

BULLETIN OF SOCIAL MEDICINE

社会医学研究

社会医学研究会

JAPANESE SOCIETY FOR SOCIAL MEDICINE

10
1991



目 次

「社会医学研究」第10号の発刊にあたって	福地 保馬…………… 2
特集 90年代を迎えた社会医学をめぐる状況と課題	
第1部 リゾート開発と自然保護	八木 健三…………… 5
第2部 社会医学の背景としての変貌する産業構造	
建設業の合理化と安全問題	木村 保茂…………… 14
地域経済の特性—北海道の中の札幌を事例として	小暮 孝次…………… 22
北海道農業構造の変化と農民生活	山田 定市…………… 28
第3部 産業・地域の変貌と国民の健康	
炭鉱離職者の「労災職業病110番」運動	橋口 俊則 ^{ほか} …………… 36
バングラデッシュ出身者の生活と健康に関する問題の予備的研究	富永 哲 ^{ほか} …………… 41
N損保労働者の労働の変化と健康問題	牧野 忠康…………… 46
保健所活動と住民要求—学習を中心とした高齢者の組織化のとりくみ—	菊地 頌子…………… 52
第4部 当面する社会医学の課題	
21世紀の社会医学の担い手に期待するもの	前田 信雄…………… 56
地域住民とともに歩む保健婦活動	阿部 祥美…………… 58
『環境弁護士制度』の創設を	金谷 健…………… 61
第5部 一般論文	
タクシー運転手の虚血性心疾患発症に関する長期比較研究	服部 真…………… 64
在宅独居老人の介護条件に関する事例調査—地域社会資源とその療養条件及び介護労働とその費用—	菅原 恵子 ^{ほか} …………… 71
70才以上の退院患者の追跡調査結果	関沢 敏弘…………… 77
ジェリアトリック・アセスメント（老年者の多面的評価法）に関する文献的考察	橋本美知子 ^{ほか} …………… 81
難病患者の地域ケアと中間施設—東京都日野市における中間施設の事例から—	小沢 温 ^{ほか} …………… 86
精神障害回復者のセルフ・ヘルプ・グループの実態と意義	三田 優子 ^{ほか} …………… 91
地域課題と調査活動	藤岡 光夫…………… 96
宮本忍、『社会医学』（1936）の現代的意義	千田 忠男……………101
付）第31回社会医学研究総会プログラム	……………106
社会医学研究会30周年記念研究会	
職場の有害物による健康障害に関する今日的課題	
— 労働衛生相談と職場・職種調査の経験から —	久永 直見……………113
保健婦活動の意義と視点 — その評価に向けた前提として	加藤 欣子……………121
短 信	
関東地方会例会	……………131

「社会医学研究」第10号の発刊にあたって

「社会医学研究」第10号は、1990年7月21・22日、札幌市・北大学術交流会館を会場に、道内外から184名の会員・当日会員の参加で行われた第31回社会医学研究会総会の主要報告をまとめることを中心に編集をしました。

第31回社会医学研究会総会は、「90年代を迎えた社会医学をめぐる状況と課題」をテーマに、①社会医学の背景として、変貌する産業構造を理解する、②産業と地域構造の変化が国民の生活と健康に及ぼしている影響を明らかにする、③次代を担う若手の問題提起により社会医学分野の課題を考えようとするものでした。このようなねらいが、八木健三北大・東北大名誉教授の特別講演、上記①、③に関する2つのシンポジウム、②を要望課題とした一般講演での報告と熱心な討論である程度達せられたものと考えております。

北海道には、農業、水産業、鉱業、鉄鋼業、国鉄などの産業の空洞化を伴う地域の崩壊、労働者の権利の形骸化と非人間的労働条件のおしつけ、老人・障害者・低所得者・労災職業病患者の切捨て、豊かな自然を食いものにした大資本によるリゾート開発……等々、全国的に見ても典型的といえるような、社会医学がその研究課題にしなければならない状況が集中的に存在しています。このような状況の北海道で社会医学研究会が上のようなテーマで開催されたことは、とりわけ地元の社会医学研究者にとっては意義深いものであり、たくさんの宿題を残して下さったものと感じています。

本号では、第31回社会医学研究会総会のまとめを「特集・90年代を迎えた社会医学をめぐる状況と課題」として、5部に分けて掲載しました。また、このほか「社会医学研究30周年記念研究会」(1989.11名古屋)での報告論文のうち2編もここに掲載しました。

1991年6月

「社会医学研究」第10号編集委員会を代表して

福地保馬

(北海道大学教育学部)

特集

90年代を迎えた社会医学をめぐる状況と課題

第1部 リゾート開発と自然保護

第2部 社会医学の背景としての変貌する産業構造

第3部 産業・地域の変貌と国民の健康

第4部 当面する社会医学の課題

第5部 一般論文

リゾート開発と自然保護

八木 健三 (北海道大学・東北大学名誉教授)

Resort Development and Nature Conservation

Kenzo Yagi (Hokkaido University)

I. はじめに一魚からの警告

1989年11月、札幌の隣りの広島町で、ゴルフ場から流れ出した農薬のために、養魚場の9万匹のヤマメが全滅したことは、地元住民はもとより、全道に大きな衝撃を与え、ゴルフ場問題が一気にクローズアップされにいたった。哀れな魚は水俣の踊り猫と同じように、その死をもって人間を含めての自然環境破壊のすさまじさを、人間に警告したのである。この魚からの警告を、われわれ

はいかに受けとめてゆくべきであろうか。

図-1を見ていただきたい。これは1989年12月現在の北海道におけるゴルフ場の分布図である。全道にはすでに131のゴルフ場があるのに、さらに造成中が20、計画中が47、合計198となり、面積では0.29%。北海道は広いので面積は少ないようだが、数ではまさにゴルフ王国。その後も造成計画が目白押しである。何でこんな馬鹿げたゴルフ場フィーバーを呼んでいるのか。

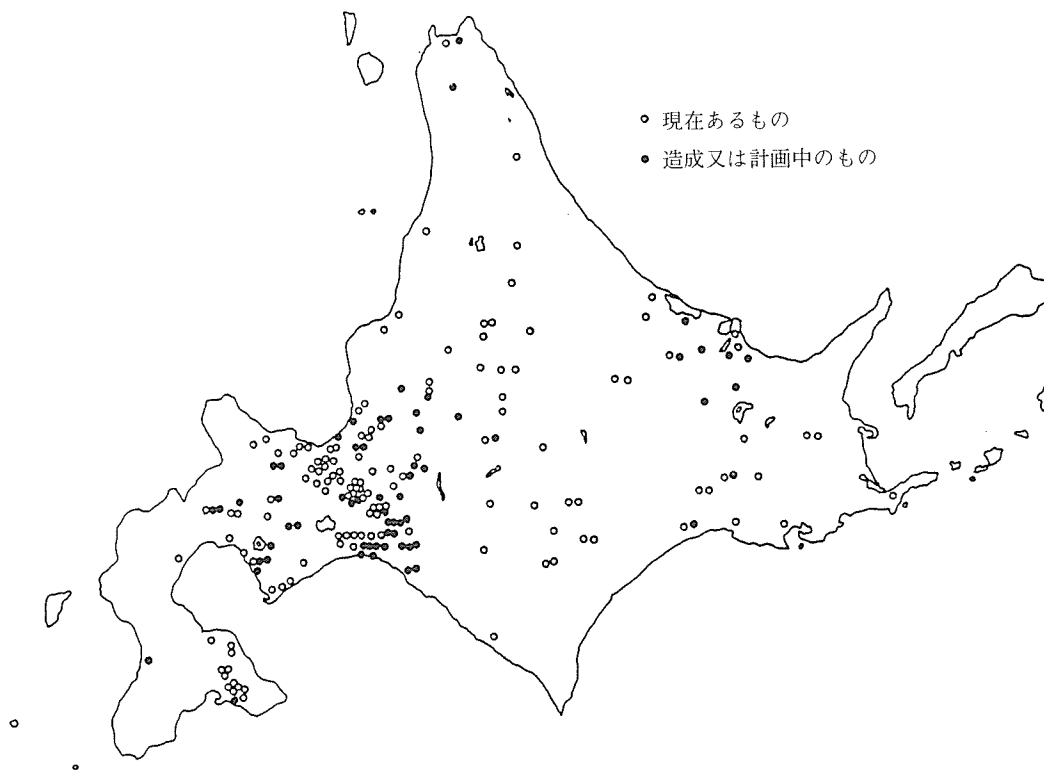


図1 北海道のゴルフ場 (1989)

II. リゾート法と森林特措法の問題点

このおそろべきブームの原動力こそ、「総合保養地域整備法」(通称「リゾート法」)である。1987年5月22日売上税をめぐる混乱の国会で、ほとんど論議らしい論議もなされないまま、一括審議で成立したこの法の要点を検討してみよう。

その目的には「良好な自然条件を有する地域」に「国民がスポーツ・教養・文化活動などを行う施設」を民間企業がつくり、「ゆとりのある国民生活を楽しめるようにする」とうたわれている。まことに結構な、いいことづくめだが、果たしてその真相はどうか。

その背景には日本の産業構造改革をめざした第4次全国総合開発計画で、「地方の活性化をはかる」をうたい文句に、内需拡大を求める外圧を利用して、リゾート開発を戦略プロジェクトの柱の一つに位置づけたことがあげられる。ここでは中曽根流の「民間活力の導入」の基本方針のもとに、つぎのような特色をもつ法案がつけられた。この法案によれば、開発計画が承認された基本構想にもとづく民間施設は、つぎのような助成や恩恵にあずかることができる。

- (1) 課税の特例、国税、地方税の非課税あるいは減税。特別土地保有税の免除。地方税の減収額の地方交付税

による補填。

- (2) 資金の確保 政府系金融機関(日本開発銀行、北海道東北開発公庫等)による低利融資。自治体と民間業者からなる第三セクターにはNTT株売上げの無利子貸与。
- (3) 公共施設の整備 道路、上下水道等は国又は自治体が行う。
- (4) 規制の緩和 従来農地法により転用の認められなかった農地や国有林などの使用制限の緩和。

このように民間資本を手厚く優遇する「おんぶにだっこ」の法をつくり、大企業の誘致をはかったのだから、カネ余りの企業がワットとびついたのは当然である。観光資本は当然としても、金融機関や商社、円高と産業構造の変化による不況産業の海運、繊維、鉄鋼、造船、鋁山など、およそリゾートとは本来結びつかない企業も一せいに乗り出した。また過疎と一次産業の低迷に悩む地方自治体が、地域振興の切り札ととらえ、バスに乗り遅れまいと、いっせいに走り出したのはまことに無理もない。

このようにして、1970年代の田中角栄の日本列島改造論による第一次開発ブームをはるかに超える、リゾート開発が一気に爆発したのである。その結果、1989年12月現在のわが国のリゾート構想区域は図-2に示すように、

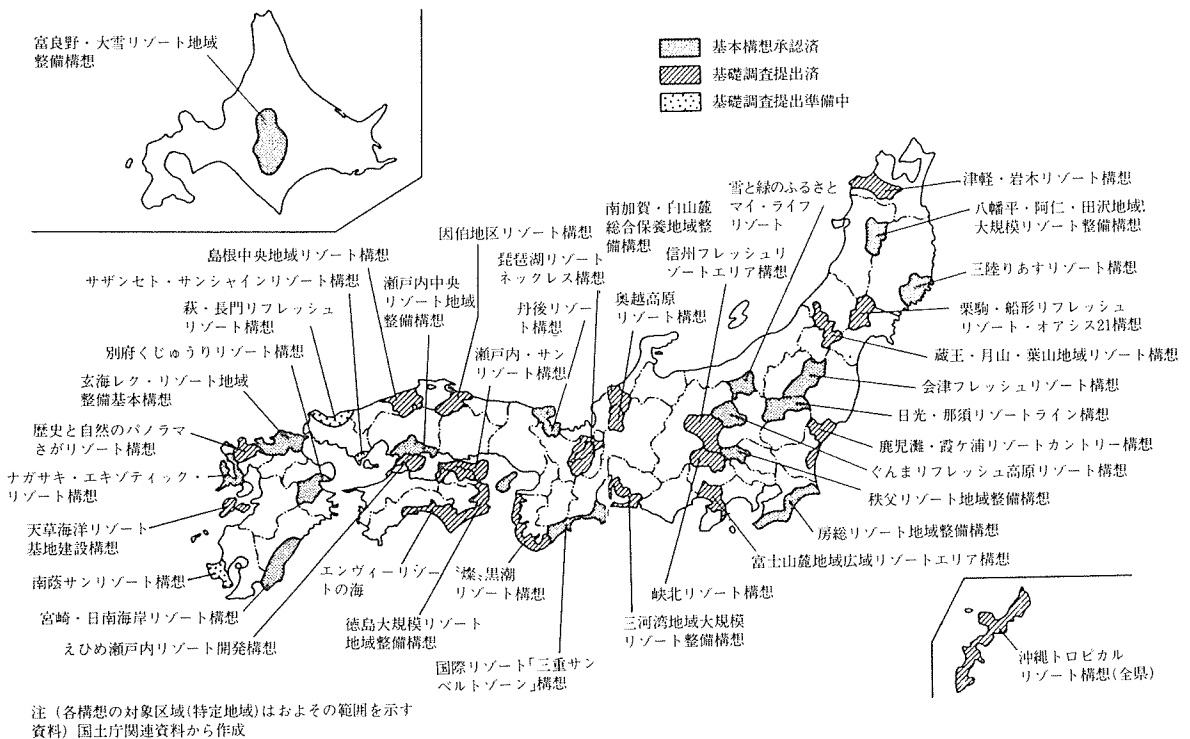


図2 各県のリゾート構想区域(1989年12月現在) [佐藤誠, 1990]

全国で725万 ha、実に国土の19.2%に及ぶ広大な地域で開発が目論まれている。(佐藤誠、1990)

ところで森林内でのリゾート開発は、森林法の規定があり解除が不可能なことから、法の改正が行われたのが、「森林の保健機能の増進に関する特別措置法」(いわゆる「森林特措法」)である。この法律も、消費税とリクルートであった国会で、ほとんど十分な審議のないまま、1989年12月に臨時国会を通過してしまったのは全く遺憾のほかはない。(藤原信、1990)

いままでは国有林の林地(森林のあるところ)では、ゴルフ場などは造れなかったのが、特措法に基づいて施設をつくる場合には、知事の許可なしに林地開発が可能となった。さらに問題なのは、保安林の場合にさえこれを解除する手続をとることなく、これも知事の許可なしでゴルフ場やスキー場を造成することが可能になったのである。

従来国有林伐採の際、保安林なら解除の手続きが必要であった。たとえば2-3年前大きな問題となった青秋林道建設でも、営林局が保安林解除をしようとしたとき、

地元住民や自然保護団体から1万数千通の異議意見書が出された。その結果、林道建設は不可能となり広大なブナ林が守られたのである。このように保安林は自然保護のために、歯止めの役割を果たしてきたのであるが、今度の特措法はこの歯止めを完全に外してしまった。つまりこの森林特措法は、稀代の悪法ともいべきリゾート法を補完する悪法であるといえよう。

これらの法律のかけには、首相経験者などをふくむ自民党の国会議員から構成された「大規模リゾート建設促進議員連盟」や「ゴルフ産業振興議員連盟」なる組織がある。その規約にも「大規模リゾート地域の整備推進のため関係省庁に対する要望、陳情を行う」や「各種規制の緩和等を通じてゴルフ場の建設を円滑化する」など堂々と謳い、開発促進の先兵となっているのは看過し得ない。

これらの現実に対して「これは一種の汚職ではないでしょうか」という、私の素朴な疑問に対して、北大法学部の神原勝教授は「政策汚職の概念に入るでしょう」と答えている。(神原勝、1990)

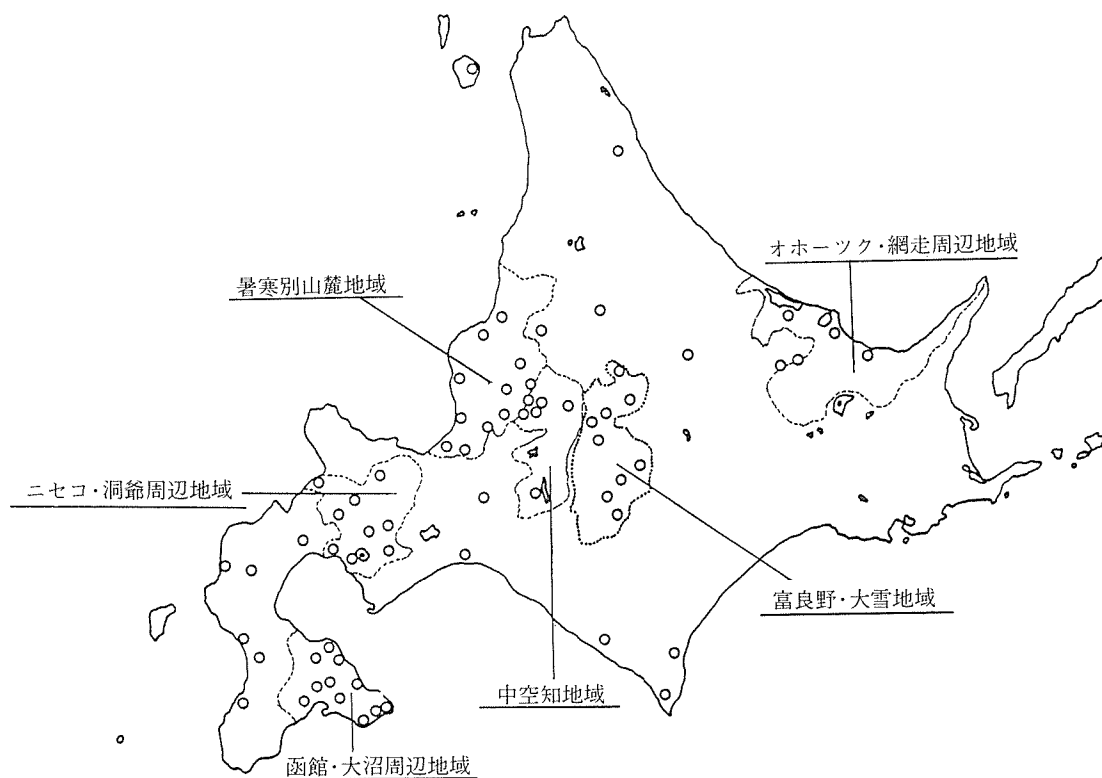


図3 北海道におけるリゾート計画 (1989)

Ⅲ. 北海道におけるリゾート開発

つぎに北海道において、どのようにリゾート開発が進められているかをのべてみよう。1990年10月に北海道がとりまとめた「リゾート開発構想に関する実態調査」によると、道内212市町村中101市町村で118の構想があり(図-3)、そのうち9市町村で構成する富良野・大雪リゾート地域整備構想が道内では最初に、全国では11番目に法による承認を得ている。この地域は千歳、帯広、旭川の三つのジェット化された空港を結ぶ三角形の中に位置し、トمام、サホロ、フラノなどの先進的なリゾート地が存在し、北海道リゾートのゴールデン・トライアングルともいえるものであり、総面積は33万4396ha、本道の4%をしめ、わが国最大のリゾート地域である(図-4)。

このうち図中黒で示された重点整備地区の総面積は2万7千haで、見事な森林、秀でた山岳、波うつ草原や耕地、ダム湖や温泉にめぐまれ、通年型、長期滞在型の国際レベルの山岳リゾートゾーンの形成を目指している。

しかしこれらの地域の開発計画を検討すると、ほとんどすべてにスキー場、ゴルフ場、それにホテルが計画され、まさにリゾート開発の三点セットになっており、これにテニスコート、キャンプ場などが加えられている。どうしてこうも金太郎飴的な貧しい発想しか湧いて来ないのだろうか。

バスに乗りおくれまいと馳り出した自治体は、開発のノウハウも持たないまま、あわてて開発計画をコンサルタントに発注する。一方、その地域の特色を充分には理解していないコンサルタントは、キメ細かな検討もできず、コンピューターに適当なデータを流し込んで得られた結果が、スキー場、ゴルフ場とホテルの三点セットになってしまったのは当然のことだ。

たとえば^{ビニイ}ジャパンヘルシーゾーン計画の美瑛町には、ヨーロッパの田園風景を想わせる美事な丘陵が広がり、廃校を活用した「拓真館」には前田真三氏の田園風景写真が展示され、若い女性を中心とする年間数万の来観者がある。こんなすばらしい風景を生かす道を考えたら…と思われるのに、ここでも最大の目玉は大雪国立公園の第一種特別地区に入りこむ^{ビニイ}美瑛富士スキー場計画。その可否をめぐって自然保護団体と町との間に攻防が続いている。

スキー場は1989年現在で122ヵ所、今後さらにリゾート計画により大幅に増えることが予想され、よほどスキー人口の爆発的増加がないかぎり、パイの分け前は減少の一路であろう。

このように立案された計画には多くの問題があるが、この地区の中の既存のリゾート地であるいわゆるゴールデントライアングルのトمام、サホロについて考察してみよう。この地区の南部^{シムカップ}占冠村のトمامはリゾート法発足の前1983年から、仙台の新興財閥関兵グループにより、トمام・スキー場、ホテルアルファなどがつくられ、現在はザ・タワーと呼ぶ36階の超高層リゾートホテルが2つをはじめ、多くの宿泊施設がある。しかしこれらはホテル以外はすべて会員制の施設で、一般の人の宿泊するものではない。現在は約6,000ベッドであるが、今後5万ベッドに増し、54ホールのゴルフ場も計画されている。莫大な投資を必要とするリゾート産業ではホテルやスキー場の収入だけではやってゆけず、リゾート基地としての付加価値を加えた上で、コンドミニアムや別荘として分譲する不動産業により、資金の回収を計る方法がとられているのだ。

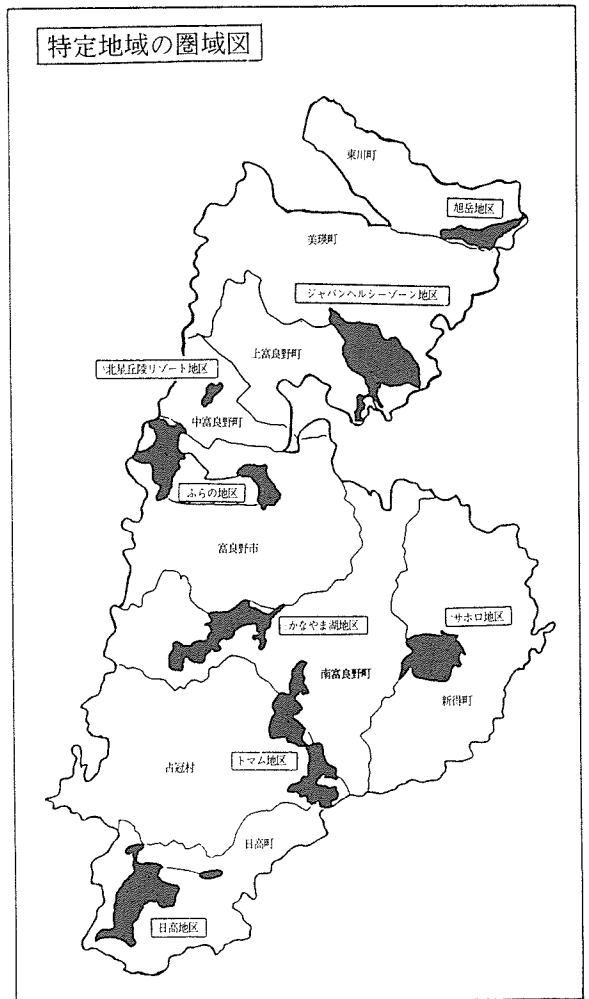


図4 富良野・大雪リゾート地域の重点整備地区

つぎに地域振興の面からみると、占冠村の人口は1981年には、1,432人であったものが、1990年には1,771人と増加し、確かに税収もあがっている。しかし、トマムの従業員600人のうち、地元雇用は僅か50人だという。本当に雇用の拡大につながったかとなると問題がある。さらに将来5万ベッドになったとき、上下水道、道路などの公共事業の負担にこの寒村が堪えられるか。さらに清流清流の源流地域の汚染が憂慮されるのである。

つぎにこの地区の東方新得町セントウにあるサホロについてのべよう。ここはかつて国鉄時代、十勝原野を一望におさめる狩勝峠の展望で有名だった所で、西武セゾングループによるサホロスキー場やホテルがあり、「バカンス村地中海クラブ」の存在で名を売った。しかしここでもまた、別荘やコンドミニウムなど不動産業に力が入れられ、客はホテルにカンヅメとなって町には出ず、下水道や道路、さらに体育館を建てた新得町は、期待された経済効果があらわれて来ないと嘆く。

このように、リゾート開発の成功例としてあげられるところにも多くの問題がある。さらに今後開発される他の富良野・大雪地区については八木（1989）にふれておいた。

つぎに広域にまたがり、複数自治体の共同の計画として、函館・大沼周辺地域、ニセコ・洞爺周辺地域、暑寒別山麓地域、中空知地域、及びオホーツク・網走周辺地域があるが、それらの計画の進行状況についてはかなり広い幅がある。その他各自治体単独ですすめている計画も合せ、北海道全体で118のリゾート開発の構想は1990年10月現在、道のとりまとめた「リゾート開発構想に関する実態調査」によるとつぎのようになっている。

1. 全体の40%が未着手。
2. 自治体主導が半数近くを占める。
3. 100億未満のものが半数以上。
4. 面積500ha 未満のものが80%以上。
5. 道央圏に半数以上が集中。

なおその中味となると、周辺の里山の公園化といった小さなスケールのものもあり、一時のリゾート開発ブームからやや落ち着いた状況になりつつあるという。

つぎにゴルフ場ブームについて述べてみよう。既存と計画中のものを合せ1989年には198ヵ所だったゴルフ場が、1990年11月15日現在では、既存123、造成・申請中合せて71、これに事前相談24、合計で218ヵ所に増加している。特に千歳空港に近接し、東京よりのゴルファーを目標とする千歳、苫小牧、早来、厚真ハヤネにおけるゴルフ場造成ブームはいまだに衰えず、たとえば早来町では7ヵ所ものゴルフ場の造成が、互いに相接した地域に行わ

れている光景は目をおおいたくなる惨状である(図-5)。

IV. リゾート開発による自然破壊

リゾート開発の対象となる地域は「良好な自然条件を有する地域」となっているだけに、自然環境の保全は最も重要な課題であるが、実情は果してどうなっているか。

現在スキー場は平均100haの面積を占め、その広い地域で大規模な森林伐採が行われ、森林生態系の破壊度が大きい。さらに最近ではスキーコース造成の際、ブルドーザーなどによる大規模な地形の改変が行われ、本来の植生がはぎ取られ滑り易いように草がはりつけられるため、土壌の侵食が進み、時には地すべりのおきる場合もある。

スキーコースの復原については、1972年の札幌冬季オリンピックの滑降コースの設けられた支笏洞爺国立公園内の恵庭岳が一つの例を示している。ここでは競技終了直後にコースを閉鎖し、アカエゾマツなどの植林を行ったが、17年の歳月と2億4千万円の巨費を投じたにもかかわらず、まわりの原始林と明らかに違った人工林が育っているにすぎない。自然の破壊が如何に容易く、その復原が如何に困難かを雄弁に物語っている。各リゾート

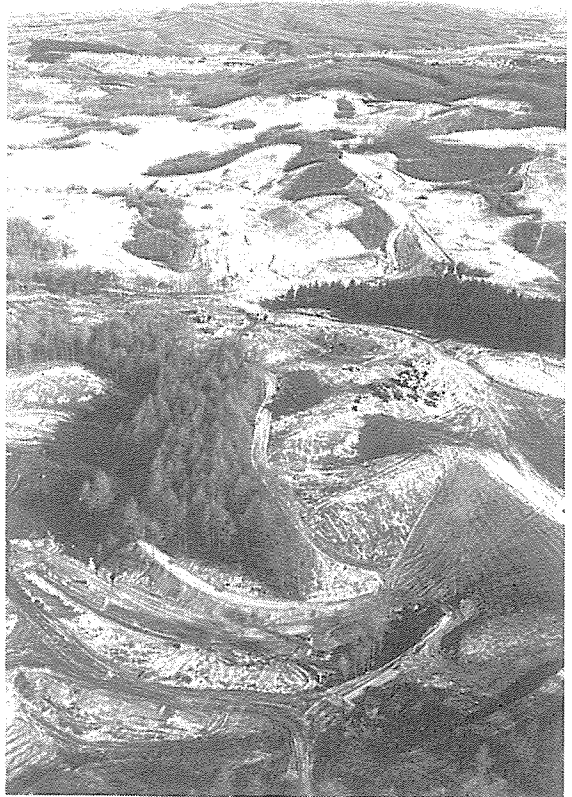


図5 早来町のゴルフ場造成現場
(1990. 4. 28) (北海道新聞提供)

開発の目玉にスキー場が第一にあげられており、美瑛富士、夕張岳、恵岱岳、藻琴山、室蘭岳等々、スキー場計画による自然の破壊の恐れはきわめて大きい。

ゴルフ場については、魚の大量死から農薬禍がクローズアップされ、ゴルフ場造成にきびしい眼が注がれるようになった反面、「農薬さえ用いなければ…」といった安易な考え方から、ゴルフ場のもつ大きな自然破壊を見逃してきたのではないか。豊かな水を蓄え、「緑のダム」といわれる森林を伐採し、芝草に張りかえたときは保水力は数分の一に低下し、集中豪雨では氾濫による水害が発生し、一寸雨が降らなければ農業用水にも事欠くようになる。

土壌をすっかりはがし、虫がいなくなった芝生は、野鳥も訪れなくなり、死の世界にすぎない。さらに大型のダンプカーで山を崩し、深い溝を掘り、大きな貯水池をつくる最近のゴルフ場の造成は、実に巨大な土木工事で地形を大きく変えてゆく(図-5)。

森林は大規模に伐採され、僅かな木々のみが帯状に残されたゴルフ場は一見緑あふれているようだが、もはや本当の自然を完全に失っている。さらに多くのリゾート地が河川の源流部を占めていることから、ゴルフ場の造成が水源となる河川の汚濁をひきおこすことも危惧されている。

さきにリゾート法や森林特措法による農地や森林の使用制限の解除が、スキー場やゴルフ場の造成を促進していることをのべたが、さらに環境庁はこれらと相呼応するように、従来保護に重点をおいてきた国立公園を「利用のあり方検討委員会」の答申を受け、21年ぶりに利用を重視する方向に転じた。すなわち国立公園を(1)野性体験型(例 知床)、(2)自然探勝型(例 中部山岳)、(3)風景観賞型(例 箱根)、(4)自然地保養型(例 日光)の4種に区分し、従来は国立公園内の施設の建設は個別にしか認められなかったのに、今後は(3)、(4)ではスキー場、テニスコート、ホテルなど複合施設の大規模な開発も認められるようになった。

いままで自然の破壊を伴う大規模な開発に対しては、保安林や国立公園が反対運動の大きなより所であったのであるが、今回のリゾート法及び関連法規の改正はその途を閉ざしてしまった。自然環境の保全にとっては、まことにゆゆしい事態といわねばならない。

V. リゾート開発と環境問題

このようにリゾート開発にともない、環境問題がきわめて重大な局面を迎えていることは誰の目にも明らかな

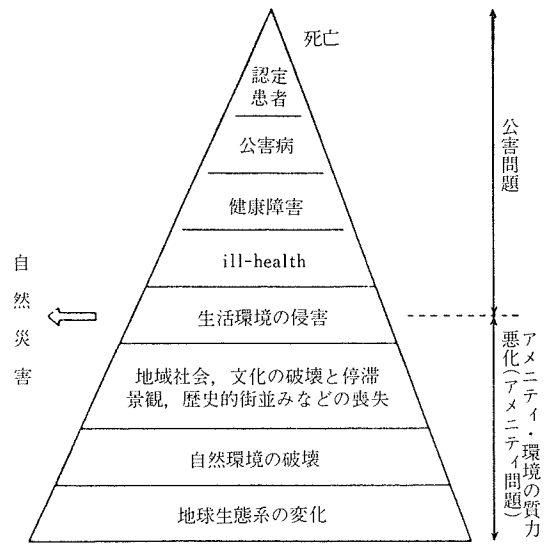


図6 環境問題の全体像 [宮本憲一, 1989]

ところであろう。冒頭にのべた魚の大量死の情報を、われわれは如何に受け止めるべきか。これこそまさに社会医学研究の視野から論ずべきテーマであろう。この点について宮本憲一(1989)の「環境問題の全体像」(図-6)を借りて、論旨を進めてみたい。氏によれば三角形の底辺に自然環境・社会環境におけるアメニティ(“生活における快適さ”)があり、それらの環境の悪化にともなうアメニティが失われ、生活環境が脅かされ、それとともに健康の障害が現れてくる。さらにひどくなった所に公害病が出てくる。最も気の毒な人たちとして認定患者があらわれ、最悪のケースは死の転帰に終る。

水俣病の場合、踊り猫があらわれた段階で、そのもたらす情報を重大に受け止め、適切な対策を講じていたらあの悲惨な結末は避けられたかも知れないし、他地方における発生は予防できたであろう。このように見ると早急に手を打たなかった国側の責任の重大さは明らかである。しかし、水俣病患者の訴訟に対し、裁判所が国側に対し和解をもとめており、患者も熊本県も受諾しているにもかかわらず、国側があくまで拒絶の態度を変えようとしないのは何たる非情さであろう。

自然保護という場合、人びとは何とはなしに自然環境は人間と対立するものだととらえ、人間の力で自然環境を守ってやるのが自然保護だと考えているのではないか。何という思いやりであろう。

実は自然環境は生態系全体の活動を包括するものであり、そこにはすべての生物種が共存しており、人間はその種の一つに過ぎない。その生物種全ての生存権を尊重してゆくことがすなわち自然保護であり、こうしてはじ

めて、人間も自然とともに生きてゆくことができる。

世界自然保護基金 (WWF) は1986年、その25周年を記念し、全世界の指導的宗教団体の代表との連合を確立し、「他の形の生物も、人間と等しくこの地球上に生存する権利があるという原則」を深く尊重すべきことを強調した。(Wahlstedt, 1990)

古代に隆昌をきわめた数々の文明が、大規模な自然の破壊の結果、不毛の砂漠となりその中に埋もれていった歴史を見れば、自然とともに生きることこそ、われわれの目指すべき目標であることが理解されるであろう。

VI. 草の根運動と行政の対応

上に述べたようなリゾート開発による大規模な自然破壊に対して、これを憂い環境を守ろうとする草の根運動が各地に拡がって来たのは当然である。ここでは北海道を中心として、それらの運動を概観してみよう。今年5月のメーデーには、ゴルフ場農薬汚染を訴える防毒マスクをかけたゴルフボールのほりぼてをかつぎ、「ゴルフ場造成を凍結せよ」というゼッケンをつけた若者たちが登場し、氣勢をあげていた。

「北海道にこれ以上のゴルフ場はいらない」という思いの人びとが集まって今年1月に発足した北海道ゴルフ場問題情報ネットワークは、全国各地の運動により蓄積された情報や知恵を、道内各地の反対運動につなぐパイプの役割を果たしながら、「安全性の確保や自然保護のルールを確立するまで、すべてのゴルフ場開発計画を直ちに凍結し、これを宣言する」ことを求めた知事宛の署名活動を行い、5月には12,260人の署名を道のゴルフ場問題の窓口である企画振興部土地水対策課に提出した。

(神原昭子, 1990)

このネットワークの主催で、この11月には「めざせ! ゴルフ場全面凍結」のシンポジウムが札幌で開かれ、各地から多くの運動家が集まって、熱気あふれた討論が行われた。またそのバスツアーでは、ゴルフ場銀座の早来町のゴルフ場造成工事に参加者は驚きの声を上げた。

これと平行して、それぞれ問題をかかえる市町村の中では、独自の反対運動がすすめられている。例えば現在7つのゴルフ場をかかえ、町の面積の10%がゴルフ場となっている札幌近くの広島町には「ゴルフ場さよならの会」があり、アンケートを行ったところ80%以上の人が、「これ以上ゴルフ場はいらない」と思っていることが明らかとなった。ここではまた大雨によってゴルフ場から出水して農道がえぐられ、大根畑が40センチの土砂に埋まる事故が発生した。

根室では天然記念物のシマフクロウやタンチョウの営巣している風蓮湖と、サケ・マスの溯上する別当賀川の流域に、それぞれゴルフ場をつくろうとする計画が出され、これに対する反対運動も盛んになった。特に風蓮湖ゴルフ場については、道も反対意見を明らかにした結果、計画が取り下げとなった。また別当賀川流域のものも中止におこまれた。このように各地での地元住民と自然保護団体との協力によって、ゴルフ場造成にストップをかける場合も出てきたことで、草の根運動にもはずみがついてきた。

このような運動に呼応するように、行政側もゴルフ場開発の規制にのり出し、11月には道土地水対策課によってつぎのような要綱が出された(北海道, 1990b)。その基本的考え方は、

「(1)既設又は造成中のゴルフ場が3以上ある市町村。
(2)ゴルフ場面積が1%以上を占める市町村には開発事業は認めない」となっている。しかし但し書きには「国・道の開発計画に位置づけられた開発事業又は地域の振興に著しく寄与し、自然環境を損なわないと市町村長の認める開発事業は、この限りでない」とあり、これらは一応事前協議の対象とした上で、厳しい審査をする、となっている。

この要綱の基本的な考え方には評価すべき点も認められるが、ネットワークの指導者たちは「ただし書による例外規定が多く、骨ぬきにひとしい」と厳しく批判し、新增設の全面凍結を求めてゆくかまを示している。

一方リゾート開発の大きな柱であるスキー場開発についても、美瑛富士、夕張岳、室蘭岳などに計画されているスキー場に対しては、それぞれの地元の団体と自然保護団体との協力でねばり強い反対がつけられている。その結果、夕張岳については国土計画の堤義明社長が「夕張岳頂上付近のスキー場開発は行わない」と発表し、ほぼ決着がついた。なお堤氏は全国的な問題となっていた、長野冬季オリンピック滑降コースに予定されていた志賀高原岩菅山の開発を、多くの学会、自然保護団体などの反対のために、中止することに決定し、大きな話題となったことは記憶に新しい。

またごく最近、根室西方別海町のタンチョウの営巣するバラサン沼周辺の広大な土地を国土計画が買収する計画が、地元住民や自然保護団体の強い反対によって白紙撤回となった。これらは強大な資本に対する草の根的運動の成果として評価されるものであろう。

さきにも述べたように、北海道全体のリゾート開発計画は118にのほり、その多くが実現したとすれば、激しい過当競争の結果とも倒れの心配がある。万一、そのよう

な事態が起れば関連した企業はいち早く撤退し、肝心の地元の振興は夢ときえ、あとに残るのは回復不能にまで破壊された自然だけという最悪の悲劇に終らざるを得ない。

このリゾート開発は横路道政の新長期総合計画の重要な柱であり、私は道がもっとイニシアティブをとり、計画全体の調整をはかるべきだと考えている。道の地域調整課の担当者にこの考え方をぶつけてみたが、「これは道自体の計画ではなく、各自治体が企業と協力して進める計画であり、どこまで踏み込んで調整できるか…」と消極的な発言であった。

しかしそれから1年たった本年の11月には「北海道リゾート開発指針」が発表された(北海道、1990 a)。それによると、北海道のリゾート開発の基本的な考え方として、北海道のすぐれた自然・景観を十分に配慮し、地域産業との連携を深め、魅力あるまちづくりを行い、地域のもつイメージ、自然、文化の特色を生かした個性的なものとすることに重点をおいている。この方向はおおむね正しいものと思われるが、これを如何に個々のケースにあてはめ、全体の調整をはかり、指導してゆくかとなると、多くの困難に当面するであろう。しかしその困難を克服して、道としての均整のとれたリゾート開発が進められることが肝要である。

Ⅶ. 内発的發展一望ましいリゾート開発のあり方

最近福島県をはじめ2、3の県で基本構想の承認されているリゾート開発計画から、参加予定の企業が手を引くケースが出はじめてきた。あまりに過熱したリゾート・ブームにややかげりが見えてきたのだろうか。リゾート開発をもう少し冷静に考えてみようという反省があらわれてきたのだろうか。

ここでいま各地で大資本企業の進めているリゾート開発を検討してみよう。そこに共通しているのは、客がホテルに完全に囲い込まれていることだ。飲食はもとより、土産物の購入や種々の娯楽がホテル内に限られ、かつてのように街にくり出す姿はみられない。食料の農産物も一定の量・質の確保のため大きな流通機構による品が用いられ、地元の農産物はお呼びでない。期待された地元雇用も高級化された所ほど減少する(例えばトナムでは600名中50名のみが地元)。さらにトナム、サホロで見たように、企業はゴルフ場や施設の会員権、別荘やコンドミニアムの販売など、不動産業に力を入れているのが実情である。

一方、第三セクターとしての地方自治体には、固定資

産税など税収の増加はあるものの、上下水道や道路整備などの公共事業への出費、さらに将来予想される環境保全への大きな出費、さらには地元雇用や地場産業に期待されたメリットが現れて来ないこと等を考えると、これらの大企業主導の外来型リゾート開発がもつ地域振興の役割については大きな疑問を抱かざるを得なくなる。ここでは企業の資源利用と利益追求が優先し、地元住民を主体とする環境の保全はあとまわしとなり、地元への社会的便宜は少なくなる。これらのデメリットについて、地方自治体は真剣な検討を行うことが肝要であろう。

ここではっきりさせておきたいのは、私もリゾート開発そのものを否定しているのではないことだ。美しい自然の中で、スポーツやレクリエーションを楽しみ、健康と英気を養って明日の活動に備えるリゾートそのものには大賛成である。私が強く反対するのは、現在日本各地で進められつつある他力本願の外来型リゾート開発である。それでは望ましいリゾート開発とはどんなものだろうか。

私は日本のリゾートの原型は、昔から行われて来た「湯治」であると考えている。各地の温泉宿には、一般客用の「旅籠」^{ハタゴ}と安い料金の「湯治」とがあった。田植えや刈り入れなどはげしい労働の一段落した農閑期には、農民たちは米や味噌などの食料はもとより、寝具まで背負って宿にゆき、自炊生活をしつつ何日間か温泉に浸り、健康をとり戻して家に帰ったものである。地質調査の折など、共通の大湯に浸りながら、村人との対話を愉しんだ昔が思い出される。

もちろん生活レベルの向上した今日、昔のままの湯治の再現は不可能であろう。しかし手軽な施設の中で、あまり経済的な負担を覚えることなく、心身の健康の増進を図り、他部落の人びとも情報や知識の交換を行った湯治の精神とあり方こそ、今日のリゾートの根底に据えられるべきものと私は考える。

その意味で、新しい湯治タイプのリゾートの一つとして推したいのは、青森県三沢の古牧温泉である。これは土地の実業家杉本行雄氏が所有地内に1,000mを超えるボーリングで掘り当てた新しい温泉場で、豊富な温泉のあふれる広大な浴場、民俗博物館、棟方志功らの画のコレクションがあり、年間90万の来泊者の大半は団体客。その一面天皇の宿泊所にもなった高級サービスも合わせ持ち、十和田湖・八甲田山国立公園へのアクセスも至便。さらに関連施設を含め700人の従業員全員が地元住民、食料もすべて土地の産物であり、地域の振興に直結していることが評価される。

1984年日本の提唱により発足した「環境と開発に関す

る世界委員会」(ノルウェー首相ブルントラント委員長)は3年にわたる討議をへて、1987年“*Our Common Future*”と題する報告書を出し、その中で「人類は開発を持続可能なものとする能力をもつ。持続的開発(Sustainable Development)とは、将来の世代が自らの欲求を充足する能力を損なうことなく、今日の世代の欲求を満たすことである」と述べている。しかし本谷勲(1988)はこの訳語では開発の持続性のみが強調され、開発の持続性が保証さるべき真の要請、大事な条件がかすんでいるから、もとの概念の精神を尊重し、「環境保全型開発」と訳すべきことを提唱する。訳語の問題はさておくとしても、われわれが目指すべき開発とはまさしくこの持続的開発であり、そこでは環境の保全が優先されなければならない。本年12月、オーストラリア・パースで開催された国際自然保護連合総会では、地球温暖化など環境悪化を防ぐため、自然の再生を待ちながら開発をすすめる「持続的開発」に転換すべきことが提言された。

この持続的開発は如何にして達成されるであろうか。この点について宮本憲一(1989)は地域の団体や個人が自発的学習により計画をたて、自主的な技術開発をもとに、地域の環境保全、資源の合理的利用をはかり、文化に根ざした経済的發展をし、自治体により住民福祉を進めるような地域開発を「内発的發展」とよんでいるのは傾聴に値する。このような内発的發展により「持続的開発」は可能となろう。これをオルタナティブ(代替的)開発と呼ぶこともある。

内発的發展を踏まえたリゾート開発こそ、望ましい開発の姿である。自分の地域のセールスポイントは何か、自然環境を守り、資源を浪費せず、地元住民の福祉を増進するような發展を達成するには、如何なるとりくみをすべきか。いま各地にこのように手づくりのリゾート、まちづくりの試みがひろげられている。北海道における2、3の例をあげれば、特産のワインをつくり、ワイン城を建て、いろいろなイベントで活性化をはかった池田町、かつて世界ハッカの70%を産した北見市がイメージ・キャラクター「ミントくん」(ハッカの葉をくわえ

たエゾリス)の活躍を中心にまちづくりを進める北見市、特産の果樹園を生かしヨーロッパの都市農園にならった農村リゾートを目指す余市町・仁木町などが思いうかぶ。また小樽運河保存運動の成果もその一つにあげられよう。車道拡大のため埋め立てられようとした運河をねばり強い市民運動によって、半分にはなったが残すことに成功した結果、運河をふくむ地域は観光の目玉となり、小樽の再生に実に大きく寄与している。

これらに共通していえることは、いずれも市民が自分の発想で手探りの中から、市民自身にとってもアメニティの高い町づくりを目指し、これがまた観光客にも受け入れられつつあることである。大企業にたより、コンサルタントにまかせるのでなく、住民自らが地道な検討を積み重ね、地に足のついた内発的なりゾート開発を進めていくことを心から期待したい。

文 献

- 1) 藤原 信(1990)リゾート開発と森林特措法の問題点 北海道の自然29号7~16
- 2) 北海道(1990a)北海道リゾート開発指針1~20
- 3) 北海道(1990b)ゴルフ場開発の規制に関する要綱 63~71
- 4) 神原昭子(1990)北海道のゴルフ場問題 北海道の自然29号17~22
- 5) 神原 勝(1990)談話
- 6) 宮本憲一(1989)環境経済学 358+10ページ 岩波書店
- 7) 佐藤 誠(1990)リゾート列島 228 岩波新書
- 8) J. Wahlstedt(1990)自然保護-WWFと地球環境の保全 北海道の自然29号92~95
- 9) 八木健三(1990)日本人の環境保全の意識 北海道の自然29号96~97
- 10) 本谷 勲(1988)地球規模の環境問題-気候、砂漠化、森林破壊 変貌する環境(本谷勲編)三省堂7~29

建設業の合理化と安全問題

木村保茂

The Problem of Safety under Industrial Rationalization in the Construction Industry

Yasushige Kimura (Faculty of Education, Hokkaido University)

はじめに

わが国の建設業は、1988年度で許可業者数・51万、就業者数・560万人（全産業の9.4%を占める）という巨大産業である。就業者のうち建設雇用者が約436万人・78%で、彼らは町丁場＝市街地の小規模工事に約15%、野丁場＝土木・ビル建築などの大規模工事に約60%、両者の中間の中丁場に約25%が働いている。町丁場以外は、資本金1億円以上の大手ゼネコン（全業者の1%弱）がほぼ支配するが、とくに野丁場においてその傾向が強い。

大手ゼネコンは、いかに下請企業・下請労働者をうまく使うかということ、その支配理念にしてきており、その帰結として雇用責任を負わない体制づくりを迫ってきた。戦後の流れをみても、1947年の職業安定法の制定による労務下請の全面禁止によって、労働者の一時的な直備化が進展したが、1952年の職安法施行規則の改定以後、再び労務下請を復活し今日に至っている。とりわけ、1976年の「建設雇用改善法」と1978年の「元請・下請関係合理化指導要綱」の制定以降、「責任施工体制」ということで全てを下請に押しつける動きが強まっている。

この小論では、建設業の今日的な合理化を具現する「責任施工体制」の内実と安全問題について検討する。

I. 「責任施工体制」と労務統轄機構の再編成

1. 重層的下請制と「責任施工体制」

(1) 建設省の「責任施工」政策

建設業の特殊性は、造船・自動車産業などと同様の総合組立産業でありながらも、屋外での移動生産を主体とする不安定な一品受注生産という特徴を集約的に有していることである。この特殊性ゆえに、建設業の「下請け制度は、他の産業には例がみられないほど広くかつ不可欠なものとして発達」¹⁾したとされてきた。しかし、こ

の特徴はわが国他産業との違いをいい当ててはいるが、他国の建設業との差異をいい当ててはいない。他国と異なるわが国建設業の特殊性は、むしろ元請・下請間の特命入札制、請負契約の片務性、労働組合の脆弱性にある。わが国の建設業は先の特徴と併せてこれらを集約的に有しており、そのことが建設業の重層的下請制を特徴づけてきたのである。

この重層的下請制にこそ建設労働問題の深源がある。重層的下請制下の雇用の不安定性と不透明性（低福祉、低労働条件、労災の多発）は、慢性的技能工不足、建設労働力の高齢化、若年労働力の入職減等をもたらし、逆に建設業の発展の桎梏と化しつつある。こうした事態に対して、政府・建設業界は遅ればせながら行政レベルからの雇用改善と元請・下請関係の再編政策を打ち出した。それは、1970年代と80年代に集中しているが（表1）、そのうち1970年代の政策の重点は、建設資本に対する安全管理責任と雇用管理責任の義務づけであった。高度経済成長期に建設工事量の急増や工事の機械化・複雑化・高層化・加速化が進行し、それにともない労働災害の激発、技能工不足の深刻化が生じたが、これに対処するために、安全衛生管理の元請責任規定と作業主任者の設置を義務づけた「労働安全衛生法」（1972年）と、下請企業に雇用管理・安全衛生管理・福祉等に関わる責任を明記した「建設雇用改善法」（1976年）が制定されたのである。

この政策により、安全衛生管理は相応の効果を収めてきているかにみえる。1989年の建設業の死傷者数は約58,000件と、70年代後半のおよそ5～6割の水準に減少したのである。しかし、まだ、それは全産業の30%（死亡者だけだと全産業の43%）の水準を占めており、建設業の劣悪さを示す指標に変わりはない。労災の多さは、建設労働者不足の原因（3K＝危険、汚い、キツイ）の主要部分をなしている。

ところで、なり物入りで制定された「建設雇用改善法」

表1 主な建設政策の推移とその概要

年	建設政策名	政策立案主体	政策の概要
1971	建設業法の改正	建設省	元請の下請指導義務を明示
1972	労働安全衛生法	労働省	安全衛生管理者・作業主任者及び安全衛生委員会の選任と設置、墜落の防止措置、各種安全衛生教育の実施、有資格者以外者の就業制限、定期健康診断の実施等
1976	建設雇用改善法	労働省	下請企業に雇用管理責任（雇用管理責任者の任命、労働者名簿・賃金台帳の作成、技能訓練の実施）、安全衛生管理責任（安全衛生教育、定期健康診断）、福祉の充実責任（各種社会保険への加入、寄宿者管理）を明示
1978	元請・下請関係合理化指導要綱	建設省	一括下請の禁止、優良な下請の選定（選定基準－施工能力、雇用管理および労働安全管理の状況、労働福祉の状況、下請との取引の状況）
1986	21世紀への建設産業ビジョン	建設産業ビジョン研究会	有効競争による弱小建設業者の淘汰、企業・業界の近代化、ゼネコンの「拡建設」、下請合理化等の提案
1987	今後の建設産業政策の在り方について(1)	中央建設業審議会第1次答申	建設業の許可制度の見直しと経営事項審査制度の整備について
1987	今後の建設産業政策の在り方について(2)	中央建設業審議会第2次答申	共同企業運用の在り方について
1988	建設業構造改善の基本的方向	中央建設業審議会第3次答申	元請・下請関係を中心とした建設生産システムの在り方と企業基盤の強化、活性化について
1989	建設産業構造改善推進プログラム	建設省	不良不適格業者の排除、建設生産システムにおける新しいルールづくり、生産性の向上、若年建設従事者の確保について
1990	下請の経営管理の充実について	日建連	元請・下請間の新しいパートナーシップ及び下請の企業基盤の強化・活性化について（施工責任範囲の明確化、労務供給型の業態からの脱出）
1990	下請への発注の在り方について	日建連	発注の体系・計画・業務の改善、施工責任範囲を明確にした契約、自主管理による責任施工の定着

(1976年)は、その後、建設雇用改善計画の策定、職長教育の推進、建設雇用改善給付金制度の策定などによって具体化されていった。しかし、実際には雇用改善の中核ともいべき賃金、福祉に関する改善の進展は遅く、最近ではそれに関する元請指導の減少・弱体化すら見られる。それに加えて、元請の指導が一次下請に対する指導が中心で、二次下請以下に対する指導は殆ど行われていない。さらに、一次下請は拡大された雇用管理責任を回避するために、自社の直備化を抑制し二次以下に雇用を回そうとしている。こうしたことの結果、一次下請企業レベルでの一定の雇用改善に止まり、雇用を回された二次下請以下での雇用改善が遅れ、矛盾の拡大傾向が生じている。

「建設雇用改善法」が雇用・安全面における「下請責任体制」の押しつけであるならば、それにつづいて制定された「元請・下請関係合理化指導要綱」(1978年)は、雇用・安全・工程管理等の全ての面で下請責任を追及するものであった。それでは下請企業の「責任施工体制」の確立のために、「下請企業の育成・選別と責任施工遂

行能力の向上」が強調されたのである。この方針は、その後、1980年代の諸政策－「21世紀への建設産業ビジョン」(1986年)、「中央建設業審議会第3次答申」(1988年)、「建設産業構造改善推進プログラム」(1989年)－に引きつがれていった。この諸政策で意図されている新たな元請・下請関係及び下請再編政策・合理化政策のねらいは、次のとおりである。

一つは、大手ゼネコンの事業の多角化、いわゆる「拡建設」である。「21世紀への建設産業ビジョン」は、「建設業においてはEC化の方向が模索されており、今後、総合工事業界においてはプロジェクトの企画、管理能力の方向が強力に進められるものと思われる」と述べ、大手ゼネコンのEC化（エンジニア・コンストラクター化）を奨励している。これまでの請負と施工という守備範囲から、プロジェクトの企画、調査、技術開発、地域開発事業等の分野まで「拡建設」する、ということである。

二つは、ゼネコンの「拡建設」の動きと関わって、下請企業の「責任施工遂行能力」の向上が求められている

ことである。「中央建設業審議会第3次答申」では、その具体化として、①「直接施工のみならず施工管理をも自らが言い得る体制（自主的施工管理体制）を確立」すること、②「これまで不明確であった「元請・下請間の施工責任の範囲について」明確化すること、③「そのために「下請選定に当たっての企業評価基準を確立し」「下請評価、指導を行うことにより、自主的施工管理体制の確立を目指す意欲と能力のある下請企業を育成すること」等を掲げている。

こうした諸政策をうけて、大手ゼネコンでは1980年代に下請の再編・整備が進行している。下請再編のタイプは間組の下請の選別統合・合併方式（少数派）と鹿島建設の協力業者経営指導員養成による下請の経営強化方式（多数派）に大別される。両者ともに一次下請に対する育成と統合を強化し、下請企業内部に格差を持ち込み、その上で全体をトータルに管理して効率を高めようとするものである。弱小零細企業が浮動性・不安定性を強め、これまで以上に劣悪な受注条件を強いられないという保証はない。事実、育成の対象となる一次下請企業では、「責任施工体制」の実施を強いられるにもかかわらず、その費用を見てもらえず、自主管理できない場合には一次下請から外されるというケースが生じている²⁾。

以下、大手ゼネコンの「責任施工体制」の具体的展開をみてみよう。

(2) 大手ゼネコンの「責任施工体制」の展開

業界初の下請企業協同組合である「大成建設事業協同組合連合会」（1969年）の設立を契機に、大手ゼネコン各社は事業協同組合の設立と下請企業の育成に乗りだした。事業協同組合では、資金の貸付け、安全衛生管理の向上、経営の合理化、教育訓練、福利厚生の上昇等々の事業を展開している。しかし、これだけでは下請企業の「責任施工体制」の確立は不十分であった。「中央建設業審議会第3次答申」が述べているように、「責任施工体制」の確立には、「下請企業評価制度」の導入が不可欠であった。この制度が大手ゼネコン各社に導入されたのは、1980年代前半のことである。この時から本格的な下請企業の選別・育成と「責任施工体制」への移行が始まったのである。

わが国有数の大手ゼネコン社であるA社が、「下請企業評価制度」を導入したのは1983年である。事業協同組合加入の企業（485社）の中から強化対象企業を200社選別、それを集中的に育成強化しようとしたのである。強化対象企業は「下請企業評価シート」により毎年評価されるが、評価項目は施工計画、施工管理、労務管理、賃

