

## 第2回社会医学研究会総会記録

と き：昭和36年7月28日（金），29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25巻11～12号，第26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

社会医学への期待	曾田長宗
無専門医村における検診成績とその対策	笠木茂伸・他
富山県下におけるいわゆるイタイイタイ病 ならびにクル病の調査	中山忠雄・他
結核在宅療養患者の問題	石井好子・他
農村地域における総合保健計画	五木田和次郎
社会要因についての考察	原島進
英国の医療保障制度下の医師	西尾雅七
自治体の衛生行政と地域組織活動	浜口剛一
医療における配置売薬の役割	大谷藤郎
公衆衛生監視員制度について	庄司光・他
改正労災保健法の問題点	首藤友彦
労働者および家族の健康保障についての若干の考察	山田信也
医療経済をめぐる二、三の問題	東田敏夫
スカンジナビアにおける成人保険計画	吉田寿三郎
皆保険後5カ年間岩手県国保診療の推移とその問題点	前田信雄
医療制度と医師 —診療所医師について—	木村慶
医療制度と医師 —専門医制度について—	朝倉新太郎
二つの農山村の保健の小歴史（抄録）	百々英明
〔社会医学研究会自由討議〕 社会医学研究の進め方	（座長）曾田長宗

社会医学研究会会則

## 卷 頭 言

## 社会医学への期待

曾 田 長 宗\*

## 1

本年(1961)7月に社会医学研究会の第2回研究発表会が開かれた。1昨年(1959)同準備会の研究発表会から算えれば3回を重ねたことになり総計50題に近い研究報告が討議に上つた。

大阪においては、早くより、同地の公衆衛生協会内で、社会保障関係その他社会医学的な問題が議せられ、名古屋、仙台地方にも、有志により、社会医学的研究の促進を計る地方的グループができていたが、昨年の第1回研究発表会より第2回に到る間に、岡山および京都にも、新たに社会医学研究会が設けられ、大学・県市の関係者、臨床医、医師以外の学者・職能者による研究、調査、懇談が進められるようになり、また社会医学研究の重要な手段である歴史的研究については、阪大丸山教授らによつて医学史研究会が発足され、社会医学に対する関心は、わが国でも、急激に広まり、深まりつつある。

## 2

そもそも、本社会医学研究会の創設に当たつては本来社会的生活を送る人類の必要によつて生じた医学が、個別的、自然科学的、生物学的研究成果に幻惑されて、ともすれば、その見失わんとする社会性を、あくまでも保持し、恢復しようとする反省が、同会を生んだのであつて、予防であれ

\* 国立公衆衛生院次長

治療であれ、医学のあらゆる分野において、およそ社会と深い関連を持つ問題は、何でもとり上げて、その社会性を検討しようとしたものである。

従つて、今日まで、社会医学研究会で発表された論題は、極めて多岐にわたり、たとえば

社会医学とは何か

医学と社会との関係

傷病蔓延に影響する社会的要因

農村および都市における生活条件と健康との関係

都市計画と保健医療福祉サービス

医療保障、社会医療、医療の社会化

医療制度

衛生行政制度

地方自治と住民の保健、衛生

地区組織活動

医師その他医療保健従事者の社会的役割とその処遇

などの問題が論ぜられた。

## 3

このように、諸種なる問題が、多くの報告者によつて取りあげられ、その研究と経験とが語られたことは、今後わが国の社会医学の発展に、力強い基盤を与えるものであるが、他面から見れば、今日わが国の社会医学研究の現状があまりにも雑然としているという感じを世間に与えている。

今や、社会医学の本質は何であるかの問題や、その研究対象、研究方法などが、明確に打ち出され、それに従つて、社会医学の独立性を確立し、公衆衛生学との異同、相互関係を明らかならしめて、諸種なる医学的問題につき、社会医学的立場を明らかにするよう、全国の学徒が、手分けをし組織的に研究を進めなければならぬ時期がきたのではないか、という声は、特に青壮年学徒の間から上がっている。

明年の第3回研究発表会においては、この問題をもう少し突込んで討議を進めるため、中心議題の一つとして「社会医学をどう理解するか」とり上げることと本年の研究発表会で決定したのも、このような要望に応じたものである。

## 4

もつとも、以上のような叫びは、本会創設準備の頃から早くも聞かれていたもので、戦前からの Grotjahn 一派の Socialhygiene, René Sand らの Medicine Sociale, また戦後英国における Social Medicine グループの定義や説明、あるいはこれらを土台とした解釈などをあげれば一応の Formula をうることも不可能ではない。

しかし、唯、机上の論議に終わるのでなく、真に地についた、実践的意義ある社会医学となれば、われわれ自身で、具体的な経験と実例を重ねて、身を以て体得しなければならない。

すでに、今日まで発表された意見に対しても、ただ単に、社会的に医学が如何にあるべきか、という Sollén や、あるいは、また、今日わが国民の健康状態、または保健医療制度に見られる欠陥が、何に起因するかを解釈を下すだけでなく、その理想を実現し、欠陥をためるために、どのような方策をとるべきか、行動の指針をうる点にこそ社会医学の重要な任務があるので、その点を明らかにし得なければ、仏作つて魂入れずの類に墮するものだという強い批判も起こっている。

しかりとすれば、なおのこと、実質的な内容あ

る研究や調査の上に、議論がきざかれなければならぬこととなる。

## 5

かつて、René Sand や石原修氏は、同一社会に生活するものを、一括して平均的に考えるのではなく、社会を構成する諸種の相異なる社会層の健康上の特徴を明らかにし、各層に対し、特殊の対策を考慮して行くのが、社会医学の特徴であると述べたが、この社会層とは何であるか、このとらえ方にはいろいろと意見の相違も現われよう。

社会医学の研究に、医学と社会学との両面があり、従つてその用いる方法も、自然科学的生物学的であると同時に、社会科学の性格をもおびざるをえないことはいうまでもないが、社会科学の分野においては、その学者の社会的立場の相違が、問題の認識、その解釈、解決の方法に大きな影響を与えるのであるから、社会医学の研究に当たつても、諸種の問題について、かなりの意見の相違を生ずることが十分予想できる。

ここに、社会医学が、他の医学研究の分野と性格を異にする特殊性があり、これが一つの学問としてまとまりを持ち、討議が排他的抽象的空論に流れないためには、特に、慎重に収集された豊富な資料に裏づけされる必要がある。

この正確な資料に基づくものである限り、立場の相違によつていろいろな解釈が可能であるとしても、そのいずれをも排除することなく、虚心坦懐に広く比較検討を試みる機会をしつらえるのが、今日わが社会医学研究会の任務といえないだろうか。しかも、これらの論議は一部の研究者グループの間だけに限られず、広く世間に公開され社会的批判をも受け入れるにやぶさかであつてはなるまい。

特に、社会医学が、社会科学の方法や研究成果を多分に取り入れなければならぬ事情から、今後一層広範に、社会科学者の参加を得るよう努めなければならぬであろうことも痛感される。

# 無専門医村における検診成績とその対策 (続報)

—— 特に高血圧症を中心として ——

笠木 茂伸\* 馬場 三男\*\* 藤井 晃夫  
 淵沢 健之助 大出 博 長井 剛  
 多賀谷 敬\*\*\* 鎌田 利雄\*\*\*\* 榎戸 ふみ\*\*\*  
 (指導 所長 河野稔博士)

## I. はじめに

医学の進歩にもかかわらず、脳および心臓血管障害による死亡率は増加の傾向にある。これらの疾病はその原因が不明ではあるが、早期発見による生活指導により、予防あるいはかなりの延命を期待できる疾患であることに注目する必要がある。高血圧症はその剖検例に高率に動脈硬化症の合併を認められており、近年動脈硬化症に対する脂質代謝に関する研究が急速な進歩を示している。われわれは数年来無専門医村検診を行ない、2, 3の知見を報告(詳細は公衆衛生第24巻第11号参照)してきたが、今回は、脳心臓血管損傷の原因として大きな役割をもつ高血圧症を対象として、脂質代謝の動態を知る手段として、血清総コレステロールを、また電解質のうち血清カルシウムおよび燐を測定した成績について述べる。

## II. 研究方法

1. 検診方法は、当研究所の無専門医村検診班が、検診地区におもむいて実施した。
2. 検診対象地区は、千葉県の上総町、茨城県の東村および江戸崎の3地区で、対象人員は総数419名である。
3. 測定方法は、血清総コレステロール(総「コ」と略す)はSack法の柴田変法により、血清カルシウム(Caと略す)はフォスフェート法、血清無機燐(Pと略す)はアミノナフトールスルホン酸法によりそれぞれ測定した。

## III. 検診成績

\* 河野臨牀医学研究所内科部長  
 \*\* 同内科医員                      \*\*\* 同生化学主任  
 \*\* 同管理部長                      \*\*\* 竜ヶ崎保健婦長

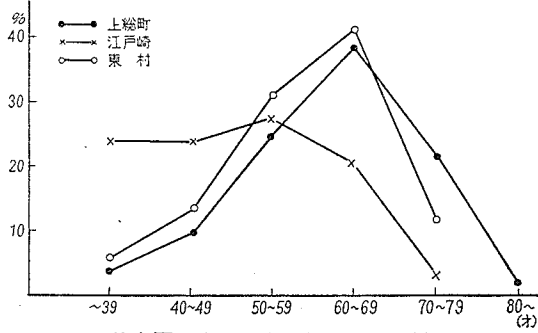
検診結果を疾患別に分類すると、内秋の疾患では、高血圧、胃腸疾患、心疾患、肝疾患、低血圧の順に多く、外科系疾患では、老人性変形性関節症、腰痛症、限局性ゆ着性髄膜炎、頸腕症候群、椎間板ヘルニアなどの順に多く、昨年検診を実施した千葉県関宿などの検診結果と符合した。これらのうち最も頻発した高血圧症について、その発生率を調べると、第1表のごとくである。すなわち上総町は検診対象の146名の35.6% 52名が高血圧症であり、江戸崎は対象127名中29名22.8%と高血圧の発生率がとくに少なく、東村は対象146名に対し高血圧症は58名すなわち39.7%で増えている。しか

第1表 高血圧症の発生率 36.4

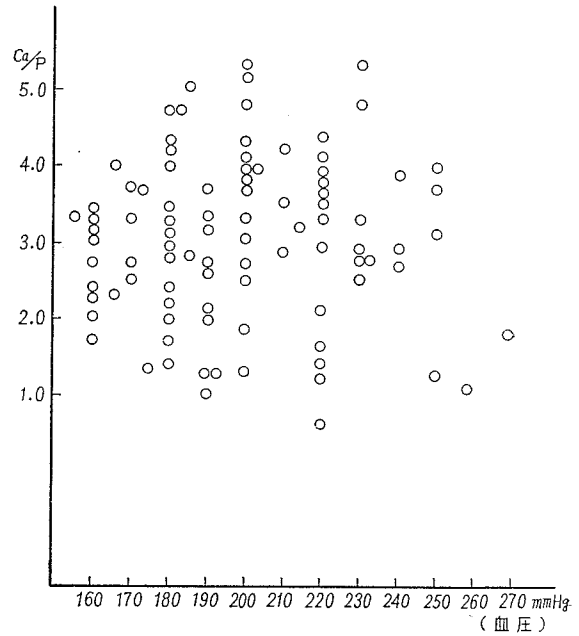
地名	検診対象(人)			高血圧症(人)			
	男	女	計	男	女	計	百分率(%)
上総町 (千葉県)	43	103	146	16	36	52	35.6
江戸崎 (茨城県)	43	85	127	8	21	29	22.8
東村 (茨城県)	41	105	146	19	39	58	39.8

しこれらの発生率は、昨年の関宿二川、大網、平川の平均発生率42.2%にくらべるとはるかに低い値でありまた東京の品川地区における発生率32.2%にくらべると高値である。次に高血圧症の男女平均の年代別発生頻度をみると、第1図のごとく、30代より60代まで増加の一端をたどり、70代になつて激減することは、今まで実施した検診地区で毎常認められる結果と全く同じである。これら発生理由およびその解釈についてはすでに詳しく述べておいたのでここでは省略する。次に高血圧症の血清総「コ」値であるが、その前にわれわれの研究室における正常値は、108~178mg/dl、平均140mg/dl(健康人12名調査)であり、180mg/dl以上は高「コ」血症と

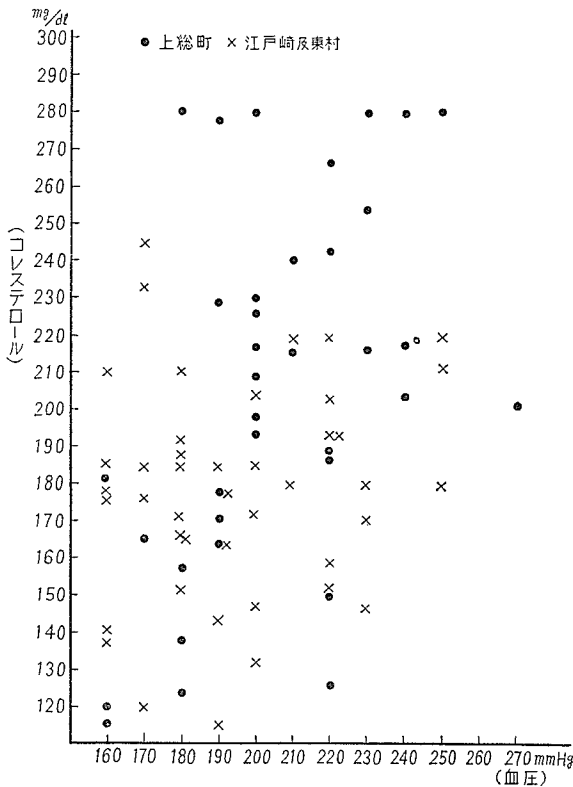
考えられる。第2図にみるごとく、高血圧症の最高血圧と血清総「コ」との関係を79例についてしらべると、予想に反して血圧の高くなるにつれて、総「コ」が増加するという結果はみられなかつたが、180mg/dl以上の高「コ」血症を示すものは、46名すなわち58%に認められた。また最高血圧200mm水銀柱以上の高血圧症では、42名中33名78%が高「コ」血症を示した。次に最低血圧と総「コ」との関係を見ると、この場合も血圧の高さと総「コ」値の間には比例関係は認



第1図 高血圧症の年代別発生頻度



第3図 最高血圧とCa/P値との関係



第2図 最高血圧と血清総コレステロール

められなかつたが、最低血圧が100mm水銀柱を超えると、高「コ」血症を示すものが多くなる。次に最低血圧に1/2脈圧を加えて得た中間血圧と総「コ」との関係を見ると、中間血圧が140mm水銀柱以上を示すいわゆる危険域高血圧症(著者の1人笠木が統計上極めて予後不良とした高血圧症)では、ほとんどが高「コ」血症を示した。次に高血圧の高さとは無関係に年代別に血清総「コ」値の平均値をくらべてみると、男子では著変はないが、女子では、50歳代より漸増する傾向が認められた。次に高血圧症の血清電解質として、CaおよびPを測定したのは、昨年高血圧症と老人性変形性関節症の密接な発生率相関を認めたので、骨代謝上重要な因子と目されるCaおよびPが高血圧症において何らかの変動を示すかどうかをしらべるためである。すなわち高血圧症の血清Ca値は、9~12mg%の間にはほとんどが分布しており、血圧の高さとは何らの関係も認めることはできなかつた。次に高血圧症における血清P値は、血圧の高さとは何らの比例関係も見当たらないが、3mg%以下の低値を示す症例がやや多い傾向があるようである。従つて高血圧症の最高血圧値とCa/P比の関係をみると、第3図のごとく血圧の高さとの相関はないけれども、高血圧症ではCa/P比(正常2.4~3)の高値を認める症例が多いように思われる。血清「コ」とCa/P比との関係をしらべたところ、

この両者には相関は認められなかつた。また最低血圧と血清燐との間にも相関は認められなかつた。

#### IV. 考 按

脳心臓血管障害が増加を示すとともに、その原因としての高血圧症と動脈硬化症の研究がますます盛んになり、とくに動脈硬化症と脂質代謝異常の問題が注目をあびている。高血圧症は動脈硬化症の促進因子として重要であり、また高血圧症の剖検例に動脈硬化症が高率に認められることも知られている。この両者の関係は明快には説明されてはいないが、密接不可分の関係にあることは確かである。血清コレステロールと動脈硬化症との関係については、内外幾多の報告があり、Gertler, Steiner などは、いずれも冠硬化症例におかれ、対象例に比し著しい増加を認めているが、一方 Morrison などのごとく、必ずしも有意の相関を示さないとしているものもあり、本邦人でも一定の成績はえられていない。しかし戦後の食糧事情の好転に伴い、冠状動脈疾患は著増し、過「コ」血症は食物中の動物性脂肪との因果関係において重大視されるに至つた。しかし血清「コ」は、食物中に由来するものは小部分で、ほとんど体内で acetate よりとくに肝において合成され、常に一定の平衡を保つており、食物中の「コ」そのものは、動脈硬化症の発生に関して積極的な意義はなくなつたともいわれる。Gofman は動脈硬化症の発生に最も支配的なものは、リポ蛋白であると主張しているが、なお結論に達しているわけではなく、現在のところ、脂質代謝の異常を知るのに血清「コ」の測定が、实际的であり、動脈硬化を推定しようとする人も多い。血清総「コ」値は、測定方法の差によりかなりの変異があるので注意を要するが、われわれの高血圧症における成績は、村上の報告に一致する傾向を示した。すなわち村上等は、高血圧の血清「コ」を Costello 法で測定し、最高血圧および最低血圧と血清総「コ」との関係をしらべ、それぞれ血圧の高さそのものとは相関を認めず、血圧の高いものに高「コ」血症を認めたという。しかし高「コ」血症の高血圧症における発生率については、いずれもふれておらない。われわれの症例は前述のごとく、最高血圧 200mm 水銀柱以上、最低血圧 100 mm 水銀柱以上、中間血圧 140 mm 水銀柱以上のものに、高率に過「コ」血症が発生することを示した。従つて、血清「コ」を測定し得ない場合にも血圧の正確な測定により、ある程度血清脂質異常の存在を推定することも可能である。脂肪以外の食餌因子として、総カロリーの過剰、低蛋白食、含硫アミノ酸欠乏食なども動脈硬化

症の成因として重要視されており、これらの食生活栄養摂取量と高血圧症および総「コ」値との関係を調べることは重要である。最近竜ヶ崎保健所婦長榎戸氏よりの私信によれば、江戸崎近辺の牛久町報徳の 37 世帯の栄養摂取量から出した脂肪の対総熱量率は、8.96% であり全国市郡より低いことがわかつた。この問題は今後追求することとする。木村武らの報告によれば、血清「コ」は、女子において、更年期後は著しく増加するのに対し、男子では著変がないという。われわれの高血圧症例を、年代別に分けて、そのコレステロールの平均値を比較してみたところ、前述の通り男子では著変はないが、女子では 50 歳代より増加する傾向が認められた。すなわち性ホルモンと脂質代謝は最近注目されてきており、閉経期前の女性は、同年齢の男性に比し、血清「コ」値は低く、実験的にも過脂血症の男性に Estrogen を用いて改善をみたという報告がある。

高血圧症の血清電解質については、従来とくに Na の研究が盛んに行なわれており、その他の電解質についてはあまり変化がないといわれていた。最近血中のマグネシウム量とコレステロール値が逆相関を示すことが、バンツー族に認められている。われわれは前述のごとく、高血圧症と老人性変形性関節症の密な発生率相関より、骨の代謝上重要な Ca と P が高血圧症においても何らかの変化を示すかもしれないという考えで検討したのであるが、Ca には著変なく、P が低値傾向を示したので、従つて Ca/P 比が高血圧症で高値を示す傾向を認めた。この事実に対する解釈は、現在の所不明であるが、高血圧症では、脂質代謝の異常のみに限らず他の複雑な因子の関与があり、電解質の異常も将来究明するべき問題であろうと思われる。

高血圧症および動脈硬化症はその発生頻度からいつても最も多くしかも脳心臓血管障害の原因として重要であり、社会医学的観点よりみて早急に妥当な対策と予防が必要である。しかるにその本態は不明であり、今後広範なサイバネティック医学的研究が必要であると痛感する。

#### V. むすび

昨年にひきつづき茨城県（江戸崎、東村）千葉県上総町の検診を行ない、高血圧症を中心とする 2, 3 の成績を検討した。

1. 疾患別発生頻度では、内科外科系とも地域特異性は認められない。高血圧発生率は東京品川区より多く、千葉県関宿地区より低い。

2. 高血圧症では血清総「コ」の高いものが多くとく

に最高血圧 200, 最低血圧 100, 中間血圧 140 以上のものに高「コ」血症が高率である。

3. 高血圧症の血清 Ca および P は, Ca は不変, P は低値を, 従つて Ca/P 比は高いものが多い。(稿を終わる

に当たり, 終始御指導を賜わり現在ローマにおける第10回国際リウマチ会議に参加中の所長河野先生に謝意を表します。本論文の要旨は, 昭和36年第2回社会医学研究会で口演した。)

## 富山県下におけるいわゆるイタイイタイ病 ならびにクル病の調査

河野 稔*	中山 忠雄	笠木 茂伸
長井 剛	淵沢 健之助	藤井 晃夫
大出 博	多賀谷 敬	小松崎 尚
五十嵐 とし子	新里 清子	岩井 重寿
倉本 安隆		

### 緒言

われわれは数年間にわたり富山県下婦中町近郊に発生しているいわゆるイタイイタイ病の研究に従事してきたが, この疾患を社会的に重大な疾患としてとり上げたのは偶然われわれの研究所のリウマチ調査班が富山県下のリウマチ調査を行なつた際, 重症ロイマチスらしい患者が負婦郡婦中町近郊に多発しているところがあるから是非調査して欲しいとのことで同地区の検診を行なつたところ, 実はこれらのものの大部分はロイマチスではなく, 全身の各場所の骨格に骨折を認め, かつその骨折が極めて修復機転の弱い性質を有し, 生化学的所見, 病理所見などにおいても, 一見骨軟化症に類似するも詳細に観察すると明らかに骨軟化症とも異なり, 在来の成書にもその例をみない奇異な病像を呈する骨疾患疾患であることが判明したが, さらに詳細にその本態を検討するため比較的本症に近いと思われるクル病ならびに晩発性クル病とも称せられる骨軟化症の調査を同じく富山県下水見市近郊の山間の部落で行なつたところ, その数は意外に多く社会医学的にも種々の角度より検討を要する点が多々あると思われるので, 今回はいわゆるイタイイタイ病と骨軟化症の比較検討ならびに学童のクル病集団検診の成績の概要について述べ諸賢のご教示を賜りたい。

### 調査成績

#### (1) 土地環境 (発生地域)

\* 財団法人河野臨牀医学研究所

前述のごとくイタイイタイ病は富山県婦中町近郊の神通川流域, とくに神通川と井田川にはさまれた部位に比較的限局して多発しており, それ以外の地域には現在のところではほとんど認められないが, クル病および骨軟化症は日本全国 (とくに北陸地方は多いが) に認められている。われわれの調査したのは富山県下でもとくにクル病骨軟化症の多発地帯といわれている氷見市邸外の石川県境に近い<sup>トコナベ</sup>床鍋, <sup>ミヅ</sup>三尾, <sup>ワシ</sup>論田などの山間部落を選んだが, この地区は標高約30米の谷間にあつて, 極めて日当たりの悪い傾斜地に家が建てられており, かつまたその家屋の周囲が県下の67%を占めるといわれる大竹林におおわれており, 屋なお暗く, われわれが第1回目の調査を夏期に行なつた際8月下旬の午後3時にすでに屋内に電灯を点じなければ室内がわからぬような家屋を数多く発見した。またこの地帯の家には各戸ごとに例外なく1年中冬の雪除け用の棧が窓にはめ込まれてあり, また冬にはさらに家の外周を<sup>ユキカゴ</sup>雪囲と称するすたれのようなものでぐるりとおおつてしまうため採光はますます不良となり, 家の中は文字通り穴倉のように暗くなり, それでなくとも紫外線の不足しがちな北部地方特有の気条件をさらに悪化させているのである。(なおこの気象に関しては臨床栄養第9巻第2号に詳細に発表してある) これに対しいわゆるイタイイタイ病発生地区は神通川流域の平糶地にあり, クル病骨軟化症発生地区に比べると紫外線不足という点に関しては比較的よいと思われる。しかしいずれにしても同じ富山県下である以上北陸地方特有の日光不足という条件はそなえているものの唯クル病骨軟



化症発生地区のほうがはるかに不利な環境にある点を指摘しておきたい。

(2) 栄養

まずソル病, 骨軟化症発生地域の栄養状態であるが, 詳細はすでに臨床栄養第 18 巻 5 号に報じたので略すがその概要をのべると各家庭の献立が極めて単純で栄養的にアンバランスなものを常食としており, 米の過剰摂取, 蛋白質とくに動物性蛋白質の不足, 脂肪ならびに有色野菜類の欠乏が目立っている。栄養分析の上での特徴は

に近く, いわゆるイタイタイ病の発生が労作別や貧富の差なく発生している点よりしてこの食餌性因子は補助的因子ではあつても骨軟化症, クル病におけるように重要な因子ではないように思われる。

(3) 血液理化学的所見

骨代謝にもつとも深い関係があると思われるカルシウム, 磷, アルカリフォスファターゼについてみると, いわゆるイタイタイ病では既報のごとく磷の低値, カルシウム正常, アルカリフォスファターゼ高値という結果

第 1 表 男生徒体格検査成績表

	身長 (cm)		体重 (kg)		胸囲 (cm)		坐高 (cm)	
	現地平均	全国平均	現地平均	全国平均	現地平均	全国平均	現地平均	全国平均
1 年生	108.1	115.8	17.5	20.7	54.1	58.6	60.1	64.6
2 年生	117.0	120.9	21.5	22.9	56.2	60.2	64.6	67.2
3 年生	122.1	125.4	25.0	25.1	57.9	62.2	68.1	69.6
4 年生	127.4	130.2	26.7	27.4	58.8	63.8	70.1	71.4
5 年生	130.0	134.4	27.7	29.9	64.1	65.6	69.0	73.4
6 年生	132.8	139.2	28.9	33.0	65.8	68.0	71.7	75.4

全国平均とは文部省保健体育課の昭和 34 年度調査のものを使用

第 2 表 女生徒体格検査成績表

	身長 (cm)		体重 (kg)		胸囲 (cm)		坐高 (cm)	
	現地平均	全国平均	現地平均	全国平均	現地平均	全国平均	現地平均	全国平均
1 年生	109.5	114.6	18.7	20.0	54.3	56.4	58.1	64.2
2 年生	120.7	119.7	20.3	22.3	55.1	58.4	64.8	67.0
3 年生	121.8	125.1	23.4	24.5	56.1	60.4	67.4	69.4
4 年生	124.8	129.9	24.5	27.1	60.0	62.2	70.7	71.4
5 年生	133.0	136.2	28.4	30.9	62.6	65.4	73.1	74.6
6 年生	134.3	141.3	31.1	34.0	66.1	68.8	74.5	77.6

全国平均とは文部省保健体育課の昭和 34 年度調査のものを使用

骨基質形成に重大な関係のある蛋白価 (Pprotein Score) の低質(40~50%), また Shipley や Simmonds らが指摘しているようにカルシウムの吸収を不良にさせる因子となるカルシウムと磷のアンバランス (Ca: P=1: 4~6) およびカルシウム絶対量の欠乏 (300~400 mg) ならびにビタミン D 欠乏 (120~200 単位) などである。

一方いわゆるイタイタイ病発生地域の栄養調査はすでに臨床栄養第 9 巻第 3 号に詳細に発表してあるので略すが, ただ総括的にいえることは, この地域においてもやはりカルシウムの不足, Ca: P のアンバランス, ビタミン D の欠乏傾向は認められるが, これらのものを除くとこの地域の食品摂取状態は全体的にはほぼ全国平均

をみているが, クル病骨軟症では軽度の低カルシウム, 低磷およびアルカリフォスファターゼ高値を認める傾向にある。

(4) 骨のレントゲン所見

両者のレ線像はともに脱灰著明である点では同じであるが, まず総括的についていわずにイタイタイ病の識化は極めて修復機転の弱い骨折による識形を主体としているのに対し, クル病骨軟症は骨折を伴わない骨の歪みや彎曲による識形が主体である。

(5) 骨の病理組織所見

これはむずかしい問題のある点であるが, いわゆるイタイタイ病では, 少なくともわれわれが調査し得た全

症例においては、ほとんど骨芽細胞を認めていない。これに反し骨軟症においては、骨組織間に多数の骨芽細胞を認めるのが著しい差である。

#### (6) 患者性別

いわゆるイタイタイ病は壮年期以後の女性にのみ限られているのが特徴であるが、クル病および骨軟化症では男女ともにその発生をみるが、ただし骨軟症ではとくに高率に女子に発生している。

さて最後にわれわれがクル病多発地帯といわれる富山県氷見市近郊の論田小学校の全学童(調査対象201名)に対し集団検診を行なった成績についてのべると、まず各学年別体格検査成績では身長、体重、胸囲、坐高とも

女生徒の47.2%とやや女子に多いのが注目される。

#### 結語

以上いわゆるイタイタイ病と骨軟症の比較検討ならびにクル病の学童集団検診を行なった概要についてのべたが、いわゆるイタイタイ病については、本疾患を骨軟症なりと断定している人びとやまた本疾患が神通川流域の限られた地区に多発し、かつその上流にかつて鉍毒問題を起こしたところのある神岡鉍山のあるところより、鉍毒がその原因であるとして実験している人もあり、各方面より種々論じられ検討されて、その真因の追究と本疾患撲滅のための努力が傾注されつつあることは喜ばしいことではあるが、われわれは常にあるがままの現象を

第3表 下肢の変下(各学年男女別)

	1年		2年		3年		4年		5年		6年	
	♂	♀	♂	♀	♂	♀	♂	♀	♂	♀	♂	♀
学童数	18	14	28	15	21	16	21	22	27	27	23	24
X脚	2	2	2	3	3	2	2	2	2	1	2	1
O脚	5	4	5	5	7	4	4	7	5	5	5	4
合計	7	6	7	8	10	6	6	9	7	6	7	5
罹患率(%)	38.8	42.8	25.0	53.3	47.6	37.5	28.5	40.9	25.9	23.9	25.0	20.7

和年度文部省保健体育調査の全国学童の平均に比し、一途に各項目とも低い値を示し、発育が全国の標準値以下であることがわかる。次に脊椎の識化であるが各学年男女とも円背が多く側彎は極めて少なく、その発生頻度は男生徒10.7%、女生徒12.3%である。次に胸廓の変化であるが各学年男女とも舟底胸が最も多く、鳩胸がこれに次ぎ、漏斗胸を呈するものは極めて少ない。男生徒の罹患率は84.8%、女生徒は24.7%で女子にやや少ない。次に下肢の識化をとくにO脚とX脚に重点をおいて調査した結果をみると、まず各学年男女別に調査した結果は各学年男女ともX脚、O脚共ほぼ同率に認められるが、やはり全体として低学年のほうが罹患率多く、高学年になるに従って次第に罹患率の減少する傾向を認める。これを男女別にみる女生徒ではO脚よりややX脚の多いが目立ち、また罹患率も男生徒の39.2%に対し

科学的に実証してつかみ、一步一步真理を積み重ねて行くことによつてのみ真の原因をつかみ得ることを信じ、徒らに断定や推測を行なうことなく本疾患解明の地道な努力を今後ともつづけたい。またクル病については明治21年わが国で始めて富山県下において発見報告されて以来すでに75年の長い歳月が流れたが、今なおこの悲惨な疾患が広く世の関心をひかず放置され、幾多の不幸な人びとが暗い人生を送つて世を去つて行つたという事実は、専門医が少ないという地方農山村のためであるが、何といつても文明国の恥辱であり、医学にたずさわるものとしてひとしく反省を要するところであり、今後は社会医学的にもさらにその根源を深く掘り下げ、これら悲惨な疾患を1日も早く撲滅する責任を医学にたずさわる者として深く痛感している次第である。

# 結核在宅療養患者の問題点

石井 芳子 他\*

結核対策の重点は潜在患者の早期発見、早期治療のための健康診断と発見された患者および家族の管理、適正な医療にあるといわれている。川崎市中原保健所は管内人口約 18 万 5 千をもつ都市型の保健所として、昭和 34 年度より結核予防対策推進地区に指定され、結核住民検診受診率約 50% をあげてきたが、昨年度よりとくに潜在患者の多いと思われる老人層、小企業、商店従業者などに対して重点的に住民検診を行なっている。一方発見

構成され、その問題により、他の関係職員が加わる。このことにより、従来よりも問題解決への糸口もみつかりやすくなり、相当の効果をあげ得たと思われるが、なおこれらの関係職員だけでは解決できず、未解決のままおかれるケースも多くあり、この現状を把握するために、昭和 36 年 5 月末日現在、結核登録患者総数 3,524 名のうち活動性感染性で要入院と思われるのに自宅療養をしていて入院できない患者 151 名について調査したので発

第 1 表 入院患者の病型と社会保障

昭和 36.5 末日現在

患者 病型	種別 患者 総数	健 保		国 保		日雇健保		生保	自費	不明
		本人	家族	本人	家族	本人	家族			
		総 数	372	168	53	48		1		93
I	46	5	3	8				27	3	
II	152	71	21	20				40		
III	123	70	23	10				20		
IV	4	2						2		
その他	47	20	6	10		1		4		6

第 2 表 活動性感染性在宅患者の病型と社会保障

昭和 36.5 末日現在

患者 病型	種別 患者 総数	健 保				国 保				日雇健保				生 保		自 費	
		本人		家族		本人		家族		本人		家族		男 女		男 女	
		男	女	男	女	男	女	男	女	男	女	男	女	男	女	男	女
		総 数	151	23	3	13	21	35	8	5	25	2	1			1	4
I	18	1		1	1	5	3		2						2	1	2
II	122	22	3	11	15	28	5	5	20	2	1			1	2	4	3
III	10			1	4	2			3								
IV	1				1												

された患者については、昭和 34 年 4 月より 所内結核管理委員会を設けて、その管理にあつてきたが、一律に患者管理が行なわれるために、これだけでは処理しきれないさまざまな問題を持つ患者も多いので、昭和 35 年より月 2 回の問題ケース、管理委員会を別個に開いてその問題解決に努力してきた。問題ケース管理委員会は、所長、医師、保健婦、ケースワーカー、担当事務職員で

表する。

第 1 表は入院患者と在宅患者とを対比したものである。

当保健所に登録されている患者総数 3,524 名のうち入院しているもの、372 名 (10.6%) 活動性感染性で在宅の患者は 151 名 (4.3%) で、これを社会保障の種別に見ると入院患者では国保のものが多く、さらに自費のものが 10 名もいる。これは医療保障の問題点を明瞭に示

\* 川崎市中原保健所・保健婦

しているものとする。

以後は活動性感染性在宅患者について調査したものである。

まず性・年齢・階級別病型をみると、男女ともに20歳以上の働き手、とくに50歳~59歳の男子に多く、また60歳以上の老人も37名いる。

これらの患者の発病率と予防法申請許可回数との関係を見ると、割合新しい患者が多くなっているが、Ⅰ型とⅡ型とを比較してみるとⅠ型では病歴3年以上の者の割

以外に患者のいないもの110名(72.8%)で、約半が家族に結核患者がいる。

在宅患者の家庭内での位置は、世帯主73名、妻43名と、家庭内で主要な位置にあるものが多くなっている。

第2表の職業別についてみると無職のものが76名、さらに、零細企業経営者や、各種小売店主、店員、各種勧誘員、集金人などが多く、これらの患者は、それぞれ生計の責任者であり、その人がいなければ、経営がなりたたないものや、また、福利厚生制度の不完全な職場で

第3表 活動性感染性患者の職業分類

職 種	病 型	患者 総数	Ⅰ		Ⅱ		Ⅲ, Ⅳ	
			男	女	男	女	男	女
総 計		151	8	10	73	49	3	8
無 職		76	2	9	19	37	1	8
専門的技術的職業従事者	機械工業技師	4	1		2	1		
管理的職業従事者	会社役員	1	1					
	零細企業経営主	3			3			
事務従事者		20			16	4		
販売従事者	各種小売店主	7	2		5			
	〃 〃 店員	5			5			
	各種勧誘員	5	1		3		1	
	その他	4	1		3			
農業従事者	農 業	4			4			
運輸的職業従事者	自動車運転手	1			1			
生産工程従事者	各種工具	6			3	2	1	
	その他	6		1	5			
単純労務者		4			3	1		
サービスの職業従事者		3				3		
学校生徒		2			1	1		

合が多くなっている。また、化学療法が普及した昭和28年・29年・30年山に届け出られた患者についてみると、申請許可回数が多く、10回以上にもおよぶ者があり、慢性病を物語っている。これらのことから早く治すためには発見時に適確な指導が必要であることが考えられる。

病型と排菌状態については、(予防法申請書の記載および当保健所の検査成績)151名中、菌陽性者47名、陰性者62名、予防法申請書に何らの記載のなかつたもの42名あり、菌検索について、各医療機関でもつと重視する必要があると考える。

在宅患者の同一家族内結核患者の数を調べると、本人

働く者であり、さらに、公衆衛生的にみて客に接する販売従事者やサービス従事者が多く24名もいることは問題と思われる。

次に就学状況について、無職を除いた75名について調査したところ、就労せず自宅療養しているもの13名、休学中2名で、残る60名(80%)のものは就労している。このうちⅠ型で就労しているものが男4名、女1名おり、その職業をみると、新聞配達1名、火災保険勧誘員1名、あと3名は零細企業経営者など仕事の変わり手のないものばかりで全部世帯主であつた。

今までみてきた活動性感染性の在宅患者について所内

管理委員会からの入院指示の有無と訪問回数をみると、入院指示の出されたもの 62 名で、なんらかの理由で指示の出されなかつたものは 89 であつた。入院指示が出されてから入院をすすめた保健婦が訪問した回数は 3 回のものが最も多く、また多いものでは 10 回以上におよんでいる。

入院指示の出されなかつたもの 89 名については、予防法初回申請者 22 名、療養環境良好のもの 15 名、その他が 52 名となつている。

先に述べた所内管理委員会から入院指示が出されてお

第 4 表 入院できない理由

理由	種別 病型	主な理由			主な理由にから まる因子				
		計	I	II	III	計	I	II	III
総計		62	16	45	1	135	39	95	1
主治医との意見の相違		9		8	1	9		8	1
隔離可能		6	1	5		10	2	8	
入院手続き中		8	2	6		8	2	6	
入院費に困る		5	1	4		10		10	
仕事の変わり手がない		4	1	3		6	2	4	
収入源がなくなる		6	2	4		9	3	6	
老人のため		1		1		6	2	4	
治る見透がつかない		4	3	1		14	10	4	
病歴がながい		3	1	2		12	5	7	
本人無理解						4	1	3	
がんこ		2	2			9	3	6	
病院ぎらい		4	1	3		13	4	9	
実族関係複雑		1	1			6	3	3	
乳幼児がいる		4	1	3		9	1	8	
子供の不良化		2		2		2		2	
宗教		3		3		5		5	
その他						3	1	2	

