

障害者の健康管理に関する  
基礎的研究

1998年12月

日本障害者雇用促進協会  
障害者職業総合センター

NATIONAL INSTITUTE OF VOCATIONAL REHABILITATION

# 障害者の健康管理に関する 基礎的研究

**1998年12月**

日本障害者雇用促進協会

障害者職業総合センター

**NATIONAL INSTITUTE OF VOCATIONAL REHABILITATION**

# まえがき

障害者職業総合センターでは、平成 3 年の設立以来、「障害者の雇用の促進等に関する法律」に基づき、我が国における職業リハビリテーション・サービス機関の中核として、職業リハビリテーションに関する調査研究をはじめとして、様々な業務に取り組んできています。

さて、この報告書は、当センターの研究部門が実施した「障害者の健康管理に関する基礎的研究」の結果を、資料シリーズとしてとりまとめたものです。

障害者の職場適応促進のためには、障害者の体力、健康の保持・増進が重要であります。このため、障害者雇用事業所における障害者健康管理システムの課題とその対策を明らかにすることを目的として、基礎的な資料の収集、健康管理好事例の収集を行い、あわせて気功など東洋医学を背景とする健康管理法の効果について検討したものであります。

また、この研究を進めるに際しては、いろいろな方に多大のご協力を賜りました。特に、ヒアリングに快く応じて下さった事業主、講師等の皆様には、ここに厚く感謝申し上げる次第です。

本書が、たくさんの関係者の方々に読まれ、我が国における職業リハビリテーションを前進させるための一助になれば幸いです。

平成 10 年 12 月

日本障害者雇用促進協会  
障害者職業総合センター  
研究主幹 後藤 憲夫

## 執 筆 担 当

(氏 名)	(所 属 等)	(担当部分)
影近 英孝	障害者職業総合センター雇用開発研究部門 統括研究員	第 1 章、 第 2 章第 1 節、第 6 節 第 3 章
工藤 正	障害者職業総合センター雇用開発研究部門 主任研究員	第 2 章第 2 節
戸ヶ崎文泰	障害者職業総合センター雇用開発研究部門 研 究 員	第 2 章第 3 節
澤邊みさ子	障害者職業総合センター雇用開発研究部門 研究協力員	第 2 章第 4 節
指田 忠司	障害者職業総合センター雇用開発研究部門 研 究 員	第 2 章第 5 節

# 目 次

概 要	1
第 1 章 障害者の就業と労働衛生対策等の動向	3
第 1 節 障害者の就業状況	3
1 障害者の数	3
2 障害者の就業状況	4
第 2 節 障害者の福祉施策の歩み	5
第 3 節 労働衛生対策の動向	6
1 労働衛生に関する法制度	6
2 労働衛生行政の組織	8
3 企業内の衛生管理体制	9
4 主な労働衛生対策	11
5 職場環境の改善	13
6 労働者の心身両面にわたる健康保持増進対策	15
7 中小企業への対策	15
8 産業保健センター	17
第 4 節 労働衛生の現状	18
1 業務上疾病	18
2 健康診断	18
第 2 章 企業における障害者の健康管理の事例等	25
第 1 節 重度障害者多数雇用事業所における健康管理	25
1 東京都プリプレス・トッパン(株)の状況	25
2 (株)秋田 ARS 及び(株)秋田オイルシールの状況	26
3 オムロン京都太陽(株)（京都市）の状況	27
4 カガライト工業(株)（金沢市）の状況	27
第 2 節 大企業における健康管理・健康づくり	
－産業医等産業保健関係者の活動を中心として－	32
1 はじめに	32
2 A社の事例	33
3 B社の事例	35

4	C社の事例	39
5	むすび	43
第3節	第三セクター方式の重度障害者雇用企業における健康管理例	
	—(株)かんでんエルハートの状況について—	45
1	会社の概況	45
2	就労職種	45
3	障害者の雇用の状況	46
4	健康管理の状況	46
5	まとめ	47
第4節	生活相談員が障害者の健康管理に果たす役割	49
1	はじめに	49
2	A社の事例	50
3	文献調査にみる事例	52
4	まとめ	52
第5節	障害者の職場における健康管理とヘルスキーパーの役割	54
1	はじめに	54
2	調査対象及び調査方法	55
3	調査結果	55
4	考察—課題を中心として—	67
第6節	障害者の健康における気功の効用等について	72
1	中国気功事情と障害者について	
	—袁 世華（北里大学衛生学部超微形態研究室）	72
2	中国医学の実践と効果について	
	—張 新東（日本医科大学附属第二病院）	84
第3章	まとめ	95

# 概 要

障害者の職場適応の促進のためには、障害者の体力・健康の保持、増進が重要であることは言うまでもない。この研究は、障害者雇用事業所における健康管理の実態調査の実施並びに効果的な健康管理法（気功など東洋医学を背景とする健康管理法を含む。）を実施している事例の収集等を行うとともに、これからの障害者雇用事業所における障害者健康管理システムの課題とその対策を明らかにし、今後の障害者雇用事業所における健康管理対策等に資する基礎資料を得ることを目的として行われたものである。

本書は、先ず、わが国の障害者の数及び就業状況についての現状と、労働衛生対策の動向及び現状等についての概況を整理して掲げた。

そして、企業における障害者の健康管理の事例について、調査の対象を、重度障害者多数雇用事業所等、大企業及び第三セクター方式の重度障害者雇用企業の 3 つに区分し、研究員が分担して訪問調査を行い、事業主等から健康管理の実情等について聞き取り調査を行った結果についてまとめている。現状においては、障害者の健康面については、定期健康診断等を一般の従業員と同様に行っているだけで、専ら障害者本人及び、その親等保護者、或いは福祉施設の医師、厚生担当者等に任せたままのところが多かったのであるが、一方で、障害者がかかりつけの医師と連絡をとる時間の配慮をしたり、定期健康診断のデータ等に基づいて、個々の障害者に対し、産業医がサポートをしたり、職場の上司等が障害者にフォローアップを行っている例があること、適当な運動の指導等を通じて障害者の健康の維持増進を図り、その職業生活の継続に努めている状況等について示した。

また、企業に配置された生活相談員が、健康管理の専門家ではないものの、實際上、障害者の健康管理に果たしている役割とその意義について、生活相談員を置いている事業所の事例をみながら考察しており、障害者と身近に接触している生活相談員は障害者の健康状況の早期把握、適切なアドバイス等の面で有効であり、その活用を高めるための相談員のあり方についてまとめた。

さらに、企業に雇用され、職場においてあん摩・マッサージ・指圧、はり、きゅう及び運動療法などの物理療法を行って、従業員の疲労の回復や心身の変調を調整し、業務の能率向上と従業員の健康の保持、増進に寄与する職務を担当する専門家である「ヘルスキーパー」が、障害者の職場における健康管理にどのようにかかわっているかについて、その実態を明らかにするとともに、将来に向けての課題等について調査研究を行った結果を載せて、ヘルスキーパーは障害者の治療だけでなく健康相談等の面においても役割が期待されることを示した。

最後に、本研究の発端ともなった、障害者の健康における気功の効用等について、中国人の専門家 2 人から雇用開発研究部門がヒアリングを行ったときの記録を資料として掲げ、参考に供することとした。

# 第1章 障害者の就業と労働衛生対策等の動向

## 第1節 障害者の就業状況

### 1 障害者の数

我が国の障害者施策の理念はノーマライゼーションの実現であるが、このため、障害者の社会的な自立に向けた基盤づくりとして、職業を通じての社会参加を進めていくことが基本とされている。そして、障害者が男女共にその適性と能力に応じて可能な限り一般雇用に就くことができるようにすることが重要であるところから、「障害者雇用促進法」及び同法に基づく「障害者雇用対策基本方針」に基づき、障害者の雇用対策が進められてきている。

ところで、我が国の18歳以上の身体障害者数は、平成8年において、概ね在宅の者293万3千人（厚生省平成8年身体障害者実態調査）、施設入所者数15万4千人（厚生省調べ）と推計されている。そして、障害の種類別にみると、肢体不自由が165万7千人、内部障害が62万1千人、聴覚・言語障害が35万人、視覚障害が30万5千人となっており、障害者の出現率は、人口1千人に対して28.9人である。

また、年齢階層別に身体障害者の構成比をみると、70歳以上が最も多く40.2%を占めており、年齢階層が低くなるに従って、その構成比の減少がみられており、60歳以上が67%と高齢化の傾向が窺える。身体障害者の程度についてみると、1・2級の重い障害を有する者は126万6千人で、身体障害者総数の43.2%を占めており、重度化の傾向がみられる。身体障害者を原因別にみると、疾病を原因とするものが63.8%、事故を原因とするものが18.4%など等となっている。疾病の疾患別では、「脳血管障害」（12.2%）、「心臓疾患」（10.0%）、「骨関節疾患」（8.7%）が多い。

このように障害者数の推移をみると、いくつかの特徴的なことが表れている。①障害の種類別状況では、肢体不自由者の占める割合がなお圧倒的に多いが、増加率においては、59年以降の範囲拡大が影響して内部障害者の伸び率が高い。②年齢階級別では、人口構造の老齢化を反映して、60歳代以上の階層の増加が著しく、一方、50歳未満の階層では減少傾向にある。③障害程度の状況では、1級・2級の重度障害者グループの割合が増大している。④障害の原因別では、疾病によるものが約6割であり、疾患別にみると、心臓、じん臓、大腸等の疾患による増加が多い。これらの状況から、わが国の身体障害者の実態には、老齢化、障害の重度化、障害原因の多様化といった傾向がうかがわれる。

また、精神薄弱者数（18歳以上）は、平成7年において、在宅の者19万5千人（平成7年「厚生省精神薄弱（児）者基礎調査」）、施設入所者10万5千人（厚生省調べ）となっており、在宅の者の障害の程度は、最重度の者2万1千人、重度の者5万3千人、中度の者4万6千人、



軽度の者 4 万人となっている。

さらに、精神障害者数は、平成 8 年において、精神病院入院者 34 万人、在宅の者 182 万人となっており、この中には、精神分裂病、そういつ病、てんかん、器質性精神病、神経症等種々の精神疾患を有する者が含まれている。

## 2 障害者の就業状況

身体障害者の就業者数（厚生省「身体障害者実態調査」）は、平成 3 年において、89 万 4 千人であって、就業率は 34.1%であった。その従業上の地位別内訳は、自営業主 24.8%、家族従事者 13.7%、会社・団体の役員 8.5%、一般雇用者 27.5%、臨時・日雇い・内職 13.2%となっている。

精神薄弱者の就業者数は、平成 7 年において、13 万人（平成 7 年「厚生省精神薄弱（児）者基礎調査」）となっており、その従業上の地位別内訳は、正規の職員 18.9%、臨時雇い 10.3%、内職 1.7%、家の仕事の手伝い 11.3%、作業所での就労 51.1%となっている。

また、障害者の雇用状況を労働省の身体障害者等雇用実態調査（平成 5 年、常用労働者 5 人以上規模を対象）でみると、常用雇用されている身体障害者は 34 万 4 千人、精神薄弱者 6 万人、精神病・てんかんにかかっている者 2 万 3 千人となっている。雇用状況について障害の種類別にみると、肢体不自由者が 20 万 2 千人で（58.7%）と最も高い割合を占め、次いで聴覚障害者が 5 万 8 千人（16.8%）、内部障害者が 5 万 2 千人（15.1%）、視覚障害者が 2 万 3 千人（6.7%）となっている。また、障害の程度別にみると、1・2 級に相当する重度障害者が 30%を占め、3・4 級の中度障害者が 38.3%、5・6 級の軽度障害者が 25.4%となっている。さらに、年齢別にみると、40～44 歳層から 55～59 歳層にかけて 10%を越す構成比となっており、この年代での雇用が多い。産業別の雇用状況をみると、製造業が 44.6%と最も多く、次いでサービス業（17.9%）、卸売・小売業、飲食店（13.8%）、運輸・通信業（8.7%）となっている。事業所の規模別の雇用状況は、5～29 人規模で 34.9%と最も多く、次いで 30～99 人規模（27.9%）、100～499 人規模（25.0%）となっている。

一方、精神薄弱者の雇用状況をみると、程度別では重度障害者が 22.4%を占め、年齢別では、29 歳未満の者が約 6 割と高い割合を占めている。産業別にみると、製造業に雇用されている者が 60.7%と最も多く、次いでサービス業の 25.8%、卸売・小売業、飲食店 7.0%となっている。事業所規模別にみると、5～29 人規模で 49.5%とほぼ半数が雇用されているのに対し、1,000 人以上規模では 1.0%が雇用されているに過ぎない。

なお、就職を希望する障害者の状況をみると、平成 10 年 3 月末における有効求職者数は 10 万 2,715 人となっている。

以上のように、障害の重度化や障害者の高齢化が進展する中で、障害者の就業意欲はますます高まっており、このため、障害者の職業リハビリテーションに対するニーズは多様化し、複雑化

してきており、障害者の職業的自立を進めていくことが一層重要となっている。

## 第2節 障害者の福祉施策の歩み

わが国の障害者（児）福祉施策は、昭和 22 年に制定された児童福祉法において、精神薄弱児施設及び療育施設に関する規定と、障害を有する児童を含むすべての児童について相談、判定、指導等を行う機関である児童相談所の規定が置かれたことから始まった。

その後、昭和 35 年に精神薄弱者福祉法及び身体障害者雇用促進法が公布され、昭和 45 年に心身障害者対策基本法が公布された。その後昭和 62 年に身体障害者雇用促進法が大幅改正されて「障害者の雇用の促進に関する法律」となり、平成 2 年には社会福祉八法も改正されて在宅福祉施策の法定化等が行われた。

身体障害者に対する福祉施策は、昭和 24 年 12 月の身体障害者福祉法の成立によって、その基盤が確立し、年々内容の充実が図られた。補装具制度及び施設対策と並んで、身体障害者福祉施設の主要な一つである更生医療は、昭和 29 年の法改正により制度化されたが、その後の社会経済生活の変化に伴ってリハビリテーションの重要性が認識され、医学の進歩などからさらに進んだ施策が要請されてきたため、昭和 42 年には身体障害者の範囲に、心臓・呼吸器の内部機能障害が取り入れられた外、福利制度として家庭奉仕員制度、更生援護施設への通所制度が設けられた。

更に、昭和 47 年には、新たに身体障害者の範囲に腎臓機能障害が加えられた外、身体障害者療護施設、身体障害者福祉工場、身体障害者福祉センターが制度化された。

障害者の延齢、重度化が進むとともに、障害者自身の自律意識の昂揚、障害者をめぐる社会意識の変化といった状況を背景に身体障害者の福祉ニーズは多様化しつつ増大し、特に在宅福祉施策への期待が高まったため、昭和 40 年代には、障害者社会参加促進事業の整備充実、障害者福祉都市構想の発表、通所専門の授産施設の設置、在宅障害者デイサービス事業の実施等が行われた。

身体障害者福祉の問題は、働く場の確保や、住宅、交通機関等公共施設の整備改善等、多岐にわたるので、それら各施策の総合的調整や有機的連携が必要であるところから、昭和 45 年に制定された心身障害者対策基本法は、そのような趣旨を、障害者の個人の尊厳や社会連帯といった理念に基づいて示している。

1981 年（昭 56 年）の国際障害者年を契機として昭和 57 年 3 月に政府は「障害者対策に関する長期計画」を策定され、昭和 58 年から始まった「国連・障害者の十年」は平成 4 年で終了したが、平成 5 年 3 月、障害者対策推進本部により、平成 5 年以降も障害者対策を計画的に推進するための「障害者対策に関する新長期計画」が策定された。

さらに、平成 5 年 12 月には、身心障害者対策基本法が「障害者基本法」に改正され、障害者

の完全参加と平等の理念や、雇用に関する民間事業者の責務、公共施設における障害者への配慮等が新たに規定された。

また、平成 7 年 12 月には、障害者対策推進本部により、平成 8 年度を初年度とする障害者プラン「ノーマライゼーション 7 カ年戦略」が決定された。この 7 カ年戦略は、障害者対策に関する数値目標を設定するとともにプランの理念を踏まえつつ、次の 7 つの視点から施策の重点的な推進が図られることとなっている。

- ① 地域で共に生活するために
- ② 社会的自立を促進するために
- ③ バリアフリー化を促進するために
- ④ 生活における質（QOL）の向上を目指して
- ⑤ 安全な暮らしを確保するために
- ⑥ 心のバリアを取り除くために
- ⑦ わが国にふさわしい国際協力・国際交流を

また、精神薄弱者（児）に対する福祉施策としては、ノーマライゼーションの理念に沿って、可能な限り地域で生活できる条件整備を図ることを基本としつつ、在宅福祉から施設福祉に至るまでの幅広いニーズに応えていくための施策が積極的に講じられている。

## 第 3 節 労働衛生対策の動向

### 1 労働衛生に関する法制度

わが国の労働者は約 5,000 万人であるが、これらの労働者が安心して働ける快適な職場環境づくりと、その健康の保持増進を図ることを目的として、労働基準法や労働安全衛生法に基づく様々な対策や活動が行われている。

労働者の保護をめざしたわが国最初の法律である工場法の制定（明治 44 年）と施行（大正 5 年）以来、徐々に労働衛生の視点に立った施策が行われ、戦後の労働基準法の制定（昭和 22 年）と労働省の設置、及び労働安全衛生規則の公布以降本格的な施策が展開されるようになった。戦前の各種の労働者保護法令は労働基準法に集大成されるとともに、労働基準法施行規則、事業場付属寄宿舍規定、女子年少者労働基準規則、労働安全衛生規則も公布され、衛生管理者制度の発足等とあいまって労働安全衛生に関する法体系が整備された。また、労働衛生思想の普及、啓発を目的として昭和 25 年に全国労働衛生週間がスタートをし、昭和 39 年には事業場の自律的な衛生管理活動の推進を図るため、労働災害防止団体等に関する法律が制定されて、全国に 5 つの業種別団体が組織されるとともに、その中核として中央労働災害防止協会が設立された。

しかしながら、昭和 40 年代からの高度成長期においては、産業活動の拡大と技術革新の進展

の一方で、職業性疾病の発生等が問題となったため、労働省において、産業社会の急激な進展に即応できるよう新たな法体系の整備に向けての検討が行われて、昭和 47 年に、労働基準法の中の安全衛生に関する規定や労働安全衛生規則その他の規則等を集めてその内容を充実し、「労働安全衛生法」が制定された。

労働安全衛生法は、最低基準の確保から、一步進んで事業内容の変化に即応した健康障害防止対策の展開と、より快適な職場の形成を目指すことを可能とする性格のものであり、そのための中小企業への援助や労働安全衛生に関する専門技術者の養成等についても明記された。

労働安全衛生法のもとで労働衛生の 3 管理（作業環境管理、作業管理、健康管理）と安全衛生教育が積極的に進められ、職業性疾病も急激に減少した。

その後、昭和 50 年に、作業環境から有害因子を除去し環境改善を図る施策として「作業環境測定法」が制定され、昭和 52 年には職業ガン対策、じん肺の健康管理対策等を一層強化するための労働安全衛生法の改正が行われた。

昭和 50 年代から 60 年代にかけては、産業構造の変化と技術革新、高齢化の進行による成人病の予防やストレス対策等という課題が出され、労働者の心身の健康の保持増進を一層推進するため、昭和 63 年に労働安全衛生法の一部改正が行われて健康保持増進措置の実行が事業者の義務とされ、併せて、労働者にもこうした措置を利用して心身の健康を確保する努力をするよう求められることとなった。

また、健康管理体制づくりの重要性が特に強調され、事業場における組織的対応が一層推進されることになった。これにより、これまでの健康障害や疾病の有無の発見とその事後措置を主目的とした健康管理に加え、全員の健康状態の把握と、それぞれの健康レベルに応じた積極的な健康増進の方法の個別相談指導が行われることとなった。

その後、平成 4 年に労働安全衛生法の一部改正が行われて、「快適な職場環境の形成のための措置」が盛り込まれた。

さらに、平成 8 年には、高齢化等の進展などに伴い脳・心臓疾患につながる所見を有する労働者が増加していること、産業構造の変化、技術革新の進展等による労働態様の変化に伴い、疲労やストレスを感じる労働者が増加していることなどを背景として、こうした状況に的確に対応し労働者の適切な健康確保を図るための労働安全衛生法の改正が行われた。

主な改正点は、健康確保体制の整備として、労働者の健康確保における産業医の役割の増大等を踏まえ、産業医について専門性の確保を図るとともに、小規模事業場における労働者の健康確保に対し、国の援助が行われることとなった。また、労働者の健康管理の充実を図るために、健康診断の結果に基づく事後措置が適切に実施されるよう医師の意見の聴取、指針の策定を行うとともに、健康診断の結果の通知、医師や保健婦・保健士による保健指導を実施し、労働者の自主的な健康管理の努力の促進が図られるようになったことである。

わが国の労働衛生関係法規の推移は、図 1 のとおりである。

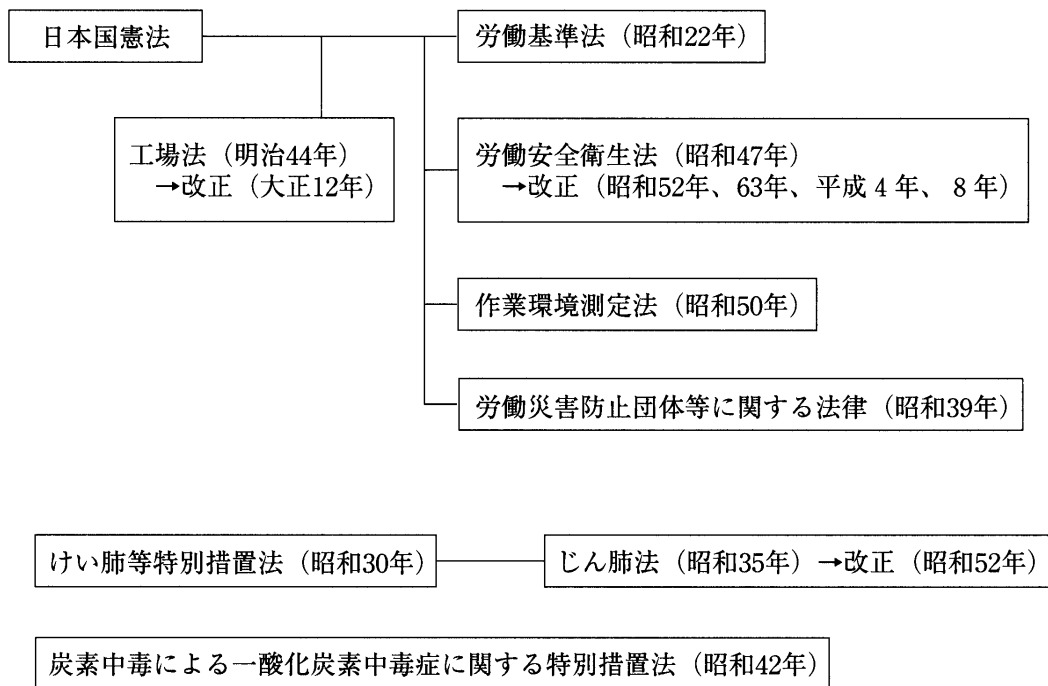


図1 労働衛生関係法規の推移

## 2 労働衛生行政の組織

労働省では労働基準局（2部11課3室）が労働衛生行政を所管しており、労働衛生に直接関係の深い部局としては、労働者災害補償保険法による労働災害の認定業務関係は補償課が、労働時間・賃金関係は賃金時間部が、一般的な労働衛生に関する業務は安全衛生部がそれぞれの事務を担当している。

また、労働衛生に関する重要事項を審議するための労働大臣の諮問機関として、中央労働基準審議会、じん肺審議会、労働災害補償保険審議会が設けられている。

労働基準行政の第一線の実務を行う地方組織として、各都道府県に労働基準局（47局）及び労働基準監督署（343署 + 4支署）が設置されており、そこには、事業場における健康管理や労働環境改善対策など労働衛生に関する監督指導を直接担当する労働基準監督官及び労働衛生専門官が配置されており、本省にはその指導援助に当たる中央労働衛生専門官がいる。

さらに、労働衛生に関する学識経験者として労働衛生指導医、地方じん肺審査医及び粉じん対策指導員が非常勤職員として都道府県労働基準局に配置されており、本省には中央じん肺審査医が置かれて、それぞれの分野における指導等に携わっている。

わが国の労働衛生行政の体系は、図2のとおりである。

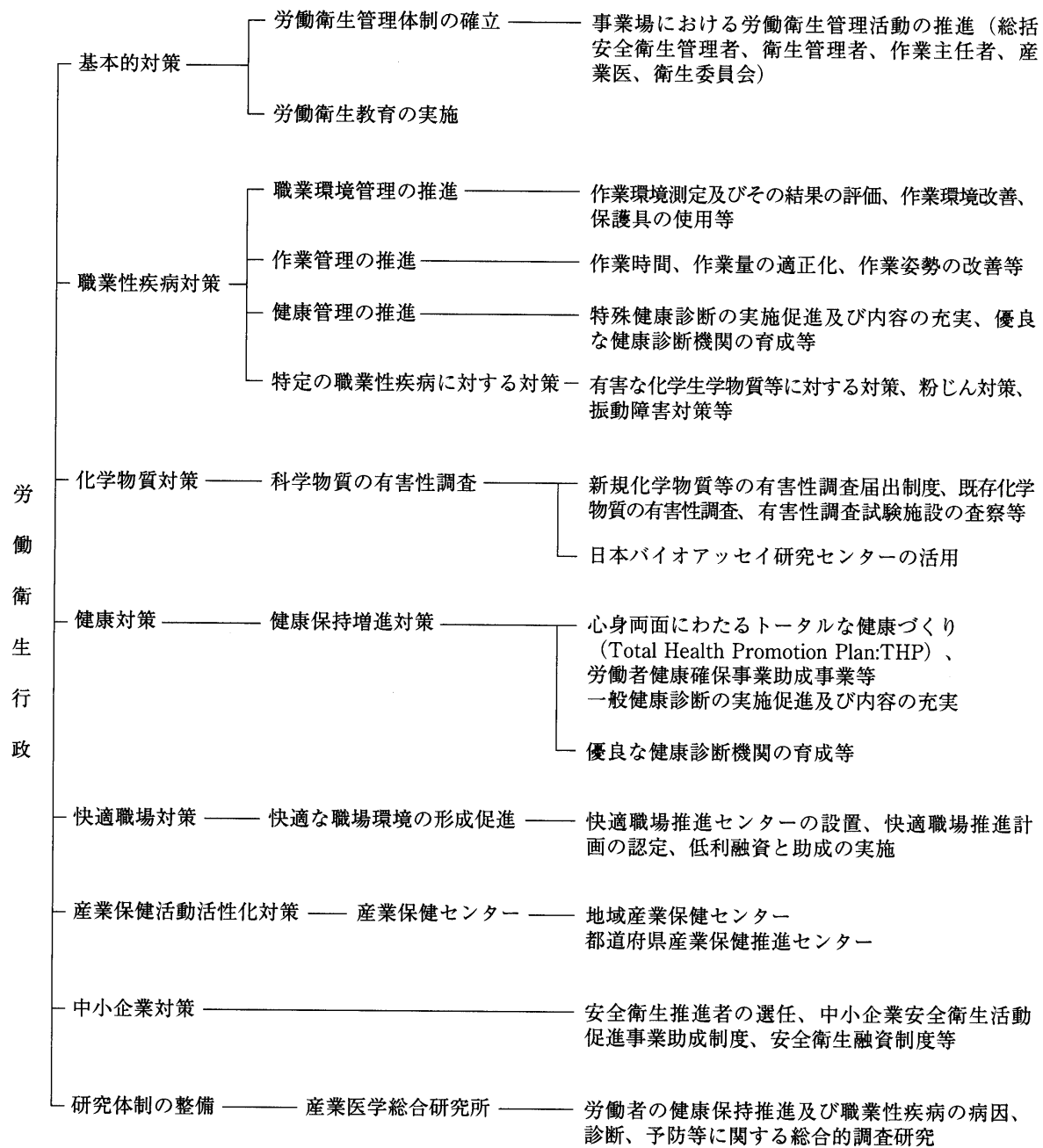


図2 労働衛生行政の体系

### 3 企業内の衛生管理体制

労働安全衛生法では、事業者は、事業場の規模に応じて必要な安全衛生管理体制の整備を図ることが義務づけられている。

労働安全衛生法に基づく安全衛生管理体制の標準的な例は、図3のとおりである。

#### (1) 事業場の衛生委員会

常時50人以上の労働者を使用する事業場は、労働者の健康障害の防止、労働災害の発生防止

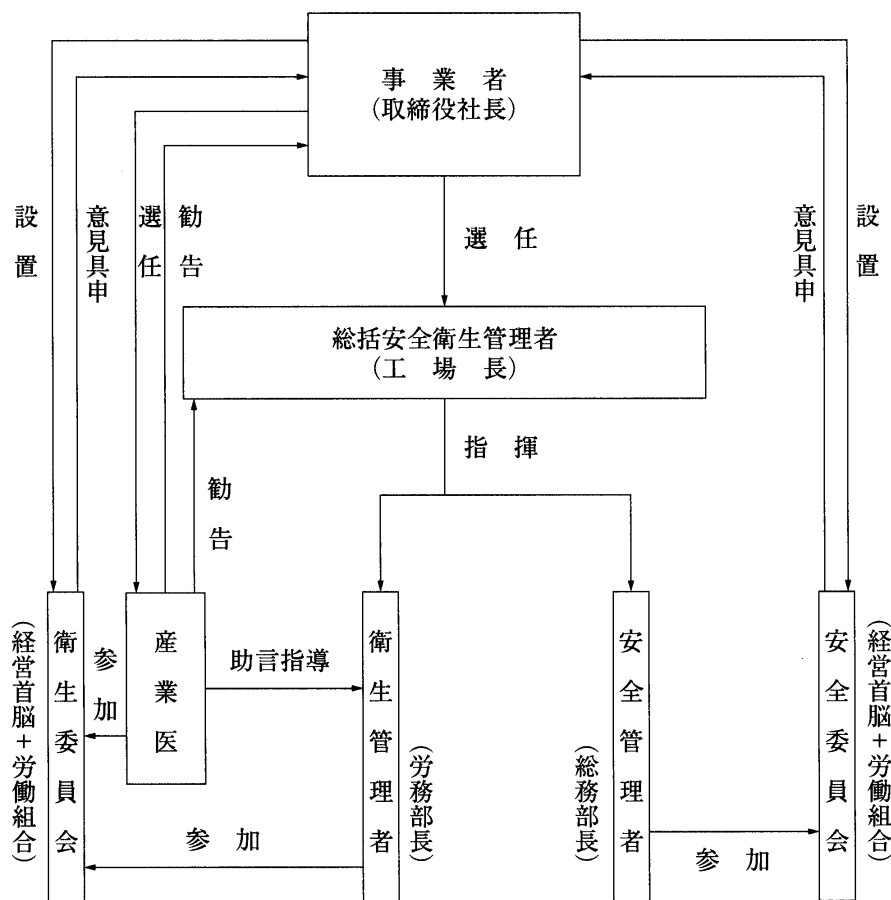


図3 労働安全衛生法に基づく安全衛生管理体制（例）

等について調査審議させ、事業者に対して意見を述べさせるため、衛生委員会を設け毎月 1 回以上開催するようしなければならない。議長を除く委員のうち半数は労働者の代表が選ばれることになっている。また、産業医も委員となることとなっている。

### (2) 事業場の衛生管理スタッフ

常時 50 人以上の労働者を使用する事業場は、衛生に関する技術的事項を管理させるため、事業場の規模に応じて衛生管理者を選任しなければならない。

林業、鉱業等では 100 人以上、製造業等では 300 人以上、その他の業種では 1,000 人以上の労働者を使用する事業場においては総括安全衛生管理者を選任しなければならない。

### (3) 産業医

労働安全衛生法により、常時 50 人以上の労働者を使用する事業場は、医師のうちから産業医を選任し、労働者の健康管理その他の事項を行わせなければならない。

また、常時 1,000 人以上の労働者を使用する事業場または特定の業務に常時 500 人以上の労働者を従事させる事業場では専属の産業医を置くことが規定されている。

