

*BULLETIN OF SOCIAL MEDICINE*

# 社会医学研究

I いのちと健康を守る運動と社会医学

II 都市再開発・リゾート開発と住民

社会医学研究会

JAPANESE SOCIETY FOR SOCIAL MEDICINE



1990

# 目 次

「社会医学研究」第9号の発刊にあたって	上畑鉄乃丞…………… 1
<b>特別講演</b>	
日本の労働時間問題 ―国際比較と生活時間との関連で―	藤本 武…………… 3
<b>シンポジウム</b>	
1. 都市再開発・リゾート開発と健康問題	相磯富士雄ほか… 11
2. 京都における都市再開発と高齢者の暮らし	足立 明ほか… 15
3. 都市再開発と住民の暮らし、健康 ―「東京改造」のもとでの東京・新宿区の実状―	伊藤 一雄…………… 23
4. ハヶ岳山麓におけるリゾート開発と住民の暮らしと健康	菊池 智子…………… 27
5. リゾート地域、伊豆半島の白浜地域に見る住民生活	山本 浩一…………… 33
<b>特別報告</b>	
1. 「社会病」としての労災職業病研究のしかた	三宅 成恒ほか… 37
2. 石綿労働者の健康保護をめぐる今日の問題点	久永 直見ほか… 45
3. JR 東日本の労務政策と労働負担意識および主体意識	千田 忠男…………… 55
4. 東南アジアの工業化と働く人々の健康 ―タイを事例として―	川上 剛…………… 61
5. 水俣病問題と社会医学	二塚 信…………… 69
6. ベトナムにおける枯葉剤の健康に及ぼす影響について	原田 正純ほか… 75
7. インフルエンザ流行と社会医学	母里 啓子ほか… 81
8. 肝炎はなぜひろがったか	安井 重裕ほか… 91
9. 医療政策を分析する視点・方法論について	二木 立…………… 97
10. 地域医療計画のその後	竹内 治一……………103
11. 最近の保健医療情勢 ―保健所を中心にして―	丸山 創……………109
12. ねたきり老人と住宅環境 ―ねたきり老人はつくられる―	橋本美知子ほか…121
<b>第30回社会医学研究会総会プログラム</b>	
「いのちと健康を守る運動と社会医学」	…………… 129
社会医学研究会30周年記念研究会プログラム	…………… 135
社会医学研究会会則	…………… 136
「社会医学研究」第1号～第8号の紹介	…………… 137
編集後記	…………… 138

# 「社会医学研究」第9号の発刊にあたって

上 畑 鉄之丞 (国立公衆衛生院疫学部)

(第30回社会医学研究会総会企画運営委員会事務局長)

第30回社会医学研究会総会は、1990年7月22、23日の2日間にわたって伊豆長岡温泉で開催しました。当日は、参議院議員選挙投票日にあたり、また、7月始めから続いていた連続微動地震が、伊東沖の噴火をもたらすなど、不利な条件のなかでの開催でしたが、全国の会員諸氏のご援助をいただき、2日間を通じて300名以上の会員が参加、熱心な討議のなかで無事終了したことをお礼申し上げます。

今回の第30回総会研究会では、関東地区会員にあらかじめ希望をつのって、多方面の分野の運営委員に参加していただき、企画運営委員会方式による準備を行ったこと、また、期間を半日延長して全2日間にしたことなどいくつかの試みを行いました。これは、総会を単なる研究発表会に終らせず、出来るかぎり多くの会員の参加とその討論を保証する目的で試みたことです。そして、その論議の過程で、統一テーマとして「いのちと健康を守る運動と社会医学」を設定しました。これは、国際化、情報化が叫ばれ、他方で高齢化が進行するといった今日、地域住民や労働者の「いのちや暮らし」をめぐる問題では、必ずしも「繁栄日本」と手放しでは喜べない状況が生まれていることが、昨年の本研究会総会でも指摘され、社会医学の面でも一層の研究の進展やそれを保証する研究方法の討議がなされねばならないことが確認されたからです。そのため、今総会では、社会医学研究の重要な足場のひとつであるいのちと健康を守る地域住民や労働者、患者の運動を取り上げ、現状での課題や目標、将来展望などを知り、討議するなかで、社会医学研究の重要性と役割を再認識することを目標にしました。

ここ1、2年の地域住民や労働者の健康保護にかかわる動向では、患者の医療費負担の増加、健康保険料の引上げ、公害・労災職業病患者などの切り捨て、治療打ち切りなどが弱者へのしわ寄せが一層進行し、新たに年金受給年齢の引上げや労災保険法改訂計画、国立病院の統廃合計画、「地域保健将来構想検討会」答申など、一連の行政の公的保健サービスの切り下げ計画が進められつつあり、他方で、都市、地方を問わない乱開発による環境破壊やハイテクノロジーによる急速な技術革新下での過労死やメンタルストレスの増大など多くの新たな問題

が生み出されている状況がみられています。したがって総会では、とくに近年のこれらのわが国の社会保障制度が、保健、福祉、年金などあらゆる面で後退し、他方で、様々な健康障害や生活破壊が進行しつつあるという状況で、あらためて、様々な社会領域にある「いのちと健康を守る運動」を踏まえ、社会医学の目的、役割、研究方法などについて討議を深め、明日を展望した「新たな前進」のきっかけをつくることを意図しました。総会の内容は、巻末の第30回総会プログラムに詳しく記されています。本号には、このうち特別報告など16篇が掲載されていますが、一般報告の多くは紙面の都合で残念ながら割愛させていただきました。

総会が終わって、果たしてこれらの初期の目標が達成されたかの自信はありませんが、少なくとも様々な分野でかかえる課題、また、会員諸氏のふだんの実践や研究がどんな「いのちや暮らし」とつながっているかは提起されたのではないかと考えています。

第30回総会后、昨年11月には、名古屋で社会医学研究会30周年を記念するシンポジウムが開催され、あらたな研究会の歴史が始まっています。本号には、この30周年記念集会での特別報告のうち、本号の印刷に間にあった二木 立「医療政策を分析する視・方法論について」、二塚 信「水俣病問題と社会医学」の力作2篇が掲載されています。また、今回の総会準備を契機として関東地区では、地区例会をもとうということになり、今年3月には第1回地方会が開催されました。これらの新しい試みが、社会医学の将来的な発展につながることを期待し、今回総会のために直接協力された企画運営委員諸氏のご努力にあらためて感謝する次第です。



特別講演

# 日本の労働時間問題

—国際比較と生活時間との関連で—

藤本 武 (労働科学研究所客員所員)

## Working Time and Use of Time in Japanese Workers

T. Fujimoto (Institute of Labour Science)

はじめに

ご紹介にあずかりました藤本です。私は大学を卒業して、4年ほど経って労働科学研究所に入りましたが、太平洋戦争の前に、労働科学研究所が産業報国会に入ったときレッドパージでクビになり、それから中国の龍烟(リュウエン)鉱山労研分室と秋木機械へ行っていた時期がありますが、戦後すぐ労研にもどりました。労働科学研究所では、いろいろな問題の調査・研究をしていました。1937年にいわゆる日華事変が始まったあとで、当時日本の労働者階級は、多くの問題を抱えていました。私の研究でいいますと、年少労働や婦人労働の問題から始まりまして、生活費の問題、それから中国へ行って把头炊事、生活費の問題を取り上げたりしました。また、戦後は賃金が大きな問題になり、その研究を中心に仕事を続けました。

私はもともと経済学出身ですので、賃金問題などをやっているのが一番よかったのですが、労働者にとって大切なのは賃金だけでなく、労働時間だとか安全衛生だとか、そういう問題もあると考えて、その問題も取り上げました。また、生活時間問題や男女雇用平等法の問題にも関心をもってきました。とくに、私は、日本の労働者の多数に影響する問題を掘り下げていく場合、外国の状態や政策と比較して、どこにどのような問題があるか、また、どの点を改善すれば、どんな成果があるだろうかというふうなことを考え、外国の実状を調べました。そして、その成果の一つとして、基本的な問題である日本の労働者の労働時間短縮の運動に参考になる面を訴えておこうという立場で、2年ほど前に「今日の労働時間問題」という本も出版しました。本日は、その内容をもとにしてお話しします。

今日の労働時間の特徴

私がなぜいま労働時間の問題を重要視しているかという理由の一つは、日本の長時間労働というのが、現在国際的に非常に重大な問題になってきているということです。これは拙著「国際比較 日本の労働条件」という本ですが、日本の労働者は、賃金が低いこと、労働時間が長いこと、労働生産性が非常に高いことを指摘しています。ただ、労働生産性は、全体が高いというのではなく、例えば自動車産業や半導体産業などはものすごく高いということです。また、最後に、広範な下請けの中小企業の問題、つまり外国にはない非常に日本的な下請け制度の問題もあります。大体この4つが日本の国際競争力の一番基になっていることだというふうに思います。

また、日本の長時間労働に対しては、諸外国から、とくにECからは「働き中毒患者」というような批判があります。1979年にECの秘密報告のなかで、「うさぎ小屋に住んでる働き中毒患者」という批判があり、これで大変有名になりました。日本人がめっちゃくちゃに働いていることは国際的に著明なことなのです。

こうした長時間労働によって、過労死が起きたり、その他健康や生命にいろいろな障害が出ているという問題がありますが、これについては、経済学出身の私がお話しするよりは、もっと別の方にお話を頂いたほうが適切だと思います。

日本の労働時間の変遷

終戦直後に日本で初めて労働運動が本格的に発展しました。また、労働基準法が出来たこともその一つですが、日本人の労働時間はいっきよにもものすごく短縮をしました。戦前の労働時間は、だいたい週60時間から65時間ぐらいで休憩を含んだ当時は、工場、鉱山の婦人や年少労働者についてだけ就業1日11時間、月に2休日の規制が

あっただけで、一般労働者についての規制はなく、やっと戦後になって週48時間制になったわけです。しかし、労働運動のなかでは共産党の影響が強かった産別会議は拘束8時間を、総同盟、これは社会党一辺倒でしたが、実働8時間を要求していました。拘束と実働の違いですが、拘束の場合は、休憩時間を含んだ8時間です。休憩時間は、たいてい8時間では45分ぐらいでしたから、実働7時間15分になり、ときには7時間といった実働時間が産別会議の影響の強かった大企業の労働者に広がったわけです。ただ、一般は実働8時間だったわけですが、それでも戦前の労働時間から見ると、画期的に労働時間が短縮されたわけです。

年次有給休暇については、勤続1年で6日、あと勤続1年ごとに1日プラスして最高20日というような内容が労基法で設けられました。ただ、残念ながら36条で労使協定があれば労働時間はいくらかでも延長できるという抜け穴が設けられました。しかし、朝鮮戦争が始まると、抑えられていた残業が増加するようになり、また、高度成長が始まると、時間外労働がやたらに増え始めました。これには、当時労働運動が弾圧され、その関係で所定労働時間が若干延長になったという背景もごさいます。また、公務員の場合は、現在は43時間ぐらいですが、当時は週42時間まで短縮していました。

1950年代に入りますと、労働時間はどんどん増加していきます。実働時間でいきますと、製造業の場合、1950年ごろは、月に180時間ぐらいだったのが、60年には月207時間というように増えていきます。そして一方では、労働基準法違反で摘発される数も増えます。当時、商店や小企業などで1日8時間で週1回労働者が休むというところ数は数えるほどしかありませんでした。

当時のヨーロッパでは、1950年代の後半から時間短縮が実施され、どんどん進んできますが、日本ではやっと1960年ごろから時間短縮が始まることになります。

当時の労働時間短縮は、最初は、商店街などでの一斉休業というのから始まっているのが特徴です。それまで商店では、休みや休業日というのはほとんどなく、店員はいいところでせいぜい月2日、悪いところだと月1回も休めないという形になっていたのを一斉休業にしたのです。これは、最初問屋街から始まり、ふつうの町の商店街にも広がりました。最初は月に1回だったのが、月に2回になり、毎週1回になるというように、全国的に広がっていったわけです。そのトップを切ったのが、大阪の松屋町という玩具屋の問屋街です。私は一斉休業運動が始まったとき、労働時間調査の関係で松屋町の問屋街に行き、懇談した帰り労働基準監督官と話し合ったこ

とがあります。その監督官からは、「先生、松屋町でなぜ最初に一斉休業が始まったか知っていますか」とたずねられ、「知らない」といいますと、

「実は、あるおもちゃ問屋で使用されていた少年が一家皆殺しをしたのです。調べたところ、その少年は、休みなして毎日遅くなるまでこき使われておりました、それをうらみに思って事件をおこしたのです。それが暴露されますと、大騒ぎになり、松屋町の人たちも「これはいかん」ということになり、これからは夜何時からは人を使わない、一斉に月に1回でも2回でも休みの日をつくり、使用人には休みにする、こういう方針をたてたわけです。それを労働基準局が応援をして、全国に広まっていったというわけです」という話しをしてくれました。ですから、もしその少年が一家皆殺しをしなかったら、日本の商店街の時間短縮はまだ数年遅れていたのではないかと私は思っています。ただ、一斉休業が広まっていった基本的な原因は、労働時間を長くしているところでは、労働者が集まらないというような事態になってきたというのが、一つの大きな要因だったと思います。また、労働組合が1960年ごろから時間短縮の問題を取り上げるようになってきたこともあります。しかし、日本の労働組合は、賃上げ一辺倒の組合ですから、あまり労働時間の短縮では一生懸命にやらなかったのですが、それでもボツボツ活気を帯びてきたのです。そして、実際1970年から75年にかけては比較的急速に時間短縮が進みました。

ところで、当時外国のほうはどうかと言いますと、時間短縮はどんどん進んでいました。表1に1950年と比較した1979年までのヨーロッパ諸国の年間労働時間の短縮の割合を示していますが、日本がたったの6%なのにくらべて、20%前後短縮になっています。法律上のことで申し上げますと、1955年には、日本と同じように大部分の国で週48時間労働が決められていますが、1979年には週40時間のところが多いです。

#### 労働時間の国際比較

現在は表2に示したように、各国の週労働時間の大部分が40時間になっています。表の左端に法制の週労働時間、その右に労働協約、その隣に年次有給休暇を示しています。現在も週48時間という遅れた国もありますが、この場合は、ドイツにしてもオランダにしても労働協約で40時間近くになっています。また、年次有給休暇は、1年勤続で大抵3週間ないし5週間です。6日という遅れた国は日本だけです。世界のすべての国を調査した結

表1 年間労働時間の変化

	1950	1970	1979	減少率%
				50~79 1950
オーストリア	1976	1848	1660	-16.0
ベルギー	2283	1986	1747	-23.5
カナダ	1967	1805	1730	-12.0
フランス	1989	1888	1727	-13.2
西ドイツ	2316	1907	1719	-25.8
イタリア	1997	1768	—	—
(日本)	2272	2252	2129	-6.3
スウェーデン	1951	1660	1451	-25.6
イギリス	1958	1735	1617	-17.4
アメリカ	1867	1707	1601	-14.4

A. Maddison による。OECD, Employment Growth and Structural Change. 1985, pp. 199.

表2 各国の週所定労働時間と最近の年次有給休暇

	週所定時間		年次有給休暇	
	法制	協約	法制	協約
オーストリア	40	40	5週+2日	5週+2日
ベルギー	40	36-40	4週	4~5週
デンマーク	—	40	—	5週
西ドイツ	48	37-40(88)	3週	4~6週
フィンランド	40	35-40	5週	5~6週
フランス	39	35-39	5週	5~6週
ギリシャ	40	40	4週	4週
アイルランド	48	35-40	3週	4週
イタリア	48	36-40	10日	4~6週
オランダ	48	48-40	3週	4~5週
ポルトガル	48	35-45	4週	4週
スペイン	40	40-42	5週	5週
スウェーデン	40	37.5-40	5週	5~8週
ノルウェー	40	40	4週+1日	4週+1日
スイス	45	40-45	4週	4~5週
イギリス	(40)	35-40	(4週)	4~6週
アメリカ	40	36-40	—	1・2週
カナダ	40	37.5-40	2週	2週
オーストラリア	40	37.5-40	4週	4週~
ニュージーランド	40	-40	3週	4週
日本	48	36-48	6日	6~15日

P. Blyton. Changes in Working Time 1985. pp.27. 81.  
ヨーロッパ以外は藤本が補う。

果では、一番年次有給休暇が少ない国で5日、2番目が6日です。6日の国は6ヶ国ありますが、先進国では日本だけが入っているのです。もっとも、日本は、年功序列で勤続1年につき1日プラスとなり、長期勤続者は長いのですが、外国でも長期勤続者にはプラス アルファという国が相当あるので、そのことだけを大きく取り上

げるわけにはいきません。また、日本の年次有給休暇の大きな問題点は、50%ぐらいしか消化されていないということで、外国ではそういうことは絶対あり得ず、ほとんど全部が消化されます。なお、日本ではどうして年次有給休暇を半分しか使わないのという理由は、会社側が事実上取らせないようにしているからだとは私は考えております。取りやすいような条件も設定されていないし、他方でたくさんとっている労働者は大体ボーナスが少ないとか、立身出世は絶望だという実状です。労働基準監督署が企業での年休調査をした結果、23%の事業所が、その労働者に不利な取扱いをしているということもあります。女性は男性より多く取るのですが、これは立身出世をあきらめているから取るわけです。こういうことが評価されるという労務管理が、日本の企業の状況です。表向きはそういうことは言っていないところが多いのですが、年休を取る人に対しては、欠勤扱いをする、いろいろな精勤手当を出さないとか、たいていの日本の会社は、年休を欠勤と同じように考えているのです。出勤率96%達成というところもあるのですが、「この欠勤の中に年休は入っていますか」と聞くと、「入っていません」と答えた会社ははまだかつてありません。出勤率95%という場合には、その欠勤のなかに年休が入っています。これでは、年休は取るなということになります。そういう国は日本以外ありません。たとえば、南米で長く勤めたある日本人が『日本人の働き方』という本を書きました。そのなかに、南米の会社で働いていて年休を取らなかったとき、技師長に呼びつけられて大目玉をくらったという記事があります。彼に「おれを侮辱する気か」と怒鳴られたのです。「私は忙しいから取れません」と答えると、とたんにかみなりが落ちたということです。理由は、「だいたい年に1カ月年休を取るようにして、計画的に人員の配置をしている。それが取れないということは、おれの計画した人員配置が大間違いだということになるのだ」と。それであわてて翌日から1ヶ月年休を取ったというのです。この技師長のような意識をもっているひとは日本には一人もいないと思います。「よそだって頑張っているんだ。頑張れよ」ということで、あとでボーナスを少し多くしてやるというような日本的な勞使関係があるからです。

私は、日本の資本家は世界一がめつい資本家ではないかと思っております。日本のことについて書いている外国人のなかにも「世界一がめつい」と書いている人がいます。1979年にECから「働き中毒患者」という批判が出てまいります。

表3に、私が推計した生涯労働時間が示されています。

表3 推計生涯労働時間

アメリカ合衆国	19-61歳=46年 1660時間×46=76360時間
フランス	18-62歳=44年 1740時間×44× $\frac{39}{40}$ =74646時間
日本	19-70歳=51年 2142時間×51=109242時間

表4 イギリスの会社規模別の平均週労働時間

	25~99人	100~ 999人	1000人~	総計
所定時間	40.42	40.09	39.76	40.22
超過労働	6.08	6.18	6.42	6.15
計	46.50	46.27	46.19	46.37

Report of the Committee of Inquiry on Small Firms, 1972, pp.21.

表5 フランスの事業場規模別の平均提供労働時間  
-1982.1.1と82.4.1間の短縮時間

	肉体労働者		非肉体労働者	
	82.1.1	短縮時間	82.1.1	短縮時間
10人未満	41.36	-0.90	40.54	-0.90
10~49	41.23	-0.92	40.51	-0.83
50~199	40.53	-0.85	40.29	-0.85
200~499	40.16	-0.93	40.12	-0.93
500人~	39.90	-0.86	40.01	-0.86
計	40.88	-0.90	40.40	-0.85

Travail et Emploi, 1982, No13, p.61.

表6 組合の有無別にみた週所定労働時間別企業数の分布  
%-1981-製造業のみ-

	製造業計		1000人~		30~99人	
	組合アリ	組合ナシ	組合アリ	組合ナシ	組合アリ	組合ナシ
36時間未満	1.7	0.2	3.5	0	2.0	0.2
36~38	6.1	1.0	17.7	8.2	4.2	0.5
38~40未満	18.1	3.2	38.7	26.7	11.4	2.3
40	8.4	2.4	25.9	17.2	4.0	2.0
40~42	20.2	10.6	8.9	4.5	17.4	9.6
42~44	19.6	20.9	2.9	23.9	23.5	20.4
44~45	6.3	7.3	0.9	3.5	8.2	7.2
45~48未満	9.3	20.1	0.8	6.0	11.8	20.5
48	10.4	34.4	0.8	9.9	17.4	37.3
48~	-	-	-	-	-	-
計	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
平均	42:08	45:10	39:09	41:42	43:10	45:25

労働省：賃金・労働時間制度の実感. 昭和57年度. 第16表.

この推計方法は詳しくは申し上げませんが、各国間の絶対時間よりもむしろ比率を重視しています。これはアメリカにしてもフランスにしても男女別の労働時間という統計がないので、男女計の時間を用い、男子を想定して、何歳まで働くかという就業年齢などを計算しています。日本の男性が、だいたい70歳まで働くとしめすと、フランスなどでは、平均が62歳ぐらいになります。60歳を越えるとあと65歳までの間は半分ぐらいの人しか働かない、65歳以上になるとほとんど働かないんです。そういう計算でいきますと、日本はフランスやアメリカの74,000時間に対して10万時間台ですから、だいたい4割ぐらいよけに働いていることになるのです。

表4、5にイギリスとフランスの場合の規模別の違いを示していますが、あまり違いがありません。所定労働時間を見ても、イギリスでは大企業と小企業で週1時間違わないんですね。なぜこのように外国では労働時間の規模別の違いが少なく、日本でそんなに大きいかと言いますと、外国では労働組合が産業別の団体協約を締結し、産業ごとに標準労働時間を決めてきているのです。ところが日本は産業別労働組合ではなく、全部企業別の従業員組合ですから、バラバラに団体交渉をし、てんでバラバラの労働時間が決まっているわけです。しかも日本では組合の組織率が特に低く、それが重なってこのような格差が生まれてきているのです。表6に示していますが、組合のあるところは、労働時間が短いのですが、それでも組合があるなしにかかわらず、やはり規模別、企業別に相当な格差があるということが問題なのです。



日本人の生活時間

日本人の生活時間の問題については、男女別に1週間の生活時間を表8に示しています。NHKと電機労働組合の調査の2つがありますが、ずばぬけて日本の労働時間は長いのです。また、通勤時間も長く、平均と比べますと2倍ぐらい費やしています。両者を合計して収入を得るために費やされる時間をみますと、日本は60時間近いのですが、ほかの国は50時間未満です。睡眠時間についてみると、それほど大きな違いはないのですが、注意していただきたいのは、日本だけが女性の睡眠時間が男子よりも短いのです。ほかの国は同じか、ないしは女性のほうが長く寝ているんです。私はかつてこういう傾向があることを知らず、日本の生活時間調査をやっても全部ご婦人が短いので、やはり女性のほうは生理的に短い

睡眠時間でも十分間に合うんだらうというような結論を出したことがあります。ところが外国では逆でフランスなどはだんぜん男よりも女のほうが長いのです。日本は寝るときは父ちゃんと一緒に、朝は母ちゃんは早めに起きて、子供の世話だとか食事の準備をしないといけないわけです。食事ができたときに、「お父さん」と起こすわけで、それだけ時間が違うわけですね。私どもの調査では、だいたい1日に20分、だんなのほうが長いのです。ところが外国ではそうではないというのです。日本の婦人が無理やりに早く起こされてきているということでもあります。

家事時間の問題ですが、日本の男性の週3時間は世界一少ないのです。日本の男性は家事を世界一しないということで、フランスの男性はよくやります。しかし、そうは言っても社会主義国も含めても男性と女性が同じ時間、家事労働をするという国はありません。これは機会

表7 事業場規模別にみた1週の所定労働時間の分布と平均 (労働者数) -1986. 5~6月- (%)

	分 布 累 計						平 均 時間：分
	40 以下	42 以下	44 以下	46 以下	48	48 こえ	
計	24.0	37.4	47.0	59.6	33.3	3.1	43:57
1~4人	12.6	23.2	28.4	42.3	43.2	12.1	45:38
5~9人	10.4	20.8	27.3	43.9	45.7	6.7	45:34
10~29人	11.4	22.3	31.8	46.8	47.0	1.4	45:01
30~49人	14.3	28.9	42.5	57.5	35.9	0.4	44:26
50~99人	19.3	34.3	48.7	62.2	32.2	0.3	44:04
100~299人	29.1	49.8	64.3	76.2	18.7	0.2	42:47
300~	72.2	85.8	92.0	94.7	3.8	—	39:50

労働基準局、労働時間総合実態調査速報

表8 6カ国の週生活時間の比較

	フィン ランド	ノル ウェー	スイス	イギリス	アメリカ	日 本		
						NHK	電 機	
男	労働時間	41	42	43	42	43	49	53
	通勤時間	3	2	4	4	5	7	7
	合計	44	44	47	46	48	56	60
	家事労働	14	16	5	9	11	4	3
	睡眠時間	57	54	62	55	55	56	52
女	自由時間計	38	40	37	41	39	35	32
	労働時間	34	25	33	27	32	42	42
	通勤時間	3	2	4	4	3	5	6
	合計	37	27	37	31	35	47	47
	家事労働	26	33	19	25	25	22	22
子	睡眠時間	58	54	62	57	58	53	51
	自由時間計	33	39	33	36	34	27	25

日本の電機は電機労連の調査-1985-。残りはすべて、Liris Niemi. The 1979 Time Use Study Method. 1983.

表9 フランス人のバカンス -1982-

	合 計		冬 季		夏 季	
	出 発 者率	日 数	出 発 者率	日 数	出 発 者率	日 数
農業・経営者と労働者	22.8%	15.0	9.1%	9.3	20.1%	12.4
商 工 業 主	60.4	22.3	23.2	10.7	54.3	20.4
自由業・上級管理者	88.2	37.7	58.9	15.0	84.6	28.4
中 級 管 理 者	81.2	31.7	45.8	12.4	77.7	25.7
職 業 員	67.7	27.6	28.2	12.1	64.7	23.5
労働者	55.7	24.5	14.2	12.4	53.3	22.1
サービス職業	58.7	24.7	17.4	13.0	54.9	22.2
他の有業者	76.6	38.9	44.9	17.7	74.9	29.1
無 職 者	41.0	35.7	18.4	19.7	37.3	29.4
合 計	57.8	29.5	24.6	14.2	51.5	24.6

INSEE. Les Vacances des Français en 1981et1982

表10 日本人の純観光旅行回数と日数 (最近の1カ年)

	回 数 別					平均 回数	平均 日数	5日 以上 計%	15日 以上 %
	合計	1-2	3-4	5 ~	ナシ				
合 計	100.0	37.7	7.8	2.5	52.1	0.913	5.05	37.0	3.8
農 林 漁 業	100.0	13.1	9.6	1.9	53.6	0.931	5.34	41.3	4.0
商工サービス業主	100.0	38.4	10.0	2.6	48.9	1.045	5.00	41.8	3.1
自 由 業 (主)	100.0	34.1	10.3	1.6	54.0	0.889	5.14	43.1	-
管 理 職	100.0	43.1	12.8	8.9	35.4	1.533	5.94	46.2	7.9
専 門・技 術 職	100.0	34.5	12.6	4.2	48.6	1.190	5.79	46.6	9.6
事 務 職	100.0	45.0	12.9	5.6	36.6	1.406	5.73	44.6	4.9
販 売・サ ー ビ ス 職	100.0	39.1	9.2	1.2	50.6	0.922	4.75	39.5	2.9
労 務 技 能 職	100.0	39.8	6.2	2.6	51.3	0.903	4.50	30.2	2.3
学 生	100.0	35.9	10.3	2.6	50.2	1.055	7.38	51.2	12.3
主 婦	100.0	36.4	8.6	2.0	54.0	0.827	4.84	33.0	2.8

調査対象期間は1985年9月1日~86年8月31日の1カ年  
総理府編、第6回全国旅行動態調査報告書「観光レクリエーションの実態」

均等の問題で、男女平等が最も進んでいるといわれるスウェーデンでも、ある女性研究者が論文を書いております。婦人の職業上の隔梅現象、つまり婦人だけの職業に固まっているという現象。これを打破するには、男女が同じ時間、家事労働に従事することを確立しなければだめだということを指摘しております。男女の賃金格差は日本は50%もありますが、スウェーデンの労働者はたった10%のところまで縮めてきたのです。そういう国でいま言ったようなことをいっている女性がいることだけ申し上げておきます。ただ日本の男性の家事時間が少ない理由に長時間労働があることも事実です。毎晩11時ごろ帰ってきて、それから家事労働するわけにいかないのは当然です。ですから男性に家事労働をさせるためには、やはり長時間労働をやめさせることが一つの前提条件に

なります。

それから日本は自由時間が少ないことも特徴です。また、日本は「受動的な」自由時間、つまりテレビをみるとか、ラジオを聞く、レコードを聴くなどのような受動的な時間は多いのですが、積極的に行動するような自由時間というのは少ないという統計が出ております。

表9にフランスのバカンスの状態を示しています。簡単に言いますと、フランス人はだいたい6割がバカンスに出かけて、平均日数は25日から30日です。表9の統計は4泊以上を示しており、3泊以下はバカンスに入りません。日本の統計は1泊以上の統計しかないので(表10参照)、フランスのバカンス統計と比較するためには、日本の統計の4泊以上の数字と比較しなければなりません。そうすると、日本の年間4泊以上の旅行に出かける

人は、だいたいフランスの6分の1ぐらいに落ちます。平均日数もせいぜい6日か7日なので、日数でもフランスの3分の1か4分の1になります。外国旅行へ行く日本人が増えており、確かに以前に比べれば年々伸びているわけですが、フランス人は年に10%以上外国に旅行に出かけるのにたいして、日本人はその3分の1か4分の1ぐらいです。しかも日数もフランスの人は20日ぐらい、日本はグアム、ホノルル、あるいは韓国、香港とかだいたい7日ぐらいではないですか。そういう点でフランス人は、日本にはパカンスはないと言っています。つまり、同じ生活時間でも実態はものすごく違うということなのです。

### 労働基準法改訂問題

1987年の労働基準法の改訂問題についてですが、私は、今度の改定は、「ニセの週40時間法」だと言っています。なぜかと言いますと、32条で「週40時間にする」と規定しており、そこだけ見ると、「ああ日本では週40時間法ができた」ということになりませんが、131条には、「当分の間は、40時間を越えて48時間未満で、命令で定める時間とする」と書いてあるのです。それで実際は政令によって46時間が決まりました。しかも特例で3年間は48時間というのはいっぱいあり、中小企業の大部分が、産業では鉱業や運輸業とかは、当分3年間は48時間でよいというような形になっています。

年次有給休暇も10日ということになっているのですが、当分の間はいまのままでよいというのが多い。中小企業は全部そうです。3年間は6日、その次の3年間は8日、6年たってからようやく10日にするということです。ILO条約は3労働週ですから、少なくとも15日にならないといけないわけですが、ILO条約をも下回っています。

それから36条で残業は「労使協定で何時間でも時間延長できる」となっており、これは元のままです。ですからいつまでたっても残業はなくならないということになります。ただ、年休を取ったということで、不利益扱いをしてはいけないという条項が入りましたが、これについては罰則を規定していません。日本の資本家というのは、罰則がなければみんな無視する人たちですから、これはもう空文化ですね。たとえ罰則があっても、厳密に言うと、監督官が巡視にくるのは20年に1回ぐらいですから、違反したほうが得なのです。もし見つかったら、「すみません」と頭を下げ、「今後は注意いたします」といっておけば、平均でいくとあと20年はきません。

この新しい法律は88年4月1日から実施になりました

が、同時に日本の労働時間が長いということが国際的に大問題になっております。これは、日本の輸出がどんどん増え、外国へも進出している、この国際競争力の強さの一つが労働時間の長いことなんです。ですから、日銀総裁をやった前川さんという方が中曽根首相の命令で、前川研究会というのをつくって、どのように産業構造を変えて行くかという諮問を受け、その答申の中で、労働時間の短縮ということが入ったわけです。そのあと、経済審議会というところで、やはり前川さんが部会長になって、同じ問題を取り上げ、そして閣議決定にもなりました。そして、「構造改善、世界とともに生きる日本」というような経済運営5か年計画という数十ページのパンフレットに作り上げたわけです。中曽根さんは、それを持って向こうへ行き、外国にも約束しているわけですが、そのなかでも労働時間については現在年間2,100時間台ですが、それをこの5年間で300時間短縮して、1,800時間ぐらいにするとなっているのです。つまり年に60時間短縮するのです。これは閣議決定だし、政府の対外公約でもあります。もちろん労働省もそういう方針を打ち出しました。

実際にどうなったかと言いますと、改正労基法の実施になった1988年の4月1日以降を前年と比べますと、その全産業の労働時間は、実はちょっと長くなっているのです。所定内労働時間は若干短くなっていますが、残業が増えまして、両方合わせますと、前年よりは少し長くなっているのです。89年に入りましてからは、少し減っておりますけれど、製造業だけをみますと、月に2時間ぐらい長くなっているのです。したがって5か年計画の最後の年は1992年なので、あと3年で300時間短くしないとだめということになるのです。私に言わせるとこれは絶望的で、変な労働基準法の「改正」をやったからこういうことになったわけで、本気になって労働時間の短縮を取り上げたのではないというように考えてよろしいかと思います。

### 対外公約は実現できるか

最近、非常に不可思議なことが起こっております。経済企画庁にいろいろな研究会が設けられて、労働時間短縮の問題、特に休暇の問題を取り上げています。ある研究会からの報告は、連続休暇基本法というようなものを作ってはどうかというようなことを、中間報告で出しています。しかし、このような法律は外国にはありませんし、全部年次有給休暇法で決められています。休暇の問題は、労働省が、労働基準法の中で、本来処理すべき問

題なのです。それに経済企画庁には、それ以外にも研究会が2つぐらいあって、それぞれ時間短縮についての報告を出したり、答申を出していますがまったく不可思議です。これは結局、労働省は本来やるべき労働時間の短縮の動きをほとんど止めているからなので、自ら労働基準法改定を実施しておきながら、本気でやる気がないことの証拠であり、日本の労働省は日経連のほうばかりを向いているのです。

それでは、労働組合はどうかということですが、労働組合もいまのところ絶望的です。私は、「連合」というのは、会社組合だと思います。会社組合というのは「御用組合」という意味です。カンパニー・ユニオンというアメリカ語がありますが、そのものです。ですから、本気になって労働基準法の改定を取り上げていないのです。

もともと日本の労働組合は、企業別従業員組合ですから、その制度的要求、つまり立法闘争というのは、あまりやらないのです。全部自分のところの企業の中で処理しようとしています。例えば住宅問題でも、「公営住宅を造れ」というような運動を、日本の労働組合はやったことがありません。全部「社宅を造れ」です。外国の労働組合は、「社宅は植民地だ」と言っているのです。社宅にいるということは、常時経営側から監視を受けるということです。これは昔は社宅に入っていてストライキをすると社宅から追い出されたというひどい経験があるからですが、いまはいくらストライキをしてももちろん追い出されません。日本の組合は、「退職金をよこせ」といって、年金闘争はほとんどしていません。1973年に1回だけやっていますが、これは効果がありました。1973年は、「福祉元年」ということになっていますが、そのような年金闘争をやっているのです。だからもっと命と健康を守る闘いを一生懸命やればいいのです。「連合」が出来たときに竹下首相がパーティで、「抱きしめたいぐらいだ」という挨拶をしたんですが、そういう労働組合には私はもう労働時間の短縮を期待することはほとんどできないと思います。やはりいまの労働運動の本流が変わらなければ、日本の労働時間短縮というのは本格的には展開しないのではないかと思います。結局いまのところは外圧に頼ることしかないので、経済企画庁が一生懸命いろいろな研究会をつくって、答申を出したり報告を出したりして焦っているわけで、労働組合は知らん顔をしているのです。もっとも「3年先に、今の46時間という政令を44時間にします」と労働大臣が国会で答弁しているようですが、それは答弁をただけで、実際にやるかどうかは分かりません。たとえ、やったとしてもたった週2時間しかありませんし、年100時間ぐらいし

か短くならず、1,800時間にはまだ遠いのです。ですから、なんとかしてその公約を守りたいという焦りから、経済企画庁が労働省になったような形で法案を出すとかいう話が最近出てきたりしていますが、労働省はどういう態度をとるのでしょうか。

お話ししたいことがまだありますが、時間がきましたので、一応これで終わらせていただきます。

(第30回社会医学研究会総会特別講演)

#### 参考文献

- 1) 藤本武：今日の労働時間問題、労働科学研究所出版部、1988
- 2) 藤本武：労働時間、岩波新書、1963
- 3) 藤本武：労働運動と労働立法、新日本出版社、1988
- 4) 労働基準局監督課監修：改正労働基準法（決定版）、日本労務研究会、1988
- 5) 社会政策学会編：現代の労働時間問題、お茶の水書房、1988
- 6) 中山和久：最新労働時間法、労働旬報社、1988
- 7) 平賀俊行：増補改正労働基準法一背景と総説、日本労働協会、1988
- 8) 内海義夫：労働時間の歴史、大月書店、1959
- 9) 労働大臣官房政策調査部編：労働統計要覧各年、大蔵省印刷局

# シンポジウム 都市再開発・リゾート開発と健康問題

相磯 富士雄<sup>1)</sup>、菊池 頌子<sup>2)</sup>

<sup>1)</sup>下東京学芸大学教育学部、<sup>2)</sup>深川保健所(東京都江東区)

## Redevelopment of City and Development of Resort in the aspect of Public Health

F. Aiso<sup>1)</sup>, K. Kikuchi<sup>2)</sup>

<sup>1)</sup>Faculty of Education, Tokyo Gakugei University <sup>2)</sup>Fukagawa Health Center

### 1. はじめに

現代ほど、『環境』の変化が急速に進んでいる時代は過去にはない。物理的、化学的、生物学的、心理的環境の大きな変化は、人間の健康に大きく影響しているであろうことを推測することができる。また、これらの環境の変化によって生じてきている。現在、わが国においては、第四次全国総合開発計画(四全総)のもとで進められている地域開発が典型例である。

これら地域開発は、どのような背景や条件のもとで、どのような目的で実施され、その結果、住民の生活や健康をどのようにおびやかしているかを追求するには、社会医学的視点や方法を必要とする。

現在、進行している地域開発と、その地域開発を促進させている政治・経済・社会の変化にともなう『環境』の変化の実態を把握し、それらの変化が国民、労働者、地域住民の生活や健康におよぼす影響を予測し、その因果関係等を明らかにし、評価し、生活と健康への悪い影響を未然に防ぐ、また最少の被害でくい止めることが急務である。

そこで、現在、わが国の都市、農山村の各地で進行している地域開発の状況を明らかにし、地域開発によって、直接的に、間接的におこっている、おこりうる健康被害の問題を提起することによって、今後一層激化するであろう“環境と健康問題”“地域開発と健康問題”を考える契機とすることを期待して本シンポジウムを企画した。

### 2. 新全総から四全総へ

1963年の第4回社会医学研究会総会では、メインテーマとして、「地域開発と住民の健康」を取りあげている。四日市、水島、京葉等の工業地帯等大平洋ベルト地帯の開発による健康被害を取り上げている。主として石油エ

ネルギーを中心とした大気汚染、海水悪濁の調査報告がなされている。

かつて新全総がかかげたのは「列島改造計画」であった。1987年6月30日に閣議決定され策定の終了した四全総では、「首都改造」をかかげた。両者はともに、交通、通信、情報に重点を置き、地域開発、とくに都市再開発を中心にすすめている。

三全総は、新全総の否定的な部分を認め、その改変を基調としたものであった。しかし、日本を取りまく政治・経済・社会環境条件の急速な変化に対応できず、三全総の策定後、間もなく四全総の策定がはじまっている。日本を取りまく、政治・経済・社会環境条件の大きな変化には三つある。第一には世界的にみられた資本主義の構造的な不況への対応としての、わが国の産業構造の改変、第2には、技術革新の進展に即応した政治・行政・社会的システム(制度・機構・構造)の整備の必要性、第3にはいわゆる高齢化社会(わが国の社会人口構成上の変化)への対応である。

これらの条件の変化の進行に対応した既成事実としての、現実の様相は、三全総の健康的な側面でもあった定住圏構想をなげすて、都市中心、とくに巨大都市中心の構造をつくりあげるために突き進んでいる。また、経済は政治・行政の力をはるかに越えて、社会変動を全面的におこす素地がつくられつつあった。わが国の財貨蓄積の拡大、ドル安円高の急進展、東京の世界都市化や国際情報化機構の進行などの新しい条件が加ってきた。その中で、外国からの、特に米国からの内需拡大要請に明確な対応が確定できないうちに、内需拡大の施策の一つに四全総が組みこまれていったのである。

四全総の基本法的性格をもつ多極的分散型国土型促進法(1988)は、その名称と異なり東京圏自体の機能拡大、東京圏内での業務の再配置、都心部での新しい業務の集積を促進している。

### 3. 前川レポートからリゾート法へ

四全総の閣議決定に先立つ1989年、米国への対応として「国際協調のための経済構造調整研究会」の報告書(いわゆる「前川レポート」)が提出されている。「前川レポート」の大きな柱は民間活力の活用を中心とする内需拡大策である。すでに1983年、中曽根内閣の経済対策閣僚会議で都市再開発等への民間活力導入が打ち出されている。内需拡大策の具体的方策は大都市圏における既成市街地の再開発であり、「……そのためには、規制緩和の推進、呼び水効果としての財政上のインセンティブが必要である」としている。さらに、民間デベロッパーの中核的結集体といわれる「不動産協会」は「公共的事業分野への民間活力の導入促進方策について」の意見を、1984年には、建設省の「民間活力について」が出されている。

このように地域開発においては、都市再開発が民間活力による内需拡大という大企業の投資戦略の場として位置づけられ、それは、さらにリゾート開発へと拡大されていった。この地域開発の過程で、民間活力の導入のための土地利用の規制緩和が、地価高騰を促進する役割を果たしている。

一方、「前川レポート」や四全総の中でみられるように、リゾート開発は、内需拡大、民活方式、産業転換の三つの条件をあたすものとしてあみだされた。1987年6月に「総合保養地域整備法」(リゾート法)が成立し、これを契機に、リゾート開発が全国的に繰り上げられる。うたわれている制度の目的は、第一に自由時間の増大や創造的余暇活動への志向の高まりを背景とした国民のニーズへの対応、第二に産業構造のソフト化、サービス化する中での余暇関連産業などを核にした新たな地域振興策の展開、第三に内需拡大、である。(時の法令、1988年3月30日)リゾート法では、リゾート地域整備構想の基本的事項については地方自治体にまかされているが、個々の施設整備については民活手法によることを特徴としている。また、民間の開発事業者には、税制面その他各種の優遇阻置が実施されている。したがって、企業にとっての産業構造の転換、内需拡大策に見合う新しい投資対策の市場としての期待される領域であり、各種の大手資本の参入となっている。

一方、リゾート開発を、地域活性化の戦略プロジェクトとして期待する地方自治体も少なくない。しかし、地方自治体自身による独創的な開発指導は少なく、大手資本や中小建設・不動産業者に蚕食にまかせている状況にある。

都市再開発にしても、リゾート地開発にしても、内需拡大を前面に出した民間資本の投資戦略の一環として進められている。そのため地域社会、住民個人や家庭への影響はほとんど考慮されず、地域開発が実行されている。地域からの内発的発展の取りくみは、少ない。

### 4. 健康問題へのアプローチ

#### a. 基本的課題

技術革新、産業転換、産業構造に変化、情報産業・ハイテク産業、国際化、情報化、内需拡大、民活方式、地価高騰等は、わが国の四全総下の都市再開発、リゾート再開発にかたく結びついて課題を提起している。また、現在、各地で進行している都市再開発、リゾート開発そのものからの直接的な影響とともに、これらは、直接、間接に、また単独に、相互に関連しあって、国民、労働者、地域住民の労働やくらしに対して、また労働やくらしをとおして、労働者や地域住民の健康に対して強い影響を与えている。それらは、空気、水、土壌など自然環境の汚染、自然生態系の破壊、地域社会・コミュニティの崩壊などを介して、地域開発地域の住民のみならず国民全般の心身の健康に影響を与えている。

それは精神障害、情緒障害、過労死など、精神衛生上、労働衛生上の問題をも提起している。

#### b. 自然環境の破壊と健康問題

第一に自然環境の汚染問題がある。東京等大都市を中心にしての道路計画が一斉に開始されている。また大都市を中心にしての都市間、都市・農山村間での産業活動やリゾート行動による自動車等の走行がさらに活発化することによって、従来の延長線上にあるNO<sub>x</sub>等による大気汚染は、さらに累積的に悪化するであろう。

また、用水を大量に使い、技術者を必要とするハイテク工業は、都市近郊を立地条件とする。そのハイテク工場からの排水による水質の悪濁、土壌の汚染、腐蝕の進行は、アメリカのシリコンバレーで実験済みである。また、企業の恣意的なゴルフ場の造成、政府、地方自治体の無原則な大小リゾート開発計画により、ゴルフ場は現在千数百ヶ所あり、さらに数百ヶ所造成されるようになっている。ゴルフ場は次第に起伏の多い山ひだをもつ高い標高地につくられるようになり、山地の複雑な生態系を破壊している。また、ゴルフ場の芝生の維持のために使用される農薬の大量散布の各地の状況、その農薬が水系に流れこんで下流の養殖魚等への直接被害を与えた事実など人間への健康被害を十分に予測させる状況になって

いる。一方、各地の地域開発にともなうハイテク工場等の産廃水や農業等による水源地の汚染などによる上水道の汚染、土壌汚染にはじまる自然循環よっての広域な地域での健康被害の危険性についての報告もある。無原則なスキー場建設による生態系の崩壊の危機の警告もある。

#### c. 地域社会の破壊と健康問題

四全総は、大都市のみならず、わが国の全域における地域社会・コミュニティの解体、国民生活の分散化、孤立化を進行させている。

大都市における再開発は、産業構造の変化、技術革新を背景に、民活方式開発による地価の高騰の中で、大都市中心部をオフィス街化している。従来からの小企業、零細企業は、その立地条件が失ない、大都市から地方への転出を余儀なくされている。その結果、従来からの都市における地域社会を構成した担い手の一角がくずれてきた。また、大都市の中心部に居住していた地づき居住者、借地居住者、借家居住者も、地価高騰やオフィス街等への再開発の中で、多くの地域住民が地上げ屋その他により、現在の住居より追い出されている。そのために地域社会を構成する住民は減少し、残った住民も、再開発による新しい住居空間、縮小された居住空間の中で行動半径は縮まり、住民間の交流も分断され、各人は孤立化してきている。地元の開業医などコミュニティの成立に必要な公共的施設も経営が成り立たなくなっている。小学校等も閉鎖を余儀なくさせられてきている。医療過疎や地域の介護力、教育力の低下を進行させている。

それは、病弱高齢者、乳幼児、障害者、低所得者のみならず、老夫婦、高齢単身世帯等協同の支援を必要とする社会的弱者のくらしと健康に大きな打撃を与えるであろう。

一方、リゾート地においても、農山村の地域社会での大資のホテル、短期滞在者しかいないマンション群の乱立は、地域社会を維持してきた農民、漁民の生産者から労働の場と条件をうばってしまっている。海水浴、スキー、正月等の短期大量の滞在者の消費によって成立している民宿等浮草的なりわいになってきている。それは共同社会を分断させ、それぞれが次第に孤立化してきている。地元民の生活道路、生活空間をうばわれ、老人や子供のくらしや心身の健康に多大な影響を与えているであろう。基本的には、都市再開発、リゾート開発によるくらしや健康への影響はきわめて共通するところが多い。それは民活方式による、安易な地域開発を実施することにより、国民や地域住民のくらしと健康を配慮した

社会医学研究. 第9号. *Bullet. Social Medicine*, No. 9, 1990  
公共的な視点が、政府、地方自治体にみられないことによる。

#### d. 心理的環境の変化と健康問題

一方、国民のために必要なリゾート開発は、労働環境、生活環境の変化から強く望まれている。

通信、情報処理機器の発達による情報化の進行、普及、一般化は社会における人間関係、人間の社会関係の変化の可能性をはらんでいる。また急速な技術革新は、テクノストレス等精神衛生上の問題の増加させている。一方、情報化、国際化に対応しての東京が、世界の情報センター的位置にならうとしている。それは晝夜をとおして、世界各地の政治・経済・社会の情報の受信、またそれに対する早急な評価判断、また発信という労働をおこなうことになる。また、これを支える各種の事業に伴う労働がおこなわれる。この結果、労働者、地域住民の生活のリズム、精神、神経活動はいちじるしく疎外されてきている。その結果、正常でない生活のリズム、過剰な精神的なストレスは、大脳皮質への過剰な刺激となり、精神の障害や、過労死に代表されるような心身症的障害を続発させるであろう。

このような心身の障害を未然に防ぐためには、仕事から解放されての長期滞在型のリゾートは必要である。それは、自然環境の中にある地域社会の生活とともに成り立つリゾート地域を、都市と農山村の住民が主体的に共同してつくっていく必要がある。

以上のような視点、考え方から、各シンポジストに都市再開発、リゾート開発の現状と地域開発の結果が地域住民のくらしと健康にどのような影響を与えているかを報告していただくことにした。

#### 参考・引用文献

1) 北川隆吉、四全総と国土・環境問題、日本の科学者、10(22)1987、2頁-8頁

2) 金倉忠之、国土開発、「円高下の経済・財政政策の特徴は何か、『経済』NO.307(1988)117頁-124頁

3) 上畑鉄之丞、過労死の労働衛生学的研究、社会医学研究、1989、8、35頁-50頁。





# 京都における都市再開発と高齢者の暮らし

足立 明<sup>1)</sup>、谷田悟郎<sup>2)</sup>、氏平高敏<sup>3)</sup>、山下節義<sup>3)</sup>

<sup>1)</sup>下西医師会、<sup>2)</sup>九条診療所、<sup>3)</sup>奈良県立医科大学衛生学教室

## City-redevelopment and Life of the Aged in Kyoto

A. Adachi<sup>1)</sup>、G. Tanida<sup>2)</sup>、N. Yamashita<sup>3)</sup>

<sup>1)</sup>Simogyo-Seibu Medical Association

<sup>2)</sup>Kujou Clinic

<sup>3)</sup>Department of Hygiene, Nara Medical University

### 1. 都市再開発と高齢者

歴史の町京都是、「歴史的なものと新しいものを調和させながら」、或いは「住職近接という暮らしと仕事が密着した姿」を残しながら、全国的に都市開発が急激に展開されていた時代に「古い町並みを現在に残しつつ、緩やかに発展してきた」町という特徴を持っている。

現在、京都市内では様々な再開発が構想・計画され、或いは、具体化を目指して取り組みが進められている。主な大型プロジェクトだけでも、交通基盤施設の整備としての地下鉄東西線の建設計画や、新都市整備・住宅団地開発としての洛南サイエスタウン構想、或いは、既存市街地再開発を目指すJR二条駅周辺整備計画等々となっている(図1)。

これら都市再開発の動きは、財界の「京都経済の地盤沈下」を懸念する声に応え「京都経済の活性化」を目指すとして進められているが、開発にともなう建物の「高さ規制」が、1988年4月から大幅に緩和されたことともからんで、歴史的な町・京都の景観が破壊されると危惧する声が強くなり市民の間から出されてきている。

又、大規模な開発ほど道路開発を伴って進められようとしているところから、地域環境への様々な影響は免れないものと懸念されている。更に、今日の地価高騰問題もからみ「地上げ」問題等に象徴される事態が、JR京都駅周辺、河原町その他市内各所で進行していることにもみられるように、都市再開発の動きに先行して、或いは随伴して、対象地域はもとよりその周辺地域へも多大の影響をもたらし、京都市内の各所で地域環境が著しく乱されようとしている。

こうした事態は、既に、京都市民の生活に様々な内容の影響を及ぼしつつあるが、とりわけ経済的弱者の多い高齢者の「健康と暮らし」に及ぼす影響の程が懸念されることである。京都市は、他都市に比べ現在既に高齢化が著しく進行しているが、今後、地域で家庭で支えを必要とする高齢者が、益々増加すると予測されている時だけに、しかも、今日の「収容医療から在宅医療」への保健医療政策の路線転換にともなう政策的な高齢者の在宅ケアの推進という事態とあいまって、地域社会での高齢者の「健康と暮らし」を支える体制の拡充が急ぎ求められているが、こうした時期に取り組まれている各種の都市再開発事業が、高齢者の「健康と暮らし」にいかなる影響をもたらすか、大いに関心と呼ぶところである。

同時に、人口の高齢化の進む中での「都市再開発」がもたらすであろう高齢者の「生命と暮らし」をめぐる今日的ないしは今後予測される事態と問題点、或いは、今日の状況のもとで「まちづくり」問題として取り組ま

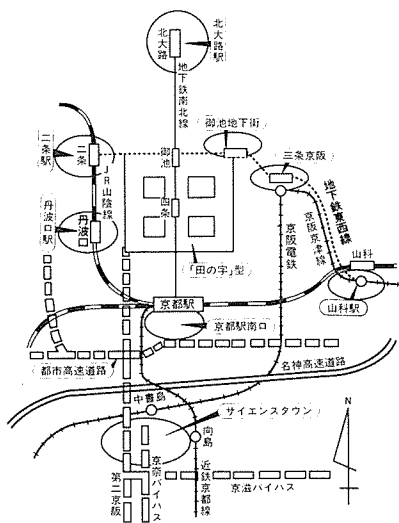


図1. 京都市の大型プロジェクト

れるべき課題等を解明し、「高齢者が我が家で安心して暮し続けることの出来る条件」を明らかにして、それを現実のものとする事のできる「町づくり」が急がれる課題となっている。

## 2. 八条口再開発のもたらしているもの

J R 京都駅八条口周辺地域は、現在著しく変貌しつつある。この地域にかかわる駅前再開発計画は過去に策定された経緯が有り、相当の時間経過の中で再開発事業が進められてきた経過があり、この間に関連地域では「地上げ」が進行し、今では随所に空き地が目立つ状況となってきている。これら計画の具体化や「地上げ」の進行とともに地域社会が著しく変貌してきている(図2)。

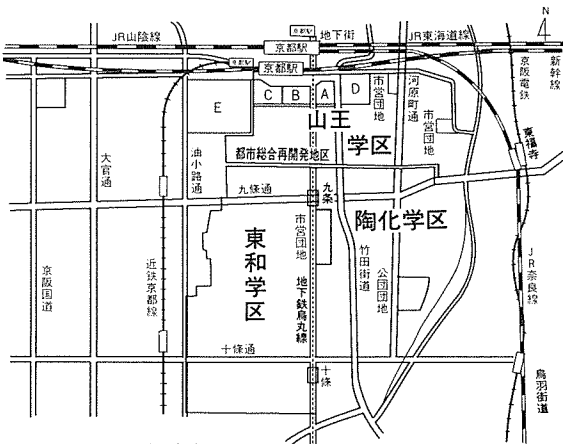


図2 再開発土地利用

それゆえに、八条口周辺地域に、都市再開発問題と高齢者の「生命と暮らし」との関連を考える上での特徴的な事態をいくつか見ることが出来る。以下にその主要な事項を列挙する。

① J R 京都駅八条口駅前地域は、新幹線列車の窓からみることの出来る地域であるが、これまでに市電撤去(1978年)後、竹田街道が拡幅され、地下鉄南進とともに烏丸通の拡幅が行われる(1988年)など地域の自動車交通量は増大し、その上、駅前高層ビルが建設(新都ホテル1975年: 図2のEの一部、アバンティビル1984年: 図2のA)されるなど、この地域は著しく変貌してきている。この地域では、当初計画が立てられて以来、相当の時間経過の中で、関連地域では「地上げ」が進行し、それとともに随所に空き地が目立ってきている。

② 関係地域の人口構造は、年少人口は山王学区(以下、S N区と略称)14.1(16.8)%, 陶化学学区(以下、T K区と略称)18.1(21.0)%, 東和学区(以下、T W区と

略称)19.5(18.6)%, 老年人口は、S N区17.4(15.0)%, T K区11.8(10.8)%, T W区11.8(12.0)%となっている。75才以上人口は、S N区6.6%, T K区4.2%, T W区4.5%となっている。京都市全体では、年少人口は19.1(21.0)%, 老年人口は11.4(10.4)%である。[1985年、( )は1980年]。このように、関係地域では、5年前に比べて、年少人口が減少し、高齢化が一段と進んでいる(表1、2)。

③ 1980年に比して1985年には、関係地域の就業人口は、S N区-13.0%、T K区-15.4%、T W区+4.6%と変化している。業種別では、自営業者とその家族がS N区で-21.5%、T K区で-23.0%、商業小売業従事者がT W区で-29.1%、T K区で-17.8%、雇用者がS N区で-9.6%、T K区で-12.4%、工場従事者がS N区で-5.1%、T K区で-20.4%となっているのが目立つ。このように関係地域では、この5年の間に家族共々働いてきた自営業など、地域の暮らしと係わりの深い生活をしてきた人々の減少とともに就業構造が著しく変化している。

④ 持家率は、S N区39.1%、T K区48.0%、T W区53.0%、民間借家率は、S N区48.7%、T K区29.3%、T W区30.7%となっている。

⑤ 八条口周辺地域に見られる再開発事業にともなう地域にもたらされた事態は、地域に暮らす高齢者の自立した生活を支え拡大させ、より長続きさせるに役立つものとなったか。答えは、否、である。事態は、「住民の追出し」を結果した。