りながら入院できないもの 62 名について、その入院できない理由を調査したところ、第 4 表のごとくになつた。

入院できない理由については、一つだけでなくいくつもの因子がからみあつているために、多くの因子をそれぞれあげてみた。

これらの理由のうち主治医との意見の相違については、保健所医師、または保健婦による医師連絡を数回行なつているもので、その回数は 2 回～3 回が最も多くなつている。

入院指示の出たもののうち無職の男子 21 名についてみると、結核のために無職となつたもの 7 名、定年退職

や最初から職のなかつたもの 13 名で、結核のため無職となつたものは、会社工場勤務していたもの 5 名、大工 1 名、ブリキ職 1 名であつた。

さらに入院費だけは困らないと思われる健保本人、生保の患者について、とくに個々の理由を調べると、健保本人では、収入源がなくなる、職を失なう、がもつとも多く、病歴がながい、婚約中のため、宗教などがあげられ、生保で入院できないものについては、妻、息子が精薄、子供酒ぐせが悪いなどで、入院費のみでは解決できない原因が多くあることがわかる。

以上活動性感染性在宅患者について、考察してきたが、これらの患者の他に最終病型 I、II 型で管理上は、治療放置と思われる患者が 42 名おり、これらについては管理検診のハガキ呼び出しを行ない、未来所のものについては、訪問を行なつて

総括

今までみてきたいくつかの点についてまとめてみると、問題ケース管理委員会を設けたことにより、従来保健婦のみで問題解決しようとした頃にくらべると相当問題点も明瞭となり、効果もあつたが、今後この問題として、

1. 入院費に困る、本人の無理解、病院きらいがんこなどの理由については、保健婦・ケースワーカーの活動により解決される面も残されていること。

発見されたときに正しい知識を与えることが、早く治療するために必要であるということ、これに対して、当保健所では、初回予防法申請者に対して保健婦による発見時指導を始めた。

2. 入院できないものは、国保、健保家族など社会保障の十分でないものに多く、また、一家でその人がいないと、家族が困り、結局医療費は払えても、入院諸雑費や、家族の生活費まで出せないケースが多いこと。

3. 病歴が長く見透しがつかないものについては、もし入院すれば、非常に長期間入院していなければならず、人間として社会生活ができないこと、また、社会復帰が容易でないこと、現在の病院のあり方では、老人に適していないこと。これらについては、半ば社会生活もできる要素をもつた「養養ホーム」のようなものが必要でないかと思われる。

4. 乳幼児がいたり、子供の不良化の心配、子供の教

育が途中で挫折するためなど、現在の社会の状況と密接な関係をもっていること。

5. 主治医との意見の相違ということについて単に保健所医師が話し合うだけでは解決できない問題があること。これは公衆衛生的立場に立つものと、臨床医の立場のちがいが大きいと思う。

6. 命令入所の手続きに早くとも20日～1カ月かかることにより、せつかく入院する気になつていても、そ

の間治療を始めるため、自覚症もなくなり、途中で気がかわつたりすることが多いこと。これに対しては、各関係機関の協力と迅速な処置のとれるようになることがのぞましい。

10月から命令入所の新しい基準が運用されるのは喜ばしいことであるが、さらに今のべてきた諸問題について、解決の方向への施策を切望する。

## 農村地域における総合保健計画（その2）

—— 兵庫県水上郡における新しいころみ ——

五木田 和次郎\*

結核管理の一元化と結核医療費全額保障を骨子とする兵庫県水上郡水上町の新しい保健医療計画の構想、および発足以来2年半の足跡については、本誌第24巻11号、25巻5号で紹介したが、本号では、結核管理、さらに、広く町民の健康管理についての本年度の計画を紹介したい。

まず、水上町結核管理の現状を簡単に説明すれば、一般住民集団検診実施率は昭和32年当時70%程度であつたが、対策実施後は年々ほとんど100%に近い成績をあげており、それによつて発見された患者数は、昭和35年度からはすでに減少の傾向をみせている。しかも、全体として病型の軽症化の傾向がうかがえる。

また、結核受診率は、積極的な患者発見とそれに続く組織的な患者管理の結果、結核対策実施以前に比べてほとんど倍増した。結核全治者も、34年度は62名を数え、全治者の1名もいなかった33年度に比べて、結核対策の効果を如実に物語っている。

さらに注目すべきことは、結核受診率が倍増したにもかかわらず、全疾病受診率には逆に下向傾向がうかがわれることである。その原因の一つは、結核管理が町民の保健衛生思想を高めた結果、病気にかかるものが少なくなつたためではないかと考える。そうであるとすれば、新しい保健医療計画の構想が実を結んだわけである。

結核対策がここまでの成果をあげるには、もちろん町当局もかなりの財政支出をしている。

まず、水上町結核医療費を結核予防法費用額からみれば、第1表の通り、昭和33年度から34年度にかけては、

大体400万円前後で大差がない。それが35年度に至りがぜん640万円をこえ、国保負担分も220万円と前年の約2倍にはね上がつている。

これは、33年度に発足した結核対策の完全な年間費用規模が、この年に至つて現われたと考えられる。もしそうであれば、結核対策がすでに峠をこえた感のある今日、この程度の費用額が水上町結核医療費のピークを示すものではないかと考える。

第1表 結核予防法費用額

	結核予防法費用額			一般会計 繰入金
	件数	費用額	予防法負担金 (国保負担分のみ)	
30年	528	1,882,493	442,350	4,898,264
31	888	2,658,171	652,518	5,000,000
32	1,181	3,919,186	5,032,611	3,900,000
33	1,289	4,080,262	945,786	3,300,000
34	1,718	4,059,185	1,164,756	1,850,000
35	2,586	6,413,000	2,269,650	3,500,000

結核医療費全額保障が国保財政に与えた影響は、十分つかむところまでいつていないが、一応、一般会計からの繰り入れ金からその影響を推測することができる。34年度までは減少を続けていた繰り入れ金が、35年度に至つてまた増大した原因の大半は結核対策実施にあるものと思われるが、その額は32、33年当時に比べてそれほど大きなものではない。

この他、水上町は結核予防費として年々110万円程度を一般会計保健衛生費から支出している。昭和35年度の

\* 大阪大学医学部公衆衛生

一般会計総額は 18,280 万円少々であるから、一般会計繰入金、保健衛生費を加えても、その約 2.5% にすぎない。結核対策実施にあたって、一時的な赤字は出て、やがて健康で豊かな町が生まれるとの信念から、たとえ町有財産を処分してもやりぬこうと決意していた町当局、議会にとつて、この程度の支出は驚くほどのことではなく、むしろ、その成果に力を得て、保健医療面でさらに新しい事業を始めようとする意欲さえもつている。

以上のような患者発見、治療、財政の現状から、結核対策は、今後日を追って好転するというのが、町一般の実感である。

そこで、本年度は、結核対策実施頭初からの構想であつた「結核管理費」の設定、および「医師定員化」の検討を考えている。

昭和36年4月末現在の結核患者数は 438 名で、そのうち入院治療が24名、自宅治療が 389 名、治療を放置しているものが25名である。この数字からも明らかなごとく、患者の治療はほとんど開業医の手にゆだねられているが、比較的軽症者が多いところから、患者管理と指導が重要な比重を占めている。したがつて治療から管理に移るポイントに立っているともいえよう。

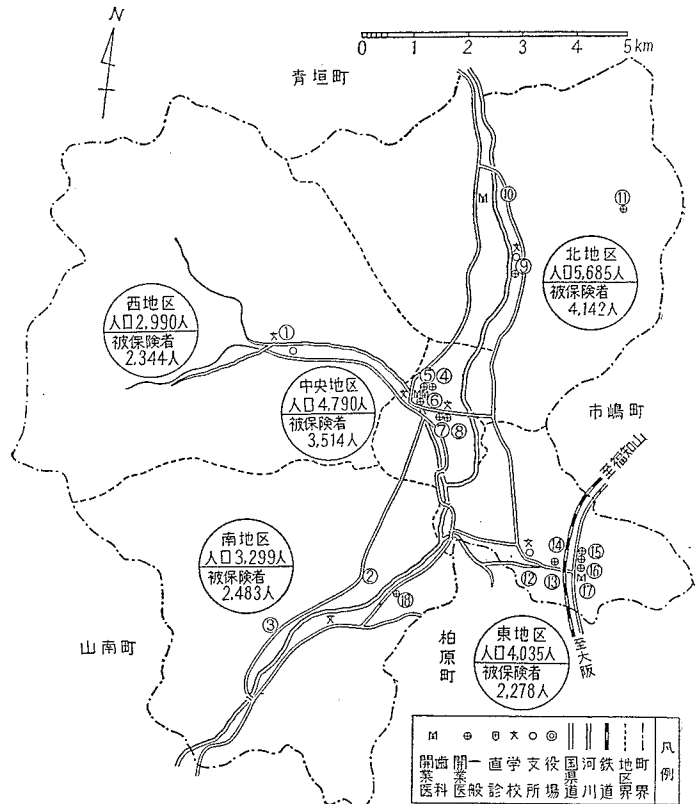
現在、結核医療費は出来高払いによつて支払われている。その結果、患者の減少、病状の軽症化をきたすと、医師の収入は減少する。結核対策のもとでは、出来高払いと医師の利益が相反するという最初からの心配が現実におこりかけているのである。そのため、結核管理費の設定を望む声が医師の間にも強い。

現実にとどの程度の「管理費」を設けるかは詳細な検討を要する問題であるが、本年はとりあえず、結核対策に対する医師の協力と努力に報いる意味で、漸定的に若干の「結核管理費」を医師に分配することにしている。

結核管理費の構想は、医師の定員化につながる。現在氷上町には歯科を除いて20人の医師がいる。町人口が約 20,800 人であるから、医師 1 人当たり人口は 1,040 人程度で、いなか町としてはむしろ医師の多いほうである。そのためか、町内医師の間では新しい競争者がふえることを極度に警戒し、医師の定員化を望む声強い。

上氷町医療機関の分布状況は第 1 図および第 2 表の通

りで、必ずしも理想的な分布状態とはいえない。この現実にあつて、町内各医療機関の相互連携、氷上町保健医療の基幹病院的位置にある隣接柏原町の県立柏原荘との協力関係、さらにそうした連携、協力を維持し効果的なものにするための機動力を十分考慮して、氷上町では保健医療にこれ以上求めるところがないまでの組織を整えることが医師の定員化であるという見地から、問題の検討が進められている。



第 1 図 氷上町医療機関分布図

同町では、保健医療計画の重要な一環として母子センターを設け、助産婦 7 名、その他の職員 2 名をおいて母子健康管理に当たっている。昭和35年度の業績は、母親学級 3 回開催、延べ 86 人が参加、乳幼児指導 38 回、延べ 752 人、妊産婦指導 18 回、延べ 657 人、栄養指導 7 回、延べ 141 人が参加するなど、かなり活発に活動している。

また、分娩にあつては、妊婦の負担を、介助料 1000 円、入室料 1 日 50 円にとどめ、その他必要な薬剤、衛生材料を供与する規定をもうけるなど、経済保障を図つて

いる。

本年度はこの事業をさらに拡張し、幼児期までもふくめた母子健康管理全般に当ることを考えている。この場合、助産婦と保健婦の活動が重複する心配があるが、助産婦は保健婦の補助的立場でこの分野で活動し、保健婦はその他の分野で重点的に活動することになる。

さらに、たとえば、イギリスのナショナル・ヘルス・サービスにみられる妊産婦に対する特典のように、特定

第2表 医療機関数

単科診療施設				2以上診療科を持つもの	歯科	
内科	産婦人科	眼科	耳鼻科			
2	3	1	1	10	1(精神病院)	7

診療所名	診療科	医師数	看護婦			おもな医療施設
			正	準	その他	
1	外、内	1	1		1	レントゲン 心電図
2	内、小	1	1		1	レントゲン
3	欠員		1			レントゲン
4	内	1		1	1	レントゲン
5	内、小	1		1	1	レントゲン
6	内、眼	1				レントゲン
7	外、内	1		2		レントゲン
8	産婦人	1		2		
9	全科	2		2	1	レントゲン
10	内、外	1		1		
11	精神科	2	3	5		
12	内	1	1			
13	産婦人	1		1		
14	眼	1		1		
15	内、小	1		1	1	レントゲン
16	内、婦	2		1	1	
17	耳鼻	1		1		
18	産婦人	1				

の検査、治療については全額保障を実施し、乳幼児に対しても同様の特典をもうけるという積極的な方法まで採用したいと考えている。

氷上町では結核対策発足以来、健康管理に、集団検診に、さらに療養指導に国保保健婦が大きな功績を残してきたが、今後とも保健婦活動を充実し、拡張していきたいと考えている。ここに問題になるのは、国保保健婦活動は国保被保険者だけを対象としてはなりたないということであり、全町民がその対象となるとすれば、国保

保健婦活動が国保財政をもつてまかなわれる関係上、国保被保険者とそうでないものとの負担に不公平が生じることである。同町の職域保険被保険人口は824世帯、約5,100人で、全町民のほぼ1/4にあたる。この健保被保険人口も地域社会の住民として、地域社会の健康管理に服すべきであり、それに必要な費用は当然負担すべきである。

地域社会の健康管理を考えるにあつてのもう一つの盲点は、職域保険被保険者本人である。現在、氷上町には113の事業場があるが、小企業が圧倒的多数を占めている。くわしい統計がないので推察の域を出ないが、中小企業では職場の健康管理もずさんで、法の定める健康診断さえ行なわれない場合が少なくないのではないかと考える。そうしたところから、結核患者が生まれ、新しい感染源として家庭に、地域社会に不幸をもたらすことになる。そこで、氷上町のような状況のもとでは、労働基準法の事業主責任との関係もあると思うが、従業員の一般的な健康管理の責任は、むしろ町当局にうつし、家族ぐるみ、地域ぐるみの一貫した健康管理を行なうことが望ましいと考える。この構想のもとに、職域保険被保険者本人、および家族の健康管理費として一人あたり定額を、健保財政その他から国保財政にうけいれる運動をおこしたい。

こうした健康管理の費用を、町財政をもつてまかなうか、国保財政をもつてまかなうかには、もちろん異論があろう。しかし、保健予防活動と治療が一体化してこそはじめて健康保障の意味がある。このことを考えれば、健康問題の重要な財政面をうけもつ国保財政に保健費を一体化させる方が、少なくとも医療保障の現状からみて好ましいと考える。この意味から健康管理費をあえて国保財政にうけいれるのである。

氷上町における以上の計画と平行して、氷上町結核管理方式を氷上全郡に普及させる努力を払っており、現に隣接2,3町村ではすでに結核対策を実施している。本年はこれをさらに推進し、結核対策を各町村共通の地盤として、氷上全郡を1ブロックとした広域保健医療計画推進の端を開きたいと考えている。氷上郡を管轄する柏原保健所、同郡医療の中軸ともいふべき県立柏原荘を保健医療の頂点とし、それと各医療機関の組織態勢を縦の糸、各町村相互の協力を横の糸として、とかくばらばらになりがちな保健医療活動、および行政を一つにまとめ、1枚の見事な布に織り上げたいというのが、現在の願いである。



# 社会要因についての考察—J. N. Morris :—

— Uses of Epidemiology (1957) の用語の分析—

原 島 進\*

社会医学研究の重要課題の一つが社会要因と疾病ないしは健康との関連の解明にあるということができよう。

この社会要因が具体的にどんなものであるかについて考察するために、筆者は前掲の著書にでてくる用語を集めて、それらと疾病ないしは健康との関連についての記述を対応させてみた。また、その社会要因について整理することを試みた。

本著者は Director, Social Medicine Research Unit of the Medical Research Council であるので、社会医学についての関心を持ちながら本著述をしたものと考えられる。なお、資料は主として英国のものである。

社会要因を筆者が整理してみると、1. 年代 (年代による社会変化)、2. 国民 (自然地理)、3. 地域社会 (都市と村落)、4. 社会階層 (付: 特殊集団)、5. 職業、6. 家族 (主として婚姻および出産関係) 7. 文化 (住宅、食習慣、喫煙、その他)、8. 雑になる。この分類については異論がありうることを筆者は感じているが、これに対する批判を受けたいと望んでいる。

社会要因をこのように分類したうえで、本著者がそれと関係があるとして引用している資料とその内容を簡略に説明することにするが、詳細な点については、本著を直接にあたつてみていただきたい。紙面の都合のうえから制限があるからである。

## 社会要因 I. 年代

(1) 1900~1930と1930以後の両年代における総死亡率の変動

England & Wales の総死亡率は1851~1900までは時代とともにあまり変化がないが、1900~1930の間では男女別ともに著しく減少した。そして、1930以後は男の減少はわずかであるが、女の減少は前年代よりもさらに著しくなった (p.1, Fig.1, a)。しかし、総死亡から冠疾患と呼吸器癌とを差し引いたものでみると、男女とも死亡率は同程度に減少を示している (p.2, Fig.1, b)。

(2) 1932~1948と1948以後の両年代における死産率および乳児死亡率

England & Wales の統計によると、1932 から 1948 までに、死産率は42から 23 へ、また、1~11 カ月の乳児死亡率は34から17に、また、1 週以内の乳児死亡率は23から17に減少している。しかるに、1948 以後は1~11 カ月の乳児死亡率の減少はなお年次とともに進んでいくが、他の二つの率はほとんど減少せずに1955に至っている (p.59, Fig.1, f)。

(3) 第2次世界大戦前後の年代と冠疾患

England & Wales の冠疾患死亡率 (男, 55~64歳) は1951~54 (戦後) を100とすれば、第2次世界大戦前期の最低は30に近い。また、Oslo の冠疾患死亡率は、1938~40 (戦前) を100とすれば、1943~45 (戦中) は65になり、1949~50 (戦後) にはふたたび100となつた (男40~59歳)。London Hospital における病態解剖による冠動脈アテロームの頻度は、1935~39を100とすれば、1944~51 (この間は食糧配給が行なわれた) には80になつた (男, 50~69歳)。(以上 p.64-65, Fig.7, a)

(4) 1931~35と1950~52の両年代の癌死亡率

Registrar General の報告によると、男の肺癌は1931~35と1950~52で284から1,411と著しく増加したが、口唇、舌、口内、扁桃腺の癌は222から48に減少している。また、女の肺癌は684から646とほとんど変化がない (死亡率は人口100万対、45~64歳) (以上 p.85 および付表)。

## 社会要因 II. 国民

(1) 諸国民の冠疾患死亡率

米国 (白人) (100)、ニュージーランド、イングランド・ウェールズ、デンマーク、ノールウェー (30) の順に低い (p.64, Fig.7, a)。

(2) 諸国民、諸人種の血清コレステロール量

国民によつて異なる (p.51)。また南アフリカで比較すると、人種によつて異なる (p.64, Fig.7, a)。

(3) 乳癌

乳癌の訂正死亡率 (人口100万対、1950) は日本34に対して England & Wales は189である。しかるに女の他の癌の合計はそれぞれ781, 715で大差はない (p.88,

\* 慶応大学医学部教授

表)。これは哺乳が乳癌を防いでいるのかも知れない。インドでみると、晩婚であり、哺乳のすくない Parsee 族は、そうでない Hindu 族より乳癌が多い (p.89)。

#### (4) その他の疾病

U. K. に気管支炎が多い。オランダに肥満者が多い。フランスにはアルコール中毒者が多い (p.89)。

#### (5) 説明不能なもの

気管支炎および肺炎による乳児死亡率はイングランド・ウェールズの農村地域60郡の間に、郡別差がある (p.77, Fig.7, e)。

扁桃腺摘出率の町村差：1936～38の学童1,000に対する率は比較的 low (3～13) の町村と比較的高率 (36～55) の町村に別けられる。これは医師の医療水準によるのかも知れない (p.33, j 表)。

### 社会要因 III. 地域社会

#### (1) 都市と村落の冠疾患

冠疾患死亡率 (1951～53, 45～64歳) は都市を100とすれば、村落は75ですくない (p.64, Fig.7, a)。

#### (2) 地域人口の大きさと気管支炎・肺炎・肺結核・肺癌による呼吸器疾患死亡率

England & Wales の死亡率 (1950～52, 男, 45～64歳) は地域の人口の大きさに比例して多くなる。女についても同じ傾向がある (p.74, Fig.7, c1)。

#### (3) 大都市中心部, 周辺部, 中都市, 村落と肺癌死亡率 (1950～53)

以上の順に男女とも低くなる。また、中都市では人口100,000, 50～100,000, 50,000以下の順に低くなり、England の村落は Wales のよりもすこし高い (p.87, 表)。

#### (4) 貧困・スラム・借間地帯と分裂症

シカゴ市のこれらの地帯に分裂症は、集中してみられる。これは低能力者 (分裂症による) が集まるためである (p.90～91)。

#### (5) 都市空気汚染と呼吸器疾患による死亡数との関係 ロンドンスモッグの例。1952年12月5～9日のあと12月13日の週にとくに多くなった (p.75, Fig.7, c3)。

#### (6) 家庭の石炭消費量と気管支炎死亡率 (男, 45～64歳)

この両者には深い関係がある (p.74, Fig.7, c2)。

#### (7) 空気汚染と喫煙の加重作用

肺癌の推定原因としての喫煙と空気汚染は加重作用を示す (p.70, Fig.7, b)。

#### (8) 空気汚染と植物塵の加重作用

ビレノーシス (綿肺) 患者は空気汚染のある都市住民に多い (p.80)。

### 社会要因 IV. 社会階層

#### (1) 社会階層 I, II, III, IV, V と疾病

##### (a) リューマチ性心臓病, 気管支炎, 胃癌, 呼吸器結核および総死因による死亡率

1930～32および1950の England & Wales の男20～64歳の統計によると、両時代とも I よりも V が高い (p.21 Fig.1, d)。

##### (b) その他の結果

リューマチ性心臓病は I → V に高くなる (p.20, Fig.2, b)。

気管支炎は I → V に高くなる (p.20, Fig.2, b)。

胃癌および胃潰瘍は I → V に高くなる (p.84, 表, p.86, Fig.6)。

小腸癌は I → V に低くなる (p.84, 表)。

頭蓋内血管損傷は I → V に低くなる (p.20, Fig.2, b)。

冠疾患は I → V に低くなる (p.64, Fig.7, a)。

気管支癌は I → V に高くなる (p.20, Fig.2, b)。

十二指腸潰瘍は I および V に高い (p.54, Fig.6)。

不慮の傷害 (交通機関による) は I → V に高くなる (p.20, Fig.2, b)。

既婚婦人の頸癌 (20～64歳, 1950) は I → V に高くなる (p.84, 表)。

既婚婦人の乳癌は I → V に低くなる (p.84, 表)。

以上はすべて死亡率。

精神障害は IV, V に多い (p.90)。

糖尿病死亡率はインシュリン利用以来, I, II では減少した (p.27)。

乳児死亡率は社会階層と関係がある (p.61)。

#### (2) 収入

乳児死亡率と関係がある (p.48)。

栄養, 児童の発育および健康度と関係がある (p.61)。

#### (3) 貧困と不健康との関係 (p.63)

(4) 特殊集団に中世紀の舞踏狂, 日本のベンゼドリン中毒が起こった (p.91)。

#### (5) 社会的隔離

精神障害, 自殺を起こしやすく, また, 小児期 (母親の哺育の必要性), 老年期 (社会との交渉の必要性) に悪い影響がある (p.90)。

### 社会要因 V. 職業

#### (1) 塵吸入量と塵肺率との関係 (p.76, Fig.7 d 1)。

(2) ビッシノーシスとカード取り扱いによる植物性塵発生量との関係 (p. 76, Fig. 7 d 2)。

(3) 呼吸器疾患による鉱夫の死亡率  
年齢とともに死亡率は急劇に増加する1860~62の W. Farr による調査 (p. 76, 表 VII B)。

(4) 管理職はストレス病をおこしやすい (p. 69)。

(5) General practioner  
G. P. は他の医師, 他の職種の人々に比べて冠疾患をおこしやすく, また, 最初の発作後の90日間の死亡率も高い (p. 37, 65, Fig. 7 a (5))。

## 社会要因 VI. 家族

(1) 婚姻, 哺乳する婦人と独身または哺乳しない婦人の卵巣, 子宮体および乳の癌

これらの原因による死亡率は婚姻し哺乳する婦人のほうが, 独身または哺乳しない婦人よりも高い。ただし, 子宮頸癌はこの逆の関係にある (p. 82, 表 7c) (45~64歳女, 1950~53)。

(2) 婚姻関係と分裂症

独身者に多い (p. 91)。

(3) 家族の大きさ (母の生産数) と気管支炎および肺炎による乳児死亡率

これらの死亡率は家族の大きさに比例する。また, これらの率は母の結婚年齢が若いほど大になる。この傾向は社会階層 IV, V では他の階層よりも明らかになる (p. 78, Fig. 7 f 1 および p. 79, Fig. 7 f 2)。

(4) 乳児が前に死んだという経験と乳児死亡

この経験があると高くなる (p. 71)。

(5) 複産, 初産と周産期死亡率

周産期死亡率は全複産, 35歳以上の初産, 40歳以上の経産の順に低くなるが, これらの場合の率はその他の周産期死亡率の2倍以上である (England & Wales 1950) (p. 18, Fig. 2, a, p. 24表)。

## 社会要因 VII. 文化

a. 住宅

(1) 用水の多寡と腸感染症 (p. 61)

(2) 居室の大きさと呼吸器感染症 (p. 61)

(3) ニュータウンの問題 (p. 22)

b. 個人的習慣

i 食事

(1) 食習慣と消化器癌

胃癌について North Wales と England およびその他の Wales の死亡率 (1951~54) を比較すると, 45~64歳, 65~74歳とも, また, 男女とも North Wales はきわだつて高い。これは食習慣と関係がありそうだ (p. 86表, p. 63)。

(2) 過剰栄養と関係ある疾病

肥満, 動脈硬化, 冠血栓, ヲ歯, 糖尿病, 妊娠中毒症などが関係ある (p. 63)。

(3) 栄養状態と心筋梗塞のあとの剖検例頻度

栄養良, 不良, 不足の順に頻度は大から小になる。男 50~69歳, 300例, 1944~51の資料による (p. 65, Fig. 7 a)。

ii 喫煙

(1) シガレット喫煙量と肺癌

65~75歳の多喫煙者は無喫煙者の20倍の肺癌死亡率が推定されるが, 55~65歳, 55歳前の群でもこれほどの差はないが, 多喫煙者に多い (p. 37, Fig. 4 b, p. 63)。

(2) パイプタバコ喫煙と口腔癌 (p. 63)

(3) 喫煙と呼吸器病, 冠血栓, 冠疾患 (p. 63, p. 65, Fig. 7 a)。

c. その他

教育程度 (p. 17), 知能指数 (p. 17), 無知または無関心 (p. 25, 63), 宗教的習慣 (生殖器癌) (p. 63), 性関係 (p. 39, 23) などがあげられている。

## 社会要因 VIII. 雑

マスメディア, レジャー時代, 自動車, 世間の抗生剤使用, X線検査などがあげられている (以上 p. 22)。

追記: この種の考察は他の著書についても行ないたいと考えている。ここには, その手はじめの結果を報告しておくのに止めておく。

# 英国の医療保障制度下の医師

西尾雅七\*

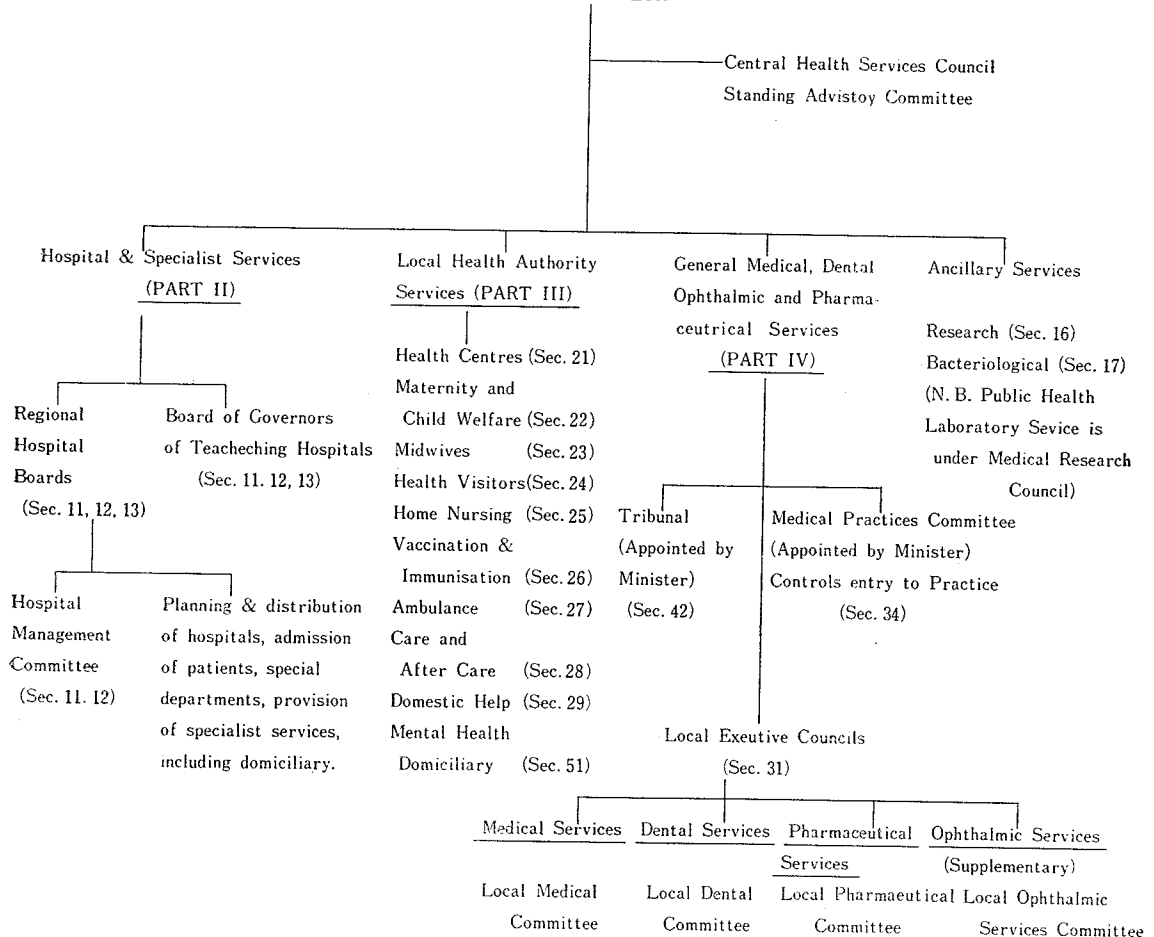
英国において「国民保健サービス法」(N.H.S.A.)が1946年に制定され、1948年7月5日故ベバン保健相の時代に施行されてより今日までの間に、この「国民保健サービス」(N.H.S.)に関する報告、あるいは論説が

の中にも N.H.S. に関する詳しい記載があり、また米国の政治学者の H. Eckstein の「The English Health Service」なる著書も「医療保障」という題名で邦訳されている。わが国の医療制度の全体が前時代的な人間関係

第1表

NATIONAL HEALTH SERVICE ACTS : 1946  
(England & Wales)

MINISTER OF HEALTH



注：( ) 内は法の章および条を示す。

わが国においても数多く発表されている。近くは厚生省医務局総務課編「各国の医療保障制度」が刊行され、そ

\* 京都大学教授

を基盤として組み立てられているものであるだけに、はたして急激な進歩をつづけている医療を国民の健康を守る闘いに現在の医療制度の下において活用しうるや否や

という点についての疑義が N.H.S. への関心を高めているのではなからうか。先年来の医師会の医療費をめぐる抗争も病院のストライキも日本の医療制度が近代的な制度へと脱皮してゆく過程において必然的に経験しなければならないものであると筆者は考えているが、それらの抗争がはたして近代的な医療を国民の健康に結びつける合理的な制度を生み出すことに成功するか否かについては、われわれは国民とともに注視している必要がある。このような情勢下に、わが国の医療制度がおかれている時だからこそ、英国に住む人びとの心身の健康および疾病の予防、診断と治療の改善を確保するため包括的な保健サービスの設立を保健相に義務づけ、さらに特別な場合をのぞきサービスは無料であるべきだとしている N.H.S. には、深い関心が払われるべきである。

### Ⅰ) N.H.S. によるサービスと構構の概要

この事項について述べるのが、今回の目的ではないので、第 1 表を掲げて参考に供することにとどめたい。Hospital & Specialist Service はイングランド・ウェールズを 15 の地域に分轄しそれぞれにもうけられている Regional Hospital Board (R.H.B) によつて統轄されており、その下部に病院の日々の過當を管理する数多くの Hospital Management Committee (H.M.C.) がある。個人を対象とする保健サービスは、現在 148 の Major Authority (County Council, County Borough Council) にもうけられている Local Health Authority (L.H.A.) によつて統轄されている。General Medical, Dental などの Service は現在 138 の Local Executive Council (L.E.C.) によつて統轄されているが、その中、医療についていえば、Local Medical Committee (L.M.C.) が指導、監督を行なっている。R.H.B. にしても、L.E.C. にしても無報酬の篤志委員の構成する委員会によつてそれぞれの方針などがそれぞれの地域、地区の状況に応じて決定されるので、いわゆる官僚統制と呼ばれるような事態が起こりうる余地は極めて少ない。なお General Practitioner の開業に関しては Medical Practice Committee (M.R.C.) が全国的な統制機関として、また G.P. に対する患者の異議の申し立て機関として Tribunal がもうけられている。

### Ⅱ) General Practitioner

英国には古くから family doctor なることばがあり、それは家族と緊密な関係を保つことによつて家庭内の一切のもめごと（病気のことのみに限らない）とそれらの

背景を知りつくしている状態で、患者の処置に当たる医師といった意味をもっているようであるが、そのような家庭医サービスを受け得たのは中産階級以上の裕福な家庭に限られていて、英国の住民の大部分は、かかる家庭医サービスから見放されていたというのが 19 世紀のころの英国の状況だつたようである。しかし 19 世紀の末ごろになると労働組合、あるいは多数の雇傭者をもっている大きな企業においては、その組合員、あるいはその雇傭者を保護する必要が次第に認識されてきて、特定の医師あるいは一群の医師と契約を結んで医療を与えるといった傾向が次第にみられるようになってきた。1913 年ロイド・ジョージの時代に国民健康保険 (N. H. I.) が施行されて、当時年収 160 ポンド以下の労働者は強制的にこれに加入させられたのであるが、この際、該当する労働者、すなわち被保険者は自己の氏名が患者名簿に記載されている G.P. からのみ一般的な医療サービスと調剤サービスを無料で受けることができた。しかし被保険者の扶養者には G.P. サービスについても何の恩恵も与えられておらず、病院および専門医サービスの給付は被保険者に対してすらなされていなかった。この N.H.I. の被保険者の範囲は、1942 年には年収 420 ポンド以下のものにまで拡大され、その他の制度に含まれているものを含めて当時には国民の約半数が G.P. の無料サービスをうけていたといわれている。N.H.I. においては、G.P. の患者名簿に登録されているもの 1 人について 1 カ年に 9 シル支払われた。この中 7 シルは G.P. の診療の費用として計算されており、1 シル 6 ペンスは薬価代、6 ペンスは特別な薬価代とされていた。この N.H.I. 当時、G.P. はその年収の大体 5 分の 2 をこの人頭割による収入に負っていたので、当時の G.P. の経済生活を安定さす上に、かなりの役割をはたしたことは否定されていない。

今日の N.H.S. における G.P. の収入が人頭割によつていることは N.H.I. の施工当時に、その起源をもつているのと思われ、また一定の G.P. に住民が登録し、その登録した G.P. から一般的な医療を受ける今日のしくみも N.H.I. にその起源をもつているのである。したがつて N.H.S. 発足当時の G.P. は人頭割によつて収入を得ること、および登録されている患者に対してのみ一般的な医療サービスを与えることについては 30 数年の経験をもつていたわけである。

G.P. の性格については Dr. Hunt (Honorary Secretary of the College of General Practitioner) が次のごとくに述べている。すなわち「患者と直接に接触を保つて心身

を冒す疾病や傷害に対して予防と治療を含む一般的な医療を与えたり、調整したりする責任を中断することなくもちつづけている医師である」としている。すなわち、G.P. の活動においては予防と治療が同一の重味をもっており、しかも患者に対して断えざる責任をもっていることが特徴であるといえることができる。かくして昔は恵まれた階級に対してのみ行なわれていた家庭医サービスが全住民に解放されたのである。この G.P. の予防活動とは単に L.H.A. の行なう personal health service に含まれている予防接種、母子の検診といったことを分担するといった活動のみを意味するのではなく、疾病の早期診断とその事後処置とに、いうならば、secondary prevention に重点がおかれている。すなわち G.P. は専門的な知識なり技能なりが有効に適用できる段階において病気を発見し、かつ処理する機会を他の誰よりも多くもっているわけである。しかし、かかる意味での予防活動ができるのは G.P. がそれぞれの患者を、それぞれの患者がもっている背景の全体を考慮に入れて観察できるからであろう。したがって、患者に病院の検査サービスをうけさせずべきか、専門医の診療をうけさせずべきか、L.H.A. の家庭サービス（訪問看護訪問保健指導、助産、ホームヘルプなど）を要請すべきか、あるいは自己のもとで診療をつづけさせずべきかといった点について適切な判断を下して、それに迅速に対処することが G.P. の活動の実態である。

急激な専門化が医学の分野に起こりつつある今日、G.P. の制度を N.H.S. の中に法的に確立していることは、医学の専門分化の起ることが避け得られないことを十分に認めに上で、専門化のもたらす弊害、すなわち患者が専門の対象の病気をもつものとしてしか観察されず、患者のもつ背景全体の中で観察され得ないという欠陥を避けるための努力のあらわれと考えられる。かように N.H.S. の医療においては G.P. の活動に非常な重点が置かれており、またその円滑な活動に大きな期待がよせられているのが実状である。

英国の医学教育は古い歴史をもつ篤志病院において行なわれてきたのであるが、その教育の伝統は「臨床観察でなし得ることのすべてを学び、臨床観察で適当な解答が得られない時にのみ診断上の援助を求める。そしてかかる場合においてもその技術的援助はその技術の活用に習熟し、その解釈に熟練している人に求める」という点にあるとされている。したがってこの医学教育の伝統はとりもなおさず G.P. の教育を中心としたものであつたといえよう。この伝統は今日の医学教育においても失わ

