

第5回社会医学研究会
一般講演抄録集

(1964年7月3日・4日)

於名古屋

第5回社会医学研究会事務局

目 次

1. 思春期学童の循環器検診について.....	1
河野臨牀医学研究所 河野 稔、○馬場三男、笠木茂伸、多賀谷敬	
2. 離島における老人の健康と生活.....	3
長崎大医衛生 渡辺 孟、川越武慶、辻 均 長崎県平戸保健所 大塚喜久雄、宇田欣也	
3. 農村における老人の健康と生活.....	4
長崎大医衛生 渡辺 孟、川越武慶、辻 均 長崎県島原保健所 中村敏郎 長崎県衛生部 蓮本正詞	
4. 周産期死亡と妊婦保婦 一群馬県某町における観察.....	6
群大医 公衛 辻 達彦 群馬県大間々町役場 久保てる	
5. 高令被爆者の社会医学的研究.....	8
広大原爆放射能医学研究所 志水 清	
6. 家庭医制度の社会医学的考察.....	10
金沢大学医学部公衆衛生学教室 河野俊一、加藤孝之	
7. 「公的病院外来診療の問題点」.....	12
阪大公衆衛生 江部高広	
8. 在院に関する研究 続2) -胃癌患者について.....	13
国立公衆衛生院 吉田寿三郎、赤尾芙美子 病院管理研究所 津田豊和	
9. 公的病院の医療と経営.....	16
阪大公衆衛生 木村 慶	

10. 地域の医療需要と所得の再分配	17
東北大学	
前田信雄、車田松三郎	
11. 入院看護サービス向上のための実験的研究	19
東京大学医学部衛生看護学科	
湯根ます、金子 光、木下安子、兼松百合子	
波多野栞子、矢野正子	
13. 神経科を標榜する一診療所のニード	
才2報 大都市における精神分裂病者の家庭と雇傭状態	21
東京 開業	
山本理平、山本英子	
14. 高血圧症患者管理について (才1報)	
-ある地域医療機関の Visiting Service 活動から-	23
吉祥院病院	
橋本雅弘、金森仁作、金森崎子、相沢彰子	
山田武士、吉野節子、渡辺寿美子、三浦信子	
関西医大公衆衛生教室	
細川 汀	
京都大学公衆衛生教室	
西尾雅七	
15. 中小企業労働者の自主的健康管理活動	25
京都 南病院	
16. 才5回社会医学研究会一般報告 (工場地区医療機関の役割について)	28
大阪 伝法高見診療所	
田尻俊一郎、上中幹敏、東 晴彦	
関西医大衛生公衆衛生	
細川 汀	
17. 地域医療活動の問題をめぐって	30
京都社会医学研究会	
18. 岩手の保健活動の紹介 戦前の部	31
相磯富士男	
19. 農村医療史における産業組合の占める位置	33
東京医歯大農厚医研	
天明佳臣、柳沢文徳	
20. 農村医療史における産業組合の占める位置	
II 初期医療組合から広区域医療組合へ	35
東京医歯大農厚医研 天明佳臣	
21. 農村医療史における産業組合の占める位置	
III 連合会から国保成立へ	36
東京医歯大農厚医研 天明佳臣	

思春期学童の循環器検診について

河野臨牀医学研究所

河野 稔

○馬場 三男

笠木 茂伸

多賀谷 敬

若年者高血圧を調査する目的で中学生を対象とした思春期学童の循環器検診を岡山県松原地区と都内某中学校について行い、興味ある所見を得たので報告した。血圧の測定については条件を一定にするため随時血圧を坐位にて3回測定し、其の平均値をとり、温度による差異を除外するために室温は15℃以上とし、又学童の精神的不安や興奮による血圧の一過性上昇を防ぐためにその内容説明を予め充分に行つた。血圧の判定基準はNelsouの基準を参考とし、120 mmHg以下を正常限界とし、121～130 mmHgを軽度上昇群、131～150 mmHgを中等度上昇群、151 mmHg以上を高度上昇群とした。又眼底カメラによる網膜血管の変化と空腹時採血によるコレステロール、Na、cl、Ca、P、アルカリフオスファターゼを測定して検討を加えた。(1)岡山県松原地区中学校について：此の地方は吉備高原（標高450米内外）上の純農村地帯であり、水田と畑地の割合は6：4で地質学的には粉岩、石英班岩等の火成岩が大部分で土壌や水質は酸性を呈しているという。此の地方は昔より高血圧の多発地帯といわれているが我々の成績では121 mmHg以上の異常血圧者が199例中128例（64.3%）にみられ注目された。之をその程度によつて分類すると121～130が21.1%、131～150が36.6%、151以上が6.6%であり141以上をCutting pointとしても21.1%と高血圧が多かつた。又眼底カメラでは169例中27例（17.8%）に異常がみられた。血清コレステロール値は大部分が正常範囲にあつたが150^{mg}/de以上のものが33.8%にみられ

た。電解質では著変はなかつたが高磷、低Caの傾向がみられた。(2)都内品川地区某中学校について、正常地区の学童の血圧状態を知るために検診を行つた。その成績は428例中121 mmHg以上が165例(38.3%)にあり、131をCutting pointとして22.5%、141をCutting pointとしても10%で予想外に高血圧者が多く、151以上は2.5%にみられた。此の原因の一つとしては精神的ストレスや不安による神経性高血圧が考えられるので131以上を経過観察したが151以上は遺伝傾向が強くその中で40%は正常値になつたが他の60%は依然として130以上を示している。又寒冷昇圧試験では血圧の変動の激しい症例に陽性例が多い。

<考擦並びに結語>

思春期学童の循環器系の検査については割合関心が薄いようであるが米国民の運動選手の調査でも高血圧が比較的多い。我々の調査では岡山地区は水の酸性が大きな因子と小林教授は報告しているが都内の場合Schenk Bogdnoff のいうように思春期特有の感受性や不安、恐怖其の他の精神的ストレスによる神経性高血圧が一因子として重要と考えられるので此の血圧上昇が成人の高血圧と如何なる関係を有するかは今後の課題として大きな問題であり、又ストレスの連続が持続性の高血圧を惹起せしめ身体諸臓器に悪影響を及ぼすことも考えられるので学校衛生の面よりも此の思春期学童の健康管理に於ける循環器方面の検診を考慮すべきであると考えらる。

離島における老人の健康と生活

長崎大医衛生 渡 辺 孟
川 越 武 慶
辻 均
長崎県平戸保健所 大 塚 喜久雄
宇 田 欣 也

目的 文化・医療に恵まれない離島に住む老人の、健康度と生活状況とを社会医学的視点から調査解析し、今後の老人問題への総合的対策を樹立する資料を得る事にある。

対象と期間 長崎県北部の離島たる大島村（全人口約4,300）に住む65才以上の老人殆んど全員（男148名、女173名）に対し、昭和39年2月～3月にわたつて実施した。

方法と項目 家庭を個々に訪問し、きき取り調査をする形式をとつた。内容は老人の精神・身体機能状況、健康度と罹病・受療の状況、生活様態と家族・社会への態度等能力・意欲に関する直接本人への質問81項目と、家族に対する13項目とよりなつている。

結果 男女、年齢階級（5才区分）を中心に検討した。

- 1) 身体的状況 視力・聴力の年齢的低下はオランダの成績とも似た傾向を示す。入浴・着脱衣等で一部乃至全部助けを要するものは高令者では20%に達するが、平均0～6%位である。家の仕事のうち出来る種目をきき、家族の判定を加えて検討して見ると、例えば男の屋内農作業・女の子守等に家族の判定とのくい違い即ち家族の要求度の高いことがうかがわれる。
- 2) 精神的状況 暗算・文字・常識・読み書き等については性差年齢差が大きいが、オランダの成績と比べると特に女子高令者の能力低下が著しい。
- 3) 疾病医療 罹病状況は、男女各年齢おしなべて、現在罹病中が、

過去1年以内に罹患したことのある者 $\frac{1}{2}$ 、1年来罹病なしが $\frac{1}{2}$ と略この様な割合となつていて、オランダの成績と似ている。その罹病時医師にかゝつた者は90~50%と年齢低下が見られる。又かゝりつけの医師ありと答えた者が80~90%であつた。

