

ISSN 0910-9919

BULLETIN OF SOCIAL MEDICINE

社会医学研究

16

1999

社会医学研究会

JAPANESE SOCIETY FOR SOCIAL MEDICINE

目 次

節目を迎えた2 大人災 — 第38回社会医学研究会総会特別講演企画趣旨と講演者の紹介 —	福地 保馬 ……	3
【特別講演】		
じん肺訴訟の意義と課題	伊藤 誠一 ……	5
【総 説】		
水俣病の40年とこれから	二塚 信 ……	15
【シンポジウム】		
住民の立場から介護問題を考える — 公的責任に焦点をあてて —	大友 信勝 上谷 好一 吉田 義人 前田 冷子 鍋谷 州春 (司会) 津田 光輝 平野 憲子 ……	21
第38回社会医学研究会総会プログラム ……		43
【特別講演】		
疫 学 事 始	佐々木直亮 ……	45
「社会医学研究」投稿規定 ……		53

節目を迎えた2大人災

— 第38回社会医学研究会総会特別講演企画趣旨と講演者の紹介 —

福地 保馬 (北大教育学部・健康体育科学講座)

社会医学研究会では、20数年前に「人災と健康」という問題を取り上げて研究会を行い、それを1冊の社会医学叢書として刊行しました。社医研では、それ以来ずっと公害の問題や労災の問題や薬害の問題やあるいは震災の問題などにずっと取り組んできました。

それらの問題のなかには、未だになかなか解決のめどが立たないというようなものもいろいろありますが、いくつかの人災問題については、この間、被災者の人権がきちっと守られる方向で解決されるというような事例が出てきました。

第38回社会医学研究会総会では、これらの問題のなかから、労災問題の事例として、とくに開催地の北海道という地域性も考慮して、じん肺を取り上げました。もう一つ、公害環境問題のなかから水俣病を取り上げて、この2つの人災問題を考えていこうという特別講演を企画しました。

じん肺については、いろいろところで裁判が提起されていますが、その裁判も原告側の勝訴に終わったり、あるいは勝利的な和解が成立するというような事例が、最近になっていくつか出てきました。また、水俣病も首相が被災者らに謝罪し、国の一定の救済策が提起されるというような段階になっています。2つの問題とも、一つの節目を迎えた、あるいは迎えつつある段階に立っているといえるのではないのでしょうか。

そこで、この機会に、そういう現在の状況に至ったこれまでの運動、活動、あるいは研究の経過を一旦総括したいと考えます。

まだまだこれらの問題というのは終わったわけではなく、単なる一つの節目でこれからの問題も山積していることと思います。どういう問題が残され、どのような解決の道があるのか、そこから社会医学に問題として何が提起されているかというようなことについて、ともに考えていきたいと考え、そういう材料を提供していただくために、二人の方を特別講演の演者として今回はお呼びしました。

前半は、「じん肺訴訟の意義と課題」ということで、北海道石炭じん肺弁護団の伊藤誠一弁護士にお話をお願いします。後半は社会医学研究会の全国世話人でもいらっしゃる熊本大学の二塚信教授に、「水俣病の40年とこれから」という題でお話をさせていただくということになっています。

まず、簡単に伊藤弁護士のプロフィールを紹介します。

伊藤誠一弁護士は、現在、札幌協和法律事務所に所属されていますが、1949年北海道でお生まれになり、北大法学部を卒業後、1978年に弁護士登録をされています。以来、いろいろな労災職業病関係の訴訟に活躍されています。主なものを紹介いたしますと、一つは、1978年から始まりました栗山のクロム公害訴訟です。それから、今日のお話にも引き続くわけですが、80年からは北海道じん肺訴訟、現在は、北海道石炭じん肺訴訟などに弁護団の中心的メンバーとして参加しておられます。また、高教組の三沢先生の過労死事案の労災認定に尽力されています。それから、現在訴訟中で、振動障害の湯瀬事案というのでも取り組んでおられます。道立美術館の職員が腰痛になった事案というの、公災認定が出ましたけれども、それに非常に精力的な取り組みをされました。そのほか、北海道労災職業病対策連絡協議会の顧問を長年されており、労災職業病の問題について取り組んでおられます。こういうご経歴の持ち主ですので、労災職業病のことについての被災者の人権を守るというテーマでは、うってつけの講師ではないかというようなことで選ばせていただきました。

後半に「水俣病の40年とこれから」という題で講演されます熊本大学の二塚教授は本研究会の会員であり、全国世話人として活躍していただいていますので、ご紹介するまでもないと思いますが、簡単に略歴の一部を紹介させていただきます。二塚教授は、1939年にお生まれになり、1969年に熊本大学の大学院を修了され、以後、熊本大学医学部公衆衛生学教室にお勤めになり、1987年より同教室の教授をされています。その間文部省在外研究員としてヘルシンキに留学されました。

研究生活を通じて、一つは振動病を中心とする農林業の労働衛生的な研究と、もう一つは水俣病の疫学的な研究に従事しておられます。また、現在いろいろな要職も兼任されていますが、水俣病関係についてのみご紹介いたしますと、国立水俣病総合研究センター主任企画官、公衆衛生協会重金属中毒に関する総合的研究班・水俣病疫学研究班班長、熊本県水俣病に関わる健康管理事業検討委員会委員長、水俣市健康文化都市構想委員会のアドバイザーなどをされています。

ここで長年の研究経験をふまえて水俣病の40年を振り返っていただき、これからの課題を提示していただくという意味でご講演をお願いいただくことにいたしました。(特別講演座長)

じん肺訴訟の意義と課題

伊藤 誠一 (弁護士・北海道石炭じん肺訴訟弁護団)

1. はじめに

私は、1978 (昭和53) 年に当地札幌で弁護士を開業し、翌79 (昭和54) 年には北海道の金属鉱山のじん肺訴訟が準備され始めましたのでそこに加わりました。以来、20年近くじん肺訴訟に関わってきたこととなります。気がつきますと、弁護団の中では、経験の一番ある部類に属してしまっていたということで、じん肺訴訟の現状は今どうなっているのかと、課題はどこにあるのだと問われれば、わかりませんとは答えられないような事態になってきてしまいました。

労働と健康、あるいは社会のありようと医学の関係について深い関心を持たれて、そして長い間研究実践につとめてこられました先生方のこういう集会でレポートさせていただくことについて大変光栄に思っております。本日は問題提起の意味で生意気なことも少しいわせていただくことになるかもしれませんが、ご容赦いただきたいと思えます。

2. じん肺訴訟の現状

① じん肺訴訟とその理論的根拠

私が今日お話ししたいと考えましたことの第1点は、じん肺訴訟の現況についてです。

ここでじん肺訴訟というのは、加害企業、すなわち労働契約上の使用者の、労働者に対する、あるいは労働関係の実態から推して、じん肺防止の見地からすると、そのものに防止義務を課すことが適当ではないかと思われる企業の、労働者に対する安全配慮義務違反を問題にして、じん肺にかかった者が、じん肺の苦しみ、精神的な苦痛を慰謝せよと訴える損害賠償裁判のことを指しています。

改めていうまでもなく、労働契約の構造は、労働者が使用者の労務指揮権限のもとに労働力を提供すること、使用者がこれに対して対価を払うということから成り立っています。そうした労働契約の構造から、使用者には労務提供過程で労働者が生命や健康を損なうことのないようにする義務があるのではないかという視点が確立し、安全配慮義務あるいは安全保護義務概念というものが考えられてきました。これは、労働契約上の信義則から導かれるという考え方が今日では通説です。

② 全国に広がるじん肺訴訟

昭和50年代の初めに、最高裁がこの考え方を容認してから、全国各地で、それこそ燎原の火の如くじん肺訴訟が広がり、提起されていったわけです。私どもが参加する全国じん肺弁護団連絡会議という緩い組織が、1980年に結成されていますが、その結成の前後を見ますと、集団訴訟だけをとり、1977年に長野の石綿工場におけるじん肺、1978年に金属鉱山ですが遠州じん肺訴訟、あるいは、炭鉱労働によるじん肺ですが、1979年に長崎北松じん肺訴訟がそれぞれ提起されています。長崎北松じん肺訴訟については非常に大事な訴訟ですので、あとでまた触れます。さらには1980年に日本電工郡山工場におけるじん肺、そして1980年に北海道・金属鉱山のじん肺、また、採石のための抗道掘進過程でじん肺になった労働者が、加害企業を相手取った東京・日鉄松尾じん肺訴訟も1981年に提起されております。

今日までにじん肺訴訟で出された判決は、最高裁の二つの判決を含めて26件、また、被害救済に見地からの、いわゆる勝利的な和解、すなわち、被告に慰謝料を払わせるという和解で終結した事件が64件にのぼります。(*補遺1)

③ 現在係争中の事件

現在なお係争中の訴訟は、北からみていきますと、まず、北海道石炭じん肺訴訟。これは、炭坑夫じん肺訴訟として、被災者数で226名、国の責任を追及して本年(1997年)7月4日結審しました。つぎに、青函トンネル工事等でじん肺になった労働者が函館地方裁判所に起こした道南じん肺訴訟、32人が訴えています。現在和解手続きに入っています。

それから、金属鉱山の訴訟では、日鉄釜石のじん肺訴訟。盛岡地方裁判所に11人の労働者が訴えを起こしています。この訴訟は、じん肺だけでなく振動障害、あるいは難聴をも問うという、いってみれば鉱山労働での職業病そのものを問う訴訟になっております。現在は、それらの被害の実情をどう見るのかということをめぐる複雑な鑑定論争に入り込む危険に晒されておまして、いまだ帰趨が見定まらないという状況にあります。

さらに、石灰山のじん肺訴訟として、秩父じん肺訴訟(被害者15人)が起きております。

九州では4つ訴訟があります。いずれも炭鉱のじん肺訴訟です。筑豊じん肺訴訟では、170名の被災者が、国

と加害企業相手に訴訟に参加しています。1審判決は、国の責任を否定したものの、企業の責任を断罪したわけですが、現在、福岡高裁で企業との和解が進行中です。一部の企業、古河機械金属、三菱マテリアルとはこの春和解しました。

さらに、この3月(1997年)に長い歴史を閉じた三井三池炭鉱で働いていた労働者のじん肺訴訟が福岡地裁で行われています。被災者の数で32名です。さらに、長崎の日鉄鉱業・伊王島炭鉱で働いていた労働者のじん肺訴訟は、被災者が22名ですが、現在、最高裁に係属しています。

すでにお聞き及びかもしれませんけれども、この最後に述べた訴訟の被告である日鉄鉱業という会社は、とにかく徹底して争うという態度に終始しており、最高裁判決を含めすでに判決を8つも9つも受けています。にもかかわらず、すべて最高裁まで争うという態度を崩していません。私どもはこうした日鉄鉱業に対する批判の意味で、加害企業としての姿勢を変えさせるために、長崎地裁に日鉄鉱業に対する「全国訴訟」を提起しました。これは被災者の数が14名です。

そして、今年の5月、東京など全国5地裁に対し建設一般労組に組織されている95名の元トンネル労働者が、鉄建公団、鹿島建設等大手セネコンとその下請会社合計74社を相手取って訴訟を提起しました。これは、トンネルじん肺の「全国訴訟」のさきがけになるものです。

④行政処分を取り消し訴訟

職業病じん肺をめぐる訴訟としては、他に、労災認定をめぐる訴訟があります。これには、国・労働省がじん肺をじん肺として認定しない、あるいはその死亡をじん肺によるものと認めないとした行政処分を取り消しを求める行政訴訟のほか、一度認定した合併症の認定打ち切り、その他の行政処分に対する不服申立としての裁判なども考えられます。

関連の行政訴訟の例としては、じん肺の管理区分管理2、3の状態併発した、肺がんの労災認定をめぐる重要なテーマがあります。ご承知のとおり、労働省は、じん肺に併発した肺がんの労災認定については、管理4の状態のもののみを労災認定するという、合理的な根拠のない方針をとっています。したがって、じん肺管理2、3の状態に肺に原発した肺がんとの関連を肯定せよと申請手続きをしても認められないというのが、現在の労災保険法上の実務的な扱いであるわけです。そうした不当な事態を変えるために、全国で幾つかの訴訟が起きております。

そのうちの一つ、大分で起こされた訴訟が最高裁に係属しております。大分地裁は肺がんの因果関係、つまり、

肺がんが粉じん労働との因果関係を認めたのですが、福岡高裁がこれを否定して、最高裁に上告中です。この事件については、今後の労災保険行政に大きな影響を与えるものとして、注目していかなければいけないのではないかと思います。

いずれにしても、じん肺をめぐる訴訟というのは、いろいろな角度から考えることができるわけですが、本日は最初に申し上げました損害賠償請求事件に絞って話を進めていきます。

(※補遺1) 日鉄「全国訴訟」の一審判決が98年11月に出された。また、道南じん肺訴訟の和解が98年1月、北海道石炭じん肺訴訟のうち、住友石炭との和解が98年7月それぞれ成立した。さらに、秩父じん肺訴訟の判決が99年4月、北海道石炭じん肺訴訟の判決が99年5月にそれぞれ出される予定である。

3. 患者の訴えの底にあるもの

①妻と旅行に行きたいという患者たち

講演集に、私がお会いした何人かのじん肺患者さんの日常あるいはそのじん肺による苦しみについて、私が理解した断片を書いています。この20年間、弁護団活動の中で、わからなくなったら、やっぱり患者さんたちとお話をするに帰ることを繰り返してきました。何を原動力に活動をやっているのかと、やってきたのかということをお問われれば、患者さんへの想いということであったように思います。

例えば、じん肺訴訟は損害賠償訴訟ですので、じん肺の苦しみをどう裁判所に伝えるか、表現するかという問題があります。患者226人の北海道でいえば被災者の思いをそれぞれ工夫して伝えることになるわけです。そこで、患者さんたちのお話を聞き取っていくのですが、その過程で、非常に特徴ある反応を見ることができます。それはこのようなことです。定年になったら、妻と一緒に温泉めぐりでもしたいと思っていた、旅行するのが楽しみだったと、どんなじん肺患者も語ります。10人のうち7、8人はそれが夢だというふうにいいます。それでは、もともとの趣味は何だったのかと問えば、山菜採りであったり、魚釣りですということ、かなりの高率でお答えになるわけです。したがって、弁護士の側も「いやあ、どの人も同じような反応をする」というように感じ取ってしまいます。一見没個性のいい反応なのですが、しかし、よく考えてみると、自由に、どこへでも、いつでも移動できるということは、人間の本源的な要求ですし、基本的な権利であろうと思うわけで

す。ところがそれが肺、呼吸機能を侵され、したがって、身体的な移動の自由を完全に奪われてしまっている状態で、彼らが考えることがこのようなことであるとしても、それは当然の、自然な叫びではないかと改めて思うわけです。

②「九州行きが病院行き」になってしまった患者

ですから、私どもは、そういうやや平板な表現かも知れませんが、その患者さんたちの訴えの底にあるものを何とか掘り出そうと努力をしているところです。

例えば、北炭夕張炭鉱で長い間働き、昭和51年に定年で退職した後、北炭から請われて嘱託で働いていて、半年後に管理4になっていると知らされ、粉じん職場から離れた甫三之助さんという方がいらっしゃいました。この方は管理4に認定された後も、奥さんが付き添えば多少の旅行はできるという状態で、実際に年に一度ぐらいは遠出をされていました。昭和60年の4月に九州旅行をする計画をたて、出発する前日に、念のため、主治医の先生とお話をしようということを出かけたわけです。奥さんはスーツケースに必要なものを全部詰めて、ご主人の好きなワンカップも何個か入れて、さあ準備ができたということで待っていらっしゃいましたら、勤医協という病院からご主人が電話をかけてきて、「明日旅行に行けないわ」というのです。「どうして」と聞き返しますと、「気胸で入院だといわれた」というわけです。それはもう、奥さんは大変で、ホテルはキャンセル、飛行機は取り消し、旅行どころではなくなってしまったわけです。私が、甫さんにこの話を伺ったのは、1994年4月でしたけれども、「九州行きが病院行きになってしまった。」というようなことをいっておられました。以来、毎年1回、勤医協に入院することを繰り返しておられまして、「いまでは、看病のために、この人だけではなくて、私自身もすぐ近くの定山溪温泉にさえもいけない」ということを奥さんは述べておられました。それから、1年もたたないうちに甫さんは亡くなられました。

生前、私がお伺いしたときには、2階の居間が甫さんの生活の場になっており、2階に車椅子で上がるためのリフトのようなものが手すりについていて、生活に工夫がなされておりました。2階の居間の隅に大きな酸素ガス発生装置が設備され、そこから2本のビニール送気管が出ていました。敷居だとか柱をずっと這わせて、最後は甫さんの鼻と口につながるようになっているわけです。

ドイツの専門雑誌に「グリェックアウフ」というのがあります。戦後間もなくの、その雑誌に、エアラインマスク、それをかぶると発生した粉じんから遮断され、かつ内部から新鮮な空気が出てくる、そういうものをかぶ

っての粉じん労働における防じん方法が紹介されていました。日本石炭協会が翻訳して、一時随分日本でも出回った雑誌のようです。

しかし、病気になってしまったからではなく、北炭での粉じん作業の時に、このように、新鮮な空気、酸素を送り込まれながら働くことができているならば、退職後、こうして、家の中で体を横たえるにあたってさえも、2本のビニール管から送られてくる酸素の力を借りずに生きることができたはずだと考えますと、これは人間が呼吸するということをめぐる大変パラドキシカルな話ではないかというふうに思います。使用者がその粉じん労働に際して粉じんを遮断し、そして新鮮な空気を保障するということさえ守っていれば、このような悲惨な事態にはならなかったというふうに考えるからです。

③山菜採りに行って倒れた患者

先ほども触れました山菜採りですが、実際に山菜採りに行って倒れたという労働者もたくさんいます。

千葉さんという、昭和34年、30歳で三井建設に雇われ、三井砂川炭鉱あるいは芦別炭鉱所で働いて、55歳の定年までいた方がいます。この方も山菜採りに行ってじん肺の怖さを知ったと話しています。じん肺の管理区分は3口でした。じん肺に認定された1年後に、裏山で山菜採りをしていたところ、息苦しくなって、これではだめだ、危ないと思い、急いで家に戻って横になったのですが、おさまらない。アパートの隣の住人が、またじん肺患者という悲惨な状況なのですから、いずれにしてもその人に救いを求めるほかはなく、電話をかけます。つながったが声が出ない、自分が何者であるか名乗ることができない状態ですので電話で用を足すことができなくて、やむを得ず、その苦しい肺を抱いて、靴を履き、隣の家まで出かけてドアをどンドン叩いた、出てきた人もじん肺患者です。手ぶり身ぶりで自分の胸を指して、とにかく苦しいという仕草をした。察知した隣人が救急車を呼んでくれて一命を取りとめたということでした。

このお二人は、いずれも北海道石炭じん肺訴訟の原告です。この訴訟は被災労働者数で226名ですが、そのどなたもが、このお二人と似た経験をお持ちなのです。

4. 北海道石炭じん肺訴訟から

①進行する症度一ぎりぎりまで働かせた炭鉱

北海道石炭じん肺訴訟は、ちょうど10年前、昭和61年10月に提訴いたしまして、平成5年の9月までかかり、便宜上、1次、2次・・・、合わせて一陣と称していますが、6次にわたっての裁判になりました。訴え提起時、

要療養の労働者がほとんどでしたが、管理区分の認定はあるものの合併症がないために労災給付を受けていないという人もいる原告団でありました。この226名のうち、在職中に管理4、あるいは合併症の認定、つまり要療養の認定を受けた労働者は21名（8%）、炭鉱での粉じん曝露から離れた後、3年以内に要療養の認定を受けた労働者55名（20.6%）ということになっています。

この55名のほとんどの方は、昭和40年代後半以降の石炭産業の合理化による退職、あるいは定年で職場を離れておられます。この事実の意味するものは何かといいますと、療養が必要なぎりぎりまで働かされていたということです。在職中には定期健康診断もありましたけれども、そうした定期健康診断なしこれに基づく健康管理—とくに、じん肺法に定める重症化する前の配置転換の規定は、この人たちにとってはほとんど意味がなかったということを示しています。

また、2陣訴訟の原告は、三井砂川、三井芦別、住友赤平といった地域の炭鉱で働いていた人がほとんどで、住まいもまた芦別、赤平と比較的まとまってあることから、集団的に観察することが容易でした。この人たちの粉じん曝露の状況、粉じん曝露とじん肺罹患の関係を見ておりまして、次のようなことがわかりました。

原告は、すでに亡くなった一人を除くと54名なのですが、このうち昭和50年以降に炭鉱を離れた52名について、今年（平成9年）、過去8年に遡ってじん肺の進行状況を確認しました。平成元年当時管理4の状態であった方はわずか2名、管理3口であった方が7名、管理3イは7名、管理2が5名、管理区分の決定を受けていない人が23名、当時まだ住友赤平炭鉱がございましたので、そこで働いていた人7名ということでした。それから5年、この人たちが裁判を起こしたのは平成5年でしたので、そのときの状態を見ますと、管理4になっている人が10名に増えています。管理3口が21名、3イは6名、管理2が14名、すべての人が管理区分の決定を受けているという状態でした。さらにその4年後のこの7月の裁判結審の時はどうだったかといいますと、管理4は14名、管理3口は20名、管理3イが9名、管理2が8名で、しかも管理4の14名中5人の方が死亡しておりますし、管理3イの方のうち1人が死亡しているという状況です。

この間にご自分の管理区分の変更がなかったものは、52名中わずか9名です。8年のうちに皆さんがそのじん肺の症度ステージを悪くしていつているというわけです。驚くべき症状の進行だと考えます。私どもはこれらの事実を整理しまして、これらにもとづき、さきの結審弁論において裁判所に対して早期救済の意見を述べたところでした。

②炭鉱病院が果たした役割

私は、炭鉱病院やそこに所属する産業医の社会医療への貢献度の大きさを否定するものではありません。例えば、炭鉱夫じん肺についての私の乏しい知識によりましても、北炭夕張炭鉱病院の白川先生の研究、つまり大正10年には既に炭鉱に10年以上勤務する抗夫の健康状態調査成績というものを発表されて、炭鉱における呼吸器病、とりわけ炭肺の所在について検証した研究を初めとする優れた業績があります。時代をそれほど遡らなくても、例えば、昭和30年8月に住友赤平病院の小林東洋雄さんという方が、指導教授のアドバイスを受けながら発表した論文において、住友赤平炭鉱で戦後昭和29年までにじん肺結核・けい肺等に認定された55名について分析されており、その分析結果に基づいて将来の対策の必要性を述べておられます。あるいは、昭和35年の文献ですけども、三井砂川病院の相馬寛先生が「防じん対策上マスクの使用がけい肺発症に及ぼす意義について」という研究発表などをされています。それぞれ、炭鉱におけるじん肺について警鐘を鳴らしていると読むことができます。いわば、「同種類の労働に従事する労働者を大量観察できる医師」という社会的地位に基づいて、じん肺防止の見地から積極的に発言していたということができると思います。

しかしながら、先ほどご紹介しましたようにじん肺が重篤な状態になるまで粉じん職場から隔離されなかったということ、その事情に関しては、私はやはり炭鉱病院の果たした否定的な役割を述べなければいけないと思います。

例えば、原告に佐藤さんという方がいらっしゃいます。昭和39年に、住友赤平病院で結核と診断され入院しました。ところが、一向に回復しない、病院を変えたいということを出しても認めてもらえない。健康保険証を戻してくれないかといっても戻してくれない。そこでやむなく、これは病院の目を盗んでということでしょう、奥さんが付き添って岩見沢労災病院に自費で診察してもらったところ、じん肺管理4相当と診断されたということです。

また、原告の平間さんという方ですけれども、昭和55年に炭鉱病院に行きました。そこで喘息で1週間ぐらい通院が必要だといわれます。しかし一向に良くならない。近くの公立の病院に自主的に再診を求めたところ、すぐ入院だという指示があり、結局1年半入院をしなければいけなかった。

あるいは、原告の木村さんという方は、昭和38年に職場の健診で管理2と告げられた。しかし労務の方からは、療養は必要ではない、ということで、栄養剤をもらいながら労働していたわけです。それから6年後、やっぱり

炭鉱病院ではだめだと、別の病院に行きましたら、これは管理4の状態だ、どうしてこんな状態まで働いていたのだと告げられたということです。

このように、労働者が倒れるまで働かされたということについての炭鉱病院の果たした役割・機能と申しますか、それは先程述べた幾つかの優れた業績と相矛盾するものだったのではないかと考えています。

5. じん肺訴訟の到達点

①「安全配慮義務」の解明

全国のじん肺訴訟の到達点については、講演集にまとめましたが、補足的に述べたいと思います。

私どもは加害企業の責任を問う根拠として、先述のように、労働契約に基づく安全配慮義務をあげています。もう少し具体的にいうと、じん肺にかかるおそれのある粉じん作業に労働者を従事させることを目的とする粉じん作業労働契約においては、使用者は、労働者がじん肺にかからないようにするために、労働契約の存続する全期間にわたって、絶えず実践可能な最高の水準に基づく、次のような措置を講ずる義務がある、というふうに主張しているのです。

どういう義務かという、粉じん作業労働者が従事する作業環境の管理をしなければいけない。すなわち、作業環境における有害かつ吸入性のある粉じんの量を測定し、この測定結果に基づいて、安全性の観点から作業環境の状態を評価する、その評価の結果、安全性に問題があるときには、危険を除去するため、あるいは、安全性を向上させるために、粉じんの発生・飛散を抑制するべく、湿式さく岩機を使用させ、発じん源に対する散水などの措置を講じる、発生した粉じんの希釈・除去のために換気または通風などの必要な措置を講じるべきである。

その労働者の作業条件の管理も必要である。つまり、有害粉じんの吸入による人体に対する影響をなくするために、作業時間、この場合は、粉じん曝露される時間ですが、これを管理しなければいけない。休憩時間、休憩場所の確保等について適切な措置を講じるべきである。粉じんの吸入を阻止するために有効で、かつ粉じん作業労働者が装着するに適した呼吸用具、一般には防じんマスクを支給し、これを装着させることが必要である。

さらに、粉じん作業労働者の健康などの管理が必要である。また、粉じん作業労働者に対して粉じん、じん肺の危険性、その予防について一般的な教育を行う。作業現場における粉じん測定の結果に基づいて、これらの危険の程度を、粉じん作業労働者に知らせ、マスクの使用

方法、保守管理等について教える。じん肺の専門医による粉じん作業労働者の健康診断を適時に行って、早期発見、および配置転換によるじん肺の重症化を阻止する措置を講じるべきである。

このような使用者としての義務を具体的に立てまして、責任を追及しているわけです。

これらの義務は、労働者が労務を提供するそれぞれの時代のじん肺についての医学的な知見、粉じん防止のための工学・技術的な知見、じん肺防止のための法律・制度等の、労働契約のいってみれば契約環境というべきもの、および、現に労務を提供している現場の作業環境、これらを総合評価したときに導かれるものだと考えております。その義務の性質について、本来使用者は、それらを全部履行するというのが労働契約上の義務ですので、どれかひとつでも怠ってれば、あるいは、履行が不完全であれば、損害賠償責任を負うという理屈を立ててきました。

