

社 会 医 学 研 究 会
準 備 会 記 録

と き … 昭和34年7月30日・31日
と ころ … アジア会館会議室
(東京都港区赤坂新坂町44)

目 次

1	社会医学研究会準備会の日程	2
2	経 過 報 告	4
3	研究発表および討議(第1日)	5
	(演題1) 結核対策の推移と保健所 佐々木 陽	5
	(1) に関する討議	18
	(演題2) 神奈川県下における若干の在宅結核患者の実態調査 宍戸昌夫	21
	(2) に関する討議	22
	(演題3) 保健婦事業を進めるための基本問題について 大 国 美智子	24
	(3) に関する討議	33
4	第1日研究発表終了後の討議	35
5	研究発表および討議(第2日)	38
	(演題4) 山間部農村における健康手帳による健康管理の経験 若月俊一	38
	(4) に関する討議	54
	(演題5) 開業医師による公衆衛生活動の現状と将来 木村 慶	56
	(5) に関する討議	69
	(演題6) 保健と福祉の地区組織活動の関係についての考察 橋本正己	71
	(6) に関する討議	80
	(演題7) 都市化と都市保健問題 東田敏夫・中井忠臣	81
	(7) に関する討議	99
	(演題8) 社会医学における矛盾 中川米造	101
	(8) に関する討議	107
	(演題9) 医療の社会化について 曾田長宗	109
	(9) に関する討議	110
6	第2日研究発表終了後の討議	112
7	社会医学研究会の出発に際して 庄司 光	113
	あ と が き	116

1. 社会医学研究会準備会の日程

と き : 昭和34年7月30日(木), 31日(金)

と ころ : 東京都港区赤坂町4-4, アジア会館会議室

出席者 : 大学公衆衛生学, 衛生学教室, 病院, 開業医師, 保健所, 厚生省, 公衆衛生院,
地方公共団体衛生部局関係者など合計56名

世話人代表: 曾田長宗(公衆衛生院), 関梯四郎(大阪大学医学部), 西尾雅七(京都大学
医学部)

日 程:

第1日(7月30日)

1400 ~ 1430: 経過報告, 座長選出, 出席者自己紹介

1430 ~ 1730: 研究発表および討議(○印は口演者)

(1) 結核対策の推移と保健所

大阪大学医学部公衆衛生学教室

関梯四郎, 木村 慶, ○佐々木陽, 百々英明, 塚本 宏

(2) 神奈川県下における若干の在宅結核患者の実態調査

横浜大学医学部公衆衛生学教室 宍戸昌夫

(3) 保健婦事業を進めるための基本的問題について

大阪大学医学部公衆衛生学教室

清水忠彦, ○大國美智子

1730 ~ 1900: 会食, 懇談会

第2日(7月31日)

0930 ~ 1200: 研究発表および討議

(4) 山間部農村における健康管理の経験

長野県厚生連佐久総合病院 若月俊一

- (5) 開業医師による公衆衛生活動の現状と将来

大阪大学医学部公衆衛生学教室

○木村 慶, 朝倉新太郎

- (6) 保健と福祉の地区組織活動に関する考察

公衆衛生院 衛生行政学部 橋本正己

1200 ~ 1300: 昼食休憩

1300 ~ 1700: 研究発表及び討議

- (7) 都市化と都市保健問題

関西医科大学 衛生公衆衛生学教室

○東田敏夫, 中井忠臣

- (8) 社会医学における矛盾

大阪大学医学部 医額概論研究室 中川米造

- (9) 医療の社会化について

公衆衛生院 曾田長宗

1700 ~ 1830: 社会医学研究会の発足準備について協議

1830: 閉 会

2. 経 過 報 告

曾 田 長 宗 (世話人代表)

一昨年秋の大阪で開かれた公衆衛生学会総会の終りに特別のセッションとして医療保障の分科会と医療保障の自由集會がもたれ、学会の会員の一部が集り、主題は社会保障、医療保障であり、これを検討し今後も続けて行こうとの話があつた。その当時関西では公衆衛生の会があり、東京にも同じような集りがあり、また、名古屋、東北でも散発的に同様の集會がもたれていたが、これを一つにまとめて問題を討議しようとの考えが強くなつた。昨年の福岡の学会でも自由集會として同じ趣旨の集りもたれ、具体化しようとの話があつた。

本年四月の日本医学会総会の機会にもさらに具体化しようとの話があり、漠然と議論してもらちがあかないので、社会医学研究会(仮称)を開き研究報告を持ちよることにしてはどうかと云うことで時期を七月下旬にした。

その折にもかなり具体化はしているがまだ準備会の段階であり、多方面にわたつていろいろの人に案内状を出し計画を定めることは、その場で決めることにして、それまでに大体の筋書きをまとめ、今後の会の方向については、ここで具体的に討議することにした。そのため案内状は限られた範囲にしか出さなかつた。

今までの集りでいろいろ意見が出ていることは社会医学研究会ができるかとする公衆衛生学会とどう云う関係になるか、Public Health と Social Medicine がどのような関係にあるかというような点であるが、公衆衛生学会・Public Health 自体の検討というようなものが強力におしすすめられてしかるべしと云う意見が出るか、別に必要だということになるか、そんなものは必要ないとの意見が出るか ここできたんなく意見を出してもらいたいと思う。

具体的には仮称「社会医学研究会」がよいものであるか、また現約を作る時どのようなものを作つたらよいか、事業として何をするか、定期に年2回或いは4回機関誌を論文集として発行する案があるが、どのような論文が含まれるか定期の機関誌と云うものでなく論文集を不定期に出すとの考えもある。唯抽象論でなしに研究報告の範囲の中に入る学術的論文を持ちよろうとの意見もあつた。

どのような論文をどのように出してもらうかははつきり決つていない。今回はお手元の九題が出されているが充分のものも不充分のものもあり、未だ海のものとも山のものともつかない段階ではあるが、どう云うものとして問題が提起されるべきかの意味を持つものと思う。

3. 研究発表および討議 (第1日)

(演題 1)

結核対策の推移と保健所

大阪大学医学部 公衆衛生学教室 佐々木 陽

結核対策は戦後のわが国公衆衛生の最も大きな問題であつたが、この10年余の間全国の保健所が挙げてこの問題と取組んできたといつても過言ではない。その結果結核対策は著しく進展し、結核問題にもようやく明るい見通しがつけられようとしているが、反面結核対策と共にあゆんできた保健所はその強化に伴つて大きな影響を受け、殆んど結核対策に没入しているのが現在の姿であろう。従つて医療保障委員最終報告が指摘する如く、保健所のあり方を全面的に再検討する必要があるとしても、そのためには先づこの結核対策の重圧から保健所を解放することからはじめなければならない。しかし、結核対策の推進を一層強化しなければならないという現実の要請がある以上、一方でこれに対応する新しい態勢の確立を準備しておかねばならぬことはいふまでもない。筆者はこのような観点から戦後の結核対策の推移とこれが保健所に及ぼした影響について考察するとともに、大阪地方で試みられた地域活動の事例を中心に結核対策の新しい展開について検討した。

1. わが国における結核対策の特徴とその推移

結核予防の原則が患者の早期発見とその適切な治療とにあることは言うまでもないが、わが国においては集団検診がその主軸となり、しかも保健所をその唯一の実施機関として進められて来たことに大きな特徴がみられる。そこでまず保健所を中心に年々強化されてきたわが国の結核対策のあゆみを振り返つてみよう。

(1) 結核予防法の成立とその影響

戦後の結核対策は保健所の急速な整備を

背景に青少年の対策に重点がおかれ、保健所は学校、工場等の集団検診に力を注いできた。そして結核死亡率は漸次減少に向つていつたが、結核問題は依然として種々の社会的禍害の根源として暗い陰を投げかけており、結核対策の強化が叫ばれるに至つた。特に結核医療の問題は国民生活に及ぼす影響が極めて大きく、また、社会保険の赤字の深刻化とも関連してその国家的保障が強く叫ばれたのである。このような情勢のもとに昭和26年に

は結核予防法が全面的に改正され、医療費公費負担制度を含めて結核対策が定期的に強化されたのは周知のことである。

しかしこの法の制定がその後の保健所活動に与えた影響は極めて大である。即ち学校、事業所、施設、その他の一般住民に対しそれぞれの長が定期的に健康診断を行うことが規定され、保健所はその行政的な指導機関としての役割が課せられたが、実際にはこの集団検診は殆ど保健所の手で行われ、しかも結核対策の強化は年々取扱件数を増加させている。また医療費公費負担制度に伴い保健所に届けられる患者数が急激に増加し、そのため保健婦の結核訪問件数も著しく上昇し数年をへずして全訪問件数の過半数を占めるようになった。(表1) このように結核予防法の施行は結核対策を強化すると同時に保健所の負担を著しく増加させるという結果を招いている。

(2) 住民検診の推進と保健所

ところが昭和28年に行われた結核実態調査はわが国の結核が予想以上にまんえんしていることを明らかにしたが、この結果は更に結核対策を強化する方向へと推し進めた。就中昭和30年の法の改正により従来一部の地区の30才未満のものにしか適用されなかつた住民検診は対象者の地域、年齢の制限が撤廃され、その推進が強調された。

しかし、この住民検診は一般家庭の主婦、老人等全く組織のない住民を対象とするのでこれに高率に集団検診を実施することは極めて困難な問題である。更に現実には実施主体である市町村において実施態勢が整わず、対象者の把握を始めとし、これに基づく予算措置或は具体的な検診計画等困難な問題が多く、また一方住民検診を指導援助すべき保健所においても施設、人員の脆弱は深刻であり、殊に中心となるX線関係は極めて悪条件であつたことが住民検診の推進を大きく阻んでいた。その結果法の改正は行われても見るべき成果も上らず伸び悩んでいたのである。しかし結核対策の強化は広く世論の訴える所となり、中でも住民検診は当面の重点課題として取上げられ、昭和32年には検診費用が全額無料に改められたのを契機に全国的に推進されていつたのである。こうして長年懸案であつた住民検診は保健所の努力によつてその第一歩を踏出したのであるが、これが更に保健所業務に大きな負担として課せられたのはいうまでもない。

(3) 患者管理と推進地区対策

このように保健所を拠り所に次々と新しい施策を盛り込み結核対策が強化されてきたが、昭和33年再び行われた結核実態調査は保健所の長年の努力にも拘らず、結核患者数は依然として著明な減少をみず、また無自覚の放置患者が多数を占めることを明らかにしてい

る。厚生省ではこの結果に基づき患者管理の必要性を強調し、昭和34年度から全国の約2000の保健所を結核対策推進地区に選り結核対策を一層強化することになった。即ち保健所単位に患者の医療中断等の不徹底な治療を根絶するために、資料情報の集中を目的とする登録票の完備とそのための患者の追跡等によつて患者管理を強化し、又これと関連して家族検診、住民検診を高度に推進しようとするのがそのねらいである。

しかしこの推進地区対策は従来のがわの結核対策にみられた考え方をそのまま強化したにすぎず、結核医療の十分な保障という面においてではなく、集団検診と患者管理、即ち技術的な方法によつてのみ問題の解決をはかろうとするところに問題がある。これに対して保健所は末端実施機関として更に結核業務の負担が加わることになる。

(4) 保健所における矛盾と活動の合理化

それではこのような結核対策のすすめ方は保健所にどのような影響を与えたであろうか。先に述べたようにわが国の結核対策が保健所を唯一の拠り所として進められており、結核対策が強化されるに従つて、直接保健所の業務量を増加させてきたが、保健所の施設或は人員はそれに伴つて整備拡充されたとは言えない。のみならず基幹要員となる医師、保健婦についてみれば昭和27年以来減少の傾向さえうかがわれるのである。従つて保健所における活動が行詰り、多くの矛盾を生ずるに至つたのはむしろ当然である。このような矛盾を解決するために必然的に保健所活動の合理化が行われてきたのであるが、まず最初に行われたのは業務の能率化である。これを保健婦業務についてみると、公費負担制度の発足により保健婦の家庭訪問の要求量は飛躍的に増加したが、これに対し事務職員やクリニック・ナースを配置することによつて訪問時間の増加をはかり、能率的に訪問をこなすことが考えられている。しかしこのような業務の能率化だけで解決されるほど問題は単純でなく、もつと深いところに根ざしたものである。そこで次の段階でとられた方法は重点指向である。例えば家庭訪問にみられるように、戦後相当の比重を占めていた母子衛生関係の訪問は結核対策の進展とともに次第に結核訪問に置き換えられ、訪問件数の大部分が結核に向けられていった。(図1)更に最近では訪問基準を設定して重点的に訪問対象を選択する方法もとられるようになってきている。これは他の事業との関連からみれば結核対策への重点指向であり、又一方では事業の縮少という方向へ向つていることも見逃せない。

このように保健所の活動は一方的に結核対策に傾斜し、そのため必然的に全般的な公衆衛生活動の推進という面においては行詰らざるを得ない現状である。のみならず、保健所の能力の限界を超えた結核対策の強化は住民検診の場合にみられるように結核対策そのも

の、推進をも阻んでいるのである。

2 結核住民検診にみられる地域活動

このような情勢の中で、大阪においては保健所における矛盾の解決を保健所外に向け、新しい形態の公衆衛生活動が試みられてきた。特に住民検診の場合は保健所の現状からみて止むを得ないとはいえ、地域における保健所以外の活動によつて独特の形態の活動が展開され、みるべき成果を挙げる事が出来た。

以下大阪における事例から地域活動の役割と保健所の立場について考察を進めたい。

(1) 住民検診における市町村の活動

住民検診の推進をはむ隘路の一つとして保健所の手不足が原因していたのは先に述べたが、就中X線関係ではX線自動車の不足、間接撮影装置の老朽化、機動力の不充分なこと、更にX線技師の手不足が検診の遂行に大きな障碍となつていた。これに対処して従来保健所の結核業務中大きな部分であつた学校、事業所等の集団検診の大部分を民間検診機関に実施させ、保健所の活動は重点を住民検診に向けることにしたのである。

しかし実際の住民検診の実施方法をみると間接撮影では装置の運搬に難点があり、又これに替るべきX線自動車も十分利用できないため、相当部分を機動力のある検診機関或いは医療機関に依存せざるを得ない現状である。又ツ反、BGGの場合は保健所が引受ける例も勿論みられるが、多くは市町村において医師を傭上げて直接実施するか、或いは市町村立の医療機関を利用する方法がとられている。更に精密検査は従来すべて保健所で実施されていたが、地理的条件等により一般医療機関乃至は公的病院、診療所に委託される場合も少くない。

このように住民検診は保健所の弱体を補うために種々の機関の協同作業によつて遂行されており、保健所はその中核の指導機関としての性格をもつようになっている。この状況を大阪府下各市町村についてみると(表2)、昭和32年度にはツ反、BGGの約70%を市町村自身が実施し、間接撮影も約40%を検診機関に委託している。更に精密検査も約30%が医療機関で実施されている。翌年度にはこの傾向は更に助長され、ツ反、BGGで約80%、間接撮影で約50%が保健所外で実施されている。

このうち間接撮影についてみると、中部、南部地域が保健所活動に負う所が大きいのに反し、(図2)北摂、北河内の北部地域では保健所に依存する度合が少く、市町村自身で大部分が実施されているのは対照的である。又、市町村の規模別にみると人口の多い市ほど自主的に活動していることが明らかにされている。更にこのような実施方法と受診率と

の関係を見ると、受診率80%以上の町村を除いて著差はみられないが、これを地域別にみると(図3)、中部、南部地域では受診率が高い所ほど保健所実施分が多くなるのに対し、北部地域では逆に市町村の実施分が多くなっている。同様に市町村規模別にみると(図4)、人口1万未満の町村では受診率の上昇は主として保健所の活動に依存しているのに反し、人口5万以上の都市では市自身の活動によるところが大きいのである。

一方、地域別の受診率をみると(図5)、北摂、南河内ではいづれも高い受診率をあげているが、既に観察したようにこの両地域における保健所の役割は著しく異った形がとられている。これは両地域の社会構造の違いに原因するもので、農山村等小規模市町村の多い南河内地域では保健所自身の活動によつて住民検診が推進されているのに対し、北摂地域では規模の大きい衛星都市が集つており、その自主的な活動が住民検診に大きな役割を果たすとともに、保健所は指導統轄機関としての役割を果たしているのである。又市町村規模と受診率との関係を見ると(図6)、規模が大きくなる程住民検診の実施の困難なことが明らかであるが、人口10~15万にみられる高率は北摂地域の影響であり独特の活動方法によつて都市においても秀れた成果を挙げていることを示している。

(2) 都市における住民検診と地域活動の効果 この一つの例を北摂の一都市である吹田(すいた)市においてみる事が出来る。即ち当市においては人口10万を超える規模でありながら地域組織、医療機関等の広汎な協力を基盤に大規模な住民検診を毎年実施し、高い受診率を挙げることに成功している(表3)。吹田市は大阪市東北部に隣接した衛星都市で、中心部には工場、商店街、周辺部には農業地帯をもつが、住民の多くは通勤者でいわゆるbed townとしての性格をもっている。その特徴とするところは地域組織で、12婦人団体(会員約13000)、日赤奉仕団、自治会等があり、これが住民検診推進の母体となつているが、その中心となつたのは吹田母子会である。母子会は昭和25年にPTAを母体に組織された会員数約1万を擁する婦人組織であるがその活動は非常に活発であり、衛生行政全般に亘つて保健所に協力している。

住民検診の企画は保健所の指導のもとに、市当局、母子会、医師会その他の協力団体の代表によつて行われ、再三会合を開いて検診計画の細部に亘つて検討するとともに検診業務の分担を決定した。このうち事前活動は主として母子会が担当し、最も困難な対象者名簿の作成も母子会の組織を通じて行われ、又事前の打合せはじめ印刷物の配布等啓蒙宣伝により受診率の向上に努めた。さらに検診当日には母子会役員が各戸に受診を勧奨し、各会員も会員以外の対象者を1人以上受診させることを申合せたほか、毎日10~20人の

会員が会場事務に奉仕するなど住民検診全般に亘って大きな推進力となつている。

又ソ反、B O Gは全面的に医師会と助産婦会の手で行われ(表4)、又間接撮影は民間検診機関を十分活用することによつて、多数の受診者を効率よく処理することが出来た。特に注目すべき点は従来保健所でのみ行われてきた精密検査を始めて結核予防法指定医療機関に委託したことである。この措置によつて精検受診者は近くの医療機関で都合のよい時間に受診できるため大多数が保健所以外で受診し(表5)、その結果精検受診率も著しく向上した。のみならずこの方式によつて得られた大きな効果は、健康診断と医療が一貫して行われるため、発見患者の治療が非常に円滑に進められたことである。中でも保健所、病院等に比し一般開業医の受診者は高い公費負担申請率を示しているのは注目される(図7)。

こうして吹田市においては市当局、地域組織、医師会等の地域活動を結集することによつてこの困難な事業に成果を挙げることに成功したのであるが、この場合の保健所の役割は行政的或は技術的な指導と助言を与えることで、徹底した統轄機関としての立場がとられている。

以上の例にみられるように、保健所は結核対策の強化によつて多くの矛盾に直面したが、大阪における活動は、保健所外の機関との連携とそれを背景にした保健所自身の大巾な重点指向によつて結核対策の新しい展開を試みたものといえよう。即ち住民検診の対象の拡大による業務量の増加は保健所の検診能力をはるかに上廻るものであるが、これに対処して先に述べたように学校、事業所等の健康診断を民間の検診機関等の活用によつて実施義務者に自主的に実施させる方式がとられている。特に学校検診は結核予防会大阪府支部を中心に結成された大阪集団検診協議会が保健所の指導監督と一定の技術的基準のもとにその大部分を引受けている。このような措置は大阪の保健所の条件からみて必然的に要求されたものではあるが、同時に大阪の立地条件、或は財政的事情等の特殊性がこれを可能にしたともいえる。しかしこの措置を契機として保健所が管内の結核対策を統轄する行政機関としての方向へ大きく踏出すことになつたのである。

又一方、住民検診においても、市町村の自主的な活動が大きな役割を果たしていることは明らかであり、さらに地域組織、医師会等の地域活動の総合的な展開によつて成果が挙げられている。このように保健所活動の合理化は当初実施機関として発足した保健所を次第に指導統轄機関としての方向へと進め、保健所活動の質的な変化をもたらす結果となつたのである。

む す び

戦後の保健所発足当時はわが国の保健衛生は戦争の影響をうけて混乱し、発疹チフス等の流行は防疫活動に力を注がなければならなかつたし、また乳児に対する乳製品の配給制度のため、所内クリニックも保健婦活動も母子衛生に多くの時間をさかなければならなかつた。そしてともかくも保健所は全般的な公衆衛生のセンターとして活動を始めたわけである。しかしながら戦後のわが国の結核問題は国民生活に重大な影響を及ぼすことから、結核問題の解決こそ国家再建の急務であるとして結核対策の強化が叫ばれ、劃期的な結核対策を盛り込んだ結核予防法が制定されたのである。

こうして高度の結核対策が保健所を唯一の足がかりとして推進されるようになったが、保健所そのものの整備が伴わなかつたため、保健所においては種々の矛盾に直面するに至つたのは当然である。そして前述のように業務の能率化と重点指向によつて合理化がはかられてきた。中でも結核対策への重点指向は必然的に他の業務を圧迫し、訪問事業にみられたように母子衛生への影響が大きかつたが、これは単に保健婦事業だけに限らず保健所の業務に共通してみられることである。このように結核対策の進展は一方では保健所活動に大きな歪を残したが、現在でも保健所は結核対策だけで手一杯であるというのが現状であろう。しかし結核問題がようやく見透しのつく段階に達したとは言えその解決には更に努力が必要であるうし、また母子衛生や成人病対策も公衆衛生の重要課題として大きくとり上げられようとしている。ところがこれを担当する保健所が飛躍的に拡充強化されることは、地方財政の貧困と技術職員の充足困難等の事情によりまず望めない現状である。

これに対して橋本等は、現在の保健所の機能からみて管内住民に対する結核検診は20～25%しか充足できないことを指摘し、出来るかぎり各種の社会資源を活用すべきことを強調しているが、大阪における地域活動はそのような考え方に基いた一つの試みであり且つみるべき成果を収めたものといえよう。

そこでこの結果から考えられることは、これまで結核対策をはじめすべての公衆衛生活動が保健所という狭い枠の中だけでしか論じられていなかつたということで、こゝに今日過大な業務を担当して保健所が伸び悩んでいる原因があるということである。従つてこの際医療保障委員最終報告にも指摘されているように保健所の改革も含めて結核対策並びに公衆衛生のあり方を根本的に再検討する必要があるが、大阪の事例にみられるようにその実施の主体を市町村、医療機関をはじめとする地域活動に置換え、豊富な陣容で十分な保健医療サービスを提供できるような方法を考えるべきであろう。そして保健所は「専門的技術的判断と行

政の立場から」これを指導援助し、就中地域の医療計画を保健衛生の立場から実際活動に組入れていくことが重要な使命と考えられるのである。

なお本論文においては結核対策の推移が保健所活動にもたらした影響について考察を試みた。しかし保健所が今日見る如き状態に立ち至った根本的な原因を考える場合、結核対策等跛行的な公衆衛生活動推進の背後にある中央集権的な厚生行政の進め方、医療と公衆衛生を包括する総合的な保健組織ないしは政策の欠除等の問題に立ち入って検討する必要がある。

これらの点については稿を別にして論じたい。

文 献

- 1) 厚生省：医療保障委員最終報告 昭和34年
- 2) 厚生省：昭和33年結核実態調査 結核予防会 昭和34年
- 3) 厚生省大臣官房統計調査部：保健所事業成績年報 昭和23～28年
- 4) 行政管理庁：保健所活動に関連する公衆衛生行政監察結果報告 昭和32年
- 5) 佐々木 陽：大阪大学医学雑誌に発表予定
- 6) 塚本 宏：公衆衛生 23 (6) 382 昭和34年
- 7) 橋本 正己他：日本公衆衛生雑誌 5 (10) 475 昭和33年
- 8) 橋本 道夫：日本公衆衛生雑誌 6 (12) 707 昭和34年
- 9) 佐々木 陽：大阪公衆衛生 no 51. 1959
- 10) 遠藤 朝英：日本公衆衛生雑誌 5 (8) 371 昭和33年
- 11) 藤原 哲：大阪公衆衛生 NO 425 1959

表1 保健所における結核予防事業（1保健所1カ月平均）

（全 国）

	集団検診	家庭訪問
昭和23年	4028	213
24	5101	631
25	10628	968
26	11800	1400
27	13885	1522
28	15692	1423

表2 住民検診の実施機関

	ツ反	BCG	間接	精検	
昭和三三年度	総 数	106894	33630	108956	5785
	保健所	51361	7770	65821	3571
	医療機関	75533	25860	2477	1740
	検診機関	—	—	40658	474
昭和三三年度	総 数	83257	35546	155519	10280*
	保健所	19092	8286	79138	6962
	医療機関	52502	25436	1144	2758
	検診機関	11663	1824	75237	560

* 管理検診を含む

表3 吹田市住民検診の実施成績

	昭和32年度		昭和33年度		備考
	実数	率	実数	率	
A 人口	100,167	**	112,227	**	
B 対象者数	31,909	29.3	33,657	29.9	B/A
C 受診者数	20,382	63.9	26,765	79.5	C/B
D 要精検者数	1,249	8.4	965	3.6	D/C
E 精検受診者数	1,036	82.9	745	77.2	E/D
F 要医療	355	34.3	306	41.1	F/E
G 要観察	297	28.6	256	34.4	G/E
H 保留	42	4.1	15	2.0	H/E
I 健康	342	33.0	168	22.5	I/E

表4 吹田市住民検診の従事者数

	昭和32年度	昭和33年度
医師会	107	72
助産婦会	185	200
母子会、自治会、その他婦人会	714	2,249
市役所	162	136
保健所	64	68
計	1,232	2,725

表5 精密検査の受診機関

	昭和32年度		昭和33年度	
	受診者数	百分率	受診者数	百分率
総数	1,036	100.0	1,174	100.0
保健所	172	16.6	179	15.2
病院	269	26.0	326	27.6
国保診療所	17	1.6	36	3.1
開業医	587	55.8	635	54.1

図1 訪問件数の割合 (1保健所1カ月平均)

