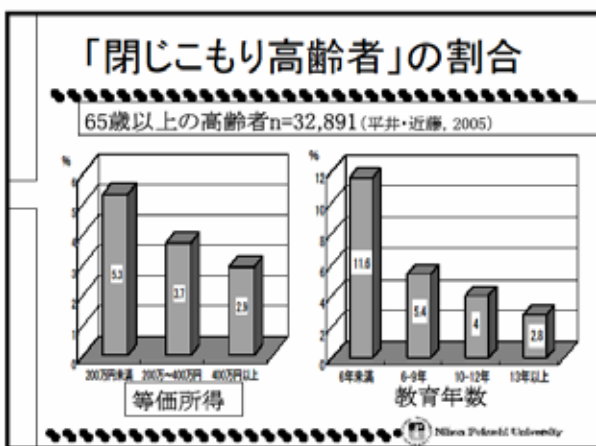


っていない」という方がどのくらいいるのかということを見ています。やはり所得が少なくなるほど、教育年数が短いほど、閉じこもりが多くなるというデータが出ています。他にも高齢者に関するいろんなデータがあるのですがまだまだ解析中です。総じて、教育と所得というものが医療の予防サービスの利用、転倒した経験、閉じこもりなどといったことに関して影響していることがあります。(下図参照)



それはいったいなぜか ということに関して所得生涯学歴就業状況という表がありますが、これがさまざまな要因に関係しているのではないかと。ただそこはもっと研究していかないとけない。たとえば「転倒が多い」という話で考えてみますと、所得、あるいは教育に関して、より転倒しにくい家をつくりやすい、あるいは体力を維持することができるかもしれない、そういうようなことです。所得が多い人のほうがさまざまなサービスをうまく利用できるかもしれない。

これは諸外国の経験として、イギリスで有名な研究で中央官庁の公務員を研究したのがあります。公務員は基本的に所得があるのだけれども、仕事をしている種類でずいぶん健康の状態がちがう。具体的には心臓病など、そういったものに関して発生の状況がちがうとことが分かっています。おそらく心理的ストレスということが非常

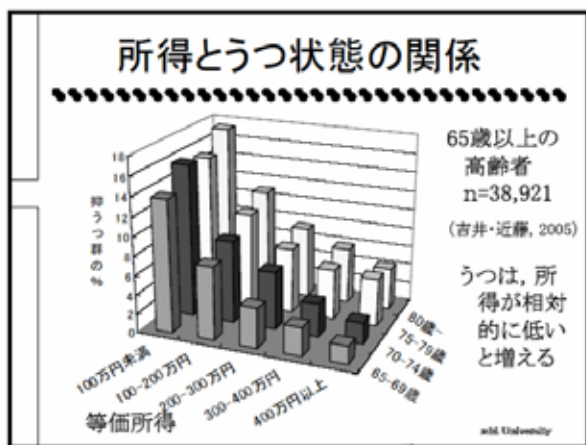
に仕事の種類によって違う。ストレスが違うことはみんな知っていますが、それが心臓病につながっていくことは、少なくともイギリスやヨーロッパの国ではわりとあるというデータです。では日本でどうなのか...、まだそこが必ずしも十分検討されるだけのデータがありません。

1つの考え方として、心理学的な解釈ということがあって、所得や学歴がストレス、うつということにつながっていく。逆にいえば所得だけではその人の生活は分からないにしても十分に活動することが少ない。それが生物学的なストレス発散を不健康なやり方でやってしまわざるを得ない。時間がなければ運動するようなゆとりがなく、不健康を及ぼすような習慣にならざるを得ない環境があるのではないかと。この環境という問題がこういう議論の中で非常に重要な意味があります。つまり、日本の社会の格差の問題を考える場合、健康の問題は、どちらかといえば基本的に個人的な問題と考えがちなところがあります。たばこにしても、運動にしても、食事にしても、自分で気をつけるという話になりがちです。ところが実はそういうことは個人努力でできる範囲があるとしても、普段の生活全体がどうなって、その人がどういう状況におかれているのか。そういうことがかなり影響することがあります。たとえば日本で如実に出ていますのは、喫煙をめぐる環境などは最近ずいぶん変わってきました。喫煙自体が健康増進法という法律ができるなかで社会的にいろんな形で議論がまきおこり喫煙のとらえ方自体も変わってきています。それは1つの例ですが、おかれている所得などの環境の差によって変わってくる。都市部ではたとえばある運動教室にお金を払って行ったほうがいいのかもしいませんが、所得があるなしではそういう面に影響してくる。これはいろいろな説はありますが、おそらく単純に個人努力だけでやるという話ではないこ

