理

化」によって、浄水場での肉体的な現場労働からコンピューターによる看視作業に配転され、新たな仕事への適応の困難や拘束性の増大の為の苦痛を訴え、持病の高血圧が次第に悪化し、ついには心疾患を併発して死亡した。本例では、コンピューター化に伴う配転によって肉体労働から解放され、エネルギー消費の少ない軽作業に転換されたものであり、一見仕事は極めて楽になったように見えるにもかかわらず、この被災労働者にはコンピューターを使つての看視作業に慣れる為には非常な努力が必要であり、それがかえって苦痛をもたらし、ストレスを増大せしめていた。中学に通っている自分の子供にアルファベットや数学を教わるなどの努力を重ねていたと言う。その苦痛に耐えかねて、被災労働者はもとの職場に戻してくれるようにとの希望を出しており、それがもうすぐかなえられると言う直前に倒れたものである。軽作業化したにもかかわらず、この間に持病の高血圧や腎炎は悪化傾向を示していた。

38歳の小規模企業の経理主任は、強制出向後業務上の責任も重くなり、零細企業であるため経営状態もかばしくなく、人手も欠員がちで、その結果業務内容が拡大増加して来た。総括的な経営上の責任も持たされ、下請け単価の決定などにもかかわるなどして、家への持ち帰りの「風呂敷残業」が常態となるような負担増が見られるようになった。更には、本人自身は組合員であったが、経営担当として「合理化」をめぐる労使との紛争の中で両者の板挟みとなり、その為の心労も大きかったと言う。忙しさの増加とともに好きなゴルフなどにも行くゆとりがなくなり、倦怠感の訴えが強まって行く中で、ついにクモ膜下出血を起こしたものである。長い療養生活の末死に至っている。

34歳の建設技術者は、マニラ郊外の水力発電のダム建設のため、フィリピンへ出張中に発症した。持病のB型肝炎が、風土病を思わせる発熱、腹痛、下痢などの後に、十二指腸潰瘍の併発とともに、急激な悪化を来し、吐血なども現れ現地で手術を行った。しかし、経過が思わしくないために帰国し、ある大学病院で治療を受け再手術も受けたが、術後敗血症などの様々な合併症を起こして死亡した。気候風土の違い、食生活の変化、単身赴任という急激かつ全面的な生活の変化などをもたらした海外出張による、ストレスや責任の増大によって持病が急性憎悪を来し、死に至ったケースである。

定年を4年後に控えた51歳の自動車工場の労働者は、会社側に「配転に応ずるか、退職か」の二者択一を迫られ、心ならずも配転に応じた結果、単身赴任生活を強制され、しかもこれまでに全く経験のなかった高熱・騒音

などの問題を持つ鋳物作業に配置転換。その上昼夜2交代(残業も含めて12時間就業)の勤務体制に組み込まれ、持病の高血圧を基礎にした心筋梗塞の発作によって死亡した。仕事の内容も従来とは全く異なった慣れない作業に変わらされ、長時間・交代制勤務、更には単身赴任と言うような悪条件の競合が、このような不幸な転帰を招いたものである。

4) 婦人労働者をめぐって

「雇用機会均等」の名のもとに既得権を奪われ、「軽作業」であるとの理由で、長時間労働をも強制されている婦人労働者の状況も深刻化してきている。'85年に、労働組合と共に行った筆者等の府立障害児学校の教職員の調査で「平日にゆっくりできるゆとりがない」との訴えは、男子の15.4%に対して、女子では37.2%にも及んでいる。

41歳の損保会社に働く婦人は、頸腕様の訴えで受診したが、その発症の直接的な原因は、ここ数箇月にわたって午後8時迄の残業が強制され、心身の疲労が蓄積した事によると思われた。通勤の時間を加えれば帰宅は常に9時を過ぎるのが常態となっているが、少なくともこの会社では、彼女のような総合職ではない一般職でも必ずしも特殊な状況ではないと言う。この例では、家事などは家族の協力によって辛うじて処理されていたが、家族間のコミュニケーションは失われ、家庭はほぼ崩壊状態に近かった。

また、民間の福祉施設に働く婦人労働者で、頸腕障害に罹患したのが原因で夫婦間の危機を招き、これが理由で更に病状が悪化し、心因性の様相を強めて難治化して行ったケースもある。その上に、子供の病気のために患者自身の療養がままならず、治癒の遷延に拍車をかけていた。

また、回復期の頸腕患者が、職場の労働条件の余りにも目まぐるしい変化を前に職場復帰の自信を失い、必要以上の長期化が避けられなくなった例も1、2ではない。妊娠が直接のきっかけとなって、頸腕障害の発症を見るというのも良くあることである。VDT化が急速に進められているある職場では、中高年の婦人が余りの労働密度の増大と厳しい労務管理に耐えられず、長い仕事の経験を捨てて、慣れない新たな職種へ転換されたり、自発的に退職してパートタイマーの道を選ぶ、と言った例も最近では見られるようになってきている。

5) 小零細企業・下請け企業の実態

年間総労働時間が、1,000人以上規模の企業での2,005時間に対して、30~99人規模の企業では2,232時間であ

るとか、労働災害率も、1,000人以上規模の企業の1.0に対して、30~49人規模の企業では20.2、といった指標(「労働白書」、82年版)に見られるように、我が国の産業を底辺から支える小規模企業の労働実態は依然として劣悪である。

我々の外来を訪れたお握り弁当の会社に勤める頸腕の婦人労働者は、午前4時から午前9時迄のパートタイマーで、お握りを作るコンベヤー作業に従事していたが、米飯の入った重量物の挙上の繰り返しを主たる原因として発症した。この例では、生体リズムを無視した就業形態も疲労の促進要因として問題になるだろう。経済的理由や企業内の事情のために療養条件の確保が困難で、症状の僅かな軽快で治療を中断し、悪化してはまた受診するという状態を繰り返している。

大企業の孫請けの家内工業の婦人労働者で、塩化ビニールのフィルターの加工に従事し、作業環境の不備のために、塩化ビニール熱処理の際に発生する塩素系ガスの吸入によって、歯牙酸蝕症と言う「古典的」な職業病に罹患したケースも見られた。現場を見ると狭い農機具倉庫を改良した作業場で、窓もなく家庭用換気扇が1基のみという状態であり、刺激性ガスの吸入による鼻出血や慢性気管支炎も伴っていた。元請けの大企業からは、有害ガス発生の可能性などの注意や指示は全く受けていなかった。

4. まとめ

現在の労働者の健康問題をめぐっての、我々が経験してきた主な問題点について、事例を紹介しながら検討を加えてきた。これらは、我々の狭い経験の域を出ないものではあるが、個々の症例を大切にしながら、可能な限りその背景を明らかにし、それらを蓄積する事によって得た結論である。

いわゆる「機械化」や「コンピューター化」によって、一般的には労働は軽作業化され、労働負担は軽減されているように見えるが、事實は、必ずしも「労働苦」の軽減にはつながっていないとすべきであろう。労働様態の変貌に伴う負担の質の変化によって、頸腕・腰痛を含む疲労性疾病は、VDT障害の出現も加わって一層複雑な様相を呈するに至っており、更には「過労死」・業務関連性疾病などの問題が出現している。これらは現代の職業性疲労の質の変化、即ち、疲労の中樞化ないしはストレス要因の増大がその基盤にある障害と言って良い。これには、就業人口の高齢化に伴う諸問題が付随している点も、無視し難い重要な因子となっている。

これらに加えて、我々の外来には、今や古典的と呼ばれて良いような塵肺、鉛中毒、振動障害などの患者も数多く訪れており、中小零細企業・下請け企業の中の労働条件の劣悪さに、あるいは過去における有害条件への暴露にその主要な原因が求められる。

このような新旧取り混ぜての職業病性健康障害の存在は、ある意味での現在の我が国の労働医学の問題点を、象徴的に現していると言えるのではなからうか。

我々のこのような提起は、個々の事例のケース・スタディの集積を中心としたものに過ぎず、厳密な意味での疫学的検討などの経過を経たものではない。しかしながら労働者との信頼関係を大切に、可能な限りでの現場の実態をつかむ努力は怠らなかつたつもりである。現実には我々が直接現場を見たり、被災労働者の周辺を調査することが極めて困難な状況下では、個々の事例の調査・検討を主体とし、その中に普遍妥当性があり、一般化出来る真実を探る手法に頼らねばならない事が多い。こうして得た結論は、少なくとも労働者の実感とは大きく隔たつてはいないと信じているし、社会医学的研究の方法の一つとして重視されて良いと考えている。

(第29回社会医学研究会総会シンポジウム)

県外水俣病被害者掘り起こし検診の現代的意義

尾 藤 廣 喜 (鴨川法律事務所、弁護士)

1. なぜ京都で水俣病裁判か

水俣病の公式発見は、加害企業であるチッソの附属病院の細川一院長が、原因不明の中樞神経疾患が発生している旨を水俣保健所へ報告した1956年5月1日とされている。その後、1956年8月には、この疾患が魚介類によって発生したものであることが明らかにされ、また、1959年7月には、熊本大学医学部水俣病研究班によって、原因物質がチッソ水俣工場から排出された有機水銀であることまで明らかにされている。ところが、政府が水俣病を公害病として認定したのは、公式発見から12年も経った1968年のことであり、この直前まで、チッソ水俣工場は、有機水銀のたれ流しを続けていたのである。

この間、1957年には、厚生省は、熊本県が食品衛生法に基づき、水俣湾内の魚の漁獲禁止を照会したにもかかわらず、これを認めない旨の回答を出したほか、国は全国各地の汚悪水排水地域の水質を規制するために制定された水質二法に関しても、あえて水俣湾を規制の対象とせず、放置し続けたのである。

このため、水俣湾を中心とする不知火海一円に被害は広がり、今日、二万とも三万ともいわれる水俣病被害者を発生させているのである。このような経過からみて、水俣病の発生、拡大について、加害企業チッソのみならず、国、熊本県にも責任があることは、1987年3月30日の熊本地裁判決¹⁾でも明確に指摘されている。

このように、水俣病についてのチッソ、国、県の責任が明確になっているにもかかわらず、また、公式発見から既に32年が経過しているにも拘らず、被害者の救済は、遅々として進んでいない。1988年5月31日現在、水俣病の認定申請をなした者(新潟水俣病を含む)17,734名のうち、認定された者がわずかに2,890名、数万にもものぼるといわれる被害者のほとんどが、何らの救済も受けることなく放置されている。

中でも、不知火海沿岸に居住していた被害者が、症状の悪化や海の汚染のため漁が不可能となったことなどを理由に、関西や関東に移住したいいわゆる「県外被害者」の救済は、放置されたままに等しい(表1参照)。厳しいといわれる認定状況下での全体の申請者中に占める認定者の割合が約16%であるのに対して、県外被害者の認

定率は、わずかに約7%にしかすぎない。

水俣病京都訴訟は、第1に、これらの県外被害者の全面救済を図ること、第2に、水俣病問題が、熊本、鹿児島両県に限定された問題ではなく、日本の全国各地の身近な問題であり、全国民的課題として取り組まれなければならないことを明らかにするために、提訴された裁判である。

表1 県外における水俣病認定申請状況
(1988年5月31日現在)
*救済法施行前判定者44人を含む。

県 外	申 請 件 数	内 訳		
		認 定	棄 却	未処理
福 岡 県	149	8	79	62
佐 賀 県	1			1
長 崎 県	17	4	9	4
宮 崎 県	7		5	2
鹿 児 島 県	147	17	79	51
沖 縄 県	1		1	
徳 島 県	2			2
愛 媛 県	1		1	
高 知 県	5		3	2
岡 山 県	6		3	3
広 島 県	27		12	15
山 口 県	10	2	3	5
滋 賀 県	12		4	8
京 都 府	18	2	8	8
大 阪 府	214	16	84	114
兵 庫 県	42		19	23
奈 良 県	17	1	4	12
和 歌 山 県	1	1		
岐 阜 県	28	3	11	14
静 岡 県	14	1	5	8
愛 知 県	82	6	31	45
三 重 県	5			5
富 山 県	2		1	1
石 川 県	2		1	1
群 馬 県	1		1	
埼 玉 県	16		9	7
千 葉 県	14	1	5	8
東 京 都	22	1	9	12
神 奈 川 県	26	2	12	12
福 島 県	2		2	
鳥 取 県	1			1
合 計	892	65	401	426

京都訴訟は、京都府下宇治市に居住する患者などを中心に、1985年11月28日、京都地方裁判所に当初原告 5名で提訴されたが、その後、第 8陣まで提訴され、現在では、原告数 115名に拡大している。その内容は、国、熊本県、チッソ、チッソの子会社を被告とする損害賠償請求訴訟であり、県外被害者の訴訟としては、大阪、東京に次ぐ 3 番目の訴訟である。

2. 放置され続けた県外被害者

県外水俣病被害者の実態は、ほとんど解明されていない。一体、何人の人達が水俣病発生以来この地を転出したのか、そのうち何人位が被害を訴えているのか、それすらもわからない。その原因は、国、県において、不知火海沿岸居住者の組織的な健康調査や転出状況の調査など、基礎的なフォローが全くなされていないことにある。

このような状況の中で、全くのボランティアの活動である熊本大学原田正純助教授らによる県外被害者の掘りおこし訪問活動が、先進的取組みとして注目される。

原田らは、1973年、京都府下の宇治市に、水俣市に近い、津奈木町赤崎出身の小児麻痺様の子供がいることを聞き訪問し、診察の結果、このU君が典型的な胎児性水俣病患者であることを見出した。U君の母は原田らのすすめにより、水俣病の認定申請を行うが、申請後 2 週間目にU君は死亡。剖検の結果、U君は、水俣病として認定される。そして、この患者の発見が、水俣病の刑事責任追及についての時効の壁をくずすことになる。あまりに長期間、検察官による刑事責任の追及が放置されてきたため、万余にのぼる被害者に対するチッソ関係者の加害行為のほとんどが公訴時効になっていた。このため検察官は、1973年 6月10日に死亡したU君（発症当時は胎児）に対する業務上過失致罪をもって、水俣病刑事事件の時効をやっとクリアしたのである（いわゆる胎児に対する業務上過失致死罪）²⁾。

しかし、このような特別の取組みは、いわば例外的な存在であり、県外被害者の実態を把握するために必要とされる行政の取組が全くなされていないため、県外被害者の実態は、ほとんど明らかになっていないことは前述のとおりである。

水俣病京都訴訟の審理の中でも、私達弁護団のもとに知らされる県外被害者の情報は、全く限られており、たまに偶然に会えた被害者も、都会の波の中で、水俣の出身であることすら隠して、身体の変調も周知の人に知られることのないよう、ひっそりと、放置されたままになっていた。私達は、このような、そもそも何人の人が

転出して、何人の人が発病しているのかすらわからない実情に、そして、私達の知らないうちに多くの被害者が放置されたままになっているのではないのかという不安に、いらだちといきどおりを強めていったのである。

3. 京都弁護団の取りくみ

水俣病京都弁護団では、当初、水俣現地の被害者の会から知らされた県外被害者の自宅を一軒一軒訪問することから取り組みを始めた。被害者が今どんな生活の場であり、今どのような身体状況にあり、また、どのような点に苦しみ、悩んでいるのかをまず知ることから出発しなければならぬことは当然であった。その中で、現在の認定制度がいかに被害者救済から遠く離れたものであるかを身をもって体験したし、被害者救済の要求がいかに緊急で切実なものであるかも明らかになった。水俣病京都訴訟の原告も、まず、当初の段階では、このような弁護団の被害者訪問の中から訴訟に加わっていったのである。

しかし、このような既に把握されている被害者の数は、県外被害者の全体からすると、まさに冰山の一角にもならないものであった。私達京都弁護団は、間もなく、新たな取り組みを必然的に要求されることになったのである。

そこで、私達は、1986年の夏からは、熊本、鹿児島の実地の被害者を訪問し、被害者から直接転居していった近所の元住民、親類、家族のうちで、身体の変調を訴えていた者の名前、住所を紹介してもらって活動を開始した。水俣市内の患者多発地区はもとより、水俣の対岸の御所浦にも渡り、被害者宅を一軒一軒しらみつぶしに訪問していった。その活動は、大阪、京都という都会の海の中で、被害者を把握する活動に比較すれば、はるかに狭い地域での訪問活動となり、多くの被害者の存在を知るきっかけになった。また、それ以上に、この活動は、現地に思わぬ大きなインパクトを与えた。水俣地域の被害者に対する“はげまし”と“連帯”である。即ち、関西での県外被害者の訴訟の存在、また、これを支える運動団体、弁護団の存在が、現地の被害者に広がっていき、現地の被害者の運動が孤立したのではなく、全国の県外被害者の運動を支える活動になっていることの確信が広がっていったことである。

しかしながら、この現地訪問も、組織的な県外被害者の実態把握という面からすれば、全く不十分なものであった。

このような経過の中で、1987年に入り、水俣現地で被

害者のために献身的な医療活動を実践している水俣協立病院の藤野礼院長から、県外に転出した住民に広く検診を呼びかけ、この検診の中から県外被害者の実態を把握していくという、県外被害者一斉検診の実施が提案された。京都弁護士団は、この藤野提案を受けて、検討した結果、広く組織的に検診の呼びかけを行うことができれば、水俣病30年の歴史の中で、一度も行われていない県外被害者の実態を始めて明らかにすることが可能となるのではないかと、さらに、それよりもなお重要なことは、県外に埋もれてしまっている被害者の初の組織的な掘りおこしが可能となるのではないかと勢いづいた。

大変な作業ではあるかも知れないが、やりがいもまた大きい。京都弁護士団は、あえてこの困難に立ち向かっていくことを決意した。

4. 初の県外被害者一斉検診の実施

このように動きはじめた県外被害者の一斉検診の中心を担ったのは、京都、大阪を中心とする民医連であった。全国民医連は、1987年3月に、いち早く、県外被害者が何の救済も受けることなく放置されている実態を集団的に討論し、1987年4月には、京都、大阪の民医連を中心とする近畿水俣病検診実行委員会を組織した。ここには、京都、大阪の医師のみでなく、全国各地の医師、看護婦、MSW、事務局スタッフと共に京都弁護士団も加入して準備にあたった。

検診の呼びかけにあたっては、可能な限り組織的な呼びかけを実践するために、さまざまな方法で入手した名簿が利用された。

弁護士団が、現地の被害者の宅を訪問して紹介してもらった転出者のリスト、現地の病院で帰省時に診察を受けたことのある転出者のリスト、水俣市内の中学校の同窓会名簿、ある島の出身者の関西地域のリスト、既知している患者の親類、家族一覧表などである。

このようにして把握した500名にもよる名簿の一人一人に検診の呼びかけがなされ、電話の判明している人については、電話による検診参加の呼びかけがなされた。

検診の実施に思い切って踏み切ったものの、実行委員会のメンバーは、一体、何人の人達が検診に参加するのか、全く不安のまま、準備を進めていった。大海の中の一葉を発見するに等しい作業が、どの程度の効果を上げることが出来るのか、全く確信が持てなかったのである。

こうして第一回の検診は、1987年7月4、5日、大阪の西淀病院で実施されたが、結果は、実行委員会のメンバーの予想をはるかに越えた大きな成果をもたらした。

ある県外移住者は、午前5時に名古屋をバスで出発して、検診の開始の1時間前から待機していた。遠く広島から、健康に不安があるが、どこに相談にいったら良いかわからないため大阪の検診を受けにきたという人、中学校卒業後、約25年ぶりに検診会場で再会したという人達など、さまざまな人達が、検診の機会を待ち望んでいたり、共通の被害に悩みながら、相談に行く場所もないまま放置されていたのである。

検診に参加した人の話を聞くと、今日まで身体の具合が悪いためいろいろな病院で診察を受けてきたが、「水俣」出身であることをどうしても話せなかった、この検診では、水俣病検診とはっきり書かれているので、安心して「水俣」のことを語れるとの話があった。私達としては、当初、「水俣病検診」を名乗った検診には、かえって県外移住者は受診しにくいのではないかと不安を持っていたが、この一言ですいぶん勇気づけられました。

また、受診者の中には、身体の不調が続き、どこの医療機関を訪れても、確定的な診断がなく、もしやと考えて受診したが、水俣病と診断されて、本当にショックを受けたと落胆していた。このような被害者を前にして、私達としては、検診のみで終るのではなく、治療に結びつけるための十分な態勢を作らなければとの決意を新たにした。

この大阪における近畿検診は、7月のみではなく、9月13日に第二回目の検診が行われ、受診者は、3日間で、延べ142人、うち、99人が水俣病又はその疑いがあるとの診断を受け、初めての県外被害者の掘り起こしとして、大きな反響を呼んだ。

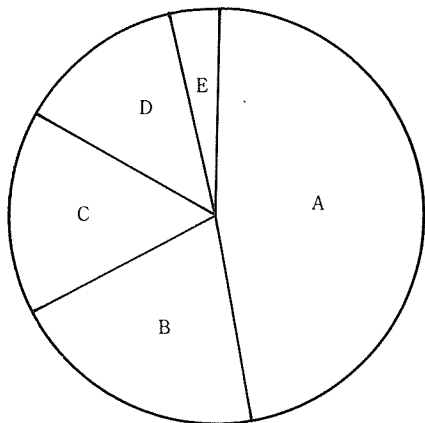
5. 一斉検診の内容と結果

前述の2回(3日間)にわたる県外水俣病被害者の掘り起こし検診の内容を概括的にみると、次のとおりである。

まず、全受診者の出身地分布状況を示したのが図1で、水俣病(疑診を含む)と診断されたものの出身地分布状況を示したのが図2である。これらを見ると、水俣市、出水市(鹿児島県)、津奈木町、御所浦町の出身者が大半を占めていることがわかる。

また、現地を転出した当時の年齢構成を示したものが図3、検診日現在の年齢構成を示したものが図4である。これらを見ると、転出時には、20才代、30才代、10才代の順で多く、その後の経過の中で、現在年齢は、50才代、40才代、60才代と高齢化が進んでいる状況が読みとれる。

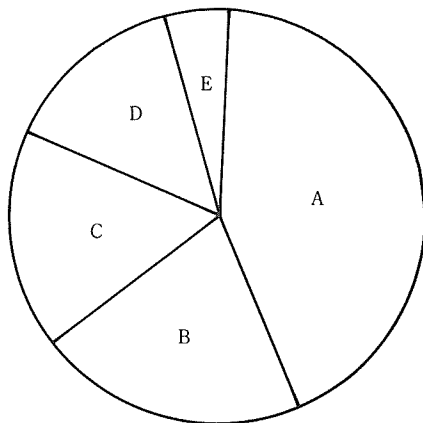
さらに、県外転出状況の推移を、転出時の年齢と転出



単位：人

ラベル	数	値	比率
A	水俣市	67	47.2%
B	出水市	28	19.7%
C	津奈木町	23	16.2%
D	御所浦町	18	12.7%
E	芦北町	3	2.1%
	その他	2	1.4%
	田浦町	1	0.7%

図1 全受診者出身地分布状況
(計 142名)



単位：人

ラベル	数	値	比率
A	水俣市	43	43.4%
B	出水市	21	21.2%
C	津奈木町	17	17.2%
D	御所浦町	14	14.1%
E	芦北町	2	2.0%
	田浦町	1	1.0%
	その他	1	1.0%

図2 水俣病(確診+疑診)と診断されたものの出身地分布状況

年の相関で分析してみたのが表 2及び表 3である。これを見ると、昭和30年代の水俣病多発期に、10代から20代で転出した者が多いことが歴然としており、水俣病発生と転出との相関関係が推測される(以上、いずれも資料は、水俣病県外被害者の現状と救済、水俣病問題全国シンポジウム、1988年 6月18日、京都民医連中央病院、門祐輔医師の報告による3))。

これらの受診者の中で、水俣病と診断された被害者の特徴としては、①水俣病と診断されたことを、周りの者に知られたくないと考える者が多い、②これまで多くの病院を転々としていながら、適切な治療を受ける機会に恵まれていない者が多い、③水俣病の古い病像ではとらえきれない、多くの愁訴や日常生活上の支障が複合しており、生活上の困難をかかえながらも周りに理解されていない者が少なくない、などがあげられる。

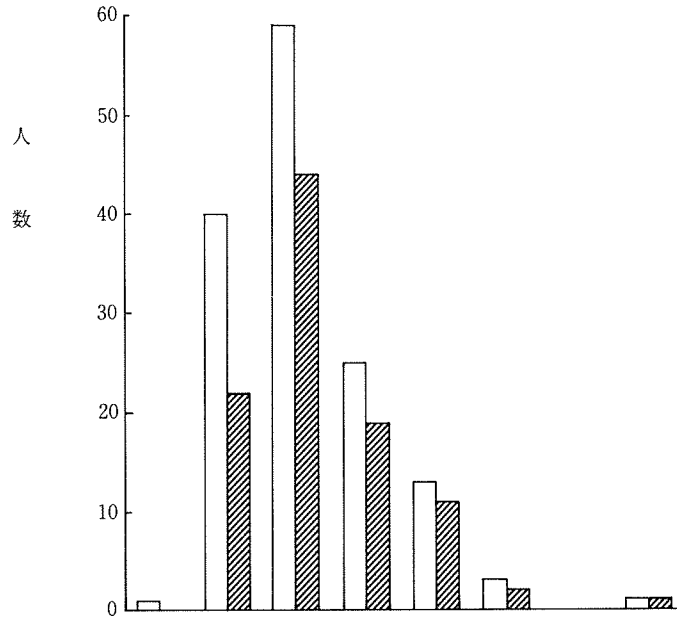
なお、検診受診者の現在居住別分布状況を示したものが表 4であるが、これを見ると、「近畿」を対象とした検診であったにもかかわらず、遠く、広島、岡山や岐阜、愛知からの受診者も少なくなく、水俣病被害の全国的広がりを改めて示している。さらに、県外被害者がいかに検診を待ちわびていたか、また、全国各地での掘り起こし検診がいかに必要であるかを明確に示している。

6. その後の動き

大阪におけるこの自主的な掘り起こし検診の影響は大きかった。かねてから、県外被害者の救済の必要性を訴え、精力的な取り組みを続けていた水俣病東京弁護団は、関東近辺に移住した県外被害者の掘り起こし検診を、近畿と同様に実施することを決定し、同年10月 4日及び12月13日の2度にわたって実施した。このような県外被害者掘り起こし検診は、その後、全国各地で相次いで実施されるようになったが、その実施状況は、表 5のとおりである。この県外被害者掘り起こし検診によって、被害救済の糸口すらつかめないまま、被害に苦しんでいた県外被害者の検診窓口が、曲りなりにも組織化できる素地が作られつつあるのである。これら県外被害者掘り起こし検診は、水俣病現地にも、大きな励ましと影響を与えることになった。即ち、現地において、もう一度、不知火海一円での掘り起こし検診を行ない、未だに救済されていない被害者を徹底的に把握しようという動きである。

1987年11月28日、29日の両日、水俣市、出水市はもとより、不知火海一円において、全国民医連及び保険医協会を中心とした医師、看護婦、検査技師等 345名が参加

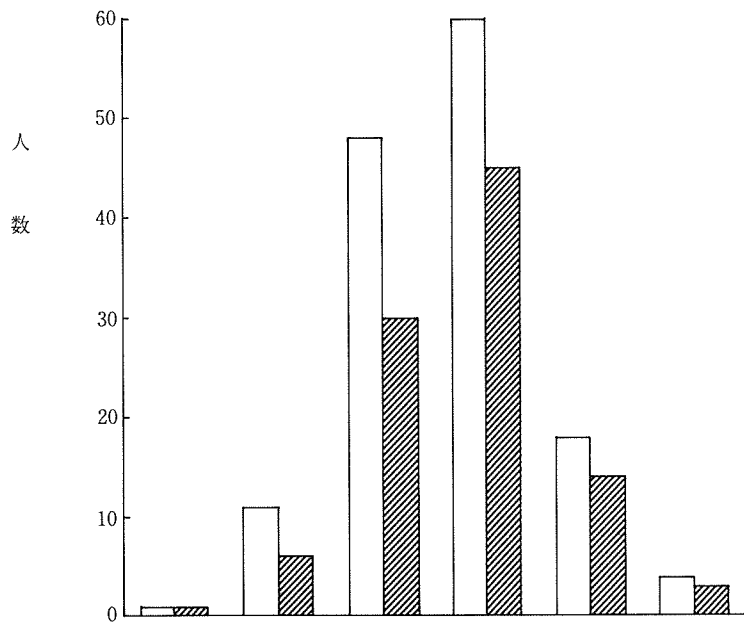
単位：人



	0~9	10~19	20~29	30~39	40~49	50~59	60~69	70~79
□ 全検診受診者	1	40	59	25	13	3		1
▨ 水俣病(確+疑)		22	44	19	11	2		1

図3 転出時の年齢

単位：人



	20~29才	30~39才	40~49才	50~59才	60~69才	70~79才
□ 全検診受診者	1	11	48	60	18	4
▨ 水俣病(確+疑)	1	6	30	45	14	3

図4 現在年齢

し、1,088名の受診者を数える大検診が実施された。い被害者が多数存在している実態を明らかにし、あわせこの検診は、改めて、不知火海一円に未だ救済されな て、行政の被害者放置の状況をも浮きぼりにすることに

表2 県外転出状況の推移（全検診受診者）

転出時年齢 転出年（昭和）		～9	10～19	20～29	30～39	40～49	50～59	60～69	70～79	合 計
～34	男		6	13						19
	女		10	7	3					20
35～ 39	男	1	11	13	2	1				28
	女		6	15	3	2				26
40～ 44	男		2	6	7	2	1			18
	女		3	4	5	3				15
45～ 49	男		1		2					3
	女		1		1	4				6
50～	男				1		1			2
	女			1	1	1	1		1	5
合 計		1	40	59	25	13	3		1	142

表3 県外転出状況の推移（水俣病確診十疑診）

転出時年齢 転出年（昭和）		～9	10～19	20～29	30～39	40～49	50～59	60～69	70～79	合 計
～34	男		3	10						13
	女		6	4	1					11
35～ 39	男		4	10	1	1				16
	女		6	13	3	1				23
40～ 44	男			4	6	2	1			13
	女		2	2	4	3				11
45～ 49	男				1					1
	女		1		1	3				5
50～	男				1					1
	女			1	1	1	1		1	5
合 計			22	44	19	11	2		1	99

表4 受診者現在居住地別分布状況

	全検診受診者			水俣病及び疑診			水俣病以外		
	男	女	計	男	女	計	男	女	計
大阪	35	43	78	22	33	55	13	10	23
京都	6	4	10	2	4	6	4		4
奈良	5	4	9	4	4	8	1		1
兵庫	7	7	14	4	5	9	3	2	5
滋賀	3	2	5	2	2	4	1		1
和歌山	1		1	1		1			
岡山	1	1	2	1	1	2			
広島	4	1	5	3	1	4	1		1
岐阜		1	1					1	1
愛知	7	9	16	5	5	10	2	4	6
三重	1		1				1		1
合計	70	72	142	44	55	99	26	17	43

表5 県外検診の動向

※本表には、87.11の不知火海大検診、および熊本・鹿児島の被害地域での検診は、含まれていない。

月 日	場 所	結 果			
		受診	MD.MD疑	保留	否定
87.10.4	東京	34	20		14
87.12.13	東京	16	6		10
88.6.12	熊本市	15	10	4	1
88.6.19	大阪	24	12		12
88.7.31	福岡	58	46	9	3
88.9.4	名古屋	34	21	8	5
88.9.11	市原	42	9	16	17
88.11.20	福岡	12			

なった。

なお、水俣病京都訴訟の原告は、先の2回にわたる検診、その後1988年6月19日行なわれた第3回の検診に、1988年9月4日の名古屋検診で把握された被害者も含めて、1988年12月16日現在で115名の原告を数えるに至り、県外被害者の原告数としては、最大の原告団となっている。

7. 県外掘り起こし検診から何を学ぶか

これまで述べてきた、県外水俣病被害者の掘り起こし検診から、私達が学ぶべき点は多い。

まず第1にあげられなければならない点は、国、あるいは、水俣病認定申請の審査にあたっている認定審査会の病像論の誤りの明確化である。

国、認定審査会は、水俣病の病状を、いわゆるハンター・ラッセル症候群という狭い、かつ、文献から出発した病状に限定してとらえようとしている。水俣病の病像論について、被害の全体像が未だ明らかになっていないにもかかわらず、アブリオリに病像を考え、これに合致するかどうかという発想で把握している。しかし、私達が、これらの掘り起こし検診の成果として考えたことは、被害の実態を徹底的に把握することなくして、また、その被害を底辺まで究明しつくすことなくして、病像を確定（固定）してしまえるのかということである。これは、ある意味では、自明のことであった。即ち、ハンター・ラッセル症候群といわれる病像自体が、水銀中毒の急症例の被害分析をピック・アップしたものであったが、同様の作業を、当初から水俣病被害の総体の中から行えば、自ずと今回被害者側が提起している病像の広がりが見らなっていたはずであった。にもかかわらず、行政は、このような作業を行わず、狭い病像から出発し、これに合致するかどうかという不毛の作業を繰り返しているのである。

第2に明らかになったことは、これら全国に広がった県外水俣病被害者の実態把握と救済についての行政の責務である。私達が行った掘り起こし検診は、本来、行政がその責任と費用負担の下で行うべきものである。しかも、その際には、次のような点が守られなければならない。

- ①組織的調査であること。—全国的、かつ、組織的な県外被害者の調査でなければ、把握もれが必ず発生する。
- ②まず、県外転居者のリストを作成すること。—現地の自治体を活用して、行政でしかなしえないことを、まず実行する。
- ③県外転居者に対する健康調査アンケートの実施とこれ

に基づく検診の実施。この検診には、これまでの県外被害者掘り起こし検診に従事した医師等にあたらせること。

- ④③のアンケート調査の結果及び検診の結果を本人に還元するとともに、プライバシーを配慮しながらも、データの公開を図ること。
- ⑤水俣病認定申請手続について、県外移住者に必要な情報を提供すること。

第3に、県外被害者の治療について、根本的な転換を図ることが必要であるということである。

原田正純助教授は、県外被害者が置かれている医療状況について京都地裁で証言し、これを「HOPELESSな治療」であると指摘した。即ち、疾病の発生原因を十分踏まえずに、また生活歴や病状の推移に対する理解も不十分なままに、他の疾患として処理し、被害者の側も、水俣出身であることを隠して本当の病状を告知しないまま受ける治療は、患者にとってまさに「HOPELESSな治療」であるという他ない。これを根本的に転換して、「HOPEFULな治療」に一步でも近づけるためには、まず、疾病の原因を正しく把握することが必要であり、次に、診断を治療に、リハビリに結びつける活動がどうしても必要である。さらに、そのための自治体の援助を要求することも必要であろう。

第4に、医療において、症状の発生原因を明らかにすることの重みである。最近、医療のみならず、福祉の全分野において、国の責任、行政の責任があいまいにされ、水俣病が社会的諸矛盾の中で作られるものであることが、益々忘れられようとしている。医療保険における自己負担の強化、保育所の費用徴収基準の引き上げ、生活保護の「適正化」など、全ての分野にこれは共通する課題である。その中で、被害者の被害が、まさに何者によって発生したのかを徹底的に追及する—県外被害者の掘り起こし検診は、まさにその一環である—ことは、福祉における、国、行政の責任の後退を許さない闘いの、まさに、先頭に立つ活動であると考ええる。

(第29回社会医学研究会総会特別報告)

文献

- 1) 判例時報、1235号、3頁以下参照。
- 2) 原田正純：水俣病にまなぶ旅、(日本評論社)、175頁以下
判例時報、1266号、3頁以下参照。
- 3) 門祐輔：水俣病県外被害者の現状と救済、水俣病問題全国シンポジウム報告集、15頁以下参照

「生命」から「暮し」をみ、 「暮し」から「生命」をみる

— 大阪府の地域保健行政10年の経験から —

逢坂 隆子 (大阪府四条畷保健所)

1. はじめに

現在、わが国は平均寿命が世界一となり、その経済力は世界有数であることを誇るまでになった。しかし、そこに住む国民は等しくその恩恵に浴しているだろうか。

すでに1980年の本誌創刊号に「大都市地域の社会医学的分析」が特集されており、大都市の健康問題について論じられている。昭和30年以降の高度経済成長にともなう人口や産業の過度集中、自然環境・社会環境の悪化を背景としてそこに住む労働者・勤労市民の健康が全般的に悪化していることが全国各大都市から報告されている。その中で大阪大・朝倉新太郎先生は今後の経済の低成長と人口の高齢化、産業構造の急速な転換と高度都市社会化の状況下で、現代社会のあらゆる社会病理現象が集積しているといわざるを得ない大都市の住民の健康問題の将来にわたる厳しさを指摘しておられる。