産業医の職務については、労働者の健康管理を行う（労働安全衛生法第 13 条第 1 項、則第

14 条第 1 項) ほか、少なくとも毎月 1 回作業場等を巡視し、作業方法または衛生状態に有害のおそれがあるときは、直ちに、労働者の健康障害を防止するため必要な措置を講じなければならないとされ、そのための権限を事業者は、産業医に対し与えなければならないこととなっている(則第 15 条)。また、毎月 1 回以上開催される衛生委員会の構成員として出席することが求められている(法第 18 条第 2 項第 3 号)。

労働者の健康管理等を行うためには産業医の専門性の確保が必要であることから、平成 8 年の労働安全衛生法の改正において、新たに産業医の要件(労働大臣の定める研修の修了者、労働衛生コンサルタント試験(保健衛生)の合格者、大学で労働衛生に関する科目を担当する教授、助教授又は常勤講師及びその他労働大臣が定めるもの者等であること)が定められた。

## 4 主な労働衛生対策

### (1) 労働衛生対策の基本

労働衛生対策の基本は、①作業環境管理、②作業管理、③健康管理の 3 つであり、これら 3 つの管理の対策が企業の中で相互に円滑に、かつ、効果的に推進されるためには、衛生管理体制の確立及び衛生教育等の充実が必要である。

作業環境管理とは、作業環境中の種々の有害要因を除去し、快適な作業環境を維持することを目的とするものであるが、作業環境管理を進めるにあたっては、先ず作業環境測定等により環境状態をできるだけ客観的に把握し、評価することが必要である。そして、作業環境管理の具体的方策として、有害物発生源の密閉・有害作業の自動化・隔離及び局所排気装置、全体換気装置の設置等の対策があげられるが、これらの外にも、有害物に労働者が接触したり汚染させる恐れがある場合、臨時作業などの場合等には、各種の保護具による個人防護対策を行わなければならない。

作業管理とは、職業性疾病の予防という観点から作業自体を管理することである。有害物はもとより、特に有害エネルギー関連の作業(振動、高気圧など)、手指作業(キーパンチャー、引金工具など)に対する作業管理は、健康障害の防止対策の根本的なものとして先ず考慮されなければならない。

健康管理は、定期的に健康診断を行って労働者の健康を継続的に観察するとともに、必要ときはすみやかに精密健診を行って、職業性疾病等の予防及び衛生管理体制の改善、向上等を図ることである。

近年では、上記の伝統的な 3 つの管理に加えて、健康教育の普及充実、健康管理体制の整備等の重要性が指摘されているところである。

労働衛生管理の対象とその予防措置との関連については、図 4 に示すとおりである。

### (2) 職業性疾病

職業性疾病とは、ある特定の職業に従事することによって発生する疾病のことで、その職業に



従事する者にはすべて発症しうる可能性があるものである。要因としては、物理的及び科学的な作業環境に起因するものと、作業方法等の作業条件に起因するものとに大別される。物理的要因によるものには、高気圧障害、職業性難聴、振動障害などがあり、科学的要因によるものには、じん肺、有毒ガス中毒、有機溶剤中毒、重金属中毒などがある。また、作業条件によるものには、頸肩腕障害、職業性腰痛などがある。

また、業務上疾病とは、労働基準法上の用語であって、労働者が業務上負傷したり、疾病にかかった場合に、労働基準法第 75 条等の規定に基づいて、必要な療養に要する費用と、休業し療養中の者に対する賃金について支払うことが使用者に義務づけられているものである。

### (3) 情報処理機器の普及と健康対策

ワープロ、パソコン等の普及により、VDT 作業が増加する等、オフィスの労働環境は大きく変容している。こうした状況を踏まえて、労働省は、VDT 作業の健康への影響について、昭和 60 年に「VDT 作業のための労働衛生上の指針」を作成しているが、その健康対策の視点は、連続 VDT 作業による視覚負担、連続キー操作や長時間同一姿勢による筋骨格系への負担、その他

		使用から影響 までの経緯	管 理 の 内 容	管理の目的	指 標	判断基準
労働 衛生 管理	作業 環境 管理	有害物使用量 ↓ 発 生 量 ↓ 気 中 濃 度	代替 使用形態、条件 生産工程の変更 設備、装置の負荷  遠隔操作、自動化、 密閉  局所排気 全体換気 建物の構造	発生の抑制  隔 離  除 去	環境気中濃度	管理濃度
	作業 管理	↓ 暴 露 濃 度 ↓ 体 内 侵 入 量 ↓ 反 応 の 程 度	作業場所 作業方法 作業姿勢 暴露時間 呼吸防護具 教育	侵入の抑制	暴 露 濃 度  生物学 的指標	
	健康 管理	↓ 健 康 影 響	生活指導 休養 治療 適正配置	障害の予防	健康診断 結果	生物学的 暴露指標 (BEI)

図 4 労働衛生管理の対象と予防措置の関連

の精神神経疲労等に主たる関心が払われており、特に、**VDT** 作業従事者教育、**VDT** 作業衛生管理者教育及びこれらの人材を企業内のインストラクターとして教育するカリキュラムを定めて、安全衛生団体などを通じて全国規模で **VDT** 作業に関わる労働衛生教育を体系的に実施している。情報処理機器の導入が労働者の心の健康にどのような影響を及ぼすかについては各種の調査研究の結果から、機器の導入による職場環境の変化や作業形態の変化が、労働者に多忙やストレス・レベルが高まる状況を生みだしていることが明らかとされている。

#### (4) 作業関連疾患

作業関連疾患とは、**Work-Related Diseases** の日本語訳で、**1976** 年の第 **29** 回 **WHO** 総会において提唱された概念であって、作業関連疾患対策については、従来の職業性疾病対策からさらに進んだ産業保健の新たな課題として世界的な関心事となっている。

**WHO** の専門委員会報告書によると、作業関連疾患とは、「疾患の発症、増悪に関与する数多くの要件の一つとして、作業（作業態様、作業環境、作業条件等）に関連した要因が考えられる疾患の総称」であるとされている。

作業関連疾患の具体例としては、高血圧症、心血管疾患（虚血性心疾患等）、慢性非特異性呼吸器疾患（慢性気管支炎、肺気腫、気管支喘息等）、筋骨格系疾患（腰痛症、頸肩腕症候群、骨関節症等）、感染症、悪性腫瘍、胃・十二指腸潰瘍、糖尿病、脳血管疾患等がある。

## 5 職場環境の改善

### (1) 作業環境の測定及び作業の管理

作業環境から有害要因を取り除くための作業環境改善を行うには、有害要因の存在や発生状況が、十分把握されなければならない。作業環境測定はこのために行うものであり、環境に適合したデザイン（測定計画等）、サンプリング（試料採取）及び精密な分析によらなければ、正確な測定結果を得ることができない。従って、十分な知識と技術を有する者が一定の基準により測定することが不可欠である。このため、昭和 **50** 年に作業環境測定法が制定され、適正な作業環境測定の確保のための作業環境測定士の資格及び作業環境測定機関等についての具体的事項が定められた。

労働安全衛生法では、事業者は、有害な業務を行う作業場その他の作業場で、必要な作業環境測定を労働大臣の定める作業環境測定基準に従って行い、その結果を記録しておかなければならないものとされている（労働安全衛生法第 **65** 条）。また、事業者は、労働大臣の定める作業環境評価基準に従って作業環境測定の結果の評価を行い、施設又は設備の設置又は整備、健康診断の実施その他の適切な措置を講じなければならないものとされている（労働安全衛生法第 **65** 条の **2**）。

作業環境評価基準（昭和 **63** 年労働省告示第 **79** 号）においては、作業環境測定結果によって作業環境の状態を **3** つの管理区分に分け、

- ① 作業環境管理が適切であると判断される第 1 管理区分では現在の管理の継続に努める。
- ② 作業環境管理になお改善の余地があると判断される第 2 区分では、必要な対策を講じ、第 1 管理区分に移行するように努める。
- ③ 作業環境管理が適切でないと判断される第 3 管理区分では、必要な各種対策を講じ、すみやかに第 1 管理区分に移行するようにしなければならない。

とされている。

## (2) 快適な職場環境の形成の促進

近年の技術革新のめざましい進展は、職場環境を大きく変えつつあり、また、経済のソフト化、サービス化、企業活動の国際化の進展等は、個々の労働者に就業態様の変化や就業地域の拡大等をもたらしている。こうした職場の環境変化の中で、労働者の疲労やストレスの問題が生じている。さらに、労働力人口の高齢化、女性の職場進出の増加等により、就業構造の変化に対応した職場環境の形成を図る必要が高まってきている。こうした変化の中で、労働者が疲労やストレスを感じる事が少ない快適な職場環境の形成を図ることが極めて重要な課題となっている。

このため、労働安全衛生法においては、事業者は、事業場における安全衛生の水準の向上を図るため、作業環境を快適な状態に維持管理するための措置、労働者の作業方法を改善するための措置、労働者の疲労を回復するための施設又は設備の設置及び整備等を、継続的かつ計画的に講じて、快適な職場環境を形成するように努めなければならないこととなっている（安衛法第 71 条の 2）。

そして、快適な職場環境の形成のための国の援助が定められるとともに、労働大臣は、事業者が講ずべき快適な職場環境の形成のための措置に関する指針（平成 4 年労働省告示第 59 号）を公表して、これらに従って事業者の取り組みが円滑かつ効果的に行われるよう、次のとおり、快適職場形成促進事業の創設及び事業者の取り組みに対する支援等を行っている。

### ① 快適職場推進センターの設置

中央及び各都道府県に快適職場推進センターを設置し、快適な職場環境の形成に関し、普及啓発活動、事業者に対する相談助言等を行っている。

### ② 快適職場推進計画の認定

都道府県労働基準局長が、事業者の申請に基づき、事業者の策定する快適職場推進計画が快適職場指針（事業者が快適な職場環境を形成するための措置を適切かつ有効に実施するために必要なガイドライン）に照らして適切である場合には、その旨の認定を行う。

### ③ 日本開発銀行等による低利融資の実施

快適職場指針に即して快適な職場環境の形成に取り組む事業者に対し、工場等の職場環境改善のために必要な施設、設備の整備等に関する経費について、長期かつ低利の融資を行う。

### ④ 中小企業に対する助成制度の創設

中小企業者が快適な職場環境の形成に取り組む場合に、作業環境の改善に必要な機器の取得等に要する経費について助成を行う。

## 6 労働者の心身両面にわたる健康保持増進対策

わが国の人口構成が高齢化に向かう中で、労働力人口に占める高年齢労働者の割合も増加していることから、企業においても、労働者が健康でその能力を十分に発揮できる職場環境を形成することが重要な課題となってきた。

また、近年の技術革新の進展、就業形態の多様化等は労働者にストレスを生じさせ、職場不適応を起こす場合があり、心の問題が労働者の身体的な健康に影響を与えることも少なくない。

労働省では、これらの観点から、労働者の心身両面にわたる健康保持増進措置の積極的な推進を図っているが、この健康保持増進措置は、「トータル・ヘルス・プロモーション・プラン（THP）」と称され、図 5 に示すように健康測定の結果に基づいて、産業医が中心となって運動指導担当者（ヘルスケア・トレーナー）ら他の健康づくりスタッフとともに心身両面からの健康指導を行うものである。6 種類のスタッフの研修は中央労働災害防止協会により行われており、事業者等に対する健康測定、健康指導及びそれに伴う機器整備についての助成も行われている。

## 7 中小企業への対策

### (1) 中小企業に係わる安全衛生対策の推進

中小企業に係わる安全衛生対策については、労働災害の発生率をみると大企業に比して相当高く、また、労働衛生管理面においても健康診断、作業環境測定等には十分な定着がみられていない状況にある。

このため、中小企業のうち危険有害な業務を有し、緊急に対策を推進する必要性の高いものに対し、61 年度から安全衛生活動に係わる総合的な助成制度として、「中小企業共同安全衛生改善事業助成制度」がスタートし、平成 7 年からは「中小企業安全衛生活動促進事業助成制度」として、充実されてきている。具体的には、中小企業が、集団として、安全衛生教育、健康診断、作業環境測定等の事業を行う場合に補助が行われている。

一方、中小企業における特殊健康診断の普及を図ることを目的として、「中小企業委託巡回特殊健康診断」が昭和 36 年から実施されている。昭和 50 年度からその対象とする健康診断が拡大されたが、昭和 53 年度以降は対象とする健康診断が有機溶剤と振動に係わるものになった。

その他、中小企業に対する労働安全衛生融資制度として「職場環境改善資金」と「健康診断機関等整備促進資金」及び「建設工事安全機材資金」がある。「職場環境改善資金」は、中小企業等における職場環境を改善することを目的として必要な資金の融資を行うものであり、「健康診断機関等整備促進資金」は、健康診断及び作業環境測定を行う機関の整備育成を目的とするもので、健康診断用機器又は環境測定用機器を購入するために必要な資金の融資を行うものである。

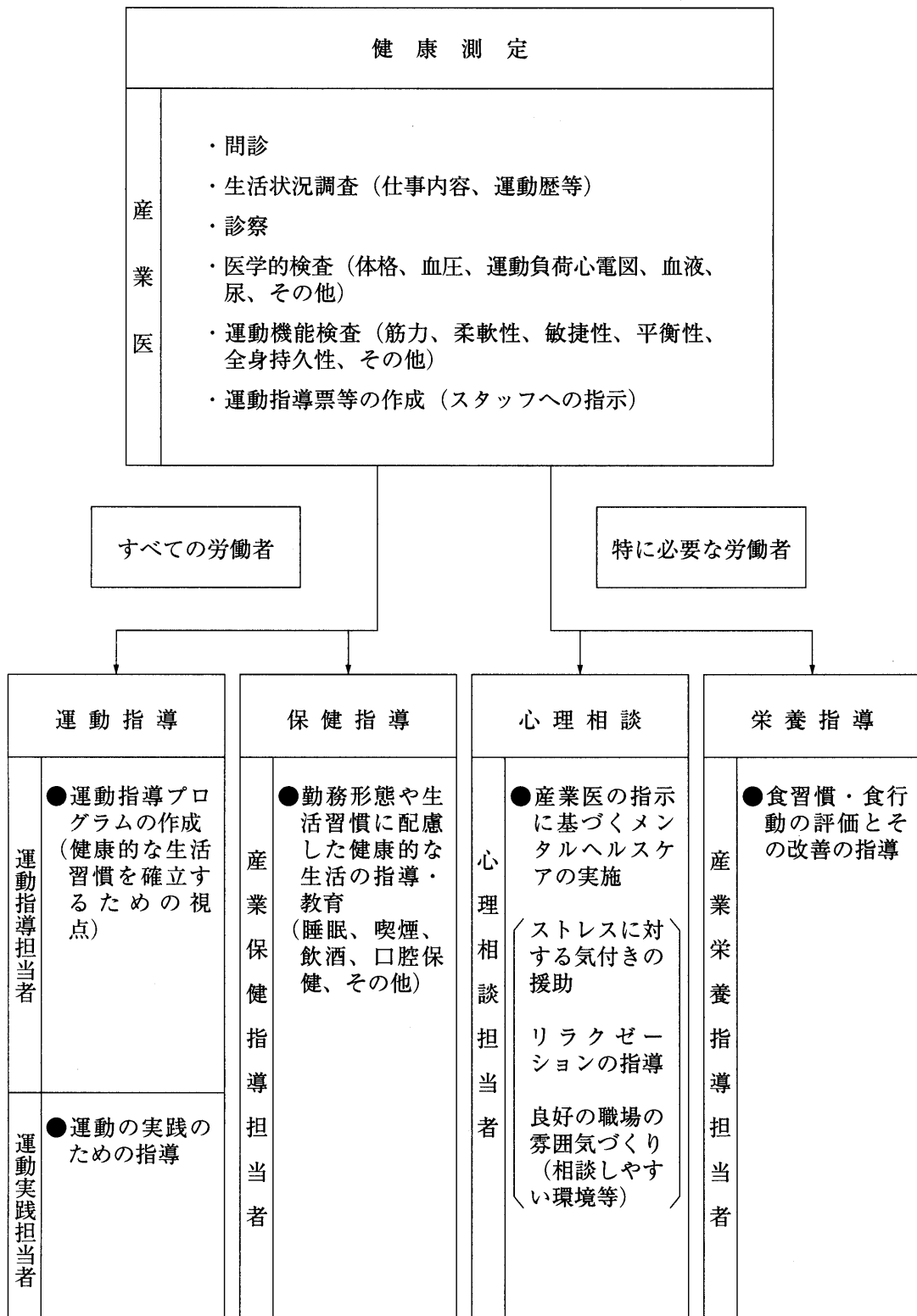


図5 健康づくりスタッフと役割

## (2) 産業医学の振興及び健康管理の質の向上

産業医学総合研究所においては職業性疾病の発生機序の解明及び予防対策のための医学的工学的技術の開発などに関する研究が行われている。また、昭和 53 年に開校された産業医科大学においては産業医の養成を行うとともに、学術的観点から職業性疾病に関する基礎的研究を行っている。さらに、産業医の資質の向上を図るために都道府県医師会に委託して「産業医研修」を行っている。

また、労働者の健康診断を行っている労働衛生機関で組織されている「全国労働衛生団体連合会」に対しては、健康診断の質の向上を図り、優良な労働衛生機関の育成を目指すため、労働衛生機関を対象に、検診従事者の講習会や技術面の精度管理調査の実施等を委託している。

## 8 産業保健センター

企業内の衛生管理体制の中での、産業医のあり方について、平成 4 年に「産業医のあり方に関する検討会」から提言が出された。この中で、産業医に対する支援、小規模事業所への産業保健サービスの提供が十分でないとの指摘があり、産業保健センター設置が進められることとなった（図 6）。

労働者の健康管理には、産業医を中心とした衛生管理体制の確立が不可欠であるが、産業医の選任義務のない労働者数 50 人未満の事業場にあつては、独自に医師に依頼して助言等を受けるこ

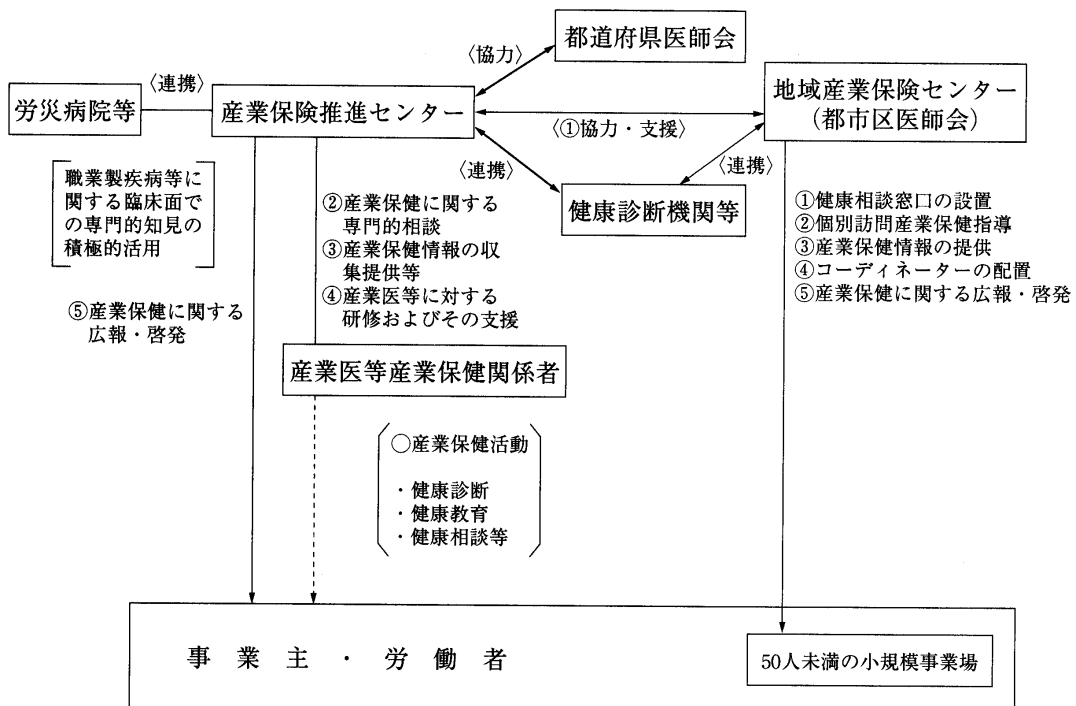


図 6 産業保険センター

とが困難である。このため、小規模事業場を対象として、健康相談、戸別訪問産業保健指導等を行う地域産業保健センターを設置している。本センターは、原則として労働基準監督署単位に、都市区医師会に委託して設けられるもので、平成 9 年度末までに全国 347 カ所に設置されている。

また、産業医活動の質の向上を図るため、産業医等を支援する体制の構築が不可欠である。このため、産業医等に対する専門的相談、産業保健情報の提供等を行う産業保健推進センターを設置している。本センターは、都道府県単位に、都道府県医師会の協力を得て労働福祉事業団が設けるもので、平成 10 年度までに全国 29 カ所に設置されている。

## 第 4 節 労働衛生の現状

### 1 業務上疾病

業務上疾病の発生状況は、労働安全衛生規則第 97 条に基づいて事業場から提出される「労働者死傷病報告」により把握することができる。平成 8 年における発生の状況は表 1 に、示すとおりである。なお労働基準法施行規則第 35 条の改正に伴い、疾病分類が、昭和 54 年より変更されている。平成 8 年における総件数は 9,250 件で、疾病者数年千人率は 0.2 である。業種別発生件数の経年的な推移は表 2 に示すとおりである。

図 7 は、平成 8 年の業務上疾病について疾病別に分類したものである。負傷に起因する疾病が最も多く（うち「災害性腰痛」が 5,191 件）、次いで、「じん肺」が多い。また、各疾病についてその発生件数の経年的な推移を見ると図 8 に示すとおりである。

### 2 健康診断

職場における健康診断は、職場において健康を阻害する諸因子による健康影響の早期発見及び総合的な健康状況の把握のみならず、労働者が当該作業に従事して良いか（就業の可否）、また、作業に引き続き従事して良いか（適正配置）、を判断するためのものであり、労働者の健康状況を経時的変化を踏まえて総合的に把握した上で、保健指導、作業管理あるいは作業環境管理にフィードバックすることにより、労働者が常に健康で働けるようにするためのものである。

労働安全衛生法では、第 66 条に「健康診断」の規定が設けられており、事業者は全労働者に対して一般健康診断を、また、有害な業務に従事する者に対して、特殊健康診断を実施する義務を負っている。

さらに、平成 8 年の改正によって、①健康診断結果の通知の義務化 ②事後措置（作業の転換や労働時間の短縮等の措置）への医師の意見の反映 ③医師・保健婦等による保健指導の実施の努力義務化等の法制化が行われている。

表 1 業務上疾病発生状況

平成 8 年 ('96)

	疾病件数	疾病者数年千人率
総数	9,250	0.2
製造業	2,631	0.2
鉱業	572	8.4
建設業	1,834	0.4
運輸交通業	1,187	0.5
貨物取扱業	138	0.6
その他の事業	2,888	0.1

注 疾病者数疾病者数年千人率 =  $\frac{\text{疾病者数}}{\text{労働基準法適用労働者数}} \times 1,000$

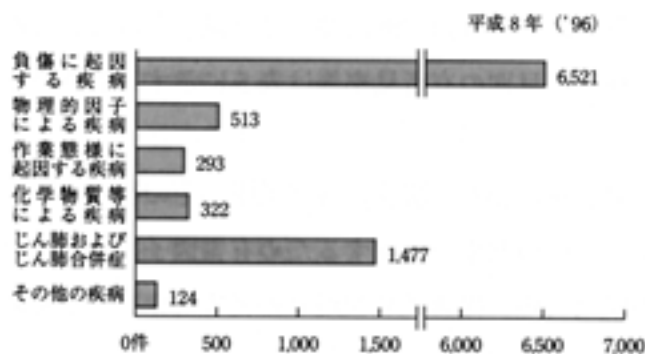
資料 労働省「業務上疾病調べ」

表 2 業種別業務上疾病件数の年次推移

	総数	製造業	鉱業	建設業	運輸交通業	貨物取扱業	その他
昭 50 年 ('75)	24,953	10,809	1,416	4,618	2,975	1,166	3,969
55 ('80)	18,644	7,020	1,394	3,965	2,518	600	3,147
60 ('85)	14,588	5,298	974	2,679	1,835	433	3,369
平 2 ('90)	11,415	3,824	583	2,078	1,708	233	2,989
7 ('95)	9,230	2,844	482	1,843	1,157	131	2,773
8 ('96)	9,250	2,631	572	1,834	1,187	138	2,888

注 昭和 54 年から疾病分類が一部変更されている。

資料 労働省「業務上疾病調べ」

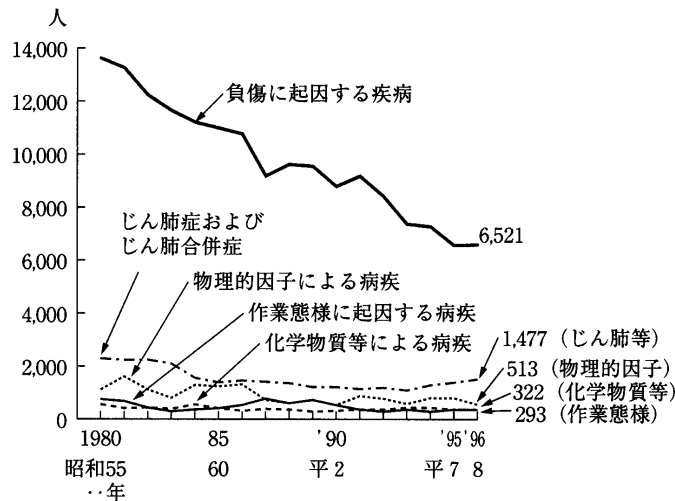


注 「じん肺およびじん肺合併症」数は、管理 4 決定数と合併症り患件数の和（随時申請にかかるものを除く）。

資料 労働省「業務上疾病調べ」「じん肺健康管理実施結果調べ」

図 7 疾病分類別業務上疾病者数





注 「じん肺およびじん肺合併症」数は、管理4決定数と合併症り患件数の和（随時申請にかかるものを除く）。

資料 労働省「業務上疾病調べ」「じん肺健康管理実施結果調べ」

図8 主要な業務上疾病件数の年次推移

### (1) 一般健康診断

労働安全衛生法の第66条第1項に規定される健康診断の方法は労働安全衛生規則に決められており、表3のように、6種類の健康診断がある。

一般健康診断のうち、定期健康診断の実施状況については、労働安全衛生規則第52条の規定に基づいて常時50人以上の労働者の使用する事業者から提出される「定期健康診断結果報告書」により把握できる。平成8年1月から12月までの実施結果は表4に示すとおりであり、所見のあった者の総数（他覚所見のみを除く。）は4,288,473人で所見のあった者の割合は38.0%である。

また、定期健康診断の検診項目別の有所見率等は表5に示すとおりである。

### (2) 特殊健康診断

ガス、蒸気、粉じん、放射線、振動、騒音、異常気圧、その他の有害因子にさらされる業務に従事する労働者については、その健康を確保するため有害因子排除のための環境改善、作業時間の規制、特定の労働者の就業制限、保護具の使用等の災害防止基準を定めるとともに、特別の項

表3 労働安全衛生規則で定められている一般健康診断

第43条	雇入時の健康診断
第44条	定期健康診断
第45条	特定業務従事者の健康診断
第45条の2	海外派遣労働者の健康診断
第46条	結核健康診断
第47条	給食従業員の検便

表 4 定期健康診断実施結果（業種別）

平成 8 年（'96）

	健 診 実 施 事 業 場 数	受 診 者 数	所見のあった人数 (他覚所見のみを 除く)	所見のあった者 の割合 (%)
総 数	76,734	11,284,849	4,288,473	38.0
製 造 業	32,440	5,189,939	1,984,952	38.2
鉱 業	131	12,435	6,049	48.6
建 設 業	3,974	431,102	200,977	46.6
運 輸 交 通 業	6,796	786,641	340,228	43.3
貨 物 取 扱 業	941	108,582	43,196	39.8
農 林 業	233	15,004	8,899	59.3
畜産・水産業	61	4,466	2,307	51.7
商 業	10,277	1,216,744	438,006	36.0
金融・広告業	3,568	680,316	220,686	32.4
映画・演劇業	90	8,693	3,501	40.3
通 信 業	1,025	212,970	92,981	43.7
教育・研究業	1,950	315,769	109,044	34.5
保 健 衛 生 業	4,863	787,199	225,579	28.7
接 客 娯 楽 業	3,006	335,416	134,041	40.0
清 掃 ・ と 畜 業	1,526	198,054	105,277	53.2
官 公 署	170	29,318	12,762	43.5
その他の事業	5,683	952,201	359,988	37.8

注 1) 「健診実施事業場数」欄は健診実施延事業場数である。

2) 「所見のあった人数(他覚所見のみを除く)」は、労働安全衛生規則第44条及び第45条で規定する健康診断項目のいずれかが有所見であった者(他覚所見のみを除く)の人数である。

3) 「所見のあった者の割合」は、所見のあった人数(他覚所見のみを除く)を受診者数で割った値である。

資料 労働省「定期健康診断結果調べ」

目による健康診断の実施を義務づけている。

現在、法令で特別の項目による健康診断の実施が義務づけられている業務は、①粉じん作業（じん肺法）②高圧室内業務及び潜水業務（高気圧作業安全衛生規則）③放射線業務（電離放射線障害防止規則）④製造禁止物質・特定化学物質等の製造、取扱業務（特定化学物質障害予防規則）⑤鉛業務（鉛中毒予防規則）⑥四アルキル鉛等業務（四アルキル鉛中毒予防規則）⑦特定の有機溶剤業務（有機溶剤中毒予防規則）の7種類となっている。

また、上記のような法規に規定された業務以外のいくつかの有機業務についても、昭和31年以来特別の項目についての健康診断の実施促進が行政指導により図られてきている。

近年、作業環境や作業方法の改善により、労働者が高濃度の有機溶剤や鉛に暴露されるような環境のもとで働くことは少なくなり、健康診断で発見される有所見者の割合は年々減少してきている。しかし一方、低濃度の有機溶剤や鉛に暴露されるような環境のもとで長時間にわたって働く労働者の健康への影響が懸念されている。

表5 定期健康診断実施結果（項目別の有所見率等）  
 （単位％） 平成8年（'96）

項 目	有 所 見 率
項目別の有所見率	
他 覚 所 見	3.3
聴力（1,000Hz）	4.5
聴力（4,000Hz）	9.8
聴力（その他）	0.8
胸 部 X 線 検 査	2.6
喀 痰 検 査	0.9
血 圧	9.2
貧 血 検 査	5.8
肝 機 能 検 査	12.6
血 中 脂 質 検 査	20.9
尿 検 査（糖）	3.4
尿 検 査（蛋白）	2.8
心 電 図 検 査	8.3
所見のあった者の割合	38.0

注 「所見のあった者の割合」は労働安全衛生規則第44条及び第45条で規定する健康診断項目のいずれかが有所見であった者（他覚所見のみを除く。）の人数を受診者数で割った値である。

資料 労働省「定期健康診断結果調べ」

このため、①化学物質の体内摂取状況の把握 ②体内摂取された化学物質に対する早期の生体側の反応の程度の把握 ③化学物質による早期の健康障害の把握等を基本とする考え方のもとに、従来の1次健康診断、2次健康診断という考え方を廃止し、職業生活全般を中心とした個々の労働者の健康への影響を把握し、その経時的な変化に留意しながら適切な管理を行うことを重点として鉛および有機溶剤業務における特殊健康診断項目の改正が平成元年の6月に行われた。

法定の特殊健診と行政指導による特殊健康診断のいずれについても事業者からその実施状況が報告されることになっており、一般に法定の特殊健診に比べて行政指導によるものの方が有所見率が高い傾向にある。

また、年次別特殊健康診断実施状況については、表6のとおりであり、有所見率は漸次低下の傾向にあるが、法令の周知や行政指導の定着化に伴う作業環境管理および作業管理が実効をあげてきていると思われる。なお、有所見率については平成元年から上昇しているが、これは健康項目が改正された影響があると考えられる。