れておらず、秀れた G.P. の養成にも多大の努力が払われている。すなわちエデンバラ大学医学部においては、General Practice Teaching Unit (Director, Dr. Scott) をもつて教育課程の中に G.P. の教育と修練をとり入れており、また同市内の秀れた G.P. のもとに医学生が派遣されて、その指導をうけながら修練を行なっている。マンチェスター大学医学部においても、その地区の、Health Centre である Darbshire House において医学生に対する G.P. の教育と修練を行ない、Dr. Logun が、大学の職員として、その指導に当たっている。その他の大学の医学部においても、その地域の秀れた G.P. のもとに医学生が派遣されて、G.P. 教育をうけていることには変わりはない。この医学教育のあり方が今日の G.P. サービスに重点をおいた英国の医療制度を支えているといつても大過はないと信じている。G.P. はその性格上 X線の施設、E.C.G., 血球計算器などはもたず、それらの事項は病院の病理検査サービスに援助をもとめている

第 2 表 1952年以後の G.P. 数の推移 (England & Wales)

(Report of the Ministry of Health, 1958.1959)

	1952	1955	1957	1959*
Single-handed	7.459	6.715	6.381	6.119
Partnership†	9.745	12.068	12.962	13.535
Permanent Ass.	1.686	-	-	1.344

\* 外に Trainee G.P. 275

† Group Practice Loans に 1953年に開始

のが通常であるが、その場合、その検査成績は迅速に G.P. のもとに返されるので、打聴診にのみ頼つた診断を G.P. が行なっているのではないことを明記しておかなければならない。

G.P. の開業状況は第 2 表に示すごとく、次第に単独開業の医師が減じ、組をくんだ開業（これは後述する Group Practice も含まれている）の医師が増加してきている。イングランド・ウェールズで L.E.C. の統轄の下に開業している医師の数は、G.P. の助手として勤務しているものも含めて約 21,000人で、年々 100人前後増加しているようである。G.P. の開業については先に記した M.P.C. がイングランド・ウェールズの G.P. の分布状況を調べて、医師数が十分であるとか、すでに過剰であるとかの理由で、新規の開業を許さない“restricted” area と医師の不足のために N.H.S.T. の G.P. 開業が無条件に許される“designated” area と開業を願い出たさいそのときの状況によつて慎重に検討される“intermed-

iate” area との 3 地区に分けて、G.P. の開業の規制を行ない、G.P. サービスの平等化に努力を払ってきている。その結果 “restricted” area および “intermediate” area が次第に増加し、“designated” area が次第に減少してきていることが第 3 表の 1952 年と 1957 年、1959 年の医師数を比較することによって理解され、M.P.C. の効果を認めることができる。なおこの M.P.C. の定めた各地区における G.P. 1 人当たりの平均患者数は “restricted” area において約 1,500 人、“intermediate” area で約 2,200 人 “designated” area で約 2,700 人となつている。一方患者の 1 人 1 年当たりの G.P. に対面して相談なり、診療なりをうける率 (Consultation Rate) は、1955 年において男子、3.39、女子、4.08、平均 3.8 という数字が G.P. から集められた疾病統計に示されている。しかし、この率については、5.0 ないし 5.5 といった数字を妥当としている報告もある。今仮に前者の 3.8 を上記の意味にお

第 3 表 Medical Practices Committee の分類に基づく G.P.s の分布の推移

	1952		1957		1959	
	医師数	平均患者数	医師数	平均患者数	医師数	平均患者数
Designated	7,956	2,851	3,218	2,659	3,269	2,745
Intermediate	8,496	2,184	14,748	2,264	14,988	2,251
Restrictec	1,180	1,581	1,471	1,517	1,488	1,575

ける診療をうける率とし、1 年の診療日数を 300 日として計算すると登録患者 1,500 人をもつ G.P. で 1 日 19 人となり、2,200 人で 1 日 24 人、2,700 人で 1 日 34 人の診療を行なうことになる。また後者の 5.5 を用いて計算すると、登録患者 1,500 人をもつ G.P. で 1 日 27 人、2,200 人で 1 日 40 人、2,700 人で 1 日約 50 人となる。したがって、わが国の都市に開業する一部の医師に見られるように、高度の診断施設を備え、それを使用しながら 1 日 7~80 人の診療 (投薬、注射も含めて) を行なうということは英国の G.P. では想像もできないことではなからうか。高度の診断施設を備えるということと、それを診断上に有効に使用しうることとは全く別問題であることを指摘しておきたい。

G.P. の N.H.S. による収入は 1959 年では登録患者数 1 人当たり 18 シル支払われ、501 人目より 1,500 人目までに対しては 12 シル付加されている。したがって大体登録患者 1 人当たり 1 ポンドとして N.H.S. の G.P. の収入を計算してもそう大きな誤差はない。しかし、患者に G.P. を撰択する自由があると同様に、G.P. 側にも患

者を選ぶ自由があるので、G.P. は自己の考えによつて登録患者数を制限することができる。したがって N.H.S. の患者の数を制限することによつて時間に余裕を作り、私開業をして慣行料金による診療を行なうこともできれば、工場医、非常勤の M.O.H、非常勤の病院勤務医、生命保険の医師などとなつて勤務して収入を得ることもできるが、一般に N.H.S. の G.P. にあつては人頭割が収入の大宗をなしているとみて差しつかえない。

N.H.S.A. によると L.H.A. が Health Centre をつくり、そこを通じて G.P. サービス、L.H.A. サービスその他のサービスをその地域の住民に与えようとして、その Health Centre の活動に非常な期待をよせていたようであるが、1960 年に至つても法制によるものはわずかに 12 に過ぎず、その活動の状況も種々であつて、初期の期待に答えているとはいえない現況である。現在にあつてはむしろ Group Practice が奨励されていて無利息の建設資金が審査の上で 1953 年来貸出されている。今日においても Group Practice の数は正確には把握されていないが、かなりの数に達しているようである。先にも触れたごとく Health Centre では L.H.A. の行なう個人を対象とした保健サービスと G.P. の Group Practice によるサービスとをその他のサービスとともに地域の住民に与えることを目的としたものであるが、Group Practice にあつては G.P. たちがグループを組んで同一の建物の中で共同して G.P. サービスを行なうので、専門を異にする医師たちが集合して専門分野の診療を同一の建物内で行なう欧州大陸にみられる Polyclinic とは性格が異なるものである。この Group Practice は原則として各 G.P. の登録患者の人頭割による収入、その他の収入も一切共同の収入とし、その共通計費 (建築資金の返債の資金、秘書、看護婦などの俸給、診療施設などの整備の費用) を除いた残余をお互いの十分な協議にもとづく了解のもとに、各自の仕事の量、責任の程度などを考慮して各自の収入を決定している。Group Practice にあつては、1) 各 G.P. の経済的負担を少なくして診療施設の改善、診療技術の向上 (非常勤の技術者の雇い入れによつて) を計ることができ、2) G.P. の経歴に応じてグループ内で、ある程度の専門化が可能となり、患者の病状によつてはグループ討議によつてそのサービスの医学的水準を一層高めることができる。また個人開業の場合と異なつて、3) L.H.A. 側からも、看護婦、保健婦、助産婦などを派遣して、G.P. サービスに協力することが容易となり、4) rota system が採用されるので、休日、週日を通じてのサービスが可能となる以外に、お互

いに休暇、あるいは研修の機会を持つことができ、5) 主婦を医療補助者の位置から解放することができる。同時に、家庭生活が患者の来訪によつて乱されることがない。以上に記したような利点をもっているが、Group Practice を開く場所の選定に困難を伴う場合もあるから、英国においてもそれが可能な地域はおのずから制限されることであろうし、また G.P. たちの性格の問題、人の和を保つための努力などもその運営上の見のがし得ない重要事項であろう。

### Ⅲ) 専門医について

専門医と呼ばれるのは Senior Hospital Medical Officer (S.H.M.O. : 上級病院医官) と顧問医 (Consultant) とである。この両者は R.H.B. の任命するものであるから、病院の拡充、新設、特殊クリニックの拡充、新設にともなつて、その数は増加する。前者は専門医の処遇が

第4表 連合王国における階級、別病院医官数(推定)の推移  
(Royal Commission on Doctors' and Dentists' Remuneration 1956-1960 Report)

	期 間	1951	1955	1957	1959
Consultant		6,356	7,244	7,537	7,684
Senior hospital medical officer		2,420	2,637	2,621	2,420
Senior registrar	4 カ年	1,547	1,262	1,247	1,340
Registrar	2 カ年	1,856	2,620	2,865	3,154
Junior hospital medical officer	不 定	623	764	818	840
Senior house officer	1 カ年	1,458	2,032	2,258	2,424
House officer	1カ年あるいはそれ以上	3,384	3,203	3,223	3,070

与えられているが、専門の分野の診療に関しては絶対の権限と同時に責任をもっている後者の指示に従わなければならない。イングランド・ウェールズの N.H.S. のもとに働く約4万の医師の、1959年中では約16%が顧問医であり、約5%が S.H.M.O. である。

専門医という場合、内科学、外科学、その他の専門科目をそれぞれ何カ年間かおさめたから、その科目の専門医というのではなく、第4表に示すとき専門医への段階を歩みながら、すなわち House Officer (病棟医) から始まつて Senior House Officer (S.H.O. : 上級上棟医)、Junior Hospital Medical Officer (J.H.M.O. : 初級病院医官)、Registrar (登録医)、Senior Registrar (上級登録医) と進んで、これより顧問医あるいは S.H.M.O. となる。この場合専門医以外の職にあつては J.H.M.O. をのぞき職務年限が制限された職であるから、公募されている上級職の採用試験に応募し、その詮考に合格しなければならない。この場合の詮考は H.M.C. に

よつて行なわれるが、上級職階、その数は減少して行くので上級職への就任は次第に難しさを加えてくる。かかる場合は J.H.M.O. なり、あるいは専門医においても顧問医になれずに S.H.M.O. に落ち着くか、あるいはその間において G.P. に転向するということになる。したがつて G.P. の中には医師の資格を得た当初から G.P. を志望したものと、専門医への途を歩みながら途中から G.P. に転向したものとがあるわけであり、Group Practice においてある程度の専門化が、その G.P. サービスの中で可能になると先に記した理由はここにある。

とにかく顧問医という名称をもつまでには、公募される上級職の医官の採用のための詮考を幾回も受けねばならず、しかも医師としての能力、人物、識見、さらには研究業績なども、詮考の条件となり、専門医の場合には R.H.B. に特別にもうけられる詮考委員会であらかじめ書面審査で選ばれたものの中から委員会での面接によつて決定されるのであるから、非常に険しい途を歩むわけである。英国において専門医、ことに顧問医が医学界のみならず、社会的にも高く評価されているのは以上の事情を考えれば当然といわなければならない。

わが国にも専門医制度の声があつて、この場合専門医の性格

を明確にする必要があり、それに対応する医師(一般医とでもいうのか?)の性格および両者の医療上の関係なども明確にしておく必要がある。

専門医と R.H.B. との契約は必ずしも常勤とは限つてはいないが、次第に常勤専門医の増加の傾向にある。しかしながら、1959年においても顧問医の約3分の2は非常勤である。また常勤といつても必ずしも、その R.H.B. の一つの病院に勤務場所が限定されているとは限らず、その R.H.B. 内の二・三の病院に勤務している場合もありうる。R.H.B. との契約は診療単位数によつて異なる。すなわち、日曜および土曜の午後を除いて午前と午後に分けると11回の診療単位があるが、この中 9/11 回以上の診療単位を R.H.B. と契約しているのが常勤専門医であり、それ以下の場合是非常勤専門医である。したがつて契約以外の診療単位を私の開業にあてようと、医学校において教育活動に従事しようと、それは自由であり、また二つ以上の R.H.B. と契約することも



もとより可能である。

先に記したごとく、専門医への途は険しいものであるが、その間における各職階の医師の報酬は第 5 表に示すごとくであつて、G.P. の収入に比較すると決して優遇されているとはいえない。32歳で幸運にも顧問医になることができた場合、ようやく intermeditate area で開業している G.P. の平均収入の水準に達することに注目されたい。しかし、その後の昇給の額が大きく、かつ顧問医に対しては Distiction Award (D.A.) がその約 3 分の 1 に与えられるので、経済的にも顧問医は極めて恵まれた状態にある。D.A. は A, B, C の 3 段階に分かれ

第 5 表 医師の収入 (N.H.S.)

		1959	
House Officer	I	£486	4s
	II	£543	8s
	III	£600	12s
Senior House Off.		£852	6s
Junior Hospital			
Medical Off.		£886	12s × £57 4s (6)
Registrar		£972	8s, £1103 19s
Senior Registrar		£1258	8s × £88 6s (4)
Senior Hospital			
Medical Off.	32歳	£1719	18s × £ 54 12s (9)
	—	£2211	6s
Consultant	32歳	£2293	4s × £136 10s (8)
	—	3385	4s
A award		£2500 (4%)	
B award		£1500 (10%)	
C award		£ 500 (20%)	

ているが、最も額の多い A にあつては、その約 86%、中級にあつては、その約 64%、額の最も少ない C にあつては、その約 36% が 1959 年に医学教育関係者に与えられている。通常英国の医学校においては臨床科目においても教授は 1 名であつて、多くの顧問医が非常勤として教育に参加しているのであるが、それらの顧問医の分布が A の D.A. をもつものに極めて高率であることに留意されたい。

Royal Commission on Doctor's and Dentist' Remuneration (1957—1960) の報告が議会に提出されているので近く、G.P., 専門医および病院勤務医などの収入が大巾に改善されることと思われる。

この報告において G.P. に対しても Distiction Award を与えるべきだとの勧告がなされているが、この D.A.

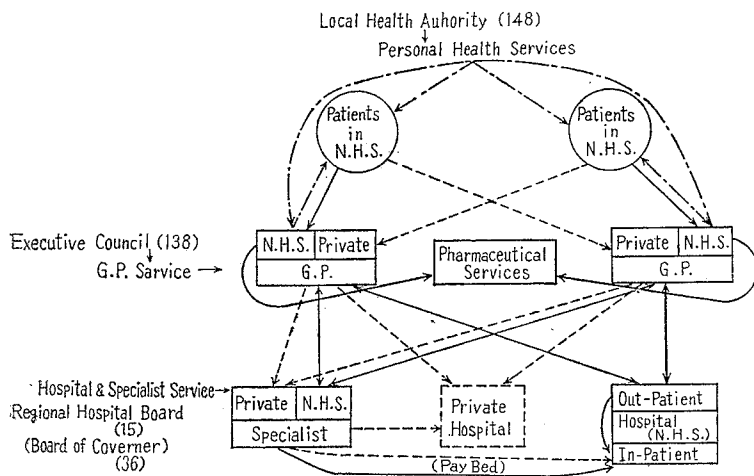
が Group Practice の運営に悪影響を与えるのではなからうかとの意見を述べた G.P. があつたことは記しておく必要がある。

#### IV) 英国の医療体系

英国が戦後 N.H.S. にふみ切るに当たつては、N.H. I. 施行以来数度にわたつて出された英国医師会の意見、ビーバーリッジの報告 (1942) などが大きな力となつて働いたことは明らかな事実であるが、第 2 次世界大戦の要求に対処する目的で、1938 年施行された Emergency Medical Service の経験も大きな貢献をしていると考えられる。すなわち N.H.I. 施行後も病院および専門医サービスについては何らの給付もなされていなかつたばかりでなく、救貧法、その他種々の起源をもつ地方当局の管理する病院 (主として慢性疾患、伝染病、精神病などの病院と、1920 年からは、これに一般病院が加つた) と多種多様な古い歴史の基盤をもち、かつ規模においても極めて雑多であつた数多くの独立の管理組織のもとで運営されていた篤志病院 (主として一般病院) との間には運営上の関係はもちろんなく、のみならず、設立においても何の連絡もとられなかつたので病院の分布には非常なかたよりが存在していた。また関係の必要性が幾度か叫ばれてもそれが実現には至らなかつた。かように英国においては全く別の 2 種の系統の病院が存在し、それぞれが何の連絡もなく運営されていたのであるが、E.M.C. の施行によつて、これらの 2 種の病院の運営が戦争に関連して発生する疾病、傷病に関しては地区別に統制され、またその地区の要求度に応じて病院の系統の如何を論ぜず政府の財政的負担によつて施設の拡充、整備が行なわれた。同時に Public Health Laboratory Service (ウィールス、細菌関係の検査)、Hospital Laboratory Service (病院における病理検査) および市民に対する輸血サービス網の整備なども行なわれた。一方 G.P. サービスにあつても、戦時の要求に対応するために、そのサービスを組織化するための地方委員会が設けられた。かように E.M.S. によつて今日の N.H.S. にみられる組織の原型ともみられるサービスが実施されていたのである。また英国においては、1948 年 7 月 5 日以降において地方機関のもつ病院と特殊な立場にある約 300 の篤志病院を除いた残りの篤志病院の全部が N.H.S. に包括されたのである。

すでに記したごとく N.H.S. には個人を対象とする保健サービス (L.H.A. のサービス)、G.P. サービス (L.E.C. の管理するもの) および病院および専門医サ

サービス (R.H.B. 統轄するもの) の三部門のサービスがあるが、これらの関係を N.H.S. の患者を中心にして整理し、図示すると第1図のごとくなる。すなわち L.H.A. のサービスは L.H.A. から直接行なわれるものもあれば、それらが G.P. を通じて行なわれるものもあれば、場合によつては G.P. よりの連絡によつて L.H.A. から行なわれることもあつて、L.H.A. と G.P. の連係は次第に緊密となつてきている。(図では——の線で示した) また N.H.S. の患者は登録している G.P. から無料で医療サービスを受け、また処方箋によつて無料の調剤サービスを薬局より受けることができる



第1図 England & Wales の医療をうけるしくみ

が、場合によつては私費診療を登録している G.P. 以外の G.P. からうけることができる。(図では——が無料、……が有料を示す)

G.P. が患者を専門医に送る場合、G.P. サービスを受ける場合と同様患者の希望によつて N.H.S. による無料の専門医サービスを受けさせることも(この場合は専門医を選ぶことはできない)、私費の専門医サービスを受けさせることもできる(この場合は患者は専門医を選ぶことができる)が、いずれの場合においても G.P. の手によつて手続きがとられている。さらに病院サービスをうける場合においても患者は N.H.S. の病院サービスをうけることも N.H.S. の病院において私費のサービスをうけることも(ただし病床数は極めて少ない)、N.H.S. 外の病院でサービスをうけることも自由である。すなわち N.H.S. による医療サービスは決して強制されてはいない。今日英国においては N.H.S. による医療をうけているものの率が圧倒的に高率であることはい

までもないが、私費患者ばかりを診る G.P. も数百人はいると推定されている状況であり、非常勤の顧問医にあつても私費の患者を診療しうるのであるから、私費で診療をうけている患者がかなりいることは推定しうるが、もとより正確な数字はつかみ得ない。しかしある G.P. は私費診療をうけるものの多くは「見栄を張っている」のだと話していたことは注目に値しよう。

G.P. と専門医の間には G.P. を通じなければ患者は専門医なり、病院を訪れることがなく、また専門医は患者に助言を与えずに G.P. に助言を与えるという慣習ができ上がっている。このことが N.H.S. 施行後しばらくの間、しばしば論議の対象となつた G.P. の威信の低下の回復に大きく貢献したようであり、また今日病院に加えられる患者の負担を G.P. サービスの強化によつて軽減しようとする N.H.S. の動きを可能ならしめているであろう。もちろん、病院の検査サービスの充実およびそのサービスと G.P. サービスの緊密化も大きな要因になつていることはい

うまでもない。

G.P. が登録患者を増すために特別なサービスをすることは禁じられており、また専門医が私費の患者を N.H.S. で入院せしめる場合、特別な医学的な理由なくして便宜を与

ることは厳しく禁じられている。N.H.S. においては G.P. は人頭割によつて収入を得、病院勤務医、および専門医はサラリーによつて収入を得ているので、また病院のサービスも G.P. サービスと同様一切 N.H.S. の費用でまかなわれているので、G.P. と病院の間には患者をめぐる競争はあり得ない。のみならず病院間の競争もあり得ない。さらに G.P. 間においても、わが国の開業医間にときにみられるような競争もあり得ない。このように医療を与えるさいに患者をめぐる競争を経済的な立場において意識する必要のないことは特記しておかなければならないことである。

英国における N.H.S. の将来の方向は1958年の保健相 D. Walker Smith の報告から読みとることができよう。すなわち、「将来における国民の保健に関する闘いは、より一そう社会の中で、臨床チームのリーダーとしての家庭医と家庭医を支援する地方衛生機関とによつて闘われなければならない。地方衛生機関は公衆衛生の分

野に働く医師、看護および福祉関係に働く幹部の援助によつて家庭医を支援するとともに、予防接種などの予防方法を住民に利用せしめることによつて、衛生教育をほどこすことによつて、さらには衛生および福祉サービスを一般社会の中で組織化することによつて伝染病の発見と予防に独自の活動を営む。この闘いにおいて病院はまず施設、診断の援助および顧問医のサービスによつて家庭医の援軍となり、必要があれば傷病を治療し、活動的

な生活へのすみやかな復帰を可能ならしめるように患者を修復する防禦線の最後を構成する」としている。このことは今日の G.P., L.H.A. および専門医のそれぞれの立場とそれらの協力関係が今後ますます強化されることを示しているものと考えられる。

(本文は第 3 回社会医学研究会での講演の草稿をもとに記たものであるが、字数の関係で削除した箇所のあることをしるしておく)

## 自治体の衛生行政と地域組織活動

浜 口 剛 一\*

### 1. 市町村自治体の衛生行政の現状

これまで市町村自治体の衛生行政は「まま子」あつかいにされてきた。市町村は<sup>(1)</sup>一方では国または府県の指示のままに予防接種・結核住民検診その他の仕事をおしつけられてきたし、他方、環境衛生<sup>(2)</sup>は全く自治体固有の仕事として、ほうりつばなしにされ、指導育成はほとんどされていなかった。このため市町村衛生行政は衛生行政の盲点として残されてきた。最近になつて自治体行政が全般にクローズアップされてくるにつれて、衛生行政の分野でも、地方自治体の比重が漸次高まつてきた。市町村を中心とする共同保健計画構想<sup>(3)</sup>などもその一つのあらわれであろう。しかし、自治体の行政が画一的であつて、地方の実状にみあつた行政でなかつたのは、ひとり衛生行政だけでなく、自治体行政全般の傾向であつた。ただ衛生行政においてそれが目だつていたにすぎない。これは自治体が「地方自治の本旨に基づく」住民本位の行政を行なつていなかったことを示しており、住民のニードより上から流されてくる仕事をそのまま実施に移していくことに手をとられていた自主性のなさが自治体行政をこのような低調な状態にしてしまつたといえよう(もちろん、地方財政の貧困のため多くの自治体が財政再建団体となり、独自の事業に対しては自治省からの制約が強かつたのもその一因ではあろうが)。だから自治体の衛生行政を向上させようとするならば、地域住民のニードを率直にくみとる方策をとらねばならない。現段階においては、これを自治体当局だけにまかしておくわけにはいかない。地域住民組織によつて住民のニードを自治体行政に反映させるということも必要なことであ

らう。

### 2. 地域組織活動

地域組織活動が公衆衛生の分野で積極的に取りあげられ、かつ論じられるようになってからすでに久しい。戦後の衛生行政の確立期において、地域組織が公衆衛生の推進に果たしてきた役割は大きいものがあり、とくに衛生行政の直接手のおよばぬきめのごまかい活動、たとえば蚊と蠅をなくする運動<sup>(4)</sup>などについては相当の成果をあげることができた。しかしながら農村においては婦人会・部落会などの既存の組織の力を結集することによつて地域活動が活発化してきたのだが、それが前近代的な人間関係によりかかっている場合が多く、今後の発展については多くの問題点を含んでいる。都市においては一般に地縁関係がうすいせいもあつて、保健委員などの半公的な制度を利用した場合を除いては、地域組織そのものとして成功しているのは極めて少ない。しかも地域組織活動が自治体行政または保健所活動に協力するという形が多く、住民の要求を自治体行政に反映させ、衛生予算を増額させたり、新しく予算項目を計上させるといった努力をはらつている場合はそう多くはない。戦前における衛生組合が国の政策の下うけ機関としての役割を果たしてきたにがい経験を十分にくみあげて、地域組織は住民のニードを自治体行政に反映させ、地方自治を確立させる方向に努力すべきであろう。

公衆衛生以外の分野においても、地域組織は注目をあびている。社会福祉関係における社会福祉協議会<sup>(5)</sup>などの地域組織は、ところによつてはかかなり活発な活動がみられるが、多くは国または府県などの上からの組織活動が主であつて、市町村ではほとんど自主的な活動がみら

\* 大阪府吹田保健所

れないことが問題になっている。自治体行政全般の問題<sup>(6)</sup>に関連しても、住民組織が自治体行政に必要な存在なのか。少なくとも地方自治の推進に役立つ存在であるかどうか。また今後そのような存在になりうるかどうかについて討論が交わされている。しかしながら地域組織は住民の各階層をその構成員としているため、その要求が一般にささやかなものであつても、最大公約数的なものであり、だれでもが納得できるものであるから、自治体としては無視することができないものである。この意味から、地域組織は実際に自治体行政に対してかなり大きな影響力をもっているといえよう。

### 3. 吹田市の衛生行政と地域組織活動

地域組織の自治体衛生行政に対する働きかけの実例として、以下吹田市における吹田母子会の活動について述べる。吹田市は大阪市の東北部に隣接している人口12万余りの衛星都市であるが、この吹田市における吹田母子会の活動<sup>(7)</sup>は、都市における婦人の地域組織であるにもかかわらず、自主性の強いこと、運営が民主的であること、活動が多角的で活発であることなどによつて高く評価されてきたし、また実際に吹田市における保健衛生の向上に大きな役割を果たしてきた。

#### A 実際の活動

##### 1) 伝染病予防

吹田市の昭和25年度の腸パラ予防接種が低調であつたので、府衛生部から再実施を指示された。市から母子会に対して協力を求めたが、母子会は「予防接種は無料で行なうこと。その財源には月20円の塵芥処理費を30円に値上げしてもよい。それができれば該当者の呼び出しや会場の整理を引きうけよう」と回答し、市側の承諾を得て協力した。予防接種費を清掃費に肩がわりすることの可否は議論のあるところだが、発足間もない母子会の自治体に対する最初の働きかけとしてはこの程度のささやかなものであつたことを知るべきだ。

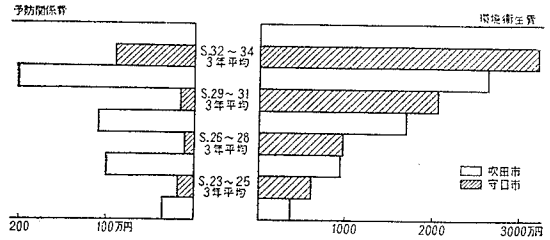
##### 2) 寄生虫予防

母子会は昭和27年以来、寄生虫予防事業を組織自体の事業として取りあげ、広報宣伝・便の回収・検査の手伝いなどの実務も行なつてきたのであるが、昭和31年度の市会において、「民間の婦人団体におぶさつていつまで頼かむりを続けるのか」との意見がでて、翌年から市の予算が計上され、市の事業として行なわれるようになった。

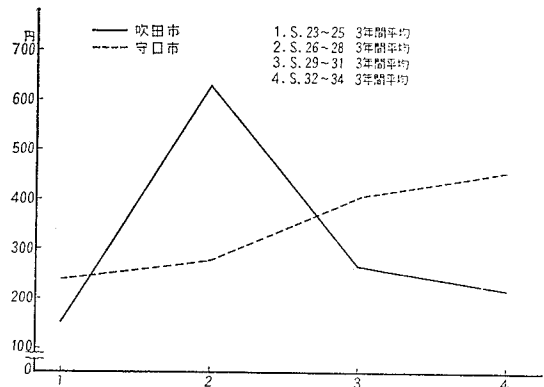
##### 3) 結核予防<sup>(8)</sup>

昭和32年結核予防法の改正があり、住民検診の費用が

無料になり、住民検診が全国的に励行されたのであるが、大阪府の目標は50%受診の線であつた。市では当初30%を見込んだ計画を立てた。母子会は100%受診の目標を立て、30%などは問題にしないという態度で交渉し、その結果、市役所も計画を2倍に拡大することになり、追加予算を計上した。保健所に対しても住検で発見された患者の公費負担を強く要望してきた。もちろん要望するだけでなく、該当者の調査・受診勧奨・会場受付および整理などについて組織をあげて協力した。



第1図 吹田市と守口市における予防関係費ならびに環境衛生費の比較



第2図 吹田市と守口市における1人当たり保健衛生費

##### 4) 成人病予防<sup>(9)</sup>

昭和33年度より保健所の主催で高血圧・心臓病の検診が行なわれ、多数の受診者があつたが、血圧測定により高血圧と診断された者の精密検診の受診率が低かつた。これは精密検診が有料であることが大きな原因であることがわかつた。そこで母子会は昭和36年度予算に成人病予防費を計上するよう市役所に強く要望したが、財政再建団体の故をもつて計上されなかつた。そこで母子会は自ら循環器系検診費として20万円を市に寄付し、市費20万円をあわせて40万円の循環器検診費を組ませた。さらに、その不足分については大阪府に補助するよう要望

し、吹田市を成人病検診モデル地区に指定させることによつて実質的に解決した。

### B 評価と問題点

以上の諸活動を通じてみるに、吹田母子会の自治体衛生行政に対する要求は質的に向上してきたあとがうかがわれ、ささやかな要望から、積極的に予算を組ませるような方向に発展してきたことが認められる。このことは吹田市と人口規模のほぼ等しい守口市の保健衛生費と比較してみると(図 1, 図 2)吹田市は予防関係費については比較的多く、年次増加も著しく、地域組織活動による自治体行政に対する影響が顕著であることが証明される。しかしながらなお次のような問題点が指摘されよう。

#### 1) 環境衛生問題(第 1 図, 第 2 図)

吹田母子会は当初より環境衛生問題については、蚊と蠅をなくする運動についてはもちろんのこと、ゴミ箱塗装運動などいろいろと環境衛生問題について活動を展開してきたし、また清掃問題、下水問題についても要求してきた。しかしながら、環境衛生関係費については、守口市に比し吹田市の予算はむしろ少なく、全体の保健衛生費についてみても、吹田市の一人当たりの保健衛生費は守口市よりも少なく、増加傾向も少ないことがうかがわれる。

#### 2) 国民健康保険問題

吹田市の国保は戦前より実施されているのであるが、赤字が大きく医療費の給付がせい一杯で、保健施設費はほとんど組まれておらず、国保保健婦は昭和26年に廃止されたままになつているが、地域組織から国保に対する

もろもろの要求がだされてきても、これが予算面に反映することはほとんどなかつた。

以上の問題点は、ひとり吹田母子会の問題点であるに止まらず、全国の多くの衛生地域組織の問題点でもあろう。かつまたこれは府県の衛生部局の問題点でもあるのではなからうか。これは現在までの衛生地域組織が府県の衛生部局および保健所の指導(特に技術的指導)により発展してきたことと関係があるのであろう。しかしながらこれらの問題点は今後の活動によつて克服できるものであろうか? 環境衛生費とか、国保関係費のように予算規模が大きく、市町村の基本的な政策に関係するものに対しては、現在の地域組織ではいくら自治体に要求をだしても、影響をおよぼすことは困難であり、むしろ自治体の財政力その他の要因によつて左右される現状である。このことは現在の地域組織活動の限界をも示すものともいえるだろう。このような問題に対しては、現在一部でとなえられている地域民主主義に基づく自治体活動<sup>(10)</sup>が注目されるところである。

### 参考文献

- 1) 磯村英一、他：全訂地方自治読本、東洋経済新報社、昭36。
- 2) 橋本道夫：厚生、16(8)；18、昭36。
- 3) 厚生省：共同保健計画の立て方、昭35。
- 4) 橋本正己：公衆衛生と組織活動、誠信書房、昭30。
- 5) 橋本正己：厚生科学研究、昭33。
- 6) 自治労：自治体(第3集)自治労、昭35。
- 7) 浜口剛一：公衆衛生、22(8)；444、昭33。
- 8) 浜口剛一：大阪大学医学雑誌11(11)；5517、昭34。
- 9) 道端長策：地域組織指導の実際、未刊。
- 10) 松下圭一、他：思想、1961(5)；1昭36。

## 医療における配置買薬の役割

—— 地域社会の大きさと配置買薬(ならびに薬局)の関係 ——

大谷 藤 郎\*

浅野 光 雄\*

### I. ま え が き

病院、診療所などが都市に集中しているのはあきらかな事実で、筆者<sup>1) 2)</sup>はこの関係を地域社会の大きさ、すなわち6大都市、20万以上の市、10万~20万の市、10万未満市町村というわけ方によつて、統計的にすでに明らかにした。この場合、診療機関のまばらな分布状態にあ

る10万未満市町村は、過去の報告<sup>2) 3)</sup>で述べたように必ずしも住民の疾病量が少ないわけではないから、診療機関の行なう医療の不足はなんらかの形で補なわれていると考えねばならぬ。医師、歯科医師の行なう処置以外に考えられるものとして、買薬(薬局、配置、その他)、あんま、はり、きゆう、柔道整復術、電気治療、まじない、きとうなどがあり、そのほかには何もしない放置の状態がある。そして医師、歯科医師の行なう近代医療の

\* 厚生省統計調査部

恩恵に浴しないところの、いうなれば医療の周辺とも名づけるべきこれらの医療を行なっている部分は、社会医学の見地から究明を必要とし、改善のための施策を必要とする部分である。

このうち特に配置買薬は、越中富山の薬売りのように前もつて一般家庭に配置してあつた薬を使用し、一定期間後に一主として半年後に一配置期間中使つた分だけの代金を支払い、代わりに新しく薬を配置してもらおうというわが国独特の医療システムで、外国でもその例をみない特殊なものである。

われわれは厚生省の行なつている国民健康調査<sup>3)</sup>の結果から、配置買薬をとりあげて統計的観察を加え、医療

のなかにしめる配置買薬の役割は減少しつつある。

(第1表)

これを直接治療費という形で観察しても、同様の傾向が認められる。ただし件数の比較の場合よりもさらに配置買薬のしめる割合が小であるという違いはあるが。

(年次別、治療方法別直接治療費一千人対率・百分率—統計表略)

III. 年令階級別でみると、乳児では配置買薬をあまり利用せず、9.2%で、7割近くが医師にかかつていますが、その他の年齢ではきわだつた変化はなく、配置買薬は総治療件数中13%から20%くらいの利用である。

傷病名別にみて配置買薬の割合の多いのは、症状・老

第1表 年次別・治療方法別治療件数(1,000人対率・百分率)

調査時期	総数	医師	歯科医師	買薬				その他
				総数	薬局買薬	配置買薬	その他買薬	
1,000人対治療件数								
昭和29年10月	209.3	92.1	9.5	94.6	48.4	37.7	8.5	13.1
30 11	194.1	75.5	9.0	97.7	56.2	35.1	6.4	11.9
31 11	219.9	93.3	10.0	104.3	55.6	40.1	8.6	12.4
32 10	238.7	94.3	9.5	121.1	65.6	48.5	6.9	13.9
33 10	235.6	101.5	12.3	107.8	60.4	39.1	8.3	14.0
34 10	246.6	110.7	13.6	107.6	62.8	37.5	7.3	14.7
治療件数百分率								
昭和29年10月	100.0	44.0	4.5	45.2	23.1	18.0	4.1	6.2
30 11	100.0	38.9	4.6	50.4	29.0	18.1	3.3	6.1
31 11	100.0	42.4	4.5	47.4	25.3	18.2	3.9	5.6
32 10	100.0	39.5	4.0	50.7	27.5	20.3	2.9	5.8
33 10	100.0	43.1	5.2	45.8	25.6	16.6	3.5	6.0
34 10	100.0	44.9	5.5	43.6	25.5	15.2	3.0	5.9

資料：国民健康調査

体系のなかに占める配置買薬の役割を検討することにした。

II. 配置買薬はどのような年次推移をたどつているかという点、人口1,000人対配置買薬利用件数は昭和29年以降34年まで、37.7, 35.1, 40.1, 48.5, 39.1, 37.5という経過で、一見あまり変化がないようであるが、一方で医師・歯科医師受診、薬局買薬は明らかな増加傾向にあるので、相対的には減少に向かつていといえる。すなわち総治療件数中にしめる配置買薬件数の割合(%)では、昭和29年以降 18.0, 18.1, 18.2, 20.3, 16.6, 15.2と、この2,3年急激に減少している。いまや国民

衰および診断名不明確の状態、新生児の主要疾患、呼吸器の疾患中急性鼻咽頭炎、骨および運動器の疾患中関節炎およびリュウマチ、不慮の事故・中毒および暴力、骨および十二指腸の疾患などで、軽症の疾患が多い。(性年齢階級別、治療方法別ならびに傷病名別治療件数、百分率統計表略)

これを年次別にみると、関節炎およびリュウマチの配置買薬使用の割合が増加している以外は、どの傷病名でも減少し、特に急性鼻咽頭炎、胃および十二指腸の疾患でその減少傾向が明らかである。

IV. 医療保険加入状況別にみると、国保に加入して

いるものの配置買薬使用の割合が高く 24.1% であり、医療保険に未加入のもの 13.2% がこれにつき、健保などに加入している者をもつとも少なく 6.8% に過ぎない。対照的に医師にかかる割合は丁度反対になつていて、国保階層で医師にかかるものもつとも低い。

さて配置買薬はこのような医療保険の種類と有無、世帯業態との関連のほか、当然医療機関、薬局の分布密度、その他の社会的経済的要因との関連が考えられよう。そしてこれらが総合した形であらわれてくるのは地域別観察においてである。

第 2 表 年次別・医療保険加入状況別治療件数

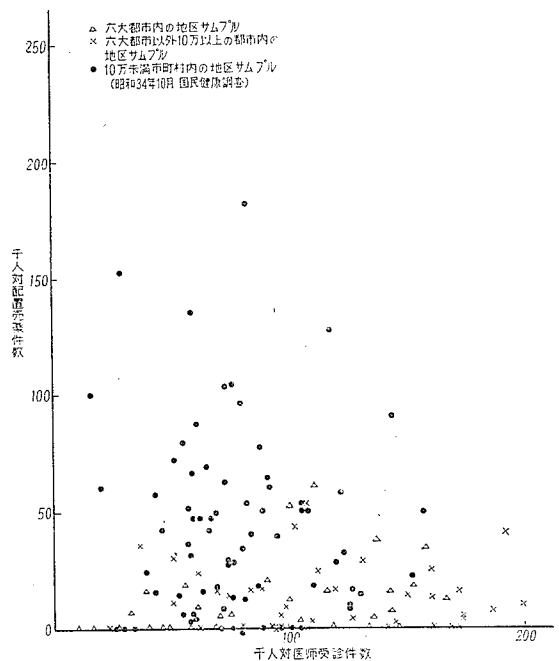
医療保険加入状況	1,000 人対治療件数								治療件数中配置買薬数の占める割合 (%)			
	総 数				配 置 買 薬 (再掲)							
	29年	30年	33年	34年	29年	30年	33年	34年	29年	30年	33年	34年
医療保険加入者	226.6	199.6	243.9	250.9	38.4	38.0	40.1	39.0	17.0	19.1	16.4	15.5
健保等本人	225.7	202.6	250.1	241.8	20.3	17.0	17.7	16.3	9.0	8.4	7.1	6.8
健保等家族	249.1	229.2	264.5	287.1	39.4	27.2	29.7	26.6	15.8	11.9	11.2	9.3
国保	206.7	175.2	221.5	228.9	45.2	52.0	55.5	55.2	21.9	29.7	25.1	24.1
健保等家族+国保	238.7	267.8	334.2	331.2	45.5	54.7	40.1	68.7	15.8	20.4	12.0	20.8
医療保険未加入者	179.5	182.8	213.8	222.9	36.5	29.1	36.7	29.5	20.3	15.9	17.2	13.2

