

第4回社会医学研究会総会記録

と き：昭和38年7月20日（土），21日（日）

ところ：岡山県立児童会館

社会医学研究会

この記録は、第4回社会医学研究会における研究発表を「公衆衛生」第27巻10～11号にわたって掲載したものを、別冊としてとりまとめたものである。

目 次

〔巻頭言〕 社会医学研究会の新しい試みと反省	大平昌彦
〔特別報告〕	
経済開発と健康度の地域的ならびに階層格差	東田敏夫・他
堺臨海工業地帯	東田敏夫・他
水島工業地帯	黒田健・他
京葉工業地帯	社会医学研究会東京ブロック
四日市工業地帯（地域開発と公害問題）	吉田克己・他
四日市工業地帯（地域開発と社会医学的諸問題）	水野宏・他
総括討議	
〔特別講演〕 「地域開発」について	島恭彦
〔一般講演〕	
都市型保健所の地区組織活動	青山英康・他
都市近郊農村の保健活動	松田美泰・他
市町村合併による農村公衆衛生の変化	榊原高尋・他
団地住民の地域公衆衛生活動	村田篤司・他
大阪市と名古屋市との衛生行政比較	小栗史郎・他
千里ニュー・タウンにおける保健医療計画の実施計画について	金田治也・他
地域開発に伴う社会医学的諸問題の背景	橋本周三
日本社会医学小史〔1〕	水野洋・他
二部大学生の生活構造と健康	岩下佐和子・他
未熟児・早産児の出生に及ぼす社会環境的要因の影響について	藤本暁
医療から疎外されたものとしての身体障害児	山本理平
神経科を標榜する一診療所のニード	山本英子・他
農民と自殺	松崎恭夫
女子生命保険被保険者の性格	柳沢文徳
救急医療の諸問題	日高陸三
離島における予防, 医療行政の対策	南雲清
高血圧症患者の Visiting Service について	金森仁作
在院に関する研究	吉田寿三郎・他
医療保険における給付率と受診率の関係について	朝倉新太郎
医療機関相互の結びつきの実態について	西尾雅七・他
医療制度調査会答申をめぐって	帯刀弘之・他

社会医学研究会・特別報告

地域開発と住民の健康

巻頭言

- | | |
|-----------------------------|-------------------------|
| 1. 経済開発と健康度の地域
的ならびに階層格差 | 4. 京葉工業地帯 |
| 2. 堺臨海工業地帯 | 5. 四日市工業地帯(公害問題) |
| 3. 水島工業地帯 | 6. 四日市工業地帯
(社会医学的問題) |
| | 7. 総括討議 |

巻頭言

社会医学研究会の新しい試みと反省

大 平 昌 彦*

第4回社会医学研究会開催の準備に当たった者の一人として、今ここにその成果と欠陥を総括して、全会員および2日間の会期に参加したすべての方々への感謝と、我々自身の反省にしたい。

社会医学研究会も既に回を重ねること4度となると、発表演題、討議内容等、数的にも質的にも充実したものとなりつつあることを、前3回の経験を通じて強く感じさせられているのは私一人だけではあるまい。

開催地岡山としては、開催前日迄県下を襲った大水害の対策のために、会員の多くは2、3週間前から連日不休の活動を続けていたという悪条件を克服し、また全国各地から集った参加者は「朝なご、夕なご」で有名な、岡山の酷暑をものともしない強い意欲で、交通機関には極めて恵まれない会場に参集され、連日300名を超える参加者を得たことは、社会医学研究会への期待の大きさを示すものとして、我々自身非常に驚かされたし、またそれだけに責任を強く感じさせられた。

* 岡山大学衛生学教授

このように意欲に満ちた研究会を、当地で開催し得たことは、単に社会医学研究の発表のみならず、岡山の医学界に与えた影響も大きく、医学研究の新しい試みとして、広く注目と関心を引いたものとする。

さて前3回における、「社会医学」への期待をこめた概念論の検討は、それ自体大きな意義を有していたとは云えるが、これらの成果を積み上げ、更に発展させるための試みとして、今回は共通のテーマを中心とした、各ブロックの共同研究が行われた。

未だ初めての試みとして、その目的を十分に果し得たとは云えない迄も、各ブロック、各人が大胆にこれと取り組み、その内容を報告し合うことによって、今の我国における社会医学的課題に取り組む態度を明確にし、その研究発展の方向を学びとる上で、実践的な意義も含めて極めて興味あるものであったと云えよう。

その成果は、前号に掲載された一般報告ならびに本号の特別報告としてまとめ上げられたので、

広く大方の適切な批判にゆだねて今後の発展を期待したいと考えるが、少くとも現時点での本会の果し得る役割りと、これが占める位置づけを些かなりとも明らかにするという方向で全会員の努力が集中され得たということは、今回の研究会の総括として云えるのではないだろうか。

「地域開発」という現下我国における国家的な施策の中心的な課題を把え、これを単に社会的な関連の中で取り上げたというような消極的な態度に止らずに、それ自体を社会医学的な課題として取り組んでいこうという、より積極的な態度が報告と討論のなかで貫かれていたように感じられたが、これは「地域開発とこれに伴う社会医学的問題」という共通テーマを「地域住民の健康を守る立場で再検討する」という世話人会の確認事項を、全会員が正しく理解したことを示すものと云えよ

う。

このような成果の面での評価と同様に、一面社会医学研究会として、独自の見解を、討議の結論として昂め得なかったことは、それが極めて困難な作業を要求することを示し、とくに各自の立場というようなものとも関連してくる事柄であって今後に残された反省であると云えるだろう。しかし研究会の開催自体また非会員をも含めて会に参加した全員個々人の努力によって、開催地岡山の住民に与えた影響は極めて意義あるものであったことを報告しておく必要がある。

以上紙面の都合で十分な反省を記し得なかったが、社会医学研究会の今後、更に大きな成長を期待しつつ、準備会を代表し全会員と参加者各位への感謝の意を表したいと思う。

文 献

慢性気管支炎、肺気腫ならびに喘息

H. W. Harris: Chronic Bronchitis, Emphysema and Asthma,
A. J. P. H. vol. 53, no. 3, Suppl. 1963.

慢性気管支炎 (Chronic Bronchitis) という診断名は慢性の咳、喀痰があり、さらに呼吸困難を伴うこともあるとき、英国ではよく使われるが、米国では少ない。米国では呼吸困難を伴わないと医師を訪れず、大ていその場合は、肺気腫、気管支喘息、ないし心臓病等と診断される。それで結核以外の呼吸器疾患の診断基準を確立するために英国でも米国でもそれぞれ専門家の会議が開かれた。英国のは Ciba Symposium で、Terminology, Definitions and Classification of Chronic Pulmonary Emphysema and Related Conditions としてとり上げられ、記事は Thorax 14: 286, 1959 にのっている。アメリカでも最近、American Thoracic Society が Diagnostic Standards for Nontuberculous Respiratory Diseases の委員会をつく

り、一応の決定をみた結論は Am, Rev. Resp. Dis. 85: 762, 1962 に出ている。両者とも慢性気管支炎として「気管支における粘液の過度の分泌状態を特徴とする」点では一致している。アメリカの定義では慢性という条件として、慢性ないし間欠性性の咳嗽が年間3カ月以上続く状態がひきつづき2年以上あることとしている。慢性気管支炎は肺気腫をとまなうことが多く、そのため気道閉塞、換気不全をおこすが、肺気腫を経ないで換気不全、致死という症例も英米で観察されている。共通の定義によって疫学調査をしてみると、英米で罹病率は40才以上男子で17~18%でほとんど差がない。どの疫学調査でも喫煙と関係ありとし、一報告では高度喫煙者間の罹患率は75%と推定している。

肺気腫は臨床症状よりむしろレ線

が有力な診断の根拠となるので、上述の両者の委員会でも一定の病理解剖的形態変化を臨床所見より優位にしている。患者の75%は慢性気管支炎を合併し、発症因子として過度の喫煙が有力とみられている。また塵肺症には本症の合併が多い。

気管支喘息は広はん気道狭さくをもたらし、気道抵抗が増大する点では前二者と共通しているが、特定の刺げきに対する反応亢進性がみられる点でアレルギー反応であることが、前二者と異なっている。

以上の三つの疾患は、せき、たん、呼吸困難を主徴とする主な病気であるが、これらをグループとして集団からとり出し、それぞれの診断を早期に確定し、レハビリテーションをこめた治療を早期に行なうことが要請される。(声沢)

特別報告

1. 経済開発と健康度の地域ならびに階層格差

—— 地域開発の方向づけのために ——

東 田 敏 夫* 日 比 達 藤 野 美 津 子

近年、日本経済の高度成長がうたわれているが、その反面、日本の経済の二重構造の存在、大企業と中小企業との格差と共に、国民生活に相当の地域格差があることが認められる。たとえば、昭和 37 年の国民生活白書によると、東北、九州などの都市住民の 1 カ月世帯支出額は 6 大都市住

1. 都道府県別にみた産業化の程度と住民の生活水準ならびに健康度

このような国民の生活水準の地域差は、産業化の程度ときわめて高い正相関であり、第一次産業に依存する度合いが強い地域ほど生活水準が低く、

第 1 表 都道府県別にみた産業化指数、生活水準及び住民の健康度 (東田)

その 1 産業化指数と生活水準との相関 (1955)

a : 産業化指数	rab = +0.898**
b : 生活水準総合指数	rac = +0.977**
c : 1 人当り国民所得	rad = +0.651**
d : 高等学校卒業率	rae = +0.666**
e : 診療所密度対人口	rbe = +0.714**

その 2 府県の社会的性格と死亡率との相関 (1960)

	産業化指数	住民 1 人当り所得
乳児死亡率	-0.641**	-0.508**
伝染性疾患死亡率	-0.422**	-0.627**

その 3 住民 1 人当り所得と児童の発育との相関 (1959)

	年 令	身 長	体 重
男 児	6	+0.671**	+0.586**
	10	+0.647**	+0.623**
	14	+0.788**	+0.485**
女 児	6	+0.690**	+0.596**
	10	+0.728**	+0.619**
	14	+0.730**	+0.396**

** P < 0.01

民より 30~40% も低い。しかも昭和 28 年以降 8 年間の成長率にもひらきがあり、格差は一層拡大している。

* 関西医大社会医学研究室

第 2 表 都道府県別・地方自治体の目的別住民 1 人当り歳出額 —— 産業化指数及び住民 1 人当り所得との相関 —— (昭和 35 年) (東田)

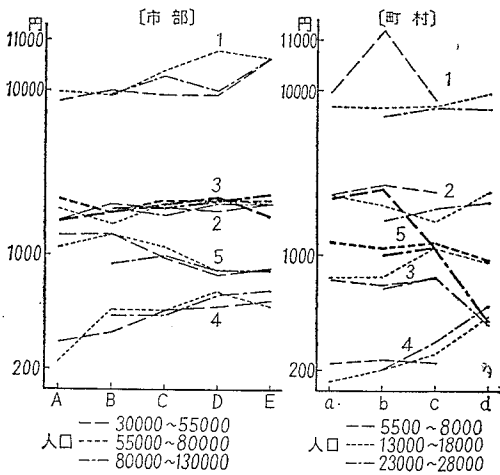
地方自治体の目的別事業	産業化指数	住民 1 人当り所得 ¹⁾
都道府県		
産業経済費	-0.250	-0.357*
教育・社会労働保健衛生費 ²⁾	(-0.114)	(-0.106)
保健衛生費 ²⁾	(-0.322)	(-0.153)
都 市		
産業経済費	-0.273	-0.489*
教育・社会労働保健衛生費	+0.353*	+0.300*
保健衛生費	+0.396*	+0.412*
町 村		
産業経済費	+0.130	-0.118
教育・社会労働保健衛生費	+0.233	+0.216
保健衛生費	+0.395*	+0.461*

注：1) 昭和 34 年 2) 東京都を除く * < 0.05
資料：地方財政統計年報 昭和 35 年

また高校進学率あるいは診療所分布率でもみられるような生活文化のおくれがある(第 1 表 1)。

さて、都道府県住民の健康度を仮りに死亡率で比較すると¹⁾、やはりかなりの地域差がある。死亡率は明らかに産業化の程度および 1 人当り住民所得と高い逆相関があり、特に乳幼児死亡率、感染症死亡率は、産業化が進まず、住民所得が少ない地域ほど高い事実を認める(第 1 表 2)。

全国的には、近年、死亡率低下の傾向があるにもかかわらず、このような死亡率の地域格差は縮小されず、かえって低開発地域における改善が遅れているために格差が大きくなっている傾向があることが昭和30年と35年とを比較して理解できる。寿命だけでなく、子供の発育もまた低開発地域ほど劣っている。(第1表3)。



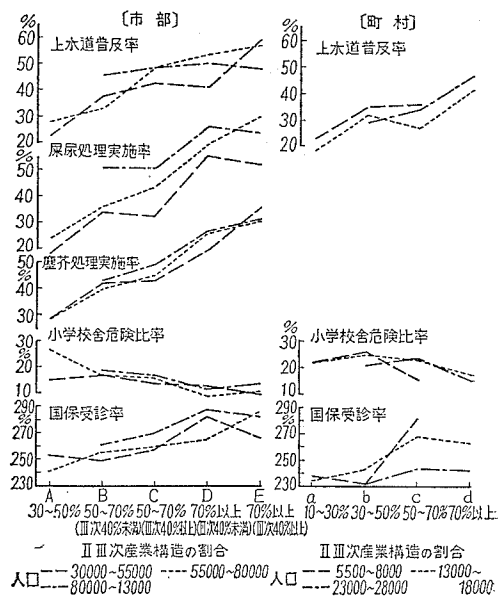
第1図 全国市町村の類型と住民1人当り歳出額(昭和36年)

- A: II Ⅲ次産業 30% 以上 50%未滿
- B: II Ⅲ次産業 50% 以上 70%未滿 III次産業40%未滿
- C: II Ⅲ次産業 50% 次上 70%未滿 III次産業40%以上
- D: II Ⅲ次産業 70% 以上 III次産業 40%未滿
- E: II Ⅲ次産業 70% 以上 III次産業 40%以上
- a: II Ⅲ次産業 10% 以上 30% 未滿
- b: II Ⅲ次産業 30% 以上 50% 未滿
- c: II Ⅲ次産業 50% 以上 70% 未滿
- d: II Ⅲ次産業 70% 以上

2. 地方自治体の類型と社会福祉・保健行政

さて、このような住民の生活と健康面における地域格差が存在している事実を前提にして、住民の福祉を担当すべき地方自治体の行政活動の模様をみると、まず事業目的別住民1人当り歳出額⁶⁾を比較すると、府県、市部、町村と、自治体の規模によって、その傾向にことなるものがある(第2表)。まず府県の水準では、産業経済費は低開発地域ほど比較的多い。その内容には「農村開発費」や「観光事業費」などの占める比重が大きい。府県

の「教育費」「社会労働費」「保健衛生費」は産業化指数と逆相関であるが有意でなく、社会保障関係事業によって生活と健康度の低水準をてこあげするほどのゆとりがないようである。市部においても、産業経済費は低開発地域ほど比較的多く支出しようとしている傾向がある。しかしそのしわ寄せは教育、社会労働、保健衛生事業にあらわれ、



第2図 全国市部及び町村の類型と保健衛生事業(昭36)資料、類似団体別市町村財政指指数表(昭37)

特に保健衛生費は低開発地域ほど少ない。もっとも地方自治体の産業経済費には、農村開発や観光事業が多く、自治体の枠をこえた日本経済のメカニズムによって作り出されている経済格差に立向うほど有力なものではないようである。弱少地方自治体の努力は、風車に立向うドン・キホーテのたたかいに類するといえないことはなかるうか。

さて町村では、特に教育・社会保障・保健衛生に対する事業費は、生活文化がおくれ、衛生状態がわるい低開発地域ほど少ないことが認められる。

これらの事情は、市町村の類型⁶⁾によって比較すると一層著明である(第1図)。人口3万~13万の中小都市も、産業化が進んでいない市ほど住民1人当り教育費、社会保障費、特に保健衛生費が

少ないが、町村では、この傾向が一層著明となっている。

これを地方自治体の具体的な事業でみると（第 2 図）、上水、し尿処理、ごみ処理等の事業は、低開発の市ほど遅れている。また小学校の設備も劣っている。しかも国保の受診率が低い。町村となるとその格差が一層著明である。

さきに産業化が進んでいない低開発の地域ほど生活水準が低く、住民の健康度も劣っていることを認めたが、この状態を改善するための地域における諸活動が一層強くなければならないにもかかわらず、現実にはかえって自治体にそのゆとりがなく、挺あげのための活動が遅れている傾向を認め、これがまた地域格差を固定し、あるいは一層拡大する傾向を生み出しているのである。

3. 地域格差をもたらす基本的要因

このように住民の健康度が生活水準や地域における産業化の度合と大いに関係があることが理解されるが、今日 National Scale において国民の福祉の増進を図るためには、低開発地域の産業を開発し、生活と文化の向上を図ることが優先されねばなるまい。しかし、ここで注意しなければならないことは、住民生活の地域格差は単に地域における産業成長率の相違のみによっておこっているのではないということである。むしろそれは今日の日本経済のメカニズムの中における工業と農業の生産力発展の不均等、第 2 次、第 3 次産業にあっても、巨大資本による重化学工業とこれに附随する軽工業、雑産業、中小企業、あるいは炭鉱などの斜陽産業などにおける生産力発展の差、資本蓄積の違いが、地域に反映して、行政的配慮の逆コースがこれに加わり、地域格差としてあらわれているのである。近年、わが国民の死亡率は、一般に低下の傾向にあるが、昭和 30 年と 35 年の各種職業人の死亡の変化を比較すると⁷¹⁾、労働者階級の死亡率は White Color 族より改善がおくれており、特に農民の死亡率はかえって上昇している。また厚生行政基礎調査⁷²⁾ から、世帯収入階級別の有病率を平均有病率に対する比で見ると、36 年度は 32 年度より所得階層により格差が拡大しており、低所得階層における改善が遅れ

ていることがわかる。

これらの事実から、近年日本経済の高度成長、重化学工業化がうたわれ、国民の生活水準の向上が称せられているが、産業化の進展の背景には、低開発地域の住民、そして農民や、斜陽産業従業者あるいは低所得階層の人々の生活と健康面の改善が遅れていると解釈できる。

「地域開発」が地域格差をつくり出した前述の如き基本的要因をそのままにし、また地方のおくれた生活環境や社会資源の開発をみすごして、単に「工場の誘致」や工業化をはかる「地域開発」では、問題の焦点であるべき低水準にある住民、農民や低額所得者の福祉の向上には大きい期待はもてないであろう。むしろ「工業化」や工場誘致計画がその背後にある農村や土着産業を犠牲にして進行するならば、格差は再生産され、拡大される可能性がある。このことは、今日の工業化の進行が、農村の青年有効労働力を工業に吸収し、「3ちゃん農業」化し、農業生産力の進展を妨げている事実によっても伺われる。

先般、「新産業都市整備法案」の成立と共に、全国にまたがる大規模な産業立地拡大計画が進められることになる。それによって地域経済の発展と「日本経済の高度成長」がもたらされるとして称せられている。しかしそこに居住する一般市民の生活と健康がそれらによって向上するかどうか、あるいはかえって工業化による公害の発生はもちろん、生活環境の悪化や、社会資源の開発、公共施設や労働者施策等の立ち遅れのために、かえって住民の福祉が遅れる恐れなしとしない。特にそれらと立ち向う地方自治体は現在の自治財政の苦しさを、工場誘致によって好転させる目算であろうが、そのためにかえって財政上相当の無理をし、かえって社会投資への圧迫、特に生活環境の整備や保健衛生面を犠牲にしている傾向がみうけられる。

4. 産業都市化と住民の階層分化

地域開発は多くの場合、地域における工業化あるいは第 2 次、第 3 次産業化が主な目標とされているようであるが、産業化や工業化が進んでいる大都市の内部ではどうか。かつて私達が調べた大

阪市内 22 区における調査¹⁰⁾では、労働者や貧困階層が多く居住している地区では、住生活が苦しく、住民の健康度もおとっていたが、この事情は 35 年でも依然として認められる¹¹⁾。また郊外に中産階層や上層階層が移り住み、生活環境が悪く不健康な旧市内では、労働者階級が沈滞し、大都市住民の住生活と健康の格差は再生産されている。したがって、急速に都市化が進み、「百万都市」の建設がうたわれているが、それだけではただちに住民の生活が向上するとは保証できず、かえって工業化に伴う大気汚染、河川汚染などの公害対策は勿論、集中増加する人口に対する住宅の供給や、公共施設、生活環境の整備が伴わなければ、とくに既存の不良地区の再開発をおきざりにすると、都市の衛生状態は「都市開発計画」の進行に伴ない、かえって多くの困難をもちこむことになるだろう。事実は過去から今日に至る産業都市形成過程において認められている。

むすび

今日、わが国民の健康状態は、一般的には改善されつつあるが、それにも拘らず、低開発地域においては、住民の健康状態が劣っていることは、私たちの報告によって明らかであって、「地域開発」が国民の生活と文化の向上を第一義とする限り、これらの低開発地域に対する経済的、文化的なこあげが目標とされねばならぬことはいうまでもない。もし「地域開発」が単に既成の産業都市圏につながる新しい工業地の拡大、造成を目標にするのであれば、それは National Scale において、かえって国民の生活と健康面における格差を再生産するおそれなしとしない。

もともと、国民の生活水準や文化の地域格差は、単に地域によって経済成長率が異なるために由来するのではない。それは独占段階にある日本経済のメカニズムのなかにおける工業と農業との生産力発展の差、資本蓄積の差、また第二次産業のうちでも重化学工業と軽工業、斜陽産業あるいは中小企業との生産力の格差と、それらに対する政府の行政的配慮の逆コースが相まって、産業立地の地域性に依じてあらわれているのである。従って、たとえば周辺農村や土着産業の開発を見逃

がして、新たに工場を誘致するだけの地域開発では、住民の生活と文化の低水準を挺上げすることにならず、かえって一般住民、とくに農村や土着産業従事者はそのしわ寄せを受ける危険がある。

また地域開発は地域の生産力の向上を主要な目標にすることはいうまでもないが、それと共に重要なことは遅れた社会資源の整備である。道路、交通、水利の整備が後進地域の開発にいかにか重要であるか、また上水、下水、住等の生活環境の整備、あるいは公共施設や保健衛生施策の立ち遅れを克服する仕事がいかに重要であるか、慎重な検討が要請される。その意味では中央政府は勿論であるが、同時に地域住民に直結する地方自治体の活動を待たねばならない。しかしながら現実には地方自治体の行政活動は、かえって低開発地域ほど低調である。

地方自治体は一般に、日本の政治経済の歯車の中で、必然的につくり出される地域格差や財政的困難と斗って苦悩しているが、このしわ寄せが教育費、社会労働費、特に生活環境の整備と保健衛生事業に対する圧迫となってあらわれている。この傾向は弱小自治体ほど強く、ひいては住民の生活と健康面における地域格差を固定し、再生産することになる。その打開策の一つとして「工場誘致」に狂奔しているが、かえって自治財政上に新しい困難を背負い込んでいる場合も少くない。低開発地域の開発に成果をあげるには何よりも、それらの地方自治体に対する財政的矛盾の打開と、技術的弱点の補強を考へることが必須の前提条件であろう。

先般新産業都市整備法案の成立により、新産業都市圏の造成が日程にのぼっている。この計画をみると、主として 4 大工業地域を中核とする太平洋ベルト地帯、あるいはこれに連がる工業地域圏の拡大、具体的には巨大資本に連がる重化学工業の橋頭堡の拡大が主な目標となっているようである。この新産業都市造成計画が前述の如き国民の生活と健康面の地域差、階層差をつくり出している基本的要因、すなわち独占段階にある日本の政治経済における基本的矛盾との対決を回避する限りは、それらによって低開発地域の底辺にある住民の生活と健康面の挺あげにいかほどの期待がも

てるか疑問であり、かえって新しい格差を再生産する可能性があり、少なくとも国民の福祉を目標にする「地域開発」の名に値しないことを恐れるものである。

引用資料並びに文献

- 1) 経済企画庁：「国民生活の地域別分析」, 1959.
- 2) 経済企画庁：昭和 37 年度「国民生活白書」
- 3) 曾田長宗：生活水準の格差, 「都市問題」, 54 (2), 1963.
- 4) 東田敏夫他：第 24, 25, 26 回日本民族

衛生学会報告, 1959, 60, 61. 5) 自治省：昭和 35 年度「地方財政統計年報」. 6) 自治財政局調査課, 「類似団体別市町村財政指数」1962. 7) 厚生省大臣官房統計調査部：「職業別, 産業別死亡統計」1954 ~56. 8) 厚生省大臣官房統計調査部：人口動態統計, 1960. 9) 厚生省大臣官房統計調査部：昭和 32 年及び 36 年「厚生行政基礎調査報告」. 10) 東田敏夫他：都市化の進展と都市保健問題, 厚生の指標, 6 (13) 1959. 11) 大阪市衛生局：大阪市衛生統計年報, 1960.

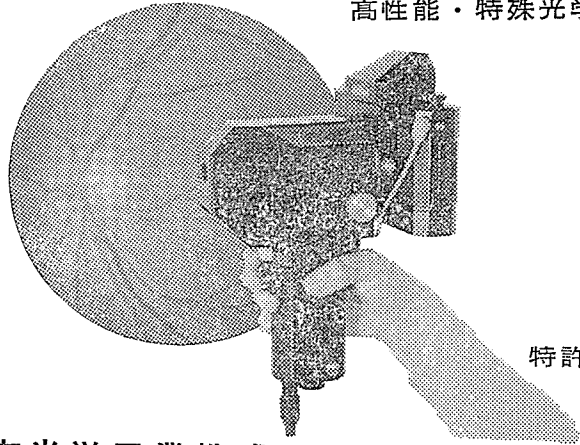
<新発売>

Nikon 手持眼底カメラ

高性能・特殊光学系

- 特 徴
- ☆ 撮影画角30° (5乳頭径)
 - ☆ 特殊光学系により角膜反対射び光学系内部の反射が避けられる
 - ☆ 小型軽量で片手で完全に操作出来る
 - ☆ 患者ナンバーは自動的に同時撮影されます

長さ16㎝×巾15㎝×高さ22㎝
重量：1.8kg



特許出願中



日本光学工業株式会社
東京都中央区日本橋通り1の7西川ビル
東京機械貿易株式会社

東京都港区芝西久保明舟町3の5
電話 (501) 9123・9124

ニコン眼底カメラ
総代理店



← ご用命ご問合せは

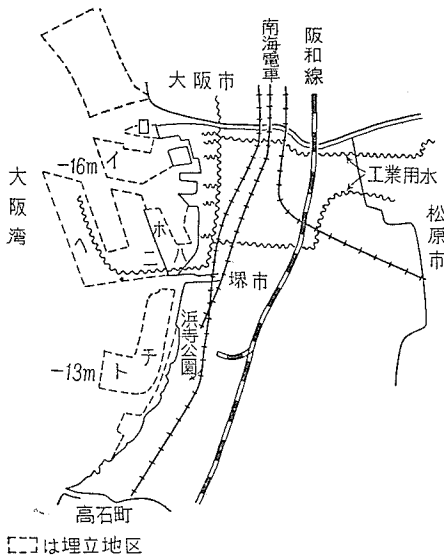
2. 堺臨海工業地帯

東田 敏夫* 細川 汀 若野 六花枝

I. 堺臨海工業地帯の埋立造成事業

近畿圏整備法は各府県各様の反応を示す中に与野党一致で国会を通過したが、その中心を形造る大阪湾臨海工業地帯の造成は、すでに昭和33年10月から進められている。

堺市は昭和32~33年の合併により現在人口約40万、面積123.18km² (人口密度3254人/km²)の中都市で、刃物、自転車、敷物などの中小企業が多く、同時に大阪市のベッドタウンの機能を併せ有するが、第1図に示す通りに、この都市の大



第1図 堺臨海工業地帯計画図

おもな進出予定工場：イ. 八幡製鉄，ロ. 大阪ガス，ハ. 関西電力，ニ. 住友化成，ホ. 日立造船，ヘ. 新日本窒素，ト. ゼネラル石油，チ. 東洋高圧

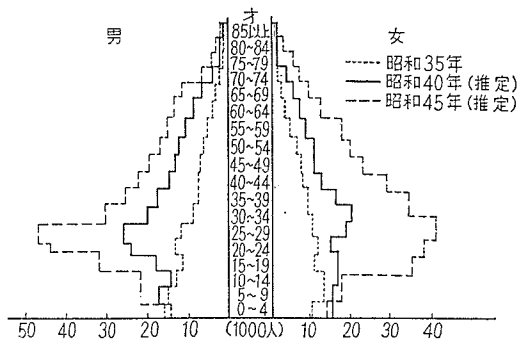
阪湾沿岸の全地域に約2,000haの埋立地と、その立地条件を活用するための港湾・道路・臨港鉄道及び工業用水路の整備によって、大工場の誘致が計画されている。またこの臨海工業地帯の周辺

に、中小工場地帯・商業地帯・グリーンベルト・集団住宅地帯を配置した都市計画が立案されている。土地造成には約600億の龐大な公共投資や公債が費されており、すでに「サイは投げられている」が、この計画が住民の健康と生活に及ぼす影響について、社会医学的検討は十分ではないように考えられる。筆者らはこの点について主要な問題を指摘し、住民の福祉と保健を保障する総合的な開発計画の進行を期待するものである。

II: 社会医学的問題点

1) 人口問題

この工業地帯の造成によって、堺市の人口は昭和46年に52万人、昭和55年には70万~100万人に増加すると推定されているが、第2図に示すとおり若年労働力の急速な増加が見られる。産業別にはまず、今後10年間において農漁民は約2



第2図 堺市の人口構造変化

万人減少して転業問題をおこすであろう。第2次産業人口は造成地区誘致就業者44,000人をはじめ約11万人に増加すると推定されている。しかし大工場就業者は殆んど地方出身で占められて地元労働人口の雇傭吸収は少なく、高度にオートメ化された重化学工業においては、臨時工、単純労働者の需要しか残されていない。また地元の中小商工業も現在何らかの協力をしているものは、19%にすぎず、更に43%が経済的関係を希望して

* 社会医学研究会関西ブロック・関西医大社会医学研究室

いるが、鉄鋼・石油・化学等の企業では望めず、今のところ船舶その他と関連を有する中小企業及び商業の増加が予想されている。従って今後は若年労働者・転業単純労働者・臨時工・中小企業労働者の人口集中があらわれ、これらの層の住宅問題がさしせまってくるであろう。すでに商業地区・工場地区・住宅地区を問わず人口密度が都市計画を上廻った場所もかなりあり、環境衛生不良地区がこの低所得労働者の流入によって拡大する可能性もきわめて大きいと考えられる。

2) 工業化=工場誘致計画

工場誘致には、坪 4,000~10,000 円の土地提供、地代の分割払い、税の減免及び奨励金、工業用水・電力・ガスの供給・漁業補償・港湾・鉄道・道路の整備、及び市価以下の低価での住宅地の斡旋等のきわめて有利な条件が用意され、投下固定資産 3,000 万円以上の大資本を誘致することになっている。事実、進出を決定している工場は製鉄・ガス・金属・化学・造船・石油・電力等重化学工業を中心とした大工場であり、最近の経済不況によって若干の変更や遅延をきたしているが、土地造成は着々と進められている。

これに比して、堺市の企業の 94% を占める従業員 100 人以下の中小企業はどうであろうか。音田らの調査によると、堺市に本社のある企業主の 80% はこの「計画」が堺市の発展に「貢献する」といっているが、経営に対する影響としては、「よくなる」が 38.6% で、「わるくなる」が 12.0% もある。「わるくなる」のは賃金水準、労使関係、従業員の供給と定着性に及ぼす影響を原因としてあげている。また各企業は厚生福祉施設、賃金引上げ、従業員の獲得と引抜排除、教育訓練、週休制、時間短縮などの対策を希望しているが、これに対して堺市の対策は「職業訓練・中小企業団地の斡旋」などで、自己資本の少ない零細企業についての対策は余り見当らない。また昭和 35 年から 36 年に至る 1 年間に農家数は 6,611 戸から 6382 戸に減少し、特に 5 反以下の専業農家は 20% 以上も減少し、また第 2 種兼業農家も少なくなり、農地の宅地切り替えや、果樹等を栽培する富農を除いて貧農の転業が目立っている。沿岸漁業を奪われた漁業世帯は昭和 30 年の 314 戸から昭和 35 年には 148 戸に半減し、沖合漁業の出来

る漁民だけが残っている。現在は補償金を手持ちしているため、農漁民の失業は大きな問題にはなっていないが、市の計画が「酪農・養鶏・合成真珠」など特殊な業種と階層に限られている以上、これによる転業者の生業保証は将来必ず問題化するものと考えられる。

3) 計画進行過程で派生する問題

この造成事業が開始されて以来、住民の健康と生活の面で看過することの出来ない多くの問題が恒常化しつつある。

第 1 に交通事故が、この 3~4 年間に 5~6 倍にも激増したことである。事故の 50% がダンプカー・貨物・などの輸送トラックによって起り、造成地帯周辺の道路事故が全体の 65% を占めて

訴え	性別	男 50		女 50	
		(%)		(%)	
埃が多くなった	A	100	100	100	100
	B	100	100	100	100
騒がしくなった	A	100	100	100	100
	B	100	100	100	100
交通事故にあった	A	100	100	100	100
	B	100	100	100	100
乗物がこんで来た	A	100	100	100	100
	B	100	100	100	100
物価が上がった	A	100	100	100	100
	B	100	100	100	100
家賃が上がった	A	100	100	100	100
	B	100	100	100	100
風紀が悪くなった	A	100	100	100	100
	B	100	100	100	100

A 群：日雇・零細企業工員(138名)
B 群：従業員 50 人以上の企業の工員(6社 197名)

第 3 図 臨海埋立工事に対する市民の訴え

いる。特に横断歩道・信号機などの施設不足が原因の一つになっており、一方交通量は工場地帯周辺で昭和 36 年には 33 年の 2 倍に達している。

第 2 に公害であるが、工場造成地帯周辺の騒音・振動・煤煙・粉塵・ガス・廃液による被害の訴えが年々増加し、工場労働者の 22.5% が「やかましくてがまん出来ぬ」と訴えている。また、し尿(処理)浄化槽をめぐる農民・住民の紛争が増加しているが、これは会社寮や団地に対する地方自治体の受け入れ体制の不備のために当然予測された公害が起こったものといえよう。次に大気汚染については、大阪府公害課の調査成績によると、亜硫酸ガス濃度は年々増加の傾向にあり、昭和 37 年 12 月における過酸化鉛法による測定成績は 0.79~1.73 mg SO₂/day/100 cm³ という、かなり高い値を示している。風向から考えると将

来工場地帯東南部の住宅地はもちろん、丘陵部団地まで広く被害を及ぼすであろう。更に、労働傷害も建設では昭和37年には、33年に比し2倍以上の死者及び傷者を出しており、また堺北警察署の資料によると、凶悪犯殺人はこの5年間に約4倍増加しており、一般犯恐喝も造成事業開始後急速にふえている。住民のアンケート調査においても第3図に示すとおり、かなり広い範囲に種々の生活妨害が発生しているものと考えられる。

4) 住宅問題

工場地帯の造成がもっとも住民の生活と健康に直結しているのは住宅問題である。

堺市の住宅難世帯数は昭和37年に16,610世帯(全世帯数の17.7%)に達しており、大半は月収3万円以下の世帯、特に民間借家世帯で占められている。また住宅困窮世帯は35%といわれるが、工場労働者の50%は1人当たり畳数3畳未満である。昨年の市営住宅123戸建設に対し、申込者は5,000世帯にも達する一方、家賃は用地代の値上がりのため5,500円に引き上げられ、低所得者には過大の負担を与えている。

今後10年間に当局は114,000戸の建設を「必要」としているが、その58.8%は民間建設にあって、公営賃貸家屋は16,000戸にすぎない。すでに17万坪にわたる八幡製鉄社宅の建設が進められる一方、向ヶ丘、金岡、白鷺等の団地計画が進行している。しかし金岡団地の入居申込者の84%が大阪市内への通勤者であり、堺市に勤務地を有する者は僅か9%にすぎないことから見ても、これらの団地は大企業労働者と大阪のホワイトカラー族に占められ、堺市の中小企業労働者・臨時工などの住民を対象とする対策にならないといえるのである。

5) 都市衛生問題

新しい都市の建設には基礎的な環境衛生施設の整備を前提条件とする。上水道についてみると、堺市の計画は1人1日給水量を変化ないものとして、昭和44年までに給水量を2倍にする計画を立てている。しかし現に約半数の市民が給水量の増加を要望し、井水の新しく涸渇した地区では計画の変更を迫っている。更に176億の投資で作られている工業用水路は115,000トン/日の給水を淀川水系から予定しており、このあおりを受ける

ことは必至といわれている。

し尿処理においても、10年後は現在の約2倍の650kl/日の処理を必要とするが、計画ではし尿消化槽380kl/日処理のみであり、農地の減少と金肥への転換により農村の還元が期待できないので、これでは不十分といわねばなるまい。

また塵芥処理においても10年後は540トン/日の処理を必要とするが、焼却場計画は380トン/日にすぎず、現在すでに埋立地の獲得が困難となっているだけに、これも将来問題を起すと考えられる。現に住民の62%が「くみとり回数の増加」を、また66%が「ごみ集め回数の増加」を要望している。下水道及び処理場は、昭和39年春から一部が開始の予定であるが、全体の経費は予算計画の2倍以上(50億)を要するため遅延している。

6) 保健と福祉・教育

赤痢患者届出率をみると旧堺市中心、周辺地区と農村の一部に多い。学童のトラホーム罹患率もほぼ同じような成績を示している。未熟児は農村に多い。これらは地区の環境衛生に不均衡の存在することを示すものであろう。しかるに「都市再開発計画」は都心・商業地区の一部のみに限られており、最も環境衛生のおくれた地区は対象として除外されている。医療施設もまた都心に集中しており、工場労働者の25%は不便を訴えている。さらに僅か1,250人(昭和36年)の措置人員しかない保育所や子供の遊び場の問題も、住民のニードからはまだまだ遠いといわねばならない。

教育においても、教室不足は小学校では42校中8校(282坪)、中学校では20校中12校(3,382坪)にも及び、小学校の危険校舎が12校、室内体育館を欠くものも小学校、中学校それぞれ15校、12校も残されている。高校進学率においても、低い地区が旧堺市周辺と農村に点在している。教育施設について若干の補修が計画されているが、これだけで地域格差は縮小されないであろう。

また海を奪われた住民にとってはプールの施設拡充が非常に大きな問題となっているが、市で3コ、府で6コのプールを建設または計画している。しかし1万人の定員を持つ浜寺プールでも警官隊が出動整理するほど混雑するなかで、かなり高い使用料と衛生管理の不徹底が問題化する可能性が大きい。

7) 造成計画と地方自治行政

市財政は第1表に示す如く、市民の税金負担は増加する一方、支出では工業地造成のための土木、上下水に重点がおかれ、保健、教育、社会福祉などは全国水準をも下廻る。特に保健衛生費は保健所の新設を除けば1人当たり400円(年)位にすぎないし、保険所の人員も少なく、現在保健婦

2) 住民意識

上述のように、この計画は真の「地域開発計画」に疑問が多いが、住民の「福祉と繁栄」は市民の今後の反応にかかっていることは明らかである。しかし筆者らの工場・日傭労働者に対する調査では、将来「くらしよくなる」は約17%、「くらしにくくなる」は約28%で、前者は賃金や公共施設の増加

第1表 埋立造成計画と市財政

	昭和40年度の37年度に対する百分比		支出計画												
	総額	市民1人当り総額	経常費									特別費			
			土木	教育	社福	住宅	保健	産経	他の	災害	失対	下水	上水		
収入総額	187	144	昭和37	3,552	17.8	9.8	1.2	8.6	7.3	3.3	12.2	5.2	3.6	12.1	17.5
市民税	167	121	38	3,414	16.3	6.1	0.4	4.7	17.0	4.4	6.8	0.1	4.0	14.0	26.2
固定資産税	200	154	39	2,357	29.2	7.9	1.0	6.8	4.8	4.9	11.0	0.1	6.1	17.1	26.1
交付金納付金	200	154	40	3,167	28.2	9.0	1.1	24.5	8.3	8.1	2.0	0	4.8	8.4	5.7
軽自動車税	281	216	41	2,901	32.5	5.1	1.2	26.8	4.7	6.9	9.0	0	5.5	7.2	3.4
たばこ消費税	179	138	42	3,382	27.7	4.2	1.0	23.0	2.4	21.7	6.3	0	4.9	7.9	0.9
電気ガス税	197	151													
計				18,771	24.7	7.0	1.0	15.7	6.5	8.4	6.5	1.0	4.7	11.3	13.0

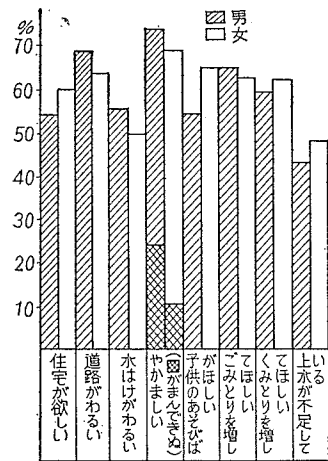
は1万2千人に人である。

III. むすび

工場地造成が市民の生活構造と住民意識に及ぼす影響

1) 自治行政における悪循環と市民生活へのしわ寄せ

以上のように「開発計画」は国・府・市それぞれの「おもわく」と「ねらい」をもって推進されているが、第一にはこれが独占につながる重化学工業の立地事業であり、そのために第二には莫大な公共投資が注ぎこまれることのために、将来住民税や大衆課税など住民の負担が増加すると共に、自治体行政が国に従属化する傾向を強化することになり、第3には社会資本の不足を補うために生産財投資に集中されて、住宅、保健、環境衛生、教育のように市民生活を保証する公共的施設にしわ寄せが来ている結果になっている。最近の経済不況によって工場進出は足おみしているが、このことが地方公債など自治体行政の危機を一時的に回避させたものとして受けとられているように、自治体行政は経済界の動向に完全に左右されることになるといえよう。また多様な公害が受け入れ体制の不備について始まっている。これらを通じて階層格差は拡大されつつある。



第4図 市民の生活環境に対する意見

を期待し、後者は地元雇傭の閉鎖、公害、大企業優先に不満を示した。最も多い答は「分らない」で約30%、女子は40%をこえており、市民全体の意識もこれに近いであろう。一方日常生活面の意見は第4図に示すように多様に見られ、部分的な陳情運動もみられるが、このように都市生活の本質に結びついた必要が、住民意識を改善し、生活と環境をよくする社会活動を必然とするであろう。

発表に際し堺市、堺商工会議所、大阪府などの多くの資料及び市民の御協力を得たことを感謝します。

特別報告

3. 水 島 工 業 地 帯

黒 田	健*	岸	洋 子	古 市	圭 治
村 上	勲	玉 木	武	青 山	英 康
吉 岡	信 一	河 原	宏	板 野	猛 虎
中 村	文 雄	青 山	嘉 孝		

I. 総 論

「市町村合併」に相次いで「道州制」の問題が、今日我国における地方自治体の将来を決定づける重要な課題として注目され始めており、さらに所得倍増計画を中心とした国家的な基本施策とも関連して、地方自治体は今や「地域開発」の名の下に再編成されつつあるといえよう。

今回地域開発として各々異なった発展段階にある4地域を選び、その現状と問題点を検討して行なわれる一連の特別報告のなかにあつて、我々に課せられた課題は、地域開発の諸問題をその計画段階において把握することにあると考え、岡山県南広域都市建設の諸計画案を総合的に検討し、ここに残されている社会医学的諸問題を明確にすることを本報告の主目標とした。

A. 水島地域を中心とした地域開発の特性

新産業都市は第二次世界大戦を契機として、戦後の政治的、経済的な諸変革とその後の独占資本の強化と技術革新による重化学工業を中心とした工業開発と、これに伴う広域行政化という新しい都市計画を持って、従来の産業型都市を超えたより広い地域社会に新しい産業化の状況を作り出し、成立したものと云われる。

以下に水島地域の特性を新産業都市の特性に照応しつつ検討を試みてみた。

1. 水島を中心とした工業開発：岡山県における工業開発の歴史は、三木現知事の中心的な行政目標として、第1表に示すように、昭和27年の「岡山県企業誘置条例」以来一貫した県勢振興計画（昭和33年）である「農業県岡山より工業県岡