大阪においては、残念なことにその指摘どおり、その後大阪市のみならず府域全体としてもますます健康水準が悪化し、昭和50年には男子20位、女子32位であった平均寿命の全国順位が昭和55年には男子33位、女子45位に、昭和60年にはついに男子46位、女子47位と最下位にまで転落するに至った。ここに現れた健康問題を単なる現象として捉えるだけでなしに、原因を明らかにし、どのようにしてよくすることが可能かということも含めて追求していくことが、健康問題にかかわりを持つものにとって今最大の課題となっている。

昭和53年以来ちょうど10年間、大阪府保健所に勤務し地域保健行政に携わってきた経験をもとに、都市住民の健康問題把握の方法論について社会医学的視点から私なりの私見を述べ、多くの御批判御指導を頂き、今後の都市の健康問題取り組みに活かしていきたい。

2. 健康指標を読んでいくなかで²⁾

10年前、初めての赴任先であった保健所が所管していたのは、大阪市の北に隣接する豊中市である。人口は40

万人と大きい、面積は36.60平方キロメートルとさして広くはないベッドタウンである。しかし、健康上の問題をもつ人々の家庭を訪問するために保健婦とともに市内を何日か走り回れば誰でも、居住環境やそこに住む人々の暮らし、抱えている健康問題の地域による違いの大きさに気づかざるを得ない。

豊中市の北部に位置する千里ニュータウンは、昭和41年頃から計画的な都市づくりがすすめられた地区であり、公団、住宅供給公社、府営等の公的借家・分譲住宅が整然と並び、その間に庭つき的高级住宅街がある。

一方、市の南端で大阪市と境を接しているのは庄内の町並みである。神崎川と猪名川、天竺川にはさまれた低湿地で地価が比較的安く、大阪市への通勤も電車で10分と便利なことから、阪急電車庄内駅が昭和26年に設置さ

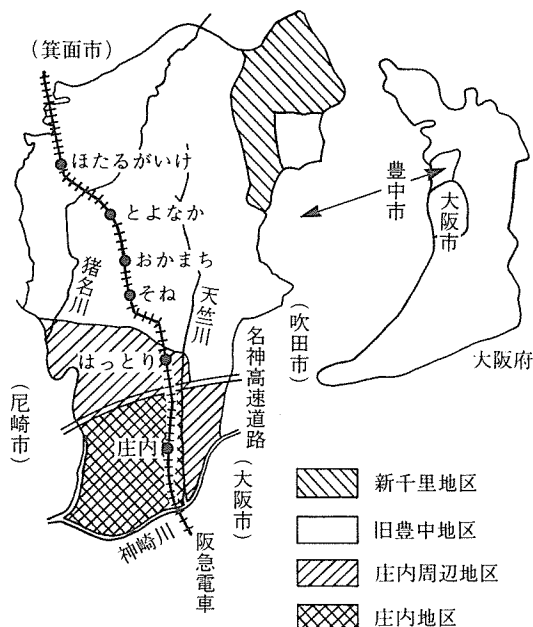


図1 豊中市地図

れて以来人口が急増し、人口密度は豊中市平均の約2倍という超過密地帯となっていた。ぎっしりとマッチ箱を積み重ねたような文化住宅やアパートの群れ、ちょっと歩くと袋小路になる狭い路地、溝の悪臭、狭くて風も通らず、日もあたらない部屋といった住宅環境のなかに健康上の問題を持った人たちがひしめき合って住んでいた。こんなに大きな地域差のあるところで、どの地区も一律の保健活動をしていて効果があがるはずがない。保健所活動の基本は地域を公衆衛生学的方法を用いて診断し、その結果に基づいて公衆衛生学的方法で治療を行うことであるという。

こんなことを考えて、自分自身と保健婦達の実感をもとにして市内を特徴ある地域毎に図1のように4地区に分け、保健所のなかの使いそうな資料を寄せ集めて地区別健康指標をみたのが表1、表2である。旧豊中地区は古くからの住宅街であり、庄内周辺地区は庄内地区の劣悪な住環境が次第に周辺に広がっていく形で庄内地区と同様のアパート、文化住宅、極小分譲住宅が建て込んできている。日頃の保健活動と深い関わりを持つ自然死産率、周産期死亡率、結核の罹患率・有病率、精神病患者

発生率のいずれも地区により大きな格差が認められ、殆どどの指標も庄内地区が最も悪い。

更に、保健所にある死亡小票を用いて、地区別の性・年齢5歳階級別死亡率を算出した。地区別男子年齢5歳階級別死亡率を全国の同死亡率を100とする指数で示したのが図2である（豊中市内地区別死亡率は死亡実数の不足を補うため、昭和49・50・51年の地区別死亡数を合計して平均した値を用いた）。女子については、図示は省略したが、やや程度は弱いけれどもほぼ同様の傾向にあり、他の健康指標と同じく庄内地区が一番悪い。

保健婦一人一人の受持ち地区毎の健康指標でははっきりしなかったが、同じ様な特性を持つ地域を合わせ数年分足して、他の地区や市・府・国と比較することにより、それぞれの保健婦の受持ち地区毎の問題が客観的・科学的に誰の目にも明瞭な形となり、問題解決への議論を進めるに際しての説得力を持つ資料として使用できる。

豊中市は全体としてみれば死亡率をはじめとする健康指標は、全国或いは大阪府平均と比べかなりよい。府県あるいは市の内部でも自然環境、社会環境に大きな格差が生じている現在、平均したものだけをみていたのでは、

表1 豊中市地区別健康指標（豊中保健所統計資料・大阪府衛生年報より）

	出生率 (人口千対)	低体重児 出生率	自然死産率 (出産千対)	周産期死亡率 (出生千対)	結核	
					有病率(人口10万対)	罹患率(人口10万対)
新千里地区	11.6	6.2%	33.8	8.0	212.7	48.1
旧豊中地区	15.1	4.6%	33.1	11.5	283.8	82.5
庄内周辺地区	17.4	6.3%	34.6	13.6	371.6	121.1
庄内地区	13.2	6.3%	52.4	18.3	413.8	111.5
豊中市	15.5	5.3%	36.6	12.6	314.4	89.5
大阪府(52年)	16.1	5.7%	39.0	13.8	383.4	117.8
大阪市(52年)	12.5	6.3%	47.0	14.7	635.4	159.9
全国(52年)	15.5	5.4%	32.6	14.1	289.1	78.2

(注) 豊中市地区別健康指標については、実数の不足を補うため、昭和51、52、53年の出生数、低体重児出生数、自然死産数、周産期死亡数、活動性結核患者数、結核新患数を合計して平均し、昭和52年の出生数、出産数又は人口で割ったものを用いた。

表2 豊中市地区別精神病患者発生率（豊中保健所資料¹⁰⁾より作成）

	分裂症	中毒症	非定型 精神病	躁うつ病	神経症	老人性 精神病	その他	計
豊中市	73 (285.0)	25 (99.0)	9 (36.5)	13 (49.5)	13 (49.5)	8 (30.5)	6 (24.0)	146 (574.0)
庄内地区	148 (131.5)	47 (42.0)	23 (20.5)	20 (17.5)	20 (18.0)	15 (13.5)	11 (10.0)	285 (253.0)
その他の地区	50 (153.5)	22 (67.0)	5 (16.0)	11 (32.0)	10 (31.5)	6 (17.0)	7 (14.0)	106 (320.0)

(注) 1. 精神病院入退院届をもとに作成したもので、()内に示した昭和52、53年の平均患者数を昭和52年推計人口で割り、人口10万あたりの率であらわしてある。
2. 本表に限り、庄内周辺地区のうち、名神高速道路以南を庄内地区に含めて集計してある。

3. 健康指標の地域格差の背景にあるものはなにか²⁾

庄内地区に住むどんな人々のいかなる暮らし、労働、医療が、新千里地区と比べてみた時の過剰な健康破壊や死を引き起こし、健康指標を押しなべて悪くしているのだろうか。

その背景にあるものを探ろうと思っても、手近な統計資料ですぐ利用できるものは極めて僅かしかない。ことに市をさらに細かくみたいとなると、ますます限られる。このような目的で使用することができた資料の一つに国勢調査の国勢統計区別報告があった。これとてどの市の分もあるわけではなく、あらかじめ申し込んだ市の資料のみである。これを用いて、地区別に住環境、家族環境、労働状況など住民の暮らしの質を規定する指標を算出したのが表3である。図示は省略したが、地区別最終学歴を算出できる年次もある。日常の実感を裏づけるように、庄内地区の不良住宅環境、破壊された家族関係、失業をはじめとする就業不安が他地域との比較ではっきりと浮かび上がってくる。

こんなに格差のある4地区のそれぞれには、どんな人々が住んでいるのだろうか。表3と同じ資料をもとにして、社会経済分類による地区別階層割合を比較したのが表4である。見事なまでに経済力、社会階層による住分けがおこなわれているのがわかる。

4. 死者から学ぶ^{2,3)}

以上述べたように、庄内地区住民の健康は胎児から老人に至るまで全般的に破壊されてきている。なかでも厳しい社会経済背景の影響を最も強く受け、健康破綻の目だつ中年期の人々の健康の実態を詳しく調べることは、他の年齢層の健康問題について考える上でも大きな示唆を与えるであろう。

昭和49・50・51年に死亡した40~49歳男子、昭和53年に死亡した40~59歳女子の遺族を訪問して、死亡に至るまでの健康、医療、生活、労働の実態について聞き取り調査を行った。亡くなった方の家を一軒一軒回って遺族から話を聞く度に「あー、なるほどなあー」と思った。なるほどこんな暮らしをしていたら死ぬはずだと思った。前述した統計の示す事実が一人一人の死亡者の死にゆく過程のなかに、具体的に裏付けられていく。自分のまわりで日頃見聞きすることからは思いもつかないほどの規模と深刻さで、健康破綻が進んでいることに胸が塞がる思いがした。

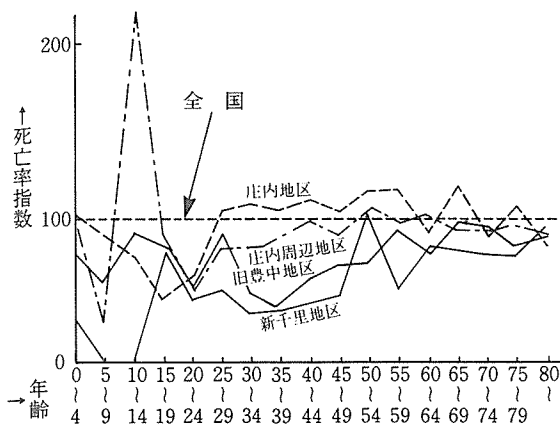


図2 昭和50年豊中市地区別男子死亡率指数 (全国=100)

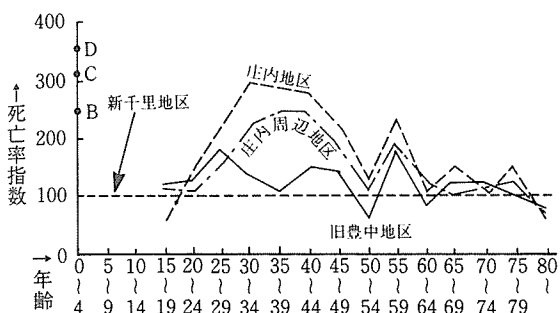


図3 昭和50年豊中市地区別男子死亡率指数 (新千里地区=100)

その中に含まれている問題が隠れてしまう恐れがある。例えば、小学校区位の地域単位の統計資料が利用しやすい形で整備されることは、問題の把握に役立つように思える。

豊中市という自転車で走り回れる程の広さしかない市のなかで、どうしてこれほど大きな差が地区間に生じなければならないのか。図3は、図2で認められた死亡率の地域格差を更に詳しく見るために、最も死亡率の低い新千里地区の男子5歳階級別死亡率を100として、他の3地区の同死亡率を指数であらわしたものである。庄内地区の男子中年期の死亡率は新千里地区とくらべて3倍もある。普通にはそんなに死ぬはずのない働き盛りの年齢での格差が最も大きい。庄内地区には大きな病院がいくつかあるし、すぐ隣の大阪市まで足を伸ばせば、大病院をはじめ高度の医療を受けられる医療機関が軒を並べているというのに。

表3 豊中市地区別社会経済指標, その1
(昭和50年国勢調査より作成, 単位は%)

社会経済指標		新千里地区	旧豊中地区	庄内周辺地区	庄内地区	
住居の種類 (世帯数)	持ち家	33.6	40.6	29.2	30.6	
	公営借家	60.0	11.0	2.9	1.2	
	民営借家	2.9	37.7	64.0	65.2	
	給与住宅	3.3	10.8	3.4	2.4	
	間借り	0.3	0.5	0.5	0.6	
寄宿舎など	0.1	0.2	0.1	0.1		
1人あたり量数	6.5	6.7	5.4	5.0		
世帯に 家族構成 (普通)	単身者	5.4	15.9	27.7	29.0	
	世帯数	1.6	5.0	9.8	10.5	
核家族	世帯数	85.9	70.9	61.8	60.9	
	世帯人数	87.7	75.6	74.1	74.4	
配 偶 関 係 (30 ~ 54 才 に 関 係 す る)	男	未婚別居	18.0	30.8	35.2	35.6
		死別	1.1	1.6	1.6	1.8
		離婚	0.7	0.8	1.2	1.7
	女	未婚別居	17.6	23.4	26.4	25.8
		死別	7.1	10.1	8.7	9.7
離婚	1.9	2.2	3.5	3.4		
労働力 状態 (15 才 以 上)	労働人口のうち完全失業者の割合	男女	1.5	1.9	3.0	4.5
		男女	2.2	2.0	3.2	3.7
非労働人口 の割合	男女	11.6	15.1	12.1	12.8	
	男女	70.6	66.2	56.5	55.0	
従業上 の地位 (男 のみ 15 才 以 上)	雇用者	79.6	76.4	78.5	77.3	
	役員	12.1	11.0	5.5	4.7	
	雇人のある業主	4.4	5.7	5.9	5.9	
	雇人のない業主	3.3	6.9	8.8	10.0	
家族従業員	0.5	1.4	1.4	1.5		

中年期で亡くなった人たちは、ほとんどといってよいほど保健所の活動と触れ合うことのなかった層であり、亡くなられてから突然遺族を訪問することに対して、「何を今ごろ」と言われそうではじめは内心ビクビクしながらであった。案に相違して、ほとんど総ての遺族は働き盛りの、まだまだこれからという時に亡くなった死亡者の話を「残念でたまらない。こんなことが再び起こることを防ぐためにならどうぞ聞いて下さい。」と、むしろ次の訪問予定時間が気になるほど積極的に話して頂けた。

死亡は健康破壊の行き着くところであり、死に至るまでの過程は健康破壊の背景にあるものを凝縮した形で示してくれる。丸山博先生がかって「死見をして語らしめよ」とおっしゃったが、まことにそのとおりである。

どの保健所にも、所管する地域の健康問題を把握するための資料の一つとして、先人諸先生の先見の明をもって管内の全ての死亡者についての死亡診断書の写しであ

表4 豊中市地区別社会経済指標 その2
社会経済分類 (男子15才以上, 昭和50年国勢調査より作成)

社会経済分類	新千里地区	旧豊中地区	庄内周辺地区	庄内地区
(a) 会社団体役員	5.5%	5.3%	2.0%	1.5%
専門職業者	3.1	1.8	0.5	0.3
技術者	4.7	3.1	1.7	1.3
教育・宗教家	1.5	1.7	0.9	0.5
文筆家・芸術家	2.1	1.3	1.1	0.7
管理職	6.8	3.5	2.0	0.7
事務職	19.3	16.3	10.7	8.5
販売人	14.1	15.4	12.9	9.4
サービスその他の事業主	2.8	3.4	2.9	3.2
農林業者など	0.1	0.6	0.6	0.4
(a) 小計	58.0	52.4	35.3	26.5
(b) 工業・商業などの自営業者	3.1	3.8	4.2	4.8
技能者	18.1	18.4	33.8	38.5
労務作業	2.6	3.5	5.1	5.5
個人サービス	2.0	6.6	5.7	6.9
保安職	0.7	0.9	1.1	1.0
15才以上非就業者(含失業者)	3.3	6.1	7.4	7.7
(b) 小計	29.8	39.3	57.3	64.4
学 生	10.0	10.7	7.8	8.6

表5 社会経済分類による中年期死亡格差 (豊中市)

社会経済分類	豊中市 (15才以上) 男子	40~44才男子 死亡者 (49, 50, 51年)
(a) 会社団体役員	4.0%	0.0% (0人)
専門職業者	1.4	2.4 (2人)
技術者	2.6	1.2 (1人)
教育・宗教家	1.3	0.0 (0人)
文筆家・芸術家	1.2	0.0 (0人)
管理職	3.5	2.4 (2人)
事務職	14.1	10.6 (9人)
販売人	13.7	3.5 (3人)
サービスその他の事業主	3.2	0.0 (0人)
農林業者など	0.5	0.0 (0人)
(a) 小計	45.5	20.1 (17人)
(b) 工業・商業などの自営業者	3.9	13.0 (11人)
技能者	24.9	34.1 (29人)
労務作業	4.1	3.5 (3人)
個人サービス	4.3	4.7 (4人)
保安職	0.9	2.4 (2人)
15才以上非就業者(含失業者)	6.4	4.7 (4人)
(b) 小計	44.5	62.3 (53人)
学 生	9.6	
不 明		17.6 (15人)
計	100.0	100.0 (85人)

る死亡小票が置かれている。日常的には、事務職員の手で府県を経て厚生省へ送られていだけで済んでいるこ

とが多いが、大阪府に於いては、八尾・枚方などいくつかの保健所や府職労保健所支部などですでに死亡小票をもとに訪問調査が行われている。健康に関する資料の基本であり、かつ疾病については普通には全数正確に把握するのが不可能だけに、各保健所でもっと積極的に活用する体制をつくりたい資料のように思う。ただし死亡小票からは死亡者の「暮し」に関する情報は配偶関係以外には得られないのが残念である。

訪問して知り得た中年期男子の社会経済分類を表4と同様に国勢調査時の分類に従って検討したのが表5である。庄内地区やその周辺に多く住む階層(b)に属する人々と、新千里地区や旧豊中地区に多く住む階層(a)に属する人々との間には極めて大きな格差が認められる。階層(b)に属する死亡者の職業は、例えば、商業・工業などの零細自営業者(酒屋、パン屋、氷屋、花屋、下請け製造業などの零細企業主、等)、技能者(小零細企業の単純労働者、鋳物工、溶接工、運転手、大工、左官、等)、労務作業(土方、土木手伝い、等)、個人サービス人(バーテン、寿司板前、クリーニング業、銭湯ボイラーマン、等)などである。具体的な事例については、本誌の既刊号で、女子について詳しく述べているので省略し

たい。

5. 大阪府民の健康指標の地域格差と社会経済背景

豊中市でみられたようなことは大阪府の他の市町村でも起こっているのだろうか。

その後、大阪府全域について大阪府保健所の医師の保健予防課長達が協力して、ブロック別、市町村別、さらには国勢調査の国勢統計区別報告のあるような人口の大きな市については豊中でやったと同様にして人口概ね10万位の地区別に、標準化死亡率と社会経済指標および両者の相互の関連について検討した。その結果からみると次のようなことが指摘できる^{4,5)}。(図4~8)

(1) 大阪市に隣接する地域は、丁度大阪市を芯としてドーナツ状に庄内地区と同じ様なスプロール地帯を形成している。

(2) 大阪府全体としてみても地域により死亡率に大きな格差があり、働き盛りの中年期でその格差が顕著である。

(3) 死亡率の地域格差は、庄内地区の人々の健康破壊を引き起こしているのと同様な社会経済背景と強い関連をもつ。

(4) 死因別にみると、大阪でやや特異なものとして肝疾患が多いということがあるが、それ以外には、特有な原因によって特有な病気があって死亡率が上がっているのではない。中年期でみれば、いわゆる成人病が日常生活や労働の中からより促進される形で死に至っている。

大阪府下の他地域と比べて死亡率に問題のある泉州ブロックについては、全保健所医師の予防課長が協力して死亡者の遺族訪問調査を行ったのを思い出す^{6,7)}。

6. 年次推移はどうなっているか(特に住宅事情とからめて)

57年から吹田保健所摂津支所に移ったが、丁度その頃、

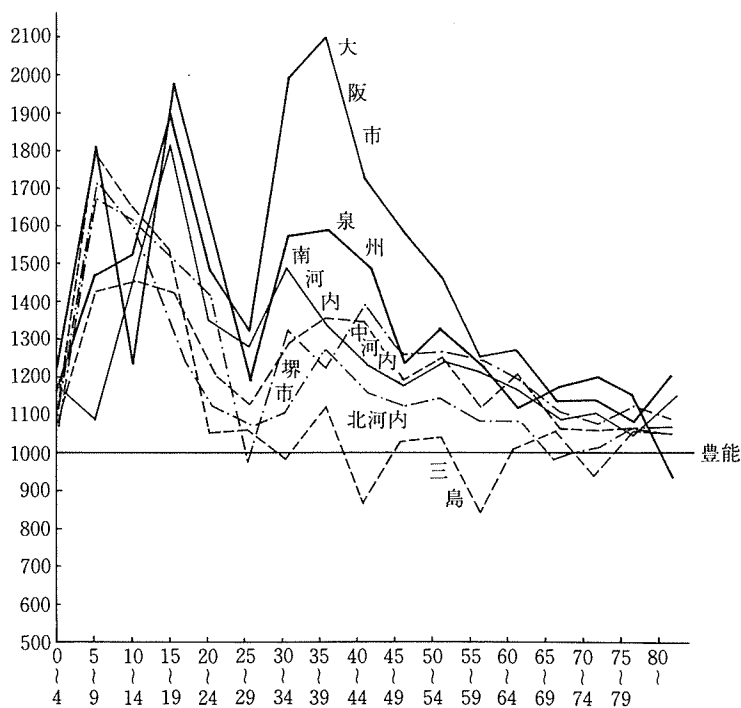


図4 大阪府ブロック別・男子年齢5才階級別死亡率指数(豊能ブロック=100)

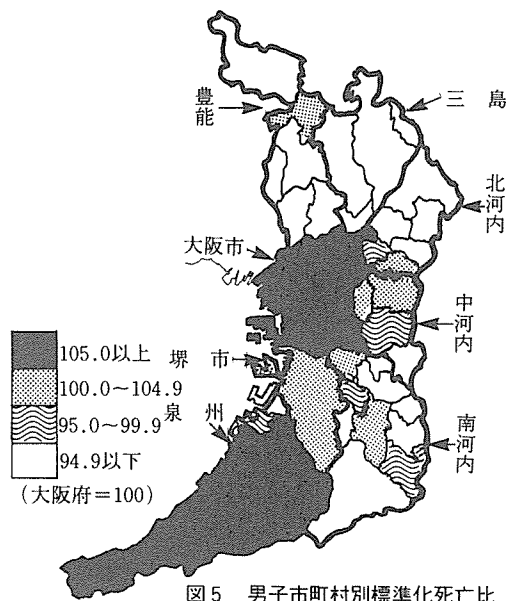


図5 男子市町村別標準化死亡比 (全年齢)

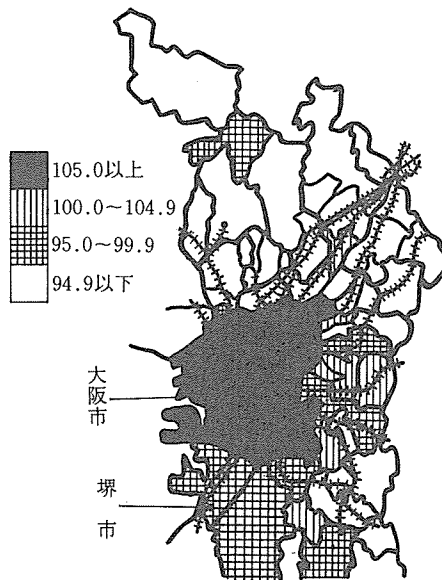


図6 男子地区別標準化死亡比 (全年齢)

第24回本研究会(関西地区大学セミナーハウスにて開催)での出会いから、神戸大学工学部早川研究室の方々と一緒に、大阪府民の健康問題について住宅環境に焦点をあてた統計的な分析、摂津市において56・57年に死亡した中年期の人々について遺族訪問調査を実施する機会を得た^{8,9)}。大阪府の健康指標を全国とくらべると、年次を経るにつれて悪化しているが、府民の健康に影響を及ぼす社会経済背景との関連は一体どうなっているのだろうか。

表6は大阪府下市区別中年期(35~54歳)死亡率の年次推移を示したものである。年齢訂正死亡率をみれば男女とも年を経るに連れてよくなっているが、各年次の全国を100とする標準化死亡比でみれば男女とも年次の推移とともに相対的悪化が認められる。更に変動係数は年齢訂正死亡率、標準化死亡比とも年々大きくなっており、府内各自治体間の中年期死亡率の地域間格差が次第に広がってきていることを示している。

このような中年期死亡率の地域格差拡大の裏でなにが起きているのだろうか。

表7は、豊中市や大阪府の住民の死亡率、殊に、中年期の死亡率に大きな影響を及ぼしていた社会経済指標について、標準化死亡比との相関を年次を追って検討したものである。一世帯あたり畳数、民間借家率、未婚・離死別率(30~59歳)、欠損家庭率{(男親と子供からなる世帯数+女親と子供からなる世帯数)÷普通世帯総数×100}、

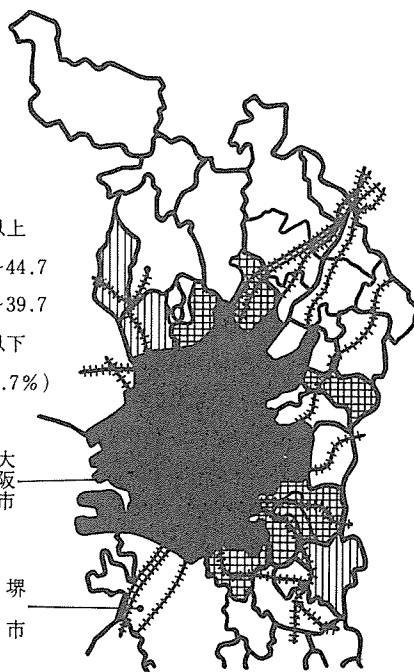


図7 大阪府地区別民間借家率 (昭和50年)

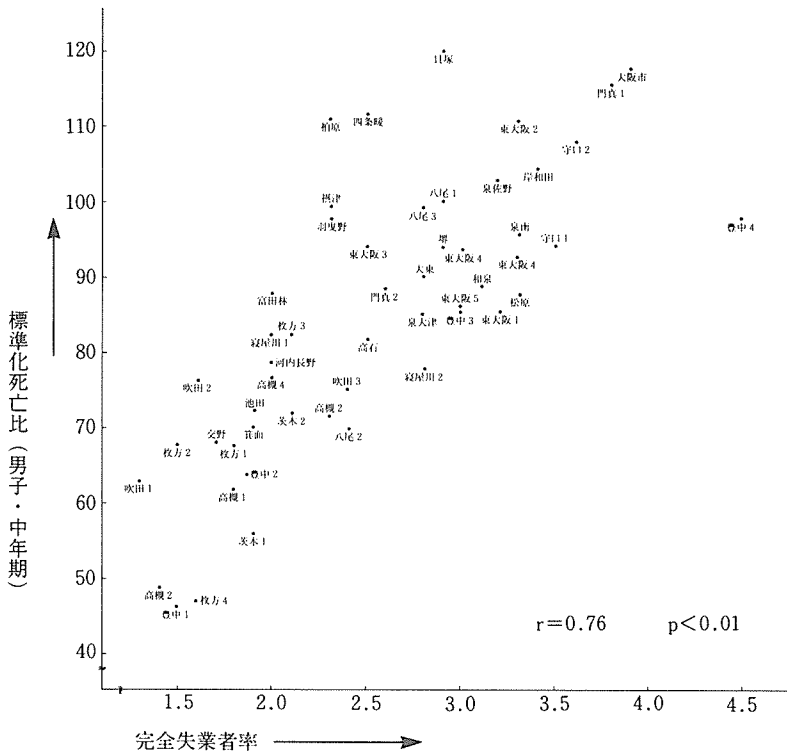


図8 男子(中年期)標準化死亡比と完全失業者率の相関図

完全失業者率 $\{15\sim 64$ 歳完全失業者数 $\div 15\sim 64$ 歳労働力人口 $\times 100\}$ と、大阪府下市区別標準化死亡比の間の相関係数はいずれも45年より50年、50年より55年と驚くほどの増大が認められる。

表8は、以上のように死亡率との関連がますます強くなってきている大阪府下市区別社会経済指標自体の年次推移を示したものである。一世帯あたり畳数や民間借家率は年次推移とともに改善されてはいるが、民間借家率の変動係数は次第に大きくなる傾向にあり地域間格差が広がっている。未婚・離死別率や完全失業者率は年を経るとともに増大しており、特に完全失業者率は変動係数も大きくなってきている。さらに表示は省略したが、一世帯あたり畳数や民間借家率などの地域の住宅事情をあらわす指標と欠損家庭率や未婚・離死別率、完全失業者率との間の相関も経年的に増大している。

表9は昭和55年の大阪府下市区別健康指標と住宅環境指標との相関を示したものである。乳児死亡率とは有意な相関はないが、自然死産率や中年期標準化死亡比とは不良な住宅環境をあらわす日照1時間未満住宅率、最低居住水準未満世帯率、収入200万未満/年世帯率、非食

寝分離世帯率、非食寝・就寝分離世帯率などの相関が非常に強いのがわかる。

即ち、大阪府においては、死亡率の地域間格差と住宅事情をはじめとする社会経済背景のそれは、経年的に格差を拡大させながら一致しているということが出来る。さらに住宅事情の地域間格差と労働状態、家族関係などの地域間格差も、経年的に一致してきているのである。諸々の悪条件が地域性、階層性を有しながら集中してきており、集中することによって相乗効果をもって、中年期の人々の健康状態に悪影響を及ぼし、遂には死に至らしめていると言えよう。

今、都市では地価が異常に高騰し、庶民にとっては庭付き一戸建て住宅の取得はますます困難になっている。早川研究室の岡部正昭氏らにより、わが国の高度経済成長期以降の住宅事情が次のように述べられている⁹⁾。

「昭和34年から48年のいわゆる高度経済成長の時期に日本は世界に例をみない大幅な経済成長を達成したが、この経済成長により住宅問題は解決されることはなかった。岸本重陳氏の『日本経済と住宅』では、住宅問題はこの高度成長期を通じて一層深刻化したと述べられてい

表6 大阪府下市区別中年期(35~54歳)死亡率の年次推移

年次(昭和)	平均			変動係数		
	45	50	55	45	50	55
年齢訂正死亡率(男)	4.23	3.94	3.83	17.6	21.9	23.6
(女)	2.69	2.35	2.00	13.9	17.9	21.5
標準化死亡比(男)	91.9	100.9	107.8	18.6	22.3	23.6
(女)	98.7	106.3	109.2	13.9	17.8	21.5

1) 人口5万以上の市区のみ N=48(45年) 52(50年・55年)

2) 年齢訂正死亡率:55年全国を基準とする

標準化死亡比:各年次全国=100

3) 各年次とも前後年次3年平均市区別死亡数を使用

表7 大阪府下市区別標準化死亡比(35-54歳)と社会経済指標の相関(年次推移)

年次(昭和)	男			女		
	45	50	55	45	50	55
一世帯あたり畳数	-0.37*	-0.55**	-0.67**	-0.26	-0.28	-0.58**
民間借家率	0.22	0.40**	0.52**	0.09	0.17	0.39**
未婚・離死別率(男30~59歳)	0.44**	0.77**	0.56**	0.48**	0.42**	0.50**
未婚・離死別率(女30~59歳)	0.25	0.54**	0.66**	0.39**	0.30**	0.48**
欠損家庭率	0.50**	0.59**	0.73**	0.34*	0.39**	0.59**
完全失業率(男)	0.52**	0.78**	0.80**	0.53**	0.53**	0.80**
完全失業率(女)	0.07	0.56**	0.72**	0.09	0.34*	0.70**

1) *P<0.05 **P<0.01

2) 人口5万以上の市区のみ N=48(45年), 52(50年・55年)

3) 標準化死亡比:各年次全国=100

4) 各年次とも前後年次3年平均市区別死亡数を使用

表8 大阪府下市区別社会経済指標の年次推移

年次(昭和)	平均			変動係数		
	45	50	55	45	50	55
一世帯あたり畳数	18.1	20.0	22.5	15.9	16.0	15.5
民間借家率	41.2	39.1	34.3	30.5	30.9	33.8
未婚・離死別率(男30~59歳)	8.9	10.5	14.6	49.0	52.0	45.2
未婚・離死別率(女30~59歳)	18.2	17.0	16.2	22.1	28.6	31.4
完全失業率(男)	1.7	3.5	3.9	34.1	63.3	40.6
完全失業率(女)	1.4	2.2	2.5	28.1	26.4	23.5

人口5万以上の市区のみ N=48(45年), 52(50年・55年)

表9 大阪府下市区別健康指標と住宅環境指標の相関係数

(昭和55年、人口5万以上の市区のみ、N=52)

	乳児死亡率	自然死産率	標準化死亡比(35~54歳)	
			男	女
日照1時間未満住宅率	0.23	0.52*	0.71**	0.62**
最低居住水準未満世帯率	0.26	0.68**	0.67**	0.59**
収入200万/年未満世帯率	0.19	0.65**	0.75**	0.59**
非食寝分離世帯率	0.23	0.70**	0.76**	0.69**
非分離就寝世帯率	0.03	0.34**	0.16	0.21
非食寝・就寝分離世帯率	0.19	0.68**	0.58**	0.58**

1) *P<0.05 **P<0.01

2) 標準化死亡比:昭和55年全国=100

3) 54・55・56年平均市区別死亡数を使用

る。『住宅取得難易度指数を用いると、昭和47年度は同30年に比べ困難度は2倍半に達している。この数字は高度成長期を通じて住宅問題が深刻化したことを表す一つの指標となるであろう。(略)』、住宅事情が依然多くの問題を抱えながら高度経済成長が終わりを告げ、低成長時代に突入すると更に事態は悪化する。即ち、高度経済成長時代に大都市中心地域の各所に密集して建てられた木賃アパートや文化住宅が、老朽化しスラム化の兆しを見せはじめ、加えて、ローン破産に代表されるように、住宅の取得が著しく困難化する。」

劣悪な住宅事情が健康に及ぼす影響を示す事例として、神戸大学早川研究室の方々が摂津市で行った死亡者訪問調査結果⁹⁾の中からいくつか紹介してみたい。

事例1：男(51歳で死亡、死因は蜘蛛膜下出血)30歳で結婚すると同時に、職業をタンカー船員から青果業に変える。自営であり、家計を支えるため「俺が働かんと誰が働くのか。」と体をいたわずに働いた。結婚後10年ほどの間、部屋数一間トイレ共同といった木賃アパートを転々とし、その後商売のためプレハブでタン屋根の店舗付き住宅に移る。6畳一間に夫婦、子(男18歳)、子(男17歳)の4人で生活するという極めて劣悪なものである。仕入れのため朝は4時から出かけていき、夜も遅くまで働いて寝るのは11時頃。死亡する3年前、スーパーの進出により廃業したときは、既に体が弱りきっていたという。「もうすこし家がよければ、家にいるときだけでもホッとできたのに。風呂のある家に住むのが夢だった。」と、残された妻は語っている。

事例2：女(53歳で死亡、死因は肺性心)国鉄の保線区で夜勤の仕事をしていた夫と34歳で結婚、結婚時は時々ゼーゼーという程度の喘息であったが、次第に症状悪化。結婚当初は大阪市内の木賃のアパート(6畳一間、共同トイレ)に1年半ぐらい住むが、狭く空気が悪いため摂津市内の文化住宅(6・4畳・台所)に移る。夫は夜勤のため、夜9時出勤、朝4時に帰宅し、昼間は寝る。便所への動線を考えると、独立の保たれた部屋は一つもない。夫の昼夜逆転の生活がその住居の狭小さゆえに、妻の生活時間をより直接的に乱し、このことも一つの要因となって妻の病状を悪化させたと考えられるが、その病状に対して取られた処置は、発作が起こる度に病院に駆け込むといった極めて対症療法的なものでしかなかった。