また、じん肺健康診断については、平成8年における実施結果は、209,520人の粉じん作業従事労働者がじん肺健診を受け、うち18,520人がじん肺の所見があると決定されている。業種別にみると、鉱業、製造業等で有所見率が高い。

表 6 特殊健康診断実施状況（年次別）

	対 象 業 務 数	実 施 事 業 場 数	受診者数 (A)	有所見者数 (B)	有所見率 (%)
昭和 40 ('65)	24	8,927	226,979	24,048	10.6
45 ('70)	30	14,865	304,793	30,735	10.1
50 ('75)	66	30,446	557,224	29,962	5.4
55 ('80)	72	71,976	1,213,867	30,546	2.5
60 ('85)	72	81,689	1,436,463	24,429	1.7
平成 2 ('90)	72	75,746	1,376,847	31,994	2.3
3 ('91)	72	73,617	1,385,573	41,844	3.0
4 ('92)	83	75,131	1,509,273	47,995	3.2
5 ('93)	83	76,986	1,553,650	52,353	3.4
6 ('94)	83	76,051	1,558,666	55,969	3.6
7 ('95)	83	76,041	1,536,770	78,198	5.1
8 ('96)	83	76,355	1,554,080	80,661	5.2

資料 労働省「特殊健康診断結果調べ」

## 第2章 企業における障害者の健康管理の事例等

### 第1節 重度障害者多数雇用事業所における健康管理

#### 1 東京都プリプレス・トッパン(株)の状況

##### (1) 事業所の概略

この会社は、凸版印刷(株)、東京都、板橋区が共同出資して第三セクター方式で、重度障害者の雇用を目的としてつくられた企業である。出版物作成に必要な文字入力及び情報処理業務、各種データサービス・ソフト開発の業務、オフセット写真製版業務等を行っており、従業員は、キーボードを使用するので、キーが叩けること及び画面が確認できることが必要である。障害者は、自力で通勤できる肢体不自由者を中心に採用している。障害等級別内訳は 1 級 19 人、2 級 13 人、3 級・4 級 12 人で、車椅子使用者が 20 人いる。従業員の平均年齢は 29 歳、障害者の最高年齢は 45 歳である。

障害者の採用のポイントとして、健康の自己管理ができているかどうかを見ている。

車椅子使用者で自家用車で通勤している者の一部に対し、特別に始業時間を少し遅らせてやっている。労働時間は 1 日 7 時間 20 分で、完全週休二日制を実施しており、夜勤はない。

重度障害者多数雇用事業所施設設置等助成金、特定求職者雇用開発助成金、重度障害者職場適応助成金を受けているほか、重度障害者特別雇用管理助成金を利用して健康相談医師を委嘱している。

##### (2) 健康管理

健康管理は総務部が担当している。

板橋中央総合病院と契約して、医師に相談室に月 1 回来てもらい、車椅子使用者である重度障害者に重点を置いて、15 分～20 分の問診及び相談を行っている。親会社の診療所が無料で使用できるので、具合が悪いときはそこに行く体制をとっている。定期検診は 1 年に 1 回、この診療所で行い、その記録は総務部が保管していて、相談医が参考にしている。日常的な管理としては、車椅子使用者の場合は特に褥創に注意しており、朝と昼の始業前に 5 分間のラジオ体操を一斉に流して、腰を上げる、手足を伸ばすなどなるべく体を動かすようにしている。

健康相談の記録は、医師が保管している。会社としては、従業員が体の不調を感じた場合は自ら申し出るように指導している。レクリエーションとしては、テニス、バドミントン、バスケット(車椅子)などを所沢リハビリテーションセンター、障害者スポーツセンターなどでやっている人もいる。

### (3) 相談室

従業員が利用できる相談室があり、1 ヶ月に 10 日くらい（1 日おき）生活相談員（非常勤）がいて、生活相談、生活指導、健康相談を受け持っている。相談員は障害者雇用促進協会の事業所アドバイザーとして事業所を廻っている人であって、総務部長とはまた別の立場で従業員の相談にのっている。相談室の目的は従業員の定着にあり、従業員が継続して長期間働けるようにアドバイスをしている。従業員が長く働くことによって、それぞれに技術力が付き、それが会社の財産となるという考え方が基本にある。

また、1 年に 2、3 回は従業員を相談室に呼んで、雑談がてら仕事の進捗状況や様子を聞いており、この相談票は総務部で管理している。

## 2 ㈱秋田 ARS 及び㈱秋田オイルシールの状況

### (1) 事業所の概要

両社の事業主は同じ人物で、㈱秋田 ARS は秋田県山本郡八森町に、また㈱秋田オイルシールは同郡二ツ井町に所在しており、いずれも自動車部品及び医療器具等のゴムパッキングを各種製造している。従業員は合わせて 103 人で、秋田県北部に 5 つの工場がある。

昭和 50 年 11 月から障害者を雇用し始め、日本海沖地震で損壊した社屋、工場の再建のために日本障害者雇用促進協会から助成金を受けて、その後、障害者の雇用を積極的に行ってきた。

現在、雇用している障害者数は 22 人、雇用率 21.3%である。

障害の程度別は、重度 5 人、中度 12 人、軽度が 5 人であり、障害の種類別では下肢障害者 4 人、知的障害者 18 人である。

平均年齢は 28 歳で、20 歳未満 1 人、20～30 歳未満 10 人、30～40 歳未満 7 人と比較的若い人が多く、40 歳以上は 4 人である。

障害を持つ従業員の平均勤続年数は 8 年で、従事している仕事の内容は管理部長、事務員、ゴム検査員、ゴム仕上工、プレス工等である。

障害者の賃金は、身体障害者については平均 19 万円（最高 24 万円～最低 12 万円）、知的障害者については平均 11 万円（最高 22 万円～最低 10 万円）であって、最低賃金の適用が除外されている者はいない。

実労働時間は 8 時から 17 時までの 8 時間で、障害者も同じであり、残業規制等障害者だけに特別に労働時間を配慮するようなことはしていない。

### (2) 健康管理について

健康診断は毎月 1 回行っており、人間ドックの費用を援助している。近くの医院を指定病院とし、嘱託医として健康管理の責任を担わせており、何かあれば嘱託医に相談している。

社内に保健室はあるが保健婦はおいていない。

従業員に対する特別の健康管理教育は行っていない。従業員のリラクゼーションのために、週1回、近くにある温泉プールの利用を促進している。

障害のある従業員の健康チェックは、入寮者は寮責任者が行い、現場では担当係長が健康状況をチェックしてすべての情報を収集している。

障害者に対する特別の配慮・措置としては、身体障害者については手助けが必要なときは職場で障害者の側に居る健常者が対応するようにして（今までに問題はなかった。）おり、知的障害者は保護者会（保護者と会社が一体となり、独立した社会人となるよう手助けする会）が対応している。

衛生管理者は2人で、衛生委員会が設置されている。

生活相談員は1人存在するが、ヘルスケア・トレーナー、ヘルスケア・リーダー、心理相談員、産業栄養指導者、産業保健指導者は存在しない。

その他、健康づくりのための運動会、球技大会、カラオケ大会などを行っている。

### 3 オムロン京都太陽㈱（京都市）の状況

オムロン京都太陽㈱は京都市街の南方に所在しており、「太陽の家」の障害者福祉工場と隣接している。障害者数は重度授産が50人、福祉工場が82人、オムロン京都太陽に14人である。オムロン京都太陽は、仕事の発注、検品、作業管理等の業務を行い、それを受けて授産所と障害者福祉工場において、障害者が電子部品（基盤、配線）の製造組立作業を行っている。

健康管理は、専ら「太陽の家」の方で厚生課長が中心になって行っており、一般検診、特殊検診に加えて疾患別の健康診断（個別カルテを整理中。）を行っている。保健婦は2人いて、産業医はときどき来るだけである。ヘルスケアリーダー、産業保健指導者などはいない。

### 4 カガライト工業㈱（金沢市）の状況

カガライト工業㈱は金沢市の郊外にあり、山から砂を採取し焼成、乾燥して、粒の大きさを分けて出荷している。

障害者は知恵遅れが7人（女性1人）である。うち3人はシャベルカーの運転免許を取得している。砂の袋詰め作業は、粉塵が舞い、力が要るが、みんな熱心に良く働いている。7年前に13人採用し、そのうち6人辞めたが、7年経つと残りの7人で13人以上の仕事ができるように能力が向上していた。障害者の1人はパソコンも操作できており、全体的に健常者と殆ど変わらない状況である。健康管理は一般と同じで、障害者だからと言って特に変わったことはしていない。

今後も重度障害者作業施設設置等の補助金を申請して、社屋の整備を図って障害者の雇用を進めていく方針とのことである。

## 〈参 考〉

上記 2～4 の重度障害者多数雇用事業所の訪問に際しては、予め次の調査票を作成して持参し、これに基づいて、事業主等に面接してヒアリングを行ったものである。

### 障害者の職場適応のための健康管理に関する調査票

調査票作成日	平成 年 月 日
事業所名	
代表者名	
所在地	
電話番号	
FAX 番号	
事業の種類	
調査票作成者	

#### [1] 障害者の雇用状況

- 現在の従業員数  人、障害者数  人、雇用率  %
- 障害の程度別内訳: 重度  人、中度  人、軽度  人
- 障害の種類別内訳  
身体障害: 視覚  人、聴覚  人、上肢  人、下肢  人、内部  人  
精神薄弱:  人  
精神障害:  人
- 障害者の年齢別構成  
平均年齢 (年齢の総和÷人数):  歳  
内訳: 20 歳未満  人、20～30 歳未満  人、30～40 歳未満  人  
40～50 歳未満  人、50～60 歳未満  人、60 歳未満  人

#### [2] 障害者の勤務状況

- 障害者の雇用を始めた時期:  昭和、平成  年  月から
- 障害者の雇用を始めたきっかけ、及び障害者を雇用する理由

--

- 障害を持つ従業員の平均勤続年数 (勤続年数の総和÷人数):  年

障害者の従事している職務、作業の内容 (障害の種類別)

肢体不自由者



視覚障害者	
聴覚障害者	
精神薄弱者	
精神障害者	

[3] 障害者の賃金（月額）の状況

身体障害者:平均  万円（最高  万円～最低  万円）

精神薄弱者:平均  万円（最高  万円～最低  万円）

精神障害者:平均  万円（最高  万円～最低  万円）

最低賃金が適用除外されている者：

無	有（ <input type="text"/> ）人
---	----------------------------

[4] 勤務時間

1 実労働時間

一般従業員：午前	時	分～午後	時	分	実労働時間（1日	時間）
身体障害者：午前	時	分～午後	時	分	実労働時間（1日	時間）
精神薄弱者：午前	時	分～午後	時	分	実労働時間（1日	時間）
精神障害者：午前	時	分～午後	時	分	実労働時間（1日	時間）

2 休憩時間に関する障害者だけの規定（「○分働いたら○分休む」等の取り決め）

あり（  ）、なし

3 残業規制その他障害者の勤務時間に関する特別の配慮

あり（  ）、なし

[5] 障害者のための作業設備の改善

あり（  ）、なし

[6] 職場における健康管理対策の状況

① 定期健診：年  回、特殊検診： あり（依頼先→  ）、なし

② 人間ドックの費用補助： あり、なし

③ 指定病院： あり（  ）、なし

④-a 保健室： あり、なし      ④-b 保健婦： あり、なし

⑤ 健康管理の責任者（担当者）の役職名：

⑥ 従業員に対する健康管理教育を実施しているかどうか。

(注：障害のある従業員が健康を自己管理できるようにするため、及び健康状態に変化が生じた場合にうまく対処できるようにするための教育をいう。)

あり ( )、なし

⑦ 従業員の勤務中における過度の緊張を解きほぐす（リラクゼーション）のための軽い運動等についての特別の指導、配慮等の有無： あり ( )、なし

⑧ 障害のある従業員の健康状況のチェック、情報収集の方法はどのようなか。  
[ ]

⑨ 健康管理上で問題が発生した場合の対応はどうしているか。（例えば、あらかじめ決まった医療機関に相談する等）

[ ]

⑩ 障害者の主治医との連絡の有無はどうか。 あり ( )、なし

⑪ その他、障害者に対する特別の配慮、措置の有無はどうか。  
[ ]

#### [7]健康保持増進対策推進のためのスタッフ

① 産業医（常用労働者 50 人以上のみ）→ あり（診療科目： ）、なし

② 衛生管理者（常用労働者 50 人以上のみ）  
あり（医師、歯科医師、労働衛生コンサルタント）合計 人、なし

③ 衛生委員会等の設置（常用労働者 50 人以上のみ）→ あり（衛生・安衛）、なし

④ ヘルスケア・トレーナー： あり、なし

(注：健康測定の結果に基づき作成された指導票の指示に従って、個々の従業員に対して具体的な運動プログラムを作成し、運動指導を行う人)

⑤ ヘルスケア・リーダー： あり、なし

(注：ヘルスケア・トレーナーの指示のもとに個々の従業員に対する運動実践の指導援助を行う人)

⑥ 心理相談員： あり、なし

(注：健康測定の結果に基づき、メンタルヘルスケアが必要と判断された場合又は問診の際に従業員自身が希望する場合に、産業医の指示のもとにメンタルヘルスケアを行う人。)

⑦ 産業栄養指導者： あり、なし

(注：健康測定の結果に基づき、必要に応じて栄養指導を行う者)

⑧ 産業保健指導者： あり、なし

(注：健康測定の結果に基づき、個々の従業員に対して必要な栄養指導を行う人)

⑨-a 生活相談員： あり、なし

(注：生活指導、生活相談、健康相談など、主に従業員の日常生活の相談にのり、アドバイスをする人)

⑨-b 相談室の設置 (注：生活相談員が面談するための個室)： 

あり、なし
-------

⑨-c 生活相談員がいない場合→ 従業員が気軽に生活相談等を行える窓口があるかどうか。  

あり (具体的な内容： )、なし
------------------

**[8] 健康づくり対策の状況**

① 従業員の健康づくりのための措置 (該当するものを○で囲む。)

運動会、スポーツ大会、職場体操、スポーツクラブ、ヘルスクラブ、合宿研修、 フィットネスクラブ、気功、太極拳、健康セミナー、その他 ( )
---

②-a 従業員のための運動用器具： 

あり ( )、なし
-----------

②-b 運動用スペース (運動場、体育館等)： 

あり ( )、なし
-----------

③ トータル・ヘルス・プロモーションプラン (THP) 無、有 ( )

(注釈)

④ 健康相談、健康測定用機器 無、有 ( )

⑤

⑥ 心の健康に関する調査の実施 無、有 ( )

⑦ 障害者の健康づくりのための特別対策 無、有 ( )

**[9] その他、従業員 (障害者) の健康の増進の対策**

⑧ その他の制度、措置 無、有 ( )

## 第2節 大企業における健康管理・健康づくり —産業医等産業保健関係者の活動を中心として—

### 1 はじめに

大企業においては、健康診断（健康測定を含む）の実施やその事後措置（フォローアップ）、健康づくり、メンタルヘルスケア、作業環境の改善などの産業保健活動を通して、従業員の健康の維持・増進をはかる体制ができている企業が多い〔労働省・1994〕。そして、その場合その中核組織が「健康管理（開発）センター」で、そこには産業医、保健婦・看護婦などの産業保健関係者がスタッフとして配置されている。

1988年の労働安全衛生法の改正によって、労働省がすすめてきている心と体の両面からのトータルな健康づくりを進める運動=「トータル・ヘルス・プロポーシヨン・プラン」(THP)においては、産業医等の産業保健関係者を中心にする以下の6種類のスタッフによる健康測定・指導、健康づくりが目指されている。

- a. 産業医→健康測定の実施と個人別指導票の作成
- b. ヘルスケア・トレーナー→運動プログラムの作成
- c. ヘルスケア・リーダー→運動実践の指導・援助
- d. 心理相談員→メンタルヘルスケア
- e. 産業栄養指導者→栄養指導
- f. 産業保健指導者→保健指導

こうした従業員の健康づくり運動の高揚のなかで、企業・職場レベルにおいて障害を配慮した健康管理・健康づくりがどの程度、どのように実施されているのか、あるいは実施されていないのかという問題関心で、「健康管理（開発）センター」の産業医、保健婦・看護婦の活動にとくに注目、大企業を対象とした訪問聴き取り調査を実施した。

ここでは、その調査の結果から収集した情報をもとに、企業組織あるいは職場における健康管理の実態の事例を中心に紹介、検討してみる。そして、最後に障害を配慮した健康管理あるいは健康づくりを進める上での企業の対応課題を明らかにしたい。

なお、今回の調査対象となった企業・組織は3社（以下では、A社、B社、C社と略）の「健康管理（開発）センター」及び「健康管理室」である。聴き取りの具体的対象者はA社では、人事企画部次長兼健康管理室長、B社では所長（産業医）と工場事務長、C社では所長（産業医）、保健婦と人事担当者であった。

## 2 A社の事例

### (1) 障害者雇用の概況

A社は保険会社で、ホワイトカラー業務が中心の企業である。現在の従業員総数は、**13,247**人である。そのうち、障害者の総数は**168**人、その内訳は肢体不自由者**129**人、視覚障害者**13**人、聴覚障害者**9**人、内部障害**12**人、その他**5**人である。重度の障害者総数は**38**人で、障害者全体の**23%**を占めている。そして、重度障害者に限定すると、その内訳は肢体不自由者**24**人、視覚障害者**3**人、聴覚障害者**3**人、内部**8**人である。A社の障害者は、入社後に障害をもった人よりも、障害をもって入社してきた人が圧倒的に多い。しかし、社員の高齢化とともに成人病にかかる人や障害をもつ人の予備軍は多くなってきているので、健康管理・健康づくりは企業としても重要な課題になってきているという。

A社では、障害をもつ社員に対して、雇用管理上の特別の制度はないが、通勤の便を個別に配慮して勤務・配置場所を決めることもあるという。しかし、仕事内容に関してはとくに障害を配慮するようなことはしていない。社員区分として、本店採用の総合職（事務作業に限定されず、広範囲の異動がある）と支店採用の一般職の**2**つがあるが、障害者はどちらの区分にもいる。なかには、管理職（右手切断など）に昇進している障害をもつ社員もいるという。

### (2) 健康管理の組織

A社の健康管理業務の中心は、本社の人事管理企画部の中にある「健康管理室」が行っている。そして、全国にある支店レベルには、健康管理担当課長（=総務課長あるいは業務課長が兼務している）が配置され、「健康管理室」と連携をとりながら健康管理・健康づくりを進めている。

また、この「健康管理室」とは別の組織として、本社地区や大都市支店には診療所（医務室、資本は別で依頼・提携関係）、大都市以外の支店には健康相談室を設置している。そして、本社地区及び社員**50**人以上規模の支店には、産業医、看護婦を配置している。本社地区や大都市支店の診療所（医務室）は、産業医とは別に内科、精神科、整形外科、循環器の嘱託医が曜日ごとにきており、社員が一時的に健康状態が悪くなった時などに診療をしている。しかし、産業医に限定すると、その仕事は社員の健康測定やそのフォローアップがメインとなるので内科系統が多くなる傾向がみられるという。また、カウンセラーは診療所（医務室）に配置、週**2**回、カウンセリング業務をしている。

### (3) 定期健康診断

定期健康診断は、年**1**回実施。その実施は本社地区や大都市支店では、診療所が行っている。それ以外の支店は、地域の診療機関に依頼して実施している。A社の定期健康診断の内容は、半日ドックに近く、詳しい検診をしている。そのため、会社負担の人間ドックも実施しているが、その該当者は全社で**10**人くらいにすぎないという。また、この定期健康診断では、障害をもつ社員に対して、特別の項目を設けるなどの配慮はないという。

健康診断の結果は、産業医が 5 段階で評価している。評価得点 1 は「全く問題がない」、評価得点 5 は「非常に問題あり」、評価得点 2 は「治療の必要はないが、要注意」である。会社としては、評価得点 3 以上の「要観察者」をウオッチする仕組みをつくっている。この「要観察者」は、年齢と相関が高く、A社でも年々、増えてきているという。

健康診断の結果、この「要観察者」となった全員に対して、産業医と看護婦が診断結果のデータにもとづいて個別指導を実施している。つまり、「要観察者」には、最低 1 回は産業医や看護婦と接触して、面談の機会をつくるようにしている。そして、「要観察者」の症状によっては年 1 回で終わるのではなく、毎月あるいは 3 ヶ月に 1 回のフォローをすることもあるという。

また、看護婦は、1 人あたり 600~700 人の社員を担当する範囲で社内の部課ごとに担当を決め、とくに「要観察者」を定期的にフォローをしている。評価得点 1 の「全く問題がない」という人以外にも、定期健康診断の結果にもとづいて健康のアドバイス、生活指導などを実施している。この場合、障害者も健常者も全く同じルールで実施している。これらの担当職場ごとの健康のアドバイスや生活指導は、看護婦の仕事として大きなウエイトを占める。

しかし、「要観察者」の中に、障害をもつ社員が含まれていた場合、その障害を配慮しながらアドバイスや生活指導が実施されるという。障害をもつ社員の主治医と産業医の接触は、プライバシーの問題もあり、本人の申し出がない限りしない。

#### (4) 運動指導・栄養指導

A社では、ヘルスケアトレーナーやヘルスケアリーダーを社内に配置していない。労働省が進めている心とからだの健康づくり運動である「トータル・ヘルス・プロモーション」(THP)は実施していない。しかし、社員の健康づくりのための運動指導や栄養指導は実施されている。

毎年 10 月の健康増進月間期間中に、外部の業者、医者とタイアップした「スポーツクラブ」の運動療法のプログラム(2 ヶ月間、インストラクターが個別に指導して実施するの療法)に社員を参加させている。この費用は、1 人当たり 3~4 万円で、その対象者は希望者全員ではない。社員の希望者が多く、費用もかかるので、「太りすぎの人」「運動をした方がよい人」などを基準として選別している。前述した健康診断の評価得点 3 以上の「要観察者」が基準となるのではない。その意味では、健康診断の結果のデータと完全にリンクさせた対応とはなっていない。健康診断の評価得点が 1 や 2 でも、肥満気味の人を対象者となっている。現在、本社地区だけで毎年 50 人ぐらいの規模で実施している。その希望倍率は 1.4 くらいとなっている。

また、10 月に外部業者に依頼して栄養指導をしている。社員にアンケート方式で、過去 3 日間の細かい食事記録を記入させ、外部業者にデータを送り分析してもらい、外部業者から社員にアドバイスをしてもらうプログラムである。この費用は全額会社負担であるが、対象者は希望者全員でとくに絞っていない。

以上みてきたA社のケースでは、労働省が進めている THP の段階までは達していないものの、人間ドックに近い定期健康診断の実施、その結果のデータとは必ずしもリンクしていないが運動

指導や栄養指導のプログラムをもっていた。健康診断の結果が、「要観察者」で、障害をもつ社員の場合に、はじめて障害を配慮した健康のアドバイスや生活指導が行われていた。障害をもつ社員の障害をとくに配慮せずに健康管理・健康づくりをすすめているこのケースは、現在、多くの大企業でみられるものであろう。

### 3 B社の事例

#### (1) 工場・職場の概況

この事例は、B社の本社工場に位置づけられている主力工場における健康管理・健康づくりについてである。この工場は、1956年に設立したブラウン管の製造工場で、造られた製品は家電メーカーに納入している。製品納期やコストが厳しく、また、近年、リストラも積極的に進めてきている。工場の従業員総数は約700人で、職場の多くの工程はコンピュータでコントロールされ、ロボットの導入、モニターの拡大、立ち作業を少なくするなどの肉体的負荷を軽減する対策、機械化を積極的に進めてきている。

しかし、製品の特性から高熱作業、重筋作業、鉛作業などがあり、騒音も多いことが職場の大きな特徴となっている。そのこともあって、製造現場は、検査工程の一部を除いてほとんどが男性によって占められている。また、従業員の高齢化が進んでおり、平均48歳、50歳以上が54%を占めている。そして、最近、若い人を採用していないので、若い人は現場にいなくなりつつあり、高齢化が進んだ工場といえる。

また、製造現場では交替制勤務であることも職場の大きな特徴である。製造現場従業員に対しては三交替勤務を採用（午前7～午後3時勤務の朝出を2日間、午後3時から午後11時勤務2日間、夜11～午前7時勤務を2日間、その後2日間の休みが通常のシフト）、そして、このシフトの1周期を70日とし、その間に8時半から5時15分の昼間勤務を2週間入れる勤務体制をとっている。これまで労働時間短縮の関係で、そのシフトの内容は変わってきているが、シフト勤務体制は工場の設立以来続いている。この交替勤務による変則的勤務体制は、従業員に対して肉体的負荷をもたらし、夜勤明けに睡眠をとるために酒を飲む人が多く、それが習慣化している従業員も多いという。

さらに、職場の高齢化や持家保有による遠距離通勤者の増大などによって、従来から行っていたゴルフ大会、オリエンテーリング、家族を交えたボーリング大会などの余暇活動は以前ほど活発でなくなってきた。

産業医の評価では、「ここ工場は年齢の割には、年寄りとなっている人が多い。それだけ、激しい労働で老化が進んでいるということだ」という。これらの点からも従業員の健康管理・健康づくりには、工場にとって大きな課題となっているといえよう。

#### (2) 健康管理センター

この工場の健康管理センターは、総務、経理、業務、と同様に事務部門に所属している。他の

場所にある本社、工場、研究所にもそれぞれ健康管理センターを設置している。この工場の健康管理センターには所長（専属の産業医）と看護婦 2 人（専属）、事務職 1 人（男子）の 4 人のスタッフが配置されている。そして、同じ場所に診療室があり、8 時半から 4 時半まで診療活動をしている。風邪や高血圧、胃腸関係で診療を受けにくる人が多いという。

現在の所長は、平成 3 年から勤務。神経科、神経内科の専門医で、「ここは高齢者が多いから、脳卒中になる人、心臓、心筋梗塞がいるので何か手助けできるのではないか」ということで就任した。就任当初は、毎日出勤していたが、現在は週 4 日勤務。週 1 回は労働省所管の産業保健推進センターに勤務、その他にも労働基準連合会などでの社会的活動も多い。そのため、週 1 日は非常勤産業医の配置を希望している。「現在、自分が不在の日には、看護婦に職場をまもってもらっていることになるからだ」という。現在の所長が就任以降、診療所のイメージを後退させ、従業員の健康管理活動をアピールするために「健康管理センター」へと、組織名称を変更させた。

この健康管理センターでは、海外派遣勤務者を対象とした健康管理も実施している。この工場が本社工場に位置づけられていることもあって、海外現地企業への技術指導の派遣基地ともなっている。派遣先は台湾、シンガポール、中国などで期間は 3 週間～6 ヶ月の短期、3～4 年間の長期派遣がある。例えば、海外勤務から戻るとき、看護婦がその情報を把握、こことは別の検査機関に連絡・予約をとって、海外勤務者が入国したらすぐに検査を受けられるように準備活動をする。そして、その検査機関が実施した検査データをここの健康管理センターの産業医がコメントを付けて検査機関に戻すなどの活動もしている。つまり、ここの健康管理センターは、この工場の在籍者だけでなく、海外派遣者の健康管理活動も行っているもので、こういう面からみても、工場の医務室、診療室、健康管理室の活動範囲を超えており、現所長が就任して以降検討を重ねて、健康管理センターへと名称を変更した。さらに、この工場には 17 社の協力会社の従業員も勤務しているが、そのうち 4 社の従業員（総数で 100 人程度）の健康管理についても、この健康管理センターの守備範囲に入っている。

健康管理センターの産業医として、大きな役割は従業員の健康測定とそれにもとづく健康づくりの活動がある。健康測定のためにの定期健康診断は年 1 回実施しているが、多くが働いている 3 交代職場や鉛、粉塵、塵肺の該当職場の従業員に対しては、秋にも実施するので年 2 回となる。そのため、常に健康診断を実施している感じとなるという。そして、健康診断の結果、「健康状態で問題のある人」（1 回の健康診断で約 200 人が該当）を対象に、健康管理センターに来ることを連絡する。それは、産業医として健康診断の検査結果のデータの間違いないかどうかの確認、精密検診を受けることをすすめるために行っている。健康管理センターでは精密検査は出来ないので、「一流の病院（専門医）を紹介する（開業医ではない）。専門医でなければ、このセンターでも診療できるからである。専門医の紹介にあたっては、従業員の居住場所をまず確認、医師の専門性を重視して紹介している」という。

しかし、「健康診断の結果、健康状態で問題があり、本人に連絡をとった 200 人のうち、返事



をもってきてくれる人は **100** 人くらいであった。私にとっては大変無駄なことをやらされている感じだった。もう少し、その従業員の健康管理意識を変えたいと思った」という。また、「この工場には酒を飲み、肥満となる人が多い。そして、自分の好きなことをやってなにが悪いという人が多い。定期健康診断で酒のことも聞くが、医者にはほめられるように少な目という人が多い」という。従業員の間では「あそこに行くと、労務とつつぬけで通じているので自分の内申書に影響する、出世のさまたげになるとの評価がある」という。

### (3) 産業医が新聞を発行

現在の所長は、従業員と健康管理センターの信頼関係を回復、健康づくりを進めるために「健康のメッセージ」という新聞（**A3** の **10** 頁を **110** 部印刷）を月 **2** 回、平成 **5** 年の末から発行することにした。それ以前に社内報（**4** 頁）の一部記事として、落語のネタのような書き方で、健康問題について掲載してもらったが、それでは自分の思ったことを十分表現できない不満があったことも、この新聞発行の契機となった。従業員の健康管理意識を高めるため、新聞を発行している。高齢者が多いので字を大きく、**A3** 版の大きさにしている。この新聞の配布は、費用の関係もあって **1** 人 **1** 部ずつまでにはいかないが、各職場単位に配布している。その内容は、一般新聞の健康欄記事の切り抜き、医師会、厚生省の情報、所長が自分で勉強したことや疾患データなどをパソコンで統計処理した結果の公表などである。この新聞発行では健康管理センターの事務職も手伝う。

この新聞発行によって、従業員と健康管理センターとの距離は縮められつつある。「読者から病気のことばかりといわれることがあるが、みんな、危険のなかにいることを知らないだけで、わかってほしいと伝えている。だんだん、わかってもらい、家族の病気のことでも相談にくるようにもなった。その新聞発行によって、従業員が親しみをもってくれるようになった。外部の医者の紹介依頼などのかけこみ相談も少しずつできてきている」という。

また、これからの従業員の健康づくりで、運動指導が重要である。「産業医としては、ヘルスケア・リーダー（運動実践の指導・援助）に、体育系の大学を卒業すると良いと思っている。近くにある大学の体育系で安全衛生管理者の資格をとれる人、ヘルスケア・リーダーになれる人を、会社で採用したら良いと思っている。現在、その大学から実習生 **50** 人を、受け入れて工場見学をさせている。そして、すぐにヘルスケア・トレーナー（運動プログラムの作成）を配置することは難しく、ヘルスケア・リーダーがいて、はじめてヘルスケア・トレーナーはその役割を果たすことができると思う」というアイデアをもっている。

### (4) 障害者の雇用・健康状況

この工場では手帳を保有した障害者は、**5** 人と少ない。しかし、手帳は保有していないが、定年の **60** 歳まで働く人がほとんどで、高齢化により、**3** 交代勤務ができない、高熱作業ができないという人、疾病の予備軍が多くでてきている。

障害をもつ **5** 人の従業員のうち **2** 人は、既婚女性で事務職として勤務している。**A** さんは、

50歳で、21歳のとき6階から転落、せき髄損傷となり、車椅子を使用している。病院に長く入院後、現在、保安の事務職として勤務している。腰の痛みを訴えることがある。通勤時間は1時間半と長い。Bさんは、46歳で、小児麻痺からきた変形性の頸椎症で松葉杖を使用している。現在、総務の事務職として勤務。

