

BULLETIN OF SOCIAL MEDICINE

社会医学研究

「戦後50年と社会医学」

14

1996

社会医学研究会

JAPANESE SOCIETY FOR SOCIAL MEDICINE



目 次

「社会医学研究」第14号の発刊にあたって	片平 冽彦	1
特別講演		
被爆50周年と社会医学の課題	肥田 舜太郎	3
社会医学入門講座		
出稼ぎ労働者の診療活動から	天明 佳臣	11
農村における公衆衛生	五十嵐 松代	13
子どもの健康をめぐる養護教諭の取り組み	大川 信子	14
障害者(児)をとまりく社会の問題から	池上 洋通	15
シンポジウム(1) 阪神大震災と住民のいのちと健康		
災害における医師の役割	上田 耕蔵	21
大震災下での保健婦活動	小林 千代	29
地域住民の避難所としての学校と養護教諭の役割	永野 恵子	31
震災と住宅問題	早川 和男	35
シンポジウム(2) 医療と経済 — 医療の本質の追求とそのかい離 —		
地域病院の経験から	上林 茂暢	39
薬業資本と薬害	儀我 壮一郎	41
欧米の医療・福祉・経済の現状と日本との対比	川淵 孝一	45
地域の保健・医療・福祉の現状と課題	西 三郎	49
シンポジウム(3) Healthy Workの展望		
わが国の産業保健活動のあり方を考える	小野 雄一郎	53
労働組合の健康職場づくり	吉川 正春	61
フォーラム「薬害エイズを考える」		
薬害エイズ被害者の訴え — いじめや差別を乗り越えて闘ってゆきたい —	原告	73
薬害エイズ被害者の訴え — 薬害を許さず、加害責任を明らかにしたい —	川田 悦子	75
日本の血友病患者のH I V大量感染は避けられなかったか	片平 冽彦	78
東京H I V訴訟の到達点と今後の課題	鈴木 利廣	80
一般演題		
1. 新潟水俣病の診断と病理所見の検討	斎藤 恒他	83
2. 京都市内高速道路建設による都市づくりの問題点	谷田 悟郎他	91
3. 高齢者在宅ケアの介護負担	関谷 栄子他	95
4. 学校にも労働安全衛生法の適用を	三栄 国康	99
5. 聴覚障害者に受療抑制はあるか?	北原 照代他	103
6. 心筋梗塞に罹りやすい労働条件に関する症例・対照研究	志渡 晃一他	109
第36回社会医学研究全国総会プログラム		115
「社会医学研究」投稿規定		119
編集後記		120

「社会医学研究」第14号の発刊にあたって

片平 洸彦 (東京医科歯科大学難治疾患研究所)
〔第36回社会医学研究会全国総会企画運営委員会代表委員〕

第36回社会医学研究会全国総会は、1995年7月22・23日の両日、東京・白金台の国立公衆衛生院で開かれました。関東で総会が開催されたのは、第30回(1989年7月22・23日、伊豆長岡)以来6年ぶりでしたが、またもや、開催日決定後に参議院議員選挙投票日と重なってしまい、参加者の多くが不在者投票を余儀なくされました。しかし、第30回と違って「地震・噴火」の心配はなく、社会医学の研究発表・討論をするにふさわしい会場で2日間、243人の参加者を得て、盛会裏に終了しました。皆様のご協力に厚く御礼申し上げます。

1995年という年は、戦後50年、そして被爆50年にあたる年でした。人類史上未曾有の惨事を世界各地に引き起こした第2次世界大戦が、日独伊など侵略国側の敗戦により終わってから、半世紀を経過したのです。そこで、企画運営委員会では、総会の主題を「戦後50年と社会医学」と定め、こうした節目の年に、戦前からの社会医学の歴史を回顧し、日本と世界の現実を直視して、人間のいのちと健康を守る社会医学の飛躍的發展をはかる契機にしようと考えました。

「人間のいのちと健康」と言えば、1995年という年は、日本の歴史の上でも特筆すべき、まさに人間のいのちと健康を大規模に奪う、いまわしい事件が相次いで起こりました。それが、阪神・淡路大震災(1月17日)であり、地下鉄サリン事件(3月20日)を頂点とする一種のオウム教団の引き起こした事件でした。震災では5,500人以上、サリン事件では13人のかけがえのないいのちが失われ、またそれぞれ多数の負傷者が出て、今でもその後遺症に苦しめられている人がいます。また、この年は、輸入非加熱血液製剤による「葉害エイズ」被害者とその支援者らの「あやまってよ'95」の闘いや、「公害の原点」と言われる水俣病の裁判上の解決への闘いなどが行われた年でした。

私たちの社会医学は、なによりも「こうした現実を直視し、震災のような“天災”であってもその発生・回復過程にみられる、人間のいのちと健康を破壊する“社会的要因”を科学的に解明し、破壊された健康を回復させ、いのちを守って行く方策を明らかにしたい」……そうし

た思いから、総会では、「被爆50周年と社会医学の問題」と題する肥田先生の特別講演をはじめ、阪神大震災・葉害エイズ・医療と経済・労働衛生などの企画が組まれました。また、初めての試みとして、若い保健婦が中心となり、社会医学入門講座「私と社会医学」が、普段より早く、初日の午前中に持たれました。一般演題は、当初の締切日までの集まりは不調でしたが、企画委員の努力で、最終的には33演題が発表されました。これらの詳細は、巻末のプログラムを参照して下さい。

本誌は、シンポジウム等で講演を依頼した方には記録を起こした原稿を見て頂き、一般講演で御発表いただいた方には投稿をさせていただいて、規定により2名が査読するという形で編集を行いました。このため、一般講演の方は一部しか掲載されていないことをご了解下さい。

発行は当初は1996年初めを目標にしましたが、主に査読で時間を要し、第37回総会直前に至ってしまいましたことをおわびします。

末尾になりましたが、総会の開催と本誌の発行までには、多くの方々にお世話になりました。特に、東京・江東区の保健婦の方々には、多忙な時間を割いて、多大なご協力をいただきました。ここに特記して、感謝申し上げます。

特別講演

被爆50周年と社会医学の課題

The Fiftyth Anniversary of The Atomic-bombing and The Social Medicine Problem

肥田舜太郎（日本被団協被爆者中央相談所理事長）

Shuntaro HIDA

(Director of Hibakusha Counselling Center of Japan Confederation of
A-and H-bomb Sufferers Organizations)

〈講師紹介〉

それでは、午後のセッションを始めさせていただきます。午後の最初は特別講演でありまして、「被爆50周年と社会医学の課題」ということで、肥田舜太郎先生にお話を頂きます。

今回の社会医学研究会の主題は戦後50年と社会医学の課題というテーマでございますが、それにふさわしいテーマとして原水爆禁止、反核運動に永い間携わってこられました肥田先生に、この50年の先生の歴史を含めまして、お話を頂きたいと思っております。最初に先生のご略歴を簡単にご紹介させていただきます。

先生は大正6年1月1日のお生まれで、もう何才かご存じのように大変お元気です。岐阜県にお生まれになって昭和18年に日本大学の医学部を卒業されています。当時ですのですぐ軍医として徴用されまして、昭和20年の8月6日広島に原爆が落とされた日は先生は本当は爆心地から600メートルの所にいる筈だったのですが、たまたま病院の塹壕堀か何かで隣の村に行っていて危うく命を取り留められたということです。そして、その直後から現地で被爆者の医療を手掛けられ、また終戦後はいろいろ原水爆禁止反対の運動や原水協ができる前から一人で反核の運動を始められておられます。

その後は、民医連の運動に携われまして、埼玉協同病院の院長などをされ、1954年に現在の日本被団協中央相談所理事長に就任をされています。ですから、40年もの間被団協のお仕事をされています。

そこでは、被爆者の健康管理とか、医療、生活と法律に関する相談とか講習会、或いは被爆者援護に関する印刷物、本の出版とかそういう事をやりながら、現在でも全国をまわられるいろんな被爆者の方の相談とか運動を続けておられます。

先生がお書きになられた本の中で「広島が消えた日」

「広島・長崎を世界に」「被爆者自身の反核、語り部世界行脚」「知りすぎた感動」という本は翻訳もされています。ではさっそく先生のお話に入らせて頂きたいと思っております。よろしくお願いいたします。

〈講演〉

ご紹介を頂きました肥田でございます。今日は皆さんの大切な総会の席にお招きを受けまして、お話したい事は何時間かけても足りないくらいあるのですが、今年は戦争が終わって50周年で民主的な、希望のある国づくりに日本人が取り組む事ができて50年、そしてあの忌まわしい広島原爆から、長崎原爆からも50年を迎えます。

50年ということにどういう意味があるのか、実はいろいろ考えました。私は、ついこの間もフランス、ドイツを歩いてきたのですが、ナチスから開放されて50周年というので、フランスでもイタリアでもどこでも大きないろんなイベントが組まれました。

その50周年の中に必ず広島50周年というのがむこうの国でも入っているのです。それはやはり核兵器が初めて使われて、人類にとってある一定の大きな重みのある50周年だということで、むこうの人達も受けとめているようです。

しかし、外国を周ってみて一番感じる事は、広島、長崎の原爆が人間に何をしたのか、ということについては殆ど知られていないということです。おそらく、ここにいらっしゃる皆さんは社会医学に関心のある方々ですから、一般の方よりもいろいろ深い認識を持っているとは思いますが、しかしながら、広島・長崎原爆を一言で言ってほしいと言いますと、みなさんは大変力の強い爆弾でたった一発でひとつの町が消えてしまった、燃えて無くなった、沢山の人が殺された、そこまでののです。みなさんのおっしゃるのはね。

しかし、その時受けた放射線の影響で、今もなお、沢山の人が死に続けているという事については余り触れられない。やっぱり50年前に終わったという感じを、皆さんは持ってらっしゃると思うのです。

その点、私のように被爆者と一緒に、もうこの人達と別れて生きていけない関係になって、50年生きてくるとやはり、今も私が診ている被爆した患者さんが殺されている。仮にその患者さんの病名が癌であろうと、或いは慢性肝炎であろうと、肝癌癌であろうと、私はその人に「原爆病」と付けたいと思っています。

そういう意味で、世界中の人が核兵器、放射線を出す爆弾の本当の恐ろしさを知ったらば核兵器廃絶という事が出来る筈だと確信しているのです。そういう点で、今日は皆さんに、この50年間私が体験してきた一番大切だと思う問題をいくつかお話したいと思います。

私は実際光を浴びましたし、きのこ雲が立ちのぼるところを見たり、非常に熱い思いをして水の中にも飛び込みました。けれども、まあそんなお話を何時間やっても意味がありません。

私は医師で助かりましたから、当然私の周りに集まってきた沢山の焼け焦げたどうしようもない、まさに今死んでいく大群の中に、ひとりぼつんと立たされて、私はどうしていいかわからずにうろたえました。しかし、その日から私は医師としてやらなければならないことを、一生懸命やったりと覚えています。

最初に見た大火傷とか、大怪我の人達は、みんな死んでゆきました。ところが、死ぬにしたってその死に方も普通ではないのです。3,000人5,000人と村に入ってくる。寝るところが有りませんからみんな地べたに寝ています。箆を敷いて、その上に寝ているのですね。その中を私たちが廻るのですが、その3,000人5,000人寝ている中でいっぺんに30人50人位が同時に熱をだす。42度位の熱をだし、そして出血が始まるのです。初めは目尻にそして鼻の穴、口蓋粘膜から垂れてくる。そのうちにごぼっと吐きます。お尻からも出る。箆の上が血だらけになります。なんで血がでるのかこっちには分からないのです。

そのうちに、血液病を想定される紫色の斑点が出てくるのです。紫斑ですね。熱が出ていますから当然喉を観めます。扁桃腺でも腫れているのかと思ひましてね。すると、口蓋粘膜前部がネクローゼになるのですね。壊疽です。これは炎症ではなくすぐ死んでいくのです。白血球が無いために培菌にやられてすぐ即死です。ですから口蓋粘膜が真っ黒になります。そして、最後には頭の毛が全部取れていきます。抜けるのではなくて取れるのですね。触ったところの毛が全部取れてしまいます。

こういう症状のそろった病気なんていうのは、未だかつて教科書に書いてありません。そういう急性の放射能症の大群の中でどンドン死んでいく中、私は何にも出来ずに狼狽しながらただ走り回っていたわけです。そして、その波がおさまると次はだんだん発病に時間がかかって、出てくる症状がゆっくりになりましたが、結果的に症状が全部揃って死んでいくのです。当日広島にいないで、爆弾なんかを見たこともない、大阪や、東京や、福岡や、山口から駆けつけてきた肉親達も同じ病気で死に始めました。これが医者にとって不思議でしょうがなかったのです。何の事か解らないのですね。

初めは伝染病だと思ひました。そして、焼け焦げた死体を引っ張ってきて、戸板の上に寝かして蠟燭の火を灯し、お腹を切って腸管を出して洗ってみました。しかし、伝染病の兆候が全くない。それが原爆による急性の放射能障害ということを知ったのは、ずっと後になってからのことでした。

そういう中で患者と別れられなくて、私は広島に残りました。そして、国立病院の職員になりました。東京に出てきてからも、私が被爆したことを伝え聞き被爆者が少しずつ集まってきました。

当時、被爆者は反米活動家という汚名をきせられて、GHQのMP、憲兵ですね、それと日本の警察と刑事に絶えずつけまわされました。つまり、アメリカは、広島と長崎をよく知っている被爆者が、その事実をしゃべってはいけないというおふれを出してのですね。8年間被爆者は自分の体験をしゃべる事ができませんでした。しゃべると刑事がきました。私はそんなことをかまわずしゃべりましたから4回もアメリカの憲兵につかまりました。

本当ならば殺されていたのでしょうけれど、私は沢山の人の人にしゃべってしまいましたから、ずいぶんひどい目に遭いましたけれども、殺されるということだけは助かりました。やっぱり沢山の人の人に大衆にしゃべって知らせるという事は、身を守る事ですね。

そういう思いの中で彼ら何故被爆の事実を隠すのか、何を隠したいのか、この事をずっと学んできました。広島が1発の爆弾で焼け野原になった。彼らはこれは全然隠しませんが隠したのは放射能の影響です。つまりあの爆弾は放射能を出した。助かったかに見えてもこれらの患者が、2年、3年、5年、10年、15年と殺されていく、この事を彼らは隠したかったのです。私たちの戦いは、この事との戦いでもありました。

彼らはその隠す理由として学問を使ったのですね。当時の放射線に対する学問の主流は低線量の放射線は被爆

してもその影響は無害である、高線量でなければ放射線は人間にとっては心配する必要はないという事でした。つい最近までアメリカの主導で、アメリカにある国際放射線防護委員会というところでこの理論を世界に広げ、私たちが臨床経験からほんの僅かな放射線でも体内に取り入れた場合は、内部から放射線を受ける被爆は外部からの被爆と全く違う経過を取るという、我々の主張が無視されてきました。

1977年、世界の学者が日本に集まって、初めて広島・長崎の被害に関する国際シンポジウムが開かれました。これを開いたのは、実は私たちが強力に運動して開いてもらったのです。1975年と6年の2年続けて私は3人の被爆者と原水協の活動家と共に国連へ行きました。国連へ訴えて、そして沢山苦しんでいる日本の被爆者、治療法が分からない、病名もつかない、そういう放射線障害について世界の医学が総力を挙げて明らかにしてほしい、という事を国連に要請したのです。

1975年に行った時にはウータント事務総長に会い、原水爆禁止を訴えた原水協、日本の国民代表ということで要請し、国連の然るべき機関にかけて討議をいたします、という回答をもらいました。

ところが、私が医師として要請した世界中の医者や学者を含めて、シンポジウムを開いて欲しいということは断られました。何故シンポジウムが必要なのか、その理由は分からないというのです。どこが分からないのですかと言いますと日本の政府とアメリカから広島・長崎の被爆についての報告が被爆の23年目、昭和48年に国連に出されていたのです。それは私たちは知らなかったのです。

その報告書によれば、もうその時点で被爆の影響を受けた患者は日本には一人もいない、死ぬべき人はみんな死んで生き残った被爆者は全部元気で働いているという報告書なのです。それから、広島と長崎で死んだ人間は5万人である、これがその報告書の内容です。

私達は本当に激怒しました。もう時間がないからと言って帰るウータント総長を引き止めて、こんなうその報告をどうして信用するかとって頑張ったのです。

そしてウータントはいなくなって軍事局長という人と談判しました。我々がしつこく言うもんだから、そこまで言うのなら国連が貴方の言う事を信用するのに証拠がある、国へ帰って一年間猶予を与えるから証拠を持ってこいと言われました。

それで、1年間被爆者の被爆者と全国の原水協の活動家、民医連のお医者さん達、そういう民主的な人達の力を借りて、被爆者の聞き書きをしました。何キロ位で被

爆して、どんな生活送って、どうしているか、これを1年間まとめて、翌年国連へ持って行って初めて認められ、シンポジウムが開かれることになりました。

しかし、国連が主催するわけにはいかない。NGO、いわゆる政府でない組織、労働組合とか、婦人団体とか、青年団とか、そういう人達が集まっている国連の中の機関が主催して、開く事になりました。そして、1977年にシンポジウムが開かれたわけです。

ここで初めて、広島とか長崎の当時客観的に出来る限りの被爆の現状の報告書ができたのです。この報告は今絶版で有りませんが、これが初めて世界に送られて、世界の人達が広島・長崎の被爆の事実一何に被爆して、どんなになって、何人ぐらい死んでいる、今どんなふうになっている—この事が初めて世界の人に分かったのです。

しかし、この1970年代の非常に大事なシンポジウムも、大きな弱点がありました。空気中、水中からの放射性物質を体内に取り入れた、ほんの微量な放射線が体内のどこかに沈着してそこで放射線を出し続ける。長時間持続的に非常に微量な放射線でやられた場合に、人間の細胞がどういう変化を受けるか、この事については一切ノータッチでした。

私達はそれが大事だ、直接浴びなくても後から入った人の中に非常に不思議な症状を沢山みている今でも困っている、これを調べて欲しいと言ったのです。

世界から集まった先生方も、まだしきい値論にとらわれていましたから、日本の大学教授達もそのしきい値論に与して、私達の臨床の体験から言った事は全く取り上げて貰えなかったのです。それは患者のノイローゼであるというのです。

しかし、その後実はアメリカが隠してきた、核実験による被爆者がアメリカの国内で現在推定200万人近く苦しんでいる事が分かってきました。これは核実験で舞い上がったあの死の灰が流れ、ユタ州とか、アリゾナとか、そういう所で降ると、その地域にガン患者、子どもの甲状腺、或いは白血病等がどんどん増えてアメリカの他の州とぜんぜん死亡率が違うのです。

州知事はそういう事実をあげて政府に調査を要求したり、あるいは患者への援護法を要求しました。しかし政府と軍隊、核兵器を作っている大企業、この連中は核実験と関係ないと言っぱねてきました。

丁度、日本の厚生省が被爆者の援護の要請に、みんなの病気は放射線とは関係ないと言った態度と全く同じことがアメリカで行われたわけです。

私達は、アメリカの被爆者から要請を受けて、その人

達のカルテを送ってもらって、彼らの病気が広島・長崎の原爆の被爆者と全く同じ経過をとっている、これは核実験の影響によるものと考えるという診断書を随分書きました。

そして、それを裁判所にだして争ったのです。私たちはそういう援助もしてきました。アメリカの国内には臨床的に、放射線被害に理解を持っている医師は殆どいません。これは大学で教育をしませんし、原爆を知らないからで無理もないです。

ところが、1986年のチェルノブイリの爆発、あの原子力発電所の爆発で空中に舞い上がった放射性物質が欧州の全域に散っていきました。もちろん、ソ連の国内にも沢山の犠牲者を出したのです。放射線の塵はソ連の国境で止まりませんでした。スカンジナビア半島にも行けば、オランダ、スイス、イタリーにまで行きました。そして牧場にも降ったのです。牧場に降った放射性物質の草を牛が食べます。羊が食べます。そのミルクを母親が飲む、子どもが飲む。そして、その人達の中から甲状腺ガンがでる、乳ガンがでる。スイスの小さな、人口1,600名ぐらいの村ですね。そういう村で白血病の子どもがでて年に8人もの子どもが死んだのです。こんな事は普通じゃあり得ないわけです。

その資料が集まって欧州で検討して、チェルノブイリの影響だと今結論づけられ始めています。I P P N Wに参加している欧州のお医者さん達が、いましっかりとソビエトのデータを集めて研究しています。

それと並行して、アメリカの国内でも、被爆した米兵や、住民や原子爆弾、水素爆弾を作っている工場の労働者の被爆者、こういう人達を診療したその医者が永い間には疑問を持ち始め、その人達の中には民主的な人達がいて、政府の古い文献をひっぱり出しながら、政府がそういう放射能の影響を受けたと思われる人達のデータを、みな改竄したり、隠したりしているということを見つけたのです。

大きな原発事故や、核実験の後、原子の雲が流れていく下の村々ではその翌年に子どもの死亡率が高まっていたのです。毎年データをみるとそこだけぐーんと飛び上がります。それを隠し始めたのです。その事実を消したのではおかしいから、うそのデータづくりまでして、医者や学者の目をごまかして、永い間放射線は影響ないんだということをアメリカは言い続けていたのです。

もう今では2~3年前からそういう事実を暴露した本がアメリカで出版され始めました。私が一番最初に訳した低線量放射線被害の本は、1974年にスタングラスというピッツバーグ大学のレントゲン学者の書いた本でした

が、アメリカでは出版出来なくて、ロンドンで出版されています。つまり出版まで彼らは押さえつけていたのです。

私達が主張してきた、体内に取り入れた低線量の影響が、実は外から浴びたものとは全く違ったメカニズムで人間を壊していくという事を証明した学者がいることも分かりました。

1972年にカナダのアブラム・ペトカウという臨床医がある実験をしました。普通の人間の細胞は細胞膜が非常に巧妙な防御力をもっていて、電気を帯びている為に、中へ他の物が入っていけないのです。ところが、血液で運ばれてきた小さな放射性物質が、すぐ側にある細胞膜に向かって放射が始まりますと、細胞膜に穴が開いて内部の物が流れ出したり、放射性物質が中へ入り込んでその細胞が殺されていく。そのメカニズムを彼らは実験で突き止める事に成功したのです。

それは、放射線が直に細胞膜を破るのではなくて、人間の細胞の周りにある水、人間の身体の中の70パーセントは水ですから、その水の中の酸素分子を有害な活性酸素に変えます。電気を帯びてなかった正常な酸素は細胞膜に拒絶されますが、電気を帯びた活性酸素の分子が細胞膜の電気の状態を変化させて、壁に穴を開ける。こういうことをペトカウは発見したわけです。

これは、高線量で外からの瞬間的な照射の場合と全く異なったメカニズムです。内部からの被曝は、分子生物学的に、生化学的に体内の酸素が変化し細胞膜を破壊してDNAを変化させるのです。

放射線に影響される細胞は2つの経過をとるのです。一つは直ぐ死ぬ場合も生き残る場合も、いつか必ずガンになる変化を植えつけられる。つまり突然変異を起こして悪性化する。もう一つは、人間の体に一番大切な免疫機能を破壊される。免疫機能というのは最近の学問では、第1に外から入ってくる物を守るというのではなくて、自分の中を守る自分との関係を調整していく能力、そういう大事な機能を実は放射線は壊すということが分かってきたのです。

つまり、原爆投下の後、入市して何も知らずに空気を吸い込んで、体がかかったり、どうもおかしいと言いながら大した病気にもならず、お医者さんに見せても何処かが悪いという事にもならない。ただ動いているとだるくてしょうがない、風邪をひきやすい、どうも病気に対する抵抗力が弱い、何となく体が弱いという状態です。うっと生き抜いてきた被爆者が、15年目、20年目、25年目に、ぽっと白血病になる。或いはガンになる、慢性病も発病してくるのです。

調べるとC型肝炎に感染しています。厚生省はこれはC型肝炎だから、原爆とは関係ないと言います。ところが最近では被爆者の肝炎は殆どC型であるということが解っています。被爆者には抵抗力がないので、真先にC型肝炎に罹ってしまうのです。

このように人間の体にどうすることもできない、防御することもできない、そういう力を加えて人間を殺していけるという事が、ようやく今明らかになりつつあるのです。核兵器というのはそういうものですから、私達はこんなもの使ってはいけないというのです。

昔から、放射線に対する権威ある学問とされてきた、いわゆるしきい値論、一定の線量以下では被爆者は無害である、という考えに未だに固執する勢力が沢山います。核兵器を作る勢力、それをもって他国を脅したい政治家や、電気を作って安く売って金儲けをする企業家、或いは、核兵器を作って設ける企業、この連中は、どんな微量でも危ないという事が分かったら仕事が止まりますから、全力をあげてこれを潰しにかかるのです。

現在、日本全国で運転している原子力発電所の煙突と排水口から漏れてくる放射能は決して無害ではありません。ただ、その被爆を受けた犠牲者が明らかにそれと分かる形で発病し死んでいかないから証拠が出ないのです。だから、放射能による殺人は完全殺人ですね。完全犯罪です。

例えば、いまこの人のガンは明らかに被爆が影響だとしか考えられない。解剖してどんなに検査しても、そうでない患者のガンと比べて、これは放射線被爆に起因して起こったガンである。そういう事を証明する方法は現在の医学ではありません。だから、彼らは、今の医学の進歩の速度からいえば、まだ当分の間は証拠を上げられる事は無いと安心しています。政治的にもそうやって隠しています。後は、疫学的にきちっと証明する以外に証明の方法は無いのです。

アメリカでは今それをやっています。アメリカの学者たちは非常に困難の中で村中影響を受けたと考えられる村を、何代までさかのぼって保健所に残っている数値を引っ張り出してその罹病率、或いは死亡率を調べて証明していくことをやっています。

日本では残念ながら、そういう事をする学者はひとりもいないのです。だいいち日本全国に散らばった広島・長崎の被爆者を全部研究するなんてことはもう絶対不可能です。全部一挙に出来ないのです。医師会がその気になっても恐らく出来ないでしょう。

日本では全く無関心というより、むしろ日本の守神であるアメリカの核兵器にけちをつける結果になるようなも

のは出すべきではない。これが残念ながら、今の日本の支配層の中に浸透している考え方なのです。しかし、しきい値は崩れつつあります。一番明瞭に壊したのはチェルノブイリですし、アメリカの中の数多くの事故の記録が、今明るみに出されて、つまり、低線量だと思われていたそういう被爆を受けてきた人達の中に、こんなにも沢山の犠牲者がいるということが明らかにされてきたからです。

日本でもそれを証明する資料を最近やっと発掘しました。1985年、被爆40周年の時に日本被団協、被爆者の団体が日本政府に要請をして、調査をしてもらいました。日本全国の被爆者にアンケートをとりました。どういう被爆の状態で、家族はどう死んだか。今あなたはどのような状態か、どういう病気をしていたかというようなことをつぶさに調べるアンケートでした。

このアンケートは80パーセントの高回収率でした。いかに被爆者が厚生省に対し要望をもっていたかの現れで、それをコンピューターで分析したのですが、実はこの資料を厚生省は我々に公開してくれないのです。仕様がなから私達は厚生省の調査と並行して、私達独自の調査をしました。残念ながら数は1万2千数百人です。しかし厚生省の調査よりはるかに詳しいものを行いました。コンピューターに入れて、これをずっと分析してきたのですが、残念ながらこの時の調査も、原爆投下の後に入市して、被爆した人の調査は不十分でした。その人達に対する関心が被爆者の中でも薄かったのです。

しかし、この時の調査資料から最近、重要なことが分かりました。それは広島、長崎で爆心地から遠距離で被爆、または爆発後、市内に入市した人達の中に、放射能の影響以外に説明のつかない「脱毛症状」のあったものが少なくなかった事実です。従来、原爆の放射線被害は広島・長崎の爆心地から2キロメートル以内にしかなかったというアメリカABC報告が基準とされ、厚生省の被爆者援護対策も2キロ以内直接被爆者とそれ以外の被爆者を厳しく差別しています。ところがこの被団協調査で2キロ以遠の被爆者、入市と被爆者にも放射線被害があったことが明らかになりました。このことは近距離で高線量の放射線を外部から直接大量に被爆した場合は勿論、体内に摂取した放射性物質からの低線量放射線に長時間持続的に被爆した、遠距離、入市の被爆者の場合にも放射線の障害があり得ることを示しています。そしてこのことは、核実験や原発事故から大量に放出される放射性物質を少量、体内に摂取することによって多数の被害者を発生させたチェルノブイリやアメリカ国内の200万といわれる無数の被爆者の例が示すように、核兵

器が爆発時だけでなく、使用後、長時間にわたって人間に被害を与え続ける「悪魔の存在」であることを物語っています。体内に取り込まれた放射能はたとえ少量であっても、外部からの被爆と全く違ったメカニズムで人体を破壊することをよく知っておかなければなりません。

私は世界中歩いてこの話をしました。初めはなかなか信用しないのですが、いろんな具体的な症例、何才の女の人がどうだった、こうだったという話をずっとしますと、そんな恐ろしいものかと分かってくれるようになりました。

今、核兵器廃絶を真正面から掲げて、国民的規模で戦っているのは日本だけです。他の国では核兵器廃絶運動は残っていますけれども、ソ連が崩壊した後、欧州で実際に核戦争が起こる危険性がずっと遠のいたという事から、反核の運動は下火になってしまいました。しかし、当時一生懸命勉強した人達で、それでも核兵器廃絶に日本人と心を併せてやりましょうと言う人がまだ沢山います。

日本の国民の中でも無関心な人たちは少なくありません。私は核兵器の問題は私達一代で終わらない問題だと思っております。人々が核兵器の本当の非人道的な恐ろしさを客観的に掴んだ時に、初めて核兵器廃絶運動は人類の最も重要な終局の運動に成るだろうと思っています。ですから、そこまでこの運動を伝え残していかなければいけないと思っています。

この間、シラク、フランス大統領は核実験に踏み切りました。どんな実験をするのか、全く安全なものをやりますから来てください、と言うのですね。安全なら自分の国でやりなさい、とムルロア環礁の人は言います。要するに、段々段々原爆を小型化するのです。核兵器を小型化して使う、その為の実験を今やっているのです。だから、核兵器をなくすというのは、あのでっかい一発で全部が死ぬような爆弾だけを無くすだけではなく、一切の核を兵器に使うてはいけないということを我々はしなくてはならないわけです。

日本人がその気になって、広島・長崎をまじめに考え、熱いとか、苦しいとか、焼けたとかという事だけでなく、放射線を受けた人間がどうなるか、ということをし正しく伝えていって、その子達が、横に外国につなげていく、そこまで気の長い運動を展開しないと私は核兵器廃絶の目的は達成されないだろうと思います。

今、核兵器廃絶運動にとって一番の大敵は、無関心層です。関係ないよと言う日本人がいっぱいいます。だけど、この無関心層に根気強く語りかけて分かってもらえば分かるのです。努力すれば広がります。

もう一つの大敵は抑止論です。核兵器があることで戦

争が防止できるのだ、というのです。だから、使えばおっかないかも知れないけど、持っているだけでは害がない。これが欧州にいくとかなり民主的な平和的な活動家の中にさえいっぱいあるのです。

私はドイツのフランクフルトのゲーテ大学が主催した集まりでこの話をしました。一生懸命ノートをとって聞いてくれるのですが、最後に質問ができました。

1つは、あなた方が核兵器の廃絶をそんなに熱心にやるのは非常に敬服する、だけはどうして日本が犯した悪い戦争に対する反省をしないんだという事です。申し訳ないけれどそれに対しておろおろするばかりです。私個人の考えは言えるけれども、日本の政府を代弁する訳にはいかないんです。

もう1つは抑止論なのです。核兵器を持っているだけでは害はない。野蛮な国が核兵器を持とうという考えも抑える事ができる。これはやっぱり平和に役立っているということを錚々たるメンバーが言うのです。これは大変なんです、説得するのはね。

私は幸いに医者です。それであなた方は持っている事が無害だと信じてる、それがそうじゃなかったらどうします。持っている為には絶えず新しく作らなければならない。作る度に、原料になるウラニウムを鉱山から掘る。その掘る労働者は全部被爆する。そして、そのウラニウムを爆弾にする為には、精製工場で純粋なウラニウムに精製するわけで、この工場では濛々としたウラニウム、プルトニウムの埃の中で労働者がみんな被爆をしている。そして耐えるところ迄働かされて首になっていく、それ以上いてガンになると労災の適応になります、その前に首切りをするのです。原爆工場も同じ、水爆工場も同じです。そして爆弾ができると実験をします。例えば500発あると、500発全部を爆発させない。抜き取りで何発か爆発させる。その度に演習場では沢山の被害者ができます。地下でやっても地下水が汚染されるのです。

だから、あなた方が無害だと思っても、持っているだけで無数の被爆者を出している。その人達の犠牲の上に成り立っている。核兵器は平和を守ってくれる、と呑気な事を言っているけれども、それでもあなたは座ってられますか、と言うと青くなります。だから核兵器は使ったから悪いだけではなく、持っているだけでも作る過程で人間を被爆させている、ここに問題がある。この事を少なくとも科学者に、或いは社会医学に関心をもつ皆さんがしっかり勉強して、できるだけ沢山の人が核廃絶という事の正しさを自分の人生観にしてほしいと思います。

今、原水協で頑張っている、署名運動をやっている、

或いはいろんな運動をやっている方が家へ帰って、自分の孫にまできちっと信念を持って話しているかという、被爆者でさえ自分の孫にも話していない事実があります。その事を孫に言うと、おじいちゃんおばあちゃんが被爆者だった、その孫だというので就職に差し支えたり、結婚に差し支えるというので黙ってしまうのです。だから、残念ながら、広島・長崎の歴史は必ずしも日本の国民の中に伝わっているとは思いません。

広島・長崎では、入学をする毎年の小学生に、小学校の有志の先生がアンケートをとります。「広島では8月6日に何が起こりましたか。」です。原爆が落ちました、と言う子どもは4割しかいません。後の6割はもう知らないのです。

埼玉の中学校でもアンケートをとりましたが、原爆が落ちた事を知っている子どもが4割います。その4割の人に誰が落としましたかとたずねると、ソビエトですと答えた人が2割もいました。それぐらい、もう日本国民の中の核兵器に対する理解、知識はなくなっています。これは文部省が一貫してとってきた、核と原爆から人間を遠ざける政策の影響だと思います。

今日は随分いろんなお話をしましたが、私はこれから先の人類の為に、核兵器をなくす運動に携わる事は人間として非常に価値があり、誇らしい運動だと確信しています。

一人一人できる事は僅かです。ほんの僅かな皆さんの努力を核兵器廃絶に向けて、もう少し意識的に集中していただいて、1年の内の、何分か、何十分か、何時間かを費やしてこの運動の仲間に入っていたきたい、そういう事をお願いして、私の話を終わりにしたいと思いません。

〈司会者〉

たいへん有り難うございました。被爆の実態、或いは被爆の被害というものが如何に社会に隠蔽されていたのか、また、運動を通じて如何に社会に暴露されていたのか、またそういう中で、私達も社会医学の役割というものについて深く考える機会を与えて頂いたと思いません。

特に、先生の最後のお話の中で、フランスの核実験に関してこういうものをNOと言うだけではなくて、核兵器を全面的に禁止するという事の深い意味を学びました。又、そういうものを私達の子孫に伝えていくという、こういう事が大変なこととお話いただいたと思いません。先生、今日はたいへん有り難うございました。

社会医学入門講座

私と社会医学

司会 稲垣 孝子 (江東区城東保健所)
佐藤 洋子 (江東区城東保健所)

1. 障害者(児)をとりまく社会の問題から
池上 洋通 (自治体問題研究所)
2. 出稼ぎ労働者の診療活動から
天明 佳臣 (横浜市勤労者医療生活協同組合港町診療所)
3. 農村における公衆衛生
五十嵐松代 (新潟県守門村)
4. 子どもの健康をめぐる養護教諭の取り組み
大川 信子 (田無市向台小学校)

1. From my experiences on social problems concerning handicapped children and adults
Hiromichi IKEGAMI (Japan Research Institute of Local Government)
2. From my experiences on medical care for laborers working far from their homes
Yoshiomi TENMYO (Director of Minatomachi Medical Center, Kanagawa Worker's Medical cooperative Union)
3. Public health activity in a rural area in Japan
Matsuyo IRARACHI (Sumon Village, Niigata)
4. Nursing teacher's activity for child health
Nobuko OHKAWA (Mukoudai Elementary School, Tanashi)

(司会) 私達は人々の健康が何によって疎外されているのかをつかむことがいかに弱いかを日頃実感しています。

そこで今回、第一線でご活躍の先生方から、「社会医学とは何か」について実践をふまえてご報告いただき、健康にかかわる要因を適確にとらえるためにどのような視点が必要かを学ぶことを目的にこの入門講座を企画しました。

各先生方、よろしくお願ひします。

〔出稼ぎ労働者の健康問題を通して〕

— 天明佳臣 (横浜市勤労者医療生活協同組合港町診療所) —

〈出稼ぎ農民との出会い〉

私は東京の北区にある労働者クラブ生活協同組合の病院で医師としての第一歩を踏み出しました。60年安保の

年です。その頃病院の周辺では、始終道路や橋の公共工事があって、あとから判ったのですが、それらの工事現場にはたくさんの東北からの出稼ぎ者が働いており、怪我をしたり、病気になると労働者クラブ病院に受診していました。十二指腸潰瘍穿孔の患者が出稼ぎ者で、彼の東北弁がさっぱりわからない、そんな経験をした後に、今度は手に圧挫創を負った秋田県大曲市の出稼ぎ者が入院してきました。彼といろいろ話し合ううち、これは大変な問題だと思いはじめ、少しずつ出稼ぎ農民の問題に首を突っ込むようになっていきました。

一方外科医としてはもっぱら手遅れの胃癌の手術を行っていました。大抵は、半年から、1年もすると癌性腹膜炎をおこして再入院をしてきて、亡くなっていく。そんな患者ばかりを診ているうちに、疾病予防の仕事をしたいという思いが、次第に強くなってきました。私は一通り、外科医としての基礎を学んだところで、出稼ぎ

者の問題はとも病院の仕事の片手間にはやっていけないことも分かってきていたし、誘いもあって東京医科歯科大学医学部の農村厚生医学研究施設に移りました。

出稼ぎ者の労働実態や健診結果を衛生学会、農村医学会などに発表しているうちに、他ではまだ誰もこの問題に取り組んでいないことがわかりました。それで力も入っていったのですが、発表をしても、出稼ぎ者を送り出している側、農村の保健医療従事者からの反響がありませんでした。一体これはどうした訳なのだろうと、次第に気になりだしました。

〈予防概念のちがひ、それに現実〉

出稼ぎ者の健康問題をめぐって私の問題提起の一つは、疾病予防のために保健医療関係者に何をすべきか、という点でした。どうもこういう問題提起には、臨床医は冷ややかだったし保健婦さんたちにとっても、戸惑いがあったようです。それは、言ってみれば臨床医の考える疾病予防と社会医学、あるいは公衆衛生学の立場からみる疾病予防の違いでした。臨床で疾病予防といえば必ず特定の疾患を頭に置くでしょう。例えば脳卒中の予防といえば、塩分を控えめにする、コレステロールを減らした食事をとる、重労働やストレスを避けるという話にはなるのですが、ここにくると話は具体的になくなってしまいます。患者の労働生活がよくわからないから、どうしても話は抽象的になってしまいます。

出稼ぎ者の場合、長時間労働、夜勤、冬季間の戸外での重筋労働のように、健康にとって決して良いとは言えない生活の改善をどうしたらよいかという方向には、医療従事者の関心は向いてゆきませんでした。保健婦たちにも同じような傾向がみられたのは意外でした。出稼ぎ者の送り出し地については、出稼ぎ先での生活はわからないのですから、疾病予防、健康障害を予防するための保健指導をするためには、私の発信している出稼ぎ先での出稼ぎ者の労働をはじめとする生活情報はとても貴重なはずなのだが、そのようには受け取られていなかったようなのでした。

しかし、いざ自分の山形県の山村の病院に勤務し、同じ町の保健婦さんたちの仕事ぶりを見てみると、私の問題提起にかまっていられない実情もよくわかりました。仕事が忙しすぎて町を離れている人のことまでとても手が回らなかったのです。しかし、それにしても、保健婦さんたちは農家の主婦の健康問題を取り上げていて、彼女たちの農業労働や、誘致工場での労働実態についてさえ、そう関心を払っているようには見えなかったことも事実です。

もう一つ、農村医学会に出席していて、特に強く感ずるのですが、さまざまな農作業にいての労働負担の厳しさの指摘はあるのですが、どう改善したらよいかの提案がほとんどみられない点です。医師、研究者に言われなくたって労働負担の厳しいことはだれよりも当該の農民たちは知っているのですから、どうしたら少しでもその負担の軽減ができるのかについての提案がなければ、研究のための研究と言われても仕方ありません。そもそも臨床医的予防の発想の延長線にある研究なのではないかと、私などはつい想いたくなくなってしまうのです。

〈私の失敗、“参加”の問題〉

それでは、私は出稼ぎ者の問題についてどんな改善提案をしたのかについて述べたいと思います。それは、「60万円の出稼ぎから、30万円の出稼ぎへ」です。1970年のはじめころの出稼ぎ者たちは6か月働いて、60万円家に送るとというのが平均的な出稼ぎ者の目標でした。しかし、その60万を稼ぐために彼らは、無理をしていたのです。それが、半分の30万円で済むなら、無理せずに済むし、比較的軽労働の職場も選べると考えての提案です。そして、出稼ぎ収入を半分で済むような生活設計のためには「収入を増やす努力より、支出を減らす努力を」という提案をしました。その頃、農家も漬物を買う時代が始まっていました。野菜づくりをするよりは、主婦たちは町に誘致されてきた工場へパートに出た方がはるかに収入は良かったのです。しかし、その収入はどこに消えていくのかへの疑問もありました。

さて、私の提案はどうなったか。見事に失敗しました。表面的にはなるほどと言ってくれる人もいましたが、まあ出稼ぎ者の人達には無視されてしまいましたね。提案自体は今でも間違っているとは思っていませんが、提案の仕方、提案を作る過程はまったくの間違いでした。町の一部の青年たちとは討論したのですが、肝腎の出稼ぎ者の人たちと話し合いをしていなかったのです。当事者の参加の重要性を学びました。当事者の参加は、今日の勤労者の健康を守る活動においても不可欠になってきている、と私は考えます。

今日の働く人たちの健康障害の多くは、じん肺や有機溶剤中毒のような従来からの職業病と違って、発生原因が、多要因、複合的です。そして職場ごとにそれぞれの要因の関わりようは違います。身近にある働きにくさの条件を少しずつ薄めていくこと、その努力の積み重ねが大切です。保健医療従事者が請負って片が付く問題など実はほとんどありません。当該職場の、労使を巻き込んだ討論なしには有効な対策は立てられないし、実行もお

ばつかないでしょう。保健医療従事者はむしろ一步退いた形で助言者に徹すべきだというのが私の考えです。

今日の労働者の健康問題を考える上でもう一つ重要なのは、その助言者グループを、もっと学際的なチームとすることです。衛生工学や人間工学の研究者との共同作業においてはじめて、現代職場の健康問題について有効かつ適切な助言ができるのです。

私のこうした考えについて真先に賛成して下さるのが保健婦さんではないかと思っています。なぜなら、働きかける対象の人たちの生活をトータルに見ているのは保健医療従事者のなかでは保健婦さんが第一に挙げられるし、もうそうなら、当然私の出したような結論に至るはずだと考えるからです。

〔農村における公衆衛生〕

— 五十嵐松代 (新潟県守門村) —

〈守門村での胃ガンゼロのとりくみから〉

守門村は、昭和33年には9,000人を数えた人口も、今は6,000人を割っており、高齢者の率が24.6%と、山奥の過疎の村です。テーマとして農村における公衆衛生とありますが、今日は、主に胃ガンを退治するために行った芝居を通しての地区活動の経過を紹介します。

昭和33年、守門村に就職した当時の保健所長が、就職したばかりの私に話したことは「守門村っていう所はなあ、血族結婚の多い所だ。それから、重症の肺病の多いところだ。精神病もいっぱいだ。おまえが、一番先にすることは、血族結婚を退治することだ。それから、レセプトは必ず見よ。これはなあ、医者がかうけるためのこともあるから、ほんとのところは全部ほんとも思うな。村全体があるから、これは見ておけ。」ということでした。昭和33年から、村を廻ってはレセプトをみ、レセプトをみては村をみる毎日になった訳です。そして、今している芝居については、昭和50年代に入って手遅れ胃ガンの死亡が目につくようになったことがきっかけです。死んだ人のレセプトをみると1回も村のすすめる検診を受けずに死んでいます。全国でも有名な集団検診協議会の精度の高い検診をすすめても、検診を受けなくて死んでいる。すすめても、すすめても、受診率は横ばいで手遅れ胃ガンで死亡する人はでる。どうしてなのかわかりません。そこで、昭和58年、59年の2年がかりで検診を受けない人1,746人全員に会いに行きました。できるだけ本人に会うということを申し合わせて、二人の保健婦は、家庭に、田んぼに、山に、畑に、工事現場に、職場にと走りました。受けない理由をみると70%以上の

人が、自分の体には自信があるからうけないといい、あとの30%の人は、バリウムがいやだから、便がつまるから、うまくないから、ガンだといわれたらおおごとだから、と話していました。この70%の、胃に体に自信があるから受けないという中から、毎年でる手遅れ胃ガン。レセプトをみると1回も検診を受けなくて、手遅れ胃ガンで発見された人の治療費は最高額が980万以上でした。最低の人でも530万円余で、毎年受けて、発見された早期胃ガンは、手術から退院まで120万円前後で、すぐに職場復帰もでき、命の保障もある。このようなことを毎年説明し続けているのに、全く受診率は上がらない。横ばいのままなのです。

そして住民の声は「毎年説明会は、面倒臭くていやだ。」です。保健婦二人は、考え悩み焦りました。「未受診者1,746名の住民のすがたを芝居にしてみてもらおう。」「芝居の後には、その地区の反応をみて廻ろう。」こうして、昭和60年第1回目の芝居を始めました。夜の7時30分から9時30分、医者、課長、栄養士、保健婦のチームで、毎年毎年変化する住民のすがたを芝居にして今年で10回目を迎えました。

芝居、訪問、検診をくりかえし、新しいネタを芝居にしては村を廻る。発見した胃ガンの8割は早期。100%命の保障がある。職場の復帰も早い。早期発見され、治療費は安く、命の保障もある。喜びが次の人、次の人へと伝わり、検診の大切さが村の人に広まって行く。それに伴って、村のすべての検診の受診率がよくなっていく。村のすべての事業がよくなっていく。地区が、地域がその気になっているのが感じられる。声で、数値で、肌で。

芝居を始めて5回目の時、検診率もあがり、目的はほぼ達成したため、「さよなら松エ門一座」でさよなら公演をしましたが、やりやまない拍手に頭を上げることができず、「やめるな」「続けれ」「パートⅡを」の声に包まれました。住民が口々に言う、「検診は大嫌い。食事と栄養なんて面倒な話は嫌だ。だけど、芝居を見ていたら、その大切さがよく分かった。だから芝居をやめなしてくれ。芝居を見ていたら、歩くことの大切さがよく分かった。血の検査の結果も100点になった。皆、芝居のおかげだ。」これが人が動く、地域が動くということかと思いました。

〈住民から学ぶ〉

市町村の保健婦として就職し、この年になって思う事は、やってみたことで育てられたということです。自分の仕事をふりかえてよかったことといえば、守門村の人が胃ガンで死ななくなったことです。生活と健康の大

切さを住民が予防的にとらえるようになったということです。つらかったことといえば、昭和33年、就職当初、住民と職場に、保健婦ってこんなことをするものであると理解してもらうのに長い年月を要したことでした。ごうたれ、きちがい、生意気な女と、ついたあだ名はたくさんあります。でも、今はこう言われても気にならなくなりました。私が、住民に育ててもらったことなのだと思います。

〔子どもの健康をめぐる養護教諭のとりのくみから〕
— 大川信子（田無市向台小学校） —

私は養護教諭になって23年目を迎えます。その中でこだわり続けている子どものようす、生活リズムについて報告をしたいと思います。

〈はじめに〉

養護教諭というのは、担任と違って、拘束されない時間が結構あります。そこで私が大事にしていることのひとつは、書類にさわるよりも子どもにさわれということ、もうひとつは、子どもの実態から自分の仕事を見つけていこうということです。未熟ながら、そういうことを念頭において、子どもに魅入って仕事をしています。

平成4年度に都で行った「子どもが感じる健康実態」の調査結果によると、平日に眠いと言ってる子が、小学生で39%、中学生で71%、高校生で81%。横になって休みたいと言っている子は、小学生でも30%おり、高校生ではもう7割でした。大声を出したい、よく眠れないと言う子どもたちも小学生で約3割いる状況でした。

向台小は、東京都と大差は見られませんでした。

私が感じている子どもの様子としては、全体的に見れば、明るくて元気がよく、仕事はとてもしやすいと感じています。しかし、睡眠不足からくると思われるイライラした子どもたち、それから、自分の気持ちを書くことが苦手な子どもたち、高学年になっても、低学年と同じように1対1対応でないと感じがおさまらない子どもたちがおり、そうした子をみていると、本当にささいなことでもケンカをしたり、人と人との関わりが持てずにいるのが現状です。

〈「朝のようす」にとりのくむまで〉

こういう状況の中で、私は「朝のようす」を観察することにしました。

最初は健康観察といって、体の学習をする時間が年に5回あり、その時にその日の様子を聞くだけでした。現

在は「何時に起きましたか」「何時に寝ましたか」「朝ごはんは何時に、誰と、食べましたか」「朝ウランチはしましたか」「朝の気分はどうですか」等を、9月と1月の年2回、子ども自身が書くというとりくみを行っています。