東京地方裁判所のある判決では、この安全配慮義務について、その法律的性質は、これに違反したために、労働者がじん肺・職業病にかかった場合に、その結果について損害賠償責任を追及できるという消極的なものにとどまらない、そうした労働環境、労働条件を改善せよと、積極的に求めることができる権利だと踏み込んで述べています。

安全配慮義務をめぐる以上の解明は、じん肺訴訟を長い間闘ってきたことによる、幾つかの成果の一つだろうと考えております。問題は、いつ、どの程度に使用者はその義務を特定できたかということですけれども、私どもは炭鉱については昭和5年、遅くとも昭和10年には、前述のような使用者の義務が確立したと主張しております。これに対して加害企業側から執拗な抵抗がありました。そのことについてはまた後で触れたいと思います。

②一定水準を実現した慰謝料額

それから、じん肺の苦しみ、その精神的な苦痛、心理的な負担、肉体的な苦しみというものを慰謝料という、いってみれば金銭に換算した場合にどのようになるのかということ、これはなかなか難しい問題であります。しかしながら、今日までの多くの裁判例、勝利的和解例で到達した水準は、管理4あるいはじん肺によって死亡したという場合で2,000万円から2,200万円、あるいは2,300万円、管理3口の場合、現に合併症にある人とそうでない人と分けるわけですけれども、合併症がある場合は1,800万円、合併症がない場合でも1,500万円、以下管理2までそれぞれの実現してきていると自負しております。もっとも、この非合併症の被災者にとって救済というのは、その時点における慰謝料の支払いだけで

十分かという問題がありまして、この点につきましては、次のような解決方式も生み出してきております。

つまり、とりあえず見舞金を幾らか払わせ、そして不幸にして合併症になったときには、先ほど述べました一定の水準の慰謝料と見舞金との差額を払わせるという将来的な救済の方法がそれです。

これもまさにこれまでの実践の中から編み出しました考え方で、幾つかの裁判ではそうした方法での解決が図られております。

6. じん肺訴訟の課題と争点

①「消滅時効」論への反撃

さて、この加害企業が、賠償責任を認められ、その損害の水準もハイレベルのものを認定されているという状況の中で、抵抗してきている最後の砦といたしますか、訴訟対策はいわゆる消滅時効を援用するというものであります。「時効」というのは聞き慣れない言葉かもしれませんが、要するに、被災者が権利行使できるようになったときから10年間経過したときは、消滅時効が完成し、加害者である企業がその10年間の事実関係に基づいて、責任を免れる利益を得ることができるという法制度です。これは時効が完成したことを裁判で援用するという権利主張を通じて認められるのでありますが、そういう「時効による責任の免れ」を画策しております。

そこで、被災者が権利行使できるようになる時点はどこなのか、ということが一つ論点になるわけです。弁護士からあなたは損害賠償請求できますよと説明を受けたときということもできますし、あるいは、管理区分管理4の認定を受けたときにはもう働けなくなるわけですから、そこからカウントしていいのではないかという議論など、さまざまあります。

この問題については、最高裁が、長崎北松じん肺訴訟で一つの結論を出しました。それは、その労働者の最重症の管理区分の行政決定時から10年たったときには時効は完成するというものです。最重症の行政決定時という表現がわかりにくいのですけれども、例えば管理2、3のイ、ロと順番に管理区分が重くなっていった場合には、管理3ロというのがその労働者の最も重い行政決定ですから、そこから10年であるという考え方です。

しかしながら、この判決は理論的に説得力が弱いといわれております。じん肺の進行性を考えますと、管理3ロからさらに管理4に進んでいく可能性があり、それでは、その管理4になったときの損害というのをどうつかまえるのかというような難しい問題が出てきます。一つの政策的な判断といわざるを得ないわけですけれども、

いずれにしても最高裁のそういう判決のもとで、企業は大いに力を得て時効の援用を始めています。

ただ、そういう最高裁の判決のもとでも、各地方裁判所レベルではいろいろ工夫がなされており、例えば、管理3ロに認定されたのは15年前だった、しかし、最近合併症を認定されて、労災給付を受けられるようになった、合併症認定のときからカウントすると10年以内であるというような場合に、最高裁がいつている行政決定というのは管理区分の決定なのですけれども、しかし合併症のない管理3ロよりは、合併症のあるそちらの方が重症であるという当然の事実に基づいて、下級裁判所の方は管理3ロの決定から10年以上経過していても、合併症の認定のときからカウントするというようなことで、被害に合わせた判断をしようとしています。

さらに、先ほど述べましたように、この時効というのは、加害企業が10年経ちましたということを裁判で述べなければ効果が生じないわけですが、そういう権利行使を企業に認めることは許されるのであろうか、権利行使は正義に反するのではないかという議論があるわけです。

この考え方には、いくつか具体的な根拠をあたえることができると思います。先ほどの例における炭鉱病院の扱い等を見ても、昭和5年、あるいは、昭和10年には、炭鉱経営者として、じん肺防止のためのさまざまな施策をとらなければじん肺が多発するということが十分予見できたにもかかわらず、けい肺法制定以降40年、じん肺法制定以降でも30年以上経っているこの時期に、なおじん肺患者が出てくるというような対策しかとらなかつた。そういう意味では、構造的にじん肺患者が発生してくることを放置したといわざるを得ないわけですし、そうした企業が、10年たったから責任は免れたのだと主張することについて、保護を与えなければならないのであろうか、企業にそういう法的な利益はあるのだろうかということ、つまりそういう企業の権利行使は「権利の濫用」なのではないかということも私どもは主張して、この主張を認めた判決も出ております。

ちなみに最高裁判決の論理が形式的に当てはめられた場合に、私どもの裁判はどうなるかということなのですけれども、北海道石炭じん肺訴訟では、226名の被災者のうちの20%の方が切り捨てられることとなります。三井三池の訴訟では、被災者の3分の2がこの時効の制度で切り捨てられることになるわけで、この時効制度をどう考えるのか、企業に消滅時効の援用権を認めるか認めないかということが、この訴訟の実践的な問題としては最大のものになりつつあるといつてよろしいかと思えます。

②企業の「まやかしの論理」への反論

先ほど、炭鉱でけい肺やじん肺が発生するということ、石炭企業が予見できたのは、昭和5年、遅くとも昭和10年だと述べました。

これに対して、炭鉱企業は、金属鉱山のけい肺はともかく、当時炭鉱においてけい肺・じん肺が発生するなどということは考えられなかった、そういう認識を持ち得たのは昭和30年前後だというような議論をこの裁判で展開いたしました。同時に、じん肺発症については予見はできなかったけれども、炭鉱では、金属鉱山とは別な粉じん対策を実際行ってきた、つまり、可燃性ガス対策としての通気と、爆発性炭じん対策としての散水を徹底してきたと、これらの対策は炭鉱におけるじん肺についての認識は別にしても、結果的にじん肺対策になったのだと、企業は述べております。この企業の主張は、一見説得的に見えるわけですが、しかし職業病防止のための使用者の義務という見地からしますと、まやかしの論理がいくつも含まれていると思います。

第1は、じん肺訴訟で問われているのは、そこでけい肺になるとか、じん肺になるとかという、その診断名・病名の問題ではなくて、使用者が徹底した防じん対策をとらないと、労働者が吸入した粉じんによって、予後がきわめて不良な職業性の肺疾患にかかるのだという認識を持ち得たかどうかということだろうと思うのです。その時々、その肺疾患がどのように呼ばれていたのかということは本質的な問題ではない。現に、歴史的に見ますと、炭鉱夫じん肺については、抗夫肺癆という古い名称から、鉱肺、炭肺等々、さまざまに呼ばれてきており、それぞれの名称ごとに防止対策をたてる前提としての認識の時期が違うというような議論は非合理的だということです。じん肺の概念が、鉱物性粉じん一般によるものと広げられたのは、昭和35年の旧じん肺法からでありますから、そういう言葉の表現に拘泥し続けると、炭鉱夫じん肺は昭和35年までわからなかったという話になりかねないわけでして、それは不合理であろうと思います。

なぜ、昭和5年、遅くとも昭和10年という時期を私どもは立てたかといいますと、これは改めて申し上げるまでもなく、昭和4年に鉱業警察規則という戦前の労災防止にかかわる規則が改正され、金属鉱山や炭鉱の坑内外の粉じんによるけい肺、炭肺等の防止のための対策規定が設けられたということがありますし、これを受けて、昭和5年に内務省社会局が、抗夫けい肺に関する通牒を出して、炭鉱夫を含む抗夫のけい肺患者に対する抗夫労役扶助規則による補償を実施するとしたことなど法制の確立があります。

また、実際、昭和5年度の今でいう通産省の発行する文書、「本邦鉱業の趨勢」という権威のある統計に、炭

鉱ごと、金属鉱山ごとのけい肺、炭肺に罹患した労働者の数が発表されています。同じ昭和5年には、ILOの斡旋で、第1回国際けい肺会議がヨハネスブルクで開かれております。日本政府は、これに参加しませんでした。そこでの報告書を翌年には入手して、労働保護資料として公にしています。

昭和10年になりますと、これらの関係がより明確になってきます。昭和9年6月に開催された第18回国際労働総会において、職業病に関する条約が改正されます。そして、職業病として補償を要するリストに「肺結核を伴うまたは伴わざるけい肺」が追加され、日本政府もこの条約を批准しましたので、政府はもちろん、石炭企業が炭鉱においてじん肺、けい肺、あるいは炭肺の発生を予測することはできなかったというのは、全く事実に基づかないものであるといわざるを得ません。

昭和11年7月には、鉱山労働だけではなく、工場におけるけい肺についても労災補償が適用されるということになっていくわけであり、少なくとも、戦前のうちには、炭鉱経営企業は、炭鉱におけるじん肺というものを予見できたといわざるを得ないのです。

被告企業の主張のまやかしの第2は、次のようなことにかかわっています。職業病対策の内容と水準つまりその有効性というのは、いうまでもなくその対策の目的に規定されているということができると思うのです。

講演集には、企業側証人として出廷した房村信雄さん（早稲田大学名誉教授）の話を上げておきましたが、その房村信雄さん自身が早稲田大学の研究叢書の中で次のように述べているわけです。

「鉱業における粉じん問題は、微細粉じんの吸入によるじん肺の予防に関する問題と、炭鉱における炭じん爆発防止に関する問題との二つがあり、いずれも鉱山労働に伴って発生する粉じん、炭じんに由来する点では同様であるが、対象とする粉じんの種類、問題となる粒度範囲及び濃度範囲に大差があり、かつその問題認識の歴史的背景にも大きな差異がある」。これはしごく当然の認識であります。じん肺防止対策を意識的にとらずして爆発防止対策をとった、それが結果的にじん肺防止につながったのだという議論は、職業病対策の議論としては、全くナンセンスであろうと思うわけです。そういう議論を堂々とやっております。

例えば、昭和35年に旧じん肺法が制定されるときに、日本石炭協会は、やがてそのじん肺法で炭鉱のじん肺、粉じん状態も問題になるだろうということで、慌てて全国の炭鉱の実情を調査したことがありました。昭和34年4月に、その調査がまとまっていますが、既に、けい肺法が施行されて4年たっています。この時点でも、粉じん測定器を備えている炭鉱の数が限られている。しかも、

その粉じん測定器を用意している炭鉱でも、せいぜい1台である。これでは、とてもじゃありませんが、労働環境を測定し、それに基づいて評価をして対策を立てていくなどということはできないわけで、この一事をもっていかにその対策を怠ってきたのかということがわかろうかと思えます。

それから企業の主張のまやかしを問題にする3番目は次の点です。被告企業は炭鉱では炭粉は無害であるという俗説が流れていて、使用者の認識を混乱させたというようなことをいっています。

しかしながら、使用者は現に流布されている、あるいは表明されている見解に従っていけばいいというものではなくて、使用者の安全配慮義務の根底にはそれらの情報を前提にして、どうすれば重篤な肺疾患から労働者を守ることができるかについて検討、研究をする義務があるわけです。そもそも、この炭粉は無害であるというような俗説などは、一体だれがつくって、だれが通用させたかという問題を考える必要があるかと思うのです。結論からいえば、そうした俗説が流布されることによって、労働者から経営の側が考えているような労働力の提供をとことんまで得ることができるという事実に着目して、経営の側がそうさせていたといわざるを得ないと思うのです。

似たような表現は、職業病にかかわる訴訟ではよく出てきます。例えば、金属鉱山についていうと、一つの山だけで働いたのでは一人前になれない、山を渡り歩かなければいけないというような物言いがあります。結局、そういうふうに渡り歩くことによって、じん肺になったときの責任の所在が不明になっていくわけです。

また、クロム酸塩製造工場で鼻中隔穿孔という職業病が多発するということは、古くから指摘されていたわけですが、鼻に穴があいて一人前だというような物言いが労働現場で通っていく、それは、先輩労働者が後輩労働者にいった話かもしれませんが、そうした労働文化といいますか、その労働をめぐる状況を放置しているということ自体が使用者の責任に関わって問われなければいけないと思うのです。

7. じん肺訴訟の意義と展望

①じん肺訴訟の積極的意義

じん肺訴訟は加害企業に対して慰謝料を請求するという裁判の性格上、じん肺になってしまった後の問題です。かつ1人1人の労働者の経済的な側面からその救済を図るものという性格を免れません。事後的な救済、しかも、労災保険給付を受けながらのことでしたので、それは

「物取り」ではないかというような批判もなかったわけではありません。

しかし、現行の労災保険制度の職業病被害を救済するという点での不十分性、結果として職業病になった場合の救済については、部分的な対応に止まっていることは明らかであって、したがって、加害企業に対してじん肺にかからせた責任を問う、それを精神的な苦痛に対する慰謝料を払わせる形です、という要求は当然であったらうと思います。

何よりもその責任の所在をはっきりさせることで、これから長い間、闘病していかなければいけない自分の闘病のありようを考えるとといいますか、その手がかりを得ることになったのではないかと思いますし、自分の労働を事後的にであれ、病気になった後であれ、社会化していく、じん肺になった苦しみを、加害企業の責任を明らかにしていくことを通して社会化していく、ということの意味もまた大きいのではなかったかと思えます。

炭鉱労働者についていいますと、日本の近代産業を支えたエネルギー部門は、自分たちが誇り高く担ったのであり、したがって、本来であれば、それにふさわしい待遇がなされるべきところを、このような状態に置かれているという不当・不正義についてのアピールであります。また、じん肺被害の内実を掘り下げていきますと、じん肺にかかった当人の身体的な、精神的な苦痛もさることながら、実は、その看病に専念せざるを得ない奥さんだとか、あるいは、この不治の病に伏している父親を含む、決して明るくないその家庭の雰囲気だとかという、労災保険法がテーマにできない、しかし、人間の尊厳を考えれば、当然救済されなければいけないその分野についてのアプローチもこの訴訟によって可能になったということができると思います。

じん肺被害者自身が、訴訟を通じて外に打って出ていく、そして、さまざまな障害を越えて連帯をしていくということが、彼らにとっての訴訟の積極的な意義ということができるのではないかというふうにも思っております。

②じん肺訴訟の展望

じん肺訴訟は、これから何を指してどこへ行くのかということについてですが、第1に、加害企業の責任追及、損害賠償の支払いの積み重ねの上に、企業は、結局、労働者の健康、命を尊重することを通してしか、社会的には受容されないのだということ、企業に対して、はっきりと自覚させていく必要があるだろうと考えています。そういう意味では、昭和50年代から始まった訴訟の積み重ね、勝利判決と勝利和解の力をバネに、現代社会における企業のありようについて、今申し上げたような

方向に転換するようきっぱりと迫っていく、そういう時期に来ているのではないかと考えています。

じん肺訴訟が、ここに到達するについては、患者さんや弁護士の力だけでは到底及ばなかったわけであり、良心的で民主的な医師、医療機関、あるいは研究者、実践家の皆さんの支えと協働があって初めて到達できたということ、私どもは十分わかまえていたつもりです。

そういった人たちの力と協働しながら、先ほど申し上げた企業の思想の転換に向けていま一度力を出していかなければいけないのではないかと考えています。

最後になりますけれども、被告石炭企業の一つである三井鉱山が平成2年5月に社史を発行いたしました。その題名は、「男たちの世紀 — 三井鉱山の百年」というものでした。三井鉱山が成立して以来、いかに日本社会の進歩にかかわってきたのか、経営陣以下のいわゆる「男たち」がこれまでどんな苦闘してきたのかということが、記述されているわけです。しかし、三井鉱山が、これまでに無数の労働者をじん肺に罹らせたということは明らかです。じん肺だけでなく、落盤や爆発といった事故によって、無数の労働者の命を瞬時に奪ってきた事実もあります。そして、その裏には、これを看病したり、あるいは夫の死亡によってその後の人生を変えさせられたりした、無数の「女たち」がいたわけがあります。私はこういったところに光を当てずして、三井鉱山の正当な百年の歴史を記述することはできないだろうと考えています。

(*補遺2.)

じん肺訴訟25年の到達点の一として被災者と弁護士は、わが国におけるじん肺根絶のためには国の積極的な施策が必要であるということを通の認識につつある。私たちの目は企業責任の向こうに国を捉えつつある。

注) 本稿は、第38回社会医学研究会総会での特別講演「じん肺訴訟の意義と課題」の内容をもとに加筆・修正をしたものです。

総 説

水俣病の40年とこれから

二塚 信 (熊本大学医学部公衆衛生学教室)

Minamata Disease—past and future

Makoto FUTATSUKA

はじめに

水俣病は魚介類に蓄積されたメチル水銀を経口摂取することによって起こる神経疾患である。このメチル水銀はアセチレンよりアセトアルデヒドを生産する際に用いられた無機水銀触媒が、メチル水銀に副生され、工場廃水を通じて水俣湾に排出し、食物連鎖を通じて生物濃縮により魚介類に蓄積されたものである。チッソ水俣工場のアセトアルデヒド生産は1932年に始まり、1955年から67年にピークに達し、1968年に稼働を停止している。地域住民の頭髪や臍帯のメチル水銀は図1のようにほぼこれと軌を一にして増減している¹⁾。

水俣病の発症地域は、喜田村らの初期の疫学調査で、魚介類の異常行動、ネコの中枢神経症状発症の分布より図2のように考えられる²⁾。1960年当時の当該市町村人口を集計すれば約18万人ということになる。1960年から1966年にかけて熊本県衛生研究所(当時)が測定した、この地域の漁村地区住民の頭髪水銀レベルから推定され

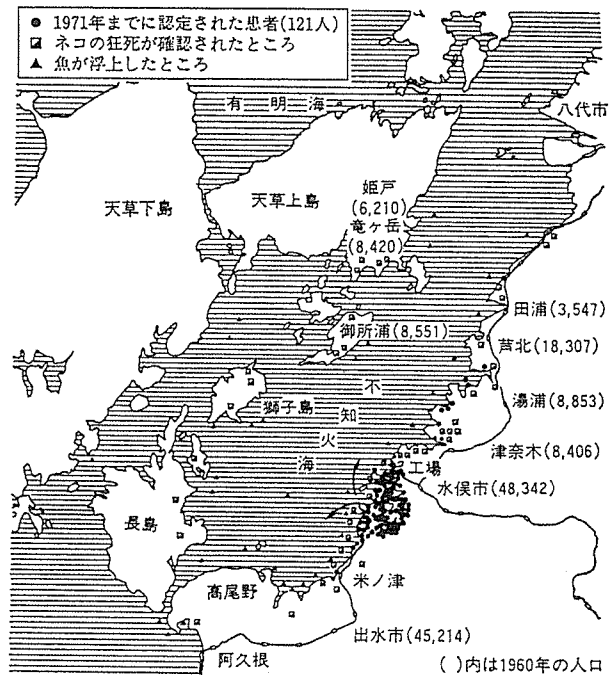


図2 不知火海周辺地区における環境汚染および患者発生

るメチル水銀摂取量は、0.4mg/日以上が約50%を占め、この地域の漁協組合数を勘案すれば、上記人口の約1/10、11,000人を少なくともpopulation at riskとみなし得る³⁾。

1997年3月末日の水俣病認定患者は、熊本・鹿児島両県で2,222名、このうち1,245名が死亡している。また、昨年より実施された総合対策医療事業による医療手帳該当者は10,350人、保健手帳該当者は1,187人にのぼっている。この救済対象者は水俣病患者とは位置付けられていない。法律に基づく認定制度でいったん棄却した人を被害者として救済せざるを得ず、水俣病被害者だが患者ではないという、第三者には分かりにくいボーダーラインとしての性格付けになっている。

他方、1968年にメチル水銀の排出が停止された後も、水俣湾周辺の底質に水銀がかなりの濃度で残存していたため、これらの底質の除去を図るため、1974年から90年にかけて、除去基準(総水銀25ppm)以上の水銀を含む水俣湾の底質約150万m³を浚渫・埋め立て地を造成する事業が約480億円かけて行われた。その概要は図3のご

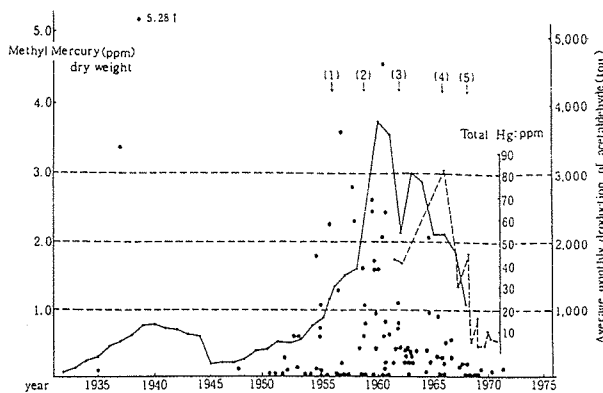


図1 臍帯メチル水銀量とアセトアルデヒド月生産量、水俣湾産貝中の水銀量との関係

- 線は水俣工場のアセトアルデヒド月別生産量、目盛りは右側、単位トン
- ……線は水俣湾内アサリ貝の水銀量(総水銀で乾重量)、目盛りは右側の図中、ppm
- 印は生まれた年月と臍帯メチル水銀をあらわす。目盛りは左側、単位ppm、乾重量
- (1) 正式に水俣病が発見された年
- (2) 水俣病の原因が工場排水によるメチル水銀中毒が明らかになった
- (3) 長期の労働争議による生産低下
- (4) 廃水を閉鎖循環式に変更
- (5) アセトアルデヒド生産中止

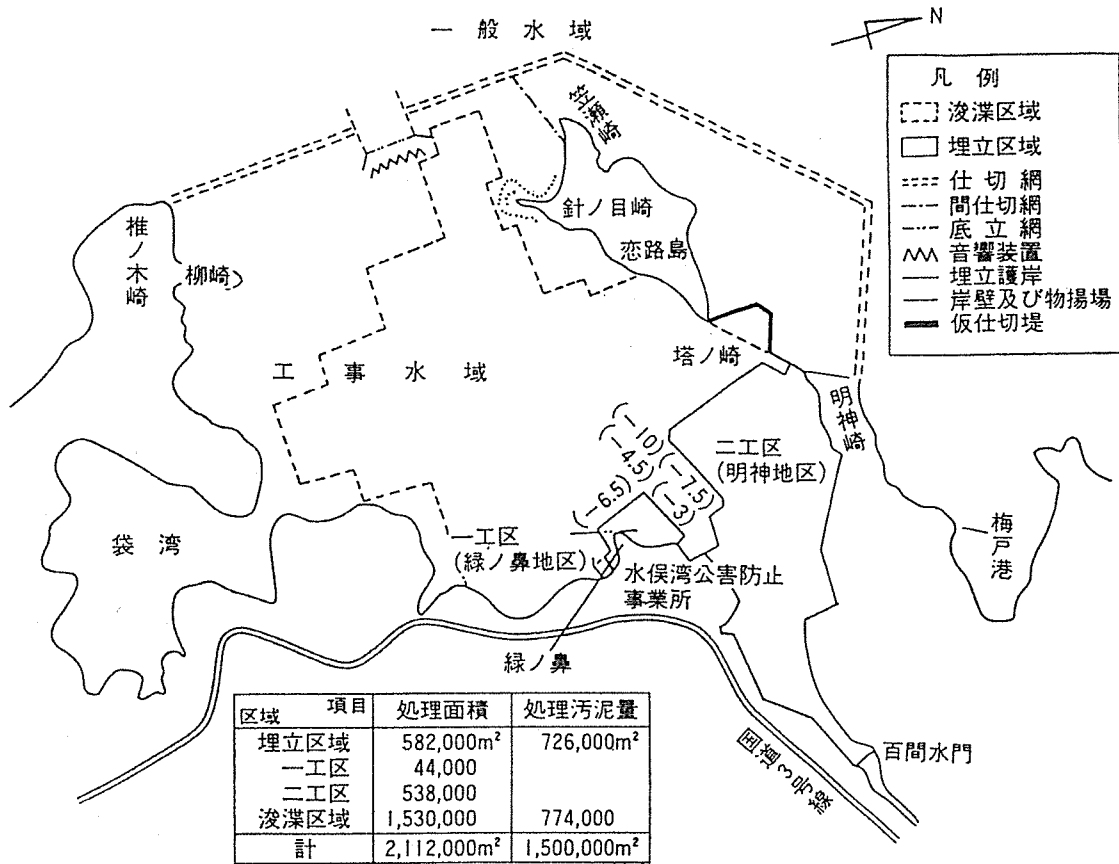


図3 水俣湾公害防止事業計画

とくである。

水俣病の経験と教訓

水俣病の40年の歴史から私共が汲み取るべき多くの教訓がある。

先ず、初期の原因究明の段階である。今後の問題として、新しい汚染ファクターや新しい汚染の形態について、リスクの予見・予知のための方法論の確立や事前評価の重要性を何よりも強調しなければならない。現在わが国の産業界においても、企業の生産活動における環境影響の国際標準化（ISO化）の動きが欧米のそれに倣って進展しつつあることは注目される。その上で、社会医学的問題として次の点を提起したい。それは、公害現象の因果関係の解析に際して、自然科学的証明の厳密さを追求することと問題の実践的解決をはかることを両立するための意識的努力である。自然科学者が原因の究明に際して、現象の因果関係の解析にできるだけ厳密性を要求するのは当然であるが、その因果性を具体的な対策や行動に反映させる際に、どの程度の厳密性が要求されるかの議論に習熟しているとは云えない。医者は病に苦しむ患者を前に、病の原因が不明だからといって治療を放棄することは許されない。その時点で最大限に把握できる病因の可能性に基づいて治療する義務がある。研究者