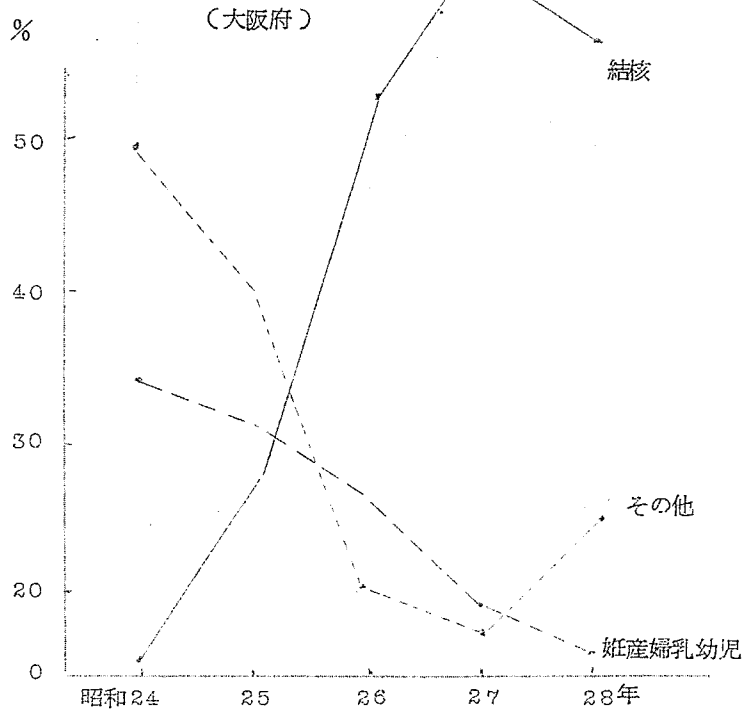


図2 間接撮影の実施方法

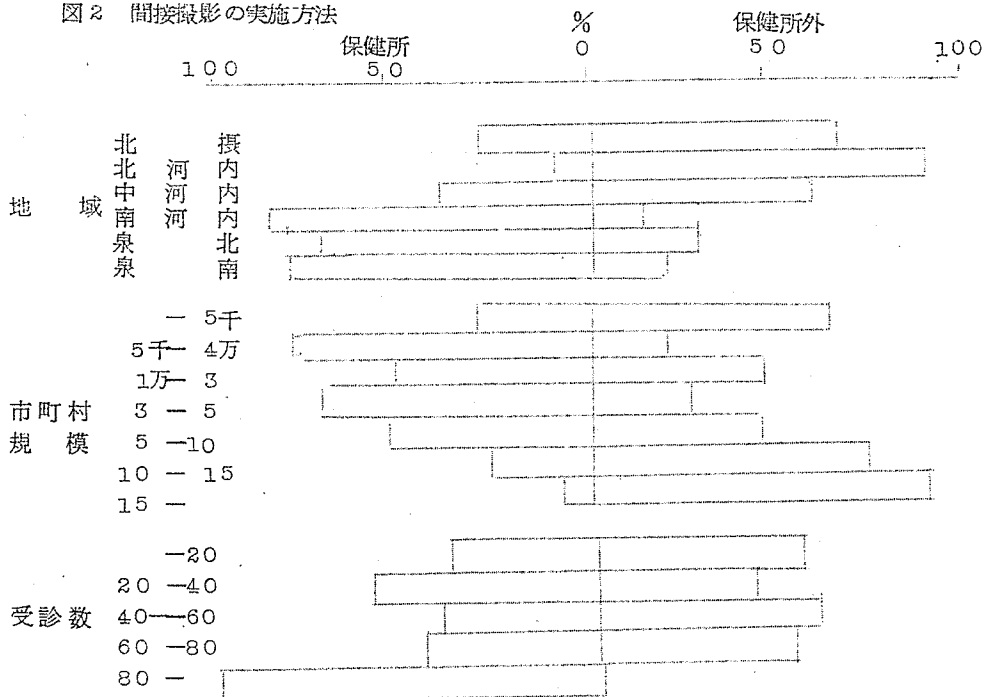


図3 地域別にみた受診率と間接撮影実施方法

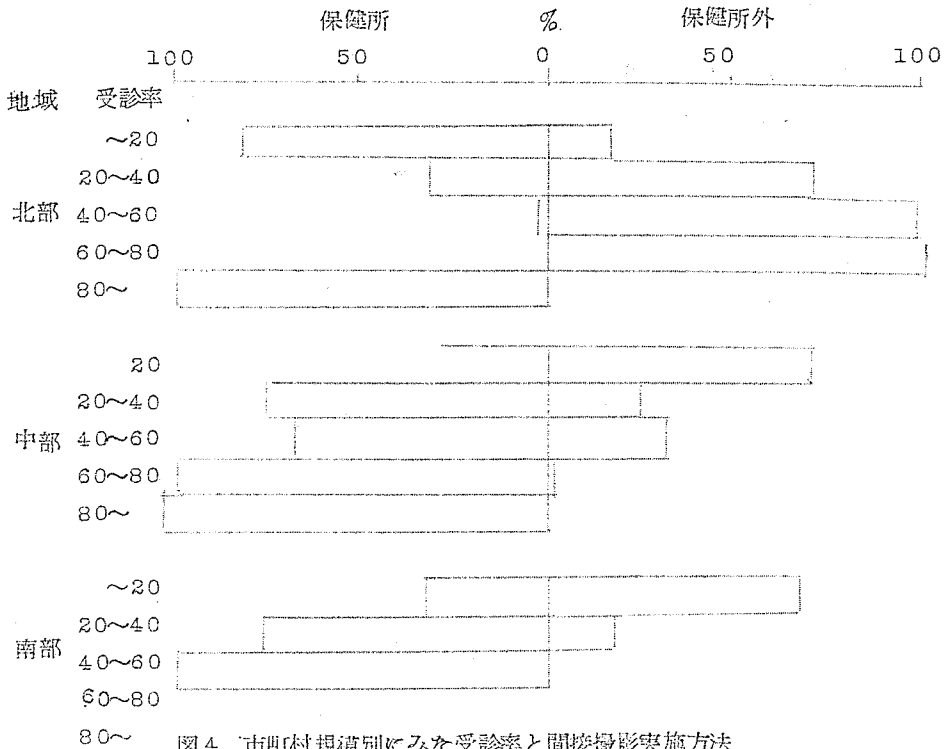


図4 市町村規模別にみた受診率と間接撮影実施方法

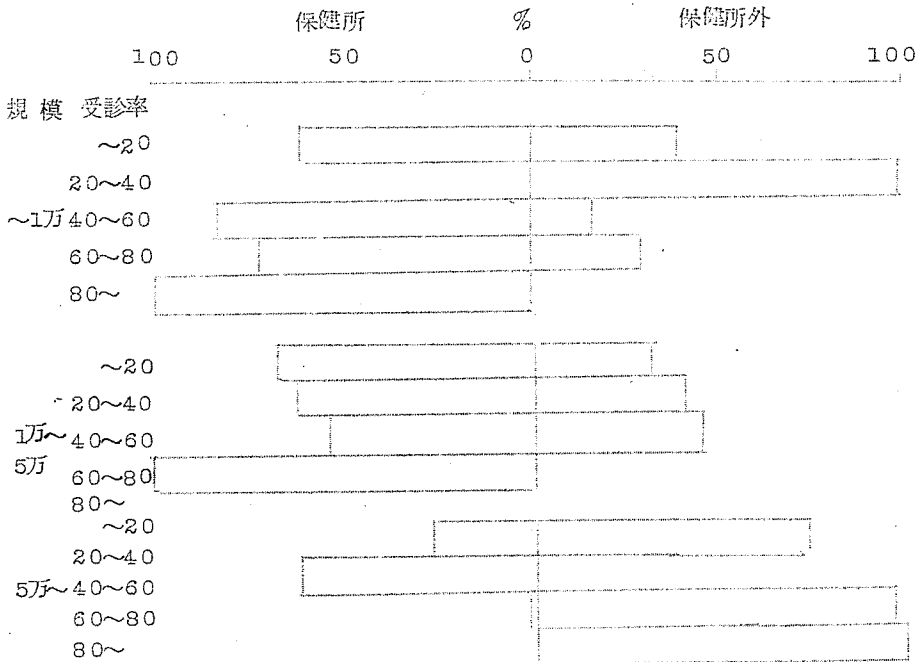


图5 地域別住民検診実施率

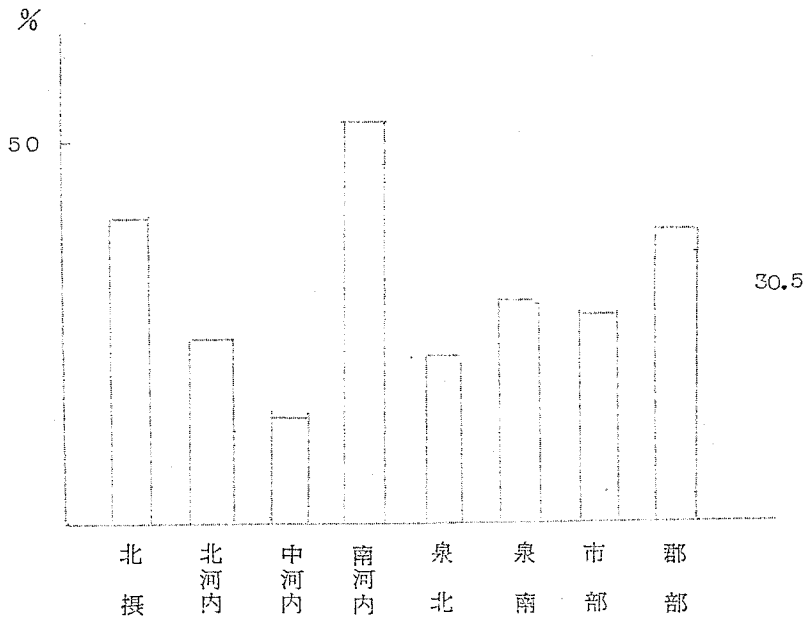


图6 市町村規模別住民検診受診率

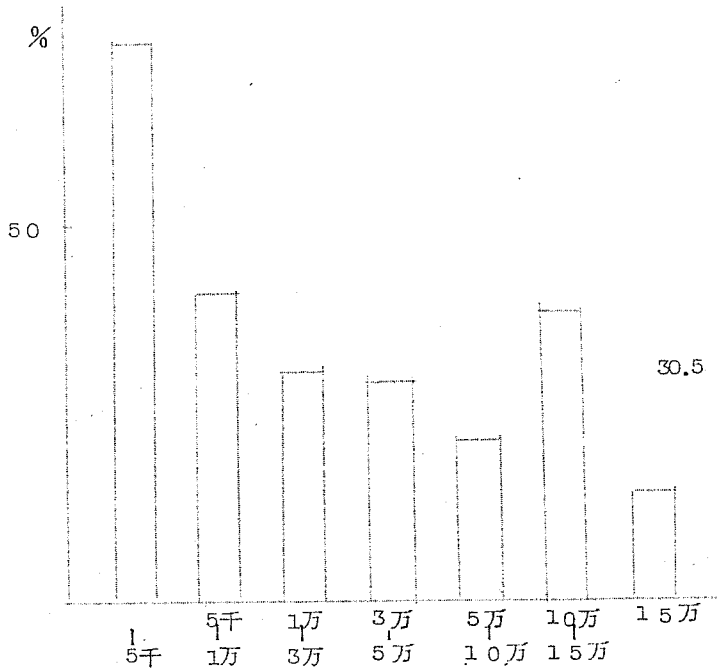
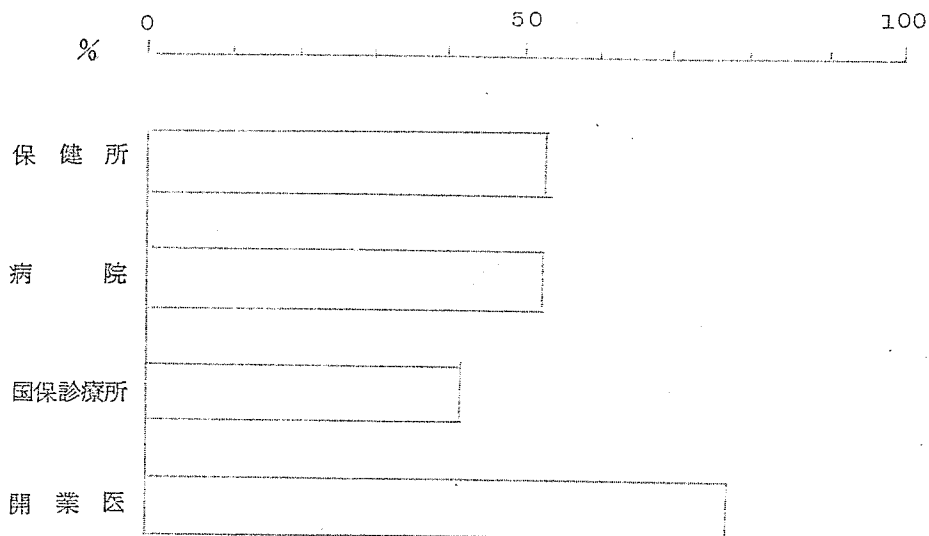


図 7 精検受診機関別申請率



(演題1)に関する討議

大山： 結核対策の問題点の一つとして保健婦の家庭訪問の在り方，内容を取り上げたい。名古屋市では住民検診の結果 作年中に約 1,500 名患者が発見された。ところが届けのあつた約 900 名の患者の内 1,000 名以上が治療を中断している。すなわち非常な労力と予算を費して患者の発見に努めている半面，多数の患者が治療を中断，或は受療せずに放置されている。これは結核対策の大きな盲点である。そこですべての患者が訪問を必要とするものではなくまた，一般医師の公衆衛生への協力と責任を高める意味で患者に関する治療はもちろん，療養指導についても主治医に全面的にまかせることが望ましい。これは社会医学の哲学からも，すなわち患者を家庭の一員として動的に観察する要からも望ましい。また，保健婦の訪問は医師から特別の要請のあるものに限る，主力を放置患者の受療率向上に向けるべきだと思う。結核の治療法が変つた今日，これは当然ではなからうか。つぎに極論かも知れないが，名古屋市の年間医療費予算は 7,200 万円，健康診断，予防注射は約 2,000 万円に達している。

もし後者の大部分を医療費の方へまわすと現在より2〜3割も多くの患者の治療にあてることができる。現在でも公費負担制度や新しい治療法を知らない者が多数あるので、このようなことのPRに努め、かくれた患者の受診、受療を促進する方がより経済的で且つ効果的ではないかと思う。もちろん検診を全面的に廃止する考えはなく、今のように全住民ではなく疫学的にみて必要である対象に重点を置く。

要するに一般医師のより積極的な協力を得るために、また抗結核剤の出現により対策の重点が治療に移行しつつある点、さらに検診が必ずしも合理的に行われているとは云えない今日、放置患者を始め、受療率の向上に保健婦の家庭訪問、その他を向けるべきだと思う。

萩村： 大阪の御意見は、保健所が弱体だからとの意見であるが、あまり行政の方からの監督が強くなるのは問題で、監督が強くなると技術を伴わない監督になる。私の保健所も技術的に弱体で結核問題など監督のしようがない。形式的にはできても技術的な面で大阪の方式が強くなると保健所は全く監督せずますます弱体化する。ある程度保健所が技術監督ができるよう医師、保健婦を強化することが必要で、保健所中心主義になるかも知れないが、やはり技術監督できるようすべきではないか。学校検診を見ても受検率は良いが技術的内容が不充分である。保健所中心でない時はややもすると要医療が非常に多い。大阪も要医療が多すぎはしないかと思う。

医師会や母子会の活動が盛んになると保健所は助かるが、只働きさせるのは果して保健所行政上良いかどうか心配である。税金を収めているのだから我々が仕事しないでも良いではないかという意見が出る。

関： 今お話し申し上げた佐々木君は、我々と一緒にやっているが、大阪府の結核予防の方に出ている役人でもあるので両方の面から理解してほしい。

大山さんの話で中断された患者を保健所でcareしてないのではないかと話があつたが池田、吹田保健所ではかなりcareしていると思う。

つぎに萩村さんの方からの意見に対し、私の方で行政的に技術的統括調整と云う言葉が使われているが、技術的という言葉が解らない。私達は技術は止めて事務官の役をしたら良いと考えているのではなく、反対に医師会との協力でも唯事務官的にやつてもできるものではない。

技術的完成については、現在はもちろん、遠い将来も技術的に結核対策が確立するとは考えら

れない。ツ反応の問題でもそうである。医療保障のバランスにおいて結核予防問題を考えると技術的に行われていると云いたい。

業者の検診結果に疑問があるが、大阪では業者の団体を作り、control をかなり強くしている。

医師会との問題でただ働きをさせるのは妥当でないとの意見に私も同感である。

医師会が保健所に協力する場合にも医師会から正当な報酬が自主的に出されることが必要である。大阪府医師会の中の公衆衛生専門委員会では、正当な報酬をもらうことが決つたとか聞いている。

医師会のバックアップにより行政はやりやすくなるのではないかと。地域組織との関係については、保健所とどのように結びつく形がよいか私は未だよくわからない。

ボランティアの運動は進んだ国では全くちがった形でやられている。間接的に行政に入つて行われているように思う。外国のようにすぐ行くのが良いか、わが国の現状に応じた行き方がよいかわからない。

大國： さきの大山先生の意見に対して伊丹保健所でどのように中断しているか。数は非常に多いが本当に保健婦により解決されている者は非常に少ない。

関： 大山さんの方式に対して私達は不賛成の意見を申しているのではない。沢山の金を使つて住民検診をするが予防としての能率の面からみて、中断患者の方に重点をかえたらよいのではないかと。これはユニークな考えである。たゞたびたびこのようなお話が持ち出されて実施できない経過を述べてもらいたい。実施できない時はどうしたらよいかを話してほしい。

大山： 名古屋の医療費予算は7200万円である。かくれた患者が全部でてきても今よりのひるひは2割位かと思う。3000万円を検診に使っているので2割のびるとしても1400万円に過ぎないので今の予算でカバーされるのではないかと考える。

曾田： いくつかの報告が社会医学研究会で議論されるとするとどう云う点に重点がおかれるか、どう云う点が特徴か。始めにたゞうけたまわつた時は社会医学的見地が腹の中では考えているが、どうも出しにくかつた。しかしやつと社会医学的問題が討議の中で出てきたのではないかと思う。

東田：結核対策の社会的背景の面から、国民の健康を守ると云う点から問題を取り上げるとよいのではないか。

演者の話で気になるのは、地区の住民と結びつかねばならないと云うことで、これは地域別で大変違うものである。能率を上げるのでなく後始末をどうするかで医療機関と結びつく必要があるが、医療機関はおくれている。本来的役目は個人への医療サービスである。そこで公衆衛生活動に協力することが医療機関に要請されている。

公衆衛生の機能を整理するのは結核対策をやるのを通じて整理し、充実して行くのが良い。成人病、母子衛生で充実はできない。

日本の結核対策がこうなつたのは当然で、医療費の増大、健保の費用が膨脹するのでこのため医療保障が必要と云う考えの波にのつて政府の方針に便乗した。

いろいろの立遅れから見ると結核の医療の障はかなり進んでいて、この面をさらに推進することがのぞましい。

患者に対する医療サービスと云う面からでなく、客観状況から出て来たので、この面でもいろいろな隘路が残っている。後始末がさらに検討される必要があるが、検診の責任は自治体であり、後始末については地域社会において下から作られなくては行けないのではないか。患者と医者との関係を打ち切つてやられている所に今矛盾があるのであり、これを結びつけた上での対策が考へられるべきであると思う。その方法論については私も賛成である。

(演題 2)

神奈川県下における若干の在宅結核患者の実態調査

横浜大学医学部 公衆衛生学教室 尖 戸 昌 夫

(発表要旨)

結核であることが発見され、しかも治療を中断している患者が多く、その理由を調べると社会的な事情から中断されている。1人当りの畳数が2.5、5人世帯で月収10000円以下の生活保護の対象とはならないボーダーライン階層に多い。こうした劣悪な社会条件下にありながら、保健婦の家庭訪問のみに解決を委ねることはむりである。

{ 演題2の発表については、目下研究が進行中であるため、具体的な内容の記録は別 }
{ の機会に譲りたいとの発表者の御希望により、発表要旨のみに止めた。 }

(演題 2) に関する討議

東田： 実態調査などやってみると、生計の問題のみでなく、それ以外、理由なしに受療を中止しているのが案外多い。従って金の面からでなく、医療をうけられるような「組織」といつたものが必要ではないだろうか？

もちろん、経済的な問題はあくまで基礎にはあるだろうが、医療問題を取りまく周囲には、他にも多くの問題が存在し、医者と患者との関係がすぐに切れてしまうというような問題も考えられなければならないと思う。

矢戸： 医者とけんかしてやめた人や、新興宗教にこつた人もいるが、根本はやはり経済問題である。

小原： 私の以前の調査ではやはり一番多いのが経済的問題である。性病について受療を中止した例のうち46%は経済的なもの、その他、保健婦で解決できるようなものが33%程度あつた。

矢戸氏は医療保障を進めるということを言われたが、生活保障の問題にまでさかのぼるべきであると考える。

大山： 名古屋の結核患者（在宅）の調査についてのべると、40%は経済的問題。また無理解というものの中でも、やはり半分は経済と因果関係をもつと見得る。20~30%は医師がもうよいといつたという、治ゆ判定の問題および本人がもうよいと思つたといふような本人の無理解、となつている。

従つて、治ゆ判定の基準も、行政関係のみでなく、臨床的にも、（開業医の面からも）社会的な治ゆ基準というものを考える必要が出てくる。

東田： 結核でも当然、経済的には医療を続けられるのに、中止している例が見られる。従つて、医療は、経済的な面のみから対策してもだめである。

若月： 4年前外科学会で報告したが、カリエスの患者を初診後、4年目に面接を行つて追求したことがある。これらをfamily income per person でみると、月2000円/人以下のクラスに不変、悪化、死亡が多かつた。

肺結核について同様な調査をしてみると、死亡ははつきりしなかつたが、悪化は上のindicator ではつきりつかめた。

田中（明）： 厚生省で結核の医療費を受持つているが、6ヶ月の申請にも拘らず、4ヶ月でやめているのが平均。はじめはこれを経済的な問題とみたが、健保本人が自費、生保

と同様に受療中止している。これは大変予想外のことであつたが、その点をさらに調べてみると、半分は、経済的、社会的な理由、残りの半分が治つたと思う。また医者がもういいといつた、という理由であつた。その後の調査をやつたが、やはり同様であつた。

昭和28～29年の実態調査の際も、要医療中35%が受療していなかつた。その70%は医療を必要と認めないからという理由であつた。この点から考えると、医者がもういいといつたというのが大変問題となつてくると思う。医者の側からすれば、治療費の問題とか、その人の仕事の関係もあつて、そのように判定すると考えられるが、結局何をもつて治癒とするかが問題となるであろう。もちろんそれだけで解決するとはいえないが。

以上の問題も、入院と外来では大分違つてくる。入院患者では当然、経済的問題の占める割合は増加してくるができれば、入院については、総医療費、さらには生活費まで公費負担とするような方向が望ましい。外来については、予防法と他の保険という形のままで行き、入院については、完全的な保障の形にしていくのがよいと考えられる。

また、演題1に関連するが、保健所が結核のため過重な仕事量を負っているという話であるが、他の団体との協力ということをごま1～2年強力に押進めている。

たゞ、保健所の性格が、高血圧、ガンの問題とからんで大きく変りつつある現在、それらとのかみ合せて結核の問題も変つてくると思う。

若月： 前述の経済的原因の他にどんな原因があつたかをみると、健保がありながら受療しないのは、クビを恐れるという点、また自分が入院してしまうと、あとに残つた家族が困るという問題、といつた、やはり経済に関連した問題がみられる。その他農村では肺病といわれるのがいやだということも挙げられる。

また、保健所のあり方というものについて触れてみると、一昨年ソ連をみてきたが、治療と予防が一致しているという点が強く印象づけられた。つまり、home doctor 的なものから始まつている。ソ連では保健所は防疫ステーションになり下つており、地区病院がその他のことをやつている。home doctor が保健婦と連携して、その下にvoluntary の組織があり、ユルホーズ的な中で婦人会、青年会等が一体となつてやつている。

小宮山： 受療中断について

昭和34年5月に調査した例では放置患者は自費で23%、国保で14%、健保で14%、健保家族で8%、生保で2%であつた。国保が始められて、自費放置患者のうち受療開始し

ている例がみられる点などを考えてみると、やはり根本には経済問題があるであろう。

亀田： 演者の中で、困っている人がすべて保健婦に問題をもっていたという点は非常に嬉しかった。しかし、衛生部のいうことをきく地区組織、衛生部のいうことをきく保健婦というのは困るので、ポイントはあくまでも患者中心であるべきであつて、国保等の関連からも保健婦のあり方というものを根本的に考え直すべき時期に来ていると思う。

(演題 3)

保健婦事業を進めるための基本的問題について

大阪大学医学部 公衆衛生学教室 大 国 美 智 子

(本論文は研究会の中合せにより、演者の研究内容を保健婦雑誌第16巻第1号
(昭和35年1月)に発表されたものをここに転載したものである。)

1. 序

保健所の業務の中で、保健婦事業は重要な地位を占めているにも拘らず、その方向が定か
でなく、保健婦事業の刷新を要望する声が久しく聞かれている。阪大近辺の保健婦事業の隘
路打開のために、多くの努力を試みたが、そのあとをたどつてみると、そこには一つの流れ
とでもいうべきものが見出せる。即ち、先ず人員確保の要求が起つたがそれでは部分的な解
決しか出来ないことが明らかになると、次には如何に能率よく業務を行つて行くかというこ
とが工夫された。しかし、保健婦に要求される仕事量は、増加する一方で、保健婦の能力を
はるかに越え、それを解決しようとする保健婦の努力は、やがて、業務の重点化へと進み、
それでも尚、訪問の効果はあがりにくいということが明らかになつて、行きつく所に行きつ
いた感があつた。

ここで、今迄の保健婦業務のあり方をふりかへつてみると、従来の保健婦運動も、保健所行
政の枠にとらわれ、その中でのみ改善し能率よくして行こうとした傾向があつた。しかし乍
ら、現在では、保健婦事業をとりまく社会保障制度、開業医、地区住民等の客観的条件が新
しい変化を来して居り、保健婦事業もまた、当然、それに応じたあり方が要請されるに至つ
ている。こうした中で、今後、保健婦事業は如何にのびて行くのか、又如何にしてのびして

行くべきか、考え直さなければならぬ段階に来ていると思う。

以下、こうした経過をのべて、従来の保健婦活動のもつ基本的な問題にふれてみたいと思う。

2 保健婦活動の能率化

a 人員の獲得

保健婦の前に投げ出されたほう大な仕事をみて、先ず最初に誰もが叫んだのは、人員の増加であつた。保健婦自体の増員はなかなか困難であつたため、クリニックナースや事務員等を配置して、保健所内での適正な人員配置を行うとか、又保健所外の市町村とか国保における保健婦の増員が叫ばれ、これらの保健婦の保健所業務への援助を要望した。例えば、伊丹保健所に於ける例をとつてみると、先ず昭和30年10月、予防係の事務員を、保健婦がそれまで行つていた外来の受付にあてることとし、それによつて生じる保健婦の余力を家庭訪問に回すことにした。その結果は、第1図に示す如くで、保健婦1人当りの年間訪問件数では、44%もの増加をみる事が出来た。又、今一つは、管内川西市の保健婦は、今迄同市の衛生課の事務の補助をしていたのを、保健所側より市当局に交渉し、保健所保健婦と同様の業務に従事させることが出来るようになったのである。その結果は家庭訪問に於て、保健所保健婦の増員と同様ののびを示した。

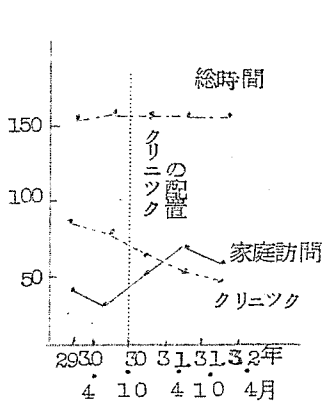
b 業務内容の能率化

こうした人員獲得の動きが進められる旁ら、一方ではまた、保健婦達の手で業務内容、そのものの改善が検討されていた。出来るだけ能率よく仕事をするために、種々の方法、手段が考えられた。一人一人に面接するのではなく、集団的に指導する方法、訪問記録の合理化、簡略化、住検や乳検を保健所外の機関に委託する方法、その他、約束クリニック、駐在制など、多くの試みがなされた。

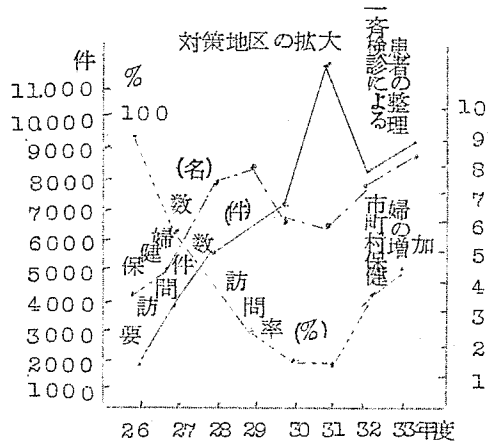
しかし、如何に人員を増加しようとしても、予算に制限のある現状では、業務を充分にやつてのけるだけの人員を獲得することは、到底不可能である。又、業務方法を如何に改善しても、そうした限られた数での保健婦でなし得る仕事には、自ら限度があつた。それにひきかえ、保健婦に要求せられる仕事量は、年々増加する一方であつた。結核だけについてみて、結核予防法の普及や、種々の結核対策等が或程度軌道に乗つてくると、諸種集団検診により、潜在患者は次々と発見され、患者の届出率、及び申請率は急増して来た。その結果は第2図に示す如く、保健婦に対する要訪問件数の増加となつて表われ、実際の訪問率は低下する一方であつた。

かくて、前述の様な可能な限りの人員増加の努力も、保健婦の茫大な仕事量の前には、到

底すべてを解決する手段とは、ならなかつたのである。そしてその結果は、必然的に重点的に訪問対象を選ぶという方向に向わざるを得なかつたのである。



第1図 保健婦業務時間
(1人1カ月当り)



第2図 訪問対象数の増加と訪問率

c 訪問対象の整理と重点訪問

その一つの方法は、訪問の不必要な患者を訪問対象から省いて行くという患者の整理である。それまでに累積されていた患者を、検診その他の方法で整理した結果、要訪問対象は $\frac{3}{4}$ までに減少した。しかし、これは、焼石に水の様なものであつた。そして、次に考えられたのは、全対象を訪問の必要度に従つて分類し、必要度の高い対象へ重点訪問するという方法であつた。その結果は、伊丹保健所に例をとつてみると、表1表に示す如く、保健婦の訪問能力と、要求量との間のつり合は、いくらかとれた感じられた。即ち、保健婦の推定年間訪問可動能力3,830件に対し、訪問の必要度は、3,877件と計算された。しかし、そうした方法で、実際に保健婦事業を進めた結果は、第2表に示す如く、患者の状況は、刻々と変化するものであり、わずか半年の間に、約33.6%の患者が移動し、新患者253名に増加せられ、結局要訪問件数にも大きな変動を示し、実際の訪問率は67.9%にしか充たず、年間平均1.86回という有様となつた。そして保健婦としては、たとえ、登録票による管理方式が整つたとしても、そうした患者の現状を把握することに追われ、それに拍車をかける様に「訪問件数をあげる様に」、とばかりの上司の命令で、重点訪問とはいえ、本当に十分な訪問の出来るのはごく僅かで、大部分の訪問は、家庭の

第1表 推定可動訪問件数と所要訪問件数
(昭和32年10月)

可動訪問件数			所要訪問件数	
	保健所	市町村	訪 問 対 象 数	A 357
訪問可能保健婦数	8名	1名	B	713
1人当り勤務日数	259日		C	508
総勤務時間	2,072日		D	158
訪問外の業務	1,100人日		計	1736
訪 問	総可動日数	973人日 115人日	A:年5回	
	結核訪問日数%	67%	B:年2回	
問	結核訪問延日数	729人日	C:年1回	
	1日1日当り件数	53件	として	
	年間訪問期待件数	3830件	所要訪問件数	
			3877件	

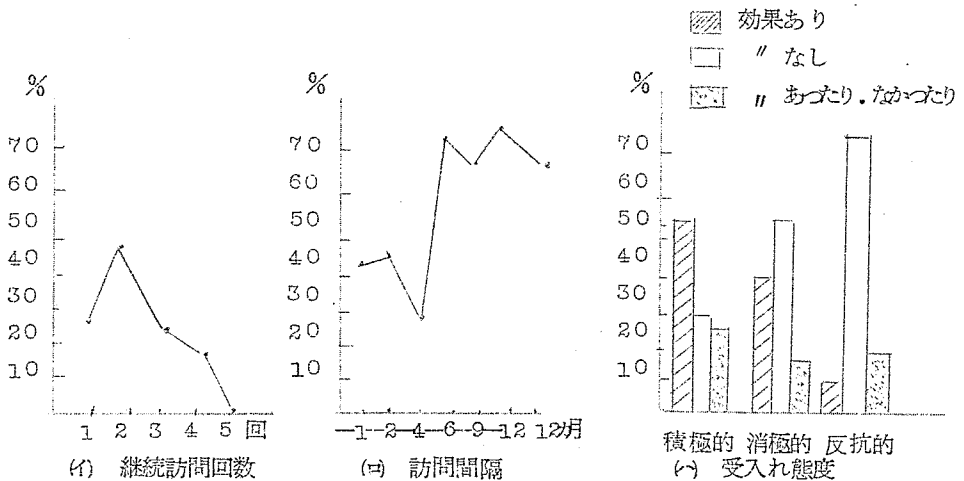
第2表 訪問対象の移動
(33年3月~33年9月)

3月末対象数	その後の移動		9月末対象数
A:253	区分の移動	321	1445
B:420	訪問打切	121	
C:415	(死亡, 転出, 治癒)	442 (336%)	
D:201	新発見患者	253	
不明:21			

状況を調査し、通り一遍の指導を話して帰るに過ぎぬという訪問状況を容易に改めることは出来なかつた。そして、「調査訪問に過ぎぬではないか」との批判が漸くはげしくなると共に、一部保健婦の間でも、「これでいいのか」と疑問を持つ様になつた。そして現状の様な訪問で果して効果があがつているのであろうか、という検討がなされた。

3 保健婦活動の効果の検討

伊丹保健所に於ける成績を例にとつてみよう。先ず訪問内容をみてみると、重点的に行つた項目としては、治療も含めて、医師の指示のもとに完全に受療すべきこと、安守を守るべきこと、家族に対する検診の勧奨などの指導が大部分で、実際に看護した例は非常に少かつた。こうした指導項目に対し、患者がどの程度に反応したかは、非常に興味深い問題である。第3図(イ)はこうした訪問は、何回位訪問すれば、効果があがるかということを検討したものである。