その目的は、9月と1月、すなわち休み明けに行うことで、夏休みと冬休みに乱れた生活リズムを早く戻すということと、子ども自身が、自分の生活リズムを知り、自分でこれを材料として考えていくということ、それから、私自身が養護教諭として、私の願いを伝えるものになりたいという思いからです。

1対1で子どもと面談しながら、「この日はこうだったね、どうしてこの日は遅くなったのかい」と聞き、子どもとやりとりを行うこともあります。

今、向台小は620名いるので、全員の記録に目を通してコメントを書くということは、時間的に大変なものがあります。私の健康状態はその時期は不健康で、睡眠不足と腕の疲れが出ます。それでも私は15年、正確に言うところこういう形になって10年やり続けています。この方法が、子どもの生活をまるごとつかむ一つの方法ではないかと思っています。

取り組み始めた頃は、7時前の起床が7～8割で、高学年でも10時位までには寝ていました。それが去年は、4年生のあるクラスは、7時台の起床が4割と年々悪くなっており、就寝時刻では、4年生でも11時過ぎが約13%、6年生では35%くらいになっています。

〈事例から〉

ここで事例を1例だけ紹介させて頂きたいと思います。A君は、今2年生で、1年生に入った時から頻回に保健室へ来室がありました。その時から、朝食を食べていないというのはわかっていました。当時は、朝食を食べてきてほしいんだよと話をし、牛乳を飲ませたり、おせんべいを食べさせたりしていました。

しかし、先述の調査からもほとんど食べていない状況が見えてきてはいるものの、あとどうするかについては、ストレートに保護者の方に返すことが難しいと感じています。

面談の時に担任の方から子どもの様子を題材に、朝の様子を話し合っていたが、だいたい朝食は食べてくるようにはなりましたが、お母さんが知的に弱いとか、お父さんの影が見えない等の生活背景にぶつかってしまうのです。

子どもの生活リズムというのは、大人の労働時間や、親の子どもへの期待など大人の社会の影響をものに受け

ています。塾や習いごとについては、1年生の学級通信をみて、習いごとの多さにびっくりしました。30人のクラスで、スイミング13人、サッカー8人、体操2人、ピアノ6人、英語8人、公文8人、チャレンジ6人、絵1人、塾2人と、1年生でこういう状況でした。この中で、生活リズムをどう朝型に変えていくかということは一朝一夕に改善されるものではなく、やはり親の生活状況に寄り添いながら声かけをしていくしかないな、と思っているところです。

〈なぜとりくみ続けるのか〉

なぜ続けていくのかについては、ひとつは、子どもの実態が本当によくならない、私の願っている子どもの姿からほど遠く、やり続けるしかないという思いと、それから、子どもたちに食べるとか、起きる、寝る、うんちを出すということが、全体のリズムとの関係で存在しているんだということ、例えば、よく眠るとスッキリするとか、うんちを出して登校すると授業中のトイレを借りていなくてもいいな、という実感を味わってもらいたい。そういう思いがあります。

これからについては、教師集団と連携しながらやっていくということと、それから、おたよりとか、PTAから広報に書いてくれたとか、話をしてくれとかあるので、そういうような場で話し込んでいこうと思っています。

毎日しゃがんでいたら、出るようになったよとか、塾の宿題は朝にしているよとか、まだ何となく自分の身につかないけどちょっとやってみるねとか、朝ごはん食べて元気になったよというような声をエネルギーにしてこれからも続けていきたいと思っています。

〔障害者(児)をとりまく社会の問題から〕

— 池上洋通 (自治体問題研究所) —

〈なぜ社会医学に近づいたのか〉

(1) サリドマイド児との出会い

私は、サリドマイド事件が起きたときには、20代の後半であり、当時ルポルタージュ活動をしていました。その取材活動の中でサリドマイド児にであい、大変深い衝撃をうけました。これが私の人生に大きな影響を与えたと思っています。

とりわけ第1回の公判が東京地裁で開かれた時は、当時まだ5～6才の、ほとんど手のない子や、あっても内側に湾曲している子どもたち、サリドマイド児自身が傍聴席に座っており、その子どもたちの裁判官や証人を見つめる真剣なまなざしが、私を障害者運動に近づけまし

た。

(2) 日野市役所への就職

それから私は機会があって1974年に、32才で東京・日野市の広報の担当になり、公務員としての生活を始めました。

その広報紙編集の仕事のひとつに、難病患者と呼ばれている人々が、地域社会の中でどんな生活をしているかを、ルポルタージュすることになり、1年間にわたる連載記事を実現しました。

この連載を通して、革新市政である日野市の政策課題に、地域医療・地域福祉、とりわけ難病障害者に対する医療をどのように組み立てるか、ということが盛り込まれていったのです。

この記事の取材をする中で私は、難病患者と呼ばれている人たちの極めて厳しい現実を知り、一体市役所は何のためにあったのかと怒りをおぼえ、自治体行政はこれではいけないと思いました。私は若い頃からいろいろな運動に関わっていましたが、それは国政や大企業のあり方に対するものであり、地域社会の中がこれほどひどいことになっていたということに衝撃をうけたのです。これが私に新しい正義感を芽生えさせるきっかけになっていったのです。

こうした難病患者や障害者の生活の現状を変えるためには、学び、活動する場が必要でした。そこで、障害者・難病患者とその家族を中心にした地域組織、日野市医療と福祉を進める会を1975年に結成しました。

この会が日野市医師会と共同して核となり、日野保健所、市役所健康課、福祉事務所、患者団体、ボランティア組織などから成るチームをつくり、難病の集団検診に取り組んでいきました。この難病検診は10年間続き、約千人の人々を検診するに及び、これがまちの状況を変えていきました。現在でも地域の医師会と住民運動があればこれのもとで共同することはごくあたりまえのことと考えられています。

今、私は役所を中途退職して、自治体問題研究所の専従をしていますが、それは地方自治を発展させることなしに、様々な社会問題を解決することはできないと思うようになったからです。そのきっかけは難病患者の課題を解決したいということでした。

〈社会医学の学習でなにを得たか〉

(1) 共同的な地域運動の理論

この間の学習で得たことをのべます。

まず第1は、地域運動の組織論です。例えば、地域医療運動には地域医師会の参加が不可欠なのに、当時「医

師会は住民団体と一緒に活動しないもの」という雰囲気がありました。これを変えるための新しい方法が必要だと思い、「円卓会議の思想」と呼ばれる組織論をあみだしたのです。

これは、住民団体、医師会、各種専門機関が対等・平等の立場で同じテーブルにつき、それぞれの専門領域をきちんと尊重しながら、難病患者の問題を解決するために力を出し合い、共同の関係を進める、という組織論です。これを医師会の先生方を含めて皆に承認してもらい、難病患者の検診や日常のケア活動に生かしていきました。

私はその後、この「円卓会議の思想」から出発して、30くらい地域運動のモデルを研究し、その中からちょうど10個のモデルをつかって地域における共同運動のモデルとして定式化しました。そしてそれをテーマにして「自己実現の時代の住民運動」を著しました。

不思議なことですが、これほど日本に地域運動があるのに、今日でも地域運動の理論書はほとんどありません。今後さらに、このテーマを深める必要があると思います。

(2) 障害者から学んだ新しい人生観

それから私は、難病患者、障害者と呼ばれる人たちから新しい人生観を学びました。まず生きるとは何なのかということです。

難病患者との出会いは、多くが、すでに病状がかなり厳しくなってからです。患者・家族がその厳しい段階を乗り越えようとして、初めて社会的に名乗りを上げるからです。ですから付き合い初めて2～3年、または5年ほどの間に死んでいく人が少なくありません。いつも「生と死」の間を生きる人たちと向き合うことになります。

例えば、進行性筋萎縮症の青年の場合。出会った時は18歳、彼らの多くが20歳前後で亡くなります。2～3年しかない付き合いです。しかし若い彼らの多くが、「学問をしたい」「芸術をしたい」というのです。自らの人生に残された時間の短さを知りつつ、そう願うのです。

私は人間が発達するとは何か、人間が昨日よりも今日高くなるというのは何か、ということを考えずにはいられませんでした。彼らのことを思うと、どうしても教育学をきちんとしなければいけないと思いました。

私は今、ある大学の教育学部で教えていますけれども、私が教育学に強い関心を持ったのは、こうした出会い経験が大きい影響を与えています。

(3) 施設ケア、在宅ケア、地域ケア

次に私は、施設ケア、在宅ケア、地域ケアの理論に関わっていきました。

当時「施設ケアから在宅ケアへ」とさかんに言われ始めました。私はこれは、患者・障害者やその家族の願い

を表した、自然な発展と考えていました。

ところが注意深く見ていると、施設は全部いらない、在宅であればいいんだという一面化した傾向が表れてきました。

私は、これを克服することの必要性から研究を進め、施設も在宅も中間施設と呼ばれるものも全て「地域社会」ということで括ってそこからあらゆるトータルしたケアを組み立てる「地域ケア」という概念にたどり着きました。

しかし、地域ケアというだけでは、それを動かす主体が見えてきません。そこでその後、「自治体ケア」というものを考えるようになりました。主権者である住民が、地域と行政を動かす営為の一部として、自分自身の生活プログラムを実現する手段としてのケアを位置づける、ということです。この場合重要なことは、例えば地域医師会の医師もまた主権者の一人であるという認識です。

ここから「地域ケアから自治体ケアへ」という考え方が生まれ、私自身にとっての理論課題としています。

(4) 自立論の発表

次は自立論の発展についてです。私は「施設を出たら自立」論に大変多くぶつかりました。要するに「あの人を早く障害者の施設から出して、自立してもらわなきゃ」ということをケースワーカーが語るわけです。或いはまた同じように、生活保護を受けている人がおりますと、「早く生活保護は卒業して自立させなきゃ」と言ったりもします。

私はこれでは駄目だと思いました。福祉施設保護制度は何のためにあるのかということ、社会的に自立しにくい条件の人たちが自立できる条件を備えるためにあるのです。だから、施設の中だからこそ自立できる、生活保護を受けているからこそ自立してる、というのでなければなりません。

このことを追求して生まれたのが「共同体的自立論」です。どんな人間であっても人が自立するのは、「他人に世話にならない」ということによって自立するのではなく、誰もが世話をしあって自立していくというものです。つまり、何らかの意味で「共同体的な力」によって互いに支えあって、はじめて人は自立できるということを明らかにしたのです。これまで、他人の世話にならないことを「自立した」とする自立論が、どんなに障害者の自立を阻害してきたことでしょうか。

そこで「共同的自立論」という概念と、それに対する概念として「競争的自立論」を対比させ、これを発表したのが今から13年前です。あちこちで反響があり、自立論の基本だというふうに言っていたりもしました。

私はこうした理論の組み立てや理論の発展なくして障害者のバックアップなんてできないと確信を持って思ったわけでありませぬ。

(5) 生活概念と自己実現概念

次にそうした研究の中から生活概念を発展させ、そして自己実現という概念にたどりついたのです。

20歳くらいまでしか生きられない、ということを知っている青年であっても、その毎日を堂々と生きる人生のモデルがあるとすれば、それは何か。これが初めの問題意識でした。その結果たどり着いたのが、人生的価値の個性性ということ。重要なことは、すべての人にあてはまる一般論であるよりは、ひとりひとりが、それぞれの人生を自分自身の考え方にしたがって計画し、それを実現していくこと、つまり「自己実現」していくことにあるという思想です。

そしてそれを次々と論文として発表していきました。これで一番喜んだのは言うまでもなく、まちの中で私の周りにいる障害者であり、難病患者たちでした。

私にとっての学習、理論研究とはそのようなものでありひとつひとつ実践から出発し、人々の生活と結び付けて考え、また同時に理論そのものの思想・原理まで追求して、理論そのものとして発展させていかなければならないと自分にいいかせてきたのです。

〈質 疑〉

(東京：長) 天明先生にお聞きします。先生の港町診療所でのご経験から、外国人労働者、特に移住外国人の心の病についてお話をさせていただきたいと思ひます。

(大阪：高橋) 私は、歪みだらけの世の中で、自分の立場でいったい何をしたらよいのか、どうすれば社会を変えられるのか、そういった意味で、池上先生のいう円卓会議の理論を学ばせていただきました。このことについて3人の先生方にも、それぞれの立場で、この社会の中で実践していくには、どういった方法で、行政、住民、研究機関が取り組んでいくべきなのか、もう少し理論的なことがあれば、教えていただきたいと思ひます。

(池 上) 先ほどの発言の補足もしながら話したいと思ひます。私は理論研究や実践活動のプログラムを組み立てるときに、地域・自治体をいつも中軸にすえてきました。

その際、地域社会の発展、地方自治の発展を計るモノサシはただ一つだと考えています。それは、主権者・住民の一人一人が自己実現に向かっているときに、社会的・行政的な力によって、どれ程の水準の個別的な社会的

保障を具体化できているか、ということです。

ひとつの例を挙げませぬ。

私の友人に目が見えない人がおります。例えば、点字ブロックを打つにしても、政府は制度的な規格統一を今日まで行っていません。そのため、あるまちで敷設する点字ブロックと、別のまちの点字ブロックがまったく違った形をしていたりします。見えない人であっても当然旅行をするのです。ところが自分の住むまちで受けた歩行訓練が、よそのまちではほとんど意味を成さない。こんなことがなぜ解決できないかと言ひたいのです。目の見えない人が、劇場にいく、音楽を聞きたい、自己実現とはそうした過程のこと。こうした一人一人の自己実現を妨げるどんな要因が社会的にあるのかを、今では誰もが知っているといひたいのにそんなことも解決できていません。

私は、社会の発展を計るモノサシが、違ったところにあつたということと言わざるを得ませぬ。一人一人に対する自己実現のための社会保障を、どれくらい具体的にできるか、このことが重要であると思ひます。

先に話した円卓会議の思想といひるのは、どの人の意見も尊重されるということ。この決意が必要。この前提は、いまお話しした社会発展のモノサシです。

そして、その話し合いのテーブルに着いている人もまた、それぞれの自己実現の一環として、その活動に参加しているのです。だからこそ対等の立場で、それぞれの専門的意見を学ぶのだということ。す。

(天 明) 最初のご質問には、ひとつの事例を挙げて私の考えを述べたいと思ひます。

急性心筋梗塞の患者がある大学病院に送られてきて、最新の治療が行われました。狭窄部血管を広げる治療も行い、患者は劇的に一命をとりとめて、退院して行きました。ところが、最初の入院から9か月目、職場復帰してまもなく、急死してしまいました。亡くなられて、死体解剖については家族の同意が得られなかったため、実際に心筋梗塞の再発だったのかどうかは確かめられていません。しかし、遺族は主治医を相手に裁判をおこしました。主治医の書いた「軽労働可」の診断書の通りに職場に戻つたのに、急死してしまつたのだから、主治医に責任があるといひ分です。

主治医は患者が事務作業者であることはむろん知っていて、「大変な仕事ですか」「いや大したことはありません」といひた話し合いはしたよう。それで軽労働可の診断書を書いたのですが、実際は残業もあり、責任も重くて、心身両面からみて、かなり負担の強い仕事の

ようでした。なかなか裁判は難しかったにしても、実際に最悪の結果が出ているのですから、主治医が今日の事務作業一般について、労働負担的視点からの関心をもう少し持っていれば、対応は少し変わっていたのではと私などは思いました。しかし、一方では、この主治医を個人的に責めるだけでは、今後につなげる教訓は引き出せないのは明らかです。

臨床医にいちいち患者の職場に入って仕事の様子を見てくれなどとは言えないし、仮にそんなことが可能だったとしても、臨床の医者が職場を一度見たくらいで、その作業負担の量はともかく質を推定するのは難しいでしょう。現状では臨床医には患者の職業への関心をもっと持ってもらって、その上で、例えば大学の医局にいるような先生たちには、治療・リハビリと職業との関係について医師同士の経験交流を活発にやってほしいのです。だれも失敗例や手こずった例を持っているはずだからです。それでわからないところがあつたら、基礎医学の先生方の意見を求めるような努力も期待したいのです。さらに、そうした成果をどんどん学外にも発表してほしいと思います。実験室でする仕事ばかりが研究ではありません。

職場の安全衛生管理といえば、環境管理・作業管理・健康管理(健康診断、健康教育、相談など)の三つの管理が一体になって進められなければなりません。ところが、職場の衛生といえば、これまでは健康管理のうちでも健康診断だけに力が入っていました。三つの管理を一体のものとして進めるためには、今日の産業現場をみると、医師だけではなく、人間工学、環境・衛生工学の人たちとチームで職場のインスペクトを実施すべきだ、と考えています。私は川崎市教育委員会の産業医をやらせていただいているのですが、職場巡視には労働科学研究所の同僚研究者とチームでやらせてもらっています。

<国際的などりくみの必要性を再び>

もう一つのご質問は外国人労働者の医療問題でした。日本の出稼ぎ農民が減少してきたのは、農村も労働力供給源としては、枯渇してしまったためです。外国人労働者はその穴を埋めるように80年代の後半に入って急増してきました。彼らは当然のように汚い・きつい・危険な3Kといわれる職場で働いています。3Kの上に、法的滞在条件の不安定さ、文化の違い、言葉の不自由さ故の意思疎通の不十分さなどのために、当然ながら日本人以上に彼らの生活はストレスが強く、ご指摘のようにからだの障害ばかりでなく心の障害にもなり易い条件にあると思われま

私たちのところでは1991年11月1日から健康保険に加入できない外国人労働者を対象者とし、みなとまち健康互助会という一種の小規模な健康保険類似組織を発足させています。はじめてみて驚いたのは地球規模の労働力移動の実態です。発足満3年の時点で会員は54か国、4,052人にもなり、アフリカからも25か国、600人をこえる会員が加入しています。めまいや動悸、頭痛を強く訴えるのだが、いろいろな検査をしてみても器質的な異常がみつからず心身症と診断せざるをえない例もありますし、明らかな精神障害と診断される例も数は多くありませんが、おります。そうした例はひとつでも抱えると対応には手こずられます。いまの日本には外国人の精神障害者に対応するシステムはほとんどないからです。

21世紀には、確実に多民族共生の時代がくるといわれています。これだけモノ、カネ、情報がボーダーレスになっているのですから21世紀は間違いなく、そんな時代になるでしょう。共生のためにはまず世界にいろんな生活習慣があること、文化の多様性を認めることから出発する必要があるのではないかと思います。その上で、お互いが人間であることを認め合う、その意味では、外国の人との接触の機会が多ければ多いほど相互理解はすすみます。ところが、現状では「不法就労者」のレッテルをはって、彼らと日本人の人たちを切り離すようにと結果としてなっています。これは日本人にとってばかりでなく、外国人にとっても不幸なことです。一体彼らは日本についてどんな印象を持って帰っていくのでしょうか。

<慎重に、しかし大胆に>

一方、私はこの仕事に取り組み始めて、“運動のダイナミズム”のようなものを感じています。みなとまち健康互助会は財政や言葉の問題など持っているであろう不安材料にこだわっていたら始められなかったと思います。患者が来るんだからとにかく始めよう。出会う問題はその都度みんなで知恵を出し合って解決してゆけば良い、そんな姿勢で始めました。

私たちの取り組みが知られてくると、ベルシャ語を勉強している医師が応援にきてくれるようになったり、スペイン語もボランティアの通訳の方がきて下さるようになりました。この間に、他のNGOのグループとも横のネットワークも徐々に広がっています。また、中央政府と違って地方自治体は外国人の問題が管内で起これば何かしなければならぬ立場にあるのですから、私たち医療従事者が患者を診たときと似た立場です。そのため、お互いに協力し合う関係が個別ケースでは生まれており、これが信頼関係を形成する基になっているように見えます。

す。

(五十嵐) 6千人に満たない人口の中で保健婦をしていて思うところを述べます。

〈住民を知って住民の理解を得る〉

池上先生に言わせると人材が一杯だと言いますが、村の24パーセント以上が老人になると、人材と言っても頼める人はあまりいません。村で問題を一人でするなどと言っても一人じゃなければならぬようになる保健婦ですが、どうしたら守門住民を一日も長く健康で生活してもらおうようにすることができるかと言うと、やっぱり手掛かりとなるのは毎日の活動から感じることです。検診・訪問・健康教育という中の一つ一つの仕事や数字が、これでいいのかどうかを示してくれるものです。それを見付けるまでに年月がかかります。年月がかかっても住民に分かってもらうためにはさっきも言ったように数字で言ってもだめ、言葉でもだめ、グラフでもだめ、じゃあどうしようということで、やってみたのが芝居でした。その芝居があたったからいいようなものの、10回目の今年で一応終りを迎えます。これからのことのほうが、問題が大きいと思っています。

やはり住むところの人の質的なものも考え、すべて皆分かるという人ばかりでないとしたなら、保健婦は誰が聞いても分かる、見て分かる活動、いい言葉で言えば「村を動かす」ための活動を毎日しています。それが芝居で成功したわけです。しかし、それが成功したかどうかこれからまた問われていくわけです。

今、あちこちの職場で非常に機械化が進んでいます、守門村ではまったく機械は使っていません。私たちの仲間は、すべて足で歩き、手で書いて、話をして、住民の中身を探っています。言えることはそんなことでその中から毎日している活動の数字がうまくいって、そして住民一人一人が一日も長く健康でいられるようなものをつかむ、つかんでいきたいと考えています。

(大川) 社会医学とは何かということがまったく分かっていなくてここに参加している者であることを断っておきます。地域住民、自治体などどう連携を保っていくかは、学校現場ではあまりやられていないと思いますが、田無市は少しはあると感じています。それは、養護教諭会と、学校教諭会、歯科医師会、養護教諭会と保健所というように、それぞれ健康を考えている人達と話し合う場が円卓会議とまでにはいかなくとも年一回ずつ行われているというところです。

学校が非常に閉鎖的なところなので、その垣根をとっばらいたいと個人的に思ってもなかなかうまくいきません。保健所との話し合いはかれこれ15年になります。最初は、保健所の医師に上からものを言われるという感じがありましたが、交流ということを大事にしてきた現在では、学習を深めることを大切にしている、レポートを持ち寄り、情報交換しながらどの地域にどの保健婦が家庭訪問を行っているかまでつかんでいます。現在、子どものお母さんが、精神的疾患で通院しているようなケースでも、お互い役割分担をしながら、今後の対応について話し合いを進めているところです。

(司会) ありがとうございます。

次は、健康問題の社会的要因が、一体どんな点に着目することで見えてきたのか。学習なのか、あるいは、実践を積み重ねていく中で培われたものなのかどうか、もしそうだとしたら、どのような実践をされてきたのかということをし少し付け加えて話していただきたいと思います。

(池上) 司会者の質問は、もう皆さん十分にお分りのことと思いますが、実践がなければ何も始まらないのです。しかし、実践だけやっていけば何とかなるかというところも違うことだと思います。

〈実践のみでは見えなかった差別の構造〉

今年1995年はアジア・太平洋戦争が終わって五十周年の年ですが、「まじめに働いてさえいればいい」ということがどんなに誤りかをあの戦後の経験が教えたと思います。

1945年に戦争が終わるまでは、わが国の公務員は、天皇の家来として働いていました。当時だって、それぞれの公務員は(医師にせよ看護職にせよ)みな自分の職域内ですできるだけ良い仕事をしようと努力していました。しかし、それだけで本当に人間的な社会をつくれたでしょうか。たくさんのアジアの人々を殺し、広島、長崎も含め多くの日本人が犠牲になりました。

そればかりでなく、軍国主義体制は、徹底的な社会差別を人々に押しつけました。明治以来のわが国の国家目標は、「富国強兵」ということでした。経済大国・軍事大国になるということです。これが社会発展のモノサシであり、人間の価値を計る尺度でした。つまり「よく働く勤労者、強い兵士」が理想的人間像だったのです。つまり「よく働く勤労者、強い兵士」が理想的人間像だったのです。しかし、目が見えない人は鉄砲を撃てない、

車椅子を必要とするような人に兵士はできません。だから、軍国主義は、真っ先に彼らを疎外しました。兵力にならない国民は非国民であり、クズとしてしか扱われません。障害者に対する差別がこうして「常識化」しました。ですから、軍事力・暴力によって社会的・国際的課題解決しようとする思想や政策がある間は、絶対に障害者差別はなくせません。人間社会の序列がそれを基礎にして作られていくからです。

「富国」という目標も同じです。経済的な利潤追及を第一課題としていくような社会の下でも、差別は無くせません。「効率」「能率」だけを第一に求める社会で、条件の悪い者が疎外されることは明らかだからです。

天明先生もおっしゃった外国人に対する差別意識も、そのような歴史的過程を経て形成されたものであることを、私たちは知らなければなりません。

しかし当時の公務員の大多数は、このことに気付かず、むしろ差別の体制を強化する役割を果たしていました。この経験が教えていることは、それぞれ自分に与えられた部署でまじめに実践をやっているならば、科学的な力が育つということはないということです。ここを理解するときはじめて「社会医学」ということばの「学」という部分と、そのための独自の努力の必要性が分かるのです。

〈主体的元気論と共同的な喜怒哀楽〉

私はよく全国各地の講演会に呼ばれるのですが、講演が終わると「今日の講演会で一番元気なのは講師でした」などという冗談をよく聞かれます。参加している人がなまか明るくない…。そして私を講師として呼ぶとき、「池上さんの話を聞くと元気が出るから、ぜひ講演に来て下さい」と言うのです。

私は「主体的元気論」ということを言っています。自分を生きる、仲間と共に生きる、ということだと思えます。主体的に生きるのだけれど、お互い同士寄りかかり合うこともするという、この筋道を生活現実的に確かめておく必要があるのではないのでしょうか。

とりわけ私は、共同的な喜怒哀楽を大事にしたいと思います。例えば、真夏の道路で車椅子に座ってみる。何かというと、車椅子の座の高さはアスファルトからの照り返しを厳しく受ける位置にあります。40度ぐらいの温度になるそうです。そういう厳しさや、新しいことを知った喜びなどを地域的な人間関係で共有し、共同的に感じたことを通じて出てくる様々な営みから考えを深め、理論化していくということが求められていると思います。

〈文化的に生きる〉

最後にひとこと。実は若い頃、芝居の世界に首を突っ込んでいました。私たちはもっと文化的に生きるというごく当たり前のことができないのでしょうか。私が保健婦を雇うとしたら、一年に一回も芝居を見ない保健婦は首、人間的に豊かになる努力のない人は首にします。

芝居や映画はテレビとは全然違います。劇場・映画館というのは、たくさんの人で共同の社会を作る場所であり、テレビとは全然違います。共同的な枠組みをどうしたら見つけることができるのか本気になって考え、全体としてそういうことを見つめ合っていないといけないと思うのだが、いかがでしょうか。

シンポジウム(1) 阪神大震災と住民のいのちと健康

災害における医師の役割

上田 耕蔵 (神戸協同病院)

Role of Physician in disaster medicine

Kouzou UEDA (KOBE KYODOU HOSPITAL)

(A) はじめに

阪神大震災は地域に壊滅的打撃と大都市の防災・救急・福祉・社会保障に猛省を加えた。もっともショックであったのは、95年1月17日以後も高齢者・弱者に被害・死亡者が続いた事である。住居・生活介護環境の激変がいかに高齢者を弱らせるか！医療は今回の大災害に当たって確かに「奮闘」はしたが、素早い救出と福祉環境がないと(極限すると)医療は非力であった。

今回の大地震に対して種々の提言がなされてきた。しかし現在の社会保障にお金をかけない国政にあっては、理想的なシステムを前提とした対策は現実の災害時には役に立たない。現状があまり改善されていない大都市で同様の激震が起こった時、病院は医師は何をすべきか報告したい。

(B) 阪神大震災での医療の問題点

大災害時の医療は3つの段階に分ける事ができる。

1. 救出の時期；1～3日
2. 救急(外傷)の時期；1～3日
3. 震災後関連疾患(内科)の時期；3日から1カ月以上

(1) 救出の時期

全死亡者の52.5%が60才以上の高齢者であった。生活保護世帯の全壊全焼率は24.2%であり全世帯平均10.7%の約2倍、死亡率は1.24%で全平均の0.25%より約5倍高い。家賃の安い壊れやすい家に住まざるを得なかった高齢者・低所得者を地震は直撃している。老朽家屋が密集する旧市街地の対策が遅れたからとも言えよう。

神戸大学法医学教室西村医師らによる死体検案(監察医の検案した2,416体と臨床医が検案した1,235体、計3,651体)の結果によると、即死状態は窒息・圧死・外傷

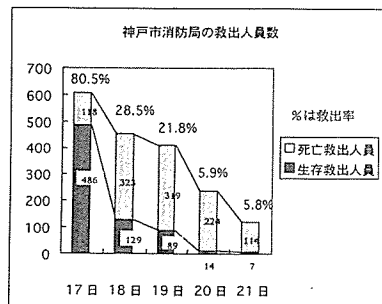
性ショック・頭頸部内臓損傷で全体の75%に及ぶ。残り25%の半分くらいが対策しうる対象と考えられているが、監察医の検案した死体の分析では92%が即死とされており、全死亡の約10%が救出しうる対象と考えられている。このうち焼死・全身火傷が444体ある。火事の発生がなかったら救えた人もいる。大災害では水道は止まる。防火水槽の整備も重要だ。

神戸市消防署は生き埋め現場での日別の救出人員数を報告¹⁾している。初日は救命率は80.5%と高いが、2～3日目は20%台に急減する。4日目以後は5%台まで落ちる。救出は少なくとも3日以内にする必要があるが、ひん死の重症者を救うのは初日に(多分6時間以内)大半の救出を終えなければならない。

発災後、消防レスキュー隊・自衛隊が出動し素早く救助にあたる事が必要だが、大災害では初日には十分な救助隊が投入できない。初日は住民自らが救出活動をしていた。負傷者を畳・戸板にのせて運んできていた。

11月、厚生省研究班(班長、杉本侃・大阪大学名誉教授)は集中治療が必要な疾患の半数がクラッシュ症候群であったが、これの死亡率は39/317=12.3%と中間報告²⁾した。早期に高度医療を受けていたら助かったケースもあるとしている。筋肉の挫傷は挟まれてから2時間で発生する事を含め、疾患について一般医師にあまり知られていなかったのも反省とされる。

図1 神戸市消防局の救出人員



(2) 救急(外傷)の時期

1. 一般の病院は最初3日間は助け無し、この期間をどう乗り切るか³⁾。

一部損壊までの被害に止まった病院でも電気・水・ガスの停止、検査機器等の破損、スタッフが集まらない事により診療機能の低下をきたした。最も困ったのは水の確保である。トイレの維持も大変であった。災害に強い病院にする為には、ハード面としては建物の耐震性の向上・自家発電装置・貯水槽・機器の固定などの対策⁴⁾が提唱されている。しかし必要とされる高額な資金は公的病院はいざ知らず、経営の厳しい民間病院にとっては高嶺の花である。ソフト面では防災マニュアルの整備と訓練が言われているが、それ以上に日々の診療のactivityに依存すると考える。

2. レスキューの遅れが救急の矛盾を緩和?

一部の病院を除いて負傷者は亡くなっているか、骨折などの中等症までに2分されていた。ひん死の重傷者は非常に少なかったので、転送が大混乱であっても「なんとか」対応が出来たとも言えよう。もしレスキューが早期から開始され、ひん死の重傷者が多く運ばれてきたら、さらに混乱に輪をかけていただろう。また地震が早朝でなく日中に起これば、ひん死の人はさらに増える。この厳しくトリアージ(優先順位をつけた治療)の実践をせまられるだろう。

3. 転送(トランスポート)の統括的情報なし

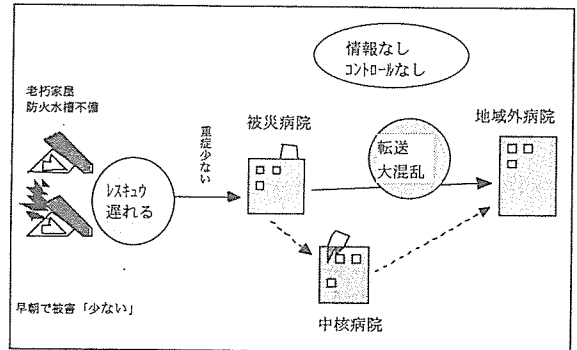
転送先の決定は各院所の電話かけの「偶然」と医師の個人的つながりと提携病院間でしか出来ず。一方被災地から30km離れた大阪の基幹病院では17日より万全の受け入れ体制をしいて待つが、患者はなかなか運ばれてこず、ヘリコプターも使用されたのは17日では1名のみだったという。大阪市立総合医療センター⁵⁾(都島区)は24日までに16病院から93人の転送患者を受け入れるが、第一例の到着は発生後12時間後。搬入ピークはかなりたった30時間目からの12時間であった。転送の依頼は全くの偶然と医師の人脈を通じて行われていた。

大災害時には機能低下した地元病院で大勢の重傷者の治療をする事は無理である。どんどんと被災地外へ転送する事が必須である。この為には統括司令部の立ち上げと情報の管理が必要であるが、これがほとんど出来なかった。

しかし発災後1~3日のうちに指令部を立ち上げ整然とした支援を実行するのは不可能であろう。1月17日芦屋市に支援に入った大阪府千里救命救急センター所長太田宗夫は「情報なしに即転送」する広域(近畿圏)防災システム⁶⁾作りを推奨している。大災害ではライフライン、

通信の破壊を前提とするシステム作りが必須とする。救急医療体制とは別に、あらかじめ人口20万人ごとに拠点病院を決めておき、発災後はとにかくここへ重症者を集中しどんどん地域外拠点病院へ転送するのである。災害医療体制は通常の救急体制とは別とは言いながら、結局普通の救急医療システムが問われている。

図2 「救急」医療の問題点



(3) 震災後関連疾患(内科)の時期

震災後3日目から外傷は急速へ減少、肺炎・喘息・急性心筋梗塞・出血性胃潰瘍など特定の内科疾患が急増する。震災2日目より避難所の医療班を行っていたが、厳しい生活環境から脱水に陥る高齢者などを多く見ていたため、肺炎多発は避難所の環境に原因があるとすぐ分かる。

たいした外傷も負わずに助かっても、過酷な避難所生活を続けざるを得なかった老人・病弱者が衰弱した。自宅でしんでいた高齢者も衰弱した。そして少なくない方が亡くなった。

直後から寝たきり老人が衰弱する。おしめを替える際の臭いを気にして水を飲まなくなる。食べなくなる。→褥創作。弱って入院を希望しても病院は病人であふれており保護介護目的の入院は許可できず。やっと見つけた遠方の特養なら、「遠くなら行かない。ここで死ぬ。」老人病院なら「家と仕事両方やられて、自己負担10万円が払えない。避難所で看取る！」普段から神戸市は福祉施設が少なく地域で安心して老後を過ごせない。住居を失って老人の矛盾が噴出する。

避難所から発熱・脱力のため高齢者が救急車で来院しても、ベッドに余裕なく胸部写真で肺炎の陰影なければ避難所へ帰ってもらわざるを得なかった。2~3日後、熱が下がらず再来、今度は陰が出現→肺炎で入院できたケースも少なくない。治療にて肺炎が治っても帰る家がなく、やむなく避難所へ退院して頂く。住居・生活介護

環境が破壊された状態では、医療は無力と強く感じる。

1. 当院での震災後関連疾患

定義⁷として、①地震後のストレス・生活環境の悪化が原因・誘因となりえる。典型的には避難所生活の経験。②死亡につながる疾患群。ただし癌末期など終末期を除く。

図3 主要な震災後関連疾患の入院推移

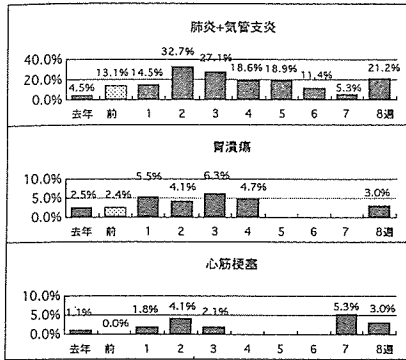


表1 震災後関連疾患の概要 (第4週までの入院例)

疾患	件数	平均年齢	65才↑	65才↑%	死亡	死亡率	避難所	判明件数	避難所%	他院にて死亡
肺炎+気管支炎	45	72.9	36	80%	4	8.9%	29	45	64%	3
気管支喘息	12	65	6	50%	1	8.3%	8	10	80%	
肺気腫	4	79.3	4	100%	2	50.0%	3	4	75%	
肺結核後遺症	1	65	1	100%	0	0.0%	0	1	0%	
胃潰瘍	10	71.2	9	90%	1	10.0%	5	10	50%	1
急性心筋梗塞	4	71	3	75%	1	25.0%	2	4	50%	
心不全	8	74.5	6	75%	0	0.0%	4	8	50%	
脳血管障害	4	73.2	4	100%	2	50.0%	2	4	50%	
その他	2	72.1	2	100%	2	100.0	1	2	50%	
呼吸器疾患	62	71.7	47	76%	7	11.3%	40	60	67%	4
呼吸器以外の関連疾患	28	72.5	24	86%	6	21.4%	14	28	50%	1
震災後関連疾患	90	71.9	71	79%	13	14.4%	54	88	61%	5
全入院	196	68.5	136	69%	17	8.7%	84	170	49%	

2. 当院での関連死

当院の患者さんで震災後関連疾患による死亡者は95年3月末までで21名であった。当院へ入院の13人、他院への紹介入院は5人、在宅が3人である。

入院した18人中、11人61%が避難所からの入院であった。全壊は11人61%、半壊は4人22%、一部損壊までは2名12%であった。平均年齢は77.7才であり、全患者の平均年齢68.4才と比べ明らかに高い。また在宅患者さんの占める割合は6名、6/18=33%(全患者21名でみると、9/21=43%)と高率である。地震による2次災害は明らかに高齢者と病弱者に集中している。

全疾患の避難所からの入院率(避難所%)は49%である。震災当時、地域住民の避難先の分布は避難所、自宅等ではほぼ半々であったようだ。呼吸器疾患は避難所からの入院は67%と高い。呼吸器疾患以外の疾患の避難所からの入院は50%であった。冬季の避難所では呼吸器疾患の発生増悪率が高い。自宅等と比較して67/33=約2倍のようだ。

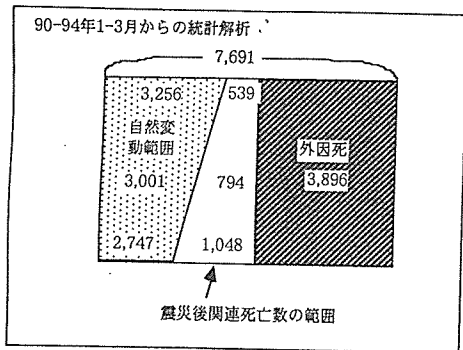
3. 神戸市の人口動態上の震災後関連死亡は768人、甲斐金認定は587人

震災後関連死亡は当院だけで起きているのではない。神戸市全体での死亡数が明らかにならないと事態の重要性は伝わらない。神戸市の人口動態から震災後関連死亡を求める。95年1~3月間の総死亡数から外因死亡と去年の死亡数を引くと求める事ができるが、768人であった。去年の死亡3,027人に対して、25.4%増である。

しかし今年は地震前より風邪が流行しており、そのせいで死亡数が多くなったとする見解がある。そこで過去5年間の統計解析を試みる。90~94年過去5年間、1~

3月3カ月間の死亡率の統計解析から震災後関連死亡数は1,048名から539名、平均794名の範囲に分布する。やはり500人以上の「余分」な死亡がある。

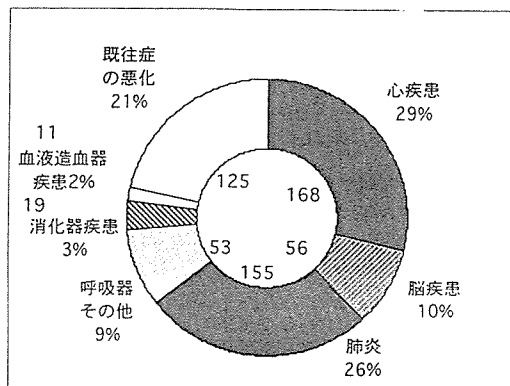
図4 統計解析による震災後関連死の範囲



7月14日神戸市は422名の災害弔慰金追加認定者を発表した。11月13日にはさらに165名(計587名)を追加認定した。これまで内科疾患等での認定はなく、今後の公的災害補償の観点からも画期的と考えられる。これによると年齢構成では60才以上は527人、89.8%を占めている。死亡時期は1ヶ月以内が全体の62.4%、1ヶ月以上は37.6%である。3ヶ月以上が7.3%ある。死亡主因別では、循環器系疾患が38.1%、呼吸器系疾患が35.4%、消化器系疾患が3.2%、既往症の悪化が21.3%であった。

避難所での死亡は134人22.8%であり、関連死亡の大半は自宅等であった。(ただし直後は避難所に逃げるがその後親類宅へ移った人は除かれている。)地震にて自宅が大きな被害を受けなくても、精神的ショック・介護環境の悪化等にてなくなる人がいる事を示す。ライフラインの破壊→便利な生活が出来なくなると、家の片づけだけでなく水くみ等重労働が増える。たちまち病弱高齢者は弱り、ギリギリの寝たきり老人の家族介護が破綻する。

図5 神戸市の弔慰金追加認定者の死因主因

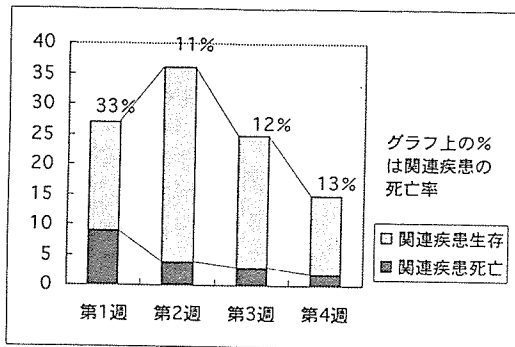


4. 当初4週間の推移と第1週の意義

当院の震災後関連死亡者は3月末までで21人であった。うち入院となった18人を見ると全員が4週間以内に入院

していた。さらに初めの1週間で9人50%、2週間目までで13人72%が入院している。第1週の関連死亡率は33%、第2~4週の平均は13%。第1週の死亡率はその後より2.6倍高い。第1週の避難所はじめとした地域の環境悪化は想像に絶する。2次死亡を減らすには発災後1週間以内の対応が重要である。なお当院の94年1~3月の入院患者の死亡率は8.9%である。

図6 震災後関連死亡率の推移

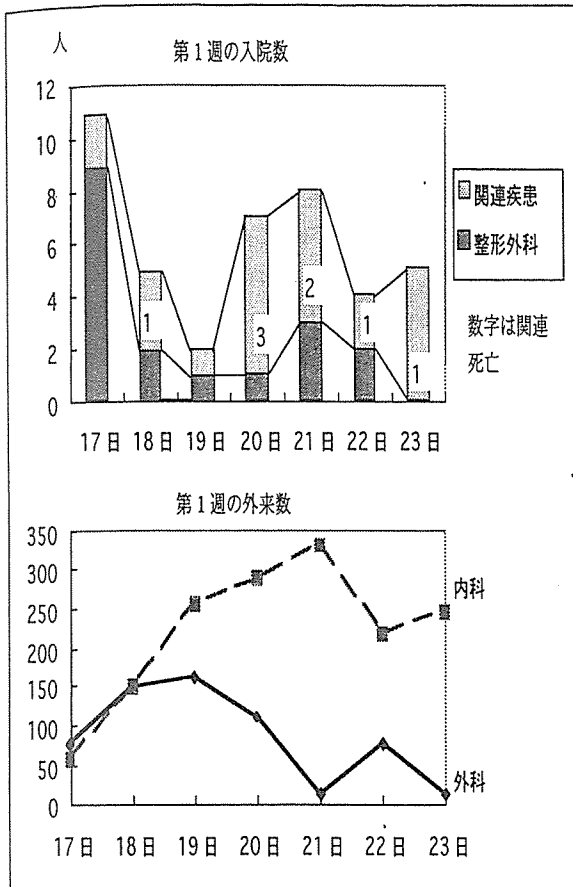


第1週は最も劇的な時期である。外来と入院患者数から見てみる。

外来数は第1、2日は大混乱のため受診した正確な数は不明である。かろうじてカルテを作っていた範囲の数字である。実際は第1、2日の外科の数はもっと多い。(またこの最初の2日間は病院前にテントを張り、簡単な傷は看護婦が処置をしていた。)第3日にはほぼカルテ記載は出来ているが、内科数が外科数を上回ってくる。第4日には外科が減少していく。

第1週の入院の経過であるが、入院を要する外傷は第1日目に9人であるが、第2日目から外傷患者の入院は減る。一方、震災後関連疾患は第3日目までは1~2人の入院に止まったが、第4日目から6~5人と急増する。しかしこの間ベッドに余裕なく、かなりの人を他院へ転送している。図7の棒グラフの数字は震災後関連死亡者の数である。この期の震災後関連疾患の死亡率は33%にのぼった。外傷の死亡はクラッシュ症候群の1人のみで、死亡率は6%である。

図7 第1週の外来・入院患者動向



発災後最も大事な時期は第1週である。その理由は、

1. 外傷と震災後関連疾患(内科)が重なる複雑な時期である。3日目はクロスする時期、4日目からは内科疾患にシフトする。
2. 最も死亡率の高い時期である。外傷は第1日目、震災後関連疾患は第1週の死亡率が高い。
3. 病院機能が最も低下する時期である。ことに最初の2～3日はスタッフ的にも、施設の的にも困難な時期。適切な支援ないなら3日目からスタッフの疲労は極限に達する。
4. 行政対応も混乱の極みの段階。情報はほとんど入らない。交通は麻痺する。
5. 一般の医師は第1週に予想される出来事とその対策について知らない。災害医療の知識はない。

以上のように救命という観点からすると非常に大事な時期であるが、一方適切な治療方針がとられにくい条件が重なる時期である。助かる命を助けるために、限られた条件を最大限に生かす方策を選択し実行すること。まさに時間との闘いの時期といえる。

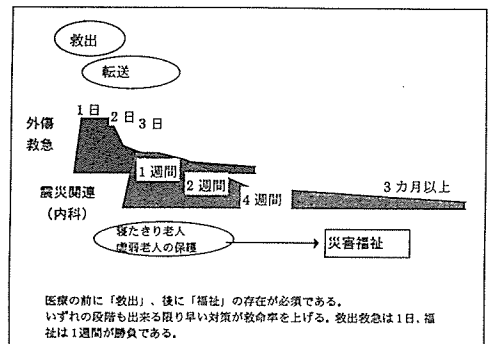
(C) 大災害時の医師の役割

過密で高齢者の多い都市型では大災害時の被害は複雑であり長期化する。

発災後2～3日は外傷の救命救急が中心であるが、その後は一貫して延々と住居・生活介護問題である。被災者の住居生活、要介護者・病弱者の保護介護が進まない限り医療のみでは非力である。医療機関は院内に閉じこもらず、ボランティアとともに積極的に地域へ出る必要がある。

医療の前に「救出」、後に「福祉」の存在が必須である。救出-救急医療(発災後2日)、内科疾患の増悪-福祉(3日以後)いずれの段階も対策のスピードが救命率を左右する。救出救急は1日、福祉は1週間が勝負である。

図8 災害医療と災害福祉の構造



現在の社会保障にお金をかけない国政では、理想的な防災システムは望むべくもない、防災システムはあまり改善されていない、しかし一定の震災に対する反省はあるという状況での対策(と医師の役割)について述べたい。以下は早期より医療ボランティアの支援が可能な場合を想定している。

(1) 最も大事なのは医師(ことに管理医師)の災害医療の理解

時期を追って何が起ってくるか?限られた条件下で何を行うか?地域と自院の力量と次に起こる事を想定した戦略を持つ事である。

素早い決断と各スタッフの自主的の実行が必要である。会議をする「ヒマ」はなくなる。普段からの職員の活力がもの言う。

情報・交通は遮断される。無線電話(かからない機種も多かった)と自転車・バイクで動くこと。救急車(ないならすぐ借りる)、腕章・寝袋は必須。

(2) 施設面の対策

築30年以上なら耐震構造で立て替える事。資金がない場合、最低検討すべきなのは、①自家発電(空冷にすること、燃料対策) ②高架水槽の固定、井戸があるなら使用できるようにしておく。また施設が活断層上にあるかないか知っておく事⁹も重要である。

(3) 発災後の時期別対策

以下はかなりの医療スタッフ支援が見込める場合を想定して立てている。

初めの2日間

・トリアージ：軽症者は病院前のテントで看護婦が治療、中等症以上は院内で治療。重症者の見極め。

・転送：重症者は第一日中にヘリコプターで被災外へ転送。中等症まででも要介護者は可能なら転送。

地域内の中核病院が機能しているかどうか、そこからヘリコプターで転送できる体制があるか調べる。もしダメなら自院から被災外へ転送を行う。消防署が対応していないなら直接地域外の中核病院と連絡をとる。可能なら医師会への働きかけ。ヘリがダメなら、海路等あらゆるルートを検討する。