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

次に被害拡大防止のための異常事態の理解・把握・被害者救済の問題である。それは健康被害の定義、診断基準をめぐる問題である。水俣病をめぐる行われた民事、刑事、行政の訴訟は20件を越えるが、なかでも水俣病像、認定基準、認定審査のあり方、損害論の争いに注がれたエネルギーはまさに膨大なものがあつた。これを要約することは困難であるが、あえて表1にその概要を示した。病像論に関しては、水俣病をHunter-Russell症候群を中心とする神経症状に限らず脳血管障害や他臓器にも影響を与える全身性疾患ととらえるのか、中枢性の神経系疾患でありその症状は特徴的であるが特異的な所見ではないと理解するのか。認定基準に関しては、不知火海の魚介類多食を前提に、四肢末梢の知覚障害があれば水俣病といえるのか、小脳性運動失調を中核症状とする神経症状の組み合わせを重視する環境庁の判断条件をとるのか。認定審査会に関しては、本来の役割が患者選別のた

表1 水俣病三次訴訟の争点と判決

	原告	被告		判決
		国、熊本県	チッソ	
行政責任	魚介類やネコの死滅、有機水銀説の発表などそれぞれの段階で漁業法、食品衛生法など、当然適用すべき法律を行使しなかったために、水俣病が発生、拡大した。水俣病は国の産業政策の結果だ。	原告主張の法律は、目的外や形式的要件を欠くものがある。食品衛生法は消極的取り締まり法規で、行使には限界がある。なにより水俣病の原因が特定されていなかった。可能な限りの措置はとってきた。		行政は遅くとも34年11月までには事態の切迫を容易に知り得る状態にあり、法の適用を怠ったのは違法。行政は可能な手段を尽くして、発生の防止と排除の措置をとるべき義務がある。
病像論	水俣病は多様な神経症状をきたすだけでなく全身性疾患でもある。判断には疫学を基に、四肢末しょう性の感覚障害があれば足りる。認定審査会の判断条件は狭きに失し、被害者の切り捨てでしかない。	水俣病は神経系疾患で、全身性疾患との主張は医学界のコンセンサスは得られていない。症候そのものは、いずれもありふれたもので、判断には主要症候の組み合わせが少なく、現行の判断条件は正当。	水俣病は神経系疾患。全身性疾患との考えは、仮説にしすぎない。水俣病の症状一つ一つは特異的なものではないので、その判断には、現行の判断条件のように複数の症候の組み合わせが必要だ。	水俣病は主として中枢神経系疾患であるが、神経系だけに限局すべきでない。症状は多種多様で、判断に組み合わせを要件とするのは狭きに失するし、否定できない場合は認定すべき。
損害論	病苦、将来への不安、認定問題による苦しみの倍加など、損害は極めて深刻。長期間にわたる人間破壊ともいえるべき被害は全員に共通しており、包括一律請求以外にない。将来の治療費などは含まない。	原告を水俣病とした診断書などには多くの疑問点があり、原告が水俣病であるとの証明はなされていない。しかも原告らの年齢や職業、症状も異なっており、包括一律請求は不当で、損害額も過大だ。	原告が水俣病であるとの証明がない。損害を具体的に算定すべき証拠が診断書と一部原告の本人尋問しかなく、不も原告らの年齢や職業、症状も異なっており、包括一律請求は公平の原則に反する。	水俣病による精神的、肉体的苦痛と、家庭的、社会的、経済的不利益を総合考慮して個別に算定すべき。症度は異なるほか、発症時期も幅広く、障害の程度に応じて三段階に類別するのが相当。

(熊本日日新聞)

めにあり、患者の生活歴、食生活歴、自覚症状を無視し、臨床症状の多くを切り捨て見落とし、多くの患者を棄却しているという認識にたつのか、近時認定例の大半は水俣病としては軽症で他の患者との鑑別は容易ではなく、慎重に再検診、精密検診をして多数の専門医の合議により遺漏なきよう努めているという主張を認めるのか。損害論に関しては、水俣原の損害とは被害者が蒙った社会的、経済的、精神的損害を包括する総体であり、多様であり、はかりしれないほど大きい全てを明らかにできない、その被害は質的に差がなく、被害のランクづけの基準はあり得ないと考えるのか、水俣病に罹患したことによる損害の賠償を求める以上、現実に発生した財産的及び精神的損害を具体的に算出したものが損害であり、精神的損害については個々に症状の程度、発病の時期、生活状態等を、財産的損害については職業、収入額、就労の可否等を基準に実態に相応する金額を個別的、具体的に算定すべきとの主張を認めるのかなど本質的できわめて厳しい論争が展開された。訴訟の場での論争や問題提起が水俣病の研究を触発することが少なくなかったし、研究の場にも論争の影は持ち込まれていたのは事実である。他方、論拠の貧しい不毛の論争があったのも事実である³⁾。

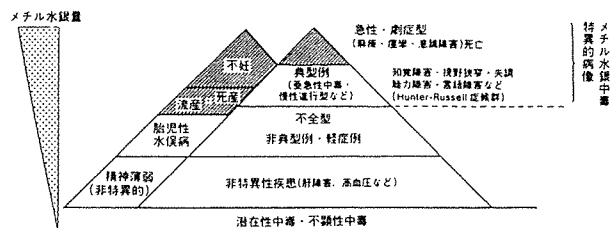
私は水俣病の痛切な経験を通して、環境影響研究の疫学的方法を表2のように考えたい。初期の研究が、当然

表2 環境影響研究の疫学的方法

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

のことながら原因究明に全精力が注がれたため、典型症例の検索に集中して、いわゆる疫学的調査が不十分であったこと、原因がほぼ確定した後も、量反応関係の検討という観点の重要性を認識した個人レベルの曝露量の推定の機会を逸したこと、このこともあって理論的には図4のように考えられる水俣病の全体像が充分明らかにされなかったという批判には耳を傾けなければならない

図4 メチル水銀の生体影響に関する疫学モデル



あろう。

また、水俣病の研究が医学の領域に集中し、水俣病をひき起こし、被害を拡大させ、深刻な後遺症を現在もひきずるに至っている企業や地域社会、さらには行政の体質や構造の研究、さらには水俣病が地域社会にどのような影響をもたらしたのか、地方自治体や企業にどのようなインパクトを与えたのか、これらの点の社会科学研究が断片的かつ不十分であったことを痛感する。日本の辺地、水俣で起こった、このような深刻な環境問題は、今日の発展途上国にみられるように、その根源は経済問題にあり、その対策を阻む大きな壁も社会経済的、政治的あるいは文化的な要因にある⁶⁾。

水俣病のこれから — 今後の課題

私は社会医学研究第9号(1990年)に水俣病の後遺症対策として表3を提示した⁴⁾。被害者の個別救済、環境復元及び保健・医療・福祉のシステム構築を中心とする被害地域の再生振興である。過去の水俣病対策は個別救済の始まりである患者の認定・補償問題にエネルギーが

表3 水俣病の後遺症対策

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

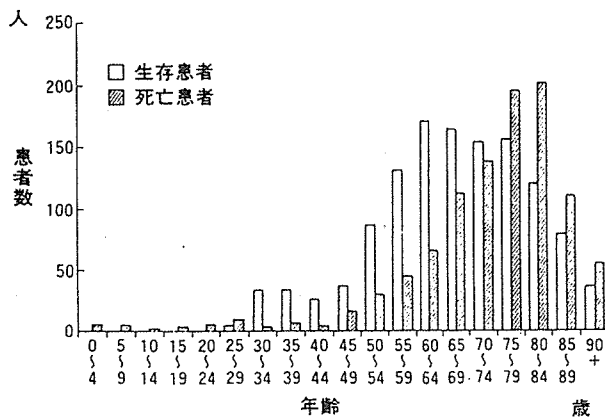


図5 水俣病認定患者の年齢分布 (死亡時年齢) (1993年8月31日)

集中し、その後の日常的な医療、介護、地域リハビリ、住居や雇用を保障するための地域としての健康管理や地域福祉などのシステムの構築が遅れている。

公害被害の対策は云うまでもなく、患者を認定して金銭的に補償し、医療を地域の病院・診療所に任ねるといふことでは終わらない。救済の本質は現状回復である。患者の治療をすすめ、患者の健康を元へ回復することを目指すべきであるが、現実には難治性の神経疾患であるのに加えて、高齢化とそれに伴う合併症があり、回復は困難と云わざるを得ない。図5は1993年8月末日現在の認定患者の年齢分布である。死亡時年齢のピークは75~84歳、生存例の年齢ピークは60~79歳にある。因みに、既に約10年前、在宅患者の日常生活動作や食事、用便要介助9%、更衣介助11%、入浴介助15%と報告されている。その後の加齢により、日常生活動作の支障度は図6のようにさらに進行していると思われる。1996年3月末日現在の水俣病認定患者の地域分布は図7のごとくである。現在、高齢化社会における地域ケアが大きな課題となっているが、この地域では、水俣病の発生によってこの事態が既に時代をはるかに先取りしてみられる。この地域ほどハンディキャップを背負い、多くの愁訴を持つ

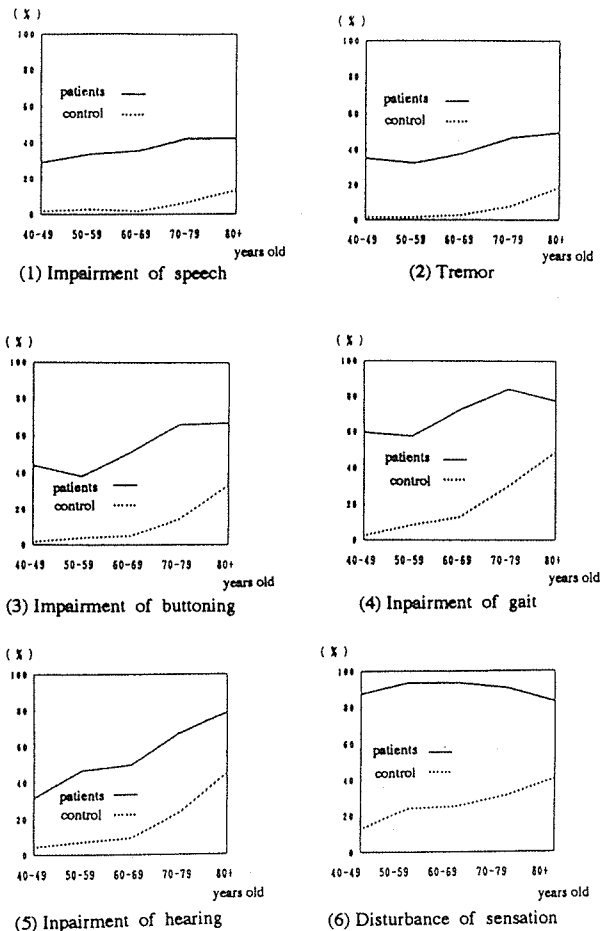
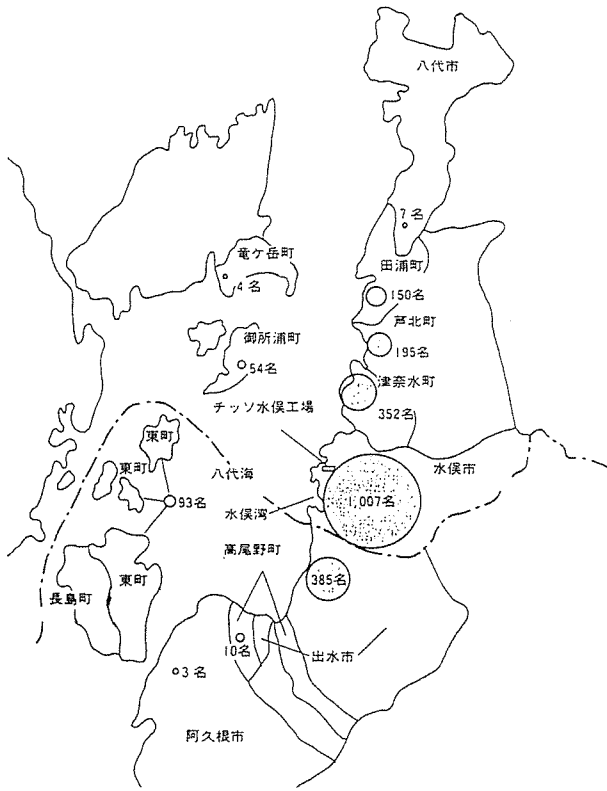


図6 水俣病認定患者の日常生活支障度 (金城ら資料)

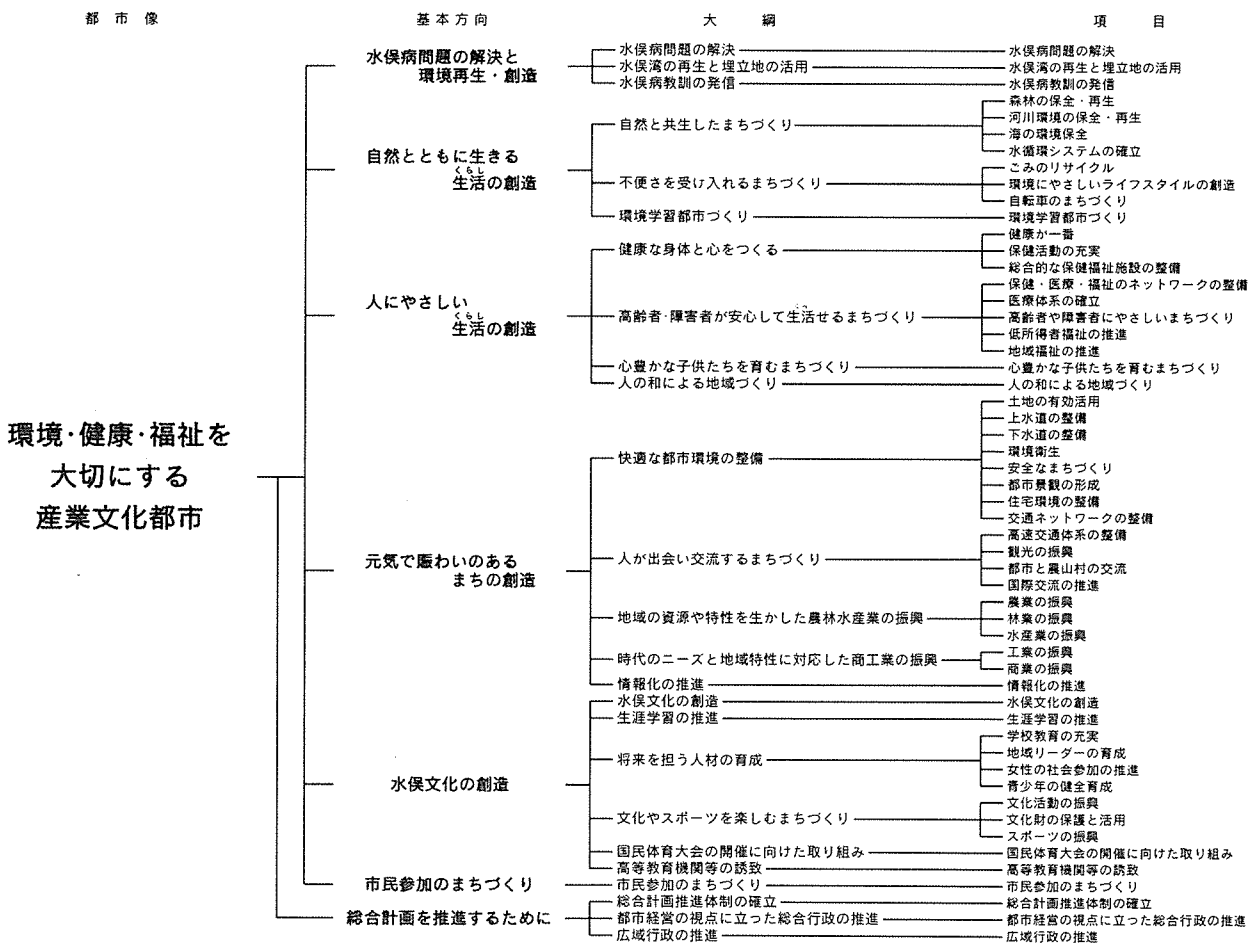
図7 水俣病認定患者の地域分布 (1996年3月31日)



高齢者が高率に集積している地域はないであろう。この地域こそ、わが国における地域ケアのモデルになるシステムを構築しなければならない⁷⁾。因みに、水俣市は、第3次総合計画 (1996-2005年) において「環境・健康・福祉を大切にする産業文化都市」構築を掲げ、図8のようにそのトップに水俣病問題の解決と環境再生・創造を示している。このうち水俣病問題の解決として、水俣病被害者の早期救済、水俣病患者への福祉対策の充実、市民のもやい直しの推進、水俣病問題の理解促進、地域の再生振興を挙げている⁸⁾。私共はこのような地域づくりに積極的に参加しつつ、広島や長崎での原爆の後影響研究を参考に、水俣病患者・地域住民の追跡観察が必要だと考えている^{9) 10)}。

最後に水銀汚染の国際化とそれに対する寄与である。現在、国際的には金の採掘・精錬における金属水銀の利用と魚介類多食者のメチル水銀等が問題になっている。金の採掘に関連して世界各地 (ブラジル、フィリピン、インドネシア、タンザニア等) で作業者の金属水銀中毒と環境の水銀汚染が問題になっている¹¹⁾。環境に放出された金属水銀のメチル化と各種生物への蓄積、それによる住民の健康影響を早急に明らかにする必要が指摘されている。1996年、国立水俣病総合研究センターに国際・

図8 水俣市総合計画体系図



総合研究部が新設され、水俣病研究成果の国際的な技術移転が日常化している。魚介類多食者集団については、ニュージーランド北島北部、セイシェル諸島、フェロー諸島等で疫学調査が進められている。調査の主対象はI P C S 環境保健クライテリアでも指摘しているように²⁾、最も感受性の高い胎児であり、子宮内曝露を受けた後に生まれた児の精神・運動機能の発達を中心とした大規模な調査が行われ、その成果が期待されている。水俣でもこれに呼応した現地疫学的及び実験的研究が組まれている。水俣の貴重な経験は人類の貴重な遺産として、とくに発展途上国の急速な工業化に伴う深刻な環境問題の発生を防ぐために生かされなければならない。

(編集部注) 本稿は、第38回社会医学研究会総会での特別講演「水俣病の40年とこれから」の内容を中心として、総説論文としてまとめたものです。

文 献

- 1) 有馬澄雄編. 水俣病 - 20年の研究と今日の課題. 東京: 青林舎, 1979.
- 2) 喜多村正次, 他. 水俣病に関する疫学調査成績補遺 (その他3) 熊本医会誌. 1960; 補3: 1-4
- 3) 二塚信. 水俣病とその後. 公衆衛生. 1987; 51: 516-522
- 4) 二塚信. 水俣病問題と社会医学. 社会医学研究. 1990; 9: 69-74.
- 5) 水俣病研究会編. 水俣病事件資料集. 福岡: 華書房. 1996.
- 6) 色川大吉編. 水俣の啓示. 不知火海総合調査計画 (上・下). 東京: 筑摩書房1983.
- 7) 二塚信, 他. 水俣病の疫学. 公衆衛生. 1995; 59: 303-306.
- 8) 水俣市. 第3次水俣市総合計画1996-2005. 1996.
- 9) 広島市、長崎市原爆災害史編集委員会編. 広島・長崎の原爆災害. 東京: 岩波書店.
- 10) FUTATSUKA, M. et al. An epidemiological study with risk analysis of liver disease in the general population living in a methylmercury polluted area. 1992. J.epidemiol.Comm.Health. 46; 237-240.
- 11) 原田正純. 水俣病と世界の水銀汚染. 東京: 実教出版. 1995.
- 12) WHO.IPCS & Environmental Health Criteria 101.Methylmercury.Geneva. 1990.

キーワード

水俣病、メチル水銀中毒、社会医学、環境保健
Minamata disease, methylmercury poisonig, social
medicine, environmental health

通信先:

熊本市本荘2-2-1 熊本大学医学部公衆衛生学教室

シンポジウム

住民の立場から介護問題を考える

— 公的責任に焦点をあてて —

大友 信勝 (東洋大学社会学部) 上谷 好一 (枚方市生活文化部)
吉田 義人 (北海道栗山町福祉課) 前田 冷子 (北海道中頓別町)
鍋谷 州春 (高齢者福祉函館連絡会・道南勤医協)

司 会

津田 光輝 (札幌学院大学人文学部)
平野 憲子 (札幌医科大学保健医療学部看護学科)

(シンポジウム企画の趣旨)

1997年5月21日、介護保険法案が衆議院を通過しました。はたして、介護保険により在宅福祉サービスの利用の権利や選択の自由が得られることになるのでしょうか。市町村は保険事業の執行に大きな責任を課せられることとなりますが、同時に措置制度が廃止となり、本当に誰でも、どこでも、いつでも必要なサービスが利用できることになるのでしょうか。福祉サービス供給システムの多元化を一層すすめることが予想されますが、市町村はどのような役割を果たすのでしょうか、直営事業から委託事業に切り替え、民間活力の参入を推進する流れの中で、住民に対する公的責任はどのような形ではたすべきでしょうか。

第38回社会医学研究会総会では、介護保険制度スタートの前に、市町村の在宅福祉サービスの供給システムにおける公的責任・役割について考えてみたいと、シンポジウム「住民の立場から介護問題を考える — 公的責任に焦点をあてて —」を企画しました。以下は、本シンポジウムの記録に基づいて、各シンポジストおよび司会の方々に加筆・修正をしていただいたものです。

司会 (津田光輝) : シンポジウムの企画にそって最初に大友先生に30分程度、総括的に話を頂き、その後各シンポジストが15分位の時間で発表していただきます。その後、各シンポジストに発言の補足をして頂いた後、最後にもう一度大友先生にまとめの報告をお願いすることにしてあります。それでは、最初に、「社会的介護の確立と市町村の役割」ということで、大友先生にご報告いただきます。

(報告1)

社会的介護の確立と市町村の役割

大友 信勝 (東洋大社会学)

はじめに

ご紹介いただきました東洋大学の友と申します。時間が全体として限られておりますので、主要な項目について課題を全体として簡潔に提起をしていくことにならざるを得ないと思っております。今日の全体のテーマが『住民の立場から介護問題を考える』というテーマですけれども、テーマ設定そのものについて、私は家族介護から社会的介護の確立ということが、テーマ全体からせまられているのではないかと受けとめています。また、社会的介護の確立という時の理念とイメージですけれども、住み慣れた所で人間らしい暮らしを支えることができるということ、さらに実現の方法としては身近な所で気兼ねなく利用できるということが我が国の場合には大変大事なことではないか。また支払いの問題については利用料はあくまでも本人所得で、また応能負担あるいは減免規定があるというようなことがキーワードになってくるのではないかと、ということテーマ設定そのものから、私なりに受け止めたわけです。

1. 福祉改革の理念と方向

現在医療改革に引き続いて福祉改革がすすめられておりますけれども、なにを改革転換させるべきなのか。まず、改革の視点、発想そのものを転換させる必要があります。わが国の社会福祉サービスというのは従来提供主体の財源あるいは人材の都合から考えてきたという経緯があると思っておりますけれども、あらためて利用者、当事者の視点からみるということが重要なことになるというふうに考えます。

誰が社会福祉サービスの主な利用者なのか。利用者像を具体的に描く事が出発点であり、ここを平均化、一般化させないということが大事な事ではないか。私は今日

のテーマのサービス利用者は超高齢の女性がその主役だと思っているわけです。その方々というのは支払い能力、情報の問題、あるいは判断の問題、そういういくつかのことを考えた場合、どういう状態に置かれているかということ、具体的に把握し、利用者像を顔と姿がうかぶように描けるかという所が大事なところではないかと考えております。

市町村の役割重視ということが今言われている訳ですけれども、私は国、都道府県から、市町村にサービスの権限を移していくという基本的な方向は正しいと思っています。しかし、税財源の移譲が伴っていないという問題、あるいは今日の補助金を中心とする公共事業型予算のハコモノを中心とする考えを抜本的に見直す作業抜きに、このことが実現できるかどうかという重い課題を持っている、このように思っています。

福祉多元化論が言われ、民活の問題が言われておりますけれども、やはりこれは大都市及び支払い可能な階層の場合には、いくつかの選択肢が増えてくるというサービスの総量の問題で議論できる余地があると思っておりますけれども、全国的にみて農山漁村の場合にこの民活の問題は現実的ではありません。競争原理になじむ市場として経済効率からみても、支払可能な階層が多くないという実情からみてもそう考えます。改めてそれではどうするか。公的なシステムを確立して、それとの関連で非営利型をどのように組みあわせて考えていくかということこそが、現実的な判断をしていくうえで重要なのではないかと、このように考えます。政策動向に措置から契約への流れというのが出ておりますけれども、契約をいうのであれば問題は情報、特にサービスの水準と内容に関わる情報が提供されているかどうかという事と、利用者の方々に情報の開示があり、サービスを選択し、判断できるかというその問題と、あるいは支払い能力への配慮が必要です。さらに苦情処理の問題、つまり、人権への配慮と消費者保護の観点が併せて考えられなければいけないと、このようにこのテーマについては考えるわけです。だれもが住み慣れた所で人間らしくという時には、私はやはりサービスの水準と内容の問題に関わる情報の問題と苦情処理と住民参加ということがキーワードになっていくのではないかと、このように思っております。

2. 住民の生活実態に見る特徴

わが国の戦後50年の高齢化率にみる軌跡とレジメには書いてあるわけですが、皆さん方ご承知のように1950年の、先進国統計を見ますと、わが国は先進国のなかで最も高齢化の低い国に位置しているわけです。戦後50年を経過するなかで、最低から最高へという道を今辿ってきていることがわかります。わが国の場合には高

齢化の早さに特徴がある。日本は就業構造や生活構造に大きな影響を与えて、高齢化率をどの国にも例をみないほど早める産業政策を取り、家族構造まで激変させ、私どもの生活をこのようにしているという事の結果だと思えます。この高齢化の早さに対して計画立案に携わる方々が意識的についで来られないという問題、多くの市町村長や地方議会の指導者の方々の危機感と問題意識が高くない。そのへんの所に大きな問題がありはしないか、このようにも思っております。

全体的特徴としては単に、高齢者人口が増えるということではなくて、わが国の場合には超高齢化といえますか、後期高齢者のなかでも80歳を過ぎた方々の年齢層が急速に大幅に増えるということに注目しなければなりません。つまり、保健医療福祉の課題がこれから新たな社会問題として大きく登場することを意味しているわけです。高齢化というのは家族規模を小さくいたしますし、家族の形態を夫婦単位にしていきます。最終的には高齢者が高齢者を看るという方向にたどり着くというのが傾向、法則だろうと思えます。こう考えますとあらためて今日のテーマにありますように、『家族介護から社会的介護』をどう確立するかということが時代のテーマであり、その背景に家族の介護機能が脆弱化の方向を辿っているという現実があります。かつては長男の嫁というのが最も介護者としては多かったわけですが、今はだいに配偶者が看る方向に切り替わってきているというのは皆さん方御承知のとおりです。この傾向が今後もっと強まっていくであろうというふうには私は見ているわけです。