その他の障害をもつ従業員の3人は、男性で腎機能低下による人工透析を受けている。Cさんは、59歳で、1日おきに近くの病院で透析（終了は夜9時ころ）を受けている。現在、交代勤務体制には入らず、昼間だけ、製品グループの倉庫管理に勤務している。通院時間を確保するために、朝早目に出勤して4時に退社している。Dさんは、48歳で、Cさんと同じ病院へ透析のために通院している。現在、施設の機械・電気関係の動力課で昼間だけの勤務である。Eさんは、52歳で、糖尿病にもかかっている。現在、品質保証課で昼間だけの勤務である。

人工透析を受けているこの3人（Cさん、Dさん、Eさん）のように、在職中に健康状態が変わった場合、健康管理センターの産業医を通じて病院に行くことが多い。センターを経由しない場合でも、産業医が通院している病院に問い合わせ状を出して、状態を一応把握するようにしている。また、通院時間確保のために勤務時間を配慮、変更する場合、その従業員の職場の上長（主任、課長補佐、課長）と産業医が話し合ってきたりきめていく。その際には、電話による情報だけでは不十分なので、必ず従業員に診断書を出すように指示している。

上記の障害者以外にも健康状態の不安がある従業員がいる。Fさんは、慢性腎炎（血圧が高い、尿に淡白がある）で通院、これからの症状が懸念される。Gさん（39歳）は、筋ジスで、堅くなって動かなくなることがある。Hさん（47歳）は、交通事故で神経麻痺、手術後にてんかん発作があり通院している。さらに、脳動脈瘤をもつ人、脳梗塞の後の人、C型肝炎やがんに罹っている人など、現在の障害判定は厳しいので、障害手帳を保有していないが、健康状態に不安があり、体が弱い従業員がいる。

こうした健康状態に不安があり、体の弱い従業員は、他の工場への配置転換もなく、3交替職場での勤務は難しいので、工場構内の園芸、簡単な修理、塗装業務を担当している関連協力企業（従業員20人）の監督・指揮下で昼間だけの勤務をする人が多い。「これらの仕事は他の職場から見ると楽な面もあるが、屋外作業で大変なこともある。関連会社の社長は、もっと能力のある人を配置してほしいという。こうした配置には産業医の意見が反映されるが、昼間の通院は産業医が意見を述べても難しいことが多い」という。

「産業医と障害者雇用との関係は、個人のプライバシーの関係もあり、こちらから関わりをもっというよりも受け身となりやすい。産業医は本人からの申し出があり、必要があったら本人に接触する関係である」。

以上みてきたB工場のケースでは、現在の産業医の就任を契機として、診療所から「健康管理センター」へ組織を変更、定期健康診断の結果の通知・連絡を無視するような従業員の健康管理意識を変えるために産業医が社内報の記事掲載とは別に独自に新聞を発行するなど、従業員と

の信頼関係を築き、健康管理・健康づくりをすすめる工夫がされていた。障害をもつ従業員に対しては、医師の紹介や障害については把握をしていたが、障害を配慮した独自の健康管理・健康づくりを進めるところまでには至っていなかった。

## 4 C社の事例

### (1) 障害者雇用の概況

C社は電機メーカーで、従業員総数は、**21,805**人である。障害者数は**156**人、うち重度障害が**67**人である。障害種類別内訳では、視覚**7**人、聴覚・言語障害**41**人、肢体不自由**80**人、内部障害**27**人、知的障害者**1**人である。また、**156**人のうち、車椅子利用は**5**人である。入社後に障害をもった人はきわめて少なく、ほとんどが障害をもって入社している。

C社では、「普通の仕事ができる障害者は積極的に受け入れていこう」というのが基本方針をもっている。「とくに障害をもった人を採用するというよりも、普通に働くことができたまま障害をもった人を採用する、ランクを落として採用しない」というのが採用の基本方針である。採用開始時期は健常者と障害者と同じで、特別枠での障害者の採用はない。採用試験の内容も同じだが、個々の障害については試験時間等で長くするなどの配慮はしている。例えば、聴覚障害者の採用では、筆記試験と面接で、面接では手話通訳をつけず筆談で実施している。手話は世界共通ではないので、なるべく筆談で対応するようにしている。しかし、以前から障害者雇用専用のパンフレットは作成している。また、採用のプロセスは同じだが、障害者採用の担当者を特別に設けて、就職相談に対応できるようにしている。

配置も採用と同様に、職種は限定せず、障害をもっている人の専門性を活かす配置を実施している。総務系、管理系、企画管理スタッフ部門、カスタマーサポート部門、生産・技術部門（C社の場合製造現場ラインは組織内部なく、この工程は外部企業に発注している）、品質管理など、時間的ペースからみてゆったりとした職場での配置が多い。知的障害者**1**人は、地方の主力事業所の生産技術部門にある製造技術部隊に配属、視覚障害者**7**人のうち全盲の**1**人は、商品テストラボ（商品の使い勝手の評価をする仕事）に配属されている。障害者雇用では最低賃金の除外申請はしていない。

最近、地方の主力事業所で車椅子用トイレ、スロープ、エレベータの設置などの障害を配慮した職場環境改善を実施している。今後、本社地区の整備をはかる予定。通院時間確保のための配慮では、全体がフレックスタイムを導入しているので、本人の調整で対応している。残業も健常者と同様に行い、残業で配慮しなければいけない障害をもつ人は採用していない。

本社地区に限定すると障害をもつ社員は**30~40**人が配置されている。人事部門に車椅子利用者が**1**人いる。職業生活相談員は、本社及び現場の人事担当者となっていることが多い。人事部へ直接もちこまれる相談の内容としては、配置異動関連などの相談が多いが、これは健常者も同じである。

## (2) 健康管理（開発）センター

健康管理（開発）センターは定期健康診断の実施とそのフォローを中心としている。「脅しの医療から、築きの健康管理へ」を目指し、「職場を離れてはだめで、職場に出張る。叱り付けてばかりいてもだめ」との健康管理・健康づくりの基本方針をもっている。

また、本社地区の健康管理（開発）センターでは、海外赴任者に対して、家族を含め全員を対象に人間ドックを実施するなど、家族を含めた健康管理・健康づくり、生活適応に対する相談にも応じている。

産業医は C 社全体で常勤 8 人を配置、それ以外では週 2 回の嘱託パートで対応している。「産業医はもともと診療が目的ではなく、従業員の健康を守る検査や指導、あるいは職場の環境改善や指摘が中心である。日本は診療所からスタートしたこともあって、診療もしている」という。C 社の本社地区の健康管理（開発）センターでも診療をしており、内科、外科、眼科、皮膚科、整形科、精神科の医師が配置されている。地方の主力事業所は、本社地区とほぼ同じである。しかし、他の小さい事業所の場合は内科の嘱託パート医師だけが配置されている。

看護婦・保健婦は C 社全体で 30 人を配置、すべてが常勤である。保健婦は看護婦の資格プラス 1 カ年の研修で資格をとる。事業所によっては、保健婦 2 人がいて看護婦がいないところ、看護婦 3 人がいて保健婦がいないところがあるなど、いろいろなケースがある。本社地区の健康管理（開発）センターには、保健婦が 7 人配置されている。また、地方の主力事業所にも保健婦が 7 人配属されている。

現在、精神分裂病の人（本社地区に限定しても 10 人以上はいるという）に対しては、精神科の医者と接触させ、服薬指導などもしている。その意味では、精神障害者についても健康管理センターがフォローしていることになろう。しかし、「精神分裂は固定しにくい、最近増えている<性格障害（パーソナル・ディスオーダー）>は、むしろ症状が固定しているが、その対応方法は確立していない」という問題があるという。

## (3) 定期健康診断

定期健康診断は年 1 回、一斉ではなく、誕生月に実施している。各事業所・地区にある健康管理室（産業医を配置）で実施している。それ以外に、早期発見で直るような胃がん、肺がん、大腸がん、女性の場合は乳がん、子宮がんなどのがんだけの検診を、外部の医療機関に依頼して毎年実施している。また、隔年ごとに、動脈硬化、血圧、脂肪、肝臓、糖尿など、がん以外の成人病の検診、いわゆる簡易ドックを実施している。最近、人間ドック希望者が増えてきているが、上記の簡易ドックを受診しない年に限定して、健康保険組合から 6 割、上限 5 万円の補助で、本人負担無料の人間ドックを受けられるようにしている。

定期健康診断の時に、運動に関して、握力、前屈、瞬発力（跳躍力）、全身反応時間（赤いランプがついた時の反応）、自転車エルゴメータで段階的に負荷を増やして脈拍、血圧など（これが一番重要な指標となる、酸素最大摂取量など）の 5 項目の体力測定を実施している。

産業医は、健康診断や人間ドックのデータの全てをみて、「**A.** 異常なし」、「**B.** 少し問題があるが翌年の検査までほっといてよい人」、「**C.** 太りすぎ、脂肪が多すぎるなど医者にかかる必要はないが生活指導が必要な人」、「**D.** 医者が診察して薬を出す必要がある人（要医療）」の**4**段階で評価している。

保健婦や看護婦は、定期健康診断の際、全員に回答記入してもらった健康調査票や入社後の検査経過データにもとづいて問診を実施している。そのため、**C**社では定期健康診断を一斉に集中して行うのではなく、誕生日を単位とし分散をはかる工夫をこらしている。また、保健婦は担当職場を分担、定期健康診断の事後フォローとして、健康状態で問題がありそうな**D**段階の評価を受けた要医療、**C**段階の評価を受けた社員全員に対して、健康診断や人間ドックのデータや入社後の検査経過データにもとづいて面談を実施している。

社員の健康づくりでは、保健指導（全般の生活指導を含む）、運動指導、栄養指導、カウンセリングの**4**つが重要である。保健婦は保健指導、健康指導で、健康診断の検診や問診から得たデータを検討し、それらの値が高いかどうかにとかにもとづき生活パターンの問題点をふまえて指導をしている。

運動指導に関しては、健康管理（開発）センターの隣の健康マシンがある社内施設、フィットネスクラブに配置されている**2**人の専任のトレーナー・指導員（運動プログラム作成者）が対応している。そこは、講堂、自転車こぎ、ボートこぎ、階段あがりなどの健康マシンが設置されており、毎日エアロビクスを**2**本実施している程のかなり広い場所である。定期健康診断時の体力測定の結果を示し、脈拍数がいくつくらいとなるような運動を週何回以上、**1**回何分くらい行うのが最適であるか、全員に示している。しかし、「画一的運動処方になりがちである」という。障害者の場合は、健康診断で体力測定ができない項目もある。しかし、自分の時々の体力状態については、専任のトレーナーからアドバイスを受けられるようになってきている。つまり、**1**年に**1**度は自分の体力の状態を、社内施設、フィットネスクラブで確認できる仕組みをつくっている。

#### **(4) 保健婦による職場ごとの保健指導**

本社地区では、**7**人の保健婦が、職場を**7**つに分けて担当（保健婦**1**人あたり、社員**700**人を担当）、健康診断や人間ドックのデータを中心に保健指導をしている（保健婦による職場ごとの保健指導）。また、データ上は明確に出ていない場合でも、生活習慣上偏り、成人病予備軍に対しては、保健婦として積極的に関わり、その変化をみていくようにしている。本人の健康は自分で管理することが原則であるので、できうる限り本人からの連絡をまち、対応、面談をするようにしている。

その際、各職場に配置されている障害者に対して、定期健康診断の事後フォローを含めて、健康状態や食生活の状態を積極的に把握するようにしている。障害者の場合、自分で外の病院との関係を持ち、経過をみてもらったり、治療を受けている人もいる。その経過や治療の状態については、健康管理（開発）センターに相談に来ることが難しい障害者（たまたま、**C**社の健康管理

センターは坂の上にあるので、車椅子利用者は利用しにくくなっている) の場合、保健婦が職場に出向いて面接相談をしながら、フォローアップをするようにしている。そして、障害者が他の事業所から配転になった場合など、新しい職場や生活への適応状態はどうかなど、とくに注意をするようにしている。そして、必要な場合は産業医に連絡、対応をしている。

その 1 つの例として、今年の 9 月に地方の他の事業所から本社に配転となった障害者のケースがある。その障害者は、小児麻痺が原因で下半身の運動機能障害をもち、車椅子を利用しており、本社 6 階の職場に配転となった。人事部は、通勤のことも配慮して、近くの社員寮へ入れた。仕事内容は、前の事業所とあまり変わらないが、生活環境ががらりと変わり、配転後の 1 カ月間は仕事・職場生活とプライベートの生活の双方に適応しなければならない状況にあったので、その経過をみるため、まず最初に、保健婦が配転先の職場の会議室を確保、そこで面接・相談を実施した。そして、今後何か健康上の問題がでてきた場合には、担当保健婦を窓口として相談するようにと伝えた。

また、保健婦は必要ならば配置転換の前の職場の保健婦とも連絡、情報をもらうこともある。障害をもつ社員が休みがちな時は、保健婦が寮まで出かけ寮母と面談をすることもある。さらに、必要な場合は、障害をもつ社員の外部のかかりつけの担当医から、情報をもらうこともある。

つまり、保健婦は社員の健康上の問題を解決するための相談、調整役で重要な役割を果たしている。「今の産業衛生のなかで保健婦の役割は大きくなってきている。最近の労働安全衛生法の改正でも、保健婦による健康指導、保健教育が重要な役割として位置づけられている。保健婦は、医者との監督・指導のもとで保健活動をするようになってきているが、実質的に保健婦の地位は上がっている」という。

こうした保健婦による職場ごとの保健指導で、メンタルな面を含めてカウンセリングを実施している。保健婦のなかにはカウンセラーの研修を受けた人もいる。カウンセラー業務を専門としている臨床心理士は、本社地区には配置されていないが、地方の主力事業所に常勤 1 人が配置されている。

#### **(5) 産業医と障害者の関係**

前述した通り職場における障害者との関係は、日常的には保健婦が関わっているが、産業医が一時的に前面にでるケースもある。重度の頸損の障害をもつ人で、障害は安定しているということで数年前に入社した人のケースがある。

この障害をもつ社員は、地方の主力事業所に勤務していた。車椅子を利用、便も不自由で、立つこともできない状態であったが、がんばりやの社員であった。外で車椅子バスケットのグループに参加しており、その幹事役も引き受けていた。そのこともあって調子が悪くなってしまい、一昨年はしばらく休職していた。そのころから医者として産業医が深く関与しはじめた。まず、その人が入寮していた事業所敷地内にある寮に訪問して面談した。そして、事業所の健康管理(開発)室の中に歩行訓練機械を導入、昼休みなどを利用して 15 分間の歩行訓練をさせるよう

にした。当初は、本社地区の健康管理（開発）センターの産業医が、その事業所に毎週 1 回出向き、相談に応じたり、経過を観察した。また、面談の過程で、その人がかかりつけている医者は不十分な対応しかしていないことがわかったので、外部の医者との連携、場合によっては新しい医者を紹介するようなこともした。

その結果、「産業医として、一昨年は、もう働けないのではないかと思っていたが、最近は何事もなく働けるようになるまで回復した」という。今年に入ってから、本社地区の健康管理（開発）センターの産業医がその事業所に出向くことは、月 1 回と減った。

障害が完全に固定化している場合は、医者としても関わりは少ない。しかし、固定化していない障害の場合もあるので、その時は産業医が前面にでることになる。「障害をもつ社員との関係は医者としては、ケースバイケースの対応となる」という。

以上みてきた C 社のケースでは、定期健康診断の結果をトレーナーが運動指導に活用するなど労働省が進めている THP の段階まで達していた。それ以上に、検診の分散をはかるための誕生日の定期健康診断、がんなどの成人病検診の実施、保健婦による職場ごとの保健指導など木目細かい工夫が注目される。障害者をもつ社員の健康管理・健康づくりには、日常的には保健婦が職場ごとの保健指導で積極的に関与していた。また、一時的には産業医も関与、相談やアドバイスをしていた。

## 5 むすび

以上の調査結果から、以下のことがわかった。また、障害をもつ人の健康管理・健康づくりで企業に求められる対応課題は、以下の通りである。

- ① 従業員の健康管理・健康づくりのスタートとなる定期健康診断（体力測定を含む）では、ここでとりあげた 3 社とも、とくに障害を配慮した検診・測定は行われていなかった。この点に関しては先行調査結果[財形福祉協会・1996]やこれまでに公表されている事例紹介[小澤乃智子・1993]などとも一致している。多くの社員の集団検診・測定ということもあって、ここでは障害を配慮する難しさもあるのであろう。しかし、健康状態が不安定になりがちな障害者をもつ社員の健康状態については、産業医等の産業保健関係者が定期健康診断の実施方法の検討を含め何らかの工夫をして把握しておく必要がある。B社では、一部の障害者をもつ社員に対してであるが、産業医が通院する病院の紹介や健康状態の把握につとめていた。
- ② 定期健康診断や人間ドックの結果データにもとづいて行われるフォローアップの過程では、C社のケースで保健婦による担当職場ごとの日常的保健指導・健康指導のなかで、積極的に障害者との関係をつくるように対応していた。とくに、配置転換時に新しい職場生活への適応をはかれるように保健婦が相談の窓口となり調整役を果たしていた。また、障害者をもつ社員が休職した場合、一時的ではあるが産業医がサポートして、復職させたケースがあった。また、

これまでに公表されている事例[加藤紀久・1997]をみると、健康管理活動の中心が診療・検診業務から「職場巡回」などによる職場、社員との密接な関係のなかで進められる保健活動に転換してきていることがわかる。この転換の流れは、C社のケースでみられたような障害を配慮した職場レベルでの木目細かい保健活動に進む可能性大きいとみてよいだろう。

- ③ フォローアップのもう 1 つの柱である運動指導では、障害をもつ社員の場合、定期健康診断で検診・測定できない項目もあるのでそれを運動指導とリンクさせることは難しい。しかし、C社のケースでは障害をもつ社員が、専任のトレーナーから自分の体力状態について 1 年に 1 度はアドバイスを受けられる仕組みをつくっていた。もっとも、定期健康診断と運動指導をリンクさせたトータルな健康づくり運動である THP の導入がA社とB社のケースではみられず、これからの課題としてあった。先行の調査結果 [財形福祉協会・1996] では、重度のせき髄損傷の社員が、社内のフィットネスクラブの温水プールをリハビリとして利用したケースが紹介されている。障害を配慮したリハビリテーションと運動指導のリンクはこれからの大きな課題となろう。
- ④ 以上のことからみて、これからの障害をもつ社員の健康管理・健康づくりの課題は、現在ある全体のプログラムの中に障害を配慮した個別対応が十分可能となるプログラムを入れておくことだろう。例えば、障害管理のノウハウを蓄積している医療機関での人間ドックの利用、障害者スポーツ施設での体力測定・運動指導の利用など、障害をもつ社員が自分で企業外部の資源も選択できるようにしておくことである。また、職場における障害をもつ社員の健康管理・健康づくりも産業保健関係者の重要な役割と位置づけ、C社のケースでみられた保健婦による日常的な保健指導、健康指導の方式を普及、整備していくことだろう。

## 〈文献〉

小澤乃智子「富士電機東京工場の事例」『労働衛生』1993年11月

加藤紀久「医療保健職による職場巡回の組織的展開—オフィス労働を中心とした分散事業所に対するアプローチ」『労働衛生』1997年10月

財形福祉会『障害者の健康づくりに関する研究』1996年3月

労働省『企業における健康対策の実態（平成4年）』1994年



## 第3節 第三セクター方式の重度障害者雇用企業における健康管理例

——(株)かんでんエルハートの状況について——

### 1. 会社の概況

株式会社かんでんエルハート（以下「エルハート」という。）は、関西電力が、重度の身体障害者や知的障害者の雇用の促進を図るため、大阪市と大阪府とともに第三セクター方式で設立した会社である。このエルハートは、平成5年12月9日に設立され、平成7年4月に開業した。

また、この会社の特色は、まず関西電力の本業である電気事業ではなく、周辺業務を再構築する形で障害者雇用の新たな職域を開発した点である。これは、知的障害者や重度身体障害者の適性のある職種を構築していくために行われたものである。もう1つの特徴は大阪市職業指導センターと共同開発して職業訓練の場と就労の場を同一エリア内に設置し、連携して運営されている点である。

### 2. 就労職種

#### (1) デザイン、印刷、製本

まず、デザイン、印刷、製本の職種においては、各種パンフレット、チラシ及び文書類のデザインや印刷から名刺、封筒、便箋などの印刷を行っており、これらの入力、デザイン、編集は、DTP コンピュータにより処理し、イメージセッタと連動させて版下の作成、マスター製版機で印刷、製本を行っている。また、これらの職種に係る職場では肢体不自由や聴覚障害者が中心に勤務しているので、車椅子でも自由に動ける広いスペースを確保し、フリーアクセスフロアでの床暖房、目にやさしい照明等必要な設備が整備されている。

#### (2) 花卉栽培、花壇保守

花卉栽培、花壇保守においては、養土作り、播種、発芽、育苗、成育、植え替え等を行った上、これらを年に8回花壇に移植している。なお、これらの作業に必要な用土混合機、自動播種機については、これを整備し、発芽室、温室は全自動で温湿度管理や灌水もできる機器を利用している。

#### (3) ノベルティ商品の箱詰め、包装

ノベルティ商品の箱詰め、包装においては、贈答やイベントで利用されるボールペンやシャープペンシルの箱詰めから、タオルや石鹸の包装まで種々の商品の箱詰め、包装を行っている。

なお、ここでは座ったままでの作業が多いため、床暖房が行われており、ベルトコンベアや自動紐かけ機も整備されている。

#### (4) メールサービス

メールサービスを行う従業員は、関西電力内の文書管理センターに勤務している。

このセンターでは、関西電力内の通常の郵便物の他、宅配便、新聞、月刊誌、広報誌など毎日約 1 万通もの受発信を行っている。ここでは、知的障害者と身体障害者が郵便物や文書類を仕分けし、集配、整理、発受信の仕事を行っている。

#### (5) ヘルスキーパー

ヘルスキーパーは、関西電力内あるいは関連の施設で VDT 作業での疲労や看護婦の疲労を癒すためマッサージを行っている。

### 3. 障害者の雇用の状況

#### (1) 障害の種類と内訳

エルハートの全従業員数は 65 名で、そのうち障害者の数は 43 名となっている（雇用率 66.2%）。この 43 名の障害の程度別の内訳は、重度 19 人、中度 11 人、軽度 13 人となっている。

また、障害の種類別には、視覚障害者 5 人、聴覚障害者 3 人、下肢障害者 10 人、知的障害者 25 人となっており、知的障害者については、軽度・中度が 23 人、重度 2 人といった内訳となっている。

#### (2) 年齢構成

なお、このエルハートは、開業が平成 7 年 4 月 1 日からのため、従業員の平均年齢は低く 24.8 歳となっている。

したがって、最も多い年齢層も 20 歳から 30 歳までとなっており、この年齢層の人数は 35 人となっている。

#### (3) 職種

また、障害の種類別に従事している職種は、肢体不自由者（下肢障害者）については、一般事務、デザイン、ノベルティ商品の包装、箱詰め、メールサービスとなっており、視覚障害者はヘルスキーパー、聴覚障害者は、デザイン、印刷となっている。一方、知的障害者は、印刷、ノベルティ商品の包装、箱詰め、メールサービスの他花卉栽培、花壇保守も行っている。

#### (4) 勤務時間

エルハートの勤務時間は、障害者、健常者ともに同一で午前 8 時 50 分から午後 5 時 30 分までとなっており、実労働時間は 7 時間 40 分となっている。また、休憩時間は昼の 12 時からの 1 時間と、午後 3 時から 15 分の体操時間を設定している。

### 4. 健康管理の状況

エルハートにおいては、平均年齢が若いこともあり、健康管理上の問題、特に成人病への心配は生じていない。

したがって、健康管理のための特別の配慮を実施するというよりは、生活指導も含めた業務指導の中で、個々の障害者の状況を的確に、また詳細に把握しているのが現状である。

### (1) 健康管理制度

定期健康診断は 1 年に 1 回実施しており、何らかの問題がある場合は、系列の関電病院で精密検査等を受けることとなっている。

また、エルハート内部に保健室があり、月 1 回産業医（内科）による健康相談が行われている。なお、この健康相談に際しては、各障害者をサポートしている上司が、知的障害者を中心にその相談を受けるようアドバイスしている。なお、従業員に対する健康管理のための教育も実施しており、特に知的障害者においては、偏食等により体調を崩すケースがみられるので留意しているとのことである。

さらに、午後 3 時の 15 分の休憩において、体操を実施し、心身のリフレッシュを図っている。

### (2) 障害者職業生活相談員

障害者の福祉を向上していく上で、雇用関係に入った後における障害者の職業生活の充実をはかっていくことが重要である。そこで、5 人以上の障害者を雇用する事業主は、障害者の職業生活全般における指導を行う障害者職業生活相談員を選任しなければならない。

この障害者職業生活相談員は、障害者の適職の選択、能力の開発向上等障害者が従事する職務の内容に関する事、障害者の障害に応じた施設設備の改善等作業環境の整備に関する事、労働条件や職場の人間関係等障害者の職場生活に関する事、障害者の余暇活動に関する事等について障害者を指導していくこととなる。エルハートにおいては、健常者の従業員はすべて障害者職業生活相談員資格認定講習を受講し、障害者職業生活相談員となっている。

したがって、各部門毎に 1 名か 2 名の相談員がおり、これらの相談員が健康面も含めて障害者の状況を把握している。

### (3) その他

エルハートでは、従業員用の運動用器具として、野球、バレーボール、バドミントン、テニス用品を揃えている。そのため、公式のクラブではないが、昼休みにリフレッシュを図るなどしている。また、運動会や親睦会的な活動はないが、設立 5 周年行事として運動会を検討しているところであり、今後も継続していくか否かを検討している。

## 5. まとめ

エルハートは第三セクター方式の重度障害者雇用事業所としては、全国で一番多くの障害者を雇用している事業所である。しかしながら、特段の健康管理に係る配慮が行われていないにもかかわらず、社内では健康管理面での問題は生じていなかった。それには、いくつかの要因が考えられるが、まずこのエルハートの開設が平成 7 年で、かつその際の従業員の採用は新規採用のみであったため、平均年齢が 24.8 歳と若い。したがって、成人病や加齢に伴う体力低下の問題が

生じていないことが考えられる。また、もう 1 つの要因としては、第三セクター方式の重度障害者多数雇用事業所であるため、健常者である従業員はすべて障害者職業生活相談員として、障害者の作業上の指導のみならず日常生活面も含めてきめ細かく把握していることによると考えられる。したがって、食習慣や余暇の過ごし方も含め、生活全般の状況を把握した上で、健康管理上問題のある事項（偏食等）があれば必要なアドバイスが行われていることが重要な要因であると考えられる。すなわち、今回の調査では、通常定期健康診断等健康管理に係る会社内の制度を充実させることも重要であるが、実際病気やけがに至らないためには個々の障害者の状況を的確に把握しておくことがさらに重要であることを示唆しているものと思われる。

一方、障害者の健康は、社会生活全般にわたる事項なので、企業の関与には自ずと限度があるのも事実である。したがって、企業として、障害者の個人生活に係る部分をどの程度把握しておく必要があるのかは大きな問題となるであろう。実際、今回の調査でも企業として各障害者である従業員の主治医との連携は、特段行っていないとのことであった。一方、通常健康管理上問題あるいは不安がある障害者は、その居住している地域又はリハビリ関係施設等の医療機関の援助を受けており、このような個人生活に係る部分は各障害者が自ら対応していることが伺えるのも事実である。すなわち、身体障害者のように自らの健康状況を企業に対して申告できる場合、企業は、職場における障害者の健康状態や職場における作業が負担になっていないかどうかをチェックすることが重要な課題であると考えられる。

一方、今回の調査対象事業所のように知的障害者を雇用している場合は少し状況が違うであろう。なぜなら、知的障害者は自分の健康状態をうまく申告できないケースが多いからである。このような場合は、やはり日常生活面に係る健康状況の把握も必要となってくるであろう。そして、この時重要なのが家庭との連携という点であろう。したがって、今後知的障害者の雇用が促進されていくことが考えられるが、その際には、健康管理の側面からも家庭との連携をいかに密に保っていくかが重要になってくるとと思われる。

## 第4節 生活相談員が障害者の健康管理に果たす役割

### 1. はじめに

重度障害者多数雇用事業所の調査によれば、障害者の退職理由で最も多いのは「健康上の理由」である（表1）。

また、重度障害者多数雇用事業所における雇用管理全般についての調査研究（平成4年度調査）[全国重度障害者雇用事業所協会,1996]では、「障害者の日常生活面での教育や指導について、特にどのようなことに配慮していますか」という質問に対して、身体障害者も精神薄弱者も「健康管理」がトップにきている（表2、表3）。

健康管理の問題は、障害者を雇用する際に、事業所がどうしても配慮せざるを得ない事柄である。障害者の場合、ひとたび健康を害すると、その快復には健常者の数倍の時間がかかることも

表1 障害の種類別退職理由

(数字は%)

	1位		2位		3位		4位	
全体	健康上	26	転職希望	17	作業遂行困難	17	人間関係	7
聴覚障害者	健康上	24	転職希望	19	人間関係	10	結婚出産	10
肢体不自由者	健康上	28	作業遂行困難	17	転職希望	13	定年退職	12
知的障害者	健康上	23	作業遂行困難	21	転職希望	21	経営都合	6

資料出所：全国重度障害者雇用事業所協会 [1996]、P.29

表2 日常生活面で配慮していること  
(MA・身体障害者)

項目	回答数 (%)
健康管理	58.4
人間関係	44.2
通勤上の交通安全	33.6
出勤・退勤の状況	19.0
両親・家族との交流	19.0
生活設計	10.6
結婚	9.3
寮・宿舍の共同生活	8.4
余暇活動	6.6
その他・無回答	21.2

資料出所：全国重度障害者雇用事業所協会 [1996]、P.38

表3 日常生活面で配慮していること  
(MA・知的障害者)

項目	回答数 (%)
健康管理	53.1
人間関係	52.2
両親・家族との交流	41.6
通勤上の交通安全	35.0
出勤・退勤の状況	28.8
寮・宿舍の共同生活	20.8
余暇活動	15.9
生活設計	11.9
結婚	10.6
その他・無回答	20.3

資料出所：全国重度障害者雇用事業所協会 [1996]、P.39

少なくなく、職業生活の中断・停止にもつながりかねない。

従業員の健康管理や健康づくりには、産業医や産業保健婦、運動指導・栄養指導などの生活指導を行う専門家などが関わっている。しかし、ここで採り上げるのは、そうした健康管理の専門家ではなく、職業生活全般におけるさまざまな問題についての相談を担当する生活相談員である。職業生活で生じる諸問題には当然健康に関する問題も含まれている。従って、生活相談員も従業員の健康管理において何らかの役割を果たしているといえよう。

本節では、相談員を置いている事業所の事例をみながら、健康管理の専門家や雇用管理担当者ではない者が、障害者の健康管理に果たす役割の可能性について考察する。

## 2. A社の事例

### (1) 障害者雇用の概況

A社は、地方公共団体（都道府県と市区町村）と民間企業の共同出資により設立された第3セクター方式の重度障害者雇用企業で、事業内容は製版業である。

A社は自力で通勤できる人を、ということで肢体不自由者を中心に受け入れてきた。作業の多くはキーボードを使用するのでキーをたたけること、画面が確認できること等が採用の条件になっている。従業員の中には弱視の人が1名いるが、その他の視覚障害者、聴覚障害者、知的障害者等は受け入れていない。これは特に技術指導という面で受け入れ体制ができていない、という理由からである。従業員の平均年齢は29歳、障害をもつ従業員の最高年齢は45歳である。障害等級は1級が19名、2級が13名、3級が5名、4級が7名である。また、車椅子使用者は20名である（データは1996年時のもの）。

なお、採用するときには、職業人としての自覚や日常生活における協調性等を重視しているが、健康の自己管理ができていのかどうかも重要なポイントとなる。

### (2) 労働時間等

1日の実働時間は7時間20分、月間で161.3時間となっている。勤務体制は完全週休2日制である。親会社（印刷業）では入力・編集の仕事で24時間交替制がとられているが、A社の場合は夜勤はない。また、現在のところ短時間労働者はいないが、今後技術力のある人がいれば短時間労働の可能性もあるとのことである。