・診療機能の回復

電気、水(+トイレ)、ガスなどの点検と復旧。

病院スタッフの安否確認と召集。

可能なオーバーベッド(仮病床)の確保。

対策本部を作り、物資・支援スタッフの受け入れを図る。ボランティアのコーディネートの力量がその後の地域支援を決める。

2日目

・地域(避難所)医療支援の開始。

3日目

・内科疾患への移行期であり、準備にはいる。

・精神科救急疾患の人もある。精神科医師がいなければ精神科病院と連絡。

・引き続き地域外への転送を行う。空床確保に向けて取り組む。入院患者のうち「帰れる人」は退院してもらう。あるいは福祉施設へ転院してもらう。

・支援者の援助にて避難所・地域での寝たきり者・病弱者のピックアップと福祉事務所への保護要請。病弱者へケアの開始。

・保健所での地域内の医療支援への参画。可能なら他院への医療支援。

4日目

・震災後関連疾患の入院受け入れ。高齢者なら軽症でも入院を追求する。

・内科重症では地域外への転送へ。

・地域内の福祉施設への医療支援の開始。

・余裕あれば地域ローラー作戦の開始。支援者にて老人宅へ水・物資の補給。

5. 2週間目(8日目)

・家を失った職員へ住居保障、プレハブ建設

・地域ローラーの展開

・地域での寝たきり者・病弱者のピックアップと保護要請を2週間で完了させる。

6. 3週間(15日目)

・本格的に生活支援へ

表2 災害医療における時期別ポイント

	外 傷	震災後関連疾患
時 期	1～2日～3日	3日～1週間～1カ月～
ポ イ ン ト	クラッシュは2時間で発生	・1週間で半数が入院、この期は死亡率30%。その後大半は4週間以内に入院。 ・死亡の90%は高齢者、寝たきりは死亡率高い。
救急率アップ	救出と転送+トリアージ	・1～2週間以内に寝たきり・病弱者の大半を福祉施設に保護する。 ・病院は高齢者なら軽症でも入院を追求する。 ・重症疾患は被災地外へ転送。
避 難 生 活 の 改 善		・避難所医療班(1次医療の維持) ・地域の虚弱老人へのケア(医療より看護) ・福祉施設での対策

[引用文献]

- 1 阪神・淡路大震災における消防活動の記録、神戸市消防局、1995. 5. p. 20
- 2 今回は中間報告、本報告は96年3月の予定
- 3 病院は「地震直後の3日間」がポイント：日経アーキテクチャ、1995. 10. p. 148
- 4 大災害と病院；日経ヘルスケア特別情報版、1995. 9. p33
- 5 災害医療 阪神・淡路大震災の記録；葉業時報社、1995. 6. p46
- 6 第48回兵庫県医師会設立記念医学会公開シンポ「阪神・淡路大震災に学ぶ」での講演、1995. 11. 12
- 7 おまえらもはよ逃げてくれ：神戸医療生活協同組合、1995. 6. p. 42
- 8 阪神大震災の救急対応：日本病院会雑誌；1995. 12. p51

シンポジウム(1) 阪神大震災と住民のいのちと健康

大震災下での保健婦活動

小林千代 (神戸市須磨保健所)

Activities of public health nurses in the Hanshin-Awaji Big Earthquake

Chiyo KOBAYASHI (Suma public Health Center, Kobe)

この度の大震災下における保健婦活動は、全国から応援を頂いた保健婦をはじめ、ボランティア看護婦等の力をお借りしなければ機能することは出来ませんでした。この場をお借りしてお礼申し上げます。ありがとうございました。上田先生は院長として、リーダーシップをおとりにながら早期に対応され、市民から信頼される活動をしてこられました。行政は遅れをとりながらの対応で、須磨保健所では活動が軌道に乗るのに2月初旬までかかり、初期活動は困難を極めました。

私自身、自宅から職場まで車で50分程かかりますが、当日は7時30分に出発し、9時30分に到着しました。被災地が近づくにつれて大きな雨が降り、空はどんよりと暗く、サイレンの音がけたたましく鳴り響いていました。渋滞した車の列の中で何度となく大きな余震がみられました。

高倉台から須磨離宮公園まで来て目に映ってきた景色は、瓦がすっかり落ちた家屋、大きな土塀の倒壊や崩れた家屋等でした。この時の衝撃は今でも思い出す度に涙が出てきます。

活動をする上で一番困ったことは、中心的な役割を担わなければならない職員が、被災したり、郊外に住んでおり、交通網と情報網が寸断され連絡が取れない上に、教育訓練が徹底していなかったために自宅待機の職員がいたり、人が揃わなかったことでした。

保健所は、衛生課に食品衛生監視員と環境衛生監視員、保健課に事務職員と技術職員である医師・保健婦・管理栄養士・歯科衛生士・精神保健相談員・臨床検査技師・放射線技師等あわせて40名が配置されています。震災当日の出務は11名でした。

須磨区は、被害の大きかった長田区を東に、西には垂水区に隣接している地域です。木造住宅で老朽化したアパートや、戦前から建っていた日本家屋等は潰れて無残な残骸が残っていました。その上火の手が回り、全焼した家屋も見られました。

震災当日は、外傷者や打撲を受けた人、発熱者、在宅酸素療法患者等緊急性の高い人へできる限りの対応をし、夜間にはロウソクの灯を頼りに安否確認をしました。日赤医療班の到着と同時に現地案内に係長以下職員のほとんどが手を取られる状態でした。多い時で66カ所の避難所に2万6千人の市民が避難され、1,000人を超える大きな避難所に24時間体制で常設避難所が設置されました。

1月24日から西市民病院の看護婦の応援を受けることになり、婦長・主任以下指揮系統が明確な体制の中で大きな力を得ることができ、2月の中旬には、活動が軌道に乗り始めました。

応援保健婦の活動でありがたかったことは、全国のどの府県からの応援であっても地図と簡単なオリエンテーションで実態の把握をし、必要な支援を継続してもらうことができたことでした。しかし、継続的な保健婦の応援が欲しいと痛切に思いました。須磨区の応援体制は、全市の中で平均しても5分の1という状態で極限状態の中で活動を続けてきました。劣悪な環境の中で亡くなった方もありますが、インフルエンザや伝染病の流行がないようペットボトルに薄めにうがい薬やマスクの配布、食欲のない人には救済物資の粥食の配布や、体調不良者には早期受診の勧奨等を始め、心理的な打撃による心的外傷について精神科医師団の活動と連携をとりながら対応しました。

避難所で支援する立場のボランティアや職員へのねぎらいや、ボランティア看護職の調整は看護大学に設置された看護協会のボランティア本部が担ってくださり、急場を無我夢中で過ごして来たというのが実感です。住み慣れた家屋が倒壊寸前にも関わらず、外に出ようとしなかった衰弱した老夫婦を説得し、消防署のヘリコプターで他府県の老人ホームに移送してもらったり、危険な自宅にいる人に近くの避難所は入れないため、郊外の暖房付き避難所と交渉し受け入れてもらえるようにしたり、それでも「死んでもいい」と動こうとしない人もおり説

得には時間がかかりました。上田先生の病院からは、医師と看護婦がハンドマイクを持って路地を回りながら、「具合の悪い人はおられませんか」と声をかけておられる姿が印象に残っています。

莫大な業務量に質を維持しながら活動を続けていくには、統制と調整する体制が必要ですが、人的体制が整わないまま、あちらこちらと散発した対応に追われ時間が過ぎていきました。

永野先生の学校に常設診療所をお願いしたA県の活動と体制は、保健所にとってもモデルとなる体制でした。事務職、医師・保健婦・看護婦・薬剤師など約1週間の交替で継続した統制のとれた活動をしていただくことができました。

地域の医療機関・ボランティア・行政機関との調整等、地元の医師とともにいったミーティングを通じて、医師の再建状況を見ながら、応援の撤退時期を確認して終了していただくことができました。

災害時における地元の市民病院の役割や災害時の医療体制、活動が見えなかなただけに必要な時期に必要な医師の活動体制が組めなかった、という結果に終わりました。地元での医療体制があれば、現場での全国から日替わりで党力される医療班の対応に保健婦業務のほとんどが占められ、忙殺されなかったのではないかと思います。

防災指令3号下における1週間84時間勤務は、長期に継続した活動をしなければならない現場職員にとって過酷なものでした。交替勤務の必要性を痛感しています。

保健婦として何をしたのか、と問われると、気温・環境・食事・ストレス等、人が生活する上で体験した事のない劣悪な環境や状況の下で次々に起こる目まぐるしい変化に、全力をあげて対応してきたというのが感想です。

インフルエンザや結核などの対応を始め、心理的な支援や応援者への対応等に追われた毎日でしたが、結果的に被災地での対応を見ると、お互いに情報交換もない中で、被災の規模や人的体制、勤務体制や応援体制、医師団の応援人数等の違いはあっても同じような手法で対応していました。このような大災害時における対応について予測し、訓練しておくことができると思います。時間が経てばきちんと整理できると思いますが、もう少し時間が必要だと思います。とりとめもない話をご静聴くださりまして、ありがとうございました。

シンポジウム(1) 阪神大震災と住民のいのちと健康

こころはふたつ — 地域住民の避難所としての学校と養護教諭の役割 —

永野 恵子 (神戸市立太田中学校)

One cannot be in two places at once: Role of nurse teachers in school as refuges for people in the Hanshin Big Earthquake.

Keiko NAGANO (OTA JUNIOR HIGH SCHOOL, KOBE)

1. はじめに

この度の阪神・淡路大震災では、本校生7名、父母11名、祖父母兄弟13名が亡くなりました。慎んでご冥福をお祈り致します。平成7年1月17日当日から本校も避難所となり、出勤できた教師により住民の教室誘導、病人・ケガ人の病院搬送、尋ね人の校内アナウンスなどが行われました。

翌18日、グラウンド西側に簡易トイレを設置、自治会長を中心に避難者組織を結成し、学校と避難者対策本部との役割確認が行われました。あの混乱の中で、避難所となった学校の養護教諭として、どう動いたか、一つの事例として報告します。

2. 校区の被災状況

校区は長田区と須磨区の二つの行政区にまたがり、ケミカルシューズ等の町工場と住宅が混乱している下町で、老人人口の比率の高い地域です。本校は、10年くらい前までは生徒数1,000人を越す大規模校でしたが都市のドーナツ化現象により、最近では400名程度の規模になっています。従って、校舎内には空き教室があり、いろいろな学習室や倉庫に転用されています。この度の地震により、全校生の85%が全半壊・全半焼により家を失いました。火災が多発した地域(70%)のため、荷物より人を助けることが優先され、何一つ持ち出せなかった悲惨な状況の家庭もあります。6月に修学旅行で長崎に行き、そこで見た原爆投下後の町並みの写真の前で、「おんなじやあ。おんなじやあ。」とつぶやいて動こうとしない生徒、建物の下敷きになって焼死した人など、原爆の地獄と同じ状況でした。当初避難者は1,200人に上り、体育館が被害を受けて避難所として使えないため、職員室以外のすべての空間が避難所となりました。保健室も例

外ではありません。

一教室に50人以上の人と荷物がひしめいている状況でした。6月中旬で約300名、7月中旬で約200名、そして8月20日、避難所は解消されました。本校は自治会を基礎に作られた対策本部と学校との連携がスムーズに運営された避難所であると自負しています。

3. 医療チームの到着まで

(平成7年1月17日～1月26日まで)

(1) 個人的活動(個人カルテの作成)

1月19日、地下鉄の部分開通により出勤。保健室は落下し、散乱した備品や物品、避難している方とその荷物などで衣料品を探すのも大変な有り様でした。とりあえず、使えるわずかな医薬品を持ち出して、まず各教室を巡回しました。そして隣接の小学校に神戸市から派遣されたT病院が診察されていることを伝えて回りました。現状把握の必要から、乳児・妊婦・病人・介護の必要な人などを重点的にチェックし、個人カルテを作りました。(氏名・年齢・住所・病状・要望等)

これらの中から、必要な人について、小学校に常駐するT病院の医師に往診を依頼しました。

(2) さまざまな応援

① 個人的応援(ボランティア)

友人である加古川市の保健婦Tより見舞いの電話があり、炊き出しとともに聞き取り調査(個人カルテの作成)の応援を依頼しました。その後、土・日を利用して、3月末まで毎回数人の保健婦が来校。また、東の地域にいる友人からは、マスク・医薬品などの物資が数回届きました。

② 他校の教職員の応援

避難所となっていない学校の授業は午前中で終わり、

午後からは他校の教職員の応援があり、養護教諭は聞き取り調査をしてもらいました。

③ 組合の応援

組合(全教神戸)を通じて、明石・加古川・姫路などの養護教諭が応援に来てくれました。当初、応援に来てもらうのが心苦しかったですが、よく考えると、神戸市の子ども達が近隣の都市に転出しており、彼らのケアのためにも被災地の状況を知ってもらいたいと積極的に応援を依頼しました。物資(医薬品・マスク等)を携えての応援は心強く、ありがたかったです。

4. 医療チーム(厚生省派遣)との活動 (平成7年1月26日～3月28日)

(1) チーム内容と日程

1月26日、午後遅く、栃木県医療チーム到着。(延15チーム・112名)

① 構成(1チーム・7～9名)

医師 1～2名
看護婦 2～3名
保健婦 2名
薬剤師 1名
県職員 1名

② 日程

1日目 午後到着・前チームとの引き継ぎ
2日目 活動
3日目 “
4日目 “ ・次チーム到着・引き継ぎ
5日目 “ 栃木へ

(2) 保健婦の活動(一日の動き)

このころより、保健所を中心とした活動が組織化されていきました。

9～10 打ち合わせ(西市民病院の看護婦2～3名・ボランティアの保健婦・養教等数名)
10～12 聞き取り調査(各教室を巡回)
12～13 昼食・打ち合わせ
13～16 聞き取り調査(午後の診察で必要な人には訪問する)
16～17 打ち合わせ(必要な人は往診してもらう)
17:30～打ち合わせ(須磨保健所を中心として医療チーム・T病院・S病院など参加)

(3) 医師・看護婦の診察活動

時間: 9～12、15～17、19～20時

場所: 理科準備室

往診: 随時

診療所開設当初は、受診者も多く、夜間の受診者もありましたが、次第におちついてきました。又、近隣の医療機関も復興し、主治医への受診をすすめました。

1月27日から保健婦と共に各教室を巡回したが、2月7日、学校再開により本来の養護教諭の仕事に徐々に戻り、医療チームと学校側との連絡・調整にあたりました。

(4) 避難所での医療活動に必要なこと

① 24時間医師が常駐すること

運営する者・避難する者双方にとって心強い。宿泊場所はプール横の更衣室。

② チームの中に保健婦がいること

治療だけでなく、各教室を訪問し、住民一人一人の健康状態を把握し、心のケア、医師への橋渡し、福祉へのつなぎ、トラブルなど幅広いケアができる。(ほぼ全員のカルテ作成)聞き取り調査の中で、60才代の女性が「孫も嫁も死んだ。何で私が助かって…。」という話を聞き、寝ている人にこそ声をかけてもらうことにしました。

自ら受診する人は、生きる意欲のある人です。昼間、避難所には元気な人はいません。仕事に行ったり、家の片付けをしたり、区役所に行ったり…。我が避難所から死者を出さないことを目標に教室で寝ている人にこそ、声をかけてもらいました。

③ 保健所との打ち合わせをもつこと

毎日夕方より、保健所を中心に医療チームとT病院・S病院、学校側が打ち合わせを行いました。内容は、住民の健康状態・医療機関の開業状態・入院可能な病院・入浴サービスなど福祉関係です。情報交換の場をもてたことは、翌日の活動を円滑に行ううえで役に立ちました。

5. 養護教諭の仕事へ

(1) 教育の再建に向けて

これまでは、避難者の救援が第一であり、親の生活が安定していないのに…と教育は二の次になっていました。しかし、3月に入ると新学期に向けて、教育はどの程度再建できるのかという不安が大きくなってきました。(本校は2部制の2時間授業・被災地でない学校は平常授業)何の見通しもないまま、とりあえず保健行事の日程を決めることから始めました。3月中に校舎1階の各教室(保健室も)を空けてもらうことが不可能となり、3月30日、プール横の更衣室に備品などを運び出し、仮保健室としました。(以前医療チームの宿泊場所として使

用)授業は特別教室3つと仮教室で6時間授業とはなりましたが、実技を伴う授業は難しく、グラウンドも狭くなりました。

周辺の家屋の解体作業に伴う騒音やほこりで学習環境としても悪い状態です。

避難所から通学する生徒も多く、体調をくずしてもゆっくり休めず、宿泊行事の後の代休も避難所の廊下で寝ていたり、自動車やテントであったりします。仮設住宅が当たり転校する生徒、家の修理ができて戻ってくる生徒等落ち着かない毎日が続きます。

このような現状では、心的外傷後のストレスはこれからだという時に彼らに声をかけ、受け入れるゆったりとした空間も時間もありません。教育者の立場から考えると、せめて学校だけは地震前の普通の状態に一日も早く戻したいと思う反面、一市民の立場としては、仮設住宅での孤独死が報道されると、「無理をして出て行かないで、学校にいたらよかったのに…」という気持ちになり、4月以降はこの二つの相反する心が揺れ動く毎日でした。

(2) 生徒達の現状と課題

① 身体的状況 — アレルギー疾患(鼻炎・結膜炎)・虫歯・肥満の増加

体力低下(持久走・50走)

② 心理的状況 — 避難所となった校内には、ごみ・タバコの吸い殻が落ちていて、教師が拾っていると、「ごみを拾って何になるん？」という生徒がおり、大人も子どももこのような心の状態でした。毎日努力して積み上げても、どうせ壊れてしまうと思うのです。中学生は幼児と違って直接的にPTSDを表現することは、余りありません。思春期・受験と重なって表現は複雑です。

7月に「震災ストレス自己診断」を行いました。数字として特記する程のものはありませんが、記述欄よりいくつか紹介します。

・地震が起きてから悪いことを平気でしてしまったり、自分自身の何かが変わった。・すぐにかっとなる。・何にでもむかつく。・反抗的になった。・自分の住む家が早く建ってほしい。・勉強する環境がよくないのでその気になれない。・勉強の時もイライラして集中できない。・自分の大切なものを取りだせなかった。・父が酒を飲み、母とけんかする。・父が亡くなり、母と祖母が悲しそうな顔をする。・「助けて」とかの声がふと聞こえたり、ガレキの下敷きになって苦しんでいる人の姿をふと思い出し、

眠れなくなることがある。

③ 今後の課題

8月末に避難所が解消され、二学期・校舎内に子供達の声が響くのは、本当にうれしいものでした。

ア 学校は地域のものであり、子ども達のものでした。この度のようなだい災害では、長期に避難所となるのもやむを得ないと思う反面、早く子ども達の学校に戻すことを願います。

イ 子ども達は避難所から仮設住宅に移り、不自由な毎日を過ごしています。「都市計画にかかっているから家が立てられない。」「3棟あったのが2棟になるから、入れるかどうかかわからない。」などが子ども達の会話です。「健康で文化的な生活」のできる住宅を望みます。住居が保障されてこそ、生活が安定し、学習意欲も出てくると思うからです。

ウ 表面的に現れている各疾病への対応が必要です。生活リズムの乱れや環境の変化により、表れている現象に対応し、彼ら一人一人と丁寧に接することにより、表面上は明るくふるまっている子ども達の心に触れ合えることを願っています。「命さえあれば」という原点と「人間ってすばらしい」という信頼を忘れることなく、子ども達と共に成長できる毎日でありたいと願っています。

シンポジウム(1)

阪神大震災と住民のいのちと健康

震災と住宅問題

早川和男 (神戸大学名誉教授)

Housing problems in Earthquake

Kazuo HAYAKAWA (Emeritus professor of Kobe University)

今度の震災では非常に多くの命が奪われ、多くの人の健康が脅かされました。この震災から命と健康を守るという課題について、どういふ教訓を学びとるかということが非常に大切になっています。私は、戦後50年間にわたる日本の産業経済発展中心の政策、生活や福祉、安全をまもることを放棄した政策のつげが悉く震災を契機にきたと考えています。

今回の阪神大震災を通じて、今の日本の住宅政策のあり方を反省しなければいけないと思います。

先程以来報告がありますように、今度の震災で亡くなった方の最大の原因は住宅に押しつぶされたことです。それが高齢者世帯に多かったというのは、まさしく住宅政策の問題です。ヨーロッパでは医療保障、社会保障、福祉サービスや教育と、住宅保障が並んで社会政策と呼ばれていますが、日本では住宅は個人の甲斐性によるもの、つまり自助努力主義です。その結果が、65歳以上の単身者の20%、夫婦でも17%がトイレと台所が共用のアパートに住んでいるという状況を生み出しています。木造アパートは3割を占めており、それが非常に危険な状態にあります。総理府の住宅統計調査によると、老朽家屋という項目がありますが、これは大修理を要する、あるいは危険または修理後の住宅をさします。その老朽家屋にしか多くの65歳以上の方は住めないわけです。

尼崎の合志病院の院長先生に聞きましたら、「早川さん、私のところに担ぎ込まれた被災者のほとんどがタンスの下敷きになったり、本棚が倒れたとか、上からテレビが落ちてきたというんです。部屋さえ広かったら助かったと思います。」とおっしゃるので「調べて頂けませんか。」とお願ひしたところ、カルテ322通のうち、169通という半数以上はタンスの下敷きでした。彼らは、6畳に5人とか、4畳半に3人という非常に狭い部屋に住んでいたのです。ちょっとご注意頂きたいんですが、日本では部屋概念がないんです。ヨーロッパでは5㎡(3畳)以下の部屋を作ってはいけない、7㎡(4畳半)の部

屋には子どもしか住んではいけない、夫婦寝室は12㎡以上でなければいけない、お風呂、便所、台所がないと住宅とは認めない等、厳しい規制があります。日本は2畳でも1畳でも認められてしまうのです。尼崎には1畳マンションというものもあるんです。板の間が3畳の台所でも1部屋なんですね。だから3畳と3畳のキッチンがあれば2部屋と数えます。2部屋というのはそういう2部屋であり、全体の3割もあるんです。一人くらしだと4割です。このように狭い部屋の老朽化した家に住んでいるということが犠牲を大きくしたわけです。これは戦後の日本の自助努力主義による住宅政策の犠牲です。

こういうことを50年遅れであっても変えていく必要があります。社会政策として、国の最終的な責任を基に、自治体が公的住宅とかそれに類した住宅を、年金暮らしでも年金で支払える家賃で住み続けられる、こういう住宅保障が必要です。長田区での家賃は1~3万円位ですね。被災されたみなさんが戻れる新しい制度をつくらないといかんです。これが第1点です。

第2点は、避難所や仮設住宅で多くの方が病気になったり、亡くなられた問題です。仮設住宅に移された方の中、これまで600人以上の方が道に迷ったり、孤独死されています。どういうところに仮設住宅があるかといいますと、とにかくもう大変です。三の宮に着くまで1時間半位かかります。そんな所に放りこまれます。避難所でしたらまだまわりに人がいて話もできますが、4畳半1間、雨が降れば道は泥んこで、商店までは歩いて30分もかかるという環境です。これはもう非人間的な収容施設としか言いようがありません。住居というのは、生活の基盤であってただの寝ぐらじゃないんです。勝手知った商店や隣のおじさんおばさんと話をすることも含めて生活が成り立つわけです。特にお年寄りはその通りですね。それを無視した仮設小屋では亡くなるのは当然です。僕はこれから、子どもの精神疾患がでてくるとみています。

3番目に、震災では5,500人が亡くなり、その後800人

位が避難所で亡くなっているということです。デイケアセンターとか特別養護老人ホームとかいう施設に逃げ込んだ方は殆ど生き残っています。当然です。そこには寮母さんもいるし、専門家の方もいるのですから。つまり、老人ホームとかショートステイとかは普段は単純な老人施設ですが、災害に及んでは非常に人の命を救うことができ、健康を守ることができるわけです。火事場のバカ力といいますが、いざという時には福祉施設が防災機能、被災者収容機能として強力な力を発揮するわけです。ところが神戸市はこういう施設が非常に少ないんです。47都道府県と12の政令指定都市の1,000人当たりの年間デイサービス日数をみると、全国平均で55.8日、長崎県が131日、神戸市はたったの16日です。しかもこれらの施設は区に1つしかないのです。震災後の危機管理ということがさかんに言われ、自衛隊の出動が遅れたとか、命令系統がおろそかとか言われていますが、危機管理というのはそういうことではなしに、日頃から福祉施設がどれだけ充実しているかということ、保健所や医療機関、開業医、病院、大病院というのにも必要です。それらがたくさんあることが日常的に地域住民の健康や命を守るだけでなく、いざという時には強力な人命救済の機関となるわけです。それこそが僕は防災機能を果たす、命を守る都市だと思います。

今、復興計画と称してまたまた開発中心の事業が目白押しに出されています。例えば灘区というところに大きなビル、人口3万人、昼間人口15万人という建物を作るといいます。WHOの日本支部とか、防災センターとかを作る計画です。そんなものは絶対だめです。結局ゼネコンに仕事を与えるためにやるだけであってそんなもの都市の真ん中に1つ作ってもだめです。そんなお金があったら、福祉施設を無数に作らなければいけないんです。神戸市は福祉施設を倍にしていますが、倍じゃ足りない、10倍にしなきゃならないですね。保健所を整理するなんて冗談じゃない。10倍は増やさなきゃ、保育所も10倍、みんな10倍です。開業医にも大いに援助する必要があります。

住宅政策というのはイギリスで始まりました。1848年、公衆衛生法という法律ができて、衛生的にしないと病気を減らせないということで、公衆衛生行政官が住宅政策をつくりました。日本でも桐島先生という保団連の会長がおられたとき、住宅と病気の関係について詳細に調査をお願いしました。「日当たりが悪く、西日で壁が熱せられ高温になり逆に冬は寒い。これでは環境を変えなければ病気は治らない。」等という報告が全国から沢山寄せられ『居住福祉の論理』（東京大学出版会）という本に

収録しました。それが最も極端にでたのが震災なんですね。日頃から病気が発生するような住環境に老人をおいておいて、震災の時に助けられるなんてありえないんです。先程申し上げました老朽家屋や過密の住宅というのは単に倒れたり物が落ちてきたりとかで被害をもたらすと言うのではなく、日頃から健康を害しているわけです。健康を守る家を作り、福祉施設を作って介護し易い状況をつくっておくことの延長線上に命が守られるのです。防災や人命救助はまさに「普段から」です。普段から福祉、保健、医療施設を設けておくことが本当の防災だということが教訓です。

今度の震災では、避難所に大勢のお医者さんが駆けつけてくれました。しかし、神戸の夜中は零度以下にまで下がり冷え込みます。その中でお年寄りがおにぎりや菓子パンと牛乳だけでしのいでいるのです。風邪をひき、持病が悪化し、肺炎にかかってしまってから抗生物質を打ってもこれはだめですね。私がある避難所へ行きましたら、ある中年の女性が「あーあ、家さえあったらあとは何とかするのに」と漏らしていました。まさに住まいというのは生存の基盤であり、福祉を支える基礎だと思うのです。

もう一つは、神戸市は常勤ヘルパーさんが少なすぎてほとんど機能しなかったという問題です。例えば大阪は人口260万人で728人の常勤ヘルパーさんがいます。神戸市は人口150万人で64人です。パートタイムヘルパーさんは2,000人いますが、これは週2時間の勤務です。暇なときに勤務するという訳ですから実質的なヘルパーの役割は果たせません。また専門家ではありませんから、お年寄りの状況をとらえて、例えばデイケアセンターの利用を勧めたり、福祉サービスを活用するなどの援助が十分に果たせません。お年寄りの「ニーズの掘り起こし」は福祉に携わる人々の役割です。その役割が福祉施策を充実させる力になるのです。そういう意味でも常勤のヘルパーさんを増やさなければいけません。これも今回の震災の教訓です。

最後に、そうは言っても神戸市の日本最低の福祉水準を許してきたのは神戸市民じゃないですかという人がいます。市民がそんな市長を選んできたんだから市民の責任だという人が何人もいます。それは半分あっていると思います。やはり市民が町の主人公になって、自分たちの町を安全に福祉的に住むにはどうしたらよいかという関心を高める－僕はこれを住む能力の発達と言っているのですが－市民の住む能力を発展させなければいけないと思います。神戸市はいろいろな開発を持ち込んで、住民が反対運動をしますと裁判に訴えて抑え込むんです

ね。それで市民もいい加減いやになっくるわけです。神戸市は今まで自民党から共産党までオール与党の非民主的な強権的な自治体だった、そのことが「大震災」にしたのです。今も、神戸沖空港を市民は反対していますが、市長は強行しています。市民の人権を尊重するという民主主義のまちにしないと、本当に安全を守るようなまちにならないと思います。

シンポジウム(2) 医療と経済—医療の本質の追求とそのかい離—

地域病院での経験から

上林茂暢 (みさと健和会病院)

From the experience in a community hospital

Shigenobu KANBAYASHI (Misato Kenwa General Hospital)

1. 世界一の長寿国、日本の医療問題
1) 平均寿命の延長 — 高齢化社会
2) 医療技術革新
3) 戦後の民主化と人権意識の高揚
医療(医療技術・疾病構造・供給システム・医学教育・医療保障・医療産業)・福祉・保健・年金のあらゆる部門で転換点をむかえている。
4. 企業化だけでこなせるか
5. 民医連・医療生協のモデル実態の一つに
2. 医療費問題として、医療機関の再編成を軸に
1) 敗戦後の混乱期を経て、国民皆保険の達成、無料化への道
2) 老人保健法(一部負担)、健康保険本人の一部負担
3) 第一次医療技術革新
平均寿命の伸びと疾病構造の変化(成人病時代へ)
4) 第二次医療技術革新(高度医療)の特性……中間型技術
5) 石油危機以後の低成長経済
医療費の高騰、年金問題 — 医療費抑制が国家財政の問題に
6) 私的依存のベット急増
救急医療、僻地医療、精神医療、老人病院(社会的入院)、薬害多発国
7) 病院のスクラップ&ビルド
8) 医療企業化の動き
3. プライマリケア……国民医療の母集団の部分をどうするか
1) あいまいな地域病院の役割
コモンディーズの発想、高度医療と基本技術
卒後教育においても(臨床研修病院指定における政策転換)
診療所・開業医の困難
2) 医療・福祉・保健のネットワークの中核に
基礎研修の問題、同時に医学や医療技術がどんな

シンポジウム(2) 医療と経済－医療の本質の追求とそのかい離－

薬業資本と薬害

儀我壮一郎 (常葉学園、浜松大学)

Drug-induced sufferings and Pharmaceutical capitals

Soichiro GIGA (TOKOHA GAKUEN, HAMAMATU UNIVERSTIY)

1. 日本の製薬企業の歴史的特徴

- ① 商業資本から産業資本に転化、販売優先
- ② 外国の技術・資本導入の歴史
- ③ 現在世界第2位となった日本の医薬品市場の特徴
 - A. 医家向けと一般向け
 - B. 輸出と輸入、輸入超過
- ④ 外国の巨大製薬多国籍企業と日本市場
- ⑤ 大企業主導の流通
消費過程 専業と兼業(新規参入)の諸関係

2. 薬害多発の構造的特徴

- ① 研究・開発過程の問題点
治験、国際的ハーモナイゼーションなど
- ② 生産過程の問題点
労災・職業病などの「ハードル」の引き上げ
- ③ 流通過程の問題
 - A. 診療報酬のありかた
 - B. Medical Representativeの役割
 - C. 添付書類の不備
 - D. 医薬分業の問題点
 - E. 患者の側の問題点等

3. 国民医療費の中の薬剤費の比重

- ① 薬価の国際比較とその意味するもの
- ② 薬価基準の引き下げ、薬価算定方式変更の諸「効果」

4. 結 び

国民のための薬物治療のあり方

資 料

医薬品と薬価に関する提言 (第一次)

1995年3月24日

日本医療労働組合連合会政策委員会
同 薬・薬価問題検討委員会

まえおき

日本の医薬品市場は世界第2位の巨大市場である。1人当たりの使用金額は世界最高である。その日本で2つの重大問題が緊急に解決すべき国民的課題となっている。

第1は、薬害の多発であり薬原病による犠牲者はとくに1990年代に急増している。その原因は単純ではないが薬についても従来の安易な「安全神話」の全面的見直しが必要不可欠である。

第2は、国民の全医療費における薬剤費の比重が国際的に見ても高く、製薬大企業の高利潤が持続するなかで医療機関の経営が悪化し、患者・国民の負担が増大するという新しい問題点の深刻化である。

国民の生命と安全を最優先する立場から以下の提言を行う。

この提言は第1次の提言であり事態の改善状況を見極めながら第2次提言を準備する予定である。

1 国民の生命・健康・安全をまもりぬく薬物療法確立のために

① 医薬品の薬効の過大表示と拡大適用、逆に副作用の過小表示を抜本的に改善する必要がある。製薬企業の「販路拡大」最優先の営業姿勢をきびしく規制しなければならない。厚生省の「天下り人事」の実態も問題であり改善の必要がある。

(クレスチン、輸入血液製剤などの実例を想起すべきで

ある)

- ② 薬の不適切な使用(キノホルムなど)と過剰な使用を改善する。この問題は厚生省をはじめすべての医療関係者がそれぞれの立場で自覚し改善すべき課題である。
- ③ 厚生省は次の諸点を即刻改善する必要がある。1992年10、12月の総務庁行政監察局による厚生省・製薬企業・医療機関などの監察結果にもとづいて、①治験(臨床試験)の改善、②医薬品副作用モニター制度の改善、③企業の副作用報告・情報周知制度の改善、④医薬品副作用被害救済基金の業務改善、⑤分業薬局における患者服薬指導の改善などが勧告されている。この調査結果は、医薬品行政の欠陥を具体的に明示している。(総務庁行政監察局編『くすりと行政』大蔵省印刷局、1994年)また、片平冽彦『構造薬害』(農文協、1994年)のこの問題についてのコメント(同 173ページ以下)も重要な指針として改善すべきである。国際的水準からの大きな立ちおくれも常に自覚する必要がある。ニュルンベルク綱領とヘルシンキ宣言などもくり返し想起すべきところである。
- ④ 研究開発と治験については人権擁護と医療費適正化の両面からすべての関係者によって改善されなければならない。治験のさいの文書による承諾の確認、治験に関する費用の製薬企業による全面負担などがこれに含まれる。過去のデータの捏造、産業スパイ、贈収賄、その他の厳しい再反省も求められる。過去の不詳事件の多くが内外の製薬大企業によってひき起こされてきたことも重視すべきである。
- ⑤ 副作用情報の収集体制の強化と情報の急速な周知システムの強化が必要である。服薬指導にも問題がある。服薬中止で快癒する事例があることを見落としてはならない。最も重要な点は、患者・国民に対する情報の民主的公開である。
- ⑥ 薬害防止と医薬品情報の水準向上などにおける医師・薬剤師・MRの役割の向上を図る。
医学教育、薬学教育の充実強化(臨床薬理学、社会薬学の充実その他)が不可欠である。
- ⑦ 「救済基金」の周知徹底と用途の改善が必要である。患者・国民に対して十分に知らさないままで製薬企業の育成に転用してはならない。
- ⑧ 以上のすべてについて国際的・国内的な「規制緩和」ではなく民主的規制の強化と情報の公開こそが必要である。
PL法との関連についても全面的に検討すべきときである。国際ハーモナイゼーション会議(第1、2、3回)の動向もこの立場から検討すべきである。
- ⑨ 薬物療法の位置づけとその限界を再検討しよう。

在来は「一に養生、二に看護、三に薬」

現在の医療は「一に検査、二に薬、三に薬」になってしまった。

〔増岡敏和『久保全雄医師風雲伝』労旬、1995年 p. 256〕

他面、麻薬・覚醒剤の悪用問題にも注意が肝要である。

⑩ 食事療法、運動療法、安静療法、環境改善療法、等々について再認識すべきである。

治療偏重の日本医療のあり方を改善するために、予防医学、公衆衛生などを正当に重視し、西洋医学と東洋医学双方の長所の摂取・発展に努力すべきである。

ここで、医薬品の経済的側面から見た改革の課題を明らかにするために「国民医療費」とその範囲外の医療費の内容および医薬品の位置づけを図1、図2、図3によって示しておく。

II 医療費における薬剤費の過大な比重の改善のために

- ① 高価な「ゾロ新」の安易な承認が薬剤費の過度の肥大化を生む構造的な禍根の1つである。過度の「モデル・チェンジ」と全売上高における「新薬」の高い比重が薬剤費を膨張させている。
- ② 輸入薬の高い比重とその価格も問題である。(例：『薬事ハンドブック'94』p. 85、『メディカル朝日』'94. 3. p. 56など)
- ③ 類似薬効比較方式による薬価と原価計算方式による薬価との比較が必要である。多くの重要医薬品の特許期限切れとジェネリック急増の動向のなかで、重視すべき問題点である。「薬効・副作用の見直し」と同時に「薬価の見直し・洗い直し」を断行すべきである。新薬・ゾロ新についての価格算定方式の公開が最低限必要である。
- ④ 銘柄別収載方式による薬価格差、ひいては「薬価差益」差の拡大に終止符を打ち、統一収載に切りかえる。
- ⑤ 価格決定方式と薬価調査データの全面的公開が必要であり「ブラックボックス」的密室論議をこれ以上通用させてはならない。
- ⑥ 輸入医薬品の円高差益「還元」政策とその効果について全面的に明らかにすべきである。国税庁による追徴課税問題(日本ロシュ38億円、日本チバガイギー57億円、ヘキストジャパン30億円など)とも深く関連している。(例：移転価格制など)厚生省および各製薬企業などによる資料の公開が必要である。
- ⑦ 価格決定方式の多様性とその意味を明らかにしよう。

〈1〉メバロチン、インターフェロン型

〈2〉ツムラの漢方製剤型

製薬大企業にとって有利な「恣意的」価格決定の実態を別の面から示しているのではないか。

⑧ 医療用医薬品と大衆薬(とくにスイッチOTC)の薬価比較も重要である。

ビタミン剤その他の保険外しによる動向との関連も今後重視が必要である。

保険外しによる「医療保険の空洞化」の傾向は決して容認できない。

⑨ 薬の「内外価格差」は「価格破壊」の可能性を明示している。

大和総研/大阪府保険医協会などの調査にもとづき、内外価格差の歴史的傾向と現在の問題点を徹底的に検討する。

⑩ 建値制・新仕切価格のもとでの価格カルテル形成と医療機関の「一人負け」状況を改善する諸方策が必要である。公正取引委員会は今までのところ目立った動きは無く、率直に言って多くを期待できない。

Ⅲ 薬剤師、理学療法士、栄養士、その他の職種 の技術評価を改善しよう。

薬剤費の適正化によって患者・国民の負担の軽減、医療保険の充実、医療労働者の待遇改善を目指す。モノの重視からヒトの重視への転換が必要である。

① 「薬価差益」と処方料・処方せん料との関係などについても抜本的な再検討と改善が必要である。

② 出来高払い方式と定額制方式における医薬品使用の量・質・価格の差もいよいよ重視される。

③ 診療報酬における薬剤師その他の技術評価のあり方にも問題が多い。例えば、外来の服薬指導についても病院薬剤師の場合と保険薬局薬剤師の場合の評価の差に問題があり病院薬剤師に対する不利な評価を改善すべきである。

Ⅳ より安全、より有効な医薬品の研究開発、生産、流通、消費を目指して

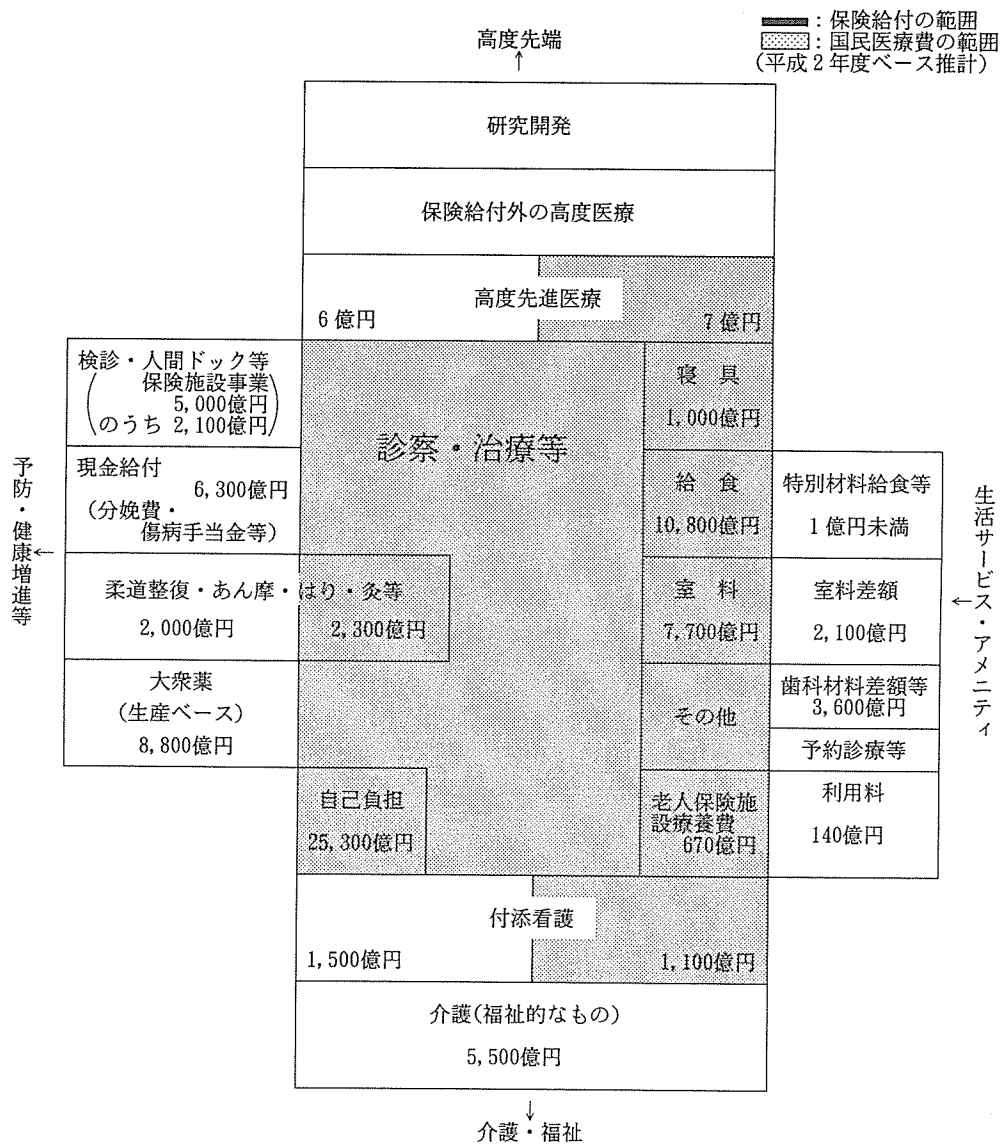
① 高価な多害少益「新薬」が安価な少害多益の薬を駆逐する。悪薬が良薬を駆逐する。「大企業製品=安全」ではない。このような状況の大逆転をはかるべきである。

② 医療人、薬業労働者、患者、国民、日本在住の外国人や日本製の医薬品を使用するすべての外国人による民主的規制が必要である。

内外の「多国籍製薬企業」は発展途上国で「自国内では制限・禁止されている農薬・医薬など」を(生産)販売している。これらのことも視野に入れて規制を強化する必要がある。国際的連帯の強化もますます重要である。

③ 欧米を含めた薬剤費の抑制が国際的な潮流となっていることも忘れてはならない。米国の医薬品業界が薬剤費抑制の流れのなかで「新薬開発」から「情報サービス」に力点を移している新しい動きなども重要な参考事例の1つである。

図1 保険給付と国民医療費の関係 (概念図)



資料：厚生省、医療保険審議会全員懇談会（1993年6月）資料
『医療労働』1995年5月号より

シンポジウム(2) 医療と経済—医療の本質の追求とのかい離—

欧米の医療・福祉・経済の現状と日本との比較

川淵孝一 (国立医療・病院管理研究所 医療経済研究部)

Actual condition of medical care, welfare and economic in Japan, in contrast with some countries in Europe and U. S. A.

Koichi KAWABUCHI (National Institute of Health Service Management)

国民医療費は、「だれが支払い」「どこに流れ」「何に使われている」のだろう。国民医療費の流れを知るには、国民医療費のマネーフロー表(図1)が有用である。これは、医療サービスをめぐる資金の流れを「負担」、「分配」、「使途」という三つの面からみたものである。

1. 国民医療費の負担

国民医療費の「負担」とは、だれが医療費を支払っているかを示す。負担区分は大別して政府、企業、家計に区分される。国民医療費21兆8,260億円(平成3年実績)のうち、「政府」は31.2%、「企業」は24.8%、「家計」は44.0%を負担している。

昭和45年度(1970年度)を基準年次とし、平成3年度(1991年度)との約20年の長期トレンドでみると、①政府負担の大幅増加(27.7%が31.2%へ3.5ポイントの増)、②企業負担の減少(25.6%が24.8%へ△0.8ポイントの減)、③家計負担の大幅減少(46.7%が44.0%へ△2.7ポイントの減)が特徴である。

ここで留意すべき点は、わが国の公費割合が高いことである。同じ社会保険方式を導入しているフランスやドイツの公費割合はそれぞれ1%、0%となっている。これは、国民が支払う社会保険料割合が少ないことによるものである。フランスでは、被用者と雇用者はそれぞれ総報酬の6.8%、12.6%を社会保険料として支払っている。また、ドイツでは被用者及び雇用者がそれぞれ基本賃金の6.1%(平均)を費用負担している。これに対して、わが国の社会保険料は(厳密には保険者によって異なるが)平均すると、標準報酬額の約8%を被用者と雇用者とで負担しているにすぎない。

これは、裏返せば、フランスやドイツでは、社会保障に依存する割合が高いことを意味する。医療費の国民所得に占める割合を調べると、わが国が5.8%(1992年)で

あるのに対して、フランス、ドイツはそれぞれ8.4%(1989年)、7.4%(1990年)になっている。そのため、フランスやドイツでは、医薬品の償還率を下げたり、薬価の算定方法を見直すなど医薬品の適正化が活発化している。

これに対して、わが国は医薬品の国民所得に占める割合が今の所、さほど高くないが、高齢化が超スピードで進んでおり、楽観はできない。

これからわが国でも高齢化社会の到来に対して、医療費の安定的な財源をどこに求めるかという議論が活発化するだろう。特に、老人保健給付は国民医療費の約3割を占めており、老人保健制度への拠出が、政策課題となることが予想される。

2. 国民医療費の分配

国民医療費は各医療機関の請求点数に応じて分配されるわけだが、医療費の分配とは医療機関側からみれば、医薬収益のシェアを意味する。国民医療費の21兆8,260億円のうちそれぞれ病院へ59.7%、一般診療所へ27.3%、歯科診療所へ9.7%、調剤薬局へ2.8%、老人保健施設療養費へ0.5%分配されていることがわかる。

図2は、アメリカ、カナダ、フランス、ドイツにおける医療費の分配を示すものである。医療制度が異なるので、単純比較は困難だが、わが国の場合、諸外国と比較して、病院医療費のウエイトが若干高いことがわかる。

さらに、わが国の一般診療医療費を入院と外来に分けると、入院医療費は40.5%であり、外来医療費は46.5%である。ここで、長期的なトレンドとして注目されるのは、病院の興隆と診療所(とくに有床診療所)の下降傾向である。

病院医療費は継続的に増大し、最低時(昭和48年度)の48.9%が平成3年度には59.7%に増加している。その反

面、一般診療所医療費がピークを示したのは昭和48年度の42.3%である。その後18年間にわたってシェアはダウンし、平成3年度には△15.0ポイント下落の27.3%となっている。

この背景には、わが国の国民が技術集積度が高く、システム化された病院医療を選好するという「病院志向」が強く働いている。

こうした患者の(大)病院志向は世界的な趨勢であり、医療資源の効率的活用の観点からこれにどう歯止めをかけるかが、国際的関心事となっている。〔'94年の4月にパリで開かれた国際会議(WHO/AO=HP主催)でも「Teaching Hospital(教育病院)のあり方」がテーマにされ、私が日本の「特定機能病院」について説明した所、参加者から強い関心を得た。〕

一方、診療所没落の理由として、開業医の高齢化が挙げられる。平成4年末に開業医の平均年齢は60.2歳にも達している。開業医の労働市場に若い医師を引き入れ、「かかりつけ医」として地域医療に根ざさない限り、一般診療所の衰退を止めることは困難だろう。

3. 国民医療費の使途

国民医療費の使途とは、医療機関に流入した医療費の最終的な使われ方を意味している。

この中で、特徴的なのは、次の4点である。まず第一は、人件費率が約5割を占めていることである。製造業においてはこの比率が17%前後であるから、この高人件費率は医療が高度の労働集約型のサービス業であることを物語るものである。

第二は医薬品の割合が19.5%と比較的高く、約4.3兆円となっている。実際、医療機関には、これに薬価差益約25%を載せた金額が支払われていた。

これまで、医療機関の経営は、この薬価差益に大きく依存してきた。それが、平成4年4月から薬価については「加重平均値+一定幅方式(リーズナブルゾーン)」がシフトされた。その結果、医療機関は、薬価差益依存体質からの脱却を余儀なくされている。

最近、「日本の薬剤比率は、国際的にみて高い」という指摘がある。具体的には、わが国では、国民医療費に占める薬剤費(薬価基準額)の割合が約28%もあり、諸外国(10~20%)と比較して突出して高いという批判である。

しかし、この指摘には問題が多い。その問題とは次の2点である。ひとつは、欧米諸国では、病院医療費は総枠予算制で支払われることから、入院薬剤費を統計上把握することが困難なので、含まれていないということで

ある。いま一つは、前にも述べたようにそもそも医療費の定義が異なるということである。したがって、分子も分母もその範囲が異なるので、国際比較は慎重に行う必要がある。

第三に、給食や検査など業務を外部の業者に委託しているウエイトが4.2%と意外に低いことである。すなわち、医療分野の外注業者の事業規模は約9,200億円と今のところさほど大きくないが、今後、病院業務の外注化が進むにつれて委託費率が増加することか予想される。

第四に、その他のコスト(光熱水費、賃借料等の経費など)は20.3%もあるが、その中で減価償却費の割合が4~6%と伸び悩んでいることである。減価償却費は現金支出を伴わない費用なので、建替のための重要な自己資金といえる。

これから、社会的資本としての医療機関の療養環境の整備が急がれるが、それをいかにファイナンスするかも重要な政策課題になるだろう。

以下、資料は「最期の選択」(エイデル研究所)川淵孝一著

〔ケース〕

3年間、アルツハイマー病に罹っている84歳の方が、午前2時に救急処置室へ搬送されてきました。その方は下血がひどく、失血死の可能性もあります。顔面は蒼白で、発汗があり、意識はハッキリしていません。血圧は70/40と低く、120/分の頻脈を認めます。簡単な指示は理解し従うことができますが、質問に答えることはできません。彼自身が治療方針の決定に関与することは全く不可能な状態です。

この方は老人ホームに入居されており、3年前よりアルツハイマー病に罹っています。彼は活動的で、時に興奮状態になります。洗顔・着替えは介助が要ります。名前をなかなか覚えられず、時には自分の娘を娘と理解できないことがあります。尿失禁と時に便失禁もあります。ただちに治療しなければ、彼は確実に出血多量で死んでしまうでしょう。娘は休暇で旅行に出掛けており、かかりつけ医は学会に行っています。医師はあなたの他には誰もいないので、このケースについて話し合うこともできません。さて、あなたはこの人をどのように治療しますか?