事例3：男(48歳死亡、死因は肝硬変)、20歳で結婚した。29歳の時農業をやめ、四国松山から兄を頼って大阪へ出てきた。トラックの運転手として勤務。7年後に独立しトラックで材木運搬を自営。大阪に出てきてからの住宅は文化住宅(吹田市、6・4・5・3畳、風呂なし)に

5年ほど。その後もうすこし広くなるからという理由から、摂津市内の民間借家の木造長屋に入る。長屋での居住密度を示すと、世帯あたり畳数11畳に夫婦、子(男17歳)、子(女15歳)、子(女12歳)の5人で居住しており、極めて過密である。農業をやめ、大阪へ転入後は特に労働条件が厳しく「無茶苦茶働く人で、『しんどい』は癖だった」、「しんどい」とは訴えても、検診も受けず健康に気を遣うこともなく、その疲労を癒していたのは、夕食後毎晩飲みに出るという生活習慣であった。住宅の過密、劣悪な住環境、過酷な労働がこの生活習慣を形成する要因であったことは明かである。

これらの事例においてもわかるように、中年期死亡者の生活歴の中では、住宅、労働、家族関係、医療との関わり方などについて悪条件が集中しているものが多い。これは、前述した統計結果を裏付けるものである。健康に及ぼす影響はかつての感染症時代のように、住宅事情の悪さ → 健康破壊といった直接的なものではなく、労働、家族関係等社会経済要因と相互に複合して影響を及ぼしている、と早川研究室では結論している。

7. 「暮し」に近づく

豊中では、初めに述べた調査結果を保健所運営協議会に報告したこともきっかけの一つとなり、豊中市南部の小規模事業所で働く人たちに対する健康管理を考えるための協議会が、医師会、市、労働基準監督署、商工会議所、保健所の間で発足し、これら関係者のチームで検診が始められた³⁾。また、庄内の人々が受けやすい検診をと、夜間や昼休み(パートタイマーの婦人たちが昼食を食べに帰宅する)などに路地裏深く入り込んだ場所で実施し、それを足掛りに複雑な健康問題をもつ人々と関わっていくといった活動を、庄内地区を受け持つ保健婦や栄養士、環境衛生監視員とともに行ったのを思い出す。単に検診をするとか、医学知識・技術だけではほとんど解決の道さえ見いだしにくいような人がなんと多いことか。受診を勧め、食事の指導をしても、味噌汁のおあげを買うお金もない、夫がいるのに働かないため生活保護ももらえないという腎臓疾患の中年婦人。心臓病の婦人は、家にながって話をしている私の周りを鼠が走り回っているような一間に障害児と暮らしている。寝た切りの中年朝鮮人は入院しても言葉が通じないこともあり、確定診断のつかないまま次第に進行していく手足の障害を持って生活保護を受けて二人の子供と暮らしている等など。これらの人々が住むのは、狭い路地の奥にある畳でも電灯が必要な日あたりの悪い長屋であり、少しでも雨

が降るといつまでも床下に水が溜っているため入口の戸も畳も柱も腐ってきている。

ここにあげた人たちは、おそらく保健所内で行う検診に、市広報をみてわざわざ出向いてくることはない層のように思える。保健所も含め地域保健活動をする側から、より深刻な健康上の問題を持った層の「暮し」のなかに入り込んでいくことが、今、より一層必要になってきているといえよう。

59年から63年3月まで4年間いた大東保健所の管内は、小規模事業所や零細な自営業者の多い大阪市の東に隣接する街であり、健康指標も大阪府平均或いは近隣の市と比べるとよくはない。このような小規模事業所での健康管理はどうなっているのか。これまでいくつかの郵送法によるアンケート調査や、すでに保健所などでなんらかの検診を受けているところについての調査はされているが、事業主が関心を持たなかったり健康管理が不十分なところほど抜けてしまうため、実態を捉えたものとは言い難いことが多い。そこで大阪府公衆衛生研究所労働衛生部の協力も得て、市内一地区を選び、そこにある事業所を全部一軒一軒訪問して健康管理の実態について聞き取り調査を実施した¹⁰⁾。訪問した事業所総数は526社(うち調査拒否は28社)で、大東市内全事業所の約40%にあたる。その後、大東市内でも、関連機関が協力して小規模事業所に対する検診が開始されている¹¹⁾。自営業者に対しては、保健予防課と衛生課の協力で、従来の結核検診車「ハト号」による胸部X線検査に血圧測定、検尿、保健婦や医師による保健指導を加えた形の実現した。こんな簡単な検診でも、仕事をしている現場へ出向いて実施すれば喜ばれ、保健所として関わりを持つきっかけとなる。血圧が214/120もあるのに今まで血圧を計ったことがない婦人(51歳、朝8時半から夜8時まで喫茶店で働く)、血圧が186/90、尿糖(+++)を初めて指摘された男性(42歳、食堂で朝8時から夜10時まで働く)、血圧170/108もあるのに2年前から治療放置、血圧もその間計ったことがないという女性(45歳、スーパーマーケットの中で豆腐の製造販売をしている、朝6時から夜11時まで働く)といった人たちが、僅か数日の検診の中から次々見つかる。しかし、受診を勧め食事や生活の指導をしようにも、朝5時に家を出て中央市場に行き、7時頃そこでうどんかそばを食べ、昼食は2時すぎ、夕食は7時頃いずれも自分の店のある市場内で手近な店屋物をかきこみ、家には9時か10時に寝に帰るだけというような生活実態を聞くにつけ、単に教科書的なことをいってもおそらくなんの役にも立たないだろうと思う。一人一人の暮しぶりをよく知り、一緒に健康を、生活を

よくする方法を考えるというようなことが求められているように思う。もし続けて大東保健所にいることができたなら、このような人たちの暮らしと健康実態をぜひ詳細に調べ、何とか少しでもよくなる手だてを考えたいと思っていたのだが。

8. おわりに

先日の新聞で、わが国の平均寿命はさらに伸び、女は世界一、男もアイスランドに次いで二位となったことが大きく報じられた。医学レベルの向上、公衆衛生の発展が、これを成し遂げたとして、もう不健康は日本では問題ではなくなった、これからはより健康を増進させることが地域保健の最大の課題であるといったとらえられ方がされている向きがある。確かに高度経済成長の恩恵に浴し、より豊かで健康的な生活を享受している人々が多くいることも事実であり、より積極的に健康を増進させたいといったニーズも、一方で高まってきていることも確かである。しかし、これまでに述べたことから考えると、高度経済成長の裏でこれを支えたに違いない人々が、その恩恵にほとんど浴することができないまま、今また低成長時代の崩りをくって住宅、労働、家庭など健康を保持する基盤である条件において全て劣位に置かれたまま、より一層その傾向を強め、健康に破綻をきたし働き盛りで死に至るまでになっているのも動かしがたい事実である。しかも、より恵まれた階層・より恵まれた階層の人々が多く住んでいる地域と、そうでない階層・地域の間の格差がますます大きくなってきている。健康面からみても、健康を支える生活基盤面からみても、いわば二極分化の方向に進んでいるということができよう。都市住民の健康問題について以上のように把握した上で、地域の健康をどのように捉えるか、それに責任を負う保健所を初めとする地域保健行政はどうあるべきかについての方法論を、私なりに次のようにまとめてみたい。

まず第一は、保健所や各自治体の保健行政を進めていく上で、家庭や職場への訪問や日常保健活動を通じて労働や生活の実態をよくみて、それに統計的裏付けを同時に加える、言換えると「暮し」をみて「健康」をみるという観点から、地域住民の健康を総合的にとらえて統計を解析いくことを基本にすえる必要があると考える。こういったことが毎年は無理であっても、3-4年に一度位はきちっとやって、地域の健康問題をどういう基盤の上で考えるか、それをもとにどう活動方向を決めるかといった、実質的な地域保健活動計画を立てそれをもとに活動を進めていくということが、地域格差がますます大

きくなりつつある今、どうしても必要である。

第二に言いたいのは、現在の保健所や自治体の地域保健活動をみると必ずしもそうはなっていない、むしろ、老人保健法や結核対策の集団検診方式に象徴されるような、受診率が何パーセントとか、衛生教育に何人受講者があったかが一番の大問題であり、役所の側の都合だけで活動計画を立てるといったやり方になっているのではなかろうか、という点である。このようなやり方では、特に大阪を初めとする都市部では本当に健康上の問題を持った人々はひっかかってはこない。そのレベルで検診率が10%だとか20%だとか議論しても、本質的な差はないと思わねばならない。疾病の予防・早期発見を言いがら住民の健康水準を向上させるためには効果の少ないことをしているのではないだろうか。このような活動にあるのはデモンストレーション効果ぐらいのものかもしれない。このような方法で実施された検診成績の分析から、住民の健康状態を云々することは、正しい実態把握からかけ離れたものになる恐れが大きい。

第三は、大阪を初めとする都市住民の不健康問題は生活や労働の問題が基礎になって起こっているという点についてであり、根本的には行政の縦割りの中で解決策を見つけようとするには限界がきている。総合的行政をやらなといけないうようなことは、最近国レベルでも府県レベルでも言うようになってきたが、そういう観点から問題を取り上げ対処するようなことは殆どされていない。大阪府では、府下全保健所に昭和63年4月から保健福祉推進室が設置された。府民の不健康問題の解決に役立つ方向で機能させることができればよいと思うが。

第四は、以上のような観点からもう一度今我々行政がやっている活動をみると、保健所・自治体も含めて問題のある効果の薄いやり方になってしまっていると思わざるを得ないのであるが、それを本当に変えていくにはどうすることが必要かという点である。行政サイドそれぞれの部署で努力する必要があるけれども、必ずしもそうはなっていないだろうし、むしろ弱者切捨てとも思える方向に進んできているようにさえ思える。取り残されている者の健康をどう守るか、自衛的な立場から行政の方向を変えさせていく力となるような組織が必要なのかも知れない。

いま、都市住民の健康破壊を引き起こしている生活や労働など生活基盤の確立は、今後、超高齢化社会に向かうにあたって一層重要になっていくことは間違いない。老人問題においては、「暮し」の豊かさ、質が大きな比重を占め、医学的手段だけでは限界がある。病院や施設

に入れられて、薬づけで命だけ長らえて平均寿命が延びても幸福とは言えまい。超高齢化社会を迎えるまでになんとか解決への道を探り当てたいものである。

(稿を終えるにあたり、終始御指導いただきました大阪大学名誉教授 朝倉新太郎先生に心より御礼を申し上げます。)

(第29回社会医学研究会総会シンポジウム)

参考文献

- 1) 朝倉新太郎：現代大都市の保健問題、社会医学研究、1、7～18、1980
- 2) 逢坂隆子：大都市スプロール地帯の住民生活と健康、社会医学研究、1、67～88、1980
- 3) 豊中市地域医療保健研究会：小零細企業従業員の健康管理のシステム化に関する研究、大阪府医学会医学雑誌、16(1)、196～199、1982
- 4) 安部和子他：大阪府下の地区別健康指標に関する研究(その1) 地域差とその社会的背景、日本公衛誌、27(10)特別号、300、1980
- 5) 荒木真澄・他：大阪府下の地区別健康指標に関する研究(その2) 大阪市周辺のスプロールによる不健康地帯の形成、日本公衛誌、27(10)特別号、301、1980
- 6) 逢坂隆子・他：大阪府下の地区別健康指標に関する研究(その3) 死因分析をとしてみた泉州地区の特徴、日本公衛誌、28(10)特別号、680、1981
- 7) 荒木真澄・他：大阪府下の地区別健康指標に関する研究(その4) 泉州地域の中老年死亡遺族訪問調査より、日本公衛誌、28(10)特別号、681、1981
- 8) 児玉善郎他：大都市における住居と中年期死亡の関係に関する研究、日本建築学会近畿支部研究報告集計画系、1984
- 9) 岡部正昭：住環境が健康に及ぼす影響に関する研究—大都市における中年期死亡を対象として—、神戸大学工学部環境計画学科卒業論文、1984
- 10) 逢坂隆子他：都市部における小規模事業場の健康管理に関する一考察—大東市における実態調査をもとにして—、厚生指、35(9)、3-8、1988
- 11) 逢坂隆子他：小規模従業員の健康実態について—事業所検診の事後指導と通じて—、日本公衛学会近畿地方会口演要旨集、84、1987

労働者の生活実態をとらえる視点と枠組み

— 暮らしと健康・いのちを一体のものとしてとらえる視点から、
生活問題として構造的に把握する —

三 塚 武 男 (同志社大学文学部社会学科)

1. はじめに

私は、1966(昭和41)年、同志社大学社会学科に新設された産業関係学専攻のスタッフの一員として参加し、現代の労働問題の構造とその対策の体系を理論的・実証的に明らかにする作業の一環として、労働者生活問題に関する実態調査に取り組んでいるものです。このたび社医研で報告の機会を与えられましたので、試行錯誤的な調査研究の過程で、最近になってようやく明確になってきたと思われる調査方法論の問題を提示し、大方のご批判とご意見をいただき、これからの調査研究を進展させていきたいと思っております。

労働者生活問題を現代の労働問題の一環として位置づけて、労資関係を軸に、その構造を実証的に分析することを主要な研究テーマにしています。従って、今回のシンポジウムの「健康問題をいかに把握するか」というテーマについての私の報告も、社会医学的方法論の視点については全くの門外漢です。はじめに結論的なことを申しあげるならば、長たらしい副題で表現しておりますように、健康問題を生活問題の集中的な現われとして、それを規定している基本的な条件や要因を相互に関連づけ、トータルにとらえる視点と枠組みを提示することが主要な目的であり課題であると考えています。

2. わが国における生活問題研究の立ちおくれ

わが国においては、労働者生活問題に関する社会科学的研究は、大きく立ちおくれしています。わが国においては、という以上、諸外国との比較研究を踏まえて具体的に説明する必要があると思っております。しかし、ここでは、例えば、科学的な貧困(問題)研究の立ち遅れを指摘するだけにとどめておくことにします。

生活問題研究が立ち遅れている理由はいろいろありますが、最も大きな基本的理由は、わが国では、戦前は天皇制絶対主義と軍国主義的な侵略戦争の下で、戦後は国家独占資本主義による利潤追求・生産第一主義の高度経済成長政策の下で、一貫して生産の担い手である労働者

のいのちと健康が軽視され、暮らしといのちが切り離されてきたと言う歴史と現実そのもののなかにあります。

そして、社会科学の基礎である経済学も生活については「労働力の再生産」の問題として取り上げ論じているものが多く、資本の再生産にとって必要不可欠な生産要素の一つである「労働力(商品)」を主要な課題にしているという理論研究上の問題があります。人間の生活を「いのちの維持・再生産」の課題としてとらえる視点と方法が欠落しています。

その背景には、日本の労働組合運動が大企業の本工(正職員)中心の企業別組合の組織形態をとり、階級的な連帯や共通課題での統一行動が企業ごとに分断され企業内に封じこめられ、要求・運動も個別企業を交渉相手にした名目賃金額の引上げが中心で、広範な労働者・勤労住民に共通するいのち・健康や基本的な権利にかかわる課題での日常的な取組みが弱いという事情があります。労働問題研究も、労働者とその家族のいのち・健康や暮らしに関わる課題よりも、大企業・独占資本のカネ儲けとその論理である効率性(質より量、過程よりも結果)本位の専門に細分化された狭い各論的な研究(例えば、労働経済論、経営労務論など)に集中する傾向が顕著になっています。

労働者生活問題に関する科学的研究は、経済学を基礎に据えられなければなりません。同時に経済学だけでなく、いのち・健康を直接扱う衛生学や社会医学をはじめ法律学、家族論、社会心理学、住生活環境論、社会教育論、社会保障・社会福祉論など、関連領域の研究成果をふまえた総合的・学際的な共同研究とそのための実践的な方法論(組織・運動論)を追求していくことによって発展できるものと考えております。とりわけ、働く人びとのいのち・健康を真正面に据えて、暮らしと暮らしを規定している自然的・社会的な環境、条件を関連づけて、構造的・法則的に捉えることが必要です。

私は、生活問題についての調査・研究をすすめる上で、「健康会議」(医療図書出版社)に連載された久保全雄先生の『生きる条件』と野村拓先生の『講座・医療政策史』、丸山博先生の『健康相談』(岩波新書)や『保健婦

とともに』(医療図書出版社)、若月俊一先生の一連の「地域保健・医療論」などから学ぶことが多くかつ大きいものがありました。例えば、くらしといのち・健康を一体のものとしてとらえる life の視点、健康破壊の構造、健康・医療政策による人間のふるい分け、事例研究と統計的研究や歴史的研究との関係、労働運動や住民自治の発展なくして働く人びとのくらしといのち・健康を守ることは出来ないこと等、生活問題研究における基本的な視点と考え方について教えられました。久保先生の『生きる条件』と野村先生の『国民の医療史』(三省堂選書)は、ゼミナールや貧困問題研究会・生活問題研究会のテキストにして皆で読み合っています。

3. なぜ、実態調査をするのか

さらに、理論的に立ち遅れている生活問題研究において、もう一つ重要なことは、具体的な事実にもとづく歴史的・実証的な分析の積み重ねとその作業を通じて一定の法則性を見出すことです。具体的な作業としては、官庁統計を批判的に検討し利用することも多くなりますが、そのためには、生活問題の構造を把握するための理論的な視点と枠組みを設定して、自ら実際に実態調査をすることが必要になります。

調査の目的・課題を明確にして、既存の文献・資料を集めて分析し、作業仮説を立て、調査項目を設定する。現地調査を実施するまでに、関係者の協力体制をつくるか調査員の学習・訓練をしておくことが事態調査では重要な鍵を握ることになります。回収した調査票の点検・整理も、正確な資料を確保するためには大事な作業です。このような、どの段階も手を抜くことのできない一連の集団的な作業過程を実際に体験し、集計した数字(事実)にもとづいて分析・検討をすると、統計数字に対する関心や考え方、数字の読み方も変わってきます。その数字は、どのような現実を、どういう考え方と方法でとらえたものなのか、吟味するようになります。そして、目の前にある統計数字を読むのではなく、数字を手がかりにして、その背後にはどう現実があるのか、生きた現実そのものについて考えることの楽しさが判るようになります。

このような作業は、予想した以上に、テーマ(労力)もヒマ(時間)もかかるので、結果や効率性に捕らわれている「研究」者は余り手がけないようですが、統計数字の見方や扱い方を体得する上では不可欠ではないか、と考えています。それは、土を耕し、タネを播いて土をかけ水をやりながら、いのちの芽を育てる農作業(生産労働と文化の原点)と共通した面があるように思われます。

生活実態調査は、調査する目的・課題についての認識と実践の力量の面で、一定の水準(質)を備えた調査員集団による訪問ききとり調査が原則でなければならない、と考えています。従って、実態調査では、一定数の調査員を集め、目的・課題を実現するために必要な学習・訓練を積むことによって集団づくりをすることが、調査の成否と内容(質)を決定するほど重要な意味をもっています。私たちは、毎回、調査活動と調査員の手引書として、大牟羅良著『ものいわぬ農民』(岩波新書)を調査論として読むことにしています。

この書は、調査論として書かれたものではありませんが、(1)住民のくらしの場に実際に足を運び、(2)くらしと健康を結びつけ、(3)くらしの背後や基盤にあるしごとや労働の条件、地域の歴史、風土、生活習慣、社会関係などとの関連で、(4)働く人びとのくらしの生の声をききとり、(5)日頃抱いている思いや願い、要求、期待などを実現する筋道や条件について、(6)その地域でくらししている人びとと共に考え合う、という調査実践のあり方について、誰にでも判るように述べられているからです。調査の方法論としても、調査をするものと調査をされるものとの社会(階級)関係が基軸になって展開されますが、この問題について『ものいわぬ農民』は参考になることがくわしく述べられています。生活実態に関する調査実践論として読むならば、最も優れた本ではないか、と考え活用しています。保健婦をはじめ地域保健・医療や地域福祉にかかわる専門職員にとって、必読の文献ではないでしょうか。

私たちは、これまですぐれた調査員集団が確保できていることもあって、2年に3本ぐらいのペースで実態調査をおこなっています。最近、実施した実態調査の考え方や枠組み、集計方法と結果の分析については、この研究会でも多くの方に買っていただきました。大津市社会福祉協議会(0775-25-5250)の『地域福祉の課題』に詳しく書いておきました。また、京都府保険医協会(075-311-8888)の委託により、奈良県立医大の山下節義先生を中心にした共同研究チームが1987(昭和62)年9月に実施した「京都府民の健康と医療・福祉に関する総合調査」のまとめも近々に発表の予定です。詳しくは、それらの報告書を参照していただきたいと思います。

4. 生活実態をとらえる基本的な視点と枠組み

実態調査は、つねに、対象(範囲)と時期、場所を特定しておこなうものであり、一回の調査で何もかも把握できるものではなく、さまざまな限界をもっています。そ

れだけに、調査の目的・課題—理論仮説と作業仮説を明確にしてすすめていくことが大切です。この過程が軽視されると、とかく現象面についての断片的で部分的な項目の寄せ集めや羅列にとどまり、その調査によって何を明らかにすることができたのか全体像がはっきりせず、個々の項目(部分)の意味や相互の関連性も明らかにならない、という結果になってしまいます。

とくに、調査する課題をどうとらえるのか、その視点と枠組み(方法論)を明確に設定することが必要不可欠であります。

基本的な視点として大切なことは、人間は環境や社会によって規定されると同時に、力を合わせて現実に働きかけ歴史をつくりかえることが出来る社会的な存在であり、人間のくらしは社会とその基盤としての生産の担い手である多数の働く人びとのいのち・健康の維持・労働力の再生産の過程としてとらえることです。それは、特定の時代と特定の社会では、生活構造論のような人間のくらしにかかわる様々な要素や側面の単なる集合(寄せ集め)としてではなく、一つの構造を持ったものとして捉えることが必要です。

生活問題とは、資本主義社会の仕組みのなかで、社会を動かしている資本の蓄積運動の法則(論理)によって、

働く人びととその家族のいのち・健康と労働力の再生産が歪められたり破壊される現実から発生してきます。

具体的には、(1)資本主義生産の発展によって、雇用されて働く賃金労働者の「数の増加」と、(2)資本の蓄積運動にとってもっとも基本的かつ直接的な労働過程における労働者に対する様々な形と方法による分断支配と搾取の強化 — イ. 失業・雇用不安や不安定雇用の増大、ロ. 長時間労働、低賃金、過密労働、労働環境(安全、衛生)など労働条件の悪化、ハ. 能力主義的な競争と労務管理の強化、ニ. 労働者の社会的地位(権利)の向上や労働条件決定の拠りどころである労働組合運動に対する分断と包摂による組織攻撃があります。

(3)それに加えて、生活過程における様々な収奪と競争・分断による支配が強められています。たとえば、イ. インフレーションや物価の上昇、増税、社会保障負担、住宅費、教育費などの増大による追加収奪、ロ. 生活様式の高度化の名によって社会的に強制される消費支出の種類と量の増大、ハ. 個人的にまかなうことが困難な保健・医療機関、一定の居住水準と設備を有する住宅、公園、集会所、教育施設、図書館、子どもの遊び場、保育所、スポーツ・レクリエーション施設、各種の社会保障給付・社会福祉施設・サービス(社会的共同生活手段)の不備・不足とそれにつけこんで進出してくる民間企業的生活関連商品の供給(市場拡大)による生活上の負担、困難や不安の増大があります。

しかし、このような過程は、(4)同時に、資本主義生産の発展にともなう労働者階級の増大を客観的な基盤に、職場やくらしの場における様々な要求・運動を進展させています。

以上のような、マルクスが「資本論」第23章および第24章において定式化した「資本蓄積が労働者階級におよぼす影響の一般的、絶対的法則」を理論的な基礎に据えて、生活問題を現代の労働問題の一環として位置づけ、くらしといのち・健康を一体のものとしてトータルにとらえるための基本的な柱と枠組みが、次の図1. です。

この図は、働く人びとの生活実

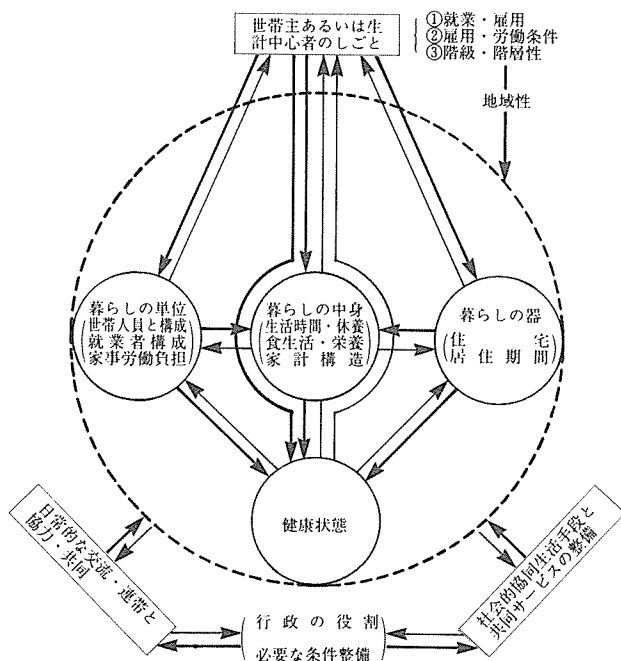


図1. 生活実態をとらえる基本的な柱と枠組み

態を生活問題として、あるいは生活問題の集中的なあらわれとして健康問題を捉えるため最少限必要と考えられる項目とその相互関係を示したものです。

(1) 点線で囲んだ円の中が、くらしの具体的な内容です。イ. その中心をなしているのが、人間のいのち・健康の保持・増進(再生産)であり、「人たるに値する」くらしの条件や水準を実質的に確保しているか、という問題です。そして、ロ. 一定の居住水準と設備を備えた住宅と生活基盤・生活環境施設のなかで、ハ. 一定のくらし(世帯)を構成し、お互いに対話・協力し合いながら営まれているくらしの中身と水準は、ニ. 生活時間、家計支出の構造、余暇活動、食生活、休養などに現われています。とりわけ、ホ. 働き手の健康(破壊)状態に集中的にあらわれる傾向(法則性)があります。

これらの柱を個々バラバラに羅列したり並べ立てるのではなく、基本的に規定している条件や要因を明らかにしながら相互に関連づけて構造的なもの(a body)として把握することが重要である、と考えています。何故ならば、人間と同様、人間のくらしもまた、つねに社会的なものであり、生きもの(有機体)だからです。

図1. のなかで太い線で示したものが、いずれも、より基本的な規定条件あるいは規定要因と考えられます。

(2) くらしの内容(1)を規定している基本的な条件としては、まるい点線の外側に□で示したような、三つの社会的な条件があります。

イ. くらしの基盤としてのしごと・雇用とその具体的な条件や内容です。

ロ. 働く人々が、人間らしく生きるために無くてはならない拠りどころとしての職場や、くらしの場である家庭・地域における民主的なヨコの結びつき、日常的な交流・連帯と対話・協力関係の広がりや深まりです。それは、労働とくらし・健康を支える条件であり、働く人びとの集団的な自治・自立の基礎でもあります。

さらに、ハ. 雇用労働者が増加し都市集中がすすむことにより、都市的な消費的生活様式が支配的になると、生産手段の所有から切り離されている多数の労働者にとって、個人的な自助努力(賃金所得)だけではまかなうことのできない社会的共同生活手段の公共的な整備が必要になります。

ロ. およびハ. の諸条件は、国と自治体の責任と費用負担によって総合的、体系的に整備される必要があります。しかも、ハ. の社会的共同生活手段はロ. の住民自治の発展の拠りどころになるように設置・運用することによって、ロ. の発展がハ. を一層整備・拡充させる条件・基盤にもなります。車の両輪のように、密接不可分の関係が

あります。行政による条件の整備のいかんが、住民にとっては、くらしやすいか否かをきめることになります。

働く人びととその家族のくらしの内容・水準を規定している社会的な条件のなかで、最も基本的なものは、イ. の雇用・労働条件とそれを決定する拠りどころとしての労働組合運動のあり方、組織的な力量(資本との対抗力)です。

生活問題をとらえる場合、とかく消費生活や家庭生活のレベルで考える傾向がありますが、くらしの基盤である雇用・労働条件の問題を根柢に据えて構造的に捉えないと、くらしを規定している基本的な条件や要因を明らかにすることはできません。わが国における消費生活は、独占・大企業的大量生産—大量販売—大量使い棄てのメカニズムやサイクルに組みこまれたモノの購買とその一時的な所有、そのためのカネの支出(借金やローンを含む)が主要な中身・行動になっています。住宅やクルマ、電気製品、食品などの大量販売が消費者の競争と分断・対立を促進し、健康・いのちを侵害・破壊する要因にもなっています。

今や、消費者の多くは労働者・勤労住民であり、当然、消費は雇用とそれにもとづく賃金や労働所得の水準、即ち、労資の階級的な分配関係によって規定されています。

5. なぜ、生活問題としてとらえるのか。

働く人びとのくらしや健康の実態をとらえる場合、それに規定されている意識や要求も含めて、社会問題としての生活問題・健康問題として構造的に捉えることが重要です。

このことは、対象とする課題を、客観的な状態そのものではなく、資本主義社会の発展にもなつて必然化する多数の働く人びとの労働とくらし、健康・いのちをまもり、平和と民主主義、基本的権利の確立をめざす組織的な要求・運動の発展によって、何らかの社会的な対応を迫られている課題として取上げるということです。したがって、生活問題・健康問題の範囲や内容、社会的性格などは、つねに問題を提起すると同時に、自らその解決ないし実現のために取組む主体的条件、即ち、組織的な要求・運動の発展とあり方、力量などによって規定されています。

労働災害・職業病、公害、難病、ひとりぐらし老人、障害者・ねたきり老人、ボケ老人などの実態が示しているように、問題となるような客観的な事実が存在しているにもかかわらず、それを社会的に対応し解決すべき課題として提起する要求・運動の発展がなければ、社会問題としての生

活問題にはなりません。職場や地域での運動や組織的な取り組みが立ち遅れていたり弱い場合には、要求・課題が潜在化し、問題の社会(階級)的性格がアイマイになり、企業、資本や権力(政策)側が強制する「生活・健康自己責任の原則」にもとづいて個人や家族が個別的に処理すべき事項とされる傾向が強められます。

従って、職場やくらしの場における日常的なヨコの結びつき、民主的な交流・連帯や対話・協力関係はどうなっているか。例えば、明るい働きやすい職場か、誰でもくらしやすい家庭・地域であるかどうか、その度合いとの関連で、住民のくらしと健康の実態を捉えることによって、課題性とそれを解決する拠りどころ(主体的、組織的な条件)、展望をも統一的に明らかにすることができます。

このような労働とくらしを支える条件は、多くの職場に働く人々に共通する要求・課題で共同行動や統一行動を組んでいる労働組合があるか、組合員の活動への参加はどうか。くらしの場においても、職場での集団的・民主的な活動の経験と教訓を活かして日頃家庭での対話・協力関係や隣近所とのつき合いを大切にしているかどうか。身近かなところにくらしや健康・医療のことなどで相談したり話し合う相手がいるか。くらしや健康・いのちをまもる自主的な組織・運動に参加しているか、などによって規定されています。行政が実施し作成している調査や統計資料には、このような条件に関する指標はほとんどありません。みずからの労働によってくらしを支えている人びとの課題として実態調査をする場合には、是非、このような視点から、必要な項目を設けて欲しいものと思っています。

現在、「自助・自立」の名で、支配する者にとって都合のよい、生活自己責任の原則にもとづく資本主義(能力主義)的な競争や個別分断的な管理が強化され、血縁による共同体的な結びつきが分解され、職場や地域・学校などでも人間関係がバラバラに分断・対立されています。いたるところで社会的な孤立状態が作りだされ、人間らしい労働とくらし・健康を支える条件が弱められています。このことが、職場でのストレス、ノイローゼ、単身赴任、過労死や自殺、子どもの登校拒否、いじめ、非行・暴力、自殺、ひとり暮らし老人、障害者・ねたきり老人・ボケ老人をかかえている家族など、社会生活上のさまざまな困難や緊張・不安を増大させる要因にもなっています。これは、いずれも、高齢者や障害者、子ども、病人、婦人、低所得者など、未組織で社会的に弱い地位におかれている人びとにしわ寄せされています。

しかし、この過程が、同時に、働く人びとの労働の集

団性・共同性・規律性に根ざした階級的な連帯とくらしの場における様々な交流や対話、協力を促進し、集団的な自治を発展させる基盤と条件をつくり出し拡大させています。婦人や青少年、障害者、同和地区住民など、様々な階層と集団、地域において、社会的自立をめぐる、支配(権力)側が押しつけている個別分断的な「自助・自立」と働く人々が人間らしく生きるための拠りどころになる集団的な「自治・自立」との激しい対抗関係がくりひろげられています。まちづくりや地域保健・医療、社会教育および地域福祉の場においても、それが、上からの管理・支配の強化か、それとも下からの住民自治の発展を促進するものか、が厳しく問われています。

6. 社会的健康を基軸にして健康問題を構造的に把握する。

職場やくらしの場における日常的なヨコの交流・連帯と対話・協力は、すでに述べたように、労働とくらしを支える条件ですが、健康の概念にひきつけて考えるならば、三つのレベルの健康のなかの社会的健康に相当するものではないでしょうか。

生活問題の集中的な現れとして今日の健康問題を捉えるためには、社会的健康を基軸にすえて、たとえば、社会的な存在である人間は、信頼できる相談相手・話し手が身近かなところに居ないとか社会的な孤立状態が長く続くと、ストレスが高まり、ノイローゼやボケ、いじめ、非行などの精神的な不安定や健康破壊におちいり、更には、歩行・外出困難、ねたきり、過労死、自殺、心中など身体的な健康破壊やいのちそのものの損耗にいたる。このような健康破壊の構造と過程、その社会的な必然性(論理)を実証的に解明する必要があります。

図2.は1987(昭和62)年9月に実施した「京都府民の健康と医療・福祉にかんする総合調査」の中で、「お宅では日頃、健康を保持、増進させるためにどんなことをしていますか」という設問に対する回答を、家庭・地域における対話・協力(社会的健康)を大切にしているか否かによって区分してまとめたものです。

この数字は、健康が保持されているという状態(結果)を示すものではなく、それぞれの家庭が健康の保持・増進のためにどういうことを心がけ努力しているかを示したものとして読みとらなければならないでしょう。その背後には、そのような配慮や努力をしなければならない労働条件やくらしの現実があるとも考えられます。

どちらの場合も、人間のいのちの再生産・健康の保持にとって必要不可欠な、「食べものに気をくばる」(例え

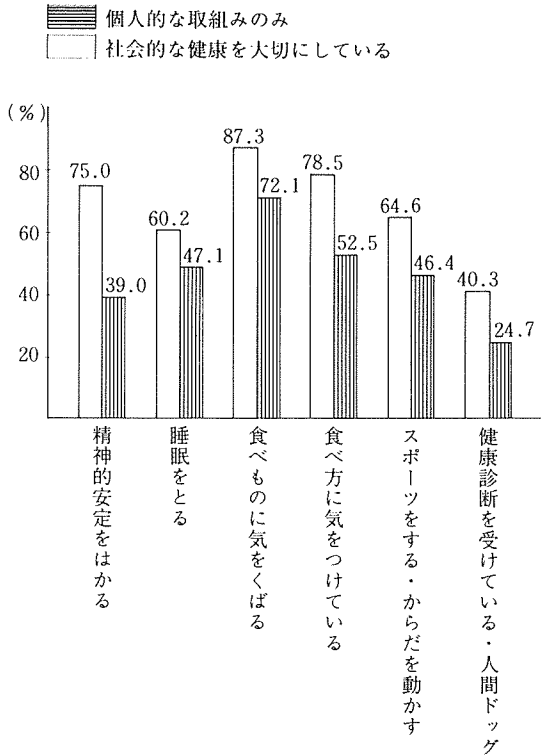


図2 健康の保持・増進のためにしていること

ば、食品添加物をひかえる、インスタント食品や加工食品を少なくする。塩分をひかえる、酒量をひかえる、野菜を多く食べる、など」という回答が最も高い割合を占めています。