### (3) 助成金の活用状況

A社が活用している助成金はいくつかあるが、その一つが重度障害者特別雇用管理助成金である<sup>1)</sup>。これは、「3人以上の内部障害者、3人以上のせき髄損傷による肢体不自由者、3人以上のてんかん性発作を伴う精神薄弱者または3人以上の精神障害回復者等の健康管理のために必要な医師（健康相談医）の委嘱」に対して支給されるもので、限度額は委嘱1回25,000円で年12回まで認められる（2年間）。

また、上記の支給期間を終了し、かつ、支給対象となった3人以上の上記対象者を継続して

雇用し、当該障害者の雇用管理のために必要な医師を委嘱した場合、限度額 1 回 25,000 円で年 12 回まで、8 年間支給される。

#### (4) 健康管理について

従業員の健康管理は総務部が担当している。

##### ア 医療機関との関係

近くにある総合病院との契約によって、医師が月 1 回社内の相談室に来て、15~20 分くらいの健康相談を行っている。主な対象者は重度障害者で、特に車椅子の使用者に重点を置いている。もちろんその他の従業員の相談にも応じている。相談の内容は問診でこれまでの経過を参考に行っている。

その他、親会社（近所にある）も診療所をもっており、そこを無料で利用できることになっているので、具合が悪いときなどは親会社の診療所に行くようにしている。

定期検診は親会社の診療所で 1 年に 1 回行っており、その記録は総務部に保管されている。相談医はその記録を参考に健康相談を行っている。

##### イ 日常の管理

車椅子使用者の場合、特に褥瘡に注意が必要である。A社では朝の 8 時 25 分と昼の 13 時 25 分（いずれも始業の 5 分前）にラジオ体操の放送を社内にいっせいに流している。また、腰を上げる、手足を伸ばす、などなるべく体を動かすように指導している。

昼休みに身体を横にできる設備も用意されているが、実際に横になっている人はいないということである。

健康相談の内容については、健康相談医が相談記録をもっている。相談中は第三者が入らないようにして、プライバシーが保たれるように配慮している。

従業員の健康は自己管理が基本であり、従業員がもし体の不調を感じた場合、自分から申し出るように指導している。

##### ウ レクリエーション

スポーツではテニス、バドミントン、バスケット（車椅子）などをやっている人もいる。彼らの練習場所は所沢の職業リハビリテーションセンター、公立の障害者スポーツセンターなどである。スポーツをやる従業員に引張られる形で他の従業員も公立のスポーツセンターの会員になって、スポーツを始めるようになってきた。

##### エ 相談室

社内にある相談室には 1 ヶ月に 10 日程度（ほぼ 1 日おき）、非常勤の生活相談員がおり日常の生活相談・生活指導、健康相談を行っている。この生活相談員は助成金の対象にはなっていない。A社の相談員は別の第 3 セクターの事業所でも相談員を勤めていた人で、障害者雇用促進協会の事業所アドバイザーとして複数の事業所をまわっている。

相談室設置の目的は従業員の定着を促進することにあつた。実際には相談はそう頻繁にある

わけではないが、それぞれの従業員が継続して長期間働くことができるようにアドバイスをしているということである。長期間働くことによって、従業員それぞれに技術力がつき、それがひいては会社の財産となる、という考え方が基本にはある。

従業員の側から相談が何も無い場合にも、1年に2、3回は相談室に来てもらって、雑談がてら仕事の進捗状況や仕事の様子などを聞くようにしている。相談票は総務部で管理している。また、どうしても遅刻の多い従業員は自宅へ連絡する、といった業務も行っている。相談員は総務部長とは違う立場で、従業員の相談にのっているということである。

### 3. 文献調査にみる事例

(1) B社は障害者雇用・職場定着促進のために社内でプロジェクトを立ち上げて取り組んできた。このプロジェクトは成果を上げ、その後発展的に解消したが、人事部では引き続き障害のある人たちが仕事をやりやすいように配慮している。また人事管理についてのマニュアルを作成し、マネージャーに配布して徹底を図っている、ということである。その中で、健康管理に関することは以下のとおりである。

マネージャーは日常業務を通して、障害のある社員の健康状態を把握し、状況に変化が生じた場合はただちに「事務局」へ連絡をとり、健康状態の維持・向上に努める。

障害、健康状態に関する事項は秘密とし、プライバシーの保護に配慮する。

健康状態に変化が生じた場合の対処について、内部障害者本人と相談して決めておく。

(2) C社は工場に企業内作業所を設け、そこに障害者を多数雇用して製造ラインの一部を委託している。作業は「チーム」を編成してグループ単位で取り組んでいる。1チームは3~4人で、そこに1人の指導員がついている。指導員は、C社に知的障害者の雇用を依頼した社会福祉法人の職員と、その社会福祉法人に採用されたパートタイマーで、全員が40歳代の女性である。この指導員が作業に関するだけでなく、健康管理や生活指導に至るまで熱心に取り組んできた結果、短期間のうちに障害者の戦力化が実現できた。

### 4. まとめ

健康管理における相談員の意義について考えてみたい。

どの事業所にも、従業員の健康管理についての責任部署はある。大抵の場合、健康管理を担当するのは総務部や人事部等、会社の組織の一部である。しかし、従業員にとって、そのようなところには相談しづらいことも決して少なくないだろう。A社の調査で「生活相談員は総務部長とはまた違った立場で相談にのっている」という指摘があったが、このことは重要である。

障害者に限らず、従業員の中には、健康上の問題が会社に知れば、雇用上の立場に影響するかもしれないと考える人もいる。そのため、多少の不調があっても会社には相談せず、かえって状態を悪くすることは十分に考えられる。従業員が気軽に相談できるような環境を整えるために



も、相談員は、できれば会社の組織とはある程度、距離の保てる第三者的立場の人が望ましい。

第三者的立場ということだけなら、例えば産業医や産業保健婦等もその役割を果たしているといえる。しかし、医者や保健婦等の健康管理専門家は、健康診断や、そのデータによる保健指導、栄養指導にかなりの時間をとられている。また、特に障害者の場合、健康管理も含めた職業生活全般の諸問題に関して、事業所内に相談できて、適切なアドバイスをしてくれる者がいることは、職業生活の継続のためには大切なことである。

職場における健康管理というと、一般的には定期健康診断や医師・看護婦の配置、労働時間や休暇の配慮、そして職場内の体操等が上げられる。

しかし近年、健常者の健康管理においてメンタルヘルスが注目されているように、障害者の場合もメンタルヘルスケアの必要のあることが多い。障害者は作業内容に関すること、職場の人間関係、作業や職場への不慣れなど、精神的、心理的ストレスが多く、それが健康や就業の継続にも影響を及ぼすことも多いので、特に注意が必要である。労務管理担当者、生活指導担当者、産業医、産業看護婦などが相談に応じることも必要であるが、それと共に、障害者に日頃接している人なら、障害者本人も自覚していないような精神的、心理的ストレスの兆候に気づくこともあるだろう。『重度障害者の雇用管理と指導に関する研究』（平成 3 年）〔日本障害者雇用促進協会、1993〕の中で、複数の雇用管理者が次のように発言している。

「朝と帰りのあいさつで、その日の様子がわかる。」

「朝、顔を合わせる時に健康状態がわかる。」

健康管理には定期検診等の医学的な判断も重要であるが、日頃接している人だと「顔を見ただけ、声を聞いただけでも、その日の健康状態がわかる」のである。相談員は、このような役割も果たすることができるのである。

## <注>

1) この助成金の名称は 1996 年当時のものである。現在（1999 年）、「重度障害者介助等助成金」がこれにあたる。

## <参考文献>

1994, 「シリーズ障害者雇用第 19 回：横河電機」『企業福祉』

1995, 「シリーズ障害者雇用第 26 回：住友スリーエム」『企業福祉』

財形福祉協会, 1996, 『障害者の健康づくりに関する研究』

全国重度障害者雇用事業所協会, 1996, 『重度障害者多数雇用事業所の経営と雇用』

日本障害者雇用促進協会, 1993, 『重度障害者の雇用管理と指導に関する研究』（平成 3 年度：研究調査報告書 No.3）

## 第5節 障害者の職場における健康管理とヘルスキーパーの役割

### 1. はじめに

近年における労働災害の推移や労働者の健康状況から見て、労働衛生における課題は、従来の死傷事故の防止から、不定愁訴やストレスの増大、成人病の急増など、現代的健康問題への対応へと移りつつある。これら新たな課題に対して、関係法の整備を通じて、心身両面にわたるトータルな健康づくり運動（THP）の普及推進が図られているが、その内容は、健康づくりに関する事業主の努力義務や労働者個人の自助努力への支援システムを規定しているだけで、高い有愁訴率に対する積極的対策は講じられていない。このような不定愁訴は、業務起因性の証明が困難なことから、労災医療の対象から除外されるケースも多く、いまだ労働衛生の手が届かないところにあると言ってよい（筑波大学附属盲学校進路指導研究会，1996）。

近年、視覚障害者の職域拡大の方策として、理療（あん摩・マッサージ・指圧、はり、きゅう）の施術資格を有する視覚障害者を「ヘルスキーパー」として位置付け、企業内健康管理スタッフの一員として雇用するケースが増加しており、最近では相当数の視覚障害者がこの職種に雇用されている。こうした動きは、従来の産業医を中心とする企業内健康管理プログラムの中に、新たな選択肢を加えるものであって、労働衛生の新たな課題に対する積極的対策の一つとみることもできる。

ところで、ここにいう「ヘルスキーパー」とは、企業に雇用され、職場においてあん摩・マッサージ・指圧、はり、きゅう及び運動療法などの物理療法を行って、従業員の疲労の回復や心身の変調を調整し、業務の能率向上と従業員の健康の保持、増進に寄与する職務を担当する者であり、3年以上の専門教育を受け、医学的知識や臨床経験を有し、国家試験に合格した健康に関する専門家をいう（労働省・日本障害者雇用促進協会，1991）。

このような定義からすれば、ヘルスキーパーは必ずしも視覚障害者である必要はないが、この職種が比較的新しい職種であって、理療業に従事する資格を有する視覚障害者の新たな職域として開発されてきたという経緯からみて、本稿における考察の対象は、視覚障害を有するヘルスキーパーに限定せざるを得ない。

本稿は、このようなヘルスキーパーが、企業における従業員の健康管理においてどのような役割を果たしており、障害者の職場における健康管理にどのように関わっているかについて、その実態を明らかにするとともに、将来に向けての課題を明らかにすることを目的とするものである。

## 2. 調査対象及び調査方法

前述のような課題を明らかにするため、本研究においては、以下の方法により、調査を実施した。

(1) 文献調査：ヘルスキーパーが行う施術は、あん摩・マッサージ・指圧師、はり師及びきゅう師に関する法律に基づく国家資格の下で行われるところから、かかる資格を有する者の中で、視覚障害をもつ者の雇用状況及びヘルスキーパーの普及状況、並びに、ヘルスキーパーの健康管理業務における役割、効果等に関する文献・資料を収集した。

(2) 専門家ヒアリング：文献調査を補完する目的で、職場における健康管理に関する対策及びヘルスキーパーの実態と健康管理における役割について、中央労働災害防止協会及び日本理療科教員連盟の関係者に対して、ヒアリングを実施した。

(3) 訪問調査：実際にヘルスキーパーを雇用している事業所の中から、障害者を多数雇用している事業所を抽出し、訪問調査を実施するとともに、ヘルスキーパーの役割一般に関する実情を把握するために、施術者自身を除けば障害者を雇用していない事業所についても訪問調査を実施した。

## 3. 調査結果

### (1) ヘルスキーパー雇用の進展と普及状況

ヘルスキーパーは、古くは「産業マッサージ師」とも呼ばれ、**1960**年代から視覚障害者の理療師（あん摩・はり・きゅうの施術資格を有する者）の有望な職種として注目されていたが、労働行政がその意義を認めて積極的に普及に取り組み始めたのは**1980**年代後半からである。**1991**年には視覚障害者職域開発研究会によって『ヘルスキーパー（企業内理療師）雇用のすすめ』がまとめられ、**1993**年度から日本障害者雇用促進協会においても「ヘルスキーパー雇用促進セミナー」を開催して、その啓蒙・普及に取り組んできた。このような努力の結果、近年におけるヘルスキーパーの雇用事例は急速に拡大した。日本理療科教員連盟の調査によれば、**1988**年から**1994**年までの間に、盲学校・視力障害センター等の理療師養成施設を卒業・修了した視覚障害者の就職状況は後掲資料の通りである。またそのうち、ヘルスキーパーとして雇用された者の数は、表**1**の通りである。

また全国視覚障害者雇用促進連絡会の調査によれば、**1995**年以降のヘルスキーパー雇用の状況は表**2**の通りである。

表**2**においては、**3**年間のうちで**1996**年の就職件数が特に多かったこと、また同年の就職者のうちで転職者が半数を占めていることが注目される。ちなみに、同期間中にヘルスキーパーを雇用した事業所の業種と所在地域等は表**3**の通りである。

表**3**において注目されるのは、ヘルスキーパーを雇用している事業所が関東と関西のいずれか

**表1 盲学校・視力障害センター等の理療師養成施設卒業者のうちヘルスキーパーとして雇用された者の数**

(日本理療科教員連盟の調査より)

	卒業・修了者総数	ヘルスキーパー雇用数	ヘルスキーパー雇用割合 (%)
1988年	647	2	0.31
1989年	742	2	0.27
1990年	746	5	0.67
1991年	657	5	0.76
1992年	531	23	4.33
1993年	509 (169)	19 (8)	3.73 (4.73)
1994年	488 (134)	15 (3)	3.07 (2.23)

\* 上記の ( ) 内は点字使用者についての数値を示す。

**表2 1995年以降のヘルスキーパー雇用の状況**

(全国視覚障害者雇用促進連絡会の調査より)

	総数	男	女	全盲	弱視	備 考
1995年	9	2	7	2	7	転職1を含めてOB2、新卒7
1996年	16	3	13	5	11	盲学校等OB8、新卒8、転職者7、復職者1
1997年	10	4	6	3	7	リハセンターOB2、復職者2

**表3 ヘルスキーパーを雇用した事業所とその所在地域 (1995年～1997年)**

(全国視覚障害者雇用促進連絡会の調査より)

<p>[1995年]</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ビール製造 東京</li> <li>・情報関係研究所 神奈川</li> <li>・特養老人ホーム 神奈川</li> <li>・機械製造 東京</li> <li>・電子部品 東京</li> <li>・特例子会社 大阪 3人</li> <li>・電力 大阪</li> </ul> <p>[1996年]</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・A新聞社 東京 2人</li> <li>・B新聞社 東京 2人</li> <li>・不動産 東京</li> <li>・運輸 東京</li> <li>・衣料 東京</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・電子機器製造 東京</li> <li>・建設 東京</li> <li>・商社 東京 2人、大阪 1人</li> <li>・特例子会社 大阪</li> <li>・運輸 大阪</li> <li>・業種不明 東京 2社</li> </ul> <p>[1997年]</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・放送局 東京 2人</li> <li>・特例子会社 東京 2人</li> <li>・特例子会社 大阪</li> <li>・公益法人 東京 2人</li> <li>・生命保険 東京</li> <li>・事務機器 東京</li> <li>・化学工業 東京</li> </ul>
---	---

の地方に限られていること、また、特例子会社によるヘルスキーパーの雇用が顕著であったこと、さらに新聞社や放送局など、ヘルスキーパー雇用については新規の事業所が目立ったことである。

ここで筑波大学附属盲学校進路指導研究会が1995年10月に実施した「企業におけるヘルスキーパーの実態と意識に関する調査」(以下、「筑波大附属盲学校調査」という。)をもとに、へ

ルスキーパー雇用の特徴についてみておきたい。この調査は、首都圏のヘルスキーパー雇用企業 **20** 社と、未雇用企業 **20** 社を対象とするアンケート調査であるが、その集計結果によれば、回答したヘルスキーパー雇用企業 **18** 社における雇用数と雇用形態の特徴はおよそ次の通りである。

まず雇用数についてみると、これら **18** 社では合計 **40** 人のヘルスキーパーが雇用されており、その男女比は、女 **26** 人に対し男 **14** 人で、ほぼ **2 : 1** となっている。これは男女ほぼ同率であった過去の状況と比較して大きな変化であり、学校・視力障害センター等の理療師養成施設における男女比とは逆の相関を示している。その理由として、女性求職者にヘルスキーパーを志望する者が多くなっていることに加え、企業側にも女性ヘルスキーパーに対する相対的に高いニーズがあること等が指摘されている。

次に、**1** 企業当たりの雇用数をみると、**1** 人雇用 **8** 社、**2** 人雇用 **6** 社、**3** 人雇用と **7** 人雇用がそれぞれ **2** 社、平均雇用数は **2.2** 人となっている。ヘルスキーパー雇用がまだ浅い歴史を有するにすぎないため、施術に対するニーズが十分開発されていないということだけでなく、ヘルスキーパーの業務が企業の主たる業務ラインとは別の付随的業務であるという業務の特殊性にもよると考えられる。また、雇用形態についてみると、総数では正社員 **22** 人、非正社員 **18** 人となっており、正社員の方が非正社員よりも多い。しかし企業数でみると、正社員として雇用している企業は全体の **3** 分の **1** の **6** 社にとどまり、**2** 人以下の少数雇用企業の多く (**14** 社中 **10** 社) が非正社員契約の形態をとっていた。このような結果は調査前の予想を上回るものであったが、これは、特例子会社の雇用努力による押し上げ効果とみることができ、本社雇用では、非正社員形態が通常化しているものとみられている。雇用の安定や処遇の面で、本社への正社員採用を希望する求職側の意識とは相いれない実態にあると言ってよい。

ところで、全国で何人のヘルスキーパーが、どのような事業所で雇用されているかについてのまとまった調査は、これまでのところ実施されていない。したがって、いわゆるヘルスキーパー雇用の実態、換言すれば、ヘルスキーパーの全国的普及状況について正確な状況を把握することは困難である。しかしながら、この職種に従事する視覚障害者が増加するにつれて、職種固有の研修の必要性が認識されるようになり、**1992** 年には日本視覚障害ヘルスキーパー協会が結成された。またヘルスキーパーの専門職としての身分の確立を求めて、**1996** 年にはヘルスキーパーの制度化を求める連絡会が結成された。両団体は、自ずからその目的を異にしているが、こうし

**表 4 ヘルスキーパー雇用の推移 (単位 : 人)**  
(日本視覚障害ヘルスキーパー協会の調査より)

<b>1987</b> 年	<b>20</b>
<b>1990</b> 年	<b>43</b>
<b>1991</b> 年	<b>70</b>
<b>1992</b> 年	<b>104</b>
<b>1993</b> 年	約 <b>150</b>
<b>1994</b> 年	約 <b>200</b>

たヘルスキーパー雇用の進展と普及の現状把握については、両者とも強い関心を示しており、それぞれに実態調査を試みている\*1。表 4 は、日本視覚障害ヘルスキーパー協会が公表している資料をもとに、企業等にヘルスキーパーとして雇用されている視覚障害者数の推移をまとめたものである。ここで「企業等」とされているのは、ヘルスキーパーの雇用が民間企業だけでなく、地方自治体においてもわずかながら進んでいることを反映したものである。

## (2) ヘルスキーパー業務の実態

ヘルスキーパーの雇用が進み、大企業を中心にヘルスキーパーが普及しつつあることは上記の通りであるが、その業務の実態についてここでみておきたい。その一端を明らかにすることによって、ヘルスキーパー雇用の促進のみならず、企業における健康管理対策を進める上での課題を見出すことにもなるからである。

筑波大附属盲学校調査によれば、1991 年以降ヘルスキーパーを雇用している首都圏の企業 18 社における実態はおよそ次の通りである。

- ① ヘルスキーパーの業務および利用の実態：施術内容は、「あん摩のみ」が 13 社、「あん摩・はり・きゅう併用」が 5 社となっている。1 回当たりの施術時間は、「30～40 分程度」が 12 社と全体の 3 分の 2 を占め、残り 6 社は 45～60 分の間に分布している。また、ヘルスキーパー 1 人 1 日当たりの施術人数は、3 人以下 6 社、4～6 人 9 社、7 人以上 3 社で、平均 4.7 人となっている。一方、利用者から施術料を徴収している企業は 18 社中 13 社であったが、その負担額は、突出している 1 社を除くと、12 社が 1,000 円以下、平均 524 円と比較的低料金となっている。また、ヘルスキーパーを利用する際の手続きについてみると、「直接予約」、「所属部課を通す」、「上司の許可を得る」とした企業が多く、「産業医・看護婦の指示」による企業は 4 社と、比較的少ない。
- ② ヘルスキーパーの施術に対する評価：健康維持増進に対して「著しく有効」と「比較的有効」を合わせると、18 社中 17 社が「有効」と回答しており、「あまり効果はない」とした企業は 1 社にとどまった。また、作業能率への貢献度に対しても、「著しく寄与している」と「比較的寄与している」を合わせると、16 社が同様の高い評価を与えている。このように、ほとんどの企業が、健康維持増進と作業能率の向上を図る上でヘルスキーパーによる施術が有

\*1 ヘルスキーパーの制度化を求める連絡会が 1997 年 11 月から日本理療科教員連盟進路対策部と共同で、全国の盲学校・視力障害センター等の理療師養成施設を対象に実施したヘルスキーパー実態調査の中間報告によると、1998 年 1 月 20 日現在で、ヘルスキーパーとして雇用されている視覚障害者は 167 人おり、このうち個別の実態を把握できるものが 154 人いるという。また、ヘルスキーパーを雇用している事業所規模別でみると、従業員数 1,000 人～4,999 人までの企業が 55 人 (32.9%) と一番多く、雇用形態についてみると、嘱託社員が 88 人 (52.7%)、正社員が 51 人 (30.5%) となっている。なお、同時点におけるヘルスキーパー求職者は、全国で 45 人 (全盲 19 人、弱視 26 人) おり、この職種への期待の高さが窺える (毎日新聞,1998)。

効なことを共通に認識している。このことは、労働衛生における理療施術の有用性を示す客観的データとして注目される。

- ③ ヘルスキーパーに求められる資質：ヘルスキーパーに求められる資質に関する 3 項目選択回答によると、全体の 8 割（14 社）が「高い技術水準」をあげ、「豊富な医療知識」10 社、「協調性」および「明るさ」がそれぞれ 8 社、「積極性」、「礼儀正しさ」がそれぞれ 4 社と続いている。

このことから、ヘルスキーパーには、医療専門職種としての高い技能水準と、企業人としての豊かな人間性の二つの側面が求められており、カリキュラムの整備充実、生涯学習の実施等、教育機関に対する課題が指摘されている。

### (3) 事業所における健康管理対策とヘルスキーパーの役割に関する事例

(a) 以上のような文献研究の他、実際にヘルスキーパーが働く事業所を訪問し、ヘルスキーパー業務の実際と、障害をもつ従業員に対する健康管理の概要、並びにその中でヘルスキーパーが果たす役割等について聞き取り調査を実施した。

調査対象は、大手衣料メーカーの A 社大阪支店、スーパーへの食品供給を主たる業務とする関東地方の B 社（特例子会社）の 2 事業所であった。A 社は、全国に支店網を有し、各支店（事業所）においてヘルスキーパー室を設置しており、言わばヘルスキーパー雇用のモデル企業である。A 社大阪支店では、ヘルスキーパーを除くと障害をもつ従業員を雇用しておらず、ヘルスキーパーが直接障害者の職場における健康管理対策に関わる実践例は見られなかったが、看護婦、保健婦と連携して従業員の健康管理に貢献している好事例をみることができ、前述の文献調査を裏付けることができた。

これに対して、B 社では、同社が障害者雇用特例子会社であることから、障害をもつ従業員の健康管理等、雇用管理上特別の配慮も見られ、ヘルスキーパーも複数同事業所に配置されており、本研究の目的とする障害者の職場における健康管理に関する具体例を見ることができた。以下、B 社の例を好事例の一つとして詳述する。

#### (b) B 社の概要

B 社は 1992 年 1 月に設立され、同年 5 月に障害者雇用特例子会社として認定を受け、同年 7 月より事業を開始している。

設立当初の主たる事業は製造部門であったが、1994 年に事業を拡大し、現在事業は、製造部門、クリーニング部門、事務サービス部門の三つに大別できる。製造部門には畜産物製造=とり肉ラインと、水産物製造=白す干しラインの二つの製造ラインがあり、クリーニング部門では親会社従業員が店舗で着用している制服のクリーニングを引き受け、事務サービス部門ではチラシ広告等の印刷、メール仕分け、データ入力等を行っている。ヘルスキーパーの行うマッサージ等の施術は社員の福利厚生に関する業務であることから、管理部門に属している。

なお、1997 年 8 月現在の B 社の社員雇用状況は、表 5～表 7 の通りである。

表5 従業員内訳（単位：人）

正社員	25（障害者 25）
パート社員	19（短時間パート 11 を含む）（障害者 3）
出向社員	7
従業員合計	51

\*障害者比率=54.9%

表6 障害部位別・程度別内訳（（ ）内=パート単位：人）

<身体障害>

項 目	1 級	2 級	3 級	4 級	5 級	6 級	7 級	合 計
視 覚 障 害	2	0	1	0	1	0	—	4
音声言語障害	0	0	0	1	0	0	—	1
上・下肢障害	2	2	0	0	2(1)	0	0	6(1)
聴 覚 障 害	0	2(1)	0	1(1)	0	0	—	3(2)
内 部 障 害	1	0	0	0	0	0	—	1
合 計	5	4(1)	1	2(1)	3(1)	0	0	15(3)

<知的障害>

知的障害 A 以上	0
知的障害 B	5
知的障害 C	8
合 計	13

\*重度認定（B=5 C=1）

ここで注目されるのは、障害をもつ社員の 8 割以上が 20 代ということである。これはB社が定時入社をベースにして障害者を雇い入れていることによるものと思われる。

またB社では、勤務時間が部門によって異なり、製造部門が午前 8 時～午後 5 時、マッサージ業務が午前 10 時～午後 7 時、その他が午前 9 時～午後 6 時となっている。

なお、従業員個人の年間休業日数は 119 日であるが、事業所自体は年中無休であり、従業員は交替で休暇を取得するというシステムになっている。

(c) B社における障害者の健康管理対策

B社ではパートタイマーを含め 28 人の障害者が雇用されているが、これら障害をもつ従業員に対する健康管理にかかる対策はおよそ次のようなものがある。

- ① 健康診断等：年 1 回の定期健康診断の実施、産業医の委嘱等、法律上必要な対策を実施している。
- ② ヘルスキーパーによる施術：ヘルスキーパーを雇用し、事業所内に設置した施術所において、必要に応じてあん摩・マッサージ・指圧及びはりの施術を行っている。施術所の利用には職場



表7 性別・年齢別内訳（（ ）内：パート単位：人）

性別	男子社員	女子社員	合計
正社員	20	5	25
パート	0	3	3
合計	20	8	28

年齢別	男子社員	女子社員	合計	比率（パートを含む）
10代	0	0	0	0.0%
20代	18	3	21	75.0%
30代	1	2	3	10.7%
40代	0	2(2)	2(2)	7.1%
50代	1	1(1)	2(1)	7.1%
合計	20	8(3)	28(3)	100 %

の責任者の許可が必要であり、1回について500円の利用料金の自己負担がある。

- ③ 家庭との連絡：事業所・家庭間で「連絡ノート」を定期的（週1回）にやり取りして、職場と家庭の情報交換を図っている。「連絡ノート」には、本人、事業所及び家庭の三つの記入欄が設けられており、本人はそのときどきに関心のある事柄について自由に記入し、事業所からは当該従業員の職場での様子や家族への連絡事項を記入し、家族からは本人の健康状態、家族としての意見・助言等を記入してもらい、従業員の障害特性についての理解を深めるとともに、職場における健康管理に役立てている。「連絡ノート」のやり取りは、就職後1年間正社員についてのみ実施しているが、必要に応じて2年目以降も継続しており、身体障害者については継続事例はないが、知的障害者の場合には継続している例が多く、家庭との連絡の有効な手段として活用されている。

なお、「連絡ノート」は三つの事業部門を統括する営業部長または管理部長が記入・閲覧し、必要に応じて当該従業員の所属する部署の責任者と連絡調整を行っている。

- ④ 父母面談会：半年に1回、事業所において障害をもつ従業員の父母との個別面談を行い、職場・家庭間の連携を図っている。多くの場合、面談に訪れるのは母親である。
- ⑤ レクリエーション活動など健康作りへの取り組み：同好会などのサークル活動はないが、「仲間の集い」を年4、5回行っている。障害種別も多岐にわたるので、同じ場所、同じ時に誰もが参加できる行事を企画することは困難であり、これまでのところ、カラオケ、ビンゴ等のゲームが企画されている。しかし、B社では従業員が一斉に休暇を取得できるシステムになっていないため、「仲間の集い」についても全員が同時に参加することは困難である。

B社においては上記のような健康管理対策が講じられているが、ここでは、健康管理対策における医学的側面（①及び②）、障害を配慮した雇用管理的側面（③、④及び⑤）において具

体的対策が講じられていることがわかる。そしてこれらの対策をその担当者の性質からわけてみると、前者については、医師・ヘルスキーパー等の専門的知識・技術を有するスタッフが内外部においてこれを担当しており、後者については事業所内の管理部門がこれを担当していることがわかる。

またここに掲げられた五つの対策に共通する点として、従業員の健康維持・増進、疾病に対する予防的側面に重きが置かれていることが挙げられる。しかしながら②のヘルスキーパーによる施術には、そうした予防的側面に加えて医学的治療に近い側面があり、言わば事後的措置の側面も有している点が他と異なっていると言える。

#### (d) B社におけるヘルスキーパー業務と健康管理対策における役割

① B社においてヘルスキーパー業務は福利厚生の一部として位置付けられており、事業所内に設置された施術所を拠点にマッサージ・はりの施術が行われている。この施術所は、同社設立に際して視覚障害者の従事可能な業務を作り出すために設置されたもので、**1992年7月、15日間**試行実施した後、**8月**から営業を開始し、B社従業員の他、事業所所在地域の関連会社従業員約**1,000**人も対象に施術を行っている。また、**1996**年からヘルスキーパーが**1**人増員されたため、週**2**回の割合で、隣接市にあるB社の工場及び親会社本社（東京都内）においても施術設備を設け、出張施術を行うようになり、業務範囲が拡大している。

② 施術所の所長 **X**（強度弱視、男、**51**歳）は、**1992**年**5**月に採用され、開設準備にもあたっているが、あん摩・マッサージ・指圧師、はり師及びきゅう師の資格取得後、B社就職前に約**18**年間の病院勤務の経験を有している。**1992**年**3**月、過労を理由に病院を退職したが、いざ仕事がなくなってみると不安になったため、求職活動を開始したところ、たまたまB社からヘルスキーパーの求人があり、病院での仕事とは別の可能性があると思い就職することにしたという。

**1996**年度から施術所に配属された **Y**（全盲、男、**23**歳）は、B社設立当初は製造部門のラインで働いていたが、その作業に困難が認められたため、**3**年間休職して盲学校で理療の勉強をし、あん摩・マッサージ・指圧師の資格を取得した後、ヘルスキーパーとして復職した者である。

③ **X** 所長によれば、**1**日あたりの施術人数は、開所後の半年ぐらいは**3~4**人だったが、**1**年後からは**6**人程度に増加したという。

調査時（**1997**年末）における**1**日あたりの施術人数は、施術所内では約**6**人、本社へのお出張施術の場合は**8~10**人となっている。また、**1**月あたりの施術人数は、出張施術も含めると**170~180**人で、そのうち **X** 所長が**140**人~**150**人、**Y**が**30**人強となっているが、将来的には**200**人~**250**人を目標としているという。

施術内容についてみると、はり師の資格を有する **X** 所長の場合、あん摩・マッサージ・指圧のみの施術が約**8**割を占め、はり施術併用及びはりのみの施術を合わせた件数は約**2**割だ

という。

ヘルスキーパーによる施術は1回あたり約30分で、勤務時間中でも必要に応じて受けられるが、その場合には職場の責任者の許可を受けて施術所に予約するシステムを採っている。