とはいままでの統計から出てきています。

ウツと所得の関係

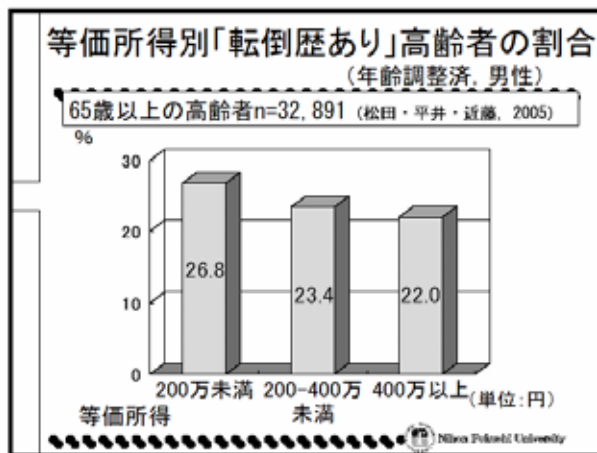
ウツというのは職場の精神衛生でもかなり大きな問題です。今回の調査の中では所得とウツ状態の関係がかなりはっきりとしています。正式なウツの診断はお医者さんがしないとわからないわけですが、こういう調査で全部お医者さんが診てというのは難しいので、あくまでも1つの指標として聞いています。所得とウツの状態を「生きているのはむなしいような感じがしますか?」「普段は気分がよいですか?」などの質問を聞いて、これを点数化してみて、それを抑うつかどうかをある点数で切って判断しますと、やはり所得状態がウツの状態にも影響を与えています。高齢者のところでウツが所得ごとに違うかどうかですが、これはまだ正直わかっていない。



この図に戻りますが、ストレスがなんで影響を与えるのかという話ですが、それはまだちょっと分かっていないところがあります。ただ所得水準の差が生活状態のある種の差や、あるいはさらにもうちょっといえば、社会的ネットワークや、社会的サポートと関係しているのではないかとことです。よくいろんな取り組みのなかでいわれていることの1つに、ある程度の所得がないといわゆる近所づきあいとかも含めた付き合い

をしにくい。そういうことも含めると所得水準が孤立等と関係しているのかもしれない。

さきほど申し上げた転倒歴ありの人たちのデータがこれです。200万未満と200万から400万以上に分けてみますと、かなり多くの方が「転倒歴あり」ですが、所得の低い人のほうが「転倒歴あり」が多い。「転倒歴あり」という人は、骨折して骨を折ったりするリスクが高くなることもまた別のデータでわかっていますので、転倒はあまり軽くみることができない。私どもがいろいろ研究する場合、ある種「階層性の健康」について考えていく必要があります。個人、個人の健康の問題には、遺伝子や日々の生活習慣も当然関係するわけですが、そもそもそこが何によって影響されるのかということを考えておく必要があります。



日本はつい最近までかなり地域や会社組織等で緊密な相互支援が行われてきていました。しかしいまわれわれが直面しているのは、ここらあたりで大きな変容の時期を迎えているということです。従来、日本型全部雇用の体系のなかでは、会社あるいは企業が、それなりに働き世代の人たちをサポートすることがありました。また近隣社会でも過疎地の問題など長年いわれていますが、それなりに支え合うことをなんとかやってきましたが、いまそれが非常に危機的な状況を迎えて

いる。働いている場所でいえば、いままでとは職場の意味が変わってきている。全体的に限られた常用雇用を得た人と、不安定な非正規雇用の人では全く職場の意味が変わってきている。それが所得も変わるし、その所得の変化によって社会的ネットワーク（サポート）をもつような人とのつながりを含めて大きな変化をもたらしつつあります。これから結婚、離婚ということも変わっていくと思いますが、いま日本はグローバル化の下で社会が大きく変容するときに立ち向かっている。日本はこの間、グローバル化や 80 年代の不良資産を中心に対応し、その変化に応じて人々の暮らしを安定化させるセーフティネットを十分つくってきていないし、ある一面では撤退しているところがある。個人の社会経済因子に要因する環境をどうつくりあげていくのかということが、かなり難しくなっているなかで、きょうここに集まっている皆さんも含めまして、政府がやらないのならわたしたちがなんとかせなあかんという取り組みが強まってきているわけです。

医療アクセラ保障のほころび

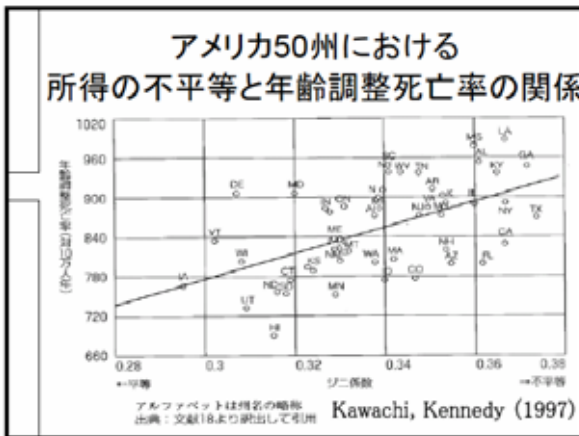
医療という話に限って見た場合でも、この間、難しい問題がいろいろと起きています。国保料の未払いを含めて、無保険状態におかれている人が増えてきている。この人数もはっきり分からず、それをはっきりさせていく必要があります。国保の収納率の低下で資格証明書が出されている。その背景には非正規雇用の拡大に対応できない社会保険制度があります。だれでもある程度、所得がある社会であれば 3 割負担、低所得者への配慮は若干ありますが、それにしても医療の最初のアクセスが 3 割負担というのは、日本の医療のなかで十分な保険といえるのかという問題があります。日本の医療費は（これは医療費のプロットで 60 年代からずっとみていますが）ドイツ、フラン