これを年次別にみると、健保等の加入者、医療保険未加入者の配置買薬の割合は、この数年明らかに減少しているのかかわらず、国保のみはあまり変わらないのであり、住民千人対率ではむしろ増加の傾向さえみうけられるくらいである。(第 2 表)

V. 世帯業態別にみると、耕地面積 0.3 ヘクタール以上の世帯に配置買薬の割合が多く、31.8% であるのに対し、常用勤労者世帯ではわずかに 7.6%、専業経営者世帯では 10.8%、家内労働世帯 13.6%、日雇労働者世帯 15.1% と配置買薬の割合が少ない。(世帯業態別、治療方法別、治療件数統計表略)

これを年次別にみると、常用勤労者世帯、日雇労働者世帯などでは配置買薬の割合が年々減少しているのかかわらず、耕地面積 0.3 ヘクタール以上の世帯のみは増加の傾向にある。(年次別、世帯業態別、治療方法別治療件数統計表略)

VI. 以上を小括すると、配置買薬はわが国全体としては減少の傾向を示し始めているが、そのうちわけをみると二つの異なつた流れがある。すなわち明瞭に減少傾向にあるのは健保の利用者など都市的な生活をいとむもので、一方国保—農家の階層では逆に増加の傾向にあるという特徴が認められる。しかも国保—農家の階層は他の階層に比し、配置買薬の利用が現実ききわたつて多い階層である。このことは国保—農家の階層がわが国医療保障の体系のなかで比較的弱体であるとされていることとらみあわせて、きわめて興味深く注目すべきことである。



第 1 図 医師受診件数と配置買薬件数との関係

VII. 六六都市、20万以上の市、10万～20万の市、10万未満市町村にわけると、10万未満市町村に配置買薬の割合がもつとも多い。薬局買薬はどうかというと、逆に六六都市がもつとも多く、10万未満市町村がもつとも少ない。このことから10万未満市町村では医師、歯科医師の行なう治療の代わりとして、薬局買薬ではなく、配

置買業によつて大きく補われていることがわかる。地域ブロック別にみても同様の傾向がうかがえる。しかし国民健康調査はブロック代表性を考慮して統計デザインがなされていないので、この数字はそのままブロックの状況を代表しているとはいひ難い点を注意しなければならぬ。(第3, 4表)

さてこの国民健康調査の地区サンプルの千人対医師受診件数と配置買薬件数の関係を地域の人口大きさ(△×

である。このようにしてみると、配置買薬は無医地区あるいは辺地においてもつとも重要な役割を果たしていることが知られるのである。

VIII. 無医地区対策としての配置買薬 無医地区の対策というのは従来何が何でも診療所をつくり、医師をおくということでは解決をはかるうとする原則みだいなものがあつたし、それは厚生省の重点施策の一つでもあつた。またバス道路が開発されたり、自衛隊のヘリコプタ

第3表 地域別・治療方法別・傷病件数百分率

(昭和34年10月)

地域	傷病総数	医師		歯科	あんま等	処方箋	薬局買薬	配置買薬	その他買薬	その他	2種の治療方法	3種の治療方法	4種の治療方法	治療せず
		通院	入院											
総数	100.0	39.4	1.6	5.5	3.1	0.1	22.6	14.4	2.5	1.3	8.1	0.5	0.0	0.7
六大都市	100.0	40.0	1.4	6.1	3.0	0.1	35.5	5.0	1.3	1.1	5.9	0.2	—	0.5
人口20万以上の市	100.0	47.4	1.3	5.4	2.6	0.3	26.6	4.7	0.8	0.7	9.5	0.3	—	0.3
人口10~20万の市	100.0	43.2	2.5	6.6	4.0	—	23.3	6.6	2.6	0.6	8.6	1.4	—	0.7
※10万未満市町村	100.0	36.5	1.7	5.2	3.1	0.1	17.2	21.2	3.4	1.6	8.4	0.6	0.1	0.9

第4表 地域ブロック別・治療方法別・傷病件数百分率

(昭和34年10月)

地域ブロック	傷病総数	医師		歯科	あんま等	処方箋	薬局買薬	配置買薬	その他買薬	その他	2種の治療方法	3種の治療方法	4種の治療方法	治療せず
		通院	入院											
総数	100.0	39.4	1.6	5.5	3.1	0.1	22.6	14.4	2.5	1.3	8.1	0.5	0.0	0.7
北海道	100.0	44.2	1.1	7.7	2.6	—	14.7	16.5	4.1	0.9	7.1	0.2	—	1.1
東北	100.0	38.0	3.5	5.9	1.5	0.2	18.3	19.2	3.7	1.5	6.6	0.8	—	0.8
北関東	100.0	34.7	1.5	7.1	2.8	—	17.2	16.5	7.6	0.8	9.9	1.3	—	0.8
南関東	100.0	39.5	1.7	5.6	2.0	0.2	34.6	6.0	1.2	0.8	7.5	0.5	—	0.5
北陸	100.0	43.6	0.9	3.3	2.7	0.3	14.3	23.1	2.1	1.1	7.4	0.9	—	0.3
東山	100.0	25.7	0.9	4.8	3.6	0.5	18.8	27.2	6.6	3.0	7.9	0.4	—	0.5
東海	100.0	41.5	2.1	4.3	2.9	0.4	16.3	18.5	3.4	1.4	7.7	0.4	0.3	0.8
近畿	100.0	40.2	1.0	6.3	5.7	—	26.6	9.1	1.5	1.7	6.8	0.5	—	0.6
山陰	100.0	33.1	—	4.8	9.0	—	13.3	21.7	2.4	1.2	13.9	0.6	—	—
山陽	100.0	46.3	2.4	4.7	2.3	—	19.2	12.0	1.2	0.9	8.4	0.5	0.2	1.8
四国	100.0	30.7	1.8	5.3	2.2	—	24.1	19.3	3.1	—	11.8	0.9	—	0.9
北九州	100.0	43.7	1.6	6.4	3.0	—	21.9	8.7	0.6	1.3	11.6	0.5	—	0.6
南九州	100.0	35.8	1.1	2.1	1.1	—	17.4	33.7	—	1.1	7.9	—	—	—

・)別に図示すると、図1のようになる。これを見ると10万未満市町村では、医師より配置買薬にたよる地区が多いということがはつきりしている。そしてこれがわが国農村地域のあらわす一つの特徴である。

その極端なものとして無作為に選ばれた地区 サンプル194のうち、配置買薬が総治療件数に占める割合の特に多いものをあげてみると、75.0, 66.7, 63.6, 45.9, 44.4, 40.0……で、全国の12.6%をはるかに上回るのである。これらの地区は主として無医地区あるいは辺地

が緊急患者を運ぶというようなことも、やっぱり無医地区対策の亜流として考えられてきた。しかし実際に診療所をこしらえて運営したり、道路を開発したりということは、いうはやすく、実際にはそう簡単にいつていないのが実状である。

ではほかに何があるかといえば、現在無医地区医療の重要な役割をになつている配置買薬の改善こそが次善の策として浮かびあがつてくるのである。しかるに戦後のあらゆる面での進歩にかかわらず、無医村の配置買薬は



どのような進歩があつたといえるであろうか。戦後医師の使用する医薬品には飛躍的な進歩があり、特にめざましいのは抗生物質の使用で、それによつて戦後の死因分布が大変化をとげたものであつた。しかるに「配置販売品目指定基準<sup>1)</sup>」によつてこのような医薬品の使用が禁止のままになつていのである。ということは、とりもなおさず配置買薬を使用する地域の住民は、このような医薬品の恩恵から完全に除外されているということである。おそらくその禁止の理由とするところは配置買薬が素人によつてなされることにあると思うが、しからばそのような障害を排除し、日進月歩の医薬品の恩恵に浴せしめるように、どのような手段努力が講ぜられているかといえ、それについて従来そのような公共的努力はあまりなかつたように思う。

私案であるが、アメリカ<sup>2)</sup>などでは医師の電話指示が多いし、最近わが国の農村では有線放送設備が進んでいるので、積極的に辺地に医療専用有線を設備し、指定した辺地に限り配置買薬に抗生物質など現在禁止になつていいる特定品目を加えて、戦後の進歩した医薬品を電話による医師の指示により使用できるようにすることができないものかと考える。またソ連<sup>3)</sup>では、小地域に住む医師でも薬剤師でもない Feldsher が医薬品を保管して販売するのを認められている。わが国でも保健婦、看護婦らに Feldsher 類似の資格を与え、特定の地域に限り現在の配置買薬の範囲を広げた医薬品販売を許可できないものであろうか。そのほかにもいろいろの便宜的行政

措置が考えられよう。

無医地区に診療所なり医師なりを簡単に配置できないとすれば、せめて配置買薬について、このような改善をはかるのが現実に即したものであるべきであろう。

Ⅹ. まとめ 配置買薬は全体として減少の傾向にあるが、農家一國保の階層に限り逆に増加の傾向にあること、地域社会の大きさ別では小地域になるほど、すなわち都市から農村になつてゆくほど配置買薬の割合が増加してゆき、特に辺地では総治療中50%以上をしめるものがあつて、わが国医療保障のゆがみの一つがここにあることを明らかにした。また、無医地区対策として診療所設置の原則にこだわつてそのまま放置するよりは、次善の策として配置買薬の活用によつて多少なりとも近代医学を辺地に滲透せしめることができるのではないかと考え、その方法についての私案を述べた。

本稿は第2回社会医学研究会講演の要旨である。なお石山、石塚、三上各氏の協力を得た。記して謝意を表す。

## 文 献

- 1) 大谷, 医療は地域によつて差別される, 厚生省の指標, 6—VII, 1960.
- 2) 大谷, 地域社会の大きさと医療施設の関係, 公衆衛生, 1960.
- 3) 厚生省, 国民健康調査, 1954—1959.
- 4) 厚生省, 薬事法薬剤師法関係法令集, 1961.
- 5) Health Statistics from the U.S. National Health Survey.
- 6) WHO Chronicle, 3—VI, 1961.

## 公衆衛生監視員制度について

庄 司 光\* 中山 信正\*\* 高木 昌彦\*\*\*

著者らは第1報<sup>(1)</sup>において1960年8月に厚生省に設けられた公衆衛生教育制度調査委員の審議事項のうち、公衆衛生監視員制度について2, 3の要望を述べ、このような行政制度の改革に当たつては監視員の自主組織、労働組合との協力体制が不可欠である理由をのべた。本報においては調査委員、関係団体の二つの問題に対する動きの概要を述べ、若干の検討を加える。

### 1. 公衆衛生教育制度調査委員の動向

調査委員会は昭和35年8月に第1回打ち合わせ会を開催し、以後4回を重ねたのち、第1, 第2小委員会に分か

\* 京都大学 \*\* 大阪市衛生局 \*\*\* 大阪大学

れた。監視員の問題を扱う第2小委員会は11月より始まり、昭和36年6月に第8回の会合をもつている。第2小委員会は「公衆衛生技術者の将来需給に関する研究<sup>(2)</sup>」などの資料に基づいて検討を行なつたのち、第5回(昭和36年3月13日)には「環境衛生士」の身分制度についてという事務局試案を討議している。この案では環境衛生士に2級環境衛生士、1級環境衛生士、専門環境衛生士の3段階を設け、専門環境衛生士に環境衛生、食品衛生、衛生工学、そ族昆虫駆除の4部門を設ける。そして環境衛生士の名称制度を設ける。資格については2級環境衛生士は、a) 厚生大臣の指定した環境衛生士の養生施設において2年以上環境衛生士として学を修めた者、

b) (省略) が都道府県知事の免許をうけて1級環境衛生士となり、1級環境衛生士は a) 厚生大臣の指定した環境衛生士の養成施設において4年以上環境衛生士として学を修めた者、b) (省略) が厚生大臣の免許をうけて1級環境衛生士となり、専門環境衛生士は1級環境衛生士とし年5で以上実務についたのち、厚生大臣の行なう資格試験に合格した者が専門環境衛生士と呼称する。薬剤師、獣医師についていえば、都道府県知事の行なう資格試験に合格した者は2級環境衛生士に、また上記の資格取得後2級環境衛生士として1カ年実務についたのち、厚生大臣の指定した3カ月の講習会の課程を終了した者、あるいは厚生大臣の指定した6カ月の講習会の課程を終了した者が1級環境衛生士になる。第6回(昭和35年5月15日)の第2小委員会では上述の試案に対する検討結果をまとめているが、そこでは環境衛生士という専門職業人としての身分と、衛生監視員という補職される官職は法制化の場合別に取り扱うべきである。身分を法により規定することと役所などの組織において定数を定めることは別個の問題となる。身分法の制定により何らかの利点がなければならぬなどの点を明らかにし、環境衛生士を必要とする職域についても述べているが、将来環境衛生士の配置を必要と考えられるものとして、一定の人口規模以上の市町村の環境衛生管理者、と場の管理者、かんづめ工場、冷凍工場などの製造工場の管理者、興行場、体育館など多教集合同所をあげている。第6回第小委員会では今後の進め方について、まず現状においては、現場業務に従事するインスペクターの量的不足、質的諸問題、環境衛生士としての制度化の技術教育の問題について具体的な作業を進めるとしている。待遇改善については地方公共団体の職員の任用は地方公共団体の人事委員会が行なっており、国にはなんら指示権がないことが報告されている。環境衛生士養成のための短大の教科粗案が提出された。第8回の第2小委員会(昭和36年6月26日)に中間報告草案が出ており、(1)経過、(2)現在の問題点につき確認した事項 (3)今後の改善の方向 (4)今後の具体的な作業計画についての4項に分けて述べてあるが、そのうち確認事項としては、公衆衛生院における再教育の改善強化および主としてブロックを単位とする地方の研修体制の確立は急を要する課題であり、また現行の大学教育制度についても検討を要する点が認められる。環境衛生関係技術者職員の俸給は民間に比して低く、そのポストの頭打ちは著しい。また法的な身分制度の不備などのため将来の職域について少なからざる不安を抱えている向きもある。環境衛生関係

の専門技術者の需給に関してはその量的不足にもかかわらずまだ長期計画は樹立されていない。このまま推移した場合、環境衛生の推進に重大な支障をもたらすことは明らかである。今後の改善の方向として国は公衆衛生における環境衛生分野の発展のため現在直面している時期の重大性に鑑み、この際抜本的な改革を行なうことを強く決意する必要がある。その他広範な職域を対象とする身分制度を確定する必要、環境衛生士の身分制度に関する事務局試案の原則的同意、環境衛生専門の技術者養成のための新たな教育体系を文部省の教育体系において検討すべきであろう。今後の具体的な作業計画については、現在の保健所および市町村を主体とした環境衛生業務について現場調査、ブロック別など地方レベルにおける養成訓練コース等を対象としている。<sup>(3)</sup>

## 2. 監視員自主組織労働組合、その他の動き

昭和35年10月の第16回公衆衛生学会(神戸)を機会に全国公衆衛生懇談会は「公衆衛生従事者の教育訓練について」というテーマで自由集会をもち、教育制度調査委員野辺地、柳沢氏ならびに厚生省公衆衛生院長斎藤氏、厚生省村中技官を招き公衆衛生従事者の教育訓練などに関する問題点(案)の説明をきき、若干の討議をしている<sup>(4)</sup>。討議の中で大阪市衛生局の加藤は監視行政の基本立法と教育訓練は切りはなせないとして公衆衛生に関する基本的な法律が整備され、その上に立つて監視員制度が考えられ、法過當に必要な教育訓練が考えられるの筋ではないかと述べている。阪大関教授は従事者のそれぞれの教育訓練を考えて最後に資格処遇に及ぶわけであるが、こうになると従事者各単位の団体が確立して、これとの関連において考えていかなければならない。この理由は多少書いた<sup>(5)</sup>と述べている。

昭和35年12月に近畿食品衛生監視員協議会(近食協)ならびに近畿環境衛生職員団体協議会(近環協)の連名で教育制度調査委員に申し入れを行なった。その要点は次の4項目よりなる。<sup>(6)</sup>

1. 監視業務の実情の把握のため、全国環境衛生職員協議会および全国食品衛生監視員協議会代表者に参加させるか、またはこれら協議会の答申を求め、広く関係者の意見を取り入れることを考慮してほしいこと。また委員による地方の実地調査ならびに現地での意見の聴取を望むこと。

2. 現在の監視員は各種の法令に基づいて設置されているが、これら統合した行政的な基本法の設定についての検討を行なわれたいこと。なお市町村衛生担当者につ

いても同様考慮されたいこと。

3. 教育、訓練制度の確立と相まつて、待遇については監視員の最も大きい関心事であり、公務員法との関連をあわせて考慮されたいこと。

4. この委員会の組織が恒久的な審議会へ拡大され公衆衛生従事者の教育制度身分、処遇、さらには衛生行政全般の問題など、広い分野について検討を続けられることを強く望む。

昭和36年3月10～11日には近畿ブロック監視員（食品環境）合同研修会が開かれ Working party's Report<sup>(7)</sup>の解説、英国と日本の監視業務の比較、監視員制度の今後のあり方の討議がされ、教育制度調査委員野辺地氏、厚生省城戸課長の報告をきいている。

労働組合の動き：昭和35年10月の第4回自治研全国集会の保健衛生分科会において、公衆衛生教育制度調査委員に諮問されている衛生監視員の資格の再検討についても、その水準をきり下げることによつて充足をはかろうとする動きに対しては反抗しなければならないことが確認された。<sup>(8)</sup>

昭和36年2月に名古屋市、大阪市、神戸市、京都市の市職衛生支部が環境衛生土諸法案に関する四都市衛生会議を開いて労働組合の立場から、この問題を討議し、自治労本部を動かし厚生省にあつてゆくことをきめている。また橋本案は環境衛生基本法の制定を立前としているが、内容的には環境監視員のレベルダウンになり、低賃金労働者によつて不足人員を補い、かつこれを底辺として職階制強化をはかろうとする合理化案と考えられると断じている。自治労本部も昭和36年よりこの問題に取り組み、9月上旬から積極的に厚生省と対決して、労働条件の向上をかちとる闘いを強力に展開しようとしている。<sup>(9)</sup>

### 3. むすび

紙面の余裕がないので、詳細は他に譲るが、教育制度調査委員が監視員の自主組織の力をもつと積極的に利用すべきである。現在のように委員会自身の予算が極めて乏しい場合には第1線の監視員の協力なくしては具体的な条件を把握できない。監視員の自主組織の側については、事務局案の理論的に検討するとともに監視員の所属する労働組合との協力態勢を深めねばならない。また英国の Inspector の経験を学ばねばならぬが、英国と日本との政治制度の相違を認識したうえで、抜本的な公衆衛生監視員制度の改善に努力する必要がある。

#### 文 献

2) 庄司光, 中山信正, 高木昌彦: 公衆衛生監視員制度について, 公衆衛生24 (11), 627—630, 1960. 2) 橋本正己: 公衆衛生技術者の将来需給に関する研究 (第1部), 昭35. 3) 大阪公衆衛生協会: 衛生行政部会資料, 公衆衛生教育制度調査委員会議事録, 環境食品衛生部会資料, 公衆衛生教育制度調査委員会議事録 (その1) (その2). 4) 全国公衆衛生懇話会: 全国公衆衛生懇話会記録—公衆衛生従事者の教育訓練について, 昭35年. 5) 関俤四郎: 英国のPublic Health Inspection 大阪公衆衛生, No. 3, 1—5, 昭和34. 6) 年大阪公衆衛生協会: 環境食品衛生部会資料, 昭和35年度, 環境食品衛生部会年報, 昭和36年. 7) Ministry of Health: Report of the Working Party on the Recruitment, Training and Qualifications of Sanitary Inspectors, 1954, H.M.S.C. 8) 自治研中央推進委員会: 第4集地自治体, 第4回自治研集会のまとめ, 1961. 9) 井上勇: 転換せまられる自治体の公衆衛生行政—衛生監視員制度の合理化プラン自治研, 5—14, 1961年8月. 10) E. Hughes: Administration and organization of the environmental health services Public Health vol LXXV. No. 3, 130—149, 1961. 11) J. Harvey and K. Hood: The British Stote. 北西允訳: イギリスの国家構造, 合同出版社, 1960.

## 改正労災保険法の問題点

—けい肺および外傷性せき髄損傷について—

首 藤 友 彦\*

### I. じん肺および外傷性せき髄損傷の現況

労働省の資料<sup>1)</sup>によると、全国の長期傷病者補償をう

\* 日本福祉大学公衆衛生研究室

けているじん肺患者は2,247人、外傷性せき髄損傷患者（以下せき髄損傷と略）は909人となつている。

このうち、じん肺ことにけい肺については職業病として衆知されているが、せき髄損傷は整形外科領域におい

ては古くからとりあげられているのに反し、一般に公衆衛生の部門においては関心が低いものといえよう。

せき髄損傷は落磐、高所よりの墜落、下じきなどの外力により、脊髄を損傷し、下半身の麻痺をきたし、褥創、尿路障害など重篤な病状を惹起するもので、労働災害のうち最も悲惨なものの一つであつて、その医療、回復訓練にも特別の取り扱いを必要とするものである。

## II. じん肺および外傷性せき髄損傷の補償

じん肺およびせき髄損傷の労災補償は、その傷病の特異性から、一般の労災保険による3年間の給付をうけたのちさらにけい肺および外傷性せき髄障害に関する特別保護法および同臨時措置法により、それぞれ2カ年づつの給付が行なわれてきた。

しかし、昭和35年4月より労災補償の全面的な改正が行なわれ、同時にけい肺法はじん肺法としてひとりけい肺のみならず、ひろくじん肺を対象とした点で発展をとげたわけであつた。このうち、じん肺およびせき髄損傷の補償は他の頭部外傷、両眼失明、両手、両足の切断などの重篤な傷病と同じく一般の労災補償に統合された。

この改正によつて、これらの業務上の傷病については必要の存する限り無期限に療養の補償が行なわれることと、高度の身体障害をのこしたのものには、長期給付(年金)による障害給付が行なわれることになり、長期保護体制が設けられたのは画期的な進歩といえよう。

しかしながら、この反面、従来の打切補償(労災補償3年後平均賃金の1,200日分の給付)が廃止になつており、また休業補償は労災補償3年間は従前と同じく平均賃金の60%であつても、長期補償では1年で入院の場合200日分(54.8%)、通院の場合、医療費を含め240日分となり、医療費を差し引けば入院の場合よりも下回ることになる。また遺族補償も始めの3年間は従前と同額であつても長期補償にはいと漸次逡減して8年目からは補償は行なわれぬことになつている。

## III. 改正労災保険法の意見調査

前項のように、労災保険法の改正により長期保護体制が施行されたわけであるが、これは打切補償を廃して、その額を長期に配分したと思われるのであつて、果たして、今回の改正がこれらの長期療養を要する患者にとつて、どれだけの恩恵が与えられているかは若干の疑義のあるところである。ことに現行の労災補償は、その補償開始時の(診断決定あるいは受傷当時の)平均賃金とその休業補償費など一切の補償費の基準をなしているもの

であるが、いつたいこれらの対象となる労働者は中、小企業において、不良な労働環境のもとで、低賃金で就業しているものが主であつて、日常の生活においても、苦勞して生活しているものが多い。まして労働災害、職業病になつたとき、休業補償は平均賃金の60%(長期補償

第1表 長期、打切補償希望別

( )内は%

	けい肺	せき髄損傷
長期	25 (22.3)	42 (70.0)
打切	84 (75.0)	12 (20.0)
不明	3 (2.7)	6 (10.0)
計	112 (100.0)	60 (100.0)

第2表—a 長期希望の理由

① 打切りがなくとも長期の方が安心だ	17
② 自宅で療養できないから入院する	4
③ 打切をうけたあとでまた悪くなると心配だ	2
④ その他	4
計	27

第2表—b 打切希望の理由

① 打切をうけて仕事をしたい	14
② 打切をあてにして借金できる	15
③ まとまつた金が入つた方がよい	48
④ その他	7
計	84

第3表 退院希望の理由(延数)

	けい肺	せき髄損傷
①家に帰つて仕事の手伝いをしたい	10	1
②自宅で留守番をして家族に働いて貰う	31	6
③自宅で内職をしたい	2	2
④子供の教育が心配だ	30	9
⑤早く職場にもどりたい	16	4
⑥家族と一緒にくらしたい	40	10
⑦通院して治療をうけたいと思う	21	2
⑧他の病院にかわりたい	1	5
⑨その他	7	4
計	158	43

ではこれを下回る)しかうけられぬことになり、生活のためにはこの折角の労災補償も受けられず、無理をして就業したり、あるいは治療の中絶を余儀なくされることもあるので、私<sup>2)</sup>はこれらの労災補償給付中の現状の再検討が必要であり、より一層よい補償が行なわれるべきであることを強調してきた。したがつて、今回の

改正がどのように受給者にとりあげられているかを知るために愛知県下で現在入院加療しているけい肺患者(112名)およびせき髄損傷患者(60名)を対象として、労災保険の改正について無記名の質問紙法により意見調査を行なったので、その結果について述べることにする。

(1) 現行の長期補償を希望するか、旧法の打切補償を希望するかという質問については、第1表のように、けい肺では打切補償の希望が多く、せき髄損傷とは相反する成績になっていた。このうち、長期補償希望の理由は第2表-a、打切補償希望の理由は第2表-bの通りであり、打切補償をあてにしているものが多いことが認められた。

(2) 現在退院を希望するかという質問については、けい肺の希望は(68.8%)、せき髄損傷では(33.3%)でけい肺のほうがはるかに多い。これはせき髄損傷の場合は身体の障害が著明なため、自宅療養が困難であるためにこのような成績になったものと思われる。

(3) つぎにけい肺について退院希望の理由をみると、第3表の通りになっており、経済的理由によるものが大部分であることが知られた。これらのけい肺患者は、その勤務年限、事業所などにより若干異なるが、その会社に在籍しているものは68.8%、せき髄損傷では41.7%であった。これはけい肺の場合就業年限が長いのに反し、せき髄損傷では就業期間が短い(臨時の労働者も多い)ので、この差が生じたものと思われる。

平均賃金をみると、けい肺では、19,600円、扶養家族数3.8人、(T労災病院分院入院104名の平均)、せき髄損傷では15,195円、扶養家族数3.5人(T労災病院入院26名の平均)となっており、せき髄損傷患者の方がより困窮している状態にあるといえよう。

#### IV. 改正労災保険法の問題点

以上の意見調査をもとにして、今回の改正の問題点となる諸点を列記すると、

##### (1) 打切補償廃止と長期傷病者補償

今回の改正により打切補償が廃止になり、年金制の長期補償に移行したことは、制度上発展をとげたものといえるが、その補償の内容に関しては旧法と大差がないものといえよう。打切補償が廃止になったことは、その額が長期補償に切り換えられたものと解される。すでに、じん肺、せき髄損傷患者は肉体的、精神的にも重大な損害をうけており、また従来は打切補償が得られれば、それにより借金を返済したり、子供の学資に充当したりするなど更生意欲をつくる源であつたわけである。これら

の諸点より従前の打切補償の少なくとも $\frac{1}{2}$ ～ $\frac{1}{3}$ 程度の補償が行なわれるべきであろう。

長期傷病者補償は入院の場合平均賃金の200日分となつているが、休業補償が平均賃金の60%という線からすれば、219日分受けられるはずである。また通院加療の場合は医療費を含め240日分となつているが、けい肺の場合はそのほとんどが結核の化学療法をうけている点から毎月3,000円前後は必要であり、またせき髄損傷の場合は通院が困難で、往診をもとめることが多く、しかも褥創の処置、胃腸障害、疼痛の処置などを考えれば毎月1,500～5,000円は必要で、国民健康保険で約 $\frac{1}{2}$ の給付をうけるとしても、患者にとつては家計上重要な支出となることは当然であり、現行の給付は過少に評価されているといえる。休業補償費も一部のじん肺協定のある大企業においては法定の60%のほかに、40%の給付が行なわれているのに反し、中、小企業の労働者は前者より低い賃金のしかも、その60%のみの補償である点からしても、最低80%に引き上げられるべきであろう。

##### (2) 長期補償と厚生年金との関連

今回の長期補償では厚生年金による障害年金の該当者には、長期補償の額より障害年金の57.5%を減額することが定められている。これは厚生年金法の目的一労働者の老齢、廃疾、死亡について保険給付を行ない、生活の安定と福祉の向上に寄与する一という趣旨からして、減額することは、保険行政上の取り扱いには合理的であつても、たださえ低額な補償を一層減ずるものであり、長期補償と別個に給付されることを切望するものである。

このほか、療養期間中の解雇、障害補償の適用、遺族給付、職業紹介、職業指導、就労施設などについて改善し、さらに強化することが多いといわねばならない。

#### V. 労災補償の発展

すでに述べたように、労災補償は今回の改正によつて長期保護体制が創設されたが、なおこの内容を検討すると、改善すべき点が多い。現行の労災補償の趣旨からすれば、被災労働者自身の補償を取り扱うもので、その家族の生活補償までとり上げられないのは現段階としてはやむを得ぬ現状かもしれないが、現在なおその補償さえうけられぬ労働者のことをとりあげられねばその対策は金きを期し得ないであろう。いずれにしてもこれらの補償が十分に活用されるためには、労働行政当局と各関係機関との密接な連携が必要であり、さらに援護会、相談所の設置を要望するものである。

また医学教育の課程の中に、労災補償問題を折り込む

ことが必要であると思うのである。

### 文 献

1) 労働省労働基準局労災補償部補償課：長期給付関

係資料，1961. 2) 首藤友彦：公衆衛生，24(11) 613～616，1960. 3) 首藤友彦，曾禰恵美子：労働の科学 16(5) 1～14，1961.

## 労働者および家族の健康保障についての若干の考察

山 田 信 也\*

わが国の社会医学徒の任務は、わが国の社会の発展の段階によつてそれぞれ異なっている。今日の段階においてはどうか。それを考える中で、若干の問題にふれてみたい。

1) 労働者の一日の生活時間構造から考えてみれば、1日の生活は労働の時間と労働外生活時間（いわゆる生活時間）とに分けることができる。労働者の健康を保障し規制する諸条件は、この二つの時間内の諸々の条件である。これらの基本的な条件が良好な状態に保たれない限り、労働者の健康を疾病からまもることは不可能に近い。

労働の時間内における健康を規制するものは、普通、労働の条件とよばれ、労働時間、労働の種類とその強度、労働の組織、労働賃金、労働環境、……があげられる。

2) これらの条件の中で、賃金は家庭生活にもちこまれ、これが中心となつて労働者とその家族の生活内容を規制し、さらに地域社会の環境や衣食に関する条件やその他の地域に特有な条件が加わつて生活の諸条件を構成する。

3) 工場において労働者の血液比重の数値が重役から臨時工にいたる職制の段階に応じて低下していたり、大企業の労働者と小企業の労働者とでは赤血球数、血色素量、血液比重に著しい格差がみられたり、中小企業に働く労働者の住宅街では、血色素量や赤血球数の低い家族が多くみいだされたりするのは、健康を規制する基本的な条件が、労働と生活の条件であることを適確に示している。疾病はこのような条件が不良な状態である時に発生しやすいことは明らかである。

従つて健康を保障する方策には労働と生活の悪しき状態を改革することが当然に含まれなければならない。しかしこの改革が実現されていく過程にあつて悪しき条件の作用を全く防ぐことはできず、そのためには保健サービスが必要である。（遺伝的な素因による疾病の予防の

問題もここに含まれる。）そして不幸にして発生する疾病に対しては医療保障が必要になつてくる。

4) 悪しき労働と生活の条件を改革することは、雇傭主、地方自治体、中央機関の責任である。橋本氏の「公衆衛生向上のために、公の責任において必要な条件を整える」という考えはこの中に含まれる。しかし、このことは雇傭主、地方自治体、中央機関にのみ悪しき条件を改革する可能性と現実的な力があつたことを意味しない。産業革命以来の歴史をとつてみれば、むしろ労働の条件や生活の条件を変革するためには、民衆の意志の発動がきつかけとなり、推進力となつた場合がしばしばである。それは雇傭主、地方自治体、中央機関のサボタージュが存在していたことを意味し、そのサボタージュは往々にして過失ではなく政策の結果であつた。それだけに、民衆の側からする労働や生活の条件の改革は困難を伴ない、労働者とその家族の健康が彼ら自身の意志によつてまもられるためには、強い社会的な行動が必要であつた。この事態の中で、いろいろの衛生活動は往々にしてこのサボタージュの補足的な役割を果たさせられざるを得なかつた。衛生専門家といえどもこのような補足的な役割以上の機能を果たすことができるほど自立的な立場にはなく、積極的であるほど大きな壁につきあたらざるを得なかつた。

5) 歴史は労働と生活の悪しき状態を改革する基本的な力が、民衆の側にあつたことを示している。上述したサボタージュが衛生専門家の力によつて排し得ぬときに、その力が民衆に求められることはなんら異とするに足りない。それは民衆が主権者であることからすれば自明のことである。むしろ衛生専門家がこの改革のための力を自己の専門領野のみ求めることこそ異とせねばならない。このような考えからすれば、公衆衛生における地域社会の organisation と称せられるものが、わが国の現状のごとく、保健サービスの補助的な機能を果たすものであつてはならず、むしろ民衆の健康に関する意志が

\* 名古屋大学医学部・衛生学教室

地方自治体を通じて展開され、その上につかつかつて保健サービス機関の体制と機能が得られていくような組織でなければならないといえる。今日地域保健機関がサポーター政策の金しぼりにおかれている中で、この問題は重要な意義をもっている。

6) ところで、住民から選出された形をとっている地方自治体の場合に比べて、契約によつて雇傭が成立する形をとっている労働者の保健問題は、著しく異なっている。今日健康問題は労働省、厚生省によつて2分して扱われ、労働省に関する体制はサービスを欠いた監督部門にすぎず、サービスはもつぱら企業の責任となつている。大企業において今日かなり進んだ衛生管理体制がしかれるようになったのは、全体としての労働運動の影響や企業の中に働く医師の科学的な活動の成果でもあるが、この体制は資本主義的労務管理の一環として運用され、衛生専門家のつきあたる壁を形づくる原因となつている。自己の企業の中に保健衛生の体制をもちえない中小企業では、悪しき労働条件の改革はもとより、保健サービスさえも満足になしえない状態である。地域の保健所は、地域の中小企業の労働者についてなんらの責任も負わされていず、その家族に対する若干の保健サービスを行なうにすぎない。

7) このような事態の中で、労働者とその家族の健康障害を労働の条件や生活の条件と関連づけて追求する努力はあまりなされてこなかつた。積極的な医師たちによつて試みられているそのような例はまだ小さな範囲であつてそれが保健衛生の方策の上には反映され得ないでいる。これまで健康を保障するための努力の中で、医療保障に重点がおかれすぎてきたのは医師の側にこのような努力を欠いていたこともまた一つの大きな理由である。

8) 今日の所悪しき諸条件を改革していくための活動はどのように展開されているか。労働者の運動は労働組合運動あるいは地域の諸活動を通じて徐々にその巾を拡げ、このような問題にとりくみ始めたとはいうものの、まだ十分でない。地域市民の運動もまだ弱い。このことは、健康をまもる運動が医療保証にかたよりすぎていたことと無関係ではない。ましてや職場における、地域における保健衛生組織体制の拡充整備を要求する民衆の声は徴々たるものといわねばならない。

しかし、これらの弱い運動の中で、今後の発展の期待される芽が伸びつつあり、その活動の中には少数ながらも積極的な医師の努力が大きな力となつている。珪肺病をなくするための労働者の運動、小児麻疹生ワクチンをめぐつておこつた労働者、市民の運動はこのような歩み

の中で、一時期を画するともいふべき出来事であつた。

9) 今日、医師、衛生専門家たちが、労働者とその家族の健康を保障するためにサポーター政策の金しぼりから抜け出すことは、このような力に依存することなくして果たして可能であろうか。答は否である。では、医師、衛生専門家たちは何の力も持ち得ないのか。その答も否である。民衆の要求が種々なる形をとつた運動となり、その要求が検討され実現されていく際に、民衆のために具体的な努力を行なうのは医師、衛生専門家においてははない。そのためにこそ医師、衛生専門家たちが専門の地位につき、専門の知識と機能をもっているのである。それのみではない。これらの専門家たちには労働と生活の状態を改善して、これを一層健康なものとするために積極的に語る任務がある。すなわち現実の労働と生活の諸条件が健康にどのような影響を与えているか。その事実を科学的に明らかにし、その成果を自己の専門の領域の中に業績として死蔵するのではなく、積極的に民衆\*の中に啓蒙宣伝することが必要である。すぐれた保健啓蒙の仕事は健康をまもる重要な仕事の一つである。

\* ここにいう民衆とは莫然と労働者や地域の住民をいうのではない。延長された労働時間、高熱の環境、有害物を取り扱う作業、低い賃金……、あるいは不潔な下水溝にとりかこまれた住宅地、工場の煤煙に悩まされる地域、危険な道路に面した家々……など、日々の労働と生活の中で、おとつた条件の中で労働し、生活し健康の危機にさらされているそれぞれの労働者や住民である。

しかし、啓蒙は一般的にとどまつてはならない。どのようにして健康をまもるか。どうしたらまもれるか。現在のサポーター政策の中でどうしてこのサポーター政策を排して積極的な保健衛生政策、保健衛生体制をつくっていくか。その具体的なプランをこれらの民衆に明示していくことなしには成果は期待しがたく、民衆の力も有効とはならないであろう。

10) 今日のわが国の状態で、これらの運動が医療保障を拡充させていく運動と切り離れてはおこない難く、また起こり難いであろう。それほどわが国の労働者とその家族の健康障害は大きくなつている。社会医学徒の果たすべき今日的課題は広くかつ深い。この課題の遂行は民衆に奉仕する精神によつてこそ貫ぬかれるものである。このような大きく重い課題が、自己の専門領域内の動きにたてこもる利己心によつて果たしえられないものではないからである。(この稿は社会医学会の発表に若干加筆したものであるが、論旨は全く同じである)