1. 緩和ケア(palliative Care)

延命のための検査や治療はせず、安らぎを得るためにのみ医療行為がなされます。治療の目的は患者さんが心地良く痛みなしに過ごすことです。手術は、あくまでも

除痛のためのものです(例えば、大腿骨頸部骨折のピンニングなど)。抗生物質の投与と同様に感染治療ではなく、患者さんが楽になるという効果があれば、処方されます。

2. 限定的治療(Limited Care、緩和ケアを含む)

この段階は緩和治療よりは積極的で、外科的治療よりは保存的なものです。たとえば、肺炎をおこせば抗生物質が投与されます。血液検査も、点滴も、レントゲン検査も酸素療法も行われます。消化管出血があれば、輸血や止血剤が投与されます。

止血のための緊急手術はされません。全身麻酔の検査もしないし、人工呼吸器などの装着も、また、透析もされません。

3. 外科的治療(Surgical Care、限定的治療を含む)

このレベルの治療は血液検査、レントゲン撮影、手術が含まれ、透析も適用となります。人工呼吸器は、術中と術後に自発呼吸が出るまでの間に限って、使用されます。手術に際しては、必要に応じて、輸液、輸血が行われます。出血源の探索のため内視鏡を用いることもあり、その結果、開腹手術が行われることもあります。

ICU(集中治療室)は、そこが一番心地良い環境というのでなければ、搬入することはありません。麻酔以外の目的で人工呼吸器が用いられることはありません。

4. 集中治療(Intensive Care、外科的治療を含む)

このレベルの治療は、近代的な病院で生命維持のためなされるすべての治療を含んでいます。場合によっては、手術、生検、生命維持の種々の装置(人工透析、人工呼吸器)、さらには必要に応じての心臓、腎臓、肝臓、骨髄などの臓器移植がなされます。

表 I 高額医療レセプト(上位5位)の診療行為別金額の割合

順位	1位	2位	3位	4位	5位
金額	15,084,770円	13,914,490円	13,101,990円	13,064,730円	12,748,430円
傷病名	左室性単心室・修正大血管転位症	重症急性心筋炎(劇症性)	ファロー四徴症	僧帽弁狭窄症	劇症心筋炎
投薬	11,750円 0.08%	91,700円 0.66%	725,860円 5.54%	41,670円 0.32%	8,300円 0.06%
注射	2,844,630円 18.86%	6,298,040円 45.28%	2,722,410円 20.78%	3,938,860円 30.15%	3,128,600円 24.54%
手術	11,537,440円 76.48%	5,201,370円 37.38%	7,989,280円 60.98%	6,959,390円 53.27%	7,993,170円 62.70%
検査	477,530円 3.17%	1,387,110円 9.97%	688,420円 5.25%	1,172,650円 8.99%	1,179,240円 9.25%
X線	44,160円 0.29%	48,620円 0.35%	105,180円 0.81%	81,270円 0.62%	181,690円 1.43%
入院料	169,260円 1.12%	874,150円 6.28%	868,840円 6.63%	859,390円 6.58%	257,700円 2.02%
その他	—円 —%	13,500円 0.10%	2,000円 0.00%	11,500円 0.09%	—円 —%
施設	私立大学病院	国立大学病院	国立病院	私立病院	私立病院
経過	死亡	死亡	死亡	死亡	死亡

表 II 国別比較：事前指定がない場合

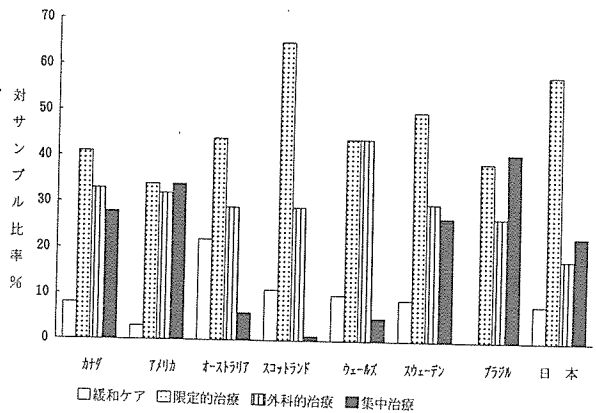
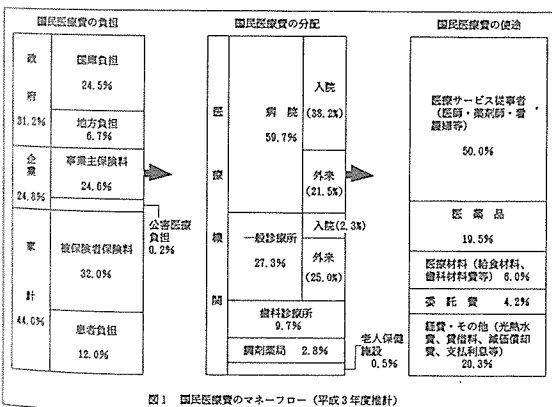
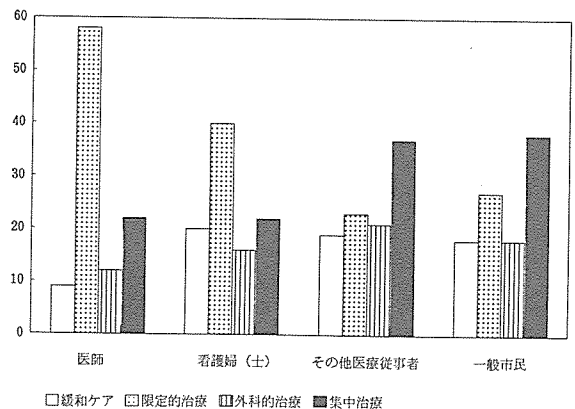
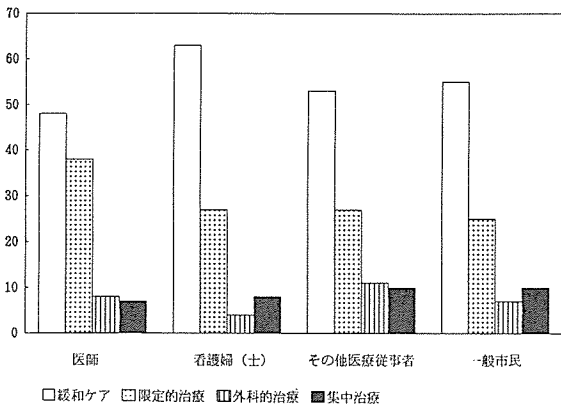


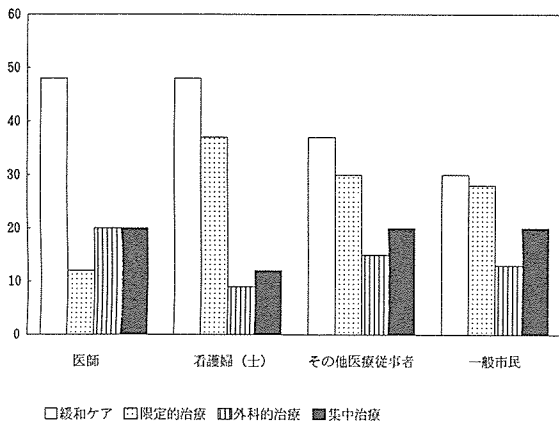
表 III もし、あなたがこの事例にある患者を救急処置室で「治療する医師」だとしたら、どのような治療を選択しますか?



表Ⅳ もし、この事例にある患者が「あなた自身」なら、どのような治療を望みますか？



表Ⅲ もし、この事例にある患者が「あなたのご家族(親・兄弟・配偶者)」なら、どのような治療をして欲しいと、望みますか？



表Ⅴ もし、この事例にある患者が「あなた自身」なら、どのような治療を望みますか？

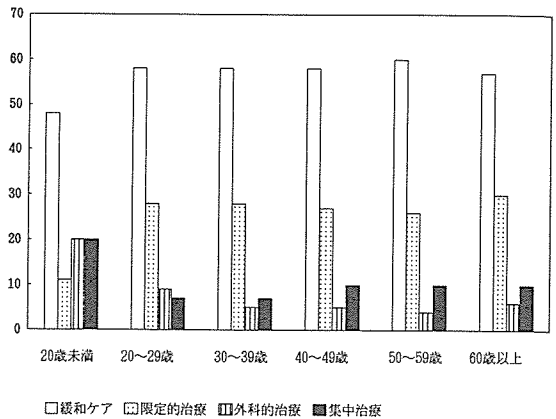
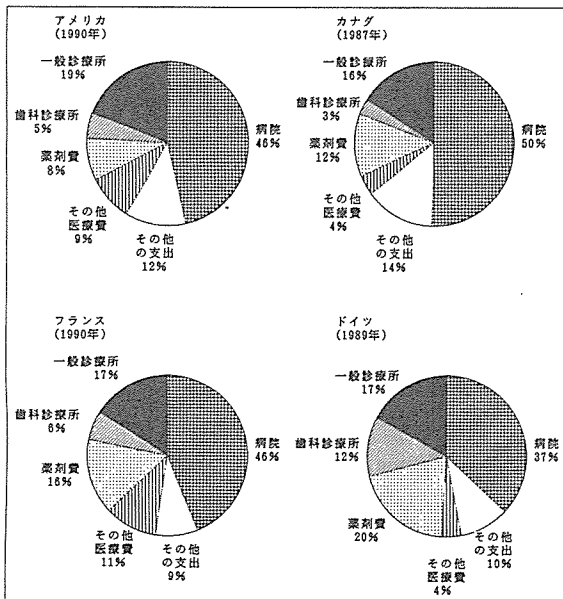


図2 主要国の医療費の分配



OECD調べ
医療機関の中にはナースホームを含む

尊厳死の宣言書 (リビングウィル Living Will)	
登録番号	
年月日	
<p>私は私の病気が不治であり、且つ死が迫っている場合に備えて、私の家族、縁者ならびに私の医療に携わっている方々に次の要望を宣言いたします。</p> <p>なおこの宣言書は、私の精神が健全な状態にある時に書いたものであります。従って、私の精神が健全な状態にある時に私自身が破棄するか、又は撤回する旨の文書を作成しない限り有効であります。</p> <p>①私の病気が、現在の医学では不治の状態であり、既に死期が迫っていると診断された場合には徒に死期を引き延ばすための延命措置は一切おこなわれません。</p> <p>②但し、この場合、私の苦痛を和らげる処置は最大限に実施して下さい。そのため、たとえば、麻薬などの副作用で死ぬ時期が早まったとしても、一向にかまいません。</p> <p>③私が数ヶ月以上に涉って、いわゆる植物状態に陥った時は、一切の生命維持措置をとりやめて下さい。</p> <p>以上、私の宣言による要望を忠実に果して下さった方々に深く感謝申し上げますとともに、その方々が私の要望に従って下さった行為一切の責任は私自身にあることを附記いたします。</p> <p style="text-align: right;">自署 氏名 _____ 印 _____</p> <p style="text-align: right;">明治 _____ 年 月 日生 大正 _____ 昭和 _____</p> <p style="text-align: center;">「尊厳死の宣言書」の登録について</p> <p>この書類は一通つくって協会に送る。協会は登録番号を附して、其の一通を保管し、コピーの二通を返送する。一通は本人が所持し、一通は最近親者(配偶者、親、子、後見人)が所持する。尊厳死と宣言書は、必要が生じたときに医師に提示して下さい。</p> <p>万一主治医が理解されない場合は、あなたの会員登録番号と主治医の住所氏名をお知らせ下さい。当協会から主治医にご理解をお願いします。</p> <p style="text-align: right;">日本尊厳死協会 〒113 東京都文京区本郷2-29-10 渡辺ビル202 TEL 03-3818-6563</p>	

シンポジウム(2) 医療と経済—医療の本質の追求とそのかい離—

地域の保健・医療・福祉の現状と課題

日本の公衆衛生や福祉の営利化などの問題について

西 三郎 (愛知みずほ大学人間学部)

Actual conditions and problems of health care, medical care and welfare services in the community Some problems commercialisation in the field of public health and welfare

Saburo NISHI(Aichi Mizuho University)

1. はじめに

衛生行政や社会福祉行政に営利化が着々と進められている中で、社会医学研究の立場から、その実態と課題を報告しよう。

2. 衛生行政における事業の営利化

1) 衛生行政における事業の営利化の実態

衛生行政における事業の範囲は拡大されるとともに、必要とする知識技術も高度な専門性が求められている。このため実際には行政における事業を直接自治体が行わず、委託又は補助による分野が多くなっている。例えば、健康診断事業の実施には、常勤又は非常勤公務員のみで実施できる自治体は少なくなり、多くは医療機関等に委託せざるを得ないのが現状といえよう。従来から直接実施していた乳幼児健診、予防接種等においても医療機関委託がみられている。予防接種法の改正により個別接種が主流になり委託が多くなるといえよう。平成9年より母子保健法の改正により三歳児健康診査の実施が保健所より市町村に移行になると外部機関への委託が増加すると思われる。老人保健法に基づく健康診査、その他の成人病健康診査、特に各種のがん検診は外部委託が殆どといえよう。

衛生行政において、行政外部の事業体に委託又は補助によって事業を実施していることに関し、自治体から国への報告もなく、各行政機関においても公表していない。このため、衛生行政における事業を委託した事業体が非営利か営利かは個別に調査しないと明らかではない。

衛生行政における医療に係わる事業に関し、委託され

る事業体は、医師会、個々の医療機関、法的に医療機関としての届けを行っている健診専門機関、および衛生検査所に限定されることになる。その他の保健事業といわれる分野では、現在は、保健婦等による保健指導を業とする事業体が一部にみられてはいるが、行政から委託されている例は少ないと思われ、母子保健事業の新生児訪問等の地区助産婦会への委託があるのみではなからうか。これらの機関の多くは、衛生検査所を除き殆どが医療機関等の非営利事業体であり、現状で営利企業への委託の有無が明らかではない。環境衛生に関しては、各種の検査の実施を、その検査を専門に業としている非営利または営利事業体に委託している例が多い。

2) 衛生行政における事業の委託における課題

衛生行政における事業を、科学的に安定し、適正な方法で実施するには、一定規模以上の自治体でないに必要な施設を整備し、優秀な人材を確保することは困難といえよう。このため従来より、予防接種および母子保健に係わる健康診査等は、非常勤公務員として、地区医師会員を雇用している例が多くみられていた。結核検診、成人病検診等においては、地区医師会以外の関係機関に委託している自治体が少なくない。これらの事業も、科学の進歩に対応した技術を確保するためには、委託によらざるを得ないのが現状といえよう。このような状況での事業委託にあたり、多くの市町村は、委託先の事業体の実施状況に関し、その信頼性、安定性、妥当性等を正しく判断できる能力が不足し、保健所の指導によらざるを得ない。そこで、その主な課題を以下に述べよう。

① 殆どの市町村は、委託先の事業体の能力を評価する力量を有していない。特に、地区医師会と対等に委託契

約を結べる状況でないことが多い。

② 多くの保健所は、このことに関し市町村に対し指導を行っているが、その実態は、科学的であるとは言い難い例がしばしばみられる。

その理由には、地区医師会に対する発言力の不足、健診機関等の多くが県の第三セクター又はそれに準ずる機関のため保健所としては殆ど発言できない。その他の機関においても保健所としての発言力が相対的に低い例が多いといえよう。

以上、科学的に適正な方法と言い難い状況で委託契約が結ばれている限り、適正な委託事業が行われ難い。県は、第三セクターを維持するため、市町村衛生行政の事業を委託するよう指導している例さえみられる。それは、市町村財政を通じて県の事業を支援しているといえよう。また医療機関によっては、健診を通じて患者を集めているのではないと思われる例すらみられている。これらのことは、委託機関が非営利の団体であろうとも、公費を適正に使用しているとは言い切れないのではないだろうか。

新たな分野における営利企業の参入に関しては、社会福祉行政の所で論じよう。

3) 衛生行政における事業の委託に対する対策

以上の対策として、自治体を合併して直接事業を行えるようにする方式が浮上しよう。ここで重要なことは、地方自治体の本旨と地方自治体の合併とが同時に論議できる保障がなければ国の出先機関としての効率的な運用を図るための自治体合併論となる危険があるといえよう。実際に『平成7年版厚生白書』の中の囲みの記事として引用されている「デンマークの高齢者福祉と地方行政改革」の欄では、1970年に実施された自治体改革で、自治体の規模を福祉・教育など地方のニーズに対応できるため最小自治体を人口5,000人程度にし、1,000人以上あった自治体数を277にして、さまざまな権限を移譲したことを述べている。なお、そこには地方自治体に最も重要な、自主的に確保できる財源問題には全く触れていない。現在地方分権推進にあたり、地方自治体の財源問題が余り議論されていない状況から見て、国が意図する自治体の再編成論のねらいが推察できよう。

現状で事業委託が避けられないとするならば、委託することを評価する技術と方法を市町村に提示することが急務といえよう。

3. 社会福祉行政における事業の営利化と衛生行政における新たな事業委託の課題

1) 社会福祉行政における事業の営利化の実態

従来の社会福祉行政における事業の多くは、社会福祉法人が実施し、直接行政が実施している事業は少なかった。しかし、老人福祉法の改正等に伴い市町村は、いわゆる在宅福祉サービスを実施することとなり、これらの事業を委託する市町村が増加した。その委託先の機関は、社会福祉法人のみでなく、営利企業が加わっている。その他、社会福祉に係わる分野での高齢者を対象とした事業に営利企業が参入している。

この様な中で、厚生省は、①国、地方と通ずる行政指導、②民間事業者による自主的な取組みを基本としている。行政指導として、有料老人ホーム、在宅介護サービス(ホームヘルプ、入浴サービス)、介護用品・介護機器賃貸サービスのガイドラインを定め、民間事業者による自主的な取組みとして社団法人シルバーサービス振興会を設け、シルバーマーク制度を実施している。シルバーマークの取得事業者(平成6年7月31日現在)は、有料老人ホーム20事業者、在宅介護サービス27事業者、在宅入浴サービス43事業者、福祉機器・介護用品レンタルサービス123事業所である。この方式は法律によらず自主的な名の下に、厚生省による間接的な業者規制である。個々では、事業者として高齢者に適正な価格で、高い技術をもって公正に事業を行う団体を選ぶ趣旨ではあっても、法的な裏付けもなく、市民からの意見を組み入れる体制を欠いたマーク認定制度になっている。このため、厚生省の意に添う事業者が選ばれる可能性があるといえよう。

2) 社会福祉行政における事業委託の課題と衛生行政の事業委託の将来

社会福祉行政における事業委託の課題は、衛生行政と同じ課題に加えて、既に、事業委託の対象に営利企業が参入しているところである。これらの委託事業を実施する企業に対する規制が法律によらず、民間業者の自主的な装いの下で、市民不在のまま厚生省の管理下におかれている。このことは、衛生行政においても同様のことが生じよう。既に医療において財団法人医療関連サービス振興会が設立され、医療関連サービスマーク制度が導入されている。

一般に、保健医療福祉の連携がいわれ、衛生行政の中での高齢者対策として個人的に直接サービスを提供する行政は、同様の社会福祉行政と密接な連携が必要であるとして、行政機関の統合が進められている。このため、

衛生行政の分野にシルバー振興会と同様な制度に基づく民間事業者の参入の可能性が高いといえよう。実際に、医療機関は、非営利ではあるが、その周辺にある医療関連サービス、医療事情システムに係わる事業等は、民間の営利企業によっている。特に、国を挙げての情報化時代に向けての諸施策の一環として、自治体に保健情報システムの導入が大幅に進められている。衛生行政においても情報システムの構築の必要があることは明らかである。然るに、情報システムを導入した例の多くは、先に導入が決定され、後から衛生行政として可能性を探るということで、衛生行政からの必然ではない例が多い。この方式は、情報システムに限らず他の分野での営利企業の参入に用いられるものと推測される。このため、民主的に市民の同意を得て衛生行政に係わるものが主体的に新しい事業に着手することが重要である。

4. おわりに

衛生行政及び社会福祉行政の事業の発展には直接行政が実施する以外、事業委託によらざるを得ないのは避けられないといえよう。その様な中で、わが国の行政の仕組みから行政の委託事業に自由市場の下で営利企業の参入を全く否定することは困難といえよう。この様な状況でそれぞれの現場の担当者が、住民自治の主体としての市民参加の下で、法律条例に基づいて厳しく規制することも一方法である。それに加えて、専門行政の役割として市民に働きかけ、これらの企業に向けて市民による積極的な監視の目と適正な指導力が期待される。

シンポジウム(3)

Healthy Workの展望

わが国の産業保健活動のあり方を考える

— Swedenの労働衛生から学ぶもの —

小野 雄一郎 (名古屋大学医学部衛生学)

Views on Recent Occupational Health Activities in Japan

— What we should learn from Sweden —

Yuichiro ONO (Department of Hygiene, Nagoya University School of Medicine)

1 はじめに

著者は1994年末まで1年数か月間、スウェーデンのソルナ市にある国立労働衛生研究所に留学したが、その際スウェーデンの労働衛生に関する資料を入手した。今回、その紹介とともに、わが国の産業保健活動のあり方を考えたい。

2 わが国における近年の産業保健活動

① 労働関連疾患、「ストレス」関連疾患

近年、労働者の中高齢化に伴い産業保健活動上、成人病対策が問題となっているが、成人病の多くは、頸肩腕障害や腰痛、精神的障害とともに労働(作業)関連疾患、「ストレス」関連疾患としての観点から把握されるようになった^{1, 2)}。一方、職場の労働衛生の実情は、労働時間が公的資料で減少傾向にあるとは言え、いわゆる「過労死」関連の危険因子と考えられている深夜勤交替勤務や職場の高い精神的ストレス、長時間労働等が、依然として多くの職場において継続している状況にある。

② 健康保持増進措置 (THP)

このような状況に対する労働行政上の対応策は労働時間短縮の指導や健康保持増進措置(THP)の取り組みであり、大企業を中心に一定に浸透しつつある。しかし、例えば愛知県内で先端的取り組みを行っている企業においてもTHPへの参加は3~4割に留まり、意欲の高い個人に対象が限定されやすい点や、体力チェックや栄養指導など個人的管理が中心となるため、労働条件や作業・職場環境をはじめとする職場改善に目が向きにくくなりやすい点が問題と考えられる。また、THPの内容は、単なる体力増進のみでなく、血圧や循環器系に軽度異常

の認められた者の運動療法、肥満者の体重軽減対策、糖尿の既往者や疾病境界群の栄養指導、喫煙や飲酒習慣の改善指導、職場不適応者への対応等である場合も多く、健康保持増進とは言いながらも現状では治療対策的な側面が大きい。このような治療的取り組みの多くは個人の健康状態の改善上有意義であると思われる。しかし、その運用に当って、作業時間制限や職場ストレス要因の軽減ををどこまで個人対策に結合できるか、参加者の自発性をどう尊重するか、参加/不参加による差別・不利益をどう防止するか、プライバシー保護をどうするか等十分に留意すべき点が少なくない。

③ 近年の行政的文書

一方、近年、事業者が講ずべき快適な職場環境形成のための措置³⁾、職場における腰痛予防対策の推進⁴⁾、頸肩腕症候群予防対策⁵⁾等の報告書や法的文書が行政的機関より出された。これらは、作成過程で産業衛生学会関係者が積極的に関与した経過もあり、今後の労働関連疾患に関する職場改善の取り組みを進める上で、十分に活用すべき積極的内容を有していると判断される。しかし、作業時間や作業速度・密度等をはじめとして、記述が一般的な表現となっている部分が多いため、職場での適用に当り、活用する側の情報収集努力や研究による具体的な作業に対する規制基準の明確化が求められる。この点に関して、海外ではフィンランドの労働衛生研究所人間工学部門による人間工学的職場分析方法⁶⁾や、米国国立労働安全衛生研究所の重量物持上げ規制値計算式⁷⁾、米国労働安全衛生管理局の人間工学的予防基準⁸⁾等により、数量的に職場評価を行い、リスクの大きさと対策の必要性の有無を判断する方法が提唱されていることを指摘したい。これらの方法の妥当性については、当然議論の余地が大いに残されている。しかし、これらはバイオメカ

ニクスや疫学的資料等を一定に踏まえたものでもあり、現場でまず使用し対策に生かすことが有効性を検討する上で必要であろう。しかし、我が国では、このような実用的な案を職場に積極的に導入する姿勢は、一部の例外を除き、現場のみならず行政や研究者にも乏しい。

④ 産業保健スタッフ育成策

次に、職場の産業保健スタッフとそれに関わる周辺状況について見たい。近年、労働省は中小企業での対策をめざして、都道府県産業保健推進センターと地域産業保健センターを設けつつある。もし、設置目標通り中小企業での対策に取り組むためには、今後十分な労働衛生的知識を有する指導的専任のスタッフの育成、大学や地域等との密接な連係システムの形成、中小企業との豊富な接触機会の設定、職場改善に向けた公的資金的援助などが必要であろう。しかし、現状ではこれを保障すべき条件にはきわめて不足していると感じられる。また、萌芽期における困難もすでに聞こえてくる。もし、現状のままでも今後も推移するならば、形のみ造り内実を問わない行政姿勢との批判が生まれてくるであろう。

また、近年、産業医について、日本産業衛生学会専門医、日本医師会認定産業医、労働安全衛生コンサルタント等の形態で、資格制度が強化されつつある。筆者は、産業衛生的教育を受けていない非常勤の産業医が未だに少なくない状況を改善するためには何等かの研修制度が必要と考える。もし、これらの資格取得を通じて産業医の力量が真に向上するのならば、制度としての意義も認められていくであろう。また、資格取得者が増大につれて、当然そのエネルギーを職場の衛生活動の質的な飛躍に結合させる学会の取り組みが求められるであろう。例えば、職場労働衛生チームの現場解決能力の向上の為の特別研修、現場実態の学会でのオープンな論議の保障、産業医の倫理憲章の確立、企業における疫学的データベースの蓄積など重要な課題が存在すると考えられる。

さらに、産業看護婦については、日本産業衛生学会でも、1983年以後産業看護講座が開催され、1991年には産業看護部会設立となり、位置付けの向上が見られる。保健婦は衛生管理者になる資格を有するが、産業看護婦については労働安全衛生規則上、安全衛生管理体制における規定が明確ではなく、今後のニーズを考慮すると位置付けの法的な明確化が必要と思われる。

3 Swedenにおける労働衛生

① 労働衛生に関わる基盤的諸条件

以下に、スウェーデンにおける労働衛生の状況のうち筆者の知り得た概要を紹介したい⁹⁻¹³。労働衛生の在り方は、当然、労使関係における労働組合の相対的強さや、個人の権利に関する社会的コンセンサスの到達段階、社会保障全般の発達程度等の歴史的諸条件によって、影響を受ける。

スウェーデンの場合は、組織率80~90%と言われる強大な労働組合が存在し、労使共同決定法に基づいて労働者の代表が経営のほか、企業・組織に関わるすべての問題について議論できる。労働条件をみると、まず年間1,500時間前後(ただし表向きの所定労働時間は1,800時間)と短い労働時間が大きな特徴として上げられる。すなわち、最低年間5週間で完全消化が当然の有給休暇、容易に取れる病気休暇(そのため生理休暇の制度は不要)、450日間の一定の所得補償つきの出産・育児休暇、教育休暇制度等、労働者が労働にしばりつけられる時間はきわめて短い。

また、労働環境についても、著者が知り得た範囲では、オフィスや保育所を始めとする職場は清潔で採光も良く、休憩室も十分に確保されており、個人の作業空間を快適に保つ意識がきわめて高いと感じられた。

一方、帰宅後の住居環境や公園、宿泊施設等の余暇環境も充実しており、別荘も著しく高価ではないため保有している人も多い。このように余暇を十分に楽しみ、くつろげる社会的条件が存在している。現在スウェーデンは経済的危機状況にあるが、まだ老後の社会保障は充実しており、老後に向けた蓄えのため労働者が必死に働くという姿は見られない。

このような労働条件や、社会的基盤にスウェーデンの労働衛生の課題が乗っていることを、踏まえておく必要があると考える。ちなみに、労災統計担当の部門で、日本の「過労死」の話をしたところ、働きすぎによる脳心事故として現場より報告された事例はこれまで全く見られないとのことであった。(ただし、仕事上のストレスによる循環器障害の考え方は存在している。)

② 法律と監督組織

スウェーデンでは、19世紀後期に最初の労働安全衛生に関する法律ができたが、現在は1978年施行のWork Environment Actが基本的な法律となっており、細目は労働省労働安全衛生部が通達やガイドラインとして作成している。労働省労働安全衛生部(330人、1993年)が法

規作成とともに、国際標準作成への参加、労働監督署の指導等の職務をおびて行政にあたっている。

労働監督署(19地区、630人、1993年時点)では、400人の監督官が年間3万7千回/24万職場の監督(1人92.5回)を行っており、危険性の高いと考えられる職場を重点的に監督しているが、40%が改善命令を受け、500職場に操業禁止命令が出される。なお、参考までに、日本では平成4年度において労働基準監督官は定数3,360人で、年間176,407件/365万事業所(常用雇用者の存在する所すなわち、監督対象事業場数とは完全にイコールではない)の監督を実施(1人52.5回)し、何等かの違反率66%、使用停止等処分11,311件となっている。

③ 安全代表

50人以上の労働者のいる職場には労使の代表が参加して安全委員会が設けられ、職場の労働衛生に関する計画作りと管理・監督が行われる。すなわち、安全衛生に関する事業主責任とともに安全衛生に関する労働者の参加が法的に保証されている。

また、少なくとも5名の労働者のいる所では安全代表を選出(約9万人、1993年時点)し、大きな職場では数名の安全代表と安全代表の責任者を選ぶ仕組みとなっている。

安全代表は、勤務時間内に活動する資格が与えられ、建物の増改築、労働の過程・方法の変更、Internal Monitoring等の計画作りに参加するが、また、労働者の生命や健康に対し緊急で重大な危険があり事業主に抗議しても緊急的な対策が行われない場合に作業停止命令を下す権利を有している。(1979年には171件の停止命令が出されたが、その後減少)

安全代表の教育は、産業合同安全審議会(労使による協力機関)が実施し、今日までに35万人の安全代表が「より良い労働環境」の教育コースを勤務時間内に受講した。このためのテキストは小木らの和訳がある¹¹⁾。

④ 職業保健サービス

労働衛生の専門家集団であるスウェーデン職業保健サービスは、約800のセンターにおよそ8千人が従事(1993年)しており、組織形態は、会社内職業保健サービス、複数の会社に関与する地域センター、産業固有のセンター(建設、自動車、運送、農業、公的部門等)の3形態をとる。構成は、産業医、産業看護婦、安全衛生技術担当者、理学療法士、Social Psychologist等から成り立っている。彼等は、主に予防や改善対策に取り組むが、職業保健サービスでは対処しきれない問題は市営の産業

医学クリニック(全国13箇所)が対処する。

職業保健サービススタッフの専門的教育は、充実しており、まず、職種にかかわらず3日間のIntroduction Trainingを受ける。ここでは、職業保健サービスの目的、方法、機構、機能、財源、主な義務、仕事内容、労働衛生法規、チームワークのあり方等が国立労働衛生研究所の教育訓練部門を中心とするスタッフにより指導される。その後、各専門毎のトレーニングコースを受講する。

産業医は、週16時間以上、職業保健サービスに雇用されていれば受講資格があり、9週間の専門的トレーニングを受ける。内容は職業保健サービスの概要45時間、産業医学・化学物質等50時間、産業神経医学・物理要因30時間、労働生理・人間工学45時間、心理社会的問題35時間、選択科目として調査計画・分析・要約方法40時間、リハビリテーション35時間他が含まれる。筆記または口頭の試験が毎週あり、最後の週は参加者が自らの職業をチェック検討したproject workの内容について5~10頁の原稿を作成し、口頭発表する。このコースを合格するためには、出席が必須であり、毎週の試験と最後のproject work発表に合格することが求められる。もし週毎の試験に落ちた時は、次週に再挑戦の機会が与えられる。講師は国立労働衛生研究所(現労働生活研究所)の職員が主体であるが、労働省労働安全衛生部や関連大学の研究者も講師として参加する。このコースに対しては労使の機関、医学会、産業医学会、労働衛生研究所、参加者の代表からなる評価会議が年2回持たれ、あり方がチェックされる。

産業看護婦は、看護婦として医療に2年間従事していれば、10週間の専門的トレーニングを受ける受講資格が生まれる。但し約10週分に相当する宿題がこれと別に課せられる。内容は労働安全衛生、方法、社会心理、人間工学、産業医学、トピック等からなり、医師と同様に到達度に関する何回もの試験と、発表、宿題に関して合格することが求められる。その他に、産業理学療法士は6週間の講習と14週間の自習を求められ、Social Psychologistには5週間のコースが、安全衛生技術担当者には570~700時間のコースが設けられている。

なお、職業保健サービスのスタッフとは別に労働組合の安全代表に対しても国立労働衛生研究所において、5週間と2日のコースが設けられ、労働衛生法規、職業保健サービスの役割、職業の新技术、人間工学的評価とデザイン、物理・化学的環境因子、職場の心理社会的問題、職場調査法等が教育される。さらに参加者には資料や文献、検討課題が与えられ、このために110時間程度を費やす事が期待される。

このように職業保健サービススタッフの教育には並々ならぬ力が注がれてきた。しかし、近年、経済危機の中で、1993年1月より職業保健サービスに対する国からの補助金が廃止されたり、私的部門の経営者団体SAFが労使全般的合意文書を一方的破棄し(1991)、職業保健サービスセンターとの協力関係も連動して破棄されたため、新たな職業保健サービスの形態に関する労使交渉が行われている。

⑤ 労働環境基金

職場の労働環境の改善に必要な財源確保を目的として労働環境基金が1970年代に作られた。基金は企業経営者から支払われ、分配の3分の1は閣議決定、他は基金委員会、本部で決定される。1993/94年度は5億クローネ(約65億円)の分配予定であり、研究、知識普及、労働者の教育に充てられる。安全代表や職場責任者、経営者等のトレーニングのための資金としても使われる。

⑥ 国立労働衛生研究所

労働衛生に関する研究、教育の中心的機関として国立労働衛生研究所が作られている。ストックホルムに隣接するソルナ市とスウェーデン北部のウメオ市にあり、計380人の職員を有している。1987年に労働省労働安全衛生部から独立し、労働衛生研究所となった。年間予算は1.9億クローネ(1992/93年度)日本円で約25億円であり、2/3は政府から直接支給される。生理学、化学、医学、心理学、工学、中毒学等の各分野に28人の教授がいて、300の研究プロジェクトが組まれている。近年の重点課題は、運動器障害、呼吸器病、発癌・遺伝子損傷、皮膚障害、事故、道具としてのコンピュータ、電磁場影響等であり、1990年以降の大きな研究プログラムとして、Work after 45, Good working environment for young people, Work environment in the health care sector等が取り組まれている。一方、研究所はスウェーデンの職業保健サービス職員の教育・訓練に責任を持ち、年間700人を教育し、退学と協力して卒後の研究教育も行っている。教育のパンフレットやVideo等が多数作成されている。

なお、近年の行政改革の中で、1995年7月より労働生活調査研究所等との統合により労働生活研究所へと再編成された。

⑦ 近年の特徴

近年、運動器障害の増大に伴って、これまで職業保健サービスまかせの傾向のあった労働衛生的取り組みを反

省し、使用者責任を一層重視するInternal controlの取り組みが提唱されるようになった^{12, 13}。Internal controlとは、事業主が責任を持って系統的に労働衛生上の計画をたて、職場の取り組みを指揮監督することを意味している。事業主に求められる内容として、事業主としての労働衛生上の目的・方針の明確化、系統的な職場での危険性の発見と評価・改善のための計画的系統的行動、責任・義務の適切な分配、管理職、職長、職業保健サービス、労働者等の必要な知識・能力の向上、安全衛生の組織や内容に関する文書作り等である。

また、労働環境法も改訂(1991)され、労働環境改善に関する取り組みを、事業主がどのように計画し指導しているかを、監督署がモニターするInternal Monitoringの考え方が導入されるようになった。

事業主の責任の増大は、さらに労働衛生に関わる事業主の責任範囲が労働のシステムや心理社会的問題にまで拡大された。すなわち、労働者が仕事において他人との多様な社会的接触や協力が得られるようにすることや、個人的かつ職業的に発達できるような労働条件作りが事業主の努力事項として求められるようになった。関連して強調すべき点は、作業、環境等と並ぶ職場改善の基本項目であるWork Organization(作業編成)改善に関する方針の中に、作業での労働者の孤立化を避けて共同作業に変更することや、単調反復作業を回避して多様な作業を行うように作業過程を改善する「人間的労働」志向が色濃く反映されていることである¹¹。

一方、労働者は労働のデザインや職場の仕事の変更過程に参加し、障害や事故のリスクを伴う心身の負荷を防止する労働のデザイン作りに関与できる。例えば、厳重な監督下にある業務は、限定的にのみ許可されるか、回避することができる。

労働環境改善とリハビリテーションのために、1989年国会は1995年6月末までの時限的設置として、労働生活基金の設置を決定した。そして、1989~90年に120億クローネ(1995年7月の換算で1,440億円くらい)を事業主から集め、労働環境改善、労働者のリハビリ等の取り組みに援助金を支給した。改善モデル職場に対しては全額、または一部が支給され、その場合事業主は取り組みのうち少なくとも50%を支給した。その結果、1992年末までに8,875の職場改善プログラムが取り組まれ、その約半数は労働のシステム改善、次は身体環境改善やリハビリテーションの課題であった。

⑧ 要約

以上の、スウェーデンの労働衛生の特徴を要約すると、

- a. 労働衛生的取り組みや問題への対応、資金、教育、研究等に対する多様な公的支援体制が充実していること。
- b. 労働者側の権利保障が明確で、労使合意に基づく取り組み方を行っていること。
- c. 近年、労働衛生的取り組みを事業主が責任を持って系統的に行うべきことが一層明確にされたこと。そしてその範囲が労働のシステムや心理社会的問題にまで拡大され、より「人間の労働」や人間の発達への志向性が強まってきたこと。
- d. 職業保健サービスのスタッフが多様であり、その教育も充実していること。
- e. 労働者の教育も労使による協力機関と公的機関により積極的に取り組まれていること。
- f. 我が国の一般健康診断に相当するものは企業において行われておらず、労働者の健康を個人的に管理するよりも、安全衛生に関する職場全体の民主的な管理運営、予防対策を重視するものが基本的方向であること。
- g. 何よりも短い労働時間、長い有給休暇、取りやすい病休、各種の社会的保障によって、一般に労働者が極限近くまで無理して働く必要がないこと。裏返すと、労働者が休まず高いレベルで常に働けるように、個人個人の健康チェックを頻繁に行い、健康を厳重に管理するような発想は見出されないこと。
- h. しかし、近年、経済危機の影響により、職業保健サービスの国家補助金廃止、サービスセンター数の減少、労働組合の相対的力の低下など、労働衛生分野においても状況が厳しくなりつつあること。等が指摘される。

4 今後のわが国の産業保健活動に関して

① 今後の方向について

以上のようなスウェーデンの労働衛生や労働者の状況を見ると、まず、「過労死」が問題とならないような社会作りが前提として必要ではないかと思われる。また、そのためには、少なくとも長時間残業を可能にしている労働基準法を改めることや、体調不良時の病気の時に安心して休めるような職場の労働条件や運用上の規定が必要であろう。

次に、労働安全衛生に関し、多様な職業保健サービススタッフや職場の安全衛生担当者が、十分な教育を受けて活躍できる条件を作ることや、職場改善に対する公的資金援助、監督行政スタッフ増、現場的課題・対策を研究・教育する機関への援助・育成策等が重要であると考えられる。スウェーデンと比較しても、日本にはその程度の財源は十分にあるものと予測される。

近年、労働安全衛生分野において労働(作業)関連疾患、「ストレス」関連疾患が重視されているが、その対策の充実のためには、職場のストレス要因点検によるリスクアセスメントや健康診断の結果を、個人対策に終わらせず、かならず作業改善、環境改善、労働条件改善等に積極的に結合させていく取り組み方求められる。また、職場の改善に当って、近年の快適な職場環境形成のための措置、職場における腰痛予防対策の推進、腰痛予防対策に係わる労働衛生教育の推進等の法的指針を活用することも必要であろう。

② 労使の直接参加方式

一方、近年ILOをはじめとする国際的な方向として、使用者の責任を明確にし、その上で、職場毎の自主的な対応による労働安全衛生活動を行うことが求められてきている。ここでは、職業保健サービスの専門家はあくまで援助者の立場である。また、労使の直接参加によるリスク対策の立案、実施、結果の評価の取り組みが重視されている。我が国においても、このような取り組み方を試みる職場も現れてきており、今後さらに広がって行く可能性もある。

しかし、我が国の現状では、特に取り組み上の力点が置かれなない場合は、労使ともに労働衛生的知識を身につける機会が必ずしも多いわけではないため、もし今後、労使の直接参加による取り組みを有効にするためには、何等かの教育的な機会を充実させることが前提として必要と思われる。また、教育の内容も職場の安全衛生システムのあり方を始め、Videoを利用しての労働者との作業動作・姿勢のディスカッションや、職場点検研修など、労働者の側の労働衛生に関する実践的な力量の向上を可能とするものが求められる。

なお、西欧と日本を比べた場合、労使の力関係が大きく相違しているため、もし西欧式の労使直接参加方式を採用した場合、生産性に直接結びつく労働時間・密度等の職場ストレス要因対策や労災問題などに一体どこまで踏込めるかが基本的な課題として残る。

③ 一般健康診断をめぐる議論

また、近年の西欧の労働衛生の取り組み方を見ると、企業における一般健康診断は不要であるとの考え方が当然生じ得る。しかし、我が国では、長時間労働や労働の密度の高さが依然として問題となっており、ぎりぎりまで働かされている労働者が未だに広く存在し、しかも疾病時の公的社会保障も充実していないため、いわゆる過労死や長期の療養に結びつくような労働関連疾患、スト

レス関連疾患等から個々の労働者を守ることは、西欧の諸国と比べるとはるかに重要な課題となっていると考えられる。このような状況に対し、企業の責任において一般健康診断をきちんと行い、これらの疾患の予防に役立てることは、現段階のわが国では、まだ十分に意義を持つのではないだろうか。ただし、これはあくまで健康診断の事後措置や職場対策が伴われることを前提としての見解である。

一般健康診断が批判されてきたのは、健康診断の結果が個人管理にのみ反映され、職場の改善へと結合せず、健康診断への取り組みがむしろ職場改善の取り組みを軽視するための免罪符のように扱われてきたこと、個人の健康上の秘密が労務管理者等に対して適切に保護されて来なかったためなどであり、この様な運用上の問題を理由として、一般健康診断を否定することはできないのではないかと考えられる。

④ 中小企業対策

なお、中小企業に対する取り組みに関しては、今後30人規模の事業場へも産業医が配置される趨勢となっており、都道府県産業保健推進センターと地域産業保健センターを基点とした取り組みも重視していく必要がある。しかし、複数の小規模事業場をカバーするスウェーデンの職業保健サービスセンターのように、職場の取り組みを有効に支援する役割を、これらの機関や産業医が担うようになるためには、今後、国からの積極的な位置付けや、周囲からの手厚い支援などを必要とするであろう。

5 終わりに

以上、わが国における近年の産業保健活動の動向に関する見解と、Swedenにおける労働衛生に関する概説を述べ、最後に今後のわが国の産業保健活動の在り方についての私見を記した。Swedenの労働関連健康障害や災害の全国登録システム(I S A)や補償制度の現況、具体的な保育所の施設環境改善などについても資料を得たが、スペースの関係上、本論文では述べていない。また、Work Organizationの詳しい資料は未入手のための言及が甚だ不十分であり、夜勤交代制についてもコメントしていない。既述のごとく、Swedenでは基本的な労働時間や病休制度の運用がわが国とは大幅に異なっており、労働衛生に関わる教育や人材もきわめて充実している。また、Work Organization改善による「人間の労働」への志向や、労働者の学習・発達保障の観点には、ベースにまず第一に人間を大事にする考え方が存在していると感じさ

せられる。いつの日か、わが国もこのような状況を実現できるようになった時に初めて、本当に労働者の生活や健康を大事にしていると国際的にも胸を張って公言可能となるのであろう。

文 献

1. WHO expert committee. Identification and control of work-related diseases. WHO technical report series 714. Geneva: WHO 1985.
2. 労働省労働基準局労働衛生課. 労働者の健康保持増進対策. 全国労働衛生団体連合会編. これからの健康管理. 東京: 全国労働衛生団体連合会. 1989: 9-28.
3. 労働省労働基準局. 「事業主が講ずべき快適な職場環境の形成のための措置に関する指針」について. 基発第392号. 1992.
4. 労働省労働基準局. 職場における腰痛予防対策の推進について. 基発第547号. 1994.
5. 労働省 職場における「頸肩腕症候群予防対策」に関する検討結果報告書の取りまとめについて. 1995.
6. Ergonomic Section, Finnish Institute of Occupational Health. Ergonomic Workplace Analysis. Helsinki: Finnish Institute of Occupational Health. 1989.
7. Waters T.R., Putz-Anderson V., Garg A. Applications manual for the revised NIOSH lifting equation. Cincinnati: U.S. Department of Health and Human Services. 1994.
8. 米国労働安全衛生管理局 (O S H A). 人間工学的予防基準案 (中迫 勝、宮尾 克訳). 大阪: インターグループ. 1995.
9. National Institute of Occupational Health. Specialist training of personnel for occupational safety and health services in Sweden. 1991.
10. The Swedish Institute. Occupational Safety and Health, Fact sheets on Sweden. Stockholm: The Swedish Institute. 1993.
11. 国際労働機関 (I L O) ・スウェーデン合同産業安全審議会. 安全、衛生、作業条件トレーニングマニュアル (小木和孝、天明佳臣監訳). 川崎: 労働科学研究出版社 1990.

12. National Board of Occupational Safety and Health. Newsletter 2 1991.
13. National Board of Occupational Safety and Health. Internal control of the working environment. Stature book of the Swedish National Board of Occupational Safety and Health, Ordinance (AFS 1992 : 6). 1993.