スなどに比べますとかなり低い。イギリスと日本はいつもトントンですが、OECD の国のなかでも中位ぐらいでそんなに高くない。1 ついまのような状況があるなかで対応がどうなのか、ということと考えておく必要があるのは、社会格差がいのちとか健康の格差につながるつながりがだいたい諸外国で少なくとも分かっている。日本でもさきほど言いましたが、高齢者の健康に関しては、主観的な健康観についてそれぞれ自分のことをどう把握しているのかというデータをとってしましても、やはりそこにも格差があります。そういうことから、日本の高齢者のなかでは健康の格差はやはりあると学術的にもみられるわけです。もし、そうだとすれば、高齢者のところだけじゃなく、社会全体のなかで他の国と同じように健康格差があるのではないかという推測ができます。もし仮にその格差が少なかったとしても、いま日本で進行している格差の拡大があるなかで、それがどういう結果をもたらしていくのかをいま考えておく必要があります。格差社会がもし進展し、それが生命の格差の拡大につながる危険性があるという問題を含め、社会のなかにあるさまざまな格差につながる問題をどう考えていくのか、ということがいま大きくは問われています。

所得の不平等度と地域の健康度の関係

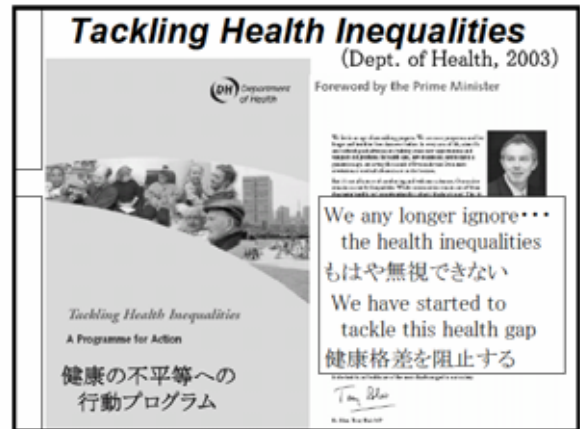
これはちょっと国際的には議論があるところではあるのですが、あえて皆さんにご紹介しておきます。ある社会のなかで不平等度が高くなると、その地域の健康度も含めて全体として悪くなってしまうのではないかと、ということです。これはアメリカのある州ですが、横軸にジニ係数と書いてあり、右側にいくほど不平等度が高い。こっちは年齢と死亡率で、縦軸が上にいくほど死亡している人の健康度が悪い。このアメリカのデータではジニ係数というものがあがってくる。アメリカ

は州ごとの独立性がかなり高いので、州ごとでみた場合、所得分布度の程度がその州のある種の健康ランキングに結びついている。同じように日本でも限定された愛知という地域であります、中学校区でみた場合、高齢者のなかではありますが、所得格差により健康感がよくないという人の割合が増えている。所得の不平等度が全体としてその社会の健康度を悪くするかどうか これはかなり議論があるところですが、確実に言えることとしては社会格差の拡大がすすむといのちの拡大につながるということです。



イギリスは伝統的に格差度が高い国です。ここに書いていますように、1997年、ブレア政権ができたとき「健康の不平等に対応する取り組み」という新しい政策が非常に期待をされた。その健康政策のなかに格差対策を取り入れていくということをやりました。イギリスではいろいろな統計があり、いろんなレベルで格差があることが実態的にわかっています。その格差を埋めるためにかなり多面的な取り組みを検討したその項目をここにあげています。全般的な「生活水準の向上と低所得の克服」という貧困対策です。「家族の支援」「健康づくりをすすめていく」「乳幼児支援をする」「住居の改善をする」「交通安全をすすめる」などここに書いてあるような項目の取り組みをすすめていく。最後に「医療が格差をすすめ

るためにさまざまなサービスが行き届くようにしましょう」と書かれています。



同じようにヨーロッパでも健康格差の問題というのは非常に大きな議論になっていて、さまざまな対策が試みられ、とくにオランダなどの北の国は一生懸命に考えています。そのなかには取り組みを分類すると4つぐらいあります。

1つは貧困対策や社会給付制度のように社会経済的不利自体を援助していこうという政策です。長期の失業に対しての給付をきちんとする。2つ目に慢性的な病気の人に対する労働条件が適正に行われているかどうかの監督を強めるという考え方です。上のほうはもともと貧困や、失業を無くそうということですが、下は仮に失業になった場合、それをきっかけにいろんな不健康なことが起こらないよう対応するということです。それに関係する要因として労働条件をより健康的にしていく。3つ目には勤めている場所で不健康な場所を無くする。4つ目には、とくに社会的に困難な状況がある人に対して医療サービス・保健サービスを高めていくことも健康格差に取り組みられています。ところがイギリスではあまり所得格差自体でいえば縮んでいない。その所得格差自体の対策をあまりしないで健康の格差を縮めようと思っても、これはなかなか難しいことが分かっています。99年から行動計画と言われ取り組

んだけれども、2006年、この5年間の総括としては健康格差の縮小はあまり進んでいないという結果となりました。この取り組み自体を否定できないとしても、社会全体の所得等の分配のあり方というものがあまり大きく変わらない中で、こういう格差対策に取り組みをしてもすぐには変わらないかもしれない。ただ5年間で結論づけるのは早すぎますが、少なくとも5年ぐらいの期間では変わらないという結果です。