自治体の再開発計画に基づき、大企業や不動産業者は、様々な策を弄して借家人に無断で家主や地主から土地を買い取るなどの事態が進行するなか、「地上げ」の進行と共に、住民は住み慣れた町から突然に、自己の都合とは無関係に強制的に立ち退きを迫られるなどして、近隣の土地へ、或いは、遠く京都市周辺部へと移転させられていった。その結果、転職を余儀なくされ、高層住宅の一隅へ閉じ込められ、団地の交際に見栄をはり、地域に残されたものは友達への減少や孤独な生活を余儀なくされる等の事態となり、生活習慣の変貌などによる生活破壊と精神的負担の増大をもたらした。

⑥ 道路の新設・拡幅は、地域を分断して町に暮らす住民の行動空間の縮小をもたらし、或いは、交通災害、大気汚染を持ち込むなど、そこに住む者に精神的・身体的に様々な悪影響をもたらす結果となった。かつて比較的安全であった生活道路が安全でなくなり、住民にとって散歩、運動が困難となった。

老人に低運動症候群を引き起こさせ、或いは、自動車

表1. 京都駅南口・JR二条駅周辺再開発事業関連学区人口構成等

関連学区名	山 王	陶 化	東 和	合 計	元朱雀1	元朱雀4	元朱雀6	合 計
人 口 (人)	5,646	6,347	8,317	20,310	10,320	7,463	5,689	23,481
65才以上人口 (人)	984	750	983	2,717	1,483	945	948	3,376
同上人口割合 (%)	17.4	11.8	11.8	13.7	14.4	12.7	16.6	14.4
75才以上人口 (人)	371	267	367	1,005	538	326	948	1,812
同上人口割合 (%)	6.6	4.2	4.5	4.9	5.0	4.4	6.2	7.7
55~64才人口 (人)	865	704	917	2,486	1,063	731	658	2,452
同上人口割合 (%)	15.3	11.1	11.0	12.2	10.3	9.8	11.6	10.4
15~64才人口 (人)	3,867	4,190	5,710	13,767	7,100	5,275	3,805	16,180
同上人口割合 (%)	68.5	66.0	68.7	67.7	68.8	70.7	66.8	68.9
一 般 世 帯	2,215	2,134	2,807	7,156	3,853	2,371	1,951	8,681
医 療 機 関(診療所)	4	15	8	27	6	0	2	8
住宅：持家 (%) <sup>1)</sup>	40.0	48.0	53.0	47.5	39.2	41.5	56.3	45.7
1世帯当り人員	3.30	3.42	3.32	—	3.44	3.29	3.33	3.35
1世帯当り室数	4.94	5.17	5.07	5.05	5.37	5.19	5.16	5.24
事情：借家 (%) <sup>1)</sup>	48.7	29.3	30.7	35.9	33.9	42.8	38.7	38.5
1世帯当り人員	1.96	2.42	2.26	—	2.06	2.05	2.50	2.20
1世帯当り室数	2.48	3.11	2.98	2.86	3.00	2.82	3.54	3.12
事 業 所 数	559	368	572	1,499	1,034	614	414	2,062
商 店 数	317	152	248	717	372	174	162	708
工 場 数	50	62	114	226	205	131	82	418

注 1)一般世帯に対する持ち家・民間借家居住世帯の割合。

(1985年国勢調査)

表2. 東九条3学区の人口構造の変化

上段 1980年 下段 1985年

	世 帯 数	人 口	0~14才 (年少人口)		15~64才 (生産年齢)		65才以上 (老年人口)		老令人 口指数	そ の 伸 び 率
				%		%		%		
京 都 市	523,708	1,461,059	309,990	21.0	1,009,844	68.6	153,107	10.4	15.2	9.9
	534,821	1,479,218	282,809	19.1	1,027,331	69.5	168,417	11.4	16.4	
南 区	34,719	101,713	22,088	21.7	69,553	68.4	10,072	9.9	14.5	9.7
	35,299	101,206	20,490	20.3	66,432	68.6	11,007	10.9	15.9	
東 山 王	2,399	6,565	1,100	16.8	4,477	68.2	988	15.0	22.1	14.9
	2,241	5,646	795	14.1	3,867	68.5	984	17.4	25.4	
九 陶 化	2,336	6,816	1,428	21.0	4,650	68.2	738	10.8	15.9	12.6
	2,252	6,347	1,150	18.1	4,190	66.0	750	11.8	17.9	
条 東 和	2,555	7,427	1,385	18.6	5,151	69.4	891	12.0	17.3	△0.6
	2,921	8,317	1,624	19.5	5,710	68.7	983	11.8	17.2	

排気ガス汚染等による慢性気管支炎等閉塞性呼吸器疾患などの増加という事態をもたらしている。騒音・振動・粉塵等のもたらす生活面への影響や、精神的・肉体的な健康影響もまた著しいものがある。

⑦地域解体のもたらす家庭生活の崩壊も著しいものがある。地域の再開発の結果、大手資本を背景にスーパーマーケット、大商店等の進出や地下街の出現で、地域で

長年頑張ってきた自営業者の店は、改築・改造、或いは縮小を強いられ、廃業、転職、周辺地域への転出を余儀なくされるものも少なくない。

⑧以上に見られる事態はとりわけ、社会的弱者である老人、ひとり暮らし、老夫婦世帯や低所得階層にとって深刻であり、再開発やそれにとまなう「地上げ」等の事態の進行の結果は、地域の解体と老人等社会的弱者の取り

残しという状況の進行であり、「一人暮らし老人・老人夫婦世帯の沈没」と表現される事態が指摘されるに至っている。

また、取残された住民の生活も破壊され、地域の破壊は生活困難をもたらし、或いは孤独な生活を余儀なくされるなど、地域破壊の結果は、残された高齢者の受診抑制、手後れによる重症化、発病時の介護困難、救急入院の増加などの事態がおこり、様々な精神的肉体的な健康影響を受けている。

⑨この地域にある九条診療所の来所患者数は、1967年を100とすると、1988年では20才未満は29.4、20～40才で40.0、40～60才が90.1、と減少しているのに対して、60才以上では194.5と増加している。疾患別にみると循環系、消化系、等が増加している(表3)。

⑩八条口再開発計画に絡む「地上げ」の進行等によって、関係地域社会は変貌させられ、住民の暮らしに様々な影響をもたらしている。その影響は、医療機関にも波及し、外来患者の変化、疾病構造の変化等をもたらし、在宅医療に関わる問題点も様々に浮彫りにされてきている。診療所経営面への影響も無視できないものがある。

大気汚染の進行や自動車交通の増大等による環境悪化、地価高騰や就労構造変化に象徴される地域社会環境の変化にともなって、地域の高齢化の進行は、独り暮らし・高齢世帯の増大と彼等の生活面に様々な問題をうみだしている。また、地域脱出組のその後にも、様々な問題がつかまどっている。まさに、東九条界わいにに見られる地域の変貌は、地域に留る者も地域外に脱出して暮らすものも、その「生命と暮らし」を支える条件・基盤の変化によって、その「生命と暮らし」が現に揺さぶられて

いるとも言えよう。

こうした東九条の地域で経験されている諸問題点は、JR二条駅周辺再開発の過程で、「高齢者が安心して暮らせる条件づくり」の必要条件を考える上での重要な教訓を提起していると言えよう。

### 3. JR二条駅周辺地区再開発と高齢者

「京都市基本計画」(1984年)では、「交通拠点としての機能や業務・商業機能を強化すると共に、地域の環境改善を図るための市街地の整備を促進することが課題」であるとされている(図1)。それを受けて、京都市計画局が作成した「二条駅地区(仮称)土地区画整理事業(案)」では、「京都市基本計画」の課題達成のために、「JR嵯峨野線連続立体交差の実現、二条駅附設の貨物ヤード跡地の有効活用と都市機能の充実、貨物ヤードとその周辺の道路・公園・広場などの公共施設や、より安全で快適な住宅地などを一体的に整備する」ことのできる、土地区画整理事業が望ましいとして、「町づくりの目標」として、①二条駅を拠点とした交通拠点の整備、②駅の東西が一体化した便利で住みよいまちづくり、③道路・公園・広場などの整備、④文化施設を中心としたうまいのあるまちづくり、⑤魅力ある業務・商業ゾーンの形成、の5点があげられている。

「事業の目的・内容」は、「国鉄貨物ヤードの跡地を中心に京都市西部の交通の整備を進めると共に、都心の西の玄関としての整備を図る」ことにあり、37,200㎡(容積率600%の場合)もの大規模な商業・業務ゾーンの建設が計画されている。これが実現するならば、「予

表3. 九条診療所 受診患者の推移(1967～88)

年 令 別	年度(昭和)	0～19才	20～39才	40～59才	60才以上	計
	1967(昭42)	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
	1974(昭49)	55.3	62.3	96.7	142.9	75.8
	1983(昭58)	33.3	40.1	90.7	190.7	64.7
	1988(昭63)	22.4	40.0	90.1	194.5	63.6

管 掌 別	年度(昭和)	生活保護	健保本人	健保家族	国民保険	計
	1967(昭42)	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
	1974(昭49)	164.8	71.0	63.2	100.1	75.8
	1983(昭58)	130.6	40.2	56.7	85.0	63.6
	1988(昭63)	130.6	40.2	56.7	85.0	63.6

学 区 別	年度(昭和)	山王学区	陶化学区	東和学区	西九条	計
	1974(昭49)	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
	1984(昭59)	69.9	97.9	104.4	168.9	86.6
	1988(昭63)	63.5	101.7	135.4	124.1	63.6
	1988(昭63)	63.5	101.7	135.4	124.1	63.6

想される都市構造の変化」としては、「京都府北部の玄関口としてターミナル化が進み、集中力が高まる」とされている。また「京都商業からみた問題点と課題」としては、「住宅や文化施設等、都心において求められる新たな機能の整備が必要」であり、それらと「既存商業集積との連携」が課題となるとされている。この事業計画の目標年次は「昭和69（1994）年の地下鉄東西線開業予定まで」と構想されている。

また、この再開発計画とは独立した計画でありながら、一体となって進められる性格のものとして、山陰線の複線電化計画と二条～双ヶ岡間の高架事業計画、御池通りの東西貫通と周辺道路整備、地下鉄東西線建設といった公共交通機関網を中心とした整備計画がある。

従って、これら事業計画の推進によって引き起こされるであろう市民生活への影響は、実に様々なものがあるであろうし、その波及するであろう地域は、相当に広範囲なものとなるものと思われる。

現在計画されている「JR二条駅周辺地区再開発事業」に直接的に関連のある地域として、元朱雀第1・第4・第6学区の3学区が上げられる。これら地域は、約2.3万人、約0.9万世帯の人々が生活している京都市内でも有数の「高密度居住地」であり、65才以上人口14.4%、55～64才人口10.4%と高齢化の進んだ地域であり、後期高齢層の高齢者が多い。現状のままに推移するとしたら、今後更に高齢者人口が増加するものと予測される。一般世帯に対する割合で見ると、「持ち家」にすむ世帯は39～56%、「民間借家」に住む世帯が34～39%で、「借家」世帯の比率が比較的高い地域である。関連地域には、診療所6施設が立地している（表1）。

こうした地域に、京都市の「西の玄関口」として「府北部のターミナル化と集中力の上昇」が予測されるとしたら、高齢者を初めとしてこれらの地域に暮らす人々の「暮らしと健康」にいかなる影響がもたらされてくるであろうか。

既に地元住民等関係者から、区画整理にともなう減歩がもたらす該当地域の既存商店売場面積の減少による影響や、開発予定地近傍の数箇所の周辺商店街への影響、或いは、道路整備にともなう地域内通過道路の幹線道路化と交通量の増大等に伴う周辺地域環境への影響、高層建築物の建設等に伴う各種の日照障害、風害、或いは歩行安全への影響、更には景観問題等、旧市街地での夜間人口の減少と「地元型活動力」の衰退等、住環境への様々な好ましからぬ影響を懸念する声が出されてきている。

こうしたなかで、地元住民の声を反映させた「JR二

条貨物ヤード跡地利用計画」の具体的な対案「明日の中京まちづくりビジョン」が公表されており、「二条の森」構想も提起されている。

#### 4. 高齢者が安心して我が家で暮らす条件づくり

「都市再開発事業」の推進にともなって、関係地域住民とりわけ高齢者の「暮らしと健康」にいかなる事態がもたらされるか。再開発に伴う居住人口の変化、人口構造の変化、或いは地域環境の変化のもたらす諸問題等によって、患者層の変化や在宅ケアの条件の変容等の変化も起こってくると思われるだけに、地域医療の担い手、開業医にも様々な影響が及ぶこととなろう。高齢者が地域で暮らし続ける条件として医療機関の関わり方は重要な問題であり、今日の在宅ケア促進の政策的な動きもからむだけに、或いは、高齢化の進行している京都の実態からしても、在宅ケアの体制整備の視点からもこの種問題を検討し、必要な条件整備の取り組みも必要とされよう。

高齢者にとっての町、それは、安心して暮らし続ける事のできるまちであり、このことは同時に他の年代の住民にとっても、健康で快適な町であり、同時に、地域で開業している医師にとっても「仕事のしやすい住みよい町」といえよう。

国連「高齢者問題国際行動計画」（1982年）は、「高齢者ケアの基本原則は、高齢者が地域社会の中で、できるだけ長く自立した生活を維持できるようにすること」であり、その為、「質の高いヘルス・社会サービスを十分に提供できるように在宅ケアを充実させる努力を強化すべき」であり、また、「高齢者は歩行に際して自らの行動と意欲を制限する客観的、主観的な危険に対処しなければならぬ。交通環境はなによりもまず高齢者に合ったものであるべき」であり、「一般の人々の住宅に比べてできるだけ高齢者の住宅が特に有利となるように、住宅政策と地域サービス（社会、健康、文化、余暇、コミュニケーションに関するもの）に関する諸施策の調整を図ること」、「環境問題や生活環境の設計に、特に注意を払うべきである。これは高齢者の機能的能力を考慮にいれ、十分な輸送手段を確保することにより移動とコミュニケーションを容易にするものでなければならない」こと等、高齢者対策の基本として取り組まれるべき多くの課題を、各国政府等に対する「勧告」として提起している。

要するに、21世紀の超高齢化社会に備えて、今日、高齢者が我が家で安心して暮らしてつづけることを可能とする「まちづくり」が必要とされているが、「高齢者問題国

際行動計画」が指摘しているように、「高齢者ケアの基本原則は、高齢者が地域社会の中でできるだけ長く自立した生活を維持できるようにすること」であり、そのことを可能とする町づくりが求められているのであり、今後に展開されようとしている、京都市域での「都市再開発」の基本的視点とされなければならないといえよう。

経済界の期待を担って動きだした都市再開発事業が、例え、いかに利便性の高い快適な都市環境を生みだし「経済の繁栄」を約束したとしても、新しい「まちづくり」が直接的にせよ間接的にせよ、高齢者の自立性を支え拡大させ、より長続きさせるに役立つものとはならず、これまで我が家で過してきた高齢者達に住み慣れた地域から新たな土地へと転居を迫る結果となるならば、或いは、高層アパートの一隅にとじ込め又或いは道路の新設等によって地域が分断されるなどして、高齢者の世界を狭める結果となるならば、高齢者にとって不幸であるばかりか、遠くない将来にその家族や社会に新たな負担を強いる結果を招来するやも知れないと懸念される。

そうした事態を招かない為にも、地域の実態を踏まえて「高齢者が我が家で安心して暮らし続ける事の出来る条件」を明らかにして、町づくりに必要な体制・条件を整備して、具体化する取り組みが必要とされている。何よりも重要なことは、再開発に関係する地域に暮らす市民の声をいかに反映させるかである。

最後に、「高齢者が安心して我が家で暮らす条件づくり」を考える上での基本的視点として、次の諸点を挙げておきたい。

- ①「弱い高齢者を、家族が、社会が支える」との発想から、「高齢者が健やかに自立して生活し続けられるよう、本人が努力し、家族と社会が協力して援助する」との「発想の転換」が必要とされる。
- ②「環境・条件に高齢者を」あわせるとの発想から、「環境・条件を高齢者に」あわせるという「発想の転換」が必要。
- ③高齢者が安心して「一人で歩きまわれる」環境を、屋内環境や居住環境を整備することで拡大する。  
高齢者を「ふとん生活」に追い込まないために、高齢者の自立行動を可能とする範囲を広げるための、同時に文字通りの「転ばぬ先の杖」としての地域の、家屋内の環境整備が重要である。健康づくりの場と余裕のある生活空間の確保が求められる。
- ④高齢者が、地域社会で活躍する場を、役割を確保するなどして、高齢者を「孤立させない」、*“現代の「うばすて山」を作らない”*との視点が重視されなければならない。

高齢者が地域での人々との結びつきを可能とするために、高齢者が若者と或いは高齢者同士の交流の場と、社会的文化的教育的活動への参加を保障することの出来る条件・体制を整備することが必要である。

- ⑤高齢者の生活環境の「激変」は避けなければならない。
- ⑥自立した生活を可能とする条件を拡充する。

そのためには地域福祉の充実が必要である。いわば、老化がもたらす心身の諸機能の低下が生み出す「社会的欠損」を、「社会的な手立て」によって補うことである。

- ⑦在宅ケアを支えるための支援体制、バックアップする施設等体制を整備する。
- ⑧大気汚染等環境汚染によって、人々の健康が損われないよう、環境保全を重視する。

都市再開発を進める場合、以上の視点に立って、地域実態を明らかにし、地域に暮らす高齢者が「安心して我が家に暮らし続けることの出来る条件」を明らかにし、それらを計画に盛り込むことが求められる。或いは、開発によってもたらされるであろう、高齢者の「健康と暮らし」を脅かす問題点を明らかにし、それを未然に予防する手だてを具体化することが求められる。

高齢者が「安心して我が家で暮らし続けることのできるまち」、それは若者にとっても人間らしく健康に暮らすことの出来るまちでもある。今に暮らす高齢者が安心して暮らしつづけることの出来る「町づくり」の具体化を進めることなくしては、21世紀の超高齢化社会に備えた「町づくり」は絵空ごとでしかないと言うべきであろう。

#### 〈参考文献〉

1. 南沢孝夫、大阪市における中年期の死亡率についての社会医学的研究、*日公衛誌*、26(3)、1979
2. 山下節義、人間の為の都市とは一京都の場合、*社会医学研究*、1、1980
3. 朝倉新太郎、現代大都市の健康問題、*社会医学研究*、1、1980
4. 国連、高齢者問題国際行動計画、1982. 8
5. 山下節義・小林ヒサエ編著、高齢者の健康と保健活動、医学書院、1983
6. 林 玉子、高齢化社会における住宅のあり方—老人の住宅の条件、*公衆衛生*、48(2)、1984
7. 松崎俊久・柴田博編著、老人保健の基本と展開、医学書院、1984
8. 柴田徳衛、都市と人間、東京大学出版会、1985
9. 京都市、京都市基本計画—伝統を生かし創造を続け

る都市、1985

10. 京都市公害防止計画研究会・他、市民のみた京都の環境一意識調査のまとめ、1985

11. 山下節義、環境アセスメントと自治体、健康会議、37(1)、1985

12. 橋本美知子、都市独居老人の保健ニーズと福祉・保健の総合的対応に関する調査報告、老年社会科学、Vol. 8、1986

13. 横関徳二、住居構造と「ねたきり」、日本医事新報、No.3302、p.67-69、1987

14. 奈良保健所・奈良医大衛生学教室、奈良市内在宅高齢者の健康と生活実態追跡調査—10年後の追跡、その後高齢者達は—、1987

15. 京都市計画局、二条駅地区（仮称）土地区画整理事業（案）、1988

16. 加藤正信、燃える京町衆のたたかい、区画・再開発通信、No.220、1988.7.15.

17. 新建築技術者集団、新建技集団の京都計画'88、1988

18. 西山卯三・片方信也編、都市ビジョンの科学—京都の実験、三省堂、1988

19. 京の良さを生かした中京まちづくり懇談会、明日の中京まちづくりビジョン、1989.4.





シンポジウム

## 都市再開発と住民のくらし、健康

### —「東京改造」のもとでの東京・新宿区の実状—

伊藤 一 雄 (東京都新宿区牛込保健所)

#### Redevelopment of City and Public Health in the case of Sinjyuku ward

K. Itoh (Usigome Public Health Station, Tokyo-to)

#### 1. 「東京集中」の本質は何か

(1) 「東京集中」の問題がクローズアップされてから一定の経過がたった。都庁舎移転などこの問題の渦中にある東京・新宿区で住民のくらしと健康の実状がどのようになっているか考察してみた。とりわけ、公衆衛生においては社会科学的見地からのアプローチが必要であるが、日常の保健所活動においてはこの分野の努力が軽視されなくもない。このことを痛感し行政資料も活用し報告したい。なお、「東京改造」問題が住民の健康に与える影響についてダイレクトに述べることは困難である。そこで、「住民の生活」の観点を重視し、公衆衛生の主要なデータについて10年間の推移をみてみた。

(2) 四全総(第四次全国総合開発計画)路線では「国際化」「情報化」「高齢化」がキーワードとなっているが、その「光」と「影」をみきわめることが重要である。「地域保健将来構想報告書」でもこのことが貫かれている。

(3) 四全総は、「分散化」をうたい文句にしているが、その実態は「東京集中」であり、政府、財界、鈴木東京都政が一体となって「東京改造計画」「マイタウン東京計画」がおしすすめられている。

(4) 「東京改造」の最重点は「臨海部副都心計画」にある。財界がのぞむ、24時間稼働の国際金融センター化とこれに対応する事業所スペースの確保がその中心となっている。したがって新宿は一見、「東京改造」のシンボルのようにみえるが、本質的にはその一翼をになう位置づけとなっている。

#### 2. 「東京改造」における新宿区の位置づけと「都市再開発」

(1) 鈴木都政は、多くの批判を押しきって、都庁舎の新宿移転を強行に決定した。都庁舎は1991年移転にむけて、現在建設中である。(最近、都庁舎建設でアスベストが使用されていることが明らかになり、問題となった)。

鈴木都政の新宿についての位置づけは、「新宿副都心ではひきつづき再開発をすすめるとともに、新庁舎を建設して、副都心計画を完成に導き……」「新都庁舎の建設をすすめるとともに、広域商業施設や文化、娯楽施設の高度な集積を活用しつつ、『ビジネスとふれあいの広がる街』として、調和のとれたまちづくりを誘導していく」(『第二次東京都長期計画』)としている。そして、東京23特別区の各区が足並みを揃えている中で、新宿区においても、この東京都の計画を受けて、区の「基本構想」を策定し、都区一体なった行政運営を行っている。

(2) “新宿”という副都心としてのイメージが強い。西口の超高層ビル群、都庁舎の建設、主要幹線道路ぞいのビル化の進行、「中曽根民活」のモデルケースとなった西戸山再開発(25階建マンション3棟の建設)等。たしかに、こうした事態の進行を重視しなければならないが、同時にトータルとしての新宿という地域、そこでの住民の生活に着目して新宿をとらえる必要がある。

#### 3. 新宿区における生活環境の悪化

(1) そこで新宿区の概要を述べる。面積約18.04km<sup>2</sup>、人口304,703人世帯数150,566( '89, 1, 1)。新宿の街はターミナルとして発展してきたが、業務地、繁華街、住宅地が混在している。住宅地は6割を占めている。

(2) 住民が住み続けられないまちになってきている。「都市開発」や「東京改造」の進行にともなう諸要因によって、新宿区は住民が住みつけられないまちになりつつある。とりわけ地価の高騰は対前年度上昇率(%)でみると、1986年は21%(特別区全体で10%)、1987年128%(同77%)であり、地代、家賃、税金などにはねかえり、長年住みつけてきた住民も新宿の土地を去り、営業者も比較的地価の安いところへ移っている。「地上げ」の横行はこれに拍車をかけ、住民の不安が増大している。

(3) 人口の減少—自治、生活基盤の崩壊

こうしたもて、新宿区の人口は減少の一途を辿っている。1977年から86年の10年間で24,071人が減少し、93.2%に落ちこんでいる。(89年9月には30万人を割った。)

新宿区内には3保健所、1保健相談所があるが、四谷保健所管内では10年間で人口が89.1%に下がり、4万人程度となっている。

こうした人口の減少は、住民の自治、生活基盤の崩壊をもたらす物理的にも精神的にも生活上での困難をきたしている。(表1)

(4) 人口、世帯構成にあらわれる特徴

この10年間で児童数は69.7%となり、乳幼児人口は63%に下がった。出生率の低下を考慮しても、子育て中の家庭が減っているといえる。子どもたちの声が聞かれない鉄とコンクリートのまちに変わりつつある。

また、高齢者の割合が増大してきているが、ひとりぐらしの老人、老人の生活居住形態を考えると深刻である。

新宿区の人口移動はたいへん激しく1年に2割以上の人びとが転出入している。新宿は定住できにくいまちとなっている。または、定住する意志をもたずとりあえず新宿に住んでいる、という状況なのである。

区内の1人世帯は53.2%である。

したがって、新宿区内に住んでいるといっても、ただ寝るだけといった人びとも多く、家族とともに家庭生活をいとなんでいる住民はいっそう少なく孤立化しつつある。(図1)

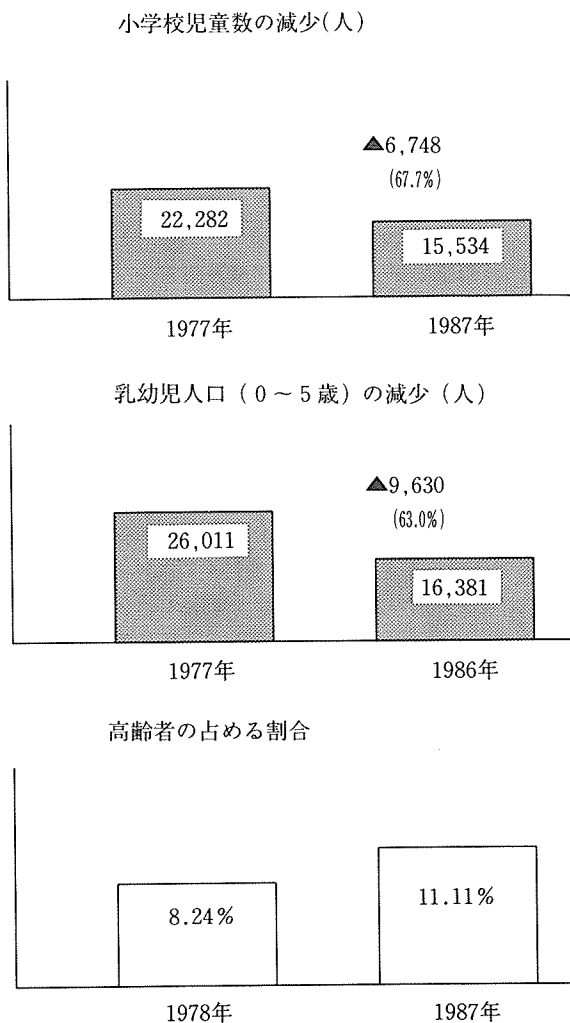


図1. 東京都新宿区の幼児、高齢人口の推移

表1. 10年間の人口推移 (10・1現在『事業概要』による) (人)

	全 国	東 京 都	新 宿 区	保健所、保健相談所(落合)管内別			
				牛込	四谷	新宿	落合(再掲)
1977年	114,154,260	11,695,150	356,316	109,601	47,196	199,519	58,705
1986年	121,672,326	11,906,489	332,245	102,552	42,047	187,646	61,066
増 減	75,181,066	211,339	▲24,071	▲7,049	▲5,149	11,873	2,361
%	106.6	101.8	93.2	93.6	89.1	94.0	104.0

(5) 業務地化と昼間人口の増大

すでに西口超高層ビル群などの業務地化が進行してきたが、「東京集中」はこれに拍車をかけ、ソフトウェア部門、金融、サービス部門の大企業の集中化が進んでいる。こうした事態は住環境の悪化、事業所に働く労働者の健康についての新たな問題を提起している。(表2)

(6) 外国人、外国人労働者の増加

新宿区における外国人の増加は統計上の数字からみても急増している。すなわち、1975年を100とした場合の外国人登録者数は、1985年163(特別区全体で127)、1988年257(同166)となっている。とりわけ、中国、アジア系外国人労働者の増加が目立っている。これらの人びとのくらし・健康とその社会的影響への対応が求められている。

(7) 公害

東京都の公害病認定患者数と死亡者数は、1978年と比べ88年は2倍化している。23区内の幹線道路ぞいの25の測定局すべてがNO<sub>2</sub>環境基準をオーバーしている。都庁舎移転ともない大気汚染、騒音の悪化が進むとみなければならない。

(8) 交通渋滞、交通事故の深刻化

(9) 歓楽街の肥大化、風俗営業の住民に与える悪影響

(10) 居住環境

地価高騰のもとで、いっそう「うさぎ小屋」生活が押しつけられている。区内では住居の広さ、日照、生活環境の格差が大きい。高層住宅化が進んでいるが、居住者への悪影響が指摘されている。(最近、都内の高層住宅

表2. 東京新宿区でのこの10年間の保健活動指標の推移

項 目	1977年	1986年
法定・指定・届出伝染病発生件数	40	16
結核登録患者数	1,829	676
結核新患登録数	307	174
性病患者届出数	81	220
成人病予防	検査・相談	4,336 <sup>1)</sup>
注)1986年の場合、 <sup>1)</sup> 健康教育受講者数、 <sup>2)</sup> 健康相談被指導者数、 <sup>3)</sup> 一般審査受診者数をさす	80	5,046 <sup>2)</sup>
胃がん検診受診者数	861	2,901
子宮がん検診受診者数	750	4,282
精神衛生相談	嘱託医数	58
	保健婦数	359
88		890
通院医療費公費負担申請受理数	541	1,236
呼吸器公害検診受診者数	1,844	213
難病医療費公費負担申請受理数	176	1,223
産婦検診受診者数	3,189	2,676
妊婦検診受診者数	前期	3,144
	後期	2,926
2,606		2,289
母親学級受講者延べ人数	1,673	1,646
育児学級受講者数	1,098	2,235
新生児訪問指導延べ人数	1,916	1,817
乳幼児健診受診率	3-4か月	83.7%
	6か月	なし
	9か月	なし
	1歳6か月	なし
	3歳	80.7%
		90.4%
		77.9%
		73.1%
		77.2%
		82.3%

で火災が発生し、改めて高層住宅のあり方が問われている)。公園、緑地、子どもの遊び場、防災対策などからみても、居住環境の悪化が進んでいる。

#### 4. 区民の健康と公衆衛生

以上、概説したような新宿区における「東京改造」の進行は区民の健康にどのような影響を及ぼしているかをあきらかにすることが課題となっている。

「新宿区民健康意識調査」(1985年)では、保健所の名称、所在地のいずれも知っている」との回答は57.9%であり「保健所を最近1年間に利用したことがある(電話相談を含む)」との回答は14.6%となっている。定住性に乏しい新宿区での保健所活動のあり方と合わせて検討することが必要である。また、食品営業の区内の1年間の新規許可件数は、1つの市の総施設数に匹敵している。保健所衛生課業務と予防課業務を総合的に考察しなければならない。

こうした視点で現状を分析し住民のための公衆衛生・保健所活動、保健衛生行政の計画化が求められている。しかし、新宿区の行政としてはこれらが確立されているとはいいがたい。そこで、こうした努力への手がかりとして10年間のおもな指標の推移を表2, 3に掲げた。これらを前提とした検討が今後の課題である。

#### 参考文献

- 『都市・21世紀・自治』東京自治問題研究所
- 『中枢管理機能都市・東京』同前
- 『経済』1988年12月号

表3 食品衛生法に基づく許可業種

		1977年	1986年
総 数	施設数	14,361	17,982
	新規許可	2,244	3,200
	監視指導	24,224	29,654
営 飲 食 業 店	施設数	11,141	13,216
	新規許可	1,769	2,121
	監視指導	17,130	20,335
飲 一 食 店 般	施設数	8,196	10,701
	新規許可	1,288	1,747
	監視指導	12,207	14,581

# シンポジウム 八ヶ岳山麓におけるリゾート開発と住民のくらしと健康

長野県南牧村保健婦 菊池智子

## Development of Resort and Public Health in Yatugatake Mountain Area

T. Kikuchi (Minami-maki Village, Nagano Prefecture)

### 1. スキー場、ゴルフ場、別荘の増設による水源の枯渇

#### ①土地の乱開発による水源の消失

ゴルフ場に代表される開発のように、山の姿がなくなってしまうほど、山をけずり、又谷をうめたての事により、地下の水系が、すっかり変わってしまい、水源の消失を招く例は少なくない。八ヶ岳山麓においても、例外ではなく、すっから影観が変えられた建設中のゴルフ場は、水源の近くであるだけに、汚染問題もさることながら、大切な住民の飲料水についても、地元住民の不安が広がりがつある。

#### ②水の大量消失

具体的な2つの例を示してみる。

①別荘の増設による水の消費を、村全体の用量と比べてみると、表1. 2. に示す通りである。

表1・南牧村の1日の水使用量

	給水人口	1日使用量
S52年	3425人	958t
S60年	3535人	1658t

表2. ・西武別荘地だけの使用量(南牧村)

S61年	2678人	438t (生活 351t ホテル 87t)
S71年(予測)	6000人	1192t (生活 954t ホテル 238t)

毎年7月頃になると海拔の高い地域は、今年のように雨量が多くても、同じ地域が断水になったり、水使用の多い時間には、水道がチョロチョロしか出なくなってしまう。

#### ③スキー場の場合

勤務従業員の話しによれば、人口雪を降らせる為に1晩

になんと2千tもの水を使用するということである。スキー場真下に酪農家は、家畜用給水井戸水が、すっかりかかれてしまったという。

### 2. 水の汚染

#### ①別荘の家庭用雑排水について

西武別荘の家庭雑排水は、一部を除いて地下浸透式で、地下水が汚染され、これも又水源汚染に連がる。一般的に水の汚染は10年後のツケとしてめぐると言われている。当村の場合、別荘の下に水源が有ることからも、村では、保健所の指導をおおぎながら、具体策の検討をすすめている。

#### ②ゴルフ場で使用されている化学肥料と農業による汚染の心配

これは今多くの地域で問題化しているが、佐久のあるゴルフ場の例では表3に示す通りである。

表3.

あるゴルフ場の化学肥料と農業使用費用額 (S59年度、40ha 18ホール)		
・化学肥料	約120トン	9,006,930円
・農業	(殺虫剤 ..... 7,753,375円 除草剤(パラコート) ... 767,000円)	

この数字の持つ意味を高原野菜産地である周辺地域の農作物使用化学肥料の実例から考えてみると、

例④「土壌の残留と生態への影響に関する研究」佐久総合病院、農村医学研究センターの報告……によれば、241,3hkm<sup>2</sup>から流れ出す化学肥料を、表流水と地下水の汚染調査の結果では、千曲川34kmを5~10月の期間に調査したところ、

・地点(汚染0の千曲川の原流)から34km地点では、硝酸体チッソがなんと3倍(0.29mg/1ℓ中)であったと

川上村

①	ゴルフ場	……アルパインC.C	総武土地開発	186ha
②	スキー場	……ザイラバレー		
△	ゴルフ場	……川上ヴィラージュ	穂高C.C	100ha
④	ゴルフ場	……居倉	スタイビル	102ha
⑤	別荘	……川上高登谷高原保養休養地	県企業局	103ha
⑥	別荘	……川端	武蔵野市	
⑦	ふれあいの森	……川端	川上村	
⑧	別荘	……梓山	町田市	

小海町

①	スキー場	……リエックスバレー	川鉄商事	103ha
△	ゴルフ場	……	町開発公社	
③	別荘	……		
④	未開発	……	西洋環境KK	600ha
⑤	ゴルフ場	……小海軽井沢パブリック	小海開発	33ha
⑥	別荘	……小海グリーンサイド別荘地	小海開発	

八千穂村

①	スキー場	……八千穂高原スキー場	八千穂村	
②	ゴルフ場	……	フジタウン開発	100ha
③	ゴルフ、スキー場	……北八ヶ岳森林リクリエーションセンター	吉本林業(株)	845ha
④	別荘	……八千穂高原富士見ヶ丘別荘地	八千穂村	82ha

佐久町

①	ゴルフ場	……西山開発(上区)	太平洋興発	
②	ゴルフ場	……大日向	三井不動産	

白田町

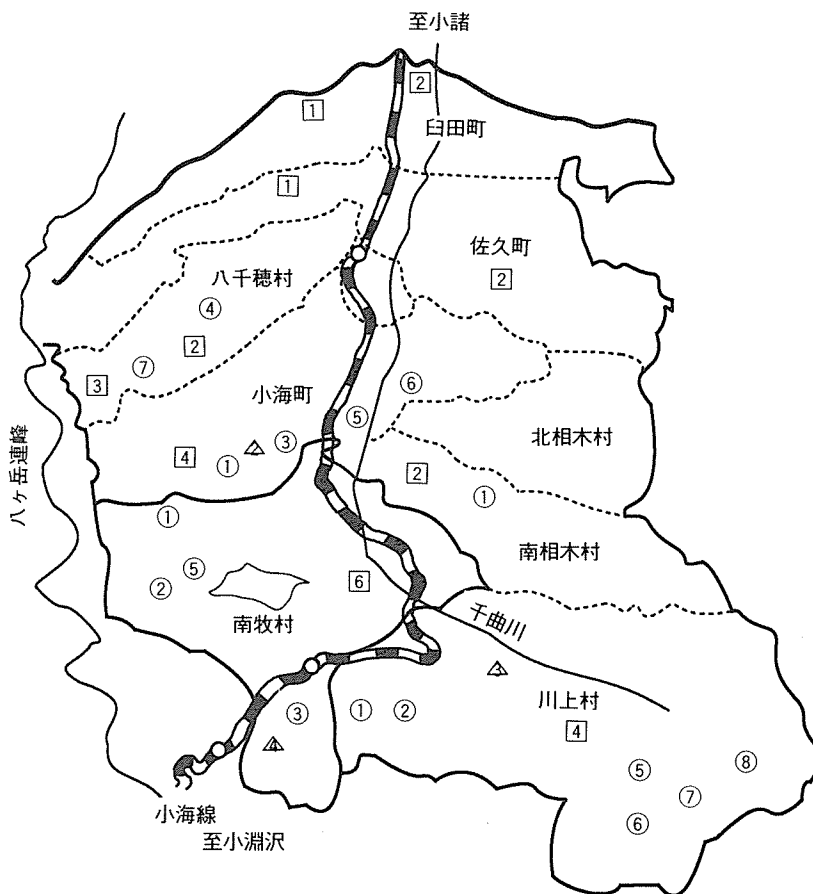
①	ゴルフ場	……湯原リゾート開発	鹿島建設	121.9ha
②	ゴルフ場	……芦内観光開発	京都東山観光	210ha

南相木村

①	別荘	……立原高原別荘地	和興KK	18.8ha
②	別荘	……未開発	久保田鉄工	17.6ha

1) 南牧村における開発の実態

- 既存施設
- △ 建設中施設
- 計画中施設



南牧村

1	ゴルフ場	八ヶ岳高原ゴルフ場	60ha
2	別荘	海ノ口自然郷	西洋環境 KK
3	スキー場	野辺山ハイランド	鉄工ビルディング
4	ゴルフ場	清野辺の里	野辺山観光
5	ゴルフ場	海ノ口自然郷	西洋環境 KK
6	ダム	千曲川上流ダム	建設省
			300ha

いう。又、隣村の川上村H部落の井戸水が、硝酸体チッソが多く、現在では使用不可能となっている。

例⑨あるゴルフ場の例…農業の例…

上記表に示した通りS59年度、あるゴルフ場の調査によれば、18ホール50haのグリーンに850万円も使われていたが、これは、農業用に使う数倍もの量である。

ゴルフ場に何故農業が必要か？

ゴルフ場にとっては、芝生は“命”である。緑々とした芝生を育てるには、土壤改良剤と化学肥料が必要となる。ゴルフボールが良く飛ぶには、表土は浅く固いことが必要である。すると肥料の効きが悪くすぐに流出してしまう。芝生そのものは、吸肥性が強い為沢山の肥料が必要となる。

農業は、芝生の根を食害するコガネ虫の幼虫を殺す為に使うもので、根の害は、そのまま芝生を枯らしてしまう。更に悪いことに枯れた芝生をめがけてからすが、幼虫をあさりに来るので二重の被害で芝生が、円型脱毛症のように、はげてしまい、この対策として有機リン系の殺虫剤が使用されるということになる。更に芝生以外の雑草を除くために、除草剤（パラコート）が使用される。除草剤の人体への影響は大きく、特に肺の繊維化が問題視されている。この調査では、ゴルフ場と、その周辺が汚染されている元がつかめたといえる。又信州の教育と自治研究所が、軽井沢の開発の実態を調査した時のゴルフ場<sup>ふもと</sup> 麓住民の話によると、「雨が降ると、川の底が、真青になるという。これは、芝生の緑をあざやかにするために、“着色剤”までが使用されていたのである。特に国内産の芝生は、秋になると茶色になってしまうので、ちょうど、白髪染めのように、枯れた芝生を緑に染めて、秋深くまで、美しいグリーンが保てるということになる。

### 3. 大気汚染

横浜大学環境科学センター加藤龍夫氏の「大気汚染度調査」によると、グリーン消費ダイアジノン（有機リン系雑虫剤）を500m<sup>2</sup>へ3kg散布したところ、5時間後の測定がピークに達し、4マイクロg/m<sup>3</sup>でこれは農業散布直下と同じであるという。従って、ゴルフ場も危険であるが、もっとその周辺は、大変な汚染地帯となる。

又これは、次の生態への影響の関連になるが、あるゴルフ場では、かつてマムシの産地といわれるほどだったのに、今は、見たくても一匹もいないと思われるほどであるという。

### 4. 動植物生態への影響が予測として考えられる事

①スキー場の場合

④貴重な湿源の消滅

水の枯渇により、珍しいチョウが飛び植物が生育する湿原が消滅しつつある。又、雪が解けないようにつては、大量の塩（NaCl）を散布したので、塩害が心配された。これは、野菜の成育不良と塩化Naの地下浸透による水源汚染が心配されたが芝生への発育障害から幸いにして現在は、散布されていない。

⑨ナイター照明による野鳥生態への影響

世界的にも有名な、星と太陽の電波観測地が、ナイター照明で、山がギンザに変身してしまった。

野鳥では最も多かったカッコウが、以前は電線に群れをなしてとまって鳴いていたが、今では遠くて少し聞こえる位で姿も見えない鳥の声は1/3に、減ったと近くの住民は淋しがっている。

### 5. 勤務している住民の健康障害

農作物が不作な年でも現金が手に入るようになったが、果して？

①人工雪降らせの作業は、青年達と、若い父ちゃん達に果せられている。

深夜、完全防備とは言うものの厳冬期、冷下20℃を越す屋外での作業は、睡眠不足に過労、血液循環障害が心配される。夏期の長時間（暗いうちから夕方近くなるまで）にわたる高原野菜生産作業の重労働の疲れに上乗せする形でこの作業は、じわじわと被労を慢性化させながら、畜積してゆくと思われ、将来が確実に心配される。

②父ちゃん不在の家庭

夕方5時頃から、翌朝8時～11時頃までの勤務時間である為に、家族・特に子供とはすれ違いの生活になる。かつては、農繁期が、かなりせわしく、特に子供達とすれ違いになる生活が多かったが、冬期間は、ゆったり、家族の和の中での生活が保てた。ところが、人工雪作業にかかわる若い父ちゃん達は、農閑期も、農繁期同様に子供達とは接触の少ない生活となり、子供達の価値観すら、金に集中する傾向が生じている。これは、教育現場からも時折、耳にする問題でもある。

又、夫婦間についても、充分なコミュニケーションが得られなくなるのも当然であろう。



## 6. 周辺付近の交通渋滞と交通事故の多発

スキーシーズンになると、スキー客の車で地域住民は、車で外出するのが困難になるという状況も生れている。元々北海道に継ぐ大開拓地で、人家も離れており、又冷下15℃～20℃という厳寒期の野辺山地区では、車なしの外出はとても困難である。駅、農協、学校へ行くにも、よほどの時間が必要となり、いつもなら、車で6～7分の道のりでも、40～50分も、時には、それ以上もかかってしまったというような話も珍らしくない。

又、飲酒運転事故、死亡事故等、かつて静かな高原の村には考えられなかったような、事故が多発している。はじめのころ都心から近距離で、高速道路をノンスパイクでも行かれるという様な宣伝が出された事もあり、1kgほどの道のりで1日4～5件も事故が生じた等という日もある。

## 7. その他

### ・人間関係への影響

どこでも観光開発を巡り、賛成派、反対派が生ずることが多い。従って、親しい友人関係や、親せき関係にも、微妙なかげりというべきものが生じ、暖かい農村の人間関係にも、影響はまぬがれないことになると思われる。

### ・若者の農業離れ

一部には、離農の原因にもなっている高原をおとづれるカッコいいねえちゃん、それにひきかえ、土まみれの俺、時には夢もくずれ離農の決意を。さりとて民宿、ペンション、等の観光業も、なかなか経営も楽ではない様子である。

以上気になるいくつかの点についてのべてきたが、要するに、生態系の破壊は、自然破壊の末期症状であることは、今更、私が言うこともないが、今ここで、真剣に目を向ける事の必要性を痛感する。

## 7. おわりに

東京都心からわずか2時間半、時間的には首都圏内に位置し、又近い将来には、関越自動車道開通も約束されているところ、緑と水と太陽の自然条件そのものが、まれに見るリゾート開発の適地といわれている当南牧村に、

今村をあげての二つの運動が巻き起こっている。

1つは、3年連続の水害から千曲川下流100万県民を守る為のダムということで登場した「千曲川上流ダム」の問題である。6年余りを経過した今日、治水効果がほとんど期待できない事が検証され、多くの科学者達の警告と南牧村あげての反対運動を押し切ってもなお、ダムにしがついている国や県のねらいはいったい何か？。1000億とも2000億円とも言われている公共投資そのものにねらいがあるのか、それとも開発計画書（マスタープラン）に書かれているダムを中心とした道路網と観光開発にねらいがあるのか。いづれにしても、住民にとっては、迷惑さきまる、又村の歴史にみない大事件なのである。

南牧村では婦人の学習活動として、村の6婦人団体により実行委員会が組織されている“南牧村婦人の集い”が、この2月で8回目を迎えている。もともと若妻達の虫歯予防の学習から、特におばあちゃん達の理解を求めようと交流学习会としてはじまったものが、婦人達の連体の輪の中で広がっていったもので、第1回目には、無医村問題をテーマに集いが持たれ、8回目を迎えたこの2月には“今南牧村を考える”というテーマのもとに、ダム問題を婦人達のくらしと健康面から考え合う集いが開かれ、人口3,600人たらずの小さな村で、何と160人余の婦人が集まり、その集いの中から、ダム反対運動の10円玉募金なるものが誕生し、すでに全戸への募金運動が終り、今後は下流域の婦人達への呼びかけがすすめられようとしている。くらしと健康を考える小さな学習の積み重ねが産んだ草の根運動ともいえる活動である。

もうひとつは、農業経営の失敗から、多額の借金をかかえてしまった野辺山開拓の第2世の経営する、2件の農家への、ほう力団介入問題である。始め2～3千万円の借金が、実に、好妙悪質な不動産会社の手から、ほう力団からみの不動産会社へ2転3転とする間に、億の借金にふくらみ、とうとう農地が、ほう力団へ、そして周囲の農家へのいやがらせ……結局は、1ヶ所を拠点に周囲へ大きく手を伸ばそうというもので、専門家に言わせると、南牧村は、ほう力団をもみのがされない観光開発適地だそうで、この6月には、ほう力団追放村民大会が、かつてない村民の大集会として持たれたことをつけ加えておきたい。



# シンポジウム リゾート地域、伊豆半島の白浜地域に見る住民生活

山本 浩一 (静岡県水産試験場伊豆分場)

The life of people living in health resort areas, Shirahama at the Izu peninsula.

K. Yamamoto (Shizuoka Prefectural Fisheries Experimentai Station)

1987年、四全総が閣議決定されるやいなや、伊豆半島の各地域はリゾート開発計画のラッシュとなった。陸上はゴルフ場、リゾートマンション、海浜はマリナ開発計画のラッシュである。すべての計画が実行されるとは考えにくい、いくつかは実行される可能性がある。

そこで、これらの開発が地域にどのような影響を与えるか問題ではあるが、それらの問題を考える時、今リゾート地として利用されている地域にどんな問題があるかを考えることで、大方の予側が出来る。ここでは、その典型として、下田市白浜地域を選んで考察してみた。

## 1. 白浜地域の状況

白浜地域は、伊豆半島の先端下田市に属し、国道135号線に沿ったところである。地域の所帯数は837戸、人口は2,609人(66年)の小部落である。この部落の前面は長さ約1キロメートルにわたり白砂の海岸があり、伊豆半島最大の海水浴場である。

昭和40年代に伊豆急行(東急)が海岸にホテルを建設し、続いて、50年代に、西武がプリンスホテルを建設してから、一斉に民宿化が進み、地域は漁業経済から観光経済へと移行した。



現在、民宿は約230戸で全戸数の1/3であり(写真)、この地域の宿泊可能人数は民宿で6,000人、ホテルが1,300人、寮700人で計8,000人になる。また、日帰りの海水浴客が5,600人あり、これらを合わせると約

15,000/日の人々があつまってくる。人口の約5,6倍の観光客が、夏季とくに7月15日~8月15日の一カ月に集中する。他の時期は、観光客を呼ぶ観光資源もなく、ホテルは多少の客はあっても、民宿はほとんどなく、そのため、一年間の収入の大部分をこの一カ月に稼ぎ出さなければならない。

## 2. 地域住民の生活上の問題

### 1) 交通渋滞

海水浴客の車は、この地域に重大な問題を生んでいる。国道135号線はこの地域の唯一の生活道路であり、部落のメインストリートであるが、7月15日から8月15日まで、朝9時から夕方5時まで上り下りとも慢性の渋滞である。いつもなら、下田の市街地まで15分のところがこの時期にはゆうに1時間、最悪になれば2時間以上もの距離ともなり、緊急自動車も通行できない状態となる。そればかりではなく、地域内の道路という道路は、抜け道と駐車場を捜す海水浴客の車でうめつくされ自転車も通行出来ないほどになる。このため、住民の生活は重大な支障を受け、医者にゆくのも、買い物をするにも不便するしまつである。また、事故も多く、県外車が道路沿いの民家に飛び込んだり、部落の老人や子供たちを事故にまきこんだりしている。

つい最近まで、この道路は海への生活道路であり、荷車を引いた道であり、部落の人々の物であったが、明らかに今は、彼らのものではなくなっている。

### 2) 老人と子供の生活破壊

全戸の1/3が民宿であり、その他に海水浴客用の商店や飲食店を含めると部落の大部分の家が海水浴客に依存している。そして、その時期が夏場の一カ月に限られるとすると、どの民宿でも可能な限り宿泊者を泊め、商店や飲食店も勢いその時期に収入を得ようとする。民宿では、30~40人も若者が連日泊まり、夜となく昼となく大騒ぎをし、家族は隣の隣の4畳半に雑魚寝の状態と

なる。あいにく、この時期は子供にとって楽しい夏休みである。ところが彼らの父母は、宿泊者の世話で疲労困憊であり、食事の用意もしてもらえない日々となる。遊び場も駐車場に占領され、行く場所もなく、ただ騒がしい家の中で、テレビにしがみつくと毎日である。自分の家を他人に明け渡すため、便所も風呂も自由に使えず、睡眠さえも馬鹿騒ぎする若者達に占領される日々となる。夏休みは、彼らにとって、地獄である。

家々の老人とても同じである。身の置きどころが無いのである。客商売ゆえにあまり目立つところへも出られず、小さくなって嵐のすぎるのを待つのみである。楽しみのゲートボールもおあずけである。

### 3) 部落風紀のみだれ

夏季になると、一挙に伊豆の片田舎が、東京の繁華街となる。流行のファッションの若者達でうめつくされ、15~20才の若者の解放区となる。若さゆえの身勝手さで24時間騒ぎまわり、夜の海岸は、さながらアベック公園と化す。

都会の核家族化した家庭や連日の受験勉強、無味乾燥なコンクリートジャングルの生活から僅にえた自由の時間を、この時とばかり、爆発させているのであろうが、その姿は、自動車やバイクをとばすことや、奇妙きつな恰好をして、うろうろ歩きまわることか、酒を飲んでは女の子を追い回すことぐらいである。現代社会に押し潰された若者の悲しい虚しい叫び声を聞くおもいである。

しかし、この馬鹿騒ぎに付き合わされる地域住民こそいい迷惑である。地域の若者達も都会の若者達の影響を受けるし、それだけではなく、ひと夏を終わると地域の若夫婦さえも離婚していることがよくある。

### 4) 地域共同体意識の崩壊

一年間の収入を短期間に得ようとするため、民宿間の競争が激しくなる。金の無い若者達から収入をあげようとするとうとうとも宿泊人数を多くすることとなり、そのため、設備の投資競争や協定料金ぎりぎりのサービス競争となる。また、少しの土地も駐車場になることから、金銭感覚がとぎすまされる。このような結果、儲け第一主義となり、地域の共同作業やその意識が次第に薄れている。

かつては、漁業地域であり、共同しなければ生活出来ない地域であり、テングサでは日本一と言われ、毎年天皇に献上されたほどであった。漁業協同組合へのまもりが薄まりつつあるのである。

### 5) 土地価格の高騰

海水浴場として有名になるにしたがい、東京を中心として、多くの不動産会社が地域に入り込み、土地を買って漁っている。民宿の室内への設備投資資金のためや、商店や飲食店の模様替え資金のため、土地を手放す。地域は次第に地域住人の物ではなくなっており、地域の次三男が家を建てようとしても、手にはいらぬ所になってきている。

### 6) その他

これらの地域住民への観光公害とともに、自然への影響もある。

夏場の渇水期に、通常の5、6倍の人が訪れ、水道使用量は急増し、その排水はすべて海に流される。それまでは、ほとんど淡水のさしこまなかった海に急激な淡水化が起り、海洋生物への影響が懸念される場所である。

## 3. 今後のリゾート開発に向けて

白浜海岸は、車急、西武二大観光資本がその資本の全ネット網を使って宣伝し合い、そのことによって、異常な集客を行い、高利益を上げている日本有数の海水浴場である。現代の観光産業は、同種間の競争より、お互いに施設を隣接させ、集積することにより、共同して高利益を上げようとしている。

この開発方式は、西武のサンシャイン60街にもみられるように、今後の開発方式の典型である。

四全総のリゾート開発方式はこの方法を採用している。しかし、このような施設の集積、観光客の集中は、地域住民にとっては、生活破壊につながるのである。

資本主義のリゾート、レジャーとはこのような形を取ることが必然のようにさえ思える。

中村は現代の農村と都市の関係について、「世界」の88年7月号で「四全総が農山漁村に求めているものは、もはや食糧供給基地でも労働力供給基地でも、工場用地・用水でもない。国際化・ハイテク化・高度情報化、24時間都市化により緊張の連続を強いられた頭脳労働の大都市市民、しかも、東京集中のオフィスビルの林立で、ゆっくりとした居住空間を保障されない大都市住民に、自然とのふれあいの場、やすらぎや明日への活力を提供してくれるレクリエーションの場でしかない。」と述べているが、そのリゾート地としての存立さえ怪しいものである。

伊豆半島は、世界都市東京の奥座敷として、研修、リ

リゾート地として、運命づけられているが、さりとて、今後進められる巨大なリゾート開発では、地域住民の生活にとって問題が多すぎるのである。

伊豆半島のみならず、日本各地の農漁村部は、この危険な開発に取込まれようとしており、充分注意する必要がある。

また、このような、企業の利益追求の開発ではなく、そして青少年のストレスのはげぐちの場としてのリゾート地ではなく、真に国民の憩いの場としてのリゾート開発は、地域住民と地域自治体の役割ではないかと考えている。



# 「社会病」としての労災職業病研究のしかた

三宅成恒<sup>1)</sup>、細川 汀<sup>2)</sup>

<sup>1)</sup>京都市民医連、上京病院、<sup>1)</sup>京都府立大学、産業福祉

## Study of occupational accidents and diseases in the term of social diseases

N. Miyake<sup>1)</sup>, M. Hosokawa<sup>2)</sup>

<sup>1)</sup>Kyoto-Miniren, Kamikyo Hospital, <sup>2)</sup>Kyoto Pref. University

### 1. 私たちの二、三の経験から

#### (1) 「保母病」について

70年前後から私たちがはじめて提起した保育所保母の頸腕、腰痛の防止対策について、労働省は75年、業務内容にそれほどの特異性がないので今後の研究をまつという理由からその業務上認定を拒否する基準通達を出した。これにたいし81年、労働保険審査会は京都のケース(数名)について保母の作業内容や作業姿勢の上下肢、腰部に及ぼす負荷が大きく、業務の特殊性として休憩がとり難いことから、厚生省の保育所設置基準の保母定数では相当に負担が大きいかを認め、頸肩腕障害自体は業務外としつつもこの場合業務上認定の判定を下した。しかも、労働省は即時に事務連絡を發し、これによって態度が変わるものでないと述べたあと、「およそ労働者に生じる疾病について、その全経過中労働の関与ないし関連性を完全に否定するものは稀である」が、労基法上の無過失責任性からみて「疾病発生原因としての業務の役割とその結果として生じた疾病との関連は厳格に解さなければならない」とし、予防対策上の何の規制も行っていない。しかし、現場では、休憩の時間や場所の設置、保育作業方法の改良、健診の実施、早期治療が地域的に多く行われ保育者の健康保持と保育条件の向上に大きな役割を果たしているのである。筆者らは保育所・施設に長期間チームを作って入り、保育者の動作・姿勢の頻度や連続を長時間8ミリで撮影して分析したり、環境・健康・生活の調査、保育活動そのものの検討を行い「保育労働者の労働負軽減の研究」(科研研究)を發表した(京都府大紀要、人文1983)。また、スーパー店のチェッカーなどの頸腕症状と比較して、その頻度が大きいことを明らかにした。

