

第1回社会医学研究会記録

と き : 昭和35年7月29日(金), 30日(土)

と ころ : 東京都千代田区平河町 日本都市センター講堂

社会医学研究会

この記録は、第1回社会医学研究会における研究発表を「公衆衛生」第24巻11~12号、第25巻1号にわたって掲載したものを別冊として取りまとめたものである。

目 次

社会医学研究会の発足	曾 田 長 宗
社会医学の定義について	黒 子 武 道
社会保険医療の分析	東 田 敏 夫・他
兵庫県氷上郡における新しい保健医療計画（その1）	五 木 田 和 次 郎
無専門医村に於ける検診成績とその対策	笠 木 茂 伸・他
高血圧症および心臓病患者の療養生活の実態	小 浜 泰 子・他
八千穂村の健康管理の結果を通してみたる健康と環境因子との相関について	若 月 俊 一・他
けい肺の社会医学的の結調査について	首 藤 友 彦
保健所の再編成と整備	須 川 豊
地域社会の大きさと医療施設の関係	大 谷 藤 郎
公衆衛生監視員制度について	庄 司 光・他
〔社会医学研究会第1回研究発表追加討論要旨〕	
中小企業における衛生管理の協同化について	東 田 敏 夫
新都市造成と保健・医療・福祉サービスの総合計画	朝 倉 新 太 郎
わが国における病院の公衆衛生活動の現況	吉 田 幸 雄
医療制度と医師の報酬	木 村 慶
社会医学研究会創立総会会則	

公 衆 衛 生

第 24 卷

1960 年 11 月

第 11 号

社会医学研究会の発足

曾 田 長 宗

去る昭和 35 年 7 月 29 日に社会医学研究会が発足し、同日および翌 30 日に亘つて研究発表会が開かれた。

その間、社会医学とは何か、わが国内外における社会化医療の状況、中小企業における健康管理、農村の医療保健、団地計画と医療保健対策、保健所活動の再組織、環境衛生監視員制度の検討など、極めて多岐に亘る問題が討議され、他学術集会にくらべ、1 題につき数倍におよぶ時間があてられたにもかかわらず、いずれの問題についても討論のつきる所を知らなかつた。

丁度 1 年前昭和 34 年 7 月に開かれた同会準備会の研究発表にあつても、多方面に亘る研究が、各自思い思いにもたらされたので、今回の発表会では、特に社会医学の概念規定、その研究目的、研究対象、研究方法などが、もつと明確に定められなければならないではないか、又公衆衛生学、産業衛生学、農村衛生学、など近接科学との関連などについても筋目を立てる必要があるのではないか、という意見が強く表明された。

多数参会者のうち、いずれもこの点について異議はないようであつたが、それでは、この一般的基础問題を、今日わが国におけるいわゆる社会医学研究の現段階で、充実した内容の討議ができるであろうか、又一応とはいいいながら、今、社会医学研究の範囲を、これこれしかじかと定めることが、今後この方面の研究の発展に果して益するものであるかどうかという点については多大の懸念

が残された。

今回の発表会で、黒子氏も報告されたように、最近まで公表された世界諸学者の社会医学に関する見解を見ても、これが極めてまちまちであり、S. Leff (“Social Medicine” 1951) は、この間に共通の特徴を求めるとすれば、これらの見解が「いずれも、何らかの意味で科学の新しい社会的発展を反映しており」「単なる専門分科的追究を批判している」点にあると述べている。

医学は、本来人類の健康を修復し、防護し、向上せしめることによつて、その幸福を増進しようとするものであり、人類は多数相集つて、複雑な社会関係を結ぶものであるから、医学が現実人類に適用される場合、その社会性が無視できないことはいうまでもない。

従つて学問としての医学も、人体の形態と機能を明らかにし、諸種なる自然的社会的環境の下に、個体とし、又、種族として人類がどのように適応し、その生存を続けて行くかを研究するものと考えられるから、矢張り何らかの意味で、社会的な生活条件が、健康の維持、増進、修復にどのような影響を及ぼすかの問題を軽視することが許されない。

逆に、人類の健康状態の如何、疾病の蔓延状態が、人類の社会的経済活動に大きな影響を及ぼすこともあろうし、医学や医術の発達自身が、他分野の自然科学、社会科学の発展や、社会的経済的事情一般と深い関係をもつものとも考えられるの

で、医学と社会との関係は、極めて広汎、多岐に亘る。

従つて、医学と社会との接触は、臨床面、応用面のみならず、基礎医学をも含んで、各分科に及ぶので、社会医学は、そのような接触の姿、その間に生ずる諸種なる問題を追求し、社会的な考え方を医学の各分野に浸透させようとするものであつて、新しく社会医学なる一分科を敢えて設けようとする所に主眼があるわけではないのでなから

うか。

この方向に対し真剣な努力が続けられる限り、特徴的な研究方法や、問題の取り上げ方が次第に固まり、社会認識、社会条件についても、考え方の整理がついて来るであろうから、その時期を期待しつつ、現在は同学の士が、医学、社会学等各方面より集つて、その経験を語り、意見を交換するの必要を感じ、これが、今回の社会医学研究会発足の動機であつたものように筆者は考える。

社会医学研究会第1回研究発表会

と き：昭和35年7月29日(金)、30日(土)

と ころ：東京都千代田区平河町 日本都市センター講堂

〔第1日〕

創立総会

研究発表および討議

1. 社会医学の定義について
東京大学医学部・衛生 黒子武道
2. 社会保険医療の分析
関西医科大学・衛生 東田敏夫、仲野俊子
3. 氷上町における保健医療計画に関する一考察
(その1) 国保医療の実態分析
神戸女学院大学文学部 雀部猛利
大阪大学医学部・公衆衛生 五木田和次郎
4. 医療制度と医師の報酬
——英国国民保健事業における医師の報酬問題
をめぐつて
大阪大学医学部・公衆衛生 関梯四郎
朝倉新太郎、木村慶、張 知夫
演題 1.~4. に関する討議
5. 無専門医村における検診成績とその対策
河野臨床医学研究所・第二北品川病院
笠木茂伸
6. 高血圧症および心臓病患者的療養生活の実態
川崎市高津保健所 小浜泰子、斎藤知子
7. 八千穂村の健康管理の結果を通して見た健康と環境因子との相関について

佐久総合病院 若月俊一

8. けい肺の社会医学的調査について
日本福祉大学・公衆衛生 首藤友彦
9. 保健所の再編成と整備
静岡県衛生部 須川 豊
10. 中小企業の衛生管理の協同化について
関西医科大学・衛生 東田敏夫、橋本美知子
演題 5.~10. に関する討議

〔第2日〕

研究発表および討議

11. 新都市造成と保健・医療・福祉サービスの総合計画 ——新しい型の Health Center 構想
大阪大学医学部・公衆衛生 関 梯四郎
朝倉新太郎、藤本伊三郎
 12. 地域社会の大きさと医療施設の関係
厚生省統計調査部 大谷藤郎
 13. 公衆衛生監視員制度について
京都大学工学部・衛生工学 庄司 光
大阪市衛生局・食品衛生 中山信正
大阪大学医学部・公衆衛生 高木昌彦
 14. 病院における公衆衛生活動の現状について
病院管理研修所 吉田幸雄
演題 11.~14. に関する討議
- 今後の進め方についての協議会 (以上)

社会医学の定義について

黒 子 武 道*

社会医学について本格的な論議が行なわれるようになったのは今次大戦以後のことである。特に社会医学が医学教育の問題として諸外国においてとりあげられ、また数次の国際会議の主題となるようになってからにわかに脚光を浴びることになった。この種の会議においては主として医学校における学課課程の問題として社会医学を取り扱っているのであつて、医学研究の課題としてはむしろ第二義的に討議されたに過ぎないことは注目すべきことであり、社会医学の理解に若干の示唆を与えるものであろう。しかし社会医学がどのように取り扱われるとしても、社会医学の概念や内容の規定が前提となることが当然であつて、事実これらの会議においても毎常論議の中心とされており、しばしば会議用語としての社会医学の定義づけが行なわれた。いずれにしても社会医学が広く社会と関連を持った医学の領域として、新しい知識の分野を開拓しつつあること、それは公衆衛生や予防医学の伝統的な形式や考え方とは全く異なつた観点に立つており、従つて古い医学や衛生についての基本的かつ素朴な原理と異なつた思考法や技術を要求するものとして社会医学の正当性を認めている点では共通している。

わが国においても最近、ようやく社会医学についての関心が高まつて来ており、過日、社会医学研究会の発足を見るに至つている。しかしわが国の社会医学は国民皆保険、医療制度の改善、保健所運営の再検討等、医療保障や衛生行政に関係する問題として取扱われており、諸外国において推進されている社会医学とはかなり異なつた性格を示している。もち論、このような研究分野は社会

医学の実践的課題として主要な研究領域を占めるものではあるが、社会医学の全貌と概念を提示し得るものではない。

最近、社会医学の理論に関する研究が活発となり、多くの研究者によつて種々の定義が提示されるようになってきた。これらの定義にはかなり共通な見解も認められるが、また極めて独自の内容を規定しているものもあり、多義に解されている。定義の多様性は一面、社会医学が若く、かつその成長の早いために社会医学の全領域を客観的に概括し得ないことにもよるが、むしろ個々の研究者の社会医学理解に対する基本的態度の差によるものと考えられる。諸外国において社会医学がどのように定義されているか、またどのような内容と性格を与えようとしているかを知ることは、社会医学の理解と研究の志向、発展に資するところが大きいと考えられるのであつて、本研究の意図もここに置かれている。

社会医学の定義の理解のために与えられた定義の性格と内容に重点をおいて若干の分類を行なつた。分類の基準としてはこの他多くの観点が用いられるであろうが、本研究はそのような分類の一つの試みである。

I. 医学の原理としての社会医学

この種の定義は社会医学を新しい医学の指導原理として定義づけようとするもので、近代医学の理論と実践についての基本的設定の再検討を要求する。衆知の如く、従来の医学は治療医学を志向しており、生物学的な存在としての個人を対象として、疾病とその治療に重点をおき、主として自然科学的側面において発達した。このことは近代医学を今日の水準に高めることにはなつたが、反面、健康と疾病の社会的意義の認識を欠く結果となつた。また治療医学の勝利はそのよつて立つ見解と効用性

* 東大医学部衛生学教室

によつて、疾病と同時に健康にも関心を持つべき医学を疾病とその治療に専念せしめることになり、その間多くの基本的人間の要求と社会的要望に応え得なかつたことも事実である。

いうまでもなく、社会は生産をその存立の基盤としており、健康な個人の労働は社会における生産の原動力である。従つて健康は病者の切望する主観的、個人的なものでなく、客観的、社会的なものである。しかるに治療医学においては健康の概念は個人的、生物学的に解されており、単に検出し得る疾病が存在しないというような消極的な定義に過ぎないのであつて、このような立場からは真の健康の意義を理解することは出来ない。このことは医学の社会に対する機能を批判的に分析、評価することの必要を示すものであり、医学は“疾病と同様に健康にも重点をおいて、健康と疾病の生態学と社会的な関連性に深い理解を払わねばならない”(Galdston)のである。

近代医学の治療医学への偏向を指摘することは初期の社会医学提唱者達に共通な点である。Buzzard は“治療医学的診療に加えて人間の心身の能力を保持、増進させ、その障害となる力に対して社会及び個人を護る方法を発見し、それを更に推進しなければならぬ。最高の健康と最大の能力を結合させることは大衆にとつても医師にとつても窮極の目標である”といい、Mc Nalty は“社会医学は健康と疾病の全問題に対する広い観点を新たに提示しようとするものである”と述べている。

Sand は社会医学は医学の哲学であるという。即ち“人間個人及び人間集団内部における健康と病気についての社会的観点であつて、それは科学的基盤において社会状態と人間の健康が相互に関連を持つという観点から考えられた予防及び治療の技術”であり、“豊かな健康に対する要請の窮極の原理”であると述べている。つまりこの社会と個人の相互の働き合いの事実を全体として把握、それを医学の在り方の根本に置こうとするものである。Kershaw は社会医学の原理を個人及び集団の健康においており、医学がよつて立つところの哲学としている。また Hobson は“社会医学は医学の全分野に滲透すべき哲学であつて、科学の分野からの派生ではなく、もつと広汎な humanity と関連する医学の領域として、人間をその環境と共に研究することである”と述べている。このような健康と疾病の社会性の洞察は、疾病と医師、更に医業の社会的側面の理解を要求するものであつて、医療における人間関係及び医師の社会的責任が強調されるのである。

Sigerist, Dearing, Crew, Rosen, Landouzy 等は医学は社会科学であり、社会医学は医学が社会科学たることを示すものだという。医学とその実践たる医療は、勿論生物学的知識を必要とするが、他面、人間精神の理解と広く社会科学領域の知識がなくては充分にその目的を達成し得ないことは明らかであつて、医学は実にこの点において一般自然科学部門と異つた独自の立場を占めるものであり、現今の治療医学に示された不満は自然科学としての医学の限界を曝露したものとわざるを得ない。医学は自然科学としての立場を止揚して社会科学の領域に転化し、人間研究をその窮極の課題とすべきであらう。Sand が社会医学を“医学発展の必要にして且つ論理的な段階”としたことは極めて意義が深い。

II. 医学研究の技術としての社会医学

社会集団の構成とその環境諸条件の健康と疾病に及ぼす影響を研究する科学として規定されるもので、社会病理学、社会衛生学の領域を含むものと解される。代表的なものとしては Crew の定義があり、社会医学は“人間集団に関係した医学”であつて、“個人の集団が社会集団を作る過程、集団の構成員間、及びその集団と外部世界との関係から発生する医学的諸問題を取扱うもの”と規定している。またこのような定義は“社会医学が他の医学諸分科と区別される独立の分科としての地位を示す”ものであり、その区別は“社会学的概念と方法を健康と疾病の問題に適用することにある”と述べている。社会医学にこのような定義を与えているものは極めて多く、同様な見解はその他、Reverdy, Cameron, Fisher, Hueppe, Ryle, Muntendam, Teleky, Querido, Strøm, Stampar, Rosen, Loghem, Pieraccini 等、多数の研究者によつて提示されている。これらの定義はいずれも重点が社会学的要素に置かれていることが特徴であつて、社会科学の諸要素を集団の健康問題に適用することであり、“医学の社会学”(Stampar) 或いは、“医学と社会科学を結合するもの”(Crew) と解されている。

しかしこのような定義は研究対象として如何なる集団をとるか、また環境の社会科学的要因、即ち政治的、経済的、心理的要因等のいずれに重点がおかれるかによつて、その性格と研究領域を異にしている。Sand は“個々の集団のもつ社会的、文化的諸条件は研究と活動のための特殊の分野を作るものであつて、これらの問題は主として労働階級の知的、道徳的、身体的福祉に関連を持つものである”と述べている。また英国の社会医学評議会においては、社会医学の最も重要な、且つ特殊な研究

課題の一つは社会的病因論及び集団現象としての疾病の研究であつて、異つた集団間の差異を発見することであるとされた。

III. 実践の課題としての社会医学

社会医学を社会内部における健康を増進し、疾病を予防し、また疾病の回復を助けるために行なわれる実際的手段に関連するものとして定義するものである。これらの諸活動としては医療問題のみならず、“公衆衛生及び衛生学の伝統的関心である環境衛生、疫学、伝染病予防、住居、産業衛生等、健康と福祉についての全活動”が含まれるのであつて、Parisot は社会医学を“人間の健康と社会の福祉活動を結合するものであつて、精神的、経済的価値と考えられる人間の人格の防衛と発展を目的とする”と規定している。また Reverdy は社会医学の目的は“人間社会内部の個人の防衛と発展のために集団的手段を採用することであり、医学的活動を集団的、または公共的な規範に統合すること”であると述べている。

しかし今日、社会医学を医療保障に関連する諸問題、即ち社会集団における医療の組織と分布、医療制度、医療費等、特に政府管理の医業と同意義に解するものも多い。この種の医業形態は古くは独逸の Soziale Medizin、近年における英国の National Health Service の発展にその典型が見出されるが、Ryle, Galdston 等はこのようなものは所謂 Socialized medicine であつて社会医学とは区別さるべきものであるという。英国において社会医学の関心が急速に高まつたのは Beveridge Plan によつて英国の社会的、政治的計画が推進されたのと同時期であつた。このことは社会医学と Socialized medicine の混乱を来す結果となり、社会医学は主に医学の経済学であつて、医療費負担の問題、国家保障というような狭い意味に解されるようになったと Ryle は抗議している。Galdston は社会医学を実現することによつて Socialized medicine の窮極の目的が達成されるものであつて、Socialized medicine 運動の動機は医療に対する社会的要求にあるが、社会医学は現在の医学及び医学教育の内容が医療の要求に耐え得ないとする認識によるものである。従つて Socialized medicine が現行の医学の思想と実践の存続を前提とするのに対し、社会医学は医学の論理的な変革を要求する立場であり、両者は拮抗的であるという。さればこそ彼が医学教育の改革が社会医学実現への先決要件であると主張しているのである。

Socialized medicine を社会医学の概念から区別しようとする主張は、彼等が社会医学に理論的な優位性を与え

ようとするものと解されるものであるが、このような医療の社会化の分野も社会医学の実践領域の一つとして包含することが妥当であろう。

社会化ということ

社会化の概念は多義的である。しかし最も広く解されるところによると生産手段の私有を廃止し、社会的な機関により、且つ社会的な利益において管理することである。医療の社会化は従つて医業の公有または国有化を意味するものであつて、単なる医療の客観化、合理化、または技術化の様式に止まるものではなく、いわば政治的配慮である。医療の社会化は前述の如く、社会的必要性、または社会的要請に対処する政治的配慮ではあるが、社会化の推進のためには健康と疾病の社会性、医業の社会的側面の理解をその根底におかねばならない。

現在多くの国において国民の健康と福祉に対する従来からの自由放任の態度を放棄して、積極的な関心を示すようになっており、社会による医療の前進、広汎、且つ徹底的な実施こそ医療本来の姿であろう。

IV. 医学教育の課題としての社会医学

社会医学が医学教育の問題として取扱われていることは既に述べた。医学教育の体系の中で社会医学の占める位置に関しては二つの基本的態度が認められる。一つの立場は現行の医学教育の理念と形態を容認して、その中に独立した分科としての位置を主張するものであつて、医学教育における学科単位として新たに一分科を補足しようとするものである。このような主張は、社会医学が固有の研究領域と研究方法を持つものとして、技術的に定義づけた多数の研究者達に共通な点である。

これに対して、社会医学は学科単位として新たに一分科を設けるのではなく、医学の全学科課程の中に社会医学の提示する哲学、または原理を滲透させるものとする立場に立つものもある (Sand, Hobson, Hubbard, McKeown)。

医学教育と社会医学の関係については更に Galdston の主張を述べなければならぬ。彼は社会医学実現のためには生態学的、哲学考察に基づいて医学教育を根本的に改変しなければならないという。近代医学の成果を示す死亡率の減少や平均寿命の延長は単に死亡率の大部分を罹病率に転換せしめたただけであつて、健康を与え得たわけではない。近代医学の死から生命を救う技術は多くの疾病についての重荷を長年月に亘り引き延ばすことになつたのであつて、現在の医学教育や実践に優位を占めて来た哲学を徹底的に、且つ根本的に改革することが社

会医学の立場であると述べている。今日の医学及び医学教育の体系は、病因論乃至特異性の概念を基盤として著しい治療医学への偏向を示しており、社会医学の主張する理念や見解を入れる余地のないことは明白である。彼は社会医学はそれ自身、医学教育の一つの形態を代表するものであつて、医学教育は個人と環境の関連性の観点に立ち、重点を死と疾患から生命とその充足に置き換えるべきだと主張している。

しかし社会医学の将来の発展のためには研究に重点をおくべきであつて、教育は二義的に取扱われるべきであるとするものもあり、教育と研究のいずれを第一義とすべきかについてはなお異論が多い。なおまた社会医学の機能として教育を第一義的に考えているものでも、すべての教育過程に社会医学の理念が滲透するまでは専門化による分散を避けなければならないとする主張が多いようであり、意見の一致が見られない。しかし社会医学は既に治療医学及びその形態による医学教育の露呈している欠陥を認め、また指摘しており、医学教育全般に亘る問題として今後、ますますその重要性を加えるものと思われるのであつて、社会医学にとつても重要な研究領域と考えられる。

2, 3 の定義 (結語として)

以上、社会医学の定義を四つの Category に分類して若干の解説を行った。無論このような分類は便宜的なものであり、これらの分類項目のいくつかをその定義の中に総括的に取り上げているものもある。特に医学教育の会議において会議用語として用いられ、或いは報告者によつて結論的に提示されている定義の内容にはこのような傾向を持つものが多い。

例えば Netherland Association for Advancement of Medicine における社会医学の教育と研究のための委員会 (1937) においては社会医学を社会集団と疾病との関係を研究する医学の分科であり (社会病理学)、この研究から集団の健康を保持、増進するために疾病を予防し、且つ疾病と闘う方法を決定すること (社会衛生学)、

更にこれらの方法を応用すること (社会医療) であるとする Muntendam の定義が採用されている。Nancy 会議 (1952) の会議用語として用いられた社会医学の内容は、1) 健康の障害及び疾病の発生に影響する社会的因子の研究、2) 医学と社会との相互関係 (Medical Sociology)、3) 社会心理学及び社会精神科学、及び 4) Social service の諸機関、即ち社会保障、公衆衛生、医療及び福祉 Service の社会的側面等を含む概念として規定している。更にまた臨床社会医学なる用語も用いられ、診断と治療に社会医学の原理を適用したものと表現している。また Manila 会議の用語としては社会医学は“人類社会の健康や疾病の有様を研究する学問で、人間の疾病の原因や経過に社会的因子の及ぼす影響を調査し、また社会集団の健康のために必要にして適切な社会的手段を導き出すような原理を追求することである”と定義している。更にもう一つの定義をあげると、Ist World Conference on Medical Education (1953) の Division of Social Medicine の結論として提示されたもので、“社会医学は集団及びその構成員の健康と社会的、経済的諸条件との関係を研究する医学の一分科であり、同時に社会内部における健康を増進し、疾病を予防し、また疾病の回復を助けるために行なわれる実際的手段に関連する諸活動を含むもの”として報告された。

このような定義は会議出席者達对社会医学に対する共通な関心を示すもので、現状における社会医学の理解に有効ではあるが、必ずしも確立された定義として認められているわけではない。

社会医学の概念と定義の確立は今後の研究の発展に俟たねばならない。しかし社会医学は医学の可能性を開拓する学問として、その学的方法と分野とを展開しつつあり、極めて将来性に富むものと信ぜられる。

本論文は第1回社会医学研究会において口演発表した草稿に若干の補正を加えたものである。参考資料のしゅう集には公衆衛生院、曾田次長の御教示を得た。

附記して謝意を表する。 (以上)

(文献省略)

バックナンバーについてのお知らせ

本誌バックナンバーのうち、下記の巻号が在庫しております。御入用の節はお早めに御申込み下さい。

巻	号				
3.	5	7. 1, 3	14. 1~6	18. 2, 3	22. 2, 4, 6, 9, 11, 12
4.	3	9. 3~6	15. 3, 4, 6	19. 1, 6	23. 2~6
5.	4, 6~8	10. 5	16. 1, 2, 6	20. 1, 3, 4, 6	24. 2, 3, 9, 12
9.	2, 4, 5	13. 4, 5	17. 1~4, 6	21. 1~3, 6, 7, 10~12	

社会保険医療の分析

東田 敏夫* 仲野 俊子 上林 典子

I. はじめに

健康保険は、加入者が必要とする医療を均しく給付することによつて、医療の社会化をはかるものとみなされている。また累進税的保険料と療養給付における機会均等を前提として、加入者間における「所得再配分」の効果が予測されている。

現行健康保険が果してそれらの期待にこたえているだろうか。たとえば、1人当り給付件数や給付点数は、政府管掌健保では組合健保よりも少ないことや、健康保険組合あるいは国民健康保険に

る。家族数、男1,899名、女3,014名。被保険者1人当り扶養家族率は1.06であり、すこぶる低く、年少、独身労働者が多いことが反映している。

II. 療養給付状況

分析の対象とした資料は、1959年2月分の外来療養給付2,196件である。

被保険者および家族について、1人当り療養給付件数（以下単に「給付率」と称することがある）、1件当り給付点数、1人当り給付点数を、性別、年齢別、標準報酬等級（以下単に「等級」と称することがある）別に算出し

第1表 被保険者、年齢別、標準報酬等級別、1人当り傷病療養給付件数

	男子					女子				
	1~4級	5~8級	9~12級	13~16級	17級以上	計	1~4級	5~8級	9級以上	計
15~19歳	0.174 < 0.193					0.185	0.129 < 0.216			0.155
20~29		0.225		0.182		0.233	0.199		0.202	0.199
30~39			0.176 <	0.252	0.266	0.230	0.243 <		0.352	0.258
40~59			0.218 <	0.252	0.297	0.262	0.265 <		0.320	0.281
60以上						0.303				0.406
計	0.193	0.208	0.236	0.255	0.266	0.238	0.171	0.229	0.257	0.213

おいて、標準報酬等級が低い階層や保険料負担が少ない加入者に対する給付率が低いことを指摘されている。加入者に対して機会均等であるべき療養給付が階層によつて格差があることはたしかに問題である。

私たちは、A健康保険組合の協力をえて、同組合の給付状況を分析検討した。当健保組合は、大阪A地区の中小企業によつて構成されている特異な組合であつて、調査当時、被保険者数、男2757名、女1869名、年少者及び女子の構成比が大きく、中小企業の従業員構成の特色があらわれてい

て、比較した。

給付率は、もちろん傷病有病率によつて支配されるが、傷病有病率に差異がなければ、給付率の多寡は受診率の大小を意味しよう。給付1件当り点数も傷病の種類、軽重によつて異なるべきことはいうまでもないが、それによつて医療給付の濃淡を推測することができよう。1人当り給付点数は、給付率と1件当り給付点数との相乗積に相当するが、これによつて健康保険基金が加入者にたいする療養給付のために支出する金額の多寡を知ることができるだろう。

A 被保険者に対する給付

1. 1人当り給付件数（給付率）

当組合における1959年2月分の被保険者1人当り療養給付件数（給付率）は、男0.238、女0.213であり、

* 関西医科大学衛生学部

年齢別には、男女とも15~19歳がもつとも低く、男40歳以上、女30歳以上、年齢が長ずるほど高くなる。

全ての年齢層を一括して等級別に比較すると、男女とも下級層ほど給付率が低い。しかし下級層には、元來給付率が低い若年層が多いから、これだけでは、下級層の

20~29歳は等級別に一定の傾向をみとめない。30歳以上の壮老年期を12級以下と13級以上にわけると、各年齢層とも、8級以下の下級層が9級以上よりも給付率が低い。

女子もまた、各年齢階級とも下級層が上級層より給付

第2表 被保険者、年齢別、標準報酬等級別、1件当り療養給付点数

	男子						女子			
	1~4級	5~8級	9~12級	13~16級	17級以上	計	1~4級	5~8級	9級以上	計
15~19歳	57.3	74.9				68.0	93.8	89.3		91.9
20~29		92.7	<	95.9	<	113.1		88.8		88.7
30~39			72.3	<	118.4	76.2		106.9		95.9
40~59			121.1		126.5	126.1		117.5		117.1
60以上						133.6				107.4
計	71.4	92.8	96.2	121.0	108.5	102.7	100.5	97.6	94.7	97.8

第3表 被保険者、年齢別、標準報酬等級別、1人当り傷病療養給付点数

	男子						女子			
	1~4級	5~8級	9~12級	13~16級	17級以上	計	1~4級	5~8級	9級以上	計
15~19歳	9.94	<	14.5			12.6	12.1	<	19.3	14.3
20~29		20.8		24.0	20.6	22.6		17.7	17.9	17.7
30~39			12.7	<	27.3	20.3		26.0	26.4	24.8
40~59			26.4	<	31.9	38.1		31.2	37.2	32.9
60以上						33.0				
計	13.8	19.3	22.7	30.9	28.9	24.4	17.0	22.3	24.3	20.8

第4表 家族、年齢別、標準報酬等級別1、人当り傷病療養給付件数

	男子				女子					
	1~12級	13~16級	17級以上	計	1~12級	13~16級	17級以上	計		
0~4歳	0.402	<	0.556	0.475	0.480	0.356	<	0.534	0.493	0.469
5~9	0.195	<	0.309	0.366	0.303	0.281		0.257	0.363	0.306
10~19	0.174		0.119	0.155	0.149	0.083	<	0.132	0.201	0.145
20~39						0.143	<	0.156	0.217	0.171
40~59						0.139	<	0.203	0.179	0.170
60以上						0.184	<	0.308	0.316	0.257
計	0.247	0.257	0.244	0.249	0.249	0.159	0.232	0.256	0.219	

給付率が低いとは断定できず、各年齢層別に比較する必要がある。

各年齢階級について、等級別に給付率を比較すると、15~19歳は高級者が少ないので、4級以下と5級以上にわけると、前者(0.174)が後者(0.193)より小さい、

率が低く、とくに15~19歳ではその差はいちじるしい。

2. 療養給付1件当り点数

まず年齢別にみると、男、15~19歳の若年層が68.0でもつとも少なく、男40歳以上、女30歳以上の壮年期以後、年齢が長ずるにつれて大きくなり、男60歳以上

は 133.6 点である。

さて、各年齢、階級について、等級別に比較すると、男子は各年齢とも、等級が低い群が高い等級よりも、1 件当り点数が少ない。

女子は男子のごとき著明な級差をみとめない。

各年齢層について、等級を 12 級以下と 13~16 級、17 級以上の 3 群において比較すると、各年齢層におおむね共通して等級が低い群における給付率は等級が高い群におけるよりも小さい。

2. 1 件当り給付点数

第 5 表 家族、年齢別、標準報酬等級別、1 件当り傷病療養給付点数

	男 子				女 子			
	1~12級	13~16級	17級以上	計	1~12級	12~16級	17級以上	計
0~4歳	54.0	< 55.7	57.0	55.6	46.6	< 54.3	68.1	56.5
5~9	60.3	46.5	51.9	51.3	73.9	38.5	48.6	50.3
10~19	62.1	48.1	65.2	60.0	87.3	61.9	68.5	70.0
20~39					62.8	56.5	67.6	62.4
40~59	(131.67)	(133.89)	(78.75)	(119.05)	104.9	81.8	83.4	86.7
60以上					118.9	115.2	132.1	123.1
計	69.7	58.7	58.7	61.3	75.5	66.1	75.1	72.0

第 6 表 家族、年齢別、標準報酬等級別、1 人当り傷病療養給付点数

	男 子				女 子			
	1~12級	13~16級	17級以上	計	1~12級	13~16級	17級以上	計
0~4歳	21.7	< 31.0	27.1	26.7	16.6	< 29.0	33.5	22.4
5~9	11.7	14.4	19.0	15.6	20.7	9.91	17.6	15.4
10~19	10.8	57.1	10.1	8.93	7.22	8.19	13.8	10.2
20~39					9.90	8.81	14.6	10.7
40~59					14.00	16.6	15.0	14.7
60以上					19.0	< 35.5	41.8	31.6
計	17.2	14.9	14.3	15.3	12.0	15.3	19.3	15.8

3. 1 人当り給付点数

年齢別にみて、男女とも 15~19 歳の若年層がもつとも少なく、40~59 歳の壮老年期が大きい。

さて、年齢別、等級別比較をおこなうと、男子、各年齢ともに、下級層が上級層よりも 1 件当り点数が少ない。

女子は、15~19 歳および 40~59 歳で同じ傾向をみとめる。

B 家族に対する給付

1. 1 人当り給付件数 (給付率)

男子は大部分未成年者であるが、平均 1 人当り 0.249 件。女子は、全年齢にわたっており、0.219 件である。

年齢別にみると、幼年層にたいする給付率もつとも大きく 1 人当り 0.48 件、女子の青壮年層では比較的小さく (0.15~0.10)、高年齢になると大きくなる。

1 件当り点数は、男子平均 61.3 点、女子 72.0 点である。年齢別にみると、5~9 歳やや小さく、女子壮老年期にいたる程大きく、60 歳以上は 123.9 点である。

各年齢層について標準報酬等級別にみると、0~4 歳の男女とも 12 級以下が小さい。それに対して 5 歳以上は 12 級以下の下級層が 13 級以上の階層より大きい傾向がある。

3. 1 人当り給付点数

年齢別にみると 0~4 歳は年長児より 1 件当り給付点数が大きく、女子 20~39 歳が最小 10.7 点であり、60 歳以上は最も大きく 31.6 点である。

各年齢層について等級別に比較すると、男女とも、0~4 歳層は 12 級以下の下級層がそれより上級層よりも 1 人当り給付点数が小さい。この傾向は女子の 60 歳以上においても認めている。

C 要約

以上の知見を要約すると、

① 被保険者：男女とも、標準報酬等級が低い階層は高い階層よりも、療養給付率が低く、療養給付1件当り給付点数が少ない。したがって、1人当り給付点数は下級層においては上級層におけるよりも少なくなっている。

② 家族については、療養給付率は被保険者の場合と同様に、等級が低い階層では高い階層におけるよりも小さい傾向がある。療養給付1件当り点数は、0～4歳において等級が低い階層では少なくなっているが、その他の年齢では低級層がかえって大きい。1人当り給付点数は、傷病頻度をもつとも多い0～4歳と60歳以上では低級層において少ない。

厚生行政基礎調査によると、低所得者ほど、有病率が高いと報告されている。しかるに、健康保険の被保険者および家族に対する療養給付率が、標準報酬が少ない階層ほど低いという相反する事実は、傷病の発生頻度が相違するというよりは、受療率に相違があること、即ち下級層ほど、受療の機会あるいは可能性が乏しいと考える方が至当であろう。

さて、療養1件当り給付点数が年齢によつて相違があることは、傷病の種類、軽重の違いがあることが推測されるが、同じ年齢層において相違があることは医療内容に濃淡があるとみなしてよからう。

被保険者の場合、各年齢層共標準報酬が低い階層において、1件当り点数が少いことから、その医療内容が乏しいことが推測される。

家族の場合、罹病頻度が高く、医療の普及が特に必要とされている幼年層においてもこれと同じ傾向をみうけることは注目されてよい。なお、標準報酬が低い階層の中年女子、その大部分は低所得階層の主婦であるが、これもまた受診、受療が抑制されているようである。但、0～4歳をのぞく下級層の家族で1件当り点数がやや大きいことは、傷病の経過が比較的長くなっているのではなかろうか。

III. 標準報酬低級層における 受診抑制の要因

以上のごとく標準報酬等級が低い階層において受診が抑制されている傾向をみとめるが、その要因について考察しよう。

受診が抑制される第1の要因は、療養費の自己負担であろう。具体的にいえば、たとえば、標準報酬4級は月

額6000円であり、8級でも1万円である。実際の月収入はそれより上回るとしても、かくのごとき低賃金労働者にとつて、被保険者初診料(100円)も些細な金額でなく、また低所得世帯ほど、家族療養費の半額を負担することに拘泥し、早期受診を躊躇し、あるいは治療を早期中絶する可能性は、充分想像できるであろう。したがって、この場合のごとき低所得者階層における受診抑制、早期廃療は、健康保険の医療保障的役割を損することであり、少くとも低所得階層にたいする療養費の自己負担を免除または減額が必要であることをしめしている。

さて、被保険者は初診料、入院料の一部等を除き、療養費のほとんど全てについて自己負担を要しないが、被保険者の受診、受療を抑制する一部負担金以外の要因として、労働時間が長いために、医院をおとずれる時間的なゆとりがない場合を考えねばなるまい。昨今では、中小企業では労働時間は10時間あるいはそれ以上であるのが通常であるが、低賃金者ほど残業する傾向がつよく、12時におよぶ場合もまれではない。したがって、病状が明らかとなり、就業にさしつかえるほどにならないと、医院を訪れない傾向があり、これらのことは、いずれも実態調査でみとめられている。

低所得者の家族がみすばらしい衣服にたいする劣等感から受診の機会をおくらせることもありえよう。また低所得階層は一般に医療機関とのつながりが稀薄であることも、早期受診をさまたげる案外有力な要因ともなるだろう。内職のために、自分や子供の健康に気をつかうゆとりがない場合もあるだろう。

罹病しやすい乳幼児にたいしては、なるべく必要な医療をほどこしたいのが親の情であろうが、この年齢層に受診抑制がもつとも著明であつたことの意味は重要であり、注目されてよい。

一般に、低所得階層では保健や早期受診にたいする関心が薄いことは、事実であろうが、これも基本的には療養費の負担を考え、あるいはそれに思いをいたすゆとりがないことに根ざしていると考えたい。

低所得階層にたいする受診、受療抑制を排除することは、健康保険を医療保障のための制度とならしめるためにもつとも基本的な課題である。それにはまず低所得者の医療費自己負担を免除あるいは軽減することである。それとともに、容易に医院を訪れうる条件がととのえられているかどうかが問題であろう。

IV. 健康保険の所謂「所得再配分」 効果について

以上のごとき療養給付における不均等、とくに低所得階層において受診抑制をみとめることは、健康保険による「所得再配分」効果にたいして否定的ならざるをえない。

だが、ここで附言したいことは「所得再配分」なる用語についてである。これが労働者階級にたいする所得不均衡の是正を意味するものであれば、それは労資間における分配の合理化をまず問題にされるべきである。健康保険の給付が、たとえ、高所得者にたいして低く、低所得者にたいして高いことがあつたとしても、それは、健康保険の枠内における「相互扶助」であり、これを「所得の再配分」と称するのは誤解をまねくおそれがあると思われる。

いずれにせよ、以上のごとき健康保険療養給付状況の分析によつて、相互扶助の制度としてもなお満たされざるところが多分にあることが想像される。

V. むすび

健康保険の療養給付を分析して、被保険者及び家族に対してかならずしも機会均等でなく、低所得者に対しては、高所得者に対するよりも給付率が低く、給付内容も劣つていることが推測された。

このような給付の階層差をもたらす要因として、まず療養費自己負担金を考える必要があり、また私どもの研究の対象となつた中小企業労働者の労働時間が長く、医院をおとずれる機会が制限されることや、低所得者階層が医院とのつながりがうすいことなどについて考察した。またこの条件のもとでは、現行健康保険は医療保障の制度としても足らざるところがあるのみならず、「所得再配分」効果（用語として妥当かどうか問題である）は再検討の余地があると考えたい。

文 献

ホルマリン不活性化ポリオワクチンの腸管感染に対する影響

Influence of Vaccination with Formalin Inactivated Vaccine upon Gastrointestinal Infection with Poliovirus Am. J. Publ. Health. 50 (4), 531~542.

