

第3回社会医学研究会総会記録

と き：昭和37年7月28日（土），29日（日）

と ころ：京都大学楽友会館

社会医学研究会

この記録は、第3回社会医学研究会における研究発表を「公衆衛生」第26巻11～12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

〔巻頭言〕 社会医学研究発表会の反省	西尾雅七
〔シンポジウム〕	
社会医学をどう理解するか	曾田長宗・他
医療保険の統合をめぐる諸問題	関悌四郎・他
〔一般講演〕	
伊豆離島における保健問題	南 雲 清
琉球列島の医療・保健衛生の現況	相 沢 竜
周産期死亡の社会的背景	原田圭八郎
福岡県における育成医療	水俣大八郎・他
乳児死亡をめぐる社会医学的考察	丸山 博・他
都市低所得階層の健康問題	渡 辺 弘・他
休業率よりみた鉄鋼労働者の実態	三谷和合・他
「社会医学についての質問」調査	大谷藤郎・他
富山県クル病多発地帯における社会的因子の調査成績について	河野 稔・他
無専門医村における検診成績とその対策（第3報）	笠木茂伸・他
兵庫県氷上郡における新しい保健・医療計画（その3）	安達伝次郎・他
保健所における保健管理への一試案	橋本周三
初診医療機関と患者の関係および転医の実態について	山下節義・他
退院患者の動向について（第1報）	奈倉道隆・他
存院に関する研究	吉田寿三郎・他
京都における失対労務者の生活と働康の実態	西尾雅七・他
統計からみた医療保険格差（続）	中村文子
医療保険の統合と保険医	稲田素臣

特 集 : 社会医学

【巻頭言】

社会医学研究発表会の反省

西 尾 雅 七*

7月28日、29日の両日、社会医学研究会の第3回研究発表会が京都で開かれた。前回の研究発表会で決められていた「社会医学をどう理解するか」「医療保険の統合をめぐる問題点」をテーマとする二つのシンポジウムをもつた上に、一般演題の発表が前回以上に及んだこと及びシンポジウムにおいても、一般演題においても、極めて活発な討論がかわされたことなどでは社会医学への関心が年々高まってきていることを示すものといえよう。また盛夏の京都での会合であったにも拘らず殆んど全国から多数の参加者があり、しかも全く個人の自由意志による新入会員が60有余名に及んだことは社会医学研究会の将来の発展を約束するものとみて差支えなからう。

人によっては、一般演題が僅かに18題ということの問題にするかも知れない。しかしながら、他の学会の如く僅かに数分の発表時間では、批判される材料を与える時間も充分でなく、ただ演者の顔見せにしか過ぎないことになりがちである。充分な討論が、それは研究結果についての討論のみではなく、より基本的な研究態度、すなわち問題の採りあげ方、研究の運び方、研究のまとめ方等に関する討論がなされることが、社会医学の推進には必要かくべからざることであるが、こうなると1題20分の発表時間ではいささか不足気味で18題でも2日間の日程では多過ぎる位であった。

参加者の区分をしてみると、衛生学教室、公衆衛生学教室、公衆衛生関係の研究機関及び保健所

* 京都大学医学部公衆衛生学教室

等の勤務者が大部分を占めていて、医師、社会科学家の参加が比較的少なかったことは残念であった。もっとも今回は「医療保険の統合をめぐる問題点」がシンポジウムとして採りあげられていたので医師の参加が前々回、前回よりも遙かに多数であり、しかも、それらの参加者は積極的に討論に加わったが、医師及び社会科学家の参加が少いという事実は社会医学研究の今後の在り方を考える場合に考慮すべきことである。衛生学、公衆衛生学の研究者によって社会医学研究は充分に発展させようという考え方は私はとらない。さて社会科学家の参加が必要であることは、すでに何度かとりあげられているところであるが、私は医師の参加を積極的に計ることもまた社会医学研究の発展のために必要であることを強調しておきたい。

社会医学の理解のしかたが必ずしも統一されておらず、また考えようによっては統一される必要がないかも知れないが、しかし社会医学の研究対象としてとりあげられる問題は窮極のところ、社会体制の問題にぶつかることが多いことを知っておかなければならないと思う。そのぶつかったところで、とりあげた問題をどう発展さすかが、社会医学を正しい方向へ発展さしうるか否かの岐路となる。曾田長宗氏もいわれているが、われわれ自身、具体的な経験と実例を重ねて身をもって、社会の矛盾を体得してこそ、また慎重に収集された豊富な資料の上に討議を重ねてこそ社会医学の正しい方向への発展が約束されると信じている。

第4回の研究発表会が一步前進した発表会になる様に会員一同の一層の努力を期待する。

社会医学をどう理解するか

昭和37年7月28, 29日
於 京大楽友会館

□司会者のことば□

国立公衆衛生院

曾 田 長 宗

「社会医学をどう理解するか」というシンポジウムを如何に進めて行くかについては、司会者としても大変苦労いたしました。

私は、先ず最初に何々学とはどのようなものかという「わく」が出来て、その後学問的研究が進められるというよりは、何か具体的な研究が、ある程度、いろいろと進められ、これらの研究に共通する特徴が認められるようになってから、これを「何々学」とも名付け、一定の研究方法も確定し、この段階に到ると、その後は、いろいろ具体的な問題が次ぎ次ぎに処理されて、この学問の急速な発展を見るようになるものだと考えていますので、余り早急に、社会医学の定義如何というような問題の取り上げ方には、少からず疑問をもっておりました。

ところが、今日においても、すでにいろいろな人達によって、社会医学的研究と名付けられる報告が発表され、私共の研究会でも逐次業績が積み重ねられつつありますので、今日の段階で、どういう研究が社会医学的研究としてふさわしいものであるか、社会医学的研究なるものの特徴は何であるかを、一応取りまとめて見ることは、今後の社会医学の在り方を明らかにする上で、やはり有意義であろうという意見が、昨年の本会研究発表会でも、強く表明されましたので、他にもっと適任者があるとは思いましたが、司会をお引き受けすることとした次第であります。

主演者の方々には、予め報告要旨を準備して頂き、皆様方の間にもお配りした筈であり、一応御覧を願ったとは思いますが、時間の制約もございますので、以下の通

り、主として御討議願いたい点を取りまとめてみました。

1. 社会医学の定義

今日まで内外多数の定義を下し、本会世話人の手で資料として取り集められたものも多数におよんで、その各各に対する会員各位からの賛否や、独自の提案もあろうかと思われるが、結局その内容は、以下の諸点に関する討議がすまないことには、言葉だけの空論に終ることであらう。

2. 社会医学の目的

医学一般の目的とする所に比べ、特に社会医学独自の目的として掲げるものがあるか。

3. 社会医学の方法

あらゆる科学分野から有効な研究方法を採り入れて研究を進める必要はあろうが、社会医学の特徴的な研究方法は何であるか。

4. 社会医学の研究

従来、社会衛生学または社会医学は「社会集団」について、その健康状態と社会的な生活環境または条件との相互関係を明かにするものであるなどといわれていたが、「社会層」とか「社会階級」とかの表現もあり、社会集団なるものを如何に認識するかが重要な問題となる。

また、社会医学研究における個人の取り扱い方についても「社会を形成する個人々人」あるいは「個人々人とその社会的な生活環境または条件」など、いろいろな見解があるかと思われるので、意見を拝聴したい。

5. 社会医学を社会科学あるいは生物科学いずれに属するものと規定するか

しばしば提出される問題であるので、その研究対象や方法を検討した上で、各位の意見をうかがう。

6. 社会医学と他の類似または隣接科学

他の類似または隣接科学としては、公衆衛生学、予防医学、衛生行政学、農村医学、産業医学、医療制度論、医療保障、衛生学史または医学史、医社会学、医経済学、医学人類学、人類生態学、人口学など多くのものが考え

られるが、それらとの異同、相互関係を明らかにしたい。

7. 社会医学の研究分野または研究題目

社会医学の研究分野を非常に広く解決すべきだとする意見もあり、また学問的立場としては、これを一定の範囲に絞るべきだとする意見もあるが、今日まで本会研究発表会その他内外学界に公表された社会医学的と称せられる研究文献を取りまとめて見ると、以下の通りかなり広範囲に亘っている。このうちから除外すべきもの、またはこれに追加すべきものがあるか。

- a. 現在の医学に対する一般的反省または批判として社会的考慮を深めようとする研究および実践方策の検討

今日の医学各分科についてこのような考慮は必要であるが、特に臨床各科において、個々の患者を取り扱う場合に、その社会的な生活環境または条件を充分明らかにして、具体的な治療、療養、社会復帰の方法を講じたり指示したりすることが必要となるが、この際の取り扱ひ方、考え方の研究。最近では、特に社会心理学的考慮も加えられつつある。

- b. 傷病の社会的原因を探求すること

原因という言葉には難がないともいえないが、傷病の発生、その経過、転帰の如何に、社会的要因すなわち社会的に制約を与える諸種なる生活環境または生活条件の及ぼす影響を明らかにしようとするもので、社会医学の本領はここにあるという主張である。Soziale Pathologie と称えられ、Soziale Aetiologie を探求するもので、疫学の研究という面から見た社会医学ともいえよう。

- c. 社会的医療保健対策の探求

上記のように傷病蔓延の社会的要因が明らかとなれば、その対策もまた、物理化学生物学的なものに限らず、社会的なものをも含まなければならない。いわゆる Soziale Therapie に当る領域であるが、公衆衛生対策、医療対策が技術的考慮のみでは、これ以上前進しかねるといったような壁に打ち当たった場合、これにどう対処するかの問題である。

いわゆる医療保険の問題なども、ここに含まるべきものであろう。

- d. 社会問題の医学的研究

青少年問題、売春、犯罪、自殺、交通事故など、いわゆる社会問題に関する医学的研究。この場合、精神医学的検討が特に重要視されている。このほか、労働力、作業能率、労働災害、あるいは人口の質的考察などについても医学的研究が進められよう。

- e. 医学または医療、保健活動に関する社会的研究

以上に述べた各項のほか、医師と患者との関係、傷病またはその診療の際における家族内部の葛藤、病院内部の組織、医療と経済との問題、医療類似行為、民間療法問題、その他医事法制、医療保健関係行政制度の問題など、多岐に亘る問題がここに含まれる。

- f. 医学または健康問題の社会史的研究

社会史的研究は社会的研究のうち当然含めて考えらるべきものであるが、各時代時代における社会各層の健康とその社会生活万般との関係、およびこれに関する自然科学的、社会科学的研究と実践との展開を検討することは、社会医学研究のうちでも、重要な分野として特記するに値しよう。

なおこれらの問題のうち、若干重要なものについては本会世話人より質問書を作製、会員諸氏の回答を取りまとめた結果が報告されているので、討議の際の参考に致されたい。

□社会医学をどう理解するか□

東京大学医学部

黒子 武 道

社会医学は現在多義に解されており、見解の一致を見るに至らない。社会医学の定義の多様性は一面その歴史が浅く、かつ社会医学の発展の社会的経済的背景とその当面する課題が各国において異なっており、その全領域も客観的に概括し得ないこともあるが、他面社会医学の哲学やその歴史的意義の検討がほとんどなされていないためと思われる。社会医学をその主題によってではなく、その適用する技術や方法によつて規定しようとする傾向はむしろ一般的であり、医学体系の中で社会医学が如何なる地位を占めるか、社会医学の本質は何かというような問題については全く無関心といっても過言ではあるまい。

もちろん、そこに適用される技術が社会医学と規定するものではなく、技術は主題の認識から選択されるに過ぎないものであって、このような定義からは社会医学の本質やその動因を理解することは出来ない。

社会医学の動因は社会と医学の両面における発展に求めなければならない。社会医学の概念形成とその発展に

導いた一因の歴史と経験は他の国々のそれと著しく異なつたものであるにしても、それは医学の危機の意識、即ち近代医学の理論と実践の基本的設定と、その形態による医学教育の内容が医療に対する社会の要請に応え得ないとする認識であつて、近代医学の治療医学への偏向を批判し、その是正を主張する点にあるといわねばならない。医学の危機は根源的には社会体制それ自身の全面的危機であり、資本主義社会の諸矛盾からの派生と考えられる。社会の危機の意識は人間の主体的生をその全体性において恢復しようとする世界観や諸企図を生み、医学の危機は体系的哲学の立場から科学としての医学の根本的前提や方法を再検討し、その限界を確めて医学の行きづまりを打開しようとする dynamic な運動の展開となり、医学の研究と医療における人間性の恢復、科学主義と商業主義の中で見失われた人間観がその本来の全体像を取戻そうとする実践的な企図を生む契機となつた。この意味において社会医学は医学と社会との関連についての新しい観点とその発展を示すものであり、医学とその実践の広汎な改善を達成する違反の原理と諸活動を含むものと理解される。

医学は本来医療のための技術であり、またその本質に従つて倫理的実践的認知の領域に属する。衆知のごとく近代医学は治療医学を志向しており、人間を生物学的存在として病者と疾病とを区別し、疾病を客観化する方向で主として自然科学的な方向で発展した。このような傾向は医学の進歩に伴う論理的派生であり、医学発展の必然的過程でもあるが、今日ではもはやその正当性を失つており、疾病と同様に健康にも重点をおいて健康と疾病の社会的関連に深い理解を払わねばならない。

人間はもとより社会的存在であり、現実の社会において一定の社会的経済的關係に立つ以上、医学の研究においてもまたその適用の面においてもその社会性を無視し得ないことは自明のことである。また医療の対象たる個人は具体的、固有の存在であり、医学における人間理解はあくまで具体的実在的でなければならない。従つて医学は常に人間全体、生活環境の全体を個人としてのみならず、同時に集団の一員として取り扱わねばならない。かくして医学は必然的に社会科学の問題に対しても関心を持たねばならないわけである。医学とその実践たる医療にはもち論生物学的知識を必要とするが、他人人間の精神と理解と広く社会科学領域の知識がなくては十分にその目的を達成し得ない。近代治療医学に示された不満は自然科学としての医学の限界を暴露したものであり、医学は自然科学としての立場を止揚して社会科学の領域

に転化し、人間研究をその窮極の課題とすべきであろう。

社会医学は集団とその構成員の健康と疾病の全問題に問する社会的観点を提示するものであり、豊かな健康に対する要請の窮極の原理と考えられる。

従つて社会医学は医学の諸分科からの派生ではなく、また技術ということでもない。それは医学の全ての観点を包含しており、その重点を社会的、意識的な存在としての人間に置き、人間をその全環境で把握し、人間の健康と福祉のために医学的、社会的諸力を結合する理論およびその実践と考えられる。

上述の観点から社会医学の第一の機能は、医師に対して医療の対象たる個人はそれぞれ社会的、経済的、文化的背景を持つ社会的存在であり、社会生活の諸条件、全環境と疾病の密接な關係を指摘し、医療はこのような社会的要因にまで働きかける必要を認識させ、真に人間の全体的福祉に役立たしめることにある。つまり医学がその本来の使命を達成するためには医学的、社会的活動を合理化し統合する必要がある、治療と予防と社会福祉活動との間の緊密な連繫を持った地域的、国家的な方策の樹立、医療の社会化の方向を示すものである。英国の Conference on social medicine(Nuffield Foundation,1949)においては社会医学の第一の機能は、人間の well-being の異なつたすべての観点、すなわち肉体的、精神的、社会的、宗教的 well-being の間の gap をより少なくすることであると述べている。

医学教育の目的は医業が社会に課せられた多くの役割を果すための人材を準備することにある。従つて社会の変革期においてはこれらの役割は厳密に検討され、絶えず改善されて時代の要請に応え得るものでなければならない。近年における自然科学、社会科学領域の知見の増大、社会福祉面の発展は極めて著しい。かくて医業は医学と社会の進展によつて招来された新しい義務と責任を負うことになり、医学教育は医学生に対し集団の健康および社会活動への理解と協力を準備することが期待される。

医学の領域は科学と技術の進歩によりますます拡大され、専門化されており、社会医学を医学の1分科として独立の地位を与えようとする傾向の極めて強いことも首肯される。

特に社会医学が国有の研究領域と研究方法を持つものとして技術的に定義づけた多数の研究者に共通な点である。しかし社会医学は医学の1分科にとどまるのではなく、医学各分科の再組織の原理であり、医学の全課程

の中に社会医学の提示する理念を滲透させることにあるといわねばならない。社会医学はそれ自体医学教育の新しい形態を示すものであり、社会医学実現のためには現在の医学教育や実践に優位を占めて来た哲学を徹底的に改変することが必要である。いずれの形態をとるにせよ、社会医学はすでに治療医学とその形態による医学教育の欠陥を認め、且つ指摘しており、医学教育全般にわたる問題としてその重要性は極わめて大きいといわねばならない。

社会医学の研究の対象は個人と集団である。人間の社会的共同生活内部における人間の行動、社会関係、社会集団、文化等が人間の健康と疾病におよぼす影響の検討は重要な研究課題である。Crew は社会医学は人間の集団に関する医学であって、個人の集団が社会集団を作る過程、集団の個々の構成員間およびその集団と外部世界との関係から発生する医学的諸問題を取扱うものであり、社会科学の概念と方法を健康と疾病の問題に適用することであると述べている。しかし研究対象としていかなる集団をとらえるか、環境の社会科学要因、即ち政治的、経済的、心理的要因等のいずれに重点がおかれるかによつて、その性格と研究領域を異にしている。Sand は社会医学の対象は主として労働階級の知的、道徳的、身体的福祉に関連するものであると述べている。いずれの集団を対象とするにせよ、またいかなる方法が適用されるにせよ、最も本質的な社会集団、即ち社会階級を度外視し、また現代社会の階級間の諸問題を無視して部分的な集団の研究にとどまるならば、正しい認識を得ることはできないだろう。人間は常にそのおかれた社会的生産関係における位置によって一つの階級に属するものであり、その階級的制約はすべての社会集団に本質的な影響を与えるからである。

集団から得られる成果は人間の集団的社会的側面の把握に極めて有効であり、人間集団や社会の現状と傾向を見定めることが可能であるが、集団の観察のみからは具体的実体としての人間の事実を捉えることはできない。集団的統計事実を個別的認識によつて補足するのだけならば人間の全体像は得られないからである。社会医学の立つ基盤は人間の全体的把握であり、単に社会的な観察にとどまるものではない。Sand は社会医学の研究と活動の対象は個人的であると同時に集団的であるといい、また個人的なものと集団的なものを同時に研究する社会医学では、この二つが互に矛盾したものではなく、相補的であると述べている。

本論文は第 3 回社会医学研究会シンポジウムの際の発

言要旨である。社会医学については主として医学の原理とする立場から発言した。なお言及したい問題も多々あったが、紙数の制限のために割愛した。

□社会医学とその接科学□

気象研究所

粗 山 政 子

社会医学と衛生学、公衆衛生学、あるいは予防医学などとの関係については幾多の議論がある。筆者は少し角度をかえて隣接科学とはいっても生態学や地理学との関連において考えてみたい。最後に筆者の考える社会医学の性格について若干ふれてみたいと思う。

生態学の立場：生物を分析的、抽象的に取上げるのとは異なった立場、つまり個以上の次元において集団的な形をとる生物主体と、環境との関連を統一的に捉えていこうとするのが生物生態学の主流的な考え方である。このような生態学的な立場は医学の領域においてもすでに注目され、E. Gordon は「医学生態学としての疫学の発展」という講演まで行っているし、また医学地理学者 F. M. May は医学地理学は「健康と疾病の生態学」と呼ぶ方が適切だという見解を表明している。いろいろ見解はあるが、筆者は医学生態学を次のように考えたい。それは自然的な側面に重点をおいて捉えられた人間の集団的な医学的現象を、人間集団という主体と、主体にとって有機的な関連をもつところの環境との対立において統一的に把握していこうとするところに独自性がある。

医学地理学：さらに地理学的観点から人間社会の集団的医学的現象をみると、たとえば疾病というものを考えてみると、個々の人間の病理過程そのものは生物学的であり、生物学的な諸法則に従っていることは事実である。しかし、この病理過程に影響をおよぼす諸要因としては自然的生物的なもの、ないし技術的なものが考えられると同時に、個々の人間の背後にある地域的な社会関係がまた、病理過程に大きく関係している。しかもここで人間が生産を通して社会関係を結び、さらに個々の地域的な社会関係が全体としての社会発展の流れの中にあり、その独自の発展の法則に従っている。こういう事実を考えると、地理的環境との関連でとらえられた社会関係の認識が医学地理学研究の根底におかれることは当然であ

る。これに反してもし人間生活におけるいろいろの現象を、あくまで生物としての側面からのみ理解しようとすれば、生物としての人間しかつかむことはできないのである。医学地理学の研究においても、たしかに生態学的概念を取入れていくことは重要であるが、それを生物学的次元にとどめ、平板的に解釈していくことは危険である。

社会医学：社会医学はいろいろ考えられているが、筆者は非常に狭い見方かもしれないが一つの体系的な学問と考えている。そして一つの社会科学としてとらえる立場をとりたい。社会医学はこれまで説明してきた医学生態学とも密接な関係があるし、また医学地理学とはかなりの類似点を持っている。医学生態学が集団的の疾病現象を、主として自然環境との関連において明かにすることに主眼をおく学問であるのに対して、医学地理学は社会集団にみられる疾病現象を地理的環境との関連において明らかにしていく学問であると筆者は考えてきた。そこで社会医学はどうかということになるが、そこでは社会諸階層の集団的健康・疾病現象を、主として社会経済的諸条件との関連のもとに解明していく学問と考えたい。もちろんこういった隣接科学の各分野は、それらの対象を相互にはっきり区別して論ずるまでには至っていないが、今後の方向としては各分野の学問の対象を明確に規定して相互の関係を明らかにすることが、科学分類の立場上望ましいのである。

つぎに社会医学と医学地理学の関係を問題にしてみよう。もちろん、医学地理学の分野でも問題を徹底的に掘り下げなければ、社会諸階層にまで立入らなければ問題の本質がつかめないことは当然である。また一方、社会医学においても地理的環境の影響の考慮が全然、入ってこなくてよいというものでもない。ただ社会医学の場合、地理的環境の影響といったものが取上げられることがあるとしても、それは第二義的なもので、むしろここでは社会集団を構成する社会階層ということを中心にすえおいて、医学的現象をみていくということである。いずれにしても集団的医学的現象を扱っていくという立場でもあり、この点では生態学的な物の見方を必要とする。

さらに社会医学を理解していく上でしばしば問題になるのは、社会医学の対象をどうみるかという点である。筆者は前にもふれたように、社会諸階層の集団的健康、あるいは疾病現象をその生産諸関係との関連において考えることにあつてと思う。ここで医療保険制度や医療施設はもとより、その社会諸階層の生活様式や労働条件

などといったこと、あるいはこれにともなう派生する諸問題などが、社会諸階層の健康、疾病現象を規定していくところの大切な条件、あるいは素材とはなり得ることは当然だが、それらをすべて無条件に社会医学の対象であると解釈して、これらを取りこんでいく考え方は多分に問題がある。このような態度は科学の立場と、実践の立場とを混同しているようにとられる。学問をきずき上げる立場として実践的課題から出発することは当然としても、はっきりと研究の対象をしぼった一つの体系としての科学分野の樹立こそが社会医学の発展方向ではなからうか。科学と実践の関係は極めて大切であるが、往往にして両者が混同されがちである。ことに社会医学のように大衆の日常生活と結びつきの大きい学問ほど実践的課題が大きく、実践の問題を無条件に科学の体系の中にとりこむという態度がとられがちであるが、この点は十分検討を要する問題である。

さて、ここで社会医学そのものの性格にやや掘り下げて考えてみよう。性格を規定する出発点是对象規定にあると思う。社会医学の対象規定についてはさまざまな見解があるが、特に筆者にとって興味のあるのは林俊一による社会医学の規定である。林は“……社会医学は人間の保健状態を規定する因子には社会的なものと、医学的なものが存在することをみとめ、その両者が時と場所による比重をことにすることを確認し、その上において両者の競合対立および統一において保健問題を把握しようとするのである”とか、“資本主義社会においては、生物学的な法則がしばしば自己を貫徹せずむしろ価値法則が優位に立っている……”とか、また“医学的法則が自己を貫徹しうる社会主義社会においては、社会的条件は急速に改善されるので、社会医学の“社会性”は次第に薄くなり、公衆衛生的なものに近づいてであろう。”とか説明し、かなり明快な学問規定を試みているが、これはわれわれにとって非常な参考となる。さらに筆者は、林のいう生物学的条件と社会的条件の相互規定と統一の根底をなす流れは、正に社会の発展のなかに求められるのであるから、このような関係は社会的次元においてとらえられなければならないと思う。であるから、社会医学の対象を規定する場合、それが自然と社会の両面にまたがるということを主張するとしても、それは社会的次元からとらえなければならないと思う。このように解釈すると、社会医学は当然、社会科学として考えざるを得ないと思う。

以上、筆者なりに社会医学の性格を明らかにしてきた

つもりであるが、最後に集団と統計の問題について、若干ふれてみたい。社会医学は医学地理学と同じように集団的な形をとってあらわれる社会の健康、疾病現象を考えるわけであるから、それに数量的な議論が入ると屢々統計学上の問題が起ってくる。

ここで少し集団という言葉の内容を考えてみると、それには種々な段階がある。生物生態学で取り扱うような、人間よりも低次の生物を対象とした生物的集団があるし、また一層単純な物理的な集団もある。一方、地理学や社会医学で扱う人間集団となると、高次の社会集団であるから、生物集団とは基本的な一線がひかれる。ことに社会医学で扱う集団は、前にも説明したように生産諸関係に規定されるいわば歴史社会的集団を対象に考えているわけであるから、一層高次の内容をもってくるのは当然である。従って統計学の適用は極めて複雑になり、社会統計学的なもの見方によらなければ実態を正しく把握できない。集団の認識、統計学の適用は社会医学の実証的研究に極めて大切である。

つぎに集団のことをふれたついでに、ここで社会医学における“集団と個”に関する問題に若干ふれてみる。社会医学にしる、公衆衛生学にしる最近集団現象の研究が盛んになり、集団法則の発見というところまで関心が払われてきている事は事実である。しかしこのあと再び集団から個々還元する必要があるという意見をしばしば聞く。この場合、研究対象のレベルのとり方にも関係しようが、いずれにしてもその集団にぞくする一つ一つの個を再検討し、それをまた全体の場にまで引き上げていこうと意図するようである。これは社会医学にしる公衆衛生学にしる、医学たるものは人命をあずかるという至上使命のために、最後のまた人間個人にまで立ちかえれということのようで、一理あるようにも思える。だが社会集団の医学として考える立場をとるなら、集団法則の発見に中心があるのは当然で、個にまでもどすという方向はある意味では社会医学というよりは、個体医学の技術的な問題として、その成果を適用する問題と考えた方がよさそうである。これは対象が人間である以上当然のこととも考えられる。地理学や生態学の方野ではほとんど問題とならなかつただけに新たな重要な課題とは思いますが、筆者は社会性から切りはなした個々の問題は、社会医学とはことなつた個体医学の観点であるように思われる。

□社会医学についての私の考え方□

慶応義塾大学衛生

原 島 進

I. 関連がある用語との比較から

社会医学の概念を明らかにするには、衛生・公衆衛生に関連のある用語と比較して考えてみるのが一つのやり方であると思われる。

幸い、Grundy and Mackintosh が WHO の仕事として「ヨーロッパにおける衛生学教育」¹⁾ という報告書を書いたもののなかに、西川教授²⁾ 等が訳された衛生学に関連ある用語の定義がある。また、勝沼教授³⁾ はマニラ研究グループ (WHO の西部太平洋地区主催) が用語を定義したものを訳されている。この二つの別々の調査なり、会合で用いているものを参考してみたい。なお、訳は両教授のものを主として、私の考え方も加えている。

a. Grundy and Mackintosh の定義

衛生学 (Hygiene) : 非常にひろい意味に使われることもあるが、環境衛生と同義語として、狭い意味に使われることもある。

予防医学 (Preventive medicine) : 個人、家族ないしは小集団の疾病の予防と管理の特殊な方法に関連したことを内容としている。

公衆衛生 (Public health) : 個人衛生、環境衛生、予防医学の実地応用の分野であり、また、法令や施設上の問題をも含み、さらに、公衆衛生実施機関が行なう組織された医療および社会福祉もある程度に含んでいる。

社会医学 (Social medicine) : 健康や疾病に影響ある社会的因子を集団調査や症例研究や統計的方法によって探求する学問であって、医社会学、社会心理学および社会精神医学、社会治療学 (社会保険、医療、福祉事業など) を含む。さらに、個々の患者の診断と治療に社会医学の原理を応用する臨床社会医学もはいる。

b. マニラ研究グループの定義

社会医学 : 人間社会における疾病のありさまを研究する学問であって、人間の病気の原因や経過に組織社会のおよぼす影響を調査し、また、社会集団の健康のために必要な、また適切な社会的手段を導きだすような原理を

追求する。

衛生学：健康の性質を研究する学問である（語源から見た場合）。多くの国々で、衛生学は環境衛生学の意味に解される健康の学問と限定されて用いられる場合が多いが、衛生学は健康の保持・増進に役立つように、健康の本質を研究する学問であると定義したほうがよい。

公衆衛生：社会機関が行なう健康保持のための実際活動であるが、健康回復の手段の実践も、この分野に含めている国が多い。伝染病予防だけでなく、健康に関係あるすべての事柄もこの用語のうちに包括されていると考えるべきである。

予防医学：疾病予防により、健康保持を行なうことを目的とする医学の一分野である。そして、個人についてのものも、集団についてのものも含まれている。

社会および予防医学 (Social and preventive medicine)：予防面に必要な社会的手段の研究も含めての社会医学、公衆衛生、予防医学の各分野を包括したものである。

保健 (Health care)：個人の健康増進のために、公共の手で行なわれる系統的な活動であると考えられているのが普通である。

Comprehensive health care：この用語は1953年のコロラドスプリングスで開かれた「医学教育における予防医学」¹⁾に関する会議によって定義されたものである。これは、個人がいつも文句のない状態でいられて、最適な活動力をもっているようにすることである。それにはこの個人自身の努力、かかりつけの医師の指導および地域社会の保健活動に従事するいろいろな人々や集団、機関の援助などの協力が必要であるという考え方と解される。

Comprehensive medicine：医師とその協力者は患者を病気の例として考えず、人間として考えるという意味をもつ用語であって、患者を家庭、生活集団および環境全般と切りはなせない関係をもっている人間としてとりあげることによって、患者の疾病の性質・発症・経過・転帰を一層適切に解明しようと考えるのである。

以上の概念規定に基づいて、これらの用語の分類を試み、概念をさらに明瞭にしようとしたものが、第1表である。表中の対象の欄でカッコにいられたところは、対象がそれにまでおよぶことを示したのであって、この欄の最初のものをまず始めに取りあげるが、カッコ内のものも考えないのではないことを意味している。なお、分類の日本語のところはカッコ内の英語をわが国で慣用している用語でおきかえたものである。また、英語のままにしてあるところは、わが国での表現がまだ熟していない

と考えたからである。

II. 社会医学の発展の経過から

今日の社会医学の学問的発展について、私の考えるところは他に詳しく述べておいたので、それを(5)参照していただきたい。私が持っている文献をあげておいたのであるが、これ以外にも貴重なものがあると考えるので、それを追加していただくと幸いであると思っている。

その内容について簡単に述べてみることにしよう。

第1表 健康の増進、疾病の予防などをめぐる医学分野における用語の分類

分類	内容	対象
I 原理学		
衛生学 (Hygiene)	健康について	集団 (個人)
社会医学 (Social medicine)	疾病について	
II 公共活動		
公衆衛生 (Public health)	健康の保持と回復の公共活動	集団および個人
保健 (Health care)		
III 他の医学分野に対応して考えたもの		
予防医学 (Preventive medicine)	原理と活動	個人および集団
社会および予防医学 (Social and preventive medicine)		
IV 医についての考え方		
Comprehensive medicine	医についての考え方	個人 (集団)
Comprehensive health care		

今日の社会医学の概念は社会衛生学から発展してきたものとみてよいただろう。これはドイツにおいて Soziale Hygiene として A. Schlossmann と A. Grotjahn 等によって主唱されたものであった。これは第一次世界大戦の数年前と考えるとよいが、これにつづくドイツの不況時代、そして、さらにつづくナチス時代にはいって、発展の余地がなかった。それに代わって、この社会医学の種子は欧州諸国やアメリカ合衆国で育ってきたといつてよい。わが国でも福原、国崎、暉峻が紹介、発展させている。ブラッセルの René Sand は1935年の著書に Sociological medicine という言葉をつかっている。

今日の社会医学はその後の英国における発展によるところが大きい。これは第二次世界大戦中およびその後につづく年代のことである。そして、英国以外の各国の学者の寄与も多いことはいうまでもない。

このような学問的発展の経過から社会医学の概念と内容の変遷を追いながら、また今後のあるべき姿についての考察を加えながら、自ら社会医学の研究をすべきではないだろうか。

III. 結 語

ここに問題となることは、われわれのうちから、自ら許し、また他も認めるすぐれた社会医学上の研究を行ない、それを論文にまとめることである。その論文が社会医学は何であるかを最も雄弁に語ってくれるものとなるのである。(昭和 37 年 8 月 29 日)

文 献

- 1) Grundy F. and Mackintosh G.M: The teaching of hygiene and public health in Europe. World Health Organization 1959. 2) 西川浪八, 前田和甫: ヨーロッパ各国の医科学生に対する衛生学公衆衛生学教育. 公衆衛生 23, 325, 昭和 34 年. 3) 勝沼晴雄: WHO 主催, 社会および予防医学に関する班会議によせて. 医学のあゆみ 25, 178, 昭和 33 年. 4) Clark K.G.: Preventive Medicine in Medical Schools, Reports of Colorado Springs Conference, Nov. 1952. Association of American Medical Colleges 1953. 5) 原島進: 社会医学についてのノートから. 新しい医院 3, 7 号(5), 昭和 37 年.