また、一方で障害者数の増加の問題というのは皆さん方市町村統計で、もうお気付の所ですが、増えているというのは50代後半から60代の所で増えている。あらためて21世紀に向かう公的介護保険の内容を見ても、障害者サービス、高齢者サービスを切り離して縦割りで相変わらず対応しようとしております。先進国の世界の対応というのは利用者本位に考えた場合には、総合的に対応していくというのが今や常識であり、方向ということになります。

財政の都合、行政の縦割化を優先させるか。利用者本意のサービスに切り替えるかによって二分化論と統合化論にわかれます。相変わらずここでも財政の都合、そういうものが優先されているのではないかと、このように思われてなりません。また超高齢化というのは痴呆性高齢者の問題を含めて重度、重症化にどう対応するかということが、今後ますます時代のテーマになっていくということの意味するわけですが、そのことを考えますとあらためてわが国の保健医療福祉の専門的なサービスというのが、人材等の問題で全体として量的にも質的に

も立ち遅れている。こういう深刻な問題があるというふうに思っております。

3. 生活文化と福祉サービス

全体として制度、サービスを改善すれば事態は足りておさまるかといいますと、もう一つ私たちが考えておかなければいけないことがあります。それはスティグマの問題です。日本学術会議が1997年2月から3月にかけて高齢化の高い全国10都道府県を優先的にピックアップをして調査をいたしました。その時に我が国の今日高齢化が最も高い地域に集中している一つの問題というのは、福祉サービスにおける恥の問題というか、人々が福祉サービスをすぐ利用しようとしないう文化がある。社会福祉は歴史的に内務省が担当し、治安対策という側面がございました。また一方市民論とつながって選別的に展開されたこともありました。そういう事で減多なことではお上のお世話になるものではないという、このような文化を形成してきたということがあります。高齢者には相当この文化が身についているという点が現実にはあります。

一方、そういう生活文化の背後で高齢者虐待の問題が進行している、あるいは進行する可能性があり、その疑いがあるというのは、皆さん方みてのとおりです。福祉サービスはよそさまが家庭に入ってくるという点でうけ入れ難いけれども、福祉はだめでも医療はまだ許せるという国民感情が我が国には一方であります。そのことが社会的入院の問題や老人病院の拡大の問題等につながっているということを、一方で私どもは文化との関係も含めて見過ごすことができないという課題もあるように思っております。

このへんをどういうふうにするか。最大の課題は住民の方々の利用意識をいかに高めるかということになると思っておりますけれども、福祉サービスを利用して人間らしい自立した生活を支えるという、新たな生活文化をどのように私どもは創り出していけるか、ここの所が課題です。あらためて北欧モデルやイギリス型モデルを見ておりますと、自治と民主主義の水準をどう高めていくかという問題と、所得の再分配の民主主義、こういうものをどういうふうに進めていくかというようなことが背後に課題になっていることに気が付きます。

もうひとつ私は現場を歩いていて気になりますことは、地方自治体の市町村長さんや議会の議長さんクラスの幹部の方というのは、一般的に社会福祉を選挙の時や色々な時には熱心に語りますが、本音で思っているかという点に若干の疑問があります。

我が国の市町村長さんや議会議員の多くの方々の特徴として、比較的この方々は地縁、血縁に恵まれておられ

る。福祉サービスを他人事だと思っている。ご自身が福祉サービスの利用者とか対象になるということはあまり考えておられない。自分は万が一の時には家族やなんらかの所で対応してもらえると意識が本音の所であるのではないかと。間違っているかも知れませんが、そのように思われる点がいくつかあります。今一つは福祉観です。福祉サービスは誰もが必要なものという認識（普遍主義）ではなく、本当に困っている人に提供する（選別主義）という姿勢に特徴があります。特定の一部の方々に「思いやり」をもってやるという「慈恵主義」が強く、人権の視点が薄いのが特徴です。そういういくつかのことを考えますと、あらためてこれからの社会福祉というのは、誰もが住み慣れた所で人間らしく暮らせるということに向けた新たな生活文化をどう作るかという、生活文化創造の仕事が社会福祉分野には相当要請されてきているなど、私はうけとめながら、私はこういう仕事をしているわけです。

4. 高齢者保健福祉計画の見直しをどうするか

このような時期に高齢者保健福祉計画というのが全国の3300の市町村で作られたわけです。あらためてこの作成動向というのを見てみますと、本当に利用者、当事者、住民の方々の声が計画の作成に反映したのか。あるいは反映するようなシステムで作られたのかといいますと、圧倒的にはトップダウン方式で各市町村における団体の長という方々をアテ職でお集めになって形式的に作られている。つまり従来の地域開発型の総合計画を作るような、そういう計画の策定の仕方、つまり公共事業を中心とした地域開発型のスタイルがトップダウン方式ですけれども、その方式を多くの市町村でお取りになった、というのが大方の傾向であったかというふうに思います。

計画の策定委員会は活発で多くの意見が出たかといいますと、まず回数は全体としては平均3回から4回ときわめて少なく、形式的です。1回目は顔合わせ、2回目は数字を示して都道府県からこういうことをいわれている、この程度でどうか。3回目は事務局が作文をして、色々あるでしょうが曲げてご承諾を、だいたい計画策定がこれで終わったという、こういう策定の風景が全国的には一般的です。多少とも発言したのは情報が入っている医師会代表のメンバーぐらいということでしょうか。

そういうことで、あらためてこのような策定形態のレベルをどういうふうこれから変えていくことができるか。一方、市民団体や当事者グループを公募方式や様々な形で、臨時委員として組み入れたりという、住民参加型の形態で計画を作った市町村があります。いくつかの報告書を読んで見ますと、最初は交渉形式になったり、

公務員の方々が相当市民団体や利用者団体に追求されて、大変な思いをしながら運営したことができています。しかし職員の方々がどんな思いで仕事をし、どういう限られた財政事情のなかで良心的な仕事をしようとしているかということをも市民団体や当事者グループがわかるに及んで、相互理解から相互信頼、そして新しいまちづくりの芽が育ってくるという成果をあげています。計画内容では、身近な所で、つまり、日常生活圏で対応していくということ、そこにははっきりと人材の配置を具体化していくというようなこと。場合によっては配置する職員の人数だけでなく、身分まで触れるというような事までつこんでいる。あるいは財源の裏付けを明確にした計画をつくっている。こういうこと等を含めて住民参加型の形態でつくった計画の教訓から私どもが学ぶところは、そうとう大きいというふうに受け止めているわけです。

今日のお隣の枚方市の場合には当初、策定委員会を中心にやろうとしましたが、住民の方々を組み入れて、住民参加型のタイプをお取りになった所のひとつです。皆さん方が御質問された場合には十分な答えがあるものというふうに私は思っております。

今回の計画の目標数値については、低めに誘導されたと思います。全体として財政と人事の都合から調査結果にみられる「わからない」というふうに答えたグループや、「ノーアンサー」のグループは「利用しない」という方向に組み入れられて集計され、水準全体を低く抑えるという、役割を果たしました。そういう形で目標数値の基準が全国的には低めに動いたというふうに思っております。厚生省がガイドラインで言いますように、計画の中間見直しは昨年の時期だったのですけれども、見直しをガイドラインにうたっておりますように本来行うべきだったと考えます。介護保険がらみの問題や、厚生省がその後の税財源の保障を市町村に対して十分にできなかったこともあり、また、介護保険を市町村とのトラブルを少なくして通したいというここの意図から厚生省の中間見直しについての行政指導がなかった。本来はそういうことがあってもなくても、市町村の見直しは行なわれるべきですけれども、その辺にわが国の市町村の主体性の問題がひとつ表れていたというふうにも思います。

ただ全国的には島根県出雲市のように、策定委員会を解散させないで、発展的に再編強化をして、年に数回その委員会に意識的に進捗状況、水準、内容等を報告をする。策定委員会から色々な提言、要望、注文を行政につけてもらい、その要望、提言を生かさなければならぬということで、市の幹部に部課長さんクラスがせまってくという方式は秀れていると思います。出雲市は農協と連携して各学区にある農協支所等を活用し、すべての

学区にB型のデイサービスのほかに、E型のデイサービスつまり痴呆症対応毎日型のデイサービスセンターを計画をすすめる所まですでにきています。全国的にここまで日常生活圏で気軽に利用できるサービスをというこの教訓は、策定委員会の再編を通してあらためて手を抜かずに全体の進捗状況を高め上げてきたということのひとつの結果ではないかというふうに私は思います。しかし、このような事例は残念ながら私が研究している限り少数事例にとどまります。

今回の計画は、全体として特養等のハコモノの進捗状況の割合が高く、人的なサービスであるホームヘルプ・サービスの達成率が大幅に立ち遅れています。一方で特養の水準が高いといっても待機者が少なくなったわけではなくて、逆に当初見込みを上回って待機者の増加等が一方でできています。そういう点を見逃すべきではないと思います。高齢化のテンポが早く、利用者意識に変化がでているからだと考えられます。さてあらためてこれからの社会福祉サービスのそういう状況のなかで、全体として大幅に特に人材の所が立ち遅れているということになりますが、私は保健医療福祉サービスというのはハコモノとか機器等というものも非常に大事だと思っておりますが、特に福祉サービスに限定をした場合には福祉サービスの水準というのは、職員の水準がサービス水準だといっても言い過ぎではない。ここのところをいい加減にするということはあらためてどういうことかというふうに深刻に、いまの進捗状況を受け止めているという点が私の意見です。

5. これからの社会福祉サービスのあり方

これからの社会福祉サービス全体をどのような考えていくかという場合には、やはり物から人へといいますが、利用者本位、当事者本位の方向から考えるという発想の転換がまず重要です。今までのように財政の都合や人事の都合優先ではなくて、利用者、当事者の実態にあわせた行政運営、サービス運営をどうするかということに、発想の転換ができるかどうか。仕事の仕方についても、公務員の労働時間にあわせてサービス時間を設定し、ホームヘルプサービスの9時、5時の発想というのは、利用者本位にあらためて今日的にどうかということ等を含めて、発想の転換の問題が重要だというふうに思います。

特に、また私どもは保健医療福祉といったときに、福祉サービスは医療という医師会のようなプレッシャーグループがありません。そういう点からいいますと、いかにしてこれからは応援団を組織するかという点が大変重要だと思っております。そういう点で当事者グループ、市民団体の方々に豊かな情報を提供し、学習機会を提供する、そこに専門家が参加する。こういう形のことをど

の程度本気になってやれるか、このことが新しい応援団の形成、福祉サービス全体を底上げしていくということにつながっていくのではないかと、私はそう思います。

在宅での生活をどう支えていくかということについては①相談と情報—総合相談と情報の収集、伝達を利用者本意に個別的にやれるシステムづくり②日常生活圏域にデイサービス、ホームヘルプサービスを中心にサービスの拠点を整備③住民のリフォームとバリアフリー④介護機器・生活用具の拠点を整備⑤生活支援型食事サービスの開発と普及等が考えられます。

過疎地域の場合には私は日本学術会議の調査員として、高知県と秋田県を調査致しましたが、過疎地域の市町村で高齢者が一人暮らしになったときに住み続けられるかどうかのなかで、いくつかの重要なキーワードがありましたけれども、住み慣れた所で暮らせるかどうかというときに、住宅の問題がありました。これが改善できるかどうかということが、相当大きな決め手になるということがよくわかりました。ぼつんと離れている高齢者の住宅ほど老朽化していて、日常生活で使う所ほど不自由で、そう簡単にヘルパーさんが来てすぐ利用できる状況になっていないこと等も含めて、リフォームの問題と、バリアフリーの問題をどういうふうにあらためて対応するかということが、過疎地域にとっては非常に大きいということが調査の中ではわかりました。

施設サービスについていいますと、あらためてこれからは日常生活圏での小規模多機能化が課題です。さらに地域に開かれたセンター的な役割機能をどうしていくか。今、北欧の施設というのはすでに在宅型の施設に切り替わりつつありますけれども、そういう教訓と課題を我が国の市町村レベルで応用していくとすれば、どうということになるか、この辺の課題が相当あるというふうに思います。グループホーム、ターミナルケア等も不可欠の重要な課題としてあげられます。

6. 公的介護保険の動向

さて、公的介護保険のことですけれども、さわりの部分しか申し上げる時間はありません。私はまず利用者本位になっていないということを指摘したいと思っています。最大の利用者は超高齢の女性です。この方々にサービス水準の情報が提供されるようになってきているか。特に医療機関のサービス水準、サービス内容というのは私ども非常にわかりにくい。私は今回この会場に何とか来られることになりましたが、一週間前、父が危篤状態で来られるかどうかという状況でした。問題は2度目に紹介された病院でおきました。ゆっくり歩いて、自分で食事がとれる状態で転院したにもかかわらず半植物状態にされました。向精神薬を使い、抑制帯を使い、カテーテル

を使い、それを自分で取り外せないようにヒモを強化する。人手の少なさを向精神薬や抑制帯でカバーしようとする今の医療内容について、私はあらためて深刻な問題を考えました。これは私の事例だけではなくて医療水準や内容に関する情報が提供されておれば、こういう問題というのは相当改善されるに違いない。私は一般的な情報の開示ではなくて利用者本位のサービス水準、サービス内容に関わる情報の提供をどういうふうにしていくかということをお願いしております。それからせん妄等を含む判断基準が非常にむずかしくなっている患者に、誰がサポートをして適切なサービスにつなげていくかという問題があります。市町村の要介護認定機関で調査や判定を行うことになっておりますが、そこはいったいどういう方々で構成されるのか。ドイツは3ランクの介護認定ですけれども、これでもドイツのサービス機関というのは苦情処理で対応できなく、パンク状態になったということは皆さんご承知の通りです。日本は6ランクで複雑になっており、認定基準があいまいです。そこで苦情ができれば都道府県の審査会や国保連合会にまわすというのですが、国保連合会というのは国保のレセプトのチェックは致しますけれども、ここは苦情処理に対応できる方々や、そのノウハウというのは全くもっておりません。都道府県の審査会は第三者機関化して利用者本意の審査ができるか、不透明です。こういう点で私どもは今までできていた法案を、本当に鵜呑みにしていいのかわかりかという問題があります。

また支払い全体が定額から減額制をとったのは改善だとしても、免除は保険という性格からとり入れていない。保険料率が5段階に設定されているとはいえ、老齢福祉年金だけの方からも、世帯全体が非課税（住民税）の方からも取るという厳しさです。さらに、これを滞納したり未納の場合のペナルティーの厳しさを皆さん全部見たでしょうか。私は世界的に見てこれほどのペナルティーを課している法案を見たことがありません。利用したときにサービスは本当にあるのか。介護報酬はどうかは全く示していないのに未納者への対策だけはできあがっている。異様としか言い様がありません、これはやはりあらためて利用者本位という時に、こういう点で宜しいかどうか、最も問題が発生したときに被害を受けるのは超高齢の女性です。このところを私どもはしっかり見ておきたい。また公的介護保険というのは残念ながら二元化されて、障害者を排除している。この所をこういうやり方でよろしいかどうか。介護認定がADL中心で生活の総合的把握が非常に曖昧になっている。この辺の部分も、あらためて私どもどういうふうにしたらよろしいか。痴呆症の位置付けもあのランクでは不十分ではないか。今から想定できるというようなことがあります。

す。全体として第一ランクから第六ランクまで見てみると、家族が居て介護者がいることを前提としたサービス水準になっており、家族がいるとサービス費用が低くなる。社会的介護をどう確立するかという点で虚弱の第一ランクは6万円ですけれども、そこを超える部分については全額自己負担、市町村によっては日高さんのようによくやっている事例は、私は逆に現行よりもサービス水準が低下する恐れがあるのではないかと思います。したがって、公的介護保険に幻想を抱いてはならないと思いますのは、身体介護を中心とするサービスにとどまる可能性が高い。そうしますと各市町村や都道府県等の積極的な関連サービスがなければ今の水準を維持し発展させることはできないという事ではない。「横出しサービス」をつくっていく以外にない。そこに関連をしてあらためて公的介護保険全体の問題をカバーするようなサービス全体を、どういうふうセットしていくかということがなければ、乗り切れないのではないだろうか、私は認識をしています。残されている課題としては利用したい時にサービスがあるかという点の心配もあります。

7. 社会福祉サービスの展望と地方自治体の課題

全体としてこれからの方向というのは、措置から契約へという問題ですけれども、ここの部分を描く時にやはり住民の方々に最先端の情報を豊かに、どういうふう提供していくか、当事者グループあるいは市民団体の方々を押し立てながら、どのようなサービスをこれから作り上げていくかが課題と思います。

各市町村の予算枠組の抜本的な見直しと再編の問題が今避け難い。ここの所を私どもがどういうふう今後追求していくか。公的機関が従来やり方を踏襲したままで新しい事業に取り組むとすれば、すべて新しい税財源でということになってしまう。なにを優先順位にし、なにを重点にするか、どこを抑えて見直しをするかということ私たちが積極的に構想し、提言し、実現していく時代に入ってきています。

私は分権から自治の発展を考えるとその場合の改善、改革の担い手というのは一般論ではなくて、改革の当面の鍵を握っているのは地方自治体の職員、そこに関連する方々が鍵を握っている。ここに優秀な方々をどの程度持っているかが明暗を分けることになるのではないかと、このようにも思っております。中央集権の壁を税・財源、事務の権限を含め、根本的なところから問い直し、転換させる時代ではないか。女性の社会参加をひきだし、当事者、住民、職員が行政と新たな共同を作り出していく時代に入ったように思います。先進国は介護問題が新たな社会問題になっています。高齢化率トップの日本が経済・開発型から生活・環境型へのモデルをつくれるかど

うか。日本の福祉サービスが世界の福祉サービスのいかなるモデルになっていくのか。自治と民主主義をわが国の文化の中に発展させる時代を迎えているように思っております。

司会：どうもありがとうございました。家庭介護から社会的介護への確立という事を基本に置いて介護問題を考えるということとそれを生活文化として位置付けるという提言、また老人福祉計画が進められておりますが、この計画の内容の事については地域開発型のようなトップダウンの形ではなくて住民を主体とした計画で行っていくべきだけれども中間の見直しにしても情報の提供にしても行政の、イニシアチブが発揮されていないという点の指摘、それからサービスの問題の中身については、サービスの水準というのは箱物よりもむしろ職員の水準に規定されるということ、今後の問題としては当事者に向けた発想の転換という点が大変大事だということ、介護保険の問題についてはこまかくご紹介することができませんけれども要は資源構成の問題等を含めて自治体のあり方というのをもう一度考えてみるのが大事ということで、ことにそこの中での担い手や職員や当事者という人達という事を指摘し、ことに自治体の職員や社協の職員というようなサービスの中核を担う人達への期待ということが先生からの提起としてあったというように思います。

次に具体的な形で、「枚方市における365日・24時間在宅ケアの実践をとうして」ということで、上谷好一さんからご報告をお願いいたします。

(報告2)

枚方市における365日・24時間在宅ケアの実践をとうして

上谷 好一(枚方市生活文化部)

はじめに

私は、平成5年から4年間、枚方市の福祉保健部で高齢者福祉課長をしておりましたが平成9年4月の異動で生活文化部のほうへ異動いたしました。

枚方市は大阪府の一番、北の端で、ちょうど大阪・京都両市の間にあります。現在、人口は40万人を超え、大阪府の中でも3番目に人口の多い中核都市となっております。しかし、高齢化率は、現在10%を超えたところで、比較的若い町であります、ところが団塊の世代が非常に多くて、日本全体では25年で高齢社会から超高齢

社会に移動するのに対して、枚方では15年で超高齢社会に入っていくという状況を迎えています。

そこで、今日は、枚方市が平成6年度より取り組んでまいりました365日24時間ホームヘルプサービスの取り組みについての実践の報告をさせていただきます。

1. 「高齢者サービスエリア」の設定と整備

平成5年10月に作成しました「枚方市高齢者福祉計画」の、基本的な特徴は、高齢者サービスの単位として、枚方市内にあります47小学校区を7つのエリアに統合した「高齢者サービスエリア」(図1)を設けていることです。この趣旨は、市民が、身近な所で、誰でも、いつでも、

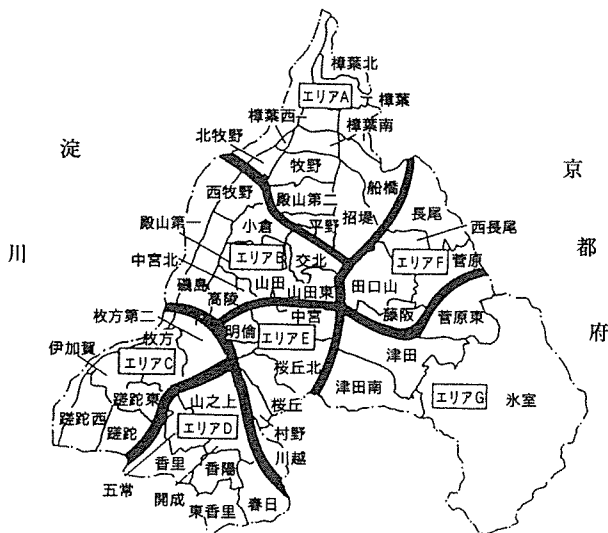


図1 枚方市の高齢者サービスエリア

どこでも必要な時にサービスを受けることができるという基本的な考えによるものです。7つのエリアにはそれぞれ24時間対応が可能な拠点施設として、特養、介護支援センター、ショートステイ、デイサービスのAまたはBプラスE型、ホームヘルプステーションという機能を持たせた施設を順次配置しております。

現在では、7つのうち、B、C、D、F、Gの5つのエリアが整備できています。エリアEには、既設の養護老人ホームがあり、これを拠点型に置き換えをしながら、地域への配食サービスとホームヘルパーの派遣をして頂いております。将来的には、デイサービス機能も整備していく考えです。エリアAは、現在未整備ですけれども、平成9年度の補助対象事業で、平成10年度中に拠点施設として、特養が完成をする予定になっておりますが、その前に、この7月、エリア内の枚方市の一番北の地区に拠点施設と連携していくランチ型のデイサービスセンターを枚方市が建てオープンしました。

今日は、7つのエリアのうち、枚方市が民間福祉法人に運営委託をしていますエリアBの状況を中心にお話

をさせていただきます。

エリアBは平成5年5月に完成いたしました。拠点施設は、枚方市が建てた特別養護老人ホームとデイサービスセンターで、運営は民間の社会福祉法人に委託をしております。それ以外のエリアはすべて民間の福祉法人が建てた施設です。それぞれ拠点施設と位置づけて、各事業ごとに市と委託契約を行い全て民間で運営しています。今からお話しますホームヘルパーの派遣につきましても枚方市と委託契約を締結している民間の福祉法人のヘルパーさんがやっているとご理解を願いたいと思います。

2. 365日24時間対応のケアへの経緯

①デンマークの取り組みを視察して

まず平成6年度に向けまして、当時市と委託をしておりましたB、C、Fエリア内の3か所の施設担当者と行政職員との間で話し合いを行ってまいりました。話し合いの結果、まず始めたのが、平成5年11月に、市長を団長とする枚方市高齢福祉海外調査団をデンマーク、ドイツへ派遣したことです。この調査団は市の職員5名と、先程申し上げた3ヶ所の委託契約をしております法人の担当職員、それから社会福祉協議会のヘルパー担当職員、公募による一般市民15名で構成されました。デンマークで何気なくすすめられている365日24時間ケアの取組み状態を見て、調査団一行全員が強いショックを受けて帰ってきました。市民の税金で15名の市民ならびに職員が視察にいったからには、なんとか、少しでも市民にお返しすることができないものかとの市長の話もありまして、調査団一同がその気に燃えかけたわけです。

そこでホームヘルパーの見直しをやろうという事になり、行政と民間法人の担当職員とが話し合いを持ちました。

②ホームヘルプサービスの見直し

枚方市では、平成6年3月末までは、ホームヘルプサービスは午前9時から5時までの間しか行いませんし、当然、日曜祝日は休みでした。1回では、2時間しかサービスできません。週のうち最高で1回から3回までしか利用できません。こういった滞在型ヘルプ派遣という普通のことしかやっていませんでした。

しかし、見直しの議論をするなかで特別養護老人ホームの入所決定されているにもかかわらず、施設が足りないからまだ入れない、空くまで待って下さいという事で何十人という方を1年も2年も3年もほったらかしになっていたわけです。当然、特養に措置をしなければいけないと行政処分をしているわけですから、本来その方については行政が責任をもつべきではないか、特養に入る

べき人が、何故、施設が無いからといって、1年も2年も在宅で生活できるんですか、という、ごく当たり前の議論が、民間の施設職員を含めての話し合いのなかで出てきました。せめて、特養の入所決定をされた方だけでなく、特養なみのサービスができないかということから検討をしていきました。

③在宅サービス時間の延長とヘルパーの確保

当時、特養の待機者は29名でしたが、そのうち在宅の方は7名で、他の方はなんらかの形で病院や施設にはいっておられました。そこで、7人の在宅の方に、こういうサービスをこれから提供しますから利用されませんか、と話をいたしましたけれども、皆、本当にやってくれるのかな、ということで、信頼されず利用者がなかったわけです。

はじめは、いきなり24時間ということをもってやる自信がありませんでしたので、従来9時から5時だった派遣時間帯を、平成6年度は午前7時から午後8時まで、派遣日は、祝祭日も関係なく、必要な日に必要なサービスをすることで365日ということにしました。それまでのホームヘルパーの委託契約では、労働時間を決めておりませんでしたけれども、当面、一人一年で950時間をクリアすることしました。この950時間という労働時間を設定することによってヘルパーの必要数が明確になりました。

派遣件数が増えると、当然ヘルパーの数が足りなくなります。その時は市のほうから保証しますから民間施設ですぐ採用してもらって結構ですよと、いう形に採用の仕組みも変えたわけです。

平成6年度の実績から、だいたい7時から10時までに必要なサービスをすればほとんど90数%の方はフォローできるということがわかりました。平成7年度からは、派遣時間帯を、24時間ケアのケース以外に対しての日常派遣活動としては、10時まで引き伸ばしました。

ヘルパーの実労働時間も、平成5年度までは、一人約600時間位しか実働してなかったのですが、6年度には1200時間から1300時間を軽くこなしてしまう状況になってきました。そこで、民間の協力をいただいて委託契約を1250時間を標準時間として変更することになりました。

午後8時以降のサービスが必要な方についてはどうするのかということが問題になり、先程申し上げたエリアBのデイサービスセンターで午後8時以後の対応を試行的にやってみようということにしたわけです。しかし、これに対しても特養に入所決定されている在宅の方からは希望者がありませんでした。そこで、ヘルパーと施設職員は何をしたかといいますと、まず、たまたま以前に