シンポジウム(3)

Healthy Workの展望

労働組合の健康職場づくり — 名古屋水道労働組合30年の実践 —

吉川正春 (名古屋水道労働組合)

Labor Union Activity for Healthy Workplace — Thirty years practice of Nagoya Waterworks Labor Union —

Masaharu YOSHIKAWA (Nagoya Waterworks Labor Union)

名古屋水道労働組合の自己紹介

名古屋水道労働組合(安原勝彦委員長・名古屋市水道局、下水道局およびその関連職場で働く労働者3,200人で構成)は、名古屋市民の生活の源である水を供給する水道事業と、生命財産を浸水から守り快適な生活を営み下水道事業に従事しています。

職種は多様で、安全な水を検査したり、下水処理の放流水のチェックや工場排水の監視をする危険物を扱う水質の仲間がいます。

浄水場や処理場の仲間は24時間、1年365日を交代勤務で働いています。深夜働くことによる心身の負担の蓄積は大きいものがあります。

水道管・下水管の付設や維持管理にはブレーカーや掘削作業など重労働です。ケガや腰痛の多発職場でもあります。

水道メーターの検針には犬の噛つきがつきものです。未納徴収(料金は一部を除いて口座振り込みや窓口払いで、未納分の督促や集金の仕事です)の支払いをめぐって殴られる暴力ざたもおきています。停水につながるので気苦労の多い仕事です。きらわれ施設といわれる下水処理場の用地買収もまた気苦労の多い仕事です。

決算期や予算期は連日深夜に及ぶ長時間超過密労働も無縁なものではありません。

他にも多くの労働者がそれぞれの持ち場で奮闘しています。(職員数3,212人、うち現業職員1,425人)

私たちの願いも空しく現職死亡があいつぎ、職場で病み傷つく仲間を見るたびに働くもののいのちと健康をまもる取り組みはまだ遠い道のりと実感せざるをえません。日頃の安全衛生活動がはたしてこれでいいのか? 改善が必要でないのか。常に自問自答の毎日です。いま一度、30年の歴史をふりかえって私たちの活動の教訓から新たな前進の道を探りたいと思います。

安全衛生活動の30年の変遷

名古屋水道労働組合の安全衛生活動30年のあゆみを資料1にまとめました。また職員の健康管理状況の調査結果を資料2に紹介します。

30年前は結核対策

30年前の健康診断はレントゲンのみで、健康管理の中心は結核対策でした。

事実、管理者(健康に異常のある人)総数の60%は結核でした。長期休業や業務の軽減者も多く、職員総数の5.4%にものぼりました。

30年の歳月は結核を駆逐(276人が3人に減少)し、休業や業務の軽減が必要な人は大幅に減少(54人から16人)しています。しかし管理者総数は460人から506人と大きな変化は見られません。(1000人比では暫減)

現在は食生活や社会環境の変化によって、あらたに成人病やストレスにかかわる疾病が増えてきています。

けがと交通事故は自分もち

30年前は機械化もまだ不十分な時代で、もっぱら人的な力で仕事が進められていました。自動車も利用されはじめた頃ですから、点検・整備体制もなく、事故をおこせば相手への補償も自分でやらざるを得ない状態でした。(現在は整備体制も補償体制も確立しています)

多い年には労働災害は134件、毎週2件ないし3件発生した勘定です。交通事故は103件、毎週2件の割合で発生しました。安全衛生活動にとどまらず、事業運営上も大きな課題でした。現在は労働災害23件、交通事故19件と当時の6分の1になっています。

現在の労働安全衛生活動

名古屋市の水道局・下水道局における日常の安全衛生活動は以下のように取り組まれています。

労働衛生委員会

労働安全衛生法に定めがない職場(最少職場は14人)にも、本庁各課と出先職場のすべてに安全衛生委員会を設置し、毎月1回の委員会と職場巡視を欠かさず開催しています。安全衛生管理者は課・公所長の職務です。(衛生管理者の資格取得が義務づけられています)

議題がないといわれる本庁職場では、整理整頓、ゴミブリ対策、禁煙、風邪や飲み過ぎなどの話題が中心ですが、「休暇を取得してリフレッシュ」なども話題になります。ある委員会で、「火災時の緊急避難」が議題になり、西庁舎(12階建)の9階から非常階段(クラブ式)で避難訓練をしました。ところが3階の非常階段の蓋が施工時のモルタルで開かなくなっていました。さっそく庁舎管理部局に改善を申し入れたこともあります。(庁舎新設後15年間もそのままでした)

創意工夫は日常の安全衛生活動を活性化させます。

現場を持つ事業所は、委員会や職場巡視の他に毎月「1」の日に「安全の集い」をおこなっています。また、毎朝作業車が出勤するさい、始業点検(エンジンをかけ方向指示器やストップ・ブレーキランプの点検など)や庁舎出口で安全指導をおこなっています。

労働災害が発生した場合は、必ず緊急の安全衛生委員会(事故検討会)を所定の委員参加のもとに開きます。関係職場に「事故速報」をながし、類似災害の防止に努めています。

衛生週間などの時期に保健所、消防署、警察などに講師を依頼し、安全衛生講習会なども開催しています。

信頼あつい保健婦の活動

常勤の保健婦が、職員の定期健康診断に立会い健康指導をおこなったり、養護者(病気治療が必要な人)への健康指導や職場巡回での健康相談、ヘルステレホンなどに取り組んでいます。また健康診断100%受診のため職員への指導や健診統計など個別、総合的な健康対策をスタッフと協力して取り組んでいます。

職員の健康意識向上に欠かせない産業医

開業医に産業医を委嘱しています。産業医は毎月1回半日、職場を巡視します。職場環境や現場作業について専門家としてのアドバイス、指導がおこなわれます。健

康講話も取入れ、「腰痛と予防」「成人病対策」「酒とタバコ」「健康と運動」などバラエティーに富んだ話は、職員の健康知識の向上に大いに役立っています。

安全衛生教育

安全作業、健康職場に研修は欠かせません。全職員や関係職員を対象に安全衛生研修をおこなっています。講師には産業医や災害防止協会からの派遣、保健婦、消防、警察、栄養士などは幅広く依頼しています。

(資格にかかわるもの)

危険物、クレーン、溶接、酸欠など

(仕事上のもの)

職場の有害物資、職場の危険場所・危険作業、器具・工具の取り扱い、安全施工、現場監督、車両運転など

(一般教育)

救急措置、健康増進、女性の健康、成人病、腰痛、心の健康、エイズ・感染症、余暇の活用、食生活、花粉症など

を該当者や全員を対象に行っています。

請負労働者の安全管理

水道・下水道工事には多くの請負業者携わっています。監督している事業所では請負業者も参加した「合同安全衛生委員会」(発注者と請負会社が参加)を開き、下請け労働者の安全と健康、災害のない安全施工について協議しています。

不幸にして労働災害が発生した場合は、災害の大きさにより局の緊急安全衛生委員会を開催し、現地調査をはじめ、再発防止対策がまとまるまでの作業中止や被災者の療養や補償の徹底、類似災害防止の周知などを行っています。

これまでに当局は「重大災害発生業者の指名停止」や「契約時に被災者補償の上乗せを義務づけ」するなど、発注者側の労働災害根絶への決意を明らかにしています。

心の健康対策

心の健康問題も大きな課題になっています。その対策のひとつとして「相談者の秘密を完全に保障する」ことを前提に健康保険組合の「健保何でも相談室」が開設されました。その運営の基本は

①職制を含む他者のいっさいの関与を除く。

→健康保険組合の事業とした。

→相談員は人生経験豊富な市外部の人に委嘱。

→直接相談者が連絡する。

②相談場所を市庁舎の外に設置する。

→名古屋駅前のターミナルホテルの会議室を借り、相談室とした。

③心の健康のみでなく幅広い相談窓口。

→「何でも相談」とし、職場や家庭での悩みごと・心・法律などにし、相談しやすくした。

④専門領域は専門家をお願いする。

→相談員との面談で、法律や精神で希望される方には弁護士や精神科医を紹介。

開設日が47日位なので毎回3時間の相談時間の間に6件くらいの相談があることとなります。発足は1987年ですが順調に運営がされています。相談内容は項目分類のみで、健康保健組合の担当者にも秘密は守られています。(資料5)

名古屋市水道局・下水道局の1年間の安全衛生活動を「安全衛生管理年報(1993年度版)」から(資料3)に紹介します。また、職員の健康管理システムを(資料4)にまとめました。

安全衛生活動を前進させた労働組合の役割

職場に労働組合を

1968年8月大治浄水場で開かれた名古屋水道労働組合第19回定期大会は「職場にたたかう労働組合を！」をスローガンに掲げました。当時の職制の専制的な職場支配に対し、不十分な職場環境・労働条件の改善、仕事のやり方や人事異動などさまざまな課題を職場の労働組合を通して民主的に進めることを明らかにしました。そして所属長と分会長が対等の立場で組合員の労働条件と仕事のことを話し合う気風をつくりあげてきました。

私たちの先輩たちはこの運動の中で、1966年に労働基準法(労働安全規則)の改正により定められた「安全委員会」についても原則的な対応をとりました。

具体的には、すべての職場(分会)を基礎として安全委員会を設置すること、安全管理者(衛生委員会設置により安全・衛生管理者)はその職責が果たせる立場の管理職である所属長(職場環境の改善のための予算や仕事のすすめかた、人事異動に権限を持っている)としました。所属長は「衛生管理者」の資格を取るため、労働安全衛生法の学習をしっかりとすることになります。現在、水道局に150人、下水道局100人の衛生管理者がいます。

月1回の委員会を開催しない所属長は統括する委員会(部・中央)で、その責任を厳しく追及してきました。

日常的な仕事の場に安全衛生活動を持ち込み仕事の改善や器具・工具の購入、職場環境の改善が大いに進みました。「仕事でケガをしたら労災」という当り前のこと

が、当然のこととしてその職場で事務処理されるようになりました。

尊い犠牲から教訓を

名古屋水道労働組合の安全衛生の歴史には重大災害の発生を抜きには語れません。尊い犠牲のもとで間違いなくその教訓を活かし、改善に努めてきました。

夜勤中の死亡

1972年11月4日、露橋処理場で夜勤中の松川時夫さん(59歳)が心不全でなくなりました。1973年基金支部は公務外と認定、1975年裁判所に提訴、1978年「公務外取消し」の裁決を得ました。「針の穴を通すよりも難しい」といわれる内部疾患の公務上認定を7年間に及ぶ取り組みの結果、実現をしました。

この中で明らかになった交替勤務の長時間労働の改善(24・0・24勤務から16・0・8・8勤務へ)や1人勤務の解消、重労働からの解放(施設の機械化)、など積年の課題が大きく前進しました。またこれを契機に健康管理体制(保健婦の採用、産業医の配置)の確立や健康診断の受診率が飛躍的に改善しました。

作業中の死亡事故

1974年5月処理場のベルトコンベアに片腕を巻き込まれ、1975年1月には曝気槽に転落し、死亡する重大災害が連続して発生しました。労働組合は被災者を局葬とすること。徹底した原因究明と対策をとること。を要求し、当局の責任を厳しく追及しました。この事故を教訓に今では当り前になっていますが、すべてのベルトコンベアに緊急停止用ワイヤーをとりつけたり、転落防止柵の取り付けや作業通路の明確化・作業場所の確保などをしました。(本格工事が完了するまで緊急にトラロープで応急対応)

危険箇所の改善と仕事のルール化、職場の安全点検が大きく進みました。

酸欠事故

1980年8月水道管のマンホールに調査のため立ち入り、酸欠で2人が死亡。1人が重傷という惨事がおきました。

「酸欠」について労働省は1967年に「酸素欠乏症の予防について」という通達を出し、1972年には千葉県の醤油工場貯蔵タンク内で6人、京都市のマンホールで4人が被災し、さらに喚起を促していました。

水道局では「酸欠測定器の配備」や研修が行われては

いましたが、経験したことのない大惨事に遭遇しました。あらためて「酸欠」について研修(再教育)の充実と産業医の増員配置するところとなりました。ここでも仕事の手順について大きな課題となりました。

請負業者の死亡災害

高度経済成長とそれに続く公害問題が注目された時期、水道・下水道は急ピッチで建設されました。建設は請負工事によって進められますが、この時期多くの下請け労働者が工事の犠牲になりました。(1972年から1976年の5年間では15人が死亡)

労働組合は「尊い生命の犠牲により水道・下水道建設がすすめられるのを看過することはできない」との立場で請負工事からの労働災害撲滅の取組みをすすめました。

「何で業者のことまで労働組合が口をだすのだ」と冷やかな目もありましたが、命の尊さを厳しく指摘した粘り強い取組みは着実な成果をあげました。

(具体的な改善事項)

- ・局の監督体制を強化するため大幅な人員増を実現
- ・請負業者と局の合同安全衛生委員会の開催
- ・契約時、請負業者の責任による上乘せ保険の義務づけ
- ・葬儀は元請けの責任で行い、局から代表が参列する
- ・重大災害発生業者への指名停止

重大災害発生には抗議表明と再発防止の現地調査は欠かすことができません。

将来を見すえた要求づくり

1970年頃は健診機関も十分整備されておらず、胸部レントゲンや検尿程度にとどまっていた。安全衛生委員会の論議も「必要は認めるが検査するところが無い」としてなかなか改善がすすみませんでした。

労働組合は膠着状態を破るため、中央安全衛生委員会に労使同数による「健康問題小委員会」を設置し、他の類似事業所(政令市の水道局)や健康管理で先進的な民間会社(東海銀行、東邦ガス、本田技研)の調査を行ないました。中央安全衛生委員会への報告は労使双方の推薦委員の意見一致ができず、並列意見の報告となりました。この時だされた組合推薦委員の意見はその後ほとんどの項目が実現しました。健康診断の内容と受診率は飛躍的に向上しました。

時代を先取りした研修活動と健康増進施設

1960年代は1年に公務災害が134件、交通事故が103件

と毎日のように災害が発生していました。事故を防ぐのに「注意しましょう」の精神論でなく、具体的な対策が必要でした。

交通事故を防ぐのに「運転実技」の再教育が欠かせません。職場での仲間が事故や怪我で倒れた場合、一刻を争う「救急措置」が問われます。毎日の仕事をするうえで安全教育、衛生教育が大切な役割を果たします。安全衛生委員会の議論を経て研修の実施を要求しました。

(資格にかかわるもの)

危険物、クレーン、溶接など

(仕事に必要なもの)

安全施工、現場監督、車輛運転など

(一般教育的なもの)

救急措置、健康増進、女性の健康などです。

また、安全作業に実技研修が大きな役割を果たします。労働組合は直営による現場作業の維持や技術の伝承を図るため、実作業にかかる研修を要求しました。その結果水道局は1984年に職員の技術(技能)を中心とした「技能研修センター」を発足させました。下水道局も1986年に「実習所」、引き続き「職員研修所」を発足させました。

『21世紀を間近にひかえて「より快適な都市、誰もが安心して暮らせる町づくり」のために、下水道は欠かせない施設です。この下水道が有効に機能するためには、公務員として、下水道を支える企業職員として社会的使命を自覚し、知識・技術・技能と勤労意欲をもった職員「下水道マン」とチームワークがよく、司会や下水道へのニーズの変化に積極的に対応する、活力あふれる「職場風土」が不可欠です。職員研修所は、研修を通して「下水道マン」と「職場風土」づくりに貢献していきます』(下水道局パンフより)

また、1979年労働安全衛生法の改正により「中高年労働者の健康づくり」がスタートしました。この時期に「健康管理増進のため総合センターをつくること」を当局に要求し、交渉を進めてきました。

その後健康増進施設の建設を合意し、施設内や運営方式について協議を重ねてきました。1992年10月に研修室に加え、トレーニング機器を配置した体育室、お茶・お花も可能な和室、更衣室・ロッカー・風呂などの健康増進施設をオープンしました。

現在のところ全職員を対象に5年に1回定期健康診断時に「体力測定」をおこない、その結果にもとづいた健康づくり講習と実技指導をこの施設を利用して半日行っています。時間外には職員が自由に利用できるようになっています。

意識を変えた安全衛生学習会

私たちの安全衛生活動の着実な前進に欠かせないものが「安全衛生学習会」です。1972年から毎年欠かさず、100人規模の組合推薦安全衛生委員が一堂に会して1泊2日の学習会を行なっています。

歴史をたどってみると「安全衛生法の解釈」から始まり、人口呼吸とマッサージなどの実技、「内部疾患と労働」「健康増進」「働くものの精神衛生」など、時代の変化に対応した内容になっています。学習会は間違いなく職場の中間の意識を変えていきました。

○職場で怪我した場合、自分のミスで恥ずかしい。事務担当者に迷惑をかける。公務災害手続きは煩わしい、健保でやる。

→小さな事故も公務災害。再発防止の事故検討会。災害速報の発行。

○仕事中に脳卒中で亡くなった。気の毒に。でもあそこの親父さんもそうだった。遺伝だよ。健康診断もうけなかったし。

→循環器系の疾病は過労やストレスが原因。公務災害だ。

○どうもあいつは変わっている、精神病じゃないか。入院させよ。

→心の健康は適切な治療で治る。そううつ病で励ましてはいけない。職場で社会復帰を。

活動を前進させた安全衛生専任の部署、担当者

水道局・下水道局は労働組合の要求もあって、1966年「安全委員会設置」、1967年「安全衛生係発足」、1975年「産業医を委嘱」、1977年「保健婦を採用」、1981年「専任の主幹を配置」するなど、安全衛生専任の部署、担当者を整備してきました。

多くの自治体職場で「人事」や「労務」の片手間に安全衛生が処理されている現状から見ると大きな違いがあります。

労働安全衛生活動は、常にその課題を専門的に追求し、働く人のいのちと健康を守ることができる職場をつくりあげなければなりません。そのために欠かせないのが専任の部署、担当者です。当局に設置を要求するのはもちろんですが、労働組合の側にそれ以上に熱意をもって安全衛生を追求できる担当者をおくことが欠かせません。

新たな安全衛生活動の展開を

職場の現在の労働者の状態を30年前と比べると大きな

変化が明らかになります。

労働災害の大幅減少 53.6件→7.1件

交通事故の大幅減少 44.0件→5.8件

管理者総数の減少 200人→155人

・療養を必要とする休職・養護者の大幅減少
53.0人→15.3人

(いづれも1000人比)

しかし、引き続き

・病気予備群(要観察者)数は横ばい

・毎年続く現職死亡(調査を始めた1963年以来現職死亡0は達成できていない)

・結核が大幅に減少した反面「心の健康」「循環器」「糖尿」「その他」が増加

・全ての年齢に広がる「心の健康」問題

・OA化による中高年の労働疎外感

などが指摘できます。

職員の高齢化や職場の機械化など、労働負担の質的変化が進む中で、労働安全衛生活動の一層の前進がのぞまれています。今後の安全衛生活動をすすめるために、あらたな方向性を明らかにして取り組む必要があります。

☆病気を癒すことのできるゆとりある体制

(職員の高齢化、増える長期休業化)

→職員定数上の余裕や代替え職員の確保など

☆職場復帰にふさわしいリハビリをふくむ勤務体系

(現状は休業から職場復帰すると一日勤務)

→半日勤務、半日リハビリなど病状に応じた多様な勤務体系をつくる

☆心身のリフレッシュ制度

→1週間くらいの長期勤務免除で、徹底した健康調査・食事指導・運動指導など総合的な心身のオーバーホール

☆腰痛対策に機械化の導入

☆健康管理、増進への積極的な啓蒙活動と健康異常者への業務軽減のルール化とその徹底

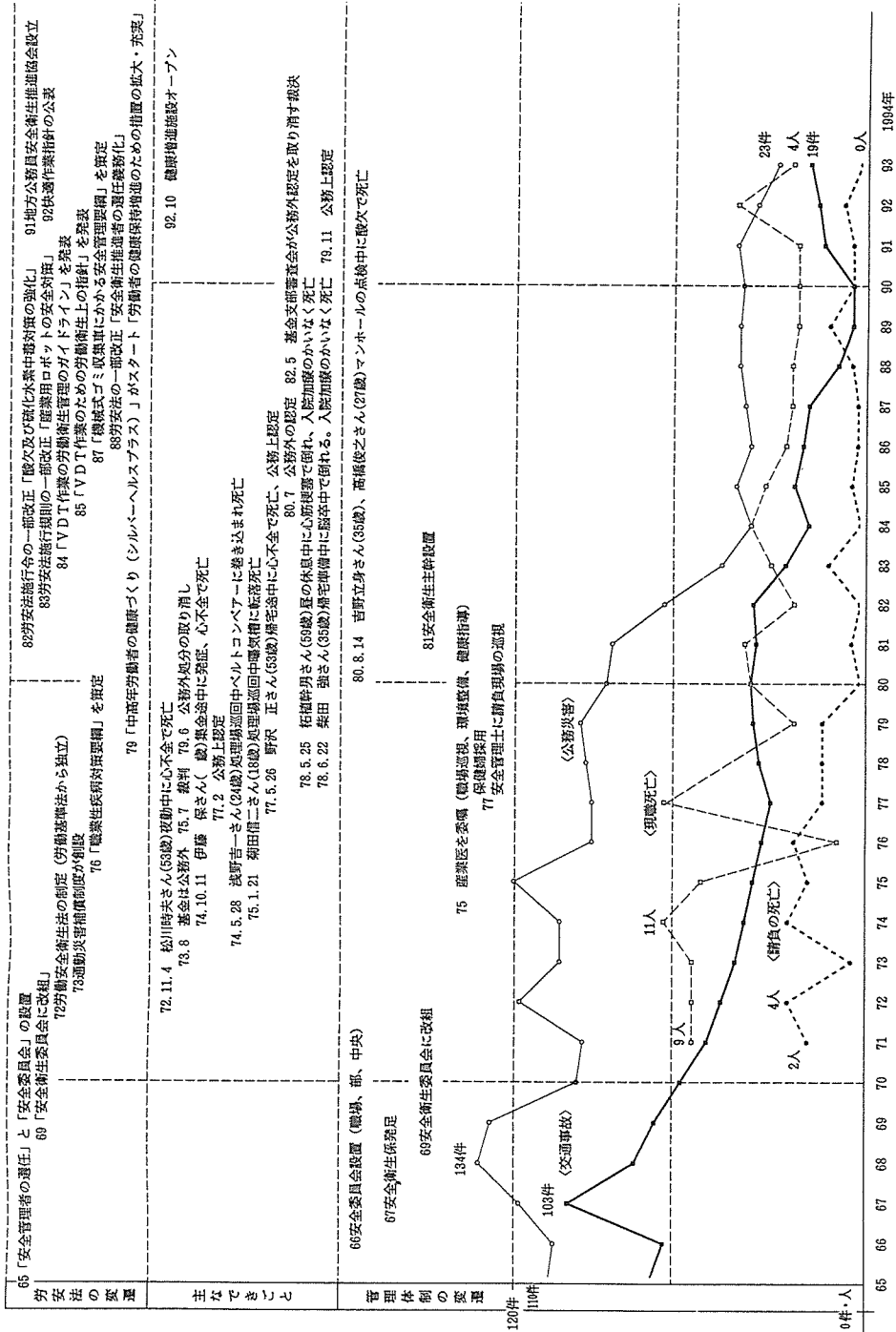
☆すべての職場に働きがいと得られる状況

(中高年や現場従事者)

私たちの先輩は「安全衛生の活動は貯金ができない」と言います。「健康な心身で就職したら、健康な状態で定年(退職)でおくりだす」というあたりまえのことを実現するために。「在職死亡0」を文字通り達成するために。現在の安全衛生活動を地道にとりくむとともに、10年後を見すえたあらたな労働安全衛生要求の組織化を組合員の総意でつくりあげていく決意です。

資料 1

名古屋水道労働組合労働安全衛生活動のあゆみ



資料2

職場労働者の健康状況 ()内は1000人比

	1963年度	1993年度	備 考
職 員 数	2,300人	3,258人	30年前は60歳以上も在職
管 理 者 総 数	460人 (200人)	506人 (155人)	
休職・養護者	124人 (54人)	50人 (15人)	休業者、業務の制限を受ける
要 観 察 者	336人 (146人)	456人 (140人)	通常業務で経過を観察する人
管理者の総数 の 内 訳			
結 核	276人 (120人)	3人 (1人)	
高 血 圧	166人 (72人)	313人 (96人)	循環器系含む
そ の 他	18人 (8人)	190人 (58人)	糖尿、精神など

資料 3 - 1

	水道局 (職員数1,904人)	下水道局 (1,337人)							
安全衛生委員会	中央12回、部48回、職場492回	中央12回、部48回、職場360回							
職場パトロール	中央36公所、他に職場多数	中央14ヶ所、他に職場多数							
産業医の職場巡視・講話	延べ81回 (1,936人)	延べ22公所 延べ299人							
保健婦の健康相談・指導	延べ868人	6回 12現場							
安全管理士の請負現場パトロール	2回 3現場								
安全研修									
局内	7講座 延べ352人	5講座 延べ166人							
局外	30講座 延べ103人	11講座 延べ257人 請負業者研修1回368人							
交通研修									
局内	3講座 延べ107人	2講座 延べ98人							
局外	3講座 延べ37人	2講座 延べ20人							
衛生研修									
局内	5講座 延べ549人	6講座 延べ374人							
局外	6講座 延べ34人	8講座 延べ26人							
(他に職場で企画する研修が多数有り一保健所、消防署、警察などに講師依頼)									
健康診断の実施									
定期健康診断受診者	530人	353人							
成人病検診受診者	1,101人	778人							
管理検診受診者数	266人	201人							
精密検査受診者									
胸部	13人	8人							
循環器	54人	65人							
糖尿病	74人	113人							
その他	74人	276人							
特別健康診断受診者数									
深夜業務	193人	518人							
VDT業務	99人	29人							
振動工具業務	235人	91人							
特殊健康診断受診者数									
有機溶剤業務	延べ48人	延べ72人							
塩素業務	延べ167人	延べ72人							
疾病管理者数		疾病管理者数							
休職者	養護者	要観察者	合計	休職者	養護者	要観察者	合計		
胸部	0	0	2	2	胸部	0	0	1	1
循環器	1	10	162	173	循環器	0	4	137	141
糖尿病	0	3	38	41	糖尿病	0	2	52	54
精神	1	4	2	7	精神	0	6	3	9
その他	1	11	31	43	その他	2	5	28	35
公務災害の発生		5件		公務災害の発生			12件		
交通事故による公務災害の発生		4件		交通事故による公務災害の発生			1件		
レクリエーション中の公務災害の発生		2件		レクリエーション中の公務災害の発生			0件		
交通事故		11件		交通事故			8件		

資料 3-2

職員数の8%が衛生管理者

名古屋市水道局(1900人)の各種資格取得状況

- 免許 衛生管理者155人 公害防止管理者11人 電気主任技術者28人
放射線取扱主任者15人 特定高圧ガス取扱主任者66人
危険物取扱者113人 ボイラー1級士5人 ボイラー2級士33人
クレーン運転士20人 第一種電気工事士33人
- 技能 第一種酸欠作業主任者202人 第二種酸欠作業主任者222人
- 講習 地山掘削作業主任者68人 土どめ支保工作業主任者56人
有機溶剤作業主任者10人 特定科学物等作業主任者32人
ガス溶接技能講習者修了33人 玉掛け技能講習修了220人
フォークリフト運転技能講習修了44人 ボイラー取扱い技術講習修了5人
床上操作式クレーン取扱者59人 小型移動式クレーン取扱者21人
普通第一種圧力容器取扱主任者3人
産業廃棄物処理施設技術管理者2人 特別管理産廃管理責任者4人
- 特別教育 アーク溶接23人 砥石の取替35人

資料 3-3

作業員全員に特別教育

名古屋市下水道局(1360人)の各種資格取得状況

- 免許 衛生管理者100人 公害防止管理者9人 電気主任技術者33人
放射線取扱主任者12人 特定高圧ガス取扱主任者27人
危険物取扱者510人 ボイラー1級士7人 ボイラー2級士29人
クレーン運転士11人 第一種電気工事士33人
- 技能 第一種酸欠作業主任者8人 第二種酸欠作業主任者358人
- 講習 地山掘削作業主任者77人 土どめ支保工作業主任者76人
ガス溶接技能講習者修了344人 玉掛け技能講習修了131人
フォークリフト運転技能講習修了18人 ボイラー取扱い技士講習修了42人
床上操作式クレーン取扱い者529人 小型移動式クレーン取扱い者93人
- 特別教育 アーク溶接596人 グラインダー取扱者686人
高圧・特別高圧電気取扱業務656人

職 業 性

健康診断の流れ

○採用時の健康診断：通年採用時期に実施

○定期健康診断

- 職員定期検診

(年1回、成人病を除く全職員)

→ 異常なし

→ 異常あり

→ 異常あり

→ 異常あり

(精密検査)

(管理医師)(業務の制限)

→ 要観察者

→ 要観察者

※受診結果は本人にすべて通知

→ 要観察者・要観察者 → 定期的な観察 → 経過良好 → 管理対象から除外

(管理医師)

(臨時、管理医師)

本人の治療

→ 経過悪化 → 長期休業 → 傷病審議会 → 休職

(第三者機関) (復職の場合も)

傷病審議会)

○特別健康診断、特殊健康診断 (各種法令に定めるもの)

(対象者、臨時)

(管理の流れは定期健康診断と同じ)

○退職時健康診断

(対象者)

○体力測定と健康づくり講習

(5年毎に全職員対象)

※使用者に義務づけられている健康診断の受診は勤務時間内の扱い (上記すべて)

※受診率は長期休業などを除き100%

— 当局責任で受診率100%

健康診断はすべて当局の費用で勤務中 (出張) でおこなわれています。どんな忙しい職場でも、業務に優先して受診指導がおこなわれるので、ほぼ100%受診です (休職中の人や自分で人間ドックなど受診し、定期健診に替える人をのぞく)

— 検診結果はすべて受診者に通知

健康診断の結果は秘密を守って、すべて本人に通知されています。検査結果に異常があった場合は精密健診の再受診となります。職員は自分の「健康管理手帳」をもち健康診断の結果を保存したり、血圧の記録をしたりして自己管理に使っています。「手帳」は産業医や保健婦の職場巡回の際に健康相談にも活用しています。

— 信頼厚い保健婦の活動

保健婦が、職員の定期健康診断に立会い健康指導をおこなったり、養護者への健康指導や職場巡回、職場での健康相談、ヘルステレホンなどに取り組んでいます。また健康診断を100%受診のため、職員への指導をおこなっています。

— 大切な業務の軽減

健康診断の結果、健康上問題のある人には事後措置 (仕事の軽減や仕事の変更) が本人の合意のうえでおこなわれています。一般的に定められている業務制限 (超過勤務や夜勤をおこなわない。泊をとまなう出張除外) や独自の基準 (メーター検針数を2/3に減ずるなど) を決めていきます。最近でも水道管を取替する深夜業務もある職場の屈強な40代の仲間が突然心筋梗塞を発症しました。しかし、治療が進み「養護者 (B)」として職場に復帰しました。しかし、従来の現場労働に従事させず、本人とも相談の上「倉庫番」として構内の業務に従事することにしました。

— 体力測定・健康増進も

職員全員に5年に1回毎、体力測定をおこなっています。測定結果に基づき専門家による年齢にあった健康づくりの研修をおこなっています。

資料5

健保なんでも相談実績表

相 談 内 容	1993年度
職 場 問 題	4 件
恋愛・結婚・離婚問題	23
保育・教育問題	9
経済・金融問題	0
住宅・環境問題	0
交 通 事 故	0
健康・精神衛生問題	85 (80)
法 律 問 題	147 (68)
そ の 他	20
合 計	288 (148)

() 内の数字は精神衛生医および弁護士に対する相談数

フォーラム

「薬害エイズを考える」

1. いじめや差別を乗り越えて闘ってゆきたい
原告番号14番 (原告団)
2. 薬害を許さず、加害責任を明らかにしたい
川田 悦子 (原告の家族)
3. 日本の血友病患者のH I V大量感染は避けられなかったのか
— 「ジュリスト」のシムフ論を批判する —
片平 洸彦 (東京医科歯科大学難治疾患研究所)
4. 東京H I V訴訟の到達点と今後の課題
鈴木 利廣 (東京H I V訴訟弁護団)

1. An appeal from a young victim by "Yakugai-AIDS" Anonymous young male (Plaintiff No.14 of Tokyo HIV lawsuit)
2. An appeal from a mather of young victim by "Yakugai-AIDS" Etuko KAWADA (A mother of young plaintiff in the Tokyo HIV lawsuit)
3. Was it unavoidable for haemophiliacs in Japan to be infected with HIV? — criticizing an article by Mr. Schimpf and others in the journal "Jurist" — Kiyohiko KATAHIRA (Tokyo Medical & Dental University)
4. The destination and problems of Tokyo HIV lawsuit case Toshihiro SUZUKI (Appointys group of HIV litigation for Hemophiliacs executory director)

〈司会者〉；今日は、これから行います「薬害エイズを考えるフォーラム」ですが、ご存じのように、東京H I V訴訟の第1次につきましては今年の3月に結審になり、判決が早ければ今年の秋迄に、遅くても、1996年の3月迄に出る予定です(結果は、1996年3月29日に「和解」となりました)。しかし、私たちは判決を座して待っているわけではなく、攻撃的な闘いと共に、ここでは科学者の立場からの闘い、それから一般市民の闘いがある、初めて勝利に結びつくと考えております。(国民的な運動と闘いの結果、1995年10月6日に、東京地裁〈大阪地裁も〉は、事実上の原告勝訴判決ともいえる和解勧告に当たっての所見が示され、1996年2月16日には菅直人厚生大臣の謝罪がありました。)そういう意味で、一般の参加もおいでいただいておりますがよろしくお願ひしたいと思います。

今日の4人の方の発言ですが、第1番目に発言をしていただくのは、原告番号14番の19才の高校生の方です。2番目は、東京H I V訴訟原告被害者の母親で、既にカミングアウトされている、川田龍平君のお母さんの川田悦子さんです。

3番目は、東京医科歯科大学の片平先生に「血友病の患者さんには濃縮製剤は命綱だ」との発言が繰り返し出されてますが、これに対する反論のご発言を頂きます。

最後は、東京H I V訴訟弁護団の事務局長の鈴木利廣弁護士に、「東京H I V訴訟の到達点と今後の課題」という事で締めくくって頂きます。

前半は、東京の大田病院の牟田さんに司会を代わります。

〈司会者〉；大田病院の薬局の牟田です。それでは、原告番号14番の方、どうぞよろしくお願ひ致します。

【いじめや差別を乗り越えて闘ってゆきたい】

— 原告番号14番 —

僕は東京H I V訴訟の原告番号14番として闘っている19才の高校生です。僕が今日お話をさせて頂くのは、自分の中で今までに何が起こってきたかという事です。

僕は今、19才で高校3年生ですが、僕がエイズという言葉を知ったのは、9年前の小学校4年生でした。当時、テレビや新聞の報道で、血友病患者からエイズ感染者が

大量に出ているという報道がされていたもので、僕も真剣にそれを見ていました。

当時、僕がかかっていた血友病の専門の病院で、もしかしたら、エイズ感染をしているのではないか、ということで親に聞いてもらったのですが、血友病の専門医からは、全く心配はありません、と両親にも本人にも感染していることは知らされませんでした。

その頃、母親がもしかしたら自分の子供がエイズに感染しているのではないかと、とても不安になっていたのを覚えています。僕は前々から学校では、何かあった時の為に血友病だということは、同級生や学校の先生にも話してありました。そのため、その頃の報道の影響で僕は皆にエイズだとされてしまいました。

そういう間違った報道があって、その頃から学校内で、「お前、エイズだろう。さっさと死んじやえ」とか「家には近寄らないでくれ」とかいわれました。口で言われる位だったら耐えられたのですが、歩いていけば暴行を受けたり、いろいろいじめを受けました。その頃は、まだ自分がエイズに感染していることを知らなかったので、我慢し続けて「俺はエイズなんかではないよ」と頑張っていました。

こういったいじめなどがあって、自分も、また親も不安になって、中学校1年の時に両親の勧めで、HIV感染症の専門の研究所である東京大学医科学研究所付属病院に入院をして、HIV患者の告知を受けました。その時は両親と僕が別々に告知を受けたのですが、僕に告知をしてくれた先生は、「発病しない限りは元気でいられるから、普通に生活できるし、発病しないように健康管理をして頑張らなさい」と話してくれたのです。しかし自分の中では何か恐いというような気がして、何もかもやる気が無くなってしまったのです。

中学校になっても、「血友病だ」ということを知っている友達がかなりいたので、いじめがひどくなり、その頃は感染しているということを知らされていたので、「生きていても仕方がない、死んで楽になろう」と思ったこともありました。

いじめがひどくなってきた頃ですが、HIVに感染しているということを親から直接話をしてもらいました。母親も、父親も、「発病しない限りは元気でいられるから、発病しないように気をつけて、とにかく頑張らなさい」と励ましてくれたんですが、話していくうちに泣いていたとか、話をしている時も僕の顔を見られないような状態になっていました。

そういう親の顔を見ているのもかなりつらくなり、何でもこんな苦しい思いをしなればいけないだろうと思

うようくなりました。それと同時に、家の雰囲気もかなり暗くなってきて、母親が、「血友病のこの子を生まなかつたら感染させないで済んだのに」、といて自分を責めたりとか、父親と母親が毎日のようにケンカする状況が続きました。自分自身では、血友病であるということで親を恨んだり、後悔をしたことはありませんでした。

僕は小学校の低学年の時にエイズに感染したことを知ったのですが、もし、両親が危険なエイズウイルスの入った薬を使っている病院だということを知っていたら、そんな危ない病院にも連れて行かなかつたらうし、薬も使わなかつたと思います。しばらくして、国と製薬会社を両親が裁判で訴えることになり、自分でも投げやりにならないで、国と闘ってみようという気持ちになって、勇気も湧きました。

僕たちは、「血友病患者が、感染したあとも大丈夫だ」と、今もいい続けている血友病専門医達とか、厚生省を絶対に許せないと思います。僕達の仲間たちが次々と死んでいるのに、自分達の欲のために患者を裏切って、患者の命を奪っても平気でいます。医者というのは患者の命を救うのが本当ですが、患者の命を奪うのが当たり前のように考えていると最近はその思っています。それから、医者も許せないんですが、それを黙ってほっといていた厚生省や、企業を絶対に許すことはできません。

既に、僕の友達の中で20人以上の仲間達が命を落としています。小さい時から同じ病院にいた仲間と旅行にいった時の写真を見ると、ほとんどというか、僕以外の友人はみんなエイズで死んで行きました。僕自身、まだ発病はしていないので、元気でいられるのですが、HIVの薬がもうすぐできる事を信じて、生活をしています。しかし、自分の周りで仲間が亡くなっていくのを見ると、もしかしたら、次は自分の番ではないかと思っ不安になることがあります。

不安になると、自分でどうしたらいいのか解らなくなって、泣いたりしたのです。今も、いろいろ気を紛らわせるような事をしてしていますが、そんな現実から逃げられるように、死んでしまいたいというような気持ちから、遠ざかることができない、ということがよくありました。

こんな時に、僕を元気づけてくれたのは、東京HIV訴訟を支える会のみんなでした。悩みがあったりした時に、来てくれて相談に乗ってくれたり、励ましてくれたりし、そういう中で、自分一人で悩んでいるのが馬鹿ばかりになってきましたので、元気づけられるようになりました。

何よりも、僕よりすごく体調の悪い人達が一生懸命闘っている姿をみると、うじうじしていた自分が恥

ずかしくなって、僕をここまで育ててくれた両親の為にも、ここで死んではいけないんだ、と思うようになりまして、自分で原告として、この裁判で闘って行こうと思うようになりました。

最近になって、一緒に仲間達と闘い、裁判に参加するようになって、本当に絶対に、1日でも早く裁判に勝って、国とか製薬会社に謝罪させて、きちんとした医療体制を勝ち取っていきたくと思っています。

1人でも、もうこれ以上の犠牲者を本当に出して欲しくないという気持ちと、それと同時にHIVに感染しているということで、いろいろないじめや、差別を受けている人がまだ大勢います。そういう人達が普通の生活が出来るように、1日でも早く解決の道を勝ち取りたいと思っています。(拍手)

【薬害を許さず、加害責任を明らかにしたい】

— 川田悦子 —

川田龍平の母親です。息子が血友病とわかったのは生後6か月の時でした。東京医科大学病院で血友病と診断されたのですが、採血したところから出血が止まらず貧血状態になり、その時、輸血と血液製剤で治療されました。その血液製剤は国産の血液製剤でした。1976年の7月の事で、それから79年の8月迄は国産の血液製剤を使っていました。その間、脳内出血を3度やったんですが、国産の血液製剤で治療をして、後遺症も残らずにやって来ました。

79年の8月から濃縮血液製剤になったのですが、これがアメリカからの血液製剤であるということは病院から聞かされませんでした。

82年、ちょうど龍平が小学校1年に入った年の7月、毎日新聞が初めてエイズの報道をしました。「アメリカで奇病が広がっている」という記事で、これには男性同性愛者だけでなく、麻薬常習者や血友病患者にも出ていと書かれていて、私は非常に不安になってその新聞を切り抜いたのです。ところがそれ以降日本ではエイズについての報道はほとんどありませんでした。

ところが、83年の4月にまた毎日新聞が「血友病患者が使っている血液製剤は危険」という報道をしました。

振り返ってみますと、この83年という年は、非常に重大な年だったわけです。83年の3月にアメリカで血液製剤が加熱化されました。しかし、日本では殆どその対策は立てられませんでした。7月に東京医科大学病院では患者を集めて説明会を開きました。そこでは大学教授を始め、助教授、講師の先生達が全員揃って、安全だから

心配しないで使うようにという説明でした。

患者の中には血液製剤が危ないのではないかと騒ぐ人もいたのですが、「そういう患者は過激な人達だから信じないように」といわれ、血友病の専門医は私達に、「この血液製剤は大丈夫です。安心して使いなさい」と説明を繰り返していたのです。

私は血友病の専門医がいうことだし、本当に危険ならばマスコミも騒ぐだろうし、厚生省が何らかの形で動くだろうと思って安心して使ってきました。私は82年7月の毎日新聞の報道以来、我が家でとっていた新聞の関係記事を切り抜いてきましたが、84年はほとんど報道のない年でした。

85年になり、エイズの報道があったわけですが、私は84年に病院を荻窪病院に代えています。荻窪病院の先生はその後85年になって、私達にどういう説明をされたかということ、「今までは安全だから使いなさい」といっていましたが、それからは、「発病はめったにしません。そんなに不安になる必要はありません。お母さんが動揺すると、子供には非常に悪いことなので安心して使うように」ということでした。それで、「加熱血液製剤については、加熱の認可を促進する為にマスコミが騒いでいるのであって、意図的に騒いでいるのです」と言われた訳です。私は発病は絶対ないということで、安心していました。

ところが、85年の暮れに東京の血友病友の会が、国立予防衛生研究所の北村敬先生をお呼びして勉強会を開いたのですが、その時は、血友病の専門医のいう説明と全く違っていましたので、私はとてもショックを受けました。

86年の1月に荻窪病院の主治医が、感染告知をすることだったので、すぐに聞きに行きました。沢山の血液製剤を使っていたので、感染は免れないだろうと覚悟していました。しかし、とてもショックでした。しばらくはずっと、1人きりになると泣いていました。86年は龍平の状態は非常に悪い状態でした。12月の冬休み、東大の医科研に連れて行き、検査を受けました。その日に、私は息子に感染していることを話しました。

当時息子は10才で、小学校5年生でした。10才の子供に話すのが良いことなのかどうなのか、随分悩んだのですが、やはり、この病気に真剣に向き合って、家族でこの病気を分かち合っていきたい、という思いで話をしたのです。しかし、息子は私の話を聞いた後、「僕、エイズになったら自殺するよ」と、そういいました。私は話したことをすぐに後悔したのですが、もう後には戻れないわけです。何としてもこの病気と一緒に闘って

行こう、そういう思いになりました。ところが、年が明けた87年1月、神戸で日本で初めての女性エイズ患者という報道が繰り返されました。大変な騒ぎで、エイズ患者、感染者に人権はなくて当然というような報道でした。

同じ血友病の子供を持つお母さんから電話が頻繁にかけられ、外に出るのも怖い、どうやって学校の保護者会に出ようかと、身も心も凍りつくような思いでした。

87年、私の息子は6月から医科研でインターフェロンの治療を勧められました。非常に高熱と倦怠感が出る副作用があるということです。その当時はまだ本当に効果があるのか、どうか解らない段階でした。私はすぐに、勧められた時に返事が出来なかったのです。病院の玄関を出たときに息子に聞きました。そうしたら息子が「僕その治療をやりたい」と、いいました。その時の事を私は忘れる事は出来ません。雨の降る日でしたが、私は涙がこみ上げてきて、傘で自分の顔を隠しました。「何としても生き抜きたい、僕はどんな強い副作用があっても、それをやりたい、生きぬきたいんだ」そういう息子の叫びが伝わってきました。

87年10月になって、带状疱疹が出ました。当時は荻窪病院と医科研の両方にかかっていたのですが、どちらの病院に入院させようかと随分悩みました。迷ったあげく荻窪病院に連れて行きました。そこで非常にひどい仕打ちを受けました。告知を受けてから私は次第にノイローゼ扱いされて来ていたのですが、入院したそのときに、汚くて、狭い個室に入れられたのです。そして、お医者さんから「ただの薬を使って感染したんだから文句をいうな」、と言われました。お医者さんの言う言葉なんだろうか。私は我が耳を疑いました。

その時、私は龍平の手に点滴の針をつけたままで荻窪病院を脱出しました。土砂降りの雨の日でした。「どうして医科研に入院したの」と、周りに知られるのではないかと不安になり、やっぱり、今までかかっていた血友病の病院に連れて行ったほうが知られないですむと思ひ、荻窪病院を選んだわけですが、なんと私は愚かな母親だったのだらうと思ひました。子供の命や尊厳を守る、そういう立場で病院を選ばなかった私は後悔しました。そして、龍平は、それから週2回のインターフェロンの治療を続けて来ました。

89年に血友病患者が国と製薬企業の責任を求めて裁判に立ち上がりました。しかし、私はすぐにその裁判には加わりませんでした。家族の中でなかなか意見が一致しなかったのです。92年まで迷いました。

息子が段々投げやりな態度になってきました。「どう

せ永く生きられない、勉強したって無駄だよ」、そういう言葉を吐くようになりました。必死になって生き抜こうとしていた息子が、そういう言葉を吐いた時に私はとてもショックでした。子供の命を守ること、それはどうということなのだろうか。やはり裁判できちっと国の責任を求めていく、このことではないだろうか。私はそう決意して裁判に踏み切りました。92年でした。

そして、昨年(94年)3月に龍平は高校を卒業した春に初めて原告団会議に出席し、そこでこう言いました。「僕はこの裁判を民事ではなく刑事で闘ってほしい。この被害は危険だと知っていたながら血液製剤を使わせたという殺人事件だ」と。息子が民事でなく刑事でやって欲しいというその思いは本当に私も痛いほどわかるのですが、息子の怒りがそれほど凄いのだということを、その時思い知らされました。

昨年の夏に国際エイズ会議がありました。アメリカやヨーロッパから血友病患者がやって来ましたが、その時に「もう黙っているのはやめよう、世界の血友病患者達、被害者達は連携して闘っていこう」と、呼びかけられました。

私と息子はとても心を揺り動かされました。なぜ被害者が小さくなって生きなければならないのだろうか。加害者の責任者である当時の厚生省生物製剤課の郡司篤晃課長が現在東大医学部の教授をしていて、保健学を教えています。そして帝京大学の安部英教授は帝京大学の副学長の椅子に収まっています。被害者が小さくなって加害者がのうのうとしている、こんな事とても許せない、こんなおかしい社会を変えていきたい、その時強くそう思いました。そして息子は、去年の夏の原告団・弁護団合宿でこう発言しました。「僕は公表出来ない人の気持ちや立場を尊重します。しかし、自分は名前を出して堂々と闘っていきたく」と。その時私は息子を、とても誇らしく思いました。そしてその後昨年の暮れに、息子は集会でこう訴えました。「国連に、この声を届けよう」という集会でした。「僕よりも小さな子供たちが次々と死んで行っている、どうか大人の皆さん、僕たち子供を見殺しにしないでください」。私は涙がこぼれて来ました。私は被害者の母親です。しかし、母親としてだけでなく、1人の人間としても、この被害を許すわけには行かない、何としても、この国と製薬企業の責任をはっきりさせたい、と強く思いました。

今年の3月息子は実名で闘いを始めました。沢山の激励の手紙が届きました。あちこちで支援の輪が広がってきています。学生達が自分達の問題として、受け止めて立ち上がって来ています。私の住む小平でも5月21日に

集会がありました。そこで息子は、「僕は感染して不幸なんだけれども、こうして実名を公表して闘うようになってたくさんの人と知り合い、たくさんの方に巡り会い、不幸だったけれども幸せだという非常に不思議な気持ちにある」と言いましたが私も同じ思いです。

今年の5月に環境庁前で水俣病の患者さん達が座り込んでいました。そこで私と息子は訴えをさせて頂きました。夜遅くまでかかって息子は原稿を書いていた。いつもは穏やかな口調で話す息子が、当日は環境庁の前で、「環境庁で働く皆さん、あなた達は何のために働くのですか、誰のために、何のために働くのでしょうか」と激しい口調で訴えました。

その後、私は「水俣病が公式発表されてから39年。環境庁の前に年老いた患者さん達が座り込みをしなければ解決に動こうとしない政府。年老いた患者さん達が死んでいくのを待っているのでしょうか。血友病患者は既に320人以上死んでいます。5日に1人の割合で発病して亡くなっています。血友病の被害者達が死んでいくのを待っているのでしょうか。なんと情けない国です。39年経っても解決できない国、国は被害者達が死んで行くのを待っているのでしょうか」と訴えました。その後、歌手の横井久美子さんが歌を歌いました。その時龍平が、ぼろぼろと涙を流したのです。袖で拭いましても涙が止まらないのです。そんな龍平を見るのは初めてでした。

3月の結審、3月27日だったのですが、その時息子は体調が悪くて、この医科研の病院に入院していましたが、外出許可を貰って厚生省の前でマイクを握りました。その時一緒にいた隣のベッドの子が今週亡くなりました。

子供達が本当に死んで行っています。ひっそりと、お見舞いに来る友達もなく死んでいっています。被害者が声を上げられない状況を国が作りました。差別や偏見を作り出したのは国でした。

今、学生達が、この薬害を許さないと立ち上がっています。7月24日、来週の月曜日に厚生省を、人間の鎖で囲む計画をしています。非常に重要な闘いです。是非、皆さん参加して下さい。隣の方にも声を掛けて、是非厚生省を追い詰める闘いに参加して下さい。その事が血友病の子供達や、被害者を守っていく闘いになります。ご支援をお願い致します。(拍手)

〈司会者〉；ありがとうございます。被害者本人のお話を聞くと、いつも大変ひどい事が起こっていることを実感します。医療従事者としては、心苦しいというか、非常に厳しいものを感じるのです。この会場の中にも医療従事者の方がいらっしゃると思います。やはり、医療従事者であれば、被害者の人達と一緒に、医療の歪みを

正していかなければいけないと思います。是非、活発な討論をお願いします。

〈スモンの会〉；私はスモンの会のメンバーで、薬害・医療被害情報センターのメンバーです。私達も同じ様に、サリドマイドやキノホルムによる薬害を受けてきました。私自身も本当に寝たきりから、ちゃんと歩けるようになって、立ち上がったのは昨年の10月です。