置薬の利用状況は75%前後で年間500円未満が約半数に達する。

老人の罹病臥床時の看護者・人手の問題の他、経済的負担感を家族にきくと、農村よりも負担が大きい。

4) 家族問題 相談相手になれるか否かについての本人と家族の考え、家計の掌握、家族の負担感の他に、現在の住居・家族の型と配偶者を除く家族のそれに対する希望とを組合せて観察すると、同居・別居の希望比男67:20、女88:41、同計・別計は男72:15、女107:22である。

5) 社会的関心 選挙には殆んど行くが、政党・首長の名は特に女性に知る事が少い。

6) 老人問題 老人は大切にされているか?、を一般論的と自己の現状とに於いてきいて見ると、大切にされなくなつたという答えは12~16%で案外少く、男女年齢差も少い。その他老人ホーム、老人クラブ、成人病検診についても訊ねている。

演題番号3

農村における老人の健康と生活

長崎大医衛生 渡 辺 孟

川 越 武 慶

辻 均

長崎県島原保健所 中 村 敏 郎

長崎県衛生部 蓮 本 正 詞

目的 人口構成及び農業構造の急激な変化の影響をうける農村老人の、

健康度と生活状況とを社会医学的視点から調査解析し、今後の老人問題への総合的対策を樹立する資料を得る事にある。

対象と期間 雲仙山麓の農村たる有明町に住む65才以上の老人中より抽出(約1/2)した男233名、女240名に対し、昭和39年2~4月にわたって実施した。

方法と項目 演題2と同じ。

結果 男女、年齢階級(5才区分)を中心に検討した。

- 1) 身体的状況 視力・聴力の年齢的低下は離島よりは著しくない。入浴・着脱衣等で一部乃至全部助けを要するものは5%前後から80才代の12~18%に至っている。家の仕事のうち“出来る種目”と“出来ない種目”を答えたのに対し家族の判定を加えて検討すると、男子に於てはよく一致しているが、女子の洗濯・炊事・屋内農作業等本人は出来ると云わないが家族が出来ると期待しているものが多い。
- 2) 精神的状況 暗算・文字・常識・読み書き等については、性差、年齢差が大きく、男子は離島よりやゝ劣るが、女子ではやゝ勝る様である。性差、年齢差がオランダに比し著しい。
- 3) 疾病医療 現在罹病が15~30%、過去1年以内罹病が14~30%、1年来罹病せずが50~75%と「がまん型」が多いのか、オランダや離島の成績に比し罹病が少い。罹病時医師にかゝつた率は70~90%、かゝりつけの医師ありと答えたもの70~88%であつた。老人が罹病臥床時の看護者・人手については問題があり、その際の経済的負担感は離島よりも少い傾向がある。
置薬の利用状況は76~82%、1年間の薬代は500~1,000円が最も多い(約40%)。
- 4) 家族問題 相談相手になれるか否かについての本人と家族の考えには男女差があり、家計の掌握・家族の負担感にも男女差が大きい。現在の住居・家計の型と配偶者を除く家族のそれに対する希望とを組合せてみると、同居・別居の希望比男125:46、女160:40、同計・別計は男149:22、女180:20である。
- 5) 社会心関心 男女共70~90%は必ず選挙に行くが、政党の名・

首長の名等を知る者の率は低く、男子より女子が著しく低く、又男子は離島よりよいが女子ではやゝよくない。

6) 老人問題 老人問題に対する関心では離島と大差ない様であるが、老人クラブは未結成であつた。

演題番号 4

周産期死亡と妊婦保健 — 群馬県某町における観察 —

辻 一 達 彦 (群大医・公衛)
久 保 て る (群馬県大間々町役場)

農村県における周産期死亡の実態をあきらかにし、とくに妊婦保健といかなる関連があるかを知らうとした。

資料として群馬県山田郡大間々町(人口約18,000、世帯数約3,600)における昭37~38年中に発生した周産期死亡例である。その対照としては昭37年出生児中健存例について、死亡例と同じ方式の面接調査を行つた。なお大間々町は機業地として有名な桐生市に接し、商工業を主体とし、一部農山村地域もふくんでいる。(本報における周産期死亡は妊娠7月以降の死産と、生後4週未満の新生児死亡をあわせたものである。)

表1に示す如く施設外に周産期死亡が多いとはいえないようである。また妊娠診定の時期を比較しても、初診遅延の傾向はみとめられなかつた。次に妊娠中の受診(相談)回数を比較しても対照群と有意の差を示さなかつた。(但し受診4回以下のものが被検群に稍多い傾向はある)さらに妊娠診定がどこで行われたかを比較しても、殆ど対照と差がみとめられぬ。以上の如く公衆衛生的に把握しうる範囲の妊婦保健の指標では両者の差はつきりあるとは結論できない。少なくとも妊婦保健が劣

表 1. 分娩場所からみた周産期死亡 (S 37 ~ 38)

分娩場所	周産期死亡			対照(健存児)		
	新生児死亡	死産	計	正常児	未熟児	計
病	1	0	1	38	3	41
診 施設	11	7	18	91	14	105
助	0	1	1	8	0	8
自 施設	7	6	13	64	5	69
その他 } 施設外	1	0	1	9	0	9
	20	14	34	210	22	232

施設内：施設外... $\chi^2=0.7482$ $df=1$, $P>0.05$

悪であつたから周産期死亡が多いとはいえないようである。

父母の学歴、父の職業からみても両者に有意の差が見出せない。共稼ぎの割合は被検群に $11/34$ 、対照 $55/232$ で前者に稍高率であるが、統計学的には有意の差を示さない。また妊婦の農耕従事の場合も被検群 (11.8%)、対照群 (11.7%) で殆ど差はない。その他、住居形態 (自家、借家、貸間、アパート、etc) を調べたが、この面からも両者の差は明かでなかつた。以上は例数が少く、社会医学的には risk group を指摘することは困難であり予報的段階である。けれども郡部におけるこの方面の対策は妊娠中毒症を中心とする母体保護につきると考えられる。しかもその具体的あらわれである妊婦保健指導をうける場所、分娩場所の選択その他は純産科学的なものより多分に社会的背景に左右される根拠がある。従つて産科学および疫学的に入院の適応あるものはすべて施設分娩させるような施策が先決でなからうかと考えられる。

高令被爆者の社会医学的研究

広大 原爆放射能医学研究所

志 水 清

国民の平均寿命延長に伴い、人口の老令化傾向がつよく現われている今日でも、長寿を全うしうるものは比較的少ない。

しかるに、原爆の洗礼を、かなり不利と思われている条件でうけた被爆者が、幸いにも長寿を全うしているのは、いささか驚嘆に値する。したがって、現在70才以上の高令被爆者1,889名について、至近距離や開放被爆の影響、並に現在非常に元気であるというものや、恵れない環境にあるとみられる原爆孤老などについて、被爆状況、健康状態、経済状況、労働状況などを観察し、問題点の探究につとめ、こんごの健康管理と老人福祉の推鼓に寄与し、被爆者の幸福なる社会生活の確立につとめたいと思い、この調査研究をはじめることとした。

問題点についての総括

高令被爆者において、被爆、行動条件の不利と思われている開放被爆や、看護と死体処理などの従事者の率はかなり高いが、出血、脱毛などの重篤急性症状が比較的low率であり、家屋内被爆が半数をうわまわっている。

罹病率や成人病の率は著しく高いが、結核患者が1.9名観察され、成人病管理とともに老令者結核予防が重視される。

高令被爆者では、生活程度中の下以下のものが半数をうわまわり、これらのものにみられる困窮理由として、家族や働き手の疾病が $\frac{1}{4}$ をこえているのが注目される。