関わりのあったケースの方で、マーゲンチューブ（胃管）をお使いになっておられて、在宅で家族の24時間ケアのなかで生活している方がおられました。その方に、枚方市でこういう24時間ケアを取り組んでいきたいのだが、ぜひ、これを使って頂きたい、と申し上げました。はじめは、家族も、市におまかせするわけにはいかない、ということでした。そこで、ヘルパーに2週間の日程で、そのお宅に泊まり込んでもらい、家族の手ほどきを受けながらその方のケアを実践してもらったわけです。2週間の予定でしたが10日間で、家族の方から、ヘルパーさんにここまでやってもらえるということがよくわかりましたので、安心して在宅でお世話をおまかせします、という信頼を得た訳です。

この方を含め、在宅ヘルパーを中心とした24時間介護は、3名の利用者でのスタートでしたが、平成6年度は、最終的には9名の方が24時間在宅ケアを利用されることになりました。

④「365日」サービスの意義と財源の確保

「365日24時間」と申し上げておりますのは、24時間の取り組みをされている市町村はありますけれども、多くのところは、土日は休みです。しかし、一人の人間が自立した日常生活をすれば、当然ものを食べて排泄する。これは、365日毎日のことです。きょうは日曜日でヘルパーさんが休みだから排泄はできません、食事も我慢して下さい、ということにはならないわけです。こういうところで365日が大事ですよ、ということがこの事業をスタートさせたわけでもあったのです。

365日の取り組みを行うということで利用者のニーズも増え、ヘルパーも大幅に増えました。これが増えるということは、当然、人件費が増えることになるわけで、財源が必要になります。財源の確保については、いわゆる「ばらまき福祉」をやめて、必要な所に必要なお金を使うことで、昭和34年から取り組んでいた敬老祝い金を、平成5年度より廃止いたしました。毎年、約1億7千万円の祝い金があったのですが、これを廃止しますと、6年間のゴールドプランの最終年度には、約12億円になります。年間約2億円のお金が浮き、これをヘルパーの充実とか、高齢者の在宅サービスとか、生きがい対策とかの13の事業に打ち出してきました。

⑤配食サービスの充実

こういった24時間在宅ケアの試行のなかで、現場の職員もわれわれも、それまでの経験からでは気がつかなかったいろいろなことを教えられました。そのなかで、ひとつ一番いっておきたいのは食事の重要性ということでした。

ある一人暮らしの男性がおられまして、週2回ヘルパーを派遣して食事を作っていました。この男性は、また、ディサービスも週一回利用されていました。この方がある日入院されたということで、病院にヘルパーが駆け付けて先生に聞きますと、栄養失調が原因と言われた。「なんでやねん、週2回行って食事を作ってるやないか。なんで栄養失調おこすねん」と、ごく普通の疑問をもったのですが、その方によくよく聞きますと、食事はヘルパーに作ってもらった時の作り立ての2回と、ディサービスを利用したときの3回しか食べていなかった、ということでした。

われわれは、作り置きをしてあるから、当然食べているだろう、と決めつけていたのですが、お年寄りにとっては作り置きした、冷たくて同じメニューのものを食べたくなかったということでした。われわれでも、3日間同じメニューを食べると言われたら、本当に食べられるかなという気が致します。

また、食事は全部とっておられる場合でも、同じメニューでは栄養のバランスのとれた食事になっていないということを教えられました。

そんなことがあって、日本の習慣では食事は一日3回ですけれども、ヘルパーの関係や人員の関係で、1日3回配食することはできないので、朝食は、前日にお持ちしたパンと牛乳で辛抱して頂くけれど、昼と夕食の2食は必ず届けるといふ、配食の重要性を大事にしたサービスをやってきました。

3. 事例の紹介

①医師に見放されたが、サービスで自立がはかられた事例

ホールでビデオの放映をさせていただきますが、その紹介をします。2本立てになっていますが、第1例は、96歳の女性で、68才の次男とお住まいの方の場合です、この96歳のお婆さんが、急に食欲がなくなって、調子が悪くなりました。息子さんから保健婦さんに相談があって、保健婦さんから市の高齢者係のケースワーカーへ、さらに、地元のヘルパーと協議しました。お医者さんによく聞きますと、老衰に近いから、あとは時間を待つしかないというお話でした。

そこで、支援センターのほうで、まず食べることが大事という事でペースト食を届けました。5日間は、昼食のみのペースト食を届け、6日目からは食欲がでてきたという事で昼も夜も届けました。医者のお話しではもう死にかけてた人だったのですが、この方が、見事2か月で食欲を取り戻して、寝たきりから座位になり、2か月ぶりにディサービスセンターを利用できるまでになりました。実は入浴も3年ぶりだったんです。3年前に喘息で

倒れたきりの在宅生活で、入浴できなかったわけです。

当初、一日5回の訪問をしましたが、2か月後には一日2回で済んでいるし、ちゃんと自立生活をされています。ビデオは、この方を関西テレビが取材したのですが、約8分位で紹介されています。

②サービスによって枚方に定住可能になった事例

もう一つは、87歳の女性の方で、90歳を越えた夫と、障害のある長女とお住まいです。こういうサービスが行われるようになった平成6年度までは、神奈川県におられるもう一人の娘さんのところと半年交替で送り迎えをしながら、それぞれの娘さんが夫妻の面倒をみておられました。しかし、6年度からこういう取り組みをするなかで、当初からこのサービスを利用をなさって、2年半位ずっと、枚方で在宅生活をされています。ビデオは、枚方市が広報用に作ったものですが、ヘルプサービスを利用されている二人の様子や、ディサービスセンターでホームヘルパーたちが実際に取り組んでいる状況が紹介されています。

以上、枚方市の事例紹介ということで報告を終わらせていただきます。

司会：行政のなかでも24時間体制でこのような受入れができるんだ、そういう自治体があることをここでわかったわけですが、時間の関係で経過の紹介だけで終わってしまいましたけれども後ほど補足をして頂きたいと思えます。それでは次に「福祉の香りのする町作りを、栗山からのメッセージ」ということで栗山町の吉田さんからお願い致します。

(報告3)

福祉のかおりのするまちづくりを — 栗山からのメッセージ —

吉田 義人 (北海道栗山町福祉課)

はじめに

栗山の状況についてお話をしてみたいと思います。高齢化というとても暗い話になっていって、長生きをしてもらっては困るみたいな時代になっているというのがおかしなことで、本町では、僕は在宅行進曲といって、皆が長生きをして在宅で楽しく生活していけるというような時代になっていくことを町をあげて応援をしていこうということがベースにあります。

1. 高齢時代に向けしっかりした福祉ビジョンを

栗山も高齢化率が21.5%になっていて月に0.1%位づつあがっていったるんですが、そんな環境のなかではです、私どもは高齢化だけ、お年寄りだけを対象にしたサービスを考える時代ではもうない、町そのものを誰が生活しても住みやすい環境にしていくんだという事をベースにしていく事が大事だ、ということは子供からお年寄りまでがすべて高齢化社会には関わって行くんだという意識作りをする必要性があるのではないかということです。

ですからいま、栗山には歩道に椅子が置いてあります、子供たちからお年寄りまでみんなが使っているんです。またできるだけ歩道や建物もバリアフリーにしています。歩道も平らにしています。それは私も歩いて経験するんですが段差があるより歩きやすいんですね。これは健康な人も段差がないのは歩きやすいというだけの話なんです。特別に障害者やお年寄りのためにバリアフリーにしようではなくて誰にとってもやさしいんだよということを意識すれば良いのではないかと思っています。

私は平成4年から福祉課にきたのですが、まず、高齢化に向かって職員の意識改革であるとか、住民の方にも意識改革を求める必要があるだろうという考え、現代をどのような時代と意識するか、きちっとした時代想定をしました。

①在宅の時代

一番目は、もう在宅の時代になることを意識することです。これはもう認めざるを得ないという状況です。ますます高齢化が進みますから、施設や病院には当然入れません。大半の人が在宅をせざるをえないということです。そのためには在宅の諸条件をそろえていくことが大切です。同時に全ての人に在宅で頑張っていくんだという意識を持っていたかなくてはなりません。

②地域の時代

2番目には地域の時代と思っています、栗山にも町内会の組織や自治会の組織があります。それをもう一度作り上げていき、地域で支えていこうじゃないか。同時に家庭を中心にして考えていきたい。それは決して介護を押しつけるという意味ではなくて、自分の親への責任は自分が情報発信をしていくんだという意識をもつことが大事だろうと思います。行政からサービスを受けるのではなくて、積極的サービスを利用していくことが大事だろうと考えております。

③有料化の時代

3番目には有料化という事で、負担できる人には負担

してもらい、何でもただの時代は終わりましたという事で、枚方と同じで栗山はばらまきの事はやめています。私たちが福祉課に来てすぐやめまして、大変住民の方々に怒られました。最初は敬老の日の集いをやめました。また去年は20年間やってきた独居老人の集いというのをやめました。これも独居でいる人が全て福祉対象であると決め付ける必要はないわけですね。実態を見てみますと自分の勝手に一人でいる人もいますし、隣に息子さんが住んでいても一人でいるわけですから、こういう人を福祉の対象として見る必要はないわけです。もちろん全部が全部ではありませんが、そういう意味ではやはり自分の人生を頑張っていたらこうというわけです。できるだけ払える人には負担をしていただく、それから体に障害を持っているけれども動ける人には動いてもらおうという事なんです。日本の福祉はなにか福祉のサービスを受けてしまうとまわりの人が、「あんた、そんな事をしていいの」というわけですね。たとえば残存能力のある方に関してはボランティア活動など積極的に社会参加できる社会環境を作らなければもうやっていけないということです。

④自立の時代

4番目には自立の時代、お年寄りが自立をしていくべきです。どうも逆行してお年寄りから社会的役割とか家庭的役割を奪っていったらという現実があります。なにもしなくてもいいよとか、町内会は65歳になったらもうしなくてもいいよと、逆行しています。

能力のある方はどんでんやもらい、特に学校の先生をされていた方などはたくさんいるわけですから有効に使ったほうがいいかなと思いますけれども。そういった意味では60歳になってから残された20数年間の人生を考えるのではもう遅いということなんです。30代40代から考えていくんだという生涯教育的な教育の必要性があると思います。私どもも保健、福祉、医療、プラス教育というふうを考えております。そういう展開をしていかなければもうだめだろうと考えております。

⑤選択の時代

5番目には選択の時代ということで、選ぶということです。従来は行政がこういうサービスがあるから使って下さいというかたちだったのですが、これからは住民がサービスを求めていくことです。それを受けて新しいサービスを作っていくということが住民主体のサービスになると思います。既成のサービスのホームヘルプやデイサービス等のいまあるサービス以外のサービスがこれから求められる時代だろう。要するに予防的なサービス、創造的サービスでもよいと思うの

ですがそういうサービスというものを住民の方々が作り上げていく時代に入ったのではないかと考えています。もうひとつの選択というのは選挙だと思っていますから、自分達の回りを見て自分の家庭を見てきちっと選挙に一票を投じてそういう社会を求めていくということが大事ではないかと思っています。

2. 福祉政策の展開 — それは意識改革から始まった

①高齢者サービス調整チームの編成

私どもは、この5つの時代想定を住民の皆さんに明確にし、各種の福祉施策に取り組んできた訳です。まず、高齢者サービス調整チームを平成4年から編成をして、保健、福祉だけではなくて教育委員会も商工も農政も皆入ってもらい全町をあげて取り組んでいます。(図2)農政にいても高齢化という事を意識して農業政策をしていかなければなりません。また、商工担当も高齢化を意識した商店街作りやサービスをしていかなければならな

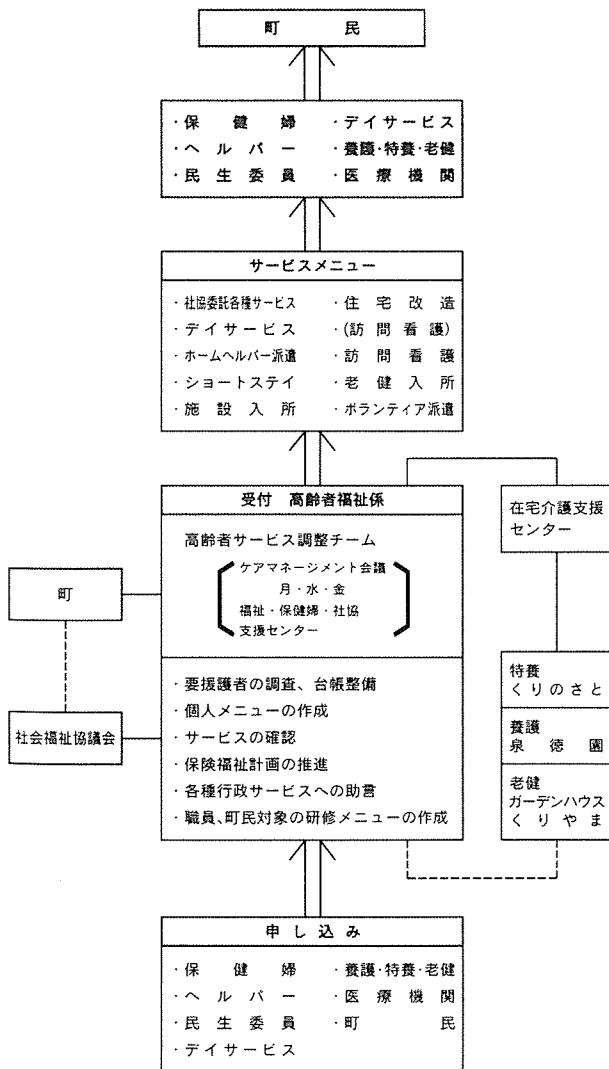


図2 栗山町における保健福祉サービス実施のネットワーク

い時代が来るんです。

②「くりやまプレス」の発行

それと、住民へどんどん情報を出すことです。本町では福祉課独自に「くりやまプレス」という福祉情報を平成4年から発行しています。

今回の6号では生体肝移植した女の子を取り上げたのですが、私どもの情報は、全部、住民の方をお名前から生い立ちから住民の人がみずから紹介をしていくという形をとっています。どうも行政のチラシはさっぱりおもしろくなくて、それが当たり前と思っている職員がいっぱいいるんですね。そういった意味では住民の方が作り上げていく、心に訴えるような情報を出していかなければいけないと思います。サービスの形を教える時代ではもうないというふうに思っております。

③福祉イメージの改革

あとは福祉の事業を通して福祉のイメージを変えていくんだということにとりこんでいます。

これまで福祉といえば、どうも役割分担型の福祉が定着し、あなたに任せるからと役割分担をしたら、対象者のお世話の全てをその人に全部任せてしまうという日本型の福祉があります。そうではないと思います。

それからコネが非常に多いんですね、知っている行政等の人に頼んだら優先して施設に入れたなどという事がいまでも現実にあるわけです。私どもはこれを一切撤廃しました。一度でもそれをやったらもう終わりですから誰でも、平等にサービスを利用できることが大切だと思います。

それから弱者救済型福祉のイメージが今は強いですね。その意味では「民生委員さん」という言葉も良くないと思います。場合によっては民生委員などの呼称を変えていったらどうか、福祉という言葉も、もう変えたらよいのではと思っています。

それからその家庭を外から見ただけで弱い人と決めつけてサービスを求めてくる議員さんも多くいますが、きちっとその家庭を知らないで求めてくるんですね。本人が言ってくるのが大事だと思うんです。そういう参加のしかたをしないとだめな時代になってきています。

それとボランティアの矛盾というのがあります。従来のボランティア活動という行政がボランティアをする対象を見つけて送迎までしていたんですね。しかし、もうそういう時代ではないんです。本町ではいま電話サービスなどで有償のボランティアの人達に参加をしています。そうしますと、自ら次の行動を求めて行くということにつながっているわけです。そんな住民のパワーを認めていくことが大事だと思っています。

3. 住民参加のまちづくりへ

①ボケ健診の実施

そんななかで栗山は福祉情報誌「くりやまプレス」を発行したり、ボケの検診というのも平成3年からずっと保健婦を中心にやっています。

②中・高校性体験ボランティア

中学、高校生の体験ボランティアという事業も行ってあります。学校教育の中では将来を決めかねている子供がディサービスや施設で体験することによって、自分の将来を決めるという子が多く、子供達が母親とか父親への情報源になっているという現実がございます。そのお母さんがホームヘルパーの研修を受けにきたりする、それからお父さん方も将来の準備を助けたということが大きいのではないかと思います。

③人にやさしい家づくり

人に優しい家を作って行くことを今進めております。民間人の参加を得て、リフォームヘルパーを配置し、公営住宅、個人住宅の高齢者対応リフォームをスタートさせました。そうしますと新築の家を放っておくわけには行かないということで、新築住宅にも今30万円補助をだしています。これは、手摺を付けたり、段差を解消したりするためのものです。これは、全国で栗山だけなんですけれども、それも住民の意見を町の新しいサービスに作り上げて行くということで実現したものです。国が決めたサービスではなく、町単独でやっている事業です。今や自治体が道や国の補助を受けてサービス制度をしていくという時代ではないと思っております。

④いきいきホームステイ

いきいきホームステイというのをやっています。これは町内の独居のお年寄りが町内の一般の家庭で一泊するという事業です。これも先程お話しした地域のつながりを作って行くのでしょうか、一泊したあとにそのお年寄りや家庭とがいまだに交際を続けている、こういうことが将来、支えあっていくものになっていくというふうに思っています。

⑤いきいきコール

マルチメディアを使ったテレビ電話(いきいきコール)というのをやっていますけれども、ホームヘルパーをただ増やすだけではなく、テレビ電話を使ってある程度支援をできれば、もっとマンパワーが有効に使えるのではないかと思います。今、いろいろなソフトも作って提供していきたいと考えておまして、私はお年寄りにファミコンをやってもらいたいと思って、ファミコ

ンのソフトを考えているんです。たとえば、人生ゲームに似せたゲームで、タイトルも、一応「天国への道」というのを考えたりしています。楽しいものを作って行くことが大事だと思います。自治体の職員というのは、楽しくないことばかり考えがちですからね。

⑥在宅サービス評価委員会

今年からはサービス評価委員会というものを設置します。委員会は、住民を主体として構成され、行政が実際にやっているサービスが適正かどうか、住民の方も適正にサービスを求めているかということ住民の視点でチェックできたらと思っております。

4. 介護保険に向けて

そういうことをベースにして、私どもは、介護保険に向けてきちっと対応出来るような自治体の姿勢を作っておくことが大切だと思っております。これからは一人一人の対象者に合わせて何を送りだすことができるかが問題です。もう一度自分の町をきちっと見つめていくことが必要だと思います。

そして重要なのは人だと思っております。最終的には人が人をお世話して行くのですから、それを担う人を作って行く努力を同時に進めていない町村は生き残れないと考えます。それができない市町村は、自治体が消えてしまいます。とくに今、農協の合併問題があちこちでおこっていますが、あれは自治体合併の前兆だと私どもは考えていますから、自分の町を残すためにも住民の方と一緒に将来を考えて行くことが大事だと思っております。

司会：どうもありがとうございました。自治体の積極的な発想の転換と提起をしながらサービスを展開していく点で、大変教訓になる町づくりの試みだと思います。それでは4番目ですが、「高齢化のすすむ過疎のまちの現状から」ということで中頓別町から前田冷子さん、お願いします。

(報告4)

高齢化のすすむ過疎のまちの現状から

前田 冷子(北海道中頓別町)

1. はじめに

中頓別町のような町は、あちこちにあるかなと思ひながら今回シンポジウムをお引き受けしました。中頓別町

は、日本最北の宗谷管内にあります。オホーツク海から20km内陸に入っているのですが、夏と冬の温度差は40度にもなります。冬には積雪量も多くて大変なのです。交通は天北線が廃止になってからはバスと自動車だけで、稚内市に行くのに2時間程かかるという状況です。産業は、酪農と林業が主体になっているのですが、農家戸数は後継者不足や経営者の高齢化に伴って減少の一途となっています。林業では町のあちこちにあった木工場も規模の縮小や閉鎖になってしまいました。このようななかで、人口は昭和27年の7,500人をピークに、毎年100名前後の減少が続いています。平成8年10月では2,759名で、現在はさらに少なくなって、管内でも一番小さな町です。65歳以上の人口は22.8%で、これも管内で一番高い数字になっています。(表1)

表1. 中頓別町の人口 (平成8年10月現在)

人口	2,759人
世帯数	1,150世帯
65歳以上人口	630人
65歳以上人口割合	22.8%
独居老人数	184人
老夫婦世帯数	135世帯
在宅寝たきり老人(ランクBC)	2人
在宅寝たきり老人(ランクA)	16人
在宅痴呆老人	3人

2. 中頓別町の医療と福祉の体制

次に、医療と福祉の現状についてですが、町内には町立国保病院があり、内科と外科の診療が行われています。ケースについての連絡は、小さい町ということもあり、大変とりやすくなっています。病状についてや退院後の対応について、主治医と気軽に話が出来ると状況にあります。以前は、月に一度連絡をし合う時間を取っていたということもあり、今はとても良い関係かなと思っています。

福祉施設では、特養と養護の老人ホームの「長寿園」があります。廃校後を利用した町立の知的障害者施設もあります。長寿園の入所は希望してから一年以上待たなくては行けませんが、ショートステイや入浴サービスなどでも地域の高齢者を受け入れています。

社会福祉協議会には3名の職員がいて、給食サービスや除雪サービスも行っています。給食サービスは町の業者や長寿園等の協力で週に3回、10名前後が利用しています。除雪サービスは民間委託をしています。ボランティアの登録事業も始めているのですが、まだ十分活用されていないようです。

役場の福祉係には、係長と係とホームヘルパーが2名

います。保健衛生係は係長を兼務した課長補佐と係員と保健婦3名と、今年、栄養士が1名採用になりました。ホームヘルパーの活動は平成12年に4名体制を検討されているのですが、現在は2名です。おおよそ40~50のケースをそれぞれの状況に合わせて訪問しています。業務の内容は家事援助が主ですが、病院受診、入浴サービスの送迎も行っております。

3. 中頓別町の高齢者の生活

次に高齢者の生活ですが、ニーズ調査などをおして実態が少し見えてきたように思います。

町内の高齢者の8割程度の方々は、何らかの形で疾病を持っていながら概ね元気で生活しています。近所に出かけるとか、仕事をしているとか、旅行にも行っている、また寿大学や老人クラブ、パークゴルフ等仲間とともに楽しんでいます。

しかし一方、病気がちな高齢者はとても大変な状況にあります。日常的には主に地元の病院で治療していますが、皮膚科や眼科や耳鼻科などの治療が必要な時は専門医のいる名寄、旭川へ一日がかりで通わなければなりません。町内の公共交通手段は1日に数回バスが運行されているだけで、全く無い地区もあり、通院や買い物など不自由な生活になっています。

また、冬期間の半年は、高齢者にとっては、とくに大変な厳しい生活環境になっています。そのために、冬になると入院生活するとか都心に住む子供達の所へ身を寄せる者もいます。春になったらまた戻って来て畑を作ったり、仲間と一緒に生活をして行くという状況ですが、このような状況はあまり長く続けられるものではありません。結局、転出してしまうということになってしまいます。「この雪さえなかったらな、ずっとここに住んでいたいのになあ」と、高齢者がしみじみいわれるのを聞くこともあります。足腰が弱ったり、除雪作業が困難になって来ることが施設の入所や転出を考えるきっかけになっています。また、入院が長期化してくると、家族、本人ともに「あーぼつぼつ長寿園に入ろうかな」と考える状況にもなってしまいます。介護にあたる人も高齢になってしまったり虚弱だったりすることも多く、在宅がどうしても困難になってしまいます。

現在、町内に、在宅で寝たきり者がいないのは、家族の介護機能に限界があるということ、在宅を支えて行くシステムが不十分であることが大きな理由といえると思います。

4. 高齢者保健事業の発展 — 「リハビリ教室」と

「はつらつクラブ」

様々な保健事業の中で、在宅の高齢者、障害をもつ者

への援助として、週2回のリハビリ教室を行っています。昭和63年、保健センター開設と同時に始めましたので今年で10年目に入りました。最初は3名～4名の参加者でしたが現在は、16名プラス家族という大所帯になりました。開設当初は専門スタッフの援助もない中で関わる者が試行錯誤で行いましたが、参加者が自分の生活にリハビリ室を位置づけ、生き生きとしている姿に保健婦たちがとても励まされました。その後リハビリスタッフがかわれるようになり、活動はどんどん広がりました。室内だけにのリハビリ教室から屋外に出てに青空リハビリ教室でとてもたたくましくなりました。教室を始めて4年目には近隣町村にもリハビリの輪は広がり、今では5町村で年1回、100名を越える大交流会が行われています。このように小さな町どおし広域的な事業の展開も大切な事業の一つです。昨日は隣の町の仲間と40名位で釣り堀に出かけました。池のまわりのでこぼ道を一歩一歩歩く、竿にえさをつける、糸を池の中におろす手加減、そしてじっと待つ集中力、とてもいつもの教室では見ることのできない姿でした。その他教室では月に1～2回季節に応じた行事も含めリクレーションなども行っています。どうしても閉じ籠りがちな障害者にとって週2回のリハビリ教室は、1週間の生活リズムにメリハリをつけ、仲間が出来て笑顔がみられるとても生き生きできる場となっています。

他には、平成5年から脳の活性化、閉じ籠りの高齢者をなくすなどを目的に、はつらつクラブを月1回続けています。料理やゲーム、講義、スポーツなど様々な内容で実施しています。

5. 高齢者が安心して住み続けられる町づくりの課題

中頓別町は、長寿園が近隣町村より早くできていたり、知的障害者更生施設があったりということで、「福祉の町」といわれてきました。しかし今は、行政改革や職員の削減や財政の圧迫などで、なかなかサービスを行政が担っていく体制はとりにくくなっています。

ここ数年で、やっと高齢者の安全を考えた住宅ができましたが、来年から開設が予定されるディサービスセンターや介護支援センターがどのように活用されていくのか、スタッフが十分配置されるか心配です。そしてケースに関する情報交換や連携については随時とられており、対応も迅速に行われているのですが、それぞれの職種が集まって検討しあう調整チームとしては十分機能を果たし得ていないという状況もあります。このような中で、介護保険制度の導入は、保険あっても十分なサービスが提供できるかという心配があります。

町内には、民間のシルバー産業や老人保健施設、ケアハウス等はもちろんありません。先日、管内の保健婦研

修会で介護保険についての研修をしました。そこでは、とてもたくさんの疑問点や心配なことが出されました。「制度そのものについて」「ケアマネジメントについて」「マンパワーの問題について」等、同じ規模の町ですから状況はとてもよく似ているので、それらの疑問や不安はよく理解することができました。しかし、中頓別町でも、関係者の中で介護保険についてまだ話し合われたことなく、みんなが内容を理解する程にはいたってはいません。

さらには、ケアマネジメントシステムが十分確立していない中で、たとえば、在宅介護支援センターがその役割を担っていかれるものかについても今後、関係者間でしっかり考えていかなければならない問題です。今、遅ればせながら、援助の必要なケースについて関係機関との打ち合わせを積極的に強めていこうと、体制の手直しや学習会をかねた映画会なども計画しています。