89年5月、横浜地裁が保母病にかかわる判決に私たちの論文を取り上げ、保育労働が業務上疾病を起こす肉体的・精神的負担を有することを認め、事業者の安全保護

義務を明らかにした。

#### (2) 振動病(「白ろう病」)について

1960年頃からチェンソー取扱者に白ろう、しびれ、いたみがあらわれたが、国は調査を途中で中断した。1964年、全林野がこの問題で闘いを始めた。しかし林野庁は東大の学者の「白ろう病は心理的に伝染する病気だ。不安を持たせないように扇動分子を排除すればいい」という、いわゆる「心因性説」を持ち出した。この学説の根拠の誤りと、心因性説では問題は解決しないことを立証したのは、全林野の協力による労働衛生研究者のグループの研究によってである。

細川は主に近畿・中国・四国の国有林を調査し、大径木を急傾斜地で作業し、単価が安いので長時間大量に伐木している作業所ほど症状の多いことを証明した(表1)。また、私たちは民有林においても同じように発症していることを明らかにした。渡部真也氏は cohort 分析を用いて、労働との関係を明らかにした。

「白ろう病」の予防としては、チェンソー改良による振動の低減、振動曝露時間の短縮、防寒対策があげられるが、研究者から提出した科学的根拠に基づいて、労働者の闘いが展開され、成果を挙げた。有害作業の時間規制という労働協約は画期的なものであった。山田信也氏は国有林でとりくみの弱いところでは不十分にしか実施されていない状況から、時間規制を厳守できている分会とそうでないところでは「白ろう病」が依然多発してくること、協約を厳守しているところでも、まだ「白ろう病」が若干発生する危険があることを明らかにした。以後、リモコンチェンソーに移行する運動を展開したのであった。

「白ろう病」患者の医療治療には多々の困難があった。とくに労働省は労災赤字論・特定地域論をふりまき、かさむ補償費の削減のために、4~5年で「症状固定」打ち切りするとか、手に対する治療のみを認めて、全身的な

表1 「白ろう病」の発生率と労働条件の関係 (細川)

平均高度		経験年数		斜面		伐木直径		宿舎		作業期間		機械使用時間		一連続作業時間		休憩時間		月間平均休日とすると	
a	800~1000m	b	mode 6年 以上	c	急斜	d	天然林 大, 中	e	山泊 オート バイ	f	常用	g	mode 6時間 以上	h	mode 40分 以上	i	60分	j	5日
a'	600~700m	b'	5年	c'	中斜	d'	人造林 中	e'	通勤 19~ 30分	f'	12月 まで	g'	4~5 時間	h'	20~30 分	i'	90分	j'	6~8 日
a''	400~500m	b''	4年 以下	c''	緩斜	d''	人造林 小	e''	通勤 10分 以下	f''	11月 まで	g''	3時間	h''	5~ 15分	i''	120分 以上	j''	9日 以上

	蒼白%	しびれ%	X (不良条件)	X'' (良好条件)
A 多 い	100	100	af	h''
	88	100	cd fgh	
	88	86	eg	
	77	100	cd e f h i j	
	75	75	ce f j	
	74	57	df	e'' g'' h''
	73	64	cd e f h	
	67	80	ac h	i''
B 中 間	57	48	abcde	f''
	50	84	ade	h'' i'' j''
	50	75	df	a''
	48	41	ac d f h	g''
	43	60	e j h	f''
	39	84	af	
	38	100	ad g h	e'' f''
	36	56	cf h	g'' i''
	35	34	b	
	33	52	b	c''
	33	67	cd f g h	a'' e''
C 少 な い	30	20	eh	a'' c'' f'' i''
	27	40	g	f'' g'' h'' j''
	25	67	e	f'' g'' h'' j''
	25	25	ac d	e'' g'' h'' j''
	23	46	ae	g'' h''
	20	20	cf	e''
	15	0	e	a'' c'' g'' h''
	13	20	af	h''
	0	60	cd f h	g''
	0	13	df	i'' g''
	0	0	c	e'' g'' h''

表中のa~h, a''~h''は上記の区分による



異常は認めないとする治療通達の改悪を行ない、実際に患者の治療に当たっている医師を悩ませている。また、局所疾病説を支持する判決が出、労災打切りが行われている。これに対して医療を施すということだけでは病気の病態が十分に見えないことが多い。医師と研究者とが協力して、患者を研究対象として追跡し調査しなければならない。そのためには患者や、対照者としての相当な人数の健康労働者や振動曝露を受けているが病気ではない労働者にも同じ調査をして比較しなければならない。多数の患者を継続して試している医師と大学の研究者の協同研究だけが労働者の協力をえられる。このような研究の成果は89年金沢の国際手腕系振動会議にも報告された。この会議を利用して資本金団体や政府は中枢影響を否定する結論を引き出すつもりであったが、欧米の学者がほとんど手をつけていない分野で振動障害の根深い病態の一端を厳正に示し、「白ろう病」が手だけの病気だとはいえないことを強く印象づけた。

また、1970年頃から郵政外務のバイクによる配達作業者に振動病症状があらわれ始めたが、郵政省は労働との関係を否定しつつ来た。これに対し細川らのグループは疫学的調査を行ってその事実をうらづけた。1983年、人事院はバイク乗務者が種々の要因により振動病を呈することを認め、そのための認定基準を定めた。

## 2. 現代の労災・職業病とその原因

労災、職業病が官庁統計上もっとも多かった1960年代～70年代に比して、80年代の労災・職業病の主要な原因は、第一に利益先行、人命軽視の独占の政策による安全経費と対策の大幅なきりつめによるものである。

たとえば、年間2,000万トン生産の絶対条件下の炭鉱補助政策を遂行するために、危険さきまる深部採炭を遮二無二おしすすめたためにガス突出～爆発を起こした夕張新鉱（81年、93人死亡）、南大夕張鉱（85年、29人死亡）や、ベルトの経費を節約してスピードを早めたため火災を起こした三池有明（84年、83人死亡）などの炭鉱災害。また、85年夏520人の乗客、職員を失った日航機墜落は、十分な点検整備の時間と体制をとることなく機体を酷使し、事故修理も部分的なままですませた「経済性」重視の結果であった。

第二に、安全衛生が事前に無点検・無保証のまま、高性能と省力化をはかる新しい技術革新・機械化、及びME（OA、FA）化によるものである。

世界の消費の70%を占める産業ロボットの利用と「無人化工場」への動きにより、職場環境（騒音、高温、寒

冷、放射能、粉じんなど）の悪化、電磁波、静電気などによる事故に、プログラムや機械の動きが分からないための緊張が起こる。80年以降急膨張する小型・安価なVDTを使用する作業は、金融、証券、商社、新聞、受付、販売など多数の職場の作業者の眼、身体、精神神経の著しい疲労を起し、多様な健康障害を拡大させている。また、これらME化の基になる半導体製造工場には、多数の有害ガス（呼吸するだけでも即死するものも含め）がパイプを流れており、その危険はきわまらない。さらにハイテクの花ともはやされているバイオテクノロジーも取扱い者中に発生したがんの業務起因性が疑われている。しかも、すべてこれらの安全性が科学的に立証されることなく、労働者への説明は協議もなく一方的に導入されているのである。

第三に、円高、経済競争、貿易摩擦の中で、労働時間は、80年代ふたたび延長し、残業や休日出勤、夜勤交代制がふえ、労働密度や作業のスピード化、複雑化、あるいは単純くりかえし化が増強されたためにおこるものである。円高や経済不況の影響を直接被っている鉄鋼、造船、金属、繊維産業を始めあらゆる企業で、大量の人員整理や婦人高年者の排除が進んでおり、パートタイマーばかりでなくフルタイマーながら無権利な状態におかれている臨時雇用労働者、出向、派遣、配転、下請・孫請、出稼ぎ、家内在宅などの不安定な労働者が急増し、数年後には雇用者の1/3～1/2を占めるかもしれない。しかも、この不安定な労働、低賃金、過大なノルマを責任転嫁、出来高給、年休、保険、労災、生休、福祉などの面において無～低権利を固定化させる雇用均等法、派遣労働法を含めた労基法の全面的な改悪がすすめられている。この中で、職場の過労と生活リズムの乱れ（ゴロ寝、アルコール依存、タバコの吸いすぎなど）、過労性ないしストレス性疾病（頸肩腕障害、腰痛、眼性疲労、消化性潰瘍と胃腸病、流産と母性障害、神経症、うつ・仮面うつ病など）、過労死（病）（脳血管疾病、心筋梗塞、自殺（未遂）など）が、発生し増加している。

第四に、臨調・行革の一連の「安あがり政府」を理由とする公営企業体の民営化を伴う職場の人員削減・抑制と労働強化によるものである。

70年代、6000人以上の頸肩腕障害の患者を発生させた電々公社は、85年、NTTに変わったが、営利化のための配転、一連続時間の延長、VDT作業の登場、病弱者のしめつけ、などを進めつつある。また、最大の人員整理を強行する国鉄の分割・民営化が、労働者の休養・入浴などの既得権や仕事の誇りを奪い、労働者の自殺の多発をもたらした。郵政でも30年余認めていた夜間休養時

間を奪い、深夜作業中心の勤務体制に移行しつつあり、労働者の疲労とくに中高年の症状が増加している。外務員では交通災害、背腰痛、バイク振動障害が多い(全通職業病研究会報告1982)。近年とくに医療・福祉・保育・教育の後退が進められている中で、これらにかかわる公的・民間職員の健康障害(腰痛が50~60%とか、切迫早産が35~70%とかという報告が珍しくない)が急増している。

第五に、被災者、患者、病弱者、不健康者、高齢者、障害者などにたいする救援、医療、生活、職場(社会)復帰などの保障の低下によるものである。

夕張新鉱の大災害で被害者の本格的な救援がなされないうちに、会社は生産の保持のため注水を提案し、労働組合も同意した。慢性的症状が多く原職復帰が困難な患者の業務上認定がきびしく、医療と補償期間を制限しつつある。労働省は労災経費を、厚生省は医療費の節減を進め、労災法や老人保健法、年金法、公害補償法などの改悪をすすめている。84年高松高裁の振動病裁判の判決にいたっては、事業主の安全保護義務を歪曲し、死亡または重症な災害でない限り、事業に債務不履行の責任を負わすことは、機械化による産業の発展で生活せねばならぬわが国では「国民生活の維持向上を逆行さすもので合理的であるとはいえない」と主張した(細川:「国有林振動病控訴審判決批判」労働経済旬報11月号、1986)。このような産業防衛論をはじめ、心因論、私傷病論、老化論、詐病・補償欲求論、労組ないし労働安全衛生学・疫学への攻撃が、若干新しい装いや形式をもってむしかえされ、資本の喝采を浴びている。88年、労基研の提起は労災の休業補償を1.5年で一律に切り捨てる内容であり、労働者、被災者の激しい怒りをかった。

### 3. 労働者の生命、健康と権利を守る課題

これら80年代の労災、職業病にたいして、企業、行政、関係学会、労働組合などは、どのように実態の徹底した把握、発生原因の調査と確定、法的、社会的、道徳的責任の追求、被災者に対する完全な補償回復と社会復帰のための施策、および予防対策の研究と実施・法制度の改革、労働条件の向上と快適作業環境の確立、労働者と国民の権利の保障と学習、労使協約の推進、をどのように行って来たであろうか。また、それらには60年代、70年代の世界的にも突出した労災職業病・公害(化学工場の爆発、炭鉱爆発、頸肩腕障害や職業がんの多発)についての反省と苦しい経験が生かされているであろうか。この点について、私達は何度も炭鉱、交通運輸(タクシー、

トラック)、保育、福祉、林業、事務、商業、電話交換、郵政などの災害、職業がくりかえされる危険について警告してきたし、労働安全衛生法、職業病対策要綱、その他多くの諸規則や諸通達などの評価と批判を行ってきた。

#### (1) 労災職業病の原因と責任の追求

前述の炭鉱災害について政府の調査団はある程度の推論を出す、上述のいずれも直接の引金原因が不明とし、事前予測は困難などの理由から刑事責任を問われなかった。こうして大災害の悲劇が不毛に終わり同じような災害がくりかえされ、そのたびに責任者は「二度とくりかえさない」と頭を垂れるのである。また、交換手の頸肩腕障害多発時、電々公社のプロジェクトチーム(通信病院医師中心)は、恣意的統計操作によって心因性説を主張し、病気と労働との関係を否定した。

そこには、労災・職業病・健康障害を絶滅しようという意欲も姿勢も見られない。研究者や労働組合が自主的、積極的にいかなる困難や障害をものりこえて調査研究し、発生責任を追求するという活動が必要である。かくされた被害の実態や労働と障害の間の関係を明らかにしようとする努力が妨害されることが多く、そのことのために科学的データが不十分として調査研究の成果のすべてを否定し、全く科学的根拠のない結論が一方的に採用されるケースが少なくない。このような状態を打破するためには原因追求の方法の確立を一層おしすすめるとともに、責任論についての法学、社会政策学、安全衛生工学、臨床医学、疫学、労働経済学などとの学際的研究が必要であろう。

#### (2) 労働現場の目まぐるしい変化と労働態様、有害危険要因とそのリスク、労働負担や、肉体的、精神心理的、社会的影響の可能なかぎり正確・公正・迅速な把握

わが国の原子力発電所の故障事故は、毎日のように報告されている。また、従業員約52,000人中、下請労働者が46,000人で、電離放射線の年間平均ばくろ量は社員0.1レム、下請0.23レムという報告があるが、現に社員に発生した白血病や骨ずい腫を会社がかくしていた事実からも、会社の非公開姿勢による報告をうのみにするわけには行かない。まして、「ジブシー労働者」と言われるように転々と危険な検査作業をしている未組織下請労働者の労働と健康の実態は全く分からないし、政府は分かろうとする努力をおこたっている。研究者には歩くことや工場の中で実際に働くことは無理である。10年後の実現を目標に、着々と石綿作業の全廃を進めているアメリカに比べても、わが国の対策のまどろこしさ

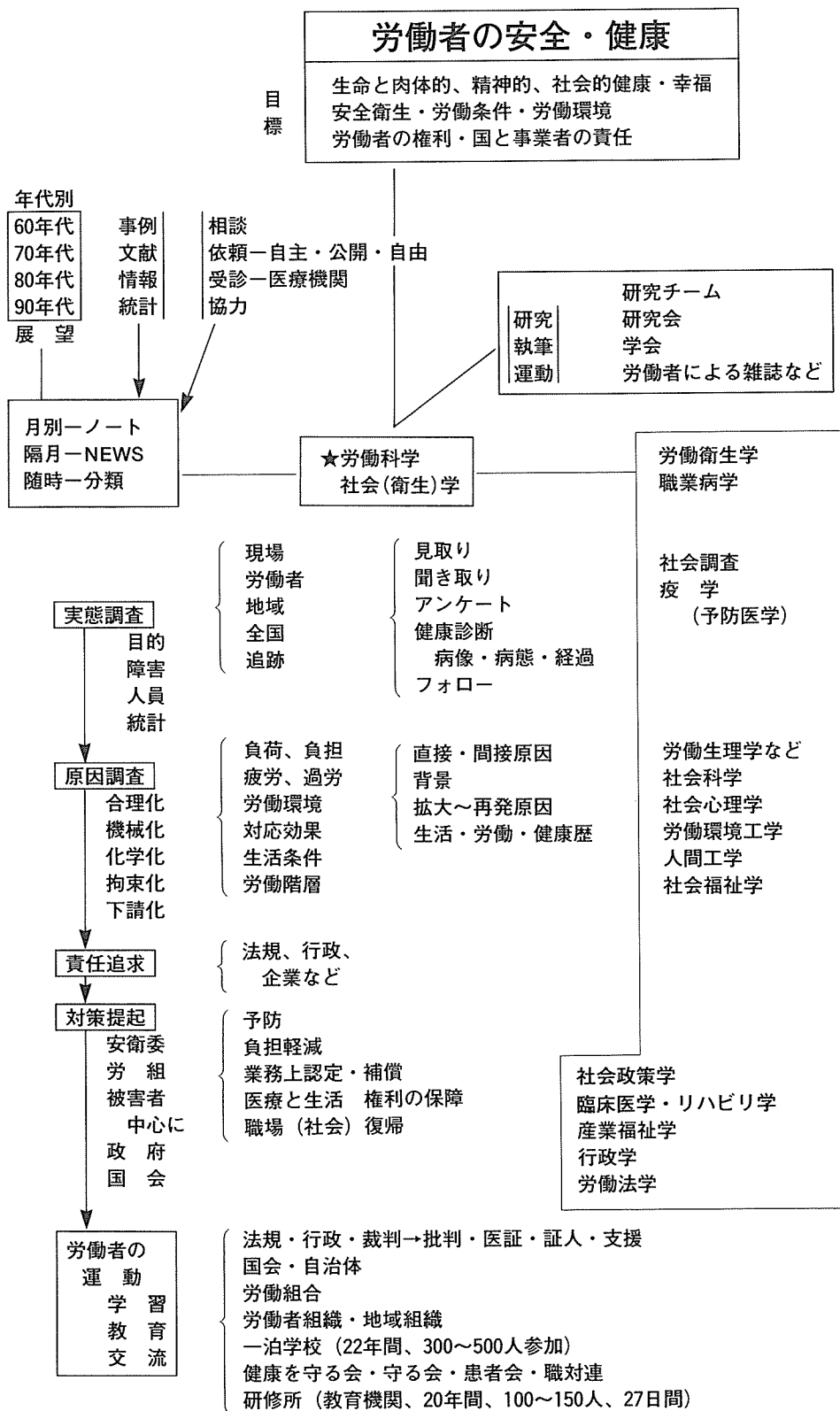


図1. 労働安全衛生研究のすすめかた

は、目に余るものがある。この分野では人間工学、疫学、人類動態学、環境科学、労働法、行政学との協同がとくに大切であろう。

(3) 労災職業病患者や家族にたいする相談活動、企業、地域をこえて現場の問題を正しく認識する調査研究活動、被災者、患者の早期診断、早期で最高の治療と迅速で適切な生活の保障と安全な社会(職場)復帰

臨床の場は被災者・患者の発見の場でもある。兵庫、北海道職対連、名大病院労働衛生相談室、過労死110番などの相談活動から、労災職業病社会事業活動の方法論の検討や、技術論の学習(自己意見書、医師意見書の書き方と、申請や訴訟の方法など)が行われている。また、労働組合や企業などからの依頼や研究者、医師、弁護士などの独自の発想による産業現場の調査活動の場合、労使と研究者の間の関係たとえば民主・公開・自主・相互信頼継続の原則の確認などを明らかにしておく必要がある。

また、産業医や「専門家」においても同じことが言えるが、とくにこの人たちが現場や被災者を直接あるいは継続して見ることなく意見や「診断」結果を述べることは厳につつしむべきことであろう。健康状態や傷病の集団的早期把握の方法と評価、特に疫学的評価についてはさらに検討されるべきであろう(たとえば周期、季節、問診の評価、検査の評価、事後措置の体系化など)。リハビリテーションや職場復帰については、全体としてまだ研究の緒についたとも言えるべき段階で、患者の自主的な活動や先進的医学機関の努力も含めて科学的に評価されるべきであろう。

(4) 労災職業病の予防と補償、医療、社会復帰について、積極的提起と法の改正、行政の民主化、労使の労働協約化と専門家との協同のための社会的活動と実践

ほとんどの労働安全衛生法規が、労災職業病の社会問題化にさいして行政側の提起と作業中心に作られ、十分な事前の審議、事後の徹底と点検、効果の判定と改正という手続きが行われていない。使用者側の労基法、労災法規の緩和と水準の引下げの要求に比べて、労働組合側の立法化要求ととりくみは(じん肺法、CO中毒法など一、二を除き)弱い、関係学会が政府の提出した法案に批判的な意見を述べることがあっても、それ以上に法、制度の具体的提起とその民主化についてとりくむことは少ない。たとえば日本産業衛生学会は法、制度委員会や各種専門委員会が必要に応じて一定の積極的な意見を述べてはいるが、理事会が学会全体の意見として取り上げ

るものは少なく、ソーシャルアクションを行っていない。

従来の労災、職業病問題の多くは、死者もしくは重症患者の発生または全国的患者の多発化、患者、家族の労(公)災申請(異議、不服申請を含む)や労災、職業病裁判の提起または国会における論議によって始められた行政の実態の調査と対応から出発している。そして、直接(多くは単独)要因の推定と行政管理基準以下への改善、(要すれば指導、通達、連絡)、対象者と内容回数をかなりしほりこんだ特殊健康診断の実施、作業種類、経験年数、有害危険要因の強さ、症状所見とその部位、経過、「類似傷病」との鑑別を限定した認定(時効問題を含む)、といった対策を講じる(細川「現代合理化と労働医学」労働経済社、1979)。そして、患者の軽快、分散、潜在化による消失を待つというパターンをくりかえして来た。

70年代において、それ以前に多発したじん肺、振動病、職業がん、難聴などの対策が積み残されたことは、最近の多くの「時効」を争う裁判の判決でも明らかになっている。労働者保護のために作られた法律が実際に患者を救済していない事実に対して、国は真剣に反省するべきであろう。もし、それを怠るなら同じことがくりかえされるであろう。

以上のみかたから、細川が自分の仕事のやり方を図式化したものを図1に示している。

図の中央を貫く、実態—原因—責任—対策(予防・補償)—運動の方法論であり、それを確立する土台がLAMAZZINI「働く人々の病気」—ENGELS「イギリス労働者階級の状態」—窪川忠吉「工場衛生学」—国崎定洞「社会衛生学講座」の業績である。また、それを充実させたものが労働科学—労働衛生学—社会科学—労働法学—人間工学—社会心理学などの理論であった。そして多くの同学の人達の協力によって仕事を進めている。

しかしまだ、90年代の労働を展望して、労働時間などの労働条件、ME労働、流通労働、情報労働、障害者労働、不安定雇用—外国人労働、自由時間問題などを追求し、労働者の権利擁護、法行政の民主化、政府や大企業の側に立つ「御用」学者・医師・法律家にたいする批判が必要であろう。私たちは、労働者の生命と健康を守る運動、労働現場と労働者・家族と密着して医療・調査・研究を進める人々と広く手をたずさえて行きたい。

## 文 献

- 1) 細川 汀：現代の労働衛生活動、社会医学研究 5 132~44、1984

- 2) 細川 汀: 保育者の労働負担軽減に関する研究. 京都府立大学学術報告 人文、35号、93~136、1983
- 3) 細川 汀: 国有林振動病裁判について、いのち、130、7~15、1977
- 4) 細川 汀: 高松高裁振動病裁判判決の検討—労働医学面から—、労働経済旬報、No. 1331、4~40、1986
- 5) 細川 汀: 郵便配達などバイク作業者の健康障害の解明、京都府立大学学術報告 人文、36号、109~141、1984
- 6) 細川 汀: 労働科学の系譜と展望、新労働科学論 (細川 汀編著)、3~43、労働経済社、1988
- 7) 細川 汀: 炭鉱災害、人災と健康 (西尾雅七、庄司光編)、206~252、光生館、1967
- 8) 細川 汀: 戦後産業の発展と労働災害・職業病の歴史の視点から、いのち、No. 202、31~67、1983
- 9) 総評振動障害対策会議: 振動障害シンポジウム—報告書—、1980
- 10) 三宅成恒: 頸肩腕障害、新労働科学論 (細川 汀編著)、610~630、1988
- 11) 三宅成恒: 京都 (民間林) における振動障害、振動病の病態と医療、26~35、1982



# 石綿労働者の健康保護をめぐる今日の問題点

久永直見<sup>1)</sup>、酒井 潔<sup>2)</sup>

<sup>1)</sup>名古屋大・医・衛生学、<sup>2)</sup>名古屋市衛生研究所

## Prevention and compensation of asbestos-related diseases among Japanese workers

N. Hisanaga<sup>1)</sup>, K. Sakai<sup>2)</sup>

<sup>1)</sup>Department of Hygiene, Nagoya University School of Medicine, <sup>2)</sup>Nagoya City Institute of Hygiene

### 1、石綿をとりまく状況の変化と取り組みの重要性

石綿にはクリソタイル、アモサイト、クロシドライトなど6種類があり、耐熱性、断熱性、耐薬品性、電気絶縁性に優れることから壁・天井・床材などの建材、ブレーキ・クラッチの摩擦材、パッキングなど広い用途に大量に使用されてきた。しかし他方で石綿には、それに暴露された人に対し、胸膜炎、石綿肺、肺癌、胸膜・腹膜の悪性中皮腫などの健康障害を生じさせる性質がある。

近年わが国では、学校、住宅などにおける吹付石綿からの石綿粉じんの飛散が大きな問題となり、生活環境の石綿による汚染に対する一般の関心は急速に高まった。早急な石綿粉じん対策を求める世論の強まりを背景に、石綿の輸入に関与してきた商社は、今度は米国からの吹付石綿除去技術の導入にも乗り出した。そして全国で一斉に吹付石綿除去作業が開始された。1988年には、吹付石綿処理工事高は300億円と推定される程であり、業界団体としての日本石綿処理工業協会の設立もみている<sup>1)</sup>。確かに学校や公共建築物では、現場を隔離した上での、

保護衣、保護具に身を固めた労働者による吹付石綿除去作業も多く行われた。ところが除去作業の余りにも急速な展開の結果、十分な粉じん対策なしに作業が行われ、安全のための除去作業により労働者が高濃度の石綿に暴露される矛盾した現象も少なからず生じた。また社会的関心が吹付石綿に集中する反面で、建築現場では、今もなお集塵機もマスクもなく無防備のままの石綿含有建材の切断、打ち付けなどの作業が営々として続けられており、左官工事では粉末状の石綿すら使用されている(図1)。労働現場では、建築業の他にも、高い濃度の石綿粉じんに労働者が暴露されているところは多い<sup>2)</sup>。石綿輸入量をみても最近7年間ではむしろ増加傾向にある。したがって、職場における石綿暴露の防止、労働者の健康保護、健康障害を生じた労働者の救済に取り組むことは極めて重要である。

本稿ではまずわが国における石綿使用の経過を述べ、次いで石綿問題の構造、健康障害の発生状況、業務上疾病認定に係わる課題、労働者と医療従事者、研究者が協力して取り組むべき課題につき述べることにする。

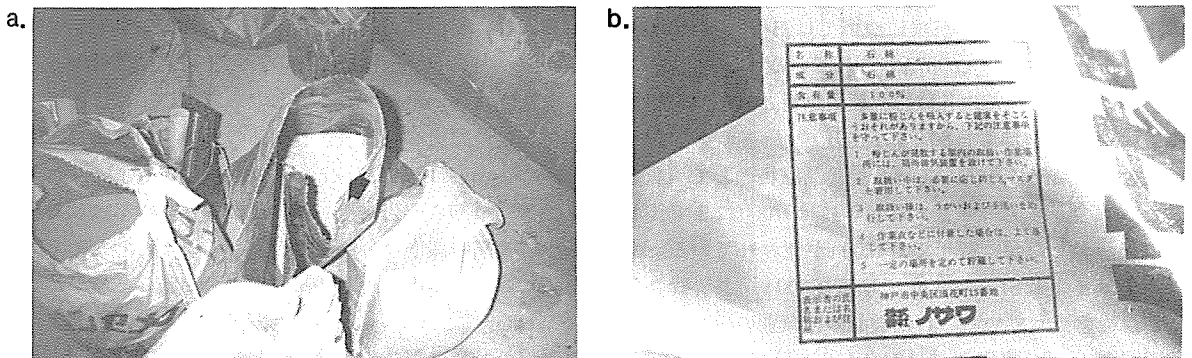


図1 a. 校舎新築現場で左官材料として使われた石綿粉末(中央の袋の矢印部分の白色粉末)。コンクリート壁表面を平滑にする補修の際に、セメントに混ぜて伸びを良くするために使用される。  
b. 1袋30kg入りで成分は100%石綿との表示がある。

## 2、石綿使用の経過

石綿問題を考えるうえでは、石綿の用途と使用量の推移を知ることがまず必要である。そこで1950年から現在までのわが国の石綿輸入量<sup>3)</sup>、国産石綿（再生品を含む）消費量、石綿セメント製品用の石綿消費量、石綿セメント製品の主なものである石綿スレート、石綿円筒、石綿高圧管、石綿セメント製品以外の各種石綿製品用を合計した石綿消費量、そのうちのアモサイト、クロシドライトの消費量、石綿セメント以外の各種石綿製品の主なものである摩擦材、保温材、ジョイントシート、石綿紙・板、石綿布・糸のそれぞれの生産量<sup>4)</sup>をまとめて図2に示した。

石綿輸入量は高度成長期に急増し、1974年には35.2万tとピークに達し、その後やや減少したが、83年以後再び増勢に転じて88年には、32.0万tに上っている。国産石綿消費量は輸入に比べれば少量であるが、68～72年の間は2.0～2.2万tで推移している。近年は急減し500t前後である。

石綿セメント製品に消費された石綿の量は、73年が最高で22.2万tに上ったのち若干減少したが、81年以後は横這いである。石綿セメント製品用のアモサイト、クロシドライトの消費量は、55～58年しか示されていないが、前者は、54～478t、後者は2614～7847tである。石綿セメント製品を個別にみると、石綿スレートは60年代に生産が急増し、73年に1億393万枚となったのち少し減少した。その後は増減があるが、87年には7700万枚となっている。石綿円筒は最盛時の65年には1022万本生産され、71年に431万本に減少した後統計から除外されている。石綿高圧管は同じく68年には17万t生産され、80年に2.5万tに減少した後統計から除外され85年に製造中止されている。吹付石綿については71-74年のデータのみであるが、9617-20987tとされている<sup>5)</sup>。

石綿セメント以外の各種石綿製品原料としての石綿消費量は徐々に増加し、80年に5.3万tと最高値を記録した後は漸減傾向にある。各種石綿製品原料として消費された石綿のうちアモサイトは72年には9700tにまで達しその後減少したが、87年でも4200tが使われている。クロシドライトは61～72年までは毎年900t以上消費されたが以後急減している。石綿製品の種類別の生産量の推移を見ると、石綿保温材は71年に2.6万tと最高を記録しているが、近年は著しく減少している。ジョイントシート、石綿紙・板、石綿糸・布も近年は減少傾向にある。しかし摩擦材には減少傾向はみられない。図示したもの他に石綿製品としてはランバー（生産量最高3028

t）、電解隔膜（同じく128t）、ゴム製品（同じく188t）もある。

以上の経過から読み取るべきことの第一は、わが国で以上のごとく石綿の使用が経過する中で、石綿を含む製品の製造、加工、運搬などの際に石綿粉じん暴露された労働者は莫大な数に達していると考えられることである。因みに石綿セメント製品を扱う建設業でみると、昭和62年就業構造基本調査によれば建設業従事男性は480万人であるが、筆者らの協力した全京都建築労組の調査（男性、6500人）では38%、三重県建設労組の調査（男性、7411人）では45%が石綿粉じん吸入が時々以上であると答えている<sup>2)</sup>。窯業建材統計年報には、一部の製品については全生産量に占める中小企業生産の比率が示してある。それによると中小企業のシェアは時期により変化しているが、石綿スレートは16～43%、各種石綿製品は24～64%、石綿円筒は80～89%である。中小企業労働者で石綿に暴露された者の数も相当に多いとみなければならない。

第二は、石綿大量使用は60年代に始まっており、石綿によるがんの潜伏期が一般的には20年以上と長いことを考慮すると、わが国の石綿によるがん多発の幕開けはこれからということである。

第三は、わが国で使用された石綿の種類は、クリソタイルが主であるが、各種石綿製品には現在に至るまでアモサイトも多く使用されており、石綿セメント製品には以前にはクロシドライトも多く用いられていたことである。現在の石綿セメント製品では、壁材、天井材に多用されている石綿セメント珪酸カルシウム板にアモサイトが使用されている。アモサイトとクロシドライトの多用は、それらがクリソタイルに比し悪性中皮腫を生じさせる力が強いとみられている点で注意すべきである<sup>6)</sup>。

第四は、製品によっては代替品の導入により石綿使用量が減りつつも、全体としての石綿使用量はさほど減ることなく現在に至っていることである。石綿による健康障害発見の歴史をみると、石綿肺の世界初の報告は1907年（Murray）であり、27年にはAsbestosisという言葉を使った最初の報告（Cooke）がなされ、43年には石綿肺への肺癌の高率な合併が報告されている。わが国でも既に1937～40年に泉南地域における石綿肺の多発が報告（Wedler）されている。それ以後の健康障害の発見と法規制の経過は図2に併記したとおりである。石綿による健康障害多発の結果、米国では石綿消費量が74年以後急減し、86年には1/7になり<sup>7)</sup>、スウェーデンでも74年から83年の間に1/19に減っている<sup>8)</sup>。わが国で石綿使用が続けられたことは、将来重大な結果をもたらす可



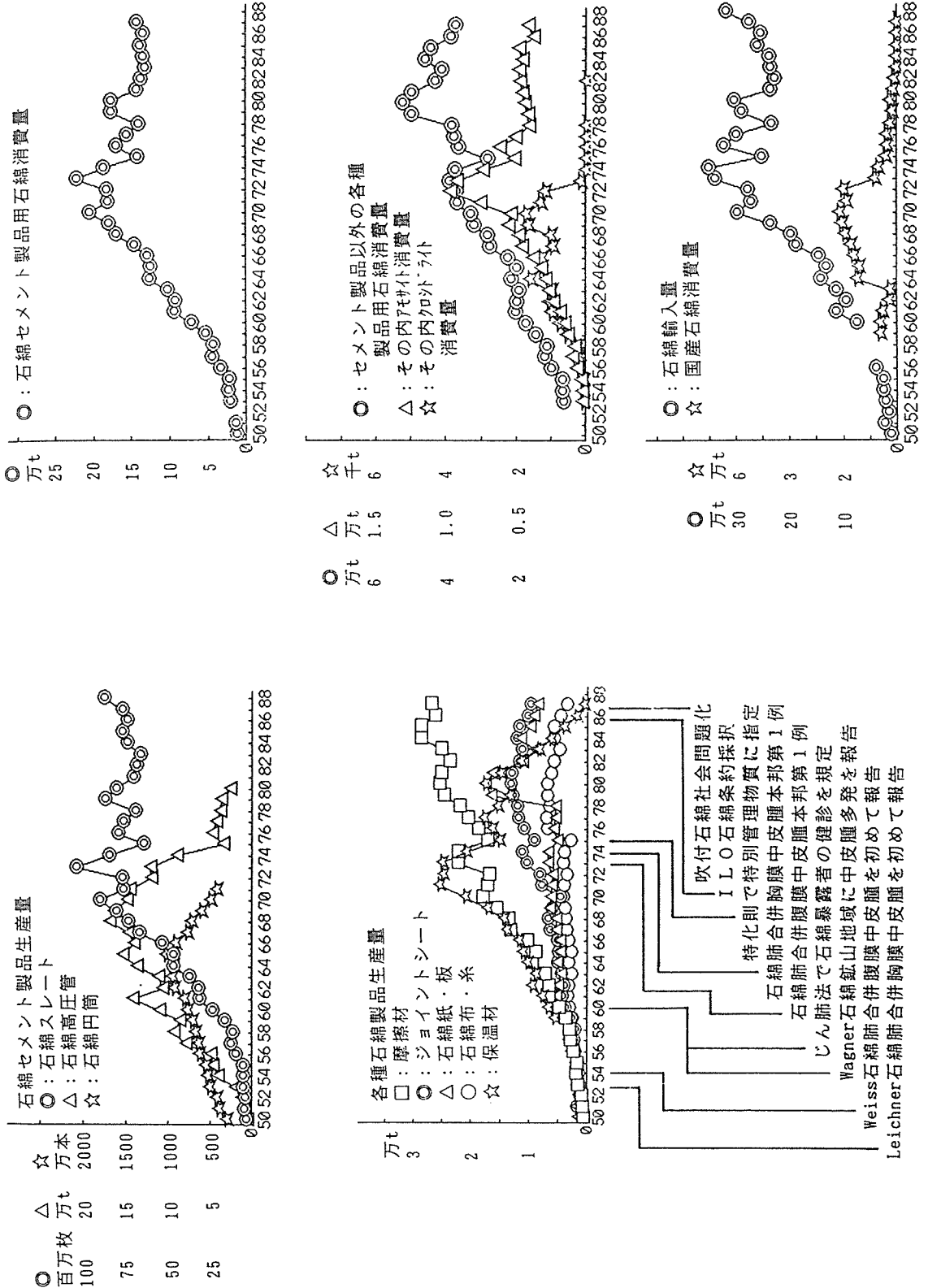


図2 日本における石綿使用と健康影響の報告および法規制の経過

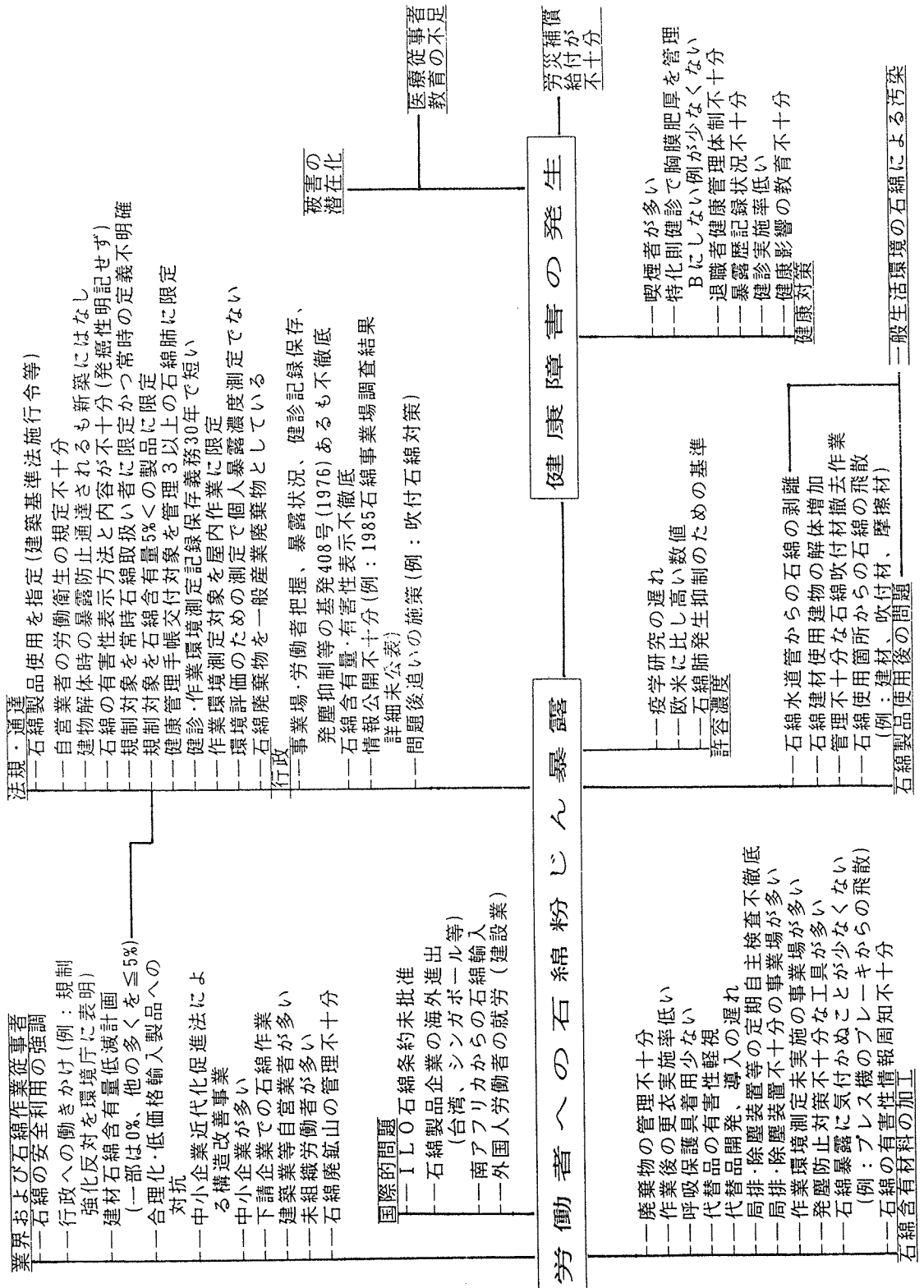


図3 労働者への石綿粉じん暴露と健康障害の発生をめぐり問題点の検討

能性があると思われる。石綿使用経過と有害性報告の歴史は、石綿の健康障害性に関する行政、企業の見込み性の生じた時期、健康障害を回避する注意義務の生じた時期と関連することから、今後わが国でも増加の予想される健康障害に関する訴訟の争点にもなると思われる。

### 3、石綿問題の構造

わが国における石綿による健康障害の発生に係わる問題点をまとめて図3に示した。わが国の石綿問題は、今後多数の健康障害が顕在化するであろう点で、それ自体が大きな問題である。が、それだけでなく、問題を構成する要素を辿ると、有害物使用職場の衛生管理水準の向上、新技術・材料の産業現場への導入のありかた、有害物に関する法規制・行政施策の強化、下請企業・中小企業・自営業における労働衛生活動の推進、国際的な労働衛生問題、潜在被害者救済問題など、わが国の労働衛生の基本に係わる多くの問題が浮かび上がってくる。

例えば新技術・材料の導入のあり方に関する問題を前述の建設業でみると、石綿粉じん暴露を生ずる第一原因は石綿含有建材の使用であるが、そこに作業効率向上を優先させて、粉じん飛散防止措置を欠いた電気のかぎり、電動ドリルなどの工具を導入したことが発じんの高度化を促進していた。筆者らの調査では石綿含有建材の電気のかぎり切断時には、作業者は最高787本/mlの高濃度の石綿粉じんに暴露されていた。わが国の石綿の許容濃度はクロシドライトが0.2本/ml、その他の石綿が2本/mlである。図4に石綿スレート平板の生産量と電気のかぎりの販売台数<sup>9)</sup>との推移を示したが、前者の生産増に伴

い加工工具としての後者の生産も増加した経過がうかがわれる。石綿建材を電気のかぎりで切れば多量の粉じんが飛散することを予見でき、実際そうになっていたにも拘らず、高濃度粉じん暴露が半ば放置されてきたことは大きな問題である。塗装技術の進歩と溶剤暴露、溶接技術の進歩と溶接ヒューム暴露などの問題でみられたのと同根一同質の事象である。従って石綿問題の解決は、労働衛生分野での多くの課題に共通する問題点の解決にも結びつくものであり、石綿問題への徹底的な取組みは、日本の労働衛生水準の底上げと、労働衛生対策が後追いになり健康被害の多発を招く悪循環を断つことにも寄与すると思われる。石綿問題がひとり石綿労働者だけの問題ではなく、わが国の労働者すべてに係わる問題であるとの位置付けを明確にしておくことは重要と思われる。

### 4、健康障害発生状況に係わる課題

労働省発表によれば、1988年の特定化学物質等障害予防規則に基づく石綿特殊健診成績は受診者3.0万人、有所見率0.3%と発表されている。しかし健診から漏れている労働者が多く、わが国の実態を正確には表すものとはいえない。例えば先に述べた建築業においては何等かの健康診断を定期的に受けている者は京都では23%、三重では19%と少なく、石綿特殊健診を受けている労働者はそのまた一部と考えられる。健診漏れの生ずる原因の第一は法規の適用が十分徹底していないことで、特殊健診の義務付けを知っていても実施を怠っている事業主も少なくない。第二は法規による規制の対象が常時石綿を取り扱う者とされており、常時の定義が明示されてい

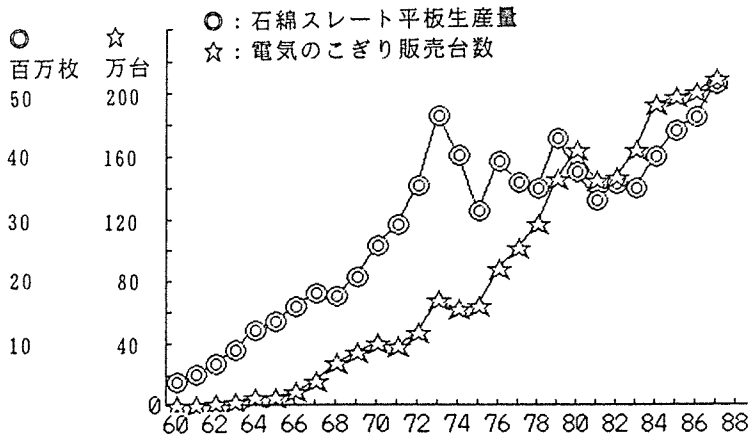


図4 石綿セメント平板の生産量の推移と電気のかぎり販売台数の推移との関係

いため狭義に解釈され、時々あるいは、短時間石綿に暴露される作業員などが健診対象から除かれることである。石綿に暴露される全労働者の把握と健康診断の実施が必要である。

石綿肺の全国的発生状況については、労働省は毎年のじん肺管理区分の決定状況を公表しているが、じん肺の種類別の内訳は発表していないため不明である。

石綿によるがんの発生状況に関しては、業務上と認定された患者の数は労働省の発表により知ることができる(表1)。それによると石綿による肺がん、中皮腫の認定数は、1987年までの合計が76人であり、1984年以降連続して各年の職業がん認定数の10%以上を占めている。これに対し森永(1988)は、8府県の地域がん登録成績において悪性胸膜中皮腫による人口百万対粗死亡率は84年は男性1.80、女性0.74で、いずれも77年の約2倍に増えたと述べ、1977~84年の合計は264人としている<sup>10)</sup>。悪性中皮腫患者中の石綿暴露歴所持者の比率は報告者により異なるが、多くの報告は50%を超える率を挙げている<sup>11)</sup>。この点を考慮するとわが国の石綿による肺癌、悪性中皮腫の患者数は、業務上認定数を相当に上回るものと推定せねばならない。石綿によるがんの潜伏期が長いことからすると職業的暴露のある離・退職者の健康状態の把握と疾病の早期発見は極めて重要であるが、現状では石綿肺管理4で療養中の者の他は、管理3の者に健康管理手帳が交付され、じん肺健診がされるのみである。石綿暴露歴のある全ての離・退職者の把握と健康管理手帳交付範囲の拡大、石綿による健康障害に関する情報の周知は急務である。

## 5、業務上疾病認定に係わる課題

表2に筆者らが愛知県下を中心に収集し、職業歴調査、肺組織内の石綿繊維濃度測定等を行った悪性中皮腫29例(胸膜20例、心膜1例、腹膜8例)と職業的暴露のある肺癌3例の一覧表を示した。

職業歴の聞き取りは患者本人からが11人(34%)で、他は遺族、同僚などからである。中皮腫のうち12例(41%)は職業的暴露の可能性が高い職業歴を有する患者、4例(14%)は石綿暴露の可能性のある職業歴を有する患者、6例(21%)は職業的暴露歴は不明だが、肺内石綿濃度が高い患者であった。以上の3群の合計は22例(76%)となった。中皮腫症例のNo.12と肺癌症例のNo.2は同じ工場からの発生であった。

この調査を通じて感じたことの第一は、前項にも触れた石綿による悪性中皮腫、肺癌の業務上疾病認定例の少なさと患者の掘り起こしの必要性である。現在のわが国では石綿による中皮腫、肺癌の業務上疾病認定基準は基発第584号(1978年)によっている。その内容の要点を表3、表4に示した。この基準によれば胸膜、腹膜の中皮腫と肺癌は、石綿暴露職歴が一定期間以上あり、臨床所見または病理所見で石綿暴露の影響あるいは石綿そのものの存在が観察されれば、他の原因を示す特別の事情がないかぎり業務上認定の対象となり、それ以外の例は個別に因果関係を検討して判断される。表2に掲げた患者の中にも業務上認定の対象となる者が多く存在するが、今のところ認定済みは肺癌の症例No.1のみである。第二は、患者発生職種が多岐にわたることである。建築、造船、電気工事、製鉄所、ボイラーマン、水道工事、鋳物、電気機器製作、保温工、スレート製造などが挙げられ、石綿暴露を伴う多数の職種で患者発生の危険性があることが示唆された。

第三は、本人から石綿暴露歴を聴取することの重要性である。遺族からの聞き取りでは詳しい作業内容は分からないことが多く、石綿暴露歴見逃しの可能性が大きい。この点は暴露歴不明だが肺内石綿濃度高値の例が少なくないことによく表れている。

第四は、調査者側の石綿暴露作業に関する十分な予備知識の必要性である。例えば中皮腫症例No.14の職業は綿布の織布業で一見したところ石綿との職業的接触はないように思われるが、よく聴くと綿糸の整経(経糸をそろえる)工程で糊付けがあり、この際に戦前は増量剤としてタルクを混ぜることがあり、その後の織布の段階で粉じんとして飛散することが判明した。その結果タルク夾雑物としての石綿への暴露の可能性が浮上した。しか

表1 日本の職業がん労災補償状況

年 度	業務上認定され たがんの総数	うち石綿による肺癌 と中皮腫の数(%)
1987	61	10(16%)
1986	64	14(22%)
1985	65	11(17%)
1984	49	7(14%)
1983	68	4(6%)
1982	60	7(12%)
1981	49	2(4%)
1980	40	1(3%)
1979	49	5(10%)
1978	54	4(7%)
1977	45	1(2%)
1976以前の累計	386	10(3%)

表2 名古屋大学医学部衛生学教室で石綿暴露歴を調査した中皮腫および肺がん患者一覧

症例性	年齢	部位	職業歴(石綿暴露の可能性が低い職業歴の記載は原則的に省略した。数字は年齢。)	石綿関連疑う職就業～発症の年数	肺内石綿濃度
<b>A-1. 石綿暴露の可能性が高い職業歴を有する中皮腫患者</b>					
1男	56	胸膜	☆20-22砲兵(取扱品に石綿) 23-25砲兵	36年	++
2男	61	胸膜	12-61農閑期には年60-70日間、建築左官等日雇い 62死亡	不詳	++
3男	73	胸膜	36-62大型機械の変電所への取付け工事の下請 62-73会社設立し同じ仕事 73死亡	37年	++
4男	77	胸膜	27-41製鉄所で鉄溶解関連作業 78死亡	50年	+
5男	48	胸膜	22-44造船所入所。船舶木工に従事 44-49木工作业減り石油プラント等を製造 50死亡	26年	++
6男	78	胸膜	☆25-34, 36-41, 49-55ボイラーマン 55-68主にボイラーマン この間計2年ほど営繕にて工場建築にも従事。スレートも取扱い 78死亡	52年	≐
7男	44	胸膜	☆19-44水道工事業で水道管敷設、切断、維持、補修	25年	≐
8男	52	胸膜	☆20-35電気工。天井裏などの配線。35-52電気工事業自営 52死亡	32年	++
9男	67	腹膜	12-65鋳物屋の小僧から鋳物師。小工場で鋳物の全作業。67死亡	55年	未測
10男	61	腹膜	36-38電動工具修理 41-61電気機器工作自営 62死亡	25年	++
11男	59	胸膜	☆23-58重電機器製作。トランス組立に石綿絶縁紙使用。42歳時に1年間、鉄芯のボルト締めめに石綿ひも使用。	36年	++
12男	51	胸膜	☆32-51スレート板製造工場にて抄造、仕上げに従事。	19年	未測
<b>A-2. 石綿暴露の可能性のある職業歴を有する中皮腫患者例</b>					
13女	62	胸膜	☆21-29パン焼き(石綿手袋使用を記憶) 65死亡	44年	+
14女	78	心膜	12-22, 22-35, 49-78 家業の織布業。綿、合織の織布 78死亡	66年	+
15女	55	腹膜	39-40プレス工 45-55紡績工場精紡保全(26-42夫の左官業を時々手伝い。煙突への石綿巻を数回手伝った記憶あり) 55死亡	29年	+
16男	66	胸膜	☆12-36鋳物工場 64胃癌手術	54年	+
<b>A-3. 職業的 石綿暴露歴は不明だが肺内石綿濃度が高い中皮腫患者</b>					
17男	53	胸膜	21-28歯科医 28-30軍医(内地工場、満州) 30-32時計会社歯科医 32-46大学で結核菌研究 46-64細菌学教授 64死亡	?	+
18女	66	胸膜	結婚-66夫と糸加工業。66死亡	?	++
19女	52	胸膜	38-39ミシン部品研磨 39-52車のサイドブレーキ部品洗浄 55死亡	?	++
20男	55	胸膜	工具(遺族の行方不明にて詳細不明)(本人は長崎被曝者) 56死亡	?	++
21女	56	腹膜	?-23畳屋手伝 23-48洗濯屋下請け、服の繕い 48-54鳥肉屋店員 54-56おにぎり屋店員 57死亡	?	++
22男	58	腹膜	13-21呉服店員 21-38市電車掌 38-39定職なし 39-55銀行庶務係 55-58漁網製造工場寮管理人 61死亡	?	+
<b>A-4. 職業的 石綿暴露歴が不明で肺内石綿濃度も高くない中皮腫患者</b>					
23男	47	胸膜	15-30鉄道車両製造工場で鉄板の切断、溶接、研磨 49死亡	?	≐
24女	79	胸膜	☆50-60電柱足場製造(磚子管にセメントを詰めボルトを差込む)	?	≐
<b>A-5. 職業的 石綿暴露歴が不明で肺内石綿濃度未測定の中皮腫患者</b>					
25男	64	胸膜	36-55自動車製造工場工具(作業内容不詳) 55-64プレス工 64死亡	?	未測
26女	60	胸膜	(18-21夫が造船所事務) 23-29塗装業、鋳物錆取り 67死亡	?	未測
27女	58	腹膜	21-61主婦(21-39夫が鉱山、39-58化学会社。共に非現場) 61死亡	?	未測
28女	62	腹膜	10-20絹の製糸 20-71農業 71死亡	?	未測
29男	27	腹膜	15洗濯業見習 15-20製糸工具 20-27ビール工場で洗塩 27死亡	?	未測
<b>B. 石綿暴露の可能性の高い職業歴を有する肺癌患者</b>					
1男	67	左肺	27-43石綿保温工事 43-64保温工事業自営 62胸水 67肺癌発見 67死亡。石綿肺合併。	40年	++
2男	84	左肺	☆55-65スレート製造工場で石綿入り南京袋の開袋、ミキサーへの投入。83胸水発見 84額の皮膚扁平上皮癌切除。84肺癌(腺癌)発見。84死亡。石綿肺合併。	29年	++
3男	70	左肺	☆29-40製鋼所でスクラップ電気溶解。10m程離れた造塊職場で石綿使用あり 40-48別の製鋼工場で鋳物の砂落とし。砂中に石綿混入あり 65胃癌手術 70肺癌発見、手術。胸膜肥厚合併	41年	≐

(注) ①☆: 本人からの職業歴聴取。②肺内石綿濃度: 筆者ら測定した石綿起因性疾患以外の疾患で死亡した一般患者21人の肺組織内石綿線維濃度は肺組織乾燥重量1g当り平均274万本で、平均値の95%信頼限界の上限は476万本であった。本表ではこの上限以下の濃度の場合≐、上限を超えた場合+、平均値の10倍を超えた場合++、濃度未測定の場合「未測」。

表3 石綿による悪性中皮腫の業務上認定基準の要点(基発第584号)

石綿暴露 5年以上+石綿肺	+胸膜または腹膜の中皮腫=業務上
石綿暴露 5年以上+病理所見	+胸膜または腹膜の中皮腫=業務上
	(肺のび慢性線維性増殖)
	(胸膜肥厚)
	(肺に石綿または石綿小体)
胸膜、腹膜以外の心膜等の中皮腫=作業内容、従事歴、医学所見を添えて	
本省にりん伺	

表4 石綿による肺がんの業務上認定基準の要点(基発第584号)

石綿肺	+肺癌=業務上
石綿暴露10年以上+臨床所見	+肺癌=業務上
	(肺の持続性捻髪音)
	(胸膜肥厚)
	(喀痰中石綿小体)
石綿暴露10年以上+病理所見	+肺癌=業務上
	(肺のび慢性線維性増殖)
	(胸膜肥厚)
	(肺に石綿または石綿小体)
短期高濃度暴露+肺癌=作業内容、従事歴、医学所見を添えて	
本省にりん伺	

し本例は織布業を継いだ長男からの聴取であったため患者の当該作業における暴露の有無を確定することはできなかった。石綿の用途は広範であり、時代と共に変化しているため職種毎にどこで石綿に暴露されるかをまとめた資料の整備が今後は必要である。

第五は、肺内石綿繊維濃度の測定的重要性である。表2の石綿暴露歴不明で石綿濃度未測定のもの5例も、測定ができれば暴露歴を明らかにできる可能性がある。現在わが国では肺内石綿濃度を測定できる機関は少なく、測定体制の拡充が急がれるべきである。

第六は、中皮腫、肺がん以外の悪性腫瘍と石綿暴露との関係の解明の必要性である。中皮腫の症例No.15と肺がんの症例No.3では胃癌の発生も見られ、手術切除した胃の組織からも石綿が検出された。現在のところ胃癌のほか喉頭癌、大腸癌なども石綿暴露との関係が動物実験、疫学調査により議論されているが、未決着の懸案となっている。

## 6、疫学調査と今後現れる健康影響の把握に係わる課題

石綿の有害性に関する認識が深まり、一般市民、労働組合レベルでの石綿問題への取り組みが進むなかで、行政、

業界のレベルでも従来からの特定化学物質等障害予防規則などの法規に従った対策に加えて新たに種々の対策が講じられてきた。そのなかには、建物解体・改修工事における石綿暴露防止、吹付石綿の劣化・損傷などにより生ずる石綿暴露防止、スレート建材、パルプセメント板、スラグ・石膏板の石綿含有量低減計画などが含まれている。しかし重要でありながら取組みの遅れている課題も存在する。その第一は、石綿の健康影響に関する疫学調査である。石綿の種類、暴露濃度、暴露期間と健康影響との関係を明らかにすることは、石綿の種類と有害性との関係の解明、許容濃度の低減、被害の大きさの把握、胃癌などとの因果関係の検討をするうえで重要である。現在筆者らは、全京都建築労働組合、三重県建設労働組合と協力して建築現場で石綿暴露を受けた労働者における健康障害の発生に関する疫学調査に着手しているが、わが国には石綿製品製造工場、造船、鉄道、港湾荷役などに多数の石綿暴露歴を有する労働者集団が存在しながら疫学調査はごく少ない。

第二は、今後増加するであろう健康障害の把握の基礎となり、疫学調査のためにも欠くことができない資料の保全である。特定化学物質等障害予防規則では作業記録、作業環境測定記録、健診記録の30年保存を義務付けてお

り、また1976年の基発第408号「石綿粉じんによる健康障害予防対策の推進について」では、各労働基準局に過去に取扱った事業場、下請企業を含めた石綿事業場を把握し、関係事業場に石綿に暴露された在職者および退職者の暴露状況、健診結果などの資料を保存するように指導することを通達している。しかし筆者らが自動車摩擦材再生加工業、建材加工業、建築業などで調査した経験では、この通達の履行状況は不良である。前述の筆者らと建築関係労働組合との協力に基づく調査では、今後石綿暴露と健康状況に関する必要な資料の整備、保存を進めることになっているが、このような取組みは全ての石綿職場に必要であろう。労働者の側で可能なかぎり入手して保存すべき資料としては、プライバシーの保護を前提とした上で、表5に示した項目が挙げられる。わが国の現在の石綿暴露状況からすると、これらの資料は将来必ず役立つと思われる。

表5 石綿取扱い職場・職種で保存すべき資料

1. 各年度の労働組合員名簿、従業員名簿
2. 労働者の氏名、生年月日、本籍地、作業歴、石綿暴露状況、健診結果、喫煙歴、飲酒歴
3. 作業環境測定・石綿暴露濃度測定結果
4. 事業所の石綿あるいは同製品の取扱い作業内容、使用・生産・加工量、
5. 葬祭費支給申請書、死亡診断書
6. 可能であれば死亡者の健康保険診療報酬請求明細書

## 7、むすび

Nicholson(1982)は、米国における職業性石綿暴露が1980年以後中止されたと仮定して、それ以前の石綿暴露による中皮腫の発生は2000年、肺がんの発生は1987年にピークを迎えると推定している<sup>12)</sup>。実際には1980年以後も量は減ったが石綿は使われており、患者発生のピークは後にずれる可能性があるが、米国環境保護局は1997年までに石綿使用をほぼ全面的に禁止する方針をうちだしている。日本ではどうすべきであろうか。これ以上の石綿暴露を可能なかぎり防止し、労働者の健康を保護すべく、労働者の運動と医療従事者、研究者の連携のもと石綿問題への取組みが多面的かつ強力に展開されることを期待したい。

## 文 献

1. 特集 '89アスベスト対策、建築仕上技術、1989:14, 43-71.
2. 久永直見、酒井潔、環境管理と作業管理、アスベストに挑む三管理(島正吾編)、中央労働災害防止協会、1989:118-157.
3. 各年度の日本貿易月表などによった。
4. 1983-87は窯業建材統計年報、1982年以前は建材統計年報によった。
5. 環境庁大気保全局大気規制課、アスベスト排出抑制マニュアル、ぎょうせい、1985.
6. *Environmental Health Criteria 53, Asbestos and other natural mineral fibers.* Geneva: WHO, 1986: 115-119
7. 次の2文献に記載された統計値から計算した。  
Castleman, B.I. The legacy and the challenge. In: *Asbestos: medical and legal aspects.* Clifton: Law and Business, Inc., 1986: 607-650.  
久保木昭、石綿代替品の産業利用状況、アスベスト代替品のすべて、日本環境衛生センター、1989: 3-34.
8. アスベストによる健康・環境破壊防止の対策、月刊いのち、1989:23:(6), 3-25.
9. 機械統計年報によった。
10. 森永謙二、石綿がんの現状と展望、日本災害医学会会誌、1988:36, 361-365.
11. 森永謙二、中皮腫、石綿・ゼオライトのすべて(横山邦彦編)、日本環境衛生センター、1987: 260-283.
12. Nicholson, W.J. et al. Occupational exposure to asbestos: population at risk and projected mortality-1980-2030. *Am J Ind Med* 1982: 3, 259-311.