金管理、教育訓練、安全衛生管理、労働福祉・災害、とほぼ全領域に及んでいる。もっとも重視される評価項目は、施工計画（計画立案）、施工管理（工期管理、価格管理、段取り、品質管理、適正配置含む）、安全衛生管理（安全衛生、労働災害）である。これらの評価項目は、A社が追及している下請の「責任施工体制」の強化に直結し、他の評価項目はこれを補強する位置にある。評価方法は5段階評価で、4以上が合格である。

このようにA社においては、1983年以降に「責任施工体制」への移行が本格化するが、その背景には請負と施工という単なる受注産業から総合エンジニアリングなどの多角的経営（「拡建設」）へ脱皮しようとするA社の経営戦略がある。こうした経営戦略の下で下請企業の「責任施工遂行能力」の強化とその「パートナー化」が進められているのである。

ところで、この「パートナー化」「責任施工体制」は、実際にはどのレベルまで進展しているのだろうか。

一般的に工事の流れは、①総括的施工計画（工事の内容、施工方法、施工日数、施工上の問題点、安全計画等々に関わる工事全体の施工計画）→②部分的施工計画→③作業手順書（部分的施工計画を実際の作業に移す段取書ともいうべきもの）→④工程管理（作業手順書にしたがって工程の流れを組み、管理すること）→⑤作業員編成・配置（工程表にもとづく作業員の動員と配置）→⑥施工管理（施工計画、設計図、作業手順書どおり工事が進んでいるかどうかチェックすること）→⑦安全衛生管理という順序で展開する。「責任施工体制」の確立とは、この流れの内の②～⑦までを下請企業が自主管理できることを指す。その際、元請が対象とする責任施工業者は、一次下請であり、二・三次下請ではない。今日までの「責任施工体制」の進捗度は、「3役5職」（大工、土工、とび、鉄筋工、左官）といわれる、労務下請の色彩の濃い職別工事業者の「責任施工遂行能力」向上の指導段階といえる。したがって、実状としては、指導によって「責任施工体制」に移行して労務下請から脱皮しえた職別工事業者とそうでない業者が混在しているのである。しかし、「責任施工遂行能力」の形成が未だ不十分な業者であっても、③～⑤⑦の管理は可能であり、そういう意味では「責任施工体制」がかなり進展しつつあるといえる。その結果、「固有技術は一般に専門工事業者に移行する傾向にあり、総合工事業者は管理技術が中心³⁾」の傾向が生じてきつつある。元請職員が少数に抑えられている現場の場合は、その「管理技術」さえ下請の自主管理に任せ、「基本的な現場監督は下請の職員がし、JV職員は発注者との対応、その他が中心」（G企業現場責任者）

という状態なのである。

2. 労務統轄機構の再編成と下請単価のシビア化

(1) 労務統轄機構の再編成

建設業における労務統轄機構は、従来、世話役制度とイコールであった。この制度の長である世話役は、下請企業と雇用関係を結びながらも、実際には、工程管理機能・賃金管理機能・募集機能・教育訓練機能を有することによって、実質的な「自立性」を保っていた。世話役制度は、「3役5職」といわれる労務下請業者において、とりわけ濃厚であった。この項では、労務供給的職別工事業者の中でも、未だ「責任施工体制」が不十分なB企

業を中心に、労務統轄機構の今日的再編成を探ることにする。

表2は、B企業の職務分担を示したものである。それによると、まず「作業管理」ともいうべき職務分担（表の1～10の項目）では、工事の遂行上きわめて重要な施工計画・工程表の作成・施工管理がJV（元請）まかせて、B企業は全くタッチしていない。B企業の「責任施工遂行能力」の不十分さを示している。しかし、これら以外はB企業の管理責任部分である。そのうち、現場責任者は、③工程打合わせ、④実行予算の作成・原価管理、⑥工程管理、⑧作業員の編成・配置等の主要な職務を担当している。中でも、⑧の機能は重要で、彼が決める「番

表2 B企業の職務分担表

項 目	担当者 (決定者)		1次下請					2次下請	備 考
	元請 J V	A 社	現場責任者	工事係	作業長	班長	作業員		
1 施工計画・工程表作成	○								
2 作業標準書作成	○		○						
3 工程打ち合わせ	○		○	○	△				全体・月間・週間・日々の工程の打合わせ 現場責任者が原案を作る
4 実行予算の作成、原価管理	○		○						
5 施工管理	○								
6 工程管理	○		○	○	○				
7 資材の受入れ・資材費計算				○	○				受入れ・配材は作業長、計算は工事係
8 作業員の編成・配置		○	○		○			○	
9 残業時間管理			○		○				残業者を作業長が決定する
10 段取り						○	○	○	
11 賃金支払い方法と形態の決定		○							
12 個別賃金の査定権者		○	○						
13 出面の管理と賃金計算				○					工事係が人工計算、出来高計算をする
14 賃金台帳作成		○		○					
15 諸手当の査定権者		○							
16 募集計画の決定		○							
17 募集活動		○							
18 2次下請の決定		○							
19 安全計画の作成	○	○	○						
20 安全管理	○	○	○		○				
21 安全教育	○	○	○						
22 技能訓練、講習会	○	○							
23 OJT					○	○			
24 宿舍の所有者		○							
25 宿舍の維持管理責任者		○							
26 マイクロバスの所有者		○							
27 マイクロバスの運行責任者		○							
28 各種保険事務取扱・費用負担者	○	○							雇用・健康・厚生年金・労災等各種保険

割」は「基準賃金」(賃率)に影響する。

一方、作業長の職務は、工程管理を含む全体的な作業指揮、安全管理、人間関係管理(HR)および現場責任者が決めた大まかな「番割」内での作業員の異動・配置等である。作業方法はJVや現場責任者の指示に従うが、実際には、彼にも作業方法、作業時間に関するある種の裁量権が残されている。それは、建設労働が現代の工場生産のような労働の3S(標準化、単純化、専門化)でもって、律しにくい性質のものだからである。

ついで、賃金・労務管理、教育訓練の職務分担(表の11~23の項目)をみると、この分野で現場(現場責任者、作業長)に任される職務はきわめて少ない。多くの職務はB企業の管理下にある。「番割」の作成にからんで、現場責任者は⑫の個別賃金の査定に間接的に関わるが、基本的な賃金管理は企業が掌握している。賃金管理機能とならんで、かつて世話役の「自立性」を示す指標であった募集機能(⑩募集計画、⑪募集活動)と教育訓練機能(⑫技能訓練、講習会)も、またB企業が掌握している。

生活管理に関わる職務分担(⑭~⑯の項目)でも、同様に全てがB企業の管轄下にある。もはや、宿舎は「労働者集団を統轄する世話役ないし下請企業の活動の拠点」⁴⁾ではないのである。

以上の職務分担から示されることは、かつて現場責任者・作業長がもっていた世話役の機能はほぼ下請企業に吸収しつくされ、彼らの「自立性」が保持されていないことである。作業長は作業指揮、工程管理、残業の指示、作業員の配置、HR(人間関係管理)、安全管理等を行っているが、それは近代工場の末端管理者が行うことと大差がない。作業方法に関してある主の裁量権を有しているが、それは現代の工場生産のような労働の3Sでもって律しにくい、建設労働の特殊性によるものである。なによりも彼の「自立性」の喪失を示すものは、労働力の募集機能や賃金管理機能を完全に欠如していることである。こうした「自立性」の欠如と関わって、彼の賃金形態も変化し、かつての請負集団の長としての請負給から月給制に移行している。現在でも班長以下の請負制は存在するが、作業長の給与はそれとは無関係な月給制である。

高梨昌氏らが、1970年代においても「一定の『自立性』はなお保持されている」⁵⁾と指摘した、現代の世話役=現場責任者についても基本的には同様である。彼は原価管理、工程管理、作業標準書の作成に携わるが、労働者募集機能、教育訓練機能、生活管理機能は有していない。もっとも、B企業の現場責任者の場合は、「番割」の作成を通じて間接的に作業員の賃金に影響力を持つが、そ

れも建設業特有の「現場組織の独立性」という特質から生じたものである。現場責任者には実行予算の範囲内での現場管理あるいは管理費使用の裁量権が与えられているのである。B企業のケースは実行予算の範囲内で与えられている権限の行使が、すなわち工事を合理的に進めるための適材適所の「番割」の作成が、間接的に賃金に影響を及ぼした事例である。かくして、「責任施工遂行能力」の形成が未だ不十分な下請企業の現場責任者においても、1980年代以降、その「自立性」は失われ、下請企業への包摂度をつよめている。しかし、作業員の賃金に対する影響力を若干なりとも保持しているように、その包摂度はまだ弱いのも事実である。

(2) 下請単価のシビア化

工事施工が「責任施工」という形で下請に押しつけられ、かつ労務統轄機能も下請企業に吸収されてきているが、それに見合う下請単価は支払われているのだろうか。

下請単価の在り方に建設労働問題の鍵の一つがあることは、多くの人が指摘するところである。下請企業が正常な企業活動を行うためには、下請単価が、労務費+材料・消耗費+機械・設備費+諸経費(一般管理費、現場管理費、技術費、法定福利費)を十分に満たしていることが必要である。しかし、実際には、法定福利費が支払われなかったり、その他諸経費が低く押えられたりする。その結果、下請企業は労働者の賃金を「労務費から管理費を差引いて支払う、或いは法定福利費などを労務費から差し引いて支払」⁶⁾うことになる。重層的構造の下方に行けばいくほど、労務費から支払われる諸経費の割合が大きくなる。その結果、二・三次下請の労働者の賃金は、下請—一次下請レベルの労務費契約単価の「6割か7割の賃金」水準になる。このような仕組みの下では福利費に回される源資は微小にならざるを得ない。建設労働問題のひとつが「賃金以外の労働費用の低さ」にもあるといわれる所以である。

II. 「責任施工体制」下の安全問題と安全教育

1. 「責任施工体制」下の安全問題

1978年の「元請・下請関係合理化指導要綱」は「責任施工体制」への移行に大きな影響を及ぼしたが、それに先立って企業の雇用責任(「建設雇用改善法」1976年)が法的に整備された。「建設雇用改善法」は、雇用面における「下請責任体制」=雇用責任の下請への押しつけを、法的に整備したものである(表3)。事実、これ以降、ゼネコン各社が抱えていたオペレーターの下請化が進み、

表3 下請における雇用管理の責任事項



原注：事業者として講ずべき事項は以上の19項目である。
 出典：建設工業労務研究会『建設業元請・下請実務の手引』555頁、1981年版

元請の雇用責任を回避する志向性がさらに強まっている。「責任施工体制」の確立は、「労働者は管理するけども使用せず」という元請の非雇用思考の徹底化を示すもので、奇形的雇用構造を一層推進する体制である。

このように「責任施工体制」は、建設資本が一貫して追及してきた「自らは雇用責任は負わない」という体制の今日的集大成ともいうべきものであり、そのことによって安全問題は一層複雑化してきている。表面的には、安全管理体制は整備されつつあるかにみえる。すなわち、「建設雇用改善法」によって、事業主（下請企業）に雇用管理責任者の選定、労働者募集の届け出、労働者名簿・賃金台帳の作成、技能訓練の実施（以上、雇用管理）、安全衛生管理者の選任、作業主任者の選任、機械・設備の届け出、安全衛生教育の実施（以上、安全衛生管理）、各種社会保険への加入、任意労災保険加入（以上、福祉）等が義務づけられ、安全衛生管理体制の整備が図られたのである（表3）。なお、この安全衛生管理体制が効力を発揮するには、元請の指導と同時に、雇用管理の主体者である下請企業の管理能力の向上が必要であるが、「責任施工体制」への移行にとまなう労務統轄機構の再編成がそのことを可能にしつつある。すなわち、「責任施工体制」下での、各種機能（賃金管理機能、募集機能、教育訓練機能）の下請企業への吸収過程において、下請企業は管理能力を向上させたのである。かくして、安全衛生管理は相応の効果を収め、統計上の死傷者数は1970年代後半の5～6割の水準にまで減少してきている。

このように安全・雇用管理の強化は、相応の効果を収めてきているかにみえるが、その反面で雇用責任の下方分散化・転化と「労災隠し」を生み出している。前者に関しては、すでに述べたように重層的雇用構造を前提とする「責任施工体制」が、雇用・安全管理費の下方分散化・転化の衝動を一次下請企業にもたらすのである。しかし、雇用管理と安全管理責任を回された二次以下の下層下請企業では、上層での利潤の先取り＝ピンハネによって雇用・安全衛生管理実施の「ゆとり」を失っている。法定福利費の現金給与に占める割合が全産業中最高の10%弱にも達する人件費の圧縮と、逆に法定福利費の支出が全産業中最下位に位置するという事実が、このことを示している。かくして、「うちの下請の中には賃金台帳の提出、社会保険事務を満足にできない企業があります」（一次下請・H企業）というように、二次下請以下の安全管理体制は多くの矛盾を含んでいる。

後者の「労災隠し」も、安全責任の強化とともに増大しつつある。墜落と機械の災害が7割を占め、飛来・倒壊・土砂崩壊・落盤・感電死がこれにつづく建設業の労

災事故は、高齢者・新規入職者および安全教育の未経験者に多いが、安全責任の下請転化にともなって、労災事故を隠す傾向が強まっている。それは「労働災害を起こすと、責任を問われて点数を減点され、度が過ぎると下請からはずされて、仕事が回されなくなる」（K企業）からである。このような「隠し労災」が、今日では、公表された労災の5割以上にも達する、といわれる⁷⁾。

2. 一次下請を中心に展開する建設業の安全教育

1970年代の後半以降一とりわけ、80年代以降一次下請の労働者に対する教育訓練が本格化していった。下請の「責任施工体制」＝自主的施工管理体制の確立には、一次下請社員および現場作業員の労働能力の向上が不可欠だったからである。基本的には、元請が主導する形で一次下請層の教育訓練が展開した。教育訓練の種類は経営者教育、管理・監督者教育、技術教育、技能教育、安全教育、TQC、入場時教育などと多様である。経営者教育を除くと下請社員だけでなく現場作業員にも解放されている。例えば、管理・監督者教育は作業長、班長までが対象で、1980年代後半には二次下請の作業長までもが対象に含まれるに至っている。この管理・監督者教育では設計、施工管理、工程管理、工事検査、構造力学等の技術教育を主体に、労務管理教育、安全管理教育が行われる。

このような教育訓練が一次下請社員・現場作業員を対象に行われるようになった背景には、生産性向上を直接の目的とする下請企業の「責任施工遂行能力」の強化があることはいうまでもないが、看過しえないことは、これらの教育がなんらかの形で安全問題と関わっていることである。例えば、現場作業員の頂点に立つ作業長、班長に対して行われる管理・監督者教育、技術教育は、工事の流れや内容を科学的に把握するという意味において、安全教育と関わっている。また、生産性向上の重要な施策として導入されたTQCも、ある面においては安全管理に深く関わっている。TQCの活動テーマは、①作業に対する自覚を高めるもの（ex. 道具の整備・管理、道具のおきわすれや不良品の整備、保安設備の点検整備、作業範囲・合図の確認）と②コスト引下げ・能率向上をめざすもの、に大別できるが、今日では、①がKYK（危険予知活動）に吸収されたこともあって、②の生産性向上を直接の目的とした能率向上のテーマが中心になっている。しかし、このテーマを解決する際に行われる分業体制のチェックや仕事内容の十分な把握、あるいは問題解決方法としての作業方法の改善（その中には設備の改善も含まれる）などは、間接的ではあれ事故防止に役立つ

っている。K社の作業員は「打込み配管に穴をあけない」ことをテーマにしたTQC活動で、副次的効果として「危険を回避することが分かり、有益であった」ことを述べているが⁸⁾、それは上記の脈絡で生じたのである。このように能率向上を目的としたテーマでも、副次的に、安全効果をあげることが多いが、それは建設業の生産過程の特殊性に起因すると思われる。建設工程の進行に応じて必要となる職種別労働力数や生産手段が変動し、工程の種別に作業が断続的に進行するという特徴をもつ生産工程においては、仕事の理解度、人員配置の在り方、作業方法の在り方等が安全管理を左右する、と思われる。

技能教育は、これまで述べてきた管理・監督者教育、技術教育、TQC以上に安全教育にとって不可欠である。建設業の技能教育はOJTとOFF・JTからなるが、安全衛生に直接的に関わるのは、1972年に制定された労働安全衛生法にもとづく教育訓練（OFF・JT）である。この教育訓練は多くの場合、技能資格制度と関わりながら、大手ゼネコンの作業現場では特別教育という形で実施されている。アーク溶接、電気取扱、車両系建設機械運転、クレーン運転、酸素欠乏危険作業主任、その他等の技能資格取得教育が、それである。技能資格制度と関わった技能教育（特別教育）は、建設労働者にとってきわめて重要である。それは安全衛生上、不可欠であるということだけでなく、職種別労働市場の確立にとって不可欠だからである。わが国の職種別労働市場は、残念ながら臨時工、社外工、季節工、その他の縁辺労働者からなる「自由な労働市場」から区別された「独自の労働市場」ではなく、「不安定雇用労働市場」との共有部分を多くもつ労働市場である⁹⁾。この労働市場を文字どおり、下支え機能をもつ職種別労働市場として機能させるためには、技能を社会的に標準化、格付けして、賃率と結びつけることが必要である。そのためには技能資格制度が公的資格制度として確立し、賃率と結びつくことが重要である。労働災害の防止と快適な作業環境の形成を目的として制定された労働安全衛生法にのっとった技能資格制度（特別教育）は、その第一歩としての可能性を秘めていると

いえる。事実、大阪建設業協会では、かつて労働安全衛生法にのっとった技能資格別賃金の提案をしたことがある¹⁰⁾。もしも、技能資格制度が賃率と結合して横断的な職種別賃金が形成されるならば、それは建設労働者の賃金条件の改善ばかりでなく、安全衛生の改善にも偉大な効果を発揮するであろう。そのような職種別労働市場下では、重層の下請制度はその意義を大幅に低下させるだろうからである。

文 献

- 1) 労働省職業安定局『建設雇用管理ハンドブック』労働基準調査会, 1989年, 3頁.
- 2) 「自主管理制度が出来てその分の費用を見るでもなく、三年後に自主管理できない下請はゼネコンの下請から外すと公言している」(岡本弘「ゼネコンが作業員不足対策を」建設政策研究所『建設政策』第2号, 1990年4月, 14頁).
- 3) 第5回「建築生産と管理技術」シンポジウム論文集, 1989年7月(椎名恒「建設業構造改善政策の批判的検討(上)」建設政策研究所『建設政策』第3号, 1990年6月, 16頁).
- 4) 高梨昌『建設産業の労使関係』東洋経済新報社, 1978年, 59頁.
- 5) 前掲書, 高梨昌『建設産業の労使関係』11頁.
- 6) 前掲, 岡本弘「ゼネコンが作業員不足対策を」16頁.
- 7) 筆宝康之『建設労働経済論』立正大学経済研究所研究叢書14, 1987年, 64頁.
- 8) 『第2回 A社連業者小集団活動発表会』1986年より.
- 9) 木村保茂「建設労働市場と造船離職者の流入—職種別労働市場の再編成に関する一考察」『北海道大学教育学部産業教育計画研究施設研究報告書』第29号, 1987年, 166~177頁参照.
- 10) 大阪建設労務研究会『建設労働改善の方向を求めて』1980年.

地域経済の特性

— 北海道の中の札幌を事例として —

小 暮 孝 次 (たくぎん総合研究所)

A Characteristic of Regional Economy. A Case Study of Sapporo and Hokkaido

Kouji Kogure (Takugin Research Institute)

I. 変動の大きい地域経済

1. 外部からの影響で大きく変動する地域経済

— 最近の北海道の事例 —

わが国の経済・社会が21世紀に向けて展開する方向を示す国際化という潮流はやや明るく豊かで希望に満ちた語感をもっている。しかし、こうした国際化の潮流は北海道にとって先ず大きな試練から始まったとあってよい。貿易上のアンバランスの解消に向けた産業調整が、先ず国際競争力の弱くなった素材を中心とした産業の衰退・再編に依らねばならないからであり、鉄・石炭をかかえる北海道経済に与える影響は大きい。

こうした産業に加えて国鉄民営化に伴う人員縮小や、北洋を中心とした沖合・遠洋漁業の動向が本道経済に与える影響を昭和55年の産業連関表をもとに計測してみると約5,000億円前後の生産所得減をもたらしつつあるものと考えられる。昭和55年当時の道民総支出が約11兆円であるから約5%程度の経済規模の縮小をこれらの産業調整がもたらしつつあるものと考えられるわけである。むろん、その後今日にいたるまでに北海道経済が拡大した大きさから比べるとその影響量が北海道経済全体に占める割合はこれよりも小さく、またこれらの産業調整が少なくすめば対道経済に与える影響も小さくなる。しかし、北海道の経済成長が60年度は実績2.8%、61年度が1.8%であった状態にあったことと比べると、これらの産業調整による結果、昭和62年以降のわが国の大型で持続的経済成長がなければここ数年の道内経済成長はマイナスに転じた可能性も大きかったといわなければならない。北海道の経済はこれまで輸出主導型であった国内景気に対する反応は弱く、その分だけ景気の下降局面ではゆるやかな影響しか受けなかったが、今回は、内需主導型で景気が回復し、その結果地方への波及も大きかったため、北海道全体としては比較的良好な状態でこうした

構造変化を迎えることができたものといえる。

2. 自立していた北海道経済と域際収支赤字となっている現状

北海道における経済論議でしばしば登場するのが、「自立」化という言葉である。それは生産活動に支出がみあわず、企業会計や家計に例えれば結果的に赤字となっている地域経済の状況から発している。そのため、地域における産業の後進性を指摘したり、これを改善することによって「自立」した経済を求めていこうとするものである。

確かに生活の豊かさや、地域社会の活力の大きな源が所得向上にあることはいうまでもない。その所得を自ら向上させる努力は多くの人々が日々重ねていかなければならないが、地域に限ってみると交易の進んだ現代において「自立」した経済をみることは少ない。いわば財政がその大きな役割をしている所得再配分機能は、地域経済が跛行的となることを予め前提としておかれており、国に納める税は、大きくみるとこうした格差は正に向けて働いている。東京都をはじめとするいくつかの府県以外はこの域際収支が恐らく赤字であり、「自立」した経済運営を行っている地域は少ない。

むろん、生活水準の向上やこれをもたらすうえで大きな役割を担う所得向上と産業活動の活性化のための努力はしなければならないものの、税や自治をはじめとする制度まで含めて「自立」した経済を求めると、多くの地域間で所得格差が広がり、また国民経済全体を向上させるうえで生じる障害も多いものと考えられている。生産力向上に向けた経済活動と、それぞれの地域での人々の生活を満たすための地域経済の平滑化という2つの目標は、ごく自然の経済運営だけでは一致することは少なく、地域間での経済力に多くの凹凸があることは仕方のない現実である。

これが、あまり長きにわたって続くことは、地域にとっても国全体においても好ましいことではない。しかし、交易を通じて生産活動や生活を維持・発展させる割合の大きい現代において「自立」した状況はめずらしい。良好な交易状態を維持しつつもに発展するしくみが「自立」よりも当面求められている、といったほうが目標としては正確であろう。

北海道においても経済が「自立」していた時代もあった。当時は北海道の産業がわが国全体の生活や生産活動で必要とする物資を満たすうえで大きな役割を担っていた。一回は戦前にこれが表われており、もう一回は戦後10年間近く、こうした時期があったものと推量される。とりわけ先の大戦は国民ひとりひとりの生活ばかりでなく産業活動においても大きな疲弊をもたらしたが、石炭をはじめとするエネルギーや食料などの供給により、北海道が国民生活や産業の発展に果たした役割はこのとき極めて大きく、域際収支から見ても北海道経済は黒字であった。昭和25年までの期間は道の行く所得推計からも明らかである。支出面での所得推計を昭和35年に新しくはじめたときはすでに赤字となっているが、昭和30年代初頭までは黒字基調は続いたものと推量される。

Ⅱ. 開放的性格のもとに限定的役割を担う地域経済

日常必要としている物財あるいはサービス財は、いずれをとっても地域内で生産されたものばかりではなく、広くわが国あるいは世界とつながった形で生産流通されたものが多い。

昭和55年の産業連関表から日本経済の総体的な規模を財貨・サービスの総供給額でみると、593兆円であり、この総供給額から輸入の38兆円を差し引くとこれが国内生産額であり555兆円となっている。この国内生産額を最終需要との関係でみると、そのうち477兆円が国内最終需要252兆円から誘発されて生み出されたものであり、残りの78兆円が輸出36兆円の最終需要から生み出されたものである。このことから国内の最終需要から国内での生産循環を経た国内生産額が総供給額に占める割合を求めると約80%であり、これが国内生産が国内需要に応じて供給した割合を表しているものといえよう。一方、同様なことを北海道でみてみると総供給額は約29兆円であり、最終需要のうち輸出、移出を除いた地域内の最終需要にもとづく地域内の生産誘発は約17兆円である。そのため先にわが国全体で示した80%という域内供給率とも呼べる割合は約60%となり地域経済が極めて開放的なものであることがわかる。これをさらに札幌市でみると

供給は約6兆8千億円であり、これに対して市域内の最終需要に基づく地域内の生産誘発は約3兆5千万円で、域内供給率は約50%である。同様に例えば、小樽市でみると域内供給率は24%となる。

以上にみるように、地域的範囲を限定すればするほど域内供給率は小さくなり、まさに地域経済の開放的な姿をここにみるができる。とりもなおさず地域経済は極めて他の地域と依存関係が高い状態で成立していることを示しており、都市における産業、経済がどのように成立しているのかは、他の地域との相互の関係性の中から明らかにすることが重要であることを示している。

地域経済の発展を進めるうえで一般に製造業に対する期待は大きく、国土の均衡的発展を望む国政にあってもこの業種の地域分散を促す政策が大きな比重を占めている。それは他の産業の生産物と比べて広い市場を対象とした生産・流通を展開できる可能性の高い商品が工業製品には多く、このことによってより大きな所得を形成することが可能だからである。むしろ新しい製造業がどこの地域でも簡単に立地し、発展するわけではない。それにもかかわらず製造業への期待が大きいのは、あらかじめ地域経済の成立は広く域外との交易を前提としており、地域経済の発展は域外との交易を通じてより大きな所得を得ることを大きな基礎としているからである。国際的な交易では工業製品をはじめとして第1次、第2次産業による物財の割合が極めて高いが、地域間での交易では工業製品などばかりでなく、他の産業が域外との交易を通じて地域内の所得を高めている割合も大きい。

例えば、港湾をかかえた小樽市ならではの運輸業の役割も大きなものとなっている。

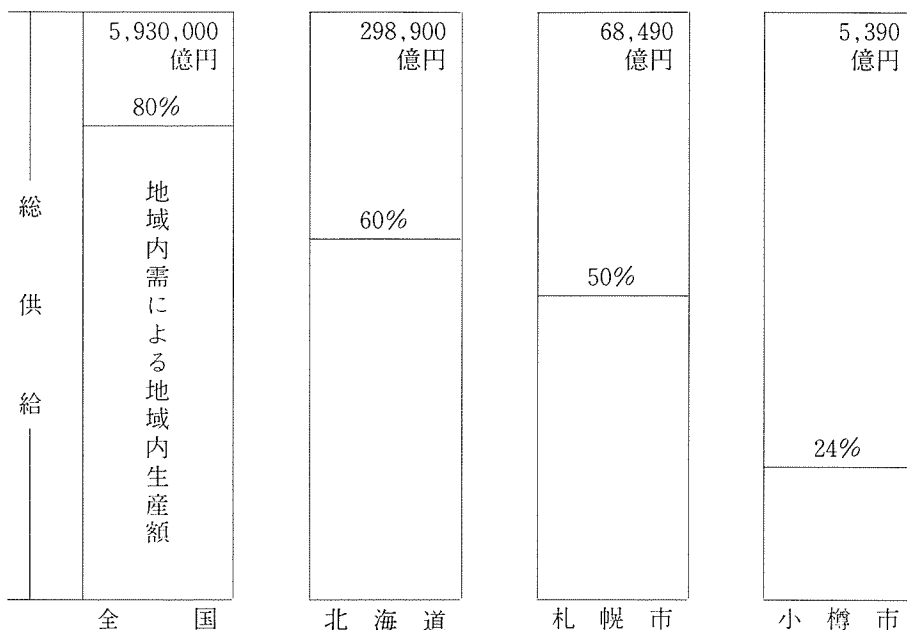
地域で必要なものがすべてその地域から供給されることはありえないことであり、生活を維持向上させていくための物財やサービス財の多くは地域間で相互的にやりとりしあっている。そのための所得の源泉の多くは地域外から得て、また日々必要な物やサービスを地域外から購入しているわけである。

小売りやサービス業などの数多くの活動は、こうした所得循環の中で成立しているわけであり、先に述べた運輸業ばかりでなく、卸売業や製造業をはじめとする産業の積極的な市域外交易拡大に向けた展開が地域の経済発展のために求められているものといえよう。

Ⅲ. 札幌を事例とした地方都市経済の現状

1. 札幌市の経済成長と発展する札幌圏

札幌市においては戦後すぐから継続的に都市規模の拡



行政管理庁、通商産業省、札幌市、昭和55年産業連関表、T R I

図1 他地域との深い相互依存関係で成立する都市経済

大がつづいており、昭和20年からの各国勢調査毎の人口増加率をみると、すでに昭和20年から25年までの間に年率5.8%の人口増となっている。それ以降昭和50年までの30年にわたり、いずれの国勢調査の5年間とも年率4%強から6%弱の人口増を示しているわけであり一市としてはまさにおどろくべき増加率の持続であるといつてよい。昭和50年以降はこの人口増もやや低下しつつあり、その後の傾向を住民基本台帳でみると年率2.2%前後となり人口の急増は終りをつげ、安定した成長の段階に入ったとみてよい。

同様に札幌圏についてみると、昭和50年までは札幌市の増加にけん引されてきたといえるが、昭和50年から55年については札幌圏の増加率が札幌市の増加率を上回っている。一方、経済的成長を純生産ベースでみると、昭和35年から55年までの20年間に全国では14.6倍、北海道では14.3倍、札幌市では20.9倍となり、いかに札幌市の経済が拡大したかその大きさを示すものといえよう。同期間における就業者数は全国1.28倍、北海道1.19倍、札幌市2.41倍となっている。既に昭和35年当時札幌市の純生産からみた労働生産性（就業者一人当たりの純生産）は対全国平均では1.6倍、対全道では1.7倍の値となっており、全国平均、北海道平均よりも相当高いところがあった。この労働生産性の格差は賃金水準の格差とつながると判断され、その差が人口吸収の一因となっていたと

考えられる。現在においても札幌市はなお全国平均、全道平均に対して約1.2倍の労働生産性を有しているが、昭和30年から昭和55年にかけてこの差は縮小傾向にある。言い換えるなら、札幌市は高い労働生産性を維持しながら人口増加ならびに経済成長をとげてきたわけだが、今後このような労働生産性の比較優位の相対的低下と都市人口の増加の関係は、転換点にかかろうとしているように考えられ、都市経済の質をみきわめることやその政策運営にあたっては、これまでにない新しい視点が必要とされているものといえよう。

2. 後背人口の少ない札幌市

既に札幌市では昭和59年に人口規模150万を超え業務中心性を特徴とした都市として成長し、人口のうえでは京都市を上回り全国5番目となっている。しかし周辺都市との関係を常住地就業者数に対する従業地就業者数の割合からみた都市構造の点からは札幌市は極めて特徴的である。昭和45年から昭和55年までの間、東京・大阪の2大都市は都心部がますます業務性を高めるとともに人口が減少している。名古屋も人口そのものに変化はないものの同様な傾向にある。横浜・川崎市は製造業をはじめとする産業活動も大きいものの東京の圧力を受けてベッドタウン化する地区の割合も高く、常住地別にみた従業者数の方が増大傾向にある。一方、これら以外の地

方における大都市では、札幌市ほど人口増は大きくはなく、また従業地就業者の割合を高めて周辺に常住地すなわちベッドタウンとしての市町村を擁しながら広域的発展のもとで都市機能と産業活動の向上を図っているものと推定される。これに対し、札幌市は常住地就業者に対する従業地就業者数の割合をほぼ一定としたまま人口増加を続けており、札幌市への通勤状況をもみても隣接する石狩町、広島町、江別市では市内に住む全就業者のうち4割～6割が札幌市へ通勤しているものの、その他の市町村はわずかである。他の大都市の成立が労働力市場ひとつとってみても周辺市町村に支えられていることに比べ、札幌市ではこうした都市成立の後背性がうすく、これまでは圏域としての成長のあり方が問われることは少なかったといえよう。

3. 第3次産業と建設業に特化した都市経済

人口の増加とならんで就業者数も著しい伸びを示しているのが札幌市の特性であるが、これを産業別にみると昭和45年には第3次産業の就業数の割合は既に70%を超え昭和55年は75%となっている。昭和30年から昭和55年までの5年ごとの国勢調査の就業者数をみると、第3次産業の増加寄与率が最も多く、昭和30年代、昭和40年代に70から80%へ高まり、昭和50年代に入ってから就業者数の増加の9割までが第3次産業で占められている。とりわけ卸・小売業の増加寄与率は一貫して35%前後と高い。また、サービス業も昭和30年から昭和35年までの増加寄与率が18.7%だったのを除けば昭和35年から昭和50年までのいずれの5年間も増加寄与率は増加しており、こうした産業を中心に札幌市の産業・経済が伸長してきたものといえる。とりわけ、昭和50年から昭和55年までのサービス業の増加寄与率は40%を超えて卸・小売業と逆転しており、構成比の面からはまだまだ卸・小売業の方が多いにしても、第3次産業内における主役の交替の兆しをみることができよう。公務を除いた金融・保険業、不動産業や運輸・通信業など他の第3次産業の伸びもいずれも堅調である。また、建設業は昭和30年代、昭和40年代、そして昭和50年代に入っても安定した伸びを示しており、特に昭和50年代に入っては14%台の割合を占めるにいたっている。

これに対して、製造業のシェアは昭和40年までは14%であったものが徐々に低下しており、昭和55年では10%を割り、昭和50年から55年の間では就業者が減少している。

4. 所得の約35%は市域外活動によって得られる札幌市の経済

札幌市における産業は第3次産業に極めて特化しており、市内純生産に占める第3次産業の割合が高いことは既に述べたとおりである。また、札幌市の域内供給率すなわち域内の最終需要がもたらす域内生産波及額の割合は約50%である。これは極めて開放的経済となっているといえる。ことばを換えれば市域外と相互依存関係の強いものである。むしろこうした相互依存関係の中には少なからず道外との交易もあるが、市域外道内との関係がより札幌市の経済にとって重要であることは十分推定しうることである。そこで、札幌市及び市域外道内の2地域間産業連関表にもとづき札幌市における所得形成の状況を見ることとする。

昭和55年における札幌市の最終需要は4兆7千億円であり、そのうち最も多いのは民間消費支出で全体の約40%を占めている。これに次いで大きいのは移輸出であり約30%弱、市内総固定資本形成が約20%、一般政府消費支出約7%となっている。一方、北海道全体でみると最終需要は約17兆円で総固定資本形成が札幌市より高く約25%、移輸出が札幌市より低く約20%、政府消費支出が9.5%で札幌市と比べ2.5%高いことに差がある程度で他はほぼ同様な値となっている。移輸出を除けば先に示した方法により北海道のこうした最終需要から札幌市の最終需要を除いた分が市域外道内の最終需要すなわち経済活動における支出系列となるわけであり、短期的な見地からはこうした最終需要に向けて生産活動が行われることとなる。同様に先に示したように、札幌市域内から道外に移輸出される財の大きさは、全道におけるそれぞれの財の生産ごとに移輸出される割合と同様と仮定して、札幌市域内の移輸出からこれを差し引いてそれぞれの財が市域外道内に移出されるものとする、この額は約1兆2千億円となり道外移輸出分は約2千億円となる。

こうした札幌市から道内に向けた移輸出は市域外道内の最終需要、中間需要にみあう投入となるものである。逆に市域外道内から札幌市内にむけた移出は札幌市における最終需要、及び中間需要へと産出されるものであり、これら以外のそれぞれの地域における最終需要及び道外への移輸出が道内における生産を誘発することとなる。こうした分析から札幌市における生産額をみると、約5兆円のうち道外移輸出によるものが約4千億円であり、札幌市域内最終需要によるものが約3兆5千億円、市域外道内の最終需要における生産誘発額が約1兆2千億円と推計される。産業別にみた生産額は、サービス業が約1兆2千億円、卸・小売業が約1兆1千億円、建設業約

8千億円、金融・保険業、不動産業約7千億円となっている。こうした生産活動から所得が形成されるわけであるが、札幌市内最終需要向けであろうと、市域外最終需要であろうと生産活動の中に占める雇用者所得ならびに営業余剰の割合は同じであるとする、産業別、最終需要発生別に所得推計で概念規定される純生産とはほぼ同様な計数を推計することができる。

こうして札幌市における所得形成状況を見ると、総額約2兆5千億円のうち卸・小売業とサービス業がほぼ同額の約6千億円づつとなり、以下金融・保険業、不動産業が約4千億円、建設業が約3千億円、製造業と運輸・通信業がそれぞれ約2千億円となる。卸・小売業では札幌市の所得に占める割合は約24%、サービス業約23%、金融・保険業、不動産業で約16%、建設業約10%、製造業、運輸・通信業でそれぞれ約9%を占めている。

これを最終需要が発生し波及生産を起している地域別にみると、道外に移出している財を生産することによって得られる所得が約2千億円で約8%を占めており、札幌市内において発生する最終需要によって誘発される生産を行うことによって得られる所得が約66%、同様に市域外道内によって得られる所得が約25%である。産業別にみると、札幌市の所得の約25%のシェアを占めている卸・小売業のうち、小売業は当然のことながら市域内最終需要による生産活動が生み出す所得の割合が高い。一方、札幌市の所得の約15%を形成している卸売業では約60%が市域外道内の最終需要にもとづき形成される所得と推計され、市内分は約23%、道外分は約18%となっている。サービス業では当然のこと道外へ移出される財を生産することによって得られる所得は約5%と産業全体での割合よりも小さいが、札幌市内分は約72%、市外道内分は約23%である。サービス業は卸売業と比べて市内割合が高いが、別記するように最近成長の著しい対事業所サービス関連では市域外道内に依存する割合が高い。金融・保険業では札幌市の所得のうち約6%を形成しており、このうち市内分約50%、市域外道内分約37%、道外移輸出分約12%となっている。運輸通信業では札幌市の所得の約9%を形成しており市内分約58%、市域外道内分は約30%、道外移輸出分約12%となっている。そのほか製造業、不動産業とも市内所得形成上1割弱の割合を占めており、市域外道内の最終需要による所得誘発がそれぞれ2割強である。建設業が市内所得に占める割合も1割を超えているが、昭和57年度からの市民所得推計ならびに産業連関表の作成指針上、市内における売上高をもって所得推計の基本とすることとしているため所得を形成するうえで市内比率がほとんどとなっている。

実際には市域外工事による所得形成も大きいものと推計され、このことを勘案すると札幌市域外道内に発生する最終需要によって形成される所得は札幌市内で得られる所得の30%強とも推定される。

このようにみえてくると、札幌市の所得に占める割合の大きい産業でかつ札幌市域外への移輸出による所得形成率の高い卸売業やサービス業、金融・保険業、不動産業及び建設業（推定）、ならびに所得の割合が他の大都市と比べて2倍近い公務を中心として基盤的産業（Basic Industry）を形成し、これらの生産所得が雇用者所得、企業所得ならびに財産所得等に分配されている。これが家計消費支出ならびに住宅ほかの固定資本形成に支払われ、小売業を始めとするそれぞれの産業へと波及し循環的に生産活動が行われ、これにともないこれらの産業で所得が形成されているわけである。

5. 産業活動にかかる収入の少ない市税構成

札幌市における市税の割合は歳入総額の約3分の1を占めているが、他の政令指定都市と比べるとその割合は小さく、また市税の市民一人当たり額については最下位となっている。

市税は個人・法人市民税と固定資産税が中心であり、それらの税で市税収入全体の約8割を占めており、市税はこの3つの税を基軸に個別消費税と事業所税、都市計画税などの目的税が加わる税体系となっている。

札幌市の市税の内訳は個人市民税が37.0%、法人市民税14.0%、固定資産税29.3%、都市計画税7.2%が主なものとなっている。これを他の政令指定都市と比較すれば札幌市の個人市民税の割合については高いものの、法人市民税、電気・ガス税、事業所税の割合は低い。また固定資産税の合計の割合については差が小さいものの償却資産分の割合が低く、総じて企業活動に関係する税目の割合が低いのが特徴である。

札幌市における市民の課題は市民一人当たりの税額で指定都市中最下位であり、そのなかでも産業活動に大きく関連する税目について他の指定都市と比べ大きな差が生じている。その原因のひとつは札幌市においては他の指定都市に比べ土地の固定資産税評価額が低いという状況にあるが、それ以上に産業構造の起因するところが大きいといえる。すなわち第3次産業に特化していて製造業のウエイトが極めて小さいこと、また建設業に依存する割合が高いものの、法人留保が小さく経営が脆弱なことなど、金融・保険業、電気・ガス等の公共サービス業など一部の業種を除けば札幌市で特化している業種全般にわたって法人留保が小さい経営体質となっており、こ

のことがとりわけ市民税法人税割の少ない大きな要因と考えられる。このため、現状の産業構造で推移するならば順調な税収アップは期待できず、他の指定都市と比べてますます差が広がるものと予想される。

ただし、産業振興においてひとつひとつの積み重ねが重要であると同様、産業活動に大きく根をおろした各種税法制度からは税収アップにおける起死回生の方策はなく、産業活動の振興しかも税収を効果的に向上させる業種ならびに経営体質の強化に向けた方策のひとつひとつが必要となっている。このため、行政、財政支出の果たす役割は大きいものといえる。これまで人口急増都市にありがちな歳出に占める小・中学校建設や上下水道、交

通などの生活基盤投資額の割合の増加は、人口の伸びの低下、年齢構成の変化などから早晩おちつきをみせるものと考えられ、この分、他の分野で積極的な財政運営が可能となろう。そのため、例えば札幌市において成長の期待されるシステムハウス、ソフトウェアハウス等の知識集約型産業の振興策が必要であろう。

また、建設業、卸売業は札幌市における産業構成上大きな割合を占めているにもかかわらず、法人市民税の割合は小さい。これはいずれの産業についても、法人化しているとはいうもののそれらの業種の経営体力は弱く、このことが法人所得を小さなものとしているわけである。

北海道農業構造の変化と農民生活

山田 定市 (北海道大学教育学部)

A Changing Agricultural Structure in Hokkaido and Farmer's Life

Sadaichi Yamada (Faculty of Education, Hokkaido University)

I. 農業の縮小・再編と北海道農業

明治初期に北海道の開発が本格化して以来、北海道の経済は、一貫して日本資本主義のフロンティアであり、経済構造変化の中でその「調節弁」の役割を担わされてきた。

戦後から現在までの時期に限ってみても、戦後期の資源開発型の開発政策は、高度経済成長期以降のスクラップ・アンド・ビルドの産業開発政策に移行する過程で大きな転換を遂げた。かつて生産増強の重点とされた産業部門の大部分が一転してスクラップの対象となった。農業、漁業、石炭産業、造船業、鉄鋼業など北海道の基幹産業がほとんどその対象となった。

このような地域産業の破壊はまさに“産業空洞化”に匹敵する事態であるといえるが、この過程で縮小・再編の対象となっている生産部門がどのような状況に置かれているか、その実態と本質を正確に認識することが重要である。

農業のばあい、その生産物の大半は食糧および食品加工原料として消費されるが、その食糧・食料品市場は、一貫して増大し続けている。ちなみに農業・食料関連産業の産出額は1970年度の25兆円から1987年度の92兆円へ

と増大しており、同じ期間に食品工業は10兆円から34兆円に拡大している。また、いわゆる外食産業はいまや全国で23兆円に達する成長部門として大資本の投資戦略の主要な部門の一つになっているほどである。

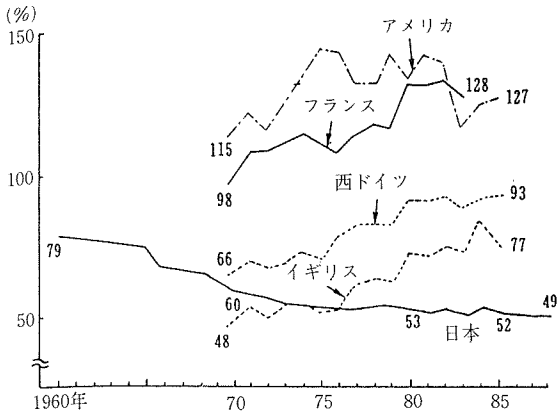
また、日本の食糧生産・消費構造は、その一端を表1に示したように、従来の米を基軸とする構造を基本的に保持しつつ、畜産物・青果物がそれに加わりつつ増大するという変化の中で、日本型食糧消費の構造を形成しており、それに見合う農業生産の発展が社会的に求められている。その意味では農業は今後さらに発展する可能性を持った生産部門である。したがって、現実に行進している農業生産の停滞・縮小の要因を消費・需要構造に求めることはできない。

農業の縮小・再編の直接的契機はむしろ外的・政治的であって、その現実の契機は1960年代以降本格化した農産物貿易自由化とそれに呼応した農業構造政策に求めることができる。いま、日本経済構造協議が最大の政治・経済問題になっている中で、その根源ともいべき日米安保条約の規定「…締約国は、その国際経済政策におけるくい違いを除くことに努め、また両国の間の経済的協力を促進する。」(「日本国とアメリカ合衆国との間の相互協力及び安全保障条約」、第2条)の政治的意義を現

表1 農業生産額の主要部門別構成 (%)

年 度	耕 種 部 門			養 蚕	畜 産	合 計
	米	その他	小 計			
大正14 (1925)	47.0	29.6	76.6	19.1	4.3	100.0
昭和10 (1935)	50.2	33.1	83.3	10.5	6.2	100.0
25 (1950)	56.0	36.3	92.3	2.6	5.1	100.0
30 (1955)	53.2	34.4	87.6	2.8	9.6	100.0
35 (1960)	49.3	35.2	84.5	2.5	13.0	100.0
40 (1965)	43.5	32.5	76.0	2.0	22.0	100.0
45 (1970)	36.4	34.9	71.3	3.4	22.5	100.0
50 (1975)	36.7	33.7	70.4	2.3	24.7	100.0
55 (1980)	28.2	38.3	66.5	2.2	27.7	100.0
60 (1985)	30.0	39.8	69.8	1.3	25.4	100.0

注) 原資料：農林水産省「農業及び農家の社会勘定」



資料：農林水産省「食料需給表」DECD「Food Consumption Statistics, "EC" Food Balance Sheet」等

注：1) カロリー自給率 = $\frac{\text{国産食料による供給熱量}}{\text{総供給熱量}} \times 100$

2) 日本は米の需給均衡を前提とした場合のものである。

図1 主要国の食料自給率の推移 (カロリーベース)

段階の状況を踏まえてあらためて認識することが重要である。

この政策が現実の農業に与えた影響の結果を示す指標は、農産物の自給率の急激な低下にも端的に現れている。図1に示したように、わが国における農産物自給率は1960年を画期として著しい低下を示しているが、これは農産物自由化の本格的実施の時期とほぼ時期を同じくしている。農業の相対的縮小は農産物貿易自由化の直接の帰結にほかならないのである。

このような状況の中で、さらに農業の動向が地域経済の帰趨を直接的に条件づけている典型の地域の一つとして北海道を挙げることができる。貿易自由化の対象品目の大部分を主産物とする北海道農業は、貿易自由化の直撃を受けることとなる。大豆、その他豆類、ばれいしょ、てんさい、麦類、牛乳、その他畜産物が自由化による輸入圧力によって生産の著しい減退を余儀なくされてきた。ちなみに北海道の主要畑作物の作付面積について、1960年を100とする1989年の指数をみると、大豆18、あずき66、

いんげん27、ばれいしょ77、えんばく2.9などとなっている。他方、この間に小麦は約9倍、てんさいは約1.6倍に増加しているが、小麦とてんさいのいちじるしい増大は水田転作の影響によるものであり、畑作物をめぐる地域間競争は畑作地帯のみでなく稲作地帯もふくめて一層熾烈になっている。さらにこのような生産をめぐる競争は近年における畑作物の生産制限、ならびに農産物価格のこの数年にわたる連続的低下でいっそう加速されているのである。

II. 農業生産力の現段階と農民諸階層の動向

1960年後半以降展開されてきた農業構造政策の直接の眼目は、農産物貿易自由化を推進する中で、農家人口・農業労働力の農村外への流出(農業外産業労働力の確保)と農業基盤整備を基礎として農業機械・施設、農業資材などを中心とする農村購買市場の拡大に絞られた。ちなみに農業総資本形成は1960年から87年にかけて約4倍に拡大した(表2参照)。農業基盤整備・土地改良と農業機械化はそのための手段として農業構造改善事業の最重点の一つに据えられた。また、その資金源として、階層選別的な「政府資本」ならびに「制度資金」が決定的な役割を果たした(表3参照)。この結果、日本農業の機

表3 農業固定資本形成に占める政府資本補助金・制度資金

	農業総固定資本(10億円)	政府資本補助金(%)	制度資金(%)
1960	317	20.8	8.5
65	690	22.2	15.0
70	1,012	29.6	27.1
75	2,234	31.4	25.8
80	3,425	43.6	23.2
85	3,671	41.0	18.3
87	3,919	44.4	16.2

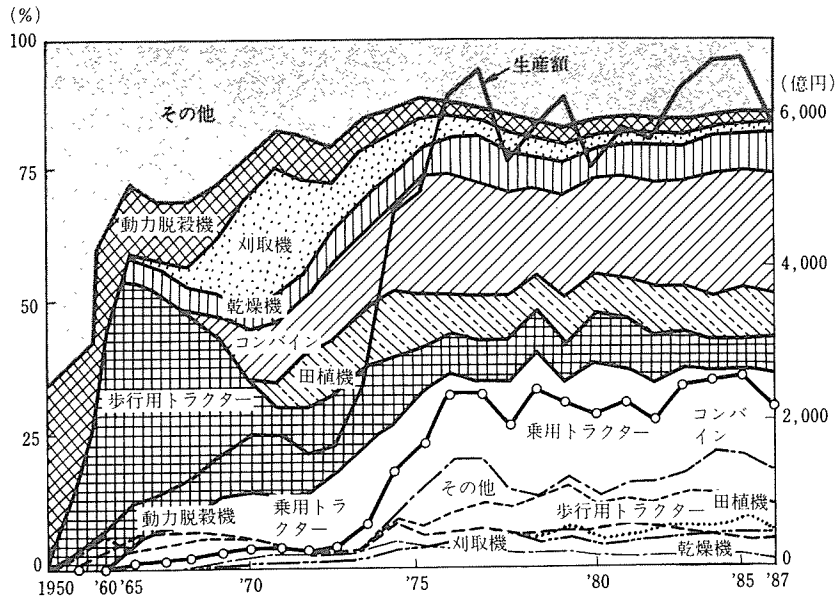
資料：農水省「農業及び農家の社会勘定」

注：制度資金は農業投資に対する貸付分である。

表2 農業総資本形成(1985年度基準)の構成 (%)

年度	土地改良	農業用建物	農機具	植 物	動 物	農業総固定資本形成(10億円)
1960	50.5	10.8	20.4	8.3	100.0	1,015.5
65	44.8	14.6	23.2	9.6	7.8	1,698.1
70	42.4	19.6	24.1	7.2	6.7	2,632.4
75	39.1	18.8	34.1	3.5	4.6	3,364.9
80	48.6	15.6	28.7	2.3	4.7	3,874.7
85	48.0	14.8	31.2	2.2	3.8	3,670.9
87	54.2	12.3	28.2	1.9	3.4	3,937.4

資料：農水省「農業及び農家の社会勘定」



資料) 1. 原資料: 1955年まで, 通産省『機械統計年報』。1960年以降, 通産省『生産動態統計』
 2. 富民協会・毎日新聞社『図で見る昭和農業史』(1989年, この図は藤田六彦氏作成) による(一部補筆)。

図2 農業機械の生産実績の推移

表4 主要農産物投下労働時間(北海道、10アールあたり、時間)

	米	小 麦	ばれいしょ	だ い ず	てんさい
1960	143	45	52	36	81
1965	116	36	36	30	62
1970	91	27	25	30	50
1975	57	5	18	18	37
1980	43	3	14	13	29
1985	36	3	11	12	24
1988	32	4	11	18	21
(同都府県)	50	18	18	37	—

原資料: 農林水産省「農畜産物生産費調査」

械化は、戦前から戦後にかけての道具・畜力農機具段階から1960年代の動力耕耘機段階を経て、70年代以降、大型トラクターを基軸とする大型機械化段階に入り、その技術段階、普及の度合いなどからみて80年代の前半で農民的農業技術体系としてはほぼ一巡した、とみることができる(図2参照)。

この大型農業機械化が日本の農業生産力の新たな段階を画する主要な条件となったことは確かである。この中にあって、北海道は、畑作、酪農を基軸に大型機械の普及の最も高い農業地域であるが、それに伴う農業構造の変化の概要は以下の通りである。

まず、その技術・経営面における積極的側面としては、第1に、農業機械化は農業労働生産性を著しく高め、農

業生産の投下労働を大幅に節約すると同時に(表4参照)、農民を苦汗・過重労働から解放し、農民の労働時間、さらに生活時間を含めて農民の全生活時間を農民自身によって主体的に編成する可能性を作り出した。

第2に、農業機械化、特にトラクターを基軸とする大型機械化は、それによって深耕が可能になることによって土地の内包する潜在的地力(浅耕のときには利用できなかった地力)を利用できる状態に引き出し、さらにその容量を拡大すると同時に、トラクターに各種の付属作業機を接続することによって、さまざまな農作業を機械化し、農業技術の多面的発展を可能とする(トラクターの持つ汎用性)。

第3に、機械化と結合しつつ並行して進行する農業施

設、農業資材の普及は、たとえば育苗、ビニール温室による促成・抑制栽培など、栽培技術の多面的発展（栽培作物の種類・立地範囲の拡大、栽培期間の延長など）の可能性を拡大する。

第4に、このような機械化を軸とする農業技術の発展は、経営面では、まず、基本的には機械化・施設投資の増大を上回る労働費の節約によって生産費・経営費を引き下げる経済的メリットを実現する。さらに、一方では特定の生産部門を中心とする専業大規模化の経済的メリットを実現すると同時に、他方では農業技術の多面的内容を適用して、経営の多面的・集約的発展（特に複合経営の追及）の可能性をもたらす。

以上述べた機械化の可能性としての積極的諸側面は、現実の機械化の過程でも一定程度実現している。

しかし、他面では、このような技術的・経済的メリットの実現を妨げる要因によって現実の農業機械化の過程でさまざまなデメリットと技術的・経済的矛盾が発現していることも否定できない。そのデメリットは主として、現実の農業機械化が農業「近代化」政策のもとで推進されてきたことと密接にかかわっている。第1に、農業技術が、農民的技術として農民の十分な検証を経ないまま政策主導で普及しているため、その技術自体が労働過程内で不均等な発展を示し、機械化の進んだ労働過程とほとんど手作業のままの労働過程が併存し、その結果、ほとんど手作業に依存する労働過程においては、作業の進行が機械化された労働過程に影響されるため新たな過重労働を発生させている（特に婦人担当の作業が多い）。その意味で苦汗労働が完全に解消したわけではない。

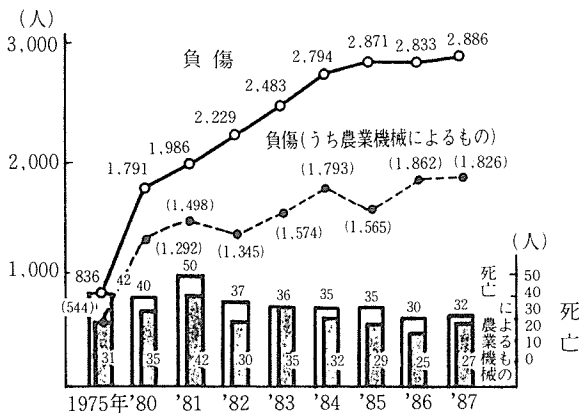
第2に、安全技術の開発と実用化が不十分なために、

農業機械作業や農薬散布に伴う事故・労働災害が依然として多数発生し増大し続けている（図3参照）。また、農薬や除草剤の大量使用による有害物の生産物への混入・残留（食品公害）や散布作業者の身体への影響、という事態を生じている。この結果、第1に指摘したこともかかわって、農民家族の中で、新たな生活・健康問題を発生し、さらに生産物を通して消費者にも及んでいる。

第3に、農業機械化が現実には農業経営の規模拡大と並行して進行する結果、農民の総労働時間は労働能率の上昇にもかかわらずいっこうに減少せず、経営規模拡大のテンポの急速な経営においては、逆に家族労働力労働時間を拡大する事態を生じている。この点は経営規模拡大が特に急激であった酪農経営などに端的に示されている（表5参照）。

第4に、農業の場合、農業機械化は地力の維持・増進と結合して行われなければならないが、現実にはもっぱら機械化が優先し後者が無視ないし軽視されてきたため、地力の著しい低下をもたらしている。さらに地力の低下によって病虫害の発生が増大し、農薬の大量使用を促進している。