ホルマリンによる不活性化ポリオワクチン (Salk) が一般に実施され出してからアメリカの麻痺性ポリオ患者が激減したことは周知の事実である。ワクチンにより腸管のポリオウイルスに対する感受性が弱まり、その結果ウイルス排泄が減り、ウイルスに対する曝露の機会が減つたのか。これを調べるために、ワクチン実施歴が明らかなポリオ患者と、ワクチンを実施してない患者とを、その実施をも含めて114家族について委しい調査を実施した。被検者全員の糞便からウイルス

の分離と、血清中和抗体価の決定をして、ワクチン実施歴に関する疫学的事項とを照合してみたのである。結果を要約すると、ワクチン実施は糞便からのウイルス排泄に何等影響を及ぼしてはず、むしろ子供では被接種者の方が排泄量が標準過免疫猿血清による決定から見て大量のような結果を得た。ワクチンの実施回数による影響も全く見出せない結果に終つた。

血清抗体価についても同様で、ワクチン接種歴が抗体価にほとんど影響していない。強いてあげれば、

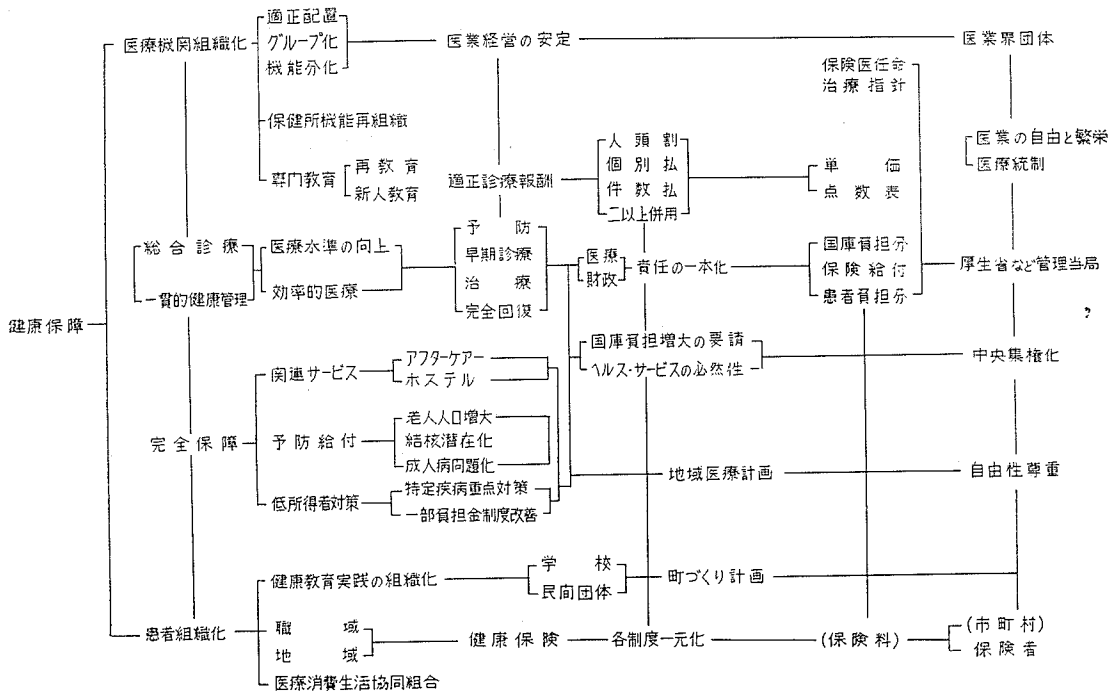
Type 2 のワクチン コムポーネントが他の Type 1, 3 よりも血清抗体価の上昇に寄与するよう見える結果が得られたに過ぎない。血清中の中和抗体の存在は腸管のウイルス感受性に殊んど影響していないと思われる。現実のワクチン実施により麻痺性患者の激減の問題は別に論ずるとして、不活性合ワクチンによつてはポリラの感染者を減らす結果にはなつてはず、一般のポリオウイルスに対する曝露の状況は変つてはいないと考えてよかろう。(前田)

兵庫県氷上郡における新しい保健医療計画（その1）

五木田 和次郎*

医療保障は、すべての国民に平等かつ完全に医療を保障し、その健康の維持と活動力の回復を図るものである。具体的にいえば、単に疾病治療のみでなく、疾病予防にはじまり、治療、さらに社会復帰に至るまでの全範

る。今日、もつとも切実な医療保障の問題点は給付率が低いことであろう。現在7割給付を実施している国民健康保険にあつても、低所得世帯は依然医療利用率が低いと



第1図

囲を総合的にとりいれることにより、健康そのものを守ろうとするものであるとして、健康保障という新しい名で呼ばれようとしている。ところが、現在の医療保障を代表するものともいべき医療保険は、所得保障的色彩が濃厚であり、また保険給付、医療組織その他の実状から、健康保障の理想にはおよそ程遠い。

この理想と現実のギャップを解消し、いかにして健康保障を実現するかについての私案をまとめたものが、次に掲げる健康保障の案内図である（第1図）。これと医療保険の現状（第2図）を重ね合せた場合、そこにおのずから、現行制度の問題点が浮かび上つてくると考え

いう（第3図）。5割給付下の低所得層の惨状はおして知るべきであろう。もとより、国庫負担の増大給付率引上げが問題解決の根本策であろうが、医療費患者一部負担制度がわが国の経済力からみてやむをえない措置である以上、患者の早期受診を促進し、少なくとも、病気の初期に医師の診察と助言だけは、何ら制限なく受けられるよう一部負担制度を改めることが必要であろう。

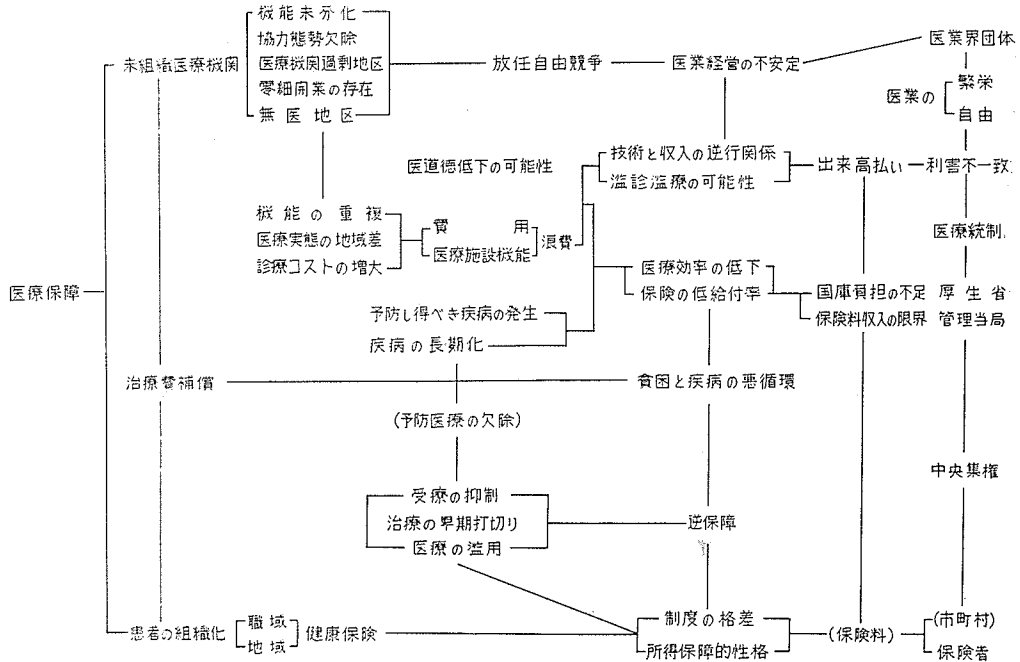
そのためには、たとえば、甲表により医師の技術と薬価その他が分離されたのを機に、医師の技術や働きに関する部分は保険で全額給付し、薬剤などについてのみ患者負担を課することも、一つの方法ではないかと考える。

* 大阪大学医学部公衆衛生

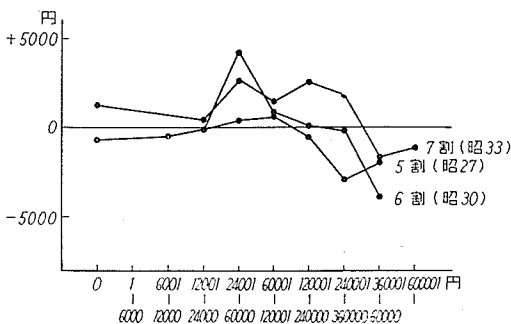
第二の問題点は、診療報酬支払い制度である。今日、支払い制度の主流となっているのはなお出来高払いであり、診断、助言といった医師本来の技術が、ごく特殊の場合を除いては、薬剤におぼざらなければ収入にならない。当然、そこに治療のしすぎ、医療費の増大が生ずる。さらに、この制度のもとでは、病気を早くなおすことと医師の利益が一致しない。これでは健康保障の実現は、「木によつて魚を求める」に等しいといえよう。この弊害を除去し、健康保障の軌道にのせるための根本的対策は、医療上の責任と経済上の責任とを一体化させることであろう。これは、たとえば、イギリスの G.P. あ

るいはアメリカの HIP 医療グループにみられるような、請け負い医療に道を開こうとすることに他ならない。しかし、わが国の場合、出来高払いが古今の鉄則であり、医師はこれに根強い執着を持っているため、一定の費用の枠内で医療を請け負う方法はとうてい受け入れられそうもない。そこで、現在の段階としては、甲表が打ち出した基本診療料による医療費の一括払い、技術料と薬価分離の考えに一部負担改善の方法を加味し、医療の請け負いの性格を強め、病気を早くなおせる方向に近づけるよう努力すべきであると考える。

第三の問題点は、医業経営、医療機関である。いかな



第 2 図



第 3 図 滋賀県甲賀町所得階層別粗受益額 (中村正文氏調査)

る方法によつて医療費が医療機関に支払われるにせよ、その費用は、もつとも効果的に健康保障を実現すると同時に、医業の安定と繁栄をもたらすように使われるべきである。そのためには、経営の合理化、医療機関の組織化が必要であろう。

医業経営合理化の立場から、もつとも問題が多いのは個人診療所である。不当に大きな資本支出に追まわされ、適当な医療補助技術員の協力もなく、診療に調剤に請求事務に医師が八面六臂の働きをしなければならない。これら診療所は、能率的診療を不可能にし、医療水準を低下させるのではないか、医療費が効果的に使われないばかりでなく、医療コストが高つくのではないかと

心配がある。とくに、都心部に零細開業医が密集し過剰になっていることは、そうした心配を一層深刻にすると同時に、零細開業を救いのないものにしていく。

そこで、小企業的な個人開業医をグループ・プラクティスに組織し、一方では、医師過剰地区における新規開業を制限して、そこに自然な医師の定員制を敷くことが医療合理化の出発点であると考えられる。これはそれほど困難なことではあるまい。たとえば、グループ・プラクティスの最低基準を、すべての基本的診療科をそろえねばならないというように定めれば、そのグループによつて、ある範囲の一般的医療必要はすべて満たされるわけであり、全科医療のおこなえるユニットとして、医療の需要、供給が極めてシムブルな形で測定されるから、医師の定員も比較的容易に決められるのではなからうか。

さらに、グループ医療機関は、従来断片的であつた医療の弊を改め、患者の健康を総合的に判断し、専門的医療を総合的にこなう道を開くものである。また、患者があるグループ医療機関を選び、「かかりつけ」の医者として、事あるごとにそのグループの治療をうけるようになれば、そこに長い間失われていた「家庭医」の機能が回復され、一貫して患者の健康全般に責任を持つ線が強く打ち出されることにならう。したがつて、グループ・プラクティスは、総合医療、一貫健康管理という健康保障の重要な課題を解決する手段でもある。

医療組織化のもう一つの問題は、診療所と病院の機能が別れていないことである。診療所は病院に患者をゆずりながら、病院には軽症患者がつかけて、肝心の重症患者に手がまわらないというのでは、医療が効果的にこなわれているとはいえない。

そこで、オープン病院を建設して開業医の診療能力を伸ばし、開業医の手にあつた患者はできるだけ開業医の手にまかせて、その収入を増大させながら、全体として医療水準を高める方向をとる一方、大病院の利用は開業医が紹介する患者に限る方向へもつていき、病院にかかる不当な負担をなくすることが考えられる。この関係を示したものが第4図の上部である。グループ医療機関とオープン病院の結びつきを考えれば、それ自体かなり大規模な全科病院の性格を持つようになる。これからの医療は、こうした入院まで含めた総合医療のできる組織を単位としてくり展げられるべきであり、この範囲までが現在の観念でいう診療所医療の範囲に入るべきであろう。したがつて、紹介によつてのみ患者を取り扱う病院とは、現在の総合病院、教育病院ということになる。これらの病院は、文字通り地域医療の中心として、コンサル

タントの派遣、医師再教育等の責任を持つべきである。また、現在の保健所も、医療に関する部分はこれら病院の活動分野として吸収し、治療と予防の一体化をはかり、さらに、福祉事務所なども附近に設置するなどの方法によつて、生活に結びついた保健問題全般をとり扱う一大センターに発展させるべきである。

医療機関が少なく、しかも弱小な農山村の医療組織化は、またおのずから異つた方法によるべきであらう。その一案が第4図の下部である。この地帯では、医療機関の機動性と通信、連絡網の整備を基盤として、開業医、国保直診、最寄り公的病院の協力態勢をうちたて、これを土台として、医療ブロックとでも呼ぶものを作り、これを整備し積み重ねて、総合医療、健康管理の道を開くべきである。

以上、もつとも切実と思われる医療保険の問題点を指摘し、その解決策を公式的に述べたわけである。この公式をどのように醸成しどのように実際の保険医療に展開し、どのようにして案内図に盛りこんだ健康保障の理想に一步でも近づけるかについての実験的試みが、次に紹介する兵庫県水上郡水上町の「結核撲滅対策」と、柏原町の「国民健康保険運営試案」である。

昭和32年、水上町で実施した国民健康保険実態調査の結果、当然のことながら、5割の一部負担金が障害となつて、低所得層に国保が十分利用されていない事実が特に注目をひき、町当局に大きなショックを与えた。給付率を全面的に7割、8割に引き上げれば問題は緩和されるが、これは財政的に不可能であつた。そこで、低所得層に罹患が高く、また貧困化の最大原因でもある病氣を選んでこれを全額給付とし、直接、間接に低所得層の保障を厚くする方法を考えた。その第一陣を承つたのが結核である。

まず、結核を選び、これに経済、医療両面から徹底的集中攻撃を加え、その追放に成功すれば、次は町民の経済上、保健上大きな障害となつている別の病氣を選んで集中攻撃し、かくして、ついには水上町からあらゆる病氣を追放することができる。そのために今かなりの出費はあつても、やがて健康で豊かな新しい町が生まれよう、こうした町当局の遠大な理想は、結核無料医療を土台として、「結核対策3カ年計画」を生み、集団検診受診率に98.4パーセントの好成績をあげて、大臣表彰をうけるという好調なすべり出しをみせた。(昭和33年9月より実施)

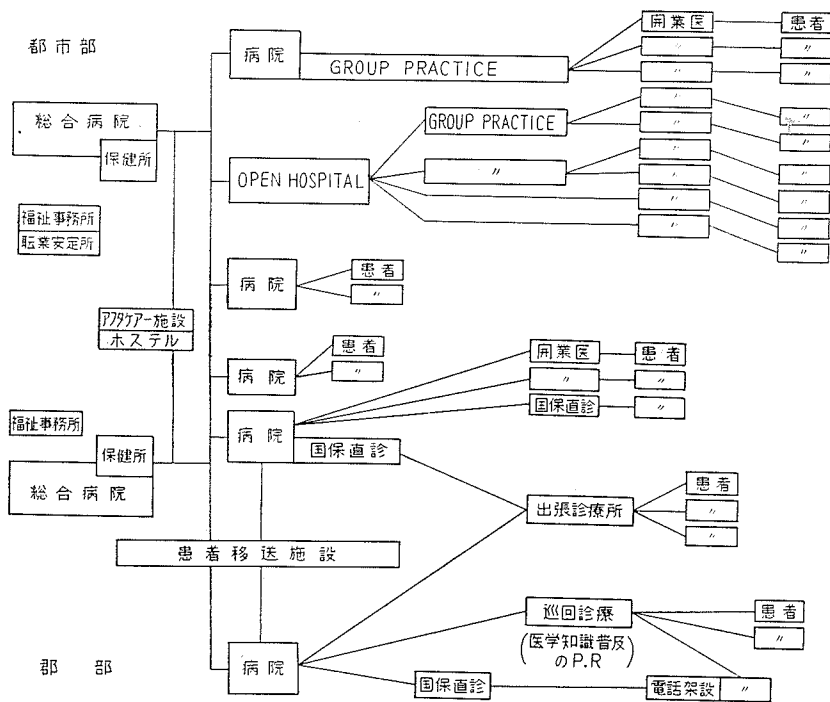
結核対策遂行の機構は第5図の通りで、「結核対策審議会(通称結核管理センター)」が結核管理のもとじめと

して、集団検診、医療の実態を総合的に、かつ一貫してガッチリと掴んでいる。集団検診の結果、異状の認められた者はすべてここに報告されるが、ここでは審議会を構成する7人の専門医が直接本人に面談し、治療の必要がある者には治療をうけるように指導し、要注意者についても、責任をもつてその健康管理に当る。

治療に当つては、患者の医師選択の自由は何ら制限されないし、開業医の自由を不当に圧迫することもない。しかし、これまでのように個々の医師の責任で治療が行なわれるのではなく、患者の主治医と審議会の7人の医師が、膝を交えて患者の病状を検討し、衆議によつて治

きなかつたが、合議制をとることによつて、そうした心配なく、医師全体及び町の意見として、徹底的に治療をうけるように強く説得することができる。これによつて、医師は医療の主導権を回復することになり、不完全治療と感染の悪循環を絶ち切ることもなる。

結核の治療方針は合議制で決められるが、医師に対する診療報酬は、現在のところ出来高払いによつている。しかし、結核対策の奏功は患者数を漸減させ、合議制による自律的医療統制は医療費を漸減させるから、結核対策のもとでは、出来高払いと医師の利益は相反する結果になる。



第 4 図

療方針が決定される。また、治癒の判定も同様の合議によつておこなわれる。

その結果、衆知によつて個々の患者にもつとも適した治療方針が打ち出されるから、医師の技術差が解消され、どの医師にかかろうと、常に最善の治療を平均して受けられることになる。したがって、誤診や無駄が少なくなり、合理的・効果的な管理ができる。つまり、合議制は個々の医師にまかされていた医療を集団管理の形に変え、医療そのものを一元化する方法に他ならない。

さらに、患者が治療を回避する場合、従来であれば、もうけ主義と誤解されるのを恐れて治療の継続を強調で

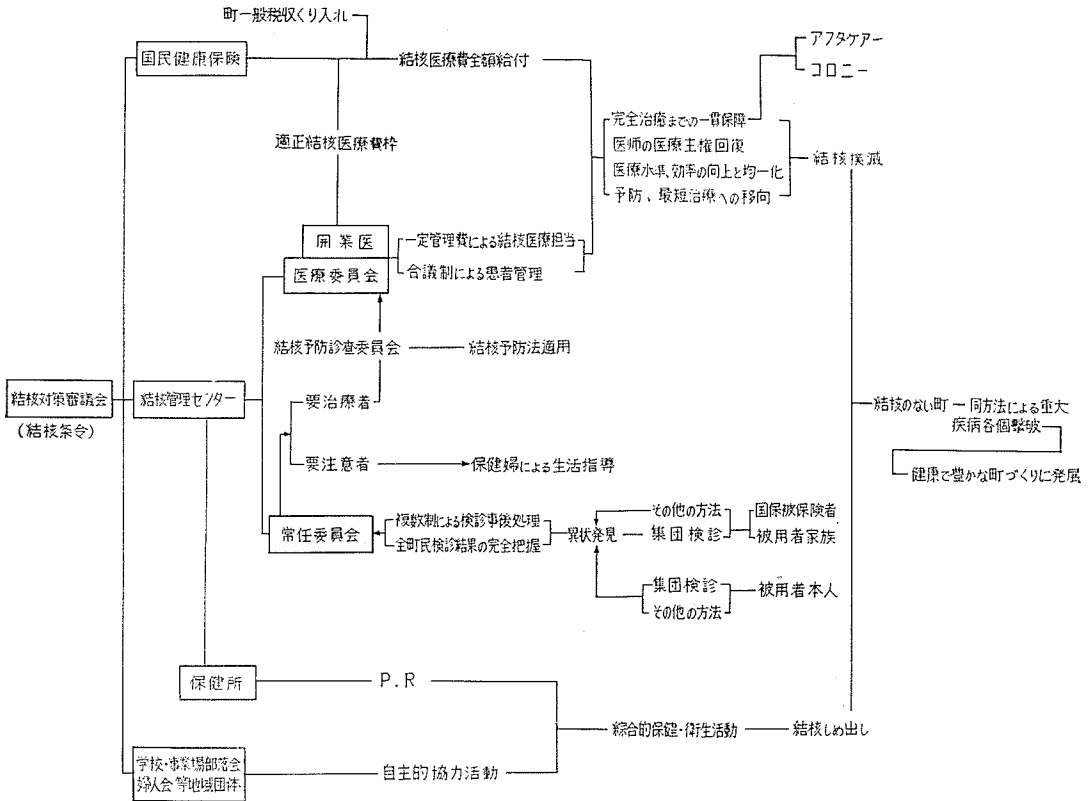
そこで、これからの問題として、「結核対策審議会」の設置を機に、その活動によつて把握された患者数、および数年間の患者数、その治療に要した結核医療費を土台として、結核医療費の標準を設定し、将来患者がいちじるしく減少して実際の医療費がこの枠を大きくわることになつても、この差額のかんりの部分を「結核管理費」として医師に保障し結核追放に対する医師の努力に報いることが考えられている。

どのような方法で、どれほどの金額を管理費として保障するかは目下研究中であるが、少なくとも、患者が減少した結果浮いてくる医療費から薬代を除いた程度の額

は医師に対する褒賞として出すべきであると町当局は考えている。こうすれば、患者が減少すればそれに比例して管理費の率がよくなるわけであるから、結核対策に対する医師の熱意と協力を十分期待することができよう。

氷上町が将来、医療の合議制、請け負い制を推し進めようとするれば、当然、医療機関を整備、組織化しなければならないが、開業医が医療の中心勢力であるところから、氷上町医療の中心として、グループ・プラクティス構想を生かした「氷上町医療センター」の建設を計画し

るが、その設計・運営には、従来の国保直診とは異つた、全く新しい構想を抱いている。それは、同施設をグループ・プラクティス的なオープン施設として、町医師会にその運営をまかせ、医療水準向上、健康管理のセンターとなり、町内全医師の学問、知識交換の場となるように運営しようとするものである。さらに、国保運営事務のセンターともなり、町医師会の事務所ともなるように設計し、国保当局と医療担当者の融合の場とすることを考えている。そればかりでなく、町当局は国保財政を



第 5 図

ている。2万3千人を数える同町の人口は、こうした全科総合有床診療施設を維持するに十分であろう。さらに、現在同町医療費の約2割が町外医療機関に流れ出ているが、これは適当な医療機関が町内にないことが一つの大きな原因のようである。いま総合診療施設ができれば、一つには町民の医療上の不便を解消し、一つには町外に流れている医療費を町内に受け入れることができることから、同町医療が安定するという計算も同センター建設を支持する大きな力になっている。

同センターは、国保直営診療所として町当局が建設す

全医師に公開し、財政運用にも医師を参加させ、その責任を分担してもらうことまで考えている。こうすることによって、町民の健康管理の責任を積極的に分担しようとする医師の自覚が高まり、やがては自主的な医療統制、ひいては医師の定員制も自然に生れるであろう。

結核医療費全額給付と合議制医療による、疾病予防から社会復帰までの一貫総合的健康管理、さらに、結核管理費、オープン医療センターの氷上町構想から、新しい医療の形が生れて来ることが期待される(第1表)。

柏原町は氷上町に隣接する町であるが、ここでは、医

療費を医師本来の技術に関する部分と薬価に大別し、医師の診療は保険で全額給付、薬価のみ患者負担という新しい一部負担方法を考えている。しかも、町営業局を設けることにより、薬価を安くし、患者負担を事実上3割以下にしようとしている。もつとも、町営業局開設に当っては、現在開業している薬剤師をパート・タイマーとして雇用し、その生活権をおびやかさない配慮が必要であろう。

さらに、同町はこの無料診療を足がかりとして、一貫健康管理、総合医療の道を開こうとしているが、その支えとなつているのが同町の特異な医療環境である。同町には開業医が一人もない。これは、おそらく人口8千人のこの町に日赤柏原病院があつて、町民の医療必要がほとんどどこで満たされているためであろう。そこで、一町一医療機関、しかもそれが総合病院であるところから、同町国保保険料収入の一定部分を日赤病院に委託し、それで町民の健康管理の責任を請負ってもらう方法を考えたのである。現在日赤病院が柏原町民の診療から得ている収入は、同町保険料収入のほぼ2倍——つまり実際の医療費——であるから、やりようによつては、これによつて病院が損をすることはなかろう。もつとも、病院側に不当に重い負担をかけないため、薬品、包帯などは町当局から現物で病院に納めるとか、一定の往診料を患者に負担させるとかの措置は必要である。

無料診療・薬価の一部患者負担になれば、受診率が激

増し、病院に受け入れた保険料収入だけでは、労に比べて収入が少ない場合が将来おきるかもしれない。しかし、そうした形で患者がふえることは、従来売薬に流れていた費用が医療の本筋に乗つたことであり、早期治療の結果、小には薬剤使用が減り、大には長期間の所得中断から救われることである。その分だけ病院に対する報酬をひき上げてその労に報いることも、できない相談ではないであろう。

第 1 表 氷上町国民健康保険支出

年 度	被保険者数	療 養 費
32	16,660人	31,769,087円
33	16,195人	33,701,692円
34	16,025人	20,855,958円

国民健康保険は、結局広範な地域保険医療計画の一部であり、総合的な町づくりの母胎となるべきものである。したがつて、国保は地域社会活動の一環として、住民の自主的な力によつて育てるべきものといえよう。そのためには、個々の町村の実情にふさわしい独自の健康管理対策を考案できる自由が認められねばならない。厚生省あたりも、劃一的管理の考え方を少し和らげ、細部については地域の自主的計画にまかせるようにしてほしいものである。そうでなければ、たとえ外観は整つても総合医療、一貫健康管理という健康保障の実態は保障されないであろう。

文 献

マンガン化合物と鉄の拮抗作用

Manganese-Iron Sntagonism : Nutrition Review, 17 (11) : 349, 1959.

実験的に食品中の微量のマンガンを吸収されるとヘモグロビン合成に対し抑制的に働くことが Hartman らの研究によつてたしかめられてきた。

兎または豚に牛乳を与えることによつて貧血を起させ、その後回復期

の食事にマンガン化合物を加えてその影響を観察すると、マンガン添加群のヘモグロビン再生が遅れることがわかつた。加えたマンガンの量が 125p.p.m. 程度でも豚ではこの影響が明らかであつた。

一方マンガン化合物と鉄とを同時

に食物中に添加するとマンガンによる抑制作用は認められない。この時鉄の量が 25p.p.m. では不十分であり、400p.p.m. 与えると貧血の回復が顕著であつた。(鈴木継美)

無専門医村に於ける検診成績とその対策

笠木茂伸* 藤井晃夫** 児玉武利
 外園久芳 椎名文雄 多賀谷敬
 古桑りら 鎌田利雄***

I. 緒言

近代医学の著しい進歩に伴なつて各科専門医の必要性と専門医による総合診断の重要性が漸く強調されはじめています。近代医学はその優秀な治療内容を恵与してくれると同時にその診断技術の応用によつて疾患の早期発見、早期診断の可能性をさらに促進したと思われる。しかしながら、近代医学の恩恵がどれだけ一般民衆の中にほどこされているかということになると全く嘆げかわしいのが現状である。近代医学はただに大学病院とか大病院の中のみ温存なされているべきものではない。われわれ医学にたずさわるものは、この現状を少しでも是正すべき義務があると考えます。一方無医村問題となると話は一層深刻である。

最先端の医学の恩恵はもち論のこと医師の検診さえも満足にうけられないのが現状であろう。厚生省は例年無医村対策に努力されているが、僻地赴任とか、経済問題にからんでその成果もなかなか上りにくいようである。

しかしながら今日では前述の理由により、もはや無医村対策にのみ終始しているだけでなく、さらに積極的に無専門医村対策について考える必要がある。一方専門医の重要性と共に医療形式の上で各科専門医による総合診断治療がいかに行なわれているかということに大きな問題が残されている。現行医療の実態を分析すると総合病院といえども各科独立の診療形式をとり患者の病態把握

究明にいささか不備の点をまぬがれない。特に無自覚性無愁訴性潜在性病像の早期診断という立場からみると著しく不満足な現状である。1例をあげると整形外科で治療を受けていた関節リウマチの患者が、内科医の診断をうけなかつたために合併症としての心臓病で急死するといった場合の如きである。ここに現代医療方式の欠陥がうかがえる。われわれは2年前より短期人間ドックを実施しており、各科の専門医がドックのデータを持寄り討議を行なつて総合診断を下しこの成績を人間ドック担当部長より説明しているが、こうした経験より各科専門医による総合診断の重要性が切実に痛感される。従つて従来より行なわれている集団結核検診とか、最近実施され始めた胃疾患の集団検診とか、心電図集団撮影などそれぞれの有する検診意義は決して少なくはないけれども、各科総合検診という立場からみると不満足な点をまぬがれない。以上のような考えからわれわれは昭和34年4月より千葉県下農漁村のうち、関宿、二川、木間ヶ瀬、平川、大網、白里の6地区を前後4回に亘り検診を行ない興味ある結果を認めたので、その検診方法と総合診断の重要性を示す2、3の検診成績および無専門医村対策に関する試案を述べる。

II. 検診方法

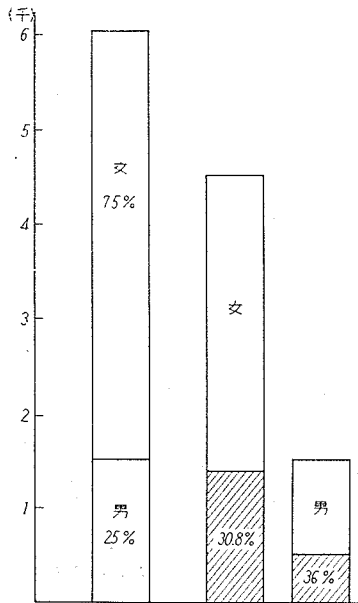
検診班の構成は内科、外科、整形外科の各専門医が各1名ずつ(専門医制度の確立されていない今日、専門医という呼称の基準をどこに置いたかということ、10年以上大学の臨床教室に在籍し毎年専門分野で学術発表を行ない現在も研究発表を続けている医師を専門医とした)。

* 財団法人河野臨牀医学研究所(指導所長 河野総博士)内科部長 ** 医員 *** 管理部長

レントゲン技師，心電図，生化学，細菌学等の専任担当者各 1 名ずつ。看護婦 3 名。計 10 名である。検診班は予め検診計画を討議し最少の陣容で最高の能率をあげる手段について協議した。検診班の出発に先行して予め病院管理部長が検診地区の役場，保健所，及び近辺の実地医家と検診目的及び計画について協議連絡を計り，検診場所の設定，検診班の宿舎予約，現地保健婦の応援等細目に亙り万全の受入れ態勢をとるよう努力した。かくて

第 1 表 高血圧症の発生率

地名	検診対象 (人)			高血圧症 (人)			
	男	女	計	男	女	計	百分率 (%)
関宿二川	109	172	281	29	76	105	37.5
関宿	18	15	33	12	6	18	54.5
大網	18	38	56	8	19	27	48.2
平川	26	61	87	10	33	43	49.3
計	171	286	457	59	134	193	42.2



第 1 図 受診総数 (6041 人) に対する高血圧発生率

検診班は病院専用車に分乗して現地に赴いた。患者は内科，外科，整形外科の順序で検診をうけ必要があれば再診を実施した。診断上必要と認めた検査は各検査担当者が直ちに実施し，特殊なものを除いては当日中に検査成績をだし，長時間を要するものとか検査不能のものは検査材料を病院の研究室に持帰り後日診断を確定した。検

診が終了すると次に宿舎で患者個人表に診断名，所見及び治療方針を可及的具体的に而も平易に書込み，之等の個人表は封筒に挿入したものを一括して役場の保健課又は保健所より個人別に配布するように依頼した。一方診断不能例については，いかなる検査を必要とするか，又どこかの医療機関に行つたら良いか，特に現地近辺の大病院に紹介するようにした。

又検診とは別に吾々は医学知識の啓蒙にも同時に努力

第 2 表 高血圧症の年代別・性別発生率

年代	性別		計 (164人)	百分率 (%)
	男 (49人)	女 (115人)		
~39	2	6	8	4.8
40~49	4	17	21	12.8
50~59	16	31	47	28.6
60~69	18	45	63	38.4
70~79	9	16	25	15.1

することを忘れなかつた。即ち，医学上のスライド及び 8mm 映画を上映して医学の進歩を紹介したが，特にカラー映画は予想以上の効果を得たように思う。又質疑応答も随時行つたが，関心を最も多く示した課題について夫々 30 分間位に亙つて講演を行つたが，之も非常に成功であつた。こうした色々の接触がともすれば排他的な田舎の人々の心をひらくきつかけともなり短期間の検診成績を非常に良くする要因であると思われる。

III. 検診成績

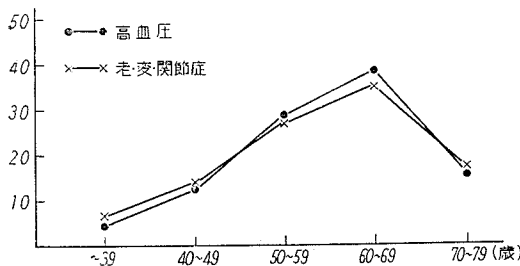
検診成績を疾患別に分類すると，内科的疾患では高血圧症，胃腸疾患，心臓病，肝疾患，低血圧症の順に多く，肝疾患を除いては女子に多発した。高血圧症はほぼ本態性高血圧症であり，胃腸疾患とは胃潰瘍，胃癌，十二指腸潰瘍，慢性胃炎，胆嚢症等を含んでいる。心臓病は僧帽弁膜症が最も多く大動脈弁閉鎖不全，先天性心疾患（心中隔欠損症）等が之に次ぎ，女子で而も比較的若年者に多かつた。肝疾患とは潜在性肝傷害をさす。

以上の疾患全体の約 50% が循環器系疾患によつて占められているということは注目すべき事実である。同時に之等疾患の多くが早期発見による一寸した医師の注意によつて未然にその増悪進展を防止しうる疾患であることに気付くのである。又外科的方面では老人性変形性関節症，腰痛症，限局性癒着性髄膜炎，リウマチ，キーンメル氏病等の順に多く，髄膜脊椎疾患が全体の約 40% を占めており而も女子に多かつた。そこでこれ等の疾患のうち特に頻度の高かつた高血圧症と老人性変形性関節症とについて 2, 3 の分析を試みた。先ず検診対象 457

名に対する高血圧症の発生率をみると第1表の如く、検診地区により37.5%から54.5%まで高低があるが、各地区の平均高血圧発生率は42.2%で可成り高い発生率を示し而も女子に多い。因みに昭和34年末東京都品川区医師会が区民を対象として血圧測定を行なった際のデータをもとに筆者が統計をとつたものをみると、第1図の如く受診総数6041人に対する高血圧発生率は女子が30.8%、男子が36%であり、男女平均の発生率は

第3表 老人性変形性関節症の発生率

地名	検診対象(人)			老人性変形性関節症(人)			
	男	女	計	男	女	計	百分率(%)
関宿二川	112	118	230	14	39	53	23
関宿	12	14	26	2	7	9	34.5
大網	67	105	172	32	52	84	48.7
平川	48	106	154	18	48	66	41.6
計	239	343	582	66	146	212	36.5



第2図 高血圧及び老人性変形性関節症の年代別発生頻度

32.2%であつた。従つて吾々が検診を実施した千葉県下各地区は高血圧発生頻度が可成り高いといえる。次に高血圧症164人を対象として年代別及び性別に発生率を分類してみると、第2表の如く、30才代では4.8%と僅かに過ぎないが、40才代になると急激に増加して12.8%となり、50才代28.6%、60才代38.4%と増加の一途を辿るが70才代になると逆に15.1%に減少を示す。性別では女子の発生率が各年代に亘つて多い。之等の高血圧症患者について愁訴の有無を調べてみると、実にその約40%が何らの愁訴も持たないということに驚かされる。又平均血圧(最低血圧に3分の1脈圧を加えた血圧)が140mmHg以上を示す危険域高血圧症が約30%に認められた。しかも之等の危険域高血圧は60才代に多く、却つて70才代の高血圧患者の最低血圧は100mmHg以下を示すものが多い。このことは前述の70才代にかえつて高血圧発生率が60才代よりも減少すると

いう事実を考え合せて、高血圧患者は60才代にある程度整理されて了い、生き残つた高血圧症患者は最低血圧の比較的低い、従つて末梢血管抵抗の増大が少い患者であると考えられる。

之等の患者は、心、腎、脳等重要臓器の致命的合併症を起しにくい為70才代の長寿を保ち得るものと思われる。一方60才代に高血圧症患者の多くが死亡すると云うことは高血圧症が40才代より急増し始めるので、

第4表 老人性変形性関節症の年代別性別発生率

年代	性別	男(64人)	女(143人)	計(207人)	百分率(%)
~39		3	11	14	6.8
40~49		3	25	28	13.5
50~59		17	40	57	27.5
60~69		24	49	73	35
70~79		17	18	35	17

第5表 同一症例における発生率

地名	対象		高血圧		百分率(%)	老・変・関節症		百分率(%)
	男	女	男	女		男	女	
関宿	52人		21人		40.2	17人		32.7
	15	37	4	17		2	15(3)*	
二川	69		26		37.7	15		21.7
	31	38	14	12		5(2)*	10(1)*	
木間ヶ瀬	48		20		41.7	10		20.8
	17	32	7	13		2	8	
計	169		67		39.6	42		24.8
	62	107	25	42		9	33	

* () は正常血圧者

最低血圧の比較的高い高血圧症は、放置された状態では長くとも発症より30年以内に死亡して了うということが推測されるわけである。老人性変形性関節症の発生率を検診対象582人についてみると、第3表の如く、各地区により最低23%から最高48.7%に亘り、各地区平均発生率は36.5%となり可成り高率の発生を示した。而も男子より女子の発生率が高い。次に年代別及び性別発生率をみると、第4表の通り、30才代でも6.8%で低率とはいへ既に老人性変化が現われ、40才代で13.5%と急に増加を示し、50才代で27.5%、60才代35%と累進的に増加を来し、70才代になつて17%に減少している。老人性変形性関節症はそれ自体致命的な疾患とは

考えられず、又非可逆的な形態学的骨変化を伴うので、従つて70才代の発生率減少は他に原因を求めなくてはならない。そこで第2図の如く、高血圧症と老人性変形性関節症の年代別発生頻度を描記してみると、両者の発生率は極めて密接な相関を示していることが明らかとなつた。之は両疾患の間に統計上の相関性が強いという丈けであつて或は偶然の一致であるかも知れない。従つて直ちに両疾患の因果関係を云々することは出来ないことは明らかである。しかしながら因果関係を全く否定することもできない。何となれば両疾患とも、その発生原因は不明であるからである。そこで吾々は両疾患の関連性を確認する為に、更めて第5表に示す如く3地区を対象として同一症例169人の検診を行なつたところ、極めて密接な発生率相関を認めた。即ち関宿地区では対象52人中高血圧症は21人(40.2%)、老人性変形性関節症は17人(32.7%)の発生率を示し、後者のうち(老・変・関節症と略)3人のみ正常血圧者で残りの14人は高血圧を合併していた。又二川地区では対象69人中高血圧発生は26人(37.7%)老・変・関節症は15人(21.7%)で、後者のうち3人を除いた12人は高血圧症を合併していた。木間ヶ瀬地区では対象48人中高血圧症は20人(41.7%)老・変・関節症は10人(20.8%)で後者の全例が高血圧を合併していた。即ち3地区の平均高血圧発生率は39.6%であり、老・変・関節症の平均発生率は24.8%であつた。而も老・変・関節症42人中、正常血圧を示したものは僅かに6人であり36人(85.7%)は高血圧を合併していたことになる。最近高血圧症の原因を腎血行動態に変化を及ぼす中枢性神経機序に求めようとする考えがある。例えば前川の脊髄一腎説では腎支配相当脊髄高に於ける癒着性くも膜炎が高血圧を惹起せしめるとする仮説の如きである。又老人性変形性関節症の発生機構については従来労働過多、食生活の欠陥或は漠然と全身的因子との関連等について述べられてきた。吾々は前述の両疾患の密接な相関性に対して血行動態の変化という観点より之を説明することが出来るのではないかと考えている。即ち老人性変形性関節症における骨変化は支配流域の血流障害により骨代謝の不全状態をおこした結果に外ならないと考えられる。又かかる血流障害は部分的に起る現象とは考え難く、広く全身的变化を招来するが当然腎支配脊髄高に於ても老人性変形性脊椎症とか、癒着性くも膜炎を惹起せしめるものと考えられよう。吾々は昭和34年10月高血圧症と髄膜脊椎疾患との強い発生率相関を報告したが、前川説の如く高血圧の原因として癒着性くも膜炎のみを考えたいとは思わない。癒着性く

も膜炎にとどまらず老人性変形性脊椎症も亦大きな原因であり、更に之等の病変をひき起す一步前に存在する血流障害にその原因を求めたい。然らば血流障害がどのように起つてくるかという発生病理に関しては今のところ何も分つていない。恐らく神経性内分泌性調節機序の解明に期待されよう。