このようなことを一つ一つ積み重ねていかなければいけないと思っています。これまで、保健福祉計画をはじめ、町で策定した計画には、住民のための計画ということでありながら、その策定に住民が参加したことがほとんどありませんでした。政策決定の素案作りは担当者に委ねられてきたのが現状でした。今後は介護保険制度の実施にあたり住民とともに計画をつくり推進していくことができる体制をつくりたいと考えています。

ケアマネージメントを行う時も、一人一人の状況に合ったものでなくてはいけません。ケースの思いを大切にしたい、融通の利くサービスが提供出来たらいいなあとと思っています。情報の提供をどんどん行い、住民と共に学習が出来、住民の意思でサービスが作れたり選べたりできたら、もっといいだろうと考えています。

どこをとってもまだまだ不十分過ぎる小さな町ですが、この町が良くてずっと住んでいたいという人が沢山います。一人一人が住んでいて良かったと思える町づくりは、やはり行政がしっかり考えて行かなければいけないと感じています。元気に歳をとる住民、生き生き過ごせる住民、生活が不自由になったり、困難になったら必要なサービスを自から選択できる住民、自分の思いやニーズを実現するために行動できる住民、そんな住民を支えていける行政でありたいと思っています。

司会：ありがとうございました。過疎の町の実態についてのきめ細かいご報告を頂きましたけれども、比較的まだ自分のことができるレベルの人達に対しては、かなり活発な色々な援助活動ができていながらも、やはりかなり介護度が高くなるとなかなか住みづらいという状況があり、住民の自分の意思と選択にもとづいたサービ

スを作れるような体制づくりを、住民とともに築き上げて行こうという思いが具体化して、町づくりに展開して行くことを期待したいと思います。最後に「住民参加の地域福祉と街づくり」と言う事で、函館の道南勤医協の医療専務理事である鍋谷州春さんをお願いしたいと思います。

(報告5)

住民参加の地域福祉と街づくり

鍋谷 州春 (道南勤労者医療協会)

1. はじめに

私は、市民団体である高齢者福祉函館連絡会の委員長をしております。職業は医療法人道南勤医協の専務理事でございます。

抄録集には、地域福祉にかかわる幾つかの論点を書いておきましたが、それらは文章として提供させていただいて、この場では、「住民参加」にだけしぼって報告させていただきます。私がここで使わせていただく「住民参加」という概念は、従来型の、市民が行政に要求を提示して交渉する、あるいは行政の側からいうと、担当者の必要な範囲内で住民から補強意見をヒアリングをする、また、住民がある計画にボランティアとして労務提供をするという程度の意味ではありません。住民が主人公として主体者として、政策決定に参加する、計画推進に参画する、見直しにも参画するというような意味で使わせていただきます。ぜひそのような住民参加の水準を目指したいと考え、函館でこの数年間その入り口程度の実践を経験しましたので、報告したいと思います。

2. 市の保健福祉計画策定への市民参加

①市民フォーラムの開催

私たちの市民団体の特徴は保健・医療・福祉の専門家も入っているし、高齢者・障害者、一般市民も、労働組合の人も、行政の保健婦さんも個人の資格で入っています。とにかく人間らしく生きられる高齢化社会、福祉をつくろうという人なら誰でも入れる組織です。会の代表は函館大学の前の学長であった和泉雄三先生です。

色々な事をやりましたが、そのひとつに93年2月にやりました「高齢者・障害者にやさしい街づくり市民フォーラム」があります。そこでは、福祉施設の施設長が悩みを語り、看護婦が在宅高齢者の実態を語り、そして、町内会の役員や一般の市民も発言しました。私たちは、このフォーラムに、市の、当時のゴールドプランの自治体版「老人保健福祉計画」作成責任者と事務局メンバー

7人を全員招待し、挨拶だけで帰らないようお願いしましたら、日曜日だというのに最後までいて下さいました。フロアから質問の中で、80才の老婦人から「色々なサービスの話は聞いたけれども、私の年金は35,000円で、この時節、月35,000円で何が選べるのですか」という質問には、市の当局者たちはしばし沈黙でした。そういうシビアな意見も含めて行政の方に聞いて頂きました。

②保健福祉計画策定委員会に参加

93年3月には、様々なアンケートや実態調査を政策化して123項目の政策提言をしました。そして、ぜひとも市民参加の審議会をつくること、それに私達も参加させることを申し入れて、ついに市長も私達の実績を認めざるを得なくなり、私が委員に委嘱されたのです。先程大友先生が言われましたように、審議会というところは、密室で、行政が作った原案に、専門家が意見を述べ、若干原案を補強して終り、ほとんど原案どおり通過する所です。そういう委員会では私も共犯者になるわけです。それで、実は27人の審議委員のうち、とりえず私の知っている情報でこの方は真面目だなと思う数人、ある特養の施設長さん、あるいは大学の先生などに声をかけて事前の懇談会を開きました。これは市役所も知らないオフレコですけれども……。

そうして、第一回目の会合を迎えました。当然セレモニーのようにサッと顔を合わせて終るのですが、私は、そのようなマンネリからやめようと、27人の委員全員がこれからの函館の高齢化社会を、どんなふうを迎えるのかという抱負と自己紹介を述べあおうと提案したのです。そして、その中から運営の方針を決めて行こうと、小学校のクラス会でさえやっているような事をやろうじゃないかと提案したのです。普通の審議会なら数分で終るセレモニーですが、27人の方がそれぞれ抱負を述べますし、中には熱い抱負を述べる方もいますから1時間以上かかり、色々な思いが飛び交っていました。

そういう内容のあるスタートでしたから、その後で「公開制にしませんか」提案したらスーッと通る雰囲気なのです。医師会代表や少なからぬ方々からの賛成の声が上がり、委員会は従来とは違う形で始まりました。2回目の審議会からは住民が沢山参加されました。市では傍聴用の椅子を数席しか用意しませんでした。40人は参加したでしょうか。超満員の雰囲気の中で行われました。当時の新聞は、市の追認機関化していた審議会がガラッと変わった、会議では素案に厳しい指摘が相次ぎ、市は2月の成案に指摘の大半を盛り込まざるを得なかった、というふうに報道しておりました。これがきっかけになって、現在函館ではかなりの審議会が公開制になっております。

③市民参加の計画策定の成果

市民参加で策定した計画が、当初案に比べてどんなに変わったのかを、9項目をあげて紹介します。1～5項目までが主に内容的な変更です。

そもそも計画のタイトルを変えたわけですから、大変なことなのですが。老人保健福祉計画という厚生省から示された名称は、もう少しいいものに変更しませんか、そもそもこれは市町村計画なのだから自主的に変更していいわけです。「名」は「体」を表すのだから、中身を吟味してから最後に命名しましょうという私の提案が受け入れられました。そして最後に決まった名称が「函館高齢者等保健・医療・福祉計画」でした。高齢者等の「等」というのが私の妥協の産物なのですが、高齢者だけではない、総合計画への一歩という意味で、「等」をつけることで一致しました。また、高齢社会では「医療」は不可欠である、重要な柱であるということで、タイトルに「医療」をつけ加えて頂きました。もちろんここに至るには様々な議論がありました。

さらに、計画の基本に憲法の「基本的人権の尊重」を明記しました。

また、保健・医療・福祉の総合的システムを確立しました。従来は、保健所に市の福祉部の人はいない、市の福祉部では保健所機能はもたないことが当たり前だったのです。これでは、一カ所では用が済まず、たらい回しの行政ですね。そこで、総合的システムの一つとして保健所に市の福祉部の人がおり、福祉部には保健所の保健婦さんもいる、どんなサービスも一本で受けつける、ということをやろうと、エリア毎に5ヶ所の総合相談システムを作る等々の改善ができました。

サービスの目標量をかなり上方修正して、予算を21%、約70億円ふやし、434億円になりました。この主なものは保健婦、ヘルパー、理学療法士の増員など、ほとんどマンパワーの増員に充てられました。

6番目は、毎年、計画の進捗状況の点検することと、中間年には必ず実態調査をして見直しをすることを盛り込んだことです。7番目は、財源対策の改善を国に求めることを明記したことです。

8番目と9番目は計画策定のプロセスの問題です。国は市町村計画だといいいながら、市町村議会で審議をしなくてもいいといひます。しかし私は、それは地方自治としてはおかしいと思うのです。函館ではきちんと議会も開かせて特別委員会も作らせて、そこで審議して頂きました。そして9番目には、前述の公開制と市民参加を実現したことです。市民参加の具体的な形としては、単に委員会の公開・傍聴にとどめず、直接委員会に提案して頂くことまでやりました。委員会の呼びかけで、22団体

から文書や口頭で様々な角度からの提案がありました。私たちが高齢者連絡会からの推薦では、難病連、生活と健康を守る会、障害者団体、私たちの病院の患者会、全労連等が提案を行いました。ボケ、寝たきり老人を支える会等からも生々しい実態の報告がありました。また、「寝たきりの方が歩ける様になった奮闘や、そこにどういう専門家の方が関わったのか」という事例を発表して計画の充実を訴えた私の病院の看護婦の発言には、多くの委員の方々から思わず感動の拍手がわくような雰囲気になったこともありました。委員の中からも、私と特別養護老人ホームの施設長さんと大学の先生など5人から、文書提案が提出されました。私は「目標」と「ネットワークおよび基本的問題」の2回に分けて修正案を提出しました。委員会の審議は、全体会を10回、分科会を数回開いておこなわれました。

94年春には、地元紙の北海タイムスが「福祉計画は函館で学ぶ」という社説を掲げました。市長が喜んで読んだら、市民運動を褒めた社説だったので、ちょっとガッカリしたみたいです。しかし、本州から行政視察で多くの方が来られて函館の経験を聞いていかれるので、いまでは、函館市長も市民参加とか公開型の計画策定を「函館方式」と呼ぶようになりました。

3. 市民による「計画」推進のための点検活動

①計画推進懇話会の設置と「生き生き長寿都市宣言」の策定

次に、福祉連絡会では、このようにして策定した計画の推進をはかるための委員会を設置することを提案しましたが、市はそれに応じて「計画推進懇話会」を設置し、私も引き続き委員に選ばれました。

この委員会がやったことは2つです。一つは「生き生き長寿都市宣言」というのを市民公募で作成したことです。これも憲法にうたわれている基本的人権という所から議論を始めました。鍋谷が口を開けば「憲法」と「基本的人権」だなどというふうに従分うるさがられましたけれども、結局採用されました。市の福祉部長さんは大変真面目な方なので「何よりも福祉を大切にこの街に」という私の提案の文章が大変気に入って取り上げて下さいました。この宣言はその後の市民運動の政策的な橋頭堡となりました、というのは単なる宣言の文章にとどまらず市の政策的優先順位を市民的にチェックする際の重要な「ものさし」となっているからです。

委員会の二つ目の役割は計画の推進と点検ですが、委員会が真にその機能を発揮するためには市民的運動が必要です。高齢者福祉連絡会は、市民運動として「高齢者世帯実態調査」をしました。道南勤医協の看護婦さんが先頭になり、民生委員さんの協力、新日本婦人の会や生

活と健康を守る会も参加して訪問が行われました。一つのユニークな取り組みとして、様々な福祉施設やバリアフリーのリフォーム住宅等を見学するバスツアーをおこないました。このツアーには、新聞で知った一般市民も参加しました。市の老人福祉課長にも同行してもらい、新聞記者も同乗しました。その中で、上からではなく、市民の目の高さでチェックが入れられました。例えば、市の施設で、デイケアセンターを児童会館に併設したのがあります。そこは、お年寄りと子供たちが触れ合えるところということで「ふれとびあ」という名前をつけています。これは、アイデアとしては大変いいのですが、実際に行ってみると、学童保育は午後3時でないと子供が集まらない、午後3時になるとデイサービスのお年寄りは帰ってしまう、という実態だとわかりました。すれ違いトピアになってしまっていたのです。デスクワークではわからなかったことが、実際に行ってみてわかり、本当にふれとびあにふさわしい事業にしようではないかというような提案が懇話会でできたのです。

ホームヘルパーの問題もそうでした。函館市も24時間ホームヘルパー制度を部分的に始めています。この事業を実際に点検してみると、定期派遣よりも緊急派遣のヘルパーがいないことの方が大変な困難となっていることがわかったのです。そもそも絶対数が不足なので、ヘルパーは全部、定期のローテーションに組み込まれてしまっていますから、急にきて頂きたい、来週だけ来て頂きたいというケースに対する緊急派遣型の予備のヘルパーがいないのです。それをどう用意するかということが今、懇話会の中で議論になってます。やはりこれも、市民の目の高さでのチェックがあったからだと思います。

②市の見直し中断姿勢を正した市民運動

96年度は、10カ年計画の中間年に当たりますから、市は、「計画推進懇話会」を「計画見直し委員会」に改組し、委員も増員致しました。ところが、市は、国の介護保険法の動向待ちを理由に、委員会をほとんど開催せず、3月には「見直しを中断する」ということを突然いい出したのです。このような市の態度は、古い行政体質と国の巧妙な支配の反映といえるでしょう。私達は烈火の如く怒りまして、これは市町村計画の自主的な見直しなのに、地方分権、地方自治を何と心得ているのか、国の予算配分にかわる点は保留にしていなくても、市町村独自の見直しは大いにやるべきではないかと、かなりきつい言葉で批判をし、見直し再開を申し入れました。4月の「計画見直し委員会」の中でも私たちの主張に多くの委員が同調しました。ついに、市は、5月には、申し入れに沿って見直しを続行することを表明したのです。

4. 住民参加と住民組織・ネットワーク

次に、「住民参加と住民組織、ネットワーク」について発言いたします。

函館には、計画を推進させる原動力がいくつかあります。第1に、我田引水になりますけれども、私達高齢者福祉連絡会に結集する自覚的な住民運動です。第2に街づくり市民会議だとか寝たきり老人を支える会だとか様々な他の住民組織と運動があります。第3番目に、グロード神父などを中心とした医療福祉関係者によって、函館で国際シンポジウムを開いたりして、連帯・学習の活動をしている「21世紀ネットワークの会」(代表金井医師会副会長)の活動です。

4番目に、市の福祉部長を始めとした自治体職員の真摯な姿勢です。この方々は、現制度の枠の中で可能な限り市民の声に応じてくれたと思います。私達は「政策提言」を重視したのですが、政策提言のコツは2つでした。非常にグローバルに勉強することと、緻密に調査して具体的な事例で提案することです。グローバルな勉強ということは、市の予算を離れて21世紀論とか、高齢者の人権論とか、国際的な視野などを忘れないということです。ですから私達は市の担当の方と十数回学習会というか、懇談会を開きましたけれども、市の方の姿勢が意欲的でした。なぜかという行政の枠を越えて勉強が出来、楽しいからです。例えば、「お年寄り発達論」という発達の視点からとらえた学習で、お年寄りを単に受動的な尊敬の対象にとどめず、人間らしく最後まで発達して全うして頂く観点を「国連人権規約」の中に見いだすなどができ、そんなこと初めて聞いた、おもしろいということで、大いに勉強が盛り上がりました。それともう一つ大切なのは、具体的な事例を示すことです。私の所(道南勤医協)の老人介護福祉センターで年間1,800件の相談を受けてますから、豊富な事例があるわけです。そういう具体的な事例をもとに具体的に提案することが政策提言の迫力であったと思います。これらの提言を今述べたような4つのグループの人達に事前に配布して見て頂いてチェックしてもらいました。ですから審議会にかかった時には、心ある人は理解しているわけです。賛成だ、あるいはもっとこうの方がいいと、その場でいろいろな提案も出ます。

5番目は、諮問委員会の全員一致で決めていただいたという意味で、メンバーの皆さんの力があつたことと、そして最後6番目には、議会が全会派で賛成してくれたという点では、世論の力だというふうに思います。

こういう様々な力の中で、私達市民団体が多少でも果たした役割は、要求や政策の一致点での共同を広げたことです。他の市民運動がやっているシンポジウムやフォーラムに大いに参加するし、お手伝いもするし、その代

わり私達の所にも講師に来ていただきました。また政策についてのフェアな論争もしました。場合によっては委員会毎に私とある方と意見が違ったり、その日の課題だけは一致するけれども、次の議題の時には一致しないということがあります。それでもフェアに議論することが出来ました。そのような政策的信頼を土台に私のような者が医師会の方からの推薦で、保健・医療分科会の会長代行に推薦されまして、これらが計画を大きく変える条件をさらに切り開いたと思います。そういう点で、住民参加とか住民主体という時に、住民がバラバラにではなくて、一般市民も専門家も自治体の職員の方も共同して事に当たる、共同した力と言いますか、私はそこに今回の函館の多少の経験があったのかなと思います。見直しをやめるといった市が「見直しを再開する」といいましたので、私はこれから見直し作業の中にこれらの経験を生かしていきたいと思っています。

司会：住民参加ということの具体的な意味合いというのが、この函館の高齢者福祉連絡会の活動を通してお分かり頂いたと思います。地域の中で様々な団体が横にネットで結びつきながら、幅広くきちと住民の要求を把握し、学習をし、そしてそれを政策提言して行くということと、行政と一体となった形で政策作りをしているというような、極めて先進的な実践が行われていることが話されていました。そして、そこでは共同の必要性ということが強調されていたといえます。

それでは、これまでのお話に付け加えたい方いらっしゃいましたらどうぞ。

上谷：枚方の実践から、ホームヘルパー利用者の8割は週2、3回で午前9時から午後5時までの家事型援助の方です。毎日介護型で、早朝7時から9時まで、および午後5時から9時までの援助の必要な方は約2割です。深夜帯の夜9時以降の援助の必要な方は全体の2%位です。

深夜帯の対応をどうしてるのかということをよく聞かれますが、朝起きてから夜寝るまで間に必要な介護を十分すれば、夜はちゃんとお休みになれます。ですから、夜中にわざわざヘルパーが訪問することはおかしいのではないかな、という感じを受けます。

それから、ホームヘルパーの事業役割で、今までのヘルパーの贅肉を全部そぎ落として、本当に必要な所だけにサービスの提供をしていこうということで、枚方では、Bエリアのゾーンで積極的に取り組んできたということで、ご理解を願いたいと思います。

最後に、多くの視察者から、なぜこのようにできたの

ですかと聞かれるのですが、結果として考えた時に、在宅で生活をされておられる方に、あるサービスを提供することが本当に必要だと思った時に、そのサービスを提供してみるかどうかということが問題じゃないかなと思います。枚方では、デンマーク視察で学んだ、「トライアンドエラー」ということで、「ええと思ったら一回やってみたらええやないか。そして失敗したら、またそこで反省してもええやないか」と考えています。その結果、市民から批判を受けても、それはいいと思ってやっています。もし、そこで間違いだとわかれば、半年でも一年でも、止めたらいいじゃないかという位の気持ちでやって来たということです。

(介護保険の問題点)

鍋谷：先ほど触れなかった点で、介護保険の問題について補足させていただきます。大友先生のご教示にあった通りだと政府案は様々な矛盾を抱えています。まだ法律になってない訳ですから、保険者となる市町村が声を上げて、住民の側に立った修正案を国会に上げて行くべきだと思います。法律となった後でも引き続き国に修正を求める声を上げていく姿勢を崩してはならないと思います。そうしなければ介護保険と住民のニーズとの矛盾をどこに持って行くのか。住民にツケを回すのか、保険者としての地方自治体が矛盾を抱え続けるのかという問題が永遠に続くわけです。この点でも住民参加を得て、住民世論を背景に市町村自治を發揮して、最後の最後まで頑張るべきじゃないか考えます。

それからもう一点、介護保険と地域福祉全体の関連の問題です。私は地域福祉ということに今日はふれませんでしたけれども、介護問題は地域福祉の重要な柱ですが全てではありません。栗山の吉田さんがいわれたように、地域福祉とはまちづくりそのものだと思います。近くに銭湯がなくなって困っている老人は、ADLの問題ではなくて、まちづくりの問題として入浴ができなくなったのです。大型スーパーの進出で小売店がなくなって。ご用聞きしてもらえないで、買い物に困っている高齢者の方がいます。こういう問題は介護保険の対象外です。まちづくりそのものなのです。

また、市町村が単独事業として実現してきた福祉事業が介護保険のケアマネジメントや認定と矛盾をきたして、福祉サービスが淘汰される危険性もあります。そういう意味で総合的な地域福祉の実現を目標に介護保険問題に力を入れつつ、これに矮小化しない総合的な取り組みの追求の重要性について追加発言とさせていただきます。

司会：ありがとうございました。今までの発言につい

て質疑がありましたらお受けしたいと思います。

(介護保険と障害者)

質問：自治体の取り組みが遅れている状況に加えて、介護保険では、障害者は対象からはずれています。障害者計画も自治体の施策として問題に思う点があると思いますが、皆さんはどうお考えですか。

吉田：いま、介護移住であるとか、介護者移住などという言葉を私達はよく耳にしますが、これは、ある意味では、各自治体の介護福祉の水準に非常に差が出てきていることを表しているものであろうと思います。私は、このような状況の中であって、介護保険の導入というのとはかなり時期尚早でないかと、ずっといつて来ました。

今、障害者が介護保険の対象に入っていないということも問題です。私どもは、小さな町で、老人施設のほかに障害者の施設も作るなんて不可能ですから、老人の施設で障害者の方もお預かりするというのを、以前から進めています。

現在、障害者の方は全国で440万人位おられ、その介護者は母親が9割だといわれています。私どもの町の知的障害者施設でも、自宅から通所している障害者をお世話しているご両親が高齢になってきているという問題があります。そこでなんとか両方一緒に介護保障で対応することが必要ではないかなと思っております。

権限委譲になって施設の入所判定を各自治体で行っていますが、その判定基準の曖昧さが要介護認定に影響があると思っております。施設に入所する人のレベルが町村によってバラバラなのです。ある町村では元気な人が入っていたり、別の町村ではかなり重度の人でなければ入れないという実態です。

栗山では権限委譲になる時に、入所判定を町単独ではしない、ということで、広域で(3町)で行っています。また道の保健所にもメンバーに入ってもらい、施設入所における一定の水準を出して行こうじゃないかという考え方で進めています。介護保険における要介護認定についても、広域で考えて行くということも大事ではないかと思っております。

それから導入後の自治体の責任はどうなるのかという問題があります。保護からもれてくる人達をどのようにサポートしていくかです。その辺が自治体が公的な介護としてやって行かなければならない部分で、今のうちに実績を積み上げていく必要があると思います。つまり介護保障における住民の批判は、個々の自治体に来る訳ですから、それを受けていく私達がしっかりしなければなりません。どうも依然として管理的な発想になっていたり、我々の現場においてもリストラということを住民

の方からいい出される時代です。とくに専門職なんかはそういう時代に入って来ると思いますから、その意味でも、私たちが、住民の声を聞いて、現状のケアの対象者をしっかり見つけ、意見を聞いて新しいサービスを創造していくということが大事だと思っております。

(障害者計画)

鍋谷：函館では市民参加型の委員会を中心に先日、障害者計画を作りました。この内容の紹介は省きますが、私達の市民団体からも計画作成に参加して、一定の意見を反映させてました。先程の高齢者計画のタイトルに「等」という文字を入れさせた実効として、若年障害者の方にもホームヘルパーが派遣されていますし、市単独事業の住宅リフォームは約2割の方が、高齢者ではないけれども障害を持っているが故に住宅をリフォームしたいということで利用されています。「等」が現実に生きてる訳です。これが政府の介護保険案では受給者は「加齢に伴う」と限定しているので、別な矛盾を背負ってしまう危険性があることを先程も補足発言させていただいた訳です。

上谷：枚方市でも障害者基本計画は策定しております。介護保険制度が出来た時は別にいたしまして、現在では枚方市では、若年障害者も高齢者同様で、またその他の障害者の方も、実質的には24時間ケア体制のヘルパー派遣とか、ガイドヘルパー派遣が受けられます。保険の対象になる、ならないは、今後の大きな課題ですけども、基本的には高齢者にも、それに近い若年の障害者にも同様のサービスを提供しているということでご理解して頂いて結構だと思います。

(自治体の役割)

質問：NPOの評価問題を伺えたらありがたいと思います。全国に展開している共同作業所には、知的障害から肢体不自由、それから、アルコール性痴呆ですとか、アルツハイマーの方々が、同じ作業所で共同でエンパワーメントの空間にいるという現状があります。他方で、作業所自体が、地域の中では、非常に閉鎖的な空間で、沈殿しているという現実もあります。その中でNPO法案と関連して、やはり、非営利団体としての一定のパワーを持ちたいという現実のニーズもあります。そうしますと、公的サービスという枠組みから、このような団体の評価というのは非常に難しい現実が生まれています。その辺についてご意見をお願いします。

司会：大友先生に自治体の役割とは何かという所で、ご発言をいただくことに関連の中に、今の質問も含めて

ご回答いただければと思います。

大友：今日はシンポジストの方々のご報告をお聞きして勉強になりました。

(利用者・当事者本位のサービスについて)

改めて今日の報告全体の中から重要な点をあげてみますと、まず、利用者、当事者本位のサービスを重視するという視点です。

栗山町の方からは、住民の心に訴える情報発信のお話や、住民のパワーをどう生かして行くかという指摘がありました。また、これを別の角度から、函館では、計画への参加や見直し等をすすめるお話がありました。とくに、従来の住民参加というのは、行政がある程度お膳立てをして、決めてでき上がった事業に労働力の提供等のところで参加していくというような意味合いの参加論、つまり行政補完とか行政協力的なものという意味合いがあったかというふうに思います。いま必要な参加論は、そうではなくて、もっと積極的に、政策形成あるいは事業運営ということに、住民が主体的にどう関わって行くか、つまり住民自治の形成に関わる参加論であるということが非常に強く印象づけられました。大変大事な論点を提起していただきました。

また、この利用者・当事者本位というのは、枚方のように、そこに住んでおられる方々が、人間らしく暮らせるまちづくりを目指すというときに、何が一番重要か、枚方は、身近なところで気兼ねなく利用できるサービスを目指している、そのために、まず、サービスエリアを学区を単位につくって、利用のしやすさを重視している。私は、中都市の場合に見識のあるサービス利用圏の設定の仕方だというふうに思います。日常生活圏域を基礎にという考え方の発展だと思えますけれども、そこで、まず24時間型のサービスを含めてホームヘルプサービスを行う。在宅サービスの中で最も基本的で究極のサービスで、ここをきっちりすることによって、相当多くの方々が住みなれた所で人間らしく暮らせるというのはホームヘルプサービスだと思います。その追求を、税財源等をどういうふうに考えて行くかという所まで含めて、実現にこぎつけて行かれた取り組みの水準はすごいものだなあと思います。

また、ホームヘルプサービスを通して、施設入所しなくても在宅で暮らせる。また、在宅で暮らせる条件を考えた時に、生活支援型の生活を支えるタイプの食事サービスをそこに組み合わせると、このホームヘルプサービスというのがもっと生きて来るという報告は、文字通り、利用者本位の実践があって語る話ができる話です。住みなれた地域で人間らしくどう暮らせるかということ