## 医業経済をめぐる二、三の問題

東 田 敏 夫\*

### I. はじめに

わが国における国民医療、ことに第一線医療は、ほとんど私的医療機関の医療サービスに依存している。

医療施設調査によると、昭和34年度末現在で、全国に病院6,000、一般診療所57,508、歯科診療所26,681あり、一般診療所の85%は個人立である。

私的医療機関の経営維持はもつばら、医療サービスに対する報酬に拠っており、経営上の危険にたいしてはほとんど公的な保証を受けていない。したがって私的医療機関の医療サービスに対する報酬は少なくとも物的、人的医療原価を下まわつてはならない。物的原価には技術の行使に必要な設備、器具、医薬品、消耗品、光熱、交通費などを含み、人的原価には医業雇用者にたいする給与と、医師自身と医業に協力する家族の労働力再生産費を含んでいる。この場合、日進月歩の医術の再生産も約束されねばならない。

医療報酬の合理的算定には医療原価を的確につかむことが前提となるが、医業経営に関する調査は昭和27年度行なわれた医業経営実態調査があるのみであり、先般厚生省保険局より提出された「社会保険診療報酬改訂に関する資料」(以下、単に「保険局資料」と称する)は昭和27年度実態調査を基礎にして勘案されたものである。

私は無床診療所を対象とした経営・生計費調査の資料を検討する機会があつた。諸般の事情から発表をひかえていたために資料はやや古くなつたが、この種の資料が乏しいことと、もつとも問題が多い無床診療所を対象としているという意味から、その知見を通じて医業経営における問題点を考察してみよう。調査対象となつた医療機関は某地域の無床診療所から原則として無作為に抽出されたものである。診療科目は全科28、内児科58、耳科13、眼科6、外科皮膚科3、産科4、合計112施設であり、内児科がもつとも多く、全体の52%を占めている。

家族専従者にたいする依存度が大きく、1施設当たり平均0.86人、雇用者は比較的少なく、看護婦(見習が大部分)1施設当たり平均0.5人となつている。ほかに家事使用人0.5人を雇用している。すなわち平均してい

ば、看護婦見習あるいは家事使用人を1人程度雇用し、家族はほ1人の協力をえて、医業経営している開業医が対象となつている。

調査期間は昭和31年8月1カ月間である。かような短期間の経営・生計費調査の取り扱いには慎重でなければならず、これから多くを語ることはさげねばならない。ここでは医業経営の概況を考察することとめたい。

### II. 開業医の経理の特徴

まづ私的医療機関における経営・生計費調査の経理状況を概評すると、

① 経営・生計費の取り扱い状況は、通常その日、その日の現金収支を差別なく出入させている、いわゆる「どんぶり勘定」が多く、医業経営費と生計費を明確に分離することが困難な場合が多い。

② 人件費は雇用者に対する現金給料のみ算入され、物的給与(住込雇用者の食費、住居費など)は必要経費として算入されていない。

③ 現金主義であるために、必要経費と診療収入の時期的関係が一致せず、ずれているものがある。とくに収入では窓口現金収入と2カ月前の保険収入が重なっており、必要経費では薬品などの掛け買いがある。また現物収支が比較的多い。この調査ではこれらの現物収入をすべて収録されているが、本報告では金額換算が容易でないため計上しなかつた。

④ 診療所と住居の建造物がしばしば併合しているため、医業施設費と住居費の分離が難しい。電熱、ガス、水道費も多くは分離されていない。

以上のごとき開業医の経営・生計状況から正確な医療原価の算出を試みることは現状ではかなり困難であり、その推算には多くの仮定を設けねばなるまい。したがってこの種の私的医療機関における正確な医療原価の算定には、まづ会計制度の整備が不可欠な要件であり、経営費と生計費を分離し、現物収支を加算し、棚卸し資材を把握し、またかなり長期にわたる調査が必要条件となる。この調査資料はその意味において慎重な態度で若干の仮定をおいて、経営・生計費について考察することにした。

\* 関西医科大学公衆衛生学教授



### III. 医業経営費の概要

まづ前記期間における現金支出について、費目別に検討すると、経営・生計費総額（以下「総経費」と称す）

下、生計費にあらる費目として食費が 19,931 円住居費 7,198円、被服費 5,269 円であり、社会、文化、交際費が大きく13,835円、

ただし、住居費と食費には雇用者にたいする現物給

第 1 表 私営無床診療所の経営費（現金支出 1 施設当り）と診療科別費目構成比（1956年 8 月）

	総 数 <sup>(2)</sup>		全 科		内 児 科		耳 科		眼 科		外・皮科	
	112		28		58		13		6		3	
	円	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%
看護婦給与	3,680	7.2	5.8	6.5	12.2	14.3	7.4					
設備費	6,917	13.5	14.7	7.2	8.0	0.5	0.2					
器械、備品費	2,513	4.9	4.0	4.5	11.9	6.4	2.5					
薬剤費	231,333	45.4	50.9	48.4	38.9	42.1	42.8					
衛生材料費	2,162	4.2	4.4	4.6	1.9	12.5	3.9					
電気、ガス、水道	2,250	4.4	4.5	3.2	11.8	1.2	2.8					
交通、通信費	5,106	9.9	5.8	15.2	2.9	8.6	14.4					
その他	1,458	10.6	9.9	10.3	12.5	14.3	26.1					
合計	51,419	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0					
看護婦(見習)数名	0.50		0.70	0.31	0.88	0.50	0.33					
家族専従者 "	0.84		0.90	0.80	1.00	0.80	0.30					
家事使用人 "	0.51		0.68	0.46	0.33	0.33	1.10					

註 (1) 経営費は現金支出のみ、看護婦にたいする現物給与、税、償却費を含まない。

(2) 施設総数には産科 8 施設を加える。

第 2 表 内児科無床診療所の規模別経営費 1 施設当たり・現金（1956年 8 月）

報酬点数	0~2,500点		2,501~5,000点		5,001~7,500点		7,501~10,000点		10,000~点	
	8		11		21		7		10	
	円	%	円	%	円	%	円	%	円	%
現金給与	375	2.1	209	0.7	2,290	4.5	3,214	7.2	9,898	12.5
設備費	12	0.0	1,760	5.6	540	1.1	12,843	28.8	7,131	9.0
器械、備品費	293	1.0	1,265	4.0	999	1.9	1,707	3.8	7,234	9.1
薬剤費	9,082	50.6	18,679	59.0	24,892	48.9	21,775	48.8	34,389	43.3
衛生材料費	454	2.5	1,269	4.0	2,219	4.4	1,328	3.0	5,043	9.3
電気、ガス、水道	1,125	6.3	1,452	4.6	1,499	2.9	1,130	2.5	20,195	2.3
交通、通信費	3,270	18.2	3,399	10.6	12,359	24.3	1,927	4.3	7,537	9.5
その他	3,345	18.6	3,363	11.5	6,139	12.1	729	1.6	9,017	7.6
合計	17,956	100.0	31,638	100.0	50,898	100.0	44,953	100.0	79,444	100.0
経営費(現金)	0.91		0.76		0.70		0.45		0.40	
報酬点数 × 11.5										
看護婦数名	0.0		0.1		0.2		0.4		0.9	
家族専従者数名	1.1		0.8		0.8		0.7		0.8	

は、112 施設平均 101,126 円である。その内訳は、薬剤費 23,333円、総経費の 23% を占め、もつとも大きい。設備費 6,917円、人件費は医業関係雇用者 3,680円、女中 1,805 円あわせて 5,485 円である。電気、ガス、水道は医療関係、生計関係と合わせて 3,728 円である。以

与分もふくんでいる。同居家族数は医師本人をふくめて平均 4.7 人、雇用者は看護婦(見習が大部分) 0.5 人(住込 0.39人)、家事使用人 0.50人(住込)であり少数の通勤をのぞいた同居人数 5.5 人である。

医業関係経費：電気、ガス、水道費のうち、経営と生

計とに分離していないものは前者%、後者%を割り当て、計算した。その結果、算出した医業経営費は、現金支出総額平均51,419円であり、総経費の50%に当たる。医業経営費現金支出のうち、45% (23,333円) は薬剤費によつて占められ、設備費は14% (6,917円)、交通通信費10% (5,106円)、現金給与は (3,680円) 7%である。

**診療科別比較：**経営費現金支出総額は特別に高額な設備投資した施設をふくむ産科をのぞくと、眼科がやや少ない以外はおおむね4~6万円の間にある。費目別には全科、内児科は薬剤費の割合が大きく(50%近く)、その他の科は40%前後である。内児科の交通通信費が7,096円であつて、かなり大きいのは往診用が含まれているためである。

**規模別比較：**内児科58施設について、前月の診療報酬総点数別に(生保を含む)、その経営費(現金支出)を

題があり、ここでは触れずにおく。

まづ、住込看護婦の現物給与は、食費のみをとりあげると、同居人数平均5.6人(食費に関する消費単位4.66、労働科学研究所「最低生活費の研究」における指数をもちいている)の食費総額19,931円、したがつて消費単位当たり3,500円、看護婦数平均0.4人については1,400円となり、これを加算した人件費は5,060円となる。

所得税および地方税は、「全科」29施設については年平均83,400円、1ヵ月平均6,950円であつた。

**診療所施設および医療器具・備品保有状況：**当時、無床診療所を対象として、建物施設および医学用器具・備品保有状況の調査がおこなわれているが、その成績によると、診療所施設は、建坪平均15坪であり、また医療機械、器具、備品、車輛など金額換算1施設当たり

第3表 無床診療所の施設および器具備品保有状況

1. 診療所の広さ

診療科目	全	内	外	産	眼	耳	皮	計
総計								
調査施設数	147	292	18	20	41	36	19	583
平均坪数	16	14	17	17	16	13	15	15

2. 医療器具、備品現有量(金額換算、1施設当たり)

診療科目	全科	内科	外科	産科	眼科	耳科	皮科	総数
調査施設数	147	288	19	9	40	38	29	560
総現有価格(万円)	145.3	133.4	134.2	105.9	83.1	99.2	101.5	131.3

比較すると、まづ報酬点数が多いほど経営費絶対額が多い。しかし経営費の報酬総点数にたいする比率は、点数が大きいほど少ない。いいかえると報酬と経営費との差額は、報酬点数が大きい診療所ほど大きくなることを意味する。両者の差は報酬7,500点以下と以上ではかなりひらいており、7,500点以下の私営診療所の経営維持はかなり緊迫していることを推測させる。

次に費目別にみると、薬剤費、人件費ともに点数が大きいほど大きくなるが、経営費総額にたいする比率では薬剤費は点数が大きいほど小さくなり、人件費の絶対額は大きくなる。すなわち報酬点数が小さい診療所ほど薬剤支出に多くの費用をあて、人件費を節約していることを意味する。また7,500点以下では設備、器具費がかなり少ない。

医業経営には以上に述べた現金経常費のほか、加算すべきものとして、少くとも住込看護婦にたいする現物給与、税、償却費がある。医業の企業利潤については問

平均131万円であつた。(東田敏夫「医業経営の実態に関する調査報告」近畿医師会連合調査委員会刊)前記「保険局資料」の一般診療所(有床をふくむ)にくらべて、建造物が小さく(本調査は無床診療所を対象にしている)、器械、備品類の保有量金額が多くなつている点が注目される。償却費を「保険局資料」における償却費算出方法を準用して推算すると、月10,050円と算出された。

以上の推算によつてえた人件費現物給与、税金、償却費を前記の現金経営費に加算すると医業経営費は月69,819円となつた。なお、これには家族専従者にたいする労働力費が考慮されていない。現金給与のみ、住込看護婦なりに考えるとすれば、月約3,000~4,000円の加算を要する。しかし実際には家族であるために支出していない。

生計費は、概略にとどめるが、前記の生活費のなかから、住み込み看護婦の食費を除いた48,116円を医師家族の生活費とみなせば、食費18,531円となり、総生活費に

たいする割合は38.5%である。

被服費 5,269円, 10.6% 住居費 7,198円, 14.5%, 電気, ガス, 水道費14,780円, 14.5%, その他13,835円, 27.9%がとくに大きく, このなかには交際・贈答費があり, 調査月(8月)の特殊性を考える必要があろう。人件費 1,805円, 3.6% について, 家事使用人の雇用は家族従業者の医業協力にかわるものとすれば, それの現金給与と現物給与推算(1,750円)の合計3,555円を前記生活費から減額した44,561円が, 医師家族4.7人の1カ月生活費とみなしてよからう。

なお調査前月の健保請求点数(生保を含む)は, 平均10,955点である。しかし点数別度数分布は対数正規型であり, 報酬点数が少ない施設の比重が大きき, 112施設中52施設(51%)は2,500~7,500点の間にあり, 1万点以上は28施設, 全体の1/4にすぎない。

#### IV. 考察

医療報酬の適正化をめぐつて医業における医療原価を正確に把握することが要請されている。しかし国民医療の第一線を担当する開業医のばあいは, 一般に医業経営と生計とが分離しておらず, また家族労働力依存度がたかいために, 医療原価を把握することは容易でない。中鉢教授の言をかりると, 「完全に近代化された医業経営においては, 物的投資は設備, 器具, 消耗品ともに確実に計算され, 人的原価も医師その他の医業従事者に対する報酬と管理費として把握されている。ところが独立自営の医業経営においては, 資本勘定の家計からの分離も十分意識されず, また, 医療消耗品もその経済的価値に関する不断の評価と管理とを怠られがちであるのみならず, 何よりもまず医術行使者たる医師当人の報酬が, 医療の原価を構成する費用としてではなく, 他のすべての費用を差し引いた残差として観念されることになる。これはおよそあらゆる独立自営の企業が, すでに近代化された同業あるいは他のあらゆる物財およびサービスを生産する業種の企業と経済社会において共存してゆく場合, 極めて不利な立場に立たざるをえなくするものであろう」(中鉢正美「医療報酬と医師の生活費」昭和28年学生科学試験研究報告, 日本医事新報 No. 1677, p.86)

私は昭和31年8月おこなわれた某地域の私営, 無床診療所の経営, 生計調査を分析し, 種々慎重な操作により無床診療所の経営実態について, 一応の姿をつかんでみた。

要約していえば, 開業医の過半数を占めている無床診療所は, 1施設当たり平均でいうと15坪の施設と130万

の医療器械, 器具を用意して, 家族0.86人の協力をえて月約7万円の経営費をつかつて医療サービスを行ない, 医師および家族4.7人が月4万数千円の再生産生活を営んでいたと解釈される。ただしこれはあくまでも平均値であり, 実際にはこれよりも小さい経営規模の診療所の占める割合が大きき。

なお医業経営費のうち, 薬剤費がすこぶる大きく, 月平均2万3千円であり, それは医業経常費現金支出の半ば近くを占めている。

個人開業の無床診療所が医院施設と設備に多額の投資を要することは, 医療サービスに相当高価な医療機械器具, 車輛等の行使を必要とするためであるが, その外に現行の医療報酬制度では, 医療機械, 器具を自ら保有しなければ不利であることも関係しよう。また, 自由開業制度では医療機関相互の競争が必然であり, この競争に落伍しないためには, 相当の医院施設と器械, 備品をととのえねばならないこともみのがせない。

医業の経営がこのような高価な個人投資と多額な経営費の回転を必要とすることは, まづ自由開業, かならずしも自由でないことを暗示するが, それ以上に重要なことは, 開業医につよい経済観念をうえつけることになり, また資金はもつばら医業報酬に依存するのであるから, 医業活動が経済的立場から評価され, むちうたれることになる。また必要経費を少なくするために, 薬剤その他の物件費のきりさげと人件費の節約をはかり, さらに労賃を零とみなしている家族労働力にたいする依存度をたかめることになる。かようにして, 今日の医業制度において医師の技能よりも, 医業経営の才が高く評価されるのは自然の勢いであろう。

さらにみのがせないことは, 医業における階層分化の進行である。かつて鈴木正里氏は大阪府医師会の調査成績を分析して, 開業医の階層分化の存在を指摘した。すなわち診療報酬点数からみて, 「医療保険を取り扱う開業医は大別して上, 中, 下の三つの階層にわかれ, 総員の三割が下層に, 四割が中層に, 残りの三割が上層に属する」下層は「売上げ収入が少ないために経営が動揺している層である」, 中層は「経営, 生活ともになんとか安定する」, 上層は「経営は完全に安定している, 中, 下層より高率の黒字をだしている者の比率も圧倒的に高い」と要約している。(鈴木正里「開業医の階層分化に関する一研究」大阪経大論集第16号, 61~63頁)

私が観察した内児科開業医のばあも(ここでいう報酬点数はかならずしも医業収入を正当にあらわすものではないが, 相対値として考察にやくだてば)報酬点数が

大きい施設ほど経営上ゆとりがあることが想像されるがこの程度のクラス、たとえば1万点以上の診療所は20% (58施設中10) であり、5千点以下の施設 (58施設中19, 33%) は、医業だけでは自営がむずかしく、雇傭者はなくもつばら家族の協力にたよっている。

しかしこの所見から現在の開業医の収支を具体的に論ずることはさしひかえたい。

昨今、医療報酬増額に関する要望が強く表明され、争点は医療報酬の増額方法に移っている。それが少なくとも、物的、人的医療原価を保証し、医術の再生産を約束すべきものであることはいままでもない。そのさい、開業医の階層格差の存在をかんがえるとき、医療報酬の増額が単に「単価引きあげ方式」のみによることは、ちょうど高額所得者と低額所得者とを同率でペースアップするに等しく、低収入の開業医には不利であり、かえつて医業における階層分化をつよめる可能性がある。もし第一線開業医の医業経営の打開が目標であるならば、医業における階層分化をふせぐ方策が考えられてよい。また開業医が感ずる医業経営における経済的圧力を排除、軽減するには、過大な私的資本の投資や多額の経常経費の回転にわずらわうことがない医業経営の方式が考慮される必要がある。 (たとえば、建造物と高価な器械、備品を公的資本によつて調達された施設において、一定の貸与条件のもとで、医業経営する途をひろく、また公的医療機関の施設利用や医療施設器械の共同利用もその対策にならう)

もともと、企業の収益性と競争とは、うらはらであり、ともに資本制社会における必然である。医業もこの法則からのがれることができないとすれば、需要者である国民にとつて絶対需要である医療サービスが、医業の経済性のために制約されることになり、それこ

そ医療の本質をゆがめるおそれがある。国民医療の立場から医業経営のあり方が問題になるのは、この点である。

## V. むすび

医療報酬の適正化をめぐつて、医業経営における医療原価の正確な算定が必要とされている。第一線の私的医療機関における医業経営と生計の未分化、家族労働力依存は、正確な医療コストの算定を困難にしているが、また自ら不利にする可能性もある。このような医業経営における未分化こそが、国民医療の第一線を担当する零細な私的診療所の存立を可能にしている条件でもあるとすれば、問題の解決は容易なものではなからう。

医療における自由化がさげばれており、社会医療における制約を排除して、医師自身の判断にもとづく医術の自由な行使が要請されている。そのこと自体異論はない。医術の行使を制約しているものは、それだけではない。私的医療機関の医業経営が、多額の私的資本の投下と薬剤を中心とするかなり高額の経常経営費の回転を必須とするかぎり、医術が経済に制約され、しばしばその支配をうける危険性をはらんでいる。また今日の医療制度において必然である医療機関相互の競争のなかで、資本投下にゆとりがない零細医業や「算術」的でない医師ほど、経済的に不利であり、医業における階層格差がいつそうすすむことになる。このような医業経営のしくみは、好むと好まざるにかかわらず、医業における経済的動機をつよめることになるだろう。

「医は算術」としているものは、たんに出来高払い報酬制度のみではない。その根底には医業経営をとりまくこのような経済的なしくみがあることをみのがしてはならない。

## スカンジナビア諸国における成人保健計画

吉田寿三郎\*

主題は、スカンジナビア諸国の成人保健計画であるが、これらの国々は英国の考え方を多分に受けとつているので、この国の事情にも多少触れて話をすすめる。

出生・死亡の増減から人口学的発展段階を四つに分けることがなされる。スエーデンは1810年ごろに第3段階

\* 公衆衛生院・社会保障室

の第2移行期にはいり、1870年以降少産少死の第4段階にすでにはいつた。

このような社会では、成人の人口比が大きくなり、次いで老人人口比もますます増加する。

ノールウェーもデンマークも同様第4期にはいり、フィンランドは最近はいらうとしている。英国はこの段階

にはいつて久しいことである。

老人人口が増すと生産性は低下し、反対に、負担が増加する。高度の工業先進国でも、その生物学的な社会基盤がこのように大きく変化することは極めて重大なことである。

ところが、日本も最近急テンポで第 3 段階を経過し、

第 1 表 スウェーデン某地方中央病院における内科  
外科入院患者1937、1947および1957年の  
年齢階級別推移

西 歴 年	1937		1947		1957	
年齢階級	実数	%	実数	%	実数	%
内 科						
15~30才	213 (20.8)		262 (19.7)		272 (11.0)	
30~50 "	371 (36.2)		410 (30.9)		655 (26.4)	
50~65 "	293 (28.6)		380 (28.6)		742 (29.9)	
65~75 "	119 (11.6)		196 (14.7)		504 (20.3)	
75~ "	30 ( 2.9)		81 ( 6.1)		310 (12.5)	
計	1,026 100.0		1,329 100.0		2,483 100.0	
(累計)						
50才以上	442 (43.1)		657 (49.4)		1,566 (62.7)	
60 "	149 (14.5)		277 (20.8)		814 (32.8)	
80 "	12 ( 1.2)		18 ( 1.4)		126 ( 5.1)	
外 科						
15~30才	722 (30.4)		808 (28.5)		734 (19.4)	
30~50 "	879 (37.0)		1,026 (36.2)		1,198 (31.7)	
50~65 "	459 (19.3)		545 ( 7.2)		984 (26.0)	
65~75 "	214 ( 9.0)		279 ( 9.8)		504 (13.3)	
75~ "	99 ( 4.2)		178 ( 6.3)		359 ( 9.5)	
計	2,373 100.0		2,836 100.0		3,779 100.0	
(累計)						
50才以上	772 (32.5)		1,002 (35.3)		1,847 (48.9)	
65 "	313 (13.2)		457 (16.1)		863 (22.8)	
80 "	50 ( 2.1)		78 ( 2.8)		169 ( 4.5)	

第 4 段階に移ろうとしている。ここに、現在このステージにある国々の事情を研究することは、いろいろな点で切実な課題であると信じる。

このところ、医学・薬学および栄養学は10年といわず5年の中にも大きく発展し、以上の傾向に拍車をかけている。第 1 表はスウェーデンのある地方における、急性ケースをむしろ扱う、病院における最近20年間の患者年齢

構成の推移である。これでもみられるように、このところ高令者の急増が目立っている。彼地では、内科は老人科とさして差がないという状況がみられる。

同時に、病気の種類も大きく変わった。すなわち、慢性退行性の疾病が大勢を占めるようになった。

「人口老化現象は、高水準の生活と発展した医学的・社会的サービスとがその前提条件であるから、これは国民の健康度の指標である」と英国のさるドクターは述べている。しかし、失禁・錯乱・肢体不自由者などで充満している病室は、これらの国の悩みの縮図であり、人口老化現象は賞めたたえてばかりおれないものを感じる。

こんなわけもあつて、私は成人保健問題という研究テ

第 2 表 スウェーデン国民の特定年齢における平均  
余命1751~1950年間の推移

西 歴 年	0才	1才	15才	50才	65才	80才
1751 / 1790	35.19	43.40	41.85	18.93	10.30	4.71
1791 / 1815	36.84	45.00	41.73	17.90	9.60	4.06
1816 / 1840	41.43	48.72	42.85	18.52	9.99	4.25
1841 / 1845	44.26	51.27	44.80	19.51	10.38	4.20
1846 / 1850	43.47	50.24	44.42	19.04	9.99	4.00
1851 / 1855	42.56	48.97	43.80	18.93	10.09	4.33
1856 / 1860	42.31	48.36	45.12	20.02	10.88	4.76
1861 / 1870	44.6	50.7	46.4	20.4	11.0	4.6
1871 / 1880	47.0	52.9	47.7	21.7	11.8	4.9
1881 / 1890	50.02	55.20	49.27	22.85	12.49	5.17
1891 / 1900	52.30	57.18	49.68	23.29	12.73	5.18
1901 / 1910	55.77	59.89	50.68	24.01	13.29	5.46
1911 / 1920	57.00	60.20	50.13	24.12	13.30	5.49
1921 / 1930	62.07	64.86	53.33	24.68	13.57	5.61
1931 / 1941	64.94	66.99	54.65	24.03	13.37	5.45
1941 / 1950	69.35	70.26	57.22	25.65	13.97	5.71

ーマをもつて出かけたが、現地スウェーデンでは、慢性疾病、ことに退行性疾病の国家計画ということを中心とした次第である。

「こんなに多くの人が、老年まで生き延びようとは全く予想外だった」という声が老人問題に先鞭をつけた英国の偽のない叫びである。「ここから今日の緊急さが起こってきた」と嘆いている。

国民保健事業法制定という大改革を10数年前に行なつた。その理由はいろいろあろうが、人口老化の圧力が大きな動因の一つであつた、と私は思う。

しかも、さる権威者は、老人の実態調査の結果、「福祉国家は失敗した。個人も失敗した。篤志団体も失敗に

終わった。国民の認識は甘く誤っていた。老人のケア問題については、すべてが失敗した」と悲愴な宣言をしている。これは、1955年9月の最近のことである。

この緊急さは、スカンジナビア諸国においても同様である。世界一の生活水準を自他ともに認めるスウェーデンでも、この問題は頭痛の種である。ことに成人保健計画という巾広い面では、率直に言えば、なお模索の段階である。

このような重大な困難さのおもな原因はどこからきたのか、を語らなければならない。

医学、薬学および栄養学の進歩は生活水準の向上と相まって、多くの人を65歳以上まで生きながらえるようにした。

しかし、真の寿命の延長は、第2表に見るように、18世紀の半ば以来わずかに1~3年をのばしただけにすぎない。70ないし75歳の死の壁の厚さは改めてみなおさざるを得ない。

これは、感染症に堪えて生存するようになったものの、青壮年期からすではじまる退行性疾病の結果死にいたるからである。しかも、この場合、特に留意すべきは、死ぬ前に長い長い間、心身の障害に悩まされ苦しまなければならないことである。ここに、人口老化問題に伴うこんにちの困難の最大の原因がある。

70ないし80歳……女はより長く生きる傾向がある……の死の壁を頑強に支えているところの慢性病の2分の1は45歳以前、身体障害の2分の1は55歳以前にすでにある。この点を考慮するとジュリアトリックスは、まさに成人病学と翻訳してよさそうである。

慢性病を老化と混同して考えることには、久しく馴れてきた。しかし、慢性病の多くは、少なくとも、老令のためではないことが漸次明らかになってきている。

また、若いころの予防事業が老後に大きな意義のあることを指摘できる。生活水準の向上は、現在の40台の健康を20~30年前よりも恐らくよりよいものにしている。

ここにも、成人保健対策を積極的な面で考える余地が全くないことはない。

しかし、こんにちのところ、多くの退行性疾病の原因は不明で、老化の過程は解きたい謎である。ここに、もつぱらリハビリテーションに希望をつなぎ、カスタディアルな処置に諦観しなければならなくなる。

つまり、第4人口発展段階にはいつた社会の悩みは、医学や薬学の進歩が、いたずらに老弱者や病弱者を長期にわたって生きさせる余地をつくったこと、に発するといつても過言ではあるまい。

どうみてもポジティブ・ヘルス…充実した健康とも訳せるか…のスペースが高令域で大きくなつたとはいえない。

ここで、話題を社会面に転じなければならない。というのは、過去においては、このような老人や病弱者の看病は家族の責任とみられていた。これは、スウェーデン、ノールウェーにおいても、日本と同様であつた。

ところが、この数10年、工業がいちじるしく発展し、これに伴う都市化の急展開、家族の小型化が起こつてきた。ちなみに、スウェーデンの平均1世帯員数は2.9である。1夫婦あての子供の数はせいぜい2人ととどまり、かつ独身者が増加した。

このような事情では、老人や病弱者のめんどうをみることは、明らかに手不足である。それに、婦人が、このような社会では、家庭を離れて立ち働くような要請が増す。

このような社会構造のいちじるしい急変は、老弱者や慢性患者乃至は身体不自由者を厳しい立場に追いこんでいる。

元来、このような困難さを受け止める実力のあるのは青壮年層である。ところがこの層には、スウェーデンを初めいづれのスカンジナビア諸国…フィンランドは少々事情が異なっているようではあるが……いわゆる個人主義がいよいよ徹底しようとしている。

以上、要するに人口学的変化と社会経済構造の変化とが相乗され、これに医薬の進歩などが働いて、老令成人の保健問題をより複雑な、いよいよ困難なものにしていくといえる。

そこで、この問題の解決には、国家・社会の責任が増す。つまり、現代のいわゆる先進国においては、老弱者や病弱者に対する、国家・社会による社会的・医学的サービスの需要がいちじるしく拡大しようとしている。

また、この問題は、錯綜した社会問題であり、同時に困難な医学問題である。ここに少なくとも、医学的ならびに社会的分野で立ち働く人びと、もろもろの機関、公私ともによく調整された協力が必要である。

では、私の訪れた国々では、このような状態に直面して、どのような手をうっているか。

英国では、国民保健事業法が導入された1948年以来、老人患者・慢性患者の積極的な解析が始まつた。それまでは、老弱者の多くは、差別もなく、慢性患者として分類されていた。

この仕事のパイオニアたちには、慢性病はおもに40~60歳台にみられ、その2分の1は45歳以下で発病して

いることがわかった。ここに、慢性退行性疾病と老化とは、必ずしも軌を一つにしない、否、むしろ別なものであるという態度が生まれた。

なるほど、老人の罹病率は高く、慢性病も多い。しかし、一層しばしば急性病になる。他方、高齢にもかかわらず、いぜんとして回復もし、改善もできる。ここに老令者の健康を修復しようと努めることの意義を発見した。

このような意義は、スカンジナビアにおいても、改めて強調されている。

老人の弱さは寄る年波によるものでなく、病気でおこることが多い。病気は老人の場合でも不治ではない。適切に処置すれば、永久の身体不自由者だ、と考えられていた多くのものが、自分の世話ができるようになる。さらに、収入のある仕事もできるようになる。

この経験を通じて、老人のケアは以前より、より精細に、積極的に行なわれるようになった。たとえ、高齢者でも、積極的な手をうつ気迫がみられた。

スウェーデンの老人対策には、割りにハッキリと次の3つの時期の段階を見ることができる。

老人の実態が解析され、そのモードが明らかになるにつれて、まづ第一に、経済的な保証が行なわれた。次は住居条件を整えることであった。だが、最近第3段階として健康を保持増進することが志されるようになった。

なお、これら3者は相互に相乗的な効果を発揮することが、理論上ばかりでなく、実際の経験を通じて、わかってきた。

80歳平均という高令者を収容している慢性病院に足をふみ入れた初めには、率直にいつて、医師にはなにができるだろうか、という悲痛な、暗い気持ちがあった。しかしやがて失禁、錯乱、半身不随などの難症をグループにまとめて能率的に、しかも最後まで人格を尊重して、ケアにこれ努めている。この老人国の難業苦行を身に浸みて味合うにつれ、無限に広がって行く、もつとも基本的なものを、ここに発見したような気がした。どのような状況にあつても、現在をよりよく活かそうとする努力がどこまでも払われていることは、尊敬に値し、神聖なものである。

このような老弱者、慢性患者に関する仕事の実際を通じて、後半生の健康計画の意義を改めて深くしたことがある。

上述のバイオニアたちの開いた筋道、すなわち老人のケア対策の中心理念は、大なり小なりバン・ツオンネベルトの1958年の次の主張に準ずることになる。

1) 老人は若いものと同等の社会的な医学的なサービ

スを社会から受ける権利がある。

そして、

2) できるかぎり、独立の生活をすべきである。

このように、老人を援けることは、慈善ではなく、人間の義務であり、社会正義である。このような理念は、フィンランドにおいても採択されている、とヘルシンキのテュエテルマン博士は語つた。

また、英国のリーズのドローラ博士は、1959年サンダアサンドで行なわれたジェロントロジイの国際会議では、多くの演者が、援助をうけながらも、できるだけ独立した生活をするのが、老人を心身の頽廢の危機から救うものであるという経験を發表したと話した。

第 3 表 スウェーデンにおける老令年金受給者年次推計

1月1日現在	独身者および67才以下のものとの結婚者	その他結婚者	計
1960	508,000	222,000	730,000
1961	517,000	228,000	745,000
1962	527,000	234,000	761,000
1963	538,000	237,000	777,000
1964	549,000	245,000	794,000
1965	560,000	251,000	811,000
1966	571,000	257,000	828,000
1967	582,000	263,000	845,000
1968	594,000	269,000	863,000
1969	606,000	275,000	881,000
1970	618,000	282,000	900,000
1975	687,000	322,000	1,009,000
1980	754,000	357,000	1,111,000
1985	794,000	379,000	1,173,000
1990	830,000	398,000	1,228,000
1995	830,000	400,000	1,230,000
2000	806,000	390,000	1,196,000

1957年スウェーデンの議会は、老人のケア問題を扱う際の原則として、「たとえ身体障害があつても、老人ができるだけ長く、自分のモダンな家にとどまるようにする」という方針を示した。この国に、「施設収容に代えて家庭での援助を」という新しいスローガンをみるゆえんである。

他面、自分の家で生活させることは、施設収容に較べて、一般にははるかに経費が安い。しかもこれによつて最低のコストによる最大の効果がおさめられる。

老大国英国でも、ハッキリと健康を増進しかつサービスのコストを最小にするためには、患者を、その限ぎられた能力の内にも、自力で立上がって行くように励すべ

きであるといっている。これはひとり英国に限ることではない。ナポレオン戦争以来もつばら平和をまもり、富の蓄積と効率の高い社会機構を誇るスウェーデンにおいても、老弱者や病弱者の扶養は決して容易な問題ではない。第3表はこの国の老令年金受給者数が逐年急増の一途をたどることを示す。その財政負担だけでも容易でないことがわかる。

ノールウェーでは、年令のすすむにつれて、年金を増額すべきだとする主張がつよい。その受給年令が70歳以上のノールウェーにおいてすら、老人を働ける限り、収入のある仕事に参加させようという考えのあることは考えさせられることである。

なるほど、スウェーデンでは、都市といわず、僻村にはいつても、極めてモダンな老人ホームをみかける。その建築様式は格調が高く、調度もすぐれていた。このような施設をみてかえつた通りすがりのビジターが、文筆家イバルト・ソハンソンの老人施設に対する有名な論評などをあわせ考えて、その感動のおもむくままに日本に伝えたところから、スウェーデンでは、誰もが老後を易々として老人ホームで暮らすことができる、そのような錯覚が起こつたのではなからうか。実際にはこの節は、老人ホームにはいることは、かなりの身体障害者でなければどうしてどうして容易なことではない。

とにかく、病弱から回復させ、苦痛を軽減して、自活できるようにリハビリテイトさせることは、老人なり慢性患者なりに、医師およびその他医療従業者が、こんにちでもできる大きな直接の奉仕である。しかもこれは同時に社会的・経済的負担を軽減する方法でもある。この点で国家・社会がどれほどか医師に期待していることが大きいかを感じた。

表現には多少の差はあつても、西欧諸国における老弱者や病弱者に対する対策理念は、概ね以上の線で一致していると思う。

対策の原則は、上述のようであるが、こんにち各国はその伝統と遺産の上に、この難問を研究中であるといえよう。

この問題は、その原因や機転がなお詳かでない老化や退行性疾病と人口や社会の構造変化とが絡みあつた、医学的な社会的な課題である。そこで、その広がりや極めて大きい、他方対策の実際面では、地域社会を越えることはできない。また、このような保健福祉の問題は、総合的に行なつてはじめて効果がえられる。その上、各自各様に扱わなければならないケース・ワークである。ここに、その対策には大いに地域社会の色彩が加味され

ることになる。

この意味において、スカンジナビア諸国における成人保健計画を述べるには、これらの国々が、老弱者・慢性患者問題の突破口として試みている2,3の地域社会におけるモデルを中心に、その活動の実際を引用することが適切であろうが、この記ではその動向のみを紹介する。

1952年スウェーデン政府は、老人人口の急増する見通しにたまりかねて、老人のケアに関する調査をするために老令者ケア調査委員会を編成した。

この国のこの問題の方向を決定づけるこの委員会における専門家として、医師では偶然か2人もイヨッテボイル市における老人科医が任命された。その1人は、身体上の老人科医として、バファサ病院の院長であり、イヨッテボイル大学のドセントであるステン・エケルストレイム博士、他は精神上の老人科医として、ルイルハアゲン病院の院長で同じく上記大学のドセントであるハアコン・スイエグレン博士が選ばれた。

私は、このようなわけもあつて、イヨッテボイルに最も長く滞在した。まづ、この国でその扱いに最も困難している患者の臨床を経験し、老人国の患者の実態をつかむ一方、イヨッテボイルの地域社会計画を研究した。その後、スウェーデン最大の湖、ベェネルン湖北岸にある小都市カルルスタッドを中心とした、農村地区を包摂した県での対策につき、さらに純農村社会の例につき、究明した。それからストックホルムにでて、国家計画へ詮索の手を展べたのであつた。

前記の委員会は、1956年報告書を提出。これによりスウェーデン議会は1957年、この問題に対する態度を決定した。したがつて、この報告書は、スウェーデンにおける老令者対策の骨格をなす考え方を提供している。これを要約して紹介すれば、

老人人口比が増加する方向へ人口が展開すると機を同じくして、社会の経済的な構造が変化した結果、老人を援助することが緊急となつた、ということをも前提として議論が展開されている。そして、このような援助は、以前は家族が与えていたが、こんにちでは広範囲に地域社会が与えるべきであるとした。経済的保証、適切な住居、ホーム・ケア、授産、医療、施設収容などに関して、系統的でかつ徹底した社会的援助の手をのべるべきであるとした。

そして、その困難さは、老化や退行性疾病の機転が、まだ十分解明されないことに、おもに負うが、また、医学上だけのものではなく、心理学的、社会学的なものもある、という見解をとつた。したがつて、収容の問題、こ



れに絡んで、家事援助などが大いに議論された。すでに紹介したように、対策の原則としては「老人に対し、自分のモダンな家に、たとえ身体障害があつても、できるだけ長くとどまれるようにする」というように打出された。また、とくに経費のかかる施設ケアを減じ、その重荷を最小限にすべきだ、と勧告した。