第5に、現実の農業機械化が農民の経営条件に十分適合しないまま政策的に推進されている結果、効率的機械・施設の利用を困難にして、予期した費用節約効果が発揮されていないことが指摘できる。他方、機械化とそれに伴う新規投資の増大の中で、逆に農家の経済的負担を過重にしている。さらに、機械化のテンポが農民経営の資本（資金）蓄積のテンポを上回って進行する結果、農業経営の中で他人資本（借入金）への依存度を高め、



資料）北海道農政部農業改良課調べ、北海道農作業安全運動推進本部調べ。

図3 農作業事故の発生状況（北海道）

表5 自家農業労働時間の推移（北海道）—酪農—

酪農単一経営 搾乳頭数規模別	1965年	1970	1975	1980
5～6頭	5,422	5,168	3,980	6,877
7～9	5,747	4,679		
10～14	—	6,710	6,007	5,679
15～19	—		6,939	5,597
20～29	—	9,273	8,704	7,673
30頭以上	—			8,599
平均飼養頭数（頭）	6.4	12.5	22.5	35.1

注：1. 単位：時間
 2. 資料：農林水産省「農家の形態別にみた農家経済」、「農業サンエス」
 3. 酪農単一経営であるが、小規模経営では酪農以外の部門の従事時間を含んでいる。

利子負担を拡大している。

また、近年における数年連続の農産物価格の引き下げは、当該作目の多い北海道では農家経済に甚大な影響を与え、投資の回収と長期的営農計画の計画的遂行を妨げている。この数年の農産物価格の動向は表6に示したとおりである。この間に10%を上回る引き下げは行われたわけであるが、農業所得率を勘案すれば農家所得の減収

はこれに倍するとみることができる。さらにこれに追い打ちをかけてきたのが稲作減反ならびに畑作物の生産制限である。これによって農家の自由で自主的な生産計画の実施は事実上不可能となった。このような具体的な施策は国の政策の転換によってもたらされている。このことは例えば国の農業関係予算の推移に端的に示されている。表7によると、第1に、農業関係予算が一般会計予

表6 主要農産物価格の推移

単位：円

	コメ(60kg)	小麦(60kg)	だいが(60kg)	でん粉用ばれいしょ (1t)	てんさい(1t)	加工原料乳(1kg)
1980	17,674	10,704	16,780	17,030	19,380	88.87
84	18,668	11,092	17,210	17,480	20,260	90.07
85	18,668	11,092	17,210	17,480	20,260	90.07
86	18,668	10,963	16,925	17,190	20,010	87.57
87	17,557	10,425	15,935	16,184	19,060	82.75
88	16,743	9,945	15,060	15,300	18,260	79.83
89	16,743	9,597	15,060	15,300	18,260	79.83
'89/'84	89.7	86.5	87.5	87.5	90.1	88.6

表7 農業関係予算の構成割合の推移

単位：%

主 な 内 訳	1965	1970	1980	1985	1989
生産対策	46.8	42.6	57.1	56.5	62.2
農業構造の改善	5.8	3.9	5.9	11.6	12.6
価格流通及び所得対策	40.4	47.1	26.7	23.3	15.0
農業従事者の福祉の向上	0.4	0.6	1.6	1.5	1.3
その他	6.6	5.8	8.7	7.1	8.9
計	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
金額(10億円)	346	885	3,129	2,717	2,420
一般会計予算に占める割合	9.2	10.6	7.1	5.1	4.0

(注) 原資料：農林水産省予算課調べ

表8 農家経済の概要—北海道—(1988年度、千円)

	稲 作	畑 作	酪 農
農業粗収入	5,331	16,242	29,072
農業経営費	3,333	10,651	19,671
農業所得	1,998	5,591	9,399
家 計 費	4,178	4,916	4,795
借入金残高	7,875	15,649	24,989
農業所得率(%)	1988 37	34	32
	1965 59	54	40

原資料：農林水産省「農家経済調査」

表9 農家戸数・農業就業人口の推移

	農家戸数		農業就業人口	
	農家戸数	同指数	農業就業人口	同指数
	戸		人	
1960	233,634	100	608,852	100
65	198,969	85	475,330	78
70	165,978	71	426,312	70
75	134,263	57	303,450	50
80	119,644	51	270,520	44
85	109,315	47	246,999	41
86	107,249	46	244,860	40
87	105,180	45	241,040	40
88	101,780	44	231,660	38
89	99,432	43	223,320	37

資料：農林水産省「農業センサス」、北海道「農業基本調査」

算に占める割合は、1970年には10.6%占めていたがその後低下し、1989年には4%にまで下がっている。また、この中で「価格流通及び所得対策」は1970年には47%を占めていたがその後低下し、1989年には15%になっている。所得保障政策のいちじるしい後退を意味している。第2に、「生産対策」及び「農業構造の改善」の項目の比率が相対的に上昇しているが、これは選別的に政策対象を地域的・階層的に絞る施策であり、農民層分解を促進する要因となる性格を持っている。

以上述べた農業をめぐる技術的・経済的条件のもとで、農家経済は一段と悪化し(表8参照)、農民層分解を激化している。兼業の機会が相対的に少ない北海道では農家経済の悪化は離農に直結する。表9に示したように、1960年に23万4千戸であった農家戸数も1989年にはついに10万戸を割り9万9千400戸になっている。さらにこの数年の動きを見ても、1981年から3年ほどは、1年間の離農戸数も2千戸を下回り、比率も2%以下で推移したが、最近、再び離農が増加し、戸数で2、3千戸、比率で2、3%に達している。農民層分解がさらに激しくなっているのである。また、農業就業人口の減少もいちじるしく、1960年を100とする指数は1989年には37まで減少している。このことはとりわけ農村青少年の急激な

減少とそれにとまなう後継者不足という深刻な事態を生み出している(表10参照)。他方、農業労働力に占める女性の比率はきわめて高くなっており、いまや基幹的労働力となっている(表11参照)。

Ⅲ. 農業・農村における新たな動向—農民的農業の発展条件

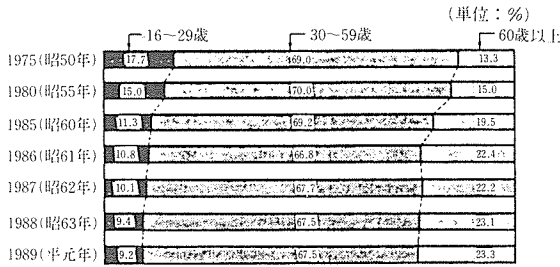
1. 地域的・集团的生産力の発展と地域農業の対抗的構造

農民経営が支配的な生産様式である日本、さらに北海道の農業においては、農業生産力は基本的には個々の経営のもとで個別的生産力として形成・展開するが、それで自己完結するわけではない。例えば、土地改良施設、農業用水、農業倉庫、流通施設などの中には、共同利用・管理のもとにおかれているものも少なくない。

とりわけ、大型機械化・施設化の進展は、生産手段の共同利用を基軸にして農業の地域的・集团的生産力を形成する基礎的条件をなす。ここで地域的生産力とは、農業生産力が農民経営を基礎として形成・発展しつつも、さらにその地域的関連の中で展開することを意味する。また、集团的生産力とは、農業生産力が個別農民経営を基礎としつつも、さらに個別農民経営間の共同によって相互に補完しつつ展開することを意味する。そのさい、共同化の主体は個別農民経営であって、共同化・共同組織はあくまでもこれを補完する位置に立つにとどまる。

このような共同化は農業機械化・施設化のもとにおける農民の自発的行為としての性格を持つが、他方、農業政策による地域農業の再編成の手段としての意義も合わせ持っている。1970年以降、いわゆる農業システム化が推進されてきたが、まさにこの共同化をめぐる二つの方向が対抗的構造を形成してきたのである。

農民の側からみれば、地域農政の推進は、農民的農業



資料：農林水産省「農業センサス」、「農業調査」

表10 基幹的農業従事者数に占める青少年の割合

表11 婦人の農業就業状況 (単位：人・%)

年 度	農業就業人口に占める婦人の割合			左のうち150日以上	
	農業就業人口 A	左のうち女性 B	比 率 A/B	女性150日以上 C	比 率 C/A
1980	270,535	144,478	53.4	85,631	59.3
1985	246,996	131,511	53.2	79,449	60.4
1986	244,860	127,720	52.2	82,980	65.0
1987	241,040	126,690	52.6	81,650	64.4
1988	231,660	121,460	52.4	77,180	63.5
1989	223,320	116,950	52.4	78,550	67.2

資料：農林水産省「農業センサス」、「農業調査」

の発展にとってはその制約条件として作用するが、その中であって、その政策的諸条件をみずからの経営の発展条件として最大限に取り込もうとする主体的な努力もなされている。この点は地域農業の重層的構造の中で一層鮮明となる。

すなわち、地域農業の基底には、個別農民経営がまず位置づく。そのうえに、主として集落レベルで集落・自治組織、生産組織（機械共同利用組合など）、作物別生産部会などが存立し、さらにそのうえに、市町村自治体レベルでは、市町村自治体、農協、農業団体・組織、農民運動組織、などが存立する（図4参照）。さらに都道府県レベルでは、都道府県ならびにほぼこの圏域に対応して農協、農業団体・組織の連合組織が存立する。国のレベルの組織がさらにそのうえに存立する。

このように今日の農業構造は、単に個別経営の集合として存在するのではなく、それを補完する諸組織との入り組んだ構造をなしているのである。このような見方に立つならば、いま、農協系統組織ならびに行政で進めようとしている農協広域合併は、表12にその概要を示したように、数か市町村に1農協の割合（ちなみに北海道の市町村は212）の大型合併農協を目論んでいるが、こ

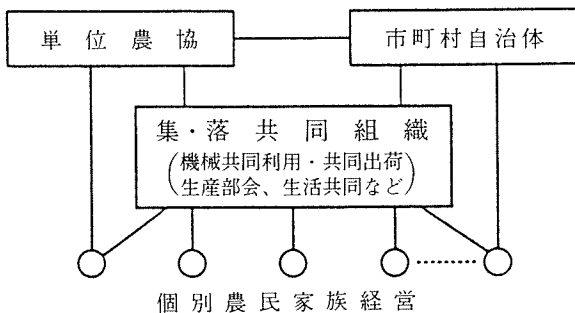


図4 地域農業の重層構造

れは地域農業の根幹ともいべき市町村自治体と農協のいわば「車の両輪」の相互関係を農協の「経済合理主義」で一方向的に破棄することにはほかならない（合併の目指す経済的メリットは農協の事業連合、連合会の体質改善、地域的連合会の組織化、などの手段によって実現可能である）。

2. 生活・健康問題と地域問題

以上述べたような農民の集団的・地域的關係は、単に農民間の関係にとどまらず、地域の住民諸階層に及ぶ社会的関係として発展しつつある。

第1には、食生活への関心の高まりが消費者（都市勤労者）と生産者（農民）との相互の結びつきを強めつつあることに現れている。産直運動がその典型である。消費者は食べ物の安全性と質を重視し、生産農民も有機農業などを通して、従来の機械化に伴う諸問題の克服に努力し始めている。そのさい、両者に共通しているのは生活・健康問題への関心である。このような活動はさまざまな組織・グループによって多彩に繰り広げられているが、その中で、組織的には農協と生協の共同も可能になっている。

第2に、住民の関心が自らの個人的生活・健康問題から地域の環境問題、地域的保健・医療問題などへと広がり深まっている。保健所、農協、農業改良普及所、地域医療機関の相互の連携がこの中で作られつつある。

第3に、これらは地域問題へと展開し、地域づくり、地域福祉、地域医療、地域文化などの諸領域にわたり、幅広い住民運動として発展しつつある。そして、その中で、農業・農村の意義と役割が再評価されつつあることも確かである。さらにこのような中で、北海道の農業は基幹産業の一つとして多面的な発展の可能性を持っていることが次第に認識され、そのような認識に立って北海

表12 農協合併の計画（北海道）

地区名	1988年4月1日現在農協数	1995年度末合併目標	地区名	1988年4月1日現在農協数	1995年度末合併目標
函館	22	4	稚内	8	1
倶知安	18	2	北見	35	15
苫小牧	22	5	帯広	26	20
札幌	18	4	釧路	13	1
岩見沢	37	11	中標津	9	1
留萌	11	3			
旭川	40	9	計	259	76

資料：第18回北海道農協大会議案より

道農業を守り発展させる運動も前進しつつあるのである。

主要参考文献

- 1) 田代洋一『日本に農業はいらないか』, 大月書店, 1987
- 2) 田中 修『日本資本主義と北海道』, 北海道大学図書刊行会, 1986
- 3) 湯沢誠編『北海道農業論』, 日本経済評論社, 1984
- 4) 田畑 保『北海道の農村社会』, 日本経済評論社, 1986
- 5) 七戸長生・大沼盛男・吉田英雄『日本のフロンティアの行方』, 日本経済評論社, 1985年
- 6) 美土路達雄編著『北のくらしと家政学』, 北海道大学図書刊行会, 1987
- 7) 山田定市『地域農業と農民教育』, 日本経済評論社, 1980
- 8) 山田定市「北海道の主体形成」, 日本科学者会議『日本の科学者』, 1989年11月号
- 9) 大沼盛男・松井安信・鈴木敏正・山田定市編『北海道経済図説』, 北海道大学図書刊行会, 1990

炭鉱離職者の「労災職業病110番」運動

橋口俊則¹⁾、水上恭助²⁾

¹⁾九州社会医学研究所、²⁾医療法人親仁会・中央診療所

Movement for Finding Occupational Diseases among the Unemployed Coal Miners

Toshinori Hashiguchi¹⁾, Kyosuke Mizukami²⁾

¹⁾Kyushu research institute for social medicine, ²⁾Shinjinkai, Chuo clinic

I. はじめに

三池鉱山は、三井三池鉱山というように、明治22年(1889年)に三井財閥に官営から払い下げられて、三井のドル箱として君臨していた鉱山である。その鉱脈は福岡県大牟田市の地底を縦横に走り、有明海から熊本まで伸びている。かつては、万田坑、宮浦坑、四山坑、三川坑、有明坑など多くの坑口からなっていたが、いまは三池坑(旧有明坑)の一坑のみになってしまった(図1、2)。

これは、日本における石炭産業において、石炭から石油へのエネルギー革命以後、減産と石炭鉱山労働者の首切りが続いた結果である。1986年11月、「昭和62年より5年間で最終的には1000万^トの石炭供給とするため石炭生産規模の段階的縮小と体制の集約化をエネルギー政策上の観点と産業構造調整の一環としての観点から検討する」という第8次石炭政策のもと、長崎県の高島炭鉱、北海道の砂川、幌内、南大夕炭炭鉱などが完全に閉山となり、福岡県の三池炭鉱においては3年連続の減産と人減らし合理化が強行された。まず、この合理化がどのように進化したのかを簡単にみてみたい。

II. 人減らし合理化の嵐

第8次石炭政策が出された翌年1987年5月に三池鉱山のそれまでであった四山坑と三川坑の2坑を統合し、第一坑として、有明坑を第二坑として組織縮小をすると同時に、三井三池鉱業所の炭鉱労働者の中から「希望退職者」ということで離職を強制し、人減らしを図った。この第一次合理化で406名の「希望退職者」がヤマを去った。1988年4月にも第二次合理化が行われ、三井鉱業所は企業としての人員削減目標を610名と提案し、今回は「希

望退職者」で目標削減人員に満たない場合は「基準退職者」という名目で満53歳以上の高齢者を対象に首切りをした。「希望退職者」343名、「基準退職者」356名をあわせて699名の離職者が出た。1989年7月にも3年連続の第三次合理化が行われ、「希望退職者」618名を離職に追いやり、更に今回は「基準退職者」とは逆に若年者対象にして関連会社に「出向派遣」という名目で人減らし合理化をした。と同時に、第一坑と第二坑を更に統合し一坑体制に縮小もされた。

この3年間という短い期間に、三井鉱業所常用労働者(「本工」と呼ばれている)が1700名余り、それに子会社、孫会社で雇用されている下請け労働者が離職を強制され、解雇されたのである。

III. 「労災職業病110番」開設

そして、これらの人達の中にはじん肺、振動病、騒音性難聴などの坑夫の労災職業病を持ちながらも、これらを労災職業病として知らずに、さまざまな症状を抱えたまま生活をしている人がいる。

これまで、大牟田・荒尾労災患者の会が独自に様々な労働者からの労災相談を行っていた。最近特に増えてきた元炭鉱労働者からの労災職業病の相談が相ついだため、電話での相談、離職者に対するアンケート調査、地域での労災職業病自主健診・学習会、そして労災問題についてのアドバイスを主な活動として、1989年10月に「労災職業病110番」を開設した。この運動を支えるものとして大牟田・荒尾労災患者の会を中心に医療機関、弁護士事務所、それに研究所で実行委員会を結成し、炭鉱離職者にたいしての呼びかけ運動を幅広く展開した。

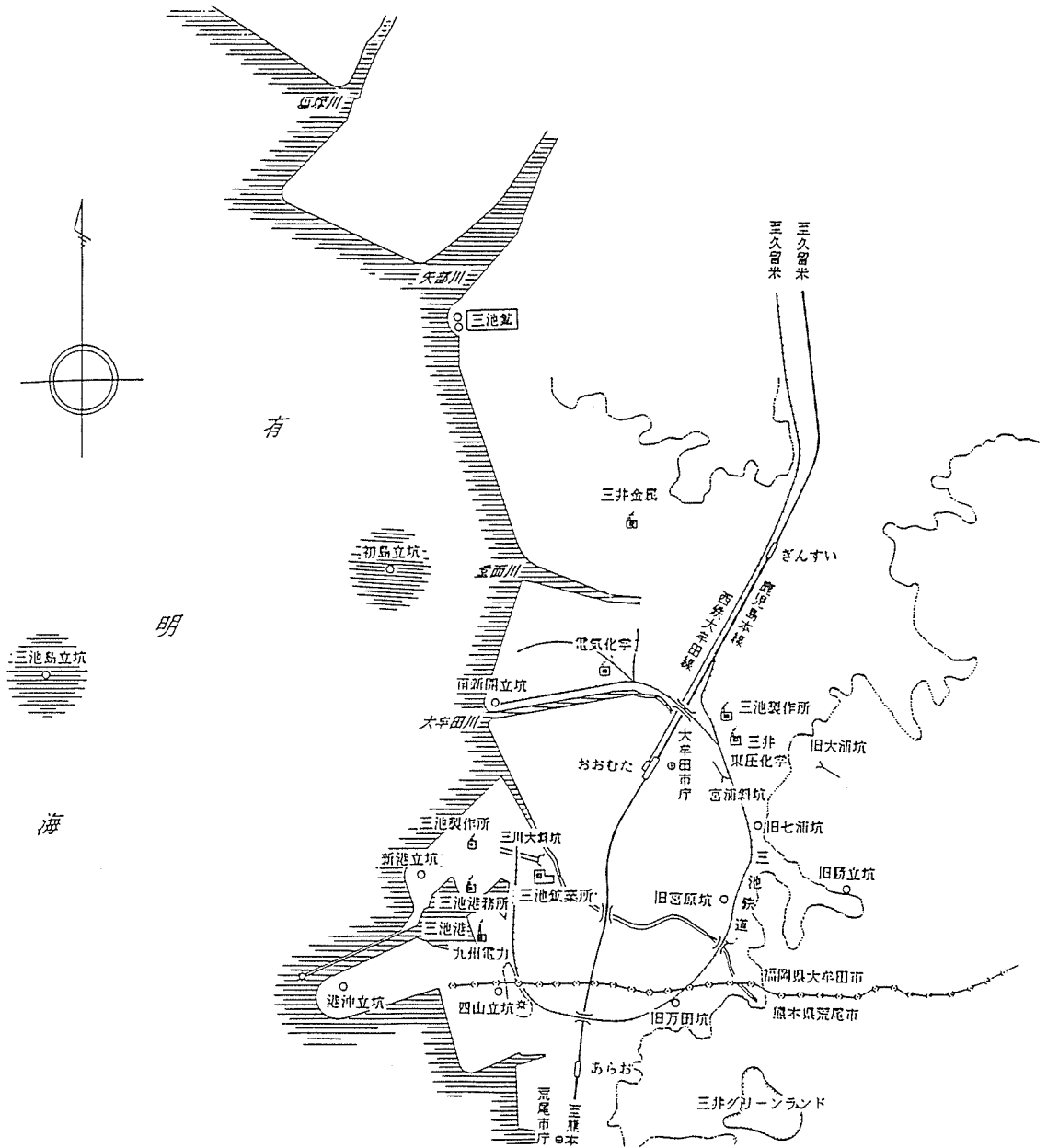
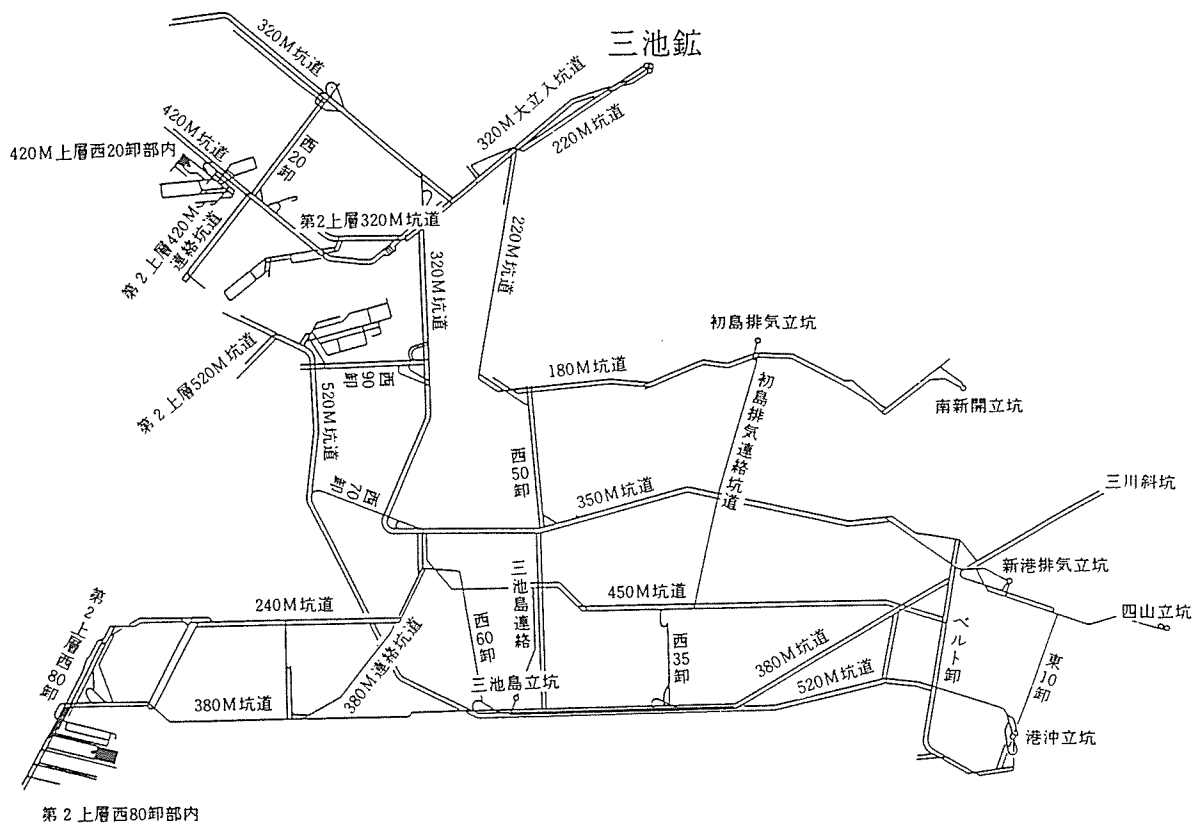


図1 三池炭鉱位置図



三池炭鉱模式断面図

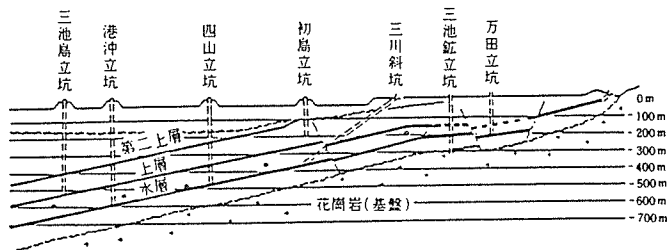


図2 三池炭鉱坑内図

IV. 電話相談

その結果、電話による相談などでは「咳、痰、息切れがあり、じん肺ではないだろうか?」「寒くなると手指が冷たく、死んだ人の手のように白くなる」「腰が痛くても、在職中は会社に言っても、取りあってもらえなかった」など炭鉱離職者からの切実な声が聞こえた。具体的な数字をあげると、電話相談件数は36件であった。相談者は本人から31件、妻などの家族から5件であった。相談内容は塵肺がほとんどであったが、聞き取りの中で手腕のしびれ、痛み、白ろう、耳が遠い、腰が痛いなどの振動病、騒音性難聴、腰痛症の症状を訴えも多かった。

V. 下請け労働者へのアンケート調査

また、われわれ「労災職業病110番」実行委員会として、弱い立場にある元下請け炭鉱労働者は労災職業病が表面化しにくいと考えられたため、ハガキの郵送によるアンケート調査をした。離職した下請け労働者のうち325名にアンケート調査ができたが、そのうち53名(16.3%)が回答を寄せ、73名(22.5%)が転居不明で返却されてきた。それ以外の199名(61.2%)からは回答を寄せられていない。この寄せられた回答53名のうち腰痛23名、耳鳴22名、咳痰18名、息切れ13名、手指しびれ16名、白ろう2名と症状を訴える者がいた。

VI. 塵肺掘り起こし健診

電話相談やアンケート調査などから炭鉱離職者の中に労災職業病をもつ者も多いことが浮かび上がってきた。その掘り起こしのため、1990年5月から12月までに地域

表1 年齢別・X線病型別 (健診受診者数)

年齢	-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-	総計
O型	2	10	11	7	3	13	46
一型	1	4	13	9	5	5	37
二型	1	0	4	3	2	4	14
三型	1	1	4	2	1	3	12
四型	0	0	0	0	1	0	1
総計	5	15	32	21	12	25	110

での労災職業病学習会を2回、塵肺健診を3回、保健所や公民館の協力のもとで実施した。この塵肺健診では総数110名の炭鉱離職者が受診したが、その結果について報告したい。

110名の受診者のうち、本工88名、下請け工22名であり、職種は掘進59名、採炭43名、仕繰26名、その他20名であった。

受診者のうち胸部X線病型別内訳は表1に示したとおりで、有所見者は63名(57%)で、一型37名(34%)、二型14名(13%)、三型12名(11%)、四型1名(1%)であった。年齢区分として、40歳代5名、50歳代47名、60歳代33名、70歳代25名であった。

離職してから健診受診までの期間をみみると、表2に示したように、1年未満17名、1~2年未満10名、2年~3年未満15名と第8次石炭政策で離職を強制された者が多く、健康に対する不安も強いことがわかる。離職してから受診まで10年以上の者は、塵肺の進展性からは当然であるが、息切れや咳痰などの症状があつて受診した者が多かった。

塵肺は粉塵暴露中止後も進展することが知られている。このため、労働安全衛生法に基づいて、離職の際または離職後、塵肺管理区分が管理3であると認められた者に対しては「健康管理手帳」が交付され、年1回塵肺健診の受診機会の供与がなされている。しかしながら、二型以上のX線病型を有した離職者25名のうち、この「健康管理手帳」を交付されていたのが、7名(28%)しかいなかった。また、40歳代の4名は今も坑夫として坑内作業に従事しているものであったが、X線病型では二型1名、三型1名であったが、塵肺を指摘されたのは初めてということである。

塵肺健診で、多くの塵肺患者が発見されたことは、塵肺は粉塵暴露中止後も進展することが知られているにもかかわらず、離職後は自己申請に任されたままで放置されていることの現れでもあろうし、また、炭鉱労働の現役中には塵肺法に基づく塵肺定期健診が実施されているが、その結果がなかなか労働者本人まで報告されていないという実態があることなども大きく関与していると考えられた。

表2 離職してからの健診受診までの期間 (健診受診者数)

年数	1	2	3	4	5	6-9	10-14	15-19	20-	現役
人数	17	10	15	3	4	13	10	11	23	4

Ⅶ. 最後に

人減らし「合理化」のもと、ある解雇された下請け労働者は、約20年間苛酷な重筋労働を続けた後、元請け企業である三井鉱山の都合で会社は閉鎖され、離職する際にもらった退職金は30~40万円のみであった。考えられないような安い退職金にくわえ、元請け企業は財務対策の一環として社宅敷地を市に売却を進めている関係で、社宅居住者に立ち退きを強制している。このように炭鉱離職者は健康障害とともに、生活に対しても何ら保障されずにボロ切れのように捨てられようとしているのである。

一方、「労災職業病110番」運動を展開する中で現役労働者からも相談がきている。紹介すると、「人減らし合理化を前後して岩盤掘進には大型ロードヘッダー、採炭にはMHP（高出力採炭設備）や沿層掘進などの大型機械が導入され、以前のようなマイト掘進とは比べられないほどの粉塵が一日中坑内に流れている」、「合理化による人員不足と無理な重筋労働で外傷性腰部捻挫が多発している」、「現場では労働者が減りすぎて保安上の問題が表面化して労働災害の危険を招く恐れも出てきている」などである。

かつて、高度成長時代にも人減らし「合理化」で炭鉱労働災害の発生が増大し、昭和38年11月の三池の炭鉱大爆発で458名が死亡し、836名が一酸化炭素中毒になった。

これは保安無視の人減らし「合理化」によるとも言われているが、今日の「合理化」も現場労働者の声を聞くと、同じような大災害が繰り返されるのではないかと危惧される。

こうして考えると、「労災職業病110番」運動から得られた今後の課題が浮かび上がってくる。塵肺の直接原因は粉塵である。これは労働医学的にはわかり過ぎるほど明確なことである。しかし、一人の労働者が塵肺になることは粉塵という直接原因だけでなく、労働者のおかれている状況、つまり現場での労働条件だけでなく、労働者の日々の生活条件をつぶさに観察することで本当の原因を見いだすことができれば、労災職業病を掘り起こす運動から本当の原因の責任追求、労災職業病を一人でもつくりたくない運動へ広く展開することになるだろう。

参考文献

- 1) 新藤東洋男：大牟田の近現代史 — 鉱工業都市の過去と現在 —, 大牟田の教育・文化を考える会, 1977
- 2) 正田誠一：九州石炭産業史論, 九州大学出版会, 1987
- 3) 小島恒久：九州における近代産業の発展, 九州大学出版会, 1988

バンングラディッシュ出身者の生活と健康に関する 問題の予備的研究

富永 哲¹⁾、若林チヒロ²⁾、山崎喜比古³⁾

¹⁾三菱総合研究所人間環境研究室、²⁾お茶の水女子大学家政学研究科、³⁾東京大学医学部保健社会学教室

Preliminary Study on Life and Health Problems of Bangladeshies in Recent Japan.

A. Tominaga¹⁾, C. Wakabayashi²⁾, Y. Yamazaki³⁾

¹⁾Mitsubishi Research Institute Inc. Health and Human Service Section

²⁾Ochanomizu University, Department of Home Economics

³⁾University of Tokyo, Faculty of Medicine, Department of Health Sociology

I. はじめに

近年、日本においては在日アジア系外国人が急激に増加している。アジア諸国からの1980年の新規入国者数が957,260人であるのに対して、1988年には1,387,050人と、45%近い増加を示している¹⁾²⁾。

これに伴い、外国人による犯罪、近隣の日本人とのトラブル、結核などの健康問題、不法就労といった様々な問題が“外国人問題”としてマスコミ等で取上げられている。

しかし、その一方で、彼ら日本で暮す個々のアジア人の日常的な生活実態に関して目が向けられる事は多くなかった。特に、本研究の対象としたバンングラディッシュ人については、これまでの外国人調査の中でもごく少数しかとらえられず、集計上独立して扱われることはほとんどなかった。

本研究は、以上をふまえてバンングラディッシュ人の生活実態について調査し、健康上の問題及びそれらに関わる生活上の問題点について明らかにすることを目的としている。

II. バンングラディッシュ人の来日状況

バンングラディッシュからの入国は1985年ころから徐々に増え始め、86年の新規入国は前年比92.2%増、88年は147.2%増と著しく増加した。1986年では新規入国者のうち、観光ビザが1,840人だったのに対して、就学を目的とするビザでの入国が795人と新規入国者全体の30%

いた。しかしその後バンングラディッシュ人就学生に対する規制が厳しくなり、87年には就学を目的とするビザでの新規入国者が38人にまで減少し、観光ビザによる入国が中心となった。入国者が最も多い88年には、新規入国者13,994人中9,664人までが観光ビザによる入国である。89年1月にビザの免除協定を一時停止したため、以後、来日者は激減したが、89年の総入国者数は3,425人で、84年以前の総入国者数は上回っている。近年、再び就学生の割合が増加する傾向にあるが、これは観光ビザでの入国が困難になったのに対して、就学生としてなら比較的容易に日本に入国・滞在ができるため、また相変わらず来日への強い希望があるためと思われる。

III. 調査の方法

(1) 質問紙調査及びインタビュー調査

東京都北区内某病院のカルテよりバンングラディッシュ人と思われる来院者に調査協力依頼状(質問紙を同封)を送付し、その後回収を兼ねて対象者の住居を訪問し、インタビューを行った。同時に、新たに出会ったバンングラディッシュ人に質問紙を手渡し、回答を依頼した。質問紙の回収数は25であり、インタビューを行った相手は28人(質問紙調査の対象者10人を含む)である。なお、インタビューについては面接、電話等1人につき数回行われている。

調査時期は1989年8月からほぼ1年にわたった。

(2) バンングラディッシュにおける現地調査

バングラディッシュにおいて、かつて日本に行った経験のある者26人にインタビューを行った。この26人については渡日経験のある者およびインタビュー対象者に紹介されている。また、日本に行ったことのない学生を中心に、どうして人々が日本に行きたがるのかについてたずねた。

調査時期は1989年12月であった。

IV. 調査結果

1. 基本属性

性別：全て男性であった。

年齢：20歳代が最も多かった。しかし、彼らの年齢については、若すぎると入国しにくい等の理由で、20歳前後の者がパスポートの年齢を水増ししている例もあり、注意が必要である。

学歴：ほとんどが College または University であり、バングラディッシュでは College 以上の在学率が3.32%³⁾である事を考慮すると、回答者の学歴はかなり高いといえる。College は日本の高等学校にはほぼ相当する。

2. 住居

1部屋に2人以上で住んでいる場合が多い。これは、家賃が高いことと、アジア系外国人はアパートが借りにくいことが関係していると思われる。実際に日本に来て住居が見つからないため友人の住居にそのまま住んでいるというケースもある。また、銭湯に行くのがいやなために、あえて高い家賃を払って風呂付きのアパートに住んでいるケースもあった。

一方、対象者の中にはかつて関東近郊に住んでいた者、または調査期間中に関東近郊に移り住んだ者がおり、彼らの場合には東京都内に住む者に比べて広さ、家賃等住居に関する条件は恵まれていた。

3. 健康について

質問紙調査において身体的な問題として最も多くあげられていたのは胃腸の不調（7人/25人）であった。

また、インタビューでは、酒の飲み過ぎで肝臓を悪くしている者がいた（2ケース）。その他に、プレス工場ですみ取りで右手小指をはさみ、指が動かなくなったケース、入管法改正が気掛かりで不眠と頭痛に悩まされたというケースがある。

体重の急激な減少、食欲不振、腹痛等の症状が出た場合に医療機関にかかっても、医師に「問題ない」と言われてしまい、快方に向わないというケースもある。

質問紙調査において、健康保険証を持っていない者は25人中5人であった。その理由として、保険料が高いこと、加入の手続きがわからないことがあげられている。保険証の貸し借りは、就学生・留学生に知合いがいる者の一部で行なわれている。

また、質問紙調査において、医療機関にかかることに対して抵抗があるとした者が4名おり、いずれもその理由として言葉の問題を挙げている。抵抗はなくとも、言葉が通じにくいことで、十分な治療が行なわれないのでは、という不安を訴える者もいた。

ただし、質問紙調査で健康保険証の所持率が75%、医療機関にかかることに対して抵抗を示さない者が84%と、いずれも比較的高率であることについては、本調査が病院への来院者を足掛りとして始められていることによるバイアスがかかっていることを考慮する必要がある。

4. 飲酒・喫煙

質問紙調査によれば、酒は25人中15人が飲んでいるが、ほとんどが1週間に1～2日程度。また、たばこを喫う者は19人であった。日本で初めて、という者は、飲酒7人、喫煙9人であった。この割合は他国出身者に比べて高い。

5. 来日目的

質問紙調査によれば、来日目的に就労をあげるものは少なく、日本語の習得、日本の大学への入学などが多くなっている。

数回にわたるインタビューから推察するに、母国の家族を養うための出稼ぎは少なく、日本でひと財産稼ぐ、または日本で勉強して、母国での就職を有利にしようという気持が強いようである。確かに、日本での賃金の高さはバングラディッシュでは既に一般に知られており、旅費さえあれば誰もが行きたがるという状況はある。しかし、母国で、大学等を卒業しても職に就けない者や学生で来日した者の気持としては、“経済的には問題ないが、母国で満足な職がないのなら外国で働いてみたい”といった理由や、日本という先進国への憧れが強く働いているようで、出稼ぎのみが目的とは言い切れない。また、日本に永住するつもりでいる者は少数である。

6. 仕事について

職種は、都内では飲食店やホテル等も見られるが、郊外では工員がほとんどである。また、飲食店で働いているのは就学生・学生が多い。

労働時間は、学生は、夕方から夜12時頃までという者

が多いが、工場で働いている者は、学生が少ないこともあり、朝から夕方まで、残業が加われば19時～21時までの就労となる。深夜就労は2ケースあったが、それらの職場では深夜就労者のほとんどがバングラディッシュ人であったという。

現在は、初期の就学生ビザが切れ始め、さらに、1990年6月の入管法改正もあり、都内から群馬県等の首都圏郊外や愛知県などに移り、工員として働く者が多くなってきたようである。

V. 考察 — 健康をめぐる諸問題を中心に —

以上の結果をふまえて、バングラディッシュ人の健康をめぐる諸問題についてまとめた上で、それぞれの関係について結んだものが図1である。矢印がついているのは、本調査では確証が得られなかったものの、なんらかの関係があると推察したものである。以下、図1について説明する。

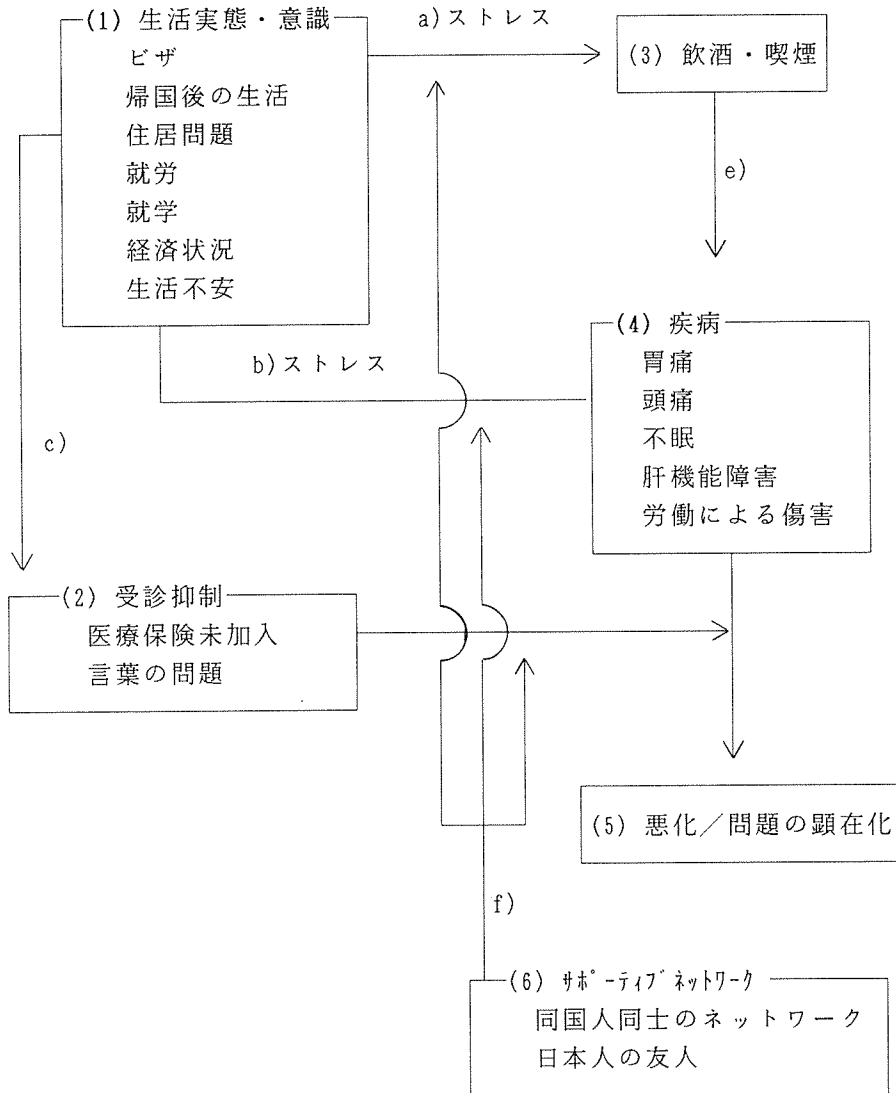


図1 在日バングラディッシュ人の健康をめぐる諸問題

1. 生活実態・意識

ここでは、日本で暮らすバングラディッシュ人の生活や、そこから生れる意識・不安等を受診抑制につながるもの、及びストレスラーとして位置付けている。

①ビザ：日本における調査の過程で、多くのバングラディッシュ人がビザおよび入国管理局に対する不安、不満を語っていた。その時点での滞在は保証されている就学生ビザの所有者であっても、その更新または留学生ビザへの変更については不安をもっている。

②母国での生活との関係：本調査の対象者の多くは、母国において自分の望む職につけなかった者、または学生であった。中には、渡日を両親に反対されている者もあり、彼らは、母国で就職できるだけの技術や知識、または事業を起こせるだけの金銭を手に入れなければならないというプレッシャーを感じている場合がある。

③住居問題：先に述べたように、アジア系外国人であるバングラディッシュ人にとって、就労先と独立して日本での住居をみつけるのは困難なことである。そのうえ一旦みつかったも、大家、近隣とのトラブル（大家の許可なしに友人を同居させる、深夜に騒ぐ等）などにより出て行かざるを得ない場合もある。

④就労：プレスで小指を挟んだ工員のケースは先にあげたが、今後バングラディッシュ人の工場労働が多くなるにつれて、こういった事故が増えるものと予想される。

⑤就学：日本語学校の期限は2年間であり、それを過ぎると母国へ帰るかまたは専門学校・大学等に入学する必要がある。これはビザの問題と密接に結びついて、就学生に対するプレッシャーとなる。

⑥経済状況：少なくとも裕福な暮らしはしていない。また、ビザによって給料に差をつけられたというケースもあり、今後、就学生だったものがビザが切れても不法滞在を続けるとしたら、不当に安い賃金で働かされる可能性もある。

⑦生活不安：ここまで述べてきたことが一体となって、彼らの日本での生活は不安にさらされたものとなる。これらがストレスラーとなって、3. 飲酒・喫煙に結びつく、または直接疾病の引金となっているという推察を示すのが(a)、(b)の矢印である。また、医療保険未加入とあいまった経済的理由や入管への通報に対する恐れにより受診抑制が引起こされている可能性を示したものが矢印(c)である。

2. 受診抑制

矢印(d)は受診抑制の結果として、疾病の悪化／問題の顕在化が起こるであろうことを示している。受診抑制の

直接の原因として、ここでは医療保険への未加入及び言葉の問題の2つを挙げる。

①医療保険への未加入：国民健康保険に加入するには外国人登録が必要である。しかし外国人登録は6ヵ月以上の滞在の場合のみの義務であり、観光ビザで入国、滞在する者は登録の必要がなく、したがって健康保険への加入もほとんど行われていない。また、今回の質問紙調査では、未加入の理由として“保険料が高い”“加入の方法が判らない”という意見が挙がっている。前者に関しては自らの健康に対する自信との兼ね合いで高いと判断していることも考えられる。後者については行政側のPR不足であるとも言える。

②言葉の問題：今回の質問紙調査では、言葉の問題があるために、医療機関に行くのに抵抗があるという意見が挙がっている。

3. 飲酒・喫煙

ここでは1. で提示したストレスラーへの対処行動として飲酒・喫煙を位置付けている。

バングラディッシュでは宗教上の理由から飲酒が禁じられているために、来日して始めて酒を飲んだというケースが多く、そもそも酒の飲み方を知らないことから飲み過ぎてしまうことが考えられる。実際に酒の飲み過ぎで肝機能障害を起こしているケースもある。

いずれにせよ、過度の飲酒・喫煙が疾病を引起こすことは明らかである(矢印(e))。

4. 疾病

今回の調査で挙げてきた疾病としては、胃痛、頭痛、不眠、肝機能障害、その他労働による傷害等がある。これらの疾病は、1. で提示したストレスラーにより直接または3. 飲酒・喫煙により引起こされている可能性がある。

5. 悪化／問題の顕在化

今回の調査では受診抑制による疾病の悪化／問題の顕在化というケースはみられなかったが、現実にはマスコミ等で報道されているように、数としては少ないかもしれないが起こり得る問題である。ただし、本来はここまでに至る前になんらかの対策がなされるべきである。

6. サポートネットワーク

本調査ではあまり触れていないが、ここまで述べてきた問題の深さを決定する要素として、サポートネットワークがある。これを示したのが矢印(f)である。

①同国人同士のネットワーク：住居、仕事、学校等を見つめる際には、同国人（必ずしも友人、知人とは限らない）を通してケースが多く見受けられた。同国人同士のネットワークは彼らの日本での生活の支えになっている。それだけに、このネットワークに居住地、労働市場が限定されることも考えられる。

②日本人の友人：これには外国人を対象としたボランティア団体を含めてもよいが、より重要なのは個人的な友人であると考えられる。インタビュー調査では、日本人の友人に入管・病院に付き添って行ってもらったというケースもあり、身近な日本人の友人を頼りにしていることがうかがえる。しかしその一方で、なかなか日本人の友人ができないという不満も挙っている。

Ⅵ. 終わりに

本稿では、バングラディッシュ人の日本における生活と健康がどうなっているか、そしてどのような問題が存在するかについて、調査をもとにケースを提示し、それぞれの問題がどのように関わり合っているか、そして、それらにどのような対処がなされているかについては推測としてのシェーマを提示した。

今後の研究の方向としては、(1)図1における矢印の検証、(2)図1⑥で示したサポーターネットワークの実態把握等が考えられる。

謝 辞

本研究の計画・準備に当たっては北病院の松岡敏夫先生のご助言、ご協力をおおぎなしました。ここに感謝申し上げます。

引用文献

- 1) 法務省入国管理局編, 昭和61年度版, 出入国管理, 1987
- 2) 法務省官房司法法制調査部編, 第28入国管理統計年報, 1989
- 3) Bangladesh Bureau of Statistics, *Statistical Year Book of Bangladesh* 1989

(本稿の一部は1990年の社会医学研究会総会において報告を行なった。なお、本調査はトヨタ財団の助成を受けて行なわれた。)

N 損保労働者の労働の変化と健康問題

牧野 忠康 (長野大学産業社会学部)

A Study of the Changing Work Style and Health Problems in the N Non-life Insurance Workers

Tadayasu Makino (Nagano University, Faculty of Social Science)

I. はじめに

近年、過労死やストレス性疾患の多発が社会問題化している。こうした労働者の健康破壊に到る労働背景を検討する素材として、報告者が1979年より6回にわたって協力しているN損害保険会社労働組合の「健康調査」の結果を検討して報告する。

特に本論では、労働時間（長時間労働）とVDT労働化（労働の質的变化）に注目して検討する。その理由は、過労死や疲労およびストレス性疾患などの労働者の健康破壊の社会病因論として、労働負担の問題として長時間労働の問題と労働の質の変化の問題がキーワードとなっていると考えたからである。

II. 調査の目的、方法および対象

1. 調査目的

金融業界は、合理化再編成で激しい競争状態にある。その真っ直中にある損害保険会社における労働者の健康破壊の状況とそのメカニズムを把握し、健康破壊の予防方策を見つけることを目的として調査をおこなった。

2. 調査方法

1989年12月に、労働組合を通して全組合員および管理職を含む非組合の全従業員に質問紙を配票し、無記名自記式回答で、各自で封筒に入れ封をしてもらって回収した。

3. 調査対象

損保業界では中堅の、N保険会社を対象とした。論者は、全日本損害保険労働組合N支部の「健康調査」には79年より6回かわってきた。N保険では、88年12月より業務が総合オンライン化された。次には、OCR化が準備されており、ますますOA化が進み労働の質は変化

し、労働密度は高まっていく様相にある職場である。89年調査の対象者数は、全体で2775人、男1682人、女1093人であった。有効回答数は、男1021人（60.7%）女799人（73.1%）であった。

4. 調査の概要

(1) 年齢構成

図-1に、回答者の年齢構成を示した。男では25~54歳の各階層に10~27%で分散していた、女では20~29歳に78%が集中していた。平均年齢は、男 39.6 ± 9.9 （最小値22.0、最大値65.0）、女 28.5 ± 7.3 （最小値20.0、最大値59.0）であった。

(2) 職種構成

図-2に、回答者の職種構成を示した。男女共に、営業出先（男37%、女30%）と内務（男26%、女48%）に集中した構造となっていた。

III. 調査結果と考察

1. 一カ月平均残業時間と蓄積疲労

図-3に、いわゆる風呂敷残業を含む一カ月の平均残業時間（3カ月平均）が、男では31時間以上、女では21時間以上の者の割合と、「翌日になっても疲れがとれない」蓄積疲労の者の割合を、79年より経年推移で示した。

労働・経営・労働省の各界とも、我が国の労働時間を年間の労働時間を短縮すると声高に叫ばれ続けている。つまり、現在の年間総労働時間が2000時間をはるかに越えている状況から、1800時間に短縮し「ゆとり」づくりを行うというのである。

労働組合がノー残業デーなどを取り組んでいるのであるが、図-3を見ても明らかのように、年々長時間残業を行っている者の割合は増加していた。男女共に増加しているのだが、とくに男でこの傾向が顕著であった。これに対応して蓄積疲労傾向の者の割合も増えてきた。と

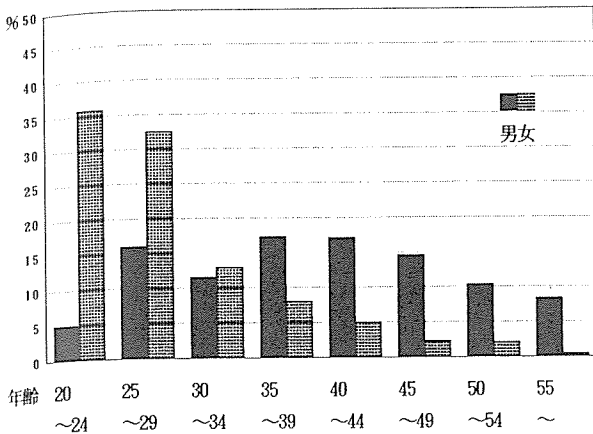


図1 回答者の年齢構成

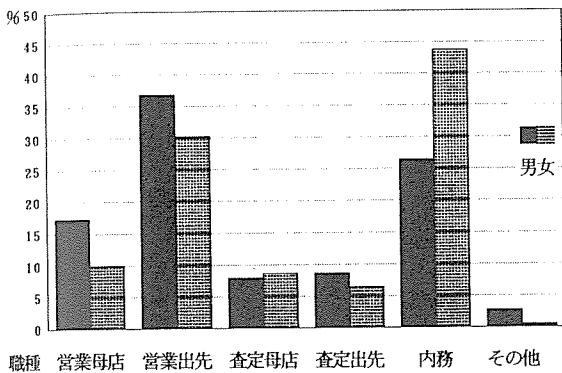


図2 回答者の職種構成

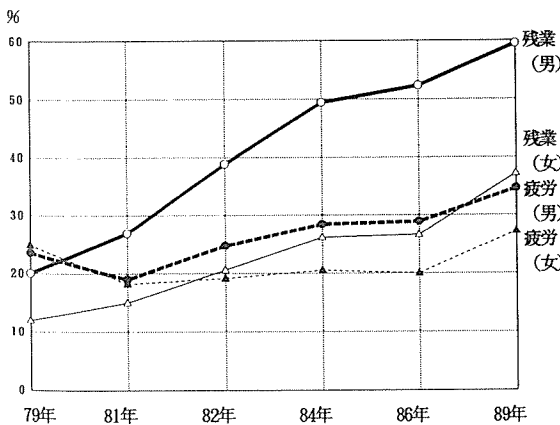


図3 一カ月平均残業時間 (男30時間↑、女20時間↑) と蓄積疲労傾向の推移

くに、86年と89年の間で蓄積疲労傾向の者の割合が急増してきた。88年12月に業務のオンライン化があった。このような労働の変化を反映しているものと思われた。

こうした事実から、日本の各界が期待している労働時間の短縮と「ゆとり」づくりと労働の実態とは、逆行していると判断された。確かに、週休2日制の完全実施など休日の取得には一定の前進がみられる。しかし、その分だけ労働日にしわ寄せがいき、一日の労働時間の延長と労働密度の強化によって労働ノルマを消化している様子が明らかになったと考えられた。

2. 一カ月平均残業時間と疲労・ストレス感

図-4 および図-5 に、男女別にそれぞれ一カ月の平均残業時間と、「作業姿勢による疲労」「作業動作による疲労」「神経・感覚的疲労」「精神的疲労」「仕事によるストレス感」「健康が何となくすぐれない」「今の仕事は負担過重で長続きしそうでない」の関係を示した。

これを見ると当然のことながら、残業時間が長くなるに従って「精神疲労」や「神経疲労」、「動作による疲労」「姿勢による疲労」等の疲労を訴える者の割合が高くなり、労働時間と疲労とが高い正の相関を示した。「ストレス」や「何となくすぐれない」とする健康不調感についても同様に、労働時間と高い正の相関を示した。そして、疲労の主成分が、男では「精神疲労」を、女では「神経疲労」を主成分としていることもわかった。

これらと「ストレス感」とは、高い正の相関を示しており、健康問題への対処の標的としては、「精神疲労」「神経疲労」そして「ストレス」にあることが読み取れた。

ただし、男女間では若干の相違がみられた。まず、女では残業時間が無いか少ない者であっても「神経疲労」や「精神疲労」そして「ストレス感」が著しく高いことが目についた。つぎに、「姿勢疲労」を訴えている者が男に比較してかなり高いことが目をひいた。そして、残業時間が30時間以内のところまでは、それぞれの指標とも残業時間の長さに比例して高い訴え率になっていく傾向がはっきりと読みとられるが、それ以上のところでは不規則な変化をみせた。これは、女では単純作業が業務負担の主成分になっており、残業時間が短い者でも相当の高密度の作業負担を要求されており、長時間の残業が必要となる部分とでは業務負担の内容が異なるものと推定された。

3. VDT 労働化の進展と健康問題

図-6 に、89年と86年の2点間でみた VDT 作業従事

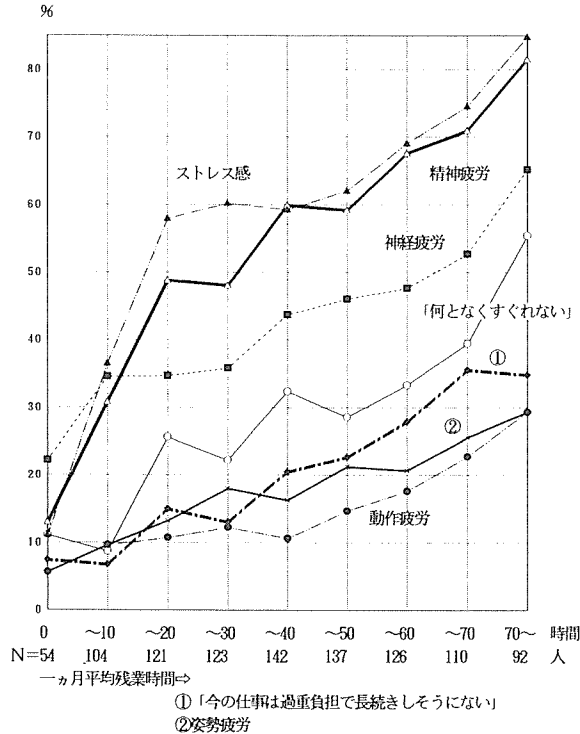


図4 一ヵ月平均残業時間と疲労・ストレス感 (1989年12月第7回調査) (男、N=1021)