第3図 保健婦の訪問の効果の認められた者の占める割合

この図から見られる様に、効果のあがりにくい例では、回数を重ねて訪問しても、必ずしも効果があがるものではないということがわかる。又第3図(ロ)は、訪問はどの位の間隔につめて訪問すれば、最も効果があがるだろうかという事を検討したものであるが、ここでも訪問間隔と効果との間に必ずしも相関関係はないということがわかる。第3図(ハ)では、初回訪問の際の受入れ態度の良否との関係をみたのであるが、ここでは、受入れ態度の良好なものは、効果も上りやすく、逆に受入れの非常に悪い例では、多少の訪問位では、到底効果を期待出来ぬという明らかな相関関係が認められた。勿論、これらの全経過を通じて非常

に効果の上りにくかつた例について、本当に効果は期待出来ぬものかどうかを検討した結果、これらの例では、短い間隔で、頻回の訪問、即ち少なくとも10回以上の訪問がなされれば、辛うじて、効果をあげることが出来るということがわかつた。

以上を要約すれば、上述の様な指導項目については、効果の期待できる対象は、保健婦の訪問に期待するまでもなく、初回にすでに受入れは良好で、一二回の簡単な訪問で、大抵のことはよく知つて居り、実行済みであるということである。逆に効果の期待し難い例では、頻回訪問により可成りの力を注がぬ限り、効果は期待し難いということである。

4 保健婦活動の効果に影響する種々の条件

しかも、こうした効果の有無の背景には、保健婦の訪問よりも遙かに大きな他の因子が影響力をもっているということがわかつた。即ち、適当な経済的裏づけと、医療機関の便宜等があれば、保健婦の教少い訪問で期待される程度の効果は、訪問とは無関係に、或程度まで実行されているということである。この事は次に示す二、三の例でも明らかである。

第4図は、城東保健所で、33年度の住民検診の発見患者が、どの程度、結核予防法の申請をなすかを月を追つてみたものである。この図から訪問が未申請患者を重点的に、しかも、精検後、なるべく早期にという方針で行われたにも拘らず、訪問のまだ、殆ど行われていない検診後、2、3カ月の間に、すでに60%前後が申請して居り、又その後は、保健婦の訪問にも拘らず、申請は殆ど増加していないという実状である、と言ひ得る。即ち、少なくとも、予防法の申請に関する限り、保健婦の訪問がなくとも、かなりの成績はあげ得ることが示されている。

又、第5図、第3表は、農山村地区である猪名川地区で、国保が開始せられる前後の受診率を示したものである。国保の実施による受診率の上昇は著しく言うまでもない事であるが、保健婦活動も並行して盛んに行われているに拘らず、尚、医療機関に恵まれぬ地区での受診率は低率であるし、又半額自己負担のある国保では、経済状態もまだ無視出来ぬ影響力をもっていることがわかる。

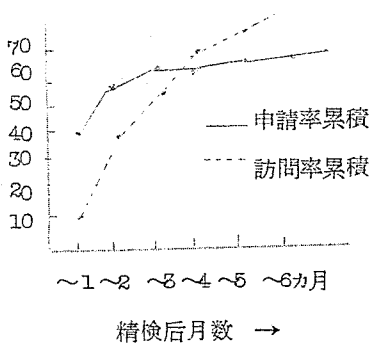
5 保健婦活動を左右する周囲の事情

この様な周囲の事情を考慮に入れながら、保健婦活動の歩んで来た道を批判するとき、

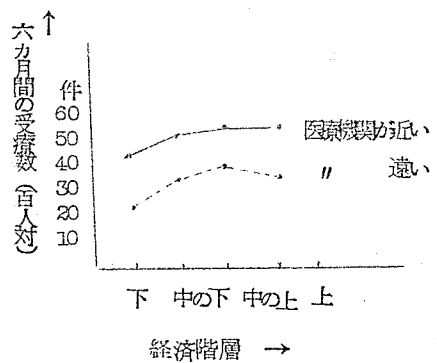
我々が痛切に感じる問題は、保健所の保健婦事業だけ、保健婦自身の問題だけを如何に合理化しても、それは微力なものであるという点である。保健婦業務の改善が叫ばれ始めた頃、社会的経済的問題も多く、保健所長の無理解や、医療機関が非協力的なこと、地区民の無知識等々、まだ周囲の一般事情は悪かつた。従つて、当時としては、保健婦自身の手で、保健婦事業の改善を行わねばならなかつた。今日でも尚、こうした問題は解決され切つて居らず、あちこちから声として聞かれるのであるが、しかし、国保の普及、結核予防法の拡大、無医地区対策、未熟児対策、等々、種々社会保障制度が次第に拡大されると共に、関係諸機関との連絡、協力も又次第に密となり、客観的条件は、大きく変化しつつある。そして、この期にのそんでの保健婦活動のあり方も又、当然、こうした社会状態に応じたものでなければならぬ。

第3表 国保の実施前後に於ける受診率の変化

	昭和32年	昭和33年
全対象	43.0	79.0
(保険未加入者)	(34.7)	



第4図 保健婦の訪問と申請



第5図 国保による受診状況

6 保健所保健婦の新しく進むべき方向 —— 主治医を中心として

例えば、住検の開業医への委託方式などを機として、医師は積極的に公衆衛生活動へ参加しようとしている。開業医が、その日常の臨床の業務の中へ、予防医学的な面をとり入れようとしている今日では、保健婦活動も又、主治医を中心とし、主治医と共に活躍するという点で、大きくのびるであろうことを考慮しなければならないであろう。

そこで、こういつた意味からとり入れられようとしている新しい方式を紹介してみよう。それは保健所が、開業医や地区病院を中心に患者の指導をしようとするものである。これは一見、従来からの「主治医との連絡」という言葉で、表現されて来たことと同様である。しかし、従来のもは、あくまでも、保健所が指導の中心になり、主治医には病状をたずねたり、了解を求めたりする程度か、個々の保健婦との間に連絡がとれているという程度で終始していた。これに対し、伊丹保健所での計画は、保健婦の担当区分をも、従来の地区別から、なるべく医師別の担当となし、訪問記録なども、主治医の指導や主治医への連絡事項を中心にした記載方式で、あくまで主治医を中心として、仕事を進めようとするものである。又、地区病院に対しては、病院の医師、ケースワーカー等を中心にして主治医の眼からみた必要性に従つて、訪問している。そしてその将来は、院内に保健指導部を設置し、患者及び家族の指導をしようとするものである。こうした試みは、従来の保健所中心主義から主治医中心主義へ移行する一段階として注目すべきであろう。

7 保健婦活動と看護事業

以上述べて来た如く、保健婦達の手で、保健婦業務は、種々に改善されたが、尚、多くの壁にぶつかり、一たん行きづまつたかの感を与えたのであるが、今漸く、視野を広くすることによつて新しい動きが始まろうとしている。しかし、その発展の跡をたどつてみると、それらは明らかに、保健所又は保健婦の側のみからの改善であつた。今、これを患者の立場になつて考えた場合、我々は、保健婦活動を支える今一つの主要な看護事業というものが、非常に貧弱な形でしか行われていないという点に物足りなさを感じる。というよりむしろ、そうした看護事業という支えのない限り、保健婦活動の飛躍的な発展はのぞめないのではないかと考えるのである。

元来、保健婦というものを考える時に、一つは、保健所が従来行つて来た地区の健康管理者、衛生教育者としての保健婦であり、今一つは、保健婦草分けの時代より見られた訪

間看護婦の伝統である。前者は、結核の際に典型的にみられ、後者は、母子衛生に於て比較的よくみられる。保健所業務の中で、母子衛生を抑えて、結核行政が延び、しかも、その結核には、重症在宅患者が激減してくると、家庭訪問での看護サービスは、次第に行われなくなり、自然忘れられた形となっている。しかし成人病、慢性病対策等をも考慮に入れた場合、看護サービスの必要性は重要なものとして見のがすことが出来ない。看護サービスを単に技術だけでなく看護人の派遣ということまで含めて考えると、農村に於ては家庭看護ということは、家族制度によつて、どうにか支えられているが、都市に於ては、旧い家族制度の崩壊と共に、家庭看護サービスの必要性は、次第に表面化している。大阪近辺では、こうした問題を解決する試みとして、看護サービス事業が幾つかの型で始められている。例えば、大阪市に於ては、民生局と民生委員連盟が、家庭奉仕員派遣制度を実施している。この対象は、現在では、生活保護法による独居老人で、老衰その他の理由で、身の廻りの世話、看護などを必要とするものに限られているが、民生委員の申出により、家庭奉仕員が派遣され、家事サービスに当たっている。又高槻市に於ても、家政婦サービス事業を推進しているし、その他、吹田等で計画中の未亡人会によるパートタイムの家政婦の組織、或は、組合方式による附添看護婦の組織等、その例である。そして、これらの事業は、いずれも立派な成果を示しているようである。しかし乍ら、これらの芽ばえは、現在では、取扱う範囲もせまく、例えば、国保給付の一つとして看護事業がとり入れられるといった様な社会保障制度の中での位置を占めていないために、将来、大きく発展しようとする場合には、種々の障害にぶつかるであろうことが予想される。

そこで、この様な立場から、家庭看護事業の制度化のための動きが、基礎的な調査の段階ではあるが、すでに大阪近辺の2、3カ所で計画せられているのである。

8 結 論

以上述べた様に、保健婦活動の隘路を打開するために保健婦達の行つた努力は、人員の確保から、業務の合理化、重点化へと進み、しかも尚、訪問の効果はあがりにくいということが明らかになつて、行きつく所に行きついた感があつた。その中から、保健所保健婦の活動を、保健所だけの枠内で改善して来たことの反省が起り、社会保障制度の尚一層の強化を主張する一方、現実、当面の打開策としては、主治医中心の方式が生れ、訪問を支える力としての看護事業そのものの組織化への動きが、基礎調査の段階ではあるが動き出している。保健所行政の枠にとらわれ、その中での保健婦活動の能率化にのみ主眼をおいて来た従来の保健所保健婦の活動の基本的欠陥が、現実に具体的に努力を重ねて行つた中

から明らかにされつつあることは、非常に興味深いことであり、今後保健婦事業を、更に飛躍的に前進させるためには、その進め方に一考を要する段階に入っていることを痛感する。

(演題 3) に関する討議

小原： 演者の話は、一部保健所の保健婦と訪問看護婦を混同している点がみられる。保健所中心の保健婦はやめるというのには異議がある。保健婦は、すでに受療している患者にまで訪問しているのであつて、保健婦の訪問すべき対象は自ら定まる。

また、ケースワーカーがやることを保健婦がやっている。すべての保健所にケースワーカーをおくべきであり、その方向へもつていくべきである。

永野 大変興味深い報告であつた。保健婦事業について次の事を考える。即ち米国は人口が日本の約2倍、しかし看護学校の数は日本160餘に対し米1,200、保健婦数は日本12,000に対し29,000と大変かけ離れている。

USAにはvisiting nurse あり、G、BにはHome visitor あり、また、派けん看護婦のようなものもある。

日本の保健婦は、Health Guidance はやるが、それ以上はできない。Home Care をやるべき職種というものが存在しない。こんな点も問題であろう。

小宮： これは業務に比して人が少ないのが根本であろう。学校保健法の寄生虫検査についても、同様のことが云えるのであつて、法できめられたうちの、せいぜい $\frac{1}{6}$ ~ $\frac{1}{4}$ しかできないのが現状である。こういう業務量と人員とのアンバランス、その間の隘路のこなし方が根本である。

大村： 保健所と、国保の保健婦の関係だが、行政組織としては、皆保険になると一本化の必要が当然おこってくるであろう。日本の保健婦は、イギリスのHealth visitor とDistrict nurse の2つをやっている。国保の保健婦は後者をやっている。この形だと開業医との連携も当然生れてくる。保健所に指導をうける形となると、開業医との協力が中々生じにくくなることもおこる。将来、保健所で指導の際District

nurseの分化がおこるということを充分承知の上にやるべきであろう。

橋本（道）： 演者は国保の保健婦が保健所の下請けといわれたが、日本の公衆衛生の現状をあげき出したのが保健婦であり、その人がbed side care をできるわけがない。歴史的な変遷を無視しては困る。保健婦1人の受持人口は2500人がminimumだが、これですらbed side care まではとともできない。保健所の下請だからだめだというのはいけない。

関： 小原氏の発言について。保健所中心、主治医中心の2つを対立させてとつたようであるがそうではなく、主治医中心にうつつたといつたのであつて、その2つを対立させて考えられては困る。

また、国保保健婦と混同したという点。これははつきりわかっている。国保保健婦のやり方が異なるべきものであるか、その点はどうか、という点は仲々難しいが、大阪では、国保保健婦が少ないので具体的な問題として出てきた。

国保保健婦はhome care をやり、保健所は調整をやるというのは感心しない。

歴史的に考察しろという点について。その点に関しては賛成だが、現在の保健婦にbed side care をやれとは云っていない。主張するところは、人員の点でなく他の組織として、combined work のない、home helper, district nurse専門の人を作れということである。

4 才1日研究発表終了後の討議

田波： 公衆衛生とは一体何か？ Public に2つ意味がある。公的ということと、公衆のためということと。

山本： 社会医学というとやはり医学という領域に限られる。ここが、問題であつて、もつと他の分野の人を入れるべきではないか？ 保健社会学というのがあるが、こんな名称でもよいのではないか？

若月： 医学は種々発展してきたが、その前にはsocial factorが、大きく立ちほだかっている。そして、それと批判する学問があつて然るべきであろう。

山本： 健康が、社会に、家庭にどんな影響を与えるかという学問的検討が必要である。それは公衆衛生と呼ぶべきで、社会医学と呼ぶ必要はない。公的なもののみが、公衆衛生というのはおかしいのではないか？

橋本(道)： 社会医学とは、一つのプリズムであり、岡目八目である。それは当然なくてはならない。医学が社会の中でどんな位置にあるかを見定める必要あり。

しかし、公衆衛生は実践の体系であり、責任もあり、また、当然限界もある。しかし、やらざるを得ないものであり、この両者は成立共存し得る。しかし、批判もあくまでも思索をもつてなすべきでなく、こうしていくべきだとの方向が必要であろう。

庄司： 公衆衛生は、今迄に充分の業績もあり、理解をもつ人も多いが、現状を批判してゆく方向も打ち出していくべきである。

社会医学の考え方は未だきまつた訳ではない。社会的、経済的問題をとりあげることだけが、社会医学ではない。それらの問題のとりあげ方、解折の仕方を分析していくことも必要である。本会の運営としては批判の自由を確立してゆくのが大切である。

dataということが強調されるのはよいが、dataを扱う方法論自身も十分論ぜられねばならない。社会医学研究会というグループを作ろうというのは、この方面に興味を持つ人が、この問題に焦点をあわせて研究してゆこうというのである。こういう意味で公衆衛生学会とは別に始めてよいと思う。従つて山本氏の発言には反対である。

大山： これらの問題は歴史的にみるべきである。英国、米国では、公衆衛生とは政府が主としてやるものであり、sanitary engineeringが主である。大陸の方では、社会医学的な面を生じてきている。現在の行政はmedical sociologyという面がたくさん入つてきている。public healthよりはみでている。今までの

public healthにはsociologyが含まれていなかった点がある。従つて、社会医学というものが存在してよいと考える。

松浦： 社会保障が大切というが、そこをもつと分析していくべきである。学問的な方向づけがなくては、行政をやつていつても独善となる疑問は致し方ない。しかし、今迄の発表を聞いていると、公衆衛生学会と殆んど変わらないように思えるので、もつと独自の分野(?)があつてもよいと思う。

東田： 公衆衛生は、実際問題として存在する。技術の点、実際の必要性は敢然として存在する。

social factorとhuman factorとの関係を解折(?)することを目的とするproperな分野があつてよい。

public というaverageで、それを向上せしめる必要があるが、一方において残される人々がいるわけだが、そこを研究するためのものがあつてよい。

岡目八目というよりは、むしろ、厚生省—厚生行政のback-up的な立場をとつて実際的な方向づけをする性質のものであつてもよい。

田波： 一般的にいつて公衆衛生の批判がなすぎすぎる。厚生省の批判者があつてもよいし、またあるべきであろう。戦争中までは、軍障医学という分野があつて、これが、いろいろの分野のよせ集めであつた訳だが、公衆衛生はこれとよく似ている。しかし、実際問題としては、公衆衛生学がないと公衆衛生は成り立たない筈である。従つて社会医学、公衆衛生学をどの範囲に考えるかということが、問題となるのではないか？

田中(明)： ここに出席の皆さんは多少なりとも、社会医学というものに郷愁を感じて居られるようだが、公衆衛生乃至は公衆衛生学についてのidea、考え方がなすぎることでも事実のようで、役所としても、実践一点張りではやはりやつていけないと思う。

山本： 公衆衛生学というものの定義を以上のようないろいろの考え方から、整理して「厚生指標」に発表したのが、社会医学といつては、具合が悪い。というのは、医者のみに限られやすい。それでは折角、今、いろいろの分野の人が集まつているのに、それを除外するような傾向になるのではないか？ 保健社会学を、公衆衛生学の一部としてやつていくのなら賛成である。

永野： 看護学会という独立の学会もあるが、医学の中に当然保健婦も入ると考えているのでその心配はないと考える。

須山： 社会医学は、社会科学の一分野と考えるがその体系化が必要であり、公衆衛生学、社

会医学いずれにしろ方法論の確立が問題であろう。

橋本(道)：社会学においては、公衆を大衆と対立させている。公衆は共通のものをもつた人の集りである。大衆は無目的である。この定義は今の公衆衛生にあてはまる。現在の保健所は大衆衛生の色彩が濃厚である。

公衆衛生は従つて、住民の上に共通な問題を誰かがうち立てていくことであり、それ以外は社会医学としてもよい。

関： 我々の発表はどんなつもりでしたか。

社会医学の定義はどうでもよい。無学社会医学である。技術をついているのは、職人社会医学、また、下等社会医学といつてもよいので私どもはその方に専念している。その目的は、社会医学の技術が未熟であるからであり、その限界を認識していないからである。いろいろの議論も結局、ここに戻つて来ることが多いのではないか？ 学問的、理論的には、いろいろあるが、われわれは、dataを提供しているのであり、直接やってみないと、またgroupや各種の人々を動かしてみないと実態がつかめない。そしてそのdataの批評、批判から出発していくのが、この会の目的と考えてよいのではないか？

田波： 現実論を云えば、公衆衛生は、目下は保健所にかかっている。外国では、一つ一つ解決して流れていくが、日本では一べんに新旧交互、何から何まで入ってくる。

国保の保健婦が、公衆衛生をやっているのは、保健所の方が弱体だったためであり、そのような歴史の上に立つてみて、日本のいろいろの状態において、公衆衛生、社会保障にいくら金を使つたらよいかを解決していくべきではないか？

5 研究発表および討議（才2日）

（演題 4）

山間部農村における健康手帳による健康管理の経験

長野県厚生連佐久総合病院 若 月 俊 一

本論文は、研究会の申合せにより、日本農村医学会雑誌（才8巻、才2.3号）
所載の演者らの論文に、その後の経験を付け加えて書き直されたつぎの論文をこ
こに転載したものである。

農協病院としての健康管理の理論と方式

佐久総合病院の「健康手帳」と「人間ドック」の経験より

（長野県厚生農業協同組合連合会，昭和35年5月）

はじめに

農民の健康を守るために、健康管理にまで

農協病院は、昔のいわゆる組合病院です。「農民の利益のために」という農業協同組合の精神をもっているのが、ふつうの病院と異なるところです。そこに私たちの存在価値があり、私たちの仕事が、いわば一種の農民運動みたいな面をもっている所以もそこにあるわけです。

しかしながら、農協病院と言っても、あくまで病院なのですから、この地区の重い患者を診療することがその主な任務であることに違いはありません。欧米流の病院と云う考え方からいえば、入院患者の治療と外来患者のサービスだけで十分なわけでありませぬ。ところが、日本の農村の現実からいいますと、それで済ましているわけにはいかないのです。いくら「病院」でも、往診もしなければなりません。特に夜中の往診なども最近では開業医のお医者さんがやらなくなってしまうので、我々が引き受けなければなりません。多ぜいの重い入院患者をひかえて、しかも、往診にも行かなくてはならないというのは、矛盾でもありますが、しかしそれが地元の人たちの真剣な要望である限り、やつぱりやむをえませぬ。私たちがやらなければ、この山の中のま夜中の救急患者を誰が診療してくれるでしょう。

また、私たちは病院を訪れてきた患者だけを見ていればそれでわがこと終れりといぼつているわけにもいかないのです。それだけは、本当に「農民のために」つくしたということになり

ません。私どもはこの10数年の間、ま夏の炎天下にも、ま冬の吹雪の中にも、この地方の山間僻地の中に巡回診療をし続けてきました。

「巡回診療」こそ、いわゆる農協病院のお家芸なのです。これも農協病院の存在理由から必然的に生れ出た特徴の一つと言つてよいと思います。これこそ私たちの誇りなのであります。

さらにまた、衛生思想の普及運動に、そしてまた、部落のいつせい検診にも

そして、その莫実の調査の中から、病気でありながらその6-7割のものが医者にかかつていないという事実を知つたのです。私たちは、それを「村の潜在疾病」と呼んでいます。そのために、「手おくれ」にしたり、とりかえしがつかない悲惨な結果にしてしまった例が、どんなにたくさんあることでしょう。これを放つておくわけにはいかない。

本当の農協病院の精神からいうならば、病院が、重い患者でいっぱいであるよりも、村から病院をなくして病院の門前は雀羅を張るくらいの方がよいわけです。農民の病気を予防し、健康を守る——いわゆる健康管理が大切な使命になるわけです。

このように、私たちの病院の方針は、農民の健康管理にまでいかなければならないわけですが、しかしそれかといつて先程述べたように、病院はやはり病院でして、いわゆる公衆衛生学を専門とする方々とは違います。何といつても、診療の方に、少なくとも今の段階では7-8割の主力を注ぐのは当然でありましょう。しかし同時にまた、あとの2-3割位の力を割いて直接農村の中にはいり、公衆衛生学的活動をやる必要がある。村の健康に管理を徹底的にし、病気を早期に発見すると同時に、それにならないように予防する。さらに元気で働ける健康を獲得させる事こそ大切な仕事ではないでしょうか。

之には、個人的な健康管理と、集団的なものがあります。私たちは、前者では、いわゆる「農村人間ドック」長野県農協病院方式を採用し、後者では、「健康手帳」による悉皆管理法をとつております。この山の中の農村の実情に即した方法を考案してやつているわけです。

〔A〕 私たちの集団健康管理方式

私たちが長年かかつて計画し、今年の春から実施している「健康手帳」による村の健康管理法。——今日では長野県厚生連で、全県的な立場でこの方法を採択しております。

健康手帳の内容

〔表紙裏〕 “薬よりふだんの注意。健康は自分で守るもの”の標題のもとに、5つの注意事項。

〔1頁〕 住所、氏名、職業、その他の調査。

〔2頁〕 家の人々と、その健康状態。

- [3頁] 自分の家の生活とその環境(経営規模, 所得家屋, 食事, 労働など)。
- [4頁] 自分の遺伝と体質。
- [5頁] 自分の体力(身体計測値など)。
- [6頁] 今までにかかった病気と予防注射。
- [7頁] 病理検査(血圧・尿, 便など)の結果。
- [8頁] 健康診断の結果
- [9頁] 最近かかった病気についての医師の記載。(他の医療機関の場合も, その担当医に記入して貰う)
- [10-13頁] 健康日記—年月日・症状・その原因と思われることがらと今後の注意, その処置と経過(休業日数)などの4つの欄, ここは必ず全部本人に記入させ, 健康意欲を高めさせる。
- [14頁] “必ず守ろう衛生心得”の標題で7つの注意事項。
- [15頁] 健康メモ欄。

(この1冊で3-4年間使えるようになってい。この実費は, 健康台帳(病院に備付け), およびその宣伝費その他を含めて, 1部15円)

このいわば佐久病院方式の特徴は, 私どもが考案した「健康手帳」によつての健康管理ということであります。健康手帳の内容については表1のとおりであります, 一言にいいますと, 「自分の健康は自分で守る」ために農民自身が健康手帳に記入しながらやるという立場からつくつたものです。勿論, 私ども病院の方には, それと同内容の健康台帳(表8)が保管されるわけです。

(1) まず農民の自覚を

農民の健康管理は面倒なもので, 工場の例のようにうまくゆきません。大ぜいを1ヶ所に集めて健康診断をするということ自体が大変ですが, 才一, そのための費用をいつたい誰が負担するかということが問題です。そしてつきつめていくと, 根本の障害は, 農家の人が長い間窮乏の生活習慣の中から, 自分の健康を犠牲にすることが平気であるということなのです。たとえば, 政府でやっている結核検診にしましても, 保健所の検診自動車も田んぼのあぜ道まで行つて, これから無料で間接撮影をしますからと呼びかけても, 農民は集まつて来ないのです。健康な人は健康な人で, 忙しいのにそれどころではないというような顔つきだし, また, 健康に自信のない人は自信のない人で, もし肺病ということにでもなつたら, それこそ大変だというわけで, しりごみしている。いざ本当に重い病気になつて, どうにもな

らなくなる迄は、なるべく我慢する。私どものいう潜在疾病の「がまん型」です。これが圧倒的に多いのが現状です。まずこの点に対する農民の正しい自覚。――これこそ最も大切な第一歩なのです。これなくしては、いかに私たちが頭から、健康のためにああしなさい、こうしなさいと云つたところで、だめではないかと思うのです。

(2) なつとくのいく方法で

公衆衛生学者がいうような、多元的なふるい分け方式による集団健康診断というようなことも、できるだけ完全なものを考えてやつてみたのですが、ただ血や小便をとるというやり方では皆がなつとくしません。何しろお金がかかったり、皆がなつとく出来ない方法では長続きしないのです。そうとすれば、やつぱり各人が自分の健康に対する関心を深めるという根本方針をとりながら、安つほいやり方かも知れないが、とにかくできるだけ皆がなつとくするような形の健康診断を行つていくことが大切なんじゃないかと思うのです。その方式は表をごらん下さい。皆のなつとくのいくやり方で、長い月日をかけてやつていこうというわけです。そういうところから私たちの健康日記を主体とする「健康手帳」による農村集団健康診断の方法が生まれ出てきたわけです。――まず、農民が自分で自分の健康や疾病に関する記載をつける習慣をつけること。健康日記をつけながら、なるほど病気というものはどうして日常の生活に関係があるもの、なるほど病気になるとこんなに苦しく、損をするもの、――というようなことがはつきり自覚されてくれる。――これが大切な第一段階です。昔東条大臣が健民強兵政策の立場から農民の健康管理をやりました。また資本家はしばしば工場の生産を下げないために、労働者の健康管理を、「上から」します。そういうやり方は、果して被検者のほんとうの健康―幸福の道を守るものかどうか甚だ疑わしい場合が多いのです。何しろ健康を守る問題をつきつめていきますと、単にそれだけの問題ではなく、当然経済的あるいは社会的な問題にまで行かざるを得ないことが多いのです。それを眠らしておいて、ただ健康管理を「上から」与えるだけで、本当の健康を守れるかどうか、これは甚だ疑問です。

(3) 「健康日記」をつけることから

さて、そうとすれば、ちよと農業経営をしっかりとやろうと思えば、まず農業簿記を正しくつけなければいけないように、また生活改善をしっかりとやろうと思えば、まず家の家計簿を正しくつけなければいけないように、自分の健康をしっかりと守ろうとするには、まず健康日記を自分でつけることが必要ではないかと思うのです。

健康手帳には、まず自分の健康に関するあらゆる記載。――自分の遺伝に関することも、

自分の体質に関することも、自分の今までの病気の履歴、また自分の家の環境、特に衛生環境——そういうことをくわしく記入することになっております。これらも自分自身で書くことが大切なのです。このような生活環境（家族構成、所得、経営規模、住居状態、食習慣などと）健康状態との関連こそ、私たちの追求しなければならない、最も大切な事柄です。（これは後に私どもが、村全体、また部落毎、家毎の分析の中から、いろいろな結論を導き出したいと思っているところです。）

もちろんその中には私たち医者や医療技術者たちが記入しなければならない所もあります。病気にかかった場合の診断と注意。これなどは私たちの病院だけではだめで、他の医者たちの協力がいります。

(4) 保健と医療の「地域化」の立場から

こういう問題を正しくやつていくには、保健所や地元の医師会の諸先生たちとの連携ということが、非常に大切だと考えているわけです。地域の他の医療や保健の機関と手を握っていかなくては、とうてい、本当の農協病院としての役割も果たせないし、このような健康管理ももちろんできないでしょう。

かつては、「総合病院」として発足当時、私たちは医師会と対立したこともありました。しかし、歴史の波は、私たちも医師会も同じような苦悩の中に巻きこんでおります。何れにしても、地元の才一線で働らく私たちは、小異を捨てて、地元の農民や地域の住民のために手を握って闘うことが、何よりも必要でしょう。私たちの、八千穂村の経験の中でも、最初是我们の方針に関する相互の理解の不足から、若干のトラブルがないではありませんでした。しかし私たち働く医者どうしの気もちも、何よりも地元の人たちの利益のためにと言うことで、簡単におり合うものです。私たちは、現在保健所—医師会—国保組合との完全な一致協力のもとに働いております。

(5) 村の中の集団健康診断のやり方

集団的な健康診断の実際的なやり方は、——現在の八千穂村全員の場合では100円方式、南北佐久郡の全農協役職員の場合では、300円方式を使っております。

前者は、町村の地域集団検診の場合に用い、後者は、費用の融通のでき易い農協などの職域のそれに使っております。300円方式では、胸部のレントゲン間接撮影も含めるので、そう高くなつたわけですが、この金額は何れも厚生省できめた健康保険の、いわば公の計算に従つたものです。もつともなるべく農民に負担をかけまいという立場から、乙表で計算しております。その分私たちの労力の犠牲が強いられるわけですが、これは止むをえないこと

でしょう。それについて、特に病院従業員諸君にかかる負担は決して少なくないのですが、これこそ農協病院の農村医療の大切な仕事の一つですから、いわば私たちの「運動」として理解してもらいたいと思うのですが。

それにしても100円とか、300円などという安い費用の検診ではどうかとも考えるのですが、実際のところ、このような云わばドレイの方法でも、社会保障の薄い現在では止むを得ないのではないのでしょうか。

私たちは現在この管理方式を、八千穂村の全村民の場合では3割自己負担、農協の全役員の場合では「自己負担なし」でやつております。この無料または自己負担があるとしても一部分ということが非常に大切なところで、私たちのところで成功している原因もこういう所にあるのかも知れません。

健診の方式は表2のようなわけで、ごく簡単なふるい分け検診法も兼ねています。これで怪しいと思われたものは、精密検診法が必要となります。何しろ各部落にこちらから出かけていつてやり、しかもなつとくのやり方を旨とするのですが、いくら簡単な方式といつても、八千穂全村22部落の全体を終わるには、3ヶ月もかかりました。