IV. 無専門医村対策に関する2, 3の試案

前述の如く各科専門医による総合診断の重要性は明らかである。従つて積極的な無専門医村対策を確立し最先端の医学の思恵を僻地僻村に及ぼすと共に疾患の早期診断、早期治療並びに疾病の予防対策を立てることが望ましい。吾々は無専門医村検診を実施して日尚浅く対策を立てる程の経験も少いが、2, 3の試案について述べることにする。第1には近代医学の思恵を直接受ける一般大衆の啓蒙教育を積極的に実行することである。その為には市町村役場、保健所、医師会、学校等が協力して医学講演会を催すとか、映画スライド等を活用して大衆の目や耳に直接訴えることが必要である。特にカラー映画を用いることは僻地では強い印象を与えるようでありその反応が大きい点に気付いた。更に慾を言えば、医師が之を説明すると効果は一段と上る様である。第2には専門医のいる総合病院と検診対象地区との間に検診実施契約を結ぶことである。検診は年2回位が望ましく年中行事の一つに計画しておくとうよいと思う。ここで特に注意したいのは年々担当医療機関が変るようではその検診効果は上らないということである。大きな実績をあげ得る為には良い人間関係を作り出すことが基盤となる。経験的にも第1回よりは第2回、更に第3回の検診成績が、良好な結果を認めている。第3には厚生省辺りの指導当局が、公的専門医療機関に対して無専門医村総合検診の実施を義務付けて貰いたいと思うことである。吾々のみだところでは公的医療機関が現に行なつている無料検診等を見聞するところによると、どうも形式化された感が強く、指導方法とか実施のやり方等に反省すべき材料が沢山残されているように思われる。特にこうした検診に伴う経済的な裏付けを国が援助されることが望ましい。第4には検診地区に於ける実地医家との緊密な連絡をとり、医療上の協議を行ない乍ら患者指導に当ることである。この事は吾々が検診実施に当つて最も心を使つた点である。専門医であるからという気持は敵につつまべきであり、実地医家との協力なくしては検診成績は絶対に上らない。逆に積極的な協力をした場合には、専門医としての実績も向上し同時に実地医家がうける思恵も大

きくなる。

即ち検診地区の実地医家が積極的に協力するような態勢を作ることが極めて大切な点である。

以上の4つの対策試案を述べたが、之は検診を行なつて特に気付いたこと柄であり再三経験を重ねるにつれて又妙案もでるかと思われるが後日にゆずりたい。

V. 総括

われわれは千葉県下農漁村を対象として無専門医村検診班を組織し、前後4回に亘り検診を施行し、その経験に基いて専門医による総合診断の重要性を強調した。また検診方法の実際を具体的に述べ、その前準備、計画討議、検診方式等を説明した。検診成績については専門医による総合診断の重要性を示す例として、高血圧症と老人性変形性関節症との関連性について述べ、特に両疾患が

全身性血行動態の変化、即ち血流障害を基盤として発生する可能性を示唆した。最後に無専門医村対策として4つの試案を提示した。以上無専門医村検診を通して考えられることは、公的医療機関が今後どしどし僻地僻村に、積極的に愛情を以つて無料検診特に専門医検診に乗り出し、一般実地医家と共存共栄の観点に立ち、定期的指導をやつてもらいたいことである。われわれも現在いくつかの計画を立てており、医療特に専門医療を以つて人類社会の平和発展に貢献したいと考えている。

稿を終るに当り終始御指導を賜つた所長河野稔先生に謝意を表します。本論文の要旨は昭和34年第76回成医会総会及び昭和35年第15回北海道整形災害外科学会に報告した。又昭和35年第1回社会医学研究会で口演した。

労働者の疾病による休業

昭和34年6月、7月の2カ月間と、昭和34年12月、35年1月の2回にわたつて、労働省労働基準局労働衛生課が全国事業場を産業別規模別にサンプリングして労働者の疾病による休業の状態を調査した。最近その12月・1月に調査した結果が発表された。これはわが国の生産部門を担当する労働者の健康を評価するにはなくてはならぬデータであつて、極めて高い価値をもつものと考えられている。

休業率は7.10%（男子7.26，女子6.65）で、そのうち疾病が原因

で休んだものは2.09%（男子2.11，女子2.06）であつて、全休業の30%弱が疾病によることが判明した。疾病による休業の多いのは、鉱業（3.88%）、家具装備品製造業（2.48%）、木材・木製品製造業（2.47%）、窯業・土石業（2.40%）などであつて問題の所在をうたがわせる成績であつた。最も低いのは電気機械器具製造業（1.56%）、鉄鋼業（1.57%）、化学工業（1.60%）であつて次第に技術革新による労働形態の変化と労働環境の改善とが好影響をおよぼしているかと考えられた。規模別には

いずれの産業でも疾病による休業は中小規模のものに多いことがあらわれているが、産業によると小企業よりむしろ100~199人、200~499人の従業員を擁する中企業に高い疾病休業率を示しているものがあるのは興味深い。

疾病別件数では呼吸器系ことに感冒性のものが多く、次いで消化器系の胃腸疾患、神経系及び感覚器の疾患という順序になつていた。

（西川）

高血圧症および心臓病患者の療養生活の実態

小 浜 泰 子* 齋 藤 和 子

1. 緒 言

最近の全国死亡の傾向をみると、結核・肺炎・胃腸炎その他細菌性疾患による死亡が著しく改善されたのに対し、老人性疾患および事故・自殺等外因による死亡が増加しているが、高津保健所管内においても同様の傾向がみられる(第1図)。またこれを訂正死亡率でみると、外の死因はすべて全国平均を下回るが、老人性疾患は全国平均より高い死亡率を示し、特に農村地区における高血圧性疾患・心臓疾患の死亡率が高く、これらの地区にあつては40歳~60歳の比較的早い年代から死亡率が高いなど、老人性疾患に対する予防活動の必要性が痛感される。保健所が現在の人員、設備、業務量などからみて、どの程度、老人性疾患の予防にとり組んでいくべきかについては、種々論議のあるところであるが、いずれにせよ、その地域の実状と必要性にそつて具体策が考えられなければならない。そこで第一段階として、当保健所管内で脳卒中・心臓疾患で死亡した者がどの程度の療養生活をしていたか、病気に対する認識の度合、治療状況、生活規制の有無等を知る目的で、調査を行なつたので、ここに報告する次第である。

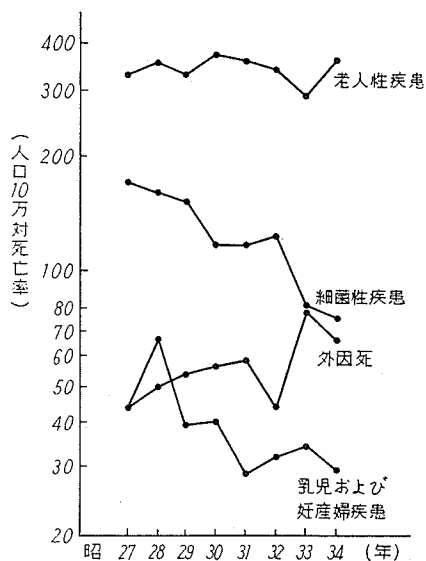
2. 調査地区の概況

高津保健所は川崎市の西北部に位し、管内には農村地帯と住宅地帯を含み、これが市に合併される以前の町村の単位で7つの行政区域に分れている。この中、今回の調査を行つたのは高津地区と呼ばれる4地区で、この地域の面積は36.7km²である。多摩川に沿つた平坦な地域は比較的早くひらけ、人口密度も高く高津は1km²当り4500人、橋は2000人であり、職業構成も一般労務者

* 川崎市高津保健所

45%、事務従事者20%で農業は10%に過ぎないが、向丘・宮前は人口密度も500人前後で農業従事者は60%をこえる。

医療施設の分布をみると一般病院が5、診療所が30あるが大半は小高津地区に集中している(第2図)。人口10万に対する医療施設数は、高津地区全体で病院7.1診療所42.5で、全国平均にくらべ病院数はやや上廻る。



第 1 図 死亡率の年次推移
(高津 H.C. 管内)

が診療所数はかなり少い。それが偏在しているのであるから、農村地区における医療施設は更に乏しい現状である。また病院数は全国平均を上廻っているが、その設備、内容はどれも極めて小規模のものである。

3. 調査対象と方法

昭和34年1月から12月の間に高津地区において脳卒中または心臓疾患により死亡した者の中70歳未満のものを対象とし人口動態死亡票に基いて戸別訪問をし家族の者から生存中の状態について聴取り調査を行なつた。脳卒中は対象者53名中45名(85%)、心臓疾患は対象者26名中11名(42%)について調査を完了した。

4. 調査結果

脳卒中について

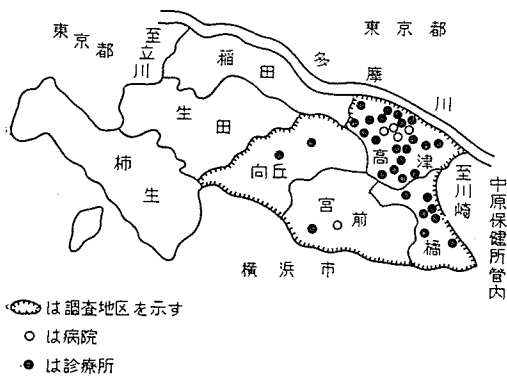
(1) 調査対象

調査した死亡者の年齢は第1表(a)に示す通り50歳未満は5名、50～59歳が11名、60～69歳が29名と年齢に比例して死亡者は増加している。

生存中最も長くついた職業は第1表(b)の通りであるがこの中、身体的理由で死亡当時、無職になつている者が男7名、女2名あつた。

医療施設

地区別	施設数		人口10万対	
	病院	診療所	病院	診療所
高津	4	20	9.5	47.5
橋	—	7	—	44.7
宮前	1	1	15.4	15.4
向丘	—	2	—	31.7
計	5	30	7.1	42.5



第2図 高津保健所管内略図および調査地域内の医療施設の分布

(2) 自覚症

死亡した45名の中、第1回目の発作以前に自覚症のあつたものは35名(77.8%)で、その内容は、頭痛が圧倒的に多く肩こり、息切れ、手足のしびれ等がこれに次ぐ(第3表)。

血圧測定を受けたものは31名(70%)あるが、その内訳は自覚症のある者が27名(77%), ない者4名(40%)で、やはり自覚症のある者の方が意識的に、血圧測定をしているようである。

(3) 自覚症に対する手当

自覚症のあつた35名と自覚症はないが血圧が高いことを知つていた4名(第2表)についてどの程度治療をしていたかをみると第4表の通り医療を継続的に受けていたものは15.3%に過ぎず、時々対症的に手当をうけ

第1表 調査対象

(a) 年齢別

	50未満	50～59	60～64	65～69	計
総数	5	11	14	15	45
男	3	8	8	10	29
女	2	3	6	5	16

(b) 職業別

	会社員・公務員	農業	商業	職人とび大工	単純労働者	宗教家	無職
男	11(1)	8(2)	3	4(3)	2(1)	1	—
女	—	3(1)	4(1)	—	—	—	—

() 内は死亡当時無職となつたものの再掲

第2表 自覚症の有無

自覚症のあつた者	35名 (77.8%)
" なかつた者	10名
血圧測定をした者	31名 { 自覚あり 27 (77.1%)
" をしない者	" なし 4 (40.0%)

第3表 自覚症の種類

頭痛	19	めまい	3
肩こり	8	浮腫	2
息切れ	8	夜尿	2
手足のしびれ	6	つかれ易い	1
不眠	5		

第4表 自覚症に対する処置 (39名)

a 医療を継続的にうけていた	6名 (15.3%)
b 時々、対症的な治療をうけた	8 (20.5%)
c 売薬を服用した	2
d 生活節制(仕事や食事に注意)	10 (25.6%)
e 放置	21 (53.9%)

注. d 生活節制10名中5名はa, 2名はb, 1名はcに属する。

ていた者が20.5%, 全く放置してあつた者が54%を占めている。医療を継続的に受けていた者は生活の節制についても大体注意をしていた事がわかるが、自覚症がありながら放置しているケースについて分析してみると、第5表の如くである。即ち(a)職業別にみると、農

業・商業・労務者などは約 80% が放置しており、会社・公務員は 22% とひくく比較的医療をうけ易い状態にある事がわかる。

地区別にみると、医療施設の分布が密である高津の放

第 5 表 放置ケースの分析

(a) 職業別

職業	男		女		計		放置の割合 %
	患者	放置	患者	放置	患者	放置	
会社・公務員	9	2			9	2	22.2
農業	6	5	3	2	9	7	77.8
商業	2	1	3	3	5	4	80.0
職人	4	1			4	1	25.0
単純労務者	2	2			2	2	100.0
宗教家	1	1			1	1	100.0
無職			9	4	9	4	44.4
計	24	12	15	9	39	21	53.9

(b) 地区別

	患者	放置	%
高津	22	9	40.9
橋	12	7	58.3
宮前	3	3	100.0
向丘	2	2	100.0

(c) 所得階層別

	上	中	下
患者	9	24	6
放置	4	12	5
%	44.4	50.0	83.3

置率は 41% と最もひくく、これについて橋が 58% であるが、農村地区の宮前・向丘ではすべての者が放置されている。更に市民税の対象となる年間所得により経済状態をわけてみると、下の階層にゆく程、放置の割合は大となる。

(4) 発作後の治療状況

まず最初の発作から死亡までの期間をみると、第 6 表の如く、その当日、または 4、5 日の中に死亡したものが 58% あり、このようなケースは発作後、応急の手当はうけてもおよばず、治療の過程をとらずに死亡してうわけで、ここにも早期の検診・予防の必要がある。そこで発作後、短時日で死の転帰をとつた 26 名を除き、それ以外の 19 名についてその後の治療状況をみると発作以前に行なつた手当に較べると医療を受けた割合は増大しているが全く放置している者が 4 名あつた。

(放置ケースの事例)

① ♀ 64 歳。

経済的には余裕があるが病気に対する認識が足りず、わがままで医師の指示に従わず服薬もしなかつた。

② ♂ 59 歳。

生保世帯で家族に恵まれず妻は死別、長男は不良で家をかえりみない。新興宗教にこつて医学を否定し実兄が既に高血圧で死亡し本人も以前に 2 回卒中発作を経験し、そのために大工が出来なくなり生活保護を受けるよ

第 6 表 発作から死亡までの期間

発作当日または 4~5 日	26 名 (57.8%)
1 年以内	3 (6.2%)
1~5 年	7 (15.6%)
5 年以上	9 (20.0%)
計	45 名

第 7 表 発作後の処置 (19 名)

a 医療を継続的にうけていた……	10 名 (52.6%)
b 時々、対症的治療をうけた……	5 名 (26.3%)
c 放置……	4 名 (21.1%)

うになつたのであるが、なお治療を放棄していたものである。

③ ♀ 64 歳。

息子夫婦が失対人夫で本人は親戚の手伝いをして僅かの食費を得ていた。住んでいたのは古い兵舎を改造した木造の寮の一室で訪問した時も、うす暗く、すき間かぜの入る板の間にうすべりが置かれ、その上に畳がわりか家族のふとんが 5、6 枚しきつめてあつた。発作を起したのは親せきで働いている最中であつたが、その時応急の手当をうけただけで家にかえつてからは全く医療をうけず又家族の者から充分な看護をしてもらわなかつた。

④ ♂ 64 歳。

農家の世帯主で約 3 年前に田植の最中倒れその時、最高血圧が 180 mmHg で要注意といわれたが一度、瀉血をただけで普通の仕事をしていた。その後 1 年程経つて保健所で血圧測定をし、治療をするようにすすめられたがその後も放置していたもので、やはり親と兄弟が高血圧で死亡している。

以上のように発作を起したあともなお、放置していたケースは、その原因が生活の貧困も伴つて、病気に対する正しい認識を欠いていたものである。

ところで、何らかの治療をうけていたもの 15 名 (第 7 表) の中、生活の節制を守つたと答えたものが 11 名 (73%) あつたが、その内容をきいてみると、脂肪の制限、塩分の制限が多くあげられたが、質や量について治療の目的に沿う正しい食生活をしていたものはなかつ

た。

労働についても自覚症が活動の妨げとならない限り特に制限をすることはなく、殊に農家や商店の場合は、生活の場と職場が一つであるため余計な節制が困難であった。またこれらのことについては医師からも正しい療養生活の指示がなされていなかった。

心臓疾患について

心臓疾患による死亡者の調査は11例で対象数の42%に過ぎないので、統計的にまとめて一つの傾向をみ出すことは無理であるのと、脳卒中と同じ調査項目で調査に当つたので不備な点もあり、再考の余地があるので省略するが、訪問して特に気付いた事は、

- ① 脳卒中と異り自覚症は訪問したすべてのケースがかなり以前から持っている。
- ② その原因の殆んどが若い時の労働過重にあるように思われた。
- ③ 調査したケースの半数以上は農家であつたが、ここでは朝早くから夜おそくまで力の限り体を使うことが必要とされ、坂を上り下りしながらの肥料運びや、炎天下の草取り、麦こき、井戸水くみ等、体の苦痛をこらえて働かせ、いよいよ重症で倒れるまで、休養も治療もなされていない状態で、これでは早老も短命も、むしろ当然だと思われる者が多かつた。即ち病気をひき起したと思われる原因が、そのまま、治療を妨げる原因にもなっている状態である。

5. 総括と結語

今回の調査は例数も少なく、調査の方法も満足いくものではなかつたが乏しい資料の中から知り得たことをまとめると、脳卒中で死亡した患者の中、十分な医療をうけていたものはわずか15%しかいない。何らかの不調を自覚しながら治療も節制もせず全く放置していたものは54%にも上る。この医療の困難さの原因は患者自身にも医療の側にもあるが、患者の側についていえることは、

(1) 病気に対する認識がいちじるしく欠けていることで、調査した者の中、肉親が高血圧症あるいは脳卒中に罹患またはそれにより死亡しているものは70%あつたが、「遺伝だから」とか「年だ

から」と初めから仕方がないものとあきらめている例が本人にも、周囲の者にも多くみられた。また新興宗教を信じて科学的な治療や節制を拒否したり、方角をみて医師をかえたりする者が4, 5例あつた。

(2) 病気の性質上、長期にわたるためと苦痛がさほどつよくなく病気の進行が徐々におこるため節制を守ることが難しい。殊に忙しい農家、商店の世帯主や一家を支える働らき手であれば医療のみならず生活の困難も来たすことになる。

一方医師の側についていえることは、

- 1) 医療施設が偏在している。
- 2) 患者に対して適確な生活指導がほとんどなされていない。さらにいえば、生活指導の前提となる正しい診断をするための精密検査の設備、技術が果して充足されているかどうか、ここに問題があるように思われる。

現在の保険医療制度の下では予防あるいは保健指導が合理的に行なえないというところに根本の問題があると思うが、当面の問題としては、医療施設の充実をはかり、その基盤の上に成人病予防の啓蒙活動をすすめるなければならない。患者の側に、病気に対する認識が欠けていることを指摘したが、これも詮じつめると、保健指導を行なう側の問題となるわけである。

また今回の調査において全く無自覚のままで死亡してしまつた例が58%もあつたことをみても、早期に異常を発見するための検診をもつと計画的に大幅に行なう必要があり、この点については行政的にも、その方策を考えなければならない。また農村地区については、ここにおける老人性疾患による死亡率が、比較的若い年齢から高くなつているのをみてもわかるように、農業経営の内部から改善していかなければ、本当の問題解決はできないことを付け加えておきたい。

稿を終えるに臨み、終始、御懇篤な御指導御校閲を賜つた高津保健所長小宮山博士に深甚なる感謝の意を表します。

八千穂村の健康管理の結果を通して見たる 健康と環境因子との相関について

若 月 俊 一* 松 島 松 翠 寺 島 重 信
古 瀬 和 寛 堀 尾 仁 井 出 秀 郷
清 水 博 子

I. 前 言

私達は何故特に健康状態と環境因子との関係を追求するか。——私達は農村病院に勤めて、治療だけでわが事終れりとしてゐるわけにいかない。どうしても農民に対する予防医学的活動をやらなければならない。それには、農民の生活の条件と発病の原因との連関を具体的によく知つていなければならないわけである。

じつさい、農民の貧しい生活の実情を見れば見るほど、また、農民の発病の模様を知れば知るほど、農村に多きさまざまな病気の原因ないし誘因が彼らの日常のくらしの環境の中に、深く且つ広く根を張つてゐることを痛感せざるを得ないのである。これを明らかにすることが私達の任務だ。

例えば農村に多発する高血圧について云うと、私たちは、彼らの激しい農作業による肉体的過労と、封建的環境からくる絶えざる精神的緊張とが、どんなに血圧上昇の原因になつてゐるか、また、彼らの三度三度の塩からい食事が、どんなに彼らの心ぞうや腎ぞうを害しているか、いやというほど知つてゐる。——ところが、疫学者はしばしば日常の現実から出発しないで、机の上の思ひつきから始める。例えば、高血圧の発生率を地図に書きこんで、それについて考えをめぐらすというふうである。これでは、単なる地理的探索になり易い。結局、土壌とか水の中の化学成分とかの

関連を出すにとどまり、最も大切な social life の環境条件を無視する結果になつてゐる。

またある種の病理実験学者は、健康な家兎についての実験から、高血圧や循環器の障害は、塩分の過剰摂取とは関係がないというような結論を出す。恐らく、その実験結果そのものは正しいので

第 1 表 家族環境を示標する各項目について (I)

a) 相 関 行 列

		1	2	3	4	5
1	世帯人数		0.256	0.261	0.314	-0.007
2	総所得			0.171	0.213	0.159
3	耕地面積				0.751	0.062
4	水田面積					0.048
5	乳卵摂取量					

b) 因 子 負 荷

		F ₁	F ₂	F ₃
1	世帯人数	0.436	-0.029	0.002
2	総所得	0.423	-0.220	0.015
3	耕地面積	0.659	0.397	0.067
4	水田面積	0.702	0.428	0.027
5	乳卵摂取量	0.139	-0.240	0.010

解法は平均解 (Averoid Solution) による

あるうが、私たち臨床家は、多くの農民が中年以後になると、腎機能が悪くなり、心筋にもしばしば変性現象が起つており、一般的に早老の状態にあるという実状を知つてゐる。そして、そのような農民の身体には、何よりも食塩の過剰摂取の習慣を止めさせることが大切な注意だということを知つてゐるのである。……

* 長野県佐久総合病院

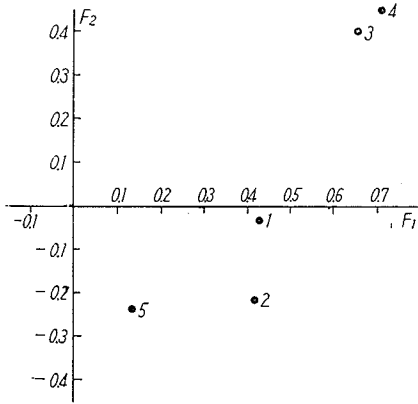
そのようなわけで、私たちは従来の疫学や一面的病因論にはあきたらないものがあり、農村の現実の生活環境の中から、ありのままに、発病因子をつかみ出したいと願つたのである。この発病因子としての social factors は恐らく多元的であり、しかも相互に密接に combine されたものに相違ない。果して発病が multifactorial なもの

となるが、A, B, C……等の因子を確認したいものである。環境を表わす実測値の中の因子組成を、定量的に求めるという意図のために、私たちは因子分析法 (factor analysis) を用いたのである。

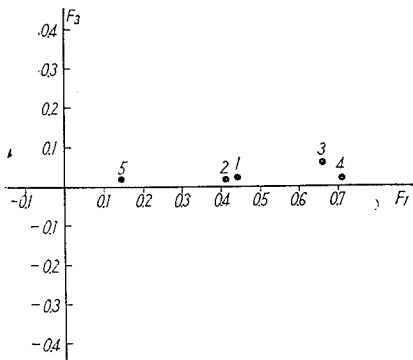
私たちは、長野県南佐久郡八千穂村全村の健康

第2表 家族環境因子 (F₁) 得点による部落分類

(地理的分類)	部落	家族環境因子 (F ₁) の平均得点 (ΣF/n)
D (山間部)	柳沢	+0.582
	佐口	+0.432
	八郡	+0.421
	馬越	+0.392
	崎田	+0.302
	大石	+0.236
	上野筆岩	+0.164
B (平坦部)	大くぼ	+0.084
	上畑	+0.071
	下畑	+0.043
	中畑	+0.039
C (山間部)	うその口	-0.007
	穴原	-0.071
	松井	-0.284
A (平坦部)	高根	-0.112
	大門	-0.150
	天神町	-0.182
	高岩	-0.329
	清水町	-0.426
	大石川	-0.539
	中央	-0.561



(1)



(2)

第1図 家庭環境因子分析図 (I)

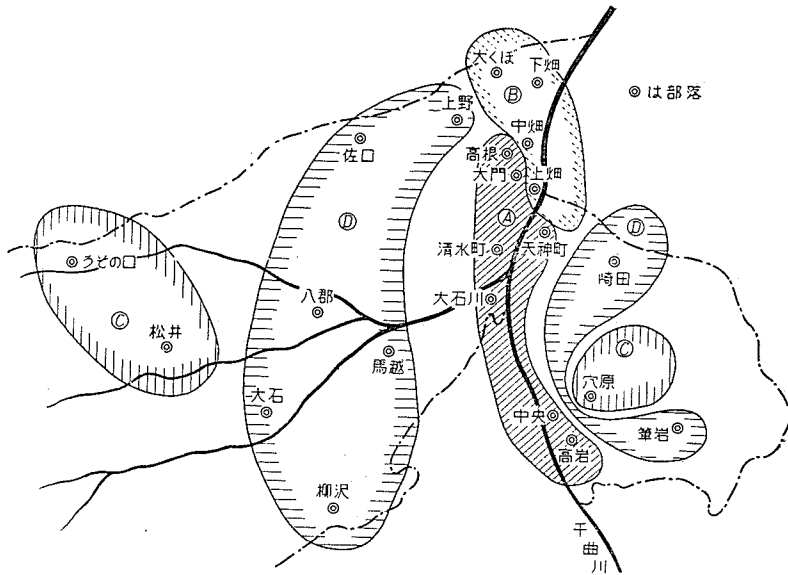
であるとするならば、それらの factors の間の相互関係の量的表現はできないものか、——こういう要求も当然のものであろう。

いま、環境をあらわす実測値 x は、いくつかの因子 A, B, C……等に基因する部分 I_A, I_B, I_C ……等と、それ以外のものに基因する部分 Z、即ち誤差とから成り立つとするなら、

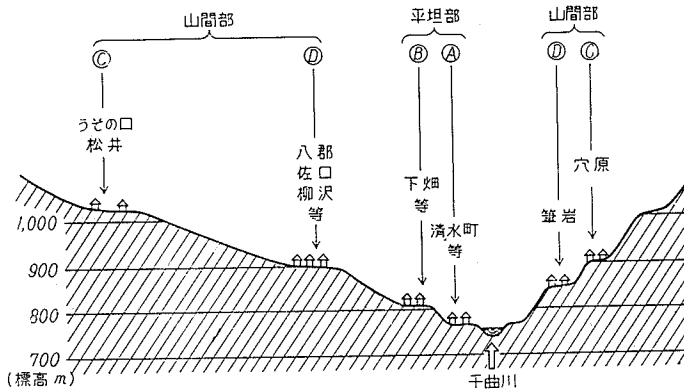
$$x = I_A + I_B + I_C + \dots + Z$$

管理による健康台帳の中から、健康を規定すると考えられる、社会環境の実測値を集めたのであるが、これらは総べて「家族」を単位とした。ただし、住民の健康を規定する環境の条件は、「家」にはなほ決定されているからである。特に遅れた農村の生活では、食べるものはもち論、労働面、消費面、あらゆるものが、「家」を媒介としてなされる実情にあるから、家族ないし世帯を単位とした per family の測定量を用いたのである。

また、一方論議の主体である、住民の健康状態



第 2 図 家庭環境因子 (F₁) 得点による部落分類の地図



第 3 図 家族環境因子 (F₁) 得点による部落分類の地図 (断面図)

(疾病量)は、直接的に部落を単位として把握した。この際健康は、一定の集団ないし社会についてであることはいうまでもない。健康という概念は元来、個人についての生物学的なものであるが、これを一定の集団の中でつかむ時は、個人的な特殊なもの、例えば遺伝的なものなどは隠され、社会的な環境的なものが大きく前面に出されてくる。私たちは、その最小単位として、「部落」をとつたのである。それには農村では現在でもなお、部落が自然共同体的な様相をもつて「生きて」いるという実践上の要請もあつた。

II. 八千穂村の環境因子を factor analysis ていかにつかんだか

環境条件を、特に健康に関するものとして、いかなるものを取りあげるべきか。——これについては、まず従来の社会医学における病因論、いわゆる social aetiology の一般的分類法を頭にいれてかからねばならぬのは当然であろう。例えば、René Sand によれば、環境因子として次の 5 つを挙げている。

- 1) 職業的因子
- 2) 家庭的因子 (特に住居)
- 3) 経済的因子
- 4) 衛生的因子 (特に医療と保健組織)

5) 教育的因子

私たちの八千穂村の場合では、村内の各部落ないしは部落グループの間の相違を論ずるということが、主な目的であつたので、村中の特徴であつても各部落に共通な示標、例えば医療や保健機関の条件等は、除外するとした。然しながら他はなるべく多面的に環境を表わす測定値をとりあげることにした。もつとも、測定値の信頼度や数量化の難易の問題もあつて、その項目数にも自ら限度ができた。

私たちは、最初次の5項目を、「家族環境」をきめる測定値として選んだ。何れも、一般的であり且つ基本的と考えられる示標である。前述の如く「世帯」を単位としてみた。

1) 世帯人数

2) 総所得。いわゆる family income。兼業農家* の場合は、農業所得+農業外所得となるわけであるが、そ

第3表 F1得点分類による部落グループの有病率

部落グループ	有病率	総者有病率	高者血圧率	心者疾患率	胃者疾患率	尿陽性者白率	回陽性虫者卵率
A	51.0	16.6	6.1	5.3	16.1	23.5	
B	43.6	12.7	3.1	2.9	11.9	17.2	
C	40.5	14.0	2.4	2.1	19.5	32.6	
D	53.6	19.5	5.4	4.5	27.2	32.9	

—— 最も高率 - - - 最も低率

もそも農業所得と農業外所得とは、その意味は著しく異つてくるので、後の分析(後述)では、分けて、後者を別の項目として入れた。

(* 八千穂村の総世帯数 1,195 戸中、農家は 950 戸で 79.4%。そのうち、兼業農家は 381 戸で、32%)

3) 耕地面積。つまり田+畑の面積。畑は普通畑のほか、桑園、果樹園を含む。

4) 水田面積。3)の中にも含まれるが、稲作は、農業労働の上からも、また経営面からも、畑作と大きな相違をもつものであるから、別項目とした。

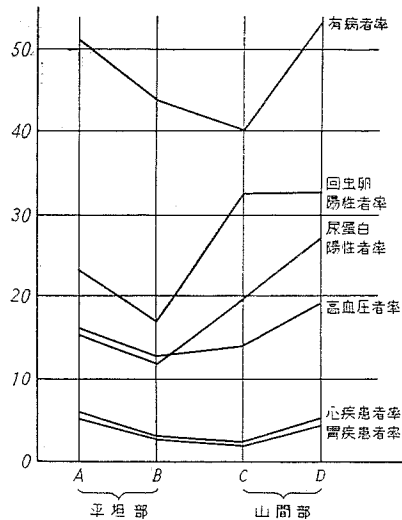
5) 乳卵摂取量。以上の各数字は、役場の台帳から調べたものであるが、これはインタビューで調査した。牛乳・山羊乳各1合と鶏卵1個を同等と見て計算した。

以上のほかに、大家畜の頭数、動力農機具の数、戸主の教育の更などの項目についての数量化を試みたが、結局上の5つに限ることにした。測定量の項目は多ければ多い程よい理窟ではあるが……。

さて、これらの家族環境の5項目の値について、互い

の相関係数を出し、それらの相関行列を作つてみると、第1表のa)の如くなる。これに factor analysis の平均解(averoid solution)を行つてみると、第1因子(F1)、第2因子(F2)、第3因子(F3)の因子負荷は、第1表のb)の如くなる。又その因子分析図は第1図の如くで、各項目間の関係を見ると、耕地面積(3)と水田面積(4)が近接しているのに対して、乳卵摂取量(5)は最も離れ、総所得(2)と世帯人数(1)とはその中間に位していることが分る。

次に、第1因子(F1)なる common factor における β -weight を求め、各家族の因子得点の計算式、



第4図 F1得点分類による部落グループ別にみた各有病率

$$F = 0.19x_1 + 0.23x_2 + 0.30x_3 + 0.36x_4 + 0.07x_5$$

から、各部落の平均得点($\sum F/n$)を出すことができるが、これをプラスの大きな点数から、マイナスの大きな点数にむかつて、順に部落別にならべてみると、第2表の如くなり、この順序が何か地理的区分をも意味しているような所がある。例えば、得点最高位の柳沢から第8位の筆岩までを、1つの部落 group D とすれば、これは八千穂村では標高 900m 程度の山間部で比較的水田の多い地帯であり、第13位のうその口から松井までを G group とすれば(松井だけは、本当は第18位なのであるが、若干順序をくりあげた。)これは、1,000m 以上の開拓部落である。これに対し、第9位のくぼから第12位の中畑までを B group とすれば、これは水田の多い、経営規模の高い農家が多い平坦部に相当し、第15位の高根以下の、平均得点の最も少ない group A は、やはり

平坦部ではあるが、非農家の多い、村の役場付近の中心地に相当していることを知る(第2図及び第3図)。——このように、各部落の家族環境因子の得点による社会的分析が、ある程度地理的分布にも相応することは、農業生産などが地理、風土に密接に関連することを思えば、

第 4 表 F₁ 得点分類による各部落の有病率の内容

部 落	総有病者率	高血圧者率	心疾患者率	回虫卵陽性者率	
D	柳 沢	60.8	13	7.3	9.1
	佐 口	45.8	55	4.6	56.6
	八 郡	53.9	76	4.5	20.6
	馬 越	48.5	32	6.1	48.9
	崎 田	55.2	66	5.3	23.1
	大 石	59.2	61	7.1	51.2
	上 野	63.9	14	2.8	19.1
	筆 岩	53.2	11	6.4	28.6
(平均値)	53.6	19.5	5.4	32.9	
B	大くぼ	58.2	14	6.9	26.7
	上 畑	34.7	42	2.2	21.9
	下 畑	40.4	37	3.6	16.5
	中 畑	85.7	13	3.1	16.7
	(平均値)	43.6	12.7	3.1	17.2
C	うその口	38.6	9	3.5	50.6
	穴 原	42.8	41	2.2	30.4
	松 井	65.9	11	2.1	22.1
	(平均値)	40.5	14.0	2.4	32.6
A	高 根	58.3	24	7.3	32.3
	大 門	46.4	25	2.9	24.6
	天神町	51.2	56	7.1	14.6
	高 岩	53.6	33	8.1	32.4
	清水町	50.0	57	6.9	24.3
	大石川	46.4	8	0	23.1
	中 央	48.4	13	1.6	19.1
	(平均値)	51.0	16.6	6.1	23.5

—— 最も高率 - - - - 最も低率

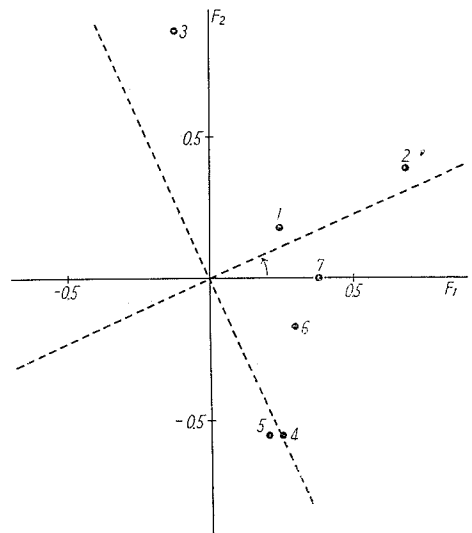
当然のことともいえるわけである。

III. 八千穂村の健康調査の結果と、 私たちの環境因子分析との相関

以上のような、家族環境因子による分析が、果して、私たちの行った健康調査の結果と、どういう関連を示すか。——環境因子 (F₁) 得点による部落分類の分け方の

うち、A B C D の部落グループ別について、各々の有病率を調べてみると、第3表及び第4図の如く、総有病者率では、Dが最も悪くCが最もよい。回虫卵陽性者率でも、Dが最も悪いが、最も良いのはB。高血圧者及び尿蛋白陽性者の率でも、やはりDが最も悪いが、最も良いのはBとなつている。心及び胃の疾患者の率については、Aが最も悪く、Cが最も良いという結果を表わしている。

たしかに、同じ平坦部でも、水田の多い昔からの純農業部落と、非農業化して町場に出てきた世帯の多い地区とでは、大きな違いがあるに相違ない。また、同じ山間部でも、最近若干の酪農等の発達があるとしても、古くからの純農業部落と、新しく出来た開拓部落とでは、生活一般に甚だしい違いがあろう。そのような生活環境の



第 5 図 家族環境因子分析図 (II)

相違が、必ずや健康状態や発病条件に大きな影響を与えない筈はない。上の、A, B, C, D の部落グループ別の有病率の差は、そういう意味から、いろいろと説明づけられるであろう。——一般的にいつて、古くからの山間部の農業部落は、その農家所得等の環境因子得点の大なるにかかわらず反つて有病率の高い傾向にあるのは、恐らく私たちが選んだ5項目以外の生活環境、例えば、諸種の遅れた生活慣習や知識などが衛生状態に大きな影響を与えているためではあるまいか。これに反して山間の開拓部落などは、いわばフロンティア精神が支配し、反つて現金収入が多いというようなことと相まつて、案外に有病率を減らしている。また平坦部でも、他地区から離農して出てきた世帯の多いA部落グループでは、所得

第5表 各部落の家族環境指標の値*と共通因子(F₁)の値 (* 家族1人当りの実数値)

家族環境指標 部落	生産年齢 者数	総所得	農業外 所得	耕地面積	水田面積	乳卵摂取量 (月当)	入浴回数 (月当)	F ₁ 得点(II)
柳 沢	0.50人	42,200円	4,400円	2.81反	1.02反	40.6合	1.82回	+0.390
佐 口	0.52	45,900	6,500	2.45	1.01	26.7	10.5	+0.219
八 郡	0.56	32,500	4,100	2.24	0.97	21.4	16.3	+0.142
馬 越	0.47	56,200	12,900	2.18	1.02	25.6	15.6	+0.288
崎 田	0.51	41,400	12,000	1.82	0.65	27.3	10.8	-0.155
大 石	0.46	31,600	4,700	1.85	0.89	19.9	11.9	-0.067
上 野	0.52	51,600	23,700	1.67	0.50	33.7	11.7	+0.175
筆 岩	0.49	31,800	4,700	1.62	0.41	24.5	11.0	+0.375
大くぼ	0.57	41,500	17,900	1.57	0.46	24.4	12.8	+0.251
上 畑	0.42	45,500	22,600	1.32	0.47	30.2	11.7	+0.084
下 畑	0.52	47,700	26,500	1.00	0.48	30.2	9.9	+0.023
中 畑	0.54	50,300	31,000	1.17	0.33	4.0	15.2	+0.282
うその口	0.60	29,200	12,700	1.54	0.61	9.3	13.7	-0.278
穴 原	0.52	30,600	10,700	1.33	0.29	30.2	10.4	-0.167
松 井	0.45	27,000	3,600	2.30	0.42	22.8	10.0	-0.260
高 根	0.48	47,900	34,000	0.87	0.41	22.9	10.5	-0.112
大 門	0.51	50,100	35,100	1.07	0.34	24.3	11.0	-0.002
天神町	0.59	68,400	50,200	0.64	0.27	24.5	13.2	+0.104
高 岩	0.52	29,800	18,400	0.66	0.24	16.8	9.2	-0.509
清水町	0.69	44,500	35,500	0.55	0.20	20.1	15.5	-0.015
大石川	0.56	43,100	42,800	0.21	0.12	20.8	15.9	-0.250
中 央	0.44	43,400	38,300	0.61	0.17	19.6	9.5	-0.224

第6表 家族環境を示標する各項目について (II)

a) 相 関 行 列

		1	2	3	4	5	6	7
生産年齢者数	1		0.174	0.173	-0.038	-0.071	0.058	0.092
総所得	2			0.454	0.060	0.065	0.148	0.172
農業外所得	3				-0.476	-0.481	0.043	0.100
耕地面積	4					0.703	0.097	0.070
水田面積	5						0.031	0.071
乳卵摂取量	6							0.092
入浴回数	7							

b) 因 子 負 荷

	F ₁	F ₂
1	0.245	0.178
2	0.675	0.387
3	-0.118	0.870
4	0.262	-0.551
5	0.201	-0.548
6	0.296	-0.017
7	0.377	-0.005

などの環境因子得点が少ないだけでなく、零落農的な生活態度からも抜けきれず、町場といえども不衛生な生活をしている。心疾患や胃疾患の多い所以もそこにあるのではないかと、等々。――