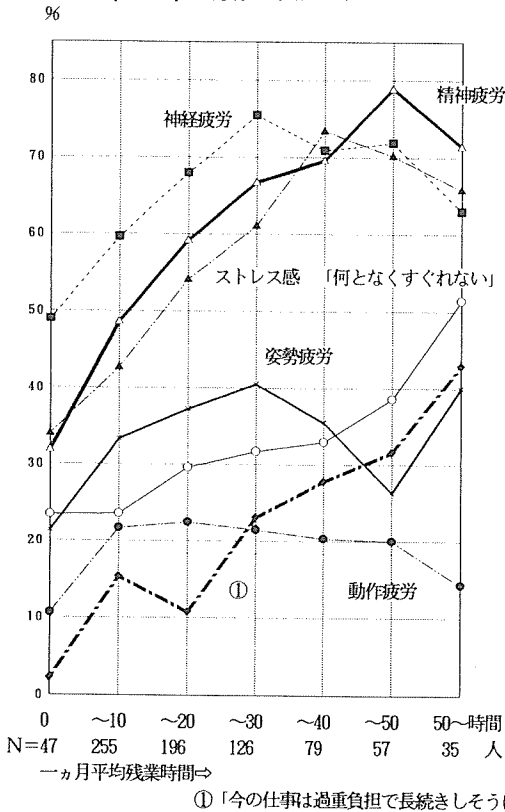


図5 一ヵ月平均残業時間と疲労・ストレス感 (1989年12月第7回調査) (女、N=799)

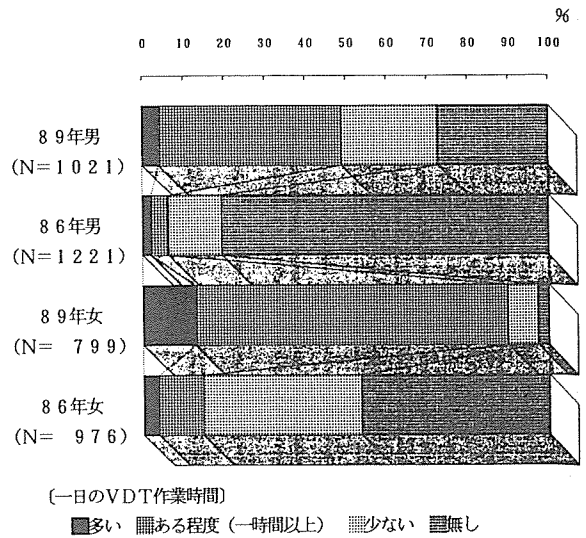


図6 86年と89年のVDT作業従事時間の変化

時間の変化を示した。男女ともにVDT労働は増大してきていた。男より女で、顕著に増大していた。今後もこの傾向はますます強まるものと推定される。

現代労働の質的变化の象徴は、コンピューターによるOA化である。労働過程がOA化すると、労働態様としては作業のVDT (Visual Display Terminal) 化が進んできた。そしてそのことは労働者にとっての労働負担としては、表示画面注視作業等による視機能に過負担がかかることによって目の疲労から視機能障害発生の問題が、キーボード操作作業等による頸・肩・腕そして背腰部に荷重負担がかかることによって筋疲労や神経疲労から頸肩腕障害の発生の問題が、さらにはマン・マシン系の作業等にもなる精神的緊張や荷重負担が精神疲労や精神ストレスを惹起し精神保健上の問題や心身症等の健康問題の発生が、それぞれ問題化してきた。

しかし、OA化はVDT作業に従事するかしないかにかかわらず、事務労働の全過程のシステムや営業システムおよび業務ノルマ等が高密度化してくることによる労働負担の増大により、さまざまな健康問題が惹起されてくることになると思われる。

そこで、すでにもってきたような精神疲労や神経疲労およびストレスの慢性蓄積状況が生じてきたと推定された。

4. VDT労働と疲労・ストレス

労働過程のコンピューター化と労働のVDT作業化といった労働態様の変化のなかで、労働者の疲労や健康などにどのような影響があらわれてきているのであろうか。図-7および図-8に、VDT作業の負担が「高い者」

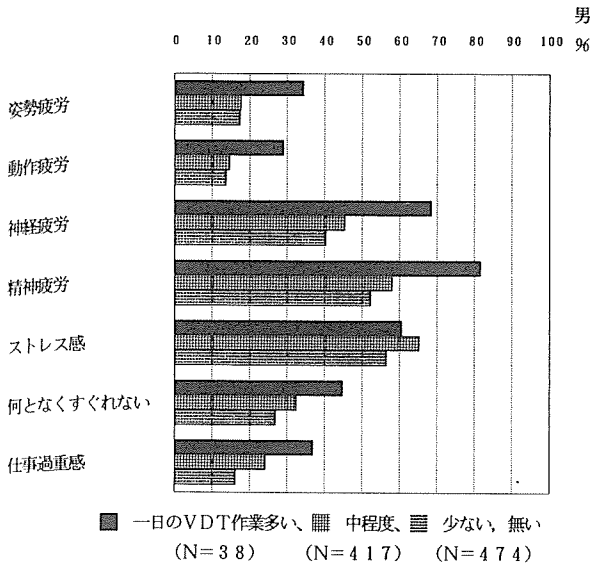


図7 VDT 作業負担と疲労・ストレス感 (男)

「中程度の者」「少ないか、無い者」の三段階に区分して疲労、ストレス感、健康感、仕事負担感を男女別に示した。

図-7により、男での状況をみてみると、「ストレス感」を除いて「姿勢疲労」「動作疲労」「神経疲労」「精神疲労」「何となくすぐれない」「仕事の過重感」ともにVDT作業時間が長いの方がそうでない者より訴え率が高いことがわかった。そして、「精神疲労」と「神経疲労」の訴えが際立って高いことが認められた。「ストレス感」はVDT作業時間の長さに関係なく、高い訴え率であった。

図-8により、女での状況をみてみると、全ての項目でVDT作業時間の多い者の訴え率が高いことが認められた。「神経疲労」と「精神疲労」そして「ストレス感」は際立って高い訴え率であった。そして、「姿勢疲労」や「動作疲労」も男に比べて高い訴え率を示していた。しかし、「仕事過重感」は男のそれより低かった。これは、男に比べて女の従事している仕事が単純で、単調なことを示唆していると考えられた。

こうしたVDT作業の諸状況が、今のところ直接的に具体的な健康破壊に結びついている証拠は見つからなかった。しかし、この兆候は、これまでみてきた状況から推定して、男では究極には過労死に象徴されるストレス性もしくは過労性の病気に門戸を開放している状況にあることを示唆していると考えられた。

また、特に女では頸肩腕障害に象徴される疲労性の健康破壊に門戸を開放している状況にあると考えられた。

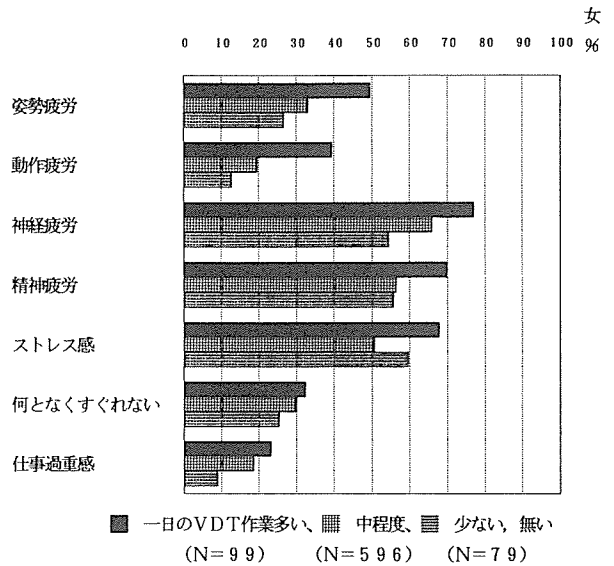


図8 VDT 作業負担と疲労・ストレス感 (女)

そして、男女ともに疲労の主成分が「神経疲労」と「精神疲労」であることから心身症様の健康破壊の多発が心配されると考えられた。すなわち、健康破壊は具体的には個人に個別的に表出するものであるから、個人にとって弱点になっている心身に過重負担をうけ、その部分から健康破壊の攻撃を受けることになると考えられる。精神的に弱い部分があれば真先にそこが健康破壊の対象になり、内臓部分に弱点があればそこが攻撃を受けることになるといえる。

IV. まとめ

1. 長時間・過密労働と健康破壊

残業時間が長い者の割合が男女共に、年々増加していた。蓄積疲労では、図-9に示したように、男では81年→89年で増加している傾向が認められ、女では、蓄積疲

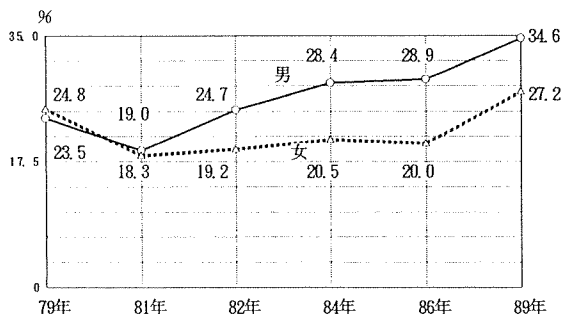


図9 蓄積疲労の状態 (年次推移)

労の者は横這いであったが、85年→89年で増加を示した。労働時間の短縮は、労働組合のノー残業デーの取り組みにもかかわらず実現しておらず労働負担による蓄積疲労傾向が増大していることがわかった。

また、男では、残業時間の延長とともに各健康指標とも訴え率が高くなる傾向が認められた。ストレス感が最も訴え率が高く、精神的疲労、神経的疲労、姿勢による疲労、動作による疲労の順であった。女では、おおよそ30時間までは各指標とも残業時間の延長とともに訴え率も高まる傾向が見られた。しかし、30時間以上では、特異な傾向がみられた。

ここでは、男では、ストレスと精神的疲労および神経的疲労を感じながら長時間労働に従事していることがわかった。女では、神経的疲労、精神的疲労、ストレス感および作業姿勢による疲労を感じながらの過密労働に従事していることがわかった。

図-10および図-11に示したように、ストレス兆候と健康自己評価の正の相関が認められて過労死の背景が垣間見られ、疲労傾向と頸肩腕症状との正の相関が認められ頸肩腕障害の多発の危険性が読み取られた。このことは、ストレスや疲労問題をターゲットとして健康対策が

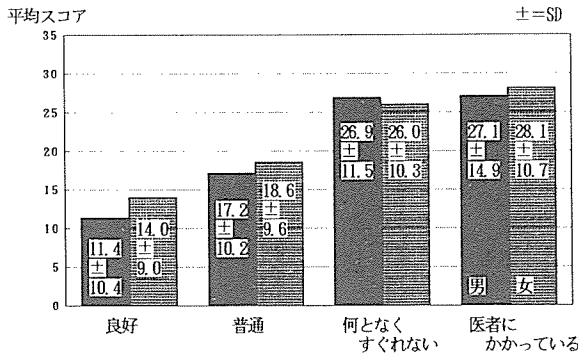


図10 ストレス兆候スコアと健康自己評価

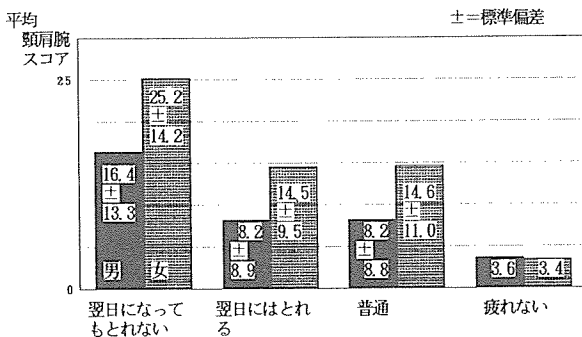


図11 頸骨腕障害スコアと疲労状態

緊急に必要なことが示唆されていると考えられた。

2. VDT 労働化と健康問題

労働の質の変化の象徴である VDT 作業は増大し、男より女に著しかった。男では、VDT 作業負担の多い者に精神、神経、姿勢、動作の疲労の順に、健康不調感、仕事過重感の訴えが多かった。女では、神経、精神、姿勢、動作による疲労を多く訴えていた。

しかし、ストレス感は、VDT 作業負担の度合いに係わらずいづれも訴えが高いことがわかった。

労働生活でのゆとりづくりでは、労働時間の長さの問題だけではなく、労働の質の変化のなかで労働密度の問題について十分に検討し人間の生理的限界を越えて過重負担とならないようにしていく必要があることが示唆された。

OA 化で長時間・過密労働はさらに過重されていた。そして、図-12に示したように労働者の健康自己評価は男女共に低下傾向が認められた。そこで、健康破壊対策は、労働時間の短縮と過密労働の軽減が急がなくてはならないと考察した。

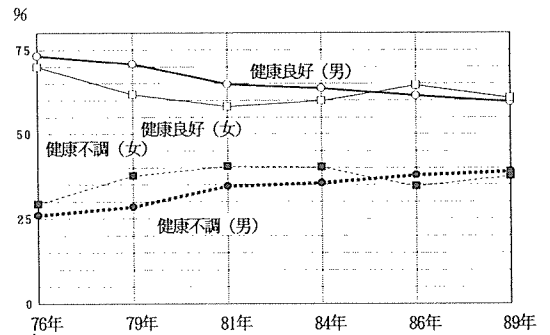


図12 健康自己評価の年次推移

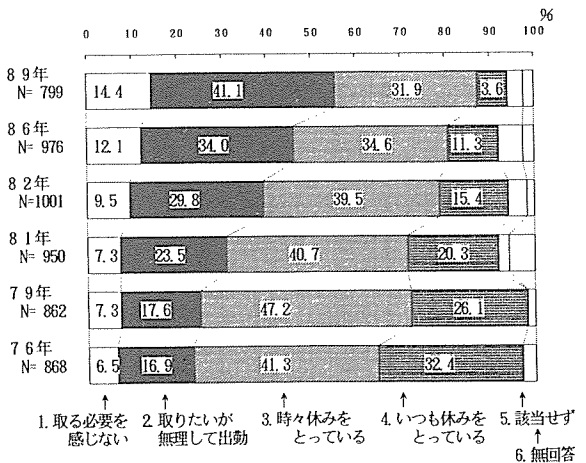


図13 生理休暇の取得状況

3. 社会医学の役割について

現在、労働省はトータル・ヘルス・プロモーションの推進と、労働時間の短縮を強調しているが、労働の実態は以上に検討してきたようにとても厳しい状況にある。労働者のいのちと健康は、極めて危険な状態にあるといえよう。

婦人労働者の生理休暇の取得の問題でいうと、図-13に示したように、次第に生理休暇の取得率は低下してきている。労働者の健康を守る権利の観点から検討を要するデータといえよう。

健康維持・増進を課題を検討するとき、いつも食行動や飲酒・喫煙行動そして運動不足等の個人としての保健行動の変容が問題化されることが多い。しかし、労働生活のなかにある不健康要因の排除や労働環境および労働条件の改善の課題などは、単純な個人の保健行動の変容では問題解決しないことが多い。政府および自治体、企業や労働組合等が組織的に、企業利潤の拡大を中心にした生産性の向上といった生産優先の社会構造を変換し、一人一人の人間の生命と健康の尊重（生活の尊重＝生活の質の向上）を最優先にした生活構造の確立の考え方に変革していく必要がある。そして個人個人が生活行動を好ましい保健行動と変容の努力を重ねて社会的健康環境の変革や改善に取り組むことが大切であることを強調したい。このことが抽象的かつ総論的には声高に叫ばれるが、各論的かつ具体的なところでは後回しにされることが多い。

社会医学は、こうした組織的な好ましい保健行動の在り方を提示し、その行動化を促進し、変容を阻害する因子を社会的に排除して社会的な健康環境を整備し、個人的な保健行動の変容を援助していくことが重要な課題と思われる。

そして、今日的な最重点課題としては、実質賃金の低下を伴わない一日および週単位の労働時間の短縮と、現在の労働生産性に見合った年間総労働時間の大幅短縮により労働生活の「ゆとり」づくりが急がれるべきと考察された。

参考文献

- 1) 牧野忠康『頸肩腕障害の社会医学—職業病の保健・医療社会学的考察』医療図書出版社 1975
- 2) 牧野忠康「新聞労働者の労働と健康問題の変容に関する研究—現代労働者の健康破壊要因に関する保健社会学的検討」『長野大学紀要第10巻第3号（通巻39号）』, 25~72ページ, 長野大学1989
- 3) 牧野忠康「地上勤務航空労働者の健康問題に関する研究」『長野大学紀要第11巻第1号（通巻41号）』, 長野大学1989
- 4) 保健医療社会学研究会編『保健医療社会学研究会年報：保健・医療社会学の潮流』牧野忠康「労災職業病の変化と課題」, 垣内出版, 19
- 5) 片平洸彦編『現代の保健（改定版）』, 牧野忠康「働くひとびとの立場にたつ医療と福祉の確立のために」, 篠原出版, 1988
- 6) 吉川他編『精神保健の基礎理解』, 牧野忠康「情報化社会と心の健康」中央法規出版, 1989
- 7) 「進行しつつある健康破壊—第2回健康実態調査より（1981年2月実地）」全日本損害保険労働組合N支部
- 8) 「守ろう健康！見つめよう生活を！—第3回健康調査より（1981年1月調査）」全日本損害保険労働組合N支部
- 9) 「こころがSOS からだがSOS—第4回健康調査より（1983年11月）」全日本損害保険労働組合N支部
- 10) 「“お疲れさん”の度合いと構造を測る—第5回健康調査より（1984年12月）」全日本損害保険労働組合N支部 1986年2月
- 11) 「第6回調査報告書・じぶん白書」全日本損害保険労働組合N支部・長野大学産業社会学部牧野研究室, 1988年7月

保健所活動と住民要求

～学習を中心にした高齢者の組織化のとりくみ

菊地 頌子 (東京都江東区深川保健所)

Services of Public Health Center and Inhabitant's Demand

～ How to help aged people to organize mainly through studies with them ～

Shoko Kikuchi (Fukagawa Public Health Center of Koto Ward, Tokyo)

I. はじめに

札幌での第31回社医研のレポートは、何故このような報告をするのか、又何を言いたいのかきわめて不十分な内容であった。

このため、現在保健婦がかかえている問題等、私達がこのテーマにとりくむことになった経過について、少々長くなるが書かせていただき、公衆衛生労働者の発達の過程と住民との結びつき、及び、両者の共同の行動が地域に与えたえきょうについて述べ、今後の公衆衛生活動のあり方を考える提起としたい。

II. とりくみの背景

1. 現場からみた保健所の問題、保健婦の問題

私達が保健所及び保健婦の仕事のあり方について真剣に考えるようになったのは次の理由からである。その1つは保健所問題であるが、厚生省は60年後半に本格的な保健所の見直しに着手。68年には「基幹保健所構想」が、72年には厚生省「保健所問題懇談会答申」が出された。いずれの内容も、現在の保健所の集中、統廃合を行い、「効率」を最優先とした新たな行政機関に再編成をするというものであった。

以上の様な保健所「合理化」の動きに対しては、労働組合も強い危機感をもち、反対の運動を展開したが、内部の職員だけのとりくみには限界があり、地域の住民との共闘が重要課題となった。

しかし、50年代後半から60年代にかけて、いわゆる感染症対策が一応治った時期の保健所は、人員、施設等その後の健康問題に対応できる、第一線機関として整備されなかったため、住民の要求に応えられず住民から除々

に遊離していた。又厚生省から画一的に降ろされる事業を実施することのみに終始していたため、官僚化がすすみ、硬直化した職場になっていた。特に都市部においては、高度経済成長下で人口の流入が著しかったので、人員不足、予算不足の対応策として、業務を制限、(例えば、乳児の自由クリニックを廃止して3～4ヶ月児を対象とする一斉健診にしぼった)住民への窓口を縮小したので、地域における保健所の存在意義は、きわめて薄くなり、職員も働く意欲の低下と共に、いわゆる“サラリーマン化”して、自らの仕事として考える姿勢が欠落していた。

保健所の「合理化」が次々と提案される中で、以上の様な保健所の問題をどう克服すれば良いのか、労組の役員も真剣に考えざるをえない事態となり、地域からの批判を覚悟で保健所の実態を訴えようと様々な集会に参加したり、懇話会等を企画した。しかし、対象が主として民主団体の役員レベルが多かったため顔見知りにはなれたものの、地域が動き出す力にはなりえなかった。

もう一つの問題は保健婦の仕事の変化であった。60年代の保健所保健婦の仕事は、急激な人口増の中で、1人当りの担当人口は2万人にもなり、ベルトコンベア式の乳幼児健診や1回限りの衛生教育、時々しか出かけられない家庭訪問等々、どの仕事をとっても継続性がなく、住民と顔見知りになるのは個々の家庭訪問を通したごく少数の人達のみであった。このため、その日ぐらしの「浮き草稼業」と自分達の仕事を評しながらも、地域の人達と仲良くなるには膨大な数の保健婦が必要であり、所詮その様な要求は短期間で実現する見通しもなく、“住民とともに”の方向は空文句の状態であった。

これに加えて、70年当時は「継続看護」、「地域看護」、「総合看護」といった言葉が流行し、保健婦の仕事についても個々人の在宅患者への支援が強調され、保健婦教

育の現場では、「公衆衛生看護学」が「地域看護学」に名称を変更、「保健婦の家庭訪問は訪問看護である」といった考え方をする教員が増えた。又、保健婦活動の運営報告となる日月報の項目の中に、「洗髪」、「清拭」、「褥創の手当」等々の看護技術を使ったかどうかの欄が設けられた。

「臨床の経験がなければ保健婦にはなれない」と教育され、一度病院で看護婦として働き数年後に保健所に就職する保健婦や、保健婦として採用されながら自治体の病院と兼務辞令が出て、一時看護婦として働くという職場迄出てきた。

“保健所は病院の後方施設”としての位置づけをして、病院の退院患者を待ち受け看護指導を行い、家族に感謝されるのを喜びとしてこの仕事にどっぷりつかるというタイプの保健婦が増え、保健婦の仕事は小じんまりとした個別支援の活動に重点が置かれる様になった。

特に“集団”を対象とする活動は、いわゆる「全体主義」の考え方で、個別性を無視したやり方である、とこれ迄の公衆衛生の仕事を批判する声も高くなったので、「保健婦は看護技術をもたない」、「公衆衛生は地域全体しか見ず、弱者への支援をしていない」等といわれると、良心的な保健婦は“それで良いのか”と疑問をもちながら反論できない状況にあった。

この結果、地域の生活や環境を考え、総合的、集団的に地域を見る視野が弱く、集団をとらえてダイナミックな活動を実践をする場がなくなった。このため、私達は必然的に“公衆衛生とは何か”、“地域とは何か”、“集団とは何か”、“保健婦の仕事とは何か”等の根本的な見直しの必要性に迫られることになった。

2. 学習の中で私達が獲得したもの

以上の様な公衆衛生の流れ、保健婦の仕事の流れに対し、私達が問題意識をもち学習運動を始める様になったのは、2人の先生からの提起であった。

新医協の幹事長であった久保全雄先生からは「生きる条件」の学習と共に、人間の健康問題のとりくみは自然科学的条件と社会科学的条件の両側面から総合的にとらえる必要があること。又、今の公衆衛生に欠けているものは“宣伝”と“教育”と“組織活動”であり、そのための技術を身につける必要があること。更に、公衆衛生で主張する集団は個別を無視した考え方ではなく、民主的な集団活動の方法論を保健婦の立場から作り出すことが重要であること等の教えを受けた。

大阪大学医学部教授の丸山博先生は、72年に「保健婦とともに」を出版されたが、「これからの公衆衛生にお

ける保健婦の役割」のテーマの中で、私達は、次のことを学んだ。——「保健婦の役割は、むかしも今も、また将来もまさしく対象とする集団の系統的に健康管理できる規模の特定集団に責任をもつことが本来の保健婦活動の出発点になる。この保健婦をたすける人々、保健婦が発見した問題をうけとめて、その解決に努力してくれる人々の責任ある協力が必要である。したがって、保健婦の役割が満足に果されるのには、保健婦その人自身と、保健婦を使う人々が、教育者として、また組織者として、公衆衛生、社会医学的な能力を必要としてくる……」

同じ本の中で、丸山先生は保健婦の行う医療看護活動について、次の様に述べている。

——「現在の保健婦活動が効果的だといわれる点は、診療機関の利用の難しい地域において、訪問看護婦としての親切さに民衆が感謝したり、保健婦自身が家庭訪問の結果、訪問の効果を体験的に、個別的に積みかさねているところにあるようだが、それはまことに事例の効果の集積で、保健婦一人一人の個人的努力で、まさに一对一の仕事である。もちろん、このことは無視できない大切なことに違いないが、一人一人の健康相談に類するそれだけでは公衆衛生的仕事だとは言いかねる。しかも、この保健婦の仕事は、現在の日本では、まさしく治療機関が管理、余裕をもってやるべき仕事のしわよせをひきうけている状態である。……」——

私達は保健所の活動や保健婦活動の見直しを、2人の先生が提起された視点で行いながらも、では具体的にどう実践したら良いか、その方向性が見つからず、先進的なモデルとされる、長野県八千穂村、秋田県の上郷健康センター、岩手県沢内村、群馬県利根生協の保健大学等の見学にとび歩いたが、最終的に公衆衛生の実践論として学び得たものは社会教育の分野からであった。

発想の転期となった長野県松川町と私達との最初の出会いは70年代末であった。町の保健婦とともに健康教育にとりくまれた社会教育主事の松下拓先生は、81年に出版された「健康問題と住民の組織活動」の中で、健康のとりくみにおける“教育的、組織的”活動について次の様に述べている。

——「健康問題は個人の問題である、とはいっても、今日における健康破壊と、その不安定性を、急激な社会変貌とそれに対応しきれない状況としてとらえれば、健康問題は正に人間として今日を生きることの基盤となる共通課題としてすえ直さなければならない。

その課題をわがものとするためには、住民自らが個人の生活実態に即しながら健康を阻害している条件を鋭く

見抜くようなことが重視され、そしてそれをのり越えようとする姿勢の中で健康問題を私の問題として把握し、それを解決し得るような組織的、個人的な力量の形成が求められてくる。……………

健康問題の解決はいうまでもなく保健行政に携わる職員や医療関係者の基本的な課題であるが、終局的には健康問題を問題としてとらえるのは各個人（住民）であり、従ってその問題を解決するのも住民であるという基本的な理念にもとづいて、行政機能をそれを援助するところにおくという立場に立てば、住民要求に根ざす社会教育活動において重視している健康問題へのとりくみと同一次元の課題としてその連携活動がすえられなければならない。……

重要なことは、住民の健康問題へのとりくみを教育(学習)活動としてとらえ、その活動の自由を保障しようとするところに行政の役割をすえ、行政主導の社会教育観、衛生教育観をみつめ直し、住民要求に根ざし、住民を主体とする課題の設定を重視し、或は住民によって課題が設定されるような活動を援助するという健康問題へのとりくみの奔流を展開しなければならない。」——

私達が松川町の実践から学んだものはまさに“住民自治”の考え方であり、「衛生知識の伝達と啓蒙」といった活動ではなく、住民が自らの生活実態を出しあい、この中で自分達の問題性を確認しながら、問題に気づく又は解決の手段をさぐる学習要求をひき出し、この要求を実現するために専門家が側面から援助する、ここに公衆衛生労働者の役割がある。個々人が健康問題に目ざめる動機づけの場として集団（組織化）が必要であり、実践という行動に結びつく場としても集団が必要である、という集団教育の基本的な考え方であった。

看護の基礎教育で私達が学んだのは、問題をもつ弱者に対して、やさしく安楽にしてあげることで、住民は常に手をさしのべる対象としてとらえ、保健婦は知らない知識を住民に教えてあげる指導者になることであったが、こういった方法論しか学び得なかったことは、公衆衛生の前進に大きな障害になっていることを、松川町の実践から私達ははじめて、気づくことができた。

公衆衛生の主体者は保健所職員や保健婦ではなく“住民”であること。公衆衛生は一つの住民運動であること。公衆衛生は自分のくらしや健康を見つめ直し、くらし方や生き方を変える学習の場であること、等が明らかになるにつれて、「何故組織者でなければならないのか」、「何故公衆衛生は教育的な活動なのか」、「何故集団のとりくみが大切なのか」、久保全雄先生や丸山博先生が言われることが見える様になった。

そして、地域の人達の力を借りて、地域の人達とともにとりくむ公衆衛生、保健婦活動がいかに大きな力を発揮し、楽しいとりくみになるかを実践の中で体験した時に、私達は“これだ”という確信をもつことができた。

Ⅲ. 学習を中心にした高齢者の組織化のとりくみ

1. 仕事おこしと高齢者問題への学び

江東区の保健行政における高齢者のとりくみについては、75年の都の保健所からの区への移管後何の施策も示されず、83年の老健事業のスタートについても、一切の仕事を保健所業務とせず医師会委託、公社委託の方向であった。

75年以降は、区の保健所になり“区民に身近な保健所”として再出発したのだから、今度こそ区民要求にもとづく仕事がしたいという思いがあった私達は、管内にある福祉会館から「高齢者の健康相談にきてほしい」というよびかけにすぐにとびついた。

利用者が「老稚園」とよび、浴室や娯楽室を備えた福祉会館には、常時100名前後の高齢者が出入りしており、病弱者の多い高齢者との接触や、浴室の衛生管理に問題をかかえていたので、保健所職員の援助は会館側にとって大歓迎であった。一方、保健婦にとっても、高齢者の様々な調査結果は出されているものの、現場で働く者には余り参考にならず、高齢者の本当の生活実態をつかむ良いチャンスであったので、78年度から月1回の健康相談と衛生教育の仕事をスタートさせた。

福祉会館での仕事は単に福祉指導員と保健婦とせず、保健所ぐるみの仕事に拡大し次の様な年間のプログラムを組んだ。

- 4月. 身長体重の測定を実施し姿勢、骨の問題、肥満予防の話しにつなげる。
- 5月. 歩こう会、運動もかねて1人では行けない公園や文化施設に出かけ、社会的な視野を広める。
- 6月. 菓子類のカビや高齢者に多い食中毒の予防の学習（食品衛生監視員）。
- 7月. 夏にむけての生活や食事のバランスについて話しあう。
- 8月. 自分でできる民間療法、健康回復の指圧、体操等の実技
- 9月. 高齢者をめぐる動き（主に保健、医療、福祉について）や生き方についての講演を聞く。
- 10月. 歩こう会
- 11月. 風呂の入り方、衣類の衛生についての学習（環境衛生監視員）

12月. 年末年始にむけての生活の注意や、受診の仕方、健康管理について話しあう。

1月. 高齢者の食事の作り方の実習（栄養士）

2月. 年間の反省と次年度のプログラムづくり（グループによる話しあい）

3月. 高齢者の歯の衛生の話しと相談（歯科衛生士）。

保健婦が窓口になって、保健所の職員をつなげ健康相談の仕事を開始させたが、福祉指導員と保健婦の間ですぐ問題になったのは、「福祉会館は高齢者にとって娯楽施設でよいのか」という疑問であった。保健婦にとって高齢者に対する役割は何か、視点をしっかりおさえるために長野県伊那市の民間の社会教育施設「楽生学園」の小林文成先生から学んだが、著書「老人は変わる」の中で小林先生は次の様に述べている。——「こういう時代に現代の老人も、若い世代にたよってばかりはいられない。自分の力で、自分たちの協力で、所得の再分配を適正にして、老後の保障をしてもらわなくてはならないであろう。それには老人も、昔の教化活動によってたたままれた古い考えを捨て、現代人としての当然の権利を主張するために、自分の頭で、自分たちの共同学習によって、自分等が、どんな立場におかれているか、社会の矛盾を自分たちで感じとらなければならないであろう。それには老人も勉強しなければならない。老人の中には既に老化して自分でものを考えられない人もいる。病弱で寝たきりになっているようなみじめな人もいる。しかしまだ健康で肉体的にも精神的にも活動のできる老人もたくさんいる。そういう健康な老人が、自主的に集って学習活動を進め、社会の矛盾を是正しなければ、みじめになった同年配の老友を救うこともできないではないか。」——

楽生学園からの学びは、その後の高齢者に対する保健婦の仕事の原点になった。

2. グループづくりとまちづくりの運動

福祉会館を利用している高齢者の一人一人をつなぎ、グループ化し互いの生活体験や家族、住宅、食事の問題等を心を開いて話しあうとりくみによって、高齢者の生活実態がより明らかになり、要求も表面化するようになったが、この要求をどう実現させるか制度や政策研究グループとして、ホームヘルパー、福祉事務所の老人担当ケースワーカー、区役所の福祉課の職員、診療所の職員、特養ホームの職員、開業医等の参加で、83年に「江東区老人問題研究会」を発足。翌年には労組の役員を経験し退職した人達と地域の住民による老後保障を前進させる

運動体としての「江東区老後をよくする会」を発足させた。

「すべてお上のいう通り」という姿勢の強かった下町の高齢者が、他の自治体の高齢者施設の見学や、老後の考え方、制度の学習を重ねる中で大きく変化し、「特養ホームの建設」「区営の高齢者住宅の建設」、「特養ホームにボケ老人専用ベットの確保」、「給食サービス制度の改善」、「緊急通報システムの導入」、「老人入院見舞金制度の新設」「高齢者への仕事あっせん」、「高齢者施設の改善」等々、区に対する要望、請願を次々に提出、高齢者施設の改善要求では、住民監査請求第1号になった。

対区要望書には、保健婦の増員や保健所業務の充実も入り、保健所が実施するリハビリ教室にはボランティアとして参加。その延長としての中途障害者の作業所づくり運動では中心メンバーとして活躍し「すこやか作業所」を誕生させた。

又、89年には、区内の老人クラブもまき込み「第1回江東区高齢者集会」を開き、年金、仕事、施設づくり、健康医療等の分科会をもって話しあい、毎年開催を確認、90年5月には第2回集会を成功させた。更に、弁護士による法律相談等も含めた第2回「高齢者何でも相談会」も集合住宅の集会所で開いた。

IV. おわりに

以上12年間のとりくみの中で、今地域の高齢者は受動的な態度から、行動する高齢者に大きく変わりつつある。高齢者の健康問題は高齢期をどのように迎え、どうくらししていくのかの課題をぬきにしては考えられない。“まちづくり”の課題とも運動させながら、自分達の問題に気づく集団での“学習”を中心とするとりくみは、これ迄の個別支援のとりくみでは体験できなかった、住民と保健婦とのつながりを深め、保健所の存在を広く地域の人達に意識してもらう強い力になった。

とりくみの結果高齢者はどの様に変化したか数字で現すことは難しいが、“地域が動いている”確かな手ごたえはあり、保健所を利用する高齢者の数は70年代と比較すると比べものにならぬ程数多くなっている。

私達がこのとりくみの経験からつかんだものは、医学的知識や看護技術を「与える」活動から保健婦が脱皮し、住民主体の民主的な公衆衛生をどう構築していくかが、今後の公衆衛生の動向に少なからずえいきょうを及ぼすのではないかということと、保健婦のあり方の基本であった。

21世紀の社会医学の担い手に期待するもの

前田 信雄 (札幌医科大学)

The Role of Workers and Researchers in the Social Medicine of Next Century

N. Maeda (Sapporo Medical College)

I. 座長発題

「激動する現代社会」という表現は、社会医学研究会発足以来この30数年間、多くの機会に、多く使われてきた。今もまた、それが世界的な規模に広がっている。東欧だけではなく。北欧、欧州、米国など、すべての国におけるその激動が、日本にも津波のようにおしよせてきている。90年代の社会的な課題を基本的な点にしぼってとりあげてみると、ひとつは人々の人権の徹底した平等保障、第2には、専門的なサービスの民主化、第3は、自主・自治活動の確立である。古い社会構造の徹底した改革によって、その課題実現がなされる。

社会医学の課題もこれらのことから遊離するわけにはいかない。社会医学は、社会構造の変革に科学者の立場から貢献する科学である。その視点から、1987年3月、メキシコシティで開かれた第5回世界公衆衛生学会において、米国カリフォルニア大学公衆衛生学部のミルトン・ローマー教授は、「社会医学はすぐれて政治科学（ポリティカルサイエンス）でなければならない」と発言した。

社会医学が社会や政治の変革のための科学サイドからの役割を担うことだとすると、それはある個別の問題を他の分野や関連と切り離して、問題の未知のことを解明をして、それを「学術雑誌」に論文掲載をして研究者業績の数を増やせば事たれりというものではない。社会医学は、そのようなようないわゆるアカデミックな努力を包含し巻き込み、その先により、人々の健康を分けへだてなく平等に実現をする科学である。そのためにこそ、上述の基本課題解決が不可避となる。このシンポジウムにおいては、21世紀の社会医学の担い手への期待を、自分たちのなかから自分たちに向かって発言していただいた。それぞれの実践と創意と展望とをもちより、フリーな発言をしてみることに、狭い意味のプロフェッション論ではなく、単なる素朴実践論でもない観点から、この担い手への期待を一緒に考えてみることを司会者として要望した。それは、究極的には、市民的な期待に根

ざしたものでありたい。今までの自分の「仕事」から少し距離をおき、今の自分の立場にも余り制約されずに、次のようなテーマをめぐって、フランクな意見を出して合うシンポジウムとして企画した。

- 1) 社会的経済的にも不十分な状態におかれている少数の人たちの健康保障を実現する。
 - 2) その実現の一步として、すべての職種間のたて割りや上下・支配関係、閉鎖制と官僚制を取り除く。
 - 3) 社会医学の担い手は、創意ある地域活動とくに地域住民との草の根的自主運動の核になる。
 - 4) 科学研究と専門的活動との共働と統一を実現する。
- これらのテーマは実は今までも各地で長く追求められ、地域では一定の蓄積をたくわえてきたものである。その成果や不十分な点あるいは間違いを謙虚に出し合い、そこから互いに学んでいきたい。

これからも、このようなテーマの追求にあたっては、異なる分野の専門家と一般市民とが互いに結びあてられないといけない。その前提としても、大学や学校で学んだ狭義の専門、つまり医学、看護学、理学療法学、社会学、経済学、云々といった分野のなかだけの学習や研究と活動だけではいけない。自然科学のなかにある専門研究（者）の間の壁、社会科学（者）の間にある互いの隔たりを取り除くことが大事である。違うバックグラウンドの者が時折交流したり相互学習するだけでは多くの実りはもたらさない。職場、企業、行政、大学・学校、研究所のなかで、肩書きや出身によりかかった古い殻をまず捨て去り、日常の仕事のなかで、真に総合的なチームを組んだ活動をした。いろいろな集まりや機会に多く参加をし、大事なことを大胆に語らないといけない。

II. 各報告の論点ならびに簡単なコメント

九州の第一線医療機関における炭坑離職者の人たちへの検診や医療そして社会的な援助の報告においては、第一線従事者と大学あるいは地域住民とがしっかり結びつ

いた活動をすることの重要性が強調された。個人への相談・援助活動を通して、そこで掘り起こした問題の解決に向けて、企業や自治体に対策を迫る社会的な活動が提起された。1987年の設立以来、九州社会医学研究所は、臨床医学の実践と社会科学的な労働や産業の分析そして地域住民の組織化という課題の結合を目指してきた。1地方の小規模研究所の活動であるが、地域の保健関係者や大学研究者らを巻き込んだ地についての活動が期待される。とりわけ、地域での保健医療の担い手らが、このような総合的な視点での活動を広め拡大して欲しいものである。

「若い保健婦のつどい」について報告した北海道釧路保健所の保健婦は、毎日追いまくられる日常業務のなかでの悩みをまず取り上げた。市町村保健婦や地域の医療福祉関係者との結びつきを強調したが、中心活動にもっと共同の学習をもちたいという発言であった。従事者のばらばらの活動や価値観の多様化が進むなかで、住民組織、患者会、そして関連職種らが一緒になる「場づくり」は、現実には容易ではない。自分たちの職場の内外にあるさまざまな障害を冷静によく見きわめることが大事である。地域住民の要望や要求に根ざした活動を展開するためには、保健の担い手は、いまこそ地方自治と地方分権の視点での活動を強めないといけない。それなしには、特定保健所構想や市町村への権限委譲という制度いじりと形式的な政府の対応にただ押し流されるだけである。そのためにも社会科学あるいは社会医学の視点からの実践的理論的な研究が保健所のような現場でも強く求められている。

厚生省の1990年夏の福祉8法の「改革」への報告は、老人福祉と老人医療を中心にして報告された。福祉サービスの有料化と福祉産業の参入つまりプライバタイゼー

ションとあらたな政策による老人の貧困化政策の実態が鋭く提起された。矢継ぎ早に出される政府からの施策にたいして、現場の福祉労働者の長期展望が大事だと強調された。従事者は住民とともに、もっと老人や貧困者の権利侵害にたいして目を向け、それを無くしていかなければならない。報告者はオンブツマンや患者組織や家族の会などの各論には触れられなかったが、日本でもこれからの老人福祉や医療の真の改革のためには、具体的な日常サービスの場での権利擁護が大切になってこよう。国家資格制度が導入された社会福祉士や介護福祉士のありかたについても、報告者らからの大胆な発言がこれから欲しいものである。

労働衛生専門家と環境問題の専門家のありかたについての報告も、この社会医学研究会ならではの発言であった。私はこの夏1か月をフィンランドで研究調査をする機会をもった。テーマは老人保健医療福祉の統合化であって、労働問題や環境問題とは別であったが、フィンランドでのすぐれた労働衛生研究を垣間みるにつけても、やはりその発展の底には「実践ありき」の感を強くした。北欧諸国での労働問題や環境問題のとりあげかたは、労働組合はもちろん、事業主や市民や住民をまきこみ、じつに徹底していた。職場と地域と学校などでの創意ある実践のためにも、これからは社会科学的な広い視点にたった新しい専門家や職種の誕生と普及には私も賛成である。日本もそのような新しい担い手を育てるなかで、すべての労働者や市民の安全な労働と生活を保障をする。地域社会全体そして地球規模の環境保護を草の根的に実現していく。開発途上国はもちろん、先進国といわれる国も学ぶに値する運動と活動を、日本の各地において地道に展開をする。21世紀における保健医療福祉の担い手には、そのような国際的な課題も課せられている。

地域住民とともに歩む保健婦活動

阿部 祥美 (北海道釧路保健所)

Public Health Nursing Active with Community

Sachimi Abe (Kushiro Public Health Station, Hokkaido)

保健所が今、どのように地域の中で活動しているか、皆さんは保健所を生活の中で身近に感じることが出来ますか。保健婦の活動が地域社会の中でどのように関わっているのか一住民として感じることが出来ますか。私達保健婦が一番住民に身近な看護者でありたいと日夜努力を惜しみません。多忙な毎日の中社会の変動にアンテナを高くていいる余裕が少なくなってきているのではないのでしょうか。今回は社会医学の課題という難しいテーマですし、私の少ない経験からのことですので日頃の思いを述べ、皆様とともに考えていきたいと思ひます。

I. 私達の活動する広大な道東

釧路は北海道の東、札幌より列車で5時間のところにあります。釧路保健所は管内人口約28万人、管内面積4,123km²の広大な土地です。(図1) 漁業、酪農が主な産業で医療圏は釧路市が中心となりますが、医療機関、医療従事者は少なく、無医地区は25地区もあります。それ

だけに、身近に存在する保健医療者が地域住民の命、生活を支えてきました。

II. 80年代、釧路保健所が歩んだ活動、 ～市町村とともに～

常に地域住民の生活に合った保健活動がなされるべきで、社会に住む人々なしでは活動はありません。又、市町村の保健行政との共同も不可欠なことです。道内では市町村と業務分担制をとっているところが多いのですが、とにかく、これは市町村、あれば保健所となり、社会の中で一貫した活動が見えづらくなっているようです。法的には実施主体がありますが、共に一定の地域を担当する者として、当所の保健婦は主な事業に参画していく姿勢を心がけています。たとえば、市町村における母子相談(管内では乳児健診を実施しているところはわずかです。)について、場面だけの技術援助ではなく、要指導となった母子に対してのフォローから、一貫した母子保

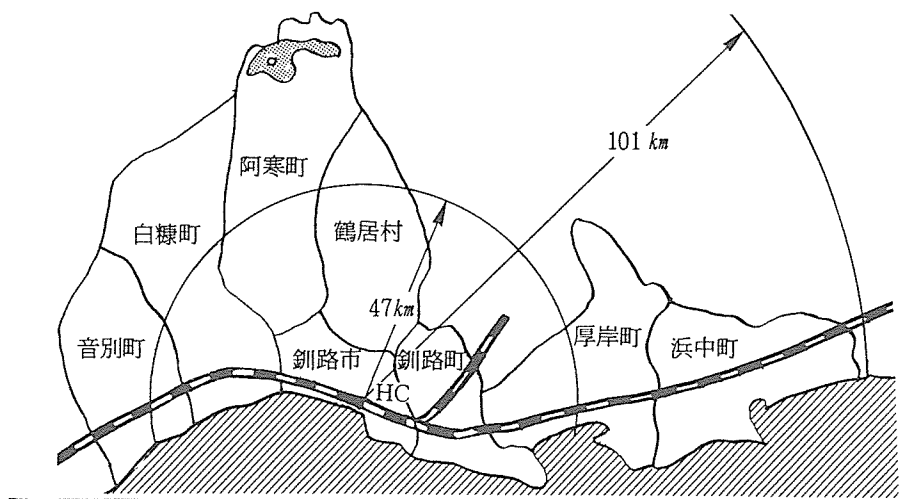


図1 釧路保健所管内市町村

健サービスが住民に提供できるようつないでいます。又、1980年から、成人病健診については、保健所でモデル地区を設定し、事前準備から、事後指導まで町村、保健所、医療機関、地域住民の連携により一定の健診スタイルを確立し、管内へと広げていきました。老人保健事業として全住民へと拡大していく中、基本健診の導入等、サービスはできる限り足並みそろえてを考えてきました。市町村の保健行政と共に歩む活動、しいては、保健所も社会に出て、住民と第一線で接しながら、保健行政の進む道を考えていきたいと思ひます。

Ⅲ. 釧路保健所の保健婦活動

60年代は結核予防活動、70年代は母子保健活動、80年代は成人保健活動に、市町村保健婦とともに力を注いできました。その時々々の住民要求の変化に合わせて、80年代半ばから精神保健活動、難病支援活動へと変遷していきました。事業の開始は行政主導の中でしたが、管内、社会に合わせた事業を考えてきました。現代の変化激しいストレス社会の中で住民が心の疲労を訴え、メンタルヘルスの維持向上が望まれてきました。医療現場との信頼、人間関係づくりを基盤とし、開かれた心の相談の場を提供していく。地域の中で心の相談の場を提供していく。地域の中で心の相談の役割は大きいと考えます。3才の子どもから、80才の老人まで心の健康を主眼においています。精神保健活動はライフサイクルのベースであると考えています。精神障害者のサークル活動、家族の学習の機会設定など後押しをしてきました。痴呆老人の相談事業もいく度の会議を通して、看護者としての専門的役割が明確となってきました。

難病支援活動について考えることは、専門的な検診、相談の場の確保です。日頃、治りにくい病気と診断され、症状改善の少ないまま生活する多くの人々に、専門的相談が身近に受けられること、移動困難な住民にも訪問相談が実施されることを、保健所ではサポートしています。医療と地域社会を結びつけるパイプ役の一人が保健婦です。患者会活動にも、できる限りのお手伝いをさせていただいています。地域住民と手をつなぎ、活動を活性化していくことが大切です。住民の声に答えられる仕事、現在の社会の中で保健婦活動は十分とは言えません。しかし、“声”を行政の中に取り込む第1線に保健婦はいます。広くは社会を変えていく力をまとめていくこと、大きな課題ですが、一端を担っているかもしれないと思ひます。

Ⅳ. 保健婦である私の想ひ

整理できずに毎日広がっていく業務に振りまわされているのが今の私達の現状ではないでしょうか。中には上手に仕事も家庭も両立させている方もいると思ひますが、少数派になっていませんか。子供の親子遠足に1回も行けたことがないなど、保健婦間では話題になったりします。こんな毎日、自分の時間を上手に使い発散も必要でしょうが、少々、研究心を出してもいいのではないかと感じています。外勤が多く、ストレスのたまる中、アフター5くらいは……と考えしまいがち。でも、私達も何ができます。

1989年、釧路で「若い保健婦のつどい」でいっしょに頭を抱えた実行委員会の仲間。最初は開催することに対しての抵抗もありましたが、ほんの7人から始まって、管内全体で取り組まなければと説いて話して、40人ものメンバーがそろいました。一人一人は日頃の保健婦活動を真剣に考え、悩み、あがき、解決できないことがたくさん出てきました。たとえば、業務評価について、上司、同僚についてなどの問題、今、何を知れば、何が整理できれば、明日からの活力になるか…。近隣の市町村の活動を聞き、人を知り、輪ができました。上手に予算を使って合同事業を実施するきっかけになったり、調査研究をすることになったりしました。その実行委員会はその後も解散せず、集まり、話そうと、自主学習グループへと発展していきました。現在は、定期通信の発行が中心と少々、先細りですが、なんとか続いています。

私は、保健婦になり初めての赴任地は中標津でした。幸い、心が許せる仲間が集まり、日頃の業務の活力にしようとして、保健所、市町村の若い保健婦が集い、“青いリングの会”を結成して、例会をもっていました。1985年に釧路の勤務となり、それぞれの市町村の活動が広がらない、市町村間の交流が少ないところと印象を持ちました。その年、足の遠かった“北海道の保健婦のつどい”にも参加し、共に参加した、保健婦と「やっぱり、学習が必要だよ！」と、学習会を何回かもったことがありました。日頃の多忙の中、集まったそれぞれは、何かを求めているという実感でした。いかに研究心をかき立てられる動機づけを自らがしていくかが、大きな課題ではないでしょうか。日頃の疑問に流されてしまわず、仲間と話しができる、「これでいい」と一線を引く前に考えてみようという気持ちを持ち続け、行動していきたいと思ひます。所属を超えた保健婦の関係を作っていきますか。しいては保健に関わるものとして、話しかけられる、今、自分の想ひを出せる場づくり、社会づくりをしてい

きませんか。今の状況にまねるのではなく、学びを増やしていきましょう。保健婦はそんな若いパワーの持てる集団と考えます。地域保健将来構想検討会の答申が出され、北海道もその渦中の中、今、訪問、相談、検診など、目先の仕事に多忙でしょうが、それに追われるだけでいいのでしょうか。もっと大きなことが見えづらくなってしまっている感じがします。一つ一つの活動がどんな社会の中の分野であり、影響しているのかを考えて仕事をしていますか。

私は“人づくり”を大切にしています。保健婦の仲間と、医療福祉の関係者とそして、この激動する社会に生活している住民と、一人一人は弱いかもしれない力が、大きな力になるような活動がしたい。それが、社会を変え、住民の生活を変え、歴史となっていくと考えています。

V. 最後に

釧路保健所への期待は、各市町村さまざまです。必ずしも、良い評価ばかりではありません。しかし、最近、風は変わってきました。「保健所もいっしょに」「保健所としてどう考えるのか」との相談が増えてきたように思います。発展的に考え、「否定なく共に活動を」の姿勢を大切にしていきたいと思います。最近、地域保健活動

の充実強化を名目に、情報システム整備が進められています。これの目的は「保健所の情報センター化を図る」と記されていますが、保健所は、あくまでも保健行政の第一線サービス機能を有することを守ることが必要です。保健婦の21世紀はどんな世界なのでしょう。その道は住民とともに作っていく必要があると考えます。

1990年6月、第5回の若い保健婦のつどいが網走で開催されました。200名もが集い、年々盛会になっている印象を受けました。集まった仲間のパワーに圧倒されつつ、各地に小規模の保健婦学習会ができつつあることを知りました。それは、一つの点であり、線や面になると大きな力へ発展するのではないのでしょうか。手をつなぎ合いましょう。そして、他の社会医学の担い手たちと、私達が受けた、何かしようと感じた気持ちを次の人達に伝えていこうではありませんか。保健婦活動が楽しくなる生き生きとしたものに…。それが実感でき地域社会に伝わる21世紀の基盤作りがこの10年の課題でしょうか。私達の研究心を活性化していくこと、疑問は身近なところから始まります。まわりを見渡しましょう。私と出会いませんか。そして、話しましょう。私達のこれからは、2010年までの活動が、社会に大きな影響をもたらすことは確かです。現状だけを見つめることなく、情勢を知り、科学できる人間でありたいと私は思います。

『環境弁護士』制度の創設を

金谷 健 (京都大学工学部)

Establish a System on “Environmental Lawyer”

Ken Kanaya (Faculty of Engineering, Kyoto University)

I. はじめに

環境問題の主たる発生要素は、

- ①物質的豊かさを際限なく求める人間の欲望
- ②民主主義の未成熟 (少数者の声が反映されない社会構造)
- ③環境保全技術の遅れ

という3つである。この3つは具体的にはどんなことだろうか。廃棄物つまりごみ問題で考えてみる (ここでは問題を単純化するため、産業廃棄物でなく一般廃棄物で考える)。

ごみを何も考えずに焼却したり、そのまま埋め立てれば、大気汚染や水質汚濁などの環境問題が発生する。これが③である。

ある自治体で、新たにごみ焼却炉やごみ埋立地を建設しようとする場合、周辺住民 (その自治体の全市民と比較すれば少数者) は絶対反対あるいは公害発生なら反対という態度をとるが、多くの一般市民は無関心の沈黙という消極的賛成の態度をとり結果的に周辺住民に敵対することとなる (明日は我身かも知れないのに)。こうしたことを許してしまう社会のしくみ、これが②である。

大量消費生活に伴うごみ発生量の増加や適正処理困難な商品の増加を、社会が悪い・資本主義が悪いとだけ言っただけで、自分自身の『物質的豊かさを際限なく求めようとする欲望』を正面から見つめない、私を含めた大多数の人間の生活のありかた、これが①である。

II. 『現時点での最良の解決策』は誰が提示

上記①②③はどれも重要な要素であり、どれか1つではなく3つとも並行して改善していく必要がある。改善していく上で、研究の役割が大きいことは論を待たない。どんな問題があるのか、どう改善していくべきなのか、などという点で現在のところわからないことが多いからである。わからないことを解明するのが研究である (当

然ながら)。

しかし現時点でわかっていることを組み合わせて、現時点での最良の解決策を提示すること、そのことも『研究—わからないことを解明すること』と同様に大切なことである。道路・下水道・ごみ処理施設・ゴルフ場・リゾート施設などの建設計画が常に日本全国に存在し、建設の是非などをめぐって、住民・行政・企業などによる論争がなされている。そこでは現時点での最良の解決策こそ第一に求められている。

ではその解決策は誰が提示すべきなのか? 研究者なのか?