次いで、社会的な健康を大切にしている家庭では、第2位には「よくかんで食べる」「栄養のバランスに気をつけている」「食べ過ぎないようにしている」など「食べ方に気をつけている」。第3位には「イライラしないようにしている」とか「時々、気分転換をはかる」など「精神的安定をはかる」。第4位は「ジョギング」「よく歩くようにしている」「なわとび」「体操・スポーツ」「家庭でできる健康機器の利用」などの「スポーツ・からだを動かすこと」。第5位は「できるだけ睡眠をとるようにしている」などの順になっています。

それに対して、個人的な取り組みにとどまっている家庭の場合は、第2位は前者と同じように「食べ方に気をつけている」となっていますが、第3位は「睡眠をとる」、第4位は「スポーツ・からだを動かす」、そして第5位が「精神的安定をはかる」という順になっています。第2位以下の比率がぐっと低くなり、それぞれの間の差が余り

ないことも目立った特徴です。そして、社会的健康を大切にしている場合に比べて、第3位と第5位の順位が入れ替わっており、「精神的安定をはかる」という回答が著しく低率になっています。

なお、「健康診断を受けている、人間ドックを利用している」という回答は、どちらの場合も最下位ですが、とくに社会的健康を大切にしていない家庭では4世帯に1世帯の割合にすぎません。

また、それぞれの項目別に回答の差をみると、「精神的安定をはかる」が最も多くて36.0%、ついで「食べ方に気をつけている」が26.0%、「スポーツ、からだを動かす」が18.2%、「健康診断を受ける、人間ドック利用」が15.6%、となっています。

このような数字だけで断定的なことを言うことはできないかもしれませんが、社会的な健康に留意することが基本であり、そのことが精神的健康と身体的な健康の保持・増進にも結びついています。それに対して、日常的な交流と対話・協力がなく個人的な取り組みにとどまっている場合には、「食べ方に気をつけている」とか「精神的安定をはかる」「スポーツ・からだを動かす」「健康診断を受ける」など相対的に低率になっているという事実は、働く人びとの健康問題とその対策を考える上で重要な手がかりを提供しているものではないでしょうか。

例えば、保健婦や栄養士、或いは、ホームヘルパーなどによるひとりぐらし老人に対する会食会、給食サービス、料理講習、健康教室、健康相談などの事業・活動も、個別的な指導・援助にとどまることなく、老人問題の重要な側面である社会的な孤立化に対応した取組み一地域のなかで住み続けるために不可欠な条件の一つである日常的な交流と対話・協力関係を組織すること—を基軸にすることです。

一定の広がりともまとまりをもっている地域—例えば、小学校区ないし旧大字・町単位一別に、救急車の出動状況を見ると、医療機関の充足状況や住民のくらしと福祉にかかわる機関・施設の配置・利用状況にもよりますが、低所得者が多く、住民相互の日常的なヨコの結びつきやまとまりのよくない地域ほど、急病、事故、火災などの理由による出動件数が多くなっています。

7. 生活問題の階層性

生活問題は、一定の規模と構成をもって営まれているくらしの単位としての世帯が、今日の社会でどの階層に位置づけられているかによって現われ方や内容が異なっています。

生計中心者が働いていない世帯や働いていても就業・雇用が不安定な世帯は、高令者・母子、若年層などにみられるように、賃金・所得が低くて不安定であり、従って、世帯の規模も小さく、働き手の数も少ない上に不安定な仕事に就いている場合が多い。住宅は、老朽化したアパートや文化住宅・長屋、公営住宅など、狭小過密で設備も劣悪なところでの居住を余義なくされています。保健・医療や社会福祉などの機関や施策の必要性は高いと思われるにもかかわらず、必要なときに利用できるように報らされていない世帯が多いことも著しい特徴です。

それに対して、生計中心者が相対的に規模の大きい事業所で安定した雇用（専門・技術職、教員、公務員、サラリーマンなど）を確保している場合には、家族の数も多く三世同居や専業主婦の割合が相対的に高く、世帯員の就業・雇用も安定しています。住宅ローンによる持家、子どもに対する教育要求、衣服やレジャー、貯蓄に対する欲求が高いのも、この安定層の特徴です。当然、階層によって世帯構成にも違いがあり、子どもや老人、障害者を扶養・介護する能力にも違いがあります。家計支出の構造や内容にも違いが見られます。特に、健康状態に階層性が鋭く現れています(図3)。

基本的に、生計中心者の就業・雇用と労働条件によって、本人だけでなく家族の健康状態が規定されているわ

けですが、くらしの基盤だけでなく、くらしの条件や内容、水準、くらし方、労働とくらしについての考え方や意識など階層によって違いがあり、それが健康状態にも現れているものと考えられます。それに加えて、わが国の医療保障制度が被保険者の階層によって格差が設けられ、国民健康保険のように、就業・雇用が不安定で条件が劣悪な階層ほど保険料の負担割合が高く給付の要件や内容・水準が低劣になっているので、貧困と疾病の悪循環が一層加速されることになっています。

生活問題・健康問題を科学的・実証的に解明するためには、平均値だけで見るとはならず、階層性を重視することが必要であり不可欠な作業と考えられます。このような視点と方法は、行政がおこなう調査にはほとんどありません。国勢調査は、人口20万人以上の都市については従業上の地位と職業分類による就業者数を組みかえて階級・階層構成を算定することはできますが、労働・生活条件との関連(クロス)を明らかにすることはできません。また、1959(昭和34)年から5年毎に実施されている「全国消費者実態調査」(総務庁)は、従業者規模別の集計をしていますが、社会階層による区分ではありません。

実際に住民の生活実態に関する調査をする機会がある時に、階層性を明らかにする項目を設けて、クロス集計ができるように設計すると住民のくらしと健康をまもる武器になる調査ができます。自治体が委託した実態調査でも、階層性を把握するための項目に難色を示したり削除を求める場合があります。住民自治の発展とくらし・健康を守ることの密接不可分性についての認識を深め、必要な調査・統計利用をすすめることも重要な課題であると思われます。

社会階層を把握するための指標としては、一般的に、職業・職種や所得などによって区分することが多くみられます。しかし、職業だけでは雇用・労働条件の格差構造を捉えることは出来ないし、夫婦共働きや世帯員の多就業化が増加し、税金、社会保険料負担の増大と月賦・ローンの返済が常態化している現在、世帯全体の所得を正確に捉えることは困難になっています。

生計中心者の雇用と世帯員のそれとの間には相関関係があるので、基本的には、世帯の賃金・所得の主要な源泉である、生計中心者の雇用・労働条件にもとづいて、階層区分をする方が実態に合っていると考えられます。具体的な指標としては、生計中心者の就業の有無と働いている場合には従業上の地位、産業・業種、職種、事業所の規模、雇用形態などを組み合わせ、次の様な6つの階層に区分することができます。

	全く健康	具合の悪いところがある	病気で医者に診てもらっている
全 体	22.1	54.3	23.6
経 営 者 層	24.1	53.2	22.7
ホワイトカラー層	29.3	57.3	13.3
ブルーカラー層	24.0	61.4	14.6
不安定雇用者層	20.1	61.0	18.9
自 営 業 者 層	21.3	56.0	22.1
無 業 者 層	12.4	24.2	63.4

図3 階層別にみた生計中心者の健康状態

- (1) 経営者層……他人を3人以上雇入れて事業を営んでいる業主と部長以上の管理職。
- (2) ホワイトカラー層……規模30人以上の事業所に勤めている事務・営業関係の労働者、専門・技術職、事務系公務員。
- (3) ブルーカラー層……規模30人以上の事業所に勤めている現業・労務関係の労働者。現業公務員。
- (4) 不安定雇用労働者層……規模30人未満の事業所に雇われている労働者、運転手、大工、左官、調理士などの職人、商業・サービス業関係に雇われている店員、臨時・日雇労働者、パートタイマー、内職労働者など。
- (5) 自営業者層……家族労働力が主体で雇用者がいても2人まで。(1)の経営者層の場合は、他人を3人以上雇入れ、営業利益(利潤)が得られるが、自営業者では実質的には家族総出で働いても、暮らしを維持するだけで精一杯という生業的なものが多い。
- (6) 無業者層……生計中心者が定年、老令、失業、病気、障害、女性は家事などの理由で働いていない、他に働き手のいない世帯が多い。

ホワイトカラー層およびブルーカラー層は、単なる職種による区分ではなく、勤め先の事業所規模30人以上の相対的に安定した階層です。労働の態様や内容だけでなく、暮らし方や意識などもそれぞれ違いがあるので、階層として区分する必要があります。

不安定雇用労働者を従業員規模30人以下としたのは、高度経済成長の過程で増加した雇用労働者のなかで大きな比重を占めている不安定雇用・低賃金労働者の位置づけと性格をできるだけ正確に捉えるためです。「就業構造基本調査」や「国民生活基礎調査」「民間給与の実態」などの統計によると、現在、雇用労働者4,300万人のうち不安定雇用・低賃金労働に就業しているのが1,700~1,800万人と約4割を占めています。1973年秋のオイルショック以前は1,300万人でしたが、1975年以降になると1,500万人を数えるようになり、その後も10人未満の小・零細企業労働者やパートタイマーの増加にみられるように、増加傾向をたどっています。

また、労働組合の組織率も規模30人以下になると3%前後と著しく低くなり、したがって労働・生活条件も劣悪で不安定になっているからです。1982(昭和57)年以降、労働省「労働組合基本調査」は規模別の組織率を発表していませんが、それまでの経過から、規模500人位上では60%台、100~499人では30%前後、30~99人では9%前後と推定されます。

8. 生活問題の地域性

さらに、多数の働く人びとにとってますます重要な課題になっている保健・医療をはじめ教育や住宅、社会福祉、まちづくりなどの対策や活動をすすめていくためには、生活問題の階層性とあわせてその地域性を重視する必要があります。とりわけ、地域保健・医療や社会教育、地域福祉の実践、或いは、地域保健計画、地域医療計画、地域福祉計画の策定や、それに対する科学的・体系的な批判、検討を加えるためには、まず、住民の生活問題・健康問題の地域性を具体的に把握することが、出発点ないし基盤でなければなりません。

生活問題は、現実にはくらしの場に現れ、常に地域性をもっています。地域性を明らかにするための指標は、既に、生活実態をとらえるための基本的な柱と枠組み(図1)について述べたように、生活の内容を規定している三つの基本的な条件です。

繰り返しになりますが、それは、(1)くらしの場として一定の広がりともまとまりをもっている地域における住民の階級・階層構成。それは、生計中心者の就業・雇用と労働条件にもとづいて区分された社会階層によって捉えることが出来ます。(2)その地域における住民相互の日常的なヨコの民主的交流・連帯と対話・協力の広がりとも深まり、即ち、住民自治の基礎としてのくらしを支える条件づくりの度合いです。(3)住民自治の拠りどころとなり、くらしと健康を維持するために必要不可欠な保健・医療、公的な住宅・生活環境施設と教育条件、社会保障・社会福祉施設・サービスなどの社会的共同生活手段の体系的な整備と利用、の三つの条件です。

そのなかで、(1)の住民の階級・階層構成が、地域性を規定している最も基本的な条件です。階層性が、くらしを支える条件や必要な社会的共同生活手段の利用をも規定しています。さらに、世帯の規模・構成、住まいの条件、居住期間、家計支出の構造・内容、健康状態などのくらしの中身と水準、生活意識なども規定しているからです。

このような地域性を明らかにするためには、地域構造の特性と変化の基本方向を見定めることも必要になります。それは、表1に示すように、国勢調査の結果から、一定期間における府県・市町村および小学校区或いは大字を単位にした地域の人口密度と世帯の増減率とをクロスさせ、いくつかの「地域類型」に区分することによって得られます。

たとえば、(I)かなり人口密度は高いが世帯数は減少している地域、(II)人口密度が高く世帯数も増加してい

る地域、(Ⅲ)人口密度はそれほど高くなく世帯数が増加～停滞的な(横バイ)傾向をたどっている地域。この地域は、(Ⅱ)あるいは(Ⅳ)の方向に分化するかもしれない。(Ⅳ)人口密度が低い上に世帯数が減少している地域、などに区分されるでしょう(表1)。

表1 地域類型の区分方法

A	増	停滞	減
B			
高	(Ⅱ)		(Ⅰ)
中		(Ⅲ)	
低			(Ⅳ)

それぞれの類型ごとに該当する地域を地図に落してみると、(Ⅰ)は交通の要所や鉄道の駅、歴史的に形成された商店街を中心に、低所得の若年層や母子、高齢者などの転出入が激しいアパート・文化住宅、マンションなどが密集している地域、(Ⅱ)は(Ⅰ)に隣接した中小企業労働者が多く居住している地域、住工混合地域。(Ⅲ)は(Ⅱ)の外側に隣接して点在する高級住宅地、昭和50年以降増加している住宅地域。(Ⅳ)は中心になる駅から遠くはなれた交通・買物が不便で、医療機関や社会福祉施設なども余り設置されていないが、血縁・地縁による共同体的な結びつきが末だに残っている農山漁村地域という形で、(Ⅰ)を中心に同心円状に分布している様子がはっきりしています。そして、たとえば、高度経済成長政策がスタートした1955(昭和30)年以前と1970(昭和45)年前後、1985(昭和60)年の時点における分布状況を重ね合わせてみると、地域がどのように変化してきたか、その広がりや方向を捉えることが出来ます。

- A. 1960年～1985年の世帯の増減率
- B. 1985年の人口密度

このような地域類型ごとに区分する方法は、労働力移動の結果としての人口密度、世帯数の増減を手がかりにして、その地域の産業構造、交通・通勤の便、地価の上昇、住宅開発のあり方、生活環境条件や施設の整備状況など社会的な規定要因を明らかにする、という考え方もとづくものです。

に把握し、それに応じたキメ細かで総合性・体系性のある対応をすすめていくために必要不可欠なことである、と考えているからです。

次に、各地域類型ごとにそれぞれの地域における(1)住民の階級・階層構成、(2)暮らしを支える条件づくりの度合い、(3)各種の社会的共同生活手段の整備・利用の状況などに関する指標を一覧表の形にまとめてみると、生活問題の地域性が誰の目にもわかりやすく提示することができます。このようなヨコの比較分析とあわせて、一定期間における時系列(経時)的なタテの比較検討を組み合わせることによって、生活問題の地域性をより一層構造的、かつ具体的に捉えることが出来るものと思われま

いま、多数の働く人びとの雇用・労働条件や生活条件を規定している労資関係や職場・地域における能力主義的な競争と分断管理を強化する政策によって、働く人びとの側につくり出されている生活上の様々な困難や不安・緊張の実態を具体的かつトータルに把握する。と同時に、身近な地域において、住民の参加による自治活動や組織的・統一的な要求・運動が発展せざるをえない必然性(根拠)と取組む課題の共通性、共通基盤の広がりを明らかにするためにも必要な作業ではないか、と考えています。(第29回社会医学研究会総会、シンポジウム)

このような方法が、地域保健・医療、地域福祉の対象課題と実践の基盤・条件を明らかにするために必要不可欠な「地域分析」です。

参考文献

生活問題・健康問題の階層性や地域性を重視するのは、単に問題のあらわれ方の違いとその特徴を指摘するためではなく、働く人びとの暮らしと健康・いのちを一体のものとしてとらえる life の視点から生活問題を構造的

- 久保全雄著：生きる条件、増補改定五版、労働旬報社、東京、1988
- 野村 拓著：講座 医療政策史、医療図書出版社、東京、1968
- 丸山 博著：いのちと食、せせらぎ出版、1984
- 川上・小坂著：農村医学からメディア・ポリス構想へ、勁草書房、東京、1988
- 藤本 武著：国際比較 日本の労働条件、新日本出版社、東京、1984
- 藤本 武著：労働運動と労働立法、新日本出版社、東京、1988
- 大津市社会福祉協議会：地域福祉の課題、1987
- 三塚武男著：部落解放のまちづくり、部落問題研究所 1988

秋田県における農村医療の変遷と今後の課題

菅谷 彪 (秋田県厚生連 平鹿総合病院農村医学研究所)

1. はじめに

長い歴史をもつ研究会総会において、このような話を
する機会を頂いて有難く、また嬉しく思うのであります。
私は臨床の医師でありますから、自分で経験したことし
か紹介することが出来ません。時には大へん片寄った見
方をすることがあるかも知れませんが、秋田県における
農村医療の課題をいくらかでも浮き彫りに出来れば幸に
思っております。

1926(大正15)年、私は中国の東北部(旧満洲)の瀋陽
市(奉天市)で生まれました。両親は秋田県南の農家の出
身で、大正13年に中国大陸に渡っております。

終戦後はリュックサック1つを担いで博多に引揚げて
きました。昭和21年7月のことであります。広島、東京
の惨状に比べて郷里の横手(秋田県)は戦争の傷跡の見え
ない昔のままの田舎町でありました。しかし、実際には、
戦後の大きな改革、農地開放が着々と行われ、僅かな田
地、畑地は不在地主ということで全く無くなって仕舞い
ました。そこで改めて学校に入り直して、昭和27年に東
北大学の医学部を卒業したのであります。

さて、昔話になりますが、丁度、昭和10年前後のこと
であります。私の瀋陽の家を頼りに郷里の村の部落から
若い男女が数人来ました。両親がその人たちに職を世話
したり、学校に入れたり面倒をみている様子を傍で見て
いましたが、小学校の低学年の私には、彼等が遙々と海
を渡って大陸までやってきた意味は理解できなかったの
であります。

ここに、昭和5年8月11日付の秋田魁新報(地方紙)の記

表1. 秋田県横手地区農産物生産額 単位:円

年度	米	農作物	果実	その他	総計
昭和1	216,059	17,186	7,186	2,186	242,992
2	171,134	13,730	7,730	1,023	193,588
3	140,808	12,048	9,063	968	162,887
4	133,535	10,683	7,105	1,054	152,377
5	99,013	11,430	6,930	757	118,130
6	71,810	15,278	7,843	1,176	96,107

(横手市史 651頁)

事があります。「飢餓線上にあえぐ農民たち、横手市平
鹿郡の農村の窮乏さながら原始生活のごとし」と書かれ
ています。米やマユの値段の下落から、昭和元年の横手
市周辺の米生産額21万6千円が、昭和6年には7万1千円と
3分の1に減額しております。農家は大変な時期に入っ
ていたのであります(表1)。

以前から東北は医者に恵まれません。ごく最近の昭和
59年でも、全国平均人口10万あたり 150.6に対して、東
北では青森県が126.7、秋田県が127.5と低値であります。
従って、昭和の初め医者にかかるということ、医療を受
けるということが、農家では容易でなかったことも肯け
るのであります(表2)。

2. 戦前の農村医療

1) 秋田県における年次別、特定死因別、死亡数、 死亡率(人口10万対)

戦前(昭和5年)では、胃腸疾患による死亡が325.8と
最も多く、次いで脳血管疾患269.0、肺炎気管支炎187.9、

表2 秋田県及び東北5県の医師数

年次	実数人	人口10万 対率	
昭和1年	497	52.6	
5	493	49.9	
10	533	51.4	
16	552	51.9	
21	728	60.8	
25	781	60.4	
30	896	66.4	
40	998	78.0	
50	1,223	99.2	
昭和59年	1,597	127.5	
全 国	181,101	150.6	
東 北 五 県	青森	1,938	126.7
	岩手	1,989	139.0
	宮城	3,341	154.7
	山形	1,606	128.6
	福島	2,713	131.2

秋田県衛生統計年鑑(昭和59年)

表 3. つつが虫病の臨床例集計

県別 昭和年	秋 田	新 潟	静 岡	群 馬	東 京 (伊豆)	富 山	宮 崎	鹿 児 島	全 国
昭21~29	182例	464例	83例	例	例	例	例	例	737例
昭30~39	192	174	109				7		506
昭40~49	20	21	8				3		63
昭50		3							5
昭51	6	3	5			4			20
昭52	12	6	5	18	13	5	1		60
昭53	13	6	16	18	7	11	1		75
昭54	18	7	10	24	19	15	10		105
昭55	35	9	14	25	4	18	41	69	223
昭56	19	27	55	20	49	18	20	235	464
昭57	46	38	13	19	33	11	31	247	508

(秋大微生物学、1983)

結核117.6、腎炎・ネフローゼ117.3、老衰103.7、心疾患、悪性新生物、不慮の事故、自殺などでありましたが、今日では成人病(悪性新生物、脳血管疾患及び心疾患など)が死亡の上位を占めています。特に自殺については死亡数の漸増をみており、昭和5年に人口 10万対23.3であったものが昭和59年には29.3で、全国平均20.4よりも高い割合になっています。

伝染病についてみますと、昭和の初期は腸チフス、ジフテリア、猩紅熱、終戦前後では腸チフス、ジフテリア、赤痢、更には日本脳炎、髄膜炎などがみられました。

秋田の風土病といわれた雄物川流域(県南部)の「つつが虫病」は昭和10年頃には57名の患者が発生し、そのうち死亡は 9名であります。秋田県ばかりでなく山形県、新潟県も以前から好発地といわれております。しかし、近年は夏の季節だけでなく、春先、秋の季節にも、昭和59年には12月初旬にも発病しております。特に鹿児島県からの発生報告数が多いばかりでなく、従来あまり報告をみなかった県でも報告があって、今や、「つつが虫病」は全国的な問題になっております。

秋田県内の奥羽山系、出羽丘陵に沿って野兔病が時に見られます。本疾患については福島市には大原研究所の世界的な研究があります(表3、4)。

昭和51年から57年までに、自験例を含めて29例の野兔病患者の治療を行っております。これらの実態からみますと、山続きの東北6県、或いは新潟県などで病原菌をもった野兔に接触することによって発症する可能性は大であると考えねばなりません。若い研修医の皆さんには、高熱、発疹の患者さんが来院したときには「つつが虫病」を、また野兔病も一度は疑ってみて欲しいと話しておま

表 4. 野兔病の臨床例集計

昭和年	秋田県のみ	** 福島県ほか 6 県
昭21~30	60例	279例
昭31~40	*11	151
昭41~50	23	85
昭51	8	}—29
昭52	4	
昭53	2	
昭54	5	
昭55	4	
昭56	4	
昭57	2	

* 昭31~36

** 青森、岩手、秋田、山形、宮城、福島、千葉(大原研究所)

す。臨床例をスライドで見させていただきますが、「つつが虫病」では刺し口の発見が大切であります。有髪部、腋窩また股間などの被覆部にある刺し口は見落さないようにしなければなりません。野兔病の臨床例では、腋窩リンパ節あるいは頸部リンパ節の腫大を現わすことが多いので、リンパ節腫大の所見を認めたときは、野兔との接触の有無を確かめることにしております。

2) 医療利用組合の設立

秋田県における農村医療を語るとき、「医療組合運動」に触れないわけには参りません。庶民(農民)の医療、無医村の解消、医療費の低廉化、農村保健の向上などを旗印に次々と組合立の医療機関が設立されたのは昭和6、7

年代のことであります。当時、愛知医科大学（名古屋帝国大学齊藤外科）の皆さん方が、東北農村を救え、医療を農民の手への声と共に、遥々と秋田の地へ医療を携えてきたのであります。

農民作家、新山新太郎氏の記録によれば「町の病院から1里もある村にお医者さんと呼んでくると、当時は15円から20円の往診料と車代を請求されたものだが、医療組合の方は町内 30銭、在郷の方は1時間かかって1円(院長倍額)、車賃1円50銭であった。当時は、米1俵8円20銭、日手間賃男子40銭、女子25銭、大工で1円20銭の頃」と表わされております。

3) 先達者のエピソード

私より2代前の院長立身政一先生の遺稿集から紹介したいと思います。

秋田組合病院の初代の院長、加藤三九朗先生が名古屋から秋田に赴任するときに、三輪器械店の主人三輪源次郎氏が、どうせ秋田には器械類がないだろうから私が借してあげましょと応援してくれたのに対して、加藤三九朗先生は自分に万一のことがあったら三輪器械さんに迷惑がかかるからと、自分で生命保険に入って受取人には三輪氏を当てていたというのであります。

その加藤三九朗先生の月給は少ないだろうからと、当時100円貰っていた半分の50円を加藤先生へ送り続けたという田代勝州先生、後ほど山本組合病院(秋田県能代市)の初代院長に赴任されております。

もうひとつ方は平鹿総合病院の初代院長の山崎 要先生であります。山崎先生は名古屋へ帰ることになったとき、自分で貯えておいたお金をもって病棟を建てて寄贈して帰られたという方でありました。立身先生はこの三人の先生方を「医療組合の三奇人」と尊称したと書き残しておられます。当時の諸先生方の考え方がよく表されているようなエピソードであります。

4) 農村医学序説

昭和19年に南秋田郡藤本村（現男鹿市）の診療所で林俊一先生（現王子生協病院長）によって著されました。その本の中から結核患者 120名の感染源の部分のみますと、村外感染源の推定では、北海道・樺太への出稼、軍需工場あるいは都市の事務員などに対して、村内感染源では、家族内感染51名(42.5%)と最も多く、当時の農村結核の対策上で、家族の健康管理は大きな問題でありました(表5)。

3. 戦後の秋田農村（昭和20年代・30年代）

1) 用手の農作業

昭和20年代から30年代の初めにかけては、手を用いる(用手)農業、中腰あるいはかがみこみ作業が大半を占めていたといえます。拘手(そら手)とよぶ腱鞘炎も用手除草や稲刈りで経験しました。

しかし、牛馬に替る耕うん機(歩行用トラクター)の導入から、農業は急速に機械化が進展し、動力農機に絡まる諸問題が出てくるようになりました。

2) 秋田県農村医学会の趣意書

昭和28年11月に学会が設立されました。設立趣意書の冒頭には次のように書かれております。

「本県地方農村において、所謂農村三大病と称される結核疾患、高血圧症、胃腸疾患を始め各種疾病が蔓延し、単作農業の困窮に加えて農民の多くを不幸におとし入れて居ります。(中略) 本県農村社会の現実に立っての、診療並びに保健活動を行って来た経験によれば、農村における疾病は、半封建制下の農村の生産条件、生活環境とその様式、又農民の知性等の密接に関連し、疾病の原因は複雑多岐に分れ、(中略) 従ってその対策も、単に疾病の治療に止まらず、特殊なそして広範な措置と活動が必要であります。」と表わされております。今から30年前のことです。

3) 結核との戦い

表5 脇本村結核患者の感染源

不明	村内感染	村外感染	
	学校内感染 部落内感染 家族内感染	その他(船員・教員・商業) 出征中発病 女中 婚家先より感染 都市の事務員 紡績工場 軍需工場 北海道、樺太への定期的出稼	推定感染源
一八	一五一	六二二六六二八	実数
一八 15%	51.7%	四〇 33.3%	百分率

表6. 秋田県横手地方における肺結核患者の統計的観察
(秋農医誌) 1-2-34
喀痰中結核菌検査成績 (入院時)

区分	性別	男	女	計
陽	性	66	48	114
陰	性	64	41	105
合 計		130	89	219

注 成績はチールガーベット方法に依る

わが国における全結核死因第1位は、昭和10年頃から昭和25年まで15年間も続いておりました。秋田県では、昭和23年頃から中枢神経系の血管損傷が死因の第1位、そして、全結核が死因の第2位になり5年間続いています。

昭和30年代初め、私どもの病院は、総ベット 275床のうち結核患者 219名(79.6%)という実態であり、村上氏の「秋田県横手地方に於ける肺結核患者の統計的観察」という論文によると、男女共に20歳台から30歳台が圧倒的に多く、社会復帰を困難ならしめている空洞性肺結核は66.6%を占めていたと報告されています(秋農医誌1、2、3-4)。当時の臨床例をスライドで供覧いたします。これら結核治療の大きな悩みは、治療費また入院費用の負担に耐えられない患者がいたことでもあります。従って、主治医は患者の経済性、社会性を考慮しながら治療に当らねばなりません(表6)。

横手市から7軒ほど離れたある農家(昭和28年)の収支をみますと、収入は水田 2町、反収8~9俵、飯米40俵を除いた総収入は約52万円、支出は肥料代、人件費、家畜

(馬)、農機具代等で35.1万円、従って、差引16.9万円となります。当時、結核治療のために入院するとおおよそ月額1.5万円から2万円の費用を要していましたから、前述のような農家に1人でも結核患者が発生しますと、1年間の収入は消えてしまうことになります(表7)。

4) 村の診療所

国民健康保険の普及に伴って、各村に診療所が作られました。委託診療所が8ヶ所もあって、その1診療所に勤務した時期があります。医師、看護婦、事務職が常駐し、まさにプライマリィ・ケアの拠点となっていました。

成人病、感染症を筆頭に、寄生虫疾患は蛔虫、鉤虫など、しばしば蛔虫吐出(のぼり虫)、胆道迷入、時には腸閉塞様症状を現わしたり、貧血の原因になっていました。また、皮膚疾患も多く湿疹、皮膚炎、癬、膿痂疹、白癬症など多種にわたっております。

5) 巡回診療と胃集検

潜在疾病の発見、地域の実態把握、健康教育、そして農協・農民との連携の強化など、いくつかの目的をもって巡回診療をはじめ各地を順次回ったのであります。

しかし、外来の消化器癌(とくに胃癌)は進行癌が多く、胃全切除を受けたものは30%を越えていました。宮城から検診車を借用し胃集検をはじめたのは、昭和30年代前期であります。

6) 農村と都市の胆石

昭和28年から昭和37年にわたって、手術によって摘出された胆石の成分分析(赤外線吸収スペクトル分析法)を慈恵医大第一内科の亀田活男先生に行っていただいたことがあります。農村部と都市部に相異があるだろうから

表7. 秋田県南のある農家収支(昭和28年)

収入	円	支出	円
水田 2町		肥料代	40,000
反収 8~9俵	520,000	人件費 作男代	67,500
飯 約40俵		臨時	12,500
		家畜(馬1頭)経費	50,000
		農機具代	15,000
		税金	70,000
		副食代他	96,000
		小 計	351,000
		収入 - 支出 =	169,000

秋田県農村医学雑誌 1-1-13

表8. 農機具外傷数 平鹿総合病院

外傷	昭和(年)	症例数	性別	
			♂	♀
動力農機	45	9	8	1
	46	18	16	2
	47	22	19	3
用手農具	45	14	6	8
	46	11	9	2
	47	8	7	1
その他	45	5	1	4

研究所年報 2-132

ということでありませう。

結果は、東京はコレステロール系石約70%に対して、農村部(青森、秋田)ではビリルビン系石が67%~75%で、逆の関係になっています。ビリルビン系石の生因については、寄生虫症あるいは胆道系の感染、胆汁の停滞など種々の原因が指摘されています。

食生活の変化から、今日では農村部にもコレステロール系石が増加しています。

4. 兼業化への流れ(昭和40・50年代)

1) 農業近代化の問題点

農作業の省力化、能率化あるいは効率化がすすめられ、農業機械や農業用化学物質(農薬)は積極的に取り入れられて、わが国の高度経済成長の波に乗ってはいたものの、他方では東北型の出稼ぎという現象も生れてきました。やがて農業についても環境汚染の実態が次第に解明されるにつれて、製造、使用禁止の規制を受けることになりました。

動力農業機械は耕うん機には

表9-1. 農薬中毒(障害)有症者率

年	機関	性別	回答者数	有症者率%	備考	
45	千葉大学医学部 農山村医学研究 施設	男	32	34.3		
		女	23	34.8		
		計	55	34.5		
46	熊本農村医学 研究会	男	120	14.2	7月調査	
		女	177	42.4		
		計	297	31.0		
48	北宇和病院農村 医学センター	男	90	40.0	7月調査	
		女	68	42.6		
		計	158	41.1		
51	北信総合病院	男	28	13.2	個人散布 個人散布 共同SSオペレーター	
		女	14	20.0		
		計	18	25.2		
52	佐久総合病院	男	87	28.8	7.8.9月調査	
		女	59	26.3		
54	帯広厚生病院	男	921	23.9		
		女	439	13.4		
		計	1,360	20.5		
54	平鹿総合病院	A地区	計	353	7.9	水稲単作 水稲野菜(スイカ) 水稲果樹(リンゴ) 水稲果樹(リンゴ)
		B地区	計	132	12.1	
		C地区	計	206	17.0	
		D地区	計	65	32.3	

(管谷: 農業化学物質の人体ならびに環境におよぼす影響。農村医学29: 5 724~747)

表9-2 共同防除班員の健診成績(45年8月調査) 農薬中毒研究班

	皮膚	眼(外眼部)	耳・鼻・咽	一般
対象者	169	175	161	171
正	40	87	103	152
有所見者	129	88	58	19
種類 および 延所見数	爪囲炎 107	発腫赤張 3	副腔鼻炎 31	高血圧 13
	痒感 36	充血濁 70	咽頭炎 23	神経痛 2
	接触性皮膚炎 12	汙胞乳頭増殖 23	鼻炎 11	糖尿 1
	手湿疹ほか 20	血管新生 31	耳疾患 11	胃潰瘍 2
		翼状斑ほか 2	鼻疾患 15	その他 1

平鹿総合病院農村医学研究所
研究所年報 1-1-64

表10-1 秋田県の出かせぎ者の推移 (出稼ぎの実態 昭和59年)

区分 年度	出かせぎ者数			職安経由数(B)	互助会加入者数	比率	
	農家 出かせぎ 人	農家以外 人	合計(A) 人			(B) A	(C) A
43	47,964			21,841		45.5	
45	63,744			26,876	27,464	42.2	43.1
47	62,208			28,840	43,519	46.4	67.0
48	59,821	6,901	66,722	22,553	44,447	33.8	66.6
50	43,546	6,575	50,121	17,686	36,752	35.3	73.3
55	33,052	6,544	39,596	15,568	32,356	39.3	81.7
58	29,070	6,637	35,707	13,290	28,716	37.2	80.4
59	24,958	7,173	32,121	13,185	27,473	41.0	85.5

(注) 農家出稼ぎ者数は「農業基本調査」(県情報統計課)による。
59年度及び農家以外について市町村調査による推計である。

表10-2 出かせぎ者続柄について

後継者続柄	
世帯主	459 (53.8%)
長男	313 (36.7%)
次・三男他	43 (5.0%)
女	38 (4.5%)

表10-3 健康調査成績

病名	実数 (%)
★ 高血圧症 A	65 (7.6%)
高血圧症 B	214 (26.2%)
虚血性心疾患	38 (4.5%)
肝疾患の疑い	59 (7.9%)
蛋白質尿	18 (2.4%)
尿糖	31 (4.1%)
貧血	33 (3.9%)
胃疾患	7 (0.8%)
★★その他	6 (0.7%)

★ 高血圧 A : 最大血圧180以上か最小血圧110以上

高血圧 B : 最大血圧150~179か最小血圧90~109

★★ 気管支炎・眼疾患・胆のう症・神経痛

じまって、田植機、バインダー、乗用トラクターからコンバインと複雑化、大型化し、女性の運転者も現われてきました。昭和45年から47年の農機具外傷の自験例をみますと、動力機外傷例の増加、用手農具例の減少が対照的に表われております(表8)。

省力化の大きな部分を占めたのは、農薬使用といえるかも知れません。腰を曲げ、はいつくばって作業する除草作業もなくなったからです。しかし、使用者(農薬)の中毒(障害)は、軽度から重度までを含めて7.9%から40%にも及んでいます。散布農薬の種類、散布地の条件、天候、そして散布方法などいくつかの要因によって影響されます(表9-1)。

共同防除班では中毒様症状が表われたときには、応急処置として硫酸アトロピンの錠剤を服用すると話をしていました。

これらの共同防除班員の総合健診をおこなってみますと、種々の所見も職業病的な視点から見る必要性を感じさせられるのであります(表9-2)。

2) 東北型の出稼ぎ

稲刈りを終えてから関東・関西方面に半年間働きに出掛けるいわゆる東北型の出稼ぎ対策は、農村部では大きな問題でありました(表10-1)。

昭和47・48年をピークに、漸減の傾向にはあるものの末だに続いております。当時(昭和48年)の853名の調査

結果では30歳から40歳台にピークがありましたが、今日では50歳台に年齢のピークが表われております。世帯主53.8%、長男36.7%、両者あわせると9割でありますから出稼ぎ先での事故や疾病は悲惨なものであります。