□社会医学をどう理解するか□

京都大学工学部

庄 司 光

社会医学をいかに理解するかというテーマを解明するに当っては、社会医学の由来、その発展の社会的背景を詳細に調べた上で、社会医学の本質を究めるとともに、現在の日本の社会的条件の基盤に立って課題をみいだす必要がある。

個人、社会の健康とそれらの生活条件、労働条件との間に密接な関係のあることはよく知られたことである。生活条件が健康に影響する以上、経済的発展は生活水準を高め、よい生活をもたらす筈である。レフ夫妻は“Health and Humanity”において、世界の国々は種々の点で差があるが、健康障害や死のあり方も違っている。さらに一国の中でも住民の階層や集団によっていちじるしい差がある。病気の治療と予防は科学の進歩によって発達してきたが、現実には、国の開発の程度によって異なり、他面文明国でも資本主義国家においては、一国内で階層により健康享受の程度に大きな差のあることをヨーロッパ、アジア・アフリカ、ラテン・アメリカな

らびに共産圏の国々における資料によって明らかにしている。さらにレフ夫妻は終章において「社会医学は社会と相互に作用する医学であり、全人民を包含する社会的、医学的、政治的行動の結合によって、労働と生活の進歩を助けて決定的ならしめ、同時に他の諸問題の解決に寄与する」と述べ、また現在の保健問題の多くは、理論ではすでに解決されているが、適切な社会的行動がとられていないために、まだ手をつけずに放置されている。その解決策は社会状態そのものの中に存しているが、従来それについて真剣に考慮されなかったことを指摘している¹⁾。

社会医学の系譜をみると、社会医学の成立、発展は資本主義体制の矛盾にそのモチーフがあることが分る。すなわち、19世紀になってますますその数を増してきた労働者階級の非衛生的な生活状態は社会良心を喚起し、もろもろの社会問題が注目され、他面、以前には人間の生命を浪費してかえりみなかった政府が労働力を経済的に培養しようとする傾向が表われる。これらの背景の下に J.P. Frank の“System”やヨーロッパ大陸における social hygiene などの種々内容を持つ社会医学が生まれる。また社会医学の最初の発展段階はそれぞれの国家的特質に影響され、ドイツ、オーストリア、スイスでは social insurance medicine, social pathology, social aspects of hygiene が生まれ、イタリーでは職業生理学、職業病理学が発達し、フランスでは乳児健康相談所、結核相談所など予防の方面に力を注がれ、イギリスの社会医学の成長には public administration が大きな役割を演じ、アメリカの社会医学の内容をなすものは公衆衛生と予防医学である。各時代において各国はそれぞれの違った政治的、社会的条件をもち、またその結果として違った生活様式と違ったイデオロギーを持つ以上、そこに開花した社会医学の姿が多様であるのは当然であるが、社会医学が humanity に根底をおき現実の医学、医療の対立物として出現したことは共通の事実である。日本の社会医学の歴史についても同様なことがいえる。大阪医塾において衛生学を講じていた福原義柄はその昔「社会衛生学」の序において、「吾人は今更産業革新当初における工場の惨況を察説せないが、工業の発達に伴う工場の衛生問題特に労働者の衛生問題は、各国ともに重要な社会問題となっているので、これを解決するは衛生学を根拠とせる社会政策に拠らねばならない。嘗に労働者のみではない。あるいは児童の保護問題といい、あるいは国民の栄養問題といい、すべて社会衛生的政策の領分である」。またその社会的衛生問題の解決策については「吾

人は已に衛生政策と呼べり、是れ国民の衛生的生活に關して行なう施設方策を總稱するものである。しかもその策たるや、かの社会改良主義の実行におけるいわゆる社会政策と同じく国家的慈惠的個人的の三方針を有するものにして、三者相俟って完全な効果を挙げ得るのである。従つて社会衛生は單に医学者のみならず、政治家、教育家、經濟学者、法律学者も、將又官吏も、軍人、実業家も俱に研究すべきものである¹⁾

終戦後に公衆衛生研究の分野において社会医学的な研究が復活している。この社会的背景について橋本正己は「これは、ある意味では戦後の新しい制度において推進された公衆衛生活動ないし衛生行政に対する批判であり、また内部からの自己反省でもあるが、このような気運を促進した重要な要因が前にも述べたおよそ昭和30年頃を境とする社会的、經濟的条件の変化であり、とくに顕著な經濟成長の半面における階層格差、地域格差の増大、人口構造の質的变化等による死因や疾病の様相の変化、国民皆保険計画の進行、医療制度における諸矛盾の社会問題等であることは、否定できない²⁾

社会医学の誕生の社会背景をみつめると、社会医学の定義について諸家の見解がまちまちである理由も容易に理解できる。従つて共通的な話し合いの広場を求めると、Fred Grundy のいうように、「social medicine」という言葉には定まった意味がないことは強調しなければならないが、この言葉を使うときは次の三つの重要な事実を表わしているという点では大抵の人は同意する。1. 多くの疾病には社会的な起源がある。あるいは多くの疾病は一部分は社会的原因に基くと考えられる。2. 疾病には社会的な帰結があり、すべての完全な治療には、医療サービスとともに社会サービスが要る。すなわち社会的救済はしばしば治療の一部として必要である。3. 患者が医療を有効に受けるためには、しばしば社会的サービス、医療サービスと平行して必要である。たとえば妊娠中毒症その他の病気に罹った妊婦が治療のために入院中、幼児をみてやるための施設。³⁾

社会医学の内容についても、臨床的社会医学あるいは行政的社会医学と呼ばれるものから、社会医学の原理、社会病理学、あるいは socialized medicine に至るまであり、公衆衛生の分野との境界も明らかでない。終戦後の日本の社会医学について黒子武道は「わが国の社会医学は、国民保険、医療制度の改善、保健所運営の再検討等、医療保障や衛生行政に關係する問題として取扱われており、諸外国において推進されている社会医学とはかなり異なった性格を示しておる⁴⁾と。橋本正己も「現状は

かなり、制度行政的な問題がとりあげられており、社会医学の研究として発展は今後にまたなければならぬ」と⁵⁾。今後において社会医学研究者が視野の拡大と研究の深化に力点を置くことが期待される。

社会医学方法論においては、諸家の見解は一層に分散している。René Sand は社会医学は社会科学に依存するとともに、医学の諸部門を力とたのむものである⁶⁾。F. A. E. Crew は社会医学は「個人の集団が社会集団を作る過程、集団の構成員間およびその集団と外部世界との關係から發生する医学的諸問題を取扱うものとし、このような定義は社会医学が他の医学諸分科と區別される独立の分科としての地位を示すものであり、その區別は社会的諸概念と方法を健康と疾病の問題に適用することにある⁷⁾と。私は次のように考える。社会医学は医学と社会科学との限界領域に属するが、社会医学の生れてきた背景を考えると、その研究方法は社会科学的方法によらねばならない。(この考えに到達するには靱山政子に負うところが多かった)。ただし限界領域の学問においては、各分野の経験が相互に浸透して高い成果を生み出すことが必要であることを強調しておきたい。俾峻義等は他の分野の問題の取扱いについて「だが社会衛生学の研究者は Rubner のいうごとく、ただ単に國民經濟学の知識を持っている位なことではだめである。否むより根本的に近代における社会の經濟的變遷の歴史、ならびにその變遷を引き起した力の性質について熟知していなくてはならないのである。流れて止まぬ社会現象のただ中であって、社会衛生学者は、彼等の知識をただ歴史のうちあるいは成書のうちからくみとるだけであってはならない。むしろ、よくそれを理解し咀嚼しなければならないのである⁸⁾と。福原義柄も社会衛生学と他の学科との關係について「夫れ社会の福利を図るには国家の任務である。特に社会の大部分を占むる労働者階級の改良策を定めるには政治および國民經濟の学理を推敲せねばならぬ⁹⁾と。René Sand も従来の社会医学に關する論文を批判して、社会的経験と医学的経験との結合だけが社会医学にその真の意義、真に調和ある統一、確固とした体制をもたらすことを指摘している¹⁰⁾。

社会医学の重要な任務は集団の疾病、健康におよぼす社会的要素の影響の解明にあるが、これには実証的分析の必要はいうまでもないが、これだけでは足りないものであって、日本の現実においては、独占資本主義の下における社会的經濟的條件の特殊的な影響があるという認識がなければならない。日本の医療政策が新安保条約という政治的、軍事的同盟という時代的背景のもとに遂行き

れていることを無視する場合にはそこに内在する重要な問題が見落される。

文 献

- 1) S. and V. leff : Health and Humanity 1960 (滋賀秀俊訳 : 健康と人類 p386, 岩波書店, 1962. 2) 福原義柄 : 社会衛生学, 序 p2, 本文 p9, 南江堂, 大正 4. 3) 橋本正己 : 衛生行政学序説 p93, 医学書院, 1961. 4) Fred Grundy : Preventive Medicine and Public Health p7, H. K. Lewis 1960. 5) 黒子武道 : 公衆衛生 24(11), p579, 昭 34. 6) Renè Sand : Health and Human Progress 1935 (白石信尚, 田多井吉之介, 訳 : 公衆衛生の原理 p19, 白揚社, 昭和 24) 7) 暉皎義等 : 社会衛生学 p50, 吐鳳堂, 昭 2.

□社会医学について□

国立予防衛生研究所

小 宮 義 隆

歴史的にみると、現在意味する社会医学と違った時代があった。すなわち、法医学のことを国家医学もしくは社会医学といった時代がそれである。社会医学と似ている言葉で、社会衛生という言葉もあったが、これはアメリカおよびドイツで使っていた。アメリカでは性病を意味していた。しかし、ドイツの Soziale Hygiene は、Grotjahn のいわゆる Soziale Pathologie という意味で使われていた。

本邦では、現今に似た意味での社会医学という言葉を使い始めたのは、おそらく東大の社会医学研究会だと思ふ。1923—24 年に東大社会医学研究会が発足し、これが各大学の連合体に発展し、一時は全国の 20 数校にまでおよんだ。

当時の社会医学研究会は、次の理念に出発していた。当時の医学教育はもっぱら治療を中心とした専門技術教育であって、医学の対象は自然的な内外環境と人体との関係において疾病を論じ、その疾病の治療を主たる目的としていた。しかし、人間の社会生活が複雑となるにつれ、この間に社会的諸因子が疾病の消長ときわめて重要な影響を与えているのが現実である。従つて、自然と人間との間には、社会という複雑な機構が存在するが、これが疾病に影響を与えることを研究し、その悪影響を除去、ないし疾病自体の予防を志さず分野がなければならぬ。社会医学は、この分野における新しい研究およびそ

の研究成果を、疾病除去および予防のために利用しようとする新しい分野である。これが当時の社会医学研究会を発足せしめた理念であった。

なお、右の考えはドイツの社会衛生学者 Grotjahn の影響も多分にうけていたと考えられる。

当時、日本では学生社会科学運動というのがあり、例えば東大および各大学には、社会科学研究会が全国的な連合団体として存在していた。これは主として法文科の学生が中心であった。しかし、主として技術関係の医科・理・農・工等においては、これに社会科学の知識と理解とを普及することは必要ではあるが、同時にそれぞれの専門分野の問題と密接に結びつかなければ意味をなさない。社会医学研究会は、こうした意味においては、当時の社会科学運動が、専門的な分野に具体化されたものとみることができる。事実、社会医学研究会が成立してやがしばらくたってからは、社会科学研究会の医学分野ともなっていた。

さて現在においては、社会医学という言葉には 2, 3 の異なった解釈が存在しているようである。

その一つは、社会医学の主たる研究対象は、社会保障の問題であるとするものである。もちろんこの分野も、上述の考えを具体化する場合の一分野、ひいては当然これに含まれるとは思ふが、社会保障自体を、その研究の主たる対象とするのは疑問があり、むしろ社会医学の一研究分野として取り扱われるべきであろう。

他の一つは、社会医学の対象は公衆衛生のそれと同一であるが、ただその研究方法の違いであるとする一派である。すなわち、社会医学は主として集団および個人の分析を行なう分野であり、公衆衛生はその分析の結果の具体化をはかろうとする分野である。しかし、この考え方は同一の対象を方法の差違のみによって、理論的にわけているという弱点をもつ。

むしろ、私の考えによれば、社会医学の基本的な考え方は次のようなものである。私達が東大社会医学研究会で歴史的に発展させてきた考え方を基礎とするのがよいと思う。すなわち、社会医学とは、人間の集団を対象とする場合には、この集団の健康ないし疾病現象を特にその社会的観点から解析し、その成因の疾病および健康に影響を及ぼす社会的原因を究明する。個人を対象とする場合には、その個人の疾病および健康に直接間接に影響を及ぼす社会的原因を追究し、これを解明する。かくして得られる健康および疾病に悪影響を及ぼす社会的原因は、社会機構それ自体を調整することによって、これを除去しようとするのが社会医学である。(紙上参加)

“社会医学をどう理解するか”についての討論

會田長宗(座長) 皆様方からきたんのない、いろいろな意見を拝聴いたしたい。また、いままでお話をいただきました先生方にもご質問なり、補足なりしていただきたいと考えます。あるいは仙台とか岡山とかでもいろいろと中間的討議が行なわれたと聞いております。なるべく皆様から自発的なご発言をお待ちしたいのではありませんが、差支えなければ、東北大の前田先生あたり如何でしょうか。先生個人のご意見でも結構ですから口火をきっていただきたいと思います。

前田信雄 私の考えでは、理念あるいは原理として、あるいはもっと明確にフィロソフィーとして、この社会医学をとらえてゆく仕方に対して危険を感じます。というのは、何かそういうことでもって、今われわれに課せられている必要というものを、ぼんやり誤躰化してしまいはしないかと思ひます。それから Grenzgebiet という観点、いわゆる医学者が社会保険の問題を、あるいは経済学者が社会政策学の中の医療保障の問題、医療の問題をとりあげてきた歴史というものを、何か軽視する、なかでもその体系を作ることへの軽視が生じはしないかということが懸念されるわけです。

それから実践と科学体系の問題ですが、あくまで理論の独立性ということをお自身必要と感ずるものですが、この底にある実践的背景というものはすべての科学についていわれるわけです。しかしその重要性というものが、ともすればたんなる実利主義におちる傾向が今までにしばしばあったのではなからうかと、こう懸念するわけです。即ち科学の体系の明確さということが、やはり科学者の第一義的な仕事として、必要なことではないか、そして実践は第二義的と申すわけではありませんが、それは科学者の社会的責任という観点から、応用の問題がその次で論じていかれるべきではなからうかと考えます。

青山英康 司会者にまず質問したい。今日演者の方々を用いられた用語の概念にいろいろ違った用い方があるように感じます。その点、打ち合わせができていのかどうかお尋ねしたいわけです。それから第二の質問ですが、これは黒子先生にお尋ねしたい。今日の時点において社会医学研究会が生まれ、こういった問題を取りあげなければならないという点の分析はどうなっているのか、それから第三に講師の方々に質問申し上げたいので

すが、社会階層的とらえかたを非常に重要視されているわけですが、それならばますます講師の方々自身、また会員自身の中で、どういった階層の対立の問題としてとらえているのかという点が非常に不明確じゃないかと思うわけです。現在こういったことをすすめていく上で、どういった形の対立点を探しておられるのか、と質問したい。

會田長宗 要するに演題にもあるように、これは社会医学をどう理解するか、その理解がいろいろ、まちまちだろうというようなところからお互の意見を述べて、そしてまた自からの意見をかえる。また多勢の人達の討議の間に筋がはいることを一応期待する、というようなところからスタートしているので、しいて用語の定義というものを皆の間に統一しようということにはしていません。ただ、福原義柄先生あるいは、暉峻義等、林俊一というような人達の意見は、文献を皆で一度目をとおした上で、話し合おうというようなことは申しあっております。

黒子武道 2番目の質問についてですが、今日私どもが学んだ医学のように、生物科学における思弁というような、理解の段階ではいけないわけで、人間が社会的存在である、したがって社会的存在の社会的側面が順次理解されるようになって来なければならない。社会的関心、人間に対する関心が最近非常に発展してきている。そういう意味で医学が反省され批判されている。これが新しい社会医学を育てなければならない理由の一つだと思ひます。

庄司 光 おそらく方法論とか社会科学の立場から、いくつかの立場が、たとえば経済学においても近代経済学といわれるような立場もあるし、古くからマルクス主義の経済学もあるので、それぞれの社会的立場に立つ人々がどのような立場をとるかということと関連します。従って社会医学においても、いろんな人々の立場があります。国民の健康という問題を述べていく場合には、どの立場からかかっても、最終的には一つの真理に達するはずで、おのおの自己の立場というものを分析しながら、お互いにもっと議論すればよい。議論することによって学問は発展し、国民の幸福をももたらさうのではないか。

もう一つ Grenzgebiet の問題で、どちらに重点がある

かということ、その時代の時点で変わってくると思う。どちらがイニシアティブをとらなくてはならんかということ、問題にならない。サイバネティクスという学問がありますが、これは生理学者・数学者・電気工学者の Grenzgebiet として存在するのですが、これを研究する際には、誰もが程度他の分野に通じて、生理学者のことを数学者もある程度理解する。もっとも程度が問題ですが、まあ大学出といった程度でしょう。全然常識もなしに加わったところで、全然相手にしてくれるはずがない。われわれ社会医学者として医療保障・保険制度を論ずるのも大いに結構ですが、論ずる以上そういった面で充分自信をもって論ばくするだけの知識をもち、この面での医学の価値を十分明示するだけの勉強をしていかねばならない。そういった点が、うまく調節できてないところに問題があるのではないかと思います。

曾田長宗 先き程の質問で、社会医学が最近において、何故世間または医学者の間で注意をひくようになったかという問題を提起されたが、これは将来社会医学がのびていく上において一つの重要な問題であると考えます。それについて、黒子先生がひととおりの意見を、例えば医学の中に社会科学的な技術がもちこまれた。しかも、ただ無批判に社会的観点をもちこむというだけでなく、正しい社会科学的方法というようなものが医学の上に応用されるようになった結果であるというようにいわれましたが、その他にも特別の理由というものがあるかどうか、例えば、公衆衛生学に対する一つの批判だといわれてもいるのですが、さてどのような批判かといったことを、皆さん方からご意見をおうかがいしたい。

それともう一つ、庄司先生のお話の間に、医学の中に、社会的な観点をもちこむのだ、社会的観点より医学の問題を論ずるのだ、その際に、社会的観点というのが、ただ社会に多少とも関係がありさえすればもう社会医学的研究だ、というような安易な考えでは困る、というようなことを話されたのですが、庄司先生にさらに伺いたいのは、しからば、正しい社会的観点とは如何なるものか、あるいは、それが出てこないなら、どのような観点がまちがっているのか、できればその点をもう少し突込んで話していただきたいと思っております。

稲田素臣 私がこの会に期待するものは、どういうものかということの説明させていただきたい。先に話に出ました経済学ですが、これがケインズ以後近代経済学という新しい分野を開いていった。一口に言って、近代経済学というのは、無政府の資本主義の社会から非常に強力な国家というか、政府というか、これが経済行為に強

力に干渉するようになってきてからの経済の法則なり、経済政策なりの研究だろうと、こう思うわけです。日本においても最近国民皆保険と称して、医療行政が非常に政府により干渉されるようになって、いままでの医学、臨床医学にはじまり、労働衛生、いわゆる環境と健康などの分野の医学の他に、最近政府なり、国家なりのなしてきた医療政策という問題が非常に重要な関係をもつようになってきた。ところがこの分野の研究が余りできていないので、この方向からの新しい法則なり、技術なりを次々とみつけだして行かなければならないのじゃないか。言葉として社会医学というものを、われわれがきいたとき、どこそこの工場でどういふ特殊な労働災害がおこっているか、どこそこの貧民窟でどのような病気が多いかといったことをしらべるのが、社会医学だと、われわれは今までは考えてきておった。それで今度でも、社会医学をどう理解するかということ、そのへん頭の中がごちゃごちゃに、どうも混乱する。私が考えるのに、これはやっぱり、どうも、医学的というよりは、医的社会学とでもした方が、よっぽどすっきりするのではないかと思います。

原島 進 だから、私は学として、原理として、今おっしゃったような意味の、その問題を、もっと学問としてほりさげなければいけないのだ、と私は考えている。それは先ほどからお話のありましたような意味で、何故社会が要求するのかということ、私の答は、それだといいたい。一方において、国の医療問題にしても何にしても、皆健康につながる問題で、これは活動としては公衆衛生だという定義をもっている。公衆衛生の一つの Method として社会医学はあると私は思っています。ですから、社会医学というものは、Modern Epidemiology でもいいということ、2、3の所で書いてもおきました。それは医社会学でもよいかと思いますが、社会医学は、ちょっとちがうように思っていますが、それは別として、名はどうでもいいのであって、社会医学はそういう公衆衛生の非常に重要な方法だと私は思う。あるいは原則だと思ふ。

橋本正己 先程から問題とされております、何故日本に社会医学研究の必要が叫ばれるようになったか、という点については、もち論従来の医学教育問題とか、医療制度の矛盾が表面化してきたとか、いろいろ理由はあると思いますが、私、自分で従事しています公衆衛生という立場から考えますと、4～5年前に、非常に具体的な形で研究会結成の必要が叫ばれたときに、私自身の受けとめ方としては、これは今までの公衆衛生に対する批判

という意味だけでなしに、中からのといいますか、実際に公衆衛生という筋で仕事をすすめてみた結果でた自己批判だというふうに思った次第です。公衆衛生は批判されるものをもっている。それは、例えば私は衛生行政を勉強していますが、例外はあるが一般的なながれとしての物の見方が、制度的というか、政府的立場で物を見てゐるんじゃないかということ、自分のやっていることについて、そんな感じがするわけです。私自身、したがって衛生行政という立場にしても、政府的立場がつよく支配しているというのにはそれだけの歴史的理もあるわけですが、やはり、それではいけないという批判、住民の立場から、地域住民の立場から、政府的な立場からとは全く逆の立場からの批判というものが必要なのではないか。また公衆衛生活動の問題としても、大変技術的問題に重点がおかれて、そのやり方はとに角画一的で、平均値ばかりを論じ、結果的には、未解決の問題が沢山残され、矛盾を感じずにはいられない。私自身の感じている公衆衛生の反省とは、公衆衛生活動の矛盾を自覚するという意味なのですが、そういう立場で、何回か社会医学研究会に参加させていただいたわけですが、やはりものたりない、ものたりないという大変無責任になるわけですが、批判なら批判らしく、これは公衆衛生と違うなあという点が具体的に出てくることを期待している。そういう意味で庄司先生の話が一番びったりくるのです。それを具体的につきすすめたら、一体どういうことになるのかといった点は私は庄司先生に突込んでおききたい所です。

庄司 光 批判としては、矢張りかたまつた1つの社会的な勢力といいますか、圧力団体ではちょっと困るでしょうけれど、そういう性格がなければ、公衆衛生に対する批判というのが、加えられないので、そこで社会医学をどうやっていくのかということでもわれわれ学者が集まっているわけです。私一人ができることではなくて、皆が手をくんでやらなくてはできない。そういう方向づけというものは、この会が生まれてもう3年目ですから、もうそろそろ出てきてよいはずですよ。例えば西成のような所では、人間の生活以下の栄養しか支給されていないというような問題がでていますが、これをもっと突込んで、社会医学的なものをやりたいと思い、関係者といういろいろ話し合っておりますが、結局そうした段階では期待したくとも、答が出ないというあきらかな事実がある。それはあそこの社会構造といいますか、西成区の釜ヶ崎に限らず、いわゆるスラムの構造というものは、どういう社会構造によって支配されているかということ、いわゆる

日本の経済の二重構造の中で、いろんな差別的な問題もあるが、そういうようなものもしっかりくみ入れて解釈したい。

また、都市計画と公衆衛生との関連を考えた場合に、医療組織をどうしたらよいかということをもってきただけでは駄目で、もっと根本的に考えるようにならなくてはならぬ。研究自体、またはそういう都市計画自身にとけ込んでやると考えていかなくてはならぬ。地域の社会医学といった問題を地域の住民とか、労働者との関係というものに即してつかもうと思ったら、労働組合との提携というものを解決していかなければ展開できない。社会医学という研究自身が、行動とか実践とかは別として、そこに実際に生活し労働している人達と提携しなければ真実はなかなかつかみ得ない、ということが現在の社会だ。だから単なる官庁統計だけでは社会医学はなりたたない、これは、相当大事な点ではないかと思う。このような立場の研究が、公衆衛生院で出来る出来ないは別問題です。要するに各々の立場でやられる別の事もあるはずですよ。官庁統計としてつかみ出させるものもあると思う。本質的には労働している人々、地域の人々と提携して運動する人達、公衆衛生従事者の方も、沢山きておられると思いますが、そういう人達が社会医学に大きく期待していると思う。

大谷藤郎 ただ今の地域とか釜ヶ崎の住民の話の場合のように、やはりそれをとりまく社会は高度に複雑化している、巨大化しているという現実を考へて、複雑な社会機構のなかにおける保健の問題を、科学としてどのようにとらえてゆくか、その方法論の差の問題がもっとも大事だと思うわけです。そこで、とくに靱山先生の医学生態学と社会医学の方法論の差ということですが、実はこれは抽象的な議論ではなく、分析の方法というものをradicalに論議している。技術としてとくに多く用いられるのは統計学的方法論ですが、この中で社会科学的方法論とは何か、といったようなことが論じられなければ、科学としての社会医学の体系は正しいものとしてはなりたたないのではないかと考えるわけです。

小林治一郎 公衆衛生も社会医学も同じようなものを対象とし、現象のつかみ方は両方とも進まないはずだと思う。問題は対策をたてたり、原因、その将来の対策に理解をどのようにするかということでも差が出てくるのではないかと思います。方法論的にいくと、自然科学的方法が、社会科学的方法を如何に導入するか、社会そのものを正面からとり扱っている社会学者の段階までは、なかなかいけないうえ、それに近い線まで、われ

われがいかなくは、社会医学というところまでいき得ないのではないかと考えています。

渡辺 弘 庄司先生、萩山先生にご教示願いたい。問題点を階層でとらえよとか、生産関係においてとらえよ、社会の動きの中にとらえよとか、というような問題は、結局一つの心のもち方というか、考え方であって、必ずしも社会医学を、別個に、学問的に体系をつくる必要もないし、公衆衛生学の中にその心がまえをもっていけばよいという気もします。それは原島先生のいっておられる一つの社会科学的方法論をとり入れて公衆衛生学をすすめていくのに近いと思うのですが、そのような考え方でいて、実際に社会の疾病を論じていくとするのなら、健康な社会というのを何においてお考えなのか、そういうものを現在のこの system の中に求めることができるのか、できないのか。もとめようとするのは幻想であるのか。もう一つ萩山先生がちょっと引用されていた言葉、社会主義化された国においては、社会医学の問題は自然に自然科学的發展をとげていこう、そういう weight が重くなるだろう、とっておられました。果してそういうものなのか、現在の日本の社会医学の問題は、そういうふうな過程において、解決されるということに暗にほめかされたことなのか、ということをお話していただきたい。

萩山政子 今の社会でもある程度は改善していけばよくなると思う。先程の引用は、林俊一先生のおっしゃったことで、私もそうなるのではないかという気がします。現在の社会体制では矛盾が多い。こうした矛盾があるような階級関係としてあらわれてくる。そういうものが、疾病を規定してくる。社会関係が改善されてくれば、当然そういう矛盾は少なくなってくる。そうなってくると、自然条件というものをはっきりしてくる。しかし、そこまでいかぬ段階を考えると、おそらく林先生のおっしゃったのも、戦時中ですから、その辺の次元で考えると、社会主義的社会の方が、社会的 dimension が少ない。そんなふうに考えます。

庄司 光 これは決して心の持ち方ではなく、生産関係を基本としていろいろな条件をみていくという社会科学的方法を踏習するのが基本的な考えであり、これが社会医学の成立する基本的な条件だと思います。また、心の持ち方だから公衆衛生は社会医学の一部分でいいという議論にも賛成できません。次に幻想かどうかという点ですが、まさか渡辺先生がソビエト医学を紹介するのに幻想として紹介しておられるとは思わんですが、実際萩山さんも先程一寸述べておられたように日本の戦前

の社会と現在とを比べてみたとき、階級間の力関係が変わることによって徐々にではあるが、よい方向に向っているし、イギリスにおいても、資本主義でありながら、福祉国家の方向へゆくことには、労働党と保守党との力関係の変化などがあるのだそうですが、この点をみても徐々にではあるが、よい方向に近づくことも可能だと思います。人間の理想、健康の理想というものも、段階的なものでここまでできなければ、すべて幻想だといった考えは当たらないのではないかと私は思います。このように社会関係をみれば、希望もあるし、社会医学に対しても、こうした改革の力あるいは力の方向づけになってほしい、というのが国民の要望ではないかと私は思うのです。

青山英康 萩山先生にご質問したいのは、先程のお話の中にあつた社会医学という以上、何か学問的体系がなければならぬ。その学問的体系とは何か？私、逆にその学問的体系とは立場じゃないかと思っているわけですが、その先生のおっしゃる学問的体系とは何をお考えなのですか。

萩山政子 体系化していこうとすること自身おかしいとお考えになっているんじゃないかと思いますが……？一般に医学の方面の方々は体系化とか概念とかをあまりおすぎじゃないと私には感じられますが、やっぱり一応の体系化ということをやっていきませんと、その学問をすすめていく上で問題もあるし、何をやっているのかわからなくなってしまうことになると思うわけです。

古市圭治 原島先生が細かく分析されましたなかで、公衆衛生の所にはいわゆる学というもの、ついていないんですけど、これは学というのをつけましても、やはり同じように定義が「健康の保持と回復の補強活動」ということになるんでしょうか？

原島 進 貴方のおっしゃった通りです。公衆衛生学がおすぎなら学でもいいです。しかし私は衛生の方を好みます、内容はどうでもいいと思います。学とかいてあるからどうしてもいわゆる学であるというふうに考えなくていいんじゃないかと思いますが。これは私のすぎきらいかも知れません。

山本理平 私は、現在の立場というのは、社会福祉—児童福祉、その中でも医療部門を担当しております。この研究会に参加してみてもやはり今の所、まだ靴の上から搔くみたいな感じで、なんとなく物足りない感を禁じ得ません。少なくとも現在日本では敗戦後ある程度の社会福祉のルールというのが設定された。それで15年余たちまして、やはり世間の情勢あるいは政治的力関係の何

といえますか、押しやり押しされたりという関係が進行している。そういう場においてわれわれ医療関係者は戦後に確立された原則をどうして守ってゆくか、実際に社会福祉サービスを行なう立場、それに対する責任をなんらか果さなければならない。いつでも社会医学会というものは、そういう責任を意識してもらいたい。

武田恭子 京都の南の方の小さな病院で働いている臨床医です。私達の小さな病院は、千本の日雇労働者とか、あるいは中小企業の労働者を相手にしております。一番大きな問題は治療していて、相手が治癒したと思ったらまた現場へ働きにゆき、また悪くなって入ってくる。5回も6回も同じ入院患者を同じ疾患についてくり返しているところに、治療の限界を感じているわけです。これは私達病院医療労働者すべてが共通に感じている問題であって、いわゆる治療というものをやはり社会医学的なつかみ方をしていかなければ、こういう問題について発展はないのだと皆が話しあいました。いわゆる学問とか、体系化ということも必要なことでしょうが、私達医療労働者として、ある一定の立場における考え方というものを望みたいという考えで聞かれています。ですから公衆衛生の立場からの批判として、社会医学に対する要求が出ているというだけではなくて、末端で働く臨床医がやはり社会医学というものを、大きく要求しているんだと思います。ただこのようなところと結びついていないというのが現状だと思ひ、この点もうすこしつっこんでやってゆく必要があるものと感じています。

渡辺好枝 現場に働く保健婦、地域住民の方と、現在の医学医療との中間にいてうろろしている保健婦として、私達がほんとに困っている問題がこの研究会の中で解決できるのではないかと、と期待して会員になったわけです。私達がどのような方向で、現場の問題をこの社会医学研究会に持ち込んで解決の方向を見出したらよいのか、というのが1つ1つ問題ですが、現在の非常に高度に発達した資本主義社会の中にある医学というふうなものなかで、農村における疾病の状態というふうなものに向き合っていると、何故私達は矛盾を感じ苦しまなくてはならないのでしょうか。どのような点かといいますと、乳幼児死亡が低くなったといわれますけど、まだまだ現在の医学で改善できるはずの乳幼児死亡率が依然として高いということでもあります。結核の問題でも、命令入所がなされたといっても、何故半数くらいの人達が在宅療養でもって、中途半端な所で労働しなければならないか。健康保険は皆保険になったといわれても、や

はり保険税は増加しますし、住民の人達の支出の面は多くなってきていると思います。また農村における労働と、農村の人達の健康という問題を保健婦という立場でみると現在の医療の問題、公衆衛生の問題がどう結合されて発展しているかという問題に疑問を抱くわけです。そういう点がやはり解明されなければならないと思うわけです。もう1つはそのような現場で保健婦として非常に苦しんでいる中で、厚生省が提起してきている問題は医療従事者の教育でこういう風な問題が解決できるのではないかと、幻想をもたされているという点であります。質のよい保健婦、衛生環境監視員や看護婦を養成すれば解決できるのだといわれていると思うのです。しかし現在の人員不足、そして貧弱な社会保障の現状のなかでは、どんな素晴らしい保健婦が1人、2人いても、解決できないのではないかと、そのようなことを含めて、社会医学研究会に期待すると同時に私達も参加したいと思ひますので、非常に素晴らしい学者の方たちの論議の中にへんなことを話し出したと思うのですが、一応私の意見を述べさせて頂きました。

丸山 博 今お2人のご婦人からまさしくご指摘のように今の日本の医学の関係者の現状はこれでいいのだろうかというところから出発して、社会医学研究会をつくらざるを得なくなったと私は了解する。衛生学や公衆衛生学や臨床医学の現状にあきたらない人たちが、社会医学研究会にきていると思うのです。ところが私自身今日の発表の乳児死亡の社会医学的に考察するという問題を出しました。これは私自身が乳児死亡という問題を通じて社会医学的に考えることに失敗している事実を皆さんに批判して頂きたいという積りなのです。私自身が今まで乳児死亡の問題を手がけてきましたけれど、まだまだ未熟でとうていこんな言葉では社会医学の名に値しないのだということを痛切に感ずればこそ皆さん方のご批判を頂きたいと思ったのですが、どうも皆さんの討論が質問は大体統計的取り扱いについての技術的問題についてしか討論されていなかった。これは、まだまだ社会医学研究会が未熟だ、やはり私と同じ程度なのだ。ということを示したもののようであります。やはりわれわれ自身が、主体性をもって実践するという所に社会医学の特徴があると思ひます。社会医学研究会を私がどう理解するかということは、もっともっと実践していくこと、私自身は社会医学研究というものを、こんなつもりでやっているのだけど、思うようにこれが出来なくて苦しんでおり、こういう多勢の方々の応援を求め、あるいは批判を頂きたいということでこの研究会に出ているわけで

す。

南雲 清 医学というものは初めから社会性をもって
いるということではないかと思っております。そういう
社会性をどういうふうに体系づけるかということにつ
いて、今まであまりにも散発的であったし、社会医学研
究会が生れたのは、あまりにもおそすぎた感があります。実
は狭義の社会医学という意味で解釈していただければよ
いと思いますが、現在伊豆の離島にいますと、医療制度
というものは全然今まで中途半端なやり方をもって、島
民の犠牲とあきらめということですませてきたという有
様です。それから医療体系はこれでよいのか。私は、こ
れではよくない、むしろ医療体系をたてなおすのがわれ
われの仕事であるというふうに感じてます。そこで日本
の医療体系というものをつきつめて考えますと、どうし
ても社会医学の問題にぶつかってくるのではないかと。そ
の点で、社会医学をどう理解するかという問題について
も、やはりこの医療体系ということを手がかりにして、
社会医学的考案をクローズアップし、Social にこの問題
を解決するのだから、われわれの使命というのは達成
できないと思えます。

原 一郎 13年来労働科学ことに職業病の調査研究を
やっております、いわば職業病の臨床家といった立場
から、話したいと思えます。数年前ベンゾール中毒が大
阪や東京でも沢山出たのですが、これについて行政的措
置がおくれたわけです。そのときに何故このようになった
か、ということ考えたわけですが、その時に現在の
保健所活動が住民の底辺層にまでおよんでいないとい
うこと、成人病対策とか結核対策であるとか、そういった
中央からの指令によって地区の行政がおこなわれている
こと、そこに一つの問題があるのではないかと思いま
す。もち論そこには保健所の人員予算といったことも関
係あると思えます。

それともう一つ実際の活動の面からいいますと、労働
衛生と公衆衛生の関係、つまり労働者の担当している労働
衛生行政と厚生省が担当している保健所活動といった
面のギャップをうめ、なんとか一体化してやらないと中
小企業、零細企業あるいは内職者の保健問題は解決しな
い。そういうふうに思っております。それから公衆衛生
学会といいますのが、なにか保健所の学会である。そし
て厚生省なんか批判する発言はしにくいのではないかと、
そんなふうに感じがしております。社会医学研究会
にはそういった上と下、中央と地方、そういった関係を
全然はなれて、まったく自由になにか社会医学、公衆衛
生的なことが議論できるのではないかと、そういった期

待を私はもっております。

それからもう一つ、原島先生が社会医学ということに
ついて、歴史的観点ということをおっしゃったのです
が、私も将来は社会医学という名はなくなってもよいの
ではないか、とそういう感じもっております。公衆衛
生とか社会医学というものがほんとうに存在する理由が
いつまでもあるかどうかという点について若干の疑問を
もっております。

橋本周三 最終的にはやはり公衆衛生と社会医学とは
同じ所に終着するのではないだろうかと感じます。その
第一点は、実践ということですが、その問題が一つも解
決された形で討議され、解決を得ていないところに多く
の人々の不満があるのではなからうかと考えます。私は
政治または行政にむすびつかなければ最終的解決はあり
得ないだろうと思えます。というのは現在の組織はいわ
ゆる法治主義と資本主義社会とにくくりつけられている
わけです。その中でいわゆる医学的ヒューマンイズムの矛
盾が当然いろんな問題としてあらわれてきているのでは
ないだろうかというふうに考えるわけです。だからこの
いわゆる法治主義、資本主義とそれから医学的ヒューマ
ニズムとの矛盾をどのように解決したらよいかというこ
とは、それが公衆衛生の実践の場としての問題ではない
だろうかと思えます。このような社会問題の解決という
ことは、いいかえれば政治的な責任をもって、その問題
を解決していくことだと解釈するわけであります。その
意味において疾病の社会的発生機序をあきらかにするた
めの行政的事務の組織化ということが、まず最初におこ
なわれなければならないのではないかと、それから、いわ
ゆる健康問題を中心にした生活環境の体質的改善に対す
る方策として、法的責任を明らかにした国家的対策がた
てられなければならないのではないかと考えます。

まとめ

曾田 3時間に亘り、主演者をはじめ、多数の人達に
発言していただきましたが、皆様もお聞きの通り、この
シムボジウムで論じられたところは、極めて広汎で、
しかもいずれも確たる結論を得ることがむずかしい問題
許りであります。

まず最初に、現在このような状態にある社会医学の体
系化をはかることの意義について、意見が交わされまし
た。社会医学は実践と緊密に結びついたものであるが、
社会医学が科学であるためには、学問としての体系化を
図らねばならぬ。この努力がなくては、無駄のない有効
な実践の基礎たるべき理論が生れない、という意見に対

し、どなたも原則的には異論がなかったようです。しかし、社会医学は、特に実践を重視すべき学問の分野であって、体系化の努力が抽象的論議に終わることを恐れるというよう意見も、繰返し述べられました。実践という意味は、具体的な社会医学の研究、調査を進めることとも考えられましたが、特に臨床医師、第一線で医療または保健活動を担当している保健婦、看護婦、監視員などの日常の活動を、社会の要望に添うように進めるということにもっと重点がおかれてしかるべきではないかという主張がひそんでいたように思えました。

このような考え方の微妙な相異は、社会医学的研究の対象が集団か個人かという問題にも現われていたようです。社会医学が個人医学に対座するものである限り、社会生活を共に営んでいる多数人、すなわち社会集団を対象とするものであることは、原則的に皆の認めるところでありますが、個人を対象とした社会医学的研究というものがあるか、あり得るかという点については、それは集団的検討をすすめるための資料を得るという意味でのみ価値があり、また個別的事例の社会医学的意義を論ずるには、集団的観察によって得られ体系づけられた知識が前提されているのだから、社会医学の研究対象はあくまで集団的と規定すべきであるという見解と、個別的にも各患者についてその社会的な生活条件を明らかにすることそれ自身に大きな価値を認めようとする何れかといえば第一線の活動を担当している人達に多い意見があつたようです。

次に、社会医学は集団を研究対象とするという場合、その集団とは何か、唯大勢のものが集りさえすれば、社会医学の研究対象となるのか。この点についてはただ単に個々別々の各人を多勢一まとめにした、いわゆる生物集団としてではなく、人類独特な社会的な生活を送っている社会集団として見なければならぬという意見が述べられました。これに関連して、籾山さんから、そもそも生物学的立場からいっ出された生態学、さらにその考え方を医学の分野に適用された医生態学、これに対し社会科学の一分科たるべき地理学、その特殊分野である医地理学などの諸科学と、限定された意味での社会医学との比較が論ぜられました。

同様に、社会医学は、社会集団を研究対象とすると、社会的観点あるいは社会階層の立場に立つて、健康、疾病の問題を論ずるなどいわれるが、その社会というものの見方はどうなんだ、という点もいろいろ論ぜられ、私はこの点が非常に大切な所だと感じました。

唯単に、所得の多少とか、職業の相異とか、健康に

およぼす影響というだけでは、社会医学的検討を十分に尽したといえないだろう。もつと、世の中の動きを規制する根本的なものをえぐり出す。すなわち、今日の社会の社会経済的構造を適確に分析し、その運動法則のおもむく所を明かにして、その社会各階層におよぼす影響、またはそれによる健康阻害をどうして防ぐかを明確にするのでなければ、根本的解決の道は求められぬのでないか、というような意見が述べられました。

このような分析や検討は、私共、医学やその他自然科学関係の教育を受けたものにとつて極めて困難であり、これが、将来私共の社会医学研究会に、もつともつと数多く社会科学関係の学者や運動家に入って貰わねばならぬ理由の一つであると思います。