原爆孤老は、健康に比較的恵ぐまれ、働くことのできるものが多いようにみられるが、経済的に不遇のもの多く、早急に生活安定を中核とした援護強化が痛感される。

被爆条件の不利なものでは、高令者の率は著しく低く、受診率、罹病

率、成人病の率などきわめて高く、重篤なる急性症状の発現もかなり高いようにみられる。

調 査 総 括 表

状 況	区 分 調 査 人 員 %	調査総数	非常に元気なもの	至近距離被爆者	開放被爆者	孤 老
		1,889人 (100.0%)	466人 (24.7%)	94人 (5.0%)	343人 (18.2%)	105人 (5.6%)
被爆状況	屋 内	53.4%	54.7%	62.7%	—	60.0%
	遮 へ い	23.5	26.2	21.3	—	23.8
	開 放	18.2	13.7	14.9	—	14.3
直後の行動	看護死体処理	31.5	29.6	22.4	32.3	28.6
急性症状	あ り	49.0	39.3	67.0	55.7	61.9
	な し	44.2	53.4	18.1	37.6	32.4
	出 血	18.9	8.4	38.3	18.1	23.8
	脱 毛	9.7	5.2	27.6	12.2	9.5
自覚症状	あ り	23.2	18.9	45.7	36.4	20.0
	な し	71.5	68.9	38.3	50.4	61.9
健康状態	非常に元気	24.6	—	21.3	19.0	27.6
	普 通	52.5	—	57.4	60.3	50.5
	非常に弱い	10.3	—	11.7	9.6	14.3
	臥 床	5.8	—	5.3	4.4	2.8
受診状況	受診率	64.2	47.2	72.3	72.0	62.9
	年6回以上診	29.5	6.9	34.0	38.8	21.9
	受診せず	28.9	47.9	11.7	14.3	20.0
り病状況	り病率	39.0	10.1	42.5	36.7	34.3
	成人病	46.8	38.4	47.5	49.2	44.5
配偶関係	孤 老	5.6	6.2	5.3	4.4	—
経済関係	援 護	3.7	6.4	5.3	—	9.5
	他人の世話	2.7	1.7	—	—	10.5
	中の下以下	55.7	49.2	56.4	—	89.5
	困窮の訴 (中の下以下)	85.0	63.8	86.8	—	43.6
	困窮原因 が疾病	25.7	12.3	20.8	—	7.4
	月小使999 円以下	16.1	—	18.1	—	47.6
労働時間	な し	54.4	46.1	58.4	—	56.2
	1～6時間	21.1	23.6	16.0	—	20.0

家庭医制度の社会医学的考察

金沢大学医学部公衆衛生学教室

河野 俊 一

加藤 孝 之

これからの総合的な医療で要求される予防と健康増進の面は、今日各種社会集団の健康管理として普及しつつあるが、集団の健康管理は、集団としての特性を把握しその背景の上に立つて実施するところに意義があるのにこのような観点が必ずしも充分理解されておらず、とかく個人管理の延長に過ぎない傾向のあることは遺憾である。

家庭が社会構成上の基本単位であり、各個人の生活の本拠となつてゐることは言うまでもないが、現実には主人は会社で、主婦は保健所で、子供は学校でといった具合にばらばらに管理されており、これら相互の間の連携も充分でない。このことは家庭としての特性と背景が、各人の健康管理に充分反映していないということで、健康管理組織あるいは医療制度の根本に遡つて検討されなければならない重要な問題であろう。

家庭を単位として健康管理を行ない、家族全員の疾病予防と健康増進に大きな役割を果すのは Comprehensive Medicin の立場に立つた家庭医制度であろうと思われる。

われわれはこの家庭医制度を地域社会のなかで、今日の医療制度のもとにいかにか展開してゆくべきかを検討するために実験的に学生の実習を兼ねて昭和 37 年 9 月以降、家庭健康管理を実施しているので、その一端を紹介しあわせて本制度における問題点について述べる。先づ家庭健康管理の内容および成績は表に示すとおりである。

このうち健康相談および健康生活指導は現行医療制度の中には殆んど含まれておらず、被管理家庭にとつても始めての経験であつたためその利用率はまだまだ低く、家庭の健康増進といった積極的な面での制度活用は不充分であつた。また患者管理の面でも職場や学校との連絡が充分

表 家庭健康管理の内容と成績

項目	対象	回数	内 容	38年度成績
健康診断	全 員	年1回	定 期 検 診	98.8%受診
	要注意者	年3回	管 理 検 診	330件(1家庭平均4.3件)
健康相談	全 員	月1回	家 庭 訪 問	380件(" 4.9件)
	希望者	随 時	管理センター内 健康相談室へ	
健康生活 指 導	全 家 庭	随 時	生活環境、生活方式 の調査と指導	89件(" 1.2件)
患者管理	患 者	随 時	主治医、保健所、職 場等との連絡	181件(" 2.4件)
				傷病発生件数 669件(" 9.3件)
救急処置	希 望 者	随 時	傷病発生時の応急処 置	4 件

とは云えないようである。この他、家庭健康管理制度に対する家庭の反応や態度についても調査したが種々の問題が存在している。

専門医療に有能な専門医が必要であるのと同様に家庭健康管理にもより有能な家庭医が必要であり、一般医師の再教育を含めた医学教育全般のあり方や、健康相談、生活指導面が全く除外されている現行保険医療制度のあり方、また自らの健康を守り増進させてゆくためには何が大切であり必要であるかといった住民の健康意識の問題、さらに地域社会での保健サービスのあり方など、家庭医制度を実施するにあたって大きな問題が存在しており、これらを十分に検討しながら家庭医制度を実現させる努力が必要と考える。

「公的病院外来診療の問題点」

阪大公衆衛生 江部 高広

公的病院の外来診療について近年様々の問題が提起されている。即ち公的病院の専門医療技術者と高度の医療設備の利用を必要とする患者を取り扱うという本来の機能が、外来診療の多忙さの故に、充分果し得ず外来患者のみでなく入院患者にも有効適切な診療を行うことが制限されており、かつ又外来診療そのものが病院の採算性にあまり役立っていない等種々の観点から論議されている。

公的病院の果すべき本来の機能及び外来診療の採算性の点から厚生省や公的病院の側に於ても、いくつかの外来患者の分析が行われ外来診療時間の制限策がとられても効果は一時的であり、なぜ患者が再来患者としていつまでも受診するかについての検討が患者の受ける診療内容の面から十分に検討されていない。

将来の公的病院外来のあり方について検討する場合、まず個々の患者について、開業医との連けい（即ち受診経路等）及び個々の患者の受ける診療内容について具体的に分析することが重要である。

今回は大阪府下の一公的病院内科の2週間中の全新患者1,49名について、疾病発生から病院外来受診迄の経路を、開業医受診の有無、開業医間の転医の有無、開業医での治療期間及びその治療内容、病院外来受診の理由、医師紹介の有無、医師紹介の内容、病院外来での治療内容、転帰等について調査分析を行った。患者を直接来院患者、間接来院患者（開業医の紹介又は勧告なしに転医して来たもの）及び医師紹介患者（受診勧告患者を含む）の三群に大別し、それぞれの新患としての性格やその後の再来患者としての診療内容の特徴を検討した。

今日の外来診療の問題点の中心は、外来患者が増加し、病院の診療業務並びに病的財政に支障を来していることであり、その対策としては、設備の拡充と人員の増強が考えられるが、そのためには経済的裏付とそ

れに見合う収入を得んとするため、開業医との競合が生じ患者の診療内容に悪影響を生むことは心至である。しかし又無秩序な外来は検査治療も対症療法に流れる結果を生み、患者自身にとつても外来患者の増加によつて診療時間の短縮がみられ診療待時間、検査待時間も長くなり速かな治療も望めなくなる。しからば外来患者を減少させるには如何なる方法があるか。先ず新患対策としては、来院が純医学的に適切か非適切かの分析から明らかなように、間接来院患者及び直接来院患者を減少させれば病院本来の機能が發揮できる。

直接、間接、紹介の三患者群の特徴をみた場合、紹介患者は最も望ましい診療形態を示し、紹介患者を中心とするのが公的病院外来の好ましい形態である。早期に病院外来の実態を地域住民並びに開業医に訴え、地域的な紹介制度を確立することが必要である。尙これには今後医療経済面、行政面、社会面からの検討が充分なされることが重要である。

演題番号 8

在院に関する研究 続(2)