健診結果では、高血圧、虚血性心疾患、肝疾患など要注意者も多く、冬期半年間の労働や生活が心配になります(表10-2、10-3)。

5. 農村生活の多様化

1) 専業・兼業農家

秋田県の昭和40年の専業農家率は14.8%であります。昭和59年には5.1%と低下し、一方第2種兼業農家率が一段と上昇しております。

複合経営農家も第1種兼業者も労働過重に陥りやすいといわれております。一般に農業労働のしわ寄せは農家婦人層にくるとされています。

作目別に地区婦人の総合健診をおこなってみますと、

4割ほどに異常者が認められ、腰痛の調査では水稲と西瓜栽培地区でや、高い愁訴率をみました(表11-1、11-2)。

2) いつの間にか長寿村

全国で、65歳以上の人口比率は平均10.2%、秋田県では12.5%、県北部では20%を越えている村もあります。

全国一の長寿村と折り紙をつけられた山梨県の桐原村は、昭和57年では人口2千人の村に70歳以上の方が220人ぐらいいおられます。私の村(現横手市合併)は昭和29年の人口が2,900人程で、当時80歳以上は7~8人に過ぎませんでした。それが、昭和59年の敬老会名簿によりますと、同地区人口2,200人ほどに80歳以上は85人(90歳以上4人)もおられ、65歳以上は400人に及ぶといえますから、桐原村とあまり変わらない長寿村にいつの間にか変わって来ました。

この高齢化時代を迎えて、村の人は健康でなければ成り立っていきません。新しい村づくりは健康づくりでもあると考えます。

今日、自主的な健康づくりの輪(グループ形成)を広げながら、これからの医療と福祉に対応していく所であります。

6. まとめ

農村地域における医療・保健は、農業(労働)や生活の変化と密接な関係があります。営農面では、農業の大

表11-1 秋田県南の農村婦人健診成績
総合診断

	異常なし	要注意	要精検	要治療	計
A地区	127(58.3)	18(8.3)	42(19.3)	31(14.2)	218(100.0)
B地区	135(45.3)	51(17.1)	68(22.8)	44(14.8)	298(100.0)
C地区	18(58.1)	8(25.8)	3(9.7)	2(6.5)	31(100.0)
D地区	51(63.8)	12(15.0)	7(8.8)	10(12.5)	80(100.0)
	331(52.8)	89(14.2)	120(19.1)	87(13.9)	627(100.0)

A:水稲+果樹 C:水稲+果樹
B:水稲 D:水稲+スイカ

表11-2 秋田県南の農村婦人健診成績
腰痛愁訴率

	腰痛いつも(%)	時々(%)	なし(%)	不明(%)	計
A地区	19(9.2)	73(35.4)	113(54.9)	1(0.5)	206(100.0)
B地区	34(12.4)	137(49.8)	101(36.7)	3(1.1)	275(100.0)
C地区	2(6.5)	11(35.5)	18(58.1)	0(-)	31(100.0)
D地区	10(12.8)	37(47.4)	31(39.7)	0(-)	78(100.0)
計	65(11.0)	258(43.7)	263(44.6)	4(0.7)	590(100.0)

A:水稲+果樹 C:水稲+果樹
B:水稲 D:水稲+スイカ

規模化がいわれておりますから大型化農業になったときの健康問題が当然ながら起ってきます。また、工場化した農業地へ働きにくる農民（いわゆる日雇い農民）の問題、またバイオテクノロジー農業に関する問題も未知な部分を多く含んでいます。農薬使用は今日的課題としていく必要に迫られておりますし、集落化事業のうち畜産では人畜共通伝染病もあります。

生活面では、高齢化、過疎化農村の対策が求められております。地域づくりを考えるとき、東北農村では新しい感覚の部落(集落)づくりが欲しいのであります。医療、保健、福祉における相互扶助には欠くことのできない社会単位になると思うからであります。

この講演の場を与えて下さいました第27回社会医学研究会総会滝沢行雄会長に感謝申し上げます。

(第27回社会医学研究会総会特別講演)(秋田)

文献

- 1) 横手市史 昭和編、p.652-654、横手市、1981
- 2) 農村医学研究、秋田県厚生連三十年事業史、p.700-712、秋田県厚生連、1982
- 3) 秋田県衛生統計年鑑 下巻、p.50、p.193、秋田県福祉保健部、1984
- 4) 須藤恒久：東北地方における最近の恙虫病の疫学、臨床と細菌、10-2-151
- 5) 村上寿秋：秋田県横手地方における肺結核患者の統計的観察、秋農医誌、1-2-34
- 6) 鶴沼俊郎：農村と肺結核、秋農医誌、1-1-13
- 7) 秋田衛生状態、p.114、秋田県衛生課、昭和11年
- 8) 谷 重和・鈴木俊夫：秋田県における寄生虫感染症の現状、秋農医誌、22-1-31
- 9) 楊 善清：最近4ヶ年間に取扱いたる農村の主なる皮膚疾患の統計的観察、秋農医誌、1-1-61
- 10) 菅谷 彪：農業化学物質の人体ならびに環境におよぼす影響、日農医誌、29-5-725
- 11) 菅谷 彪・他：昭和45年、46年、47年の動力農機および農具外傷、平鹿総合病院農村医学年報、2-132
- 12) 立身政一・菅谷 彪：農薬散布従事者の健康実態調査、平鹿総合病院農村医学研究所年報、1-1-64
- 13) 農村医学に生きる立身政一先生、p.41、p.43、立身政一先生顕彰誌発行委員会

一僻山村における生活の変容と保健

金子 勇 (阿南町和合及び富草僻地診療所)

1. はじめに

高齢化社会をめぐる論議が、日ごと高まっている。しかし、いわゆる超高齢化社会に突入している場に暮している立場からは、その論議のあり様に納得しかねるものを覚えざるを得ない。

そこで、自ら住み働らく地域の生活、特にその土台である経済、中でも農業に視点をあて、その実情を示すと共に、人口高齢化をめぐる諸問題の一端を検討し、高齢化社会論議への疑問を提起したい。

2. 対象地域の概況

下伊那郡は長野県の南端に位置し、その南部すなわち静岡・愛知県に接する阿南地域(7カ町村)は、中央アルプスと南アルプスが迫り、深い天竜川の峡谷をつくる山村で、その山壁に多数の散在する集落を形成し、農林業の複合経営で生計を営んできた過疎集中地域である。

阿南地域は、小県にも匹敵する1,636K m²の下伊那郡の面積の44%を占めながら、人口は21,158人(24%)に過ぎない('88.4.)。65歳以上人口の割合も、全国10.9%、都道府県順位5位の長野県14.8%、下伊那郡の19.0%を上廻る25.0%に及び(表1)、老年人口指数、老年化指数も、全国の3倍前後と、超高齢化地域となっている(表2)。ねたきり、独り暮らし老人も多く(表3)、様々な問題が惹起されている。

阿南町は、大下条、且開、和合、富草の4カ村の合併で生れた、阿南地域の中心的自治体で、天竜川の西岸の起伏の多い山間124K m²に71の集落を散在させている。例外なく世帯・人口数は減少し、今や('88.4)、人口は6,979人、'60年の67.5%に落込んでいる。中でも農家の減少が著しい(表4)。産業別就業人口の推移(表5)をみても、第一次産業の衰退が著しく、一方、第二次産業が急増し36.7%と割合が一位となっている(工業事業所は、'60年18から中小弱電企業、自動車部品下請、縫製工場など開設され'85年には36となり、従業員もそれぞれ112人から812人に増えたことや、土木労働者が増加したこと等が内容である)(表5)。人口高齢化の状況は、すでに表1~3に示したが、年少人口減少を学童数の推移で

みると、小・中学生はそれぞれ'60年には1,401人、742人だったのが、'86年は445人(31.8%)、220人(29.6%)となっており、和合小学校に至っては、150人から15人、'88年は8人と存亡の危機を迎えている(学校基本調査)。

和合地区は、町の面積の半分を占めているが、林野率86%、適住地は13.6%に過ぎず、'60年には町の人口の12.3%であったのが、'85年には7.3%と減少、詳細は後述するが、事態はより深刻に進行していることを示している。

3. 阿南町の農業

阿南町の農業を概観してみる。まず、専業別農家構成の推移をたどると(表6)、'60年代から'70年代にかけて、第1種兼業農家の著減と専業農家の減少が認められ、一方、兼業を主とする第2種兼業農家が急増している。その傾向は、兼業農家に於て今日迄続いている。'70年代始めの米の生産調整いわゆる減反政策と弱電工場進出の影響がうかがえる。専業農家が減少しながらも、構成割合が横ばいなのは、経営規模別農家数の動向(表7)に示される如く、町の中堅的農家は減少しているのに、1.5~3.0ha農家と共に、0.1~0.3haの零細農家が増え、しかもその専業農家率が19.7%と高い点と照応している。即ち、後継世代が流出し、残された老人世帯の小規模専業化を意味すると考えられる。

経営耕地も減少している(表8)。「'65~'85年の20年間に、耕地は田28.6、畑29.7、樹園地28.4、計28.6%減少している。しかも'85年には、減反政策で、田の15.5%は稲が作られていず、畑も、16.3%が無作付で荒らされている。樹園地では桑園が減り、果樹・茶園に切換えられている様子が明確である。

以上の如く農業基盤の耕地が縮少する中での生産状況はどうであろうか。農産物販売金額1位の部門別農家割合では(表9)、稲作48.1、養蚕14.7%が多く、以下野菜類等多様な生産が営まれている。しかし、和合地区でみると椎茸などを含むその他が38.4%で最も多く、次いで、こんにゃく等工芸作物24.1、稲作20.5%と、より山村の特徴を示している。ちなみに他地区も示すと、新野は稲作が中心で75.8%、富草は稲作52.6、養蚕17.0%、大

下条は稲作33.9、養蚕28.3%と、それぞれの地域性を伺わせている。即ち、農業に限らず、地域の諸問題の検討に当っては、町村レベルに止まらず、生活レベルに目を向け、旧村単位あるいは集落単位で把握しなければならないことを示唆している。農業生産の推移の一端をみるに(表10)、稲作、そして特に養蚕の低下が認められる。乳用牛、肉用牛、豚、鶏の飼育頭数は増加又は横ばい状況にあるが、何れも飼育農家数は激減し、多頭飼育を強いられている厳しさをのぞかせている。町や農協が特産物として力を入れている茶も、栽培面積は増えつつあるが、生産は伸び悩んでいる。農業粗生産概算額の推移を表11に掲げた。養蚕の'80年代に入ってから落ち込み、果実の着実な伸び、価格不安定な工芸作物の動向が伺え、その他消長あるも、明るい期待を抱かせるものは見出せない。町の特産物として、近年力点のおかれるものも、りんごが伸びつつあるが、あまご、茶、梅も今一つといった有様である(表12)。

次に農家の収入概況をみよう。農産物販売金額規模別専兼別農家数(表13)をみると、販売なしが23.7%もあり、50万円以下が44.0%に及び、500万円以上は4.0%に過ぎない。専兼別に金額規模分布をみると、最も数の多い第二種兼業は、総計と同じく50万円以下49.7%をピークに、高額に向ってなだらかな分布を示し、第一種兼業は50~200万円の42.9%をピークに、更に高額に向ってなだらかな分布となっている。専業は50万円以下37.2%の峰と500万円以上11.2%の小峰の二峰性を示している。販売金額規模毎の専兼別割合は、高額に向う程第一種兼業の割合は高くなり、逆に第二種兼業割合は低く、一方、専業は50~200万円階層の14.2%が低く、当然高額層に割合が高くなっているが、低い方に向っても若干ながら割合が高まっている。このことは、全般に販売金額は低いが、前述の如く、老人小規模経営農家が、第二種兼業及び専業農家に含まれており、特に、専業農家は、質の違った、即ち、本来的な専業と、過疎が生んだ本来なら専業では暮せない農家の複合となっていることを示している。阿南町の課税所得を比べると(表14)、'86年では農業所得は6.7%を占めるに過ぎず、給与所得が86.7%に達している。1件当りの所得は、給与154万円、営業97万円に比べ、農業は28万円と少ない。町内で最も僻地性が強く就労条件も悪い和合地区では、農業所得の占める割合が14.3%と高いが、1件当り所得は何れの分野でも、町平均を下廻っている。長野県の賃金水準は全国平均より1割余低く、下伊那郡は県平均より更に1割余低く、阿南はそれをまた下廻ると言われているが、和合地区はそれにも及ばない状況と言えよう。

最後に、農業労働力の状況に触れる。農家の農業専従者保有状態は、60歳未満の男のいるのは14.7%に過ぎず、60歳以上男22.5%、女だけ16.0%、全くいない農家は46.8%に達している(表15)。農業を主に自家農業に従事した人は1,113人(農家人口の23.9%)であるが、16~29歳は僅か1.4%、30~59歳の男4.8%に過ぎず、いわゆるかあちゃん、じいちゃん、ばあちゃん、三ちゃん農業の姿を示している(表16)。後継予定者のいる農家は41.3%に過ぎないが、そのうち、後継者が自家農業だけに従事しているのは10.5%、兼業だが自家農業を主にしている者は3.8%のみである(表17)。まさに農家の後継者不足は深刻である。と同時に、後継者に嫁が来ない問題も看過し得ない。

'85年において、町の全世帯の57.9%を占める農家、人口では66.1%の農家人口、それらをめぐる農業は、町の重要産業でありながら、以上みてきたように、衰退の道をたどりつつあり、明るい展望を見出し難い状況に追い込まれている。

では、第一次産業のもう一つの柱、林業はどうだろうか。簡単にふれておきたい。

阿南町の83.9%は山林である。表18の様に'85年で私有林は85.5%を占めているが、一部に集中せず分散所有形態を保っている。かつては天然林が主で、戦中は和合を中心に軍用薪炭主産地として乱伐された。育林に力が注がれ出したのは戦後暫らくしてからで、人工林は40.4%を占めるに至っているが、樹齢の若いものが多い。従って、生計の欠かせない柱であった林業も、木材生産量の減少と外材圧力による価格の低迷、それに薪炭生産の壊滅状態により、今や土地そのものを売却する層が出て来ている。'86年の山林所得は、課税所得の0.1%5件に過ぎず、1件当り課税所得は72万円であった。また、育林も、広面積皆伐一斉植林のため、'83年の豪雨に際しては、すべての中小河川が氾濫し、激しい災害をもたらした。林業の見通しも暗い。

4. 高齢化と保健

阿南町の中で最も山深い和合地区における高齢化の実態と、老人の暮しと健康問題の一端について触れる。

世帯・人口の推移(表19)をみると、'50年を100とすれば'88年の常住者では世帯は55.9、人口は27.6と減少している。人口を15歳階級に分けてみれば、0~14歳が5.8と極減している一方、60~74歳が116.7、75歳以上が240.0と著しく増加し、高齢化の進行を示している。それ等の推移をたどると、'60年代の減少が目立つ。それ

は、高度経済成長政策のもと、農林業が衰退し、若年層の流出激化に加え、従来林業労働、薪炭生産に従事し、しかも土地基盤のない山村労働者層の拳家離村が、相次いだためである。

こうした65歳以上人口が32.8%を占めるに至っている人口構造の変化は、人口指数の推移(表20)に端的に示されている。表2と比べれば、全国に先駆けること20年近く、超高齢地区と化している様が明確である。さらに集落別にみれば、和合地区12集落のうち、65歳以上人口が40%を越えているものもあり、一集落は50%に達している。農業の所でも述べた様に、町村平均に埋没する旧村レベル、加えて集落レベルでの視点が必要である。

このまま推移すれば、人口構成は「ピラミッド」から「ひょうたん」さらに「逆さひょうたん」から「きのこ型」の今日に至り、その「きのこの傘」が広がる一方、脚がますます細くなり地面から浮き出す状況となっている。やがてそれは、風船と化し、しほみかねない。既にその気配が見え始めている。

今増え続ける老人の有病率は高い。その持病(表21)を検討するに、一人平均男1.9、女2.2件あり、年齢別では、60代1.6、70・80代は2.5件も有している。疾患別では62%の者が高血圧性疾患を持ち、次いで変形性膝関節症35%、消化器系疾患21%、白内障など眼科疾患18%等となっており、循環器系及び運動器系慢性疾患が著しく多い。国保受診者の第一傷病大分類構成比をみても(表22)、やはり保健活動と相まって循環器系が急増しており、'60年の16.1から'80年46.4%となっている。一方呼吸器系の減少が認められる。筋・骨格系、神経・感覚器系は、消化器系に次いで3・4位を占めるが、第二傷病以下でみれば、もっと割合は高い筈である。

有病率の高い老人が増えれば、当然受診率も上昇し、総医療費も増嵩しよう。表23に阿南町の国保受診状況を示した。受診件数率は、'70年の44.5から'87年は85.2%に、1件当たり費用額は3,809円から21,658円にも増え、老人は更にその平均を大きく上廻っている。

こうした動向は、国や県の負担抑制の中で国保運営を厳しいものとし、老健法で他保険者からの繰入れがあっても変わらない。その結果、低所得層の多い国保被保険者へ、国保税増額として跳ね返ってゆく。一世帯当たり国保税は、'70年の22,221円から'87年は110,050円と跳ね上がり、1人当たりでみても6,222円から48,040円と重い負担となっている。

和合の老人達は、60歳以上平均2.1件の持病を持ちながらも、働り続けている。老人の労働程度を表24に示した。'88年5月の状況は、家計を支える主労働に従事す

る者は76%に及び、補助労働に従事する者を加えると93%に達している。その後、入院2人は帰宅し、有病主労働群と寝たり起きたり群にそれぞれ復帰した。'84年7月には、寝たきりが2人いたが、総人口千対3.6で、高齢化が進んでいる割には極めて低い。表3と比べてみれば明確である。和合地区はねたきり老人が少ないのみならず、問題となる呆け老人も見当たらない。

何故だろうか。'88年4月、91歳のおじいさんが、朝作りに出かけ、畑で脳梗塞に襲われ入院し、亡くなった。このように働り続けていることが一因ではなかろうか。前述の如く、和合老人の9割余が働いている。農業は体力に応じた労働を用意してくれている。農村、農業こそが、老人の働ける場、暮せる場を提供しているのである。更に考えられることは、働らくことによって、それは若者に去られ、余儀なくされているといった面もないではないが、自ら生計を立てる、或いは家族の中での必要な存在感、即ち生きがいを覚えており、この場で生きぬくという性根のすわった姿である。そしてまた、長年農村で培われてきた、近隣との交流、支え合いも見逃せない。

とはいえ、一人暮らしや老人のみの世帯が増え、36.1%に達し(表25)、平均家族数も2.6人となった今、一度病弱となり、生活能力が低下すると、矛盾が一気に噴出し始める。即ち、家庭の介護力は著しく低下しており、近隣の支援力も弱体化しているのである。それに対応する、行政を中心とした社会的機能の強化が求められる。阿南町の老人福祉事業としては、家庭奉仕員の派遣、訪問看護、短期保護、家庭介護者慰労金支給、特殊寝台等の貸与、家庭介護者元気快復(代替介護費支給)、独り暮らし老人やまびこシステム(緊急対応のシルバーホン等の架設貸与等)、オムツ及びカパーの現物支給、生きがい対策(老人クラブ活動助成、高齢者祝金、敬老大会)、その他町内二つの特養利用の入浴サービスやボランティア活動の育成強化などが、行政と社会福祉協議会の一体的取組みとして進められている。個々の内容等は省くが、こうした一定の対応はなされているものの、必ずしも、保健・医療・福祉を総合した組織体制は整備されておらず、在宅介護への援助は不十分で、特に、在宅と病院や施設の狭間で困惑する事例が続発している。その度毎に、ケースバイケースの対応に振廻される現状である。即ち、在宅の生活や療養が出来ないが、施設にも入れない、医学的に退院の状態に回復したが、受入れる家庭条件が整わず施設にも入れない、といった問題である。何れの場合も、病院が緩衝的な過大な役割を期待される結果となり、阿南地域唯一の県立病院が、可能な配慮に努め大きな役割を果たしているが、病院としての限界もあり、トラ

ブルも避けられない現実である。

自分の家の畳の上で、人生の締めくくりをしたいと考える老人が大多数である。そのことは、阿南町民の死亡場所(表26)を調べると、自宅死亡は70歳以上が70歳未満より遥かに多い点にも示されている。しかし、'72~75年と'84~87年と比べると、自宅での死亡は70歳未満では40から12%へ、70歳以上では、84から44%へと減少している。一方病院及び施設での死亡は、それぞれ、70歳未満で、53から75%、0から5.1%、70歳以上では、13から48%、0から6%へと増えている。家庭の介護機能の低下の反映であろう。勿論、医学・医療の変化も影響している。表27の国保入院状況の推移をみると、一般は入院件数も日数も増えて来ているのに、老人は当然入院が多いとは言え件数に消長があり、しかも、入院日数は'85年以後減少傾向にある。このことは、医学的適応のみならず、社会的適応を加味した入院の増加を示唆するとも考えられる。すなわち、生活点での機能の衰退を物語るとも言えよう。

5. 過疎の渦中から

阿南町及び和合地区の、超高齢化とそれに伴う問題の一端、及び地場産業の柱であった農林業衰退の様態を報告した。

以下、それらの考察を兼ねて、過疎の渦中において、常日頃抱かされている思いの中から、近視眼的危惧を覚えつつ、若干の点に触れてみたい。

過疎が叫ばれてから久しい。過疎の指標として先ず人口減少に目が向けられる。それは、生産年齢層の不定着・流出と、その結果としての年少人口減少(出生率の低下)、そして、相対的のみならず、延命による絶対的な老人人口増を内容としている。しかし、過疎は人口減少・構造変化のみが問題なのではない。それをもたらす地域の経済・生産基盤の崩壊すなわち農林業の衰退があり、社会集団としての機能の低下を伴ない、何よりも住民意識の沈滞を深めているのである。いわば、総合的な、地域社会の崩壊過程なのである。そして、過疎を生み出した根源は、日米安保体制の枠組の中で、農業軽視の歪んだ国の経済政策にあり、人為的なものと言わざるを得ない。これらについては、第22回社会医学研究会総会で報告した(社会医学研究、第3巻、p18~30、1982)。

要するに、農山村における高齢化問題とは、唯単に、老人問題に止まらず、地域社会の崩壊の問題なのである。従って、超高齢化段階に突入したということは、極言すれば、地域に内在する再生力そのものが枯渇に向ったと

いうことなのである。過疎山村は今、土台が揺らぎ、存亡の危機に瀕している。

こうした中で、日頃考えさせられる高齢化論議への疑問、農村の役割、守れ農業の思い、以上三点についてのみ次に述べる。

1) 高齢化論議の二面性

高齢化が進み、老人をめぐる諸問題が多発しているのは事実である。従って、その対応をめぐる、論議を深めることは、当然である。既に超高齢化地域に住んでいる立場としては、将来問題でなく、現実の問題として、積極的な対策を切実に求めざるを得ない。高齢化問題を重視するならば、先駆的な状況を示している過疎山村における在宅サービスの充実や、老人施設の拡充やら、もっと強化される必要がある。それが、パイロット事業となって、高齢化社会への対応を具体的に準備することになろう。そのためには財政状況の厳しい過疎自治体に対しては、必要な補助金と共に、高齢化率を重視した交付税の算定を行ない、地域状況に即した、弾力的運用が出来るようにすべきではなかろうか。

一方、高齢化社会がやってくる、大変なことだ、とこれからの問題とし、また過大に強調し、しかも、それが高齢化社会そのものよりも、財政問題を語る理由づけに利用されている論調が一般的であることは、遺憾であり、納得出来かねる。

高齢化は既に現実の問題である。従属人口が増え大変だと老人すべてが扶養される者の如く言うが、表24の和合地区老人の労働状況をみるまでもなく、働き、また働らこうとする年寄は多い。現に高齢化地域においてみれば、そこには諸矛盾が渦巻いているとはいえ、何とか皆生きている。声高に大変だと叫ぶ声も、過大で空々しく聞えることすらある。

さらに高齢化をめぐる政府やマスコミの論議への疑問は幾つかある。僻地問題、国民皆保険で浮上した無医地区問題、高度経済成長期に生じた過疎問題('89年の過疎法の期限切れを迎え、若干関心が呼びさまされた)、何れも解決するどころか、深刻さを加えているのに、高齢化論議の影に埋没させられている。また、現在国政の中心課題となっている税制改悪(消費税導入)においても、増大する軍事費の確保などをねらいながら、その隠れみに高齢化が利用されているのではなかろうか。さらに、医療・福祉・年金の費用抑制、改悪、即ち、社会保障後退を合理化する理由にもされていると思わざるを得ない。

国鉄民営化に際しても、国鉄の赤字問題や労働者の不正等に集中攻撃をかけ、世論誘導を行ない、解体にもつ

ていたり、医療分野の改悪にも同様の手口が用いられたりしたことは、記憶に新しい。まさに国民に対するイデオロギー攻撃とも言うべきもので、高齢化論議にもそれを感じるのである。

高齢化問題の重要性の認識と共に、高齢化問題を利用してのイデオロギー攻撃、世論操作というものも、しっかり見定めねばならないのではなからうか。

2) 農村の再認識

第22回社会医学研究会総会において、農山村の果す役割、機能について触れた。即ち国土保全、自然保護、森林資源確保、水資源の確保、国民に安全な食糧を安定供給すること、国民保養の場、伝統文化の伝承、住民生活の場、故郷であることなどである。

さらに、高齢化が進む中で痛感することがある。それは、したたかに生きている和合地区のお年寄から学ばされることであるが、農業には多様な労働段階があり、老人が能力に応じて働けるということである。しかも、農村には、お互いに支え合う連帯機能が残されており、農村は、老人が受容され、老人が健康で人間らしく生きられる場なのである。

このことは、歳を重ねても働らきつつ主体的に生きることが基盤であり、病弱となり自立生活障害時の対応は、二次的だということを示している。そして農村こそ、老人にそうした場を提供し得ることを物語っている。

しかし、今や農村は変容し続け、老人達の暮しも厳しくなっている。高齢化社会に向って、その対応のためにも、農村を再認識し、その再生を考えるべきである。

3) 存亡の危機を迎える日本農業

農村を守るということは、農業を守るということでもある。しかし、日本の農業は存亡の危機を迎えているのではない。

阿南町農業衰退の状況は先に報告した。農業の柱である稲作も、水田農業確立対策、いわゆる減反政策で、転作を強いられている。'87年の目標達成率は106.5%であったが、'88年は30.8%(和合地区は33.5%)の減反が要請され、しかも米価は据置きから引下げに向っている。さらに、他用途利用米として同じ米なのに一般の半値に満たない出荷が抱き合せとなっており、'87年では18ha、生産量はうるち52,200kg、もち12,000kgとなっている。また、驚いたことに'87年から米需給均衡化緊急対策特別他用途米、即ち、米加工品を農家が消費した分だけ減反を免除すること迄実施された。その実績は純米酒1,611本(1本は二級1升1,600円余)、米粉1,074ケース(1ケ

ス500g、20袋入)、せんべい1,611ケース(1ケース4袋入)に達しており、'88年の目標はうるち米250.5俵になっている。こうしたことには、農協・行政が協力して推進している。今農協は、下伊那郡一農協を目指した統合が日程に登っており、ますます農民から離れた存在になろうとしている。

日本の農業はどうなっているのでしょうか。今年に入って、農業問題をめぐる報道がにぎやかである。北海道を中心とした離農、農家の倒産、アメリカの'86年の提訴に基づく'88年2月のガット裁定を受入れ乳製品や果物調整品など10品目の自由化決定、さらに牛肉・オレンジの自由化をめぐる日米交渉、それらに必ず国内対応等、めまぐるしい動きである。'88年8月23日にはアメリカで包括貿易法が成立したと伝えられた。併せて、アメリカの精米業者は同法に基いて日本の米を提訴する準備をしており、米の自由化問題が一気に表面化すると伝えている。米が自由化されれば、日本の農業が、決定的な打撃を受けることは必至であろう。日本農業は、存亡の危機を迎えようとしているのである。

こうした今年に入っての一連の動きをみただけでも、アメリカの横暴と日本政府の主体性のない弱腰が印象的であった。つまり、いわゆる日米安保体制下での日米経済協力なるものを地でゆく姿を鮮明に示したと言えよう。政府の「経済構造調整」政策の基本的な考え方は、市場原理で産業構造の転換をはかる、即ち、国際競争から脱落するものは切棄てることと言われている。つまり、外圧をも利用して石炭に続き、農業はつぶれても良いという訳で、そういう立場なら、日本政府の対米交渉の弱腰も、さもありなんと理解される。

しかし、納得する訳にはゆかない。その結果、食糧自給率は'86年で総カロリー50%余、穀物では31%に落ち込み、世界最低(香港、シンガポールを除く)となっており、世界一の農産物輸入国('79~84年平均純輸入額165億ドル)となった。国民の胃袋を他国まかせでは、一国の自立も安全も保てる筈がない。食糧生産が出来ない国を除いて、自国の農業を守り、自給率を維持しようとしない国は、日本以外には見当たらない。日本の将来にとって看過出来ない問題である。従って、農民にとっては勿論であるが、農業を守ることは、国民的課題である。輸入農産物の農薬汚染問題も指摘されている。国民に安全な食糧を安定的に供給すべく、農業を基幹産業として位置づけ、発展させなくてはならない。そのように国政を転換させるか、農業つぶしを黙認するかの岐路に、国民は立たされている。

6. おわりに

過疎の進む僻山村、長野県下伊那郡阿南町及び和合地区の事例を踏まえ、農業と高齢化をめぐる若干の問題を検討した。

(1) 阿南町の農業は、日本農業と軌を一にして、衰退を続け、農外収入依存を強め、その結果、地域の産業構造の変容を来している。

(2) 農林業の衰退は、若年層の流出を促し、その結果出生率の低下を導き、一方、延命による高齢人口増と相まって、地域の急激な高齢化をもたらしている。

(3) 65歳以上人口割合は、全国10.9%に比し、阿南町は25.8%と先駆的状況を示し、更に和合地区は32.8%、和合内の集落でみれば、50%に達した所もある。このことは、高齢化問題も、町村レベルに止まらず、旧村単位に、さらには集落単位で把えるべきことを示すと共に、集落レベルでは、生活の場の崩壊が始まっていることを示している。

(4) 過疎山村における高齢化問題は、その基盤に、地域経済の土台のゆらぎがあり、高齢化を切離して独自に考えるべきではなく、総合的な地域社会の崩壊過程、過疎問題として把えるべきである。

(5) 従って、高齢者率を重視した交付税の配分など積極的な高齢者対策が求められると共に、国民的課題である農林業の発展が図られねばならない。そのためには、アメリカに従属する日米安保条約の制約を外し、農業を基幹産業として位置づけ、調和のとれた産業発展を目指すよう、国政の転換が必要である。

(6) なお、和合地区の老人は、体が動く限り、働いている。それは、若者に去られ、自ら働らかざるを得ないこともあるが、農業が老人の能力に応じた労働を提供しているからである。そのため、和合地区には、ねたきり老人も、痴呆老人も、極めて少ない。

(7) このことは、高齢者にとって、自ら生活者として、生きがいを持って働らくことが基本であることを物語り、と同時に農業を柱に形成される農村が、老人を受容し、老人が、人間らしく生きれる場であることも示している。その意味からも、農業・農村は守らねばならない。

(8) 高齢化社会がやってくると声高に叫ばれながら、既に超高齢化に突入した現場では実効ある施策が感じられない。大変だと言うが、確かに諸問題が噴出し、対応に追われもするが、それでもなお地域の生活は続けられている。老人を扶養しなくてはならないので大変と言うが、老人達は自ら働き、生計を営んでいる。高齢化社会

をめぐる論調の一部に、現場の実感と離れた空々しさがある。

(9) 高齢化社会への対応は、真剣に取組まねばならない。しかし、高齢化社会を語ることによって、軍事費の増高を隠ぺいし、消費税の導入を図り、社会保障費の削減を導く論調の横行は許せない。国民へのイデオロギー攻撃と受止めるべきである。

(10) 何はともあれ、本稿では具体的な取り組みには触れなかったが、既にいわゆる超高齢地域となった現場では、否応なしに、噴出する矛盾に立ち向わざるを得ない。そして先駆的な地域の実践を強めることが、これから高齢化の進む地域に対する責務でもあろうか。思いを新たにしたい。

(第29回社会医学研究会総会特別報告)

表1 年齢3区分別人口割合% (1988. 4. 1 但全国は62年概算)

年齢	阿南町	阿南7町村	下伊那郡	長野県	全 国
0~14	14.6	14.6	18.1	19.6	20.2
15~64	59.6	60.4	62.8	65.6	68.9
65歳以上	25.8	25.0	19.0	14.8	10.9

表2 人口指数 (1988. 4. 1 但全国は62年度概算)

人口指数	阿南町	阿南7町村	下伊那郡	長野県	全 国
年少($\frac{A}{B} \times 100$)	24.5	24.1	28.9	30.0	29.3
老年($\frac{C}{B} \times 100$)	43.3	41.3	30.3	22.6	15.8
従属($\frac{A+C}{B} \times 100$)	67.8	65.5	59.2	52.6	45.1
老年化($\frac{C}{A} \times 100$)	176.2	171.4	105.0	75.4	54.0

A = 0~14歳 B = 15~64歳 C = 65歳以上

表3 寝たきり及び独居老人 ('87. 7. 1. 長野県高齢者対策課)

	※人 口	在宅寝たきり老人	独り暮らし老人	人口千対率	
				ねたきり	独 居
阿南町	6,979	55	110	7.9	15.8
阿南7カ町村	21,158	219	374	10.4	17.7
下伊那郡	88,018	608	932	6.9	10.6
長野県	2,148,448	7,557	16,752	3.5	7.8

(※1988. 4. 1 現在)

表4 阿南町の世帯・人口数の推移 (国勢調査・農業センサス)

項目	年	1960	1965	1970	1975	1980	1985
総世帯数(指数)		2,321(100)	2,282(98.3)	2,181(94.0)	2,073(89.3)	2,076(89.4)	1,990(85.7)
農家数(指数)		1,454(100)	1,418(97.5)	1,368(94.1)	1,231(84.7)	1,214(83.5)	1,153(79.3)
総人口(指数)		10,343(100)	9,294(89.9)	8,261(79.9)	7,652(74.0)	7,290(70.5)	7,052(68.2)
農家人口(指数)		7,722(100)	6,720(87.0)	5,881(76.2)	5,048(65.4)	4,921(63.7)	4,660(60.3)

表5 産業別就業人口の推移 (阿南町、国勢調査) ()内は%

年	産業	就業人口	第1次産業	第2次産業	第3次産業	分類不能
1960		5,578(100)	3,812(68.3)	521(9.3)	1,245(22.3)	1
1965		4,943(100)	3,135(63.4)	515(10.4)	1,292(26.1)	1
1970		4,770(100)	2,533(53.1)	958(20.1)	1,279(26.8)	0
1975		4,294(100)	1,855(43.2)	1,127(26.2)	1,311(30.5)	1
1980		4,197(100)	1,517(36.1)	1,346(32.1)	1,332(31.7)	2
1985		4,038(100)	1,216(30.1)	1,482(36.7)	1,340(33.2)	0

表6 専兼別農家数の推移 (阿南町、農業センサス)

()内は%

年	専兼別	専業	第1種兼業	第2種兼業	計
1965		252(17.8)	696(49.1)	470(33.1)	1,418(100)
1975		199(16.2)	258(21.0)	774(62.8)	1,231(100)
1985		196(17.0)	170(14.7)	787(68.3)	1,153(100)

表7 経営規模別農家 (例外規定・不耕作を除く) 数 (阿南町、農業センサス) ()内%

年	耕地(ha)		0.1~0.3	0.3~0.5	0.5~1.0	1.0~1.5	1.5~3.0	計
	総数	専農(割合)						
1960	319		319(22.0)	323(22.3)	628(43.3)	162(11.2)	19(1.3)	1,451(100)
1985	375		375(32.6)	260(22.6)	400(34.7)	92(8.0)	25(2.2)	1,152(100)
	74		74(37.8)	38(19.4)	56(28.6)	20(10.2)	8(4.1)	196(100)
			(19.7)	(14.6)	(14.0)	(22.2)	(32.0)	(17.0)

表8 経営耕地面積 ha (阿南町、農業センサス)

年	耕地 作付	田			畑			樹園地				合計			
		稲	大豆・野菜等	一年間無作付	普通畑	牧草	一年間無作付	果樹	茶	桑	その他				
1965	—	—	—	468.7	—	—	—	184.0	8.6	0.6	175.3	0.5	185.0	837.7	
1975	—	—	—	376.0	—	—	—	121.8	6.8	6.4	169.6	0.4	183.2	681.0	
1985	283.8	39.4	12.6	335.8	98.8	9.4	21.1	129.4	21.8	12.6	97.9	0.2	132.5	597.7	
割合(%)	1965	—	—	56.0	—	—	—	22.0	1.0	0.1	20.9	0.1	22.1	100	
	1975	—	—	55.2	—	—	—	17.9	1.0	0.9	24.9	0.1	26.9	100	
	1985	47.5	6.6	2.1	56.2	16.5	1.6	3.5	21.6	3.6	2.1	16.4	0.0	22.2	100