# JR 東日本の労務政策と労働負担意識および主体意識

千 田 忠 男 (杏林大学医学部衛生学教室)

## Labor management and the awareness of work load among workers in East JR.

—A study on workers who have been forcibly reassigned from their original jobs to the division for the segmenting of scrapped vehicles.—

T. Chida (Department of Hygiene, Kyorin University School of Medicine)

### I. はじめに

国鉄が分割されて民間企業体に移行して2年以上経過した。この間に労働条件の大きな変更があったことは明らかであり、その詳細について労働衛生学・社会医学上からも重大な関心がもたれている。というのは、国鉄はこの領域におけるわが国の一方のリーダーシップを発揮してきたし、他方、国鉄労働組合も職業病調査団を組織して「国鉄の安全と健康—その社会医学的カルテ」<sup>(1)</sup>等を発行し、継続的な安全衛生活動の展開をはかってきた<sup>(2)</sup>と考えられるからである。

このような時に、JR 東日本が廃車等を解体する作業（以下単に解体作業）を開始し、同時に解体作業にともなう安全衛生上の危険性が指摘された<sup>(3)</sup>。さらに筆者なりの調査を実施して、JR 東日本の採用する労務政策によって特異な問題状況が発生していることを明らかにしてきた<sup>(4)</sup>。

他方、労働者の心身の状態と労働そのものを労働者自身がどのように認識するかをめぐって、「労働負担意識」概念が提案され<sup>(5)</sup>、その有効性についての検討が期待されている。

そこで、JR 東日本のとる労務政策によって、労働者の労働負担意識がどのように形成されているかについて、解体作業に従事する作業者を対象とした調査結果から検討したので、報告する。

### II. 方法

調査方法は聞き取り・観察調査と、調査票による調査の二つによった。聞き取り調査は1987年8月から翌年の11月まで、各作業班ごとに組織される職場委員12名を対象者とし、9回行った。同時に観察調査を3回実施し、あわせて職場委員の主催する職場集會に出席し、討議状

況を聴取した。

他方個人調査票を独自に作成し、1988年8月に国労、全動労組合員を対象に配布して記入を求めた。回収数は93通、回収率は100%であった。

調査票の中で、「廃車解体・皮はぎ作業で、最もつらいと思われることはなんですか。二つまで記入して下さい」と「国鉄やJRの労務政策があなたの家族の生活に影響したことはありますか。もしあれば、二つまで記入下さい」、および「廃車解体・皮はぎ作業期間に、あなたの健康や職場環境改善で会社が行ったことのうち、よかったあるいはひどかったと思われること等で、特に印象の残ることを三つまで記入ください」とする設問に対する自由記入回答をもとめ、作業者の労働負担意識とした。

また「廃車解体・皮はぎ作業期間に、あなたの健康や職場環境改善で組合がすすめた運動のうちよかったあるいは特に印象に残ったことを三つまで記入下さい」および「国労の対応について、あなたの家族で話題になったことはありますか。もしあれば、話題になった時期と内容を二つまで記入ください」にたすいる自由回答を求め、作業者の主体意識を検討する素材とした。なお他に、作業者の火傷や外傷の受傷の実態、作業者の職歴と組合役員歴等を明らかにする質問を設けた。

### III. 対象作業と配置された労働者の特性

労働負担意識や主体意識は作業の特性に対応して形成される。よってまず作業の特性を聞き取り調査と調査票による調査結果から概説する。詳細は文献4に示した。

#### 1. 解体作業の実態

解体作業は大きく二種類に分類される。ひとつは不用になった貨車や電車等の廃車をガスバーナーで熔断する

作業（廃車解体）であり、もうひとつはケーブル線の被覆をはぎとって銅線を再生用にとりだす作業（皮はぎ）である。

廃車解体は、主に貨車をプロパンガスのバーナーで小片に切断する作業であり、大体3-4日で1輻解体する。切りとられた鉄クズの小片は二人がかりでようやく持ち上げられるほどの重さであり、それをフォークリフトで運搬する。作業場は操車場や駅構内の一隅で、作業者全員が安全靴をはき、また熔断作業者は防護服とゴーグル（保護眼鏡）、防塵マスクを装着する。作業者数は最盛時で120名前後である。

皮はぎ作業は、1m位に切断したケーブルの被覆に、約15cmの大型カッターナイフで切り込みを入れ、それを手ではぎとる作業である。

## 2. 健康障害の可能性と安全上の問題点

聞き取り調査から、これらの作業に安全衛生上の問題点があると考えられた。そのうち有害物による健康障害の可能性についてみると、熔断作業中に塗料に含有される有害物<sup>(6)</sup>が飛散する危険、エポキシ樹脂等の用いられた車輻熔断時に刺激性のガスが飛散する危険、特殊な車輻に使用されているアスベスト等の有害物が解体時に飛散する危険、などを指摘できる。

また夏の暑熱と冬の寒冷も問題である。

安全上では、重量物の運搬による外傷や腰痛発生の危険、ガスバーナーによる火傷等の発生の危険、安全作業手順の指導が不足すること等を指摘できる。

さらに皮はぎ作業では、過度の負担による上肢の機能障害が予測された。

これらの危険を調査票による調査で確かめてみると、次のようであった。

すなわち火傷や外傷または労働災害性の疾病を受傷した例を調査票からみると、火傷を受傷したと記載する例は36名40件みられ、外傷をうけた者は8名13件、打撲は12名、眼に異物（鉄粉）がはいって受傷した者は11名、頸肩腕障害などの上肢の機能または器質障害は5名、腰背部の障害は3名であった。上肢の障害を訴える例は5名のうち通院治療した例は2名であった。また腰背部の障害は3名のうち通院治療した者は2名であった。

以上から、火傷・外傷等の障害がきわめて高頻度で発生していることが知られる。

## 3. 「問題」状況はなぜ生じたか？

ところで、なぜこの種の問題が発生したかが疑問になった。というのは、こうした問題状況は国鉄時代の労

働安全衛生活動の水準にくらべるとはるかに後退した事態といえるからである。これを理解するために、解体作業班が形成された端緒とその後の経過を調査票による調査からみると、次のようであった。

まず、対象者の属性をみると、1985年12月以前の職名が「車輻の検査・検修の業務」とする例が86名と圧倒的に多く、またその業務（本来業務）をはずされた時期は1986年1-3月に始まり、7-9月ごろから激しくなり、1987年6月ごろまで続いている。

本来業務をはずされてから解体作業に従事するに至る途中の経過をみると、「特修班・クリーン班」が46名（49.5%）ともっとも多く、次いで「人材活用センター」を経由する者26名（28.0%）、広域採用10名、要員機動センター6名、直接の配置替え5名であった。

さらにこれらの組合役員歴をみると、「分会・同青年部の三役経験者」35名（37.6%）、「分会・同青年部執行委員経験者」27名（29.0%）、「支部・同青年部役員経験者」が14名（15.1%）見られた。分会は国鉄労働組合の基礎組織であり、分会役員はその指導者層である。

こうしたことから「問題」状況は、分会指導者層がJR移行を目前にして本来業務をはずされ、人材活用センター等を経由して解体作業班に配置された、配置先の職場で労働安全衛生上の配慮が欠けていたことなどから生じた、と判断される。

## IV. 解体作業に従事する労働者の労働負担意識

### 1. 作業で「つらい」こと

「廃車解体・皮はぎ作業の内容で、最もつらいと思われることはなんですか。二つまで記入ください」とする回答をみると、表1に示すようであった。おおまかに、(A) 作業そのものや環境条件についての内容、(B) 作業の目的や作業組織の編成と労務政策にかかわる内容のふたつに大別される。なお以下で紹介する項目は、記入内容を筆者の判断で要約したものである。

作業そのものや環境条件についての内容（表1の(A)）を見ると、「夏の暑さや冬の寒さがきつい」（56件、以下同じ）、「ほこりや有害物による健康障害が心配される」（12）、「火傷をする」（4）、「重量物の運搬をする」（5）、「不自然な姿勢や無理な力作業」（12）、「危険な作業で環境がわるい」（2）、「工具機械が不備で重激な作業になる」（3）、「通勤に遠い」（1）等であった。暑熱寒冷、有害物や火傷、重量物運搬等の無理な力仕事などの点で非人間的労働の特性があらわれていると感じとられていることが知られる。

表1 解体作業で「つらい」ということ

区分	(件数)
A. 作業条件や作業環境の面でつらいことがある	
A-1: 夏の暑さと冬の寒さがきつい	56
A-2: 粉塵や有害物による健康への影響が心配される	12
A-3: 火傷をする	4
A-4: 重量物の運搬をする	5
A-5: 不自然な姿勢や無理な力作業	12
A-6: 危険で環境がわるい	2
A-7: 工具機械が不備で重激な作業になる	3
A-8: 通勤に遠い	1
B-7: 仕事についてなにも教えてくれない	1
B. 解体の作業の目的や、隔離されていることがつらい	
B-1: 本来業務はずしの見せしめのための作業である	11
B-2: 隔離されている	4
B-2: 無意味で社会的価値のない仕事だから	5
B-3: まだ使用できる車輛を解体する	6
B-4: 将来展望のない仕事だから	3
B-5: 経験や技術的能力が生かされない	5
B-6: 病気で不適とされ、解体班にいながら解体作業をあたえられていない	1

次に作業の目的や作業組織の編成と労務政策にかかわる内容を見ると、「本来業務はずしの見せしめのための作業についている」(11)、「隔離されている」(4)、「無意味で社会的に価値のない仕事についている」(5)、「まだ使用できる車輛を解体する」(6)、「将来展望のない仕事だから」(3)、「経験や技術的能力が生かされない」(5)、「病気で作業不適とされ、解体班にいながら解体作業をあたえられない」(1)、「作業について(上司が)なにも教えてくれない」(1)等となっている。

## 2. 自分と家族の生活への影響

「国鉄やJRの労務政策があなたの家族の生活に影響したことはありますか。もしあれば、二つまで記入してください」の回答をみると、表2に示すようであった。

まず雇用の継続についての不安がみられる(表2の項目(A))。また本来業務をはずされたことによる配置転換(B)、賃金の低下(C)、宿舎確保の困難(D)、子供に親の仕事を誇りをもって説明できなくないこと(E)、差別攻撃からくる不安と家庭不和(F)など、労働と家庭生活の全般にわたって深刻な事態が生じたことを反映する内容となっている。

表2 家族や家庭生活への影響について

区分	(件数)
A. 雇用継続の不安について	
A-1: 「クビになるから国労をやめてくれ」	2
A-2: クビになるという不安がつつ	2
A-3: クビになる不安についてよく話しあった	6
A-4: クビになる可能性について話しあった	5
B. 配転による不安や心配から家庭生活に困難が生じた	
B-1: 家庭生活が困難になった	5
B-2: 苦痛や心配をもたらした	13
B-3: 通勤時間が長くなって保育園の送迎ができなくなった	2
B-4: 通勤時間が長くなって家族が大変になった	12
B-5: 住宅の確保が困難になった	3
B-6: 配転に応ずるかどうかが家族で話しあった	3
C. 配転による賃金の低下について	
C-1: 手当類で2-3万円の減収になった	8
C-2: 手当の減収で家計負担がふえた	3
C-3: 減収で共働きが不可欠になった	1
D. 宿舎の確保が困難になった	1
E. 子供の教育で困難がでた	4
F. 差別攻撃についての不安から家庭不和になった	2

雇用継続の不安(A)の内容をみると、家族から「クビになるから国労をやめてくれ」(2)といわれるような直截な形で話題になる例もみられ、「家族の不安がつつ」(2)、「クビになるかもしれない不安を家族と話しあった」(6)、「雇用の問題で家族と話しあった」(5)等がみられる。

労働条件の変更(B)については、本来業務から配置転換されることで、「家族に不安や苦痛が生じ、家庭生活に困難が生じた」(13)、「通勤時間が延長し、保育園の送迎ができなくなり、家族の生活リズムがくるってしまった」(12)等が特徴的であり、そのほかに配置転換に応ずるかどうかを「家族で話しあった」(3)、配置転換により「住宅の確保が困難になった」(3)等がみられた。

また本来業務をはずされることによって「手当等で2-3万円の減収になる」(4)、「家計の負担が増えた」(3)、「減収で妻の共働きが不可欠となった」(1)などの認識もみられる。

宿舎については、「宿舎の確保に困難」をきたしている例(1)もみられた。

### 3. 将来の不安について

家族の間に将来に対する不安が生じたとする例もみられ、「つねに将来の不安がある」(4)とする例や、「このような状態で健康に自信がもてなく不安になってくる」(2)、「家庭の将来設計ができなく不安になる」(2)等がみられる。

### 4. 原因に関する労働負担意識

このように認識される状態の原因について、対象者の認識を、「廃車解体・皮はぎ作業期間中に、あなたの健康や職場環境改善で会社が行ったことのうち、よかったあるいはひどかったと思われること等で特に印象に残っていることを三つ記入して下さい」とする自由記入回答からみると、次のようであった。

その結果は、おおまかに五つに分類され、(A)労働条件、労働環境条件について会社のやり方がひどい(109)、(B)配置や健康などの労働者管理のやりかたがひどい(33)、(C)仲間同士の交流ができた(2)、(D)会社は何もよいことをしていない(3)、に区分される。

これらの詳細は先に「つらい」こととして述べられる内容と概略同じであるが、ここでの特徴をあげれば、原因についての認識の仕方にニュアンスの違いがみられることである。すなわち、(1)会社が危険防止対策を何もしてくれなかった、(2)会社が危険でつらい作業を不備な条件で強制した、(3)会社が労働者に敵対的な行動をとった、(4)会社が何もしなかったので、自分達で独自の工夫をした、と区分される。同じ原因に対する認識でありながらも、その間で消極的な表現から積極的な表現までが分布している。これは原因に関する認識の発展過程のモデルを提示している、と考えられた。

### 5. 労働負担意識の特徴

現実の労働そのものや労働条件、労働環境条件に対して労働負担意識をもつと同時に、本来業務をはずされて隔離されるという労務政策上の措置に対しても「つらい」と訴えていることが特徴的である。このことは反面、「つらい」作業となっているその原因の一つが隔離を中心とする労務政策にあるとする認識が形成されていることをうかがわせるものである。

ところで、こうした労働負担意識や労務政策に対する意識は、当然にも、作業者の主体意識の形成と深くかかわっていると予想される。そこで次に主体意識について検討しよう。

## V. 主体意識

### 1. 「組合運動で特に印象に残ること」

ここで、現状に対する価値判断を含む主体としての一般的な態度を主体意識とし、この場合には「組合運動で特に印象に残ること」「国労の対応について家族で話題になったこと」等の自由記入回答から推察される本人の態度を意味する。すなわち、解体作業と労務政策にかかわって「つらい」ことを意識する一方で、労働組合の要求運動をすすめることによって、いわば「つらい」ことを乗り越えていると考え、そのバネとなる意識を明らかにしようとする。

そこで組合運動で特に印象に残ることとして記載を求めた回答をみると、表3に示すとおり、(A)要求運動を前進させてきたことと、(B)要求そのものが解決されてきたことおよび(C)「もとの職場に1名を戻すことができたこと」の三つに大別できる認識内容が得られた。

すなわち第一に要求運動の前進の面で見ると、「アスベストや鉛等による健康障害についての学習会をすすめ、安全と健康問題にたいして知った」(16)、「安全と健康の問題を(組合が)本格的にとりあげた」(6)、「有害物対策を要求した」(8)、「有害物取扱作業について労働基準監督署への申告と現場調査等を実現させた」(4)。「解体作業についての団体交渉を行った」(7)、「労災認定の運動をすすめた」(1)、「労災問題でマスコミや国会でもとりあげられるようにした」(2)、「地域での支援・共闘の運動をすすめた」(5)、「駅頭や地域での宣伝を行った」(5)、「解体連を結成して独自の運動をすすめた」(10)等がみられる。労働衛生活動の水準からすればごく初歩的な要求課題であっても、課題に応じた努力がなされてことについて確信を深めている様子うかがえる。

第二に要求自身の前進的解決がはかられたこととして「休憩所を作らせた」(5)、「有害作業での保護具を実現させた」(4)、「作業のやり方や作業時間の配置を変えさせた」(8)、「アスベスト取扱作業を中止させた」(8)、「健康診断を実施させた」(8)、「環境調査を実施させた、(しかしその結果を公表させるにはいたらなかったが)」(5)、「水道施設を改善させた」(5)、「改善要求がとまらない場合には、自分達で調達した」(3)「作業条件を改善させた」(5)、「足場や通路の安全を確保させた」(2)等であった。実現された要求はごく初歩的な内容であるが、ここで注目すべきことは上述の要求運動の展開によってはじめてそれらの要求が実現さ

表3 解体作業について労働組合がすすめた運動で特に印象にのこること

区分	(件数)
<b>A. 要求運動が前進したこと</b>	
A-1: アスベスト・鉛の学習会を行い、安全と健康問題について知った	16
A-2: 安全と健康の問題を本格的にとりあげた	6
A-3: 有害物対策を要求した	8
A-4: 有害物取扱作業について、労働基準監督署に申告して現場調査を実現させた	4
A-5: 解体作業についての団体交渉を行った	7
A-6: 労災認定の運動をすすめた	1
A-7: 労災問題でマスコミや国会にもとりあげられるような運動をすすめた	2
A-8: 地域の支援や共闘をすすめた	5
A-9: 駅等や地域での宣伝を行った	5
A-10: 解体連を結成して、独自の運動をすすめた	10
<b>B. 要求が前進した</b>	
B-1: 休憩所を作らせた	5
B-2: 有害作業の保護具(保護眼鏡)を配備させたこと	4
B-3: 作業のやり方や作業時間の配置を変えさせたこと	8
B-4: アスベスト取扱作業を中止させたこと	8
B-5: 健康診断を実施させたこと	8
B-6: 環境調査を実施させたこと	5
B-7: 水道設備を改善させたこと	5
B-8: 改善要求がとまらないものは自分達で調達したこと	3
B-9: 作業条件を改善させたこと	5
B-10: 足場、通路の安全を確保したこと	2
C. もとの職場に1名を戻すことができたこと	2

れたと認識していることである。

第三に「もとの職場に1名を戻すことができたこと」(C)については、解体作業班に配置された者のうち1名は通勤に長時間かかることになり、父子家庭であるという家庭事情から人権にかかわる問題が発生し、その点からも「元の職場に戻す」という要求運動が特に強く展開されたものであった。このことが作業者に強い印象をあたえている。

ここでの特徴を要約すると、労働における安全と衛生

確保のための初歩的課題をとりあげて要求運動をすすめたこと、そうした要求運動があつてはじめて要求の解決がはかられたこと、そして要求運動が隔離を中心とするJR東日本の労務政策と対峙せざるをえないことなどの状況を認識していることを指摘できる。

2. 国労の対応や家族の理解について

上記のような事態が進行するなかで、国鉄労働組合が方針上の一定の選択を行う時期があり(たとえば修善寺全国大会)、またそれにともなって本人がどのように対応するかについて選択をせられた時期も繰り返生じ、さらにそれらのことについて家族の間で話題になったと考えられた。そこでその内容を調査票の「国労の対応や本人の態度について家族で話題になったこと」の記入内容からまとめると、表4のようであった。

表4 国労の対応や本人の態度について家族で話題になったこと

区分	(件数)
<b>A. 職場の仲間のことが話題になった</b>	
A-1: 自殺した仲間や知人について	3
A-2: 国労を脱退した仲間について	2
<b>B. 国労の選択した方向性について</b>	
B-1: 国労のやり方にういての不安について	3
B-2: 国労を選択した方向性について	4
B-3: 国労のやり方が信頼されている	6
<b>C. 修善寺大会について</b>	
C-1: 修善寺大会で闘う方向を選択したことについて	2
C-2: 修善寺大会における政治的背景について	4
C-3: 修善寺大会のこと	4
<b>D. 本人の対応についての家族の理解や支持</b>	
D-1: 心配することは家族にしゃべらない	2
D-2: 理解して応してくれる	6
D-3: 毎日話しあっている	2
D-4: 国労でやる意義を話しあっている	2
D-5: 理解されず話しにならない	1
D-6: 家族の間で口論や不和になる	2
E. 闘争処分の賃金カットが救済されていないこと	2
F. 分割・民営のやひかたについて	2
G. JRの国労差別がひどいこと	1

その一つは国労組合員である職場の仲間についての話

題であり、職場の仲間や知人の自殺や健康障害にふれている例(3)、国労脱退にふれる例(2)がみられる。また国労の路線の選択についてふれる例は、国労の選択した方向についての家族の不安や心配(3)、国労の方向性そのものが話題になった例(4)、国労のやり方が信頼されている例(6)等がみられる。この頂点として国労の方向性を最終的に確定した修善寺大会のことが家族の間で話題になり(4)、その時に選択した方向性についても話しあわれ(2)、その背景の政治的動向も話題となっている(4)。

国労の選択した方向性と同時に、それにとまなう本人の選択や態度、対応について家族の間で話題になっていることも特徴的であり、「(妻に)理解されており、支援の活動をしてきている」(6)、「毎日よく話しあっている」(2)、「国労の方向とともに本人の態度についても話しあっている」(2)等がみられる。その反面「心配させることはしゃべらない」(2)、「理解されずに話しにならない」(1)例もみられる。

国鉄・JR東日本の採用する労務政策との関連で仲間の自殺や健康障害、国労脱退について話しあわれ、また国労全体の方向性と本人、家族の態度選択が一体のものとして把握されていることがうかがわれる内容である。さらに本人の態度について家族内で深刻な話題となったことは明らかであり、大部分の例で本人の選択に家族の理解と支援があったと認識していることが知られる。

以上から、自分の本意にそぐわない強制的配置転換によって労働と家庭生活が根底から覆されたこと、それによって深刻な影響が現実が生じていることなどを反映する認識を形成し、また国労の方向性を支持するとともに、要求運動等の労働組合運動のなかで主体性が発揮されると認識されていること、などを示していると判断された。

## VI. まとめ

労働負担意識は、斉藤<sup>(5)</sup>により提案された概念であり、その要点は次のように述べられている。

「毎日の労働を通して、私たちはそのつらさの経験、……が積み重ねられていく。そして、一方、さまざまな労働の実態や労働条件についての知識を獲得していく。このような経験や知識をもとにして、私たちには、自分の行っている労働の内容や労働条件について、それをつらさの点から検討、評価する認識能力が形成される。これを……『労働負担意識』と呼んで(いる)。」そして労働負担意識の内容は、全体的な負担感、生活影響の認識、将来の見通し、他職の負担の認識、労働諸条件の比較、

原因の認識、改善要求の認識等からなるとされている。

今回の調査で対象者から求めた回答は、単に作業の内容について「つらい」と思うことおよび家族の生活への影響を自由記入の形式で求めたもので、内容の指定は特にはしなかった。その内容をみると、労働そのものや労働条件に対する負担意識とともに、労務政策に対する認識も同時に表明されるという特徴がみられた。そこで、労働そのものと労働条件にたいする負担意識は、同時に労働者の主体意識の形成と密接なかわりをもつと考え、主体意識を組合のすすめる要求運動や労働組合の採用する方向性等に対する態度の面から検討した。それを見ると、労働組合の要求運動によって主体性が実現するととらえられている認識がみられる、と考えられた。

これまでに筆者は、労働衛生活動は労働者の側からの活動が推進力となって前進すること、それは労働者の側からの要求運動としてすすめられること、などを確認してきた<sup>(2,7)</sup>。

ここではさらに、要求運動の背景として労働負担意識に注目する必要があること、および労働負担意識の形成には主体意識がかかわること、等を確認した。しかしなお、労働負担意識そのものを一般性をもつ形で検討することは不十分であった。この点での今後の検討が期待される。

## 文 献

- 1) 国労医師団編：「国鉄の安全と健康—その社会医学的カルテ」、笠原書店、東京、1985。
- 2) 千田忠男：有機溶剤暴露防止技術の発達過程に関する事例研究、労働科学、61、391-402、1985。
- 3) 国労文化編集部：貨車解体の問題点、国労文化調査版、174、20-33、1987。
- 4) 千田忠男、J R 東日本における労働の安全と衛生の後退、いのち、23 (11)、24-34、1989。
- 5) 斉藤良夫：疲労、青木書店、196-211、1981。
- 6) 松藤元、他：車輻工場塗装工の作業環境と血液学的調査結果並びにその逐年経過、鉄道労働科学、13、1-26、1960。
- 奥一郎、他：塗料中の有害含有量と、車体外板塗装作業および研磨作業時に作業員および環境中に及ぼす影響、交通医学、33 (6)、428、1979。
- 7) 千田忠男、とう洞内作業でのガラス繊維による皮膚障害へのとりくみ、いのち、22 (10)、32-37、1988。

# 東南アジアの工業化と働く人々の健康

—タイを事例として—

川上 剛 (労働省産業医学総合研究所)

## Rapid Industrialization and Worker's Health —A Case Study in Thailand—

T. Kawakami (National Institute of Industrial Health)

### 1. タイにおける工業化と労働安全衛生の現状

わが国はその急速な工業化によって、一方で工業化にともなう生活水準の向上を享受しながら、他方で深刻な公害、労働災害、職業病、さまざまな社会矛盾に直面してきた。現在、アジアの多くの国々でも工業化が進められている。この過程において、わが国が経験したような公害及び労働安全衛生上の諸問題がこれらの国の人々を襲う危険は大きくすでにインドのボパールにおけるような悲劇も報告されてきた。タイは、東南アジアの中で急速な工業化が進んでいる国の一つであり、わが国からの進出企業も数多い。タイ王国工業省の統計ではタイ全体で1972年に33,236件だった工場数が1979年には67,740件、1984年には95,524件となっている<sup>1)</sup>。これに伴い、図1に示すように、同国における労働災害数は年々増加している<sup>2)</sup>。ここで注意したいのは、この数字には中小零細

企業や出稼ぎ労働者の災害などが把握されていない可能性があり、また、この統計で把握されている内訳は事故がほとんどであってある程度時間がたってから発症する職業病についてはその実態の把握はこれからの課題である。このように、タイにおいては労働安全衛生に対するニーズが急速に拡大しており、今後どのようにその対策を進めて行くかが重要な課題となってきた。同様な状況はタイのみならず工業化を進める第3世界諸国においても程度の差はあれ存在しており、働く人々の人権を守り安全衛生を推進していく事は今後、私たちに課せられた共通の課題といえるであろう。

この過程において、日本を含む先進諸国が持つ労働衛生分野における経験や技術をいかにして第3世界の人々に伝え、働く人々の健康増進に役立てて行くかは確かに重要な課題である。しかし、その協力のあり方としては現場の人々の安全衛生に対する独自の取り組みをまず理解しそれを推進する方向で行なわれることが望ましく、外国人である私たちが自分たちの価値観で押し進めてはならない<sup>3)</sup>。この稿ではタイを事例として、これまで筆者が同国のマヒドン大学公衆衛生学部労働衛生学教室と共同でおこなってきた調査の結果を示しながらタイの労働安全衛生の現状と問題点、その解決の方向性について考察を加える。

### 2. 第1段階の調査：工場への訪問調査から把握された労働安全衛生上の問題点

a)、まず、第1段階の調査として首都バンコク近郊の10工場を訪問し、労働安全衛生への取り組みについて経営者への聞き取りと、労働態様の観察を行なった<sup>4)</sup>。聞き取りの結果からは、ほとんど何の取り組みも行われていない工場が半数ある一方、安全委員会を設けたり比較

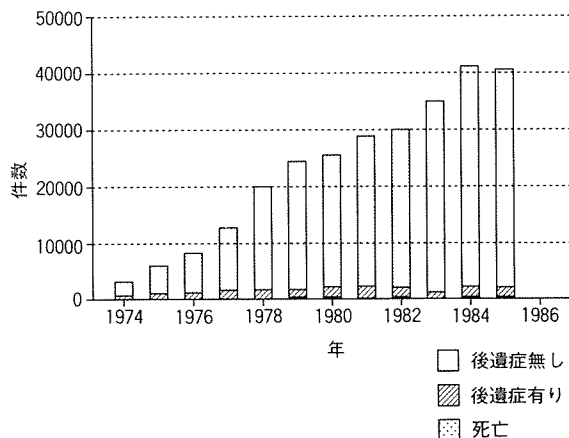


図1 タイにおける労働災害事件数の推移  
(文献2)より作成)

的意識が高い工場もあり、安全衛生への取り組みは工場によって差が大きいと思われた。

b)、労働態様の観察から見いだされた問題点は次の3点に東ねられる。すなわち、  
(1)、安全衛生に関する情報がそれを必要としている現場の人たちに伝わっていない事 (Lack of safety and health information transfer)  
(2)、技術移転に伴う諸問題 (Negative effects of technology transfer)  
(3)、仕事内容全体の枠組みや組織化の不足 (Lack of work organization)  
である。

(1)の例としては、有害な作業環境についての情報が伝わっていないために、有害な化学物質 (衣類の漂白工場における塩酸や過マンガン酸カリウム、染料工場におけるアントラキノン、蓄電池工場における鉛等) に対してまったく無防備のまま暴露している労働者の存在が挙げられる。これらの問題については必要な情報が適切な形で労働者及び経営者に伝えられる事がまず必要であり、その結果、当事者の自助努力によってかなり状況を改善できる可能性があると思われる。

(2)の例としては、鶏の解体加工工場における流れ作業が挙げられる。ここではラインに生きた鶏が吊り下げられ、ラインに沿って並んだ労働者は、ある者は羽根を、ある者は脚を、ある者は背中の中をササミをというように包丁を持ってそれぞれ決められた部分のみを繰り返し切り落とす作業を行なう。この仕事ぶりを見ると細分化された単調繰り返し作業であり、この仕事を通して技能を身につけたり仕事への満足感を得る事がむずかしい。この工場は先進国との合弁企業であり、製品はすべて日本とサウジアラビアへ輸出されていた。ここでは生産性のために働く人たちの仕事の内容が犠牲にされている。このような先進国からの技術移転による問題は工場を建設する段階で解決しておかなければ、いったん操業を開始してしまった後で改善する事は容易でないと思われる。

(3)の例としては、交代制勤務の問題が挙げられる。10工場のうち9工場で24時間操業が行なわれており、9工場のすべてにおいて女子労働者も夜勤についていた。9工場のうち7工場で週番型3組3交代制が取られていた。途上国の夜勤労働者は先進国に比して、住宅事情、通勤手段等、夜勤を行う上で不利な点が多いと思われる。一例を挙げれば、多くの労働者は工場の寮や小さな部屋を借りて暮らしている場合が多く、夜勤を行なって昼間睡眠を取る際には、周囲の騒音や暑さのために十分な休息を取るのが不利な状況にある<sup>5)</sup>。現場の当事者同士が

こうした問題について話し合える場を作る事 (Work organization activity) によって、夜勤による健康と生活への負担を軽減できる可能性があるはずである。例えば、ローテーションを早くして連続した夜勤回数を減らす、仮眠や効果的な小休止をとる工夫をする、妊娠している労働者には夜勤を免除する、夜勤労働者のための通勤手段を会社側が提供する等の方策が考えられる。しかし、現状では当事者たちが自分たちの安全衛生について率直に意見を出し合ってその改善策を検討する場が不足している。

### 3. 第2段階の調査：ある綿紡績工場における作業環境調査及び健康診断

第2段階の調査としてバンコク近郊のある現地資本系の綿紡績工場 (従業員数1,611人；男性439人、女性1,172人) において作業環境調査及び従業員の社会的背景についての調査及び健康診断を行なった。タイにおける繊維産業は、同国の総輸出額の16% (1987年) を占めて第1位となっており、タイの工業部門の中で極めて重要な位置にある<sup>1)</sup>。

#### a)、労働者の社会的背景<sup>6)</sup>

この綿紡績工場で働く労働者の平均年齢は男性30.6歳、女性28.9歳であった。平均就業年数は、男性6.9年、女性8.3年。既婚者の割合は男性が68.0%、女性が52.6%であった。また、平均賃金は男性3673バーツ (1バーツは約6円)、女性3029バーツ。労働者の69.4%が地方の農村出身者であり、また、教育歴としては、61.3%が4年から7年の初等教育のみの修了者であった。現在のタイにおける工業化の進展に伴って、初等教育を修了した農家の息子や娘たちが労働力として都会へ移動している事的一端が窺える。この事から推察される労働安全衛生上の問題は、まず、農村の生活と都会での工場労働者としての生活のギャップである。例えば、農村の早寝早起の生活から工場における交代制勤務への適応や、農作業から多くの作業機械を扱う工場での労働生活への適応は容易ではないだろう。また、タイの農村で労働保護法制等に接する機会はずっとなかったと思われ、何か問題に直面した際に法による救済にどのようにアプローチしてよいのか必要な情報や専門家からの協力を得にくい状況にあると思われる。

#### b)、労働者の健康上の問題点<sup>7)</sup>

この調査で見い出された労働者の健康問題として3点が指摘できる。

第1に、タイ農村部に多い疾患が工場の労働者の間に



も少なくない事。この例として、好酸球増多（寄生虫感染によると思われる）が56名、甲状腺腫大が63名（女性労働者の5.1%）、貧血が140名（女性労働者の9.6%）に見られた。この事は労働者の多くが農村出身者である事を考えれば理解できる。こうした疾患は、慢性的なもので直ちに生命を脅かすというものではないが、健常者に比して労働による身体への影響を増大し、長期的には労働者の健康の上に大きな影響をもたらす要因となる可能性がある。発展途上国において労働者の健康を考える時には、こうした農村由来の感染症やその地域に多い疾患の存在を忘れてはならない。

第2に、労働環境からの直接的な障害。これには、騒音、暑さ、綿塵、化学物質への暴露等がある。騒音を例にとると<sup>8)</sup>、この工場の紡績部の平均騒音レベルは101.3 dBA（タイにおける許容基準は8時間暴露で90 dBAまで）で、騒音による症状を訴える労働者は事務労働者に比して有意に高く（図2）、また、オーディオグラムの結果からは就業年数5年程度の20代、30代の若い労働者にすでに騒音性難聴が発生していた（図3）。また、織布部の労働者のうち耳栓を「常に使用してしている」と答えた労働者は、45.8%であり、「ときどき」が15.6%、「使用しない」が38.6%であった。耳栓を使用していると答えた者の間でも騒音性の聴力低下が見られた。この工場での騒音の測定や労働者の聴力検査が行われたのは今回がはじめてであった。

第3に、夜勤や不慣れな都会での生活による生活の質への影響<sup>9)</sup>がある。まず、食欲不振、体重減少の訴えが事務労働者よりも高かった（表1）。また、女子既婚者のうちで夜勤を行なっている者では、日勤者に比して、

家族と離れて工場の寮に暮らしている者の割合が高かった（図4）。実際に私が問診をした女子労働者の中にも、子供を田舎の祖父母に預けてこの工場へ働きにきている人たちがいた。図5は、女子既婚者で経口避妊薬を服用している者の割合を示しているが、交代制勤務者は日勤者に比して20代で服用者の頻度が高い傾向が見られた。（経口避妊薬は工場内の診療所で処方される。）これらの調査結果において、日勤者は主として事務労働者であ

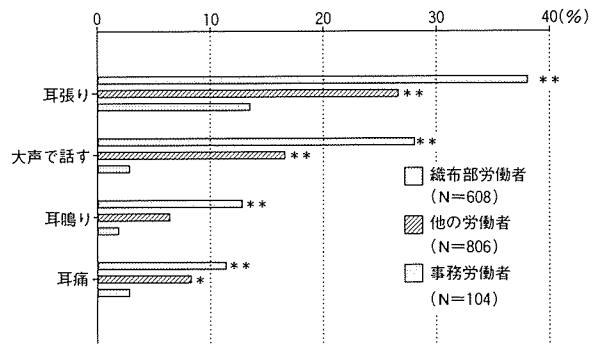


図2 作業部所別自覚症状頻度

\*\* P<0.01 \* P<0.05

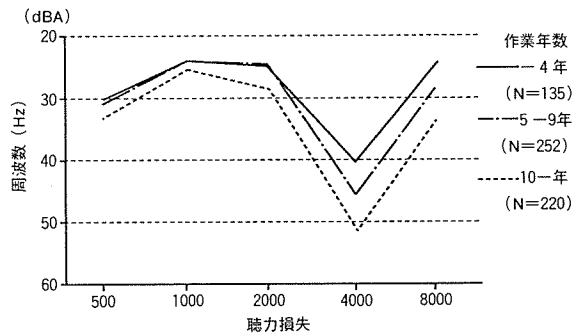


図3 織布部労働者における作業年数と聴力損失(右耳)

表1 勤務体制と自覚症状(女子)  
(症状を訴えた人の割合%)

	日勤 (N=278)	交代制 (N=889)
平均年齢(才)	32.0	27.9
就業年数(年)	8.9	8.1
いろいろ	11.2	12.6
めまい	36.3	41.7
頭痛	47.1	41.5
易疲労感	24.5	24.5
吐き気	20.5	23.5
食欲不振	19.1	23.1
体重減少	9.7	20.9**

\*\* P<0.01

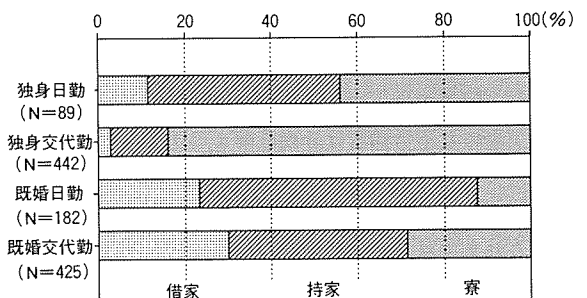


図4 婦人労働者の結婚と住居

(日勤者と交代性勤務者の比較)

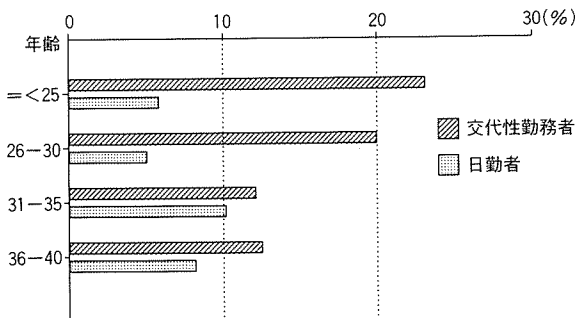


図5 経口避妊薬服用者の割合

るのに対して、夜勤者は主として工場労働者である事から、この結果を夜勤による影響のみと判断する事はできない。しかし、夜勤を続けるために女子労働者がある生活を犠牲にせざるを得ない事の一端を捉えているものと私は考えている。

c)、婦人労働者について

—夜勤と母性保護—

タイの労働者保護法<sup>10)</sup>では、24時から6時までの間に使用者が女子労働者を使用する事を禁止している。しかし、次の3項目については例外として24時から6時の間の使用が認められている。すなわち、(1)、連続して行なわなければならない性質をもつ業務。(2)、交代性の業務で女子労働者が夜間労働を希望した場合。(3)、24時から6時までの間に行なわなければならない性質や状態をもつ業務。この適用により女子の夜勤は現実には広く行なわれている。女子の夜勤の問題点としては、夜勤そのものによる生理的負担に加えて、家事労働との2重負担、家族とのコミュニケーションの機会が減る、夜通勤する際の安全や交通手段の問題等がある。女子繊維労働者に対する Wongphanich らの調査<sup>11)</sup>では、日勤者と比して夜勤労働者に不眠、疲労、生理不順の訴えや事故が多い事が指摘されている。また、酒井は日系の繊維工場が日本では労働基準法で禁止されている女子労働者の深夜勤務をタイで行っている事の不合理的を指摘している<sup>12)</sup>。

また、同法では、60日間の出産休暇を規定しているが、この工場の女子労働者は分娩直前までマタニティドレスを着て作業を続けており(夜勤も行なう)、分娩後は1週間程度で勤務に戻っていた。はっきりした統計はないがこれまで私がタイでいろいろな工場を訪れた経験からは、こうした状況はタイの他の工場においても珍しいものではないように思われる。その理由としては、第1に労働法の規定が労働者に知られていないし、それを知らせるための行政・労働組合・医師・弁護士等の協力体

制が充分でないこと。第2に、出産休暇中は賃金が支払われない工場があるため労働者にとっては直ちに生活への圧迫となる。第3に、タイでは若年の労働力が供給過剰にあるため、長く休暇を取れば他の人が採用されてその職を失ってしまう恐れがある事等が考えられる。

4. 改善への取り組み—現場の人たちの自助努力をバックアップしていく事—

こうした状況の中で改善のためにどのような取り組みが行われているだろうか。一言でいえば、現場のニーズ(local needs)に沿って、現場の人たちが自主的に行なっていこうとする取り組み(workers' participation)が鍵を握っている。行政及び私たち専門家は、自分たちの労働条件を自分たちの力で良くしていこうとする現場の取り組みを育て、制度的・技術的にバックアップしていく事が大切である。

a)、Low-cost improvement の考え方

最近の重要な方向性として現場の人たちが身近な資源を活用して自分たちの力で取り組む職場環境改善努力(low-cost improvement)がある。こうした低コストの改善については、すでにILOから事例集が出版されているので参照していただきたい<sup>13)</sup>。この本の序文には、Low-cost improvement の考え方が述べられている。すなわち、「低コストとは技術的な不完全を意味するものではない。これらの改善例はすでに確立されている基準に対する代替品として選ばれたのではなく、それらの基準を満たし越えていく方法として求められているものである。」

写真に示したのは(図6)私たちがタイで気がついたLow-cost improvement の1例であるが、鍋を作る小工場の中の工夫である。木の棒を天井から吊り下げその下に蛍光灯を取り付ける事で作業を行なう手元の照明環境の改善に成功している。これを行なった経営者に聞いてみると以前は蛍光灯が天井にあったため手元が暗く小さな事故が多かったが自分たちの工夫でこれを行い事故が減ったという。

b)、労働者参加型安全衛生教育の試み

改善のためのもうひとつの重要な方向性として、現場主体の労働安全衛生の教育・訓練がある。その方法においては講義形式に先生が一方向的に知識を話すのではなくあくまで主体を現場の人たち自身におく事が大切である。私たち専門家の役割としては、彼らが自分たちの経験や知識を引き出し自身で適切な取り組みを行えるよう動機付けとトレーニングを行う事、また、必要とされている

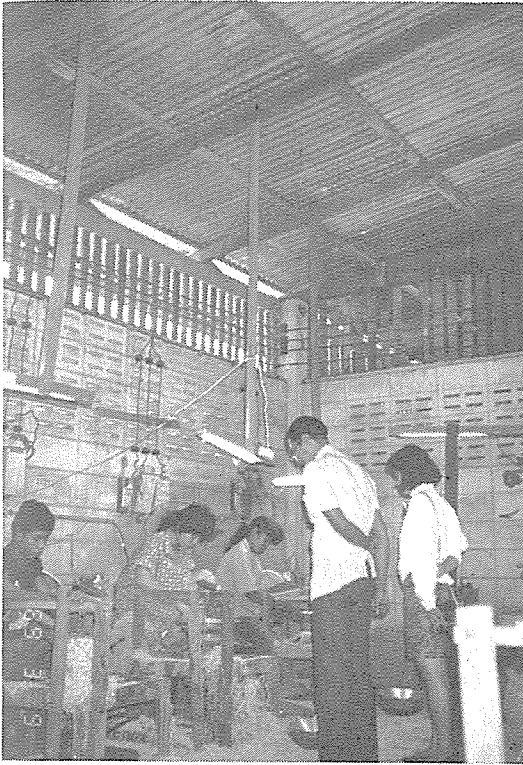


図6 タイにおける Low-cost improvement の1例  
(鍋を作る小工場の中の工夫)

情報を、彼らが理解し使う事のできる彼ら自身の言葉や事例に置き換えて伝えていく技術が大切である。こうした教育の内容及び考え方については、ILO からマニュアルが出版されている<sup>14)</sup>。(近く労働科学研究所より邦訳が出版される予定である。)

私たちも、これまでの調査で把握されてきた問題点を踏まえて、労働者に対する安全衛生教育の試みを開始した<sup>15)</sup>。この試みの目標は職場の安全衛生上の問題を自分たちで把握し、適切な取り組みを行えるような安全衛生のリーダーを育てる事である(表2)。また、教育の

表2 指導者になるための必要な条件

- 1、正確な知識と情報を持っている
- 2、自分たちの健康上の問題を自身で把握できる
- 3、情報を仲間に伝えるための教育技術を持つ
- 4、仲間の労働者から信頼されている
- 5、自主的に学ぶ態度を身につけている
- 6、教育プログラムを自身でアレンジできる

方法としては、少人数のグループに課題を与えて自分たちの職場の問題点や改善方法について話し合いを行なわせた後、それを皆の前で発表・討論させて、さらに専門家が必要なアドバイスを加えながら理解を深めていく方式(active learning)を採用している。

## 5. 考察

今後の方向性—私たちの心構え—

今後、労働安全衛生の分野において日本と途上国との間の研究協力や技術援助の機会が増すものと思われる。その際には、私の経験からは次のような点を心に留めておく事が重要であると思う。

### a)、草の根レベルの交流を通じた相互理解

今日ほど、アジアが物質的、経済的な意味において日常的に緊密な関係にある時代を私たちはかつて経験してこなかった。しかし、その反面、私たちはアジアの人々をどれだけ理解しているだろうか。被我的精神的な距離はむしろ遠ざかってはいないだろうか。例えば、私たちが、食べているエビの多くはタイ、フィリピン、インドネシア等から輸入されている。わたしたちの食卓にのぼるエビ、バナナ、焼鳥、煎餅等、それを生産しているアジアの働く人たちの顔を私たちはどれだけ思い浮かべた事があるだろうか。こうした距離を縮めるには、いわゆる草の根レベルでの意見や経験の交換が果たす役割が大きい。こうした背景を少しづつ理解し、できる限り日本ないし自分が属する組織を背負っての付き合いではなく、1人の人間として現地の人々と接し相手側の尺度に立って健康の問題とその解決を考える態度を身につける事が基本である。

### b)、現地の人々のニーズに基づき、現地の人々の力を主体とした労働安全衛生へのアプローチ

労働安全衛生ないし社会医学の研究においてはそれを行った事で具体的に何がどうよくなったかが大切である。そして、その改善が、当然の事ながら現地の人々のニーズに基づいて、現地の人々の力を主体として行われローカルな状況の中で引き継がれて自主的に発展していく事が望ましい。この点について私自身も過ちを犯して、タイ側のカウンターパートの先生たちとすれ違いを引き起こした事がある。原因は、私自身が「きっとこうすればタイの労働衛生はよくなる。」という考えを、私自身の価値観で考え(そうならないように頭では気をつけていたつもりだったのだが)、知らず知らずのうちにタイ側にそれを押しつけていた事にあった。長期的な視野に立って相手側のニーズを少しづつ深く理解し、方法も目

的にも相手側カウンターパートを主体として設定していく事が重要である。

c), 学び合う視点

ともすれば私たちは途上国という“遅れている”“助けてあげなければ”というイメージで語りがちである。しかし、それは正しくない。確かに労働安全衛生を巡る問題は山積しているが、ここに示したような現場主体の取り組みを尊重し専門家がそれをバックアップして行くという方法は、私たち日本の労働衛生学者がともすれば見失いがちな大切な方向性を指し示してはいないだろうか。例えばわが国の中小企業における労働衛生問題の解決を考えるとときに重要な視点を提供してくれるだろう。学び合いの視点が大切である。

結語

1、タイでは工業化が進む中で、労働災害や職業病が増加しており、労働安全衛生上の諸問題の解決が重要な課題となっている。同様な状況は程度の差はあれ、東南アジア各国においても存在する。

2、同国における工場への訪問調査の結果からは、問題点の特徴として、安全衛生に関する情報がそれを必要としている現場の人たちに伝わっていない事 (Lack of safety and health information transfer)、技術移転に伴う諸問題 (Negative effects of technology transfer)、仕事内容全体の組織化の不足 (Lack of work organization) の3点が把握された。

3、ある綿紡績工場における労働者の健康調査の結果からは、好酸球増多・甲状腺腫など農村に由来すると思われる疾病、騒音難聴など労働環境からの直接の影響、夜勤や不慣れな都会生活による生活の質への影響の3点が把握された。

4、こうした状況の改善のための重要な方策として、現場の人々が自分たちの力で取り組む低コストの職場環境改善努力 (Low-cost improvement) と、現場の人々を主体とした安全衛生教育の推進が図られている。

5、今後、わが国から労働安全衛生分野における協力や技術援助を行なう際には、現地の人々のニーズに基づき、その取り組みを損なわず推進する方向性を取る事が重要である。

参考文献・資料

1) バンコク日本人商工会議所：タイ国経済概況 (1988～89年版)

2) Department of Labor, Ministry of Interior, Thailand. Yearbook of labor statistics.

3) Kogi K, Sen R N. *Third World Ergonomics. International Reviews of Ergonomics*, 1987; 1, 77-118.

4) Kawakami T, Chavalitsakulchai P, Kongmuang U. A Survey on Occupational Safety and Health in Ten Factories in Thailand. *Industrial Health*, 1989; 27, 141-147.

5) Kogi K. Shift Work in Different Occupations and Different Countries with Special Reference to its Social Aspects in Developing Countries. In: *Night and Shiftwork: Long-term Effects and their Prevention*, edited by M.Haider, M.Kollerand R.Cervinka (Frankfurt: Verlag Peter Lang), 1986; 141-148.

6) 川上 剛、高野健人、仙頭正四郎：タイ国工業労働者の健康問題について (第1報) — 1 綿紡績工場における女子工員の社会的背景について —、*日本衛生学雑誌*、43 (1) ,260,1988

7) 川上 剛、高野健人、仙頭正四郎：タイ国工業労働者の健康問題について (第2報) — 1 綿紡績工場における女子工員の健康について —、第61回日本産業衛生学会講演集、307、1988

8) Chavalitsakulchai P, Kawakami T, Kongmuang U, Vivatjestsadawut P, Leongsrisook W. Noise Exposure and Hearing Loss of Textile Workers in Thailand. *Industrial Health*, 1989; 27, (165-173)

9) Kawakami T, Chavalitsakulchai P, Kongmuang U, Wongphanich M, Takano T. A Study on Health and Working Life of Shift Workers in a Textile Industry in Thailand. In: *Proceedings of XII Asian Conference on Occupational Health*, Bombay, 1988, (in print)

10) 村嶋英治訳：労働者保護法解説及び労働者保護法、バンコク日本人商工会議所、1985

11) Wongphanich M, Saito H, Kogi K, Temmyo Y. Conditions of Working Life of Women Textile Workers in Thailand on Day and Shift Work System. *Journal of Human Ergology*, 1982; 11, Suppl. , 165-175.

12) 酒井一博：タイ一見である記・聞きある記、*労働の科学*、30 (9), 44-47、1975

13) Kogi K, Phoon W, Thurman J. Low-cost Ways of Improving Working Conditions: 100 Examples from Asia. International Labor Office, Geneva, 1988.

14) Joint Industrial Safety Council, Stockholm, International Labor Office, Geneva. *Safety-Health and Working Conditions, Training Manual*. 1987.