山」への歩みとして認められる。

国家的レベルにおける工業開発としては、昭和25年の「国土総合開発法」以後引き続いて各地の地域開発促進法が設定されている。これは戦後の混乱した経済事情の中から、昭和30年以後の高度経済成長に至る資本主義体制の発展段階に対応して促進されてきたものであり、昭和35年経団連が提出している「産業立地に関する要望書」を見るまでもなく、企業進出には企業の自主性が最重視されるであろうし、今後の地方進出の注目点としては、大平洋沿岸ベルト地帯、特に瀬戸内海沿岸が指摘される。

昭和30年以後明確になってきた農業と工業との格差の拡大は、昭和36年の農業基本法に至る農村の分解を促進し、工業化の新しい生産を占める重化学工業は、その技術革新に伴うコンビナートの設立に必要な新しい広大な工場敷地と豊富な工業用水、さらに低価な労働力を求めての地方進出を惹起した。一方、地方自治体の企業誘致による工業開発への要請は、昭和25年のシャープ税制改革によって県税収の増大が、法人事業税に大きく依存しているところから出ていると考えられるし、これはまた昭和29年の税法改正により、県民税徴集の拡大という観点からも、昂まってきた。

このような地方自治体としての県当局と、企業体との要求の一致点として、現在の地域開発が促進されたと考えられるが、そのなかにあつて地域住民の福祉はどのように進められ、また守られ得るように計画されているかが、課題として残されている。

2. 広域行政化：広域行政化の終着駅といわれ

* 社会医学研究会岡山ブロック・岡大衛生学教室

第 1 表 岡山県南広域都市の発展

年	国	県	水 島	備 考
S 24				} シヤウブ税制改革 ドツチライン 朝鮮戦争
S 25	国土総合開発法			
S 26				
S 27		岡山県企業誘致条令施行		
S 28	町村合併促進法			
S 29	府県民税 (10 日)		PS コンクリート 水島工場建設	デフレ政策
S 30	財政再建法			
S 31	新市町村建設促進法 北海道東北開発公庫		日本興油工業誘致	
S 32	地方調査会「府県制度改革」 科学技術庁資源調査会「工業の近代化と立地」 発行			
S 33		県勢振興計画	三菱石油水島製油所誘致	
S 34	地方制度調査会「道州制の必要性について」 答申 九州地方開発促進法	県南広域都市計画調査会を 設置、県南広域都市計画に関する資料 (マスタープラン草稿を発表)	中国電力水島発電所誘致	
S 35	衆参両院で(中国地方開発促進決議を可決)(3月) 所得倍増計画を発表、水島港を重要港湾に指定(6月7日) 四国地方開発促進法 中国地方、北陸地方		日鉱誘致 倉レ、水島へ誘致(2月) 日本樹脂化学工業操業(5月) 東鉄誘致(11月)	山陽新聞社「県南百万都市づくり」を提唱(5月) 経団連「産業立地に関する要望書」提出(8月)
S 36	低開発地域工業開発促進法案 公共事業の補助率引き上げ 農業基本法		川崎製鉄誘致(2月) 三菱石油水島製油所操業(5月) 川崎製鉄水島製鉄所誘致調印(6月) 水島港出入口港に指定される(7月) 中電水島火力発電所第一期工事1号汽罐に火入れ(8月) 東京製鉄岡山工場開所式(11月)	金融引締め(2月10日) 山際日銀総裁来県百万都市推進を語る(6月) 川崎専務佐分利輝一氏来県し、倉敷玉島両市の合併を主張す(7月)
S 37 2 月	新産業都市建設促進法閣議決定、衆議院へ提出、通産省昭和 36 年度の工業立地白書を発表	県南広域都市計画のマスタープラン完成		
3 月		県南広域都市建設推進本部設置(1日) 県内会に「県南広域都市建設調査特別委員会」を設け下部組織として小委員会を設ける(15日)		
4 月	新産業都市建設促進法衆議院にて修正可決される	県南広域都市建設協議会発足(28日) (関係市町村長同議会議長による)		岡山経済同友会、通常総会にて百万都市推進決議(28日)
5 月	新産業都市建設促進法衆議院で可決成立(7日) 全国総合開発計画発表			「広域都市連絡会議」を社会共産・総評・自治労合同で結成、知事へ公開質問状提出を決定(4日)

年	国	県	水島	備考
5月				県総評「百万都市公開質問状」を県へ提出(5日)
7月		総評公開質問状に解答(25日)		
8月	新産業都市建設促進法及び同法施行令施行(1日)			
9月		県会百万都市推進を決議(3日) 県会新産都法の地区指定申請について知事提案, 県会議決す(11日) 県民福祉計画を公表(12日) 改訂県勢振興計画草案成る	倉敷市議会推進決議(8日)	岡山新産都市の地区指定に同意, 本会議に推進決議案決議(20対18)(11日) 寺田市長直に合併協議会不参加を表明(11日)
11月		厚生省, 厚生科学研究班現地調査に来県(25日)		岡山市長建設協議会を脱退, 百万都市対策県民会議「百万都市1月合併阻止県民会議」と改称, 粉碎市民決起集会を開く。
12月				百万都市推進岡山市民大会開く(主催, 岡山商工会議所及び岡山市連合婦人会)(1日) 寺田市長, 合併議案を市長提案せずと発言(14日) 県民会議, 国土問題研究所に百万都市の学術調査依頼
S 38 1月			三菱化成 日本合成化学工業 日本ポリマー	誘致

第2表 市町村合併一覧表(岡山県)

	総数	市	町	村
昭和22年未現在	369	4	62	303
23 "	367	5	60	302
24 "	366	5	60	301
25 "	371	5	68	298
26 "	359	5	72	282
27 "	329	7	75	247
28 "	265	9	68	188
29 "	191	12	63	116
30 "	119	12	68	39
31 "	105	12	69	24
32 "	105	12	69	24
33 "	104	12	69	23
34 "	100	12	71	17
35 "	98	12	70	16
36 "	97	12	69	16
⋮	⋮	⋮	⋮	⋮
⋮	⋮	⋮	⋮	⋮
45 "	65	6	68	10

ている「官選知事による道州制」への過程は, 昭和28年の「町村合併促進法」の施行にその発端

が求められている。第2表に見られる如く, 岡山県においても極めて強力で町村合併が実施され, 昭和27年の県下市町村総数329を100とすると昭和30年には36.17(119)となり, さらに昭和36年では29.18(96), 県南広域都市による33市町村の合併後では19.76(65)となる。

このような経過が工業開発に伴う社会資本の拡大, 即ち要求される経済的社会資本の充足として推進されているのが, 地域住民の生活基盤造成のための社会的資本の増大として行われるかが問題として提出される。さらにこれら広域行政化の方向が地方自治体の性格そのものを変革せしめるだけに, 地域住民の健康の問題と関連して検討しておく必要がある。

3. 福祉計画: 新産業都市法の目的には「住民福祉」が高く唱い上げられており, 岡山県においても『県南都市の建設は「緑と太陽と空間のある町」を作ることであり, このなかでの住民の生活は「窓には花を, 唇には歌を』といったキャッチフレーズのもとに「岡山県南広域都市計画」(マスタープ

第 3 表 産業人口構成

区 域	種 別	実 数 (人)			比 率 (%)			倍 数 45/35
		昭 30	昭 35	昭 45	昭 30	昭 35	昭 45	
広域圏	1 次	145,593	133,170	98,000	37.2	30.5	12.6	0.60
	2 次	107,311	136,950	289,000	27.5	81.4	37.1	1.97
	3 次	137,828	166,590	392,000	35.3	38.1	50.3	1.95
	合 計	390,632	436,710	779,000	100.0	100.0	100.0	1.55
	人 口 有業率(%)	897,42 (44.5)	903,975 (48.3)	1,558,000 (50.0)				
全 県	1 次	403,255	358,300	219,000	50.7	43.1	19.7	1.61
	2 次	165,805	204,900	391,900	20.8	24.8	35.3	1.91
	3 次	226,173	264,100	500,000	28.4	31.9	45.0	1.89
	合 計	795,257	827,300	1,110,900	100.0	100.0	100.0	1.34
	人 口 有業率(%)	1,689,800 (47.0)	1,670,454 (49.4)	2,221,800 (50.0)				1.33

第 4 表 岡山県人口統計資料

年次	出生率		死亡率		自 然 増加率		転入	転出	社会的 増減表
	県	国	県	国	県	国			
30	16.9	19.4	8.2	7.8	8.7	11.6	26,573	36,371	9,798
31	17.1	18.5	7.8	8.0	8.4	10.4	25,695	34,995	9,300
32	15.6	17.2	9.2	8.3	6.4	8.9	26,202	41,405	15,203
33	16.6	18.0	8.4	7.4	8.2	10.5	25,730	39,743	14,013
34	16.0	17.5	8.3	7.4	7.7	10.1	26,310	40,209	13,899
35	15.2	17.2	8.9	7.6	6.2	9.6	29,853	42,165	12,312
36	14.6	16.7	8.4	7.4	6.2	9.3			
45	15.7	16.1	11.1	7.8	4.6	8.2			

第 5 表 S. 45 における住宅需要(広域都市圏内)

人口増加による需要増	千戸 190	
その他の原因による需要増	110	
合 計	300	
その 他 の 原 因 の 内 訳	3, 36, 4, 1 に於ける住宅難戸数 世帯の分離による世帯増 住宅滅失予想戸数 将来建替え又は滅失されるべき老朽住宅 居住水準の向上による需要増	25.9 30.1 2.8 33.0 18.2

ラン)と共に「岡山県福祉計画」が発表されている。

これら福祉計画の内容は、地域開発に伴って住民福祉を保障しようというよりは、より積極的に地域開発それ自体が、地域住民の福祉政策そのものであるといった様相を示している。数多くの調査班また専門家の来県と、その報告書の発表や勧告、指導は地区住民に夢の生活を未来像として固定化し、地域開発の促進発展に地域住民を一方的に組織する上で極めて大きな力となった。

これら住民福祉政策としての地域開発といったイメージがその内容において、如何なる性格と充実度をもつものかは、今後の実践の中で実証されるとはいえ、今日的時点においても十分検討され

る必要がある。

II. 各 論

A. 人口問題

地域開発に伴う諸計画において、その基本となっている推計人口の算出は、工業開発が急激に進行するという条件から、水島地区及び岡南、西大寺地区の工業地帯が完成される予定の昭和 45 年における有業人口数から、全人口数を推定している。

かくして算出された産業別人口数は第 3 表の如くであり、広域圏は 1,558,000 名となっている。これを昭和 35 年の国勢調査結果と比較すると 1.66

倍であり、今後10年間に654,000名の増加が見込まれている。一方過去10カ年の人口推移を見ると第4表の如く1,600,000台で瀕踏み状態にあり、自然増加率の低下と共に、社会的増減率でも昭和30年以後転出超過が続いている。しかも県南、県北の人口配分では昭和45年に昭和25年を100として県南188.7、県北79.3になっているところから、人口増加は県北から県南への人口移動と、これに加うるに県南部への県外からの人口移入がもたされることになっている。

これら人口推定が推定生産額と推定生産性より算出されているところに、経済事情にきわめて強く影響される不安定さを持っていることを指摘しなければならない。事実鉄鋼業界の不況により、川崎製鉄の工事はその計画を可成り延長化せざる

10%に当たっている。

昭和45年度における広域都市圏内の住宅需要は第5表に示す如く、30万戸と算出されており、これに対する供給計画は、13万戸(43%)を施策住宅、17万戸(57%)を民間自力建設住宅としている。

一方昭和30年以降の県下の住宅建設実績を見ると、第6表の如くであり、民間自力57%という数字は過去7年間の実績に準拠しているといえるが、絶対数そのものには不安を残さざるをえない。しかも将来流入増加する人口の多くを占める労働者に、果して計画通り自力で家を建てることを期待し得るかとなると、全く現実離れした問題となろう。

施策住宅についても過去年7年の実績は、

第6表 岡山県下の住宅建築実数

年度(昭和)	30	31	32	33	34	35	36	30~36 合計
施設住宅 (比率%)	1,427 (61.0)	1,528 (53.9)	1,692 (49.8)	1,172 (44.8)	1,227 (38.3)	1,706 (28.3)	2,332 (33.3)	11,084 (40.4)
民間自力建築住宅	912 (39.0)	1,308 (46.1)	1,705 (50.2)	1,443 (55.2)	1,974 (61.7)	4,329 (71.7)	4,661 (66.7)	16,332 (59.6)
合計	2,339	2,836	3,397	2,615	3,201	6,035	6,993	27,416

を得ない状況にあり、しかも雇用人口について見ると現地採用の数はきわめて小さい。

このように検討を加えて見ると、工業開発に伴う就業労働人口の獲得といった観点での推計人口と、しこうしてこの推計人口による計画の立案といった方式そのものが問題であり、地域住民の生活基盤の整備が先行される広域都市圏の造成といった住民福祉の方策が、計画の基点たる人口問題の算出に際して、すでに忘れ去られているといえよう。

B. 住宅問題

現在住宅問題は衣食住の生活基盤の中で最もとり残された問題となっており、水島のある倉敷市の市営住宅の申込倍率を見ても、昭和35年16.7倍、36年14.1倍と高率である。県建築課の算出による昭和36年4月現在の住宅難世帯数は37,000世帯となっており、これは全世帯数の約

11,084戸と計画の13万戸に比して極めて大きな距りを示している。

このような基本計画とは別に全く奇妙なことであるが、具体的な住宅建設事業計画というものが、福祉計画のなかに見出され、40年迄の5カ年計画が示されている。さらに建築課の住宅計画の中には3カ年計画なるものも見出される。

これらの計画目標数を見ると、先に記した昭和45年30万戸の計画とは、比較にならない程縮小されたものとなっている。

C. 生活環境整備

基本計画及び福祉計画によると広域都市圏の造成は、極めて大胆な都市計画の実践によって、地域住民の生活環境が整備されるよう、計画されている。

しかしその現状をみると誘致企業に対する土地造成が先行し、企業拡大による人口増加に従属し

での環境が整備されるという方式が認められるに過ぎない。しかも国の環境整備 5 年計画に合わせて昭和 42 年度迄に完成が要請されている現状において、これら現在の整備計画は今日極めて重大な状況にあるといえる。事実市町村単位では昭和 42 年完成を目指して事業が進行しているにも拘らず、一人県のみがこれに遅れをとることになり、計画に示されている都市造成の方向づけは大きく破綻を起す危険性を生じている。

先ず上水道についてであるが、計画通りに事業が進行するには配水網の全域に亘る施設拡大とこれに伴う敷設経費の増大が要求されることとなり、従って上水道使用料金の値上げをもたらし、さらには極端な使用料金の地域的不均衡を生じ、(現在岡山市 8 m³ 当り 96 円、藤田村 560 円)施設拡大が必ずしも使用の普及を意味するものとはならないという現状を露呈している。(註：総社市における普及率 18.5%) しかも水道料金について見る、と工業用水がトン当り 5 円で供給されることになっており、1 日平均給水量についてみると、すでに岡山、倉敷、玉島の三市では計画量を超過する給水を行っている一方、市街地一人 1 日最大給水量を 550 l とした場合、これを上回るのは一宮町だけである。

水源としての上水道の要増加水量は 32 万 m³/日に対して工業用水は 126 万 m³/日 と約 4 倍であり、水源確保についても工業用水優先の方向が明らかになっている。

下水道についても本年 6 月にまとめられた倉敷市の下水道条令を見るまでもなく、施設の拡大と普及が必ずしも一致しないことを示しており、普及に対する助成策の不十分さが指摘されている。

し尿処理、塵芥処理等の整備についても人口増加、都市拡大に絶えず先行し得るよう計画されることこそが都市計画と考えられるが、この点環境整備としての諸計画が常に人口増加にひきずられて検討されようとしているところに、社会的社会資本が経済的社会資本に押しつぶされるこれまでの都市計画のわだちを繰り返すことになる危険性が大きい。特にこれら処理施設の設立については用地確保の困難性、公害問題等々を考慮すれば、かなり長期的見通しに立った実践が要求されると

いえよう。さらにこれら環境整備事業費の長足な伸びが期待されたとしても、その後の運営についてみるならば、その質的内容では逆に低下していることが少なくない。

D. 医療機関の配置

計画における医療配置に関する基本的観点は

①水島地区への企業誘致に伴う産業面での健康管理としての産業ヘルス・センターの設立と医療機関総合としてのメディカル・センターの建設。

②各種医療機関の充足に関して昭和 33 年厚生省医療機関整備計画基準に基づく算定の 2 点が基礎となっている。

これらは現状の医療態勢に対する反省として、その将来像を示し、行政上の方針を確定する上では意義があるといえるが、現態勢からの移行の過程とそのため態勢が、計画されていないところに単なる机上のプランに終止する、危険性を有している。

ヘルス・センターの計画についても、これに要する莫大な事業及び施設費(約 88 億円)に対して一般県費では僅かにその約 1 割が計上されているに過ぎず、従ってその大部分が民間誘致企業による負担に依存していることは、現状の岡山県、特に県南部の濃厚な医療配置の上に、さらに民間企業体が医療施設のために投資を計上するとは考えられず、本来の設立目的を失ってただ企業目的に従属するものとなる危険性だけが、残されることになる。

さらにメディカル・センターについては、経営主体の異なる現在の官立病院の合同運営の可能性を前提としているだけに、このような医療体制の基本問題を単一県内の問題として是正されるものとは考えられず、実現性は乏しい。医療機関の充足とその適正配置についても、岡山県の場合はその数的な充足でなくして、質的内容の検討こそが要求されているといえよう。

E. 公害問題

工業開発に伴って公害問題が各地でとり上げられているが、水島地区においては未だこれに対する何等の取り組みも認められない。僅かに昭和 35 年「公害対策審議会」が発足したとはいえ、これも公害による紛争の処理に終止するのではない

かといわれている。

鉄鋼、石油と云う二大コンビナートの誘致が決定されている水島地域では、現状の企業における技術革新の日進月歩のなかで、質的にも数的にも全く今日では予想し得ないものが発生する危険性は大きく、早期にその防備態勢が用意される必要がさげばれているにも拘らず、今日では基礎的調査さえも行なわれていない。

さらに注目すべきは水島の工業地域に隣接して観光資源としての児島、瀬戸内海沿岸があることであり、これら両地域との競合の問題が残されると云えよう。

F. 財政計画

以上に地域開発に伴う諸計画について、その問題点を指摘したが、これらに共通する基本的な問題として、その財政的な検討が残されている。

県南広域都市建設事業費は、総額にして7,840億円に達しており、これらの国、県、市町村別の分担額は国1,698億円(26.7%)、県738億円(9.4%)、市町村、828億円(10.6%)である。従ってこれら地域開発とこれに伴う住民福祉の事業は、財政的に大きく民間支出4,665億円(59.5%)及び国庫負担に依存しており、住民福祉に直接的な関連を有する地方自治体の要求が、無視される危険性を有している。

しかし昭和35年度の県南広域都市33町村の財政状況を見ると、歳入総額にして75.5億円、地方税総収入が38.6億円であり、先に記した事業費を負担するのに全地方税収入の21.5年分を注ぎこまなければならないことになる。

昭和36年度以降の予算請求において、これら

歳入の裏付けのない事業計画費は当然縮小を余儀なくされており、従って年々取り残された事業計画は累加されることとなる。しかも県財政の拡大は、企業誘致条令の適用により、地域開発の財政効果は著しく遅れることが予想されており、益々財政計画は深刻な様相を示しつつある。

従って財政的には、工業開発により莫大な租税が、企業の誘致とその育成のために、先行投資される一方、住民福祉のための事業は、常にとり残され、企業目的に合致する部分だけが僅かに開発に引きづられて、実施されることになるといえよう。

なお稿を終えるに当り県衛生部をはじめ県企画室等県関係者及び関係市町村より、貴重な資料を多数御提出戴いたことを記し、また現地調査に際しては、好意ある御協力を戴いた地域の方々に、深甚の謝意を表します。

参考文献

- 1) 地域開発「夢と現実」エコノミスト, 45 (26~33) 毎日新聞社 1963.
- 2) 市村友雄: 都市と農村の社会医学, 時潮社 1962.
- 3) 東大公開講座「日本の都市問題」東大出版会 1963.
- 4) 島崎 稔・北川隆吉編著: 現代日本の都市社会, 三一書房 1963.
- 5) 講座地方自治体, I~V, 三一書房 1961.
- 6) 国土問題研究所: 岡山県南広域都市問題調査報告書, 1963.
- 7) 建設省建築研究所: 日本都市計画学会, 岡山県南広域都市計画の基本測定, 1962.
- 8) 厚生省科学研究班地域開発研究会, 新産業都市に於ける生活環境の達成に関する研究, 1963.
- 9) 星野光男: 日本の地方政治, 東洋経済新報社, 1961.
- 10) 島 恭彦他: 公衆衛生, 10月号 1963,
- 11) 世界経済研究所編: 戦後世界の政治と経済 III. IV 三一書房, 1960.
- 12) 小林陽太郎他: 公衆衛生, 26(4) 1962.
- 13) 世界 No. 208 1963.
- 14) 岡山県及び関係市町村より数多くの資料を得たが、紙面の都合で省略する。

バックナンバーについてのお知らせ

ただ今下記の通り、本誌が在庫しております。部数僅少なのでお早めに販売部までお申し込み下さい。

20 卷	1, 2, 3 号	23 卷	9 号	26 卷	1, 3, 4, 6, 7, 8
21 卷	6, 7, 12 号	24 卷	3~8, 12 号		10~12 号
22 卷	4, 6, 9, 11 号	25 卷	1, 2, 4, 6, 8, 10 号		

4. 京 葉 工 業 地 帯

社会医学研究会東京ブロック

地域開発の現状

千葉県は最近まで工業のない農業県、つまり後進性のつよい県であった。しかし昭和 27 年になって県は「千葉県産業経済振興計画」をたてることによって、京葉地区の工業化の方針を積極的にうちだした。当時は川崎製鉄の隣に東電千葉火力、船橋に旭ガラスが決定した程度であったが、昭和 34 年からは大企業の進出が始まった。昭和 35 年 8 月に県側は埋立計画を大幅に拡張して、3,400 万坪の造成面積とすることとした。このようにしていまや臨海地帯に一大工業地帯が形成されつつある。

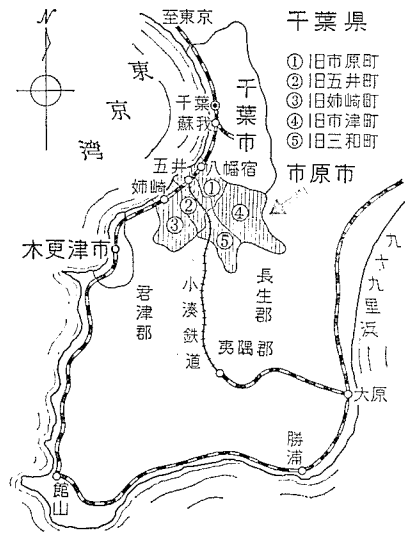
千葉県長期計画書は昭和 60 年には第 2 次第 3 次産業のつよい誘因により高水準の所得を求めて就業者移動が行なわれ、昭和 35 年にくらべて第 1 次産業は 47% の減少になると見込んでいる。このようにして千葉県の産業構造は大きくかえられると述べているが、これを企業の側からみれば、臨海性において行詰った京浜工業地帯の地域的延長によって、京浜工業地帯の行詰りの打開をはかろうとしているのであり、企業の意図と地域の発展が今後果してどのような方向をたどるかが注目されるところである。

京浜工業地帯の範囲は、浦安町より内湾沿いに千葉をへて富津町に亘る地域で、人口 73 万 6 千人、世帯数 16 万 7 千戸、面積 590 km² で人口、世帯数は県全体の 3 割、面積は 12% 弱を占めている。

この地帯はもともと京浜消費地帯に近いのにもかかわらず、内湾養殖業を主とする漁業と素放農業の地帯であったが、昭和 26 年に川崎製鉄の誘致を契機として、優れた立地条件を背景として着々と工業化計画が進行し、具体的には既に千葉港も近代的港湾として生れかわり、またすでに埋立完了している地先は、千葉市南部地先の川崎製鉄

千葉製鉄所用地 302 ha と東京電力火力発電所用地 36 ha であり、操業を開始している。

さらに幕張地先 66 ha, また船橋、市川地先でもそれぞれ 166 ha, 156 ha の埋立が行なわれた。船橋市、市川市の埋立も完了して、鉄工第 2 次加工及び食料品製造を主体とした近代的大企業十数社の工場建設が行なわれている。また一方、五井、市原地先 624 ha の工業用地の造成が完了し、我が国の一流会社が 11 社進出し、それぞれ近代的施設の工場を建設し、すでに旭硝子千葉工場を



第 1 図 市原市略図

始めとし数社が操業を開始している。君津地先には八幡製鉄が進出し 47 ha の埋立を実施中であり、姉崎、袖ヶ浦（一部）地先についても埋立に着手し昭和 41 年度には完成する予定である。

調査の方法

このように工業化が進行中の京葉工業地帯のうち、市原市に属する地域の保健衛生の実態を調査した。調査の方法は調査者がそれぞれ地域住民、市役所、県出先機関、進出企業等を訪問してイン

タビューを行ない、一方で官庁統計、その他の諸資料を収集した。その間前後6回の討議を行ない、その結果をとりまとめつつ、不十分な点をさらに調査するという方法をとった。

保健衛生状態の変化

この地域の特徴は、進出11社の操業が開始されてからまだ日が浅い点で、一番操業開始の古い旭ガラスでさえも昭和34年であり、最も新しいのは昭和38年2月の新日本窒素であった。そのため、一般的にいった地域住民の間にまだ著明な健康状態の変化といったものは認められなかった。したがってまた、健康に関する住民の意識の反応も殆んどなかった。それはひいては後述するように保健衛生対策にも影響して、市の予算には工業化によって将来おこり得べき健康の障害を積極的にまもろうとして対処するような衛生関係予算もあまり認められなかった。つまり楽天的なムードが支配的であったが、全然変化がなかったわけではないので、以下地域で認められた若干の点について述べる。

1. 用水

進出してきた大企業はいずれも大量の水を必要としており、このため養老川の水を利用して、貯水量6百万 m^3 、1日供給量12万 m^3 の山倉ダムが昭和37年に建設された。しかし山倉ダムよりの工業用水のみではなお不足するので、別に大量の地下水くみあげをおこなっている。もちろん、この地下水くみあげについては、県の方でも地盤沈下対策協議会を設け、地下水取水基準をきめて、地下水利用の合理化をはかっている。工場敷地内の地下水は一抗井(太さ12in)当たり1日500 m^3 の揚水がみこまれるが、各抗井間、および民間の井戸との相互干渉を防ぎ、また地盤沈下を未然に防止するためには、井戸間隔が300m必要と考えられる。従ってこの地区の掘さく可能抗井は約60本、地下水取水適正量は日量9万 m^3 と想定されている。

しかし、実際に問題になった例をあげると、34年9月に旧五井町において、工場の地下水くみ上げのため近くの自噴式井戸が溜かっつて、そのため県に対して陳情が行なわれた。県はこれに対し

て386戸の井戸を調査した結果、241戸を対象として1戸あたりポンプの設置代くらいの見舞金を交付した。

35年7月にも旧五井町で同様の問題が発生し、調査戸数940戸、その結果311戸を見舞の対象とした、この場合は水道工事の費用くらいが支払われた。これによって、水道がしかれ、自噴式井戸の場合よりはともかく衛生的になった。しかし、今まで無料であった水が十立方メートルまで220円、あるいはそれ以上を毎月負担しなければならなくなっている。

2. 下水

埋立が完成して海岸線がふさがれてから、排水の状態が悪くなった。「きみづか」地区では、雨が降ると田畑が冠水するようになり、道路では雨が降ると膝までつかうくらい水のたまる場所ができた。ひどい時は1週間くらいも排水しない。下水道の計画はない。

3. 屎尿処理

市原市は人口約9万人であるが、企業進出によって1万5千人の移入があったと推定されている。9万人のうち、市によって処理しなければならぬ人口はさらに少なかったため、この1万5千人の急増は市の屎尿処理事業としては相当な負担になっていると思われる。

そのことはたとえば従来農家で自家処理をやっていた世帯が、自家処理をやらなくなって、バキュームカーに汲取を依頼しても、なかなか来てくれないという現象からもうかがわれる。つまり従来からくみとっていた世帯をまわるのがせい一杯で、従来自家処理の農家の分までなかなか手がまわらぬというわけである。困った人は川に流したり、敷地に埋めたりしているものもいるらしい。現在市原市全体として10石づみ4台、3石づみ1台のバキュームカーがあるが、市では昭和42年までに9万人分90kl処理の屎尿消化槽の設置を計画しているという。

4. 塵かき処理

市は4月に3t、5月に10tの焼却施設を完成、なお39年度には15tを完成する予定であるが、もちろん住民全体を処理する能力はない。従来、塵かきについては海岸で適当に処理してい

た家も、海岸線をふさがれたので、市の処理に頼らざるを得なくなってきている。つまり、市の塵埃処理量は増加している。また従来は火葬場がなかったのであるが、新しく移入してきた人々からは火葬場を作るようにつよい要望がある。

5. 公害

一般的にいて著明なものはあらわれていない。部分的には、D社で P.C.P という除草剤をつくっているが、それをつくる際の煙が刺激性で、今年の始めに住民から苦情が出て、県が調停にはいり、会社が防除装置を設けたことがある。

また S 工場では、白いいやな匂いがする汚水が、流れがよどんでいる村田川に流れこみ汚水が停滞して、住民から苦情がでたので、県が調停にはいり、結局汚水を新村田川に流して、海の方へ流れるようにすることにより解決した。

また製鉄所でみられる煙ほどではないが、やはり夕方になると隣接地一帯に煙がたなびいて、「洗濯物が汚れて困る、前にはこういうことはなかった」と住民が語っていたが、実際にわれわれも東京のようにたなびいている煙を目撃した。これは今までになかった現象である。

市原の五所では植木が枯れたが、これは公害によるものかどうかはわからない。

今のところ以上の程度で、いわゆる公害についての住民からの組織的な不満の声は聞かれていない。公害対策として県では保健所 5 か所に公害係をおいた。

6. 道路

海岸沿いに立派な道路が通っているが、道路がほ装されていないので、天気の良い日は、つぎつぎと走りさるトラックのために砂塵がもうもうとまいあがり、五井砂漠と住民が呼んでいる。

道路については、交通量が非常に増加して、交通事故は今までに殆んどなかったものが、この 2~3 年発生するようになった。

ただし、交通事故は 38 年になってから前年より僅かに減少気味であり、五井派出所の巡査によると、海岸の産業道路が完成したから多少緩和されたものだといっている。

7. 野犬の増加

保健所における徘徊犬の抑留、処分件数が 32

年以降激増している。担当獣医師の話によれば、これは建設現場の飯場のもので、仔犬の生産後の放棄や、飯場の移動による放棄犬の野犬化によるものであるが、一般の住民に対して、とくに危害を与えるほどの事件はなかったという。

8. 食中毒の発生

従前は届出皆無であったのが、飯場における食中毒の集団発生がでた。

9. 諸営業の激増

昭和 35~37 年にかけて、飲食店、食品販売業などが 5 割も増加した。さらに許可を要しないかんづめなどの食品営業も増加した。これは転業による人が多く、外部よりの経営者は少ないという。また、旅館・理美容院・公衆浴場・映画館等も最近増加した。35~37 年にかけて、集団給食施設も激増した。これは事業所の新設によるものである。

このように食品・環境衛生上監視を要する諸営業は急増しているが、衛生上の監視体制は未だに従前どおりである。

10. 国民健康保険受診状況

国保の受診率は一般、歯科診療ともに最近上昇している。しかし、これは全国どこでも一般的に認められる現象であり、またこの地域の受診率が全国よりなお低いこと、また国保事業が市原・五井で 34 年、姉崎で 33 年、市津で 30 年、三和で 31 年にそれぞれ開始されたばかりであることなどから、受診率の上昇と地域開発とは結びつけて考えられない。

また漁業から転業して会社へ勤め、国保から社会保険になった人が、会社をやめて家にもどり結局国保にもどるというケースが案外多く、国保への「でたりいったりまたでたり」という奇現象がみられている。しかし一般的にいて、国保被保険者数は年次的に減少してきているが、これは転業による影響であろう。

11. 漁業からの転業の場合

埋立によって漁場を失った漁民への補償は昭和 30 年市原で約 200 万円、32 年五井で約 450 万円、36 年姉崎で最高約 1,600 万であった。この金額は一見多いようにもみえるが、実際は「のり」などの収入では 4~5 年分くらいにしかならないそ

第1表 五井・市原地区学童体位

		身長											
		6 歳		7 歳		8 歳		9 歳		10 歳		11 歳	
		男	女	男	女	男	女	男	女	男	女	男	女
旧 市 原 町	八幡小	112.4	110.5	118.7	116.9	122.7	122.5	128.1	127.1	133.7	133.5	139.2	138.7
	菊間小	113.1	109.7	116.8	115.9	123.5	121.2	128.5	126.1	131.9	131.0	138.9	139.1
	辰巳台小	113.3	113.1	118.7	119.0	125.7	124.4	129.6	128.6	133.6	135.2	138.4	142.5
	市原小	112.6	114.9	113.7	115.8	122.2	118.5	126.7	124.1	130.8	132.0	136.0	137.6
	平均	112.9	112.1	117.0	116.9	123.5	121.6	128.2	126.5	132.5	132.9	138.1	139.5
旧 五 井 町	五井小	110.7	111.3	118.0	116.4	123.5	122.2	127.3	127.2	132.5	133.9	137.5	137.5
	君塚小	114.1	113.1	118.2	116.9	125.3	120.1	128.3	126.9	133.0	132.8	139.2	140.0
	国府小	111.1	117.5	117.7	121.2	122.5	121.2	123.5	126.0	131.8	131.0	134.2	132.0
	東海小	111.7	109.5	116.3	117.4	122.8	121.2	127.0	126.1	134.2	131.3	135.8	137.4
	岩崎小	112.9	111.7	116.2	116.4	124.3	121.5	124.7	125.4	130.2	133.5	137.2	141.4
	千種小	113.2	111.1	118.9	118.3	123.2	122.6	129.3	129.1	129.8	133.2	134.9	140.1
	平均	112.3	112.4	117.6	117.8	123.6	121.5	126.7	126.8	131.9	132.6	138.1	138.1

うである。

この補償金でちょっとした商売の資本にして成功した人もいるが、殆んどの家がまず新築を行っている。ところがその建築様式が昔の田舎の金持の屋敷風で、生活合理化の考えがみられない。ある主人はこれで子孫に家を残してやる事ができたと素朴によるこんで調査員の1人に語った。このような場合どうして積極的な環境改善に結びつかなかったのか。これは公衆衛生あるいは地域の指導者の側からする科学的な働きかけがなかったからであろう。

転業希望者 3,504 人のうち、転業のきまった 2,552 人の就職先は川鉄その他の進出企業が、25.7%、一般会社 44.8%、官庁 8.3%、日雇 8.8%、その他 12.4% で地元の前進企業への就職は甚だ少ない。

ところで転業後の変化は、新築等で外見は変わったが、生活態度には殆んど変化がみとめられない。しかし保健婦の語るところによると、乳児のオムツがよくなくなったし、牛乳がよく飲まれるようになったという。また家庭の主婦は従来の海の過酷な労働から解放されて、育児にも専念するようになったという。学童の体位も向上しているが、これは全国的な現象であるから、地域開発と結び

第2表 市町村歳入の年次推移(単位 千円)

	年次	歳入総額	市町村税 (再掲)	地方交付税 (金)
旧 市 原 町	昭和31年度	47,416	23,125	9,974
	32	53,042	27,096	12,070
	33	64,491	29,860	15,269
	34	77,112	35,815	10,761
	35	101,795	48,892	10,757
旧 五 井 町	36	194,669	65,194	15,082
	31	73,232	39,515	11,254
	32	83,917	44,044	14,305
	33	101,563	49,216	17,951
	34	107,143	57,127	15,369
	35	149,993	111,807	1,664
	36	252,897	126,229	3,212

つくかどうかにはわかには断定できない。

12. 辰己ガ原団地

市原市地域工場従業員予定数 2万3千人を収容するため辰己ガ原をきりひらいて、鉄筋コンクリート、色とりどりのデラックスな団地がつくられた。面積は 48 万坪である。ここの住民は周囲の住民の従来の生活と意見に対して異質で、今後保健衛生上どのような変化があらわれるかきわめて注目される。保健所では最近急に乳幼児相談件数

第 3 表 市原町の歳出年次推移

	歳出金額 (単位千円)					
	昭和 31 年度	32	33	34	35	36
歳出合計	44,742	47,981	55,471	66,072	87,515	179,878
1. 議会費	944	754	1,176	1,598	2,539	3,394
2. 庁費	11,229	11,580	12,466	13,787	19,410	25,529
3. 消防費	3,435	4,776	3,899	4,549	2,247	5,259
4. 土木費	3,080	3,406	5,064	6,264	22,973	45,531
5. 教育費	8,681	9,290	12,892	19,397	17,215	67,692
6. 社会・労働施設費	6,800	1,461	1,994	2,948	2,951	3,280
7. 保健衛生費	430	432	2,496	2,790	1,789	5,407
伝染病予防	2	13	57	3	14	44
結核予防	200	181	486	629	599	644
下水道	—	—	—	—	—	—
清掃事業	—	29	587	1,858	760	3,979
その他	200	210	1,366	300	416	740
8. 産業経済費	2,206	9,185	6,707	4,989	7,889	7,203
9. 財産費	2,378	1,940	417	2,484	1,526	5,834
10. 統計調査費	127	142	150	237	399	180
11. 選挙費	177	40	438	550	375	92
12. 公債費	373	412	628	4,711	6,150	3,114
13. 諸支出金	4,882	4,463	6,934	668	1,042	7,363
14. 前年繰上	—	100	1,110	1,110	—	—

第 4 表 五井町の歳出年次推移

	歳出金額 (単位千円)					
	昭和 31 年度	32	33	34	35	36
歳出合計	67,591	73,780	92,833	104,108	135,926	210,743
1. 議会費	1,256	1,179	1,894	2,603	3,552	5,517
2. 庁費	19,145	18,804	20,450	20,674	23,957	39,254
3. 消防費	3,516	3,445	4,617	3,698	6,231	5,992
4. 土木費	10,136	5,230	10,427	15,985	17,212	33,239
5. 教育費	16,687	28,576	28,699	26,894	41,867	75,814
6. 社会・労働施設費	1,228	3,306	3,295	3,770	4,726	19,785
7. 保健衛生費	1,464	2,341	2,739	2,540	3,904	4,943
伝染病予防	38	4	93	10	202	14
結核予防	713	513	540	592	784	626
下水道	—	—	—	—	—	—
清掃事業	—	1,207	1,892	1,226	2,101	3,100
その他	713	617	214	712	317	1,293
8. 産業経済費	4,425	4,649	5,715	7,239	8,203	8,860
9. 財産費	2,992	1,480	406	1,398	1,534	604
10. 統計調査費	188	240	288	486	834	392
11. 選挙費	248	5	527	627	496	103
12. 公債費	1,231	1,556	2,271	14,279	4,146	5,892
13. 諸支出金	5,081	2,969	11,504	2,793	17,598	10,348
14. 前年繰上	—	—	—	1,212	1,666	—

が増加したが、相談の約 50 人のうち 40 人までが辰己が原団地の人で、旧来の住民は 10 人くらいだという。さらに乳幼児相談を現地ですよく希望されるので、月に 1 回保健所から出張相談を行っている。

しかしこれが集団検診になると、逆に周辺の農村地帯より悪い。これは団地階層の一つの性格を物語っている。ところで団地の学童の体位は、体重・身長ともに他の地帯にくらべてははっきりとすぐれている。この点については、将来もっと年月をかけて追求してみたい (第 1 表)。

13. 保健衛生関係予算

進出企業による市収入の増大で市の予算規模は年々増加している。この状態は第 2 表によってうかがわれたい。

歳出をみると、旧市原町では 31 年の 4 千 5 百万円から 36 年の 1 億 8 千万円になっているが、そのうち保健衛生費は 31 年の僅か 43 万円から 36 年の 540 万円と増加はしているが少ない。そのうち清掃事業が 398 万円をしめている。

旧五井町では 31 年の歳出総額 6 千 8 百万円から 36 年の 2 億 1 千万円になっているが、そのうち保健衛生費は 31 年の 146 万円から 36 年の 494 万円となっているが、これも少ないものである。保健衛生費のうちでは清掃事業 310 万円がもっとも大きい割合をしめている。

むすび

莫大な資金の投下による地域開発が進行して、まだ 2~3 年のところ、つまり市原市地先で、その地域において保健衛生上のような変化がおこされつつあるのであろうか。今のところ、そこでは感じとしてあまり目立った変化がなく、全体として泰平のムードがみなぎっていたといえる。

しかし、そのためかどうか、起り得べき健康の障害に対する対策や機構は莫大な開発の資金量にくらべてあまりにも貧弱であるように思われる。

四日市のように問題が発生してからではおそいので、系統的な公衆衛生上の諸対策が開発の大きさに比例して積極的にすすめられることを公衆衛生家としてわれわれは希望する。

なお、今後 5 年あるいは 10 年後にぜひもう一度この地域のその後を追跡調査をして、地域開発が住民の健康と幸福に果してどのように作用したかをこの目でたしかめてみたいというのが、調査にあたった全員の最後に一致した意見であった。

調査には下記の者があたり、結果のまとめは大谷、西、北川、松浦、村浦があたった。

曾田、橋本、村浦、松浦、大谷、西、沖山、大坂、浅野、北川、寺松、山口、新井、竹中、半沢、増淵、平川

次号 (第27巻 第12号) 予告

綜 説	疫学からみた大気汚染	猿田南海雄・他
	大気汚染と公衆衛生	橋本道夫
	気管支炎の疫学	安倍三史
	再生産率の赤字問題	水島治夫
	国民栄養の現在と将来 その2	富士貞吉
原 著	脳卒中と循環器検診における眼底所見および心電図異常頻度についての検討	土屋真・他
	遠洋漁船の栄養実態調査について	杉本博俊・他
	結核集団検診に於ける二、三の問題点	水野哲夫・他
	試験管法及び顕微鏡写真撮影による集団的血球算定法の試見	屋形稔・他

5. 四 日 市 工 業 地 帯

——地域開発と公害問題——

吉 田 克 己* 大 島 秀 彦 小 川 節 子

今日、日本のおくれた地域、繁栄からとり残された地域の人々の願望は、工場誘致であり、地域開発だといわれている。今日、地方の人々にとっては多くの場合、地域開発と工場誘致は殆ど同意語のように理解されており、事実、京浜、阪神、北九州地帯を除いた殆どの地域での、地方自治体の政治的目標は工場誘致であったし、東京その他の所謂、過剰地域からは考え難いようなムードが、地方の政治的目標をとらえてきた。

「高度経済成長」乃至は「所得倍增計画」の具体的内容としての所謂、拠点工業基地建設が、地元民に多くの思わくをふりまいてきたことは事実であり、今日においてもそうであるが、しかしこれに必要な港湾、工業用水、道路その他の公共投資を地方自治体に押しつけ、進出企業は更に多くの税法上その他の特典をもちながら、一方において自からの工場投資は企業採算性の観点から行なわれ、都市計画その他の考慮が殆ど実現されず、結果としての、完全なまでの「衛生的無秩序」というものが、その地域社会を支配したところに基本的な問題点が存在しよう¹⁾。

しかしながら、遅れた地域における工業の進出が、その地域に何等かの利益を与え、後進地域の開発が、その地域の低い所得水準の訂正に寄与するならば、地方にとって望ましい事実でもある。しかし一方、今日の地方に於ける現実が、地域開発に於ける実際の指導権が私的資本の経済的合理性によって把握され、その結果としての「衛生的無秩序性」を救うべき防除計画が、事実において存在しない点に公害問題発生の問題点が存在しよう。

四日市地域は今日のシンポジウムにおいて、先進工業地域とされているが、この地域における真

の工業化は、僅かにここ数年来のことであり、三重県は遅れた農業県であったにすぎない。今日の石油の街も、昭和 30 年 8 月の旧海軍燃料廠跡による昭和石油及び三菱グループによる石油精製及び石油化学計画によるものが最初であって、その操業が本格化したのは昭和 34 年以降であって、未だ僅かな年月を経過したにすぎない。