追求しておられる、お仕事の中から浸み出てきた大変優れたお話だと、枚方のお話を感激しながら聞かせていただきました。

そういう意味で、あらためて保健・医療・福祉サービス、とくに福祉サービスというのは、従来、財政の都合、人事の都合というものを優先させて考えられて来ましたが、これからの地域における主人公は一体誰なのか、誰のための、何のための仕事をするのが行政機関なのかという観点から、サービスの基本的なスタンスを作り上げて行く、文字通りの利用者本位ということがそもそもの出発点として非常に重要だということが今日の大事な論点だったのではないかと思います。

(町づくりの課題に結びつけて)

もうひとつの論点は、まちづくりとの関連の課題です。住民本位の状況をどう作り上げて行くかという場合には、そのための行政のしくみと税財源の問題をどういうふうにして行くかということに関わって来るとは思います。今起きています分権の問題とも関連しますが、単なる分権の問題ではなく、その地域の特性に応じたまちづくりを、どういうふうにしていくかという、分権から自治につながる進め方を大事にしなければなりません。まず、住民自治をどう具体化していくかという課題が非常に重要だということが、もうひとつの論点だと思って聞いておりました。

中頓別町のリハビリ交流会というのは、利用者がそこで生き甲斐を見出だすということと、仲間づくりというところで開かれているというお話でした。これなんかはこれからの育て方によって、当事者と周辺のご家族や周りの方々をどういうふうにするかという楽しみな面を持っているような気がします。しかし、今日のお話のレベルにとどめないで、例えば新潟の豪雪地帯の高柳町などでは、冬期間高齢者が暮らす高齢者センターのようなものをつくり、そこが町の新しい拠点となって、新しい町の文化を作り出している例などがあります。そういう幾つかの豪雪地帯とか色々な所を全国的に見てみますと、相当実績が既に出ているところがあります。いまの到達点を学ばれることで、それをつぎのまちづくりに生かしていくことができるとは思います。

高柳町も人口が3,000人ですが、中頓別もそれに勝るとも劣らない人口数で、大変少ないみたいですが、やはり5,000人以下の小さな町というのは、そこに住んでいる方のお一人お一人が宝であり、財産ですので、この方々がまちづくりの色々なところに、主体的にどう関わって行くかという仕掛けが重要だと考えられます。高柳町などのまちづくりの取り組みを見ておきますと、やはり

鍵を握っているのは、役場の職員、農協職員、郵便局とか組織された方々が、どういうふうに町の実態と今後を見通したうえで、いかに住民の方々を包み込んでいき、住民と心をつながりながらまちづくり全体をまとめ上げて行くという共同の力が発揮されていくかが重要だと思います。大学の教員や専門家、あるいは一村一品の問題等まで含めて色々な形でまちおこしをやっているところのノウハウと人材を集めて、それを自分達のまちづくりに応用するというところまで取組んでおられましたけれども、その辺というのは中頓別の場合どういうふうにしていくのか、これからのやり方によっては相当に凄いのになるのではないかと思います。

函館のお話でも、バスツアー等であちこちを見たり、それを話し合っただけでチェックして、また一方では、かなりグローバルな幾つかの情報を仕入れて学習をして、それをバネにして職員と当事者グループ、市民団体等が共同でもう一つのフィールドを用意しながらまちづくりの基礎を作っておられますように、これからの在りようというのは、過疎地域、人口5,000人未満のところでは難しいと思いますけれども、仕掛け方とやり方によっては大変重要で、とくに中心になる方々の問題意識と取組みというのは非常に重要です。まちづくりは、最初にやってみようと呼びかける指導者の視野の広がりや組織の方法は、運動の進め方に影響を与え、その到達点になる可能性もあって、責任が重いといえますか、だからこそ視野を広げて色々なものを学んでやっていくことだと思います。幸い色々な方々との交流がインターネットも含めて今日では多様な形でできますので、そういうものを存分に今日的に生かしながらやって行くというところで切り開いて行くことができるのではないかと思います。

栗山町というのは、今の発想の中でこれを展開して行くと、次はお祭りの御輿の先に何が見えるのか非常に楽しみです。全体として今市町村の置かれている実情というのはそう甘くなくて、私は介護保険も見直しを誤れば、要介護認定機関等も数か町村で合同して対応して行くというような幾つかのやり方は合理的なように見えますが、今の全体の分権論議とか中核市構想等の行き着く先を見ておきますと、合併で町村が消える可能性があるというか、そういう文脈でもこの介護保険の問題は見ておかなければなりません。そういう問題も過疎地域等の場合には出てくる可能性も高いというふうに思いますので、全体としてのまちづくりの構想の進め方と、その場合に自分達の地域をどういうふうにするかという力を足元に、どういうふうに作り上げて行くかというものがなければ、従来とは違った次元の力が働く時期にきているのではないかと思います。

そういう意味では高齢者問題が当面の切り口だと思

ますけれども、高齢者問題を切り口にしながら、その地域のまちづくり全体の構想、展望をどう描くかという構想力が私どもに問われているのではないのでしょうか。構想力と私どものイメージ、そこを豊かにしてやることができれば、相当な可能性が切り開かれて行くのではないかと私は見えています。

(自治体の役割)

それにしても、今の状況から見れば、最終的に市町村改革の担い手、鍵を握っているのは、私は関係する職員の方々だというふうに思っております。全体として国、都道府県と市町村の関係というものを今日的に見直す必要があって、保健医療福祉サービス、まあ医療というのは広域的なものや専門的なものがありますから難しいですけれども、もっと地域や高齢者医療等につながった部分ということでご理解頂ければ結構です。この保健医療福祉サービスというのは、国、都道府県から市町村の事業としてどういうふうにやって行くか、そのための税財源と人材というものを厚くして行くことが今日的に大変重要だと思います。

ここのところはやはり今全体が議論の中で見え隠れして曖昧な訳です。ここの所を私達はどうやって自分のものにできるか、まず、当面の切り口というのは、私は各市町村の予算枠組み全体の点検、見直しの作業が必要だと思います。従来の予算枠組みを見ておきますと、名古屋市の財政分析をした時に、例えば民生局予算というのは計ったように15年以上20%~21%で動いておりませんでした。優れた官僚がいるセクションというのは自分達の分取り分をハッキリさせて既得権を守ります。新しい事業が出てきても、従来の事業は最初から固定してしまって、新たなサービスが出てくる時には新たな税財源を逆に求めて行きます。逆に、市民団体等が要求すれば、税財源に限りがあって厳しい状況だということで逸らす技術も非常に巧みに持っています。そういうことからしてみても、予算の配分枠組み全体をどういうふう利用本位に見直すかということをやっているうちに、税財源のしくみ全体に目が向いて行くような学習や共同の力を育てて行くことが、まちづくりとつながった場合にもう一つ21世紀の先が見えてくるのかなと思っております。

その場合に、高齢者問題というのは、くり返しますけれども、多くの関係者が学際的にも多様に協働できる分野であり、私は、まちづくりの重要な切り口であると思います。まちづくり一般論でまちづくりは進まないわけですから、その地域の方々が生活の中でもっとも不安に感じており、もっとも新しいテーマ、サービスとして担ってほしいと願っているものが重要な意味を持っています。その典型が高齢者サービスだと思っておりますから、そこ

を切り口にしながらまちづくり全体を進めて行くということが、今日的に重要なテーマになってくると思います。

(NPOについて)

そういうまちづくりをして行く時に、当事者グループやいくつかの市民団体等とどういうふうに関連、共同を強化して行くかということになりますが、これからはこの市民団体、当事者グループという時に、これらの団体等がどういうふうにもっと主体性を強化していくか、そこに関わって行政機関としてはどのようなサポートや連携、共同をそこと組めるかということなのだろうと思っています。逆に、非営利の組織というのは自分達で主体的な力をつけながら、そして、行政とは緊張関係を持ちながら、地域にある様々なサービスの利用に関して、主人公の役割を担っていくという点で、NPOの果たす役割というのは、私は益々重要になると思っています。公的責任をどう発展させるかという文脈の中でNPOの問題というのは位置づけるもので、相反するものだと私は思っておりません。行政機関とNPOの主体性を尊重し合う形での連携、協同の取り組みが必要なのではないでしょうか。その文脈で今後進めて行く必要があるのだと思います。まちづくりを考えていく上でNPOは重要な構成要素になり得る、ならなければまちづくりは住民自治の観点からもできないのではないかというふうにNPOを位置づけるべきではないかと思います。一方で社会福祉の場合も非営利型の社会福祉協議会等についても、もっと住民本位に事業をすすめ、民間の主体的な力を育てながら行政機関と共同していく方向でやるべきではないかということも含めて、私はそういう見解を持っております。ただ、行政補完でとどまる限りは、非営利型の使命は生かすことができません。NPOが行政サービスをチェックし、提言する力がついてくるとわが国の民主主義はもう一歩進むように思います。

司会：ありがとうございました。2時間半という中で皆さんの中には十分な発言が出来ない時間の制約があったというふうに思っております。最後の所で大友先生が各報告者の中での内容について評価と課題をまとめて頂きました。最後のもう一人司会役の平野さんに全体を通しての感想ということで、まとめにかえさせて頂きたいと思っております。

平野：今日は、それぞれの立場から取り組みを通して自治体としての役割をどう果たそうか、住民のニーズを汲み取ってどんなふうに介護サービスのシステムを構築して行こうかということで試行錯誤しながら取り組んでいるみなさんの思いを語って頂けたように思います。大

友先生にはレクチャーの役割をして頂きまして、非常に難しい問題点を整理して頂いたり、方向性を出して頂いて、今後現場で働く者に色々な課題を投げかけられたように思います。時間が足りなく今日のテーマに十分迫れなかったかもしれませんが、今後宿題を頂いたと言うふうに思っており、これからの仕事の中で大いに示唆されたことを生かして行きたいと思っております。

必ずしも一言で言える問題ではありませんので、色々な角度からこのこよを考えて行かなければならないということが、今日のお話の中でも感じさせられました。今後このテーマをもっと色々なところで考えて行きたいと思っております。時間が超過致しまして十分な議論が出来なくて申し訳ありませんでした。遠くからまた、ご多忙中をご発言して頂いた5人の方々に改めてお礼を言いたいと思います。ありがとうございました。

第38回社会医学研究会総会プログラム

特別講演「節目を迎えた2大人災」

座長：福地 保馬（北大・教育・健康体育科学）

1. じん肺訴訟の意義と課題

伊藤 誠一（弁護士・北海道石炭じん肺訴訟弁護団）

2. 水俣病の40年とこれから

二塚 信（熊本大・医・公衆衛生）

シンポジウム

1. 住民の立場から介護問題を考える

— 公的責任に焦点をあてて —

座長：津田 光輝（札幌学院大・人文）

平野 憲子（札幌医大・保健医療）

1. 社会的介護の確立と市町村の役割

大友 信勝（東洋大・社会学）

2. 枚方市における365日・24時間在宅ケアの実践をどうして

上谷 好一（枚方市生活文化部）

3. 福祉の香りのする町づくりを

— 栗山からのメッセージ —

吉田 義人（北海道栗山町福祉課）

4. 高齢化のすすむ過疎のまちの現状から

前田 冷子（北海道中頓別町役場）

5. 住民参加の地域福祉と街づくり

鍋谷 州春（高齢者福祉函館連絡会）

2. 農村社会の変貌と農民の健康

座長：新野 峰久（旭川厚生病院・健康管理）

若葉 金三（北海道勤医協・札幌病院）

1. 農業・農村社会の変貌と今後の課題

白樫 久（岐阜大・地域科学）

2. 農村社会の変貌と保健活動の課題

宮崎 隆志（北大・教育・社会教育）

3. 沢内村保健活動の沿革と課題

高橋 和子（岩手県沢内村）

4. 「町民が健康でいきいきと安心して暮らせる町づくり」をめざして

宝田庄十郎（北海道鷹栖町福祉課）

一般講演

要望課題（青年期の健康問題）

座長：佐藤 修二（北海道勤医協）

A11. 若年女子の低体重と自覚症状

○志渡 晃一

小橋 元（北大・医・公衛）

福地 保馬（北大・教育・健康体育科学）

A12. 高校定時制における生徒の健康問題

○神長倉知子

宇野 和代（「学校」と子供の健康・発達研究会）

A13. 北海道高校生2000名の喫煙習慣

松崎 道幸（深川市立病院・内科）

一般演題

座長：宮尾 克（名大・院・多元数理）

A14. わが国における保健医療研究の事前評価、倫理に関する実態と課題

西 三郎（愛知みずほ大・人間科学）

A15. 「葉害エイズ」の二次感染被害の実態と要因

○片平 洸彦（東医歯大・難研）

高階恵美子（東医歯大・衛生）

戸谷 剛（土浦協同病院）

鈴木比有万（東医歯大・医）

牧野 忠康（日本福祉大）

一般演題（障害者の健康）

座長：樋口 治子（北海道健保連）

A21. 札幌市の精神障害者共同作業所事情とCBR（Community-based Rehabilitation）の可能性予備作業 — 他の政令市との比較 —

○加藤 春樹（北海道女子大・人間福祉）

加藤 欣子（札幌医大・保健医療）

A22. 障害を持つ人の主観的健康感

○羽原美奈子

大西 章恵（市立名寄短大）

森本 信子（北海道名寄保健所）

佐々木奈美子（国療名寄病院）

村上 敦哉（名寄市社会福祉協）

一般演題

座長：石城 赫子（北海道早来町・高齢者サービス室）

A23. 高齢者の立場から見た食事サービスの現状と課題（第2報）

○真保 雅子（白梅学園短大）

永島悠美子（給食ボランティア）

A24. 消化器難病患者の生活支援における、保健所の役割 — 潰瘍性大腸炎・クローン病療養相談、患者交流会のとりくみから —

稲垣 孝子（東京都江東区城東保健所）

○山本 訓子（東京都江東区深川保健所）

A25. 臓器移植についての若者の意識

○小橋 元

志渡 晃一（北大・医・公衛）

福地 保馬（北大・教育・健康体育科学）

フォーラム-1「医療・福祉・教育労働の健康問題」

座長：上畑鉄之丞（公衆衛生院）

前田 典子（札幌市ひまわり整肢園）

B11. 教育・医療・福祉・保育労働等の労働負担

- 千田 忠男 (同志社大・文)
- B12. 在宅障害児・者の介護者の健康問題に関する検討
- 埴田 和史
北原 照代
西山 勝夫 (滋賀医大・予防医学)
村松 大治 (草津養護学校)
- B13. 特別養護老人ホームにおける介護職員の腰痛問題とその対策
- 西方 規恵
○関谷 栄子
真保 雅子 (白梅学園短大)
吉沼 孝子 (早稲田福祉専)
佐野 英司
長原 慶子 (緑陽苑)
- B14. 病院看護婦が日勤-深夜勤の連続勤務時にとる仮眠の実態とその効果
- 齊藤 良夫 (中央大・文・心理)
- B15. 保健体育科教員の労働実態と健康についての研究課題
- 佐藤 晃
福地 保馬 (北大・教育・健康体育科学)
- フォーラム-2 「最近の保健・医療・福祉従事者に関する問題と課題」
- 座長：千田 忠男 (同志社大・文・社会学)
仁平 将 (青森県五所川原保健所)
- B21. 保健所長は医師でなければならないか
- 上畑鉄之丞 (国立公衆衛生院・栄養生化学)
- B22. 介護福祉士養成の現状と専門職養成における公的責任
- 西 三郎 (愛知みずほ大・人間科学)
- B23. 在宅医療における薬剤師の業務の拡大とその課題
- 西 三郎 (愛知みずほ大・人間科学)
- B24. 福祉職場に働く保健婦の労働実態と意識
- 関谷 栄子
佐藤 希恵
村岡 恵子
山本 啓子
石塚 和子 (東京都看護協会保健婦職能委員会)
- B25. ホームヘルプ労働に関する一考察
- 「登録ヘルパー」の現状分析から —
福島 知子 (立命館大・社会学研究科)
- 一般演題 (労働と健康)
- 座長：埴田 和史 (滋賀医大・予防医学)
- B27. 振動障害療養者生活実態調査結果と治療経過についての一考察
- 大竹 康彦 ((財)宮城厚生協・産業医学健診センター)
- B28. 女性労働者の健康問題
- 健保レセプトの調査から —
○山田 裕一
石田 雅朗
登坂 由香
釣谷伊希子 (金沢医大・衛生)
- B29. 長距離トラック運転労働と健康
- 同乗調査を体験して —
○川村 雅則
福地 保馬 (北大・教育・健康体育科学)
佐藤 修二 (北海道勤医協)

特別講演

疫学事始

佐々木直亮 (弘前大学名誉教授)

1. はじめに

杉田玄白が「蘭学事始」¹⁾を書いたのは83歳の時でありますので、まだ、その年齢には達していませんが、それにあやかって、「疫学事始」という題をつけさせていただきました。もっとも杉田玄白の原本は1855年の江戸の大地震のときの火事で焼失してしまったのが、古本屋で写本がみつかって、後日福沢諭吉が「蘭学事始」と改題して出版したといわれています。

解剖学についてみても、杉田玄白が述べているように「解体新書」の前に山脇東洋の「蔵志」があるわけで、「南蛮流」を通じて、西洋の文明にふれ、中国からきた従来の医学に疑問をもったことがうかがわれます。

杉田玄白は、一緒に翻訳にたずさわった津軽藩の医官桐山正哲のことを書いていますが、その桐山家の墓が弘前の隣松寺にあることを紹介しておきます。

私が「なぜ地域へ研究がすすむようになったかを中心に」ということでしたが、もう一つ個人的にもこのような題でまとめておきたいというきっかけがありました。それは、私自身を以前「疫学者」²⁾であると書いたことがありましたが、どういうわけかわかりませんが「Who's Who in the World」の原稿のチェックがきて、自分自身を英語で表現すると何になるかの判断をせまられたことがあったからでした。結論は「epidemiologist」としましたが、「疫学」「epidemiology」についてお話ししたいと思います。

私は、昭和61年に弘前大学を定年になり³⁾、その後東北女子大学へ勤務しましたが、衛生学もやりますが「健康科学」⁴⁾をうりこみました。そして私の「研究」のまとめともいべき「論文」⁵⁾を日本衛生学会誌に投稿し、「りんごと健康」⁶⁾と「食塩と健康」⁷⁾を出版することができまして、いつお迎えがきてもよいという心境になりました。

「青森県生き生き健康県民運動」の推進委員会の委員長の立場もあり、先年津軽書房から「解説・現代健康句」⁸⁾を出版しました。「健康句」というのは私が創った言葉であります。

昨年(1995年)は、「戦後50年」⁹⁾の年であり、日循協創立30年記念講演として「日循協30年前夜の人々」¹⁰⁾を講演する機会が与えられました。また「医療今昔物語」[学説・診療の変遷]としての「高血圧」¹¹⁾を書き、また、「津軽に学ぶ」を中心にした「衛生の旅Part6」¹²⁾を

ようやく出すことが出来ました。

今年になって青森県医師会報に「いい日旅だちへ」¹³⁾を、公衆衛生の「21世紀へのメッセージ」として「疫学による予防へ」¹⁴⁾を、また日本疫学会ニュースレターに「今、疫学を思う」¹⁵⁾を書いたばかりなので、その流れとしては「疫学事始」がよいのではないかと考えた次第です。

2. 疫学の「学」と「疫」

まず、疫学の「学」についてですが、日本医事新報の今年の新春随筆の「先生」¹⁶⁾の中で「日本百年の反省」について述べましたが、従来の日本の「学問」と、西欧からきた「学問」との違いがあるという問題があると思います。「學」と「ロゴス」との相違です。森鷗外が小説「舞姫」の中で「げに東に還える今の我は、西に航せし昔の我ならず」と書いていますが、「東」と「西」の問題でもあります。また「医制」となる「学制」の中で、国学・漢学に加えて「洋学」が登場し、大学の中に「南校」の他に「東校」が誕生した時代を考えなくてはなりません。

「疫」は、「だまって座われればピタリとあたる」「あたるも八卦あたらずも八卦」の「易」とは異なりますが、富士川游先生の「日本疾病史」¹⁷⁾によりますと「古事記」に「役病(エヤミ)」とあり、「役」のつくりをやまいだれをして「疫」となり、「日本書紀」にも出ており、「民皆病也」あるいは「国民病」と解釈され、ギリシャ語の「エビデミー」に符号するとあります。

森林太郎がドイツ留学後「Epidemiologie」を「流行病」としての「疫(やまいだれに萬の)エキレイ学」として用いております。1865年ベッテンコーフェルがミュンヘン大学で始めて講座を開いた時用いた「Hygiene」にはすでにわが国で用いられていた「衛生」をあてはめています。「エビ」は「upon」「上」、「デミオ」は「people」「人々」で、現在「epidemiology」と「疫学」とは同義語として用いられています。

私の「疫学事始」を考えてみますと、私が生れ育って今日までここに到る過程があり、多くの「先生」からお教を戴いたわけで、それを無視することはできません。

最近、「人間は、どれだけ過去を背おっているものか」と考えるようになりましたが、私の75年の過去をすべて

お話しするには時間が制約されていますので、主として、弘前に来たての話、何に出会い、何を考えていったかを中心にお話ししたいと思います。

3. 弘前へ着任

「上野発夜行列車おりた時から」という歌がありますが、「弘前駅」へおり、「土手」を通過して、「火見やぐら」のところから左へまがると「弘前大学医学部」がありました。

スライド(省略)は、昭和30年代のはじめ撮ったものですが、ここから一つへだてたむこうの通りです。カラー写真がではじめの時でした。「青森医専」から「弘前医科大学」「弘前大学医学部」になったばかりで、ドラマ「いのち」の時代でした。

このスライド(省略)は、今から25年前、衛生学開講25年記念のときに撮ったものですが、近藤正二・高橋英次先生です。人參におろしがねを「今も、もっていますよ」と皆にみせられた時、スナップしました。

昭和20年6月19日、当時青森市にありました青森医学専門学校において近藤正二先生によってはじめて衛生学の講義が行われました。22年、弘前へ移転、弘前医科大学をへて、今日の弘前大学医学部に至っておりますが、衛生学講座としては、高橋英次先生が初代教授に任命されています。私は、昭和29年、助教授として着任しました。昭和31年に教授になり、衛生学講座を担当することになりました。35歳でした。

4. 「衛生の旅」

衛生学教室の25年記念誌⁹⁾に書いたのですが「衛生学は、その本質からいって教育・研究にとどまることなく広く地域社会との接点において問題をとらえ、社会に奉仕する責任をおっているもの」と考えました。

衛生学をどのように考えるかは、本日の主題ではありませんので詳しくはふれませんが、ちょうど30年前、弘前公園内に弘前市民会館ができたばかりの時、こけらおとしのような学会でしたが、第35回日本衛生学会総会を主催¹⁰⁾しました。そのとき、R.デュボスが書いていたギリシャのハイジエイヤの「理性にしたがって生活するかぎり健康にすごせるのだという信仰」の立場をとりました。私が科学技術庁資源調査会の専門委員をしていたときの資料として田多井吉之介さんが翻訳した「健康の発展史」として見ておりました。あとで「健康という幻想」という題で市販¹¹⁾されました。ここで「理性」と訳され

ていますが、デュボスは「reason」という言葉を用いています。いろいろの意味のある言葉だと思います。

私の「衛生の旅」は「コス島への旅」¹²⁾から始まります。「衛生の旅」の第1巻を刊行しましたとき、表紙に表題を何も書きませんでした。「どちら側から開けるか」と、東と西の問題を意識しました。私の「衛生の旅」は、こちら側「西」からあげ「コス島への旅」から始まるということです。

コス島でのスライド(省略)として、神殿・ヒポクラテスの像・ヒポクラテスの木・ハイジエイヤの像をおみせします。ヒポクラテスの木の末裔がここ弘前大学病院玄関前にも植えられています。ハイジエイヤの像は世界ではじめて撮影されたものと「コス島への旅」に書きました。

先日、衛生学の菅原和夫教授ら一行がコス島へ行かれ、その紀行文を学会事務局の中路重之君が書いていますが、インターネットによる衛生学教室のホームページに出てまいりますのであとをご覧ください。

5. 「ちゅうぎ」

もう一方の「東」の例として「ちゅうぎ」¹³⁾をおみせしたいと思います。これが仏教からきた言葉で、仏教大辞典に「厠籌」「浄籌」(きれいなもの)「触籌」(使用後のも)という言葉があり、これに由来したことがわかりました。

「皇祖皇宗国をはじむる国」と「教育勅語」にありますが、そのわが国に「中国」伝来の文化が入り、それが日本の人々の中に入って、一般化していったと考えます。

これが現場の写真で、現物は青森の郷土博物館にもない貴重品です。

6. 疫学的な見方・考え方

「疫学」について考えてみますと、戦後來日したハーバード大学の疫学教授のJ.E.ゴルドンの「医学的生態学としての疫学観の発展」¹⁴⁾に強く印象づけられました。先生はヒポクラテス以来の考え方を述べ、R.ベーコンを経て、「近代的疫学」による「多要因疾病発生論」を述べ、また「追跡的疫学研究」の重要性の指摘をされました。

ヒポクラテスについては「古い医学について」でご承知のことと思います。F・ベーコンではなく、R・ベーコンについてふれています。近代的疫学として、いつを近代とするか。多要因疾病発生論として、「agent/host/

environment」の平衡関係 (equilibrium) としてとらえています。しかしどこまで多要因であるのかという問題があります。われわれは、Na・Kのような元素を指標にしましたので、測定法また解釈は、比較的単純明解でした。最近、DNAが問題になっていますが、物理学でいう窮極の素粒子としてのクォーク・レプトンまでゆくものかと考えることがあります。追跡的疫学研究は、私としては、30年かかりました。

介入的(intervention)疫学研究のはしりのような「リングを食べてもらうという研究」を行いました。最近、世界各地で介入研究の結果が発表される時代になりました。それらの結果がでる前に、たとえば、タバコ喫煙の問題のように対策に行動する時代になったと思います。

われわれは、地域の人々と接触するときには、そのつどの最新の知識を話し、その時点時点で判断してもらうようにしてきました。

1955年(昭30)にJ.S.モーリスがBrit.Med.J.に発表した「Uses of Epidemiology」²⁴⁾をみました。色々効用がある中の「Clues of Causes」に注目しました。「Clues」は「手がかり」であり、ニューヨークで「Clues」という名の雑誌をみました。また「Causes」(原因)をどう考えるかは、疫学では重大問題であります。

また、1957年に著書「USES OF EPIDEMIOLOGY」が出版になり、この本について原島進先生が「社会要因についての考察」を公衆衛生に書いて²⁵⁾おられ、社会要因に思いをいたすきっかけになりました。私としては、特に「文化的要因」に注目してゆくことになりました。後に「血圧論から食塩文化論へ」を述べました。