仕事をし、活動をすることが、老人を社会から隔絶したり、受身にしたりすることを防ぐ上で重要不可欠であると指摘もした。また、老人のケアがよく組織化されることの重要性を強調。医療機関のあり方として老人科ユニットの設置を示唆した。なお、老人ケアの改善には医師、看護婦、その他医療要員を、老人医学ならびに社会医学の分野に関し、十分教育することがたいせつであるとした。さらに、老人科クリニックを大学病院や国立精神病院に付設し、同時に老人医学ならびに老化科学の研究費を大巾に増額することを奨めた。

スウェーデンの老令者対策は、以上の路線にそつて、展開の速度を早めている。彼らの誇る社会保障制度を支える国家的諸機構と県のレベルで整備体系化された公立病院のシステムが、市町村のレベルの社会福祉サービスと相まつて、その対策の綾織りを細やかにしている。

スウェーデンでは、こんにちほとんどすべての事業に国の強力な統制ないし支持が働き、官僚行政的な色彩がつよい。これはなるべく篤志活動を前面におしたてて、行政はそのあとおしをするという形のノールウェーとはよい対照である。

スウェーデンでも元来は、行政の中心は選出された執行委員会システムであるが、20年余にわたる安定政権の結果このような形をとつている。ただし老令者対策は、もともと総合化された社会的・医学的サービスであり、他面極めて個性的なケース・ワークである。したがつて、上記のような国ではあるが、こんにちのところその対策の実際においては極めて地方的で、自主的なやり方にまかされている。国は大綱を示して、各市区町村なり、県郡なりの自主性の高い活動を援助している。このような方法で国の将来うち出すべき最良の老令者ならびに慢性病患者対策を見出そうとしているところである。

イヨッテボレイ市のバササ病院は、上記報告書の線に沿つた、大学付属の老人科をかねた、いわゆる慢性病院である。老人科専門病院ではないが、80%以上は老人がしめていた。

ここに、家庭ケア・センターという入院管理機関がある。開業医や患者から申し込みがあると、センター付のドクターであるヘデイ博士は、ソーシャル・ワーカー

と必ずそのケースを家庭に訪ねる。医学的な面と社会的な面とを家族をまじえて検討。医学的・社会的な評価から患者を分類、院内会議にかけて入院の順序をきめる。

この辺は英国とはかなり違つている。スウェーデンでは患者は医師を自由に、病気の都度選択できる。したがつて、英国のこのようなサービスで、家庭医が患者と病院との間にあつて果たするような大きな役割はここでは概して見られない。

もつとも、これは都会地についていえることである。地方にいけば、地区医だけが頼りで、さらに、保健婦にのみ頼らなければならないところも多い。この地区医は国から直接任命されていて、一般医であり、同時に公衆衛生サービスの責任と権限とをもつており、約600名いる。そのオフィスの近くに20床前後の瀟洒なコテージ・ホスピタルが併置されている。私の訪ねたこのような病院の患者の多くはやはり老人であつた。

バササ病院のような慢性病院の入院料は、一般病院に較べてはるかに低額である。それでも、ここにながく停滞されたのでは社会の経済負担はたまらない。ちなみに、外来ではその医療費は、スウェーデンの患者は日本の場合よりかはるかに苦しい。しかし、入院すればすべて無料である。つまりスウェーデンは、重い患者に手厚い医療費の保険支払いをする制度をとつている。慢性疾病の主業は無料で支給されることを付言しなければならないであらう。

こんにち、最大の痛手の一つは看護婦が大変不足していることである。そこで、少なくとも社会的な理由で医療施設に延滞されることは困る。そこで退院専門のソシアル・ワーカーが登場するわけである。

日本人医師からみれば、全く残酷だと思われるようなよぼよぼした、急性期をようやく脱したような患者がどしどし自宅へ送り帰される。なるほど、モダンゼーションの行きとどいた至極便利で快適な家ではあるが、縁者のまつているものは、老人の場合ことに少ない。多くは淋しい独り暮らしである。退院を嫌がるのも無理はない。自宅にかえれないものは、ナーシング・ホームや福祉ホームに流れるように移される。将来、日本でも医療の能率上や経済上、ナーシング・ホームなどを加えた数段階の収容施設を系列化しなければならないと考える。

もちろん、すべてのケースは、よく検討された患者分類の篩にかけられる。これによつて、より恵まれた社会復帰のチャンスをうるといふ大きな効果が得られ、かつ犠牲者は割りに少ない。分類によつてこのような医療の効率化と経済化ができることは、経験した事例がふえる

に従つて十分納得できた。

分類はケースを合理的に、公平でかつ能率的に処理する上で真に重要である。一見平凡であるこの分類の仕方には、大変な苦心が秘められている。

この分類に関しフィンランドのテュエテルマン博士の努力は欧州では高く評価されていた。

患者をよどみなくさばいていくためには、もろもろの機関の血の通つた調整と協同が必要である。この点、スウェーデンでは病院はほとんど公立でかつ県のレベルで運営されている。また地方では、地区医がすべてを一手に掌握しているので問題は少ない。

老病者を扱う体系として、慢性病院を中心とした型のほかに、スウェーデンでは二つの型がある。その一つは、プーア・ハウスから発展した極めて集中化されたシステムである。他は、最もモダンな印象をうけるジュリアトリック・デパートメントである。これは、近代一般病院に堂々たる一分科として設けられたものである。

前者としては、ストックホルムのザバツベルイ、ブレアクベルイ、スツルビイなどがある。またヘルシンキのコスケルァ病院、コペンハーゲンのドゥ・ガムレス・ビィ（老人の町）もこの系列のものである。

後者の例としては、ストックホルムの大病院スエデルシュクフスの老人科を第一にあげなければならないだろう。なお、スウェーデンでは県ごとに一つ以上の中央病院があるが、最近、これにジュリアトリック・デパートメントが付置されはじめている。前記カルルスタッドなどもその一例である。これは、老人施設分散化の型である。

分散化、集中化いずれのシステムがよいか議論があるようであるが、人口の高令化にともない、おのずから両方ともに軍配をあげなければならないように私は思う。

フィンランドの老化科学学会は1948年に発足、広い視野で着々研究業績を重ねている。しかし、老弱者や慢性疾病対策をめぐるこの国の動きを窮うには、コスケルァ病院を中心とした最近の展開を見るのが適切だと思う。

ここでの医学的措置はリハビリテーションの原理に基礎をおいており、老人をできるだけ活動性のある独立生活に復帰するようにならしていくことを努力していた。この病院のメイン・ビルには指導センター兼外来クリニックとも総称すべきものがあり、これはヘルシンキのジュリアトリック・サービスのプレインである。これを通じて首都に住まう65歳以上のすべてのものを管理する仕組みになつてきた。

この国は、こんにちなお、医療施設もそのスタッフも

ともに乏しく、医療保険の普及もはなはだ貧弱である。そこで、もつぱら公立病院の設立に努め、極めて低額で診療が行なわれている。公立病院の普及をまつて、一挙に医療国営にふみきる計画であると聞いた。こんな国土計画が、老人対策に関しても、コスケルァ・システムという集中的な型をとつて現われているように考える。

フィンランドで極めて印象的であつたのは、スエーデン、ノールウェーで80歳平均といわれる病棟で、その收容患者の病状から受けた感じと同じ感じの場合、フィンランドの患者の平均年齢は70歳にみたなかつたということであつた。早速実態調査の結果を聞いてみたところ60歳以上ですでに3分の1は病気があり、2~3%は身体障害者である由。ちなみに、スウェーデンやノールウェーでは65歳以上の者のうちには約10%のめんどろをみなければならぬものがある。

人種もちがい、地理的条件もちがう。そして、こんにちなお敗戦のため社会的・経済的困窮は厳しい。なにかこのような烈しさがフィンランドの成人の健康に大きく影響しているように感じた。原因はとにかくとして、ここに国家・社会により、老弱さや慢性疾病の発生に遅速の差がある事実を認めた。

日本人の生活は、フィンランドよりは高いが、どうひい気目に見てもスウェーデン、ノールウェーにははるかにおよばない。後者なみとすれば、こんにちこれらの国々が老人問題に関してしている同じ苦勞をするのは、30年先のことである。ところが、フィンランドなみとすれば、6年たらずの眼の前のことである。こんにちの60歳なり65歳なりと10ないし20年先の60歳、65歳との健康さには生活水準その他の違いから多少の差異はあろう。しかし、こんにち、60歳あるいは65歳以上の日本人老令者の健康状態を社会医学的見地から調査することは、日本における、老弱あるいは慢性病問題の緊急度を予測する上で重要なことの一つであると信ずる。

オスローの街角にみかける老人保健福祉センターは、20坪前後の小さななんのへんてつもない施設である。職員もソーシャル・ワーカー、オフィス・ガール各1名といつた構成である。ところが極めて多彩な老人の援護事業を行なつている。このセンターが奉仕する人口は約2~3万で、したがつて、約2~3千の老人を登録して、その生活の実態を把握し、みじかな存在として老人の保健福祉のために、活発な活動を展開している。

私のたずねたあるセンターのソーシャル・ワーカー嬢は「こんなにうまく運営されている秘決はなんでしょうか」と質問して、そつとささやくように、しかも自信に

みちて、「それは篤志精神です」といつた。

この国では、このセンターが中心になって、老人問題は順調に回転していつている。したがって、このシステムは国際的にも注目されている。

老令者対策の主旨は同じであつても、各国や各社会によつて諸サービスや諸施設の組み合わせや運営には、それぞれのニュアンスがある。これらを、さらに具体的に紹介して、その特徴を論ずることは、恐らく興味もあり実際の対策を考える上にも役立つものと思う。これは、他の機会にぜひ触れたい。

以上「スカンジナビアにおける成人保健計画」という課題のもとに、おもに老令者のかの地における計画について、それもその動向のみを紹介した。これは別に他意あつてのことではない。もちろん、成人にも中年・老令・高令などにより、健康問題の在り方、扱い方に差を認めなければ適正でない。しかも、西欧諸国の実況に接して、成人保健対策の実際的な近接方法という見地からは、老令者成人をめぐる保健計画を究明することが、成人一般のそれに関する社会医学的な正攻法であると私は考えさせられたからである。

慢性退行性疾病は、ケースによつてはすでに30歳前後からめばえ、20~40年の長い経過のすえ、老いた病弱の大群をつくる。これは老化現象そのものと相まつて現在のところ70~75歳における死の壁を極めて厚いものにし

ていることは既述したとおりでである。

こんにちこの老化現象や退行性疾病の原因、機転は不詳である。したがってこれらを明らかにし、その措置におよぶ自然科学的研究は、今後の成人対策上最も基本的な仕事であるということはいうまでもない。

しかも他面、西欧では老人問題は現にふりかかっている緊急課題であり、こんにちの医学、その他科学も成人保健の上に寄与するものを多くもつているし、また、画期的な発明があつても、これらを実際に効果のあるように提供する仕方の問題がある。

人口老化に由来する老弱ならびに慢性疾病の重荷を、日本の社会も、おそかれ早かれ避けることはできない。そして、この洗礼は、いや応なしに、保健と福祉との両事業を密接に結合し、かつこれを体系化する方向においやる。ただし、

これをいたずらに自然の推移にまかせるときは、そのスケールが結核問題などよりはるかに複雑で大きいだけに、成人の保健対策上の、ことに老令者ならびに慢性患者の療養上の、不均衡ないし不公平は、過去の結核患者のそれに幾倍か輪をかけた大きな難問題になる。そして、その犠牲は底知れず深刻化する恐れがある。それだけに保健ならび福祉の分野を含み、さらに広い視野に着目して社会医学的な研鑽と考慮とが尽されるならば将来に寄与するところは大きい、と私は確信する。

## 皆保険後5カ年間の岩手県国保診療の推移とその問題点

### — 受診量の分析 —

前 田 信 雄\*

国民健康保険制度については、戦前から長い伝統を有し、戦後いちばやく皆保険の実現をみた(昭和30年7月)岩手県について、一体皆保険によつてその後被保険者の受診はどの程度促進ないし「恩恵」を得ているのか、この5カ年間にどんな問題が明らかにされるようになったか、そのような見方からこの小論を起こした。ここで用いた指標は、国民健康保険の事業年報に記載されている「診療費」中の日数のみである。件数よりも日数の方が筆者の分析目的にかなつた指標と考えたからである。

### I. 県平均値の観察から

全国と比べると、岩手県の国保受診量の特徴は、「入

\*. 東北大学医学部病院管理学教室

院多く、入院外少なし」という傾向が、被保険者1人当たり日数から読みとられる(第1表)。特に入院日数はこの5カ年間を通じて、全国平均よりも約0.5日というかなり大きな較差でもつて、多く受診している。それに反し、入院外日数は、30年度当時は全国平均値とほとんど同じであつたが、その後伸びは鈍く、6日前後を停滞しているのがこの5カ年間の傾向である。岩手県入院外日数の増加率は、全国に比しのろいテンポであり、結局両者の較差は広がりつつある。

ここでとりあげた「入院日数が長い」という現象には一定人口当たり入院患者数が多い、という場合と、入院患者数はさほど多くはななくとも、1人当たりの日数が長い、という場合の二つの内容が考慮されなければならぬ

い。

この点の解明には、一定人口の入院患者数と、その在院日数が知られなければならないが、厳密にこのことを示す官庁統計は現在の所はない。そこでとりあえず「病院報告」資料によつてこの問題に近似的に迫つてみる。もちろん「病院報告」には、国保以外の被保険者をも含むので、厳密に国保診療日数の実態を採ることはできないけれども、岩手県総人口中国保被保険者数割合が約8割を占めているので、県総人口の病院受診状況からも、

第1表 被保険者1人当たりの診療日数の推移

年度	入院		入院外	
	岩手県	全 国	岩手県	全 国
昭 29	1.24		5.42	
30	1.33	0.79	5.53	5.60
31	1.50	0.91	5.84	6.01
32	1.60	1.02	6.01	6.33
33	1.73	1.09	6.07	6.32
34	1.73	1.14	6.14	6.85

第2表 被保険者1人当たり診療日数別市町村数—入院

日 数	昭和30年度	昭和34年度
～ 0.50	3	—
0.50 ～ 0.70	3	—
0.70 ～ 0.90	8	—
0.90 ～ 1.10	12	7
1.10 ～ 1.30	10	4
1.30 ～ 1.50	11	11
1.50 ～ 1.70	6	8
1.70 ～ 1.90	5	13
1.90 ～ 2.00	2	9
2.00 ～	2	10

一応当面する入院率・入院外率の問題はさぐれると考える。

上記の資料によると、全病院に入院した新入院患者数は、岩手県では人口10万対、昭和30年度2,588人、他方全国は2,448人であり、34年度も同様（岩手3,681人、全国3,443人）岩手県が多い。すなわち、岩手県総人口は、全国に比し、一定人口当たりの入院率が高い、ということになる。<sup>\*1)</sup>

第2の問題である在院期間については、今のところ、やはり「病院報告」からしか知られないが、岩手県の一般病院の平均在院日数は、30年度は全国とほぼ同期間の

68日、34年度は50日で、全国よりもむしろ短い。また岩手県立病院（31施設）の平均在院日数も、平均で30年度の53.7日から34年度には48.2日と漸減している。

結局、岩手県民全体としてみれば、一定人口当たり入院率が高く、また年次別にみると人口当たり新入院率が高くなつてきている、ということであり、1人当たりの入院日数が長い、もしくは長びく傾向があるということではない。このことから、厳密には推定しかできないが

第3表 被保険者1人当たり診療日数別市町村数—入院外

日 数	昭和30年度	昭和34年度
～ 2.0	3	—
2.0 ～ 3.0	5	2
3.0 ～ 4.0	12	10
4.0 ～ 5.0	15	14
5.0 ～ 6.0	14	11
6.0 ～ 7.0	6	10
7.0 ～ 8.0	3	11
8.0 ～ 9.0	4	3
9.0 ～	—	1

国保被保険者もまた同様であると理解してよいように思う。

以上のことについては、あくまで平均値からの判断の範囲内ではあるが、一応皆保険後の入院利用増という点で理解できるのであるから、一面確かにのぞましい現象であると判断される。しかし、新入院の増加という点には、のぞましい内容であるところの「従来入院できなかったもの」の入院のほか、いわば「要入院」の増加というのぞましくない内容も一考されなければならない。特にこの「要入院」の中に、もしも「重篤になつてからの診療」という例がまだ多くあるとするならば、それは差し当たつて改善を要する状態であることはいうまでもない。

入院についての上述の懸念は、一つは、すでに述べた「入院外利用少」という現象を考えてみて出てくる。

入院外についても、入院と同様、一定人口当たりの外来・往診利用率、平均通院日数などをみなければならぬ

\*1) ただし、このデータには、診療所に入院したものの数が除かれているので、一定人口当たりの新入院率を示すものではないけれども、岩手県の診療所全体の有する病床数割合は全国よりも多い（岩手県は病院病床の約1/3、全国のそれは約1/4）のであるから、上記の新入院率の高さは、病院病床が多いため、あるいは病院入院率が特に高いためではない。

いが、この点を討究できる資料は残念ながらない。しかしながら、平均値として上記の日数をみたばあいは、ここでは一応新来患者数とみなして論を進めて間違いはない。<sup>\*2)</sup> 要するに、岩手県の国保被保険者は、この5カ年間、外来と往診の利用を行なううえで、入院ほどの変化はなかつたということである。

一応ここでもつて平均的に、新来患者数の増加イコール早期受診と仮定するならば、岩手県国保被保険者の早期受診はこの5カ年間特に促進はされなかつた、と考えられる。

## II. 市町村別の観察から

国保制度は、市町村単位に運営されているため、その受診量の分析には市町村別比較が不可欠である。以下では、昭和34年度初現在の市町村別に分析した結果に基づいて述べるが、紙幅の関係上、資料の表示はだいたい省略した(合併以前の資料は、34年度の区分に従つて合計した)。

### 1. 実態からみられる特色

入院：昭和30年度当時被保険者1人当たり入院日数が0.90日以下の市町村は、64市町村中12であり、これらのうちほとんどが県北のへき地山間部の町村である。その約2倍の入院率すなわち1.7日以下の日数の入院がみられる市町村は9であつて、その多くは南部農村部または市部である。すなわち医療機関の分布、交通機関の発達、産業あるいは経済構造などのうえで後進的な市町村の多くは、医療機関の入院受診量においても他より著しく少ないということである。

昭和34年度の1人当たり入院日数をみると、0.9日以下の市町村はなくなり、すべて0.9日以上の受診がみられるようになった。そして、1.7日以上の市町村が32という数になる。全体として、いわば底辺が上昇したという変化がみられる。しかしながら、30年度についてみた北部地域と南部との較差は、依然としてそのまま残されたかたちである。

入院外：北部山間部所在市町村に受診量が少ない点は、入院のばあいとほぼ同様である。すなわち、昭和30年度、県北地域のほとんどは、県平均の5.0日以下の受診量である。この状態は、5年後の変化でみると幾分は

\*2) 平均通院日数は岩手県においても増加していると予想される(県立病院平均では、昭和30年度6.2日34年度7.7日)。従つて、表示した国保被保険者の日数は新患数でみると、おそらくもつと増加率にはくいものではあつても、表示した以上に出るものではない。

改善されたが、入院のばあいと若干異なるのは、昭和34年度までの間に、受診量が伸びて5.0日以上となつたのは県南地域であつて、県北は依然として入院ほどの著しい変化はない、という事実である。これが県平均の入院外利用率上昇の頭打ちをもたらす原因であることが知られる。

## 2. 考察

### ①市町村別較差の問題

この問題は、結局のところ、受診を左右する要因は何か、という点の確定的な解明がなされなければ十分ときほぐすことができない。すでに諸家の指摘にあるとおり、受診率あるいは受診量を左右するものには、いろいろの要因があげられる。この岩手県の地域較差に関連するだろうと思われるものだけでも、a. 経済水準、b. 医師あるいは医療機関の分布、c. 交通条件、d. 積雪などの気象的条件などがある。aの要因については、今の所適切なデータがなく証明はできないが、盛岡市以南の北上川流域の市町村は、水稲単作地帯として、農業収入の面でも北部より高いことは常識上知られている事実である。bの要因は、特に入院外受診量とかなり明瞭な相関関係を有する(図省略)。人口当たり医師数の多い市町村に受診量が多い(ただし入院率については不明)この要因の証明は、事例調査的方法では明らかにできるが、大数法則的証明は技術的に困難である。dの要因も岩手県においては無視できない。冬期の通院回数を短くさせることは当然であり、ひいては入院患者数を多くさせない要因とも考えられる。

以上は、諸要因を一つ一つ列挙的に指摘したにすぎないものであつて、現実の受診量はさらに複雑な要因のからみ合いと、以上の指摘以外の要因(特に制度的要因)とによつて決められてくるものと考えべきである。たとえば、寒冷地という自然的条件は、交通条件、経済条件にも影響するであろう。

従つて、受診を左右する要因の分析は、個別因子の検出解明だけでは十分ではなく、何か諸因子の総合化という方向も考えられるべきものと思われる。

当面本稿で問題としている岩手県北部地域の医療機関受診の不活発性は、その意味からいえば、上記諸要因を総合化した後進性というものによつて定められてくるものと考えられる。そして、特にその中でも貧困であるという経済的要因が、岩手県の地域較差の根幹であるようにおもわれる。

### ②入院・入院外別推移の問題

Iの県平均で述べた入院率高の入院外低い、という傾

向は、市町村別観察では否定されるかにも見えるが、実態はそうではない。昭和30年度についてみれば、入院率は北部地域市町村のうち極く一部の特別に日数の低い市町村を除くと、実際に全国平均とは左程ひらきはない(0.70日から0.90日までのものほとんどは北部のへき地である)。そして、入院外日数は北部に低い。なおまた、この入院日数と入院外日数とは、単純に市町村別に相関関係をみると、順相関を示すけれども、このことは簡単に入院利用が少ない市町村では、入院外も少ない、ということには決してならない。

以上のことはこの5カ年間の推移の過程についてもいえる。

すなわち、北部地域に限つてだけいえば、この5カ年間、外来患者数はさほど多くはならなかつたけれども、新入院の増加が著しかつたということである。この現象の詳細な原因分析は、今ある資料では行なえないが、少なくとも入院できなかった人の入院実現という点からみれば、のぞましいという判断がなされてよい。

しかし反面、県平均値観察でもみたとおり、入院よりは一段と軽費でかつ容易であるはずの外来がさほどのびない、という現象を考えるならば、これら北部地域の早期受診の未実現が残された課題として指摘されねばならない。

究極のところ、皆保険という名の政策は、次に述べる外部条件との関係もあつて、事実のうへでは、上述のへき地を多く含む市町村被保険者の受診を基本的に容易にすることはできなかった。

### ③法改正、医療費値上げと受診量

この問題に関するデータは省略したが、あえて岩手県のみに限らず、医療費値上げは受診日数に直接影響をおよぼす。33年度から34年度にかけての被保険者1人当たりの入院日数は、県平均で両年度とも1.73日であつて、明らかに頭打ちとなつたし、入院外も全国推移に比べると伸び悩みである。市町村別にもこの影響は明瞭にみられる。

33年10月の法改正後すすめられた二重加入除外の政策も、最近の受診日数も抑制することになつた。

次項で詳しく述べる被保険者負担率の5割一定化の方策も、受診日数を少なくさせるものであつたことはいうまでもない。

以上のいわば外部的要因については、岩手県のばあひかなり大きな影響を受けたということ、あるいはそのような影響を大きく受けやすい脆弱性を自治体はもつていること、の二点を指摘するにとどめよう。

## III. 市町村別の保険給付制度と受診量との関係——被保険者負担率の問題

現在の制度では被保険者の多数が受診できない、という端的な経済条件があるために、負担率を少なくする政策がいくつかの自治体で意識的にとり上げられたわけである。しかし、この独自の政策も、皆保険実現後の岩手県では、市町村財政の窮乏化、国の政策指導などによつて次第に退歩を余儀なくされるようになってきた(10割給付は、昭和30年度4カ町村、昭和34年度1カ村、7割給付は昭30、13、昭34、1)。<sup>\*3</sup>

給付率の拡大については、二つの問題指摘を行ないたい。一つは、この制度は、実際に直営診療所受診時のみ10割であるため、その施設に入院設備が完備していないばあひは、外来だけの患者数増をみたこと、本来最も医療費支出の多い入院利用には特別の恩恵はなかつたという点である(金田一村の例)。

二つには、この10割給付ないし7割という拡大給付政策は、大方の市町村のばあひ、それを止めて5割給付という制度にすると、明らかに受診量は減少することになるものであつた点である。拡大給付の実施は、それが仮りに直営診療所の受診時のみ適用される制度ではあつても、他医療機関の利用率をも同時に高めるという結果をもたらした町村もあるけれども(雫石町の例)、しかしこのような全体的な受診促進効果も、いつたん5割給付になると消失させて、元の水準に逆戻りする例が一般的である。

なお、一般診療機関受診も7割給付という政策が南部海岸地域でとられたが、このばあひは、30年度当時かなり低かつた入院率を急激に高めた(三陸村、住田町の例)。しかし、この地域では、入院外利用率は従前から比較的に高かつたためか、特に拡大給付による伸びはみられない。

### むすび

1°。全国のさきがけとして皆保険を実現した岩手国保は、受診量からみれば、従来の後進的な地域住民の受診機会(特に入院)を容易にした一面と、他方まだ改善すべき多くの点(入院外利用率が低いこと)を残してきたのが、この5カ年間のあゆみである。

2°。入院・入院外ともその受診量は、県南と県北の間に大きな較差が存在する。後進的な社会条件に制約され

\*3 ただし、昭和30年度の市町村の数は町村合併前のものを基準にしてかぞえた。

て受診が抑制されている北部地域住民の状態は、現行の一律的な給付制度のうえで大きな問題である。

3°. 10割ないし7割という市町村独自の政策は、支払能力のうえで受診できなかつた人の受診量引き上げに際し、確かに一定の効果をもたらしたけれども、しよせん不完全かつ一時的なものにすぎなかつた。

4°. 本稿の分析視点の一つであつたところの、入院・入院外受診量のうち何故岩手県で特に入院量が多いか、

などの問題は、十分に解析できず、今後の課題としてとり残された。

用いた資料名

1. 岩手県：国民健康保険事業状況（昭29～34）
2. 厚生省保険局：国民健康保険事業年報
3. 岩手県厚生部：衛生年報（昭30～34）
4. 厚生省統計調査部：病院年報（昭30～34）

公衆衛生 第25巻第12号予告

〔綜説〕 スエーデンの公衆衛生および医療制度……………清水 寛  
 都道府県における成人病対策の現況……………山形 操 六  
 社会医学研究の進め方……………社会医学研究会

〔原著〕 若年者高血圧の疫学的研究（Ⅰ，Ⅱ報）……………多紀 英 樹  
 病原性大腸菌O-55による集団下痢症……………田村 利勝・他  
 放射線手当の評価について……………砂 田 毅  
 治療に役立つハエイオン化電気……………北上 幸 雄  
 25巻1～12号 総目次

# 公衆衛生必携

新書判 480頁・図37・表136・定価1500円

厚生省公衆衛生局長  
尾村 偉久

厚生省環境衛生局長  
聖 成 稔

厚生省医務局長  
川上 六馬

監修 厚生省公衆衛生懇話会編

第1章 伝染病予防……………後藤伍郎・加倉井駿一	第6章 統 計……………橋本道夫
第2章 精神病対策……………津田信夫	第7章 医療保険……………加倉井駿一
第3章 環 境 衛 生……………三浦大助・宮田 一 牧野四郎・実川 涉	第8章 社会福祉……………加倉井駿一
第4章 医療制度……………浦田純一・久万楽也	第9章 関係法規……………加倉井駿一
第5章 保 健 所……………橋本道夫	第10章 そ の 他……………橋本寿三男

医学書院刊

## 書評

病院管理研究所長

医博 吉田幸雄

## 「看護管理講座」全4巻

今回稲垣書店から「看護管理講座」4巻が発刊されることになった。実に時宜に適した企画であると思う。以下既刊「管理技法」の読後感を述べよう。

率直にいつて、この本を手にとつて感じたことは本の体裁といい執筆者といい、まことに好ましいものを感じたのであるが、その内容の構成を見るにおよんで「看護管理講座」という書名と内容の然隔に奇異を感じた。この講座の構成は、管理概論管理技法、管理持論となつてはいるが、その内容すべては組織された人の扱い方の一般論的な知識である。更に、編者の言に従えば「看護管理を行なうために必要な基盤となる学問」といわれるが、この際の看護管理とは、看護婦の管理であつて、病院管理の一貫としての看護管理であ

るならば、看護の資材や財務の管理、それに看護の労使関係などが必要になるが、これらは病院管理の立場にそれをゆずつておられる狭義の看護管理を対象としているということのようである。

そして必要な基盤となる学問とは看護管理以前の管理知識である。つまりこの内容と書名とがどうも一致したものとは受けとりがたかつた。これだけでは一面を語るに過ぎない。実はこのように感じる以前に、日本の看護管理の現状を考へておくべきだつた。すなわち看護管理を体系づけるには、あまりにも日本の看護管理には、それ以前の問題から手をつけざるをえない。実情のあることを認めないわけにはいかない。これは看護だけではない。病院全体についても同様である。その意味では

病院内で最も大きな組織をもつ看護部から、しかも看護婦の手によつてそれを解決しようとする気運に際して本書がいかに大きな役割をはたすかという大きな期待がかけられるわけである。そして近い将来に名実共に、この講座が立派な看護管理の指導書となる日を待ちたい。

本書は以上のように、看護管理以前の問題を取り扱つたものであろうとも、人の扱い方の管理知識や技法を、本書の執筆者のように看護に理解と協力を惜しまない新進気鋭のその道の専門家から平明で幅の広い解説をえたことは全国の病院の看護婦長はもち論、院長をはじめ、病院の幹部の方にも絶大な救援を与えて下さつたものと信じる。(36. 10. 15)  
(A5, 各 700~750 円)

稲垣書店刊

## 保健婦雑誌 (第17巻第11号)

特集・第4回国民健康保険保健婦講習会のすべて

倍大 号 260.

厚生行政長期計画をめぐつて……………	首尾木 一
新しい保健所行政について……………	菊地 浩
医療費のはなし……………	館林 宣夫
事務管理の考え方とそのすすめ方……………	清正 潔
保健婦業務の管理について……………	小林富美栄
仕事の計画とまとめ方について……………	橋本 秀子
地区におけるヘルニードとその発見……………	田中 恒男
小児保健の問題点……………	今村 栄一
ポリオの疫学……………	山本 宣正
ポリオの看護……………	壁島あや子
その他……………	



# FOREIGN MEDICAL BOOKS



## Public Health

Bankd: Health and Hygiene, 322 pp. 1957.....	900	schliche Leben zu verlängern. 294 S. 1958.....	1,480
Borris: Leitfaden der Hygiene-Praxis 262 S. 1958.....	1,350	Jochheim: Grundlagen der Rehabilitation in der Bundesrepublik Deutschlands, 1958.....	2,400
Box: Oxygen Insufflation in Periodontal Diseases, 1955.....	1,400	Kampmeier: Physical Examination in Health & Disease 774 pp. illustrated 2nd ed. 1958.....	3,800
Eredow: Handbook for the Medical Secretary, 3rd ed. 1955.....	3,500	Kaus: Bibliographie der Sportmedizin und ihrer Grenzgebiete, 1956.....	360
Frockington: A Short History of Public Health, 1951.....	900	Koelsch: Lehrbuch der Arbeitshygiene, Band I, Allgemeine Physiologie und Hygiene der Arbeit, 3. Aufl. 1954.....	4,900
Burn: Recent Advances in Public Health, 370 pp. 54 ills. 2nd ed. 1959.....	2,400	Band II, Spezielle Berufshygiene, 2. Aufl, 1953.....	6,180
Calkins: Abnormal Labor, 1958.....	1,100	Laarmann: Die chirurgischen Berufskrankheiten 171 S. 92 Abb. 1958.....	3,400
Carpenter: Immunology and Serology, 1956.....	2,600	Leavell-Clark: Preventive Medicine 690 pp. 2nd ed. 1958.....	4,000
Clay: The Public Health Inspector's Handbook, 614 pp. 9th ed. 1959.....	2,400	Magdelaine: Techniques d'etude de la fonction hospitaliere, 170 pp. 46 Tabl. 1959.....	1,350
Covalt: Rehabilitation in Industry, 194 pp. 1958.....	2,400	McLean: Mental Health in Industry 264 pp. 1958.....	2,600
Davies: The Practice of Industrial Medicine, 2nd ed. 1957.....	1,800	Moore: Heroic Sanctity and Insanity: an introduction to the spiritual life and mental hygiene, 243 pp. 1959.....	2,000
Die Gesundheitszustand der Heimkehrer, 91 S. 11 Abb. 1950.....	1,280	Merewether: Industrial Medicine and Hygiene Vol. 1 1955.....	4,200
Digestion, Absorption, Transport, and Storage 1958.....	10,600	Vol. 2 1955.....	4,200
Eckardt: Industrial Carcinogens (Modern Monographs in Industrial Medicine) 164 pp. 43 figs. 1959.....	2,600	Vol. 3 1956.....	4,200
Elkins: The Chemistry of Industrial Toxicology 452 pp. 13 figs. 2nd ed. 1959.....	4,600	Michaux: L'Enfant inadapté Role medico-social du Medecin, 1957.....	3,600
Dreisbach: Handbook of Poisoning: Diagnosis and Treatment. 474 pp. 2nd ed 1959.....	1,400	Neuschütz: Vocational Rehabilitation for the Physically Handicapped, 136 pp. illustrated 1959.....	2,300
Fairhall: Industrial Toxicology 388 pp. 2nd ed, 1956.....	4,000	Peck: A New Pattern for Mental Health Services in a Children's Court 82 pp. 1958.....	1,300
Fleming-D'Alonzo: Modern Occupational Medicine, 1954.....	4,000	Perkins: Principle and Methods of Sterilization, 1956.....	3,200
Gerfeldt: Das Krankenhaus und seine Betriebsführung, 246 S. 5 Abb. 3. Aufl. 1959.....	2,200	Pfister-Ammende: Geistige Hygiene. 1955.....	3,600
Givner: The Prevention of Disease in Everyday Practice. 1955.....	8,000	Rehabilitationsmedizin: 160 S. 36 Abb. 1958.....	1,550
Gleason: Clinical Toxicology of Commercial Products, 1957.....	6,400	Roberts: A Synopsis of Hygiene, 694 pp. 11th ed. 1958.....	3,600
Grundy: Preventive Medicine and Public Health, 309 pp. 1957.....	1,500	Sadove-Cross: The Recovery Room, 1956.....	4,800
Hagen-Thomae: Jugendliche in der Berufsbewahrung 180 S. 33 Abb. 1958.....	1,740	Schriftenreihe aus dem Gebiet des öffentlichen Gesundheitswesens Heft 10: Aufgaben der Psychischen Hygiene und praktischen Psychiatrie, 165 S. 1959.....	1,280
Haider-Prokop: Cholesterin Ernährung, Gesundheit. 1957.....	900	Sigerist: Landmarks in the History of Hygiene, 1956.....	750
Harvey: Industrial Health Technology, 337 pp. 78 figs. 1958.....	2,700	Simmons: Medical and Public Health Laboratory Methods, 1955.....	7,000
Health Year Book 1957, 278 pp. 1958.....	2,000	Smillie: Preventive Medicine and Public Health 603 pp. 1952.....	3,000
Hilleboe: Preventive Medicine: principles of prevention in the occurrence and progression of disease, 731 pp. 1959.....	4,800	Smith: An Introduction to Industrial Mycology, 4th ed. 1954.....	1,600
Hoake: Wiederstellung der Lebenstätigkeit geschädigter Menschen, 1955.....	1,600	10 Abb. 1958.....	1,280
Hufeland: Makrobiotik, oder die Kunst, das menschliche Leben zu verlängern, 356 S. 41 Abb. 1958.....	5,600	Tudbury: The Psychiatric Nurse in the General Hospital. 83 pp. 1959.....	1,400
Stevenson: Recent Advances in Social Medicine, 1950.....	1,080	Vogler-Kuhn: Medizin und Städtebau, Band I und II: Band I, 700 S. 520 Abb. Band II, 727 S. 520 Abb. 1957.....	19,000
Stevenson: Mental Health Planning for Social Action, 1956.....	2,600	Walker: Chemistry and Human Health, 1956.....	2,300
Stralau-Habernoll: Trinkwasserversorgung, Luftverunreinigung, Krankenhauswesen, 151 S.			

## あとがき

柿の実が赤くなってきたが、梅雨のように秋雨が2週間も降りつづいている。ただ降るだけならばよいが、国内とところどころに集中豪雨をもたらして、崖くずれや洪水をおこしている。そのたびに所管の保健所や地方衛生局では伝染病予防や災害防止にご尽労の多いことでしょう。これは天災だから止むをえないかもしれないが、この雨には人災が含まれている。

核爆発の実験を再開したソ連は、ここ数カ月の間、矢つぎ早やに実験をくりかえし、最近では北極洋のノーバヤゼムリヤ島で50メガトン級の爆発をしている。これらの爆発によつて生じた放射性塵はジェット気流に乗つてわが国土をおおい、雨がこの放射性塵を含んで降ってくる。ストロンチウムやセシウムのように放射能がなかなか減弱しない塵もまじっているにちがいない。それは飲料水に含まれたり、米・野菜に吸収されて日本人の体内にはいつてくるであろう。また食肉にも含まれるようになる。これは大きな問題であつた、子孫にも長く影響するにちがいない。日本でこそ騒がないがフランスやイギリスなどでは逆に日本人の健康を気づかづけてくれているという。社会医学、公衆衛生にとつても重大な意味をもっている。まるでソ連は核実験に対する世界人心の反応を実験しているようにさえ思える。

11号は社会医学特集として原著論文をはぶいてお届けする。曾田次長の巻頭言をいただいて、第2回社会医学研究会の発表演者にその研究をまとめて掲載していただいた。公衆衛生には哲学ないといわれてきたが、そのバックボンを形成しようとするのが本学会の意気込みのようである。賢明な読者各位には、その意のあるところをおくみとりいただけると思う。(S.N.)