III. 法学者と弁護士の関係

私は、上記の『現時点での最良の解決策』は研究者ではなく、現在のところ集団としては存在しないある種の専門家が提示すべきであると考えている。法律の世界で言えば、弁護士に相当するような専門家を環境問題でも育成して、彼らが提示すべきである。

法律の世界では、法学者という研究者の集団と、弁護士という専門家の集団とが、別個に存在している。弁護士が法学者になったり、法学者が弁護士になったりすることも皆無ではないが、基本的に両者の役割は違う。法学者は、民法や刑法などの法律がどうあるべきかを学問的に研究すべき存在であり、現実の具体的な紛争・訴訟について、問題解決の専門家としての役割は期待されていない。その役割は弁護士が果たしている。

IV. 問題解決における研究者・専門家の役割分担

問題解決において、研究者の役割は問題発見および問題解決方法論の発見にある。一方、専門家の役割は現時点での問題解決そのものにある。以下、これらの役割を果たす存在を、現実の研究者などと区別する意味で、それぞれ『研究者』および『専門家』とカッコつきで記す。

つまり法学者は『研究者』、弁護士は『専門家』である。

『研究者』は何か新しい発見をすべき存在であり、必然的に狭く深く探究すべきである。既存研究のレビューだけでは研究とは言えない。一方、『専門家』は現時点でわかっていることを組み合わせて、現時点での最良の解決策を提示すべきである。そのためには、『専門家』は現在わかっていることつまり既存研究のレビューを幅広くできて、しかもそれらの総合化ができなくてはならない。それは研究とは違う意味で大変なことである。

V. 環境問題での研究者の現状

「研究者は、『研究者』の役割を果たせばよく、『専門家』の役割は行政にまかせればよい」という考え方が、研究者の間では一般的であろう。こうした考え方は、行政にとっては都合がよいが、住民にとっては困った考え方である。現在の環境破壊は公共事業（道路・下水道・ごみ処理施設など）による場合が多いので、住民にとってはケンカ相手（行政；公共事業の主体）にケンカの助けを求めよ、と言われたのと同じだからである。

VI. 環境問題での『専門家』の現状

では環境問題で、誰が『専門家』の役割を現在果たしているのだろうか。大学や公的研究機関（国・地方）の研究者が、住民に頼まれてやむにやまれず、あるいは環境問題を自分が解決するぞという熱い情熱に支えられて、その役割を果たしているケースが多いだろう。こうした役割を果たしている研究者の多くは、「あいつは研究やらずに（＝論文書かず）つまらないことをやっていたけれど、でも損するのは結局本人だからね」などと上司・先輩・同僚から言われつつ、ボランティアと正義感から『専門家』の役割を果たしている。もちろん例外はある。超人的な能力の研究者が、『専門家』の役割をにないつつその成果を論文化したり、あるいは『専門家』の役割をにないつつそれとは別に『研究者』として研究成果もあげていく。そうしたケースも稀にみかける。

私の疑問の核心は、環境問題を真面目に考えている学生・若手研究者に、後者の『超人的能力の研究者』をめざせ、つまり『研究者』と『専門家』の両方を兼ね備えた研究者をめざせ、という叱咤激励は妥当なのだろうか、という点にある。

環境問題が複雑化・高度化している現在、『研究者』と『専門家』の両立は、例外的な研究者を除けば非常に困難であり、したがって『研究者+専門家』集団を形成

するのは不可能、と私は考える。

ではどうしたらよいのか？『専門家』を育成するシステムをつくれればよい。

VII. 『環境弁護士』制度の創設を

弁護士制度にならって、『環境弁護士』制度をつくるべき、というのが私の意見である。この環境弁護士が、環境問題での『専門家』となるのである。以下、環境問題解決における環境弁護士の機能について述べる。

1. 環境弁護士の条件

環境問題について、現時点での最新の専門知識を有しており、現実の環境問題に対して解決策を提示できること。そのことを客観的に明らかにするため、環境弁護士試験を実施する必要がある。

ただ環境問題解決に必要な専門知識は年々変化していく（増加していく）ため、環境弁護士の資格には有効期間を設けるべきである。有効期間は長くても5年程度とすべきである。つねに最新知識を取得する必要があるからだ。

なお環境問題は非常に幅広いため、残念ながらいくつかの部門に分ける必要があるだろう。例えば、環境弁護士（廃棄物部門）などという具合に。この場合大切なのは、部門を学問分野でなく問題ごとに分けることである。

2. 環境弁護士の経済的基盤と独立性

環境弁護士はボランティアではなく、ひとつの職業として成立しなくてはならない。そのためには経済的基盤が確立されるべきである。

経済的基盤の確立のためには、開発事業の開発主体が、総事業費の一定割合（例えば3%）を、関係住民に拠出して、関係住民が環境弁護士を雇えるように制度化すればいい。この考え方は、刑事事件における国選弁護士制度にヒントを得たものである。対等なケンカをするために、ケンカ相手に（環境）弁護士をつけてあげるというわけである。

ここで大切なことは、環境弁護士の選定において、決定権は住民あるいは『環境弁護士協会』に与え、開発主体には与えないことである。こうしないと環境弁護士は開発主体からの独立性を保てないからである。住民からの独立性の是非については検討課題としておく。

Ⅷ. むすび

『研究者』と『専門家』との両立をめざせ、たとえ困難であってもがんばれ」という非難 (or 激励) をあびることを覚悟の上で、日頃考えていることを記してみた。私自身は両立をめざして当分努力するつもりだが、21世紀には環境弁護士という職業ができて、環境研究者と同様に、環境問題解決に情熱を抱く若者の目標となっていることを期待して、むすびとしたい。

*以上は『第31回社会医学研究会総会講演集』の講演原稿を一部修正したものであるが、総会での討論等を踏まえて、以下の補足を加える。

1. 環境弁護士と環境アセスメントとの関係

住民サイドの環境アセスメントの充実、これこそ環境弁護士の主要な役割である。環境アセスメントの充実のためにはどうしたらいいか、そのためには『研究者』とは別に、ここでいう環境弁護士のような『専門家』が必要、そうした発想がこの小論の原点である。

2. 環境弁護士と住民との関係

環境弁護士は住民サイドに立って考えていくべきである。しかし環境弁護士は、住民の利益の無条件の擁護者である必要はない。廃棄物問題にしても地球温暖化問題にしても、今後の環境問題の解決のためには、大量生産大量消費という現代社会の基本的ありかたに対して、企業や行政はもちろんのことだが、住民や市民自身も、真摯な反省が必要と考えるからである。

タクシー運転手の虚血性心疾患発症に関する長期比較研究

服部 真 (石川勤労者医療協会 城北病院)

Long-term Comparative Study on Incidence of Ischemic Heart Disease in Taxi Drivers

Makoto Hattori (Johoku Hospital)

長時間労働や深夜勤務と循環器疾患の関係が注目されている。欧米では、職業運転手で心疾患やそれによる死亡の多発を認めている¹⁾⁻⁵⁾が、わが国でも長時間労働と深夜勤務が常態化している典型的な職業であるタクシー運転手における心疾患の多発を示唆する報告がなされてきている⁶⁾⁻⁸⁾。石川県内のタクシー運転手についての我々の調査でも、心疾患死亡は、同県内の民間労働者集団に比べ有意に多いこと⁹⁾、虚血性心疾患の危険因子である高度喫煙習慣、肥満、高コレステロール血症の保有率が同県内の現場労働者や事務労働者より多いこと¹⁰⁾を認めている。

タクシー運転手における虚血性心疾患の実態を明らかにし、その発症要因を解明することは、長時間労働や深夜勤務と心疾患を含む循環器疾患との因果関係を研究する上で重要な示唆を与えるものと思われる。

今回、タクシー運転手について長期にわたる虚血性心疾患の発症率を対照と比較し、多発要因について検討した。

I. 対象および方法

1979年に我々が定期健康診断を実施した石川県内13社のタクシー運転手のうち、健康診断を受診した(受診率68%)40~59歳の男性258人全員、および対照として1981年に我々が成人病健康診断を実施した県内の同規模10事業所の40~59歳の男性172人のうち144人(84%)に対し、安静時心電図、マスター2階段試験、血圧、肥満度、尿糖、血清総コレステロール値(Serum total cholesterol, Tch)の検査と喫煙習慣、飲酒習慣に関する調査を実施した。

安静時心電図で、ミネソタコード(1967)の1-1、1-2、4-1、4-2、5-1、5-2、7-1を示す者(タクシー運転手7人、対照5人)を除き、残るタクシー運転手251人と対照139人を、ともに9年間追跡し、

3年目以降の虚血性心疾患発症を比較した。虚血性心疾患の発症は以下の4項目のうちいずれかに該当するものとした。

- 1) 安静時心電図で、ミネソタコード(1967)の1-1、1-2、1-3、4-1、4-2、4-3、5-1、5-2、5-3、7-1が新たに出現した者
- 2) 問診上、狭心症発作を強く疑う症状あり、狭心症の治療により改善した者
- 3) 狭心症を疑う症状があり、ホルター心電図あるいはトレッドミル負荷心電図で虚血性変化が確認された者
- 4) 冠動脈造影により有意の狭窄が確認された者

マスター2階段試験は、標準12誘導よりⅢ、aV_Rを除いた10誘導の負荷直後と3分後で、1968年のMasterの判定基準¹¹⁾により判定した。「ST接合部の低下があり、STが基線を横切る点をXとして、QX/QTが50%以上またはQT比が1.07以上」はMasterが傍虚血性変化(near ischemic)と呼び区別しているため、本調査でも区別して集計した。

血圧は座位右腕で深呼吸後測定し、血圧区分はWHO(1978年)の基準を用いた。桂変法で標準体重を求め、(体重/標準体重)×100を肥満度(%)とした。尿糖はブドウ糖酸化酵素による試験紙法により測定した。Tchは、HS 12(日本電子、東京)を用いて酵素法で測定した。

2. 統計学的解析

虚血性心疾患の発症率や危険因子等の保有率の2群間の差の有意性の検定には、 χ^2 -検定を用いた。

虚血性心疾患発症に関する要因の分析には、虚血性心疾患発症の有無を外的基準とし虚血性心疾患の危険因子等を説明変数とした林の数量化Ⅱ類を用いた。解析ソフトは多変量解析システム(社会情報サービス、東京)を使用した。

対照群に対するタクシー運転手群の虚血性心疾患発症に関する相対危険度を求める際に、年齢、観察期間や各

危険因子が交絡因子となるためのこの影響を訂正する必要がある。その為に、まず両群を合わせた集団を用いて、訂正すべき交絡因子を説明変数とする数量化Ⅱ類による判別方程式を求め、次にそれに交絡因子の観察値を代入し、交絡因子の影響を考慮した場合のタクシー運転手群からの虚血性心疾患発症の期待値 (E₁) および対照群からの発症の期待値 (E₀) を求めた。実際のタクシー運転手群からの発症者数を O₁、対照群からの発症者数を O₀ として、(O₁/E₁) / (O₀/E₀) を訂正相対危険度とした。

Ⅱ. 成績

1. 初年度検査結果の比較

初年度検査結果を両群で比較すると、マスター2階段試験での傍虚血性変化、120%以上の肥満、Tchが220mg/dl以上の高値の各々を有する者の割合は、タクシー運転手群が対照群より有意に多く、50歳以上の者の割合は対照群がタクシー運転手群より有意に多かった(表1)。

各項目間の関連をみると、マスター2階段試験での傍虚血性変化を含む虚血性変化は、高血圧およびタクシー運転手と有意の関連を有し、高血圧は喫煙習慣、Tch高値、肥満とも有意の関連を有していた(表2)。

Table 1 Postexercise ECG changes and cardiovascular risk factors in taxi drivers and controls

	Sample Number	Taxi drivers 258 (100%)	Controls 144 (100%)
Master's "near ischemic" in postexercise ECG		30(11.6%) **	5(3.5%)
Master's "ischemic" in postexercise ECG		14(5.4%)	7(4.9%)
Obvious ischemic change in rest ECG		7(2.7%)	5(3.5%)
Obesity index ≥ 120%		64(24.6%) **	15(10.4%)
Total serum cholesterol ≥ 220mg/dl		88(34.0%) **	30(20.8%)
Smoking habit ≥ 20 cigarettes per day		169(65.7%)	82(57.0%)
Sake drinking habit ≥ 360 ml per day		93(35.9%)	45(31.5%)
Hypertension		47(18.2%)	24(16.6%)
Glycosuria		23(9.0%)	13(9.0%)
Age ≥ 50		50(19.4%)	57(39.6%) **

Significant difference level between taxi drivers and controls by χ^2 -test

** p<0.01

Table 2 Statistical association matrix of parameters related to ischemic heart disease in the combined group of taxi drivers and controls

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1. Postexercise ECG change		**				*			*	
2. Blood pressure	**		*	**					*	
3. Smoking habit		*			-**					
4. Total serum cholesterol		**				*			**	
5. Alcohol drinking habit			-**					-**		
6. Taxi driver or not	*			*			*		*	-*
7. Observation period						*				-**
8. Glycosuria					-**					
9. Obesity index		*		**		*				
10. Age						-*	-**			

Significant level of association by χ^2 -test * p<0.05; ** p<0.01

2. 虚血性心疾患発症率の比較 (表3)

観察開始3年未満に、タクシー運転手群84人、対照群22人が退職し、それらについては経過を追跡することが出来なかった。3年未満の脱落者は、タクシー運転手、50歳以上、Tch 高値、肥満の者に有意に多かった。

タクシー運転手群では、1362人年の観察で17人の虚血性心疾患の発症が認められ、観察1000人年に対する発症率は12.5であった。対照群では、932人年の観察で4人の虚血性心疾患の発症が認められ、同じく観察1000人年に対する発症率は4.3であった。

Table 3 Incidence and its rates of ischemic heart disease in taxi drivers and controls

Independent variables	# 1	# 2 (%)	# 3	# 4	RR
Total	390	284 (72.8)	2294	21 (9.2)	
Taxi drivers	251	167 (66.5)	1362	17 (12.5)	2.91 *
Controls	139	117 (84.2) //	932	4 (4.3)	1.00
Hyper tension	66	47 (71.2)	385	9 (23.4)	6.69 **
Borderline hypertension	84	61 (72.6)	482	7 (14.5)	4.14 5.27
Normal	240	176 (73.3)	1427	5 (3.5)	1.00
Postexercise ECG					
ischemic change	21	14 (66.7)	112	2 (17.9)	2.75 *
near ischemic change	34	24 (70.6)	181	6 (33.1)	5.09 4.20
nonischemic change	335	246 (73.4)	2001	13 (6.5)	1.00
Total serum cholesterol					
≥220mg/dl	111	70 (63.1)	556	10 (18.0)	2.86 *
<220mg/dl	279	214 (76.7) //	1738	11 (6.3)	1.00
Obesity index					
≥ 120%	75	48 (64.0)	386	6 (15.5)	1.96
< 120%	315	236 (74.9) //	1908	15 (7.9)	1.00
Smoking habit					
≥20 cigarettes/day	245	174 (71.8)	1379	15 (10.9)	1.65
None or <20/day	145	110 (75.9)	915	6 (6.6)	1.00
Sake drinking habit					
≥360ml/day	134	102 (76.1)	827	6 (7.3)	0.72
None or <360ml/day	256	182 (71.1)	1467	15 (10.2)	1.00
Observation period					
= 9 years		190	1710	17 (9.9)	1.46
3 ≤, < 9 years		94	584	4 (6.8)	1.00
50—59 years of age	101	59 (58.4)	395	4 (10.1)	1.12
40—49 years of age	289	225 (77.9) //	1899	17 (9.0)	1.00
Glycosuria	35	25 (71.4)	223	2 (9.0)	0.98
Nonglycosuria	355	259 (73.0)	2071	19 (9.2)	1.00

1, number of subjects in this prospective study

2, (%), number of subjects observed for more than 3 years (percent of #1)

3, observed person-years

4, incidence of ischemic heart disease (rate per 1000 person-years)

RR, relative risk of ischemic heart disease

Significant difference level between the groups with and without each risk factor by χ^2 -test / $P < 0.05$; // $P < 0.01$

Significant level of relative risk by χ^2 -test * $P < 0.05$; ** $P < 0.01$

虚血性心疾患の発症者計21人の内訳は、安静時心電図で虚血性変化の出現13人、狭心症発作の出現6人、冠動脈造影で確認された者2人で死亡者はなかった。発症時の年齢は40歳代9人、50歳代11人、60歳代1人、観察開始より虚血性心疾患発症までの期間は平均6.4年であった。

対照群に対するタクシー運転手群の観察人年当たりの虚血性心疾患の発症相対危険度は2.91で、有意に高かった。マスター2階段試験での虚血性変化、傍虚血性変化と高血圧、境界域高血圧を有していた者の観察人年当たりの虚血性心疾患の発症相対危険度も有意に高かった。

3. 多変量解析結果 (表4)

タクシー運転手群と対照群を合わせた集団を用い、虚血性心疾患発症の有無を外的基準とし、虚血性心疾患の危険因子8項目(年齢、血圧、肥満度、尿糖、喫煙習慣、飲酒習慣、Tch、マスター2階段試験での虚血性変化)に観察期間(9年末満か9年か)、タクシー運転手か否かを加えた計10項目を説明変数とした数量化Ⅱ類の解析では、虚血性心疾患発症の有無を判別する各要因のレンジは、マスター2階段試験での虚血性変化の有無、血圧が大きく、続いて、喫煙習慣、Tch、飲酒習慣(負)、タクシー運転手か否かの順であった。説明変数よりマスター2階段試験での虚血性変化を除いて解析すると、レンジの大きさは血圧、喫煙習慣、Tch、タクシー運転手

か否かの順になった。

4. 虚血性心疾患発症訂正相対危険度 (表5)

数量化Ⅱ類による判別方程式を用いて、様々な交絡因子に関して訂正したタクシー運転手群の虚血性心疾患の発症に関する訂正相対危険度を求めた。観察期間以外訂正しなかった場合の2.91に対し、観察期間と年齢による訂正では2.83で依然として有意に高く、血圧、Tch、喫煙習慣、飲酒習慣、肥満度、尿糖による訂正を加えると2.42とやや低下し、更に、マスター2階段試験での所見を加えると1.99迄低下した。

Ⅲ. 考 察

本研究では、対象とした石川県のタクシー運転手群での虚血性心疾患の発症率が、観察期間と年齢で訂正しても深夜勤務や長時間運転のない労働者集団である対照群より有意に高い事を示した。虚血性心疾患の発症に関する相対危険度は血圧、Tch、喫煙習慣、飲酒習慣、肥満度、尿糖による訂正を加えるとやや低下し、マスター2階段試験の所見を加えると更に低下したが、それでも約2倍であった。この結果は、タクシー運転手群で観察された虚血性心疾患の多発原因の一部は血圧、Tch、喫煙習慣などの虚血性心疾患の危険因子に依存している事を示唆した。血中脂質、血液凝固能、血圧、肥満度などの

Table 4 Quantification theory type II analysis on parameters related to ischemic heart disease in the taxi drivers group and the combined group of taxi drivers and controls

Samples Independent variables	1 Combined group			2 Combined group			3 Taxi drivers		
	Rank	Range	P.C.C.	Rank	Range	P.C.C.	Rank	Range	P.C.C.
Postexercise ECG change	1	0.156	0.178				2	0.161	0.208*
Blood pressure	2	0.140	0.222*	1	0.167	0.246*	1	0.168	0.265*
Smoking habit	3	0.067	0.127	2	0.070	0.130	5	0.053	0.087
Total serum cholesterol	4	0.063	0.107	3	0.061	0.102	4	0.070	0.110
Alcohol drinking habit	5	-0.060	-0.112	5	-0.056	0.103	3	-0.071	0.116
Taxi driver or not	6	0.043	0.083	4	0.057	0.108			
Observation period	7	0.041	0.070	6	0.046	0.077	8	0.023	0.036
Glycosuria	8	0.027	0.030	8	0.024	0.021	9	0.024	0.023
Obesity index	9	0.019	0.027	9	0.018	0.026	7	0.040	0.056
Age	10	0.012	0.118	7	0.024	0.034	6	0.052	0.066
Apparent error rate	17.7%			19.6%			24.0%		

P.C.C., Partial correlation coefficient
Significant level of P.C.C. * p<0.05

Table 5 Relative risks (RR) of ischemic heart disease in taxi drivers when adjusted by confounding factors

Confounding factors	1	Observation period	1	1	1
	2	Age	2	2	
	3	Blood pressure	3		
	4	Smoking habit	4		
	5	Total serum cholesterol	5		
	6	Alcohol drinking habit	6		
	7	Glycosuria	7		
	8	Obesity index	8		
	9	Postexercise ECG change			
Adjusted RP		1.99	2.42	2.83	2.91
Value of χ^2		1.77	2.89	4.15*	4.50*

Significant level of χ^2 * $p < 0.05$

危険因子は職業や職業に関連した心理的要因により変化することが報告されており³⁾¹²⁾⁻¹⁵⁾、我々もタクシー運転手では肥満度や喫煙習慣が増えることを観察している¹⁰⁾。Hartvigら³⁾は、こうした危険因子の変化は労働現場での強い心理的負荷とタイプAの行動パターンの者の割合が職業により異なる事と関連しているが、職業運転手は工業労働者より前者の影響が大きいとする研究結果を示している。

また、上記の結果は今回のコホート研究で取り上げた危険因子以外にもタクシー運転労働に関連した多発要因が存在する事を示唆している。虚血性心疾患に関連した職業上の要因として、一酸化炭素⁴⁾¹⁶⁾¹⁷⁾、長時間交替制勤務や精神的緊張¹⁾²⁾¹⁸⁾¹⁹⁾を挙げるものが多い。一酸化炭素暴露はこのタクシー運転手集団でも確認しており、成績の項には示していないが、特に喫煙者では勤務中に平均 $9.4 \pm 0.7\%$ の一酸化炭素結合血色素割合になることも示された。交感神経緊張が血圧、血清脂質、血小板凝集、血液凝固などの変化³⁾¹²⁾を介し動脈硬化を促進し、血管攣縮や危険な不整脈²⁰⁾を引き起こす事はよく知られている。

他の地域のタクシー運転手や他の職業運転手、様々な交替勤務者や長時間労働者でも、本研究と同様に虚血性心疾患の多発がみられるのかどうかについても、引き続き検討したい。

最後に、対象としたタクシー運転手群と対照群の特徴について考察する。調査したタクシー運転手群は、石川県では中堅事業所であり、最大手と小事業所の労働者を含んでいない。また、能登方面の事業所は含まれず、中部地方で名古屋市に次いで人口に対するタクシー車両の

密度が高い金沢市の事業所が大部分である。金沢市では、無線や駅などでの客待ちより流しによる営業活動の方が多く、地方は勿論、都市の中でも流しの比率が高い。心理的緊張は流しの方が強いと思われるため、この地域のタクシー運転手群は全国のタクシー運転手の中でも虚血性心疾患の発生が多い集団である可能性がある。また、追跡調査が出来たタクシー運転手は対象事業所の40歳以上の運転手の68%であり、対照群の84%より低かった。一般に、健康診断の未受診者は何らかの疾患で治療中の者や健康管理に関心の低いものが多いといわれるが、未受診者の追跡は出来なかった。本研究の追跡調査からの脱落した者は対照群よりタクシー運転手群に多く、また50歳以上、Tch高値、肥満の者が多かった。Backmanら²⁾は職業運転手で狭心症の症状を持つものが50歳付近で退職するため、50歳以降の有病率は45-49歳より低下した事を示している。脱落者の追跡が可能であれば、タクシー運転手の心疾患発症率はもっと高くなったことが予想される。タクシー運転手に関する疫学調査が困難である原因は、タクシー会社の多くが小零細事業所であり十分な健康管理が行われ難い事に加え、少なくないタクシー運転手が頻繁に他のタクシー会社や他の職業への転職を繰り返す事にある。

一方、虚血性心疾患発生をタクシー運転手と比較する対照群として、どういう集団を選ぶかは重要な問題である。一般住民を対照とした場合は健康労働者効果などの偏りが入るし、特定の職種を選んだ場合は、その職種に関連した偏りが入るかもしれない。本研究の追跡調査では、事業所規模や健康管理、情報提供等本研究への協力度が同程度の事業所の成人病健康診断受診者を対照群と

した。対照群には生産工、現場監督、専門技術者、事務、営業、管理等の職種が含まれているが、タクシー運転労働の特徴である深夜までの長時間勤務や長時間運転を常とする者は含まれていない為、結果には深夜の運転労働の影響が正しく反映したものと考えている。

IV. 結 論

観察1000人年当たりの虚血性心疾患の発症率は、対照群の4.3に対し、タクシー運転手群が12.5で有意に高かった。観察期間と年齢により訂正した虚血性心疾患の発症に関する相対危険度は2.83と有意に高く、更に、血圧、Tch、喫煙習慣、飲酒習慣、肥満度、尿糖で訂正すると2.42であった。

数値II類の解析では、虚血性心疾患発症の有無を判別する各要因のレンジは、マスター2階段試験の結果を除いて、血圧、喫煙習慣、Tch、次いで、タクシー運転手か否かの順であった。タクシー運転手にみられた虚血性心疾患の多発原因として、血圧などの危険因子の影響に加え、タクシー運転に関連した他の要因の影響も示唆された。

尚、本論文は、十全医学会雑誌 vol.99No.6に掲載の拙著「タクシー運転手の循環機能への負担、ならびに虚血性心疾患発症予測に関する研究」より抜粋加筆したものである。

文 献

- 1) Netterstrom, B. & Laursen, P. : Incidence and prevalence of ischemic heart disease among urban bus-drivers in Copenhagen. *Scand. J. Soc. Med.*, 9, 75-79 (1981).
- 2) Backman, A. L. : Health survey of professional drivers. *Scand. J. Work Environ. Health*, 9, 30-35 (1983).
- 3) Hartvig, P. & Middtum, O. : Coronary heart disease risk factors in bus and truck drivers : A controlled cohort study. *Int. Arch. Occup. Environ. Health*, 52, 353-360 (1983).
- 4) Edling, C. & Axelson, O. : Risk factors of coronary heart disease among personnel in a bus company. *Int. Arch. Occup. Environ. Health*, 54, 181-183 (1984).
- 5) Netterstrom, B. & Kund, J. : Impact of work-related and psychosocial factors on the development of ischemic heart disease among urban bus drivers in Denmark. *Scand. J. Work Environ. Health*, 14, 231-238 (1988).
- 6) Hatano, S., Uehata, T. & Hattori, M. : Stress and cardiovascular disease. *J. UOEH*, 11 (suppl.), 39-48 (1989).
- 7) 上畑鉄之丞：循環器障害・脳血管疾患. 現代労働衛生ハンドブック第1版(三浦豊彦, 池田正之, 小山内博, 鈴木継美, 高田勲, 西岡昭, 西川濱八, 野村茂, 房村信雄編), 1003-1014頁, 労働科学研究所, 川崎, 1989.
- 8) 上畑鉄之丞, 阿部真雄, 千田忠男, 松岡敏夫, 小川正時, 古見耕一：タクシー・ハイヤー運転手の在職死亡とその死因. *日災医学会誌*, 33,91-97 (1985).
- 9) 服部真, 中西裕康, 蒔昭三：石川県におけるタクシー運転手の在職中死亡について. *産業医*, 25,37-38 (1983).
- 10) 服部真：健康指標の職種別比較. *産業医*, 30,599 (1988).
- 11) Master, A. M. : The Master two-step test. *Am. Heart J.*, 75, 809-837 (1968).
- 12) Dorian, B. & Taylor, C. B. : Stress factors in the development of coronary artery disease. *J. Occup. Med.*, 26, 747-756 (1984).
- 13) Wolf, S., McCabe, W. R., Yamamoto, J., Adsett, C. A. & Schottstaedt, W. W. : Change in serum lipid in relation to emotional stress during rigid control of diet and exercise. *Circulation*, 26, 279-387 (1962).
- 14) Goldblatt, P.B., Moore, M. E. & Stunkard, A. J. : Social factor in obesity. *J. A. M. A.*, 192, 1039-1044 (1965).
- 15) 鈴木仁一, 桃生寛和：動脈硬化は予防出来るか—危険因子, ストレスに関して. *日循環器管理研協議会誌*, 14, 231-234 (1980).
- 16) Rosenman, K. D. : Cardiovascular disease and work place exposure. *Arch. Environ. Health*, 39, 218-224 (1984).
- 17) Kurppa, K., Hietanen, E., Klockars, M., Partinen, M., Rantanen, J., Ronnema, T. & Viikari, J. : Chemical exposures at work and cardiovascular morbidity. *Scand. J. Work Environ. Health*, 10, 381-388 (1984).
- 18) Schilling, R. S. F. : Health protection and health promotion at work. *Br. J. Ind. Med.*, 46, 683-688 (1989).
- 19) 加藤敏平, 山川美奈子, 長田洋文, 今井保次：心身

症の疫学－急性心筋梗塞の発症と心身医学的要因
の関連性に関する実態調査. *心身医*, 26, 46-51
(1986).

20) Lown, B. : Mental stress, arrhythmias and sudden
death. *Am. J. Med.*, 72, 177-180 (1982).

在宅独居老人の介護条件に関する事例調査

— 地域社会資源とその療養条件及び介護労働とその費用 —

菅原 恵子¹⁾、荒井 成子²⁾、木下 安子³⁾、小林 結美³⁾
¹⁾むさしの共立診療所、²⁾新宿区立北山伏高齢者在宅サービスセンターあかね苑
³⁾白梅学園短期大学

A Case Study on the Conditions of Home Care for the Living Alone Elderly — Its Community Care Resources, Care Conditions and Expenditure.

Keiko Sugahara¹⁾, Seiko Arai²⁾, Yasuko Kinoshita³⁾, Yumi Kobayashi³⁾
¹⁾Musashino Kyoritsu Clinic, ²⁾Akaneen Nursing Home, ³⁾Shiraume Gakuen College

I. はじめに

現代社会においては核家族がその構成単位であり、独居または老人夫婦世帯が増加している。これらの人々が地域社会で安心して生活するためには、身体的な不自由や、生活上の困難を生じた場合に、家族介護力によらず、在宅療養が可能な地域におけるケア体制が必要とされる。しかし、現状の社会福祉施策は家族の介護力を前提としており、それが無い場合は、施設入所が当然と考えられている。したがって、独居、または老人夫婦世帯についての基礎的資料が乏しい。緊急に在宅療養を可能にする条件について検討が求められる。その場合、家族介護力は愛情を基礎として客観的な測定が難しい要素を含んでいる。これを何らかの方法で明らかにしなければ、その有効な社会的介護条件は明確にならないのではなかろうか。そのために、どのような方法論が考えうるのか、重要な研究課題である。

そこで、パイロットスタディとして現在、血縁によらない介護を受けて生活する、全介助を要する高齢者事例について、地域社会資源利用状況とその療養条件及び介護労働とその費用について分析する。

II. 事例

東京都M市に在住する82才の寝たきりで全面介助を要する痴呆を伴う独居老人で、在宅介護および地域の社会的支援により6年間にわたって療養生活が維持されてい

る。1969年6月に側頭葉脳出血、1982年12月右大腿骨折し、入院治療を受け、1983年3月在宅療養となる。

III. 在宅介護状況

83年3月、退院当時は夫と二人で、M診療所の看護婦の訪問看護を受けた。同4月夫入院のため市、福祉公社サービス開始となり、24時間勤務の家政婦を派遣、介護を行う。84年5月、夫死亡し、本人は痴呆が進み、7月家政婦2名となる。

M市より入浴巡回サービス、理容サービス、福祉公社より相談員、看護婦訪問、診療所より医師の往診、訪問看護婦、老人保健法による健康審査を受けている。

家政婦による介護が行われ、2名が分担をきめ、24時間体制で付き添う。家族がいないため、その役割をも担っている。

IV. 調査方法と結果

1. 地域社会資源と療養条件

(1) M市の状況

M市は人口13万5千人で、高齢者人口1万4千人、10.9%である。うち寝たきり老人510人（特別養護老人ホーム入所195人、養護老人ホーム29人）である。

市の福祉体制は、福祉公社を他にさきかけて設立、家事、看護、給食サービス等を開始している。（表1）

表1 M市における老人福祉事業

	開始年月	利 用 数
臥床老人福祉手当	72. 10	435人 月22,000~39,000円
訪問看護事業	82.	485世帯
家庭奉仕員派遣事業	83. 1	315世帯
		臥床老人 96人 1人暮らし219人
家庭奉仕員		4人
シルバー奉仕員	80. 10	68人
家政婦協会		93人
給食サービス	73. 4	253人 3/W 1食250円
日常生活用具給付	77. 4	
ギャジベット		25
車椅子		29
エアマット		17
福祉公社	81. 4	234世帯 (329人)
入浴サービス	81. 7	延1234回

(2) M診療所の在宅医療の概況

M診療所は1966年設立、往診活動を行い、1973年より訪問看護活動を、1983年よりデイ・ホスピタルを、1986年より訪問理学療法を行うなど地域医療活動に努めている。T神経病院の在宅診療班と協力、難病の在宅ケアにも取り組んでいる。

(3) 事例に対する在宅医療・看護提供

1907年4月生. 女 初診 1983年3月
 病名…脳血管障害 高血圧 褥創
 家族状況…夫(1901年生)と2人暮らし
 1983年4月 胃癌手術 翌年再手術 1984年5月死亡
 住居…閑静な住宅街、庭広し、一戸建平家屋

① 経 過

1964年本態性高血圧 通院加療
 1969年側頭葉脳出血 3ヶ月入院后、自立
 1979年右大腿骨頭部骨折、入院、自立
 1982年右大腿再骨折、痴呆出現、入院加療3ヶ月
 1983年3月退院し市役所よりの紹介で診療開始

② 退院時患者の状態

ねたきり状態、右不全麻痺。両尖足軽度、四肢拘縮、褥創(背部中央2.0×2.0大)。言語は構語障害あり、小声、反語し、表情良。食事は介助(軟菜)排泄は失禁、オムツ使用。血圧は178-160/100-60と高く、

表2 年次別往診及び訪問看護回数

年	1983	1984	1985	1986	1987	1988	1989	合計
往 診	26	28	26	26	26	29	24	185
訪問看護	42	59	51	42	21	25	34	274
計	68	87	77	68	47	54	58	459

脈90前後、呼吸16。胸部X-PでTB治療型、大動脈石灰沈着。心電図…旧前壁硬塞あり。

③ 援助内容

- イ) 往診(医師と看護婦による) - 2週に1回、緊急時随時、約7年間で185回(表2)
- ロ) 訪問看護 - 週2~3回→週1回→月1~2回、状態変化時随時、延274回、その他電話相談は受持看護婦に夜間も対応あり。

訪問看護婦のケア - 一般状態把握、日常生活ケアに重点をおき、家政婦のケアの観察と指導、保清は清拭及び入浴介助、指導。食事 - 嚥下しやすい食物の工夫、与え方の指導介助。服薬管理では錠剤服用出来ないために粉末に、又変更薬にする。栄養物の投与、特に医師への連絡、指示の確認など。

排泄は尿はオムツ、便コントロールの工夫(下剤、浣腸、坐薬、摘便などの指導)

現在、時間毎に排尿、ポータブル便器使用介助移動…全介助で坐位→車椅子へ。

運動…上下肢、手足各関節拘縮予防訓練

コミュニケーション…話しかけに時々発語、笑顔あり、夜間はよく童歌、讃美歌をうたう。

褥創予防処置、医療処置などを実施する。

ハ) 福祉器具、介護用品の紹介と点検

ニ) 介護人、親族の指導、調整

最初の1年7ヶ月間に7人の介護人交代、その後2人が継続的に家族の代行する。

介護及び家族機能への相談・指導、親族(妹と姪)への連絡及び介護人との調整。

ホ) 協力チーム

当診療所…医師、訪問看護婦、訪問PT

M市福祉公社…ケースワーカー、看護婦、協力員=介護人→家事援助者利用

市…訪問看護婦、ヘルパー

④ 公的資源の利用

臥床老人福祉手当…年46万8千円

入浴サービス…1983年2月より月2回

給食サービス…1983年4月~1986年3月週3回

表3
一その1一 生活時間調査 家政婦A (主として介護)

時間	分類	生活必需	労働	余暇
6:00		洗面	バイタルサインチェック清拭	
7:00		朝食	掃除機かけ	
8:00			朝食介助 ジュース作り	
9:00			排泄介助 (ポータブルに移動)	おやつ
10:00			ジュースを飲ませる 記録 体位交換	新聞読み
11:00			テープをかける (音楽)	
12:00		昼食	手足首マッサージ (尖足予防)	
13:00			昼食介助	テレビ
14:00			バイタルサインチェック 水分補及 体位交換	
15:00			記録 (バイタルサイン)	フルーツを食べる
16:00			椅子に移動 ベッドにドライヤーをかける	
17:00			コミュニケーション (さんびか、折り、 マッサージ) ベッドに移動	
18:00			接客 水分補及 部屋の片付け	
19:00		夕食	夕食介助 体位交換	テレビ (ながらテレビ含む)
20:00			夕食片付け	
21:00		入浴	清拭 寝衣交換 水分補及	読書
22:00		睡眠	洗濯	
23:00			↓ オムツ交換	
24:00			↓ オムツ交換	
1:00			↓	
2:00			↓	
3:00			↓	
4:00			↓	
5:00			※ (主婦はNHKの「国民生活時間調査」 (1985年の一般主婦による))	
合計時間	A	9 h 33	11 h 17	3 h 35
	主婦	10 h 6	6 h 41	7 h 35

一その2一 生活時間調査 家政婦B (主として家事)

時間	分類	生活必需	労働	余暇
6:00		洗面	両戸開け 朝食準備 洗濯	
7:00		朝食	配膳	
8:00			食器洗い 洗濯干し	
9:00			ゴミ出し 台所、庭 掃除	
10:00		着換化粧	ポータブル、トイレ、洗面所掃除	おやつ
11:00			買物 出納簿記録	
12:00		昼食	昼食準備 配膳	
13:00			食事介助を見守り様子観察	テレビ
14:00			食器洗い	新聞
15:00				フルーツを食べる
16:00			コミュニケーション { アルバムを見せる さんびか、折り 手のマッサージ}	
17:00			接客 夕食準備	
18:00			配膳	一休み
19:00		夕食	夕食介助見守り様子観察	テレビ (ながらテレビ含む)
20:00			記録 (来客、手紙) 風呂仕度、お米とき	
21:00			清拭手伝い 云痰剤 洗濯干し	
22:00		入浴	戸締り 火の仕末	折綴新聞 ヨ一ガ
23:00		睡眠	↓	
24:00			↓	
1:00			↓	
2:00			↓	
3:00			↓	
4:00			↓	
5:00			↓	
合計時間	B	9 h 31	11 h 9	3 h 45
	主婦	10 h 6	6 h 41	7 h 35

日常生活用具…1983年5月よりエアマット、車椅子 (ベッドは自費購入)

福祉公社…1983年4月より月1~2回訪問看護婦及びワーカー

市…訪問看護婦、ヘルパー (途中より中止)

II. 在宅介護に関する調査

A、B 2名の家政婦の介護活動を調査者が観察して内容を把握し、併せて生活時間調査を行った。

(1) 介護状況

家政婦Aは看護婦資格保有者で、主として事例の直接的介護に当たり、Bは看護補助者認定試験合格者で調理、掃除を中心に家事を担当している。

事例が朝、目覚めた後、バイタルサインのチェック、洗面、清拭を行う。朝食を食堂に移動してとる。その後、ポータブルトイレに座らせ、排便する等、家政婦の全面

介助によって日常生活が夜間、睡眠に入るまで続けられる。

これらの介護状況をA、Bそれぞれに生活時間調査を行い (表3) これを生活行動時間に整理し、NHK「国民生活時間調査」結果の一般主婦のそれと比較した。

(表4) (図1)

専業主婦とは似たパターンであるが、全面介助を要する場合の介護量が多く、食事、排泄介助、清潔等が主であった。家政婦の私的な余暇時間が、Aが2時間20分、Bが2時間28分で短い。食事、おやつ等生活必需時間を事例とともに過ごし、来客等の応接等家族の役割を果たしている。したがって介護労働時間は長く、11時間を越えていた。

(2) 療養上の経費

1989年の生計費の分析を行った。

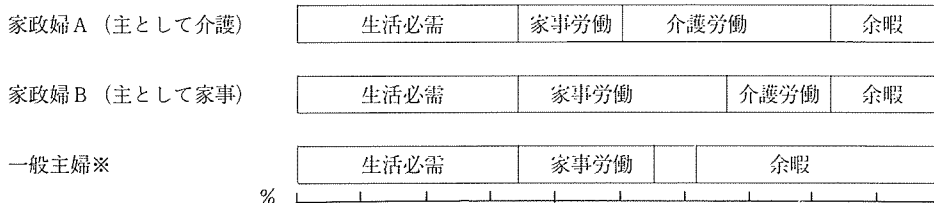
- ① 収入は遺族年金と福祉手当で、190万円であった。これに対して支出は1100万円である。夫婦の貯えた個

表4 生活行動時間

	大分類	中分類	具体例	一般主婦	家政婦	家政婦
				時間、分	① 時間、分	② 時間、分
生活必需	睡眠		連続30分以上	7.24	7.25	7.10
	食事		朝、昼、夕、夜食	1.42	1.15	1.15
	身の回りの用事		洗顔、化粧、入浴、理髪 etc	1.00	0.53	1.06
労働	仕事		介護（接客も含む）	1.02	(11.17) 8.16	(11.09) 3.37
	家事	雑事	雨戸の開閉、戸締り、外			0.33
炊事		台所仕事、食事の支度、後かたづけ		2.42	0.53	3.43
掃除		ゴミ捨て、草取り、水まき		0.52	0.47	1.09
洗濯		洗濯、アイロンかけ、しみぬき		1.22	0.48	0.50
実用品の買物		家事としての日用品の買物		0.43	0	0.52
余暇時間	交際	個人的つき合い	知人との話し合い、訪問、酒、デート	0.40		
		社会的つき合い	義理、義務のつき合い、宗教活動、会合	0.20		0.15
	休養	くつろぎ、休息	おやつ、うたた寝、くつろぎ	0.35	0.45	0.55
	レジャー活動		映画、スポーツ、音楽の鑑賞、スポーツをする	0.57		0.30
	新聞		日刊紙	0.25		
	雑誌、本		週刊誌、月刊誌、単行本	0.13	1.35	0.48
	テレビ		(ながらテレビも含む)	4.25	1.15	1.17

NHK 調査 (NHK 放送世論調査所「国民生活時間調査」1985年)

図1 生活行動時間比較



※NHK「国民生活時間調査」1985年

人の財産からこれを補填している。家屋はすでにM市に寄付している。(表5)

- ② 現在の支出のなかでもっとも大きいものは、24時間の療養を支えている家政婦の賃金であり、その80%に及んでいる。(表5、図2)

V. 考察とまとめ

在宅老人の介護の実態について見たが、その介護時間と療養費について次の点が指摘できる。

- 1) 事例に対する生活行動援助は、診療所看護婦の定期

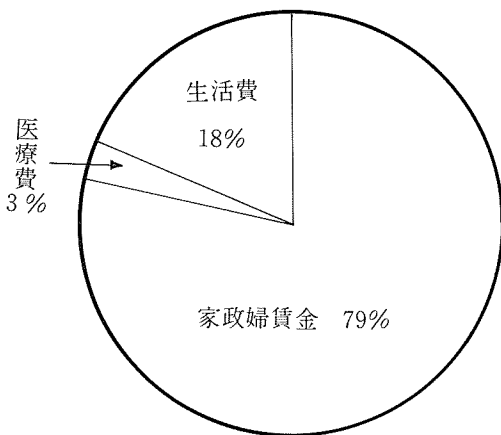
的な訪問による協力・支援をはじめ、地域社会システムが機能し、殊に直接担当者の技術水準が高く、良好に維持されていた。

- 2) 家政婦は、直接介護と家政（掃除、調理）業務をおこなっている。来客の応対等家族の役割を含み、2名がほぼ11時間をこえる業務がある。全面介助を要する場合の介護量が多く、食事・排泄介助・清潔等が主であった。

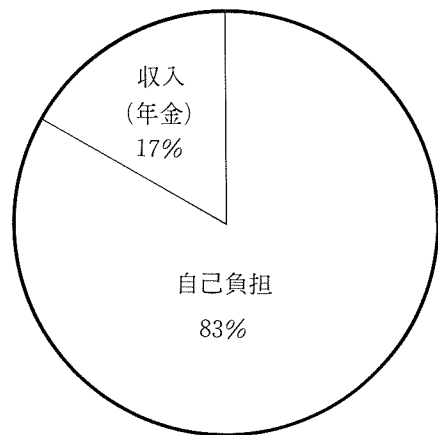
- 3) NHK「国民生活時間調査」1985年資料の一般主婦の生活時間と家政婦の生活時間を比較した。主婦より生活必需時間及び余暇時間が短くなっている。労働時

表5 1989年療養費収支表(1/1~12/31)

収入の部				
区分	内訳	金額	摘要	
福祉関係	年金	1,432,000	遺族厚生年金(3ヶ月毎260,625) 国民年金(2ヶ月毎64,966)	
	老人福祉手当(臥床)	472,000	市(9月迄 月39,000 10月より 月41,000) 4ヶ月毎	
	敬老金	10,000	9/15 敬老の日	
収入合計		1,914,000	月(159,500)	17%
総支出に占める割合 ↗				
支出の部				
区分	内訳	金額	摘要	
介護費用	家政婦賃金	9,041,000 月(753,400)	住込日給@12,400 10日毎支払い(3月迄12,144 4月より12,463)	82% (79%)
	医療雑費	350,000 月(29,100)	公社基本サービス月10,000 診療所へ往診料1,000 月額分 800 オムツ、カバー	(3%)
その他生活費	食費	720,000 月(60,000)	1日約2,000	18%
	光熱関係費	385,000 月(32,000)		
	管理費	722,000	管理人支払、庭手入れ	
	交際費	67,000	中元、歳暮、御見舞	
	会計士費 文具その他雑費	130,000 19,000	1回確定申告有り	
支出合計		11,434,000	月(952,850)	100% 100%
差引額	(自己負担)	-9,520,000		83%



総支出に占める介護費用の割合



総支出に占める福祉収入の割合

図2 療養費の収支

間が長いために個人的な生活が影響を受けているといえる。労働形態は継続的、断続的に観察及びケアが行われ、夜間もおむつ交換等のため、睡眠が中断される。したがって、完全な休息がとれていない。

4) 療養費の80%が家政婦の雇用によるもので極めて高額であった。

以上のように、要介護老人の場合の介護量は多く、24時間にわたり継続して行われる。家族介護力が得られない場合、地域の社会サービスがさまざまな形で充実しているが、この介護の提供システムが最も不足している。特に夜間の介護力は公的に保障する体制はない。また日本においては家族介護は無償の行為とされ、社会的に評価を受けることがなかった。しかし、これを血縁によらず個人で手に入れる場合は極めて高額になる。しかも介護労働者の労働は長時間拘束され、労働時間と生活

時間があいまいで睡眠時間が中断されることがある。

この事例は高額の療養費が支払われ、その80%が家政婦への支払いであった。介護内容は事例の今までの生活が継続され、好ましいものとなっている。社会的サービスによって出来るケアとして、入浴は可能であった。しかし食事づくりに時間を要し、地域の給食サービスシステムがあるが、現在では健康な老人向けであり、個別の病弱な老人の要求に合うものを提供するにいたっていない。

在宅ケアが政策的に推進されているが、まず、介護のマンパワー及び技術の開発を行い、個別の老人の必要性に応じて、十分にケアが提供される体制がつくられるべきである。このことは家族介護が困難な事例のみならず、たとえ家族があっても、それを支援する体制、ことに24時間の介護体制を考えられねばならない。

70才以上の退院患者の追跡調査結果

関沢 敏弘 (北病院 内科)

A Follow Up Study of Discharged Patients of Over 70years Old

Toshihiro Sekizawa (Kita Hospital, Kyoto)

I. はじめに

現在の医療費削減政策の中であって、高齢者の医療を取り巻く状況は極めて厳しい。京都民医連では1988年末から1989年初めにかけて、70才以上の患者の実態調査を行なった。そのうち、70才以上の退院患者の追跡調査結果の一部を紹介する。高齢者の置かれている状況をつかむために参考となれば幸いである。

II. 対象と方法

京都民主医療機関連合会に加盟している京都市内の6病院と綾部市の1病院から1988年1-12月の1年間(2

病院のみ6ヶ月間)に退院した70才以上の患者延べ1400名(男583名、女817名のうち)死亡退院患者183名を除く1217名(男489名、女728名)について、退院後の生死、歩行能力、居住場所などに関して、病院職員が訪問または電話により聞き取り調査を行った。退院した診療科と入院理由疾患は表2、3のごとくであった。年齢階級別の平均在院日数を表4に示す。聞き取り調査日が記入されていない241件を除くと退院から調査までの観察期間は平均242日(男243日、女242日)であった。(表5)。なお、7病院とも内科、外科を主体とした地域の臨床第一線の医療機関であり、病院毎の病床数、入院診療科、調査対象患者数(70才以上)は表1のとおりである。

表1 病院別病床数、入院診療科、調査対象患者数

病院(病床数)、入院診療科	調査期間	調査対象患者数
A (176床)内、外、整、精神	1月-12月	392
B (205床)内、外、産婦、小児	1月-6月	177
C (63床)内、小児	1月-6月	22
D (113床)内、外、整	1月-12月	165
E (86床)内、外	1月-12月	108
F (64床)内、外	1月-12月	217
G (55床)内、外	1月-12月	136
合計 762床		1217

表3 入院理由別人数(死亡退院者を含む)

	男(人)	構成比	女(人)	構成比
脳血管障害	78	13.4%	100	12.2%
心疾患	88	15.1%	101	12.4%
呼吸器	94	16.1%	81	9.9%
消化器	70	12.0%	132	16.2%
筋骨格	35	6.0%	128	15.7%
悪性腫瘍	109	18.7%	83	10.2%
その他	109	18.7%	192	23.5%
合計	583	100.0%	817	100.0%

表2 退院した科別の人数(死亡退院者を含む)

	男(人)	構成比	女(人)	構成比
内科	449	77.0%	577	70.6%
外科	76	13.0%	125	15.3%
整形外科	13	2.2%	70	8.6%
産婦人科	0.0%	0.0%	5	0.6%
精神科	0.0%	0.0%	3	0.4%
無記入・他	45	7.7%	37	4.5%
	583	100.0%	817	100.0%

表4 年齢階級別男女別平均在院日数

	男		女	
	在院日数	(人)	在院日数	(人)
70-79才	39.5	286	43.7	416
80-89才	40.8	179	49.6	271
90才-	46.4	16	35.0	30
合計	40.2	481	45.5	717

表5 年齢階級別男女別退院後平均観察期間(日)
(調査日不明241件を除く)

	男		女	
	観察期間	(人)	観察期間	(人)
70-79才	240.7	229	249.3	348
80-89才	247.7	144	232.5	220
90才-	216.3	13	226.5	22
合計	242.5	386	242.2	590

表6 退院時の医療見込み

	男(人)		女(人)	
	構成比		構成比	
入院要	35	7.2%	35	4.8%
通院	352	72.0%	552	75.8%
往診	56	11.5%	78	10.7%
治療	17	3.5%	24	3.3%
無記入	29	5.9%	39	5.4%
合計	489	100.0%	728	100.0%

表7 退院先別人数

	男(人)		女(人)	
	構成比		構成比	
自宅	407	83.2%	637	87.5%
一般病院	33	6.7%	30	4.1%
老人病院	8	1.6%	7	1.0%
老人ホーム	4	0.8%	13	1.8%
無記入・他	37	7.6%	41	5.6%
合計	489	100.0%	728	100.0%

表8 年齢階級別入院前家族構成(男)(死亡退院者を含む)

	70-79才	80-89才	90才-	合計	
	独居	23	22	3	48
老夫婦のみ	125	85	4	214	36.7%
二世代	63	49	4	116	19.9%
三世代以上	93	53	8	154	26.4%
無記入・他	33	17	1	51	8.7%
合計	337	226	20	583	100.0%

(再掲)

独居または老夫婦のみ	148	107	7	262
	43.9%	47.3%	35.0%	44.9%

表9 年齢階級別入院前家族構成(女)(死亡退院者を含む)

	70-79才	80-89才	90才-	合計	
	独居	108	64	2	174
老夫婦のみ	71	12	1	84	10.3%
二世代	102	91	17	210	25.7%
三世代以上	130	117	13	260	31.8%
無記入・他	53	30	6	89	10.9%
合計	464	314	39	817	100.0%

(再掲)

独居または老夫婦のみ	179	76	3	258
	38.6%	24.2%	7.7%	31.6%

3. 家族構成(表8、9)

入院カルテを基に調べた家族構成は、独居が男8.2%、女21.3%、老夫婦のみというのが男36.7%、女10.3%で、あわせて独居または老夫婦のみの世帯が男44.9%、女31.6%を占めた。退院後の家族構成は調査できていない。

4. 現在の居住(療養)場所(表10)

退院先別に調査時点での居住(療養)場所をみると、自宅に退院した者の78.8%は引き続き自宅にあり、一般病院に転院した者の39.7%、老人ホームに入所した者の6.7%(1人)は自宅に帰っていたが、老人病院に転院した者の中では自宅に帰った者はいなかった。

5. 退院後の生死(表11~14)

退院後、男で80名(16.4%)、女で58名(8.0%)が死亡した。退院時の年齢階級別にみると、男では、70代12.0%、80代21.0%、90才以上43.8%が死亡し、女では

Ⅲ. 結果

1. 退院時の医療の見込み(表6)

医師が判定した退院時の医療の見込みは、治療退院が男3.5%、女3.3%に過ぎず、大半が引き続き医療が必要とされた。治療が必要だが通院困難で往診を要すると考えられた者は男11.5%、女10.7%にのぼった。

2. 退院先(表7)

退院した1217名中、自宅への退院が男407人83.2%、女が637人87.5%で最も多かった。他の病院への転入院が78人で、63人が一般病院へ、15人がいわゆる老人病院に転医した。老人ホーム(ほとんどは特別養護老人ホーム)へ入所できたのは17名にとどまった。

それぞれ5.9%、9.8%、19.4%であった。当然のことだが高齢であるほど死亡率が高かった。(表11、12)。退院先別に死亡率を見ると、自宅退院者では10.4%、一般病院転院者で29.3%であり、老人病院転院者では46.2%にのぼった。対照的に老人ホーム入所者の死亡はなかった(表10参照)。退院時の歩行能力別に退院後の生死をみると、男では自力歩行者で12.4%、介助歩行者で31.8%、歩行不能者で37.8%の死亡率であり、女ではそれぞれ4.8%、14.9%、27.6%で、男女とも歩行能力の劣るほど死亡率が高かった(表13、14)。

ど死亡率が高かった(表13、14)。

6. 退院後の歩行能力(表15、16)

退院時の歩行能力が退院後も維持できているかをみるために退院時の歩行能力別に退院後の歩行能力を調べると、退院時と変わらないのが男88.3%、女87.4%、改善したのが男3.6%、女5.0%、悪化したのは男8.1%女7.6%であった。

表10 退院先別にみた現在の療養場所

(不明・無記入130名を除く)

(退院時)/(現在)	自宅	一般病院	老人病院	老人ホーム	その他	退院後死亡	合計
自宅	786	73	18	11	6	104	998
一般病院	23	16		1	1	17	58
老人病院		1	5	1		6	13
老人ホーム	1	2	1	11			15
その他		2				1	3
合計	810	94	24	24	7	128	1087

(退院時) \ 現在	自宅%	死亡率	退院時と同じ場所
自宅	78.8%	10.4%	78.8%
一般病院	39.7%	29.3%	27.6%
老人病院	0.0%	46.2%	38.5%
老人ホーム	6.7%	0.0%	73.3%
その他	0.0%	33.3%	0.0%
合計	74.5%	11.8%	75.3%

表11 退院時の年齢階級別にみた退院後の生死(男)

(人数)	70-79才	80-89才	90才-	合計
生存	239	130	7	376
退院後死亡	35	38	7	80
無記入	18	13	2	33
合計	292	181	16	489

(割合)				
生存	81.8%	71.8%	43.8%	76.9%
退院後死亡	12.0%	21.0%	43.8%	16.4%
無記入	6.2%	7.2%	12.5%	6.7%

表12 退院時の年齢階級別にみた退院後の生死(女)

(人数)	70-79才	80-89才	90才-	合計
生存	376	238	22	636
退院後死亡	25	27	6	58
無記入	21	10	3	34
合計	422	275	31	728

(割合)

生存	89.1%	86.5%	71.0%	87.4%
退院後死亡	5.9%	9.8%	19.4%	8.0%
無記入	5.0%	3.6%	9.7%	4.7%

表13 退院時の歩行能力別にみた退院後の生死(男)

(不明・無記入54名を除く)

(人数)	自力歩行	介助で	歩行不能	合計
生存	303	30	28	361
退院後死亡	43	14	17	74
合計	346	44	45	435

(割合)

生存	87.6%	68.2%	62.2%	83.0%
退院後死亡	12.4%	31.8%	37.8%	17.0%

表14 退院時の歩行能力別にみた退院後の生死(女)
(不明・無記入58件を除く)

(人数)	自力歩行	介助で	歩行不能	合計
生存	512	63	42	617
退院後死亡	26	11	16	53
合計	538	74	58	670
(割合)				
生存	95.2%	85.1%	72.4%	92.1%
退院後死亡	4.8%	14.9%	27.6%	7.9%

表15 退院時の歩行能力別にみた退院後の歩行能力(男)
(不明・無記入131件を除く)

(退院時) \ (現在)	自力歩行	介助で	歩行不能	合計
自力歩行	283	13	8	304
介助で	6	15	8	29
歩行不能	5	2	18	25
合計	294	30	34	358
(割合)				
自力歩行	93.1%	4.3%	2.6%	100.0%
介助で	20.7%	51.7%	27.6%	100.0%
歩行不能	20.0%	8.0%	72.0%	100.0%

退院時と比べて	改善	不変	悪化
	13	316	29
	3.6%	88.3%	8.1%

IV. 考 察

この調査で、退院後の老人患者のおかれている厳しい状況が明らかにされた。①ほとんどの老人患者は退院後も引き続き医療が必要であり、老人が医療と切り離せないこと、②通院困難なため往診しなければならない者が1割以上いること、③独居または老人のみの世帯が3割ないし、4割にのぼり、自宅退院の場合の療養条件、特に介護力の点ではかなり脆弱で厳しいものと推定されること、④老人ホームへの入所者は非常に少ないこと、⑤9割近くは退院時の歩行能力が維持できていること、⑥退院時の歩行能力が劣るものほど死亡率が高いことなどである。

①、②については地域の開業医、一般病院の果たす役割が重要と思われる。しかし、開業医は高齢化が進み、診療報酬の実質的切下げが繰り返されたことにより、一

表16 退院時の歩行能力別にみた退院後の歩行能力(女)
(不明・無記入126件を除く)

(退院時) \ (現在)	自力歩行	介助で	歩行不能	合計
自力歩行	464	20	15	499
介助で	22	30	11	63
歩行不能	4	4	32	40
合計	490	54	58	602
(割合)				
自力歩行	93.0%	4.0%	3.0%	100.0%
介助で	34.9%	47.6%	17.5%	100.0%
歩行不能	10.0%	10.0%	80.0%	100.0%

退院時と比べて	改善	不変	悪化
	30	526	46
	5.0%	87.4%	7.6%

般病院特に中小規模病院の経営は危機に瀕していることなどから、地域の第一線の医療供給体制を強化する施策が必要である。③については、家庭で老人患者を介護することに対して社会的に十分な援助をすること(介護手当など経済的援助とヘルパーの増員などマンパワーの充実、短期保護事業の充実など)が必要だと考えられる。④については、長期に安心して入院・入所できる(医療内容の充実した)病院や療養施設を拡充することが求められており、特に都市部の特別養護老人ホームで数ヶ月の入所待ちが常態化していることは緊急に解決せねばならないと考えられる。また、人件費や医療内容を切り詰めるか、様々な名目で相当の金額の患者負担をさせないと病院経営が維持できないような現行の診療報酬は早急に是正する必要があると思われる。

厚生省は、高齢者の福祉に関する国民の期待にこたえるかのように「高齢者福祉十ヵ年ゴールドプラン」を発表し老人ホームの整備拡充などを打ち出したが、財源問題にほとんどふれておらず、これをアドバランだけに終わらせないためには国民の厳しい監視が必要であり、医療・福祉の実態に基づいた国民の側からの政策的提言が必要と思われる。

参考文献

- 1) 京都市民連医報 Vol. 18-No. 1, 1989
- 2) 「高齢者保健福祉推進十ヵ年戦略」(高齢者福祉十ヵ年ゴールドプラン) 1989. 12.
- 3) 厚生省「国民医療総合対策本部」中間報告1987. 6.