- ④ ここでB社施術所の『平成6年度営業報告及び平成7年度達成目標』から、同施術所利用者の健康状況と利用頻度について概観しておきたい。

まず、1994年度中（ただし、1995年1月末まで）における同施術所利用者177人（延べ施術人数1,176人）について、主訴・症状別に分類すると、およそ表8の通りとなる。大半の利用者は、二つ以上の重複する主訴や、随伴症状を有しているが、ここでは、最も優位にあると認められる主訴または症状が、1人につき一つだけ取り上げられている。

また表9は、表8にみられる施術所利用者の主訴・症状を関連症状群別に該当者数を再集計し、施術所の利用頻度を求めたものである。

表8において、施術所利用者はB社従業員総数の3倍以上を示しているが、これは同施術所が元来従業員の健康管理のみならず、同事業所所在地域における関連会社の従業員の健康管理にも寄与することを目標としていることに起因するものである。

また表9をみると、関連症状群A及びBに分類される利用者の数が他の症状群よりも際立って多く、利用頻度でみると、関連症状群AとBとの関係は逆転していることがわかる。ここで注目されるのは、関連症状群CとEを比較した場合、それぞれの該当者数に占める割合と利用頻度における割合が相関していないことである。Cと比較した場合、Eの方が症状群として複雑であることから、施術回数が多くなっているものと考えられる。

**表8 B社施術所利用者の主訴または症状による分類**

主 訴	人数（症状分布の百分率）	平均施術回数
1 肩凝り	41人（23.2%）	6.5回
2 全身の疲労、倦怠感	32人（18.1%）	7.1回
3 腰痛	30人（16.9%）	7.2回
4 下肢のだるさまたは疲労感	14人（7.9%）	9.6回
5 五十肩、腱板の損傷等、肩関節の痛み	13人（7.3%）	9.5回
6 挫骨神経痛	12人（6.8%）	4.9回
7 背部の痛みまたは違和感	9人（5.1%）	5.1回
8 頭痛、めまい、目の疲れ	9人（5.1%）	4.8回
9 頰の痛み、頰の強ばり感	6人（3.4%）	3.8回
10 上肢の痛みまたは疲労感	5人（2.8%）	4.2回
11 腱鞘炎	3人（1.7%）	2.7回
12 股、膝、足関節の痛みまたは、違和感	2人（1.1%）	2.5回
13 肘、手関節の痛み	1人（0.5%）	1.0回
合 計	177人（100%）	平均6.6回

表 9 関連する症状群別の発生分布と該当者数及び利用頻度

A：肩凝り症的体質、低血圧タイプ、循環不全タイプ、自律神経失調症、更年期障害、高血圧タイプ、冷え症タイプ、むち打ち損傷、頸腕症候群等（1・7・8・9）*	……65人（36.7%）	平均施術回数 5.8回……32.1%
B：急性腰痛、椎間板ヘルニア、脊椎分離症、慢性腰痛、ぎっくり腰、腰椎捻挫、筋々膜性腰痛等（3・4・6）	……56人（31.6%）	平均施術回数 7.3回……34.9%
C：五十肩、腱板損傷、上腕神経痛、腱鞘炎等（5・10・11）	……21人（11.9%）	平均施術回数 7.3回……13.0%
D：純粹な、関節の痛み（12・13）	……3人（1.7%）	平均施術回数 2.0回……0.35%
E：全身の疲労、倦怠感（2）	……32人（18.1%）	平均施術回数 7.1回……19.4%
利 用 頻 度 の 合 計……177人（100%）		平均施術回数 6.6回……100%

\*（ ）内の数字は表 8 の主訴・症状を示す。

以上のような施術所利用者の健康状況と利用頻度を踏まえた上で、X 所長は、その経験的観察から、施術所利用者の健康状況について、OA 機器使用者の場合には肩こり、胃痛等いわゆる「VDT シンドローム」が多く、製造ラインでの作業に従事する者の場合には、腰痛、冷え症などが多いと指摘する。特に親会社本社においては、VDT 作業に従事する者が多いことから、前者の症状群に属する主訴・症状をもつ利用者が多いという。

なお、X 所長によれば、利用者中に占める障害者の人数について特別な記録はないが、施術対象者の圧倒的多数は健常者であり、障害者は数パーセントにすぎないという。したがって、上記の 2 表において示される利用者の主訴・症状分布及び関連症状群別利用頻度等は、施術所を利用する障害者の健康状態や利用状況の傾向を示すものとは言えない。

- ⑤ B 社施術所の『平成 6 年度営業報告及び平成 7 年度達成目標』によれば、同施術所ではあん摩・マッサージ・指圧及びはりの施術の他、表 10 に示すような健康管理に関連する活動を行っている。

表 10 における区分は、活動の性質にしたがって筆者が仮に行ったものだが、これをみてわかることは、B 社においてヘルスキーパーがあん摩・マッサージ・指圧及びはりの施術以外にも、職場における健康管理に関して多面的な役割を果たしていることである。

第 1 に、就業中における事故や体調変化に対する応急処置について、施術所が医務室に近い役割を果たしていることが注目される。

また第 2 に、慢性的症状をもつ利用者に対する運動指導が施術以外の活動として挙げられていることにも注目しておきたい。このような指導は、確かに施術そのものではないが、あん摩・マッサージ・指圧の施術資格を有する専門家として、その症状改善のために行うものであるから、健康管理スタッフとしてのヘルスキーパー固有の業務の一つになりうるものと考えられる。

第 3 に、従業員個人の健康管理に対する意識向上、専門医の紹介など、健康管理に関する情報

表 10 施術以外の主な活動

<p>[就業時間中における緊急対応]</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・就業中、貧血その他により「気分が悪くなり」臥床しなければならなくなった者について、施術所の予備ベッドを利用して安静を保持し、血圧・プルス・呼吸・体温等をチェックし、ケアに努め、関係上長に状況を説明・報告し、対応の一助として役立ててもらおう。</li> <li>・就労中の打撲、捻挫、切り傷等に対する可能な応急処置。医師の診察が必要と認められる場合には、その旨を説明するとともに、状況に応じて病院を紹介する。</li> </ul> <p>[症状改善のための運動指導]</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・慢性的肩凝りの者に対する肩凝り体操（頸腕体操）等の指導。</li> <li>・慢性腰痛症の者に対する腰痛体操、不良姿勢等の指導と説明。</li> <li>・自律神経失調症と診断された者（更年期障害が大半）に対するリラクゼーションテクニック等の指導。</li> </ul> <p>[健康管理に必要な情報提供]</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・血圧に不安のある者に対する血圧測定。</li> <li>・健康診断等の結果について、各検査値のそれぞれ意味するところを、可能な限り説明し、健康管理に役立ててもらおう。</li> <li>・急性、慢性の腰痛に伴い、就業に際して軟性コルセットが必要と認められる者に対する病院や医師の紹介。</li> <li>・その他、その症状に応じて、医師の診察、治療が必要と認められる者に対する病院や専門医の紹介。</li> </ul> <p>[その他の情報提供]</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・社員家族の家庭における老人の介護やボケに対処するための相談等についても、可能な限り対応。</li> <li>・関連会社からの依頼により、危機管理体制強化の一貫として、非常災害の際に、当事業所に最低必要と思われる「救急医療用品」のリストアップとその数量等の立案に協力。</li> </ul>
--

提供が多岐にわたる点が特徴的である。

また第 4 に、情報提供の中には、従業員個人の健康問題とは直接関係しないものもあるが、健康管理スタッフとしてのヘルスキーパーに対する期待の高さを示すものと思われる。

X 所長によれば、こうした施術以外の活動についての利用頻度・利用者数などの詳細な記録はないが、こうした活動を通じて、ヘルスキーパーの存在そのものが事業所及び地域の関連事業所にも認知され、ヘルスキーパーに対する信頼を醸成する基礎となっているという。また、B社に働く障害者についてみると、あん摩・マッサージ・指圧及びはりの施術とは異なり、施術以外の理由で施術所を訪ねる者が多いとのことで、こうした施術以外の活動の約 1 割が障害をもつ従業員に対するものとなっているという。X 所長は、こうした施術以外の健康管理に関連する活動にあたっては、対象者の障害の有無に関わらず、その者が従事する仕事の質を考慮して助言や支援を行うことが必要だとした上で、特に、知的障害者ほど周囲の理解や支援が必要であることを忘れてはならないと指摘している。

- ⑥ 最後に、B社におけるヘルスキーパー業務と施術所の活動に関して、X 所長が指摘する今後の課題を摘記しておきたい。

- ・ヘルスキーパー業務と施術所に対する社内外の評価と意識を高めること

B社における施術所の設置は当初視覚障害者の職場を作り出すことにあったが、ただそのままでは施術所の利用者も増えないばかりか、施術所の存在意味がでてこないと言える。そこで、事業所内及び地域関連会社の従業員の間には施術所の存在を知らせるとともに、質のよいサービス（施術及び情報等）を提供することによって、ヘルスキーパー業務及び施術所の存在価値を高めることが必要である。前記「営業報告、達成目標」はそのような意図のもとにまとめられたもので、この種の報告は、現在も毎月定期的に行っている。

- ・施術所活動の拡大とサービスの質の向上を図ること

ヘルスキーパーが複数体制になったことで、施術所の活動範囲が大きく拡大したが、今後は2年前から勤務しているYにも相当数の施術を分担してもらえるよう、技術向上に向けての研鑽を積んでもらうとともに、関連会社従業員の利用の拡大にもさらに努めていく必要がある。

#### **(4) 調査についてのまとめ**

本稿における課題、すなわち、①ヘルスキーパーが企業における従業員の健康管理にどのような役割を果たしているか、また、②ヘルスキーパーが障害者の職場における健康管理にどのような関わっているかについては、以上の調査結果からその実態の一端が明らかになったと思われるが、最後に、本研究における調査の特徴について簡単に指摘して調査についてのまとめとしたい。

(a) 本研究ではヘルスキーパーの業務とその役割に注目して、障害者の健康管理における役割について調査を実施したが、このアプローチには大きく二つの困難があった。

第1は、ヘルスキーパーの業務そのものが視覚障害者の雇用促進対策の推進の結果出てきた新たな業務であることから、その健康管理対策における位置付けや取り扱いがいまだ不明確であり、産業医、THPなど、既存の労働衛生行政の中での健康管理対策における役割が定まっていない点である。したがって、そのことから、ヘルスキーパー業務に関する公的な業務統計も皆無であり、企業内健康管理における役割や効果の分析がきわめて困難なことである。

第2は、ヘルスキーパー雇用が視覚障害者の雇用促進対策として推進されてきたことから、ヘルスキーパーを雇用する企業が必ずしも、他の障害者を多数雇用している企業で、且つ、障害者のための特別な健康管理対策を実施している可能性のある企業と一致しないことである。そのため、障害者の職場における健康管理に関してヘルスキーパーの果たす役割を実際に調査しうる対象がきわめて限られており、好事例の発掘にも困難があったことである。

(b) しかしながらこれらの課題も、第1に、筑波大附属盲学校調査等により、多少なりとも客観化されたデータを得ることができ、また、第2に、特例子会社における障害者雇用がヘルスキーパー雇用と相まって推進されていることから、特例子会社における好事例をかるうじて見出すことができた。これはひとえに、ヘルスキーパー雇用に関心をもって取り組んでいる関係者と、本研究の共同研究者の情報提供に負うところ大である。

(c) 次に、本調査においては、文献調査、専門家からのヒアリング及び事業所訪問調査を実施したが、これらは、1995年度から1997年度にかけて段階的に実施したものであり、どうしても時間的に多少のずれがでてきている。調査期間のずれについては可能な限り修正してまとめたが、執筆時点で得た最新情報については次の考察において言及することにしたい。

#### 4. 考察—課題を中心として—

以上のような調査結果をもとに、最後に、障害者の職場における健康管理とヘルスキーパーの役割について、その課題を中心に検討してみたい。

##### (1) 障害者の職場における健康管理対策について

(a) B社の事例からもわかるように、障害者の職場における健康管理対策としては、医師・保健婦・看護婦・ヘルスキーパー等の健康管理に関する専門的知識・技術を有する者が担当する部分と、事業所内の管理部門が担当する雇用管理の一環として行われる部分とが考えられる。

まず、前者について言えば、既存の労働衛生行政においては、ヘルスキーパーについてはその配置は義務付けられていない。その意味では、いまだヘルスキーパーの健康管理に果たす役割は法律上必要と認められる程度までには十分認識されていないといえることができる。

しかしながら、文献調査の結果からも明らかなように、ヘルスキーパーを雇用する企業の多数が、従業員の健康維持・増進または作業能率の向上に効果があると答えており、ヘルスキーパーの健康管理に果たす役割が少しずつ認められてきていることも事実である。その意味で、こうした結果を踏まえて、健康管理対策の一つとして、ヘルスキーパーの配置についても真剣に検討する必要性が出てきているものと思われる。

(b) 次に、障害を配慮した雇用管理の一環として、B社が行っているような「連絡ノート」や「父母面談会」等の、本人、家族との情報交換のシステムが、B社においては健康管理の側面においても効果をあげていることが注目される。

このような、家族との関係にまで踏み込んだ雇用管理の手法は、対健常者の場合にはほとんどみられないものである。B社の場合には、養護学校における学校と家庭との連絡手段として用いられている「ノート交換」の方式を参考にしながら、こうした手法を導入したとのことだが、調査結果からも明らかなように、①その目的が事業所からの伝達の確実性の確保、障害特性の理解に必要な情報の入手、家庭生活の様子に関する情報の入手、家族からの助言の入手など、多面にわたっていること、また、②身体障害者の場合には、知的障害者と比べて継続例がないことなど、障害種類によって家族関与の度合いが異なっていることが特徴的である。また「連絡ノート」には、本人の記入欄が設けられていることから、いわゆる事業主と家族だけの情報交換の場ではなく、本人も参加したオープンな情報交換が行われている点において、B社における実践の特徴を認めることができる。

このような特徴の認められる雇用管理の手法が、健康管理の側面において直接効果を発揮する場面は比較的少なく、日頃の情報交換が長期的な健康管理対策、職場定着において有効なことは、B社管理担当者の指摘する通りである。しかし、B社の事例においても明らかなように、障害種類の違いによってもこの種の手法が有効かどうかは見解が分かれるところでもあることから、こうした家族の関与を前提とする雇用管理の手法は、障害者の自立、人格の独立性を尊重する意味からは、最小限の範囲で活用するのが望ましいと考えられる。

## (2) ヘルスキーパーの業務と健康管理における役割について

ヘルスキーパーが職場における健康管理において一定範囲でその役割を果たし、それが客観的にも効果が認められることについては前述したが、以下では、障害者の職場における健康管理の場面で果たす役割について、その課題を検討してみたい。

(a) まず、B社施術所の利用者に占める障害者の割合がかなり低い点が注目される。その理由としては、①B社従業員の年齢構成が障害者についてはかなり若年層にシフトしていることが指摘できる。腰痛、肩凝り等、加齢とともに生ずる主訴については、その意味では、当然障害者の施術は少なくなるものと思われる。また②B社においては、障害者は、チームを組んで作業を行っていることから、作業時間中に施術所に向いて施術を受けること事態が事実上困難ではないかとも考えられ、それも利用者数の少なさの原因とも考えられる。

ここで注目したいのは、B社における「施術以外の活動」の方が、障害者の来所者が多いという点であろう。仕事をする上での悩みや、諸々の健康に関する悩みなどを、業務ラインとは別の同僚（ヘルスキーパー）に話し、聞いてもらうことで、精神的安定をとり戻したり、健康への意識を高めたりするという結果がもたらされていることが窺える。

その意味で、B社においては、施術所が一種の相談室、避難所のような役割をも果たしていることがわかる。こうした活動を支えるためには、ヘルスキーパーの「技術・知識」の高さだけでなく、人間としての深みや、抱擁力なども重要な要素となるものと思われる。その意味で、B社のX所長の場合には、長年の病院勤務の経験を有していること、また、年齢的にも年長であり、社会経験を積んでいるなど、障害者にとっても信頼を寄せるだけの人間性の深さがあるものと考えられる。

こうしてみると、ヘルスキーパーの施術所の人員構成も、免許取得後間もない新卒者だけでなく、施術者としての経験、社会経験などを備えたある程度年長の者も採用していくことが望ましいものと考えられる。問題は、そうした場合に、年長の経験者についても現状では嘱託社員の雇用が圧倒的に多いことである。こうした労働条件についての改善を図らなければ、質の高い人材を確保することは困難ではないかと思われる。

(b) 次に、ヘルスキーパーの業務内容の課題についてみると、やはり施術の割合がまだ低いということが指摘できる。日本視覚障害ヘルスキーパー協会の調査では、約3割のヘルスキーパーがはりを併用しているとのことだが（加藤，1998）、B社においては、2割にすぎない。これ



については、主訴・症状群の分布状況も事業所によって異なることから、一概にB社の数字が少ないと断言することはできない。ただ、産業医を配置するなど、大企業に働くヘルスキーパーなどからは、はりを中心とする東洋医学への十分な理解がないために、ヘルスキーパーがはり施術が適当と考えても、その施術が不可能な場合があることを挙げている（財形福祉協会,1996）。

(c) ヘルスキーパーの課題として、ここに残るいくつかを挙げるとすれば、次の諸点である。

・ヘルスキーパーが仕事をする上でまず注意しなければならないのは、施術がその症状の改善にとって有効かどうかについて迅速且つ正確に判断を行うことだという。たとえば、同じ足の痛みでも、マッサージをして症状が改善する場合もあれば、悪化する場合もあるため、その施術の「適応禁忌」の鑑別が重要な意味をもつというのである（B社X所長）。

この点については、ヘルスキーパーの基礎資格として、あん摩・マッサージ・指圧師、はり師またはきゅう師の免許が要求される以上、豊富な臨床経験をもつヘルスキーパーにとってはさほど問題にはならないかもしれない。しかし、特に免許取得後すぐにヘルスキーパーとして雇用される新規学卒者のような場合には、養成段階において十分な臨床経験を積むことができるように、教育課程の面においても工夫する必要があると思われる。

・次に、症状改善のための運動指導などについてだが、日本視覚障害ヘルスキーパー協会の調査では、約 7 割のヘルスキーパーがセルフケア体操などの運動指導を実施している（加藤,1998）。しかし、X 所長によれば、盲学校等のあん摩・マッサージ・指圧師、はり師、きゅう師の養成段階では、この点についての十分な指導が行われているかは疑問だという。その意味で、日本視覚障害ヘルスキーパー協会などの団体が技術講習を行うなどして、ヘルスキーパーが職場で業務上必要な技術の獲得に向けて、研修機会を提供していくことがますます重要な課題となってきたと思われる。

## <資料>

[盲学校理療科・リハビリテーションセンター等の理療師養成施設修了者の就職状況 (1987年度～1993年度)]

原資料提供：日本理療科教員連盟 (旧・全国盲学校理療科教員連盟) 調査部

項目別単位：人

各項目別の数字の下 ( ) 内は点字使用者数を表す。但し 1992 年以降のみ。

卒業年度	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993
回収率 (%)	(85.3)	(91.2)	(91.0)	(84.1)	(76.8)	(84.7)	(91.7)
病 院	184	192	212	183	149	119	93
診 療 所	23	37	34	34	38	39	45
施 設	9	20	7	12	6	7	3
特養老人ホーム	10	6	10	5	3	8	10
ヘルスキーパー	2	2	5	5	23	19	15
サ ウ ナ	8	8	14	9	10	11	8
施 術 所	176	202	224	212	169	138	134
開 業	213	245	210	169	112	119	116
そ の 他	22	30	30	28	29	49	64
計	647	742	746	657	531	509	488
						(169)	(134)

出典：『ヘルスキーパー・ハンドブック』巻末資料より

## <引用・参考文献>

朝日新聞「衣料会社に社内マッサージ師誕生 東海初の制度利用」(91.12.26 夕刊), p.12 (1991)

朝日新聞「福祉のいま 近畿弁護士会「雇用 110 番」から」(92.12.09 朝刊), 大阪版 (1992)

朝日新聞「小田切隆啓さん はり治療代寄付 (ウチの事例・ヨソの事例)」(93.05.15 夕刊), p.5 (1993)

朝日新聞「岡崎盲学校出身で初のヘルスキーパー 失意超え、技術修得」(94.03.06 朝刊), 愛知版 (1994a)

朝日新聞「上山照正さん 県内初のヘルスキーパーに (ひと人)」(94.06.01 朝刊), 岡山版 (1994b)

朝日新聞「ヘルスキーパー出番です 職場でマッサージが受けられる」(94.10.14 朝刊), p.21 (1994c)

加藤武司「アンケート調査を実施して」『会報誌』第 21 号 (1998.03), 日本視覚障害ヘルスキーパー協会, pp.6-18 (1998)

神奈川県視覚障害者の雇用を進める会「神奈川県における視覚障害者の就労状況—1998 年 1 月現在— (ただし、病院・サウナ・治療院・接骨院・理療科教員を除く)」神奈川県視覚障害者の雇用を進める会, (1998)

神崎好喜編『雇用運動 20 年のあゆみ』（神奈川県視覚障害者の雇用を進める会 20 周年記念誌）神奈川県視覚障害者の雇用を進める会，（1997）

指田忠司「ヘルスキーパー雇用をめぐる最近の動向と課題」『第 5 回職業リハビリテーション研究発表会発表論文集』障害者職業総合センター，pp.32-35（1997）

財形福祉協会『障害者の健康づくりに関する研究』，（1996）

全国視覚障害者雇用促進連絡会『雇用連情報』No.33～No.37

全国視覚障害者雇用促進連絡会『雇用連情報』No.37（1995.07），（1995）

全国視覚障害者雇用促進連絡会『雇用連情報』No.39（1996.07），（1996）

全国視覚障害者雇用促進連絡会『雇用連情報』No.41（1997.07），（1997）

筑波大学附属盲学校進路指導研究会『企業におけるヘルスキーパーの実態と意識に関する調査』（1995.10 実施），（1996）

日本視覚障害ヘルスキーパー協会『会報誌』第 1 号～第 19 号，（1992-1997）

ヘルスキーパー・ハンドブック編集委員会編『ヘルスキーパー・ハンドブック』パールライフ，（1996）

ヘルスキーパーの制度化を求める連絡会『事務連絡』1996 年第 1 号～1996 年第 8 号，（1996）

ヘルスキーパーの制度化を求める連絡会『事務連絡』1997 年第 1 号～1997 年第 10 号，（1997）

ヘルスキーパーの制度化を求める連絡会「設立総会資料」（1996.06.12），（1996）

ヘルスキーパーの制度化を求める連絡会「第 2 回総会資料」（1997.09.20），（1997）

毎日新聞「企業で 167 人が就業、正社員は 51 人—第 2 回ヘルスキーパーの集いで報告—」『点字毎日活字版』（1998.02.12），P.12（1998）

労働省・日本障害者雇用促進協会編『ヘルスキーパー（企業内理療師）雇用のすすめ』（視覚障害者雇用マニュアル）日本障害者雇用促進協会，（1991）

労働省「事業者が講ずべき快適な職場環境の形成のための措置に関する指針」（平成 4 年 7 月 1 日、労働省告示第 59 号），（1992）

労働省労働基準局編『労働衛生のしおり』（1994）

労働大臣官房政策調査部編『労働者健康状況調査』（1994）

## 第6節 障害者の健康における気功の効用等について

以下は、雇用開発部門の研究員等が、1995年7月25日に、「袁世華」氏（長春中医学院教授・現在、北里大学衛生学部超微形態研究室に在籍）及び「張新東」氏（遼寧省中医研究院・現在、日本医科大学附属第二病院に在籍）を講師に招いてヒアリングを行った時の記録をまとめたものである。

○司会 袁先生、張先生の両先生のお二人には、本日お来しいただきありがとうございました。さっそくですが、本研究のテーマは、障害者の職場適応のための健康管理に関する基礎的研究として障害者が働いている企業などにおける健康管理の現状等について調査し、障害者の職場適応がうまく図れるような仕組みになっているかどうかということについて調べてみようということですが、中でも、東洋医学的手法が障害者の健康管理に役立つのではないかという観点から、気功について勉強させていただきたいと思います。本日は、袁先生には「中国気功事情と障害者」ということで、張先生には「中国医学の実践と効果」という題でお話を聞かせていただきます。それでは、先生、どうぞよろしく願いいたします。

### 1 講演 「中国気功事情と障害者について」

**袁世華（長春中医学院教授・現在、北里大学衛生学部超微形態研究室に在籍中）**

私自身は中医師で気功師ではありません。学生時代から気功には非常に興味がありまして、気功については今も勉強中です。一昨年、上海の気功研究所へ10日間見学にいきました。近年の中国の気功は、昔の気功よりはずっと進んでいます。一つには、気功に関する研究が大分進みました。これは、中国だけではなく、日本でもアメリカでもそうですが、特に日本では気功に対する興味が非常に高く、ハイテク技術があるから、研究も可能になるわけです。

それから、昔は、気功師は特に資格というのがありませんでしたが、今は何級、何級という認定制があります。最も優れた気功師の先生には、気功大師という名前もあります。私が今度見学した上海気功研究所は、もともと上海中医学院、つまり、今の上海中医药大学の一部分です。今は、独立したいわゆる国立の気功研究所になって、確かにきちんとした組織もあるわけです。また、上海には、国の組織だけでなく民間的な気功協会というものもあります。そこも半日見学しましたが、結構レベルの高い気功の先生が多いわけです。その中には、先に見学した国立の気功研究所よりもレベルが高いのではないかと思われる方が集まっています。だから、民間と国の大学を合わせて気功の研究をしています。

もう一つは、国民の全体が気功をやっているような状態になっているということです。これに

は、私もびっくりしました。昔は、朝、公園にいくと、大体は大極拳をやる人が多かったのですが、今は、どこでも気功をやる人でいっぱいです。上海にいた時、近くの公園に毎朝いったら気功の各流派がそれぞれの看板を掲げて、それぞれの流派ごとにやっていました。このように、気功の種類も多くなりました。つまり、国民全体の活動になっているような感じです。

上海から北京に、北京からうちの大学のある長春まで、あちこちいきましたが、みんな同じように気功をやっているのを見て、本当に感心しました。

しかし、今の中国の気功の中には、いろいろ問題点もあると思います。今よくやられているものの中には、宗教と合わせてやっているものがあります。これは、一番最初の先生からだんだん周りに広がって、そして、最初の人はいわゆる教祖みたいな存在として、何か神秘的な感じも出てきています。その人が書いた本なども高く売れたりして、だんだんおかしくなる危険も否定できないと思います。しかし、その中でも、優れたものがあるということも無視できないと思います。要するに、昔から仏教とか、宗教とか、大体みんな気功をやっているようです。昔のお坊さんは、お経の時には気功も同時にやりました。仏教とか宗教は気功とは全く関係ないわけではないので、ある程度つながりもあるはずです。その中の一部分の人たちは、わざわざ神事をする人もいるかも知れません。いろいろ資料もありますが、その中には、本当かどうかよく分からないものもあります。こういうことは実は日本でもあります。例えば、一昨年大きな会場で私は漢方の講義をしました。その時、一人の気功師がきていました。その気功師は私と同じ省の出身の人で、第**13**代目とっていました。後で上海の研究所の人に聞くと、皆その人を知っていました。何年前には、その人が患者として気功研究所で病気を治してもらったそうです。その人は自分の病気を治すために勉強をしました。勉強して気功を身に付けて、日本にきたら第**13**代の気功師と称していました。確かに勉強して身に付けたから、気功はうまいですが、その**13**代目というのは嘘でした。このように、本当のものと嘘のものが混じっているという状態は確かにあります。

中国の気功にはいわゆる「硬気功」もあります。この硬い気功は特に民間でやられています。よく演術のようなことをやります。私は自分で見た事がありますが、鉄の串をここの筋肉に刺してここから出ても、全然血が出ない。次の日にいってみたら、黒い点だけが残っている。特別に優れた技能、超能力を持っているかどうかは別として、これは演術のような性質がありますので、医療とはあまり関係がありません。私たちはやはり、呼吸に関係するものに非常に興味を持てるわけです。

上海の気功協会ではいわゆる導引というのが実に盛んです。例えば、公園で気功師が前に出て何かやっている時、そこに立っている皆さんはお酒を飲んでいるように、身動きできないような状態になるわけです。これにも、結構不思議なところがありますので、今はそういうものを信ずる人と、信じていない人が両方あります。これについては、確認するためにいろいろ研究をやっているわけです。全部嘘とは思わないですが、どういうメカニズムでどういうふうになるのか、分かりません。そういうことも中国では今、かなり抱えています。

また、気功をやることで不思議なことの例をひとつ。上海の気功大師という方は、アメリカとかいろいろな国を廻っている方です。その人は字を書くと、その字から外気がどんどん出てくるというので、この字が高く売れるわけです。その場で日本人もかなり買いました。1枚を最初は5万円とあって、後は割引があつて、3万円、2万円と、結構それを買う人がいるわけです。それを自分の家の中の壁に飾り、そしたら、どんどん気が出るといわれていますが、その翌年、私がもう一度上海にいった時に、その字を書く気功師に会いたいと電話したら、数ヶ月前にお亡くなりになりましたということでした。肝臓の肝硬変か肝臓ガンだったということです。それで、字から気が本当に出るかどうかについては、疑問を持っています。上海気功研究所は、こういうものにわりと慎重な態度を持っています。

外気功は、気功師の手から外気というものができて、それを患者さんに与えて、患者さんの気に影響して、最後に患者さんの体の病気が治るということが、今、非常に興味深いことです。これに関する研究は特に中国では盛んにやっています。気功研究所の中でも、一人の老先生が気功師の養成をしています。老先生がやっている気功は「易筋経（いきんきょう）」で、この気功は結構有名ですが、やる方法としてはいろいろあります。この流派の大部分は外気で患者さんの病気を治します。

気功研究所には外来がありまして、そこも見学しました。ちょうど一人の患者さんが治療中でしたが、患者さんは横になって、先生は手から患者さんのお腹の上のこのぐらいのところに置いて病気を治療していました。私もそれをみて、非常に興味を持ちまして、夜にでも一緒に気功のことを勉強したいとその先生に話しました。その先生はとてもよい先生で私が泊まっていたホテルに夜来てくれました。老先生はまず、自分の手と私の手を合わせて、感覚があるかどうか、まず私に確認をするわけです。1分間ぐらいしたら、自分の手が非常に熱くなることを感じました。それは間違いなくことです。多くの気功師は大体こういう能力を持っています。

今、外気についての研究はいろいろなところでやられています。上海気功研究所の所長先生も自分のいた大学で1年間の研究をしました。一番よくやっている方法は、いわゆる遠赤外線です。その方法が一番簡単です。つまり、外気の本体というのはい体どういうものか、本当にあるかどうか、これの測定は、中国でも日本でもたくさんやりまして、多分間違いなく、みんな赤外線の変化は認められています。

外気治療にも、中国には非常に有名な気功の先生がおられて、それは林厚省先生という方です。この人は多分今アメリカにいると思います。この人の特徴は、大体は、手のところの労宮という穴（つぼ）を中心として気が出るわけです。そして、その気は赤外線の放射です。やはり、気功師の方が普通の人よりはずっと強いわけです。これは、この間日本にきた気功研究所のライ所長さん、あの人でも大体同じです。みんな赤外線が普通の人より高いことが判明しています。

もっとすごい人は、液晶画面の液晶の流動にまで影響を与えることができます。その辺の研究も中国では行われております。

さらに、ある人は、例えば、血液の赤血球や白血球にも良い影響を与えます。例えば、白血球は、動物の体に入って来る細菌やウイルスを捕食しますが、気功師の外気を作用させた白血球は、やはり盛んに細菌を捕食することが確認されております。そこに気があることを証明する一つの根拠です。

その他にも、いろいろな新陳代謝に対する影響とか、表面の温度に対する影響とか、特に、近年は、患者さんの脳波に対する影響を測定する研究も非常に多いです。

脳波の中には、 $\alpha$ 、 $\beta$ 、 $\theta$ などの波があります。こういう脳波に対する影響は結構強く出ます。それに、みんなとてもいい方向に影響することが分かっています。ですから、脳波の変化も最近の研究の主な内容です。