表2 健康手帳による健康管理の費用
— 保険診療費乙表によつて計算 —

A 1人100円法

(南佐久郡八千穂村の場合)

初 診 料	5.0 点
血 圧 測 定	1.3
検 便	2.5
検 尿	1.3
身 体 計 測	0
<hr/>	
計	10.1 点

B 1人300円法

(南佐久郡の農協役職員の場合)

A	費	.....	10.1	点
血	沈	.....	6.0	
ツベルクリン	反応	.....	2.7	
胸部線	X線間接撮影	.....	12.5	
視力	検査	.....	0	
肺活量	その他	.....	0	
.....				
計		.....	31.3	点

[別に健康手帳及び健康台帳の費用として1人15円]

そのため、各部落に、医者(2名)や看護婦(3名)や保健婦(1名)と診断器具を運搬するための自動車の費用が約15万円要りました。また、説明会、報告会(結果の報告は特に大切なことです)なども繰り返しもたれましたので、それらにも費用がかかります。八千穂村では総計70万円の村予算化されました。

(6) 発病の環境的条件は何か

私たちは、この「健康手帳」による、健康管理方式の特徴を、次のように考えております。農民各自が、「健康手帳」を記入することによつて、

- 1) 自分の健康を守ろうとする気持がたかまる。
- 2) 自分の体の弱点や特徴がはつきりつかめる。
- 3) 健康状態の経過が逐年的に追求できる。
- 4) 疾病量が、潜在疾病に至るまで正確につかめる。

表3 健康診断の結果

八千穂村の15才以上の検健診者2880名について

疾 病	男	女	計	健診員に対する比率(%)
循環器系の疾患	571	140	711	24.6
消化器系の疾患	112	138	250	8.7
運動器の疾患	78	122	200	6.9
栄養及び代謝疾患	38	86	124	4.3
感覚器の疾患	42	77	119	4.1
呼吸器の疾患	51	45	96	3.3
血液及びアレルギー性疾患	19	20	39	1.3
泌尿器系の疾患	13	21	34	1.2
皮膚及び疎性結合 織疾患	17	11	28	1.0
神経系の疾患	11	16	27	1.0
婦人科的疾患		22	22	0.7
回虫卵陽性者	141	298	439	26.9
鉤虫卵陽性者	11	18	29	1.7
尿蛋白陽性者	181	260	441	19.9
尿糖陽性者	35	34	69	3.1

5) 疾病と生活諸条件との連関が、いろいろと追求でき、之によつて、正しい「生活改善」の方向をうちたてることができる。

一斉検診(全村民のうち、15才以上のみ2880人についていますと)の結果は、(表3)(図1)の如くでありましたが、それと環境との関係を、「健康手帳」の中から見ますと、経済階層と疾病との関係、たとえば総有病率(図2)或いは回虫卵陽性率(図3)などの関係が出てまいります。また、各部落を環境因子的に分類して(図4)それと疾病率との連関を追求することもできます。(図5)—このようなことを調べるのは、従来は少なからず面倒なことでありました。之は「健康手帳」の正しい記入あつてこそ、容易にできるのだと思います。このようにして、部落の健康面における特殊性を、環境の面との連関においてつかむことができますから、「生活改善」のようなことだけでなく、當處の方法にまで、健康を守る立場から

図1 検診で発見された病気の中の潜在疾病の割合

	医者にみてもらっていた 30%	医者にみてもらっていた 30%
がまんしていた	24%	18%
それを気がつかなかった	46%	52%

図2 経済階層と総有病率との関係

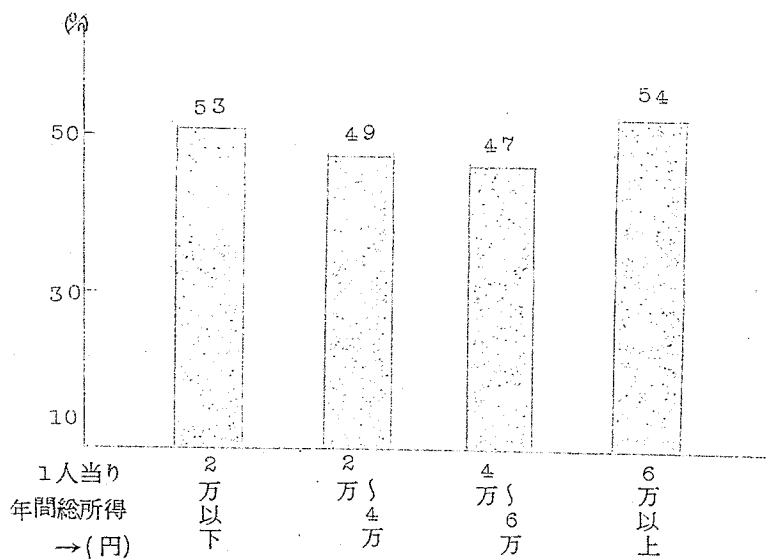


図3 経済階層と回虫卵陽性率との関係

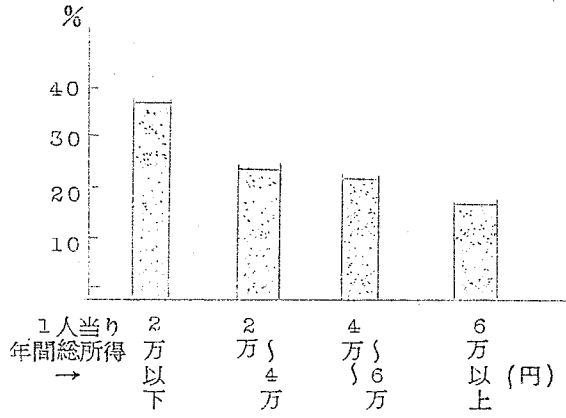


図4 環境因子による八千穂村の部落分類

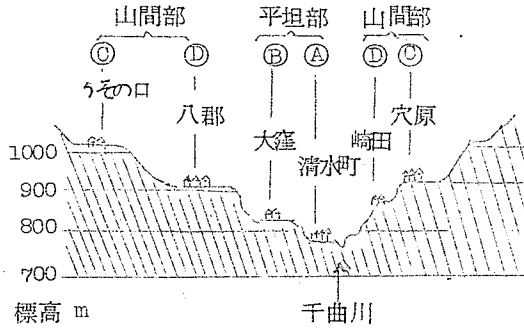
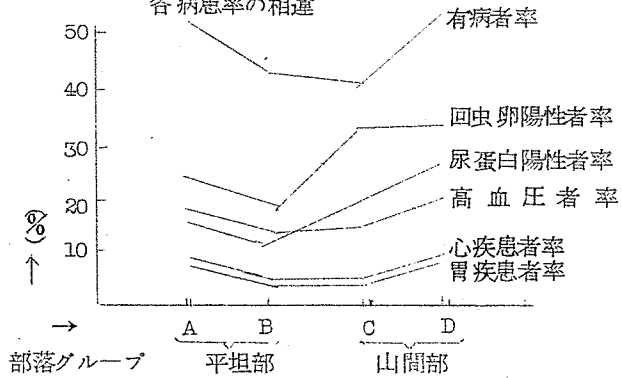


図5 環境因子分類による部落グループ別にみた各病率の相違



論ずる、正しい根拠がうまれましょう。また、十二指腸虫とか、トラホームのような家族集積性のあるものの実体を、部落や職域の中からつかみだすことも容易にできません。

しかしながら、「健康手帳」の内容を十分に書きこませるには、なか容易なことではなく、私たちの、村の有線放送による、或いは、村の保健婦さん、国保組合担当者、部落の衛生管理者たちとの提携による、繰りかえしの、倦むことのない宣伝・啓蒙の努力が必要とされましょう。

〔B〕 私たちの個人健康管理方式

(1) 農村むぎの「人間ドック」方式

私たちは、流行の「人間ドック」方式もやってみました。これには主として農協組合長さんたちの要求があつたのです。しかし、これはあくまで「個人的」なものであり、しかも金とひまのある人たちを対象にしての健康診断であります。従つてこれは裕福な階層の人々を相手とするものであるということを忘れてはならないでしょう。しかも、これは「成人病」の年令の、向老期の人々だけに限ります。しかし、この種の個人的健康管理も決してゆるがせにできないものです。ただここで問題なのは、農村の上層の人々といつても、都会と違つて、数万円と日数のかかる方法ではだめだということです。私たちはこれを農協の組合長の方々にお集りを願つて、その声を聞きました。できるなら4000円程度にしてもらいたい。それに日数もなるべく少なく、一兩日程度にしてもらいたい——と。いつて、私たちの方にも検診の技術者としての良心の範囲があります。かりにも人間ドックとして調べる以上は、医学的に或る程度のなつとくのいく方式に従つたものでなければならぬ。安かろう悪かろうならば、昔の富山のおんぼん丹と変りはなくなつてしまふわけです。

私たちは、その両面からの要請の中から、結局、現在農民が当面している最も重要な疾患——高血圧、脳溢血と、胃病特に胃癌を中心としての、それらに狙いをしばつての、検査方式を考察したのであります。

表 4 短期「人間ドック」方式の内容

—成人病予防としての農民の健康管理—

特に高血圧と癌に重きをおいて

(1) 高血圧……特に脳卒中を中心として

- 1) 血中コレステロール(脂肪)
- 2) 眼底所見と眼動脈圧
- 3) 毛細管抵抗
- 4) 心電図

- 5) 腎機能(PSP)
- (2) 癌……特に胃癌のために
- 1) 胃液検査
- 2) 胃のレントゲン透視および写真
- (3) その他一般的な病理検査
- 1) 検便(虫卵, 潜血)
- 2) 検尿(蛋白, 糖その他)
- 3) 一般血液検査(血数数・ヘマトリット・血中蛋白量等)

表5 私たちの短期「人間ドック」の検査時間割

時 間		9	10	11	12	1	2	3	
茅 一 日	自朝 宅 に て食	入 質問書に記入 身体計測	理学検査 (血圧) 検 尿	肝機能検査 (BSP) 尿		昼 食 外科診察(泌 尿管・肛門・ 淋巴腺等)又 は産婦科診察	眼科診察(眼 底像・眼底血 圧・視力検査)心電図		夜 (無 血 食)
時 間		8	9	10	11				
茅 一 日	朝 食 な し 血液・ 尿及び 便の検 査	PSP (2時間) (血圧)	胃液検査(2時間) 胃レントゲン検査 胸部レントゲン検査 (とおし)			昼 食 退 院			

*健康手帳A(個人用)
B(特に医学的記載) } を本人に渡す。(検査終了後、約1週間後の生活指導の際に)

*全費用は、3,800円(入院費800円)

このいわゆる長野県厚生連方式の人間ドックの内容は、表4のごとくであります。1泊2日、費用3,800円で比較的手軽なコースと言つていいのであります。

もちろん、この際も集団健康管理のばあいと同様に、詳細に説明し、日常生活の上での注意を与えます。いわゆる健康相談乃至助言のサービスには十分に力を入れてやるのが非常に大切です。

(2) 「人間ドック」の結果が示すもの

この様な方式で、昨年の間だけで、長野県厚生連6病院に約350人がドックにはいったわけですが、年令的にはやはり、40-60才が大部分でした。ところが農業以外の管理職や、専門技師、事務職、販売業の人たちが多く、かんじんの農業関係の人は、わずかにその27%に過ぎなかつたのです。しかもこれのほとんどが、農協の幹部の方々で、婦人はそのうちのさらに5%に過ぎなかつたのですから……。この事実からも、国民の中で、健康をぎ

せいになっているものは農民で、その中でも特に婦人に多いということが、うかがえると思います。

そのうち佐久病院だけの結果を申し上げますと、表6の通りで、精密健康診断を受けた総人数のうち、病気をもつていなかったものは、実に1名だけ、あとは1人当たり平均2.0件の病気をもつていたのには、一まつたく驚きました。これでは診療を受けにくる患者さんと違いはありません。

(3) さらに、農民の要求によつて「部分ドック」も

白田町の保健婦さんの話によりますと、一般の農家の人も「人間ドック」を受けたいが、お金もないし、オ一ひまがない。然し自分は胃ガンじゃないか、子宮ガンじゃないかという心配で、ノイローゼ気味のお父つあんや、おつ母さんがそうとういるというのです。最近、特にラジオや新聞で、さかんにガンの話をするのでむやみに恐ろしくなつて……この入達の直接的な悩みを何とか解決しなければならない。そういう立場から、今度特に胃ガンや乳ガンだけに限つての、予防検診を一つまり部分的な人間ドック(これなら、ずっと安くしかも暇がつかからないでできる)を、保健婦さんの協力の下に白田町でやつてみました。

表 6 農村の簡易人間ドック62人の成績

一佐久総合病院・昭和34年2-9月-

(疾病または障害)	(件数)	(疾病または障害)	(件数)
高血圧・動脈硬化	22	寄生虫病	6
眼底動脈高血圧	15	神経痛・リウマチ	5
脳卒中後遺症	2	白内障	6
心ぞう病	17	肺結核	2
心筋障害	11	梅毒	2
腎ぞう病	11	貧血症	2
腎機能不全	9		
消化器病	47		
胃の低または無酸症	22		
胃の過酸症	10		
胃・十二指腸潰瘍	5		
肝機能障害	9		
肛門病	5		

胃ガンの予防検診を初めは、1,000円でやってみました。すると、約10人の応募者がありました。1,000円では高く行かれないという声が多いということ、また保健婦さんから聞いたもので、医局会議の結果、思いきつて診察をレントゲンの透視と胃液検査だけにとどめて、600円方式にしてみました。すると今度はたちまち20人の応募者がありました。ところが、幸いなことに、この試みの好評を聞いて白田町の町会が大いに同調し、けつきよく費用の半額を、町の国保組合で負担することが決定されたのです。すると申込者はがぜん殺倒し、直ちに120名を越えるに至つたのであります。今まで検査した166名について、この「部分ドック」の結果を報告しますと、表7の通り一、これを見ても、その「潜在性」の疾病の多さに驚かされるではありませんか。

表 7 白田町における部分ドック成績

地区別の検診結果		白 田	切 原	田口青沼	計
胃 痛 ド ツ ク	検 診 者 数	38人	22人	32人	92人
	正 常 者	17	4	7	28
	低酸又は無酸性胃炎の者	8	7	3	18
	過酸又は胃潰瘍の疑の者	4	5	10	19
	正酸者中慢性胃炎の者	4	4	1	9
	潰瘍の為手術を要する者	3	2	4	9
	そのうち手術が済んだ者	1	0	0	1
	癌のため手術を要する者 そのうち手術が済んだ者 そ の 他	0 0 5	0 0 0	5 2 0	5 2 5
乳 癌 ド ツ ク	検 診 者 数	0	27	4	31
	正 常 者	0	22	2	24
	乳 腺 症	0	5	2	7
	乳 癌	0	0	0	0
子 宮 癌 ド ツ ク	検 診 者 数	3	33	7	43
	正 常 者	1	27	5	33
	異 状 者	2	6	1	9
	そのうち顕微鏡検査をうけた者 子 宮 癌	2 0	5 0	1 0	8 0

この中ですぐに手術をしなければならなかつた者が14名特に胃ガンを5名発見したことは大きな成功でした。おなかを触つてみると既に大きなガンのしこりがふれるのです。これには検査する医者の方も、緊張さざるを得ませんでした。ところが検査される人の方が、いつこう平気なのです。「こうやつて毎日働いておられる者が、ガンだなんて、馬鹿こくでねえ。」という始末なのです。もつとも、この連中はみんな、今ではもう手術も終つて元気で働いておりますが、これらの経験の中から、私たちは農村においてドック的な健康診断をすることの重要性、また、特にそれをできるだけ安い値段でやらなければならないということ悟つた次第です。

部落の中でこそ疾病と環境の連関はつかめる

しかし、こういう仕事を永続きしてやつていくには——これこそ、永続きしなければ意味がないのです。何といつてもいちばん必要なことは、私たちが農民の立場をよく理解しながらやることです。できるだけ良心的にこの集団検診に或いは「人間ドック」検診に、そして正しい「健康相談」に努力する。教えてやるというのではなく、農民と同じ立場で、日常のこまごました問題に至るまでの助言をしてやる。そういうふだんの努力が必要と思うのです。しかし、そのような努力をするには何といつても農民の実体がわかつておらなければならない。農民のくらし、——経済的に、経営的に、さらにその農業労働の実体、衛生環境、殊に住居や食事の内容を細かく知つていなければならない(表8)——次頁。農家経営の大小や、生活慣習の地域性などを具体的に知らずしてどうして正しい健康相談や生活指導や「生活改善」の方法ができるでしょうか。この様な努力の中からこそ、医学的にも真に具体的な予防医学の学問が発達してくるに違いありません。この農村における健康と環境との密接な連関の実態が私たちよくつかめれば、それに対する燃えるような同情心が自然湧いてくるにちがいないと思います。病院の中において、ただやつて来た患者だけを、おさなりに診療しているだけでは、このような農民に対する同情心は湧いてこないでしょう。ここに私たち全体の大きな問題と任務があるわけです。私たちの病院がほんとうに「農民のための」病院になるためには、どうしてもこの困難な問題を皆で解決していかなければならないのです。

一方には、病院の患者さんの診療を完全にするためにあらゆる技術的な勉強をすると共に、他方には、このような公衆衛生的活動にも力を尽す、——この私たちの方式をやり遂げるには「農民の心」を心とする事が最も大切だと信じております。ここにこそ、わが「農協病院」の存在理由が発するのではないでしょうか。

表 8

健康台帳

NO. _____

II 世帯カルテ

農家所得(年間, 1人当)
階層区分

村 部落

世帯主				職業								
家 族 構 成	なまえ	続柄	年齢	性別	職業	保険	備考					
		世帯主		男女								
				男女								
				男女								
				男女								
				男女								
				男女								
				男女								
				男女								
				男女								
経 営 規 模	農家所得		農 業		円		農業外		円			
	耕地面積		田	町反	七	畑	町反	七	山林	町反	果樹	町反
	家畜	乳牛	頭	役牛	頭	馬	頭	その他				
	機械化	動力耕耘機	動力フナムシ	動力脱穀機	トラクター	その他						
住 居	台 所	いわゆる台所の改善をした。しないかまたは 普通・改良						間取の略図				
		暖房は ストープ・いろり・ペチカ										
		井戸は 遠・近(m), 共同・個人, 水道・簡易水道										
		風呂 1週に何回(1人平均), すえ風呂, もらい風呂, 風呂場										
		便所 肥溜(野溜) 有 無										
主 食	白米, 七分づき, ハイガ米, その他											
	雑穀をまぜるか(麦, 粟, そば, ひえ)											
	粉食(うどん, そば)やパン食を 1日 回(1人平均)											
副 食	牛 乳		1ヶ月(1人平均)									
	山 羊 乳		1ヶ月(1人平均)									
食	卵		1ヶ月(1人平均)									
	油(植物性)		1ヶ月1家族									

(註) 私たちの「健康台帳」は、1個人カルテ、2世帯カルテ、3部落カルテの3者から成る (佐久総合病院)

(演題 4) に関する討議

質問： 健康手帳をどう利用しているか。

若月： 八千穂村で実験的にやっている。まだ使い始めてから4ヶ月であるが、これから彼らが病院に来る時だけでなく、3ヶ月に1回、説明、宣伝に行く予定である。これは自分自身が自分の健康を守っていくという態度をつくっていくことを目的としており、このことは非常に大切なことである。

また、農民の健康は、農業のあり方、農業経済等が関係があり、そのむこう側には、もつと大きいものがある。そこまでは、まだまだあるので啓蒙が大切である。

萩村： 役場との協力のあることはわかったが、保健所との協力関係はどうか。

若月： 保健所、医師会とも話し合い、承知はしてくれているが、忙しいので、余り協力していない。結核などでは、各地区を各病院と保健所が分担でやっている。結核検診についても健康手帳に書くところがある。

萩村： 医師会とは？

若月： いいことだといっている段階である。経済問題などがあるので、本格的にはやれない。予算も1人100円で村が予算化を70万円している。また、今、健康管理部を病院の中に作っている。

また、この仕事は、農家の経済、経営などまで考えねばならぬし、熱情を必要とするので誰でもやれるとはいえぬ。

曾田： 次々に他の村で希望したらやれるか。

若月： 今の人員ではやれぬ。

曾田： 会員が増えると地域が広がり、そのとき医師会とのタイアップをしなければやっつけられないのではないか。

若月： そこまでは考えていない。

関： 佐久病院の医師数は、その勤務年数は

若月： 医師は20名であり、この中には出張診療所の医師は入らぬ。この病院がはじまつてから15年であるが、平均7-8年の勤務である。

関： 特に共鳴を持って、来ている人が多いか。

若月： 然り

関： この人達が外にちらばつていき、そこで新しく仕事を開拓していこうとしているか。

若月： いいことだが、まだ、そこまでいかぬ。

関： 佐久病院に来て何年位いれば、何とか外に出せるようになるか。

若月： 2年で、はじめが大切、部落に行つて保健婦と同じような生活をして、問題点をつかむことが大切だ。これを技術と結びつけることだ。

久保： 若い人が、佐久病院に行くことを相談にくることがある。何も佐久に行かなくても農民に愛情をもっているかどうかということが大切ではないか。

若月： 初めから農村を愛することではない。たゞ農村にいと、理屈でなく、この仕事はいなあとということになる。

東田： この病院を成り立たせている背景がある。都会には都会なりの同様のものがあるのではないか。国保の経済で、こういうことは成り立つであろうか。

佐久病院の特殊性におぶさっているのではないか。

もし、これが一般化した時は、給付の問題が出てくる。国保の経済で成立していくだろうか。

若月： この場合は村で金を出す。村の国保自体がずつと予防の方に動いている。調べると給付の大部分は、数人の長期の人に使用されている。だからこの人達が早く発見されることにより、給付費用を少なくし、国保を安定させようと村の国保の人達自身が考えてきている。

東田： 国保がそのようになつているか。

若月： その通り

今の国保は政府負担は2割に過ぎない。また窓口徴収は医師の犠牲で行われている。すなわち、貧困者は自己負担がはらえないために医療機関に行かないし、また、行つた時に、はらえない分は医師の負担になつてくる。

(演題 5)

開業医師による公衆衛生活動の現状と将来

大阪大学医学部公衆衛生学教室 木村 慶

国民皆保険をめざす健康保険制度の普及は医学技術の専門分化の進展と相まつて、わが国の医療制度が従来から内包してきた多くの矛盾を拡大し、新しい条件に応じた医療保障体系の確立を強く要求するに至っている。

理念としてはすでに云いふるされておきながら、現実の問題として論じられる機会のなかつた“治療と予防の結合”という命題が今日かつかない生氣と具体性を帯びてとりあげられようとしていることも、このような動揺期に直面して、将来の医療組織を再編成しようするくわだてが表面化してきたからにはほかならない。昨年3月に発表された医療保障委員最終報告¹⁾をみても、その基本的な考え方としていわゆる Comprehensive Health Serviceの概念がとられており、医療組織、医療費、公衆衛生など、将来の制度のどの部分を論ずるにも“治療と予防の一本化”の構想がその基盤となつていることは周知の通りである。

医療担当者も勿論この問題に無關心ではありえない。すでに昭和32年には、医師会の地域社会活動の一環として会員による公衆衛生活動展開の必要性が強調され、日本医師会によつてその活動指針が示されている。²⁾³⁾⁴⁾ この方針は、その発表の時期からみて、当時日本医師会がとり組んでいた診療報酬単価引上げ斗争に対する世論を有利に導こうとする政治的な意図を含むものではあつたが⁵⁾⁶⁾、しかし、開業医師の立場からはじめてなされた公衆衛生活動に対する意思表示として注目に値するものであつた。

そこにみられるやや過剰な医師会中心主義に対しては一部批判もみられたが⁷⁾、この提言が公衆衛生関係者にとつて歓迎さるべきものであつたことは間違いない。とりわけ、昭和32年を期して強化された結核対策の重荷に喘いでいた保健所にとつて、その検診事業に医療機関の協力を期待できる情勢の生まれたことは全く好都合であつた。保健所と地域医療機関との提携の経験は、その年開かれた公衆衛生学会においてもとりあげられ⁸⁾⁹⁾¹⁰⁾¹¹⁾、地域公衆衛生活動に医療機関の果す役割を評価し、その中で保健所のあり方を考えようとする機運¹²⁻¹⁷⁾を生み出す契機ともなつたのである。

しかしながら、公衆衛生従事者の間にこのような波紋を投じた医師会の新しい活動方針も、かんじんの医療担当者の間では未だその評価がなされていない。さきにも触れたように、この方針のうち出された動機を考えればむしろ当然と云えるかもしれないが、現在行われている開

業医師の公衆衛生活動を将来における診療所機能の確立と結びつけて考察し、方向づけていこうとする。――そのような努力はなされていないのである。

大阪においても昭和32年以来、医師会の公衆衛生活動が著しく活発化しつつある。筆者はその運動の発展の経過と現状を把握し、問題点を明らかにすることによつて、診療所医師の公衆衛生活動の将来あるべき形態を検討したいと考え、昭和33年8月、大阪府医師会と共同してその実態調査を行った。

調査は郡市区医師会幹部を対象とするものと、診療所開設会員個人を対象とするものよりなり、いずれも郵送によつて行つた。その対象数、回答率等は表1表に示す通りである。

表1表 調査の対象と回答率

1 郡市区医師会調査	
対象(大阪府郡市区医師会総数)	44
回答	36(82%)
2 診療所開設会員個人に対する調査	
A 昭和32年11月現在府医師会員総数	5,024
B 調査母数(私的診療所会員)	3,778
C 抽出調査対象	962 $\frac{C}{B} = 25.5\%$
D 回答者	474 $\frac{D}{C} = 49.3\%$
E 集計対象(勤務医を除く開設者のみ)	456

I 活動の現状

1 大阪府医師会における運動の展開

大阪における医師会の公衆衛生活動は明らかに昭和32年7月、日医による「医師会中心地域社会活動の必要性、理念並びにその具体的方法」の発表を契機として拡大された。

公衆衛生に関する郡市区協議会の開催¹⁸⁾各種研究会、討議会への参加¹⁹⁾²⁰⁾²¹⁾など府医師会としての活動の後を追つて、各郡市区医師会でも公衆衛生委員会の設置²²⁾²³⁾(表1回)、保健所との懇談会、各種集検の実施或いは協力、衛生教育活動などが精力的に行われた(表2表)。とくに衛生部局、保健所との懇談会開催がめだつているが、当時保健所がその確立を求めている在宅結核患者管理システムへの主治医の参加も、このような会合を通じて進められたのである。

大阪における活動がこのように衛生行政機関と密接な連繫をもつて開始され、いたずらに

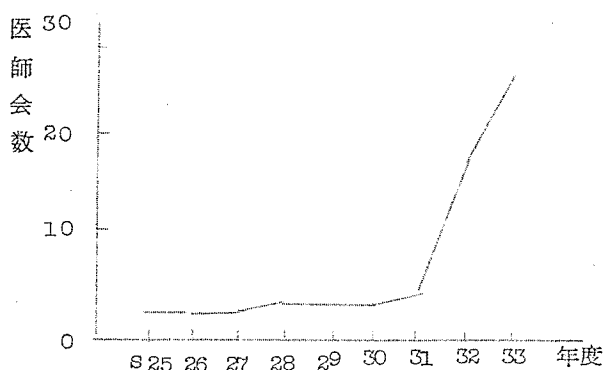
(昭和32年7月以降)

年	月	府 医	郡 市 区
32.	7	「日医通常時活動方針」検討	()内は活動内容, (HC)は保健所との懇談会を示す。
	8	公衛に関する郡市区協議会	
	9	公衛に関する大阪市内各区協議会 公衛に関する府下各都市協議会 公衆衛生委員会(10名)設置	布施(HC)
	10	(才12回日本公衆衛生学会総会)	南(HC)
33.	1	郡市区公衛担当理事連絡協議会	
	2		福島(HC)
	3	府保健婦研修会に講師として参加	
	5	大阪公衛協会「予防接種討議会」に出席	東住吉区(血圧), 吹田(血圧)
	6	医師会・学校医会・HCによる公衛協議会主催	北・東・大淀・東淀川・堺・西成・守口・浪速・福島(HC)
	7		南(健康相談) 豊中・池田・箕面・生野・東成・布施・阿倍野・東淀川・城東・港(HC), 枚岡・大淀(映画・講演)
	8	公衆衛生活動実態調査実施	都島(HC), 泉北(老人健康相談)
	9	公衛大阪地方討議会に参加	福島(血圧)
	10	各郡市区会長一日保健所長	
	11		貝塚(映画)
34.	1	公衛に関する郡市区協議会	
	2	対癌活動懇談会主催	八尾(HC)
	4	対癌活動アンケート(開業会員対象)	
	5	(対癌協会大阪支部発足)	

資料: 大阪保険新聞

“医師会中心”のセクト主義に陥込まなかつたことは運動の将来にとってまことに幸いであつた。

才1 図 公衆衛生委員会を有する郡市区医師会の増加



このことは、(1)大阪においては日医の方針発表以前にすでに医師会の公衆衛生活動がかなり進行していたこと(例えば東住吉の予防接種、血圧検診²⁴⁾、城東の結核住民検診への協力²⁵⁾、池田、吹田の結核精密検診⁸⁾²⁶⁾²⁷⁾²⁸⁾²⁹⁾、吹田の乳児所外クリニック²⁹⁾³⁰⁾など)、(2)これらの経験によつて公衆衛生従事者の側にも医師会の方針をうけとめる基盤が成熟していたこと、(3)大阪公衆衛生協会専門部会という共通の協議の場が与えられ、大学関係者によつて積極的に両者の接触が図られたこと³¹⁾³²⁾などにその原因を求めることができよう。