15) 川上 剛、マリニー・ウォンパニッチ：タイ国工業

労働者の健康問題について（第4報）—労働者参加型労働衛生教育の試み—、日本公衆衛生雑誌、36(10)、895、1989



# 水俣病問題と社会医学

二 塚 信 (熊本大学医学部公衆衛生学教室)

## Minamata Disease in the Aspect of Social Medicine

M. Futatsuka (Department of Public Health, Kumamoto University Medical School)

水俣ではいわゆる公式発見から33年を経過して、このところ、水俣病にひとつの区切りをつける動きがみられる。すなわち、補償・福祉問題解決の糸口を探る熊本県と被害者・支援団体の定期協議条件を整理する実務者レベルの話合い、関係者の間では全面解決の第一歩という受け取り方もある。また、国・県の行政責任を問う水俣病東京訴訟は12月に結審の見通しである。総額485億円、満14年間をかけ、世界最大の環境復元事業といわれる水俣湾のヘドロ埋め立て事業は来年3月に完了する。また、熊本県は水俣市と周辺町村の自治体幹部、商工・農林漁業団体、患者団体の代表で構成する水俣病問題対策協議会をこの8月に発足させた。因みに、8月末現在の水俣地方の認定患者は2,221名、未認定のうち疫学条件と若干の臨床所見を持つ特別医療事業の対象は1,976名、判定保留乃至審査待ちは3,630名にのぼっている。

私は先ず、水俣病の歴史を発生予防の段階、被害拡大防止の段階、いわゆる後遺症対策の3つの段階に分けて問題点の整理を試みた。

環境汚染防止のためには、表1のごとく、いわゆる一次予防としての基本的な予防対策、異常事態の早期キャッチと対応、原因の究明があげられる。特に今後の問題として、新しい汚染ファクターや新しい汚染の形態について、リスクの予見・予知のための方法論の確立や事前評価の重要性を何よりも強調しなければならない。その上で、社会医学的課題として次の点を提起したい。

それは、公害現象の因果関係の解析に、自然科学者として、いわゆる自然科学的証明に忠実であろうとすればするほど、問題の解決を結果的に遅らせる危険性を持つことの自覚である。自然科学者が原因の究明に際して、現象の因果関係の解析の研究にできるだけ厳密性を要求するのは当然であるが、その因果性を具体的な対策や行動に反映させるに際してどの程度の厳密性が要求されるかの議論に習熟しているとは言えない。医者は病に苦しむ患者を眼前にして、病の原因が不明だからといって治療を放棄することは許されない。その時点で、最大限に把握できる病因の可能性に基づいて治療するのが義務

である。研究者が良心に基づいて「未だよくわからない。もっと研究する必要がある」と答申するとき、行政的な対策の裏付けなしとして、積極的対策を怠る根拠として、政治的に利用される危険性の自覚がなく、また、そのように利用されるならば、運動の中に埋没して、科学者としての自己につきつけられた役割に怠惰なものと同様、科学不要、不可知論が生まれるのは避けられないであろう。

もう1点、異常事態の早期認知に関連して日常的な地域の健康管理のシステムが住民参加型で機能しているような、例えば沢内村等の地域では、水俣病のタイプの環境保健事態を招く可能性はよほど少ないであろうと思われる。しかし、そうした農村でも、リゾート開発、エネルギー開発という新しいタイプの環境問題に直面するとき、生態系の発する異常のサインをキャッチするには、質の異なる環境モニタリングのシステムと高い感受性が求められることになると思われる。

表1. 水俣病の発生予防のために

①発生の予防
1) リスクの予見・予知、事前評価
2) 摂取経路の遮断
3) ハイリスク対策
②異常事態の早期認知
1) 日常的な地域健康管理システム
2) 保健・医療情報ネットワーク 環境の異変、疾病の集積、環境モニタリング
3) 情報の分析・評価・還元
③発生原因の究明
1) 現地主義
2) 情報(特に企業)の公開
3) ヒト・モノ・カネ・チームワーク

被害拡大防止のための項目は、表2のごとく発生防止のためのそれと重なりあう部分が多いが、発生原因の除去、異常事態の理解・把握・被害者救済を挙げたい。特に、ここでは異常事態をどう理解するかという問題に触れなければならない。それは疾患の定義、疾病概念、診断基準をめぐる問題でもある。水俣病を図1のごとく規定しようとの提案があるが、この図の急性劇症型・典型例、水俣病の場合小脳性運動失調を中心にハンター・ラッセル症候群を呈する例は問題が少ないと言えるが、その背景に軽症例・非典型例が加わってくると、その概念は拡散する。別紙資料のごとく、一連の訴訟において原告は水俣病の判断要件として一定の疫学条件と末梢神経障害を提起している。さらには、標的臓器である中枢神経系以外に対する影響や、さらには免疫や老化といったsubclinicalな機能への影響も論じられている。しかし、これらを証明するための説得力ある実験的・疫学的証拠は現在のところないと言えよう。さらに、これらの点に関連して、診断基準以前の患者の訴えの信頼性の問題、神経学的検査手技の信頼性の問題、診断が即ち認定・補償に直結することを余儀なくされている社会状況が、医学の枠を越えて問題を深刻にしている。私は、特に現在の状況下で、中毒学における慢性長期微量暴露タイプにおける生体影響に関する研究の重要性を改めて指摘したいと思う。

IPCSのInternational Programme, Guidelines on studies in environmental epidemiologyを参考に私なりの苦い経験から、その種の健康障害に対応する疫学的研究方法のポイントを整理したのが表3である。今日的課題として、メチル水銀摂取のafter effectを究明するためには、その生体影響は全く異質なものだとは言え、広島や長崎での原爆の後影響研究のために行なわれているような、暴露量推定のための方法論の検討と体系的な追跡観

察が必要である。水俣病の場合、初期の研究が典型症例に集中して疫学的調査が不十分であったこと、このこともあって実際の患者の症例によって水俣病の全体像が十分に明らかにされなかったという批判がある。世界で初めて経験する健康障害、因果関係の得定に要した膨大なエネルギー、様々な研究妨害や迫られる様々の要求への対応等々、幾多の弁明の余地はあるにしろ、今後の教訓

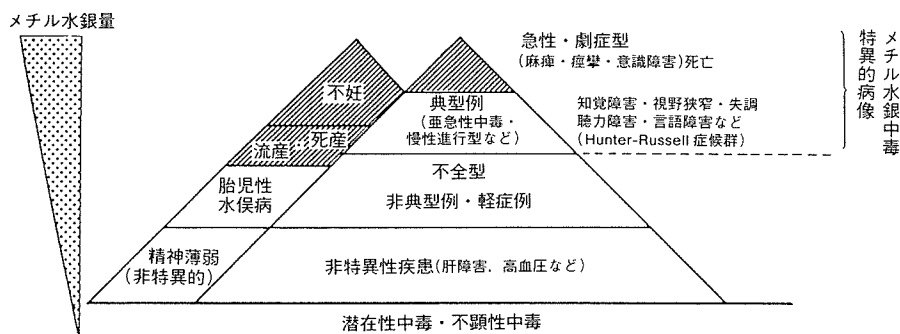
表2. 水俣病の被害拡大防止のために

①発生原因の除去
1) 発生メカニズムの解明
2) 環境・健康モニタリング
3) 除去効果の確認
②異常事態の把握
1) 臨床疫学的・生態学的調査
2) ハイリスク・ボーダーラインの確認
3) 社会、経済的影響の把握
③被害者救済
1) 被害(者)の認定
2) 損害論と救済方法
3) 個別救済と救済システム

表3. 環境影響研究の疫学的方法

①曝露人口、曝露レベル(及びその推移)の把握
②受診者の代表値(偏り)の確認
③診断基準の明確化
④容疑側・不全側と確診側との疫学的比較検討
⑤曝露・非曝露集団の比較研究
⑥ハイリスク群・ボーダーライン群の解析

図1. メチル水銀の生体影響に関する疫学モデル





として、これらの批判には耳を傾けなければならないと思う。

第2の点、ここでは社会、経済的影響の把握と示したが、水俣病問題の研究が住民の健康影響に集中して、水俣病を引き起こし、被害を拡大し、深刻な後遺症を現在も引きずるに至っている企業や地域社会や行政の体質や構造の研究、さらには水俣病が地域社会にどのような影響をもたらしたか、地方自治体や企業にどのようなインパクトを与えたか、これらの点の社会科学研究が極めて不十分であったこと、そしてその今日的な必要性を改めて痛感する。熊本の辺地で起こった水俣病も含めて環境問題は、今日の発展途上国にみられるように、その根源は経済問題にあり、その対策を阻む大きな壁も社会的、政治的に要因がある。

水俣病の後遺症対策として、表4のごとく被害者救済、環境復元、保健・医療・福祉システムの構築が挙げられる。別紙資料のごとく、過去の水俣病患者対策は救済制度のスタートである患者の認定・補償問題に集中して、その後の日常的な医療、介助、リハビリテーション・ケアや生活援護、居住環境、雇用や地域全体の健康管理や地域福祉などの長期対策のための調査研究・提言が緊急を要する課題として残されている。

公害被害の救済は言うまでもなく、患者を認定して金銭的に補償するというだけでは終わらない。救済の本質は現状回復である。従って、患者の治療をすすめる、患者の健康を元へ回復することにあるが、現実には難治な神経疾患であるのに加えて高齢化とそれに伴う合併症があり、回復は困難と言わざるを得ない。

図2は患者の年齢分布を示している。既に認定患者の41%は死亡しており、生存患者の平均年齢は74才、最頻

値は70才代後半にある。因みに在宅患者の日常生活動作は、食事・用便要介助9%、更衣介助11%、入浴介助15%と報告されている。

昭和40年現在人口に対する集落別の患者有病率は図3のごとくである。水俣湾沿岸では集落人口の20~40%、八代海南半部の漁村集落では10%にのぼっている。現在、高齢者社会における地域ケアが大きな課題となっているが、この地域では、水俣病の発生によって、この事態が既に時代をはるかに先取りしてみられる。この水俣湾周辺地域ほどハンディキャップを背負った高齢者が高率に集積している地域は無いであろう。このような地域にこそ、わが国における地域ケアのモデルになるシステムを確立しなければならない。個々の患者が安心して暮らしていける保健・医療・福祉の条件を作るために、現行制

表4. 水俣病の後遺症対策

①被害者救済
1) 自立できる生活・地域リハビリ
2) 患者の高齢化・高齢化社会
3) 生活・医療の保障
②環境復元
1) 復元目標の設定
2) 二次汚染のチェック、復元効果
3) 復元環境の活用
③保健・医療・福祉システム構築
1) 地域特性の把握
2) 保健-医療-福祉
3) 住民参加の意義

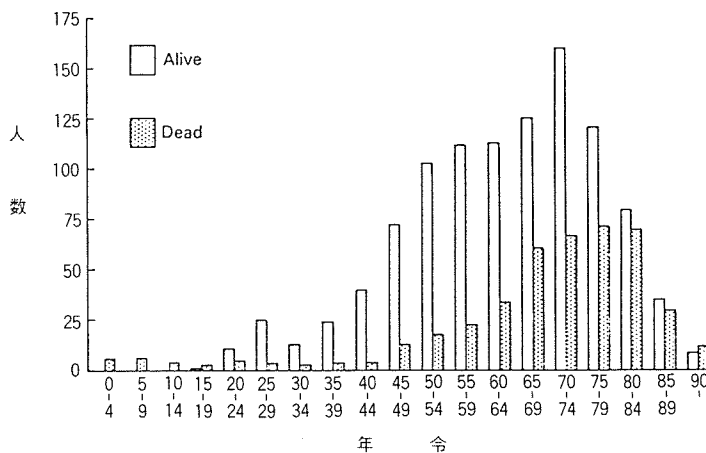


図2. 水俣病認定患者の年齢分布 (1981年末現在)

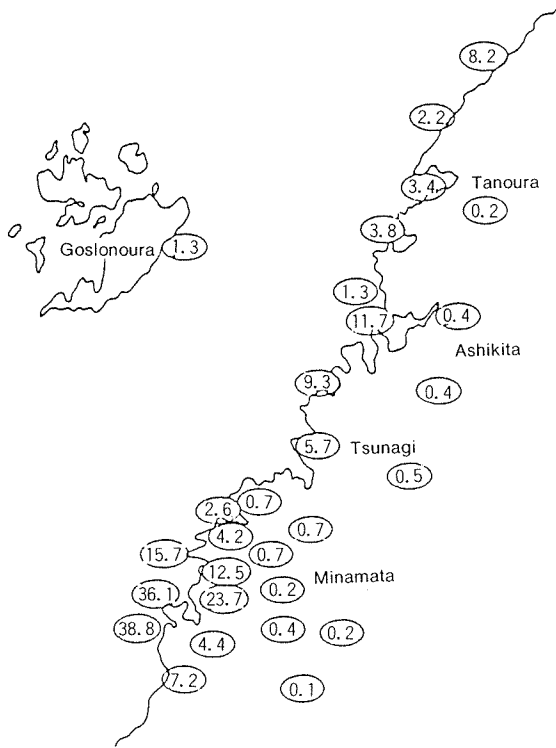


図3. 水俣病認定患者の集落別有病率(昭和40年人口対)

度で足りない分、調整すべき点の洗い直しから、新しい医療システムへの道筋をつけることが急がれる。冒頭に自治体を中心とした協議会の発足に触れたが、患者は勿論、程度の差はあれ何らかの形で水俣病の被害を蒙った地域住民が、この地域システムの積極的な担い手として位置づけられることが必要だと思われる。

最後に、ここ数年、水俣では官民双方とも発展途上国との活発な交流が目立っている。先進諸国、特に日本の企業のアジア諸国への進出やこれらの諸国の急速な工業化に伴って深刻な環境問題が生じている。私共は社会医学的な立場から、このような課題にどのようにアプローチするか真剣に考えるべきときに来ていると思われる。

〈別紙資料〉

1. 水俣病の発生と被害の拡大

1956年5月1日、新日窒(現チッソ)付属病院は水俣保健所に原因不明の中樞神経疾患が多発していると届け出た。日本が国連に加盟、空前の神武景気のなかで「も

はや戦後ではない」と言われた年である。チッソが水俣に工場を建設したのは1908年、新興財閥として発展するなかで水俣工場はその主力を担った。戦前の朝鮮窒素の展開と敗戦による再建のなかで、高度成長の準備期を迎え、主力が京葉工業地帯に移る1970年代まで水俣工場の重要性は高まっていた。

5月1日以後、新日窒付属病院、水俣保健所を中心に奇病対策委員会が作られ、カルテ検索、検病調査を通して同年8月までに、1953年を初発例とする30例の患者が発見された。それまで、アルコール中毒、脳梅毒、脳動脈硬化症、多発神経炎、脚気等とされていた人々である。同年8月には熊本大学医学部に研究班が結成され、翌1957年初めまでには原因が水俣湾産の魚介類中に含まれる重金属であり、汚染源が新日窒工場の排水であることが確実視されるに至った。しかし熊本県は国の指導により漁民の生活を充分補償せぬまま水俣湾産魚介類の漁獲・販売を禁止したため、収入の途を絶たれた漁家は自分の獲った魚介類で口を糊するほかになく、患者発生を見越す結果になった。

1959年7月熊大研究班は有機水銀説を発表し、厚生省食品衛生調査会の水俣食中毒部会もこれに支持する答申を示した同年11月、厚生省はこの部会を解散させ、水俣病の所管は経済企画庁に移ることになった。厚生大臣が水俣病の原因はチッソ水俣工場の排水中の有機水銀であることを公式に認めたのは1968年9月である。この間、国、県などによる原因企業への規制は実質的に行なわれなかった。このような対応が被害の規模を拡大し、さらに1965年に新潟水俣病の発生をもたらす要因になった。

この間、1959年生業を奪われた漁民たちは、2度にわたりチッソに漁業補償を求めて抗議行動(いわゆる漁民騒動)を行ない、また、同年、水俣病患者家庭互助会は補償を求めて工場前の座り込みにはいった。これが水俣病発生以来被害者がみせた初めての行動であった。同年末、患者互助会とチッソの間で見舞金契約が結ばれた。死者30万円、患者成人年金10万円、未成年3万円等というものであり、患者たちが初めて受けた見舞金という名の補償であった。

チッソの城下町といわれる水俣市では、このような患者・漁民のチッソに対する補償要求や汚染防止対策の要求は企業活動への妨害であり、ひいては反市民的行動であるとする風潮が一般的であった。さらに重症患者の悲惨な姿、初期に伝染病として隔離されたこと、比較的貧しい海浜の人々の間に多発したこと等、人々から恐れられ、ある種の偏見でみられたことも水俣病を地域社会から隠す理由の一つとなった。漁民が水俣病に罹患すると

魚が売れなくなるとの恐れは、とくに漁協などの対応を萎縮させた。

こうして1959年、医学的には有機水銀が水俣病の原因と判明し、患者家族とチッソとの間に見舞金契約が成立し、見舞金受給資格者の決定のための水俣病患者審査協議会（認定審査会）が置かれ、これで水俣病は一段落ということになった。その後約10年間、原因や病理機序解明のための研究、胎児性水俣病の研究等を除けば、患者の実態調査は実施されず、本人申請の審査会が水俣病患者診断の唯一の窓口となった。しかし、上述のごとき地域環境のなかから自ら申し出る人は殆んどなく、また、初期の経験からいわゆる Hunter-Russell 症候群の多くの症状をそそえた重症な人だけが水俣病とされたため、より軽症な患者や重症で症状の確認が困難な患者は潜在化してしまうことになった。

再び水俣病が社会の注目を集めたのは、1965年の新潟水俣病の発見、1968年の政府による公害認定で補償問題が再燃してのちのことであり、熊本でチッソを相手に損害賠償を求めて訴訟が提起されたのは新潟より2年遅れの1969年であった。

## 2. 水俣病患者の現況

本年4月末現在、熊本・鹿児島両県合わせて認定患者は2,218人（死亡914人）、未処分申請者は3,779人である。認定患者の地域別有病率をみると、水俣湾周辺の漁村集落では何れも10%を越え、最高39%に達している。患者分布は水俣湾を中心に八代海沿岸を南北に60km、対岸の天草・長島の諸島に及んでおり、水俣湾周辺を主漁場としていた幾つかの八代海沿岸漁村の有病率は10%に達し、世帯集積率は80%である。現在では、患者の年齢は高齢化し、平均年齢73.5±14.8歳で最頻値は70歳代後半にある。因みに、水俣湾周辺地域で出生人口対2%の高率にみられた胎児性水俣病患者の多くは既に30歳をこえ、それぞれの人生も壮年期を迎えようとしている。

このように認定患者の40%は既に死亡しているが、生存患者も高齢を迎え、様々なハンディキャップを抱えて生活している。在宅患者1,227人の日常生活動作に関する訪問看護記録によれば、起居移動が困難6.0%、食事要介助8.6%、入浴要介助15.0%、更衣要介助11.3%、用便要介助8.9%であり、様々な障害をもつ神経疾患患者がかくも高率に集積している地域は他にあるだろうか。

水俣病が発見されて33年、チッソがアセトアルデヒド生産を停止して21年が経過した。水俣病は過去の出来事という風潮のなかで、何をなすべきか、方向性を模索している研究者も少なくない。私共は、公衆衛生に携わるものとして、水俣病患者・地域住民の健康状態を追跡観

察し、メチル水銀の after effect に注目し、この地域の健康管理システムを作ることが課題だと考えているが、ここではその死亡構造に関する研究成績を申し述べたい。

1970年までの44人の死亡率は水俣病を直接死因とするものが多く、平均死亡年齢は37.6±24.2歳と著しく若い。いわゆる慢性水俣病を主体とする1970年以後の患者の寿命を Survival rate で水俣市住民と比較すると、60歳代の男子で平均1.5年短縮しており有意差がみられるが、全体的にはその差は小さくなっている。死因構造では、水俣病患者多発地区住民は肝炎、肝硬変、肝の悪性新生物の SMR が高い傾向にあり、水俣病患者では男子で慢性肝炎、女子で腎障害の SMR が有意に高い。因みに1970年以後の死亡例では水俣病を直接死因とするものは15%に過ぎない。これらは死亡診断書に基づく数値で、その信頼性には限界がある。そこで剖検例（剖検率33%）について、類似の慢性の中枢神経変性疾患を対照に病理所見の特徴を検討したところ、minor finding であるが甲状腺疾患が有意に多い結果が得られた。私共はこのように、メチル水銀の標的臓器である中枢神経所見に視野を限定せず、健康障害の全体的な特徴を把握するよう努めている。次の段階として、これら疾患の罹患状況を観察し、その疫学的特性やメチル水銀の影響も含めた発生要因に関する分析疫学的研究が求められる。そのため、6年前より水俣の隣接某町約3,200名を対象に老人保健法による健康管理の一環として、健康診査に着手している。加齢と共に種々の疾患の有病率は高くなるのが普通で、もとより水俣病患者も例外ではない。1981年以後の認定例の場合、高血圧、脳血管障害、白内障等の器質的眼疾患、変形性頸椎症・腰椎症などの運動器疾患、老年期痴呆等の合併症が加齢と共に著しく高率にみられている。これら合併症と水俣病の相互影響もまた、患者管理の視点から重要なテーマである。

## 3. 水俣病訴訟が提起する問題

水俣病をめぐる行なわれた民事、刑事、行政の各訴訟は20件を超えるが、この数の多さはまた水俣病問題の根深さを象徴しており、司法の場で展開された議論と判決は種々な意味で大きなインパクトを与えた。原告と被告（チッソ、国、県）との争点はきわめて多岐にわたり、水俣病をめぐる総ゆる局面を網羅しているといっても過言ではない。すなわち、水俣病像、認定基準、認定審査のあり方、損害論、（過失）責任（予見可能性、結果回避義務の可能性）、時効問題などに及んでいる。

これを要約することは困難であるが、病像論に関しては、水俣病を Hunter-Russell 症候群を中心とする神経症状に限らず脳血管障害や他臓器にも影響を与える全身性

疾患ととらえるのか、中枢性の神経系疾患でありその症状は特徴的であるが特異的な所見ではないと理解するのか。認定基準に関しては、不知火海の魚介類多食を前提に、四肢末梢の知覚障害があれば水俣病といえるのか、小脳性運動失調を中核症状とする神経症状の組合せを重視する環境序の判断条件をとるのか。認定審査会に関しては、本来の役割が患者選別のためにあり、患者の生活歴、食生活歴、自覚症状を無視し、臨床症状の多くを切り捨て見落とし、多くの患者を棄却しているという認識にたつのか、近時認定例の大半は水俣病としては軽症で他の疾患との鑑別は容易でなく、慎重に再検診、精密検診をして多数の専門医の合議により遺漏なきよう努めているという主張を認めるのか。損害論に関しては、水俣原の損害とは被害者が蒙った社会的、経済的、精神的損害を包括する総体であり、多様であり、はかりしれないほど大きい全てを明らかにできない。その被害は質的に差がなく、被害のランクづけの基準はあり得ないと考えるのか、水俣病に罹患したことによる損害の賠償を求める以上現実に発生した財産的及び精神的損害を具体的に算出したものが損害であり、精神的損害については個々に症状の程度、発病の時期、生活状態等を、財産的損害については職業、収入額、就労の可否等を基準に実態に相応する金額を個別的、具体的に算定すべきとの主張を認めるのか。など本質的できわめて厳しい論争が展開されており、私共医学研究者への原告の問いかけは重く、研究の場にも論争の影は持ち込まれているといわなければならない。

#### 4. 水俣病の教訓

水俣病の経験を通じて先ず予防に優る対策はないということ強調しなければならない。被害者の苦しみは無論、原因企業のチツも今日、患者補償、水俣湾公害防止事業等により1,127億円に及ぶ累積赤字（未処理損失）に直面している。この種の環境問題を考察するに当り、今後の予防の方策に若干論及すれば、先ず第一は原因物質対策であり、水銀を使用しない工程への転換と自然界に流出した水銀の除去、危険性の徹底的な事前評価のための法制化である。第二は摂取経路遮断のための対策として、本事例のような間接摂取による中毒に対しては、環境と食品の汚染監視、汚染食品の摂取規制が必要である。汚染監視は発生源周辺の水質、底泥などの分析だけでなく、水銀の場合生物濃縮されることから、食物連鎖網の上位にある動物への生態学的視点からの蓄積監視が重要である。汚染が既に進行している場合、当然汚染食品の規制が必要であるが、その際の規制値の設定は感受性が高く、蓄積を受けやすい層を基準にすべきであり、

また規制される側にとって生活保障の裏付けある行政措置が必要であり、食生活指導も食習慣や代替食品入手の容易さに配慮しなければ有効な対策にはなり得ない。第三は被害者対策である。水俣病のような環境汚染に伴う中毒の場合は、被害者が多数で老若男女の広範な層に及び、病像が多様化し、しかも被害の発生地域が広域化することが多く、被害実態の把握が困難である。このような場合、先ず被曝者（リスク集団）をしっかり把握しそのファイルを整備すること、そして初期の段階では、既知の文献等による疾病概念の狭い枠組みに固執せず、現実を先ず直視する立場から軽症例や類似疾患もそれぞれの位置付けで疾病概念に含め、対照集団をおいた比較調査が必要であり、記述疫学から分析疫学の常道を踏んだ地道な調査ととりわけ追跡観察の重要性を指摘しなければならない。そのなかで、地域的に case finding あるいは医療情報のネットワークを作ること、そしてそれは地域住民の意向を反映する住民参加型の、健康管理や患者の地域福祉・サポートのための組織としても包括的に機能するような地域組織であることが必要である。

（社会医学研究会30周年記念研究会報告）

# ベトナムにおける枯葉剤の健康に及ぼす影響について

原田正純<sup>1)</sup>・三浦洋・山本征也・加藤治子<sup>2)</sup>・市場尚文<sup>3)</sup>・  
川合 仁<sup>4)</sup>・井 清司<sup>5)</sup>・梶原敬一<sup>6)</sup>

<sup>1)</sup>熊大医・遺伝研, <sup>2)</sup>阪南中央病院, <sup>3)</sup>岡大・小児, <sup>4)</sup>京大・精神,  
<sup>5)</sup>熊本日赤, <sup>6)</sup>姫路病院

## Health Survey of Human Effects of Herbicides in South Vietnam

M. Harada<sup>1)</sup>, H. Miura, S. Yamamoto, H. Kato<sup>2)</sup>,  
N. Ichiba<sup>3)</sup>, J. Kawai<sup>4)</sup>, K. Ii<sup>5)</sup>, K. Kajihara<sup>6)</sup>

<sup>1)</sup> Institute of Heredity, Kumamoto University, <sup>2)</sup> Hannan Central Hospital

<sup>3)</sup> Department of Pediatric, Okayama University, <sup>4)</sup> Department of Psychology, Kyoto University

<sup>5)</sup> Kumamoto Red Cross Hospital, <sup>6)</sup> Himeji Hospital

### はじめに

戦争は最大の環境破壊である。ベトナム戦争で撒かれた枯葉剤こそはその最も典型例であり、なおかつ化学物質による最初の大規模な環境破壊であった。

アメリカ軍は1961年から1971年の約10年間に南ベトナムのメコンデルタ地区に大量の枯葉剤をまいた。撒かれた正確な量は不明であるが枯葉剤の総量で約7,200万l, その有効成分55,000万tとされている<sup>1)</sup>(表1)。

撒かれた地区は約200万haで、直接曝露された人は約200万人といわれている<sup>2)</sup>。

使用された枯葉剤中の薬剤はつぎのようなものであった。

i) オレンジ剤; 2,4,5-トリクロロフェノキシ酢酸(2,4,5-T)のn-ブチルエステルと2,4-ジクロロフェノキシ酢酸(2,4-D)の重量比1,124:1の混合物

ii) ホワイト剤; 2,4-Dのトリイソプロパノールアミン塩と4,アミノ-3,5,6-トリクロロピコリン酸(ピクロラム)の重量比3,882:1の混合物

iii) ブルー剤; ジメチルアルシン酸Na(カコジル酸Na)とジメチルアルシン酸(カコジル酸)の重量比2,663:1の混合物

これらの枯葉剤が撒かれた結果、毒性の強いダイオキシン(2,3,7,8-テトラクロロベンゾ-p-ダイオキシン; 2,3,7,8-TCDD)が550kgと砒素200t以上の汚染を受けたことになる<sup>3)</sup>。

“枯葉剤の撒布は胎児や染色体に重大な影響を与える”

と最初に指摘したのはハノイ大学のトン教授で1970年12月のことであった。その後いくつかの重要な報告がなされたが、それらは反米キャンペーンとみなされて十分にとりあげられなかった<sup>3)</sup>。それらの報告の多くは流産・死産の増加, 先天異常の増加, 胎状奇胎の増加そして悪性腫瘍化であった<sup>4,5)</sup>。しかし、今なお、その実態は不明な点が多い。

表-1 ベトナム戦争中の米軍の枯草剤使用量

年度	薬剤と年度別内訳 (mi=10 <sup>3</sup> l)			
	オレンジ剤	ホワイト剤	ブルー剤	総計
1961	?	—	?	?
1962	56	—	8	64
1963	281	—	3	284
1964	948	—	118	1,066
1965	1,767	—	749	2,516
1966	6,362	2,056	1,181	9,599
1967	11,891	4,989	2,513	19,394
1968	8,850	8,483	1,931	19,264
1969	12,376	3,572	1,309	17,257
1970	1,806	697	370	2,873
1971	—	38	?	38
1972	—	—	—	—
総計	44,338	19,835	8,182	72,354

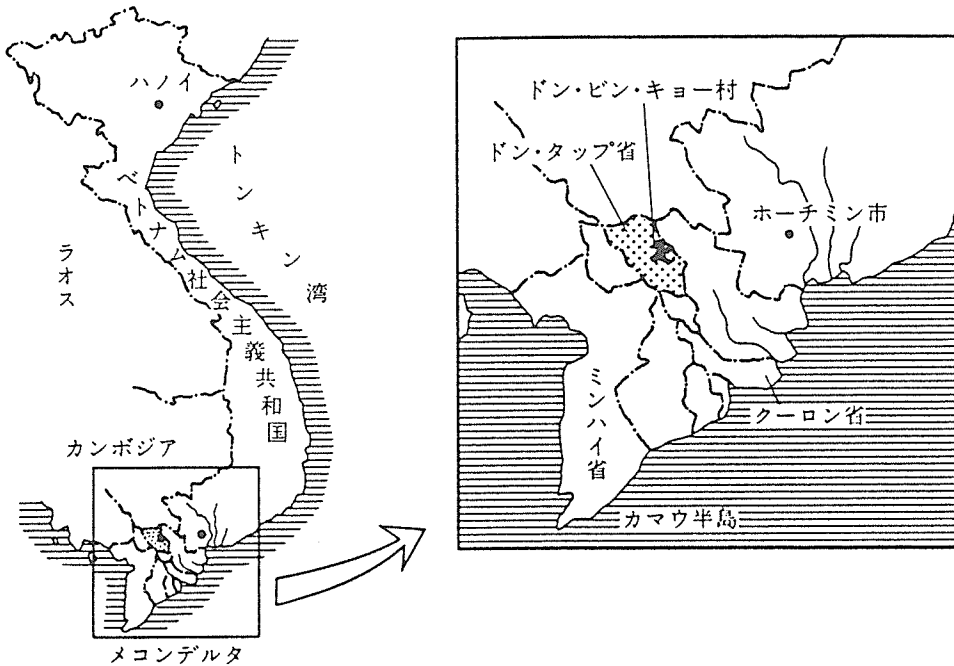


図1 ベトナム地図

調査方法

われわれは第1回調査を1988年5月に南ベトナム最大のツーズー病院で49名の入院患者およびドンタップ省タップモイ県ドク・ビン・キョーの母親101名、児童112名の面接調査を行った(図1)。第2回めは1989年1月、ドク・ビン・キョー村で292人の母子健康調査を行い、第3回めは1989年5月に同じく同村で学童313名の検診を行った。調査はベトナム側と共同で行い、問診、診察、そして第2回調査のときは、その村の異常のある母子を対象に行ったから、検尿、採血も行った。

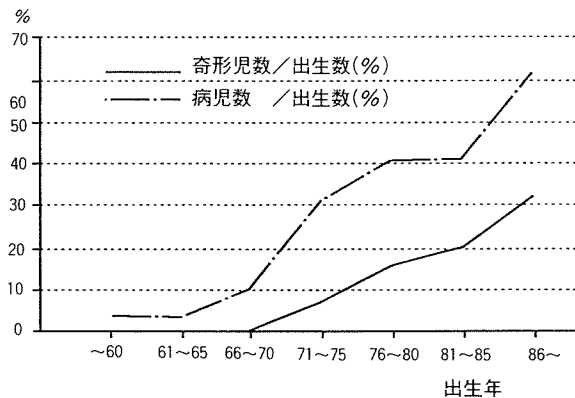


図2 妊娠既往歴から見た奇形児出生数、病児数の推移

第1回調査(母子調査)<sup>5)</sup>

受診の呼びかけに応じて受診したドク・ビン・キョー村の101名の母親では、妊娠回数は1~15回で合計428回で平均4.2回。1965年以前の流産・死産は3.3%、幼児死亡は15.0%であった。1966年以降では流産は増加傾向が著明で7.65となっているが、新生児死亡率は3.45と減少した。(表2)

この母親たちの現在の自覚症状は四肢の痛み(56.1%)、頭痛(52.0%)、胸痛(42.4%)が多く、次いで息切れ(34.2%)、易疲労(32.8%)、生理不順(30.1%)、咽頭痛(28.7%)、咳・たん(26.0%)、めまい(24.6%)、腹痛(21.9%)、目の異常(15.0%)、皮膚症状(13.6%)などがみられ、不健康さが目立つ集団であるといえる。その他に甲状腺腫18例が目立っていた。貧血8例、四肢麻痺3例、心障害3例、外傷後遺症4例、高血圧2例、低血圧5例、尿中ウロビリノーゲン陽性3例、尿蛋白2例、尿糖陽性はなしであった。

この母親たちの子供112名について調査したものが表3である。

先天異常は40症候33名、これは受診者の実に29.4%であった。最も多い先天異常は兔唇、口蓋裂8例であった。次いで先天性白内障を含む視力障害7例、四肢・胸郭変形6例、心臓奇形(心雑音があり、母親の証言のあるもの)3例、巨大結腸など内臓奇形3例、先天聾4例などであった。年度別の遷移を追うことは例数が少なくでき

なかったが、現在なお先天異常が発生しつづけている点は重要だと思われる。

さらに、脳性小児麻痺、知能遅滞、発育・栄養障害、ポリオ後遺症も多数みられたことから（症状をもったものが受診してきたにしても）広義の環境、すなわち、一般の衛生対策や栄養状態、貧困などにも問題のあることが指摘できた。このような状況であるから、重症者はすでに死亡したものと考えられるので発生率はさらに高くなるものと考えられる。

表2 ドン・ビン・キョー村母子調査  
(死・流産)

年代	~'65	'66~	年代不明
妊娠回数	60	289	79
流産	2(3.3)	22(7.6)	9(11.3)
死産	0	6(2.0)	3(3.7)
新生児死亡	9(15.0)	10(3.4)	11(13.9)

この村で枯葉剤がまかれたのは1965年以降であった。

第2回調査

検診者は292人で小児より老人までいた。0～4歳の乳幼児42名、解放以後（1975年）の出生5～14歳は74名、枯葉剤散布時代の出生15～29歳61名、散布以前の1960年以前の出生30～59歳92名、60歳以上3名であった。

自覚症状では15歳以上の176名で“頭痛”“手足のしびれ”“易疲労”“めまい”などが目立ち、通常の住民調査の2～3倍を示している。“咳”“たん”“腰痛・関節痛”

も多い。小児では“発熱”“下痢”の訴えが多かった。

体重/[（身長-100）×9]×100でみると肥満した人はわずか6名しかみられなかった（最高166）。最小66で平均96.4で皮下脂肪の蓄積は乏しかった。血中コレステロールは中央値が130～140mg/dlと低い。しかし、血中蛋白の中央値は7.2～7.4g/dlと平均値を示し低下をみない。とくに、学童ではやせが目立ち-2SD以下が多かった。

GOT, GPT では GOT 値上昇は6.7%, GPT 上昇は13.0%であった。これらの高価のこの対象の中の存在率はやや高いかと思われる（日本では3～6%）。HBs抗原陽性者は11%であった（日本は1～3%）。肝機能障害者とHBs抗原陽性との関係を検討したがそれはなかった。

ヘマトクリット値からみた貧血はみられなかった。

今回も女性に甲状腺腫が目立ち17例確認した。しかし、TSH値の高値を伴うものすなわち、バセドウ氏病と診断される例はなかった。その原因についても今後の検討が必要である。

ポリオ後遺症および類似疾患が20例にみられた。明らかなポリオ後遺症もみられたが、生後すぐ著明な筋萎縮があった例、膝蓋腱反射が消失していない例があることからこれらを直ちにポリオ後遺症とすることはできなかった。これらの疾患も今後の問題であろう。

受診女性のうち92人に妊娠歴があった。年齢は21～64歳（平均35.8歳）、全妊娠回数406回（平均4.2回）。死産8（2.0%）、流産14（3.4%）、人工流産1（0.2%）、胎状奇胎2（0.5%）であった。

表3 ドン・ビン・キョー村児童調査 (112名)

	'66-70	71-75	76-80	81-85	86-	合計
調査児童	2	9	27	50	24	112
先天異常	1	3	8	15	6	33
口・唇	1	1	1	3	2	8
頭・顔			1	1	1	3
四肢			1	4	1	6
指			1	2		3
内臓		1	1	4	1	7
視力		1	1	2		4
聴力		1	1			2
脳性麻痺			1	4	4	9
精神遅滞		1	3	9	4	17
てんかん		1	2	3	0	6
ポリオ		1	3	7	3	14
発育・栄養障害				7	9	16

出生児数とその中の病児数(先天異常児その他疾患)の年次変化をみると図2、表4のようになる。いずれも1971年以降に増加の傾向がみられる。この92名のうち、2回以上先天異常児を出産した女性は7人もおり、いずれも1976年以後の出産であった。1971年以降30~60%に何らかの異常があるという状況はとても尋常な状態とはいえない。

問題の先天異常は57人にみられうち50人が15歳以下であった。手足・指の奇形18例、口唇・口蓋裂9例、ダウン症候群が4例、その他小頭症など頭囲異常7例、泌尿器系の異常9例、先天白内障6例、顔貌の異常(ダウンを除く)4例、耳介の変形・位置異常3例、外耳孔欠損1例、口唇の血管腫2例、側弯症等脊柱の異常4例、肛門閉鎖1例が見出された。これらには無脳児、先天性心障害その他内臓奇形など重症先天異常は含まれていないからその率はさらに上昇するものと考えられる。

### 第3回調査

ドク・ビン・キョー村の通学中の学童312名について健康調査を行った。

この学童も前回と同様に身長・体重が平均以下であるものが多かった。たとえば、体重で平均以上は2人しかなく、身長でも6人しかいなかった。大多数が-2SD以下を示した。

不整脈1名、心雑音6名がみられた。甲状腺腫大は12例、リンパ腺腫大は18例と目立った。

尿蛋白陽性は8例に、糖尿は4例に認められた。

先天異常ありとされたものは19例(6.0%)にみられた。その内訳は四肢・指の奇形3例、耳介異常6例、胸郭異常2例、頭部・頸部異常2例、斜視その他眼瞼異常5例、口唇異常1例、先天性異常1例が認められた。

その他に聴力障害3例、てんかん3例、脳炎後遺症1例、精神遅滞(疑いも含む)14例などが確認された。前回の対象に比較すると軽症例であるがそれは対象が通学中の学童であったためである。前回の重症例と加えて考察するとその実態の輪郭がみえてくる。

### 考 察

われわれの調査はまだ始まったばかりである。あの膨大な枯葉剤の汚染による影響の全貌を明らかにするにはわれわれの調査はあまりにも部分的すぎ、不十分である。しかし、ベトナム側と協力してこのような調査が外国人によってなされたという報告はない。

以下問題点を述べてみると、

第1にこれらの流産・死産あるいは先天異常の発生率が異常であるということの確認が必要である。しかし、そのためには対照地区の調査が必要であるがベトナム国内に果して厳密な対照地区があるのかどうか疑わしい。2~3の報告によると女性が曝露されていなくても夫が曝露されているとその子に先天異常が発生するというから<sup>2,6)</sup>、直接、撒布されなかったところが対照になるとは限らない。また、諸外国との比較もその数字に大きなばらつきがあって単純な比較はあまり意味がない<sup>5)</sup>。これらの数字のばらつきは自然条件、風土、生活様式、栄養、衛生的環境、経済状態、医療事情など総合的な環境条件によって大きく異なるからであり、またその診察の精密度やチェックポイントなどによって左右される。

第2に、もし発生率が高率だとしてもそれが枯葉剤(とくに、それに含まれるダイオキシン)によるものという証明をしなければならない。もちろん、先に述べた疫学的な対照調査も必要であるが、環境中および生体内のダイオキシンの挙動も明らかにしなければならない。ベトナム以外では1976年のイタリアのセベソ事件<sup>7)</sup>、1978年アメリカのオレゴン州アルジェアヤラヴカナルの枯葉剤汚染事件などを通じて、枯葉剤とくにその中に含まれるダイオキシンが胎児に重大な影響を与えることが少しづつ明らかになってきている。たとえば、1979年アメリカの環境庁はオレゴン州の事例について「除草剤撒布と流産との相関は統計的有意差がある」と正式に認めている<sup>8)</sup>。動物実験に関してはすでにマウスを用いて精母細胞や第一次精原細胞の染色体異常を増加することが報告されており、また、げっ歯類で発癌性が証明された論文などがある<sup>6)</sup>。今後、これらの研究をどうつめてい

表4 妊娠既往歴からみた年次別出生数・奇形児出生数及び病児数

	~1960	61~65	66~70	71~75	76~80	81~85	1986~	合 計
出生数	28	29	40	61	83	92	48	381
奇形児出生数	0	0	0	4	13	18	15	50
／出生数(%)	0	0	0	6.6	15.7	19.6	31.3	13.1
病児数	1	1	4	19	34	38	29	126
／出生数(%)	3.6	3.4	10	31.1	41	41.3	60.4	33.1



くが重要である。

以上のような問題点をつめていくにはまだ困難な問題があり、われわれの小さな調査団でそれを明らかにすることはきわめて困難である。しかし、われわれがその実態の一部なりとも明らかにすることによって、世界的な世論をまきおこし、世界的規模での枯葉剤撒布によるさまざまな影響についての調査研究がすすむことを願っている。

そして、さらにつけ加えるならば、これらの影響を明らかにすることは決してベトナムの問題ではなく、今日の日本の問題でもある。確かにベトナムでは大量のダイオキシンが集中的に濃厚に撒布された。しかし、その何十倍もの枯葉剤が世界中にすでに撒かれたという事実がある。わが国でも、1年間の除草剤使用量は17,700tに達するといわれており、日本の農地に撒布された枯葉剤の濃度はすでにベトナムの約10分の1に達しているといわれている。さらに、それ以外にもPCP, CNP (MO), PCBなどダイオキシンを含む多量の有機塩素系もまた大量に環境を汚染している。さらに、ゴミ焼却場から3年間に755~848kgのダイオキシンが放出されるという報告もあることから、ベトナムは決してよそごとではないのである<sup>9)</sup>。現実に日本人の皮下脂肪など臓器から高濃度のダイオキシンなどが検出されている<sup>10)</sup>。

## 文献

- 1) SIPRI (ストックホルム国際平和研究所) 編: ベトナム戦争と生態系破壊, 37 p, 岩波現代選書, 1979年.
- 2) 綿貫礼子: 枯葉剤被爆に関する国際シンポジウム開催に寄せて, 科学, 52(12), 811 p, 1982年.
- 3) 綿貫礼子: 枯葉剤被爆に関するベトナム報告とその周辺, 科学, 51(9), 577 p, 1981年.
- 4) Ton That Tung et al: Clinical Effects of Massive and Continuous Utilization of Defoliants of Civilians, US Chemical Warfare and its Consequences, 25p, Vietnam Courier, Hanoi, 1980年.
- 5) 原田正純ほか: ベトナムにおける枯葉剤の健康に及ぼす影響について, 公害研究, 18(2), 28, 1988年.
- 6) International Symposium on Herbicides and Defoliants in War; Long-term Effects on Man and Nature, Ho Chi Minh City, 14-19, January, Vietnam Courier, Hanoi, 1983年.
- 7) 綿貫礼子: セベソ, ダイオキシン汚染と奇形, 科学, 49(11), 707, 1979年.

8) 綿貫礼子・河村宏編: ダイオキシン汚染のすべて, 技術と人間社, 1984年.

9) 河村宏ら: 日本のダイオキシン汚染問題, 科学, 55(2), 119, 1985年.

10) 脇本忠明: 毒物ダイオキシンと環境汚染, ベトナム枯葉剤被害とダイオキシン問題 (公開シンポ), 1989年5月20日, 大阪市.



# インフルエンザ流行と社会医学

母里啓子<sup>1)</sup>、福富和夫<sup>2)</sup>

<sup>1)</sup>国立公衆衛生院・疫学部 感染症室、<sup>2)</sup>国立公衆衛生院・保健統計学部

## Social Aspects of Influenza Vaccination in Japan

H. Mori<sup>(1)</sup>, K. Fukutomi<sup>(2)</sup>

<sup>(1)</sup>Department of Epidemiology Section of Communicable Disease, National Institute of Public Health

<sup>(2)</sup>Department of Public Health Statistics, National Institute of Public Health

### はじめに

“インフルエンザ”は、いわゆる“かぜ症候群”中のインフルエンザウイルスにより起こる流行性の上気道感染であり、個々の人の症状ではインフルエンザウイルスによるものと他の病原体によるものと区別を付けることは困難な場合も多い。一般に“かぜ”といわれるものは、症状に付けられた名前で、種々異なった病原体によって起るが、いずれも人から人へと移る呼吸器の病気であり、多少の相違は有っても症状は大同小異である。しかしインフルエンザが殊更“流行性感冒”として区別される訳は、“走るかぜ”ともいわれる様に、社会の中を病気が駆抜けると言う表現が可能なほど流行が日本中、世界中を襲うのが観察されるからである。従って大きな流れとしてみればインフルエンザの流行はその他のかぜとははっきり区別することが出来る。

世界的な“インフルエンザ”の流行として1918年のスペインかぜ、1957年のアジアかぜ、1968年の香港かぜ、1977のソ連かぜの流行等が知られているが、過去250年あまりの間に歴史に残る世界的な流行は少なくとも10回以上の記録が見られる。これらはまたインフルエンザウイルスがいわゆる大変異（不連続変異）をした結果起こったものと思われる。

ここしばらく世界的な大流行は起こらず、次の大変異がいつ起こるか心配されているがインフルエンザの世界も人の交流が盛んになった現在では変異の方向も様変わりをして行くのかもしれない、小変異をしながら感染を繰り返し徐々に抗体価が上昇している様子も見られている。冬になれば人々の日常の健康を気遣う挨拶のなかに登場する“かぜ”，社会に於ける一番身近な感染症としての主役をつとめる“インフルエンザ”の全体像を浮彫りにして、インフルエンザの制御における予防接種の位置付けを考察する。

### 1. インフルエンザの流行の捉え方

現在わが国で行なわれているインフルエンザについて集計される資料は、インフルエンザ発生時に次の3通りの方法で集められている。

①伝染病予防法・第3条の2に基づく届出・24時間以内  
(書面・口頭・電報・電話)

年別【図-1a】

月別【図-1b】

②学校保健法・第12条、第13条、学校保健法施行規則・第21条学校伝染病第2類、登校禁止の届出(集団風邪届出)集団発生患者数(週間発生数)

【図-2】【資料-1】

③感染症サーベイランスによるインフルエンザ様疾患届出数

これは全国2386定点医療機関の週間受診新患者数1987年1月より毎週の新患者数の報告を保健所が受けオンラインのコンピューター・ネットワークで結び全国情報と共に還元されている。その資料を地方、都道府県、指定都市、あるいは保健所別に過去3年間の最高値を縦軸としたグラフにすると時系列で地域での流行を追跡出来る。その一部を【図-3】にしめす。

その他関連資料として

(2). 地方衛生研究所によるインフルエンザウイルス分離報告, 【資料-2】,

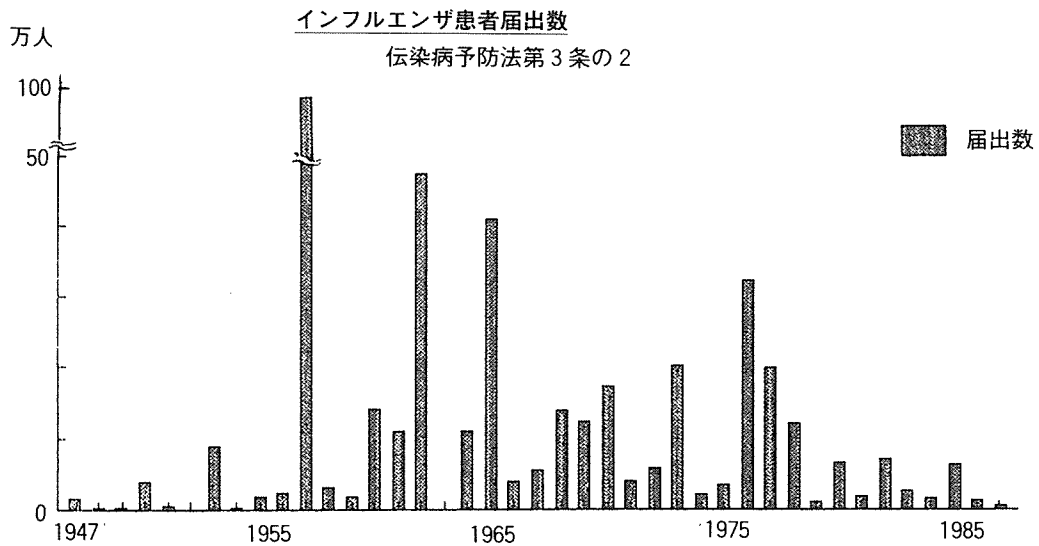
(3). 伝染病流行予測調査として毎年行なわれている年齢階級別の血清抗体価の疫学調査

(4). 分離ウイルス株と使用ワクチン株の交叉試験

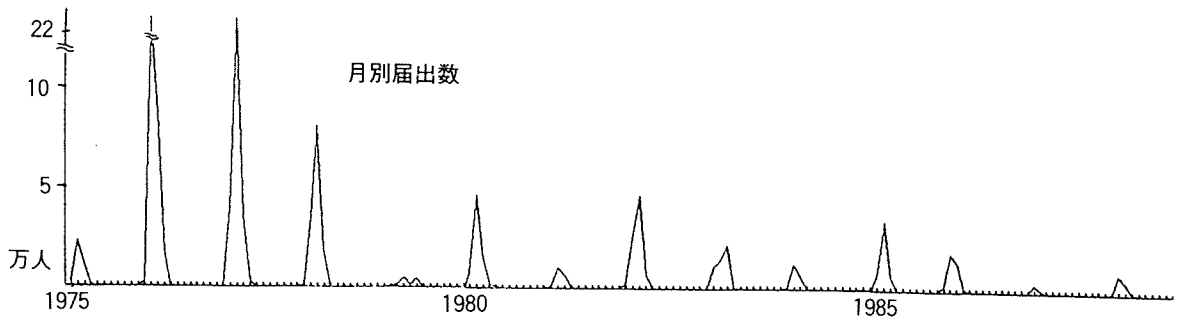
【資料-3】

(5). インフルエンザワクチン接種者数【図-4】の推移と都道府県別の学校に於けるワクチンの2回接種率

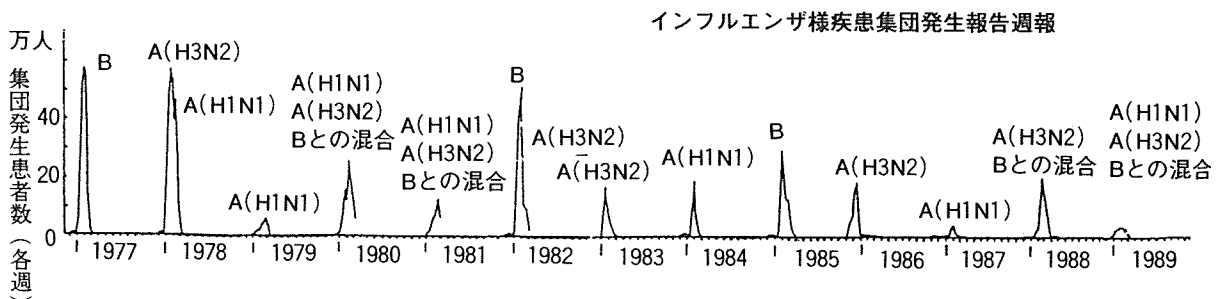
【図-1 a】



【図-1 b】



【図-2】



1985～1988 (1988年度接種率順) 【図-5】。

(6). インフルエンザによる超過死亡

全死因の期待値と実測値の差 (期待値より多い死亡=超過死亡) 【図-6】がある。

【資料-1】

各 都道府県 | 衛生主管部(局) 感染症業務担当 御中  
 指定都市 | 衛生研究所 感染症業務担当

平成元年2月20日作成

厚生省保健医療局疾病対策課結核・感染症対策室

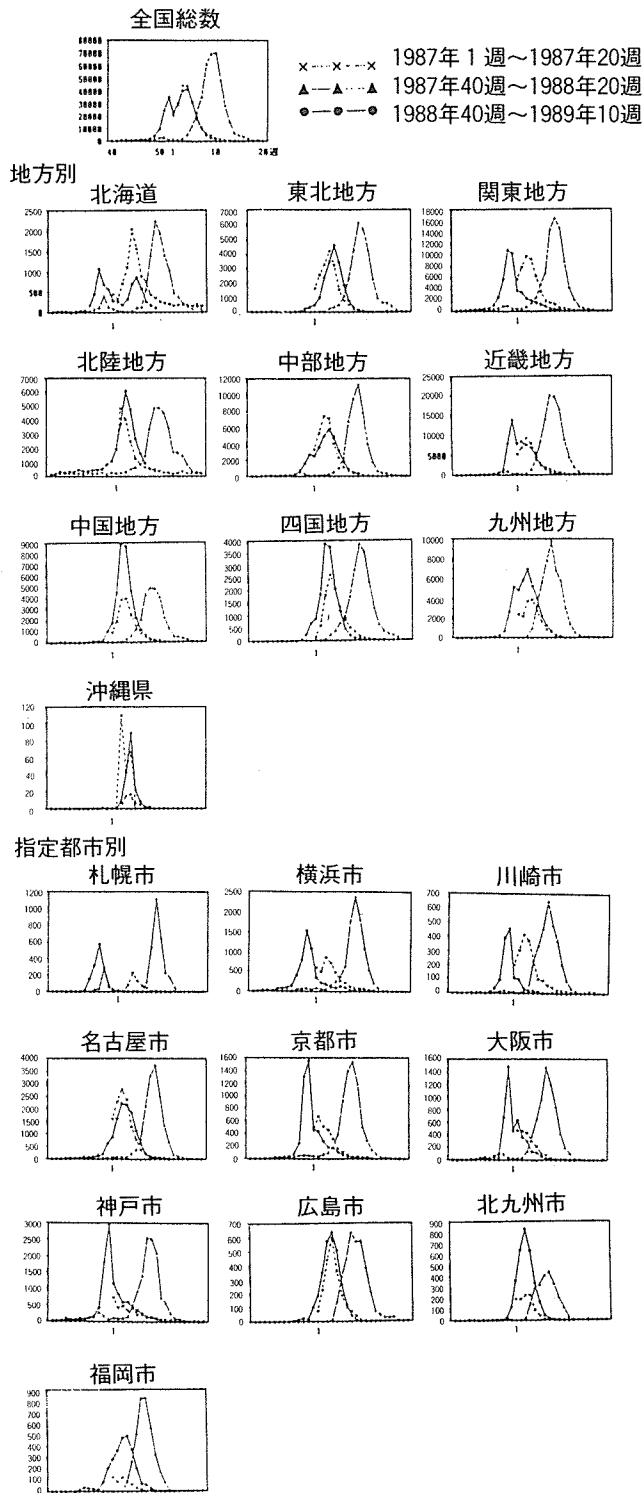
(今週 元. 2. 5~元. 2. 11)  
 累計 63.10.30~元. 2. 4)

インフルエンザ様疾患発生報告 (第15報)

	施設数		休校数		学年閉鎖校数		学級閉鎖校数		在籍者数		患者数		欠席者数		初 発 年月日	ウイルス分類状況		
	今週	累計	今週	累計	今週	累計	今週	累計	今週	累計	今週	累計	今週	累計		Aノ連型	A香港型	
北海道	151	634	23	62	39	136	89	436	16,313	66,658	10,457	43,727	2,641	11,905	63.10.13			
青森	12	32	6	8	1	4	5	20	3,113	4,645	1,505	2,269	371	724	元. 1. 20			
岩手	8	24	1	5	4	10	3	9	1,198	2,727	1,499	638	192	586	元. 1. 26			
宮城	1	17		5		2	1	10	116	1,205	33	727	30	371	63.12.16			
秋田		24		11		8		5		6,220		2,161		732	63.11.15	64. 1. 7	63.12. 8	
山形	6	86	1	17	3	30	2	39	915	31,776	434	10,421	86	2,461	元. 1. 12	元. 1. 30		
福島																		
茨城	1	8		1			1	7	30	278	12	149	10	86	元. 1. 12			
栃木																		
群馬	1	18		1		2	1	15	63	1,100	28	635	17	322	63.12. 9	63.12.17		
埼玉	7	115		2		2	7	111	277	5,919	106	2,848	75	1,601	63.11.19	63.12.22		
千葉		9				1		8		409		202		124	63.12. 6	元. 2. 9		
東京	13	632		26		25	13	581	524	28,085	339	17,946	105	7,690	63.11. 2	63.12. 1		
神奈川	11	170		2		4	11	164	505	9,878	285	5,688	120	2,652	63.11. 1	63.11.29		
新潟	45	308	7	47	18	102	20	159	4,119	29,775	2,058	15,367	614	4,947	63.12. 5			
富山		2				2				256		101		29	元. 1. 20			
石川	3	41		3	2	19	4	19	87	1,881	64	1,220	27	499	63.12.16	元. 1. 31		
福井	1	4			1	3		1	107	1,675	79	801	17	128	元. 1. 17	元. 1. 24		
山梨		7				2		5		346		178		107	元. 1. 20			
長野		7		1		1		5		1,099		575		181	63.11.17	63.12.22		
岐阜	3	72		3		25	3	44	129	3,622	85	2,464	37	945	63.11.18	元. 1. 27		
静岡		1				1				32		21		10	元. 1. 30			
愛知	5	8			1	1	4	7	219	323	129	202	64	444	元. 1. 13	元. 1. 24		
三重	23	211		7	10	81	13	123	779	10,019	485	6,103	197	2,517	元. 1. 11	元. 2. 3		
滋賀	3	50			1	8	2	42	195	2,810	93	1,750	46	729	63.12.16	63.12.27		
京都	7	72		4	2	20	5	48	217	2,979	129	1,839	61	772	63.12.15	63.12.26		
大阪	9	187		2		12	9	173	377	14,019	154	7,973	98	3,563	63.11.25	63.12.12		
兵庫	7	132		11	2	39	5	82	284	6,248	154	3,176	73	1,803	63.12. 6	元. 1. 27		
奈良	1	70				1	1	69	44	2,550	24	1,280	9	763	63.12. 8	63.12.14		
和歌山	14	159		15	4	67	10	77	417	5,533	255	3,351	107	1,442	63.12.13	元. 2. 14		
鳥取	2	28		3	1	9	1	16	365	2,044	151	1,261	60	470	元. 1. 17	元. 1. 24		
島根	10	165		25	6	83	4	57	518	11,533	353	6,651	109	2,698	63.12.19	63.12.26		
岡山	3	240	1	32		65	2	143	126	15,073	92	8,670	36	4,042	63.12.19		63.12.27	
広島	1	123		24	1	39		60	32	9,599	18	5,777	5	2,278	63.12. 7	元. 2. 3		
山口	7	189	1	30	6	72		87	258	17,620	159	9,564	74	3,426	63.12.26	元. 1. 19		
徳島		5				1		4		215		120		100	元. 1. 14	元. 1. 24		
香川	1	24		3		1	1	21	30	976	11	567	11	329	元. 1. 12			
愛媛	1	21	1	7		9		5	198	3,308	121	1,663	24	678	元. 1. 13	元. 1. 28		
高知	5	70	1	7	3	33	1	30	204	3,498	117	2,462	51	957	63.12.15	63.12.26		
福岡	10	241		6	1	37	9	203	441	18,255	295	10,446	125	4,071	63.12. 9	63.12.22		
佐賀		12		1		4		7		534		382		171	元. 1. 18			
長崎	2	30		1	2	20		9	32	889	26	679	14	331	元. 1. 12	元. 1. 24	元. 2. 6	
熊本	4	42		6	2	11	2	25	291	5,113	202	3,232	74	991	63.12.20	64. 1. 6		
大分		11				1		10		618		398		196	63.12.28			
宮崎	1	28		3		15	1	10	698	13,969	116	4,585	49	1,407	元. 1. 12			
鹿児島	1	11		1	1	5		5	36	529	23	388	15	192	元. 1. 20			
沖縄		2		1				1		84		54		34	元. 1. 14			
計	380	4,347	42	383	111	1,013	227	2,952	33,257	345,919	19,230	191,553	5,644	70,151				
昨年同期	1,134	2,294	53	98	157	328	941	1,894	115,827	212,087	57,078	111,201	26,085	48,255				
再掲	札幌	1	104		8		6	1	90	44	13,697	41	9,491	10	2,852	63.12.12		
	横浜		7		1				6		360		240		134	63.12. 9	63.12.15	
	川崎		1						1		205		12		12	63.11.24		
	名古屋		1						1		37		14		14	元. 1. 27	元. 2. 1	
	京都																	
	大阪		5				1		4		404		294		128	63.12.15	63.12.27	
	神戸	1	5					1	5	54	195	17	73	17	73	63.12.21		
掲	広島		5					5		218		115		65	元. 1. 19	元. 1. 27		
	北九州		71		1		16	54		5,916		3,531		1,283	63.12.16	63.12.26		
	福岡		4					4		163		106		63	63.12.20	元. 1. 14		