今尚、私は行政によって差別を受けています。

見た目は普通の人間ですが、私の体の中は、内臓は絶えず薬を必要とし、血管も夏になると開いたままでだるいです。自律神経が侵されていますから、目的意識を持って自分をアピールしていかないといつ倒れるか分かりません。自律神経の遮断が来れば、立ち上がる事が出来ません。30分でも人の手を借りなければ身動きすることさえできません。

阪神大震災で1月17日から救援活動に入りました。障害を受けた者は生きることにも強いですが、障害があっても私は今なお救援活動をやめません。なぜなら、私達は差別を受けてきたからです。見た目が普通の人だから誰も理解してくれないのですが、片方は視神経萎縮で視野は普通の人の1/6。それで、一時ステロイドを使われたために毛細血管が切れています。

それでもなお、不幸だけれども幸せです。何故なら、苦しむからこそ、障害があるからこそ、この世の小さく衰えた人々の気持ちが解るといふ、心の広い世界に押し出して頂いたのです。お金もない、人からの差別を受ける、私の仲間になって助けてくれる人なんか、はっきりいって、最初は1人もいませんでした。国によって侵された身体で、今、行政機関の空白を埋めるべく動いているのに、行政機関は私を敵にまわし、警察庁が私を追い回したのではないかというような、電波妨害等にもなっています。今も身の危険にさらされなければなりません。

今日は薬害・医療被害情報センターの事務局長と会長に、この会に出席して下さいとお願いしました。けれども、震災の地は救援活動で一杯で参加できません。私達と、そしてエイズの人達、そして、今年はバリアフリー95という年です。バリアードをお互いに外して理解し合い、支え合う、本当の意味の地域の福祉を国が進めるように願っています。みんなで手を携えて、私達を支えて下さい。(拍手)

〈司会者〉；ありがとうございます。薬害全般の話になりましたが、この薬害エイズというのは血友病の患者さんだけの問題ではない。薬害というのは、スモンにしても、サリドマイドにしても、今回のことにしても、結局起こった原因をはっきりさせず、その問題の構造を明

らかにせず、全く同じ事を繰り返しています。だから薬害全部を、問題にしないでならないと思います。これからは、今までの厚生省や、その他がやってきている問題を理論的にどう切り返して行くか、これに切り込みをしている片平先生の方から「日本の血友病患者のHIV大量感染は避けられなかったのか」という問題について、「ジュリスト」のシムフ論文批判という点からお願いいたします。

【日本の血友病患者のHIV大量感染は避けられなかったのか — 「ジュリスト」シムフ論文を批判する — 】

— 片平冽彦（東京医科歯科大学） —

今年の2月1日と15日に発行されました「ジュリスト」という法律雑誌に、シムフ他の論文が出ておりました。以下シムフ論文と申しますけれども、この内容を読みますと、シムフという人はハイデルベルグ大学の医学部の教授で世界血友病連盟の理事ですが、そういう肩書から思いもつかないような、血友病の病態と治療法に関する誤解を与える記載をしております。日本の実情も知らずに議論を展開しているのです。

この論文の認識に断ちますと、日本の血友病患者のHIV大量感染は避けられなかった、ということになります。大量感染というのは94年12月現在の報告で1,792人でこれは2次感染も含む血友病患者の被害者の数ですが、血友病のHIV抗体の陽性率は46パーセント、これは山田班によって報告されていますが、そういう大量感染は避けられなかったとなるわけです。しかし、こうした認識は誤りです。

その要点を述べますが、まず、エイズの危険性を誰も予期しなかった、ということが書かれていますが、それは違います。シムフ論文は「濃縮製剤の一部が新しい致命的な疾病の病原体を内蔵していたとは誰も予期しなかった」と書いています。しかし、これはこれまで次々と明らかにされてきた事実と反します。

1970年代の責任論について一言述べていきたいと思いますが、シムフ論文は新しい致命的な疾病の病原体という表現で、HIVの事をさしています。しかし、これが予後不良な感染症の病原体ということであれば、濃縮製剤の安全性の問題ではHIVの前に肝炎の問題があったわけで、その対策で加熱が有効だという事も1970年代には解っていたわけですから、濃縮製剤の製造承認の時点で、当時の薬事法に基づいて、肝炎対策として加熱処理を行う。これは病原体に汚染されている恐れのある医薬

品については輸入も販売もしてはいけないと、ちゃんと薬事法に書いてあるわけですから、その薬事法に基づいて、肝炎対策として加熱処理を国としては行わせるべきであったと考えています。このことは本研究会の機関誌、「社会医学研究」の第11号に掲載しました論文に述べてあります。

次に80年代責任論という事ですが、まず第1点として、製薬会社は非加熱濃縮製剤のHIV汚染の可能性を知らながら、患者には安全と宣伝しています。これは今までの数々の事から明らかになっていますが、お手元の資料に「カッター」と出ています。これは裁判の過程で明らかになった文書の1つです。1982年12月の段階でエド・カッターという取締役が、このままでいくと裁判は必至だ、というような事を書いていまして、この段階で裁判を予測しているわけです。

その後、一連の文書が手に入って、非加熱濃縮製剤のHIV汚染の危険性ということを知っている文書がありました。その極めつけが「エイズシナリオ」で、これはNHKテレビで放映されました。1983年8月に社内にエイズシナリオのプロジェクトチームを作って、最悪の場合には濃縮製剤を使用していた血友病患者全員がエイズにかかる可能性があるというような事を記しています。

ところが、日本国内においては逆に安全だという事を宣伝しているわけです。1983年8月という、同じ時期にカッタージャパンが日本で出していた広報誌、エコー日本語版においては、「エイズが濃縮製剤によって感染されるという証拠はどこにもない」と書いているのです。社内では「証拠がある」ということを書いていて、外向けにはどこにも書いていません。「患者は出血に対しては従来通り血液製剤を輸注して止血すべきだ、というような事を記しているわけです。

ですから、こういう事を考えますと、他にミドリ十字の話とかたくさんあるわけですが、被告製薬会社は遅くとも1982年の7月の時点、この7月の時点というのは、血友病患者の中でエイズの患者が出て、血液が感染ルートと考えたと指摘された時点です。遅くともこの時点で非加熱濃縮製剤の危険性は予知できたのに、血友病患者には安全であるとして販売を続けたわけです。そして、更に驚くべき事に、加熱製剤販売後も回収をしなかったのです。

2番目には、国も非加熱濃縮製剤のHIV汚染の可能性を知らながら販売を認め続けたという事です。これについての資料としては、企業からの濃縮製剤回収廃棄の報告と厚生省の対応という事ですが、トラベノールとか、カッターとか、一部、供血者がエイズの症状を示し、

製剤を回収したと、そういう報告を国は受けているわけです。ところが、国はその事について研究班のメンバーに伝えるなどの、適切な措置をしなかったということが明らかになっています。

それから資料に風間委員会の話を短くして載せていますが、厚生省エイズ研究班血液製剤小委員会のクリオに対する考え方の変化と、その要因です。風間委員会の中では、可能な限りクリオを使うという案が出されていたのに、それが、特に安部教授の反対によって否定されたという経過があります。安部教授は「僕がクリオの使用に反対するなんていうことはありえない」と、櫻井良子さんのテレビインタビューに対して言っています。しかしそれが全く嘘であったことが資料の4番で明らかになっております。

それで、安部教授ですが、1982年11月の段階で東京へモフィリア友の会の総会でも、日本の血友病患者のエイズ感染を示唆する講演を行っておりますし、83年6月の段階では、「輸入に頼っている血液製剤で感染する危険もあるので、私としてはもういても立ってもいられない」とまでいっているわけです。

ところがその後、濃縮製剤については、安全性を協調して、濃縮製剤の使用には何の措置も講じなくて、販売使用の促進を行っています。それで、そのギャロの報告の中の48人のうち、23人が感染していることを84年9月に報告を受けていながら、85年になっても、非加熱の濃縮製剤を血友病患者に投与し続けて、その結果、少なくとも2人の血友病患者がHIVに感染したことが明らかになっています。その証拠の1つが、1985年7月に抗体陽性となった症例です。これは日本輸血学会雑誌の一部ですが、このケース1という患者さんが、85年の7月の段階で抗体陽性になっているという記載があります。これは、まさに人体実験であり、殺人未遂に相当するということで、94年に216人の血友病患者達が東京地裁に安部教授を告発したわけでありました。

こうした数々の事実を考えますと、「誰も予期しなかった」というシムフ論文はおかしいことがはっきりしたいと思います。

次に輸入濃縮製剤は使用しなければ、どうなっていたかです。シムフ論文では「はじめに」のところに「濃縮製剤の製造が可能になって以来、血友病患者の出血予防治療は可能になった。その為、彼等は早期の死を免れることができた。それにはアメリカの濃縮製剤だけが頼りだった」と書いていて、更に、「血友病患者にとって必要不可欠、且つ、代替性なき治療手段であった濃縮製剤」と書いています。

これは誤りである事が以下の事実にも照らして明らかです。

第1点は濃縮製剤の無かった時代にも長期生存の重症者が存在するという事実です。これは表の1、表の2に示しています。例えば血友病が重症であっても、濃縮製剤の無い時代に20年以上も生きてきた患者が、28人もいたという事実です。これが調査で明らかになっています。

2番目に、血友病Aの場合に国産のクリオ製剤にするか、濃縮製剤かという事ですが、原則的にクリオで治療できました。濃縮製剤の添付文書には、クリオが使用し難い場合に、濃縮製剤を投与する方が望ましいと製薬会社は書いています。

それから、原則的にクリオで治療できたと、清水勝先生が書いていますし、山田兼雄先生も裁判で証言しています。また、重症でも全血輸血やクリオで治療できたと加々美先生とか、星野先生とか、森田先生などの報告文に書かれています。クリオがなかった時代においてすら、血友病患者の手術が輸血を用いて行われて成功した例が報告されています。私どもの面接調査から、3人の事例からも、この辺りのことが明らかになっていますが、時間の関係でこの事例の報告は割愛させていただきます。

それから、濃縮製剤のウイルス汚染の危険性を早くから懸念して、指摘をしていた医師もいます。これは加々美先生とか、伊藤先生などの論文に書かれているわけです。

それから、技術的、量的にも代替は可能であった。これは大阪地裁において、徳永栄一氏、この人は日赤中央血液センターの元所長ですが、この人が、「もし、クリオでよいというのなら如何様にも致しました」と証言をしています。

それから、血友病Bの場合には国産の濃縮製剤があり、1980年は輸入は0になっています。つまり、国産でやっていけたということの証明だと思いますが、しかしその後、どんどん輸入製剤が使われるようになります。

4番目には、加熱製剤の緊急輸入も可能であった。

こういうことをいろいろ考えますと、エイズの危機を未然に防ぐ為には種々の代替策があったわけです。ところが、これらのどれ一つとして取られなかったわけで、厚生省が取ったのは時間を要する加熱濃縮製剤の国内治療という方法だったのです。それで、結局日本の血友病患者の過半数近くが、HIVに感染させられる結果になった訳です。

【東京H I V訴訟の到達点と今後の課題】

— 鈴木利廣（東京H I V訴訟弁護団） —

東京都H I V訴訟の原告弁護団の事務局長をやっております。私に与えられた課題は提訴以来、結審まで5年5か月を要した東京H I V訴訟の到達点と課題を整理することです。

レジメに従ってお話をしたいと思います。東京H I V訴訟は約2年弱の準備を経て、89年の10月に提訴を行いました。私どもは、医療被害と闘う医療問題弁護団という団体を作り活動をしています。個別の医療訴訟の弁護団なのですが、その弁護団の中で88年になってから本格的な薬害エイズ救済のための研究会を始めました。

そして、提訴をする前の年の6月に、1人の原告希望者もない段階で、救済の為の電話ホットラインを開設しました。それで25人の被害者、その家族から電話がありました。そして、89年10月に提訴をした訳です。

この提訴をした時に3つの目標を掲げました。第1に、この訴訟は損害賠償の訴訟ですが、この訴訟を通して薬害エイズの加害責任を明確化する。その事なしに、賠償や、治療や、差別の解消など、2,000人に及ぶ人達の全面被害救済はあり得ないと考えました。

当時は、86年以降、誤ったエイズパニック報道によって、血友病患者達が被害者でありながら、血友病患者であることも隠して、ひっそりと社会の片隅で息を潜めていた、そんな時期でもありました。

従って、第2にこの裁判を闘う中でこういった誤ったH I V感染、エイズに関するイメージを払拭していく、そうしながら、被害者達が立ち上がる基盤を作っていく、ということも掲げました。

そして、第3にこういう被害を起こした薬害の根本を問い直していこう。薬事、血液行政を再検討し、薬害防止に向けた仕組みを作る。この訴訟はその出発点にしようと考えたわけです。

その他に訴訟は次のことを前提に出発をしました。1つは原告のプライバシーを守り抜くということです。5か月前に、大阪訴訟の赤瀬さんという方が実名を公表され、2人の原告によって、大阪H I V訴訟は提起されました。私達東京訴訟の原告は皆で互いのプライバシーを守りきることを出発点にしました。既に、大阪訴訟が提起をされていたということで、被告側、国も含めての代理人の窓口は解っていましたし、企業の窓口もつかんでいました。それで被告企業5社、及び代理人、法務省などを訪れて、提訴前に、提訴をするので、被害者のプライバシーを守って欲しいと要請をしました。大阪の製

薬メーカーの並ぶ街に私ども2人の弁護士で行って、1社づつ訪ねて、これから責任を追及するが、プライバシーは守りなさい、と言って廻ったわけです。

そして裁判を起こす前に裁判所にも要請しました。裁判所では1つの訴訟が起きると、様々な裁判所の内部資料に原告、被告の名前が書かれます。そして、裁判所では訴状が司法記者に閲覧のため発表されます。これは公開裁判の原則からなのですが、そういったことを1つ1つプライバシー保護のためにやって欲しい、と話しました。

受付段階だけでも、3つや4つ書類に書かれるのですが、その原告名は原告番号、いわゆる実名で無い表示をしてもらうという協力を取り付けました。

民事第15部という担当部に行って、法廷の表示から、読み上げから、記録の保管から、全てにプライバシー保護を徹底して欲しい、と申し入れをしました。そうしながら裁判はスタートしました。

そして、この裁判は早期に勝利を勝ち取らなければいけないという重い命題を私達は課されました。当初は3年で結審を勝ち取ろうとっておりました。結局、審理が始まって結審まで5年2か月を要することになりましたが、当初は半年で証拠調べに入り、3年で結審させることを目標に、この種の大型訴訟では異例の方法ですが、そうして欲しいと裁判所に何度も要請をしました。

この闘いのなかで、段々とこの裁判が何を目指しているのか、原告達の中で具体化し、全面解決要求書にまとめられて行きました。具体的に責任を明確にし、謝罪をした上でなければ、被害に対する正当な賠償は得られない。そして、生きぬく為の恒久対策も勝ち取れない。抜本的薬害根絶にもつながらない、ということで原告達は責任の明確化と謝罪こそが自分達の当面の目標である、そこがすべての出発点であると考えようになりました。

この5年2か月に亘る審理によって、責任については、先程、片平先生の方からも報告がありましたが、私達は裁判で勝ち抜くための最小限度のものは立証しきれたと考えています。

しかし、短い時間で、限られた手続きで、薬害被害者が救済される事が困難な現状の民事訴訟の手続きの中で、どの様に最短距離で責任を明確化していくかは、私達法律家にとって極めて難問でした。

そういう中でも、例えば訴訟が情報の発信源になり、様々な調査活動が行われました。アメリカにも行きました。アメリカの訴訟では製薬メーカーの責任を明らかにする事は困難だといわれました。アメリカでもヨーロッパでも、製造物責任法から除外される極めて少ないケー

スだといわれて、製薬会社の責任を問えない、しかし、気の毒な被害であるという様にいわれ続けていました。

イギリスにも行きましたが、イギリスでは製造物責任法に基づいて企業の責任を追及することは困難である、国営医療制度の中で受けた被害であるから、政府を相手にして闘おうと、医療過誤事件として集団訴訟を起こしたわけです。

アメリカでもPL訴訟は血液が除外されていたり、この被害は立証困難な被害とされて、幾つもの訴訟が負けてしまいました。そういう中で、日本で本格的な薬害エイズ訴訟が、2つの裁判所で提訴されて来たわけです。

しかし、困難な中でもアメリカで闘っている訴訟の中で、アメリカの制度は日本には無いディスカバリーという、本格的な審理が始まる前に手持証拠を相手方に開示するという制度があり、被告企業のミーティングが開かれていたペーパーなどが手に入りました。それが、先程紹介されたカッターメモであったり、エイズシナリオであったりしたわけです。更には、法廷の中ではバイエル薬品の証人が2人出てきました。この反対尋問をする中でも、彼等のいい加減さが明らかになってきました。国に至っては情報公開法がない事を理由に、この血液製剤についての承認段階の資料すら出さない、徹底した沈黙作戦をとり続けました。

NHKスペシャルが、調査報道で厚生省の内部資料を明らかにしたり、或いは、法廷で私達は厚生省研究班の小委員会の風間小委員長、更には、生物製剤課の郡司課長の尋問によって、国のいい加減さを明らかにして来ました。私達が訴訟で明らかにしたことは氷山の一角に過ぎない。まだまだ、もっとみにくい実態が明らかになるのではないかと思います。

2つ目にはプライバシーを守らせたということです。大阪の訴訟も原告のプライバシーを守ることが至上命令でした。しかし、プライバシーを守りながらも、勝利を勝ち取った時には全員が社会の中で生きるということを目指して闘ってきました。1人の被害者もマスコミに出ずに、闘って来ましたが、少しずつ薄氷を踏む思いで被害者達はこのような集会で発言をし、川田龍平君のように実名を公表して闘う原告も出てきました。今、東京HIV訴訟では118人の原告団ですが、その中で3家族が実名を公表して闘っています。

さて、3つ目ですが、この薬害エイズの真実は広く伝えられ、社会は少しずつ変わってきたという事でありませう。被告の国、主に厚生省ですが、誤ったエイズパニックを作り出し、エイズ予防法を制定し、治療体制について怠慢を繰り返すことによって被害者達を黙らせること

に成功しました。いわば、これが被害者達に対する鞭として働いてきたことは事実であります。

しかし、そういった状況は少しずつこの薬害エイズの真実が語られる事によって、多くの人達の理解を得、氷が解けて来た様に感じています。今、原告達はこの敷地の中にある医科研病院で最先端の治療を受けることを自らの力で勝ち取って来ましたし、それを全国的に広げようとしています。

エイズ予防法は制定されましたけれども、サーベイランスをやる事にしか意義を見出せないような法律でしかなくなって来ています。鞭をふるう一方で餌の政策も出てきました。これは88年のエイズ予防法と引き換えに救済基金を作り、最近では、健康管理費用を支給することで、血友病のHIV感染者達に一定の形だけの救済を提供して来ました。

しかし、この救済基金も健康管理費用も結局は責任を曖昧にさせる為の手だてでしかなかったということも多くの人達が見抜くようになって来ました。

訴訟は第1段階を終わりました。しかし、早期全面勝利を勝ちとれるかどうかというところは微妙な問題をはらんでいます。

この訴訟は国に勝たなければ、勝利とはいえない。早期に全面勝利を勝ちとらなければ勝ちとはいえない闘いです。そこで、今後の課題ですが、国を含めた責任の明確化をし、早期全面救済が実現出来るかどうか、ということになると思います。

判決は来年の3月に遅くとも言い渡されますが、つい最近じん肺で国勝訴の判決が出ましたし、その少し前には、クロロキン判決が国勝訴で終わりました。

国が訴えられた訴訟では、裁判所が国を負かせられないという状況がずっと作られて来ました。私達はこの訴訟でこの力関係を逆転したいと考えています。

訴訟の中で、事実を明らかにし責任を明確化するのは、いわば理屈の世界ですが、これを本当に勝ち取って行く為には理屈だけでは勝ち取れないというのが裁判の現実であります。その為に、司法が大きな役割を果たすということを経験の内側で行動するだけでなく、外側でも様々な運動を展開したいと考えています。

その1つは厚生省包囲作戦ですが、その重要なカギは国会が握っていると考えるようになりました。

本来、行政が過ちを起こした時にそれを正す、三権分立の民主主義の仕組みが司法権であり、国の最高機関である国会の役割であるはずですが、日本は行政の肥大化した国です。司法は行政を批判することに消極的ですし、国会は行政を批判する能力を持ちえていません。これは

官僚と政治家の力関係が逆転している国だからと思います。

その意味で、行政が過ちを犯した時に、司法権がチェック機能を持ち、国の最高機関の国会がよみがえるという事を、この薬害エイズの救済を通して、変革していきたいと考えています。

まずは国会対策として、この国会の中で薬害エイズ救済のあるべき討論を組織していきたいと考えています。国会議員に対する要望書を見て頂きたいと思いますが、この要望を通して、政党を動かし国会を動かし、超党派で薬害エイズ被害者を救済する事を実現していきたいと思えます。

遅くとも来年の3月に判決が出ますが、行政、厚生省を動かし、国全体を変えていく運動がダイナミックに展開した時、裁判所が行政の責任を明確に断罪する判決を勇気を持って下すと思えます。

今、裁判所は非公式に、国、厚生省に対して全面解決の為の要請をしている気配があります。その最初が2年前の8月に大内厚生大臣がうっかりと裁判所から和解の要請が来ているという事を漏らした事に始まっています。

多くの新聞記者達が、法務省や、厚生省や、裁判所、そして被告企業の周辺を取材し、全面解決に向かう動きがいくつも密やかに噂されています。それを思い切って表面化させ、そして、国民監視の中で進めていく事が、今求められていると考えています。

その為に、判決を待たずに全面救済の裁判所勧告をつけさせる。そして、それと同時進行で国会の中で議論をする。そして、多くの人々の支援によって厚生省を包囲していく、そういう事が今後の課題だと考えています。勿論、弁護団、原告団は引き続き多くの運動の中で主体的な役割を果たして行きたいと考えております。(拍手)
〈司会者〉；どうもありがとうございました。それでは、大幅に時間を延長してしまいましたが、今後、更に頑張っていくということで、お互いの連帯の拍手で激励をしたいと思えます。(拍手)どうもありがとうございました。

新潟水俣病の診断と病理所見の検討

齊藤 恒 (木戸病院)

関川智子 (沼垂診療所)

Evaluation of Diagnosis & Pathological changes in Niigataminamata Disease

Hisashi SAITO (Health Examination center of Kido Hospital)

Tomoko SEKIKAWA (Nuttari Clinic)

I. はじめに

長期観察した水俣病の臨床所見と病理所見とを比較検討した報告は少ない。

水俣病の神経病像や病理学的な診断基準については、行政不服や裁判の問題ともなり、必ずしも確定したものではない。

本報告は長期に観察した新潟水俣病の患者について、生前の臨床所見と病理所見を比較した結果を検討したものである。

ており^{1) 2) 3) 4)}、さらに要約は1989年、新潟水俣病第二次訴訟でも提示された⁵⁾。

その後さらに、木戸病院から送られた認定患者2例が追加され、剖検例数は33例となったのである。

この33例中22例(2/3)は著者が生前診察していた症例である。

生田らの法定に提示した要約例に、発病年、認定審査会の処分年、認定ランクおよび剖検年を補足した。また著者が長期に観察していた症例9、および症例25については生前の神経所見を比較検討した。

II. 目 的

水俣病が新潟は30年、熊本は40年の歳月を要して解決したと報じられている。

国は水銀汚染地域に四肢の感覚障害の患者が多発していることは認め、水俣病でもない、偽病でもない。ボーダーラインの人達として『水俣病総合対策医療事業』の名で救済するという。それでは一万名を超えるこれまでの棄絶患者は一体なに病気なのか、という問いに対して何も答えていない。

また水俣病の疑いとして3ランクは実際は水俣病ではないともものようにも言われてきていた。^{2) 3) 4)}

私は新潟水俣病の病理検討を通じて、これらの患者が臨床的にも病理学的にもボーダーラインというべきものではなく、水俣病のものであることを報告する。

2. 患者の認定について

認定ランクについては、1970年1月から新潟水俣病認定審査会が開かれ、水俣病の認定業務が行われた。そして、昭和46年(1971)年8月の環境庁の事務次官通知以後は新潟県・新潟市公害被害者認定審査会において次の答申区分が採用されたのである⁶⁾。

答申区分 (認定ランク)

- ① 水質汚濁の影響による水俣病と診定する。
- ② 有機水銀を蓄積した魚介類の経口摂取の影響が認められるもの。すなわち水俣病が疑われるもの。
- ③ 有機水銀を蓄積した魚介類の経口摂取の影響によるものであることを否定できない。すなわち水俣病の疑わしさを否定できないもの。
- ④ 有機水銀を蓄積した魚介類の経口摂取の影響によるものであるか否か判断できないもの。すなわち水俣病が疑わしいものとはいえないもの。
- ⑤ 有機水銀を蓄積した魚介類の経口摂取の影響によるものとは認められないもの。すなわち水俣病とは認められないもの。
- ⑥ 再審査を要するもの。

患者本人が水俣病乃至水俣病の疑いと主治医の診断書を添えて、新潟市以外は新潟県知事に、新潟市内は新潟市長に認定申請する。知事および市長は新潟大学医学

III. 対象および方法

1. 剖検例について

新潟水俣病と診断され、または水俣病を疑われて新潟大学の神経病理学教室で剖検された例はこれまで33例である。このうち31例については新潟大学神経病理学教室の生田房弘教授らにより、これまで詳細な報告がなされ

部にある審査会に諮問し、その答申を得て処分する。審査会は諮問を受けた患者を新潟大学病院で検診医により検診し、その結果をまとめた医学的検査表により審査し、患者の疾病が水俣病か否かについて、6段階に区分して答申する。

その結果によって、知事および市長は①②③ランクを認定とし、④⑤は棄却として処分した。

IV. 結 果

1. 新潟が水俣病患者の剖検例 (表1)

(1) 発病時期

病理診断で水俣病と診断された24例の発病年は1960年から1973年に及んでいる。

(2) 認定年と認定ランクおよび病理診断

認定審査会で認定処分された年月を調べると、1971年の環境庁事務次官通達以前に水俣病と診断されたのは8例、認定ランクが設けられてからの認定例は16例であった。そしてランク1は4例、ランク2は3例、ランク3は9例であった。

病理診断で水俣病と診断された症例は24例である。このうち、認定されないで病理学的に水俣病と診断された例は未審査のまま死亡した1例(症例4)と認定審査会で棄却された1例(症例22)である。また水俣病の認定を受けて、病理学的に水俣病を否定された例は2例(症例23、24)である。

No.25、No.26は1992年の剖検例を追加したものである。また、No.28は第3水俣病を疑われた関川病の剖検例である。No.25、26、28と未審査の症例4を除外すると、認定例と病理診断は29例中26例が一致しており、89.65%という的中率である。

2. 長期観察の2例

(1) 表2は症例9、KTは大正6年6月10日生まれの男性で、先祖からの阿賀野川の漁師の網元である。阿賀野川の魚を主食のように多量に摂取していた。父と妻と長女及び当時生存していた同胞7名中6名がいずれも水俣病と認定されている。父が水俣病のために死亡したのを見ており、水俣病が公表されて、漁獲規制があってからは規制された魚は全く食べなかった。他覚所見では感覚障害は最初は上肢の一部のみであり、四肢末梢と口周囲の感覚障害は1969(昭和44)年に現れ、1970(昭和45)年に運動失調や視野狭窄が現れた。1973年蜘蛛膜下出血により死亡している。

1965年4月下旬より右肩から腕にかけて疼痛と前腕以

下のしびれ感があった。同年6月毛髪水銀が258ppmと高濃度の汚染を認めた。

同月22日から新潟大学脳外科に入院し、有機水銀中毒症の診断を受けペニシリンの投与を受けている⁷⁾。

(2) 表3の症例25、KTは明治39年6月9日生れの女性である。近くにある実家と本家がどちらも阿賀野川の漁師で、いつもニゴイやハヤなどを貰い、少なくとも1日1回は阿賀野川の魚を食べていた。1970年頃から両下肢と右手のしびれがあり、視野の周辺部がよく見えない。転びやすい。手先の仕事がよくできない。筋肉がこわばる。腰痛、口渇があった。1972年に水俣病に認定された。

審査会資料では四肢、口周囲と左半身の感覚障害、協調運動障害、平衡機能障害と眼科で視野狭窄が確認されている。また耳鼻科では平衡機能検査で自発眼振視運動眼振、指標追跡試験などの異常から中枢性の障害が疑われ、1972(昭和47)年にランク1で認定された。

本例の経過を見ると、感覚障害では四肢末梢の障害が認められることが多いが、認められない場合や両下肢のみの場合もある。水俣病以外にはあまり見られないと言われる口周囲、腹壁正中部の知覚障害は+と-がある。

協調運動障害はアジアドコキネーシスが+、±、-とあり、他の運動失調の検査もさうことは少ない。平衡機能検査も同様である。

V. 考 案

1. 発病時期の検討

発病時期については、1965年までは昭和電工のアセトアルデヒドの生産高の上昇に照応して増加した⁷⁾。しかし、1965年1月にはアセトアルデヒドの操業が廃止され、同年6月に新潟水俣病が公表された。そして、それ以後は阿賀野川の魚の水銀濃度も急速に減少し、魚の喫食制限も行われた。

しかし、1966年以後も新しい発病があり、遅い発病例が病理学的にも水俣病であると確認されたことが重要である。

平成3(1991)年の中公審答申⁹⁾では「阿賀野川流域では、昭和40(1965)年6月以降魚介類の採取・摂食の抑制が指導されている。

このような状況が踏まえれば、阿賀野川流域においては、昭和41(1966)年以降、水俣病が発生する可能性のあるレベルの持続的メチル水銀曝露が存在する状況ではなくなっていると認められる」と述べられている。

剖検例では水俣病が確認された24名中1966年以後の発病者が11名おり、最も遅い例は1973(昭和48)年となって

いる。

白川は1974年、520例の認定患者の発病時期を調べ、この剖検例と同じく、1960～1973年であると報告している¹⁰⁾。またこの発症時期は水俣病認定を棄却された第二次訴訟の原告でも同様である⁸⁾。

阿賀野川に流れた水銀がすぐに綺麗になるわけではない。また、漁獲規制は自主規制であり、魚は捕ってもよいが食べない方が望ましい、というものであったために、いきのよい魚が捕ればやはり食べたという人達もいた。特に初期に患者の認定の出なかった上流地域では規制も緩く、同じ地区で認定患者が出た昭和46、47年頃まで、あるいはその頃は安全として、現在まで、従来通りに食べていた家庭も多い¹⁰⁾。

白川らは、遅発性水俣病なる概念を提唱して、「私どもの提唱した遅発性水俣病は、新潟水俣病発生の1965年当時は全く自・他覚症状のなかったもの、あるいは全身倦怠・頭痛・めまい・筋肉痛・関節痛などの訴えのみで他覚的所見のなかったものに、新たなメチル水銀の侵入がないにもかかわらず、数年の経過で他覚的に捕らえられる水俣病の症状が明らかになったものをいう」と述べている⁹⁾。

これは中毒症としては特異な現れ方であるが、後述のごとく第一線で医療する我々も納得できるものである。

2. 認定年、認定ランクと病理診断の検討

被告昭電と国は沖中元東京大学教授が、かつて、自分の誤診率は20～30%あったと述べられたことを取り上げ、新潟の認定例は驚異的な診断の正しさを示し、さらに昭和52年の判断条件の正当性を証明するものだとまで主張した^{12) 13)}。

しかし、表1に見るように、認定年は最も遅い例で1976(昭和51)年であり、昭和52年以後の例はないのである。したがって52年の判断条件の評価とは関係ないのである。

また、昭和46年の事務次官通知が、いわゆる『疑わしきは救済せよ』としてマスコミに報じられ、特に3ランク「疑わしさを否定できないもの」には、水俣病以外の病気も多く含まれているのではないかと。心因性ではないかなどと裁判でも争われたが、3ランクの9例のうち7例が病理学的に水俣病と診断された。疑わしいものではなく、水俣病そのものであることが確認されたのである。

3. 病理診断と水俣病の疫学的事項

ハンター・ラッセルの報告¹⁴⁾以来、メチル水銀中毒症の脳における好発部位は、視覚中枢の後頭葉鳥距野、

運動神経の中枢である中心前回、感覚中枢の中心後回、聴覚中枢の横回である。これと小脳と感覚神経優位の末梢神経障害が成人のメチル水銀による神経系の障害部位である。

生田教授は微量慢性有機水銀中毒症の病理について、「急性激症型で明らかとなった鳥距野や横回、小脳などの皮質に鮮明な局在性を示す病巣発生は、極めて注意深い観察でなければ見逃されるほど軽度である点も重要と思われる。しかしまたこの局在性はこの程度の中毒でも不明確となっても決して消失するのではないという点も他方では重要な点と思われる」と述べている¹⁵⁾。

病理学的には、大脳の好発部位、小脳、末梢神経の3つの所見が認められた時にのみ水俣病の診断がなされている。

本来、水俣病は不特定多数の地域住民が、魚を通していろんな程度のメチル水銀を摂取して、引き起こされた疾病である。その臨床診断も病理診断も共に、病理学が決めるものではなく、水銀汚染地域の疫学が優先するものであろう。

疫学条件が無視され、ハンター・ラッセルの報告した1例に合致するもののみを典型例と称し、他を不全型としたり、ボーダーラインと称したりすることは誤りである。

表にみるように、病理学的には末梢神経障害のみの例や末梢神経障害に小脳障害の伴う例は否認され、病理学でもハンター・ラッセル症候群が適用されている。

病理診断で水俣病を否定された例のうち、著者の経験した症例から3例を紹介する。

No.24は阿賀野川の近くに住み、日常的に、多量の川魚を食べていた例であるが、臨床所見は水俣病の末梢神経障害の特徴である感覚神経優位の末梢神経障害が認められたが、大脳は老人性変化が主体であると見なされ、小脳は古い脳梗塞が認められ、I N A Hを使用したことがあることから末梢神経障害もそれで説明可能として、否認されている。結核でI N A Hを使用したのは昭和45年であり、昭和39年発病の水俣病とは臨床的に明らかに鑑別できるが、病理学的には鑑別できないとのことであった。

No.27は阿賀野川下流沿岸で、釣人相手の貸しボート屋と釣った魚で一杯飲ませる屋台を営んでいた。毎日釣人たちと一緒に阿賀野川の魚を食べていた。

阿賀野川で水俣病が発生し、横雲橋下流は直ぐに漁業規制となったために廃業した。

彼は既に体の調子も悪くなっており、ささやかな釣人相手の商売では補償もなく、酒に浸り、死亡前の2年間

は糖尿病と肝硬変で死亡した。

生前の診察所見も水俣病と変わらず、剖検所見は末梢神経では水俣病に多い知覚神経優位、末梢に強い変化が認められ、小脳障害も認められたが、アルコール性あるいは低栄養、糖尿病、変形性脊椎症の影響ということで病理診断では否認された。

No.33は阿賀野川で砂利採取運搬業をやり、毎日阿賀野川の魚をとり家族で食べていた。昭和38年から40年頃までに飼猫が4匹、犬が1匹狂死している。妻と弟も同じ頃から、同様症状があり、第二次訴訟の原告であるが、剖検結果は末梢神経障害のみであり、否認されている。

疫学について、NIH(National Institute of Health)の疫学部長であったカーランドは疫学の定義として「疫学の基本的な前提は、疾病は無作為に、あるいはただために起こるものではなく、常にある種のパターンをもって起こり、それが底流に流れる原因を反映していることだ」と述べている¹⁶⁾。

水俣病の疫学については、細川一¹⁷⁾、喜田村、野村ら熊本大学の調査^{18) 19)}や新潟水俣病の疫学調査でも²⁰⁾、最初から家畜の異変、地域集積性、家族集積性が確認され、重視されてきている。水俣病で感覚障害のみの例が存在するかどうかについても当然これら疫学的事項が重視されなければならない。

上記の3例は生活歴、家族歴、発病時期から、家族集積性、地域集積性、家畜の狂死などや自己覚症などから水俣病が最も考えられたのである。

4. 難治性の感覚障害

椿は新潟水俣病の初期の疫学調査から1969年に水俣病の臨床症状の特徴として、知覚障害の部位と軽快し難いことに特徴があると指摘している²¹⁾。末梢神経の障害は中枢神経の障害より改善しやすく、四肢の感覚障害を30年も続くはずがない。あるとすれば心因性ではないか、などが裁判では問題となった。

剖検例は1971年から1992年まで、いずれも末梢神経の障害が認められ、末梢神経の障害が長期に存在することが、客観的に確認されている。

No.22は糖尿病があるために2回も棄却された例であるが、剖検により、水俣病と認められている。糖尿病があるだけで棄却される例が多いことからこのような例こそ審査会で教訓にして欲しい例である。

5. 長期観察例の検討

(1) 症例9、KT

本例の他覚所見として1969(昭和44)年までは殆ど感覚

障害のみであった。これは昭和52年の判断条件である感覚障害+運動失調の組み合わせ論からはかけ離れており、棄却対象になるものであった。しかし、疫学調査と、他疾患を鑑別の上、1965年に本例を水俣病と診断した。椿教授らは翌年の1996年の内科学会に感覚障害のみの水俣病のあることを報告し、九州大学の勝木教授も熊本大学の徳臣教授もそれに同意したのである²²⁾。本例はその時の感覚障害のみの1例である。

本例はその後、表にみるように、運動失調や視野狭窄も現れ、剖検でも水俣病が確認されたのである。

また、新たなメチル水銀の侵入がないにもかかわらず、数年の経過で他覚的に他の水俣病症状が加わってきたことは、白川らが提起した、遅発性水俣病⁹⁾の状況を伺わせるものである。

毛髪水銀の正常値は1~3 ppmからみても、本例の258 ppmは高度の水銀汚染である。

毛髪水銀は50ppm以下でも患者は発生している²³⁾。他覚的には感覚障害のほかは視野狭窄や小脳症状などはほとんど認められない状態で残っても不思議はないのである。

(2) 症例25、KT

本例の経過を見ると、感覚障害では四肢末梢の障害が認められることが多いが、認められない場合や両下肢のみの場合もある。水俣病以外にもあまり見られないと言われる口周囲、腹壁正中部の知覚障害は十と一がある。

協調運動障害はアジアドコキネーシスが+、土、一とあり、他の運動失調の検査もそうすることは少ない。平衡機能検査も同様である。

本例も視野狭窄が認められなければ、52年の判断条件からみると棄却されてしまう例である。

本例は左半身の知覚障害が認められている。半身の感覚障害はこれまでの新潟水俣病の調査でも約半数に認められており^{10) 24)}、血管障害とは異なり、突然の発作で始まるものではなく、診察時に初めて認められる場合が多い。原因は不詳だが、白川は「大脳皮質レベルでの障害によると推定している¹⁰⁾」。

剖検では大脳好発部位、小脳、末梢神経に異常を認めたが、特に半身の感覚障害の原因となる血管障害は認めなかった。

新潟水俣病第二次訴訟で、1989年10月審査会資料説明書が提出された²⁵⁾。この序文には「審査会資料の内容を平易に解説し、原告らが医学的に水俣病に罹患しているとはいえるか否かについて、その理由を具体的に説明したものである」と記載されている。

この内容として問題となったのは、家族歴で認定患者

以外に棄却された症例の記載がない。また、認定患者のいる例でもしばしば記載がない。そして神経症状の再現性のない例は心因性であるなどとされてる。また協調運動障害でも例えばアジアドコキネーシスのみが+で、他が-の場合は明らかな小脳症状とは言えないし、残るのは感覚障害のみであるから、52年の判断条件に当てはまらないからと棄却となっている。

法廷ではこれらのことが多くの例で具体的に明らかとなり、また感覚障害もなしとして棄却された例でも、大学内の他の医師では認められて、-とは言えないなどの例も出された。そして、国側の湯洗証人は審査会資料は不十分で水俣病患者かどうかを決定付けることができないことを認めたのである²⁶⁾。

協調運動障害について、認定審査会の考え方で書かれている『水俣病Q&A』では、「日常の動作の観察、アジアドコキネーシス、指・鼻試験、膝・踵試験、脛叩き試験などの結果により判断されますが、手足の運動障害の把握に必要なことは、それぞれの検査の異常所見の現れ方が、メチル水銀による小脳半球の障害で生じる症候として矛盾がないかどうかを判断することです。例えば、メチル水銀による小脳半球の障害で、1つの検査のみ異常所見が認められ、他の検査では正常であるようなことは通常考えられません」と述べている⁹⁾。

しかし、水俣病の慢性経過例に多いのは表2、3にもみられるが、協調運動障害の検査の3つが常に+である例は白川の長期調査からも殆ど認められないのであり²⁷⁾、あえてそのように言うのは実情を知らないか、棄却のための論理のように思われるのである。

1部の検査が、+、±、-となり、再現性も少ない。このような例は器質的なものではないと棄却の理由とされている²⁵⁾が、病理学的には客観的に小脳障害が確認されているのである。生田教授のように¹⁵⁾水俣病のように中枢神経の変化が微小な場合には臨床的にはこれが照合するものであろう。

また、原告患者と認定患者とは症状の比較で変わりないことはすでに関川により報告されている²⁸⁾。

3. 中公審の考え方について

水俣病裁判では9回にもわたり、その判決で、昭和52年の判断条件が実情に沿わぬものであることが述べられた。しかし、被告側の学者は皆、司法の判断と医学的判断は違う。医学はもっと厳密だという。中公審の立場は感覚障害は自覚的なものだ。運動失調は所見のとり方が問題だとし、汚染地域には精神不安者が多くいる。その精神不安者を救済するとしている。そのために、国側の

証人は認定患者も大部分が心因性²⁹⁾であるとか、シュミレーション(偽病)³⁰⁾であるという。これが患者を怒らせたのである。

1万を越える棄却患者の大部分が水俣病でなく、精神不安者で済ましてしまうのだろうか。水銀汚染の問題が世界的規模に及んでいるときに、日本の水銀汚染問題の実態は明らかにすることは重要なことであろう。

V. まとめ

新潟水俣病患者の病理所見の検討から、水俣病の疑いの患者や原告患者らはボーダーラインとか、心因性とか健康不安者ではなく、水俣病そのものであること、52年の認定基準を支持する中公審の考え方が実情に沿わぬものであることをあわせて報告した。

[引用文献]

- (1) 生田房弘、小宅 洋、小川 宏、出雲周二、武田茂樹、吉田泰二、慢性有機水銀中毒症剖検例に認められた組織学的変化、水俣病に関する総合的研究(昭和54年度環境庁公害防止等調査研究費による報告書)、日本公衆衛生協会、1980、87~90.
- (2) 生田房弘、大浜栄作、小宅 洋、小川 宏、竹下岩男、志村俊郎、吉村教碑、中村仁志夫、佐藤 猛、岡崎悦夫、巻淵隆夫、小柳清光、竹内幸美、中島茂、臨床的に有機水銀中毒症が疑われ、組織学的に同症と診断し得なかった7剖検例、水俣病検診・審査促進に関する調査研究(昭和55年度環境庁公害防止等調査研究委託費による報告書)、水俣病検診・審査促進に関する調査研究、日本公衆衛生協会、1981、63~72.
- (3) 生田房弘、武田茂樹、出雲周二、中島 茂、斎藤恒、新潟において1979年以降に剖検された慢性有機水銀中毒3症例の病理解剖所見、水俣病検診・審査促進に関する調査研究(昭和58年度環境庁公害防止等調査研究委託費による報告書)、1984、56~65.
- (4) 生田房弘、茂木崇司、出雲周二、関根正俊、寺田一郎、剖検により慢性有機水銀中毒症と診断された1未認定例、水俣病検診・審査促進に関する調査研究(昭和59年度環境庁公害防止等調査研究委託費による報告書)、日本公衆衛生協会、1985、51~57.
- (5) 生田房弘、「新潟水俣病第二次訴訟、証人調査」、1989、5、16、65~70.
- (6) 斎藤 恒、新潟水俣病の認定制度と認定状況の変動、

- 新潟水俣病、東京、毎日新聞社、1996、136~141.
- (7) 椿 忠雄. 原告水俣病患者診断書. 新潟水俣病訴訟、乙第302号証の14. 昭和46. 1. 16.
- (8) 斎藤 恒. 新潟水俣病第二次訴訟原告患者の実情、医学評論. 1990 ; 88. 25-31.
- (9) 井形昭弘部会長. 今後の水俣病のあり方について (平3. 11. 26 中公審答申)、水俣病の医学、荒木淑郎、井形昭弘、衛藤光明、監修. 東京、ぎょうせい. 1995. 3.
- (10) 白川健一. 遅発性水俣病、水俣病、東京：青林舎. 1979 : 331-334.
- (11) 斎藤 恒. 新潟水俣病の疫学、新潟水俣病、東京、毎日新聞社. 1996. 273~288.
- (12) 被告 国. 五二年判断条件の医学的正当性、準備書面(七). 平成三年三月一九日. 465~477.
- (13) 昭和電工. 病像論、その二、最終準備書面. 平成三年三月一九日. 139.
- (14) Hunter D. & Russell D. S. Focal Cerebral and Cerebellar Atrophy in a Human Subject due to Organic Mercury Compounds, *J. Neurol. Neurosurg & Psychiat*, 1954. 17. 35.
- (15) 生田房弘、巻淵隆夫、大浜栄作、古賀 誠、山村安弘、小宅 洋、斎藤 恒、菅野三郎、喜田村正次. 微量慢性有機水銀中毒症の病理、神経研究の進歩、1974, 8 ; 861-88.
- (16) レオナルド・T・カーランド. 水俣病の疫学の回顧と初期の公衆衛生上の勧告の考察、水俣病事件における真実と正義のために [水俣病国際フォーラム(1988年)の記録]、東京、勁草書房、42-50.
- (17) 故細川一、野田兼喜、三隅彦二、柿田俊之、小嶋照和. 水俣奇病に関する調査、水俣病、東京、青林舎. 253.
- (18) 喜田村政次、宮田仲蔵、富田 実、伊達昌善、上田京二、三隅彦二、小嶋照和、皆本 宏、栗本 晋野口芳之、中川良次. 水俣地方に発生した原因不明の中樞神経疾患に関する疫学調査成績、熊本医学会雑誌. 1957, 31 ; 補(1) 1.
- (19) 野村 茂. 水俣病の疫学、水俣病、熊本大学水俣病研究班、1966. 10.
- (20) 臨床研究班、疫学研究班. 新潟水銀中毒事件特別研究報告書、1967.
- (21) 椿 忠雄、白川健一、神林敬一郎、広田紘一. 阿賀野川沿岸の有機水銀中毒症より見た臨床知見. 神経研究の進歩. 1969, 13 ; 1, 85.
- (22) 椿 忠雄、佐藤 猛、近藤喜代太郎、白川健一、神林敬一郎、広田紘一、山田克浩、室根郁男. 阿賀野川下流沿岸地域に発生した有機水銀中毒症の疫学的ならびに臨床的研究. 日本内科学会雑誌、55 ; 6, 140~143.
- (23) 斎藤 恒. 関川病について. 新潟水俣病. 東京、毎日新聞社. 1996, 307~327.
- (24) 斎藤 恒、池田隆好、高橋哲郎、山内久美子、高橋安子. 上越地区の水銀汚染と新潟水俣病の医療. 医学評論、1974, 46, 34~44.
- (25) 湯浅龍彦. 審査会資料説明書、新潟水俣病第二次訴訟、乙号証84の1. 平1, 10. 1.
- (26) 湯浅龍彦. 新潟水俣病第二次訴訟証人調書、1989, 12, 15. 121丁.
- (27) 斎藤 恒. 白川健一教授の臨床観察、新潟水俣病、東京、毎日新聞社、1966, 240-248.
- (28) 関川智子. 新潟水俣病患者の実態、社会医学研究、1985 ; 6 ; 108-117.
- (29) 福原信義. 新潟水俣病第二次訴訟証人調書、1995, 3, 27.
- (30) 近藤喜代太郎. 新潟水俣病第二次訴訟証人調書、1994, 5, 10.