従来四日市地域は、四日市港を原棉、原毛の輸入港としての繊維工業及び土着性の窯業生産水産業等が行なわれていたにすぎない都市であって、第二次大戦中、旧海軍が南方原油の処理基地として海軍燃料廠を広大な臨港地区（臨塩地区）に設けていたが、相つぐ輸送の途絶でさしたる効果のないまま、米軍の集中爆撃によって、旧市街地もろとも壊滅するに至った。この敷地跡に、前記グループによる石油精製及び石油化学による所謂石油化学コンビナートが形成されたものである。従って、石油関連産業の本市における工業構成比は急増し、本市工業生産の半ばを越え、その生産品も各種合成樹脂、合成ゴム等からグルタミン酸ソーダの食品類にまで及ぶ極めて複雑なコンビナートを作っている。

四日市市におけるこのような化学工業都市の成立に伴って起った公害問題に関して、大気汚染の状況について述べ、一部工場廃水に関する事項に触れてみたい。

前述の如く、本市が石油の街としてその工業化の第一歩を印したのは今から僅か 8 年前の旧海軍燃料廠の活用によるものであって、関連産業を含めての本格的な生産の増大は昭和 34 年頃よりである。すでに同年頃より一部塩浜地区等において、部分的な煙霧状況乃至は視程の悪化等が観察されていたが、散発的な苦情の陳情等も出るようになった。

本市においては、石油コンビナート進出に当っ

* 社会医学研究会中京ブロック・三重大公衆衛生

て、前記燃料廠跡の活用とゆう一点のみで工場誘致が行なわれ、都市計画上の配慮が事実として存在せず、そのために主力である接岸工場群が古い居住地である塩浜町と接することとなり、またその後のコンビナート関連工場の進出が塩浜町をとびこえて行なわれる事となり、この内陸部へ向っての工場群の拡張が、サンドウィッチ状の住居の混在を招いたこと、いわば工場配置の秩序性が殆ど考慮されることなく、企業側の指導権が圧倒的であったこと等に加えて、その生産活動の上昇性が極めて大きく、2~3年の格差が大で、その差が住民の目につき易く、また工場が近代的な装置産業がその殆どであるために、地元の単純労働力が雇用される機会が少く、高級な労働力は地元以外の本社工場、研究所、乃至は他の大都会の大学等からの流入によってまかなわれ、また合成樹脂粗材その他の第一次的生産は極めて大きい、これを成型、加工製品化する等の単純労働力雇用の大きい二次加工産業たる中小企業が絶無に近く、従って本市の石油化学コンビナートは土着市民との間に接触乃至は相互依存性が大きくない等のことが、地域開発—公害問題—市民意識に或程度の影響を与えていることが想像される。

昭和35年10月、四日市市は他の既存工業都市にならった公害防止委員会を設け、大気汚染並びに騒音の調査を始め、その汚染の状況の調査を三重県大医学部公衆衛生に依頼したが、問題の発展に伴い、昭和37年三重県及び四日市市が合同して四日市地区大気汚染協議会を設立せしめた。

過去2カ年半の調査を通じてみられた本市の大気汚染の主要な特徴点をあげてみるならば、概要下記の如くであって、他の既存工業都市と可成りに異なったものであることが想像される。

1) 降下煤塵は必ずしも多くはない

本市での英国法による降下煤塵は、最小1.5t、最大45tで平均15t前後のところが多く、野瀬教授の比較では全口15位で、名古屋、神戸等よりやや多いという水準であり、且最近は減少傾向にある。このことは一部工場の集塵強化と共に、後述するように、最大の原因は燃料転換にある。従って本市に於ては、大気汚染は単に空からゴミが降るといふ問題ではない。

2) 亜硫酸ガスの上昇が大きい

亜硫酸ガスは大気汚染上、または市民の健康上極めて問題の大きい汚染物であるが、本市においてはその絶対量はともかくも、その排出散布の上昇はかなりに激しく、過去1カ年間に対前年比で56%の上昇(過酸化鉛観測値の総平均)で、煤塵の対前年24%の減少と対照をなしている。本来日本が利用する原油は殆どその総てが中近東原産であり、この原油は最も硫黄含量が高く(約2.7~3.0%)、石炭の5~10倍であって、一部は硫化水素処理によって回収されるが、その大半は、終局的に亜硫酸ガスとなり、本市におけるが如く、石油依存の上昇はこの種の問題を招かざるを得ない。昨年末における本市の燃料使用の状況を調べると、石炭8%、重油70%、原油ガス及び副生ガス22%で、日本全体のエネルギー構成比にあまりにも強い傾斜を示し、その石油依存度は圧倒的であり、特に昭和38年夏以降は、石炭の占める割合は4%以下に下る見込みであり、このうち圧倒的な重油依存性、及び硫黄含量8~15%に及ぶ原油ガスの大量使用はかなり問題のある点である(石油精製工場)。重油はその大半が、石油精製工場と直結した大容量の所謂、新鋭火力で大量に燃焼される。

本市の主に南部重化学工業地域で、喘息様疾患が住民間に発生し、俗に四日市ぜんそく乃至は塩浜ぜんそくと呼ばれているが、疫学的調査で、周辺部に対して約3倍程度の発生を示し、且地域の亜硫酸ガス濃度との間に $r=0.88$ という高い相関を示すことは注目する必要がある。

3) 降下物の酸性値が高まる

従来より本市での降下物のpH値は全国最低であったが、37年春より下降の傾向が強くなり、特に大気汚染上の問題点が少ない7~8km以上の遠隔地でかなり著明であって(pH3~4)、時に遊離硫酸を0.5~1.0ton/Km²程度に検出をみることがあり、将来に対しての問題点となる可能性がある。これは煤塵発生の減少に伴って、煤塵として供給されていたアルカリイオン(特にCa)が減少し、逆に重油等より発生したSO₂が、硫酸に空中で酸化され、遠隔地で降下するために起るものと考えられる。

4) 硫化水素関連物の排出

石油精製及び石油化学産業の増大と共に、市民間に悪臭が感覚的に大きな苦情の原因となるが、本問題の原因として、原油中に含まれる悪臭度の高いメルカプタン類及び硫化水素の漏出が、石油産業の性格から当然考えられるので、硫化水素の観測を試みたが、殆ど毎月検出され、このものが現在果して健康障害に関連し得るものか否かはともかくとして、市民生活に於ける大きなNuisanceになっている。現在、四日市市における大気汚染に関係した社会的トラブルのなかではこの悪臭が最も大きな問題である。なおこのほかに多種類のプロセスを持った化学工場群である性格よりして、市民の Nuisance、生活上の不愉快をもたらす多くの因子があり、その制御は、従来の大気汚染対策とは根本的に異なり、多くの化学物質についての真剣な研究及びこれ等諸物質の環境基準の確立が何より必要であろう。また研究者の側におけるこの種の問題に対する新しい認識や、これに対応した測定手段の開発研究が必要である。

5) 呼吸系疾患の増大

本市の大気汚染と健康障害については、ここでは市内7地域についての国保診療カルテによる疫学調査にのみ触れてみたい。調査において最も印象づけられるのは、多くの疾患群にあって、3つのグループの疾患に相関ある受診の上昇がみられる点であって、これは感冒、気管枝喘息、上気道炎・気管枝炎のグループで、市中の開業医師によって、これ等の疾患がどのような症状を基礎として鑑別診断されるかは問題があるとして、特に気管枝喘息の診断が、SO₂汚染の地域において、全年令層で約2倍、50才以上の年令層で3.2倍に上る点は、所謂塩浜ぜんそく乃至は四日市ぜんそくの呼称が発生している点と対応したものと考えられ、特に本市では、SO₂が最高1.1ppmに達する高いピーク発生のある点等は真剣な対策を要する点である。またこれ等上気道疾患の発生率の高い点は、その総発生数の高さからみて、国保財政に与える損害も将来必ずしも無視出来ない問題と考えられ、公害問題における私的企業と社会的負担の一問題であるとも考えられ、これら医療費の社会的支出の問題は改めて考究すべきである。

産業廃水汚染の問題は、昭和33年頃より、伊勢湾北部海域にいわゆる“臭い魚”が出現して、内海沿岸漁業が市場クレームのため大きな打撃を受けた問題があり、昭和37年に1億円の見舞金が県・市・工場の三者負担で支出され、一応の落着をみたが、この問題のプロセスについて、三重県伊勢湾汚水対策協議会専門委員として異臭魚発生機構を約2カ年間追及したが²⁾、結論的にいえばこれ等石油精製工場廃水中の蒸出油分の中性分画が、容易に魚介類にとりこまれるのが、ガスクロマトグラフィーその他で証明され、また四日市港及び潮流に沿った南へ約10~15kmに亘って海底沈泥中に油分の沈着が認められ、海面生産と工場操業の社会的共存のためには、これ等石油関連工場における、さらに高度な廃水処理施設への投資、新処理技術の開発等が必要であり、海面資源の破壊を避け、その生産力の保持のために行なわなければならない問題については、伊勢湾に依存する沿岸漁業が現実にも多くの地域漁民の生活に関する問題でもあり、広く社会科学的な関心と追求が払われるべきであろう。

いずれにせよ、地域開発に伴う基幹産業都市の建設はあまりにバラ色でありすぎたことは事実であり、現実にはそこでは巨大な産業資本の優位性が他の総てを圧倒しつつある。そしてその一方においては、産業間の競合による資源の破棄、零細産業の駆逐があり、また大気汚染の如き、人間の健康そのものに向けられた医学的問題もある訳であって、あくまで地域開発には、その前提条件があると考えべきであろう。本来地域開発なるものは、終局における地域住民の発展向上が実現されなければ何等の意味もないのであって、かのTVAに於ても、保健計画はTVAの開発計画において、地域住民の全般的な福祉向上の発展に欠くべからざるものとして、マラリア絶滅策を始め幾多の計画がとり入れられていたわけでもある。また地域の既存産業、農業、水産業その他幾多の人口を養ってきた土着性の零細産業の共存と将来への発展への配慮は、本来地域開発において欠くべからざるものであるが、現在の日本に於ける地域開発は、進出する産業資本が、その地域に於ける障害物を圧倒駆逐して行く過程にすぎないのが

現実であり、地方自治体の行動は、このような地域における資本の自由な発展への障害を緩和して行くことに終始しているといっても過言ではない。かつての TVA が持ち、また、実施されもした保健計画自体がなく、またあっても単なる紙上のものであるのが事実であり、これを推進する社会的圧力は必ずしも充分ではない。少くとも四日市周辺においては、当面の問題に対しても、SO₂の除去技術、石油産業廃水処理技術への開発投資は第一次的な問題であろうし、都市計画その他に於ける失敗は、他の手段によって回復を計ることが緊急の問題でもあろう。またこれらの問題は、全国的に考えて、他のいずれの新産業都市乃至は石油コンビナートにおいてもその事情は殆ど同様

であろう。

基幹工業都市の建設において、産業資本の自由な発展のための産業基盤である道路建設、港湾建設等の事業に対しては優先的な社会投資が行なわれるのが現実であるが、これ等に助けられた巨大な産業資本の蓄積の過程において、地域住民に寄せられた幾多の諸問題に対する関心と研究は、社会医学の分野においても、また重要な問題点であろう。

本調査に協同して頂いた笠間一夫、高塚美和、山浦熒子、福田尚子等の諸氏に感謝する。

1) 吉田克己：地域開発と公害問題——四日市臨海コンビナート造成に関連して——，医学評論，26号，p. 28 (1962) 2) 吉田克己，上住南八男：石油化学地帯の異臭魚問題，生活衛生，5, 130 (1961)

文 献

低濃度大気汚染物質への反復被曝が健康に及ぼす影響

R. A. Prindle, E. Landau :

Health effects from repeated exposures to low concentrations of air pollutants,
Public Health Reports, vol. 77, No. 10 1962.

高濃度の大气汚染をもたらす気候その他の状況の予告組織の発展は何人も期待する所だが、今日行われている研究は低濃度汚染物質長期被曝による影響が多く、本論文はその現況を紹介した。

実験的研究：動物が 1 ppm のオゾンを吸入すると慢性及び細気管支炎・センイ症や肺気腫がみられ、ラットを 1~32 ppm SO₂ に曝露すると皮膚・結膜の変化や呼吸困難を起すが、そのストレスは老化を促進し死を早める結果をえた。ヒトが SO₂ を吸入すると 1~2 ppm では気管抵抗の変化はなく、4~5 ppm で 19%、8~19 ppm では 49% 増加、エロゾルと結合した SO₂ では 72% 増という。自動車工場勤務者の COHb、CO と事故率には特に所見がない。車内 CO 濃度は交通状態に左右されるが、車内喫煙者の COHb は非

喫煙者よりも上昇する。運転者の COHb は歩行者より僅かに高い。また CO 濃度は運転能力を害わないといえる。所で感染動物が放射性ガスに被曝した場合、死亡率は遙かに高くなるが、このガスは米国西海岸の光化学的煙霧に類似のもので植物に害を与え、人の結膜を刺激し呼吸機能に起す変化も大きく、実験的に魚鱗状癌を作り得るが、 $\delta : \alpha = 3 : 1$ でヒトの発生比と似ている。

米国に於ける疫学的研究の始められたのは New York 事件 (1953) 以後 5 年も経ってからである。急激な大気汚染と低濃度長期汚染の区別は余り明確ではない。New Orleans の塵埃焼却場から放出されるシリコン含有粒子はアレルギーンとして働くと思われるが、風の動きで喘息患者の増加を予報できる。Pasadena 地区の酸化物濃度と患者数、Nashville

の SO₂ 濃度と遅発 1 日の喘息発作の相関が立証されている。パートタイムの労働婦人の呼吸器病による欠勤率と硫化物度は比例する。1950 年以降肺気腫による死亡が著しく増加しているが、都市農村比 2 : 1 は都市空気汚染の激しさを指摘している。Pennsylvania の野外実験では平均気道抵抗と降下煤塵や SO₂ は関係がみられた。研究を契機として工場経営者が汚染防止に努力している事は喜ばしい。著者はまた肺癌について喫煙はさておき都市の高死亡率や都市の大きさと年令別死亡率の関係から、大気汚染の要因を推量している。

要するに低濃度汚染の影響は上記の通りであるが、我々は今や質だけでなく量を決定する事により合理的な防止基準を見出すところに焦眉の問題がある。 (宇野)

6. 四 日 市 工 業 地 帯

—— 地域開発と社会医学的諸問題 ——

水 野 宏* 堀 田 之 大 橋 邦 和

I. はじめに

地域開発に先立って、地域住民の健康がどの程度に重視されているかによって、地域開発の進め方は全く異った道を歩むことになる。地域住民の健康をまもる具体策とは、単に狭い意味での保健福祉施策には止まらない。地域開発に必然的に伴う地域の自然的生物学的諸条件の改変によってもたらされる地域住民の健康への影響が正しく計量され、それに応ずる適当な施策が準備されているかどうか、産業構造・人口構造・都市構造の変化によって生ずる地域社会全体の保健構造と保健機能の激動が、どれだけ適確につかまれているかが問題とされなければならない。

現実には正しい調査結果に基づく長期的な見通しの上で進められている地域開発が皆無であることは遺憾であるが、その結果、地域開発の進行につれて地域社会全体の保健機能に必ず大きな破綻を生ずる。保健機能の破綻は、それが社会存在のもっとも基盤的な機能であるだけに、地域社会全体の構造と機能に致命的な影響を与えるようになり、地域社会全体に破綻が及ぶに至る。これをつくろうためには、後になって極めて大きな経済的負担を負わねばならず、しかもそれによってもなおつくりきれないという事態に至ることは多くの先例がこれを示しているところである。ここでは経済優先がそのまま莫大な不経済をよんでいる。

われわれは四日市市を中心とした地域開発に伴って起こった地域の構造と機能の変化が、どのように地域全体の保健機能に影響しているかを、上に述べたような観点から追求しているので、その

一部を報告する。

II. 産業構造の変化

昭和 30 年を基準にして、36 年には事業所数 1.1 倍、従業員数 1.3 倍、製造品出荷額 2.5 倍となり、従業者一人当生産性はこの間約 2 倍に伸びた。これは四日市に誘致された企業が、比較的大規模の、しかも生産性の高度な企業であった結果であるが、繊維・窯業・土石業から石油・化学工業への転換が当市の特徴である。

当市の常用労働者 1 人 1 カ月当り附加価値額は、化学及び石油においてとびはなれて高いが、労働分配率は繊維工業 62.9 に対し、化学工業 27.7、石油・石炭で 21.6 と著しく低い。先進工業国の労働分配率 45~58、日本全体で 37.8、四日市平均 31.3 であることからみて、四日市市の保健構造と保健機能の問題点と解決方法を考える場合に記憶しておくべき数字であろう。

第 2 次産業の発展につれて第 3 次産業も増加しており、これに伴って第 1 次産業就業者構成比は昭和 30 年から急速に減少し始め、35% から 36 年の 20% 前後に下降している。しかも最近における専業農家の減少は極めて特徴的で、36 年の 34.2% が、37 年には 17.8% となり、第 1 種兼業 43.3、第 2 種 38.9% という数字から推察されるように、中農肥大型から全面零細化型に移行し、農業の将来に対する見とおしの立たたぬまま混迷状態におちいつている。

兼業零細化は必然的に主婦労働の過重をもたらし、産前産後の休養の不足、育児時間の不足、調理時間の不足等によって家族全体の健康に深刻な影響を及ぼしている。

* 社会医学研究会中京ブロック・名古屋大学公衆衛生学教室

III. 人口構造の変化

人口増加率は全国平均に比べるとやや大きい
が、新興工業都市としては小さく、とくに製品出
荷額ののびに比し著しく小さい。25年以降老年
人口の増加と生産年齢人口の増加が著しいが、就
業人口は31年以來横ばいに移行、35年に至って
急増して生産年齢人口の増加を上まわるようにな
った。しかし社会増をみると比較的高年層の増
加が多く、経営陣・技術陣の移入を特徴づけてい
る。

地区別人口集中度は石油化学工業地帯・鉄鋼産
業誘致予定地域及びその隣接地域に、とくに著し
く人口密度が大となっている。四日市市内に存在
する事業場への通勤者の実態及び通勤圏に関して
は、交通の便はよく通勤時間おおむね30分以内
通勤1カ月料金帯1,000円以内で、肉体的にも経
済的にも負担は大きくない。

IV. 都市構造の変化

四日市市はもともと商業中心の都市であった
が、商業・住宅混在地域に新設工場が侵入し、海
岸地帯に埋立地が造成せられる一方、従来の住宅
地をとりこえて新しい工業地帯が形成せられるこ
とになり、工場にとりこまれた住宅地帯における
公害は甚しく、次第に荒廃地帯をうみ出す気配
を見せている。

一応の都市計画はあるが、その策定に当って市
民の健康に及ぼす影響について十分の考慮が払わ
れず、とりわけ健康・生命という観点からの地区
診断が行われず、事前の調査も適確でなく、降下
媒塵・亜硫酸ガスの被害の極めて大なる地域が高
密度住宅地域とされており、この地域を中心とし
て、いよいよ人口密度が高くなり、公害の影響を
ことさら劇化させるという矛盾に逢着している。

V. 都市環境の変化

大気汚染の実態については吉田教授の報告のと
おりであるが、従業者1人当り生産性は6年間で
倍増という急テンポで進み、経済発展は極めて好
調である反面、下水道・し尿処理・塵芥処理・緑
地計画等の環境整備ははかどらず、工場廃液処理

施設の整備のおくれ、交通量の増加と相まって、
地域社会の生活環境は悪化の一途をたどっている
といわざるを得ない。

VI. 市民生活の変化

市民の所得水準の向上は全国水準に比し良好
で、生活保護率からみても、25～30年前後まで
は、30%をこえて全国より高い保護率を示した
がその後急速に減少し、33年以降は全国よりず
っと低い保護率となり、全体としても経済生活の
向上が認められる。しかし、これを産業構造別に
みると、第2次産業就業者においては、全国に比
しきわだって高水準の年間所得を得ている一方、
第1次産業就業者の所得は全国あるいは三重県の
水準からみても低位にあり、近郊農家の零細化は
この面にもあらわれている。この点は市の施策が
工場誘致に偏して、都市農業の近代化に対する施
策の立ちおくれを重視しなければならない。広域
都市においては、とくにこの問題に対する配慮を
ないがしろにしてはならないであろう。

VII. 市民の健康に及ぼす影響

四日市市民の死亡率の年次別推移を観察する
と、粗死亡率には格別な特徴はみとめられず、年
次別訂正死亡率でも特に変わった点はない。さら
に30年を基準にした訂正死亡率の増減傾向も全
国に比しとくに著しい相違を認めることができな
い。しかしこれを亜硫酸ガスによる汚染程度によ
って、全市を4地区にわけて、それぞれの地域
について、訂正死亡率を算出してみると、四日市
全市における訂正死亡率の減少は、実は亜硫酸ガ
ス0.5 mg/day未満の農業地帯及びこれに近い地
域における減少にもっぱら依存しているといっ
てもよいのであって、0.5 mg/day以上の地区では
いずれも訂正死亡率の上昇傾向が認められる。こ
れを45才以上の年齢層についてみても、地区別
死亡率の推移は全く同様の傾向がみられる。

死因別訂正死亡率の推移をみると、循環器系疾
患による訂正死亡率の増加傾向がとくに著しい。
呼吸器系疾患による訂正死亡率では、30年を基
準として、その後の年次においては全国を上ま
わる傾向を示している。

公害に対する自覚症としては、工場から発生する悪臭のある刺激性ガスに対する訴えが多く、石油工業地帯の中心にある塩浜学区の学童は、ガス発生時、咽頭痛・咳嗽(29.5%)、頭痛・頭重(23.8%)、流涙・まばたき(14.0%)、眼のいたみ(12.8%)、胸苦しさ、動悸(10.1%)、嘔気・嘔吐(8.0%)、皮膚騒痒感・皮膚発赤(5.4%)、喘息様発作(4.2%)を訴えている。その他三浜学区の学童にもみられるように、めまい、食欲不振、睡眠障害等を訴えるものもある。

塩浜学区の一般住民においては、呼吸器系に何ら臨床症状を認めない者 3,669 名についての調査で、日常よくのどがつまったり、痛んだりする者 35.5%、よくせきばらいをする 25.9%、鼻汁がよく出る 13.3%、くしゃみが出る発作が度々ある 12.6%、しじゅう咳嗽になやむ 8.9%、ぜん息様発作がある 4.5% 等の訴えがきかれた。

呼吸器系に何らかの臨床症状の認められる者が 40,07 名中 338 名あったが、これらの者においては

よくのどがつまったり痛んだりする	69.5%
よく咳ばらいする	59.8
しじゅう咳になやむ	35.3
くしゃみのつづく発作が度々ある	29.9
鼻汁がよく出る	24.0
ぜんそく様発作がある	23.1

等と非常に高率に呼吸器系の訴えがある。

しかもこのような大気汚染のはなはだしい地域においては、上述のように呼吸器系の症状とともに、むしろアレルギー症状というべき症状が頻発している。

すでに公衆衛生学会にも発表したように、亜硫酸ガス濃度の地域分布とアレルギー症状発現頻度との間にはかなり高い相関関係があるようにみられるが、仔細に観察すると、特定の地域では亜硫酸ガス濃度が低いにもかかわらずアレルギー症状発現頻度が著しく高い場合があり、このような地域の存在によって相関関係はかなりみだされている。このことは、亜硫酸ガス濃度を大気汚染程度の一応の指標として用いることは許されるにせよ、大気汚染は極めて多種多様な物質の複雑な組み合わせによる汚染であるから、汚染構造をさら

に正確につかむこにができぬ限り、亜硫酸ガス濃度のみを指標として相関関係を追求することにも無理があろう。

この点については、現在実施中の抗原の追求とアレルギー症状発現のメカニズムの究明結果にまつところが多いが、四日市市におけるアレルギーあるいは準備状態にあるものが、亜硫酸ガスあるいは他の物質によって誘発されるものも多いように考えられる。

無症状者あるいは特別な訴えのないものにあっても、大気汚染の著しい三浜学区の学童は対照富田学区の学童に比し、Wright の Peak-flow-meter の測定値が低く、気道抵抗の増加が認められる。これは、とくに男子において顕著である。

さらに三浜学区の学童は富田学区学童に比し、トラコーマ、結膜炎等眼疾患保有率が高い。大気汚染が学童の発育に何らかの影響をあたえないかと考えられるので、すでに公衆衛生学会で 3 回に亘って発表したように、実験計画法をいろいろと変えて調査したが、今までのところ、特に発育に影響を及ぼさずという積極的な成績を得ることは成功していない。交通量の増加に伴って、交通事故の最近における劇増はとくに著しい。

VIII. 市民の公害に対する意識の変化

公害の被害が大きくなるにつれて、市民の公害に対する意識は高くなっており、とくに最近におけるもり上りは著しいものがある。これを地域別にみた場合も、未だ公害の及ばない地域では関心度が低く不答率が、高いが公害の著しい地域ほど不答率は低い。

各地域を通じて市民の自主的な活動を通じて問題の解決をはかるべきだというのが 20% 前後あるのは注目すべき事実であるが、都市計画によって問題の解決をはかるのがもっともよいと考えるものが各地区とももっとも多く、とくに公害の多い地域にその率が高いことも注意しておかなければならない。

公害に対する意識は職業によっても差が認められるが、塩浜学区では第 2 次・第 3 次産業従事者の過半数が、都市計画による解決を望んでいる。この地域は自治会の公害対策活動がとりわけ活発

な地域であるが、この地域では公害のはげしさのために、とくに第2次・第3次産業従事者において、すでに居住地に対する愛着は失われているともいえる。現に地域住民の問題のとりあげ方は、公害に対して極めてはげしい抗議を行うとともに、西部山間地帯への移住のための補償を要求するという方向に動いている。

この地域ではすでに伊勢湾台風を契機として西部丘陵地帯への移住が始まり、これによって生じた無任住宅があらわれているが、公害の劇化とともに、次第に荒廃地帯拡大の様相がみられる。さらに都市計画による高密度住宅地域と指定された区域が、これに近接して存在し、住宅店舗の建築もこの地域に多かっただけに、もしも現状のまま

で推移すれば荒廃地域の拡大は市の中心部に及び、経済的損失は極めて大きいものと予想される。このような面をもっと計量的に予測していくこともたいせつであろう。

XI. むすび

以上、四日市市の地域開発の過程において生じた諸事象を報告したのであるが、これに対して、どのような施策を構すべきであるかは、他の地域の報告内容との関連において、後に行われる総合討議の時間にゆずりたい。

附記：以上は社会医学研究会において行った報告の要約であり、紙数の都合でここでは図表などすべて省略せざるを得なかった。お許しを願いたい。

特別報告・総括討議

座長 曾田 長 宗*

〔質問〕 原（大阪府公衛研）地域開発に伴う公害の実態を把握するために各地でとられている組織的（行政的）方案をお伺いしたい。

〔答〕 吉田（三重大公衛）四日市においてさえ未だ必ずしも十分でなく、計画としては大気汚染協議会が大規模な疫学調査、疾病の実態調査を38年度に至って行なうことになっているといった状態である。

〔答〕 大谷（厚生省）千葉の場合は県に公害対策協議会地盤沈下予防対策委員があり、県下5保健所に公害係が設置されているが、市役所には特別の対策がたてられていないようである。その程度である。

〔質問〕 大橋（名大公衛）地域開発の問題に関連して、地方自治の強化発展が要求されるという島教授の発言があったが、我国の現状の中でその可能性の有無、またそのための具体的な対策について、

〔答〕 島（助言者）具体的な解決方法については、その地域その地域の独自性を検討しなければ出てこない。しかし財政学の立場から検討するに、企業誘致によって地方財政を豊かにするという考え方は明らかに誤りであり、地方財政は国の財政とつながった制度的なものとして、その間の関係を弾力性のあるものにして行くと云う

方がより正しい考え方だと思う。

事実財政規模が拡大し弾力性を喪失した結果、財政上極めて困難な状況を生んでいる実例が多く、まして企業誘致により財政の根本をたて直そうといった考え方は非常に誤ったものといえよう。

〔質問〕 志永（広大原医研）① 地方自治体の首長や議員が公選制である以上、地域開発を行わずに財政強化を図れというのは困難ではないか。

② 歴史的に extensive な Development をして来て今日 intensive な Development をとる場合その方策は。

③ 国保の受診率が高くなったというが、一件当りの平均点数はどうか。

〔答〕 島（助言者）① これ迄の実態調査では「公選制をとっている以上困難だ」というのは逆に当たらない。時に中小の市町村は地方産業の育成強化を計る方が結果としてもいいし、また良いと思う。

② 地方財政は本来地域的に intensive な行政をするものとしてあるのであって、今日の状態は「広域行政」とか「町村合併」といった形で地方自治の行政を喪失して行きつつある点に注目しなければならない。

〔答〕 大谷（厚生省）1件当りの点数も高くなっている。受診率の伸びも点数の伸びも全国的な現象で地域開

* 国立公衆衛生院次長

発によるものではないと思う。

〔司会〕 曾田（国立公衆衛生院）地方財政について質問はないか。

〔質問〕 小田（長崎県衛生部）新興工業地帯の誕生とは逆に、衰退産業である中小炭鉱の閉山に伴う保健衛生上の諸問題は地方自治体の責任で解決すべきものか。

〔司会〕 地域開発の問題を逆の方向から見た興味ある問題提起であるが。

〔答〕 島（助言者）現在論じられている地域開発による地域格差の問題は、農業地帯と工業地帯との間に生じるのを是正しようとしているのだといっているが、産業変動が大きくなれば、当然産業地域格差が生じてくる。部門間の従って地域格差の問題は必然的に常在するものといえる。その点から、工場誘致によって地域格差がなくなるという考え方は誤りだといえよう。

ヨーロッパの炭鉱問題は国の責任でその復興計画を行っており、新産業の導入も行なわれている。これを地方自治体の責任にまかせても解決は困難だ。

〔質問〕 青山（岡大衛生）計画段階にある地域開発の問題点について報告したが、さらに実践段階に移行しつつある今日、社会医学的に今後いかなる点について注目しておけばよいか。

〔答〕 吉田（三重大公衛）① 公害問題についての汚染予測は或程度可能であり、予測研究を行なう必要がある。② 公害問題に関する社会的損失について、もつと科学者が関心を払って研究をすべきである。その集積が汚染防除に関する投資を、社会的投資として拡大させ得る。

〔質問〕 山田（名大衛生）① 住民の実害を Check off するための科学技術者の努力はどのような Process で生まれてきたか。この努力を伸ばしていくための隘路はどこにあるか。② 住民の実害についての意識および認識形成について。

〔答〕 吉田（三重大公衛）① 住民の間に公害問題に対する反応が出て来たことが直接的な原因で、これを行政機関においてとりあげるようになったもので、我々はこれに参加した。② 住民の公害に対する認識は、直接、間接にこの問題を体験すること及び報導機関によるものであると考える。

〔答〕 永野（名大公衛）① 四日市の公害調査のきっかけは、四日市保健所長が作った。② 市民の公害に対する意識は公害問題解決のために極めて重要である。今後更に調査を慎重に進めていく。

〔司会〕 更に積極的な意見を。

〔追加〕 青山（岡大衛生）① 学問の世界にも中央集権化が認められる。地域開発について地方段階での真面目な調査、研究が無視されて、中央官庁からの見学的な調査だけを巧みに利用するという態度が地方行政機関にはある。これでは科学技術を総合した地域開発への貢献はあり得ない、そのためへの努力の大きな障害となっている。② 公害問題については、人体に害がある前に Check off することが要求される所に困難さがある。このような予測研究に対しては地方財政は何等の保障も行わない。③ 決定的な瞬間に至った時は住民の力が解決する以上科学的技術者の役割としては、それ以前の状態で、研究成果を住民の活動に feed-back して行く義務がある。

〔追加〕 庄司（京大工）① 公害問題の解決は住民の力である。研究態勢においても、組織労働者・他の専門科学者との共同研究が必要である。その例として関西には自治問題研究所がある。

② 社会医学者としての責務は a) 研究者は研究成果を公表し、学会を通じて、国又は地方自治体責任者に対し勧告をなすべきである。b) 公害は権利侵害の問題である。従ってこれに対しては権利を守る斗争によってのみ解決し得る。医学的に許容濃度を求める必要がある。c) 改善すべきことは筋を通して主張すべきである。また住民による監視機構の問題で強力に推進すべきである。

〔追加〕 渡辺（大阪市衛研）現段階で必要な公衆衛生上の諸基準を内外の資料について検討し appeal していく必要がある。

〔司会〕 曾田（国立公衆衛生院）まだまだ討論は続けたいが時間がないので、夜の個々の討論に残したい。最後に助言者である島教授に総括を。

〔総括〕 島（京大経）今日の討議は工場中心の地域開発であったので、公害が中心になったが、地域開発の問題は、後進地域の数多くの残された問題について更に幅広い検討が要求されていると考える。地域開発の問題を考える時、後進地域ではこれらの問題を検討することこそが本筋であり、工場の問題だけではないということをお忘れはならない。

〔司会〕 曾田（国立公衆衛生院）今回の報告・討議では地域開発の或る特定の分野にのみ絞られた傾向がある。今後さらに活発にこれら残された問題についても十分検討し、研究成果を広く公表していく必要がある。今日の研究報告と討議の成果を各人が各々の立場で実践的に活用し、地域開発とこれに伴う種々の問題解決の方向へ一歩ずつ堅実な歩みをつけていきたい。

特 集 社 会 医 学

特 別 講 演

地 域 開 発 に つ い て

島 恭 彦*

地域開発の問題というのは非常に総合的なものであり、またその概念は非常に曖昧である。これは政治的な概念でもあり、近頃では更に投資戦略的な概念でもあると云われている。昨年来朝した国連ワイズマン調査団のなかにフォード財団の副理事がおり、当時吉田元首相、池田現首相その他財界人自由主義諸国は団結して東南アジアの地域開発を行なうべきだという提案を行なっている。これが実は今度のフォード財団も協力する国土開発センターの構想につながっているといえる。

こういうふうに地域開発ということが単なる regional 地域的な問題ではなくて現時点の問題として、国際的な資本の開発ということの意味している。national または international な規模での投資を考えた場合、地域に導入される資本の意図しているものと地域自身が考えている開発の間に喰いちがいがあるのではないだろうか。地域というものは非常に流動的に考えられており、資本の立場から見ると世界あらゆる所の地域が自由に投資の対象として選択されているということである。従って地域開発の概念が曖昧だということは地域を都市といった一つの地域の単位から国際的な意味を持った地域にまで広がってくるからである。更にこの地域開発の主体の問題であるが、都市計画とか町村の計画といったような場合には主体がはっきりしているが、それ以上に広がった場合

に例えば地域計画 (regional planning) といった場合には、実はこれには都市も農村も入り、その主体はそれぞれの自治体であるのか、国なのであるのか、と非常に曖昧になってくる。更に開発という文字がまた非常に曖昧である。英語で云えば development である。開発というと何か主体的な政策のように見えるが、我々経済学者が使う場合は economic development であり自然法則的に地域が発展して行くことを意味している。

このような言葉の上で非常に曖昧な概念をはっきりさせるためには、とり敢えず言葉の問題から検討したいと思う。最初に地域開発という今日我々が用いている言葉の意味は後進地域の資源の開発といった、つまりアメリカの T. V. A. がやった事業から由来してくる言葉であるように思われる。しかし外国の辞典に出てくるのは、むしろ地方計画、或は地域計画、regional planning という言葉である。実は region といった場合は、都市とか自治体の領域を超えた概念であり、特に大都市圏、大都市が中心になって開けて行くところの非常に広い広域圏の計画というのが regional planning である。時にアメリカで 1920 年代第一次大戦後フォード会社による自動車の大量生産が始まり、いわゆる道路革命というようなことが起った。大都市の人口が非常に地域に亘って大都市を中心として流動分散するといった現象に対応して、その広い地域のなかの人口とか、住宅とか

* 京大教授

道路とか、或は食糧とか、そういったものを計画する必要に迫られたというところに regional planning の問題があつたわけである。ところがアメリカではこの大都市圏の計画というのは余り進まなかった。むしろヨーロッパの大都市の方が古い中世紀からの遺物を都市の中に抱え込んでおり、regional planning もまたヨーロッパのベルリンとか、ロンドンとか、或はウィーンと云つたような国際的な大都市で実行に移されたわけである。

したがってアメリカでの代表的な地方計画といえば後進地開発と云う性格を持った T. V. A. の計画であった。この T. V. A. 計画と大都市圏がアメリカにおいては 1920 年代に現われたということは決して無関係ではなく、第一次大戦後アメリカに非常な好況が訪れ大都市の膨張があつたが、その好況が実はその次の 90 年代における大不況の前徴であり、大不況のなかで大都市の存在している先進地域と南部を中心とした後進地域の地域格差として現われてきた。アメリカのなかでも代表的な低所得地帯・住民一人当りの平均水準から見て半分位のテネシー地帯で T. V. A. 計画が行なわれたわけである。この T. V. A. 計画は実は日本開発の出発点になっているものであるから、その内容を詳述したいと思う。

T. V. A. 計画はテネシー河の電源開発と多目的ダムを中心とする開発であった。これは一応の成功を納めたが、この成功の条件というもの非常に大事である。先ず第 1 の条件は連邦政府が相当大巾に自分の持っている権限を T. V. A. に移譲したということである。これは地域開発は広範な行政を必要とするということであって、そのためには住民の数多くの要求を入れ或は住民自身も参加させて開発を行ったのである。第 2 の条件は T. V. A. が発電と配電の権限を譲られたことであり、当時アメリカにあった電力の独占を少なくともテネシー地域において破ったということになる。この発電配電と云つた電力の一貫事業でもって非常に安い電力を後進地帯の農場と地方の工場に提供した。いわば第 1 は民主主義の条件であり、第 2 は独占を破るという反独占の条件である。このことが T. V. A. を一時的に成功させた

理由であるといえよう。ところがアメリカでこのような条件は、長期的に確保される保障はどこにもなかった。この点 T. V. A. は全く偶然な産物といえよう。当時資源の開発とか河川の開発において大きな実権を握っていたのはアメリカにおいては国防省であり、同時にいわゆる陸軍関係のエンジニアであるが、軍部と財界の利害関係が全く給びついており、当時のアメリカの大不況という危機的な状態が、既存のルートを避け、T. V. A. と云う新しい開発公社を設立させたのである。アメリカでは資源開発は第二次大戦、朝鮮戦争を経過した今日ではむしろ軍事資源の開発計画という意味となってきた。次に T. V. A. に相当大巾な権限を連邦政府が与えたがこれを各地で実施するとするならば、アメリカの連邦政府そのものの行政制度の改革或は予算制度の改革を行なわねばならない。ところが中央政府の行政機構は、セクショナリズムであり、縦割りになっている。官僚機構のある国では必ずそういう問題が起ってくるといえよう。一番大きな実権を握っておいたのはアメリカでは国防省であり、日本では、農林省、通産省、建設省といった各官僚が地域開発に関係してくる。従って T. V. A. に関連して戦後までアメリカの連邦政府の行政機構の改革と予算制度の改革が問題になりながら実現したのは、大統領の権限の強化だけであった。

アメリカで失敗した T. V. A. の理想がアメリカの対外援助政策を粉飾する役割をもって海外に輸出され始め、それを受け入れた一つの国が日本であった。

しかし日本では戦前は、地主と資本家の利害関係が一致していたために、資本は古い封建的地主制を取り除くよりも対外的に膨張して行くという方向をとった。従って国内の開発は非常におくれたといえる。

農村が人口の貯水池としてこの作用を持ち、都市集中もそれだけ緩和されるため、都市問題も逼迫しては出てこなかった。従って日本では都市計画も農村の計画もまたこれを併せ持つ regional planning も非常におくれをとったといえる。第一次大戦後、日本では東京、大阪を中心とした大都市圏が事実上現われてきたが、ただアメリカの

同時代と比べると可成り違っている点がある。アメリカでは自動車の量産の道路革命を中心として大都市圏が形成されてきたが日本の場合は漸く地方の電鉄が根幹となって大都市圏が膨張してきた。この相違があるのは当然であるが都市圏の計画にもこの相違が出てきているといえる。例えば道路は公共投資でやらなければならないが、私鉄の場合は、道路と用地の買収に多くの問題がある。日本では都市周辺の開発は地主と組んだ私鉄資本の開発に任せられたところが非常に多かった。

外国の場合には大都市圏の計画といえば、大都市を分散して、そして周辺の農村と調和させるといふ政策であったが、日本の大都市圏の区域の設定というものは、むしろ大都市そのものを膨張させようという計画であって実は計画でない。大都市への人口集中、その反動としての都心部からの人口逆流と、周辺の町村人口が急増し事業費が増加して財政難になって行く頃を見込んで大都市が町村を合併して行くわけである。従って周辺の町村は計画が立たぬ間に大都市の区域に入れられて、混乱状態が町村にも持ち込まれる。こういうことを繰り返しているのが、日本の大都市圏の問題であった。

昭和 25 年は日本の地域開発において一つの時期といわれ、この年に国土総合開発法が出ている。この時期は日本が植民地を失ってどうしても資本の伸びる力を国内の開発と向けなければならなかった時期である。そこへ入ってきたのがアメリカの T. V. A. の構想である。当時は国土は破壊され山林は荒廃し、そのなかで食糧増産をやらねばならない。災害の復旧をやらねばならない、という時期である。ちょうど 25 年度の国家予算の公共事業費を見ると、河川事業が一番中心になっておりあたかも T. V. A. の構想がぴったりくる時期であった。この時期にアメリカの T. V. A. の理事長であったリリエン・ソールが来日し、当時の吉田首相と逢って T. V. A. の計画を日本にすすめている。吉田首相も参議院の演説で日本も T. V. A. によって産業の復興をしなければならぬということを行っている。かくして当時 T. V. A. ブームが日本に起ったわけである。この T. V. A. の構想に最も熱心であったのは後進地の各県

であった。それは理由のあることで、その当時は県が始めて自治体という性格を持ったわけで、従って後進県程自分の後進地域の経済復興に熱心であったということは当然である。多目的ダムが後進県にとっても一つの合言葉のようになり実行に移されていったわけである。ところがここで一つの困難な問題が起った。すなわち発電配電の電力一貫事業をやらねばならないが、日本は 9 電力による地域独占でむしろ当時の占領軍当局が、後進県の発電配電事業の一貫計画にストップを命じている。従って後進県は発電事業一電源開発だけをやって配電の方は 9 電力に独占させる計画になった。従って折角後進県が起した電力を、9 電力を通じて 4 大工業地帯へ集中するという配電システムになったわけである。そこに T. V. A. の構想が日本でも挫折し、30 年以後重工業の高度成長のため地域開発政策というものに切り変ってきた端緒がある。従って現在の所得倍増計画と地域開発といった問題になるが、その転換点は昭和 30 年としても間違いはない。たとえば農業をとってみても 30 年までは上昇の傾向を辿ってゆくが、30 年を過ぎると断然重工業の成長から農業は引き離されていったのである。

所得倍増計画というのは、重工業の対外的な競争に対する意慾を示している計画である。従ってその計画にのった重工業が地方にくるとしても、何も後進地域で地域を開発するためにやってくるのではない。もう一つの所得倍増計画の性格としては倍増計画は 10 年先をにらんだ計画のように思われるが、実は 35 年までの 10 年間に出てきた問題を解決するために出てきた計画であるといえる。すなわち 25 年～30 年頃から顕著になってきた農業と工業の格差、更にそれに基づく地域格差、こういったものが大企業の成長にも具合の悪い点が出てきて、これを解決するためのものである。つまり重工業が更に伸びようとするならば農業から労働力や水や土地を貰ってこなければならぬという問題である。しかし農業は今のままの兼業農家の形で労働力を出さなければ、限界がある。また土地や水も今のままの小農によって管理されているならば、多くの工業用地や工業用水を供給することはできない。従って現在の農業

の構造改善の事業と所得倍増計画とは相互に関連して行く。こういう所得倍増計画をふまえての地域開発政策の方向は明らかであろう。

今日の地域開発は実は重工業資本のイニシアティブによって進められ、そのために地域経済の変動が今大きな勢で起っているというのが現在の実情だと思ふ。現在の地域開発計画といっているものも実はやはり重化学工業の基盤整備計画が中心なのであって、住民生活の側から地域経済の変動に対応して行く対策が欠けているというのが、日本の地域開発の非常に大きな特徴であろう。