— 胃癌患者について —

吉 田 寿三郎 国立公衆衛生院

赤 尾 芙美子 全 上

津 田 豊 和 病院管理研究所

病後・病質が大きく変化して行くのに対応しこれからは体系ある医療組織網にかかる患者を捉えて措置・管理をすることが必要である。これには臨床医と組織的衛生活動を専門とする公衆衛生専攻者あるいは社会階層を意識する社会医学専攻者との協働が必須要件である。また今このためには共通の広場でお互に問題点を意識化する必要がある。そこで、病歴解析がこの有力な架け橋になることを見出した意義は大きい。

このたびは、某公立一般総合病院の1961年度退院胃癌患者の3分の2にあたる91名につき病歴解析を行つた結果につき述べる。

男55女36名、女が比較的若く発病するなど一般の傾向と同じで、初発75再発61例、内科扱いに外科79例、治療14軽快16名という転帰には疑問が多分に残る。死亡22例で、平均在院日数は38.8日である。

今日のところ胃癌の唯一の積極的措置である手術が入院后行われるのは、表1の如くおおむね2週間以内である。胃剔は38例41%であるが、内20例は転移巣を病理学的に明らかに残している。いわゆる根治手術が一応出来たものはわずかの18例である。なお未手術27例中一応手術可能とみられるが本人拒否は1名で、他はおよそ手術不可能例である。すなわち、72例約80%は1~2年をまたず死の苦惱への逢着が予想される。

このようなましく厳しい胃癌患者がどのような問題をもつかは表2に示めすところである。ここで特に強調したいことは、施設運用や診療管理の問題も問題にすべきであるが、ほとんどの患者が絶望的な病苦の上に、当然精神上、社会上および経済上の二重三重の苦斗を続けなければならない。にも拘らず病歴解析による限り、最高の医療機関である一般総合病院でも、ソーシャル・ワークがほとんど全くなされてないし、おおよそホロー・アップも省りみられておらず、またわずかに残る人生をどのようにか有効に生かすためのリハビリテーションの配慮も全く見出せない点である。このようなわけからソーシャル・ワークとリハビリテーションについてはこれらの最小限の要否をめぐつての問題点を表2にあげておいた。

表 1. 入院后手術までの日数別症例数 (64 症例)

日数		5~ 9	10~ 14	15~ 19	20~ 24	25~ 29	30~ 34	35~ 39	40~ 45	計	備 考
術数		15	35	8	4	1	0	1	1	64	未手術27例 拒否2(家族1 本人1) 合併症3(心2 血圧1) 手遅れ22 (再発11)
(内訳) 術式	胃 剔 転移 (-)	4	10	2	1	1	0	0	0	18	
	胃 剔 転移 (+)	6	11	1	1	0	0	1	0	20	
別	吻合	2	8	0	1	0	0	0	0	11	
	プローベ・ラパ	2	5	3	0	0	0	0	0	10	
	再発措置	1	1	2	1	0	0	0	0	5	

表 2. 問題点の累計 (91 症例)

		(A)	(B)	(C)	備 考
病歴記載上	なし	20	—	—	(B)欄 予診、主訴、症状、経過、処置、廻診、看護、 検査、治療計画、退院時記録など記載上の不備 (C)欄 転帰と症状経過とに大きな喰違がある ものと上記の記載上の不備を含む
	1	35	23	12	
	2	21	12	9	
	3	15	6	19	
	累計	124	94	30	
施設・ 設備運用上	なし	36	—	④	(C)欄 “なし”の行の④はとくに優れている もの (C)欄 始めからまた手術の前後を除き慢性病 院、慢性病棟ないしナース・ホームにむし ろいれるべきもの
	1	49	17	32	
	2	6	2	4	
累計	61	25	36		
診療管理上	なし	66	—	③	(C)欄 “なし”の行の③はとくに優れて行わ れたケース
	1	20	—	—	
	2	5	—	—	
	累計	30	—	—	
ホー・アツプ ついで記載	あり	23	—	—	(C)欄 22は死亡例
	なし	68	46	22	
ソツアル・ワツク の必要	なし	64	—	—	
	あり	27	—	—	
リハビリテイション サービスの必要	なし	50	28	22	(内訳) 治ユ 軽快 不変 死 1 9 18 22 13 27 1 0
	あり	41	—	—	

公的病院の医療と経営

阪大公衆衛生 木 村 慶

公的病院の現実をみるに、その経営は危機に瀕し、医師、看護婦をはじめ技術職員は不足し、器械・設備の更新もすすまぬため、医療を行なう側にも、受ける患者の側にも、潜在、顕在の不満が累積している。現在の不当な低診療報酬が改められるべきはいうまでもない。しかし経営赤字、その対策にのみ眼を奪われ、かんじんの病院医療の内容が充分顧慮されない傾向には問題がある。重要なことは、経営の窮迫のために病院医療がどのような影響を受けているのか。またたとえ黒字であつても、採算のための経営努力が医療の内容にどのようなしわよせを強いているのかを明らかにすることである。医療担当者としては、そのような観点からの現状批判をもつて、現行制度の改善を主張せねばならない。

報告者らは、昭和38年春以来、大阪府病院協会の要請によつて行なつた公的病院実態調査をもとに、上述のような観点から経営状態と診療態勢との関連を明らかにし、今後の病院医療を進展させるうえでの問題を論じた。

1. 調査した病院は、大阪府下の公的性格を有する29病院、うち15病院が自治体立(13が府下衛星都市立)である。
2. 公的病院の経営状態は年々悪化しており、とくに自治体立病院で著しい。これは労務費、経費、材料費の不可避的な増大に、保険診療報酬の上昇がおいついていないためである。
3. 国公立以外の公的病院では、採算の面では公立病院ほどの困難はないが、これは一人当たり労務費の低さ、医師、看護婦の不充足、看護要員中正看のしめる率の低さなどによる労務費軽減に負うところが大きい。このことは、これらの病院での医師、看護婦の転退職率の高さとあいまつて、診療の質に悪影響を及ぼしていると考えざるをえない。
4. 経常収支で大きな赤字を出している場合、医療器械・設備の改善が

制約され、地域医療の中核たるべき公立病院が、医学技術の進歩に応ずる医療水準を保持することを困難にしている。

5. 差額徴収病床の増加傾向がつよまつており、公立病院でも半数の病院が、全病床の50%以上を差額病床としている。
6. 以上の事実から、現在の条件のもとで公的病院に独立採算を要求することが、病院医療の内容に悪影響を及ぼし、その公共性をそこなうことは明らかである。保険診療報酬の是正に加えて別個の公的財源を確保し、需要に応えうる診療態勢を保障することが緊要である。
7. 医療担当者としては、現実に行なわれている病院医療の質を客観的に評価し、人員・設備をはじめ病院に要求される診療水準を明らかにすることにつとめ、それを根拠に、患者・住民の利益に沿った財源確保を要求していかねばならない。

演題番号 10

地域の医療需要と所得の再分配

東北大学 前田 信雄
車田 松三郎

地域の医療需要の規模・構造および需要決定要因を把握する目的で、東北の一農村における受診量と医療費額についてのセンサス的分析を行った(対象、国保被保険者1334世帯昭和37年7～昭和38年6月の受診量)。この調査結果のうち、世帯単位の観察から得られた統計的分析の結果と問題点をあげるとつぎのとおりである。

1. 医療需要の階層別統計分析

- (1) 年間1人あたりの受診件数=受診量を社会保険での世帯人数別にみると、全員無受診の世帯は、1人世帯では全体の38%であつて、2人世帯の11.6%、4人世帯の7.4%にくらべてみて、1人世帯

に無受診世帯がかなり多い。このことは少人数世帯では個人差が大きく影響するため受診量のレンジが大きくなったこと、もう一つは、1人2人世帯には国保以外の社保の被扶養者にならなかつた（あるいはなれない）老人の準世帯員および基幹労働力に相当する有病率の低い世帯と二つの対照的グループが含まれていることを意味するものようである。

- (2) 産業別にみると、受診率の中位値は、農業兼業世帯が最も高く2.0件、次いで非農家の1.8、農業事業の1.7という順序になつていますが、これらの差異の意味するところは明確ではない。ただし、所有耕地面積の広い世帯ほど受診率が、概して高い。つまり、2ヘクタール以下の貧農層に受診者も医療費支出もともに少ない。
- (3) 低所得者層には、無受診の世帯が13.8%と多いが、しかし4～5件附近に分布する多受診世帯も多く、分布がなだらかである。我慢型の無受診と有病率が高いことからくる多受診との二つが予測される。高額所得者層ほど高受診率の傾向が強く、かつ単峯的分布である（図1参照）。