健康格差から社会を考える

この健康の格差があることが外国で言われているけども、いま日本でこれだけいろんな雇用や所得の格差が生まれているなかで、われわれ研究者としてはそれをはっきりさせていかなければいけない。研究としてはそのための取り組みは強めていく必要が当然あるわけですが、ただ実際の対応として、いまそういうことをどう考えていくか。とくにいま日本では単純に格差だけでなく、格差の底辺のところでは非常に生活のぎりぎりのところで暮らしている人々が増えている状況があります。そのなかで所得の格差、雇用の格差と言われることが、いのちの格差につながっていることを考えた場合、われわれは社会経済のあり方をどうしていけばいいのかということを考えて議論していく必要があるのではないか、ということです。

結び

いまの貧困の問題ということが健康問題とつながることについて具体的にいろいろと対応していく必要がもちろんあります。また職場とかのいろんな具体的な問題も対応していく必要もあります。日本の大きな社会のトレンドとして進められてきた労働力の流動化、あるいは非常に低い賃金での労働といったことが一体的に進んでい

るなかで、その問題をいのちや健康の問題とあわせて考えていく必要があるのではないか。わたし自身は労働政策自体が専門ではないわけですが、この問題を考える場合、より安全で安定的な所得や雇用を確保していくことを政策のなかできちんとおりこんでいく必要があります。ただグローバル化のなかの競争力の確保という議論だけで、日本の経済、労働を再構築していくことは非常に危険であるのではないかと思っています。われわれ学者としてはそういうことを考えつつ研究しています。皆さんのところでは具体的にいろいろな取り組みをやられているのではないかと思います。

最後に宣伝となりますが、いまデータをもっと深めた本が今年の3月に「健康 格差社会の実証編」(仮称)ということで医学書院から出版されます。ぜひ見ていただければと思います。わたしがいいますには高齢者のところだけではなくて、もっと働いている世代、若い世代も含めてこういう取り組みを進めていき、社会的な議論をもっとしていく必要があるのではないかと思っています。外国のことを知りたい人は欧州、イングランドなどの資料がありますが、いま申しましたように諸外国でも取り組みをはじめています。しかし、社会全体の大きなトレンドがあるなかで、果たしてこの問題に対する対照的な対応だけでうまくいくのかといえ、それは率直に言ってまだ十分いけるだけの根拠はないし、むしろ、この数年間のイギリスの取り組みをみますとかなり難しいことがわかります。日本においてはいまこれだけ事態が進捗しているなかで、わたし達自身ができることを1つずつ進めていくしかないと思います。政府の政策等を考える際に、所得、雇用、そういった問題をいのちの問題としてあわせて考えていく必要があるのではないか。その点をもう一度強調しましてわたしの話を終わらせていた

できます。

職場からの報告

Yさん

執行委員をしておりますYと申します。今日は鈴木先生の過労死認定闘争から学んだことをお話しします。鈴木先生は1990年10月に過労死で亡くなりました。職場の先生から「これは絶対過労死や」という声があがり認定闘争が始まりました。2004年1月にやっと高等裁判所で勝利判決を勝ち取ることができました。そこから学ぶことを述べますと、まず教職員の仕事をとらえ直すことができたということです。すごい長時間労働で、この時間でも学校の職員室で先生は仕事をしています。それに加えて先生は休憩がなく、ずっと働きっぱなしです。こうした勤務はすごく厳しいものがあり、精神科の先生に「わたしは20年間、先生をしていて昼休みなしに働いていますが、昼休みがあったらどんなふうになっちゃうのですか？」と聞いたら、その先生は「昼休みなく働けば3日目になったら自分がハイになっていることに気がつく」と言われた。ぼくはなぜ水木金ぐらいになったら怒りっぽくなるのかなと思っていました。子どもの前でちゃんとやろうと思っただけでも、そういう労働条件のために、自分でも知らないうちにだんだんとハイになっているんだろう。だからちょっと何かあったらおこりっぽくなってしまふ。また家に帰って仕事がない日はほとんどありません。付けや明日の授業の6時間の準備もやらないといけません。もちろんプリントもつくりたくないといけません。テストの時期になればテストもしなければいけません。通信簿の時期になったら何日までに通信簿を書き上げないとあきません。もう1つは「これとこれは教えないといけない」という制約が厳しい。教え方は

自分の創意工夫で教えられますが、何日までにこれを教えないといけない。自分で1週間とか1ヶ月の計画をたてます。今日は国語のこれを教えよう。明日はこれとかいうふうに計画をたてていって、ピシッとつまっているわけですね。自分がもし、しんどいなと思って1日休むと、管理職や学年の先生が子どもたちを見てくれます。でも、その分の授業は誰がやってくれるのか、となるんです。今度は自分が学校にいったときにその分の授業を詰めてやらないといけない。休んだらそのツケが自分のほうに回ってきますので、少々のことであっても休まないというふうになってきます。特に教職員の場合、夏休みとか冬休みがありますから、しんどいと思っても「もうちょっとこれ頑張ったら夏休みやから」とか、あるいは卒業式前は大変しんどいのですが、「卒業させてからゆっくり病院いくわ」とかあります。そういうパターンで亡くなった先生方は結構おられますが、鈴木先生の亡くなった1990年代の10年間は、堺教組だけで平均3人から4人の先生が現職死されています。多い年には11人の先生が現職死されたこととなります。「過労裁判の署名です」と言っても、一般の人には「学校の先生は夏休みがあつてええんとちがうん？ 楽なんちがう？」といわれてなかなかわかってもらえない。なおさら裁判官にも実態をわかってもらうことは非常に苦労しましたが、逆に先生の労働に「こういう特徴があるんだなあ」ということは勉強になりました。