## 「研究報告」投稿規定

- 1) 論文は「公衆衛生」に関係深く、かつ簡潔を主眼とすること。投稿者の資格は問いません。
- 2) 論文は現代かなづかいを用い、横書、平仮名で書いてください。
- 3) 原著は原稿用紙400字詰8枚以内にまとめて下さい。図及び表は合せて3葉以内とし、一目瞭然たる図表であること。規定を超えたものに対しては、短縮して貰うか、または超過分に対して掲載料をいただきます。
- 4) 度量衡の単位は、cm, cc, g, mg等と記してください。
- 5) 参考文献がある時は、文中の引用個所の右肩に…1)の如く示し、論文の後に  
1) Henschel, A. et al: J. Appl. Physiol., 6:506, 1954.  
の形式で記載すること、日本誌の場合雑誌名を明確にし西暦を用いていただきたい。
- 6) 採用の適否は本誌編集会議で決定し、不採用の論文は御返却いたします。
- 7) 掲載の分には無料別冊50部を贈呈します。尚それ以上の部数を御希望の節は50部を単位として実費で受付ます。
- 8) 論文は東京都文京区本郷6の20医学書院内「公衆衛生」編集室宛お送りください。

## 医学書院 発行雑誌

	一部誌代	一年
基礎医学	生体の科学…(隔月間)…300.	1,800.
総合医学	…(月刊)…300.	3,600.
内分泌と代謝	…(不定期)…不定	……
公衆衛生	…(月刊)…280.	3,360.
臨床検査	…(月刊)…180.	2,160.
病院	…(月刊)…250.	3,000.
臨床内科小児科	…(月刊)…200.	2,400.
臨床外科	…(月刊)…200.	2,400.
外科研究の進歩	…(不定期)…不定	……
脳と神経	…(月刊)…300.	3,600.
神経研究の進歩	…(不定期)…不定	……
精神医学	…(月刊)…250.	3,000.
精神身体医学	…(季刊)…220.	800.
呼吸と循環	…(月刊)…250.	3,000.
呼吸器診療	…(月刊)…300.	3,600.
結核研究の進歩	…(不定期)…不定	……
臨床消化器病学	…(月刊)…250.	3,000.
臨床婦人科産科	…(月刊)…250.	3,000.
臨床眼科	…(月刊)…250.	3,000.
耳鼻咽喉科	…(月刊)…250.	3,000.
臨床皮膚泌尿器科	…(月刊)…250.	3,000.
保健婦雑誌	…(月刊)…130.	1,560.
助産婦雑誌	…(月刊)…100.	1,200.
看護学雑誌	…(月刊)…120.	1,440.
看護教室	…(月刊)…80.	960.
看護教育	…(月刊)…130.	1,560.

昌平印刷 中村製本

(担当) 中野・乾

# 医療制度と医師

— 診療所医師について —

木 村 慶\*

## 1.

将来の診療所はどうあるべきか、という論議が年々活発になってきている。いよいよ深刻さを加えてきた医療費問題の解決をはかるにも、また日本の医療制度全体が露呈している数々の矛盾を克服するためにも、このことは何としても避けて通れない問題の一つである。

健康保険の急速な普及、受診率の一年ごとの上昇、医療内容の高度化による健保医療費の増大は、国家財政政策の壁にぶつかったあげく、低医療費政策となって医療機関にはね返ってくる。そして病院・診療所間、診療所相互間の競争は激化させられる。医学技術の進歩は医療給付額を高めると同時に、他方診療所にも施設・設備の高度化を要求し、これを競争の手段の一つとさせ、逼迫した診療所経営にさらに圧力をかけることになる。現在出されている将来の診療所の構想は、この圧力をどう処理するかというところに一つの立脚点をもっていると考えることができる。

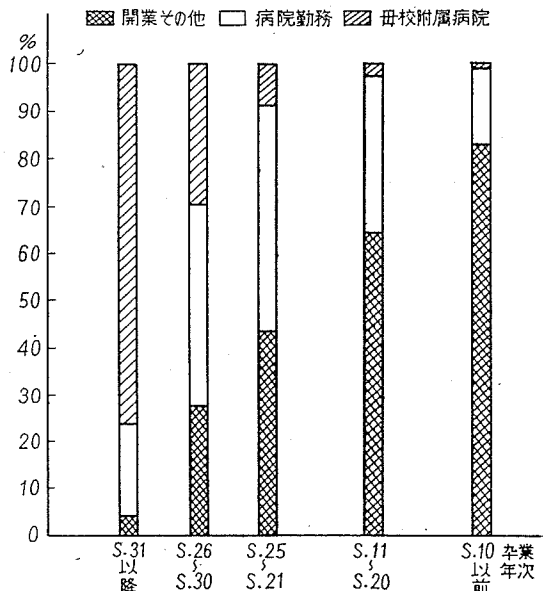
現在のところ、対立する二つの構想がある。一つは、医療保障委員最終報告にみられるように、病院・診療所の機能分化を明確にし、英国流の家庭医・一般医としての診療所を想定する考えである。これによって診療所での不必要な投資や経費を節減し、結局は総医療費の分配の合理化をはかろうというのである。他の一つは、開業医を一般医へレベルダウンすることに反対し、専門医としても働ける診療所医師をめざす考えである。そして診療所医師の技術・設備の高度化を、特別の金融措置（医療金融公庫）や、オープン病院・臨床検査センターなどの共同施設の導入によって保障しようというのである。後者が医師会によって主張され、その一部がすでに実現されつつあることは周知のとおりである。

## 2.

しかし、一国の医療の体系、ことに診療所医療の形態

\* 大阪大学医学部公衆衛生教室

は、それぞれ独自の歴史と伝統の上に形成されてきたものであり、国民の間に深く根を下しているばかりか、医学教育や医師の履歴、報酬体系など医師の全生活をも長年にわたって規定してきている。木に竹をつぐように、急激な変革をゆるしがたいものであることはいうまでもない。



(註) 「開業その他」には行政機関勤務者、診療所勤務者などを含むが、大多数が開業医である。

第1図 阪大病院医局出身者の現職 (昭和36年1月現在)

明治以来のわが国の医師にとっては、大学病院→病院勤務→開業という道を歩み、最後には日本に特徴的な個人病院開設をめざす、というのがいわば本来の正道であった。第1図は阪大病院全医局の同窓会名簿の集計結果であるが、日本の医師が免許取得の後に歩んでいる道を如実に示している。

同じことを現在開業している医師の経歴調査からみたのが第 1, 2, 3 表である。これは昭和 33 年 8 月に、大阪府医師会会員のうち診療所を開業している医師を抽出調査 (1/4 抽出, 無記名郵送, 回答率 49.3%) したものであるが, 45% あまりが免許取得後 7 年以上で開業し (第 1 表), 80% が公的総合病院か大学病院を経由しており (第 2 表), 6 年以上の病院勤務を経て開業する人が, 内科系, 内外科系標榜者で 4 割近く, 外科系では 6

第 1 表 免許取得後初開業までの年数

4 年未満	4~7年	7~10年	10年以上	計	平均年数
118 (25.9)	132 (28.9)	78 (17.1)	128 (28.1)	456 (100.1)	7.7年

第 2 表 初開業までの勤務歴

大学附属病院*	公的病院**	その他の勤務	勤務歴なし	不明	計
232 (50.9)	125 (27.4)	66 (14.5)	8 (1.8)	25 (5.5)	456 (100.0)

\* 大学病院を経たのち公的病院勤務をしたものを含む。

\*\* 法定のもののほか, 社会保険立その他の公的な法人立病院を含む。

第 3 表 大学病院・公的病院経由者の通算勤務年数

標榜科	勤務年数					計
	3年未満	3~6年	6~10年	10年以上	不明	
内科系	43 (29.7)	47 (32.4)	33 (22.8)	20 (13.8)	2 (1.4)	145 (100.1)
内外科系	34 (32.1)	32 (30.2)	25 (23.6)	14 (13.2)	1 (0.9)	106 (100.0)
外科系	21 (19.8)	24 (22.6)	43 (40.6)	17 (16.0)	1 (0.9)	106 (100.0)
総数	98 (27.5)	103 (28.9)	101 (28.3)	51 (14.3)	4 (1.1)	357 (100.0)

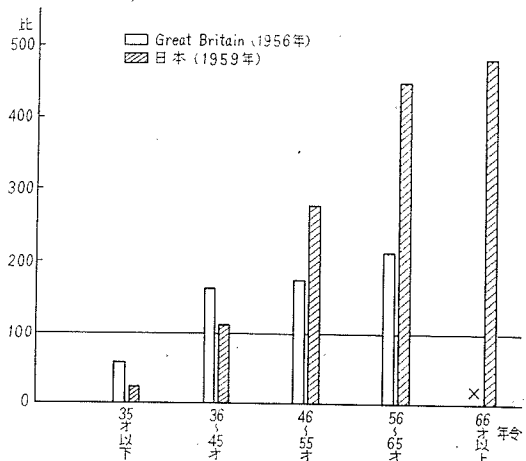
割におよんでいることがわかる (第 3 表)。

第 2 図は医療機関勤務医に対する開業医の比を年齢階級別に図示したものであるが, 日本では年齢とともに勤務医が開業医に移り, その比が著明に高まっている。比較のため同時に図示した英国においては, 40~50 歳ともなればもはや病院医から一般医への流入は抑えられ, 両者の比はあまり動かなくなっている。

つまり, わが国においては病院医の大部分が停年までの終身職としては確立されておらず, 開業のための準備期間とみなされている。そしてその結果, かなりの期間

特定の専門科の経験を修めた人が診療所医師になっているのである。

ところが, ひとたび開業すると, 専門医としての技術水準を維持したり, そのための施設・設備をととのえる努力は全く個々の医師にまかせられ, 社会的方策はほとんど講じられていないのである。病院とのつながりも, これまた一方的に開業医個人の熱意次第ということで, 組織的な努力は払われていない。そこへさらに, 無給医時代・勤務医時代に蓄積された失費, 健康保険の低単価, 劣悪な労働条件, 出来高払いの報酬支払い方式など, 多種多様な経済的要因が圧力をかけてくる。これではた



- (註) 1) Great Britain の数値は, 一般医, 病院勤務医ともに完全な年齢階級別統計がえられなかつたので一部推計を含む。  
2) 日本の数値は「医師調査」の医療機関開設者数と勤務者数より計算。  
3) 英国病院医の停年は 65 才。

第 2 図 年齢階級別にみた勤務医 100 人に対する開業医の比

とえ数年の専門経験をもっている, 診療所医師の大多数がそれを生かせなくなるのは当然である。

将来の診療所機能を考えようとする場合, わが国に現存する以上のような診療所医師, 診療所医療の現実を土台にし, そこから出発せねばならないことはいうまでもない。

### 3.

将来の診療所機能を論ずる場合, 明確な機能分化が行なわれている英国 National Health Service (NHS) の, 一般医と専門医, 一般医サービスと病院サービスの関係が, 理想的なモデルとしてひき合いに出されることが非

常に多い。ところがその際、あまりにも画然とした病院との分化に対して、英国の一般医が不満や不安を抱いている事実について考慮が払われていないようである。

「医師・歯科医師の報酬に関する王立審議会」に提出された各種医師団体のメモランダムや口頭証言のなかでも、NHS以後一般医の病院サービスへの関与がせばめられたこと、長い病院勤務歴はNHS以前とちがつて今では一般医開業の際のマイナスになること、したがって一般医の病院経験は以前より短縮され、病院医を志す道との分岐点が早くなりすぎていること、などがうたえられている。また、急速に進歩する最新の医学を一般医が吸収する機会を確保し、その技術水準と診療意欲の低下を防ぐことを目的とした勧告・提案が、NHS発足以来各種の委員会できり返えし行なわれてきている（たとえば1950年英国医師会の「一般医診療と一般医の訓練に関する委員会報告」、1952年Central Health Services Councilの「病院・地方自治体・一般医間の協力に関する報告」、1954年同じくC.H.S.C.の「NHSにおける一般医診療に関する委員会報告」、最近のものでは1961年の「病院医師の職階構成に関する合同委員会報告」など）。

これらの勧告のあげているところは大体共通しており、一般医と病院・専門医とのつながりをつよめるためには、

- 1) 入退院時の報告システムの改善
- 2) 病院検査施設の利用の促進
- 3) 顧問医往診制度の活用。一般医が病院顧問医の往診をもとめて、在宅患者に診断・治療上の助言を受ける制度。この往診に対する報酬は、病院から顧問医に支払われる。
- 4) 一般医が利用できる病床を病院に設ける。一部郡部の小病院で行なわれているように個々の一般医が主治医としてひとりで使用するのではだめで、病院のスタッフである専門医がいて、チーム・ワークの中へ一般医が加わらなければ意味がないとしている。
- 5) 一般医が顧問医の指導のもとにアシスタントとして非常勤で病院勤務を行なえる道をひらく。
- 6) すでに一般医としてやってきた人が、希望によっては病院医に転じうるようにする。このことはNHS以後はまず不可能になっている。

などのさまざまな提案がされている。

一方、一般医相互間の協力態勢としては、グループ診療、Health Centreのほか、一般医のための検査セン

ター（病院とは切り離されており、ちょうど日本医師会が提唱しているものに似ている）までもが望まれ、事実今年の2月、London County Councilの手で開設されている。College of General Practitionersが設立され（1952年）、一般医固有の研究分野を確立しようとしていることも、“Good General Practice”というような著作が書かれ一般医の任務が探求されていることも、すべては、一般医が病院——高水準の医学——から隔絶され、進歩向上への意欲をまひさせられる危険を強く意識していることの反映にほかならない。

#### 4.

英国におけるこのような動きは、伝統的な一般医制度が医学技術の急テンポの発展を前にして、従来の長所を生かしつつさらに成長する道を積極的に追求していることを示している。このような事情を無視して、英国の機能分化はすでに理想的に完成され、固定化されており、一般医も全科家庭医として病院と一線を劃されるのに甘んじ、しごく満足してその分限をまもっているかのよう、表面的に理解することは誤っている。

さきに述べたように、わが国の診療所医療の伝統、診療所医師の経歴からみて、これをいわゆる“英国流の全科一般医”に転換させることは全く非現実的である。さらにまた、いわゆる“英国流の全科一般医”の実状もいまみてきたように、制度上の形式だけをみてモデルにとり入れることはできない。こう考えてくるとき、将来の診療所に対する第1の構想——病院・診療所の機能分化を明確にし、英国流の家庭医・一般医を想定する——が、実に安易な考え方であることは明らかである。

どうしても現在まで存在してきた診療所の現実から出発し、長所と短所を明らかにし、欠陥を生み支えてきたたくさんの内的・外的な条件——医師の教育・再教育、技術水準の維持、医療施設の設置・配置などに対する社会的・組織的努力の欠如、医療担当者ぬきで進められてきた公衆衛生行政、勤務医師のひどい冷遇、さらには歴史的に存在している医業非分業、あるいは出来高払いの報酬支払い方式、などなど——、こういう条件をどうするか？ どうかわるあるいはどうかえる見とおしがあるのか。というように医療制度全体の中にはめこんだままで考察する必要がある。それをぬきにして、ただ病院・診療所の無益な競合を排し、医療費の合理化をはかるのだといっても、診療所医師を納得させえないのは当然である。

従来わが国の医師は、医療政策に対してあまりにも受

け身で能動性を欠いていた。最近になって、冒頭にあげた第2の構想の一部として医師会病院の設立が随所ではじめられ、地方医療行政当局と医師会とが協同してその地域の医療計画を推進するという例がみられるようになってきた。しかしそれが可能なのは条件にめぐまれた地方に限られるであろう。いま国民皆保険計画の進行とともに、全国的にも地方的にも健保行政、医療行政があわせて検討されようとしている。公衆衛生の分野から出されている「共同保健計画」が示すように、予防行政がそこに加えられることも期待できる。現在の混乱した健保制度も、その過程はともかくいずれは総合されねばなるまいし、無秩序な公的医療機関の経営主体もそれに応じて整理されねばなるまい。そして医療の問題が、財政と運営 (administration) の二つに大きく集約されていく過程を考えると、医療担当者がそこに加わり、国民の健康を守る担当者として発言せねばならないことは当然である。英国においても1911年国民健康保険制度の発足とともに、医師はその運営に加わり、現在のNHSにおいては、NHS行政の全分野に医師の組織代表が参加している。NHS各種委員会の提案する一般医制度改善案とかんじんの診療所医師を加えずに考案されるわが国の構想とのちがいが、そのことを如実に示しているのではなかろうか。本文で述べた英国一般医に関係のある参考文献を以下にあげておく。

#### 参考文献

1) S. Taylor : Good General Practice, A Report of Survey, Oxf. Univ. Press 1955. 2) British Medical

Association : General Practice and the Training of the General Practitioner. The Report of a Committee of the Association, 1950. 3) Central Health Service Council : Report of the Committee on General Practice within the National Health Service (Cohen Report), H.M.S.O. 1954. 4) Central Health Service Council : Report on Cooperation between Hospital, Local Authority and General Practitioner Services, H.M.S.O. 1952. 5) Medical Staffing in the Hospital Service, Report of Joint Working Party (Platt Report) H.M.S.O. 1961. 6) Report of the Committee of Enquiry into the Cost of the National Health Service (Guillebaud), H. M. S. O. 1956. 7) J.S. Collings : General Practice in England Today, a reconnaissance, Lancet, 1950, 1, 555. 8) R. J. F.H. Pinsent : The Future of General Practice, Lancet, 1950, 1, 917. 9) J. Fry : A Year of General Practice, A Study in Morbidity, Brit. Med. J. (1952) Vol. 2. 249. 10) J. Fry : General Practice in Europe, A Journey in Comparisons, Brit. Med. J. (1961), Vol. 1, 350. 11) W. W. Fulton : General Practice in the U. S. A. Brit. Med. J. (1961), Vol. 1, 275. 12) H.J. Cronhelm : General Practice in Canada and U. S. A., Brit. Med. J. (1961), Vol. 1, 194. 13) 大阪大学公衆衛生学教室 : 医療制度と医師の報酬, 第2分冊, 英国国民保健事業における一般医の報酬, 1960年7月. 14) 同第3分冊, 王立審議会証言記録, Socialist Medical Association, Whole-Time Consultants' Association 1960年10月. 15) 同第4分冊, 王立審議会証言記録, Joint Consultants' Committee (1), 1961年7月. 16) 同第5分冊, 王立審議会証言記録, Joint Consultants' Committee (2), 1961年11月.

# 医療制度と医師

— 専門医制度について —

朝倉新太郎\*

## 1. はじめに——専門医制度の意義をどう把握するか

医療技術が進歩し、専門分野のひろがるにつれて、高度の専門技能を有する医師の育成と、その処遇をどうするかということは、ますます重要な課題となつてきている。

そこで、この問題を解決する方法として、いわゆる「専門医」の制度化が医学界の一部の人を除いては、おもに医師でない人の側から強く唱導されている。

厚生省筋の定義によれば、これは「一般国民が医療を受ける場合の医師選択の安全と便宜をはかるとともに、医療の向上を促進するために、医学の専門分野に特化した技能をもつ医師を育成して公的に認定し、認定された医師はそれを一般国民にしめすことができるようにする」ための制度であり、またそれによって「医師の教育修練課程が非常に合理化される」、「専門医と一般医の分業協力によって医療の合理化がはかれる」、「医療費の合理的な支払いが可能になる」というのである。たしかに、専門医制度はそういう機能をいくらかはもつであろう。特に医療報酬を支払う側の人たちにとってはこの専門医制度の持つもろもろの「合理的機能」は大きな魅力であるにちがいない。

しかし、修練をうけ、資格づけられ、報酬を支払われる側——医師の立場に立って、この制度からわが身にふりかかるであろう影響を考えると、果たして安易にこれに賛成してよいものであろうか？

医療制度が混乱していること、医師の研修過程を改善しなければならぬこと、などについては、医師こそ一番身にしみて知っているはずである。それにもかかわらず医師の多数が現在「専門医制度」に極めて慎重たらざるを得ない理由はなにか？

先に引用した定義が問わず語りについているごとく、専門医制度は技能の優劣を公的に識別し、それに伴って

報酬に階程のつくことも極めて明白である。一部学界人の、称号だけに止め、報酬に差をつけないという主張などはおよそナンセンスである。

しかし、専門医制度のもつ意味を現在これだけに限定することはできない。それは、これも先の引用で明らかごとく「医療の合理化」、「医療費の合理的支払」ということを目的としているのである。すなわち現代の専門医制度は、医師をして医師社会の内部規制（古典的な意味での専門医制度）だけでなく、医療の“社会化”の目的にもかなうように封じ込めようとする一つの手段であるところに特色を見出すことができるのである。

小論の目的は、こういう観点に立って、一つには長い歴史の中で構成された Consultant を頂点とする英国の専門医制度の問題点について考察を加え、一方これを比較しながら、わが国の医療保障、医療制度、医師社会の構造の中に、もし専門医制度が導入されるならば、それは医師にどう影響をおよぼすであろうかという問題を点描するにある。

## 2. 英国の専門医制度\*と問題点

### (1) 顧問医の栄光と Angry Young Doctor

英国の医師社会で厳密な意味で専門医といわれるのは Consultant の地位にある医師のことである。この制度の源をたずねるとそれは少なくとも 16 世紀 Henry 八世時代の、いわゆる医監にまでさかのぼるのであろうが、明確な公的制度となったのは実は 1948 年英国保健事業(以下 NHS と略記する)実施以後のことである。H. Eckstein の表現を借りるならば、それまでの専門医の資格は多くは自称 (self-assumed) に過ぎなかつたのである。

このように英国の専門医制度は古くて新しいのであるが、自称にしる 他称にしる Consultant と呼ばれる医師を頂点とする医師の生活、研修、業務をすべての点にわたって規制する医師社会の階級構成は古くから搖ぎなく

\* 当教室から出している資料「医療制度と医師の報酬」の各分冊を参照されたい。

\* 阪大医学部・公衆衛生学教室

築かれて来たことは事実である。

こういう医師社会の内情を伝えるものとしては、かの有名な A. J. Cronin の小説 “The Citadel” があり、また、それほど一般的ではないにしろ E. S. Turner の “Call the Doctor” や L. Goldman の “Angry Young Doctor” など、より直截に医師の不満や要求を描き出している。こういう読みものによって窺い知ることのできる英国医師社会内部の状況もさることながら、Turner や Cronin の描いた半世紀も前の “Young Doctor” の怒りと Goldman の描く現代のそれとが、全く本質において同じであることにまず読者は気づくに違いない。

病院勤務医師といっても、英国の顧問医制度の下では、顧問医以外は一人前の医師としての取り扱いをうけないのが建て前である。俸給の面からもそれは実証できるが、業務のうえではさらに明確に差別されている。病院の Medical Staff は専門別に Consultant を頭に何人かの Registrar と House Officer よりなる “firm” と呼ばれる組織に編成されて診療業務と研修を行なうしくみになっている。日本ではさしずめ映画界における今井組とか黒沢組とかを連想さすようなこの firm の中で「若い医師は “his House Officer” と呼ばれることからわかるように、顧問医の下級の個人的な助手である」(Royal Commission on Doctors' and Dentists' Remuneration における Joint Consultants' Committee の証言) に過ぎないのである。

## (2) 医師団体の態度

こういう状態であるので過去においては多くの有為の青年医師が本国に見切りをつけ、海外に出かけた。逆に本国の地方病院の下級勤務医は根拠地からの留学生によって埋め合わされている。

それにもかかわらず、英国医師団体の主流ないしはその代表たちが、この状態を改善しようとどれほどの力を尽くしたかは極めて疑わしい。

たとえば、すべての病院勤務医師を代表することになっている Joint Consultant Committee の代表（彼らはすべて Consultant である）が、Royal Commission on Doctors' and Dentists' Remuneration の証言の中で、下級勤務医師の待遇改善をかなり強く主張している一方、先に引用したように、House Officer を自分の個人的な助手と考えることに何らのためらいも感じない態度のごときはその一つの証左ともいえよう。

彼らは NHS に従事する医師の報酬決定のよりどころを Spens 委員会の勧告に求めるのが常であるが、その中でも「抜群の能力を持つ専門医の報酬は、そのような人

を NHS にひきつけるのに足るだけでは不十分で、英国の自治領やアメリカを含む競争市場において、英国医学の地歩を保っていくのにふさわしいものでなくてはならない」というくだりには特に満足しているように見られる。

専門医の公的認定についてはじめて政府側と医師団体が交渉をもった 1918 年のときも、また NHS 発足にそなえて専門医の研修課程を審議するために 1942 年に作られた Goodenough 委員会においても、顧問医の権威をいかにして高めるかという点に重点がおかれるのは当然としても、その間、公的に下級医師処遇が論議された資料は発見しがたい。

1948 年の NHS 実施とそれに続く両 3 年間の医師団体の動きは、激動期であるだけにさらに興味ある材料を提供してくれる\*。専門医サービスを国民のすべての層に提供することは NHS の最も重要な内容であっただけに、病院医師処遇についてははげしい交渉のすえではあったが、当時の労働党政府は大きな譲歩を示した。特に Consultant については常勤、非常勤は本人の自由選択を原則とし、かつ非常勤顧問医にはもろもろの優遇策がとられた。顧問医以下の勤務医師の報酬も Spens 委員会の勧告をとり入れ一定の改善がはかられた。かくして病院医師も NHS をうけ入れることになるのであるが、実際の資格付けの段階に至って極めて困難な事態が生じた。すべての段階のポストが定数化された。Consultant の有資格者にとってはポストの数は優に何か所を兼任できるほどの広い門であったが、終戦によって除隊してくる多くの Young doctor の昇進を約束するには、あまりにも少なすぎた。病院の拡張が全然進まないことも事態を一層悪化させた。

Regional Registrar Association や英国医師会の (BMA) Registrar Group は、ここで大いに抵抗するのであるが、政府と交渉に当たった Joint Consultant Committee の Registrar に関する小委員会はあっさりとして妥協して「将来予想される顧問医の欠員に対し Senior Registrar の数があまりにも多すぎるので、その定員は英国保健省とスコットランド保健局の直接管理下に移された」のである。また要求項目の一つであった「Registrar は単に修練生として扱われるだけでなく、病院の診療チームのなくてはならぬ一員として認めよ」という主張も拒否されてしまったのである。

\* この間の事情については、H. Eckstein の Pressure Group Politics (George Allen & Unwin Ltd, London, 1960) に詳しい解説と評論がある。



1951年下級勤務医師の敗北のうちに資格認定が実施されたのであるが、その後現在に至るまで Registrar の昇任は慢性的に停滞が続いている。

1960年医師の報酬に関する王立審議会の最終報告が出された。勧告は全体としてBMAの要求額をわずかではあるが下回るものであったが、House Officer に対してだけは要求を上回るという皮肉なものであった。

### 3. 日本の場合

#### (1) わが国の医師社会

わが国には現在たしかに専門医制度は存在しない。しかし、先に英国の場合に見たように専門医制度の本体は戒律厳しい医師社会の階層構成であり、医学の教育および研究、医師の業務と報酬の体系、医師の団体自治のあり方など、医師と医業にかかわるあらゆる諸制度にまたがる上部構造のことである。わが国においてもその意味における医師社会の支配の体制は、たとえ外国とは異なった歴史的事情の中で成立し、したがってまた特殊な性格と形態をそなえているとはいえ、厳として存在している。この具体的内容を述べる余裕もないし、また少なくとも医師であれば知りつくしていることであるので説明は省略するが、もしわが国に専門医制度をつくるとすればその母体となる医師社会の構造はあまりにも前近代的でありすぎる。こういう状態から脱皮しようとする努力は、部分的にはされていると思うがまだ大きな動きには成長していない。英国なみの病院勤務医師の全国組織すらできていない。

こういう中からいったいどういう性格の専門医制度が生まれるというのであろうか。結果はあまりにも明瞭である。

#### (2) 医療の社会化と専門医制度

はじめに述べたように医療の社会化が専門医制度を生み出す外的圧力になつている。これは何もわが国に限ってみられる現象ではなく、第2次大戦後諸外国で次々に専門医制度が創設された事情にも共通することがらである。医療の社会化は必然的に医療費の膨脹を防ぐしくみを必要とするわけで、それを医師社会の自律機能に期待するのまことに当然すぎることである。

戦後最初に専門医制度に言及したのは1948年の米国社会保障使節団の勧告(Wandel Report)である。これに反応することく、まず専門医制度をとりあげたのは実は日医や専門医学会であった。すなわち1950日日医は専門医制度準備委員会を発足させ、各専門医学会に答申をもとめている。しかし1954年新医体系の提案以来対

立を深めた日医と厚生省の関係、1955年の大学院発足にからまる大学側の専門医制度尚早論の抬頭などによって1958年発足した専門医制度調査会はむしろ専門医制度を葬る場になってしまった。

ところが医師側の動向とは反対に、いわゆる社会保障屋といわれる人たちは保険者団体の圧力を背景にして、むしろ専門医制度を推進する立場を強めてきた。1955年の7人委員会の報告、1956年の社会保障制度審議会の医療保障に関する勧告、1959年の医療保障委員(5人委員)の最終報告などはいずれも専門医制度の確立を強く主張している。

このように医師の側を医療費を支払う側の意見が喰い違っている限り、専門医制度は到底実現しないとみるのは早計である。医師の側も、現在の保険診療がいわゆる技術差を認めない点に強い不満を感じており、それは現在差額徴収論として高まっているけれども、それはいつ専門医制度論に転化するかもしれない危険をはらんでいるからである。

### 4. むすびにかえて

英国およびわが国の専門医制度を通覧するとき、その否定的側面はおよそ上のようにスケッチできるだろう。このような欠陥をなくし、医師と国民の両方に利益をもたらす医療制度の樹立にはどうしたらよいか。その解答は複雑で至難のことに属するかも知れないが、一つだけ確実にいい得ることは、民主的な医師の組織をつくりあげられる仕事が残されているということである。

#### 参考文献

- 1) Royal Commission on Doctors, and Dentists' Remuneration の各 Written Evidence.
- 2) Report of the Inter-departmental Committee on Remuneration of Consultants and Specialists (Spens) Cmd. 7420, 1948.
- 3) Report of the Royal Commission on Doctors' and Dentists' Remuneration (Pilkington) Cmd. 939, 1960.
- 4) J. S. Ross: The National Health Service in Great Britain. Oxford Univ. Press, 1952.
- 5) H. Eckstein: The English Health Service. Harvard Univ. Press, 1958.
- 6) H. Eckstein: Pressure Group Politics. The Case of the British Medical Association. George Allen & Unwin Ltd., London, 1960.
- 7) A. J. Cronin: The Citadel Victor Gollancz Ltd, London.
- 8) E. S. Turner: Call the Doctor. A Social History of Medical Men. Michael Joseph, London, 1958.
- 9) L. Goldman: Angry Young Doctor. Hamish Hamilton, London, 1957.

## 2つの農山村の保健の小歴史

### — 抄 録 —

百 々 英 明

大阪府のなかでも保健所活動・町村の衛生活動および地域組織活動が活潑に行われている二つの隣接した農山村地域を対象とし、該地域における保健活動、医療の歩みをたどつてみた。

外見上は非常に似通つた農山村でありながら、一方は、保健所、大学などの積極的な援助により、一時的には華々しい活動を示したところである。しかしその活動の持続性は少く、むしろ全体的にみれば依存度の強いものとなつたのに反し、他方は外見上の歩みは遅々としていたが、着実に歩みを進め、自主性の強い運動を展開してきた。その活動成果についてみても両者間に差異が認められるに至つている。

このような差異を生ぜしめるに至つた原因として、多くの点があげられるが、両町村における社会構造、生産活動などの、外見的にはさして著しからぬ相違が、地域組織の活動に大きな影響を与え、その活動の反映が数年間にわたる医療・保健の結果として現れてきたと考えられる。この間の関係について、数値をあげて論じてみたい。

# 社会医学研究の進め方

—— 社会医学研究会自由討議 ——

昭和 36 年 7 月 29 日 (土) 於 都市センター講堂

座長(曾田) 始める時刻が予定より大分おくれましたので、第 2 の「明年度発表会の中心課題」もこの議題の中に含まれているものとお考えになつて、あわせて討議を願いたいと考えます。また、なるべく大勢の方にご意見を出していただきたいと考えますので、一回の発言は、2 分というようにお願いいたします。

社会医学研究の進め方ということにつきましては、昨日および本日にわたりまして、いろいろみなさんのご発表のうちにもじみ出ておりましたように、いろいろの考え方が出てくると思います。これは研究者発表者の立場や、当面している問題の相違にもよるもので、皆様から自由なご発言を希望します。実は昨日会が済みました後にも、なるべく大勢の人が発言すること、なるべく若い人の発言を促すようにという希望が出ておりましたので、一つぜひその主旨に沿うようにいたしたいと思えます。それでは口火切りといえますか、あらかじめ多少ご連絡のついている方もありますので、お若いところで大谷さん、どうですか。

大谷 社会医学研究会の特徴というのは未来ということに期待するというわけで、若いものの声が出るということが特徴だと思うのですが、準備会からずつと 3 回を通じて、声が小さい。実は昨日先輩の先生方には失礼だったのですが、それを申し上げたところ、非常に心よくお受けくださつて、きょうはご遠慮くださるわけだつたのですが、やはり同じようなことになつて……。これは考えてみますと、われわれ若いものにも責任があるんじゃないか。若いものも、年寄りが頑張れば、それを圧倒するだけの力をもつて、遠慮せずいわなければならぬのにそれがない。もう一つこういう状態では、いずれにしましてもわれわれは未熟ですから、相当反対的なことをいつても、実際には成果の上からないという点もあるかもしれない。そういう点は、やはり地方部会で地方のお古い先生方と膝つき合わせて、議論を闘わして、自分の社会的な力をたくわえるという方法にもつていく必要があると思うわけです。東京では木曜会という形もありますし、大阪でもそういう点をやつておられるわけですから、きょう地方からお集まりのお年寄りの先生、お

若い先生が一緒になつて、水準を高めて若い人が自由に発言できるような力をたくわえるように、お互いに協力していきたいと考えているわけであります。

座長 どうでしょうか、いまのようなご意見が出たわけですが、お若い方の中から、もつとなにかご意見はございませんか。

河野 私も今の意見に同感でございまして、日本の学会は、非常に忙しくて、しかもお偉い方が控えていて、若い助手あたりは発言できない。発言する場合でも、いちいち教授やなんかの了解がないとできない。この学会は私初めてなのですが、非常に外国式でのんびりして、さきほどの演説も長いのに注意もなく、十分しやべらせた。討論も自由にやる。非常にいいと思うのですが、来年はわれわれの方でもアメリカの人を招いて、演説も 10 名にしぼつて、あとは展示や映画でやると非常にいいと思いますが、外国なんかで非常に特徴のあるのは、助手と教授が対等にものをいう。思うことをサッサという。教授が誤つておれば、助手の考えを入れる。非常にフランクです。日本ですと助手が教授の非をつきますと、青筋を立てて直ぐ怒つてしまうということがありますので、こういう会は、そういうことなしに育つてくれると結構だと思います。

座長 どうぞただいまのお 2 人のご意見にかならずしも関係なくても結構ですから……。

玉木 会の構成の問題と、この会のあり方の問題について述べたい。まずこの社会医学研究会の名前はそのままでもいいのですが、学会の形式というのはどうかと思われる点があるのじゃないかと思うのです。いま河野先生がおつしやいましたように、10 名くらいにしぼるということは大事な問題で、テーマはある程度せまくして、その問題についてみなが討論する場合には、大いにいろいろな発言が出てくると思うのですけれども、この度のようにいろいろな研究問題を各自独特な立場でもつてこられて、発表される場合には、10 分とか 15 分とか、ある程度制限が出てくる。そうした場合には、なかなかいろいろ変わった研究発表がされますので、それによつて啓発されますけれども、自分の意見を述べることはできな

と思うのです。ですから問題を2、3年ぐらい前に出して、みながその問題を討論するという形にすると、若いものの意見なり、平常考えていることが出てくるんじゃないかと思えます。それから会員の構成の問題として、ここに出てくるものが、医者とか保健婦とか、医学関係のものばかりですと、どうしても範囲が狭くなつてわれわれの不平不満の場になつてしまう恐れがあると思えます。岡山においても社医研をやっておりますが、その場に広い範囲の人々に出席してもらうことを、いま大きなモットーとしております。ですから新聞記者、法学関係の先生方、文学関係の先生方、いわゆる広い範囲層の方々に集まつていただく、農村の方面の方々とか、いうならば街頭録音の形式になりますけれども、それをもつとアカデミックにした形式のもとに、広い声のもとに、社会学的な医学の問題を考えていきたいという形でいまやっておりますが、そういうことも一応ここで考えてもらいたいと思えます。

**座長** いまお話しになりました最初の問題は、来年のこの研究発表会の場合には、なにか今年から中心課題のようなものをきめておいたらどうかというご意見ですが、そういうようなご提案も出ておりますので、それに対する賛否、あるいはそれ以外の問題のご提出をお願いいたします。

**古市** 大体いま玉木君からお話がありましたように、岡山県では、広い層からということとあくまでも民衆的な自由な、雰囲気ということをもットーにしてやつてきました。きのう、きょうと出席させていただきましたが、演題がだんだん多くなつていくと時間を制限する。討論を制限する。討論がせばまる。はじめに曾田先生がいわれたように、この会は、公衆衛生学会から一つ脱皮しようということで作られたのですが、公衆衛生学会のような傾向に移るんじゃないか。昨日はそういう傾向を非常に感じました。従つてさきほど玉木君のいわれたように、演題をしぼつて討論の中心とする。いろいろ発言があるでしょうが、それを討論の中で意見として出していただく。そういう方向にむけられたらどうかと思いません。

**座長** どうぞ一つ他の方からも……。だいぶお若い方から引き続きいろいろなご意見が出ましたが、もう若い人という制限を解きますから、お年を召した方でもどうぞ……(笑)。

**丸山** いまの岡山の提案を採用して、早速来年度はどうするかということを議せられた方が、実りがあると思うのですが、いかがですか。

**座長** いま丸山先生からご提案がありまして、むしろ中心課題の問題にはいつて、それを中心にして、いろいろ討論をされたらどうかというお話でございます。もちろん一般的なこともその中にはいつて結構でございますから、そちらの方に移らせていただきます。そうしますと、一つ中心課題をなにか設けたらいいんじゃないかという、これにはご異論は出ませんでしたので、おおむねみなさんご賛成だろうと思えます。それではいくつぐらい設けたらいいのか、さきほど岡山の玉木さんのご意見だと、そうかといつて中心課題だけにしぼつちやうのもどうかと思う、というようなご意見のように伺つたのですが、全部課題をきめてしまうのがいいか、やはりこれはあらかじめ予想していなかつた問題で、みなさんのフィールドでもつてお感じになつた、あるいはまた研究中にお気づきになつた問題というものにも道を開いておく必要があるんじゃないかという問題が出るんじゃないかと思うのです。

**西尾** 中心課題を設けるという点について私も賛成なのですが、ただしそればかりということになりますと、社会医学研究会が一種のクラブ活動的な、非常に範囲がいつもきまつた人たちが集まることになつてしまう可能性が起こってくるんじゃないかと思えますので、2日間なら約3時間の半日単位で4回あるわけです。そのうち2回くらい中心課題なり、そのシンポジウムなんかでも同じだと思うのですが、あとの2回は、できるだけ多くの人が参加していただくような窓口を開くというような意味でも、自由に出題し、出してくるようなことになっていただけたらと思います。