現在進められている地域開発の諸政策の問題点をあげてみると、地域開発政策は資本の運動の自由を基本的に承認しその上でこの運動に基づく地域経済の変動から発生する資本の運動への障害をとり除こうという政策である。つまり所得倍増計画は民間資本や民間投資を主体にして進められる。そういう発想法から地域開発という言葉は出てくる。勿論場所によって時によって公共投資が先行していることがあるが、基本的には民間投資のルールをしくためのものに過ぎないわけである。従って今でも物価対策や地価対策が全然ないのが特徴である。そのように地域開発計画とはいっても、それ自体は計画でないのである。先に記したように地域開発計画というのはアメリカの学者のいい方によるとむしろ投資戦略である。従って投資のために優先的に条件を切り開くということが優先される。しかし開発プランやマスタープランにはそのようには書かれていないのであって、民間投資を非常に均衡的に調和的にやっていると書いてある。しかし実際にこういう物凄い開発をやって行ったなら時間的に計画のペースを狂わせるような問題が出てくるのは当然である。従って例えば生活基盤のための公共投資が5年後に行なわれるとすれば、一番最初の計画は全然ご破算にしなければならないし、計画どおりにやるとするならば、非常に縮小した内容の貧弱なものにならざるを得ないということになる。日本の都市計画というものも、そういう性質を持っていると思ふ。全部総合的にやるというふうに書いてあっても、そこには極めて大きな時間的な前後がある訳である。この時間的な前後関係はむしろ致命的

な問題である。特に大都市の場合にはそうなのであって、徹底的に先行投資をやらねばならぬところが大都市地域だと思ふ。ところが大都市地域は非常に隘路投資になり、後進地域では先行投資をやりすぎているというような非常なアンバランスが出てくる。ここで計画の問題をしばらく離れて、日本の資本主義はどういうふうに地域的发展してきたかということを考えてみたい。日本の資本主義は地域的集中と同時に、extensiveに外延的に膨張する特徴を持っている。つまり経済力の集中した少数の地域から外に向って膨張する。これは国内的にも国際的にもいえることである。このよのような發展をやると当然地域格差がでてくる。例えば大都市圏をとってみると、そこでは都心から放射線状に多くの路線が出ているが、この放射線の間の後進地帯が残る。また後進地帯をとってみると、一つの都市または貿易港から内陸地帯の一つ開発拠点へ一本の線だけしかない場合がよくある。これはまさに「点と線」との開発であり、その周辺に非常に後進地帯が残ってくる。従ってそこには地域開発格差が出るのは当然のことだといえよう。こういう観点に立って日本全体を見ると、例えば大平洋沿岸ベルト地帯といったようなものは基本的には大体左右に臨海工業地帯を備えた大都市とそれを相互につなぐ東海道線という大動脈によって形成されている。この地帯に日本の経済力を集中している。従ってまずこの地帯と、それから東北、北陸、山陰そして日本の西南地帯との間に、大きな地域格差がみられる。更にこの大平洋沿岸ベルト地域すら、intensiveに開発されているわけではない。近畿地帯をとってもそういうintensiveの發展というようなものは行なわれていない。むしろ發展の行なわれているのは、阪神を中心とする臨海工業地帯と東海道線を持ってつながれている京都南部と滋賀の東南部である。

「近畿は一つ」といっているのはこの地帯をさす。「近畿は一つ」ということが、この地帯の重点的な開発を意味するならば、近畿圏内の地域格差は愈々大きくなるだろう。

現在の地域開発は基本的に集中であり、分散はただ工場の地方分散にすぎない。それに金融とか

財政とか肝腎のところは皆どどん集中されてゆく訳である。これはこの地域の所得を実態調査してみればわかるが、やはりこの勤労所得といったものが地方に分散されるだけあって配当所得、利子所得、そういったものは次次第にこの東京や大阪に集中しているというのが事実である。そういうのが集中するということは投資計画や財政計画そのものが中央に集中してゆくことである。そういう状態だから工場がたとえ地方に分散しても、その地方で自主的に開発計画を企てることはむずかしいのである。そこで実状がそういうことならば、一体後進国の開発とか後進地の開発というのはどうなるのかという問題が次に起ってくる。例えばそのモデルケースは後進国開発にみられる。これはやはり国際的な金融支配と特に金融の問題であろう。工場とか工業生産はある程度分散する、後進国にも先進国から工場が来る場合があるし、それから後進国で自主的に工場を建てる場合もある。日本でも日本のなかの植民地帯というのは随分あった。しかしそこにも長い時間を経て工場が分散してくるであろう。しかし問題は工業の分散ではなくて、やはり金融とか財政の中央集権体制の改革である。後進国の開発ではこれが一番問題で自主的な開発計画というものをつたえるのが後進国開発の要諦になっている。つまり後進国独立の問題である。すなわち自治ということが最も大切なことだといえよう。しかし、後進地とか後進国においても、実際に自分の力で独立することは現在のところ不可能である。経済力の集中している地域からの資本や技術上の援助は必要である。しかし地域の開発は自主的にまた intensive に行なわれなければならない。これが地域格差を解消させる唯一の方策である。重工業や大きな企業を地方に入れてくればくるほど、計画はみな本社東京でやることになる。従って地方にはそのような投資計画が企てられるはずはなくなる。しかし現実には資金上の、技術上の自主というものが

当然なければならない。ここに地域開発においては、intensive な発展と地方自治というものが必ず必要であるということ強調する理由がある。

民主主義や自治の条件が保障されてなければ地域開発計画といっても計画だおれである。計画の条件がないところに計画を作っているに過ぎないから、せめて地方団体や地方銀行ぐらいがタッチできる段階の計画が必要で、大きな重工業を入れてこなければならないのなら国や大銀行の資金計画でやるべきである。そのような重工業は何も地域開発のためにやってくるのではなく、ただ水とか土地といったものが欲しいだけで、その重工業に大きな期待をするということは全くおかしい話だといえよう。ここに regional な計画の立場と national や international なものとを混同し、夢と現実とがごっちゃになっているといわれている今日の、地域開発の現状を見ることができ

最後に地域開発と科学技術との関連ということについてふれてみたい。今日我国の地域開発計画では、各分野でバラバラに専門家がプランを企てているという弊害がある。地域開発はまさに総合的な問題であり、科学技術もまた総合され始めて成果の上るものだと思う。ところが日本の科学技術者は行政の割拠主義によって分裂させられ、割拠した行政にやとわれている。T. V. A. の時に出てきたのは、科学者、技術者が T. V. A. と一体になって住民に奉仕するという問題であった訳だ。T. V. A. が総合的に行政権限を移譲されたということは、つまり科学技術者が地域住民に対して相互に責任を回避できない形になったということだろうと思う。このような形で各種の技術者が連帯責任をもって T. V. A. のまわりに結集した。こういう体制が実は地域開発を進める科学技術上の前提だろうと思う。バラバラになってあれこれといっても夢が沢山出てくるだけで、少しも解決にはならないであろう。

【一般演題】

都市型保健所の地区組織活動

青山 英康* 齊藤 晴彦 諏訪 藤弘
 若月 恭乃 大塚 和枝 伊藤 延子
 岡本 摩耶 長尾 真澄 小林 一子
 阿部 久四郎 門脇 洋子

I. 緒論

近來公衆衛生活動が、従来の疾病予防といった後衛的性格から発展し、より積極的に地区民の中に入り、地区民の側に立つことを要求された時、地区に於ける公衆衛生的諸問題解決の一方法論として、極めて重要な意義を有して来たと云える。著者等は、川崎市高津保健所で、これら地区組織活動の実態を調査し、若干の知見を得たので報告する。

II. 調査目的

今日我が国の各地域で発展しつつある「地域開発」に対応する公衆衛生的方策を得たいと考え、地区組織活

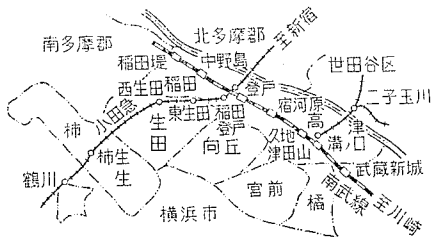


図1 高津保健所管内

動に焦点を絞り、組織活動に対する諸構成員間の意識を特にその社会的関係と社会階層別に分析し、その現状と問題点を検討した。

III. 調査対象及び方法

A. 調査対象地区

政令市川崎市の北部約3/5を管内としている高津保健所の管轄地域の中心たる高津地区で(図1)ある。ここはマンモス都市東京と川崎工業地帯の影響を直接に受け、これら両地域の近郊衛星都市的様相を示しつつある。図2に示す如く、更にこれを地域別に見ても極めて特長な人口推移を示している。中心的商工街として溝の口、

二子地区、川崎工業地帯に隣接する上野毛、北見方、坂戸地区はその工業化の影響で工場誘致とその勤労者の集積が著しく、東京都と隣接する諏訪、瀬田は既に東京都の近郊としての存在にあり、更に久地、下作延がこれら都市勤労者の Bed-town 的住宅街への移行期にある。このなかであって宇奈根は未だ農村的性格を強く残しており、また大工場及び研究所、学校の建ち並ぶ文教風致地区として久本がある。

当該保健所は昭和26年6月の設立当初から、国立公衆衛生院の臨地訓練保健所として、財政的にはロックフ

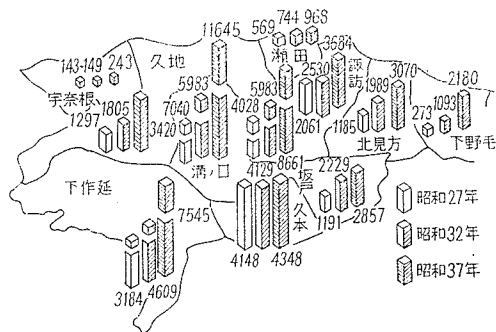


図2 地区別人口年次推移

ェラー財団の援助を受け、技術的には公衆衛生院の援助の下に発展した。そのため総合的な地区保健活動を基本としてモデル的な活動を展開し、管内各地域の公衆衛生的諸問題とその対策についても、極めて良く調査し、検討されている。紙面の都合で、その実態は詳述出来ぬが、乳幼児健康相談で、出生児の80%が受診しており平均来所回数も2.9回と高い。

B. 調査対象者と調査方法

調査対象地区組織としては、基礎集団として町内会及び自治会、機能集団としては各種の事業所及び同業者組合、PTAを選び、それぞれについての長、または衛生関係担当者に対し、面接聞き取り調査を行った。更に組織構成員に対する調査対象者は組織の指導者群として、

* 岡山大学衛生学教室

表 1 ケース・スタディ本調査 (地区組織の実態)

	町内会(7)	事業所(5)	P T A(3)	業 態 者	
				商 店 (4)	同 業 者 (5)
1. 組織の包居 1) 加入世帯及び地域	300~500 (久本1200) 新しく移住して 来た人やアパー ト居住者の不加入 が多少ある。	1000 以上 1	950~1300	21~53 一般商店街の特 色は店主の参 加だけで従業員 は含まれない。	14~125 全員参加するも のと参加しない ものがある。
2. 組織の結成					
2) 設 立					
戦 前	3		0	1	2
戦 後	0	3	3	0	0
不 明	4	1	0	3	3
3) 動 機	防 衛 共同生活	衛生部のある ものは衛生 他は生産の 拡充共同生活		事業の発展 無 尽	連 絡
4) 規 約					
あ り	6		3	4	4
な し	1		0	0	0
不 明	0		0	0	1
3. 組織の構成					
5) 構 成 図					
あ り	7	1	3	4	3
な し	0	3	0	0	1
6) 役 員 数	10~30	2~20	14~17	8~18	4~14
4. 財 政					
7) 予 算 決 算					
あ り	7	1	3	4	3
な し	0	3	0	0	1
決算書のみ 不明					
8) 発 案	役 員 会	役 員 会	役 員 会	役 員 会	役 員 会
9) 会 費	30~50円	30~1000円	50~80円	300円 駅前のみ 5000円	200~1000円 不 定 1 不 明 1
10) 衛生関係費割合 (支出総額=100)	10~50% 不 明 4	30~100% 不 明 3	3~4.7%	0~10%	0~3% 不 明 3
11) 厚生関係支出比 *	19 %	102 %	79~980%	20~40%	0~50%
* 注: 厚生関係支出とは 1. 衛生費 2. 厚生費 3. 交際費 4. 飲食費 5. 会議費(1+3/3+4+5)					
12) 予算総額	1~40 万 不 明 1	50~20万 他 不 明	93~140万	18~120 万	15~102万 不 明 1
5. 衛生に関する事業					
13) 内 容	環境衛生(薬剤 撒布のみ) 4 環境衛生を兼ね て料理講習会 1	職業病検診 啓蒙, 予防注射 栄養剤配布 成人病検診	な し	清 掃 1 他 な し	検 診 1 検査講習会 2 他 な し

表2 ケース・スタディ本調査つづき

	町内会(7)	事業所(5)	PTA(3)	業態者	
				商店(4)	同業者(5)
	環境衛生 Tb 血 圧検診を兼ねる 1 環境衛生薬剤購 入 1				
6. 参政状況 14) 市会議員推選の有無	あり 故 川辺(自民党) 第2町内会(当) 吉野(二子第3町 内会)(落)	なし	なし	あり 鈴木八郎 自民党(当) 吉野二子産業組 合(落)	あり 吉野(落)
7. 組織運営 15) 会議の種類	総会と理事会 3 役員会 1	委員会 3 なし 1	総会実行委員会 臨時会 役員会 学年委員会 成人委員会 福利厚生委員会 校外委員会 広報委員会	総会 4 理事会 3 役員会 3	総会 理事会 役員会 3 総会 役員会 2 不定期会合 1
16) 参加数	総会30~40% 役員会60~80%		総会 20% 実行委員会	総会 50% 理事会 } 70~ 役員会 } 90%	総会 50~70% 役員会 90% 以上
8. 他組織との共同事業 17) あり		0 2 (他の事業所)	2 町内会他 学校		0 2 (食品衛生協会, 町会)
9. 保健所の利用 18) 利用 及び目的	6 薬剤撒布, 映画 Tb 血圧検診 座談会, 講習会	5 検診, 寄生虫 駆除, 講堂使 用	0	1 清掃	2 講堂使用
10. リーダー 19) 選出方法	推せん 5 選挙 1 指名 1	指名	選挙 5	選挙 3 推せん 1	役員推せん 4 選挙 1
20) 継続年数					
1年未満	2	1	2	0	0
1~3年	1	} 3	1	0	1
3~5年	0		0	1	1
5年以上	4	1	0	3	3
21) 組織運営上の相談	組織内役員 7	組織内上部 4 相談しない 1	組織内役員 3	組織内役員 4	組織内役員 2 組織外 上部機関 1 相談しない 1 不明 1
22) 役員兼任の状況	兼任 5 1 " 2 3	なし 4 不明 1	兼任 2 2 " 1 1	兼任 6 1 " 2~3 3	兼任10 以上 2 " 10 以下 2

表 2 ケース・スタディ本調査つづき

	町内会 (7)	事業所 (5)	P T A (3)	業 態 者	
				商 店 (4)	同 業 者 (5)
23) 組織の調査	〃 1 3 していない	している	していない	していない	不明 1 していない
24) 組織把握の程度	少々把握 6 把握して いない 1	大体把握	大体把握 1 少々把握 1 把握して いない 1	中位把握 1 少々把握 1 把握して いない 2	把握していない

先に抽出した組織の長、または衛生関係者、一般地域住民としては、抽出町内会の構成員を地域特性によって群別し群内では無作為抽出した。更に現在の保健所活動への未参加群として、結核登録患者中、昭和 37 年 7 月 24 日現在で現状不明 33 名、放置 18 名、計 51 及び昭和 36 年 1 月 1 日より 7 月 31 日迄に出生し、現在生存している者のうち、乳児クリニックにまだ 1 回も来所していない者 49 名を選んだ。

IV. 調査結果とその考察

A. 地区組織の実態とその問題点

調査内容とその結果は表 1 に示す如くである。

- 1. 所得額 ※ 1%の危険率の有意
- 2. 生活水準 × 5%
- 3. 最終学歴 △ 10%
- 4. 知識水準
- 5. 関心度
- 6. 地区組織加入
- 7. 地区活動参加
- 8. H.C.活動参加

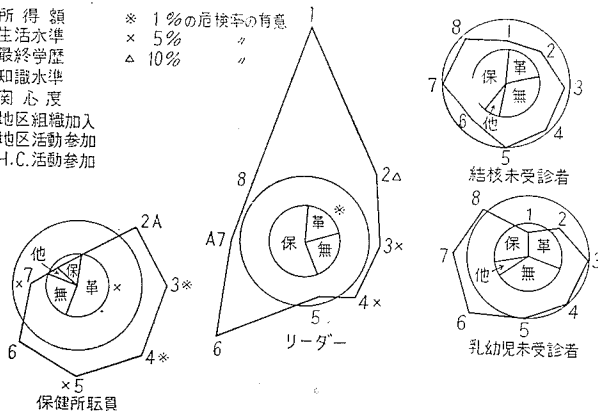


図 3 群別パターン

特長的には現状の人口移入の激しい当地区においては、新しい移住者が町内会組織にすら加入していないこと。これに反して、先のリーダー群には、古くからの地域に住みついている、いわゆる顔の広い、そして数多くの地区組織の役員を兼務している人が多い。従って一般構成員はこれら地区組織に殆んど帰属性を有しておらず、これら二者の間には明確な social distance、または社会的距離感が存在するものと予想できる。更に注目すべきは、これら地区組織の間には協調性は薄く、共同事

業も殆んど見られない。

B. 一般構成員の実態とその問題点

以上各種地区織組の実態とその問題点をケース・スタディによって検討し、これを総括したが、このような実態の中で、その構成員はこれにどのような反応を示しているかを、先に調査対象者の抽出に際し分類した各群について検討した。

図 3 は今回の面接聞き取り調査結果を、得点形式により評点化し、一般地区住民を Standerd としてこれとの相異を統計的に検討しつつ各群のパターンとして描いたものである。

V. 結 論

現在の公衆衛生活動諸場面に於て試みられている地区組織化及び地区組織活動は、地区住民の立場に立つならば体制的なものとして受けとめられているに過ぎず、更に今日の強大なマス化現象の中で地区住民は一方的に組織解体されつつあると考えられる。

このような中で地区住民の反体制的な社会不安と問題解決への努力は、巧みな上からの福利政策と地方段階に於ける封建性の強い枠により、更には地区民自身の主体的要求を組織するリーダーシップの欠如等、社会的、歴史的背景の下に、正しく発展させ得ることなしに、散発的、瞬間的運動として現象するに止ってきたと云える。これら歪んだ姿を正し

い姿勢に直すには、地区住民の中に存在する感覚的な日常生活における諸問題、諸矛盾を無数に引き出しつつ、それらをより主要な問題へと結合させ、位置づけてゆく必要があると考えられる。

このような過程の中でこそ、個々人の目標が集団化し、組織化され、その帰属性によって生れた集団の凝集性を所持する適正なリーダーシップを持った上部構造を要求することになるべきであろうし、そのリーダーシップこそは、正しい目標達成への展望を地区住民に与える

であろう。

〔質問〕 庄司（京大工） 上から作られた組織の民主化は極めて困難である。その点保健所は下から盛り上げてくる組織として地区労にもっと注目し、保健所活動の運営にその参加を求めるべきだと考えるが。

〔答〕 青山（岡大医衛生） その可能性は現実に存在するにも拘らず、余り認められないという現状に問題がある。ここに報告したのは上からの地区組織に対する民

主化を進めるということではなく、既存の地区組織、勿論地区労も含めて、が互いに共同事業を組む中で下からの要求を反体制的に上に突き上げて行くことが出来るのではないかといった問題を提起したもので、保健所の活動としては、これら共同事業に対応する主要な問題—社会階層的、また社会階層的要求—を地区組織活動に投げかけて行く必要があると考えている。

都市近郊農村の保健活動

松田美泰* 加藤智一 鈴木英行
 土屋とも子 嶋岡富子 大窪洋子
 田辺チドリ 原田高子 入部久子
 室谷和子 森中美加子 菊地正晃

今回の調査対象地区、大宮片柳地区は東京から北へ約30 km 関東平野のほぼ中央にあり、市の人口約17万人を越え、Bed-town 化しつつある地区の代表の一つである。

調査対象者は、農業を営み、まだ農業の形態を保っている地区民と殆んどが勤労者であり、都市生活の形態を

1. 生活全般に対する態度と実態

人口問題を先ず考えて見ると、近年自然増加率が減少しているのに人口は増加している。それも市街に近い部落に著しいものがあるがこれはすべて分譲住宅である。この人口構成のうち農家は兼業農家をも含めて50%に

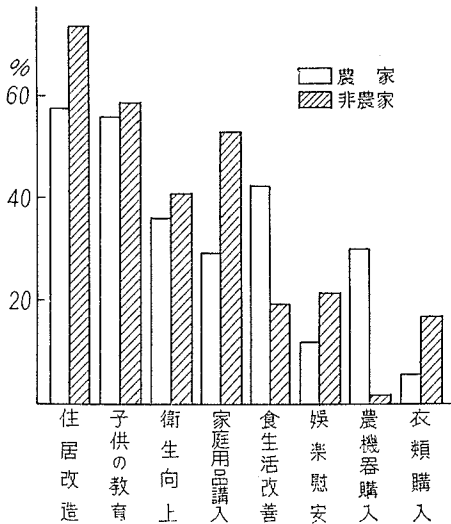


図1 生活改善に対する関心

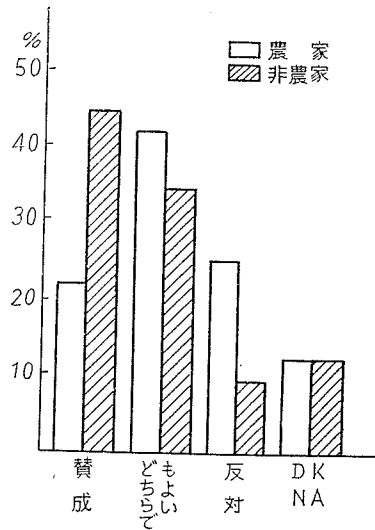


図2 住宅地化に対する態度

持っている地元民との両者の生活面での相異を以下に述べる4点について検討した。

* 岐阜医大公衆衛生学教室

過ぎない状態である。そして耕地面積は広く農耕に恵まれているため、一軒当りの持田畑は多い、しかも第一次産業人口が減少しているのでこの傾向は益々著しくなる

う。このように農村地区が変貌するにつれ、地区住民の生活全般に如何なる変化が生じたであろうか。これを耐久資財普及状態(表 1) でみると、これらに対する投資については、この地区は全く都市化されてきている。

経済状態の向上している時点で生活の各分野で如何なる消費的関心を示すかを表したのが図 1 である。「住宅改造」「子供の教育」は非常に高率を示している。「住宅改造」は種々な意味で農家非農家、共に構造に生活様式との差を感じずるからであろうし、「子供の教育」はこれまた、良い意味でも悪い意味でも現代の課題であると共に農村住民の思想の都市化、近代化の現われだと考え

にすばらしいものだが遺憾ながら(表 3) が実践の実情である。意欲はありながら、それが実践出来ない理由とし、「経済的理由」が64%もある。先の耐久資財の場合と相矛盾すると考えられるが、これは、農村自体がレジャー的な消費文化の波に大きく動かされていて、健康な生活をするという基本原則にまで思い至らないという歪んだ世相を反映しているものと云える。

3. 衛生知識伝達に関する実態

母子衛生に関する関心の低いことは先に指摘したが、これらの知識の伝達は如何に行われているかは(表 4)

表 1 耐久資財所有率 (%)

項目	テララー	バイク オートバイ	ミシン	自家水道	電気 洗濯機	テレビ	石 コン プロパン	油 ラジオ	雑誌
農家	49	50	60	51	48	85	68	78	43
非農家	0	29	64	50	49	77	84	80	21
経済企画庁37年度 調査(都市の部)	—	—	76	—	58	79	—	—	—

表 2 改善計画の有無 (%)

農非別	項目	ある	ない
	農家		72
非農家		65	35

表 3 改善実践の度合 (%)

農非別	項目	出来なかった	少し出来た	思うように出来た
	農家		70	8
非農家		66	13	21

る。「衛生面の向上」は比較的高率だが観念的な発想に終って、具体的に明確ではなかった。この辺に一つの問題がある。

2. 保健衛生に関する知識と態度

衛生上の問題意識を調査したところ「蚊や蠅が多い」という意見が 90% 強を占めていた。これは市が蚊蠅駆除に力をそそいでいる結果だと考えられる。そして各戸当り年間平均 350 円内外の経費をそれに使っているが、これはいずれも成虫対策である。やはり、この意識を更に発生源対策としての環境衛生改善へと向けてゆきたい。「母子衛生」上の問題を指摘したのは農家で 20%、非農家で 5% と低率であり、これは重視されるべきである。(表 2) に示すように「環境衛生改善」への意欲は誠

表 4 母子衛生に関する知識の(情報)源導入 (%)

農非別	項目	婦人雑誌	ラジ オレ ビ	おと りし よ	親せ きや 近所 の同 年輩 の人
	農家		12	2	31
非農家		18	1	18	7

農非別	項目	新聞 印刷物	助産婦、保 健婦、医師	その他	DK NA
	農家		1	39	5
非農家		4	33	5	14

表 5 各集団の加入率と出席状況 (%)

自治会	組織名	出席率		出 な い	時 々 出 る	必 ず 出 る
		加入率	会 合 な し			
自治会	農家	89	3	27	35	35
	非農家	62	5	29	37	29
衛生班	農家	56	17	13	36	34
	非農家	15	50	16	25	9
母の会	農家	84	0	12	40	48
	非農家	50	10	8	46	36
P. T. A	農家	55	0	12	52	36
	非農家	41	0	9	41	50

のとおりである。医師、助産婦、保健婦によるのが約 1/3 を占めるのは当然として、「年寄から」というのが農家では約 1/3 占めるのは家族構成によるものである。や

はりこれに関しては専門家からの正しい知識導入が必要とされると思う。導入方法の希望では、映画、幻灯など視覚に訴えるものを望んでいる。

4. 地区組織の実態とこれへの態度(表 5)

「自治会」加入率は一番高いが、出席率はさほどではない。性格として市行政の下請け機関であり、各種の事務連絡をしている。

「衛生班」これは認識の差が大きく、従って部落差もあり一概に結論は出さない。仕事は自治会の下部組織的であり、市衛生課の下請け機関的存在である。

「母の会」任意加入制である。従って時間的余裕のある人が多く活動も recreation 的になってきている。

「PTA」主婦が多く、常に学童の問題から地域の問題へと目を向ける正しい姿勢を保っている。

このように各種の団体があり、部落毎に独自の活動をしているのは注目しに値すると思う。しかしやはり各集団内部に於て、地元世帯、転入世帯、農家、非農家間の軋轢、生活様式の差は問題になっているようである。

最後にこの地区が Bed-town 化することに対しては図 2 の如くであり、反対の理由にしても「従来の雰囲気」が乱される」とか「土地がなくなる」とか農村特有の閉鎖的な思考方法が圧倒的である。

この地区での行政サービス、組織活動ということに関しては、これら個々の集団の連絡調整をすることが先ず

先決だと考える。しかし一方近年増加の激しい同地区に於いて地元民が既存の集団に対し、帰属性を高めることも予想される。この点、農家、非農家、地元世帯、転入世帯といった形で異質化し、これが進むにつれ同質的なものが凝集する傾向を示すかも知れない。このような当地区の将来に対し単なる地域丸がかえ式の地区衛生組織活動は不可能だろう。部落単位、隣接関係という基本的形態から出発した活動を中心とした組織化が、地域全体に広がる形が最も望ましいと思う。

〔質問〕 曾田 (国立公衆衛生院) 農村の宅地化に対して、農家は反対し非農家は賛成しているが

① その具体的な理由、② 農家の反対は土地を失うことに対してなのか、それに伴う生活様式の変化に対する抵抗なのか、③ 都市化が進む程反対が薄れて行くというが、これは農家の人達のあきらめによるものか、それともその変化の中に新しい農家の生活を見出していったのか、またその可能性を期待しているのか、の3点について。

〔答〕 松田 (岐医大公衛) ① 理由の項目別の調査は行っていないが、均一ではない。② 土地を失うことと同時に、旧来の生活慣習が乱されることに対する恐れによるものと考えられる。③ 数量的には云えないが、宅地化の進んだ地域程反対が少なくなっていることから、あきらめの度合いが最も強いのではないだろうか。

市町村合併による農村公衆衛生の変化

榎原高尋*	水島久雄	高須賀信之
成田栄子	佐藤紀代子	坂尾藤江
西平和子	大津英子	河上滋子
清実都	塩原文雄	

近年町村合併が促進され市や町の規模拡大がなされ多くの新都市が生まれた。この結果財政的基盤の増大により上下水道、道路、学校、公共施設などの整備が着々とおし進められたがその反面市等の施策が中心部に偏重しすぎるという周辺地域の住民の声もでてきている。町村合併の功罪は色々とり上げられるが、我々は町村合併が農村公衆衛生に及ぼした影響について調査したところを報告する。

* 横浜市立大公衆衛生学教室

I. 調査対象及び方法

対象地区は、神奈川県中央金田川の流域に位し、3 km²を占める丘陵起伏の少ない水田地帯である平塚市金田地区である(図 1)。

世帯数は 425、人口 2,133 でそのうち面接対象者としては農業世帯を主として合併前後を比較して解答が得られる人を世帯単位に選び、対象 270 世帯の中 169 世帯の回答を得た。

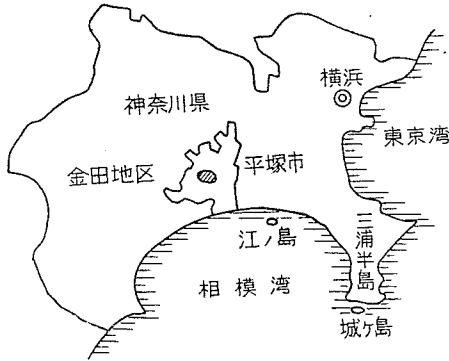


図 1 神奈川県平塚市金田地区
面積 3 km²、人口 2,133、世帯数 425、
密度 7073 人/km²

II. 合併以前の地区の概況

当該地区は江戸時代の東海道平塚宿の助郷として僅かにその存在を認められていたが、明治 10 年 4 部落合併し、同 22 年の町村制施行により金田村となったもので、昭和 31 年 10 月 1 日平塚市に合併した。第二次大戦後の虚脱状態から立直るにつれて「明るい村づくり」「健康な生活」を目標とする活動が開始され、昭和 33 年頃より婦人会、青年団、P. T. A 等の組織が結成された。また全村同時薬剤散布のための衛生組合も組織された。昭和 26 年から 30 年にかけて農民特有の姿勢、体力の低下、疾患等を予防する目的で体操が取り入れられ全村一斉休憩と体操をすることになった。しかし体操は普及がむつかしく、興味をつなぐ目的からバレーボール

表 1 地区組織加入及び出席状況

	部落会	婦人会	青年会	P. T. A	農協	4Hクラブ	老人会	
現在加入しているもの (回答者に対する%)	167 (98.8)	138 (82.8)	69 (40.8)	116 (68.6)	162 (95.4)	13 (7.7)	76 (40.5)	
合併前加入していたもの	163	149	70	91	150	15	9	
今まで役員になったことがある者	83	119	32	94	44	11	9	
今年 の出 会 合 席	出ない	10	4	7	3	14	5	
	時々出る	36	47	20	20	33	11	
	必ず出る (加入世帯に対する%)	119 (7.13)	88 (63.3)	42 (60.9)	92 (79.3)	111 (68.5)	9 (62.2)	47 (61.8)
	出席状況不明	2	—	—	1	4	13	

表 2 保健衛生活動の中心になっている組織

	部落会	婦人会	青年会	農協	部落及 婦人会	婦人及 青年会	部落及 4Hクラブ	その他					ど て い な い	わ い か ら な い	合 計
								市役所	役場	公民館	4Hクラブ	計			
村の時	80 (47.3)	38 (22.5)	2 (1.2)	3 (1.8)	5 (3.0)	1 (0.6)	1 (0.6)	0	9 (5.3)	1 (0.6)	1 (0.6)	11 (6.5)	8 (4.7)	20 (11.8)	169 (100)
現在	80 (47.3)	38 (22.5)	0	4 (2.4)	6 (3.6)	0	0	4 (2.4)	0	0	0	4 (2.4)	17 (10.1)	20 (11.8)	169 (100)
今後	92 (54.4)	35 (20.7)	0	2 (1.2)	8 (4.7)	0	0	6 (3.6)	0	1 (0.6)	0	7 (4.1)	8 (1.8)	22 (13.0)	169 (100)

表 3 保健衛生上取り上げられた問題でもっとも良かったもの

	レ エ ク シ ョ ン	昆 虫 駆 除	清 掃	その他										特 に な し	わ か ら な い	合 計
				健康診断	栄養講習会	家族計画	台所改善	体重測定	水道	駆除 寄生虫	予防接種	衛生講習会	計			
村の時	48 (27.9)	78 (45.4)	6 (3.5)	5 (2.9)	1 (2.5)	0	1 (0.1)	3 (1.7)	0	0	0	0	10 (5.8)	15 (8.7)	15 (8.7)	172 (100)
現在	19 (11.1)	94 (55.0)	7 (4.1)	4 (2.3)	1 (0.6)	1 (0.6)	0	0	3 (1.7)	1 (0.6)	1 (0.6)	1 (0.6)	12 (7.0)	21 (12.3)	18 (10.5)	171 (100)

は著しく普及し、各戸にボールをそなえて老人から子供にいたるまで、暇さえあればバレーボールを楽しんだ。昭和29年には村民の診療と健康管理を目的として国保直営診療所が開設された。この診療所は単に治療のみでなく、集団検診、予防接種等に多くの活動をして高率の受診成績をあげていた。昭和30年に診療所医師を中心として全村民の健康管理カードを作り、いよいよ全村民の健康管理に着手した。しかしこの活動は十分行われないうちに、平塚市に合併されることになると、村の主な

表4 意見の内訳

環境衛生	99	60.8%
環境衛生	(2)	(1.2)
昆虫駆除	(69)	(42.3)
下水完備	(17)	(10.4)
清掃	(7)	(4.5)
尿尿処理	(2)	(1.2)
用水路整備	(1)	(0.6)
推肥の臭気	(1)	(0.6)
医療	24	14.7%
健康診断	(21)	(12.9)
予防接種	(1)	(0.6)
医療機関設置	(2)	(1.2)
食生活改善	13	8.0%
レクリエーション	9	5.5%
スポーツ	(5)	(3.0)
レクリエーション	(3)	(1.9)
旅行	(1)	(0.6)
衛生教育	5	3.1%
良いリーダーが欲しい	4	2.5
農休日	3	1.9
現状の資料を欲しい	2	1.2
労働加重の防止	2	1.2
社会保障	1	0.6
道路の整備	1	0.6
合計	163	100%

() 内は再掲

指導者は市の職員となり、医師も退職し開業医となったため診療所も閉鎖されて中止されてしまった。

III. 調査成績、総括

A. 地区組織活動について

現存する組織は表1に示す7団体である。加入状況は

全世帯加入のためまををとっている部落会が最も多く、167世帯で回答者の98.8%を占めている。婦人会は加入者がやや減少の傾向にある。会合の出席状況は「必ず出る」ものが多くどの団体でも60%以上である。各組織の活動が合併前後において変化したか否かについての意見からみて、全体的には活動は活発になったように見られるが、一部の会員の動きによるものであり、多くの会員が協力して活動しているのではなく、多くの会員が協力して活動しているのではなく、多くの会員が協力して活動しているのではないかと考えられる。また地区の良い指導者がいなくなったこ

表5 保健衛生の会の役員に推せんされたら

() 内は%

	よろこんで する	仕方なく する	やめたい	わから ない	合計
30~39	12 (34.3)	16 (46.7)	6 (17.1)	1 (2.9)	35 (100)
40~49	17 (32.7)	23 (44.2)	11 (21.2)	1 (1.9)	52 (100)
50~59	21 (39.6)	19 (35.8)	12 (22.7)	1 (1.9)	53 (100)
60~70	10 (34.5)	17 (58.6)	2 (6.9)	0	29 (100)
合計	60 (35.5)	75 (44.4)	31 (18.3)	3 (1.8)	169 (100)

表6 レクリエーション参加種目

	バレー ボール	テニス	ピンポン	体操	その他
村の時	93	—	2	3	6
現在	57	—	—	—	2

* 2種以上回答したものは重複けいさいしてある種類について回答あったもののみ集計した

とは大きな損失といえる。他地区との関係が多くなったことを活動の範囲が拡がり、良いことであると考えられるものと、複雑になったことを嫌うものがある。今後の問題として良い指導者を求めていることと、住民の自覚をうながすことを訴えている。

B. 保健衛生活動について

保健衛生活動の中心となっている組織については、村のときも現在も部落会と答えているものが多い。今後の活動も部落会に期待がかけられている(表2)。

保健衛生上とり上げられた問題で最も良いと思われることは、村のときも現在も昆虫駆除が最も多く、回答数の約半分を占めている(表3, 4)。今後とり上げられて行きたい問題について表4に示すごとく、環境衛生とくに昆虫駆除が多い。保健衛生上の問題をとりあつかう会

の役員になった場合に、順番制のためもあると思われるが、なった以上は引きうけるものが多い。特に嫌がることはないと考えられる(表 5)。

C. レクリエーションについて

表 7 意見の内訳

何 が	65	
バレーボール	21	
旅 行	19	
盆おどり	14	
農 休 日	2	
そ の 他	9	
内 訳	(スポーツ関係)	(4)
	趣味的なもの(生花, 俳句 etc.)	(4)
	コーラス	(1)
どのように	13	
余暇を作って	7	
体育大会を	2	
みんなで	1	
婦人会中心で	1	
部落長が音頭をとって	1	
指導者を作って	1	
バレー	みんなで日常生活のうちで(11)	29
	現在のように体育大会で,(12)	
	婦人会部落会青年会中心で(3)	
	出張所が中心で(1)	
	その他(2)	
旅 行 を	婦人会で(3)	9
	部落会で(2)	
	どこかの組織で(2)	
	個人で(1)	
	気の合った同志で(1)	
そ の 他	6	
合 計	122	

参加状況は村のときが 65.1%、現在が 42.6% で村のときの方が多い。参加したものは、いつも大部分が面白いと感じている。参加種目はバレーボールが主となっている(表 6)。

現状は体育大会に部落の代表選手が参加する形式となり、皆で楽しむものではなくってきている。今後の希望は、バレーボール、旅行などを地区組織の活動として皆で楽しむようにして行きたいとしているものが多い(表7)。

D. その他保健衛生上の問題点としては

合併以前は住民の健康第一の行政を村の指導者が積極的に取りくんだが、合併後は診療所の閉鎖にみられるように、保健衛生面に関して一歩後退している。これはその地域の指導者が市職員の形で奪われ、地域の特性に合った指導が失われたことにより、地区住民の活動が停滞したためと考えられる。今後望むこととして、環境衛生面では下水の整備、昆虫駆除、診療所の再開などがある。

〔質問〕 山本 (開業医) 地区活動に於ける開業医の役割は重大だと思うが、農村に於いてはこれをどのように取り上げていたか。

〔答〕 榊原 (横市大公衛) 調査地区にも開業医はいるが、住民との接触は少い。診療の面だけを取り上げて見ると、周辺に開業医もまた病院もあり不便はない。しかしこの国保診療所にいた以前の医者は積極的に地区活動に取り組んでいたために、このような問題が提出されたものと考ええる。

〔追加〕 橋本 (公衆衛生院) リーダーのみの組織活動でなく、地区住民の問題を如何にとりあげていくか、またその計画に正しい技術的な方向をいかにとり入れていくかの2点で、今後実践的に真剣にとりあげるべき課題である。

次号 (第 27 卷 第 11 号) 予告

特 集	社会医学シンポジウム「地域開発と住民の健康」	
	社会医学研究会の新しい試みと反省.....	大 平 昌 彦
	経済開発と健康度の地域ならびに階層格差.....	東 田 敏 夫・他
	堺臨海工業地区造成をめぐる社会医学的問題.....	東 田 敏 夫
	水島工業開発を中心とした岡山県南広域都市.....	黒 田 健・他
	四日市市を中心とした地域開発.....	吉 田 克 己・他
	四日市市における地域開発とこれに伴う社会医学的諸問題.....	水 野 宏・他
	総 括 討 議	
綜 説	国民栄養の現在と将来 その1.....	富 士 貞 吉
原 著	奄美大島におけるハブ咬症の治療の現況.....	沢 井 芳 男・他
	昭和37年度名古屋市における赤痢菌の菌型と薬剤耐性.....	落 合 国 太 郎・他

末梢血管拡張作用を併有する 脱コレステロール

持続性血行ビタミン剤

ヘキサニコシット

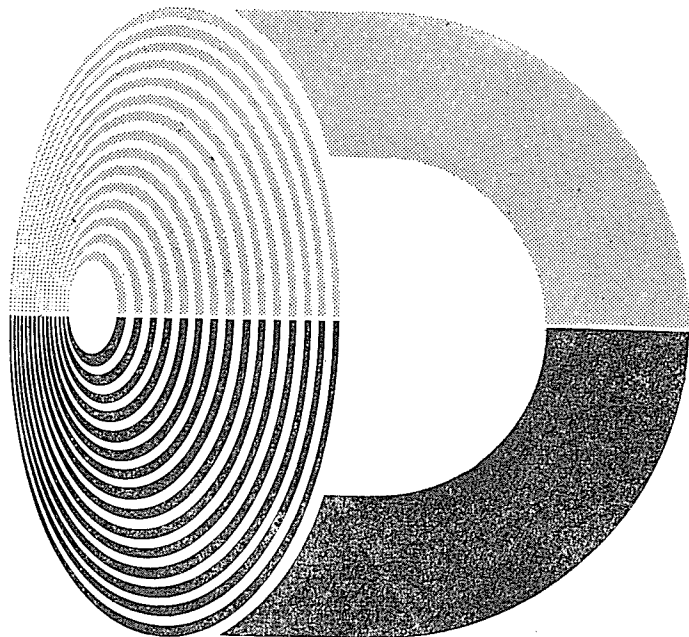
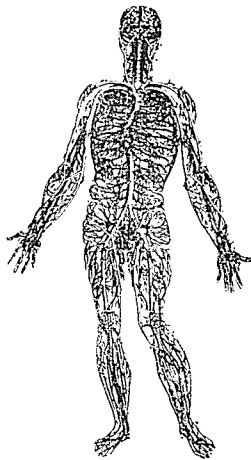
【**健保新採用**】

- 【本質】 メゾイノシトールヘキサニコチネート
- 【特長】 ○本剤はニコチン酸とイノシトールの両作用を、エステル結合によって合理的に発揮できるようにした新製剤である。
○すぐれた末梢血管拡張作用があり、その作用はニコチン酸単独投与の場合に比し、緩和で、しかも持続的である。
○プラスミン活性化作用をもち、血栓溶解、抗凝固作用を有する
○脂質代謝異常の改善作用を有する。
○大量投与が可能であり、ニコチン酸単独投与の際にみられるような不快な副作用はない。
○広範囲の適応を有する。

【包装】 100錠, 1,000錠, 1,500錠

薬価基準 | 1錠 8.50円

▽文献送呈△



ベサリウスのファブリカから



提携 スエーデン、ボフォース ノーベルクルート社

製造 吉富製薬株式会社
大阪市東区平野町3-35

販売 武田薬品工業株式会社
大阪市東区道修町2丁目27 H-A-2

団地住民の地域公衆衛生活動

村 田 篤 司* 清 水 栄 一 永 倉 正 敏
 布 施 知 恵 子 南 雲 登 渡 辺 久 子
 木 脇 ナミエ 佐々木 富士枝 浅 野 敦 美
 西 村 篤 小 河 内 忍 一

I. はじめに

保健所が保健行政を進めるとき、その対照地域の性格、態度を認識することが出発点である。われわれはアパート群、一般住宅より成る一町内を調査し、それぞれの家族構成と社会的諸条件、町内会組織への参加度、関心度、環境衛生、保健所、医療機関への態度について若干の知見を得たので報告する。

II. 調査対象地区

当地区は面積 0.14km²、世帯数 820、人口 2,850、平均世帯人員 3.4 人、人口密度 20,357 人/km² である。アパート群 27 棟中、3 階建 24 棟、4 階建 3 棟、内社