2つ目として、われわれがもし仕事上でケガしたり、亡くなったりした場合、地方公務員災害保障基金に訴えます。いままでは「何かあったら地方公務員災害保障基金が救ってくれる」と思っていました。そうではなく、とにかく徹底してつぶすところです。たとえば、鈴木先生の場合も認定しない理由に、家に持ち帰った仕事は、自分のペースでできるから負担が大きいと言えない。いく

ら夜中の2時まで仕事をしたんやといっても、そんなもの自分のペースでやるんだからいけないか、ということが理由としてあげられていました。休憩時間がいっぱいあるやないか、1時間目と2時間目の10分、昼休みは20分あるやないか、と言うのですが、あれは子どものための休憩時間であって、われわれの休憩時間ではないんですよ。「でもちゃんと明示されているやないか、こういう表に書いてある。だから、休憩時間いっぱいあるやないか」と。鈴木先生の場合、しんどいことをいっぱい抱えていました。何か問題がある度に家庭訪問へいきます。基金は「家庭訪問は自分の健康維持のためのウォーキングだ。かえってそれは鈴木先生のためによくなっているやないか。それをもって過労だというのはもってのほかだ」と、そんなことをゆうのです。誰でも弱いところがありますが、そこを基金はついてくるんです。「鈴木先生はたばこを吸っていた。それが原因ではないか」「コーヒーをよく飲んでいた」「眠りすぎによる生活リズムの乱れ。それが原因で亡くなった可能性がある。だから却下する」

そういう基金の体質がわかりとても勉強になりました。

1990年代に高松先生の公務災害認定闘争がありました。それから山藤ツカサ先生の事故死というものもありました。市教委は「子どものいのちも大切だけど教職員のいのちも大切です」という認識をもつようになり、教職員の健康問題についてやっと同じテーブルに付こうかというようになりました。そして一昨年ぐらいに市教委が中心になって教職員の健康実態調査がありましたが、府下の他市ではありません。来年度から中央安全衛生委員会というのが正式に発足します。それをわれわれはどのようにしていかしていかないといけないか。現場の先生というのはあまり勉強していないんです。たとえば各学校で「休憩時間、休

息時間を明示してくれ」というようになりました。校長は「何時～何時まで休憩時間ですよ」と明示するようになったんですね。組合はそれを言い始めたのですが、現場では「そんなもの言っても誰がとれるんや。ただ書いてあるだけやないか」という認識なんですよ。しかし、それが1年や2年たったら、やっぱりこれはきちんと休憩時間、書いてあるんだから、ちょっとでも休憩とらなあかんあ。たとえ5分でもとらなあかんのとちがうかとか、明示されているのにとらへんというのはおかしいやないか、と現場の教職員の意識がちょっと変わってきたことが大きいと思います。ですから、中央安全衛生委員会で労安体制がやっどできるようになりましたので、これを基にしてわれわれの労働条件をちょっとでもよくしていかなあかんという意識改革が大切だと思います。最後に、中学校の田村先生という女の先生が過労自殺されました。その認定闘争もありますので、それも必ず勝利しなければいけないと思っています。

耳原総合病院 松本 久 院長

(パワーポイントを使用)

耳原総合病院の松本ですが、今日は院長としてではなく産業医としてお話をいたします。耳原総合病院は地域で健康を守る運動を頑張ろうということで産業医学外来を去年から始めています。まだ宣伝が行き届いてなくて患者さんは少ないので、いま来ていただきますととても丁寧な対応をすることができます。

いま病院に行くとき差額ベッドがあったりしてなかなかお金がないと病院にかかれません。一昨年、聖路加病院に見学に行きました。みんな個室で、半分は差額ベッドです。個室でとれる最大限差額ベッド代をとって一晩3万円ぐら

いでした。病気になったときにカネをもっていないとかかれないところがあります。いま医師不足と言われていますが、そのとどのつまりは市民や国民につけが回る。つまり介護保険制度があってもあちこちで病院はつぶれていっている。いままでは15分でかかっていた産婦人科はなくなり、1時間、2時間かかる。お産するのにカネもっている人は東京のマンションに住んで、聖路加病院の80万円のベッドを予約してお産することも可能です。