原島先生は、慶應義塾大学医学部での私の先生で「人間有機体」²⁶⁾を書かれ、また「ジョン・スノーのコレラ疫学」を紹介²⁷⁾されています。先生はジョンズホプキンス大学へ留学されましたので、先生からはお聴ききしませんでした。初代の疫学教授のW.H.フロストの有名な結核の研究のことはご存じだったと思います。亡くなった平山雄先生は、後でふれる「コホート分析」のことを「フロスト現象」といっておられました。

私はこのジョン・スノーのスポットを近代的疫学研究の出発点として位置づけました。「もしもあなたがロンドンへ行くことがあったらジョン・スノーのBroad Street Pumpのあとを見にゆきたまえ」と「疫学的アプローチ」²⁸⁾に書き、また「ロンドンの名所」²⁹⁾にも書きました。ピカデリーサーカスのうしろの、有名なソーホー地区の現在の「Broadwick Street W.1.」にあります。現在はパブになっており、中に訪問者のサイン帳があります。

私がこの地に参りました時代は、「疫学」が従来の「伝染病」を研究対象としていた時代から、高橋英次先

生も書いていますが、自殺³⁰⁾、癌・高血圧、また、国立公衆衛生院の野辺地慶三先生らの「健康の疫学」³¹⁾などに研究対象が転換する時代であったと思います。「解説・現代健康句」に書きましたが「病は世につれ世は病につれ」であります。

7. 疫学的研究

われわれが、昭和29年から「東北地方住民の脳卒中乃至高血圧の予防の研究」³²⁾を開始し、学会へ報告したことが目にとまったのか、昭和32年、高齢医学が創刊されたとき、その研究を書くようにいわれましたが、この時始めて、ごく自然に、あまり深く考えもせず「脳卒中乃至高血圧の疫学的研究」³³⁾という題をつけました。また昭和32年5月の弘前大学祭のときにも「疫学からみた私達の健康問題」という題で講演³⁴⁾しています。すべての研究は「疑問」から発する「Every study begins with a question」と話した記憶があります。昭和33年に、日本衛生学会ではじめて「高血圧の疫学」のシンポジウム³⁵⁾がもたれたとき「高血圧の疫学的研究」という題で報告する機会を与えられました。

私は教科書にのるような「疫学の定義」を問題にすることは考えておりません。「言葉のもつ意味」は、時代とともに変わるものだとの認識³⁶⁾をもっています。どのような方法で、どんな研究をしたかで論ずべきと思います。このような考え方については、「民族衛生」の名称について論じたとき³⁷⁾にも述べました。

8. 津軽に学ぶ

昭和29年に弘前に住むようになって、多くのことをこの津軽(つがる)で学びました。

当時、弘前大学医学部をあげて取り組んでいたのは、「御所河原町」の増田桓一先生がビタミン誌に報告³⁸⁾された「青森県津軽地方におけるいわゆるシビ・ガッチャキ症」の解明でありました。先生がその論文の始に書かれた「ある地方に1つの固有の病名が生れるということは、この地方にその病気が長い間、如何に深刻に蔓延して来たかを物語るものと考え。その病気の本態が解明されずに残されている主要な理由としてはその地方の医学的後進性の如何、また日本医学の重点の置きかたが従来余りも都市中心であったことなどが挙げられるであろう。」という言葉が印象的でした。

弘前大学医学部全科をあげての研究が行われていましたが、衛生学教室では、地域の人々の「口角炎」の観察

を始めました。そして地域を歩きはじめた時、同時に子供から老人までの地域全員の血圧を測定しはじめました。

この東北地方の人々の間に「あだった」「ほんとあだった」「びしっとあだった」「かすった」という言葉がありました。

全国にわたって保健婦さんたちの協力で「循環器系の疾患を表わす言葉の研究」²⁹⁾を行なったことがありますが、中国医学の影響と考えられる「中風・中氣」は、全国で一様にいわれていましたが、この地方では、ずばり「あだった」といっておりました。その病状は、地方的な特徴があり、「脳溢血」「脳血管疾患」当時は「中枢神経系の血管損傷」といわれ、外国でいう「apoplexia」「stroke」に相当するものと思われ、「心臓病」「heart attack」にあたる言葉はなかったことを確かめたことがありました。この「あだり」が「血圧」とくに「高血圧」に関連のある疾患と考えられたので人々の「血圧」を測定しはじめたというわけです。

9. 高血圧の疫学的研究

われわれが、日本の東北地方の人々について血圧を測定し始めた昭和29年当時は、人の血圧、とくに高血圧をどのように考えるかについて、国際的にも国内でも種々論議されはじめた時代でした。

すなわち、1954年G.W.ピッカリングは「高血圧という疾病は正常状態からの量的な偏位にすぎない、質的なものでない」という考え方を報告³⁰⁾し、高血圧は、高血圧症として一つの実存物としての疾病 (a disease entity) と考える学者に対して国際的に論争を駆り立てた時代であり、また、日本でも人々の血圧についての多くの資料をもつようになった生命保険医学者たちによって血圧の分布型について色々の考え方が報告されるようになった時代³¹⁾でした。

このスライド³²⁾ (省略) は昭和59年に第49回日本民族衛生学会総会が弘前で開催されたとき配布した「人々と生活」という記念写真集の最後の一枚です

昭和29年当時は、まだ一般に生活している人々について「疫学的接近」によって血圧を測定した例は殆どなく、われわれが血圧計を手に入れた東北地方の人々の血圧を測定し始めたことを、「疫学的研究」の原点と考えています。「最後の一枚は、人および人々の健康問題へ接近していった「疫学」の原点としての意味をもつ。昭和30年、秋田市のいなかの八田部落から下浜村へ入るところである。血圧計をリヤカーにのせて歩いていった。そこの住んでいる人々の血圧がどうであろうか、そして生活の様

子はどうであろうかと。それから30年、あつという間に過ぎていった」と書きました。

昭和29年に創刊された「厚生指標」に示された脳卒中の死亡率の国際比較をみれば誰でも日本の脳卒中死亡率が諸外国と比較してとびぬけて高いことを疑問に思うものだと思います。戦前わが国で「脳溢血」の研究³³⁾がはじまったのはこのことでした。

また統計学者のT.ゴルドンがPublic Health Reportに報告したアメリカ・ハワイ・日本における日本人の死亡率を比較した論文³⁴⁾ は日本人の死亡率とくに脳卒中死亡率の国際な比較において極めて興味のあるものでした。

その当時入手できたガリ版摺の人口動態統計資料をもとに、「脳卒中乃至高血圧の公衆衛生学的問題点」³⁵⁾ を指摘しました。死亡統計の検討³⁶⁾ これは「記述的疫学」であり、とくに「中年期脳卒中死亡率」³⁷⁾ の検討をしました。近藤正二先生は、壮年期20-59歳の死亡率を指標に、われわれは、中年期30-59歳を指標にしました。一般によくいわれる「訂正死亡率・年齢調整死亡率・平均寿命・死亡数・死因順位」を指標にして問題を指摘したのではなく、「量的ではなく質的」な指標と考えました。

高橋英次先生らとのHuman Biologyに発表した論文³⁸⁾ が、1960年の国際学会でL.K.ドールによって紹介されました。またJapanese Heart J.が創刊になり1962年に私が報告した「High blood pressure and the salt intake of the Japanese」の論文³⁹⁾、これらの論文によって日本人の血圧あるいは食塩摂取との関連、また、りんご摂取との関連が、国際的に知られるようになったと思います。

10. コホート分析

もう一つ、昭和32年4月の教室の抄読会での「コホート分析」に関する論文⁴⁰⁾ のもつ重要性に印象づけられました。この文献は、最近「歴史的文献」として再版されています。私は「cohort」を「コホート」という日本語としての表現をして紹介⁴¹⁾ しました。また、昭和48年に始めて医師国家試験に出ています⁴²⁾。今話題の在郷軍人病のレジオネラ感染症のレギオン (legion) もローマの軍団で、その1/10の軍集団がコホート (cohort) です。

予防を考える上での基礎になるコホート分析による論文⁴³⁾ を武田壤寿君が報告しました。「出生コホート」による検討、また季節差・地域差などによって、問題の所在、研究への手がかり、予防の可能性の指摘ができました。

昭和36年に寿命学研究会主催で日本医師会館でわが国で始めて「脳卒中の治療・予防・リハビリテーション」に関するシンポジウム⁴⁴⁾ が持たれた時、私は「予防」の

ことを報告しました。「予防」とは中国「易経」の（水と火）の第63の既済（きせい）から由来している言葉とされます。

われわれは、この地方で古くから「あたり」といわれていた「脳溢血」、とくに「若い働き盛り」から起こり死亡する疾患の「予防」がわれわれの「衛生学の研究」の目標になりました。疫学的研究の考え方としては「多要因疾病発生論」であり、「原因」を求めるより、あらゆる可能性（possibility）を求め、もっとも蓋然性（probability）の高いものを考え、把握された「問題」の解決に向かうことであります。勿論はじめに何を「健康の問題」として把握するかが問題であります。

「血圧」をそこに住む人々の「健康情報」の一つと考え、それを整理検討することによって問題解決をはかろうとしました。

11. 血圧論と疫学的研究の成果

われわれが、一般に生活している人々について、血圧測定方法や記録方法を決めて³⁰⁾血圧を測定し、統計をとってすぐ分かったことは、同じ年齢群で比較しても、対象ごとに血圧の平均値や分布が異なることでした。また血圧を小学生や中学生といった小さい人達から年寄りまで測定しましたが、血圧の平均値の高い地域では、血圧は、小さいときから高いようだ、また、血圧値の分布が最高血圧においては正規分布から高い方へずれて歪みができるようだと考えられました。また、同じ対象を夏と冬と測定してみると、冬、血圧は上がり、夏は低くなるという季節変動を繰り返していることが判明しました。東北地方の人々の血圧は、日本の他の地方で測定されている血圧値と比べてみると高いことも分かりました。個人の血圧を同じ人について何回も繰り返して測定してみると、血圧の高い人はいつも高めで、低い人はいつも低めで、個人としてその集団の中で血圧のしめる位置がありそうだといったことが考えられました。

このように一般に生活している、いわゆる健康な人を患者も含めてその地域に住む人々について実際に血圧を測定した値にもとずいて、人および人々の血圧をどのように考えたらいいであろうかと考えました。それが「血圧論」³¹⁾になりました。

われわれはその「血圧論」にもとずいて疫学的研究を展開しました。「血圧を評価するときには、個人の属している社会集団の血圧について集団評価を行い、ついで、その集団の中の個人の血圧について個人評価を行わなければならない」という考え方をもつに至りました。

この考え方は、単に血圧についてというだけでなく、

「過去から現在までに取り上げられてきた、疾病観ないし健康観の将来への発展、橋渡しとしての思想に関する重要な問題と思われ、現在問題になっているコミュニティー・ダイアグノーシス（Community diagnosis）や、健康の指標の概念に通じるものである」と述べました³⁶⁾。

われわれの血圧測定値をもとに「血圧論」を考え、「多要因の函数としての血圧値として、個人の血圧値と社会集団に共通な要因」として、東北地方の人々の血圧に大きく関与している社会的文化的要因を考えると、日常摂取している食塩が、小さいときから血圧を高め、加齢とともに最高血圧の分布を高い方へ歪みを起こす要因になるのではないか、そこに「食塩過剰摂取の疾病論的意義があるのではないか」³⁷⁾と考えました。

食塩については、ナトリウム・カリウムの炎光分析法をはじめ地域人口集団の尿分析に応用し、高血圧との関連を考察しはじめました³⁸⁾。死亡・罹患に関連があると考えられた人間の健康状態としての血圧³⁹⁾については、一般に生活している人々についての血圧測定方法、聴診法の検討・標準化、そして現在は自動血圧計による「純客観的血圧測定法」（いわゆる弘前方式）⁴⁰⁾によって研究が展開されました。

1965年から66年にかけてアメリカのミネソタ大学に客員教授として滞在している期間に、今度は世界各地における血圧測定値について検討することができました。「Global epidemiological studies on hypertension」としました。

病院や診療所で測定された患者の血圧値ではなく、一般に生活している人々の血圧値、それは世界各地で人類学上測定されたものが大部分でしたが、いわゆる人口集団調査（population survey）の論文を総て検討することができました。そして国際的視野からみた日本人の血圧としてまとめることが出来ました。

その結果、日本人の血圧は、日本国内でも各種人口集団ごとに、性別・年齢別にみた最高血圧平均値および標準偏差からみた血圧水準と分布に差があるが、国際的にみた場合、他の地方にくらべた場合、一般に高い水準と巾広い分布をもつ報告例が多いことを認めました⁴¹⁾。

そして、これらの血圧水準と分布に関連する要因の探索に国際的な計画的な疫学調査の必要性を指摘しましたが、また同時に、その地方の人々の日常摂取している食塩あるいはカリウムとのNa/K比との関連についてまとめてみると、そこに一定の関連が認められるのではないかとの「作業仮説」を述べました。

すなわち、各種人口集団の血圧水準や分布とその地域で日常摂取されている食塩との関係を見ると、成人になった時の最高血圧が正規分布するものと考え、平均値が120mmHg、標準偏差10mmHgとみると、その上限は150mm

Hgになるが、このような最高血圧の分布からはずれるのは食塩を1日5グラム以上摂取している人々であり、それからはずれると分布が乱れてくることが認められた。この5グラムがまた人々が日常摂取する食塩の上限にしてはどうか、この位の食塩を食べて元気で生きていけるのではないかと考えました⁶²⁾。ちょうど宇宙船が地球をまわり始めた時期でもありました。

1970年、ロンドンで開催された第6回の世界心臓学会での高血圧の成因に関する円卓会議で「高血圧についての疫学的研究は、地球上の各地に住む人々がはたしてどのような血圧をもっているかの観察から始めなければならない」と述べ⁶³⁾、日本人についての観察や国際的に血圧測定値を整理してみても成績を述べましたが、これらの資料は疫学的に言えば「横断的疫学調査」による資料であって、将来、国際的に計画的な疫学的研究によって検討しなければならないこと、また、とくに、日常摂取されている食塩との関連は検討されなければならないことを報告しました。最近「Intersalt study」また「CARDIAC study」にその成果が報告されるようになりました。

われわれの研究は、人々の生活要因に「予防」の手がかりがあるのではないかとということでしたが、その成果は「りんごと健康」「食塩と健康」(共に第一出版)にまとめることができました。

現在までに追跡観察されている成果によれば、「働き盛り」の人々の死亡は減少し、出生コホート別に死亡・血圧については良いと思われる方向への変貌が認められています。

「疫学的アプローチ」は基本的にひとりの患者あるいはその人の部分に目が向けられるのではなく、人々の研究から始まるが、その地域人口集団の健康情報としては計画的な疫学研究によらなければならないと思われ、われわれは、そのように考える基礎になる成果を得た⁶⁴⁾と思いました。そこで得られた情報をもとに「問題」を把握し、問題解決の手段が得られるものと考えます。

今や発想の転換を一疫学による予防への時代ではないかと考えました⁶⁵⁾。

12. おわりに

先日、鵬桜会報の「衛生学教室のアルバムから」に、昭和35年当時、私が学生に講義しているところの写真(省略)を掲載⁶⁶⁾しました。黒板に「J」と書いてあるのは、人の健康問題は「多要因疾病発生論」であることを示めしたと思います。「丸」が書いてあるのは「診療所・病院」へ来る患者を診る「臨床的」とは違った「疫

学的」な見方が必要ではないかと述べたと思います。100グラムに0.1グラムとあるのはりんごの中のカリウム量のこと、食塩に対するカリウムの保護作用についての私の考え方を述べたと思います。

弘前市代官町生れの慶應義塾の先輩の石坂洋次郎さんが残した言葉「物は乏しいが空は青く雪は白く林檎は赤く女達は美しい国それが津軽だ」に続く言葉として、私として付け加えさせていただければ「私の半生はこの津軽で過ごし多くのことを学んだまた学びつつあるそして学んだものを世界に発信できた」と「津軽に学ぶ」の最後に述べました。

このような講演をする機会をあたえていただいて有難うございました。

文 献

- 1) 杉田玄白：蘭学事始。日本の名著22, 中央公論社, 昭46.
- 2) 佐々木直亮：「疫学者」の立場。日本医事新報, 3584, 43-44, 平成5.1.2.
- 3) 佐々木直亮：研究うらばなし。鵬桜会報, 32, 11-18, 昭61。(衛生の旅, Part 3, 162-182, 昭62.)
- 4) 佐々木直亮：柴田学園とのこと。柴田学園創立七十周年記念誌, 167-168, 平成5年.
- 5) 佐々木直亮：生活条件と血圧, とくに食塩過剰摂取地域にけるりんご摂取の血圧調節の意義について。日衛誌, 45, 954-963, 1990.
- 6) 佐々木直亮：りんごと健康。第一出版, 1990.
- 7) 佐々木直亮：食塩と健康。第一出版, 1992.
- 8) 佐々木直亮：解説・現代健康句。津軽書房, 1993.
- 9) 佐々木直亮：戦後50年。日本医事新報, 3689, 64, 平成7.1.7.
- 10) 佐々木直亮：日循協30年前夜の人々。日循協誌, 30, 142-147, 1995.
- 11) 佐々木直亮：医療今昔物語：高血圧。臨床科学, 32, 240-246, 1996.
- 12) 佐々木直亮：衛生の旅。Part 1-6 (1980-96)
- 13) 佐々木直亮：新春随想「いい日旅だち」へ。青森県医師会報, 401, 48-49, 1996.1.
- 14) 佐々木直亮：21世紀へのメッセージ：疫学による予防へ。公衆衛生, 60, 234-235, 1996.
- 15) 佐々木直亮：今、疫学を思う。日本疫学会ニュースレター, No. 8, 1-3, 1996.6.15.
- 16) 佐々木直亮：先生。日本医事新報, 374, 1, 56, 平成8.1.8.
- 17) 富士川游：日本疾病史。平凡社, 昭44.

- 18) 衛生学開講25年誌, 1971.
- 19) 第35回日本衛生学会総会号. *日衛誌*, 20(5), 1965.
- 20) R.デュボス (田多井吉之介訳) : 健康という幻想. 紀伊国屋書店, 1964.
(ReneDubos : *Mirage of health*, Harper & Brothers Publishers, New York, 1959.)
- 21) 佐々木直亮 : コス島への旅. *公衆衛生*, 32, 225-227, 1968.
- 22) 佐々木直亮 : 「ちゅうぎ」考. *月刊健康*, 173, 42-43, 1978. (衛生の旅, Part1, 74-75, 1980.)
- 23) J.E.ゴルドン : 医学的生態学としての疫学観の発展. *公衆衛生*, 18(4), 1-8, 昭30.
- 24) J.S.Morris : Uses of epidemiology. *Brit. Med. J.*, 4936, 395-401, 1955.
- 25) 原島進 : 社会要因についての考察 — J.N.Morris — Uses of Epidemiology (1957) の用語の分析. *公衆衛生*, 25, 615-617, 1961.
- 26) 原島進 : 人間有機体. 医学出版部, 群馬県太田町, 昭23.
- 27) 原島進 : ジョン・スノーのコレラ疫学 (1855年版). *日本医事新報*, 791. 3887-3888, 昭12.
- 28) 佐々木直亮 : 疫学的アプローチ. *日本医事新報 (ジュニャー)*, 148, 15-16, 昭50.12.15.
- 29) 佐々木直亮 : ロンドンの名所. *公衆衛生*, 32, 223-225, 1968.
- 30) 高橋英次 : 自殺の疫学的考察. *総合医学*, 7, 466-470, 1950.
- 31) 野辺地慶三, 他 : 健康の疫学. *公衆衛生*, 22, 233, 1958.
- 32) 弘前大学医学部衛生学教室業績集. 第2-12巻 (1955-85)
- 33) 佐々木直亮 : 脳卒中乃至高血圧症の疫学的研究. *高齢医学*, 1, 160-168, 1957.
- 34) 佐々木直亮 : 疫学からみた私達の健康問題. 弘前大学大学祭, 学術公開講演, 昭32.6.1.
- 35) 佐々木直亮 : 高血圧の疫学的研究. 第28回日本衛生学会総会シンポジウム, (昭33.4.8.) *日衛誌*, 13, 11-13, 1958.
- 36) 佐々木直亮 : 言葉のもつ意味. *弘前医師会報*, 233, 71-72, 1994.2.15.
- 37) 佐々木直亮 : 「民族衛生」について. *民族衛生*, 59(5), 249, 1993.
- 38) 増田桓一 : 青森県津軽地方におけるいわゆるシビ・ガッチャキ症について. *ビタミン*, 3, 189-196, 1950.
- 39) 仁平將・佐々木直亮 : 循環器系疾患を表わす言葉についての研究. *保健婦雑誌*, 40, 116-123, 1984.
- 40) G.W.Pickering : The nature of essential hypertension. p.3, J. & A. Churchill, London, 1961.
- 41) 佐々木直亮 : 日本人の高血圧 — 疫学の成果と展望 —. *日本保険医学会誌*, 79, 59-92, 1981.
- 42) 佐々木直亮 : 人々と生活と. 第49回日本民族衛生学会総会記念写真集, No. 238, 1984.
- 43) T.Gordon : Mortality experience among the Japanese in the United States, Hawaii, and Japan. *Pub. Health Rep.*, 72, 543-553, 1957.
- 44) 佐々木直亮 : わが国における脳卒中乃至高血圧の公衆衛生的問題点. *日公衛誌*, 4, 557-563, 1957.
- 45) 佐々木直亮 : Apoplexy (脳卒中) の疫学. *神経研究の進歩*, 7, 297-312, 1963.
- 46) 武田壤寿 : 中年期脳卒中死亡率の意義について. *弘前医学*, 7, 83-90, 1956.
- 47) E.Takahashi et al. : The geographic distribution of cerebral hemorrhage and hypertension. *Human Biology*. 29, 139-166, 1957.
- 48) N.Sasaki : High blood pressure and the salt intake of the Japanese. *Japanese Heart J.*, 3, 313-324, 1962.
- 49) R.A.M.Case : Cohort analysis of mortality rates as an historical or narrative technique. *Brit. J. prev. soc. Med.*, 10, 159-171, 1956. (*J.Epidemiology and Community Health*, 50, 114-124, 1996.)
- 50) 佐々木直亮 : コホート分析とその実例. *保健の科学*, 2, 146-149, 1960.
- 51) 佐々木直亮 : コホート分析によせて. *日本医事新報 (ジュニャー)*, 184, 27-28, 昭54.7.
- 52) 武田壤寿 : わが国の脳卒中死亡のコホート分析について. *厚生*の指標, 5(5), 52-56, 1958.
- 53) 佐々木直亮 : 脳卒中の予防について. *日本医師会誌*, 48, 75-79, 1962.
- 54) 高橋英次, 他 : 東北地方住民の血圧. *弘前医学*, 11, 704-709, 1960.
- 55) 佐々木直亮 : 血圧論. *弘前医学*, 14, 331-349, 1963.
- 56) 佐々木直亮 : 高血圧者ふるい分け検診についての問題点. *日公衛誌*, 9(7), 287-291, 1962.
- 57) 佐々木直亮 : 脳卒中頻度の地方差と食習慣「食塩過剰摂取説の批判 (福田)」の批判. *日本医事新報*, 1955, 10-12, 昭36.10.14.
- 58) 佐々木直亮 : 東北地方住民の血圧と尿所見特にNa/K比との関係について. *医学と生物学*, 39, 182-187, 1956.
- 59) 佐々木直亮 : 疫学面よりみた高血圧. *最新医学*, 22, 1142-1149, 1967.
- 60) 佐々木直亮 : 自動血圧計覚書. *日本医事新報*, 3542, 64-65, 平成4.3.14.

- 61) 佐々木直亮：国際的視野からみた日本人の血圧. 弘前医学, 26(3.4), 327-349, 1974.
- 62) 佐々木直亮：疫学面よりみた食塩と高血圧. 最新医学, 26(12), 2270-2279, 1971.
- 63) 佐々木直亮：高血圧における食塩因子. 日本医事新報, 2426, 30-31, 昭45.10.24.
- 64) 佐々木直亮：地域人口集団の健康情報としての医療機関における情報のもつ意義について－血圧情報を例としての考察. 日衛誌, 45, 187, 1990.
- 65) 佐々木直亮：今こそ発想の転換を疫学による予防医学へ. 衛生の旅(Part 4), 6-9, 1988.
- 66) 佐々木直亮：衛生学教室のアルバムから (その30). 鵬桜会報, 41, 146-149, 平成8.6.26.

(佐々木直亮名誉教授の略歴)

昭和18年9月慶應義塾大学医学部卒、慶應義塾大学医学部助手、講師を経て、昭和29年1月弘前大学医学部助教授、昭和31年9月教授・衛生学講座を担当。昭和61年定年退職、同大名誉教授。昭和39年日本衛生学会、昭和55年日本循環器管理研究協議会、昭和58年日本民族衛生学会を主催。日本衛生学会など多くの医学会の理事、幹事または評議員を歴任、日本衛生学会、日本民族衛生学会、日本公衆衛生学会、日本産業衛生学会、日本脳卒中学会、日本疫学会、日本循環器管理研究協議会の名誉会員、日本高血圧学会の特別会員。青森県医療審議会、青森県公害審査会、成人病対策協議会、地域保健医療対策協議会などの委員を歴任。

昭和49年、日本における高血圧の疫学的研究で毎日学術奨励賞、昭和56年青森県褒賞、昭和58年木村甚弥（りんご顕彰会）賞、昭和61年保健文化賞（厚生大臣賞）、平成7年11月勲3等旭日中綬章、平成8年美原賞、中富健康科学振興賞。

主な著書：「りんごと健康」（第一出版）、「食塩と健康」（第一出版）、「解説・現代健康句」（津軽書房）、「衛生の旅（Part 1-6）」等

注）本論文は、第37回社会医学研究会総会における特別講演（平成8年7月20日、弘前大学医学部コミュニケーションセンター）の内容に基づいたものですが、編集の都合で、スライドで示された多くの写真や図表の掲載を省略させていただきました。

編集部

「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。
ワードプロセッサを用いて作製した場合、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. 費用は全額著者負担とする。
6. 校正は初稿のみ著者が行なう。
7. 別刷の実費は著者負担とする。
8. 原稿送付先：公衆衛生院次長室内 社会医学研究会事務局

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－頁。著者が5名以上の場合は最初の3名を記し、あとは「ほか」（英文では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 J Ind Med* 1945; 2: 17-20.

〔単行本〕 著者名または編者名（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－頁。

- 3) 原島 進. *環境衛生学*. 東京: 南江堂, 1950: 141-146.
- 4) Weinstein L, Swartz 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。

社会医学研究 第16号 1999年4月1日 発行

発行者 上 畑 鉄之丞
発行所 東京都港区白金台4-6-1 国立公衆衛生院次長室内
社会医学研究会事務局
Tel 03-3441-7111(代) 03-3446-3440(直通)
Fax 03-3446-3440
編 集 第38回社会医学研究会総会事務局(代表:福地保馬)
札幌市北区北11条西7丁目
北海道大学教育学部健康体育科学講座内
Tel & Fax 011-706-5421