表9 農産物販売金額1位の部門別農家数 ('85農業センサス)

戸数	部門	総数	稲	養蚕	野菜類	工業作物	酪農	施設園芸	肉用牛	果樹	養豚	雑穀類	養鶏	その他
			作	蚕	類	物	農	芸	牛	樹	豚	類	鶏	他
戸数	阿南町	880	424	129	59	46	39	21	21	19	17	13	4	88
	和合地区	112	23	3	4	27	4	2	2	1	0	3	0	43
割合(%)	阿南町	100	48.1	14.7	6.7	5.2	4.4	2.4	2.4	2.2	1.9	1.5	0.5	10.0
	和合地区	100	20.5	2.7	3.6	24.1	3.6	1.8	1.8	0.9	0	2.7	0	38.4

表10 農業生産状況(阿南町、農業センサス、'86は農作物調査)

部門 項目 年	※収量													
	米		養蚕		乳用牛		肉用牛		豚		鶏		茶	
	作付面積(ha)	出荷量(t)	戸数	出荷量(t)	戸数	頭数	戸数	頭数	戸数	頭数	戸数	頭数	面積(ha)	生産量(t)
1960	489	2,518	826	176	212	360	468	557	133	309	884	8,791	2	—
1965	489	2,200	820	179	—	480	—	521	—	383	—	10,779	3	—
1970	429	2,090	680	199	190	750	650	650	100	890	660	10,900	6	5.6
1975	356	1,830	480	146	80	710	310	960	50	1,760	200	4,900	12	10.0
1980	308	1,470	380	137	40	750	180	940	40	3,080	140	25,300	19	12.2
(1986)	280	1,550	170	80	40	700	90	810	30	3,680	90	17,100	20	9.0

表11 農業粗生産概算額(阿南町、生産農業所得統計)

単位 百万円

部門 年	総額	米	乳牛	豚	肉牛	養蚕	野菜	果実	工業
1970	923	286	130	49	42	227	54	16	44
1975	1701	473	358	199	105	245	135	28	81
1980	1922	431	363	260	178	292	154	26	34
1985	1847	474	389	224	176	165	162	52	50

表12 特産物販売額(阿南町農協)

単位百万円

部門 年	あまご	りんご	茶	梅
1983	48	1	12	11
1984	50	3	4	14
1985	52	10	9	29
1986	55	15	8	5

表13 農産物販売金額規模別・専業別農家数(阿南町、'85農業センサス)

()内%

金額	専業別	専業	第1種兼業	第2種兼業	計
なし		45(16.5)(23.0)	4(1.5)(2.4)	224(82.1)(28.5)	273(100)(23.7)
50万円以下		73(14.4)(37.2)	43(8.5)(25.3)	391(77.1)(49.7)	507(100)(44.0)
50 ~ 200		37(14.2)(18.9)	73(28.1)(42.9)	150(57.7)(19.1)	260(100)(22.5)
200 ~ 500		19(28.4)(9.7)	29(43.3)(17.1)	19(28.4)(2.4)	67(100)(5.8)
500万円以上		22(47.8)(11.2)	21(45.7)(12.4)	3(6.5)(0.4)	46(100)(4.0)
計		196(17.0)(100)	170(14.7)(100)	787(68.3)(100)	1153(100)(100)

表14 課税所得(阿南町総務課調べ)

単位千円 ()内%

町地区 部門 項目 年度	総計			農業			営業			給与			その他		
	件	1件当	割合	件	1件当	割合	件	1件当	割合	件	1件当	割合	件	1件当	割合
阿南町 1982	3290	1265	(100)	1274	251	(7.7)	198	768	(3.6)	2601	1359	(85.0)	449	343	(3.7)
1984	4643	987	(100)	1263	294	(8.2)	202	971	(4.3)	2788	1389	(84.5)	390	363	(3.1)
1986	4753	1074	(100)	1245	275	(6.7)	204	973	(3.9)	2874	1540	(86.7)	400	346	(2.7)
和合地区 1982	252	885	(100)	142	230	(14.7)	8	632	(2.3)	165	1079	(79.8)	29	253	(3.3)
1984	379	712	(100)	148	295	(16.2)	11	811	(3.3)	195	1079	(78.0)	25	270	(2.5)
1986	370	710	(100)	151	248	(14.3)	14	835	(4.4)	187	1121	(79.8)	18	216	(1.5)

表15 農業労働力保有状態別農家数(阿南町、'85農業センサス) ()内%

専従者 内容 総数	男有		女だけ		なし
	60歳未満	60歳以上	男補助者有	男補助者無	
	1153(100)	169(14.7)	259(22.5)	66(5.7)	

表16 自家農業に従事した人のうち、農業が主の人(阿南町、'85農業センサス)

()内%

年齢 性 総数	16~29	30~59		60~64		65歳以上	
		男	女	男	女	男	女
	1113(100)	16(1.4)	165(14.8)	269(24.2)	97(8.7)	121(10.9)	261(23.5)

表17 農家の後継予定者の就業状況(阿南町、'85農業センサス) ()内%

総数	自家農業だけ	自家農業と他の仕事		その他の仕事だけ	仕事に従事 しなかった
		自家農業が主	他の仕事为主		
	476(100)	50(10.5)	18(3.8)	300(63.0)	68(14.3)

表18. 森林の態様(阿南町、県農林統計)

項目	態様 年	国有林	公有林	私有林	人工林		天然林		計
					針葉樹	広葉樹	針葉樹	広葉樹	
面積 ha	1965	776	117	9,159	2,937	17	472	6,402	10,052
	1975	603	542	9,322	4,110	3	859	5,060	10,467
	1985	492	1,016	8,894	4,207	4	827	5,052	10,402
割合 (%)	1965	7.7	1.2	91.1	29.2	0.2	4.7	63.7	100
	1975	5.8	5.2	89.1	39.3	0.0	8.2	48.3	100
	1985	4.7	9.8	85.5	40.4	0.0	8.0	48.6	100

表19. 和合地区の人口・世帯数の推移(国勢調査、但'88は住民台帳)

()内は%

年	年齢	人口						総数	世帯数
		0~14	15~29	30~44	45~59	60~74	75歳以上		
1950		618(100)	434(100)	243(100)	218(100)	126(100)	30(100)	1669(100)	315(100)
		(37.0)	(26.0)	(14.6)	(13.1)	(7.5)	(1.8)	(100)	
1960		413(66.8)	216(49.8)	276(113.6)	180(82.6)	145(115.1)	43(143.3)	1273(76.3)	291(92.4)
		(32.4)	(17.0)	(21.0)	(14.1)	(11.4)	(3.4)	(100)	
1970		60(9.7)	68(15.7)	177(72.8)	162(74.3)		178(114.1)	745(44.6)	225(71.4)
		(21.5)	(9.1)	(23.8)	(21.7)		(23.9)	(100)	
1980		51(8.3)	42(9.7)	90(37.0)	179(82.1)	118(93.7)	69(230.0)	549(32.9)	210(66.7)
		(9.3)	(7.7)	(16.4)	(32.1)	(21.5)	(12.6)	(100)	
1988		39(6.3)	52(12.0)	48(19.8)	130(59.6)	147(116.7)	72(240.0)	488(29.2)	176(55.9)
		(8.0)	(10.7)	(9.8)	(26.0)	(30.1)	(14.8)	(100)	
'88常住		36(5.8)	36(8.3)	42(17.3)	128(58.7)	147(116.7)	72(240.0)	461(27.6)	176(55.9)
		(7.8)	(7.8)	(9.1)	(27.8)	(31.9)	(15.6)	(100)	

表20. 人口指数の推移 (和合地区、国勢調査、但'88年は住民台帳)

年	1950	1960	1970	1980	1988	'88.5 (常住人口)
人口指数						
年少($\frac{A}{B} \times 100$)	65.7	56.2	35.6	14.6	13.1	13.1
老年($\frac{C}{B} \times 100$)	11.7	17.2	30.0	42.7	50.7	55.1
従属($\frac{A+C}{B} \times 100$)	77.4	73.4	65.6	57.3	63.8	68.2
老年化($\frac{C}{A} \times 100$)	17.8	30.5	84.4	292.2	387.2	419.4

A = 0~14歳人口 B = 15~64歳人口 C = 65歳以上人口

表21. 老人の持病 (和合地区、1984. 7)

病類	実人数	疾病総数	高血圧性疾患	その他循環器	変形性膝関節症	腰・背痛疾患	その他運動器	精神・神経	眼科疾患	消化器疾患	呼吸器疾患	皮膚・泌尿器	代謝・内分泌
男	76	147	42	14	15	8	10	12	4	17	11	9	5
女	117	256	77	11	52	17	17	14	31	23	7	5	2
60~69	88	140	41	8	24	10	13	14	5	14	5	2	4
70~79	66	165	45	11	26	10	9	9	19	17	11	6	2
80歳以上	39	98	33	6	17	5	5	3	11	9	2	6	1
計	193	403	119	25	67	25	27	26	35	40	18	14	7
割合 (%)	100	208.8	61.7	13.0	34.7	13.0	14.0	13.5	18.1	20.7	9.3	7.3	3.6
		100	29.5	6.2	16.6	6.2	6.7	6.5	8.7	9.9	4.5	3.5	1.7

表22. 国保受診傷病大分類構成比 (和合地区・医科) %

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

表23. 国保受診状況 (阿南町、医科・歯科)

年	世帯数	総計(一般・退職者・老健)				老人医療(老健)再掲			
		人数	受診率(%)	一日件当数	一費件当用(円)	人数	受診率(%)	一日件当数	一費件当用(円)
1970	1,286	4,593	444.5	2.8	3,809	—	—	—	—
1975	1,236	3,814	529.7	2.9	8,308	557	882.1	3.4	10,761
1980	1,228	3,394	667.5	2.8	16,657	669	1,122.1	3.2	20,835
1985	1,193	2,872	773.9	2.6	19,142	746	1,117.8	3.0	23,478
1987	1,207	2,765	852.0	2.8	21,658	807	1,222.1	3.2	26,268

表24. 老人の労働程度(和合地区)

※○は入院中、()内は%

年 月	性 年齢 労働 程度	ね た き り	ね お た り り	補 助 労 働	主労働従事		総 数
					有 病	無 病	
'84 ・ 7	男	2 (2.6)	4 (5.3)	9(11.8)	55(72.4)	6(7.9)	76(100)
	女	0	6(5.1)	29(24.8)	73(62.4)	9(7.7)	117(100)
	計	2 (1.0)	10(5.2)	38(19.7)	128(66.3)	15(7.8)	193(100)
'88 ・ 5	60~69	0	1(0.9)	3(2.7)	77(70.0)	29(26.4)	110(100)
	70~79	※②(2.9)	3(4.4)	15(22.1)	45(66.2)	3(4.4)	68(100)
	80歳以上	0	10(24.4)	19(46.3)	10(24.4)	2(4.9)	41(100)
	男	※②(2.2)	5(5.4)	7(7.6)	60(65.2)	18(19.6)	92(100)
	女	0	9(7.1)	30(23.6)	72(56.7)	16(12.6)	127(100)
	計	※②(0.9)	14(6.4)	37(16.9)	132(60.3)	34(15.5)	219(100)

表25. 世帯構成(常住者)状況(和合地区)

()内は%

年 月	世 帯 構 成	総 数	一人暮らし		65老 歳人 以 上 世 帯 の	65い 歳る 以 上 世 帯 の	そ の 他
			~64歳	65歳以上			
1985.12		186(100)	24(12.9)	14(7.5)	15(8.1)	73(39.2)	60(32.3)
1988. 5		180(100)	13(7.2)	23(12.8)	29(16.1)	55(30.6)	60(33.3)

表26. 死亡場所(阿南町)

()内は不明を除く割合%

年	場 所	70歳未満						70歳以上							
		総 数	不 明	病 院	診 療 所	自 宅	施 設 そ の 他	総 数	不 明	病 院	診 療 所	自 宅	施 設 そ の 他		
'72~'75		122	4	62 (52.5)	5 (4.2)	46 (40.0)	0	5 (4.2)	204	11	25 (13.0)	4 (2.1)	162 (83.9)	0	2 (1.0)
'76~'79		81	10	37 (52.1)	1 (1.4)	23 (32.4)	1 (1.4)	9 (12.7)	180	29	32 (21.2)	0	110 (72.8)	1 (0.7)	8 (5.3)
'80~'83		62	3	42 (71.2)	0	9 (15.3)	0	8 (13.6)	208	19	60 (31.7)	0	123 (65.1)	3 (1.6)	3 (1.6)
'84~'87		68	9	44 (74.6)	0	7 (11.9)	3 (5.1)	5 (8.5)	225	14	102 (48.3)	0	93 (44.1)	12 (5.7)	4 (1.9)

表27. 国保入院状況(阿南町・医科)

年	一般(退職者)				老人医療(老健)			
	人 数	件 数	件 数 率 (%)	一 件 当 日 数	人 数	件 数	件 数 率 (%)	一 件 当 日 数
1975	3,257	364	11.2	15.7	557	115	20.6	20.2
1980	2,725	425	15.6	18.3	669	344	51.4	20.2
1985	2,126	379	17.8	19.7	746	334	44.8	18.8
1986	2,062	391	19.0	19.6	785	361	46.0	18.2
1987	1,958	413	21.1	20.3	807	417	51.7	17.4

今、地域保健・医療は……

憲法にある「公衆衛生」を守るには

西 三 郎 (東京都立大学人文学部 社会福祉学研究室)

1. はじめに

地域保健・地域医療という言葉が広く用いられ、憲法にある公衆衛生、国民が誰でも用いる医療が使われなくなり、特に公衆衛生は、厚生省の部局の名称から消え去られた。このことは、公衆衛生、医療とはの基本を考えさせずに、結果としては国が提唱している個人の努力に依拠する方向に寄与することとなる。社会保障の理念の転換が主張されている現在、生存権保障の意義の再確認と権利の主張の重要性が特に高まっている。このため、地域保健・地域医療の登場した背景とそのねらいとそれぞれの用語の実際を説明し、現在すすめられている医療改革のねらいと実績を簡単に概括し、最後に公衆衛生を規定している憲法をまちの暮らしのなかについての私見を述べる。

2. 地域保健・地域医療の登場とそのねらい

1) 地域保健 (Communityとしての地域)

Community Health, Community Medicine, Community Health Services 及び Community Health Care は、それぞれ多少意味を異にして用いられているが、いずれも明確な概念ではない。世界保健機関 (WHO) においても、SEARO 地域で発行している用語集に以下の説明がなされている¹⁾。

「Health Care

Health Care は、急性及び慢性の病気のケアのみならずリハビリテーション、疾患の発見、健康維持、疾病及び障害の予防、健康教育を意味する。

類似の定義としては、Comprehensive Health Care がある。

Community Health(以下地域保健と訳す)は、1966年のEUROシンポジウムにおいて、次のことを含むものとして定義された。「いかなる人間のコミュニティー(以下地域と訳す)において、公私の区分にかかわらず、総ての(all)個人保健及び環境サービスを含む」。

しかしながら、1973年のWHO公衆衛生の卒業教育訓

練専門委員会は、次のように記述された。「この表現は、多くの国で用いられている。何等の限定もなく不明確である。例えば、環境保健がそうであるように地域の(of)ヘルスケアに当たるのと同義語として用いている；他の場合では、施設収容以外のヘルスケアとか地域における(in)ヘルスケアとしている。また、地域のために (for) 提供されるヘルスケアの全体に当たり、この意味では、公衆衛生 (公衆衛生の定義は省略する) と同じとなる。

この不明確な定義は、地域保健という言葉を用いるときに、注意しなければならないことを意味している。1966年のシンポジウム及び1973年専門家委員会において採用された定義に示された、広い分野にかかわることを示すのであれば、むしろ地域保健ケアという言葉を用いることがよいであろう。

公衆衛生

公衆衛生の定義を含めて前略

広い意味に公衆衛生をとらえると、最近使われだしたCommunity Medicine (参照とあるが、項目としては説明がない) の概念に近づいている。また予防衛生、社会医学に非常に類似している。」

この説明は、地域保健・地域医療を用いることの意味を示さず、公衆衛生と同義語であるとしている。

地域保健という言葉がアメリカで登場したのは、20世紀の半ば過ぎからといわれ、1962年、アメリカ公衆衛生協会と保健審議会との合同で地域保健委員会 (National Commission on Community Health Services) が設置され、次の10年間における地域保健活動の開発のために、遠大な提言を行えるようにとの責務を持って4年間検討を行い、表1に示す多くの報告書を発表している²⁾。1968年には、ロックフェラー基金の援助により、イタリアのVilla Serbelloni, Bellagioで世界最初の体系だったCommunity Medicineの会議が開催され、英米及び発展途上国からの多くの参加者により医療供給体制、医学教育について議論された³⁾。イギリスでは、NHS (国民保健事業) の再編成が行われた1974年頃からこれらの用語が用いられたようで、再編成されたNHSに消費者の代表の委員会として地域保健委員会 (Community Health Cou-

表1 REPORTS OF THE NATIONAL COMMISSION ON COMMUNITY HEALTH SERVICES

Health is A Community Affair
Health Manpower : Action to Meet Community Needs
Action-Planning For Community Health Services
Changing Environmental Hazards : Challenges to Community Health
Comprehensive Health Care : A Challenge to American Community
Health Care Facilities : The Community Bridge to Effective Health Services
Financing Community Health Services and Facilities
Health Administration and Organization in the Decade Ahead
Process Analysis : A Study of Community Structure and Health Action
by Robert N. Wilson
The Politics of Community Health by Ralph Conant
A Self-Study Guide for Community Health Action-Planning

ncil)が各保健地区に設置された。その他に例えば、1965年のBrain M. D. 編集の *Priventive Medicine for Nursing and Social Workers* は、1972年の改訂版では、*Community Health and Social Services*、1978年の三訂版も同じ題名⁴⁾と変わり、1945年に初版を出した Grundy F. and Grundy P. F. 著の *Handbook of Social Medicine* は、1948年の五訂版までその題名が続き、1949年に *The New Public Health* となり、1968年十一訂版、1970年同再版まで続き、1974年に *Community Health and Social Services*⁵⁾と題名を変えた。その他、図書の題名に *Community Health*, *Community Medicine*, *Community Health Services* が登場するようになったのは、1960年代以降といえよう。

日本では、1957年4月に日本医師会長に就任した武見太郎は、同年度日本医師会事業計画に地域社会活動の強化を取り上げ、「医師会中心地域社会活動の必要性、理念並びにその具体的方法」を発表した⁶⁾。この内容を、遠藤朝英が日本医師会雑誌に公表している⁷⁾。その後、地域保健活動という言葉を用い、「地域社会の保健活動を、保健所長の手に委ね、しかもその責任を保健所長にのみ負わせるよりも、その地域社会の自主的活動にその主導が委ねられるべきである。」としている。なお、住民自治の尊重を建て前としているが、その自治を保障する方法については述べていない。地域保健という言葉が、公的な立場で最初に用いられたのは、厚生大臣の諮問機関である医療制度調査会が昭和38年3月23日に厚生大臣に答申した「医療制度全般についての改善の基本方策に関する答申」のなかで、地域保健調査会の設置が望まれると述べている。このことは、日本医師会の提言により盛り込まれたものとされている。

日本を含め、米英での地域保健に共通することは、古典的な伝染病の予防から、病気全般の発生子防、疾病対策へと拡大されるなかで、それぞれの地域社会における生活を重視した保健活動の必要性を認識し、新たな改革を意図して新しい用語を用いたものといえよう。

地域という言葉には、欧米では自治の概念が含まれており、イギリスではNHSの中で、地域が確定されて委員会が設けられている。しかるに、日本での保健医療分野で最初に提唱した武見太郎の地域の内容をみると、コミュニティの概念を中央集的に区画された行政区域のあり方から脱却して、主権在民的に形成されたきた概念であると述べていながら、自治の保障には全く触れていない。しかも団体自治としての市町村における住民自治を否定するという誤った認識が持たれていた。さらにその後は、住民自治すら記載されないままのサービス提供側からの生活重視論を述べているに過ぎない。本来生活を重視することは、個人においては、自己決定権を前提とし、地域社会においては、その地域社会における住民自治の保障が前提になければならない。即ち、日本では地域及びコミュニティの概念を明確にせず、特に自治についての保障のないままに、権力の側から一方的に使用し始めた用語であるといえよう。

2) 地域医療 (Regionとしての地域)

地域保健と地域医療との区分は、英語・日本語ともに不明確である。日本語では、保健と医療と区分されていることから、公衆衛生の分野では、地域保健を、医療の分野では、医療をという違いがみられている。ここでは、Regionの意味での地域について述べよう。

スウェーデンは、1970年に地域病院計画を議会で定め、

全国を7つの病院地域に区分した⁸⁾。それぞれの病院区の人口は約100万で、区域内で医療が完結できるように計画された。ここでの方法論は、当時の経済学ないしは経営工学的な地域科学論によっている。すなわち、ある空間的な広がりの中で発生する医療需要に対し特殊な医療行為を除き、ほぼその広がりの中で効率的に医療供給体制を完結できるように圏域を設定することである。しかも、設定された医療圏において階層的に区分した医療機能を体系的な医療供給体制としてまとめ、社会資源を効率的に配分し計画的に整備するもので、そのための計画を医療計画という。その後のアメリカにおける病院再編成、医療計画も同様の視点での地域設定がなされ、イギリスのNHS再編成もその系統といえよう。これらにおいて設定された地域の人口規模が約50万から100万位と共通していたことは、特殊な医療行為を別にして、医療需要を満たすに妥当な人口規模がこの単位であることが推測される。

日本において医療圏を設定し、計画的に医療供給の整備を図ることを意図したのが、昭和61年に改正された医療法による医療計画である。しかし、そこでの計画の思想は、高齢化社会に向けての医療費の抑制、正確には医療費における国の負担の削減を意図して病床数の増加抑制のみを目的としたもので、社会保障の理念も、国民に適正な医療供給体制を確立するという国の責務も棚上げし、しかも医療計画としての方法論を欠如したままで、現在の病床の数字のみをいじくるゲリマンダー計画であるといえよう。なお、欧米の医療計画には、設定される医療圏における自治の保障が制度として組込まれているが、日本の医療計画では、計画を策定する都道府県に対して、医療供給側及び市町村の意見を聴取することを規定しているのみで、直接市民の声を聞く方式を欠いており、設定された医療圏における地域の住民の自治は全く無視されている。このような、住民不在のまま、表面的に医療供給体制を効率的に整備したとしても机上の効率論に終わることは明らかで、それにもかかわらず、当面の医療費抑制のみを意図した法律改正が行われた。

3) 地域保健・地域医療から公衆衛生が見えない

日本以外の先進諸国でいう地域には、住民自治、住民参加、消費者参加が基盤とされており、そのことを前提とした地域設定がなされている。しかるに、日本では全く欠如したままで、言葉だけ住民向けの地域論が提唱されている。そのこと背景には、生活重視のコミュニティーであれ、資源配分のためのリジョンであれ、生活論、地域論を提唱し、具体的に地域を設定し、計画の

策定に關与する学識経験者、専門職、行政官の多くが、自分の住所を特定の地区に設けていようと、その地域社会のなかで生活をしているとはいえない人々であり、しかも、実体験を欠いている生活、自治というものは、権力の側が専断的に規定した枠の中に納められるものとしてとらえていることによろう。日本の一部には、地域とは、身近なところを意味することから、地域保健・地域医療という言葉も明確に概念規定もせずに用いている人々がいる。そのような意見の人達は、自分達が提唱し用いている地域保健・地域医療と呼ぶ言葉が、前記の国および医療供給側からの一方的な押し付けで、しかも住民自治を全く欠いている概念と同じであることを無視していることが多い。このため、国等がいう地域保健・地域医療に潜む問題点を不鮮明にし、結果的にその主張に加担していることへの反省をその人達に強く求めたい。

公衆衛生にかかわる人々は、地域保健を公衆衛生から環境衛生を除いた分野の用語として理解していることが多い。公衆衛生という言葉は、戦後アメリカから導入され、当時のウインスローの定義の影響もあって、医学系では、公衆衛生を医学の一部に矮小化している。しかし、憲法での公衆衛生は、医療を含むものである。WHOにおいても、医療を含めて同様に広く解釈している。この憲法にある公衆衛生という言葉を用いないで地域保健を用いるとは、憲法との関連を薄れさせる効果があるといえよう。憲法からは、生存権の保障が導きだせるが、地域保健からは、公的責任を引き出すことはできないどころか、健康自己責任への道をたどる結果になっている。また、

厚生省設置法(厚生省の任務)第4条 厚生省は、社会福祉、社会保障及び公衆衛生の向上及び増進を図ることを任務とし、次に掲げる国の行政事務及び事業を一体的に遂行する責任を負う行政機関とする。

一 国民の健康

二 以下略す

地方自治法第2条 前略

一、地方公共の秩序を維持し、住民及び滞在者の安全、健康及び福祉を保持すること。

医師法第1条 医師は、医療及び保健指導を掌ることによって公衆衛生の向上及び増進に寄与し、もって国民の健康な生活を確保するものとする。

社団法人日本医師会定款(目的)第4条 本会は、医道の高揚、医学及び技術の発達並びに公衆衛生の向上を図り、もって社会福祉を増進することを目的とする。

などの重要な規定との関連にも結び付かない。

憲法にある公衆衛生を用いず、住民自治を欠いた地域保健・地域医療へという方向がもたらす危険を強調し過ぎることはないと考える。

4) 医療と地域医療の違い

現実に地域医療という用語をもちいている実態をみると、医療を行う施設は、医療法により病院、診療所及び助産所と規定され、地域医療所という医療施設はない。即ち、地域医療という新しい医療行為が存在するならば、そのための医療施設の規定がなければならず、法の改正が必要となる。しかしながら、そのような声は何処にもなく、従来の医療の概念に含まれるものである。しからば、従来の医療施設で行っている医療と地域医療とにどのような違いがあるかも明示されずに、広く地域医療が用いられている。医療施設における地域医療といわれている実態をみてみよう。

病院では、地域医療部ないし類似の名称の部門を設けている病院が少なくない。そこでの地域医療といわれる活動の多くは、病院の内部では、医療ソーシャルワーク、健康教育、保健指導、時に健康診査、人間ドック等を含み、病院の外にて行う活動として、訪問看護さらに最近一部の病院で始めた訪問診療、訪問リハビリテーション等の訪問して行う事業、病院に関係する患者、家族さらには一般の人を対象にした健康教育、衛生行政への協力、へき地医療と称するへき地巡回診療がある。更に、保健所、福祉事務所、他の医療施設との連携した種々の活動を意味することもある。これらに共通していることは、従来からの病院に課せられていた医療行為には含ま

れない事項であり、現在においても病院の本来行うべき主要な業務として位置づけられているものではなく、社会の変化に伴い付随した業務と見られるものである。もし、本命の業務であるならば、職員の配置、業務の形態に変化が生じなければならない。例えば、訪問看護、訪問診療をみても病院の限られた対象の患者にのみ提供するもので、総ての患者を対象にしている病院は殆どないといえよう。健康診査、人間ドックにおいても、病院の一部門として設けられているに過ぎない。このことは、診療所においても同様で、地域医療とはいわれることの多くが、衛生行政の下請け的な予防接種、健康診査、健康教育、保健指導であり、また保健所その他の関係機関との連絡会議等への参加が多い。即ち、医療施設において、本来の主任務ではないが、社会からの新しい要請に基づいて付随的に行う業務を意味している。

衛生行政の側からは、医療施設以外の場における医療という用い方以外に、医療計画策定において、地域医療計画と敢えて呼び変えているように、新しい概念として個別の診療行為とは別に、地域社会における医療供給体制の整備に関する事項とする用い方がなされている。しかしながら、ただ地域医療という時には大学病院、高度医療を行う特殊専門病院等を含めず、医療供給体制の整備としての地域医療計画という時には含めている。一般には、病院の外で行われる医療さらには医療施設外での医療に限定している意味としていることが多い。なお、図1に示す厚生省及び通産省とが共同して設けた財団法人医療情報システム開発センターにおける医療情報システム⁹⁾もその例といえよう。

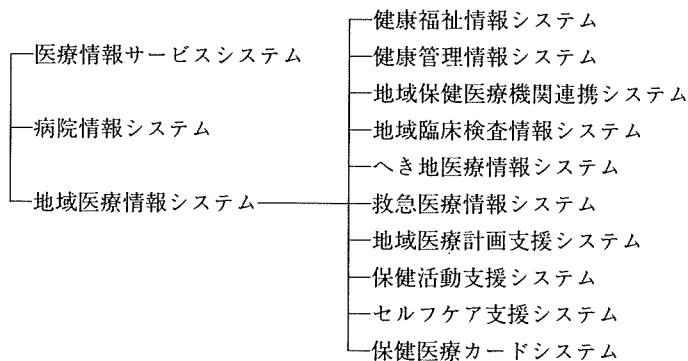


図1 医療情報システム概念図

資料：「厚生指標」臨時増刊、国民衛生の動向、昭和63年、第35巻第9号、1988

以上のように、医療といわずに地域医療と言い換えることの意義は、必ずしも明確でなく、憲法にある公衆衛

生には医療を含み、とくに医療計画、医療供給体制の整備が含まれていることから、地域医療とは言わずに公衆

衛生としての医療計画、医療供給体制の整備として明確にすることがより重要であるといえよう。また、生活に密着しなければならないのは総ての医療についてであることから、地域医療とはいわずに、医療といい、病院の医療、高度の医療の方を病院医療、高度医療、大学医療と名づけることが適切であると考えらる。

3. 医療改革のねらいと実績

医療費の高騰に加えて、高齢化社会を迎えることから、医療における国の財政負担の軽減を図ることが日本のみならず先進諸国共通の悩みであり、そのことを阻止する施策をすすめることに各国とも苦慮している。そのような中で、日本での改革は、遅れて着手されたこともあったか、他国に比較して着実に国が予定した施策がすすめられている。すなわち、このための第1弾は、老人保健法の改正で、そこには多くの意義が含まれている。以下に主な改革への幕開けを紹介しよう。即ち、

- ①老人医療の無料化制度を廃止した。後の健康保険本人の一部負担へ幕開けとなった。
- ②健康保険制度における財政調整を導入した。今回の国保改正への先駆けとなり、健康保険制度における一本化、一元化への幕開けとされよう。
- ③老人医療の診療報酬を従来の健康保険制度とは別の体系とし診療報酬のマルメ・長期入院抑制、特例許可・特例許可外病院の制度の導入を図った。後の老人保健施設制度の導入と各種の中間施設を含む、施設の機能分化の幕開けとなった。
- ④医療を保健事業に含め、机上ではあるが保健と医療との統合を図った。後の医療計画を保健医療計画と読み替えさせ、医療圏の設定と関連させて、保健所の検討と整理統合への幕開けとなった。
- ⑤医療を除く保健事業を衛生行政での最初の団体委任事務とし、行政指導により、実態は機関委任事務と同じにすることに成功した。少ない国費で地方を規制することを果たした。

老人保健法の制定に続いて、健康保険法改正、医療法改正、国立病院・療養所の再編成関連法の制定、国民健康保険法改正と医療費適正化対策がすすめられている。さらに、厚生省は、「国民医療総合対策本部中間報告」を発表させ、さらに「地域保健将来構想検討会」等の各種の検討会を発足させている。

以上の改革に対する問題点について、多くの関係団体

諸機関が賛否こもごも意見を表明している。しかしながら、いずれの意見も現在すすめている国の負担を軽減するためという基本的な改革路線をひるがえすには至っていない。現在の方向は、基本路線への正面からの批判に対しては、厚生省としては無視に近い状態におかれ、部分改正の意見に対しては、国として都合のよい部分を採用している。厚生省は、改革の実務の段階で、日本医師会内部の若手ホープの医師達を随所に活用し、医師会の手の内を読みながら部分的な修正を加えながら次々に新しい施策を打ち出している。このような、状況のもとで、憲法の理念をうたうのみでなく、その理念を実態化して行くことへの努力が必要といえよう。

4. 憲法をまちの暮らしのなかに

この言葉は、新しい言葉ではないが、常に確認しておくことが重要と考え、この基本に沿って重要な事項に限定して意見をまとめる。最初に、基本的なこととして生存、健康権を保障するための公衆衛生を基本におくことを述べ、次いで健康な生活が確保されていない事例として、安心して死ねない実態を明らかにすることの必要性和、そのために専門職が責任を全うできる条件を整えることの必要性を述べ、最後に、地方自治の確立のもとで健康で幸せなまちづくりをすすめることについて次に説明する。

1) 生存権、健康権を保障するための公衆衛生を基本におくこと

公衆衛生分野の人々の多くは、WHOの憲章の前文より、健康の定義を広く引用している。しかし、

「到達しうる最高基準の健康を享有することは、人種、宗教、政治的信念又は経済的若しくは社会的条件の差別なしに万人の有する基本的権利の一つである。」

「各国政府は、自国民の健康に関して責任を有し、この責任は、十分な保健的及び社会的措置を執ることによってのみ果たすことができる。」

以上の部分を引用する人は少ない。本来、日本政府は、世界保健機関に加盟し、この憲章にのっとり、国民の健康な生活を確保しなければならない責務を有している。このため、公衆衛生従事者は、国民に対して健康の権利と国の責任を明らかにすることが必要である。衛生行政に係わる公務員として、憲法及び厚生省設置法に規定されている社会福祉、社会保障、公衆衛生の向上及び増進の任務を無視する発言を厳しく批判しなければならない。

2) 安心して死ねない実態を明らかにすること

世界の最長寿国になり、健康への関心が高いにもかかわらず不安が多いことを、個別の実態を明らかにすることを通じて、高い健康指標と貧しい療養生活の矛盾を指摘することが必要である。現在、長期療養を在宅で行っている事例の紹介の多くが、個人的な努力による美談が中心で、衛生行政、福祉行政による組織だった活動によるものは、ほんの一部に限られている。本来患者は、医学的に病院に入院しなければならない状態を除けば、療養生活を在宅か、その他の施設かを自由に選択できなければならない。しかも、在宅を選択した場合にあっては、病院内と同じ診療水準の確保のもとで、看護、介護が提供されなければならない。このことは、天皇の在宅ケアの状況からみても明らかである。さらに、夫婦、家族が互いに助け合うことは当然ではあるが、その人達がかかわる事項は専門職の分野の業務を含むものであってはならない。すなわち、家族の犠牲でのケアは、家族の生活権を無視することから許してはならない。

現状では、病院における入院期間を短縮させるために、社会的な入院を排除させる動きが活発であり、その上、診療面から医師の監視が必要な状態であるにもかかわらず、退院を強制されている例もみられている。入院している患者が、医学的にみて退院できる状態でありながら自分の家に帰ることを希望しないのは、疾病への不安があるか、その患者にとって安住した家を失った場合しかあり得ない。安住の家が無いとは、物理的な意味での家のみならず、精神的に家族内での位置が不安定になったか失ったかで、そのための補強がされない限り、帰りたくとも帰れないといえよう。このための、施策を全く欠いたままでの退院の強制が、生活無視したものであることは明らかである。その上、現状での在宅患者への看護、介護を提供する制度が不備で、ようやく整備が緒についた形である。例えば、看護婦又は保健婦は、訪問した家族に看護を指導するもので、直接看護を提供するものではないとされている。一部の自治体で、訪問看護を行っているが、その多くが、行政が定めた週2回などの枠に限定され、患者のニーズは無視されている。更に、医学的に診療面において医師による常時監視が必要か、それに準じる状態の患者に対し、適正な診療が確保されている事例は極めて稀といえよう。このような、在宅の実態を明にし、安心して死ねる状態の確保が急務である。

3) 専門職が責任を全うできる条件を整えること

公衆衛生及び医療従事者が単独で業務をすすめること

が可能な分野は、著しく限られており、各種の専門職によるチームのもとで業務を行うことが一般的といえよう。しかも、そのチームを支える体制が整備されていなければ、それぞれの専門職がその機能を発揮することができない。例えば、従来駐在保健婦が、保健所から遠く一人で業務を行っていることを表面的に、現象面だけを見て単独で業務が可能であると見てはならない。必ず、その背後に保健所からの支えがあることを前提とした制度である。また、市町村における保健婦の活動に関して、