何れにしても、このような社会・地域的分析は、たしかに、従来の、単なる山間部と平坦部とに分けて考えるような分類よりは一步を進めたものといつてよいであろう。例えば、この八千穂村の場合でも、従来の単純な地域的分析によるのみでは、単に、山間部に有病率が高く、平坦部に低いという、ありふれた結論しかでなかつたのである。

然し又一方、第4表を仔細に検討すれば分るとおり、これら部落グループ分類による各部落の有病率の実際値は、決して明確な傾向を持つてゐるものとはいひ難いものもある。まだ問題は残されてゐると云えよう。

IV. 健康示標の中にも common factor があろうが、それと環境示標のそれとはいかなる相関を示すか。

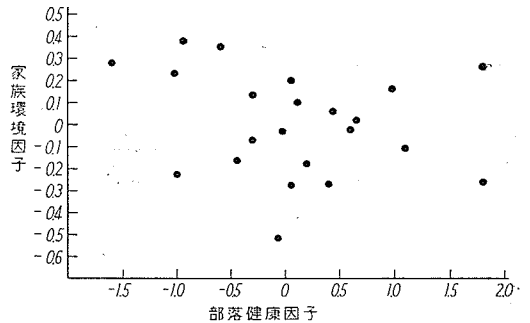
第 7 表 各部落の健康示標の値と共通因子 (F) の値

部 落	健康示標	死亡率	乳 児 死亡 率	乳 児 体 重 減 少 率	高 血 圧 者 率 (訂 正)	胃 患 者 率	回 虫 卵 保 有 者 率	F 得 点 値
柳 沢		9.8%	2.5%	0.5%	29.0%	12.2%	9.0%	-0.96
佐 口		9.7	1.8	-4.0	17.0	2.5	56.5	+0.08
八 郡		9.0	1.6	-4.3	25.4	9.1	20.5	-0.32
馬 越		6.0	0	10.5	25.4	5.1	49.0	+1.80
崎 田		13.3	1.1	-3.8	23.7	6.3	23.0	-0.47
大 石		8.6	2.2	0.4	18.6	4.9	51.0	-0.27
上 野		6.4	0	0	26.3	8.2	19.0	+0.98
筆 岩		8.0	2.7	0	15.5	6.5	28.5	-0.64
大くぼ		14.2	4.8	0	24.9	2.2	27.0	-1.17
上 畑		9.0	0.6	-0.8	12.7	2.8	21.5	+0.35
下 畑		7.0	1.2	1.0	17.0	2.3	16.0	+0.64
中 畑		15.0	2.0	-8.7	16.1	7.9	16.5	-1.58
うその口		10.4	0.5	-6.0	15.8	0	50.5	+0.03
穴 原		10.0	0.9	2.8	16.0	2.1	30.5	+0.21
松 井		6.7	1.7	0	22.5	4.3	22.0	+0.47
高 根		13.0	0	0	17.2	7.3	32.0	+0.11
大 門		7.0	1.1	2.5	17.3	2.8	24.5	+0.56
天 神 町		9.0	0.9	14.7	21.1	5.1	14.5	+0.12
高 岩		9.6	1.0	-5.0	17.5	5.8	32.0	-0.06
清 水 町		8.5	0.7	3.2	16.8	6.5	23.5	-0.02
大 石 川		2.4	0	0	31.6	0	23.0	+1.80
中 央		13.2	2.6	-8.0	16.0	3.2	19.0	-1.00

第 8 表 部落の健康を示標する各項目についての相関行列

	1	2	3	4	5	6
死 亡 率	1	0.523	0.542	-0.375	0.125	-0.042
乳 児 死 亡 率	2		0.261	-0.273	0.194	-0.187
乳 児 減 少 体 重 率	3			-0.208	0.083	0.125
訂 正 高 血 圧 者 率	4				0.167	-0.125
胃 患 者 率	5					-0.333
回 虫 卵 保 有 者 率	6					

次に私たちは、先の家族環境因子をも少し正確に把握する目的をもつて、家族環境を示標する項目をさらに2つ追加し、測定値はすべて家族1人当りのものに換算して用いることにした。これら7項目についての相関行列、また averoid solution による F₁, F₂ の因子負荷は、第6表の如く、又その因子分析図は第5図の如くであった。さて、その第1因子についての各家族の得点を、



第 6 図 部落健康因子と家族環境因子の相関図 (八千穂村 22 部落について)

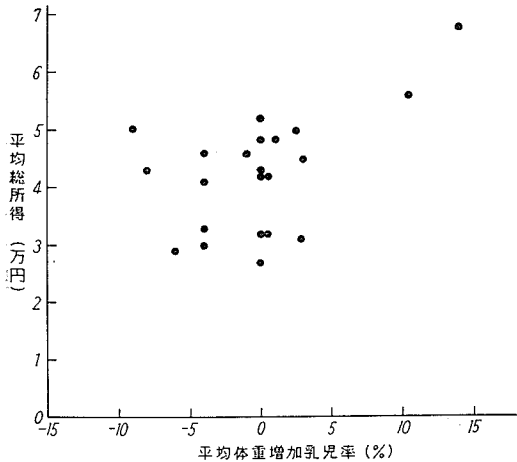
$$F_1 = 0.15x_1 + 0.94x_2 - 0.69x_3 + 0.02x_4 - 0.22x_5 + 0.16x_6 + 0.26x_7$$

より計算し、各部落の平均得点 ($\sum F/n$) を出して、これを順にならべてみると、前の5項目で分析した時の値とやや違い、その順序にも若干の相違が見られる(第5表の右端列)。これを先の場合の如く、地図の中で部落

グループ化しようとするれば、同様の傾向にはあるが、前の場合ほどきれいにはまとまらない。あるいは地理的にきれいにグループ化できないこの方が本当かも知れない。ともかく家族環境因子としては、この新値の方がくわしく計算してあるわけだから之を用いることにした。

第9表 家族環境因子(F₁)と部落の健康示標項目との相関

部落の健康示標項目	家族環境因子(F ₁)との相関係数
総死亡率	+0.065
乳児死亡率	+0.352
乳児体重減少率	-0.223
(訂正)高血圧者率	+0.227
胃患者率	+0.167
回虫卵保有者率	-0.073



第7図 平均総所得と乳児体重増加率との相関図(八千穂村22部落について)

さて次に、健康の示標のさまざまな項目についても、環境の場合と同様な共通因子の存在が考えられてもいい筈だ。そして、これの計出については、やはり同様に factor analysis の方法がとられてもいい筈であろう。そこで私達は、部落の健康を示標する実測値として、第7表の如く、

- 1) 死亡率(過去10年間)
- 2) 乳児死亡率(過去10年間)
- 3) 乳児検診による、平均体重の減少率(栗山・吉永のいわゆる「東大値」と比べて)
- 4) 高血圧者率(年齢構成を「訂正」して)
- 5) いつせい検診による胃疾患の有病者率
- 6) 検便による回虫卵陽性者率

の6つをとり、これより例の如く相関行列(第8表)を作ると、部落の健康因子の得点は、

$$F = 0.47x_1 + 0.33x_2 + 0.09x_3 + 0.01x_4 + 0.11x_5 - 0.03x_6$$

なる計算式で表わされる。各部落の実値は、第7表の最

第10表 家族環境示標の各項目と部落健康示標の各項目との間の相関係数

部落の健康示標項目 家族の環境示標項目	乳児体重減少率	胃患者率	回虫卵保有者率
生産年齢者数	-0.128	0.000	+0.011
総所得	-0.531★	+0.132	-0.275
農業外所得	-0.278	-0.134	-0.380○
耕地面積	+0.098	+0.402○	+0.227
水田面積	+0.010	+0.371○	+0.430★
乳卵摂取量	-0.385○	+0.254	-0.296
入浴回数	-0.204	+0.199	-0.015

★印の値は、 $t_s > t$ (5%)
○印の値は、 $t_s > t$ (10%)

右列の如くになった。

さて、以上の部落の健康共通因子と、部落の家族環境共通因子との間には、何らかの相関はないか。

計算の結果は、第6図の相関図が示すごとく、両者に有意の相関関係は認められなかつた。これらの共通因子どうしでは相関はなさそうである。――

そこで今度は、家族環境の共通因子(F₁)に対する、健康を示標する項目の各々――死亡率から、回虫卵保有率に至るまで――の相関を、個別に調べてみると、第9表の如くになった。乳児の体重減少率だけが、やや環境因子と相関する程度であつた。

そこで、さいごに、環境因子の7項目と健康因子の6項目の間の、すべての相関関係を調べてみた。その結果は、第10表の如く、乳児の体重減少率と総所得(第7図)、胃患者率と水田面積、回虫卵保有者率と水田面積の関係などが、有意の相関があつたが、他の組合せには無かつた。然し之は当然でもあろう。けれど、環境はこの場合、昨年度の値をとつているのに反し、死亡率は10年間、高血圧者率等も長年月の結果のものであるから。

V. 後言

私たちは、八千穂村の「健康手帳による健康管理」の実際の data の中から、健康と環境との関連を、22の「部落」について追求した。この際、私たちは特に両者の全面的把握を心がけたのであ

る。環境——特に社会的環境を全体的に示標するものとしては、「家族」についての所得等の5項目、後には7項目の実測値をとり、これに factor analysis を行なつて、その共通因子を数量的に把握せんと試みた。また、健康の示標についても、同様の企てを試み、その因子を計出した。これらの共通因子間の相関の存在は証明されなかつたが、之は当然かもしれない。然し両者の各項目個別間の組合せの中には相関を認めるものが若干あつた。「環境因子の分析も度を過ぎて行なうと、そのどれにも明らかな影響が現われないという変な結果が出る」と、ルネ・サンドはいつているが、私たちの場合にはこれが逆の形であてはまつているらしい。しかしながら、健康にしろ環境にしろ、その把握の方法すらが、近代の medical ecology の中で、まだ解決できてはいない。第一私たちの社会環境示標が急速に変動していく量であるのに反し、私たちの健康示標のうち、死亡率などは10年間以上の結果のあらわれであるという矛盾も持

っている。私どもは、私どもが行なつている八千穂村の健康管理の今後の発展の中から、現実の測定値をもつて、この問題の解明につき進んでいきたいと願つている。私たちのこの試みに対し、大方の御指導と御叱正を頂ければ幸いである。

なお本研究は、資源調査会・農村保健小委員会（委員長、農業技術研究所長、盛永俊太郎）の研究事業の一つとなつている。

文 献

- 1) ルネ・サンド：公衆衛生の原理，（白石，田多井訳），昭和25年。
- 2) 西水孜郎：日本農業経済地理，昭和33年。
- 3) 鳥居，高橋，土肥：医学・生物学のための推計学，昭和32年。
- 4) 初山政子：疾病地理学の問題点，経済地理学年報，昭和32年。
- 5) 若月，寺島：農協病院としての健康管理の理論と方式，日本農村医学会雑誌，第8巻，第2～3号，昭和34年。
- 6) 経済企画庁調整局民生雇用課：国民生活の地域別分析，昭和34年。
- 7) United Nations：Report on International Definition and Measurement of Standards and Levels of Living：1954。
- 8) 若月俊一：農民の保健に関する調査研究，日本農村医学会雑誌，第8巻第4号，昭和35年。

文 献

カリフォルニアにおける動態統計 マイクロフィルムプログラム

Shipley, P. W. & Fuller, J. S. : Californias Microfilm Program for Vital Statistics Records, Public Health Reports 75 (7), 637, 1960.

カリフォルニア州における動態統計は1905年より始り14,500,000の記録が残されている。更に1960年度には600,000の記録が予想される。それについて問題となることは、これら膨大な記録の保存とその活用の問題である。これを解決するため記録を格納するより広い場所を利用することは前者の解決法にはなるが後者の解決にはならない。両者とも解決するためにマイクロフィル

ムシステムをとりあげたが、そうするのがよいと考えられる幾つかの理由がある。マイクロフィルムは意外に費用もかからず、長期保存も可能である。

最初に行われたことは全ての記録を記録装置に移すことであり、そのために記録番号をスタンプするのであるが、この番号はマイクロフィルム索引のため必要なので、一連番号にし、さらに年間に発生する事例を

各事例ごとに区別可能のようになっている。

しかしマイクロフィルム使用についてはなお幾つかの問題が残されている。1) それは如何なる大きさのフィルムが適当であるか、2) 縮小は如何にすべきか、3) 装備は如何にしたらよいか等の諸問題である。
(有賀)

第10回 「総合医学賞」 入選論文

第10回「総合医学賞」入選論文は多数の優秀論文につき審査の結果下記の11篇に決定、次の通り掲載いたします。受賞論文（2篇、賞金各5万円、他に副賞）はこれらの入選論文につき審査の結果、弊社発行雑誌昭和36年1月号誌上、および「医学界新聞」に発表いたします。

皮膚の電気抵抗に関する生理学的研究（総合医学 第17巻 第10号 掲載）	……北大第二生理	横田 敏 勝
涙腺のイオン分泌機転に関する研究（総合医学 第17巻 第10号 掲載）	……京府大第一生理	細川 計 明
各発育段階における神経胚、神経管（鶏）の形態的及び機能的発展について（総合医学 第17巻 第10号 掲載）	……東京医大生理	大畑 進・他
炎症組織における抗生物質の動態に関する研究（総合医学 第17巻 第11号 掲載）	……黒部市立厚生病院外科	吉友 睦 彦
鉄経口負荷曲線の理論的並びに実験的解析（総合医学 第17巻 第11号 掲載）	……熊大第二内科	松原 高 賢
ハブ蛇毒の研究（総合医学 第17巻 第11号 掲載）	……群大教授	三橋 進・他
社会集団の構造と運動法則について（公衆衛生 第24巻 第10号 掲載）	……神戸市衛生局医務課長	小林 治 一郎
関節液の赤外線吸収スペクトルによる研究およびその臨床診断への応用（臨床内科小児科 第5巻 第11号 掲載）	……東大物療内科	水島 裕・他
超音波血流検査法の研究（脳と神経 第12巻 第11号 掲載）	……阪大教授	金子 仁 郎・他
耳鼻咽喉科自律神経学概論（耳鼻咽喉科 第32巻 第11号 掲載）	……名古屋第一赤十字病院	岩田 逸 夫
唾液腺機能検査法とその臨床（耳鼻咽喉科 第32巻 第11号 掲載）	……千葉大助教授	奥 田 稔

— 現在までの受賞論文 —

第1回（昭和23年1月）

中枢神経系の電気現象について…新大教授	内 菌 耕 二
蛋白質とその変性…医歯大教授	荒 谷 真 平
病原性細菌の合成培地についての2,3の問題…東邦大教授	桑 原 章 吾
インフルエンザ肺炎序説…青木診療所	青 木 直 人

第2回（昭和24年5月）

蛔虫症特に胆管膵管内迷入症のレ線診断…東大物療内科	高 橋 暁 正
細菌性発熱物質について…日医大教授	八 田 貞 義 他
心肺動態（胸廓成形術を中心として）…慶大助教授	笹 本 浩
食事に伴う尿酸性度の変化…群大教授	山 添 三 郎
正常抗体の遺伝に関する研究…札医大教授	松 永 英

第3回（昭和28年5月）

単極誘導法の臨床的研究…神戸昭生病院	若 菜 照 史
皮膚電気抵抗及び皮膚電気反射と臨床…北大教授	藤 森 聞 一
多発性硬化症の診断について東北大助教授	桑 島 治 三 郎

第4回（昭和29年5月）

筋収縮の力学的研究…順天大教授	真 島 英 信
カルシウム及びマグネシウム代謝…都衛研	柳 沢 文 正
耳鼻咽喉科領域の組織療法と私の経験…大阪鉄道病院	久 保 正 雄

第5回（昭和30年5月）

腸反射に関する研究…広大教授	銭 場 武 彦
キャンディゲラ症の発病機序に関する研究…名大助教授	阿 多 実 茂

加水分解を中心とした澱粉の研究…慈大助教授	久 志 本 常 孝
-----------------------	-----------

第6回（昭和31年5月）

左心房における循環動態に関する研究…阪大第一外科	藤 本 淳
小児科領域における電子工学の臨床的応用…鹿大教授	永 山 徳 郎
亜急性細菌性心内膜炎における腎炎…日医大教授	矢 島 権 八
ビリルビンに関する新発見…東大田坂内科	六 城 雅 泉

第7回（昭和32年5月）

蛙嗅脳に見られる脳波…群大教授	高 木 貞 敬
の発生機序について…鹿大教授	大 村 裕
血液細胞の螢光顕微鏡学的研究…山口医大病理	山 下 貢 司

第8回（昭和34年5月）

Glioma の局在について…新大脳神経外科	生 田 房 弘
左右心拍出量の測定法とその応用…神医大講師	種 本 基 一 郎
内臓の求心性多重神経支配について…新大助教授	新 島 旭

第9回（昭和34年6月）

動脈系内の血流状態…慶大内科	沖 野 遙
筋紡錘の求心性発射活動に対する中枢性抑制と脳活動…東大脳研	藤 咲 喜 一
…順天大助教授	坂 口 大 吾
	本 郷 利 憲
	久 保 田 競
	島 津 浩

けい肺の社会医学的調査について

首 藤 友 彦*

I. はじめに

けい肺は職業病のうちでも最も古くから注目されてきたもので疾病の特質上からも多くの国々においてこれに対する特別保護の法制を有するものも少ない。我が国においても昭和5年以来坑夫労役扶助規則により、戦後は労働基準法制定後において「業務上の疾病として、それぞれ災害扶助、災害補償の対象とされ一定の保護措置がとられてきた。」しかしけい肺が現在の医学のもとにおいても根本的に治癒回復させることが困難な疾病であることから国家的の保護が要望され昭和30年7月けい肺等特別保護法が制定になり、つづいて臨時措置法が施行になった。さらに昭和35年4月から労災保険法の改正と共にけい肺のみならず鉱物性粉じんによるじん肺に拡大したじん肺法が制定施行になり労働者保護上画期的な発展をとげたのであった。

しかしこれらの立法が施行されても実際にけい肺に罹患した労働者がどのように補償をうけているかという現状についての調査研究は少い。私は社会福祉の立場からこの点について若干の調査を行つたのでその結果について報告し、併せてけい肺の補償について私見をのべることにする。

II. けい肺患者の実態

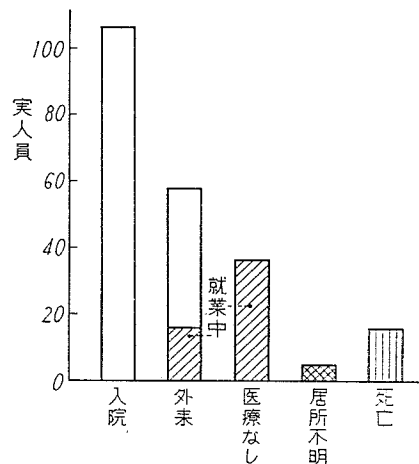
昭和33年8月より9月にかけて愛知県下でけい肺第四症度と認定された230名を対象として病院、事業所などにおいて患者に面接して調査を行つた。調査対象は第1表の如く窯業142名、鋳物業45名、石工業43名となつており、県内の分布は窯業は瀬戸市、石工業は岡崎市が中心となつており、その他は名古屋市が大部分をし

* 日本福祉大学

めていた。これらの医療受給の割合は第1図の通り入院が約 $\frac{1}{2}$ 、外来加療は約 $\frac{1}{4}$ で医療をうけていないものは $\frac{1}{6}$ で調査当時すでに死亡していたものが16名、居所不明が5名であつた。業種別の医療受給の割合は第2図の通り業種間にかんがりの差のあることが注目される。このうち窯業が入院率の良好であることはその大半をしめる瀬戸市においては陶磁器組合があり同組合はけい肺対策に関心が深く、組合を通じてけい肺対策が極めて良好に推

第1表 けい肺第四症度 230人の職種別

窯業 (珪石粉砕 10人を含む)	鋳物業 (サンドブラスト 14人を含む)	石工業
142人	45人	43人
61.7%	19.6%	18.7%



第1図 第四症度 230名の内訳

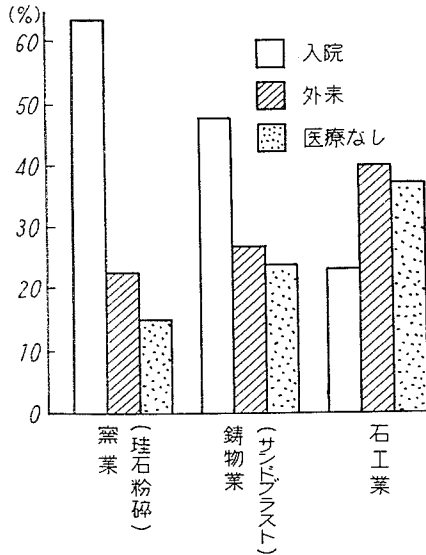
進されている結果と考えられる。鋳物業、石工業の低率であることの理由は明らかではないが、両業種ともに（ことに石工業においては）小規模の経営が多く、且つ従業員の職場転換が多いので労働行政当局の指示も十分に徹底し難いためかと解される。何れにしても職種別に医療受給の率に大差のあることは今後の対策にも重要な示唆を与えるものであろう。業種別の平均賃金は第2表の通り平均17,557円であつたが、これらの労働者が長年月間就労し平均家族数が5.0人でこの賃金であること

は一般に低い水準であると言えよう。

つぎに調査当時医療をうけていない 37 例についてその医療をうけていない理由をみると第3図の通り経済的理由が主になっており、これは休業するとその生活の補償が平均賃金の 60% にあたる休業補償費のみになるのでこれでは生活できないというのがその理由であつた。この他自覚症状がないというものがつづき、さらに医師

第 2 表 業種別の平均賃金

窯業	17,173円
珪石粉砕	9,546
鋳物業	19,105
サンドブラスト	27,266
石工業	15,330
平均	17,557



第 2 図 業種別にみた医療状況

にもう良くなつたからと言われたというものについては、医師が必ずしもそう指示したのではなく、患者が自分の都合の良いように解釈しているものがその約1/2をしめている点からしても、その療養の指導にあつてはより一層適切な保健指導が行われるべきであろう。また家庭の事情によるものが3例あり、一これらは家族間の複雑な人間関係が存在したり、子供の養育に困窮しているケースもあつて一この点などからしても例え労災補償の基準が充実されていても一律に取扱うことができないと思われる。この 37 例を業種別にみると窯業 13 名、鋳物業 9 名、石工業 15 名で、事業所規模別は第3表の通り

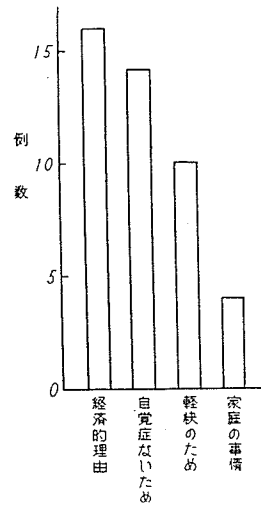
中小企業に多いことが分る。この理由については規定の休業補償費の他に事業所自体で毎月特別の手当を支給しているのは 162 事業所中、10 カ所にすぎず、これらは何れも従業員 100 人以上の処であることが注目されるのであり、また一般に大企業の事業所にあつては会社が労災補償関係の諸手続、監督官庁との連絡などを取扱っているのに反し、中小企業の場合にはその点が十分になされていないために補償を受けていない例もあるわけである。

III. けい肺の医療と保健指導

労災保険の業務は事業場の所在地を管轄する都道府県

第 3 表 37 例の事業所規模

50人以下	50~100	100~200	200~300	300~400	...	1300
24 (64.9%)	3	3	2	4	0	1



第 3 図 医療をうけていない理由 (37 例について)

労働基準局及び労働基準監督署がこれを司つており、労災医療は労災病院を中心として一般の医療機関により行われているが、通常病院の医事課(係)と労働行政当局との関連は保険給付の適用の事務的処置に終る場合が多いようである。東京大学の福田邦三教授は労災保険の取扱いについて労働行政当局などが一方的に取扱うのではなく、患者の経済的、心理的の面などを考慮したカウンセリングによる指導の重要性を強調されているが、長期間の療養を必要とするけい肺患者の場合には特に病院の医療社会事業係によるソーシャルサービスが必要と思うのである。即ち患者またはその家族のよき相談相手とな

り、何が当面の問題になつているかを見きわめ、その必要な資料を医師その他に示し、患者に適切な治療方針を樹立できるように協力し、医師からの指示を患者及び家族に理解させ患者自身精神的方面からも勇気づけ病苦からぬけられるように援助し、また社会保険や公的扶助の利用方法を教えたり必要により病院や療養施設等の紹介や斡旋を行つたりすることがよりとり上げられるべきであろう。また保健所においては、けい肺患者が結核を合併して入院若しくは通院として届出られる時にはじめてその保健指導の対象となるが、前述のように経済的理由などにより医療をうけていない場合もあり、また治療を中断している場合も往々みられるので労働基準監督

立する点において画期的のものであるが、しかし従来のけい肺等特別保護法のときから労働者側から改正をのぞまれていた諸点についての改善は十分にとりあげられてはいないようである。即ち、能見氏³⁾はすでにけい肺法が施行されたときに関連産業労働組合の要求点として、①療養期間中の解雇制限、②作業転換給付の増額、③休業補償費を 60% から 80% に引上げること、④けい肺病にも障害補償を適用することを述べられており、療養期間の延長はみとめられても、実質上の給付は従前のものと大差がないものと言えよう。

障害補償については労働基準法第 77 条の障害補償費の性格が医療をうけ病状が治つたときに結果として残存

第 4 表 けい肺補償の比較

	けい肺法改正前	改正後（じん肺法 S. 35. 4. 1 以後）		
療養と休業の補償	療養補償 3年(労災法) 計7年間給付 2年(けい肺法) 2年(臨時措置法) 休業補償{平均賃金×0.6}7年間給付	最初の3年(労災法)全額給付……休業補償{平均賃金×0.6}それ以後無期限 長期傷病者補償 { 自宅療養の者 平均賃金×240日分(年) 入院療養の者 平均賃金×200日分(年)……医療費を含む (但しすでに打切補償をうけたものは40日分へらされる)		
打切補償(3年たつても治らないとき)	平均賃金×1,200日分	廃止		
遺族補償	3カ年 平均賃金×1,000日分	3カ年 平均賃金×1,000日分	長期傷病者補償	3カ年を経過したとき
				遺族給付
葬祭料	平均賃金×60日分	平均賃金×60日分	葬祭給付	1年以内 平均賃金×1,000日分 1年をこえ2年以内 〃×850日分 2年をこえ3年以内 〃×90日分 …… 6年を経過したも 〃×140日分 (備考すでに打切補償をうけているものはもらえない)
				平均賃金×60日分 (備考 同上)

署、病院などと積極的に連携して保健指導と健康管理が行われることを要望するものである。

IV. 労災保険法の改正とじん肺法の制定

今回の労災保険法の改正とじん肺法は第4表の通り、けい肺及び外傷性せき髄障害にかかった労働者には必要の存する限り療養を継続することと、潜水病、放射線障害などの重篤な傷病にかかったものや両手、両足の切断、両眼失明など高度の身体障害を存するものについては併せて長期保護を行うことになり、従来の打切補償は廃止されることになった。この改正と制定についてのけい肺審議会のいきさつは労働通牒²⁾に詳細に述べられている。この改正は前述のように労働者長期保護体制を確

第 5 表

	長期補償を希望する	打切補償を希望する	分らない
S 病院	9 64.7才	33 60.5才	1 58 才
T 労災病院分院	9 60.3才	44 51.9才	2 67.5才
A 県立病院及びM病院	7 52 才	7 57 才	
計	25 59.6才 人(22.3%)	84 55.7才 人(75.0%)	3 64.7才 人(2.7%)

註：年齢は入院患者の平均

した障害に対する補償となつているために、慢性の進行性を伴うじん肺症状は特別の外科手術による脊椎の変形をもたらしたものなど以外には給付の対象外になつては、

障害等級表第7級4—胸腹部臓器の機能に障害を残し軽易な労務以外の労務に服することが出来ないもの—若しくは第11級9に該当するものと言えよう。また現法では厚生年金の廃疾年金の給付該当者には、長期補償の額より57.8%減額することに定められているが、これもじん肺が業務上の疾患であることからしても別個の併給が望まれるのである。通院加療の場合は医療費を含め平均賃金の240日分となつてはいるが、これは入院の場合と同じく実質的には平均賃金の60%の休業補償費を下廻ることになり、且つじん肺の医療上からも当然入院加療できるように給付の増額が望ましい。打切補償については、従前から療養者は生活の困窮のため打切補償をあてにして借金して辛じて入院を継続している場合が多く、また精神的にも或程度まとまつた補償金の入ることは患者にとって厚生意欲をつくる源でもあつたわけである。この打切補償の廃止については労働者の生活条件に応じた保護措置の制度が必要であることを強調したい。

私は本年8月より愛知県下で、じん肺管理四と認定された患者を対象として、労災保険法の改正とじん肺施行に関する意見調査を行つており近く発表の所存であるが、その一部について述べると、第5表の通り長期傷病給付がよいか打切補償がよいかの質問について、打切補償費の希望者が75%をしめており、また平均年齢は長期傷病給付の希望者の方が高くなつてはいる。また入院患者の約70%は、①家に帰つて家事の手伝いがしたい、②自宅で留守番をして家族に働いて貰う、③自分で内職がしたい……などの理由により退院を希望しており、家庭内の生活苦を端的に表現しているのである。これらの点からみても、本人のみが療養する場合には適当な給付があるとしても、患者が家族を扶養している場合は一ことに低賃金の労働者にとって安心して療養することは極めて困難な現状である。T労災病院にすでに数年入院している患者は、私は24年間坑内作業に生きてきたものだ。その賜物は活動性けい肺というたいしたものだ。自業自得とあきらめるべきか。戦闘機を買入れ人間の命を粗末にするような武器のように思われるが、はたして人の命を守る武器であつてほしい、そのおこぼれで職業病患者の生活を考えて下さつてもバチはあたらぬような気がする……と。またある患者は、このような患者に対して療養と家族の生活を補償する義務は一体誰が負うのか、声を大にして叫びたい。この日に至るもいまだ全快者でない生活の行き詰りがひしひしと押寄せてくるからだ。ついにたまりかねて退院に切り替えて退院して行き、また新しく同じ道を歩むであろう新患が入つ

てくるがいずれも現行法の改善なくして救助の道はないであろうと……述べている。

近時産業医学の進歩は著しいものがあるが、それにもましてこうした患者の叫びをとりあげ社会保障制度推進を目ざすことは社会医学の課題の一つであろう。またこれらの労災法関係の取扱いは複雑であつて、しかも事業主の無理解の場合苦勞するのは労働者である。このような点について労働行政当局としてもじん肺の多い地区には特に“じん肺相談所”の如きものを設置し、じん肺患者の生活補償や医療の相談に応じ、関係医療機関などと連携を密にして検診や医療を取扱い補償を受けないもののないように行われることを要望するものである。

V. むすび

けい肺の補償は労災保険法の改正とじん肺法の制定により著るしく改善されてきたことは喜ばしいことであるが、現実にはごく一部の大企業の従業員や経済生活に恵まれた人々は別として、大多数のことに中小企業の労働者には未だにこの補償制度をうけ得られぬ人々も少なくない。現在、尚低賃金と不良な環境下に働いている労働者に対しては、その予防措置を強化し、またすでに罹患した場合にはその補償が十分にうけ得られるように取計らわねばならない。それには長期傷病給付の増額、厚生年金による廃疾年金の併給、障害補償の取扱いの再検討、打切補償に代る保護措置を強く要望するものである。また法の円滑な施行には労働行政当局のみならず、事業場、労働組合、医療機関、保健所などの有機的な連携によりその実をあげるようにしたいものであり、このためじん肺相談所の設置が望まれる。

また病院にあつてはソーシャルサービスとして、医療社会事業系の活動が望まれるのであり、保健所においては結核管理の一環として健康診断在宅患者の保健指導が強力に行われることを切望するものである。

参考文献

- 1) 福田邦三：日本公衆衛生雑誌、4(9)1957
- 2) 別冊労働通牒 No. 157 労働法律旬報 1960
- 3) 能見修：労働の科学 11(5)259～266 1956

保健所の再編成と整備（中間報告）

—— 事務量の調査と合理化案および
要求される最低事業量の調査を中心として ——

須 川 豊*

はじめに

保健所は漸く一般民衆の生活に浸透してきた。戦後 15 年を経過し、保健所の仕事は増えるばかり、極端に表現すれば、何一つ満足にできない気がする。

静岡県の保健所は、職員数が全国に比して著しく少なく、民衆の要求に応じきれない。増員したいが、ただ「人が足りない」だけでほとんど不可能でなる。

広く浅くやつて全体を引き上げるか、重点的にやつて効率をあげるか、職員の技術の質と必要数は如何、事務の合理化に努力すれば、どこまでやれるか、等について根本的に検討するとともに、保健所のあり方を基本的に考えてみたいと思つてきた。たまたま厚生省から新しい型が示された。

この機会に保健所活動を、合理的にできるよう再編成し、整備を行なうため、調査と検討をはじめた。そのための調査の一部を中間的に報告する。

1. 再編成と整備の運び方

可なり難しい問題もあるので、調査から出発して、約 1 年前より作業をはじめている。職員の増員や整備は毎年度できるだけ行ないつつ、この最終計画の完成後修正整備を行なうつもりである。計画の決定は概ね次の運び方で考えている。

(イ)、管轄区域の検討

現状は管轄人口も 3 万から 30 万に及び、市町村合併の進むにつれて、一市の中に 3 つの県立保健所の

存在する可能性もあり、政令市のあり方、支所の検討も行なう

(ロ)、職員の数と質の合理的配分

(ハ)、保健所組織機構の再編成

衛生部、衛生研究所と関連して整備する

(ニ)、建物と施設の整備

(ホ)、県政の長期計画との調和

県では長期計画（10 年を目途として）を立案中であり、工業立地に伴い、福祉計画を重視しているので、県政の進展と調子を合わせる。

(ヘ)、型の決定と各事業の活動方針、地域社会、各種団体の活動との調整

この考え方で、保健所のあり方をきめ、長期に亘つて整備するため、基礎的調査として次のことを行ないつつある。

(イ)、事務量の調査と合理化の実施

(ロ)、保健所の要求される最低事業量の調査

これは、合理化を実施して、なおどれだけの人員、設備が不足するか、最低でもどれだけの事業量があるかによつて、保健所の能力を人員、器材および施設の面から必要量を算定して、整備の目標を得るとともに、再編成の資料とするつもりである。

目下、集計や検討を行ないつつあるが、全保健所職員が参加し、衛生部の全機能を参画させているので、平常業務の余暇に行かない、いつになれば完成するか、見当がつかないまま、この 2 項目の調査の概要をまとめて、作業の推進に役立てるつもりである。

2. 事務量の調査と合理化案

保健所を整備し、地域の公衆衛生を向上するための手段として案外忘れられているのが、事務の合理化の努力である。職員増や施設内容の向上を要求する前提としても必要である

事務合理化の企画は何度も考えたが、非常に困難で、

* 静岡県衛生部長

手をつけ得なかつた。幸いにも企画調整部で県庁事務の合理化の計画が取り上げられた。昭和34年度のはじめ、清水、富士宮の両保健所を調査してみたが、簡単に出来ぬことが分つた。そこで詳細な準備のもとに島田保健所を対象として昨年6月から7月にかけて約1カ月をかけて、企画調整部を中心に、衛生部と保健所が一体となつて調査を実施した。東部の保健所では温泉事務が多いので、熱海保健所の温泉事務を中心として8月に調査を追加した。

この結果は保健所事務合理化調査報告表ⅠおよびⅡ（事務工程および改善帳票）として報告された。

1) 事務合理化の進め方

事務を合理化し改善する方法としては次の如く運ぶつもりである。

現状認識→分析→検討

改善案立案→実態→訂正→統制

現在までの作業は合理化調査報告書を基礎として、立案された改善案を中心として、全保健所で検討を加えつつある段階である。

先ずこの報告書を中心に各保健所で検討し、今春以来各保健所の代表者を3ブロックに集め、説明と意見聴取を行ない、時には、ある特定の保健所において全員参加のもとに検討した。

従来各保健所における事務のやり方は自然発生的に定められたものが多いので、この検討の段階において、実施できるものは、改善しつつあるところもある。

この報告書であげられた改善案について、全保健所の意見をあつめ、衛生部の各係が更に検討して、最終案を作成しつつある。係によつては更に保健所の係官を集めて検討しつつある。

2) 現状分析

この調査では主たる保健所事務について（全体の約75%となる）事務手続を268種に分けている。（大分類23、中分類69）

職員の要した事務量（時間）のうち多いものをあげると次の如くである。

結核予防	29.0%
庶務	19.1
狂犬病予防	6.6
食品衛生	6.3
試験検査	5.3
母子衛生	5.1

これを課別に分けると、

総務課	33.5%
衛生課	21.0
予防課	45.5

以上の結果は、1カ所の保健所の実態であつて、県内全保健所のすべての姿ではない。また、この事務手続の分け方は現状に従つたものであつて、種々の問題があり、合理化の決定後に再配分して、この事務量の比率を検討すべきは勿論、住民福祉の要求、事業効果からも保健所の事務の比重を検討すべきである。

報告書は、本文133頁附表15頁と事務工程図および改善帳票（別刷）よりなつている。

本文には調査の目的やいきさつからはじまり

第1章 事務手続（19の事業について現状と改善を指摘）

第2章 帳票

第3章 職務配分（事務量を集計している）

第4章 組織（3課制を採用）

第5章 作業動作事務

第6章 その他（出張、時間外勤務、机の配置）

についてのべ、最後に「むすび」として、職員数を論議している。

補遺として温泉事務が追加されている。

3) 改善案

(イ) 事務手続

改善を指摘した事項は89項目あり、そのうち保健所と衛生部が検討した結果、15項目はそのまま存続すべきものとなつた。（申請書類等について厚生省指示によるものも含まれていることが分り、変更できなかつた）

結核予防	26	（存続8）
防疫	7	
狂犬病予防	7	（＃1）
食品関係	9	（＃3）
旅館等	2	
理美容	10	
調理士	3	（＃2）
衛生統計	2	
毒劇物	8	
温泉	15	（＃1）
計	89	（＃15）

(ロ) 帳票

島田保健所において全部調べた結果295冊（会計関係を除く）あつた。改善対策として次の如くなつた。

	調査案	検討案
廃止すべきもの	106	103
改正使用	55	42
そのまま使用	134	150
計	295	295

(イ) 職務配分、組織等について種々の意見が出ているが、職員数、その他の条件と併せて今後を検討する。

3. 要求される最低事業量の調査

どの程度の業務が必要か否かは、時代によつて異なり、考え方の基礎によつても変化するので、これを定めることは非常に困難である。然し人員、施設を要求し、活動方針の決定や事務の合理化を行なう目標として必要なので、ある仮定のもとに、現状と実績をかん案して、事業項目を本庁において定め、各保健所に記載せしめて集計しつつある。ただ一応の結果は出たが、仮定が不足したため、保健所の考え方によつて著しく必要作業量に差が出たので(保健婦事業の如く)目下各係で検討中である。

1) 調査の条件

(イ) 項目の決定

業務を細分すると約 5,000 項目にわけられるが、これでは作業ができないので業務別標準プログラムを作成し、170 区分 286 項目に分類した。

(ロ) 算定の基礎(昭 34. 12. 1 現在とした)

- a. 監視業務の如く、店舗、事業所等はその個所数
- b. クリニック、集団検診等、対象数を把握できるものはその数
- c. 不明のものは過去 5 カ年の実績

(ハ) 事務量の算定

1日に処理できる件数を算定し、対象件数の大小は平均して1日の件数に按分し、1日の作業時間は8時間とした。

(ニ) 職種

- a. 薬剤師、獣医師は食監、環監、薬監、と畜に含めた。
- b. 役付について純管理業務として所長専従、総務課長 $\frac{1}{2}$ 、他の課長 $\frac{1}{4}$ として別途算定した。
- c. 職種を 16 項目とした。

2) 調査結果

(イ) 年間期待労働日数

日曜日(52日)、国民休暇(7日)、年末年始(6

日)、夏期休暇(7日)、土曜日(50日 $\times \frac{1}{2}$)、賜暇の実績(男9日、女7日)計男106日、女104日の休みを除き、男259日、女261日となった。

この結果は特殊な事例に影響された傾向が明らかなので、実際の計算は男女合せて260日を用いることにした。

(ロ) 要処理件数

単位業務の消化能力の決定のために、各事業の1日に処理し得る業務量(件数)を算出することとした。これは今回の調査に当つての重要な点で、調査の結果なお再検討すべき事項も発見されているが、唯今これらの修正作業中である。

(ハ) 所要人員

修正前における国庫補助対象職員の概算調査は次の通りである。

	厚生省新型定数	調査による必要人員	
医師	93人(但し所長を含む)	100人(但し除所長)	
保健婦	229人(含看護婦)	352人(一部補正した)	
X線技師	44人	43人	
栄養士	21人	36人	
試験検査	37人	65人	
総務課	173人	215人	
内	管理事務	138人	145人
衛生統計技術者	35人	27人	
訳	医事温泉	—	29人
衛生課	—	—	3人
予防課	94人	—	120人
内	防疫子防担当	24人	26人
結核子防	70人	61人	
訳	精神衛生外	—	33人
衛生教育	21人	—	—
医療社会事業	3人	—	—
歯科衛生士	5人	—	—
薬剤師、獣医師	21人	—	—
計	741人	934人	—

次に補助対象外職員について

	調査数	現員
食監	137人	(30)
環監	85人	(26)
薬監	31人	(20)
と畜	28人	(13)
狂犬病	19人	(8)
計	300人	(97)

役付職員の管理職加算は、

$$3 \text{ 課制 所長 } 1 + \text{総務課長 } \frac{1}{2} + \text{衛生課長 } \frac{1}{4} + \text{予防}$$

$$\text{課長 } \frac{1}{4} = 2 \text{ 人}$$

$$2 \text{ 課制 所長 } 1 + \text{総務課長 } \frac{1}{2} + \text{保健予防課長 } \frac{1}{4} =$$

$$1 \frac{3}{4} \text{ 人}$$

$$2 \text{ 人} \times 17 \text{ カ所} + 1 \frac{3}{4} \text{ 人} \times 3 \text{ カ所} = 39 \text{ 人}$$

以上により 本県の保健所職員は 用務員 (21 人として) 並びに 運転手 (33 人として) を含めて 1,329 人となる。

備考 (1) この集計には保健婦実働日数に一部補正を加えた。

(2) 結核予防はカード管理を考慮している。

(3) 人員算出に当り小数点以下は切捨てた。

おわりに

やり方についてもまだ十分に検討されていないし、平常業務のかたわら、この作業を行なっているため、目途とする結果を得るには、相当の時間を必要とする。

可なり大きな作業で、紙数の制限があるので、詳細の説明を省略したから (特に最低事業量の調査の方法) 理解しがたいと思う。

全体の作業計画で、今後種々検討を加え、保健所のあるべき姿を具体的に立案し、その整備を計画的にすすめるつもりである。いずれその具体的な計画が作製されたときは改めて発表するつもりである。

文 献

放 射 能 人 口

Terrill, J. G., Ingestion of Radioactive materials,
Am. J. Public Health 50 (7) 989, 1960.