社会医学が医学の他の分科と異なる理由は、強く社会的な観点を打ち出すことにありと考へれば、社会観察のために、社会科学的方法を用いなければならぬことは、当然であります。しかし、社会医学も広い医学の一分野だと考へれば、医学研究の方法、自然科学的研究が無視できないということも理解できる。

私は、この席ではありませんが、今までに、医学または自然科学出身の会員からは、社会医学の方法として社会科学的方法が大切だという意見を多く聞かされ、医学以外、社会科学関係の人達からは、多く、医学的研究方法が大切だと聞かされました。お互いに不得手な学問をもっと学ばねばならぬと考えている結果ではないでしょうか。

結局、両方が必要ということになるのでしょうか、唯並列させてよいのかどうかなどの疑問があり、医学自身が本来社会的な科学であり、社会的な要請から生れた応用の学問なのだから、社会科学的方法が優位に立つべきだと意見も出、今後なお検討を推し進める必要があると考へます。

また、集団的な社会的観察を行う場合、統計的方法がその有力な武器となり、その効用と限界、これを利用する場合の注意事項など、問題の提起はありましたが、充分論議をつくり得なかつたことは残念であります。

社会医学は、戦前にも唱えられたが、その頃には充分な裏りを見せず、ようやく戦後におよんで、国際的にも、国内的にも、広く論議されるようになったのは何かという問題の提起は、極めて重要なものと考えられ、医学一般、特に臨床医学の在り方、更に従来からの公衆衛生学に対する反省または批判の結果であるとの意見が述べられましたが、臨床医学に社会的観点が足りなかつたこと、公衆衛生に民衆自身、社会各階層の立場が充分

に反映させられなかったという以外に、今後もっと細かい、具体的な検討が加えられなければならないのではないかと思われました。

今申し上げた所からも、公衆衛生学と社会医学との相違如何という問題が浮んで来るのですが、このほか予防医学、衛生学など、多くの隣接または類似の科学分野についての説明を原島教授や萩山博士から伺いましたが、今回充分討議できなかった所は、会員一同ゆっくり考えさせて頂いて、別の機会にでも再び意見の交換を致したいと思っています。

最後に、社会医学の内容、研究範囲としましては、本シムポジウムの主演者、発言者および今回の研究発表者を含む会員諸氏の御意嚮を察しますのに、それは極めて広汎なものであり、社会医学的な見地に立ち、社会医学的方法を用いて取り上げるならば、各種傷病の発生、蔓延におよぼす社会的要因の影響、その対策、医療問題、社会保障問題、病院スト問題など、いずれも社会医学的研究の内容となり得る。ただ問題は、その取り上げ

方如何による、ということになるようです。

以上皆様のご討議によって、かなりはっきりして参った点もありますが、結局、今日の段階、すなわち今日私共のもっている経験と資料では、社会医学的研究とはこういうものである、こういうものであるべきだという確たる結論を全面的に出すことが出来ないようです。

今回、このシムポジウムに参加し、発言下さった方々、特に主演者の役をお引きうけ下さった先生方に、いろいろとご教示願ったのでありますが、私共は、これから、更に考えてもみ、話合いも進め、特に、今回のお話を参考として、これこそ自分が社会医学研究として恥しくないものと思う研究成果を、来年は、持ち寄って、遠慮なくお互いに批判しあい、このような方法で、数年後には、今回よりも遙かに立派で、はっきりした結論に到達できるようにしたいものと考えます。

甚だまずい司会でありましたが、これを以って、しめくくりの言葉と致します。

一次号予告 (26 卷 12 号)

【第 3 回社会医学研究会シンポジウム】

医療保険の統合をめぐる諸問題……………阪大微生物研究所 関 梯 四 郎・他

【綜 説】

統計からみた医療保険格差(続)……………厚生省統計調査部 中 村 文 子

医療保険の統合と保険医……………京都府保険医協会 稲田素臣

乳癌の発生要因に関する研究 (1)

胸部の発育、維持に関する栄養因子とその定義について……………国立公衆衛生院 佐藤徳郎・他

有機リン中毒解毒薬としての Oxime……………日大薬理 保 刈 成 男

ガン(悪性新生物)の死亡率……………九大名誉教授 水 島 治 夫

血液事業の現状、とくに供血源対策について……………厚生省薬務局 小 玉 知 己

【公衆衛生最近の進歩】

寄生虫……………国立公衆衛生院 大 島 智 夫

戸田正三先生の面影(御一周忌にあたって)……………京大教養部 川 畑 愛 義

〔第 3 回社会医学研究会シンポジウム：続〕

医療保険の統合をめぐる諸問題

出席者

〈司会〉 関 悌 四 郎 (大阪大学教授)

〈演者〉 近 藤 文 二 (大阪市大教授)

仲 田 良 夫 (健康保険連合会業務部長)

中 村 正 文 (神戸商大教授)

1962 年 7 月 29 日
於 京大楽友会館

司 会 現在のわが国の医療をめぐる問題の多くが医療保険の不統一に起因しているということはしばしば論じられているところであります。ところで医療保険の統合ということを考えるにあたって、そこにどんな問題があり、今日どのような過程にあるか、そういうことを検討するためにこのシンポジウムを開くのであります。本日の演者として壇上にお見えになる 3 人の先生方は、今までこの社会医学研究会と直接には関係のなかった方々ですが、とくにお願いをして来ていただいたのであります。演者の先生方は医療担当の側の方ではありませんが、今日のシンポジウムでは、演者のお話をおききして、それで問題についての知見を得るといふにとどまらず、さらに医療を担当する側の立場から、皆さんの平素のお考えを述べていただいて、両者の見解をさらにすすめることができたなら幸いであると思っております。

I. 演者の発言

近 藤 この 17 日に社会保障制度審議会の起草委員でつくった一つの案を出した関係上、それを中心にお話いたします。資料の一つは、17 日の「朝日」に掲載された、「社会保障制度 総合調整に関する基本方策」で、もう一つは「社会保険週報」7 月 25 日号に掲載されたものです。ご承知のように昭和 34 年 9 月、総理大臣より「社会保障制度の総合調整に関する基本策如何」という諮問をうけて、約 3 年間、数 10 回にわたる研究を重ね、医療保障に関する部門と、年金に関する部門、それ以外の各種社会保障に関する部門、財政に関する部門の 4 つの部門に分けて、それぞれの主任をきめ——私は医療保障の部門を担当したのですが——起草委員としての原

案を書きました。それを大内会長をはじめ起草委員である末高・今井先生、それから財政学の鈴木先生、それに私の 5 人が従来のやり方をかえて、所得階層別に社会保障制度を考えたのがよいのではないかという点に意見の一致をみましたので、5 人の責任で新聞等に発表されているような階層別の総合調整案をつくりあげたわけです。「朝日」の 7 月 17 日夕刊掲載の資料は、実は朝日がスタンプしたもので、細かい点については、委員会が、新聞記者に発表したものとは必ずしも同一ではありません。例えば、36 年度のいろんな社会保障の金が 7,038 億円であるが、45 年には 1 兆 4,000 億円になるというような数字が出てますが、この数字は誤っておりませんがまだ発表していないものであります——そういうような訳でありますからこのままが原案であると、お読みにならぬようにして戴きたい。もう一つの一般所得階層に対する施策だけをのせたものも、正確に発表したものそのままではありません。起草委員の書いた案は、実はこの印刷物にして 30 枚におよぶ長編であります。そして、単に社会保障制度総合調整に対する基本方策の答申ということだけでなしに、「および社会保障制度推進に関する勧告案」という形で、これを発表したのです。

新聞用の起草委員案の要旨というものを中心に簡単に総合調整についての考え方を申しますと、従来は医療とか、年金というように、いわば事業別に問題を分析して参つたのですが、それを今度は、一番貧乏で困っている貧困階層、それからボーダーライン層といわれるような階層を含む低所得階層、それから一般の所得をもつてるところの普通の人達の階層、このように 3 つの階層に分けて、それぞれ社会保障制度全般をいかにバランスの

とれた計画にしてゆくべきかというアプローチをとった訳です。とくに、この場合、10年後の社会保障の国民所得に対する割合を、西欧諸国の現在の水準までにひきあげるといことが一つ、その次に社会保障各制度間の費用の配分について、一定の原則をたてるということ。もう一つは社会保障政策は、減税・公共投資と同じ、あるいはそれ以上に重要視しなくてはならないということ。この3つの目標でもつて問題を考えてゆこうということになったのであります。

社会保障の費用というものを一般の税金だけで賄うものと、税金的要素を含めてはいるが、保険料で賄うというものを分けて考えるならば、先程の所得階層の区別から申しますと、一番貧乏な貧困階層に対しては、まず最初に、税金でもってその費用を賄うべきである。従つて生活保護の保護水準を、昭和45年には36年の実質3倍に引きあげるべきであるというような構想をうちたてたのです。

その次には、低所得階層を中心に考えるべきであつて従来はこの低所得階層の対策が社会保険中心であつたけれども、必ずしも社会保険だけということではなしに、いわゆる社会福祉という考え方で防貧的に、いろんな処置を構じ、施設も充実してゆく方が大事ではないかとの考え方に立っているのです。例えば、従業員5人未満の零細企業の労働者に対する取扱ひですが、一般の社会保険に加入させるとしても、特別な事務措置をとつて、失業保険、健康保険、厚生年金というようなものをまとめて加入が出来るような措置を構じ、これらの人に対しては重点的に国庫負担をするという考え方でゆこうではないかというわけです。

次に、あらゆる階層に共通する公衆衛生、特に環境衛生対策が従来、日本では遅れているので、この方面に国庫負担を優先的に配布すべきではないかと考えられているのです。

これは憲法の中にうたわれている言葉を用いますと、社会保障・社会福祉・公衆衛生という風に並べられております。その社会福祉というものを低所得者階層対策と考へ、公衆衛生は公衆衛生と考へますならば、社会保障として残っているのは、一つは、一番底辺にある貧困階層に対する生活保護法を中心にする政策であり、もう一つは、普通の所得をもっている人達に対する社会保険を通じての社会保障ではないかということで、4つに分類ができるわけですが、このような分類をたてることについて、17日、18日に開かれた審議会では、猛烈な反対がでたのです。つまり従来は社会保険中心にものを考へていたのに、考え方によっては、社会保険というものを軽くみているような構想を起草委員が勝手にうち出した

のは、どうした理由であるか、というようなことが大きな問題になったのであります。しかし必ずしもわれわれは社会保険を軽視しているのではありません。国庫負担の優先度をきめる問題と、階層間の所得再配分というのが社会保障の一つの大きな課題でありますので、先ほど申しあげたような組み立てをした方が総合調整を考える場合に考え易いという観点からいったのであつて、決して社会保険そのものを軽視したのではないという事を申しあげたのですが、いろいろ問題点があるので是非全員委員会で討議する必要があるということになりまして昨日、明日、明後日と、更にもう一回連続して4日間全員委員会を開くことになったわけでありまして、最終的な答申を来月中旬、あるいは下旬までに行おうということになっております。(註、正式答申は8月22日になされた)

社会保険の中の医療保険だけとりあげて申しますと、本来の筋合いからいへば、被用者とそれ以外の保険との2本建でやるということは問題があろうかと思ひます。そしてずっと先の方を考へてみるならば、やはり、ヘルスサービスという言葉で代表されるような形態のものが医療保障として出てくるかと思ひます。しかし、当面の問題としては、自営業者や家族従事者がかなり存在する日本の場合、どうしても被用者の保険と、それ以外の場合ということにならざるを得ないのではないかと。

具体的にいへば、その代表的なものは健康保険と国民健康保険ということになる。そうすると、国保と健保間の保険料負担の面、あるいは給付の面におけるいろんなアンバランスをどう総合調整すればよいかという問題が一方には出て参ります。更にまた、健保内において政府管掌と組合管掌というものがあるが、この間のアンバランスをどう調整するかといった問題が出てくる。また国保の場合には市町村で経営するよりは都道府県でやる方がよいとか、更に一步進めて、国がこれをやる方がよいのではないかという意見もありますが、審議会としては、現在の実状を前提に、むしろ、市町村で国保をやつた方が保険の運営がうまくゆくのではないかという観点で、財政的な総合調整をプール制度という構想のもとにおいて都道府県毎にこれを行ひ、経営主体を市町村のままでおいた方がいいのではないかと、という考え方です。

また、被用者の家族を国保の方にもつてゆけという主張もあるようだが、当分の間は被用者の家族は、被用者の保険すなわち健保の中で取扱うべきではないか、ただし健保組合の場合にみられるような労務管理的な部分は、労務管理的なものとして考へる必要があるのではないかというような構想をもつています。それと共に、現在の現物給付では医療機関ないし設備が非常に充実して

いる場合でないと、機会均等は実現しにくいのであるから、そういう実状から考えるならば、ある程度現金給付を併用してよいのではないか。それに中心をおくのではなく、現物給付制をとるのだが、現金給付もある程度認めてよいのではないか、こういうような考え方をたてまして、給付率は国保・健保その他全部を通じて、ならして 9 割、差し当っては、7 割程度にまで引きあげる。ただし、全部転帰まで各医療保険でみる。失業者の健康保険もその失業者が前に入っていた保険の方でみる。ただし、失業保険金をもらっている間は失業保険の方で費用を負担する。こういうような構想で案をうち出したのです。

細かい点については、また、後に触れることとして、これで大体予定の 20 分は過ぎましたので、私の報告はこの辺で終りたいと思います。

仲田 医療保険の統合問題を論ずる場合、その目的、統合の形態、制度の実施運営上の利害得失、被保険者等への影響、財政経済的影響、周辺の諸制度との関係、関係者の理解の程度、医療行政の分散など政府行政機構との関係といったような制度的な、あるいは、行政の観点といった角度からも、統合ということを検討する必要があります。単なる形式的統合論といったようなものは、実質的には意味がないと考えられます。

医療保険の統合につきましては、観念的には、全国民対象の国営の統一保険制度というものが考えられますが、これは現段階においてはいろんな観点から考えて問題になりません。次の段階としては、被用者保険に関し政府管掌健保と組合管掌健保の一本化論があります。しかし、医療保険は他の社会保険と基本的に異なる特性をもっております。すなわち、医療保険では年金保険などと異り、保険事故発生の頻度や程度が保険の管理経営体の経営努力その他の諸条件により可変的なものであって、必ずしも客観的な固定性といったものを有していません。同じ被用者保険にしても一人当費用が 4,000～10,000 円といったような差があり、これは業態、年齢を考えての差異もありますが、同じ業種でも差がみられます。従ってその管理形態如何が、疾病量（医療費）に相違を来すという問題があります。この点、医療保険は他の保険と異なるものであります。以上の諸点を基本的立場として考えてみた場合、組合方式は政府管掌健保と比較して、次のような諸点で優れていると思います。

1) 企業の経営効率が高め得られる。——組合健保の 1 組合平均人数は 5,000 人ですが、大部分の組合が 3～4,000 人の規模で運営されており、これは適正規模であると考えられ、また被保険者の把握という面で効果があ

ると思います。企業体と一体的な運営を行い得ることにより、企業の経営効率を高め、生産性向上に寄与することができます。

2) 民主的な管理運営が行える。——組合は事業主、被保険者それぞれ同数の議員が選ばれて組合会、理事会を構成して、事業の運営が行われるという最も民主的な機構で成り立っております。

3) 事業主の健康管理、労務管理などと一体的な運営が行われる。——疾病予防活動が活発に行えます。先程労務管理を除くといわれましたが、従来の沿革をふりかえってみると、事業主の労務管理を通じて医療保障の発展がなされてきたという沿革もございます。

4) 労働者側の自主的協体制が確立できる。

5) 被保険者等に対するサービスの徹底。——事務費用を十分にだしうること、給付支払いの迅速化、PR の徹底、保健施設の効果的な実施その他サービスの徹底がはかられます。

6) 保健施設予算を十分に計上することと併せて企業の実態や職場の環境に適應して疾病予防その他保健施設事業を有効活発に行うことができます。

7) 適切な付加給付を行うことにより給付水準が高められる。保険料の積極的負担がそのためになされる。

保険の統合を考える場合、事業経営効率の増大、給付水準の向上、事務の簡素能率化、保険料の積極的な負担などといったことが、前進するのでもなければ意味がありません。しかし、政府管掌と組合管掌の統合化といったことを考えた場合、これに逆行する危険が多分にあると思われるのであります。一番懸念されるのは給付水準の低下であり、現在の財政状況から統合による経済的利益は僅かなもので、給付水準への影響が考えられます。

私個人の考えとしては、組合方式を全被用者保険に徹底すべきだと考えます。西欧の医療保障はほとんど組合方式であり、イギリスの NHS は例外であって、ソ連圏が国営以外は凡て組合方式で行われております。

かつて I.L.O. が医療保険をとりあげた時、自治の原則でやること、被保険者の経営参加を唱えています。

従来の医療保障勧告はほとんど組合方式で徹底しており、ワンデル報告もそれを支持しており、審議会の 25 年の勧告、31 年勧告および今回の総合調整案にもその考えが出ております。

今後の医療は予防から治療へと向っているが、この予防の中には公衆衛生活動のごとく組合方式とは別に国が行なうべきものもあるが、被保険者自身あるいは組合の中で解決を要する問題も多く、人間ドックのごとき疾病予防の努力は保険のなかでやるべきだと考えられます。そのためには、むしろ組合方式を徹底すべきで、これを

国営の保険にもってゆくと却って混乱を生じると思われます。

中村 先ず医療保険統合の根拠とされているところを——国保の側から——列挙してみますと、

1. 経済的理由——保険財政の健全化。
2. 費用負担、保険料拠出の公平化（絶対額よりはむしろ所得との関連において）。
3. 医療保障本来の目的——医療機会の均等の達成。給付率、任意給付、付加給付等のアンバランスの是正。
4. 病院等での二重投資、事務の集中管理などによる経営の合理化、事務費の節減。
5. 市町村首長にとっての魅力半減*、財政負担が過重であること。
6. 療養担当者にとっての請求事務軽減、保険財政潤沢化により診療報酬への圧力排除。
7. 医療保険体系の単純化、保険行政の一元化。

しかれば統合方式として如何なるものが考えられるか。

まず第一に国保と健保、共済等との全医療保険の統合という問題があります。医療保障体系としては、最もスッキリして、財政的にも再分配が広範囲に行われ、安定化するであろうが、しかし国保と健保等とは、その生い立ちや性格を異にしており、現在のままでの統合は筋が通らないし不可能であると思います。

もし仮りに統合するとすれば、健保等から労務管理的部分を切り離し、国保と共通な基本的医療保障部分を統合して国家の医療保障制度とし、切り離された他の部分は企業福祉として、性格変更された健保組合に別途に行わせるべきでしょう。なお、被保険者の家族のみを国保に入れることは、保険は万人平等であるべしという原則から、私は賛成できません。

しかし全医療保険を一本に統合すると、規模が過大となり、管理運営が困難となる。またキメの細かい保険料はとれず、一率課税となると勢い低所得者でも耐えうるような小額の保険料とならざるを得ず、従って国庫負担は却って現行制度より増加する可能性が大きく、経済的にも合理的でもないものとなるでしょう。

第三に国保の全国的統合については、国保には赤字保険者が相当あるが、全国を一本に集計すれば黒字になる。従って統合する事は財政的に意義はあるろうし、また国民年金の事務と一本化した運営も行えるでしょう。

しかし、一つの保険制度の中に5千万人近くも包含す

* 市町村首長にとつて、国保運営は、住民の支持を得る題目としての魅力が少くなっている、との意味。

るのは過大に過ぎ、管理、運営、指導が困難となる。また地域的特殊事情に臨機に適応もできない。全国的統合のための条件は熟成していないといえましょう。

第四の問題として、国保の都道府県別統合およびその可否と難易といった問題がありますが、現在の市町村制は所得再分配の範囲が狭いために敗政、保険料、給付において著しいアンバランスがみられます。だから少くともこれを都道府県の範囲で統合する事の意義はあると思います。

その一つの形は、市町村国保を単位にして、都道府県別に連合体を形成することであります。これは行政機関であるから現在の国保団体連合会とは異ったものであって、むしろ一部事務組合に近いものと考えられます。しかし、連合体であると統制力が弱く、単位国保間に利害の対立がある時の調整が困難であります。財政基礎が弱く、赤字を生じた時、補填が難しい。

なおこの形に関連して、プール制度が考えられますが、この制度については、事務組合の例から推測しますと、あまり効果は期待できません。

もう一つの形態として、都道府県を経営主体とし、(a)市町村に相当程度権限の移譲と事務の委任を行なうか、(b)または市町村に国保事務所をおく。特に資格の認定、保険税の徴収事務、保健活動は市町村の段階に移すことにします。ただし最終的な保険税の徴収責任と給付義務は都道府県が負い、究極的財政責任は国が負う。国は都道府県に対し、その経済力に応じて調整交付金を交付します。

都道府県が賦課基準を作る場合には、市町村の経済力により差等を設け、また受診率や給付費の多少によるメリット制を採用する必要があると思います。貧困市町村に黒字国保が案外多いという事に留意する必要があります。

さて、医療保障を医療の経済保障とみる現実主義的立場と健康保障とみる理想主義的立場があります。医療保険の統合は医療保障の前進、現実を理想に一歩近づけるという観点から考えて始めて意義があると思います。

ところで、現在行なわれております保険制度方式であると、たとえ統合したとしても、先ほどから申し上げました諸方式のうち、何れを行なったとしても、

- 1) 医療機会の均等化——例えば無医地区の解消、診療機関の偏在や質的な差を除く事——が出来ない。
- 2) 予防医学を保険ではとり入れがたい（事故の確定が困難である）。
- 3) 高率給付——保険料でもって賄うのであれば7割・8割更に9割給付——に必要な財源の確保が難しい。

4) 医師の需給調整の困難。

といったような問題は解決できないと考えられます。

結局、医療保障の理想を追及するならば技術的、必然的に保険機構は崩れ、パブリック・サービス化するのはなかろうか。私はサービス化せよということを主張しているわけではありませんが、論理的必然的に、好むと好まざるとに拘らず、そこへ行くのではないかというのです。Health というような不可測的な Value に対しては本来保険の原理は適用できないのであります。

ここで私のいうパブリック・サービスというのは、目的税、一般所得税で賄われ、納税や資力調査を資格条件としないで全員に適用されるサービスという I.L.O. の概念に従っていているものであることを念のために申しあげておきます。なお、国保の現行保険税は目的税といわれるが、性格は保険料であります。

II. その補足

司 会 3人の演者のご主張にはお聞きの通り相当違いがありますので、ご出席の皆様からのお話をお伺いする前に、演者相互でもう一度ご討論または補足をしたいと思います。

近 藤 中村先生は医療保障というものを理想的に考えてゆくと必然的にパブリックサービス化してゆくという話をされました。経済構造を無視して考えるならばそうなると思います。しかしパブリックサービスの内容が問題です。すべての人にひとしくそのサービスがサービスとして与えられるならば、まさしくその方向に進むべきでありますから、そういう意味において審議会でも、公衆衛生の面については国費をもって制度的または政策的に充実してゆく必要があることを強調しているのであります。

しかし医療費ということを中心にして考えるべき治療の問題になると、すべての人に機会均等の原則を貫徹させることは現在の段階では不可能であります。そこにはどうしても不公平がでてくる。この不公平を現実の経済構造と結びつけようとする場合、どうしても資本主義社会の本質的なものと必然的に結びついてくる、というのがわれわれの考え方です。

仲田、中村両氏の出された問題点として、健保組合・共済組合がどうなるべきかということ、国保の経営主体の問題、貧困者に特別な医療保障を考えることは Means Test などの関係から考えて時代に逆行するものではないかという問題などがありました。私自身も国民皆保険の立場から医療扶助はすべて国保を通じて保障すべきだという主張をしておりますが、事務的な段階の操作としては扶助は扶助として国保と別建てでやった方が保険と

の関係から割切れるのではないかという審議会の意見が別にあって、私もその点は一応譲って、起草案には、国保には医療扶助で医療を受けなくともいい人を入れ、ボーダーライン層には、一部負担または保険料の減免で対処できるのではないかという考えをとっています。

健保組合については、起草委員案では、被用者保険は将来一本にすべきではあるが、現行の健保組合や、共済組合を直ちに廃止することは不可能であり必ずしも適当でないとしている。現行のこれらの保険は労務管理との結びつきに問題があるが、健康管理の面からは組合方式はすぐれた面が多く、また外国の例でも医療保険の運営は民主的な組合方式による事が多い。組合方式は存続させて、その運営を検討するのがよい。この場合、後述の如く政府管掌と組合管掌の健保の間に財政負担の調整をはかる必要がある。なお、組合の存在を認める以上、労務管理的部分は、付加給付として認めるべきであろう。

なお組合方式を主張する私個人の考えとしては、労組との関係がある。——日本の労組は労働福祉については従来なまけておいたのであります。こういう意味で、労働者の立場からも組合方式というのが将来性をもっているものであって、違った面から組合方式を主張するという根拠があると思う。

国保の経営主体については都道府県の方が市町村よりもよいという人が多いが、末端の実際の事務を考えるならば、仮りに都道府県が経営するとしても、市町村を第一線機関として使わざるを得ないのではないかと、そのために都道府県と市町村間に不要のマザツが起るのではないかと思います。これは後に反対意見が出ると思うが、私の考えとしては、段階的に考えるならば、財政調整を強化することにより、実質的に府県営と同じような形が出てくるのではないかと。つまり市町村が第一線を担当するのであるが、財政調整の面から経済の規模としては都道府県の一つの保険になる、——こういう構想がプール制度を通じて実現できるのではないかと考えています。例えば起草委員案では府県の総給付費の 10% 相当額を財政調整のための資金として保有することを目的に、各保険で保険料算定のもととなる賃金・所得について定率の賦課金を課する。そしてここから保険者ごとに被保険者数に応じて、人頭割に、あるいは受診率や特殊疾病に対する医療費の割合に応じて配分する。そのことによって、給付率や給付内容のアンバランスをなくするというやり方もある。具体的にはもっと考える必要があるだろうが、事務的な面から、また現状からいうと、こうしたプール制から発展して実質的な都道府県営にもちこんでゆく、こういうゆき方の方が現実的ではないかというのがわれわれの提案であります。

司会 今の近藤先生の、後の方のお話はあらかじめお配りした中村先生の案の(3)と(4)の辺に当たると思いますが、この会の性質からいってやや細部にわたり過ぎると思われるので、これについては論議を外していただいた方がよいのではないかと思います。

中村 近藤先生の御反駁について多少釈明させて戴きたい。

パブリックサービスということですが、これは近藤先生のお説によると、資本主義社会では行えない、あるいは限界があるというようなお話でしたが、パブリックサービスは資本主義—社会主義といった経済の体制と直接の関係がないと考えております。ただパブリックサービスは大部分の費用が国庫負担で行われる。I.L.O.の概念規定でも一般税または目的税で徴収するとのべている。国庫負担、支出は莫大なものとなる。従ってパブリックサービスは現実の方法としては難しいのではないかとこの考え方がでてくる。

しかし今日のアメリカ・イギリスなどの総医療費は(不完全な資料からではあるが)国民所得の4%に当る額が使われている。従ってその額を国費で出せばパブリックサービスができるのではないかと。現実に必要なものは保険でやろうがパブリックサービスでやろうがそれだけの金は使われるのです。ですから4%相当額を使えばそれをどう徴収するかという問題は残るが、パブリックサービスでやれると思うのです。

仲田 第一は財政調整の点であります、本日このような問題をとりあげられるようになったのは、現在の給付水準の向上ということが根本にあるかと思えます。保険の統合により水準向上が可能なのではないかということが一部で考えられています。その点については中村先生のお話にもあったように、最終的には、医療は公営化するというか、国営化する方向に向かって解決する他はない、という結論については私も同感です。

国民保健全体を社会保障で解決しようという今日の段階において、現在の国の財政負担の余りに貧弱なことを感じます。健保組合相互間、政管と組管相互間においても、その総合調整はやはり、国家の財政的調整で解決する他はないのではないかと思います。

次に、保険のプール制については、私は制度間の調整は国家の機能としてやるべきであって、保険の保険料によって調整をやることは保険制度の破壊ではないかと考えています。

国保の都道府県営については、こんどの勧告に示された如く、市町村を経営主体として、都道府県毎にプールするという方法で解決する方法がよいのではないかと思います。過去において、私も第一線機関で働いていた事

がありますが、郡単位で行って失敗したニガイ体験もっています。

都道府県で行う場合、市町村に支部をおくとしても、両者間においていろんな問題が生じ、給付・負担の公平においていろんな問題を生じ、結局アブハチとらざる危険があると思う。そういう点については、国が財政負担をして解決する以外にないと思います。

司会 仲田先生のお話について、進行の都合上私から少しお伺いしたいのですが、仲田先生のはじめのお話では、健保組合としては統合する必要は余りない、統合しない方がよいのだというような説明であったと思いますが、今のお話を伺うと、国の一般財源を投入して、総合的な調整をやる事は賛成であるし、それから国家機能をもって行う制度間の財政調整についてはご賛成であると承ったのですが、それでよろしいでしょうか。

仲田 そのとおりです。

中村 プール制の問題について主体はやはり末端にあって、市町村がもっており、それから費用を出し合っただけのプールをする。従って府県なり上部団体というのは連合体のようなものではないかと思う。連合体というのはどれだけの権限が与えられるか判らぬが、現実の例からいって、非常に弱い。例えば、単位国保では、できるだけ自分の国保というものを有利にしたい。そこで結局連合体としての財政基盤が弱くなる。あるいはプールの資源が涸渇するという心配があらましよう。

近藤 中村先生少し誤解されてるところがあるので解明したい*。私の甲しあげた、賦課金というのは、たとえば市町村税を基礎にしてかけるというのであって、こうすると国保の場合でも作りごとではできなくなる。中村先生のいわれた、"作為"のないような調整交付のやり方をすることが前提であります。今やっているような下手なやり方をウノミにするものではないことを解明しておきます。

III. 一般討論

司会 これで演者相互間の討論は一応打ち切り、これから出席のみなさんと演者の先生方との討議に入りたいと思います。

シンポジウムの題が医療保険の統合云々となっていますが、これは現在医療保険という形で行なわれているからそういう言葉を使ったのであって、統合されてできなかったものまでが、保険でなければならぬという意味

* これは省略したが、前段中村氏の発言中に、国保財政の赤字、黒字が必ずしも実態を表わしておらず、作為的な操作が行われやすい、という指摘があつたのに対応するものである。

ではないので、お断りしておきます。

竹 沢(京都・南病院) 医師会役員で私立病院の管理者をしております。

どうも3先生のお話を伺っていると、それぞれの立場で話されたのはよくわかるのですが、これが社会保障——いわゆる医療保障——の立場から解釈されたのか、社会保険の立場に限定して説明されたのか、その辺に論議の混乱があると思うのです。

統合というのが何故必要であるか、誰が望んでいるのかということですが、第一にこれは患者の希望であるのか、大衆の声であるのかといえ、それは今のところ、まずないと思う。次に医師・医療担当者側はどうかというと、煩雑さ、不便さを忍んでもなるべく給付を上げてもらいたいという立場であって、患者の立場に立つことを切実に要望している。それが達成されるならば医療保険の統合は望ましい、という立場にあると思われ。次に保険者の立場としては、いま3人の先生方の述べられた立場があると思います。四番目には、厚生省がその必要性を真に認識しているのだろうかということ。厚生白書などでも、いさゝか避けている。そして、穴があげばその場その場で繕っていく以外に仕方なからうという立場に立っているように思われる。

以上のことを中心にご討議ねがいたいと思うのです。

司 会 竹沢先生のは、医療保険の統合について国としての立場がハッキリしていないのではない、やや回避的ではないかというご発言だと思いますが、国としての立場をどう考えるかということについて、どなたかが発言ねがえませんか。曾田先生、ひとついかがでしょう。

曾 田(公衆衛生院) 私、発言させていただくとしますと、むしろ司会者の方にご質問したいのです。——この問題をとりあげられたのが、先ほどの発言者のおっしゃったように、どういうところにそのネライがあったのか、あるいはどういうところからこの問題が提出されたのか……お医者さんがいただいたのか、被保険者か、保険者なのか、国なのか？ 先ほどのお話では国はべつに熱心でないということだが、国が熱心にならなければならぬという理由はどこにあるのだろうか？

むしろ医療担当者の方で、煩雑な事務を何とか簡単にしてもらいたいということと、医療費が非常に窮屈であるということ——つまり各種の医療保険制度間、あるいは組合の中でも組合間に大きいアンバランスがあれば、結局どの組合でもできる程度のものということになって、財政的にいちばん苦しいところが標準にとられてしまうというようなことで、かねがね医療費のワクをもっと上げようという主張をするもの（これは必ずしもお医

者さんだけではないかも知れませんが）としては、どうしても、それをブールしてやっていけないかという考え方がでてくると思うのです。

これはこのシンポジウムの前に稲田さんがいわれたと思うのですが、ブールしたからといって、いいものを落として悪いものを少しレベルアップしようというようなものであれば何も意味がないではないかというお話がありました。私も立場としてはそれが正しいと思うが、それを単純に統合という問題で今のことは解決するのか、これはまた別問題ではなからうかというような感じがしました。誰がどういう立場でこの問題をとくに取りあげて討議してほしいといっているのか、ということをお聞きしたいのです。

司 会 司会者がこの問題を提起した理由は初めに申し上げましたが、現在の医療に関する問題がすべて行きつまった形になっている——これは被保険者の立場からみてもそうだし、医師の立場からみてもそうだと思うのです。また国のレベルでも現実の問題として論じられているのであります。それらすべての立場からとりあげたいのであります。

医師の立場から取りあげるとしても、医師にもいろいろな立場があり、非常に多くの差異が考えられるのは当然のことです。私はここで、どの立場から論ずるという立場を出すつもりはありません。

ただ今は、竹沢先生が討議の口火をお切りになって、国の立場はどうであろうとおっしゃるので、それを取りあげたわけでありませぬ。

稲 田(京都・開業医) 本日の一般演題でも、誰かいただいたかということをごきちんとして証明するのは非常にむずかしいが、私の見た範囲ではいただいたのはアメリカ調査団であり、次いで日経連がいただいたという二つのことを申しあげました。健保組合の方も個々の組合にしてみれば別に統合する必要は何もない。被保険者の方も統合の結果どうということもない。医者の方には多少あるが主要な問題ではない。日経連内での指導層というか、さらにまたアメリカの対日政策を担当したところの人たちが、バラバラの保険ではいけないということをお願いしたのだと、私らは理解しているのです。

司 会 今のはご質問ではなくて稲田先生が、自分はこのように理解している、ということだと解されますので、承つておいて次に参りましょう。

近 藤 どうも私らは質問をされているのか、そうではないのか判らんようになりました。今のお話によりまして司令部や日経連がいただいたというのですが、日本医師会なんかはやはり、医療保険なんかはやめてしまえという形で統合論を出しておられる。

私の場合は総理から諮問されて、社会保障制度全般にデコボコのあるのをどう調整したらよいか、というので作業を始めた。そうすれば当然その中に医療保障も入ってくる、ということなのです。

中野(京都・開業医) 近藤先生の方のお話について、二つ質問をします。

第一に、今度のこの答申の一番原則的な二つの点をうらづけるものとして、社会保障の財政計画では、国庫負担、保険料、自己負担の割合の原則を確立し、合理的な費用の配分を行なう、として、コッコの中に36年度の医療保障費が1,000いくら、社会保障費が7,000いくら10年たつた時にはそれが19,400億になる、こういうふうに国庫から比較的大巾の金を投入する、だから社会保障は10年すれば非常によくなるのだと、こういうようなことを感じるわけです。

ところが、昨年度と一昨年度の比較、あるいはその前とその一年前と、社会保障費が国家予算の中でどれ位の増え方をしているかをみると、パーセンテージとしては増えていない。絶対額としては毎年1~2割増えてきている。すると、1年に2割ずつ増えるとするれば、複利計算では10年先には3倍にも4倍にもなるわけだが、一方国家予算も同じ程度またはそれ以上に増えてくるのではないか。36年度と10年後の19,400億とでは2.7倍になるけれども、国家予算の方はもっともって増えて、比率をとれば相変わらず今のままか、あるいはもっと下がるのではないか。——だからこの数字は、国家が今後社会保障をより優遇するという立場で国費の配分をすることを証明するものではないと思うのです。

第二点は数ヶ月前の中間報告の中に、私達の心配していた医療保障の面に現金払制を導入するということが書いてあったのですが、今度の答申案では現金払制——療養費払い制度を普遍化して、二本立ての現物・現金給付になるのでしょうか？ その間の事情についてご説明がなかったので、近藤先生にお尋ねしたいのです。

近藤 最初に、この数字は新聞社が勝手に書いたものであって、われわれが公式に出したものでないことを申し上げておきました。しかし数字が間違っていないということもつけ加えておきました。

実は今おっしゃった財政や国民所得の数字は鈴木先生の部会で検討中ですが、私の手許にある数字にもとづいて先ほどの誤解をとくために申し上げます。——36年と45年とを比較していろんな数字をはじいているのですが、その場合、社会保障総費用と国費とを分けて数字を出しているのです。45年になると国民所得は大体21兆くらいになる——これは所得倍増計画とみあつての数字である。——この数字を前提に、だいたい国民所得の

9.1%を社会保障の総費用にあてる、それが19,400億円位になる、という数字です。国費にすると、6.9%の割で増えていく恰好になっている。決して先生の考えておられるほど小さな数字ではありません。ことに、これ以外に大きな数字としては、年金が物価騰貴その他によってスライドしていかねばならぬところの財源を、国で全部もて、という一大提案をやっております。これを計算するということになると社会保障に対する支出は大きく増えるだろうと思われまます。(注、正式答申では、これをいれているので、45年には総額は3兆円、国費は1兆2千5百億円となり、国民所得の14.3%、国費の27.0%を社会保障に支出することになっている。)数字の問題は非常にデリケートな検討中のことなので、このへんでご容赦ねがいたい。

それから現金給付と現物給付の関係だが、これもわれわれが誤解を受けているようですが、療養費払いの方がいいと考えているわけではありません。

一度保険で受診すれば自費診療を全然みとめないというやり方がおかしい。場合によっては医師と患者の話し合いで、療養費払いが希望されればそれを認めてもいいのではないか。これは現在の健康保険法でもやれるようになってきている。また私は、療養費払いをやれば必ず差額負担がくるとは思っています。療養費払いによって起こる弊害に対しては、それを防ぐ処置を講じて、ある程度みとめてはどうか——これがわれわれの意見です。