保健婦助産婦看護婦法〔保健婦に対する保健所長の指示〕第36条 保健婦は、その業務に関して就業地を管轄する保健所の長の指示を受けたときは、これに従わなければならない。但し、前条の規定の適用を妨げない。

の規定がある。これは逆に、保健所長の指示の前提として市町村の保健婦の業務を把握していなければならないことを意味する。また、診療所においても、医師単独で診療を行っている例もみられるが、慢性疾患に対しての療養指導、必要な社会福祉制度の活用についての心配りが必要であり、実際にそのことを努めている診療所がみられている。以上のように、専門職が自分の専門に責任を持って患者のニーズに合わせた活動をすすめないとなれば、患者のニーズに合わせずに、専門職の側の都合に依拠した活動を行っていることを意味する。

総ての専門職が、患者のニーズに適合した活動を継続して行うことが可能となる制度面、財政面等の裏付けが必要である。このための方法の一つとして制度的改革、財政的な裏づけを、観念的に提起するのではなく、具体的な事実に基づき個別的に必要な制度の改革を明らかにし、財政的な保障の獲得のための要請を積み重ねていくことが必要である。

前項での安心して死ぬことができない現実を踏まえて、健康な生活の確保のための専門職の活動が、誰にでも保障されていなければならない。

4) 地方自治の確立のもとで健康で幸せなまちづくりをすすめること

国の責任を十分に認識した上で、専門職が参加する住民自治に基づく健康で幸せなまちづくりの推進が必要であろう。

住民自治を踏まえた活動は、公衆衛生、医療に限らず生活の総てにわたって重要であり、かつ基本的なことである。戦後の地方自治の発展をみると、革新自治体が一時増加した時期もみられたが、現在では多少その数が減少傾向にある。しかしながら、革新か保守かの区分より、

それぞれの自治体が、市民の自治を尊重し、その権利を保障しているか否かにかかっている。市民の自治に基づく発言を積極的に尊重することにより、与えられた自治から、獲得する自治への変化、発展が期待できる。今、多くの草の根的な市民運動が各地で芽を吹きだしており、その横断的な運動も活発に展開されている。このことは、住民自治、地方自治が発展して行く種が広くまかれ、育ちつつあるとみることができよう。これらの運動の中に、健康、福祉にかかわる活動も含まれ、新しい公衆衛生分野における市民組織が生まれつつある。健康、福祉の課題は、特定市民階層から、保守的な市民を含めた幅広い階層を巻き込める特徴がある。このこともあって、従来の衛生行政は、住民組織を育成し、行政の下請けを行わせていた。しかし、これらの下請け的な組織と異なり、住民自治を踏まえた主体的な活動をすすめる組織の現れは、健康で幸せなまちづくりへと発展する可能性が大きいといえよう。

三鷹市における市民運動の一つである三鷹市医療と福祉をすすめる会は、三鷹市医師会をも仲間に取り入れ、市内の各種団体との横の連携から、行政における各種審議会への委員として政策決定に参加し、行政、専門職、市民の三者がお互いに尊重しながら健康で幸せなまちづくりをすすめる中で中核的な役割を果たしている。なお、三鷹市医師会は、このような活動に参加協力したことにより昭和62年に日本医師会最高優功賞を受賞している。このことは、新しい時代における健康で幸せなまちづくりへの方向を示したものといえよう。

5. おわりに

与えられた課題が、地域保健・地域医療という言葉の論議でなく、地域保健・地域医療自体に大きな変貌をもたらされようとしていることの分析であった。しかし、そのことの背景には、憲法にある公衆衛生を用いなくなったことが深くかかわっていると考え、敢えて地域保健・地域医療を用いることの批判を報告した。筆者は、かねてからこれらの言葉を用いることを批判してきた。そのことの理由を理解する人が居なくなったが、多くは大勢に押し流され現在の憲法不在の論議が生じたことは遺憾であったといえよう。

公衆衛生の分野では、外国から各種の新語が導入され、それぞれの訳を外国語の直訳か意識かは別として、それ

ぞれの言葉が登場した背景への配慮を欠いたままで、日本語として独り歩きをしていることが少なくない。文化が異なり、歴史も違うなかで公衆衛生のように生活に直結した事項に関しては、外国語の導入には十分な注意を喚起したい。

(第29回社会医学研究会総会特別報告)

引用文献

- 1) P. Micovic Prepared by : Searo Regional Health Papers No. 2 : Health Planning and Management Glossary. World Health Organization Regional Office for South-East Asia, 1984.
- 2) National Commission on Community Health Services: Comprehensive Health Care Public Affairs Press. Washington. D. C., 1967.
- 3) Latehm W. and Newbery A. ed.: Community Medicine. Appleton-century-Croftso, New York. 1970.
- 4) Brain M. D. ed.: Preventive Medicine for Nursing and Social Workers. The English Universities Press Ltd, London, 1965.
Brain M. D. ed.: Second edition Community Health and Social Services. The English Universities Press Ltd. London, 1972.
Brain M. D. ed.: Third edition Community Health and Social Services. Hodder and Stoughton, London, 1977.
- 5) Grudy F. and Grundy P. F.: Community Health and Social Services. H. K. Lewis & Co. Ltd. 1974.
- 6) 日本医師会編：国民医療年鑑 医業白書－昭和39年版、地域社会の医師会活動、春秋社、1964.
- 7) 遠藤朝英：医師会中心地域社会活動の第一次具体案成る。日本医師会雑誌、38(4)、1957.
- 8) Engel A. In Tottie M, Bengt J(eds): The Swedish Regionalized Hospital System in Regional Hospital Planning: Current Trends in Health Services. Stockholm, the National Board of Sweden, 1967.
- 9) 厚生省の指標 臨時増刊 国民衛生の動向 昭和63年 35(9)、1988.

「保健所宣言」(案) について

小 栗 史 朗 (日本福祉大学)

'88年6月4、5日に開催された第11回全国保健所問題研究交流集会(以下、保健所集会と略称)において、「保健所宣言」(案)(以下、宣言案と略称)が発表、採択された。その全文は、この論稿の次に掲載されている。

この論稿は、宣言案の解説である。すなわち、宣言案作成の契機(情勢)と過程、及び、宣言案の内容、意義などの説明である。

以下、保健所をめぐる情勢と、宣言案に関する説明とに大きく分けて論述する。

I. 保健所をめぐる情勢¹⁾

1. 保健所統廃合等の経過

1968年に厚生省は基幹保健所構想を策定し、これにもとづいて72年に保健所問題懇談会基調報告が出された。これについては宣言案のなかの「歴史的説明」にも言及してある。

宮城県は、基幹保健所構想のモデルのように思われる。即ち、68年に試験検査業務を14保健所から6保健所に集中化し、69年に放射線業務を同じく集中化、79年に14保健所を9保健所、5支所の体制にした²⁾。

静岡県は68年に1保健所を廃止し、71年に食品衛生業務を、74年に環境公害業務を集中化し、84年に17保健所2支所を14保健所5支所の体制にした。秋田県は70年に試験検査業務を13保健所から6保健所に集中化し、72年に食品衛生業務を、75年に環境公害業務を集中化し、77年に1支所、85年に1保健所を廃止して、13保健所を8保健所4支所の体制にした。

このような保健所(あるいは保健所機能)の統廃合をすすめたところは、その度合に相異はあるが、以上の他に新潟県、広島県、岡山県、石川県などがある。

しかしながら他方では、60年代後半から70年代前半にかけて東京都から大阪府に、またその後には横浜市、川崎市、東大阪市、広島市、福岡市、和歌山市、埼玉県など主として保健所政令市を中心に保健所、支所の増設が、住民要求や人口増加に伴う増区等によって実現している。

'88年7月現在で、全国保健所は850ヵ所を数えること

ができる(全国保健所長会会員名簿)。保健所統廃合を方向づけた基幹保健所構想の68年4月の全国保健所832ヵ所(昭和43年版厚生白書)、基調報告の出た72年7月の全国保健所の839ヵ所(昭和47年版厚生白書)からみて、全国的には増大している。量的な面だけであるが、この増大は注目されてよい。

2. 最近の保健所に関わる政府の措置若干

1) 行革審にもとづく「事務の整理・合理化」

'85年7月施行の「地方公共団体の事務に係る国の関与等の整理・合理化等に関する法律」によって、これまで各保健所に設置されていた保健所運営協議会がその設置規準を緩和されて、保健所毎に設置しなくてよい(政令市、特別区)とされた。また結核審査協議会についても保健所ごとに設置しなくてよいとされ、そ族・昆虫駆除員が廃止されることになった。

これらは、補助金などの財政措置の削減、或いは打切りによって、存続は自治体負担となることを意味する。このことはまた、基幹となる保健所に協議会を設置し、他の保健所から行政機能を除き保健センターへと方向づけることを意味する。また結核患者については、一方で全国情報網を中央で管理する体制によって裏づけられた政府管理システムと関っている。

将来的には、健康管理システムの全国版も想定されよう。健康面での地方自治の否定につながる懸念がある。

2) 保健所運営費補助金の交付金化

第二次臨調基本答申(82年7月)は、「地方公務員に対する人件費補助は(中略)2年以内に原則として一般財源に移行する」とし、保健所人件費補助金は84年度から保健所法の一部改正とともに交付金制度に変更された。

これによって交付金を人件費に使わずに事業費等に回すこともでき、また件数などの実績によっても交付金額の増減につながり、人員削減と業績主義を通して中央集権に直結することになった。

84年12月の地方制度調査会答申は、この保健所運営費交付金および結核予防費補助金の廃止を求めている。

これらの廃止は、公衆衛生に関する政府の責任を免ず

ることであり、保健所等の存続を自治体まかせにすることである。

また、市町村保健婦人件費補助金も、85年度から市町村活動費交付金に変更された。これによって市町村保健婦も業績主義に直結させられている。

3) 母子保健法改正の問題

83年7月、中央児童福祉審議会は、地域母子保健体系の再編を提言し、市町村と保健所が分担実施している乳幼児健診を、市町村に一元化して実施するよう求めた。

厚生省は、これをうけて母子保健法改正を87年度に実施しようとしたが、反対運動のため見送った。

乳幼児健診の市町村への一元化の問題は、老人保健法でも言及するが、保健所にとって大きな問題である。ここでは立ち入って論じないが、多面的、総合的な健診が困難となるなど乳幼児の健康保障体制が弱化することは、より大きな問題である³⁾。

厚生省は、市町村保健センターの位置づけや役割についてと同じく、この改正問題でも、「地域保健将来構想検討会」の報告をまっている。

4) 老人保健法の役割

臨調「行革」のトップバッターとして制定され、'83年2月から実施、さらに、'86年12月に改正された老人保健法は、周知のように、戦後の医療制度全般（医療保障制度、医療供給体制、診療報酬制度）を変革する先導的役割を果たしてきた。即ち、受益者負担原則の導入（自助精神の具体化）、老人病院・老人保健施設などを新設し病床総量規制の導入、また診療報酬に差別・定額制などの導入などであり、これらは87年の「国民医療総合対策本部中間報告」に集約されるにいたっている。

老人保健法の保健事業は、公衆衛生分野でも同じ役割を果たしているのではなかろうか。この点を宣言案の「歴史的説明」は言及している。母子保健法改正案と同じく、老人保健法の保健事業は、公衆衛生サービスの拠点を保健所から市町村へ移管することによって、戦後公衆衛生体制（憲法にもとずいている）の再編成を先導している。

この再編成への基盤づくりに上述のように着手してきた政府は、最後の仕上げを「地域保健将来構想検討会」報告に期待している。

3. この1年間の注目すべき動向

1) 地域医療計画と保健所再編成

85年の医療法改正によって、各都道府県で地域医療計

画の策定作業がすすめられており、88年3月段階で21県で公示されている。

このなかで新潟県は、87年9月、「地域保健医療計画に策定する二次保健医療圏に沿って、現行17保健所1支所を13保健所に再編整備する」との方針を出した。

これに対し、統廃合の対象となった保健所、支所管内の市町村首長や議会の多くが反対を表明し、県職労の反対運動も加って、この統廃合計画は現在中止されている。

秋田県でも8医療圏に8保健所・4支所と整合させられているが、二次医療圏を規準にして保健所再編成がすすめられる懸念がある。

2) 千葉市への県保健所の移管

88年4月、千葉県中央保健所が千葉市に移管され、千葉市は保健所政令市になった。現在、この人口80万の大都市は、1保健所8保健センター体制で、公衆衛生業務を実施している。

千葉県は92年に政令指定都市に移行する予定であるが、従来の政令市とは異質な、基幹保健所構想の都市型モデルとなるのか、それとも保健所増設に市当局は努力するのか、注目されるところである。

II. 宣言案作成の過程と意義など

1. 作成過程と限界

宣言案は、以上のような情勢に対し、「私たちは、このような動きに反対するとともに、国民の基本的人権をまもる運動と保健所への期待にこたえるため、ここにこれからの保健所のあり方について基本的な考え方をとりまとめました。（中略）私達は、これにもとずいて（中略）誰もが人間らしく生きることのできる地域を、住民とともにつくることにつとめます」と、前文末尾で述べているとおり、これを足がかりにして、これからの保健所活動を進めようとするものである。

ここで「私たち」というのは、勿論、起革委員ではあるが、その事務局が保健所集會実行委員会であり、その集會で採択されたものであって、少なくともこの宣言案に賛同を表明した人たちということになる。

保健所集會は、全国自治体学校を母体として78年に発足した。この年にはまた、「地域保健のあり方について一中間報告」（日本公衆衛生学会保健所問題委員会）が公表されている。中間報告は保健所集會の推進に、理論面で一定の役割を果たした⁴⁾。

第29回社会医学研究会総会で、前田らは、「中間報告が発展性を持ち得なかった」と述べているが、中間報告は保健所集会で発展させられたし、発足後20年を経た、「自治体に働く保健婦のつどい」でも活用された。中間報告が発展させられなかった側面は、公衆衛生学会理事会が中間報告を公認せず、中間報告が批判している政府の政策と方針が、全国的に推進されたためである⁵⁾。

前田らは、また中間報告の「総括がされていない」と批判しているが、宣言案が形式こそ継続していないが、中間報告10年後の総括である、と筆者は考えている。

というのも、宣言案は、中間報告を基盤として、保健所集会や「保健婦のつどい」などに報告された保健所や市町村の民主的な実践と理論の成果を、成文化したものであるからである。

しかしながら宣言案は、3ヵ月という短期の集団討議によって作成されたもので、その物理的条件ともいえる限界と、歴史的制約ともいえる限界から免れえない。

即ち、前者では、文言の不整合とか分野によっては成文化の不充分など、詰めや討論の不足によるものが挙げられよう。これらは、今後の討議を拡げ深めることで訂正できるものである。

後者は、これまでの実践と理論の不足によるものである。これは、今後の民主的な実践と理論化によって克服されよう。

その1例を挙げると、次のような指摘がある。即ち、宣言案全文が住民主体のものになり切っていないどころか、公務員の一方的な宣言ではないのか。難解な文章や漢字の多いのはその1例であって、現実の保健所と同じく敷居の高さを感じさせる、という厳しい感想もある。

住民とともに歩むことを志向する保健所職員にとって、とりあえずはこの宣言案を、これからの歩みの第一歩としたいということである。

2. 宣言案の内容

宣言案は、前文、本文、補足説明、補足のための歴史的説明から成りたっている。

いずれも、とりわけ前文と本文は、簡潔を重視した。宣言案であるためコンパクトにするのに当然であるが、もともと保健所のあり方や総体像は、保健所職員や公衆衛生関係者にも余り知られていないのが現状である。ましてや住民には、一般的には個別的業務の一部しか知られていない。

このため、コンパクトにするのはよいが、説明不足による理解不足や誤解あるいは総体像の不鮮明を避けるた

めの、補足説明をつけた。

前文は、戦後の国民の健康問題、とりわけ臨調「行革」後の政策と生活破壊に言及し、「地域保健将来構想検討会」を契機とする公衆衛生、保健所の変化を懸念している。このような情勢下であるからこそ、保健所のあり方を考え、地域での健康権確立への道を歩むとする「私たち」の誓いを述べている。

本文は、保健所のあり方を、それぞれ表題をつけて10項目にまとめた。この10項目をしいて分けると、1、2は保健所の基本性格をのべ、3~5は、そのためのハードの条件とその整備要求を挙げている。6~9は保健所の基本的機能に言及し、10は「私たち」の姿勢を見直したものである。

この10項目に照応して、「保健所のあり方についての補足説明」で、本文の各項目の理解を深めるようにした。1~5項目の説明は、中間報告で言及されたものである。ただし、4では保健所と市町村保健センターおよび市町村との関係に、一定の見解を示した。また基礎的自治体である市町村に保健所を設置する方針について、中間報告は重視したが、今回も若干の条件設定をして望ましい方向とした。

6~9の保健所の基本的機能は、前述したように保健所集会や保健婦のつどいで報告された先進的な運動や今日の情勢をとりあげ成文化したものである。2の保健所運営協議会のあり方や、10の保健所職員の姿勢についても、同じく運動や情勢をふまえて重視したものである。

「補足のための歴史的説明」は戦後保健所の全般的な推移の概略を描き、今日の保健所を取まく情勢に言及し、予防を強調したものである。

これらの補足説明を読んで、もう一度前文と本文を読んで頂くと、本文の相互関係も理解され、今日と将来の公衆衛生と保健所についての総体的理解が深まるものと思う。

3. 宣言案の意義

一定の拙速を覚悟で宣言案をまとめ公表したのは、なによりも来年3月までに「地域保健将来構想検討会」が報告を出し、それにもとずいて政府が保健所法改正にふみ切るという時限を配慮し、その懸念される動向に対して、保健所のあり方を示して関係者に抵抗を呼びかける、このことを第1に重視したためである。

第2に期待することは、今日、保健所のあり方や仕事の内容が大きく変えられようとしていて、現場の職員は、判断と選択に迷うことが多く、これに対するたたき台を

提供することである。宣言案は、判断と選択の、それを職場で討論するためのたたき台として活用されることを期待している。

宣言案は、例えば老人保健問題や精神保健問題、或いは、環境、食品衛生問題などの個々のしかも焦眉の課題の解決に対応するものではない。それらは、宣言案を基盤として、それぞれの組織や個人が与えられた諸条件のなかで取り組むことである。それらのために、宣言案には戦後の民主的な保健所活動の蓄積が基盤にあることを強調しておきたい。

この歴史的蓄積を掘りおこし、公衆衛生と保健所の意義とそこでの働きがいを見出すことができるならば、起草委員には望外のよろこびといわねばならない⁶⁾。

第3に、宣言案は、戦後の保健所の民主的活動の総括として、将来へ橋かける作業の足がかりとなる意義をもっている。その作業とは、誰もが人間らしく健康に生きることのできる地域の創造である。

宣言案はその第一歩にすぎない。高令化社会に直面した今日、このような地域をつくりあげていくことに、保健所とその職員および関係者は、住民とともに取り組まねばならぬことを、宣言案は呼びかけている。

(第29回社会医学研究会総会特別報告)

また、「医療臨調下の保健所問題」を特集した「賃金と社会保障」999号、1988年12月上旬号は、宣言案と関係資料及び関係諸論稿を収集している。

文献

- 1) 第11回全国保健所問題研究交流集会、1988年のなかの「基調報告」を主として参考とした。
- 2) 保健所集会実行委員会編：問われる保健所の総合的力量、自治体問題研究所、'82年のなかの拙論が参考になる。
- 3) 東京都・特別区保健所保健婦会編：いま、母子保健法が改定されるとどんな心配があるか、'85年。
- 4) 丸山創・山本繁編著：自治体における公衆衛生、医学書院、'87年のなかに、中間報告のほゞ全文が載せてある。
- 5) 前田博明・星旦二、笹井康典：保健所を中心とした地域保健の将来構想についての2つの提言、社会医学研究会：社会医学研究第29回総合講演集、'88年。
- 6) 「自治体に働く保健婦のつどい」が創設15周年を記念して出版している公衆衛生実践シリーズ（全11巻、来年度中に全巻刊行終了予定）、医学書院。にここにいう歴史的蓄積の一部をみることができる。また、社会医学研究会編集の社会医学研究1~7号、同研究会総会講演集1~29回も貴重な蓄積である。

『保健所宣言』（案）

— 地域での健康権確立のために —

【前文】

国民は健康で人間らしく生活する権利を有し、国にはそれを保障する責務があります。

保健所は、この憲法が国に課した社会的使命を地域においてになう第一線機関として、地域住民の疾病予防と健康増進並びに生活環境の安全性と快適性の保持につとめてきました。

戦後、平均寿命がのびたのは、平和をまもり基本的人権保障の諸制度の拡充につとめてきた勤労者・国民の運動と、医療従事者や私たち公衆衛生関係者の努力によるものです。

しかしながら勤労者・国民をめぐる低賃金・長時間労働・共働き家庭など労働条件の改善や、住居・生活環境の整備と社会保障の確立は不十分で、有病率は年々上昇の一途をたどっています。「経済大国」になったにもかかわらず臨調「行革」路線は、軍備と核戦争の危機を増大し、基本的人権の保障制度をくずしています。最近では社会保障、医療保障制度全般にわたって公的責任を放棄し、人権侵害におよぶ諸問題をひきおこし、民間活力導入をすすめています。そうした中で、厚生省は1987年、「国民総合医療対策本部中間報告」をだしました。また、「地域保健将来構想検討会」を設け、保健所法の「改正」など、公衆衛生関係制度と保健所の変質・解体に着手しようとしています。

私たちは、このような動きに反対するとともに、国民の基本的人権をまもる運動と保健所への期待にこたえるため、ここにこれからの保健所のあり方について基本的な考え方をとりまとめました。関係者や住民の皆さんからご意見、ご批判をいただきたいと思います。

また、私たちは、これにもとずいて医療・福祉など関係者の人たちとの連携をつよめて、地域住民の期待と要求にこたえられるよう保健所を拡充し、平和をまもり憲法をくらしに生かし、誰もが人間らしく生きることのできる地域を、住民とともにつくることにつとめます。

【本文】

1. 第一線機能と総合性の重視

保健所は第一線の公衆衛生行政をになう公衆衛生の専門技術機関です。すなわち保健所は、住民と直接接触して、住民の生活、労働、環境にかかわる健康問題に総合的、科学的に対応する機関です。

このため保健所の第一線機能と総合性強化のため保健所の各種専門職間の、また地域の関係機関と専門家、とりわけ市町村との連携をつよめて、地域の公衆衛生の向上をはかります。

2. 地方自治の確立と住民参加

地域の健康問題の解決には、住民自治が基本的に重要です。このため、住民による自主的で総合的な地域づくり運動を尊重支援する立場にたち、まず保健所運営協議

会が住民本位に運営されるよう委員の選任と運営の民主化を重視します。

3. 保健所の財政保障と無料の原則

保健所の運営のための財源は、憲法にもとづいて政府が責任をもって保障することを要求し、公衆衛生サービスには無料の原則を守り、受益者負担の原則に反対します。

4. 保健所の増設と設置主体の自主尊重

保健所を人口おおむね10万を基準として設置し、農村・僻地・離島・住宅密集地帯などには支所の設置を要求します。

また住民の健康要求にきめ細かく対応するため、保健

所を住民の身近に設けることを重視し、市町村が自主的に保健所を設置できるよう保健所法運用の改善を要請します。

5. 保健所職員の必置義務と配置基準の設定

保健所の第一線機能と総合性を確保するには、それに必要な職員の必置義務と配置基準をさだめる必要があります。保健婦の配置基準は当面少なくとも人口3千人に一人とし、他の職員にもそれぞれ基準を政府はさだめるとともに、配置基準にみあった人件費補助制度を確立し、職員を配置する義務を負うことを要求します。

6. 健康教育の重視と情報公開

健康教育と情報の公開は公衆衛生活動の基本であり保健所の主要機能の一つです。情報の公開周知とともに、保健所を住民の地域づくりの拠点として開放し、地域住民の自主的な学習と取り組みを援助し、健康権が暮らしに根つき、健康で文化的な住民生活が確立されることを、重視します。

7. 地域の健康実態の把握と問題の解決

保健所は、資料の活用や調査などによって地域の保健医療の実態と住民要求をつかみ、問題点と課題を明らかにし、関係機関や専門家などとの連携・援助によって住民参加の地域保健医療計画をつくります。住民の生活実態、健康要求にあった事業を計画的に実施します。

8. 環境衛生問題への取り組みの強化

公害、住居環境、食品衛生などの環境衛生問題は健康保障の基盤です。現状は健康に日常的に影響を与え、その被害による急性・慢性の健康障害が広がっています。住民生活の視点から問題点と課題を明らかにするなかで、行政での位置づけ不十分なものは、法改正を国に要求しながら、地域住民の生活と健康要求にもとづく施策の体系化をはかり、その実現をつとめます。

9. 社会的弱者に対する保健サービスの強化

心身障害児(者)、ねたきり老人、精神障害者、難病患者、小零細企業従事者及び低所得階層などの社会的弱者は、行政サービスの対象からきりすてられようとしています。これらの人々へのサービス強化の一環として、休日、夜間の開設をすすめ、またこれらの人々の自主的な組織への援助を重視します。訪問看護、施設ケアと在宅ケアの公的保障の拡充・強化を要求します。

10. 保健所職員の基本姿勢

私たちは役人意識を克服し、公務労働者として自己研さんにつとめるとともに、地域に出て住民の生活に学び、その要求・意見を聞き問題解決に取り組みます。すなわち住民に依拠して姿勢をただし、民主的な職場づくりにつとめます。

【付属本報告(補足説明)】

I. 保健所のあり方についての補足説明

宣言(案)は、保健所のあり方とそこに働く私たちの姿勢についての考えをまとめたものですが、保健所のあり方について若干の補足をします。

1. 第一線機能と総合性

1947年、政府は第1回国会第1回衆議院厚生委員会において保健所法案提案理由を次のように説明しています。「公衆衛生の向上及び増進をはかることは、新憲法第25条によりまして、社会福祉及び社会保障の向上並びに増進をはかるとともに、国の基本的義務とされた次第で在りまして、これなくしては平和的文化国家の建設は、とうてい望みがたいと言わなければなりません。保健所は

現在すでに全国に675ヵ所設置され、公衆衛生の第一線の実施機関となっておりますが、新憲法の趣旨にそうするためには、さらに中央及び地方の機構を整備するとともに、直接に国民に接触する保健所の機能拡充強化をはからねばなりません。(中略)ここに新憲法に即応する保健所法案を提出した次第でございます。

この政府説明に、保健所の社会的使命をさだめる基本的な考えがのべられています。「第一線の実施機関」として、保健所が住民の健康要求全般にできるだけ対応できる機能(必要に応じては医療機関、研究所および専門家の援助、協力をえて)をもっていることは、保健所法第2条が12項目にわたって事業をあげ、これらの事業を行なうため、20に及ぶ保健医療専門職種を配置している点にも明らかです。

各事業もそれぞれに情報収集・分析、計画、周知、教育、健診、継続援助（環境衛生分野、伝染病対策の一部では行政権限の行使）、評価という仕事の流れをふまえて、地域住民の健康管理をしています。

保健所は、このようにして、疾病予防と健康増進を主目的として、できるだけ全面的に対応できるよう組織された公衆衛生の専門技術機関です。

健康は生活とともに総合的なので、保健所の各事業は全面的、総合的な取り組みができるように各職種のチームワークをはかり、また、他機関や専門家との連携・協力を重視しています。したがって、保健所の総合性を分解し、その機能の一部を市町村に移管し役割分担させる政府の働きは、保健所を「第一線の実施機関」から「地域管理機関」へとかえるものとして私たちは反対します。

2. 地方自治の確立と住民参加

保健所が「公衆衛生の第一線の実施機関」であり「直接に国民に接触する機能の拡充強化」をすすめるためには、保健所の運営が憲法第92条の「地方自治の本旨」にもとづくことがなくてはなりません。この「地方自治の本旨」とは、次の4点が重視されます。

①住民自治、すなわち地方公共団体の事業の計画から評価にいたる全過程に住民参加を保障する。②団体自治、すなわち地方的利害に関する事務は原則としてすべて地方公共団体の事務とし、中央政府の干渉をのぞく。③財政権の保障すなわち国は地方公共団体の財政運営に必要な財源を保障する。④住民の基本的人権の保障、すなわち地方公共団体の事務は住民の福祉の向上を終局の目標として行われる。

もともと健康権は、歴史的説明の項で述べるように、共同の力でつちかわれてきました。健康にかかわる自覚と判断力、行動力は、地域住民の健康や生活の実態をもとに考え深めることが基本となり形成されるものです。このような住民の自主的運動に、専門機関と専門家は、知識、技術、場などの援助をし、また、これらの運動にささえられて保健所は健康改善をすすめることができます。保健所の運営協議会の運営は、このような観点から改善され、住民参加を強化することが必要です。

また、住民の自主運動を援助するには、地域の自然が住民生活の歴史、感情などの諸条件を理解することが重要であり、この点でも保健所が第一線機能をそなえていることが大切です。

3. 保健所の財源保障と無料の原則

前記の衆議院厚生委員会において、保健所の「経常

費」の政府負担額3分の1について、政府委員は、次のように述べています。

「この保健所の事務は当初申し上げましたごとく国家事務でありまして、従いましてできるだけ国が負担するということが好ましいのでありますが（中略）、しかし、私どもといたしましては、国庫負担額を2分の1程度にまでもっていきたいということで非常に努力をいたしたのでありますが、（以下略）」

これに対し、委員の1人は、「この国庫負担の額を2分の1あるいは3分の2というように増額されることに対しては、政府といたしましても十分努力をしていただきたいと思うのであります。」と要望しています。

近年、保健所に対する財政面からの形骸化の動きが顕著になっています。「臨調基本答申（第3次）」（1982年7月30日）で「地方公務員に対する人件費補助は、補助対象職員が担当する事務、事業の円滑な実施を確保するための必要な措置について検討を加え、2年以内に原則として一般財源に移行する。」と指摘され、保健所人件費補助金は、1984年度から保健所運営費交付金制度に変更されました。

この制度変更によって従来、医師・保健婦・事務職などの保健所職員の人件費の補助金（3分の1）が管内人口、面積等によって配分される交付金になりました。これは、職員数の変化にかかわらず定額配分されるもので、「地域の実情に応じた自主的・弾力的な運営が促進される」と、厚生省が説明するように従来の人員配置にこだわらず運営できる状況となり、交付金を人件費に使わず事業等に回すこともでき、人員削減もやりやすい制度となっています。

また、保健所法第9条の「無料の原則」について政府委員は次のように説明しています。「第9条の規定は、保健所は本来保健指導を中心とすべきものでありますから、これらの使用料、治療料、手数料というものは徴収しないということが建前であります。例外的な場合においては、使用料、手数料または治療料を徴収することができる。そういうふうな決め方であります」。

無料の原則は、公共的サービスのすべてに「市場」原理が導入され商品化されようとする今日、社会的弱者をまもり、生命・健康の平等を保障し、民主主義を貫くためにも重視すべきものです。

4. 保健所の設置と設置主体の自主性尊重（市町村保健センターとの関係）

保健所が「公衆衛生の第一線の実施機関」であるためには、その所管人口に一定の限界があります。「保健所

は、人口おおむね10万を基準として設置するものとする（施行令第2条）は、現代社会のおよその生活圏域とこれに対応する第一線行政機関の妥当な設置基準です。

ただし、高齢者の健康問題に深くかかわっていく今日、この人口規模は最大のものとなし農山村、島しょなどの過疎地や都市の集合住宅地域などでは、支所などできるだけ保健所の全機能をそなえている施設を設置し、住民の健康要求に充分対応できる「第一線の実施機関」としての体制を整備する必要があります。

また保健所が「公衆衛生の第一線の実施機関」であるためには、保健所を設置する自治体は基礎的自治体（市町村）が望ましいこととなります。

このことは、1948年の厚生次官通牒が「人口、財政力などの適当なものについては、地方自治の本旨に鑑み、道府県立の保健所を市に移管し」と、のべている点でも明らかです。

基礎的自治体への保健所移管は、望ましい原則ではありますが、今日、前記の「地方自治の本旨」の4点、とりわけ②、③が大幅に侵害されている臨調「行革」下では、移管が「行革」の一環として利用されるおそれがあります。したがって、移管にあたっては、次の条件を重視することが大切です。すなわち、都道府県制の意義と責務の確認および住民と自治体の自主的要求の客観的評価です。

当初、保健所法の政令でさだめられた保健所を設置する市（政令市）は、30でした。その後すこしの変化しかありませんでしたが、1975年、東京都で区長公選制が住民運動の高まりの中で復活し、特別区が基礎的自治体となったのを機に、都立保健所53ヵ所が特別区に移管されました。また、東大阪市で、増設とあわせて、府立保健所が市に移管されました。

これらは、住民と保健所職員が、上記の条件をふまえて、保健所設置主体の望ましいあり方を追究し、実現したものと私たちは評価しています。

ここで保健所と市町村保健センターとの関係について言及しておきます。

市町村保健センターは、1978年の「国民健康づくり対策」の柱の一つとしてだされました。今日までに約900ヵ所（類似施設をふくむ）が設置され、88年度から始まる「老人保健法」の保健事業第二次5ヵ年計画で、毎年120ヵ所づつ整備される予定です。右の表に示されているように、公衆衛生行政機関である保健所と「対人保健サービス実施の場」である保健センターとは質的に違うのです。

しかしながら、厚生省予算では保健所運営費も、市町

村保健活動費も「地域における健康づくり」の同一項目に包括され、臨調「行革」のもとでは、一方を増やせば他方を減らす（87年度で市町村保健活動費9億円増、保健所運営費交付金58億円減）、また、両者の整備費も同一整備費に包括されていて、同じようにあつかわれています。すなわち、国の予算では、保健センターの拡充強化は保健所の統廃合をすすめることになります。

このような政府の方針の側面と、保健センターが住民の健康活動の場として活用されている側面とを区別して、地域では保健所の拡充強化を要求することが大切です。

すなわち、法制度に裏付けられた保健所とその第一線機能の拡充強化は、地域住民の健康をまもるためには必要であってすすめなければなりません。同時に、保健センターを住民の自主的な健康活動の場として、たとえば中学校区単位に、増設することも重要です。

その場合、市町村の保健婦の増員配置をすすめること

表. 保健所と保健センター

保 健 所	保健センター
設置は法定	なし
設置主体は都道府県か 政令市	設置主体は市町村
設置規準10万人	なし
補助金（84年に交付金） 運営費 1 / 3 建設費 1 / 2	建設費 1 / 3
医師はじめ保健医療の 各スタッフ配置	保健婦のみが多い
行政権限あり	なし
無料の原則	受益者負担
公的責任明確	不明確
総合的な公衆衛生 サービス	対人保健サービス のみ

は、きわめて不十分な他の保健関係職員の配置とともにさらに重要であり、保健婦のみに措置されている交付金対象数も実際の数の70%にも満たない状況を大幅に改善し、市町村の保健関係職員の増員とその財政保障を国に対し要求しなければなりません。また、保健所は市町村と連携を密にし、その自主性を尊重しつつ必要な援助に努めることは、いうまでもありません。

5. 保健所職員の必置義務と配置基準の設定

保健所は保健所法第5条の2で「所長の他所要の職員を置く」としてあり、それをうけて施行令第4条で所長を医師とし、その公衆衛生医としての資格が規定してあります。この公衆衛生医として規定されている所長の指導力は保健所の活動にとってきわめて重要であります。

また、施行令第5条は、「医師、歯科医師、薬剤師、獣医師、保健婦、助産婦、看護婦、診療放射線技師、臨床衛生検査技師、衛生検査技師、栄養士、歯科衛生士、統計技術者、その他保健所の業務を行うために必要な職員を置くべきことを定めています。

これらの職員の配置定数を国は予算定員で一応定めていましたが、職種別配置定数は、所管人口に対し人口基準をもって規定されるべきものです。たとえば、保健婦は少なくとも人口3,000人に1人を基準に配置するのは当面妥当です。この基準は、これまでの保健婦活動の経験と、当面する高齢者問題への対応等、地域の保健医療要求にこたえる必要から考えるものです。

国はこうした観点をふまえて、新たに職員配置基準を設け、予算定員として人件費補助制度の再確立をはかるよう、現行の交付金制度の抜本的改革をすすめるべきです。

6. 健康教育の重視と情報公開

「教育基本法」は、教育の目的を「自主的精神に充ちた心身ともに健康な国民の育成を期して行われなければならない」(第1条)としています。この目的は公衆衛生のそれでもあります。