これはみなさんよくご存知の某新聞にも載っていましたが、98年から2003年だけでも大企業と国民の側ではこんなに収入が開いたということですね。皆さんの給与も98年から2004年までこんなふうに下がり続けていて、98年から2004年で約1割の給与が低くなっている。これは、63年から2004年までかなり長いですが、給与全体を100%としてそれがどういふふうに使われているかということです。一番上の社会的固定費というのは自分の住んでいる家などに使っているお金です。上から2段目の薄紫色のところは、税金社会的保障目的ですが、この部分がだんだん増えてきているわけですね。たとえば医療費でもそうですが、こういう時代はまだ健康保険の負担がない時代で、医療にかかるのは本人であれば無料でした。それが2割になり3割になり増えてきました。病院にいてもまた薬代もとられるようになり、自分の給料の中から出ていく割合がその部分の費用がどんどん増えている。もしものために自ら個人的な保険、たとえばアフラックなどに入り、家計の中からそういう保険の掛け金の出費がどんどん増えている。そういうところが増え、個人的最低再品目というのが減っています。個人的最低再品目というのは自分で自由になるお金です。コーヒーを飲んだり、本を買ったり、映画を観たりという品目が極端に下がってきている。こ

の間、新自由主義に基づいた市場原理の政策のもと、労働は過密になり、そして失業は増え、そういう社会のなかでどんどんとストレスが増えてきている。しかし、自分をもう一度リフレッシュするため使えるお金というのはどんどん減ってきているわけですね。わたし達はどんどん追い込まれてきている、ということをもておくことも1つの視点です。

これは先ほど先生がおっしゃった数値ですが、新聞でも書かれています。私たち国民の健康状態や精神状態、あるいは就労状態を示す数値がどんどん悪くなってきていることを示しています。昨年10月に堺で資格証明書を急激に増やして5000世帯以上に出したのです。資格証明を持っている人が耳原総合病院は毎月1人ぐらいだったのが、11月から11人と急に増えたんですね。事務の次長代行がそのことに気づきまして、「なんで今月はこんなに多いのや」ということで堺市とやりとりしました。堺市はなかなか資格証明書をどのくらい発行しているのかを言わないのですが、最近、去年10月に大量に資格証明書が発行されたということが分かりました。

これはよく言われている自殺者と失業者の関係です。失業が増えると自殺も増えるということがわかっています。日本の場合、アメリカと比べて違いがあるのは、働き盛りのところがアメリカと比べて非常に高いです。このことについての原因はいろいろあります。日本のいまのわたし達が置かれている働き盛りの世代の就労状況や社会状況や、さきほど先生がおっしゃったことなどがおそらく大きく影響しているだろうと考えられます。

赤いほうは過去5年間に失業経験ありですが、失業するとやはり幸福感が減り、ストレスメンタルが増えていきます。そういう中で国は雇用政策にどのくらい金をつぎ込んでいるか。GDPに占

める比率、だいたいスウェーデンやデンマークなどのヨーロッパでは1.5~2%近くつかっているわけですが、日本はみえないくらいしかつかっていません。

これは42才で東京トラックターミナルで亡くなられた方の勤務時間です。4月に亡くなられたのですが、亡くなられる前の1年半の勤務時間です。この青い線が勤務時間全体です。400~500時間で、しかも残業して夜も走っています。稼働しないというのが100時間ですから、実際に残業している時間が200~300時間の状態がずっと続いている。こういう状況で仕事をされていて、トラックターミナルでしんどくなってそこに止まった。いつになっても出てこないということで見に行くと、運転席の後ろにある、狭い仮眠するところで寝たまま亡くなっておられた。ペットボトルも空っぽで、おそらく最後亡くなる前に、お茶を飲みたくても飲めない状態で亡くなられた可能性があります。この方は病院で死亡解剖されましたが、死因は急性副腎不全という副腎が出血した状態で亡くなられました。副腎というのはホルモン、自律神経、まともなストレスのかかるところで非常にめずらしい病名です。いまこれは裁判になっています。

医者と医療の問題ですが、小児科医師が辞めて残った医師のところに負担が大きくなり、そういう状況の中で絶えられなくなって小児科医師が自殺された。遺書には、「その閉塞感のなかでわたし達はもう医師という職業を続けていく気力も体力もありません」と小児科医師不足と現在の小児科医師に対する過重な負担が綿々と綴られていました。こういう医師の過労死も最近増える傾向にあります。みなさんよくご存知の関西医大の研修医が亡くなって裁判にわたし自身は意見書を書いて関わり、弁護士さんと一緒にやってきました。裁判は勝訴し、研修待遇と身分がだい

ぶ変わりましたが、研修医の状況もひどい状況でした。日本は労働者も医者も一緒です。

これは横軸が年度で縦軸が人口1000人あたりの医師数です。日本は下のラインで、これがOECDの平均です。日本に医師が足りないということで一時期、「1県1大学構想」をたて定員を増やしてきました。その目標がこの緑のラインで、医学部の定員が8360ぐらいと増えたんですね。それで一定増えてきたんですが、緑の目標に達したということで、医療費亡国論というのが出てきて抑制をしだしたのです。何が問題かということ、日本のラインとOECDの2つのラインです。この間のテレビでも討論をやっていましたが、国は「日本の医者は増えてます」ということを言います。世界中が増えていきますから当然医療要求が高まって増えている。技術もあがって、レベルもあがってそれだけ人がいるのです。それは世界どこでも同じです。問題はOECDとどんどん差が開いているということが問題なんです。厚労省は「日本は医者が増えています」といいますが、絶対数が不足していて、OECDの平均と比べても12万人足りません。これは都道府県別の医師数ですが、西高東低で、京都は多いですが大阪はそんなに多くない。一番少ないのは埼玉です。OECDの平均は人口10万人あたり290で、日本の平均は206です。国は点在といって多いところから少ないところへという考え方ですが、ところが日本はどの県ひとつとってもOECD水準に達しているところがない。こっちにもっていてもただ矛盾が拡大するだけの話です。