2 活動の内容

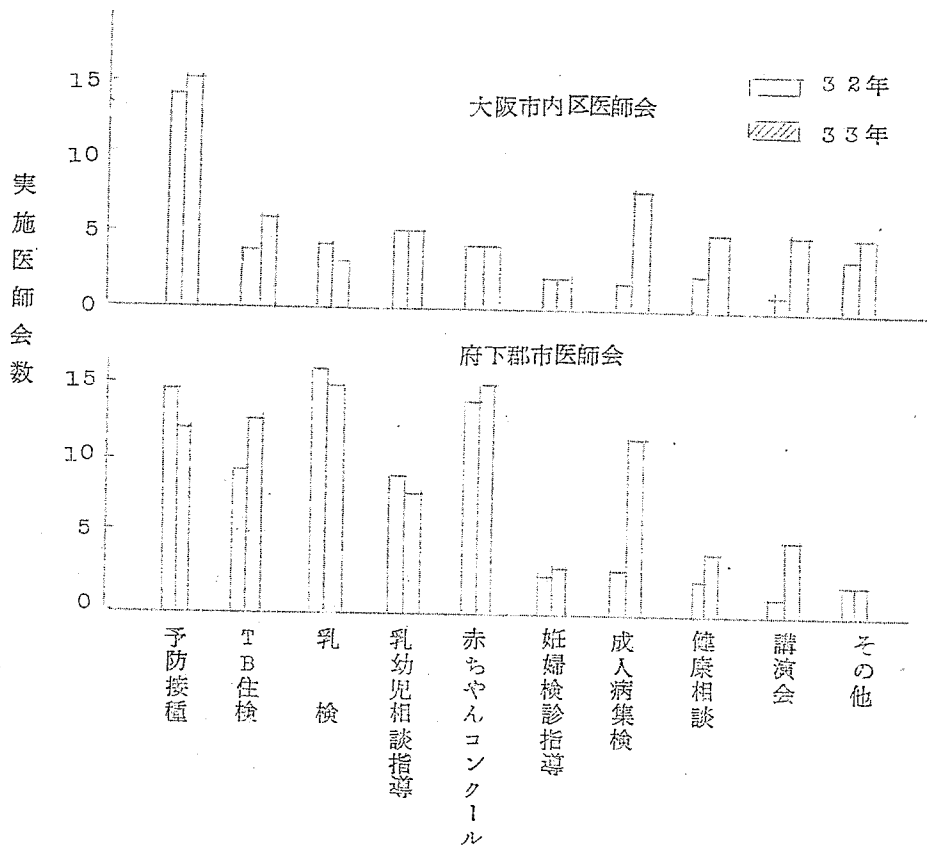
現在医師会がいわゆる公衆衛生活動として行つている仕事は、才2 図にみられるように保健所ないしは市町村の行う事業への協力を主としている。その範囲は地区公衆衛生事業全般に互る広汎なものであるが、大阪市内の医師会よりも府下医師会の方がより多様且つ活発に活動していることがわかる。

32年と33年を比較すると、とくに成人病集検(血圧測定)が増加しているが、活動の新しい分野として今後更に伸びていくことを思わせる。

なお才2 図の諸活動のうち行政への協力でなく、医師会が自主的に企画、実施しているものを才3 表にとり出したが、これらも明らかに増加しており医師会の積極的な意欲を示している。

才2図 公衆衛生活動の内容

市内・府下・32年・33年の比較



才3表 医師会が自主的に行つた活動(実施医師会数)

活動内容	32年度	33年度
成人病集検(血圧測定・検尿)	3	4
保健に関する講演会	1	3
一般的な健康相談	0	2
乳幼児保健相談, 指導	1	1
計	5	10

3 会員の参加状況

回答のえられた医師のうち昭和32年度中に一度でもこれらの活動に参加したものは、才4表の通り府下、市内を通じて65%前後に達する。ところが参加者1人当りの年間参加回数は才5表に示すように、府下では大阪市内の2.3倍、年間7.4回に及んでいる。

これを医師の専門別(標榜科名より三群に分けた)に比較すれば、府下では明らかに差が見られ、参加率、活動量いずれからみても内科、内外科系の医師がその主力となつていことがわかる。これに反して大阪市内では外科系の医師も同等に活動しているようである。

また医師の専門別に参加している専業内容をみたところ、府下では内科系の医師は結核予防、母子衛生に多く参加しているが、外科系は予防接種が主であり、選択的に会員の参加が求められていることを思わせる。一方、市内では予防接種がいずれの場合にも大部分を占めており、府下のような傾向はみられなかつた。

才4表 会員中公衆衛生活動への参加者の割合 (昭和32年度) (%)

	内科系	内外科系	外科系	総数
市内	61.6	74.0	60.8	65.1
府下	78.6	68.0	36.3	63.2

才5表 参加者1人当り年間参加回数 (昭和32年度)

	内科系	内外科系	外科系	総数
市内	3.4	2.8	3.2	3.2
府下	7.3	8.4	5.8	7.4

4 報酬の実態とそれに対する医師の要求

開業医師の公衆衛生活動に対する報酬が不当に低いものであることは屢々問題にされている。その実態を都市区医師会を対象とする調査で知り、他方個人調査によつて活動に参加した医師の報酬に対する意見を求めた。

才6表の通り、大阪市内において一応報酬の出されているのは予防接種のみであり、しかもその額は出来高払い1件3円という低額である。これに反して府下の市町村は大部分の専業に報酬を払つており、その額も半日400-500円が標準となつている(成人病集検に対しても昭和34年度からは報酬が支払われるようになった地区が多い)。

このような現状に対して会員のもつている要求を才7表にみると、予想に反して市内会員の要求が低いことに気づく。これはすでにみたような市内の活動量が現状では比較的少いこと

茅6表

専業別報酬の有無

(昭和33年度)

	市 内		府 下	
	実施医師会数	報酬あり	実施医師会数	報酬あり
予 防 接 種	15	15	12	12
結 核 住 検	6	1	13	10
乳 検	3	1	15	14
乳幼児保健相談	5	1	7	3
赤ちゃんコンクール審査	4	0	15	10
妊産婦検診・指導	2	0	3	2
成人病集検	8	2	11	2
一般健康相談	4	0	4	1
講 演 会	4	1	5	0
そ の 他	4	1	2	2

茅7表

報酬額に対する会員の要求

(%)

	もつと増すべき	今のままでよい	今より少なくてよい	分らぬ	記入なし	計
市 内	25.0	20.9	2.0	41.4	10.7	100.0
府 下	45.0	33.7	—	16.2	5.1	100.0

(活動に参加しなかったものは除いた)

のほかに、僅かな報酬を参加者に分配することをせず医師会収入としているところが多いことが大きな原因とみなされる。「分らぬ」が41%を占めていることがそのことを示している。逆に府下では市内より多額の報酬をえているが、その仕事量が多いため不満も強いと考えられる。

報酬要求が活動量によつて左右されることを更に明らかにするため特定地区を選んで検討を試みた。(茅8表にあげた医師会は、いずれも特徴的な公衆衛生活動を行つている地区であり、本調査の抽出者以外にとくに対象を増し別個に回答を求め、地区毎の検討に耐えるように企画した)。表に明らかなように、参加者1人当りの参加回数が減るにつれて報酬要求は並行して消極的となつていく。この表は行政機関の依頼を受けて行う活動に対する報酬要求を示したのであるが、医師会の自主的な活動として無料血圧測定、無料健康相談を大々的に行つている東住吉²⁴⁾南³³⁾において不必要という意見が異常に高い(*印)ことは興

味がある。

才8表 活動量と報酬に対する意見 (％)

地 区	1人当り年間参加回数	必 要	不 必 要	どちらでもよい	記入なし	計
池田箕面	8.7	91.0	4.6	4.6	—	100.0
吹 田	7.8	71.3	5.9	17.7	—	100.0
城 東	4.8	73.5	5.9	20.6	—	100.0
京 住 吉	3.4	53.7	16.9*	27.7	1.5	100.0
福 島	2.5	57.1	9.5	28.6	4.8	100.0
南	1.5	35.7	28.6*	35.7	—	100.0

5 医師会の果すべき役割はどう考えられているか。

地域における医師会の活動の仕方には、行政機関の依頼に応じて全く受動的に行うものから、医師会のみで企画、実施するものまで種々の段階のものがみられる。

そこで、保健所の活動と医師会の活動との関係について意見を求め、医師会がどの程度の能動性をもって地域の公衆衛生に関与しようとしているかを知ろうとした。

才9表 医師会の公衆衛生活動と保健所との関係についての意見 (％)

	郡市区医師会	会 員
保健所に責任があるから保健所だけでやるべきだ	—	6.7
保健所に責任はあるが、求められれば医師会が協力する	33.3	45.1
保健所、医師会共に責任をもち互いに補いあうべし	58.4	45.7
医師会は独自の分野で自主的にやる	2.8	2.5
記 入 な し	5.6	—
総 数	100.0	100.0

才9表に郡市区医師会としての意見と、会員個人の意見とを並べて示したが、医師会幹部では「保健所医師会共に責任をもち互いに補いあうべし」とする積極的な意見が主導的となつているが、会員個人の中には「求められれば協力」というやや消極的な意見がなお多いことがわかる。

このような考えは活動の経験によつて変えられていくことが想像されるのであるが、事実結核住民検診に際してその企画の段階から参加し、実施面でも精密検診を担当した池田箕面医師会²⁶⁾²⁷⁾では、「共に責任をもち補いあうべし」とする意見が72.7%と著しく多い。

一方、同じく結核検診に参加はしているが、保健所の依頼を受けて当日のツ反、BCG接種の技術提供にとどまっている城東地区医師会では逆に、「求められれば協力」という意見が55.9%を占めるといふ結果がえられており、開業医師の考え方を固定したものとして評価することの誤りを示唆している。

II 現状批判と将来への展望

以上われわれのえた調査結果について述べてきたのであるが、最後に総括を兼ねて医師会ないしは開業医師の現在行っている公衆衛生活動の問題点を、診療所の将来の機能と関連づけて考察してみたい。

1 公衆衛生活動に対する適正報酬が確立されねばならない。

現在支払われている報酬が不当に低いことは明白である。従来より開業医の公衆衛生活動は無料社会奉仕として行うという一種の通念が存在していることがこの問題の改善を阻んでいるのであるが、このような考えは早急に払拭されねばならない。

将来直面するに違いない診療所、病院の機能分化の要請に応じて診療所医師の任務の確立を図ろうとする場合、家庭的な予防医学担当者としての役割が当然想定される。しかも今後の公衆衛生が、成人病対策、総合的な小児保健、老人対策などいよいよ地域の臨床家の参加を必須とする領域へ拓けていくことも必定である。その場合に行われる広汎で多量の活動を無料奉仕として、本来の医業と切離した形で行うとは考えられない。病院医師が細分化された専門技術に報酬をうけるに対応して、診療所医師はかかる予防医学的活動に対する適正な報酬を要求せねばならなくなる。

現在の報酬を適正なものに是正すること。これは開業医が将来の地位を確保するためにもまた開業医の大巾な参加により地域住民に対する保健サービスをより密度の高いものに前進させるためにも、早急に着手さるべき課題である。

2 医師会は地域保健事業に能動的に加わるべきである。

医師会の公衆衛生活動が、保健所、市町村の一方的な企画のままに求められた協力の責を果すにとどまっているのでは、開業医師の間に公衆衛生に対する積極的な意識の生まれるはずがない。保健所との接触を密にし、各種事業に企画の段階から能動的に参加している地区においてはじめて、そのような意識が育てられるのである。

一方、医師会の主体性を重んじて医師会独自の企画による公衆衛生活動もさかんになってきている。しかし、主体性は行政機関を切離した活動においてのみ発揮されるとは考えられない。医師会の主体性を能動的活動によつて保ちつつ、それらと共同作業を行うこと、医師

会が地域の衛生行政に対して積極的に発言する機会をうるためにもこのことは重要である。

3 一律に会員を動員する活動形態は再検討されねばならない。

大阪市内医師会にみられたように、個々の医師の専門を考慮せず輪番制（市内医師会の $\frac{3}{5}$ がこの形をとっている）で会員を動員することは検討の要がある。

一方で一般医的な役割を期待されつつも、最近では従来のいわゆる全科医は、医師の間でも患者の間でもむしろ敬遠される趨勢にある。医療機関の分布が密で、診療所の相対的な専門分化が進んでいる地域では、公衆衛生活動に際しても個々の医師の条件に応じて分野の分担が考えられるべきである。

大阪府下にみられたように、要求量の増大はおのずから活動をそのような形態へと移行させるものであろうが、公衆衛生活動を本来の医業から切離さず、日常診療の拡大、延長として展開させるためには意識的にも現状を改めることが必要である。

4 開業医師が個人として行っている公衆衛生活動を評価すべきである。

今回の調査の結果、かなり多くの開業医師が学校医、専業所医として働いていることがわかった。（オ10表）これらはその動機は様々であるが、個々の医師が自らの条件に応じて

オ10表 学校医、専業所医をしている医師の割合（％）

専 門	主 校 医	専 門 科 校 医	専 業 所 医
内 科 系	35.0	0.5	33.3
内 外 科 系	26.8	2.8	33.5
外 科 系	4.8	25.8	9.4

夫々の専門系の医師総数を100とし、該当者の％を示す

自発的に行っている活動であり、これまで述べてきた地区医師会員として行うものとは異っている。そのためか、これらには一般にはいわゆる開業医の公衆衛生活動としては意識されていない（学校保健については、最近になって医師会の公衆衛生活動の一環として行うという主張が強まってきているが³⁴）。

現在の学校保健事業がなお不完全であり、中小専業所の健康管理に至っては放置されているというに等しい現状を考えると、将来これらの分野の活動強化が望まれることは明らかである。その時この要求に応えるものが開業医であり、有志の医師がいわば地区医として、地域の学校、専業所の健康管理に当たるという将来の姿が考えられるのである。

現在これらの分野で働いている開業医の経験は、そのような目的意識をもつて組織化される必要がある。

5 開業医師の公衆衛生活動の場合は才一に自らの診療所でなければならない。

現在行われている活動は、それが行政への協力にしる、自主的な事業にしる、いずれも住民を集団として扱うため診療所を出て行かう活動を主としている。

わが国の公衆衛生が医療機関を除外して、衛生行政機関のみで行われてきたという事情は、公衆衛生活動即ち保健所活動という偏った観念を生んでしまった。医師会の云う公衆衛生活動も保健所活動をモデルとするためか、やはり街頭進出型の活動という枠の中で考えられる傾向がみられる。

公衆衛生活動に対する基本的な考え方として、これには臆い反省が必要なのではあるまいか。かかる形態の活動のみが経験される結果として、1に述べた無料社会奉仕、3の一律職員という考えが通用し、4で述べたような活動の限定が生ずる。そしてすでに再三述べたように、公衆衛生活動を本来の診療活動の一部として自覚することを妨げるのである。

現在のところ保健所や市町村の手で行われている各種の事業が、診療所医の業務としても確立され、診察室で日常行う予防医学的活動も行政機関で行われるものと同等の扱いを受け医師には診療活動の一部として当然の適正報酬が保障される。このような姿の公衆衛生活動こそが住民にとつても望ましいのである。

現在でも多くの開業医師が自らの診療所で随時予防接種を行っている（今回の調査では内科系医師の71.5%、小児科では78.2%）。住民には歓迎されるこの予防接種も現在のところ法的に正規のものとはみなされてはいない。

結核住民検診については、精密検診の委託方式が採用され、望ましい方向へ一歩前進している。結核家族検診にも同じ方式が採用されるべきであろう。

小児科では栄養、育児の指導が、その診療活動のかなりの部分を占めるに至っていると云われている。これらも保健所や市町村の行うものと同じく、地域公衆衛生事業の一部として扱われるべきである³⁵⁾。

それぞれの医師の専門に応じて、現在では全く任意に行われているこのような活動が、保健、医療制度の一部として体系化され、制度化されること。これなくして将来の診療所機能の確立は果されないし、病院医師に対比すべき待遇の保障も期待され難いであろう。

本来あるべき診療所の公衆衛生活動の姿をそのように見究め、この目標に向つて現状の改善策を講じていくことが、保健、医療制度の過渡期にある現在とくに重要であると云わねばならない。

参 考 文 献

- 1) 厚生省：医療保障委員最終報告，昭和34年3月
- 2) 日本医師連盟：日医連常時活動の方針，昭和32年6月
- 3) 日本医師会・日本医師連盟：医師会中心地域社会活動の必要性，理念並びにその具体的方法，昭和32年7月
- 4) 遠藤朝英：医師会の地域社会活動について，日本公衛誌5(8)，371，昭和33年8月
- 5) 武見太郎：国民啓蒙に日医連の常時活動，日本医師会誌37(11)，713，昭和32年6月
- 6) 日本医師会第10回常任理事会記録(昭和32年7月9日)：地域社会活動委員会に関する件，日本医師会誌38(4)，177，昭和32年8月
- 7) 伊吹峻三：「医師会の地域社会活動について」を続いで，日本公衛誌6(2)，60，昭和34年2月
- 8) 井田直美：結核住民検診に於ける医師会との協力活動について，日本公衛誌4(11-増)415，昭和32年11月
- 9) 菊地武正：医師会が住民検診を実施した場合の状況，日本公衛誌4(11-増)416，昭和32年11月
- 10) 浜口剛一他：吹田保健所の所外乳幼児相談について，日本公衛誌4(11-増)6昭和32年11月
- 11) 伊藤 龍：保健婦と協力すべき諸団体，関係機関とそのむすびつきについて，日本公衛誌4(11-増)16，昭和32年11月
- 12) 座談会「公衆衛生と社会保障」：公衆衛生22(1)，33，昭和33年1月
- 13) 吉田幸雄：病院とHealth Centerの地方組織化(Regionalization)について，公衆衛生22(1)，23，昭和33年1月
- 14) 厚生省公衆衛生局：保健所の現状とその対策について，日本公衛誌5(11)572，昭和33年11月
- 15) 厚生省保健所課：保健所の充実強化について，日本公衛誌6(11)51，昭和34年1月
- 16) 保健所管理セミナー：医療機関，関係行政機関との連携，公衆衛生23(1)67，昭和34年1月

- 17) 塚本 宏：今後の保健所問題をめぐる諸問題—医療と公衆衛生の結びつきを中心に，公衆衛生 23(6)，382，昭和34年6月
- 18) 大阪府医師会：公衆衛生に関する郡市区協議会開催報告，日本医師会誌38(6)，335
昭和32年9月
- 19) 才4回公衆衛生大阪地方討議会記録：地域における結核患者管理方式の検討，大阪公衆衛生 No. 2，23，昭和33年10月
- 20) 同上記録：医師会と公衆衛生活動，大阪公衆衛生 No. 2，26，昭和33年10月
- 21) 大阪公衆衛生協会：予防接種の普及方法の検討，大阪公衆衛生協会保健予防部会資料 No. 3，昭和33年5月
- 22) 中山信正：医師会と保健所，公衆衛生 22(8)，436，昭和33年8月
- 23) 藤原 哲：医師会の公衆衛生活動，大阪公衆衛生 No. 4，25，昭和34年6月
- 24) 村田武一：東住吉区医師会の公衆衛生活動の歩み，大阪公衆衛生 No. 2，26，昭和33年10月
- 25) 西 滋夫他：一般市民の結核管理方式について，とくに一般市民結核健康診断予防接種の実際について，日本公衛誌4(11-増) 272，昭和32年11月
- 26) 井田直美：保健所と医療機関との連携，公衆衛生 22(8)，438，昭和33年8月
- 27) 巽 庄司：住民検診における池田箕面医師会の活動，大阪公衆衛生 No. 2，27，昭和33年10月
- 28) 浜口剛一：保健所と医師会の協力による結核対策の推進，大阪大学医学雑誌11(11-補冊3)，233，昭和34年11月
- 29) 武井 久：吹田市における医師会の公衆衛生活動—成果の分析と問題点，大阪公衆衛生 No. 2，28，昭和33年10月
- 30) 浜口剛一：地区婦人組織を基盤とした公衆衛生活動の発展過程について，公衆衛生 22(8)，444，昭和33年8月
- 31) 朝倉新太郎他：大阪の公衆衛生小観，公衆衛生 22(8)，401，昭和33年8月
- 32) 特集—大阪公衆衛生協会一年の歩み，大阪公衆衛生 No. 4，昭和34年6月
- 33) 政山龍隣：南区医師会の公衆衛生活動，大阪公衆衛生 No. 2，27，昭和33年10月
- 34) 大阪公衆衛生協会討議会「学校保健の組織的展開」記録，大阪公衆衛生 No. 6，印刷中
- 35) 伴 一枝：母子衛生活動にみられる保健所，医師会および地域組織の連携，大阪大学医学雑誌11(12) 5641，昭和34年12月

(演題 5) に関する討議

萩村： やつていることは大賛成であるが、話自身を聞いているとやはり保健所中心主義、技術中心主義である。東京の者として聞いていると、保健所中心主義はいかん。技術中心主義はいかんと云われているが、言葉のあやでおつしやることには賛成だが、感情的反発を感じる。

関： つまり、保健所の拡充を考えずに他のことを考えているということですか？

萩村： そうです。が大阪の方は拡充されている。

東田： ㉝表に示されているものなどは深い問題提起である。日常業務の方へと進むべきであると思う。実は私も自主的に延びることを期待していた。けつこうな事である。対癌対策に協力してくれとたのまれたが、どの程度まで診療所が対癌運動に実際的に参加できるか。一般診療所がどの程度までできる能力があるか。それを基礎にして能力をたかめその上で癌センターと協力する。

㉞表などは見のがしていることで、学校医を医師会の中にどのように結集して行くか、事務所や学校における健康管理をいかにして行くか、開業医の参加は望ましいが医師会としてどの程度可能か。悪くいくと仕事よこせ運動になる。自治体がやれないから医師会にまかすという形が多い。大阪ではやや解決されているが、このため適正な報酬が必要である。同時に診療報酬の値上げ要求も必要である。

実戸： もつと増すべしと云う人はどのへんに基礎をおいているか。

木村： アンケートは主観的な解答である。この調査では不充分で実態調査を別にしよう計画している。

久保： ボーダーラインすれすれの人を対象にして健康を守る会を作る時、医師会にとり上げさせようとしたが、だめで、町会単位でとり上げるとこれはいわゆる利害関係がからまり、活動者中心に各開業医をまわって組織した。

医師の方は利害に結びつかないと動かない。町民の方は気まぐれで健康を守るより生活を守ると云う方へ流れて行き活動に仲々参加しない。地区組織の問題が必要だがどの程度既存の組織が使えるか画一的には述べられないではないか。

曾田： ㉞表で(1)、(2)と分かれているか、自主的に行う場合に報酬を出すと云うのは具体的にどう云うことか。

木村： 市町村から報酬が出ない時は医師会から出ている。自主的活動の内容がさまざまで講

演会などもあり、これは医師会から出ている。

曾田： 報酬の所も報酬ありとある所はどの程度まで報酬が現在出ているか、適正かどうか。

開業医の公衆衛生活動は予防活動を考えると公衆衛生的な性格を帯びてくる。コミュニケーション・サービスの間に個人に対するサービスがどのように行われているか。

日常の業務に含ませて行うか、或いはいろいろ指導するか法律で決まっている公衆衛生上意義ある仕事がある。例えば死亡届など。

それにどの程度の労力がさかれているか調べてほしい。病院と診療所でサービスのちがいがあろうか、公衆衛生活動の面でもちがいがあろうか、どの程度のことが行われ協力ができるか。

久保： 一般の開業医で治療と予防の結合と云うことが現在には行われていない。仏教的理念で苦痛を取り除くのが医師の仕事と考へているので、医師の教育と云うことを一緒に考える必要がある。

曾田： 予防医学的意識と云った方がよい。

東田： 私は意識の問題ではないと思う。診療報酬のことから考えるべきで、大阪は公衆衛生活動が進んでいるが、会員のPR活動が必要である。

診療報酬制度のあり方の検討が必要である。最大公約数の所で皆が納得する所でもって行かないといけない。医師会活動をあまり楽観しすぎるのは、本質的に保守的だから危険である。

関： 問題の処理のしかたは報酬を大阪府医師会として行政当局と折衝する所までできているが、私はすぐうまくいくとは思っていない。調査をうまくしてそれを基礎にいろいろと話してこまかい折衝をして実現して行くのである。また、成人病の検診の問題が一つ、現在子宮癌の患者の非常に短い手術後の経過を見ると、生活保護法を受けた人の方は健保、自費と比し10倍以上ある。こういう問題を医師会、対ガン協会という組織を通じて行政当局に働きかける。金はあまりかからない2000万円で作れる。すなわち、医師会の行政当局への今後の折衝のTrainingとして報酬の問題の行政との折衝をこの面からも一つ考えている訳である。

(演題 6)

保健と福祉の地区組織活動の関係についての考察

国立公衆衛生院 橋本正己

本研究は、研究会の申し合せにより、発表の内容を日本公衆衛生雑誌第6巻、第8号(昭和34年8月)に掲載したものをここに転載したものである。

I はじめに

わが国の公衆衛生は戦後10余年の間に注目すべき進歩を示したが、その中で特筆に値する動きのひとつは公衆衛生の問題を中心とした地区組織活動であろう。とくに「カとヘエの駆除」などの環境衛生についての地区組織活動は、そのテーマがすぐれて実践活動的なものであつたため、すでに農村と都市の相当広い範囲にわたつて興味ある発展を示しており、このほか母子衛生、栄養改善、結核予防等についてもそれぞれの立場で地区組織活動が進められていることは周知のとおりである。しかしながら、現在までの段階ではこれら各種の地区組織活動は、相互に積極的な関連なしに進められている傾向が強くなり、かねがね識者によつて総合的運用の必要性が強調されてきたのである。

一方、社会福祉の分野においても、昭和26年以降全国社会福祉協議会の構想によつて、Community Organization の理論による社会福祉協議会を中心とした地区組織化活動が全国的に進められてきたのであるが、これもまた公衆衛生の地区組織活動との間にはほとんど積極的連絡協調なしに今日に至っているのが実情であるといえる。

近年国民皆保険、国民年金等の一連の社会保障制度が実施への一歩を進めている現段階において、今後社会保障制度の総合的効果を期待するためには、政府当局の一方的努力のみでなく、生活連帯の意識に根ざした国民の積極的、組織的な参加が不可欠の要件であることは論をまたないところである。

本年5月、保健と福祉の関係団体の協力によつて新しく保健福祉地区組織育成中央協議会が発足したことも、このような時代の要請に応じて地域社会の日常生活という一体不可分の立場から、保健と福祉の組織活動を有機的連携の下に一体的に進めようとするものに他ならないといえる。以下にこのような立場にあつて、保健と福祉(これらの用語については吟味の必要があるがここでは公衆衛生と社会福祉の意味に用いることとする)の地区組織活動の関係について若干の考察を加え、両者の今後の一体的な発展に資したいと思う。

II 保健に関する地区組織活動の沿革と現状

一般的な隣保協同の組織は別として、衛生問題を中心とした地区組織の歴史は明治の初頭に始まったものといえる。すなわち、戦前における衛生の地区組織として知られている旧衛生組合が法的根拠に基づいて発足したのは明治30年の伝染病予防法の施行以来のことであるが、その濫しうは明治13年4月に設けられた町村衛生委員の活動にみられる。とくに明治20年前後から度重なるコレラの大流行が契機となつて、明確な意図と形態をもつた自主的な衛生会や衛生組合が形成されていつたことは注目に値するといえる。これらの自主的な衛生組合の活動状況については省略するが、予防医学の確立されていない明治の初期に、しかもまた町内会などの自治組織もほとんどみられない時代に、熱心な先覚者を中心として衛生思想の普及と伝染病予防のための自治活動が行われたという事実は高く評価されるべきものと考えられる。

明治30年4月、伝染病予防法が公布され、この際それまでの自主的な衛生組合の実績が認められて伝染病予防に対する住民の協力組織としての衛生組合が同法の中に規定された。その後衛生組合は、明治末期から大正にかけてに全国に普及していつた。当時の大日本私立衛生会雑誌などには、全国各地の優良衛生組合の活動状況がしばしば報告され、これらの組合は衛生思想の普及、防疫作業への協力、清潔清掃の励行などを熱心に行つていた様子がうかがえる。しかしながら、大局的にみると衛生組合の運営については有名無実なものが多く心ある人びとにとつて悩みの種であつたようである。このようにして昭和の初頭には衛生組合の数は約73,000に上りほとんど全国に普及し、とくに普通選挙などとも関連してに大都市、府県から全国へと強力な連合体が結成され、衛生組合に関する単独法制定の動きが盛んになつたが、この法案の内容は衛生自治の範囲を遙かに越え市町村の衛生事業に肩代りするようなものであつたため、貴族院の反対で審議未了に終つている。その後時代は日支事変から太平洋戦争へと進展し、終戦によつて衛生組合も町内会、部落会等とともに50余年の歴史に終止符を打つたことはわれわれの記憶に新しいところである。以上の旧衛生組合についての反省点を要約すると、およそ次の通りである。

- (1) 法律の規定によつて形式ばかりが先走つて整備され、内容ないしは地域社会の盛り上げが伴わなかつたこと。
- (2) いきおいの赴くところ衛生自治活動の範囲に止まらないで、当然市町村が行うべき行政の分野にまで深入りしたこと。
- (3) もつぱら上意下達のための役所の下部組織と考えられたため自主性が弱かつたこと。



旧衛生組合の解散によつて、明治の初期以来の地区衛生組織はいちおう終止符を打たれたのであるが、終戦による社会情勢の激変と新しい民主主義思想の洗礼によつて、数年を経ないうちに公衆衛生をテーマとした新しい地区組織活動の胎動がみられることは、きわめて注目すべき事象である。これらの地区組織活動は現在では公衆衛生の多種多様の分野に及んでおり、中には母子衛生のように愛育村の活動として昭和11年頃から発足し戦時中中断されていたものが戦後再び活発に動き出したものもある。しかしながら、その実践方式と基本的な考え方において、戦後の地区組織活動の原動力的な役割を果しているのは、「カとハエの駆除」を契機とする環境衛生の分野における地区組織活動であるといえる。

これらの地区組織活動の発展過程等については、すでに本誌上でも度々紹介されているのでここでは省略することとするが、参考までに昭和30年を対象として、厚生省保健所課が調査した全国約12,000のいわゆる地区衛生組織の種類とその主な活動のテーマ、並びに厚生省環境衛生課の調査による組織活動による「カとハエの駆除」実施地区の年次の普及状況を示すと表1-3のとおりである。

表1 地区衛生組織の種類

	組織数	種類
① 町内会、部落会等	4,114	37.7%
② 衛生自治会、衛生協力会 衛生組合等	3,296	30.2
③ 青年団、婦人会、PTA 4Hクラブ、農協等	2,153	19.2
④ 委員制組織	799	7.3
⑤ その他	561	5.1

(厚生省保健所課調 昭和30年)

表2 地区衛生組織の主な活動のテーマ

	組織数	%
① 環境衛生	8,615	78.8
② 伝染病予防	1,543	14.1
③ 母子衛生	975	8.9
④ 栄養改善	860	7.9
⑤ 受胎調節	736	6.7
⑥ 結核予防	561	5.1
⑦ 寄生虫予防	447	4.1
⑧ その他	387	3.5
⑨ 歯科衛生	133	1.2

(厚生省保健所課調 昭和30年)

表3 地区組織活動による「カとヘエ駆除」実施地区の普及状況の年次的推移

調査時期	全 国		市 部		町 村 部	
	地区数	人 口	地区数	人 口	地区数	人 口
昭和29年12月末	5,922	6,174,545	2,381	3,042,414	3,541	3,132,131
昭和31年9月末	23,324	24,118,352	11,080	12,921,518	12,744	11,196,834
昭和32年1月末	32,086	30,653,970	13,555	17,278,082	18,531	13,375,888
昭和33年3月末	51,276	42,311,677	22,660	25,441,435	28,616	16,870,242