2. 所得の再分配

国民健康保険税と医療給付費との間だけの再分配をみると、図2のとおりである。

- (1) 保険税階級2千円未満の192世帯は、保険税の10倍程度の医療費を費やし、その医療費の半分マイナス税額部分を再分配として得ている。しかしその実額はおよそ50万円ぐらいであろう。
- (2) 高額な保険税収納世帯では「税額をはるかにオーバーして医療費支出」をしているものも、あるいは「医療費額が税額より少ない」という傾向もともにみられず、結局上述の保険税階級を除いて、大きな所得の再分配はみられない。
- (3) さいごに、この調査研究は末だ中間報告であつて、今後吟味すべき点が少なくない。（図1.2省略）

入院看護サービス向上のための実験的研究

湯 楨 ます・金子 光・木下安子
兼 松 百合子・波多野 梗子・矢野正子
(東京大学医学部衛生看護学科)

現在病院における看護体制は、看護要員の不足によつて看護内容がきわめて低劣であるということは、屢々各方面より指摘されている。そこで我々は看護要員の多い少ないによつておこる看護内容の変化をとらえようと考へ、実験的に看護要員構成を数段階にわたつて変へ、そこで実際におこなわれた具体的な看護行為を把握した。

調査は東大分院外科総室のうちの1室(12床室)で1963年4月15日より5月18日まで行なつた。この期間のうちの3段階に区切り、昼間勤務の看護要員を次のように変化させた。

才Ⅰ段階 看護婦2名(准看護婦を含む)……現状のまま

才Ⅱ段階 看護婦3名

才Ⅲ段階 看護婦3名、補助者1名

その結果、看護要員が少ない場合、次の3つのことが云える。

1. 患者に対して行なわれる看護行為の頻度が少なくなる。すなわち才Ⅲ段階と比較すると才Ⅰ段階は61%に止まる。—才1図—
2. 看護行為をその内容から次のA、B2群に分けてみると
A群 患者の基本的ニーズに応じて行ふ行為(食事、排泄、運動体位、睡眠、休息、病床病衣、心理面等)
B群 診断、治療に関連して行ふ行為(与薬、検査、処置、病状観察、療養についての話し合い等)
A群がB群より頻度の減少が著しい。—才2図—
3. 看護行為の幅によつて次の1～3レベルに分類すると
1レベル 個々の患者の条件に対する特別な判断、配慮は加えず、定

められた通り、又は指示された通りの方法で行なう。

2レベル 個々の患者の条件に応じ、配慮を加えた方法で行なう。

3レベル 個々の患者の条件を充分に配慮し、看護婦の判断にもとずいて行なう。

1レベルの仕事はA群できわめて極端に減少するが、B群ではあまり減少しない。2レベル以上はA・B群共減少するがB群に著しい。

—才2図—

以上のように看護要員構成によつて患者に対する看護内容に影響があることは明らかで、現在の要員数ではきわめて不十分で、必要な看護が省略され、あるいは充分な配慮が加えられることなしに実施されていると想像される。又これ等の看護業務に直接たずさわつた看護婦の労働の実態は、勤務時間が延長し、昼食時間が規定より短くなることが日常化し、仕事の種類が多く、かつ仕事の幅も広いが、これ等の業務をきわめて短時間で行なつていた。(才1・2図省略)

神経科を標榜する一診療所のニード
才2報 大都市における精神分裂病者の家庭と雇傭状態

山本理平・山本英子（東京，開業）

大都市の商工業地域に位置して、患者の家庭や職場と濃厚な接触を保つに便利な、小規模の精神病診療施設の存在意義は、単に薬物療法の手軽な供与機関たるに止まらず、医学的指導・助言のほか、medical Social case Worker として患者の人間環境の調整や再建の才一線たるにあるといえよう。たとえ服薬を励行さすことに成功したとしても、精神病患者殊に分裂病者の社会復帰がうまくゆくとは限らず、そこに家庭と雇傭の条件が大きくものをいつてくることはいうまでもない。

症例才1群の3例は、この見地から家庭条件を比較したもので、3例とも現在35才前後の男、病型は破瓜病の陳旧型、症状の発現は20才前後と考えられる。30才すぎまでは、大体自宅でカバーしていたが、その頃から反社会性のため自宅でカバーできなくなり、家人の要求で入院、大体1年前後で寛解したという点は共通している。主な問題点を表1で示す。

症例才2群の3例は雇傭状態、つまり職種や賃金、企業の規模や労務管理の方針等に問題があると思われるものを拾い出した。いずれも発病前、長期間にわたり、ある程度以上の大企業又は官庁に、安定した雇傭関係を保ち、発病後も解雇されないうちに現在に至っているものである（表2）、このような大企業又は大組織に雇傭を維持することは、才1群の小企業又は職人形態に比してむしろ困難が多く、すべての心身の障害者の職場復にとつて今後の課題である。

表 1

症例	年令	入院前の職業	入院後寛解まで	寛解後の作業	就業の動機	就業態度	家庭構成、その職業及び患者への態度
137	なし (約6年)	なし	約1年	機械工 (小企業)	作業療法 (医師の斡旋)	不良 (長欠多し)	継母：大体受容的だが 発言力弱い 兄(夫婦)：周旋業 全く冷淡、排他的
239	なし (約10年)	なし	約1年	会計事務 (小企業)	作業療法 (経営者が 妹の夫)	良 信用も生じ 結婚話あり	母 弟(夫婦)：勤人、受容的 このほか患者名義 のアパートあり
334	鳶 (家業)	なし	約1年	鳶 (ひきつゞき)	家業	時々仕事 に出ない 程度	妻…アパート経営* 子1 医師に協力的 隣接して 鳶の親方 弟(夫婦) 患者(兄)を自 分のもとで働かせている

*患者は入院の前年結婚、この結婚も、また患者所有のアパートもすべて患者の父(建築請負業)の配慮による。

表 2

症例番号	年令性学歴	病型	発病後年数	欠陥症状	勤務先会社 又は官庁	職種 勤続	病気の期間 気休業	現在の勤務 状態	経営側 の患者 に対する 態度	職場の統制	地位の 昇進	患者をめぐる 職場の人間 関係
4	48男 高小卒	晩発性妄想型	8年	士	自動車製造	検査係 25年	昭31 3ヶ月 昭35 10ヶ月 昭38 ~現在	休職中	拒否的 「出勤され ると周囲が 迷惑」	厳格	年功制、 患者は班 長になつた がその後発 病したため 昇進せず	患者は休職を解除 されないこと又自分 をさしおいて他人が 昇進したことに不 満を抱く
5	29男 新制中卒	破瓜型	6年	十情動低下	エレベーター 製造	機械工 13年	昭33 4ヶ月 昭35 8ヶ月 昭37 10ヶ月	出勤	受容的 「彼は仕 事がたしか から」	?	昇進しな いしかし始 から本工 △母親が努 めている	特に問題なし めめて患者をカバーし
6	36男 旧制高専卒	緊張破瓜型	9年	士	税務署	事務官 10年	昭30 24ヶ月 昭35 8ヶ月 昭36 6ヶ月 昭37 3ヶ月	出勤	保護的	厳格でない	年功制、 患者は病 進も昇進 もしない	劣等感を抱くしか 同僚との性格上接 触は比較的疎のた め比較的表面化し ない

高血圧症患者管理について（才 1 報）
— ある地域医療機関の Visiting Service
活動から —

橋本 雅 弘 金森 仁 作 金森 崎 子
相沢 彰 子 山田 武 士 吉野 節 子
渡辺 寿美子 三浦 信 子 （吉祥院病院）
細川 汀 （関西医大公衆衛生教室）
西尾 雅 七 （京都大学公衆衛生教室）