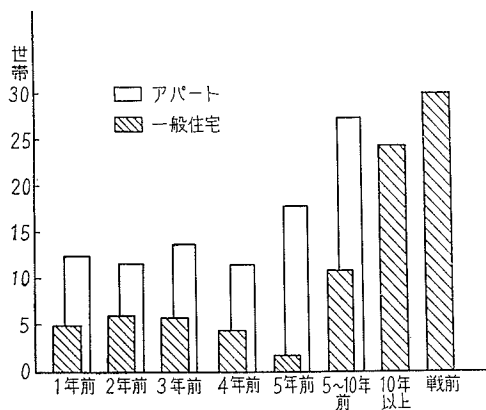


図 1 住居別入居時期

宅 25 棟、独立寮 1 棟、建売り 1 棟である。当団地は、その殆んどは社宅で占められ、またその各棟が異なる会社の所有であることが、他の団地と異なっている。

地区医療機関は大学附属病院 1、診療所 3、かつ近隣には多数の医療機関を認める、地区内組織としての町内会、婦人会、子供会などは連絡機関としての性格が強く、衛生班活動も下水清掃後の薬剤散布、殺虫剤の配布

* 国立公衆衛生院微生物学

等を行っているに過ぎない。

国保加入者は全住民の 14.3% で当地区住民の殆んどが健保加入者で占められている。人口構成は、アパート群では乳幼児及び 25~40 才層が厚く、老人層が薄い。これに対し一般住宅では乳幼児が少く 15~30 才層老人層が厚い。36 年度所得申告台帳より、年間収入 90 万以上の世帯数は 15.4% を占め、内 74.2% がアパート群によって占められる。

III. 調査結果

質問票式個別訪問面接法によりアパート群 97 世帯、一般住宅 88 世帯計 185 世帯を調査し、対象は主に主婦 (88.6%) である。まず居住年数及び永住性をみると、

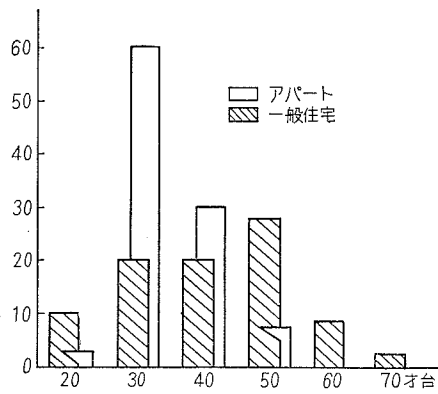


図 2 住居別主なる働き手の年代

(図 1)、アパート群では 70% は居住 5 年未満の世帯で、毎年 13% 内外の移動がみられる。これに対し一般住宅では 10 年以上居住世帯が 61% を占める。永住性では社宅であるアパート群では当然不明だが、一般住宅では 63% が「永住見込みあり」と解答している。

家庭の収入源たる主な働き手の年代 (図 2) はアパート群では 30~40 代に集中し (94%)、一般住宅では 20~60 代までの各年令層に亘ってみられる。それらの学歴

は前者では大多数(97%)が高卒以上で、更に大学卒のみをとっても64%と高い。後者では小卒より大卒まで平均した分布を示している。従って職業にもそれが反映し、アパート群では管理的職業事務従事者に集中がみられる。

近隣関係の1例として留守依頼をとり上げてみるとアパート群では留守依頼を行なうものが78.4%で一般住宅の58.0%よりも高い。これは住宅構造、家族構成に非常に影響をうけていると思われる。

地区組織(町内会)への加入率はアパート群73%、一般住宅93%を示しているが、社宅棟で一棟、一棟が団体加入をとっており、個人的結合は弱いと考えられる。任意加入をとっている婦人会へはアパート群からの加入は一世帯を数えるに過ぎなかった。町内会主催の催物への参加率は全般的に低く、一般住宅約38%を示すもの

難い。

当地区一般住民検診の受診率は昭和36年33%、37年56%であった。調査対象家族の健康状態は、過去1年間の罹病では特に認むべき所見はない。また何等かの形で診療を受けたものを除き、過去1年間全く医師の診療を受けなかったものは調査対象総人員(910人)の12%であった。また健康診断受診希望をみると受診希望あるものは35%で、その半数は主婦であった。

罹病時の医療施設の利用状況は、殆んどが近隣の診療所、病院を利用し、その理由は近距離、往診の便、信頼感によるものが多い。

IV. むすび

1. 社宅としてのアパート群では人間的接触が比較的強く、またそこに特別な無理も見出せない。しかし、こ

表1 保健所へ行った目的

	予 防 種	妊 娠 談	乳 幼 児 相 談	健 康 相 談	母 子 手 帳 交 付	犬 の 予 防 注 射	受 講	陳 情	そ の 他	計
一 般 住 宅	12	3	5	24	1	2	1	2	2	52
ア パ ー ト 群	56	3	11	11	0	0	0	0	0	81
計	68	6	16	35	1	2	1	2	2	133

の、アパート群では3.8%と著しく低い。町内会活動への希望の有無に於いてもアパート群では17.7%が希望を示したに過ぎない。一般住宅では37.5%が希望を述べた。また町内会役員就任の意志は、両者とも「困る」と云ったものが多く、アパート群90.3%、一般住宅74.4%を示した。その理由としてはアパート群では無関心と思われる答えを示したものが36.9%と最も多く、多忙を解答したものは23.1%であった。一般住宅では多忙が59.0%と最も多く、無関心は6.57%であった。

環境衛生に関しての日常のニードについては、アパート群では、蚊、ゴキブリの駆除、一般住宅では同じく衛生昆虫の駆除及び、便槽吸収回数増加を望む声が多い、3年前より一般住宅では連日塵芥収集車による回収が行われているため、蠅の発生は激減した。

保健所利用については、アパート群に利用度が多いが、その内容は予防接種が多数を占めている(表1)。保健所利用が自発的に行われたと思われるものでは、アパート群では利用者の35%、一般住宅では42%を占めているものの、例えば進学時の健康診断の如く必要に迫られてのものも多く、必ずしも積極的意欲があるとは認め

れは一棟内での連続であって別棟の間には不連続、孤立性が認められる。即ち棟内の近隣関係は利害、関心の一致があるものの、棟対棟には近隣関係を結びつける必然性が存在しない故だろう。

2. 町内会組織への関心は殆んどなく、単なる広報連絡機関として受けとられているに過ぎない。特にこれはアパート群で強い。このことは地区組織活動以前の問題であり、組織育成に当って考慮しなければならない。

3. 居住年数の長い一般住宅に比し、どうしても短くならざるをえない社宅では、永住性も考えられない。またこの地区では購売圏等の交流もなく、一町内に2つの性格の異った集団があることになる。

4. 保健所については、その業務への理解も少く、且無関心なため、その利用も健康診断的業務に限られている。

5. 医療機関利用をみると、地元医療機関との関係が比較的密接である。特に多発疾患も認められず、アパート群では社宅への保健上の配慮が僅かながら見うけられた。

大阪市と名古屋市との衛生行政比較

——地域開発と大都市の衛生行政——

小 栗 史 郎* 山 田 俊 円**

衛生行政分野は近年とみに業務が増大してきたが、その割合には、人員と財政がのびていない。また、保健関係では医療に依存する傾向が強くなり、管内に固有な問題に対処する能力を失ってきたと指摘されているし、病院関係では独採制への傾向があるとされている。これらの実状を大阪市と名古屋市とをとりあげて、財政面で比較分析した。

大阪市より総額では低く、衛生費総額では、約 1.4 倍である。このことは表 1 の注で明らかなように、名古屋市が合併 2 区により 1 保健所と 1 支所、2 市立病院を増加したという特殊事情から当然とはいえ、それだけの増加率をもってもお、市民一人当りの予算額が少いということは見逃せない。

I. 両市衛生費の総体

38 年度、両方の純歳出予算総額に占める衛生費総額

II. 保健衛生費と病院費

衛生費総額を、普通経済（大阪市）、一般会計（名古屋市）と特別経済（大阪市）特別会計（名古屋市）とに分

表 1 衛生費総額の比較

	38 年度純歳出 予算総額(千円)	37 年度当初 比増加率 %	38 年度衛生費 歳出予算総額 (千円)	37 年度当初 比増加率 %	38 年度衛生費の 対総額比 %	38 年度人口 1 人当衛生費 (円)
大 阪 市	150,959,917	235	3,898,765	240	2.6	1,235
名 古 屋 市	65,443,184	208	2,107,815	323	3.2	1,159

- 注 1. 予算総額は、普通経済（一般会計）、特別経済（特別会計）および公営企業会計の純計であり、衛生費も同じく純計である。
2. 大阪市の人口は、37 年 11 月推計で 3,156,300 人、名古屋市の人口は、38 年 4 月推計で、1,817,349 人である。
3. 名古屋市は 38 年 2 月、守山市（人口 67,073 人）同年 4 月鳴海町（人口 39,701 人）と合併し、1 保健所と、1 支所、2 市立病院が 38 年度より増加した。

表 2 保健衛生費と病院費

	大 阪 市	名 古 屋 市	
保 健 衛 生 費	総額 (千円)	2,474,702	1,478,662
	増加率 %	29.4	27.9
	人口 1 人当 (円)	783	813
病 院 費	総額 (千円)	1,424,063	629,153
	増加率 %	13.8	1,645
	人口 1 人当 (円)	451	346

注 1. 両市の衛生費総額は表 2 参照、また人口は表 2 注参照

表 3 保健衛生費

	大 阪 市	名 古 屋 市	
第 1 部	総額 (千円)	2,144,640	1,354,062
	増加率 %	21.0	26.9
	人口 1 人当 (円)	679	745
第 2 部	総額 (千円)	330,062	124,600
	増加率 %	1,640	39.2
	人口 1 人当 (円)	104	68

注 1. 両市の保健衛生費総額は表 3 参照

の割合は、名古屋市の方が多いが、人口 1 人当りにすると大阪市の方が 76 円多い（表 1）。また、37 年度当初予算よりの増加率（以下増加率と略す）は、名古屋市は

* 名古屋市衛生局

** 大阪市衛生局

け、前者を便宜上「保健衛生費」、後者を「病院費」と名づけて比較すると表 2 となる。これによると大阪市の保健衛生費が衛生総額の 63.5% をしめ、病院費にくらべて増加率 2 倍強である。それに対し、名古屋市は保健衛生費が衛生費総額の 70.4% をしめ、この増加率は大阪

表4 保健衛生費第1部物件費

	大阪市		名古屋市	
	総額(千円)	人口1人当(円)	総額(千円)	人口1人当(円)
衛生費	6,045	14	15,952	9
予防費	989,499	313	546,215	901
保健所費	2,057	30	93,854	52
養成所費	17,264	0.6	349	0.0
衛生研究所費	1,107,623	5	12,480	7
計	1,107,623	350	668,850	369
物件費の第1部に対する率	51.6%		49.4%	

表5 衛生費歳入予算の総体

		大阪市	名古屋市
衛生費	総額(千円)	3,898,765	2,107,815
	増加率	24.0	32.3
	百分率	1,000	1,000
特定財源	総額(千円)	2,273,862	1,222,539
	増加率	27.3	37.1
	百分率	58.3	58.1
一般財源	総額(千円)	1,624,903	885,276
	増加率	18.4	26.2
	百分率	41.7	41.9

表6 保健衛生費の財源

		大阪市	名古屋市	
第1部	特定財源	総額(千円)	910,373	571,700
		増加率	24.1	25.1
第1部	一般財源	総額(千円)	1,234,267	782,362
		増加率	18.7	28.4
第2部	特定財源	総額(千円)	237,774	104,400
		増加率	2,650	92.7
第2部	一般財源	総額(千円)	92,288	20,000
		増加率	-21.4	-42.8

市より低いにもかかわらず、人口一人当りの金額は大阪市より多い。

III. 施設整備費が保健衛生費の最重点

保健衛生費を大阪市の区分、すなわち第1部(維持経理)と第2部(施設整備)とに分けると表3のようになる。すなわち両市とも第2部は第1部より増加率が多く、とくに大阪市では前年度より164%の増大である。名古屋市では東市民病院の施設整備に力を注いでお

表7 特定財源の内容(1) 保健衛生費

	大阪市		名古屋市	
	額(千円)	百分率	額(千円)	百分率
総額	1,148,147	100.0	676,100	100.0
財産収入	756	0.0	70	0.0
使用料	72,522	} 14.0	20,498	} 14.4
手数料	85,703		77,214	
国庫支出金	702,907	61.3	343,784	50.7
府県負担金	1,931	0.2	693	0.1
財産売却代	221	0.0	-	-
雑収入	74,107	6.5	123,581	18.3
繰入金	210,000	18.3	110,000	16.3

特定財源の内容(2) 病院費

	大阪市		名古屋市	
	額(千円)	百分率	額(千円)	百分率
総額	1,125,715	100.0	546,439	100.0
使用料	856,219	76.0	451,708	82.6
手数料	1,690	0.1	1,114	0.2
雑収入	7,806	0.7	3,617	0.7
繰入金	260,000	23.1	90,000	1.65

- 注1. 名古屋市では、伝染病院費、学童保養園費の収入は、診療収入という科目名になっているが大阪市にしたがい使用料にいった。
- 注2. 大阪市の繰入金は小児保健センター整備費2億円、と畜検査所整備費の1千万円でいずれも市債である。名古屋市のそれは公害対策費の貸付返還金1千万円、衛研改築費の市債1億円である。

り、大阪市に比して少いにしても、衛生研究所の改築に1億円を組んでいる。大阪市の施設整備費の増大は、2億円余の小児保健センター整備費が主であって、大阪府の成人病センターに対応する構想が立てられている。

IV. 維持経理費の特徴

保健衛生費の第1部、すなわち維持経理費では、すでに表3でみた如く、名古屋市の方が人口一人当たり66円多く、増加率も大きい。この内容は表4で示されている。この場合、各科目の件費は比較出来ぬため、物件費だけを取り上げ比較した。衛生費が名古屋市に多いのは、衛生思想普及費、即ち名古屋市保健委員制度へ費用のためである。

V. 歳入予算の比較

A. 衛生費総額の歳入特徴

衛生費総額の歳入予算総額は表5のようである。両市

とも一般財源が約 4 割、特定財源が約 6 割であつて、一般財源は衛生費以外の他の科目にくわれ、財源は特定財源にしわ寄せされている。このことは、特定財源の増加率が一般財源のそれを上まわっている点から推察できる。表 6 は保健衛生費をさらに第 1 部（維持経理）と第 2 部（施設整備）に分け、それぞれを財源別に比較したものである。際立った特徴として、両市とも第 1 部の一般・特定財源の増加率に著しい差違のないのに、第 2 部では一般財源の縮小、特定財源の増加、しかもその両方の率が非常に顕著なことである。この特定財源の増加は、殆んど公債費であり、表 7 の(1)注 1 でその内容が説明されている。

B. 特定財源の内容

更に特定財源について、その内容を両市比較すると表 7 の如く、保健衛生費、病院費、それぞれ次のような特徴を示している。すなわち保健衛生費では、最大の収入源が医療支出金であり、両市とも特定財源の半分以上、保健衛生費全財源の約 1/4 を占めている。歳出予算では結核予防費と保健所費にその大部分が組まれていて、この両方で保健衛生費第 1 部歳出予算の物件費中 60% 強をしめている。名古屋市の雑収入 18.3% は目立っているが、これは主として予防接種の料金である。大阪府が、12,594 千円減を見込んで、38 年度より定期的予防接種を無料ですること踏みきったのと対照的である。公債は病院のような特別経済ばかりでなく、保健衛生費の施設整備にも使われている。一般財源が圧縮され、医療支出金、市民の直接負担でもなお財源を得られなくて、公営企業化してきた傾向を示す。

VI. 調査結果

A. 衛生費全体では、両方とも市全予算ののび（大阪府 23.5%、名古屋市 20.8%）より上まわっている。こ

の衛生費ののびの主要因は、施設整備費である。しかしながら財源の面からみると、両方とも一般財源ののび（大阪府 18.4%・名古屋市 26.2%）は特定財源ののび（大阪府 27.3%、名古屋市 37.1%）より低く、とくに大阪府の一般財源ののびは低い。

B. すなわち予算ののびは、大阪府では病院費が低く（13.8%）、名古屋市では保健衛生費は低い（27.9%）。また一般財源ののびは両市とも保健衛生費は低い（大阪府 14.8%・名古屋市 24.5%）。病院費は独採制に近く、殆んど特定財源、しかもそのうちの診療収入を唯一の財源としている（大阪府 60%、名古屋市 71%）。保健衛生費も特に特定財源に依存する傾向が強くなっている。

C. この傾向は施設整備に著明にあらわれており、その財源は市債に求められている。保健衛生の維持管理面は特定財源の半分以上（大阪府 61.3%、名古屋市 50.7%）を医療支出金に仰ぎ、その大部分は結核予防費、保健所費として、維持経理歳出予算の物件費のうち 60% を占めている。

以上はほんの断面だが、これから見ても、衛生費にも、投資的経費優先、受益者負担の収入の増大（大阪府では抑制されているが）、補助金事業の経済効率重点主義、地方債の収益事業債中心主義など地方団体が民間企業に近くなった面をみることが出来る。この傾向は 35 年以降の貿易自由化、地域開発の経済再編の動向の一環とみなされよう。

参考文献

- 1) 国民衛生の動向：厚生指針、9 (10) 13, 82, 1963,
- 2) 吉田震太郎：世界、208 号、199, 202, 1963,
- 3) 富田嘉郎外：名古屋、64, 有斐閣 1961,
- 4) 柴田徳衛：宮本憲一、地方財政 182, 有斐閣 1963,
- 5) 大阪府衛生局、大阪府教育委員会：小児保健センター計画案、1962,
- 6) 広島英夫：公衆衛生 24 (4), 196, 1963,

千里ニュー・タウンにおける保健医療計画の実施経過について

金 田 治 也*

千里ニュー・タウンの保健医療計画の構想については、既にいくつかの発表がなされている。その後この具体化と管理運営の問題に関して、府衛生部、府企業局、府医、歯、薬剤師会の代表 12 名で構成される千里丘陵住宅地区保健医療委員会が発足し、爾後、行政当局のみ

* 大阪大学公衆衛生学教室

ならず医療担当者をまじえた合議の上で本事業が推進されつつある。現地では既に B, C 両住区の一部が完成して入居し、C 住区診療所が開設されて、内科医、外科医、歯科医、保健所保健婦各 1 名が活動している。しかし、この診療所には種々の不合理な事態があり、当初の計画の理想は実現されていない。計画作製にあたって構想され

た要点と現状とを対比しつつ、問題点を報告する。

1. 計画では中央病院—地区病院—住区診療所を適正配置して、合理的診療を行ない。またそれぞれに保健予防施設を併設して、総合的な保健医療サービスの実現を図っている。

現状では診療所の設置場所、時期、規模等ほぼ計画通りに進行し、周辺にも計画に影響を及ぼす程の病院の増、改築は行われていない。ニュー・タウンに医師が入居して開業するという問題については、今日の医療制度下では医師の自由開業を規制できないが、一般住宅の入居選定の際、入居を希望する医師に説明して、了解を得るという方法がとられている。幸い現在のところ開業した者はいない。「町びらき」当初は夜間の救急医療が大きな問題となり、現在でも診療科目の点では住民の要望を満していないが、これらは過渡期的問題にすぎない。問題は今後なお住区診療所に優秀な医師が得られるかどうか。保健と医療の一本化が実現しうるか否かである。C住区診療所開設後1年近い現在、入居医師が得られな

表1 C住区診療所医師入居時費用
(某医師の場合)

敷金(12ヵ月分)	456,000円
医療機器具購入取付ケ費	550,000
所内諸設備費	71,055
共同電話設置負担金	7,945
改造費	62,000
計	1,147,000円

くて、放置されている診療室がある。今年末完成の予定のB住区診療所の場合には、1診療科当り数百万円に及ぶ高額な譲渡の方法がとられたため、入居希望の医師が得られないという事態を招いている。

2. 住区診療所を契約に基づいて開業医に貸与して、日常の外来診療を行わせ、常に住民の生活と深い接触を持ちながら保健予防活動を行う。このためには保健予防活動の報酬とみあうように賃貸料を低廉にする。またここで group practice を行うことによって経営管理の合理化と診療内容の向上を図り、高所得を確保して、優秀な医療従事者を集めると同時に診療所の優位性を保って開業医との競争をさせる。一方、病院は一般外来をとらず、その検査、診療施設は診療所医師の共同使用に役立たせるよう計画されている。このためC住区診療所医師募集時の入居条件は、住宅付診療所、敷金なし、診療所賃貸料月額1万24円程度ということであったが、現状(表1、表2)は非常にくいちがっていて、住宅使用費

と共に入居医師にとって相当負担になっている。また内部構造には入居医師の希望をとり入れるという計画も、入居決定の遅れと、あらかじめ検討する努力がなされなかったため実現されず、不備な点が多くて使用しにくく、患者からも苦情が出ている。こうした状況の中で、診療所管理運営上特に考慮されねばならぬ点もおろそかになっている。

1. group practice の問題

診療所開設時の困難な状況の中で医師達は自己の診療体制をととのえてきたが、診断、治療上の医師相互の協力、共同化、また共同経営の形式等は全く実現されていない。経営支出を抑えて、高い施設使用費や設備投資を償却していかねばならぬことや、いわゆる共同事業としての困難性が原因になっているのは勿論であるが、group practice を行うためにはまず必要な医師相互の良き人間関係も理解されていない。計画の理念を理解した上で入居医師の人選が行われたかどうか疑しい。診療所管理事

表2 診療所使用費
(昭和38年5月分某科医の場合)

診療所賃貸料	38,000円
水道使用料	未定
電話	1,267
電気	1,631
ガス	931
清掃ゴミ取り料	870
計	42,699円

務を行うために設けられた理事室、事務室は全く使用されなくて放置されている。医療施設、器械器具の共同設置の前にたちはだかっている問題、すなわち、物品の選定や、各人の負担をどう決めるか、契約解消の時は原価計算をどう行うか、新たに入替った医師が既存の器械に不満足の際は、どのように処理するかといった問題を解決して管理運営してゆくような組織や機構は全くない。当初計画されていた特殊な法人について検討する必要がある。

2. 保健予防活動の問題

調査の結果では乳幼児健康相談や予防注射を現地で行って欲しいという希望が多く、駐在保健婦に対してもそのような要求が直接よせられている。このため保健所は数回にわたって入居医師と話し合い、乳幼児保健管理上の協力体制、予防注射の委託実施等実現してきたが、診

療所経費分担の方法に関して、両者の意見は一致せず、医師達はますます単なる開業医として遇されて、行政当局への不満を増している。保健予防活動を協調して行うための財政や機構上の考慮は殆んどなされていない。

以上述べてきたように当初の計画の理念は全く生かされていない。この原因はまず千里丘陵住宅地区保健医療委員会の活動の停滞と遅延に求められるのではあるまいか。予算内で建設工事をし、一日も早く投資資金の回収を図って、管理運営を他の手に渡していかねばならぬ大阪府企業局の事情と、府医師会の態度の相違が、常に計画の推進をさまたげてきたことは確かであろう。医師の立場から、官僚統制を排除するという旗標をかかげつつより良き入居条件を獲得するための努力がなされたのも確かであろうが、それが賃料の問題に集中されて、保健と予防の結合や、group practice を通じて医業経営の能率化、合理化を図るなどの新しい医療形態への理解はどのようになされていたのであろうか？ 現状のみから判断すれば、そうした努力はなおざりにされていたのではなからうか。

要するに計画にかげられた理想を実現するためには、計画に属する医師が、計画外の医師と競合する現象が起らないという配慮が必要である。住区診療所に保健予防活動を行うという公的な性格を持たせ、そのかわりに経営支出を低く抑え、収入は合理的に高く保たせるという当初の計画に立ちかえらねばならない。委員会で企業局提案の壁が破れなかったことは、この点に失敗しており、また group practice や保健予防活動の実施策が計画通りに行われなかったことは、逆にニュー・タウンの医療活動の特殊性をなくす結果となり、企業局に対して要求する力を弱めた結果になっている。かくて建設中の住区診療所に応募医師が得られないという当然の行きづまりをきたし、事態はいよいよ混乱してきつつある。

ニュー・タウン建設は急ピッチで進行し、住民達は高性能の医療と、それに結びついた保健予防サービスの実施を期待している。千里丘陵住宅地区保健医療委員会に於いて、当初の計画が再検討され、本来予定されていた機能を十分に行いうる対策をたてることが必要であると思われる。

文 献

- 1) 大阪公衆衛生協会：千里丘陵住宅地区保健医療福祉計画，昭和 36 年，2) 朝倉新太郎：新都市造成と保健医療福祉サービスの総合計画，公衆衛生，24 巻 12 号，3) 朝倉新太郎：千里ニュー・タウン医療機関計画の実施に伴う諸問題，公衆衛生，26 巻 4 号，

〔質問〕 曾田（公衆衛生院）① 医師数と入居人員との割合が時間的によつてどのように変化して来たか。② 開設後安定した状態に至るまでの時間の保障、または経済的な補助措置を考えているか。

〔答〕 関（阪大公衛） 演者の述べた現在の欠陥の原因の主たるものは、保健医療委員会に於いて、当初の計画が充分にとり入れられなかった点にある。

特に計画の中の新しい医療の考え方は企業局の側には、極めて不十分な理解に止っていたものであろう。

〔質問〕 井上（名大衛生）① ニュー・タウンの患者の何%が診療所を利用しているか。② 住民が住区診療所に受診するのを嫌うことがあるか。

〔質問〕 原（大阪府立公衛研） この保健計画並びに活動に、一般住民は、組織的にはどのように取り組んでいるか、また今後の見通しは。

〔答〕 金田（阪大医公衛）① 詳しい資料はないが、昨年10月に診療所を開設した当初は利用者も少なかった。現在では例えば内科で新患 15 人、継続 50 人、昼往診 6 件、夜往診 2 件程度で、外科も大体この程度だ。ただ乳幼児疾患が多く、これは健保家族で点数も低く忙しいだけだ。結局医師は充分とは云えない。補助の件について、最初の計画では採算のとれるまでは公的な機関で運営することになっていたらしいが、その計画はなくなった。それでその辺の条件は全く悪い。

② 普通の団地では地区組織は育ちにくいがこのことは最初から、悪道路とか夜間の急救問題で知事に陳情したりして自然に地区組織ができた。そしてそれが衛生行政の地区組織活動をはじめていて積極的だ。利用度の問題は大体 80% が利用して、残りが昔からの関係とか、専門医の関係で外を利用している。医師の性格により勿論差違はあるが、わがままから外に出る者はいない。

地域開発に伴う社会医学的諸問題の背景

橋 本 周 三*

今日の地域開発は、地方的な色彩よりも、国から与えられた国家的な政策においての方が強い。というのは、一般的にみて、地方自治という現実、多かれ少なかれ地方の独自性というものより、法にもとづく国家的な事務におわれ、地方財政からみても、国或は都道府県の財政的援助のある事業の消化に精一杯で、地方住民の欲求とかなりちがったものであることもある。地方開発は地方自治と結びつくべきものであると思うが、これらの問題にふれるのが本旨でなく、地方開発にともなう社会医学的諸問題の背景を現行政法を中心に農村の低開発地域の実態をみてゆきたい。

地域開発の姿は、これまでもそれなりにその地方にある産業の助成、或は観光都市としての進展といった形で地方独自の力で進められてきた。しかしこれら事業に対して、これまで国は積極的な援助を与えてこなかったところが、現今の地域開発ムードは、低開発地域工業開発促進法、或は新産業都市建設促進法といった形で進展し、その中心は、工場誘致という一点に集約されそうである。

この影響は、簡素な農業地域にまで及び、その指定を受けるべく、陳情合戦となっているが、この誘致に至るまでに、総合的な都市計画があるでなし、誘致しようとする工場が何であろうと無頓着である。ただそこには工場誘致にともなう表面的都市形態の思惑のみである、それ故、工場誘致に附随するかも知れない公害問題、或は環境衛生に関する施設計画は論外であり、また現公衆衛生関係法からみても、何の介入の余地も残されていない。そして、発生した問題に対して、住民の声があがらない限り、行政的処置が講ぜられないのが現政治上の常である。そしてこの科学の発達した時代にその予測を行政に反映させるような仕組みになってもいいのが、現代の科学行政である。

単に地方開発というムード以外にも、現代の生活革命の流れは、生活環境整備計画等夢の如き農村に潮の如く押寄せ、その先端的な公共的施設、或は地方開発の推進力の中核となる企業体施設の近代的建設が、きそって建てられるが、この近代施設の影にはし尿浄化槽の問題がある。殊に近代施設を先駆として発展して行く農村にお

いては、その都市計画は勿論、下水計画に至っては、無に等しい故に、その放流水に計画性をもたせるどころか、ある水路に勝手気ままに放流されているのが現状であろう、それ故、都市の進展にともない、その放水路が閉鎖されたり、密集人家の中心を流れざるを得なくなったりして、社会的な問題に発展しても、利害相対して悪循環をくりかえしている。

この近代文明の進歩と行政計画のアンバランスが解決しない限り、環境整備の成果を期待することは出来ないであろう。

このし尿浄化槽の設置は、届出制度であるため、設置者はその施設に着手する以前に都道府県に届出する義務があり、指導員はこの届出によって、その施設を指導するたてまえになっている。しかし多くの場合、届出があった時には、その施設が使用されていることが多く、たとえ不備があったとしても、指導員の技術的制約より、現実的な実利的営利的な実情の方がより強い人間的意志をもっている。また浄化槽のみの建設は総合的指導ができるが、建物と同時に作られる場合は、建築士の責任において、建築確認証においてその建設は許されるため浄化槽の内部構造に主眼がおかれ、放流水路の計画性をかくことが多く、より多くの問題を残すことがある。

この社会的な矛盾は1例に過ぎず、現環境衛生関係施設の認可制度に一般に通じ、この認可は、出来上った施設に許可を与えることが建前であるため、多くの場合、その設置者はその法的施設規準を認知しないままに、建築が進められ、完成されたあかつきには、1日も早く使用しようとする。ところが、医療施設にしても、多くの環境衛生関係施設にしても、この指導監視に当るものにしては、より完全な施設であることが当然であり、そのためいくたの努力がはらわれるのであるが、設置者と監視員の相対する問題となり、悪い意味での政治問題に発展しやすく、その防止策として、法的規準の不履行となることがある。この監視の認可の跛行的行政は、ある意味で法的規制が私権化されるおそれを含んでいる。このことは行政手続きの上に於て、科学的根拠を尊重するよりも、より形式的な書式にその権威が認められるような行政事務の在り方の改善がなされない限り、真の科学行政は生まれてこないであろう。

* 和歌山県岩出保健所

現代の自然科学或は社会科学は、社会生活のあらゆる過程において発生する健康阻害的な条件が予測されているにもかかわらず、その防禦方法に対する努力は無に等しく、その問題が社会化されなければとりあげられず、多くの場合、生産性の影にかくれてしまうことが多い。このことは毎日新聞の社説（昭和 38 年 3 月 21 日）で、“地方開発を本格的に進めるためには……それらの地域の各種立地条件や住民の福祉、文化性等の総合的に考えたものでなければならぬ。工場を誘致しても工場の汚水、煙害など住民との間に摩擦を起こしたのではなんにもならない”と指摘している。また去る 6 月 18 日に開かれた国民生活向上対策審議会の生活環境部会での答申案にも“生活環境の悪化を防止するような人口、産業の地域的配分と生活環境改善のための主体的な条件として、地方自治の強化が考えられる。この場合、産業立地的観点から立案されていた諸計画を生活立地的観点から再検討を加える必要がある”と基本的方向を示している。このような観点とはまた別に、法的規制としての許可制、或は届出制にも先にふれた如く、何らかの問題があり、設備規準の施設に対しては、建設着手以前に相談が受けられるような制度にする必要があると思う。この方が、施設の改善命令、或は使用禁止等の行政処分を行うより、より親切な行政の在り方だと思う。

しかし、現代の科学がいかに発達しようとも、自然の生態は、より複雑であり、知識をこえた不慮の事故をひきおこすことである。それ故、住民の健康に予測されない事故の発生に対して、より早期に認知しえるような疫学的健康管理の体系が必要であり、地方的問題点の訳解し得る法的根拠が必要である。

なぜならば先に述べてきた如く、現行の行政形態が、国の施策の推進を計る縦割式、下達を主とする運営の仕

方であって、その地域に特有な疾病の発現に対して対拠出来ないのは勿論、地域開発に対する公衆衛生的関与も、改善へのあしがかりもないと同然であるからだ。

〔追加〕小田（長崎県衛生部）地域開発の計画に関して我々公衆衛生関係者の意見が無視されているのが現状だ。従って計画の当初から積極的に参加して行く努力が必要と思われる。

〔質問〕橋本（岩出保健所）以前に堺臨海工業ができるときに、それに対する対策審議会が大阪府独自でもたれていたという話だが、その後の発展が地域開発の形でどういうふうにくい込んでいるのかその実状を教えてください。

〔司会〕そのことは地域開発のところで、のちほど出てくると思うのでここでは保留にしたい。

〔答〕金田（阪大公衛）いかにして計画性のところまで、くい込んでいくような形のものを作り上げるかということに一番努力をはらわねばならないが、その手づるがなかなか見つからない。特に市町村と都市計画について話しても教えてくれなくて、こちらの知らないうちに工場誘地がされているという現実なのだ。

〔司会〕保健所長会議等でのような行政上のまずい点を指摘して衛生部長会議などにつき上げているのか。

〔答〕金田（阪大公衛）一番組織で問題になるのは全国保健所長会議での話し合いを聞いていると、法的規制というものがぬきにされてしまって、先に医学的な観点で議論される傾向があるということだ。そのために法を本体として行う行政機構に乗っていかないのではなからうか。討論のあり方も行政のところへいけばその範囲で問題の解決を考えねばならない。純然たる医学的な問題だけで、行政面にくいこんでいこうとするのは無理だ。

日本社会医学小史〔1〕

〔三題合同〕

水野 洋* 藤森 弘 南 吉 一

人間の生命、それは何ものにもかえがたい宝である。少くとも医学や医療に関与するものは、生命や健康を阻害する要因に対しては敢然と徹底的にたちむかわねばならない。しかし現実においては医師や医学研究者の良心的な意図にも拘らず、その時代の政治的経済的諸条件

* 大阪大学衛生学教室

によって強い影響を受け、本来の方向と相反する道さえ歩まねばならなかった。

こうした中で真に国民の立場に立脚した医学医療のあり方を求めて「社会医学」が提起され追求されてきたのである。その対象たる人間はあくまで現実の社会に生きる人間であり、その研究方法は基本的に社会科学をふま

え、社会経済的背景との関連において健康を脅かす諸要因を分析し、かつ除去していくものでなくてはならない。

われわれはこのような観点から「社会医学」の思想や斗いが芽生え発展してきた過程を把握することにより、今後の「社会医学」のあり方を歴史的な方法で検討したいと考え、本小史を論述する。

従ってここでいう社会医学小史は、いわゆる学問の歴史ではなく、明治以降の日本の社会の中で医学医療が国民大衆の生活にどのようなかかわりを持ち、一方国家政策がそれにどのような影響を及ぼしたかを中心に考察する。

今日なお「社会医学」については統一した見解がみられないが、単に概念の論争を重ねるのでなしに、歴史的反省から日本における社会医学を確固たるものにしたいと念願して、未熟をかえりみずとりくんだ次第である。

今日は最初の3章について分担報告し、諸賢の御批判を仰ぎたい。

第1章 明治期の社会労働問題と医学

水野 洋

明治維新期を経て日本が天皇制国家としての基盤を作り上げたのは明治22年、憲法発布の時点であり、更に資本主義国として発展して行くのは日清戦役後の明治30年以降といえよう。幕末の蘭学者は医学者であり且つ博物学者でもあったし、また鎖国下において海外の事情を多少とも知る機会を持っていた。倒幕開国の戦に参加した中から新しい医制下の指導者が生まれてきた。医学を学んだ大村益次郎が新時代の軍隊創設者として働き、この中に軍医制度が極めて早く確立する。明治5年徴兵令以後、徴兵検査の中で日本壮丁の健康の状況が明らかにされ、小池、森など官学出身の優秀な医官がこの分野に入る。だが軍隊は海外侵略と共に内国鎮圧の意義をもっており、それ故にこその集団の健康の問題が重大視されていたにすぎない。軍陣衛生学や軍陣医学行政の中で、病類表や環境衛生実験がなされたが、それも決して国民全体の健康のために応用されなかったし、まさしく富国強兵の線以外の何ものでもなかった。

一方衛生行政は当時コレラの国内侵入防疫が最大の課題であった。これに対処するため明治12年中央衛生会が出来ていたが、「衛生ノ事タル各人ノ急務ニシテ之ヲ政府ニ放任スベキモノニ非ズ」との発想から当時の衛生局と医界中枢とが公民一体という旗印の下に「大日本私立衛生会」が16年発足した。衛生啓蒙講演を中心に会合

が開かれ、各地方に支部が作られ機関雑誌も発行された。この会の主張は「吾人各自ノ健否ハ我国貧富強弱ノ関スル所ナリ。衛生ノ法豈講ゼザルベケンヤ」であり、ようやく確固たる方向をみすえた明治政府の方向に沿うものであった。

衛生行政の担者長と専齊は明治4~6年欧米を巡り、彼地の衛生状況を見聞して帰国したが、「総て開明ノ事業ト称スルモノハ皆健康ヲ害スルノ原因タラザルハナシ」従って「公衆衛生法ハ開明事業ノ分銅ニシテ、此法ヲ以テ其権衡ヲ利スルニ非ザレバ、開明百般ノ事業ハ偶々以テ国家貧弱ノ資トナルベキノミ」と述べている。16~20年前後の大日本私立衛生会雑誌上には下水、汚物処理等衛生工学上の解決の重要性が多く説かれているが実現させる力はなかった。コレラ防疫も検査実施で事をすませ、20年以後のコレラ、ペストの波状的侵入は下層階級にとどまり、従って対策もスラム地域の家屋破かい等により蔓延を防ぎ細菌学的検索が主流となる。

専齊は「衛生ト自治」の関連深きことを洞察し「地方自治ノ行フベキコト、衛生ニ関連スベキコトノミ」とまで論じユニークな地方自治のあり方を示しているが、21年明治政府のとった市制、町村制の公布は地方自治を地方豪農の手にゆだねる政策であり、衛生行政は警察行政の一環に確固とされてしまう。まさしく開明の事業は人民の健康を損わせ、悪化させ、専齊の洞察も、その推進基盤のない時如何ともしがたかった。

こうした明治政府の政策に沿って基本的には農民層の分解により賃労働者郡が形成されて行く。30年以前にはその労働の場は①繊維紡績業、②鉱坑山、③軍需産業を中心とした関連重工業に集約される。

明治初年から各地の製糸場、紡績工場は女子労働者を集めて発達し、19年には山梨県甲府の雨宮生糸紡績場ではストライキが既におこり、一方15年に操業した大阪三島郡の桑原紡績場は操業間もなく深夜業を開始し、大阪紡績もこの頃電灯使用による深夜業の基礎をきついている。寄宿制度がこの事を可能にし、又必要とされてくる。この時から女子労働者の問題が発生しているが、医学が取上げるのは明治末に至ってである。

炭坑労働者は初期には農民特に土地を失ったり、生活困難な農民が多かったが、10年以後深所採炭が行われだすと一層下層階級に拡大され所謂囚人労働、強制労働が出現する。生野鉱山では明治2年に一揆の騒擾が起っており、九州高島炭坑では21年雑誌「日本人」によって「高島炭坑ノ惨情」が社会問題化したのが前後5回にもわたって大暴動がおこっている。当時当然ヨロケ即ち塵肺症も存在していたであろうが、疾病とか健康以前の問

題、即ち生命の維持する危かったのが実情といえよう。然し明治年間を通じてこの生命の危機は医学上の問題とはなっていない。統計学の先達、杉亨二が「饑饉ハ衛生ト大関係ナリ」と題して慈善では回避出来ない、衛生令が治し救い得るのだと同誌上述べているのが注目される。

私立衛生会、国家医学会雑誌等を通覧しても、労働者の疾病を問題にしているものとして例えば、石川清忠「工業病並其予防法」、後藤新平「職業衛生法」、入沢達吉「職業ト疾病トノ関係」、柴山五郎作「職業衛生汎論」等があげられるが、これらも外国の実状、対策等を消化したにすぎず、自国の労働者の現実を問題にしてはいない。

10~20 年代の労働者階級の中には、まだ組織も成熟せず、30 年代に入って社会主義啓蒙時代になると「職工諸君に寄す」というパンフが労働者に配布され、30 年労働組合期成会が成立し労働組合運動が組織され、「労働世界」なる機関誌も生まれる、この後労働問題をめぐって、社会改良主義と社会主義とが分解し対立しはじめてくる。34 年に社会主義政党を作らんとした安部磯雄、片山 潜、幸徳秋水らはその主張として「8 時間労働制等々」を掲げたが、結社を禁止され、日露戦争が開始されんとするや反戦運動を主軸として斗った。36 年末彼等の機関紙「週刊平民新聞」に西川光次郎は「人造病」なる一文を寄せている。即ち「労働者の病気の 8, 9 分までは労働過重と食物の不足と及び其住家の狹隘汚穢なるより起る。(そうならしむる者は) 資本家地主にして…故に余は労働者の病気を称して人造とは謂う也。(何故に) ペスト患者の職業を看よ」と。そして「是らの人造病は決して医薬を以て治し得べき者に非ず。其病菌は実に地主と資本家なるが故に是等の人造病を一掃せんと欲せば必ず先ず地主と資本家とを退治せざる可らず」と主張する。

明治 10 年頃から栃木県足尾銅山の排液が渡良瀬川を濁しはじめ、13 年には「この川の魚衛生に害あり」と捕獲を禁ずる県令まで出され足尾鉍毒事件がその端緒を切る。田中正造が足尾鉍毒問題を議会にはじめて提出したのが 24 年、以来大洪水は頻々とし渡良瀬沿岸は荒廃化して行く。後に京大衛生学教授となった坪井次郎は 23 年、帝大の命で足尾に出張、32 年に国の調査委員として再び調査した結果を国家医学会雑誌にのせている。「被害地人民ハ常ニ一定量ノ銅分ヲ体内ニ摂取スルヤ争フ可ラザル所」であるので慢性銅中毒の有無を考察する。結論的には有害に非ず、だが「極メテ少量ノ銅分ト雖ドモ永久ノ年月之ヲ摂取スルトキハ遂ニ新陳代謝ニ有

害ノ作用ヲ及ホスヤ亦知ル可ラザレバナリ」と判っきり論じている。鉍毒被災地からは 30 年から 33 年にかけて再三請願に大挙上京しこれを弾圧する警官隊との間に衝突がおこっている。33 年鉍毒調査有志会が結成されたが正造は 34 年、天皇行幸の途次直訴を企てる。だが谷中村は政府により遊水池として強制権力により水没する。正造直訴の翌 35 年国家医学会は「銅毒論集」特集号を出す、農学関係者も含めているという問題にした域を出ていない。

がこのように社会的問題をとらえんとする医学者の動きは明治後半になってめばえて来ているが「事がおこって後にみてる」という立場を出ず、社会把握は甘く社会改良主義的解決方策しか持ち合せていなかった。内務技師として職業病調査を命ぜられた宮入慶之助は九大衛生学教授となり帝国大学の数も増す。一方社会主義運動も大逆事件によって圧迫の極に達したときそこに政治に対する憤りが、河上肇や啄木の如く顕著でないにしても社会を考え健康の問題を本当に働く人の立場で感じ考へて行く医師が大正期に向って僅かでも、まさに「伏流水」の如く形成されて行く。だが西川の如き「人造病」の概念が作られるには、時間と社会背景の変化が必要であった。

第 2 章 農村状態と工場法

藤森 弘

徳川封建制のもとでは、全人口の九割は、いわゆる「農工商」即ち百姓町人として、残りの一割の「士」即ち公家武家に対して、義務のみを負い、権利一つとてない封建的専制下にあった。かの「切捨御免」の思想に窮極的に示されるごとく、百姓町人は、人間として最も基本的な生存すら意のままにならなかつたのであるから、人間の健全なる欲望に基づいたさまざまな自由を認められる筈はなかつた。当時、服装などにまでこまかな干渉があつたし、生活に適した居住を選ぶこともできなかつた。しかも干渉は日光空気に及び窓にまで許可や賦税を要するに至り、農民は陽も当らない薄暗い陋屋のすみにわずかに生存の余地を求めざるを得ない状態だつた。この生活の基礎をなす住居や生活習慣は、明治維新になつても変革されることなく受けつがれ、ずっと農民生活を規定していく。

人間らしく生きることは、封建的支配を脱することなくしてはできない。農民は一揆で都市民衆はうちこわしで、幕藩体制をゆるがした。

幕末には既に解体過程にあつた農村は、明治 5 年地租改正条例公布以降、その解体をますます早めた。地租改

正は農村を商品経済にまきこみ農民の生活を圧迫し破壊していった。地主的土地所有者が発展するに伴い、小作農が年を追って増加し、貧農は出稼ぎにおもむいたり、土地を捨て都市に出て賃労働者になっていった。地租改正の他に農民の生活の上に重圧となったものは、徴兵制と授業料のいる義務教育制であった。これらにさからって、明治6年を頂点として、各地で農民一揆があいついだのは、幕末に示されたごとく、ぎりぎりの生への欲求から生まれた当然の動きであった。けだし、明治初期においては、その日その日の生活を守ることが、人民にとって最緊急の課題であった。