表1 新潟水俣病患者の剖検例

○水俣病 ×非水俣病

No.	氏名	剖検 年令	発病年	認定年処分	ラ ン ク	剖検 年 19	病 理 所 見			病 理 診 断	備 考
							大脳 好切部	小脳	末梢 神経		
1	TK	19♂	S 40	S 40.10 ○		6 5	2+	+	/	○	
2	KO	28♂	S 37.8	S 40.10 ○		6 5	2+	+	/	○	
3	MN	81♀	S 39	S 46.6 ○		7 1	+	+	2+	○	
4	YY	72♂	S 41	S 未認定		7 2	±	+	2+	○	胃切除
5	KK	78♂	S 40	S 44.11 ○		7 2	+	+	2+	○	肺癌
6	TI	56♂	S 39	S 47.8 ○	1	7 2	+	+	2+	○	肝性脳症
7	KS	59♂	S 39	S 47.8 ○	1	7 2	+	+	+	○	静脈洞血栓
8	KS	59♂	S 44	S 47.5 ○	2	7 3	+	+	+	○	ペラグラ
9	KT	56♂	S 40	S 40.10 ○		7 3	+	+	2+	○	動脈瘤破裂、自己融解
10	SI	70♂	S 40	S 45.6 ○		7 3	+	+	+	○	肺癌
11	KI	72♂	S 43	S 50.3 ○	3	7 4	+	+	2+	○	検診途中で死亡
12	KI	48♂	S 38	S 40.12 ○		7 5	+	2+	+	○	飲酒多量
13	TS	52♂	S 37.8	S 50.4 ○	3	7 6	+	±	2+	○	腰椎変形
14	BW	72♂	S 43	S 49.1 ○	3	7 7	+	+	+	○	
15	SI	75♂	S 45.6	S 51.9 ○	3	7 7	+	+	2+	○	頸・腰椎変形
16	TN	67♂	S 43	S 47.12 ○	1	7 7	+	+	2+	○	INH服用
17	ST	59♂	S 48	S 49.12 ○	3	7 8	+	2+	+	○	
18	MY	67♂	S 35	S 48.6 ○	2	8 1	+	±	+	○	
19	KK	86♂	S 40	S 43.4 ○		8 2	+	+	2+	○	糖尿病
20	JS	74♂	S 44	S 48.6 ○	3	8 6	+	+	2+	○	胃垂全摘
21	KH	79♂	S 42	S 49.3 ○	3	7 9	+	2+	2+	○	胃垂全摘、頸・腰椎変形
22	KW	76♂	S 44	S49. S54 ×		8 0	+	+	2+	○	糖尿病、頸・腰椎変形
23	SU	52♂	S 44	S 47.8 ○	3	7 6	-	-	±	×	骨髄性白血病、飲酒多量
24	KY	74♂	S 39	S 51.2 ○	3	7 8	-	-	+	×	INH服用、頸・腰椎変形
25	KT	85♀	S 45	S 47.8 ○	1	9 2	+	+	+	○	
26	HN	83♀	S 38	S 48.11 ○	2	9 2	+	+	+	○	
27	MH	70♂	S 40	×		7 5	-	+	2+	×	糖尿病、飲酒、低栄養神経症
28	KW	70♂	S 42	S 48 関川		7 5	-	+	+	×	脳梗塞、変形性脊椎症
29	HH	79♂	S 50	×		7 5	-	+	+	×	未検診死亡者、前立腺癌転移
30	SO	78♂	S 44	×		7 5	-	-	+	×	脳梗塞、INH服用
31	KS	64♂	S 45	×		7 5	-	-	+	×	髄膜腫
32	TH	50♂		S 46.10 ×		7 5	-	-	2+	×	脊髄瘍、肺癌
33	YO	66	S 39	×		8 4	-	-	+	×	

表2 症例9、KT、56才♂、毛髪水銀258ppm

診察日	感覚障害				協調障害			平衡障害				視野狭		聴力障害	診察医
	四肢	口囲	正中	半身	A d	指 鼻	膝 踵	R o	マ ン	片 足	眼 動	対 座	眼 科		
S 40. 6	±	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	新大神内
S 42. 1. 24	±	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	新大神内
S 42.10.28	±	-	-	-	L±	L±	-	-	-	-	-	-	-	-	S
S 43. 3. 6	±	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	Pro. T
S 44.11. 2	+	+	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	S
S 45.11.17	R+	+	-	-	R+	±	±	±	+	+	+	+	+	+	Dr. H(神内)
S 47. 2. 22	+	+	-	-	+	±	+	-		±	-	+	+	+	Dr. S(神内)

表3 症例25、KT、85才♀、昭和47.8.11、認定、ランク1

診察日	感覚障害				協調障害			平衡障害				視野狭		聴力障害	診察医
	四肢	口囲	正中	半身	A d	指 鼻	膝 踵	R o	マ ン	片 足	眼 動	対 座	眼 科		
S 47. 8. 11	+	+	-	左	+	±	±	-	+	+	+	+	+	+	審査会資料
S 51. 5. 21	+			左	±	-	-	±	+	+					S
S 52. 1. 14	+	-	+	左	-	-	-	-	+	+	sa	+		L±	Dr. S(神内)
S 52. 3. 15	±	-	-	左	+	-	-	-	+		-	+			Dr. K(神内)
	(両下肢)														
S 54. 2. 26	-	-	-	左	+	-	L±	-			H±				Dr. K(神内)
S 54. 8. 27	-	-	-	左	L±	-	-	-			-				Dr. H(神内)
S 55. 2. 12	±	-	-	-	±	±	-	+	+		H±			L±	Dr. K(神内)
	(両下肢)														
S 55. 7. 18	-	+	-	左	+	+		-			-			+	Dr. I(神内)
S 55.12.22	+	-	-	左	±	-	-	-	-	±				-	Dr. S(神内)
S 57.10.13	+	-	+	左	±	±	-	-		+	-			+	Dr. S(神内)
S 62. 1. 8	+	+	+	左											S
S 63.12.22	+	-	-	-	±	+		杖歩行			+				S
H 3. 9. 26	+	-	-	左	+	+		不能			+				S
<p><耳鼻科平衡機能検査></p> <p>自発眼振：- 8. 頸部捻転：R -、L (-)、頭部眼振：- (方向固定制)</p> <p>前庭反応：正常. 視運動眼振：H、正、V. 上方抑制.</p> <p>視標追跡試験：H. saccadic. V. Ataxic. Mann (2+)、足踏 (不能)</p>															

京都市内高速道路建設による都市づくりの問題点

谷田悟郎 (猪熊診療所)

足立 明 (唐橋診療所)

Present Problem of Urban Motorway Construction in Kyoto City

Goro TANIDA (Inokuma Clinic)

Akira ADACHI (Karahasi Clinic)

1. はじめに

京都市は、1983年7月「伝統を生かし創造をつづける都市・京都」を基調テーマとする基本構想に基づくまちづくりを推進するための具体的施策を示した京都市基本計画を1985年3月策定した。その後、社会経済状況の大きな変化に能動的に対応せざるを得なくなり、1993年3月見直しの「新京都市基本計画」¹⁾を決定した。このなかで、地域の特性を十分に生かすため、とくに地域ごとの町づくりの方向と地域別整備の方針を明らかにしている。即ち京都市を六つの地域に区分し、われわれの住み、働く南区ではその全区と、醍醐地区除く伏見区を京都南部地域として整備しようとしている。そこでは、「車渋滞の解消」、「経済活動の活性化」、「市民生活の安定化」の名のもとに、さらに平安遷都1200年記念行事として、京都市内に導入する京都高速道路計画を位置づけ、京都駅改築初め、駅南口周辺地区再整備、京都市内高速道路建設などの計画を順次強行しようとしている。とくに、現在すでに渋滞している市内に、活性化のためとして高架高速と地下高速方式の高速道路を計画し、住民説明会を矢継ぎ早に、一方的に進めた。京都市都市計画審議会では都市計画案の縦覧期間わずか2週間に14,322通が多数の市民の反対意見具申にもかかわらず無視強行している。その動きに対し、われわれは、日常生活での被害の現状から出発し、とくに大気汚染の測定方法について、行政の定点測定方式と異なった幹線道路の沿道・後背地での面的測定方式を地域住民とともに実施し、その優位性を検討したので、ここに報告し、今後のまちづくりに役立たせたい。

2. 調査の方法

京都市南区では、桂川ハイツ管理組合を中心とした祥栄、吉祥院、油小路、上鳥羽、久世の各学区地域の住民

団体が「南区高速道路を考える会連絡協議会」を1991年10月組織した。1991年6月以来、12月との年2回、1994年12月まで計8回のカプセル調査を統一的に、自動車排気ガスのうち最も人に影響する二酸化窒素(以下NO₂とする)の測定を実施した。カプセル式NO₂簡易測定法(天谷式カプセル)によって幹線道路沿道とそれからほぼ50mないし100mの地点、メッシュ法で24時間NO₂濃度を測定し、これを東京都の大気汚染測定運動東京連絡会に分析を依頼し、ほぼ1カ月後測定結果を受けている。これら自動車排気ガス拡散による住民の住む生活の場への面的影響調査をおこない、京都市が調査する定点測定と比較した。

われわれの調査地域には、古文化財東寺があり、幹線道路の京阪国道、八条通、九条通、十條通、大宮通、油小路通などが走っている。これら幹線道路での沿道、後背地の自動車排気ガスによる影響調査は、革新自治体当時京都市から委託された京都府医師会で1975年以来4回にわたる南区の調査²⁾があり、これと比較検討することができた。

3. 調査結果

今回、1994年12月3～4日の測定されたこれらのNO₂濃度からメッシュ図を作成、南区高速道路を考える会の地域—南区とわれわれの東寺をもつ油小路地域の等濃度曲線の汚染マップを作成した。これをみると、南区では高速道路建設予定の久世橋通と西大路通では、0.06ppm以上の高度汚染地域(国の環境基準以上)が幹線道路から50～200m範囲にわたる後背地へ拡散し、その他の後背地すべてが0.06ppm未満～0.04ppmの汚染地域(国の環境基準)で、0.02ppm以下のきれいな地域(京都市環境保全基準)は全くなかった。そのうち京阪国道(国道1号線)ではNO₂濃度の拡散が最も著しい。油小路地域では、年間推移を見ると、1985年には全く見られなかった0.06

ppm以上の地域が7年後の1992年には、相当部分をしめるようになり、逆に0.02ppm以下および0.04ppm以下(京都市の当面の環境保全基準)の地域は極めて少なくなっている。さらにその後の1993年、1994年のわれわれの調査を加えると、0.02ppm以下の地域は全く消滅し、0.04ppm以下の地域もほとんどなくなっている。

6月と12月の年2回、24時間調査ではあるが、幹線道路沿いの住民は常時、人の健康に極めて有害とされる濃いNO₂濃度で汚染され、後背地でも年々濃度が増加し、有害とされる濃度汚染の中で生活をしていることは明らかである。

4. 考 察

京都市は市内に一般環境大気中の汚染物質を監視測定する一般環境測定局(大気局という)10箇所と、交通量の多い主要道路に沿って車道から3m離れた地点で自動車排出ガスを測定する自動車排出ガス測定局(自排局という)6箇所をおき、テレメーターにより京都市衛生公害研究所と結ばれている。これらの国の環境基準・市の環境保全基準達成状況(表1参照)を見ると、平成4年度のNO₂濃度は市内10大気局中、国の基準では6自排局中2箇所、市の基準で大気局、自排局すべて未達成であった。市内でも最高汚染地域である南区では、消防署に大気局、区役所に自排局とたった2カ所の定点観測をおこなっているにすぎない。南大気局で国の環境基準を達成しているが、京都市の環境保全基準はもちろん、当分の間の基準すら未達成であり、南自排局では国及び市の基準すべて未達成である。

さらに、測定方法や評価方法について検討すべき問題点が数々あり、この問題を明らかにしてこそ科学的に正しい評価ができる。

1) 測定方法

自動車排出ガスのNO₂濃度が大都市で史上最高と言われているが、原因は自動車台数の増加、とくにガソリン車の少なくとも二、三十倍のNO₂を排出するディーゼル車の急激な増加、一台の走行距離の伸び、自動車物流の増加と道路の総延長の伸びなどがあげられる。京都市の場合、市内高速道路は現在でも常に渋滞しているなか、さらに車を呼び込んで、公害を増幅することは明らかである。

また高速道路建設の場合、環境影響調査が必要であるが、国の環境影響評価法案が国会で廃案となったため、閣議決定で環境影響評価実施要綱(1984年8月閣議決定)

と環境庁長官通達(1984年11月)によって環境評価が実施されている。また建設省の技術指針はそれらにも基づかないずさんなものと批判されている。

今回の高速道路計画においては、移動発生源の自動車排気ガス中の大気汚染有害物質については、その拡散、地下高速の場合は排気塔による拡散などと大気の安定度が大気汚染での問題となる。しかし、大気汚染の予測は拡散式(数値モデル)のみを用い、道路端から100~150mを影響を与える周辺部として予測対象地域とするなど、予測モデルは沿道地形、交差点、建物、渋滞など考慮しない単路条件であり、環境基準は日平均値にもかかわらず年平均値予測、気象も雨、逆転時の考慮もしない。すべて平均値、机上計算である。

2) 国の環境基準・京都市の環境保全基準による評価方法

国(環境庁)のNO₂環境基準は1978年に、それ以前の0.02ppm上限の基準を政治的に緩和した。しかし、当時京都市では独自に環境基準検討委員会を設置し、盆地という自然的ならびに社会的条件の地域特性を考慮して京都市独自の基準「1日平均0.02ppm以下に、ただし当分の間は0.04ppm以下とする」を1986年設定した。今回の京都高速道路建設での環境アセスメント(環境影響評価)で京都市は、建設省の計画であり、建設省技術指針の年平均値予測で国の基準(0.06ppm以下)を満たしているとし、京都市条例を適用せずと市民の健康を無視、不当に決定している。

3) 決定された環境アセスメントの問題点

開発にあたって環境に及ぼす影響について予測し、評価を行うことによって、公害を未然に防止するための作業であるわが国の環境アセスメントは、前述のごとく、閣議決定であり、骨抜きの実状である。

予測方法で、交通量、車種構成、規制の実施、バックグラウンド値、NO_x/NO₂への変換、予測地点の選り方など問題があったが、環境評価は京都市・府都市計画審議会によって非公開で承認された。例えば、環境基準を越えた予測値は騒音で2カ所しかないのは極めて不自然である。かつての庄司会長の国の基準の誤りをあげて再検討を要求し、京都市は地域特性を十分考慮すべしとした審議会の答申を教訓とすべきである。

5. ま と め

われわれは既に国もやっと認めたカプセル式NO₂簡

易測定法(天谷式NO₂測定法)で、二酸化窒素濃度を住民とともに調査することによって、沿道はもちろん後背地まで、生活の場へのNO₂拡散が人間の健康に影響を与える高度汚染状態にあることを明らかにすることができた。少ない定点で予測する国や自治体の非科学性、京都市が自らの市条例環境基準まで否定する非合法性、健康都市構想に適合しない欺瞞性、需要追従型でなく都市環境改善で交通需要コントロール型への転換の必要性を明らかにすることができた。また、われわれがこのカプセル地域調査活動を地域住民とともに実践できたことの意義も大きく、今後の問題として次のようにまとめた。

第一に、単に疫学的・臨床医学的に把えるのではなく、社会医学的に把えること、花粉症、慢性気管支炎、肺ガンなどの疾病を地域の大气汚染度と比較して、また児童、老人、障害者を階層別に把えることの重要性を知ることができた。

第二に、地域の汚染調査方法から、車社会、国のモータリゼーション政策の視点で把えること。国の定点観測方式が唯一の方法でなく、幹線沿道沿いの観測ではなく、地域のメッシュ法による観測法の優位性こそ地域汚染が把えられること。また車社会のなかでは車をもつ人、もたない人—交通する側と交通される側、即ち加害者と被害者、とくにマイカー通勤者は加害者であり被害者であり、これら共同生活する地域では、ともに協力して取り組むことの重要性を学ぶことができた。

第三に、地域で生活する住民の立場で把えること。地域の人々と足で歩き調査することによって住民の健康障害を直接聞くことができ、科学的調査が行えたこと。ただ、沿道と後背地における住民健康アンケートおよび臨床医学的調査が実施できなかった。

第四に、景観問題、健康で安心して住める町づくりの観点で把えること。自動車排気ガスによる影響調査のみの把え方でなく、「住民の追い出し乱開発マップ」にみる住民の知恵に学び、ともに取り組む地域の暮らしと健康問題として把えることができた。

6. おわりに

いま、モータリゼーション政策で、欧米では都市の車社会からの転換が既に進められている。平成7年1月17日阪神大震災での高速道路の倒壊から、現高速道路撤去して新しい神戸市の創生のまちづくりが提唱されている。また平成7年7月5日に大阪地裁が西淀川住民の自動車排気ガスによる健康影響を認め、7月7日には最高裁が国道43号線沿線住民への騒音が受忍限度を越えるとし、い

ずれも初めて道路管理者の国と阪神道路公団の責任を明らかにした。

いまこそ、時代遅れのモータリゼーション政策から脱却し、古都京都の創生を願う市民の要求から出発した平和で豊かな、安心して暮らせ、震災に強い健康なまちづくりを目指して、測定運動に基づく提言をさらに住民と共に確かなものとしてゆきたい。

〔参考文献〕

- 1) 京都市企画調整局活性化推進室計画課. 新京都市基本計画:京都市, 1993, 3.
- 2) 京都府医師会公書・環境保全対策の歩み:京都府医師会, 平成2年9月.
- 3) 足立 明、谷田悟郎、氏平高敏、山下節義:京都高速道路計画と市民の健康. 京都医学会雑誌. 1993; 40, 2, 23-31.

表1 二酸化窒素の測定結果及び基準達成状況(平成4年度)

測定局	年平均値 ppm	1日平均値						1日平均 値の年間 96%値 ppm	基準達成状況			
		0.02ppm超過		0.04ppm超過		0.06ppm超過			環境 基準	市環境保全基準		
		日数	割合(%)	日数	割合(%)	日数	割合(%)			当分の間 の基準	0.02以下 0.04以下	
大 気 局	市役所	0.023	206	57.5	14	3.9	0	0	0.044	○	×(7)	×(199)
	壬生	0.021	158	43.9	12	3.3	0	0	0.042	○	×(5)	×(151)
	南	0.031	303	83.2	68	18.7	4	1.1	0.057	○	×(61)	×(296)
	伏見	0.028	279	76.9	42	11.6	0	0	0.051	○	×(35)	×(272)
	山科	0.021	163	46.3	14	4.0	0	0	0.042	○	×(7)	×(156)
	左京	0.018	125	34.3	4	1.1	0	0	0.036	○	○	×(118)
	西京	0.018	130	36.1	6	1.7	0	0	0.040	○	○	×(123)
	久我	0.025	231	63.5	28	7.7	0	0	0.046	○	×(21)	×(224)
	北醍醐	0.020	165	45.3	6	1.6	0	0	0.039	○	○	×(158)
自 排 局	南	0.040	344	94.2	170	46.6	14	3.8	0.064	×(7)	×(163)	×(337)
	大宮	0.045	357	98.3	260	71.6	25	6.9	0.066	○	×(253)	×(350)
	山科	0.032	314	86.7	79	21.8	4	1.1	0.057	○	×(72)	×(307)
	上京	0.027	297	81.6	24	6.6	0	0	0.046	○	×(17)	×(290)
	西ノ京	0.026	243	66.8	36	9.9	0	0	0.048	○	×(29)	×(236)
	桂	0.019	141	39.0	6	1.7	0	0	0.040	○	○	×(134)

(注) ()内は、基準を超過した日数を示す。

高齢者在宅ケアの介護負担

— 非営利・住宅参加型在宅福祉サービスの実状と課題 —

関谷栄子、後藤礼子、真保雅子、木下安子、遠藤由美子（白梅学園短期大学）

A Note on a reserch about overload cause of elderly home care — Some cases on non-profit, citizen-perticipant home care —

Eiko SEKIYA, Reiko GOTO, Masako SINBO, Yasuko KINOSHITA, Yumiko ENDO (SIRAUME GAKUEN COLLEGE, WELFARE-COURSE)

I. はじめに

高齢者の在宅福祉対策の緊急課題としてホームヘルパーの増員が急務であり、国は平成11年までには17万人に増やす予定である。厚生省はこの分野で、高齢者及びその家族の自助・自立、民間活力の振興を推奨し、シルバー産業の育成を行っている。

また社会福祉協議会などが、住民参加型のボランティア活動を基本としたホームヘルプ活動を推進している。平成8年1月現在で東京都内では90団体ある。内訳は公社20、社会福祉協議会23、民間団体37、その他10である。

この活動は、主婦層を中心とした地域住民主体の地域福祉参加活動であり、近隣の友愛精神で、支えられている。基盤が家事援助機能であり、その上介護需要にも応じている現状である。彼らの多くは低い報酬のもとで犠牲的精神に甘んじている。また仕事の責任範囲が不明確、組織的には未熟なものが多い。これらの活動には困難が多いが、しかしそれから得られる満足感、生き甲斐発見など創造的な側面もある。

高齢社会の地域福祉を進める上でこのような住民主体の活動を正しく評価し、問題を明確にすることは社会医学的にも重要である。

II. 研究方法

先進的な活動を行っている地域住民参加型ホームヘルプ活動を担っている人に聞き取りをおこない、その活動例の事例研究、及び活動の背景に関する資料の検討を行い、現状のホームヘルプ活動の課題とあり方を検討した。

III. 住民参加型非営利在宅福祉サービスの実状

1. 事例紹介

事例(1) 夕方になると寂しくて、不穏状態になる80歳の女性Aさん

世間の苦勞を知らず箱入り娘として生きてきた。独身の娘は大学の教員である。Aさんの話し相手としてあるホームヘルパーが訪問した。しかし会話中にそのヘルパーがAさんに説教をしてしまった。そのためAさんは具合が悪くなり、母娘関係も悪化、介護負担が増えて娘の研究生活に影響を与え、娘が母にきつく当たるなどの悪い結果となりホームヘルプは断られてしまった。

原因はホームヘルパーが痴呆性高齢者の面接の基本技術をふまえなかったために起こってしまった。「話し相手」といっても最低限度の知識技術の研修は必要である。安易な参加は有害となりうる。

事例(2) 痴呆性高齢者のBさん

Bさんの家業は代々続く本屋の娘で、今は息子が家業をついでいる。不景気のため、店員の給料を出すのにも苦勞している。

娘が2人いるがいずれも遠方に嫁いでいて、たまに来る程度である。経済的な援助はない。嫁が介護しているが、痴呆症のBさんは気に入らないことがあると、誰にでも、ひっかく、爪を立てる、首を絞めるなどの暴力をふるう。

かかりつけの医師の薦めで家政婦会に介護を依頼したが、家政婦は家事だけしかしない。家政婦とBさんとの関係も良くない。そこで「Z」に介護を依頼してきた。

ホームヘルパーは週3回正午から午後5時まで5時間訪問し、嫁の休養や外出中に介護を行う。ホームヘルパーが受容的に接したためBさんの暴力行為は次第に少なく

なった。

病院の訪問看護も受けているが、看護婦は生活指導するため、Bさんは看護婦をきらっている。Bさんへの接し方については、看護婦に求められてヘルパーが助言している。

その後本屋の経営状態がさらに悪化し、訪問時間を減らす申し出があった。1時間当たりの介護費用は1,500円×5時間で7,500円、1ヶ月間で週3回×4週分9万円支払っていた。

以前、公的ホームヘルパーを申請したが嫁がいるため断られてしまった。

「Z」の実績については表1に平成6年の1年間に換算したものをあげた¹⁾。1件当たりの稼働時間が22.2時間となり、1件当たりの介護サービス時間の長さは他の団体とは比較にならないほど長い。早朝夜間の介護も約4割をしめる。企業組合として法人格を持っていることが特徴である。利用料金も他団体よりは高額である。協力者の配置などの高度のマネジメント能力が要求される。行政などからの財政的な援助は0円で介護料金収入が90%以上になる。

事例(3) 脊髄小脳変性症の主婦Cさん(46歳)

Cさんは、夫と23歳と21歳の息子の4人家庭の主婦である。姑舅にいじめられ辛い生活を長年行ってきた。姑を昭和53年に、舅を59年に看取って一段落した頃から、歩行障害が始まった。昭和59年頃(40歳)からまっすぐに歩けない、口がきき難い、包丁を取り落とす、排泄の後始末ができないなどの日常生活行動が不自由となる。病名がわからず、平成元年に国立M病院で脊髄小脳変性症と診断された。平成3年、家の中で転んで右腕を骨折し入院。退院後一時実家で介護されたが2週間で帰された。座りきりのため臀部に褥創ができています。身辺処理が不可能。

民生委員の紹介で、「Iの会」に援助申請がなされ訪問開始した。

週5回午前10時から午後4時まで訪問する。昼食は、ホームヘルパーが家で調理して持参する。そのための材料費を350円もらっているが、その金額では不足である。光熱費などは含まれない。夫の話では小食だということだったが、ホームヘルパーの持参したものはおいしいといってよく食べる。夫の調理したものは口に合わなかったので食べられなかったという。

ホームヘルパーは車椅子をつくるために整形外科医を訪問したり、身障センターのリハビリ教室に通えるよう援助した。入浴介助のためには2人のホームヘルパーで援助したがそれでも腰痛になってしまった。

介護費用は午前10時から午後4時までが6時間4,200円、時間外が2時間で1,800円で計6,000円、週5回で3万円、1ヶ月では12万円である。夫は蓄えがなくなったら入院させるといっていたが、訪問開始後約1年で病状の進行により在宅ケアの限界となり入院となった。ホームヘルパーは難病の医学知識を勉強して、7人の会員がチームを組んで訪問介護に当たった。家庭の密室における介護は精神的に高度の緊張を要求される。会員相互の介護の技量にも差があり、進行性の病気をもつ人への介護は、限界に近かった。

チーム間の連絡調整のためにコーディネーターは自宅からの電話連絡の費用が1ヶ月2万円にもなった。この費用は利用者に請求していない。

「Iの会」の概要と平成6年度の実績を表1にしめす。表2は平成6年度種別サービス内容であり介護・介助が1/4を占めている。

利用料金は1時間当たり家事援助700円、介護は900円と差を付けている。

表1 在宅福祉サービス団体、ZとIの比較

	Z	Iの会
利用 平 日	¥1,500/時間	¥ 900/時間
料金 夜間早朝	¥1,600-1,800/時間	¥1,100/時間
利 用 件 数	264件	3,239件
利 用 時 間	5,976時間	7,475時間
(早朝夜間)	22.2時間/件 (2,424時間)	2.3時間/件
(夜 間)	(444時間)	-
協 力 会 員	40人	178人
規 模	平成4年設立 組合員20人 平成6年企業組合法人化	昭和61年設立有償 非営利在宅福祉サー ビス

平成6年度
引用 東京都社会福祉協議会 東京都内 非営利有償ホームヘルプガイドブック 平成8年1月

表2 Iの会 平成6年度在宅サービス利用状況

数	家事	食事	保育	介護	介助	その他	合 計
利用件数	1,248	746	49	831	44	321	3,239

引用 同上

IV. ホームヘルプの現状分析

1. 経済的な問題点

K市の調査によっても²⁾介護料金は1件当たり1ヶ月155,348円である。

一般市民には、1ヶ月15万円をこえる介護費用の長期間の支出は不可能であろう。

費用負担は高齢者本人の年金で支払える範囲内に押さえるべきで、その差額は消費税収入などをもとに自治体補助金や国庫負担などの公的保障で補うべきである。

訪問要請が、経済的事情によって制限されるのはホームヘルプの意欲を削がれる原因である。公的ヘルパーも充実されなければならない。利用料の減免措置などを行うべきである。

2. 重介護をになうべきか

柔軟な対応が出来る点、安価で良質のケア提供をめざしている点は利用者側からみて評価される。しかし、いわゆる重介護に分類される、介護負担の重度なものは会員の技術性からみて「腰痛」など危険がともなう。さらに家庭という密室の中で行われる在宅介護の特殊性も考慮されるべきである。

重い痴呆症状のある介護は医師・看護職員等の専門家のもとで行われるべきである。専門家による協力・援助が得られることは必要条件である。本来重度の介護が必要なものは、専門家でも、その対応に苦慮することが多い。

軽い介護のはずだが、緊急性を理由に、最も困窮している重介護を担うマンパワーとして参入せざるをえない。在宅ケア責任は誰が担うべきなのか、もう一度考え直すべきではないか。

3. 専門技術の向上

平成元年12月に出された厚生省の介護対策検討報告書によれば、ホームヘルプ活動に欠かせないものとして次の点を強調している。

- ・ホームヘルプは専門的知識、技術をもち、専門的医療・福祉・保健機関との連携協力のもとに行われる必要がある。
- ・高齢者総合政策調整会議の有効活用がなされ、直接介護に当たる会員の参加による有機的な実効的な検討会とするべきである。
- ・活動する個々の協力会員が主体的に考えたり活動したりするために、自分達の活動する地区レベルで在宅ケアの専門家と、日常的に連携できていることが望ましい。
- ・必要時には医療、福祉、保健の連携のもと、意見交換が密に行われ、ケースカンファレンスが自由に開かれ、個別ケア計画を確立して介護にあたらなければならない。そのためには関係者の間の意志疎通、利用者の理解、相互の職域や専門領域への理解などの上に信頼関係のもとに総合的な介護ケアが実行されるのである。

上記の4点は一部の熱心な者のがんばりだけでは、組織的、継続的、総合的な活動としていくことは難しい。

4. 活動の公的責任・サポート体制

公的サービスの供給量が不足しているため、行政機関がこれらの住民参加型非営利機関のホームヘルプに利用者を紹介しているが、受け入れる力量があるかどうか照会や点検・評価が必要である。

利用者の状況の変化に対応してどのような協力者を導入するのか、利用者の必要に応じてさまざまなホームヘルプを選択し、コーディネート出来るように、自治体が運営を積極的にサポートするべきである。

また協力会員・職員などの補充、研修、ケース検討会、研究・学会活動、出版活動などにも人的物的援助をして社会的評価を高めるようサポートをすべきである。

市町村は委託するに当たっては、経費の補助のみでなく、その後の経営内容、事業内容の指導、点検、支援、会員の教育、健康管理、労災補償などにも利用者の立場に立ち管理責任を負うべきである。

5. 今後の検討課題

今後の課題として、1)利用者、2)協力会員、3)活動の評価の3点に分けてそれぞれから項目として列挙する。

1) 利用者の課題

- ・費用負担の軽減
- ・公的ヘルプ制度の利用者を拡大する
- ・重介護は敬遠されやすいので専門家の責任を明確にする
- ・制度利用の簡便さ、雇用意識から共に育てる制度へと発展させる

2) 協力会員の課題

- ・職業意識の確立、倫理観確立
- ・技術水準の向上、専門家との連携
- ・仕事に見合う対価、組織経営能力、同業仲間の拡大
- ・キャリアの獲得、介護福祉士資格試験、現任研修
- ・生涯教育における位置づけ、社会的評価を高める努力
- ・将来への時間預託制度保障、年金額などへの繰り入れ

3) 活動の評価

(1) 制度政策への反映

- ・福祉制度政策のオンブズマン制度として、福祉制度の有効活用、苦情処理、新規政策の提案、自治体責任などの追求をめざす(安上がり福祉の片棒担ぎにならない)

- ・在宅ケアの補完から主力志向へ、地域における近隣の相互扶助
- (2) 評価の方法の開発
 - ・経済効果、年金有効利用、経営基盤の確立、医療費節約効果、自治体財政分析、健康水準改善、QOL向上、高齢者パワー向上
 - ・人間尊重、人権尊重、価値観や地域の古き良き文化継承の指標開発
 - ・専門の学問分野における評価（介護学、家政学、社会政策学、社会福祉学、生活指導学、社会医学等）

V まとめ

ホームヘルプサービス事業の中でも非営利の性格をもった住民参加型在宅福祉サービスの現状と問題点課題を解明した。

第1は利用者側からみた問題で決して安価ではないこと。第2は協力者から見て技術性、倫理性、組織性、専門性との協力連携関係の確立などの総合性を追求すべきである。専門性としてのキャリア開発に結びつくような技術的發展を図るべきであること。

第3には住民参加の利点を活かして、オンブズマンの性格をもたせ行政参加、制度政策への発言、活動の評価についての検討へと発展すべきであること等があげられる。

(引用文献)

- 1) 東京都社会福祉協議会発行、東京都内非営利有償ホームヘルプ実施団体ガイドブック、平成8年1月
- 2) 小平市民生委員協議会・小平市・小平市社会福祉協議会発行、平成5年度小平市ねたきり高齢者などニード調査、平成6年3月

学校にも労働安全衛生法を適用し、いのちと健康を守るとりくみの発信地に

三栄 国康 (全日本教職員組合)

Let us make school a model base to defend life and health of teachers and staffs by implementing the "Industrial safety and health Law"

Kuniyasu MIEI (All Japan Teachers and Staffs Union)

〈はじめに〉

90年代にはいって、教職員のいのちと健康の問題が医学界でもかなりとりあげられるようになり、ストレス過重性、精神・神経疾患の深刻な実態の調査、分析が公にされてきました。一方で学校でのいじめ自殺、体罰死問題が大きく社会化され、子どもたちが深夜まで塾に通い、幼児からの「早期教育」が拡大する。これまで例のない異様な現象に直面して、「学校はどうなっているのか。何が起きているのか」との問いかけにたいするかみ合った議論が求められています。

教育が国民の共同の課題でありながら、学校が社会から隔絶されているという問題があります。その中でも、いのちと健康というもっとも重要な固有の人権をめぐる隔絶、分断されている状況の解決は急務です。この研究誌に発表の機会を与えられたことについて、まずはじめに感謝しつつ、今後いっそう問題点の解明に医学、医療の分野からご尽力いただけますようお願いいたします。

1. 全教の歩み

(1) 1989年11月、日教組と袂をわかった29の教職員組合が全日本教職員組合協議会を結成し、91年に日本高等学校教職員組合と統合して、全日本教職員組合(全教)となります。「教職員から過労死を出さない」方針を掲げる全教の91年定期大会(三鷹市)では、教職員のいのちと健康の危機的状態に関する討論が集中しました。一方では、長野の山岡、和歌山の長柄、千葉の中野、京都の北芝、高知の有田などの事件で教師の過労死、大阪の向井事件裁判で過労性腰痛の公務災害認定が実現しましたが、苛酷な教職員の仕事の実態も浮き彫りにされました。

全教は、92年11月、学校では行事や試験、成績処理などが少なく比較的ゆとりのある時期の1週間、全国の教職員に生活と勤務の詳細にわたる記録を依頼し、

1,268人分を集約しました。この「教職員の生活と勤務実態調査」によれば、教職員の法定週労働時間が当時44時間であったのに、実態上の勤務時間は男女平均で54時間50分にものぼり、週11時間の時間外勤務です。さらに男性24.2%、男女平均18.8%が週70時間以上におよぶ勤務時間であり、まさに過労死危険ゾーンに入っていることを明らかにしました。

また、全教腰痛等対策委員会は93年11月、障害児(盲・聾・養護)学校の教員5,216名を中心とする腰痛調査を行い、肢体不自由児養護学校の女性教職員の40%が「過去1年間に腰痛に罹患」した実態など、障害児学校が全体として腰痛多発職場であることを明らかにしました。(2) 公務災害認定、労働安全衛生法を学校へ適用させる組織的などとりくみ

全教は発足の年から毎年「全国教職員のいのちと健康を守る学習交流集会」を開催し、公務災害のとりくみと労働安全衛生法適用、在職死と休職、健康実態調査の促進をはかってきました。また、94年から「いのちと健康活動者養成講座」を、95年には第1回「公務災害認定闘争担当者・弁護士会議」を開始しています。これらのとりくみが前述の公務災害認定の成果にむすびついていきます。中でも大阪向井腰痛裁判で、前述の「腰痛調査」にもとづく医師の証言が重要な役割を果たしたことは、運動の新たな発展を示すものです。

全教は92年度に「労働安全衛生法適用の手引き」(その一:総論編、その二:取り組み推進編)の二つのパンフレットを全国1万7千のすべての分会に配布するとともに、93年度夏には全組合員配布の職場討議資料を送って、職場の学習と討議の推進をはかってきました。

一方、91年には東京都立学校と愛知、長野の県立学校に労安法を施行する合意が成立し、92年度予算から地方交付税の総務調査費において「公立学校教職員保健管理費」(産業医に準ずる経費)がささやかながら新設されま

す。しかし、文部省の意図は「校医の報酬を増やして、労安法ではなく学校保健法で対応すればよい」というところにあり、全教との交渉でもそのように回答していました。それでも、文部省の意図を乗り越え、富山・静岡・岡山その他の県立学校で労安法体制確立と活用への歩みははじまりました。95年4月から大阪、茨城の府県立学校で実施されています。義務制の学校についても、島根の松江市で93年から、95年8月から千葉の成田市において暫時労安体制の確立がすすめられています。

その中で95年4月11日、高崎ゆう子参議院議員の「すべての学校に労働安全衛生法の適用を徹底し、実態を調査するように」求める質問にたいして、自治省・文部省からほぼ全面的にその要請をうけるれ答弁が行われました。

2. 学校を「いのちと健康の空白地帯」からぬけ出すために

(1) 二重、三重の教職員の権利剥奪

以上のように私たちの運動は着実に発展していますが、それにしても学校職場における教職員のいのちと健康をめぐる権利関係は極めて劣悪です。その一つは、教育職員給与と特別措置法(給特法、1971年施行)をめぐる問題です。給特法では、臨時・緊急の行事・職員会議・学習・災害のほかは超過勤務をさせてはならないことになっていますが、実際は前述の全教の調査にあらわれた実態となっています。ここには、「超勤をさせない」制度の法形式論と「実態としてどんなに教師が長時間はたらいでも関知しない」とする無責任性から生まれた最悪の行政のはざまがあります。これでは無法地帯と言わねばなりません。しばしば地方公務員災害補償基金もこの行政姿勢を踏襲し、「だから時間外勤務は存在しない」といって、「過労死を公務外」とする裁決をおこなってきました。このような無法な裁決は多数の裁判によって覆われています。

もう一つは、これまで教職員に労働安全衛生法が適用されてこなかったことです。労安法のどこを見ても教職員全面適用除外規定などありません。「学校保健法で教職員の健康管理はカバーできる」と繰り返し言明し、責任を放棄してきた文部行政(自治省も労働省もこれを後押ししてきた)の責任は重大です。学校保健法には、労安法にあるような「事業主の責務」の規定はありませんから、仕事が原因で疾病が生じたり、悪くなったりしても事業主(教育委員会と校長)は責任を問われず、何ら対策する義務を問われることはありません。

94年秋になって、自治省は「学校保健法と労働安全衛

生法は目的が異なるのに、学校現場では学校保健法に目を向けがちな行政をすすめたために労働安全衛生法の適用が遅れている。労働安全衛生法の徹底が必要である」と表明し、前述の参議院答弁を促しましたが、その自治省も教職員の健康診断について「労働安全衛生法と学校保健法は同じ」と乱暴な認識を示しています。しかし、両法の健診項目を並べてみれば違いが歴然とします。労安法にある「既往症と業務歴」それに「自覚症状と他覚症状」が学校保健法では欠落しています。わたしたちは健診項目を増やすこと自体を求めることはしませんが、この欠落の意味する問題は小さくないと考えます。

また学校保健法には、事務所衛生基準規則もありません。全教婦人部による全国調査には、職員用男女別トイレのない学校が、高校では静岡の15%、和歌山の10%、小中学校では高知の36%、和歌山の41%など。また男女別休養室のない学校も多数にのぼり、高校では富山の75%、滋賀の94%、茨城は85%、小中学校では、東京で93%、埼玉の84%などといった悲惨な数字があらわれています。教職員は人間扱いされていないと言わねばなりません。

給特法をめぐる労働実態無視や労働安全衛生法のこれまでの不適用の背景には、戦前からの教化至上の文教政策のもとで、「40人学級」といった劣悪な教育条件をひきずりながら、その上に戦後50年にわたる公務員の労働基本権の制約、とりわけ教職員の地位にも関わって、がんじがらめの無権利政策があります。これはここでの本題ではないでしょうが、ともに考えていただきたいという思いを理解してほしいわけです。

もう1つ考えなければならないことは、学校が以上のような大きな問題を抱えながら歴史的に教職員組合が、この課題に正面からとりくんでこなかったことです。この問題を重視する討論はまったくなかったわけではありませんが、方針の上で、また担当役員の配置に関してほとんど手立てが講じられていません。そのために、教職員のいのちと健康の課題にとりくむ主体的条件が極めて乏しいことが運動の隘路になっています。法制度上も、教職員の内部からもドクターストップをかけることがない実態は抜本的に改めなくてはなりません。

強調しなければならないことは、滋賀医科大学の調査結果が示すように、労働時間が長くなればなるほど、「教職員の間での会話」が少なくなり、「ちょっとしたことですぐ怒りだすことがある」「すぐどなったり言葉づかいがあらくなる」「話をするのがわずらわしい」といった心理状態が増えることです。教育の仕事における適性にも関わりかねない問題が生じています。これは12月7

日「夕刊読売」新聞(近畿版)に報道されましたが、教職員のおかれた劣悪な無権利状態が教育の仕事への重大な障害となっていることは、子どもと父母・国民にとって社会的にも重大な問題です。

(3) 教育過程におけるいのちと健康の扱いの課題

1993年～94年の労働災害による死傷者は年18万人前後、うち脂肪災害は約2,300人と労働省は発表しています。「労災かくし」などの事情は知る人は、実際にはその何倍かの災害があると言い、過労死弁護団は一年間の過労死を一万件以上と推計しています。

労働に関連してそれほどの災害発生の状況がありながら、いのちと健康を守る権利やそのために活用されるべき労働安全衛生制度に関して、学校ではどう扱われているのでしょうか。中学校の教科書は四冊開いてみました。どれも、労働基準法や労働組合法、労働関係調整法、最低賃金法と労働三権にふれていますが、労働安全衛生法や労働災害補償保険法は出てきません。A社「緊張の連続や過度の残業による過労死など、あらたな労働災害の問題も生じています」、B社「作業が安全に行えるように技術的なくふうもされているが、ときには労働災害が起こって、負傷したり、薬品などの中毒にかかったりする人もいる」、C社「労働者の安全と健康の確保は、法律によって事業者の義務とされている。危険な労働による事故の発生のほかに、最近では機械化やコンピューター作業によるストレスが原因で、精神に障害がでる例もふえている」、D社はまったく記述がない、以上が四冊のすべてです。

教職員の側にも労働安全衛生に関する認識は全体的に乏しく、この課題が自主的に取り扱われることは少ないといつてよいでしょう。

主権者が育ち合うべき学校で、「健康で安全に、快適な職場環境で働く権利」という大切な課題が抜け落ちている現状は変えなければなりません。この課題は教職員だけの問題ではなく、国民的課題として各界が位置付けることが必要と考えます。

先に教職員の主体的条件(力量の蓄積)の隘路について述べましたが、問題はとりくみのたちおくれです。全教はこのたちおくれの実態も十分に考慮にいれながら運動を重視してとりくんでいます。そのとりくみも現実に労働安全衛生法や災害補償保険法が存在し、その活用を工夫することが中心ですから、活動の筋道もかなり明瞭に描くことができ、とりくめばかならず成果につながるという運動にすることができると考えます。

95年4月から6月にかけて全労連は、「働くものの生

命と健康を守るために」(働くもののパンフレットシリーズ5)と「はたらく者の安全衛生活動」を刊行しました。いずれも最高レベルの執筆者によるわかりやすいパンフと本で、学校でも副読本に使えます。94年には細川汀氏による「これから働く君たち：健康で安全に働く」が出版されています。これは中学生や高校生に向けて書かれたものですから学校で使うものとしては、いまのところ最適のものと言えます。このように、教職員が自らの問題として労働安全衛生の活動をすすめながら、同時に子どもたちに健康で安全に働く権利を、子どもの父母や兄弟などの労働の実態を踏まえながら、ともに考えるための材料が整いつつあることは重要です。今後いっそうわかりやすい、考えやすい教材を作っていくためには、専門家の協力を得ながら、教職員自身がとりくみをはじめることが重要になっています。

3. わたしたちのとりくみの方向の探求

(1) 教職員の仕事のあり方とかみあわせて

労働安全衛生を前進させるために、教職員の仕事のありか方に関わる「疾病・傷害(予防)対策」「健康増進対策」について、教職員と教職員組合自身がとりくまなければすみません。

これまでたちおくれしてきた教職員の健康問題に対処する中で、「健康管理自己責任論」の問題も克服する必要があります。例えば93年6月、文部省の「教員の心の健康等に関する調査研究協力者会議」は「審議のまとめ」を発表しました。これにたいし、新松戸診療所所長の石田一宏医師は適切で厳しい批判を寄せ、「教師の心の健康問題を論じるには、学校で生き生きと教師自らの成長も期待される環境づくりが必要なのである。糖尿病の栄養管理とは違って、常に人間どうしの関係の中で考えねばならない」、「文部省の『審議のまとめ』が強調していることは、教師をバラバラにして、ひとりひとりの『資質・能力の向上』『意識変革』『指導能力の向上』である。要求されている校長の仕事は、まさに青年将校の統率力であり、これでは、管理職も心の不健康におちいるのではないかと指摘しています。教職員が分断されている環境の状態こそ改善されねばならないことは明らかです。同時に、職場の健康問題を討議する時には、仕事の実態を民主的に改善する立場から、目的意識的に「健康管理自己責任論」を克服する努力が求められています。

ところで、目の前のいじめや登校拒否、万引き、子どもの学習上など様々な問題のために「休めない」実態があり、また、子どもの成長と発達が輝く教育の場面の感

働を際限無く求める教師魂と、現象的には2つの問題から教職員の不健康な実態が生まれていると言えます。その中で、健康を追求するためには「休まずに勤務し、疲れて、いらいらしながら教壇にたつことこそ問題だから、休むことを大切にすべきだ。意識改革をしなければならぬ」との討論が多くなっているようです。同時にそのような提言にたいして、「そのような方向は父母や地域住民の支持が得られないのではないか」と反発する議論もあります。

95年秋に改定版が出た細川汀・埜田和史著「最新：教職員のための労働安全衛生入門」は、京都の養護教員が報告、質問、討論に参加しながらつくりあげられたものです。

この本は教職員の苛酷な労働実態と深刻な健康問題を解明して、仕事が過重なために、「教師に子どもを受けとめるだけの心のゆとりがない」と指摘しています。このような「不健康像」について、教職員は指摘されるだけにとどまらず、もっともっと教職員自身で解明しなければならぬと考えます。

(2) 教職員の仕事にふさわしい健康像の具体的追求を

ところで沖縄や佐世保のアメリカ軍海兵隊は、世界中でアメリカの国益を守るために、明日にでも戦場で殺し合いを完璧に行うような兵隊の健康像を追求しているにちがいません。大自動車会社では、最高水準の能率をあげるための作業工程に労働者の健康を合わせる健康像をもって「健康管理」をすすめていると聞きます。

そこで、民主的な教育をすすめていこうとしているわたしたちの健康像はどうでしょうか。埜田氏は「子どもたちをきちんと豊かに包みこめる健康水準」を求め、方向を示していますが、やはり、教職員自身がこのような健康水準、健康像の問題を議論し、きめ細かな、個人差を配慮した健康像を追求しなければならないのではないのでしょうか。さしあたって「快適な朝の目覚めをとりもどしませんか」といっただれでも加われるさわやかなテーマのもとに、この一週間の仕事の仕方に問題はなかったか、この一年間の行事計画に問題はなかったかなどをみんなで議論し、改善することからはじめたらどうかと考えます「五泊の自然教室は子どもにとって教職員にとっても過重」としてとりくみ、期間の短縮を実現して喜ばれている大阪市の成果などは極めて教訓的ではないでしょうか。

「子どもの人権を第一にいつも配慮できる心と体の健康の状態」といった健康像を具体化するなど、さまざまな健康像を論議し、それらが「よりよい健康をつくる」目標に設定されるようにしていけば、疾病対策にとどま

らない、発展的で明るくさわやかな労働安全衛生のとりくみになると考えます。教育基本法が目的としている「人格の完成」に関わる教職員の崇高な職務からすれば、議論すべきことは山ほどあるにちがいません。

日本の教職員の世界が、いのちと健康の問題の「長年にわたる広大な空白地帯」にされてきただけに、この問題についての誤解や無神経な対応が学校職場にまかりとおっています。そんな問題があるからこそ、労働安全衛生法の積極的な活用によって、衛生管理者の一定程度専門的な力量を職場に育てる課題、産業医の専門的な見識を仕事の実態の改善に生かすとりくみ、衛生委員会がプライバシーに配慮しながら、相互の健康を高め合う計画をたててとりくむことが欠かせないことをあらためて肝に命じながら、運動を推進していきたい。わたしたちの運動によって新たな局面を迎えているいまこそ、真に労安法の真髓にもとづく行政をおこなわせるとともに、教職員の主体的力量を粘り強く培っていく課題を追求しなければなりません。

聴覚障害者に受療抑制はあるか？

～手話通訳者を配置した病院の来院状況から～

北原照代¹⁾、峠田和史¹⁾、渡部眞也¹⁾、佐藤修二²⁾、西山勝夫¹⁾

*¹⁾滋賀医科大学 予防医学講座、*²⁾勤医協札幌病院 労働衛生科

Are the deaf people inhibitive for receiving medical services?
～Surveys on the deaf people and a hospital with sign language interpreters～

T. KITAHARA¹⁾, K. TAODA¹⁾, S. WATANBE¹⁾, S. SATO²⁾, K. NISHIYAMA¹⁾

¹⁾Department of Preventive Medicine, Shiga University of Medical Science

²⁾Department of Occupational Health, Kin-I-Kyo Sapporo General Hospital

〔はじめに〕

聴覚障害者にとっての医療の場におけるコミュニケーションの障害、すなわち受診時に自分の病状を医師に十分伝えることができなかつたり、医師や看護婦の説明を十分理解できないということは、診断や治療に大きな齟齬を来す。このことは、健康や生命に関わる問題だけに、聴覚障害者にとって重大な問題の一つであると考えられる。実際に聴覚障害者が受療時において様々な困難に遭遇しているという事実はいくつか挙げられており^{註1)}、このようなコミュニケーションの障害があるために、受療の意志があっても実際には受療行動をとらないという「受療抑制」も存在するのではないと思われる。

わが国では、1976年に「手話奉仕員派遣事業」が国の施策として施行され、以来、聴覚障害者は必要に応じて手話通訳派遣制度を利用することができることになった。しかし、手話奉仕員派遣事業は選択事業の一つであるため^{註2)}、全ての自治体で実施されているわけではなく、また、手話通訳者の派遣は原則として予約が必要であり、利用できる時刻帯はほぼ昼間に限定されているため、急な受診や夜間の受診などには利用しにくいことから、こうした事業が行われていても、聴覚障害者の受療抑制の存在は十分に考えられる。しかし、聴覚障害者の受療抑制の有無についての調査は容易ではなく、これまで行われたことはない。

そこで我々は、わが国で最も早い時期から手話奉仕員派遣事業を実施している札幌市において、市内の一病院が専属の手話通訳者を配置していることに着目し、市の派遣制度の利用状況と当該病院の手話通訳利用状況とか