才 4 回社医研総会で報告した如く当院では、院内に医師、保健婦、医療
療ソーシャルワーカーを中心に医療社会事業部を設け、高血圧症患者の
管理活動を行つている。

今回は昭和 38 年 5 月以降 1 ケ年間に訪問した 150 例についての経
験を報告する。

(I) 高血圧管理に於て、その基準を統一するために重症度と安静度を作
製した。（表は省略）重症度は軽症より重症にかけて 0 ~ 4 度に分け
安静度は同じく A B C D に分けてある。

(II) 所謂“治療中断”の問題

本症の如き慢性疾患では、長期間にわたる治療や管理が必要である
にもかかわらず実際は加療の途中で中断する場合が多い。“中断”が
患者の疾病の発展段階のうち如何なる段階に於て行われるかをみると
表 1 の如くである。（表 1）治療中断直前の重症度と安静度

重 症 度					安 静 度			
0	1	2	3	4	A	B	C	D
27 人	69 人	36 人	18 人	1 人	20 人	123 人	10 人	0 人

即ち、“中断”は重症度で1～2、安静度でBに多い。(中等症以下)

次に中断の理由を分析すると、才1位は自覚症状の消失又は軽快で63.8%を示し、才2位が経済的理由で15.6%を示す。即ち患者は自覚症状の消失乃至軽快を以て、多くは重症度2度以下(血圧値で199/100以下)の段階で中断する事実が示された。

(III) 医師の指示と現実に行われている療養(生活)態度との比較

医師が患者に与える療養指導(指示)が現実にはどの程度に実行されているかを分析した。この分析は安静度を指標として(1)生活全体として(2)労働、(3)食餌(塩分、脂肪)の3項目について行つた。表2はそのうち食餌に関する表である。医師の指示が、その通りに行われているの(一致率)は、治療継続群では26.4%、治療中断群では17.1%である。しかも不一致のもの大半は、より不合理又は劣悪な食餌がとられている。生活全体として的一致率は治療継続群では41.1%、中断群では22.0%を示し、労働では一致率は継続群では25%、中

(表2)

指示 現実	治療継続群						治療中断群					
	O	A	B	C	D	計	O	A	B	C	D	計
A	1	2				3	4	4				8
B	15	20	15			50	37	10	8			55
C	4	4	5	1		14	6	1				7
D				1		1						
計	20	26	21	1		68	47	15				70

断群では31%であつて、何れも一致率は低く、又不一致の者の大半は、より不合理又は劣悪な状態で療養(生活)をしている。

(IV) 総括と考案

過去1ケ年間の訪問活動によつて得られた諸事実のうちより(1)中断の問題(2)医師の指示と現実の療養生活の比較について分析を行つた。

現在の臨床医学は高血圧症においては、早期より長期間にわたつて動脈血圧を一定水準以下に維持することが合併症予防の見地より大切であることを教えている。この立場から見ると、重症度1～2度、安静度A、Bの段階で自覚症状の消失又は軽減を以て中断するものが多い事は、重要な問題であつて、本疾患を真に管理するためには、特に

このグループに対して訪問活動などによる多面的指導が必要である。

一方医師の指示と現実の療養との間にかなりの不一致が発見された。この相違を生じる要因の分析は次回にゆずるが、この諸要因を把握し、且つ排除する努力がなければ、本疾患の管理は成功しないことが明らかになった。

演題番号 15

中小企業労働者の自主的健康管理活動

京都・南病院

まえがき

我々は3年前、全日自労京都府支部と協力して、「失対労働者の生活と健康」の実態調査を行った。この活動は現在なお、失対労働者の健康管理活動に役立てられている。

この経験から我々は、労働組合が個々の労働者の健康問題を、只単に個人の問題としてではなく、集団乃至は組織の問題としてとらえ、運動化してゆくならば、より持続的な、しかも効果あるものを期待できると考えた。

昭和35年3月、市内某染色会社で輸出向の染色作業に従事していた少年工が、原因不明の事故死をとげる事件がおきた。少年工が所属する京都合同繊維労働組合（以下労働組合と略す）—32支部7,200名—はこの事故を重視して労働組合として健康管理活動を取りあげ、南病院へ協力を依頼してきた。（昭和37年2月）

以下に我々が協同して進めてきた中小企業労働者の健康管理活動についてその一端を紹介する。

1. 運動の契機について。

労働組合が健康問題をどう取組んだらよいか、という点で、残念

ながら、適切な教訓や経験に乏しい。医療機関としても我々は一民間施設として、そのような協力は今回が初めてであつた。

大企業においては、最近はかなり充実した有効な健康管理活動がなされている模様であるが、中小企業においては、医務室及びその他衛生設備は極めて貧弱である。（厚生白書参照）しかも規模別災害度数率の推移では、依然として中小企業は高率を示している。

（労働白書参照）

このような全国的事実の上になつて、我々は、労働者の職場衛生状況についての認識、自己の健康状況についての自覚状況を調べることに、この運動の出発点をおいた。

調査票は6項目21問から成り、11支部、2,029名から回答をうることが出来た。更に調査結果は、職場別、年齢別、経験年数別等様々な要素に亘つて整理し、夫々各支部労働者と懇談する際の資料に供した。

このような懇談会は労働者に様々な問題を投げかけ、結果として労働条件の改善や職場衛生環境の改善に取り組む姿勢が現われ、若干の成果を得たところもあつた。

II. 健康管理活動における医療機関と労働組合との協同作業。

調査の結果えられた重要な結論を列記すると、

- a) 企業規模が小さくなればなる程、そこで働く労働者の平均年齢は高令化へ傾いてゆく。（成人病検診の必要性）
- b) 労基法に基く定期検診は、企業規模が中小化すると一様に「結核検診」に集中化しており、労働者の日常的健康管理とは別のカテゴリーにおかれている。
- c) 医務室のある企業においては、工場医は全部開業医（日本では即ち Home doctor である）へ依頼したものであり、労働者との結合は弱く、従つて日常的健康管理活動の圏外にある。
- d) しかるに労働者は自分の健康破壊が、日常的労働生活においてなされていると考えており、従つて現行の定期健康診断には不満を訴えている者が全体の66.2%を示している。

以上の諸事実に立脚して、我々は労働者の健康管理活動の出発点を全労働者を対象とする定期検診の内容改善に設定した。

我々は定期検診の実施に当つて次の点を重視した。

- (i) 定期検診には全労働者が参加し、一定の検診項目は全員がうける義務を負う。
- (ii) 検診結果得られた個人の秘密は厳格に守り乍らも、全集団の健康に関する情報が労働組合側に伝えられ、要注意者グループが、組織的に管理されてゆくこと。
- (iii) 従つて健康診断の結果は全受診者に渡され、より精密な検診を要する者については、労働組合を通じて、医療機関が責任を完徹すること。

以上の3点を実現する方向で、昭和37年度より昭和38年まで、6企業約1,600名に及ぶ定期検診が実施された。

Ⅲ 結 論

労働組合側の主唱によつてなされたこの運動は現在いくつかの新たな問題を提起している。

- (1) 企業者側の反省と併せ労働組合との協力が成功し、医務室の運営が、より体系化され、健康管理の機能を発揮し始めていること。
- (2) 労働組合は更に個人健康手帖などの運用によつて、この運動を深めようと努力していること。
- (3) だが、労働環境の改善業では、更に専門的技術者、学者そして企業側の協力が絶対必要であること。

以 上。

執筆担当 宮 入 昭 午

第5回社会医学研究会
一般報告

〔工場地区医療機関の役割について〕

抄 録

大阪，伝法高見診療所

田 尻 俊 一 郎

上 中 幹 敏

東 晴 彦

関西医大衛生公衆衛生

細 川 汀

我々はここ数年、工場地帯にある診療所として、労働者の健康問題の重要性を認識し、1)労働衛生における労働者の協力者としての調査、医療活動 2)労働者の災害や疾病に対して医療と補償を貫徹する活動 3)労働者の中に自らの健康と基本的人権を守る関心と闘いを起すための学習を援助する活動に力を注いできた。

三井三池の大惨事に象徴的にみられるように、資本の手で進められているいわゆる産業合理化なるものは、労働者の健康と生活に様々な形で影響をあたえ、保安才一主義が急速に生産才一主義への傾斜を強くしていることは、労災、職業病発生の年次推移をみてもあきらかである。