ジェリアトリック・アセスメント(老年者の多面的評価法) に関する文献的考察

橋本美知子¹⁾、青木 信雄²⁾

¹⁾関西医大・公衆衛生学、²⁾健光園診療所

A Review to the Literature of Geriatric Assessment

Michiko Hashimoto¹⁾, Nobuo Aoki²⁾

¹⁾Dept. of Public Health, Kansai Medical University, ²⁾Kenkouen Home for the Aged

I. はじめに

今回、我々はジェリアトリック・アセスメント(老年者の多面的評価法)について、GD Wieland がまとめた論文¹⁾をもとにして、我が国の現状と比較しながら考察を加えた。

また、ジェリアトリック・アセスメント(老年者の多面的評価法)をとりあげた理由は以下の三点である。

第一に、高齢化がすすみ65歳以上人口が総人口に占める割合が10%を上回った我が国において、医療の中の老人医療の位置づけが、社会医学的問題としてとりあげられ、十分に研究され、追求されていないこと。

第二に、従来の医療が人間を総合的にとらえていないこと。臓器別に各科にあてはめて対応するのが医学の本来の姿であるかのような治療が行われているが、複合した疾病をもっている老人にとっては、総合的多面的な診断、治療が行われる必要があること。

第三に、そのためにも、専門家による治療、観察、指導の必要な老人について、適切な場所(部門)への照会・転院・転所(referral)をスムーズに行う体制作りが必要であること。

また、geriatric assessmentの日本語訳については、単に「老年病評価」としただけでは、身体的、精神的な医学的評価にとどまり、老人の全人的、かつ社会環境をふまえた評価とはなりにくいので、「老年者の多面的評価法」とした。

さて、ジェリアトリック・アセスメント(老年者の多面的評価法、以下“老年評価”と略す)の基礎は、1930年代に英国において、先駆的な現場の医師(M. Warren, L. Cosin, E. Brookeら)による老年者のケアの

基本原則をもとに作られた²⁾。“老年評価”は「治療や管理を必要とする老年患者のあらゆる問題について、総合的診断を導きだすためのデータの収集と多方面にわたる分析方法」³⁾であり、「実際のケア優先の性格を持ち、包括的で多次元にわたり、加齢(老化)を焦点においた点が、他の医学的評価法と異なる」¹⁾と定義されている。

今回は欧米の研究者からの報告を中心にその文献的考察をおこなう。

II. “老年評価”の目的と組織

“老年評価”の主たる目的は、患者のために治療や管理に必要な条件のスクリーニングと、最も適切な専門医や入所先への照会にあり、治療のためのサービスを提供するものではない⁴⁾。

“老年評価”の組織は、評価の目的によって異なり、殆どの“老年評価”は要介護状態にある老人について、多種多様な能力や障害を評価するために、学際的な評価チームが評価の実行にかかわる⁵⁾。その評価チームは、通常、内科医(可能ならば老年病専門医または老年精神病専門医)、看護婦(または保健婦)とソーシャルワーカーがコア・チームとなる。更に、必要に応じて作業療法士、理学療法士、言語療法士などに加え、社会サービスや福祉関係の職員、心理学関係者、栄養士、歯科関係者、建築士などが、患者にかかわる。

III. “老年評価”の機能

“老年評価”のプログラムには、(1)入院患者の老年評

価棟、(2)入院患者の老年リハビリテーション棟、(3)入院患者のコンサルテーション、(4)外来患者評価、(5)家庭訪問評価がある。“老年評価”プログラム [(1)~(5)] 別にその機能を説明する。

- (1)と(2) 入院患者の老年評価棟および老年リハビリテーション棟：入院患者の多くは、急性期疾患が安定した後に、急性期病棟から老年評価棟に移され、コア・チームにより評価がなされる⁶⁾⁷⁾。
- (3) 入院患者のコンサルテーション：通常、医師が行う。その目的は総合的な診断と転棟・転所を含む今後の方針を助言することにある⁵⁾。
- (4) 外来患者評価：当初の論文には、心身機能の評価など、医学面からの検索が欠けていたことから問題があったが⁸⁾、外来患者の評価は、入院患者の場合よりも有用である¹⁾との指摘がある。
- (5) 家庭訪問評価：家庭訪問チーム¹⁾によって、患者の早期発見や、患者の照会と指導の目的を果している⁴⁾。これらの訪問評価には病院や一般診療所があたっている⁹⁾。

IV. “老年評価”を検討するにあたっての問題点

これに関する文献の大部分は、標準化された評価パッケージ (standardized assessment package) の利用 (特に機能的、心理的評価の場合) について述べている。

- (1) 多くの“老年評価”プログラムの中には、包括的な診断と、治療の選択にあたって標準化された測定尺度が用いられるが、この評価パッケージが果たす役割については、不明確のものがあるので、これらの評価方法の確実性と信頼性を確立する必要がある²⁾。
- (2) さらに、診断的アプローチを要する問題検索の立場と“老年評価”をすすめる立場 (詳細な多面的診断をおこなう過程) との違い。
- (3) “老年評価”にたずさわる人々 (職員) に関係する問題点¹¹⁾で、チームの構成についての検討や、互いの領域をこえての交流の問題がある。総合的な“老年評価”チームの機能は、医師の指導というよりもむしろスタッフが平等に権限を共有するものであるといわれている。

V. “老年評価”プログラムの効果

“老年評価”プログラムからおしはかれる患者の状況の改善が、表のごとく多くの論文により発表されている。その主要な点は下記のようなものである。

- (1) “老年評価”は虚弱な老人に対する伝統的な医学的アプローチに対して効果がある。
- (2) 記述疫学研究における“老年評価”プログラムの効果：
 - ① “老年評価”をとおしての診断の総合的改良¹²⁾¹³⁾¹⁴⁾。
 - ② 紹介・転院・転所の総合的改善あるいは公共施設利用の減少⁴⁾。
- (3) 縦断疫学研究では、公共施設サービス利用の顕著な減少に関連して在宅サービス利用の増加を示したり¹⁵⁾¹⁶⁾、そうでない事例¹⁷⁾もあった。
- (4) 評価行為が評価だけでなく、何等かの治療を行うような“老年評価”プログラムの場合、患者にとっては、ケアプロセスの改善 (たとえば、身体的・精神的機能の改善、医療費・投薬の減少など) がみられること。
- (5) 入院期間については、長引いた¹⁷⁾¹⁸⁾、短縮した¹⁹⁾²⁰⁾、影響がなかった²¹⁾などの報告がある。
- (6) “老年評価”プログラムの実験的研究の中で、有意な生存条件の改善と施設ケアの費用の減少とが示された¹⁷⁾²²⁾。
- (7) 評価の内容の診断的効果をはっきりと認められているにもかかわらず、入院患者の老年病コンサルテーションのいくつかは、患者ケアの効果について強い影響力を示さなかった¹⁴⁾²³⁾。
- (8) 具体的に検証された“老年評価”は、患者の状態について、注意深く、包括的な再検討を行う以外にどのような利点があるのか? という質問には、明白な答は用意されていない。

VI. “老年評価”の有用性 (表参照)

表のごとく患者の状況の改善内容別に²⁴⁾ “老年評価”プログラム、研究方法、発表者名、発表年、研究発表者の国名を示した。

- (1) “老年評価”の既出論文は、極めて多岐にわたり、欧米諸国で多数発表されている。
- (2) 診断上の正確性の改善：“老年評価”プログラムの基本的な目標は、診断の正確性を高めることにある。多くのプログラムにおいて、診断の正確性の改善がみられたと報告されている。
- (3) “老年評価”は、機能障害のある老人を総合的に再検討することによって、障害をうけた機能をもとにもどしうる諸課題 (適切な専門医や入所先への照会、身体的・精神的機能の改善、生命延長など) を

表 “老年評価” プログラムによる患者の状況の改善

GAU=入院患者の老年評価棟

D=記述疫学

GARU=入院患者の老年リハビリテーション棟

MC=マッチド・コントロール法

ICS=入院患者のコンサルテーション

RCT=ランダム・コントロール法

OAS=外来患者評価

USA=アメリカ

HVS=家庭訪問評価

UK=英国

結果	プログラム	研究方法 (発表者名、発表年)	研究発表者の国名
1. 診断上の正確性の改善	GAU/GARU	D(Applegate 1983; Cheah 1980; Rubenstein 1981; Hogan 1984; Greene 1986); RCT(Rubenstein 1987)	USA, USA, USA Canada, USA USA
	ICS	D(Katz 1985; Lichtenstein 1987) RCT(Allen 1986)	USA, USA Brazil
	OAS	D(Williams 1972; Dayne 1977; Brocklehurst 1978; Reiffler 1980); RCT(Tulloch 1979; Williams 1987)	UK, Canada, UK USA UK, USA
	HVS	D(Lowther 1970; Willianson 1984; Currie 1981; Barber 1982; Harrison 1985)	UK, UK, USA UK, UK
2. 配置転換の改善	GAU/GARU	D(Poliquin 1977; Rubenstein 1981; Schunan 1978; Sloan 1980; Roberston 1982; Hogan 1984) MC(Lefton 1983; Poplewell 1983) RCT(Rubenstein 1984b)	USA, USA, Canada USA, Canada USA, Australia USA
	ICS	D(Burley 1979; Lichtenstein 1985)	UK, Canada
	OAS	D(Dayne 1977; Brocklehurst 1978; Williams 1973)	Canada, UK, UK
	HVS	D(Jonsson 1981; Hughes 1980)	Iceland, USA
3. ナーシングホーム利用の減少	GAU/GARU	D(Poliquin 1977; Rubenstein 1981; Schunan 1987; Sloane 1980; Robertson 1982); MC(Lefton 1983; Poplewell 1983); RCT(Rubenstein 1984b)	USA, USA, Canada USA, Canada USA, Australia USA
	ICS	D(Lichtenstein 1985)	USA
	OAS	D(Williams 1973)	UK
4. 在宅保健サービス利用の増加	GAU/GARU	D(Schunan 1978; Hogan 1984; Sainbury 1980); MC(Poplewell 1983); RCT(Collard 1985; Rubenstein 1984b)	Canada, Canada, New Zealand Australia USA, USA
	ICS	D(Barker 1985; Burley 1979)	USA, UK
	OAS	RCT(Tulloch 1979; Williams 1987)	UK, USA
	HVS	RTC(Hendriksen 1984)	Denmark
5. 機能状態の改善	GAU/GARU	D(Applegate 1983; Gross 1985; Lien 1986; Poliquin 1977; Rubenstein 1981; 1984a; Hogan 1984) MC(Lefton 1983); RCT(Rubenstein 1984b)	USA, Australia, USA USA, USA, Canada USA USA
	OAS	D(Lowther 1970; Reiffler 1980; 1981); RCT(Tulloch 1979; Yeo 1987)	UK, USA UK, USA
	HVS	D(Williams 1974; Barber 1978)	UK, UK
6. 感情や認識の改善	GAU/GARU	D(Applegate 1983; Gross 1985; Lien 1986; Poliquin 1977; Spar 1980; Greene 1986); RCT(Balaban 1980; Rubenstein 1984b)	USA, Australia, USA USA, USA, USA USA, USA
	ICS	RCT(Hogan 1987)	Canada
	OAS	D(Reiffler 1980; 1981) RCT(Yeo 1987)	USA USA
	HVS	RCT(Vetter 1984)	UK
7. 生存の延長:	GAU/GARU	RCT(Collard 1985; Rubenstein 1984b);	USA, USA
	ICS	RCT(Hogan 1987);	Canada
	HVS	RCT(Hendriksen 1984; Vetter 1984)	Denmark, UK
8. 処方薬物の減少	GAU/GARU	G(Poliquin 1977; Rubenstein 1981; Greene 1986); MC(Poplewell 1983);	USA, USA, USA Australia
	ICS	RCT(Vetter 1984)	UK
9. 医学的ケア費用の減少	GAU/GARU	RCT(Collard 1985; Rubenstein 1984b)	USA, USA
	OAS	RCT(Williams 1987)	USA
	HVS	RCT(Hendriksen 1984)	Denmark

GD Wieland: Geriatric Assessment: A Review and Guide to the Literature, DMB, Special supplement series, 7, 21, 1989. より一部引用

明らかにすることができる。

- (4) “老年評価”には、多くの有用性(薬物処方への減少、老人施設利用の減少、医療費の減少、在宅保健サービス利用の増加など)があることが認められた。

Ⅶ. まとめ

- (1) “老年評価”の既出論文は、評価の形式、構成要素の基準、対象、実施状況、評価対象とされた人口や効果の表われ方など、極めて多岐にわたること。そのため、“老年評価”の効果を客観的に証明することが難しい一面がある。
- (2) 最大の問題は“老年評価”そのものについての検討があまりされず、“老年評価”に取り組んだ研究報告の形式や、標準的な診断手順に従ってというような記述の仕方、基本論議が避けられている点にある。
- (3) “老年評価”プログラムに取り組む意義は、次の二点にある。
- ① 機能障害のある高齢者が持っている諸問題について総合的に検討することによって、解決可能な問題をはっきりさせることができる。
 - ② 治療やリハビリテーション、ケアなどにより、解決可能な問題に対処し、それによって障害のある高齢者の機能の改善やいわゆるQOLの向上が可能となる。
- (4) “老年評価”を進めるに当たっての詳細な背景写真はまだ描けていないが、“老年評価”に取り組むことによって、より適切な高齢者ケア実施に大きなインパクトを与えることが、かなりの確度で認められる。

文 献

- 1) Wieland GD: Geriatric Assessment: A Review and Guide to the Literature. *DMB, Special Supplement Series*, 7, Gerontology, 7-23, 1989.
- 2) Matthews DA: Dr. Marjory Warren and the Origin of British Geriatrics. *J Am Geriatr Soc* 32; 253-258, 1984.
- 3) Applegate WB: Use of assessment instruments in clinical settings. *J Am Geriatr Soc* 35(1); 45-50, 1987.
- 4) Williams TF, Hill JG, Fairbank ME, et al: Appropriate placement of the chronically ill and aged: a successful approach by evaluation. *JAMA* 226; 1332-1335, 1973.
- 5) Hogan DB, Fox RA, Badley BWD, et al: Effect of a geriatric consultation service on management of patients in an acute care hospital. *Can Med Assoc J* 136; 713-717, 1987.
- 6) Liem PH, Chermoff R, Carter WJ: Geriatric rehabilitation unit: a 3-year outcome evaluation. *J Gerontol* 41; 44-50, 1986.
- 7) Adelman RD, Marron K, Libow LS, et al: A community-oriented geriatric rehabilitation unit in a nursing home. *Gerontologist* 27(2); 143-146, 1987.
- 8) Hodes L: Geriatric screening and care in group practice. *J Roy Coll Gen Practit* 21: 469-472, 1971.
- 9) Tulloch AH, Moore V: A randomized controlled trial of geriatric screening and surveillance in general practice: *J Roy Coll Gen Practit* 29; 733-742, 1979.
- 10) Muir Gray JA: Screening and case-finding. In Muir Gray JA (ed), *Prevention of Disease in the Elderly*. Edinburgh: Churchill Livingstone, 1985.
- 11) Campbell LJ, Cole KD: Geriatric assessment teams. *Clinics in Geriatric Medicine* 3(1); 99-100, 1987.
- 12) Williamson J, Stokoe IH, Gray S, et al: Old people at home; their unreported needs. *Lancet* 1; 1117-1120, 1964.
- 13) Brocklehurst JC, Carty MH, Leeming JT, et al: Medical screening of old people accepted for residential care. *Lancet* 2; 141, 1978.
- 14) Allen CM, Becher PM, McVey LJ, et al: A randomized controlled clinical trial of a geriatric consultation team: Compliance with recommendations. *JAMA* 255; 2617-2621, 1986.
- 15) Hendriksen C, Lund E, Stromgard E: Consequences of assessment and intervention among elderly people: three year randomized controlled trial. *Br Med J* 289; 1522-4, 1984.
- 16) Williams ME: Outpatient geriatric evaluation. *Clinics in Geriatric Medicine* 3(1); 175-183, 1987.
- 17) Rubenstein LZ, Josephson KR, Wieland GD, et al: Effectiveness of a geriatric evaluation unit: a randomized clinical trial. *N Engl J Med* 311; 1664-1670, 1984.
- 18) Teasdale TA, Schuman L, Snow E, et al: A Comparison of outcomes of geriatric cohorts receiving care in a geriatric assessment unit and on general medicine floors. *J Am Geriatr Soc* 31; 529-534, 1983.
- 19) Popplewell PY, Henschke PJ: What is the value of a geriatric assessment unit in a teaching hospital?: a

- comparative study. *Australian Health Review* 6 (2): 23-25, 1983.
- 20) Sainbury R, Gillespie WY, Armour PC, et al: An orthopaedic geriatric rehabilitation unit: the first two-years experience. *NZ Med J* 99; 583-585, 1986.
- 21) Gayton D, Wood-Dauphinee S, de Lorimer M, et al: Trial of a geriatric consultation team in an acute care hospital. *J Am Geriatr Soc* 35 (8) ; 726-736, 1987.
- 22) Collard AF, Bachman SS, Beatrice DF: Acute care delivery for the geriatric patient: an innovative approach. *QRB* June 1985: 180-185.
- 23) Becker PM, Mc Vey LJ, Saltz CC, et al: Hospital-acquired complication in a randomized controlled clinical trial of a geriatric consultation team. *JAMA* 257(17) ; 2313-2317, 1987.
- 24) Rubenstein LZ, Josephson KR, Wieland GD, et al: Geriatric assessment on a subacute hospital ward. *Clinics in Geriatric Medicine* 3; 131-144, 1987.

難病患者の地域ケアと中間施設

— 東京都日野市における中間施設の事例から —

小沢 温¹⁾、杉沢 秀博²⁾、手島 陸久²⁾、片平 洸彦³⁾、木下 安子⁴⁾

¹⁾愛知県コロニー発達障害研究所、²⁾東京都老人総合研究所

³⁾東京医科歯科大学・難治疾患研究所、⁴⁾白梅学園短期大学

Community Care and Intermediate Facility for Patients with Intractable Diseases

— A Case Study on the Intermediate Facility in Hino City —

A. Ozawa¹⁾, H. Sugisawa²⁾, K. Teshima²⁾, K. Katahira³⁾, Y. Kinoshita⁴⁾

¹⁾Institute for Developmental Research, Aichi Prefectural Colony

²⁾Tokyo Metropolitan Institute of Gerontology

³⁾Medical Research Institute, Tokyo Medical & Dental University

⁴⁾Shiraume Gakuen Junior College

1. はじめに

難病患者の地域ケアに関しては、地域の医療・福祉資源のあり方を含めて広く考える場合がある¹⁾が、これまでの地域ケアの研究は在宅患者のケアの視点からなされてきたものが多かった²⁾。このことを考慮して、ここでは在宅難病患者のケアに焦点を当てて「地域ケア」を考えることにした。

難病患者の在宅ケアの提起は、当初は入院のための・通院のための医療機関が少ないという理由で生じてきたが³⁾、現在はこれに加えて、家庭生活を媒介とした地域生活（教育を受けること、友人との関係といった療養生活）の質の高さの追求が生じてきている⁴⁾。しかし、一方で、難病患者は、質的に高い医療を必要とする医療ニーズも大きい現実もある。このため在宅ケアには、在宅生活を支えるだけの高水準の医療の提供と社会生活を支えるだけの福祉的なサービスの提供が必要となってくる。現状では、このサービスに対応すべき社会資源が、地域においては、質・量とも不足しており、このため患者の介護者（特に家族）に大きな負担が生じざる得ない状況がある⁵⁾。

この現状を踏まえて、これまでの研究では、主として在宅患者の看護学的なケア、在宅患者を支える社会資源・マンパワーに関する公衆衛生学的な研究が多かったが、その中には、既存の社会資源の限界を論じ、難病

患者向けの新しいタイプの中間施設の必要性を論じている論文もみられてきた⁶⁾。しかし、実際の中間施設を検討し、その機能・役割、問題点を論じた論文は今のところ数少ない。

今後の地域ケアを進めていく上でどのような中間施設が必要なのかを明らかにしていくための前提作業として、本論文では在宅難病患者に対しての中間施設の実践事例を取り上げて、この事例の中で示されている中間施設の機能・役割とその問題点を検討することを目的とした。

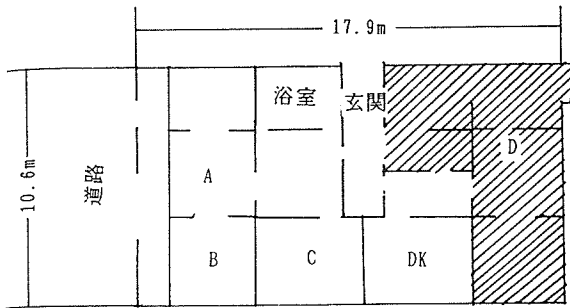
2. 対象事例の概要

対象事例（A施設）のある日野市は、東京の西部、都心から約35kmに位置している。87年で、人口約15万6千人、保健所の難病患者把握数は、総数432人（神経系103人、膠原系88人、内臓血液疾患241人）である。

A施設の設立経過は、82年に発足した中間施設研究会（東京都神経科学総合研究所社会学研究会が主催した研究会で、構成メンバーは東京進行性筋萎縮症協会（以下、東筋協）、日野市医師会、東京都神経病院および研究所の関係者）の3年間の検討を経て、85年に東筋協1氏の家庭を改築して、家庭規模の在宅難病患者ケア施設という形で開始をした。A施設の設備は、ベッド3床、雇用スタッフは置いておらず、事務処理、関係者への連絡は、1氏夫妻の自主的な活動によっている。（図1）

図1 A施設の平面図

- A, B: ショートステイ用ベッドルーム
- C: 会議室
- DK: 台所・居間
- D: I氏居宅部分



A施設の業務は、主治医、保健婦の判断によって必要なケース（既に会員として登録しており、会員は現在20名、疾患は、筋ジストロフィー、ALS、悪性リウマチ、パーキンソン病、脳血管疾患後遺症である）に対して、一時入所をさせて必要なケアを実施することである。10日を入所の区切りとし、2、3日の利用が多い。入所に際しては、主治医、保健婦、ボランティア（30名登録、家庭の主婦が中心）の協力を得て、実施している。一時入所の利用は月に1、2件である。この他に、ボランティアによる在宅患者（会員）への訪問活動、週1回のボランティア（場合によっては保健婦を加えた）によるケース報告・検討会がある。

3. 在宅難病患者と介護者のニーズからみたA施設の機能・役割

在宅難病患者のニーズは、難病患者本人のニーズと難病患者家族（介護者）のニーズの2つに分けることができる。

難病患者本人のニーズは、教育（本人が学齢期にある場合）、医療（日常的医療、専門的医療）、社会生活（旅行、趣味、サークル活動への参加、友人などの人間関係の形成など）、に分けられる。また、家族（介護者）のニーズは、医療（介護者が健康を損なった場合）、社会生活（患者本人と基本的に同じ）が考えられる。

A施設は一時入所機能とボランティアの在宅訪問の組み合わせによって、家族の社会生活遂行上の困難を取り除く点（具体例としては、家族の入院（受診）、外出、旅行を容易にしていることなど）で、家族（介護者）のニーズに対応することによって、家族だけでなく、患者の療

養生活に安定感を与えている点も重要である。この家族ニーズへの対応は、これまでの在宅難病患者対策の中で最も遅れている部分でもあった。なぜなら、従来、在宅難病対策は、専門医療機関の整備・充実を中心になされてきた⁷⁾ために（ただし、教育分野は障害児教育の施策（訪問学級制度など）によって対応してきた）、患者本人の社会生活ニーズ（これは現在でも施策が少ない）と家族のニーズへの対応は、最も立ち遅れてきた分野であった。従って、その中で、家族のニーズに注目し、その介護遂行上の困難・障害を取り除くことは、A施設の大きな役割といえる。この様な施策のないことによる家族の状況は、ある難病患者の父親の入院のさいの母親の体験報告の記述⁸⁾にみられるように、患者本人、家族、共だおれしていく危険と不安の中に、その深刻さを理解できる。

次に、A施設の在宅患者、家族ニーズ対応の特徴としては、ボランティアの活動があげられる。ボランティアは、一般の家庭の主婦が中心になって構成され、各ケースによってグループを形成しており（場合によっては1ケース1名のボランティアの場合もある）、週に1、2回、各ボランティアの判断によって在宅患者家庭を訪問している。この訪問は、日常的な患者家庭の状況把握ができるだけでなく、在宅患者家族との人間関係の形成として機能している点で重要である。また、A施設では、患者が一時入所したさいは、在宅訪問と同じボランティアグループが施設内でも患者のケアに中心的な役割を果たしているため、このような日常的な接触をしているボランティアの存在は、在宅と入所とのケアの連続性を患者・家族に与え、施設への一時入所に対しての不安・緊張を著しく減少させている点で重要と考えられる（図2）。

4. 地域社会資源のネットワーク形成とA施設

難病患者の地域社会資源を考えた場合、専門医療機関（専門病院など）、一般医療機関（一般病院、地域医師会など）、保健所、福祉事務所、通所作業所、訪問学級、障害者のグループ活動、などがあげられる。これらの資源の中で、在宅ケアを維持していく上で特に、重要なものは、一般医療機関（地域医師会）、保健所であり、これまでの在宅（地域）ケア論で言われてきたことは、この個々の機関の患者・家族の情報把握に加えて、それぞれの資源間の患者に対する情報の相互連携の重要性⁹⁾である。この情報の連携に関しては、A施設では、週1回開かれるボランティア、保健婦とのケース検討会が重要な役割を果たしている。ここでは、ボランティアが既に

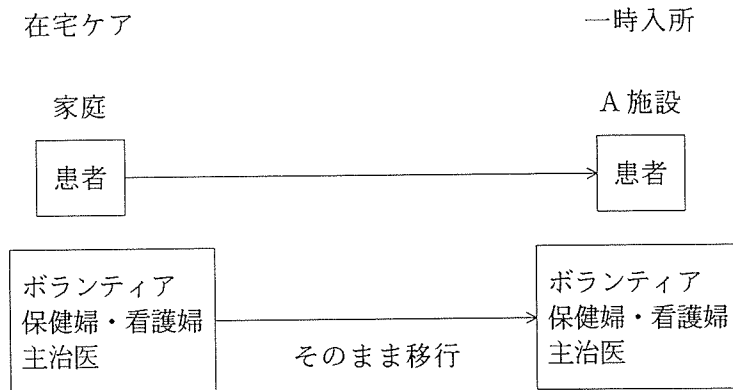


図2 A施設における在宅ケアと一時入所の関係

何回か訪問しているケースの患者・家族の情報を担当保健婦との話し合いの中で、相互に理解を深めていく作業がなされている。これは、単に情報の交換の役割だけでなく、ケースを他のボランティアに報告し、互いに意見を述べることによって、ボランティア同士の（場合によっては、保健婦への）在宅患者・家族の実情を知るよい教育、研修、啓発の場の提供の役割を果たしているといえる。

このようなケース検討会を通して、A施設では異なる機関に所属した人間間の情報のネットワークが形成されている。しかし、このネットワークは、今のところ、在宅患者・家族とボランティア、保健婦、開業医師、福祉事務所ケースワーカーといった個人レベルの連携が主である。地域ケアという点では、それぞれが所属している医療・福祉機関の連携のレベルでのネットワークの形成が重要であると思われる。

5. A施設の取り組みの提起するもの

ここでは、A施設の活動の評価検討を通して、A施設の活動が提起しているものと地域ケアを進めていく上での課題を中心に考察を進める。

A施設の大きな特徴としては、利用者の会員制をとっていること、家庭の主婦を中心としたボランティアの活動によっていること、の2点があげられる。この2点を検討し、既存の地域福祉サービスの課題について考察する。

(1) A施設の対象者の規模について

A施設が会員制によって、利用者の範囲を限定していることは、利用対象者に対して深い情報ときめ細かいサービスの提供が可能になっている長所を持っている。しかし、地域における在宅難病患者へのサービス提供を考えた場合、この20名の規模では、そのニーズに量的には対応できない問題がある。一方で、A施設のような一時入所機能と在宅ケア支援機能の2つを備えた施設においては利用対象者を増やすとケアの質を維持していく上で困難を伴う状況がある。従って、地域の量的なニーズへの対応には、A施設のような在宅ケア支援施設を地域内にいくつか作ることが必要になってくる。ただし、どのくらい必要なのかは、1施設の許容範囲によるであろう。A施設について考えると、ボランティア以外の専従のマンパワーの充実、ベット（その他の設備）の充実によって、もっと利用対象者を増やすことが可能になるとと思われる。

(2) ボランティアの活動について

A施設では、30名のボランティアの活動が大きな役割をもっていることは、さきに述べた。特に、対象患者家庭への訪問（これはおもにボランティアと対象患者・家族との個別な関係形成に寄与している）と患者がA施設に一時入所をするさいの施設内ケアへの参加（家庭訪問をしているボランティア中心に）、などの活動は、従来のボランティア活動の範囲と（専門性を考えた場合の）レベルとは大きく異なった活動と言えよう。

このボランティアは、A施設のできる以前から在宅難病患者の家庭訪問をしていたメンバーが中心¹⁰⁾であり、その点では、難病患者のケアに経験をもっているものが多い。しかし、ボランティアの活動がこのように個別であり、また、ボランティアに難病患者の在宅ケアの経験者の多いことを考えると、いわゆる一般住民の参加しているボランティア活動の延長線上ではとらえにくい。難病患者の地域ケアにはどのようなボランティアが必要なのかについて今後ボランティアの専門性とボランティアと専門職と一緒に活動できる条件の検討の2点から考察していく必要がある。

(3) 既存の地域福祉サービスの課題

ここでは、A施設の活動の提起したものを踏まえて、既存の地域福祉サービスの課題にふれる。地域福祉サービスとしては、障害児(者)施設、専門医療機関、特別養護老人ホームなどで実施されている一時保護サービス(ショートステイサービス)、および、各自治体の介護人(ホームヘルパー)派遣事業、各自治体の社会福祉協議会を中心としたボランティア登録・派遣制度を取り上げた。

① 一時保健サービスについて

東京都には、難病対策として在宅難病患者緊急一時入院制度があるが、ベッド数の少なさ(85年度で都内4床)に加えて、利用状況は、82年のべ6名、83年のべ7名、84年のべ10名、85年のべ12名、ときわめて少ない状況である¹¹⁾。この背景には、家庭から遠いこと、事前の申し込みが必要で緊急事態での対応ができないこと、入所にさいして患者側にこれまでの生活環境の全く異なるために不安なことなどが考えられる。既に述べたように、A施設の取り組みはこれらの点に対応していった点で評価される。しかし、A施設のような一時入所のみの独立施設を新たに地域内に早急に数多く形成することは困難が多い。これまで既に存在している障害児(者)施設、特別養護老人ホームの一時保護サービスを、A施設のような機能の付加した形で転換させていくことが当面必要であろう。

② 介護人(ホームヘルパー)派遣事業について

現在この制度は、どの自治体にもあるが、それは、おおむね65歳以上の老人、障害者手帳を有する障害者に限定されており、65歳未満で、障害者手帳を有していない難病患者には適用されにくい現状があ

る¹²⁾。これに加えて、介護人の難病患者への知識、介護技術は現在の養成システムから考えるとときわめて希薄であると思われる。また、介護人と他の職種(特に保健婦)とのケースに関しての情報交換の場の乏しさも存在している。このように現在の介護人制度にはきわめて多くの問題があるが、専門知識のある介護人が養成され、介護人と保健婦を中心とした他の職種との情報交換の場が形成されれば、A施設の在宅と入所とのケアの連続性にみられるように、在宅患者の介護の家族負担の軽減と施設への一時入所への円滑な移行が可能になると思われる。その点で、介護人の量的な充実と養成は在宅でのケアだけでなく、一時入所施設での活動を支える上で非常に重要である。

③ ボランティア登録・派遣制度について

A施設のボランティアは、社会福祉協議会からの登録派遣のスタイルよりもこれまでの在宅ケア実践の中で、自然発生的に形成されてきた点が強く、在宅患者も個人的な関係をもっている者が多い。この点は、情報は把握し、質の高いケアを提供する上で重要であるが、一方で、ボランティアとしての数的な、地域的な広がり、この形では期待できない点で矛盾をもっている。

逆に、既存のボランティア登録・派遣制度では、在宅患者のニーズを考慮した需給調整を社会福祉協議会の職員に期待することはマンパワー的に困難が多く、在宅患者とボランティアとの関係は一時的なニーズ対応(例えば、外出介助など)になりがちで、質の高いケアにボランティアが関与することは困難がある。ただし、この点は、難病患者のケアにおいてボランティアに過度の期待をしてよいか否かの問題もあり、ボランティアの役割と一時入所施設のマンパワーの役割とを検討して、ボランティア養成をすることが必要であろう。

6. おわりに

以上、A施設の事例を通して、在宅難病患者のケアをする上で必要な中間施設の役割とその課題を検討してきた。

A施設は、在宅患者・家族を支えるのに、一時入所機能、および、在宅訪問サービス機能を兼ね備えた施設が必要であることを示した点で先駆事例であった。

しかし、A施設の運営は、現状ではI氏夫妻の個人的

な取り組みであること、および、施設の活動が多様であることから、既存の福祉制度・施設の体系に入りにくい状況があった。従って、A施設の示した機能のある難病患者の在宅ケアを支えるシステムをどう自治体の地域ケア政策の中で位置づけ展開させていくのか今後の課題として残っている。

参考文献・資料

- 1) 田辺等：専門医療機関の地域ケアサポート，「地域ケアシステムに関する比較研究」，東京都神経科学総合研究所，p23-36, 1988.
- 2) 東京都神経科学総合研究所社会学研究室編：「難病看護研究業績集」，東京都神経科学総合研究所社会学研究室，1986.
- 3) 石川左門：「ささえあう暮らしとまちづくり」，萌文社，p18-38, 1990.
- 4) 石川左門：前掲書，p194-206, 1990.
- 5) 花輪音三他：日野市における難病の地域ケア，南多摩医師会雑誌13, p82-96, 1981.
- 6) 小松真：医療サイドからみた中間施設，老年問題研究9(2), p49-59, 1986.
- 7) 日野市地域難病活動記念事業実行委員会編：「地域ケアへの道を拓く」，日野市地域難病活動記念事業実行委員会，1985.
- 8) 高沢タケ：医療の恵みが誰の上にも注がれるように，「新しい地域医療を求めて 5号」，p38-44, 1983.
- 9) 萩原康子：日野市の地域ケアシステム，「神経系疾患患者に対する保健サービス基準に関する研究」，東京都神経科学総合研究所，p20-29, 1984.
- 10) 石川左門：前掲書，p125-137, 1990.
- 11) 東京都衛生局：「東京都難病対策協議会報告書」，東京都衛生局，1986.
- 12) 佐藤久夫編：経済面のハンディキャップに対応する諸制度の活用状況と問題点，「難病患者の生活と福祉」，全国難病患者団体連合会，p59-139, 1987.

精神障害回復者のセルフ・ヘルプ・グループの実態と意義

三田 優子¹⁾、大島 巖²⁾、山崎喜比古¹⁾、園田 恭一¹⁾

¹⁾東大・医・保健社会学、²⁾国立精神・神経センター精神保健研究所

Self-Help Groups for Ex-Psychiatric Patients in Japan

Yuko Mita¹⁾, Iwao Oshima²⁾, Yoshihiko Yamazaki¹⁾, Kyoichi Sonoda¹⁾

¹⁾Dept. of Health Sociology, School of Health Sciences, Faculty of Medicine, The Univ. of Tokyo.

²⁾National Institute of Mental Health.

I. はじめに

欧米では1960年代から注目されはじめた、セルフ・ヘルプ・グループ（以下、SHG）は、専門家による援助とは違った援助機能をもっており、当事者の、病気以外の生活や環境を変えていく可能性をもった活動といわれ、福祉や医療の領域で注目されている。しかしわが国によろやく SHG の概念・理論が紹介されたのが1970年代の終わりのことで、その後、身体障害者、慢性疾患患者の研究、実態報告は見られるようになってきたが、慢性分裂病者を中心とした精神障害回復者の SHG についてはその数、活動、形成、問題等についての系統的研究がほとんどない。

そこで、本研究では、回復者クラブ、患者会、患者クラブ¹⁾、ソーシャルクラブ、友の会²⁾とさまざまに呼ばれる当事者のグループの実態を明らかにし、SHG と呼ぶに値するものなのかを考察し、地域での今後の可能性について示唆したい。

II. 調査の対象と方法

実態を把握するため、ともに、全国精神障害者家族会連合会がおこなった精神保健センターへの当事者グループに関するアンケート調査で当事者グループの可能性のあると考えられた224グループを対象に、事例調査と全国配票調査の2種類の調査を行なった。各調査の実施期間は、事例調査が1988年8月から1989年9月まで、また配票調査は1989年3月に発送した。

事例調査は、地域的なバランスを考え選んだ23のグループを対象とし、おもに会の代表者、役員へのききとりをおこなった。また、全国調査は全家連が把握した224のグループに、質問紙を送付し、回答があり、かつ

明らかに当事者のグループでない、と考えられたものを除いた143を分析の対象とした。

III. 結果と考察

1. 全国配票調査

(1) 会の地理的分布

今回の分析対象となった全国調査の都道府県別の度数分布については絶対数で差異がみられ、12の県で全くなかった。一方10以上あったのは北海道、宮城、栃木、東京、神奈川で、数の多い理由として2つ挙げられる。

ひとつは15年、20年と活動を続けている古い歴史をもつ会が存在することである。そしてもうひとつは県レベルの連合会または連合準備会がもたれていることである。グループ数が多いから連合会ができる面もあるが、連合会があるから、その効果として新しく会が結成している面もある。

(2) 会の発足年

最も古いものは1967年から発足しており、多少のこぼれがあるが、まず年々増加していた。年次別発足数は2峰性をもっており、1973年、1979年から1985年にかけてが高かった。その理由としてはいくつか考えられる。

まず、1975年に保健所の社会復帰相談指導事業が法文化され、1980年から保健所デイケアが急増した報告³⁾があるように、保健所レベルでの地域保健対策が重視されるようになったことである。

また、1973、1983年には厚生省の精神衛生実態調査が当事者からではなく専門家である医師を通して行われ、一方1984年には宇都宮病院事件が明るみになった。こうした中で当事者の間には、自らが声をあげていこう、そ

のために病者同士手を結び合い、自分たちの人生を自分たちで切り開いていこう、といった気運が生まれたことが、当事者の手記や当時の会報・機関誌から容易に見られる。

今回の調査で明らかになったことはこれまでなかなか把握されなかった精神障害回復者の当事者グループが遅くとも1967年には誕生し、また今日まで20年以上活動を続けてきたものが7グループあったことである。しかし、精神保健の分野では断酒会⁴⁾や家族会⁵⁾は1950年代の前半には次々に生まれ、その10年後の1960年代前半には既に全国組織が発足しているのに比べれば、精神障害回復者の当事者グループの場合、最初の発足も、その全国的発展もかなり遅いと言える。

(3) グループの類型化

SHG では会の当事者・非当事者別構成、会の代表者がだれかが重要な要件⁶⁾となっている。そこでこの2項目の組合せによって、図1のように8つのグループ類型をつくった。どちらかでも不明・不詳であった15を除いた128を対象としたところ、当事者と専門家よりなるグループが最も多く半数を超えていた（この専門家とは精神科の医師、看護職、保健婦、ケースワーカーを意味する）。また代表者がいない会が4割にのぼりこれは精神障害回復者の当事者グループの特徴と思われる。

図1 グループ類型別分布

メンバー構成	代表者	該当数
当事者のみ	当事者	24(18.8%)
	なし	17(13.2%)
当事者と専門家	当事者	34(26.6%)
	専門家	5(3.9%)
	なし	27(21.1%)
当事者と一般市民、家族	当事者	10(7.8%)
	一般市民、家族	5(3.9%)
	なし	6(4.7%)
計		128(100.0%)

(4) 組織としての確立度

「代表者がいない会」で、会則がない、会員規定がない、会費がない、役員制がない、と組織としての確立度が低い傾向がみられた。そしてそれは「代表者がいてもそれが専門家である会」でも同様であったのも特徴だった。

(5) 新会員の加入ルート

入会の経路は、会の存立・自主性にかかわるもの⁷⁾でSHGにとって重要である⁶⁾が、今回、新会員は、「口コミ」（48%）、「保健所」（42%）、「特定の医療機関」（40%）からの入会者が多く、当事者、専門家の両方の努力といえる。

新会員の獲得にあたっては、類型別の特徴は認められなかったが、どの類型でもつまり専門家が会員として加わっていない会でも、「専門家の照会」によって入会していたのが特徴で、全体にグループの存立、盛衰にかかわる新会員の入会には専門家が大きな役割を果たしていることがわかる。

(6) 活動状況

どのグループ類型も「月に1回」（57%）、次いで「月に2〜4回」（28%）例会をもっているものが多かった。なお、当事者が代表者のグループでは、日常集まれる場所がある場合には例会以外でも頻繁に集まっていた。

日常の活動以外に、行事的な活動がみられ、内容は、「忘年会」67%、「新年会」57%、「ハイキング」48%の順に多かった。類型別では、一般市民、家族の加わったグループで全般に活発に行われていた。

また、代表者が当事者と答えたグループで、日常集まれる場所がある、会報・機関誌を発行している、とした割合が高かった。また「会報・機関誌あり」と答えたのは46%である。なお、6割の会が他の精神障害回復者の当事者グループと交流をもって活動しているとし、その会報や機関誌が用いられていることもわかった。

会員相互の相互援助活動では、「相談」（58%）、「入院見舞い」（34%）の形態で行われており、類型別の違いは特に認められなかった。

会の主な収入源として7割が「会費」を挙げているが、思うように集まらず、実際には、「カンパ」を有力な収入源としたり、「廃品回収」をおこなってしのいでいる会もわずかだが見られた。会員の多くが生活保護受給者の場合は、月にわずかの会費すら集まらないこともあり、経済的な困難に常に直面していることも特徴と言える。

2. 事例調査

(1) 発足のいきさつ

Katz & Bender の定義⁸⁾によれば、SHG は自発的に結成されたものであり、Levy⁹⁾によるSHGの5つの条件のひとつには、「起源と発足はメンバー自身に存在していて、外部の権威や機関からではないこと。ただ、当初は専門家が機関車役を果たし、グループが機能するにつ

れてグループ・メンバーが運営していくようになったものは、SHGに含めている。」とある。

さて、今回23ケースのうち、「専門家の呼びかけ」と答えたものが、12ケースと最も多く、「当事者の呼びかけ」が7ケース、「家族の呼びかけ」が4ケースであった。このように専門家が会の発足時に果たす役割は大きいことがわかったが、類型別にみると次のような違いがみられる。

第1に、当事者または家族の呼びかけで発足したすべてのグループでは、専門家がメンバーに加わっていない。第2に、専門家が現在メンバーに加わっていない17グループのすべてが当事者または家族の呼びかけによって発足しているわけではなく、そのうち7ケースは専門家の呼びかけによって発足しているのである。このことは、専門家の働きかけによってできるグループも専門家の配慮、または当事者の努力、希望により専門家の不参加、専門家からの独立を得ているグループが多いことを示唆するものである。

(2) 会発展上の転機

会発展上の転機として最も多いのは「専門機関・専門家を離れたこと」で10ケースが指摘している。この10ケースは「専門機関を追われた・専門家の方が会を離れた」という専門家側の意思によるもの、「当事者の方が専門機関・専門家を離れた」という当事者側の意思によるものが半々で存在した。

専門機関・専門家を離れたことによる、場の確保や経済的な面で大変さを挙げながらも、「会の存続が危ぶまれた」ほど大変だったのは専門家側の意思による1ケースのみで、急に専門機関を追われた場合でさえ、「くだらない話ばかりになったがかえって会が面白くなった」「楽しくなった」「会員の自主性が育った」など、当事者が転機を好機にし得ることがわかる。

ところでSHGは一般に結成期、発展期、成熟期という4つの段階を経過していく⁶⁾とされており、一般にそのうちの結成期に専門家の果たす役割が大きいという傾向が指摘されている。精神障害回復者の当事者グループが専門家から独立するのは、上記のように面ばかりでなく、困難を伴い、それまで専門家に依存していた会が自立する機会ともなり、このような当事者の試行錯誤がSHGとしての本格的な歩みだしともいえよう。

(3) 会員の日常の相互援助の現状

「日常の会員の支え合いの状況」の問いに対して、当事者のみのグループが最も密であると答えた。

「殆ど毎日集まっている」「共同生活に近い生活をしている」が6ケースで、それは会員の住むアパートの1室であったり、会で借りている部屋であり、いつでも自由に入出りできる場であった。では、集まって何をしているのかというと、プログラムが組まれているわけでもなく、多くは「一日中だいたいごろごろしている」「くだらない話をして笑っている」と答えていた。

一方、「例会以外ほとんど会わない」とした6ケース中3ケースには卓越した当事者リーダーがいて、リーダー・会員間の結びつきのみ行われているが会員相互のつながりはなかった。このリーダーは会員の家族の信頼も厚く、会員の相談役として専門家のような役割もっており、Gartner & Riessmanの指摘する「専門職化したクライアント」¹⁰⁾が存在していた。

(4) 専門家の援助について

専門家の援助について当事者はどう考えているかというと、最も多かったのは、「何もして欲しくない」(12ケース)というものであった。が、これは全く援助がいらぬというのではなく、「いざというときだけ援助してほしい」とも考えているものであった。また付帯条件として「まったくのボランティアとしてなら」「金銭援助のみなら」「専門家の人柄次第」でよいとあげる会もあった。

このいざというときは、発足時、専門家のもつ知識・情報が必要になったとき、リーダーが困ったときの相談役として、という内容で、普段は距離を置いたところにおいて口は出して欲しくないが、当事者が援助を求めたときには十分答えて欲しいというものである。これは、専門家が現在加わっている会でさえ当事者が望んでいることで、また現在専門家が加わっていない会でもいざというとき専門家の援助を期待する、という回答を得た。

(5) 会の運営上最も大切にしていること

「常に自由で、適度に活動し、頑張りたくない」(18ケース)という回答が最も多く、次に多い「どんな症状の当事者も受け入れ、社会から孤立する人をなくす」とともに精神障害回復者の当事者グループの特徴と考察した。

(6) 当事者にとっての当事者グループの意義

当事者が挙げたものは大きく2つに大別できる。ひとつは、精神病院へ入院という体験を共有している仲間と「心から憩えてリラックスできる場」で、もうひとつは「自己実現できる場であり、自分も他人のために何かできる場」というものである。

前者は、既に触れたように当事者グループが当事者にとって安らぎの場となっていることを示すものであり、後者は、当事者が当事者グループのなかで自分を確立している場になっていることを示している。この過程で、Riessman のいうヘルパー・セラピー原則¹¹⁾、すなわち「援助することによって自分も援助される (高まる)」が働いている。当事者からの声を挙げれば、「いつも家ではお荷物になっていた私が、会で困っているメンバーの相談にのれたことは、大きな自信になった」と言っており、ヘルパー・セラピー原則が、精神障害回復者の当事者グループにもあてはまることがわかる。これらは、精神障害回復者にとって、他では得にくいものと言え、当事者グループの意義は大きいといえる。

また、当事者グループが単に会の中だけで完結するのではなく自分たちの社会生活を回復していく上で、有効な役割を果たしていることが、他の障害者のボランティアをしている当事者がいることや、「気軽に地域の人と話せるようになった」という回答からもわかる。

Ⅳ. まとめ

今回 2 調査を通してまず全体的な傾向を明らかにし、その過程で同じ精神障害回復者の当事者グループとくくることができる中にも、いくつかの点について異なりがあることを明らかにした。アメリカの SHG 理論研究から山崎ら¹²⁾の、SHG が単なる自助でも反専門家志向でもなく、多様な可能性を秘めた存在である、という指摘は傾聴すべきである。それぞれの会がオリジナルとして存在すると考える。

そして、これらの実態からみて精神障害回復者の当事者グループは、SHG としての特徴をもっていると確認できたと同時に、組織・活動スタイルなどの面などで、精神障害回復者の当事者グループに特有な面を捉えることができたと考える。

精神障害回復者の SHG はわが国の地域精神保健において次のような可能性をもつと考えられた。

精神障害者の単身生活者の居住に関する調査¹³⁾では、食生活を中心とした一般的な健康管理上の問題とともに孤立しがちな対人関係・社会関係が指摘されたが、これをカバーするものとして SHG が第一に考えられよう。重要なのは専門家と SHG との関係のあり方と考えられた。岩田ら¹⁴⁾は、SHG の活動はしばしば専門職の考えていること以上の意味をもっているということ、SHG と専門職とは補い合う関係にあること、SHG と専門職との関係は緊張を含む対等の関係にあること、の 3 点を

挙げている。専門職も SHG に補われる存在であることに注目したい。そしてこれまでいつも代弁者の背後で声を押し殺してきた主体者でもある当事者が、自分史を語り精神医療のあり方を語るようになってきたことを専門家が、家族が、社会が受け止めることが大切である。

また、わが国の SHG が米国のようになかなかひろがってゆかないのは、SHG を支える基盤としての経済的保障の面での遅れである、という谷口の指摘¹⁵⁾は、本調査からもうなずけるものであり、改善が期待される。

文献

- 1) 桑原治雄, 杉村巧平: 患者クラブ活動 (“ひろば”) の試み, 公衆衛生, 43(3), 203-206, 1979.
- 2) 蜂矢英彦, 村田信男: 家族会・友の会活動と精神科医療, 臨床精神医学, 12(12), 1477-1488, 1983.
- 3) 高畑隆, 三宅由子: 精神衛生社会資源の分布とその関連因子について (第 4 報) 年次推移とその傾向, 第 77 回東京都衛生局学会, 1986.
- 4) 斉藤学, 波田あい子: 断酒団体の現況—社会変動を反映する再編期のダイナミズム—, 臨床精神医学, 12(12), 1511-1561, 1983.
- 5) 有坂功秀, 萩野新六: 全国精神障害者家族会連合会の活動, 臨床精神医学, 12(12), 1485-1488, 1983.
- 6) Powell, T.J.: Self-Help Organization and Professional Practice, National Association of Social Workers, Inc., Silver Spring, Maryland, 1987.
- 7) Gussow Z., Tracy G. S.: The Role of Self-Help Clubs in Adaptation to Chronic Illness and Disability, Social Science and Medicine, 10, 407-414, 1976.
- 8) Kazs, A. H. and Bender, E. I.: Self-Help Groups in Western Society: History and Prospect, Journal of Applied Behavioral Science, 12(3), 265-282, 1976.
- 9) Levy L. H.: Self-help groups: Types and psychological Processes, Journal of applied behavioural sciences, 12(3), 310-322, 1976.
- 10) 久保絃章監訳, A. ガートナー・F. リースマン著: セルフ・ヘルプ・グループの理論と実際, 川島書店, 1985.
- 11) Riessman, F. The “Helper” Therapy Principle, Social Work, 10(2), 27-32, 1965.
- 12) 山崎喜比古, 三田優子: セルフ・ヘルプ・グループに関する理論及び論点の整理と考察, 保健医療社会学論集, 第 1 号, 日本保健医療社会学会, 76-87, 1990.

- 13) 精神障害者居住問題研究会：精神障害者の居住問題に関する調査研究報告書, 27-46, 1990.
- 14) 外口玉子監修, 岩田泰夫・岡知史訳著：患者・家族会のつくり方と進め方, 川島書店, 1988.
- 15) 谷口明宏：当事者組織活動へのソーシャル・サポート・ネットワークの方向－重度身体障害者への自立生活支援活動を中心として－, 社会福祉研究, 42, 1988.