(厚生省環境衛生課調)

III 保健に関する地区組織活動の特質と問題点

以上にみてきたように、戦後における公衆衛生の諸問題を中心とした地区組織活動の一般的な特質としておよそつぎの諸点をあげることができる。

- (1) 「カとヘエの駆除」など住民の日常生活に密着した公衆衛生上の具体的な目標をもつ、自主的な民間の組織活動であり、画一的な組織や機構に捉われていないこと。
- (2) 100—200世帯程度の比較的小さな地区が単位となり、衛生個有の団体ばかりでなく、婦人会、青年団、こども会、自治会など地域社会の各種の組織、団体が共通の計画に基づいて、問題解決のための組織的な実践活動が行われていること。
- (3) ひとつのテーマに終始せず、ひとつの問題を手がけたことがきっかけとなって、しだいに総合的な生活の改善合理化、ひいては新しい地域社会の形成にまで発展しつつあること。
- (4) 法制的に制度化されていない自主的な民間の組織活動であるが、保健所等による技術的援助が重要な役割を果たしていること。
- (5) 一部の例外を除いては、国、都道府県等からの補助金なしに自主的に事業が運営されていること。
- (6) 大都市をはじめ、都市においてはいわゆる保健委員の制度が相当に普及し、地区組織活動のひとつの拠点としての役割を果たしつつあること。



つぎにこれらの保健に関する地区組織活動が現段階において当面している主な問題点をとりまとめてみよう。

- (1) 地方より普及の況およびその発展段階に相当の差がみられること。
- (2) ひとつのテーマに終始せず総合的に発展しているものもあるが、一般的にみると、プログ

グラムごとに別個に進められている場合が少なくないこと。(地区組織活動のそれぞれの発展段階に応じて、どの段階でどのようなテーマをとり上げていくかの問題)

(3) 都市とくに大都市における地区組織活動のあり方を実践的に確立する必要があること。(実践活動と協議体組織の関連を中心として)

(4) 従来のさまざまな地区組織活動を地域社会の生活という立場から効率的に運用するため、地区の協議体組織を制度化する必要があること。

(5) 地区組織活動に残存する前近代的要素を如何にして克服するか。

Ⅳ 福祉に関する地区組織活動の特質と問題点

福祉に関する地区組織活動の中核をなすものは社会福祉協議会であるが、その発展過程と特質を知るため、最近大阪市立大学の岡村重夫教授が「小地域社協活動の理論」(大阪市社会福祉協議会発行「都市の福祉」第3号、昭和33年12月)の第2章第1節「従来の社協組織化の経過と反省」において述べておられる一節を引用することとする。

『昭和25年以来、全国社会福祉協議会の構想によつて、わが国でも都道府県に社会福祉協議会が統々結成せられた。昭和26年の社会福祉事業法には「社会福祉協議会は、都道府県の区域を単位とし、右の各号に掲げる事業を行うことを目的とする団体であつて、その区域内に於て社会福祉事業又は更生保護事業を經營する者の過半数が参加するものでなければならない。(1)社会福祉を目的とする事業に関する調査、(2)社会福祉を目的とする事業の総合的企画、(3)社会福祉を目的とする事業に関する連絡、調整及び助成、(4)社会福祉を目的とする事業に関する普及及び宣伝」(74条)と規定されている。都道府県社協の組織と活動状況、地域の実状によつて多少の相違がみられるが、しかし全般としては社会福祉事業法に規定する線に沿つていとみることができる。併し調査、連絡、調整という点に就ては、住民本位のそれではなくして、施設(機関、団体)本位の連絡、調整という欠陥があつたり、調査活動が申訳的であつたりする欠陥がみとめられる。また地域社会の社会福祉事業の総合的企画という点では、従事者の訓練が行われるほかは、福祉サービスの系統的計画の如きは全く未着手の状況である。普及、宣伝に就いては、例えば「としよりの日」の行事の如く、何れの府県社協でもよく行つているが、それが住民の社会福祉の意欲の継続的、実質的昂揚になつているが否かに就ては多くの問題点がある。何れにしても今日、公平に判断すれば、府県社会福祉協議会は生れるべくして生れたというよりも多分に中央からの指導と勸奨によつて「上から」作られたものであつて現実に住民の生活に密着している小地域社協の組織化の結果として生れてきたものではない。従つて組織化活動(生活困難の協同的、計画的解決)

の真実の意味が理解せられず、協議会は単なる「小田原評定」とされ、協議による効果よりも、世帯更生資金の貸付業務の如きものが、却って有意義な社協活動であるという如き錯覚が横行することとなった。

都道府県社協の結成に次いで、郡市区の社協が組織せられたが、その結果、組織の状況を見ると、いわば小型の府県社協であつて、その独自の性格は必ずしも明らかではない。市社協は今日までに約200市に於て、郡社協は180郡に於て設置せられているが、これまた住民の社会福祉的要求を直接に反映させる小地域組織を欠いているために、単に郡市段階の施設、団体の連合体的性格に終始し、住民の生活上の困難という問題を府県社協に反映させたり、郡市レベルに於てサービスの総合的評価を行う機能をもっていない。以上府県社協でも、郡市社協でも、今日までの組織活動の成果は決して充分でないばかりか、地方によつては社協の存在意義すら疑われているのが事実である。要するに広域社協には、各地域の住民の生活上の困難をよく反映し、広域的立場から有効な解決策を見出すような機能がなければ住民大衆の関心や支持を得ることはできない。そのためには各地域の問題と資源を把握する小地域社協に根を張るのでなければ、単なる施設団体の連合体になり終るのは自然の成行きである……』

(以上原文のまま)

すなわち福祉の分野の地区組織活動の経過とその一般的な特色をまとめてみるとつぎのとおりである。

- (1) 全国社会福祉協議会の構想によつて、まず都道府県社協、ついで郡市社協が結成された。いつたこと。
- (2) 近代的な Community Organization の理論に立つて、社会福祉事業法を根拠として協議体組織がいち早く制度化されたが、その構成は施設の関係者や民生委員が中心となつていること。
- (3) その活動の内容は、一般的には生活困窮者、身体障害者など何らかの社会的ハンデキャップのあるものの措置に重点がおかれていること。
- (4) 地区の各種の組織、団体などによる住民の生活に密着した実質的な組織活動の裏づけに乏しいこと。

したがつて、社会福祉協議会を中核とした福祉に関する地区組織活動が当面している主な問題点としてはつぎの2点が考えられる。

- (1) 活動内容を従来の消極的な範囲に止まらず地域社会全般の積極的な福祉増進の活動にま

で発展させること。

(2) 地区の各種の組織、団体の活動と結びつき、地区住民の声を直接反映させていくこと。
すなわち、これらの問題の解決のためには保健関係の組織活動との一体化がきわめて効果的と考えられているのである。

V 保健と福祉の地区組織活動の関係について

保健と福祉の地区組織活動の発展過程は、以上のようにきわめて対照的で、すなわち、前者においては具体的な問題解決のための小地区の実践活動として下部構造が形成されているのに対し、後者の場合には広域的な見地からの協議組織を中心とするいわゆる地区組織化活動の形態をとり、上部構造がまず形成されたが殆んど下部構造を欠いているのがその現状である。このような発展過程を単に形式的にみれば、現段階における両者の要請が相互に有無相通するものであり、ここに両者の結合の可能性が考えられるわけであるが、ここで究明しなければならないことは両者の事業の内容、対象、方法等の問題である。

すなわち、まづ現在までの両者の活動の内容についてみられるひとつの相違は現状におけるその段階である。保健の分野においては、①治療、②疾病予防、③健康の積極的増進、福祉の分野においては、①救貧、②防貧、③福祉の積極的増進の3つの段階があり、これらはそれぞれ対応する発展段階であるといえる。ところで従来の実情についてみると、保健に関する地区組織活動の内容はおおむね②-③の段階のものであるのに対し、福祉の分野におけるそれは主として①-②の段階であり、したがって、前者の場合には地区住民のすべてが対象となるのに対して、後者では生活困窮その他社会的に何らかのハンデキャップをもつ限られたものもつばらその対象となつているのである。すなわちこのような段階では、両者の共通問題として考えられるものは前述の社会的に何らかのハンデキャップのあるものに関する問題であるといえる。

つぎに福祉の分野においても種々の社会科学的技術を必要とすることはいうまでもないが、保健に関する地区組織活動の場合には、福祉の場合とは質的に異なるきわめて多種多様の技術の裏づけを必要とする。このことは、両者の問題のとり上げ方、アプローチの側面が異なつているためで、すなわち前者は主として生活の経済的、社会的側面を問題としているのに対し、後者はその根底にはこれらの問題を包蔵しながらも、直接的には生活の主体としての人間それ自身の健康、ないしは客体としての生活環境の諸条件のうち、直接健康に影響を及ぼす外的、物的な諸条件に対する技術的な働きかけをその本態としているのである。またこのことは一面、保健に関する地区組織活動が、ともすればそれぞれのプログラムごとの実践活

動として単に同種の地区組織の連合体にのみ発展し、地域社会の生活という立場からの総合的な姿に発展しにくい原因とも考えられるのである。

さらに社会福祉協議会の場合には、従来もつばら民生委員をはじめ社会福祉事業を行う機関や施設の関係者、すなわち一般住民にサービスを提供すべき立場にある人々の側に主体性があり、その連絡調整等が主な課題となつているのに対し、保健に関する地区組織活動の場合にはその主体性はあくまでも一般住民の側にあり、(昭和28年5月厚生省の関係者の協議によつて地区衛生組織活動と名づけられるまでは環境衛生の分野では民衆組織活動と呼ばれていた。)保健所や役場の職員等がこれに関係するとしても、これは専門的な立場からの、技術的な助言、援助の域を出ないのであつて、ここに両者の問題の見方の相違が感じられるのである。

以上は両者の現在までの事業の内容、対象、方法等の質的な相違であるが、これらの外に一般的な組織運営上の技術的な問題についても考慮を要する点が少なくない。すなわち、両者の関係を考える場合、例えば町村の一部のような小地域のレベルと市、郡等のレベル、府県のレベル等とは、それぞれ問題が質的に異なつてくるのでそれぞれのレベルごとに区分して論議されることが必要である。また、地区によつてすでに両者の組織があつて活動が行われている場合、何れか一方の組織のみがあつて他をかく場合、現在までに何れの組織もない場合などについても同様の考慮が必要であり、さらにそれぞれの地域における両者のいわゆる社会的な力のバランス等も具体的な組織運営に当つてはきわめて重要な問題であると考えられる。

以上保健と福祉の分野における従来の地区組織活動の相違点、問題点についてみたのであるが、問題は以上に考察した両者の間の種々の相違にも拘らず、これらを地域社会の住民の生活という保健および福祉の最も根源的な立場からみると、それはいうまでもなく各部分に分割することのできない有機的な全体であり、しかも単に切り離せないばかりでなく、一部分の欠陥が直ちに他の部分にも影響を与えるような密度に関連しあつた全体であるということである。

したがつて、従来の経過を反省し現段階において最も必要なことは、両者が従来のような別個の関係のない活動としてでなく、地域社会の住民の生活という基本的な立場に立つて、相互に有機的、機能的な連携をもつて重複や間隙の生じないよう総合的な機能を發揮していかなければならないことである。

ロンドン大学のJ. M. Mackintosh 教授は、1957年1月のWHO総会における技

術討議のペーパーの中で、この種の問題の発展過程には、①Cooperation, ②Coordination, ③Integration, ④Amalgamationの4段階のあることを指摘しているが、この様な観点からすれば、従来相互に殆んど関係なしに発展してきた保健と福祉の両分野の地区組織活動にとつて、一般的にいつてまず必要な段階は、前述のCooperation ないしはCoordinationであると考えられるのである。この場合、府県ないしは縣市等の広域的なレベルにおいては、それぞれの事業の内容、対象、方法、技術等の質的な相違、関係機弱、団体、職員等の機能分化等からみて、両者は機能的に分化した組織体としてそれぞれが主体性をもった活動を行い、関連のある問題については連合の協議会をもち、積極的に相互の有機的連携をとる方式が最も合理的であると考えられる。

次に問題は町村レベルないしは市町村の一部の地区等のいわゆる小地域のレベルにおける両者の関係であり、この場合には、一般には前述の広域的レベルの場合と異り機能分化が進んでいないため、両者一体の運営をすることが合理的と考えられるが、これらの問題の解明のためには、それぞれのレベルにおける団体、機関、民間指導者、職員等の機能分化の程度現在までの両者の活動の内容、社会的な力関係等についてさらに仄かな実証的研究が必要である。しかし何れにせよ重要なことは画一的な形式上の組織の整備ではなく、一般の住民ないしは各種の地区組織、団体の意欲のもり上りと日常生活を通じての具体的な実践活動とこれらが総合的に恒久的に反映し運営される組織を確立することである。地域社会の意欲のもり上りのない時期に形式的な組織の整備を急ぐことは「角を矯めて牛を殺す」結果を招く恐れのあることは、旧衛生組合の歴史がこれを実証しているのであつて、「組織は生きものである」という地区組織活動の基本的な立場を再確認することが必要であると考えられる。

VI むすび

保健と福祉の分野における地区組織活動は、今後のわが国の社会保障制度推進の基底をなすものであり、従来両者は別個の活動として相互に有机的関係なしに進められてきたが、今後その総合的効果を発揮するために有机的連携の態勢をとることが必要である。しかしながらこれら両者は、現在までそれぞれ個有の分野としてきわめて対照的な異つた発展過程を経てきたものであり、その事業内容、方法、技術等を異にしているため、単に概念的、形式的な見地から画一的にその統合を図るべきではなく、それぞれの地域社会における両者の具体的な条件を基礎にして、まずCooperation ないしはCoordinationの段階において両分野の有機的連携を図るべきであり、地域社会における保健と福祉の組織活動の機能的

な構造を明らかにするために、さらに広汎な研究調査を行うことが必要である。

(演題 6) に関する討議

萩村： 社協活動を地域組織活動といつてよいか。

橋本： 内容を見るとそう見えないが、地域組織活動と云っている。

曾田： 性格から見るとどうも地域組織活動とはいえないか。

橋本： Professionalなgroupの参加がないと唯町の人が集まってやるだけでは活動はのびない。このような協議会の形ができないとのびないのではないか。唯形を先に作ると失敗する場合が多い。

庄司： 日赤のような既成の団体が活動しているが、これを地区組織活動という考え方でどう考えるか。

橋本： 地域のあらゆる団体をすべて含めると云う考えでその団体に公衆衛生のことを実践してもらおう。

久保： 外国では予防と治療がよく一致している（後進国にて）10数年たつと日本の状態が問題となる。逆に日本が後進国に落ちる可能性がある。

都市に於ては開業医は大体同じである。フィリッピンでは専門化されており、専門医でないをやつていけない。一般大衆における教育が日本の方が少なすぎるのではないか。

橋本： 後進国はだいぶ段階がちがつていて比較的のびらない。日本は分化した上に地区組織活動が問題になつてきている。

久保： その点を日本の現状にあわせて考へないと開業医はどのように参加するか。問題がよつきりしてこない。

(演題 7)

都市化と都市保健問題

関西医科大学公衆衛生学教室

東 田 敏 夫

中 井 忠 臣

(本稿は、社会医学研究会の申合せにしたがい、「厚生指標」第6巻、第13号、昭和34年に発表した旧稿に、一部加筆したものである。)

1 問題の所在

最近の人口現象において、もつとも注目すべきことは、生産年齢人口と都市人口の増加である。その結果都市の生活圏はいちぢるしく拡大し、国民保健計画における健康都市建設の意義と役割はあらたに重みを加えている。

国勢調査によると、1950年の市部人口は3120万、総人口の38%であつたが、1955年には市人口5000万を超え、総人口の56%に増加している。もつとも、これには、市の数がその間に約2倍に増加していることとわかるように、市町村合併がひびいていることはいうまでもない。(表1)

表1 都市人口の趨勢

	全国人口	都市数	都市人口		郡部人口	
			実 数	百分率	実 数	百分率
昭20年	71996 千人	206	22205 千人	30.4	50909 千人	69.6
22	78101	214	25858	33.4	52243	66.9
25	83200	249	31203	37.5	51997	62.5
30	89270	491	50288	56.0	38938	44.0

このような都市人口の外延的増加とは別に、大、中都市において人口の集中がすすんでおり20万以上の都市では一般に5%以上増加し、ことに6大都市及びその周辺の人口増加はいちぢるしく、人口密度も加えている。(表2) このような人口の都市集中或いは鄙部の都市化は、ますます増加する生産年齢人口を収容するために、いつそ激化されるだろう。

わが国の生産年齢人口(15~64才)は、1950年4966万にたいし、55年は5456万、すなわちこの5年間に490万増加し、労働人口は364万の増加をみている。

表2 六大都市人口の趨移

東京都	人口総数	人口密度 (1Km ² につき)	人口指数	京都市	人口総数	人口密度 (1Km ² につき)	人口指数
昭和 22年	4,177,548	7,293	100.0	昭和 22年	999,660	2,463	100.0
25年	5,385,071	9,306	128.9	25年	1,101,854	2,059	110.2
30年	6,966,491	12,232	166.8	30年	1,204,084	2,188	120.4
32年	7,386,030	12,969	176.8	32年	1,232,300	2,102	123.3
横浜市				大阪市			
昭和 22年	814,379	2,031	100.0	昭和 22年	1,559,310	8,319	100.0
25年	951,189	2,328	116.8	25年	1,956,136	10,564	125.4
30年	1,143,687	2,799	140.4	30年	2,547,316	12,591	163.4
32年	1,211,748	2,965	148.8	32年	2,719,039	13,439	174.4
名古屋市				神戸市			
昭和 22年	853,085	5,274	100.0	昭和 22年	607,079	1,555	100.0
25年	1,030,635	6,271	120.8	25年	804,501	1,913	132.5
30年	1,336,779	5,342	156.7	30年	981,303	1,989	161.6
32年	1,421,769	5,659	166.7	32年	1,033,605	2,095	170.3

しかるに、現在、わが国の労働人口の40%を收容している農業はもともと零細経営を特質とするうえに、農業技術の向上はかえつて労働人口の吸収を抑え、農村人口の流出、都市への流入は必然的に激化されるであろうから、(1949年以来農家人口は減っている)今後も増加する生産年齢人口は、都市における非農的産業の拡大によつて吸収を圖らねばなるまい。都市におけるこのような人口膨脹、人口密度の増大、産業化の進行、そして都市生活圏の拡大はたしかに都市発達のすがたであるが、その反面、市民生活に少からぬ社会的緊張を及ぼさずはいないだろう。

L. Wirth⁽²⁾の言をかりると「都市化Urbanizationは、もはや人が単に都市とよばれる地域にひきつけられて、その生活組織にくみいられる過程を意味するのではない。それは都市の発展にもとづく生活様式にあらわれる特徴が累進的に強化することを意味する」

現代の都市は、ロダンをして「農民の墓場」と嘆かせた資本主義の初期における状態からは、はるかに様子はかわつている。都市生活は、農村生活より、一般的には、たしかに合理的で

あり、文化的であるといえる。しかし、現実の都市化の過程において、市民の福祉が保障されていることを意味しない。

1953年5月、フィラデルフィアでひらかれたアメリカ国民保健会議の年次総会は、「都市化の増大ともなう緊張」⁽³⁾と題して、都市の膨張と人口増加ともなう都市衛生行政の問題点を討議し、とくに地域社会における健康管理と医療・看護サービスについて検討した。

わが国においては、都市化の進展ともなう社会的緊張は、諸般の事情より考えて、市民生活にいつそう大きい影響をあたえることが予想され、われわれもまたその焦点をたづね、ひいては市民生活の安寧と都市保健にたいする当面の方向をみいだすことが要求されているだろう。

もとより、都市生活圏が拡大するにつれて、都市環境の整備、給水、下水、尿尿・汚物処理、公害対策、交通安全などの都市建設における基礎的な施策が拡充されねばならないことはいうまでもない。それとともに不可欠なことは、市民の生活事情や健康状態に加えられる社会的緊張の様相を具体的に把握し、それぞれの地域社会における特殊性や住民の要求を理解し、それらに適合した施策をすすめる必要がある。

ことにわが国の厚生行政が人、物、予算、いずれも不足がちである現状において、要求度 Needs のたかい仕事や地域や社会階層を発見し、それらに焦点をあわせ、重点の実施をはかることは、能率的であるばかりでなく、厚生行政のみならず、わが国の都市経営に欠いている企劃性と合理性をあたえるためにも、望ましいことであろう。

われわれは、以上のごとき見地から、当面の都市保健問題における課題をみいだすために、最近、人口集中がとくにはげしい大阪市を対象として、地域社会の性格と住民の健康度について地域診断をこころみ、さらに都市化の進行が市民の生活と健康に及ぼす影響を検討することを試みた。

2. 地域社会の性格と住民の健康度 (大阪市の場合)

L. Wirthは、都市の生活様式 Urbanization を評価する規準として、人口の量 Number of Population, 人口密度 Density, 住民と集団生活の異質性 Heterogeneity of inhabitants and group life の3つをあげている。

わたしたちは、都市化の傾向と市民の生活様式に及ぼす影響を、次の3点に主眼をおいて、考察することになっている。

- 1 人口の増加と人口密度の増大とその影響
- 2 産業化 Industrialization の様相とその影響

3 都市化 Urbanization にもなる市民階層の分化,特に低額所得者およびスラムの生態

この目標で、大阪22区について、戦後の人口推移、自然増加、社会増加、1950年及び55年の性別、年齢別人口構成、産業人口および職業人口構成、有職人口中第二次産業人口、第三次産業人口および現業的労働人口の割合、地域工業化率(昼間人口中工業従事人口の割合)、昼間人口対夜間人口比、被保護世帯率(総世帯中被保護世帯の割合)、普通世帯居住密度(一人当り畳数)、診療所分布密度(対人口)などを算出し、地域社会の構造と住民の性格をうかがった。(註1)

また、各地区の住民の健康度をうかがう指標として、1955年の出生率及び標準出生比、全死因および主要死因(結核、胃がん、脳卒中、心臓病)死亡率、乳児死亡率、幼児赤痢・腸炎死亡率を算出した。(註2)

22区について算出したこれらの数値は表3および表4に示されている。これらの成績を比較考察し、地域社会の性格と住民の健康度との関係、および最近の都市化の様相とその影響について検討した。その概要を述べよう。

註1 主な資料は、国勢調査報告大阪版(昭和25年、30年)第38~46回大阪
市統計書(昭25年~33年版)各年度の人口動態統計、衛生統計年報等である。

各区における死亡率は、各保健所が保管する死亡票を、統計法第13条にもとづく行政管理庁長官の認可を得て、利用しいずれも居住地主義で処理して算出した。

註2 地区によつて、年齢構成がかなり異なつてゐるために、死亡率はいづれも全年の全国値によつて標準化(間接法)したStandardized Mortality Rate.

標準出生比Standardized Birth Rate Ratioは、全年の全国女子の年齢別・有配偶率および出生率によつて標準化した。

1 地区の性格

大阪市22区を住民の人口構成によつて、おおむね次の4種に大別することができよう。

A 都心商業地区(第三次産業人口が多い)——南、東、西、北、天王寺

B 工場地区(工業化率がたかい)または労働者居住地区(有職人口中現業的労働人口

の割合が大きい)—— 都島、此花、港、大正、大淀、西淀川、東成、生野、城東。なお東淀川は半ば工場地区、半ば住宅地区の性格をもっている。

C 半工半商地区—— 福島、西成、浪花

D 住宅地区(昼間人口対夜間人口比が小さい)—— 住吉、東住吉、旭。阿倍野は半ば商業地区的性格をもつ住宅地区。

東淀川、生野、城東、西成もまた夜間人口が昼間人口より多い。すなわち現業的労働人口の比重が大きい居住地区、いわば半工半住地区の性格をもっている。

なお西成、浪花、大淀には特有なスラムがあり、港、大正には港湾労働者や自由労働が多い点を注意する必要がある。

2 居住事情

大阪市における居住密度は、1955年の調査では、全市平均1人当り2.9畳。地区別には最高3.6畳から最低2.2畳まで、かなりのひらきがある。住宅地区は1人当り平均3畳以上であつて、比較的ゆとりがあり、また都心部は3畳前後であるが、工場地区や労働者居住地区は居住密度がたかく、ことに此花、港、大正、浪花、大淀では、いずれも2.5畳未滿という超過密の住生活に耐えていることが理解できる。なおこれらの超過密居住地区には自由労働者が多く居住し、またスラムに類する地域があることも看過できない。

3 健康度の地域差

大阪市22区の住民の健康度を、表4に示した各指標から考察すると、かなりいちぢるしい地域差があり、しかも地区の社会的性格表3とすこぶる緊密な相関関係があることを認めた。表5はこれらの成績をまとめたものであり次のごとく要約することができよう。

- (1) 現業労働者が多く居住する地区、工業化率が高い工場地区および居住密度が高い地区では、出生率、全死因死亡率、乳児死亡率、結核死亡率のいずれも高い傾向がある。
- (2) 都心部商業地は、出生率、全死因死亡率、幼児赤痢腸炎死亡率、結核死亡率、ともにひくく、乳児死亡率もひくい傾向がある。但しサービス業人口が比較的多い地区は、出生率、死亡率ともにややたかい。
- (3) 住宅地区では、他の地域に比べて出生率(標準出生比) もつともひくく、各種の死亡率はおおたね労働者居住地区、工場地区よりひくく、都心部よりややたかい。
- (4) 被保護世帯が多い地区では、結核死亡率がたかく、出生率、全死因死亡率もまたたかい傾向がある。
- (5) なお出生率がたかく、各種の死亡率がたかい地区ほど、かえつて診療所の対人口分布密度は小さい。

表 3 大阪市各区における社会的性格と人口増加

(1955) (1950 ~ 55)

	大阪市及び各区の人口	現業労働者人口 百分比	第二次産業人口 百分比	第三次産業人口 百分比	地区工業化率	普通世帯一人当り 戸数	昼間人口 対夜間人口比	被保護世帯率 %	診療所 布密度 人口対	社会増加	自然増加	人口増加率 %	地区の 性格
大 阪 市	2,547,516	45.2	44.2	54.9	13.1	2.87	1.12	34.5	0.91	367093 増加率 16.3%	146866 6.5%	22.8	
1 北 区	82008	30.8	31.2	687	10.2	2.92	2.59	17.9	1.72	10518	4251	19.8	A
2 都 島 区	82765	54.3	53.1	466	15.4	2.66	0.99	14.8	0.90	23988	5154	4.68	B
3 福 島 区	90684	46.7	44.2	557	19.3	2.80	1.12	15.6	0.96	5465	5267	12.6	C
4 此 花 区	65267	61.4	53.5	462	24.5	2.44	1.16	31.6	0.71	16344	4735	38.6	B
5 東 区	56523	44.7	25.7	739	4.6	3.18	3.24	14.1	1.77	19410	2661	4.67	A
6 西 区	63896	34.1	27.9	721	6.5	2.87	1.60	15.6	0.81	12207	3744	29.4	A
7 港 区	71692	58.5	36.4	631	7.3	2.18	1.01	1.62	0.56	24633	5674	53.5	B
8 大 正 区	78012	59.9	51.9	478	23.5	2.46	1.14	18.6	0.68	13403	5944	28.1	B
9 天 王 寺 区	71549	32.8	34.3	65.7	9.1	3.25	1.24	20.4	1.10	24233	3608	45.4	A
10 南 区	68106	23.1	20.4	726	5.1	3.08	1.79	17.2	2.09	8494	3189	19.3	A
11 浪 速 区	70827	42.6	36.6	634	12.1	2.59	1.21	27.3	0.69	17981	4299	39.0	C ス お り
12 大 淀 区	55545	59.6	55.6	443	28.9	2.40	1.13	27.2	0.57	8685	3173	24.1	B #
13 西 淀 川 区	93953	57.0	59.7	394	23.7	2.65	1.03	29.1	0.62	10750	6500	20.2	B
14 東 淀 川 区	208762	49.9	50.8	469	17.1	2.81	0.95	17.3	0.77	34870	12931	25.7	B・D

15 東 成 区	132,430	56.0	56.3	43.6	22.5	2.65	1.07	3.22	0.39	3,902	8,794	10.2	B
16 生 野 区	223,180	53.4	52.8	46.5	13.2	2.65	0.96	4.58	0.39	10,042	15,387	12.7	B
17 旭 区	125,053	42.8	44.6	55.0	9.5	3.03	0.86	1.98	0.82	20,430	6,936	24.4	D
18 城 東 区	168,299	55.4	56.2	41.6	20.1	2.69	0.95	3.73	0.68	22,903	9,646	22.2	B
19 阿 倍 野 区	152,141	31.1	33.6	66.1	6.7	3.63	0.90	1.47	1.24	14,156	7,312	15.0	D
20 住 吉 区	182,660	37.9	40.4	57.4	7.0	3.32	0.85	2.12	0.81	28,554	9,370	23.3	D
21 東 住 吉 区	215,312	38.3	40.4	55.0	8.7	3.26	0.86	2.69	0.93	9,186	8,215	9.3	D
22 西 成 区	188,652	45.4	42.6	57.1	11.8	2.65	0.96	2.78	0.87	24,939	10,076	20.6	C ス タ ン ド あ り

A 都心部商業地区 B 工場地区労働者居住地区 C 半工半商地区 D 住宅地区

1. 現業労働者人口は採鉱採石の職業，運輸的職業，特殊技能工生産工程従事者及び単純労働者を含む。
2. 人口増加率は1950年および1955年国勢調査人口の平均に対する比率。

表 4 大阪市各区住民の健康度

	大阪市及び 各区人口	出生率 人口 1000対	標準 出生比	粗死亡率 人口 1000対	乳児死亡 率 1000対	幼児赤痢 腸炎死亡率 1~4才 10万対	標準化死亡率 (人口10万対)				
							全死因	結核	胃癌	脳卒中	心臓病
大阪 市	2547516	16.0	0.79	5.5	29.3	82.4	669.6	69.0	46.4	95.3	51.2
1 北 区	82008	13.4	0.80	5.2	21.9	60.8	654.0	43.9	28.0	85.7	45.1
2 都島区	82765	17.5	0.80	4.8	23.3	47.6	646.3	45.5	48.9	103.4	49.9
3 福島区	90684	14.9	0.81	5.3	35.4	90.9	708.3	62.8	63.5	92.5	68.2
4 此花区	65267	19.9	0.86	5.4	27.8	125.5	700.3	59.6	42.6	107.5	51.2
5 東 区	56523	10.8	0.69	3.6	24.6	48.7	513.9	37.1	40.5	102.1	58.5
6 西 区	63896	15.2	0.81	4.9	17.5	0.0	630.7	66.9	.	81.7	45.7
7 港 区	71692	21.0	0.84	4.9	34.0	84.0	685.2	70.1	53.5	107.5	42.0
8 大正区	78012	19.3	0.87	5.2	17.3	86.0	677.4	67.5	49.3	110.2	54.8
9 天王寺区	71549	15.7	0.81	5.2	30.4	10.9	638.5	43.4	49.3	126.6	68.8
10 南区	68106	12.5	0.81	3.7	20.0	42.9	482.5	35.0	41.0	93.9	45.1
11 浪速区	70827	15.6	0.70	4.4	40.8	100.4	599.5	92.0	45.1	115.7	65.2
12 大淀区	55545	16.5	0.84	5.7	43.7	117.4	708.6	105.6	56.0	113.0	90.7