このような実状の中で、社会保障だとか、安全衛生だとかいつた問題への取組みが比較的弱かつた労働組合の間でも、最近では労働者の健康を守る闘いを、反合理化斗争の一環として把え、積極的に推進してゆく姿勢が強くなってきた。

我々はこのような労働問題の高まりを、医療担当者として正しくうけとめ、専門家としての援助をして行く中で、多くの教訓を学んだ。作業現場に入りこんでの調査活動や、白血病死した核燃料研究員への労災補償適用の運動、職場の安全衛生や健康を守るための学習活動などを、労働者とともに展開してゆくとき、いやでも我々の眼や耳に入る現実、我々自身が体験した労働と職場の実態などは、医療担当者としての我々に深刻な反省を求めている。合理化の進行の中で苦しむ労働者の医療の側への要求は、それほど切実できびしいものがある。

我々はこのような立場から

1. 労働者の生命と健康を守るためには、労働者自身の取組みを前提として、我々の医療活動、健康管理活動も何らかの形で、自覚した労働者の積極的な参加を得ることがきわめて重要である。
2. 現在多くの医師、医療機関が工場嘱託医や衛生管理者として、健康管理にたづさわっているが、現場の中に入つて衛生管理を系統的に一貫して取組んでいるものはすくなく、むしろ様々な形の利益供与と結びついて、医療機関は労務管理、合理化政策の一端を担っているものが多い。
3. このような現実に対して、我々は災害、職業病の起つてくる根源を洞察し、問題を労働者に返してゆく事が重要である。労働者はこの事実を単に医学的技術的次元に止めず、自らの運動として合理化反対、社会保障と労働条件の改善、最賃制確立などの全面的な斗争の中で把握し発展させてゆくだろう。

この発展の過程の中に我々自身をどう位置づけるかは、さしせまつて我々はその態度をあきらかにせねばならない重要な課題だと考える。

地域医療活動の問題をめぐって

京都社会医学研究会

医学の進歩、社会保障の拡大等によつて医療のあり方に大きな変化が求められている今日、いわゆる「地域医療」と呼ばれる保健。医療上の活動がどのような状況にありまた如何なる役割を担うものかを明らかにすることは極めて有意義であると思われる。そのため当研究会は、京都に於てこの地域医療活動を行つている病院・診療所のうち五ヶ所から活動の動機、発展過程、現状とその問題点等の報告を求め数回にわたる研究会を通じてそれらに共通する問題を明らかにして来たが、その総括を才五回社会医学研究会に報告した。(ここに述べる地域医療とは、住民の生活の場に於て保健・医療の具体的な実践を深めながら、それを住民の側から組織ずけて行くことを志向する活動をさすものである。)

活動の発展過程

地域医療活動の発展経過を考察すると、戦後の社会的、経済的に劣悪な条件の中で、医療保障制度はまだ一般化されず、住民は医療費負担に苦しみ、零細企業従事者、家内工業経営者、その他の低所得者の生活要求の運動の中に医療に対する要求がとりあげられ、種々な形の大衆運営による医療機関が生み出された。一方、地域にフィールドワークを求め医療従事者がチームを組み、住民の生活の場の中で、疾病の治療のみならず予防や後治療さらには生活の問題ととりくむようになり、その活動が組織化されることによつて医療機関の日常的な業務となつた。

現在の問題点

これらの活動が現在直面している問題は、①地域社会の連帯意識が住民の中に確立されていない。②医療保障制度の拡大に伴つて住民の要求が変化し、組織化する条件が変つて来た。③医療と予防の結合をはかる経済的保障が無く、財政面の困難を生じている。④活動目標が不安定になつたり、地域医療としての特色を失い易い。⑤一医療機関での活動の

限界が明らかとなり、地域の他の医療機関や保健所との連携が望まれながら困難な状況にある。そのため地域医療活動が特殊化し、孤立化し、硬直化する現象も現れている。

今後の発展のための条件

こうした活動の今後の発展を期待するならば、次の諸条件を満す努力が必要となるであろう。即ち①保健・医療のチームによる地域活動によつて住民の要求を明確化し、住民自身が自主的に保健や医療の問題と取組む組織を造り出すこと。②生活改善にまで及ぶこれらの活動の発展のために地域に於ける各種の専門家集団を組織し、活動の共同化を計ること。③住民の要求に基く生活に直結した医療をすすめる上で、現在障害となつている医療保障制度上の矛盾及び医療制度上の矛盾を明らかにし、又、具体的な保健衛生上の問題を地域社会の問題として提起し、これらの改善及び解決の為に住民の立場から働きかけを行うこと。

演題番号 № 18.

岩手の保健活動の紹介 戦前の部

相 磯 富士雄

岩手県国保連では、保健活動は生活運動であると考えて指導してきた。即ち、保健の問題を語ることにより生活を客観的に意識的に考えるということに重点をおいている。これは保健の問題は、生活の問題つまり社会と密接な関連があることを深く認識しているためである。更に生活の意識化を進めるには、健康を守るための組織が必要であり、保健問題を村人自身の手に取り戻していかうとしている。この方え方はいつ頃から出てきたのか。この運動の源は、戦前の岩手の産業組合の医療組合運動の中にある。運動として見るならば、昭和7年、社会大衆党岩手県連東

磐井支部の千葉、伊藤、今野、鈴木等が岩手県南の一関町、千厩町に実費診療所を開設したのはじまる。当時は昭和初期の大恐慌の中で、労働運動、農民運動のこうようと、これに対する弾圧の強化が激しくなつた時代である。

岩手県南は農民運動も弱かつたが、電灯料値上げ反対運動の中で、この診療所が出来た。

然し、日本無産者医療同盟の診療所のように、労働運動、農民運動と常に連繫を持つた運動というより、弾圧をさけるための医療運動という性格が強い。そのため、実費診療所＝軽費診療所であり、大衆に充分守られているとは言えなかつたので、“よりよい医療設備を”という要求に答えられず、昭和8年頃より衰微し経営が困難になつた。然し、岩手県下における医療の社会化運動のオ一歩として高く評価出来る。それ故に、昭和7年の三陸大津波の時には、実費診療所から救援隊をおくり、以後巡回診療を行うようになった。

この頃、青森市の産業組合購利組合青森病院の発展、東京医療利用組合等の開設に刺激され、岩手県各地に広区域医療利用組合の病院の開設運動が始まつた。開設をめぐつて全国の場合と同様に、色々な抗争はあつたが昭和十年までに九病院が出来た。この過程で、中心的な活動家は高橋新太郎氏をはじめ社会運動家となり、農民達もこれをよく支持したからこそ大発展をしたのであらう。

然し昭和十三年の国保成立により、医療の社会化運動につらなる医療利用組合を、国家統制の中に把握されていつた。それは、やがて、産業組合から農業会への移行という形の中でもあらわれてきている。だが、この中であつて、岩手は岩手なりに、この国家統制をうけとめ、医療と予防と国保の三位一体的運用を積極的に行い、巡回診療も活潑になり、保健活動という言葉を一般化し、保健婦規則が出来る以前に保健婦をおく組合がふえてきていた。岩手県の保健活動の昂揚期は、国保代行の普及活動の時期から、農業会に変わる昭和十八年頃までであつた。一般化した農民のためにという活動ではあつたが、農民の中に入つていこうという姿勢では、国や縣市町村の及ぶところではなかつた。昭和十六年には

農村医学研究所もつくられ、初代所長に海野氏がなり、積極的に農民の病気に取り組み、科学的に解明しようという組織も出来てきた。

これらを総括的に見る時、医療の社会的、地理的普及、予防と治療の一体化を実践の中で把握したこと、対象を生物としてでなく働く農民としての全体的にとらえ対処したこと等は、高く評価出来る。

同時に、産業組合のわくから出れず、中間搾取の排除という形で対開業医抗争から抜け出れず、農民組合、農民運動との結びつきが極めて不十分であるため、国家の政策や制度の批判という形にならなかつた。然し、一部には、健康を守るという立場と戦争の遂行との間の矛盾に気づくものが出てきて、戦后これらの人々が新たな決意で、保健運動に取り組んでいった。

演題番号 19.