司会 療養費払いの弊害が起きないようにして実施するというお話でしたが、それではどういうふうにして弊害を防ぐかということになりますと、これは相当長い議論になろうかと思しますので、ここでは主題にそって、やはり統合問題を主に、もうすこし討論を続けたいと思います。

朝倉(阪大・公衆衛生) 近藤・仲田両氏とも、理由は若干違いますが、組合方式の健保を支持しておられ、特に仲田先生は組合方式に徹せよ、というご意見でした。しかも組合方式と申しましても企業別組合という感じを強く受けるのですが、その点について近藤先生のご意見をおききたい。また、仲田先生、あげておられる組合方式の長所は、企業別組合でないとなら成されないと考えるのですが、やはり、企業別組合というものを固執されるのかどうか、その点についてご意見をおきかせ願いたい。

近藤 私が組合主義をとっておりますのは、むしろ企業組合だけを考えていないからなのです。健保組合の中にも総合健保組合というのがあり、地域的に、あるいは業種別に組合をつくっております。私は、そういう組合がどんだんのびていって、政府管掌のいわゆる官僚的

なやり方を、民主的にやっていくのがよいと考えます。先ほど触れました労働組合云々ということも、合同労組というようなものを頭において申したわけです。要するに、私が主張しております組合主義というのは、むしろ総合健康保険組合の方向です。

仲田 私も、近藤先生と大体似たような考えで組合方式をいっております。必ずしも私が健保組合に関係しているから、というのではなくて、かつて社会保障制度審議会におりました当時からこの問題は考えております。外国の医療保険制度は大体組合方式で発展していて企業別と同時に地域別組合の併用となつています。政府管掌、組合管掌というのは外国に例をみない日本独特のもので。私は、健保というものは、地域別組合と企業別組合の併用によって解決することが最も適当であると考えます。地域別組合が果して可能かどうかというところに問題はありますが、今日のように医療保険に対する関心が高まってきて、労働者自身の自覚も向上してくれば、こういうことも可能ではないかと考えています。

現在政府管掌健保では、全国に、社会保険出張所があり、一出張所当たり3〜5万という被保者を管理しており、規模が過大になっています。

これを地域別に、もう少し小さい単位にし、組合として運営していくということにすると労働者の自覚をたかめることができる。保険者・医療担当者に対する被保険者のいろいろな要求も出やすいし、それに応じて被保険者としての自覚もたかまってきます。ところが、政府管掌の場合には、私にも経験がありますが、どうしても運営は官僚的になります。

被保険者のほうも「親方日の丸」式で、自覚による責任感も育たない。保険をやっている人も、被保険者も、どうしても自分の保険であるという気持ちにならない。企業別と地域別の併用による組合方式で、これらの弊害を解決していくのがよい、と考えているわけです。

玉川(京都・南病院) 統合を考える場合には、もちろん、運営の簡素化とか、財政上の理由があるのですが、やはり各種保険の給付格差をなくすということを中心に理念があると思います。社会保障制度審議会でもそれを中心に進めていっていただきたい。

次に近藤先生は、『組合健保は労働管理的な性格を残してもよい』とおっしゃったように理解しました。また仲田先生も、『地域別と併用』とおっしゃったが『労働管理を結びつけて』とはっきりおっしゃったように、企業別組合を重視しておられる。I.L.O.の理念的な考え方からみても、健保が労働管理的な役割を果すということは、まったく前時代的ではないかと思えます。審議会が今さら、勧告にそういうものを残すということは、資

本主義諸国の中でも最もおくれたものを残すことではないかという疑問が起りますが――。

近藤『労働管理との結びつきが濃厚である点に問題がある』といっているのであって、労働管理を結びつけるのは好ましくない、というのがわれわれの立場なのです。ただし、労働管理的なものを残すのであれば、付加給付として残せ、法定給付は社会保障なのだから、これは、組合であろうとなかろうと一本に筋を通せ、しかし、組合形態の場合には、その上に付加給付として労働管理的なものがプラスされてもそれはやむをえないだろう――こういうことです。

玉川 付加給付を残されるということは、現在ある保険間の格差を、さらに大きくするおそれがあると思う。企業の内容によって、健保組合間ですら付加給付の格差が大きくなる。

付加給付の均等化の方向に反するのではないのでしょうか。

近藤 それに対しては、法定給付の枠をだんだん拡張して、付加給付の不必要なところまでもっていけという考え方があります。しかし、そうすると、国保との格差はいよいよ大きくなってしまふ。われわれの立場は、国保と健保の給付率のアンバランスの是正を含めて考えているので、今の段階では、ある程度の付加給付が残るのも仕方がないという考えなのです。

なお、仲田さんの組合方式支持の理由とわれわれの考えとは違ってあって、われわれは健康管理の面からすれば、組合方式にすぐれた点がある、という見解です。

仲田 労働管理というものは多くの内容を含んでおり、健康管理の問題も広い意味では、労働管理の中に入られているが、こういうものは健保組合と一緒にやった方がいいのではないかと、いう考えです。また、健保の発展過程をみると、企業が共済会というような名前でもやりだしたものが、今日のように制度として発展してきたという沿革をもっている。

これの分離はなかなか難しい。企業が病院を経営することも、近代社会からいえば、病院は公的な医療機関に任すべきである、という議論が理解できるが、現段階においてそれに徹底できるかという疑問がある。むしろ、企業は企業自体の発展を考える上から労働者の疾病予防や健康増進をはからざるを得なくなっているのだから、現段階ではそういう企業の意欲と結びつけることの方が、能率的に目的を果せるのではないかと、いう考えです。

玉川 健保組合というものは、企業とも独立し、労働者とも独立した一つの人格です。これを企業の運営と結びつけて論じるということ、少なくとも、労働管理の

一手段となることは、おそらく世界に例をみない後退になると思う。

榎本(京都・社会保障推進協議会) 私は保健所、病院を経て労働運動に入り、今は総評を通じて、社会保障推進協議会の仕事をしています。これまでの労働組合の社会保障闘争は、たしかに立ち遅れていました。労働者の出す保険料についても、それが果して、労働者の健康のために、またそのために働く医療担当者のために公正に使われているかどうか、ということにも疑問があります。しかし、そういうことにも労働者は無関心で、管理者のいうなりになっていた。

今後の社会保障闘争の方向としては、一つの企業内で付加給付を獲得することで事足れりとするようなことでなく、その枠をうち破り、未組織労働者、零細企業労働者、その他の国民とともに、連帯意識をつよめて闘つていかねばならない。またそのような指導がなくてはならないと考えています。

根本的な問題としては、医療保険という名前で保険料を集めながら、傷病手当金はもちろんのこと、できるだけ金を残して、リクリエーション施設をつくり、労務管理に使い、大きな病院では看護婦の養成費まで捻出するというようなことになっている。こういういろいろなものをひっくるめたままで、保険の統合ということを考えていっても難かしいので、やはり医療そのものは切り離し、医療は当然国家の責任で保障すべきものだ、という立場に立って進めていくべきだと考えます。

近藤 そもそも付加給付闘争というのが間違っているのですよ。家族給付率にせよ、給付期間の延長にせよ、法定が低いから要求がでるわけです。今度の、われわれの答申案では、給付はすべて転帰までとせよ、家族をふくめて3割給付までいけ、といっているのです。こうなると、付加給付というのはなくなります。企業内組合闘争ではなく全労働者としての立場からいえば、社会保障をふやし法定給付をもっと拡大して、付加給付などやめてしまえ、というのが本筋の要求であるはずですよ。少なくとも総評の指導者であるあなたが今ごろそんなことでは少しおそすぎはしないか、と私はいいたいのです。

司会 先ほどからご説明のありました、社会保障制度審議会の答申にありますような行き方で、果して目的を達しうや否やという問題が、きわめて素朴な疑問として出るであろうと思われます。そのように考えますとき、社会保障制度審議会が発足してから現在に至るまで、発表されてきている各種の答申や勧告の論調・ニュアンスが変わってきているのではないかと、著しくテンポがおちてきているかのような印象を受けますのでありますが、今日は審議会の初期のころに参画されました長尾春

雄先生がお見えですので、そういう点についてご意見をうかがいたいと思います。

長尾 昭和24~25年頃、最初の社会保障制度審議会ができたときに、近藤・仲田さん達と一緒に日本で最初の社会保障制度の計画に参加したものです。演者の方は3人も、日本の国民全体に医療、予防の均等な機会を与えるというお考えについては一致しておられる。ただこれを実現して行くのに、予算面に大きな壁がある。そのために、立場によって、意見の相異がでてくるのだと思います。今日審議会で、社会福祉を推進するとか、生活保護費を3倍にするとか、いろいろの案が出されていますが、私は医療の問題はそういう問題以前のものです。先に解決すべきものだと考えています。

イギリスの社会保障は、六つの法律からなっておりますが、そのうちで、医療と児童手当だけが、税金でまかなわれております。年金・失業・労働災害はすべて保険であります。医療保障の財政の大部分が税金でまかなわれている。ここに、社会保障としての医療保障の大きな意義があると考えます。日本でも、総医療費の全部を国費で負担してもそう大きな割合にはならない。為政者が決意さえすれば、医療保障は国庫の負担でなしうるものです。また、社会保障はすべて国費でという考えは正しくない。イギリスでも「社会の個人に対する責任」と同時に「個人の社会に対する責任」が強調され、保険料として個人負担の占める割合は決して小さくない。そういうなかでも、医療と児童手当だけは、ほとんど全額が国庫負担であることに注目したい。

福祉国家を口にするならば、少なくとも医療問題はまず国が保障するという方向に進むべきであり、国民もそういう方向に向って論議すべきだと考えます。都道府県や市町村で財政をブールする、というようなケチなやり方で解決すべき問題ではありません。

ただ、国が費用を負担するとしても、今日の医療制度をどうするのか、あるいは医療費をどうするのか、医療関係者の教育養成をどうするのか、医学・医術の研究近代化をどうするのか、ということが前提問題です。保険の統合問題に先んじて、これらの問題に真剣にとりこんでいただいて、その面から医療保障の問題を解決して行かねばならないと考えます。近年における医学・医術の進歩は、すばらしいものですが、この恩恵を国民に与えるということも、医療保障の一つの責任であると考えます。そういう意味からも、今後この会で、社会医学を論議される場合にも、医療保障に先んじて、医療制度の多くの問題を解決するよう努力していただくことが必要ではないかと考えます。

中川(大阪府八尾市国保課) 近藤先生のお話による

と、審議会から、市町村間の財政プールによって実質的に府県営のものにもって行くことが提案されています。全体を一定率でもって賦課し、その剰余を還元するという考えのようです。また、中村先生からは、一部事務組合と実質的には違わないところの府県営国保についてお話がありました。このお考えは、基本点で私達と意見を同じくするものですが、過日大阪府下の衛星都市市長会でも論議され、一部事務組合の功罪について次のような問題点が指摘されました。

その一つは、各保険者間の被保険者の所得構成の格差と保険税の賦課・徴収およびそれに伴う受診率のアンバランス、それに対する住民感情の問題です。

二つ目の問題は、保険税の義務徴収額と減免の関係です。10%のプール制にし、一部事務組合が作られるにし、保険者の国保運営に対する意欲がかなり減退することは必定です。そうすると、徴収額の保証、未収に対する滞納処分をどうするか、また、その処理に要する経費をどうするか、といった問題も出てくる。

次に赤字の処理をどうするかという問題があります。事前、事後の赤字を誰が処理の責任を負うのか。また赤字といっても実質赤字もあれば、形式上の赤字もあり、その処理は極めて複雑な問題を含んでいます。

一般会計からの繰出しの問題も各保険者相互の間に非常に違いがある問題で、これをどう処理するかということ非常に困難な問題であります。

その他、保険者自身の財政構造と繰出しの関係、町村国保と特別国保の関係、保険者の責任体制、一部事務組合の管理費をどうするのか、個々の保険者の職員定数、給与費の違いをどう調整するのか、直診の問題など、10

ほどの問題があり、結局大阪府下では、一部事務組合は困難であるということになりました。

また、プール制にすると、形式的には府県営と同じになるというものの、事柄の根本は福祉国家の理念から出発しているのであるから、国がまず責任体制をとることにあり、財政的なことは、第二義的なものであると考えます。国が音頭をとつて国民皆保険を進めた以上、市町村国保を国が認知し、これを養育する責任をとってほしい、国営の線までもって行ってほしいというのが私達の希望であるが、それが実現するまでのつなぎとして、現段階では府県営を考え、これに対して国家が十分な財政的な保証をするようにしてほしい。あくまで最終的には国が責任をもち、当面府県営にしてやってほしいというのが、大阪府下の国保保険者の意見です。

司会 結論は申しあげる必要がないということでもありますので、これで止めますが、ただこういうことは申しあげてよいのではないかと思います。——医療担当者として、保険の統合が何故必要かということは、先ほど少しく話があったのでありますが、この統合に医療制度、医学教育、その他をどう噛み合わせて行くか、統合された時にどういふ医療のシステムのデザインがなければならぬかということ等を討論すべきであろうと思うのであります。しかし、今日皆様の熱心なご討論、演者の熱のある話にもかかわらず、司会がまずかったために、そこまで話がおよばなかったのでありますが、何らかの機会に、そういうような角度から問題をとりあげて、この問題を討論することが望ましいと考える次第です。

演者ならびに討論にご参加の皆さんに厚くお礼申上げます。

文 献

セービン経口ポリオ生ワクチンによる新生児の免疫

Alf. H. Holguin, Joan S. Reeves, and Henry M. Gelfand: Immunization of Infants with the Sabin Oral Poliovirus Vaccin. A. J. P. H. 52 (4) 600.

1960年12月より1961年6月にわたりアトランタ・グラディ記念病院において正常分娩を終えた直後の母親105人を選び、その子に対してセービン生ワクチンの経口投与実験を行った。ワクチンはⅠ型、Ⅱ型、Ⅲ型を実験計画に従い、それぞれ単独、もしくは混合して、大多数は生後2～3日の間に投与された。母子

の抗体は静脈または子においては出生直後の臍帯より採取された。血液により測定された。また、子の便中に排泄されたビールスも追及され、哺乳と免疫の関係も検討された。Ⅰ型ワクチンを生後数日目に投与されたものは75%の免疫を得た。また母体の高い免疫と哺乳は共に新生児の便中へのビールスの排泄を抑制す

ることを認めた。新生児に対する生ワクチンの投与は高い免疫効果があり、決して危険のない簡単な方法であるから、国際的に正しい方法として承認されるだろう。なおアメリカ合衆国では新生児は学童よりも掌握し易い年齢層でもある。

(清水)

【一般演題】

伊豆離島における保健問題

南 雲 清

I. 大島出張所管内の概要

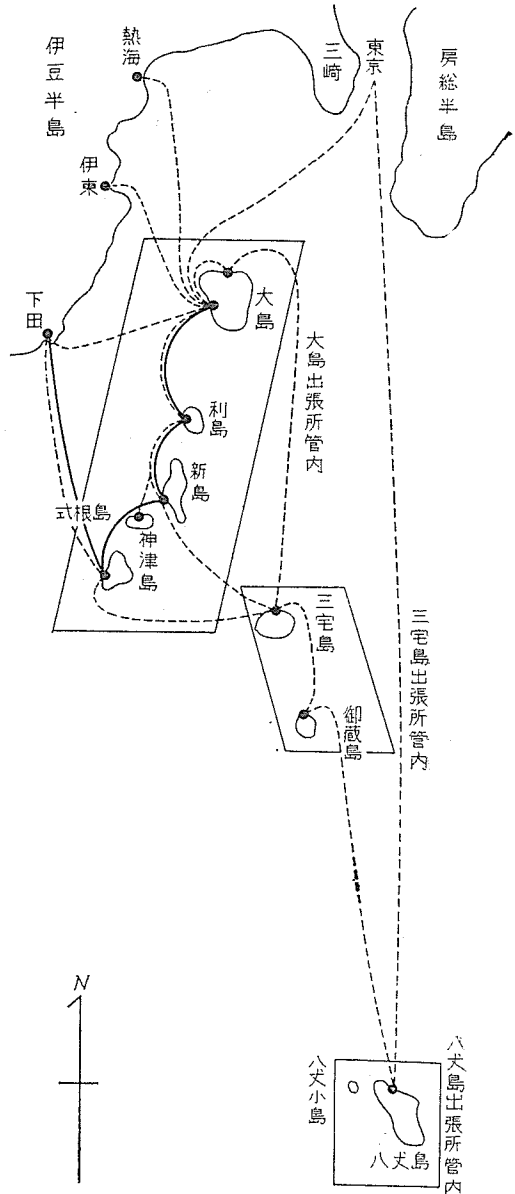
当所は第1図のごとく伊豆諸島のうち、大島、利島、新島、式根島、神津島の5島を管轄し、管内人口は約2万人(第1表)、男女ほぼ同数であり、年齢構成は10~14歳台を底辺としてピラミット型をなしておる。

地域的には東京より約120kmの地点に大島があり、大島~神津島間は一直線上に各島が点在しこの間の距離は約69km、交通は3日に1回の定期便が各島を結び、所要時間は5~6時間であるが、この航路も風雨となれば欠航し、特に冬期になると天候のよい日を選んで就航する程度で海上の交通は保障されていない。このため島民は多くの不便をしのび、また保健活動その他の活動に大きな支障をきたしている。

II. 保健医療機関の現状

(1) 保健所 当出張所は独立した保健所業務の大部分を担当しているが、職員10名(このうち医師1、保健婦1、X線技師1)の人員で遠隔の島々を常に巡回することは困難な問題である。36年6月まで当所に医師不在のため正式の予防活動を開始したのは37年度からである。島民の出張所に対する認識は不十分であり、普及事業の重要性は衛生知識の向上を計るうえに欠くことのできないものである。各離島を所在地の大島と同様に取扱う必要があり、この対策は一末端機関のみで解決できるものではない。

(2) 医療機関 (第1表)、大島は開業医3、国保直診4(医師3)であり、他の島は全部国保直診によって運営されている。現在幸い9診療所に8医師が勤務しているので、診療業務は遂行されているが、勤務医の補充については、保障されておらないため島民の三大苦悩(水、港、医療)の一つとなっている。医師の補充対策の欠陥は日本の医療体系の非立体性からきていることを知らされた。島のごとく孤立した地域での一人の医師の欠員は重大な社会問題である。緊急患者は自衛隊のヘリコプターが唯一の頼りであり、総合病院の設立は島民の強い要望となっている。



第1図 伊豆諸島管内区分及び海上交通図

(3) その他の問題

歯科医の必要性についても同様である。小・中学生の 90% がう蝕におかされている現在適切な処置が要望されている。保健婦、助産婦の欠員については島の後進性に拍車をかけている。経済的な問題に追われている島民にとってこれらの 駐在制度は是非実現しなければならない。

III. 離島の公衆衛生

(1) 乳幼児の発育について

36 年度の大島、神津島における乳幼児検診の結果、離乳期の 1 年より 2 年の間に発育曲線の著しい上下差のあることが判明した。この原因については多くの要因が考

第 1 表 医療関係者施設表

	国保直診 (医師)	開業医	歯科医	保健婦	助産婦	人 口
大 島	4 (3)	3(3)	3	1	3	12,522
利 島	1 (1)	0	0	0	0	360
新 島	2 (2)	0	1	2	(2)	3,730
式根島	1 (1)	0	0	0	0	894
神津島	1 (1)	0	1	0	0	2,787
合 計	9 (8)	3(3)	5	3	5	20,293

第 2 表 死因別の割合 (5 位まで)

	割合	10万当り
中枢神経系の血管損傷	18.8% (32)	160.0
老 衰	17.1% (29)	145.0
悪性新生物	13.5% (23)	115.0
心臓疾患	8.2% (14)	70.0
肺 炎	5.9% (10)	50.0

えられるが、平均した発育指導がおこなわれていないことも要因の一つである。保健婦は大島では当出張所に 1 人しかおらず、神津島には最近 2 年間欠員となっているため十分な指導ができないことは当然予想されることである。また島民の主婦の大部分は労働に追われ、乳幼児は祖父母の手にまかされている時間が多いため発育に差が生じてくることも考えられる。保健婦の駐在制度と保育施設の設立は緊急の問題である。

(2) 老人病について

37 年 6 月大島における 60 歳以上の老人 168 例の血圧測定の結果「1 年以内に血圧測定をしなかったもの」が約半数あり、このうち 20% が最高血圧 180 以上あった。管内の死亡原因をみると (第 2 表) 中枢神経系の血管損傷が第 1 位で 18.8%、人口 10 万当り 160 となり全

国水準と同一である。悪性新生物による死亡も 10 万当り 115 で全国平均を上回っており、島しよであるからといって特別の差がみられない。今後老人病、成人病対策には十分考慮しなければならない問題である。

(3) 肺結核について

32 年度より年 1 回各島の結核検診を実施してきたが、島民の受診率は 10% 前後でその目的は達せられてない。この改善には多くの努力が必要であり、当出張所を中心として、日常の普及活動から出発すべきである。現在届出により判名している患者は 180 例程度であるが、島民の結核への秘密性、恐怖をなくし、発見後の生活保障を徹底するよう考慮しなければ結核検診の効果はあげられない。

(4) 環境衛生

蚊、はえの駆除は各町村の薬剤撒布にもかかわらず減少しておらない。このことは撒布量が少ないということ以外に根本的対策がなされておらないからである。塵埃の焼却も未解決のままである。飲料水も新島以外の島では十分でないで結局天水を直接使用するようになってしまう。天水の有害性については放射能のほか現在明らかな結論を得ておらないが、水道の完備を島民は切望している。水を必要量だけ使用できることはそれだけ身体の清潔、消化器伝染病を防ぐうえに大切なことはいうまでもないことである。

IV. 結 論

離島の保健問題を分析してみるとそこには日本の医学、公衆衛生の弱点が圧縮されその傷口を表わしているのを見ることが出来る。すなわち僻地性という性格が個人の権利である人間性に対し強い圧迫を加えているので、治療医学の不備、予防医学の不徹底、医療体系の非立体性の改善によって保健衛生の向上を計る必要がある。(東京都中央保健所大島出張所)

追 加

質問 (西 三郎) 生活保護世帯の全世帯に対する百分率および保護世帯の衛生状態について。

回答 (南雲 清) 家庭訪問などによる印象は極めて悪い。

質問 (曾田長宗) 保健所出張所や直診の財政状態について。

回答 (南雲 清) 直診財政は人口の多い所で黒字、少い所で赤字となっている。

琉球列島の医療・保健衛生の現況

相 沢 竜

演者は昨秋、長崎大学風土病研究所の宮古群島の調査に参加し、琉球の医療・保健衛生の概況を調べたので、報告する。

琉球列島は自然的社会的に種々の特徴をもっている。(1)著しい離島性と僻地性、(2)海洋性亜熱帯性気候、さらに毎年の台風被害と冬季節風連吹による海洋気象の特徴等が琉球開発の自然的障害となって来た。(3)従って産業全般にわたる後進性、すなわち農業が産業の主体であるが生産性が低く、第二次産業が著しく遅れ、さらに近年沖縄南中部の那覇、コザ市を中心に商業、サービス業の著しい発展、さらに文化、教育、経済等諸般にわたる遅れと低い生活水準、(4)戦前の内地に対する著しい従属性と今次大戦における甚大な戦禍、終戦処理・復興の遅れ、さらに米軍政下、ついで米民性下という特殊行政下にあること。

以上の諸条件の集積によって琉球の医療行政の現況は低開発地域の特色を端的に示し極めて特異的である。

琉球の医療行政の戦後の歩みは、(1)米軍管理下時代(1945.6 沖縄戦終結～1945.12)、(2)医療統制時代(1946.1～1950.11)、医療行政は軍管理から民側へ移り、すべての医師は公務員医師として勤務。1948年7月貨幣経済への復帰による配給品の有料制に遅れて、無料診療から有料制へ転換。(3)医師の自由開業制時代(1950.11～1954.3)、引揚復員による医師数の増加→自由開業制(開業地統制下)→1954年3月純然たる自由開業制へ。(4)医療機関の整備拡充時代(1954.4～現在)に入り現在に至っている。このうち特徴的の点は公的総合病院は一般病院として沖縄本島南・中・北部、宮古および八重山群島の5地区に一つずつ設置され、それぞれ医療施設の中心となって開放制 Open System をとる等、医療機関の整備拡充を計り現在に至っているが、いろいろと難問題を内包している。

医療行政で最も問題になる点は医療機関、医療従事者の著しい都市偏在と他方では多数の離島僻地は無医地区状態にあって、近代医学の恩恵からみはなされた状態にある。

琉球列島の人口は沖縄南・中部に集中しており、医療施設や従事者もそこへ集中するのは当然であるが、那覇市の例をとっていても立派な一般診療所が随分と建てられてはいるが、自由開業制で保険制度が全くないので生活程度の低い者にはそれらの施設利用は必ずしも容易ではない。宮古群島についても医療施設は平良市に集中し、その他の地区では歯科医師1名もいない状況で、砂糖キビ栽培が主で歯が問題となるが、容易には歯科治療も受けられぬ状態にある。かかる僻地無医地区解消のために琉球政府は医師歯科医師介補制度を設け、戦時中の衛生兵や特定病院の勤務者に一定の制限下の治療を行わせている。もちろん過渡的な制度ではあるが、これらが地区の唯一の医療担当者であり、多くの問題がある。さらに1960年には日本政府技術援助計画による15名の医師団が僻地に派遣されて僻地診療所を担当したが、派遣医師団の内容、現地住民、ことに介補との間のトラブル等、種々問題があると伝えられている。

要するに琉球の医療行政は極めて跛行的であり、一方には那覇市を中心に医療機関、医療従事者の極端な都市偏在があり、他方には多くの僻地無医地区があり、それを補うために介補制度という前近代的ともいえる医療制度があり、かつ医療は自由開業制で社会保険はようやく一部で論議され始めた程度である。

これらは人口10万対医療関係者数においても端的に示されており、医師については那覇市が介補を加えても64.6で、1959年の最低、秋田県の71.4をも下廻る状態であり、宮古群島のごときは平良市の46.1を除き、他の地域では20内外という低値である。

以下特殊的な問題を重点的に述べれば、結核死亡率は最近激減しているが、全琉球の結核病床は僅々650床程度であり、推計患者数は2万といわれ、登録在宅患者は約1万であるから、病床数の増設、潜在在宅、患者の発見指導等、多くの問題が山積しており、在宅患者は公衆衛生看護婦(公看)が保健所から直接に、あるいは各地区の駐在公看として投薬や療養指導に当っており、琉球の結核対策は公看のこの投薬治療が中心といっても過言

ではなさそうであり、集団検診は学校を中心に行われており、地域社会に対する活動は今後の問題である。琉球の結核対策は全体的にみれば現代的というにはなお程遠いといえよう。

顎についても同様であり、現在 2 カ所の療養所に 1,200 名を収容しているが、医師あるいは介補 1 名程度で単に患者を収容しているといった現況にあり、さらに在宅患者 800 名と推計され、そのうち少なくとも 160 名は有力な感染源となり得ると推定されている。

精神病に対しても病床不足が問題になっている。

性病は基地をもつ那覇とコザ保健所管内に相当多くみられ、新患発生が多く、若年層にも浸淫しており、ことに梅毒は最近顕性梅毒がみられることや、血液銀行 (1958 年コザ病院に併置) では最近梅毒反応陽性率がたかまって来たといわれ、いずれも沖縄の置かれている現状と関係深いものといえよう。

第 1 表 人口動態の現況 (1960 年)

人口数	881,927	
出生数	20,227	
死亡数	4,474	
乳児死亡数	213	
新生児死亡数	32	(日本)
出生率 (人口千対)	22.9	(17.2)
死亡率 (人口千対)	5.1	(7.6)
自然増加率 (人口千対)	17.8	(9.6)
乳児死亡率 (出生千対)	10.7	(30.7)
新生児死亡率 (出生千対)	1.6	(17.1)

保健所は現在 5 地区にそれぞれ 1 カ所づつあり、内地のそれと全く同一の活動が要求されてはいるが、医師不足に悩み本格的な活動は今後にもたねばならぬ有様である。医師は臨床医として外来の一般診療を担当しており、一定期間の勤務後は臨床医として開業するような例が多く、医師の充足に追われている現状である。

このような医療・衛生行政の現状によって、琉球の人口動態率は極めて特徴的であり、低開発地域の様相を端的に示している。まず 1960 年の人口動態の現況をかかげると第 1 表の如くである。

低開発地域の特徴として高い出生率はうなずける所であるが、死亡率、ことに乳児・新生児死亡率が驚く程の低率である。従って自然増加率は出生 1,000 対 17.8 という高率を示している。さらに月齢別乳児死亡率と死亡割合、あるいは日齢別新生児死亡率と死亡割合等を検討してみると、琉球の乳児・新生児死亡では生後間もな

く、その後の乳児期の死亡率あるいは死亡割合もあまり差がなく、乳児死亡の常識を逸脱しているといえる (第 2, 3 表)。

これは低開発地域にしばしばみられる出生と登録の間の長い time-lag によるものと考えられ、1960 年度の出生届出者 23,497 名につきその年度以前の出生者 (著しい届出遅延者) を調査するに、全琉球で 13.9%、地域別には沖縄群島 11.5%、宮古群島 26.8%、八重山群島 27.2% におよんでおり、このように出生届遅延者の多い現状では、生後間もなくの新生児死亡の相当数が出生

第 2 表 月齢別乳児死亡率 (出生 1,000 対) と死亡割合 (%)

月 齢	(琉球)	(日本) 1959年	(琉球)	(日本)
1 カ月未満	1.9	18.9	18.2	56.0
2 "	1.6	3.5	14.8	10.4
3 "	1.0	2.3	9.6	6.9
4 "	1.2	1.7	11.9	5.0
5 "	0.6	1.3	5.7	3.8
6 "	0.8	1.2	7.7	3.6
7 "	0.6	1.0	5.7	3.1
8 "	0.4	0.9	3.8	2.7
9 "	0.2	0.9	1.9	2.6
10 "	0.6	0.8	6.3	2.3
11 "	0.7	0.7	6.7	1.9
12 "	0.8	0.5	7.7	1.7

第 3 表 日齢別新生児死亡率 (出生万対) と死亡割合 (%)

日 齢	(琉球)	(日本)	(琉球)	(日本)
1 週未満	3.0	113.3	2.9	33.6
2 "	3.5	37.7	3.3	11.2
3 "	5.0	20.8	4.3	6.2
4 "	3.0	14.1	4.8	4.2

にも死亡にも、死産 (死産の届出制度はない) にも届出られることなく、闇から闇へと葬られてゆくものと推定され、琉球の出生率は今よりはもっと高く、死亡率も計算された数値より遙に高く、低開発国の特徴たる多産多死型を示しているものと想像される。

以上の如く、演者は琉球の後進性に規定された、著しく遅れた医療、保健衛生の現況を述べた。

(長崎大学医学部公衆衛生学教室)

追 加

質問 (吉田幸雄) 実力ある医師は自分の施設を整備

し、次第に Open-System 病院を利用しなくなっていると聞くが如何に？

回答（相沢 竜）その通りだ。その他の医師で Open-System 病院を利用するに至らぬ人々もいる。総合病院の勤務者の間にも不満があるようだ。

質問（青山英康）医療行政の戦後の歩みの中で、医療統制時代から自由開業時代に転換する要因は何か？

回答 相沢 竜：貨幣経済が復活したのに、医療のみ無料診療制として統制下におくのは不当だとの声が医師

側から強く不満として出たためといわれている。

質問（庄司 光）月齢別新生児死亡率の日本と琉球のいちじるしい違いについて。出生届遅延が「闇から闇へ」とはいかなることか。死亡率への影響いかに？

回答（相沢 竜）月齢別死亡率をみると、琉球の場合、新生児期も乳児期後半も全く変らぬレベルにある。死産の届がない。出生届をみると遅延者が非常に多い。故に未届出期間中の乳児死亡は統計に現われることなく闇から闇へとほうむられていると推定される。

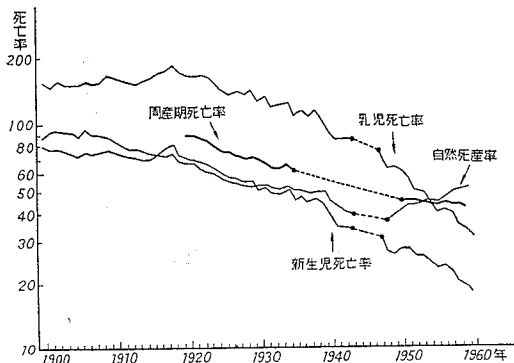
周産期死亡の社会的背景

——長崎市における実態調査よりの一考察——

原 田 圭 八 郎

戦後わが国の乳児死亡率の低下は周知のように実にめざましく、一方新生児死亡率のみについても乳児死亡率同様の驚異的な減少を続けている。しかし、自然死産率の動きをみると戦後年々上昇しており、近年では新生児死亡の著減と自然死産の異常増加といった衛生統計上奇妙な現象が認められる（第1図）。

すなわち、新生児死亡も（自然）死産も共に出産前の



第1図 乳児死亡率、新生児死亡率、自然死産率および周産期死亡率の年次推移（全国）

要因に大きく影響されるという生物学的な特性から考えると納得しがたい現象である。そこでこの間の事情を更に明確にするために、晩期死産と、早期新生児死亡（但し戦前については生後10日未満をとった）とを合わせたいわゆる周産期死亡の動向をみる必要がある。周産期死亡率は戦前には新生児死亡とほぼ同じ傾向で減少し、今次大戦中にも（資料がないため即断できないが）戦前

と同様に低下していたと思われる。ところが、戦後では僅かな減少しかなく、現在出産千対40以上の値で停滞している。これは近年のスウェーデン、オランダなど欧米先進国の低い水準に比べると遙かに高く、なお改善の余地が相当あるものと思われる。この周産期死亡率の戦後における停滞から考えても、新生児死亡と自然死産とにみられる相矛盾した現象は、単に衛生統計上の問題としてだけでなく、社会医学的にも今後解決を要する問題のようである。

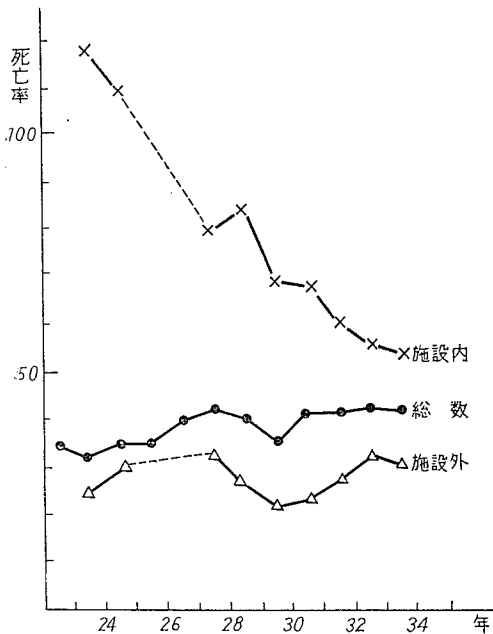
さて、わが国でもすでに若干の人々による周産期死亡の研究業績があるが、その実態は未だ明らかにされていない。そこで著者は長崎市における過去の統計資料を検討し、併せて昭和34年度について実態調査を行なった。この調査成績を基に周産期死亡の社会的背景を考えてみたいと思う。

まず戦後の長崎市における周産期死亡の年次推移をみると（第2図）、僅かに上昇の傾向をみせているがほとんど停滞している。これを更に出産場所（施設の内外）別にみると、施設内は甚だ高率ではあるが年々順調に低下しており、一方施設外では総数とはほぼ同じ変動を示している。施設内での出産数は戦後年々増加しているので施設内での周産期死亡率の低下はこういった事情も考慮する必要がある。昭和34年度についてみると、施設内出産児は総数の50%を越え、周産期死亡は施設内に多く、ことに診療所における死亡率の高いことが目立っている。また周産期死亡率は産児の身分別には嫡出児よりも非嫡出児の場合に高く、地区別にみると乳児死亡の多

い農漁村的環境の周辺地区および死産の多い中央市街地区に死亡率は高いようであった。

次に実態調査は市内居住者について健存群として生後 28 日以上生存した乳児（昭和 33 年 12 月～34 年 11 月生れ）の中から 431 例を任意抽出し、一方死亡群として 34 年度の妊娠 7 カ月以降の死産児（但し治療目的以外の人工妊娠中絶を除く）と、新生児死亡例との全数をとって、それぞれの母親を訪問し、面接調査したものである。これにより健存群で 62%，死亡群について 55% を回収した（第 1 表）。

この調査でまず目立ったことは回収できた死産 177 例の中に実は生産すなわち新生児死亡（生後 1 週未満）が



第 2 図 周産期死亡率の出産場所別推移（長崎市）

90 例も含まれていたことである（第 2 表）。

渡辺がすでに類似の調査結果を報告しているが、著者の場合も妊娠 7 カ月以降に含まれる実際の新生児死亡の母比率を推定すると、信頼度 90% で 45～72% となり、従って妊娠後期の死産の半数以上は新生児死亡を死産として届出ていることが確認された。これを基に人口動態統計に補正を加えて推定動態率を算出すると（第 3 表）、現行統計値との間に大きなずれがみられる。特に新生児死亡率では現行統計値の約 3 倍、従って乳児死亡率も約 2 倍位の値となり、また逆に自然死産率や一般の死産率は相当低い値であると思われる。こういった事情が冒頭に述べた新生児死亡と自然死産とに相矛盾した動向とし

てあらわれている最も大きな理由であろう。何故かかる現象が特に近年みられるのか、またそれがいかなる歴史的・社会的背景を有しているのか、といった点で社会医学的には興味ある研究課題と考えられるが、今回は資料不十分のためこの面での考察はできなかった。

次に回収した死亡群から生後 1 週以上の新生児死亡を除いて周産期死亡群とし、これと健存群とを種々の要因

第 1 表 実態調査の材料と回収状況

	健存群	死亡群		
		7 カ月後の死産	新生児死亡	合計
届出数	6,353	368	90	458
調査対象数	431	337	90	427
回収数 (%)	269 (62.4)	177 (52.5)	59 (65.6)	236 (55.3)