これは大阪府医師会の「1週間に医者が何時間働いているか」ということを調べたアンケートです。このへんは1週間に20時間、1ヶ月で80時間残業しているということですから過労死に近いラインになるわけです。医者でも月100時間以上の残業で働いているのが20歳代で3分の1ぐ

らしいです。これだけ働いている医者が眠たがって、次の日診て事故が起きたら恐いです。日本は労働者も大変ですけど、医者も大変という状況で、その根っこは同じです。

そういう中でわたし達は今後どうしようかということですが、やはり自分と仲間の健康を守る視点にまずたつことです。先ほどからいわれていますが、労働組合、市民組織、弁護士さん、医療機関、ボランティアも含めて力を持ち寄って、なんとか地域の中でネットワークをつくっていくことだと思います。わたし達はカネがなく連帯できないので、それで頑張ろうということでもずっと学習をしてきました。労働者のおかれている低賃金、長時間労働、不安定雇用という流れと医療費抑制政策とは根っこは一緒です。この間ずっとやられてきた市場原理主義を国はもっと広げようとしている。ホワイトカラーエグゼンプションの問題も同じです。そこの根っこをかえていく運動の輪を南大阪の中で、わたし達は地道な運動をやっていくことだと思います。さきほど司会の方が言われたように、「この人、ちょっとおかしい?」「この人、病気になりかけているのではないか?」というときに、相談したり駆け込みたりする駆け込み寺的な機能と、もう一つ、少し先を見る火の見櫓みたいな働きももち発展させていかなければいけない。そういう時にはぜひ松田先生にも手伝っていただくことが必要になるだろうなと思います。これからもみんなで地道に勉強したり悩みを出し合ったりしながら、こういう学習会を重ねていけたらというふうに思いません。以上です。ありがとうございました。

阪南合同法律事務所 西本 徹 弁護士

弁護士もなかなかストレスのたまる仕事でたいへんです。ただお医者さんは常々尊敬していただいて、いつも重労働でがんばっておられる。とく

に健康を守っておられるという点では非常にわれわれと違うところで、われわれは権利問題とかいろいろな問題がありますが、直接いのちにかかわるという部分が少ないのでちょっと救われるかなあと思っています。

今日お話しをしようと思っていますのは、最近われわれが関わっている仕事としては多重債務が多いです。多重債務と健康問題とそして生活保護行政、これは非常に密着しているので、その点をお話したいと思います。その前に格差社会ということですが、弁護士も非常に関係があります。皆さんは弁護士とはおよそ縁のない世界だと思われるでしょうが、いま弁護士の世界もたいへんです。最近、聞いたのですが、JRの環状線などの車内に弁護士が「分割で費用を賄えます」という広告を出しているようです。弁護士の宣伝が自由化となり、ある意味、弁護士も競争社会に放り込まれました。今後、弁護士が社会的な責任を果たすような状況になるかどうか、そういうことをいま考えています。いま日本弁護士連合会の有している数は約3万人ですが、毎年2000人近い人数が輩出され、10数年後の2020年には、倍の6万人になるだろうといわれています。弁護士が多いのはいいのですが、競争社会の中で「人をけ落としてでもともかくおれは勝てばいいんだ」となってしまうと非常にゆがんだ社会になります。また現実にそういう部分が出てきているということで、ときどき新聞で弁護士が捕まったりしていますが、あれはある意味では氷山の一角です。

参考としていえば、弁護士でもいろんな仕事をしている人がおります。われわれがやっているのは、一般市民の方、あるいは労働者や障害の方が中心です。高給かどうかは知りませんが、外国との企業間の訴訟・提訴などの仕事がいま若い弁護士さんに非常に人気があり、いまそちらに弁護士が流れている。原因は分かりませんがたぶん格好

いいと思われていて、そういうことをする弁護士さんが非常に増えてきています。次は企業内弁護士と言いまして大企業の中に弁護士が入り、ある種従業員の立場で弁護士がその企業のために働くという内容です。企業間の訴訟等をやる弁護士が増えていきます。あるいは契約書ばかりつくって法廷に出たことがない弁護士もおられます。弁護士でも階層じゃないですけども、仕事の仕方でも非常にばらつきが出ています。われわれはある意味でいえば、昔ながらの弁護士で、事務所で相談者の話を聞いて、裁判所に行ったり、あるいは現場に行ったりということで、一種の町医者的な発想でやっています。そういう町医者的な弁護士もおれば、国際線に乗って世界中を走り回っている弁護士もおられ、もちろん給料の体系も違います。一般的に言えば、われわれのような立場の弁護士は若干歩合的な部分もありますがほとんどは月給で固定されています。国際線に乗って活動されている方は日給制です。1日働いていくら、当然のことながら向こうの都合で動くので非常にハードなスケジュールで仕事をされています。弁護士の中でも非常に変化が起こってきて、収入の関係でもだいぶ格差が出てきています。これは昔からありますが、どの仕事もそうですが、商売の上手な方もおられれば、下手な方もおられてばらつきはあるのですが、それがだんだんと広がってきて、弁護士の本来の役割が失っていく可能性が出てきています。また最近、司法研修所を卒業される方が、事務所に入るときにどういう言い方をするかというと「就職をする」というのです。われわれの時代、就職なんて発想はまったくなかった。ある事務所に行って、みんなといっしょに仕事をして、社会のためというか、そういう思いでしたが、就職するという発想はまったくなかったのですが、最近はそう変わってきています。去年10月、大阪で弁護士登録したなかで、10数名