そういう外気という実際に存在するものがまず分かって、それがいろいろな病気の治療にも応用され始めました。

気による障害の軽減、回復ということについては、中国の麻痺の患者さんの話をします。麻痺は、中国では、タンカンといわれています。日本の字引にはそんな言葉はないようですが、頰椎の病気で下半身麻痺の人もあれば、脳卒中の片麻痺で半身不随という状態の人もあります。

こういうタンカンの患者さんはものすごく難しい患者さんですので、西洋医学の場合は、これは治らないか、非常に難しいということですね。でも、漢方医学は昔からこういう片麻痺とか半身不随の人の処方があり、確かに効果がある場合があります。この漢方医学は、例えば、半身不随の治療になぜ効果があるかという、漢方では、半分の身体が知覚の障害か運動の障害があるということは、人間の身体の中には気というものがあって、それは左右に半分ずつあると考えます。それが老人とかになると、気が少なくなります。すると、その気は片側に集中してしまいます。そしたら、この半分は気がなくなるわけです。その半分の気がなくなると、半身不随になるということです。その治療として、漢方医学は、この半分の気が足りないの、まず気を補います。これを補気といいます。老人だから、気が足りないの、気を補うことをするわけです。それから、もう一つは、この気がなければ血行も悪くなります。血行が悪くなると、活血という方法があります。活血は血行をよくすることです。さらには、漢方には経絡というのがあります。この経絡についても、気と同様、まだ分かっていないことが多くあります。つまり、解剖でも顕微鏡でも全然見つからないものですから、一体、どこにあるものか分かっていません。でも、この経絡はいろいろな現代的な技術でその存在が確かめられているものです。つまり、こういう半身不随の人は経絡の中の気が通じなくなる、不通、停滞の状態にあります。このような状態に対して、漢方には通絡という方法があります。この通絡の方法には、例えば、絡を再び通じさせる地竜（じりゅう）というのがあります。地竜はミミズのことです。ミミズは土の中に穴をつくります。だから、詰まる経絡はこのミミズで通じさせるというわけです。ですから、気を補う血液の流れをよくする通絡の方法を使います。このような方法で、いろいろな片麻痺、一部分の身体の運動障害を治療します。

これと同じ要領で、気功師は自分の気、患者さんの気に影響を与えるのです。半分の気しかない人、半身不随の人には自分のエネルギーを患者に与えて、患者さんの気を補います。そのことによって、気は回復します。それに、気功師の手からの赤外線みたいなもので、片麻痺の血行をよくすることもできます。そして、その気が経絡の中を流れて、片麻痺も治ることができます。

ある場合には、麻痺の患者は自分の排尿・排便のコントロールができなくなります。その時、その患者さんは大変つらい気持ちになるのですが、その場合、その患者さんのお尻のところの穴に外気を与えることにより、膀胱・肛門の筋肉が強烈に収縮することも観察されました。つまり、もともと既に麻痺している肛門と膀胱の筋肉が、腰の穴に外気を与えると、すぐに強烈な運動を始めることが観察できました。これは、麻痺の患者さんの養生にもよいわけです。

この他にも、いろいろな先生がタンカン、つまり、麻痺の患者さんに治療をした結果についてかなり報告しています。麻痺の患者というのは、普通は筋肉が落ちます。いろいろな障害者の中には、筋力が落ちる方がたくさんいると思いますが、筋力が落ちるとだんだん動けなくなって、最後は全く動けなくなる人がかなりいます。外気にはこの筋力を強める作用が明らかにあります。つまり、患者さんに外気を与えるやり方として、気功師は、まず、いわゆる気の運動、「運氣」3分間を行います。自分の気を手掌の手指の先の方に集中して、それから気を発散させるわけです。普通、麻痺の患者さんには、百会（ひゃくえ）の穴に対して発散します。そうすると、大体は3分間から5分間までの間には、患者さんには気の出感が出てきます。普通であれば、早い人は1分間ぐらいで気の出感が出てきてそこが熱くなったり、しびれる感じが出たり、腫れた感じになってきます。そうなってくると、もともと麻痺の手足が、自分でも知らないうちに動くようになることが多いわけです。

ある先生は治療効果のあった10例ぐらいの報告をしています。北京の解放軍総医院は非常に大きい病院で、その黄（こう）先生は有効率は43人の中93.01パーセントであると報告しました。麻痺のタイプはいろいろありますから、総ての麻痺に効くとは思えません。43例とは、片側の麻痺の患者さんが19例、半身麻痺の人が24例です。治療前には、完全に動けない人が8例、車椅子に乗っていて歩けない人が12例、他人の介助で歩ける人が17例、あとは、まだ歩けるけれども不安定でバランスがとれない人です。全部が寝たきりの脳の麻痺の人で、それにこんな効果が出たというわけではないのです。麻痺の原因についても書かれていません。麻痺した手足が再び動くことができるのは、本当にありがたいことです。気功師は手から自分のエネルギーを出すので、普通、エネルギーを消耗するので疲れます。ですから、外来患者さんを診察する時でも、予約はそんなに多くはありません。1日に大体3人か4人しか治療できません。

あとは、痛みの治療です。今、中国では気功麻酔が出てきました。中国は、麻酔といえば、有名なのは針麻酔です。針を差すと麻痺の効果が出てきて、痛みがなくなるわけです。でも、気功でも麻酔ができます。按摩マッサージは中国では「推拿」という言葉で呼ばれています。これと一緒に気功をやる方法もかなり多いのです。つまり、単なる「推拿」、つまり単なる按摩や、単



なるマッサージは効果が出ない場合があります。按摩の先生の手から出る外気を使うと、効果が上がります。気功麻酔と気功按摩という二つのことは、昔はなかったことです。私は 8 年前に日本に来ましたが、その時には針麻酔はありましたが、気功麻酔と気功推拿はまだありませんでした。今では、痛みの研究では、脳の中にはβエンドルフィンというものがありまして、これが鍼によっても生じるといわれています。気功でもやはり脳の中の自然の鎮痛物質がたくさん出てくることによって、いろいろな痛みが鎮まるのだと考えられます。

今の気功師はみんな外気は手から出ますが、或る気功師は実は整骨師です。つまり骨を治療する先生です。骨を治療する前に、自分の口から気を出します。「フーツ」と、こういうふうには骨のところを吹くと、患者さんは先生の気が当たったところがとても冷たくなる。そして、3 分間もしないうちに、そこが麻痺したような感じで、全然痛くなくなります。そして、骨を元の位置に戻すわけです。こうして整骨の時に、自分の口から出る気を使います。普通は手から気を出しますが、この先生は口から気を出すわけで珍しい例であります。このように、今、中国ではいろいろな状態の外気を用いて治療する方法が使われていますが、実は、多くの方法は外気ではなく、患者さんが自分の内気で病気を治療することが重点となっています。外気治療は、できる人も少ないし、その中で、本当にできる人はもっと少ないです。他の人がみたら、気がありそうで、できそうだけれども、実は、気がないかも知れません。ですから、本当に外気ができる人が少ないし、やはり、患者さん自身が自分で自分の気を生かして病気を治すのがよいと思います。

中国には、昔、道教という宗教がありました。この宗教の元の気功は、「周天功」です。「周天功」には学生時代から興味を持っていました。「周天功」はその名のとおり、身体の中は 1 週間で循環するわけです。「周天功」はさらに「小周天」と「大周天」に分かれていますこの「小周天」はその流れる範囲は短いですが、「大周天」は全身どこでも気は行くことができます。つまり、身体のどこかに病気がある場合には、自分の気を「意念」という方法で、そこに連れていけば、その病気が治るわけです。例えば、肩凝りでも、肩関節の周囲炎などの病気でも、まず、自分の気を集めて、それからその気を動かして、肩のところへいけば、肩のところは突然熱くなって、そして、病気は治ります。そういう方法で、例えば、手足の運動障害の人でも、気をそこに連れていけば、そこも動くのではないかといろいろな先生が研究と実践をやっているわけです。

上海気功研究所は外気の外来もありますが、それは一人の先生がやっています。あとの先生は、気功師の先生だけれども、その患者さんに教えるだけです。教え方は、患者さんの病気によって方法はたくさんあるわけです。例えば、あなたが高血圧であれば高血圧に対する有効な気功を教えます。あなたが手足が動かないとすると、手足が動く気功を教えます。気功の種類は何百種類もありますので、その中の 1 種類を教えます。さらに、その 1 種類の中でも、いくつかの動作を選ぶわけです。全部を教えることは、外来では不可能ですから、外来でできるのは、この気功の 2 つから 4 つの動作だけを教える。その 4 つの動作だけでも、病気は治るのです。

今、上海気功研究所は本当にいっぱいです。かなり効果があります。ここの先生の気功は医療

気功となっているわけです。大きな病院では、気功師を養成して、共同の研究をやっています。その治療については、私はかなり信じています。私が先ほど話した上海の外気をやっている先生は医者ではありません。気功研究所の先生たちは **80** パーセントくらいは漢方医学は分かるけれども、**2** 割くらいは分からないと思います。外気の専門の部門があり、大きな建物の隣に小さな家がありまして、そこで癌とかを治療している外気の先生は、医学は全く分かりません。

それから、気に関する研究ですが、最近では、日本でも本屋にいけば、気についての本は沢山並んでいます。

気は目には見えませんが、だれの身体の中にも気があることは間違いありません。現在の研究で、こういうことが分かりました。人間の気には、良い気と悪い気があります。人によって、ある人は良い気が多かったり、ある人は悪い気が多かったです。人が一緒にいる時には、お互いに影響を与えます。例えば、私のそばの張先生が悪い気を持っているとすると、私の気にも影響を与えます。これは、距離が非常に近いと影響しやすいですが、かなり遠いところの人にも影響を与えることができます。そしたら、私もその影響を受けて、自分の気は気持ちが悪くなります。例えば、悪い気の人と一緒に旅行をすると、全然面白くないといいます。逆に、ある人は気がとても良い。だれでもその人と一緒にいたい。悩んでいる時でも、いろいろな状態でも、その人という時は、自分でも気持ちがとても良くなるという人もいます。これは、日常生活のことですが、実は、これは気です。気で説明できます。また、電車の中でも、ある人は眠くなって欠伸びが出ます。そしたら、それを見た人は、つい自分も眠たくなります。これも気の影響というわけです。さらに広げると、やはり、周りの世界、自然の中にも気があるわけです。例えば、漢方薬の中に、有名なものとして人参というのがあります。この人参にはいろいろな種類があります。その中でも一番高い人参は、山の奥の野生の人参です。この野生の人参がなぜ力が強いかというと、山の奥の人参は周りの自然の気をみんな吸収して、人参の中に入っています。ですから、今、患者さんがその人参を飲むと、自分のエネルギーになるというわけです。これは、不思議かも知れませんが、実は、この気の学説で理解できます。

私も上海の気功研究所で「周」の気功を勉強しました。例えば、朝起きた時、自分の前に、木があります。この木の気は良い気です。これは古代でも今でも、そう思われています。ですから、緑が一番重要です。その気は、特に松とか杉とか、冬でも丈夫な木はみんな強い気を持っているそうです。朝、ただその手をその木に向かってさし出して、自分の身体の濁る気、悪い気がみんな自分の手指から、どんどんその木の方にかせ、逆に、その木の中の優れた気はみんな吸収して自分の気にします。そういう方法は、非常に健康によいわけです。後は身体の姿勢の調節です。調身調息です。気功はこの **3** つの要素がありますので、人間は、この呼吸調節、優れた気を自分のものにする、悪い気は排出する、そして、身体の姿勢を調節したら、いろいろな病気が治るわけです。

中国はいわゆる発展中の国ですから、日本のように、障害者に対する治療が充分にはできません

ん。けれども、私はよくこんなことを考えます。例えば、障害者にとって重要な問題点の一つは、つまり心をどういうように落ち着かせるかということです。つまり、身体の健康な人と同じように仕事をするにはできないし、生活もできません。すると、いらいらすることは、最初は誰にでもある問題だと思います。そこで、まずこのストレス解消ですが、これには何よりも気功が良いわけです。なぜなら、気功をやる時は、最低でも脳の中が静かになるわけです。静かになることは、中国では昔から特に強調しているわけです。

中国で養生の秘訣といわれることに、「心は静か、体は動く」、「心静体動」が一番重要なことだとされています。この心静かということは、現代医学でいうストレス解消法とも考えられます。普通の方法では、とてもストレス解消はできません。例えば、旅行とかスポーツというのは確かに一部分は解消できますが、しかし横になったらすぐに雑念が頭の中に入ります。お金の問題、権利の問題、選挙の問題等で、雑念はきりがありません。障害者は特に自分の将来のことについては、いろいろ心配なことがあって、静かになりません。そこで、やはり、気功こそ本当に心を静かにできるわけです。

例えば、目の不自由な方は周りの世界は見えませんが、気功には昔からいわゆる「内景」（内部の風景という意味）という言葉があります。自分の意識の中に何でも見ることができます。気功の「内景」は仏教からきているものです。静かになると、頭の中にいろいろな風景が出てくる。昔はよく天国みたいなところを想像し、そこには神様もあって、周りにはきれいな風景もあって、みんな平和で、とてもよいところを想像するわけです。気功でもそういう「内景気」の方法で、目の不自由な方も実は見たいものは何でも見えるわけです。こういうことは、やはり心静かにもなれるし、健康維持にも大変プラスだと思います。

職業リハビリ中の皆さんは是非、気功をやった方がよいと思います。会社の中で、社員など職場の人々が毎日気功をやれば、仕事の能率も大分向上するそうです。障害者は特に、例えば、1日に数回、1回は10分ぐらいでかまいませんから、何か短い気功をやれば、今までの仕事の効率も大分よくなるのではないのでしょうか。自分で気功をやる方がよい。外気功よりはむしろ自分でやった方が効果的です。

ところで、職場でやっているラジオ体操と気功の違いを説明します。まず、ラジオ体操をやる時は、気功のように、頭で何かをイメージするということは全然ありません。例えば、丹田というところがありますが、そこは必ずイメージしないと効果がありません。必ず、丹田には上・中・下がありますが、そこにイメージすることによって、脳が十分に休むことができるのです。

また、普通のラジオ体操は、呼吸法をあまり強調しません。気功は、呼吸を一番大事にします。よく練習されるのは、いわゆる逆式呼吸です。それは胃腸に対するマッサージのような感じで、胃腸の蠕動運動もよくなるし、血行もよくなります。

気功でも、静功と動功があります。静功は静かにやる気功ですが、こういう気功は難しいです。逆に、動功は動きながら気功をやる方法で各種ありますが、動きながら、体は動くけれど、心は

静かにできるということです。ラジオ体操では、身体が動くだけで、心は静かにできません。ここが大きく違います。だから、気功の効果がよいところは、心静かにすることにあると思います。

気功の治療効果については、西洋医学的評価もなされていて、病気によってみんな客観的なデータがあるわけです。例えば、私が必ず効果があると思っている各種の高血圧について、中国には何千、何万のたくさんのデータがあります。これは、普通のただの感覚、痛みとかイライラがよくなるとか、といったこととは違って、データがあるわけです。もちろん、重症の高血圧が全部完全に治るわけではないのですが、気功をやると、短時間で血圧がどんどん下がることは間違いありません。

精神薄弱者や精神障害者に対する気功治療のデータはありません。精神に何かの問題のある人はちゃんと気功が続けられないのではないかと思います。気功はやはり結構続けないと駄目です。人によって少し速い、少し遅いということはあるが、とても短い時間ではどうしてもできません。普通は少なくとも1ヶ月ぐらいかかって気功状態に入ります。その状態に入らないとやはり効果がありません。その状態に入ると、いろいろな特別な感じが出ます。その感じが出ると、効果が出てくるわけです。精神薄弱とか精神障害については、やはり気功は向かないとおもいます。なかなか気功状態に入らないと思います。

気功状態に入って効果の出るまでの時間は、例えば、高血圧や胃腸の病気の場合は速いです。なぜなら、胃腸のマッサージのような感じですから、大体は、やりながら98パーセントの人に胃腸の腸鳴が出てきます。これは、やはり胃腸に及ぼす気功の効果が速いということです。下痢とかにもかなり気功の効果が速いです。一方、気功が効かない病気もあります。それに、気功状態に入る時間も、人によっても大分違うし、入ってもまたその状態にならない人もいます。それに練習の方法が悪ければ、副作用のようなこともあります。「走火入魔」という言葉があります。それは、つまり練習の方法が分からない人等が勝手に気功をやりすぎてとても異常な精神状態に入ることで、たまにあります。上海の気功研究所の外来は、こういう人の治療もやっています。気功の練習方法が悪くて、何か変な動作や状態になる人の治療もしているわけです。でも、それは、そんなに多いわけではありません。どんな人がそうなるか、だいたい見て分かります。

今日は時間の関係で、たくさんのお話もできませんし、私もまだ勉強中ですので、皆さんの要望には満足できないとは思いますが、是非、みなさんの分野では、この気功は大変大切な方法であると私は考えています。是非、みなさん、これからも中国の気功の方法を、みなさんの仕事に役立てていただきたいと思います。

### 【意見交換】

○研究員 人間の身体の中の経絡の存在は確認されているのでしょうか。

○袁 実際のものには未だに見ていませんが、何年か前に、北朝鮮の金教授という方がおられて、その方が突然自分が経絡を発見したと医学雑誌に発表しました。今、中国は鍼灸の本場といわれるところですので、びっくりしまして、新聞はその教授の文章を全部連載しました。し

かし、結局、あれは全くの嘘であるとして否定されております。それから、ある人は、これは神経と関係するという神経関連説とか、ある血管に関連するとか、リンパとかいろいろの説がありますが、結局、これらの神経、血管、リンパでは全部を解釈できません。例えば、足の三里に鍼を刺すと胃の痛みが治りますが、直接の神経でも血管でもリンパでも何でもありません。でも、三里でないと、効果がありません。また、電気の説があります。つまり、日本でも、良導絡という方法があって、確かに経絡のあるところの電位と周りの電位との差があるということで、そこは、中国の古典に書いてある経絡とほぼ同じところであるということが証明されました。それに、さらに、経絡に敏感な人があって、例えば、突然リウマチのような症状が出て、ちょうど出てきた場所が経絡のいわゆる走行と同じです。これは、偶然とは思えません。なぜ、この経絡のところと全然別なところでないのか、これもやはり経絡の存在です。あとは、経絡の中には穴があって、穴を刺すと病気が治る。穴でなくても、ただ経絡を刺すだけでも効果がある可能性があります。もし、経絡を外れると、効果がありません。そういういろいろなことが研究されています。張先生はこの専門家ですから、その辺は私よりは張先生が詳しいです。

○張 一体、経絡はどの部分にあるのか、その物質は何かについては、神経と体液、それに血管が関係あるのではないかという人、それと関係ないという人もおり、まだよく分からないというのが現状だと思います。

○研究員 先ほど、気功は麻痺の患者に **93** パーセント効いているというお話がありました。もしも、そんなに効いているのだったら、中国では麻痺の患者さんはほとんどいなくなるのではないかと感じるのですが。

○袁 麻痺のタイプはいろいろありますから、総ての麻痺に効くとは思えません。中国の北京の解放軍総医院の例ですが、この病院は非常に大きい病院です。その中に、気功の効果が認められた者は片側の麻痺の患者さんは **19** 例、半身麻痺の人は **24** 例です。治療前には完全に動けない人は **8** 例、車椅子に乗って歩けない人が **12** 例、あとは、他人の介助で少しできる人が **17** 例、あと、まだ歩けるけれども不安定でバランスがとれない人からなっているわけです。全部寝たきりの脳の麻痺の人で、こんなに効果が出た人はいません。

○研究員 麻痺の原因には、脳血管障害の場合、神経障害の場合と原因がいろいろあると思いますが、どの原因については効くというところまでは分析していないのですか。

○袁 そこまでは分析されていません。

○張 中国で気功をやっている者で、本当に医学出身の人はない。例えば、医学大学を出てから気功を研究するという人は少ないです。ほとんどは、小さい時に素質があって、大気功先生について勉強してだんだんできるようになるのです。万一、**100** 人の片麻痺の人が治ったとしても、どういう人なのか、脳出血なのか、脳梗塞なのか、全然分かりません。私は日本に来る前に、その気功の講義を **1** 回だけ聴きました。その先生はとても人気があって、大きな教室

に **300** 人も集まって、皆とても熱心に聴いていました。私は気功は本当に効果があるのだろうかとか疑問を持っていきました。全然歩けないお爺さんが教室にきて、講師は前にいて講義をしながら外気を出して、あの人は歩けるようになったという話をしました。一体、本当だろうかとか、私はいろいろ質問をしましたけど、その先生は医学の知識は全然持っていません。子宮筋腫の人に対して、外気を出して筋腫がなくなったとか。でも、本当にその人が子宮筋腫なのかどうか、気功治療をする前に病院に **1** 回行って、いろいろ検査をして、確かに子宮筋腫があることを確認して、その後、気功治療を受け、その結果また検査をして、筋腫がなくなったというようなやり方はしていません。科学的なやり方や考え方がありません。でも、私は、その会場に入って、窓を全部締め切ったところに **300** 人もの人が **2、3** 時間いても全然頭がくらくらするようなことはありませんでしたが、これは、私も不思議に思いました。なぜ、そんなにたくさんの人が集まっている場所で、ドアも開けない状態で、みんな精力がいっぱい、頭がはっきりする状態なのか、とても不思議で、私も気功は効果があるのかなと思いました。

○袁 気功士はもともと医学が分からない人が多いようです。でも、大きな病院では、気功士を養成して、共同の研究をやっています。そこは大きな病院だから、その治療については、私はかなり信じています。病院の先生と結合して患者さんを治療する方法はいい方法だと思います。私が先ほど話した上海の外気をやっている先生も医者ではありません。気功研究所の先生たちは **80** パーセントくらいは漢方医学は分かるけれども、**2** 割くらいは分からないと思います。外気の専門の部門がありまして、そこで癌とか治療している外気の先生は医学は全く分かりません。

○研究員 上海気功研究所は国が全額金を出しているのですか。それとも、気功士たちがお互いに金を出し合っているのですか。

○袁 日本でいう国立です。中国では、わざわざ「国立」という言葉は書かなくても、例えば、上海気功研究所といたら、これは中国の国のものです。

○張 先ほど、中国では気功で麻痺の患者がみんな治るとすれば、麻痺の病人がなくなるのではないかという質問がありましたが、確かにそういう効果のある気功士もいますが、少ないです。どの病院でも気功士がいますが、本当に外気で治療できる人はやはり少ないです。

○袁 それに、良効と完全に治るとは違います。効くということは、例えば筋力がいくらかでもよくなると、それは効くという。これに関して、優・良・秀・無効という **4** 段階があります。優の人はやはり **22** パーセントぐらいで、優でも完全に治るとは言い切れません。

○張 他の方法で症状が全然改善できないことで、気功治療で改善できるということはあります。

○袁 **2** つの対象群を用意して、いろいろ心理要因を削除できるような研究をやることも必要です。私は大学の診療内科に **1** 年間研究していたことがあります。心理治療は非常に重要な治療の **1** つだと考えています。例えば、漢方薬を飲んで、痛みがなくなったら、私はこれ

も治療の 1 つだと思います。でも、漢方薬は単なる心理的な作用で本当に効果があるかどうか、疑問を持っている方もいらっしゃるかも知れませんが、私はそうは思っていません。今の中国の漢方医学と西洋医学の繋がり、いわゆる中西医学の結合した形は結構進んでいます。例えば昔は、慢性腎炎の人を治療して、単にむくみがなくなると、漢方はこれは有効としました。でも、今は、毎日の尿の検査をします。尿の検査によって、タンパクがどんどん多くなったり、赤血球が多くなったりすると、漢方は有効とはいえない。中国の場合、今は、西洋医学の検査を行い西洋医学の病名で治療することがほとんどです。ですから、例えば、腎炎でも高血圧でも、血圧を計って、血圧が下がっていなければ、漢方薬が有効だとはだれもいいません。昔よりは今確かに、中医と西洋医との結合した形で研究が進んでいます。だから、昔は単なる気功で本当に効果があるかどうか分からなかったが、今では、昔の様には誰も信じていません。西洋医学あるいは現代的な技術の結合した形が多くなりました。もちろん、その中には、西洋医でもほとんど検査の方法がない場合もあります。例えば、女性の場合は、ただイライラして、来た患者さんは一杯います。そういう時、漢方はよく効きます。多分、漢方薬の中にも鎮静作用があるものがあるし、あるいは、鎮静的な心理の要因かも知れません。特に、女性の場合、漢方医は患者さんとは友だちのようによくしゃべりますし、それから、漢方医はあの病気がどういうふうになっている。漢方はどういうふうに違っている。と、患者さんの病因・病理を解釈することをやります。この解釈だけでも患者さんは治ります。中国でも、いろいろコンピュータのソフトをつくって、いろいろな老先生の経験はソフトを使って患者さんの病気を治療しますが、どんなに老先生の経験をまとめているところでも、ソフトではなかなか老先生のような効果がない。なぜなら、老先生をみんなは信じているから、「この先生は私の病気を治療すると絶対よくなる」と信じています。さらに、老先生は詳しくこの病気を解釈しているので、それだけでも、効果がある。だから、日本の大学病院のように、3 時間待って 3 分間で「お大事に」とすぐに終わったら、こういうイライラの患者さんはなかなか効果がありません。今は確かに漢方は昔のような単純なものではありません。いろいろな研究をやっているし、例えば、漢方の処方の中の成分もずいぶん研究が進んでいます。昔は漢方の中の薬一つひとつの作用はほとんど分かりませんでした。今は、分からないものはだんだん少なくなりました。今は中国でもほとんどの漢方薬のそれぞれの効き目は分かっているし、循環器系に対する影響、腎系に対する影響と、みんな薬の効き目を書いています。でも、漢方はそれだけではないのです。いろいろな薬が混じったら、もうそれぞれの作用ではなくなるかも知れません。そのところの研究は非常に難しいところです。例えば、「〇〇〇」は肝炎に効くとされていますが、それぞれ薬の成分のどれが肝炎によいのかはわかりません。全部が肝炎によいわけではありません。でも、総合的に肝炎に効き目が出てくるわけです。

○研究員 張先生は本当に効く気功のできる人というのは少ないとお話をされましたが、東京におられる気功士の方で、本当に効果のある気を出せる人はどなたですか。

- 張 出せる人はあまりいない。出せない人が多いが、よく分かりません。
- 研究員 気功が必ず効く障害というものがありますか。
- 袁 絶対に効くものとしては、私の感じですが、高血圧です。多分、**100** パーセント効くと思います。
- 研究員 その場合でも、いわゆる自分が治療してということですね。
- 袁 そうです。外気ではありません。みんな自分でやるのです。
- 張 気功の種類は何百とあります。私のやっている気功は、目に効く気功です。袁先生のやっている気功は耳鳴りに効きます。他の人のそれは、生殖系統、例えばインポテンツに効きます。あとは、自分のしたいことで気功の種類を選びます。
- 研究員 そういうことを気功の先生が教えてくれるわけですね。
- 張 気功の先生が全部を教えるわけではありません。**100** パーセントは教えない。**70** パーセントぐらいしか教えない。本当は、一番重要なことは教えないといわれています。
- 研究員 張先生は目の気功をやっていておっしゃいましたが。
- 張 私はやってはいないけれど、中国のテレビで時々そういう気功を教えています。
- 研究員 それは目の疲れをとる気功ですか。
- 張 疲れだけでなく、白内障とか、弱視とか…。
- 研究員 白内障についていうと、どうですか。
- 張 お医者さんに白内障ですよと言われた時、初期症状の時気功をやると、進行が止まります。

## 2 講演「中国医学の実践と効果について」

### 張新東（遼寧省中医研究院・現在、日本医科附属第二病院に在籍中）

中国医学をやっている者として、できるだけ日本人たちに中国医学を知ってもらいたいと思っていますが、うまくできるかどうか心配です。中国医学というのは、人民の四千年の健康を繁栄させてきました。実際、中国医学の実践は、どうやって、どこまで効果があるかについては、専門ではない人にとっては、ちょっと難しいかも知れません。

中国の医学のシステムを大きく分けると、**3** つの方面からなっています。それは、病気にならないうちに手当をすること、つまり「未病を治す」ことです。そして手当ををする。あとは、健康を管理する養生法です。この **3** つの方面に分けられます。予防と健康とは、やはり二千年前の「黄帝内経」という中国の古い中国の医学の本の中には、そういう思想はありません。この「内経」によれば、もう **2** 千年前からの思想ですが、それはこういうのです。

肝は中医では肝臓のことではありません。肝病があれば必ず脾に影響を与えます。脾を壊すか



ら先に「脾」を治療し、肝に治療を補うということです。やはり、中医学の五行というものがあります。五行は人の五臓（肝・心・脾・肺・腎）との組み合わせです。五行学説というものは、人の五臓六腑を自然の木・火・土・金・水の自然と合うように分類しています。だから、木というのは肝で、肝木ともいいます。中医学の肝というのは、一つのシステムです。いわゆる肝臓のことではありません。生理的に正常な状態なら、木は火を生じ、火は土を生じ、土は金を生じ、金は水を生じ、水は木を生じます。それと、木は土を剋し、土は水を剋し、水は火を剋し、火は金を剋し、金は木を剋することです。こういう互いの影響は、相生相剋といえます。

だから、こういう言い方をします。肝の病気は必ず脾に影響しますから、先に脾を補います。このことは、やはりこの学説からです。肝と脾の関係は相剋関係ですから、必ず肝に病気がある時は、必ず脾と胃に影響します。だから、肝の病気を治しながら、脾のことを頭に入れなければなりません。（図を描いて説明。）

「治未病」、予防の思想はやはりここからです。このような思想は、臨床的にもとてもたくさん使われます。例えば、この人は、性格はイライラして、せっかちで、怒りっぽい。そういう人は神経質というのでしょうか。胸が詰まっている感じで、そういう体質の人は、怒るとか、ストレスがたまるとか、緊張すると、必ずお腹が痛くなって、泄瀉（下痢）を起こして、げっぷ、食欲がないという症状の人がたくさんいます。昔からそういう方の・・（白板にて図説）・・、これを「肝木・・」という。すなわち、肝気は・・で脾土を剋する。だから、そういう症状が出てくる。

漢方医学の弁証の思想によって、いろいろと原因を聞いて、体質を調べて、顔色、舌の苔の色とか厚さ、脈を触ったり、いろいろやって、その人ともいろいろとお話をして、分かるわけです。だから、そういうふうには、肝気を押えて、脾気を補うという治療法をやって、漢方薬（漢方薬『痛瀉要方』か何かの名前を板書する）をこういうふうにして直すわけです。とても実践の多い薬で有名ですが、日本にはありません。

日本の津村の作った薬は、ちょっと中国とは違ったものです。いろいろ種類も違うし、書いたものも違います。私たちは日本にきて、困っている状態です。

また、向こうの人は、漢方薬だけでなく、薬膳（料理）、鍼、按摩、マッサージ、気功も同じです。やはり、思想的には中国医学の思想を元にして、同じです。例えば、鍼にしても最初は弁証です。弁証によって経絡が決るわけです。気功とかマッサージ、薬膳、漢方薬にしても、みんな弁証によってやられます。予防でも治療でも同じです。

弁証というのは、日本でいうところの弁証ではありません。この弁証の次に治療思想に入りますが、やはり、治療思想というものは中国医学の核心です。西洋医学と異って、中国医学は排除法です。というのは、昔から中国の人々というのは、実際的にやって、そこからどういうものが効果があるか、理論的にまとめてきました。西洋医学は実験して、薬を与えます。中国は薬を使って、それをまとめて、そういう方法を確立する。

弁証にはいろいろありますが、よく使っているのは、八綱弁証です。臓腑弁証、気血弁証、す

なわち態度、お客さんの顔、舌、苔、…の状況を見る。望診。例えば、「何か冷たいものを食べたのですか」、「清涼飲料をたくさん飲んだのですか」、それとも、「何か機嫌が悪くて痛みが増したのですか」と、いろいろ原因を聞くわけです。聞くのです。

あとは、お客さんの声が小さく弱いとか、声が大きいとか、呼吸も大きいとか、また、咳をする時、弱い声を出すか、大きな声を出すとか、いろいろあります。それから、音とか、口から出た臭いとか、便の臭いとかあります。これらを問います。