放射線の照射を受ければ、われわれの身体は直接にいろいろな障害を受けることに明らかになっている。たとえその放射線がごく少量であってもどんな影響が子孫に現われるかは判らない。しかし時代は自然放射能にばかり頼っていた頃と変って、さかんに人工放射能を利用するようになってきた。したがって実験室や職場や、また病室で人工放射線に曝露する人口がふえてきた。そのような人達はなにも自覚的または他覚的症狀がなければ放置されているわけ

であるが、本質的には影響を受けつつあるのかもしれない。人間遺伝学の知見は多数を対象として数十年の歳月が流れてみなければ結論がでてこないのであるから、人間遺伝学者にだけこのような“放射能人口”の観察をまかせるよりは、公衆衛生当局が先にたつてラベルしたほうがよほど精確であり能率がよく、また似つかわしいことでもあるというのが本論文の主旨である。わが国でこんな数世代にもわたる長期の調査研究を実施しうる研究機関は存在しな

い。しかし、1回の原子爆弾にさらされただけの広島、長崎両市民だけが放射能人口ではなくなりつつあるというのが現状ではなからうか。太郎も次郎も人工放射性同位元素を利用した実験研究をし、夜光塗料は広く計器に用いられるようになり、人類はますます放射能と関係が深くなりつつある。このときに正確なラベルがつけられなければならないとおもうのはこの論文の著者のみではなからう。(西川)

地域社会の大きさと医療施設の関係

—— 特に施設を利用する患者について ——

大 谷 藤 郎*

まえがき

市町村単位の地域社会を人口規模の大きさによつて類型化すると、医療施設および診療医師の分布密度は人口規模の大きい地域社会群ほど密度がたかくて、地域社会の人口規模の大きさと医療施設・診療医師の分布密度は平行する。地域社会の人口規模の大きさというのは包括的に都市性向を表現するものであり、また死亡率・乳児死亡率・住民の消費・所得水準ともきわめて規則的な逆相関あるいは相関関係を認めるのである。このことからわが国の現状では都市性向という基盤の上になつて、医療施設・医師—死亡率・乳児死亡率—貧困の間に悪循環ともいふべき一定の関係があり、いかなることながらこのようなゆがんだ諸相をもつ都市集中性が医療施設・診療医師の配置を規定する原則となつている。筆者¹⁾は先にこれらの関係を統計的にあきらかにし、この原則を打破し、公共的社会的努力によつて地域住民のために真に無差別の医療施設・診療医師の分布がなされる必要があることを述べた。

ところでこのように医療施設・診療医師はあきらかに都市に偏在しているが、実際に施設を利用する患者の動きはどうか、国民の医療を考える場合に、受療する患者の実態こそ地域においてわれわれがもつとも知りたいことであり、知らねばならぬことであつた。そこで昭和34年6月17日に行なわれた厚生省患者調査²⁾の資料をもちいて地域における施設利用患者について以下の推計を行なつたので報告したい。先に発表した報

告¹⁾が「地域社会の大きさと医療施設の関係」についての施設篇であり、この報告はそれに対応した患者篇ともいふべき性格のものであるから、できれば両者をあわせて検討をお願いしたい。ただし前者は全数調査によるものであり、後者は標本調査によるものであるから、後者に幾分の誤差が含まれている点は注意しなければならない。

資料と患者の推計方法

資料として患者調査の施設票・患者票をもちい、これを各表にみられるように人口の大きさによつて4地域群に分類集計した。標本数は病院577、一般診療所554、歯科診療所260で、これから得られた患者数はもちろん標本たる施設の取り扱つた患者であるから、この数字に対して、医療施設実数³⁾を標本施設数で除したもので、いわゆる乗数を乗ずることによつて推計患者数を得ることができる。この方法によつて各地域群ごとに患者数を推計し、これらの総計を全国数としたので、厚生省が患者調査において行なつている全国を一括しての推計方法とその方法を異にすることとなつた。そこで得られた全国推計数は厚生省昭和34年年報と若干くいちがつているが、その差は僅かで問題にならない程度である。

さてこの標本から得られた推計数についての誤差であるが、計算すると第1表のとおりで地方都市の部で若干

第1表 推計患者数誤差(%)

	病 院		一 般 診 療 所	歯 科 診 療 所
	入 院	外 来		
全 国	1.7	4.1	4.0	4.0
六 大 都 市	4.0	9.6	7.8	8.5
20万以上の市	4.6	11.2	11.8	12.7
20万～10万の市	4.6	11.1	12.8	11.7
10万未満市町村	2.3	5.6	5.5	6.7

注) 1 六大都市中東京都は区部のみである。

2 一般・歯科診療所は外来のみである。

* 厚生省統計調査部

高い。基礎人口としては全国および六大都市については総理府統計局昭和33年推計人口、その他については筆者の推計によるものを使用した。その他調査方法特に抽出、用語の定義などいろいろあるが、「患者調査」²⁾と同様であるので省略する。

推計患者数と受療率の地域差

推計患者数：昭和34年6月17日に病院・診療所で診療をうけた推計患者数は第2表のとおりで、患者総数は390万人であり、そのうち10万未満市町村が183万人で

ゆき、歯科診療所の分布密度と全く同様のきれいな配列秩序を示している。このようにして各施設とも多少の差はあつても、原則として受療率は都市と農山村の間に明瞭な落差が認められる。

また入院外来にわけてみると、まず外来受療率では六大都市と地方都市の間に差がないが、これらの都市群と10万未満市町村の間ではいちじるしい差がある。一方入院患者率では地方都市が甚だしくたかく、ついで六大都市で、10万未満市町村は地方都市の1/2が入院しているのにすぎない。六大都市が地方都市より入院が少ない

第2表 入院—外来別推計患者数

	全施設			病院			一般診療所			歯科診療所
	総数	入院	外来	総数	入院	外来	総数	入院	外来	
推計患者数 (単位 千)										
全国	3896	589	3307	1287	530	757	2032	59	1973	577
六大都市	914	95	819	268	86	182	478	9	469	168
20万以上の市	577	106	471	218	98	120	273	8	265	86
20万~10万の市	573	105	468	204	96	108	304	9	295	65
10万未満市町村	1832	283	1549	597	250	347	977	33	944	258
受療率 (人口 10万対)										
全国	4234.5	640.2	3594.3	1398.8	576.0	822.8	2208.5	64.1	2144.4	627.1
六大都市	5910.1	614.3	5295.8	1732.9	556.1	1176.9	3090.9	58.2	3032.7	1086.3
20万以上の市	6133.6	1126.8	5006.8	2317.4	1041.8	1275.6	2902.0	85.0	2817.0	914.2
20万~10万の市	6397.7	1172.3	5225.3	2277.7	1071.9	1205.8	3394.2	100.5	3293.7	725.7
10万未満市町村	3148.9	486.4	2662.5	1026.2	429.7	596.4	1679.3	56.7	1622.6	443.5

半数をしめている。この患者数の地域群別割合は第3表のように10万未満市町村がもつとも多く、つづいて六大都市の順となつている。この割合を人口および診療医師と対比すると、診療医師の割合とは比較的よく合致するが人口の割合とは必ずしも一致していない。

受療率：この人口との関係を明らかにし、また患者数を地域群別に比較するため、10万対率いわゆる受療率を計算すると第2表のようになる。これによると地方都市がもつとも受療率がたかく、六大都市はこれと大差なく、10万未満市町村がもつとも低く、都市の約1/2の受療率となつている。これを病院、一般診療所、歯科診療所にわけて観察すると、病院では地方都市の受療率ももつともたかく、ついで六大都市で、10万未満市町村はもつとも少ない。一般診療所では地方都市と六大都市の間にあまり差がないが、これらの都市と10万未満市町村の間には2対1のはつきりした差がある。歯科診療所では六大都市から10万未満市町村へと受療率が低下して

第3表 推計患者百分率

	患者	診療医師	人口
全国	100.0	100.0	100.0
六大都市	23.5	26.0	16.8
20万以上の市	14.8	15.5	10.2
20万~10万の市	14.7	12.7	9.7
10万未満市町村	47.0	45.7	63.2

のは病院の分布から考えても当然で、入院と外来の割合で比較すると、第4表のように六大都市は外来に比し入院の割合がもつとも少ない。おそらく軽症患者が他地域より多く受療しているためで、これは10万未満市町村との本質的な差であろうと思う。

住民の傷病率と受療率の関係

以上は地域群別にみた医療施設の受療率の概略であるが、この受療率がそのまま地域住民の傷病率をあらわす

ものではない。地域住民のもつている傷病率には、傷病ではあるが社会的、経済的理由から医療施設に受療し

逆にこの地域内住民で他地域群の施設へ出かけてしまう者は含まれていないという特殊な事情がある。とくに地

第 4 表 病院診療所患者の入院外来の割合

	総数	入院	外来
全 国	100.0	17.7	82.3
六大都市	100.0	12.8	87.2
20万以上の市	100.0	21.6	78.4
20万～10万の市	100.0	20.7	79.3
10万未満市町村	100.0	18.0	82.0

第 5 表 市郡別傷病率（人口千対）

	総数	入院	在宅
全 国	29.4	3.4	26.0
市 部	26.8	3.5	23.3
{ 六大都市	22.4	2.9	19.5
{ その他の市	28.5	3.7	24.7
郡 部	33.3	3.2	30.1

第 6 表 患者の治療費支払方法百分率

		入 院						外 来					
		総 数	全額 自費	社会 保険	国保	生保	災 勞 そ の 他	総 数	全額 自費	社会 保険	国保	生保	災 勞 そ の 他
病 院	全 国	100.0	5.8	41.8	14.4	29.8	8.2	100.0	11.8	62.5	17.6	3.0	5.0
	六大都市	100.0	14.4	49.7	2.1	23.1	10.7	100.0	23.1	64.6	2.2	2.3	7.9
	20万以上の市	100.0	5.4	46.6	12.1	28.6	7.3	100.0	11.2	68.6	12.6	3.2	4.3
	20万～10万の市	100.0	4.7	38.5	19.0	31.1	6.7	100.0	10.1	62.2	21.7	3.5	2.5
	10万未満市町村	100.0	3.7	39.1	17.2	31.6	8.3	100.0	7.1	60.0	25.4	3.0	4.5
一 般 診 療 所	全 国	100.0	11.9	41.0	24.8	13.9	8.4	100.0	10.2	58.7	26.6	2.5	2.0
	六大都市	100.0	26.5	38.6	1.2	26.5	7.2	100.0	18.1	75.8	2.7	1.4	1.9
	20万以上の市	100.0	13.1	52.4	11.9	14.3	8.3	100.0	7.7	70.2	16.5	3.7	1.9
	20万～10万の市	100.0	13.8	38.8	26.3	15.0	6.3	100.0	6.9	63.0	26.5	1.9	1.8
	10万未満市町村	100.0	7.4	39.2	33.7	10.4	9.2	100.0	7.9	46.1	41.1	2.9	2.0
歯 科 診 療 所	全 国	—	—	—	—	—	—	100.0	12.7	64.5	22.0	0.7	0.1
	六大都市	—	—	—	—	—	—	100.0	21.5	73.3	4.2	1.0	0.1
	20万以上の市	—	—	—	—	—	—	100.0	9.6	72.2	17.8	0.2	0.1
	20万～10万の市	—	—	—	—	—	—	100.0	7.0	68.9	23.4	0.7	—
	10万未満市町村	—	—	—	—	—	—	100.0	9.6	53.6	36.0	0.7	0.1

注) 1 社会保険とは健保、船保、共済、日雇健保の本人と家族および家族と国保をあわせもつているものを総称する。

2 生保には社会保険家族、国保の併有を含む。

いてないものが含まれている。そこでこの傷病率と受療率を地域別に比較すると、わが国医療の矛盾がある程度うきばりにされる筈である。第5表は厚生行政基礎調査による傷病率であるが、これによると、郡部の方に傷病率がたかく、六大都市はもつとも低い。そしてこれは死亡率の地域別傾向ともよく一致し、一般に都市は農山村より傷病が少ないといえるのである。そこで先ほどから述べた受療率の地域別傾向と傷病率のそれとは、傾向において相反するという原則が認められる。もちろん受療率とは地域内に存在する施設に受療した者の人口対率で、他地域群の住民からの受療も含まれているうえ、

方都市の場合では精神病院・結核療養所なども多く、一般疾病についても周辺の10万未満市町村の患者を吸収しているという点がある。そのようなことから地域ごとに単純に傷病率と受療率とを対応せしめるわけにもいかない。しかしこれらの事情を考慮に入れても、たとえば診療圏の広い病院を除外して範囲の狭い診療所のみに限って地域群間の比較をしても、やはり10万未満市町村の受療率は甚だしく低く、農山村には傷病がありながら医療施設の受療がはばまれていることはあきらかである。そしてその原因に対する科学的な接近こそが非近代的な状態におかれている農山村住民の健康を保障する道

第7表 1診療所当たり外来患者数

	一般診療所	歯科診療所
全国	35.1	22.0
六大都市	32.4	23.0
20万以上の市	39.3	26.6
20万~10万の市	49.6	21.7
10万未満市町村	32.7	20.1

第9表 外来患者・診療医師の病院・一般診療所別割合

	外来患者			診療医師		
	総数	病院	一般診療所	総数	病院	一般診療所
全国	100.0	27.7	72.3	100.0	39.8	60.2
六大都市	100.0	28.0	72.0	100.0	42.4	57.6
20万以上の市	100.0	31.2	68.8	100.0	53.1	46.9
20万~10万の市	100.0	26.8	73.2	100.0	48.8	51.2
10万未満市町村	100.0	26.9	73.1	100.0	31.4	68.6

第8表 外来患者数階級別診療所数

	患者数	施設数				累積百分率			
		六大都市	20万以上の市	20万~10万の市	10万未満市町村	六大都市	20万以上の市	20万~10万の市	10万未満市町村
一般診療所	0人	4	1	1	14	2.8	1.5	1.8	4.8
	1~4	9	2	2	8	9.1	4.5	5.6	7.6
	5~9	14	7	4	23	18.9	14.9	13.0	15.5
	10~14	20	7	5	20	32.9	25.4	22.2	22.4
	15~19	17	5	2	42	44.8	32.8	25.9	36.9
	20~24	15	5	6	28	55.2	40.3	37.0	46.6
	25~29	10	7	3	30	62.2	50.7	42.6	56.9
	30~34	8	4	1	25	67.8	56.7	44.4	65.5
	35~39	10	4	2	21	74.8	62.7	48.1	72.8
	40~44	8	4	3	13	80.4	68.7	53.7	77.2
	45~49	4	4	7	12	83.2	74.6	66.7	81.4
	50~54	4	—	4	8	86.0	74.6	74.1	84.1
	55~59	1	4	—	10	86.7	80.6	74.1	87.6
	60~69	7	3	3	14	91.6	85.1	79.6	92.4
	70~79	2	—	2	5	93.0	85.1	83.3	94.1
	80~89	1	3	2	6	93.7	89.6	87.0	96.2
90~99	—	2	—	3	93.7	92.5	87.0	97.2	
100~	9	5	7	8	100.0	100.0	100.0	100.0	
歯科診療所	0人	3	—	3	7	4.1	—	7.7	6.3
	1~4	1	1	2	4	5.5	3.1	12.3	9.5
	5~9	4	1	4	19	11.0	6.3	23.1	25.9
	10~14	11	5	4	18	34.2	21.9	33.3	41.4
	15~19	13	5	6	15	52.1	37.5	48.7	54.3
	20~24	13	6	6	12	69.9	56.3	64.1	64.7
	25~29	5	4	5	15	76.7	68.8	76.9	77.6
	30~34	6	2	3	9	84.9	75.0	84.6	85.3
	35~39	3	4	2	6	89.0	87.5	89.7	90.5
	40~44	1	2	—	3	90.4	93.8	89.7	93.1
	45~49	—	—	1	5	90.4	93.8	92.3	97.4
50~59	2	1	2	—	93.2	96.9	97.4	97.4	
60~69	3	—	1	2	97.3	96.9	100.0	99.1	
70~	2	1	—	1	100.0	100.0	—	100.0	

への第一歩となるのである。

患者の治療費支払方法

患者の治療費支払方法を地域群別にみると、六大都市では社会保険の本人と家族、全額自費の割合が多く、一方では国保の割合が少なく、これに対して10万未満市町村では社会保険、全額自費の割合が少なく、六大都市の約1/2であり、国保の割合は診療所外来では41.1%で六大都市より国保の割合はるかに多い。地方都市はその中間にあたっている。治療費支払方法を異にする階層間には受診率、治療日数、1日当たり治療費などに北川⁴⁾、松浦⁵⁾、中村⁶⁾の指摘しているような明確な差があるから、患者の治療費支払方法別分布が地域群によって差があることは、地域群間の医療施設受療率に影響を与えていることが考えられる。

一般に治療日数について考えると社会保険がもつとも治療日数が長く、ついで国保、保険未加入の順に短くなっている。これを裏返していうと、保険未加入や国保は社会保険と同じ好ましい条件におかれるならば、治療日数が社会保険と同じ程度にのびること、すなわち現在の1.5倍から2倍に1日当たり受療数がのびることである。もちろんこれは社会保険階層と国保階層が同じ傷病率にあると仮定しての話である。このことを具体的に地域にあてはめると、10万未満市町村は国保の割合が多くて、将来条件の改善にもない受療数は伸長すべき可能性をもつものである。また逆にいうと10万未満市町村の現状は医療ユードをかなり下回っているともいえることができる。

一方六大都市では全額自費の割合が多く、これが35年度中に国保にぎりかえられた場合、従来の地域報告の例から推定すると受療率は増大するように思う。とすると各地域群とも程度の差はあれ受療率はなお増大する可能性を有しているわけである。そして給付率の向上など医療保険の格差是正の技術的操作を加えるだけでもある程度受療率は増大し、地域差を解消する方向にむかう筈である。このことは保険の格差是正は地域差是正に役だつというあたりまえではあるが、重要な原則的事実なのである。

1 診療所あたり外来患者数

前節までは地域住民のがわにたつて患者をみたのであるが、これを施設のがわにたつてみるとどうか。病院については別の機会にゆずり、ここでは一般診療所の外来患者にかぎって検討することにする。

一般診療所の1診療所あたり外来患者数をみると、第7表のように平均値で地方都市がたかく、六大都市はもつとも低い。しかし1診療所あたり外来患者数は同一地域群内においても、診療所間にばらつきが多く、患者の多い診療所とそうでない診療所の間には百人もの差がある。第8表は取扱患者数別に診療所数を示したものでいかにもばらつきが多いが、これを累積百分率として観察すると、やはり全体として地方都市に患者の多い診療所の割合がたかく、ついで10万未満市町村で六大都市はもつとも低く、平均値と同じ結果を示している。地方都市の診療所で患者が多いのであるが、その場合の診療所と病院の関係を第9表によつてみると、診療所の患者が多くても病院の患者は減少しているわけでないことがわかる。結局地方都市では受療率が全体として高いわけ、診療所に患者が集中しているということではない。

歯科診療所では、1診療所あたり外来患者数は10万未満市町村とそれ以外の都市の間に僅かではあるが差があり、都市の歯科診療所では患者が多い。累積百分率でも同じである。

むすび

本来自由開業を基調とする医療制度のもとにあつては、地域的に施設がかたよることはさげがたいので、住民の施設受療の不均衡を生じやすい。その場合たえずその実態をとらえて、この受療の不均衡を是正するための施策を講ずることは国や地方公共団体の責務である。しかしそのための資料として地域群別に患者量をとらえる試みは市・郡部別以外に不思議になされていなかつた。それはおそらく方法論の困難さに原因していたものと思う。

筆者は推計方法をもちいることによつて、精度に多少の難点はあるが、地域群別に患者量を分析し、10万未満市町村では傷病の存在にかかわらず受療がはばまれていること、一方六大都市では軽症が多く、且つ1診療所あたり患者数が少ないこと、地方都市では病院利用がのびていること、そのほか2、3の特徴的な地域差を統計的にあきらかにすることができた。そして農山村を離れる医師が多く、都市への流入が続いているといわれて

いるけれども、もしそれが将来も続くとすれば以上の地域的諸矛盾はさらに拍車をかけられるものと予想し、その対策の必要を痛感した。地域分類はやや粗大にすぎたようにも思われるが、それなりにかえつてわが国医療の矛盾をある程度原理的に示し得たものと思う。そしてこれら慢性的矛盾が一日も早く社会的公共的責任において、はば広い視野から解決されることを期待して筆をおくことにしたい。

なお本稿は前田行雄、浅野光雄、石塚静枝、三上力以諸兄弟の多大の協力を得てなつたものである。末筆ながら謝意を表する。

文 献

- 1) 大谷藤郎：医療は地域によつて差別される，厚生省の指標 7～6.
- 2) 厚生省：昭和34年患者調査.
- 3) 厚生省：昭和33年医療施設調査.
- 4) 北川定謙：傷病統計としてみた社会医療調査，厚生省の指標 7～8.
- 5) 松浦十四郎：社会医療序説，厚生省の指標，3～7.
- 6) 中村文子：統計からみた医療保険の格差，厚生省の指標，7～9.

文 献

東パキスタンにおける伝染病の危険

Cockburn, T. A. : Epidemic crisis in East Pakistan,
April-July, 1958. : Public Health Reports 75 : 26, 1960.

東パキスタンにおける天然痘とコレラの流行は1957年10月に始まり、1958年4月まで毎週1500人の死亡者を出してきた。この地方を担当する公衆衛生部は予算、人員、設備の絶対的不足に悩まされていた。1958年前半の天然痘患者数は44736、死亡は20444、コレラ患者は10438、死亡は6684に達した。これ以前の天然痘の流行は1951年にあり、コレラの流行は1948年、1950年、1953年、1956年にそれぞれピークを持つていた。

これまで東パキスタンの公衆衛生部は天然痘ワクチンの配布と接種をかなり大規模に実施し、人口のかなりの部分が免疫を持つものと考えられていたが、それにもかかわらず大

流行が起つたのである。パキスタンの公衆衛生部のみでなく、ICA (International Cooperation Administration), CDC (Communicable Disease Center), アメリカ海軍、ソ連、アフガニスタンなどから派遣されたいくつかのチームによつて、ワクチンの製造法、接種法、診断、治療、疫学調査などがなされた。

ワクチンの力価や接種法にともなう問題はないものと推定されたが、全人口4600万人中天然痘のワクチン接種を受けたことのない者が17%、昔うけたあとのある者22%、1958年に再接種された者41%、1958年に始めて接種を受けた者が20%と推定された。天然痘による死亡の大部分は10歳以下の子供に集下し

ていることもわかつた。

このような結果から、人口の80%以上に対し6カ月以内にワクチン接種を完了すること、子供に法によつて強制的に接種できるようにすること、人口千人について1人の接種者を養成することなどが決定され実行に移されつつある。

コレラについては診断の誤りの多いことが指摘された。(入院患者の50%は他の疾患であろうという)またワクチン接種による免疫の効力が6カ月にすぎないことから清潔な水の供給を進めることが何よりも必要であり、大きな町については、給水設備を作ることが急がれている。

(鈴木継美)

公衆衛生監視員制度について

庄 司 光* 中山 信正** 高 木 昌 彦***

本年、厚生省に公衆衛生教育制度調査委員が設置された。これは公衆衛生活動の第一線の担当職員の量と質が確保されていない点を考慮し、公衆衛生行政に従事する各種職員の教育訓練、身分、資格、処遇等の諸問題を調査、審議しようとするためである。情勢の変化に伴って行政制度の改革を行うことは望ましいが、この改革が円滑に遂行されるためには、客観的条件の分析とともに、公衆衛生従事者の主体的条件を十分に考慮してゆく必要がある。換言すれば下から盛上る力によって民主的な方法で問題の解決を図る必要がある。英国においては、このことが十分に行われて居り、例えば 1951 年に保健大臣によって任命された「Sanitary inspectors の業務の性質、その補充、訓練、資格等についての現状調査のための委員」には第一線担当の Chief Sanitary Inspector が参加し、活動して居る¹⁾。ここでは近畿地区の環境、食品衛生監視員自身が過去において教育訓練、身分、資格、処遇の問題にどのように取り組んで来たかをその自主的な運動の実践を通じてみたい。

1. 公衆衛生従事者の量と質の問題の展開²⁾

戦後十余年の公衆衛生行政の歩みは保健所活動を中心に展開されたが、その間、地域社会のニーズが洗い出され、これに対処するために多くの新しい法律が制定され、新しいプログラムが作成された。他面行政運営の基本的要件である職員、予算、組織において欠ける所が多く、種々の矛盾を生むに到つた。このような矛盾は公衆衛生関係者によって早くからとりあげられており、1955 年の第 9 回の日本公衆衛生学会では「保健所活動のあり方」のシンポジウムで保健所行政が論ぜられ、1956 年

の名古屋で開かれた第 11 回日本公衆衛生学会でも保健所問題のシンポジウムがもたれた。このシンポジウムは保健婦、監視員等が第一線の経験と悩みを自分で発表した点で従来のシンポジウムと趣が違つておつたし、またこのシンポジウムはなまの経験と知識を下から積み上げてゆくことに主眼をおき、そのために各地域で地方的に討議を重ねた後に名古屋で全国的に討議をする過程がふまれた点でも特徴的である。公衆衛生従事者が衛生行政の隘路を自分等の力で打破しようという熱意を示し、同時に公衆衛生従事者が教育訓練、身分、資格、処遇を問題にしはじめた最初である。1957 年の大阪における第 12 回日本公衆衛生学会においては公衆衛生学会の性格、任務を明確にしようとする努力が払われ、今村会長の挨拶状には「公衆衛生学会の主要任務は公衆衛生の姿を明らかにし、隘路の打開に役立つ方法を研究するのにある」と述べてある。この大阪の学会は真に下から盛り上げるようにするために近畿一帯の公衆衛生行政機関と大学が一つになつて学会の準備にあたり、また全国各地で地方討議会を開き、学会開催前に全国世話人会が持たれたことなどは異色と云える。このような趣旨で開かれた学会であつたため、公衆衛生従事者の質、量の問題も大いに討論された。これらの学会の動きと平行して公衆衛生従事者の Volunteer 運動がある。公衆衛生の発展が Volunteer 運動に支えられていることは英米の公衆衛生の歴史の教える所である。大阪においては 1954 年 1 月に「大阪公衆衛生の会」が生まれた。当時は公衆衛生の分野において行政、保健所、大学、研究所の間には有機的な連絡が乏しく、例えば府市が一つになつて仕事をすることも難しく、大学も公衆衛生の現実に十分に取組んでいなかった。そこで公衆衛生関係者の話し合いの場を作ることが考えられ、大学と行政、保健所との技術的提携がとりあげられた。「公衆衛生の会」の会合のテーマとしては保健所問題に重点がおかれ、保健婦、監視員の悩みが提起され、大学もはじめて保健所の実態、保健所運営に科学性の乏しいこと等に眼を開き、事の重大性を認識した。各職種の当面している問題が論ぜられた結果、職員の量と質の不備が認識され、後者については研修会が

* 京都大学 ** 大阪市衛生局 *** 大阪大学

企画された。例えば大阪府衛生部においては新しい形式による保健所職員の研修が行われ、大阪市の食品衛生監視員は Volunteer 的な研修を重ねた。量については保健所医師の不足から「大学は公衆衛生の Field へ人を送れ」という声が高まり、また大学の公衆衛生学教室は行政についての業績を出せという批判も行われた。「大阪公衆衛生の会」の運動はその後全国公衆衛生懇話会(1955年4月)へ発展した。一方1954年11月には大阪府・市の衛生当局が中心となつて「大阪公衆衛生協会」が発足し、上述「大阪公衆衛生の会」のメンバーがその中で中心となつて活動している。大阪公衆衛生協会は日本公衆衛生協会の支部をかねているが、公衆衛生従事者の研究活動と組織活動が盛んであり、1958年には専門部会を設け、地方討議会では常に各職種の量、質の問題をとりあげてきた^{3) 4)}。

2. 監視員の研修会

大阪公衆衛生協会の環境食品衛生部会は環境衛生監視員、食品衛生監視員、栄養士を主な構成分子としており、各職種の研修と職種別の自主組織をつくることを仕事の大きな目標としている。公衆衛生従事者の量と質の問題の解決には各職種の人達自身が自主組織を持ち、各々の専門分野が自分の意見を持ち、これを行政に反映することが基礎的要件となるからである。このことはつとに英国の公衆衛生をみて来た人達の説く所であるが、大阪においては阪大の関教授が1958年に英国に遊び、帰朝後日本の公衆衛生の隘路打開の途として声を大きくして説いたことが公衆衛生従事者の共鳴する所となつた⁵⁾。1959年9月に近畿食品衛生監視員研修会を、1960年3月には近畿環境衛生監視員研修会を開いたが、いずれも衛生行政の視野から研修会を組織することに努め、「監視員のあり方」の討議会をもつた。監視員の研修会としては学術的、技術的な研修が必要なことはいうまでもないが、当面している公衆衛生活動の隘路打開のためには各職種の人達の日常携つている業務の分析と地域社会の Needs の上に立つて各職種の需給計画、合理的な身分、資格、処遇の確立、これらに関する財源の確保に努めねばならないからである。この二つの研修会の内容については既に報告してあるので省くが^{6) 7)}、ここで論ぜられた問題点を基礎として将来の公衆衛生監視員制度について考慮すべき点を2、3述べたい。

第1表は監視員の名称とその業務の根拠となつている法令ならびに資格を示した。監視員の名称は種々になつてはいるが、大阪のような大都市においても食品衛生監視員あるいは環境衛生監視員が根幹で、他の名称の監視員

第1表 監視員の業務と資格(大阪)

名称	法令	資格	定数
食品衛生監視員	食品衛生法	(イ)公衆衛生院衛生監視学科 (ロ)医師、歯科医師、薬剤師、獣医師 (ハ)大学高専卒(医、歯、薬、獣、畜産、農、化) (ニ)栄養士+2年間実務	
狂犬病予防員	狂犬病予防法	獣医師	
と畜検査員	と畜場法	獣医師	
環境衛生監視員	興行場法 公衆浴場法 旅館業法 理容師法 美容師法 クリーニング業法 墓地、埋葬等に関する法律 水道法 下水道法 へい獣処理場等に関する法律 大阪府事業場公害防止条例 大阪府遊泳場取締条例 大阪府産汚物等取締条例 大阪府くず物営業取締条例		
環境衛生指導員	清掃法	(イ)公衆衛生院コース (ロ)大学卒業 (ハ)高校卒業+2年間実務経験 (ニ)6カ年実務経験(知事試験)	
そ族昆虫駆除吏員 雇員	伝病染予防法	吏員については同上	人員10万 対吏員1 雇員2~3
温泉監視員	温泉法		
衛生工学指導員			保健所員補助対象職員

を兼務しているのが実状である。これらの環境衛生関係の行政事務は監視員によつて日常遂行されているが、地域社会の環境衛生の向上という観点からみると、これらの一連の法令にはそれを有機的に統合する基本的な法令（例えば英国の Public Health Act のようなもの）が欠如して居ることに容易に気づくし、また環境衛生上極めて重要と考えられる住宅法、公害防止法などが未だ制定されていない。公衆衛生関係の体系の中で個々の法令がバラバラであることは住民にとつて極めて迷惑なことであり、かつ環境衛生の実績を上げることを困難にして居る。また他の系列に属する労働基準法と統一がとれていないことは労働基準行政の人員不足と相まつて環境衛生行政の一つの盲点を形成する。最近厚生省公衆衛生局保健所課は都道府県主管課長会議に保健所運営要領（案）⁸⁾を示し、その中において保健所業務の総合計画を指示しているが、環境衛生上の施策のみをとつても、上述のような基本的な法令の制定の必要なことはいうまでもないし、保健所長はこれに準拠してはじめて地域社会の公衆衛生の向上と増進を図ることが可能となり、英国の Medical Officer of Health のようなやり甲斐のある仕事が出来よう。

橋本⁹⁾は地域社会の日常生活の社会的、経済的条件に適應した公衆衛生従事者の機能分化のあり方を総合的な見地から再検討する必要を強調しているが、監視員の業務の実状と監視員の資格とを対比してみると其処に大きなアンバランスがある。具体的にいえば新制大学で薬学その他を修めた監視員が比較的簡単な業務に追われておつて、専門の学問、技術を活用することが出来ない。他方では監視員の Undergraduate の教育が不十分であるために、公衆衛生活動が非常に阻害されていることも否定出来ない。監視員の研修会においては学校教育で受けなかつた科目についての基礎講義が要望される。特に監視員の業務測定の結果より明らかなように許可業務が多いにもかかわらず、行政法についての知識が不十分なために、この方面の研修が必要となる。この解決には Undergraduate の教育制度と Postgraduate の教育制度とを一緒にして考慮せねばならぬことは勿論である。職員の機能分化を考えるに当つては、欧米諸国の District Inspector の制度が示すように専門分化は共通の基礎的な監視、指導の能力と資格を前提として行われるべきであろう。日本の現状においてはこれに相当すべきものが全く欠如している。単位人口当りの Inspector の絶対数が極めて少く、その増員が強く要望されている現状においては監視員の機能分化の点から各種監視業務に携

わる人達の制度の再検討が望ましい。一方食品衛生監視員、環境衛生監視員の業務の中には一層専門化した分野も開けつつあり、公害問題では Smoke Inspector の設置も必要となる。

必要な職員の量と質の確保のために法律、予算その他の制度上の措置の必要については既に多くの人によつて述べられているので省略する。

3. 監視員の自主組織の発展

監視員がおかれている矛盾は必然的に自主的な組織をつくつてこれを解決しようとする運動へ発展する。環境監視員については 1959 年 2 月に全国環境衛生職員協議会が結成され¹⁰⁾、逐次地方ブロックが出来、環境監視員の身分問題を中心に活動が行われている。食品衛生監視員については、環境監視員とは反対に地方的な組織から次第に全国的組織へと進んでおり、1959 年 11 月に全国協議会の準備会が持たれ、1960 年 5 月に全国食品衛生監視員協議会が設立された。公衆衛生従事者が職種別に自主組織をもち、自己の主張を立法、行政に反映してゆくことは異議のないことであるが、その動向には注意すべき点も少くない。職種別の組織はどうしても既得権益の擁護のみ主力を注ぎ、全体的な視野を失い易い。例えば監視員制度を考える時に仮に基礎的、共通的な監視、指導業務を主とする District Inspector のようなものを問題にすると、現在の監視員の地位の低下とならないかということに注意を奪われ議論が発展しないおそれがある。およそ現状の制度の改革にあつては既得権益の擁護は第一条件であつて、その上に立つて改革を行うべきは為政者の義務である。監視員制度の改革問題には環境衛生監視員、食品衛生監視員の両組織がよく提携して審議を進まれることを望みたい。官庁側にあつてはその内部の Sectionalism を打破することは勿論、自主組織の要望の撰取を心掛けてほしい。従来は行政上の改革に当つてはその立案は極めて理路整然としているにもかかわらず、その実現の過程においてあるいは官庁の Sectionalism のために、あるいは第一線の反対のために結局は骨抜きになつておることが少くない。

関係職員の身分、資格、処遇の問題に関連して無視出来ないのは労働組合の活動である。現実の社会においては身分、処遇等の問題は終局的には労働者の団結の力によつて解決されることは何人もよく知るところであろう。府県、市町村の公衆衛生従事者の大部分は全日本自治体労働組合に組織されており、自治労は 1957 年より毎年全国自治研究集会を開催し、1960 年には新潟市にお

いて第4回自治研を迎えようとしている^{11), 12)}。その保健衛生分科会において公衆衛生従事者の身分、資格、処遇の問題がとりあげられるが、この労働組合としての動きと食品衛生監視員、環境衛生監視員の協議会の動きとが歩調を一つにして進むことが、監視員制度の確立に役立つ。

要は公衆衛生関係の各分野の人達が有機的な連けいの下に、広い視野に立つて解決策を見出すことが解決の最重要点であることを強調しておきたい。

文 献

- 1) Ministry of Health: Report of the Working Party on the Recruitment, Training and Qualifications of Sanitary Inspectors 1954, H. M. S. C.
- 2) 庄司光: 大阪における公衆衛生活動と問題点と将

来の方向, 公衆衛生 22 (8) 448~453, 昭 33.

- 3) 1958年公衆衛生大阪地方 討議会記録, 大阪公衆衛生, No. 2, 20~23, 1958.
- 4) 大阪公衆衛生協会環境食品衛生部会報告, 大阪公衆衛生, No. 4, 17~20, 1958.
- 5) 関梯四郎: 英国の Public Health Inspection, 大阪公衆衛生, No. 3, 1~5, 1960.
- 6) 近畿地区食品衛生監視員 研修会, 食品衛生研究, 1960年1月.
- 7) 近畿地区環境衛生監視員研修会, 生活と環境, 5(7), 11~38, 昭 35.
- 8) 厚生省公衆衛生局: 保健所運営要領(案), 月刊自治研, 1960年7月 120~124.
- 9) 橋本正己: わが国の公衆衛生従事者の教育訓練等に関する問題点の考案, 公衆衛生, 24 (2), 65~72, 1960.
- 10) 全国環境衛生職員協議会設立総会の報告について, 生活と環境, 4 (3), 44~47, 昭 34.
- 11) 全日本自治体労働組合: 自治研の手引, 昭 33.
- 12) 自治研中央推進委員会: 自治体(第3集) 第3回自治研全国集会の記録, 1960.