増大する窮民、彼等がかもしたす測り知れない社会不安に対処するため、政府は明治7年恤救規則を制定して、慈恵政策をすすめてきた。ここに、窮民対策の一環としてではあるが、疾病が政治の課題として登場する。慈恵政策は根本的には人民の自主制をはじめから否認している点を銘記しなければならない。

一方、開国以来の外來急性伝染病は、貧富の別なくおそい、治安上も放置し得ないのでその対策が強力におしすすめられて、地方衛生行政組織が拡充していく。その過程で、明治16年半官半民の大日本私立衛生会が結成された。この会の活動状況及び当時の農村衛生状態を、青森県北津軽郡の会員松山良臣の報告にもとづいてみよう。明治17年、同郡石野村外六ヶ村連合、人口2457人、皆農民。無医村。近くに漢方医がいるが貧家の招きに応じないうえ薬価が高い。中等以下の農民で売薬を信ずるものが多く、貧民は灸呪等を信仰している。そこで公立五所川原病院の出張所を村内に建て、月3回院長に来院してもらうことにしたところ、患者が毎回40名に達したので私立病院設置を計画しはじめた。街路、溝渠、家屋は不潔極るので村会議員とはかって「掃除人足及使用方法手続規約書」をつくった。それによると(1)衛生委員を定め、衛生委員が不潔であると認めると総代人に掃除人足を臨時請求しうる。(2)総代人は村中家別で順番をもって指揮しうる。(3)春夏秋冬4回村中総出で大掃除をする。(4)人足に出ぬときは1日分金20銭徴収する(当時米1升5銭)掃除の結果街路の不潔はなくなった。このような大日本私立衛生会の活動は、村落共同体のレベルでは自主性を保っているようだが上層の一部を除いて農民の自主性がどこまであったかは疑問である。このような掃除活動を通じて、農民のエネルギーが結集する目標を失い、消滅させられていったと考えてもよいだろう。

明治前半期の農村医療として特記すべきは、自然発生的な一種の医療互助組合である。北九州の「定礼」「貫

貢」などの他に各地の「葉価講」がそれである。これらは農民の自主性が発揮されたという点で注目すべきである。

日清戦争以降、日本資本主義は新しい段階に入った。軍備拡張とともに産業開発が一段と進められ、近代的工業の進展が始る。これに伴って、農民の都市集中、特に婦女子、幼少者の工場への進出が著しくなり、深夜業あるいは長時間労働に従事する者が増加する。かくして工場労働の弊害が増していく一方、労働者は階級的自覚を高めて労働者保護立法を要求するに至った。明治29年政府は「職工の取締り及び保護に関する件」を第1回農商工高等会議に諮問せざるを得なくなった。政府としても、労働者の疲弊は壮丁体位の低下即ち兵力の弱化を意味するので、強兵策を遂行するたて前上、労働者階級の状態改善の問題をとりあげざるを得ない立場に追い込まれていた。大阪私立衛生会の報告によると、徴兵甲種合格が年々減少し、各府県を通じ甲種合格30%は僅かに12県、東京大阪では6%に過ぎなかった。この「職工の取締り及び保護に関する件」は、資本家の強硬な反対によって否決された。明治31年「工場法制定の件」が第三回農商工高等会議に提出されるが、これまた否決された。このような労働者保護立法に対して、資本家達は、農民の窮状と対比して、労働者状態を謳歌しながら反対した。曰く「都会工場に於ける職工の常食と其職工が自国に在りし時の食物とを比較すれば工場に來りし時の方遙かに上等なるは何人も認めざるを得ざる処なり」云々。

賃労働が、出稼ぎ等で農家経済と密接な関係にあったから、農家の生活水準に強く規定されたのは当然であるとはいえ、日清・日露と続いた戦争と軍備拡張の重圧による農民生活の一層の窮乏化や、東北大凶作の惨状を背景に繰りひろげられた「女工哀史」は、余りにも残酷すぎる。

幕末から明治初年にかけて全国をおそった農民一揆の波が、自由民権運動の挫折によって退潮していったのち、農民のエネルギーは、小作人と地主との衝突の形で発現するが、散発的で断続的であったため、権力を揺り動かす力とはならなかった。こうした状況のもとでは、農村の保健・医療問題は日の目を見るに至らなかった。明治期に日本医学が農村の疾病や保健衛生問題にとりくんだ例は多くない。明治34、35年に最高潮に達する足尾鉍毒事件は、農民運動が社会問題として発展したからこそ、薬学者や医学者を農村の実状に触れさせた特異な例である。石原修の「女工の衛生学的觀察」は、労働問題を解決するために結核をとりあげ、農村にまで追求し

ていったこれまた特異な例である。富山県奇病調査は、明治期の日本医学の限界を如実に示してくれる例である。

明治 39 年、一徴兵医官が中央に報告した「富山県奇病」がたちまち問題となって、高名の医学者達に調査命令が下るが、それは兵力という観点からであったし、流行病でなからうかという恐れからでもあった。調査の結果、奇病はクル病であると判定される。クル病は当時まだ原因不明の疾患であったが、調査にたずさわった医学者達の殆んどは、貧しい北陸山村の住宅事情即ち光線不足、換気不良等を原因の一つとしてあげていた。ここで彼等の指導による、農村住宅改良がなされてしかるべきだったのに、「奇病はクル病なり」と断定しただけで、彼等は北陸を去っていった。同様な例として、つつが虫病や寄生虫病の研究をあげ得る。伝播者や中間宿主が決定されても、これを徹底的に撲滅するという動きは見られない。概して、農村に於いては、生活条件そのものの中に疾病の原因がある事が多い。生活条件を改善するような事は、明治期の医学にとっては、及びもつかない課題であった。もっとも、医学に対して生活条件改善の理論と方法を要求するには、農民は余りにも疲弊ききっていた点も指摘しなければならぬ。

明治 40 年以降、再び継続的に農民運動が起り、第一次大戦後の隆盛に向う。この農民のエネルギーのたかまりは、医療利用組合につながるし、また進歩的な医師を農村にひきつけ、ついには、政府をして農村保健問題を、もはや放置してはおけなくなるようにする。この詳細は、章をあらためて論じたい。

第 3 章 「医療の社会化」の歴史

南 吉一

1. いつの時代も医学や医療は時の支配者にのみ奉仕してきた。それはかつて大陸渡来医や僧医、御典医や侍医が誰に召し抱えられてきたかをみれば明らかであろう。元禄頃より町人が抬頭し、産業がさかんとするが、時を同じくして町医（民間医師）が発生し今日の開業医制度の源流となる。その特徴は自らの診療報酬で生活する点にあり、営利制の追求にある。近代開業医制度は明治維新後西歐文明が導入され医制（明 7）が發布される中で確立し、漢方医を抑えて医師法（明 39）が制定されるに至りその「黄金時代」を迎える。急激な人口増加にも拘らず地方医学校が相次いで閉鎖され医療実施権を手中にした少数の医師が暴利をむさぼる中で、労働者や農民の大半は依然として医学の恩恵に浴することができなかった。一方明治政府は人民の搾取抑圧に不可欠な軍隊

の医療に極力努力するだけで、民衆に対しては権力美化のための慈恵医療を行路病者や極貧層などにちよっぴり嗅わせたにすぎなかった。

このように一部特権階級の意のままに独占されてきた日本の医学医療を、人民の手にとり戻そうとする運動が芽生え発展する。その流れを「医療の社会化」として捉え、本章では第二次大戦までの時期について考察してみたい。

2. 明治期の労働者、農民の保健対策は、コレラ罹患労働者を集団で焼き殺した高島炭坑事件に示される如く非人間的なもので、封建時代に培われた「人命軽視」の思想は維新後も富国強兵政策の中で温存強化されたのである。全国各地でコレラ対策反対一揆を含む各種の暴動が頻発する一方、業価講、夜子などの互助的救済組織をも生み出した。近代産業が確立する中で独逸社会保険に学び官業八幡製鉄、鐘紡（明 38）、国鉄（明 40）等で共済組合がつくられ医療保障が課題となるが、それは単に労働力保全というよりは、労働組合期成会の労働保護立法要求（明 30）や片山 潜、平民社などの指導による労働運動、社会運動に対処する性格のものであった。

3. 工場法制定（明 44）に至り、これら人民の闘いを弾圧することが資本主義が独占段階へ入る上でどうしても必要となり、大逆事件がでっち上げられる一方、施業救療の勅語と 150 万円の内帑金が下賜され時の桂首相は恩賜財団済生会を設立した。その旧態依然たる封建的慈恵政策に業を煮やした元王子製紙重役で産業医局による労務管理の経験をもつ鈴木梅四郎は、「既に貧窮の極底に沈倫したる者の救済も必要なるが將に沈倫せんとしつつある者の救済こそ社会問題の要訣」と主張し、平民社の医師加藤時次郎の協力を得、新興資本家有力者（大隈、土方、渋沢、池田、等）の支援のもと社団法人実費診療所を設立した。それは労働者や勤労市民、学生等を対象に、市価の 1/3 以下の低額で診療したのである。このこと（薄利多売）は医師会との深刻な対立を招き抗争は大審院にまで及んだが、一般医療費水準の低下に及ぼしたその影響はまさに甚大であった。軽費診療普及の端緒となった実費診療所は自由開業医制近代化を意図した一部資本家達の運動であり、その発展は望むべくもなかったが、ともかく一定の社会的役割を果たしたのは勤労大衆の要求と部分的に合致しその支援が得られたからにはかならない。

4. ロシヤ革命（大 6）がおこって第一次大戦は終結し資本主義体制は全般的危機に見舞われる。我国でも米騒動（大 7）、スペイン風邪、恐慌、大震災と国民生活が悪化する中で、結核死亡率や乳児死亡率は最悪の値を

記録するなどその健康状態は極度の破壊を蒙る。そのような状態の下で医療に恵まれない農村僻地や都市労働者街で医療利用組合が創られ普及するのである。すなわち島根県青原村(大8)が医療利用組合をつくり医師を招聘したのを皮切りに、大阪(大9)では友愛会総同盟などが母体となって共益社が設立され組合病院が誕生する。このような医療利用組合は労働者や農民の圧倒的な支持を受け労働組合、農民組合の運動方針に掲げられ、昭和10年頃には約200の病院、診療所をもち全国市町村の2割の地域を対象とするに至る。「遼原の火の如き」その発展ぶりは何よりも民衆による医療要求、医療運営がその生活向上に直結しており、極めて偉大な豊かな力を備えている事を教えている。以上述べてきた民衆による医療社会化の芽生えはギルド的な医師会と絶えず衝突する中で成長し、健康保険制度を実現させる条件をつくり出してきたのだと考えられる。

5. 米騒動について翌年(大9)は恐慌にみまわれ20万人に及ぶ失業者が続出する。国際的な昂揚の影響も受け、全国各地で労働者や農民がたち上がり連携意識も強まる。大阪の失業者大会(大10)は「我等失業保険制度の確立を期す」と宣言。烈しいストライキや小作争議が相次ぐ中で社会主義思想が急速に広まり、労働総同盟、日本農民組合、全国水平社が組織され、前衛としての日本共産党(大11)が結成される。労働組合評議会(大14)創立。団結権、罷業権、8時間制、最低賃金、失業保険等を要求する労働者の斗いの前に、政府はついに健康保険法の制定(大11)実施(昭2)にふみきらざるをえない。社会政策の代替物としてのギマン的な性格だけでなく、その劣悪な内容は26,000人に及ぶ反対ゼネストをひきおこした。評議会の統一要求は①政府資本家の保険料全額負担、②保険給付の増額と範囲拡大、③保険組合の労働者管理であり、その方向性の正しさは注目に値しよう。日本医療保障の第一歩となる健康保険はこのようにして広汎な斗争の高まりの中で生み出されたのである。

6. 大正から昭和にかけてアカデミーにおける社会学への志向も強まるが、雑誌「医学史研究」No. 9所載の曾田の記述によれば、京大労学会、東大新人会(大7)など学生の社会運動も活潑となり、関東大震災(大12)の救援活動を契機に大衆の中で実践、セツルメント活動が開始される。これら学生は更に石原修、暉峻義等、国崎定洞ら先輩と接触する中で社会学研究会(大13)をつくり学習調査活動を進め「よろけ」(全誌連より出版)、「医療の社会化」(大15)等の成果を生み出す。その内容はまさに社会学の出発点と呼ぶにふさわしいもので

ある。一方社会性階級性にめざめる医師や医療従事者もふえ、京大、松沢、等々では全協の指導のもと病院争議が相次ぎ医療労組の全国連合体(昭5)の結成に至る。また生物学者山本宣治のごとく科学技術の階級性を主張して無産階級強化のため、自ら大衆の中での教育実践に身を投ずる人たちも現われてくる。

7. しかしこの頃になると日本帝国主義の戦争政策、人民抑圧は一層露骨となり、治安維持法改悪に反対した山宣は殺害された(昭4)。これを契機に解放運動犠牲者救援会等の呼びかけで無産者診療所(昭5)が東京、大阪に創設される。翌年には日本無産者医療同盟が結成され、労働争議支援、農民運動、災害救援等無産者診療所は動労大衆と一体となって、度重なる弾圧にもめげず果敢に闘う中で全国各地に拡がり、大衆と前衛の結節点となる。その行動綱領(36項)は「ブルジョワ独占の医療制度絶対反対」に始まり、「労働者や婦人青少年の生活健康をまもる」きわめて具体的根本的な要求、「社会保障の真の確立」といった社会医学的事項を、「帝国主義戦争絶対反対、弾圧を直ちにやめよ」「階級斗争の強化、犠牲者救援」といった政治要求と結合統一させている点、注目すべきである。またこのようにとりくみの中で、「無産者衛生必携」(大衆衛生書)や「医療と社会」(社会学雑誌)が刊行されるなど、その社会学寄与は決して軽視できない。

8. 無産者診療所は官憲の弾圧の中で遂に閉鎖(昭16)のやむなきに至るが、総力戦体制の中で医療利用組合も骨抜きになるなど、すべてが産報路線へと転身せざるをえなくなる。

例えば日農が第6回大会(昭8)で「今日吾等が反動的農業団体と斗争し一般農民大衆を指導下に動員組織せんとするためには生産、消費、医療組合の如き建設的斗争を必要とす」といった運動方針とその実践も、苛酷な弾圧の中で指導者を失い組織がつぶされ、医療利用組合の運営は小作より地主、ボスの手にゆだねられていく。国民健康保険(昭12)は、他方では医療社会化運動につらなるこれら農民の自主的動きを封殺し、国家統制を強め開業医制の温存と医療費確保をねらうものであった。そして帝国主義戦争の遂行と歩調を合わせ、長年労働者や国民が要求してきた社会保障が全く姿をかえ上の方から大衆収奪の目的で次々と登場してくるのである。

以上、歴史が示すように、大衆運動を否定し基本的人権の保障をぬきにした医療普及は、いかにとりつくろとも決して労働者や国民のねがいをかなえさすものではない。かえって逆に戦争といった医学医療の根本目的からもっともかけはなれた方向に辿りつく事実を、戦前の

歴史は教えている。このことは今日的課題と決して無縁でありえようはずもなく国民の幸福に役立つ医療社会化の方向を追求することは、現代に生きる我々社会医学研究者の責務である。

〔質問〕 稲田（京都市） 実費診療所が消滅し、あるいは発展しなかった理由は何か。

〔答〕 南（阪大衛生） 実費診療所は一部の進歩的な資本家の問題提起の形で出されてきた。それは慈善的な政策では、労働運動や社会運動などはおさえられないために、当時の医者が高い医療費をとっていたのを医療費低下という医者の犠牲の下にこれを打ちだした。結果的には最初の要求に結びついたが指導理念は決して国民大衆の立場に立った訳ではない。開業医のような営利追求を否定し、さりとて公営でもなく大衆の支持も失い、既に一定の社会的役割をやり終えた実費診療所に対する資本家からの援助もなくなり、当然の結果として昭和になると後退していった。

〔質問〕 細川（関西大公衛） ①. 日本の医療制度の中核を作っている開業医制の分析を、綿密にすることが必要ではないか。②. 無産者診療所は医療制度の面で開業医制にどのように対決したか。それはアンチテーゼと

いえるか。

〔答〕 南（阪大衛生） ①. 今後検討を深めたい。資本主義の発展段階として、明治年間に西洋医学を学んだものとして医師、開業医制度が確立し、それを社会化する方法もでてきた。国保制度の場合でも、開業医制度を温存する方向で進められている。従ってその後も開業医制度の存在を前提として医療制度が進められた。②. 無産者診療所は少くとも現在のものと違い、当時のスローガンにしても運動方針にしてもはっきりしたテーゼとして「ブルジョア医療制度に対して、絶対反対する」、「開業医のやっている暴利に対して反対する」という方向を出しているからやはり運動としてはアンチのものだったと考える。

〔質問〕 山田（名大衛生） 労働科学が農村医学よりもよく育ったと云われたが、それは国家的な労働政策、企業経営者の労務管理政策の影響下に育っている性格が強いからではないか。

〔答〕 藤森（阪大衛生） これは明治期の日本医学の限界というものを述べる中で云ったもので、現在に至るまでの日本資本主義の発展の中でのとらえかたである。

二部（夜間）大学生の生活構造と健康

岩下佐和子* 上原京子**

I. はじめに

昼間働き、夜学ぶ二部学校の健康管理は、営業中心の一般学校保健と異った特殊性が必要であろう。生活時間の切りつめ、経済生活の底の浅さからくる問題は健康的とはいえない。二部学生として、毎日感じている健康の問題を生活構造、特に生活時間及び栄養の面から考察し、今後の健康管理の在り方の問題点を提起したい。

II. 対象及び方法

東京都内某私立大二部学生（人文、社会科学系）23名。いずれも報告者が毎日接しているゼミナールやサークルなどの友人とした。この事はケースとしては記載の正確さが得られたが、同時にこの結論を一般化することは出来ない条件となっている。

昭和 38 年 5 月下旬の日曜日を除く 6 日間のうち連続

* 横浜市戸塚保健所

** 東京都田無保健所

した 3 日間について生活時間及び摂取食物の記録を依頼した。

生活時間は 1. 睡眠、2. 食事及び身の廻りの事の時間、3. 勤務時間、4. 交通時間、5. 学習（学校、家庭、その他の）及び趣味娯楽それぞれについて 15 分単位で記録した。摂取食物は、摂取時間、摂取場所、献立名、食品名、大体の分量の記録を国民栄養調査の分析方法により分析し、いずれも 3 日間の平均値を求めた。

III. 調査結果

1. 生活時間

全体的にみると、学習時間は、日差、並びに個人差が激しい。次に睡眠時間は 5 時間以下の者から 8 時間 45 分の者があり $\frac{2}{3}$ は 7 時間未満である。食事及び身の廻りの事の時間では、いずれも男子より女子が長時間を使っている。勤務時間には違いはない。但し 10 時間以上の者が 2 名あることは注目したい。交通時間は 1 時間 30 分から 4 時間 50 分を要し、多くは 2 時間以上を費やし

ている。趣味娯楽等に用いられる時間はほとんどないに等しい。緊張を解く時間が短く、睡眠時間をも切りつめた生活をしているといえる。

2. 栄養について

以上に述べた生活時間の中での食事の形態及び内容がどのようなものかをみると、第一に食事を摂る場所による違いがみられる。自宅10名(男子6名、女子4名)、

その他は自炊出来る者でも外食が多くなっている。朝は居住場所、昼は職場又は食堂、夜は学校又は自宅というのが大部分である。問題と思われるのは、①朝食を摂らぬ者7名、昼食をとらぬ者1名、夜をとらぬ者1名が認められた事である。②自宅で夕食を摂る者は昼食との間隔が長くなる。③食事時間の不規則な者が目立つ(23名中14名)。

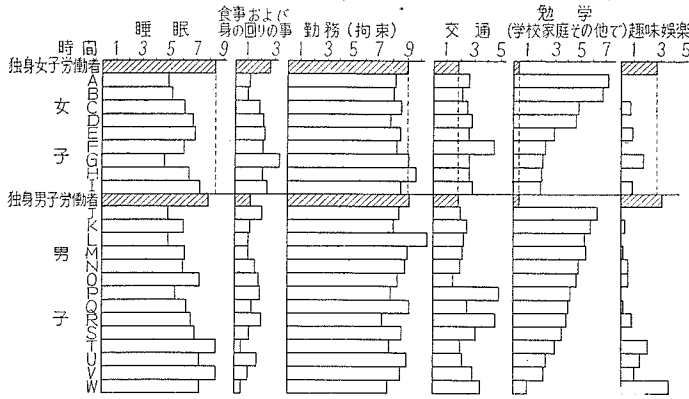


図1 生活時間

次に栄養内容で目につくことは、総カロリーは1,080から2,150, 1,800以上7名でかなり低い。検定による差はないが、自宅食の多い者はカロリーが多くとられているようである。総カロリーの中にしめる炭水化物によるカロリーの割合—近代化率は38~72%, 70%以上3名であるが、全国栄養調査の68.7%に比べてかなり良い。蛋白質は比較的良好に摂っている。

食品別では野菜、とくに緑黄野菜が、また米穀類も少いことが目立つ、食品の種類では、3日間で20種以上10名、30

表1 二部大学生の生活構造と健康対象 Case

	学年	年齢	職種	雇用	収入 (平均1ヵ月)	両親居住地	住居 (*印外食条件)	共同生活者	摂取熱量 (1日平均)	備考		
女子	A	2	21	電話交換手	本	17,500	東京	借間*	なし	1,592	既往肺結核	
	B	1	19	家事手伝	本	5,000	福島	住込		1,084		
	C	3	26	労組書記	本	12,500	東京	自宅	家族	1,574		
	D	2	19	事務	本	14,000	東京	自宅	家族	1,947		
	E	3	23	労組書記	本	18,000	埼玉	借間	妹	1,947		
	F	4	24	保健婦	本	21,000	東京	自宅	家族	1,508		
	G	2	20	労組専従	本	18,000	東京	自宅	家族	1,763		現在胃弱、頭痛
	H	2	26	事務	本	15,000	新潟	借間	姉	1,963		
	I	2	24	保健婦	本	20,000	群馬	借間	兄妹	1,220		
男子	J	3	22	事務	本	13,000	佐賀	借間*	友人	1,346	健保なし	
	K	2	22	雑務	本	18,100	富山	借間*	友人	1,670		
	L	4	28	事務	本	27,000	東京	借間	母	1,903		
	M	2	19	印刷工	本	15,000	福島	借間*	友人	1,488		
	N	3	22	事務	本	20,000	東京	借間	母	1,980		
	O	1	20	店員	本	15,000	和歌山	借間*	なし	1,148		
	P	2	25	事務	本	14,000	千葉	借間	なし	1,677		
	Q	4	27	営業員	本	18,000	長野	借間	なし	2,150		
	R	3	27	乳剤工	本	22,000	神奈川	借間	家族	1,466		三交替胃腸障害
	S	2	20	事務	本	15,000	東京	借間	家族	1,838		
	T	4	28	事務	本	19,000	東京	借間	家族	1,652		味覚消失 胃酸過多 健保なし
U	2	29	ほん訳	本	26,000	東京	借間	家族	1,406			
V	2	25	事務	本	23,000	千葉	借間	家族	1,740			
W	3	24	雑務	本	18,000	岐阜	借間*	なし	1,884			

種以上はない。自炊の調理には簡単なものが多かった。

帰宅が夜遅く、毎日買い物が出来ないため保存のきく食品になること。外食による食品選択の不自由さ、不規則な生活と食事による食欲不振、欠食等による食品の偏りが明らかである。

IV. 考察及び結論

現在の健康管理システムの中で二部学生の位置付けを行えば、職場では大企業に勤める者が結核及び職業病の面から管理をうけているにすぎず、それを個人生活の部分である夜学就学と云う部分にまで管理の手を伸ばすことは企業の健康管理のワクを出ることであり、生産に直結していない限り将来も期待出来ない。又家庭での生活時間は短かく疾病時とはかく、日々の健康管理は困難と考える。二部学生の健康問題は学校保健の範ちゆうとして把握発展させていくのが妥当と考える。しかし、二部学生の場合は現在の一部学生を中心とした学校保健の在り方とは当然異なる必要がある。

生活時間でみたように学習時間を生み出すために趣味・娯楽時間をなくした緊張の続く生活。更に睡眠時間をも縮めていくという無理な生活をしている。必要睡眠時間の限界について議論はあろうが、疾病にならずにこの生活をしていても将来の健康を考えると、学生自身不安を持っている。また今回は出来なかったが、疲労度や諸生理値を分析してみるなら何らかの欠陥も現われるのではないか。

そこで二部学生の健康管理は疾病予防と共に、生理的正常生活をどう維持させていくか云いかえると、個々に異なる生活構造の不備を他でどのように control していくかが重要になると考える。又現在ある施設—例えば一部学生対象の給食施設—のバランスのとれた 1 回の食事という考え方のみでなく、他で摂りにくい物を多く含んだ

献立という考え方に改めていくべきであろう。そして各々の生活条件が極めて異なることから、これらの施設を主体的に利用し、自分の条件に適合させると云つた具体的な健康教育を徹底させ、selfcontrol の基礎をもたせることが基本であると考えられる。

夜間高校生については種々の data も出されているが、大学生のそれは少い。高校生より独立した生活形態をもち、職場での責任も大きいことから、二部学生の健康管理の為の基礎的な調査が行われ、現代社会で下積みになれつつも未来を求めて学ぶ学生に、より豊かな生活を保障してほしいと考える。

文 献

最近における労働者の生活時間構造, 藤本武他, 労働科学 38 卷 3 号 p146~

〔追加〕丸山 (阪大衛生) 夜間学生は大学のみならず、高校中学校にもあり、重要な問題を含んでいるにも拘らず、この種の研究は公衆衛生の分野では比較的未開拓分野と云える。

〔質問〕庄司 (京大衛生) 生活時間、栄養上の研究においては、社会医学的研究をするには、方法論上問題が多い。対象の選び方、調査期間などについても、女子学生としての個人的な調査では種々の欠陥がある。保健所におられるのならば、保健所職員のグループとしての発展が望ましい。

〔追加〕丸山 (阪大衛生) 自分たちの問題としての問題提起には大いに共鳴するし、この夜間学生の健康問題はたしかに社会医学の研究課題としての価値を認めながら、この方面の研究が甚だしく未熟であることを卒直に認めざるをえない。この報告も単なる 1 回限りの事例報告におわらせないように期待する。

未熟児、早産児の出生に及ぼす社会 環境的要因の影響について

藤 本 暁*

これまでの諸君の報告によっても明らかな如く、未熟児はその乳児期のみならずその後の发育段階を通して種々の不利益を背負うものであり、従って大切なことは、これの養育よりもこれの出生予防にあることは言う

* 京都大学公衆衛生学教室

までもないが、未熟児出生に関する諸要因のうち医学的要因は比較的詳しく研究され、或る程度それに対する予防策もとられてきているのに対し、社会環境的要因に就いては今なお明らかな点が多い。この点に注目して私は昭和 33 年 6 月より 37 年 5 月迄の間、国立京都病

院で分娩した1052例の妊産婦を対象に、大凡表1の如き項目について、非妊時、妊娠前期、中期、後期にわたり私が個々に面接調査を行い、明らかに医学的要因の認められる場合を除外して、未熟児、早産児出生に対する社会環境的要因の追究を行った。

さて、広義の未熟児には狭義の未熟児と早産児が含まれ(他に虚弱児もあるがこれは除外した)前者は生下時体重に、後者は在胎週数に基づく分類である。この早

産児の中には、早産をせず満期迄妊娠を継続したとしてもなお2,500gを越えないと考えられる児と、満期迄子宮内発育を遂げたならば2,500gを越えると考えられる児、及び早期分娩時既に2,501g以上ある児との3群があり、これらを一括して未熟児として扱ったのでは未熟児及び早産児の出生原因を詳しく探究し得ない。これらを区別して扱うため、昭和32年4月から36年3月迄の間に国立京都病院で生れた在胎29週から42週

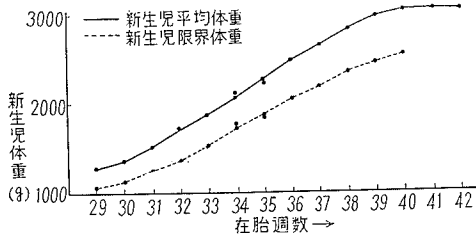


図1

表1 主な調査項目

A 医学的要因に関するもの	
1. 血族結婚	
2. 母親の体格及び骨盤の広さ	
3. 既往の自然流産、人工流産及び死産、未熟児分娩、早産児分娩	
4. 性器異常と疾患	
5. 偶発疾患	
6. 妊娠中毒性	
7. 産婦の母親に関する病歴	
8. 放射線に関する照射歴	
9. 血液型の不適合	
10. 妊娠中の異常経過	
11. 手術的操作	
12. 陣痛の発現	
13. 新生児に関する事項	
14. 胎児附属物に関する事項	
B 社会的要因に関するもの	
1. 出生の日	
2. 母親の年齢及経産回数	
3. 住居に関する事項	
4. 家族構成	
5. 家庭の経済状況	
6. 両親の学歴	
7. 父親の職業	
8. 母親の職業	
9. 家事労働	
10. 妊娠中の安静度	
11. 栄養	
12. つわり	
13. 睡眠	
14. 前回分娩との間隔	
15. 妊産婦の保健管理状況	
16. 性格	
17. 家庭での自由度	
18. 結婚と妊娠開始との間隔	
19. 性生活	

表2 在胎週数別新生児平均体重

在胎週数	29	30	31	32	33	34	35
生下時体重 (g)	1228	1366	1511	1675	1848	2131	2239
在胎週数	46	37	38	39	40	41	42
生下時体重 (g)	2470	2641	2808	2959	3040	3058	3047

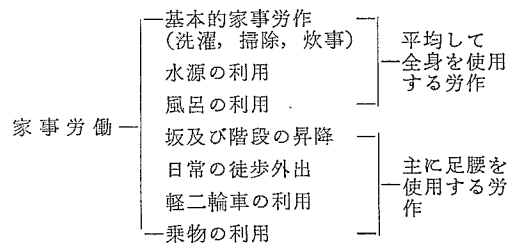
表3 在胎週数別新生児限界体重

表2の値 × (2500/3040)

在胎週数	29	30	31	32	33	34	35
限界体重 (g)	1060	1123	1242	1377	1521	1752	1842
在胎週数	36	37	38	39	40	41	42
限界体重 (g)	2031	2171	2310		2500		

表4 労働に関する諸項目

家外労働



での生活児から無作為抽出した2,889例をもとにして、表2に示す胎期間別新生児平均体重表を作り(図では実線で示したもの)、在胎40週児の平均体重3,040gに未熟児体重の上限2,500gを対比させて、表2の各々の値を2,500/3,040倍し、表3に示す胎期間別新生児限界体重表(図では点線で示したもの)を作成した。

早産児のうち、児が出生した各在胎週に於いてその生下時体重が、表3の値以下である児は、満期まで子宮内にとどまったとしてもやはり2,500g以下であったであろうと想像される児と考え、このような児と在胎39週以上の未熟児を併せて満期産未熟児(満末)と総称し

表 5 家事労働〔家事以外の労働がなく(無職), かつ栄養摂取状況が標準以上である対象について集計〕

その 1 全身を使用する労作 (妊娠前期について)

労作量	0 或は軽 %		中或は重 %		合計 (%)	
満 未	27	75.0	9	25.0	36	100.0
早 未	14	60.9	9	39.1	23	
早 成	11	73.3	4	26.7	15	
満 成	202	93.1	15	6.9	217	
合 計	254	87.3	37	12.7	291	100.0

満未—早未—満成 $x^2=26.90$ D.f.=2 $p<0.001$
 満未—満成 $x^2=11.76$ D.f.=1 $p<0.001$
 早未—満成 $x^2=23.98$ D.f.=1 $p<0.001$
 早成—満成 $x^2=4.89$ D.f.=1 $0.02<p<0.05$
 (yatesの修正)

その 2 主に足腰を使用する労作 (妊娠前期について)

労作量	0 或は軽 %		中或は重 %		合計 (%)	
満 未	27	61.4	17	38.6	44	100.0
早 未	14	66.7	7	33.3	21	
早 成	11	57.9	8	42.1	19	
満 成	202	78.6	55	21.4	257	
合 計	254	74.5	87	25.5	341	100.0

満未—早未—早成—満成 $x^2=9.70$ D.f.=3 $0.02<p<0.05$
 満未—満成 $x^2=6.13$ D.f.=1 $0.01<p<0.02$
 早未—満成 $x^2=1.60$ D.f.=1 $0.20<p<0.30$
 早成—満成 $x^2=4.30$ D.f.=1 $0.02<p<0.05$

表 6 母親の職業〔家外労働〕(妊娠前期において)

〔全身を使用する労働量が軽以下であつて, 栄養摂取状況が標準以上である対象について集計〕

職業	有職の率 (%)		無職の率 (%)		合計 (%)	
満 未	50	52.6	45	47.4	95	100.0
早 未	17	44.7	21	55.3	38	
早 成	13	40.6	19	59.4	32	
満 成	110	29.1	268	70.9	378	
合 計	190	35	353	65	543	100.0

満未—早未—早成—満成 $x^2=20.79$ D.f.=3 $p<0.001$
 満未—満成 $x^2=18.77$ D.f.=1 $p<0.001$
 早未—満成 $x^2=3.98$ D.f.=1 $0.02<p<0.05$
 早成—満成 $x^2=1.86$ D.f.=1 $0.10<p<0.20$
 満未—早未 $x^2=0.67$ D.f.=1 $0.30<p<0.50$

表 7 妊娠中の安静度

〔栄養摂取状況が標準以上である対象について集計〕

その 1 妊娠前期において

	安静に留意したものの (%)		安静に留意しなかつたものの (%)		合計 (%)	
満 未	7	4.8	140	95.2	147	100.0
早 未	6	9.8	55	90.2	61	
早 成	7	14.3	42	85.7	49	
満 成	86	21.7	311	78.3	397	
合 計	106	16.2	548	83.8	654	100.0

満未—早未—早成—満成 $x^2=24.82$ D.f.=3 $p<0.001$
 満未—満成 $x^2=21.61$ D.f.=1 $p<0.001$
 早未—満成 $x^2=4.60$ D.f.=1 $0.02<p<0.05$
 早成—満成 $x^2=1.43$ D.f.=1 $0.20<p<0.30$
 満未—早未 $x^2=1.89$ D.f.=1 $0.10<p<0.20$

その 2 妊娠中期において

	安静に留意したものの (%)		安静に留意しなかつたものの (%)		合計 (%)	
満 未	16	10.9	131	89.1	147	100.0
早 未	8	13.1	53	86.9	61	
早 成	8	16.3	41	83.7	49	
満 成	118	29.7	279	70.3	397	
合 計	150	22.9	504	77.1	654	100.0

満未—早未—早成—満成 $x^2=22.27$ D.f.=3 $p<0.001$
 満未—満成 $x^2=20.50$ D.f.=1 $p<0.001$
 早未—満成 $x^2=7.31$ D.f.=1 $0.001<p<0.01$
 早成—満成 $x^2=3.86$ D.f.=1 $0.02<p<0.05$
 満未—早未 $x^2=0.21$ D.f.=1 $0.50<p<0.70$

その 3 妊娠後期において

	安静に留意したものの (%)		安静に留意しなかつたものの (%)		合計 (%)	
満 未	47	32.	100	68.	147	100.0
早 未	22	36.1	39	63.9	61	
早 成	25	51.	24	49	49	
満 成	246	61.9	151	38.1	397	
合 計	340	52.0	314	48.0	654	100.0

満未—早未—早成—満成 $x^2=43.63$ D.f.=3 $p<0.001$
 満未—満成 $x^2=38.83$ D.f.=1 $p<0.001$
 早未—満成 $x^2=14.61$ D.f.=1 $p<0.001$
 早成—満成 $x^2=2.19$ D.f.=1 $0.10<p<0.20$
 満未—早未 $x^2=0.32$ D.f.=1 $0.50<p<0.70$

表 8 栄 養

摂取状況	標準以下 (%)	標準標準以上 (%)	合計 (%)
満 未	19 13.3	86 38 86.7	143 100.0
早 未	12 17.9	40 15 82.1	67
満 成	21 5.2	233 150 94.8	404

満未—満成 $x^2=10.19$ D.f.=1 $0.01 < p < 0.01$
 早未—満成 $x^2=14.25$ D.f.=1 $p < 0.001$
 満未—早未 $x^2=0.77$ D.f.=1 $0.30 < p < 0.50$

表 9 つわり〔家事以外の労働がなく(無職)、つわりの時期を除き非妊時から非妊娠中を通じて栄養摂取状況が標準以上である対象について集計〕

	殆ど認めずあるいは軽度、短期間 (%)	強度或は長期間 (%)	合計 (%)
満 未	49 81.7	11 18.3	60 100.0
早 未	29 82.9	6 17.1	35
早 成	24 80.0	6 20.0	30
満 成	225 84.	43 16.	268
合 計	327 83.2	66 16.8	393 100.0

満未—早未—早成—満成 $x^2=0.43$ D.f.=3 $0.90 < p < 0.95$

表 10 性 格
その1 気 質

	神経質 (%)	中間 (%)	楽天主質 (%)	合計 (%)
満 未	79 51.6	56 36.6	18 11.8	153 100.0
早 未	40 54.1	28 37.8	6 8.1	74
満 成	157 39.4	200 50.3	41 10.3	398
合 計	270 44.1	284 45.5	65 10.4	625 100.0

$x^2=11.82$ D.f.=4 $0.01 < p < 0.02$

その2 性 格 (狭義)

	外向性 (%)	中庸 (%)	内向性 (%)	合計 (%)
満 未	39 27.7	60 42.6	42 29.7	141 100.0
早 未	15 20.8	34 47.2	23 32	72
満 成	102 25.9	172 43.7	120 30.4	394
合 計	156 25.7	266 43.8	185 30.5	607 100.0

$x^2=1.19$ D.f.=4 $0.80 < p < 0.90$

た。一方、早産児のうち生下時体重が第3表の値以上、2,500g以下である児は満期まで子宮内発育を遂げたとすれば、2,501g以上になったであろうと想像される児と

考え、早期産未熟児(早未)と総称し、また早期産時、既に2,501g以上ある児はそれ以下の児の場合に比して当然、子宮筋の伸展、加重状態が大であり、早産を起し易い状況にあると考え、早期産成熟児(早成)と総称して区別した。そしてこれに特に在胎39~42週、生下時体重3,040g以上の児を満期産成熟児(満成)と総称して加えた4群に対し解析、考察を行い次のような知見を得た。なお種々の理由で全出生児についての調査でなく所謂、前記4群についての調査であるため検定化はこれらの属性間の比較という形で x^2 -分布を適用した。

表 11 家庭での自由度

	自由 (%)	平均 (%)	抑圧 (%)	合計 (%)
満 未	78 57.8	40 29.6	17 12.6	135 100.0
早 未	40 54.8	21 28.8	12 16.4	73
早 成	27 54.0	16 32.0	7 14.0	50
満 成	251 65.4	107 27.9	26 6.7	384
合 計	396 61.6	184 28.7	62 9.7	642 100.0

$x^2=11.51$ D.f.=6 $0.05 < p < 0.10$

表 12 妊娠に関する関心度、知識の程度

その1 妊娠後の初回受診時の妊娠月数
〔初産婦のみについて集計〕

妊娠月数	妊娠2カ月前		妊娠3カ月前~5カ月前 (%)		妊娠6カ月前 (%)		合計 (%)
	妊娠5カ月前						
満未	41	55	95	5	5	101	100.0
早未	6	26	100.0	0	0	32	
早成	6	14	95.2	1	4.8	21	
満成	118	154	97.1	8	2.9	280	

その2 妊娠中の健康診察の回数

〔初産婦のみについて集計〕

回数	8回以内 (%)	9回以上 (%)	合計 (%)
満 未	27 27.3	72 72.7	99 100.0
早 未	19	12	31
早 成	13	7	20
満 早	61 23.6	197 76.4	258

満未—満成 $x^2=0.51$ D.f.=1 $0.30 < p < 0.50$

まず肉体労働は表 4 の如き項目に分け、労作別のエネルギー代謝率を参考にして労作量の軽重を考え、併せて妊娠中の安静度についても調査した。その結果は表 5、表 6、表 7 (家事労働、家外労働に関しては代表的に妊娠前期のみの値を示したが、中期以後も同程度以上の差を認める) に示す如く既に妊娠前期の労働の影響が満未・早未・及び早成の全群に現われているが、特に妊娠前期では満未群に強く、次第に早未群に及び、妊娠中期以後になって更に早成群に波及してゆく傾向がみられる。これに関連して満未及び早未群では妊娠全期を通して相対的な睡眠時間の不足を認めた。

その 3 父親の学歴

	上級 (%)	中級 (%)	下級 (%)	合計 (%)
満未	55 35.7	60 39.	39 25.3	154 100.0
早未	29 39.7	25 34.2	19 26.1	73
満成	166 40.8	136 33.4	105 25.8	407
合計	250 39.4	221 34.9	163 25.7	634 100.0

$x^2=1.73$ D.f.=4 $0.70 < p < 0.80$

その 4 母親の学歴

	上級 (%)	中級 (%)	下級 (%)	合計 (%)
満未	13 8.5	79 51.6	61 39.9	153 100.0
早未	8 11.	32 43.8	33 45.2	73
満成	42 10.3	221 54.3	144 35.4	407
合計	63 10.2	332 52.4	238 37.4	633 100.0

$x^2=3.63$ D.f.=4 $0.30 < p < 0.50$

附：学歴の分類

学歴	旧制	新制
上級	高等学校、専門学校、大学	短期大学 大学
中級	中学校	高等学校
下級	高等小学校 小学校	中学校 小学校

また栄養は記載法によったが満未、及び早未群では明らかに標準以下のものが多い (表 8)。ところで妊娠前期の栄養と密接な関係をもつ「つわり」の影響は調査 4 群の間で全く差を認めず (表 9)、このことから特に妊娠中期以後の母体の摂取栄養の不足が満未、早未の出生に強い強響を与えることが推論される。

これに対して精神労働の影響は、案外少く (表 10、表 11 参照。狭義の性格とは表現的特性と態度的特性に関して総括したもの)、妊娠に対する関心度及び知識の程度の如何には殆ど関係せず (表 12)、また性生活の影響もそう大きなものではないように考えられた (表 13)、

しかし経済的因子に関連を持つ父親の職業に関しては満未及び早未群では満成群に比して知的職業階層に属するものが少く、労働者・農業者階層に属するものが多く (表 14)、または早未群、早成群の所謂早産群では農業者階層に属するものが多い傾向を認めた。

以上のことから未熟児、早産児出生の予防には妊娠中の肉体労働や摂取栄養の考慮が大切となるが、以上の結果は未熟児や早産児群でのこの点に対する配慮の不足にその原因を求めるよりも、概して家庭の経済状態そのものが妊娠を望むと望まざるとに拘らずその労働、栄養摂取状況その他の重要な因子の量及び質を規制しているこ

表 13 性生活

その 1 妊娠前期において

頻度	非妊時に比して減少或は全く中止したもの (%)	非妊時に比して変化しなかつたもの (%)	合計 (%)
満未	65 47.1	73 52.9	138 100.0
早未	24 36.9	41 63.1	65
早成	24 51.1	23 48.9	47
満成	182 53.7	157 46.3	339
合計	295 50.1	294 49.9	589 100.0

$x^2=6.77$ D.f.=3 $0.05 < p < 0.10$

その 2 妊娠中期において

頻度	非妊時に比して減少或は全く中止したもの (%)	非妊時に比して変化しなかつたもの (%)	合計 (%)
満未	89 64.5	49 35.5	138 100.0
早未	45 69.2	20 30.8	65
早成	31 66.	16 34.	47
満成	236 69.6	103 30.4	339
合計	401 68.1	188 31.9	589 100.0

$x^2=1.32$ D.f.=3 $0.70 < p < 0.80$

その 3

頻度	非妊時に比して減少或は全く中止したもの (%)	非妊時に比して変化しなかつたもの (%)	合計 (%)
満未	119 86.2	19 13.8	138 100.0
早未	54 83.1	11 16.9	65
早成	42 89.4	5 10.6	47
満成	311 91.7	28 8.3	339
合計	526 89.3	63 10.7	589 100.0