13西淀川区	95953	177	0.80	5.1		6463	764	41.8	1054	542
14東淀川区	202762	174	0.83	5.3	283	1048	6463	41.8	1054	542
15東成区	132430	170	0.89	5.8	311	706	7163	527	1116	548
16生野区	223180	182	0.92	5.6	290	75.7	6852	44.7	966	493
17旭区	125053	143	0.69	4.8	279	568	5762	47.2	885	408
18城東区	168299	166	0.81	5.7	279	918	6930	60.2	844	
19阿倍野区	152141	137	0.71	5.7	168	852	6385	50.6	844	554
20住吉区	182660	155	0.73	5.9	318	859	6774	41.8	789	554
21東住吉区	215312	137	0.73	5.9	312	476	6463	45.6	925	524
22西成区	188652	153	0.70	6.8	395	1404	8331	38.5	1062	639

表5 地区の社会的性格と健康度との相関関係 (大阪市, 1955)

	地区の性格						
	現人口労働者百分比	第二人口百分産業比	第三人口百分産業比	地区工業化	一疊数 一人当り	被保護世帯率	診療所分布密度 (対人口)
出生率	+	+	-	+	-		-
標準出生比	+	+	-	+	-	(+)	
乳児死亡率	+	+	(-)		-		-
幼児赤痢腸炎死亡率	+	+	-	+	-		(-)
全死因	+	+	-	+	(-)	(+)	-
標準結核	+	+	-	+	-	+	-
脳卒中					-		
胃癌		(+)	(-)	(+)			(-)
心臓病				+			-
診療所分布密度 (対人口)	-	-	+	-	+	(-)	/
一人当り疊数	-	-	+	-	/		+

+ 正相関

- 負相関

危険度 < 5%

(+) 正相関の傾向

(-) 負相関の傾向

危険度 < 10%

2, 3の実例を図示しよう。図1は、大阪市各区における現業労働者人口百分比と出生率との関係をあらわしている、両者は極めて高い有意の正相関であり、($r = +0.875^{***}$)労働者が多く居住する地区ほど出生率がたかい。また地区の性格からみると、労働者居住地区について、半工半商地区、住宅地区および都心部の順にひくくなる。死亡率は出生率ほどではないが、やはり現業労働人口百分比と有意の正相関である。図2。

図3および図4は、各地区の出生率および乳児死亡率と居住密度との関係を示している。地区の出生率と一人当り疊数とはたかい有意逆相関($r = -0.731^{***}$)乳児死亡率とも有意逆相関($r = -0.439^*$)であり、過密居住地区ほど出生率、乳児死亡率ともたかい傾向があるといえる。なお地区の性格からいえば、労働者居住区や半工半商地区は都心部および住宅地区より乳児死亡率がたかい傾向がある。

図1 大阪市各区における労働者人口の割合と出生率

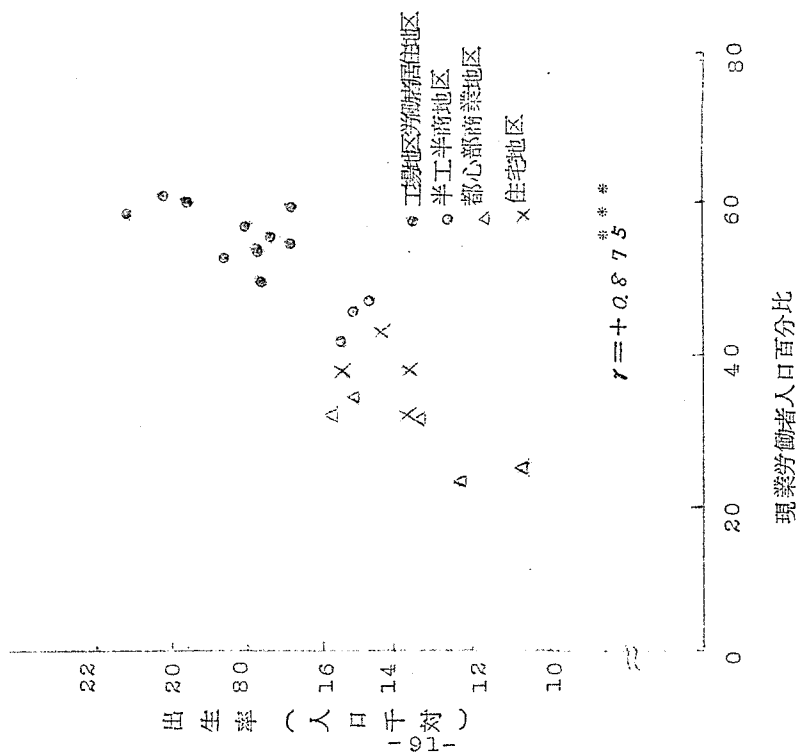
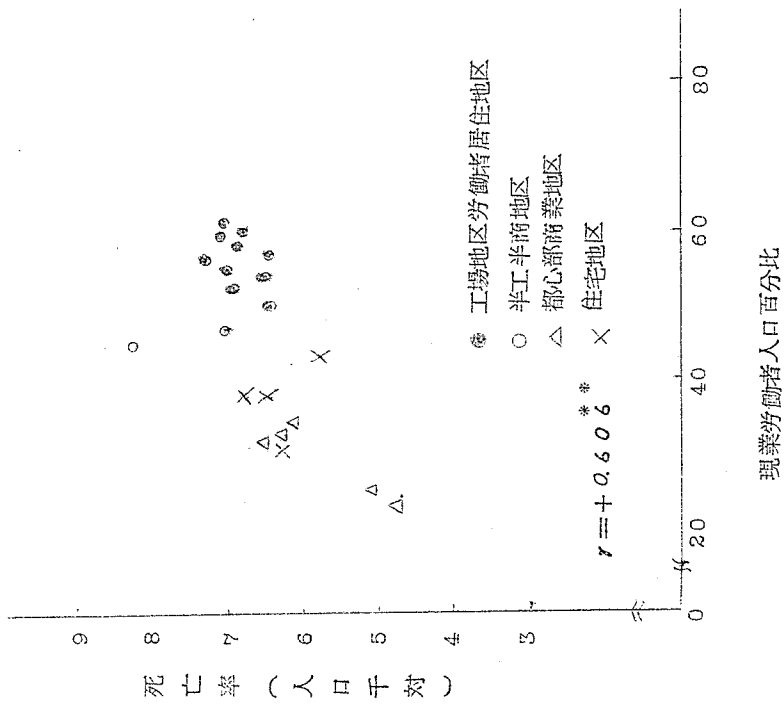


図2 大阪市各区における労働者人口の割合と死亡率



注 死亡率は全死因標準化死亡率

图3 大阪市各区における居住密度と出生率

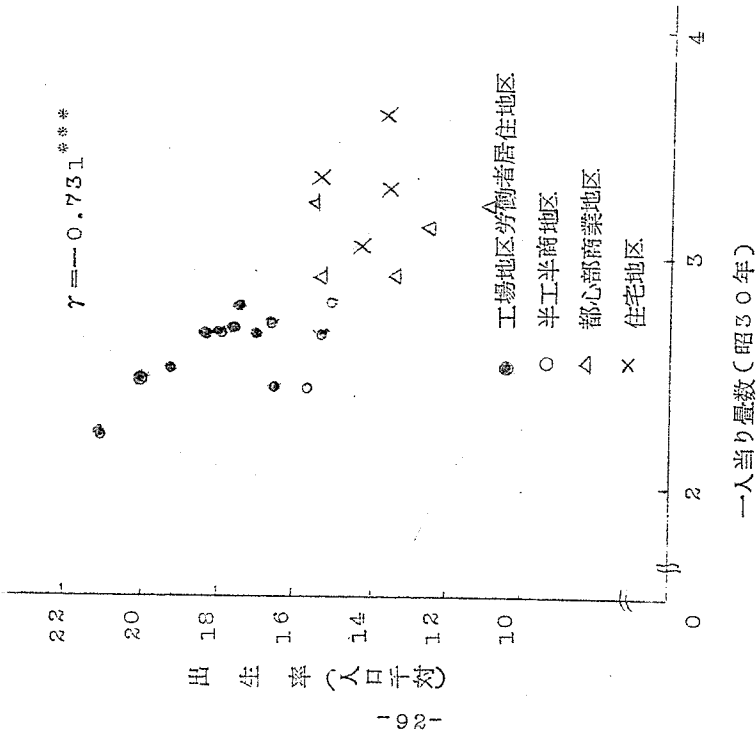
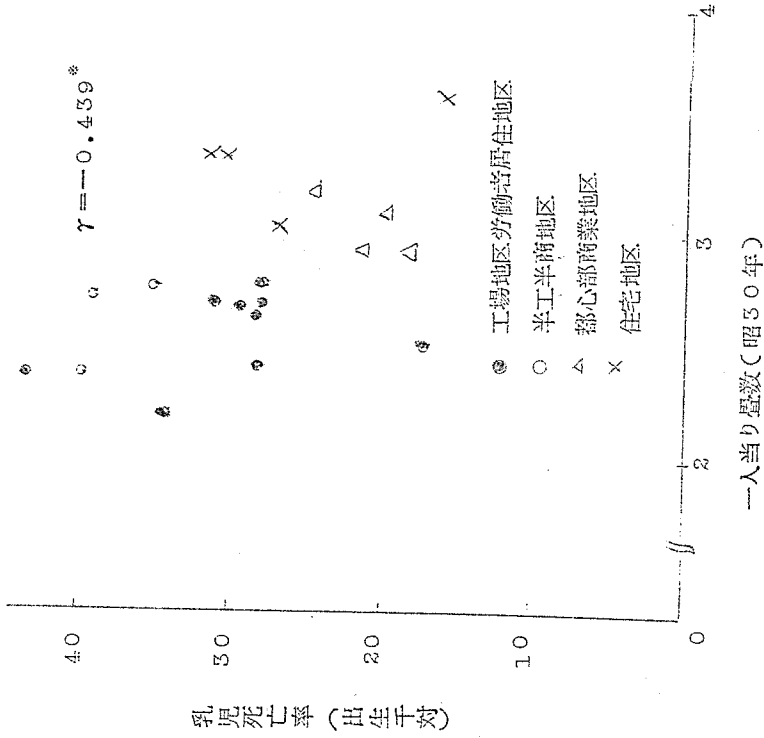


图4 大阪市各区における居住密度と乳児死亡率



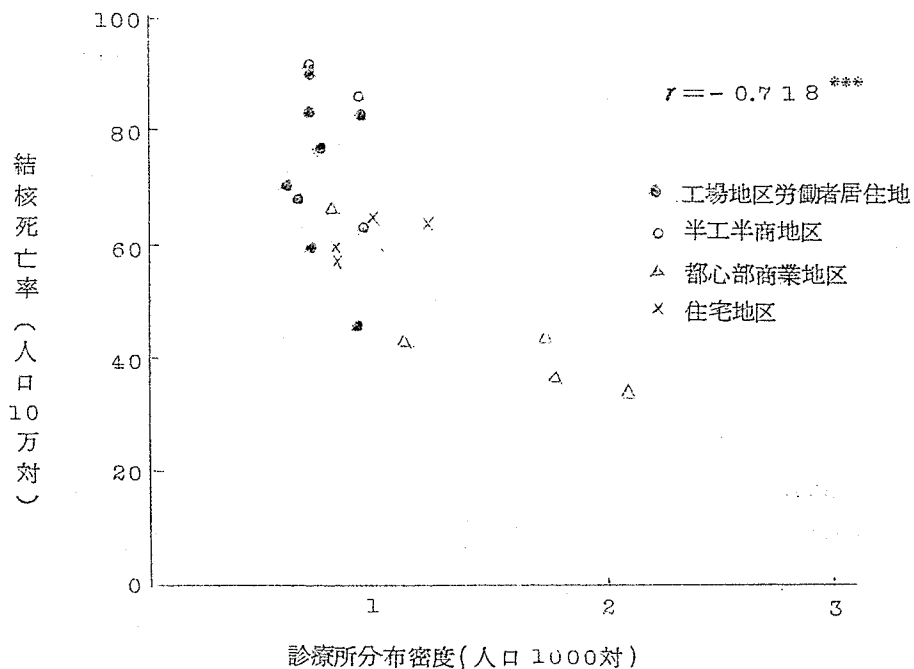
このように、市民の健康状態にはかなりあきらかな地域差があり、なかでも労働者階層や低所得者が多く住んでいる地域や過密居住地域では、その他の地域よりも健康度がわるいことが理解される。このことは、また市民の階層差が健康度に反映していることをしめすものである。

4 医療機関の地域分布と健康度

都市においては、農村におけるよりも医療機関が偏在集中していることは事実であるが、都市の内部においても、その分布はかなり大きい地域差がみとめられる。大阪市における地区別診療所分布密度は夜間人口1000対2から、0.6にいたるまで、ひらきがある。対人口密度は、南、東、北、などの都心部にもつとも多く分布し、住宅地区これに次ぎ、工場地区又は労働者居住地区は案外少ない。相関関係でみると、現業労働者人口の割合、地区工業化率と逆相関、第三次産業人口の割合、一人当たり畳数と正相関であり、いづれも有意である。

また、被保護世帯率と逆相関の傾向がある。すなわち勤労庶民階層や低所得階層が多く居住する地域や過密居住地域では診療所の分布は比較的少ない。なお昼間人口が多い地区ほど診療所分布密度は大きい傾向があり、対昼間人口診療所分布密度の地域差は幾分少なくなるが、上述の地域差の傾向はかわりがない。

図5 大阪市各区における診療所分布密度と結核死亡率



さて注目すべきことは、診療所分布密度は前にのべた様に全死因死亡率 ($r = -0.619^{**}$) 乳児死亡率 ($r = -0.590^{**}$) 結核死亡率 ($r = -0.718^{***}$) とは、いずれも有意逆相関である。

これらのことは、住民の傷病量が多く、医療需要が多かるべき地域において、かえって医療機関の分布がすくないことを意味する。なお官公立病院の地域分布も診療所におけるとほぼおなじ傾向であり、私営医療機関による医療サービスの均衡を是正するには、さほどやくだつていないとはいえないようである。

これらの事情は、一つは今日の医療制度の矛盾によるものであると思われるが、同時に市民にたいする公的医療サービスの不足をしめしているといえる。

医療需要が多いにもかかわらず、おそらく地区住民に低所得者階層が多いために、かえって医療サービスが少ないというこの矛盾をなくすことは、都市保健計画における重要な課題の一つとならねばなるまい。またこれらの問題の地域や住民階層では、出生率、乳児死亡率、幼児赤痢、腸炎死亡率、いずれもたかい傾向があることから、医療サービスは、単に治療、看護にとどまらず、乳幼児哺育、妊産婦保護、保健婦活動から哺育、養護施設の設置、さらに家族計画や受胎調節の指導と普及をふくむ、幅のひろい医療保健サービスが必要であり、それらは低所得階層にたいする保健対策であるとともに、防貧策としてもとめられていることをみのがしてはなるまい。

さて、昨今、東京都、大阪市などの大都市で当面している懸案は、国民皆保計画による都市国民健康保険計画である。この都市国保計画における最大の問題点は、被保険者該当者に低所得世帯やボーダーライン層のしめる割合がすこぶるたかいことである。大阪市における国保予備調査⁽⁴⁾によると、該当世帯の市民税所得割額0円階層が全体の57%をしめている。われわれのこの研究成果から云えば、都市国保計画は「社会保険」としてより以上に、市民とくに低所得者にたいする「医療サービス事業」としての役割を重視する必要がある、都市国保の完全実施は、医療扶助事業の拡充とともに、将来の都市保健事業の根幹になることが予想される。

3. 大阪市における人口増加と市民の生活と健康におよぼす影響

都市化は単に人口増加にかぎらず、産業化の進行、交通量の増加など、都市機能の増大と都市生活圏の拡大を意味するが、ここでは人口増加にしぼってその様相をたずねてみよう。

1 人口増加の様相

大阪市の人口は、昭和25年195万から、32年272万と激増しており、この70～80%は社会増加によつてしめている。社会増加率は人口対3～5%の間を変動し、昭和25年は戦後の頂点に達し(5%)、朝鮮戦争による特需景気の繁栄をおもわせ、その後は、ドツジ・デフレの影響か、毎年低下し昭和31年、32年再び上昇、最近の産業投資増加がひびいているかにみえる。人口移動率は年間30～40%、都市人口の流動常ならぬことを示している。社会増加の大部分は、他府県より転入超過によつてしめられ、主として戦後復興につづく商工業の拡大、産業化の進行による職業人口の増加による。これは他面において、農村窮乏人口の流入を意味する。産業別には製造工業人口の増加が最も大きく、卸売および小売業、サービス業の順。職業別には、第1位は技能工、生産工程従事者および単純労働者12万8千増加(有職者総数の増加の40%)、つぎは販売従事者7万3千(23%)、サービス業従事者4万6千(14%)の順である。有職人口の増加からみると、大阪市における生産活動は、昭和25年以降の8年間に約2倍に膨張したと推測されよう。

表6 大阪市における職業人口構成の推移

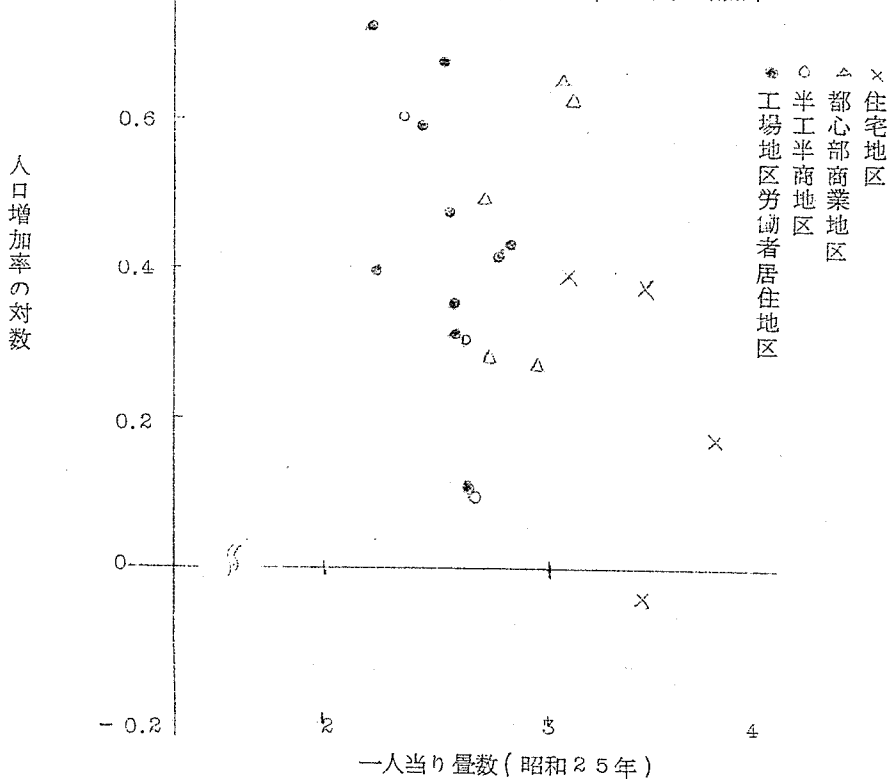
	昭和25年	昭和30年	増加人口	百分比	人口増加率%
総人口	1956136	2747316	591180		30.2
A 有職者総数	741227	1060924	319528	100.0	43.1
1 専門的技術的職業	41227	54650	13423	4.2	32.6
2 管理的職業	28659	45943	17284	5.4	60.3
3 事務従事者	116980	141596	24616	7.7	21.0
4 販売従事者	144591	217941	73350	23.0	50.7
5 農夫 伐木夫 狩師 漁夫及び類似従業者	7855	10681	2826	0.9	36.0
6 採鉱採石的職業	235	282	47	0	20.0
7 運輸的職業	16786	32794	16188	5.1	96.4
8 特殊技能工生産工程 従事者及び他に分類されない単純 労働者	317945	446365	128420	40.2	40.4
9 サービス職業	64636	110481	45845	14.3	70.9
10 分類不能の職業 及び不詳	2482	10	-2472	-0.8	-99.6
B 無職	1214740	1486392	271652		22.4

自然増加率は、昭和25年人口対1.6%、以後毎年低下し、31年32年は1.0%と横ばいをつづけている。都心商業区(東,天王寺)は、復興による人口増加率が大きい、それにならんで工業地区、労働者居住地区における人口増加率が大きく、一般商業区、住宅地区がこれにつづいている。

2 人口増加と居住密度ならびに健康度

大阪市各区における1950年10月以降5年間の人口増加率を各区の居住密度(一人当り畳数,1950年10月現在)とを比較考察すると、居住密度がたかい地区ほど、人口増加率がたかい傾向があることが理解される。戦災復興がもつともさかん、東,天王寺をのぞく20区では、5年間の人口増加率と昭和25年一人当り畳数とは有意逆相関、($r = -0.592^*$)そしてこの5年間の社会増加の60%は、一人当り2.7畳以下の過密居住地区における人口増加によつてしめられ、一人当り2.5畳未満という超過密居住地区ではいずれも平均以上の増加率である。このようにすでに過密居住である地区ほど人口増加率がたかい事実は、都市化は都市庶民階層の住生活をいつそう苦しくしていることが予想される。

図6 大阪市各区における居住密度(昭和25年)と人口増加率



この現象をもたらす主因は、もちろん工場、事業場の需要に応じて流入する労働人口の増加にたいして、庶民住宅の建設がおこなわれていることである。1953年～58年の間に大阪市内で建設された住宅数142,500戸のうち低所得者住宅を主とする公営借家は、わずかに16,600戸、12%にすぎない。なお労働者階級や低所得階層における高出生率が住生活の窮迫をくわえる一助となつている。(自然増加率は一人当り疊数と逆相関)

これらの過密居住地区では、過半数の人びとが自分の家庭で家族と共同生活を楽しむ空間的なゆとりをもつていないであろうし、一日の労働による身心の消耗をいやし、明日の労働力を養う休養休眠すら、じゆうぶんにとれないことが想像される。一家ザコネ世帯における乳児死事件も偶然ではない。(大阪市における昭和30年の住宅事情調査は住宅困窮理由のうち、「狭小過密居住」が64%を占め、港区では72%を占めている。)さらにこれらの過密居住地区では、乳児死亡率やその他の死亡率たかく、赤痢・結核等の伝染病が多く、しかも出生率がたかいことは前述のとおりである。

ここでとくに注意したいことは、此花、港、大正、浪花、大淀、西淀川、東淀川などの不健康地区に属する地域における人口増加率が平均以上にたかい点である。このことは、都市化は都市における不健康人口を増加することを意味している。

都市の進展が、このように市民とくに勤労庶民階層における不健康人口の増加と住生活の窮迫をともなつている事實は、都市行政において、市民の健康と福祉をまもる施策がおこなれがちであることをしめし、それはまたこれらの施策をすすめることを当面の課題として要求するだろう。またスラムや非衛生的な密集居住地区の改善には、住宅問題の解決がもつとも根本的な対策であることは、19世紀の半ば以来イギリスにおいて相ついで制定、実施された、労働者住宅法、不良住宅改造法、衛生地区法改良などの経験が教えている。

なお大阪市において、最近の人口増加にともない、下水、尿尿汚物処理問題の緊迫、産業化と工場増設にともなう大気汚染、河川汚染、地盤下降などの公害問題、交通量の増加と交通領域の拡大による交通災害の増加、さらにまた自殺、犯罪、精神病患者の増加などの事実をみとめ、これらに論及する必要があるが、次の機会にゆづりたい。

5. む す び

都市化の進展は、生産年令人口の増加と産業化の進行によつて、必然であるが、わたしたちは、これに当面する都市保健問題の焦点を把むために、大阪市を対象として、都市化の様相をたずね、地域社会の性格と市民の健康状態を検討した結果、かなりいちぢるしい地域

差があり、とくに労働者や低所得階層が多く住む地域では、過密生活と多く生み、多く死ぬという、不健康な傾向のあることを知った。そして都市化の集展は、このような不健康地区や過密居住地区における人口を増加し、市民の住生活と健康面における階層分化をすすめる結果をまねいている。

この現象は資本制機構における特質の一つであり、ひとり大阪市にかぎらず、他の都市においてもみとめられることが予想され、わが国における健康都市建設の途上にまたがる壁でもあるだろう。

都市圏の拡大につれて、都市環境の整備、給水、下水、尿尿汚物処理や災害防止などの都市経営における基礎的な事業が、拡充されねばならぬことはもちろんであるが、それとともに多産・多死と過密生活をよぎなくされている市民階層に対してその生活と健康をまもる社会保障的な施策を、必要度の高い地域や、低所得階層にたいして、重点的に立案実施することが、都市保健計画における当面の課題であろう。とくに庶民住宅の建設、不良住宅地区改善、市民にたいする医療保健サービスを根幹とする保健計画、都市国保計画の完全実施等は、都市化の進展にともなう市民生活の階層分化の進行をふせぐための施策として重視されねばなるまい。(了)

資料の提供その他について協力していただいた大阪市衛生局、行政局、建築局、民生局並に各保健所の各位にたいして感謝する。

参 考 文 献

- 1 人口白書 人口問題審議会 昭和34年
- 2 L.Wirth : Urbanism as a Way Of Life
(磯村英一 都市社会学研究 206頁)
- 3 Public Health Reports : Vol. 73, No. 9 p.795.
- 4 大阪市国保医療実態調査 1954年3月.
- 5 大阪市住宅統計調査 昭33年度(大阪市統計時報)

(演題 7) に関する討議

曾田： 農村衛生の重視が最近の風潮になつている。農村衛生が重視されるのは農村居住者と都市居住者の衛生状態が問題視されているからで、昔は農村の方がよかつたが、最近では都市の方が設備も上昇してかえつて都市の方がよくなつた。漠然とした質問であるが、都市の住居の生活、貧困者の生活と農村の生活のちがいについて。

東田： 都市へ来ている貧困者は、農村の階層からおし出されて来たという性格がはつきりしている。だからおし出された階層としての生活を持つている。出生率が高いことなどは内容的に似かよつた面がある。

久保： 都市という場合、スラムと云つた面から見より、生産面で見るとが良いのではないか。

曾田： 都市へ流れて来るのは農村からおし出されたというのはわかるが、健康という面から見ると劣性のものが出て来るのか、より良いものが出て来るのか。同じ年令をもつても都会で働こうと云うのはある程度健康なものが出て来る。病氣になると田舎に帰る。最近はまだちがつたことが云えるかも知れないが。

東田： 年令で云うと、農村は老人、婦人、子供が多いと云う一般論はなり立つ。果して健康者が多いかどうかと云うことはよく分らないので答えられない。

勤労者階級の面から見るとは御指摘の通りである。

曾田： 第3図に自然増加率と疊数が出ていますが、全体としては逆相関である。しかし、少なくとも他のもので見ると、各々で見ると相関がはつきりしていない。他の図でもはつきり出ていないのではないかと思う。

こう云う風に見ると疊数と出生、自然増加率の相関はかならずしもはつきりしないのではないか。むしろ、労働者地区、住宅地区、都心、商業区との差が、はつきり出ているのではないかと思う。住宅問題と関連して来るが。

東田： 先生の云う通りです。

関： 住宅問題の考え方が日本と外国では非常に違うように思う。自治体などの予算ではどのように扱っているか、外国では非常に困難でも優先的に扱っている。日本の衛生の方は通り一ぺんに扱っている。

東田： 大阪市の統計年鑑ではその資料が出ています。

曾田： 死亡率でも先ほどのようなことが出ていないか。労働者の死亡率が居住地の

それより高い。これはただ経済的に低いことが原因か、畳数がIndexになりうるか、もし衛生に住宅環境が非常に強い影響を持つているとしたら、その分析がなされることにより住宅政策が出て来るのではないか。

大山： 英国で新しい住宅に移ると死亡率がかえって上つた例がある。

橋本(道)： 結核の発病は3年くらいで半分以上は発病している。環境変化の基礎分母がわからない。

未熟児も第一子が多いが、地区移動の多いものに多い。大阪でも新住老では未熟児が多いと云うことが研究テーマになつている。現在生活保護の結核患者は重症の人が多い。この重症になつたprocessを見ると分つて来るのではないか。同じような環境のもとでの一方は治つて行き、一方は重症になる。

東田： その点はもうかなりはつきりしているのではないか。ただそれをストレスの面へ結論を持つて行こうとするのは問題があるのではないか。

社会医学における矛盾

大阪大学医学部医学概論研究室 中 川 米 造

1. 社会医学なる言葉は仲々に捉え難い曖昧さを持つが、一応、社会的な立場から疾病を治療し、防衛し、健康を保持することと共に更に健康を高めるための技術的措置であり、又その技術を導くための理論的追求であると規定することを以て、検討のための大略の手掛りとする事が許されよう。

そこからは直ちに、社会的という概念が問題になるが、これは結局のところ、人間の主体的な傾向を客観化し、それを合理的に、即ち技術的に解決することであるといえる。種々の社会学が存在し、又それが可能であるのは、そうした主体的な傾向の把握において、種々のありかたが可能であることを示すものである。ウェバーの社会科学も社会的行為を“行為するものによつて思われた意味に従つて他人の態度に関係すること、又は他人の態度によつて行為の経過の方向を定められること”と解する以上、自然科学の如き、認識や方法の同方向性を期待し得るものではない。勿論、自然科学における主観や主体性の役割は否定し得ないが、この場合の主体性は、自然の認識を護得するためであり、護得してしまえば主体から離れても矛盾はないし、自然科学自身が、そのように主体から知識や技術を切り離して一人歩きさせることを目標としているといつてよい。