第 2 表 死亡群の調査結果

実際の状況	死産届によるもの	死亡届によるもの	
		1 週未満	1 週以上
真の死産	68 (38.4)	—	—
不詳	19 (10.7)	—	—
実は生産	90 (50.9)	30	29
合計	177(100.0)	30	29

() 内は百分率

第 3 表 主要母子衛生統計の届出値と実際値（昭 34，長崎市）

	出生	未熟児頻度	自然死産	乳児死亡	新生児死亡
届出数 (これに基く率)	6,449 (19.7)	527 (8.2%)	483 (64.8)	166 (25.7)	90 (14.0)
推定される数 (これに基く率)	6,600～6,691 (20.2～20.5)	585～624 (8.9～9.3%)	312～352 (42.8～48.1)	317～408 (48.0～61.0)	241～332 (36.5～49.6)

(未熟児頻度を除き率はいずれも 1,000 分比)

毎に比較した結果、周産期死亡にはもちろん生物学的要因のおよぼす影響が大きく、一方社会的要因も無視できないことがわかった。既述の出産場所、産児の身分、居住地域などのほかに、社会的要因として考えられる問題は、母の教育程度の低い者、父の職業が商工自営または農業の場合、妊娠中に母親が職業に従事した場合、また世帯類型では基本世帯の場合に周産期死亡が多いなどの点であり、さらに健康相談の状況も問題である。しかし

生活程度や住居については健存、周産期死亡両群間に差はみられなかった。また周産期死亡が施設に多い点については、第4表のごとく、異常産（分娩第3期の異常を含む）、早産、あるいは妊娠後半期に何らかの自覚症を訴えた者など、周産期に産児に危険が予想されるような妊婦が施設内に多く集るからと考えられるが、これは常識的にも充分想像できる。施設内出産の全例中、健存群では86%、周産期死亡群で77%は妊娠中（後半期）に専門医の健康診断を少なくとも1回以上受けた者である。施設のほとんどを占める病院、診療所での出産例について妊娠中の健康管理状況を詳しく調べてみると、妊娠中

第4表 主な要因の出産場所別頻度(%)

要因別	健存群		周産期死亡群	
	施設内	施設外	施設内	施設外
異常産	30.5	13.0	76.8	50.7
早産	11.6	4.6	66.7	44.9
妊娠後半期の自覚症	29.0	24.4	63.8	40.6
例数	138例	131例	138例	69例

註) いずれの要因についても χ^2 検定の結果 1% 以下の危険率で差は有意。

に健康相談のために通院したことのある施設を出産場所として選び、入院した妊婦は健存群では大部分であるが、周産期死亡群では非常に少い。むしろ死亡群には出産の間際になって出血、早期破水、激烈な腹痛・腰痛などの突発的な自覚症を訴えたために妊娠中一度も通院したことのない施設にいきなり飛び込んだ者が多くみられる。この傾向は病院よりも診療所の場合に著しい。こういった事情で施設、ことに診療所で周産期死亡が多いのは当然かもしれない。(しかし周産期死亡には出産時および直後の産婦・新生児に加えられる養護条件も大きな意味をもつから、この点更に検討を要するであろう。)

しかし第4表にみるごとく、出産前後の時期に問題のある妊婦は施設外でも相当数が出産していることも見逃せない。

以上の結果から、妊婦の健康管理を徹底できない社会的、経済的な要因があることが予想され、また母子衛生活動そのものの欠陥も痛感される。従って今後こういった面で問題が解明されて、母子衛生活動が高められる必要がある。しかし周産期死亡の改善されないのは、単に生物学のおよび社会的要因の影響だけではなく、届出の実態と統計とのくいちがいがいという近年の特異な現象とも連がりのあることで、これは、最近の人工妊娠中絶の普及と社会的に関係のある問題ではないだろうか？

(長崎大学医学部公衆衛生学教室)

追 加

質問(曾田長宗) 妊娠中健康相談をうけた所と出産場所が違うという場合、一概に望ましくない現象ともいえない。詳細な検討を願う。

回答(原田圭八郎) 今後検討します。

質問(丸山 博) 周産期死亡とは出生をめぐって死産と新生児死亡とを一括したものだが、これを統計的集団として扱ってよいものか？

回答(原田圭八郎) 生存可能な妊娠時期の死産と、生後まもなくの新生児死亡とは医学的に共通の原因によっておこることが多いから、両者を一括して取扱って考えた方が合理的だと思う。もちろん死産と新生児死亡とは、生物学的にも、社会的にも影響する要因は異なるからこの点も将来追究したい所だ。

質問(曾田長宗) 妊娠中何らかの異常の認められたものが、より多く施設内分娩するだろうから、施設内分娩者に周産期死亡率が高いからといって、施設内分娩をすすめることが無意義とはいえないと思うがいかに。

回答(原田圭八郎) そのとおりだと思います。

福岡県における育成医療

水俣大八郎* 糸永義明**

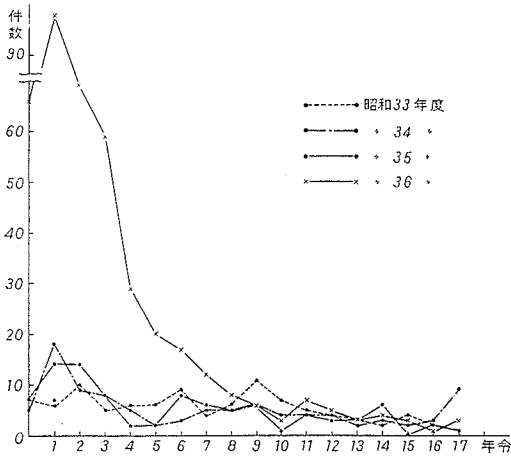
現在厚生省においては、社会保障の整備を進めている。

ここに医療保障の一つである育成医療に関して、福岡県においてその給付状況を昭和33年度から昭和36年度の4カ年み、衛生行政、ことに保健所業務の立場か

ら考察を試みた。

A) 育成医療給付件数

昭和33年度 100件(男47件, 女53件)
 昭和34年度 97件(男39件, 女58件)
 昭和35年度 103件(男43件, 女60件)



第 1 図 年齢別給付件数

格上から四肢障害が最も多く、総件数に比して昭和33年度91%、34年度89.7%、35年度87.4%、36年度95.2%といずれも高率を示している。四肢障害では先天性股関節脱臼（以下先股脱と略す）が最も多く、昭和33、34、35年度ではいずれも四肢障害件数の約50%である。昭和36年度では絶対件数では例年を上廻っているが、ポリオの流行により首位をゆずっている。ポリオの給付件数は第1表に示すように、例年10件前後のものが、昭和36年度では一躍308件と急増している。348件の内訳をみると、昭和36年ポリオに罹患したものの298例の内188例と、昭和34年、35年に罹患した120例である。特に興味を引くものとして後の例は、昭和36年のポリオの流行の際、当局や報道関係の広報・解説等によって育成医療の存在を知ってはじめてその給付を受けるようになったという例が多い事である。

第 1 表 疾病別給付件数

起 因 疾 病	先天性疾患		弛緩性疾患		癒性疾患		結核性骨		外傷性疾患		骨・関節疾患		その他 (含先天性疾患)		計			
	先 股 脱	内 反 足	斜 頸	兎 唇、 口蓋裂	X 脚・ O 脚	脊 小 児 椎 性 痺	分 娩 麻 痺	末 梢 性 麻 痺	脳 性 小 児 麻 痺	拘 縮	不 良 肢 位 強 直	切 断 及 び 離 断	ク ル 病	ハ ル テ ス 病		そ の 他 の 疾 病		
昭33	39	6	3	3	2	13	0	2	1	0	11	5	2	0	2	5	6	100
34	42	1	1	2	2	9	0	1	2	5	15	2	0	0	2	4	9	97
35	46	6	0	8	3	8	0	1	2	2	13	1	1	0	4	1	7	103
36	56	5	0	5	0	308	0	2	3	0	10	0	1	0	3	7	11	416

昭和36年度 416件（男217件、女199件）となっている。なお給付が2カ年度にまたがっているのは1件として初年度に計上した。

これで見ると昭和33、34、35年度では女が昭和36年度では男がそれぞれわずかに多い事がわかる。

B) 年齢別給付件数（治療開始時の年齢）

第1図に示すように、各年度共0歳から3歳の間に小さな山を示し、その他の年齢ではだいたい一線をなしている。これらの山は、この年齢頃に特に先天性疾患の治療の多くが開始されることを示している。なお昭和36年度では0歳から5歳迄に特に大きな山を示しており、これはこの年に流行したポリオによるものである。

C) 疾病別給付

第1表に示すように、疾病別給付では育成医療給付の性

しかし給付の増加しているのはポリオ患者に限定されたようである。なお給付を受けられる疾患であっても、育成医療というものの存在を知らないために、未治療のまま苦しんでいる子供が多く残されていることにもわれわれは一層の努力が必要であることを痛感させられる。他方、兎唇・口蓋裂のように特別な治療技術を要するものに対しては、医療の場に制限を受け一度に多数の患者に治療を受けてもらう事が出来ないという問題も残っている。

その他の疾患としては、先天性のものでは先天性内反足、兎唇・口蓋裂、後天性のものとして四肢の癱瘓拘縮が多かった。

D) 給付疾患内の先天性疾患

以下、育成医療給付の疾患の中で、とくに先天性疾患

のみについて述べる。

イ) 件数

総件数で先天性疾患の占める割合は年度毎に53件(53%), 55件(56.7%), 67件(65%), 74件(17.8%)と増加している。このことは育成医療の主な対象が、今後とも先天性疾患であろうことを物語っている。先天性疾患としては前にも述べたように先股脱がもっとも多い。

ロ) 先天性疾患の治療開始年齢

先天性疾患の治療開始年齢は第2表に示すように、代表的疾患の先股脱に例をとると、最も早く開始したもの

を加えずにすむこと、医療費においても低額ですむことが明らかである。いいかえれば、早期治療が育成医療をより効果あらしめているということがいえる。

エ) 医療費区分

医療費区分は、第2図に示すように、「保険あり」と「保険なし」とに大別した。実線の棒グラフは総件数の医療費区分であり、点線の棒グラフは先天性疾患のそれである。この図で見ると、総件数の医療費区分ではだいたい「保険あり」が年々増加している。このことは給付の対象のワクが漸次広げられているとみてよからう。

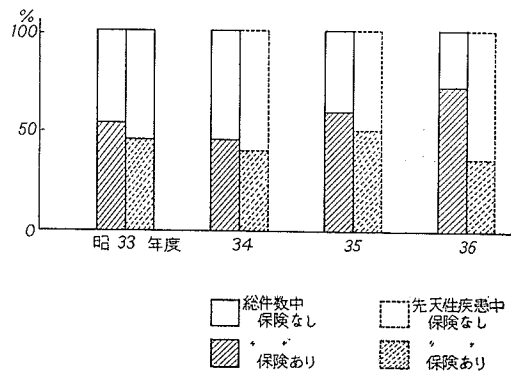
第2表 先天性疾患の治療開始年齢

年度	昭33		34		35		36		九州厚生年金病院で育成医療によらずに治療したもの(昭和36年度)
	最早	最遅	最早	最遅	最早	最遅	最早	最遅	
先股脱の治療開始年齢	7カ月	14歳4カ月	8カ月	14歳9カ月	5カ月	14歳6カ月	2カ月	14歳2カ月	
平均治療開始年齢	4歳11カ月		4歳3カ月		4歳9カ月		3歳11カ月		1歳8カ月
兔唇・口蓋裂開始年齢	1カ月	4歳	8カ月	5歳4カ月	5カ月	8歳11カ月	11カ月	7歳9カ月	

第3表 先股脱の治療開始年齢とその療養日数及び医療費との関係

年齢	療養日数		医療費(円)
	通院	入院	
0	31	1	15,999
1	13	16	22,862
5	13	57	45,658
10	1	101	69,390
15	2	114	86,360

但: 5, 10, 15歳は前後の年齢のものも含む



第2図 医療費区分

で大体生後半年前後であるが、最も遅れたものでは14歳台という数字を示している。先股脱の症状の軽重の差こそあれ、その遅れは驚くべきものである。

平均治療開始年齢も3歳11カ月から4歳11カ月を示し、九州厚生年金病院での、昭和36年度の育成医療によらないで治療した先股脱の平均治療開始年齢の1歳8カ月に比較してかなりの遅れを示していることがわかる。

ハ) 先股脱の治療開始年齢とその療養日数および医療費との関係

第3表にて示すように周知の事実ではあるが、早期治療が通院のみにての治療を可能にし、手術等のとうし

一方、先天性疾患のみの医療費区分についてみると、逆に「保険なし」が増加している。このことは育成医療の給付の主要対象である先天性疾患が、多く医療に恵まれない層から掘り出されて治療されているという事を示しているが、なお未掘の層がそのまま残されている可能性をも物語っている。

結語

以上述べてきたことから、今後の育成医療の給付をより効果あらしめるため、また保健所業務のキメをよりこまかくしていくために

1) 育成医療の存在, 性格等を広報活動等により, 周知させること。このことが次に述べる該当疾患の早期発見の一助ともなり, また児童福祉法の精神に添うことにもなるのである。

2) 対象疾患の早期発見に努めること。このために, 保健所における乳幼児健診の実を挙げる必要があり, また医療機関との有機的れんけいの必要なことも言を待たない。

3) 育成医療の主要対象である先天性疾患患者が生保家族あるいはボーダー・ライン層に多く未処置のまま放置されている。しかし, これら家族は上記乳幼児健診に, あるいは無関心であり, あるいは関心があっても来れないといった事情がある。このためにこれらの階層に対する事情に適した乳幼児健診を別途に計画すべきでは

なかろうか。 (*福島県糸島保健所々長 **同技官)

追 加

質問 (東田敏夫) 育成医療に関する社会的需要に, 現在のその事業はどれほど応えているか? 育成医療事業を受けている患者や家族の医療面経済面, 保護一般に対する要望等に関する調査報告を待つ。

質問 (山本理平) 肢体不自由の種類, 軽重, 医療方法等の近年における著しい変化に伴って, 育成医療の位置に当然変化あるはず, 演者の問題提起は将来に対し多少修正を要しよう。

回答 (糸永義明) 衛生行政よりみると現状はキメの粗いものだ。キメの細かいものと思い現況をみたものだ。

乳児死亡をめぐる社会医学的考察

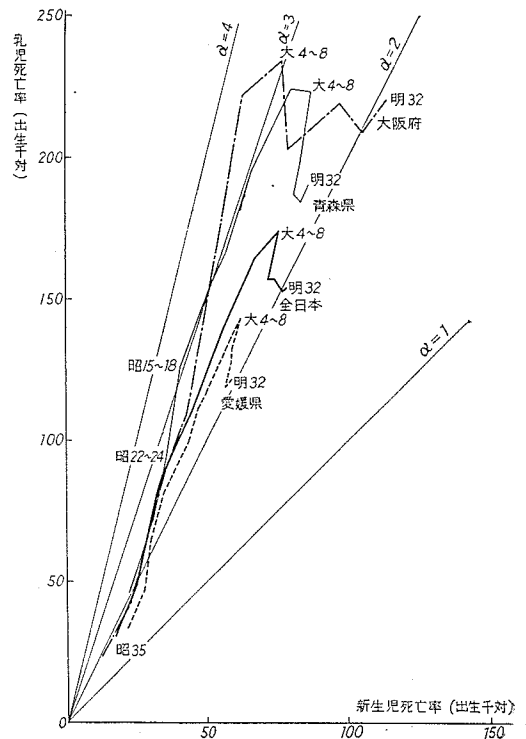
丸 山 博 南 吉 一

戦後日本の乳児死亡率の低下をもって国民の健康水準向上の証拠たとする主張や, 保健技術進歩の結果もはや乳児死亡は国民健康のバロメーターとして役立たなくなったとする意見などがあるが, まさしく乳児死亡は社会医学の課題たりえなくなったのであろうか。本稿ではこの点に考察の焦点を合わせた。

乳児死亡を客観的に標識する際いつも統計数値が用いられるのだが, その統計の基盤はあまり問題にされていない。われわれは, 乳児死亡の評価をある特定の単一指標に求めることは科学的にみて無理であるばかりか危険であり, それは出生前後に関するいくつかの指標の関連の下に行わなければならないことを終始一貫指摘してきた。その最大の理由は, 現行社会制度下において, 人間の出生, 死産, 死亡といったデリケートな事象が正確に統計的に把握されうるとは考えられないこと, および関連諸事情の変化にあってはそれらの事象自体すら自在に操作されうる現実があることのためである。

具体的な例としては, 死産として登録されているもののうち 60~20% が実際は新生児死亡であるという事実がすでに何回か報告されていることや, 極端に出産を抑制した場合乳児死亡は実数だけでなく率としても低下して当然ではないかとの観点があることをあげれば充分であらう。

(註 これらの点については具体的に報告でふれた



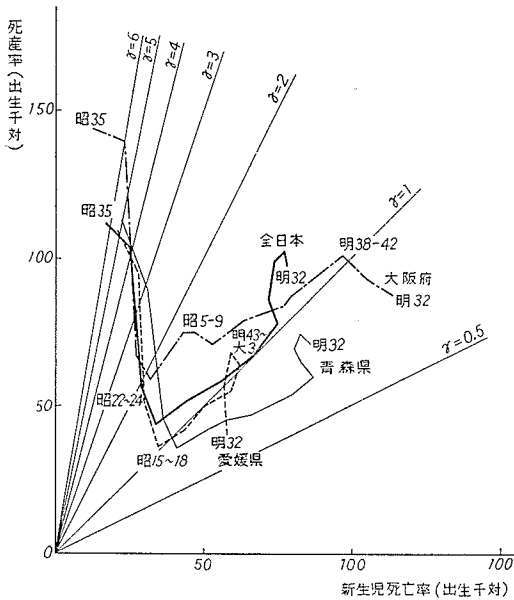
第 1 図 乳児死亡率・新生児死亡率の推移

が、紙面の都合上稿を新にして説明したい。

乳児死亡を相互関係において把える方法として比較的すぐれていると考えられる α -index と γ -index をここでとり上げてみよう。

α -indexは乳児死亡率(出生1,000対1年未満死亡数) / 新生児死亡率(出生1,000対1ヵ月未満死亡数)の比で、乳児死亡の内部構造を示すものであるのに対し、 γ -indexは死産率(出生1,000対妊娠4ヵ月以後の胎児死亡数) / 新生児死亡率の比で、出生前後の死亡構造を示すものである。

第1, 2図は、全国および2, 3の府県について両者の推移を図示したものである。数値は毎5年間隔の平均値をもとにしたので微細な変動は表われないが、一見して



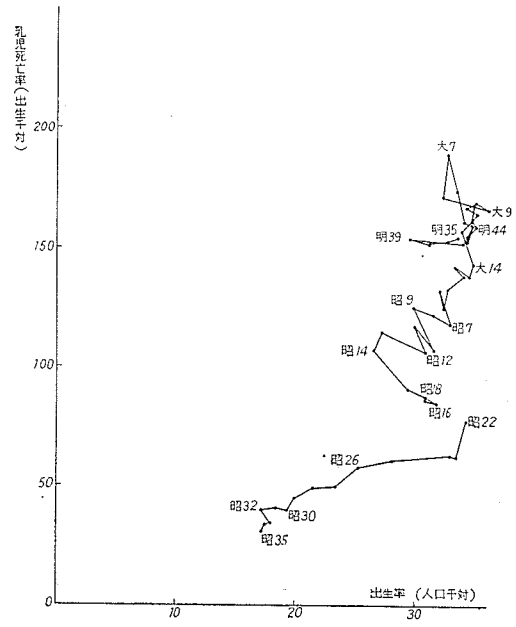
第2図 死産率・新生児死亡率の推移

大きな2つの曲り角があることが分かる。図を省略したが他のほとんどの府県の場合もこの点は全く同様であった。(数値は丸山「乳児死亡(Ⅱ)統計の研究」のp.198-213の表による。)

第1の曲り角(大正4~8年)は、工場法実施、第1次大戦、ロシア革命、米騒動、シベリア出兵、スペイン風邪などの時期で、資本主義体制の全般的危機の第一段階に即応する。ここを折返し点として、上昇傾向を辿っていた乳児死亡は一路減少し始める。乳児保護事業、調査研究活動、ミルク量産、保健婦活動、医療社会化運動等が展開され、戦時下に至っては国家重要施策の一つとして強力に対策が講ぜられた。

第2の曲り角(今次大戦直後)は、米軍による占領、食糧難、新憲法、行政改革、東西両陣営の対立、中国革命など、いわゆる全般的危機の第2段階にあたる。ここを転換点としてそれまで0に接近しつつあった死産・新生児死亡の傾向は反転して0から遠ざかってしまう。これは優生保護法をはじめとする戦後人口政策転換の所産であり、第3図で明らかのように、戦前と戦後の乳児死亡率低下は質的に異った土台の上におこったものといえる。

(註 報告では岸和田市の事例について、戦前と戦後の比較で実証したが、これも稿をあらためて詳述したい。)



第3図 出生率・乳児死亡率の推移

このように出生前後の死亡の動向が、社会経済の集中的表現である政治と時代区分を一にしている事実に注目しに値しよう。衛生統計の中でもこれほど簡明に社会の転換期をあらわしうるものは少ないのではないか。

このことは、ペニシリン、インキュベータなど医学技術のたゆまない進歩にもかかわらず、乳児死亡は未だ質的にも量的にも問題のあることを示している。

またそれは根底にある社会的歴史的諸条件と切り離して乳児死亡問題の解決が絶対にあリえないことを教えている。

一般に乳児死亡研究において社会的因子の分析は、例えば父母の職業、教育程度、世帯月収、住居の広さ……

等々について並列的、横断的に相関関係を確認することに終始している場合が多いが、そのような現象面での停滞をつき破って、それらを包括した、より本質的なものとの関係を明かにし、法則的に理解していくのでなければ、乳児死亡問題の認識は浅薄に流れ、例えば現実を訪れようとしている第3の曲り角を予測し、対処していくことすらもできないに違いない。

以上、本稿では乳児死亡が社会医学にとっていかに典型的な課題たりうるかについて述べたが、乳児死亡を素材とした社会医学論にまでおよばなかったことは残念であり、ぜひ今後の課題としてとりこんでいきたい。

(大阪大学医学部衛生学教室)

追 加

質問(庄司 光) H学区の変化が顕著といわれるが統計的にいえるのか? 戦前・戦後の比較をするのに母集団は同じと考えてよいか?

回答(南 吉一) H学区では α -indexの変化著しく、各種指標から総合的にみて一番問題の多い学区だ。少数例の統計的検定せず。この学区は漁村が中心であったが近年大阪湾埋立に伴い零細加工業日雇等と多様な形態をとっている。これら歴史的背景において、戦前・戦後の特徴を鋭く α -indexが新生児死亡率と共に示している

考える所にこの比較の意味がある。統計用語で母集団と同じと考えるかと問われるなら、否と答えてはばからぬ。

質問(原田圭八郎) 戦前・戦後の α -indexは実際が変わっていると思うか?

回答(南 吉一) デルタ曲線の分析からみて α -indexの基本的性格が変化したとは考えられぬ。乳児死亡の統計的把握は α -indexと、乳児死亡率・新生児死亡率・死産率等の関連の下になされるべきで、 α -indexを単一指標として扱うべきではない。

質問(曾田長宗) 乳児死亡率・新生児死亡率 α -index等々乳児の衛生状態を示す衛生統計としていろいろあるが、それらの一、二のみに社会医学的研究上限定出来ぬと思うか?

回答(丸山 博) その通りだ。いくつかの統計値を併用して考える必要あり。単一の統計値のみで考えるのは危険だ。

質問(小宮山新一) 最近自然死産率が次第に上昇してきているが、その原因如何?

回答(南 吉一) 戦前・戦後を比較してみたが明確な根拠はとらえていない。激増している既婚婦人労働者の生活様式・労働条件に一つの問題があるようだ。単に医学的なものとするよりも社会的なものとするべきだと思う。

都 市 低 所 得 階 層 の 健 康 問 題

渡 辺 弘 細 川 汀

戦前に比し企業規模による賃金較差は増加し、日雇・単純労働者・臨時工など低所得労働者の生活はますます悪化している。特に大都市におけるこの階層は家屋の老朽化・環境衛生の劣悪・社会病理的問題の増加などと相伴なって停滞または沈澱を深めている²⁾。われわれは種々の企業における労働者の健康管理をすすめて来たが、零細企業労働者および年少工や臨時工の血液所見が大企業労働者に比して低値を示すことを認めた。このことから、労働者の健康障害を問題にするばあい生活水準がどれほど大きい因子であるかを検討する必要を感じ、若干の調査を行なった。

低所得階層の健康に関する調査は従来から多く行なわれているが、その大部分は生活保護を中心とする救済ないし社会福祉対策を目的としており、被保護者ないしは日雇労働者スラム街住民などを対象としている。しかし

かれらも労働者階層の一つを形成しており、また他の労働者階層を経過して没落するばあいが多し。従ってこれらの階層は連続したものとして捕捉しないと、対策もバラバラに切り離される結果になりかねない。このことは行政面において労働・民生・保健が分離されていることから一そう注意を要する点であろう。

われわれは大阪市内の労働者階層のうち次の6グループについてその生活および健康の状態を調査した。

A: 極貧層——永い貧困のすえ更生施設に収容された世帯で勤労意欲を欠いたものが多い。

B: 貧困層——一般地区に居住する単純一日雇労働者世帯で不良家屋が多く、C、Eと移動し合うものや行商・露天商職人などを含む。

C: 小企業労働者——Bと同地区の従業員50名以下の企業に働らく労働者世帯で、大企業に比して労働時間

が長い。

D：大企業年少工——新中卒後直ちに勤務した15~19歳の労働者世帯で、片親の者が25%，父親の収入が3万円以下の工員48%でB, Cが多く、大工・職人がそれに次ぐ。

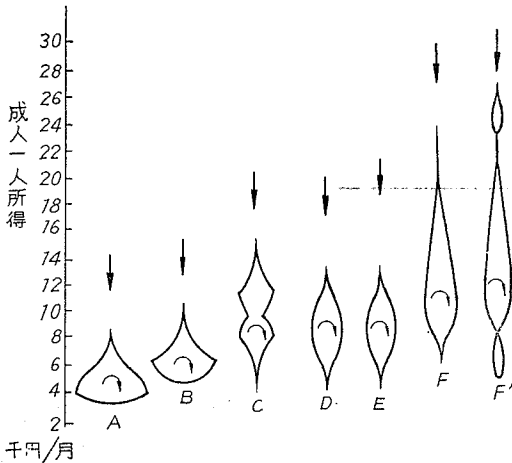
E：大企業臨時工——30~50歳が多く、B, Cに移動する場合が多い。

F：大企業筋肉労働者世帯

F'：公立研究所研究員世帯

被検者は年少者（Dを除く）・老年者・有害作業者・鉤虫など貧血原因の明らかなものを除いている。

各階層労働者成人1人当り所得の分布は第1図に示すとおりである。（消費単位は労研式による）F, F'は紡錘形であるが、A~Eは底辺が丸く広がり、Cは熟練労働者~経営者の層と不熟練労働者の層との分解（癒着）を示している。Bの生活歴から、元の最長階層は自営小商業主13%，俸給生活者19%，熟練労働者28%，職人15%，不熟練労働者25%で、元の階層が高いほど種々



第1図 各労働者階層の所得分布

の経路を経るが、横ないし下への移動が多く、上昇する場合は稀である。また元の階層が高いほど没落因子が多く、ことに外因（戦時経済の変動・会社不振・天災）/全因が高くなり、元の階層が低いほど内因（疾病・老齢）だけで没落するケースが多く反社会的行為（酒・ギャンブル・不和・犯罪）が多くなる。全ての階層において慢性疾患（特に結核）が60~90%のケースで一因を占めており、社会保障の欠陥が貧困と強く結合していると考えられる³⁾。

各階層の血液所見は第2図に示すとおりである。すなわち、Aは各値がもっとも低く、B~EはF, F'に比し

て平均値が低く異常者率が高い。但しFの血色素量が低い値を示すのは筋労働の影響を受けているためであろう。A, Bはビタミン欠乏症・胃無酸症・血清鉄低下などがFに比して2~3倍多く、肝・心・腎・神経・消化器疾患も多い。またD群は就職後年齢と共に血液性状は改善されるが、新高卒労働者と同一年齢になっても同じ水準には達せず、この較差は年少工が成長期にふさわしい栄養を与えられていないためと考えられる。

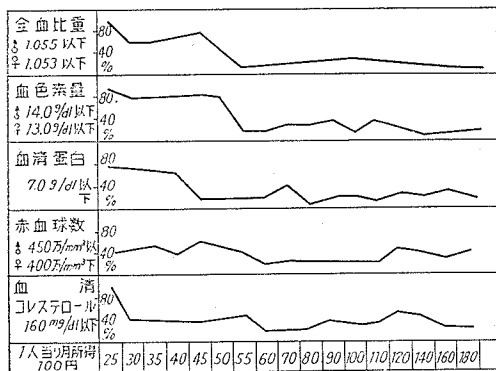
C, EとBの血液所見に大差がないのは生活水準のちがいが栄養以外にあるためであろう。栄養調査の成績⁴⁾

項目	階層	男子			女子		
		n	平均値	異常者率 50% 100%	n	平均値	異常者率 50% 100%
全血比重	A	125	1.0531		79	1.0518	
	B	72	1.0565		131	1.0523	
	C	175	1.0560		40	1.0523	
	D	30	1.0546		20	1.0533	
	E	72	1.0562		30	1.0524	
	F	1238	1.0568		60	1.0535	
	F'	44	1.0581		28	1.0547	
血色素量	A	125	12.87%		79	12.73	
	B	72	14.38		131	13.22	
	C	175	14.18		40	13.08	
	D	30	13.77		20	12.80	
	E	72	13.90		30	12.66	
	F	1238	14.11		60	12.84	
	F'	44	14.75		28	13.15	
赤血球数	A	125	408.1 Fl/mm ³		79	405.4	
	C	175	459.3		40	415.2	
	D	30	437.3		30	415.7	
	F	32	486.2		60	432.4	
	F'	44	488.7		28	420.8	
血清蛋白量	A	125	7.42%		79	7.28	
	B	72	7.38		131	7.39	
	C	175	7.56		40	7.37	
	F'	44	7.87		102	7.83	
血清コレステロール量	B	175	179.6 mg/dl		131	185.6	
	C	30	189.6		40	204.8	
	F	1238	207.6		60	207.6	
	F'	44	207.6		28	223.8	

第2図 各労働者階層の血液性状

によると、1人1日当りの食費70円以下のものが60%以上を占め、Fに比べると全栄養素（特に脂肪・ビタミンA・ビタミンC）が40~80%程度しか摂取されていない。動蛋もきわめて少ない。収入がやや高いCにおいても、衣服費・娯楽費・雑費が増して食費はほとんど変わってなかった。A~Eの住居の衛生状態はきわめて不良で改善のしるしは認められない。これらの成績から、F, F'から（あるいは他の階層から）これらの階層に移動すると、その過程や経路はさまざまであっても、なんらかの健康障害が潜在的に始まることは避けられないと考えられる。

次に成人 1 人当り所得と血液所見との関係を求めると第 3 図に示すとおりである。1954 年労研の成績¹⁾と異なり、第 1 の転換点は 5,000 円に認められ、第 2 の転換点は明らかでなく、強いていえば 12,000 円で平面化する傾向が認められた。この際 A—E がつながるのでほぼ同じ生活パターンであるといえよう。現にどの階層においても食費 1 日 1 人 70 円以下では魚・肉・卵・牛乳・緑色野菜・柑橘・果実がきわめて少なく、1 日 1 人 90 円以上とは著明な差異が認められた。また所得 1 人 1 月 5,000 円以下では、よく目がさめる、倦怠、関節痛、いらいら、皮下栄養、光沢不良、浮腫、腱反射異常などの自覚症



第 3 図 所得と血液性状

状が多くなる。従って仮に最低生存基準をなんらかの健康障害がまぬかれ難い限界とし、最低生活基準を一応均衡のとれた生活をすれば健康障害を防ぎうるであろう限界として、それぞれを 5,000 円および 12,000 円とすれば、A の 80%、B の 50%、C、D、E の 5~10% は 5,000 円以下であり、12,000 円以上は F、F' の 40~60%、C の 20~40%、D、E の 5~10%、A、B では例外的にしき認められなくなる。(この調査は 1960 年 2 月~1961 年 9 月に行なったもので、当時の貨幣価値とする) 従ってわれわれが A~E の労働者の健康管理を行なう場合には低所得階層において栄養欠陥による症候が含まれる頻度の大きいことを考慮することが必要と思われる。また F、F' の労働者の場合も疾病・職業病など何らかの障害が合併されやすい異常所見を有するものが含まれている

ことを忘れてはならないであろう。更にまた A、B のように最低生存も満たされないような賃金と社会保障については健康の面からも再検討の必要がある。

以上われわれは低所得階層の健康障害について調査し次のような結論を得ることが出来た。

- 1) 種々の低所得労働者階層世帯には血液所見を中心とする健康障害を有するものが多い。
- 2) 下層になるほど健康障害は強くなり、疾病を起しやすくなる。特に日雇・単純・不熟練労働者の大部分はなんらかの障害をまぬかれ難い水準にある。
- 3) 労働者階層の交流、とくに横ないし下への移動が絶えず行なわれており、その過程に応じて障害が増加すると考えられる。従ってこのような没落を起さぬような対策が全ての労働者階層に実施されるよう考慮が払われる必要が認められる。(大阪府立衛生研究所)

文 献

1) 日本の生活水準, 労研, 1961. 2) 大橋薫: 都市の下層社会, 誠信書房, 1962. 3) 細川汀: 貧しさと健康, 生活衛生 6(2), 11~21, 1962. 4) 足利千枝: 貧しさと栄養, 生活衛生 6(2), 2~10, 1962.

追 加

質問(東田敏夫) 低所得階層に十二指腸虫症の頻度が高い点に一考を要する。

回答(細川 汀) 本調査では①十二指腸虫卵陽性者, ②血液病の既往症ある者, ③慢性失血顕著な者, ④高齢者・年少者を除外した。

質問(青山英康) 所得額の把握はいかにしたか。低所得階層に特異な質問項目を設けたか?

回答(細川 汀) ①本人をよく知っている世役・本人・福祉事務所等より聞いて判断, ②血液性状を中心に関係ある因子をひろい出し, また社会的項目は過去の調査項目より選出。

質問(額田 稔) 血液性状は高年齢化と共に悪化する傾向ありと思われる。階層間の比較の場合年齢の考慮が必要と思うが如何?