**座長** やはり部分的には自由出題という道も開いておきたいというご意見なのです。それに対しては、みなさん方ご反対もございませんでしょうか。結局両方ある程度適当にバランスをとらせてやつた方がいいというようなことかと考えます。そうしますと、いま西尾先生から、2日間、4単位のうち半分くらいを自由発表にして残りの半分について2くらいある程度予定した課題ということをしたらどうかという意見ですが、おおむねそのようなことでよろしいございませうか。特にご異論がないようでございますれば、その辺のところを大体のめやすにするといたしまして、そうすると、みんなで共通に1年間いろいろな研究をしていくというような意味での、中心課題を何にしたらいいかということになるわけですが、いま西尾先生がおつしやつた中で、あるいはシンポジウム形式でもよろしいかというような話がございますのでなにかシンポジウムのような形で……。もつとも

シンポジウムというのは、どういうのが本当のシンポジウムのあり方なのか、私はよくわからないのですが、いままで日本でよくやつているのは、あらかじめ主報告者といいますか、これを 3, 4 人きめておくというようないき方であると思うのですが、どういう方法がよろしいでしょうか。

木下 形式の問題でございます。シンポジウム大いに結構だと思います。なにかシンポジウムは、お酒を飲んで、みんなで語り合うというのが語源らしいのですが、これが演者が多すぎて、結局演者の話をきいたというだけでは困るので、できるだけ予定演者をしばつていただいて、それを皮切りにして、みながしゃべつていただくという形式をお願いいたします。

座長 もしもシンポジウムという形式でやるならば、そういう点で注意して欲しいということを、木下先生からおつしやつたのですが、なおみなさん方からご意見はございませんでしょうか。

橋本(周) 第 1 日目のディスカッションのところで気がついたので、あれは確か議題の一番最後のところだと思いますが、討議のところで、テクニカルな問題を議論していて特に切れまして、あと確か東田先生が、社会的な関係とつながりのある問題で、ディスカッションをして欲しいというような発言があつたと思うのです。その点でディスカッションのやり方が社会医学と申しますか、そういうものと関係のある討議だけが進められていくような方向がいいのか、あるいはもう少し片寄つたテクニカルな問題なら、それに片寄つた問題を討議していつていいのか、その辺の議事の進め方についても、少し考えていただければ……。議題が多くてもまとまつたような形で進行していくのではないかという感じがいたします。

座長 いま出された問題に対して……。

東田 私の名前が出ましたので……。私はやはり社会医学会のいき方は、討論の中に社会医学会らしいものが出てこなければならぬんじゃないかという気がいたします。そういう意味で、出されましたメソッドによつて、いろいろな討論の内容があると思うのですが。そのことについては、いろいろの学会があるので、機会があればその方に出していただいて、ここでは社会医学オリジナルのテーマで討議する、それを主にすべきではないかと思ひます。そういう意味において、座長の司会の仕方というのは、やはりわれわれもときどきさせられますが、よほど勉強しなければならぬという気がいたします。

橋本(周) そうとすれば、最初から提出していただく話していただく内容を吟味した上で、世話人の方で取捨選択していただいて、討議にのせられるような話題であるかどうかということを検討していただければいいんじゃないかという気がいたします。というのは、第 1 日目の初めの方の問題は、そういう形で語られる場が非常に少なかつたから、ああいう形式になつたんじゃないかという気がいたします。

座長 いま橋本先生からの御質問と東田先生からのご意見の交換があつたのですが、それについて他の方々のご意見はいかがでございますでしょうか。

張 大体において東田先生のお考えの線に沿うわけですけれども、毎年集まつて、たとえば来年の中心課題をきめるとなりますと、この場できめるか、あるいはこの後どういう形で補充するかということがいろいろ考えられますが、それでは十分にかかれないと思うのです。毎年課題をきめてゆきましても、かなりとぎれとぎれのことになる。西尾先生のおつしやるように、4 単位あるとすれば、そのうち 1 単位くらい非常に自由な時間にしていただきたい。そうしてまあそのところは司会者の腕に任せて、なにか十分に討議できるような場を設けていただく、それから答えが出てくるような方法をつつて、そのもとで、来年、さらい年のある傾向が出てくるんじゃないか。そういうなにかジックリ落ち着いた時間を設けないと、いつまで経つても一つの線が出てこないような気がするのです。それに関連して、それはフリーな、自由なディスカッションという形式をとるか、あるいは曾田先生などからご高説を承つて、それも非常にコンパクトな、完結した形の討議の余地のないようなものをいただくのではなく、そこから大いに討議発展するような形のものを出して、それからディスカッションなり、シンポジウムなりの形に発展していくという、そういうふうな時間が欲しいと思ひます。

座長 ただいまのお話は、そうしますと西尾先生がおつしやつた自由出題 2 単位というものの一つですか。それともシンポジウム形式とかなんとかがいわれましたものの方から、1 単位とりますか。

張 むしろシンポジウムとおつしやつた中で、そうして東田先生のおつしやつた意味を含めて……。

座長 そうしますと、いまのお話は、非常に範囲の広い意味で、誰かちよつと糸口を切る、こういうことでしょうか。たとえば社会医学とはなんぞやとでもいうような問題で。

張 そういうことでいいと思うのです。それで、曾田

先生のような長老，東田先生のような中老年，また若い人あたりから1人ないし2人，これが前もつて打ち合わせてやらす，むしろこの1年間考えていただいて，その場でぶつつけ合つていただいて，それも5分くらいで結構ですから，それから話が出てくると思うのです。

座長 ご意見はかなりハッキリしたと思うのですが，他の方々さらに伺いたいと思います。

青山 岡山でも社医研をやつていて結論がなかなか出て来ない。きょうも問題がたくさん出てくると，結論が出てこない。矛盾にぶつかつて中途半端に終わつてしまうということがあるんじゃないか。またそういう性格のものがある程度含んでいると思うのです。そういうところに私は一つの提案として，毎年こういう会をやつたあとで，最後の形で残したらどうか。そしてそれをある特定の人に頼んでおく。そうすればそういう形で1年がかりでジックリとみんなできるわけです。確かに活動していて，または研究室でやつていて，なにか新しくこれを出さなければならぬというものが出るだろうと思うのです。そういつたものの発表が，まだまだあると思うのですが，社医研だけが発表の場でもないし，そういう形でやつておれば，また次の年にはその中に残されたものをやるとすれば，一つ一つ積み上げられていくんじゃないかと考えられる。そういう意味からいつてもシンポジウム形式で行なつて，1歩1歩でも積み上げていく。社医研というものは前に進んでいくものでなければいけないんじゃないか。論者がいろいろな学会のような形で終わつてしまつては，社医研という特色が薄らいでくるような感じがするのです。もう一つは，あまり医者が多すぎてもいけないんじゃないか。医者が集まつて不満をいつて，これが矛盾だ，これが問題だと，単にマスターベーションをしているんじゃないかと思うのです。もつと具体的に，社会医学的な知識を，どういうふうに追求していくのか，私たちの課題，また研究題目でもあるわけで，社会科学を専攻している方に半数くらいはいつていただいてもいいんじゃないか。そういう方のお知恵を拝借する。私たち岡山でやつてみてわかつたのですが，そういう人たちはかなり痛烈な，われわれが勉強しなければならぬ批判をもつている。われわれを批判してもらう。われわれの寝ぼけた頭で勝手なことをやつている時に批判してもらつて，またそういう人たちの間に，われわれの医学がどういふふうに社会科学に結びついているかということを知らせる。構成の面でもつと社会学者を入れるということ。一つの主題的なテーマにしぼつて，みんな集中化していくということが必要じゃないかと思

います。

丸山 どうですか，岡山のように非常に新鮮な形でやつていらつしやるところに，来年の総会をやつていただいたら……。

座長 来年は関西ということで，昨日総会でみなさんのご賛成を得ております。その次に岡山あたりをお考え願うということになろうかと思いますが。いま青山さんから，またさらに場合によれば宿題のようにして特別課題を選んで，勉強してもらい，また自分たちもまた勉強して，シンポジウムの形で次の発表をするというような意見のようですが，原島先生，関先生，シンポジウムにもいろいろなやり方があると思うのですが，シンポジウムはどういうことかというご意見はございませんか。あるいはというのが適切，有益じゃないかというご意見がございましょうか。

原島 特別ございません。やはりうまくやるには，お互い個人個人がうまくなければ駄目じゃないのですか。その点この会は，時間が守られていない。やはりお互いは社会生活なので，約束をして時間は守るべきだと思つて，内容をどういふのじゃないのです。まあこれくらいの程度じゃ，もつと考えていかないと，いまのような理想論は，実現しないと思うのです。かといつてさきほどおつしやるような意味で，公衆衛生学会と同じようでは困るという，それはごもつともなお話で，しかしいくらか数を減らしても，きょうやつたようなやり方をやつたら，また同じことが起こると思うのです。演者だけが話題提供者と思うのですが，話題提供がいろいろなことになつてみなさんの発言を阻止するのでは，非社会的で，その点お互いに反省したい。

座長 さきほど来医学関係以外の人たちに，もつと積極的に参加していただいたらどうかという意見が出ましたが，これはみなさんの間で，ご異論はないことと思います。みなさん方にもご努力願ひ，また世話役もそのつもりで，今後一層努力していきたいと思つています。しかし今回でも若干はご熱心な医者以外の方にもご参加願つていのですが。医者以外の方からも一つご意見を伺いたいと思つていますが，いかがでございましょうか。

前田 ファーストインプレッションはあまり正確でないので発言を控えていたのですが。参加する構成の問題は私は，特に客寄せは自然にやつていつていいんじゃないかと思つています。まあ呼びかけをなさつても結構だと思つていますが，きのう，きょうときいてみましても，こちらの社会医学研究会の性格が，またかならずしもハッキリしていないのは，うちで語り合うという段階にあるんじ

やないでしょうか。そのこと自体他の方のおつしやつたことは、非常にいいと思うのです。私は社会科学者のある意味では代表かもしれませんが、境界領域の問題であることは、間違いありません。門はどつちにも開けている。このことは改めて指摘するまでもないんじゃないかと思えます。

**座長** 他にご意見ございませんか。公衆衛生の中で仕事をしておられる方で、医者でない方もあると思うのですが。

**金子(光)** 私は初めて参りましたので、どういふふうな形でお進めになるのか、全然わからなかつたのですが、さきほどお話を伺っておりまして、他の学会というか、公衆衛生学会とは違った形式でということをおつしやつたなということがやつとわかりました。その違いはどこにあるのか考えていたのですが、まだ十分つかみ切れません。私どもの立場から、みなさま方のこの中には入り込んでいつて、ご一緒に研究させていただくことは無理だと思います。ただそういう面を勉強させていただきたいと思えますので、巾広くしていただきたいと思えます。

**座長** 医者の中でも学校の研究室や、あるいは衛生行政関係という方ばかりでなしに、いろいろ臨床関係の方々にも、社会医学ということになりますれば多数おは入り願つてしかるべきだと思うのですが。

**成内** 私はみなさんとちよつと変わった考え方できているんじゃないか。と申しますのは、現在の病院というもののあり方は、これでいいのかということに対して、非常に大きな疑問をもっております。まして私のところは国民健康保険病院で、現在診療ばかりやつている。これでいいのかということで、私は病院がこれから3年、5年後の方向をどこに求めるかということで、実は来ている状態なのです。しかしこういう考えをもっている臨床家というのは、かなり多いんじゃないかと思えますので、まだ臨床家に対する呼びかけと申しますか、そういうものが非常に不足しているということを感じます。それからさきほどから、いわゆる他の社会科学部門の人たちの参加を求めること、これは私も非常に同感でございます。われわれ臨床家としてつくづく感ずるのですが、いかにわれわれはものを知らないか、世の中を知らないかということ、この年になつて、つくづく感じているので、そういう人たちのそれぞれの演題に対するご意見なり、討論なりというものを伺うことは、非常にわれわれ医学の道に育つたものの目を、もつと大きく開かせる元になるんじゃないかということを感じている次第でござ

います。

**座長** どんどん意見を出していただきたいのですが。

**不詳** 今年4月に学校を出たばかりですから、まだこういうところをお願いするようなことができない資格なのかもしれませんが、一応こういうことを考えているものがあるということをおつしやつただけならと思えます。先ほど岡山大学の青山先生がおつしやつたことをとても私は賛成します。保健教育とか保健体育関係をご専門にやつていらつしやる方は、やはり社会科学というものを土台として社会医学というものを考えていらつしやるだろうと思えます。そういう方たちにもう少し積極的に働きかけたらどうだろうという気がいたします。それからいま衛生工学とか、環境衛生という問題が、大きく出てきております。そういう学会も出てきているようで、社会科学といった場合、医療問題ということをおつしやつただけを中心にするより、むしろたとえば職業病なんか問題にしたなら、当然のことでしょうが、もつと工学関係の問題とかそういうものを見方を観点として、疾病だけじゃない方向から取り上げていくような方たちにもつとはいつていただいて、話を伺わせていただいたら、とてもありがたいと思えます。そういうことから考えましても、少し初めは無理なことがあつても、積極的に働きかけていただいて、いろいろな方たちと話し合つて、社会医学というものが考えられたらいいと思えます。

**座長** 医者以外というものも必ずしも社会科学方面のものというだけでなく、工学関係、その他体育関係こういうような方にも働きかける必要はないかというお話、これもみなさんご異論ないだろうと思うのですが、他になにかご発言がございませうでしょうか。

**山田** いまの意見に関係するかもしれませんが、社会医学を研究するに当たつて、医者が心しなければならぬのは、自分がいかに社会というものを知らないかということです。社会医学の成果を本当に上げようとするならば、医者は自分たちの知識が足りないという徹底的な認識があれば、社会医学研究は伸びるだろう。それを欠いてやつておつたならば、おそらく社会医学研究は、尻つぼみになるだろうということを感じます。社会の中で医学を實踐するに当たつて、医者の力が絶対のものでないということ、いま身にしみてきたことの中に、社会医学研究会の発足する方向があるんじゃないかと思えます。

**座長** 非常に適切な、というより痛切な、ご意見が出たのですが、なお他の方からご意見はございませんでしょうか。

**不詳** きのうからいろいろきいていたのですが、時間

が長くなるという問題に関連して、結局お話とか説明が少し多すぎるんじゃないかと思うのです。やはり自分の取り扱っているテーマについては、自分はこういう立場からこの問題に取り組もうとしているんだという、問題意識というものを、もう少し明確に出して欲しい。しかも俺はそれについてこういう研究ないし自分の活動から、どういうことを考えているんだということを明確にしていけば、もう少し時間も短縮できるし、あとのディスカッションも豊富になるんじゃないか。その点が非常にたりないんじゃないか。いまいわれましたシンポジウムの問題も、できればそういうふういろいろな一つの問題についても考え方が違う人を選んでいただいで、話題提供者同志の喧嘩をやつていただいで、その喧嘩の中から出てきた問題を、みんなでディスカッションするという形式をとれば、もう少しいいんじゃないか。いままでのいわゆる臨床面のシンポジウムのように、みなが分担して、お話だけをしてそれで終わりというふうにして欲しくないと思うのです。

**座長** シンポジウムのあり方としてご意見が出ました。なおこれに関連して、他の方からご意見はございませんでしょうか。また、どなたからかのお話の中に、いろいろ演題が集まった時に、座長なり、世話人なりがあらかじめその内容を見て、その内容によつては、ある程度押えるといつては悪いかもしれませんが、どういうところに重点をおいて話していただくとか、議事進行について、座長あるいは世話人の積極的な役割をハッキリしたらどうかという意見が出たのですが、座長をおひき受けくださった方、あるいは世話人の方など、いまのようなご希望に対して、どの程度応じられるかというようなことを。

**橋本(正)** 意見というより、事實はこうだということを申し上げたい。さきほどの今年一般の演題はどういうものが出ているかという検討につきましては、ハッキリ方向が出るまでは、一つの方向をきめない方がいいだろうというので、全く手放しといつてはなんです、たまたま申しこまれたものをそのまま、やや似かよつたものをくくつて、座長の方をお願いしたということで、従いましてこれは他の学会でおやりになつた方がいいんじゃないか、あるいは時間の関係でこの内容は多いんじゃないかというようなこともありました、今年までの段階は、まだそういう考慮は払わないで、機械的にやつたというのが事実です。

**座長** 一応事實をご報告になつたわけですが。世話人に責任を負わせせても、事前に判定ははずかしいんじゃないか。あるいはその点では抄録をあらかじめ送つていた

だく時に、抄録の書き方もつと詳しくする……。

**山田** 血液学会の経験では、演題を出すまでの抄録と、演題を終わつた抄録と別になつている。抄録によつて、演題のあいまいなものは、幹事が適当に選択をするくらいの権威がなかつたら、運営をうまく方向づけていくことは困難だろうという気がいたします。

**座長** どうですか、幹事、世話役に対する非常に強いご要求で、また逆に考えますと、相当な権限をもたしてもいい、権限と責任を持たせようというようなご意見ですが、それに対して……。

**橋本** そういうことをやるためには、やはり前提として、いくつかの要望課題を掲げるとかなにか会の性格ということが基本になると思います。その辺がハッキリしませんと、せつかくご熱心にこういうものを出してみようところの方に不満を与えるというようなことは、やはり初めの段階ではさけた方がいいんじゃないかという感じがいたします。昨年は演題だけご通知して当日になつて抄録をお配りしたのですが、今年はその点は時期がおそかつたが、一応おいでになる1週間前に抄録をお送りし、そういう点では去年より1歩進んだという、そういう感じがいたします。

**座長** さきほどの山田さんのご意見に従うとすれば、事前の抄録を、いまもお話のように、ある程度時期を早く出していただくこと。またその抄録の内容も、大体そういう選択をして、何分くらい話していただく、あるいはどなたの分は、他の方のご報告のあとに、たとえば5分くらい追加していただくというような選択ができるような内容のものを送つていただくということが必要になつて参りますが、そういうことをいま会員に要求して不都合は起こりませんか。その不都合は、やむを得ないとお考えでしょうか。ご意見を伺います。

**山田** やむを得ませんね。

**座長** 特にご異論もないようですが、一般報告については、明年は大体以上のような考え方をさせていただいたらどうかというふうに考えます。もしもいままでに出ました意見に、特に強い異論がないといたしますれば、次にシンポジウムあるいは中心課題として、明年具体的にどういうテーマを取り上げたらいいかということについて、ご意見を伺いたいです。初めのうちいろいろご意見を出していただいで、逐次整理するという方法をとつたらどうかと思うのです。お気づきの点がございましたら、申し出ていただきたい。さきほど岡山の方ですが、どちらかという自由討議というか、非常に自由にいろいろな問題を広く討議できるようなものを選んでくれな



いかというようなお話が出たと思うのですが、たとえばどんなものを……。

**古市** たとえば西尾先生が特別講演で、イギリスの紹介をされましたけれども、その中で根本的に医学教育が検討されなければ、比較できる問題でもないということで、医学教育というのは、ことある度に行き当たるのが現状です。現在公衆衛生学のカリキュラムでインターンを2週間と限られた範囲で、どこまでできるか。そのとおりで、これは最近私たち社会医学研究会として要望を出しており、現在いろいろ審議されておりますけれども、審議されて出た結果を審議するのではなく……。

**座長** そうすると社会医学の見地からみた医学教育でございませうか。

**原島** 私はさつき黙っていたのがいけなかつたのですが、テーマを作ることは、まだ早いという感じを持つ。いまは逆にいえば、私がテーマを出すということになるかもしれないと思うのですが、つまりやはりもちろん社会医学は、社会とつながるので、社会に対してその反応が出なければというお考えをお持ちになつたかもしれませんし、私は年をとつても割りに気が若い方で、のんびりしている方かもしれませんが、アカデミックについてまだそういう時期でないような感じがするのです。私も10年くらい前から社会医学というものに興味を持って、少し本を読んでおまして、ジョンライルの教室にいつたのですが、ちょうどライルが不幸にして亡られた後で、ステュアートさんがおられて、彼女といろいろ話をしたのですが、社会医学はまだなかなか社会から認められて来ないということです。あそこはユニットに格下げになつてしまつたということでした。

その後はご報告をきいておられるとおりでございませう。

その他この間黒子さんのおつしやるような定義とか、内容とかお話があつて、あれが討論に発展したわけですが、事実混沌としている。それはなにも定義化して与えなければならないということはありませんけれども、非常に簡単に社会的な因子と健康との関係という広い意味の、なんというか医学物理的な、あるいは自然的なもの、他の社会的なものも入れて来るといふような考えを加味する。それは日本的な社会医学の、違つた道を歩くのは、一向さしつかえないと思うのですが。とにかくまだわれわれは内省すべき時ではないかという主張を私は持つております。その方面についてもう少しお互いに勉強していこうというような感じを私は持つております。またアカデミズムという、いい意味での真のアカデ

ミズムに、もう少し徹すべきではないかという感じを実はもつているので、そうしないと、あまり早いといひませうか、たとえば医学教育これを入れるといつてもどうやつて入れるのです。ただ掛け声だけになつてしまつて、それにしても一歩進んだからいいじやないかということなら、そうも思えるのですが。どうもその辺のふんざりが私にはつかないような気がするわけでございます。

**黒子** 社会医学の定義を書くとして申し上げましたが、原島先生のいわれるとおり、その定義は混沌としている。そのとおりでございます。ただいろいろな国で、かなり進んだ見解をしているわけですから。そういう意味で歴史的な検討してみるという段階で書いたもので、やはりこの現状では、いわれるとおり、非常な困難な段階であります。いまテーマに出ている課題など、特に大学の医学教育の課題として、社会医学を取り上げるものは、それが最初である。それをイギリスなんかやつていふやうであります。またあるいはこの社会医学といふやうなことでいいだろうか、ポリシイの関係、そういう点もやはり一つの要因じやないかといふふうにて考えております。もちろんいろいろな研究者が、国際会議なんかに出されているものをみますと、かなり共通したものも出されている。困難ですが、社会医学研究会は、それをやる努力をするべきだと考えております。もしテーマになる仕事ならば、その中に入れていただきたいと考えております。

**座長** ただいまのご意見は、いま岡山から出されましたテーマにある程度ご賛成のようですが、いまお話を承りますと、黒子さんから昨年は、社会医学の概念が論じられております。いろいろの学者の意見のご紹介をとりまとめたのだと思つておりますが、そういうことでもう少し使われた言葉では、社会医学の内容ということもいわれたのですが、一応どういふ考えが、日本の国内あるいは外国にもあるかということくらいは、整理して話し合つたらどうかという意見でございませうか。それとも課題として論議を進めるために上げてよろしうございませうか。社会医学の概念と内容ですか。

**丸山** その前に大平先生にお願いしたいのですが、岡山の大学での医学教育のカリキュラムについて、非常に熱心な改革をやつておられるように承つております。岡山大学の学生諸君が、社会医学研究会が非常に活発にやつておられる。ですからそこで出された提案を、たくさんもつて出されたと了解するので、できればそれを具体的に、本当に定義されれば、おそらく原島先生も納得されるんじゃないかと思つております。

**大平** 私のところからは元気のいいのが参りますの

で、お目付け役で、ブレーキになろうとしてやつてきたのですが、大体いままでのところは、まあこれならよからうときいておりました。医学教育の問題でございますが、原島先生のおつしやたことも、非常によくわかるのですが、ここにおいでになつておられる方々は、いまの医学教育は、臨床偏重であつて、ソシアルな問題に対する考え方が、非常に欠けているということについては、どなたもご異議ないんじゃないか。ですからいま医学教育はすぐこうやれと、社会医学研究会として、ハッキリした要望を打ち出すというのではなく、現代の医学教育は、日本でこれでいいのかという意味で検討してみるという意味で、私はこの古市君なんかに賛成するわけなのです。岡山大学のことが出ましたので、ちよつと申し上げますが、岡山大学では、ご承知のように数年来非常に新しい教育ということを強調しておりますが、決してわれわれのところの基礎医学科では、新しくもなるともないのでむしろ圧迫されているような傾向があるので、とにかく基礎を社会科学的にずつとつぼめて教育してしまつて、スモールグループに対して臨床医学を教育していこう。それは非常に結構だと思うのです。その中で社会医学的なものの考え方をやつていくように、そういう考えがどうしても必要じゃないかと考えます。なんにしても私も非常に若輩でございますし、それだけの実力ももっておりませんので、やはり社会医学研究会というところで、一つ一般的な臨床医学というものの批判を出していただくということは、単に岡山大学だけの問題ではございません。どこの医学校でもそうだと思います。そういう意味で一つやはりなんらか値打ちのあるものが出来来るんじゃないか。その程度でございます。

芦沢 極めて具体的に提案したいのですが。ご賛成を得れば幸いです。医学部の中で医者でない人たちが、教職員としてどういうふうな人が参加しているか。これをみますと、医事法制というのがありますが、他の大学のことは知りませんが、私が東大に在学当時は山崎佐先生という偉い先生がおられました。数年前から法学部の加藤一郎教授がやつております。こういうふうな方々が、どんなふうな教授内容をなされておるかということ、全国の医大に、社会医学研究の名前でもつてアンケートを飛ばして、そういう人たちの顔ぶれと、何をやつているか。できれば学生の反響いかんというようなものが想像できるような意見をうまくアンケートに作つて、それをみてからおもむろに社会医学というもの、医学教育の中でどんなふうに扱われておるかということ、これを調べると、本当に一つの具体的な資料ができ

るように思います。公衆衛生とか、衛生の教室がありますが、全く関係のないように思われます。法医学というのがありますが、それとも全く関係ない。そういうように講座ごとあまり独立しすぎて教官が、まあ自由という意味では自由でしようが、総合という面から大変教育の上から効率が悪いように思いますので、そういう点をうまくアンケートを作り出しておやりになつたら、社会医学の宣伝にもなると思います。

座長 新しいテーマというより、第1のテーマに関連して、具体的なものとしてのご提案だろうと思ひます。いま一つは出てはいるのですが、なおその他にこういうものを一つ考えてみないかというようなご意見はございませんでしょうか。

西尾 イギリスをみてまわつておりますと、あちこちの大学でソーシャルメデシンとか、パブリックヘルスというところをまわつてみて、一体なにを研究しているだろうということなのですが、ところがあの名前がついているところは、実験室らしいものをほとんど持つておりませんでした。あるところでは、胃潰瘍患者を丹念に追跡して、それから保健婦の援助を得ながら追跡して、こういう病状はGPで追跡すべきだ。こういう病状になつたらGPのところから、病院に移すべきだというように、ナショナルヘルスサービスの枠の中で問題をやつておまして、たとえば病院のナショナルサービスの中で、現在の病院組織は、非常に欠陥がある、どうすれば直せるだろうというようなことをやつておりましたし、みた学校は三つばかりだつたのですが、どうもわれわれの感じでは、ナショナルヘルスサービスなるものを、将来推進していく上で役立つような基点をなんとかして見出していこうという、改善していく方向をやつているように思ひました。それで私は今日の社会医学研究会というのは、当面の目標というより、目標の一つの中でやはり今日の日本の医学、医療制度の問題にもつながつて来ると思ひます。医療活動の持つている欠陥、そういうものをしっかりと出して来る。たとえば日本ではまだ完全に低所得階層なら低所得階層というふうなところに、どういう疾病が沈澱しているかというような、疾病の社会的な地図さえ描けていないんじゃないかと思ひます。今日日本の医療制度というつまずいので、そういうふうなものの持つている実際上の患者を対象とする、そういうところから出て来る問題の欠陥というものを追求するだけでも相当な仕事だと思ひます。

座長 そうするともしここに出すとすると日本における医療保健サービスの欠陥とか盲点とかいふようなこと

ですか。

**不詳** 私はそれに似かよつたことをお願いしたいのですが。こういった問題には、非常に厚生行政のあり方の問題、たとえば今度のポリオの問題なんか、私たちはたからみて、厚生省なにをやっているんだという感じがされるのであります。どつかに厚生行政のうまく進まない隘路があるんじゃないか。そういう点を厚生省関係の方に、腹藏なくこういつたところに結びつけて、テーマとしてお出しいただいたら、非常に面白いんじゃないか。面白いといつては失礼ですけども、参考になるんじゃないかと思ひます。

**座長** 私も厚生省の中におりながら、私ばかりでなくみな感じている問題を指摘されたんじゃないかと思ひますが、それに関連しまして、かならずしも厚生省ばかりでなく、私が非常にたいせつだと思ひますのは、きのう、きょうの報告の中にもあつたかと思ひますが、自治体の医療を含んだ社会保障的な活動というようなものが、大きな問題になるんじゃないか。こういうふうにも思ひます。

**不詳** そのほかたくさんあります。文部省、労働省の問題もあります。しかし当座に克服しやすい立場の方がたくさんいられるので、その点厚生省を取り上げていただきたいのですが……。

**座長** さらに新しいご提案があるのでしょうか。

**荻村** 二つお願いしたいのですが。一つは大変どうもテーマをはなれておまして申しわけないのですが、本日の来会者の中で、東京が地元でありながら、保健所からはほとんどきておらない。大学側も割合少ない。これをなんとか骨を折つていただきたい。第2は、社会医学の概念をテーマとするのは、現段階では私はあまり望ましくないと思つております。

**座長** 十分理由を伺えなかつたのですが、2番目のテーマは、かならずしも適当じゃないんじゃないかというご意見のようでしたが、この他なにかご提案がございませうか。

**南** 合理化の問題を取上げても、やはり推進力、推し進めていくエネルギーは山田先生は民衆だというような結論を発表されたのですが、テーマによつて、一般の民衆とか労働者でも、これなら出てみようかというような魅力のあるテーマを組んでいただきたいと思ひます。

**座長** 第4番目のご提案なのですが、合理化ということにしぼつてしまうのはどうかと思ひます。ご主旨はよく私にはわかるのです。たとえば日本の当面の経済発展と申しますか、あるいは経済発展の問題といつても

いいのですが、それに関連する社会医学的な問題というようなことにでもすれば、少し広がるかもしれない。

**南** たとえば残業と健康の関係を説明してくれといわれるのですが、そういう観点ではまとめておられないんだし、非常に一般から望まれている点、看板はできるだけ一般の人が出やすいような、素人でもわかるようなテーマを……。

**座長** ですからなんといたしましょうか。山田さん、なにかありませんか。

**山田** 私が申しました主旨をいまおつしやつたことのテーマとしてまとめてみるとすると、日本の社会構造、経済構造の変化についての社会医学的な考察とでもしたら、あるいは漠然とした日本の社会構造の変化と、社会医学というようなことでもどうかと思ひます。

**座長** ご主旨は非常によくわかるような気がするのですが。

**山田** 日本の社会構造と社会医学。

**南** あまりむずかしい題名をつけていただいても困る。一般の民衆とか労働者でもわかつて、これなら平常から感じているから、一つ出てみよう。その中で発言やなにかやろうというような気持になる題をつけていただきたい。

**座長** だからなにかいい案が。なにか幹事さんにお考へがあるということですか。要するに国民の健康状態と、これにおよぼす社会的要因。これも社会医学の分野だと思ひますが(笑) それも書いてみたらどうですか。それから幹事さんの方になにかご意見はございせんか。大谷さん。

**大谷** 時間がだんだんなくなつておるのでハテハラしてきいておつたのですが。毎年時間切れできまらないので、実現できる、お引き受けできるテーマを、テーマをずつとお並べになるのは結構だと思ひますが、来年のテーマの報告を引き受けていただける方と、見合つた上でやつていただきたい。テーマだけ並べていただいても毎年のことのようになつております。1つおつしやつてください。私どもの方では、若いものが集まつて、どういふシンポジウムがいいか話し合つたのです。その時に出たのを簡単に申しますと、原島先生がさつきおつしやいましたのは、社会医学の方法論というのは、お互いにハッキリしないという点があるんじゃないかと思ひます。そういう意味で社会医学の概念の問題というのは、やはりもう一度シンポジウムでやつて、それをハッキリさせることが、まず必要じゃないかということが一つと、具体的には、やはり医療制度の方で、関西なんかで

も、ファイナンスなんかでもやつていられる。大学でやつています。そういう方面の医療制度のファイナンスについて、シンポジウムをやつていただいたらどうかということ話し合つたわけです。いずれにしてもひきうけていただける方を、そのテーマでおきめ願いたいのですが。

**座長** 幹事さんがあらかじめ多少話し合いをなさつたということも、いま申していただいたのですが、それにはいま出ましたいくつかの問題の中で、多少表現は違うかもしれませんが、関連を持つた意見が出たと思うのです。それでみなさん方の意見はいかがでしょうか。大体幹事の意見というのは、いま伺いますと表現をいくぶん変えるにしても、社会医学の概念というようなものと、それから日本の医療保健サービスの問題点ということ。

**大谷** 医療制度の中で、お引き受け願える方があれば、どれか一つということ、テーマをきめちやうと……。医療制度の中で、いまお引き受けくださるような討論があればという、いまは漠然としたテーマのわけです。

**座長** そういう点も考慮のうちに入れて、ここでどなたかにお願いしようということになれば幸です。急にやれといわれても、お困りになるだろうと思うのですが、お困りになつてもお引き受け願うということにしないと、まとまらないと思うのです。この中から幹事としては、いまのようにこの二つくらいをとつたらどうかというのですか。

**橋本** 幹事ということだけでなく、世話人の中の若い人の案ということでおきめ願いたい。

**座長** では訂正いたしますが、世話人の中の青年世話人の意見だそうでございます。

**東田** 大体まあ賛成なのですが、この問題にはいる前に、さきほどから問題にありますように、社会医学の研究の仕方、討議の仕方はやはり反省しなければならぬ問題があると思いましたが、一口にいうと、建設の時期であると思います。討議の仕方、研究の仕方は、お互いに意志が相通ずるように、同じ土俵で話せるような研究なり、発表の仕方でないと、科学としては発達して来ないんじゃないか。原島先生のおつしやつた主旨は、そうではないかと私は考えております。物理的な問題として、形状分析、解析というのを基礎において、その方法では、社会医学的にどうもつていくかということ、次第に考えていくようなもの、出し方、これは無理してはいけないところから見出して来る。そこに踏み出して来る、そこに自らあり方がきまつて来るのです。そういう意味の科学のあり方から考えても、われわれはいか

にして反省しなければならないか。その点を来年十分にご検討願いたい。第2の問題は、このテーマですと、そういう意味合いで方法論的なメソドロギーが、まだまだ欠けている。概念的な、土俵の違うところで話しているということがしばしばありますので、そういう点をご注意願ひ、社会医学的方法といえますか、あり方、そこにしぼつていただいて、目やすをつけて、第2の提案は結構だと思ひます。その次の医療の問題については、社会医学のあり方は、いうまでもなく国民の社会的な条件で健康を追求するという意味において、3,4に出ている問題は、事実緊急なことでございます。しかしこれを取り上げるについては、われわれはまだまだ同志を糾合するに、少し不足しているんじゃないか。これは次の時期になんらかの時期に、取り上げることにしていただいたらどうか。第1ですが、これは私も医学教育の立場から、ぜひ取り入れたいテーマでございますが、この主旨と違ひまして、社会医学研究をたかめるといふ主旨のものでなく、医学教育というもののあり方というものに注文したいということで、その取扱ひ方は、同断に論じて置いては、困るんじゃないか。社会医学の研究の進め方というものを主体にするならば、これは適当な機会に、あるいは入れて置くとするれば、そういうふうな別の観点で、医学教育に注文したいという立場から、広い視野で一つお考え願う。その医療の問題ですが、医療のことについては、医療費というふうにおつしやるわけですが、医療の問題は医療費だけでない、他の条件に動かされる点が多分にあるのです。やはり日本のこの医療をとりまいてる客観点な条件、国民の医療制度というものとからみ合わせて、医療は論じられるので、いまのところ医療費と限定するのは、まだ早いんじゃないか。これは結論として医療費の問題にはいつていくのは結構だと思ひますが。

**座長** 時間がございませんので、まだご意見があるかと思ひますが、座長のまとめとして、みなさん方におはかりしたいと思ひます。どの課題に対してもご異論はないようであります。幹事からもご意見が出ましたとおり、広義に解釈すると、他の問題に関連して、そこで論議されないこともない。ことに2番目の問題なんか、非帯に広いと思ひますので、その2番目の社会医学の概念、あるいはその方法論のような題でもいいかもしれませんが、これには社会因子の問題もはいるんじゃないかと思ひます。最後のご発言にもございましたように、一応こういふことがきまりましても、一部の先生方がご心配になりますように、一つの社会医学の概念とか内容とかいふものを、この次の時までにはピッタリきめて意見

を出せというようなことについては、とてもできない。いろいろな考え方があろうかと思うのではございまして、昨日も私が申し上げましたように、これをまだ一つにきめる時期じやなかろうと思ひ、実は世話役として逃げてきた問題ですが、結論を出さないでも、この問題をもう少しみんなでディスカッションする必要があるんじゃないかというお気持ちが、ここに出ているんじゃないかと思ひますので、やはり題を少し変えましても、この第 2 の問題あたりを一つ取り上げたらどうか。それから 3 番目に上げてありました、表現はどうかわかりませんが、場合によりましたら、国民医療と社会医学というような表現にでもしまして、非常に広いのですが、これはどなたがお引き受けくださるわけですか、一つオーガナイザーをお願いする先生に、その中味、これは明年の総会にどのようなお話をさせていただくかということはお任せして、いまは国民医療と社会医学というような表現にしていかがかと思われるわけでございます。4 番目、5 番目などは、みな 2 番目、3 番目の中に、ある程度含めて、議論できるんじゃないか、これに関連して、議論できるんじゃないかというふうに思うので、いまのようなことで、ご賛成を得られましようか。

原島 座長の意見に反対するようで申しわけないのですが、いま医療と社会医学という言葉があつたが、むしろあそこにあります、日本における医療保健サービスの問題点とか……、医療問題それ自身社会医学じやない。

私は患者の医療は単なる自然医学の中でなければ、解決がつかないと……。

座長 そのままでも結構なのです。いかがですか。

吉田(寿) 私がいつてきたところは人口構造の変化ということと、経済構造の変化ということが、非常に大きく世界に起こつて、これが日本でも起こつていると思うのです。その場合 2 番目に出たのは、社会医学の概念ですか、方法論ですか、そういうものにもしほられるとすれば、実態分析の場合、社会医学的な方法をどうすればいいかというような問題を、この社会構造の変化とかというような問題にからみ合せて、具体的な課題をとられたらというような気がするのですが。

座長 討議が不十分で非常にご不満の点もあるかもしれませんが、一応先ほどあげられた二つぐらい、明年度の中心課題をきめて置きまして、あとは世話役から適当な方にオーガナイザーをお願いするようなことにいたしていかがかと思うのですが。どうぞございませう。

(拍手) それでは大塚座長がまずくて、時間をとり申しわけなかつたのですが、本日の自由討議を終わりたいと思ひます。どうもいろいろとありがとうございました。

(拍手)

<この討議の内容については、発言者の校閲を経ていませんので、誤りがあればすべて編集部の責任であることを申し添えます>

## 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 本会の会務の務行は、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ぬ。
- 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8月に始まり、翌年7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。