$x^2=6.10$ D.f.=3 $0.10 < p < 0.20$

とに起因するものと考えべきものようであり、従って単なる妊婦の妊娠に対する教育や指導のみでは解決出来ないものが、そこにひそんでいることを暗示しているように思われる。

なお早産児出生が農業者階層に多いことはこの階層での母親の特殊な立場によるものと考えられ、この階層に関しては単に家庭の経済状態の他に更に、農業者階層独

表 14 父親の職業

階層	I (%)		II + III (%)		IV + V (%)		合計 (%)
満 未	40	24.	82	49.1	45	26.9	167 100.0
早 未	18	24.7	37	50.7	18	24.6	73
満 成	132	30.3	236	54.1	68	15.6	436
合 計	190	28.1	355	52.5	131	19.4	676 100.0

$\chi^2=11.90$ D.f.=4 $0.01 < p < 0.02$

附：職業の分類

第I階層	専門的職業、技術的職業従事者（自由職業、教授、教師など）上級管理者、経営者（大、中会社社長上級管理職員、高級官吏など）
第II階層	事務従事者、販売従事者、下級管理職員、下級官吏、商店事務員、商店販売員、看護人、自衛隊員、警察官など、
第III階層	商店経営者、熟練労働者（自営業主、商店主、熟練職人、調理士、美容師など）
第IV階層	賃金労働者
第V階層	農 業

特の古い慣習を考慮しなければならない。

〔質問〕 橋本周三（岩出保健所）未熟児の出生と社会的環境要因としての住宅環境について調査をされているか。

〔答〕 藤本（京大公衛）住居に関する項目のうち、居住地域、居住環境、住宅構造等、未熟児、早産児の出生に少しでも関係すると考えられる多くの、細項目に分けて調査したが、特に人口移動の問題はとりあげていない。

〔質問〕 芳野（山口県衛研）山口県の満期出生児の体重について、主として世帯職業別に調査するに矢張り母の経済的環境、労働状況によって左右されることを認めたと、この際農家等に於いてはこれらの背景にある生活理念、生活態度の影響が強く働いていると考える。これを分析する方法があれば教示願いたい。

〔答〕 藤本（京大公衛）実際に具体的な予防対策のすすめ方ということに関しては、この研究会で討議したいと考えて今回報告したものである。

〔質問〕 山本理平（開業医）脳性小児麻痺児対策の本命はやはり予防にもとめられねばならない。その治療にあたるものの1人として、この問題の社会医学的研究に期待するところ大である。

〔答〕 藤本（京大公衛）未熟児、早産児の中に脳性小児麻痺の発生率が高いということは事実である。ここにこそ未熟児、早産児出生予防について力説した意義がある。更に実地医療としては技術の向上もまた忘れられるべきでないと思う。

医療から疎外されたものとしての身体障害児

——肢体不自由児施設の外来統計より——

山 本 理 平*

演者の勤務していた東京都の施設（昭和37年7月1日開設）は、施設本来の業務たる収容（入園）のほか、外来を設立の当初から正式の業務として扱い、入園児もすべてそれを經由することになっている。しかし世間一般の受けとり方は、やはり長期の入園施設としてであるようで、この1年間訪れた患者の殆んどが入園希望を申込んであった。

さて受付開始の昨年8月1日以後9ヵ月間にこのようにしてつれて来られた児童の総数300余名中には、高度

の精神障害のみによるものや、仮性肥大型筋ジストロフィのいわゆる不活患児も少なからず含まれている(14%)が、①疾患別に分類して最も多いのは pre, para ないし、ごく早期の postnatal の脳障害による脳性小児麻痺、あるいは乳幼児期の脳炎、髄膜炎後遺症（両者を一括して脳性小児麻痺と呼ぶことが多い）が圧倒的に多く(69%)、その中では精薄、てんかんなどの一つあるいは二つ合併するいわゆる重複障害児(double handicapped)が3割を占めている一方、骨、関節の疾患(内反足、先股脱、骨髄炎、カリエス等)が著しくすくない(4%)こと

* 前東京都北療育園

がめだつ。従来整形外科の後療法の主な対象であった脊髄性小児麻痺(ポリオ)は 11.1% で多いとはいえない。② 次に障害の度は、客観的評価は容易ならぬものであるが、ここでは機能発達年令を暦年令と比較し、前者が後者の 1/3 以下であるものを重症とすると、広義の脳性小児まひ児ではすくなくとも 8 割は重症と云える。特に当然のことながら重複障害児および年長児にそれが相対的に多い。一方ポリオ児では逆にそれが 2 割以下と対照的にすくないことが注目される。③ また年令分布では 5, 6 才頃の就学年令の前後に過半が集っていることが特徴といつてよい。

考 察

そこでこのような来園児の障害の性質に対して、現在の肢体不自由児施設がリハビリテーションサービスを十分に果すことを期待できるかを考察してみた。前述の 3 つの特徴から、彼らのリハビリテーションサービスには次の 3 つの条件がまず満たされねばならない。

a) 脳損傷の多岐にわたり、かつ必ずしも充分顕在していない傷害状態を把握できる医学的条件。b) きわめて初期で阻止され歪められている脳の機能分化を、正常へ近づけるように促し矯正する教育的条件。b') 重症児ということは、日常生活の遂行そのものにも介助なしでは不可能ということで、そこから要求される豊富な介助労働力。c) 幼小児が主体であることから、大人とちがう独自の全面的な小児社会の環境条件、一方これと同時に将来の社会復帰にそなえる意味での外部の生きた社会との健全な接触の確保、そしてこの両者のバランス。

以上の諸条件の一つ一つに対して、現実の肢体不自由児施設の一般的適合度を調べてみたい。

a) に対しては当然総合病院の管理系列下にあるべきであるが、日本の肢体不自由施設の法的な必要条件は整形外科単科病院であり、しかも管理系統も総合病院とは別個になっている。また財政的制約もあり整形以外の各科を具備することは愚か、他科の専門医を非常勤で契約することも希に属する。これの現実的解決の一つとして大学の整形外科教授、助教授等の実力者が施設長を兼任するケースも存在しているが、年と共に兼任廃止の方向に動いている。

b) と b') とは同一条件の質と量の二面であって、要するに同一人物が医療と教育の専門的配慮を行いつつ、同時に洗面、用便、摂食等の日常生活を介助せねばならないということである。施設内には理療師、看護婦(補助婦) 保母などの専門職種が存在し、そのチームワークは必ずしもうまく行っていない精神発達のきわめて初歩的段階

にある一人の幼児を、異った人物が入れかわり立ちかわり care するということに無理があると考えられる。一人の人間でこれらの機能を併せもつ新しい職種をつくるか父はその子の母親をして全面的にそれに当らせるべく、これを教育し、援助する行き方はもっと研究さるべきであろう。

c) に対しては、その前段たる施設内に小児社会をつくることは、比較的満足な適合状況といえようが、脳性児の増加従って Mental Potential の著しく低い児が増えてきたことは、彼らの社会形成に次第に困難の度を加えている(現在は IQ 50 程度でも必ずしも収容を拒否されない)。

後段たる外部社会との健全な接触の保持という点については、個々の施設により著しく状況がことなるが、施設内小社会の調和を「無知な」家族が攪乱することを恐れて、家族を通じての接触に種々の制限を加えたり、児童福祉の各種の社会資源への積極的働きかけを怠っている所では、幼児のホスピタリズムを助長する恐れが大きいといわねばならぬ。

このような問題をかかえた障害児のニードに対して、肢体不自由児施設は本質的に適しているのかどうかという macroscopic な考察が必要であろう。それは歴史すなわち肢体不自由児事業草創時の関係者の意図、その後の整形外科医療の変化と普及および、公衆衛生の発達という諸条件をまず振り返ってみることが理解を助ける。現在この間の事情をよく対照的に示すものとして演者は東京と長崎との二つの、共に地方自治体立肢体不自由児施設の内容をそれぞれ大都市型ヴァリエーションと地方的古典型との代表として対比して紹介したい。

そして後者のタイプも次第に前者に近づく傾向にあるといつてもよいであろう。従って前述のような現実のニードと、施設のサービスとの矛盾が深化する恐れは充分考えられるところである。実際にはそれを克服すべき本質的方法の萌芽が施設外の場所で現れているといえるのであるが、それを阻む本質的な要因の中の大きなものが、日本の医療そのもののなかに存在することを痛感する。その一つは科学に裏づけられた全人的、個別的 care の立ちおくれであり、従ってそれが一方ではその経済的価値評価の著しい低さとなり、一方では現在の肢体不自由児事業のようなきわめて Social な要素の大きい Rehabilitation Service に対する医学界の関与、不関与のけじめの混乱となって現れているといえよう。

〔質問〕 井上(名大衛生) 9 才以上の利用者数が少なくなっているが、9 才以上の者に対する社会的サービスはうまくいつているのか。

〔答〕 山本（前東京都北療育園） 少くなっている理由は、① 東京は整形外科病院が多いので、そういうところで受けている。② 施設にやってくる事自体年をとると困難になる。の理由で放置されているためサービスがうまくいかなくなる。

〔質問〕 水野（名大公衛） 母子入院はどの程度に行われているか。

〔答〕 山本（前東京都北療育園） 東京の北療育園にはない。

〔質問〕 水野（名大公衛） 外国での方法を取り入れ、金曜日及び月曜日を母子入院とすることにして、長

期にわたって母親を教育していくという方法はどうか。

〔答〕 山本（前東京都北療育園） 母親の教育面では通園部門が昨年から全国数ヵ所の肢体不自由児施設に併設された。これは家族の付添が普通なので、その意味にそうかもしれないが、毎日しかも半強制的だから母親の負担がむしろ問題になる。

〔追加〕 水野（名大公衛） 疾病は生活の場で成立するものであり、医療は本質的には生活の場で行われるものである。肢体不自由児の医療にもこの点が大切であると考えられるが、このことは社会医学の重要な課題でもあるので、更にこの方面の研究を進めるべきだ。

神経科を標榜する一診療所のニード

第1報 老年者の精神障害といわゆる神経痛とについて

山本 英子* 山本 理平

神経科という名称は、世間には大体精神医学的なものと理解されているようであるが、慢性の骨、関節、筋、腱等、運動器疼痛が一般に「神経痛」としてよばれ、一方これら運動疾患の妥当な担当科目たる整形外科については、一般に理解がまだ不十分な現状では、これらの患者が、神経科医療機関にやってくることは当然予想される。

演者ら二人はそれぞれ、精神医学および整形外科等を専攻するものであるが、1959年から、東京都大田区で、神経科診療所を開設しており、1962年度の患者統計をそれぞれの専門科の見地から整理してみた。

疾患症候を I 精神病、II 進行性ないし（亜）急性または急性器質的神経病、III 神経症、IV 運動器障害と異常、V その他、の5つのカテゴリーにわけ、1人の患者で異なるカテゴリーに属する2つ以上の病名で受診しているものは2件または3件というように記し、同一カテゴリーの中の疾患であれば、2以上の病名であっても1件というようにかざえると、件数総数は594件、そのうちI群が、26.5%、II群が（パーキンソン氏病、肋間神経痛、帯状疱疹など）が4%、III群、神経症が22.1%、IV群（腰痛症、関節症が最も多い）が29.7%、V群（感冒、高血圧が最も多い）が17.8%である。

一方60才以上の件数は94件中77件（13%）であるが、そのうち41件にIV群中の疼痛性運動器疾患、す

なわちいわゆる神経痛またはリウマチである。そのうち最も多いのが膝関節症13件で、以下腰痛症8件、肩関節部障害4件、頸背部筋々膜痛4件、股関節症3、根性坐骨神経痛3等である。

60才以上のものの年齢区分は、60才台54、70才台11、80才台1、費用負担別では健保本人が14、（うち日雇6）、国保3割負担が14、5割負担が32、自費6である。

精神医学的疾患は、19名、うち内因性精神病としては僅かにうつ病2のみ、ノイローゼは最も多く8、その他に退行性うつ病3、老年性精神病2、脳動脈硬化症性痴呆1、アルコール中毒2、心因反応1、パーキンソン氏病1となっている。その経過で特異なことは、継続6ヵ月以上にわたることが明かなものは、わずかに7名、うち2名は短期間ながら演者らの診療所に入院したものである。

整形外科的疾患のうちわけは前述の如くであるが、治療処置として目立つのは Steroid の関節内注入を施したものが22名におよび、おおむね、好成績をあげていることである。精神医学的疾患とことなり、症状の Remission を示すものが比較的多いわりには長期にわたって固定した care をうけるものが多い。

考 察

慢性疾患の中には、生命を直接脅威することがない

* 東京山本神経科内科

が、患者の社会ないし、家族生活を著しく困難ならしめるものがある。精神障害と運動器障害はその代表的なものである。演者らは神経科診療所を経営してこの両種の疾患が取扱患者の大きな部分をしめることをみだした。これらの患者をしてその生活の破綻をいかに最少限度にくいとめるかということは単なる medical care 以上の配慮を、いふならば personal doctor としての全面的 care を必要とし、おそらく大病院の specialist としてよりは町の診療所の医師の活動分野にふさわしいものと考ええる。

ただ患者のそのような全面的 care の前提たる多方面にわたる need の評価ということは、それ自体容易なことではないが、一方では大都市の孤立的の市民生活と一方では開業医というこちら側の制約とから、まだまだ断片的な推測にすぎない状況であるが、今後この方向をすす

むにあたって諸賢の御高見を仰ぎたいと思っている。なお演者らの診療所は東京西南の京浜工業地帯に属し、周囲は中小企業の密集地として都内有数の所である。

〔質問〕曾田（国立公衆衛生院）老人で精神障害および神経症に悩むものの家族内生活及び看護の実状、およびこれに対する社会的措置に関する意見を伺いたい。

〔答〕山本（山本神経科内科）内因性精神病またはその他精神症状の強いものは家庭看護は無理であり、精神病院へ収容されなければならない。その他の環境の不調和からくる神経症的症状に対しては老人の場合、現況では家庭が積極的に medical care をうけさせることは極めて少い。これは将来 day hospital 或は night hospital のような形で家庭と充分な接触を保ちながら nursing を含めた医療をうけるべきであると考ええる。

農 民 と 自 殺

松 崎 泰 夫*
田 中 香 麿

柳 沢 文 徳
天 明 佳 臣

今次大戦後、青年層の自殺が高率であるがために、精神医学、公衆衛生の面で大きな問題として取りあげられてきた。私共は農民の死亡因子の研究中、農民の自殺が他の職業より高率であることに気付いた、農民の自殺は従来問題視されなかっただけに、今後大いに吟味する必要がある。自殺原因の追究は、自殺予防上きわめて重要である。精神医学面を強調する見解と、それだけでは解決できず、疫学的考察の必要性を強調する見解とがある。いま後者の見解に従った場合、農民の自殺が何故に多いのであろうか、またその原因は何んであろうかという疑問が生ずる。

戦前は農村の自殺は少いことが定説になっていたようだが、戦後増加したのは、どういう理由であろうか。素朴な解答として、農地改革以後の農村の変貌がうんだものと考えられる。私共はこれらのことを配慮しつつ、農民の自殺の多い原因を求めべく、検討してきたが、今日はそれに関する私共の考えを発表し、御批判を得たい。なお本発表内容は「公衆衛生」27 卷 8 号に総説と

* 東京医科歯科大学農村厚生医学研究施設

して投稿したので、それを参照して戴きたい。(以下略)

〔追加〕志水清（広大医）① 数年前島根県の自殺と、2 年以後広島市の自殺を検討してみたが、前者では従来水死、投死、れき死が多かったが、それが農薬にかわってきている。しかし後者ではガス、銃器による自殺が多いので、プロパンの農村進出を考えこれからは農薬の管理と共に、プロパンの管理を考えていかねばならない。② 自殺の調査は難しく、届出をしないものもかなりあるのでモレが多く注意せねばならない。なお自殺未遂がより重要と思っているがこれについては調査してあれば教えてもらいたい。

〔追加〕松崎（東京医歯大農厚医研）その問題については今後検討したいと考えている。

〔追加〕柳沢（東京医歯大農厚医研）農薬の管理上の問題から決定的な自殺を起させるわけである。最近普通に使用する場合に害が少いと考えられる場合に、そのものは毒性がないと称する考え方が現われてきている。この考え方が問題を提起するものと考えられる。

呼吸器系感染症

腸管感染症・尿路感染症などに

純国産新持続性サルファ剤 **シノミン** が

すぐれた治療効果をあげています

シノミンは、シオノギ研究所で完成した新持続性サルファ剤で極めて広範囲の感染症治療に使用され、すぐれた効果を示しています。各種感染症に使用して――

- 抗菌力、抗感染力が強い
- 有効血中濃度の持続時間が適度に長く、1日2回の投与でよい
- 血清蛋白との結合率が低く、活性値が高い
- 細菌の耐性化が遅い
- 副作用が少ない

○臨床効果が大きいなどの長を備えています。

初回2g以後12時間毎に1gずつ服用

錠剤、粉末の他、甘くてのみ易いシロップ注射液、点眼・散布には、便利なシノミンナトリウムなどが発売されています。

健保採用 1g 15円90



シオノギ製薬

女子生命保険被保険者の性格

柳 沢 文 徳* 菊 池 静 太 郎 小 田 将
 天 城 昭 佐 々 木 獎 名 越 博
 天 明 佳 臣

生命保険は古代ローマの死亡金庫組合や中世のギルド救済などから発展してきたといわれ、その後生命に関する確率論的な研究が進み生命保険の合理的な経営を可能にしてきた。日本では明治初期に設立され現在では、多くの生命保険相互会社があり養老保険だけでも昭和 36 年度の契約件数は有診査契約で、1468 万件、契約金 4

られるのであるが、これらの制度を一覧するとき正にとまどいを感じざるを得ぬ程に、各々の制度は複雑に分立している。

私共は、現行社会保障制度の欠陥を間接にうかがい知る意味からも、生命保険加入者の実態を色々の角度から分析しているが、今回は種々の点からその加入目的に興

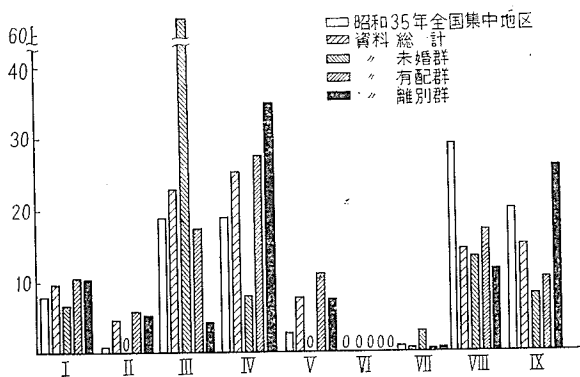


図 1 女子被保険者の職業別構成

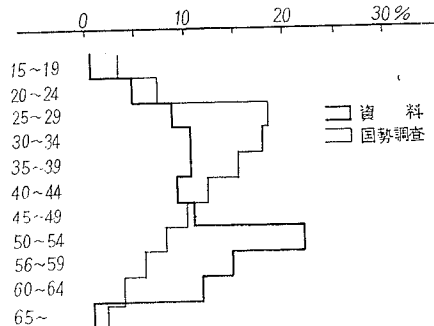


図 2 資料及び昭和 35 年国勢調査、全国人口集中地区の女子有配偶者年齢構成別百分比

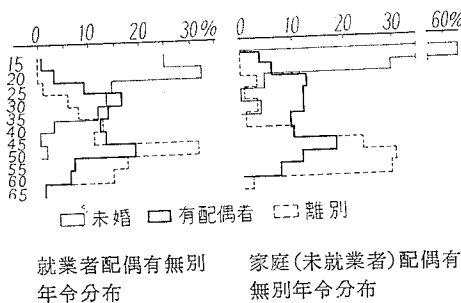


図 3 女子被保険者 (資料)

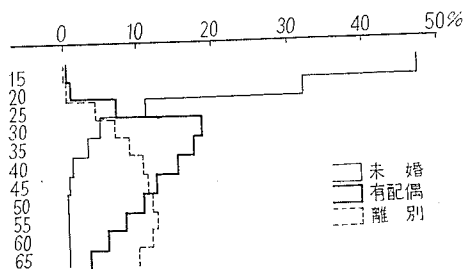


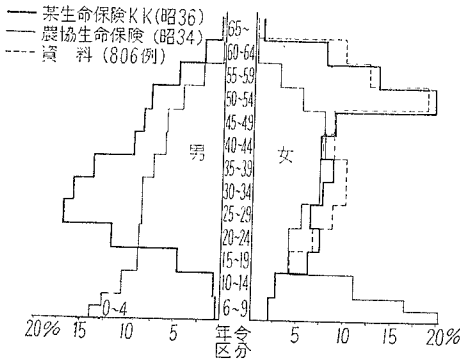
図 4 人口集中地区、女配偶関係別人口構成 (昭和 35 年国勢調査)

兆 837 億円、無診査契約では、1595 万件、契約金額 4 兆 837 億円にのぼっている。もっとも生命保障事業は、資本蓄積の手段として発展してきたもので社会保障と性格を異にするが、利用者の側からは類似した期待がもたれていることは事実である。現在我が国の社会保障制度は大きくわけて社会保障制度と社会福祉制度の二つにわけ

味のある女子加入者の実態についての解析結果をここに発表する。

統計的にみると、男子と女子の加入者の比率には明らかな差が認められる。一色らの調査によると昭和 29 年新契約の割合は有診査保険男子 85.5% 女子 12.5% というわけで、また米国の Fact Book 1955 年によると新契約男子 70.1% 女子 19.3% 子供 (15 才未満) 15.6%

* 東京医科歯科大学農村厚生医学研究施設



昭和36年某社有診査死亡 男女別被保険者と調査 保険の年齢階級別分布 対象女子被保険者(%)

図 5

才群に山がある。このことからみて女子と男子では、加入者の性格がことなることがわかる(図5)。何故、女子では高令者層で加入しなければならぬかという点が問題になるわけである。これを配偶者の有無別に考慮してみると、表2の如く12.5%は未婚、有配偶者は58.5%、離別者28.7%ということになっている。全国の人口集中地区の有配偶別の女子の構成は、未婚31.3%、有配偶者53.3%、離別者は15.5%となっており、この点から考えて明らかに離別者の生命保険加入者が多いと断定して差えないと考えられる。加入動機の調査は、目下多少の資料を集めているが、なかなかむずかしいのであるが、一応常識の範囲で考えて、離別者の場合は家庭主婦に比して老令保障、子供の教育、葬式代等将来の生活がより不安定であり、より強い生命保険加入の動機を

表 1 女子被保険者の配偶者有無別、就業別、年齢層別の状況

年齢別	未 婚		有 配		離 別		合 併		
	就 業	家 庭	就 業	家 庭	就 業	家 庭	計	就 業	家 庭
15~19	19	15	1	1			36 (4.5)	20 (6.1)	16 (3.4)
20~24	25	7	4	19			55 (6.8)	29 (8.8)	26 (5.5)
25~29	11	1	12	44	1	3	72 (8.9)	24 (7.3)	48 (10.1)
30~34	10		22	42	7	1	82 (10.2)	39 (11.9)	43 (9.0)
35~39	9	1	18	42	9	3	82 (10.2)	36 (10.9)	46 (9.6)
40~44	2		16	32	15	1	66 (8.2)	33 (10.0)	33 (6.9)
45~49			17	33	13	11	74 (9.2)	30 (9.1)	44 (9.2)
50~54	1		25	64	37	26	153 (19.0)	63 (19.1)	90 (18.9)
55~59			9	39	20	33	101 (12.5)	29 (8.8)	72 (15.1)
60~64			8	25	16	32	81 (10.0)	24 (7.3)	57 (11.9)
65~以上			1		1	2	4 (0.5)	2 (6)	2 (4)
合 計	77 (9.6)	24 (3.0)	133 (165)	341 (42.3)	119 (14.8)	112 (13.9)	806 (100.0)	329 (40.8)	477 (59.2)
	=101 (12.5)		474 (58.8)		231 (28.7)				

という資料がある。女子が何故に生命保険に加入するか、実際にみて余命率は女子の方が長いことを考えると、世帯を基準にして考えると老年の生活保障という意味では、女子の加入はそれほど意味が少ないとも考えられる。

資料は某生命保険会社の社医によって診査をうけた昭和36~37年度的女子死亡保険加入者に関するものであり、加入者は主に東京、大阪、名古屋など人口集中地区に居住するものである。男子と女子は会社統計によると加入者の年齢構成に大きな差が認められ、男子では25~39才群が最も多く加入し、女子では年齢の高い50~54

表 2

	口数調査	資料
未 婚	31.3%	12.5%
有 配 偶	53.3	58.5
離 別	15.5	28.7

人口集中地区、女有配偶関係別と資料のそれとの関係もっていると思われる。また一般に女子加入者の場合契約金の高額のもの少ないことは特徴的な事実である。

昭和35年国勢調査の人口集中地区の女子全人口年齢階級別就業者の割合と資料(図2)との関係を見ると、

資料の方が一般に就業者の割合が多くなっている。前にも述べたように家庭の主婦は多くは夫の経済的庇護の下におかれており、離別者の場合当然ではあるが統制的に独立した地位にあると云える。離別者加入者の場合、加入者職業分類でも一つ特徴的なことは、図 2 より販売業 35.4% で第 1 位を占め、次いでサービス業従事者 26.1% になっている点である。この両者ともその老後の生活に強い不安を持っていると思われる。この意味から現行の社会保障制度が十分離別者に対する配慮がなされていない点を指摘しうる。ことにサービス業では洋裁やいわゆる水商売といわれるものが、大部分であることも注目される。

離別者が多く生命保険に加入しなければならぬということは、生命保険加入対称階層を考慮してみた場合、わが国の所謂中流階級の不安定性を物語るものであると考えられる。

生命保険の加入者はその社会階層からいって中位層より富有層であり、決して貧困層を対象としてはいない。中位層より貧困層への転落の不安が、サービス業、販売業を中心とした離別者に象徴的に表われているものと思われる。このような観点から、更に深く離別者の実態を社会医学的に検討する必要があることを、生命保険加入者という面から吟味してみた。

救急医療の諸問題

日 高 陸 三*

I. はじめに

救急医療とは事故現場、搬送過程及び医療機関の受け入れを一体系とした医療のシステムであり、交通事故、産業災害、疾病等が対象となる。近年救急医学が急速に進歩したにも拘らず、それを活用する医療システムは著しく遅れており、このことは事故増加と共に、益々めだってきた。救急の取扱いは昭和 9 年以來日赤、消防等により行われてきたが、長い間有効な行政的措置が行われず、医療制度の不備と相まって、最も基本的な救急車の活動さえ種々の困難がある。

II. 救急車活動について

表 1 の如く、昭和 35 年全国に 404 台で、救急医療の中心になる消防 188 台、その他の機関に 216 台が活動し、人口比 1 台/23 万人で、カバーする人口は 1/3 (3,800 万人余) に過ぎない。英国ではほぼ 1 万人に 1 台であり、貧弱さは驚く程である。その他の機関には病院車、寝台自動車等が含まれ、統計がとられていないので、消防救急車に限って論述する。主要都市は表 2 の如く、大阪では特に少く、交通傷害者の取り扱いが 6.4% で、重傷者の多くがパトロールカー、民間の車で運ばれ、119 番の call は断られることが少なくない。

大阪市消防予算は市予算額比 3% 強で、職員は市条例の定員法で枠づけられ、消防庁の基準の 2/3 しか充足していない。しかし消防の本務は消火である。救急車活動

に対する衛生部局の放置的な態度が、反省されるべきである。

III. 救急患者の内容

搬送される患者は、事故による外科的疾患が多いが、大都市であっても、取扱患者の内容は一様でなく、大阪市は 50.4% は内科系で、お産の搬送もあり、東京都の 2 万余人は感冒から精神病、伝染病迄多種多様である。重症度は、1.8% は病院到着時死亡、入院 50.6% と重篤なものが多い(表 3)。

IV. 医療機関の受け入れ態勢

救急の多くを受け入れる救急指定医療機関とは、①常時医師のいること、②有床、③交通の便利さ等を原則として、医療機関からの申請で、消防局長が指定を行う。しかし法的根拠はなく、例えば、愛知県医師会指定もある。

大阪市の救急指定 86 病院を、Bed 規模別で、6,041 人(全搬送者の 70% 弱)の受け入れを見ると、20~49 床に 25.1%、100~249 床に 23.9%、特に 20~49 床の私的病院に 1,508 人と 1/4 が集中している。公立病院は 14% しか受け入れていない。また京都市では上位 5 病院で 6,515 人(全搬送者の 68.0%)を受け入れ、大阪のそれは、17% に過ぎず、救急の集中化、救急病院の専門分化を見ない。

救急の受け入れを見るため、比較的規模の大きい救急指定 21 病院(公立 8、公的 8、私的 8)を訪門した。

* 大阪大学公衆衛生学教室

昼間の救患のため用意された設備、スタッフは皆無で、通常の外来扱である。公立病院の半数に救急室一夜间のみ開き、当直医、救急スタッフにまかされている一があり、2病院に救急ベットがある。他の2病院は救急ベットを置いたが、一般病床満床のため救急離脱の患者を受入れられず、事実上機能していない。入院を予約させる現状では、救患は、緊急に、しかも専門的治療を要することが多いに拘らず、救急車が数病院を廻ることも稀でなく、結局小病院に集中する。スタッフ面からは、医師3名以上常時当直は9病院、常時外科医当直は11病院である。常時外科医当直、当直医3名以上は、350床以

表1 運営主体別救急保有状況

運営主体		救急車台数
消防機関		188
その他の機関	市町村	57
	警察	12
	医療機関	118
	その他	29
	小計	216
計		404

東京都消防庁予防課資料「救急業務の実施状況に関する調」昭和35年12月末現在

表2 救急車と交通事故 昭和36年

都市名	救急車台数	1台当り人口	交通傷害者中救急車が運んだ百分率
東京都	62	134,033+	25.0%
大阪市	7	440,757	6.4
京都市	10	129,570	44.3
名古屋市	7	227,419+	32.1

各都市の救急統計、交通白書及び交通年鑑による。
+は昭和35年人口

上の病院である。

多発外傷、頭部外傷、開放性骨折、胸腹部内臓損傷、背損等にて、専門医、高度の設備、初療の重要性が呼ばれながら、救急医療が小さな私的医療機関に依存している。公的な救急態勢に対する、開業医の不満も強く、公的医療機関の責任が追求されて然るべきだ。

V. 京都第2日赤救急分院について

昭和26年第2日赤病院内に救急室が開かれたが、救急車搬送の6割が集中し、昭和31年中京区に、救患のみを診療目的とする、我が国初の、大胆な実験である特

殊病院が開かれた。

① 一般外来は全く診療しない、② 入院を必要とする患者でも、結核、法定伝染病及び精神病は入院せしめない、を原則とし、救急離脱患者は本院転送の方針で、本院と云う母体を基に経営し、運営は軌道に乗っている。特徴は昼間と夜間の区別のない点、及び内科、外科の区別のない「救急科」とでも云うべきもので、58床、外科医3、看護婦18、総数36名の小病院である。

運営面の大きな困難はスタッフで、土日曜及び夜間の当直医の確保である。看護婦は基準看護の定員では無理で、本院より1年交替派遣である。財政面からは保険外

表3 救急患者の重症度

搬送患者総数	死亡	入院	入院即退院
9,135	165	4,622	3,998
100%	1.8%	50.6%	47.6

京都市37年救急統計による

表4 京都第2日赤救急分院の患者取扱状況

年	受付数	入院数	入院数/受付数	1人平均入院日数(日)
31年2月	2,965	1,289	43.5%	9.7
32年	3,849	1,579	41.0	10.1
33年	4,511	1,575	34.9	11.1
34年	4,430	1,377	31.1	14.5
35年	5,748	1,236	21.5	16.5
36年	6,323	1,121	17.7	19.1
37年	5,354	1,015	19.0	20.8

京都第2日赤救急分院の資料による

の自費患者が半数を占め、未収金が10%もあり、支払能力のない患者が多い。

表3に見る如く、本院満床のため、機能低下をきたし、漸次入院患者数が減じ、入院率は低下し、平均入院日数が増加している。

満床で救急車搬入を止めた回数は、36年79回、38年87回で、始めに予想された専門的機能は麻痺しつつある。

地域の医療需要に応じた、医療施設の整備が全体として計画されていない場所は、先進的な貴重な試みも、結局その存立がおびやかされるのである。

VI. 英国に於ける構想

英国ではすべての自治体に ambulance service が義務づけられている。1961年 Accident Services Review

Committee は中間報告で、現状の多くの欠陥を指摘しながらも、N. H. S. の 3 構成部分を結合した comprehensive accident service を構想し、“three tier scheme” 即ち teaching hospital を central accident unit, general hospital を accident unit, G. P を peripheral accident unit とし、transportation をも含めて、これらの協調により “minor injury” と “major injury” を分離し、充分な専門的医療を供給すべくされている。Organization の原則として、大意は、

① すべての injury に対応できること。② 24 時間制。③ accident service area の設定。④ 救急医療に対する教育的配慮。であり、人口 10 万当り 25 bed. ベット占有率は 75% までで、独立した accident hospital でなく、general hospital の casualty department が望ましい、と述べられている。

VI. 考 察

以上まとめると、救急医療を要する患者は、重症が多く従来の専門科にとらわれない「救急科」の如き医療態勢が必要である。救急業務は法制化されたと云え、消防本来の態勢自体が、なお不充足の現状で、全人口の 1/3 は民

間の消防団活動であることから見ても、実効が危まれる。内科疾患をも重視し、且つ救急隊員の適正な教育も必要だが、最緊急事は救急車の増車である。救急医療の専門分化は、大阪では認められず、京都に於ても、医療の制度的混乱の中に、そのあるべき姿を見失いつつある。

要するに我国では、救急の責任を負う機関はない。現在の医療制度の中では、空床確保は出来ず、スタッフ維持にも困難で、24 時間制の運営も無理である。且つ特殊な未払い問題もある。救急医療は、採算制を離れて、公的病院が本来の姿にもどって、その中心となり、公的機関の責任において担当すべきである。

文 献

- 1) 大阪市消防年報、大阪市消防局。
- 2) casualty services and their setting. A study in medical care by the Oxford University Press. (1960).
- 3) Accident services of Great Britain and Ireland (Intrim Report of Reviw Committee) (1961).
- 4) 自治省財政局編：地方財政のしくみとその運営の実態、地方財務協会刊行 (昭和 37 年)。
- 5) 東京都消防庁予防課：救急業務の実施状況に関する調査 (昭和 36 年)。
- 6) 東京都、京都市、大阪市、名古屋市の消防局救急 (救出) 統計 (昭和 36、37 年)

離島における予防、医療行政の対策

南 雲 清*

われわれは公衆衛生を担当するものにとっては、衛生行政は理論上地域格差があってはならないのであるが、実際面においてはその格差が著しい事実に対して深く反省する必要がある。特に僻地、離島においては、行政が未だゆきついていないと云っても過言ではない。この点について研究すべき問題は多いのであるが、演者は伊豆離島のうち、管内 5 島を例にとって、その実態と対策を述べてみたい。

I. 概 況

管内は大島、利島、新島、式根島、神津島の 5 島より構成され、地理的分布では伊豆半島の先端より約 50km のところから南に一直線に散在し、東京より大島まで約 130 km、大島より神津島まで約 70 km の範囲にある。管内総人口は約 2 万人、島民の利用面積は飽和状態で人口の変動は殆んどない。各島は独立した自治体として町村に分れており、特定な産業もなく半農半漁で経済状態

* 東京都中央保健所大島出張所

は極めて悪く、生活保護率も平均 3.0 で東京の約 2 倍となっている。

行政的に最も大きな支障となっているのは各島間の交通機関で、東京都大島支庁にさえ独自の船は所有しておらず、民間会社の船も不定期であるため、各島を巡回するのに不自由な日程と行動を余儀なくされている。行政的に独自の交通機関を所有しておらないことは、衛生行政はもとより全ての行政を麻痺させる大きな原因で、この問題は行政学以前の問題として解決しなければならない。

II. 原因の追求

1) 予防医学の徹底できないことについて

A. 保健所の機能が弱体であること：この事実は日本全国共通の問題で、今さら云々しても致し方ないことであるが、当出張所は 36 年度まで医師不在であったため、島民は保健所の存在意義については無関心であった。最近その強化に努力してきたが、その弱体性は尙う

べき方法もない。

B. 医療職員の配置要員がないこと：僻地の医療職員が少ないことは衛生行政上でも大きな問題で、この欠陥を一時的な広告で解決しようとする姑息的手段ではどうにもならない。

C. 予防接種率、結核検診率の低いこと：日本脳炎、ポリオ生ワクチンの接種率が比較的高率であるのは、これらの知識についてジャーナリズムの宣伝に負うところが多い。その他の予防接種、結核検診の受診者が著しく低いことは方法論について反省しなければならない。

D. 地方自治体の衛生行政が弱体である：地方自治体の制度について批判分析することは別として、自治体の衛生行政が弱体であることは、保健所が弱体である以上に質的な弱さを持っている。自治体は僻地にゆく程、政府の末端機関として自治体の機能を失いつつあるうえに、自治体に、衛生行政を推進してゆく相談相手の医師保健婦がいなかったことが大きな原因と考えられる。

2) 医療行政が貧困であることについて

A. 医療職員特に医師の派遣交代が容易でないこと：国保診療所の医師には相当の給与が支持はされているが、他の行政的手段をおろそかにして、給料さえ出せば医師が来るという考え方は末梢的である。自由開業制度の現行法では医師を派遣させる責任者はおらず、町村長が責任をとっている。

B. 医療機関に連帯性がないこと：僻地における医師が、中央または相互に連帯性をもたないことは、医師の孤立化と医療機関の弱体化を招来する危険が考えられる。このことにより医師の定住、派遣交代がますます困難となり、住民より批判を受ける原因となる。

C. 国民保険財政が赤字であること：医療職員の人件費が高いこと、適応外の高価薬が使用され易いこと、島外への医療給付が多額であること、人口が少なく保険税の収入が低い割に保険税の徴収が困難なこと、などいくつかの要因が重なり、財政の苦しさは新しい医学の発展に追いつけない。

III. 対策

1) 保健所の強化

人口割で保健所施設を考えることは僻地において通用しない。地域の広さと活動の非効率さ、医療機関の未熟さを考慮すれば、保健センターとしての重要性がとりあげられなければならない。

2) 保健所と診療所の併置について

保健所の強化は診療所を併置することにより、医療職員、設備の利用率が一層強化される。このことにより、

保健所外来クリニックが診療所と共同でなされ、自由な行動がとれる移動保健所も可能となってくる。僻地では健康相談所医療に結ばれなければ、十分な医学技術の実施が出来ない。

3) 医療職員の配置について

保健所職員は行政的人事にまつより他にないが、日本の保健所そのものに医療職員特に医師が不足している現在、大学の公衆衛生関係の教室を強化し、医師の交代派遣が望ましい。また人事行政機構にも多くの欠点があり、この点について検討、改正がなされなければならない。

診療所の医師についても同様なことが云われる。医師を町村長がさがし歩くという原始的な方法でなく、もっと高度の機関が正当な職員を適正に配置する行政措置が必要である。医療制度の改革が呼ばれている現在、僻地の医師派遣についても当然考慮すべきである。

4) 診療所の医師の身分について

町村の職員として取扱われている医師を都道府県の職員待遇にし、保健所と共同に業務ができるようにすべきである。

5) 適正な医療機関の配置について

専門医がおらず、また病院がないので、入院その他精密検査に島民は困っている。このため島外へ多大の経費を使って診療を受けに行かねばならない。適正な施設と整備された診療所、病院の設置が望まれる。

6) 町村衛生担当者に対する援助

町村関係者に対しては保健所は行政的指導と同時に常に接触を保ち、定期懇談会を催すよう法的な根拠を支える必要がある。時に町村側に立って指導する医師を設けることが肝要である。

7) 衛生教育の強化と地区組織活動の利用

僻地においては住民は衛生知識に乏しいため、地区組織活動を結成し、衛生教育を徹底させる以外に保健所活動の向上はあり得ない。是非実現させるべき課題である。

8) 各巡回班の編成と移動保健所について

予防接種班、結核検診班、乳幼児検診班、専門医診療班、衛生教育班、などを保健所、診療所を基点として定期的に派遣巡回させるべきである。このためには公共医療機関、行政当局などが一体となり、横の連絡を密にすることが大切であり、専門巡回船を設置する必要がある。

VI. 要約

これを要するに、衛生行政の根幹は人命に関すること

である以上、僻地離島についても行政的に格差があってはならない。これらの課題を解決するために、厚生省は都道府県衛生当局と協力して僻地医療対策協議会を設立し、これらの対策をおしすすめるよう強く希望する。

〔質問〕丸山（阪大衛生）この社医研が演者の仕事にどの程度役に立ったか知らない。またこの1年間、新しい問題としては何を発見したかを伺いたい。

〔答〕南雲（東京中央 H. C.）参考になったのは、自治体と衛生行政の関係の問題は何とかせねばならないと思ったこと、それと自治体と地域開発の問題は工業地帯のみならず僻地にも同様のことが言えるということだ。行政機関はいつもソッポ向いている感じで、何か問題が起きないとそこに目を向けない。前の方ばかり見て後を見ようとしなのでは困る。あまねく見渡してくれなければ。

〔質問〕柳沢（東京医歯大）全く常識では考えられぬほど、交通機関の悪い僻地である故か、農民自身の中にも姑息な考え方がある。例えば「自衛隊が来れば医官も来るので利用出来て良い。だから自衛隊が島に来るのは賛成だ……」といったような。医療に関するしっかりした考えを島民が持っていない。このことを先ず保健所は考えてほしい。交通機関としてヘリコプターを要求したらどうか。

〔答〕南雲（東京中央 H. C.）それはあった方が良いが、何しろ問題が国家的な検討になり……。東京都が動きますかどうか……。

〔追加〕丸山（大阪大学）演者は社医研と共に、種々の問題を解決、実現する希望をもってここに来ている。それに対し我々の無力さを感じる。皆の協力を望む。

〔追加〕小田（長崎県衛生部）長崎でも約5割が海と島で同様の悩みがある。しかし交通手段をもかねてレントゲン船4隻、診療船1隻があり、その辺では不便は感じない。医療機関、特に医師の確保は同様に窮屈だ。このことに対する構想の一つとして、診療圏を考え、そのサークルのなかの既存の診療所を一つにして一部事務組合をつくる。総合経営にして、医師の確保は大学と交渉して派遣してもらい、1年交代ぐらいにするということは今考えて組合の結成に努力しているが、これにもやはり限度があるようだ。結局医療制度を再検討しない限り医師の確保の抜本的解決にはならない。

〔質問〕西（国立公衆衛生院）柳沢先生に島民の医療に対する考え方ということについては、十分な医療サービスを受けられる時に、それに対する態度云々が云えるのであって、そうでない所は、医療を受ける人の態度よりも政府の態度を問題にすべきだ。南雲さんに、島のための裕福なクラスと生活保護を受けているようなクラスは、どのように医療サービスを受けているのか、そこに差が見られるか。

〔答〕南雲（東京中央 H. C.）階層間の問題については、病気の種類により千差万別なのですべて島の先生を頼っている。金があるから東京に出るというようなことはない。しかし緊急の場合、東京に知人の名医（大学教授とかその他）でもいればすぐに連絡して来てもらえる。私のように東京の大学を出ていないとそれは出来ない。その辺で島民が医師を信頼するかどうかということも起きてくる。島の先生を放置するのではなく、皆んなしてバック・アップを強力にしなくては……。これは厚生省の問題だ。それに医者のセクショナリズムもたいへんに悪い影響を及ぼしている。

高血圧症患者の Visiting Service について (予報)

金 森 仁 作* 橋 本 雅 弘 細 田 崎 子
相 沢 彰 子 山 田 武 士 西 尾 雅 七**
細 川 汀***

序 論

我が国の人口の年齢構造をみると欧米諸国の如く、近

* 吉祥院病院

** 京大公衆衛生学教室

*** 関西医大公衆衛生学教室

年向老者、老人の漸増の傾向があり、それと並行し死亡率の方は中枢神経系の血管損傷、悪性新生物、心臓疾患等の所謂成人病による死因が上位を占める現象をみる。

今後我が国に於ても向老及び老人問題が、医学、医療、医療制度の上で、益々重要性を増すことは論をまたない。

大きな欠陥、矛盾を有する現在の医療制度では慢性疾病の継続的、体系的管理は困難であり、また医師と患者の人間関係だけでは、疾病特に慢性疾病の医療を障害する諸因子を把握することは難かしい。私達京都市内の1小病院(内科、外科 ベット 35床)では前述の如く、医師が現在の診療方法のもつ限界に気づき、向老・老人の慢性疾病の継続的・体系的管理をおこなうためにも、保健婦(以後 P. H. N. と略す)、メデイカルソーシャルワーカー(以後 M. S. Wr. と略す)、の必要を認め、本年4月 P. H. N. M. S. Wr. を中心とした「医療社会事業部」を設けた。