が行き先がなかったということです。おそらく毎年、どこかの事務所に行きたいけども行く場所がないと路頭に迷う弁護士も増えるだろうと思われます。おそらくこれは弁護士が倍増するなかでもっと顕著となり、要するに弁護士の資質が問われ、問題が起こる可能性もありよく注意してみてくださいと思います。

多重債務の関係ですが、これは皆さん方もよくご承知で、身近で問題を抱えている方があるかもしれません。破産の案件で言いますと、ピークは2年前です。岸和田でだいたい破産の案件というのは1年間で1800件、大阪でそのだいたい10倍の1万8000件、堺は約2000件です。いまちょっと横ばいですが、横ばいだから終わってきているかということとそうでなく、まだまだ予備軍はたくさんいます。

破産にはいろんなケースがありますが、われわれがいちばん感じるのは、母子家庭に非常に悲惨な状況が出ていることです。よくあるのは旦那が酒を飲んで暴れて家庭のなかがおかしくなって崩壊をする。行き場所がないという方が結構いらっしゃると思います。具体的に悲惨な事例としては、生活保護を受けておられてウツをわずらっておられた。結婚生活中に旦那がやくざでなかなか別れられない。最終的に別れられましたが、精神的にダメージを受けてうつ状態となられた。毎日、毎日の生活ができないので、娘さんのところに行ってご飯を食べさせてもらい、帰りのバス代をもらって帰るといった生活をされていた。体調が悪いなかで同じ住宅に住んでいるおじさんに誘われてモノを盗んで逮捕された。ウツですから薬を飲んでいのですが、警察の警官はウツであることを知らない。どういう治療をせなあかんかという説明を本人がしてもそれが伝わらず、ただ単に怠けているだけと思われた。警察のかかりつけ医に連れて行くだけで、身柄を拘束されていますからわ

たしがなんとかしようと思ってもできずに、そういうときは弁護士の限界を感じます。その方は最終的に判決がでて執行猶予に終わりましたが、その次が問題です。生活保護の状態でしたが警察に逮捕されますと警察で飯が食えるので必要性がないということで生活保護が打ち切られるのです。そうするともう一度保護の申請をせないかん。ところが市役所は保護を再開しない。それでずっともんだやったのですがなかなか保護の申請書を渡さない。最終的には市議会議員に頼んでねじこまんと仕方がないというような事例があります。市の職員が言うには、「逮捕されたからあかん」とわけのわからんことを言って保護の再開をしない。

もう1つの事例も母子家庭ですが、借金を300万かかえておられた。その方が離婚をされて実家に戻ったけどお兄さんとうまくいなくてお兄さんに暴力を受けた。まともに殴られたので目が網膜剥離になって2回手術することになった。失明に近い状態で片目がほとんど見えないので働けない。それで生活保護を受けないといけないということで出向いたときの市の職員の第一声が、「片目でできる仕事あるやろ」という言葉です。ぼくは殴られてから半年ぐらいあとに会いましたが、腫れ上がっていて目が充血している状態、およそまともな状態ではない。市の職員は「仕事が仮に無理な場合でも預金が10万円以下になってからこい」という形で突き返す。もちろん生活保護の申請書を渡さない。本人が言うのは人間扱いしてもらえない。本人だけではどうしようもないので市議会議員に頼まざるを得ない。

去年あたりから生活保護行政がいろいろ問題があると言われていますが、われわれはこういう仕事をしていますと非常に頻度が高まっていることを感じます。そのときにわれわれができることはしれています。そうするとやはり横の連帯を

強めないといけないし、いちばん手っ取り早いのは市議会議員に頼んでねじこまないと仕方がない。しかしこれは決して根本的な解決にはならない。今回のこの会の目的の1つですが、憲法25条のいう、健康で文化的な生活をどう営むかという発想で物事を考えて連帯しない限り、いまの世の中の悪政は倒せない。いろんな方がいろんな分野で活動している内容を交流するなかで、いまの世の中の仕掛けはどこがおかしいか、そういう点はやはりときほぐしながらどこでどういうふうに解決していくかという点を考えていくことが非常に大事ではないかと思います。さきほど松本先生がおっしゃった42才のトラック運転手、ぼくが担当している事件ですが、あれも非常に悲惨です。ただ奥さんが看護師さんで比較的旦那の健康状態が生前からわかっていたので、資料などを作っていて非常に助かっています。ただ裁判のうえでは非常に厳しい。まず第1がめずらしい急性副腎出血という病名で、なかなかハードルが高くていまちょっと苦労しています。労働者の皆さんもそうですし、普通の母子家庭のお母さん方も、あるいは一般の商売人も身を粉にして働いているけども、なかなか救いの手がさしのべられないのが実態です。今後、いっしょに協力しながらやっていきたいと思います。

主催

**働くもののいのちと健康を守る
堺阪南センター準備会**