ところが、社会的諸科学は、出発点が主体的不合理な人間であるばかりでなく、最終的にも再びこの人間の主体性に働きかける形式で客観化された認識や技術的な設計が提出される。これを今少しく具体的に述べれば、社会的解決を要求するのは、人間という主体的不合理な存在のある状況における不満が動機であり、個々の人間の主体的な努力では解決出来ない場合である。そこで、その状況を客観化し、合理的に技術的に解決しようとするのであるが、一度び客観化されたものは、屢々一人歩きを始めて人間性から遠ざかる可能性がある。つまり人間性の不満を解消せしめんとした行動がかえつて人間性を否定する結果を招くことになる。客観化とか合理化とか更に技術化する等の様式は宿命的に人間性の伸張とは相容れない。

これが、社会化という傾向の持つ本質的な矛盾である。従つて、多くの哲学者や思想家は、社会化の傾向に対して甚だ批判的である。例えば先年来日したガブリエル マルセルの如きは、北欧の完備した社会福祉政策は決して人間の幸福を実現していないとまで極言する。つまり技術主義が結局は人間性の追放、即ち虚無主義につながり主体性を失わしめるからであ

る。人間を幸福にする筈であつた技術が逆に人間の存在すら無意味のものとするからである。

しかしながら、人間が技術的文明を進めることを断念しない以上、その進歩に伴つて現われる不満や矛盾は、やはり技術的に解決しなければならないことは確かである。唯、技術化の傾向は放置すれば只管独走して人間性から乖離するものであるから、常に初発の人間的なものへの注意を忘れてはならない。独創的な社会学の提唱者達は総てこの注意を忘れていない。否、むしろ、そこからこそ、各々の学問的体系の源を掬んでいるのである。危険なのはその亜流者達である。彼等は師の提唱する体系から直ちに出発するが故に、人間性を忘れ去つてしまう。

このように考えてくると、社会医学においてまず考ふべきは、誰かの社会学理論を以て医学領域を眺めることなくして、直接医療に関係あるもの人間的な主体性、そこにおける矛盾を掘りさげることではなければならない。医療に関係あるものとは、病者と医師と、そしてそれ以外の一般大衆である。この三者が夫々病気を巡つて、彼等自身において矛盾をもつと共に、相互においても相剋をきたしている。そうした錯綜した関係を理解することなしには、夫々を満足せしめる可能性はあり得ない。

この錯綜関係を示す一つの例を述べてみよう。それはある大学の教養過程の学生に対して行つた調査である。この学生は、医学進学希望者と、それ以外の学部へ進もうとするものと略同数であつたが、前者に対しては、「何故医師を職業として撰んだか」を、後者に対しては、「病気になつた場合、如何なる医師に診てもらいたいか」について自由作文形式のレポート提出を求めたのである。その結果は、医学部進学希望のものは、医師なる職業が生活が安定し、金銭的にも余裕があるからという意味の答えが、半数以上を示した。次いで、医師なる職業は、独立した職業であり、あまり人に頭を下げずに済むという意味を表明したものが全体の三分之一、ついで人体の秘密や生命の神秘を探る喜びに憧れてというものが、その次に位する。これに対して、医学以外の学部へ進もうとする学生達の「如何なる医師に診てもらいたいか」に対する答えの多いものから第一、二、三位は、先ず、診療費が高くないことを望むのが圧倒的であり、次いで所謂人間味のある親切な医師、そして第三位に“腕のある”医師の順となる。勿論彼等は未だ学生であり、医師の職業的生活の現実については表面的にしか知らない。（この故にこそ医学概論の講義は必要である）しかし、医師という職業についての矛盾相が既に萌芽的に、この調査は示しているといえよう。このような矛盾を技術的に解決するためには、どうしても、先述した医療に関係する三つの主体的存在を分析する必要があらう。

る。先ず病者について考えてみよう。それは一体如何なる存在であるか。結論的にいえばそれは、生活における自発性の減退であるいつでもよいであろう。生命にとって、自発性とは能動性と統一性を意味する本質的なものである。それが減退するとき、情動的受動的になる。病者が屢々迷信的であるのは、現象の把握が分析的でなく、受動的融合的であるからである。病者の示す感傷性も同様であり、病者のエゴイズムも環境や自己の身体的条件をそのまま反映して表明するからである。もつとも、このような自発性の低下は、必ずしも人格の低劣化を意味しない場合がある。例えば、芸術家や思想家の多くは病気を緊機として屢々偉大な労作を創造した。これは病気により招来した感性的な状態を利用して、それを労作に利用したのである。このような芸術家や思想家を社会的救済の名の下に病院や療養所に収容して積極的な治療を計つてやることは、彼等の偉大な作品を社会が享受せられないことは我慢するとしても、彼等自身の幸福を奪う所以ではないかとも疑えるであろう。こゝにも一つ問題がある。

しかしながら、今一つ病的存在を見定める上で区別しておかねばならないのは、こうした自発性の低下は必ずしも病気の場合に限らないことである。つまり一般に、人間が行動の自由を制限され危機的状況に追いつめられたときには、そのような存在になる。死刑囚、強制収容所に入れられた人達、賭博者等がその例で、やはり迷信的、感傷的、利克的であり、又逆にそれを緊機として高い人格を獲得することも可能である。このような一般に危機的状況にある人間と病者とを区別するのは何であるかと云えば、それは、病者のもつ、特殊の社会的な地位である。

ジゲリストは、これについていくつかの事項を挙げているが、要約すれば、次の二つになるであろう。即ち、病者は社会から忌避される存在であると共に、一方では救済を乞うべく、又は救済を受ける権利を主張する存在である。これに今一つ免除ということを加えても良い。例えば、殺傷を目的とするとも云える戦斗に於て、傷病者は殺戮の対象にならないし、犯罪者は病気であることを理由に刑罰的処分を減免される等、病者には、種々の社会的義務を免除される。しかしながら、これ等の免除は、忌避的か救済的か又は、その混合によつてなされるものであるが故に、病者の社会的な特殊の位置は、忌避と救済の二つの面を考えれば良いであろう。

忌避については、理解が比較的容易である。病者とは劣等なものであり、汚らしきもの、災悪をもたらすものであると観られるためである。かくして病者は一般大衆の生活圏から隔離せしめられ見捨てられる。汚らしさを厭う人間感情の発現である。プラトンは、理想国を

描くにあたって、病者にはその国に生活する権利を与えなかつた。それは病者が劣れる価値低き存在であるばかりか、国家にとって有害であると認めたからである。ナチスはこのプラトンの国家論を現実に応用して、劣れる人間を集団追放し又は抹殺した。それ程組織的ではないが、現在でも病者、特に慢性伝染病に対する村八分の事件は稀ではない。

しかしながら何故に、この劣れる病者を救済せんとし、又病者自身にその権利を主張するのであるかについては多少理解が困難である。つまり、一般に宗教的な起源と人間主義的な即ち同情に発するものだが、その理由として考えられているが、それでは充分でないからである。宗教的起源として解するには洋の東西を問わず、救済の組織的努力が宗教活動の一環としてなされ、これによつて病者の社会的地位の向上がおこつたとされるが、厭わしき病者のため献身するのは、それによつて救済を与える者自身がより神へ近づく恩寵を得ようとする利己心を秘めている。従つて例えば、キリスト教では十戒に逆いて罹つた性病者の救済には甚だ冷淡であつたし、又神を信じない時代には、その動機は失われるであろう。最近の看護婦の社会的地位の下落はそれを物語る。

次に同情を理由とする誤についても、同情とは情動を共にすることであり、病者の苦痛を共にすることは、むしろ病者を拒否する理由であつて、救済の動因とはならない。しかも、宗教的動機にせよ、同情に発するものであれ救済を与える為の動因とはなり得ても、病者自身が権利としての救済を要求することまで説明出来るものではない。病者は庇護すべきであり、又病者は庇護さるべき権利を主張するということに従つて、病者に於て、積極的に“代り得る自己”を認めること、及び、病者自身は、病氣に対して責任をもたない人格をもつと考えることでなければならぬ。換言するならば、病者を病氣と人間とに分つことにおいて救済の義務と権利が動機づけられると考えたい。

庇護や救済を与えなければならないということは、従つて一つには、病者に於て積極的な自己投影、即ち自分と同じ人格を見るということであり、他方では、病氣を客体的な更に宿命的な異物の侵入であると考えらることに由来するのであり、病者にとつては、病氣を人格に責任なきものとして、之又異物視することに由来して救済の権利が主張できる。前者については、積極的な自己投影の強弱に応じて、救済の動因は益々大となる、(家族や近親者が最も大) 後者については、病氣の異物視や客観化が進められるにもなつて、救済の権利と義務とは大となる。医学は、そのような病氣の客観化を益々進めて来た。病氣とは、臓器が障害されていることであり、細胞が障害されることであり、更に社会悪としておこるものであると説明されるとき、病者にとつて、又病者の主体性ことつて病氣とは益々自身に責任の

ないものとなる。先述した如く、病者とは、自発性の低下した存在である。これが医学によつても、主体的な自己とは無関係の病気によるものと説明されるとき、病者の主体性や自発性は益々低下するであろう。年 神経症は、その典型的な例であるが、治療を自発性の回復と考える限り、そこに大きな矛盾を生む。保険患者と医学との相剋がそこにある。

3. 次に医師という存在について検討してみよう。医師自身の内的矛盾については種々な角度から観ることも出来ようが、要約するとヒューマンイズムと科学主義又は技術主義との対立であると云える。ウエレサエフの“医師の告白”は二十二章に渡つて、この矛盾の種々相を展開しているが、解決は与えていない。カロツサのビュルゲル医師は、ヒューマンイズムに余りに重点をおいたために、遂には自殺しなければならなかつた。他方、科学主義又は技術主義は、人間は無視して只管病気のみ注目し、時には人体実験も敢て行いながら、次第に有効適切なものとなつてきた。之に対して、医療とは、患者と医師との人格的交流や接触を通して始めて可能なのであつて、人間を無視することは医療の本質から遠ざかるものと断えず反対せられてきた。ジョルジュ デアメルは、医師と患者の関係を一騎打ち (un combat singulier) 又は、二人きりの会談 (un colloque singulier) と呼んで、両者が全人格をさらけ出し、信頼と其の要請に応えることこそ医療の本質であると云う。云謂医道論のすべては、このような基礎から出発しているし、世界医師連盟の申し合せ十二条も、この精神を主張している。ところが、このような人道主義的医道論は、必然的に、医学の客観化、科学性、そして医療の社会化を拒否することに直接つながることを注意しなければならない。独断的非科学的な医療は屢々、この論理により隠蔽され、医療の社会化も、それを隠れ蓑として反対される。塵佑の銘は屢々、それを掲げるものの弱点を意味するように、人道主義的医道論も、実は医師という存在が、それとは逆の本質に基いていることを示すのではなからうか。

医師は多くの場合、家族の診療には不得意である。家族において人間的交流は最も容易である筈であるのに診療を完全に行い得ないというのは不思議である。むしろ医療とは人間的なものを断つて、純客観的な現象として病的現象を取り扱うのが本質であることを示すのであろう。診断 (Dia-gnosis) とは、こうした人間的直接的なきづなを切断して技術的、理性的な方向づけを獲得する瞬間である。勿論、診断以前の段階では、出来るだけ完全な理性的、技術的な認識を得るために、病者と存在を同じくする、即ち共感的な状態に医師が心を委ねることは屢々甚だ必要なことである。しかし一度び診断が下されれば、それに従つて、

総ては技術的、理性的に行動されるべきであろう。たとえ、病因が社会的なものであつても、それに対する処置は、理性的、技術的な解決であつて、徒らに社会の不合理的を嘆くばかりでは解決しない。今一つ人間的であることの要求は、病者がその特性として希むものであるという反問も成立する。しかし、このような“人間味”はそれを技術として、つまり良い意味での演技として診断に応じてなされれば良いのであつて、別に本質的な要請として、曖昧な概念である人間主義を医療に採用しなくとも良いであろう。

4. 以上、病者、医師、そして一般大衆の病気を巡つておこる矛盾や相剋について考察した。

これらは医学を社会化する場合に困難な問題を生む動機となるものであるが、就中最も重大なのは、医学の進歩によつて、病者の救済の義務と権利とは益々明瞭に動機づけられるが、それと共に、病者は益々自発性を失つて、受動的依存的な存在に沈下してしまうことである。これは単に、病者が依存的になり、自ら積極的に治療に向つて努力しなくなることを意味するばかりでなく、医学又は医師が、積極的に自発性を伸展せしめる方法を失うことをも意味する。

近代医学の主流は、ひたすら病気を、しかも出来上つた病気を対象とし、その病因を明らかにすることに努めてきた。病因を除きさえすれば病気は治癒するし、又この世の中から絶滅せしめ得るといふ楽天主義であつた。かくして成る程多くの病気は致死的でなくなつたが、病者の数は減少するどころか、むしろ増大しているのが現実ではなからうか。この増大している病者の数は、医学的には明確に診断のつかない云謂不健康者である。(治療方法の確立していない慢性病は、実は認識的に明確にされていない病気、つまり診断の不確かな病気である)そのような不健康者に対しては、病気を受動的な、つまり異物的な個々の実体の侵入として考える従来の医学の思考法では、特徴をつかまえたがたいのは当然である。むしろ、健康からの偏倚として、健康と対立するものと考えずに、そうした不健康を捉えるべきであろう。

医学は疾病を治療し、予防し、健康を守るためのものと云われるが、従来は、疾病の治療に第一義的な目標があつた。論理や思考の形式もそれに適合するものとして発展せしめられてきたし、健康は病気でない状態として消極的に定義づけられてきた。それが、病者や医師そして一般大衆に於て、又その相互に矛盾や相剋を生む原因となつたことは先述の通りである。若し、病気と健康の関係を逆にして、医学や医師の任務を、健康を守り、助長することを第一義とするならば、云謂不健康者の認識はより容易になると共に、医師や、病者、一般

大衆の矛盾や相剋は直ちに消失せしめることが可能であり、従つて社会化についても、困難や障害はなくなるであろう。

即ち病者と一般大衆との区別は、異質的でなくなり、程度の差となる。忌避の原因であつた厭しさは軽減すると共に、救済や庇護の動因であつた“同じき人格の投射”はより容易となる。医師は健康増進のための技術者であれば、人道主義と科学主義の板ばさみを悩むこともなくなろう。

たゞし、病気は比較的具体的なものであり従つて客観化しやすいのに対して、健康とは価値的であり把握しがたいという難点はある。しかし、価値は相対的であり、何かに対して定められるもの、即ち状況との函数として出てくるものであるから、論理や思考の様式を転換すれば、それ程認識に困難はないであろう。（具体化するにあつては、更に強力な研究の必要なことは当然としても）

経済問題としての医学の社会化においても、従來の如く病者の社会保障にのみ重点的に予算をとるより、健康増進のために、又は軽度の不健康者の健康化のためにも重点をおくことの方が、より輕少の費用でより大きな効果を得ることが出来よう。

5. 以上社会医学を進めるに當つて障害となる矛盾を、病者、医師及び一般大衆の分析を通して考究した。それは結局は、健康概念に発するものであり、疾病をすべての問題の根底におく限り、それらの矛盾や相剋は解消せず、従つて社会医学の進展は望めない。健康の増進を積極的に、第一義的な関心事とすることによつて始めてスムーズな展開が可能となり、医学の最終目的へ向うことが出来るであろう。

(演題 8) に関する討議

野津： 「病気は病者の責任である。医療の社会化は病者も、医者も墮落させる」と云われたが、理想的社会では云えるかも知れないが貧困階層がある以上矛盾するのではないか。

先生のはユートピア社会学ではないか。

中川： 病気が病者の責任であるという考え方からは社会化は生れない。病者も医者も墮落させるというのは、治療における自らの責任を回避するからである。従つて責任を自覚し社会化する場合にも抵抗や矛盾を解決するためには、病者を中心にするのではなく、健康を中心とせねばならない。最も合理的と考えられる理想をユートピアと呼ぶのであれば

それでよいと思う。

久保： 社会の意味の考え方がぼつきりしない。社会の責任が無視され、個人だけに責任が向けられているように思う。

人間社会では、合理化された社会を考えて良いのではないか。その中での人間性がどのようなものであるかわからない。社会において生産に参加し、合理化された社会に住む人間としての責任と義務というようなことを明らかにしてない。個人の問題だけを取り上げているように取れるが病気が治らないと云うところに予防医学が出来たのか。

中川： 社会とは有情者の結合、つまり理性のみで律し得ない人間集団である。合理化とは他によつて自らを主張することである。人間性同類意識又は連帯感が支配する世界では社会化は必要でない。それが失われたからこそ、合理化が必要になる。気の毒だから救わねばならないというのではなくて、救済が社会にとつて利益であると合理化されねばならない。責任は個人的な意識の中においてのみ存在する。実体のない社会に責任をおくことは、個人的責任の回避の口実にしかならない。

予防とは、病氣にならないことで病理学者は病氣をのぞいてしまえば健康だという考えでこれはまちがいである。予防医学を久保先生はどう考えておられるか。

久保： 予防医学とは、産業社会の発展の中から生れてきたものと思う。

(演題 9)

医療の社会化について

国立公衆衛生院 曾 田 長 宗

医療の社会化はいろいろな意味に解釈される。

第一は医療の普及という意味である。私達の学生時代、鈴木梅四郎氏の実費診療所や、賀川豊彦氏らの医療組合などが、ひとしく医療の社会化運動と考えられたが、これらは何れも、安い医療費で、より多くの庶民が、近代的医療を受けられることを共通のねらいとしたものである。

この意味においては、限られた一部上層社会のみに利用された宮廷医療や御典医制度から、ある程度の報酬さえ払えば、誰にでも医療の道が開かれる町人医療や、その流れを汲んだ今日の自由開業医制度に移つたことは、それ自体、社会化の進展を示すものと解される。

第二には、医療の公営(多くの場合施設の公有を伴う。)あるいは少なくともその非私営化を意味する。私営の医療では、経営に赤字を生ずれば、その継続が困難となり、黒字を減らせば患者の医療費負担の軽減に回すべきだという議論が出、この矛盾を脱却するためには、私営以外の経営方法を考えなければならぬという主張になる。

私営以外となれば、協同組合、保険組合、非営利特志団体、公営、国営などの形が考えられ、それぞれに特徴と欠陥とが挙げられよう。

第三は、医療費負担の社会化である。医療費さえ支払いできれば何人にも医療の道が開かれているとはいえ、その医療費負担の困難が、医療の普及を妨げている。このあい路を開く意味で、医療費負担を患者個人やその家族以外に求めようとして、協同組合や健康保険の方法が考えられたり、医療費の一部または全部を公費で負担する途が講ぜられたりするがこれは上記医療施設の経営とは一応切り離された別個の問題である。

第四には、医療業務の社会的組織化、すなわちその分業、協業化である。

医学や医術の進歩は、小規模診療所から大規模病院への発展を促し、各種医療関係者の職能分化——医師の間にすら各分野の専門医、一般医などの区別——を生じ、その協力態勢が出現した。

この意味の医療社会化も、今日のわが国ですでに進行しているのであるが、これを大きな支障なしに順調に進め、多種にわたる職員や機能を異にする施設を一貫した体系に組織立てることが医療社会化の一面である。

第五には、医療施設または制度につき、その運営の民主化を意味する。これは個人経営者の

ほしいままにも任せず、またあらゆる意味の官僚化をも防止し、医療を国民自らの問題として、その解決の途を求めようとするものである。

以上のように医療の社会化なる問題は、少数の賢者たちが頭の中で抱く政策論議たるに止まらず、過去から今日に到りまた将来に向つて動く社会事象の発展方向を示すという重要な一面を持つものであることに十分意を払う必要がある。

(時事通信厚生福祉版)
昭和三十三年十月二十日
より転載

(演題 9) に関する討議

大山： 結局医療の社会化の医療費を保険で行くか税で行くか保険局と私たちの面でもちがっている。

自己負担は支払能力のある人は負担させる。保険局は貧富の差なしに一かつしてとる。医療の社会化がこの面からくずれて行きはしないか心配である。経済的裏づけの面で意見がありましたらひとつ。

曾田： 医療費の公費負担をどうする筋道でやつて行くか、この席でこそ皆と意見を出し合いたい。見通しという点で見ればやはり健康保険でなく、累進税で治療、予防も含めてやるべきであろう。保険というものが相互扶助的性格を残している所から民主的運営をして行くうえには保険の方が国が行うよりよいのではないか。この面から考えると国費負担という形がよいかは疑問がのこる。当分の間保険方式の方が良いのか国民医療的な方がよいか長短いろいろあると思う。

公費100%になれば、national health service となる。今の所当分の間は相互扶助的性格が強いのではないか。

大山： 相互扶助という言葉が出たが、この範囲が大きな問題になる。名古屋で行うつもりだが、名古屋市民全部が相互扶助でやるとうまく行くと思うが、健保の残りの人達が国保の対象となり、しかもボーダーライン層が多い。

経済的にうまく行かない相互扶助なら自治体に統一してやると良いと思う。

曾田： 大体自治体が単位である。しかし健保、国保を一本にできるか？健保の中で組合管掌、政府管掌を一本にする事ができるか？一本にしるとの声は高いがさしあたりとして大き

い企業のエゴイズムだけで邪魔されていると云いきれるかどうか、経済状態が良い健康保険組合を平均化することがよいことかどうか、いろいろなチャンスをつかいがいながら良い方へ徐々に持つて行くのがよいとの意見があるが、それは私は一概に反対もできないのではないかと思う。社会化が進めば国民のためになるとも一概に云えない。国営国営がおくれるために或る特殊な人達に利益をあたえてはいけない。

庄司： 保険医学的に見るのではなく社会医学的にどのように保険を考えるか、どこに重点をおいて考えるとよいか。

関： 保険経済学者と同じような立場で同じような方法でやるのではなくわれわれの立場で approach する方法はないかと云うことになる。

6 才 2 日、研究発表終了後の討議

曾田： 社会医学研究会を作ることが妥当であるかどうか、世話人の方はこのように盛会であるとは思っていないかった。

関： 曾田先生が只今申しましたように社会医学の定義については今後も議論を重ねていかなくはない。

Public Health と Social Medicine は考えようによつては分れるだろうし、また考えようによつては移行するものである。

いろいろの意見があることを大体として承認した上で進めて行きたい。いろいろの学会があるが何かものたりないものがある。気分的にものたりないと云うだけでなく、学問的に何かものたりないものがある。これを埋めて行くものとして考える。例えば医療保障の問題をとりあげて見ても、公衆衛生も医療にたずさわっている人々から議論をつみあげて行くことが必要である。散発的に各地で行なわれているが、これを全国的に集まって積み上げて行こうとすると全国的な組織がいる。また、全国的レベルの会合必要である。社会保障の問題をとり上げて全国的討議が必要で、こればかりか住宅問題、中川さんの発表等、あらゆる面で全国的組織で既成の学会とはちがった人達があつまつて議論を積み上げて行くことがこの会の主意であると考えてみた訳です。

庄司： 昨日 Public Health と Social Medicine についていろいろと意見が出たが現状ではどうしても作らねばならぬ。

中核があつてやろうと云う決意が必要である。産業医学会ができた当時もそのような事情があつた。この会の目的をもう少しはつきりして世の中に存在の理由を表明して行く必要がある。準備会としてもつと拡く呼びかける必要がある。

野津： 公衆衛生の人達だけで集まってやっているのでは私も参加する気がないが中川氏のような人の意見があるとすると私も大いに観迎で、保険局の人もきていている話を聞いたが、あんな人も来ている会ならばいろいろと学ぶことが出来るのでこういう会をもつていたよければ喜んで参加する。いろんな立場の人が予防のことで一緒に集まつて話し合う会があれば、一つでも多くあつた方がよい。

小原： 未だ何となく固い。誰でも来れるようにしてほしい。

萩村： 保健所長の間に趣意書が廻つて来たが社会医学という言葉で二の足をふんだ。私はそ

うは思わないが特殊なものに感じている人が多い。趣意書を書くときよく考えて書いてほしいと思う。

小原： 社会医学という言葉におそれをなして来なかつた人もある。

関： しばらくは準備会の形で進めて行つて構成メンバーがだんだん決つて来ると形を作つて行きたい。

7 社会医学研究会の出発に際して

京都大学 庄 司 光

社会医学研究会(仮称)の第1回の集りが1959年7月30~31日東京で開かれ、研究発表や会のあり方の討議が行われた。其後日本医師会の武見会長が日本医師会で本会の性格について述べられたことがあり、医療、公衆衛生方面に広く本会の存在が知られることとなつた。しかし同氏の所論にはいささか誤解もあると考えられるので、本会設立に関係したものの一人として卒直に会設立の経緯を述べてみたい。

日本における社会医学の思想的な系譜を辿ることは本会の今後の発展のために極めて重要であるが、今はその余裕もないので、戦後の会設立の過程を辿つてみたい。1955年4月、第14回日本医学会総会の機会に、京都大徳寺大仙院で全国公衆衛生懇話会が持たれた。同会の目的は公衆衛生関係のvolunteer運動の全国的な連繫を図るにある(庄司光、大阪における公衆衛生活動の問題点と将来の動向、公衆衛生、22, 8, 448-453, 昭和33 参照)。同会はその後毎年公衆衛生学会、衛生学会の機会毎に自由集会の形で開かれ、各地のvolunteer運動の情勢やお互の決意を語りあつて来た。この懇談会は明確な組織もないし、規約もないし、ここからここまでが会員であるという明確な境界もない。しかし懇談会の世話をしている者の間では、この自由集会を発展させるには我々の研究活動の目標を更に明確にする必要があるのではなかつたかという考えが抬頭してきた。その目標は医療、公衆衛生発展のための経済的、社会的条件の究明ということであり、このような目標のもとに自由に集つた研究者が自分たちの研究を進めるために組織をもたねばならない。1958年の福岡における第12回日本公衆衛生学会の際に開かれた全国公衆衛生懇談会の席上、このことが大阪より提案されたが懇談会としては時期尚早の故に採り上げられず、懇談会とは別に作つてほしいということ

あつた。其後世話人の中で種々協議した結果、兎も角社会医学準備会として研究発表会を開催してみようということになり、1959年7月の研究会が開かれることになつた。

発表会の内容は本誌に抄録された通りであるが、発表後に会の今後のあり方について交見が行われた。先づこの会の研究活動を日本公衆衛生学会の活動としてやつてゆきたいという、順天堂大学の山本幹夫教授の御意見があつたが、公衆衛生学会とは別に社会医学研究会をやつてゆこうという意見が多数であつた。しかし、会の目標については種々の意見があり、一致点は見出し得なかつた。会の性格は未だはつきりしていないというのが現状であり、これは今後の活動の中に歴史的に形成されてゆくであろう。又事務局をつくり、日常的な活動を強化しようということになつた。この発表の後に大阪大学の関教授、朝倉助教授の社会医学研究会（仮称）の組織運営に関する私案が寄せられ、これが前述の日本医師会武見会長の眼にとまつた訳である。

会の今後の運営について私見を述べる。科学の歴史を眺めるとき、何か新しい分野の研究が開拓されるときに共通の目標と方法論をかかげて集つた同志的グループが既成の学会や権威にとらわれず研究を進める姿がみられ、そこにはpioneer精神がみられる。私達は社会医学という新しい分野を見出し、その確立の必要を感じ、グループの組織をしようとして居るのである。第一回の研究発表会はその第一歩であり、そこに出た結果だけで会の性格、研究の評価をすることは遠慮しなければならないが、今後の運営については大いに反省しなければならない幾多の矛盾を既に持っている。

社会医学が何かという難しい問題は別にしても、共通の学問的目標を明らかにし、方法論を深化する必要がある。方法論の深化については気象研究所の扱山政子女史よりいみじくも指摘された。社会医学という分野に進むのに既定の方法にのみ依存していたのでは研究の発展がない訳である。これは今回の発表全部を通じて感ぜられる点である。

次に共通の目標と方法論の下に集つて来た個人や小グループの創造性を十分発揮させるためには会の運営のための意志決定が民主的に行われねばならない。会の現在の段階では研究目標、方法論についても意志統一が十分出来ていないから、この点は余程慎重にやらねばならないし、あせつて会の性格づけを考えてはならない。いわゆる学会の中での市民権確立のために、あせつてはじめの目標と方法論を失つてはならない。新しい分野の開拓に当つては学閥的なしきたりの排除、ボスを作らないことは学問の発展のために当然要求されることである。今後は社会医学の旗の下に、同志的な結合の中で研究の成果を蓄積してゆきたい。

社会医学研究会準備会決算報告

(収 入 の 部)

参 加 費	1 6 2 0 0 円 …… 3 0 0 円 × 5 4 人 = 1 6 2 0 0 円	
支 出 計	1 6 2 0 0 円	

(支 出 の 部)

会 議 室 借 料	6 0 0 0 円 …… ア ジ ア 会 館 会 議 室 3 0 0 0 円 × 2 日 = 6 0 0 0 円	
記 録 係 食 事 代	2 7 0 0 円 …… 1 5 0 円 × 6 人 × 3 回 = 2 7 0 0 円	
飲 も の 代	3 1 8 0 円 …… 3 0 円 × 延 1 0 6 人 = 3 1 8 0 円	
通 信 費	1 8 0 0 円 …… 研 究 会 案 内 , 事 務 連 絡 , そ の 他	
会 議 諸 雑 費	1 0 6 0 円 …… 茶 菓 代 5 0 0 円 , サ ー ビ ス 料 4 0 0 円 , 電 話 料 1 6 0 円	
準 備 会 経 費	1 4 0 0 円 …… 準 備 事 務 局 及 び 在 京 関 係 者 打 合 4 回 分	

支 出 計	1 6 2 0 0 円	
収 支 差 引 残 額	0 円	

あ と が き

昨年7月末、あのうだるような酷暑の中で熱心な論議が交された準備会から早くも1年の歳月が流れようとしています。

この記録のプリントが、いろいろの事情から大変遅くなりましたことをまずお詫びしなければなりません。とくにメ切の期日どおり原稿をお送り頂いた方々には誠に申し訳ありませんでした。また、記録の様式についても、活版印刷で出すよう検討しましたが、経費の見通し等の事情から不本意ながら今回はこのような形になりました。

発表者の方々の原稿については、研究会での申合せにより、その後同様の内容の論文が学術雑誌等に掲載されたものは、著者の御了解をえてそのままこの記録の中に収録致しました。それ以外の討議等の部分については、田所、相磯、仲村君他の方々に要点筆記をお願いしましたが、発言者のすべての方々に原稿のうちに見て頂く機会がなく、そのため誤りや表現の適当でない点があるかと思いますが、編者の責任としてお許しを願います。とくに、討議等の記録のとりまとめについて御苦勞をかけた大阪大学の田所助三君が、この記録のでき上るのをまたず、6月のはじめに急逝されたことは誠に痛惜にたえません。謹んで同君の御冥福をお祈りする次第です。

社会医学研究会の創立総会を兼ねた第1回研究発表会も1カ月の後に迫りましたが、関係各位の御健勝と御活躍を念願して筆をおきます。

(昭和35年6月18日、橋本(正))