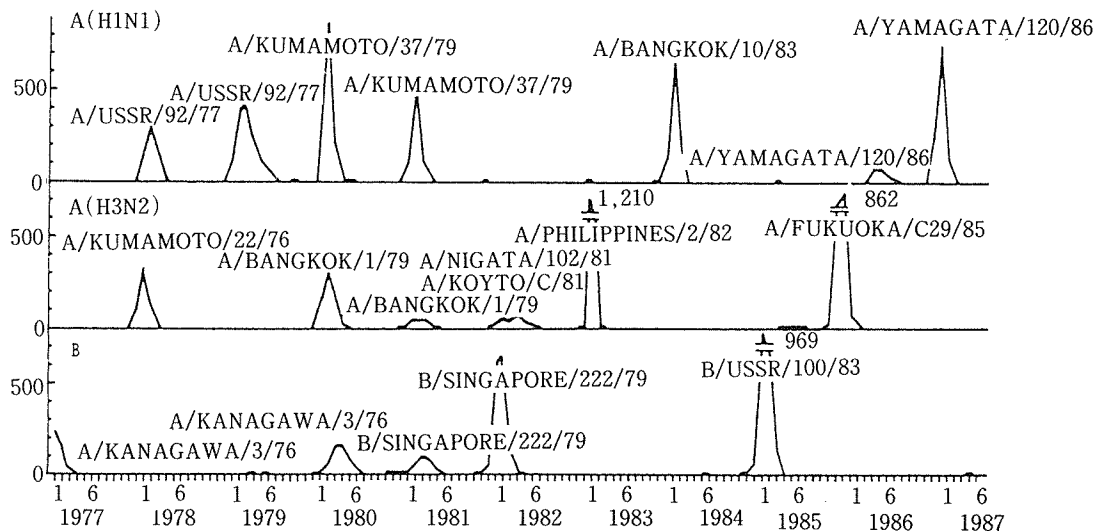
※岡山県はB型

【図-3】



【資料-2】

インフルエンザウイルス分離数 (1977-1987)



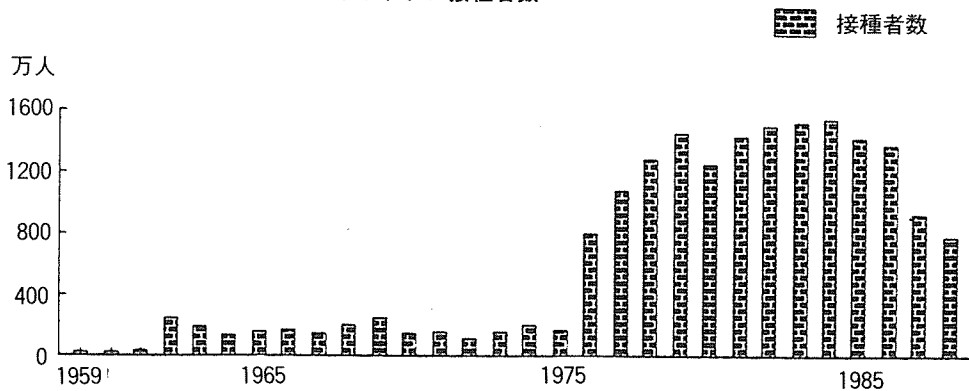
【資料-3】

1987年4月～7月に分離されたB型株の抗原分析

抗原	フェレット感染抗血清		
	B/シンガポール/222/79	B/茨城/2/85	B/長崎/1/87
B/シンガポール/222/79	512	128	64
B/茨城/2/85	512	1024	1024
B/長崎/1/87	128	256	512
B/高知/258/87	64	128	128
B/鹿児島/1/87	32	64	64
B/熊本/23/87	128	128	128

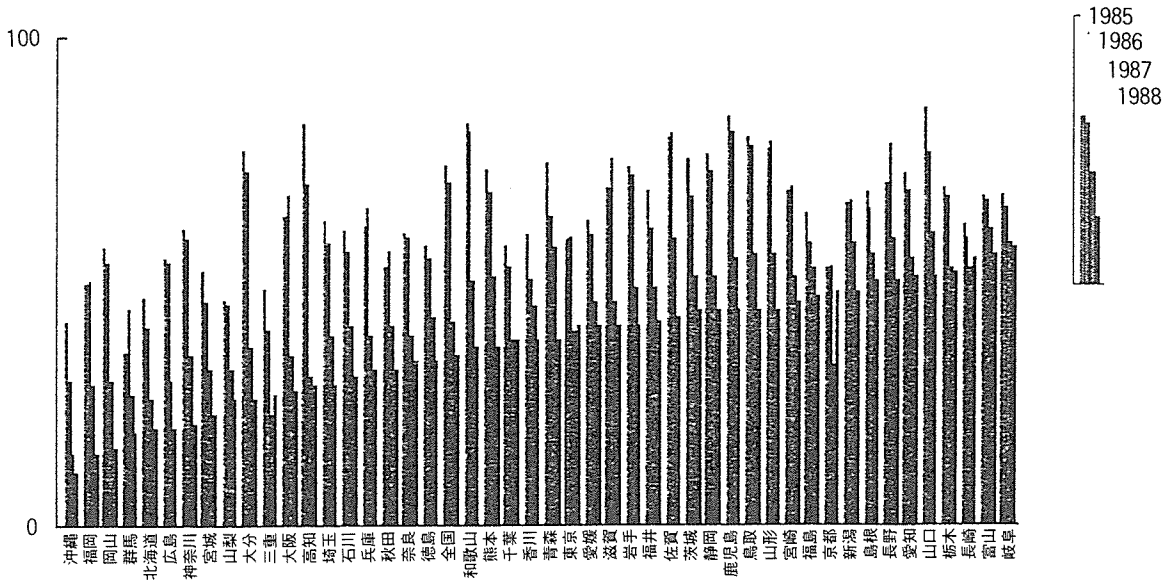
【図-4】

インフルエンザワクチン接種者数



【図-5】

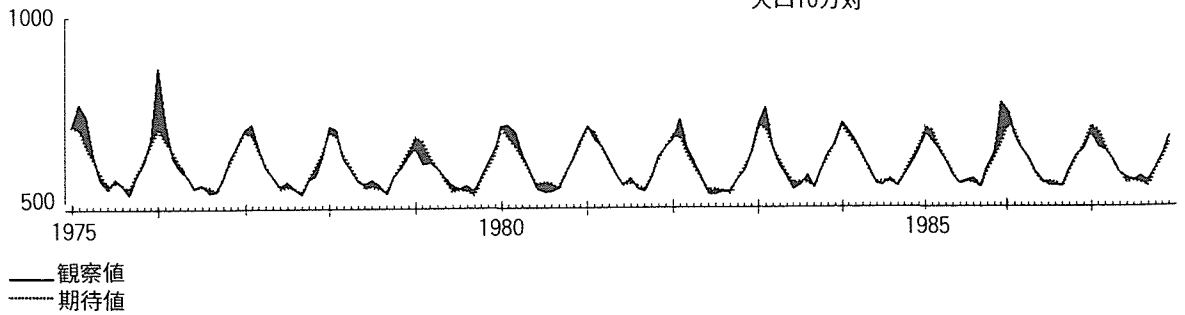
都道府県別インフルエンザ予防接種率の推移  
1985-1988



1988年の接種率順

【図-6】

月別死亡率（全死因）の推移  
人口10万対





インフルエンザの病気自体は健康な人への感染での致命率はきわめて低い。しかし昔から“風邪は万病のもと”と言われるごとく、インフルエンザの流行期に様々な死因による死亡が超過死亡として起こることはよく知られている。超過死亡の見られた流行の特徴を見るためインフルエンザの流行と超過死亡を重ね合わせてみる。超過死亡が目立つのは1975年2-3月、1976年1月、1983年2月、1985年12月であり流行株から見るといずれもH3N2型の流行時でありH1N1型、B型のときは②、③による患者発生報告が多くても超過死亡としては捉えられない。

さらに年令別に詳しく分析すれば、①伝染病予防法・第3条の2の届出によるものにおいてはH3N2型のときには、高齢者の占める割合が増加している。この届出の数は、急性で軽く大勢の罹患者があるインフルエンザについていえば実情には程遠いものがある。しかし視点を変えれば届をする医者は感染症サーベイランスでいう定点の性格をもっている。超過死亡に繋がるような流行とは学校の流行像を示す②のパターンより、数は少ないが関係が深い。

②の学校保健法による集団風邪の届出は、当然児童生徒の集団であり、学級閉鎖にともなう患者人数であるためインフルエンザにかかった児童生徒は遥かに多い。流行が短期間に大きな場合は多く、ピークが低く、期間が長くなれば、学級閉鎖は比較的になくなる。また学級閉鎖の基準は県によって異なる。資料1からも分るように福島県からの報告は無い。

③の感染症サーベイランスによる届出は届出定点医療機関が小児科に偏っているため、②と同一の傾向が見られる。定点医療機関のある場所、医療圏の大きさ、対象とする患者の年齢層等地域別の解析をする上では考慮しなければならない点も多いが地域毎に流行の時期、大きさ、患者の年齢等を年次比較をすることにより地域の状況が掴める。流行の大きさを直接他の地域と比較は出来ないが、他の地方の情報と併せ日本全体の流行の流れを追うことが出来る。

## 2. 考察

以上の資料から現在のインフルエンザ流行の全体像をある程度見渡す事は出来る。インフルエンザの脅威が相対的に高かった時代では届出率も高かったと思われる。

今では①と③の差は余りにも大きく届出制を見直さなければならぬといわれるが、重症例が多く届けられるのか超過死亡の見られる流行の時は高年齢の占める割合が高い。

流行の様子は報道機関に取上げられることが多い【資料-4】。しかし報道機関の取り上げかたにはニュースとしての効果を狙うため誤った印象を与えることが多々ある。そのためにも正確な現状認識が必要とされる。

参考資料に挙げた新聞記事のごとく比較をしてはいけないデータを使った記事がでるのは困った問題であるが感染症サーベイランスのデータを自分の住んでいる地域と県別、地方別、全国情報と繋げてみると早い時点である程度の流行を予測することが出来る。

最多時には1600万人に上る児童・生徒に毎年2回注射されてきた現行ワクチンの効果を論ずることは直接は出来ない。しかし1986~1988年のワクチン接種率の推移を先の流行のパターンと比較すれば1986年の接種率の高い時でも児童生徒へのワクチン接種が流行自体に影響を与えとは考えられない。

大正年間に内務省はインフルエンザワクチンの接種を進めている(勿論ウイルスに対するものではない)。合併症としての肺炎等の制御が出来ない、抗生物質もない時代でのことである。インフルエンザの病原体は1933年にウイルスとしてA型が発見されるまでには、色々と病原体として擬せられた物も多く、北里研究所と伝染病研究所でインフルエンザのワクチンとしてインフルエンザ菌や肺炎双球菌が使われて製造され効果を競ったこともあった。

現代社会においては、種々の感染症が環境の整備と労働条件の改善、衛生教育の普及と抗生物質、化学療法の発達の中で克服されてきた。あらたにAIDSの様な特異的感染経路をもつ感染症が問題となってきたが、今までの感染症の脅威は病原体そのもの存在によるのではなく、飢餓、貧困、戦争や、風俗、習慣など、人の置かれた環境による。

天然痘の脅威が種痘を武器として人類から撲滅出来たことは感染症の制圧の歴史のなかでは特記すべきことであるが、それも我が国の経過のなかでは、種痘後脳炎等、1951年以後は病気そのものの脅威よりは、脅威を強調して行なったワクチンによる犠牲者が多く、後に社会問題となる。しかも天然痘と異なり人以外の動物も宿主とする感染症にはワクチンによる制御だけでは無効である。人のあいだだけの感染ではなく、鳥や豚等にもインフルエンザの流行は見られ人のインフルエンザとの関係も論じられている。自然界から新たな変異株が持込まれ続け



るようなウイルスをワクチンにより制御する事は出来るものではない。ワクチンの対象は流行の制御ではなくハイリスクの人達を防御する事に向けられるもので、我が国で行なわれている児童生徒を対象とするワクチンの方向は間違っている。世界的に見てもインフルエンザは制御されることなく駆け巡っているが、ウイルスの性質が解らず大流行を歴史に残してきたインフルエンザも、その生態学、ウイルス学が解明されつつある現在では、かつての様な人類に対する脅威となる事はないのではないかと思われる。

我が国に於けるインフルエンザワクチンの本格的な導入は、1957年の届出患者数983,105人、死者数7,735人の大流行後計画されて、1959年より、奨励分、(6ヵ月以上の乳児、65才以上の老人等、超過死亡が見られる年齢)と流行阻止分(学童・児童、集団生活者、鉄道・郵政関係者)への接種としてはじめられた。しかし副反応が多く、ワクチンに依るとされる死亡事故なども起ったため乳児、老人に打つことは取止められ、学校が接種の場として定着し、職場での接種率は落ちて行く。さらに天然痘の予防接種の健康被害をはじめとするワクチン過問題が大きな社会問題となり、予防接種は社会防衛でありその為に個人の受けた不利益や健康被害を国が保障するために改正したとする、1976年の予防接種法の改正の下に、インフルエンザの予防接種は日本脳炎と共に義務接種の臨時接種として位置付けられ施行されて行く。ワクチンの導入の意図とは異なった流行阻止の為という政策に、なし崩しに変更され、予防接種法の改正とともに一挙に接種者の数は800万人台から1,600万人台に急増する。被害者救済という大義名分の下に行なわれた1976年の予防接種法の改正はインフルエンザのワクチン接種、インフルエンザの予防に取ってはなになであったかを考えなければならない。義務教育の場に持込まれた義務接種は感染症に対する社会防衛論と個人防衛論をまきこんで昏迷の度を深めていく。うつる病気は皆排除すべきものとする伝染病予防法思想の下の健康教育と予防の意味づけ、学校に於ける集団接種のもたらした教育への影響は感染症対策の上で測り知れないものがある。

1980年、アメリカのCDC (Center For Disease Control) の調査団が来日し世界で類のない集団防衛論に基づく大規模な予防接種政策の効果を判断するデータがなく、解らないとする報告書が出された<sup>1)</sup>。その後日本ウイルス学会の会員のなかからも問題が提起され、1981年ウイルス学会主催でインフルエンザワクチンに関するRound Table Discussionが行なわれ問題点が討議された<sup>2)</sup>。そのなかで1979年11月の事故を契機として集団

での予防接種を全面的に中止し、克明に調査をし続けた群馬県前橋市のインフルエンザ研究会により“ワクチン非接種地域に於けるインフルエンザ流行状況”という報告書が作られる<sup>3)</sup>。インフルエンザワクチンの、集団接種を主張する人はこの報告書の位置付けを考えなければならない。それを受けて始められた厚生省の研究班の報告書<sup>4)</sup>作製過程に見られたワクチンを接種する側の論理、一般の人達のワクチンに対する信仰に近い期待、うつる病気をどの様に社会の中で取扱って行くかという根本問題に対する問い掛けをインフルエンザのワクチン問題は含んでいる。

一昨年行なわれた保護者の同意を重視する集団接種への実質の変更は問題の本質を見えなくしている。集団予防の効果が疑問視されるや今度は個人の重症化を防ぐ効果があると、合併症の問題を論ずる事もなく、言葉巧に健康に対する不安を助長しワクチンに対する信仰を掻き立てている。この様な指導を続ける事の社会に及ぼす影響は、薬好きの国民性の薬依存、MMR ワクチンやB型肝炎ワクチンの過剰適応の問題、AIDSについての正しい知識の普及という、健康・衛生教育の問題と繋がっていく。

与えられる教育・医療から、自ら学ぶ教育、自ら護る人権・健康へと、インフルエンザワクチン集団接種問題の意味するものは重大である。

#### 文献

- 1) Special Reports “Influenza Immunization Policies in Japan” *J.of Infectious Diseases* vol.141 No.2 1980
- 2) インフルエンザワクチンに関する Round Table Discussion ウイルス31 (2), 171-178 1981
- 3) ワクチン非接種地域におけるインフルエンザ流行状況, トヨタ財団助成研究報告書 C-010 1987,1
- 4) インフルエンザ流行防止に関する研究 昭和61年度厚生科学研究費補助金報告書



# 肝炎はなぜひろがったか

安井重裕 (北海道勤医協札幌西区病院)

美馬聰昭・国中るみ子 (北海道勤医協中央病院)

## Why hepatitis in Japan have spread so widely

S. Yasui<sup>1)</sup>, S. Mima, R. Kumınaka<sup>2)</sup>

<sup>1)</sup>Kinikyo Sapporo Nishi-ku Hospital

<sup>2)</sup>Kinikyo Central Hospital

### はじめに

私たちは、14年前から北海道におけるウイルス肝炎の患者団体である「北海道ウイルス肝炎友の会」とともに医療活動を展開してきました。

当初「友の会」は患者同士の親睦や学習を中心に活動していましたが、結成3周年を機に肝炎患者の切実な要求を実現するために運動を推し進める“患者運動”組織へと脱皮しました。その後、医学的にも注目される肝癌の集団検診を実施し、全道に支部を広げるなか1600名を越える会に成長してきました。

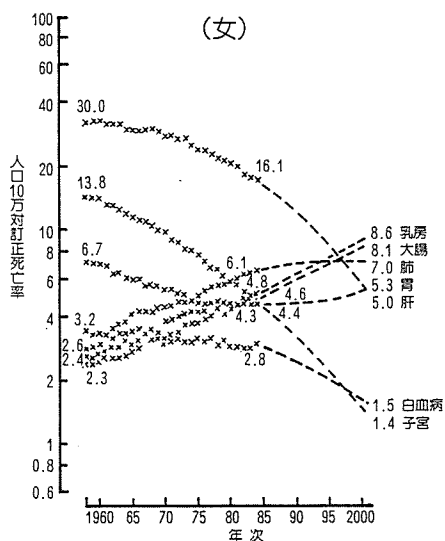
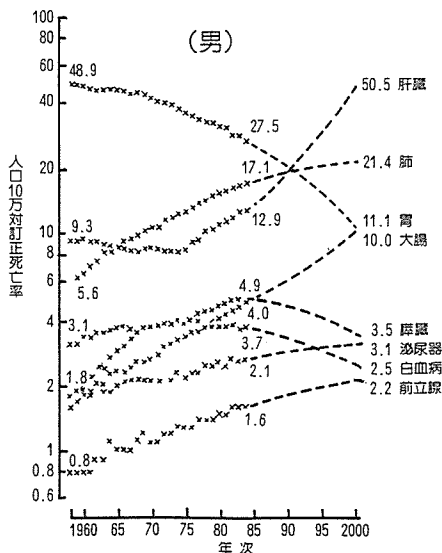
私たちはこの中で多くの患者さんたちと出会い、その苦悩に満ちた実態を知るにつけても、なぜわが国でかようにウイルス肝炎が蔓延しているのか、その原因をどう

してもつきとめたいと考えるようになったのです。

そうして以下に述べるような結論に達したのですが、時あたかも医療福祉の諸制度が後退させられ、全国でも希な北海道単独の公費医療の肝炎への適用すら風前の灯火となっている矢先、国家の責任で肝炎患者の救済を実現する正当性を獲得した思いです。

### 1. 肝癌・ウイルス肝炎は現代日本の社会問題

近年わが国における肝癌による死亡者数は増加し、癌死亡者数では第3位となっています。平山雄の予想によれば、1990年代に入ると、男性では肺癌・胃癌を抜いて第1位になるといいます(図1)<sup>1)</sup>。



訂正死亡率は1935年の性別人口を基準にした  
——平山雄氏による——

図1 癌の部位別年齢訂正死亡率

1958~1984年の傾向にlog2次式をあてはめ2000年まで延長したもの

既に北海道においては、肝癌が胃癌に次いで男性癌死亡の第2位になっており、全国的にみても40~50代の男性では肝硬変・肝癌による死亡が胃癌を上回っている状況です(図2)。

すなわち、日本人男性では50代の6~7人に1人が肝臓病で亡くなっているというのが実態で、働き盛りの死は一家にとっても社会にとっても極めて損失が大ききまさに社会問題化していると言わねばなりません。

さらに、ウイルス肝炎患者・ウイルスの持続感染者(以下、キャリアと呼ぶ)にとって偏見・差別が学校や一般社会だけでなく医療機関の中でさえ横行していることは深刻です。とくに、一昨年の三重大付属病院での劇症肝炎事件以降、マスコミなどでの不正確な報道により「肝炎はうつる恐ろしい病気」という誤解が広がり、全国肝臓病患者会連絡協議会(全肝協)の電話相談には悩みが殺到しました。

また、ウイルスによる肝疾患で国の認める公費医療は『劇症肝炎』『原発性胆汁性肝硬変』だけということで、患者の経済的負担が大きく、肝炎問題の深刻さを増幅させています。

## 2. わが国は「先進国」中最大の肝炎ウイルス汚染国

欧米と異なってわが国の肝臓病は、その原因を殆どウイルスに因っており、アルコールや自己免疫による肝疾患は25%に過ぎません<sup>2)</sup>。

ウイルス肝炎はその病因ウイルスにより〈A型〉〈B型〉〈非A・非B型〉の3つに分類されます。そのウイルスが確認されているB型肝炎ウイルスについては日本でのキャリア率が国民の2~3%であるのに、欧米ではその十分の一といわれます<sup>3)</sup>。また、そのウイルスがようやく少しずつ姿を現しはじめた非A非B型肝炎ウイルスキャリアは、B型肝炎ウイルスキャリアと同程度かそれ以上の数になると考えられます。つまり、わが国は「先進国」中最大の肝炎ウイルス汚染国なのです。

## 3. ウイルス肝炎とキャリア

A型肝炎ウイルスが感染しても治癒と共に抗体を作って再び肝炎にはかからなくなるのに対して、ここで問題となるのは、ウイルスが人の肝臓に住み着き持続感染状態を引き起こすB型及び非A非B型肝炎ウイルスです。このキャリアの人々の中から慢性の肝疾患が発症してくるからです。B型では、30代で慢性肝炎・40代で肝硬変・50代で肝癌と進展していくと言われていています。非A非B型は10年遅れてやはり同じ道を辿るとされます<sup>4)</sup>。肝臓はちょうどスポンジに血液を含ませたような柔らかかな再生可能な余力のある臓器ですが、肝硬変になると縮んで硬く石のような肝臓に変わり、それと共に肝臓の大切な機能が衰えてきます(肝不全)。肝臓内の血管の流れも悪くなり、食道静脈瘤という一触即発の“爆弾”を

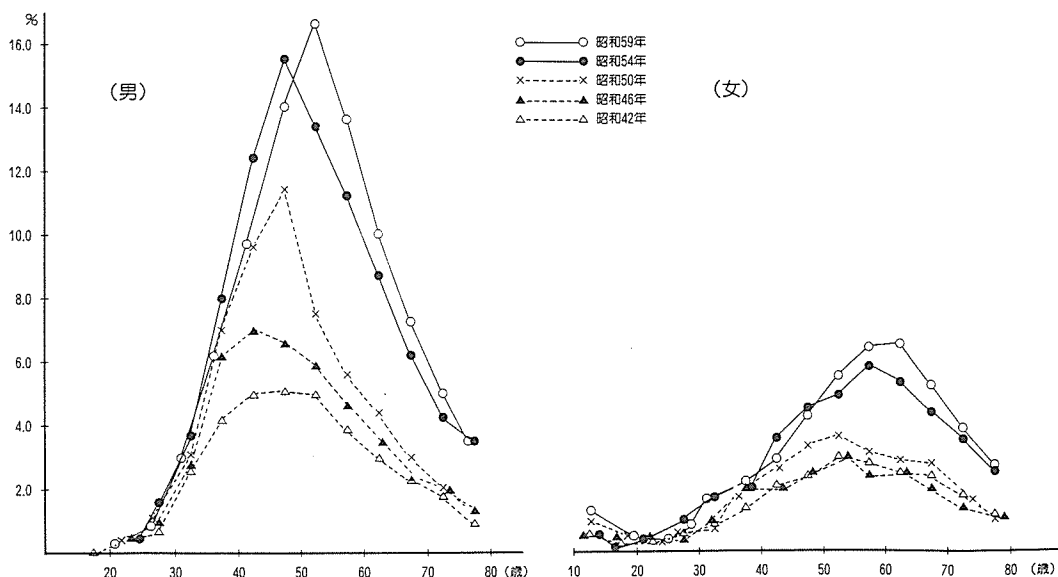


図2 年齢別肝硬変・肝癌死亡者数の年齢別死亡数に対する割合

抱えてしまうことにもなります。

そして肝硬変の合併症として1番困ったものは、高率にみられる肝癌です。肝炎ウイルスが癌ウイルスとみなされたり、その発癌メカニズムが広く研究されているのも当然です。

B型肝炎ウイルスのキャリアは非キャリアに比して200倍以上も肝癌を発症する(Beasley ほか<sup>5)</sup>)と聞くだけで肝炎ウイルスキャリアになることの深刻性は明らかだといえましょう。

では、どのような要件を満たすとB型肝炎ウイルスのキャリアになるのかと言うことですが、5才(時に10才)くらいまでに肝炎ウイルスを含んだ血液が自らの血液に混入すると、多くの場合免疫の力が不十分なためウイルスは排除されずにキャリアとなります<sup>6,7)</sup>。ことに、e抗原陽性ですとe抗体陽性の血液に比べ少なくとも100万倍くらい感染性が強くなります<sup>8)</sup>から、ほんの微量の血液であつてもうつるということです。しかし、成人ではたとえ感染しても免疫機能が十分ですのでキャリアになることはまずありません。ほとんどは症状のないまま抗体を作って治ってしまうわけです。一方、非A非B型肝炎ウイルスの場合は、乳幼児期はいうにおよばず輸血後肝炎にみられるように成人になって感染した場合でもキャリア化するという厄介な代物です。

#### 4. 肝炎ウイルスの感染経路

では肝炎ウイルスはどのような経路で人から人へうつるのでしょうか。

B型肝炎ウイルスについては、従来よりその約1/3が母児間垂直感染であり、残りは不明とされてきました<sup>9)</sup>。

しかし、感染経路不明とされてきた殆どのB型肝炎ウイルスキャリアの成立は5才(時に10才)までに血液を介してウイルスに曝露されたためであることは間違いありません。付け加えれば、母児間感染という人でもそのお母さんまで遡れば、他の幼時期のルートによる感染といえる場合も多いことでしょう。そうなると乳幼児期の医療行為が、どのような衛生環境でなされてきたかが俄かに問題となってきます。

#### 5. 医療行為と肝炎ウイルス

ここで、19世紀後葉からの黄疸と各種医療行為との関連を示唆する幾多の報告に注目する必要があります。そのいくつかを例示してみましょう。

①種痘……血清肝炎の最初のまとまった報告として1885

年のLürmanのものがあります<sup>10)</sup>。これによると、ドイツのウェーザー河下流にあるブレーメン市の工場で黄疸の爆発的流行があったのですが、それに先だって全従業員対象に種痘が実施されていました。その実施日と発黄の関係の気づいた彼は、その原因として種痘を考えたのです。奇しくもこの同じ年に、Jehnもドイツの精神病院での黄疸の発生を報告しこの病院で全員に行われた種痘との関係をほのめかしています<sup>11)</sup>。

②血糖検査……1926年 Malmros らはドイツの大学病院で1923年に流行した黄疸について、34例中28例が糖尿病で、血糖検査のための耳朶採血をしておりその際使われたランセットはエーテル布で拭くだけの連続使用だったと報告しています<sup>12)</sup>。

③サルバルサン治療……1927年 Ruge は、ドイツ海軍で発生した劇症肝炎と梅毒のサルバルサン治療の関係について報告しています<sup>13)</sup>。

④黄熱病予防ワクチン接種……1937年、Findlay らは極少量の人血清を含む黄熱病予防ワクチンの接種を受けた英国軍隊3100人のうち89人が発黄したことを報告し<sup>14)</sup>、この原因について(1)注射によって何か肝毒性のある物質が入り込んだのか(2)血清の中に肝炎ウイルスが入っていたのかという可能性を上げています。

⑤その他、麻疹の発症予防のため使った抗血清<sup>15)</sup>やリウマチ治療法<sup>16)</sup>による発黄が報告されています。とくに、1945年ペニシリンの筋肉注射での黄疸が報告された際の論文名『Syringe-transmitted hepatitis』は実に象徴的といえます<sup>17)</sup>。

このように、肝炎はそのウイルスが発見される以前から医療行為と深い関係にあることが常識となってきました。むしろ、これらの報告の積み重ねによって、“血清肝炎”という概念が確立されてきたのです。

上記の報告はいずれも、同じ注射器を連続して使ったり、汚染された血清の混入に肝炎(この当時は「発黄」で示された)の原因があったと推察されます。念のためにいえば、これらは成人の例であるため原因がB型肝炎ウイルスであれば急性の肝炎症状にとどまりキャリアにはならなかったし、非A非B型ならば慢性の肝疾患に移行していく人もいたことでしょう。

このように連続注射をすればどうなるのかということとは、何も古く西洋を温ねなくとも、最近の日本でも次のような例のあったことをこの節の最後に記しておきます。

1980年岐阜県のある高校で、貧血検査の際一人ひとりの穿刺針を取り換えずに採血をしたところ、キャリアの後に検査した6人目までB型肝炎ウイルスの感染がお

き、このうち3人が急性肝炎となったという報告があります(図3)<sup>18)</sup>。

順位	0	1	2	3	4	5	6
席次	32	33	34	35	36	37	38
転帰	キャリア	感 染	急性 肝炎	感 染	急性 肝炎	急性 肝炎	感 染
第1回 HBs抗原/抗体	⊕/⊖	⊖/⊕	⊕/⊕	⊕/⊖	⊕/⊖	⊕/⊖	⊖/⊕
第2回 (8カ月後)	⊕/⊖	⊖/⊕ <sup>↓</sup>	⊖/⊕	⊖/⊖	⊖/⊕	⊖/⊕	⊖/⊕ <sup>↑</sup>

(33~38: IgM型HBc抗体は⊕→⊖と変化)

図3 貧血検査時の注射針によると推定された急性B型肝炎の集団発生例

### 6. 予防接種と肝炎の蔓延

ところで、一般医家では、連続的に次から次へと患者を並べて注射をすることはまずないでしょう。それが事実としてやられ、かつ法的に許されていたのは予防接種の場であったことは確かです。

しかも予防接種の実施時期は、まさに乳幼児期であって、非A非B型は勿論、B型の場合もキャリア成立の条件を満たしています。ここに至って私たちは、B型肝炎と言われる2/3の不明ルートは乳幼児期の医療行為によるもの、就中、予防接種によると結論したのです。

わが国の百有余年にわたる予防接種の歴史は、その効果が如実であったことに示されるように徹底して強制的にやられました。例えば、1876年(明治9年)には「種痘医規則」と「天然痘予防規則」が発せられましたが、種痘済証がないと戸籍の移動ができないようにして未痘児の発見に努め、さらに種痘期にそれを受けないものは処罰するなど、この時から強制種痘の道が敷かれたのです。

同時に、予防接種の歴史には、後々大変な感染症を蔓延させる結果となる医療の常識を逸脱した“後進性”という面のあったことも見逃せません。

前述したように「連続注射」が許されていました。

1948年(昭和23年)「予防接種法」が制定され、戦後も徹底的に予防接種が実施されます。翌1949年(昭和24年)「ツベルクリン反応検査心得及び結核予防接種心得」が出されましたが、その中には「…(2)注射針は注射を受けるもの一人毎に固く絞ったアルコール綿でよく払拭し、一本の注射器のツベルクリンあるいはBCGが使用しつくされるまでこの操作を繰り返し使用してもよい

…」という記述がありました。

このことは、キャリア率の低い欧米と比較して歴史を振り返ると明らかになります。

西欧では種痘において、1870年に従来の痘苗を人から人へと接種していたのを、梅毒の感染防御という観点から牛から人へと切り替え、さらに、20世紀初頭には一人一人ランセットを交換させるまで改善していたと、現在私たちは推測しています。また、1945年英国保健省では一人一人注射器(syringe)を替えなければ黄疽がおこるとの警告を発しているのです<sup>19)</sup>。

対して、日本では予防接種における『一人一針』が「予防接種実施規則」で定められたのが1958年、WHOの勧告で『一人一筒』を指導したのがつい昨年(1988年)1月27日のことでした。

ここに、そのときの通達に添付されたWHOの警告の冒頭部分を引用し、「医療先進」といわれるわが国の“後進性”をみてみたいと思います。

「危険な慣行が、特に開発途上国において一般に行われている。それは、注射器の針を換えても注射器そのものは何度か続けて使用していることである。この報告は針を換えるだけでは注射による感染のリスクを回避できないということを示す事実をまとめたものである。WHOのEPI(予防接種拡大計画=Expanded Programme On Immunization)は1回毎に注射器とその針を換えるように勧告する。

1940年代に始まった肝炎発生に関する研究で、汚染された注射器による肝炎の感染の疑いが指摘された。その感染は、現在明確になったウイルス肝炎の潜伏期間と、再利用注射器による接種から発病の期間までの間にはっきりとした因果関係が成立することを示した。……」

この勧告を受けてわが国では法改正をし、漸く欧米並の『一人一筒』となったのですが、イギリスに遅れること実に40余年、その結果、小泉昭夫らの報告にあるようにわが国におけるB型肝炎ウイルスキャリア率が「団塊の世代」でピークに達するという事態に至ったのです(表1)<sup>20)</sup>。この傾向は非A非B型肝炎ウイルスキャリアでも同様であることが推定されます。

予防接種での連続注射という悪習の改善にしたがって、最近の子供たちのB型肝炎ウイルスのキャリア率は0.38%と激減しており(図4)<sup>21)</sup>、今日の主要な感染経路である母児間感染を防御することで《減びゆくB型肝炎ウイルス》と言われるまでになりました。



表1 性・年齢階層別被検者数

年齢層(歳)	男	女	合計
19	267	119	386
20~24	647	357	1002
25~29	808	149	957
30~34	655	29	684
35~39	619	21	640
40~44	156	6	162
45~49	87	4	91
50~	97	4	101
合計	3334	689	4023

性・年齢階層別 HBs 抗原陽性者出現状況

年齢層(歳)	男	女	合計
19	1(0.37%)	3(2.52%)	4(1.04%)
20~24	5(0.78%)	2(0.56%)	7(1.04%)
25~29	15(1.86%)	1(0.67%)	16(1.67%)
30~34	16(2.44%)	1(3.45%)	17(2.49%)
35~39	24(3.88%)	2(9.52%)	26(4.06%)
40~44	7(4.49%)	0(0.00%)	7(4.32%)
45~49	2(2.30%)	0(0.00%)	2(2.20%)
50~	2(2.06%)	0(0.00%)	2(1.98%)
合計	72(2.16%)	9(1.31%)	81(2.01%)

7. 肝炎蔓延における国の責任

かくして肝炎ウイルス蔓延における国の責任は、予防接種の果たした積極的側面とは区別して、明確に追及されなくてはならないものです。

全国には厳然として百数十万人の肝炎患者がいます。そしてまた、その家族がいます。国は、その責任において予防接種に傾けた全情熱とそれに匹敵する体制をもって、この“第2の国民病”である肝炎の制圧に臨むべきではないでしょうか。

肝炎患者を救済するため、少なくとも全てのウイルス性肝疾患の医療費を公費でまかなうことが必要です。

県レベルで実施されている公費医療は国の体制が整うまで是非存続することが求められます。

障害年金の肝炎患者に対する適用を広げることも大切です。

肝炎ウイルスに対する正しい知識を普及し、肝炎患者やキャリアへの偏見・差別をなくさねばなりません。

そのためにも、治療法などの研究費を増額しわが国の

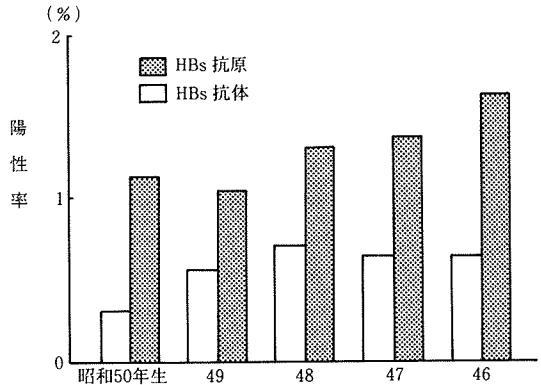


図4 小中学生における HBs 抗原抗体保有率 n=18791(1985)

国家的課題ともいえる「肝炎対策」の体制を強化する必要があります。

おわりに

本年6月30日、5人のB型肝炎ウイルスキャリアによって札幌で、肝炎蔓延における国の責任を追及する「肝炎訴訟」が提訴され、9月28日第1回公判が開かれました。被告である国は、予防接種の連続注射が一般的な感染経路となることを否認しながら、個々の点では「感染の可能性」を認めるなど矛盾した内容の「答弁書」を提出し、初公判でその曖昧さを指摘されると「誤解のないよう次回に文書で答える」と即答を避けました。

公判を傍聴した多くの肝炎患者は、この国の不誠実な態度に怒っています。

今後、私たちはこの訴訟を全力で支援して行くことでしょう。

この取り組みは、「疾病の自己責任論」をふりかざし、医療従事者と国民とを分断しながら進行する医療・福祉の破壊を座視することなく、肝炎患者の生きる権利を守ることを通じて広く今後の医療のあるべき姿を求めることに繋がると考えるからにはほかなりません。

文献

- 1) 平山 雄：第26回消化器集団検診学会総会，特別講演. 1987.
- 2) 飯野四郎：「肝炎と肝硬変」(有斐閣, 1984.) p.9
- 3) WHO：Advances in viral hepatitis. Report of the WHO Expert Committee on Viral hepatitis. WHO Tech. Rep. Ser.,: 602, 1977.

- 4) 太田康幸, 鈴木宏(司会): シンポジウム1, 非B型慢性活動性肝炎. *肝臓*, 20:1195-1210, 1979.
- 5) Beasley,R.P. et al.: Hepatocellular carcinoma and Hepatitis B virus. *LANCET*: 1129-1133, 1981. Nov.21.
- 6) 福田信臣, 小島峯雄ほか: 乳幼児期におけるHBウイルス carrier 成立年齢について. *肝臓*, 19: 936-940, 1978.
- 7) 高桑 薫, 五井麗司, 時光直樹ほか: 岐阜県S村における学童期のHB感染に関する疫学的研究. *肝臓*, 25: 973-978, 1984.
- 8) Shikata,T. et al.: Hepatitis-B e antigen and infectivity of hepatitis-B virus. *J. Infect. Dis.*,136: 571-576,1977.
- 9) 西岡久壽彌: HBウイルス母児間感染問題. *周産期医学*, 9: 573-578, 1979.
- 10) Lürman,A.: Eine Icterusepidemie. *Berl. Klin. Wsch.*, 22: 20-30, 1885.
- 11) Jehn: Eine Icterusepidemie in Wahrscheinlichem Zusammenhang mit vorausgegan gener Revaccination. *Deutsche. Med. Wchnschr.*, 11: 339-341, 1885.
- 12) Malmros,H. et al.: Eine nosocomiale Ikterus-Epidemie. *Acta. Med. Scandinav. Suppl.*, : 544-553, 1926.
- 13) Ruge, H.: Die akute Leberatorophie und ihre Beziehung zu Syphilis und Salvarsan nach den in der Marine von 1920-1925 beobachteten Fällen. *Arch. Derm. u. Syph.*, 153: 518, 1927.
- 14) Findlay,G. et al.: Note on acute hepatitis and yellow fever immunization. *Tr. Roy. Soc. Trop. Med. and Hyg.*, 31: 297, 1937.
- 15) Proper,S.A.: Hepatitis after prophylatic serum. *Brit. Med. J.*, 2: 677-678, 1938.
- 16) Hartfall,S.J.: Jaundice in rheumatoid arthritis. *LANCET*: 358, 1944. Sept. 9.
- 17) Darmady,E.M. etal.: Syringe-Transmitted Hepatitis. *LANCET*: 106, 1945. Jul. 28.
- 18) 亀谷正明ほか: 某高校に集団発生したB型急性肝炎. *高山赤十字病院紀要*, 5: 9-16, 1981.
- 19) Rôle of syringes in the transmission of jaundice. a memorandum by Medical Officers of the Ministry of Health. *LANCET*: 116, 1945. Jul.28.
- 20) 小泉昭夫ほか: 日本産業衛生学会, 1989.
- 21) 母里啓子: B型肝炎の疫学的事項. *日本臨床*1988増刊“肝胆疾患”: 467, 1988.

# 医療政策を分析する視点・方法論について

二 木 立 (日本福祉大学)

## New perspective for the view of health care policy.

R. Niki (Faculty of Social Welfare, Japan University of Social Welfare)

### はじめに

今回の記念研究会の「問題関心1」に書かれていることは、私の日頃の課題意識あるいは「危機意識」と完全に一致します。(脚注参照)

私は、「国の財政負担の軽減といった批判」が真に有効性を持ったのは、医療政策の焦点が医療保障「改革」だった1980年代前半までだった、と思っています。それに対して、医療供給制度の改革が中心課題となる1980年代後半以降、90年代から21世紀にかけては、こうした批判だけでは、もはや不十分になっていると考えています。では、新たにどのような「視点」を加えるべきかについて、時間の制約上、医療供給制度の再編成政策を中心に、3点、日頃考えていることを述べたいと思います。

### 1. 政府の「低医療費政策」をどう理解するか?—医師・医療機関は、医療政策の単なる被害者ではない

#### 伝統的な規定の二つの問題

第一点は、政府の「低医療費政策」をどう理解するか、ということです。

伝統的には、医療関係者や医療団体の間では、政府の低医療費政策を「低診療報酬政策」あるいは「公費出し惜しみ政策」と規定する理解が「主流」です。本日の「問題関心1」で書かれている、政府の医療政策に対する「国の財政負担の軽減といった(だけの)批判」はこの規定に依拠しています。

そして、この規定は、医師(開業医)・医療機関を国民・患者と同列に置いて、共に政府の政策の被害者と位置づけている点、に特徴があります。その結果、現状認

識に関して二つの問題が生じます。

一つは、医師・医療機関の中に少なからず存在し、決して例外的現象ではない乱診乱療(薬漬け・検査漬けなど)、およびその極限としての悪徳医師・医療機関の存在が事実上無視されるか、軽視されるか、あるいは場合によっては免罪さえされるのです。現在、国民・患者の側からの医師・医療機関への不満・批判は非常に根強く、私自身、5年前に病院の勤務医から日本福祉大学社会福祉学部の教員に移って、医療を半分外側から見ようになって、その強さに驚いています。しかし、医師・医療機関を国民・患者と同列に政府の政策の被害者とのみ位置づける伝統的な低医療費政策の理解では、このような批判を正面から受け止められません。その結果、国民の医療に対する批判・不満の原因は、「真の原因が政府の低医療費政策にあることまで見通して」ない「意識」の低さにある、といった位置づけがなされたりするのです。

伝統的な低医療費政策の規定のもう一つの問題は、医師・医療機関の内部で進行している「階層分化」を見逃すという点です。事実、この規定を用いる人びとは、政府の医療政策や狭義の医療産業(医薬品産業や医療機器産業等)の批判・分析は行っても、医師・医療機関内部で急速に進行している、階層分化・「企業化」の実証分析はほとんど行っていません。

誤解のないように、ここで述べておきますが、私は、わが国の医療サービスの質を引き上げる、特に「安かろう悪かろう」の老人病院の医療を改善するためには、「技術料」(無形のサービス)の診療報酬の大幅引上げと、特定分野に対する公的資金の投入が必要だと思って

#### 討論の第1の柱：医療政策を分析する視点・方法論について

医療・福祉従事者の実践のあり方を考えていこうとする場合、それを大枠で規定している医療政策の近年における特徴を科学的に分析・検討することが不可欠である。従来、医療政策については、国の財政負担の軽減といった批判が多かった。こうした批判は政策動向のある側面をとらえてはいる。しかし、経済の低成長、高齢者の急増といった時代を迎えている今日においては、こうした批判だけでは、新たな医療政策を展望していくことはできない。集会では、新しい医療政策のあり方を構築していくために、現在の制度・政策をどのような視点や方法論で分析することが必要であるかについて議論したい。

います。

しかし、ただ単に診療報酬を引き上げたり、公的資金を投入するだけでは、乱診乱療、悪徳医師・医療機関はなくなるだけでなく、それらが拡大再生産される危険さもある、とも思っています。また、現在、医療政策の焦点の一つになっている、老人の「社会的入院」の問題は、診療報酬の引上げだけでは決して解決しません。

### 川上武氏の媒介的規定

以上、伝統的な低医療費政策の規定の問題点を指摘してきました。それに対して、川上武氏は、かねてから、明治以来の日本医療の歴史的分析・現状分析に基づいて、独自の低医療費政策の規定を提唱しています。それは、「本来公共投資すべき医学研究・医学教育・医療施設などの費用を開業医をパイプとして患者に転嫁していく政策」、「本来公共投資すべき医療を営利性をパイプとして個人（開業医→患者）に転嫁してくる政策」（『現代の医療問題』89、111頁）という規定です。

私はこの規定を支持しますが、その理由は、この規定では、開業医・医療機関は、政府の医療政策の単なる被害者ではなく、二面性を持つものと捉えられるからです。つまり、開業医・医療機関は、政府の政策の「被害者」としての側面と、その被害を患者に転嫁し、その過程で利潤を得ているといういわば「加害者」的な面を持っているととらえられるのです。

そして、医療の実態をリアルに分析しますと、他の産業・企業と同じように、開業医・医療機関内部でも階層分化が急激に進行していること、およびわが国の開業医・医療機関が全体として驚くべき「活力」・したたかさをもっていること、が分かります。この点は、わが国の一般の企業が諸外国の企業に比べてはるかに強い活力・したたかさを持っていることと比肩できると思います。

### わが国の医師・医療機関の活力

以下、私が、「病院」誌に1989～90年に連載しております「検証・日本医療の論点」で発見した、具体例を三つ紹介します。

先ず、医師について言いますと、わが国の開業医の間では階層分化が進んでおり、<sup>2</sup>下層、開業医（所得が下位25%の開業医）の所得が民間病院勤務医と同水準になっている反面、上層開業医は非常に高所得を得ています。それと同時に、開業医の「平均所得」も世界のトップクラスにあります。実は、私はこの点に関して、厚生省と公開論争したことがあります。厚生省関係者は、そ

れまで、わが国の医師全体の所得と開業医の所得とを混同して、日本の医師全体の所得が世界一と誤って宣伝していたのです。そこで、私がOECD（経済協力開発機構）の原資料にまで遡って再検討したところ、わが国の開業医と勤務医の両方を含んだ医師全体の所得水準（全被用者所得に対する倍率）は1981年で4.7倍であり、米国の5.1倍、西ドイツの4.9倍に次ぐ高水準で、OECD15カ国平均の2.8倍をはるかに上回っていました。つまり、わが国の医師全体の「平均所得」が世界一というのは誤りですが、国際的に見て、相当の高水準にあるのは事実です。しかも、欧米諸国に比べわが国では、開業医と勤務医との所得格差が大きいため、わが国の開業医の「平均所得」は世界のトップクラスにあると推定できます。

次に、医療機関の実態をみますと、一部の私的医療機関は、驚くべき規模拡大を達成しています。医療関係者の間では、1980年代が「医療冬の時代」だという認識が定着しています。実際に、1980年代には、政府の「第一次保険・医療改革」や診療報酬の凍結・事実上の引下げによって、多くの医療機関の経営が、1970年代に比べて、厳しくなったことは事実です。しかし、この同じ時期に、70年代をはるかに上回るスピードで、一定部分の病院が、単独での規模拡大、またはチェーン化による規模拡大を遂げているのです。特に、1法人が複数の病院を開設しているという意味での「病院チェーン」の病床は、現在では、個人病院を除いた私的病院病床総数の約3割を占めるにいたっています。更に、1法人で1000床以上の病院病床を有する巨大な私的病院チェーンは、私が確認できただけでも、全国に24法人存在します。病院チェーンというと、皆さんは徳洲会を連想されると思いますし、事実、徳洲会は、現在提携病院を含めると、全国で23病院、約7000床を有する、わが国最大の病院チェーンに成長しています。しかし、徳洲会は決して例外的存在ではなく、それを頂点として、さまざまな規模の病院チェーンが、多数存在するのです。

三番目の事例は、地域医療計画策定に対する私的医療機関の対応です。ご存じのように、厚生省は、1985年の医療法「第一次改正」によって、病院病床を規制するために、全都道府県に対して地域医療計画を策定するよう指示し、本年（1989年）3月には全都道府県でそれが完了しました。ところが、実際には、厚生省の思惑は、全く外れてしまいました。つまり病院病床を規制するはずの地域医療計画が、逆に、私的医療機関の大幅な「駆け込み増床」を誘発したのです。私の試算では、医療法「第一次改正」以降、1986～88年のわずか3年間で、それ以前のトレンドの5年分もの病院病床が増えています。

このような現実を直視しますと、医師（開業医）・医療機関を、単純に政府の政策の被害者と位置づけるだけでは不十分であり、それに代わって、川上武氏の「媒介的」規定を用いることが必要なことが、ご理解いただけたらと思います。

## 2. 医療政策・医療サービスの質を評価する視角は？ 一単眼から複眼へ

### 伝統的な社会保障権的視点

第二点は、最近の政府の医療政策の「質」を評価する視角はどうあるべきか、という点です。

伝統的な医療政策分析の視点では、生存権・社会保障権の視点からの批判・評価が中心でした。そして、現在でも、このような視点は、貧困者医療の切捨て政策を批判する上では、有効だと思えます。例えば、1987年の国民健康保険法改悪による、保険料未納者に対する保険証取り上げに反対する戦いは、この視点から取り組まれましたし、現実に非常に大きな意義を持っています。

しかし、この視角のみでは、中間報告などで、厚生省が出している「患者サービス等の向上」の新しい政策は、それが自己負担増を伴っているために、社会保障の理念を否定するものと、全否定されてしまいがちです。

### 医療サービスの質向上の視点を加える

それに対して、私は、生存権・社会保障権的視角に、医療技術・サービスの質を向上させるという視角を加え、「複眼」的に検討する必要がある、と考えています。

そして、この点をわが国で最初に提起したのも、川上武氏です。「医療体制を規制する原動力を患者、医療技術者の側から見た時、医療技術の革新と人権意識の拡大をあげることができる」（『現代の医療問題』86頁）

伝統的な社会保障権のみの視点では、患者の支払い能力にかかわらず平等な医療が受けられることを絶対化し、それが達成されて初めて医療技術・サービスの水準が問題になるといった、いわば「段階論」的理解に陥りがちです。私自身、現在でも、感性的にはこのような認識・価値判断を持っています。その結果、医療技術・サービスの水準が高くとも、自己負担が多い、いわば「高からう、良からう」の医療は否定されることとなります。

しかし、わが国が物質的には「豊かな社会」に変容した結果、国民の多数を占めるようになった一般の中所得層にはこのような段階論はなく、たとえ自己負担が多くても、質の高い医療を“素直に”評価しています。この点で私が、もっとも衝撃を受けたのは、朝日新聞の大熊

一夫氏が書いた『ルポ老人病棟』（朝日新聞社）です。すでにこの本をお読みにになった方も少なくないと思いますが、この本は、医療関係者にとっては、大変「後味、の悪い本」です。なぜなら、政府の責任は二の次にして、老人病院の側の問題点ばかりが、これでもかこれでもかと「告発」されているからです。また、日本の「老人病院の相場が…うわさでは40万だ50万だ」（165頁）といった事実と反する記述も少なくありません。ちなみに「社会医療調査」によると、老人病院の1987年の1月当りの平均医療費は32万円にすぎません。しかし、それにも関わらず、この本で私が注目したのは、大熊氏が、自己負担が少なくとも劣悪な医療を行っているM病院を厳しく「告発」する一方、高額な自己負担と引き換えに高水準の老人医療を行っている病院は高く評価していることです。私は、これが最近の中所得層—少なくとも都市部のホワイトカラーを中心とした中所得層—の平均的意識・価値判断だと思えます。そのために、段階的に、先ず権利、次に質と考える伝統的な「単眼」的視角では、このような中所得層の要求・意識に十分には答えられなくなっているのです。

この点にもう少し踏み込んでみますと、私は、わが国が全体としては「豊かな社会」化した反面、貧困層はその繁栄から取り残されてしまった結果、貧困層と中所得層との医療要求の質が大きく異なってきたという印象・仮説を持っています。つまり、やや単純化して言えば、貧困層の中心的医療要求は、現在でも、経済的負担なしに医療を受けられることであり、その医療技術・サービスの水準が余り高くなくとも、あるいは上から一方的に与えられる医療であっても、不満は余り顕在化しません。それに対して、中所得層にとっては、医療を受けられることは当然の前提であり、医療技術・サービスの水準、及び患者の自己決定権の尊重を先ず重視するのです。もしそうだとしたら、運動論的に考えても、社会保障権的視角のみからの医療政策批判では、貧困層の支持は得られても、今や国民の多数を占める中所得層の支持や共感は得られず、その結果、政府の思惑通りに貧困層と中所得層との分断が促進される、と危惧しています。

### 医療技術の評価も複眼的に

更に私は、マクロな医療政策の「質」に限らず、ミクロな医療技術・サービスの「質」を評価する場合にも、「複眼」的視点が必要だと思っています。この点に関して、簡単に二点述べます。

先ず第一点。従来は、医学・医療技術の評価は、治療効果という「客観的評価」が中心でしたが、現在のよう

な慢性疾患・成人病の時代にあつては、それに加えて、患者の「主観的評価」(満足等)を重視すべきです。手前味噌ですが、私が医師として専門にしていますリハビリテーション医学では、その目標がADL(日常生活動作)からQOL(生活の質・人生の質)へ転換しつつあります。この点については、欧米では、すでに実証的な研究が進んでおりますので、私たちが学ぶべきものは非常に多いと思います。

二番目は、医学・医療技術の効果・有効性の評価に加えて、「効率」(稀少な資源の有効配分)も評価すべきだと思っています。しかし、実は医療関係者の間では、この「効率」という概念は、非常に評判が悪いのです。何故かといいますと、厚生省が1987年に発表しました国民医療総合対策本部中間報告の中で提唱した「良質で効率的な医療」が、公的医療費の抑制を目的としているために、それに反対する余り、効率自体を原理的に否定する考えが少なくないからです。例えば、「医療はきわめて個別的であり、…『効率』という考え方は医療にはもともとなじまない」という考えです。

しかし、このような考えは、私は、理論的にも実践的にも、誤っていると思っています。先ず、原理原則から考えまして、見かけ上個別性の背後にある共通性・法則を探究するのが学問の使命だと、私は思います。それと同時に、実践的に考えましても、現在は、1970年代のように医療費＝医療機関の収益が高騰する時代ではないのですから、個々の医療機関が、限られた資源を有効に用いて、より多くの患者に、より質の高い医療を提供するという意味での、医療・経営の効率化を行わなければ、その医療機関の発展・拡大は不可能なのです。

### 3. 政府の医療政策形成・実施能力をどう評価するか？

#### —厚生省恐れるに足らず、求められる「代替案」—

#### 従来の政策批判は厚生省を過大評価

第3点は、政府・厚生省の医療政策形成・実施能力をどう評価するか、それを過大評価してはならない、ということです。

従来の医療政策批判では、「本質論」的批判が主流でした。つまり、厚生省が出してくる医療政策は、どんなものでも、本質的に自民党や財界の意向を反映したものであり、この本質を暴露することが、医療政策批判の主眼だと主張されてきました。私自身も、医療政策の「本質」がそうであることに、反対はしません。

しかし、時代が変わり、医療を囲む状況が変わる中で、新しい政策が次々に出されているときに、常に「本質

論」的批判のみを、<sup>1</sup>金太郎飴的に繰り返すだけでは、時代の要請に答えられないと思っています。

特に強調したいのは、伝統的な医療政策批判では、厚生省が、一貫した政策を持っていると過大評価し、一番新しく出された政策を分析する場合、その政策から過去の政策に直線的に遡る、「遡及主義歴史観」(米本昌平『遺伝管理社会』38頁)が強かったことです。

しかも、このような見方で厚生省の政策形成能力を過大評価するだけではなく、その時々<sup>2</sup>の厚生省幹部の、最大限願望的発言あるいはアドバルーン的発言を真に受けて、危機意識をあおることが多いと思います。例えば、「90年決戦」論はその代表例です。

このような見方の、実践的問題点は、厚生省の政策形成能力を過大評価する裏返しとして、医療関係者の側がどんなにすぐれた「代替案」を出しても、実現不能だとか、厚生省に利用されるだけだという、「敗北主義」的姿勢を持ってしまうことです。

#### 厚生省の政策能力の実態

しかし、私が、1987年来、厚生省国民医療総合対策本部中間報告をめぐって厚生省関係者と公開論争を行ったり、彼らと非公式に接触することを通じて、以下の3点が判明しています。

第一は、厚生省は、医療保障制度に関しては、「医療保険(給付率の)一元化」という明確な青写真を持っていますが、医療供給制度に関しては、青写真をまったく持っていないということです。何故かといいますと、医療保障政策は、数理計算の側面が強く、しかも厚生省がほとんど一次情報を独占しているために、それなりに一貫した政策をつくるのが出来ます。それに対して、わが国の医療供給制度は、欧米諸国と異なり、公的医療機関の比重が小さく、私的医療機関に依存しているために、厚生省は、医療機関の経営・行動についてのノウハウを持っていないのです。そのために、先ほど紹介しました、「駆け込み増床」のように、厚生省は、新しい政策を出した場合の医療機関の行動の変化(リアクション)を正しく予測できず、その結果、その政策が裏目に出てしまうことが少なくありません。また、厚生省が、医療供給制度に関して出す政策は、大きな青写真なしの対症療法的な政策であり、結果として、試行錯誤・ジグザグの連続なのです。

例えば、中間報告では<sup>3</sup>「医療の内容に切り込む」と称して、入院マニュアル・脳卒中リハビリテーションマニュアルなど各種「マニュアル」作りを提起しました。しかし、それらはいずれも完全に破産しています。具体

的には、厚生省が「長期入院の是正」＝「患者追い出し」の切札と考えていた入退院マニュアルは、当初は、厚生省と日医との共同で発表するはずだったのですが、日医が原則的な視点を貫いたために、最終報告書では、厚生省が共同で名前を連ねることが出来なくなり、日医単独で発表されました。また、脳卒中リハビリテーションマニュアルに関しても、当初厚生省は、入院期間に機械的な制限を設けることを願望していたのですが、それも失敗しています。

二番目は、厚生省の内部に、深刻な意見の違い・路線論争があるということです。医療政策を外側から批判する人びとは、厚生省が「一枚岩」的団結を誇っていると考えがちですが、決してそうではありません。やや単純化しますと、厚生省の中には、伝統的な官僚統制派と、アメリカ的な規制緩和・自由競争重視派との間の確執があります。そして、中間報告は、伝統的な官僚統制政策に回帰して、日本医療のアメリカ型への転換を放棄した政策だと、私は判断しています。このように、官庁内部で深刻な確執があるのは、なにも厚生省に限りません。例えば、一時マスコミで話題を読んだ、『通産省の終焉』（並木信義著、ダイヤモンド社）を読むと、大蔵省と並ぶエリート官庁である通産省の産業政策が、いかにジグザグに満ちているか、がよく分かります。

三番目は、厚生省の技官ですら、医療の実態はほとんど知らないということです。

医療関係者が厚生省の力を過大評価する理由の一つは、厚生省には技官がいるからです。技官も医師だから、医療の実態を知っていると思っているのです。ところが、技官といえども、医療の実態はほとんど知りません。なぜなら、彼らのほとんどは公衆衛生畑の出身で、臨床経験はほとんどないために、臨床医なら誰でも肌で知っているような医療の実態をほとんど知らないのです。

例えば、私が一番驚いた例を紹介すると、リハビリテーション医学の分野では、一般病院における早期リハビリテーションと、リハビリテーション専門病院における回復期リハビリテーションとの機能分化・役割分担が関係者の常識なのですが、厚生省の関係者は、私と上田敏氏（東大リハビリテーション部教授）の共著『脳卒中の早期リハビリテーション』を熟読したにも関わらず、リハビリテーション専門病院で医療として行われているリハビリテーションと、福祉施設である特別養護老人ホームで寮母さんにより行われている介護の延長としてのリハビリテーションとが、どう違うかという、リハビリテーション医療の「根源」に関わる点の理解が、できないのです。

次に、老人保健施設に関して言いますと、厚生省は表向きには、この施設は老人患者が病院から在宅へ帰るための「通過施設」であると位置づけており、そのためにリハビリテーションを重視すると言っています。ところが、老人保健施設の基準を見ても、厚生省の関係者と直接話しても、各入所者に対して週2～3回のリハビリテーションしか行えない理学療法士の配置になっているのです。しかし、患者のADL（日常生活動作）の回復をめざす場合には、毎日リハビリテーションが必要だというのがリハビリテーション医学の常識です。それに対して、患者の状態が固定した段階での、能力を維持するためのリハビリテーションは、週1～2回でもいいのです。つまり、週2～3回のリハビリテーションで、老人患者のADLが向上し、自宅退院が可能となることは、非常に困難です。このような事情もあり、老人保健施設の多くは、厚生省の願望とは逆に、長期療養施設化しつつあるのが実態です。

#### 求められる「代替案」の提示

このように、厚生省の政策立案・実施能力に大きな限界がある以上、それに幻想を持ったり、おびえる必要はありません。逆に、大きな限界があるからこそ、先進的医療関係者・団体・自治体等が、日頃の実践を理論化し、医療技術・サービスの質を向上させつつ、医療費の大幅な増加を招かない（可能なら節減する）真の効率化を実現する医療改革の「代替案」・対案を積極的に提案する必要があるし、その意味は非常に大きい、と私は思っています。もちろん、現在の力関係を考慮すれば、それらの「代替案」は、厚生省に「つまみ食い」される危険・宿命があります。しかし、それを恐れて、国民の立場にたった改革案を出さないのは、余りに敗北主義的です。

手前味噌ですが、厚生省の中間報告で、脳卒中の早期リハビリテーションが重視された、その「種本」の一つは、前述した『脳卒中の早期リハビリテーション』です。中間報告では、この脳卒中の早期リハビリテーションが「長期入院是正」の切札の一つにされたために、私は、「痛し痒し」の思いをしています。しかし、冷静に考えてみますと、今までリハビリテーションという慢性期の医療だという誤解が、国民・医療関係者・行政の中に根強く存在していたのが、中間報告以来、医療関係者・行政の早期リハビリテーションに対する理解が飛躍的に向上しているのです。このような変化を見ていると、中間報告が私の著書の「つまみ食い」をしたにせよ、それが結果的に患者の福祉につながったのではないかと、今は考えています。

(社会医学研究会30周年記念研究会第4主題：「1人1人の健康と生活を守る医療・福祉サービスのありかたについて」の報告)

## 文 献

1)川上武氏の一連の著作。

特に、『現代の医療問題』東大出版会,1972.