回答(細川 汀) 低所得階層では高年齢者多く(A、B)年齢の影響は否定出来ぬ。C、EはFとほぼ同じ。

休業率よりみた鉄鋼労務者の実態

三谷和合* 水野洋**

I. 産業合理化をどう考えるか

この数年来、わが国においても技術革新に基づく産業全般の合理化が盛んに行なわれているが、わが国では単に技術革新に基づくというだけでなく資本主義競争に打ち勝つために従来すでに産業の各工程で当然合理化されていてよいものを、近來どうしても行なわざるを得なくなったというのが、特に中小企業の実状といえよう。経営、資本の側はこの合理化は単に生産性の向上のみならず、労働者の従来の過酷な重筋労働を軽減させてもいと宣伝し、一般にこの産業工程上の合理化は労働者の健康を守り、その作業率を下げているのだともいわれている。しかしそれらに対してはすでに多くの人々によって反撃が加えられ「資本主義の下におけるオートメーションは一つの形態の疲労を他の形態の疲労に、肉体的疲労を神経の緊張におきかえている。」というように表現され、事実現場の労働者もそのことを直接その肌で感じている。しかしながらこのような疲労の形態の交換はますますいわゆる現在の生物学的自然科学の方法で、数量的に疲労と健康破かいの度を把握させることを困難にしている。市川氏が「鉄鋼」(岩波新書)で述べておられるごとく「鉄鋼業における設備合理化=近代化によっても鉄鋼労働者に対する取巻は少しも軽減されるところかより強化される」のが現実の産業合理化の姿である。その現実を社会医学の立場からどうとらえて行くべきか、そのささやかな第一段階の試みを報告し、ご批判を願いたい。

II. 調査対象及び方法

当柴谷診療所は南大阪、木津川沿いの造船鉄鋼等を中心とした大から小に到る工場街を周辺にひかえ、そこに働く労働者も多く来診している。そうした中から組合側が積極的に協力してくれた2, 3の工場を対象とした。

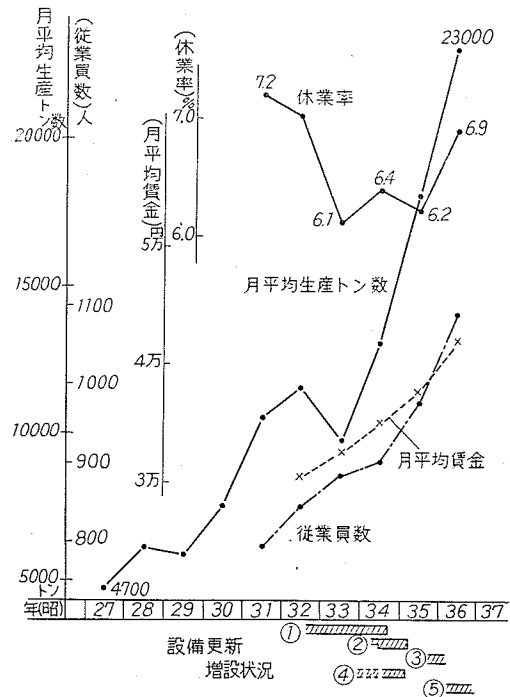
①従業員1,100人、資本金7億の富士製鉄系列下の大和製鋼という平炉メーカー。1,100人の本工の外に社外工が5~600人働いているが、この分については調査は今回はできなかった。

②従業員600人の上記と同様産業の国光製鋼。これは

目下調査の段階。

③従業員20人前後の富士庄延および40人前後の木本伸鉄という街工場零細庄延企業。

資料の入手は労働組合から会社側とっている各種のデータを借用し、組合から諸事情の聴取および現場検討を行なった。①のケースに関しては、自覚的疲労調査、病欠の疾病別分析等も行なったが有意なものを得られなかった。



第1図 年次推移 (27~36年)

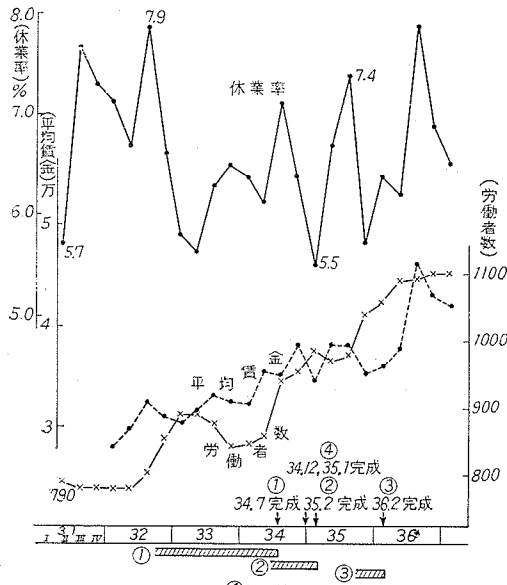
III. 調査結果

a) 大和製鋼の場合(第1, 2図)

生産トン数: 月平均でその推移をみると昭和27年の4,700トンから昭和36年には23,000トンに上昇している。いわゆる合理化、設備更新は、昭和32年から34年にかけて連続式庄延機が4,500万円で、工業用水設備や酸素発生装置が2,200万円で作られ、さらに厚板工場改

造等も行なわれている。この時期に生産トン数が一時低下しているがこれは例のナベ底景気の時期で、この機会を利用して一部工程を止めて設置改造に当てている。35年に熱風キュボラが4,500万で完成される頃から一躍生産は伸びている。だが本年上半期は鉄鋼不況で生産は15,000トンに押えられている。

平均賃金：月平均でみると36年4万円をこえたのが生産減によって本年上半期は直ちに3万5千円を割っている。これは賃金が〔基本給+手当(基本給×1.1)+生産手当+役付手当+皆勤手当(500円)+その他〕の基準用手段の他に、残業、深夜、家族の諸手当が加わって税込支給総額という極わめて複雑な計算に由来している。



第 2 図 四半期別変動

基本給が低く基準内以外のところで会社側は賃金総額を自由に操作できるようになっている。

労働者数：職場別には第1表のごとくなり、平炉の1.7倍は生産の根源で当然だが事務関係がそれと同様の増加を示しているのも戦後の生産現場の特徴である。

休業率：合理化に伴う労働条件の変化の検討の一つとして職場別に月別休業率を算出した。休業率は在籍労働者の労働延日数分の休業延日数でもって算出、有休、病欠、公傷その他に分けて行ったが、この区分に関しては現状のデータでは相当相互移行が事実上あり、区分の意義が薄いので一括して考察した。職場別は第1表の通り。各四半期(12~1月, 3~5月, 6~8月, 9~11月)毎にみても冬低く夏は高いことは従来述べられてい

るものと大差はないが、年平均として年次推移をみると一時低下したものが再び上昇して行く傾向が明らかである。このごとく合理化の進行は決して休業率を一方向的に

第 1 表 職場別年次推移

職場	昭31年	32	33	34	35	36
事務	4.1%	4.2	4.4	5.0	5.2	4.8
	126人	142	162	171	188	209
厚板	8.5	7.9	6.2	4.8	6.1	7.5
	137	145	143	141	135	137
条鋼	7.2	6.8	8.0	6.8	5.8	6.4
	53	61	57	63	85	95
平炉	7.8	5.4	5.8	6.4	6.9	9.3
	38	41	43	50	64	63
造塊	8.2	11.4	7.9	7.9	8.3	8.4
	79	74	89	97	123	129
検査	11.4	9.3	5.8	6.7	6.1	6.9
	43	41	35	35	44	46
合計	7.2	7.0	6.1	6.4	6.2	6.9
	787	810	865	904	991	1,078

上段 休業率(%), 下段 従業員数(人)

第 2 表 零細企業の場合、富士圧延における休業率

	1月		5月		9月	
	上旬	下旬	上旬	下旬	上旬	下旬
35年			14.0%	14.1	17.5	20.0
			19人	19	20	20
36年	11.1%	8.1	13.6	15.4	10.2	17.2
	19人	19	18	19	18	18
37年	4.9%	16.1	14.9	6.7		
	19人	21	19	20		

第 3 表 木本伸鉄における休業率

	I月	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	XII
36年				7.4	5.7	5.5	6.6	6.4	7.8	8.9	7.0	4.0
				41	37	39	31	38	39	42	41	40
37年	5.1	8.9	4.6	5.6	3.9	7.9						
	40	44	43	45	45	43						

引き下げてはならず、むしろかえって上昇させつつあるとさえいえる。各職場別では今のところ顕著なものが指摘できない。

b) 零細庄延企業の場合

③のケースについては人員変動および休業率変動は第2表を参照されたい。富士庄延は昭和35年4月に移転して来たが、建屋にしろ作業環境にしろひどく、ここでは休業率が20%近くさえなりまた従業員の出入も激しく初期の顔ぶれで今も勤続しているのは数名にすぎない。賃金も月2万2千円前後でこの間ほとんど変動していない。一方木本伸鉄の方は36年4月に当所へ移転したが建屋も新築され厚生施設も一応整えられ、ここでは休業率も低く安定し、メンバーの移動はほとんどみられない。同じ零細企業でも休業率でみてこのごとき差がみられるが、この因子は中企業におけるそれと同一とは決していえない。

IV. 検討と反省

大和製鋼の場合、休業率はその時点で社外工がどれだけ投入されていたかによって変動が左右されているという組合側の意見が注目される。疲労の極にある時、社外工の応援でもって有給乃至病欠で休むことが可能になるという事実を指しているが社外工との関連は今回は考慮できなかった。

われわれは斯様に休業率から合理化による労働者の健康破かいの問題を考察してきたが、もち論これのみでは不十分と考えている。しかしこのような長期にわたる、いいかえれば歴史的に生産と労働の問題を検討して行くこと、その中で休業率を考察することが働く人々の健康状態をみる上で、まず第一段階であると考えている。さらに労働の場の問題と、労働を生み出す基礎である生活の場の条件を合わせ検討せずには働く人々の健康、疾病の真の姿は把握できないと考えているので、今後こうした面での追求を行なっていきたい。真実を把握するにはどういう態勢でもって取り組むべきかということが、この種問題解決の鍵であろう。(*大阪柴谷診療所 **大阪大学医学部衛生学教室)

文 献

- 1) 市川弘勝(1961), 鉄鋼(改訂版), 岩波新書. 2) 大島正光(1960), 疲労の研究, 同文書院. 3) 三浦豊

彦(1961), 生活の衛生学, 労研. 4) 労研編(1952) 産業疲労の検査方法, 労研. 5) 法政大, 大原社会問題研究所編(1960), 中小企業労働者論, 東洋経済新報社. 6) ヤン・アウエルハシ(1961), オートメーションと社会, 日共機関紙経営局. 7) 元田紀雄・他(1959), 作業合理化が労働者に及ぼす影響について(某庄延作業について), 鉄鋼労働衛生, 巻8(1). 8) 鉄鋼労働衛生委員会(1960.61), 疾病欠勤統計(2-4), 鉄鋼労働衛生9(1), 10(1), (3).

追 加

質問(額田 稔) 職場の Morale は職場の構成単位の規模により非常に異なると思われるので、今後このような要因の検討されたい。

回答(水野 洋) 今後考慮したいと思う。

質問(青山英康) 休業率を用いるには、労務管理体系・給与体系等々の要因の微細な分析が必要。一般疾患の中にこそ労働条件に基因する健康障害がかなり含まれると思うが?

回答(水野 洋) 有休・病欠・公傷等の分け方は会社側へ提出された休業届による。従って休んだ原因の真相は労働組合を通して労働者各個より真実を提供してもらい分析せねばならぬと思う。

質問(東田敏夫) 休業率は、その原因別とくに労災・結核等長期疾患・頻発する疾患等によるもの、特に任意欠勤等に区分し検討されたい。中小企業ではその影響は大きい。

回答(水野 洋) 真実の原因をつかみうる態勢のもとでさらに検討したい。

質問(宮入昭午) 罹患率・休業率の factor¹⁾としてオートメ化産業の近代化を結びつけるのはおかしい。factor をより明確にせよ。月間の残業時間に大きな要素ありと思うが如何に。

回答(水野 洋) 休業率そのものに関与する要因として産業の近代化を直結せず。残業夜勤手当による分が大きい。賃金上昇は残業などによることが大きいことを示す。

「社会医学についての質問」調査

社会医学研究会

「社会医学をどう理解するか」のシンポジウムの資料とするため、社会医学研究会会員を対象として、表記の

調査を昭和37年4月に実施した。質問紙と回答用紙を郵送し、返送を求めたが、回答率は60%で、回答人員の

内わけは第 1 表のとおりであった。

質問紙の質問事項は 9 項目であるが、以下その回答集計の要約を述べる。

I. 社会医学は社会科学であるか、自然科学であるか

1. 社会科学であるとするもの 7.8% (回答者のうちにしめる割合)
2. 自然科学であるとするもの なし
3. 両者の総合であるが、
 - (イ) より社会科学に比重をおいているとするもの 32.8%
 - (ロ) より自然科学に比重をおいているとするもの 7.8%
 - (ハ) 時と場合により、あるいは社会科学に比重をお

3. 相互に結合された多数よりなる国民階層 (Volksschicht) と、その子孫の健康状態に経済的および社会的な生活条件がおよぼす影響と、この知識に基づいて、この国民階層およびその子孫の衛生状態の現状を改善しようとする方策とに関する学問である (Chajes) 21.9%
4. 社会医学は、社会に影響をおよぼす住民の健康状態と、この健康状態におよぼす社会的環境の影響とを研究し、全住民の健康を全面的に促進確保して、各人にその身体的および精神的能力発展の可能性を保障することを目的とするものである (Winter) 51.6%
5. 社会医学は、住民の健康状態と社会的諸条件の相互作用を分析し、保健政策の立案に資するとともに保健政策——ひいては、社会政策の反省となし

第 1 表 回答人員

	勤務先別			職種別			従業上の地位別			回答人員	%
	大学	官公立	その他	医師	保健婦 助産婦 看護婦	その他	管理的 業務	大学教授	その他		
20 ~ 29歳	9	5	1	9	2	4	0	0	15	15	23.4
30 ~ 39	7	10	3	17	3	0	3	1	16	20	31.3
40 ~ 49	8	5	1	9	2	3	3	5	6	14	21.9
50 ~	5	5	5	14	0	1	11	4	0	15	23.4
計	29	25	10	49	7	8	17	10	37	64	100.0
男	25	21	8	48	0	6	17	10	27	54	84.4
女	4	4	2	1	7	2	0	0	10	10	15.6
計 (%)	45.3	39.1	15.6	76.6	10.9	12.5	26.6	15.6	57.8	100.0	

き、あるいは自然科学に比重をおいているとするもの 28.1%

- (ニ) 両者を並列的に考えているとするもの 23.4%

II. 社会医学の定義

次の諸家の定義に対して、その考えが近いと答えたものの割合 (%) は次のとおりであるが、重複してチェックしてよいことになっているので、各%の計は 100 を超過している。

1. 社会医学は、医学のすべての分科に浸潤せられるべき哲学である (Hobson) 25.0%
2. 社会医学は、集団のみならず、集団の個別的構成員をも取り扱うものであり、家族および社会全体のうちで、疾病により作りだされる諸問題を取り扱うものである (Ryle) 12.5%

得るものである。57.8%

III. 社会医学と公衆衛生学の関係

1. 社会医学のなかに公衆衛生学が含まれるとするもの 50.0%
2. 公衆衛生学のなかに社会医学が含まれるとするもの 9.4%
3. 社会医学と公衆衛生学とは同じものであるとするもの 9.4%
4. 社会医学と公衆衛生学とは、それぞれ別個に存在するとするもの 28.1%
5. 社会医学があれば、公衆衛生学を認める必要はないとするもの 1.6%
6. 公衆衛生学があれば、社会医学を認める必要はないとするもの なし

現在わが国の医科系大学に社会医学講座と称するものはないが、衛生学・公衆衛生学講座のほか新しく社会医学講座を設ける必要があるかという質問に対して「必要あり」とするものは56.3%で、上掲の「社会医学と公衆衛生学とはそれぞれ別箇に存在する」「社会医学のなかに公衆衛生学が含まれる」と考える人に多い。

また、別に設けるのではなく、衛生学・公衆衛生学講座を改組することによって、社会医学講座と改めるのが必要か、どうかに対して、必要と答えたものは35.9%で、これはほとんどが「社会医学のなかに公衆衛生学が含まれる」と考えている人である。

IV. 社会医学は特徴的な方法論をもつか

1. 特徴的な方法論をもつと考えるもの 82.8%
2. もたないと考えるもの 12.5%
3. もつと考えてもよいし、もたないと考えてもよいとするもの 1.6%
4. 無記入 3.1%

無記入の1人は、このような質問の意味がわからぬと添書してあつた。

この「特徴的な方法論」という意味は回答者によって、多義に理解されていたようで、例えば同じように特徴的な方法論をもつというもの53人のうちでも、医科系大学に新しく社会医学講座を設ける必要があるとしたもの31人、逆に必要がないとしたもの18人（無記入4人）であり、また衛生学・公衆衛生学講座を改組して社会医学講座とする必要ありとするもの16人、必要なしとしたもの27人など、講座開設について、まったく相反した態度を示していることからもうかがわれる。

V. 社会医学の対象

次のものを社会医学の対象に含めるかとして、医療費の分析・医療保険制度・医療施設医療関係者・衛生行政機構と地方自治・保健婦活動・地区保健活動・昨今のポリオ流行に関する大衆運動・最近の病院スト問題・大気汚染・放射能の10を列記したが、これらの項目を選んだのは必ずしも体系的に並べたものでなく、問題になりそうなものをかかげただけである。これに対して10項目全部を対象に含めるとしたものは50.0%、ある数項目のみに限定したもの48.4%、無記入1.6%であった。10項目全部にチェックしたもののなかには、社会医学的姿勢によって対処するとき、すべての社会現象が社会医学の対象に含まれると添書したものがあつたが、10項目全部にチェックした人はおそらくそのような意図なのであろう。

おわりに

以上の回答の集計は、さらに第1表のように内わけして集計した。すなわち、大学・官公立（主として官公立大学を除いた官公立病院・研究所など）・その他別、医師・保健婦など・その他別、管理的業務（院長・所長・団体役員など）・大学教授・その他別では、回答にどのような違いがあるのか、についてであるが、ここでは頁数の制約から述べなかつたので、これについては学会当日配付した資料をご覧願いたい。

なお、今後もう少し具体的に会員の社会医学の考え方を、質問紙調査の方法によっては握し、それらの結果を整理して一応まとめた形のものにしたいと考えているので、その際以上の内わけについても考察を加える予定である。
(大谷・北川・浅野)

富山県クル病多発地帯に於ける社会的因子の調査成績について

河野 稔 中山 忠雄 大出 博
笠木 茂伸 藤井 晃夫

われわれは過去数年間に亘り主として純医学的な面より富山県下のいわゆるイタイタイ病並にクル病の調査を行って来たが、実際にクル病調査班を組織して県下のクル病多発地帯に入ってみると従来クル病の発病因子と

して重要視されて来た紫外線の不足、ビタミンDの欠乏、カルシウムの摂取量不良、Ca:Pのアンバランスな食習慣、Protein Scoreの低いこと等々の事実を確認して来たのであるが、これらの因子の根源を更に探ってみる

とこの地帯における疾病地理学的な因子たる北陸特有の悪い気象条件を更に悪化せしむる傾向すなわち山林の鬱蒼たる傾斜面に家が立っていること、また家屋構造が全く採光を顧慮せず建てられていることおよび貧しい農山村の経済的条件より必然的に食生活が不良となり更に栄養知識の欠乏がこれを更に悪化させている傾向など数々のクル病発生の母体となっていると思われる点を認めたので、これらの社会生活的因子の基礎的資料を得るため先般来われわれの調査班はクル病の専門的集団検診を実施するかたわらルネサンドの環境因子の調査方法に準じてこれらの地域における住民の①職業的因子 (Professional Factor), ②労働的因子 (Laboratory Factor), ③経済的因子 (Economical Factor), ④家庭的因子 (Familiar Factor), ⑤教育的因子 (Educational Factor) 等につき調査した結果につき報告する。

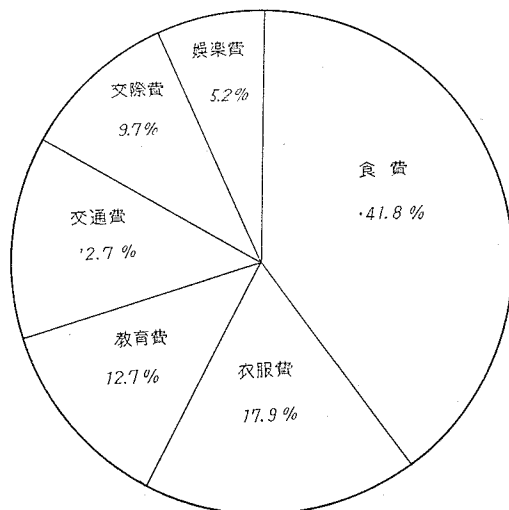
調査成績

調査対照は富山県永見市早貸部落 40 戸 (192 名) に対し戸別アンケート用紙記入方式によって実施した。

まず最初に ①Professional Factor についてのべると直接生業に従事する全人口は 122 名で 1 戸当平均就業人員は 3.05 名。次に各職業別人員を調べた結果は農業 85 名 (男 37 名, 女 48 名), 手工業 12 名 (男 7 名, 女 5 名), 商業 4 名 (男 2 名, 女 2 名), その他 [行商等] 26 名 (男 20 名, 女 6 名), 計 127 名 (男 66 名, 女 61 名) でこの数字は一部兼業のものを含んでいる。依て職業別戸数割の比較率をみると純農家は 16 戸 (40%), 兼業農家 24 戸 (60%) である。次に兼業農家の内訳をみると、農業+商業のもの 1 戸 (2.5%), 農業+手工業のもの 4 戸 (10%), 農業+その他 (行商等) (季節労務者) 19 戸 (47.5%), 計 60% となっている。次に季節労務者としては 40 戸の中 7 戸 (5.7%) が働いており、期間は年間平均 5.5 月、また行商に出るものは意外に多く 40 戸の中 16 戸 (40%) が何等かの形で行商に出ておりその年間平均出張期間は 6.5 月となっている。

次に第二の Laboratory Factor についてであるが主たる労働について調査したところ肉体的労働は 40 戸 (100%) で頭脳労働に従事するものは 0。また立作業は全体の 72.5%, 移動作業は 45%, 坐業は 17.5% となっており、またこれらの作業を屋内外に分けてみると屋内作業 30.2%, 屋外作業 69.8% となっていて屋内作業が意外に多い。また 1 日の労働時間は平均 11.58 時間、休憩時間 4.35 時間、睡眠時間は 8.07 時間となっておりやはり過労働と休憩時間の少いのが目立つ。

次に第三の Economical Factor であるが、先ず所有地についてみると畑は平均 1.05 反, 水田 4.58 反, 山林 32.2 反。また所得は農業所得は平均 62,400 円, 手工業所得 36,500 円, 商業所得 70,000 円, その他 81,468 円で計一戸当り平均月収 12,418 円となっている。次に支出の方は一戸当平均をみると前述の平均月收入 12,418 円に対し支出は 9,742 円でその内訳は食費 4,081 円 (41.8%), 衣服費 1,746 円 (17.9%), 交通費 (行商等のため) 1,224 円 (12.7%), 教育費 1,224 円 (12.7%), 交際費 940 円 (9.7%), 娯楽費 527 円 (5.2%) とな



第 1 図 支出項目別百分率

第 1 表

家屋構造 (一戸当平均)		
部	数	6.8 部屋
畳	数	45.5 畳
採光条件	直接日光の当る部屋	2.4 部屋 (35%)
	畳でも電灯の必要な部屋	1.1 部屋 (16%)
	直接日光の当らぬ暗い部屋	3.3 部屋 (49%)

いる。以上の支出を構成する一戸平均の家族数は 4.8 人である。また参考までにこの部落の保有家畜数を調査した結果は何かを飼育している家は 18 戸で 45%, その内訳総数は鶏 76 羽, 山羊 8 頭, 豚 4 頭, 牛 2 頭で他の農山村に比べはるかに少く、また何も飼育していないと答えた家は 22 戸 55% である。一方使用農機具の状況は自家専用農機具のある家 32 戸 (80%), 共同以外のものを持たないと答えたもの 8 戸 (20%)。

次に Familiar Factor であるがこの部落の一戸当の家

族数は4.8人で男女の比は略同数である。次に家屋構造であるが、一戸平均の部屋数は6.8部屋で広さは平均45.5畳と意外に家屋が大きく、この中直接日光の当たる部屋は2.4室(35%)また昼間でも電灯の必要な部屋は1.1室(16%)あり、以上の数より各戸に電灯をつけるほどではないがしかし暗い部屋は3.3室(49%)あることとなる。この数字は食生活の支出額と共に重要な数字と思われる。

次に Educational Factor としては小卒73名、中卒72名、高卒12名、大卒1名(この数字は戦後の教育制度の変遷があるのでその点を考慮すること)。この数からすると一般義務教育はほとんど100%でありまた十分とはいえないが、教育上の大きな欠陥があるとも思われない。

むすび

以上各項目について調査の概要をのべたが、この調査を通じて考えられることは、先ず少い収入を補うために比較的長い時間の屋内手工業作業が行われ加うるに家屋構造が不良なため紫外線量の不足を来し、また支出の案分においてこの程度の収入よりすれば更に食生活改善の根本的対策がなされる必要があると思われるが、このためわれわれが提唱したいことは、①旧来の陋習を破って不必要に大きい家屋を整理してもっと十分な採光を考えたところの近代生活に即した小型で能率的な家屋を思ひ切つて建て、分不相応な支出を何十畳というような家屋の維持管理に当てるようなことをやめること、並びに同様の意味で屋内作業場を更に思い切つて明るくすること。②低費用で能率的にとりうる蛋白価の高い、またCa:Pのバランスのとれた、またVDの豊富な食事についての食生活改善指導が望まれる。特に家畜類の飼育については更に栄養源として考慮される必要がある。

しかしながらこれらのクル病多発地区においては長い

間の封建的な慣習が根深く、容易に従来の生活様式を変えることを不可能にするような空気が強く、結局は医学者を始め関係当局者が絶えざる熱意を以て根気よく生活改善指導を行わない限り、富山県の山間部落には依然としてクル病の発生が続くであろうと思われる。

(河野臨床医学研究所)

追 加

質問(原島 進)社会医学的対策をたてるには実証的であるように努めたい。調査は面接の方がよいが不可能か? クル病の程度と社会因子との関係についての追求は? Control との比較は?

回答(中山忠雄)今後は面接方式をとりたい。程度との関係や Control についても今後追求したい。

追加(丸山 博)調査計画と実施の具体的な説明がほしい。社会医学研究会の問題としてはルネサンドの環境因子についての調査成績を数値で示すだけよりも重要だと思う。

追加(庄司 光)ルネサンドの環境因子といっても、日本の社会に適用するには独自の方法を考慮する必要がある。

追加(柳沢文徳)農村の封建性は家族内の主婦の位置、嫁と姑の関係、家庭経済の主権などを調査することによって一面が解明される。私共の農村のかような調査は医師を在任せしめて行い、比較的正確な資料を得ている。収入調査は農村では困難であるが、一応税金の調査や、部落全般の富裕度をみるための農協・郵便局等の貯金の調査が役立つ。農村調査には Sorokin, P.A. Smith, TL 等のいう調査項目を考える必要があると思う。

追加(河野 稔)非常に参考になった。4年にわたりクル病調査を続けているが、村民も目覚め生活改善・環境改善に努力していることを付け加える。

無専門医村に於ける検診成績とその対策(第3報)

——特に社会医学的環境因子について——

笠木 茂 伸
多賀谷 敬

馬場 三 男
五十嵐とし子

医学はその診断技術と治療面に著しい進歩をもたらした、また予防医学と化学療法的发展により、肺結核と急性伝染病の激減をみるに至ったが反面、脳血管障害、心臓

病とか癩や精神病等は増大を示している。経済状態の好転により一般国民大衆の生活水準は改善され、生活条件労働条件がよくなり、疾病は減少して健康増大が期待さ

れるわけであるが、必ずしも実態はそうでない。もちろん国民の平均寿命は延び、死亡率も減少しているが、成人病は増加している。すなわち国民の健康は、医学が進歩したということと経済が好転したということとは、必ずしも平行するものではないということで、近代医学をいかに一般大衆あるいは無専門医村に適用しえたか、そしていかなる具体的方法により適用しえたかということ、また経済問題と労働に関しても、いかに合理的に運営実施されているかということの検討と改善がなされない限り、国民の健康増大は根本的には望まれないと考えられる。われわれは、昭和 34 年 4 月より対象を千葉県、茨城県の無専門医村地区にとり、疾病の発生分布、その地域特異性、労働と疾病の関係および健康増進対策をすでに報告（公衆衛生第 24 巻第 11 号および第 25 巻第 11 号）してきたが、今回は茨城県の東村の高血圧家族 60 軒を対象として、社会医学的環境因子について調査し、成人病多発地区である東村において、健康を阻害している因子が何であるかという発見と検討を行う目標を立てこの研究が実施された。調査方法は、調査員が直接戸別訪問して実施したが、一部は郵送を依頼して集計した。職業的因子では、調査表回収率は $\frac{1}{2}$ の 20 軒で、職業内容は農業 18 軒、その他 2 軒であるが、調査表不備のため満足し得た対象は、農業の 15 世帯である。家族人員の総数は 93 人で、42%、42 人が農業に従事しており、年齢は 20 歳より 59 歳迄の成人である。一世帯当りの平均家族数は、6.5 人で女子は多産の傾向を示し、農業就業の性別分類においても、男 18 人に対し女は 24 人で女性に多い。このことより、女性は出産頻度において多産であるとともに、肉体労働に男性よりも多く参加しており、昨年度この地区で調査した高血圧発生の性別頻度においても女性は男性の 2 倍の発生を示したことより考えて、特に女性の過労働という因子が高血圧発生促進の一因子と考えられる。また労働は農業であるためほとんど立業であると共に屋外作業である。労働時間は、4~10 時間、平均 7.5 時間で、これは予想に反して少なかったが、その労働作業力はかなり大きいのでその労働量は価小評価することは出来ない。また一般に睡眠時間は長く、6~12 時間（平均 10 時間であった。このことは、労働過多のために必然的に睡眠時間が長くなるを得ないのではないかと推察される。テレビも家庭の 78% がもっており、休養時間には専らこれを視聴しており、神経疲労の一因をなしているものと考えられる。個人別に血圧の高さと労働時間との関係をしらべたが、平行相関関係は認められなかった。経済的因子の分析を 14 世

帯について行った所、一世帯当りの平均耕作面積は、水田が 1 町 7 反 7 畝でこれが財源の主をなしその他、畑が 2 反 3 畝、山林 4 反、宅地 8 畝となっている。年間の総所得は、一世帯平均 63 万 5 千円で、総支出は、生活費としては、37 万 1 千円で、残余金は、化学肥料を初めとする農業関係の資金に使われたり、一部は預金に回されているが詳細は不明であった。上述の生活費とは、食費、衣服費、交際費、教育費、娯楽費、交通費を含んでおり、1 人 1 ヶ月の平均生活費は、4,616 円で、食費としては 2,300 円（但し米と野菜は自家生産のため計上されていないので正確さを欠く）で、かなり食生活の内容は乏しい。一方農業の近代化の傾向がみられ、家畜数が少なくなっている（一世帯平均牛 0.5 頭、馬 0.07 頭、豚 2.6 頭、鶏 14.4 羽、兎 0.9 羽）反面、農機具の機械化は促進され、一世帯平均 2.2 台の動力を有してある。一般に教育程度は、満 7 歳以上の対象者 51 人についてしらべた所、義務教育である中学生迄が 33 人、高校生 14 人、短大 4 人で、普通であるが、新聞雑誌等の購入内容および教養面の程度は一般に単調で低く、特に目立ったことは、宗教関係の雑誌（成長の家、家の光等）の購入が割に多いことであり、生活は保守的で、伝統と因習が根強く張っており、近代的生活を望みながらも、古い殻を破れない状況にある。次に 16 世帯を対象として、延 218 名につき 3 日間調査した栄養分析をみると、別表の如く、総カロリーは、2,421 カロリーで、米飯によるカロリーが、総カロリーの 71%（日本人基準量は 48%）を占め、小麦粉の使用が非常に少く、粉食が普及されず、米飯ばかりを食べている。蛋白質は 77.8g（動物性 21g、植物性 51.8g）で、動物性蛋白質は 27%（基準量は 30% 以上）で少く、その蛋白価も 63%（基準は 80% 以上が理想）であり、良質の蛋白源である、肉、乳製品、玉子の摂取や柑橘類、果実類の摂取が少ない。牛乳、卵は自家生産しているが、ほとんどが換金されているという状況である。植物性蛋白質では、大豆とその製品が多くとられている。特に多いのは、漬物、川魚の塩蔵物、甘露煮と味噌の多食であり、塩分 1 日摂取量は 21.1g（国民栄養調査は 15.7g）でかなり多い。一般に食品の調理は単純であり、米飯と野菜と漬物、味噌汁という内容の連続であり大食の傾向が強い。従って栄養のバランスは、くずれ易く、大食のため消化器系統の負担も重なり、労働、睡眠の過多、疲労蓄積老化促進と、成人病発生の条件が累積されてゆくものと思われる。以上われわれは、調査対象も少く、統計的に結論を出すことはできないが、高血圧症多発地区である東村において、多産、過勞

働と、女性における高血圧発生頻度の高いこととの関連性、そして農業の近代化、文化生活の向上にも拘らず、食生活の内容は旧態依然として進歩がみられず、食べるものも食わずに非合理的文化的近代化を行っている農村の実態に対し、速やかな生活指導の必要性を痛感させられる。こうした現況に対して、いかなる対策を樹てるべきかは、自ら明らかである。すなわち同じ労働時間であっても、連続労働をやめて、短時間の休憩時間を労働の間に挟むようにすること、これによって疲労の蓄積を防ぎ、軽い体操をすることにより全身の血流を改善する。すでにわれわれは、老人性変形性脊椎症と高血圧が高い発生率相関を示すこと、全身の血流障害、特に脊椎における循環障害が、変形性脊椎症を惹起し、これが高血圧発生の一因子をなすことを報告したが、上述の措置は、高血圧発生頻度を減少せしめるのに役立つことと思われる。また前述のように当地区は、女性は多産の傾向にあるので、産児調節の具体的な知識の普及とその指導が大切なことと思われる。更に正しい性生活指導が望ましい。次に一番問題となっている栄養指導と調理技術講習であるが、これは町村役場が、積極的に音頭をとり、調理研究会をもつとか、米飯禁止日を設定するとか、PTAの協力により改善することである。またせっかくの自家生産の牛乳や卵などは、換金することなく栄養改善に役立てるべきであろう。要するに、農村の文化的合理的近代化を地についたものとする努力がなされない限り、農村の健康増進は期待されないと考えられよう。

(本論文の要旨は昭和37年第3回社会医学研究会に発表した。又本研究の御指導を賜った所長河野稔先生に謝意を表します。)

(河野臨床医学研究所)

追 加

質問(渡辺好枝)農村における女性の労働状況および経済と栄養問題との関係は?

回答 笠木茂伸:労働過重、多産、男子の休養時間中に育児・洗濯・炊事がなされている。経済状態が好転しても栄養知識の貧困と調理技術の単純さが改善をはばんでいる。

追加(柳沢文徳)農村の労働条件の調査には農事歴の調査が必要である。関東地方では農作業量が主人より主婦の方が多く、平野村では男子が工場に吸収され女子の過重負担となっている。

質問(曾田長宗)無専門医村と称する村の性格が不明確である。この研究は無専門医村と有専門医村との比較をするのか、特殊の対策の有効性を検討しようとするのか?

回答(笠木茂伸)近代医学の進歩に伴い、従来の無医村対策では不十分で、専門医の有無が問題となる。専門医の協力により広い意味の成人病の原因を究明し対策をたて、地区農村の保健向上に応用したい。

追加(橋本正己)無専門医村という主題の表現は研究目的とも関連して再検討すべきだと思う。

追加(丸山 博)研究目的と調査研究方法との関係について、自他ともに批判がのぞまれる。

質問(南雲 清)研究地区の保健問題については長年の責任を持ち衛生水準向上に努力することが望まれるが。

回答(笠木茂伸)千葉県下の特定の地域につき、過去4年間連続調査し、今後も継続すると共に保健向上に努めたい。

兵庫県水上郡における新しい保健医療計画(その3)

安達 伝次郎*

五木田 和次郎**

柏 原 荘***

水上町保健課****

健康でゆたかな町づくりを旨とする兵庫県水上郡水上町が、病氣追放の第一陣として手をつけた結核対策は、結核医療費の全額保障と予防、治療、患者管理の一元化を骨子として、昭和33年8月に発足した。本年8月で満4年をむかえたわけである。

この間、一般住民の結核検診では、第1表に示すとおり、年々ほとんど100%に近い成績をあげてきた。この成績をあげるため、初年度には、5回にわたって延べ110カ所にあまる検診場を開設するという大がかりな方法をとったのであるが、こうした努力がこの成績を維持する。

鍵になっている。ただ、第 2 表のごとく、最初の年には第一回の検診で 76% の住民が検査をうけたにすぎなかったのが、年々その割合が増大し、36 年度には 90% 近くの町民が第一回の検診で検査をうけていることは、自発的に結核対策に参加しようとする住民の自覚の高まりを示すものであろう。

4 年間にわたる徹底的な集団検診は潜在患者を洗い出し、新しく発見された要医療患者数は、34 年度 73 人、35 年度 38 人、36 年度 25 人と減少している。

氷上町結核医療費は、総額では第 4 表のごとく、35 年度の 641 万円をピークに、36 年度は 538 万円に減少している。結核医療費全額保障が国保財政に与えた影響を、療養給付費総額に占める結核医療費の割合からみれば、昭和 34 年度の 20.2% をピークとして、次第に減少している。これからみて、結核対策が国保財政にとくに大きな重圧になっているとは考えられない。

以上のところから、結核対策は順調にその軌道にのっ

股関節脱臼検査をはじめとする幼児健康診断も積極的に実施してきた。

さらに、昨年度の特筆すべきできごとは、それまで氷上郡が部分的に実施されていた氷上方式の結核管理が、氷上全郡に実施されるようになったことである。氷上町での実験プランが、より広い地域社会にその成果を認められた証拠である。

こうした昨年度までの業績を土台として、氷上町で考えている本年度の計画には、まず積極的予防対策の強化がある。同町では、34 年度以来、発病 1 年未満の新患者の家族全員に、予防的に I N A H を服用させ、その効果について資料を集めて検討中である。研究の結果、予防効果の非常に高いことがわかれば、この方法をいっそう拡大したいと考えている。

さらにこれに関連する問題として、集団検診そのもののあり方にも検討を加えたいと考える。すでに述べたごとく、100% に近い集団検診受診率を維持するには、相

第 1 表 一般住民の結核検診成績 (昭和 33, 34, 35, 36 年度)

事項 区分	年次	対象人員 (A)		間接撮影 (B)		精密検査 (C)		総患者数 (D)					新発見患者数 (E)				
		受診人員	受診率 B/A	受診人員	受診率 C/B	I 型	II 型	III 型	IV, V 型	総数	I 型	II 型	III 型	IV, V 型	総数		
一般住民	昭 33	11,517	98.5%	11,339	3.8%	4	37	84	178	303	—	—	—	—	—		
	34	10,274	99.1%	10,186	7.4%	1	22	90	229	342	1	20	52	168	241		
	35	10,690	98.7%	10,547	4.4%	1	28	87	185	301	1	7	30	126	164		
	36	11,231	97.8%	10,983	2.2%	1	12	42	99	154	0	5	20	70	95		

第 2 表 検診効率の年次推移

事項 区分	年次	対象人員	年間受診率		一次検診受診率	
			受診人員	受診率	受診人員	受診率
一般住民	昭 33	11,517	11,339	98.5%	8,755	76.0%
	34	10,274	10,189	99.1%	9,074	76.5%
	35	10,690	10,547	98.7%	9,154	81.1%
	36	11,231	10,983	97.8%	9,691	86.3%

ており、その将来は明るくという見通しのもとに、氷上町では結核対策をいっそう強力に遂行することと平行して、結核対策の根底をなす思想である住民の健康管理を推進することになった。

その手をはじめとして、昨年は、一応結核対策への協力に対する褒賞金という形ではあったが「結核管理費」への通路を開いて、治療と同時に住民の健康を管理する方向に医師の協力を求めた。また、母子センター活動の整備、充実に努力し、保健指導はいうにおよばず、乳児の

当の時間と労力と費用を必要とするが、長年月にわたってこうした状態を続けることは、いつか息切れするのではないかという心配がある。しかも、集団検診による患者発見が、今後とも減少をつづけるものとすれば、全体的な集団検診は労多くして効少なしということになりかねない。氷上町のこれまでの経験は、より効果的な結核検診の方法を検討する時期に来ていることを思わせる。

集団検診にかわるより効果的な方法については、各所で実験プランが実施されているが、いずれもうまくいかず、結局集団検診以外に妙手はないという結論になっているようである。しかし、これは住民の自覚がもたらがなかったことや、開業医の協力を説得できなかったことが原因ではないかと考える。いわば、地域社会にうけいれ態勢ができていなかったことが失敗を招いたといえよう。

氷上町の場合、4 年間にわたる土台づくりによって、結核追放に対する住民の自覚、医師の意欲ともに高まっている。もちろんまだ暗中模索の域を出ないが、結核管

理費構想と積極予防の二つの線から、開業医の健康管理を中心とした検診方法を生み出せないかと考えている。この点について、結核審議会を中心に、専門家の助言を得て検討を進めたいと考える。

予防内服などによる医学的な積極予防策と車の両輪的な関係にあるものとして、環境衛生の改善、健康生活の推進による、いわば地域社会生活面からの積極的予防策の推進も氷上町の大きな課題の一つで、本年度はまず日常生活にもっともつながりの深い栄養改善から手をつけたいと考えている。