ら、当該病院での手話通訳配置前後の受療動向の変化、および当該病院利用者の行政区別利用率の比較から、聴覚障害者に受療抑制があるか否かを検討した。

〔調査方法〕

調査対象とした病院は、1987年度以来札幌市聴力障害者協会と契約し、そこから病院専属の手話通訳者の派遣を受けている、北海道労働者医療協会・総合病院勤医協札幌病院(以下、札幌病院と略す)である。手話通訳者配置以降1992年までの聴覚障害者の札幌病院利用状況を見るために、当該病院の配属手話通訳者が札幌市聴力障害者協会に提出している業務日報から、当該病院における月別および患者住所(行政区)別の手話通訳件数と患者数を求めた。

また、要通訳者(手話通訳が必要な聴覚障害者)の札幌病院利用状況を通訳不要者(健聴者、および手話通訳を要さない聴覚障害者)のそれと比較するため、1993年3月1日から31日までの1か月の札幌病院診療録から、要通訳者・通訳不要者別に、患者住所による行政区別来院患者数を調査した。

札幌市の手話通訳派遣制度の利用状況をみるために、札幌市障害福祉部障害福祉課の資料から、月別の通訳内容別手話通訳派遣件数、および身体障害者手帳を交付されている聴覚障害者の1986年以降毎年の年度末における行政区別人数を調査した。

なお、行政区分では、白石区と厚別区、および西区と手稲区は、それぞれ1989年まで一つの区であって、その間の行政統計資料を遡って2つの区に区分できなかった

ので、以後も一括して白石・厚別区、および西・手稲区として扱った。

〔結 果〕

1. 札幌市における医療関係通訳件数年次推移について

札幌病院の専属手話通訳者が扱った通訳件数と、札幌市の手話通訳派遣制度を利用した手話通訳件数のうち医療に関する手話通訳件数の6年間の推移を図1に示した。1990年春までは、市の医療関係通訳派遣件数はほぼ横ばいで推移したのに対し、札幌病院の通訳者が扱った件数は増加傾向を示した。斜線の部分は、全日勤務していた札幌病院の通訳者が頸肩腕障害により休業したため、代わりの通訳者1名が午前中のみ勤務する体制をとった時期であり、休業に先立つ夏から当該年度末までの時期は、札幌病院の通訳者が扱った件数は減少し、市の医療関係通訳者件数は増加した。1991年、札幌病院では、手話通訳者の業務負担を軽減するために、午前中3名午後2名の手話通訳者を配置した。その結果として、延べ手話通訳業務時間が2.5倍になるとともに、当該病院の通訳件数は急増した。これに対して、市の医療関係通訳派遣件数はやや減少する傾向を示している。

当該病院での通訳件数と市の医療関係通訳派遣件数を合計して、これを札幌市の聴覚障害者の医療に関する通訳総利用件数としてみると、札幌病院に手話通訳者が配置される前年の1986年度の総利用件数は808件で、これを基準にすると、翌年は1.9倍(1,519件)、翌々年は2.3倍(1,839件)と増加し、5年後には3.1倍(2,481件)に達した。しかし、この間における札幌市内の聴覚障害者人口は1.2倍(1986年の4,594人に対して1991年は5,374人)にしか増加していなかった。またこの間、当該病院の患者の受療動向に影響を与えられられる診察科目の増減はなかった。

聴覚障害者人口の増加よりも聴覚障害者の医療に関する通訳総利用件数の増加割合が大きいことと、受療者の増加が公的派遣制度利用者の増加ではなく、通訳者を配置した特定の病院利用者の増加によるものであることから、病院に手話通訳者を配置することによって、聴覚障害者が従来よりも積極的に受療行動をとるようになったものと考えられる。このことは、裏を返せば、病院に手話通訳者が配置されていない状況の下では、聴覚障害者は受療抑制的であることを示唆していると考えられる。

2. 札幌病院における要通訳患者と通訳不要患者の通院圏の比較

病院に手話通訳を配置することが聴覚障害者の受療を増大させるという効果(聴覚障害者に受療抑制があることの逆証明)があるとするならば、札幌市の場合、札幌病院以外に手話通訳者を配置している医療機関はないから、当該病院における要通訳患者の通院圏が通訳不要患者のそれよりも広い可能性が考えられる。そこで、当該病院の患者の通院圏を要通訳者と通訳不要者で比較するために、札幌市の行政区別に要通訳者、通訳不要者それぞれの人口に対する、1993年3月の札幌病院外来利用者数の割合(利用者率)を算出した(図2)。ここで要通訳者数は、札幌市聴覚障害者協会の推定にならって、区毎の身体障害者手帳所有聴覚障害者人口の45%とした。

要通訳者の札幌病院外来利用者率は、市全体で見ると2.5%で、通訳不要者(0.6%)の約4倍に達しており、どの行政区においても前者が高率であった。行政区別の利用率で最も高い率を示したのは、通訳不要者も要通訳者も札幌病院が所在している白石・厚別区で、ここでは要通訳者の利用率は約5%で、通訳不要者のその約3倍であった。通訳不要者の利用率は札幌病院から地理的・時間的に離れていくにつれて低下するが、要通訳者の利用率の低下は必ずしもそれに平行せず、要通訳者と通訳不要者の利用率の比は、中央区を除けば白石・厚別区以外の方が高かった。

このことから、病院に手話通訳を配置するということが、手話通訳派遣制度の利用よりも聴覚障害者にとってメリットがあり、受療行動を積極的なものに行っているものと考えられる。

3. 札幌市における医療関係手話通訳の充足度の推定について

札幌市で実施されている医療関係手話通訳が、医療に関する通訳需要を十分に充たしている状況にあるか否かを検討するために、上述の成績から、現在最も高い充足状況にあると考えられる、白石・厚別区を標準にして検討した。すなわち、この地区の1987年度以降毎年1か月あたり要通訳者の札幌病院通訳者利用率は、表1[B]欄に示したように約5%と推定されるので、両区以外の地域でも、少なくともこの割合で要通訳者が手話通訳を利用して医療を受けることができるべきであると考えられる。そうすると、札幌市内全体で予測される要通訳受療者数は、表1[C]欄に示した人数となる。ところで、札幌病院通訳者の通訳件数(表1[D]欄)と札幌病院通訳者を利用した患者数(表1[E]欄)とから患者一人当りの月平均来院回数を算出すると(表1[F]欄)、約2.5回であった。そこで、札幌市全体の医療関係通訳の需要件数

を、推定要通訳受療者数(表1 [C]欄)に2.5を乗じたものとし、これと実際に行われた医療関係通訳件数とから、市の医療関係通訳の推定充足率を算出した。その結果、表1 [H]欄に示したように、札幌病院が専属手話通訳者を配置した1987年度の推定充足率は47%で、以降次第に上昇したが、1992年の時点では未だ69%であり、十分充足していると言えない状況が示唆された。

〔考 察〕

厚生省の平成3年度身体障害者実態調査報告によると、わが国には身体障害者手帳の交付を受けた聴覚・音声・言語障害者が約35万8千人いる³⁾。これら聴覚障害者が、そのコミュニケーションの障害のために受療を自ら抑制しているのかどうか、特にそれが公的な手話通訳派遣制度を利用できる地域においてもあるのかどうかは、本調査の大きな関心事であった。調査研究のフィールドとした札幌市は、手話奉仕員派遣事業を早くから(1974年)実施してきた自治体であり、また市内にはわが国で初めて専属の手話通訳者を配置した病院(札幌病院)が存在するので、この問題を検討するのに恰好な地域である。

長年、手話通訳者派遣業務を行ってきた自治体においても、地域内の一病院が専属の手話通訳者を配置したことにより要通訳者の受診者が飛躍的に増加したこと、それが当該病院周辺に限らず遠隔地からも要通訳患者が通訳不要患者よりも高率に来院していることから、このような病院が存在しない地域においては、聴覚障害者は健康上の問題を抱えても医療機関を利用することをためらい、受診しない者が多く存在することが十分うかがえた。

要通訳者における札幌病院の1か月当たりの利用率は、当該病院周辺地域(白石・厚別区)で最も高く、約5%であったが、この値は、厚生省の患者調査⁴⁾における一日当たり受療率とは直ちに比較することはできないものの、一般人口における受療率から見ても明らかに低いと思われた。しかし、要通訳者の医療機関利用率がこの程度であるとして、この値を用いて札幌市における医療関係通訳の充足度を推定したところ、札幌病院が専属手話通訳者を配置した初年度で約47%であった。したがってそれ以前、すなわち、札幌病院に専属手話通訳者が配置されておらず、単に市の手話奉仕員派遣事業が実施されているだけの状態では、充足率は更に低い値であったと考えられる。その後、推定充足率は次第に高まってきているが、その増加分のほとんどは札幌病院通訳者が扱った部分である。1992年度には、札幌病院における通訳件数の増加は止まったように見えるが、それでもこの年の推定

充足率はまだ70%程度である。しかも、この充足率は、前述したように要通訳者の月当たり医療機関利用率が一般人口の受療率から見ても低いと考えられるものであることを考慮すると、充足しているとは言いがたい。

なお、この充足率の推定に当たっては、要通訳者数は身体障害者手帳を交付されている聴覚障害者の45%であるとする前提を含んでいる。この数値は、札幌市の聴力障害者協会の推定によるものであるが、その妥当性を検討するために他の地域について調べたが、参考になる資料は見当たらなかった。厚生省は、手話通訳サービスの対象となり得るのは1級から3級までの聴覚言語障害者であるとしている⁵⁾。これを札幌市にあてはめると、該当者数は全聴覚障害者数の52%となる。そこで、この値を用いて推定すると、表1に示した推定充足率[H]は71%で、ほとんど変わらなかった。

札幌市内の聴覚障害者の受療が札幌病院に集中する状況が生じたのは、専属手話通訳者の配置が、要通訳聴覚障害者の受療行動に積極性を持たせる何らかのメリットを有するものであったからと考えられる。聴覚障害者の受療行動をコミュニケーションの形態から分類すると、1)一人を受診する、2)要通訳者が家族や手話ができるボランティアを伴って受診する、3)手話通訳派遣を依頼して受診する、4)手話通訳者を配置した医療機関を受診する、5)手話でコミュニケーションができる医師を受診する、などがある。要通訳者が一人を受診した場合、患者と医療者の間のコミュニケーションは、筆談に頼る場合もあるが概して甚だ不十分なものになると考えられる。また、要通訳者が家族や手話ができるボランティアと伴って受診する場合は、ある程度意思疎通が可能となるとしても、患者のプライバシーを保護するという点や、医療に関する専門的な内容の通訳を同伴者が正しく行えるかという点で問題がある。後者の点では、手話通訳派遣制度を利用した場合も同様であるし、この場合にはまた、予約が必要なことから医療需要に即応しきれないことがある。これに対して、病院に専属の手話通訳者が配置されていることの利点は、第一に、聴覚障害者はコミュニケーション障害の不安なくいつでも受診することができる点であり、第二に、専属手話通訳者によって医療に関する専門的な内容の通訳がより適切になされ、疾患や治療方針についての患者の理解度が高まり、治療効果があがることが考えられる。第三には、手話通訳者も治療期間中は医療者-患者関係の中に継続的に加わることによって、より質の高いコミュニケーションが得られることとなる。こうしたことから、札幌病院に聴覚障害者が集中するのは当然であり、このような社会制

度を確立することは、聴覚障害者の受療権(the right toadequate and satisfactory medical services)⁷⁾が保障されるための最重要な施策である。

欧米では、1950年代から、医師と患者のコミュニケーションの確立という観点から、特に精神医療において聴覚障害者専用の外来や入院施設の必要が認識され始め、手話通訳者の派遣や配置を含めた種々の取り組みが行われてきた^{6)~8)}。わが国でも、聴覚障害者団体はかねてから手話通訳派遣制度の充実とともに公的な医療機関に専属手話通訳者を配置するよう要請してきているが、公立病院としては、1995年3月現在、三重県四日市市、静岡県清水市、沖縄県那覇市で各々1医療機関が手話通訳者を配置しているに過ぎず、欧米に比べると、わが国の対応はかなり遅れていると言わざるを得ない。

手話通訳者の医療機関への配置については、当然その費用の公的な負担が行われるべきであり、また、需要に応じた適切な人数の手話通訳者を配置することが、通訳の質的向上と通訳者の健康保持の上で必要である^{注3)}。

〔ま と め〕

手話奉仕員派遣事業が実施されている札幌市において、一病院が専属の手話通訳者を配置したことによる聴覚障害者の受療動向の変化から、公的な手話通訳派遣制度があってもなお、要通訳聴覚障害者は受療を自ら抑制する傾向があることを明らかにした。要通訳聴覚障害者の医療関係通訳利用率を、通訳者が配置されている病院の周辺地域並みに月当たり5%とすると、札幌市の場合、その需要に対する充足率は、最近(1992年)は約70%と推定され、また、手話通訳者が配置された病院での要通訳患者の通院圏が通訳不要患者のそれより広いことから、医療機関が手話通訳者を配置することによって、聴覚障害者が従来よりも積極的に受療行動をとるようになるものと考えられた。

聴覚障害者の受療権を保障するためには、手話通訳派遣制度の充実とともに、住民の通院圏を考慮して主要な医療機関に手話通訳者を配置すること、しかも、通訳者が過労のため健康を損ねることのないよう人員配置が必要であり、当然のことながら、これらに対しては公的な支援がなされるべきである。

注1) 聴覚障害者が受療時に困っていることについて、筆者らが聴覚障害者および手話通訳者10名に尋ねたところ、以下のような回答があった。

・受付から自分の名前を呼ばれてもわからず、そのまま

忘れ去られる。

- ・受付で耳が聞こえないことを伝えても他の医療従事者に伝わっていないことがある。
- ・「耳が聞こえません」と言うと耳元に大声で話しかけられることがある。
- ・医師や看護婦の話の内容が理解できない。
- ・医師がカルテを書きながら話したり、マスクをしたまま説明すると、口の動きが読めないのわからない。
- ・筆談は時間がかかるので十分に病状を伝えきれないし、医師からいやな顔をされる。
- ・細かい説明をしてくれない。「大丈夫」などと一言ですまされてしまう。
- ・手話通訳者や家族にしか病気の内容を説明してくれない。
- ・通訳者を依頼して受診したのに医師から通訳者の入室を拒否された。
- ・レントゲン撮影の時に息を止めるタイミングがわからない。
- ・胃透視の時の動き方がわからない。
- ・薬の飲み方の説明がわからない。
- ・ナースコールを使っても、用件を話すことができないので看護婦が来ない。
- ・出産のときむむタイミングがわからない。
- ・緊急連絡のできるFAXを置いてある病院が少ない。

注2) 『障害者の明るいくらし』促進事業(障害者社会参加促進事業)の実施について

(平成2年9月29日、各都道府県知事・指定都市市長あて「厚生省社会局長通知)によると、同事業には障害者の社会参加のために必要となる対策分野ごとに具体的な事業が掲げられており、「第1 コミュニケーションの確保等」という対策分野の中に、「手話奉仕員派遣事業」を含めた7事業が含まれている。社会参加促進事業実施にあたっての留意事項としては、「本事業の具体的な事業は、地域の実情に応じ選択して実施することとするが、社会参加のために必要となる対策分野ごとに均整のとれた促進を図る観点から、別紙第1から第7までに対策分野ごとに、各対策分野内に掲げた事業のいずれかは必ず実施すること。」とされており、どの事業を選択するかは、各自治体の判断に任されている。その結果、聴覚障害者に対する公的な手話通訳保障に地域格差が生じているのが現状である。

注3) 本論文で述べたように、札幌病院が1名の手話通訳者を配置したことにより、当該病院に聴覚障害を持つ

患者が集中するようになった。当該病院の手話通訳者は、1990年度初めには毎日午前中に2～3件の手話通訳を担当するようになり、その結果、過労性の健康障害(頸肩腕障害)により休業を余儀なくされた。1991年に手話通訳者が複数配置されて以降、通訳者一人当たりが午前中に担当する通訳件数は1～2件となり、新たな頸肩腕障害の発生は報告されていない。

〔参考文献〕

- 1) 滋賀県. 滋賀県聴覚障害者福祉対策基礎調査 調査結果報告書. 1992.
- 2) 安藤豊喜ほか編. 新しい聴覚障害者像を求めて. 東京: (財)全日本聾啞連盟出版局、1991: 156-174.
- 3) 厚生省社会援護局. 身体障害者実態調査報告. 1991.
- 4) 厚生省情報統計部. 患者調査. 1990.
- 5) 参議院地方行政委員会会議事録(平成2年6月).
- 6) 藤田保. 聴覚障害者外来. 障害者の福祉1993; 7: 37-39.
- 7) Ruth E. Jefferson. Communication with the deaf patient.
Published in *The Student National Medical Association News*. 1974.
- 8) ジョンソン. J. 編・丸山一郎、野沢克哉翻訳監修. 聴覚障害者のための法的権利. 東京: (財)全日本聾啞連盟、1985: 39-58.

心筋梗塞に罹りやすい労働条件に関する症例・対照研究

志渡 晃一、小橋 元 (北海道大学医学部公衆衛生学講座)
福地 保馬 (北海道大学教育学部健康体育科学講座)

A case-control study of working conditions associated with myocardial infarction.

Koichi SHIDO, Gen KOBASHI
Yasuma FUKUCHI (Hokkaidou University)

はじめに

労働者の健康状態は、日々の労働のあり方(どんなところで、どんな働き方をしているのか)と、それによって規定される生活習慣に強く影響されている¹⁾。過重な労働条件は生活習慣に悪影響を及ぼし、臨床検査値の異常、高血圧や糖尿病などを惹起させ、癌、心臓病、脳卒中などのより重篤な疾患を続発させ、さらには死への機転をとらせることすらある。

中年期における在職中の突然死の中には、仕事による過労との間に因果関係が考えられることから過労死とよばれているものがあり、近年の大きな社会問題である。過労死を根絶するためには、死因となる疾病の危険因子と労働者の働き方(あるいは働かされ方)とをあわせて検討し、過労死に結びつく過重負荷とは何かについて解明する必要がある。

これまで筆者らは、過労死の主な死因のひとつである心筋梗塞(Myocardial Infarct, 以下MI)について、発症と関連するライフスタイルを症例・対照研究法をもちいて検討し、MI発症に関する要因として喫煙、過度の飲酒、食事・睡眠時間の不規則、タイプA行動傾向など種々の要因を検出している²⁾。本研究では、このライフスタイル調査項目のなかの労働に関する項目に焦点を当てて検討し、MI発症事例の労働要因を評価し、労働条件の整備・改善、職場における健康教育・保健指導に实际的に役立つ基礎資料を得ることを目的とした。

方 法

1. 研究対象

1) 症 例

症例は札幌市を含む道央圏に在住し、北海道大学医学

部附属病院循環器内科およびその関連病院において、臨床的所見と冠動脈造影によって心筋梗塞と診断された70歳未満の男性56名で、本調査に対し本人と主治医の承諾の得られた者とした。

2) 対 照

対照は症例と同じく道央圏に居住する70歳未満の健康な男性である。筆者らの知人縁者、著者らが常勤、非常勤で担当している学生の父親、さらにはその紹介者などのつてを頼って調査への協力を個別に依頼し、約200名のデータを集積し、その中から症例1例に対して年齢が±3歳以内の対照2名、計112名を無作為に抽出した。

2. 調査方法

1) 面接調査

調査は直接面接法で行った。面接は社会医学系研究者2名、栄養学研究者および管理栄養士5名、保健婦および看護婦3名(計10名)が行った。いわゆる調査者バイアスを回避し、回答の精度の水準を一定にするため、事前に面接の手引を作成し、面接方法の統一化と面接技術の標準化をはかった。

面接は、患者は、外来受診時にプライバシーを確保できる一室で行った。対照は、被験者の要望にしたがい、指定された日時・場所で行った。

2) 調査内容

住所、生年月日、職種などの基礎的事項に加えて、労働に関する23項目(表1)を含む食事、飲酒、喫煙、睡眠、性格、行動傾向などのライフスタイルについて合計143項目の質問を設定した。症例、対照とも職業人として最盛期である50歳代前半のライフスタイルに焦点をあてて聴取した。ただし、本論文ではこれらのうち労働に関する項目について分析を行った。

3. 分析方法

統計プログラムパッケージSASを使用し、つぎの分析を行った。

1) 単変量解析

量的変数にはt検定、質的変数は回答カテゴリーを統合して2区分としフィッシャーの直接確率法を適用した。

2) 相対危険度の推定

オッズ比(点推定)と95%信頼区間(ロジット推定)をもとめた。

3) 多変量解析

単変量解析で有意差のみとめられた因子をロジスティックモデル³⁾に投入し、ステップワイズ法により、独立性の高い因子を検出した。さらに、それらの因子が複合したときのオッズ比を算出した。

本モデルはエンドポイント(死亡、疾病の発症など)の発生確率をlogit変換することによって因子の相対危険度の計算を行う多変量解析モデルで、次の式で表わされる。

$$\text{logit } p = \alpha + \beta_1 x_1 + \beta_2 x_2 + \dots + \beta_n x_n,$$

ここでpは予測発症確率を示す。このモデル式で x_i が0.1の値を持つ時、 $x_i = 0$ を基準とした場合の $x_i = 1$ の相対危険度は $\exp(\beta_i)$ である。したがって、個々の因子についての β 値の合計を指数変換した値が、複合オッズ比(点推定)となる。

結 果

面接調査は1990年11月から1994年9月までの期間に実施した。調査時点での年齢は、患者群が 58.5 ± 8.6 歳(平均値±標準偏差、以下同じ)、対照群が 57.4 ± 5.3 歳であった。発症時年齢は 56.2 ± 8.6 歳であり、発症から調査までの期間は1ヵ月未満から4年6ヵ月であった。

面接所要時間は、患者群で平均47分、対照群で35分程度であった。患者群で所要時間が長いのは、「発作発症時の状況」や「患者自身が考えた発症の原因」などの対照群にない項目を聴いたためである。

対象者の職種をおおまかに事務作業、肉体作業、営業(自営業を含む)、その他、の4種に分けその構成割合を順に示すと、患者群は29%、34%、33%、4%、対照群は41%、43%、15%、1%であった。

月あたりの平均就業時間は、患者群(277 ± 10.7 時間)が対照群(221 ± 4.3 時間)に比べて約50時間長く($p < 0.001$)、1日あたりの平均勤務時間も患者群(10.9 ± 0.46 時間)が対照群(9.0 ± 0.19 時間)に比べて約2時間長かった($p < 0.05$)。

単変量解析の結果、患者群においてオッズ比が有意に高かった因子(表1)は、「就業時間が月に220時間以上」「1日の勤務が10時間以上」「夜9時過ぎまでの残業が月に4回以上」「実際の休暇が月に3回以下」「仕事が肉体的にきつい」「仕事が精神的にきつい」「仕事の内容、割り振りの決定権が乏しい」「頼りになる上司がない」「仕事上の困難、悩みなどを家族に話さない」「仕事が自分にふさわしくないと感じる」「休日に出勤する」「帰宅してからもイライラが続く」の12因子であった。

これら12因子を多変量ロジスティックモデルに投入し、(1)1日の勤務が10時間以上、(2)仕事の内容、割り振りの決定権が乏しい、(3)仕事上の困難、悩みなどを家族に話さない、の3因子を独立性の高い因子として検出した。これらの因子の保有率は、患者群が(1)66%、(2)41%、(3)72%、対照群が(1)36%、(2)22%、(3)49%であった。保有率は患者群、対照群とも(3)>(1)>(2)の順で高かった。

最終的に得られた(1)(2)(3)を独立変数、複合オッズ比を従属変数として複合効果モデルをつくり、3因子のそれぞれが複合したときの効果を検討した(表2)。2因子が複合したときのオッズ比は、10.9~20.4の範囲にあり、3因子をすべて保有したときの複合オッズ比は58.1であった。この3因子をすべて保有していたのは患者群の25%、対照群の3%であった。反対に、この3因子のどの因子も保有していなかったのは患者群の6%、対照群の24%であった。

考 察

本研究は症例・対照研究法で行ったため、結果の解釈にあたっては、少なくとも次の2点を考慮しなければならない。ひとつは対照群の設定に関するバイアスであり、いまひとつは聴き取り調査におけるバイアスの問題である。

対照群の設定は原則的には無作為抽出によるべきである。しかしながら、個別に面接し、聴き取りに30分以上も要する調査の場合、とくに対照群で高い協力度を得ることが困難である。そこで、本研究では「1. 研究対象の2) 対照」で述べた方法で面接調査を行い、調査の協力度を高めた。したがって、対照群を健康住民に限定したことから生じるボランティアバイアスが混入した可能性は否定できない。このバイアスが「対照群に健康度が高いものが多いこと」を意味するのであればそれは強度の労働が可能なことを示し、これはリスクを相対的に過小評価する方向に作用することになる。反対にバイアスが「対照群に健康生活習慣をもつ者が多いこと」を意味

するのであればリスクを過大評価することになる。しかしながら、本研究において、どちら向きのバイアスが大きかったのかについては不明である。なお、調査対象時期である40歳代～50歳代前半は、患者群、対照群ともに在職中であったことから、いわゆるhealthy-worker effectを考慮する必要はなく、大きなバイアスは生じていないと推察できる。また、対照群の設定に際しては、200名からではあるが無作為に112名を抽出したことから、地域の健康住民をある程度代表した集団を確保することができたと考えている。

聴き取り調査におけるバイアスはこの研究デザインに内在する問題である。本研究では、方法で述べたように事前に面接の手引を作成し、面接方法の統一化と面接技術の標準化をはかったためいわゆる振返りバイアス、根掘り葉掘りバイアスを小さくすることができたと考えている。

以上のように、種々のバイアスを小さくし、対照の代表性を確保することができたことから、本研究で得られた結果はMIのリスクを概ね正確に評価していると考えられる。

MIに関するこれまでの疫学的研究^{11) - 14)}で確認された危険因子は、予防医学の観点から以下の3群に分類可能である。すなわち、加齢、男性、家族歴などの変更不能な因子、高脂血症、高血圧、耐糖能低下、肥満などの先行疾患・先行検査異常^{5) - 9)}、飲酒、喫煙、食事、労働、運動、睡眠、性格、行動傾向などのライフスタイルに関連した因子^{10) - 16)}である。本研究では、ライフスタイルのうち労働条件に焦点をあてて、MI発症と関連する因子を明らかにした。

Karasek^{17), 18)}はスウェーデンの労働者を対象としたコホート研究に基づいて「仕事の負担度が高く、裁量の自由度が低い場合に冠動脈疾患の発症リスクが高まる」ことを報告している。本研究においても患者群の特徴として、労働時間が長く、休暇が少なく、労働が身体的・精神的にきついなど「仕事の負担度が高く」、仕事の内容やペースを自分で決める権限がないなど「裁量の自由度が低い」状況がみとめられている。また、Johnsonら¹⁹⁾は仕事の負担度、裁量の自由度に社会的支援度を追加した3次元モデルを提出し、「社会的支援度が高い場合には冠動脈疾患の発症リスクが低くなる」ことを確認している。本研究においても患者群で頼りになる上司がいない、仕事上の困難や、悩みなどを家族に話さないなどの傾向があり、社会的(技術的、情緒的)支援が乏しい状況がみとめられている。

本研究では、多変量ロジスティック解析の結果、MI

発症と関連する独立性の高い因子として、(1)1日の勤務が10時間以上、(2)仕事の内容、割り振りの決定権が乏しい、(3)仕事上の困難、悩みなどを家族に話さない、の3因子が検出された。(1)は仕事の負担度、(2)は裁量の自由度、(3)は社会的支援度を象徴する因子と考え、これはKarasekやJohnsonらによって従来から指摘されている3次元モデル(高負担、低自由、低支援が複合したときリスクが最大になる)に符号している。3因子が独立したものであるということは因子を複数保有した場合には負荷が加算されていくであろうことを意味している。したがって、(1)(2)(3)のうちどれか1つの因子でも改善されれば、その分だけMIのリスクが減じられ、予防の有効性が高くなるといえる。このように、わが国の労働者を対象とした研究においても、Johnsonらと同種の3次元モデルに対応した3因子がみとめられたことは予防医学上きわめて意義が深いと考えられる。

MIはその自然史からみてその発症を予測できる可能性が高いことから、発症前のそれぞれの段階での予防効果が期待できる疾病である。本研究では、ライフスタイルのうち労働条件に焦点を当ててMI発症との関連を検討した。本研究では発症と関連がみとめられた労働条件は、今回は解析対象としなかった生活習慣など他の因子と関連していることが予想される。この課題については、今後さらに検証していく予定である。

要 旨

心筋梗塞発症者56名と対照者112名を対象として、労働条件についての症例・対照研究を行った。発症と関連する因子として、下記の12因子が検出された。

- (1) 就業時間が月に220時間以上
- (2) 1日の勤務が10時間以上
- (3) 夜9時過ぎまでの残業が月に4回以上
- (4) 実際の休暇が月に3日以下
- (5) 仕事が肉体的にきつい
- (6) 仕事が精神的にきつい
- (7) 仕事の内容、割り振りの決定権が乏しい
- (8) 頼りになる上司がいない
- (9) 仕事上の困難、悩みなどを家族に話さない
- (10) 仕事が自分にふさわしくないと感じる
- (11) 休日に出勤する
- (12) 帰宅してからもイライラが続く

これら12因子を多変量ロジスティックモデルに投入して検討したところ、独立性の高い因子として、「1日の勤務が10時間以上」「仕事の内容、割り振りの決定権が

乏しい」「仕事上の困難、悩みなどを家族に話さない」の3因子が検出された。

最終的に得られた3因子を独立変数、複合オッズ比と従属変数として複合効果モデルをつくり、3因子のそれぞれが複合したときの効果を検討した。2因子が複合したときのオッズ比は、10.9~20.4の範囲にあり、3因子をすべて保有したときの複合オッズ比は58.1であった。

以上のことから、我が国においても仕事の負担度を軽減し、裁量の自由度を高め、社会的支援を充実させることはMIの予防対策に有効であると考えられた。

文 献

- 1) 福地保馬(1993): 労働者の健康と職業病. 北海道防災職業病対策連絡協議会編. 「職業病とたたかう力」、労働経済社、東京、5-39頁.
- 2) 志渡晃一(1995): 心筋梗塞に罹りやすいライフスタイルに関する症例・対照研究. 北海道医学雑誌 70: 795-805.
- 3) 浜島信之(1990): 「多変量解析による臨床研究比例ハザードモデルとロジスティックモデルの解説とSASプログラム」、名古屋大学出版会、名古屋、187-192頁.
- 4) Kannel WB(1976): Some lessons in cardiovascular epidemiology from Framingham. *Am J Cardiol* 37: 269-282.
- 5) Kannel WB(1985): Lipids, diabetes, and coronary heart disease: insights from the Framingham study. *Am Heart J* 110:1100-1107.
- 6) Stamler J, Wentworth D, Neaton JD(1986): Is relationship between serum cholesterol and risk of premature death from coronary heart disease continuous and graded? Findings in 356, 222 primary screenees of the Multiple Risk Factor Intervention Trial(MRFIT). *JAMA* 256:2823-2828.
- 7) Rose G, Shipley M(1986): Plasma cholesterol concentration and death from coronary heart disease. *BMJ* 293:306-307.
- 8) Yusuf S, Wittes J, Friedman L(1988): Overview of results of randomized clinical trials in heart disease. II. Unstable angina, heart failure, primary prevention with aspirin, and risk factor modification. *JAMA* 260:2259-2263.
- 9) Collins R, Peto R, MacMahon S(1990): Blood pressure, stroke, and coronary heart disease: part2, short-term reductions in blood pressure: overview of randomized drug trails in their epidemiologic context. *Lancet* 335:827-838.
- 10) Doll R, Peto R(1976): Mortality in relation to smoking: 20years' observation on male British doctors. *BMJ* 2:1525-1536.
- 11) Rosenberg L, Kaufman DW, Helmrich SP, Shapiro S(1985): The risk of myocardial infarction after quitting smoking in men under 55 years old of age. *N Engl J M* 322:213-217.
- 12) LaCroix AZ, Lang J, Scherr P(1991): Smoking and mortality among older men and women in the three communities. *N Engl J M* 324:1619-1625.
- 13) Rimm EB, Giovannucci EL, Willet WC(1991): A prospective study of alcohol consumption and risk of coronary disease in men. *Lancet* 338: 464-468.
- 14) 志渡晃一、羽田 明、小橋 元、近藤喜代太郎、甲谷哲郎、平林高之(1995): 北海道における心筋梗塞の疫学 — 危険要因の複合状況と生活習慣 — . 日本疫学会誌 5:65.
- 15) Belloc N B, Breslow J(1972): Relationship of physical health status and health practices. *Preventive Medicine* 1:409-421.
- 16) 森本兼斐(1983): ライフスタイルと健康. 公衆衛生 52:135-143.
- 17) Karasek R, Baker D, Theorell T(1981): Job decision latitude, job demand, and cardiovascular disease; a prospective study of Swedish men. *Am J Public Health* 71:694-705.
- 18) Karasek R(1979): Job demands, job decision latitude, and mental strain; implications for job redesign. *Admin Sci Quarterly* 24:285-311.
- 19) Jonson J, Hall E(1988): Job strain, work place social support, and cardiovascular disease; a crosssectional study of a random sample of the Swedish working population. *Am J Public Health* 78:1336-1342.

表1 心筋梗塞発症前の労働条件

調査項目	保有率(%)		オッズ比
	症例	対照	
就業時間が月に220時間以上	73	45	3.4**
1日の勤務が10時間以上	66	36	3.5**
夜9時過ぎまでの残業が月に4日以上	50	24	3.1**
実際の休暇が月に3日以下	42	20	2.8**
仕事が肉体的にきつい	53	28	3.0*
仕事が精神的にきつい	72	50	2.6*
仕事の内容、割り振りの決定権が乏しい	41	22	2.4*
頼りになる上司がいない	34	20	2.1#
仕事上の困難、悩みなどを家族に話さない	72	49	2.6*
仕事が自分にふさわしくないと感じる	34	16	2.7*
休日に出勤する	49	35	1.8#
帰宅してからもイライラが続く	32	9	4.3**
季節労働(出稼ぎ)	6	2	3.5
交代制勤務	18	16	1.1
深夜勤務	38	24	1.9
泊りがけの出張	21	36	0.5
有給休暇がとれない	35	48	0.6
仕事に関して自分の意見を言えない	16	10	1.7
助けになる同僚がいない	25	20	1.3
仕事に満足観をもっている	84	91	0.5
仕事に自信をもっている	93	90	1.4
仕事をはかどらせるために早起きする	54	47	1.3
仕事のために家族を犠牲にする	44	33	1.6

P < 0.1, * P < 0.05, ** P < 0.01

表2 危険要因の複合効果

	1日の勤務が 10時間以上	仕事の内容、 割り振りの 決定権が乏しい	仕事上の困難、 悩みなどを 家族に話さない	オッズ比
Beta	1.673	1.047	1.342	
p-value	0.002	0.016	0.048	
要因なし	-	-	-	1.0
1要因保有	+	-	-	5.3
	-	+	-	2.8
	-	-	+	3.8
2要因保有	+	+	-	15.2
	+	-	+	20.4
	-	+	+	10.9
3要因保有	+	+	+	58.1

第36回 社会医学研究全国総会 プログラム 1995年・東京

主 題 「戦後50年と社会医学」

人類史上未曾有の惨事を世界各地に引き起こした第2次世界大戦が、日独伊など侵略国側の敗戦により終わってから50年を経過しました。この機会に、戦前からの社会医学の歴史を回顧し、日本と世界の現実を直視して、人間のいのちと健康を守る社会医学の飛躍的發展をはかる契機にしたいと思えます。

日 時 1995年7月22日(土) 10:00から
23日(日) 16:00まで

会 場 国立公衆衛生院
〒108 東京都港区白金台4-6-1 ☎ 03(3441)7111
交通: JR山手線目黒駅下車徒歩15分(バス利用の場合は「大井競馬場行き」で日吉坂上下車)、又はJR品川駅よりバス「目黒駅行き」で日吉坂上下車(所要時間15分)

受付時間 第1日目は9時30分、2日目は8時30分より開始します。

発表時間 一般演題では、一演題当たり発表12分、討論8分、シンポジウムでは、1報告当たり20分位を予定しています。(座長とご相談下さい。)

発表形式 あらかじめ作成した詳録にもとづいて行います。スライド、OHPなどの用意はしておりません。配付資料がありましたら、200部ご準備いただき、当日受付までお持ち下さい。

参加費 総会当日、会場でいただきます。
一般3,000円(学生2,000円)
*会員には、後日「社会医学研究」14号が送付されます。

第36回社会医学研究全国総会企画運営委員会
代表委員 上畑鉄之丞、片平洸彦、菊地頌子
事務局 〒135 東京都江東区白河3-9-7
江東区深川保健所 林気付 ☎ 03(3641)1181

7月23日は、参議院議員の投票日です。不在者投票を済ませてご参加下さい。

7月22日(土) 講堂

10:00	社会医学入門講座 私と社会医学 司会 稲垣 孝子(江東区城東保健所) 佐藤 洋子(江東区城東保健所) 1. 障害者(児)をとりまく社会の問題から 池上 洋通(自治体問題研究所) 2. 出稼ぎ労働者の診療活動から 天明 佳臣(横浜市・勤労者医療生協港町診療所) 3. 農村における公衆衛生 五十嵐松代(新潟県守門村) 4. 子どもの健康をめぐる養護教諭の取り組み 大川 信子(田無市向台小学校)
12:00	昼 食 休 憩
13:00	特別講演 被爆50周年と社会医学の課題 肥田舜太郎(被団協被爆者中央相談所理事長) 座長 上畑鉄之丞(国立公衆衛生院)
14:00	シンポジウム(1) 阪神大震災と住民のいのちと健康 座長 筋 昭三(金沢市・城北病院) 菊地 頌子(江東区環境保健部) 1. 大震災被災地における医療問題と医療従事者の役割 上田 耕蔵(神戸協同病院) 2. 大震災発生時における保健婦の役割 小林 千代(神戸市須磨保健所) 3. 地域住民の避難所としての学校と養護教諭の役割 永野 恵子(神戸市須磨区太田中学校) 4. 震災と住宅問題 早川 和男(神戸大学名誉教授)
17:00	夕 食 休 憩
18:00	自 由 集 会 • 1階講義室 「介護保険を考える」 世話人 竹内 治一(大阪・竹内耳鼻咽喉科) 関谷 栄子(白梅短大) • 2階第1会議室 「丸山博先生とともに語る国立公衆衛生院の50年」 世話人 上畑鉄之丞(国立公衆衛生院) 菊地 頌子(江東区環境保健部) • 2階第1講義室 「保健所問題を考える」 世話人 三井 公夫(板橋区志村保健所) • 3階第1講義室 「学校と健康」 世話人 埴田 和史(滋賀医大予防医学)
20:30	

7月23日(日) 講堂

9:00 座長 溝口 勲 (前・北大工学部) 中川 武夫 (中京大学体育学部)

1. 新潟水俣病の診断と病理所見の検討
齊藤 恒 (新潟・木戸病院センター)
2. 新潟における水俣病総合対策医療事業の実態
関川 智子 (新潟・沼垂診療所)
3. 最近の大気汚染判決のNO_x汚染への視点
福地 保馬 (北大教育学部)
4. 京都市内高速道路建設による都市づくりの問題点
谷田 悟郎 (京都・猪熊診療所) ほか

10:20

フォーラム「薬害エイズを考える」

座長 牧野 忠康 (日本福祉大学) 牟田 静 (東京・大田病院)

1. 薬害エイズ被害者の訴え
川田 悦子 (東京HIV訴訟原告被害者の母親)
2. 薬害エイズ被害者の訴え
未定 (東京HIV訴訟原告)
3. 東京HIV訴訟の到達点と今後の課題
鈴木 利廣 (東京HIV訴訟弁護団)
4. 日本の血友病患者のHIV大量感染は「避けられなかった」か
— ジュリスト誌のシムフ論文を批判する —
片平 洸彦 (東京医科歯科大学)

12:00

昼 食 休 憩

13:00

シンポジウム(2) 医療と経済 — 医療の本質の追求とそのかい離 —

座長 芦沢 正見 (平和学院) 山崎 京子 (神奈川県立衛生短大)

1. 医療の営利化の問題点
上林 茂暢 (埼玉・みさと健和病院)
2. 薬業資本と薬害
儀我壮一郎 (常葉学園浜松大学)
3. 欧米の医療・福祉・経済の現状と日本との対比
川淵 孝一 (国立医療・病院管理研究所)
4. 地域の保健・医療・福祉の現状と課題
西 三郎 (愛知みずほ大学)

14:20

7月23日(日) 3階第1講義室

9:00	<p>座長 黒田 研二 (大阪府立大社会福祉) 木下 安子 (日野市地域ケア研究所)</p> <ol style="list-style-type: none"> 介護保険にどう対応するか 竹内 治一 (大阪・竹内耳鼻咽喉科) 老人施設の役割と介護保険 山本 卓 (埼玉・老人保健施設プライムケア川越) 高齢者の在宅介護問題 関谷 栄子 (白梅短大) 「高齢者保健福祉計画」と保健活動 鳥居千代子 (横浜市鶴見区福祉保健サービス課) ほか
10:20	<p>シンポジウム(3) Healthy Workの展望 座長 宮尾 克 (名大公衆衛生学教室) 阿部 眞雄 (東海大健康学教室)</p> <ol style="list-style-type: none"> わが国の産業保健活動のあり方を考える —スウェーデンの労働衛生から学ぶもの— 小野雄一郎 (名大衛生学教室) ジャスト・イン・タイムと労働者 千田 忠男 (同志社大学文学部) 労働組合の健康職場づくり 吉川 正春 (名古屋水道労働組合)
12:00	昼 食 休 憩
13:00	<p>座長 高田 勢介 (東京社医研センター)</p> <ol style="list-style-type: none"> 某事業所におけるストレス対処行動としてのスポーツの位置づけ—厚生省保健福祉動向調査との比較— 松田 里見(国立身障者リハセンター学院) 1950年代の負荷—負担論争と「産業疲労」の概念規定 千田 忠男 (同志社大学文学部) 学校にも労働安全衛生法の適用を 三栄 国康 (全日本教職員組合)
14:00	<p>座長 埜田 和史 (滋賀医大予防医学講座)</p> <ol style="list-style-type: none"> 心筋梗塞の症例・対照研究—労働環境に焦点をあてて 志渡 晃一 (北大公衆衛生) 某検査センターに多発した頸肩腕障害3例の労災療養の経過について 武田 紀子 (東京社医研センター) 肺腫瘍による死亡で労災を打ち切られた労災事故の後遺症による意識障害者の療養中の死亡原因について 西村 洋一 (東京社医研センター)
15:00	<p>座長 上畑鉄之丞 (国立公衆衛生院)</p> <ol style="list-style-type: none"> 医学校卒業者の名簿の利用から—医師の職業寿命を考える— 丸山 博 (大阪府)

7月23日(日) 2階第1講義室

9:00	<p>座長 仁平 将 (青森県鯉ヶ沢保健所) 鈴木 秀吉 (高知県衛生研究所)</p> <ol style="list-style-type: none"> 障害児をもつ父母の健康及び生活調査から 高田 勢介 (東京社医研センター) 地域保健法と公衆衛生の課題—食品衛生監視員の立場からその役割を考える 笹井 勉 (墨田区向島保健所) 地域保健法と公衆衛生の課題—環境衛生監視員の立場からその役割を考える 三井 公夫 (板橋区志村保健所) 地域保健法と保健所のありかた—母子保健活動を通して 谷口 啓子 (東京都東大和保健相談所)
10:20	<p>座長 山岸 春江 (千葉大看護学部) 渡辺 恭子 (尼崎市中央保健所)</p> <ol style="list-style-type: none"> 阪神大震災が頸肩腕障害及び腰痛患者に与えた影響について 梶山 方忠 (神戸健康共和会労働医学研究所) 「要緊急医療者」の災害への備えのありかた(1) パーキンソン患者の場合 石井 明子 (江東区深川保健所) ほか 「要緊急医療者」の災害への備えのありかた(2) 透析患者の場合 寺西 千恵 (江東区深川保健所) ほか 震災に学ぶネットワーク拠点のありかた 石川 左門 (日野市地域ケア研究所)
12:00	昼 食 休 憩
13:00	<p>座長 相磯富士雄 (大妻女子大) 中沢 正夫 (埼玉・みさと協立病院) 須藤 朋子 (東久留米市第6小)</p> <ol style="list-style-type: none"> いじめの生じる要因を探る 判野 啓一 (帝京大学経済研究所) ほか 不登校児童生徒への学校のかかわり—養護教諭の果たしている役割— 東條 初美 (京都市立上京中学校) こどもの食生活と健康—生協総研の調査から 片平 冽彦 (東京医科歯科大学) ほか 小学校・中学校の虫歯についての全国調査結果—「虫歯り患率」と「DMF歯数」— 野田 耕 (日本体育大学) ゴミ処分場の殺虫剤散布と周辺児童の視力低下 大橋 光男 (東京・大橋建築事務所) 改定「健康診断」の問題点として考えられること 林 秀子 (大阪市立高槻北高校) 学校医からみた改定学校健康診断の問題点 藤森 弘 (大阪・柏花診療所)

「社会医学研究」投稿規定

1. 投稿者は会員に限る。
2. 投稿原稿の種類と字数は下記のものとし、「原稿の様式」に従って書かれたものであること。
論説・原著：400字詰め原稿用紙30枚程度
調査報告・資料・研究ノート：400字詰め原稿用紙15～20枚程度
3. 投稿原稿(図表を含む)にはコピー2部をつける(計3部提出)。ワードプロセッサを用いて作成した場合、可能な限り、原稿をテキスト形式として保存した3.5インチフロッピーディスクとともに提出することが望ましい。
4. 投稿原稿の採否は編集幹事会で決定する。
5. 特別にかかる費用は全額著者負担とする。
6. 校正は初稿のみ著者が行う。
7. 別刷の実費は著者負担とする。
8. 原稿送付先：(総企画運営委員会の指定による)

原稿の様式

1. 原稿本文は和文とする。
2. 原稿はB5判用紙(20字×20行、ワードプロセッサを用いる場合も同様)を用い横書きとする。原稿の表紙には表題、著者名、所属機関名、代表著者の通信先、別刷希望部数、英文タイトル、ローマ字による著者名原稿の種類、表および図の数を書く。和文中に出てくる欧語はタイプする。
3. 総説、原著、調査報告の場合、キーワード(和語で5語、英語で5語以内)を表紙の英文タイトルの後につける。
4. 論説・原著・調査報告には英文抄録をつけることができる。この場合、文中の図・表中の文字と説明(表題も含む)は、和文と英文を併記する。
5. 図表中の文字と説明は日本語とする。必要があれば英語を併記してもよい。原図は縮小製版できるよう鮮明なものとする。図表は一表一図ごとに別の用紙とし、挿入する箇所を本文の欄外に明確に指定する。
6. 単位記号は次の例示に従う：Km, m, cm, mm, μ m, nm, A; kg, g, mg, μ g, l, ml, yr(年), wk(週), d(日), h(時), min(分), s(秒), ms, μ s, JIS Z 8203参照。
7. 文献は下記の例にならって記述し、引用順に番号をつけて最後に一括する。本文中にも文献番号をつける。

[学術雑誌] 著者名、表題、雑誌名、発行年(西暦)、巻、頁一頁。著者が5名以上の場合是最初の3名を記し、あとは「ほか」(英文でet al.)とする。

- 1) 山田太郎、村川次郎。一酸化炭素中毒に関する研究。産業医学 1963; 5: 200-210.
 - 2) Clark CA, Roworth CG, Holling HE. Methylbromide poisoning: an account of four cases. *Br Ind Med* 1945; 2: 17-20.
- [単行本] 著者名または編集名(英文ではed(s).とする)、書名、発行所所在地、発行所、発行年(西暦)、引用頁一頁。
- 3) 原島 進。環境衛生学。東京：南江堂，1950：141-146.
 - 4) Weinstein L, Swartx MN. Pathogenic properties of invalid microorganisms. In: Sodeman WA Jr, Sodeman WA, eds. *Pathologic physiology mechanisms of disease*. Philadelphia: WA Saunders, 1974: 457-472.

上記の記載例は、Uniform Requirements of Manuscripts Submitted to Biomedical Journals (1981)に準じた。雑誌名略記はIndex Medicus参照。

編集後記

本日ようやく社会医学研究第14号、第36回社会医学研究全国総会報告集が発行の運びとなりました。ご投稿いただきました先生方には、発行が大変遅くなりましたことをお詫び申し上げます。

ふり返ってみると、編集作業がスタートしてから10か月の月日が経ってしまいました。

査読をお忙しい中お引き受けいただきました先生方とご投稿いただきました先生方の間の、厳しくも熱のこもったレポートのやりとりは、およそ学会誌編集作業に経験のない私達保健婦にとって、貴重な学習の機会ともなり、深い感銘を覚えました。

しかし、5月の連休も過ぎ、いよいよ第37回総会が間近に迫ってくると、査読結果の「OK」のサインを待つ祈りにも似た思いがつのりははじめたものです。

一部シンポジウムでは、録音テープをおこしての編集作業を行いました。が、頁数の関係上、大幅な字数制限をせざるを得ず、その校正作業ではおそいがしい先生方に大変お手数をおかけ致しました。

不慣れな私たちに最後までご指導ご助言いただきました先生方に、心からお礼申し上げます。 (K. H)

社会医学研究 第14号 1996年 7月17日
発行者:西 三郎
発行元:〒470-03豊田市平戸橋町波岩86-1
愛知みずほ大学人間科学部気付
社会医学研究会事務局
F A X 0565-46-5220