『技術進歩と医療費』勁草書房,1986.

氏の低医療費政策の発展の跡付けは、川上武・二木立編著『日本医療の経済学』大月書店,1978.Ⅶ医療経済分析の視角.

2)二木立『医療経済学』医学書院,1985.

3)二木立『脳卒中の早期リハビリテーション』医学書院,1987.

4)二木立『リハビリテーション医療の社会経済学』勁草書房,1988.

5)二木立：検証・日本医療の論点,病院 1989-90(連載中).

特に、医師所得は高すぎるか? 1989年6-8月号.

わが国の私的病院チェーンはどこまで進んでいるか?

1989年9-10月号.

6)二木立『90年代の医療』勁草書房,1990.



# 地域医療計画のその後

竹内 治 一 (摂津市医師会)

## Process and Progress of the New Prefectural Community Medicine Program

J. Takeuchi

Settu City Medical Association

### はじめに

1989年3月31日の富山県地域医療計画告示をもって日本全国の地域医療計画の策定が必要的記載事項に限り終了した。必要的記載事項策定指針のベッド計算式によると、告示後の総ベッド数は厚生省目標より6万床多い。かくして、今後は各都道府県医療審議会の議を経なければ増床できないことになった。こういうやり方による、増床停止が今の日本の地域医療を支えるのに適当な措置なのかどうか甚だ疑問のあるところである。しかし、現実にはこれに対する論評は日本医師会を始め形式的なものが多く、“国民医療を守り発展させる”という立場から深く掘り下げた議論は乏しい。次の二篇の論文は色々な意味で一読に値するので簡単に紹介し、引き続き筆者の考えを述べることにしたい。

### 1. 必要的記載事項批判

週刊社会保障No1544に紹介されている「医療社会化推進会議」の批判文章は計画が総じて住民不在である点を指摘し、しかも計画を誰が推進するのかという問題提起をするなど聞くべき部分もあるが、自分らが与党となっている北海道や大阪、神奈川の叙述を評価しているなど(実質的には他府県と変わらず)、果たして内容を十分掴んでいるのであろうか。真に重要なのは任意的記載事項を住民サイドから今後どう構築して行くかであるが、これらの府県がこれを果して十分保証しているのかという検証が必要である。そこまでの突込みがもう一つ足りないと思う。そして結論的に三師会依存型であるという。確かに三師会がタッチしているのは事実だが、実を言うと彼らの多くは単なるロボットに過ぎず、真実は間違いなく背後にいる厚生省の主導以外の何者でもない。「医療社会化推進会議」は相変わらず1971年発足以来の「医師主敵論」を捨て切れないのか。

次に同じ週刊社会保障のNo.1541に掲載された北九州

大久塚純一助教授の論文は、結論事項は抽象的だが聞くべき内容を持っている。即ち、社会保障は比率ではなく実数に意味があるとして、全国の計画(但し、必要的記載事項のみ)を分析し、結局失敗であったと結論づけている。その理由として、第一に国民皆保険体制を担うべき自由開業医制下の供給体制の計画としては、従来からも色々あった諸問題の解決とはならず、却って問題を拡大したとし、第二に全国民に等しく生活の問題である社会保障医療の圏域設定にそれぞれ非常に格差を持つ都道府県という行政圏域を基本にしたことを挙げている。この結論事項は大体的を射ており、それに相応する具体的な事実が確かに幾つかある。詳しくは後に述べるが、ここでは第一の問題で例を一つだけ挙げれば、自由開業医制であるがために、地域医療計画の告示直前にわが国史上空前の駆け込み増床を主として都会地を中心に招き、慌てた厚生省は実効の薄い通達を繰返し、結局、違法な駆け込み増床を阻止できず、都会は過密、田舎は過疎という従来からの矛盾を一層拡大して大混乱を生じたこと、第二の問題も例を一つだけ挙げておくと、そもそも厚生省は医療費抑制の立場から、ベッド数規制のみが至上命題であったし、各都道府県担当者たちもそれをよく知っていてそれに全面的に協力する立場から(医師会側委員たちは既存病院の既得権のみを守るために)、圏域設定を可能な限りベッドオーバーになるように必死の工夫を凝らしたのである。こういうベッド数の決め方は現状を固定するだけで、真に住民の必要とする地域医療計画になるはずがなく、又、全国民に均しく社会保障医療を享受させられないことは明らかである。次に筆者の意見を上述以外に具体例として挙げ、簡単に述べておく。

#### 1. 策定経過における問題点

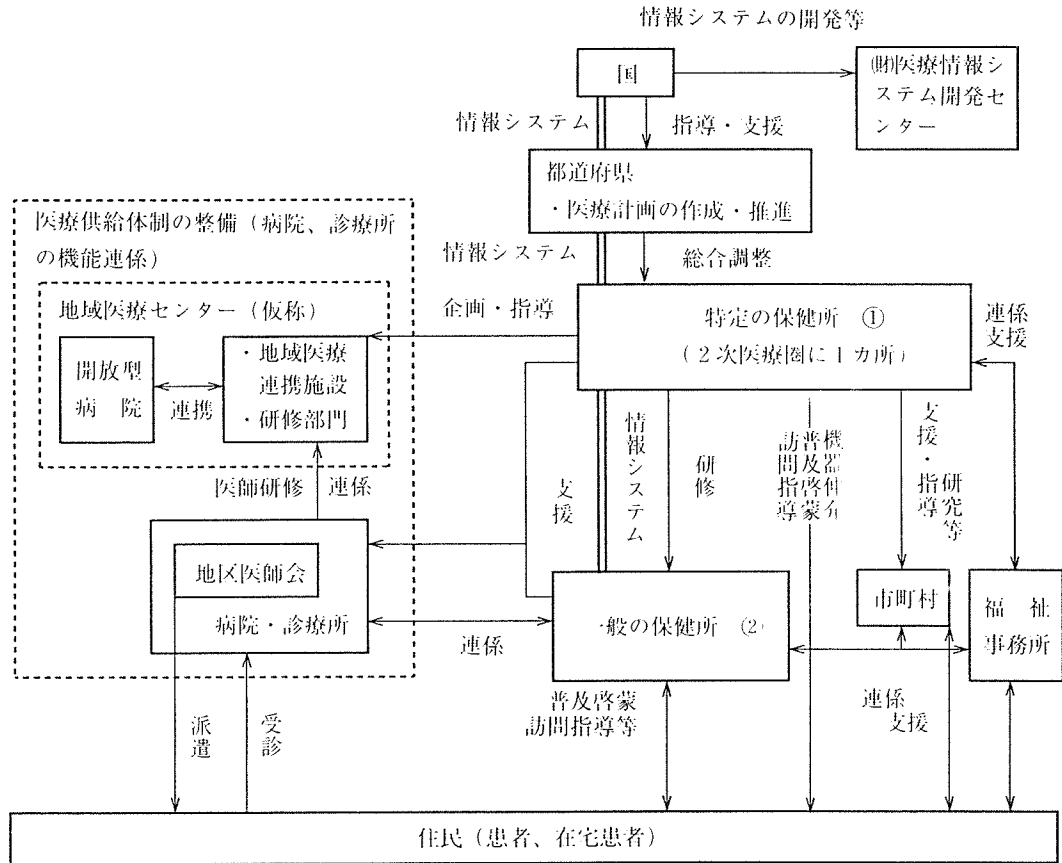
①住民不在②非公開性・秘密主義③医療審議会審議が不十分④市町村の意見聴取不十分

#### 2. 計画内容の問題点

①ベッド削減だけが目的の必要的記載事項のみ重視して任意的記載事項は極めて軽視している。②各医療圏ご

との協議会設置の義務づけが曖昧である。③医療圏が広すぎるために困難な諸問題を抱えこむことになる。④ベッド過剰との判定のゆえに国立施設の撤退を促進する。⑤保健所を医療圏数まで減らす動き（地域保健将来構想検討会）がある。⑥ベッド不足圏には駆け込みラッシュを起こす。⑦ベッド不足の中で結核、精神病を別枠としたため、痴呆、アル中の患者などが別枠病院へ入れられ一定の混乱が起きている。⑧二次、三次医療圏に歯科

医療が欠落している。⑨必要的記載事項段階では在宅ケアへの配慮は殆どない。⑩医療の営利化にたいし、駆け込み増床のときは度々の通達で牽制はしたが、その後は全く歯止めなく、むしろ営利化を容認している。⑪新規開設で明らかに営利企業が実質支配していると思われ、抗議したが殆どを許可している。⑫過剰圏において病院の売買及び系列化が横行、これも営利化の別の形態である。⑬有床診療所問題は複雑だが手つかずである。⑭告



- ①の機能＝保健医療情報の解析等／地域保健医療計画の作成推進及び実施／健康運動機材の貸与及び健康運動習慣普及講習会の実施／各種試験検査の集約化／保健所職員等の教育研修
- ②の機能＝総合相談窓口／在宅ケアの推進／個別疾病専門相談／個別疾病対策／主婦等を対象とした保健福祉教室の開催

図1. 厚生省の地域医療計画策定指針  
(1989年8月厚生省)

示後の新增設の審議において、総じて大手の国公立医療機関、大学などには査定が甘く、私的医療機関には極めて厳しい。判断基準が曖昧である。

このうち、⑤については、近年厚生省の出した「地域保健将来構想検討会報告書」や90年度予算要求に伴う計画書の内容を見ると、二次医療圏に一つの特設保健所を設け、あとは一般保健所にすると言っている。特設保健所とは事務的管理機構であり、一般保健所の業務内容は、現在の保健所支所程度のものであるから、何のことはない、今800ほどある保健所を二次医療圏の数に近い370ほどに減らしてしまい、あとは支所程度にするという考え方のようである。人口110万人に一保健所という理念から見ると、今でも保健所は大変不足しているのに、このような大幅削減をして地域住民へのサービスが全うできるのか。唯々経費削減のみを考えた大変乱暴な理論という他はない(図1)。

⑩、⑪、⑫等々は、すべて医療法第七条4項を形骸化し、医療営利化への道である。

最後の⑭項目については、特に大阪の実情について少し詳しく述べておく。まず、関西医大癌病床の増設128ベッドと、大阪府立母子保健センターの小児癌など先端的医療部門171ベッドの増設には殆ど論議なく許可が出された。大阪市センター病院新設については、先端的医療を行うとして許可の見込だが、やり方に多くの問題があって強い反対がある。そこでこれはベッド数を増やさないということから、既存の三つの市民病院をなくして行うものである。この三市民病院は終戦以来周辺の市民は勿論、遠く大阪府下からも大変利用者が多かった。特に育成医療、更生医療などで難病患者や障害者にはなくてはならない病院だったのであるが、別のところに巨大なセンター方式で先端的医療を行うとして既存の三つはあえなく犠牲にされた。病院などというものには全くなじまない完全なるスクラップアンドビルドであり、計画の初期段階から野村総合研究所が深くかかわるなど、大企業奉仕も極まれりと言える。次にセンター方式などというのは今日では大変時代遅れの考え方である。小さいものを各地に無数に作って住民サービスに努めるのが市民病院の在り方であるべきである。しかも大阪府には先端的医療を行う施設はこれ以外にも非常に沢山あり、今改めてここに新設する必要があるのかどうか大学の専門学者からも極めて疑問視されている。それでなくても大阪府は告示時の病床数は規定よりも遙かに多く27,000床の過剰で、しかもその大部分は大阪市内にある(表1、2)。

こういうことが行われている一方で、高石市では永年の住民運動で市民病院建設が市会決議までしてありながら、ベッド過剰圏ということで不許可になった。同じような経過で堺市民病院のベッド増設も不許可、新空港に関連して新空港建設を賛成させる材料になっていた臨空タウンの救急施設も又不許可の見込である。更に奇怪なことには、④項にも該当するが国立泉北病院は近畿大学医学部付属病院に払い下げられ救急施設になるらしいことが水面下で半ば公然と進行しているのである。臨空タウン救急施設と引替になったのか。勿論、民間の特設病床新設申請は内容の不備ということもあって軒並み不許可となった。

次に老人保健施設については、法発足の時と比べると、病院のベッド増設申請よりは遙かに少なく伸び悩みである。補助金が少なく、経営に自信が持てないのであろう。後に述べるデンマーク、スウェーデンのあり方と比べてその違いは極めて大きい。

以上のようなことが果たして科学的で真摯、かつ住民本位の地域医療計画と言えるのかどうか。われわれ医療の専門家が声を大にして提言しなければならないときは今であると考えざるを得ない。

表一 必要病床数

病床種別	区 域	必要病床数
一般病床		床
	大阪市医療圏	25,892
	府北部医療圏	13,502
	府東部医療圏	13,905
	府南部医療圏	18,452
	計	71,751
精神病床	全 域	20,957
結核病床	全 域	5,270

表二 既存病床数

病床種別	区域	既存病床数
一般病床		床
	大阪府医療圏	40,401
	府北部医療圏	13,938
	府東部医療圏	16,390
	府南部医療圏	27,952
	計	98,681
精神病床	全 域	22,115
結核病床	全 域	3,505

(但し、この数字は1988年6月20日告示されたときの大阪府のものである)

## 2. 任意的記載事項の諸問題

### 1 任意的記載事項をまず議論せよ

本来、任意的記載事項が十分議論された後、それに合うような圏域設定がなされるべきであるが、現実には厚生省の圏域設定を早くという度重なる催促もあって、任意的記載事項は後回しにしてでも早めよと言うので、圏域設定ばかりが先行して“初めにベッド増停止ありき”が強行され、そうして厚生省の意図通りベッド増停止に成功するや、各都道府県ともその後は全く何もしなくなってしまった。本当はこれから任意的記載事項の各項目を十分論議し、実施して行かねばならないはずである。そのために各医療圏で民主的に構成された協議会も必要となるが、この協議会については後に述べる。

### 2 任意的記載事項とは何か

1986年8月厚生省の出した地域医療計画策定指針には下記の通り指定してある。

イ. 保健医療従事者の確保充実と研修体制の整備 ロ. 健康づくり対策 ハ. 健康管理体制の整備 ニ. 救急医療対策 ホ. 母子保健医療対策 ヘ. 成人病対策 ト. 精神保健医療対策 チ. 結核予防対策 リ. 難病対策 ス. 歯科保健医療対策 ル. 感染症対策 ヲ. 性病・エイズ等予防対策 ウ. 処方箋受け入れ体制の整備 カ. 地域保健医療機関相互の連携体制の整備 コ. 保健医療情報システムの整備 タ. 医学的リハビリテーション対策 レ. 老人保健施設の整備 ソ. 福祉、環境、労働、教育等関連施策の整備 ツ. 計画推進体制の整備 ネ. その他の保健医療施策の推進

全国いずれの地域医療計画も、一応上の項目を挙げて叙述してはいるものの、一言にして言えば現状説明を抽象的に述べているだけで、とてもこれらは将来計画とは言えない。この各項目について詳細に掘り下げて議論して行くことが急ぎ、今、求められていると思うが、そのような声が全国的に一向に上がって来ないのは何故なのか。又、この項目の中に今最も問題になっている“在宅ケア”という言葉が表面上は欠落しているが、これはハ、レ、ソの中で論議するのか。もっとも東京都は「在宅ケア」に特別な章を設けているので、上の項目にかかわらず、各都道府県で別に創意工夫すべきなのであろう。既に述べたようにこの20項目について現実問題として論議する場が必要となるが、具体的にどこでするのか。次に述べる。

### 3 協議会の設置を急げ

計画の推進ということで「医療法」には第三十条の三の5に医療審議会を、「医療計画について」(1986年8月

30日)及び「医療計画作成指針」には各医療圏内の協議会の設置をうたっている。又、各都道府県では、地域医療計画のための条例などで協議会の設置を義務づけているところも大阪のようにあるはずである。しかるにもかかわらず、保団連調査によれば、実際に設置していると思われる府県は、20にも満たない。協議会を設置しているところでも、任意的記載事項を現実に熱心に論議しているところは大阪の一部を除いては、今のところ殆ど聞こえてこない。これはどういうことなのか。とにかく、当面協議会作りで次のようなことが急がれる。

- a まだ設置していなければ怠慢ゆえ早急に設置させること、設置していても、気づかぬをよいことに秘密、あるいは開店休業なら一般に公開して活動させること
- b 協議会の構成メンバーを民主的にする、即ち、必ず住民代表を入れること
- c 二次医療圏の協議会設置に対応して、各市町村に当然協議会が必要である
- d 第30回社会医学研究会での筆者の協議会設置の提案(紙上発表)にたいし、小栗史朗教授の意見によれば、小学校区単位の組織作り体制が必要で、作成指針に載せられないかとの指摘があった。筆者もこの意見には賛成で、保団連の唱える医療福祉懇談会もこの単位がよいと思う。しかし作成指針に載せるのは厚生省が到底承知しないであろう。

以上、協議会設置について上から順番に二次医療圏、一次医療圏、小学校校区医療圏を述べた訳だが、本来的なあり方としてはこれとは逆の、住民要求にしたがって下から積み上げて行くのが民主的な筋である。これこそ山下節義教授の言い方に従えば“下からの地域医療”であろう。

“下からの地域医療”といえ、筆者らが1987年8月、北イタリアのポローニヤへ地域医療視察に行ったとき、ポローニヤ市を幾つかに分けたその一つのCentro Civico Corticella(コルチツェラ市民センター、日本の保健センターと公民館を合わせたような機能を持つもので、人口2万人位を管轄とする)の運営については人民評議会があり、市民各階各層から代表が選ばれ、政党代表は議席数に配分するという大変参考になるやり方をしていたのは興味があった。日本のように実際上首長の指名により委員が決められるのと比べれば数等民主的であると感じた。又、Centro Civicoの周辺には幾つかのCasa de Popolo(人民の家)があって、多くの市民が文化、スポーツなどを楽しんでいた。これは自然発生的な小学校区単位のセンターらしく、ここから住民要求が上へ上へ

と上がって行くのであろうと思われた。

次に急速に迫り来る高齢化社会に向けて“在宅ケア”を広範に実施することがわが国でも急がれているのであるが、1989年8月、筆者らがデンマーク、スウェーデンで見た“在宅ケア”の実態について少し報告しておかねばならぬ。最近は厚生省でさえデンマーク、スウェーデンなどとしきりに言うようになってきたし、今まであまりにも病院医療中心であったわが国でもいずれはそれらの国々の真似を幾分かでもしなければなるまいと思うのでここで述べてみよう。

それらの国々の“在宅ケア”を一言で言えば、「住宅対策とマンパワー」である。コペンハーゲンでは老人人口は23%（デンマーク全体では12%）にも達するが、それらの人々のためのナースングホームとケアつき住宅は十分用意しており、必要であれば何時でも利用できる。ホームヘルパーの数は例えば、コペンハーゲンと同じ人口を持つ尼崎市の40人にたいし、コペンハーゲンは4000人いる。かくの如く老人のケアは全くマンツーマンである。国家予算の五割は社会保障費であり、何かと言えば高齢化社会が来るからと国民に耐乏を強いながら、一方でアメリカの言うがままに軍事費を増大する国とは大いに違う。

### 3. 終わりに

- 1 地域医療計画は新段階に入った。住民要求に沿った地域医療を行うためには、下からの協議会作りを急がなければならない。国や都道府県が考える地域医療計画での最小単位は市町村あるいは府県型保健所管轄区を単位とする一次医療圏（大阪など）であるが、これを小学校区単位くらいにまで下げる必要がある。ここまでやらないときめ細かい地域医療は出来ないのではないか。
- 2 次に医師、看護婦、保健婦、OT、PT、ホームヘルパーなど医療従事者の養成、確保が急務である。今日本では医師数で人口10万対比155人に達し、もう十分だとし、これからは医学部の入学定員を減らすという。デンマークでは現在既に209人だが、まだ足りないといい、250人に達するまで増やしつづけるという。住民本位の地域医療という立場からするとどちらが正しいのか。世界一の金持ち国と言われるわれわれ日本人の考えどころである。
- 3 これらを実現するためには、われわれの専門家としての責任は重い。多くの医療従事者や地域住民と

緒になって学習と実践を重ねて行くことが今ほど大事なときはないと考える次第である。



# 最近の保健医療情勢

—保健所を中心にして—

丸山 創 (日本福祉大学)

## Public Health and Medical care in the last years

H. Maruyama

Japan University of Social Welfare

はじめに

戦後、住民の運動と、全国的に誕生した革新自治体の施策によって築かれてきた民主的な諸制度が、戦後政治の総決算の旗印の下に、保健・医療・福祉の広範な分野にわたって、矢継ぎ早やに、しかも根底から崩されようとしている。その総仕上げに向けて政府は「90年決戦」を呼号している。

そこで、保健所をめぐる最近の保健医療情勢について概観すると、次の通りである。

### 1. 地域医療分野では

政府は医療費とりわけ老人医療費のうち入院医療費を抑制し、医療費の国庫支出の削減を図った。

量の改革として、医療需要の抑制と供給の規制を行い、質の改革として、医療構造の変革を行うと共に、医療そのもののあり方にまで踏み込もうとしている。

#### 1) 医療需要の抑制

医療需要抑制の具体化としては、第二次臨時行政調査会（以下臨調という）の答申を受けて、1982年に老人保健法（以下老健法という）を制定し、老人医療費を有料化した。その後老健法を再改正し（1986年）、一部負担を増額した。

健康保険も改正され（1984年）、これまで10割であった本人に対する給付が法律上8割となり、当面9割で実施することになった。

国民健康保険においても、退職者医療制度（1984年）や保険基盤安定制度（1988年）の導入によって国庫負担が削減された。また地域医療費適正化プログラムにより国保安定化計画を推進し（1988年）、国保医療費の抑制を図った（表1）。一方国保税・料の悪質滞納者に対する制裁措置として保険給付の差し止めが行われるなど、

国民皆保険制度の根幹をゆるがす事態となった。

表 1

国保安定計画に関する経緯と背景	
（保団連第9回常任幹事会資料より）	
1981年7月	第2臨調第1次答申
1982年10月	国民医療費適正化総合対策推進本部設置
1983年2月	老人保健法実施
8月	今後の医療対策一視点と方向—
1984年10月	健保法改悪（本人2割、当面1割、特定療養費、退職者医療）
1985年12月	医療法改悪（医療計画、他）
1986年4月	高齢者対策企画推進本部報告
6月	長寿社会対策大綱
1987年1月	老健法、国保法改悪（資格証明書等）
6月	国民医療総合対策本部の「中間報告」
10月	国保制度の課題と改革の基本的考え方（福祉医療制度、地域差調整システム、他）
1988年4月	診療報酬改定
5月	国保法改悪
7月	指定市町村における安定化計画の作成について局長通知146市町村名発表（9月までに計画作成義務づけ）
8月	指定市町村における安定化計画の作成及び報告について課長通知
9月	社保制審、国保基本問題特別委員会

(厚生省資料)

資料1 統合・移譲対象施設数

区分	現在の施設数	統合による減	移譲による減	計	統合・移譲後の施設数
国立病院	100	△14	△20	△34	69
国立療養所	139	△26	△40	△40	96
計	239	△40	△34	△74	165

- 注) 1. 施設数には、らい療養所(13か所)は含まれていない。また、長寿園についても、60年度に統合することとなっているため算入していない。
2. 「統合・移譲後の施設数」欄の国立病院・療養所の数は、病院転換又は療養所転換する施設があるため「現在の施設数」から「計」欄を差引いた数と一致しない。

資料2 統合・移譲対象施設

※印は61年度着手分

都道府県	区分	対象施設の名称	病床数
北海道	※統合(2か所に)	国立療養所札幌南病院	380
		国立療養所西札幌病院	350
		国立療養所小樽病院	290
青森県	※統合(2か所に)	国立療養所帯広病院	280
		国立十勝療養所	185
		国立登別病院	214
岩手県	移譲	国立弟子屈病院	125
		国立療養所雫内病院	90
		国立療養所青森病院	255
宮城県	移譲	国立療養所岩本病院	265
		国立療養所大湊病院	130
		国立花巻温泉病院	150
秋田県	移譲	国立療養所盛岡病院	165
		国立療養所南花巻病院	285
		国立鳴子病院	210
山形県	移譲	国立療養所秋田病院	330
		国立療養所湯田川病院	120
		国立郡山病院	180
福島県	統合	国立療養所福島病院	335
		国立柏病院	200
		国立療養所松戸病院	400
千葉県	移譲	国立習志野病院	361
		国立国府台病院	719
		国立武蔵療養所	860
東京都	統合	国立王子病院	261
		国立立川病院	291
		国立病院医療センター	912
神奈川県	(センター化)	国立療養所中野病院	570
		国立大蔵病院	405
		国立小児病院	335
山梨県	統合	国立小児病院 二宮分院	60
		国立療養所神奈川病院	435
		国立横浜病院	435
長野県	移譲	国立横浜東病院	320
		国立横浜賀病院	281
		国立甲府病院	200
新潟県	統合	国立療養所西甲府病院	170
		国立療養所宇都宮病院	525
		国立療養所東栃木病院	200
群馬県	移譲	国立塩原温泉病院	170
		国立渋川病院	121
		国立長野病院	246
静岡県	統合	国立東信病院	300
		国立療養所松本城山病院	130
		国立療養所東松本病院	170
富山県	統合	国立高田病院	125
		国立療養所新潟病院	410
		国立療養所西新潟病院	360
石川県	統合(1か所に)	国立療養所寺泊病院	100
		国立療養所村松病院	100
		国立療養所西小千谷病院	120
福井県	移譲	国立渡波療養所	120
		国立津病院	300
		国立療養所三重病院	360
滋賀県	※統合(2か所に)	国立療養所静岡東病院	290
		国立療養所静岡病院	200
		国立療養所明皇病院	180
京都府	移譲	国立療養所福井病院	220
		国立療養所敦賀病院	200
		国立鯖江病院	170
大阪府	移譲	国立八日市病院	200
		国立療養所紫香楽病院	220
		国立療養所比良病院	170
兵庫県	移譲	国立福知山病院	280
		国立泉北病院	365
		国立療養所三石荘病院	500
和歌山県	統合	国立明石病院	210
		国立神戸病院	350
		国立森山病院	170
鳥取県	移譲	国立明石病院岩屋分院	90
		国立加古川病院	300
		国立山辺病院	193
徳島県	※統合	国立白浜温泉病院	135
		国立療養所西鳥取病院	290
		国立療養所鳥取病院	260
香川県	移譲	国立三朝温泉病院	250
		国立大田病院	275
		国立療養所岡山病院	245
高知県	移譲	国立大竹病院	200
		国立療養所原病院	275
		国立療養所比島病院	560
愛媛県	統合	国立療養所畑賀病院	175
		国立下関病院	363
		国立山田病院	330
福岡県	※統合	国立湯田温泉病院	130
		国立療養所山陽荘病院	425
		国立療養所西香川病院	200
佐賀県	移譲	国立高知病院	210
		国立療養所東高知病院	230
		国立福岡中央病院	540
熊本県	※統合(1か所に)	国立久留米病院①	280
		国立療養所大牟田病院	385
		国立久留米病院②	280
大分県	移譲	国立療養所田川新生病院	120
		国立嬉野病院	465
		国立療養所武雄病院	150
宮崎県	移譲	国立対馬病院	150
		国立小浜病院	200
		国立療養所它岐病院	100
鹿児島県	統合	国立療養所熊本南病院	220
		国立療養所三角病院	200
		国立中津病院	225
沖縄県	移譲	国立療養所日南病院	180
		国立療養所宮崎東病院	300
		国立南九州中央病院	300
鹿児島県	統合(2か所に)	国立療養所霧島病院	245
		国立療養所九州病院	455
		国立療養所阿久根病院	160
鹿児島県	移譲	国立療養所志布志病院	195

都道府県	区分	対象施設の名称	病床数
東京都	統合	国立山中病院	240
		国立療養所石川病院	235
		国立療養所金沢若松病院	130
岐阜県	統合	国立療養所医士病医院	240
		国立療養所岐阜早病院	240
		国立療養所長良病院	255
愛知県	移譲	国立療養所高山病院	140
		国立豊橋病院	305
		国立療養所豊橋東病院	180
静岡県	統合	国立伊東温泉病院	220
		国立熱海病院	205
		国立静岡病院	230
三重県	※統合(2か所に)	国立療養所静岡東病院	350
		国立浜松病院	171
		国立浜松病院	185
三重県	移譲	国立津病院	300
		国立療養所三重病院	360
		国立療養所静岡病院	290
福井県	移譲	国立療養所明皇病院	180
		国立療養所福井病院	220
		国立療養所敦賀病院	200
滋賀県	統合(2か所に)	国立鯖江病院	170
		国立八日市病院	200
		国立療養所紫香楽病院	220
京都府	移譲	国立療養所比良病院	170
		国立福知山病院	280
		国立泉北病院	365
大阪府	移譲	国立療養所三石荘病院	500
		国立明石病院	210
		国立神戸病院	350
兵庫県	移譲	国立森山病院	170
		国立明石病院岩屋分院	90
		国立加古川病院	300
和歌山県	※統合	国立山辺病院	193
		国立白浜温泉病院	135
		国立療養所西鳥取病院	290
鳥取県	移譲	国立療養所鳥取病院	260
		国立三朝温泉病院	250
		国立大田病院	275
徳島県	移譲	国立療養所岡山病院	245
		国立大竹病院	200
		国立療養所原病院	275
香川県	統合	国立療養所比島病院	560
		国立療養所畑賀病院	175
		国立下関病院	363
高知県	移譲	国立山田病院	330
		国立湯田温泉病院	130
		国立療養所山陽荘病院	425
愛媛県	移譲	国立療養所西香川病院	200
		国立高知病院	210
		国立療養所東高知病院	230
福岡県	※統合	国立福岡中央病院	540
		国立久留米病院①	280
		国立療養所大牟田病院	385
佐賀県	移譲	国立久留米病院②	280
		国立療養所田川新生病院	120
		国立嬉野病院	465
熊本県	移譲	国立療養所武雄病院	150
		国立対馬病院	150
		国立小浜病院	200
大分県	統合	国立療養所它岐病院	100
		国立療養所熊本南病院	220
		国立療養所三角病院	200
宮崎県	移譲	国立中津病院	225
		国立療養所日南病院	180
		国立療養所宮崎東病院	300
鹿児島県	統合(2か所に)	国立南九州中央病院	300
		国立療養所霧島病院	245
		国立療養所九州病院	455
鹿児島県	移譲	国立療養所阿久根病院	160
		国立療養所志布志病院	195



## 2) 医療供給の規制

医療供給規制の具体化としては、1985年、手初めに国立病院の統廃合に着手し、239病院を165病院に減らす計画を立てたが、その後反対運動もあって進捗していない(資料1. 資料2)。同年医療法が改正され、各都道府県では地域医療計画を策定した。その必要的記載事項の中で、二次医療圏を設定のうえ、厚生省の基準に基づいて必要病床数を算定すると共に、任意的記載事項の中で、保健所整備についてもふれている。

診療報酬の面では1988年の改訂で、入院期間による入院時医学管理料及び看護料の通減制が、前者については強化され、後者については新設された。なおこの改訂で医療費は3.4%引上げられ、薬価基準は2.9%(医療費ベース)引下げられた。なお、健康保険の財政は老人医療費の加入者分担率の引上げ(1987年から100%)による拠出増大で困窮を強いられている。

## 3) 医療構造の改革

医療構造改革の第一歩である老人保健施設の設置を含めて、医療の質の変革は、1987年厚生省に設置された国民医療総合対策本部の「中間報告」(以下、中間報告という)に述べられている。この「中間報告」は審議会の答申等と異なり、政府のプロジェクトチームによる実施計画である。既にその一部は老健法の改正による老人保健施設の創設としては法制化され、あるいは長期入院患者の家庭復帰等促進モデル事業、訪問看護等在宅ケア総合推進事業及び老人医療ガイドライン作成等の予算として計上され実施に移されている。「中間報告」はこれまでの医療費抑制対策が主として医療の需要と供給の量的抑制であったのに対し、医療の質的変革を目指して医療構造と医療のあり方にまで踏み込んでいる点に特徴がある(図1)。

上記のうち、老人保健施設は、機能的には病院と家庭との中間的な施設として位置づけられ、老人の退院促進と在宅ケアの推進に大きな役割を果たすことが期待されている。一方それは、法的にも人的にも医療と福祉との中間的な施設として位置づけられ、病院と特別養護老人ホームの欠点を合わせ持ち、政府の安上がりな高令者対策に一役買うことになった。なお厚生省としては、2000年には200床以下の病院病床60万床の転換も含めて、30万床の老人保健施設を整備し、要介護老人の約30%がケアを受けられることを目途としている。

## 2. 公衆衛生分野では

### 1) 市町村保健センターの整備

1978年、厚生省は「国民健康づくり対策」を策定した。この対策の基盤整備として市町村保健センターの設置を進め、今日までに900か所余りが設置された。

市町村保健センターは単なる場として位置づけられ、法的根拠がないため建設費の国庫補助(1/3)はあっても、運営費(管理費、人件費を含む)の補助はない。しかも建設費の補助は新規に計上されたものではなく、保健所整備補助金と同一の予算科目である保健衛生施設等施設整備費負担金に含まれているので、市町村保健センターの整備促進は保健所整備の抑制につながる(表2)。

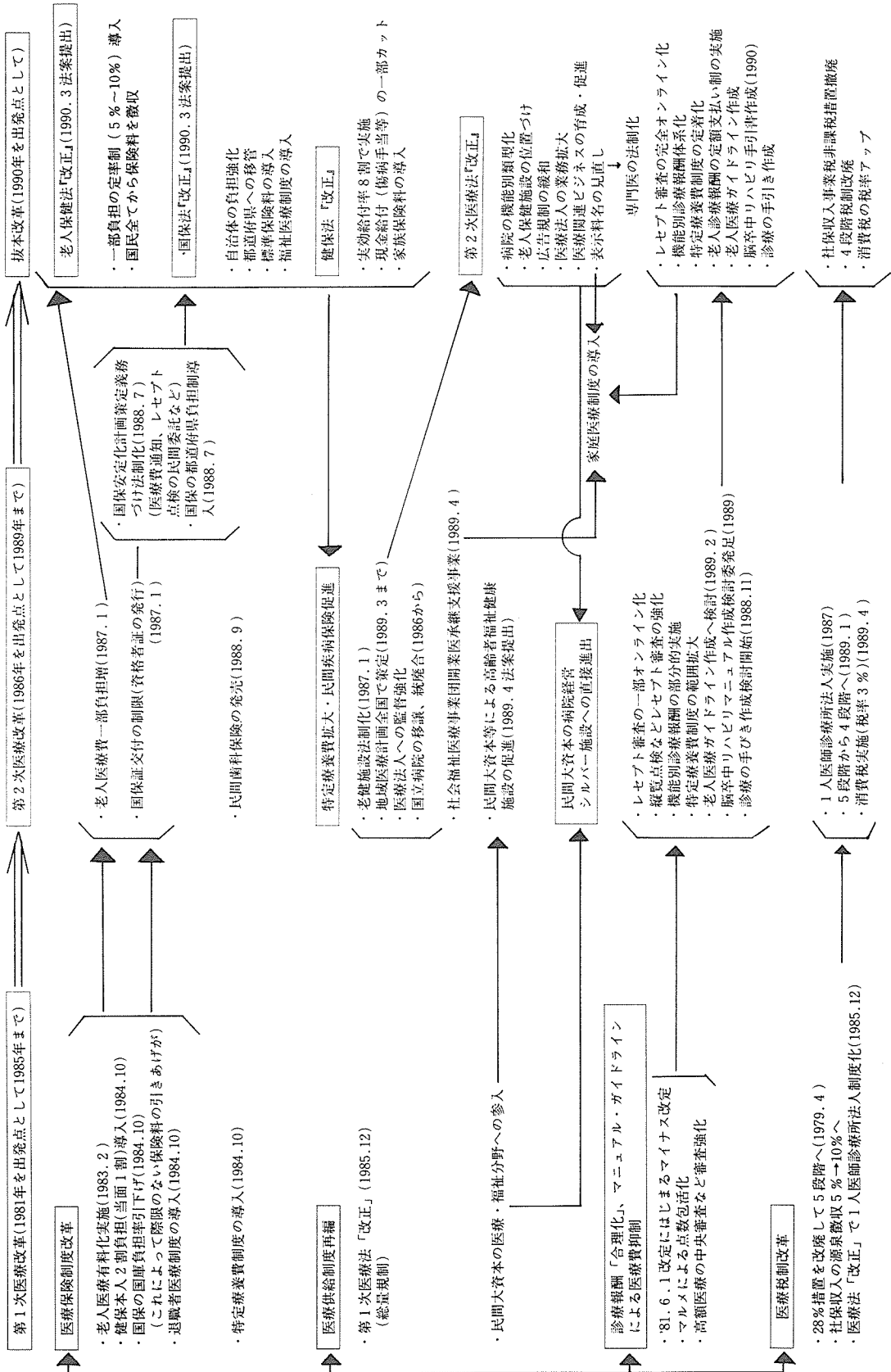
表2 保健所と保健センター

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
設置基準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

昨年政令市になった千葉市(人口約81万)には、それまで千葉市の6保健センターと千葉県の1保健所(千葉県中央保健所)が設置されていた。政令市移行に際して東大阪市の例に見られるように保健所を増設すべきなのに、6保健センター1保健所のままにされた。両者の業務負担は、保健センターが対人保健サービスを、保健所が対物保健サービスを担当することになった。

### 2) 臨調「行革」路線

1981年の臨調の答申は、疾病の自己責任、国庫補助の引き下げ、老人保健法の制定、医療機関への監督強化、民間活力の導入等を提言した。これに基づき厚生省は「自分の健康は自分で守る」という自助努力を強調し、健康づくりの三本柱として、栄養、休養、運動を提唱し、意識的に労働や環境にふれることを避けた。前述の老人保健法では医療以外の保健事業の実施を市町村に義務づけ、改正医療法で医療法人に対する立入検査を定めた。



(「全国保健医新聞」1989年4月15日より。一部追加補正)

図1 政府の企画する1990年医療「改革」

資料3 保健所統廃合等の経過

1963年	厚生省	「基幹保健所構想」	
1968年	宮城県	試験検査業務を集中化。14保健所⇒6保健所へ	
	〃	静岡県	1保健所を廃止
1969年	宮城県	放射線業務を集中化。14保健所⇒6保健所へ	
1970年	秋田県	試験検査業務を集中化。13保健所⇒6保健所へ	
1971年	岡山県	試験検査業務を4保健所に集中化	
	〃	新潟県	試験検査業務、薬事業務を4保健所に集中化
	〃	静岡県	食品機動班、畜犬指導班設置
1972年	保健所問題懇談会基調報告		
1972年	静岡県	1保健所を支所化 19保健所⇒18保健所・1支所体制へ	
	〃	秋田県	食品衛生監視広域化
1973年	広島県	2保健所を廃止。20保健所⇒18保健所体制へ	
1974年	静岡県	産廃機動班設置	
1975年	秋田県	環境公害監視広域化	
1976年	広島県	2保健所を廃止。18保健所⇒16保健所体制へ	
1977年	秋田県	1支所を廃止	
1978年	広島県	4保健所廃止、1保健所新設。16保健所⇒13保健所体制へ	
	〃	新潟県	1支所を廃止
1979年	新潟県	1保健所を廃止。18保健所・1支所⇒17保健所・1支所体制へ	
	〃	宮城県	5保健所を支所化。14保健所⇒9保健所・5支所体制へ
1981年	岡山県	環境保健所(基幹保健所)9、地域保健所8、支所1に再編成	
1983年	神奈川県	試験検査業務の集中化開始。12保健所・2支所⇒6保健所へ	
1984年	静岡県	3保健所を支所化。17保健所・2支所⇒14保健所・5支所体制へ	
1985年	広島県	1保健所を廃止。13保健所⇒12保健所体制へ	
	〃	秋田県	1保健所を廃止、4保健所を支所化。13保健所⇒8保健所・4支所に
	〃	石川県	3保健所を支所化。11保健所⇒8保健所・3支所体制へ
1986年	石川県	2支所を廃止。8保健所・3支所⇒8保健所・3支所体制へ	
1988年	横浜市	1保健所を廃止。17保健所・1出張所⇒16保健所・1出張所体制へ	
	〃	山形県	1保健所を廃止。9保健所⇒8保健所体制へ
	〃	宮城県	2保健所支所廃止(涌谷支所・若柳支所)
1989年	大阪市	合区により2保健所廃止(北区・淀川区⇒北区、東区・南区⇒中央区)	
	〃	新潟県	4保健所1支所廃止。第二次医療圏に原則1カ所体制となる。
	〃	仙台市	政令指定都市移行により2保健所増設。3保健所・5センター⇒5保健所・6センター(5行政区)
	〃	札幌市	分区(7→9区)により2保健所増設予定(11月)

また検診・検査業務の民間委託を促進した。さらに1984年には保健所法を改正し、保健所運営費を定率補助方式から定額の交付金方式へ変更した。

一方、自治省は「地方行革大調」を制定し(1985年)、地方自治体に行革の実施を迫った。保健所もその対象となり、統廃合、業務の市町村移管、民間委託、人員削減

が行われた。その結果、84、85年の両年度で10保健所が支所化され、2保健所が廃止された(表3、資料3)

3) 老人保健法の保健事業

1983年から実施され老人保健法に基づく保健事業は、実施主体である市町村も協力すべき保健所も実施体制が整わないままに見切り発車した。そのため所期の成果を

上げ得ないばかりか、市町村格差の拡大、民間委託の促進、超過負担の増大、事後指導が不十分な健診の横行など様々な問題が生じている(表4)。

4) 地域保健医療計画

医療法に基づく地域保健医療計画の公示は本年3月31日現在で、必要的記載事項はすべての都道府県で公示され、任意的記載事項は9府県を残して公示を終わっている。

5) 「勧告」と「報告」

今年になって、2月に総務庁行政監察局から保健所の業務運営を中心として「保健衛生に関する行政監察結果に基づく勧告」(以下勧告という)が出た。6月には、厚生省が一昨年設置した「地域保健将来構想検討会」の報告(以下検討会報告という)がまとめられた。「勧告」の主要な内容を集約すると、保健所業務の民

表3 全国の保健所等の動向

昭和年		45年	50年	55年	60年	61年	62年	63年
総 数	保 健 所	839	854	855	848	849	851	851
	支 所	45	46	51	62	57	50	54
県	保 健 所	712	656	652	638	637	637	636
	支 所	37	35	40	50	45	41	44
政 令 市	保 健 所	127	198	203	210	212	214	215
	支 所	8	11	11	12	12	9	10

注) 年度初(4月1日)現在の数である。

表4 保健事業の進行状況——当初計画と予算化の比較

(単位:千人)

年		1983	1984	1985	1986	1987	1991
一般健康審査	当初計画	10,000(30%)	12,500(37%)	15,000(43%)	17,500(50%)	約14,500(40%)	約20,000(50%)
	予算数	7,854(23.5%)	9,654(28.2%)	12,250(35.4%)	13,151(37.5%)	14,504(40%)	
	実施数	6,168(20.7%)	6,921(23.3%)	7,530(25.5%)	8,133(27.6%)	8,517(30.1%)	
精密検査	当初計画	3,000	3,900	4,700	5,400		
	予算数	1,973	2,430	3,091	3,343	2,207	
	実施数	2,006	2,695	3,203	3,684	1,609	
胃がん検診	当初計画	5,300(16%)	7,100(21%)	8,900(25%)	10,500(30%)	約 8,700(24%)	約12,000(30%)
	予算数	3,844(11.5%)	4,964(14.5%)	6,748(19.5%)	7,891(22.5%)	8,702(24%)	
	実施数	2,205(7.2%)	2,628(8.6%)	2,974(9.7%)	3,326(10.8%)	3,631(11.9%)	
子宮がん検診	当初計画	4,100(14%)	5,800(20%)	7,400(25%)	9,200(30%)	約 7,400(24%)	約 9,600(30%)
	予算数	2,799(9.5%)	3,715(12.5%)	5,339(17.8%)	6,826(22.5%)	7,362(24%)	
	実施数	2,638(10%)	2,993(11.3%)	3,295(12.4%)	3,549(13.3%)	3,675(13.9%)	
訪問指導	当初計画	220	270	330	380		
	予算数	170	215	262	545	553	
	実施数	517	628	709	790	829	
機能訓練 (実施カ所数)	当初計画	約 1,200カ所	約 1,900カ所	約 2,600カ所	約 3,300カ所	約 3,200カ所	約 6,000カ所
	予算数	798カ所	1,140カ所	1,767カ所	2,451カ所	2,917カ所	
がん検診車整備	胃がん	23台	49台	24台	24台(752)	(830)	(1,100)
	子宮がん	14台	16台	10台	10台(217)	(250)	(320)

注)当初計画——老人保健法国会審議中に厚生省が提出した数。( )内数字は受診率。

1991年度の数字は、第2次5カ年計画の計画数。なお1988年度からの第2次5カ年計画では、

肺がん検診 86年度141万7000人→91年度約900万人

乳がん検診 86年度126万3000人→91年度約700万人

が予算化することとされた。

間委託・縮少・廃止と市町村移管及び監視・検査業務等いわゆる対物保健サービスの特定保健所への集中化である。全体として臨調「行革」路線を忠実に踏襲しており、「報告」の内容と軌を一にしている。両者は「中間報告」と、その具体化の一環である老人保健施設をからめて、保健所を、医療費抑制のための医療構造変革の重要な担い手として地域医療に組みこもうとしている。

### 3. 「中間報告」と保健所

「中間報告」のうち、直接保健所にかかわる事項としては次の3点がある。

#### 1) 病院の自主的規制による長期入院の是正

病院に設置された入退院判定委員会が、厚生省のガイドラインに基づいて、入院患者の病状を定期的にチェックして、退院の可能性を検討することになっている。この委員会が適正に機能し、厚生省のガイドラインが遵守されているかどうかを監視指導することが、保健所の役割として期待されている。

#### 2) 家族への働きかけによる家庭復帰の推進

この事業は既に1987年の10月から患者の教育指導という名目で全国の指定市町村で実施されている。保険者が指定した保健婦等が家族に働きかけて、入院患者の家庭復帰や施設への入所を説得するという事業である。そのような意味で、今後保健婦の家庭訪問が一層強化されよう。

#### 3) 老人保健施設の整備等による在宅ケアの促進

在宅ケアを促進するために、1986年の老人保健法改正によって創設された老人保健施設を整備し、入院患者を入所させる。また在宅患者の通所支援施設として、ショートステイ、デイケア等の機能の充実を図る。このような役割をもつ老人保健施設の設置の相談、申請書等の経由事務及び設置後の指導立入検査等を保健所が担当することになる。また保健所の病院監視を厳しくし、他の方策と相俟って、中小病院の老人保健施設への転換を促進するなどの役割が保健所に期待されている。

### 4. 地域保健将来構想検討会報告について

1987年9月厚生省健康政策局に設置された「地域保健将来構想検討会」は、1年10か月に及ぶ検討を終え、去る6月28日「検討会報告」をまとめ同局へ提出した。

この「検討会報告」は、とりわけ次の点で保健所に重要な転換を迫っている。

### 1) 保健所業務の見直し

- (1) 検診方法や指導方法が確立して、地域保健活動として同化定着した業務は市町村へ移管する〔二、各論2. 保健所業務の見直し(3)市町村へ移行可能と思われる事業〕。
- (2) 試験・検査（行政検査は除く）及び政令市・特別区の各種検診事業は民間に委託する〔二、各論2. 保健所業務の見直し(4)民間サービスへ移行可能と思われる事業〕。

### 2) 拡充すべき保健所の基本的機能〔二、各論3. 保健所の新たな機能(1)保健所業務の見直し1) 保健所機能の拡充の基本的方向性〕。

- (1) 企画・調整機能
  - ①地域医療保健計画の作成・推進
  - ②在宅ケアの推進 ③健康づくりの推進
- (2) 地域保健活動の技術的総合拠点としての機能
- (3) 地域保健医療情報管理機能
 

保健情報・医療情報・生活環境や福祉などの各種情報を収集・解析・提供する。
- (4) 広域的専門的対人保健サービスに関する専門技術的な指導（直接サービスも含む）
  - ①精神保健 ②結核を含む感染症対策 ③心身障害児の早期対応策等の母子保健対策 ④難病患者へのケア等
- (5) 保健・福祉・医療に関する総合相談
- (6) 食品、環境が健康に及ぼす影響等に関する総合的長期的な調査・研究
- (7) 地域保健の新たな課題に取り組むための公衆衛生学的手法に基づく調査・研究。

### 3) 特定保健所を二次医療圏に1か所設置し、特定機能を集中化する〔二、各論3. 保健所の新たな機能(2)保健所機能の見直しに伴う特定機能の評価〕(資料4)

特定機能とは例えば次の機能をいう。

- (1) 地域保健医療情報の収集、解析、提供。
- (2) 地域医療計画の推進
- (3) 関係職員・職種に関する教育・研修
- (4) 公衆衛生医師養成に関する卒前・卒後研修
- (5) 試験・検査
- (6) 歯科保健対策
- (7) 監視指導
- (8) 発展途上国からの技術研修者の受け入れ。

### 4) 大都市型の政令市保健所については概ね都道府県保健所の機能分担に準ずる〔二、各論4. 政令市制度(2)政令市保健所在り方〕

資料4 二次医療圏と保健所の状況

都道府県	二次医療圏数	保健所数				圏域平均 保健所数
		総数	都道府県	政令市	特別区	
1 北海道	21	54	45	9		2.6
2 青森	6	11	11			1.8
3 岩手	9	15	15			1.7
4 宮城	5	14	9	5		2.8
5 秋田	8	8	8			1.0
6 山形	4	8	8			2.0
7 福島	7	18	18			2.6
8 茨城	6	18	18			3.0
9 栃木	5	11	11			2.2
10 群馬	10	12	12			1.2
11 埼玉	9	23	23			2.6
12 千葉	12	19	18	1		1.6
13 東京	13	70	17		53	5.4
14 神奈川	8	40	12	28		5.0
15 新潟	13	19	17	2		1.5
16 富山	4	10	10			2.5
17 石川	4	10	8	2		1.3
18 福井	4	8	8			2.0
19 山梨	8	8	8			1.0
20 長野	10	17	17			1.7
21 岐阜	5	14	11	3		2.8
22 静岡	10	17	14	3		1.7
23 愛知	8	41	25	16		5.1
24 三重	4	11	11			2.8
25 滋賀	7	9	9			1.3
26 京都	6	23	12	11		3.8
27 大阪	4	53	22	31		13.3
28 兵庫	10	41	26	15		4.1
29 奈良	3	6	6			2.0
30 和歌山	6	10	8	2		1.3
31 鳥取	3	5	5			1.7
32 島根	6	10	10			1.7
33 岡山	5	17	17			3.4
34 広島	10	22	12	10		2.2
35 山口	9	16	15	1		1.8
36 徳島	3	8	8			2.7
37 香川	5	7	7			1.4
38 愛媛	6	14	14			2.3
39 高知	4	10	10			2.5
40 福岡	10	36	21	15		3.6
41 佐賀	3	8	8			2.7
42 長崎	9	16	13	3		1.8
43 熊本	10	16	14	2		1.6
44 大分	10	13	13			1.3
45 宮崎	6	10	10			1.7
46 鹿児島	12	17	15	2		1.4
47 沖縄	5	7	7			1.4
合計	345	850	636	161	53	2.5

以上からもわかる通り、「検討会報告」は基本的には1968年の「基幹保健所構想」及び1972年の「保健所問題懇談会基調報告」を継承しながら、臨調「行革」路線に沿った保健所再編成を意図している。

厚生省は「検討会報告」を受けて、今秋には保健所の新たな機能分担等に関する総合的指針を作成のうえ、特定保健所の選定等について、都道府県との協議を進めることにしている。また来年度予算では、二次医療圏における地域保健医療作成費や特定保健所の情報管理機能強化のため、大容量のコンピュータ導入等OA化推進費を新たに予算化しようとしている。

## 5. 保健所の統廃合と機構改革の動き

### 1) 保健所統廃合と基幹保健所構想

保健所の統廃合と機構改革のテコとなっているのが「地域保健医療計画」であり「検討会報告」である。各都道府県の「地域保健医療計画」における保健所に関する記載事項をみると、保健所管轄区域の見直しをうたっているところが、新潟、山梨、奈良、熊本の4県あり、「検討会報告」の動向に基づいて検討するとしているところが、岩手、鳥取、鹿児島島の3県（表5）。