氷上町の場合、その食生活の面で兵庫県平均にくらべて、とくに動物性蛋白や野菜類の摂取量が低い特徴があり、栄養改善は家計と密接に関連する問題だけに、町当局の強力な産業開発、経済政策が必要なことはいまでもない。しかし、純農村地区である同町南地区が、経済力はさして低くないにもかかわらず、食生活では下位

検討することも考えている。いずれも食料品店、あるいは薬局の経営に直接影響する問題だけに、どうやってこうした経済対策に関係者の協力を求めるかは、今後なお検討を重ねねばならない。

最後に、氷上方式結核管理の全都実施以来1年を経た現在、氷上郡保健、医療の焦点になっている問題として、結核管理をいっそう組織的なものにすることがある。具体的には、結核の予防、治療、患者管理を一元化して把握する氷上町の「結核審議会」構想の郡機構として、結核予防会氷上郡ランチを組織することである。このランチは結核管理の責任機関として、全都1本の結核対策を計画し、全郡的な統一方針と基準のもとに結核管理を行なうものである。

結核予防会氷上郡ランチの成立は、結核追放対策の一元化を目ざすところから、保健所と医療機関、さらに町当局の協力関係の強化はもとより、それらと学校、社

第3表 結核医療費年次推移

区 年 分	件数(A)	結核医療費総額 (B)	結核医療費国保 保険者分担分 (C)	療養給付保険者 分担総額 (D)	B/A	C/A	C/D×100
昭30	528	1,882,493円	722,217円	12,281,286円	3,565.3円	1,367.8円	5.9%
31	888	2,658,171	989,197	17,617,325	2,993.4	1,113.6	5.6
32	1,181	3,919,186	1,416,647	16,086,987	3,318.5	1,199.5	8.8
33	1,289	4,080,262	1,805,520	17,557,630	3,165.4	1,400.7	10.6
34	1,718	4,059,185	2,875,002	20,331,424	2,362.7	1,673.5	20.2
35	2,580	6,410,972	4,107,251	24,738,526	2,484.9	1,592.0	16.6
36	2,315	5,388,660	3,397,903	27,722,481	2,327.7	1,467.8	12.3

にあることは、農村地帯に古くから伝わる、あやまった食生活の伝統や習慣が大きな比重をしめていることがうかがえる。そこに栄養指導、社会教育の面から問題を解決する努力の重要さがある。

町当局では、保健所、県立病院柏原荘とタイアップして、国保保健婦、母子センター助産婦の栄養指導活動をいっそう活発にする。新しく栄養士をやといて、巡回料理教室などを開催して食生活の改善を指導すると同時に、学校給食で養われる食習慣や栄養思想を家庭生活に浸透させるような総合対策をとる。開業医とくに患者家庭の栄養指導に留意してもらおう。といった基本的な構想のもとに、すでに本年7月下旬から、部落会を開いて啓蒙のり出し、町民の協力をよびかけている。

さらに、これをバックアップする対策として、たとえば農業組合、あるいはその他の団体を通じて食料品を一括購入し、安い値段で町民に提供する方法や、必要であれば、ビタミン剤その他の栄養剤を安く販布する方法を

会教育、地域団体活動の有機的総合が当然必要になる。したがって、これは氷上郡共同保健、医療計画の端を開くものであり、ここでの成功は氷上郡の境をこえて、いっそう広い地域の共同保健、医療計画に発展するはずである。こうした大望をかかげて、われわれは結核管理の氷上郡プランの発展に努力したいと考える。

(*兵庫県柏原保健所 **阪大医学部公衆衛生 ***兵庫県立病院 ****兵庫県氷上郡)

追 加

質問(糸永義明) 貴保健所管内の地区組織と検診のための保健所職員の時間外勤務等について。

回答(安達伝次郎) 結核対策審議会組織・町内医師・婦人会役員・地区代表等または町内部落毎に衛生委員を嘱託・郡内には環境衛生実践会が各町にあり郡に協議会を持つ。公衆衛生全般に直結する地区組織なし。柏原HC管内では一般住民検診をすべて結核予防会を通じ、検診業者に委託。HC職員の時間外勤務の問題はほとんど

どない。

追加（松村幸子）川崎市高津管内では、予算の減少に伴ない、毎年全管内 100% の住検受診を促進する体制が保健所として組みなくなった。昨年は過去一回も健康診断を受けなかった人の原因究明に重点をおく。今年は1/4 地区に重点をおき、3年に1回は重点地区は100% 受診

するよう働きかけが行なわれている。どの層に重点をおくべきか解っていてもできないのが現状だ。

追加（安達伝七郎）柏原HC管内では、町村予算の関係で集検の全面実施困難の問題は現在ない。氷上町における結核、策5カ年計画最終年にあたり集検のあり方を検討したい。

保健所における健康管理への一試案

—その背景と今後の在り方—

橋 本 周 三

はじめに

保健所というものの存在は、健康という問題について住民と直接接する機会の多い重要な機能をもつ行政機関である。しかし、この保健所がもつ性格は、社会的に理解され、運営されているとは考えられない面がある。それは、保健所という建物の中で行なわれる業務内容が、行政行為を行なう行政庁なのか、営造物行為をする場所なのか、その性格が明確でない上に、この業務を運営する人が、行政的な考え方と、公衆衛生的な考え方を併存して、前者は、行政行為を中心とした法にもとづく事務処理的な立場（以後行政的と呼ぶ）をとり、後者は、営造物行為を中心とした医療行為的な立場（以後公衆衛生的と呼ぶ）をとろうとするからである。

筆者は、この両者の考え方の中にあつて、保健所は、行政機構の一隅に位置する行政庁であると考え、この機構の中にあつていかに公衆衛生を展開させたらよいかを考えてみたいと思う。

それには、現代の行政機構の背後にある議会主義法治国家あるいは資本主義自由経済が、深く根をおろしている実情を保健所業務の上で明確にし、その姿を把握した後、どう公衆衛生を発展させたらよいかを考えなければ、今後の公衆衛生あるいは保健所のもつ問題点を永久に解決することはできないであろう。

疾病発生機序の非社会化

現代社会における疾病の発生機序に関する通念は、自己の意志によって社会に順応できない乳児の死亡が、育児や食生活ということで嫁と姑の時代的習慣のずれが、乳児の腸炎の原因となったり、慢性的栄養状態の不良が

急性伝染病の併発により、不幸な結果を招いたとしても、それを運命として、社会生活の矛盾だとは、考えてもみないで、今なお同様な問題がくりかえされている。また、農業による中毒、交通事故、産業災害、大気汚染等々その代表的な例である。そしてこのような疾病の罹患あるいは死亡は、個人の体が虚弱なためであり、個人の不注意によるものであると多かれ少なかれ、疾病の治療に際する費用は、当然受益者である個人の責任において負担すべきであるといった風である。

また、経済を偏重する現代の社会組織の中で取りあつかわれる疾病問題は、生産に直接関係のない廃物が、人間の生命に危害を与えようとも、その処理に対する経費はおしまれ、大気汚染、廃水処理にみられるごとく、その対策ははかどらないし、住民の疾病の治療と密接な関係にある国民健康保険の運営に当って、国保経済の収支の均衡が第1であり義務づけられた必要施策は考慮されてはいるというものの、収支の均衡があたかも住民の健康を向上させるがごとく錯覚におちいらぬばかりである。また、環境衛生施設の整備計画も、所得倍増計画の一端としての設備投資予算にすぎないようである。

このように生命と直接結びついた健康問題が、経済のわくによって抑制されざるを得ないこともわからないことはないが、一方、熊本県の水俣病、あるいは和歌山県の一地方に発生した筋萎縮性側索硬化症にみられたごとく、その原因は、工場の排水であり、自然環境の地質的な条件による飲食物の問題であった。この両者の解決は対照的で、一方はその罹患に対して保障がなされ、その排水処理施設は改善されて、会社はその施設の立派さを誇りにしている。他方はその治療法が明らかにされたが、何の保障もなく、その生活環境は今なおその疾病を

発生させる恐怖にさらされたままである。

この疾病問題の社会的な相違は、疾病が社会問題化されるか否かにかかっているようであり、一地方に限局されるような特殊な問題については、国民は共通性がないため立法化が困難なこともある。

このように、現代の疾病の発生は、単に個人の責任には帰せられないような発生機序を示し、それは、生活の自然的、社会的環境の欠陥であったり、社会生活の習慣であったり、また、経済的攻勢の前に個人の健康が犠牲にされているようなこともある。これら種々な疾病に対する医学的な治療と予防は、その疾病の解決に必要な要件ではある。しかし、その発生機序が生活の中に要因がある限り、その要因を除去しなければ、その疾病の防止は困難であろう。これは、もう個人の問題ではなく、その社会の問題である。しかるに多くの場合、生活環境の劣悪さが、単なる奇病とか遺伝による疾病にすりかえられて、社会問題化されず、そのために政治にとりあげられず、政治的な問題化がなければ、行政的根拠となる立法もあり得ない。このような悪循環の中にあっては、医学的な問題は、必ずしも議会政治と一致しないこともあり、疾病の発生機序を社会化することが必要であると考えられる。

公衆衛生的な考え方と行政的な考え方

今、ある人が未熟児で出生し、無事、青年にまで成長して、労働・厚生条件のよくない会社に勤務していたが、労働過重のため結核に罹患して入院したものの、結核の恐怖と治療費の苦慮から精神病になったとすると、医学的な責任感、この患者の結核症と精神病を如何にして癒しえるかが問題であろう。もう少し、公衆衛生的に、治療費の負担を如何にすべきか、彼と同様な生活環境にある者ならば、同様な経過をたどるのであろう。そして、この治療問題なり、予防対策をどう解決したらよいかを考えさせられるであろう。

これに対し、行政的には、結核予防法にもとづいて結核患者の届出があったか、その患者が、結核の治療に対して申請をなし、適正な治療を公費負担によって受けているか、等と法に規定された事項が、間違いなく手続によって行なわれているか注意しておればよいのであって、治療費負担能力のないことは、生活保護法の問題であり、労働環境は労働基準法掌轄官庁の責任で、結核予防を掌轄する官庁には何の関係もなく、口出しはよけないことなのである。また、結核患者が精神病だからといって、結核予防担当者と精神衛生担当者とも何の関係も

ない。この精神病患者が、他人に危害を加えることもなく、治療を受けておれば、無理に精神衛生法を適用する必要もないのである。ただ手続書類にまちがいがなければそれを一定期間整理保存しておれば、その患者が治療しようが、死亡しようが何の責任もなく、それに必要な行政事務を遂行しているだけである。

しかし、誰も生活が健康であり、疾病に罹患しないことを願っている。この疾病からのがれるためには、現代の健康問題は、医学的あるいは公衆衛生的な治療と予防を個人の責任において行なうだけでは、十分な効果を期待することができない段階にきている。それは、先にも述べたごとく、あらゆる面で生活環境の体質的な改善を必要とする状態になりつつある。このような情勢の中にあつて、労働省が労働基準法により、文部省が学校保健法によって、環境と健康を総合した健康管理體系を法的にもっている。これに対し、一般住民の健康問題は厚生省であろうが、ここにおける健康管理は、前二者と異なり、それは疾病管理であり、医療の保障であり、患者あるいは住民の福祉であつて、人間個々の健康に関する管理責任はなく、生活環境の改善などその微塵もみられない。

しかし、近年、保健所業務の方針として、地区共同保健計画ということがいわれているが、この目的は、その地域に特有な健康問題に対する総合的行政処置と考えられる。今かりに、この地区共同保健計画を実施するために地区診断を行ない、癌という問題がでたとしても、この対策の実施責任者は、法的にまったく不明である。しいていえば、保健所長であろうが、誰もこの問題をいいたさなければ、放置しておいてもなんの責任もない。ただ公衆衛生的な道義がその対策の必要性を認めるだけである。故に現実において、癌対策が必要だとしても、この経費は、現在の行政機構における予算の上では法に定められた行政の施行に必要な経費が計上されているだけで、法的に規制のない癌対策の経費は、無に等しい。もしこの対策を実施するには、保健所の段階において会計的には方法はなく、結核予防費を支出して癌検診を実施したとしても、それは、経費の支出面では、癌検診ではなく結核検診なのである。一会計的には予算の流用による外はないが、流用のできるような余剰経費は、事業計画の無計画性を指適されることが関の山であり、実際には、癌予防費の会計費目が存在しない—このように医学的問題は会計的ルールとも矛盾する。

おわりに

以上述べてきたごとく、営利の追求に終始する経済機構の中において、行政的ルールと、公衆衛生的道義のもつれあう社会組織においては、もっと疾病の発生機序について社会化することと、その責任の所在を明確にする必要性を痛感する。そのために、生活環境と密接な関係をもつ疾病の発生要因を分析するに必要な健康管理體系と、その結果にもとづく生活環境の体質的改善の行政的責任を規定すべきである。でなければ、今後の健康問題の社会的な解決は望めず、公衆衛生の発展もないと考える。

筆者は、そのため健康管理票を作成し、断片的、断片的な行政管理機構と、医学的な時間的、人員的制約を脱解すべく、現行政能力から得られる健康問題の資料により、一健康資料となる診断技術の向上は必要である。一個人の生活史という縦糸に、疾病や健康状況という色を染め、これに家族保健指導という横糸を入れて、地区の健康問題という色模様を、地区診断という機械で織りあげつつある。

この事業に対し、願わくば、この個人の健康に関する行政的諸資料を集約的に、記録できる健康管理票の作成と、生活環境の体質改善に必要な総合保健計画の作成のために専門委員会をもうけて、その事業を計画させる権

限を保健所長にあたえるべきである。その計画を申請せしめ、その承認事業については、国・都道府県・市町村の段階において、その経費を負担することを法制化すべきである、と考える。

なお末尾に、行政学あるいは法学には、門外漢が感ずるままを述べたので、お気づきの点のご指導のほどをお願いする。
(和歌山県高野口保健所)

追 加

質問(原田圭八郎)健康管理のための個人票が作られているのは、どういう規模でか?

回答(橋本周三)現在1村落(旧村)を単位に、1保健婦1,000人前後の規模で実施、将来は全村に拡充したい。

質問(稲田素臣)健康管理が個人の一般病歴に立入ると、個人の秘密との間に問題は起こらぬか?

回答(橋本周三)現在問題になっていない。問題になるならば、結核患者の登録も問題になるはず。

追加(橋本正己)法治主義あるいはこれと関連した立法国家から行政国家へと表現されている最近の動きについては今少し掘り下げが必要だ。行政学と行政法学とは基本的に立場が違ふ。社会医学研究としては矛盾の実状を現場の事例として具体的に示す必要があると思う。

初診医療機関と患者の関係及び転医の実態について

山下 節 義 奈 倉 道 隆 西 尾 雅 七

I. はじめに

医療機関の集中している地域では、患者は一疾患の治療中に自分の判断で医療機関を転々と変える傾向があるといわれている。このことは、治療の一貫性が保たれ難いという臨床上的問題および医療費の浪費という経済的な問題等に限らず、医師と患者の結びつきの弱さ、医療機関相互の結びつきの弱さといった問題をも含んでいると考えられる。

そこでこれらの問題を明らかにするために、'62年2月より3月にかけて、京都・大阪の大病院の入院患者を対象として、個別に面接し、発病当時の受診状況・転医過程・転医の動機・患者の職業・学歴等を質問し、また病院カルテより入院時病名・居住地等を調査する一方、各

病院のそれぞれの主治医より臨床的立場からの入院時期の適否等についての意見を求めた。

II. 調査対象の概略

調査対象は、京都4カ所、大阪2カ所のベッド数概ね300以上の病院の内科および一般外科の入院患者で、病院は1カ所を除きすべて医療法第4条規定による総合病院である。調査対象は893名で、内男518名、女375名であった。学歴の分布は義務教育修了程度57%、高卒28%、大卒13%であり、社会保険本人は51%を占めていた。年齢分布および職業分布は第1表、第2表に、入院時病名による疾病分布は第3表に示したが、内科疾患のうち胸部結核は除外した。

III. 調査結果と考察

初診医療機関と患者の関係：初診医療機関と患者の関係をいわゆる「かかりつけの医師」の有無で調べてみると、60%は「かかりつけの医師」を決めており、12%は

第1表 年齢分布

年齢(才)	～25	～45	～65	66～	計
内 科	24%	30%	36%	10%	100% (562) ¹⁾
外 科	26	31	33	9	100 (329)
計	25%	31%	35%	9%	100% (891)

註 1) 対象数・他の表も同じ

相談出来る。」と答えた患者、すなわち密接なつながりを持つと判断出来る患者は「かかりつけの医師」ありと答えた患者の67%で、これは全調査対象の47%にあたる。

患者が医療機関を変える場合の態度に、①医師の指示、②医師の了解、医師に無断の3通りが考えられる。この態度と「かかりつけの医師」の有無との関係を調べてみると、第4表に示す如く、密接なつながりを持つと判断でき、しかも今回の疾病でも受診している患者のうち、転医に際し医師の指示に従った患者は49%であった。この値は全調査対象の17%に相当する。

患者の挙げている「かかりつけの医師」の選択理由は「近いから」74%、「信頼出来るから」28%、「知り合い

第2表 職業分布*

職業	専門的・技術的・管理的職業	事務従事者	販売従事者	分類不明の勤務者	農村・漁業・採石・採鉱業	運輸・通信保安職業従事者	技能工・生産工程労働者	単純労働者	サービス職業従事者	無職		計
										主婦	その他	
内 科	12%	13%	8%	8%	3%	4%	16%	2%	7%	13%	13%	100% (557)
外 科	7	8	5	8	7	5	18	2	6	11	23	100% (329)
計	10%	11%	7%	8%	5%	4%	17%	2%	7%	12%	17%	100% (882)

* 「日本標準職業分類」(行政管理庁, S35.3)をもとにして職業分類を行う。

第3表 疾病分布

内 科						外 科				
新生物	循環器系(腎炎を含む)	消化器系	内分泌物質代謝異常等	その他	計	新生物	消化器系(虫垂炎を除く)	中垂炎及び不慮の事故	その他	計
5%	35%	28%	8%	25%	100% (564)	27%	25%	15%	33%	100% (329)

* 病名は入院時病名による。

医師ではなく医療機関を決めている。かかりつけの医師も医療機関も決めていない人は28%である。調査対象が入院患者である点、対象の偏りはまぬがれ得ないが、60年10月に政府が行った「国民の医療に関する世論調査」¹⁾の示す成績に近似している。

職業・学歴・年齢および患者の医療保険の種類別等で「かかりつけの医師」の有無を整理したが特記すべき傾向は認められなかった。居住地との関係で整理すると「かかりつけの医師」ありと答えたものが、都会地およびその周辺で59%、郡部で68%を占め、両者の間に多少の違いが認められた。

次に医師と患者の結びつきの状態の調査において、「医師は本人あるいはその家族の健康状態をよく知っており、かつ患者は健康上の問題について何んでも医師に

第4表 「かかりつけ」と初回転医の動向

転医の態度	医師との関係	
	「かかりつけ」で密接な関係今回利用	その他
医師の指示で転医	49%	30%
医師の了解を得て転医	13	11
医師に無断で転医	38	59
計	100% (301)	100% (440)

だから」15%、「設備・技術がよいから」3%となっている。「近いから」ということは、当然の条件ではあるが、「信頼出来るから」という理由を挙げている人が少ない点、また「近くて、信頼出来るから」と2つの理由をあげて挙げている人が19%と更に少ないことは、「かかりつけ」といってもそれは単に「近くて便利だから」とい

う意味合いが強く、医師と患者の人間的結びつきを示す言葉としてはあまり使われていないと考えられる。

わが国にはかかりつけの主治医を中心とした主治医というものが実働している²⁾とか、実質的にかかりつけの主治医制度が存在している³⁾とかいわれているが、以上の結果にみられるように、“かかりつけ”といっても医師と患者の結びつきの弱い、便宜的な関係のものが多く、従ってかかりつけの主治医制度は、言葉としては存在しているとはいえ、現実の日本の医療においては、実

第 5 表 転医回数の病院差

病院グループ		A	B	C
平均 転医回数	内 科	1.93	1.61	1.25
	外 科	1.84	1.37	1.07
	計	1.89	1.55	1.19

第 6 表 転医回数別無断転医率(γ)¹⁾

転医回数	1	2	3	4	5
内 科	0.33	0.60	0.61	0.59	0.68
外 科	0.26	0.51	0.57	0.73	0.93

註 1)
$$\gamma_T = \frac{\sum_{i=1}^T i \times P_i}{T \times n}$$

T: 転医回数
n: T 回転医したものの数
i: 無断転医回数
P_i: T 回転医したうち i 回無断転医したものの数

第 7 表 転医の動向と病院医師の入院時期に関する判断

転医の態度	医師の判断		計
	てきとうだ	おそい	
一貫して医師の指示 or 了解によるもの	60%	40%	100% (247)
一貫して医師に無断のもの	62	38	100 (162)

のある働きをしているとはいえない。

転医の実態：内科入院患者の 41%，外科の 39% は調査病院に入院する迄に 2 回以上転医しており、多い人は実に 7 回、8 回と転医している。調査病院を(A)教育病院、(C)地方色の濃い病院、(B)その中間的病院の 3 群に区分して、各群の全入院患者の平均転送回数をみると、第 5 表の如き差がみられる。同様に各群毎の発症より入院迄の期間別患者分布にも差がみられ、C・B・Aの順に、入院

迄の期間の長い者の数が増加している。このことは病院間の機能差に基くものと思われる。病院相互の関係よみると、(A)は終着駅的性格を持つとも考えられる。

次に、転医過程で始めより最後迄常に医師の指示乃至了解によって転医した患者は内科 41%，外科 49% と半数に満たず、逆に常に医師に無断のものが内科 31%，外科 27% であった。この無断で転医する割合を転医の回数との関係でみるために、各転医回数別に、延無断転医回数を延転医回数で割ったもの、すなわち転医回数別無断転医率を計算すると、第 6 表に示すように転医回数 1 回の場合は無断の占める割合が少いが、2 回以上の場合には急速にその割合が増している。すなわち転医を重ねるもの程医師に無断で動く回数が多くなるのが解る。

この転医過程での患者の動向が、入院時期にいかんに影響するかを調べてみた。すなわち第 7 表に示すように、入院時期に関する医師の判断に依れば、転医過程で常に医師の指示乃至了解を得て転医したものが必ずしもすべてが「適当な」時期に入院している訳ではなく、逆に無断を重ねたもの必ずしも後れをきたしている訳でもなくて、両者に有意の差を認めなかった。転医回数・病院の種類等と入院時期との関係は見出されなかった。

このことから、医師の指示によった場合においても、その指示が適切になされているとは限らないと思われる。また医師の指示によって転医している場合でも紹介状を持って転医している患者は 40% にすぎないこと、紹介状といえど、症状・経過等記載されている場合がそのうちの 42% にすぎないことなど考えあわせるならば、医療機関相互の結びつきはわが国において極めて薄いとわなければならない。

なお転医の動機は、最終病院入院時についてみると、無断転医の場合、「病気の治りが悪い」、「病気がはっきりしない」等といった診療行為に関する理由が内科で 63%，外科で 48% あり、医療機関の設備に関する理由が内科で 15%，外科で 35% を占めていた。了解転医の場合、前者の理由によるものが内科で 67%，外科で 70% 後者の理由によるものが内科で 9%，外科で 13% を占めていた。

最後に転医の動向と患者の職業・学歴・年齢・保険の種類および入院時病名に基く疾病等との関連については、特徴的なものは何ら認められなかった。

IV. むすび

以上を要約すると、1) “かかりつけの医師” ありと答える人は多いが、“かかりつけ” といっても医師と患者

の人間の結びつきは弱く便宜的なものであって、かかりつけの主治医制度は言葉としては存在していても実質的には存在しているとは考えられない。2) 無断転医する者が多く、しかも転医回数が増すにつれて無断の占める割合が大きくなっている。3) 始めより終り迄医師の指示乃至了解によって転医した者必ずしも入院時期適当というわけではなく、医師に無断で動いている場合とさして変りがない。すなわち医師の指示といえども適切になされているとはいきれない。4) 医師の指示による場合といえども、紹介状のある場合は半数に満たず、しかも紹介状の内容に症状等記載されている場合はその半数にすぎない。

(京都大学医学部公衆衛生学教室)

文 献

- 1) 「国民の医療に関する世論調査」調査報告書、内閣総理大臣官房審議室 S. 36. 3. 2) 日本医師会雑誌 Vol. 47, No. 10, S. 37. 5. 15, p. 1106. 3) 日本医師会雑誌 Vol. 47, No. 12, S. 37. 6. 15, p. 1225.

追 加

質問(原田圭八郎) 診療所の場合には問題は変わると思うが如何に?

回答(山下節義) しかり。

質問(吉田幸雄) 診療科名と転医の関係は?

回答(山下節義) 今回調査せず。

質問(前田信雄) 初診 医療機関と患者の関係において、日本の特殊性を如何に仮設定するや? かかりつけの有無と転医の地域差・階層による差異は仮説の上であると考えたか?

回答(山下節義) 仮説の上ではあると考えた。本調査では差を認め得なかった。

追加(西尾雅七) 現在のわが国の医療体系のもとでは医療の連続性は確保され得ないものとの考えから出発した。

追加(山本理平) この種の調査は、医師看護婦患者の人間関係に立ち入る真実の極めてつかみ難いものだ。方法等周到に配慮されているようで敬意を表わす。

退院患者の動向について(第1報)

—その医療受診と自宅療養の問題—

奈 倉 道 隆 山 下 節 義 西 尾 雅 七

はじめに

近時、疾病構成上の主要な問題点が感染性疾患から慢性・退行性疾患へと移り、また高年齢層の入院患者中に占める割合が急激に増加している¹⁾。このことは、当然療養の長期化をもたらし、重篤な患者が入院治療を受けたのちもさらに自宅で療養を続ける傾向が増すものと考えられる。従って退院患者の医療受診の状況や自宅療養上の問題を追求することは、わが国の医療のしくみを明らかにする点からも、また今後の保健活動推進の上からも、きわめて重要であると思われる。

このため「初診医療機関と患者との関係および転医の実態について」²⁾と同一対象について退院後の動向を追跡し、先の調査資料と関連づけつつ問題追求に当たっているが、退院後1カ月目の調査成績について、中間集計を行い第1報として報告する。

I. 調査の方法と対象

先の調査²⁾の対象すなわち京都・大阪の大病院6カ所の内科・外科入院患者(胸部結核患者を除く)約900名

第1表 対象の性・年齢構成

年齢階級	男	女
～25才	57人	45人
26～55	128	89
56～	64	30
総数	249人	164人

が退院するのを待ち、退院後1・3・6・12カ月目に自宅へ調査表を郵送して追跡調査を進めているが、'62年4月上旬より6月上旬にかけて発送した1カ月目の調査表503通(宛所不明等で戻ったものを除く)のうち425通(85%)が回収され、そのうち413通を本報告の対象とし

た。報告対象の性・年齢構成は第 1 表に示す如くである。

II. 調査成績と考察

1) 退院後の受診状況

退院後も医師の診療を受けるようにと、病院の主治医から指示された患者は、内科で 186 人 (87%)、外科で 116 人 (58%) あり、これを要受診者の数とみることができる。この要受診者のうち退院後 1 カ月の間に一度も医師の診療を受けていない者が内科・外科ともに 9% におよんでいる。この不受診者の割合を疾患別にみるとかなりの差が認められ、第 2 表の如く概して自覚症状に乏しく症状変化の著しくない疾患群に多い傾向がうかがわれる。またこの不受診者の割合を医療保険の種類で分析すると、健康保険の被保険者では 5% に過ぎないが、被扶養者では 11%、国保被保険者では 18% と顕著なひらきを示している。これが給付率の差によるものか、職種の違いや家庭内における患者の立場の違いに基くもの

病院であり、入院患者の 87% は他の医療機関（主として居住地域の医療機関）に少くとも一度は受診し、またその半数近くは一応医師の紹介状を持参して転医している。しかるに退院後その患者が、地域の医療機関にあまり返されず、引き続き大病院の外来で診療を受けていることは、先の報告と同様、わが国の医療制度の不合理の一つを露呈しているものと考えられる。その背後には、もともと居住地域の医師と緊密なつながりを持つ患者が少いこと、入院前の転医の過程がしばしば医師に無断で行われていること等²⁾の事情があり、また患者の方から積極的に退院した病院に留まろうとする動きが、この傾向を助長していると思われるが、特殊な治療を必要としない患者を、症状・治療方針などの連絡を充分にして積極的に患者の居住する地域の医療機関に送り返す努力こそ、医療の効率を上げる上に是非とも必要なのではなからうか。このためには、病院と診療所の医療面における機能分化が必要であり、また診療所の医師と患者との間に密

第 2 表 退院後 1 カ月間における要受診者の疾患別受診の有無

疾患群	内科				外科				総数
	循環器	消化器	呼・血・内泌*	その他	新生物	消化器	虫垂炎事故	その他	
不受診	3%	5%	30%	9%	16%	9%	7%	5%	9%
受診	97	95	70	91	84	91	93	95	91
対象数	100%(61)	100%(64)	100%(27)	100%(34)	100%(31)	100%(33)	100%(15)	100%(37)	100%(302)

* 呼吸器（非結核）、血液連血管、内分泌・代謝異常疾患群

か、あるいは上記の疾患の種類による差が影響しているのか、理由は種々に考えられるが、いずれにしても経済的、社会的に受診し易い条件を整備することによって、かかる不受診者は少くできるものと推測される。

2) 受診医療機関の問題

退院後、医師の診療を受けた患者についてその受診先を調べてみると、退院した病院へ通っている者が半数以上の 55% にのぼり、他の病院・診療所へ通院している者はそれぞれ 19、26% にすぎない。一方、病院の主治医が要受診の患者に退院後の受診先をどのように指示したかという点では、退院した病院に対し 55%、入院前にかかっていた所または病院の医師が紹介した所に対し 27% で、特に指定しなかった場合が 18% であった。また退院時に、治療経過や所見を書いた医師宛の手紙を主治医から渡された患者は、要受診者（退院病院へ受診を指示された者を除く）の 58% にすぎなかった。これらのことは、いずれの病院にも同じ傾向が認められた。

先の報告²⁾で明らかにした如く、調査対象はすべて大

第 3 表 退院後 1 カ月目の動向

日常の状態	割合
勤めに出ている	32%
家事や家業についている	13
寝てはいるが休養している	38
ほとんど家で寝ている	13
再入院している	4
総数	100% (413)

接な人間的つながりが成立するような医療制度を考え、その実現に努力する必要があると思われる。

3) 退院後の動向と自宅療養上の問題

退院後 1 カ月目の状態は第 3 表に示すごとくかなり多くの人が自宅療養を続けている。これらの人々の自宅療養上の問題点としては充分静養できない人が療養者の 35% に、食事療法が充分守られていない人がそれを必要とする人の 33% に、また、身のまわりのことや看護に人手を要しながら、それが充分得られない人が必要とす

る人の24%に認められ、このために親せき・知人・付添・家政婦などが手伝っている例はわずか5%にすぎず、大部分は家族のみの力に頼っているので、療養が長期にわたればいろいろの問題を生ずる可能性もあり、また最近家族構成が複合世帯から単純世帯へと変化しつつあることおよび主婦が患者となつた場合のことなどを考え合せると、現に行われている生活保護世帯老人に対する家庭奉仕員の制度のみならず、病人家庭に対する家庭奉仕員の組織を確立し、充実させていくことが急務であると考えられる。

また、慢性・退行性疾患々者に対する療養指導の重要性にかんがみ、保健婦の訪問指導も在宅患者全般を対象に拡充し、医療機関との緊密な連けいのもとに組織的な活動を推進する必要があると思われる。

4) 家計の問題と社会復帰

罹患による家計の負担、家計の圧迫は病気が長期にわたる場合とくに重大であり、また社会復帰が如何になされ、健康上どのような問題をもつかもまた、注目すべきことである。

家計の支出が平常時に較べて入院中どれだけ上まわつたかを月当りで調べてみると、健康保険の被保険者では1万円以上が27%であるのに対し、それ以外の人では77%におよび3万円以上だけでも50%に達する。また病気になる以前に較べてくらしぐあいが変わつたかどうかという点では、患者の年齢階層・性別によつて事情が異なり、壮年層は若年層や老年層に較べて家計圧迫が著しく、男子は女子よりも影響が大きい。(壮年男子の場合、苦しくなつた人が23%、やや苦しくなつた人が28%に認められる。)ところが家計の余分支出額とくらしぐあいの変化との間では、統計的に有意の関係が認められない。これらのことは、くらしぐあいの変化が、支出の増加よりも働手手の罹患による収入の減少に、より強く影響されることを暗示している。

退院後1カ月目において、病気になる前通りに社会復帰している人は全体で37%であるが、疾患の種類、職業の形態によつてその割合は著しく異なる。また復帰者の8%が体にかかなり無理であることを訴え、やや無理である人の数を加えれば約半数に達する。

これらの点については、さらに長期の経過を考察する必要があるが、対策もまた社会福祉の面から充分検討する必要があるので、退院後3・6・12カ月目の調査成績を考察してのち報告する。

III. むすび

大病院入院患者の退院後の動向を追跡し、退院後1カ月目の調査成績から、次の問題を指摘した。

(1) 退院後も医療受診を必要としながら受診しない患者が9%におよび、特に自覚症状に乏しい疾患群に多い。

(2) 大病院入院患者の多くは他の医療機関を経由して入院しているにもかかわらず、退院後地域の医療機関にあまり返されていない。

(3) 病院、とくに大病院と診療所との機能の分化が計られる必要があり、また診療所の医師と患者との間に緊密な人間的つながりが成立つような医療制度の確立が望まれる。

(4) 自宅療養上に介助の手不足などによつてもたらされる問題が認められ、家庭奉仕員制度の拡充・整備が必要であり、また在宅患者全般に対する保健婦の訪問指導を組織的に行う必要がある。

(5) 罹患による家計の圧迫が、支出の増大よりも働手手の収入の減少に強く影響される傾向があり、社会復帰の問題とともに社会福祉の面からの対策を必要とする。

(京都大学医学部公衆衛生学教室)

文 献

- 1) 尾崎嘉篤, 大谷藤郎, 石塚静枝, 三上力以: 「老人と病院」厚生指針9(6).
- 2) 山下節義, 奈倉道隆, 西尾雅七: 「初診医療機関と患者との関係および転医の実態について」公衆衛生26(11).