文 献

大気汚染と衛生試験検査室

Helwig, H. L., and J. A. Maga: The Role of the Public Health Laboratory in Air Pollution Programs, Am. J. Public Health 50 (7), 933~6, 1960,

大気汚染の問題に地区保健衛生機関が関係しはじめたのはつい最近のことである。それまでの公衆衛生機関は昔からの食品、上下水、旅館などの衛生に力こぶを入れてきたものであつて、空気については旅館等多人数集合場所の換気や工場のそれについて関心をはらつていたにすぎない。しかし大気汚染が健康障害をおこすという事実がはつきりしはじめた今日、少なくとも都会の公衆衛生機関はその技術を汚染防止に提供せ

ざるをえない立場にたたされるようにかわつてきた。

大気汚染が発生するおそれのある地区を管轄地区内にもつている公衆衛生機関は、その人の健康への影響を追求し、動植物への影響を検索し、汚染物質を分析し汚染による危害防止にいかなる行政的処置をとつたらよいかを考察して当局を援助する責任をもつようになってきた。その仕事はつねに変化し進展する新しい研究課題を追わなければならない

という困難なものであるが、カルフォルニア州公衆衛生部の産業衛生空汚染試験検査部はここ4年間衛生試験検査の技術によつてこの難問題ととりくみ、みごとに当局の要請にこたえて改善に貢献したものである。その蔭には分析方法の改善や疫学的調査方法の応用、汚染物質の物理化学的性質の研究およびこれらの研究結果と施策との有機的関連性の検討がたえまなく緊密に進められていたのである。(西川)

社会医学研究会第 1 回研究発表

追加討論要旨

1. 社会医学の定義について

東京大学医学部・衛生 黒子 武道

〔総括〕 曾田(公衆衛生院) 社会医学の定義は、きわめて広汎な問題で把握しがたいが、個々の問題の具体的な取扱い方に、社会医学を滲透させていく、そういう行き方が現段階における社会医学の問題であると考えられる。

〔質問〕 水野(名古屋大学) 社会医学 social medicine のほかに医社会学 medical sociology という言葉があるが、それとの関係は？

〔答〕 黒子(東大衛生) René Sand は全く同一のものと見ている。私も同じものと考えているが、Hawkins では多少項目が違っているようだ。

〔追加〕 水野 学問的体系を築くには、次のように問題を分けて考えることが必要だと思う。

- ① 個人の疾病に関係する social factor
- ② 社会、又は社会集団を対象にする問題

〔質問〕 雀部(神戸女学院) 研究の上で sein の問題として扱っていくのか、それとも sollen の問題に発展させることができるか？

〔答〕 黒子 私は方法・対象を確立し、雑然たる知識の集積ではだめだという立場にあるから、原理にしたがつて原理的追究とその方法の両者を等分に重視する立場をとっている。

〔質問〕 岩佐(病院管理研修所) 社会医学といつても、国によつて事情が大分違うのではないか。欧米諸国をあげてあるが、国別の説明を願いたい。

〔答〕 黒子 英国及びオーストリアにおけるこの種の conference の結論については述べたが、他の諸国については、個人の研究者の個人的見解以外については資料がないため報告できない。将来この種の検討をしたいと思う。

〔総括〕 曾田 私は先に東田徹夫先生から、ただひたすら社会医学的なものを雑然ととりあげていつたのでは駄目ではないか、学問を確立することはできないのではないか、という私信をもらっている。しかし、されば

とてただちに筋道を立てることはできぬから、現実の問題をとりあげることと、それを学問的にまとめることとの両方を同時に行なつていきたいと思つている。

〔質問〕 張 社会医学の定義は、そもそも可能かどうか？ 私は定義を下すことが不可能であると思う。社会医学を定義しようと思えば、社会の定義、医学の定義、社会学の定義が必要になり、結局不可能ではないか。定義づけることと、現場の具体的な問題を pararell に考えるのはまずいのではないか。

〔答〕 黒子 定義することが無意味ではないと思うので努力している。環境や時代によつて定義が変わることは勿論であるから、いくつも違つた定義を導いており、比較研究している状態である。

3. 氷上町における保健医療計画に関する

一考察 (その 1) 国保医療の実態分析

神戸女学院大学文学部 雀部 猛利

〔質問〕 岩佐 地方の実情にあつた保険医療をやるということ、いまお話しの町外へ 2 割金が流れるから町内でやろうということは結構だが、しかし人口 2 万では総合病院が成り立つことは無理であろう。治療の単位として、例えば県単位では総合病院、地方では branch の病院等が考えられるが、その点について如何か。

〔答〕 五木田(阪大) 病院といつたのが間違いで、私が考えたのは小さい規模のもの。もう一つ結核患者で手術を要しないものである。

もう一つ診療の単位であるが、県単位といまいわれたが、それから branch を作つて町に診療所を置くことを考えて申し上げたのである。

〔追加〕 曾田 法律は運用の仕方ですんなりに束縛されずに済むのではないか。国保自体が法律でしぼられるという話だが、氷上町のように町が医療問題を取りあげる、あるいは国保を介さずして直接医師団体に依頼する、そういうこともできるのではないか。

〔追加〕 雀部 私は尼崎市の国保の運営委員をしているが、厚生省から国保に編入することは困るから別につくつてくれと助言されたが、そうしたら運営上に時間

と手間がかかつてまづかつた。その後直ちに国保に編入する案を樹てたが、それは許可されなかつた。これはまづいと思う。

住民中心に出発しても、行政的立場から非常な束縛を受けることを経験した。

〔質問〕五木田さんにききたいが、柏原町で考えられたという特殊な保険のシステムについて、摩擦が現実にあつたかどうか。

〔答〕五木田 確かにあつた。とくに4月からの法律でひじょうに面倒になつた。それまでは医療機関と直接交渉できたが、いまはできなくなつてしまつた。

〔追加〕成内(伊勢崎病院) 五木田さんに申し上げます。国保では病院をつくつても経営が困難になり、却つて国保の命取りになると思うが、充分注意してやられることを希望する。

4. 医療制度と医師の報酬

大阪大学医学部・公衆衛生 木村 慶他

〔追加〕曾田 この問題を大阪で採上げて色々な資料を参考に更にまとめて行かれるときき、嬉しく感じている。

医師の報酬というとき、われわれは開業医をすぐ考えるが勤務医についても同様に考えて欲しい。

〔質問〕成内 われわれの病院でも医師の待遇に困っている。原因は格差があまりに大きすぎる。賃金に関する理論がたくさんあると思うが、どれくらいの額にすればよいかを、経済学的・社会学的データにもとづいて算出したものを示してもらえれば大変うれしいと思う。

〔追加〕成内 きくところによると、イギリスはシンプルな方式で行っているそうであるが、私はこれが日・英の相違だと思う。日本人は理窟がともなわないとすべて動かせない。

私が医者になつてはじめて赴任したとき、エンジンアだつた兄よりも初任給ははるかに高かつたが、今では逆になつている。現在の日本の医者を経済的地位をとつてみても、日本のなかで今昔を比較検討してもらいたいと思う。

〔答〕木村(阪大) 私は人を納得させるに足る理論がいらぬといつたのではない。必要なものは、正しい診療をするために必要な額をはつきり示すことが大切であると思う。

医師の地位が低下したことは確かで、これは今後の研究テーマだと思う。

〔追加〕丸山 医師の地位の下落については資料を蒐集中で、あとで発表する予定。

勤務医師と開業医は公的と私的な資本関係で非常に大きな相違があるが、国はこの問題をよほど検討してみる必要があると思う。

〔追加〕張 適正な医療を行つた上で開業医の収入を考えねばあやまりであると思う。

〔追加〕岩佐 医師の収入の決定を勤務医からはじめるべきだという話があるが、勤務医が丸がかえであるという認識は変えねばならぬのではないか。勤務医は副収入がひじょうに多い。

〔追加〕曾田 医療サービスはチーム・ワークだから、医師ばかりを中心にせず、看護婦なども考慮してもらいたいと思う。

〔追加〕関(阪大) イギリスにあまりに拘泥しすぎはしないかという批判があるように思うが、現在更に研究がなされるべきだと信ずるから、今後も深く調べていく積りである。Comprehensive という問題であるが、英国よりもたとえばスウェーデンの方がずっと Comprehensive である。

なお、演者は差額徴収に反対であるといつたが、私は何等かの方法で(技術料? 病院格差?)認めていくことが自然の成行だと思う。

また、医師に賃金理論を応用する問題であるが、現実にはこれは問題にならぬと思う。東北の直診でサラリーを下げろという要求があるそうであるが、それには理論は少しもなかつた。理論など必要ないと思う。

10. 中小企業の衛生管理の協同化について

関西医大・衛生 東田 敏夫・他

〔質問〕橋本(大阪府布施保健所) 1. 現在健康管理は安全管理と衛生管理、あるいは一般健康診断と特殊健康診断とに分れている等、縦割りになつているが、もつと総合した管理対策はないか。

2. 保健所で中小企業の検診を行つているが、ただ検診するだけに終りがちであり、また地域の中小企業検診を一定の医療機関にまかせたとき、後の健康管理ができるか。

3. 病院と企業が契約している場合長つづきするか。

〔答〕東田 1. 災害と疾病はその現われる形は異なるが、要因は生産様式の矛盾、労働条件等に内在した一つのものである。従つて安全管理と衛生管理は一体化したものであるべきであろう。しかし、安全管理はメリット制などもあり、労働省でも盛んに考えられていて力を入

れているが、衛生の方は立ち後れている。また一体化するといつても、特殊検診は労働条件の影響もあり、業主が責任をもつべきものである、その点をはつきりさせておく必要がある。

なお健康管理には医学の個人サービスという面もあるので異なる分野も存在している。

2. 結核については管理のない検診は意義が少ない。検診患者を何らかの形で医療機関に結びつけることが大切である。

3. 病院と企業との契約は始めは同志的なつながりで行われているが、今後どうなっていくかが問題である。少なくとも現在はその糸口をつけることが大切な段階であり、保健所はその仲介をやつて行つたらどうか。またその後は積立金を作つて運営して行く等の道も考えられる。

〔質問〕 會田 1. 検診や作業環境の調査を行うことはやり易いが、その後の管理や環境改善はどの程度できるだろうか。

2. 大企業では採用時検診により健康管理を容易にしているが、中小企業の実情はどうか。

3. 現実に中小企業では余り採用時検診は行われておらず、弱者の失業問題の安全弁ともなっているといえると思う。しかしそのためその後の健康管理を困難にしている。そこでこの困難の打開のために協同化の道は適切なものとは思いますが、そのため比較的有利な融資の措置がどの程度政府や公庫等で講ぜられているか。また融資だけでなく、特別な財政的補助の方法を考える必要はないか。

〔答〕 東田 1. 後の管理は困難であるので、協同化で道をつけて、労働者の意識を高めることに現在の意味があると思う。しかしそれだけの医師をかかえてゆけるかという問題があり、公的な施設としてのびてゆくとか、業者に対する補助が作られるとかすることが望ましい。

2. 中小企業の採用時検診が行われていることは非常に少なく、本人費用負担が 50% である。そこで弱者の入りこむことが多く、定期検診が発見される時期であるべきであるが、これも 30% しか行われておらず、結局発病して医師はかかる時が発見時ということになっている。

3. 融資は安全衛生設備の固定資産は融資対象となっている程度で、その他の公的な道は閉ざされている。なお相互扶助的に行う可能性はあると思う。いずれにしても、労働省、通産省等多くの省にわたる問題であつて、

一貫して行われることが望ましい。

〔質問〕 吉田(病院管理研修所) 中小企業問題は「くさいものには蓋」的な感覚がある。実際労働者の立場としては経営者と対立してしまう。健保組合を活用する道はないか。

〔答〕 東田 健保組合は検診を始めているが、その経費について、労働基準法関係についての特殊検診に組合が経費を出すことには労働者は反対である。

医務管理の経費を健保組合が行う可能性があり、活用することは考えられる。しかし中小企業の健保組合は経済的に苦しく、中々そこまで行くことは現実にはむずかしい。

一般に大企業の健保組合はモノロー主義を固持しており、一方綜合組合では低賃銀の企業を排除しているので、それらに逆子防給付を望むことはまずできにくい。そこで補助を与えて中小企業も綜合組合に含めるように組合を作らせ、予防活動を行わせるのが手段として考えられる。

〔質問〕 大森(岡山県衛生部) 保健所で糸口をつけるということだが、結核、珪肺症等ではできるが、その他は労働基準局でやっているので、どうやって糸口をつけるのか。

〔答〕 東田 いま保健所と労働基準監督署とは連絡がなく、その点が隘路となつている。業主が主体的になつて動くときは保健所の方が連絡しやすい現状である。しかし一方保健所は忙しすぎるのが問題である。

7. 八千穂村の健康管理の結果を通してみる健康と環境因子との相関について

佐久病院 若月 俊一

〔質問〕 會田 健康を示す指標として幾つかの項目が挙げられ、そのうち高血圧者の割合が他の死亡率、罹病率など必ずしも並行しないということであつたが、高血圧についていえば、40 歳以上の高齢者では女子の方が高血圧者が多いが、死亡率は男子の方が高いという事実がある。これから考えると年をとつて血圧が高くなるということは、今日の判定基準では一概に不健康であるとはいきれない問題であつて、今後慎重に検討する必要があるのではないか。

〔答〕 若月 今回の研究でその点を自分でも痛感した。実際東北農村で臨床的な印象として、心臓疾患、脳出血と高血圧の関係を感じとつていたが、今後は、塩、寒冷、感情といった環境の点をユニークファクターとして、コモンファクターと区別して研究して行きたい。

〔追加〕 鈴鹿(科学技術庁) 今日わが国の国民生活、国民経済は大きな変動期にある。すなわち、

- I. 人口構成の質的变化
 1. 平均寿命の延長と人口の老齢化
 2. 体位の面で19歳を境として断層がある
 3. 人口の都市集中による地域的偏在

II. 技術革新による変化

生産様式のみ革新だけでなく、新しい製品による生活様式や消費構造の変化が著しい。

III. 社会制度的変化

1. 基本的人権の確立
2. 婦人の進出と実業制度の改革
3. 労働基準の確立。
4. 社会保障の進展

これら人口構成、生産様式、生活様式の変化は相互に関連し合つて、消費構造、産業構造、地域社会の変化をもたらしつつある。

この変化に対応して、将来の発展の方向や、国民の慾求を満足させようとする運動の法則を予測するためにも、健康水準によつて、よりよい生産様式、生活様式の目標となる願望とか、改善すべき環境条件を評価する必要があると思う。

健康をどう考えてゆくか。健康水準を上げるにはどんな環境を作つてゆくことが必要なのか、自然条件に対応して長い間つちかわれてきた伝統や慣習をどのような面から改善して行けばよいか。

このような問題の基本的関連づけや評価という面で健康という指標を社会医学から積極的に解明されることを期待する。

11. 新都市造成と保健・医療・福祉サービスの総合計画

大阪大学医学部・公衆衛生 朝倉新太郎・他

〔追加〕 東田 私がかつて人口2万程度の団地で保健の施設のニードを調査した。その時は人口の大多数が若夫婦と乳児であつたから、母子衛生とホームヘルパーのニードが多かつた。このように特殊の要求が特殊の社会集団にある。また診療所は500m以内にほしいということであつた。

この集団が将来どう変つて行くかということも見とおして、巾の広いサービスを準備してもらいたい。

グループプラクティスを導入したことは新しい考え方であるが、単に形式だけでなく、どの程度経営的=私的資本の投入度、報酬、医業として成立するかという問

題を検討してもらいたい。

また、1地区1~2の診療所を作つたとき新たに開業するものが出来て来る可能性があるが、それをどう処理するかということも検討しておかねばなるまい。

〔質問〕 曾田 地区診療所のグループプラクティスは、家庭医のみか、専門を異にする医師の協同を考えているか。前者ならば専門的診療はどのように行われるか。

〔答〕 朝倉 内科小児科を中心とし、若干他を考慮するが、眼科、耳鼻科等は地区病院の外来へ行つてもらふようにする予想である。

〔質問〕 吉田 病院医師と開業医師と2つの医業形態が計画されているので、やはり病院医師と開業医師との間にギャップがあり、将来この間のトラブルが起るのではないか。

すべての医師が半面病院医師であり、半面開業医師であるようにして、すべての医師で組織化されるような形の方が自然な発展が育成されるのではないだろうか。

〔答〕 朝倉 中央病院は外来をとらぬ予定である。また地区病院は、グループプラクティスで開業医がやることになつており、それ以外の医師にもオープンにする予定であるから競合といったことは起らないと思う。

〔質問〕 岩佐 団地が全部建設されてから中央病院を作る段取りだとすると、すでに建設済みの南部地区は豊中市の診療圏に入つてしまうことになつて、中央病院の存在価値はなくなつてしまうのではないか。また横浜地区の団地で調査した結果によると、子供の疾病の90%は団地内で受療するが、戸主の30%しか団地内で受療しないという事実があるが、そのような点を考慮する必要があると思う。

〔答〕 朝倉 南部地区には現在養老院があるだけであり、将来は緑地帯を作つて囲んでしまう予定である。しかし電車が大阪へ通ずることになるし、大阪の病院へ患者が行くことが考えられるので考慮しなければならない。なお、豊中、吹田では市民病院程度で人口10万の医療をとつても引きうけられぬと思う。しかし、これらの病院が増床中であるとの話もきいている。

13. 公衆衛生監視員制度について

京都大学工学部・衛生工学 庄司光・他

〔追加〕 橋本(厚生省保健所課) 現在の監視員制度についての厚生省内の意見は次のようである。

1. 総合的な立法体系として公衆衛生基本法が必要であるという意見がもり上つてきているが、絶対必要だと

いう所まではいつていない。

2. 保健所費の補助対象職員の資格が問題となつている。資格を確立することが必要なのであつて一般職員への補助をしている例は殆どない、一教育制度調査会が発足しているが、基本法の中で資格が明らかにされるのが妥当ではないかといわれている。

3. 昭和36年度予算の要求には、食品衛生監視員、環境衛生指導員、環境衛生監視員、そ族昆虫駆除員を補助対象に組み入れようとしている。

4. 実務と教育と学理との間のギャップを埋める必要がある。今後の公衆衛生活動は質的に移つていくことからこの点は強調されるべきである。

〔追加〕橋本(公衆衛生院) 環境衛生職員の制度の問題は従来の成立ちとわが国における特殊性を正しく把握し、地域社会のニーズに対応して10年位先のあるべき姿について青写真を作り、段階的、具体的に現実を青写真に結びつけるようにしてゆくべきである。その際に地方の第一線の職員の意見と経験を十分反映させてゆくことが重要である。

〔追加〕庄司 監視員自身が積極的に進むべきであつて、その点厚生省の方針と異なるかもしれない。

〔追加〕小林(神戸市衛生局) 監視員の全国組織が出来て会合や研修会を行うときに、東京でやるのでは多数が集まらない。せめてブロックごとに行うようにして、多数出席出来るようにし、根を育てて花を咲かせてほしい。

〔質問〕曾田 監視員だけの問題でなく、もつと広い問題かもしれないが、一般住民からうらさがるような感じをもたれるのでなく、もつと地区住民の要望や理解に支持された活動を展開するためには、どのような方法をとるべきであるか。例えば衛生教育的なことを含ませて家庭訪問するというような事は考えられぬか。

〔答〕庄司 行政に関係しているから支配者として上からやつているので、住民の要求をくみとれるかという問題がある。役人として支配者であると共に労働者であるという二面性があるのであつて、労働者の立場で始めて住民と結びつけるのであるから、その自覚をもつて自治労という立場が結びつく基盤がある。

〔追加〕東田 監視という上からみはるといふ感じであるが、もつと名前を考慮してもよいのではないかと思う。

14. 病院における公衆衛生活動の現状について

病院管理研修所 吉田 幸雄

〔質問〕水野 学校保健、労働衛生等の仕事を通じて病院が公衆衛生活動をしているという点については、この調査ではどうしているか。

〔答〕吉田 特殊集団を対象とした活動の中に含まれている。

〔質問〕鈴鹿 病院本来の病院活動と、地域の公衆衛生センターとしての活動について、この関係の研究機関や調査機関をスタッフ機構としてもつている病院と、ライン系統のみで、スタッフ機構をもたない病院との間でどのような差が調査にあらわれたか。

〔答〕吉田 今回のアンケートではそこまではわからなかつた。実際に積極的に地域計画にのり出している病院は少ない。しかし県立病院が保健所と連絡を保つていくことが多いようである。

〔質問〕木村 病院の公衆衛生活動は、「病院も何かやらねばならない」、「何をしたらよいか」という形で漠然と考えられているにすぎない。しかし現実には逆に成人病対策のように、実際の地域の事業計画の中で病院のもつ専門的スタッフ、設備への要求がすでに生じていると思われる。それ故このような具体的な事業、計画の中で病院がどう働いているか、どう協力しうるかというような点を明らかにする。即ち住民の立場で何か病院にしてもらいたいかということ明らかにするような調査をする必要があると思う。

〔答〕吉田 次の段階ではそのようにやつて行きたい。また日本の病院の医師が雇われているということで活動に制限があるが、専門医として地域の医師会に入つて活躍する余地があるのではないかと思う。

〔追加〕水野(名古屋大学) 地区の医師会員ということでなく勤務医も開業医も地区に住む住民の1人として知識を生かすことは必要であると思う。

〔追加〕若月 佐久病院の公衆衛生活動は「医療と共に予防を」という国民の現実的な要望を明確に認識するとともに、医学のヒューマニズムの主体的立場から行つている。そして、ホスピタリゼーションに5の力、外来に3の力、2の力を公衆衛生活動にという5:3:2の力の配分を行つている。この活動は医療と保健のレジオナリゼーションの立場から、保健所、医師会、他の医療機関との連けいが必要であると考えている。

〔追加〕小島(全国社会保険協会連合会) 病院の公衆衛生活動は、自主的に行われているのかあるいは健保等から依頼されてやつているのかという区別は非常に重要である。たとえ予防給付を行うようになつても、病院に主体性がなければ、それは十分行われないう。

その点を明らかに分けて調査さるべきである。

〔答〕 吉田 そのとおりであるから、更に調査してみたい。

(附記) この要旨は、編集部での準備を欠いたために正確かつ完全な記録になっておりませんが、記述中に誤りがあればそれはすべて編集部の責任であることを、お詫びとともにお断りします。(編集部)

書 評

A. ヘルリッヒ教授・A. マイル博士 共著

『天 然 痘』

Prof. Dr. A. Herrlich, Doz. Dr. Vet. A. Mayr

〔Die Pocken〕 Georg, Thieme, Stungert 1960.

東大助教授 所 安 夫

天然痘の患者を親しく診察しその病状をつぶさに観察した、という医者は現代にあつて、特殊の地域を別にすれば、ほとんど全くないといつてよい。欧州一帯を吹きまくつたかつての天然痘の流行は、今は単に語り草にすぎない。日本にあつても、同様の事はいえるであろう。世界中を一度りむしばんだのち、今や天然痘はアジアやアフリカや南米の一部に退却し文化度の基準でもあるかのように余程のところでない限り、文明国家にその症例をみない。

ところが不思議な事に、航空技術の発達は、未開の僻地と文化のらんじゆくした大都会とを一日のうちに結びつけるようになったため、天然痘は再び退却から世界の各地におどり出た。遠い国の病氣と思つていううちに、実はそれが身近かに迫つたのである。かくして、天然痘に関する総括的なくわしくて新しい知見は、かくことのできない必要性にかまつた。その要望にこたえたのが、ミュンヘン大学のA. ヘルリッヒ (A. Herrlich) 教授とテュービ

ングンのA. マイル (A. Mayr) 博士との共著になる、295頁のこの新版書であつた。ルーポルディングのローデント教授のすいせん序文で飾られ、アフリカや印度で長い間共に働いてこの仕事の完遂に貢献したヘルリッヒ教授の夫人や教授の同僚にささげられたこの書は、本文250頁、末尾の附図集34頁、本文の中には24葉の表と52葉の写真とがふくまれ、34頁の附図集は大半総天然色の79葉の写真からなる。

この書の内容をざつと見渡しただけで、私共はこの書の完成にそそがれた筆を絶する尨大な辛苦と努力とに、つよく胸打たれ、静かなしかしおさえがたい昂奮を感じる。それは、ただちに、著者への畏敬となつて、この書の魅力の捉えがたい一端を形成する。うべなるかな、そのためにこそ、綿密な企画の下に豊富な資料が縦横に駆使されたのであつた。内容は3部からなる。第1部は天然痘病原体、第2部は人間の天然痘の臨床と病理、第3部は動物の天然痘である。病原体にはおよそ90頁

がさかれ、ウィールス病学の徹底的な批判に充分たえるような、最新までの詳細な研究成果を、残すことなく収容する。臨床と病理と診断と治療とには当然ながら120頁がさかれ記載はまことに精緻をきわめ、およそあらゆる知見のすみずみにまでおよんで、この上なく懇切であつた。第3部の動物の天然痘も、こうして1つの書物の中でこのようにくわしく比較できると、格別の労苦なしに私共の血となる。

何はさておき、末尾の79葉の主に総天然色の臨床写真を、ごらんいただきたい。この写真集だけで、優に1冊の書物の価値をもつくらい、すばらしい。とりわけ、この写真は全て鮮明で美しい。基礎医学者や臨床医家のみならず、伝染病や公衆衛生や患者看護にいくらかでもタッチする世の一般の識者にこの写真集の故をもつてすら、この書をすすめたい。Prof. Dr. A. Herrlich; Die Pocken 295 Seiten, 52 Abbildungen 34 Tafeln 1960. 予 6,400 医学書院洋書部取扱

中小企業における衛生管理の協同化について

東 田 敏 夫*

I. 中小企業の衛生事情

わが国の産業労働者 2,000 万のうち, 1,200 万即ち全労働者の 60% は 29 人以下の小企業の従業員で占めており, 労働基準法による衛生管理者が設置されない 50 人未満の事業場で就業する労働者は全労働者の 70% に及ぶであろう (第 1 表)。

労働基準監督年報によると, 経営規模が小さい企業体ほど, 労働基準法違反率が高く, 違反事項には, 安全衛生関係, とくに危害防止および環境衛生上必要な処置や健康診断の実施をおこたつて

第 1 表 産業別規模別従業者数

産業および年月	合計	人				
		1~29	30~99	100~499	500 以上	
全産業	昭 26. 7	16,335	9,997	2,445	1,845	2,048
	29. 7	17,618	10,786	2,583	1,961	2,288
	32. 7	20,810	12,413	3,399	2,708	2,295
	%	100.0	59.6	16.4	13.0	11.0
大分數	飲 業	527	56	57	120	293
	建 設	1,373	654	328	271	119
	製 造	7,448	3,026	1,448	1,409	1,565
	卸, 小売	5,968	5,275	421	183	88
	金融保険	607	282	193	88	45
	不動産	63	49	7	5	2
	運輸通信	1,020	312	257	347	104
	サービス	3,616	2,715	649	197	54
	電気, ガス	192	44	39	86	24
	水道					

「事業所統計調査」

第 3 表 経営規模別疾病休業率 (労働省)

50人~ 99人	2.7%
100人~ 199	2.5
200人~ 499	2.3
500人~1,000	2.1
1,000人~	2.4

いる事例が多い (第 2 表)。

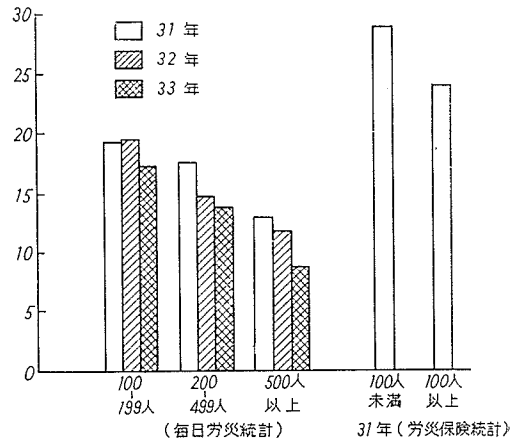
一方, 労災統計によると, 製造業における労働災害発生率は, 従業員が少い工場ほど高率であり (第 1 図), また労働省の調査によると, 経営

第 2 表 a. 経営規模別労基法違反率 (昭和 30 年)

従業員数	100 人以上	10~99人	10人未満	合 計
27 年	34.0%	52.3%	54.0%	50.8%
28 年	32.0	51.3	54.7	50.4
29 年	29.4	49.3	53.2	48.6

b. 規模別安全衛生関係労基法違反状況 (1,000 件以上の項目) (昭和 30 年)

条 分 別	違反件数				
	100人 以上	10~99 人	9 人 以下		
安全及び衛生	42 危害の防止	89,316	12,279	43,771	32,266
	43 同	28,058	2,623	13,133	12,302
	46 安全装置	5,276	637	2,420	2,219
	49 危険業務の就業制限	1,676	121	747	808
	50 安全衛生教育	2,143	207	1,139	797
	52 健康診断	38,029	1,176	16,117	20,736



* 関西医大公衆衛生学教室

第 1 図 製造業規模別労働災害度効率

第 4 表 有毒物取扱工場における健康診断成績と衛生状態

規模	事業場名	有害薬品	被検者数	有所見者数			過去の 検診回 数	有害工程			工場 嘱託 医	衛生 管理者	労働 組合	備考	検査 年月
				要加療	要注意	計		開放 式	手作 業	排気 装置					
従業員 100人 以上	DT	染料中間体	213名	12	50	62	7	+	+	+	+	+	-	溶剤変更,換気	58.5
	NK						0	+	+	-	+	+	58.8		
	DK						6	+	+	±	-	+	59.5		
	NK	ベンゼン	124	8	68	76	0	+	+	+	+	+	溶剤変更,換気	58.10	
	NP						8	+	+	±	+	+		58.9	
	DN	その他の 有機溶剤	242	7	73	80	3	+	+	+	+	+	医薬品投与	58.5	
MD	5						+	+	±	+	±	+		58.7	
小 計			579 100%	27 4.5	191 31.9	281 36.4									
50 ~ 99 人	YG	染料中間体	212	10	67	77	2	+	+	±	+	+	+	医薬品投与	58.7
	DW						6	+	+	±	+	+	58.9		
	NJ						8	+	+	±	-	+	+		58.9
	OS						8	+	+	±	-	+	+		58.10
	YK						3	+	+	±	-	+	+		60.2
	OY	ベンゼン他	61	2	17	19	0	±	±	-	-			59.2	
OG	0						+	+	+	+	+	58.10			
小 計			273 100%	12 4.4	84 30.8	96 35.2									
49 人 以 下	AK	ベンゼン	60 100%	7 11.7	13 21.7	20 33.3	2	±	+	+	-	-	-	溶剤変更,換気	58.11
	HF						0	±	±	-	-	-	59.11		
	AY						0	±	±	-	-	-	59.11		
	SY						0	±	±	-	-	-	59.11		
堺地区 中小工場	10	ベンゼン他	130 100%	10 7.7	24 18.5	34 26.2								59.3	

(大阪労研 原一郎氏資料)

規模が小さい事業場ほど病気休業率がたかいと報告している。(第3表)

労働基準法制定以来、労働者保健対策はかなり進展しているかの如くであるが、このように全国労働者の大部分を収容している中小企業における衛生問題についてはほとんど野ばなしの状態にあるといつてよからう。

中小企業における衛生状態がかんばしくないことは、勿論中小企業の劣悪な労働条件の現れであり、それは、中小企業が今日のわが国の生産機構におかれている存立条件に根ざしている。

私は大阪の中小企業について過去10年にわたって調査あるいは見聞により知りえた事情を別に報告^{(1),(2)}しているの、ここでくりかえし述べることがをさけるが、中小化学工場で工業中毒の患者を発生した工程をしらべると、元来は閉鎖式であり、機械化されるべき有害工程が開放式であり、手作業に多く依存し、排気装置もとのえられていない場合が多く、これら事情が工業中毒患者を生みだした主因であった。原氏の最近の調査

(1) 中小企業の職業病, 自然 11(10), 1956.

(2) 職業病調査の10年, 大阪労研10周年記念誌 1960

第5表 中小企業者の工場保健対策にたいする意見
—大阪I工業会加入事業場の場合—

1. 職場の健康管理をすすめるにはどうすればよいか

従業員数	49人以下		50人以上		計	
	工場数	171 100%	45 100%	216 100%	216 100%	
共同で健康管理が 出来るとよい	53	31.0	15	33.3	68	31.5
別々に工場医や医 療機関にたのむと よい	31	18.1	18	40.0	49	22.7
特別に関係がある 会社の衛生管理に たのむ	1	0.6	1	2.2	2	0.9
保健所が考えてく れるとよい	35	20.5	8	17.8	43	19.9
特に考えていない	27	15.8	3	6.7	30	13.9
その他の意見	4	2.3	0	0	4	1.9
記載なし	20	11.7	0	0	20	9.2

2. 工業会の職場衛生管理に対する協力

従業員数	49人以下		50人以上		計	
	工場数	171 100%	45 100%	216 100%	216 100%	
協力しなくとも よい	5	2.9	5	11.1	10	4.6
協力してもらい たい	142	83.0	34	75.6	176	81.5
わからない	16	9.4	6	13.3	22	10.2
記載なし	8	4.7	0	0	8	3.7

3. 工業会が行なう工場衛生対策に対する業者の希望

従業員数	49人以下		50人以上		計	
	工場数	171 110%	45 100%	216 100%	216 100%	
定期健診のあつせん	90	52.6	15	33.3	105	48.6
特殊健診のあつせん	11	6.4	4	8.9	15	6.9
作業環境の改善指 導	19	11.1	7	15.6	26	12.1
作業環境改善のた めに融資	23	13.5	9	20.0	32	14.8
衛生教育、啓蒙	20	11.7	17	37.8	37	17.1
地域医療機関の啓 蒙	24	14.0	3	6.7	27	12.5
工場医のあつせん	2	1.2	0	0	2	0.9
工業会が組織的健 康管理を行なう	80	46.8	19	42.2	99	45.8
その他	5	2.9	0	0	5	2.3
記載なし	26	15.2	10	22.2	36	16.7

もこの事実を裏書している。(第4表)。生産工程に対する資本投下が乏しく、安全衛生施設が不足し、しかも衛生管理のための施設、組織、担当者をもたず、またたとえ工場医を嘱託していても、業者の言をかりると「嘱託医は工場衛生に関心はありそうだが、熱心でない」場合が多く、現状では、その衛生管理活動に多くを期待できない。また一般に業主が衛生管理に関する知識を欠いており、また経営方針が業主の個人的な意志や能力に左右せられると云う中小企業の特徴もみのがせない。

これらの事情が、技術水準の低さとあいまつて、中小企業の経営合理化、生産工程の近代化、そして労働者の福祉対策をおくらせる原因ともなっている。その経営形態があるいは大企業の下請として、また問屋支配のもとに、あるいは独立経営、そのいずれであるにせよ、中小企業は、もともと、資金や市場関係から、直接、間接に大資本の隷属支配をうけ、経営は必ずしも安定せず、それらが労働者にしわよせられて、安全衛生設備の欠除、低賃銀、長時間労働と婦人および年少者の雇用という労働事情を生み出しているのである。このような労働事情が職場の衛生状態と労働者の健康に影響しない筈はなかるう。この状態を如何にして改善するかが当面の課題であるが、しかし、この衛生事情をもたらす基本的な要因が、資本制機構において中小企業を存立させている条件自体のなかに根ざしているのであるから、中小企業の衛生管理対策をすすめる方途を見出すことは、容易なことではない。とはいえ、さしあたりいわば野放しの状態にある中小企業の労働者の健康を守るための糸口を、いずれに求めるかが問題であろう。

そこで、私は、中小企業の労働状態の改善には多分に事業主の意向と能力にまたねばならない事情を思い、業主たちの職場衛生管理に対する見解を知ることを試みた。

II. 中小企業主の職場衛生管理 に対する意見

大阪 I 地区の I 工業会に加入する中小事業場 627 の業主に対して「中小企業の衛生管理をすすめるにはどうすればよいか」のアンケートを行った。結果は第 5 表の如くである。回答率は 1/3 であり、あまりよくないが、216 の回答内容には注目に値する結果があらわれている。

第 6 表 中小企業の衛生管理をすすめるには
どうすればよいか

工業会他業者団体の意見	回答数31にたいする割合	
1. 共同出資による健康管理施設	9	29.0%
2. 工業会等の業者団体が指導する	6	19.4
3. 各事業場が別々に行なう	8	25.8
4. 保健所がしてほしい	8	25.8
5. 職場環境改善のため融資してほしい	9	29.0
6. 労基局労基署の指導力の強化を望む	12	38.9
イ) とくに中小企業に重点をおく	6	19.4
ロ) 巡回指導	3	9.7
ハ) 研修会(年4回位)	2	6.5
ニ) 監督官の定員増加と活動力の強化	1	3.2
ホ) 関係官庁の協力	4	12.9
7. 事業主の啓蒙	5	16.1
8. 特殊健康診断に関する事項 (法制化, 機関の培養, 認可制, 検診料引き下げ)	各1	各3.2
9. 衛生管理者会活動のセクト化をなくすこと	1	3.2

まず「工場が別々に工場医や医療機関をたのむとよい」23% にたいして、「共同で健康管理ができる」とよい」32% もあり、また「特別に関係のある会社に衛生管理をたのむ」は殆んどない。「保健所にたのむ」20%。49 人以下の小工場の業主は、回答率がわるく、意見なしが多く、職場衛生管理に関心をもたない者が多いようであるが、回答内容では個別で衛生管理をするよりも、共同でおこなうことをのぞむ者が多い。

また工業会が職場衛生管理に協力することをの

ぞむ者 80% を超え、その業務の内容は、定期健診のあつせんがもつとも多く 49%、また職場環境の改善にたいする指導(12%)と経済的な裏付(融資希望 15%)を期待している。従業員にたいする衛生教育や地域医療機関との連携をのぞむ者もある。いずれにせよ回答者の半数が「工業会が加入事業場の健康管理を組織的に行う」ことを望んでいる。

第 7 表 工業会、労基協会等が行なっている職場生対策
——調査対象団体：59(回答 31)——

実施している衛生対策	回答数	回答数にたいする割合 %	調査数に対する割合 %
1. 定期健診のあつせん	28	90.4	47.5
2. 有害業務者の健診あつせん	15	48.4	25.4
3. 衛生教育, 宣伝啓蒙	19	61.0	32.8
4. 研究会活動	4	12.9	6.8
5. 診断検査施設設置	2	6.5	3.4
6. 衛生具, 予防具のあつせん	2	6.5	3.4
7. 環境衛生測定器具のあつせん	2	6.5	3.4
8. 予防接種	2	6.5	3.4
9. ビタミン, 薬剤のあつせん	3	10.0	5.1

回答率が低く、回答者中意見なしが 1/4 もあることから、職場の衛生管理にたいする関心がうすい業主が少くないことも事実であるが、真面目に回答をよせた業者たちの、以上のごとき見解は注目されてよい。

大阪 A 地区の中小企業についておこなった同様なアンケートの成績も、ほぼおなじ結果をえている。この場合は、中小企業が健保組合を結成しているのであるが、健保組合が「健康保険の保健施設」として、職場の健康管理に協力してほしいという回答が 64% におよんでいる。

今日の経済事情にあつて、中小企業がその経済的、技術的弱点をおぎなうために、そして大企業による収奪から些かでも保身するために、同業者あるいは同じ地域における中小企業が、協同組

合、工業会あるいは商工団体を組織し、共同の力と工夫を生かし、相互扶助をはかる必要があるとされている。衛生状態の改善についても、共同で考え、経済的、人的あるいは施設上の負担を軽減しつつ、その実現をはかるように期待したい。生

第8表 大阪I工業会傘下の中小企業における衛生管理状況 (調査数 617, 1960年)

1) 衛生管理状況

従業員数	29人以下	30~49人	50~99人	100人以上	計
回答工場数	144	27	26	19	216
嘱託医あり %	9.0	33.3	57.6	63.1	22.7
衛生管理担当者あり	9.0	25.9	50.0	89.4	23.2
X線検査実施率 %	61.7	77.7	80.7	100.0	69.4
採用時健診実施率 %	33.3	44.4	73.0	73.6	43.0

有害業務従事者にたいする検診実施率 14.7%

その内容は第6表の如くであつて、ここでも「各事業場が別々に衛生管理を行うとよい」(26%)よりも、「共同出資による健康管理施設をもつ方がよい」(29%)がやや多く、また業者団体が衛生管理を指導するというのが20%あつた。なお「職場環境改善のために融資してほしい」29%、「保健所がしてほしい」26%あつた。労基署の導指力の強化をのぞむ声が多く40%におよび、特殊健診に関する要望事項が若干ある。他方中小企業者の啓蒙を必要とするもの36%あることも充分に理解できることである。