農村医療史における産業組合の占める位置

I 序 論

東京医歯大農厚医研 天明佳臣・柳沢文徳

昭和4年に発表された内務省衛生局の「農村保健衛生実地調査成績」は、従来とかく等閑視されていた農村保健衛生の劣悪な実状を明かにしたのもとして、大きな意義を持っていたが、この調査の発表も農村保健衛生改善への契機とはならなかつた。行政が、この問題を積極的に取り上げるのは——取り上げざるを得なくなつたというのがより実状にあつた表現であらうか——満州事変から中日戦争、更に太平洋戦争へと進まんとする臨戦体制の中で、戦争遂行のための人的資源、食糧増産の担い手として農民の体位の低下が軍部の関心事となつた時であつた。

開業医制の下におけるわが国の農村医療——真に農民のための医療を實現せんとしたのは、官僚でも、もちろん開業医でもなかつた。それは

農民自身の自からの健康を守る運動としてのみ存在していたのである。産業組合による医療組合は、その一つであり医療協同組合運動として全国的にひろがり、その遺産は多く戦後にひきつがれており、明治以降の農村医療史のなかで重要な位置を占めている。

産業組合はわが国における協同組合であつて、わが国の資本主義発達の特長を反映して、諸外国の協同組合と異つた特異の発展をとげている。即ち、明治33年産組法成立以来明治官僚の強い育成のもとに、農村における中小地主・中堅自作の保護機関として設立され信用事業をはじめ各種事業を經營してゆくが、その後、才1次大戦前後好況から不況へと進む景気循環の中で経済事業体として漸次自主性を持ちつつ発展していった。農産物市場競走に立ち向い、一方激化する小作争議に対しては調停的な役割をも果たしていたのである。しかし、昭和7年頃より才次に国家独占資本主義の一構成分子、官僚的な行政機構の一つとなりつつ、やがては戦時農業会の中に吸収されてしまうのである。

医療組合は、大正7年に島根県の一寒村に始り、昭和6年以降全国的に発展してゆくのであるが、これは産業組合の協同組合的な発展を背景にした農民の自主的な運動であつた。産業組合が農村における官僚的行政機構の一翼と化してゆく過程は、医療組合の自主性喪失の歴史でもある。しかし、産業組合の各種事業のなかで、医療としての特異性のために、また農民運動・社会事業との人的交流などの点でその運動は特異な地異を占めているのである。

医療組合の歴史は次の4つの時期に分けられる。

才1期小規模診療所の時代(大 7—昭 3)

才2期広区域医療組合時代(昭 3— 10)

才3期連合会時代 (昭10— 13)

才4期国保代行時代 (昭13—敗 戦)

農村医療史における産業組合の占める位置 Ⅱ 初期医療組合から広区域医療組合へ

東京医歯大農厚医研 天明 佳 臣

島根県青原村の信購販利組合医療部（大正7）から新潟県胎内信販購利組合の医療組合（昭和3）までの15の医療組合には夫々共通の特徴を持つており、才1期の医療組合と名づけ得るものである。これらの組合は、相互に殆んど連絡もなく、医療の地理的な普及を目ざし必要に迫られておこつた農民の全く自主的な運動であつた。そして、農山村の単位産業組合の兼営事業として経営されたものであり、当該組合の協同組合的な発展を基礎としていた。一村の産組の医療組合であるから、多くは医師看護婦助産婦各1名という小規模診療所であつた。初期の医療組合は、その大部分が短時日のうちの閉鎖ないし休止されてしまうが、その原因は財政的困難もあつたが、何によりも医師を継続的に獲得することが出来なかつたことであつた。

才1次大戦後の不況は慢性化し、やがてわが国は昭和初期の農業恐慌につき当る。農村の深刻な窮乏を反映して、医療の地理的普及とともに医療費の軽減を才1の目標にかかげ、最新の医療技術の供給をも旗印にかかげた広区域医療組合の運動は昭和3年に始る。多くは既存の産業組合を母体としつつ、財政的な必要から数町村、数郡に亘る広地域を範囲とする医療単営の組合病院が、産組法に基づいて次々に設立されていつたのである。この運動には従来産業組合とは比較的關係の薄かつた農民運動社会事業関係の活動家も多く参加して来ている。その設立に際しては各地で医師会との小粉争がおこるが、なかでも東京医療組合をめぐる医師会との抗争は全国的な規模で争われ医療組合運動の全国的な発展の契機となつた。この時期には産業組合法によらない農民組合・無産政党的小規模診療所設立の運動も活潑に起つたが、これらは産業組合に合流するか、或は独自の階級的な立場を敲取したものは、昭和10年頃まで

に官権の直接的な弾圧を受けてつぶれてしまうのである。

多くは、すでに官公私立の病院、診療所のある市街地に生れた組合病院は、次々に設備内容においてそれらと肩を並べ、或は追越して文字通り地域の医療センターとして発展していった。区域内の遠隔僻地には分院、診療所を設け、それらを設置出来ない地域には巡回診療班を派遣するなど、中枢病院との有機的な連絡を計りつつ、数々の創意ある医療システムを創り出しているのである。

広区域の医療組合は昭和9年末には全国3・9組合、組合員数193,829名に達する。むろん、医療組合の発達も全国一様ではなく、かなり跛行的なものであつたから、この他に初期の組合と同じく小規模経営の医療組合も多数あつた。

前述の東京医療組合事件を契機に医療組合の横の連絡を計る全国機関として全国医療設備利用組合協議会が昭和7年に創立された。

演題番号 21

農村医療史における産業組合の占める位置

Ⅲ 連合会から国保成立へ

東京医歯大農厚医研 天明 佳 臣

産業組合は、組合に加入したすべての階層の農民に平等の利益を与えるものではなかつた。そこに農民組合の線からの階級的な協同組合運動が起る素地があつたわけである。産組の役員は主として農村の富有階級によつて占められていたが、役員が地主であることは直ちに組合の活動を地主的、保守的ならしめるものではない。少くとも医療という貧農から富農に至るまですべての階層に共通の課題に対して医療の地理的普及を才1の目標にかかげた初期の医療組合の指導者達は医療費軽減をも意図しつつ極めて積極的に取り組んでいるのである。また広区域医療組合

においては、下層農民が設立のお膳立てをしその上に地方有力者が乗かるといふ型が進むものが多かつた。医療事業には、本来多額の設備資金を要した。そのため事業経営のためには既成の産業組合系統機関に依存せざるを得なかつたのである。ここに医療組合の内包する大衆組織としての弱さもあつたのであり、次の連合会時代にそれは決定的となつたのである。

産業組合をして来るべき太平洋戦争のなかでの農村における官僚統制機構たらしめんとする基礎工作はすでに昭和7年の産業組合拡充五ヶ年計画のなかにみられるが、医療組合に対する監督指導と称する政府の統制は昭和10年農林省が統出する医療組合は今後町村を基礎とし、之を一単位とする連合会方式によるべしとの方針を採取し、その線に沿つて医療組合を積極的に指導していつた時に始る。連合会方式は、結果的には医療組合を更に全国に普及させるが、これによつて行政の優位を決定づけ、農民の運動に対する自主性は完全に封殺されてしまうのである。

一方内務省は内じく昭和10年に国民健康保険要綱案を発表している。これまで上からの医療施策が常に何らかの社会的契機を持つていたように国保法案も明らかに国民総動員体制のなかで軍部の強い圧力によるものであつた。国保法は昭和13年に成立し、同時に厚生省が新たに設置された。医療組合は国保の代行機関となつていつた。上からの医療の社会化は戦争体制の中で着々と進んでいつたのであるが、これがいかに形ばかりの空しいものであつたかはすでに明かであろう。

医療組合運動は農民の潜在的なエネルギーの表現である。そして農村における医療の地理的社会的普及の上に一定の役割を果たした。また農村医療における数々の創意ある診療システムをも残しているが、この運動において医師は2.3の例外を除いて常に協役にしかすぎなかつた。また運動が余りにも実践的なるが故に学としての農村医学の面では、やはり2.3の例外を除いて多くの貢献を残さなかつたかにも見えるが、それは必ずしも組合病院医師のみの責任ではあるまい。