地域課題と調査運動

藤岡 光夫 (島根大学法文学部)

Subjects of Regional Research and Survey Movement

Mitsuo Fujioka (Faculty of Law and Literature, Shimane University)

I. はじめに

近年、さまざまな分野で各種の多様な調査が実施されている。調査には、調査目的や調査方法の違いによりいくつかのタイプがあるが、地域課題と結びついた調査活動は、単に事実を明らかにするだけではその目的を達したことにはならない。それは、将来の展望を見出し行動の指針を明らかにすることに役立つものでなくてはならないはずである。しかし、実際には地域の課題や当事者の抱える切実な問題を十分把握しないまま、安易な調査の企画・設計が行なわれることが多い。そのため、調査に多大なエネルギーが投入されるにもかかわらず、その結果が役に立たず、実践に生かされない場合が極めて多い。「一回かぎり使い捨て、トイレットペーパーのような実態調査の濫造」¹⁾という事態が生ずることになるわけである。保健医療分野においても行政関係だけでなく、地域の実践活動に関わる立場からも多くの調査が実施されており、この問題を軽視することはできないであろう。無批判なサンプリングや安易な仮説検定により、実態を捉えうるといふ誤解があるのではなかろうか。

本稿は、地域課題と結び付いた調査活動、さらに運動の担い手づくりにつながる調査運動の経験に学びながら、調査のありかたと調査方法について考察し、今後の調査活動を考える材料を提供しようとするものである。

II. 地域課題と調査活動、調査運動

1. 地域調査の基本視点

一般に調査の企画において仮説の設定が重視されるが、これが地域の課題とかみあっていなければ意味のない調査になる。その際、研究者、専門家などが調査主体となる場合、地域の住民や当事者でないという調査者の置かれた立場から、課題把握の困難性と限界が説かれることがある。しかし調査の質が決まるのは、調査主体そのものによってではなく、課題設定の仕方にあると考えられ

る²⁾。

この点について、丸山博氏は調査の実施や結果の利用において「調査を受ける住民、庶民の側に立った視角で捉える」ことの重要性を説いている。「住民の生活や健康の実態を明らかにし、問題の所在を明確にするとともに、さらに問題克服のための展望や方向を指し示していくためには」、「調査の企画・設計においても、また統計の利用方法においても、民主主義の国家における主権者であり、地方自治の主人公である住民の立場に立った視点が重要である」とする。そして、その方法として「現象を捉えるためには、研究者の理性や感性に過度に依存することなく、そこに住む住民、直接関わる人間の主体的感性を通じて糸口をさぐることが重要である」と強調する。なぜなら、「感覚することは繰り返されるのであり、感性が理性よりも根源的である」からである。このような「住民、庶民の感性的、直感的認識を重視しながら、これを統計的方法により理性的、統計的認識に高め、さらに理論的認識につなげていく必要がある。住民、庶民の感性を通じて、生活者の視点から、調査される側の視点から現象を捉えるが故に、その統計は生活実感とかかわる生きたものとして把握されるのである。」とされる³⁾。この視点は統計調査だけでなく地域の実態調査全体に共通するといえよう。

その際、理想的には、地域の生活の内部に入り、生活実感をつまえた上で調査を行なうことができれば、地域課題を的確に捉えた調査が行なえるであろう。実際、丸山氏はかつて岸和田市における乳児死亡調査に際して自らその地域に移転・居住し、きめ細かな調査を実施した⁴⁾。地域調査の方法にも一定期間その地域に滞在し生活をともにしながら、地域の社会生活を感性的、全体的に把握した上で地域課題をさぐり、本調査を実施するという方法がある⁵⁾。しかし、通常はそのような条件を満たすことは容易ではない。

したがって、より現場に密着した観察を行なうためには、地域内部の人間と外部の研究者、あるいは当事者と

専門家、援助者との共同作業が必要なのであり、これを具体的にどのような方法によって実現しうるかが関心事となる。この点については、すでに1950年代のはじめに宮本憲一氏らの地域調査活動において、調査者である研究者と被調査者との関係をめぐる問題として意識化され、被調査者である住民・労働者を調査の主体とするような視点で、調査に関わる共同の研究会の活動や地域での座談会、懇談会、調査結果の還元などの形で実践されてきている⁶⁾。しかし、この点については、実際の問題としては「言うはやすく、行うは難し」という面があることを否定できない⁷⁾。言葉では「住民主体」や「住民の立場に立つて」ということが簡単に使われてはいるが、実態が伴っていない場合が多いように思われる。したがって、これを実態のあるものにしていくためには両者の共同関係をつくるための一定の具体的な手順が示される必要があろう。

2. 調査活動と実践活動、調査運動

さて、地域課題と結び付く調査活動の主体が住民であるか、あるいは住民の立場に立った調査が行なわれるべきだと考えると、その際に地域の課題と結び付く住民の実践活動と調査活動がどうかかわるかという関係を整理しておかねばならない。

「調査とは、対象をとらえる1つの方法であるから、対象への働きかけそのものではない」。調査活動は、調査の企画・設計から実査、集計という一連の過程をたどる。したがって、まず、「対象把握」としての「調査」と「対象への働きかけ」としての「実践」との区別が必要である⁸⁾。しかし、調査活動の延長線上に課題に向けての実践的働きかけがあり、この点において、両者は機械的に切り離すことはできず、関連していることを認めねばならない。先の宮本氏らの地域調査において、その展開の中で調査が「労働者・住民との共同作業・調査運動へと発展」⁹⁾していったことと関連する。

学習活動や座談会等を含めた調査を通じて自分自身の置かれた状況や自分たちを取り巻く諸条件についての事実認識がすすめば、当然それが意識に反映され、実践活動への刺激になっていくであろう。また、調査活動は集団で行なうものであり、調査の過程を通じて、人的共同関係が深まることになろう。さらに、調査を通じて事実認識を共有することができれば、実践的課題に関して共通の目標を設定することができ、組織化への条件をつくり出すことにもなるであろう。そのような意味において、住民の側に立ったあるいは住民主体の調査活動は、その性格上実践的活動の条件を作り出していくことになる

考えられる。したがって、このような地域課題と密接に結び付いた調査は、対象把握のための調査活動としての基本的性格を有しながら、その枠をこえ実践活動のための条件をつくり出す「調査運動」としての性格を有することになるといえよう。

以下に、地域課題と調査活動、調査運動の問題に関して、住民主体の調査と住民の立場に立つて調査をすすめてようとした2つの例をとりあげ、その経験に学びたいと思う。

Ⅲ. 実践例から学ぶ調査活動、調査運動

1. 長野県松川町の組織活動と調査活動

松川町における住民自身による健康問題への取組の中で、調査活動を媒介しながら、地域全体を包む住民主体の組織活動が展開されていったことはよく知られている。その活動は、当初、果樹地帯の若妻グループによる果樹の防除における農薬散布と健康の問題についての取組みからはじまった。このグループの要請にこたえ、地域の保健婦、栄養士などが協力し研究会を組織しながら、調査を積み重ねて、健康問題への実践的取組みを行なっていった。やがて、これが、地域のさまざまなグループ、団体に波及し、全地域的組織的取組みに発展していったのである。ここでの調査活動の特徴を整理しておく、まず、第一に、さまざまな調査が、もともと住民自身が主体となり、自らの問題を把握しようとする点において、当然地域課題と直接に結び付いたものとなっている。第二に、保健婦や栄養士などの専門家の協力をえて研究会を組織しながらも、専門家に頼らず、住民主体の方針を徹底し、自ら学習を重ねながら調査をすすめていった点である。第三に、1回きりの調査で終わらず、調査のそれぞれの段階で自ら結果を検討し、新たな調査課題を設定し、調査を積み重ねながら徐々に実態を把握し、認識を深め、実践活動、組織活動に結び付けていくという方法がとられた点が指摘される。第四に、調査課題を鮮明にしながら調査を実施する過程で、実践活動への動機づけがすすんできたことであろう。例えば、こどものむし歯の実態調査を、既存の検診結果によらず、それぞれの家庭で自分たち自身のこどもを観察するという方法をとったことから、単なる実態把握を超えた成果が得られることになった。すなわち、調査の過程を通じて、「むし歯に対するひとりひとりの関心を具体的に方向づける結果を生んだ」のである。そして、「状況の把握から問題意識を捉えることは、その背景に含まれる問題性に気づき、それを解決しようとする意識をもつこと」につなが

っていったのである¹⁰⁾。

2. 大阪保健医療研究会の調査活動と調査運動

1985年から1987年頃にかけて、大阪府の保健所管内、堺市、高石市等で住民の健康実態調査が実施された。この調査は、直接的には、地方行政改革の中での保健所再編問題や公立病院の建て替え問題等を契機に、大阪自治体問題研究所が調査の委託を受け、同研究所内に保健医療研究会が設置され、この研究会を母体に調査活動が実施されたものである。しかし、実際の調査に際しては、自治体の労働組合が中心となりながらも、住民の健康実態を捉えるという視点で行政の課題として、調査が実施され、住民の立場に立ち、政策課題や保健医療活動の展望、さらに住民自身の運動の展望をさぐるという視点で調査が企画、実施された点において、学ぶべき点が多い。本調査の方法上の特徴を示せば、以下になるだろう。まず、第一に、研究者、専門家、保健医療関係者、労働組合関係者、住民代表などによる研究会が組織された点、第二に、調査の実施に先立って、地域住民や関係者を集めた地域シンポジウムの開催や各階層のおかれた状況をさぐるための階層別ヒアリングの実施などで関係者、当事者、住民自身のもつ課題、問題を探ろうとした点、第三に、本調査の準備段階として、官庁統計の批判的利用をすすめる一方、保健所に集まる死亡小票の再集計と、死亡小票に基づく死亡者調査を行ない、日常の業務資料の利用や業務上の活動を積極的に生かし、実態把握へ一層接近しようとした点、第四に、自治体労働組合が中心となりながらも、自治体行政の課題として調査が実施された点、さらに第五に、部分的ではあったが、本調査を受け身の調査ではなく、住民が自分自身の問題として調査をとらえ、住民が自ら調査員となり主体的に調査に参加した点、すなわち調査運動として本調査が展開していった点等であろう。その展開には、いくつかの問題や課題、反省点を残しているとはいえ、本調査が示した方法は、きわめて意義深いものであったといえよう¹¹⁾。

IV. 地域課題に結びついた調査活動、調査運動の方法

1. 地域課題の把握と調査の企画・設計

このような方向での類似の取り組みは、ここで取り上げた以外に部分的なものや無意識的なものも含めていくつかの地域で実践されている。そこで、各地の調査活動の経験に学びながら被調査者である地域住民や当事者の立場に立って調査を実施していくための方法の整理を試みてみたい。すなわち、「その地域のかかえている問題

を全国の問題の一端としてとらえ、それに一步步迫っていく姿勢、あるいは確かな事実を一つずつ積み重ねながらそれを着実に理論に深めていく姿勢」¹²⁾をめざす中で、調査のあり方をさぐってみたいと思う。

まず、調査準備段階での作業は、大きく分けると、1、文献の収集と理論的検討、2、各種事実資料の収集と分析・検討、および、3、ヒアリングの3つがあろう。これらの過程自体がすでに広義の調査の過程でもある。このうち、2で利用される事実資料については、1) 統計資料、2) 非統計事実資料がある。その際、前者の統計資料には、官庁統計(政府統計および自治体統計)と民間の統計(労働組合や調査機関等により作成される統計)があり、さらに個票の再集計も含まれる。後者の中には、数値資料、記述資料、事例記録等が含まれる。1の文献による理論的検討とともにこれらの事実資料により、大まかな調査課題の設定や調査対象の概要把握が可能となり、調査対象に対する一次的接近ができる。ただし、調査課題、調査目的があいまいなままであると、膨大な収集資料の分析・検討が十分にできず、それらを調査に生かせないという問題が生ずる。調査対象の問題によっては、これらの資料の検討、事例研究、統計的研究などによってかなり実態に接近することが可能であり、実態調査そのものを焦点をしばったものに限定できる。

これに対して、3のヒアリングは、対象への直接的働きかけを伴うので、第二次的接近といえよう。その際、ヒアリングは、1) 個人やグループ、集団の代表者等への個別的ヒアリングと、2) 調査対象の各層を集めた集団的ヒアリングが考えられる。前者には、地域行政へのヒアリングや各種団体へのヒアリング、分野別、階層別のヒアリング、小地域別(地区別)ヒアリングなどが含まれる。後者には、各階層の代表や地域住民を集めた地域シンポジウムや地域座談会、地域懇談会などと呼ばれるものが含まれる。個別的ヒアリングでは、得られた情報の偏りや誇張、個人的主観的意識の反映などの問題があり、そのまま、それを全体を代表する情報とすることは困難である。しかし、個人の主体的感性を通じて得られた情報であるから、問題の本質を探るための貴重な情報となる。ヒアリングのための準備が、事前に理論的検討や事実資料の分析により十分に行なわれていれば、立ち入った内容の情報が得られるであろう。それが、対象の抱えている問題、当面する課題、無念の思い、こだわりの部分などにふれることができれば、問題の本質に迫るような貴重な情報が得られると考えられる。これに対して、集団的なヒアリングは個人的感性的認識がそのままの形で表現されずに、相互の刺激の中でそれが修正

された形で表現されていくことになる。いわば、集団的な感性的認識に媒介された情報が得られることになる。その意味において、この情報は個人的なヒアリングに比べ相対的に偏りの少ない感性的認識による情報として有効に利用できる¹³⁾。ただし、この集団的なヒアリングにおいては、問題の提起が的確に行なわれなければ、立ち入った情報は得られない。

これらの作業は多大な労力と時間を要するので、複数の共同作業が必要である。とくに、個別ヒアリングは、きめ細かく実施しようとするとかかなりの時間と労力を覚悟せねばならず、住民やグループ、団体など被調査者との協力関係、共同作業が強く求められる。その際、多くの人間の共同作業として調査がすすんでいく場合、調査者個々のもつ情報が断片的になってしまうので、それぞれの過程で検討会や研究会がもたれることが不可欠である。

さて、上述の方法により、調査の課題設定は、「漠然とした疑問」から「問題をもつ地点」に至るであろう。しかし、このままいきなり調査に入ることはできない。「この課題設定は断片としての現実を得れば足りるところまで具体化され、細分化された設問につくりかえられなければならない」¹⁴⁾。つまり、調査の具体的な方法や調査表の設計において、この課題が具体化されねばならないのである。資料検討やヒアリングの際にこの点が意識されておく必要がある。その際に参考となる1つの有効な方法が事例を類型化して記述資料も含めて整理し、検討する事例研究の方法であろう¹⁵⁾。

2. 調査運動への展開のための条件

つぎに、調査活動が調査運動へ展開していくための条件づくりについて手順を整理してみたい。この条件づくりは調査過程全体を通じて意識される必要がある。まず、1、地域課題の把握から調査課題の設定の段階、2、調査方法や調査内容などに関する調査の企画・設計の段階、3、調査表の配布・回収の段階、4、集計・結果の検討、5、公表の段階の各段階において条件づくりが求められる。

第一の調査課題の明確化の段階では、個人別および集団ヒアリングの過程において、人的接触ができるので、調査への協力要請、研究会への参加呼び掛けなどが可能であろう。第二の企画・設計段階では、調査項目や回答の設定、調査対象者の選定や具体的な調査手順を検討するのに被調査者の立場にたってすすめることが重要であるが、その検討に住民サイドの参加が求められる。第三段階の実査の過程では、直接多数の調査対象者との接触

が行なわれるので調査を通じた人的関係の拡大がもたらされる。ここでは、可能な限り被調査者である住民自身が調査員となって調査をすすめることが望ましい。調査を通じて問題への具体的認識が深まることになる。第四段階の集計・結果の検討は、技術的問題もあり、専門家まかせになりがちである。しかし、この段階で被調査者自身が作業に参加することは、生活実感、感性にふれるような集計や表章の仕方、とくにクロス集計の仕方や記述回答の読み方などにおいて重要な役割を果たすことになる。最後に、調査結果の公表であるが、この点に関して、従来から指摘されているように被調査者自身に結果を還していくことが重要である。その際注意すべき点は、住民の感性に関わるころから調査課題の糸口を探ってきた以上、これを住民に還していく場合にも、感性に触れるような表現方法に配慮する必要がある。例えば、数字や文字を羅列するだけでなく、その調査結果が語る内容に関連した絵や写真、イラストなどを配置したり、それらと分かりやすいグラフとを組合せたりする方法が考えられる。また、五感を通じて認識していくためには、印刷された資料だけでなく、結果報告のためのシンポジウムや座談会の開催も有効かつ必要である。それが実践の契機につながったり、次の新たな調査課題の発見に結び付くことになる。

V. むすび

各地の経験に学ぶうことを整理すると以下のようになる。すなわち、地域課題と結び付いた調査活動においては、まず、調査が住民主体のものであるか、あるいはそうでなくとも住民の立場に立った視点が貫かれた調査であることが求められる。そして、地域の課題を的確に捉え、かつその課題への接近が調査方法や調査項目に具体化されることが不可欠である。これらのことは当然のことのようであるが、それを実践するための方法が十分に示されていない現状があり、本稿ではそのための具体的手順を提起した。そして、そのような調査は、住民参加のための意識的な条件づくりが行なわれれば、被調査者自身が調査者になりえたり、調査者ときわめて接近することが可能となり、本来の調査活動の枠をこえて調査運動としての性格を有することになる。その結果、調査の過程や調査結果の検討を通じて、対象に対する認識が進むと同時に対象への働きかけへの契機も生まれ、実践的活動への条件をつくりだしていくことになると考えられる。そして、研究会を積み重ねながら調査が進む過程で、調査者と住民、当事者の間における認識の共有が成

功していけば、個別的感性的認識から集団的感性的認識へ、さらに統計的認識、理論的認識へと認識が深まっていくことが期待されるのである。

引用文献

- 1) 吉田忠・永田恵十郎編『農業統計の作成と利用』(農山漁村文化協会, 1987年) 218頁。
- 2) 野原光『『山村の構造』グループの調査論—現地調査活動における研究と実践—』古島敏雄・深井純一編『地域調査法』(東京大学出版会, 1985年) 29~31頁。
- 3) 丸山博「人口統計研究50年」『統計学』第58号(経済統計学会, 1990年3月)。
- 4) 丸山博「岸和田市の乳児調査をめぐって」『丸山博著作集1—死児をして叫ばしめよ—』(農山漁村文化協会, 1989年)
- 5) 藤岡光夫「社会経済統計学編集組『典型調査』, 劉心銓『社会経済統計学における典型調査の地位と作用』」『旭川大学紀要』第24号, 1987, 193頁。
- 6) 進藤牧郎・鈴木寛・宮本憲一「内灘村—その政治・経済構造—」『思想』1954年12月号。宮本憲一「さいきんの地方財政調査についての反省」『思想』1954年11月号。鳥恭彦「経済学における調査活動と学界活動」『経済評論』1955年2月号参照。
- 7) 深井純一「地方財政研究の地域調査と調査論—戦後改革期における—」前掲『地域調査法』49頁。
- 8) 野原光, 前掲論文, 41頁。
- 9) 深井純一, 前掲論文, 45頁。
- 10) 松下祐『健康問題と住民の組織活動—松川町における実践活動—』(勁草書房, 1981年) 引用箇所は55頁。
- 11) 大阪自治体問題研究所・大阪府職員労働組合保健所支部編, 朝倉新太郎監修『都市と自治の保健所像—大阪府保健所あり方調査報告書—』(自治体研究社, 1986年)。堺市職員労働組合・堺市衛生医療職員組合編『「健康都市・堺」への条件を探る—堺市保健医療基礎調査中間報告—』(大阪自治体問題研究所, 1985年)。大阪自治体問題研究所・高石保健医療研究会『健康都市めざして—高石まちづくり新時代—』(大阪自治体問題研究所, 1987年)。藤岡光夫「階層別人口分析における統計利用と事例調査—大阪保健医療研究会の調査活動をめぐって—」『関西大学経済論集』36巻2号(1987年2月)。
- 12) 吉田忠, 前掲書, 218頁。同書においては, 多くの経験と理論的検討をふまえ, 事実に一歩一歩接近しながら実態を捉えていくためのさまざまな調査方法に関する詳細な検討がなされている。
- 13) 吉田忠, 前掲書, 269頁。
- 14) 野原光「労働者調査への地域からの接近」前掲『地域調査法』268頁。
- 15) 丸山博, 前掲論文, 12~14頁参照。

宮本忍『社会医学』（1936）の現代的意義

千田 忠男（杏林大学医学部衛生学）

The New Perspectives from Miyamoto's "Social Medicine (1936)".

Tadao Chida (Department of Hygiene, School of Medicine, Kyorin University)

I. はじめに

宮本忍のはじめての著書である『社会医学』¹⁾（以下単に本書）は、1936年（昭和11年）に唯物論全書の一冊として三笠書房から刊行された。著者は当時25歳前後の東大医学部3年生であった。

本書で著者が提出した課題は、医学の内部からすでに分化・自立していた社会衛生学の潮流を批判的に吟味して「社会医学」の理論的根拠を探ることであり、同時に、当時のヒューマニズムの光であった唯物論研究会から理論的成果を摂取することであった²⁾。この両者を、青年宮本忍がユニークな形で結合して本書が成立したと考えられる。

また内容からみるならば、「社会的人間」（後述）を医学の対象とするとはじめて明言的に主張し、社会的人間の「社会的契機」をどのようにとりあげるかという視点から社会衛生学の展開過程を批判的に吟味した。さらに社会医学の方法を臨床過程（医療活動）にまで推し進めて論じ、社会医学を社会科学と医学の接点から構築しようとする志向した、と考えられる。

本書は高揚した筆調で記述され、主張の多くはいわば宣言として読まれるものであり、論理的な飛躍もみられ、また現在からみて不合理と思われる叙述もみられる。しかし、鮮明な問題意識、大胆な問題提起、骨太の枠組、社会衛生学批判の一貫性などは私にとって魅力的であり、今なお光を放っていると考えられる³⁾。

さて、現代の日本にあっては経済の発展がめざましくみられ、それと同時に深刻な環境破壊が進行し、それに対する国民的な運動がすすめられ、さらに働き過ぎ日本の象徴とも考えられる「過労死」が発生する状況にもなっている。こうした現象を目にするとき社会医学の新しい展開が必要と考えられるが、とりわけ諸現象を社会医学的問題としてとらえるための枠組についての吟味が必要になっていると考えられる。

以下に、わが国の社会医学の源流をなす本書の叙述に

そって概説し、特に社会医学的問題としてとらえるための枠組を一般的な形で明らかにすることを中心に、本書の現代的意義を検討したい。

II. 社会医学の本質

1. 対象

著者は社会医学の対象について次のように規定する。「社会科学としての医学すなわち社会医学においては、社会的人間における社会的契機が、その本質的な研究対象であり、研究領域である」（4、引用ページ、以下同じ）と述べる。これは次のように説明される。「吾々人間は、自然および社会の歴史的所産である。…であるから、生物学的法則を、そのままの形態で社会に持込み、社会現象を説明しようとする企ては、まったく誤謬（誤りのこと—千田）である。（1）」「社会的人間にあっては、社会的契機と生物的契機が区別される。…両者は社会的人間において統一される。…社会的人間にあっては、二つの契機は不可分に統一されているのであり、しかも、本質的なのが社会的契機だ。（2-3）」

「社会科学としての医学」という言い方は私には奇妙にみえる。しかし私の理解によれば、この奇妙な言い方の中に宮本の苦心がひそんでいて理解される。さらに、社会医学の対象を「社会的人間」の「社会的契機」としたのは著者がはじめてではないかと考えられる。

さて、このように規定される社会医学の内容は「社会的人間」の核心である「社会的契機」の理解の仕方にかかってくるのであるが、著者によればそれは①「彼の生活の仕方」②「あるいは彼を規定する生産関係」（2）とされる。私はこの二つは違うものと考えるが、いずれにしても「社会的人間」として歴史的に捉えること、また「社会的人間」の「物質的基礎＝下部構造」と「その上層建築」（9）の総体との関係から把握しようとする点が特徴的である。

他方で著者は、医学を社会科学とする暉峻義等の見解

を批判する。すなわち、『医学はその本質においては純然たる一個の社会科学である。医学におけるこの社会性は…（日本衛生年鑑（T14, 1925）（緒言））』とする暉峻義等の主張を引用し、「この規定は吾々のものと本質的に相異する。吾々は社会医学を社会科学としての医学と規定しており、医学の本質は自然科学的医学と社会科学的医学との総合によって成立すべきものと考えている。従って、この『緒言』のごとく、医学を一個の社会科学へ解消せしめる行き方には賛成し得ないのである。しかしながら、この『緒言』が医学の社会性あるいは社会科学的側面を強調した点は一定の歴史的意義を有する。（58）」

ここで、医学の自然科学的側面と社会科学的側面の区別と連関という問題を提起している、と考えられる。

2. 課題と目的

課題については、「社会医学にも、予防と治療の二方面がある。勿論、これらはいずれも、社会的予防であり、社会的治療である。（32）」と主張する。さらに、「社会医学は、一定の社会的経済的条件によって規定された労働者群の衛生状態を分析し、彼らの健康保持増進および疾病予防治療のための社会的方策を樹立することを目的とする。（230）」

ここでは、社会医学は医学の単なる一領域ではなく、医学の全領域にわたって問われるものであり、その考え方と体系の上で独自の展開が求められるとする積極的な意図がこめられていると考えられる。

Ⅲ. 「社会衛生学」の諸潮流の批判

著者が上述の理解に達するうえで、当時主張されていた「社会衛生学」の潮流に対する批判的検討が重要な契機になった。それは次のようにすすめられる。

まず前提として、「著者の規定する意味での社会医学は、大正15年（1926）刊行の…『医療の社会化』を、その出発点とする。（40）」すなわち、「この国の社会衛生学が漸く自己の足を持って立ち上げられるようになったのは、大正15年前後からである。このときは、すでに日本資本主義のアルゲマイネ・クリーゼが始まっており、労働者階級の運動が組織化し始めている。この時期以前は、社会医学史の前期ともいべきもので、社会政策的立場に立脚する社会衛生学の発達史である。…『医療の社会化』を契機として、ドイツ社会衛生学発展の線に沿う学派と、これを克服・対立する学派とが分かれる。…この色分けは、彼が社会的経済的条件を如何に取り扱うかによって

判然と定められる。（96-97）」そして、「…その歴史的意義は、社会的経済的關係を如何に見ているかによって決定される。その一筋の赤い糸を辿るのが吾々の課題なのだ。（53）」

このように、著者の基準は明快である。以下にその展開をみてみよう。

1) 福原義柄「社会衛生学」（T4, 1915）の「社会衛生学は、社会的経済的關係を『顧慮』するにとどまる。

（50）」すなわち、福原では『かの社会改良主義の実行におけるいわゆる社会政策と同じく、国家的慈恵的個人的の三方針を有するものにして…（48）』すすめられ、「したがって、福原氏の規定する社会衛生学は、高々『社会政策』的な学問にとどまる。これが後来の社会衛生学に、本質的に与えられた歴史的規定であることを銘記すべきである。（48）」と特徴づけている。

2) カーエス「社会衛生学」（1921、1927年訳出）については、経済的社会的条件を民衆およびその子孫の健康状態に『影響』を及ぼすものというとならえ方に止まっている。しかし福原よりは「一步前進である。（60-61）」

3) グロートヤーンの『民族衛生学』の対象である「『民族』も又、一つの歴史的経済学的な範疇であることはいうまでもない…」 「ドイツ・ファシズムの進展を思いあわせるとき極めて興味ある事実となるであろう。（64）」ここでは、ファシズムが「民族」概念をとり込んで発展した点に注目している。

4) 安田徳太郎の場合は、「氏の見解は、社会医学研究会の『医療の社会化』よりは各論的にいって、確かに一步前進である。（74）」

5) フェルヴォンとハンゼマン（医学における条件論、マッハ主義）については「諸現象の内的必然的連関が無視され、当の現象の発生や起源に本質的な諸規定を、一切単なる条件に還元してしまう。…事象の発生・発展および消滅の内的必然性＝因果性の把握という科学的研究は、全然問題にならない。この立場は、明らかにマッハ主義であり…（78）」 「物質的現象が、自己原因的に生起・消滅することをまったく理解しないのである。（80）」

6) リフシッツ（医学のマッハ主義批判論者）は、「偶然を因果的連鎖の切断と考えているが、これは正しくない。（82）」

7) 石川光昭「社会医学の諸問題」（S9, 1914）については、「氏のいわゆる『生物学的観察』と『社会医学的考察』とが並列に論ぜられ、その統一が理解されていない。…したがって、氏の見解は、暉峻義等氏『社会

衛生学』(岩波全書)にまで到達していないと思われる。(94)」

以上のように、社会医学の体系を考えたときの著者の基準は明快であり、「その歴史的意義は、社会的経済的関係を如何に見ているかによって決定される。(53)」という視点を社会衛生学の諸潮流の批判的吟味によって豊富にしている、と考えられる。

IV. 暉峻義等『社会衛生学』批判

暉峻義等『社会衛生学』(岩波全書、S10. 1935)については、「ここで、わが社会医学史は一期を画する。(94-95)」 「この国における社会衛生学発達史の一応の決算をなす労作である。(189)」とし、批判的に継承すべきとしている。

1) まず、対象としての人間を生物学主義的に見る点を指摘する。

「ここで氏によって抽出された吾々人間の生活過程は、生物学的現象の一色で塗りつぶされており、一切の社会的歴史的関係が捨象されてしまっている。かかる見解は、…それ自身としては正しい問題提起にもかかわらず、社会的人間の全面的合理的把握を不可能ならしめている。(190)」

2) このような生物主義の根源を社会観に係わらせて次のように批判する。「社会衛生学の重要な任務は、『個々の生物体は勿論のこと、国民という有機的なつながりの全体をして、いっそう高き生物学的価値に達せしめる法則と手段とを考究し、…』との社会的有機体説的見解に帰着せざるをえないのである。(190、点線宮本)」

「社会医学的事実をその物質的基礎から歴史的に把握できぬ立場であって、…社会衛生学を『倫理的基礎』の上にすえようとする非科学的立場 (191)」になってしまう。

「(氏はいう)『近代の…社会情勢…はむしろ生活苦の増加をもたらした。…それを脱却しようとする社会的本能または社会的衝動がおこって来る』これは全く観念的に把握された社会観であって、一切の社会的歴史的現象が生物学主義的に歪曲されてしまう。(192)」

生活苦の増大とそこから脱却しようとする国民の社会的本能に目を向ける点で暉峻義等を継承しようとすると同時に、それを社会性・歴史性の視点で把握することが必要だと、著者は主張する。

3) 以上のように、生物主義と恣意的な社会観に批判を集中するが、継承すべき第二の点を次のように指摘する。「(氏はいう)『社会の進歩発展に関する方策は、

現実の社会的情勢の森林中を縦横に走っている網の目のような中にこそ、あらゆる科学的方法をつくして探し求められるべきである。』…上述のごとき基礎理論の貧弱・不徹底さ・あいまいさにもかかわらず、極めて示唆に富む、良心的な科学者の意図として全面的に支持されるべきであり、この一点にこそ、暉峻義等氏の全理論が他のあらゆる観念論的夾雑物から純化され、抽出されるべきであると思う。(194)」

「(氏はいう)『社会衛生学においては、吾人の健康を増進し、またそれを悪化するところの経済的ならびに社会的条件を研究し、それによって導き出される結論からして、経済的または社会的方法によってご吾々の健康状態を保持増強せんとなめるのである。』この見解は、暉峻義等氏とは独立に著者が到達し、すでに具体的に…展開したところのものである。(195)」

問題解決の方策を現実の中に求める点こそ暉峻義等を他から区別するものであり、だからこそ継承すべきものである、と著者は主張する。

4) 社会経済的条件に対する態度として次のように主張する。

「社会衛生学と個人衛生学との本質的相違は、社会的経済的条件をその本質的契機として含むや否やの点にあり、(暉峻義等のいう通り一引用者)個人衛生学はその本質において社会的契機を欠如しているのである。社会医学は、社会的人間における社会的契機を研究対象としているから、それは単に個人衛生学に対立するのみでなく、それを一部門とて含む自然科学的すなわち治療医学に対立するものである。(198)」

「(氏はいう)社会衛生学の研究方法は、『治療医学において常に行われているところの、疾病の現象についての知見、すなわち診断からその上になつて治療方針の確立へ、そしてさらに予後の判定への科学的ならびに実際の過程と全く同一である。』…氏は、ここで社会医学と臨床における方法論的一致を洞察しているのである。(200)」

ここで著者は社会医学を、医学の一領域として語るのではなく医学の存立の基礎として展望している、と考えられる。暉峻義等から継承する第三の観点と考えられる。

5) 社会衛生学と社会医学は経済学との関係においても区別される。すなわち、暉峻義等氏の主張によれば社会衛生学は『経済学の側からの…主張…についてもこれを知らねばならない』という。

しかし、知るだけでは不足である、と著者は主張する。「社会医学が、一定の社会群あるいは社会的人間

の集団を研究対象とし、彼らの衛生状態を規定しているところの社会的経済的条件を研究するものである以上、社会医学研究者にとって、経済学の知識のみならず経済学的方法の獲得は不可欠の資格でなければならぬ。(204)」

「社会的人間」の「社会的契機」を対象とする著者の主張は、経済学的方法の獲得することによって追究されるという点で現実性を帯びてくると思われるが、暉峻義等から継承する第四の視点と考えられる。

V. 臨床過程の分析

著者は、治療医学の頂点と考えられる臨床過程にあっても社会的人間の「社会的契機」の視点が貫かれると主張し、その例証として「臨床過程の分析」を試みる。

すなわち、「医師の実践は…医学の全構造を規定する。…医学の全体系は、医師の実践を反映する。…医師の実践は一定の社会的経済的条件によって規定されるから、所与の医学も同様の規定を受け、医学の特質なるものが問題にされ得る。(138)」

「ゆえに、医師の臨床において、疾病の生物的契機と社会的契機に相応するものとして、それぞれ自然科学と社会科学が統一されねばならぬ。ここに…医師の日常の実践に於いて統一されねばならぬ根拠があり、医学が科学であるためには両者を…総合すべき物質的基礎が存在する。(141)」

ここでは、対象の変革にふさわしい認識・思惟が活動の中で決定的な役割を果たすような技術的労働や、社会的人間を対象とする労働の一般的モデルを提示している、と考えられる。さらにまた、「社会的人間」を対象とする労働のそれぞれの局面にそって生物的契機と社会的契機の係わりあい方を具体的に分析する上で格好のモデルを提示したと考えられる。

VI. 現代的意義について

1. 社会医学の本質について

著者の主張を要約すると次のようになる。社会医学の対象は「社会的人間」であり、それは「生物学的契機」と「社会的契機」からなっている。医学そのものも対象に規定されて「自然科学的医学」と「社会科学的医学」に区別される。社会医学はその総合である。したがって、社会医学にあっては「経済学的方法の獲得」が不可欠である。

これらを重ね合わせながらも一歩ふみこんで私なり

に考えれば、社会医学の一端をなす「自然科学的医学」は「社会科学的医学」と結合することを予定し、それにふさわしい形に変形される、と考えられる。

これを一般的にいえば、医学の自然科学的側面の業績や疾病概念も社会科学の概念と結合（照応、統一）するためにそれにふさわしい形に変形され独自に定義し直され、鍛えられなければならない、そうした操作を経て結合されてはじめて、著者のいう「社会科学的医学」が成立する、と考えられる。

また、社会的経済的条件と衛生状態の係わりについていえば、①社会的経済的条件が衛生状態を規定する場合のその規定の仕方（社会経済的条件を主体に考えて）と、②社会的経済的条件によって規定されながらも一定の独自の様相を持って展開する衛生状態の発展の論理とそれが社会経済的条件に及ぼす作用の、二通りの方向が区別される。「社会科学的医学」の課題がこのように立てられるとするならば、それは医学の自然科学的側面の体系に結合（照応、統一）するような形に変形され鍛え直さなければならない、と考えられる。

これは境界科学の特性である。⁴⁾

2. 「社会衛生学」の批判的継承について

そこで次に、自然科学的医学と結合を予定する「社会科学的医学」はどうか、が問われる。社会衛生学批判の要点の一つはここにあったと考えられる。

著者は、抽象的・非歴史的社会観を否定し、同時に、問題解決の方策を現実の中に探究する方法を支えるような社会科学が必要だと主張する。私も同感である。

問題解決の方策を現実の中に探るという課題は、問題解決を担う現実の力と結びついてこそ現実性を帯びると考えられるが、それについては十分な展開はみられない、と私には考えられる。結びつくべき当の相手が当時にあっては不在であったという事情によるもので、その探究は後代の私達の課題であろう。

3. 臨床過程の分析から

ここで整理したシェーマの持つ意義は次のように考えられる。

(1) 「社会的人間」を対象とするといっても、それぞれの局面によって生物的契機と社会的契機の比重やかかわりあい方も異なるので、その実際を具体的に分析する必要があると強調する。

公衆衛生活動が広く展開され、その内部で活動そのものが複雑に分化・分割されている現代にあっては、その総体と分割された個々の活動のそれぞれに

ついて分析することは私達の課題であろう。

- (2) 社会医学の現実的で不断の源泉は医療・公衆衛生活動（実践）であり、そこにおける認識・思惟活動の核心的過程を直接すくいあげることが不可欠であると考えるならば、医療・保健活動においてこそ社会的契機と生物的契機との統一の物質的基礎がある、とする著者の主張をいっそう広く実証するような研究が求められている、と考えられる。

註と参考文献

- 1) 現在、唯物論全書として復刻（久山社）されている。
- 2) 本書では唯物論研究に係わる多数の文献が吟味されている。後代の私達が参考にすべき態度であろう。
- 3) 川上武編：医療の社会化の道標，勁草書房，1969.
- 4) 千田忠男：労働衛生技術論の課題，（2）基礎概念の検討，科学史研究，Ⅱ期，29巻，21-29,1990.

第31回社会医学研究会総会

プログラム

主 題

90年代を迎えた社会医学をめぐる
状況と課題

総会日程

第1日目 (21日)

13:00	一般演題 (A・B・C会場)
15:00	シンポジウム1 (A会場)
18:00	夕食休憩
19:00	自由集会・交流集会 (道庁別館、北大クラーク会館ほか)
21:00	

第2日目 (22日)

9:00	一般演題 (A・B・C会場)
10:45	特別講演 (A会場)
12:30	昼食休憩
13:00	総会 (A会場)
13:30	シンポジウム2 (A会場)
16:30	

特別講演

7月22日(日) 10:45-12:30

リゾート開発と自然保護

司会 八木 健三(北大・東北大名誉教授)
溝口 勳(北海道大学工学部)

シンポジウム 1

7月21日(土) 15:00-18:00

変貌する産業構造・・・社会医学の周辺

司会 山田 信也(名古屋大学医学部)
福地 保馬(北海道大学教育学部)

1. 建設産業における就労構造
木村 保茂(北海道大学教育学部)
2. 北海道の中の「札幌」－地域経済の視点から
小暮 孝次(たくぎん総合研究所)
3. 北海道農業構造の変化と農民生活
山田 定市(北海道大学教育学部)

シンポジウム 2

7月22日(日) 13:30-16:30

90年代の社会医学の課題

(座長発題) 21世紀の社会医学の担い手に期待するもの

前田 信雄(札幌医科大学)

1. 働く人々の健康を守る活動－運動と医療の結合をめざして－
田村 昭彦(九州社会医学研究所)
 2. 地域住民と共に歩む保健婦活動を見つめて
阿部 祥美(北海道釧路保健所)
 3. 社会福祉制度「改革」と老人福祉・老人医療
河合 克義(明治学院大学社会学部)
 4. 労働衛生学徒が社会医学に期待すること
埴田 和史(滋賀医科大学)
 5. 『環境弁護士』制度の創設を
金谷 健(京都大学工学部)
-

7月21日(土) 第1日目

時間	No.	氏名(所属)	演題名
△会場(講堂)			
13:00	A01	座長 芦沢 正見(日赤看護短大) 石城 赫子(早采町役場) 渡辺裕子、松井和子(都神経科学総研)	中高年における内部障害への適応 -第3次人工排泄孔造設者調査結果より- 難病患者の地域ケアと中間施設 -日野市地域ケア研究所の活動事例の検討-
20	A02	小沢温(愛知県コロニー発達障害研)、杉沢秀博、 手島隆久(都老人総研)、片平冽彦(東医歯大)、 木下安子(白梅学園短大)	新たな貧困層と医療福祉サービスの対応 -高圧頸髄損傷者を事例として-
40	A03	松井和子、渡辺裕子(都神経科学総研)	愛媛の一病院における在宅医療の現状
14:00	A04	中本稔(愛媛大医公衛)、谷井実(新居浜共立病)	在宅重症患者のケアのあり方とその組織的対応 に関する研究 ケースマネジメントの役割と課題
20	A05	西三郎、川村佐和子(都神経科学総研)	
40	A06	高橋誠一(札幌大経済)、前田信雄(札幌医大)、 湯浅資之(帯広保健所)	
B会場(第1会議室)			
13:00	B01	座長 千田 忠男(杏林大医衛生) 斉藤 和雄(北海道大医衛生) 橋口俊則(九州社医研)、水上恭助(親仁会中央診)	炭鉱離職者の「労災110番」運動
20	B02	小山義則(健和総合病)、田村昭彦(九州社医研)	日雇い労働者・ホームレスの健康と生活 -第一線医療からみた実態-
40	B03	富永哲(三菱総研)、若林ちひろ(お茶の水女大)、 山崎喜比古(東大医保健社会)、松岡敏夫(北病)	在日アジア系外国人の生活と健康に関する調査 の結果
14:00	B04	重田博正、田尻俊一郎(淀協社医研)、上滝陸生(立 命館大経営)、冨家孝、平田衛(大阪府立公衛研)	JR電車運転士の労働条件の変化 -「仕業」分析とききとり調査結果から-
20	B05	平田衛(大阪府公衛研)、重田博正、 田尻俊一郎(淀協社医研)、上滝陸生(立命館大)	JR電車運転士における運転業務中に発生する 「眠気」に関する調査
40	B06	内田比佐夫、田尻俊一郎(淀協社医研)	キャティ労働における農薬被害について、 第二報 四府県六事業所でのアンケート調査
C会場(第3会議室)			
13:00	C01	座長 丸山 創(日本福祉大) 横田 静子(新得保健所) 藤岡光夫(島根大法文)	地域課題と調査運動
20	C02	喜多義邦(滋医大保管)、前田博明(大津保健所)、 上島弘嗣、岡山明(滋医大保管)、 佐々木敏(大阪大医公衛)、山川正信(滋医大保管)	地域における保健婦活動を支援するためには何 が必要か
40	C03	菊地頌子(都江東区深川保健所)	保健所活動と住民要求
14:00	C04	(演題取り消し)	
20	C05	一條優子(江北保健相談所)	下請け労働者に集団発生した重症結核例
40	C06	三田優子、山崎喜比古、園田恭一(東大医保健社会) 大島巖(国立精神神経セ)	セルフ・ヘルプ・ムーブメントとわが国におけ る精神障害回復者の当事者クラブの現状

7月22日(日)第2日目

時間	No.	氏名(所属)	演題名
△会場(講堂)			
9:00	A07	座長 西 三郎(東京都立大) 高村 範子(新篠津村役場) 菅原恵子(むさしの共立診)	在宅独居老人の介護条件に関する事例研究 (その1)地域社会資源と療養条件
20	A08	荒井成子(新宿区立北山伏高齢者在宅サービスセンター)、木下安子、末田結美(日梅学園短大)	在宅独居老人の介護条件に関する事例研究 (その2)介護労働と費用
40	A09	関沢敏弘(北病)	70才以上の退院患者1217名の退院後追跡調査
10:00	A10	飯淵康雄(琉球大医・保)	「ねたきり老人」と職業などとの関連性に関する社会疫学的研究
20	A11	橋本美知子(関西医大公衛)、青木信雄(健光園診)	老年評価(Geriatric Assessment)に関する文献的考察
B会場(第1会議室)			
9:00	B07	座長 上畑鉄之丞(国立公衆衛生院) 若葉 金三(道勤医協札幌病) 岡本五十雄、平野浩(道勤医協丘珠病)、 伊古田俊夫(道勤医協中央病)	働きさかりの脳血管障害
20	B08	渋谷謙、鈴木頌(道勤医協札幌病)	就労者心筋梗塞患者の病態・労働・生活実態調査
40	B09	服部真(石川勤医協城北病)	タクシー運転手の虚血性心疾患発症に関する長期比較研究
10:00	B10	牧野忠康(長野大産社・医療福祉)	N損保労働者の労働の変化と健康問題 ー過労・ストレスの労働要因の検討ー
20	B11	山田裕一(金沢医大衛生)	社氏(酒つくり職人)のアスベスト暴露による胸膜肥厚の出現頻度
C会場(第3会議室)			
9:00	C07	座長 相磯富士雄(東京学芸大保健体育) 安井 重裕(道勤医協札幌西区病) 彦坂直道(宮城厚生協・泉病)、町田光子(錦町診)	仙台市における農薬空中散布反対運動のとりくみ ー環境および健康調査ー
20	C08	鈴木和仁(道勤医協黒松内診)	子どもの健康とアレルギー (北海道での実態調査から)
40	C09	片平冽彦、佐藤嗣道(東医歯大)	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2報)日本における血友病患者のエイズ感染・発症の実態とその予見可能性について
10:00	C10	横矢喜代恵(城北病)、服部真(健生病)	当院における血液汚染事故の現状
20	C11	千田忠男(杏林大医衛生)	宮本忍『社会医学』(1936)の現代的意義

A会場(講堂)は、2階

B会場(第1会議室)およびC会場(第3会議室)は、1階です。

社会医学研究会30周年記念研究会

職場の有害物による健康障害に関する今日的課題

— 労働衛生相談と職場・職種調査の経験から —

久永 直見 (名古屋大学医学部衛生学)

Up-to-Date Problems in the Field of Occupational Disease Caused by Hazardous Substances

— An opinion based on experiences of occupational health consultation and investigation —

Naomi Hisanaga (Dept. of Hygiene, School of Medicine, Nagoya University)

I. 産業・労働の変貌のなかでの有害物問題

わが国の産業・労働の変貌は著しく、産業構造、労働力構成、労働態様、生産技術、生産のための原材料のいずれにも大きな変化が生じている。そして第3次産業の伸長、中高年労働者・女性労働者・パートタイマー・海外勤務労働者の増加、外国人労働者の流入、単身赴任の増加、労働時間制度の変更、長時間労働、派遣労働者、VDT作業、新素材・バイオテクノロジー導入など、変化の中身の多くが、そのまま今日的な労働衛生の課題でもある。これらが、従来からの課題に加わり、労働衛生学の課題は一層広がってきている。

有害物による職業性健康障害の問題においても、上記の変化は直接的あるいは間接的に関連している。例えば、新素材取り扱い職場、パートタイマー・派遣労働者・外国人労働者の有害物取り扱い作業従事などの問題がある。あるいは、筆者が産業医をした機械工場の20歳代従業員176人の一日の在社時間調査の結果、12時間以上在社が32%を占めたが、有害物使用職場でもこのような長時間労働がありうることに注意を要する。したがって有害物分野での課題を考えるに際しても、産業・労働の全体の動きに絶えず目を配り、的確な課題設定をするように努めるべきであろう。

わが国では、労働省が職場における有害物使用・健康診断実施状況、業務上疾病者数などの調査結果を公表しており、全国的な概況を知るのに役立つ。表1に1985年度の労働安全衛生基本調査報告¹⁾、1986年度の労働環境調査結果の概要²⁾、1987年度の労働者の健康状況の実態³⁾に発表されたデータから、有害作業のある事業所の率、作業環境測定実施率、環境改善実施率、健診実施率、特

殊健診有所見率、健診受診率、業務上疾病けがによる休業日数率をまとめて示した。表1から第一には、小規模事業所の労働衛生対策の立ち遅れを読み取ることができる。第二には、調査対象外の労働者数29人以下あるいは9人以下の事業所には、より大きな問題があることを推測できる。しかし労働省の報告では、有害物による健康障害の具体的内容については、じん肺等一部を除いては全国的データは示されていない。したがって現状では、各地の研究機関、医療機関などが調査した、行政機関による調査から漏れる零細事業所や自営業者をも含む実態報告や健康障害を具体的に述べた報告は、断片的であっても貴重であり、それらを集約して全国的な動向を推し量ることが必要である。

職場の有害物問題に対する取り組み方は、研究者の専門・技術、社会的・地域的条件に応じて、様々な方法がある。わが国では有害物による健康障害の問題の研究人口は多く、実験の毒性研究、個々の職場・職種に関する労働衛生学的調査などについて多数の報告がある。しかし、時間をかけて収集した有害物による健康障害事例ならびに職場・職種調査経験の蓄積に基づいて、今後の課題を論じた報告は少ない。本報告の目的は、筆者が携わった労働衛生相談の経験から、産業有害物による健康障害の問題で、どのような課題が重要と考えられたか、職場・職種調査の経験からみて、今後どのような取り組みが必要と考えられたかを述べることである。

II. 労働衛生相談事例からみた課題

1986年1月から89年9月までの間に筆者が関与した有害物による健康障害に関する労働衛生相談事例のうち、

表1 民営事業所における有害業務、作業環境測定、健康診断、健康障害発生状況の事業所規模別比較

事業所規模 (人)	10-29	30-49	50-99	100-299	300-499	500-999	1000以上
有害作業のある事業所の率 (%)							
有機溶剤作業場		21.8	29.0	44.4	65.5	74.7	93.2 *
粉じん作業所		11.8	12.2	19.6	33.6	39.4	63.0 *
特定化学物質作業場		4.0	5.4	11.6	28.8	41.3	64.0 *
鉛作業場		3.3	5.6	10.3	12.9	29.1	36.7 *
有機溶剤作業環境測定実施率		68.5	79.4	86.5	94.6	97.9	97.8 *
粉じん作業環境測定実施率		69.4	77.0	88.1	95.9	97.0	98.3 *
特定化学物質環境測定実施率		83.5	87.7	84.4	94.2	95.6	97.4 *
鉛作業環境測定実施率		42.3	68.6	75.9	86.5	86.9	91.3 *
作業環境測定に基づく環境改善実施率	35.9	49.8		53.8		61.8	70.5 **
有機溶剤特殊健診実施率	59.5	80.9		90.3		97.3	99.8 **
特定化学物質特殊健診実施率	47.4	64.1		80.4		89.8	92.9 **
鉛特殊健診実施率	62.8	74.0		95.7		96.9	98.2 **
じん肺健診実施率	54.3	66.8		73.0		84.4	88.8 **
特殊健診有所見率	7.4	6.0		4.2		2.3	1.4 **
定期健診受診率(a)	63.5	77.1	81.0	85.4	84.2		82.5 ***
成人病健診・人間ドック受診率(a)	15.6	17.8	20.8	22.6	29.4		32.1 ***
業務上疾病けがによる休業日数率(b)	0.31	0.14		0.17		0.09	0.01 ***

(注) *: 1985年労働安全衛生基本調査報告

** *: 1986年労働環境調査結果の概要

*** : 1987年労働者の健康状況の実態

*と**は製造業のみ、***は建設、サービス等も含む。

(a) : 受診者数/全常用労働者数

(b) : 延休業日数×100/延所定労働日数

業務上と診断された例およびその疑いが強い例を表2に業務との関係が疑われ今後検討を要すると考えられた例を表3に示した。

1. 業務上あるいはその疑いが強い例の検討

(1) 性・年齢階級・事業所規模・雇用形態別内訳

表2には74症例を示した。男性が60例、女性が14例であった。

年齢階級別には、10代1例、20代5例、30代9例、40代11例、50代25例、60代13例、70代9例、80代1例であった。50歳以上が65%を占めた。

事業所の従業員数規模別には、従業員1000人以上14例、300-999人5例、100-299人6例、30-99人17例、10-29人6例、1-9人18例、不明8例であった。不明を除く66例でみると、従業員数9人以下の事業所の例が27%を占めた一方で、1000人以上の大規模事業所の例が21%を占めた。問題が専ら小規模事業所にもみあるのではないことが窺われた。

雇用形態別には、常用労働者64例、パートタイマー1例、アルバイト1例、自営業者8例であった。

(2) 健康障害の内容

健康障害の内容別に見ると、石綿による健康障害25例、石綿肺以外のじん肺17例、その他の呼吸器障害15例、有機溶剤中毒9例、皮膚障害5例、その他

3例であった。

- ① 石綿による健康障害例には肺がん2例、悪性中皮腫11例が含まれていた。中皮腫に比し肺がんの例が少ないが、肺がんと石綿との関係の特異性が低く、関係を見逃され易いことによる可能性があると思われた。
- ② 石綿肺以外のじん肺のうち16例は粒状陰影を主としていたが、1例は不整形陰影(3型)を示し、ゴム工場でのタルク暴露歴があり肺生検にてタルク肺とされた例であった。2例では気管支喘息の合併を認めた。
- ③ その他の呼吸器障害のうちでは、気管支喘息が9例と多く、その他は気管支炎、過敏性肺臓炎、咽喉炎、急性間質性肺炎などであった。
- ④ 有機溶剤中毒9例中4例は急性中毒、5例が慢性中毒の疑いであった。
- ⑤ 皮膚障害5例中4例は、接触皮膚炎であった。
- ⑥ その他3例中1例は、テトラフルオロエチレン、ヘキサフルオロプロピレンなどを含むフッ素樹脂の熱分解物による発熱、1例は、殺鼠剤エンドックスによる全身性出血傾向であった。

相談事例の健康障害の内訳は、筆者の関心と積極的な症例収集活動が反映するため、母集団の傾向とは異なるであろう。しかし筆者の狭い症例収集フ

表2 1986-89年の有害物による健康障害に関する労働衛生相談事例のうち業務上またはその疑いが強いと考えられた症例一覧

No	性別	年齢	※	業務内容	健康障害の内容
1	M	59	A	造船現場監督	胸膜肥厚
2	M	51	F	N造船所、建築等の下請溶接	胸膜肥厚
3	M	68	?	造船所下請鉄打ち、研磨等	胸膜肥厚
4	M	57	E	天井専門内装工事(石綿建材)	石綿肺
5	M	49	F	断熱・保温工事	石綿肺
6	M	65	D	石綿スレート製造	石綿胸膜炎、胸膜肥厚
7	M	50	F	はつり、工場・ビル解体	石綿胸膜炎
8	F	79	?	机椅子製造(塗装、研磨、石綿暴露不明)	石綿肺疑い、胸膜肥厚
9	M	64	A	呉海軍工廠、名古屋港仲仕	石綿肺
10	M	61	D	石綿・岩綿吹付	石綿肺
11	M	64	?	石綿スレート製造	石綿肺、石綿胸膜炎
12	M	67	F	保温工事	石綿肺合併肺癌
13	M	70	A	製鋼所造塊、鋳物砂落とし	肺癌、胃癌、胸膜肥厚
14	M	84	C	A社石綿スレート製造	肺癌、皮膚癌
15	M	78	A	ボイラーマン、石綿建材使用工事立合い	悪性胸膜中皮腫
16	M	59	A	重電機器製作(石綿絶縁紙、石綿紐)	悪性胸膜中皮腫
17	M	59	A	鉄道車両製造工場で板金	悪性胸膜中皮腫
18	M	44	C	水道工事(高圧石綿管切断等)	悪性胸膜中皮腫
19	M	51	C	A社石綿スレート製造	悪性胸膜中皮腫
20	M	74	D	染色機械に保温用に石綿充填	悪性胸膜・腹膜中皮腫
21	F	78	E	織布業(整経工程にタルク使用疑い)	悪性心膜中皮腫
22	F	79	F	碍管にボルト差込み	悪性胸膜中皮腫
23	M	52	F	電気工事(石綿等粉じん)	悪性胸膜中皮腫
24	M	66	?	鋳物工場	悪性胸膜中皮腫、胃癌
25	F	60	?	鋳物の鋳取り、塗装(夫が造船所勤務)	悪性胸膜中皮腫
26	M	57	A	カーバイド製造	じん肺
27	M	56	A	板金、溶接、研磨	じん肺
28	M	30	D	鉄骨建築溶接	じん肺、気管支炎
29	M	58	D	金属採掘、合板切断・研磨	じん肺
30	M	27	D	鋼材ショットブラスト	じん肺
31	M	52	D	鋳物バリ取り	じん肺、騒音性難聴
32	M	76	E	鋳石粉碎、鋳物砂型ばらし	じん肺、気管支喘息
33	M	32	E	精密石膏鋳造	じん肺
34	F	47	E	神具用杉板のサンドペーパー研磨	じん肺
35	M	59	F	溶接	じん肺、騒音性難聴
36	M	57	F	配管、はつり	じん肺
37	F	75	F	名古屋港仲仕(石炭等荷役)	じん肺
38	M	34	F	溶接	じん肺、騒音性難聴
39	M	64	?	ダムトンネル工事	じん肺
40	M	57	?	ダムトンネル工事	じん肺結核
41	M	61	?	ダムトンネル工事	じん肺、気管支喘息
42	M	77	D	タイヤチューブ製造	タルク肺
43	M	28	B	自動車部品ウレタン樹脂成形	TDI急性気管支炎
44	M	61	F	空調保温(ウレタン樹脂発泡)	イソシアネート喘息疑い
45	F	52	D	自動車部品ウレタン樹脂成形	TDI喘息
46	M	39	A	タンクローリーでTDI輸送	TDI喘息
47	F	56	D	ソファー用ウレタンフォームへの接着剤塗布	気管支喘息
48	M	45	D	機械のウレタン樹脂塗料吹付	HDI過敏性肺臓炎
49	M	53	C	車体のウレタン樹脂塗料吹付	過敏性肺臓疑い

50	M	44	F	家具製造	米杉喘息
51	M	46	F	コーヒー豆加工	コーヒー豆喘息の疑い
52	F	21	B	染料粉末・顔料粉末の秤量、調液	職業性喘息疑い
53	M	32	D	M社自動車部品ゴム成形	咳、呼吸困難等
54	M	36	D	M社自動車部品ゴム成形	咳、痰など
55	F	41	B	水道メーター部品接着 (シアノボンド)	鼻咽頭炎、頭痛
56	M	59	F	青酸ソーダ残渣付着熱処理炉の溶断	急性咽頭炎、下痢
57	M	56	C	IC 部品化学研磨 (窒素酸化物吸入)	急性間質性肺炎
58	M	59	B	電気部品脱脂洗浄 (1、1、1-トリクロロエタン)	急性有機溶剤中毒
59	M	57	D	電気部品脱脂洗浄 (1、1、1-トリクロロエタン)	急性有機溶剤中毒
60	M	19	B	FRP 製品検査 (再生シンナー塗布)	急性有機溶剤中毒
61	M	31	F	建築塗装	急性有機溶剤中毒
62	M	54	D	エレベータ部品塗装	慢性有機溶剤中毒疑い
63	M	21	D	合板製造 (接着剤吹付)	慢性有機溶剤中毒疑い
64	M	32	F	自動車塗装用塗料調色	慢性有機溶剤中毒疑い
65	M	38	F	ラベル印刷	慢性有機溶剤中毒疑い
66	M	68	A	脱脂洗浄 (四塩化炭素)	肝硬変、肝癌
67	M	24	A	クロムメッキ機械調整	接触皮膚炎、鼻汁、咳
68	F	47	E	電子機器組立 (接着剤使用)	接触皮膚炎
69	M	59	F	タンク、配管内の研磨、塗装	接触皮膚炎、頸肩腕障害
70	F	44	A	IC 基盤の組立 (グラスファイバー粉じん)	接触皮膚炎
71	M	26	A	塩ビ接着剤入り注射器で刺傷事故	皮下出血、腫脹
72	F	22	D	鍋・フライパンなどのテフロン塗装	ポリマーヒューム熱
73	M	57	C	工場の鼠防除 (殺鼠剤エンドックス使用)	皮下・腎・消化管出血
74	F	49	A	検査 (締切った部屋でガス湯沸し器使用)	急性一酸化炭素中毒

(注) ※：事業所規模で A：従業員1,000人以上、B：300-999人、C：100-299人、D：30-99人、E：10-29人、F：1-9人

ールドでこれだけの例が得られたことからみると、少なくとも今回多くみられた健康障害は、いずれも背景に多数の患者の存在する重要な課題であると推測された。

(2) 業務内容

- ① 石綿による健康障害では、石綿の広い用途を反映して、業務も様々であった。症例の職種のうち退職者を含む造船労働者とスレート製造工場労働者の追跡は、ともに当地方に古くから大小の事業所があったことと、健康影響の実態が知られていないことから今後の課題と思われた。造船については、表1のNo. 1、2、3と今回の集計期間以前の1984年に相談を受けた悪性胸膜中皮腫の死亡例が、いずれも同一造船所の労働者であった。スレート製造については、No. 6、11、14、19の4例中、No. 14の肺がんとNo. 19の中皮腫が同一工場であった。
- ② 石綿肺以外のじん肺では、溶接工4例、ダムトンネル工事3例、鋳物3例などであった。溶接工のじん肺は周知であるが、自営業者、小規模事業

所が多く、健康診断実施率も低いと思われ、じん肺の潜在しやすい職種と考えられる。

- ③ その他の呼吸器障害では、ウレタン樹脂成型、ウレタン樹脂塗料吹付作業、TDI輸送、米杉を用いた家具の製造、コーヒー豆焙煎などがあつた。ウレタン樹脂関連作業での各種イソシアネートへの暴露によるアレルギー性呼吸器障害とみられる者が6例あつたが、例えば自動車補修業界では近年、上塗り塗料のほとんどをウレタン樹脂塗料が占めるなど普及が著しく、それにとまう健康障害の増加の可能性があり注意すべきである。塗料中の溶剤以外の成分の有害性を念頭におくことは今後一層必要となろう。今回その他に分類した職業性呼吸器疾患は、業務との時間的關係が比較的明瞭な例が多く業務起因性を疑うのは易しいが、確定診断は容易ではない。これらの職業性呼吸器疾患は、臨床系の学会で多くの報告がなされているのに比べると、産業衛生学会の取り組みは弱く、今後の重要な課題である。
- ④ 有機溶剤中毒では、脱脂洗浄、塗装、調色など