次に、統廃合と機構改革の内容についてみると、たとえば新潟県では1987年に公示した「新潟県地域保健医療計画」に基づいて、17保健所1支所を13の二次医療圏に整合させて再偏整備する条例案が県議会に提案された。しなし、反対署名、議会への要請等の反対運動に遭い、提案は1年間延期された。昨年9月末、この条例案が再び県議会に提案され可決された。この条例に基づき、本年3月末までに4保健所1支所が統廃合され、5特定保健所と8一般保健所に再編成された。また統廃合に伴う機構改革として、5基幹保健所に薬事監視、試験検査、

産業廃棄物処理及び公害等の業務を集中化した（図2）。

「検討会報告」はこの基幹保健所構想について次のように述べている。

「(前略) 地域保健の第一約機関として、保健所に求められる業務は増大したが、そのための施設、人員の整備については、財政、行政上の制約によりなかなか思うようには進まなかった。そこで昭和43年、全保健所に均一な業務を分担させるのではなく、技術水準の向上及び業務の効率化を図るため、集中化できる部門は基幹保健所に集中する(後略)」。

言いかえれば「保健所の業務は増大したが、保健所の増設や人員増は、政府の方針や大蔵省の反対もあって困難であった。しかし、大蔵省から保健所整備の青写真の作成を迫られていたので、手をこまねいているわけにはいかなかった。そこで苦肉の策として、現状の予算、施設、人員の枠内で、特定の保健所を強化し、その代りに、その他の保健所を間引くか縮小せざるを得なかった」ということになる。これは保健所の設置基準（人口概ね10万を基準として設置する…保健所法施行令第2条第1項）及び事業（11項目…保健法第2条）を定めてある保健所法に反している。それだけでなく、保健所間に格差が生じ保健所サービスが特定保健所の地元には厚く、一般保健所の管轄地区にうすくなる傾向を生み、行政の公平の原則にも反することになる。そのうえ、かえって全体的な能率と職員の意欲の低下を招いている。

### 2) 機構改革

統廃合とまではいなくても機構改革が行われたか、もしくは機構改革案が検討されているところが急増している。

その共通的な特徴としては、多くの場合、主として次のような点をあげることができよう。

(1) 機構改革案の検討が現場の保健所職員をつんば

表5 都道府県保健医療計画における保健所の位置づけ

都道府県	保健所に関する記載事項
北海道	保健所の整備整備を進める。
岩手	保健所の在り方は「地域保健将来構想検討会」の動向から対応
新潟	保健所管轄区域は保健医療圏に沿った見直し
山梨	医療圏等との整合を図るよう保健所管轄区域の見直し
奈良	保健所は二次医療圏の中心機関
鳥取	保健所の在り方は「地域保健将来構想検討会」の動向に基づいて検討
熊本	保健所業務や管轄区域の見直し
鹿児島	保健所の在り方は「地域保健将来構想検討会」の動向に基づいて検討

注) 第10回厚生省「地域保健将来構想検討会」配布資料から作成したものである。

小山高志（京都府宇治保健所）氏作成

機軸に置いてひそかに行われ、ある日突然職員に提示されて、短期間に意見を求められている。

- (2) 機構改革の実施に抱き合わせて処遇の改善をちらつかせている。
- (3) 効率的なサービスの提供を趣旨目的として掲げている。
- (4) 人員は現状維持か削減を前提としている。
- (5) 業務の市町村移管、民間委託が並行して行われる。
- (6) 課の中に係を新設している。
- (7) 対物保健サービスを特定保健所へ集中化している。
- (8) 関係機関団体や住民等の意見は全く聞いていない。

これらの機構改革案をみると、多くの場合その趣旨目的を説明している文言までが、厚生省の言っていることをそのまま引き写している。その内容も、厚生省の「検討報告」と行政監察局の「勧告」の忠実な実践であって、どこにもそれぞれの地方自治体のアイデンティティを見出すことはできない。またこれらの案は一律に住民サービスの向上を唱えているが、真の狙いは人員削減、管理強化及び保健所の事務所化である。

機構改革によって最も大きな影響を受けるのは、業務

が集中化される監視員（食品、環境、薬事、医療）、検査技師（衛生検査、放射線）と、業務が市町村や民間へ分散される保健婦であろう。監視員や検査技師の場合は、自ら集中化を望むか、集中化されてもやむをえないと考えている職員が多い。

保健婦の場合は、これまで一つの組織に属していた保健婦が、いくつかの係に分断され、その一部は係長に任命されて係の事務を総括させられる。その結果、新たに加わった係長業務の負担、縦割りの強化による能率の低下及び勢力の分散などのためにサービスの低下を来している。

そればかりでなく、一部には役付になりたいために保健婦間の競合や上司へのゴマすり、役付保健婦と一般保健婦との摩擦、または保健婦長の役割のリーダー役から連絡調整役への転換等が、保健婦の団結を弱めている。さらに地区担当制による総合保健婦活動から業務分担制による専門保健婦制への移行は、保健所保健婦活動のあり方を根本的に変えるものであって、住民サービスに及ぼす影響は大きい。

これらの統廃合や機構改革は、既に実施されたところ、

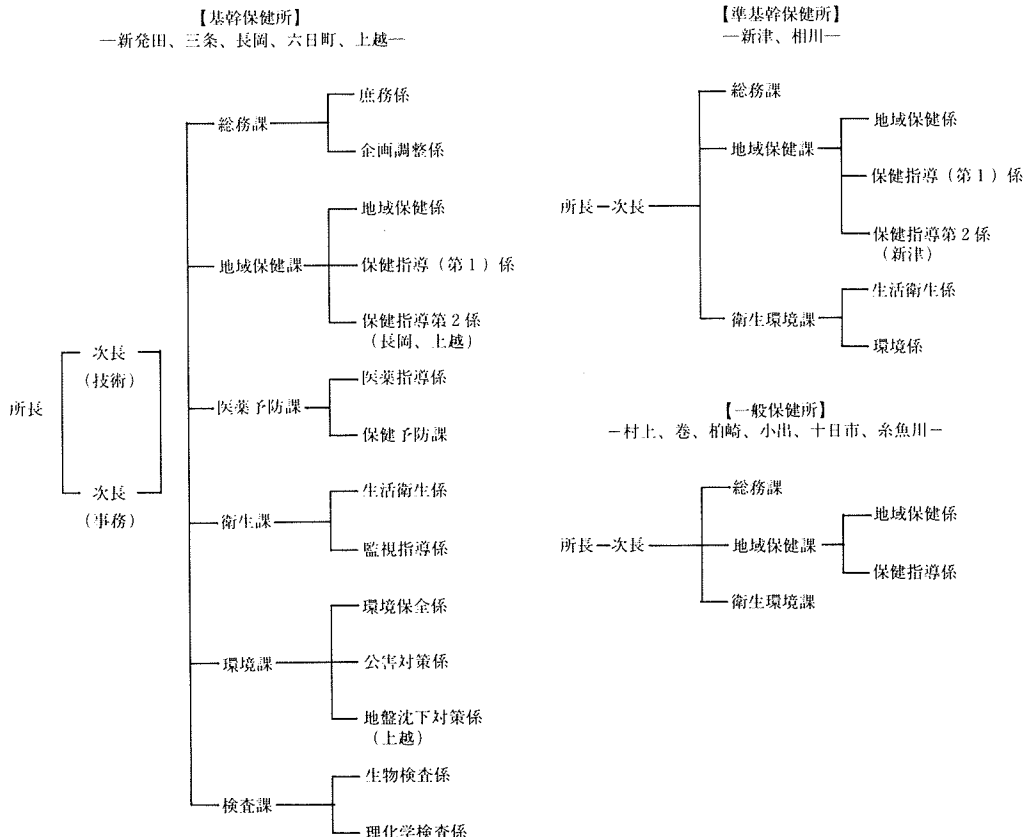


図2 新しい保健所の組織



案として提示されているところ、これから提示される  
ところなど様々である。

職員の反対運動が効を奏した東京都や大阪府について  
みると、職員労働組合が素早く対応し、所属や職種の相  
異を超えて組合員が一致団結し、住民にも知らせて共闘  
し、あるいは所属長も巻き込むなどして反対運動を展開  
し、当局案を撤回させている。市町村や保健所で公衆衛  
生行政に従事する公務員は、これらの貴重な事例から、  
次のような教訓を学びとることができよう

統廃合や機構改革が検討されているという情報を入手  
し、または当局案が示されたときは

1. すみやかに対応する。

すみやかに対応し組織的に適切な戦略と戦術を立てて  
取り組む必要がある。

2. 学習による共通意識に立って結集する。

学習し共通の情勢認識に立って結集し、反対運動を組  
織する。

3. 理論的に反論し、具体案で要求する。

当局案に対して、理論的にその欠陥と誤りを的確に突  
いて反論すると共に、具体的な対案を示して要求する。

4. 仲間の輪を広げる。

職場の同僚、上司はもとより、地域の保健・医療・福  
祉関係者にも働きかけて、仲間の輪を広げ層を厚くする。

5. 住民とともに立ち上がる。

あらゆる機会に事態の真相と推移を住民に知らせ、住  
民と共に反対運動に立ち上がる。

(第30回社会医学研究会総会特別報告)

1987

7) 丸山創：府保健所の活性化を求めて、*医学評論*、81、  
32～42、1986

8) 小栗史朗：公衆衛生と保健所——その歴史から展  
望へ——、*虹のブックレット* No 2、東京、日本生活協  
同組合連合会医療部会、1984

## 主要参考文献

- 1) 全国保健所問題研究交流集会・自治体問題研究社編  
：公衆衛生総決算の透視図・第11回全国保健所問題  
研究交流集会「まとめ集」、住民と自治、臨時増刊、  
東京、自治体研究社、1989
- 2) 寺島一郎：審査・指導・監査にみる医療費抑制、*月  
刊保団連*、304、20～24、1989
- 3) 小栗史朗：「保健所宣言」(案)について、*社会医  
学研究*、8、129～140、1989
- 4) 全日本民主医療機関連合会：厚生省「中間報告」を  
斬る～国民医療総合対策本部中間報告批判～、東京、  
全日本民主医療機関連合会、1987
- 5) 日野秀逸編著：日本医療の展望、東京、あけび書房、  
1987
- 6) 丸山創・山本繁編著：自治体における公衆衛生・公  
衆衛生実践シリーズ4、東京、医学書院、85～107、



# ねたきり老人と住宅環境

—ねたきり老人はつくられる—

橋本美知子<sup>1)</sup>, 林 真矢<sup>2)</sup>, 都田夏栄<sup>3)</sup>

<sup>1)</sup>関西医大・公衆衛生学<sup>2)</sup>関西医大・第三内科<sup>3)</sup>今西第一病院、元大阪府守口保健所

## The Aged Needed Care and Their Housing Environments —Housing Environments Cause the Aged Patients Bedridden—

M. Hashimoto<sup>1)</sup>, S. Hayashi<sup>2)</sup>, N. Miyakoda<sup>3)</sup>

<sup>1)</sup>Public Health, Kansai Medical University <sup>2)</sup>Internal Medicine, Kansai medical University

<sup>3)</sup>Imanishi Daiichi Hospital, the former Chief of Moriguti Public Health Center, Osaka Prefecture

### 1. はじめに

脳卒中の発作や転倒・骨折後、治療や機能回復訓練をうけて歩行可能となり、自立生活が出来るようになって、家に帰ってからの療養生活の中で、自立を助け機能訓練を続けることができる住宅環境が整わず、機能回復の努力が行われないならば、機能はもとに戻ってしまう。ねたきり老人の訪問実態調査から以上の如き実態が明らかになった。

### 2. 調査対象・方法・時期

調査対象は昭和60年4月現在の大阪府守口市「ねたきり老人見舞金支給者」265名。

調査は守口市と守口保健所の保健婦及び関西医科大学附属高等看護専門学校の学生有志による訪問調査である。ねたきり老人265名中、死亡、入院、転居、長期不在、拒否等を除く177名の回答をえた。

調査時期は昭和60年7月～61年末。

(ここで「ねたきり老人」とは、介助なしで歩く事ができずその生活範囲が屋内に限られる状態で、担当地域の民生委員等の協力を得て福祉見舞金受給者となった65歳以上の者をいう)

### 3. 守口市の概況

調査対象となった大阪府守口市は、図1の如く大阪市の東北に隣接する人口約16万の中小商工業都市で、表1のごとく大阪市を除く大阪府下と比較して、人口密度が高く、65歳以上人口がやや多く、65歳以上人口中ねたき

り老人人口割合が2%、70歳以上人口割合が大阪府下よりやや少ない地域である。

守口市は以前は稲作の他にレンコンが特産という純農村地域であったが、昭和30年～40年代にかけて急速に都市化がすすみ、現在では宅地90%、農地5%で、公園や緑地が極端に少なく、蓮池を埋立てた宅地は湿気が多く、古くて狭い文化住宅地域をかかえている都市でもある。<sup>1)</sup>

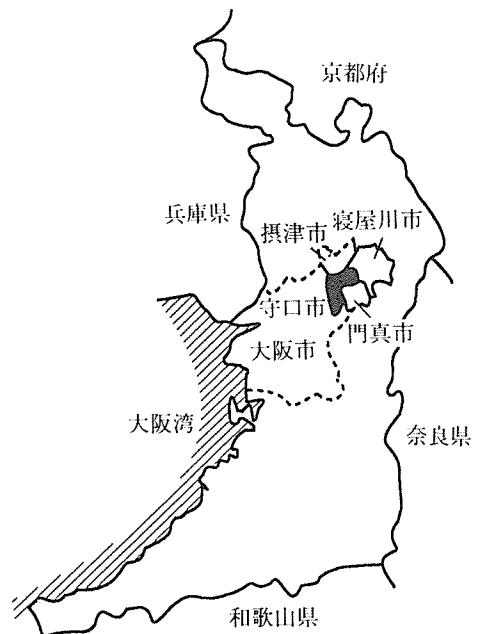


図1 大阪府・守口市の概略図

表1 大阪府・守口市概況(昭和60年10月1日現在)

	大阪府下*	守口市
人口(1000×)	6,019.6	158.4
人口密度/1km <sup>2</sup> (1000×)	3.64	12.1
一世帯当り人数(名)	3.12	2.95
0~14才人口割合(%)	22.5	20.0
15~64才人口割合(%)	69.8	71.8
65才以上人口割合(%)	7.4	8.2
(%)	100.0	100.0
独居老人の割合(%)	10.8	10.7
寝たきり老人の割合(%)	3.07	2.02
70才以上の割合(%)	66.0	62.9

\*大阪府を除く

資料:

昭和60年国勢調査1%抽出(大阪府統計課人口係)

大阪府の老人福祉施策の概要 昭和61年4月

(大阪府民生部老人福祉課)

守口市統計書 昭和60年度(守口市)

守口市福祉事務所老人福祉課資料

住宅を建築時期別にみると、表2の如く、守口市では、戦前の建物が12%、終戦から昭和45年までの建物が59%で、老朽化した住宅の比率が大阪府よりも高く、大阪府の住宅建設が、昭和46年以降にもかなり進められたのに対して、守口市では、昭和36年~45年の高度経済成長期の前半に住宅建設が集中していたことが特徴である。

守口市内の老人の現住所に住みはじめの時期を、今回の寝たきり老人の調査<sup>2)</sup>と、昭和59年9月に行われた70才以上老人くらしの1,000人アンケート調査<sup>3)</sup>からみると、表3のごとく戦前および終戦から昭和35年までに住

みはじめた老人の割合は、表2の一般建築時期別住宅率よりも高率であり、老人は概して古い建物に住む傾向がある中で、寝たきり老人はさらに老朽化した住宅に住むものが多いことが分る。

#### 4. ねたきり老人実態調査成績

##### 1) 守口市ねたきり老人の概況

ねたきり老人は65~74歳19%、75~84歳48%、85歳以上33%。表4に示す如く、家族類型はその他(核家族を除く二世帯、参世代)が49%と半数をしめるが、独居、老夫婦、核家族(老人と独身の息子、娘との同居)を合わせると50%でねたきり老人世帯は老人主体の世帯が半数をしめ、少ない家族数で老人同志が介護をしあっていた。

表4 ねたきり老人の性別家族類型・家族数

		男	女	合計	
総数		69	108	177	100.0
家族類型	独居	2	4	6	3.4
	老夫婦	38	6	44	24.9
	核家族 <sup>1)</sup>	12	28	40	22.6
	その他 <sup>2)</sup>	17	69	86	48.6
	無回答	0	1	1	0.8
家族数	1~2人	43	28	71	40.1
	3~4人	14	44	58	32.8
	5~8人	12	36	48	27.1

注:1)老人と独身の息子、娘との同居

2)三世帯世帯21、老人と息子・娘夫婦と同居64、他人と同居1

(守口市ねたきり老人実態調査成績 1988.3)

表2 建築時期別住宅の割合(昭和58年、住宅統計調査)

建築時期	~s20年	s21~s35	s36~s45	s46~s55	s56年以降
大阪府	10.1	14.0	30.8	39.2	6.0
守口市	11.8	17.3	41.8	23.7	5.4

表3 現住所に住みはじめの時期(守口市)

住み始めの時期	~s20年	s21~s35	s36~s49	s50以降	無回答
ねたきり老人調査117名(1985.7-86.末)	17.5	23.2	24.9	19.2	15.3
老人くらしのアンケート調査70歳以上1026名(1984.9)	13.9	21.7	36.8	22.1	5.5

表5ではねたきりの直接原因は男では脳卒中が、女では事故・骨折が3～4割を占めていた。表6からねたきり期間が3年未満38%、5年未満60%で平均6.2年であった。

医療内容では、入院あり58%、なし40%。医師に受療中84%で、主治医がなくて受療なしが10%あったことは問題であった。医師の指導のもとでの機能回復訓練を行った者は42%であった。

表5 性別ねたきりの直接の原因疾患(複数回答)

	男	女	合計	
総数	69	108	177	100.0
脳卒中	32	16	18	27.1
高血圧・心臓病	6	11	17	9.6
神経痛・関節炎	2	19	21	11.9
事故・骨折	10	33	43	24.3
眼疾患	2	6	8	4.5
その他	29	34	63	35.6
不明	2	1	3	1.7

表6 ねたきり老人の療養状況

		男	女	合計		
総数		69	108	177	100.0	
ねたきり期間	3年未満	26	42	68	38.4	
	3～5年	14	24	38	21.5	
	5～10年	11	19	30	16.9	
	10～20年	14	17	31	17.5	
	20年以上	3	5	8	4.5	
無回答		1	1	2	1.1	
入院	あり	48	54	102	57.6	
	なし	21	50	71	40.1	
	不明	0	4	4	2.3	
受療	受療中	63	85	148	83.6	
	なし	主治医+	2	9	11	6.2
		－	4	14	18	10.2
機能回復訓練*	行った	37	37	74	41.8	
	行わず	30	57	87	49.2	
	不明	2	4	6	3.4	
	無回答	0	10	10	5.6	

\*医師の指導の許での機能回復訓練

表7では介護者は配偶者36%について、娘26%、嫁25%と娘の割合がやや高かった。介護者の年齢は50歳～69歳が50%、70歳以上21%と高齢者が7割をしめていた。介護者の症状は腰肩四肢痛、持病のあるものがそれぞれ31%ずつ、ひどい疲れ24%、睡眠不足19%、イライラ16%などであった。

すなわち高齢の配偶者や娘、嫁が何らかの症状を持ちながら、脳卒中や骨折のためにねたきりとなった老人を少数の家族で介護している実態が明らかになった。

表7 ねたきり老人の主介護者

ねたきり老人の性		男	女	合計	
介護者ありの数		69	105	174	100.0
介護者間柄	配偶者	52	11	63	36.2
	嫁	6	38	44	25.3
	娘	4	41	45	25.9
	その他	2	12	14	8.0
無回答		5	3	8	4.6
介護者の年齢	39歳以下	2	8	10	5.7
	40～49歳	4	18	22	12.6
	50～59歳	5	33	38	21.8
	60～69歳	29	20	49	28.2
	70歳以上	23	14	37	21.3
無回答		6	12	18	10.3
介護者の症状	*ひどい疲れ	20	21	41	23.6
	睡眠不足	14	19	33	19.0
	腰肩四肢痛	26	27	53	30.5
	イライラ	13	14	27	15.5
	気が重い	8	11	19	10.9
その他の持病		34	20	54	31.0

\*重複回答

2) ねたきり老人の日常生活動作

日常生活動作は、歩行、座位、ほう、ねがえり、入浴、食事、排尿、排便、着衣の9項目について、何とか自分でできる(部分独立)、介助でできる(部分介助)、全くできない(全介助)の回答を求めた。

図2は日常生活動作の各項目別に、部分独立、部分介助、全介助の割合を示す。これによると歩行、入浴では全介助の割合が高く部分独立の割合が低いのにたいして、ねがえり、食事は部分独立の割合が高く、全介助の割合が低率。すなわち、ねたきり老人では入浴、歩行機能に障害のあるものが多く、ねがえり、食事動作は何とかできるものが多いことを示している。

表8 ねたきり老人の歩行動作と住宅環境条件との関係

		(林Ⅱ類による計算結果)			
	カテゴリ	人数	ウエイト	レンジ	偏相関係数
性	男	55	-0.019	0.036	0.007
	女	63	0.017		
年齢	65~74才	29	0.024	0.774	0.158
	75~84才	58	0.262		
	85才以上	31	-0.512		
既往症	なし	10	-0.421	0.460	0.067
	あり	108	0.039		
直接の原因	脳卒中	78	0.019	0.056	0.012
	事故・骨折	40	-0.037		
居住環境	所有権と建物の種類	86	0.223	0.832	0.169
	持家・一戸建 持家・長屋他 借家	32	-0.600		
住宅環境	病床のある階層	54	-0.185	0.480	0.091
	一人当り畳数	28	0.295		
住宅環境	病床の広さ	36	0.047		
	風呂	104	-0.014	0.117	0.019
住宅環境	風呂	14	0.103		
	病室の日当り	54	-0.533	0.983	0.226
住宅環境	病室の位置	64	0.450		
	病室の位置	22	0.482	0.593	0.115
住宅環境	病室の位置	96	-0.111		
	病室の位置	33	0.257	0.357	0.075
住宅環境	病室の位置	85	-0.100		
	病室の位置	46	-0.132	0.216	0.053
住宅環境	病室の位置	72	0.084		
	病室の位置	106	-0.048	0.475	0.070
住宅環境	病室の位置	12	0.427		
	病室の位置				

住宅で困っていること	あり	なし	48	-0.521	0.878	0.207
居住地区	守口地区	三郷地区	34	0.043	0.631	0.134
	庭窪地区		46	-0.303		
	あり	なし	38	0.328		
医師による治療	あり	なし	107	-0.053	0.572	0.085
機能回復訓練	行った	行わなかった	11	0.519		
入院経験	あり	なし	57	-0.506	0.979	0.218
配偶者	あり	なし	61	0.473		
家族数	1~2人	3~4人	79	0.026	0.078	0.018
	5~8人		39	-0.052		
世帯構成	同居・老夫婦	核家族	62	-0.068	0.143	0.024
生計の中心	老人	その他	56	0.075		
近所とのつきあい	なし	たまに	51	-0.293	0.935	0.137
	毎日・隔日		40	-0.060		
			27	0.642		
			42	0.279	0.747	0.121
			24	-0.468		
			52	-0.009		
			53	0.030	0.055	0.009
			65	-0.025		
			21	-0.204	0.344	0.072
			42	-0.082		
			55	0.140		

\*核家族：老人と独身の息子、娘との世帯

(相関比=0.246)

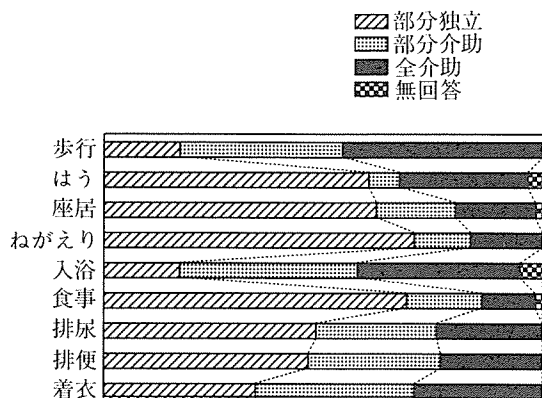


図2 ねたきり老人の日常生活動作

3) ねたきり老人の歩行動作に影響を与える要因について

ねたきり老人の居住空間の移動能力を示す指標として歩行をとりあげ、歩行可能群（何とか自分で歩ける者と介助で歩ける者）と歩行不可能群に対する個体要因、社会要因、住宅環境要因の影響を検討し、事例をまじえて報告する。

(1) 多変量解析による検討

ねたきり老人の歩行可能・歩行不可能を目的変数とし、個体要因（性、年齢、既往症、直接の原因、受療状況）、社会要因（世帯構成、配偶者有無、近所とのつきあい等）、住宅環境要因（所有権・建物種類、一人当たり畳数、病室の広さ、風呂有無、住宅で困っていること、居住地区等）を説明変数として、多変量解析・数量化理論Ⅱ類による解析を行った<sup>4)5)6)</sup>。解析に際して無回答項目のあるケースを除外したので、118名についての解析結果である。

表8のウエイトの+方向は歩行可能傾向を、-方向は歩行不可能傾向を示す。ウエイトの最大値と最小値との差であるレンジが比較的大きい項目は、年齢、ねたきりの直接原因としての事故・骨折の有無、一人当たり畳数、住宅で困っていること有無、機能回復訓練有無、家族数であった。

すなわち高齢で、事故骨折が原因でねたきりとなり、一人当たり畳数が少なく、住宅で困っており、家族数が少ないものが歩行の出来ない群に判別されており、機能回復訓練については歩行が困難な者に行われたと考えられる。(相関比は0.246) 偏相関係数についても同様のことがいえる<sup>7)</sup>。

(2) 事例：

家の中でころんで骨折したり、家が狭い、段差がある

など、性差はあるものの、せっかく回復しても在宅で機能回復訓練が十分できないまま、寝たきりに追い込まれる事例など、住宅に問題のあるケースが36名(20%)あった<sup>8)</sup>。何もしないで寝ていると状態が悪化するの当然である。狭い住宅内では車いすの入れるスペースすらなく、段差や急な階段、狭い廊下など老人には危険が多過ぎる実態を事例をまじえて報告する。

①家庭内事故でねたきりになった者として図3の例は、95歳女性。3人家族(娘2人、57歳、53歳)。住居は文化住宅(2階建)の1階。本人は93歳時、トイレに行こうとして転倒、骨折はなかったので一時は歩行可能であったが、殆ど一日中寝ているために寝たきりとなる。近くのK医院から往診をうける。調査から1ヵ月後に急性心不全で死亡。

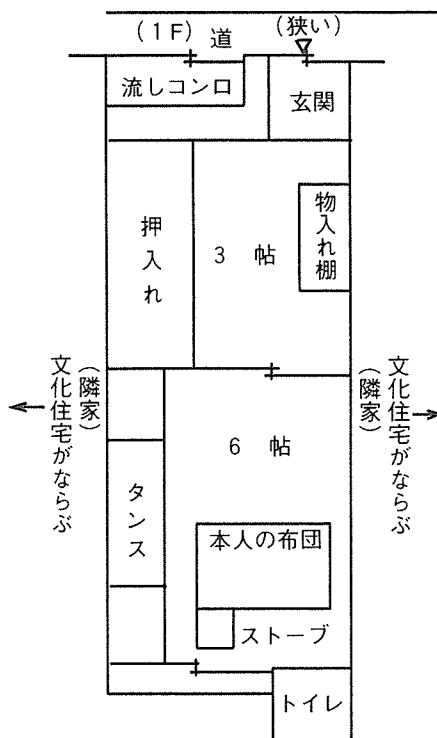


図3 家庭内事故でねたきりとなった例

②機能回復訓練が十分でなく、状態が悪化した者として図4の例は、77歳男性。老夫婦世帯(妻75歳)。住居は長屋2階建の2階住い(持家)。75歳時脳卒中。3ヵ月入院。機能回復訓練で軽快、退院後、2階住いの為外へも出れないで、機能回復訓練もしなくなり、いざって移動するのがやっと。訪問後7ヵ月目に肺炎にて死亡。

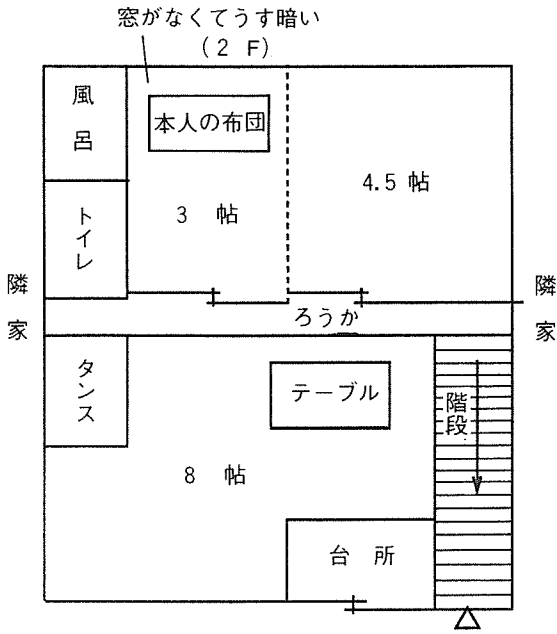


図4 機能回復訓練が十分できず状態が悪化した例

③段差など住環境が劣悪なため、行動範囲が狭められ、ねたきりとなった者として図5の例は、77歳男性。妻70歳、息子夫婦と孫(20歳、18歳)の6人家族。住居は一戸建(持家、2階建)4部屋。本人は72歳時脳卒中で倒れ、H病院で治療、機能回復訓練を受け退院時、左手で身のまわりのことなど出来ていた。74歳時に夫婦で長男宅に引き取られた。玄関横の6畳一間のみが老夫婦が使用できる部屋なので、機能回復訓練もできず、家族団らんもない状態。外に出るには段差、階段のために出られずに、何もしないで寝たきりとなる。80歳時脳梗塞発作。H病院で死亡。

④子供と同居を希望しても同居できない住宅事情を持つ者として図6の例は、68歳女性。老夫婦世帯(夫71歳)。住居は文化住宅(2階建)の1階。昼間でも電灯をつけないと暗い。娘夫婦と同居を希望しているが、狭く、老朽化した住居なので同居できない。本人は63歳時骨折後歩行やや不自由。肝臓病にて治療中。買物、料理は夫(左眼失明、心臓疾患あり治療中)がしている。娘が2~3日に1度来て、食事、掃除、受診時の介助をしてくれる。入浴は週に1回位入れてもらう程度である。

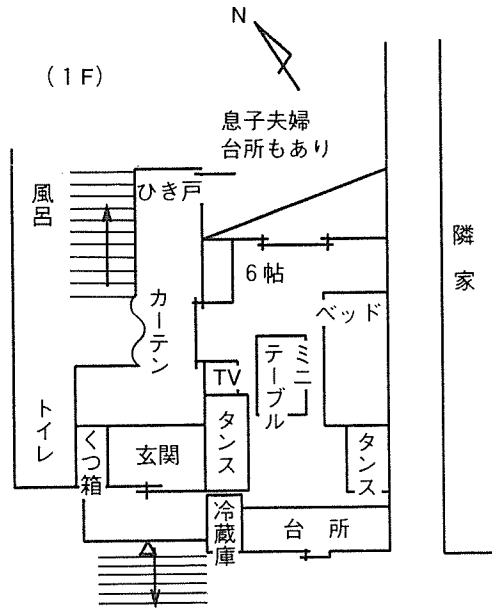


図5 段差があるため、行動範囲が狭められ、ねたきりが助長された例

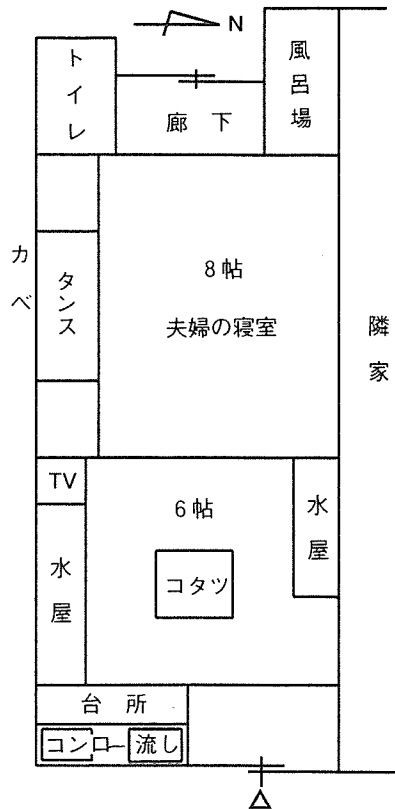


図6 子供と同居を希望しても同居できない住宅事情の例



## 5. 考察

横浜市、仙台市、八尾市、京都市右京医師会等が行ったねたきり老人の調査結果<sup>9)10)11)12)</sup>では、男女別の比率は、男約40%、女約60%であり、年齢別では70歳代が30~40%、80歳代40~50%と80歳代が多いのに対して本研究の結果では、男女の割合は変らなかったものの、年齢別には70歳代が80歳代をうまわっていた。

ねたきりの原因疾患については、多田羅等の大阪府医師会加入全医療機関を対象とした調査<sup>13)</sup>や京都市右京医師会の調査<sup>12)</sup>では、男女ともに脳血管疾患が多かったが、本研究では、男の場合は脳卒中であったが、女では事故・骨折が多く、女の場合の特性と考えられる。

家族数は本人を含め、4人以下が73%で、介護者については、今までのねたきり老人調査<sup>9)10)11)12)14)</sup>では、配偶者に次いで嫁が多く、次いで娘の順になっていたが、本研究では、配偶者に次いで娘が多く、次いで嫁の順になっていた。これは老人と独身の息子、娘との同居が23%と多いことによると思われる。

すなわち本研究でのねたきり老人の集団特性は、男女の性比は4:6と他の調査結果と変らないが、70歳代が多く、ねたきりの原因では男では脳卒中、女の場合に事故・骨折が高率であり、介護者は、配偶者と娘、嫁が当たっているものの、家族数は少なく、4人以下が7割をしめていることになる。

このような集団特性をもったねたきり老人について、今回は個体要因、社会要因、住宅環境要因を用いて、障害をもつ老人の歩行可能・不可能を説明するために、多変量解析を試みた結果、高齢で、事故骨折が原因で歩行障害となり、医療機関で機能回復訓練を受けたものの、住宅が狭く、家族数が少ないものが歩行出来難い傾向を認めた。

以上のことから、ねたきり老人在宅ケア対策の重点をどこにおくべきかという議論に対して、「住宅環境問題」に視点をおき、問題解決にあたるのが、老人福祉をすすめるための重要な条件であることを、新ためて認識した。

なお、各々の要因間の内的構造の分析結果については現在検討中である。

## 6. まとめ

ねたきり老人の歩行動作に大きい影響をあたえるものとして、脳卒中などの既往症や入院経験ありなどが考えられるが、今回の分析ではこれらのレンジや偏相関係数は低かった。障害をもつ老人について、一人当り畳数が

少なく、住宅で困っており、高齢で家族数が少ない老人に歩行でき難い者が多いと考えられる。

## 文献

- 1) 守口市：守口市統計書 昭和63年版, 1989.
- 2) 大阪府守口保健所、関西医科大学公衆衛生学教室：守口市ねたきり老人実態調査成績, 1988.
- 3) 守口市福祉事務所・守口市民生委員協議会：老人くらしの1,000人アンケート調査結果報告書, 1985.
- 4) M.G. ケンドール著 浦昭二他訳：多変量解析の基礎、サイエンス社、1972.
- 5) 古屋野亘：多変量解析ガイド 数学が苦手な人のための調査データのまとめかた、川島書店, 1988.
- 6) 柳井晴夫他：胃がんの Risk Factor に関する統計的分析、日本公衛誌、24(9), 1977
- 7) 橋本美知子他：寝たきり老人の住宅環境要因に関する調査研究、老人問題研究、8、1988.
- 8) 中村真由美：寝たきり老人の住宅事情—保健婦の調査から、大阪保険医雑誌、213号, 1987.
- 9) 横浜市民生局：ねたきり老人世帯実態調査報告書, 1979.
- 10) 武田俊平他：宮城県仙台市における在宅寝たきり老人の実態調査、公衆衛生、53(7)、496-499、1989.
- 11) 八尾老人ケア研究会：八尾市における在宅ねたきり老人の実情—老人の友愛訪問による調査から—、1983.
- 12) 右京医師会：京都市右京区における在宅要介護老人実態調査報告書—昭和63年度—、1989.
- 13) 多田羅浩三他：在宅ねたきり患者の疾病、診療、介護の特性に関する研究、日本公衛誌、34(9)、605~613 1987.
- 14) 大阪府社会福祉協議会：社会福祉モニター活動、寝たきり老人介護の実態(昭和52年)、1987.



# 第30回社会医学研究会総会プログラム

## 「いのちと健康を守る運動と社会医学」

日時 1989年7月22日(土) 10:00から

23日(日) 15:30まで

会場 伊豆長岡 富士見ハイッ

(静岡県田方郡伊豆長岡町古奈 TEL 0559-47-3100)

総会事務局 国立公衆衛生院疫学部成人病室  
〒108東京都港区白金台4-6-1  
TEL 03-441-7111 (内) 254

代表委員 上畑鉄之丞 (国立公衆衛生院、事務局長)  
片平 冽彦 (東京医科歯科大学難治疾患研究所)  
菊池 頌子 (江東区城東保健所)  
杉沢 秀博 (東京都老人総合研究所)  
千田 忠男 (杏林大医学部衛生学教室)  
西 三郎 (東京都立大学人文学部、代表)  
山崎喜比古 (東京大学医学部保健社会学教室)

企画運営委員 相磯富士雄 (東京学芸大) 朝倉 隆司 (東京学芸大)  
芦沢 正見 (日赤看護大) 穴田喜美子 (国立公衆衛生院) \*  
井手窪芳子 (国立公衆衛生院) \* 岩本 百里 (荒川保健所)  
大埜 和子 (城東保健所) 小沢 温 (愛知コロニー発達障害研)  
何 頰 (国立公衆衛生院) \* 京田 祥史 (渋谷区保健所)  
木村美代子 (渋谷区保健所) 古賀八千代 (国立公衆衛生院) \*  
佐藤 嗣道 (東京医科歯科大難治研) 関谷 栄子 (東邦大医療短大)  
徳永 瑞子 (国立公衆衛生院) \* 林 恵子 (城東保健所)  
牧野 忠康 (長野大学) 三井 公夫 (板橋保健所)  
宮崎美砂子 (城東保健所) 山川 直子 (国立公衆衛生院) \*  
(アイウエオ順、\*印は1988年時国立公衆衛生院学生)

---

## 特別講演

---

7月22日(土) 13:00-14:00

### 「日本の労働時間—国際比較や生活構造に関連して」

藤本 武 (労働科学研究所客員所員)

司会 西 三 郎 (東京都立大学)

---

## シンポジウム

---

### 「都市再開発・リゾート開発と住民のくらし・健康」

司会 相 磯 富士雄 (東京学芸大学)

菊池 頌子 (江東区城東保健所)

7月23日(日) 9:00-11:30 A会場

1. 新宿副都心計画と住民のくらしと健康

伊藤 一 雄 (新宿区牛込保健所)

2. 京都における都市再開発と高齢者の「健康とくらし」

足立 明 (京都・下西医師会)・他

3. リゾート地域・伊豆半島白浜にみる住民の生活

山本 浩一 (東部地域開発問題研究会)

4. 八ヶ岳山麓における開発と住民の暮らしと健康

菊池 智子 (長野県南牧村役場)

---

## ワーク・ショップ

---

### 「公害・薬害・職業病被害者の運動と社会医学」

司会 片平 冽彦 (東京医科歯科大学)

牧野 忠康 (長野大学)

7月23日(日) 13:00-15:00 B会場

1. 水俣病被害者の訴え

河上 エイ子 (東京水俣病原告団)

2. 公害・薬害被害者の救済と予防のための運動

白川 博清 (公害弁護士連絡会議)

3. 公害・薬害・職業病問題研究の方法論—医師の立場から

三宅 成恒 (上京病院)・他

4. 公害・薬害・職業病問題研究の方法論—保健社会学の立場から

園田 恭一 (東京大学医学部保健社会学)

---

## 自由集会

---

7月22日(土) 19:30-21:00

1. 過労死の研究方法をめぐって

世話人 上 畑 鉄之丞 (国立公衆衛生院)、田 尻 俊一郎 (淀協社会医学研究所)

2. 保健所問題

世話人 草野 文嗣 (滋賀県彦根保健所)、三井 公夫 (板橋区板橋保健所)

3. 福祉・医療の改革をめざして

世話人 杉 澤 秀博 (東京都老人研)、関 谷 栄子 (東邦大看護短大)

[ 7月22日(土) ]

**A 会場**

**B 会場**

10:00	<p><b>要望課題:</b> 「老人・障害者・難病患者の今日の実態と特徴」</p> <p>10:00-10:48 座長 杉澤 秀博 (東京都老人総合研究所) A-01 高齢者の退院を困難にしている背景について 関沢 敏弘 (葵会北病院) A-02 ねたきり老人と住宅環境-ねたきり老人はつくられる 橋本美知子 (関西医大公衆衛生)・他 A-03 要援護老人に対する福祉サービスの実態 上田 慶子 (長岡京市役所)・他 A-04 社会福祉施設としての特別養護老人ホームと老人保健施設の接点 中村 律子 (中京大学)・他</p>	<p><b>一般演題: 「産業保健・他」</b></p> <p>10:00-10:24 座長 千田 忠男 (杏林大医衛生) S-01 [特別報告] アスベスト取り扱ひ者の健康問題 久永 直見 (名古屋大医衛生)</p>
11:00	<p>10:48-11:24 座長 川村佐和子 (東京都神経科学総合研究所) A-05 病院保健婦の地域活動からみた地域看護活動への期待 近藤 紀子 (東京都立神経病院)・他 A-06 在宅難病患者訪問診療における保健所保健婦の役割 後藤 恭子 (東京都東村山保健所)・他 A-07 ある難病患者の退院から 浅山 倫子 (東邦大大橋病院医療相談室)</p>	<p>10:24-11:00 座長 竹内 康浩 (名古屋大医衛生) B-01 酒造業従事者(社氏)にみられたアスベストによる肋膜肥厚斑-予備的報告 山田 裕一 (金沢医大衛生) B-02 キャディ労働における農業被害について 内田比佐夫 (淀協社会医学研究所) B-03 農民の間に発生した原因不明の皮膚炎の調査課程における社会医学的問題 蓑輪 眞澄 (国立公衆衛生院疫学)</p>
12:00	<p><b>要望課題:</b> 「福祉・医療改革を目指す新たな動きとその理念」(1) 11:24-12:00 座長 関谷 栄子 (東邦大学看護短大) A-08 緊急時の医療サービスの現状(難病死亡事例分析) 三木 隆 (東京進行性筋萎縮症協会) A-09 ボランティア移送サービスに関する研究-課題と実態 飯豊美代子 (東京都神経科学総合研究所)・他 A-10 難病患者・家族の療養意識と生活適応行動の事例研究 萩原 康子 (東京都神経科学総合研究所)・他</p>	<p>11:00-11:48 座長 広瀬 俊雄 (仙台錦町診療所) B-04 専任手話通訳者に発症した頸肩腕障害 埴田 和史 (滋賀医大予防医学)・他 B-05 妊婦の職業よりみた先天異常の一考察 芦沢 正見 (日赤看護大公衆衛生看護) B-06 「職場のヘルスチェック」の作成と活用について 平田 衛 (大阪府立公衛研・労働衛生) B-07 土建国保の10割給付と健診活動 小川 正時 (西部診療所)</p>
13:00	<p>昼 食</p>	
14:00	<p>あいさつ 第30回社会医学研究会総会企画委員会 代表 西 三 郎 (東京都立大学)</p>	
14:00	<p>13:10-14:10 <b>特別講演 「日本の労働時間-国際比較や生活構造に関連して」</b> 藤 本 武 (労働科学研究所) 司会 西 三 郎 (東京都立大学)</p>	

A 会場

B 会場

14:20

要望課題：  
「福祉・医療改革をめざす新たな動きとその理念」(2)

14:20-14:44  
座長 木下 安子(東京都神経科学総合研究所)  
S-03 [特別報告] 基本的人権の総合的な実現をめざす地域保健・福祉の自治的確立をめざして  
池上 洋通(日野市役所)

14:44-15:32  
座長 橋本美知子(関西医大公衆衛生)  
A-11 後期高齢者世帯に見る在宅生活の限界について  
田中由紀子(ヘルパースキル研究会)  
A-12 「在宅介護における緊急体制のとり方」に関する一考察

15:00

白崎 修代(国分寺福祉事務所)・他  
A-13 在宅重症患者に対する夜間看護提供の必要性  
秋村 純江(東京都神経科学総合研)・他  
A-14 診療所における訪問看護の実態  
佐藤 静香(むさし小金井診療所)

15:32-16:08  
座長 山岸 春江(千葉大学看護学部)  
A-15 医療生協の地域保健活動  
藤原 枝子(岡山医療生協)・他  
A-16 名古屋市におけるホーム・サポートシステムの問題点

16:00

前田 黎生(元名古屋市保健婦)  
A-17 地域における障害者運動の形成と展開に関する考察-K市の小規模作業所の設置運動を対象にして  
小沢 温(愛知県コロニー発達障害研)・他

要望課題：「国際化にともなう健康問題」

16:08-16:32  
座長 野村 茂(労働科学研究所)  
S-05 [特別報告] 東南アジアでの労働者の健康保護の現状  
川上 剛(産業医学総合研究所)

16:32-17:20  
座長 山崎喜比古(東京大学医保健社会)  
A-18 在日アジア系外国人の生活と健康に関する問題の概観  
富永 哲(東京大学医保健社会)・他  
A-19 当院での在日東南アジア人の受療状況  
松岡 敏夫(北病院)

17:00

A-20 ベトナムにおける枯葉剤の影響(II)  
原田 正純(熊本大学遺伝研究所疫学)・他  
A-21 東南アジアでの日系進出企業による環境汚染問題  
上柳 敏郎(文京総合法律事務所)・他

17:30-18:30

世話人会

要望課題：  
「過労・ストレス・メンタルヘルスの現状と対応」

14:20-14:44  
座長 渡部 真也(滋賀医大予防医学)  
S-04 [特別報告] 産業疲労研究の方法について  
斉藤 良夫(中央大文学部心理)

14:44-15:20  
座長 田尻俊一郎(淀協社会医学研究所)  
B-08 「過労死110番」相談事例からみた職業性ストレス  
上畑鉄之丞(国立公衆衛生院疫学)・他  
B-09 過労死問題が提起するもの-「過労死110番」相談事例から

重田 博正(淀協社会医学研究所)・他  
B-10 労働者の生活実態調査-時間構造と密度を中心に  
小野雄一郎(名古屋大医衛生)・他

15:20-16:08  
座長 斉藤 和雄(北海道大医衛生)  
B-11 情報処理技術者の疲労と精神ストレス  
朝倉 隆司(東京学芸大保健体育)・他  
B-12 労働者のメンタルヘルスの問題点と課題-情報社会における精神疲労・ストレスと健康問題

牧野 忠康(長野大産業社会)  
B-13 某自治体労働者の健康調査から-自覚症状の検討  
中村 美治(東京社医研究センター)・他  
B-14 「計器点検・非常時待機労働」のストレス-ビルメン技術員の調査から  
三田 優子(東京大医保健社会)・他

16:08-16:56  
座長 宮尾 克(名古屋大医公衆衛生)  
B-15 北陸地区JR労働者の健康と労働負担に関する調査  
小島 昌治(石川勤医協城北病院)・他  
B-16 JR東日本の廃車解体作業の労働負担意識(第2報)

千田 忠男(杏林大医衛生)  
B-17 夜行ハイウェイバス運転手の同乗調査  
吉倉 正(淀協社会医学研究所)  
B-18 夜勤労働者の健康問題-地上勤務航空労働者の場合  
牧野 忠康(長野大産業社会)

16:56-17:16  
座長 朝倉新太郎(大阪自治体問題研究所)  
S-06 [特別報告] チベット医療とアーユルベダ  
丸山 博

[ 7月23日(日) ]

**A 会場**

**B 会場**

9:00	<p>シンポジウム</p> <p>都市再開発・リゾート開発と住民のくらし・健康</p>	<p>要望課題：「公害・薬害被害者の実態と運動」</p>
	<p>司会 相磯 富士雄（東京学芸大） 菊池 頌子（江東区城東保健所）</p>	<p>9:00-9:24 座長 福地 保馬（北海道大学教育） S-07 [特別報告] なぜ肝炎はひろがったのか 安井 重裕（勤医協札幌西区病院）・他</p>
	<p>1. 新宿副都心計画と住民のくらしと健康 伊藤 一雄（新宿区牛込保健所）</p> <p>2. 京都における都市再開発と高齢者の「健康とくらし」 足立 明（京都・下西医師会）・他</p>	<p>9:24-10:00 座長 芦沢 正見（日赤看護大公衆衛生看護） B-19 サリドマイド被害者運動からの教訓 佐藤 嗣道（東京医科歯科大難治疾患研究所）・他 B-20 スモン発症の人間関係への被害とその克服状況に関する研究 小沢 温（愛知県コロニー発達障害研究所）・他 B-21 日本の血友病患者のエイズ感染の予見可能性について（第1報） 片平 洸彦（東京医科歯科大難治疾患研究所）</p>
10:00	<p>3. リゾート地域・伊豆半島白浜にみる住民の生活 山本 浩一（東部地域開発問題研究会）</p> <p>4. 八ヶ岳山麓における開発と住民の暮らしと健康 菊池 智子（長野県南牧村役場）</p>	<p>10:00-10:48 座長 溝口 勲（北海道大工学部） B-22 水俣病多発地域からの県外移住者における問題—水俣病健診の受診者を対象とした調査結果をもとに 杉澤あつ子（東京大学医保健社会）・他 B-23 大気汚染公害被害者掘り起こし健診の10年間の取り組み 橋口 俊則（九州社会医学研究所）・他 B-24 大気汚染と健康障害—主として肺癌について 安田 明正（東京保険医協会） B-25 仙台市における農薬空散反対への取り組み 彦坂 直道（坂総合病院）・他</p>
		<p>一般演題：「産業保健」</p>
11:00		<p>10:48-11:36 座長 山田 裕一（金沢医大衛生） B-26 じん肺管理患者の生活実態調査から—閉山解雇者の生活と健康破壊 佐々木幸子（宮城厚生協会菅原病院）・他 B-27 旧炭産地におけるじん肺掘り起こし健診運動の今日的意義 田村 明彦（九州社会医学研究所）・他 B-28 頸肩腕障害・腰痛症の長期療養者の追跡調査 高田勢介（東京社会医学研究センター・芝病院）・他 B-29 山谷地区での結核の発症と予後・問題点 徳永 瑞子（国立公衆衛生院専門課程）・他</p>
11:30	<p>昼 食</p>	

A 会場

B 会場

	総	会
12:00		
13:00	<p>要望演題： 「地域医療計画の現状と課題」</p>	<p>ワーク・ショップ</p> <p>公害・薬害・職学病被害者の運動と社会医学</p>
	<p>13:00-13:24 座長 小栗 史朗 (日本福祉大学) S-08 [特別報告] 最近の保健医療情勢—保健所を中心にして 丸山 創 (日本福祉大学)</p>	<p>司会 片 平 洌 彦 (東京医科歯科大学) 牧 野 忠 康 (長野大学)</p>
	<p>13:24-14:00 座長 山下 節義 (奈良医大衛生) A-22 大阪府における地域医療計画 竹内 治一 (摂津市医師会) A-23 保健所を二次医療圏に統合する北海道保健地域医療計画 石城 赫子 (北海道早来町役場)・他 A-24 石川県の地域医療計画と保健所問題 今村 恵子 (金沢市泉野保健所)</p>	<p>1. 水俣病被害者の訴え 河上エイ子 (東京水俣病原告団)</p> <p>2. 公害・薬害被害者の救済と予防のための運動 白川 博清 (公害弁護団連絡会議)</p> <p>3. 公害・薬害・職業病問題研究の方法論—医師の立場から 三宅 成恒 (上京病院)・他</p>
14:00	<p>一般演題：「地域保健」</p>	<p>4. 公害・薬害・職業病問題研究の方法論—保健社会学の立場から 園田 恭一 (東京大学医学部保健社会学)</p>
	<p>14:00-14:48 座長 木村 慶 (愛媛大医公衆衛生) A-25 京都府民の保健医療・福祉の実態調査 氏平 高敏 (奈良医大衛生)・他 A-26 愛媛の国民健康保険 中本 稔 (愛媛大医公衆衛生)・他 A-27 中年男子の健康不調への対処行動の地域比較—東京都内の高率死亡地域と低率死亡地域を対象として 杉澤 秀博 (東京都老人総合研究所)・他 A-28 精神障害者のリハビリテーション・ニーズと新精神保健法 大島 巖 (国立精神神経センター)</p>	<p>5. フロアー発言</p> <p>6. まとめ</p>
	<p>14:48-15:36 座長 山本 繁 (尼崎北保健所) A-29 新潟県における保健所統廃合と市町村への影響 手島 幸子 (新潟県聖籠町役場) A-30 特別区保健所における環境衛生監視業務の将来 三井 公夫 (板橋区板橋保健所) A-31 都道府県保健所の政令市移管問題を考える 小栗 史朗 (日本福祉大学) A-32 保健所問題を考えるつどいの開催について 草野 文嗣 (滋賀県彦根保健所)・他</p>	
15:00		
15:30		



# 社会医学研究会30周年記念研究会プログラム

時 : 1989年11月18日(土)

会場 : 愛知産業貿易館本館4階、第4会議室

(10.00-11.15)

## 1. 社会医学研究会30年の歩み

司会 芦沢 正見(日赤看護大)

1. 報告 山田 信也(名大医) 社医研30年の研究報告の特徴(テーマと方法)
2. 報告 朝倉新太郎(大阪自治体問題研究所) 社会医学研究の課題と期待
3. 討論

(11.30-12.30)

## 2. 環境問題と社会医学

司会 吉田 克巳(京都工場保健会)

1. 報告 溝口 勲(北大衛生工学) 都市大気汚染問題と社会医学
2. 報告 二塚 信(熊大公衛) 水俣病問題と社会医学
3. 討論

(13.30-14.45)

## 3. 産業・労働と社会医学

司会 野村 茂(労働科学研究所)

1. 報告 西山 勝夫(滋賀医大予防) 産業技術と労働
2. 報告 久永 直見(名大衛生) 有害物による健康障害
3. 討論

(15.00-17.00)

## 4. 一人一人の健康を守る医療・福祉サービスのあり方について

司会 山本 繁(尼崎市北保健所)

杉沢 秀博(東京都老人総合研)

1. 報告 二木 立(日本福祉大) 医療政策分析の視点・方法論について  
質疑
2. 報告 加藤 欣子(東京都深川保健所) 保健婦活動の視点と評価
3. 報告 上田 慶子(京都府長岡京市役所) 保健婦活動のこれまで、今、これから
3. 総合討論

(17.15-18.00)

## 5. 産業保健の国際化—日本とアメリカの比較

司会 宮尾 克(名大公衛)

報告 田中 史郎(NIOSH) アメリカの労働衛生事情

(18.00-20.00)

懇親会(30周年を記念し、会員の交流、今後の発展を期待して)

(産業貿易館本館地下レストラン「サンボー」において)

## 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8号の紹介

- |     |  |             |
|-----|--|-------------|
| 第1号 | I 大都市地域の社会医学的分析<br>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<br>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<br>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<br>II 老人・障害者・<br>難病患者の保健福祉  | 117頁. 1500円 |
| 第5号 | I 環境と健康<br>II 現代の労働衛生活動<br>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<br>II 公害と被害者<br>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<br>I 出稼ぎ労働の就労構造と健康問題<br>II 出稼ぎ労働によるじん肺症<br>III 出稼ぎ労働による振動病、<br>および死因構造への影響 | 155頁. 2000円 |
| 第8号 | I “超高齢化時代”にむけて、<br>現代健康問題を考える<br>II 健康問題の社会医学的把握   | 148頁. 1500円 |

割引価格 会員取扱の場合、1-6号は1000円、7号は1500円、7冊揃函入りの場合は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冊揃函入り」を御利用ください

## 編 集 後 記

「社会医学研究」第9号は、発行予定の3月末を大きく越えてしまいましたが、昨年7月の第30回研究会（伊豆）の記録をもとにした16の論文と、11月の30周年記念研究会（名古屋）の2論文を加えて、ようやく出来上りました。

今回は幾つかの悪条件が重なったために、編集担当はいささか面食らう面もありましたが、大きな遅れがでてしまい、お詫びいたします。

第9号からは、英文でタイトル、氏名、所属などを付すことになりました。これには次のようなきっかけがあります。

昨年春、BLDSC (British Library Document Supply Center)から機関誌「社会医学研究」を、同センターの紹介雑誌として取り上げるか否かを検討するために、過去の機関誌の提供を求めてきました。これに対して、社会医学研究第8号を送ったところ、検討の結果、紹介を見合わせる、ただし今後も資料を送って欲しいという返事が届きました。理由は示されていませんが、英文抄録のないことではないかと推測されます。BLDSCは、世界最大の資料提供センターで、定期刊行物、書籍、会議録、報告書、政府刊行物の文献複写の提供を行っており、請求資料は早期に航空便で送られてきます。

これまで、英文抄録を付すことは検討されたことがありますが、これを機会に、第9号はタイトル、氏名、所属の英文を付すことが世話人会で了承されました。将来、英文抄録を付すことを目標にするかどうかは、持越になりました。

最近の「社会医学研究」は、ほぼ130-140頁近いものですが、総会の特別講演、シンポ、特別報告などを中心にして編集され、一般報告の中にある優れたものが掲載されないこと、自由投稿が無いことなどから、これを2冊に分けて自由投稿を可能にしてはどうかという提案が世話人会で出され、検討することになりました。

機関誌を充実させるためのご意見など、お寄せいただければ幸いです。

(事務局)

## 社会医学研究 第9号

---

1990年5月31日発行

定価 1500円

編集 第30回社会医学研究会総会事務局

〒108 東京都港区白金台4-6-1

国立公衆衛生院疫学部成人病室内

電話 (03)441-7111(内)254

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

名古屋大学医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

---