さて、これらの業者団体がおこなつている職場衛生対策をしらべると、質問した59団体のうち半ばより回答があり、実施している衛生対策の中

第9表 中小企業の衛生管理協同化の事例

	A. 地区衛生管理者会と医療機関との協同活動		B. 地区工業会又は同業組合の活動			C. 健保組合の保健施設	D. 大企業附属医療機関又は衛生管理部の部外活動
名称	D病院衛生管理者会	F地区特殊検診衛生管理者会	S労政協会衛生部会	I工業会の活動	大阪ゴムはきもの協同組合	A健保組合	1. 下請関係事業場 (F製鉄保健部, T薬品保健部, Nメリヤス衛生管理部等) 2. 地域中小企業にたいする活動 (N製鋼附属病院等)
活動開始	昭和32年3月	昭和35年1月	集検昭和28年 特検昭和32年	昭和33年	昭和33年		
経過	労基署 ↓ 衛生管理者会 ↓ D病院	労基署 ↓ 衛生管理者会 ↓ M病院	衛生管理者会 (労基署) ↓ 特定せず (大阪労研・M病院)	労基署 ↓ 工業会 ↓ H病院	労基署 ↓ 協同組合 ↓ 地域医療機関	健保組合 ↓ I診療所	
施設	D病院	M病院	(大阪労研・M病院)	H病院	地域医療機関	I診療所	
活動範囲	会員及会員外事業場 特定せず	会員及会員外事業場 特定せず	労政協会加入全事業場	工業会加入全事業場	組合加入全工場	組合加入全事業場	
規模	中(小)	中(小)	中小	中小	主として小	中小	
事業内容	結核検診 特殊検診 環境測定	特殊検診 環境測定 (集団検診)	結核検診 特殊検診	結核検診 特殊検診	ベンゾール検診	結核検診 予防接種薬剤 あつせん等	

産工程の改善や安全衛生施設設備などにたいする融資や技術の導入もまたこのような相互扶助の組織を通じて実現しうる見込がある。

一方大阪の中小企業団体、工業会、同業会、商工会議所等に対してほぼ同様なアンケートを行つたところ、49団体のうち回答31(回答率63%)

では、もつとも多いのは定期検診のあつせん92%、衛生教育、宣伝啓蒙60%、最近勧奨されていいる有害業務従事者にたいする健康診断のあつせんをおこなうものが約半数である。少数ではあるが診断施設設置、衛生具、予防具、環境衛生測定器具等のあつせんを行うものがあるものがある。

このように工業会業者団体の傘下中小企業に対する衛生対策は、まだ充分であるとはいえないが、一部ではかなり積極的にとりあげられようとしていると見てよからう。そして工業会の理事者あるいは専従者が中小企業の衛生対策について、労基関係部局の積極的な指導力を期待している事も見逃せない。

さて、実際に工業会が衛生管理に協力している I 地区中小企業における衛生管理の実状をみると (第 8 表), X 線検査実施率は従業員数 100 人以上の事業場 10070, 30 人以上 80% に近く, 29 人以下の小工場も 60% 以上である。他方厚生省の結核実態調査の成績によると, 全国平均では従業員数 50 人以上の事業場では 70% であるのに対して, 50 人未満で 50%, 5 人未満 30% の実施率である。またここでは有害業務従事者にたいする特殊健診も漸次着手されている。採用時健診はまだ実施率低く, たとえ実施されていても, 本人が医師の診断書を持参する程度で間にあわせているところが多く, 今後の課題である。

このように現状ではまだけつして満足すべき状態ではないが, 中小企業が共同の衛生管理組織を持つことによつて, 職場の衛生対策や従業員の健康管理をすすめることが可能であることを示すものであり, その将来が期待されよう。

III. 中小企業の衛生管理協同化の事例

ここで, 大阪地方の中小企業が衛生管理を協同で行っている事例の 2, 3 を紹介し, 比較検討してみよう。「大きくわけて 4 つの種類がある」。(第 9 表)。

第一の型は, 地区の衛生管理者側と医療機関の協同活動である。「D 病院衛生管理者会」と「F 地区特殊健診衛生管理者会」の場合は, 共に地区の労基署長のあつせんにより, 衛生管理者をもつ中規模の事業場の有志が会員となり, 地区の特定病院と契約して, 衛生管理を行つている事例である。会員が健診施設の一部を負担し, 病院が結核

健診, 特殊健診等を行い, さらに環境測定を実施する方針をとつている。活動の主体は, 病院にあり, その活動範囲は会員以外の事業場も希望に応じているが, 主として会員である中規模事業場が対象であり, 地区の会社におよばないこと, 特に衛生管理者のいない小企業, 零細業に滲透しないおそれがある。

第二の型は, 地区工業会あるいは同業組合が加入事業場に試みている衛生管理の協同活動である。この場合は, 加入事業場のすべてを対象としているため, 活動範囲は零細な事業にも滲透する可能性がある。また工業会あるいは同業組合が活動の主体となることによつて, 業主が衛生管理に積極的な関心を持つ事, 殊に衛生管理活動が企業合理化, 金融関係, 教育啓蒙等の協同事業と平行して行われる事によつて, 中小企業における衛生管理活動の隘路を打開しうる見込がある。この場合も特定の医療機関の積極的な協力を得ることが必要である。これらの事例は前述のごとき I 工業会, ビニールサンダル工のベンゾール中毒対策が発端となつた大阪ゴムはきもの協同組合等があり, 現在の所まだ緒に就いた所であるが将来の活動が期待される。

第三の特異な事例として, 中小企業が連合して結成している健保組合が, 健康保険の「保健施設」として行つている活動であり, 前述したように大阪 A 健保組合は, 加入事業場に対して定期健康診断, 予防接種のあつせん, 安全衛生教育, 救急具, 常備薬の廉価提供等を行つている。

健康保険の「保健施設」活動が中小企業の保健対策に関係する事は, たしかに合理的な一面を持つている。充分ではないが, 一応, 被保険者の保健のための財源があること, 従業員および家族を把握している事, ことに医療に直結しうること, 保健婦活動の途もひらかれる。しかし作業環境の整備や特殊健診等, 労働条件の改善に係するものは, もともと業主の全責任でおこなわれるべき

ものであり、その経費は、労働者が半ば負担している健康保険に依存すべきでなく、これらは当然労災保険の保健施設活動として考慮されるべきである。とはいえ現在、いわば不毛状態にある中小企業の衛生管理をすすめる方途として、中小企業による健保組合を結成し、医療保障を図ると共に保健施設の活用を考えることは推奨されてよい。

第四の場合として、最近、大企業附属医療機関が部外活動として、周辺の事業場、あるいは下請事業場の健康診断を実施している事例がある。中小企業における労働条件の低水準には、大企業による収奪も関係があるから、大企業が下請工場の保健衛生管理に関係することは望ましい方向であり、法的規制があつてよい。しかしそれらはしばしば慈恵的であり、そのためにかえつて中小企業者が職場衛生管理対策を主体的にとり上げる機運をつくらない恐れがある。また労働環境の整備や特殊健診のごとく、労働条件の改善と結びつく衛生管理業務は、親会社の営利的理由から制肘されることがないように望みたい。

以上の4つの型を比較すると、中小企業の衛生管理対策については、施設や経費の都合から、中小企業の相互扶助的組織である工業会、同業組合等が、現在おこなっている金融、税務、官庁関係業務あるいは宣伝、共同販売等の事業を共に従業員の福利と業主の利益のために、衛生管理の事業を取り上げることがもつとも合理的であり、特に衛生管理対策が零細業の末端までも滲透させるために有効である。そしてこの方途によつて、業者が法によつて強制せられたり、受身の立場で行う段階から、一步すすんで、衛生管理業務を企業経営の合理化の一端として、取りあげる可能性が期待される。

しかしながら、これが実現されるには、まず工業会ないしは同業組合の組織が確立していること、そしてその機能が末端の会員まで滲透するように民主的に運営とされていること、特に熱心な

専従者を持つことが重要な前提条件である。また前述のように地区の医療機関や保健所の緊密な協力を欠くことができない。その際、事例が示す如く、労働基準関係部局の技術的指導ないしは協力が必要である、さらにこれ等の業者団体の育成と衛生管理活動の援助のために、商工経済行政の裏うちが強く要望される。即ち、中小企業の衛生管理対策は中小企業の経営合理化と保護・育成対策とむすびつくことなしに、推進されることは困難であろう。

IV. むすび

中小企業における衛生事情の改善は、基本的には、資本制機構において中小企業を取りまく生産関係の合理化にまたねばならない。特にその労働環境を整備し、経営合理化をはかるために、生産技術や経営関係に対して挺入れされる必要があり、それは労基法のわくを越えた中小企業の保護・育成・指導対策を基礎的な要件としている。

ともあれ、中小企業が職場衛生と保健管理をすすめるための施設と組織を持つ事が当面の課題である。それを実現するには、中小企業が経済的、人的弱点を補い、そして意識の遅れを克服するために、中小企業協同化の方向にそい、工業会、同業組合等の業者の相互扶助組織が衛生管理対策をとりあげることがもつとも有効な方途であろう。

もちろん中小企業の協同化自体が経済的基礎の確立や民主的運営、専従者の確保等においてはなお多くの隘路があり、業者にたいする啓蒙、指導とともに、中小企業の協同組織の保護・育成をはかる行政的な活動が、積極的にすすめられねばならない。なおそれとともに、このような中小企業の衛生管理活動の実際を担当する地区医療機関あるいは「産業保健所」のごとき施設を設置あるいは育成することが、その活動を具体化するための基礎的な要件である。がその点は別の機会に述べたい。³⁾産業医学：近刊号

新都市造成と保健・医療・福祉サービスの総合計画

— 新しい型の Health Center 構想 —

朝倉新太郎*

はじめに

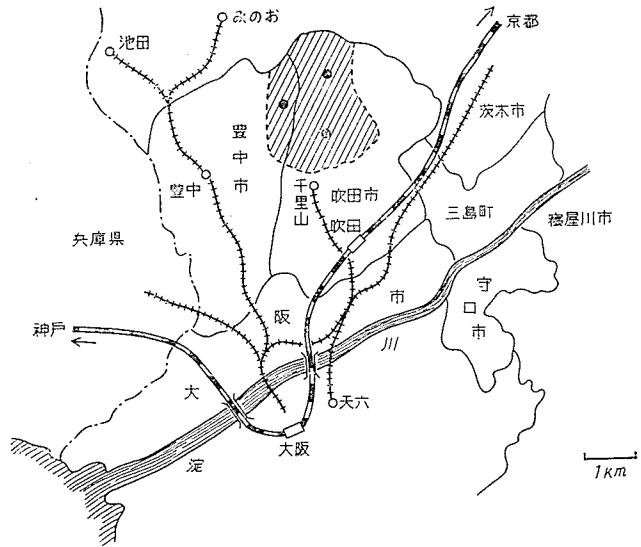
現在、保健所のあり方をふくめて、わが国の保健と医療の体系をどう整備するかということが各方面で論議されている。有用な論議を積み重ねて、冷えきった保健と医療の関係があるべき姿に立ち返えることを何人といえども渴望するものであるが、論議が論議倒れに終わらないためには、当面可能な範囲で、当事者相互の話し合いと協同行動を通じ、1つ1つ論理の正しさと、たしかさを検証するという、実証的態度がもつと重視されねばなるまい。その意味で、日本医師会のいう地域社会活動や共同利用施設、保健所の型別再編成、社会福祉協議会が主唱する保健と福祉の地区組織育成、保健所と国保の共同保健計画など、めいめいの思惑は別として、それ自体たしかに前向きな姿勢であり、真剣にとりくむべきプログラムといえよう。特に、大規模な団地や、ここで紹介する New Town の如く、すべての面にわたって新しい生活設計が可能な Community においては、大胆に、意欲的な保健と医療と福祉の総合計画をたて、これを推進する必要性と、またそれを可能にする条件があるのではあるまいか。

1. 千里ニュー・タウン計画のあらまし

千里ニュー・タウンと呼ばれているものは、第1図に斜線で示すように、大阪市の北方5~10km、吹田市と豊中市にまたがるいわゆる千里丘陵地帯約400万坪を開

発し、昭和41年を完成年度として住宅約3万戸、人口約10万を擁する新都市を建設しようという計画で、既に35年10月から土地造成がはじめられている。

ニュー・タウンが、在来の団地と質的に異っている点は、前者が独立した一個の都市社会として、生産、文化、厚生、消費にわたる全生活機能を自ら有するに對し、後



第1図 千里丘陵住宅都市位置図

第1表 千里ニュー・タウン土地配分計画

	全	400 (万坪)
住宅		180
公園		80
商業地区		12
道路		60
文化厚生施設		68

(大阪府建築部)

者は、規模によつて異るとはいえ、多くのものがそれら生活機能の全部または一部を欠き、これを他に依存していることである。つまり、団地が全体の性格として「間借り的」「仮設的」であるのに比べ、ニュー・タウンは

* 大阪大学医学部公衆衛生学教室

「本建築」というべきものである——少なくともそれを標榜するものでなければならぬのである。

千里ニュー・タウン計画についてそれを見るならば、たとえば第1表の完成時における土地使用配分計画が示すように、公園、道路、商業(一般消費)、厚生文化施設などへの土地配分がかなりの部分を占めていることがわかる。ここで紹介する保健・医療計画もまたその一環として、他の団地などでは見られない規模と機能を有するものが建設計画の当初から要請される訳である。なお、千里ニュー・タウンは生産部門を欠いている。この点がおなじく New Town といつても英国のそれ²⁾とは甚だしく異つてゐる。

千里ニュー・タウンの全地域は南、北の二つの「地区」に分けられ、各地区はそれぞれが自ら相当高次の生活機能をもつよう施設が構成される。地区はさらに数個の「住区」(1住区の戸数は2,000~3,000、人口約1万)からなり、各住区がまた第一次の単位生活圏をかたちづくるよう各種の共同施設が配置される。住居の規模も単身、小家族むけのアパート式のものだけでなく、大家族用の分譲住宅が全体の約25%を占めるように計画されている。

2. ニュー・タウンにおける保健・医療施設

従来からある団地を対象とする調査をみると、交通、教育施設、市場などの共同施設とならんで、保健・医療施設に対する「団地族」の不満はかなり大きい³⁾。現在わが国で最大規模をもつといわれる大阪府下の某団地においてすら、保健医療施設の計画が殆んどなされていない事実が報告されている⁴⁾。アパート式建築を主体とする団地においては、初めから医療施設の設置を計画しておかないと、途中で団地内にこれを造ることは不可能といつてよい。また、折角医療施設用に敷地を用意しておいても、その設立主体、経営方式、経営の見通し、対医師会問題などについて確たる計画がないため、徒らに雑草が生い繁つているといった事実もあるらしい。

しかし、団地におけるこういった事情は、たしかに計画の杜撰さにもよるが、より本質的には前述したように団地の規模では完全なる体系としての保健・医療組織を維持するだけの自力をもつていないということにある。ニュー・タウンはその力を具えている。病院も診療所も保健所もそれを作り経営を続けることが可能である。

だが、ニュー・タウンではそれらの施設を作るだけでは余りにも夢がなすぎざる。そこには、はじめに述べた

ように、保健と医療が、治療と予防が、また保健と福祉が堅く結びついて機能するような新しい総合的なしくみが、あるいは夢でなくて、ほんとうに実現するかも知れない可能性がひらけているのだ。このことを追求するのが、ニュー・タウンにおける保健医療計画の眼目であると思うのである。

(1) 保健・医療サービスの需要

この新都市が完成したあかつき、どれ程の、またどのような保健医療需要が予想されるだろうか。

まず考えられることは、出産とそれにひき続く乳幼児の保健医と医療需要が圧倒的に多いだろうということである。

第2表 団地における出産

団地名	人口千対出生数
K	46.3
N	52.1
S	42.6

(大阪府衛生部医務課)

第3表 南地区推定患者数(1日当り)

戸数	12,300戸	建設予定住宅戸数
人口	43,050人	[吉武] ⁵⁾ 1戸当り3.5人
外来	1,100人	[吉武] ⁵⁾ 健保組合と団地内診療所の調査より算出、地域内医療機関利用率は65%。
内科系	770	
一般入院	144	[同上] 地域内医療機関利用率50%
産科	74	[大阪府衛生部医務課] 入院日数10日、入院分娩80%
歯科	184	[吉武] 地域内医療機関利用率75%

ある。団地居住者では、男子30~34歳、女子25~29歳の夫婦が一番多い¹⁾。当然のことながら0~4歳の小児が多い。千里ニュー・タウンでは、前述したようなもつと高齢の夫婦が居住するであろう分譲住宅が相当の割合を占めるので、全体とすれば出産は第2表に示す一般団地に見られる程多くはないとしても、なお人口1,000対30~40は下らないものと推定される。これに対して、産科医療と妊産婦の保健指導のための施設と人員が特に重点的に用意されるべきことはいうまでもあるまい。乳幼児の保健と医療については、小児科はもちろん、小児に関係の深い眼科、耳鼻科、歯科等の需要が一般地域に比べて大きいことを予想させる。これに比べて、成人、老人の慢性疾患は相対的に少ないであろうというのがお

およその予想される疾病構造であるが、以上のことを考慮に入れて全体の患者数を試算してみれば第 3 表のごとくなる。

(2) 保健・医療施設の構成

ニュー・タウンにふさわしい保健・医療施設の構成は、今迄述べてきたところから明らかなように、およそ次の如き要件を満足することが望ましい。

- 前項で述べた保健・医療需要を量的にも質的にも満たしうること。
- 病院と診療所の機能を分化し、且つ両者の連繫を密にすること。
- 保健サービスと医療サービスの体系を可能な限り一体化すること。
- 経営、管理のシステムを合理化、近代化して能率の向上をはかること。
- 保健・医療従事者に優秀な人材を得るため、高水準の所得が保障されること。

A. 病院と保健所

300~400 床の中心病院をつくること、その経営は十分成り立つであろうことは、前項の入院患者見込み数や、隣接して既存の大病院がないことなどの点から考えて異論はあるまい。この他、地区（南、北）に一つ宛、産科を中心にした 100 床程度の病院を作つたらどうか。産科ベッドもすべて中央病院に集中せよという考え方も当然出てくるが、都市建設の経過期間を考慮に入れると、中央病院の完成以前にどうしても相当数の産科及び一般ベッドを準備する必要がある。そこで、中央病院が完成したあかつきは、むしろ一般ベッドを中央に集中し、地区病院は産科を中心に運営するのがより妥当なのではないかと思うのである。なお、病院は中央、地区とも一般の外来診療は行わず、入院治療も病院スタッフ以外の医師に open にする道を講ずる。特に、地区病院の検査、診断施設は、一般医師の共同利用に役立つように配備する。

保健所の行政、管理部門は、中央病院の管理部門と業務（特に統計、集検、救急、医療社会事業等）と人事のうえで提携した形態が工夫されるべきである。保健予防サービスは、集検業務（これは機動性をもたせたものを中央におく）を除き、地区病院に付設する地区保健センター（保健所支所）及び後述の住区診療所（住区保健センター）で処理する。地区保健センターは、検査、診断施設は病院と共用するが、母子健康相談、栄養指導、衛生教育等に必要な施設、器具を設備する。但し、クリニック等を担当する医師は報酬を適正にして住区診療所の医師その他一般開業医と契約して行なう。なお、病院は、

保健所の付設ともからんで、中央及び地区とも公設・公営がたてまえとなるであろう。

B. 住区保健センターとしての診療所—group practice

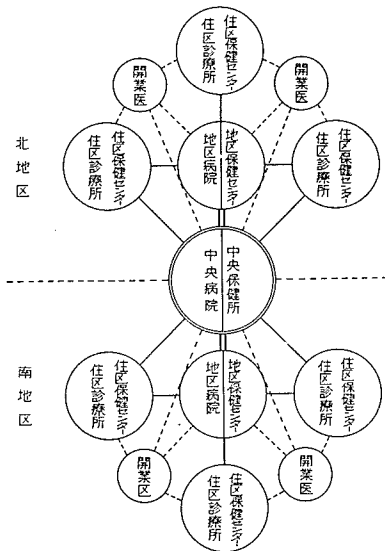
本計画においては、全体として保健予防サービスの向上を指向し、かつその力を全面的に一般臨床医の協力に求めようとしている。一般医が保健予防サービスのうえで果す役割は、前項でふれた如き地区保健センターのクリニックを担当する仕事だけではない。日常診療そのものがいわゆる予防的治療であり、重要疾患の Screening である場合が極めて多い。また、第一線にあつて、常に住民の生活に深い接触をもっているのも一般医である。こういつた一般医の経験、知識、技術をくみ上げ、組織化することが、保健予防サービスを全体として高める要諦である。

しかし、現実にはそれを阻む幾多の要因がある。その主なものを挙げると、第一に、保健予防サービスが労働と技術を基準にして適正に報酬化されていないことである。それは予防接種や校医業務の報酬額を例にとつて見ればわかる。また、医療保険は予防サービスに対する報酬を原則として認めない。次には、自由開業医制度に必然的に伴つておきる過当競争（都市部）、あるいは医師不足（農山村）のために、収入のあがらない、そして時間のかかる保健予防活動などに精を出してはおられないという事情である。第三には、病院、診療所の機能が未分化であることと、過当競争の二つの原因により、一般診療所（その多くが私的）における私的設備投資がかさみ、その償却をはかるためにはもうかる仕事をやらねばならないという悪循環の存在である。

こうみてくるとわかるように、医療施設が同時に良い保健施設であるためには、一般医を、低所得からの恐怖や過当競争から解放し、経営を近代化、合理化することが先決問題となる。ただし、これを現行の医療制度の中で完全な形で行なうことはいくら新都市とはいえ至難のことであろう。しかし、少しでもこの理想に近づく試みとして、group practice という診療と経営の一方式の採用が検討されている。group practice といつても、米国で行なわれているもの⁶⁻⁸⁾と英国のそれ^{9, 10)}とは内容が甚だ異なるのであるが、ここで採り上げてみようというのは後者に類するものである。英国の group practice—つまり英国の Health Center がかなり困難な事情にある最大の原因は、一般の G. P. の協力を得られないところにあるらしいが、それは一般的に見て全くそのままわが国にもあてはまる。だから、一般地域においては、理念は別として実行は極めて困難であろう。よしとり上げら

れたとしても、共同施設の利用による経営の合理化を通じ他に対する競争力を強め、ある場合には診療所の中小病院化の傾向を強めることにしかならない危険がある。これはもちろん group practice の目的とするところではない。

ところで、千里ニュー・タウンにおいては、前述の通り、病院は一般の外来診療を行わず、また入院治療も open にされる。一般医と病院の外来診療をめぐつての競争はこれによつて避けることができる。一般診療所の



第2図 千里ニュー・タウン保健医療施設構成図

開設は建前としては自由であるけれども、実際的には分譲住宅地以外は当初から公の建設計画にのらない限り不可能である。これによつて無政府的な一般診療所の乱立と競争も相当程度緩和できるだろう。

こういう条件——過当競争の排除乃至は緩和——のうえに、さらに公共投資による共同医療施設を計画的に配置し、数人の group に対し契約に基づいてこれを貸与し診療を行なわせる。契約には地区病院における入院治療 (open 化)、付設保健センターにおけるサービスへの服務、予防接種、校医業務などの担当規定、報酬や施設の貸借料などの協約が含まれるであろう。group practice そのものの運営については、上記契約事項以外は全く group 内の自主的な協定に委ねられるが、事務、経理、調剤、従業員の雇傭などは可能な限り共同化することが期待される。一応の試算によれば、このような経営の合理化により、1日当たり約30名の患者(新患及び再診を含

む)を診療するとして一人の医師の平均収入は Net (診療に伴う経費、施設貸借料、人件費などを差引き、診療収入のほか地区病院、保健センターなどでの所得を加えたもの)で7~10万円が見込まれている。ここで医師1人当たりの外来患者を1日30名と見込んだのは、平均50名といわれる現在の外来診療の実状から非常にかけ離れた観があるが、診療内容の向上と、保健サービスへの時間的余裕を作り出すための努力目標である。なお、この住区診療所 group practice は最尖端の保健センターであるから、保健婦による保健指導や、相談業務のための簡単な施設が付設されるべきである。予防接種などもここにおいて住区診療所の医師によつて行なわれる。また、住区診療所は、住区内の一般開業医に対しその器械設備が利用できる道を講じておくこととする。

さて、以上述べた保健・医療施設の構成を模式化して示せば第2図の通りである。

むすび

以上が千里ニュー・タウンにおける保健・医療組織構成のごく大まかな計画である。記述を省略したが、地区病院には保育施設などの福祉施設も付設される構想もある。いずれにしろ、計画の成否は、多大の公共投資(一応の試算によれば、中央病院と中央保健所を除き5億4千万円)と、新しい理念に対する関係者の熱意と協力如何にかかっている。幸い賢明なる計画立案者はわれわれ公衆衛生関係者にも意見を徴する機会を与えられた。医師会関係者も参加する研究グループによつていま案が練られている。どうかそのような、多くの人のチーム・ワークによつて、この構想をより良きものに仕上げ、実行に移したいものである。特に行政当局が、折角の新しい構想を、旧来の法規や制度にしばりつけて殺してしまわないよう英断を望みたい。そして、プエルト・リコやサスカチュアンにおける Regionalization Operation の雄大な構想と実践、英国において Health Center 構想を一徹なまで主張して止まない人々の努力¹¹⁾などを今さらのように思い浮べるのである。

(付記) 本計画に関しては大阪公衆衛生協会に研究班が組織されている。筆者も班員の一人であるが、小文に

関する限り筆者自身の責任にかかるものである。

参考文献

1) 大塩俊介：地域社会としての団地の性格，都市問題研究，第12巻，9号，17頁，昭和35年。2) 中村幸太郎：福祉国家における都市計画，都市問題研究，第11巻，12号，48頁，昭和34年。3) 鈴木成文：団地内中心施設と共同生活に関する研究，日本住宅公団調査研究集4，1頁，昭和35年。4) 東田敏夫・他：団地における生活事情と保健生活施設に関する調査研究，日本公衛誌，第7巻，9号，710頁，昭和35年。5) 吉武泰水・他：医療施設および教育施設の地域構成に関する研究（第2編）大阪府 建築部 住宅計

画課資料，昭和35年。6) 五木田和次郎：保険経済安定策はないか，国民健康保険，第7巻，昭和31年。7) R. E. Rothenberg, et al. : Group Medicine and Health Insurance in Action. Crown Publishers, N. Y., 1949. 8) J. W. Garbarino : Health Plans and Collective Bargaining, Univ. of California Press, 1960. 9) 関梯四郎：英国における Health Center 論争，日本公衛誌，第6巻，1号，5号，昭和34年。10) S. Taylor : Good General Practice, Oxford Univ. Press, 1955. 11) Socialist Medical Association の王立審議会証言記録，医療制度と医師の報酬(3)，阪大公衆衛生資料，昭和35年。

わが国における病院の公衆衛生活動の現況

吉 田 幸 雄*

はじめに

本報告は、昭和34年度厚生科学研究「病院における公衆衛生と医療の連繫方式に関する研究」第一報の概要であり、すでに第10回日本病院学会に発表したものであるが、社会医学研究会の会員にもご参考になるものと思ひ、あえて再度報告させて頂くものである。

I. 研究目的について

いわゆる医療といわれる系統の活動と、公衆衛生の系統の活動とが、互に重複競合して来たことは、世界的傾向である。これは医療の進歩と公衆衛生の発展により、両分野が互にその活動を拡大又は偏向して来た結果である。

わが国においても同様の現象が見られるようになって来たので、公衆衛生及び社会保障の両面の国家的要請から、この両者の競合を合理的に調整し、併せて両分野の活動を、能率的効果的協力態勢に導くべきことが問題になって来た。特に病院機能の発達及び普及の現状から、病院を公衆衛生に協力せしめる必要があるという考えが強まってきた。

それでは、一体病院には何を望むべきかということになるが、本来病院は医療(治療)の中心的機関であるから、その本質を助長しても、まげることはいできない。従つて、病院の持つ機能をより公衆衛生的にならしめる運営の仕方及び技術的問題を解明しなければならない。

そこで、まず日本の病院の現状において、公衆衛生に協力すべき条件が整っていない現況ではあるが、既に公衆衛生的活動が行われている部分があるから、その現状を調査し、(1)公衆衛生活動に必要な要素的診療活動がどの程度日常の診療業務に含むうるのか、(2)そしてそれに対して、どの程度積極的意欲が存在しているのか、(3)それを実施するにいかなる問題が存在するのか、等を調査して、現状を土台として考慮すべき病院と公衆衛生の連

* 病院管理研修所

繫方式方案の現実的資料をえんとしたものである。

次に、この際公衆衛生活動というべきものの内容であるが、これは一般に公衆衛生活動といわれているものすべての活動について調査することにした。即ち本来は、第1表のうち下線を附したものを中心にとり上げるべきであるが、この表のすべての活動全体を対象とし、できるだけ広く関連した活動について集めることにした。

第1表 病院の公衆衛生的活動業務

専門医 Para medical 職員 その組合せ(医療設備)	により	希望した個人 不特定多数人 特定集団 地域住民集団	を対象として
病院内(外来・入院) 病院外	で	通常の診療行為 病院の自発的計画 特定集団の計画 地域計画(保健所)	を通じ
健康の保持増進 疾病予防 早期診療、早期治療 Rehabilitation	に関する活動を 行うこと		

II. 調査方法

調査対象としては、病院としての性格が比較的明であつて、しかも公的性を有する病院を選び、アンケート式により、公衆衛生上取上げられるべき健康問題について、それぞれ、(1)現在行われている実態、(2)それに対する専門医及び院長の意見、(3)実施に伴う障害について調査し、合せて、地域活動として必要な問題である、保健所、医師会、他の病院との連繫の問題について、(1)実態、(2)意見、(3)障害について調査した。

調査日時：昭和34年11月現在。

調査対象：調査対象としては、公的医療機関の外に他の経営主体についても対照として選んだ。規模については、50床以上の一般病院とし、各経営主体については次の抽出方法によつた。

- (1) 国立(厚生省立)病院：基幹病院
- (2) 国立(その他)病院：大学病院を除いた主要病院

第 2 表 回答病院の全国比率

1. 経営主体別	
経営主体別	回答病院比率 (%)
全国	12
国立 (厚生省)	20
国立 (その他)	9
県立	23
市町村立	20
日赤	24
済生会	11
農協	28
社保団体	5
公益法人	13
医療法人	2
会社立	6
その他法人	10

2. 規模別	
規模	比率 (%)
51~99 床	4
100 床以上	10

第 3 表 回答病院の分布

1. 経営主体別		
経営主体	比率 (%)	
国立 (厚生省)	6	54
県立	13	
市立	21	
町村立	14	
日赤	8	46
済生会	2	
農協	11	
公法	7	
その他法人	3	
社保	5	
国立 (その他)	3	
医療法人	2	
計	100	100

2. 規模別	
規模 (床)	比率 (%)
51~100	14
101~200	32
201~300	23
301~400	15
401 以上	15
計	100

第 4 表 調査項目表

	項目	中項目数	小項目数
1	1. 結核 (肺結核)	5	11
2	2. 法定伝染病 (赤痢)	2	6
3	3. 性病 (梅毒)	2	8
4	4. 乳幼児保健	5	30
5	5. 妊産婦保健 6. 優生保護 家族計画	6	23
6	7. 成人病対策	7	21
7	8. 精神衛生 9. Follow-up 10. 訪問看護 11. Rehabilitation	4	20
8	12. 衛生教育 13. 栄養指導 14. 医療社会事業 15. 救急業務 16. 集団検尿管理 17. 附属診療所, 巡回診療	6	19
9	18. 保健所との連携 19. 開業医 " 20. 病院間 " 21. 医療機関整備計画の意見 22. 総括的院長の意見	5	32
	22	42	170

の一部

- (3) 都道府県立病院：県中央病院と思われるもの各県 1, 及び 1/3 無作為抽出
 - (4) 市町村病院：各県毎に 1/3 無作為抽出
 - (5) 日赤病院：1/3 にあたる主要病院抽出
 - (6) 済生会病院：一部主要病院抽出
 - (7) 農協病院：約 40% 作為抽出
 - (8) 社会保険団体立病院：各種主要病院作為抽出
 - (9) 公益法人立病院：大病院の一部作為抽出
 - (10) 医療法人：大病院の一部作為抽出
 - (11) 会社附属病院：一部作為抽出
 - (12) その他の法人立病院：一部大病院作為抽出
- 以上で、455 病院を選出したが、その回答は 279 病院 (61.3%) であつた。

そしてその回答病院の全国比率及び分布は第 2 表、第 3 表の如くである。

調査項目：調査項目は、公衆衛生上問題とすべき対

象、及び活動形態、その他公衆衛生と医療の連繫に必要な問題と院長の意見等、9分類、22大項目、42中項目、170小項目につき調査した。その内訳の概略は第4表の如くである。

III. 調査結果

調査結果の概要を各論的に述べれば、

1) 伝染病予防に関連する活動について

1) 結核(肺結核)に対するもの

i. 結核相談室を設置しているものは僅に8%である。

保健婦をして行わしめているもの5%である。

ii. follow up

組織的に行うものは	11%のみで
保健所に依頼するもの	20%
場合によつて行うもの	45%

iii. Rehabilitation

「病院内で実施」しているものは僅に6%であつて、「他の社会福祉施設と連繫」するものが17%あつた程度である。

大部分は検診を奨めるが(90%)、「検診を当院で行うことを原則とするもの」は20%で、他は「病院の任務でない」、「予算不足」等の理由で積極的に行っていない。

2) 急性伝染病(赤痢)に対するもの

これに対するものとして保菌者対策の態度について調査した。その結果は、

入院を奨めるもの	62%
外来治療	11%
感染予防指導に止る	2%

であつて、意見としては、「保菌者と雖も、これを発見した以上隔離入院加療せよ」というものが圧倒的に多かつた。

そして、保菌者対策の検診については「病院が行うことを原則としている」ものが10%あつたが、大多数は保健所に委せている。

しかし意見として「近年薬剤耐性赤痢菌の出現に鑑み、保菌者又はその家族の検診、治療については、慎重な考慮を払わねばならない」

3) 梅毒

性病に関しては、特に梅毒について、その配偶者並びに子供の検診に対する病院の態度を調査した。

検診を奨める	95%
当院検診が原則	48%

その費用が無料のものが5病院あつた。そして、この検診を願うことは「病院の任務ではない」としているものが28%あつた。即ち、検診の必要性は認めても、現在の制度では、病院が犠牲を払うことに疑問を持つているものが相当あることを示す。

以上の如く、伝染病予防に対する各病院の態度は、意識的には相当強いものがあり、実際にも、相当のものに積極性を認めることができる。現在の障害は、責任分担の不明確、人員の不足に起因して、一般には行いていない。

2) 乳幼児対策に関連するもの

育児相談、乳幼児検診、予防接種、乳幼児生活指導と教育及び未熟児の扱いについて調査した。

小児科は従来から患児のみでなく一般に健康児も取扱つていることは他科と相違するものである。しかるに、今回の調査でも、保健所の計画とは別個に病院独自の活動として行われていることは注目すべきことである。

1) 育児相談

24%の病院が育児相談を一般診療とは区分して、日時を分けて行つている。そしてこの傾向は、相談件数の多い病院程多い。そして1回の相談件数20以上のものは、件数記載のあつた114病院中40病院を数える。最大のものは80名を越しているのがあつた。そしてこの回数には、概して週1回午後開くものが多いが週4回を開くものもあつた。職員構成は、医師、看護婦、保健婦、栄養士等であつて、2人~11人で5人構成が最も多い。その費用負担は、無料で行つているものが40%に達しており、有料の場合も金額は不定で、多くは200円以下という低額である。母子手帳が一般的に利用され、乳菓会社のパンフレットを利用するところが多いが、自製のものを利用するものが44病院あつた。

この事業に対しては、小児科医としては、当然行うべきものとし、院長としては、行うべしという意見が多いが、財源と人手不足、医師会との関係等が障害になつていと訴えている。

即ち、病院の小児科としての活動を充分期待しうるのであるが、病院として行うべき制度が確立していないため、その活動は消極的になつている現況である。

2) 乳幼児集団検診

86%の病院の小児科医が何らかの形で参加しているが病院として計画して行つているものは僅に12病院で、他は市町村その他の計画に参加するものである。

意見としては、保健所との連繫の希望が多く、保健所の計画に小児科医の意見を採用させよとか、その地域の

乳幼児の資料を保健所は知らせよという要望等がある。しかし、一般にいつて、病院の相談事業も充分でないのに、院外活動に参加することは困難であるという意見もあることは注意すべきことである。

3) 予防接種

61% の病院が実施しているが、病院独自で行っているものであつて、一般には保健所及び市町村からの働きかけはない。そしてこの料金もまちまちである。例えば種痘は 19 円以上から 150 円、百日咳は 19 円以上から 385 円等である。これに対しては、保健所で行うべしという意見と病院で行うべしという意見に分れている。

4) 入院乳幼児の生活指導と教育

約 25% の病院が行っているが内容には大きい差がある。このために専門職員を置いているものが 18 病院あつた。

5) 未熟児

140 病院の指定病院があつたが、その中未熟児室を持つものは 112 病院であり、指定病院でなくとも未熟児を収容しうる 92 病院の中、21 病院は未熟児室を有している。

指定病院といつても過半数は保育器所有は 3 台以下である。しかし一日赤病院で 30 台を有するものもあつた。

未熟児の担当医は、指定病院では小児科医、非指定病院では産科医が多い。

未熟児の移送は、指定病院であつても、病院が行うものは半数に達しないが、移送費の裏付けがないためである。

即ち、未熟児の処置にとつては、一貫した方策が望まれる。

小括：要するに、病院における乳幼児の保健指導については、一般に小児科医は積極的意見を存しており、相当活潑化しつつある傾向であるが、未だ病院の独自の見解で行っている。その公衆衛生上の役割は、未熟児対策以外は未だ混沌としておつて、一般には財政的裏付けがなく、保健所と病院の連繫の問題として解決すべき当面の課題である。

3) 妊娠に関連する問題

妊産婦保健指導、優生保護、家族計画について調査した。

1) 妊産婦保健指導

妊産婦のために診察室を特別に設けている病院は 17% であつた。即ち大部分の病院は婦人科患者と共用して、この方面の独立性は未だ少い。

検診項目としては、血清梅毒反応、血圧測定及び検尿は殆んどどの病院が行っているが、胸部のレ線検査を必ず行っている病院は 18% に過ぎない。このことは妊婦検診料に関係する問題であろう。

母親教室を開いて集団的に徹底した指導を行っていると見るものは 47 病院 (18%) であり、規模の大きい程実施率が高く、200 床以上で 30% に行われている。開催回数は月 4 回 (2 回～4 回) が最も多く、1 回の参加人員は 20 人 (10 人～100 人) 位が最も多い。そして、掛図、パンフレット、幻灯、映画等が使用されている。

意見：未だ母親教室を実施していない病院でも、約半数は、財政、人手、設備が都合つき次第実施したいという積極的意見を有し、これは、規模、経営主体に関係しないことは注意すべきことである。しかし、小規模の少数の病院には、反対意見もあつた。

父親教室を開いているものは 1 病院しかなかつた。

入院中の産褥婦指導は 88% の病院が行っていると答えたが、一定の計画によつて実行しているものは 36 病院に過ぎなかつた。これが行いえない理由の大部分は矢張り人手不足、設備の不備、予算不足である。

2) 優生保護相談所を設置していると答えたものは 26 病院であつた。

3) 家族計画

一般外来とは別けて行っているものは 23 病院であり、他は一般患者の中で指導されている。そして、婦人科医と助産婦の協同指導であり、相談日は 1 ヶ月 2～8 回、4 回が大多数で、平均 1 回 5～20 人であつた。相談料を徴収するものは 21 病院のみで大体 50～100 円のものが多いであつた。行わない病院の理由は人手不足、設備不備、予算不足である。

不妊相談を行っているものは 60% にあつた。

小括：この方面は、日常の診療に関連する問題であるので、その実施と熱意は相当のものが見られるが病院として婦人科診療の片手間の観あり、その方策について全国の見解不統一、又財源の問題であつて思うように発展し切れていない。

4) 成人病対策

人間ドック、簡易ドック (通院健康診断)、癌センター、高血圧センター、糖尿病センター、歯科検診について調査した。

1) 人間ドック

実施病院は 90 病院 (32%) に達し、規模の増大する程多く 300～400 床では半数、400 床以上の病院では、42 病院中、39 病院が実施している。経営主体では、日

赤、市立、国立(厚)が過半数に実施している。

2) 簡易ドック(通院ドック)