表3 1986-89年の有害物による健康障害に関する労働衛生相談事例のうち業務との関連の検討が今後の課題と考えられた症例一覧

No	性別	年齢	※	業 務 内 容	健康障害の内容
1	M	69	A	N造船所溶接	肺がん
2	M	52	B	塗装、溶接、建材製造(各種粉じん)	肺がん
3	M	51	F	溶接(冷房機修理フロンガス熱分解物等暴露)	肺がん
4	M	50	E	地下工事(重機運転廃ガス吸入)	肺がん
5	M	68	E	ベニヤ合板、家具製造(木材粉じん)	肺がん
6	M	58	?	塩ビ重合釜清掃下請、配管・溶接	肺がん
7	M	64	?	炭礦夫、鋳物業	肺がん、じん肺
8	M	62	?	鋳物型込め・注湯・バラシ	肺がん、じん肺
9	M	74	?	名古屋港仲仕(石炭、鉍石、穀類等荷役)	肺がん
10	M	71	?	名古屋港仲仕(穀類、石炭、石綿等荷役)	肺がん、気管支喘息
11	M	72	?	名古屋港仲仕(石炭、飼料等荷役)	肺がん、気管支喘息
12	M	79	D	港湾仲仕(飼料、鉍石、石綿等荷役)	気管支喘息、じん肺
13	M	40	F	亜鉛メッキ物の溶接	気管支喘息、亜鉛熱
14	M	46	B	溶接、溶断	気管支喘息
15	M	63	E	溶接、研磨	気管支喘息、肺気腫
16	M	68	F	溶接	気管支喘息
17	M	83	?	鋳物型込め	間質性肺炎、陈旧肺結核
18	F	53	?	製紙原料製造(木材粉じん)	間質性肺炎
19	M	72	C	採炭夫、名古屋港仲仕(綿花、石炭荷役)	間質性肺炎、じん肺
20	M	55	A	原綿・コークス運送	間質性肺炎
21	M	39	A	建物電気保守管理(石綿・岩綿等粉じん)	間質性肺炎
22	M	62	F	パッキング製造(ゴム・超硬合金粉じん)	間質性肺炎、肺がん
23	M	63	B	製鉄所電気炉(スクラップ、コークス粉じん)	肺気腫
24	M	60	F	配管、溶接(冷媒のフロンガス熱分解物等暴露)	肺気腫
25	M	57	A	ボイラー修理(粉じん)	肺気腫
26	M	68	F	大工(木材、石綿等粉じん)	肺気腫
27	M	64	F	大工(木材粉じん)	肺気腫
28	M	48	B	珪砂運搬、樹脂添加剤粉砕	肺気腫
29	M	76	E	店舗用家具製造(木材粉じん)	肺胞蛋白症

(注) ※：事業所規模でA：従業員1000人以上、B：300-999人、C：100-299人、D：30-99人、E：10-29人、F：1-9人

があった。急性中毒がなお発生していることに注意を要する。また慢性中毒は多くの場合症状が非特異的で、確定診断に至らずに、潜在化する例が多いと推定される。No.71は、四塩化炭素による部品洗浄9年間の後、肝障害、肝硬変を経て13年後に肝細胞がんと診断され、業務上認定を受けた例である。同僚1名も肝硬変で業務上認定を受けていた。筆者らは1976年に、従業員300名の金型工場では30-40%の四塩化炭素を含む離型剤使用中の15名中3名が肝障害で中毒の疑われた例も経験している。四塩化炭素のように、かつて多用された強毒性溶剤の慢性影響の実態も問題となるところである。

⑤ 接触皮膚炎は、クロムメッキ液、接着剤、塗料粉じん、ガラス繊維によるものであった。表1で

は接触皮膚炎の例数は少ないが、実際には極めて多いと思われる。

⑥ その他の3例中、No. 72、73は病院初診から診断までに時日を要した例で、作業者への有害性教育、医師の問診と知識の必要性が痛感される例であった。

2. 業務との関係の検討が今後の課題と考えられた例の検討

表3には29例を示した。健康障害の内容別には、肺がん11例、気管支喘息5例、間質性肺炎6例(肺がん合併1例)、肺気腫6例、肺胞蛋白症1例で、すべて呼吸器疾患であった。ここに掲げた症例は、現在のところ業務との関係を疑う段階に留まっているが、今後、疫学的研究や臨床的研究等により職業との関係が解明

されるべき疾病に罹患した群である。具体的には、溶接工の肺がん・気管支喘息・肺気腫、名古屋港の船内・舛・沿岸荷役経験者の肺がん・気管支喘息、粉じん作業と間質性肺炎、各種粉じん・有害ガス暴露と肺気腫との関係などが研究課題として挙げられた。肺胞蛋白症についても、粉じんととの関係を疑った症例報告があること、No.29の他に筆者らは、有機、無機の各種粉じん暴露を受けた仲仕の例を経験していることから、職業要因を疑うべき疾病と考える。

Ⅲ. 現場の改善につながる取り組みをもとめて

労働衛生相談事例に対しては、個別に医療面の対応、労働衛生面の措置などがなされるが、次には他の事業所での同様な事例の繰り返しを防ぐ措置が必要となる。そのためには他の職場も調査し、問題の広がりを明らかにし、対策がたてられるよう図る必要がある。しかし、それでもなお問題は残る。新技術・材料を、安全衛生面の評価に基づく必要な対策を施したのちに導入すること、導入後の十分な観察がルールとして確立されない限り、同根の問題が物質を替え、場面を替えて繰り返される。たとえば車体整備工場では有機溶剤中毒予防のための暴露低減措置がとられた後に、今度はウレタン樹脂塗料による気管支喘息が発生するといった問題である。

したがって、問題の繰り返しを断つところまで取り組みは継続されることが必要である。この点について筆者らの経験から省みてみたい。表4に1977-89年の間に名

古屋大学衛生学教室で取り組んだ職場・職種調査の一覧を示した。

陶磁器上絵付け業からベストコントロール業までは、いずれも労働衛生相談事例を契機とした取り組みである。ベストコントロール業の場合には、ほぼ同時期に、名古屋市立大学公衆衛生学教室に業者団体から調査依頼があり、そこに筆者らも参加してその後の調査が行われた。金属産業労働組合員と小規模商工業者団体会員の調査は、労働衛生相談を通して金属産業、小規模事業所における問題の集積、広がりが窺われたことから取り組まれた。建築業は、石綿含有建材使用に関する調査の機会を求めていたところに、建築業従事者の労働組合から京都府立大学の細川汀教授を通じて調査協力依頼を受けたものである。

陶磁器上絵付け業から小規模商工業者団体までの調査は、少なくとも調査対象となった職場における労働衛生知識普及の面では役立ったし、各業種の実態を明らかにでき、一部では職場環境改善にも寄与し、またその後の他の地方における調査に際し参考とされる等の成果を生んだ。しかし研究結果が現場に返され、さらにまた次の研究がなされ現場の改善が進むダイナミックな展開には至らなかった。その理由は、業者、労働者側の姿勢がどちらかといえば受身的で、我々の側の働きかけも業者、労働者側が積極的姿勢に転ずるほどに強くはなかった点が大きい。

ベストコントロール業と建築業における取り組みは、それらと比較すると異なっていた。同業者団体からの依

表4 調査対象業種等と調査時期ならびに調査対象有害物等

調査業種等	調査時期	調査の契機	調査対象有害物等
陶磁器上絵付け業	1977-82	作業者に再生不良性貧血が発生し、ベンゼン使用が判明	有機溶剤
仏具塗装業	1979	作業者に慢性有機溶剤中毒の疑われる患者が発生	有機溶剤
ドライクリーニング業	1979	和服洗浄作業者に慢性有機溶剤中毒の疑われる患者が発生	有機溶剤
車体整備業	1980	塗装工に慢性有機溶剤中毒の疑われる患者が発生	有機溶剤
ビニルサンダル製造業	1981	1967年のn-ヘキサン中毒集団発生地区で再び患者が発生	有機溶剤
自動車摩擦材再生加工業	1982-89	作業者から石綿の有害性につき相談を受けた	石綿
ベストコントロール業	1980-89	①慢性殺虫剤中毒疑い患者発生②業者団体から健康管理への協力依頼	殺虫剤
金属産業労働組合員	1982	有害物使用の多い産業であり調査が必要と考えた	労働衛生一般
小規模商工業者団体会員	1984	小規模業者の労働衛生実態を調査する必要があると考えた	労働衛生一般
建築業	1986-89	建築労組からの石綿建材取扱い問題への取組み協力依頼	石綿

頼で職場調査が始まったペストコントロール業の場合、現場調査、定期健診の実施、保護対策の提案・実施と進んだが、このように展開した要因の第一は、経営者が従業員の殺虫剤暴露を大きな問題と受けとめ、問題解決に積極的姿勢を有していたことであった。第二は、名市大、旭労災病院、愛知県衛生研究所、名大の労働衛生、分析化学、神経内科の専門家の共同研究グループが作られ、殺虫剤使用状況アンケート調査、気中殺虫剤濃度測定、尿中殺虫剤代謝物測定、神経内科学的検査など、系統的な調査が可能となったことであった。建築業は労働組合からの協力依頼であったが、労働衛生に対する積極性は共通しており、現場調査、健診実施、疫学調査と連続的な調査ができた。建築業は表4のなかで最も大規模な調査で、問題も重大であったことから次節で検討する。

IV. 建築業における石綿問題への取り組み

わが国の建設業従事者数は約560万人である。建設業における石綿を含む建材の消費は1960年代に急増したが、建材製造工場を除くと石綿暴露に関する調査はされず、十分健康保護対策もとられずに近年に至っていた。しかし1985年の全京都建築労働組合の取り組みを嚆矢として、全国建設労働組合総連合に加入している各地の労働組合の取り組みが、研究者の協力を得て展開される中で、石綿暴露実態⁴⁾と健康障害の発生⁵⁾が急速に明らかにされ、成果が獲得されてきた。各地の取り組みは表4のごとく展開された。それぞれの調査には、千葉大、杏林大、昭和、労働科学研究所、名大、奈良医大、京都府立大、京都民医連、大阪府立公衛研などの研究者、医療機関が協力した。表に記した他、労働省、住宅金融公庫、石綿建材メーカーへの申し入れ、石綿肺、肺がん、中皮腫の業務上認定申請も行われた。これらの取り組みの結果、

組合員に石綿対策の重要性が認識され、対外的にも①スレート協会が建材の石綿含有量低減（一部は無石綿化）の自主計画を策定、②石綿含有量5%を超える建材製品一枚毎への石綿含有表示、③住宅金融公庫融資住宅の仕様書から石綿建材を一部を残し削除、④業務上認定、じん肺管理区分決定、などの成果が得られた。

建設業における石綿問題への取り組みが発展した背景要因としては次が挙げられる。

第一は、上述の問題の切実さである。調査の中で示された建設業における石綿暴露労働者の多さと高濃度暴露の存在は問題の緊急性を一層明確にした。⁴⁾

第二は、全国建設労働組合総連合が、①組合員48万人の全国的な組織であったこと、②大工、左官、板金工、溶接工など40種類以上の職種を含み、職人から親方、家族従業者、一人親方まで含む産業別組合であったこと、③社会保障問題、腰痛・頸肩腕障害・振動障害・じん肺・有機溶剤中毒などの課題への豊富な取り組み経験を持っていたことである。

第三は、工業地域の高齢者に石綿起因と推定される胸膜肥厚所見が高率にみられること⁶⁾などの研究報告により、徐々に石綿問題への社会的関心がたかまりつつあった時期に調査が開始され、その後、横須賀市の米軍艦船修理廠からの石綿廃棄物、住居・学校等の建築物の吹付石綿などが次々と問題になる時期に一致して、各地の調査が繰り返されたことである。

第四は、研究者と労働組合との協力が各地でなされ、研究者間の協力もなされたことである。

しかし、たしかに建設業における石綿問題への取り組みは一定の成果をおさめたが、なお現場では十分な対策なしに石綿粉じんを浴びる労働者は多く、既に発生した健康障害の掘り起こしも十分ではない。すべての建設労働者の石綿暴露防止と健康保護を目標としたこれらの取

表5 全国建設労働組合総連合に加入する各地の労働組合の石綿問題への取り組みの展開経過

1985	京建労：石綿含有建材使用状況調査を開始
1986	京建労：石綿粉じん暴露濃度測定
1987	全建総連にアスベスト対策委員会設置、学習会用オートスライド「石綿（アスベスト）“今、建設労働者・職人が危ない”」作成 京建労、三重建労、高知建労：石綿建材取扱い実態アンケート調査 東京土建、東京都連、三重建労：石綿粉じん暴露濃度測定 東京土建：胸部X線写真調査
1988	京建労、三重建労：胸部X線建診 東京都連、東京土建：石綿建材取扱い実態アンケート調査
1989	京建労、三重建労：組合員死亡動向調査 大阪建労、奈良建労協：石綿建材取扱い実態アンケート調査 全建総連学習会用ブックレット「石綿・労働者・いのち」発刊

り組みがより重要である。日本の石綿問題は、肺がん、中皮腫が多発傾向にあることだけでも重大であるが、そのみならず問題の背景には、中小企業・自営業の労働衛生、安全衛生対策の不十分な作業効率優先の技術導入、有害物への法規制の不十分さなど他の多くの労働衛生上の課題に共通する問題点を内包している⁷⁾。従って現在の建築業における石綿問題への取り組みは、石綿だけにとどまらぬ労働衛生分野での前進につながる芽を持つといえるが、それができるかどうかは、今後の取り組みにかかっていると思われる。

V. おわりに

職場における有害物による健康障害につき、労働衛生相談事例からみた今後の課題、職場・職種調査の経験からみた今後必要な取り組みにつき述べた。

労働衛生相談事例からみた今後の課題としては、疾患別には、石綿肺がん・中皮腫、じん肺、気管支喘息、過敏性肺臓炎、間質性肺炎、肺がん、肺気腫などの呼吸器疾患、有機溶剤中毒などが挙げられた。職種では、造船における石綿関連疾病、溶接、港湾荷役作業における呼吸器疾患などが挙げられた。

職場有害物の分野では、有害物の種類が多岐にわたり、生産技術の変化にともなう新たな問題の生起もしきりであることから、生産現場の動向に関する情報、臨床の場における情報をキャッチするアンテナをもち的確な課題設定をすることが重要である。職業との関連を疑われる症例の収集は、この点で重要な役割を果すが、我が国ではこの面での取り組みが、なお十分でないと思われる。後述するように日本産業衛生学会有機溶剤中毒研究会および職業性アレルギー研究会で全国的な症例収集が実施されているが、他の分野でもこうした活動が必要と考えられる。

職場・職種調査の経験から、今後必要な取り組みとして特に重要と思われたことは、第一には、職場有害物の問題を抱え、問題解決への積極的姿勢を持つ事業主団体・労働組合等と研究者の協力をより一層活発にすることである。

第二は、研究者間の情報網としてだけでなく、共同研究グループ作りにも役立つネットワークがいろいろなレ

ベルで形成されることである。ここで学会レベルの研究者の協力の例を挙げておきたい。それは、日本産業衛生学会有機溶剤中毒研究会の活動として、当教室が事務局をつとめて実施された全国有機溶剤中毒症例収集である。この活動の目的は、①中毒発生状況の把握、②溶剤職場の動向、問題点の把握、③中毒の病態、毒性の解明、④今後の症例検討の参考資料を得ることで、1983年以来、5回全国的な症例収集が実施された。計176例の収集例は、有機溶剤中毒症例第1集～第5集として公刊され、研究機関、企業などに広く配布された。この活動は、研究会参加者のネットワークがあって初めてできたものであり、前記の4つの目的において一定の成果を挙げることができた点で貴重な取り組みであった。その後、この症例収集の経験は、同学会の職業性アレルギー研究会の全国症例収集活動にも活用されている。有害物による職業性健康障害の課題は、低濃度暴露、長期慢性影響、非特異性症状等、難問化しており、個々の研究者がバラバラに研究する状況では解決し難い課題が増えている。難問化に対応できる各分野の専門家の協力態勢は今後ますます重要と思われる。

文 献

- 1) 労働大臣官房統計情報部, 昭和60年労働安全衛生基本調査報告, 1986.
- 2) 労働大臣官房統計情報部, 昭和61年労働環境調査結果の概要, 1987.
- 3) 労働大臣官房政策調査部編, 労働者の健康状況の実態, 労働者法令協会, 1989.
- 4) 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.
- 5) 海老原勇, 川見正機, 建設労働者における胸膜肥厚斑の発生状況, 第61回日本産業衛生学会講演集, 1988;156.
- 6) 海老原勇, 我が国における石綿による呼吸器障害, 労働科学, 1981;57:363-396.
- 7) 久永直見, 酒井潔, 石綿労働者の健康保護をめぐる今日の問題点, 社会医学研究, No.9. 1989;45-53.

保健婦活動の意義と視点 — その評価に向けた前提として

加藤 欣子 (東京都江東区城東保健所)

The Meaning and the Viewpoint for the Practice of Public Health Nurse

Kinko Katoh (Kouto-ku Jouto Health Center of Tokyo Metropolis)

I. はじめに — いま保健婦活動の視点を検討することの意味

保健婦の誕生を何時に求めるかは研究者によって些かの違いがあるが、概ね1927年の聖路加国際病院内の“乳幼児健康相談所”、あるいは1930年の大阪朝日新聞社会事業団の“公衆衛生訪問婦協会”や大阪乳幼児保護協会の“小児保健所”の活動の時期といわれる¹⁾²⁾。以来戦前戦後にわたって母子保健や結核予防活動に従事し、近年は成人保健、精神保健、難病の地域ケア等にも貢献しており、60有余年になんなんとするこれらの実践内容は決して貧しいものではない。わが国の公衆衛生の発展は保健婦の実践の展開にはかならないといっても、過言ではなからう。少なからぬ志ある指導者、それは多く医師であったが保健婦は常にその共働者であった。

にも関わらず保健婦の仕事は他の医師や看護者、助産婦などの仕事に比べて、国民の目にはつきにくく、目に触れたところで、直接ケアを受けた体験を持つならばいざ知らず、その仕事の実質はなかなか理解され難い。優れた実践を豊富に持ちながら、その専門性はどこにあるのか、その業務の固有性とは何か、保健婦同士の間でさえコンセンサスがあるとは言い難い。

この様な状況下で厚生省はその諮問機関、地域保健将来構想検討委員会の報告書(89年6月)に基づいて、保健婦の主な活動の場である保健所や市町村の公衆衛生行政機構を抜本的に改変しようとしており、それは憲法に唯一国民の健康生活に関わって記されている“公衆衛生”という言葉が、現実の行政機構からは姿を消しつつあることと機を一にしている。

この時に当って、われわれ保健婦が日々積み重ねてきた実践を検討し、その一つひとつの意味あいを考え、さらにその評価を客観的なものとして世間に提示していくことは、必ず今日の時点での保健婦が果たす役割と仕事を鮮明にすることにつながり、公衆衛生とそれの中の保健婦の存在を、広く社会に示すことにならう。そのため

には保健婦が、自己の仕事に客観的な意味あいを持たせて提示し得る評価手法を持たねばならない。それ無しにはただ“一生懸命やった”“頑張っってよくやった”というまことに主観的な、保健婦の世界だけにしか通用しない自己満足が続くばかりである。その様なものを人は専門職とは呼ばない。

本稿はその様な作業の前提として、今一度保健婦とは何であったかを振り返り、その視点を再確定しようという試みである。

II. 保健婦活動の視点を示す定義

保健婦業務ないし公衆衛生看護の定義は、これまでのこの領域の歴史において、数多くの人がこもごもの立場から提起している。その特徴は定義が明確に“立場性”、換言すれば階級性とでもいったものを持っているということである。

幾つかの定義の中で今日比較的新しく、且つ保健婦の実践的現実に対して十分包括的で意を尽くしていると私が考えるのは、1978年、日本公衆衛生学会保健所問題委員会(所謂小栗委員会)中間報告にある保健婦業務の規定(資料:9)である。

なぜこの定義が優れていると考えるか、それは先ず健康の主体が誰であるかが明確であり、しかもそれが憲法の基本的人権に関わる諸規定とりわけ健康権規定に基礎づけて論じられていることである。主権者である国民が持っている不可侵の権利を保障するものとしての“生活支援”というまとめ方は必要十分である。今一つは権利主体としての国民の“自覚を助成”するという教育的機能の表現である。“自覚”は使い古された言葉ではあるが、教育的営為の結果としての教育的価値の実現であり、且つ権利主体が自ら我がものにするものである。それを“助成する”、即ち教育的営為を行うのが保健婦の役割である。この短く要約された定義は大変吟味されたものであることが分かる。

これに対して1981年の日本看護協会保健婦部会の所謂“あり方委員会”報告(資料:10)は保健婦の技術的な内容にわたって多言を労しているものの、その依って来る由縁は不分明である。“住民が自ら”としているが、その意味は権利主体なのか、あるいは他の何ものかに対する住民の義務の履行であるのか判然としない。かれら住民を好ましいこと(そもそも誰にとって?)に気づかせ、納得させ、意識の変容をはかるのである。その主体は誰であろうか?よもや保健婦ではあるまい。もしこの作成者等が保健婦を想定したならばそれは誤っているし、住民であるとは文脈から伺い得ない。

またここでは教育的営為とその教育価値は“気づき”“刺激”“意識変容”などのプラグマチックな心理的契機や力動に帰結させられ、極めて卑小なものになった。それを実現するオルガナイザーが保健婦であるというが、これでは宣撫工作員と変わらない。そもそも誰のために何のためにするオルガナイズドなのか。新語を散りばめたように内実は“気づき”など認知それ自体を示すものでしかなく、それを意識下において加工し自らの行為を決定する権利主体としてのあり方は想起し得ない。これに比べると1970年の保健婦会保健婦問題対策委員会の報告(資料:5)、あるいは内田靖子姉の定義(資料:7)が、少なくともモダニズムから脱し、そのあり方を良く伝えている。保健婦自身がする保健婦活動の定義は、私の目には後退・変質した様に見えるがいかかであろうか。

わが国の保健婦は戦前、健兵健民の国策に位置づけられた痛恨の歴史を持っている。教員団体とことなり看護職能団体は、そのことを十分反省したとはいえない。そして戦後新憲法の下とはいえ、全国の就労保健婦の8割は保健所や市町村、即ち行政機構の中に行政目的の実現のために配置されている。従って保健婦業務は所属する行政組織の方針や財政、マンパワーの枠組によって大なり小なり制約を受けざるを得ない。この制約は、ともすれば保健婦に国民の基本的な人権や健康権の主体を見失なわせ、本来住民自治の場でもあるという二面性を有し権利主体に奉仕する仕事の可能性を持つ自治体で、単なる権力機構の一翼を担わせる危険性を持っている。

故曾田長宗は“政治は主権を持つ個人 (people) の of the people, by the people, for the people. 公衆衛生は自治権を持つ人間集団 (public) の of the public, by the public, for the public”と仰った。保健婦はこの古く歴史に試され、且つ新しい輝きを持つ原則について定義をその業務(公的サービス労働)評価の基礎をなす視点として据えねばならないと思う。

Ⅲ. 所謂保健婦業務とそのなかの保健婦活動の固有性

保健婦は保健所や市町村の衛生行政のうち主にヒューマンサービス、即ち直接住民を対象にした健康サービス(対人保健サービスという些か正確さを欠く謂いがある)に従事している。具体的には各種の健康診査、健康相談、衛生教育などの事業の企画、実施、評価に当っており、同時に管掌地域を分担し、担当地区内の人々の健康管理に責任を負っている。

これを地区活動と称しているが、実はこの地区活動こそが保健婦の固有業務といえるものであり、単なる訪問活動に留まらない多岐にわたる仕事の総称である。最近あたかも独立の領域のように語られている地区組織活動はこの地区活動の中で必然化されるものであり、下位概念である。

このことは丸山³⁾の明確な提言、“……対象とする集団の系統的健康管理……これが保健婦の仕事の本筋である。系統的に管理できる規模の特定集団に責任を持つこと”(資料:8)や、先述の保健所問題委員会の保健婦活動規定にある“……地域集団の健康水準の向上を目的として、地区を分担して……”という文言にも示されている。地区“組織”活動の重要さは論を待たないがそれは飽くまで手段であり、それ自体が自己目的と錯覚すべきではない。地区活動は曾田の people と public の双方を包括しているのである。

先ず地区活動から見ていこう。

1. 保健婦が行う地区活動とは何か一事例によせて

地区活動とはどのようなものだろうか。その保健婦活動における固有性とは何か。そしてそれは訪問看護に従事する看護婦やソーシャルワーカーの活動とは、おのずから異なった性格を持っているのだろうか。

保健婦の地区活動の目的は、担当地区内居住者の系統的な健康管理を行うことにあるが、これは地区担当保健婦が恣意的に行うものではない。保健所あるいは市町村など所属する行政機関の保健衛生施策の内容を、担当地区内の人々の生活現実に具体的に適用することによって実現させるものである。

以下は自閉性の発達遅滞児に関する支援のプロセスサマリーで、1歳6ヵ月健康診査で発見され養護学校に就学するまで支援を継続した事例である。

そもそも江東区の1歳6ヵ月健診は内科・歯科健診の双方が医師会と歯科医師会に委託され、対象者が個々に区の指定医に出向くことになっている。指定医は必ずし

も小児科医ではないので、発達状況の把握は健診票が保健所に戻ってきたとき、アンケートを保健婦が見て判断することを余儀なくされている。

筆者が(シンポジウム当時='89)所属した東京都深川保健所では、母子保健の重点目標の一つに“先天異常、心身障害を有する子どもを早期に発見し、治療・療育を通じて、その子の成長と発達のために手だてを尽くすこと”をあげていた。そのために健康診査における1次、2次のスクリーニングや発達相談・療育相談の構成・内容の改善を常時意図していた。しかし1歳6ヵ月健診はこの脈絡から乖離しており、この種の健診相談とこれに付随する所内事業の質的充実だけでは、早期発見から治療・療育を含む予後保障という課題を満たし得ず、これらに加えて保健婦の適切な地区活動が不可欠であった。

(1) ケースファインディング

事例の発見は健診の受診票に刷り込まれたアンケートの設問、“絵本をみせて知っているものを指さしますか?”“名前をよぶとふりむきますか?”“意味のある片言をいいますか?”の答えが何れも“いいえ”となっていたことが契機になった。内科医の診断は異常無しと記されていたが、保健婦はアンケートの解答に問題を感じ急遽家庭訪問をした。事例は健診を2ヵ月遅れて受けていたので、この時は1歳9ヵ月になっていた。

玄関先で問題の項目について母親にもう一度問うと“もうよぶと振り向くし、言葉も出ている”と迷惑そうでもあり、また幾分の不安も見てとれた。さらに“指さしはしますか?”と聞くと“いいえ、指さしはしません”と逡巡しつつ応えた。保健婦は正確な検査を要すると考え、1歳9ヵ月で指さししないということの持つ意味について手短かに説明し、再度の訪問の応諾を得た。

再訪した時、発達診断の道具(積木、はめ板など)を持参して観察すると、行動に発達の遅れが認められた。生育歴を聞いて1歳の誕生日とその直後に3回にわたって15分以上のひきつけがあったことも分かったので、療育相談と発達相談に来所を勧めた。

発達相談では事例の精神発達は9ヵ月程度でかなり遅れが認められること、療育相談担当の医師からは痙攣性疾患が疑われるということで精密検査の指示が出た。精密検査を受けて後、抗痙攣剤が投与され、合わせて発達相談に隔月に来所し相談員(心理専門職)からは遊びやしつけの具体的な指導を受けることになった。

(2) 保健婦の方針と母親の葛藤

事例は多動で外に出たがり、公園などでうっかり目を話すと姿を見失うことが再々であったので、母親は用心して外に出したがりなかつた。保健婦は事例の遊びの場を保障すること(広い園庭で遊ばせたい)と、母親が児の障害を受容する契機にすることを意図して障害児通所訓練施設の利用を勧めたが母親の容れるところとならず、発達相談に来所することにも忌避感があった。保健婦は児の発達の遅れについて、親はもちろん周囲全体の効果的な接し方(保育)が子どもの持っている発達へのエネルギーを引き出すことで改善できること、そのために発達段階を測定しそのレベルに見合った発達課題に即して子育てをする必要があり、服薬はそれを助けはしても発達そのものを改善はしないことを、子どもを間に置きながら時間をかけて説明し、発達相談に引き続き来てもらうようにした。

2回目の発達相談のとき母親は“抗痙攣剤をのませると食が細り眠ってばかりいるので近所の医師に相談したら、息子には何も異常はないので薬などのませなくとも良いといわれた。でもすこし不安なので3回(1日)を1回にしている”と発達相談員に打ち明けた。保健婦はすぐに主治医と連絡をとり、嗜眠傾向に対する薬の調整と薬をのむ必要についても一度丁寧に説明してくれるよう依頼した。

この頃、既に初回訪問から4ヵ月経過していた。しかし保健婦は母親に信頼されていないことを感じて悩んだ。何とか父親の協力が得られないかと考えていた矢先、3回目の発達相談に母親の都合がつかず父親が事例をつれて来所した。相談の後保健婦は父親に、母親が“わが子に障害がある”という現実一人では耐え切れず、その重みから逃れたいと思っていること、保健婦はその気持ちを十分受け止め切れていないので、母親に忌避されていること、母親の重荷を一緒に背負って欲しいことを話した。父親は“そうなのだ。妻は保健所に行く度に障害があると言われていて、もう保健所には行きたくないと言う”と語り、通所訓練の必要性についても納得して母親の説得を受け入れた。

一ヵ月後、事例は児童相談所を通じて通所施設に措置された。しかしその通所施設は専門職配置が十分でなく、遊びなどの保育内容の吟味が不十分で区の改善施策もなきに等しい状態だった。保健婦は児の発達の間としては障害児保育の実績豊かな保育園が望ましいと考えていたが、年度途中の措置移行は困難なのでとりあえず通所施設に通わせ、年が明けて新しい年度に

変わる時点で何とか保育園に入園させたいと思った。そこで地域の障害児親の会が主催する障害児保育の学習会に母親を誘ったが、参加を得られなかった。

(3) キーパーソン

江東区では今日に到るまで障害児保育は制度化されていない。従って当時深川保健所の保健婦は、障害のある子の入所可能な保育園（それはその園の障害児に対する姿勢や、保育者集団の成熟度、障害児保育のキャリアなどによって大きく異なる）を前年の11月頃までに見定めておき、個々の園と折衝する労をとった。保健婦は父親の職場に電話し、来年の4月に児を保育園に入園させることを勧め、そのためには12月に入園申請をせねばならないので考えてみて欲しいと話した。

返辞がなかなか来ず、気をもんでいたある日、児の祖母が保健所を訪ねてきた。“娘婿から昨夜、保健婦が息子を保育園に入れた方がよいと言っているが、通所施設にやっと通うことになったばかりでどう考えたら良いか分からないという電話があった。自分も孫のことはかねがね心配しているが、保育園がなぜ良いと思うのかそのところを教えて欲しい”ということだった。

非常にしっかりした態度の婦人だったので保健婦は率直に話すことにした。“児は自閉傾向にある発達遅滞であり、その知的な遅れは年齢進行と共にますます明白になる。その改善を意図するなら、幼児期から見通しをもって育てねばならない。特に今、一日の生活リズムをしっかりつけたり、発達段階に見合った遊びを十分豊かに保障することが必要だと思う。幸い実績ある保育園が居宅のそばにある。母親は保健婦を避けているので、あまりうるさくするとかえって頑なにしていまい、助言が届かない”。

祖母は“あなたの考えは良く分かった。2、3日中に必ず返辞する”と言って帰って行った。

その翌日祖母から児を保育園に入れたいと思うので、よろしく取り計らわれたいという電話があった。とは言え祖母は保育園を親の養育を得られぬかわいそうな子の行く場と考えている節があったので、入園手続きの前に一度見学することを勧めた。祖母と母親は揃って見学に行き、その明るくしっとりと落ち着いた雰囲気、安心して様だった。

この祖母の仲介で保健婦と母親との関係は大変良くなった。家庭訪問の途中道で出会っても母親の方から声をかけてくれるようになり、何時でも気軽に相談できるようになった。

(4) 母親自身の成長

保育園入園後初の保護者会で、母親は緊張しつつも“うちの子は自閉症です。それで保育園に入れてもらいました。”と自己紹介をしたと聞いた。内気な母親としては大変な勇気がいったと思われる。ほぼ時を同じくして母親は自ら地域の障害児親の会に入会した。

3年後（'89年）の年頭、母親は保健婦に電話をくれた。“息子の学校は養護学校に決めた。保育園の先生には障害児学級を勧められたが、見学するとほとんど言葉を話せる子ども達だった。自閉的なうちの子にはむしろ先生の多い養護学校の方が良いと判断したが、どう思うか？”ということであった。重い自閉性発達遅滞児の少なからぬ親が児の障害を正しく捉え得ず、恣意的な普通学級選択が多い中で、よくぞ正しい選択をしたと拍手を贈りたかった。

(5) 小括

深川保健所保健婦集団（当時）は、早期発見に始まる障害児支援の到達目標を便宜上、保護者がわが子の障害や発達の実態に合わせて、適切な就学選択が出来るよう成長することに置いた。現行制度上の就学指導が必ずしも児の権利保障の為に機能していないこと、障害に対する最新の科学的成果が等しく享受され得る状態でないことの中で、親が児の権利と発達を保障する主体として自己形成し権利主張できるようになることには、大変な困難がある。そのことを念頭に置いた上での目標であった。この事例の保護者はその目標を具現したティピカルなケースである。

見てのとおりこの事例に対して保健婦はほとんど教科書通りの支援をしているのであって、何か特別の込み入った手法を弄しているのではない。

具体的にはスクリーニング効果のあるアンケートの設計、発見した対象に対する確定診断とそれに続く継続的な治療教育の場の紹介（ガイダンス）、さらにそれが持続するための家族全体を対象とした支援とキーパーソンの抽出、その基盤としてのコンサルテーションの提供と継続的なケースマネジメントである。

これは訪問看護のような、あるいは家事援助者のような個人看護・介護（パーソナルエイド）とは異なった質を持っている。生物学的・生理学的基礎を持って対象の健康に関わる点では看護婦と共通の部面を持ちながら、対象のあり方を教育的社会的な手法によって（教育的機能を発揮して）改善することを意図する。即ち健康教育者（Health Educator）として機能するの

だが、その基礎に生物社会学的基礎を持つ看護の科学的知見を活用し対象に伝えることで、他の社会教育者やソーシャルワーカーとも異なるのである。

保健婦はその地区活動として、事例に示したように生活の中に深く入り込み、その人が生きている生活の場に保健事業を初めとする種々の資源を取り込んで、より健全な生活が営めるよう支援する。そして支援を求める当事者が権利主体として自己に必要な支援を見極め、それを要求し、そのことを通じて生活主体として自己形成することを支持する。

公衆衛生という広い内容を持った実践的科学的な仕事の科学性を担保するのであり、情緒的・恣意的な支援を行うのではない。従って教科書的であることを恥とするのは当然。繰り返すがこの事例に対する地区活動は、その大部分が保健婦のテキスト通りの個別指導・支援（パーソナルケア・サービス）そのものである。集団指導あるいはグループによる自己教育活動で、個に対する支援全てを代替することはできない。

集団指導にはそれなりの意味と効率性がある（但し集団に伝えようとする内容方法が十分教育的に吟味され、且つ講師自らき細かい事前の準備を惜しまない場合の話であり、その様な努力の必要を認めない保健婦集団の成熟度では論外である）。またグループ活動（患者会、親の会などの自己教育活動や制度形成に向けた運動）については地区活動の必然的帰結として後述するが、その持つ教育的意義は大きい。しかしそれは対象自身の文字どおりの生活の場（それは個の領域としての狭さをあわせ持つ）で問題状況に直面しながら行われるものではない。保健婦の地区活動における個への支援（ケースマネジメント）はその様な生活現実、種々の要素が複合した問題状況の社会的相への直接的な踏み込みそのものである。だからきめ細かさやプライバシー保全のような個の尊厳の尊重が要求される。為に保健婦の訪問には時に“あなたも警察官のような……”という皮肉や非難が成立し得る。これが皮肉でなく事実になってしまってはならない。自戒すべきことであろう。

2. 地域サポートシステム形成における保健婦の役割

次に障害児・者や老人、難病患者など、社会的な支援を必要としている人々に対する地域サポートシステムの形成について述べる。それを保健婦は地区組織活動とよび地区活動の必然的帰結と位置付けてきた。これもまた地区活動である。そしてここでは集団、単なる群では

ない曾田のいった public が対象となる。

先述のように保健婦はハイリスク児出生の届出があったり、各種の健診でフォローアップする必要が出てきたり、あるいは精神障害者が退院し地域（担当地区）に帰ってきたりする度に、可能な限り家庭訪問や保健所への相談来所を求めて生活の場でのケースマネジメントを開始する。その基本は先述のとおり個人に対する支援（＝個別指導：パーソナルケア）である。

しかし保健婦と対象との関係だけで形成される生活主体としての力量には限界がある。個としての障害受容を社会的相の中での障害受容に、個としての狭い生活自立を社会的枠組の中での自立に高次化する場、対象自身が社会的諸関係の中で育つ場を保障すること、換言すれば自己教育と相互教育が可能となる集団の場が必要になる。

保健婦はこの様な問題状況を地域住民とりわけ同じ問題を持つ人々に提起し、その人々を結び付け、その人々自身が相互に支援したり、生活環境そのものの改善に立ち上がることで、さらにその土台となる学習の場を自主的民主的な場として作り上げること（組織作り）を支援する。同僚保健婦や所属する行政組織に問題を提起し、この様な住民を支える行政事業を立案開発することは勿論である。

この仕事は先ほどの地区活動とはことなり、保健婦固有の仕事ではない。他の多くの地域でヒューマンサービスを行う人々（その様な人々としてソーシャルワーカーや施設のケアワーカー、さらには社会教育専門職や職業安定所の専門官などがいるし、関わる人々は多様に拡大する）、さらには住民有志と対等平等の立場で協力共同して行う仕事である。

但しそこに保健婦が参加することはその職能・役割がそこで果たされることを予定するものである（期待もされる）。即ち地区診断で得た地域や住民の生活実態に対する知識が組織作りのための自由な検討の場で（必要十分に、但し個の尊厳を侵すことなく）提出され、その組織が現実に根付いたものとして自己の活動を活性化することに貢献し得る。この様な地区組織活動は保健事業や保健所で行う各種のグループ活動と拮抗しつつ発展する可能性を持つ。このことを深川保健所が（'89年当時）行っていた精神保健活動を例にとりて述べよう。

深川保健所の精神保健事業は、東京23区の保健所が地方自治法の一部改定によって東京都から各区に移管された翌（'76）年から開始された。それまで江東区の精神保健は区内のもう一つの保健所（城東保健所）が全区をカバーすることになっていた。

まず初（'76）年度には月2回の精神衛生相談と保健

婦の地区活動のみで事業開始した。来談者は急速に増加し毎年70-80名の新規相談者があった。相談内容は家で面倒見られないので入院させて欲しいとか、薬をのまず病状が不安定になっているとか、病院につれて行きたいが本人が納得しないなどプリミティブなものが多く、これらは一つずつ丁寧に援助するならば病状の改善・安定を見ることが出来た。しかしそこから後の社会復帰（企業就労・生活のスキルの改善と生活そのものたてなおし）の道がなく、見通しがいい中で再び病状が悪化するというケースもでてきた。また当時江東区には家族会がなく家族は孤立していた。

深川保健所の保健婦集団は、回復途上にある患者の社会復帰を助けたり家族の負担を軽減するために家族会が結成されることを願っていたが、たまたま隣（墨田）区の家族会活動家の協力が得られることになり、保健婦集団の合意で各々の担当地区患者の家族に集まりを呼びかけた。保健婦はこの様な場のニーズの高さを予測し、またここからさらに家族会結成への機が熟すには1、2年かかるだろうと考えていたが、20数世帯もの参加を得、家族会の結成も発議され大方の賛同を得て2ヵ月後には世話人が選ばれ結成へと進んだ。保健婦は事務局の仕事で代行し毎月の例会に参加した。

家族会の場で頻りに話される家族の苦悩や将来への不安は、保健所デイケアの設置を保健所に対して課題化するものだった。保健婦集団はその準備を進め、'81年度から僅か月1度ではあったが開設にこぎつけた。しかし患者の期待は高く熱心に参加し、保健婦も集団の場での継続観察と個別のケースマネジメントとを結合して支援することの意味を知らされ、患者の生活的ニーズへの不断の洞察から障害年金受給などの支援も拘泥なく行うようになった。そしてデイケアは毎年1回ずつ日数を増やし3年後には毎週開設するようになり、内容の不十分さを残しつつもとりあえずそれらしい枠組を整えた。

この過程で就労を目指す患者などもあり、地域の志しあるボランティアから作業所職員として道に進む人を得て、作業所の設立へと地域の支持組織の確立は進んだ。

作業所の設立でも保健婦は一定の役割を果たした。地域実態を把握した保健婦は作業所の場所探しやそこに置く作業台・椅子、さらには設立当初の運営資金の募集などに力を注いだ。債券を募集したときには深川保健所保健婦集団だけで総募集額の4割強（概ね90万円）を支弁した。

設立以後も保健婦はその処遇内容の充実に陰に陽に協力した。作業所とデイケアを併行利用している利用者の治療効果などについて作業所職員と共に検討し、ケース

マネジメントも作業所職員と共に行うことを心がけた。このことは個々の保健婦の持つ専門的技術のレベルを明るみに出し自身の成長に役立ったが、反面辛い作業でもあった。しかしこの様な営みがあったことによって、ケースマネジメントでは保健婦をはるかに凌駕し若い保健婦を指導しもする有能な作業所職員が生まれた。

深川保健所の精神保健事業はその発足から10年の間に、多様な発展を見た。具体的には精神衛生相談に始まり、デイケア、家族懇談会、各種の講演会、作業所との連絡会、酒害教室、痴呆老人相談、痴呆老人介護教室など、短期間にかなり事業メニューは拡大した。また精神障害者作業所は3ヶ所になり、志しと学びの努力を兼ねた職員集団を擁している。これらは全て、能う限り民主的な討議を積み重ねて、現実的に可能な方策を見いだしつつ仕事の内容を積み重ねてきた保健婦集団の努力と、作業所職員などのヒューマンサービス専門職、地域住民有志の力添え、対等平等な協力共同によるものであった。

本来ならばこの到達点を基礎として今せねばならぬことは、その一つひとつの内容を吟味しなおすこと。それ等がメニューだけで、こけろしの無内容な事業になっていないか、地域で生活する障害者の実際の用に足りるものとなっているかを十分見直して、その質的改善・強化を図ることである。

勿論量的にもまだまだ不十分だが、質の検討無しに量を増やしてもそれは仇花である。それは保健婦の本来の仕事である地区活動（ケースマネジメントとサポートシステム確立）とこれらの事業が有機的な関係を持ち、且つそれを十分生かしているかに関わることである。江東区の保健婦の数はこの10年、事業の拡大に見合った増え方をしていない。そこには少なからぬ無理もあるはずである。このことを正視せずに、いたずらに事業の拡大を追うことは、対象の真の権利保障とは異なる何ものかを追い求めていると言われても仕方なからう。

IV. おわりに

以上保健婦業務を地区活動と地域サポートシステム形成の二つの面から述べた。地区活動のうち、個に対する支援は公衆衛生看護としての専門職性が色濃い保健婦固有の業務、地域サポートシステム形成ないし地区組織活動は地域で共に活動するヒューマンサービス従事者の共働による活動であり、この中でも保健婦はその専門職性を生かし有効な働きをすることが出来る。そしてその何れもが、地区活動の不可分の内容を構成している。

その実践は先に掲げた保健婦活動ないし公衆衛生看護

の定義に見合ったものである。保健婦の専門性とその活動の大枠はこれら先達の定義と看護史研究者の洞察に尽くされている。この定義に言葉を付け加えるのは私自身一定の努力もしたが、その様なことよりも、実践を自由度高く多様に展開すること、信頼性の高い事実を作り出すことが、もっともっと求められる。それこそがこれらの定義を豊かに肉付けするものである。

その上で私達がこれから真剣に取り組まねばならないのは（もう遅れをとった感無しとしないが）、この様な定義を背景に置いた保健婦活動の評価手法の開発である。評価自体を等閑視してきた私達は、今少なからぬ敗北を被っている。最近、若く力のある保健婦の中でこの必要性が語られはじめたことは何よりである。

仲の良い、良くまとまったしかも民主的で対等平等な保健婦集団が形成されているならば、そこでこそ客観的な評価が生まれる素地がある。“良くやった”“努力した”という主観的な喧伝は、自己欺瞞としてはよくても、世間の容れるところとはならない。

状況の流れが困難であればあるほど、良く考えてみることで、仕事の意味あいを立ち止まってじっくりと検討することが求められていよう。そうしないと立ち上がって歩み出すのは、さらに遅れるはずである。保健婦が善意でただ走り続けても、それが正義とは限らないからである。条件のあるところでこの作業に、それも散発的で行き当たりばったりのものではなく系統的に着手することが急務だと思う。

対等平等で民主的な保健婦集団がいろいろな事情で崩壊してしまうと、その実践は過去のものとなる。しかし歴史に裏付けられ（装いを凝らしたものではない）科学的な基礎を持つ実践は、誠実に評価してその作業を世に出すならば、多くの同僚や関係者・地域住民の中で生き続ける。その様な作業に共同で歩み出すことを、多くの同僚諸姉に切望する。

〈文 献〉

- 1) 木下安子：近代日本看護史，1969，メヂカルフレンド社，379.
 - 2) 大国美智子：保健婦の歴史，1973，医学書院，210
 - 3) 丸山博：これからの公衆衛生における保健婦の役割，公衆衛生，21 (8)，1957. 医学書院.
- 丸山博著作集2：いま改めて衛生を問う，1989. 農産漁村文化協会所収. 231-236.
- 氏は評価の必要性は勿論，これからの評価手法開発のヒントをも数多く提示している。

〈資 料〉公衆衛生看護の定義 (by 加藤欣子)

1) 保健婦業務要覧—業務関係 1960

保健婦事業とは、公衆衛生看護業務の別称である。それは資格を有する保健婦によって行われるところの、個人、家庭又は社会集団に対する保健指導の組織的な社会活動である。いいかえれば個人に、家族に又は社会集団に、肉体及び精神の健康を増進し、あらゆる疾病の予防に必要な知識と健康的な生活の原則とを理解させ、また家庭にある傷病者若しくは、妊婦、褥婦及び新生児に対して熟練した看護を行い、またそのことによってその家族に正しい看護の方法を学ばせ、個人の健康生活が、或いは家族又は集団の健康生活が社会全体の生活をより健康的に導くように指導し助力するはたらきを持ったものである。

2) National League for Nursing, 1959

Public Health Nursing is a field of specialization within both professional nursing and the broad area of organized public health practice. It utilizes the philosophy, content, and method of public health and the knowledge and skills of professional nursing. It is responsible for the provision of nursing service on a family centered basis for individuals and groups at home, at school, and in public health centers. Public health nursing interweaves its services with those of other health and allied workers, and participates in the planning and implementation of community health programs.

公衆衛生看護は専門職看護であり、組織された公衆衛生活動における専門分野の一つである。それは公衆衛生の理念と、公衆衛生の知識、方法と看護専門職の知識と技術を応用して行うものである。

家庭、事業所、学校、保健所において個人、グループを対象とし、家族を中心に基盤を置いてサービスする責任がある。

公衆衛生看護は、他の関係従事者と協力し、地域保健の事業計画や実施に参画する。

3) Ruth B Freeman

公衆衛生看護は看護の一分野であり、地域社会の健康保持のため、他の公衆衛生や社会福祉関係の専門家と協力しつつ、熟練した看護と人間関係および組織する技術を応用することである。

この事業は個人、家庭、グループに対する総合看護、

社会全体に対する公衆衛生の諸施策、たとえば疫学調査、法律で定められたことの実施、保健活動のための地区組織の育成などが含まれている。

4) WHO 第4回看護専門委員会レポート“公衆衛生看護”1958

公衆衛生看護は、看護の技術と公衆衛生と社会扶助のある側面を結び付ける看護の特殊分野であって、健康の増進、社会的・物理的環境の条件の改善、疾病並びに不能の予防、或いは回復期の措置を意図し、公衆衛生事業全体の一翼として活動するものである。従ってそれは健全な家族の保護、自宅療養中の病人とその家族、並びに特殊なグループと地域社会の全体に影響を及ぼす恐れのある健康問題を対象とする。

5) 日本看護協会保健婦会保健婦問題対策委員会の報告 1970

公衆衛生看護は、看護の一分野である。看護とは健康であると不健康であると問わず、個人又は集団の健康の保持増進および健康への回復を援助することである。すなわち人間の生命および体力を守り、生活環境を整え、日常生活への適応を助け、早期に社会復帰ができるように支援することである。

公衆衛生は、看護の概念の分野におけるこれらを、社会的に公衆衛生的にとらえ処理してゆくものであり、臨床看護が主として医療施設においてなされるのに対して、公衆衛生看護は一定の地区、又は特定の集団を対象として個別的に集団的になされるはたらきである。

6) 保健婦業務要覧—業務編 1970

公衆衛生看護とは資格を有する保健婦によって行われる個人、家族または社会集団に対する保健指導である。いいかえれば、個人に、家族に、又は社会集団に対して肉体および精神の健康を増進し、あらゆる疾病の予防に必要な知識と健康的な生活の原則を理解させ、または家庭にある傷病者もしくは妊婦、褥婦および新生児に対して熟練した看護を行い、またそのことによってその家族に正しい看護の方法を学ばせ、個人の健康生活が、あるいは家族または社会集団の健康生活が社会全体の生活をより健康的に導くように指導し助力するはたらきを持ったものである。

7) 内田靖子：公衆衛生看護総論 医学書院 1967

公衆衛生看護とは、個人、家族、集団、一定の地域を対象とし、健康問題を肉体的、精神的、環境的、経済的、

社会的に把握し、生命を守り、疾病異常の回復、疾病異常の予防、健康増進をはかるために援助する組織的なはたらきである。

8) 丸山博：これからの公衆衛生における保健婦の役割、公衆衛生 21(8), 1957

保健婦の役割は、むかしも今も、また将来も、まさしく対象とする集団の系統的健康管理そのものにある。これが保健婦の仕事の本筋である。系統的に管理できる規模の特定集団に責任を持つことが本来の保健婦活動の出発点になる。

9) 日本公衆衛生学会保健所問題委員会：“地域保健のあり方”について—中間報告, 1978

保健婦は、保健婦助産婦看護婦法第2条によって、“保健指導に従事することを業とする女子”とされ、専門職として位置づけがされている。これを憲法の理念からみると、国民ひとりひとりの生存権、健康権などの基本的人権の自覚を助成し、この権利を保障するものとしての生活支援を行うものと理解される。すなわち保健婦業務は、人間の生命と健康を守り、生活環境を整え、日常生活への適応と社会復帰を援助し、個人の能力を最大限に発揮できるように、その主体的な自覚を助成し、その努力を支援するとともに、地域集団の健康水準の向上を目的として、地区を分担して、住民の生活の場で展開される社会的、組織的活動である。

10) 日本看護協会保健婦部会：“地域を担当する保健婦業務のあり方”委員会報告 1981

保健婦は、地域住民が健康、またはより健康な生活を維持するための側面援助者である。

住民が自ら、生命の尊厳と健康であることの意義を感じ、本人及び家族の主体的な努力によって、疾病回復をはかり、あるいは健康を維持し、あるいは増進し得るよう、生活場面において、または生活実態を深慮して具体的な方法（看護技術・援助等）を実践するか、または、その実践を通して、理解させ、実行させるように方向付ける。健康増進および健康維持のために努力した方が好ましいにも関わらず、住民が気がつかないか、または、あえて避けている保健的な部分について気づきや刺激を与える援助者である。

疾病に関する予防手段、早期発見の手段について、行政施策の浸透をはかるとともに、活用し得るあらゆる社会資源の情報を提供し、積極的に住民が活用できるように、医学的、保健的側面から納得させうる指導を行い、住民

の意識の変容をはかる。

いいかえるならば、保健婦の役割は、地域住民の健康の価値観の変容をはかるオルガナイザーとも言える。

11) 深川保健所学生実習テキスト 1983年版 (by 加藤欣子、加藤春樹)

公衆衛生看護とは、公衆衛生を上位概念とする看護であり、一定の地域に居住する人々あるいは特定の集団を対象とし、それらの人々が自らの生命を守り、疾病異常の回復、疾病異常の予防、健康増進をはかるための自立的生活的力量の形成をめざして、具体的な援助を媒介にしながら個別的、かつ組織的に行われる保健教育的営みである。

12) 若干の追加 1989 (加藤欣子、加藤春樹)

公衆衛生看護とは、権利としての公衆衛生とその理論的達成を上位概念とする看護であり、一定の地域に居住する人々あるいは特定の集団を対象とし、それらの人々が自らの生命を守り、疾病異常の回復、疾病異常の予防、健康増進をはかるために主権者としての自立的生活的力量の形成をめざして、科学の諸成果を基礎とした専門的技術による具体的な援助を媒介にしながら個別的、かつ組織的に行われる保健教育的営みである。

保健婦は公衆衛生看護を行うために必要な教育を受けた専門技能労働者であり、自らもその一人である主権者すなわち国民から信託された公的サービス従事者である。

(短 信)

関東地方例会を定例的に開催

社会医学研究会関東地方例会が定例化し、これまでに二回開催されています。

これに至ったいきさつは次の通りです。1989年7月に伊豆長岡で第30回社会医学研究会総会が開催されましたが、その後に行なわれた企画運営委員会の総括会議で、夏の総会の中間段階で関東地方在住会員の相互交流と研究活動の発展をはかることを目的として、企画運営委員会の発意で関東地方レベルでの例会を開催してはどうか、という提案がなされました。これを受けて、さしあたり、企画運営委員会事務局担当者が世話人有志として関東地方例会を周旋することにきました。

第一回の関東例会は、1990年3月17日に、上畑鉄之丞世話人が担当し片平洸彦世話人の斡旋で東京医科歯科大難治研を会場にして開催され、8演題の発表と約30名の参加で成功しました(演題一覧は別表)。このうち3題を第31回社会医学研究会総会(札幌)の発表へつなげることができました。

つづいて第二回例会は、1991年3月2日に、千田忠男世話人が担当し片平洸彦世話人の斡旋で東京医科歯科大難治研を会場にして開催され、9演題の発表と約30名の参加で成功しました(演題一覧は別表)。目下、第32回総会(滋賀)につなげるために努力中というところでは。

この例会のもちかたとして、将来における共同研究や共通課題等を展望しながらも、社会医学に関心をもちならんらかの研究をすすめる意志を有する者が研究の成果をもちより、80年代に見られた激動する世界と日本を見据えて、21世紀を展望するために大いに討論をすすめる、というところに重点をおいています。そうした趣旨もあつてか、若手古手をとわず新鮮で真髓に迫る発表が多く見られた、と思っています。

例会をさらに継続していっそうの発展を期したいと考えています。

第一回例会演題一覧(1990年3月)

- 1) 強制立ち作業の実態, 高森敏次(山武職自連)
- 2) 保健所活動と住民の要求運動 — 10年間の動向, 菊地頌子(江東区東保健所)

- 3) 生活・歩行と健康に関する研究 — 主婦の生活と成人病の関係, 佐久間淳(埼玉衛短大)
- 4) 「豊かさ」と食, 相磯富士雄(東学大)
- 5) 女子高生の結核 — 事例から, 木村美代子(渋谷区渋谷保健所)
- 6) 働きすぎと結核 — 事例から, 一条優子(足立区江北保健相談所)
- 7) 日本の血友病患者のエイズ感染の予測可能性, 片平洸彦(東医歯大難治研)
- 8) 自動車廃ガスと健康障害, 安田明正(保団連公害対策部)
- 9) 包括討論 — 「豊かさ」の中の健康

第二回例会演題一覧(1991年3月)

- 1) 医事システムのデータファイルを利用した医薬品市販後監視(PMS)、(第三報) 佐藤嗣道, 片平洸彦(東医歯大難治研, 情報医学), 中美千春(同, 電算掛)
- 2) 保健所とコンピュータシステム, 越野誠一(自治体問題研究所)
- 3) 保健所保健婦の新人教育について, 柴田直子(江東区東保健所)
- 4) 保健所における日本語学校の結核検診の経緯, 三浦いづみ, 湯浅幸二(杉並区東保健所)
- 5) 日本の産業労働者の職業ストレスとその影響, 関谷栄子(産メディ研), 上畑鉄之丞(国立公衆衛生院)
- 6) 地域保健活動から見た中年期の循環器疾病発症と労働生活, 長谷川美栄子(川崎市多摩保育所)
- 7) デンマークシートを使って, 安田明正(東京保険医協会)
- 8) 湾岸戦争におけるわが国の医療援助について, 吉岡洋治(江東区役所)
- 9) 宮本忍『社会医学』(1936) — 現代産科学の第一線医療の立場から, 尾沢彰直(根本産婦人科)
- 10) 包括討論

(千田 忠男)

1991年7月1日 第1刷

社会医学研究 ⑩ 1991

Bulletin of Social Medicine No. 10, 1991

ISSN 0910-9919

編 集 社会医学研究第10号編集委員会
〒060 札幌市北区北17条西8丁目
北大教養部保健体育理論学科内
TEL. 011-716-2111 (代)

編集委員

福地保馬 佐伯和子 志渡晃一
新野峰久 樋口治子 平野憲子
溝口 勳 若葉金三

印 刷 北大印刷

発 行 社会医学研究会
〒466 名古屋市昭和区鶴舞町65
名古屋大学医学部公衆衛生学教室内
TEL. 052-741-2111 (代)