追 加

追加(山本理平) 現在、大病院で慢性病の専門外来(センター)が設けられても、在宅指導の面が片手落ちて、visiting nurseなどの制度が顧られていない。

追加(吉田幸雄) センターには2種あり、癌を例にとれば①地域の癌の診断治療を意図したもの②癌を中心に名専門医が協同的に仕事をするものがあり、前者は将来地域との関連性が考慮されるべきで、医療体系に関係した問題である。

追加(曾田長宗) 在宅慢性患者に対する訪問指導の必要性も認められるが、時々設備の整った病院へ患者を招いて精密検診を行い療養方針を指示する必要もあり、両者を関連づけて運営する必要がある。後者にに対し前者が立ち遅れがちな点は注意を要する。

追加(原島 進) 最近一部で、労働者家庭の主婦などの病気に際し home help が行われる様になった。

追加(西尾雅七) visiting nurse にしろ、home help にしろ、さらに組織化され制度化される必要がある。

在 院 に 関 す る 研 究

吉 田 寿 三 郎* 岩 佐 潔** 津 田 豊 和

述者らは、社会医学を「疾病についての社会科学」と割り切って、患者循環問題を研究している。

日本という後進資本制社会を前提とした場合、その厳しい社会的、経済的および権政の限界をいかに排除して医学上の要請を展開するかという社会科学的努力が必要であるが、これに劣らず、かかる限界内においていかに医療をその必要性に応じ民主的に均霑し、その効率をかつとるかがまた重要である。述者らの関心は、上記の問題研究にあたりとくに後者の見地におかれている。

このところ平均寿命の顕著な延長が起こっているが、これは健康内容が大いに改善されたからではなく、以前ならば当然淘汰されてしまうような病弱者が死ねないという形での延命に大方のところ起因する。このような形での慢性病弱者の激増は、これに少産少死の人口学的変化や高度生産の社会経済構造上の変化などが相乗され、いよいよ複雑緊急な問題になっていく。

他面、民主的な人間としての成長から適切な医療、その他社会サービスを均霑充実することに対する要求も増大している。

これらの変化や要請に対し限られた医療能力やその経済で応じうるような新しい考案や措置が切実に求められて来ることは自明の理である。

たとえば、1948年頃国民保健事業法を中心とする英国における画期的な医療制度の変革は夢みるような福祉国家の出現やまた戦による体制の産物であるとは必ずしもいえない。人口老化が20年以上日本に先き立ち、また資本制民主社会の成立の早い英国において、上記のような変革をおこす有力な動因として、慢性老病弱者の大群の圧力が働いたことを、その実情に接したとき見逃すことはできない。

ここに、最小経費最大効率の経済原則を成立させるために、家庭が最も重要な医療福祉施設として、この体系の中心に位し、これをめぐってその他諸々の医療や福祉の社会サービスが奉仕するような医療福祉体系が必要となる。

この体系のうちに、患者もその病状に応じ、どのように家庭と諸施設との間を適機・適切に循環するかが重要な課題である。このような体制下ではまた患者対家族な

いし社会、患者ならびに患者対医師ないしその他施設の人間関係について充分留意しなければならない。これは広く社会科学、さらに文化科学の参加も必要とする。

日本においても、すでに増大しつつある慢性病弱者の群は、結核のような単純なものでなく、したがって化学療法のような形での医学の進歩によって解決できるところは狭い。これをいたずらに自然の推移にまかせるときは、そのスケールが大きくかつ複雑なだけに、かかる慢性病弱者療養上の不公平は過去の結核患者のそれに幾倍幾十倍加し、犠牲は底知れず深刻化する恐れがある。

外国例ではあるが、幸い患者循環については次のようなすばらしい例証を紹介できる。

第1表は、イングランドのサンダーランド病院老人科ユニットにおける在院状況の年次推移である。1949年に

第 1 表 サンダーランド老人科ユニット入院状況推移 (1949~1958年)

	病床数	入院実数	死亡実数	平均 在院日数	待機 患者数
1949	573床	331人	183人	632日	300人
1953	573	2,818	614	60	20
1958	491	3,598	803	47	0

取り扱った入院患者は看護婦などの不足もあって、わずかに331人にすぎず、死亡は55%と高く、平均在院日数は632日、待機患者は300名を数えた。

ところが、わずか9年を経た1958年には病床数は80床余り減少したにもかかわらず、年間入院患者数は3,598人と10倍以上を扱った。死亡率は22%と半減して、平均在院日数も1/10以下に減じた。そして、要すれば患者は即時入院ができる態勢を確立した。

このような画期的な成果は間歇入院の確立による。このような成果はこんにちようやく所々に挙げられて来ていた。

しかし、英国やスウェーデンでもこのような成績を全国的な規模で納めるにはなおほど遠いようである。というのは、これは一片の法規でできることでなく、一医師の努力でできることでもないし、また一朝にしてできることでもない。地域社会の諸多の資源がこれに従わる人々の真の協調協働によって活用され、初めて得られる成

果である。したがって、日本でも一日も早いこの種研究がまたれることである。

さて、日本の有床率は欧米に比し大いに見おとりがする。にもかかわらず在院日数は欧米のその2〜3倍以上であり、このところ一向に減少する傾向がみられない。患者にとって入院は極わめて困難な現実の問題である。

もっとも、これを各科ないし疾病別に解析すれば、産科のごときないし正常分娩、虫垂炎、腸閉塞のごときほとんど欧米のそれに比肩する短い在院日数の例もある

第2表 科別平均在院日数(某公立病院 1954—1958)

	平均在院日数	平均偏差
ドック	6日	0.7
産科	8	0.5
婦人科	20	4.5
外科	26	3.4
皮膚科	26	11.7
耳鼻科	28	10.9
歯科	40日	21.3
泌尿科	44	21.5
眼科	46	18.2
3才以下小児科	48	21.5
結核を除く内科	51	11.7
4才以上小児科	54	29.6
整形外科	74日	17.2
神経科	76	19.7
結核を含む内科	78日	17.3
全平均	34日	

が、多くのものは一見解釈に苦しむほどその在院日数が延長されている(第2, 3表参照)。

そこで、述者らは、上述のごとく家庭と施設との間の患者循環の詮索、その方法の考案を終極の目的としながら、今日勢い施設内の詮索にむかっている。

某公立病院35年度の国際150分類による疾病別退院患者票から、年間延日数1,000日を超えるもので、結核を除き、個々の病名としてはっきり把握できるもの28疾病を選んだ。因に、これら28疾病により、入院総延日数の45%をカバーする。

この個々の疾病毎にその在院日数のばらつきを検討し、例外的に長いもの約5%, 短いもの約5%のケースにつき、個々の患者記録に立ちかえて、在院に与える

因子につき個々に検討を加えた。

今日はこの成果の詳細にふれず、これを総括的にのべると、医学上はもちろん、経営上、機構上、事務上、社

第3表 疾病別平均在院日数(某公立病院 1960)

	延日数	件数	平均在院日数
1a 肺結核	23,315	107	217.9
78c 神経感覚器その他	6,062	189	32.1
107g 消化器系その他	5,000	125	40.0
57 悪性新生物	4,785	97	49.8
46 胃の悪性新生物	4,687	135	35.0
Xi 正常分娩	4,496	500	9.0
63 糖尿病	4,398	66	66.6
20 分娩の合併症	3,775	376	10.0
60 良性新生物	3,708	193	19.3
106 胆石症	3,663	109	33.6
102 虫垂炎	3,476	343	10.2
129d 先天奇形	3,053	28	109.0
67a 精神分裂病	3,023	19	159.1
70 中枢神経系の血管損傷	2,979	40	74.5
4 骨結核	2,501	15	166.7
105 肝硬変	2,456	16	153.7
109 慢性腎炎	2,399	25	96.0
97a 鼻及び副鼻腔の疾患	2,328	151	15.4
99 胃潰瘍	2,259	62	36.4
28 急性灰白髄炎	2,135	40	53.4
103 腸閉塞・ヘルニア	1,943	127	15.3
111 泌尿器結石	1,662	61	27.7
84 高血圧	1,648	31	53.1
50 肺の悪性新生物	1,465	20	73.3
77a 中耳炎	1,459	79	22.3
75 白内障	1,457	28	52.0
100 十二指腸潰瘍	1,421	52	27.3
51 乳房悪性新生物	1,351	31	43.6
86 その他循環器疾患	1,351	67	20.2
126e その他皮膚症	1,321	24	55.0
44 口腔悪性新生物	1,305	20	65.3
81 動脈硬化性心臓疾患	1,271	23	55.3
107e 裂肛・痔瘻	1,254	40	31.4
58 白血病	1,222	13	94.0
52 子宮頸悪性新生物	1,190	25	47.5
122 関節炎	1,095	13	84.2
56 骨悪性新生物	1,054	13	81.1
112 前立腺肥大症	1,013	29	38.4

会上、経済上、患者また医療従業者の心理上その他において、日本の在院日数が欧米のそれに比し倍加する理由を充分くみとりうる示唆をうけ、したがってこれにどう

対処すべきかにつき有力な実際的なヒントを得たことを報告する。

今日の患者記録は臨床医学上の記録にはなはだしく偏している。にもかかわらず、患者循環問題を研究し改善する上に、これは極わめて有効な役割りや手段を果しうるものであることを深く認識させられた。

これを例えば、患者記録には、臨床医、看護婦、患者などが、無意識の内にかし切実に、社会医学的な研究の必要をうたっている。

そこで、これを媒体としてのケース・スタディを積み上げるにつれ、個々にもまた全体的にも、時々患者循環に関する研究の成果を彼らの自らの協力によって、さらに推進し、またただちに活用できる可能性の大きいことを知った。

以上、述者らはこの機会に、患者循環問題に関する緊急性とその研究計画の全貌を紹介し、この研究をすすめる重要な鍵として患者記録を高く評価できたことを報告

し、この方面の今後の研究報告の前言としたい。

(* 国立公衆衛生院, ** 病院管理研究所)

追 加

追加(河野 稔) 在院日数の延長は、寿命の延長、経済問題、慢性病患者が退院したがる事等によると思われ、病院と養老院との中間的施設が必要と考える。

追加(大谷藤郎) 昨年の日本公衛学会で発表した在院日数 28 日の線が、最近のデータでは延長の傾向にあり、入院患者の年齢構成の変化が関係していると思う。

追加(額田 繁) 数年前中島とともに京都府立医大病院について調査し(発表) それに基づき在院日数短縮推進をはかっている。

追加(吉田幸雄) 平均在院日数に社会的医学的要因が基礎的に影響しているのは当然であるが、診療管理(診療能率)が最終的には支配しているのではないかと思う。

京都における失対労務者の生活と健康の実態

西尾 雅 七* 山下 節 義 竹 沢 徳 敬**
川 合 一 良 武 田 恭 子 宮 入 昭 午
帯 刀 弘 之***

南病院は全日自労千本分会と共同して千本労働出張所内に医務室を設け、3年前から失対労務者の診療に従事してきた。失対労務者は早朝に現場の紹介を受けると 4 日間働き、5 日目はアブレ(失業日)となる。この紹介日とアブレの日に医務室を訪れるわけで"早朝" "多人教" "設備の狭小" などの悪条件のため予防医学的段階に達することが困難であった。他方日常診療の経験から体系的な健康管理の必要性が痛感されたので、その基礎資料を得るために今回の調査を行なったのである。

調査対象は京都千本労働出張所に登録する失対労務者約 3,600 名で、昭和 36 年 9 月から 11 月までの間、24 カ所の労働現場に出張して調査した。内容は労働時間、生活条件、病歴等に関する詳細な面接調査と、尿、尿、血液(Ht, CoR, CdR, ガラス板法, CRP) EKG, 胸部レ線撮影、診療等多岐にわたるもので、本年 2 月までに全受診者に結果を通知し、さらに精密な検診と診療に取り組んでいる。

I. 受診率と受診者の内容の検討

受診率は男子 23.6%, 女子 41.4% であまり高率といえないが、これを第 1 表により性年齢別に検討すると、受診率を低下させた最大の原因が 50 歳未満の男子にあることに気付く。一方第 2 表のごとくある労働現場の内容を検討すると民間で働いている者が著しく多いことを知る。民間では労働力の不足のため賃金が失対にくらべてかなり高額であるので、50 歳未満の労働能力を有する層は、実際には失対現場で働くことは少なく、むしろ在籍のまま民間で働いていることが多い様である。組合役員の話ではこうした実情はこの現場だけではなくほとんどの現場に共通した現象だということであった。われわれの調査は労働現場で行なったものであるから、50 歳未満の男子の受診率が低いのもこのような実情の反映であり、受診率としては高率といえなくとも実際に労働現場に働く失対労務者の実態はかなり適確にとらえられているといえよう。

II. 所得についての検討

生活面に関する資料は従来のものとはほぼ大差がないの

で紙面の都合上、特徴的な所得についてのみ報告する。第3表のように受診世帯の一人平均所得は5,100円であるが、もし受診者が失対をやめたと仮定すると世帯一人平均所得は2,400円に減少する。標準5人世帯の保護基準額が一人平均2,700円であるから、生保の適用を受けたところで現在の生活水準はとうてい維持できない。しかも受診者世帯で最多数を占める単身世帯の場合では現行約1万円の所得が一挙に3,500円前後に落ちるのであ

第1表 受診者の年齢構成と受診率

	男子		女子	
	受診者数	受診率	受診者数	受診率
50才未満	52人	6.7%	180	30.5
50~59	139	25.1	190	48.3
60以上	232	48.9	85	67.4
計	423	23.6	455	41.4

受診率はアブレを除いて計算
 (受診率)=(受診者数)/(登録者数×4)

第2表 清掃の現況 (36.11.14)

定員	44人
欠員	(補充なし) 9人
現在の実際の定員	35人
アブレ	5人
一般への流出	10人位
毎日の就労者	20人迄
今日は	17人

職場委 前田副委員長談

第3表 所得

受診者世帯の一人平均所得	5,100円
失対をやめた場合の一人平均所得	2,400円
生活保護基準による一人平均所得*	2,700円

* (36年度)厚生白書より引用(但し標準5人世帯保護基準額より計算)

る。失対には上記5,100円の収入以外に、年2回の一時金、傷病手当金、失業保険金、京都市日雇労働者共済金等の付加給付的な収入がある。こうした実情を無視して失対打切りが行なわれるならば、はかりしれない社会的混乱が生ずるのであろうことは想像に難くない。

III. 健康の実態

疾病の診断と判定の基準は第4, 5表の通りで、さらに検討を要する点もあるが、日常の診療経験に基いて一応かかる基準を設けた。第6, 7表から有病率がかなり

第4表 診断基準

心疾患 同疑い	①	EKG で冠不全, ストレイン, 梗塞左側ブロック, 恒久性不整脈を有するもの
	②	EKG で①以外の病的所見を示し, かつ心雑音をみとめるもの
	③	EKG で①以外の病的所見をみとめるもの
	④	心雑音を有するもの
肝疾患 同疑い	①	C ₀ R ₅ (+) のもの
	②	CdR ₁₀ (+) あるいは C ₀ R ₅ (±) で, かつ肝3横指以上(正中線) 触知するもの
	③	CdR ₁₀ (+) あるいは C ₀ R ₅ (±) で, かつ肝圧痛をみとめるもの
	④	C ₀ R, CdR のいずれかに異常をみとめ, かつ尿ウロビリノーゲン異常に増加させるもの
	⑤	CdR ₁₀ (+) あるいは C ₀ R ₅ (±) のもの
	⑥	肝圧痛をみとめるもの
	⑦	正中線で3横指以上触知せるもの
高血圧	①	収縮期血圧150以上のもの
	②	拡張期血圧90以上のもの
貧血症	Ht	男 39% 以下 女 37% 以下
	胃疾患 同疑い	①
	②	胃に関する愁訴を有し, かつ潜血反応強陽性のもの
	③	胃に関する愁訴を有するもの
	④	心窩部に圧痛をみとめるもの
	⑤	潜血反応強陽性のもの
脚気 同疑い	①	"足がだるい" との訴え, P ₂ 亢進, 腓腸筋握痛, 拡張期血圧50以下の4条件中3つを有するもの
	②	4条件中2つを有するもの

第5表 現在の労働に対する判定の基準不適と判定したもの

- ① "疲労がはげしい" と訴えたもの
- ② 心疾患を確診したもの
- ③ 収縮期血圧200以上のもの
- ④ Ht 20% 台のもの
- ⑤ C₀R₅(+) のもの
- ⑥ その他総合的に判定

高いことが推定されるが、第7表で殊に注目すべきことは"男子では女子に比し健康状態がよくない", "男子60歳以上では現在の労働に対する適否の比率が他のすべての性年齢別階層と異なり、否の方が増加する" という二つの事実である。これは他の資料(第9, 10, 11表)にも

一貫して認められる傾向であった。一般に失対労務者の疾病には兼症数が多いといわれている。われわれはまず内臓関係の主要 6 疾患中三つを有するものについて検討を加えたが（第 8 表）性別分布では大差なくとも年齢が高まるにつれて件数が増加する傾向が認められるのみであった。ところが第 9 表のごとく脈管系を中心に 3 兼症を有するものの分布をしらべると、前述の二つの事実

第 6 表 診療の要否についての判定

	男				女			
	可	要精 検	要治 療	計	可	要精 検	要治 療	計
50才未満	0%	35.6%	64.4%	(52) 100%	0%	24.5%	75.5%	100% (180)
50 ~ 59	0	27.6	72.4	(139) 100%	1.7	22.3	76.0	100% (190)
60才以上	0.4	17.8	81.8	(232) 100%	1.3	31.2	67.5	100% (85)

第 7 表 現在の労働に対する適否の判定

	男			女		
	適	否	計	適	否	計
50才未満	69.4%	30.6%	100% (52)	68.8%	31.2%	100% (180)
50 ~ 59	58.5	41.5	100 (139)	62.9	37.1	100 (190)
60才以上	41.6	58.4	100 (232)	72.8	27.2	100 (85)
全受診者	51.2	48.9	100 (423)	67.2	32.8	100 (455)

第 8 表 心疾患、高血圧、肝疾患、腎疾患、貧血、胃疾患の 6 疾患中、3 兼症を有するもの

	男		女	
	件数	受診者対比	件数	受診者対比
50才未満	11	19.3%	64	38.8
50 ~ 59	47	36.4	96	55.8
60才以上	86	61.4	45	57.6

が明らかに読みとれるのである。すなわち失対現場における健康管理は脈管系を中心とするのが実情に即していると考えられる。なお第 10, 11 表によれば主観的な健康が全くあてにならぬもので、これらの人々にこそ健康管理が必要だという実情を知ることができる。

IV. 日雇健康保険の脆弱性

厚生白書等にも明らかなように日雇健保の受診率は一

般健保に比しはるかに低い。われわれの調査は失対労務者の憂慮さるべき健康状態を明らかにしたが、この問題を真剣に追究する時、受診率が現在の何倍かに高められる結果を招くことは明らかである。35 年度ですら実質 6 億余の赤字を出している日雇健保は受診率の向上によりますます危機に瀕せざるを得ない。日雇健保の脆弱性についての関係当局の抜本的な検討が要請される。

第 9 表 脈管系に重点をおいた 3 兼症を有するもの

	男子		女子	
	A	B	A	B
50才未満	6.8%	48.8%	16.2%	32.5%
50 ~ 59	29.2	33.3	20.9	38.3
60才以上	46.5	32.8	21.0	43.3

A : 心疾患 + 高血圧 + その他の疾患

B : 心疾患 or 高血圧 + その他(1) + その他(2)

第 10 表 失対労働に対し "普通" "らく" と答えたものの疾病の実態

	男子	女子
件数 (%は性別受診 考総数対比)	325人(76.9%)	376人(82.8%)
3 兼症 A (%は上記件数 対比)	99人(30.5%)	56人(17.3%)
3 兼症 B	96人(29.6%)	125人(38.5%)

第 11 表 "自覚症状なし" と答えたものの疾病の実態

	男子		女子	
	3 兼症 A	B	A	B
50才未満	9.9% (1人)	0% (0人)	15.0% (3人)	20.0% (14人)
50 ~ 59	32.0 (8)	20.0 (5)	13.0 (3)	39.1 (9)
60才以上	46.6(21)	26.6(12)	7.7 (1)	53.8 (7)
計	37.0(30)	21.0(17)	12.5 (7)	35.7(20)

V. 結論

失対事業において若年齢層は在籍のまま民間で働いている場合が多く、實際上、労働現場の担い手となっているのはきわめて有病率の高い高齢層なのである。従って現実を無視した失対打ち切りは、この問題多い高齢層の人々の生活権を剥奪し、混乱のまま社会に投げ出す結果に終る。必要なのは真の社会保障制度の確立、特に老人問題の根本的な解決と人間らしい生活の保障であり、これなくして失対打ち切りを語ることはできない。

(* 京都大学医学部公衆衛生学教室 ** 医療法人, 南病院 *** 府立洛東病院)

追 加

質問 (田尻俊一郎) 結果的にみてこの資料は政府の失対打ち切りを肯定的にうらずけるものとの印象をうけるが演者の見解いかに。

回答 (川合一良) 失対打ち切りは、現在の生活水準をはるかに下まわる生活を強いるもので問題にならぬ。むしろ必要なのは全国一律最賃制の確立による最低生活の保障, 社会保障の確立による高齢者の救済, 再雇用の保

障であってこれなくして失対打ち切りは考えられぬ。われわれのデータは現行のまま失対を打ち切ることに反対すべき根拠を提供しているものとする。

質問 (細川 汀) 日雇労働者の経験年数は? Triasは日雇没落前に現われていないか? 日雇没落前に対策をたてる必要があるのではないか?

回答 (川合一良) 平均値としてはつかんでいないが10~12年と6年に peak あり。前者の方が高い。日雇没落以前の状況不明, 経験年数との関連はみとめられぬ。最近数年日雇に入るのをおさえているので現実の問題とはならぬ。

文 献

在宅患者の看護事業にかんする報告

Z. Bryant: Report on Nursing care of the Sick at Home in Selected U.S. cities, Public Health Service Publication no. 901, 1962.

これはアメリカの保健・教育福祉局 (Department of Health, Education and Welfare) の看護課 (Division of Nursing) が1961年8月に表題について行なった調査報告である。1960年人口で25,000以上の676市が対象となったが、その70% (470市) が訪問看護協会 (Visiting Nurse Association), 共同看護事業 (Combination Service), ないしこのための担当機関の手によつて各種疾患の在宅患者の訪問看護が行なわれ、必要とあれば継続して訪問看護をしていることが明かになった。在宅患者看護を行なっている市が最も多く集まっているのは公衆衛生地区 (Public Health Region) I (すなわちコネチカット, メイン, マサチューセッツ, ニューハンプシャー, ロードアイランド, バーモントの米州東

北端の諸州) であつて、64市の中、ほとんどの63市におよんだが、他方、最も少ないのは、公衆衛生地区 VII (アーカンソー, ルイジアナ, ニューメキシコ, オクラホマ, テキサスの南部の諸州) で、69市中10市であつた。

さらに人口別にみると、在宅患者訪問看護をしているのは、10万以上のわりあい大きな都市では全130市中112市、5万以上10万未満市では180市中137市、2万5千以上5万未満市では366市中221市と、人口が多くなるにしたがい、訪問看護サービスを行なっている割合が多くなっている。サービスを行なっている676市の中、377市は訪問看護協会の手により、48市は共同看護サービス (Combination Service) により、45市は市や区の担当の機関が事業を

進めていた。なお25の訪問看護協会は自己の属している市の分を引き受けるだけでなく、周辺の市の分も引き受けていて、都合128市の分もやっていたことが分つた。

しかしまだ一方、2万5千以上の市で206市も疾患の治療, リハビリテーションにはなくてはならない看護の手が患者にはおよんでいない。老年病ないし慢性病で悩んでいる在宅患者にもっと看護の手をさしのべるべきであり、ひいては市だけでなく、あらゆる地域社会 (Community) におよぼしたいものである。それにつけても1960年の社会保障制度の改正で、老人および慢性長期疾患の家庭看護が認められたのは明かなことである。 (芦沢)

〔第 3 回社会医学研究会一般講演：続〕

統計からみた医療保険格差（続）

中 村 文 子

ここでは、各種医療保険のなかから、各階層を代表するものとして、政府健保・組合健保・日雇健保および国保の 4 種をとりあげ、1955 年度から 60 年度にわたって、医療給付面現象を統計的に観察した。

給付額のちがい

60 年度の加入者 1 人当たり給付額は、被用者保険被保険者と被扶養者・国保の間には大きな開きがある。両者間には、全額給付と 5 割給付という給付率の差があるとはいえ、後者の給付額はいちじるしく低い。しかも後者の保険間の開きは大きく、最も低額である日雇健保被扶養者の 1 人当たり給付額は、組合健保被扶養者の 43% にしか相当していない。この値は組合健保被扶養者給付額中から付加給付分 780 円を除いた法定給付分 1,947 円と比較しても、60% にとどまっている。また国保は、日雇健保被扶養者をやや上回る程度の給付額である。

入院・入院外・歯科の別に、1 人当たり給付額をみて、とくに注目されることは、日雇健保では、被保険者・被扶養者ともに、入院費は他の被用者保険なみの給付額であるのに対して、入院外費は他の被用者保険よりも大分低く、また被扶養者の歯科の費用がいちじるしく低いこと、国保でも入院費は被用者保険被扶養者に近い額を示しているのに、入院外・歯科の費用が低いことである。1 人当たり給付額の年次的な推移は、各保険とも増加の傾向にあるが、とくに日雇健保・国保の増加はいちじるしい。また、総額にしめる入院費の割合は、政府健保・組合健保の被保険者とも減少の傾向をもっているのに反して、日雇健保被保険者・国保では増加の傾向にあることは注目される。

受診の状態、傷病の状態

以上のような、保険種別の医療費の動向を、受診率——加入者 1,000 人当たり療養の給付件数——と 1 件当たり診療実日数の面から、傷病の状態も含めて観察すると、次のようなことがいえる。まず、政府健保と組合健保の間には、受診の状態、傷病の状態ともに、さほど大きなちがいはなく、年次的推移も同様な傾向にある。こ

れに反して、日雇健保と国保はともに、政府健保・組合健保とは非常に異った状態を示している。国保は、性・年齢構成などにおいて、被用者保険とはちがっているもので、単純に比較することができないが、何といても特異な状態を示しているのは日雇健保である。ここでは、紙面の制約があり、各保険に言及ができないので、日雇健保と、これに対象的な組合健保に限って、観察をする。

入院 60 年度における日雇健保被保険者の入院受診率および 1 件当たり入院日数は、組合健保被保険者のそれと大差はないが、年次推移をみると、組合健保では入院受診率は減少の傾向にあり、1 件当たり日数も短くなる傾向にあるのに、日雇健保では全く反対の傾向を示している。これは 1957 年～60 年にかけて、組合健保被保険者では、結核の激減と精神病の減少という長期疾患の減少が顕著であり、加えて短期疾患の増加がみられること。一方、日雇健保被保険者では、結核の減は緩慢であり、精神病は増加し、さらに悪性新生物・中枢神経系・高血圧・胆嚢炎など比較的長期の疾患の増加がみられることによっている。なお 60 年度において、日雇健保被保険者受診率 > 組合健保被保険者受診率の主な傷病は、性病・悪性新生物・その他の新生物・中枢神経系・動脈硬化生心臓疾患・高血圧・胆嚢炎・外因であり、日雇健保被保険者受診率 < 組合健保被保険者受診率の主な傷病としては、結核・副鼻腔の疾患・虫垂炎・腎炎・関節炎およびリュウマチがあげられる。

被扶養者では、60 年度の日雇健保入院受診率は、1,000 人当たり 69 で、組合健保の 76% にとどまっている。けれども性病・悪性新生物・その他の新生物・動脈硬化性心臓疾患・外因の受診率は組合健保より高く、これ以外の傷病の受診率はいずれも組合健保より低いが、なかでもアレルギー性などの全身疾患・呼吸器系の疾患の受診率はとくに低い。日雇健保被扶養者の入院受診率はこのように低いが、1 件当たり入院日数は組合健保よりも長く、入院費のしめる割合は組合健保よりも大きい。

入院外 日雇健保の入院外受診率は低く、組合健保にくらべて被保険者 64%、被扶養者 54% にとどまっている。けれども日雇健保被保険者の性病・トラコーマ・悪

第1表 傷病別の受診率(加入者1,000人当たり療養の給付件数) 1960年度

傷病分類(カソコ内は国際傷病基本分類番号)	入 院						入 院 外							
	被保険者			被扶養者			被保険者			被扶養者				
	組合	政府	日雇	組合	政府	日雇	組合	政府	日雇	組合	政府	日雇	国保	
総 数	154	191	150	91	77	69	72	4,287	3,685	2,754	3,397	2,742	1,814	1,975
I 伝染病及び寄生虫病	49.8	63.1	42.9	18.5	15.5	15.4	14.4	287.2	316.9	203.8	231.0	194.7	136.0	148.2
1.2 結核(001~008, 010~019)	47.0	60.2	37.4	17.0	13.4	13.2	13.0	128.6	173.3	85.4	88.3	87.8	48.9	59.2
3.4.5 性病(020~039)	0.9	1.1	3.3	2.2	1.9	2.6	0.4	12.9	14.8	19.2	3.4	2.7	1.8	2.0
16 トロコモマ(095)	0.0	0.0	0.3	0.0	0.0	0.1	0.1	38.6	36.9	44.1	64.5	43.9	32.6	25.7
II 新生物	2.9	5.2	9.0	2.7	4.8	4.4	3.3	8.6	14.7	19.3	13.6	16.5	10.9	11.9
19 悪性新生物(140~165, 170~205)	2.5	3.4	6.6	2.4	2.9	2.6	2.4	4.3	7.4	13.8	10.2	11.0	7.3	7.9
III アレルギー性, 内分泌系, 物質代謝, 栄養の疾患	2.5	2.9	2.1	1.9	1.5	1.1	0.9	227.2	210.1	137.7	142.7	112.4	61.7	59.3
25 その他のビタミン欠乏症(281~286)	—	—	0.0	0.0	0.0	0.1	0.0	12.9	3.7	5.5	3.4	2.7	1.8	2.0
V 精神病精神神経症及び人格異常	6.6	9.0	8.1	5.7	6.1	5.2	6.1	30.0	22.1	16.5	17.0	16.5	10.9	11.9
VI 神経系及び感覚器の疾患	5.2	6.5	9.8	3.8	3.4	2.6	3.1	630.2	479.1	413.6	475.6	329.0	226.7	290.4
32 中枢神経系の血管損傷(330~334)	0.9	1.5	3.9	0.7	0.5	0.6	0.6	4.3	7.4	8.3	13.6	8.2	7.3	13.8
34 視器の疾患(370~389)	1.2	1.5	1.8	1.0	1.2	0.8	1.2	313.0	195.3	110.2	224.2	142.6	79.8	112.6
VII 循環器系の疾患	6.3	9.0	12.5	3.2	2.2	2.5	3.1	201.5	188.0	209.3	163.1	128.9	85.2	144.2
38 動脈硬化性及び変性心臓疾患(420~422)	1.2	2.1	4.5	1.5	1.2	0.8	0.8	17.1	18.4	38.6	20.4	16.5	14.5	15.8
40 高血圧(440~447)	1.5	3.1	4.4	1.2	0.8	0.6	1.2	128.6	117.9	129.4	98.5	90.5	54.4	102.7
VIII 呼吸器系の疾患	7.7	9.5	4.7	5.2	3.0	2.8	4.8	870.3	832.9	487.5	964.7	902.1	549.6	592.6
43 急性扁桃炎(470)	0.2	0.0	—	0.2	0.1	—	0.2	445.9	387.0	225.8	417.8	408.5	232.2	252.9
45 咽喉炎及び扁桃の疾患(472, 473, 510)	1.2	1.1	0.5	1.0	0.7	0.5	0.4	132.9	129.0	63.3	183.4	172.7	103.4	73.1
IX 消化器系の疾患	49.8	56.1	35.3	20.0	15.7	15.6	18.8	1050.3	796.1	619.7	506.1	351.0	246.7	278.5
52 胃及び十二指腸の疾患(除ガン)(540~542)	9.7	13.4	9.9	1.4	0.8	1.2	2.4	497.3	434.9	349.8	152.9	104.2	78.0	116.6
53 虫垂炎(550~553)	24.3	26.3	10.2	11.4	9.1	8.6	10.2	25.7	29.5	11.0	17.0	11.0	9.1	11.9
55 下痢及び腸炎(含新生児)(571, 764)	1.8	1.0	0.9	1.6	0.9	1.0	0.6	330.1	169.5	137.7	244.6	167.3	114.3	96.8
56 胆嚢及び胆管の疾患(584~586)	2.5	3.6	4.1	1.1	0.8	1.1	1.2	21.4	18.4	19.3	17.0	11.0	5.4	11.9
X 泌尿器系の疾患	7.7	7.8	4.5	7.0	3.8	3.1	3.7	111.5	114.2	74.4	142.7	106.9	58.0	65.2
XI 正常分娩, 妊娠分娩産褥の合併症	2.5	5.7	5.4	12.3	12.8	8.1	5.6	17.1	29.5	11.0	54.4	49.4	23.6	23.7
XII 皮膚及び疎性結合組織の疾患	1.2	1.5	1.4	0.8	0.5	0.6	0.7	420.1	346.4	201.0	373.7	290.6	214.0	140.3
XIII 骨及び運動器の疾患	4.0	4.6	3.2	2.4	1.5	1.6	1.7	162.9	129.0	165.3	84.9	60.3	45.3	69.1
XVI 不慮の事故中毒及び暴力(外因)	5.7	8.4	10.8	3.4	3.8	3.9	4.3	188.6	173.2	170.8	146.1	137.1	116.1	108.7

注 この受診率は政府健保・日雇健保では10月, 組合健保では9月, 国保では5月の調査月による数値を全国年間値に引きのばし, 被保険者数・被扶養者数で割って算出した。

性新生物・その他の新生物・動脈硬化性心臓疾患・高血圧気管支炎およびリュウマチの受診率は組合健保よりも高い。なお日雇健保の被保険者・被扶養者ともに、とくに受診率の低い傷病として、アレルギー性などの全身疾患・精神神経症・視器・聴器の疾患・呼吸器系の疾患・下痢・腸炎をあげることができる。このように日雇健保入院外受診率は組合健保にくらべて低いが、日雇健保の1件当たり診療実日数は組合健保よりも長い。

おわりに

以上概括的な説明に終わったが、日雇健保には重篤度の高い傷病の受診率が高く、しかも1件当たり診療実日数が長いこと、さらに軽症もしくは緊急度の少ないと思われる傷病の受診率がとくに低いことが明らかになった。このことは、日雇健保の対象とする階層の傷病は非常に多い——高年齢層の多いこと、病弱者の吹き溜りであること、生活状況からくる不健康など——にかかわらず傷病が顕在化せず、多くの傷病が放置され、悪化してからでないと医師の治療がうけられない現状を示しているといえるよう。これと対象的に組合健保では、企業における健康管理の成果とともに傷病の早期治療が行われてい

る状況がうかがわれる。

このような、医療保障のたて前からいえばあってはならない受療の不均等が、日雇健保と組合健保の間にすら大きく存在するという事は、国民各階層間には、もっと大きな格差があることを示している。この格差解消のためには、医療保障制度の抜本的改善の必要なことは、当然のことであるが、同時に、日雇労働者を含む低所得階層の就労の問題、賃金の問題、生活環境の問題などの改善がなくては、医療問題の解決は望めないということをも痛感する次第である。(なお、詳細は研究会当日配布したプリントを御参照ください。)(厚生省統計調査部)

文 献

政府管掌健康保険医療給付実態調査(1956年9月, 57年9月, 59年9月, 60年10月)保険局, 日雇管掌健康保険医療給付実態調査(1956年9月, 57年9月, 59年9月, 60年10月)保険局, 国民健康保険医療給付実態調査(1956年9月, 57年9月, 58年5月, 59年9月, 60年5月)保険局, 組合管掌健康保険医療給付実態調査(1957年9月, 58年9月, 59年9月, 60年9月)健保連, 「国民総医療費の推計」厚生省統計調査部, 前編「統計からみた医療保健格差」厚生省の指標, 第7巻第9号掲載。

医療保険の統合と保険医

稲 田 素 臣

医療保険の統合という問題も、それだけでは問題が尨大すぎて、とてもここでは扱い切れない。

しかし、まず誰が何のために統合の必要を感じたかということを考えてみると、時間的には、昭和23年7月に公表されたいわゆるワンドル勧告がある。単独法が8も9もあり、所管省が7も8もある。こんなことでは日本の医療保険のつかみようがない、そう感じるのは当然といえよう。ワンドルとは狙いが多少異なるが、日経連も昭和28年に、「各種社会保険の整理統合案」を発表した。内容は、①法律の一本化、②行政機構の統合、③保険料納入、給付窓口の一本化、④各種手続の一元化、⑤給付内容の統合整理を実現すべしというものである。要するに主眼点は、行政が①能率的で、②経済的で、③把握ししやすいものでなければならぬということにある。しかしそれだけではもち論いけないので、「全国民について給付と負担の公平および所得再配分の観点から、これを総合調整する必要がある」(昭37.4社保審中間報告

…問題点より)ということになっている。

一方個々の健保組合、被保険者にとっては、統合そのものはどうでもよいので、それによつて財政的に、あるいは給付内容的に既得権が犯されさえしなければ、どうでもよいのである。だから昭和25年2月7日に総理官邸で開かれた統合に関する懇談会では、日経連、健保連、産別会議、総同盟、海員組合、国鉄共済、国保中央会など抽象的な統合については、いずれも消極的に賛意を表したのである。

つまり一般国民にとっては、内容が良くなるということが最大関心事であつて、それが守られるならば、政治技術的な事は、極言すれば、どうでもよいのであろう。ところで、内容が良くなるとはどういう事か。前掲社保審の中間報告によれば、それは「給付と負担の公平および所得再配分」である。しかしこの規定ではまだ不十分である。

所得再配分という用語については、東田教授がすでに

指摘されている通り、普通経済学に用いられる労資間の再配分の意味なのか、労だけあるいは資を除いた一般国民間の格差を縮めるという意味なのか、不明確である。

また給付と負担の公平という意味も、もし私企業的に考えるならば、保険料を多く払った者は多くの給付をうけるということになる。任意加入ならば、それでもよい。しかし強制加入ということになると、どうしても、それは能力に応じて負担し、必要に応じて給付をうける、これが公平なのだということにならざるを得ないであろう。

もう一つ注意すべきことは公平にばかり目をうばわれてはならないということである。キビダングは半分しかもらえないが、皆が半分宛ならそれで良からうという態度では困る。

そういう意味で、統合によって医療保険の内容がよくなるか、ということこれはなほは怪しいものである。

統合によって内容を良くし得るという理論——しかもこれが唯一のものであるが——は貧乏保険と金持保険を一緒にすれば、平均されて貧乏保険が救われるという。抽象的に荒っぽくいえば、そうなりそうであるが、実際には金持保険のレベルが下がることは確実であるとともに、全体としても公平ではあるかも知れないが内容は低下する怖れが多分にある。何故なら元の金持保険も馬鹿らしくなって内容向上の努力をしなくなるであろうから、全体としてのレベルは徐々に低下する。

その他に現状であらゆる努力をしているにかかわらず、これ以上は医療保険を統合しなければ、どうにもならないものかどうかという疑問がある。

1. 5人以上の事業所は政府管掌健保に加入する義務があるにかかわらず、標準報酬が安いという理由で、社会保険出張所では、その加入を断るよう厚生省から指導されたこと。

2. 保険料の最高が健保では5万2千円、国保では5万円であるが、負担の公平といえ、これは低い。

3. 給付の公平については、実にいろいろの不公平がある。朝倉、東田、中村（正）その他の人々によって指摘されている通りであるが、府県による不公平すなわち、審査委員会の在り方による一件当たり平均点数の格差は、厚生省の指導により是正され得るものであるにもかかわらず、放置されていること。誤解のないように、もう少し付言すれば、往診18回を15回に削るような鳥取県の審査委員会が放置されている限り、内容の向上など望むべくもない。

4. 一昨年のいわゆる皆保険の実施に際し、各地の医師会が国保の給付率引上に努力したのに対し、その努力をせねばならなかったほど、市町村保険者やそれを指導する厚生省が消極的あるいは妨害の態度に出たこと。

5. 国保については、八尾市中川弘氏の指摘の如き不合理な諸点。

以上いずれも内容の向上について、現行の法律の範囲内においてやれること、むしろやらねばならないことがゆがめられている点を考えると、統合の目的が真に内容の向上にあるのかどうか大いに疑わしいといわねばならない。

最後に、統合を希望するもう一人の人間がいる。零細保険医である。それは戦時中の隣組の如く、数多くの上級機関から発せられる命令を末端で一人で処理させられ、1. バラバラの一部負担、2. 異なる給付制限や給付期間、3. 保険者によって別の請求書をつける煩雑さ、4. 請求書の異なる送り先、などの事務にキリキリ舞いをさせられているのである。もしも統合により、それらが簡単になるならば……というのが保険医の夢である。しかしながら、統合によって、内容が総体的に低下するならば、すなわち公平にはなってもキビ団子が半分になるのなら、当分の間この事務の煩雑さは忍んでも統合に反対すべきだと考えている。理由は簡単である。受診率の低下、診療内容の劣悪化はそのまま保険医の生活にハネ返ってくるからである。 (京都府保険医協会)

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2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2年とし重任を妨げない。
- 第7条 年次予算，決算，会則変更等重要事項の決定は総会の議決を経なければならない。
- 第8条 会費は維持会員年額1,000円，普通会员年額300円とする。会員は無料で会誌の配布，諸行事の案内を受けることができる。但し研究会の開催等特別に経費を要する場合は，その都度別に徴収することができる。
- 第9条 本会は会員の希望により各地方に地方会をおくことができる。
- 第10条 本会の諸行事，出版物等は会員外に公用することができる。
- 第11条 本会の会計年度は，毎年8月に始まり，翌年7月に終る。

口座番號 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。