あと、脈があります。脈の速さ、太さや細さ、緊張度、弱さや強さなど、あります。

これらによって、このお客さんが胃が痛いというのは、一体、なぜなのかを考えます。何臓何腑が分かります。お客さんはたくさん冷たい飲物を飲んで、たくさん冷たいものを食べて、胃が痛くなった。これで、…（図説しながら）…寒証、胃も寒ですね。だから、彼の症状は痛みだけでなく、身体が冷えていますし、舌は苔薄く白い、顔も青白い、そういうように、いろいろ分かります。それが寒証です。寒証といっても、冷たい飲食のし過ぎのための寒証なのか、胃が普段から弱くて、何か固いものを食べても痛くなるとか、空腹になっても痛くなるとか、そういう虚の症状もあります。だから、これらによって、やはり、もともと陰陽のどちらなのか、虚实のどっちなのか、また、寒熱のどっちなのか、…（図説しながら、）…、というふうに弁証が出できます。胃が痛いというのにも、いろいろな型があります。…（図説しながら）…全部で 6 つくらいの型に分けています。それが、どういうふうに弁証するかというと、これによって、合わせて、自分の判断で出します。こういう形になって、漢方薬を出して治療をするわけです。これは、ちょっと難しいですよ。

やはり、治療というものは弁証です。弁証ができないと、薬をうまく使えません。日本にきてみると、たくさんの漢方薬がありましたが、あまり日本のお医者さんで弁証のことが分かっている人はいません。分かっている人もいますが、分からない人が多い。

同じ胃が痛い人でも、弁証によって、薬を分けて投与します。（図説しながら）例えば、寒熱の弁証を間違えて、薬を投与すると、かえって症状が悪化することがあります。だから、漢方薬治療では弁証が最も重要です。弁証さえできれば、治療はうまくできます。

漢方薬自身にもいろいろな性質があります。寒証に熱い薬、熱証に冷やす薬、そういう使い方です。例えば、胃潰瘍のお客さんに対して、西洋薬なら制酸と胃粘膜を保護する薬を出すわけです。漢方の場合は寒熱に分けて投与します。西洋医学だって、やはり漢方のように分けてやると、もっとお客さんに合うのではないかと思います。

今、胃潰瘍を例に話しましたが、中国医学というのは、脳卒中、不眠症、高血圧症でも、同じ病名でもみんな型に分けて薬を投与するわけです。陽虚とか、肝心陰虚とか、…とか、いろいろ分けて投与します。それが、漢方薬の投与です。あとは、他にいろいろ特別な方法もあるけれども、それはすごく難しいかも知れない。

また、養生の思想があります。これは、例えば、気功とか大極拳とか、漢方薬薬膳、鍼灸マッ

サージ、若い人は、これらによって身体を強壮しますし、お年寄りはこれらによって体力をつけ、身体を強くし、病気に対する抵抗力をつけ、老衰を延ばします。

今まで、人の老衰の原因に対する学説にはいろいろありますが、中国の古くからの見方には二つあります。中国医学はとても腎を大事にします。腎気というのは、一つのシステムです。中国医学は、腎気を人の生殖・成長・発育・老衰に関連が深いものとされています。腎気虚、腎気旺盛、腎気実であれば、その人は若々しく、元気いっぱい、精力いっぱい、何をしても疲れません。普通の人より若くて、元気いっぱいです。西洋医学はそういうことは（ありません）。中国医学は腎気は強壮です。

腎気虚には、やはり虚には陰虚と陽虚と気虚があります。どちらにしても、その人は何かをすればすぐに疲れますし、いつも眠たく、髪の毛もいっぱい落ちるし、歯もぐらぐらするし、記憶も悪くなり、生殖系統もうまくできない。それにだるく…いろいろな症状が出てきます。だから、漢方薬と薬膳、それに鉄灸治療と、いろいろ皆、養生、老化防止という考え方は、やはり最初は腎臓から入ります。やはり、弁証によって、・・（図説しながら）・・腎陰虚なら・・、腎陽虚なら・・、気虚ならという形の弁証によって、症状も違うし、弁証もちがうし、薬も違います。

あとは、大きな学説は、（図説しながら）・・というものです。気は血を連れて前進のどこへでもいきます。血は気を乗せてどこまでもいきます。または、気がもし虚とすれば、うまく気を連れていきません。「お血」状態になるのです。気がもし何かの原因で停滞したら、血も同じようにうまく流れず、いろいろな症状が出てきます。例えば、痴呆とか、ハンテンとか、麻痺、知覚鈍感、色素沈着とか、いろいろ出てきます。それも、老化の原因です。だから、養生の思想は、これから手を入れて、予防とか、治療とかをするわけです。

中国医学は、大体こういうふうに分けていますが、私たちは 5 年間で大学で勉強したものを、30 分ぐらいでとてもお話はできませんが、大体そういう思想です。

袁先生は弁証がうまいですが、私はあまりうまくできません。それに、個人的な経験によって、同じ人でも、弁証が違うことがあります。それはね個人的な経験によって違います。

日本語がうまくありませんでしたが、この辺で終りにさせていただきます。

### 【意見交換】

○研究員 今のお話ですと、気功は治療に入らないわけですか。つまり、中国医学では、気功は、予防・治療・養生の中の、どちらかというところ、養生に関係があつて、治療とはみないわけですか。気功は養生と関連が強いと理解すればよいのですか。

○張 そうですね。でも、先ほどお話をしたように、気功のやり方、種類もいろいろ違います。病気がない人は、気功をやって自分を強く健康にしたり、老衰を延ばしたりという目的でやっている人もいます。また、今あるところが痛くて、病気で薬を飲んでもよくなる人は、やはり病気を治すために気功をやっていきます。

- 研究員 未病と予防と養生との違いは何ですか。予防とは病気にならないということですが、それと、養生というのは老化を防止するということですか。この違いはどこにありますか。
- 張 簡単に、養生は老化を防止することと完全にイコールではない。養生にはいろいろな方法があります。
- 研究員 予防と養生の違いはどこにありますか。
- 袁 予防はやはり何かの病気に対する考え方です。養生は何かの病気のためではなく、例えば、ただ不老長寿になりたいとか、そういう時には養生といいます。
- 張 先ほどいったように、例えば、肝が必ず脾に移転することを頭の中に入れて、肝の治療をする時には、脾はまだ病気にならないが、脾を補う薬を入れて治療するとか、そういう考え方です。
- 袁 普通は未病には二つの意味があります。一つは病気にまだならない状態です。もう一つは、病気になってもまだ最初の段階で、さらには、別なところに伝わらないように、あるいは、ひどくならないようにする。そういう意味にも使われます。本来、未病の未は「まだ」という意味のようですから、でも、今、使う時には、やはり病気の初期症状も含まれています。
- 研究員 陰陽五行説という一つの枠組があって、それで弁証ということで、ある症状があった時に、いくつかの要素を取り出してきて、どこかに当てはめる。弁証というのは、分析ないし解析するということだと思ふのです。それで、あるパターンに当てはまった時にこの薬を使うとか、そういうふうにおっしゃったと思うのです。漢方の時、そのようにパターン化して、陰陽五行の升目みたいなものを作って、当てはめてやるのだと思います。とした時、気功の場合は、陰陽五行説によって弁証した後に、この点については気功が効くのだとか、そういう形で、気功を使うかどうか、中国医学での弁証をした後でないと、現実には使えないということですか。
- 張 私はそんなにやっていませんけども、その上海気功研究所の所長の通訳をした時、やはり、例えば、高血圧のやり方は違うのです。保健的な気功でした。例えば、手は、もし、この人は高血圧の実証だったら、手を押える。虚証だったら上に上げるとか、具体的なことは私はできませんが、そういうことがあります。
- 袁 呼吸方法すら、例えば、低血圧の弱いタイプ、虚証の場合の呼吸法と、実証の場合の呼吸法は、例えば、深く吸うか、深く吐くか、その辺もそれだけの方法があるし、だから、漢方の臨床のように、詳しい弁証はしないけれども、大体の弁証はあるようです。特に、いわゆる八綱弁証の虚実は特別にあるようです。
- 張 そういうように、漢方薬のように詳しくはないけれども、やはり虚と実があります。やり方はちょっと違いますが。
- 研究員 気功についてはそれなりの弁証法があると考えていいですね。
- 袁 そうですね。

- 研究員 東京周辺で、西洋医学をやった上で気功をやっておられる方はいますか。
- 袁 それは、帯津病院があります。そこは、気功をよくやっています。帯津病院は川越にあります。帯津良一先生は有名です。気功に関するいろいろな研究の本を出しています。あの先生は西洋医の先生で、外科医みたいで、手術もやるし、癌の治療もやります。
- 研究員 全く話は変わりますが、中国の平均寿命は何歳ですか。
- 袁 最近の情報では、日本の人より **8** 歳ぐらい少ないです。
- 研究員 女性の方で **74** 歳ぐらいですか。
- 袁 そうですね。やはり、男性、女性の差も大体同じぐらいです。大分前よりは長くなりました。
- 張 でも、最近、中国の人口は田舎が **8** 割を占めています。都会の人々は、定年退職した人がみんな気功とか体操とか大極拳をやって、長寿になるけれども、田舎の場合はなかなかやり方もできないし、家事とか農事とかいろいろあって、やる気もないし、田舎の平均寿命はもっと低いです。
- 袁 田舎は必ず寿命が短いとは限りませんよ。中国の一番長寿のところは、「きゅう省（？ききゅう省）」かな。そこは山奥で、**1** 年間美味しいものも全然食べられません。野菜のとうもろこしばかりです。それは、国連の **WHO** の調査で、出ています。
- 研究員 マオタイ酒のところですか。
- 袁 そうです。そこは中国の中で一番貧乏なところですよ。中国では、今、貧乏な人はまだ **8** 千万人います。その中の **800** 万はその省にあります。そこは、山ばかりで、農作物の収穫もできません。でも、そこには長寿の人がいます。ただし、今、田舎の医療とか、とても進んでいませんので、病気にかかった場合は、救急もできないから、死亡率も高くなっています。あとは、やはり、日本でも昔は蛋白質が少ないという時代があったと思いますが、今は、都会は逆に栄養過剰とかが結構深刻になっています。肥満の子供もいっぱい出てきました。田舎の方はまだです。例えば、その **8** 千万の人はまだ食糧が十分ではありません。だから、蛋白質も十分にとれません。これも、平均寿命の低い理由です。
- 研究員 それと、衛生状態もよくないでしょうから、乳幼児の死亡率も高いと思います。
- 袁 それも高いですね。でも、今、なぜ中国は平均寿命が伸びているかということ、今、防疫が進んでいますから、今、ひどい伝染病は治まりまして、それだけでも平均寿命が伸びた理由となっています。あとは、やはり医療の設備や薬品とかが、以前よりはよくなりました。でも、田舎の交通の不便なところでは、都会まで運ばれる途中で死んでいる人もあります。でも、前よりはどんどんよくなってきています。
- 研究員 漢方では弁証法が大事だということでしたが、日本では **3** 分治療といわれているように、**3** 分間ぐらいしか時間が使われません。弁証というのは、初めて見る時、大体の平均でどのぐらいの時間でしょうか。

○袁 それは人によって違います。3分も要らない場合もあります。

例えば、典型的な熱証、典型的な寒証はちょっと見たら分かります。それから、身体の強い実証と弱い虚証は、ある場合は簡単に分かります。例えば、その病実の中には、顔色も黄色で全然つやがなく、痩せているタイプは、これはちょっと話をしたら、声も小さいし、これは大体、虚証にまちがいないということは、何も聞かなくても分かります。あとは、慢性病の場合、大体、いろいろな症状があつて、弁証が難しくなります。つまり、ある人は、寒証の中に熱証のある人もいます。慢性病の場合にはこういう人が多いのですが、そこはとても時間がかかります。時間がかかっても、結局はうまく弁証ができない場合もあります。例えば、リウマチです。リウマチには典型的な寒証があります。例えば、ちょっと天気が寒くなると、すぐ痛くなる。そこを温めると、すぐ楽になるというのがあります。それは、典型的な寒証です。これに対して、典型的な熱証は、例えば、そこが赤くなったり、熱感があつたり、体温が高くなったりします。こういうのは熱証で、だれでもすぐに分かりますが、慢性関節リウマチの場合は、天気とも全く関係がない人が少なくありません。結局は、赤くもないし、冷えも関係がないという人もあるのです。こういうのが一番難しく、..たくさん情報を調べて、さらに触診をみたり、脈診をとったり、最後は総合的に判断をします。それでもまだ分からない場合は、この薬を投与して、それが効果がなければ多分患者さんの証に合わないとして、次回にもう一度また考える。そういう場合もあります。

○張 本当に、お医者さんもその人によって全然効かない。ただやるだけで。そういう人もいるのです。

○袁 昔の老先生はそういう人が多いです。脈診だけでなく、もちろん、顔色も見えるし、声も聞こえるし、ただ、症状について全然聞かないという老先生もあるのですが、今では少ないです。昔は脈診が一番大事な診断方法ですが、今は、四診という4つの診断方法で全部の情報が集まって、総合的な判断をしています、..

こちらの障害者研究では漢方は使っていますか。

○研究員 ここは治療はやっていません、ここでは薬を使うということはありません。職業、仕事のリハビリテーションの研究をしているところですから。

○袁 そうですか。

○張 私たちの今日の話は、一体、研究のどういうところに役立つのですか。

○研究員 東洋医学の手法は気功が一番だと思いますが、ブームのようになっているところがあります。すごく興味を持たれて、障害者の障害の軽減とか、健康の保持に、養生というところに効くのではないかという考えをもって、何かやや実験的な研究にトライしたいと思っているところです。しかし、できるものかできないものか悩んでいる状態で、いろいろな先生からお話を伺っております。先ほども、外気を当てて、肛門とか膀胱の筋肉を刺激して動かすというお話を伺っていると、医療リハビリの方では脊損の方などの排尿排便のリハビリなどをやっ

ているのですが、外気を当てたなどという話は一度も聞いたことがありません。そういう排尿排便の医療リハビリに効くのであれば、大変よいと思います。

○張 そのリハビリをやっている人たちはみんな動けますか。

○研究員 職業リハビリに到達した方は一応排尿排便のリハビリの済んだ方で、そこまではできるようになっていきます。

○袁 ただ、私も先ほどちょっとお話しましたが、このような皆さんには、是非、気功をやった方がよいと思います。

○研究員 職業リハビリの段階の人にですか。

○袁 はい。今、外国では、ある新聞によると、会社の中でも社員など職場の人々は毎日何回でも **10** 分ぐらいの気功をやれば、仕事の能率も大分向上できるからという。だから、この障害者は特に、例えば、**1** 日に何回ぐらい、**1** 回は **10** 分ぐらいでもかまいませんから、何か短い気功をやれば、今までの仕事でも多分大分よくなるのではないのでしょうか。

○張 今、職業リハビリテーションを受けている人々が、もし気功を勉強すれば、自分でやれる。

○袁 自分で気功をやる方がよい。外気功よりはむしろ自分でやった方が効果的です。

○研究員 それで、自分でやる場合、いろいろな方法があると思いますが、例えば、ラジオ体操とか健康体操とか、職場体操とかいろいろあります。そういうものとどう違うのですか。

○袁 それは違います。まず、ラジオ体操をやる時には、頭で何かをイメージするということは全然ないです。例えば、丹田というところがありますが、そこは必ずイメージしないと効果がありません。だから、必ず丹田でもある部分、上・中・下がありますが、そこにイメージすることによって、脳が十分に休むことができるのです。これが一つです。

もう一つは、普通のラジオ体操は、呼吸法をあまり強調しません。気功は、呼吸を一番大事にします。例えば、よく練習すれば、いわゆる逆式呼吸です。それは胃腸に対するマッサージのような感じで、胃腸の蠕動運動もよくなるし、血行もよくなります。その意味も全く違います。

だから、気功はラジオ体操のできないところ、つまり、先ほどもいいましたように、心静か、ここが違います。今、気功でも、静功と動功があります。静功は静かにですが、こういう気功は難しいです。逆に、動功は動きながら気功をやる方法で、各種ありますが、動きながら、つまり、体は動く、でも、心は静かにできる。ラジオ体操では、身体が動くだけで、心は静かにできません。ここが大きく違います。だから、気功の効果がよいところは、ここにあると思います。気功の治療効果の西洋医学的評価もなされていて、病気によって各々各種の客観的なデータがあるわけです。例えば、私が必ず効果があると思っている高血圧について、中国にはたくさんさんのデータがあります。何千人、何万人ほどのデータがあります。これは、普通のただの感覚、痛みとかイライラがよくなるとか、それではなくて、データがあるわけです。もちろん、

重症の高血圧は全部完全に治るわけではないですが、でも、気功をやると、短時間で血圧がどんどん下がることは間違いありません。

精神薄弱者や精神障害者に対する気功治療のデータはありません。

○袁 それは、精神については、確かにそういう面のデータはないですね。精神に何かの問題のある人はちゃんと気功は。

○張 やはり集中力ですね。

○袁 気功はやはり結構続けないと駄目です。でも、気功の効果が出るまでには、ある人はちょっと早い、ある人はちょっと遅い、でも、とても短い時間ではどうしてもできません。例えば、普通は少なくとも 1 ヶ月ぐらいかかって気功状態に入ります。その状態に入らないとやはり効果がありません。その状態に入ると、いろいろな特別な感じが出ます。その感じが出ると、効果が出てくるわけです。

○研究員 精神薄弱とか精神障害については、やはり気功は向かないわけですね。

○袁 そう思います。

○張 なかなか気功状態に入らないと思います。

○袁 その状態に入らないと思います。その、絶対に駄目という場合があるとすれば、精神の病気の場合、短時間でも落ち着くことができれば有効かも知れません。

○研究員 気功状態に入るのに 1 ヶ月ぐらいかかる。さらに、入ったら、6 ヶ月ぐらいは少なくともやらないと効果というのは分からないわけですね。

○袁 ある病気の場合は速いです。例えば、高血圧や胃腸の病気です。なぜなら、胃腸のマッサージのような感じですから、大体は、やりながら 98 パーセントの人に胃腸の腸鳴が出てきます。これは、やはり胃腸の効果が速いということです。ですから、下痢とかにはかなり効果が速いです。でも、ある病気は効かない病気もあります。それに、気功状態に入る時間も、人によっても大分違うし、入ってもまたその状態にならない人もいます。それに練習の方法が悪ければ、副作用のようなこともあります。たとえば、とても異常な精神状態に入る人もたまにあります。上海の気功研修所の外来は、こういう人の治療もやっています。気功の練習方法が悪くて、何か変な動作や状態になる人の治療もしているわけです。でも、それは、そんなに多いわけではありません。

○研究員 どんな人がそうなるのですか。

○張 大体、見て分かります。

○研究員 どんな人が必ずそういうようになるというところまでは、まだ分からないのですか。

○袁 そうですね。大体は神経質だとか、そういう人はなり易いかも知れません。

○研究員 高次脳機能障害者にはどうですか。例えば、交通事故で脳の一部を損傷して、人と話していてもつい先ほどのことを忘れてしまう。それから、急にぼったりと倒れてしまうとか、そういう人には気功はどうですか。



- 袁　　そういう実践がないけど、よいと思います。
- 研究員　効きますか。
- 袁　　効くかどうか、そういう人はそういう気功をやった方がよいと思います。なぜなら、それは脳の大きなショックを受けた人だから、そういうような脳の状態には、特に気功は適すると思います。
- 研究員　むしろ走火入魔というような状態になり易いから、脳の損傷者の場合は危なくてこわいではありませんか。
- 袁　　あれは、ちょっと違いますね。
- 研究員　　気功士に気を当てられて、走火入魔になってしまう場合もあるのですか。
- 袁　　いや、あれは、これではないですね。あれは、例えば、先ほど話した導陰というもの、みんなこういうふうにやったり、そういうことは、これとはちょっと違う意味ではす。これは、大体は、かなり2ヶ月ぐらいやってから出るものです。最初は出ません。
- 張　　うちの病院で一人そういう状態になった人がいます。やはり、気功はイメージのことを大事にします…。
- 袁　　だから、方法はとても大事なことです。方法は、今までまとめられている方法というのは、そういう方法でやったら効果もあるし、こういうふうにもならないし、だから、その方法をそのままやった方がよいと思います。でも、ある人は、これをやる時には新しい発想だとして、勝手にこの方法を変えたりします。そうすると、いろいろ問題が起こります。
- 研究員　　虚証の場合は呼気と吸気のどちらを重視した方がよいのですか。
- 袁　　吸い込む方です。吸気です。これは、中医学では、鍼でも、他にも補と射があります。鍼のやり方によっても、補うの補と攻撃する療法に分かれています。
- 張　　こういう方法に捻すれば補法、こういう方法に捻ずれば射法です。ケイ擦でも、こういうふうにゆっくり拭くと補法、もし、力を入れて速いと射法です。でも、それも今、研究状態です。

以上

## 第3章 まとめ

1 我が国の18歳以上の身体障害者数は、平成8年において、概ね在宅の者293万3千人（厚生省平成8年身体障害者実態調査）、施設入所者数15万4千人（厚生省調べ）と推計されている。そして、障害者の雇用状況を労働省の身体障害者等雇用実態調査（平成5年、常用労働者5人以上規模を対象）でみると、常用雇用されている身体障害者は34万4千人、精神薄弱者6万人、精神病・てんかんにかかっている者2万3千人となっているが、これら働く障害者にとって、健康であることが仕事を続けていく上で最も重要なことである。

2 わが国の労働衛生対策は、労働基準法、労働安全衛生法等に基づいて、各般の行政施策が行われてきており、これに関する行政事務は、労働省の労働基準局等及び厚生省の関係部局が担当している。障害者の健康管理についても、関係する施策の有効利用を一層図っていくことが期待されている。

3 重度障害者多数雇用事業所における障害者の健康管理については、障害者だからといって特別に健康管理上の配慮を行っている企業は極めて少ない。一般の労働者と同様に、定期健康診断等を行うだけであって、それ以上のことは、障害者であっても一般の労働者と同様、自分自身が健康に気をつけて仕事を休まないようにするというのが、普通であると思われる。

ただ、福祉施設に居住して隣接している事業所に通っている障害者の場合は、職場の上司や労働衛生の責任者が施設の厚生担当者或いは医師、保健婦等と連絡をとりあって、障害者の職場における様子等がおかしいと思われたきなどは、直ぐ適切に対処できるようにしている企業も存在する。また、重度障害者等で本人自身で健康管理が難しいような場合には、親等保護者がその健康面の管理についても面倒をみていることが多いと思われる。

4 大企業における障害者の健康管理、健康づくりについて企業に求められる対応課題は、次のとおりである。

① 従業員の定期健康診断（体力測定を含む）で、特に障害を配慮した検診・測定が行われていた企業はなかったが、それは多くの社員の集団検診・測定ということもあって、障害を配慮する難しさもあるのであろう。しかし、健康状態が不安定になりがちな障害をもつ社員の健康状態については、産業医等の産業保健関係者が定期健康診断の実施方法の検討を含め何らかの工夫をして把握しておく必要があると思われ、一部の障害をもつ社員に対してであるが、産業医が通院する病院の紹介や健康状態の把握につとめていた企業もある。

② 定期健康診断や人間ドックの結果データにもとづいて行われるフォローアップの過程では、保健婦による担当職場ごとの日常的保健指導・健康指導のなかで、積極的に障害者との関係をつくるように対応していた企業があり、とくに、配置転換時に新しい職場生活への適応をはかれるように保健婦が相談の窓口となり調整役を果たしていた。また、障害をもつ社員が休職した場合、一時的ではあるが産業医がサポートして、復職させたケースがあった。健

健康管理活動の中心が診療・検診業務から「職場巡回」などによる職場、社員との密接な関係のなかで進められる保健活動に転換してきており、この転換の流れは、障害を配慮した職場レベルでの木目細かい保健活動に進む可能性大きいとみてよいだろう。

③ 運動指導の面では、障害をもつ社員の場合、定期健康診断で検診・測定できない項目もあるので運動指導とリンクさせることは難しい。障害をもつ社員が、専任のトレーナーから自分の体力状態について1年に1度はアドバイスを受けられる仕組みをつくっていたケースもあったが、定期健康診断と運動指導をリンクさせたトータルな健康づくり運動である **THP**（トータル・ヘルス・プロモーション・プラン）の導入はこれからの課題としてあった。社内のフィットネスクラブの温水プールをリハビリとして利用したケースなど、障害を配慮したリハビリテーションと運動指導のリンクはこれからの大きな課題となろう。

④ これからの障害をもつ社員の健康管理・健康づくりの課題は、現在ある全体のプログラムの中に障害を配慮した個別対応が十分可能となるプログラムを入れておくことだろう。例えば、障害管理のノウハウを蓄積している医療機関での人間ドックの利用、障害者スポーツ施設での体力測定・運動指導の利用など、障害をもつ社員が自分で企業外部の資源も選択できるようにしておくことである。また、職場における障害をもつ社員の健康管理・健康づくりも産業保健関係者の重要な役割と位置づけ、**C**社のケースでみられた保健婦による日常的な保健指導、健康指導の方式を普及、整備していくことだろう。

5 エルハートは第三セクター方式の重度障害者雇用事業所としては、全国で一番多くの障害者を雇用している事業所であるが、特段の健康管理に係る配慮が行われていないにもかかわらず、社内では健康管理面での問題は生じていなかったが、その要因として、①エルハートの従業員の平均年齢が**24.8**歳と若いため、成人病や加齢に伴う体力低下の問題が生じていないこと、②第三セクター方式の重度障害者多数雇用事業所であるため、健常者である従業員はすべて障害者職業生活相談員として、障害者の作業上の指導のみならず日常生活面も含めてきめ細く把握していることが考えられる。したがって、食習慣や余暇の過ごし方も含め、生活全般の状況を把握した上で、健康管理上問題のある事項（偏食等）があれば必要なアドバイスが行われていることが重要な要因であると考えられ、通常定期健康診断等健康管理に係る会社内の制度を充実させることも重要であるが、実際病气やけがに至らないためには個々の障害者の状況を的確に把握しておくことが重要であると思われる。

一方、障害者の健康は、社会生活全般にわたる事項なので、企業の関与には自ずと限度があり、企業として、障害者の個人生活に係る部分をどの程度把握しておく必要があるのかは大きな問題である。実際、企業として各障害者である従業員の主治医との連携は、特段行われていない。通常、健康管理上問題あるいは不安がある障害者は、その居住している地域又はリハビリ関係施設等の医療機関の援助を受けており、このような個人生活に係る部分は各障害者が自ら対応していることが伺える。身体障害者のように自らの健康状況を企業に対して申告できる

場合、企業は、職場における障害者の健康状態や職場における作業が負担になっていないかどうかをチェックすることが重要な課題である。一方、知的障害者を雇用している場合は、知的障害者が自分の健康状態をうまく申告できないケースが多いので、そのような場合は、やはり日常生活面に係る健康状況の把握も必要となってくると思われ、今後においては、健康管理の側面からも家庭との連携をいかに密に保っていくかが重要になってくると考えられる。

**6 生活相談員が障害者の健康管理に果たす役割については、次のとおりである。**

- ① 大抵の場合、企業において健康管理を担当するのは総務部や人事部等、会社の組織の中の一部であるが、実際にはそのようなところに相談しにくいことというのも少なくない。日頃接している人だと「顔を見ただけ、声を聞いただけでも、その日の健康状態がわかる」のであり、相談員のメリットは、ここにある。
- ② 相談員は、可能ならば企業の組織とは有る程度、距離の保てる第三者的立場の人が良く、相談しやすい環境を整えるためにも、相談員は必要である。障害者にとって、健康管理も含めた職業生活の諸問題に関して、事業所内に相談し、適切なアドバイスをしてくれる者がいることが、職業生活の継続のためには大切なことである。
- ③ 障害者の場合もメンタルヘルスケアの必要のあることが多い。障害者は作業内容に関すること、職場の人間関係、作業や職場への慣れなど、精神的、心理的ストレスが多く、それが健康管理上や就業の継続にも影響を及ぼすので、特に注意が必要である。健康管理者、指導者、産業医、産業看護婦など適切な人が、相談に応じることが必要であるが、それと共に、障害者に日頃接している人がいれば、障害者本人が自覚していないような精神的、心理的ストレスの兆候に気づくこともあり得る。

**7 障害者の職場における健康管理とヘルスキーパーの役割については、次のとおりである。**

- ① 労働衛生行政において、ヘルスキーパーについてはその配置は義務付けられていない。その意味では、いまだヘルスキーパーの健康管理に果たす役割は法律上必要と認められる程度までには十分認識されていないといえることができる。しかしながら、ヘルスキーパーを雇用する企業の多数が、従業員の健康維持・増進または作業能率の向上に効果があると答えており、一定の制約はあるものの、ヘルスキーパーの健康管理に果たす役割が少しずつ認められてきていることも事実である。その意味で、今後、健康管理対策の一つとして、ヘルスキーパーの配置も加えていく方策について真剣に検討する必要性が出てきていると思われる。
- ② ヘルスキーパーによる障害者に対する施術はかなり低いのが、これは、障害者の従業員が若年層にシフトしていること障害者はチームを組んで作業を行っているので、作業時間中に障害者がヘルスキーパーの施術所に出向いて施術を受けることは事実上困難な場合が多いことが原因と考えられる。そして、ヘルスキーパーの施術以外の活動の方が、障害者により多く利用されている。仕事をする上での悩みや、諸々の健康に関する悩みなどを、業務ラインとは別の同僚（ヘルスキーパー）に話し、聞いてもらうことで、精神的安定をとり戻したり、

健康への意識を高めたりするという結果がもたらされていることが窺え、施術所が一種の保健室、避難所のような役割を果たしている。このことから、ヘルスキーパーは「技術・知識」の高さだけでなく、年長であり、社会経験を積んでいるなど、障害者にとっても信頼を寄せるだけの人間性の深みや、抱擁力なども重要な要素となるものと考えられる。こうしてみても、ヘルスキーパーは、免許取得後間もない新卒者だけでなく、施術者としての経験、社会経験などを備えたある程度年長の者も採用していくことが望ましいものと考えられ、そうした場合に、現状では嘱託社員の雇用が圧倒的に多いことから、その労働条件について改善を図らなければ、質の高い人材を確保することは困難ではないかと思われる。

- ③ ヘルスキーパーの業務内容の課題として、はり施術の割合がまだ低いことが指摘できる。また、施術がその症状の改善にとって有効か、有害かの判断、即ち、その施術の「適応禁忌」の鑑別が正しくできることが肝要であるので、これは、ヘルスキーパー資格の前提となるあん摩・マッサージ・指圧師、はり師、きゅう師の養成課程（教育）において十分に考慮されなければならない。
  - ④ ヘルスキーパーがセルフケア体操など症状改善のための運動指導を十分に行えるよう、日本視覚障害ヘルスキーパー協会などの団体が技術講習を行うなどして、ヘルスキーパーが職場で業務上必要な技術の獲得に向けて研修機会を提供していくことがますます重要になってきていると思われる。
- 8 障害者の健康における気功の効用等については、一定の効果があるように思われるが、科学的には解明されていないことも多く、今後の研究の進展が待たれるところである。

視覚障害者その他の理由で活字のままでの資料シリーズを利用できない方のために、営利を目的とする場合を除き、「録音図書」「点字図書」「拡大写本」等を作成することを認めます。

その際は、下記までご連絡下さい。

障害者職業総合センター 企画部企画調整室

電話 **043-297-9067**

なお、視覚障害者の方等でこの資料シリーズ（文書のみ）のテキストファイルをご希望されるときも、ご連絡下さい。

資料シリーズ No. 18

障害者の健康管理に関する基礎的研究

---

編集・発行	日本障害者雇用促進協会 障害者職業総合センター◎ 〒261-0014 千葉県美浜区若葉 3-1-3 電話 043-297-9067 FAX 043-297-9057
発行日	1998年12月
印刷・製本	中栄印刷工業株式会社

---



**NIVR**

NATIONAL INSTITUTE OF VOCATIONAL REHABILITATION

ISSN 0918-4570