28.6%に実施され、100床以下の病院でも19%が行っている。

3) 癌センター

実施率は8.5%で少い。但し、200床以下のものにも3病院あつた。

4) 高血圧センターの実施率は13.9%で200床以下にはない。半数は400床以上である。

5) 糖尿病センターの実施病院は僅に4病院に過ぎない。

6) 歯科検診組織を持つものも4病院に過ぎなかつた。

意見：人間ドック非実施病院の半数は実施を希望している。

小括：以上成人病対策に対する実施は、歯科検診通院ドックを除いては、大病院程実施率が非常に高い。そして規模の小さいものは実際には実施人員が実に少く、中には0のものさえある。例えば、各規模階層の月間最大取扱数は、100床以下では2人、200床以下6人、300床以下10人、400床以下40人、400床以上90人となつている。即ち、成人病対策は、病院の機能と意欲、立地条件、被検者の負担能力等が関係するものと思われる。そして経営主体別には関係していない。

5) 精神病対策

精神科医の常勤する施設は少く僅に12.9%にすぎない。従つて一般病院では精神病の治療、精神衛生相談もせまい範囲にしか行われていない。

一般患者に対する精神科医の活用についての院長の認識は概して消極的である。精神病棟を存しない病院で精神科を開いてはならないという指導のあつた保健所のあることが報告されている。

6) 退院患者の follow up

癌、リウマチ、未熟児の follow up について調査、病院が自主的に行つているもの14.7%、要請のあつた場合行うもの34.1%であつた。行われぬ理由は、人手不足、予算不足、病院の任務でない等であり、実施の方法は、定期的来院が最も多く、次に郵便で尋ねるもの20病院、職員の訪問は僅に7病院に過ぎない。規模、経営主体には余り関係がない。

意見：病院が行わねばならないと答えたものは約半数であるが、病院の任務ではないと答えている病院も1/4にあつた。実施に対する理由はいろいろであり、医療完成上当然論の外、在院日数短縮のため、医学研究等あ

り、反対論には、病院の責任でないという消極論の外、経済的理由、または家庭医委託論等がある。

考察：病院の専門医師が、患者のために、長期間の治療計画をたてて、積極的に追求指導して行くと見られるものは少いものようである。

7) 訪問看護

病院の自主体的活動として、家庭にいる慢性疾患の患者に対して、病院の看護婦が訪問看護を行う病院は5病院(県立、日赤、農協、公益法人、会社それぞれ1)に過ぎなかつた。

訪問看護を行う職員は、保健婦で、医師の加わることもある。そしてこの内の4病院は、訪問看護を組織化し、保健婦を3~5人存し、1ヵ月訪問件数は10~239件である。

意見：「病院が行わねばならぬ」は18.3%で少い。しかし「開業医との関係でやりたくともできぬ」というものが8.6%あることは注目すべきことである。そして無記入は51.6%であり、「病院の責任業務でない」という意見が21.5%の多数にあつた。ある院長の意見として「訪問看護をすることにより、退院患者の取扱が徹底するばかりでなく、慢性疾患が無意味に病床を占領するのを避けることができる」といつている。

小括：訪問看護に対する意見がまちまちであるが、要は、この必要性に対する認識の低調と、制度上の不明確さが不活潑ならしめている原因であると思う。既に組織的に行つている病院の意見からすれば、大いに検討すべき問題である。

8) Rehabilitation

身体障害者の Rehabilitation, 言語発生療法, 職能療法について調査した結果は、極く一部の病院即ち、それぞれ12, 6, 2の病院で行われているに過ぎない。そしてこれは、主として労災病院等であり、診療報酬に対する不備が指摘された。それと同様に、このことはすべての病院で行うことは不可能であるから、一定地域を受け持つ特殊なレハビリテーション医療網を作ることが必要と思われる。

9) 衛生教育

1) 入院患者と家族の衛生教育

積極的教育を行う組織を有するもの	7%
退院患者に諸注意を与える組織を有するもの	87.3%
入院患者衛生教育のための新聞発行	7.6%
面会人の子供を預る部屋を有するもの	9.0%

2) 外来患者と家族の衛生教育

衛生教育展示室を有するもの	9.8%
" 壁展示	51.0%
パンフレット	25.6%
栄養士参加による栄養指導	20.0%
栄養指導資料展示	23.2%
3) 民衆の衛生教育	
当地域社会に対し	22.4%
特定集団 " "	50.2%
保健所に協力	62.9%
マス・コミに参加	6.2%
ときたま参加	44.4%

小括：病院における衛生教育の効果は非常に大きいものであるに不拘、独自に行っているものについては、その実施は、大病院程やや多いが、概して 20% 位の病院にしか行われていない。そしてこれに対しては大多数の病院長が賛成であるが、財政的不足と人員不足が大きな障害をなしているという。衛生教育は保健所にまかせるべきであるとしたものは極く少数であつたが、しかし、医師会が誤解するという意見もあつた。しかしこれらは院外活動を指すものであるから、院内の衛生教育については、僅ながらの予算的措置があれば、あとは頭の切りかえで行いうるものであることを思えば、この事業に対する認識の低調といわざるをえないであろう。

10) 医療社会事業

適正な医療を行うために必要な近代病院の機能の一つである。そしてこの事業によつて、適切な治療が行われる。この事業を実施している病院は、50~100床(21.6%)、101~200床(29.8%)、201~300床(48.3%)、301~400床(75.0%)、401床~(76.3%)、平均 43.7% に実施されている。この普及率は欣ばしい現象ではあるが、専任職員を置くものはその 58.3% である。

即ち、全病院の 23% に相当するものである。そして実施病院の経営主体別の傾向は、赤十字、国立(厚)、済生会、公益法人、その他の法人が 70% 以上、県立社保が 50% 前後であるに不拘、町村立、市立は 15% 以下であることは、経営主体自身の認識の差位を示すものである。

そしてこの機能は、保健所でも行うことになつては、多くの実施病院の増大による体験により、これを統合して公共化し、その組織網を作る段階に立至つたと考えるべきではなからうか。

11) 救急室業務

救急患者の取扱いとは従来は一般診療の片手間に行つて

がある。特に近時交通事故の急増に対して、この制度の確立がせまられている。この調査結果は、

救急室を有するものは 31.1% に過ぎない。そして人員構成のあるものは 25.4% に過ぎない。400 床以上の大病院であつても救急室を有するものは 58.9% に過ぎない。そして 201~300 床の中都市病院では 33.3% である。そして経営主体で見ると、国立(厚) (57.1%)、県立(34.3%)、市立(18.9%)、町村立(5.0%) であつて、地方公共団体立のものでも極めて低調である。このことは、病院が採算に当り、本来の公共的使命を忘却しているのではないかと疑うものである。

京都第二日赤が救急病院である分院を有することは注目に価する。

そして、救急患者の取扱い数を報告しえたものは、救急室が独立している病院のみであつたことから考え、他の病院の救急患者の取扱いがいかなるものであるか不安にならざるをえない。

12) 健康管理

1) 病院職員の健康管理

- i. 定期健康診断の結果を本人に知らせる程度のも
のは 39.7%
- ii. 判定に即応して健康上の世話を積極的に行うも
の 60.3% であつた。

即ち、病院職員の健康管理さえ積極的にできないということには、本質的に管理上又は財政上の理由があるのではなからうか。

- iii. 放射線関係職員の健康管理も大部分の病院が不
充分である。

2) 特定集団の健康管理

特定の関係団体と思うが、特定集団の健康管理を受け持つ病院が 48% もあつた。

13) 附属診療所、巡回診療

- 1) 33.8% の病院が附属診療所を有しており、半数は常勤医師あり、半数は出張診療所である。

そして、会社立(71.4%)、医療法人(50.0%)、町村立(44.4%)、済生会(40.0%)、市立(38.4%)、県立(34.4%) に多い。

その理由は、町村合併によるもの、医療の普及である。

2) 巡回診療

37.4% の病院が巡回診療を行つていて規模には殆ど関係ない。市町立は概して少く(28.2%)、日赤、済生会、農協に多い。

3) 祭典等の救護班

約半数(47.1%)の病院が臨時救護班を出している。

14) 他の機関との連繫

1) 保健所との連繫

公衆衛生活動の中心機関は保健所である。従つてその地域の公衆衛生活動は、保健所と連繫することによりその活動は本格的と考えるべきである。

そこで一般に両者の協力が行われるべき問題について調査した。

- i. 保健所から奨められて来院する患者が殆んどないというものが 21.5% ある。
- ii. 病院から保健婦の家庭訪問を依頼することは殆んどないというものが 53.6%。
- iii. 医療社会事業についても 55.2%。

そしてこれは病院の規模に関係ない。

このことから、両者の機能が生かされていないものが相当数あることが解る。

- iv. 定期的連絡会を行うもの僅に 20 病院で、不定期開催を加えても 23% に過ぎない。

即ち、病院と保健所が地域の公衆衛生のために、協議することが大切であるに拘り、3/4 以上の病院は、そのような機会を持たない。

v. そして、衛生統計の情報が殆ど伝達されないものが 31.7%、病院から資料を送らないものが 70% であつて、情報交換は不活潑である。

vi. しかるに、病院医師が保健所に兼務するものは 31% に達し、201~300 床では 47% の病院の職員が何らかの業務を兼ねており、技術援助として、50% の病院が、たとえば結核審査委員、乳幼児検診に 40% 等保健所の要請に病院の専門医が多数協力せしめられている。

そして院長の意見としては、現状においては保健所との連繫は悪い。これは、病院側にも問題があるが、保健所が病院の活動を利用する認識が低い。保健所と病院はより連繫を密にすべしという意見が多かつた。

これを経営主体別に連繫の傾向を見るならば、県立が最もよく、それに次いで、日赤、済生会がよい。国立病院、社会保険が概して悪いことは注意すべきことである。

2) 開業医との連繫

i. 一般関係

この関係は過半数は良好と答え、他は殆んど問題なしと答えておつて、対立関係にあると答えたものは極く一部である。経営主体別には、県立、日赤、済生会医療法人がよく、他は可もなし不可もなしのようである。

- ii. 開業医からの紹介患者及び検査依頼

この関係は、規模が増大する程多くなり、特に 200 床以上においては過半数が「多い」と答えている。特に検査依頼は 200 床以下では格段に少くなる。そして、経営主体では、日赤、済生会、社会保険病院が多く、国立、県立、市立がより少い。即ち、官公立病院よりも、他の公的の大病院の方が開業医には親しみ易い傾向にあるようである。

約 80% の病院は、紹介患者について開業医に報告し、退院後は開業医に戻す方針をとつている。そしてこの努力は、日赤、済生会、公益法人が多く、官公立が概してより少い。

開業医が病院内で手術を行いうる病院は僅に 6% であつて規模に関係しないが、病院の行事に参加せしめる病院は 27% であつて、大病院ほどその傾向がある。開業医の再教育の計画を持つているものは僅に 11 病院に過ぎなかつた。

意見：open 説 (10)、semi-open 説 (5) は意外に少く、概して現状改善説であつて、病院は入院、開業医は外来診療を主とすべしという分業説 (33) が絶対多く、検査施設の開放 (14)、開業医のサービス機関 (5)、診療上の連繫強化 (16)、開業医を同僚視すること (4) など連繫の病院がわの心構えの改善を説き、この相互協力を生むために医師会、又は病院主催の会合を通じ両者の意志疎通を計れ (42) という意見が多かつた。しかし現状では互にその暇がないから、医療費を引上げて (3) 時間の余裕を持たせるべきであるとしている。

そして反対にこれらが実現できない理由としては、open のできないのは開業医の心がまえがない (1)、現行診療報酬の不備 (3) が上げられ、互の協力がえられないのは、感情の対立 (13)、診療に追われ過ぎて (6)、経営上互に対立せざるをえない (14) 等があり、その他、小病院では実力の不足 (5) 医師会と病院協会の不和、甲乙二本建制度を理由としたものも (1) あつた。

要するに、現行制度においては医療費が少いため、互に協力する条件に置かれていないということのようである。

3) 他病院との協力

i. 診療上の協力

約 40% の病院が、大学病院、特殊病院、他の大病院の協力をえている。

- ii. 他病院からの紹介患者は「多い」ものが全体の 14% で大病院程多い。

- iii. 病院間医師の兼任は全体で 17% 会社、済生会、県立が概して多い。

iv. 研究、教育の協力は 30% で、概して大病院ほど多く、同系統で行われている。

v. 物資共同購入は、5% で、同一系統で、薬品、フィルムが購入されている程度である。

考察：病院間の協力は、余り活潑には行われていない、少くとも地域性は少ない。

15) 総合的な院長の意見

1) 病院の公衆衛生活動の限界

積極説、穏当説、消極説に分けて意見を聴取した結果は、

積極説：「病院は診療のみならず、できるだけ公衆衛生活動に手をのばすべきである」33%

穏当説：「病院は診療に関連のある限度において公衆衛生活動を行うべきと考える」43%

消極説：「病院は診療活動に専念し、公衆衛生活動はできるだけ保健所等の他の機関にまかすべきであると考える」17%

という結果になった。そして、その三者の傾向は規模に関係がない。

即ち、病院長としては、病院は公衆衛生活動に手を伸ばすべきであるという意見が絶対的である。但し 17% の消極説があることは、病院が公衆衛生活動を行う場合は、その条件をよく考慮すべきものであつて、慎重に行わねばならないという警告と受取るべきであろう。

2) 専門医の技術的参加の一般的意見

そして、公衆衛生活動を病院が行う場合には、主として診療に関連のものに限られるであろうし、また専門医は公衆衛生計画立案に参画することが考えられる。従つて、これらの問題について一般的意見を求めた結果、58% の病院がそれに答えた。但し、その内容はその条件が設定されていないために、現実論と理想論とが述べられた。これらを総合して、以下総合的に概述すれば、「一般に専門医が技術的立場からどのように公衆衛生活動に参加したらよいか」という質問に対する院長の意見は次の如くである。「現状の如く、病院が診療に追われている現況のままでは、仲々いへくして行い難い。しかし、財政的に公費の裏付け又は保険が予防給付をするならば、日常の診療としてこれを取り上げて行けるだろう。できれば、病院内に保健所の予防的診療部を設置し、それに病院の専門医が兼任することにより、保健所の所在地域ばかりでなく、広く管内でこの活動が行いえるようになるべきである。

なお、保健所と病院と医師会の系統的協力組織を作り、三者がその機能を分担することによつて、病院の専

門医の活動はし易くなる。この場合保健所長は、より積極的に専門医の参画を求め、管内の疾病予防、保健指導の計画の内容を充実し、地域医療機関の活動の促進をうながすべきである。

専門医の実地活動としては、(1)民衆の衛生教育、(2)管内医師、保健婦の教育、(3)結核、伝染病、母子衛生、優生保護、成人病、癌等の早期診断早期指導等を病院内の組織として行うか、特に予防診療部門を確立して実施する」

3) 医療機関整備計画に対する意見

医療機関整備計画によつて、病院の配置を適正化するために「国が医療機関の配置計画をつくることに対する院長の意見」を徴したところ、70% の病院長から意見がよせられた。

その意見を総合すれば次の如くである。

「病院が都市に集中していく現状からして国が計画することは必要である。しかしそれには充分各種の条件（開業医の圧迫、既設の病院の診療圏）を考慮し、かつ地元の見解を充分聞いて計画すべきで、決して机上プランであつてはならない。なお現在の病院でも再編成あるいは配置換えを考慮する面もある。公的のみならず、私的機関の調整も考慮をすべきではなからうか。」

「整備後は、地域で官民が協力し、各機関が連繫し合うように運営される方法を計画的に考慮しなければならない、立地上必要で、しかも経営が困難のもの、あるいは質的に確保上必要なものには、国の財政的援助がなされなければならない。また医師及び Para medical の職員の配置が行渡る施策も平行して講ぜられるべきである。」

「公医にはもつと自由性を与え、国又は県は、各公的病院を監督するばかりでなく、医療が向上するようその運営を指導すべきである。」

「Opensystem は、公私協力の一つの方法として考慮すべきである。」

以上のように、整備計画には賛成であるが、実情に即した配置計画であつて、しかも各医療機関が地域的に連繫できる且つ正しく運営される方策を併せて考慮することが要望されている。

4) その他病院の公衆衛生活動に対する院長の意見

前述のもの外、更に「その他病院の公衆衛生活動に対する院長の意見を自由に書くよう」求めたところ、多数の意見あり、その中特に参考となるもの 73 の各種意見をうることができた。

その傾向を概括すれば「病院の公衆衛生活動は賛成で

あるが、病院と開業医と保健所の三者の分担が確立し、且つ財政的裏付けが必要である。予防的診療部門の中、少くとも、成人病、癌、高血圧等、保健所では不可能なものは病院の予防診療部門に委すべし、全部の病院に行わしめることが不可能ならば、公立病院だけにでも法的財政的裏付けを与えてその機能となすべし」という意見が多かつた。

「保健所を行う予防的診療部門を病院内におく」ことの賛否を尋ねたところ賛成 36%、反対 15%、意見なし 44% であつた。

即ち、半数が意見があり、その 2/3 は賛成であつた。そして賛成と反対も規模別では傾向がなかつた。経営主体別では、公的機関は概して賛成が多く、私的機関は余り賛成でない。

県立は賛成が多いが、市立は賛成が少いことは、保健所との関係を物語るのではなからうか。

1V. 結 語

1. 全国的な 279 の 50 床以上一般病院について、公衆衛生活動に関連した業態と病院側の意見

を調査した。

2. わが国の一部の病院は、すでに公衆衛生的活動を開始している。

3. 病院長の大部分は、病院が公衆衛生活動に参加することに賛成している。

4. 但し、現状では、制度上、財政上、幾多の障害が存在し、このままで行なうことは、病院の犠牲が大きければかりで、永続性が疑わしく、混乱を恐れる。

5. 非常に多数の病院長から、医療と公衆衛生の連繫に関する建設的意見の開陳をうることができた。

V. おわりに

本調査の詳論については、分担研究者から、他の機会に発表があるはずである。

本調査に協力を賜つた回答病院に深甚の謝意を表する次第である。

医療制度と医師の報酬

—英国国民保健事業における医師の報酬をめぐる—

木 村 慶*

いわゆる国民皆保険の実施も近く、これに伴って医療制度の全面的な再検討は必至の趨勢にある。中でも医師に対する報酬支払制度の問題はその中心課題であるにもかかわらず、影響するところが余りに大きいため未だ根本的な検討が加えられるには至っていない。

戦後新しい医療保障制度の体系が整備される過程を遡つてみても、報酬支払制度の改革を当然前提としなければならない問題が次々ととりあげられていながら、かんじんの支払制度には手がつけられていない。例えば昭和 23 年に発表された米国社会保障制度調査団報告書は、今後の健康保険制度推進のために医療費支払方式の問題が重要であることを指摘している。そして現行診療単位料金支払制度を批判して、それに代るものとして人頭割支払制、俸給制の二つをとりあげそれぞれの難点を述べ、結論としては、条件が整っており特に地方医師からの協力が十分ある地域において人頭割を実際に実験し、実行可能性があれば直ちにこれを実施することを勧告している。このようになりに具体的な勧告が行なわれたにもかかわらず、その後の医療保障に関する各種審議会・委員会のこの問題のとりあげ方は、現行出来高払制の非は認めながらも当面はやむを得ないという不徹底なものにおわつており、これまでついに 1 つの実験も行なわれず、部分的修正以外の変革も企てられなかつた。

ところが、物と技術を分離するという新医療費体系、甲乙 2 表をめぐる議論は、診療報酬にお

ける技術評価の問題をひき出している。また最近では、理論的にも現実的にも慎重な吟味が行なわれないままに差額徴収論が表面化しつつある。専門医制度が報酬問題と切り離せないこともいうまでもない。また病院・診療所の機能分化を論じようとすれば、必然的に報酬制度に論及せざるをえないことも 5 人委員最終報告にその例をみる通りである。また、一般開業医の将来の機能として予防活動が期待されるのであるが、現在いわゆる開業医の公衆衛生活動に支払われている貧弱な報酬に対して適正な報酬が要求されており、従来保険診療の枠外のこのような医師に対する公的報酬が今後はさらに増えてくることが予想される。

目を勤務医師に転ずると、病院の増加、新規開業の困難さはその数を増し、定着性を強めており、それとともにここでも待遇に対する不満が増大してきている。ところが現在の勤務医師に対する報酬は、中小病院では需要と供給の関係から無原則的にきめられているようであるし、官公立やそれに準ずる大病院では一般公務員ベースにわずかの手直しをしたにすぎない医療職俸給表を基本に便宜的にきめられている現状である。ここには医師の報酬に対する原則というものはない。現在開業医から出されている報酬に対する主張は、医療経営を通じ採算しうる経営費と、医師たるの生活水準とを保障しうるものという 2 つの因子からなっている。現在の医療の形態からいつて当然のことではあるが、開業医の収入、とくに経営経費を差引いた純粋な意味での開業医師の適正報酬を論じ難くする事情がここにある。勤務医の場合に

* 大阪大学医学部公衆衛生学教室

はじめて、経営費と切り離して医師という専門職の報酬がとりあげられその原則の追求も容易になる。勤務医師の間に正当な報酬に対する要求が広がり高まることは、従来の診療報酬論争の枠をこえた新しい論争を呼ぶであろう。

これらの様々な要因の発展は、医師に対する報酬の問題をこれまでのように回避することを許さなくなり、やがては根本的な再検討が迫られるに違いない。また実際それが行なわれなければ、総合的な保健医療計画の構想をたてることはできないであろう。

このような見透しのもとに、われわれは医療制度と医師の報酬に関する研究に着手した。研究の対象としてまずとりあげたのは英国 National Health Service (N.H.S.) における医師の報酬問題である。英国をとりあげた理由としては、1948年以來いわゆる Comprehensive Health Serviceとして保健と医療の結合をはかろうとする N.H.S. があり、病院と一般医とがそれぞれの機能を分化させながら一方でその提携と統一がはかられていること、家庭医としての一般医にわが国の開業医と一面相通ずる性格があること、医師の数や人口比もわが国と似たようなレベルにあり比較がしやすいこと、さらに、これは実際の研究に際して重要なことであるが、大量の政府刊行物をはじめ詳しい事情を知りうるドキュメントが豊富で資料が得やすいこと、などをあげることができる。なお従来から N.H.S. についての紹介は多いのであるが、その多くが概念的な制度の紹介や断片的な医師の反応を紹介しているにすぎず、National Health Insurance (N.H.I.) 時代にその源を求めねばならない英国医師の N.H.S. 成立時の反応や、病院上級専門医をはじめ医師層内部のいろいろな階層の動きなど、制度と医師の間の相互作用を明らかにするような紹介は行なわれていないようである。英国という歴史も伝

統も異つた国で進行した医療の社会化の経験から、わが国の将来を考えるのに役立つ教訓をつかみ出そうとするには、そのような点を具体的に説明することがどうしても必要である。

われわれはこのような考えから、Royal Commission on Doctors' and Dentists' Remunerationのすべての公聴会記録、行政当局・各種医師団体の提出した資料を材料に詳細な検討をすすめることにした。この Royal Commission は1957年3月、当時極めて困難な事態におちいつていた N.H.S. にたずさわる医師・歯科医師の報酬問題に打開の途をひらくため設けられ、本年2月その最終報告を発表するまで次の3点の諮問事項をめぐって3年に近い審議が行なわれている。

1) N.H.S. にたずさわる医師・歯科医師の報酬は、他の専門的職業、他の医師や歯科医師および関連職業にあるものの報酬にくらべていかなる状態にあるか。

2) 1) の事情にてらして、N.H.S. にたずさわる医師および歯科医師の報酬は当面どのくらいが適当か。

3) 報酬について、今後も検討を続けるため何らかの措置が必要かどうか。若し必要とすればそれはどうすべきか。

以下、わが国の現状にも眼を転じながら、英国における医師の報酬の特長点の幾つかを解説的に述べることにする。

第1に、医師の報酬はどのようなプリンシプルによつて決定されているかという問題である。N.H.S. 発足を前にして Spens 委員会が設けられ、医師に対する適正報酬額を勧告するよう諮問されたのであるが、この委員会報告書の立論のし方はわれわれからみるとまことに特長的である。即ち、医師の報酬はその社会的・経済的地位にふさわしいものであり、将来医師志望者に有能な人材をひきつけうるものである必要がある。もしこ

れが充たされなければ英国の医学・医療の水準は低下してしまうであろう。これが英国における医師の報酬に関するプリンシプルである。しかもこの主張は英国医師会が要求の論拠としてしばしば用いるところであり、この勧告もおそらく医師会の主張をそのまま取り入れたものと考えてよい。今回の Royal Commission でもこの原則は貫かれており、他の専門職種との比較調査を行なつてその額が勧告されている。

わが国の現状はさきにも触れた通りであつて、現行の国家公務員医療職俸給表が医師の特質を考慮した何らかの原則に基づいてきめられたとは考えられない。一方開業医の場合には下からの積上げでなく医療費総枠がきめられ、個々の医師の純収入も経営経費が未整理なままで明確にされていない。

第 2 に、俸給制に対する英国医師の態度である。Health Service のすべての従事者は常勤俸給制で勤務すべきであるという主張が、Socialist Medical Association (労働党に所属し、労働党の N. H. S. 構想の原案作成に当つた。詳細は文献 3 を参照) によつて、1930 年代の初めから一貫してなされている。かれらが提唱する一般医の俸給制は、これまた初めからの主張である Health Center 構想の実現を前提としている。即ち、数人の一般医の Group Practice を組織してそれに地方保健当局の公衆衛生サービスを加え、文字通り地域における保健医療のセンターとしての機能を果すものが Health Center であり、一般医はそこで俸給をえて一般医サービスに従事する。これがその構想である。しかし、このような考えに対して英国医師会の主流は抵抗を示し続けている。但し一般医のすべてがそういう構想に反対しているのではなく、英国医師会が 1944 年、労働党政府の発表した N. H. S. 白書にもられた構想について会員を対象に調査を行なつたところ、顧問医の 7 割、一般医の 5 割以上が Health

Center における俸給制に賛成し、医師会幹部をむしろ当惑させたというようなこともあつた。しかしとも角現在のところ Health Center においても俸給制はとられておらず、そこで働く一般医も人頭割報酬を受けている。

俸給制反対の根拠は 2 つある。1 つは医師の自由業たる特質を強調し、官僚に雇用され自由を束縛されることに対する反対であり、他の 1 つは、無味乾燥な平均化された報酬は医師から意欲を奪つてしまうという反対である。これらのおそれは、長い間地方保健当局に雇用されてきた、公立病院の医官や衛生行政医官の地位の低さや無気力さこそ、雇われ医師のすがただというイメージが染みついているの由来すると考えることができる(文献 6 Eckstein の著書を参照)。後に述べる顧問医の非常勤制や功績給、一般医の Differential Payment などはすべて俸給制への抵抗の生み出したものである。

第 3 に、一般医と病院専門医との報酬の関係はどうか。現在一般医の報酬支払の根幹をなしている人頭割支払方式は N. H. I. 時代からすでに行なわれていた。それに反して専門医は、当時の公立病院(救貧法による結核・精神病・慢性疾患病院)に常勤俸給制で働く専門医官と、すべての収入は私費患者からえて顧問医として働く Voluntary Hospital からは俸給を受取らない当時のいわゆる顧問医との 2 群に分れていた。ところが N. H. I. 時代にはその給付から除外されていた専門医サービスを誰でもどこでも利用できるようにすることが新しい N. H. S. の重要な目標となり、専ら私的診療に依存していた顧問医を何としても公的サービスにひき入れねばならなくなつた。かくしてこれらの顧問医は、既得権として私的診療を続け、その上 N. H. S. 病院内に国費で設けられた私費病床 (pay-bed) を私的患者の診療に利用したり、功績給受給、本俸算定法、所要経費の支給、往診手当、所得税控除、年金等々、数々の

点で特典を保証される非常勤顧問医として N. H. S. に協力するに至つたのである。

このことはかつての公立病院医官である常勤顧問医の不満を大きくすると同時に、当然一般医をも刺激したであろう。Spens 委員会も専門医に対する一般医の地位の低下を憂え、その報酬を N. H. I. 時代より引上げを勧告した。しかしその勧告は政府によつて完全には受け入れられなかつたため、一般医は大きな不満を抱いたまま N. H. S. に参加し、交渉はさらに続けられたのである。この交渉が 1952 年、Danckwerts 裁定による増額によつて一段落すると、今度は顧問医の側から一般医とのバランスが破れたとして俸給引上げ要求が出され、1954 年には病院勤務医の俸給が増額されるに至つている。

かくして 1960 年 Royal Commission の報告が行われた当時の一般医の平均純収入は 2,333 ポンド（一方顧問医は最高 5,885 ポンド、(2,500 ポンドの功績給を含む)、最低 2,293 ポンドとなつていたが、勧告の結論も病院勤務医と一般医との差は概ねこれ位でよいと述べている。この一般医の純収入額は理論的な平均値であり、しかも私的診療による見積り収入を含んでいるので、直接これを顧問医の俸給と比較することはできないのであるが、専門医の収入が一般医を上まわることはずたしかであろう。俸給以外にかなりの私的診療収入のある非常勤顧問医についてはなおさらである。ひるがえつてわが国では、勤務医の俸給は著しく低く、開業医との差がかなり大きいようであるが、そのことに対する真剣な対策は考えられていない。両者の報酬のバランスをどのように保つべきかという課題を、将来も 2 つの分野の医療の質と結びつけて論じようとすることも行なわれてはいない。

第 4 に、報酬問題の交渉に当る医師の組織の問題である。英国の一般医は General Medical Services Committee、顧問医は Central Con-

sultants and Specialists Committee という交渉団体を持ち、それぞれが Monopoly Employer と呼ばれるように一本にしぼられた国を相手に交渉を行なつているこれらの Committee は組織上は英国医師会とは分れているが、実際はわが国の保険医会のように不即不離の関係にあり、一般医、勤務医ともに英国医師会に統合されて交渉に当ると考えてよい。しかし N. H. I. 時代には報酬の交渉が必要だつたのは一般医だけであり、専門医は本来雇用されてはおらず、それぞれの学会 (Royal Colleges) をもつだけで十分であつた。各医学会の代表者からなる Joint Consultants Committee ができたのは 1948 年であり、それとともに英国医師会も一般医中心から、一般医・専門医を 2 本の柱とする組織に発展したのである。

わが国においては事情は全く異なる。何よりも交渉相手が 1 本ではない。大きく開業医、勤務医に分れ、前者も、健康保険法改正とか一点単価、点数表、あるいは国庫負担などの交渉相手は国であつても、直接診療報酬を支払うのは種々雑多な保険者である。勤務医の場合には国から個々の病院に至るこれまた様々な経営者が交渉相手である。一方医師の組織をみるに、開業医を代表していることはたしかな日本医師会も、勤務医の待遇問題には殆ど関与しない。組織のたてまえとしてはそうではなく、勤務医の代議員も選出されているというものの、現実に勤務医は交渉のための組織をもつていない。僅か一部が、病院毎のあるいは同一経営主体の病院群毎の労働組合を通じて、要求を出し交渉しているという状況である。開業医の場合にも、国保となると相手は地方自治体毎に分断され、交渉に当る医師の側も地方医師会に分れ弱まるという現状にある。なお、交渉の場やそのしくみについてもわが国と比較して興味深いものがあるが、これについては別の機会に譲りたい。

最後に、個々の医師の報酬の差をどのようにし

てつけるかの問題がある。前述したように俸給制の欠陥である平均化を排して報わらべき人を正当に評価し、単調な年次昇給制の生み出す無気力さを防ぐために、N. H. S. が顧問医の付加報酬支払方法として採用しているのが功績給制度である。簡単にいうと、顧問医の普通の年次昇給は一定額で頭打ちとし、それ以上の昇給は第1級の顧問医からなる審査委員会の選定した一部の者に限つて功績給を支給するという形で行なうのである。その額は今回の Royal Commission の勧告によると、最高4,000ポンド、最低750ポンドの4クラスであるが、年次昇給の最高額が3,900ポンドであるのにくらべ非常に高額である。その受給者は Spens 勧告によると「研究その他の分野における医学への特別な貢献、例外的な才能、卓越した専門的業績（管理的なものを除く）」をもつ顧問医とされている。この制度に対しては、受給者選定の秘密性、不明朗さを非難する強い批判があり、人に対してでなくポストにともなう責任手当制に代えよという主張があるが、顧問医の主流はそのような批判を退け、将来も維持すべきすぐれた制度であるとしている。その選定規準に難しさのあることは想像に難くないが、行政職公務員に準ずる職階制俸給表におし込められて、管理業務の有無にかかわらず管理職手当を支給する以外に道のないわが国の勤務医俸給体系には、大いに検討の余地あることを示唆するものである。

一般医に対するこのような制度はこれまでは行なわれていなかった。一般医の間でも、専門医に対比しうる何らかの付加報酬制度の必要が主張され

ていた反面、一方では、一般医の場合には優劣判定が難しい、一般医相互の間に不信をもちこみ協調を乱すなどという理由から、それに反対する見解が出されていた。ところが Royal Commission は、顧問医の功績給に対応する Differential Payment を導入することを勧告したのである。均等化する登録患者数のため、人頭割報酬が事実上俸給制に変わりなくなつてしまうことの弊害を防ぐため、というのがその理由である。俸給制とか報酬の平均化に対する強い抵抗がうかがえる。

以上わが国の現状に照らして興味のある5つの点について紹介を試みた。もちろん現在の研究段階で結論的な見解に達しえないことは明らかであり、さらに広い角度から検討を加えるべく現在なお研究を続けている。紙数の関係上説明の足りぬところが多かつたが詳細は下記文献を参照されたい。

文 献

- 1) 大阪大学公衆衛生学教室：医療制度と医師の報酬 1. 英国国民保健事業における病院勤務医師の報酬，1960年6月。 2) 同 2. 英国国民保健事業における一般医の報酬，1960年7月。 3) 同 3. 英国国民保健事業における医師の報酬，王立審議会証言記録 Socialist Medical Association, Whole-Time Consultants Association, 1960年10月。 4) 大阪公衆衛生協会医療保障部会：部会記録 No. 2., 研究会「英国における医師の報酬問題をめぐつて」，1960年6月。 5) 関梯四郎：医療の社会化と医師，公衆衛生，24(9)，昭35。 6) Eckstein, H. : The English Health Service Its Origin, Structure, and Achievements., London, 1958.

社会医学研究会創立総会

日 時 昭和 35 年 7 月 29 日
場 所 日本都市センター

創立総会次第

1. 開会挨拶
1. 議長選出
1. 経過報告
1. 会則審議
1. 世話人選出
1. 会計報告
1. 昭和 35 年度予算案審議
1. 次回研究会の開催について
1. その他

創立総会の経過

1. 開会挨拶 公衆衛生院 曾田長宗氏
昨年 7 月に準備会を兼ねて研究会が開かれ、その時の多数の方の御意見によつて、本年は一定の形式による総会を開くこととなつた。研究会の内容、名称についてはすべて総会にまかせようということで、全員の呼びかけも不十分ではあるが一応発足することとなつた。今後は皆さんの御意見に従つて会が発展することを期待する。

(挨拶要旨)

1. 議長選出 大阪大学 関悞四郎氏を選出
1. 経過報告
1. 会則審議

準備世話人の間で作成提出された原案をめぐり、特に維持会員の権利と義務について論議され、維持会員を正会員とする考え方(世話人原案)と、普通会員が正会員であつて維持会員は特志同人的な賛同者であるとする考

え方が対立したが、緊急動議により一応原案のまま可決し、研究会の終了後再度審議することとした。

1. 世話人選出

地域、職域等を代表するように考慮して世話人を選ぶという基本線を確認し、第 2 日に、初日参加者名簿により選挙することとした。

1. 会計報告

創立総会までの準備期間の会計報告が世話人事務局より行われ、承認された。会計報告内容は次のとおりである。

(収入の部)

準備会参加費 16,200 円

(支出の部)

会議室借料 6,000 円

記録係食事代 2,700 円

飲物代 3,180 円

通信費 1,800 円

会議諸雑費 1,060 円

準備会経費 1,460 円

合 計 16,200 円

(収支残額)

0 円

1. 次回研究会の開催について

今回は京都あるいは大阪で明年 4 月乃至 8 月に開きたいという希望意見があり、詳細は世話人会に委任された。

1. その他

準備会記録に誤印刷があるので、その訂正の申し入れがあつた。

社会医学研究会臨時総会

日 時 昭和 35 年 7 月 30 日
場 所 日本都市センター

臨時総会次第

1. 会則改正に関する件

創立総会のときに懸案となつていた維持会員と普通会員の権利、義務について討論されるとともに、任期を明らかにし、別記のような会則を決定した。

1. 世話人選挙の件

連記無記名投票により次の10氏が世話人として当選した。なお、この10人の世話人会で更に地域、職種等を勘案して若干名の世話人を委嘱することとした。

世話人

- 曾田 長宗 吉田 幸雄
- 橋本 正己 小宮山新一
- 関 悌四郎 芦沢 正見
- 松浦十四郎 若月 俊一
- 朝倉新太郎 庄 司 光

懇談会

第1回の研究会を終つて、今回の研究会の反省、今後のあり方について意見の交換を行い、次のような意見が出された。

1. 今回の研究会の反省

「演題が多く、そのため時間が足りなくなつた。明年からはテーマをしぼつたらよいのではないか。そして、他に地方会をもつて、そこで十分色々な問題を討議する機会を作つておいたらよい。(曾田)」という意見が多数であつた。そして「あまり高尚な理論に走らぬようにする必要性(橋本道夫)」も強調された。しかし一方「問題をしぼることは必要だが、そのしぼり方によつては、期待が満されることが起るので、その点を考慮しなければならぬ(朝倉)」という意見も注意をひいた。

また「研究会でとりあげる演題のことだけでなく、社会医学の方向と分野をある程度打出す必要がある(橋本

正己)」という点も注目される意見であつた。

2. 研究会の形式について

時間的に短かいという感じが今回の会議出席者の大部分にもたれたようであつた。そして資料を印刷して事前に配布しておくべきであるという点については全員一致した意見であつた。

また会議の際の発表に当つては、「会議出席者は十分考えている人だから前置きを省いて本旨の説明だけを十分にすべき(荻村)」であるとの意見があると同時に、「研究発表までの経過、苦心も加え、結論までの考え方も大切である(曾田)」との意見もあり、今後の発表のあり方に対する批判が行われた。そして地方の会合を育成して、そこで十分に討論できる場を作ること、そしてその中から中央集会へもつてくるというような行き方の必要性が強調された。

そして内容としてはもつと社会科学の方面や臨床的方面の人々の参加を求めそういう分野に拡げてゆくことが望まれた。

また他の学会との関連も、独自の分野を明らかにして作つてゆくことは大切だが、他と結びつく点は結びつつ、できうる限り協調してゆくようにすることが望まれるとともに、若い人々が今まで満されなかつたものが満されるような会に育ててゆくようにという希望も出された。

また研究会の報告集を公刊すること、将来は独自の印刷物をもつことを目指したいという意見が強かつた。

次号予告(第24巻 第12号)

綜 説	世界各国における成人病対策(その3)デンマーク	山 形 操 六
	ノルウエーの結核対策	清 水 寛
	中小企業の衛生管理協同化について	東 田 敏 夫
	新都市造成と保健医療福祉サービスの総合計画	朝 倉 新 太 郎
	わが国における病院の公衆衛生活動の現況	吉 田 幸 雄
教 育	環境衛生(Ⅱ)——空気・衣服・住居・公害——	安 倍 三 史
原 著	群馬県沼田市の住民検診に関する報告	高 橋 一 美
	高血圧血管硬化の眼底所見に関する疫学的研究	川 上 秀 一
	放射性同位元素投与患者屍体の処理について	砂 田 毅・他

社会医学研究会会則

- 第1条 本会は社会医学研究会という。
- 第2条 本会の事務所は当分の間国立公衆衛生院におく。
- 第3条 本会は会員相互の協力により、社会医学に関する理論およびその応用に関する研究を発展助長することをもつて目的とする。
- 第4条 本会はその目的達成のため次の事業を行う。
1. 研究会の開催
 2. 会誌、論文集などの発行
 3. その他必要な事業
- 第5条 本会の会員を維持会員と普通会员の二種類とする。
- 第6条 本会の会務の執行は、総会において会員中より選出された若干名の世話人より成る世話人会がこれに当る。世話人の任期は二年とし重任を妨げない。
- 第7条 年次予算、決算、会則変更等重要事項の決定は総会の議決を経なければならない。
- 第8条 会費は維持会員年額 1,000円、普通会员年額 300円とする。会員は無料で会誌の配布、諸行事の案内を受けることができる。但し研究会の開催等特別に経費を要する場合は、その都度別に徴収することができる。
- 第9条 本会は会員の希望により各地方に地方会をおくことができる。
- 第10条 本会の諸行事、出版物等は会員外に公用することができる。
- 第11条 本会の会計年度は、毎年八月に始まり、翌年七月に終る。

口座番号 東京 51192 社会医学研究会払込には左の口座を御利用下さい。