しかしながら、これまでの健康教育の多くは「啓蒙」を目的とし、住民組織をそのための手段とみなし、住民組織の自主性の「育成を期する」よりも、栄養改善などの直接的な問題解決の結果を重視してきました。統計調査も、住民の意識実態と自主性の発達をみずに、客観的な実態把握と問題解決の結果を評価することでことたれりとなりました。

このような健康教育や統計調査が、伝染病予防や栄養改善その他従来の公衆衛生事業で一定の成果をあげてき

たことは、評価されます。しかしながら住民の自主性とその発達を尊重し、主権在民の精神を地域に具体化するという基本的な点で、反省をしなければなりません。

健康教育に何よりも大切なことは、健康問題に自主的に取り組み実践する創造力を身につけることです。この実践力の育成には、自分の健康や生活の実態の認識にもとずいて、自分の日常生活すべてに、また、客観的な条件づくり(家族の食事など)に実際に即した科学的知識と生活技術を結びつけることが必要です。また実践力は、自主的な学習によって身につく育成され、その学習能力は、組織活動に自主的に取り組む実践過程で身につくものです。

公衆衛生関係職員の健康教育における任務は、科学的知識、生活技術、また組織活動への援助であり、憲法第26条の「学習権」保障のための条件整備とそれにかかわる活動を積極的にすすめることです。

このような自主的な学習と実践力の育成が不十分ならば、健康への不安感に対し、自主的に問題をつかみその解決に取り組むよりも受動的、消極的に情報に流される姿勢に陥ります。

国民の多数がおかれているこの消極的な姿勢に情報産業、「健康」産業、などがくいこんでいます。公衆衛生関係職員の自主的な活動と組織活動、そして創造性もまた強調されるどころです。

7. 地域の健康実態の把握と問題の解決

保健所には出生や死亡の統計を始め、伝染病、食中毒等の疾病情報、食品や水、人々の健康にかかわる生活環境の情報、乳児から老人までの健康診査に関する情報などが、法令や制度によって集積されるシステムになっています。

残念ながら現在の保健所には、これらの情報を組みあわせて地域分析を行い、問題点をみつけて、課題を明らかにして、業務に取り組む科学的姿勢に弱さがあります。又、これらの情報や問題点を住民に明らかにし、計画の段階から参加を求め、関係機関や専門家をふくめて全員で問題解決にあたるという公衆衛生の基本的なすすめ方が行われているところは、あまりありません。

情報社会に直面して、情報化システムの形成は公衆衛生分野でも進行します。この場合、収集した資料、情報はあくまでも地域住民の所有権にかかわるものであり、これが住民のプライバシー侵害や権利剥奪に使われてはなりません。

また、現状の地域保健情報システムの推進はデータ収集だけが先行しています。地域の健康実態の分析をふ

まえた問題解決のための情報システムが求められます。

8. 環境衛生問題への取り組みの強化

公害、住民環境、食品衛生などの問題は、住民の日常生活に直結した健康の基本となるものです。それだけに国民の健康に与える影響は広範かつ長期にわたります。ところが、現状の環境衛生業務は業者や施設の監視・指導のみにおわれ、住民に対する情報の提供、消費者教育は不十分であり、今日的な重要問題である福祉との連携も遅れています。

これからの環境衛生は住民諸団体との連携を密にし、情報を積極的に提供し、消費者教育を計画的に推進しなければなりません。また高齢者の住宅問題の相談に応じ、ねたきり老人の給食サービスの食品衛生指導など、福祉分野と連携を密にしながら、高齢化に対応する新分野の開拓が必要です。そのためには、食品衛生監視員と環境衛生監視員を大幅に増員した上で、両者を統合し、保健婦と同様の地区担当制とすることが望ましいと考えます。

9. 社会的弱者に対する保健サービスの強化

これからの保健所の対人サービスのあり方を検討する際には、次の三点を基本に考える必要があります。

その第1は、従来の総花主義、全数主義から重点主義、優先順位主義への転換です。総花主義、全数主義をとると活動が表面的、形式的に流され、フォローが不十分になりがちです。そのうえ、職員の仕事の手応えが感じられず、やる気を失わせます。限られた人員で最大の効果をあげるためには、地域の社会資源の活用をはかりながら、業務の重点化や対象の優先順位を決めることが必要です。

第2は、地域の健康水準を地域別、階層別、階級別に見る視点です。地域の健康水準を住民の生活や環境、労働などと結びつけて見ようとするならば、必然的に地域別、階層別、階級別に見る視点にたつことになります。

第3は、臨調「行革」路線に抵抗する姿勢をもつことです。社会的弱者は臨調「行革」路線の強行によって最もしわ寄せを受け、きりすてられつつある人達です。しかも、これらの人達の健康状態が地域の健康水準の低下要因ともなっています。したがって、これらの人達を重点対象として優先的に支援することは、臨調「行革」に対する公務労働者の抵抗の具体的な現れであります。

10. 保健所職員の基本姿勢

人々の健康を守る仕事は、何よりもその仕事に従事する人の量と質が大切です。保健所が真に住民の健康をま

もる機関となるためには、何よりも職員の中に根強くある「役人」意識を克服し、住民と共に健康をそこなうすべての要因と闘うという意識の改革と、専門職としての自己研さんが大切です。

健康がそこなわれる場所は住民の生活の現場であり、労働の現場です。保健所職員がその現場にふみこんで実態をしっかりとつかみ、住民から学ぶならば、地域の健康問題解決への展望は開かれています。そのためにも、職場の労働組合が民主化され保健所の職員同士が職種や職階をこえて、民主的に話しあい、「地域公衆衛生の向上」のための一点で協力しあえる体制を作りあげることが大切です。

都市部で要望の強い「休日や夜間」の健診や相談、健康110番（テレホンセンター）の開設など、住民の生活実態や、健康要求にあった事業計画をたてて実施し、住民と共に歩む保健所の確立が大切です。

その際、職員の労働条件が十分考慮され、その代表者である労働組合と話しあわれ、合意の上で実施されるべきであることはいうまでもありません。

II. 補足のための歴史的説明

歴史的説明をくわえて、宣言（案）の理解のための補足をします。

1. 公衆衛生の成果と保健所の発足

現代公衆衛生は、食物、上下水道、住居、廃棄物処理などの環境衛生改善を主柱にして開拓されました。この開拓と発展は、産業革命の矛盾による労働者と住民の高率の死亡に対する国民運動を基盤にしたものです。

20世紀前半で殴米諸国の平均寿命が60歳を超えたのは、この公衆衛生の成果です。この成果にもとずき公衆衛生機関を地域住民に近接して設置する保健所構想（救急医療を含む）が、1920年に英・米で出され、革命後のソ連は自国の歴史をふまえて全国的な保健所網を設け、国民の健康改善に成果を挙げました。当時の保健所の意義を医史学者ジゲリストは、①基本的機能は地域の健康状態の把握、健康教育と組織化、②医療関係者のチームワークによる予防を最重点とする総合的な医療機関で、支所などで第一線機能を強化、③地域住民の参加と協力、④無料サービスと政府責任、として医療の新しい歴史を切り開くものと評価しています。

この新しい型の医療機関の普及を、国際連合保健機構（今日のWHOの前身）は重視し戦時体制に入ったわが国は1937年、健兵健民政策の一環としてその採用にふみ

きました。

しかし、わが国の保健所網は、環境衛生の整備不十分なまま労働強化と栄養不足などによる国民の健康破壊に対応できないで、戦災で崩壊しました。わが国民の平均寿命が50歳をこえるのは、ようやく戦後の20世紀後半に入ってからです。

2. 保健所網初期構想の挫折

前記のように、戦後、わが国政府は、憲法第25条の具体化として、保健所網の設置に着手しました。その構想は、法提案理由や厚生次官牒あるいは政令など前記引用した点にあらわれています。

初期の保健所は、赤痢・腸チフスなどの急性伝染病や結核・性病のような慢性伝染病の対策、そして高い死亡率を示していた乳幼児の健康相談などに、環境衛生対策とともに活躍し、そのための人員や施設が拡充強化されました。

しかしながら、1951年にわが国が「独立」し、日米安保体制樹立へ向けて、再軍備が着手され、地方自治が後退させられるなど、反憲法的施策が展開され、憲法第25条の具体的施策は圧縮されるようになりました。1954年には保健所費国庫負担金の全面削除が社会保障費の大削減とともに予定されましたが、国民の反対運動に直面して中止されました。

けれども1955年には、保健所費中の予算定員は大幅に削減され、環境衛生監視員などの人件費は平衡交付金に移されました。翌56年には自治法「改正」によって14県で衛生部が統廃合されました。

「地方の機構を整備するとともに（中略）保健所の機能の拡充強化をはからねばなりません」とする政府構想は10年足らずで挫折しました。

3. 「高度成長」期と保健所問題懇談会基調報告

1957年の保健所の定員充足率は、医師59%、保健婦66%、その他の職員69%（厚生白書32年版）で、とりわけ医師は減少の一途をたどりました。そのようななかで保健所は、結核対策や母子保健事業に医療機関とともに努力し、今日の高い平均寿命達成の要因の一つをさずきました。

厚生省は1972年、保健所問題懇談会（厚相の私的諮問機関）の基調報告でもって、保健所網設置構想を再構築しました。それは進捗する地域開発計画と広域市町村圏構想に整合させて、保健所の統廃合を合理化するものです。すなわち保健所の総合的機能を環境衛生と対人保健に分解し、前者を広域的な圏域を所管するものとして

集中し、後者を市町村に分散し、実施させるものです。一部の県では、この構想を具体化して保健所の統廃合をすすめました。

4. 住民運動と革新自治体の成果

この時期は、その悲惨さで国際的にも、歴史的にも顕著な公害が多発し、それに対する住民運動や労働運動が展開されました。

1960年の朝日訴訟は憲法第25条を盾にして政府の社会保障政策の貧困を裁き、母親たちのポリオ生ワクチン獲得運動は、全国的なポリオの大流行を阻止しました。また、岩手の僻地、沢内村では「いのちと健康を中心とする行政」が展開されていきました。

1964年、三島、沼津の住民運動は、石油化学コンビナートの進出をくいとめました。住民の自主的な学習活動を基盤とするこの運動は、その後の住民運動のモデルの一つとなりました。

これらの運動に支えられて、従来からの革新自治体である京都府に続き、67年には東京都が、71年には大阪府が革新自治体となりました。これらは「いのちと健康」を尊重し、老人医療の無料化をはじめ、保健所の増設強化をすすめました。東京都では67年からの7年間に6保健所、20保健相談所を増設し、大阪府では71年からの4年間に4保健所、4支所の増設、保健所職員の294人増員などがその例です。また横浜市でも増区に伴い保健所を増設しましたが、これらの拡充強化に、住民の健康を守る運動の推進とともに、それぞれの職員労働組合の活動が大きな役割をはたしました。

5. 「低成長」期と臨調「行革」

低成長期に入るや、厚生省は1978年「国民健康づくり対策」をうちだしました。

この対策の主柱の一つに、前記の基調報告の具体化である市町村保健センター設置があります。80年代に入って臨調「行革」が着手され、そのトップバッターとして「老人保健法」が実施されるや、医療の全分野（すなわち医療費保障制度、医療供給体制および診療報酬制度）にわたり、また社会福祉制度にも改悪がすすめられてきました。その保健事業もまた公衆衛生と保健所に大きな影響をあたえることとなります。

すなわち保健事業は、受益者負担と「民間活力」の導入および保健所（都道府県）の形骸化をすすめ、戦後公衆衛生の憲法的基盤をくずすことに狙いがあります。

これらとあわせて、84年の保健所法「改正」により、保健所運営費は従来の定率補助金方式から交付金方式へ

と変更されました。85年には自治省の地方行革大綱にもとづいて地方行革がすすめられ、84、85年の両年度だけで10保健所が支所化し、2保健所が廃止されました。なお、少なくとも数ヶ所前後の保健所の廃止計画があります。87年設置の「地域保健将来構想検討会」の報告は、このような路線を踏襲することが予想されます。したがって、私たちは憲法を守る立場から反対するものです。

6. 改めて予防の強化と憲法の遵守を

以上の歴史を、高度成長の時期からの衛生統計数字で示すと次のとおりです。

①死亡率の推移	(1955年 → 1985年)	
訂正死亡率(人口千対)	7.6	3.1
乳児死亡率(出生千対)	39.8	5.5
全結核(人口10万対)	52.3	3.9
がん(人口10万対)	87.1	156.1
心疾患(%)	60.9	117.3
脳血管疾患(%)	136.1	112.1
平均寿命(女子)	67.75	80.48
②有病率(人口千対)の推移	(1955年 → 1985年)	
全有病率	37.9	145.2
脳血管疾患	0.6	3.5
高血圧	1.3	30.7
糖尿病	0.2	6.1
筋骨格・結合組織疾患	1.5	16.1
③国民医療費、医師数などの推移	(1955 → 1985年)	
国民医療費(億円)	2,388	160,159
医師数(人)	94,563	181,101
(人口10万対)	105.9	150.6('84年)
看護婦(人)	129,860	639,936
(人口10万対)	145.5	526.0('84年)
病床数	626,716	1,778,979
(人口10万対)	701.9	1469.7
④保健所数、同職員数の推移	(1957年 → 1987年)	
保健所数	788	850
1ヶ所当人口(万人)	11.6	14.2
都道府県立保健所数	688	637
政令市、特別区保健所	100	213
保健所職員数(人)	24,188	35,253
職員1人当人口(人)	3,766	3,430

出所：①、②、③は国民衛生の動向昭和62年。

④は厚生白書33年度版及び62年度版
(ただし87年人口は概数)

左に示した数字から、有病率のこの30年間の増大が目されます。これは、ただ高齢者が増えたためであるばかりでなく、若年層から有病率が増大しているためです。厚生省は、この現状から「一病息災」を健康とみなすなど現実合理化論を唱えています。疾病の予防が立ち遅れていることや、④の数字からも、これに対する政府の責任が全うされていないことが問題です。③の医療費の増大も、予防を重点においた公衆衛生をなおざりにしてきた結果にほかなりません。

このことは沢内村の低い老人医療費が実証しています。すなわち沢内村が成人・老人の健康診査を拡充し、老人医療費の負担をなくして、早期発見、早期治療をすすめた結果、老人一人当りの医療費が全国平均では46.9万円に対し、沢内村はその半分近くの29.6万円です(84年、厚生省調査)、また、一般健康診査の受診率が28.1%以下の市町村(人口10~30万)では一人あたり老人医療費49万円、28.2~50%の市町村では47万円、50%以上では32万円と、予防事業の強化が医療費をさげているという調査(同上)からも予防が重視されねばなりません。

国民は「医療と保健」対策の強化を強く要求しています。「国民生活選考度調査」(経済企画庁、昭和62年度)では、「医療と保健」は重要度72%、政策優先度70%と前年度よりその割合を増大させ、あいかわらず第1位です。

そして住民の保健所への期待の高いことも、86年の名古屋市職労の調査で示すとおりです。抽出によるアンケート調査で、95%の住民が保健所を縮小すべきでないとし、「地域の健康管理の拠点、高齢化社会の対応、健康相談が気軽にうけられる、ねたきり対策」などをその理由にあげています。

改めて予防の強化と保健所の拡充を強調します。

《起草委員》

- ◎小栗 史朗(日本福祉大学)
- 菊地 頌子(東京都江東区城東保健所)
- 京田 祥史(東京都渋谷区保健所)
- 後藤 嘉輝(東京都墨田区本所保健所)
- 小山 高志(京都府宇治保健所)
- 長山 重道(全国保健所問題研究交流集会
実行委員長)
- 丸山 創(大阪府八尾保健所)
(◎は委員長)

「社会医学研究」第8号発刊、第30回総会(東京)から

社医研30周年記念総会(名古屋)へ

代表世話人 山田 信也

(名古屋大学医学部公衆衛生学教室)

(1)

社会医学研究第8号の編集を終って、あと3週間ほど、全会員の皆さんにこの雑誌をお届けできる事になった。第29回社会医学研究会担当世話人の奈良医科大学山下節義教授のなみなみならぬ御努力の結実というの他はない。心からお礼を申し上げたい。

1年半前に事務局をお引受けした時、全会員に、社会医学研究会の総会を中心とした論文集「社会医学研究」をお届けすることを約束した。奈良の総会が終わったあと、東京で開催される第30回の総会の開催案内と一緒に発送できたら、社医研のイメージが新鮮になると、ひそかに願っていた思いがかない、なんともいえぬ喜びである。

(2)

社会医学研究会総会の記録は、第1回から第19回までは、創立当時の代表世話人であった国立公衆衛生院の曾田院長、事務局担当の橋本世話人のお骨折りで、医学書院発行の雑誌「公衆衛生」に抄録集の形で掲載されていた。掲載の中止が、雑誌の編集委員会から示された時、世話人会では、これを機会に研究会自身で機関誌を発行する計画を実現しようということになった。

この時、国立公衆衛生院内にあった事務局は、新しく代表世話人を引受けられた大阪大学・朝倉新太郎教授の教室に移っており、朝倉代表世話人と事務局、編集委員のお骨折りと、医療図書出版の協力によって、「社会医学研究」が、1980年に発行された。社医研創立以来20年を経ている。それまで、演題報告の抄録のみであった社医研の記録を、とうとう雑誌として残す事が出来たことは、社医研を育ててきた世話人の皆さんの大きな喜びとなったことや、会員から、もっと充実したものをという期待を生んだことが忘れられない。

以来、「社会医学研究」は、朝倉代表世話人と事務局の粘り強い努力によって、毎年の総会の報告から主なものを選んで論文にまとめたものを、月刊雑誌「健康会議」に順次掲載し、その版をまとめて雑誌「社会学研究」とするという方法によって発行される事になった。雑誌社と社医研との相互協力による発行形式であったが、年会費2000円での雑誌の発行を可能にするうえで、朝倉教授の創意工夫であり、医療図書出版社の安藤氏のお骨

折りと結びついて、発行はみごとに成功した。

しかし、財政的には会員に購入していただくざるをえず、会員の中には、入手してもらえない方がいる事は残念であるが、いたしかたのないことであった。この問題を少しでも解消したいと願って「1-7号合本」を今回作成し、希望者に割引いた価格でお分けすることにした。

(3)

「社会医学研究」の名は、朝倉代表世話人と山下世話人の提案で、社医研創設者の一人、京都大学の西尾教授の教室で発行されていた京都社会医学研究会の機関誌の名前を継承させていただいたものである。

第1号は1980年、名古屋で開催された総会のテーマを中心に編集され、この方式を中心に第6号まで続いた。第2号(1981)は第21回(東京)、第3号(1982)は第22回(熊本)、第5号(1984)は第23回(大津)と第24回(大阪)を合せて、第6号(1985)は第25回(富山)の総会を中心にしてている。これらと異なった編集は、第4号(1983)の会員の投稿論文を中心としたもの、第7号(1986)の久留米医大・高松教授の世話で、大分の湯布院で開催された出稼ぎ労働者の健康障害と職業病のシンポジウムの報告をまとめたもので、「社会医学研究」の継続発行の一つの新しい試みであり、貴重な経験が残された。

その内容は、別に記した「1-7号合本」の紹介によって振返って頂きたいが、それぞれの時期の重要な社会医学の課題を正面からみすえたものである。

(4)

第26回、27回、28回の記録は朝倉教授の定年、事務局の移動などから発行が遅れた。第28回の総会で、朝倉教授から代表世話人を受継ぎ、新しい事務局をお引受けした私は、大きな責任を感じた。

大阪での新旧交代の合同の世話人会で、第29回(奈良)の総会をお世話いただく山下教授から、第8号を奈良を中心に編集し、これに26-27回の中から選んで頂いたテーマの論文を合せて載せてはどうかという提案があり、第26回世話人木村教授、第27回滝沢教授、第28回加藤教授とご相談して、第8号(1989)は第26回(愛媛)のシンポジウム「社会医学としての労働衛生の

方法論」、第27回(秋田)の特別講[農村医療]部と第29回(奈良)の主な報告をのせる、第9号は第30回(東京)を中心にし、第28回(名古屋)のシンポジウムを加えるという方針が決った。

この方針を検討している際に、従来のような健康会議への順次掲載という方針は、雑誌社の事情から不可能になった事が明らかになった。そこで、事務局は、これを機会に、ワープロ入力による編集からの活字写植印刷により、雑誌1冊分の掲載量を20%アップし、経費を従来通りとした研究会出版とし、会員全員に無料配付し、合せて販売もできる部数を印刷するという大胆な転換を提案した。それは、社会医学研究会の新しい発展への期待を込めた転換として、世話人会で承認された。

会費2000円はいずれ値上げは避けられないが、機関誌発行の当座の財源は、朝倉世話人が雑誌の販売で蓄積して置いて下さった資金に、学会の「総会抄録合本(設立準備会から第28回まで)」、「社会医学研究第1号-7号合本」の販売金を加えて確保する見込をたてた。

編集は総会担当世話人が受持ち、事務局が出版の世話をすることが申しあわされた。

(5)

新しい編集に相応しい方針は、日本の社会医学研究を代表できるような、そして社会医学の若い学徒を育てる事に役立つ理論と実践を提示できるような、”読んで意義ある「社会医学研究」”を生み出すことにあった。そのためには、その土台となる、社医研総会を充実させねばならない。こうした考えも含めて、第29回・奈良、第30回・東京、社医研30周年記念総会・名古屋、第31回・北海道の企画が世話人会で検討された。

そして何よりも、奈良の総会を成功させ、その報告に基づく原稿の作成依頼と督促へと、山下世話人の一年間の情熱的な活躍がはじまった。そして演題抄録集の事前発送が実現し、総会の報告、討議は盛り上がり、新入会員は15%増加し、400名を超えた。創立時の丸山名誉会員や朝倉前世話人からは、社医研の新しい発展への期待が述べられた。

総会後の原稿の作成は、報告者によって、これまでにない積極的な努力が払われた。前記した京大の「社会医学研究」の発行の事務局を長年にわたって手掛けて来られた経験があるとはいえ、半年の山下世話人の雑誌発行の努力は着実に実った。事務局は次々に届けられる原稿の割り付けに嬉しい悲鳴を上げた。経費節減の無理な注文を受けとめ、短期間の印刷を引受けてもらえた名大生協印刷部の協力は、こうした努力を結実させてくれた。

(6)

以上が第8号の誕生の経過であるとともに、社医研の発展の新しい息吹の紹介でもある。第29回の総会の成功は、第30回の総会の大きな刺激となった。すでに東京では、上畑世話人(公衆衛生院)を中心にして、10年を時代の区切りとすれば社医研第4世代にあたる準備委員の皆さんの努力で、本年7月の総会が「いのちと健康を守る運動と社会医学」のテーマで準備され、この機関誌の発送と同時に演題募集がおこなわれる。

第31回(1990)の札幌での総会は、福地世話人(北大)を中心に、明治植民以来の長い北海道の苦闘の歴史と現実をバックにした討論の準備が始ろうとしている。

これらの総会を基盤とした「社会医学研究」9号、11号の引続く誕生が大いに期待される。また、本年秋、日本の社会医学の課題と取組みの過去、現在、明日を論ずる、社医研30周年記念総会(名古屋)を基礎にした10号も予定されている。この第8号が、この勢を増し、社医研の理論と実践を示す機関誌の一層の成長のきっかけとして役立つ事を期待したい。

(7)

本年、社医研は創立30周年を迎える。この時、健康の基盤となる自然と社会の条件が、汚染、破壊、劣化を繰返し、社会的要因による不健康や疾病がいぜんとして発生し続け、保健と医療の社会的な保障が脅かされる事態は、社医研が健康に関わる学問研究の領域と健康保障の社会的実践の領域において、大きな任務を負っていることを改めて認識させる。

世話人会では、30周年を機会に、今日の日本の社会状況と健康問題を大局的に把握し、科学的な探求と実践の方法を確立する社医研の努力は如何にあるべきか、国際的な連帯の歩みを強めつつある人類社会の健康と福祉の確立の努力に対し、社医研は、いかなる課題を自らに課すべきか、など、明日をめざす社医研の基本的な在り方を論ずる記念総会を企画した。

この記念総会は、11月3~5日のあいだに、名古屋地域で、合宿の形式で、幾つかの特別報告とシンポジウムを軸に、集中し、徹底した討論が行なえるような企画が検討されている。

5月の世話人会では、会員諸氏のこの企画に対する意見を聞かせていただいた上で、十分に練り上げた考えを持っている。多くの会員が、同封のアンケート用紙を利用して、この企画に意見を寄せられ、社医研の発展にふさわしい30周年記念総会の成功のために御協力いただけるよう、心からお願いする次第である。

(1989年3月8日)

〈資料〉

社会医学研究会総会 記録

社会医学研究会事務局

- 設立準備会 東京 曾田 長宗 1959.7.30.- 7.31. 総括討議「人災と健康—その社会医学的問題点」
 主題「なし」
 演題「社会医学における矛盾」 中川 米造
- 第8回 箱根 曾田 長宗 1967.7.22.- 7.23.
 「住宅と健康」
 総括討議「住宅と健康—その社会医学的問題点」
- 創立総会 東京 曾田 長宗 1960.7.29.- 7.30.
 (第1回) 開会挨拶 曾田 長宗
 関 梯四郎を議長に選出、
 社会医学研究会規約採択(世話人、10名選出)
 主題「なし」
 演題「社会医学の定義について」 黒子 武道
- 第9回 京都 丸山 博 1968.7.13.- 7.15.
 「保健・医療と公的責任」
 主題討議のための二つの論文
 「住民の保健と地方行政」 東田 敏夫
 「心身障害者と医療」 小池 清廉
 特別講演「現代の貧困と自治体」 宮本 憲一
 「社会保障と視点」 小倉 襄二
- 第2回 東京 曾田 長宗 1961.7.28.- 7.29.
 主題「なし」
 自由討議「社会医学研究の進め方」
 演題「社会要因についての考察」 原島 進
- 第10回 名古屋 吉田 克巳 1969.7.26.- 7.27.
 「激動する状況のもとで」
 主題「保健所の基本的課題をめぐって」
 問題提起 東田 敏夫
 「住民の健康を守る運動」
 問題提起 庄司 光
- 第3回 京都 西尾 雅七 1962.7.28.- 7.29.
 「社会医学をどう理解するか」 問題提起 東田 敏夫
 「医療保険の統合をめぐる諸問題」
 シンポジウム「社会医学をどう理解するか」 問題提起 庄司 光
 「保健医療の統合をめぐる諸問題」
 「『社会医学についての質問』調査」
- 第11回 白田 若月 俊一 1970.7.25.- 7.26.
 「住民と信頼あるきずなを」
 要望課題「地域における保健活動をいかに進めるか」
 「変貌する農山漁村における健康生涯とその対策」
 基調報告「日本農業の長期展望」 大谷 省三
- 第4回 岡山 大平 昌彦 1963.7.20.- 7.21.
 「地域開発とこれに伴う社会医学的諸問題」
 特別講演「『地域開発』について」 島 恭彦
 演題「日本社会医学小史」 水野 洋・他
- 第12回 岡山 大平 昌彦 1971.7.17.- 7.18.
 「保健医療従事者は住民のくらしをいかに守るか」
 要望課題「労働衛生、公害問題、医療問題と保健医療従事者」
 基調報告「学会及び保健医療従事者の社会的責任—これまでの総括と今後の方向」 西尾 雅七
- 第5回 名古屋 井上 俊 1964.7. 3.- 7. 4.
 「住民の保健をいかに進めるか」
 発題講演「ある保健医療担当者の反省」丸山 博
 総括討論
- 第13回 大阪 丸山 博 1972.7.23.- 7.24.
 「医療の原点」
- 第6回 横浜 宍戸 昌夫 1965.7.24.- 7.25.
 「変貌する農村の社会医学的研究」
 発題講演「日本農業変貌の実態」 山岡 亮一
- 第7回 比叡山 庄司 光 1966.7.16.- 7.17.
 「人災と健康」

- 第14回 東京 柳沢 文徳 1973.7.21.- 7.22.
「地方自治体と保健衛生」
要望課題「地方自治体と保健衛生」
特別講演「地方自治と公衆衛生」 曾田 長宗
- 第15回 名古屋 水野 宏 1974.7.20.- 7.21.
「いのちと健康を守る国民の運動の発展と保健・医療の職場の民主主義」
要望課題「いのちと健康を守る国民の運動の発展と保健・医療の職場の民主主義」
「国民の健康を守る運動に於ける学習方法とその効果」
特別討論「保健所再編をめぐって」
- 第16回 熊本 野村 茂 1975.7.26.- 7.27.
「法と健康」
要望課題「法と健康」
シンポジウム「健康の権利と公共の利益」
特別報告「社会医学研究会のあゆみと今後の課題」 芦沢 正見
- 第17回 大阪 朝倉 新太郎 1976.7.24.- 7.25.
「大都市における保健医療問題、地域保健と市町村行政問題、保健所問題」
特別報告「地域保健医療と市町村財政」伊藤 晃
- 第18回 東京 木下 安子 1977.7.16.- 7.17.
「保健行財政、保健・医療・福祉活動の連携」
シンポジウム「社会医学の実践と研究」
- 第19回 京都 東田 敏夫 1978.7.22.- 7.23.
「社会医学の今日的課題」
要望課題「地域保健医療に於ける公的責任と保健医療従事者の役割—特に自治体と『地域保健医療計画』に関連して」
「保健センター構想と保健所再生をめぐって」
「保健医療従事者の役割と住民参加のあり方をめぐって」
シンポジウム「公害・薬害・有害食品等被害者の医療援護・復権をめぐる諸問題」
- 第20回 名古屋 山田 信也 1979.9.8.- 9.9.
「社医研20年の歩みと今日の課題」
要望課題「市町村保健センターと地域保健活動」
「大都市地域の社会医学的分析」
- 第21回 東京 芦沢 正見 1980.7.26.- 7.27.
「健康とその公的責任」
要望課題「地域保健医療の公的責任をめぐって」
「母子保健活動に関する基本的諸問題」
「先天異常への対応と問題点」
特別講演「地域保健医療と公的責任」 下山 瑛二
シンポジウム「先天異常への対応と問題点」
- 第22回 久留米 高松 誠 1981.7.31.- 8.1.
「80年代における社会医学の展開」
要望課題「農村における保健医療」
「障害者の健康権」
特別講演
「農村に於ける社会医学の展開」 若月 俊一
シンポジウム「農村に於ける生活・健康と社会医学の課題」
ラウンド・テーブル・ディスカッション
「九州地方における公害・労災・薬害—その後の問題点」
ワークショップ「80年代に於ける社会医学の展開」
- 第23回 滋賀 渡部 真也・細川 汀 1982.7.31.- 8.1.
「きびしい情勢の中での社会医学のあり方」
教育講演「私の社会医学」 籠山 京
シンポジウム「農村に於ける保健医療」
「老人の保健・医療・福祉」
コロキウム「環境問題の新局面」
「労働衛生活動のあり方」
- 第24回 大阪 朝倉 新太郎 1983.7.30.- 7.31.
「高齢化・過都市化・低成長下の国民の保健医療」
招待講演「日本人の住環境と健康」 早川 和男
シンポジウム「地域医療と在宅看護」
「地域産業保健の展望」
- 第25回 富山 加須屋 実 1984.7.28.- 7.29.
「医療保障後退傾向下に於ける国民の生活と健康」
特別講演「医療保障の歴史と展望」 小川 亮政
シンポジウム「被害者救済をめぐる諸問題」
「老人保健法発足後の諸問題」

第26回 愛媛 木村 慶 1985.7.27.- 7.28.

「転換期に於ける社会医学の課題」

講演と討論「地域精神衛生活動の回顧と展望—その
現状の理解のために」 石原 幸夫

「私達の暮らしと地方自治」 山口 卓志

シンポジウム「保健所をどう再生させるか」

「社会医学としての労働衛生学研究の方法論」

第27回 秋田 滝沢 行雄 1986.7.26.- 7.27.

「真の国民のための保健・医療制度の構築に果す社会
医学の役割」

特別講演「秋田県に於ける農村医療の変遷と今後の
課題」 菅谷 彪

シンポジウム「農村の変貌と健康の諸問題」

「環境問題と社会医学」

「産業技術の変化と労働衛生学の課題」

パネルディスカッション「いのちと食」

第28回 名古屋 加藤 孝之 1987.7.25.- 7.26.

「きびしい社会変動の中での国民のための社会医学」

主題講演「国民のための社会医学」 加藤 孝之

招待講演「人生80から」 磯部 巖

シンポジウム「環境問題の現状とこれから」

「高齢化社会における在宅保健医療福祉」

第29回 奈良 山下 節義 1988.7.23.- 7.24.

「“超高齢化時代”に向けて、現代健康問題を考える」

要望課題①「『超高齢化時代』に向けて、労働者保
健を考える」

②「『超高齢化時代』に向けて、地域保健
・医療を考える」

③「『超高齢化時代』に向けて、国民の
『生命と暮らし』をめぐる環境問題を考える」

特別講演「〈総決算路線〉との対決

—人権思想を軸に— 真田 是

シンポジウム「健康問題をいかに把握するか—社会
医学的方法論の視点から—」

社会医学研究会会則

- 第1条 本会は社会医学研究会という。
- 第2条 本会事務局を名古屋大学医学部公衆衛生学教室におく。
- 第3条 本会は会員相互の協力により、社会医学に関する理論およびその応用に関する研究が発展助長することをもって目的とする。
- 第4条 本会はその目的達成のため次の事業を行なう。
1. 研究会の開催
 2. 会誌、論文集などの発行
 3. その他必要な事業
- 第5条 本会の会務の遂行は、総会において会員中より選出された若干名の世話人より成る世話人会がこれに当たる。世話人の任期は3年として重任を妨げない。
- 第6条 年次予算、会則、会則変更等重要事項の決定は総会の議決を経なければならない。
- 第7条 会費は年額2000円とする。会員は無料で会誌の配布、諸行事の案内をうけることができる。ただし研究会の開催など特別に経費を要する場合は、そのつど別に徴収することができる。
- 第8条 本会は会員の希望により各地方会をおくことができる。
- 第9条 本会の諸行事、出版物などは会員外に公開することができる。
- 第10条 本会の会計年度は、毎年7月に始まり、翌年6月に終わる。

事務局所在地：〒466 名古屋市昭和区鶴舞65
名古屋大学医学部公衆衛生学教室
T E L 052-741-2111 (内線2075)

郵便振替：口座番号. 名古屋 8-5673
名称 社会医学研究会

銀行振込：第一勧業銀行 名古屋支店
口座番号. 普. 1188033
口座名. 社会医学研究会 事務局

「社会医学研究」第1号～第7号の紹介

- | | | |
|-----|---------------------------------|-------------|
| 第1号 | I 大都市地域の社会医学的分析 | |
| | II 市町村保健センターと地域保健 | 127頁. 1500円 |
| 第2号 | I 先天異常・発達障害の諸問題 | |
| | II 難病の社会医学をめざして | 133頁. 1500円 |
| 第3号 | I 農山村の生活・労働・健康 | |
| | II 九州の公害・労災・薬害 | 120頁. 1500円 |
| 第4号 | I 大都市住民の生活・労働・健康 | |
| | II 老人・障害者・
難病患者の保健福祉 | 117頁. 1500円 |
| 第5号 | 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 | 119頁. 1500円 |
| 第6号 | I 転換期の保健・医療制度 | |
| | II 公害と被害者
救済をめぐる諸問題 | 127頁. 1500円 |
| 第7号 | 出稼ぎ労働者の健康障害と職業病 | |
| | I 出稼ぎ労働の就労構造と健康問題 | |
| | II 出稼ぎ労働によるじん肺症 | |
| | III 出稼ぎ労働による振動病、
および死因構造への影響 | 155頁. 2000円 |

割引価格 会員取扱の場合、1-6号は1000円、7号は1500円、7冊揃入りの場合は7冊8000円のところ
5000円(宅配送料別 600円)

購入申込は事務局へ、研究室資料・個人蔵書に是非、「7冊揃入り」を御利用ください

社会医学研究 第8号

1989年3月25日発行

定価 1500円

編集 第29回社会医学研究会総会事務局（代表 山下 節義）
〒634 橿原市四條町840
奈良医科大学 衛生学教室
電話 (07442)2-3051

発行 社会医学研究会事務局（代表 山田 信也）
〒466 名古屋市昭和区鶴舞65
名古屋大学位学部公衆衛生学教室
電話 (052)762-6405 内線 2075
振替口座 番号：名古屋 8-5673
名称：社会医学研究会

印刷・製本 名古屋大学消費生活協同組合印刷部
〒466 名古屋市千種区不老町1
電話 (052) 781-6698