私達の当面の活動として、昭和37年度以来本院に通院した、また通院している高血圧症、動脈硬化症、心臓病、糖尿病の患者約400名についての「健康管理」に重点をおくことにした。

I. 医療社会事業部を中心にみた病院組織について

医療社会事業部は、現在医師(主治医・公衆衛生研究者) P. H. N. M. S. Wr. によって構成されており、訪問前後の検討を行なう「家庭訪問委員会」、成人病対策全体を検討する「成人病懇談会委員会」、生活問題を取扱う「医療費委員会」、「人間ドック委員会」に参加しているが、主要な活動は Visiting Service である。

II. 健康管理方法

約400名の健康管理の方法としては、次の3つの組合せを実施している。

A. Visiting Service による個別管理、B. 成人病懇談会(予防を含む)による集団管理、C. 成人病管理カルテによる個別管理

A. Visiting Service について

Visiting Service の目的は P. H. N., M. S. Wr. が患者の日常生活、療養生活を援助し、家族の理解の上に立って、患者自身が医師の指示の下で健康や疾病を管理することを可能にすることであり、患者及び家族に対する調査活動を目的にしていない。

Visiting Service の結果

1) 訪問患者数 54 例 : Visiting Service の必要性の選定、医師、看護婦の要請と P. H. N., M. S. Wr. の独自の判断に基づくことを原則とするが、今回の 54 例は、医師の指示により、この 54 例は、比較的規則正しく治療を続けている 27 例と、医師の指示なく 1 ヶ月以上治療を中断した、また中断している 27 例の 2 群に分けられ、P. H. N. と M. S. Wr. 2 人が 1 組となって訪問をしている。

2) 54 例の 80% は、病院を中心にして 1 km 以内に

あり、訪問所要時間は 1 例当り平均約 1 時間で、中には必要によって再訪問を行った例もある。

3) 年齢は 40~80 才台の向老、老人で、家族構成は 1 世帯当り平均約 4 人である。患者の職業は、女性では家事、内職が多く、男性の場合は、中小企業、零細企業等々に働くものも多く、日給制で残業をしたり、また不適當な仕事に従事するものがある。

4) 訪問時自覚症状 : 大半が自覚症状をもち、54 例中 17 例 (30%) は、はじめ「自覚症状がない」といっているが P. H. N. の問診により、この中 10 例はこれ等の疾患にみられる症状が発見された。

5) 療養状態 : 療養については、主治医が一応指示しているにも拘らず、積極的にやっていると思われるものが 54 例中 17 例、ほとんど行われていないもの 21 例で、その内 17 例については、養生法を知っていても行えないとのことであり、この事実は重要な問題である。

6) 中断患者について : 27 例の中断患者の中断理由はいくつかが組合わされているが、主なものは次の如くである。i) 17 例(約62%)は「自覚症状がなくなったから」というのである。ii) 7 例(約 26%) は 1 カ月平均 2,000~3,000 円の医療費が払えぬことによるものである。iii) 5 例は歩行障害、視力障害等の肉体的条件による通院困難によるものである。iv) 7 例は診療時間、日待ち時間等の診療機関、体制側に起因するものである。v) その他、所謂医師嫌い、疾病であることを忘れていたもの等々であった。

小括並びに対策

Visiting Service で P. H. N., M. S. Wr. は患者の家庭環境、経済状態、習慣、療養状態、家庭内の諸問題、希望、要求等をできるだけ詳しく見聞きし、把握することが大切である。

1. P.H.N. の役割

1) 医師による療養指導を、より具体的なものにすることが可能であり、患者も要求している。2) 現症を正しく把み、自覚症状がなくなって治療を中断した者を追跡、監視することが可能となった。3) 通院が困難と思われるものに対しては、医師と相談の上、適当な医療機関を奨め、往診体制の整備、洗面介助、血圧測定等を行う。4) 患者の家族の健康相談を受ける等々。

2. M.S.Wr. の役割

1) 経済問題とくに医療費負担に関してよき相談者であり、医療、健康保険の規約の証明・解説、生活保護法、国保及び法人の減免制度の適用の是非を検討した例があ

る。2) 患者及び家族の精神的問題の相談・話し相手としての役割が最も重大であり、疾病による不安、悩み、連帯感喪失による孤独等々が常在しているが、問題は大きく且深く、患者及びその家族自らが問題処理の中心になる方向をみつけることは困難を極めるのが現状である。

以上の如く Visiting Service は患者に喜ばれ P. H. N., M. S. Wr. は、医師の診療に有益な患者の日常生活、療養状態に関して、主治医では到底得がたい資料・情報を主治医に提供し、患者及びその家族への直接的サービスを可能にし、このことによって、一般の外来、入院治療ではもとより現今の医療制度のもつ矛盾を和らげる一つの方法として、現実的な活動であり、この活動を軸にし、従来の医療の姿を検討し医療担当者と患者の新しい関係を具現し、医師と患者の相互信頼感を造り出すことに役立つと思う。

B. 成人病懇談会について

疾病別、地域別に 10~15 名のグループに分け、基礎知識導入、療養指導、経験談交流の機会にし、家族の参

加も求め、予防活動をも含めており、現在迄に 80 名余参加している。

C. 成人病カード及び健康手帳について

継続的、体系的管理を行うために、医師は今迄のカードとは別に成人病カードを個々の患者について使用し、A. B. C. が有機的に結ばれた活動となるように考慮されている。患者が疾病の現状と経過を知り、且つ、常に第三者がそれを利用しうるよう、患者に「健康手帳」を渡すことにしている。

以上 Visiting Service についての予報を報告し諸先生、諸先輩の御教示を願う。

〔質問〕 山本（開業）現在この Visiting Service には健保の給付がない。しかしこのような事業を永続させるのには、病院側の一方的負担にならないような経済的基盤を考える必要があると思う。この辺の見通しはどうか。

〔答〕 金森（吉祥院病院）経済的基盤といっても、それを患者に負担させるということは考えていない。現在は活動費用は病院から出ている。

在院に関する研究

——長期在院患者について——

吉田 寿三郎* 赤尾 芙美子
岩 佐 潔** 津 田 豊 和

第 3 回社医研で発表した「在院に関する研究」の続きとして「長期在院患者」について発表する。なおその中間報告として、雑誌「公衆衛生」第 27 巻・第 6 号 312 頁に続報 1 を掲載したのでその概要を説明する。前回と同一某公立病院の昭和 35 年度疾病別退院患者票から、結核を除いた年間占床延日数 1,000 日を超える疾患の中から 28 病疾を抽出し、例外的に長期在院例と短期在院例それぞれ 5% について病症内容を検討した結果、次の如き共通問題が在院日数を不必要に延引し、病床を無意味に占有していることを見出した。

1) 入院頭初より治療見込みなきもの、2) 入院中の治療前期の空白、3) 入院中の治療終了後の空白、4) 治療方針の不確立、5) 入院中可避の合併症併発、6) 看護要員不足による急性患者入院の拒否体制

* 国立公衆衛生院

** 病院管理研究所

この中病院当局自体に原因があると考えられるものには、

1) 適正な病棟管理、2) 病床の中央管理、3) 診療管理、4) 病歴管理、5) 診療補助機関管理、6) リハビリテーション部の設置、7) 医療社会事業部の設置、があり、在院日数の正常化対策には、このような病院内系の原因を解明することが必要だと考える。さらに昭和 36 年度退院患者票から、分類疾病別に件数および延在院日数、1 件当たり平均在院日数を求めた(図 1)。横軸に 1 件当たり平均在院日数、縦軸に件数をとって、分類疾病を点描してゆくと、両軸直線と疾病・平均在院日数積域に関する限界曲線(本例では対数曲線型)とによって囲まれる域内に、すべての疾患が分散することを見出した。以上が中間発表の概略である。今回は、前述限界曲線疾患のうち少件数長期在院日数型を示す精神病と中枢神経等の血管損傷の 2 疾患に肺結核を加えた 3 疾患につ

いて個々の病歴の解析を試みた。

「調査病歴数」表1は肺結核、精神病、中枢神経血管損傷の順に、それぞれ59、22、34例でこの内、肺結核における手術18例の平均在院日数は170.3日を示し、同疾患の平均在院日数206.8日より短縮していることを示している。また中枢神経血管損傷における死亡3例の平均在院日数は62.0日で本疾患の平均在院日数99.3日より、これまた短縮していることを示す。肺結核の積極的治療や、各疾患の死亡等は在院を短縮する一つの要因であることが解った。更に病歴の内容から「問題点の累計表」表2を作った。この表中、適正例とあるのは、病歴作成上の不備、もしくはその内容が医学的・病院管理

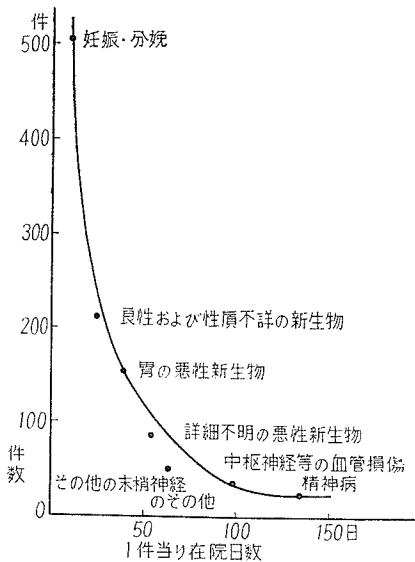


図1 疾病、平均病院在院日数積域に関する限界曲線

的・社会的見地からみて欠点の見出しがたい例であることを示す。従って病歴記載の不備以下は、これら適正例を除いた病歴からの問題点の延件数である。今この表に基づいて3疾患を別個に意味づけてみる。

1) 肺結核：結核治療医学の進歩により積極的撲滅対策に向いつつある現今では、一般病院では比較的短期間に排菌阻止し得る患者を主として扱うべきであり、長期療養を要する患者は療養所に委託すべきである。また follow up は必要不可欠のものであると思う。

2) 精神病：精神疾患が比較的長期在院疾患であることは止むを得ないが、医学の進歩により最近では寛解する例が次第に多くなってきている。このような患者を可能な限り社会と接触させておくことがその治療効果を高

めることになるので、一般病院は他のいろいろな精神障害者施設と総合し、体系的に運営されることが望ましい。従って一般病院の精神科は正確な診断と予後判定、及び比較的短期治療に重点をおくべきであると思う。

3) 中枢神経等の血管損傷：本疾患で本院を訪れている大半は発症後15日以上を経過したものである。従ってメディカル・リハビリテーションに移行すべきである

表1 調査病歴数 (昭36・退院患者)

分類病名	性別	低年齢 (34才以下)	中年令 (35才~64才)	高年齢 (65才以上)	総計	備考
肺結核	男	16	19	2	59	手術例18 死亡例2
	女	13	8	1		
	計	29	27	3		
精神	男	11	2		22	24例中 2例は病歴貸出中
	女	5	4			
	計	16	6			
中枢血損	男	1	13	7	34	死亡例3
	女	0	5	8		
	計	1	18	15		

表2 問題点の累計表

	結核	精神	中枢血損
適正例	16 27%	11 50%	4 12%
病歴記載の不備	18	1	4
入退院管理の不備	12	3(脱1)	19
診療管理の不備	11(落1)	3	12(落1)
M. S. W. の不備	7	4	10
レハ上の評価の不備	1		4
レハの不実施	3	14	10
設備の不備	1	2	5
Follow up の不備	5	2	10
備考	死亡 兼症治癒 手術 精密検査	1(咯血) (脱走1)	*1(直入) 2

* 発作後2日目入院7日目死亡
・ ベッドより転落

に拘らず、病歴内容が示すものは身障の評価もなく、身障に即応する処方もなく、また専任のセラピスト・ソシアル・ワーカーの配置もなく、これらの仕事が看護婦により行われているほどである。この対応策としては、慢性病棟、ナース病棟、慢性病院等を確立し委託すべきであると思われる。

以上要約するに、社会医学と臨床医学あるいはこれら二者にそれぞれ従事する人々間のかけ橋として病歴解析が重要な位置を占め、これにより患者循環問題、ことに慢性病弱者対策解明の糸口ともなる。またわれわれが

臨床医家と相提携し在院日数正常化対策を樹立することは勿論、またこのためには家庭を中心とする広域社会全体を包括する医療福祉体系を確立することが必要だと考える。

医療保険における給付率と受診率の関係について

朝 倉 新 太 郎*

国民皆保険が達成された現在、医療保障推進の重点は、被用者保険本人を除いては一般的に5割であるところの給付率を引上げ、国保及び被用者保険家族の受診率を高めることである。しかしそのためには、給付率の引

いて充分検討をつくしておかねばならない。以下、このようにことに資するため、医療保険における給付率と受診率の関係について考察した。

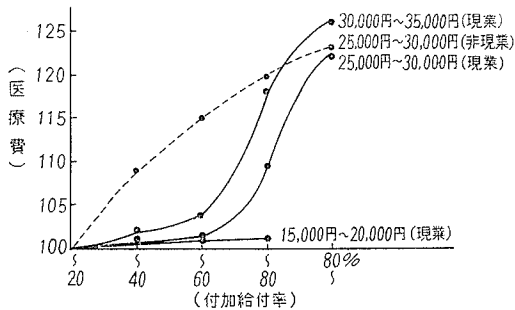


図 1 付加給付と医療費の関係
(東京都下組合健保家族, 平均標準報酬別, 昭 35)

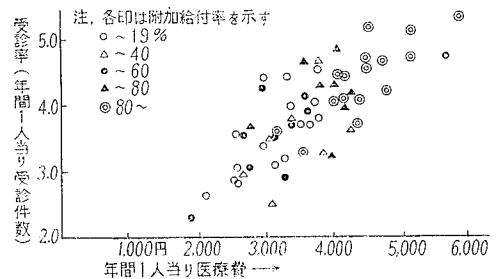


図 2 医療費と受診率の関係
(組合健保被扶養者 昭35)

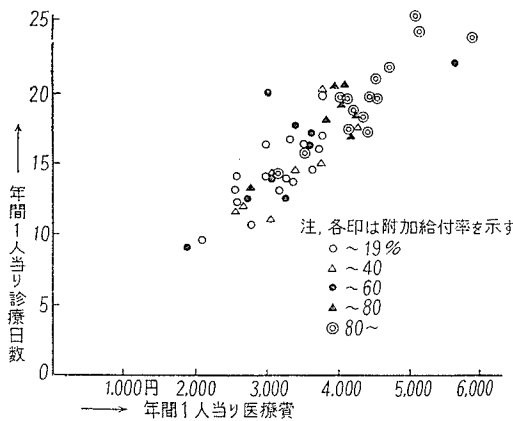


図 3 医療費と診療日数の関係
(組合健保, 被扶養者)

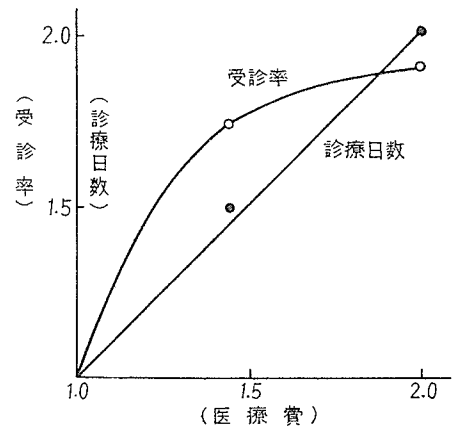


図 4 医療費と受診率, 診療日数の関係
(組合健保 昭35)

上に伴う受診率の増加に対応して、医療供給の態勢をどのように整えるか、また相当巨額に達するものと予想される医療費の増加にどう対処するかという問題などにつ

* 阪大公衆衛生学教室

1. 給付率と医療費

給付率の変動に対応する受療状態を現わす指標としては、通常受診率(被保険者本人または家族1人当り、あ

るいは100人当りの年間診療報酬明細書(レセプト)の枚数をもって受診率とする。レセプトは1ヵ月毎に1疾患につき、1枚作製される)が用いられるが、この受診率は、計算方法から考えて正確に受療状態(量及び質)を反映するとはいい難い。より客観的に受療の量を示すものは医療費である。そこで従来から保険給付率と受療状態の関係を論ずるに当っては給付率と医療給付費の間にどういう関係が成立するかということを調べるやり方がとられて来た。かくして表1に示すようないくつかの算定式が提案されている。

ところで、これらの式はいずれも給付実績に基づいて誘導されたものであるから、その時点においては当該保険の給付率の引上げと医療費の増加の関係を示したかも知れないが、医療原価、保険給付の内容、医療技術の進歩、医療機関の分布、被保険者の経済事情等々、受療に影響す

表1 給付率と医療費の増加率

医療費(y)	給付率(x)	0.5	0.6	0.7	0.8	0.9	1.0
長瀬氏(昭10, 健保) $y=1-1.6x+0.8x^2$		100	122	148	178	212	250
保険局(昭35, 国保) $y=0.783x^2-0.175x+0.392$		100	113	130	151	174	200
保険局(昭35, 組合健保) $y=0.76x^2-0.678x+0.918$		100	157	163	172	185	200

表2 被用者保険被扶養者の受診率と1診療日当り金額(昭35, 1人当り)

全国	受診率	金額
政管	3,25	112
組合	4,06	107
共済	4,11	109
船員	3,69	113
日雇	2,17	113

る因子がそれぞれ異っている現在の時点にはそのまま適用できるとは考え難い。そこで、現在の医療事情の中で給付率と医療費がどのように対応関係をもつか、という点の分析に努力したのであるが、現物給付方式で5割以上の給付を行っているものは、被用者保険被扶養者にはなく、国保の場合でも全国的には極めて少いので正確にその点を解明することは不可能であった。しかし組合健保では附加給付(療養費払方式)を行っているものが相当多い。そこで給付率以外の条件をなるべく一定にするため、東京都下に企業をもつ組合健保について、現業、非現業別、平均標準報酬別に給付率と医療給付費の関係

をしらべた。その結果は図1に示す通りで、全般的に受診レベルがないので、たとえ附加給付率が自己負担分の80%以上のものでも、附加給付率が20%以下のものに比べて20~20%程度の医療費の伸びしか見られない。また一般に平均標準報酬が低いもの程給付率が上っても、受診はそれ程増加しない傾向が見られる。しかもこの傾向は非現業より現業の場合に著明であり、60%までの附加給付率では殆んど受療に影響を与えないようである。このことは給付率の改善が論じられる一方で、療養費払方式の主張がきかれる現在、留意すべき事実と思う。

2. 医療費と受診率診療日数の関係

次に、受診状態を示す指標としての医療費受診率、診療日数の各相互間の関係について検討した。図2及び図3は全国の組合健保の中から任意に57組合を選び、各

表3 給付率と診療日数の増加率

診療日数	給付率	0.5	0.6	0.7	0.8	0.9	1.0
国保		100	113	131	154	189	243
被用者保険		100	115	136	166	214	300

組合毎の1人当年間医療費(給付費+自己負担額)と受診率及び年間診療日数の関係をみたものである。

また図4は図2及び図3で示したものを医療費が2,000円台のもの、3,000円台、4,000円台の3つのグループに分け、各グループの医療費、受診率、診療日数の平均値を求めたのち、2,000円台のもの値を、1.0として考えた場合、3,000円台、4,000円台の医療費、受診率、診療日数がそれぞれの何倍に当るかということを見たものである。すなわち、これらの図から明らかな如く、医療費に診療日数の伸びは正比例するが、受診率は医療費の伸びるに従って、次第に頭打ちするようになる。この三者相互間の関係は全国の市町村別国保について同様の分析を行った結果からも見られるところでありまた各種被用者保険(組合管掌、政府管掌、共済組合、船員、日雇)相互間を比較することによっても実証された。

また以上の結果から当然ながら医療保険においては、医療機関の分布など、他の条件が一定であるならば、診療日数や、受診率、給付率の如何に拘らず1診療日当り医療費は等しい筈である。事実表2に示す通り、被用者、保険被扶養者の受診率は保険の種類によって著しく異なるにも拘らず1日当り医療費は大体等しくなっている。なお附言すれば、一般に受療状態を示す指標として受診率を用いる場合が多いが、以上の成績から分るよう

に一定のレベル以上になると医療費の増加にも拘らず受診率は頭打ちしてそれ以上増加しないから、むしろ診療日数の方がより正確に受診状態を反映するということがある。

3. 給付率と診療日数の関係を示す算定式の試案

次に診療日数がどう変化しようと1日当り保険医療費は一定であるという事実に着目して、給付率と年間1人当り診療日数の関係を求める算定方式を考案した。これを要約すれば、①診療1日当りの医療費(給付額+自己負担額)を m とする。②5割給付の時の年間診療日数を d とすれば年間医療費は dm 、自己負担額は $0.5dm$ となる。③保険の自己負担分以外の医療費を日額 α とすれば年額 $d\alpha$ となる。つまり5割給付の場合 d 日の診療を受けるために実際に支払う総額は $0.5dm+d\alpha$ である。④同様に6割給付の場合の年間診療日数を d' とすれば支払い総額は $0.4d'm+d'\alpha$ となる。⑤医療費の不足のため受療が著しく差控えられている場合 $0.5dm+d\alpha=0.4d'm+d'\alpha$ となるまで受療は伸びる筈である。つまり $d'=\frac{0.5m+\alpha}{0.4m+\alpha}d$ ⑥ α の値は国民健康調査によって求められる。このようにして昭和34年度の実績から

各給付率に対する診療日数を求めると表3の通りとなる。この値を表1と比較すると、国保の場合は保険局算定値と、また被用者保険の値は長瀬氏の算定値とほぼ等しいことがわかる。

文献及び資料

1) 長瀬恒蔵：傷病統計論。昭和10年。2) 保険局：府県別国保事業状況。昭和31～34年。3) 健保連：健康保険組合事業年報。昭和35年。

〔質問〕 西(国立公衆衛生院) 指標化の目的とその適用範囲について

〔答〕 朝倉(阪大公衛) 一つには給付率を上げた場合に当然資金を用意しなければならない。厚生省なり保健所の方では非常にほしがっているだろうと思う。そのほかに給付率を上げると受診率が一般に上がるといわれているが実際にはどれくらい上るかということは我々の側でもおそらく必要な問題だと思う。全国都道府県から市町村単位についても適用できると思う。しかし算定式はそれぞれの場合個々の数値をとるので、すべてのものに共通の或はいつの時にも不変の算定式などはないと思っている。

医療機関相互の結びつきの実態について

西尾雅七* 奈倉道隆 山下節義

近年、臨床医学の進歩はめざましく、また国民皆保険という事態の実現によって医療に関する社会的条件はいちじるしく変化したにも拘らず、わが国の医療を与える仕組みは明治以来の姿を残している。かかる状態が近代医療をすみやかにかつ効果的に国民すべてに等しくゆきわたらせるべきだという医療のあるべき姿からみて、また医療経済の面からみて、適切であるか否かを検討することが今日要求されていると考える。

かかる問題点を実証的に明らかにしようとして、昨年来、患者が発病してから治療に至る迄の医療機関の利用状況を追跡し、患者と医療機関との関係、転医の仕方等について考察を加え、昨年は患者と医療機関との関係の実態を報告したが、今日は医療機関相互のつながりの面について報告する。

調査対象 第1回調査：京都市、大阪市の総合病院(京大病院他5カ所) 昭和37年2月～3月、第2回調査：京都市、大阪市の総合病院(京大病院他3カ所) 昭

* 京大公衆衛生学教室

和38年2月、内科(結核を除く)、外科(整形外科を除く)病舎入院患者約1,600名である。したがって軽症の疾患は調査の対象にはっていない。

調査結果 初診医療機関よりの転医に際し、医師の指示によっているものは、内科で約35～37%、外科で40～44%で外科に指示率が高い、いかえれば医師の指示によらず自己の判断で転医し、転院しているものが内疾で65%前後、外科で約55%ということになる。この差は内科的疾患と外科的疾患の性格の差によるもので、後者は前者以上に技術的な限界が明確になりやすいことによるものと云えよう。調査病院に入院してきた際の実態をみると医師の指示によったものは内科で約50%、外科で約55%で指示率が高くなり、内科疾患と外科疾患との指示率の差は縮小している。

それと調査病院入院時に限って直前に医療をうけていた機関の医師の指示の状況を病院・診療別に表示すると表1の如くであって、診療所に比し、病院の指示率が内科において顕著に低率であることが目立っている。外科

にあっても病院に比し診療所において指示率が高い傾向が認められる。

医学の進歩は今日の一般人の医学知識の水準では追従できないものがあるだけに、医師の指示によらずに自己の判断で転医あるいは転院するものが、調査病院に入院する際においてもなお半数にも及んでいることに注目しなければならない。

このようにして入院して来た患者の病状を調査病院の主治医は如何に判断したかを表示すると、表2の如くである。すなわち医院の指示で入院したもの必ずしも適当

きたもの、自己の病状判断で入院してきたものに分けて表示すると表3の如くである。すなわち、指示によって入院してきたものにあっても、退院後の受診医療機関として退院した病院を指定されているものが約半数にも達している。この場合、入院前の医療機関を指定しても、患者の側から退院病院で受診することを希望するものが可成り多いという事実があるにしても、それは大病院への信頼度の高まってきていることの証左として挙げる事ができようが、医療を与える仕組の問題として考えるべき点であろう。

表1 病院診療所別初回転医時及び調査病院入院時の医師の指示の有無

内 科					外 科				
		指 示	非 指 示	計		指 示	非 指 示	計	
第1回	診療所	55	45	100 (335)	診療所	63	37	100 (168)	
	病 院	30	70	100 (151)	病 院	53	47	100 (105)	
第2回	診療所	56	44	100 (218)	診療所	58	42	100 (118)	
	病 院	38	62	100 (177)	病 院	42	58	100 (72)	

() 内は実数

表2 調査病院入院時の医師の指示の有無と入院時期の適否

内 科				外 科			
		指 示	非 指 示		指 示	非 指 示	
第1回 調 査	てきとう	52	57	第1回 調 査	てきとう	45	52
	おそい	48	43		おそい	55	48
	計	100 (201)	100 (225)		計	100 (119)	100 (79)
第2回 調 査	てきとう	49	49	第1回 調 査	てきとう	52	55
	おそい	51	51		おそい	48	45
	計	100 (186)	100 (184)		計	100 (113)	100 (74)

() 内は実数

な時期に入院しているとは限らず、時期が“おそい”と判断されたものとはほぼ等しい率を示している。一方医師の指示によらず自己の判断で転院してきたものにおいても、“おそい”と判断されているものの率が高いわけではなく、むしろ“適当”と判断されている率が高い傾向が認められる。勿論医師の指示がおくれがちになるということ、この表は意味しているわけではないが、患者が医師の選択の自由を享受している現在、しかも極度にきめのこまかい出来高払い制とでもいうべき点数単価制により医療報酬が支払われている現在にあっては、そのような場合のあることも否定できないであろう。

調査病院から退院に際して主治医が退院後の受診医療機関を如何に指定したかを医療の指示によって入院して

要約すると、わが国の医療機関の相互のつながりが決して緊密でないことの一端がこの成績に示されている。このことが医療の効率を上げる上に負の働きをし、又医療費の無駄をつくる上に正の働きをすることになる。

医学の進歩は専門分科化を今後いよいよ促進するであろう。したがって、かかる専門分科化の促進によって診断および治療の技術的手段において、いよいよ高度なものが要求されるであろう。このことは必然的に治療費の高騰を招くであろうし、また一般人の医学知識の水準では適正な治療をうける機関を選択することが不可能な程に医学の専門分科化は進むであろう。かかる状況において、医学の進歩のもたらす恩恵を国民により効果的に、より早く、かつより等しく与えることを現在の我が国の

医療を与える仕組みに、期待することははたして可能であろうか。

〔質問〕 丸屋（岡大衛生） 大学病院への転医の実態と共に、中小病院への大病院からの転医の内容は。

〔答〕 西尾（京大医公衛） 調査計画には入れていたが、緒般の事情で一つの小さな病院だけしか調査できなかったが、そこでは大病院からの転医は見出されなかった。

表 3 退院後受診医療機関の指定

	第 1 回 ¹⁾		第 2 回 ²⁾	
	指示	非指示	指示	非指示
退院病院を指定	49	61	44	73
入院前の機関を指定	29	15	30	8
病院医が他機関を指定	6	5	14	8
特に指定せず	16	19	12	11
計	100 (173)	100 (150)	100 (93)	100 (84)

1) 退院後アンケート調査による。 2) 退院通知票による () 内は実数

〔質問〕 湯原（岡山済生会病院） 退院後の受診医療機関として、退院後も引き続き大病院に通院することを希望している患者が多いがその理由は。

〔答〕 西尾（京大公衛） 患者自身が強く希望しているのは事実で、調査としては出ていないが、病院医師が開業医よりも優位にあるという意識があるためと思われる。

〔質問〕 江部（阪大公衛） 医師の判断によって転医したもののの方が適切な時期を失っている場合が多いからといって、患者自身の判断による転医の方が適当とは推計し得ないと思う。① 医師に受診した時に、既に時期を失したものが含まれるのではないかと、② 医師の診断能力についてはどう考えているか。

〔答〕 西尾（京大公衛） この調査結果からいえることは、① 患者自身の判断でも適切な時期に転医しており、また医師の指示による転医が、必ずしも適切なものが多くなかったということである。② 従って医師の能力についてまでは言及していない。

〔質問〕 関（阪大公衛） 医療機関の相互の連けいが必要なのだが、我が国の現在の連けいが望ましくない点が多いことは、あらゆる機会に論ぜられている。演者がそこに実証的な資料を得て、した試みは高く評価するがデータにあらわれた数字についての説明は、なお細く分け入る必要があるだろう。というのは数字の意味するところについて、必ずしも演者の考えとは一致しない解釈がなされやすいからだ。そのことはこの会場における討論、質問にも表われている。いま一つの理由は、演者の期待する良き連けいを求めてそのためのアプローチを構想するためには、ここに表われた数字の意味、その原因をこまかく調べるが必要となるはずである。

〔答〕 西尾（京大公衛） 問題提起というよりは問題の掘起しを行なっている段階では、質問者の要求の必要性を認めることはやぶさかではないが、私自身はまだまだ問題の掘起しをしななければならない時点であると考える。

医療制度調査会答申をめぐって

—医療従事者の立場よりの批判—

帯 刀 弘 之* 細 川 汀 河 合 一 良
奈 倉 道 隆 山 下 節 義

近時、医療制度改革の必要が各方面で論議されはじめている。かかる時期に当り、医師 7 名、歯科医師 2 名、

* 京都社会医学研究会（討議参加者一沢井武三*、渡辺好枝、土井 喬、川村雪子、玉川和子、佐々木幸司、東田一男、小倉襄二、庄司 光、川岸真知子、美藤寿子、池田雅枝、森 静枝、田崎正善、長谷川豊、金森仁作、細田崎子、相沢彰子、来島安子、榎本貴志雄、山口千鶴子、前田登代、末次晃子、天津正、武田恭子、原 慶文、西尾雅七）

薬剤師 1 名、その他 8 名（看護婦等の医療従事者を含まず）という構成の医療制度調査会は約 3 年にわたる慎重な検討の結果として、「医療制度全般についての改善の基本方策」に関する最終答申を本年 3 月発表したが、これが医療制度改革の今後の動きに及ぼす影響の大きなことが予想されるので、我々は本答申に対し十分な検討と批判を加える必要があると考え、京都社医研での討議の結果をもとにして、問題提起を行いたい。

我々は、医師、歯科医師、薬剤師、看護婦、保健婦、栄養士、X線技士、衛生検査技師等の各分野よりの参加を得て、数回にわたり、①医師の倫理、②医療従事者、③医療施設の三つの問題を中心に検討を加えたが、その際論議の集中した問題点の概略は次の通りであった。

即ち、資本主義制度の発展にともない医師と患者の自由な人間関係が結び難い状態が生れてきているが故に、医療保障の拡充が叫ばれているにも拘らず、自由経済的考え方によって医師と患者の人間関係を通じて、医師を中心とした医療の主体性の確立ということが、強調されている点、専門医制については慎重な検討を要するとの理由から問題を回避し明確な方向を提示していない点、各医療従事者については各職種の医療における位置づけを明確にすることなしに、医療の補助的存在にすぎないものとするがごとき観点に立って考えられている点、医療施設の問題については「開放型」なる言葉が、その制度のもつ問題点、あるいはまた日本での存在の可能性、日本の現実の医療に与える影響等について、慎重な検討をなんら加えることなしに安易に持ち込まれているかにとれる点、公的医療機関は「国民皆保険」をむかえた現在その基本的性格を検討しなければならぬとして、救済的施設としての性格づけをはかろうとするかのごとき考え方がうかがわれる点等々の諸点である。そこで今回は、従来ともすれば等閑視されがちであった医療従事者に関する問題にしぼって報告する。

医療従事者について本答申ではかなりの頁がさかかっているが、本調査会ごとにこの問題を扱った第1部会の構成メンバー（医師4名、歯科医師1名、薬剤師1名、その他3名）をみても解るように、薬剤師以外の医療従業者は1名も参加しておらず、本答申は各職種の団体の幹部の意見を聞き、医師側に都合のよいように書かれた結果であるといえよう。このことは討議に参加した医療従事者の誰しもが等しく、一読してもっともらしいことが書かれているが、医師が万能であるかの如き考え方がにじみでており、医療従事者の現実の姿をどこ迄理解しているのか。殆んど解っていないのではないかと発言していたことによってもうらざけられる。医療従事者をまじえての討議の中で指摘された問題点は次の通りである。

1. 医師と医療従事者との関係

近時医療の内容は質的にも量的にも大きく変わってきている。それに伴い、従来医療は医師万能の特徴を持ち医療従事者は医師の補助的存在にすぎなかった状態から、疾病の種類によっては、医療は医師をリーダーとする医療関係者全体の協力、チームワークによって行われるべ

きものへと変わってきており、それとともに各職種の職務内容の明確化、権限の確立が重要な問題となってきている。しかるに本答申においては医療内容に質的にも量的にも変化を生じており、「医療体系のなかにおける各職種の職務内容、職種間の相互関係について明らかにする必要がある」ことを認めているながら、医師と医療従事者のチームワークということを積極的に認めるには至っていない。ここでは業務内容の明確化の名のもとに仕事が細分され、責任（義務）の増加のみをもたらすが如き内容しかなく、医療従事者の権利と権限の確立ということについての配慮が充分になされていない。医療従事者の強く望んでいることは、医師が医療を行うチームのリーダーとしての位置づけを明らかにして行動することであり、同時に医療従事者の職務内容の明確化、権利と権限の確立等がなされることである。

2. 医療従事者の教育及び再教育の問題

本答申はどの職種についても業務内容の複雑化、需要の増加といった点から、教育機関増設の必要、教育再教育の重要性を強調している。この点医師の立場からの便宜や採算にこだわることなく、広く国民医療の立場から如何なる従事者がいかに必要かを明らかにするとともに、誰がいかなる目標のもとに行うかを明確にされなければならないにも拘らずその点が明確にされていない。医療従事者は国家的責任のもとに行われる高度の技術教育と社会的責任とヒューマンイズムを養うための人間的な雰囲気をもとめている。たんに医師の使い易い自己犠牲的な人間に育てあげられることを望んでいない。業務内容の複雑化にともない再教育の必要性が強調されているが、果して再教育しなければ業務遂行が困難な状態になっているのだろうか。業務遂行にあたっての障害となるのは、知識技術の不足ということ以前に、持てる能力を最大限に活用することを困難にしている制度的な面に大きな問題があるのではないか。

3. 医療従事者の数及び配置の問題

本答申においては数の不足を認めつつも、解決のための具体的方策が何ら示されていない、また配置についても、配置の不均衡の是正をのべているが、数の上で絶対的に不足している現状にあって、不足に対する具体策を示さずして一体どうするつもりなのか。問題は、医療機関といえど自由経済の原則に立つ以上、もうけやすい都会等の地域に偏在するのは当然であり、かかる自由経済の原則に対する規則なくして問題は解決しないのではあるまいか。将来開業する途を考えていない医療従事者

は配置の問題について深い関心をもっている。

4. 医療従事者の格づけの問題

本答申にみられる特徴は、各職種内の格づけの問題である。即ちすでに格づけのなされている看護婦と準看護婦をはじめ、X線技師、栄養士等に対しても格づけがなされようとしている。しかもこれは、業務内容の複雑化数の不足といった問題への対策として生れてきたことがうかがわれる。業務内容の複雑化というのであれば、それに対処できるよう教育内容を充実させ、あるいは再教育を充実させる方向で、数の不足への対策であれば教育施設の増設、待遇改善、身分保障の確立という方向で問題解決にあたるべきであるにも拘らず、職種の格づけにより問題解決をはかろうとしているかに思われる。このことは医療経営の面に対する配慮、利益保護という傾向がうかがわれるし、また将来労務管理のための職制といったものへの結びつきの危険さえ感じられる。

以上医療従事者の強く問題提起している点である。自由経済を前提としてすすめられようとしている本答申の医療制度改革の方向に対して、どこまで対決してゆけるかは別として、医療従事者の中からおこってきている動きが、将来国民の立場を考えた新しい医療制度をうちた

ててゆく上での大きな力となるであろう。こうしたことと、現実の医療労働運動の中でのこれらの職種の人々の動きと決して無関係ではないであろう。

最後に、京都社医研での討議の結果をもとにして演者がまとめたが、これは京都社医研として統一見解ではないことを断って置く。

〔追加〕 庄司（京大工） 昨年来答申案も出て、実際今回の研究会で発表された。この医療制度の問題の内、特に公衆衛生従事者の教育制度についての問題点、批判方法を述べる。

答申案が出てもすぐに法律化する訳ではないのだが、部分的には教育制度の問題はなしくず的に政府の意図する方向に進められているのが現状である。答申案の要点というのは、医療制度の細かい組立てというより、根本的問題である財政とか人員に対しての処置である。このような問題についてすでに関係労働者は真正面から反対し、厚生省へも抗議を申しこんでいる。社会医学的な立場からしても、単に表面的に団体の幹事を呼んで意見を聞くなどという消極的なものではなく、下からの意見を積極的にとり入れて、共に討議するという態度が必要だ。

〈新発売〉

Nikon

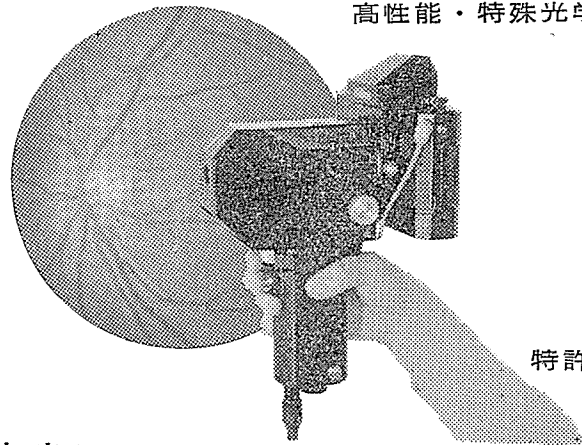
手持眼底カメラ

高性能・特殊光学系

特 徴

- ☆ 撮影画角30° (5乳頭径)
- ☆ 特殊光学系により角膜反対射び光学系内部の反射が避けられる
- ☆ 小型軽量で片手で完全に操作出来る
- ☆ 患者ナンバーは自動的に同時撮影されます

長サ16㎝×巾15㎝×高サ22㎝
重量：1.8kg



特許出願中



日本光学工業株式会社

東京都中央区日本橋通り1の7西川ビル



東京機械貿易株式会社

東京都港区芝西久保明舟町3の5

電話 (501) 9 1 2 3・9 1 2 4

ニコン眼底カメラ
総代理店

← ご用命ご問合せは

あ と が き

さわやかな秋風の立つ季節となりました。ビルの大火災や相つぐ交通災害、そして誘拐強迫、爆発等々あわただしく不安に満ちた巷の動きと関係なく、自然は悠々と正確に季節の齒車を刻んでいきます。

10月号は恒例により社会医学の特集となりました。内容は本年7月下旬、岡山で開かれた第4回社会医学研究会における特別講演と一般演題が中心です。このところ、雑誌公衆衛生が社会医学研究会の内容を主として社会医学の特集を企画してこれで4回目になりますが、この企画に対する読者各位の御感想は如何でしょうか。

数年来日本社会が経験しつつある激しい社会変動の中で、多くの新しい保健上の問題が提起され、また、華やかな工業化と経済成長の蔭に取り残された地域や階層の人々の保健問題は、社会科学的な立場をしつかり踏まえなければ解決の方向は見出すことはできないでしょう。公衆衛生にしる社会医学にしる、呼び名はとも角として、重要なことは今日の時代に必要な問題意識と研究の方向は何であるか、ということではないでしょうか。本号の一般演題の中には、このような問題意識に立つた研究の一步前進が読みとれるものが少なくないと思います。巻頭、京都大学島教授の地域開発に関する特別講演は、本誌11月号に掲載予定の地域開発に関する全国各地の特別報告とともに、本年の社会医学研究会の要望課題に対応するものですが、この問題に対する見方や考え方に、新しい角度からの貴重な示唆に富むものと思います。11月号の記事と併せて味読願います。(H)

「研究報告」投稿規定

- 1) 論文は「公衆衛生」に関係深く、かつ簡潔を主眼とすること。投稿者の資格は問いません。
- 2) 論文は現代かなづかいを用い、横書、平仮名で書いてください。
- 3) 原著は原稿用紙 400 字詰 15 枚以内にまとめて下さい。図及び表は合せて 3 葉以内とし、一目瞭然たる図表であること。規定を超えたものに対しては、短縮して貰うか、または超過分に対して掲載料をいただきます。
- 4) 度量衡の単位は、cm, cc, g, mg 等と記してください。
- 5) 参考文献がある時は、文中の引用個所の右肩に「…」のごとく示し、論文の後に
1) Henschel, A. et al.: J. Appl. Physiol., 6: 506, 1954.
の形式で記載すること、日本誌の場合雑誌名を明確にし西歴を用いていただきたい。
- 6) 採用の適否は本誌編集会議で決定し、不採用の論文は御返却いたします。
- 7) 掲載の分には無料別冊 50 部を贈呈します。なおそれ以上の部数を御希望の節は 50 部を単位として実費で受付ます。
- 8) 論文は東京都文京区本郷 6 の 20 医学書院内「公衆衛生」編集室宛お送りください。

医学書院発行雑誌 (送料一部20円)

		一部誌代	一年誌代
基礎医学	生体の科学	…(隔月刊)……350……	2,100
総合	総合医学	…(月刊)……350……	4,200
内分	内分泌と代謝	……………	休刊
公衆	公衆衛生	…(月刊)……320……	3,840
臨床	臨床検査	…(月刊)……200……	2,400
病	病院	…(月刊)……350……	4,200
臨床	臨床内科小児科	…(月刊)……250……	3,000
臨床	臨床外科	…(月刊)……300……	3,600
外科	外科研究の進歩	……………	休刊
脳	脳と神経	…(月刊)……350……	4,200
神経	神経研究の進歩	…(不定期)……	不定
精神	精神医学	…(月刊)……300……	3,600
精神	精神身体医学	……………300……	1,500
呼吸	呼吸と循環	…(月刊)……300……	3,600
肺疾	肺疾患研究の進歩	…(不定期)……	不定
臨床	臨床婦人科産科	…(月刊)……300……	3,600
臨床	臨床眼科	…(月刊)……300……	3,600
耳鼻	耳鼻咽喉科	…(月刊)……300……	3,600
臨床	臨床皮膚泌尿器科	…(月刊)……350……	4,200
消化	消化器研究の進歩	……………	休刊
保健	保健婦雑誌	…(月刊)……150……	1,800
助産	助産婦雑誌	…(月刊)……130……	1,560
看護	看護学雑誌	…(月刊)……150……	1,800
看護	看護教養室	…(月刊)……80……	960
看護	看護教育	…(月刊)……150……	1,800

科学図書印刷 中村製本 担当(小林)

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員の2種類とする。
- 第6条 本会の会務の遂行は、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、普通会員年額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開することができる。
- 第11条 本会の会計年度は、毎年3月に始まり、翌年7月に終る。

口座番号 東京 51192 社会医学研究会払込には左の口座を御利用下さい。