

第13回社会医学研究会総会記録

と き：昭和47年7月23日（土），24日（日）

と ころ：大阪府河内長野市天野山金剛寺

社会医学研究会

この記録は、第13回社会医学研究会における研究発表を「公衆衛生」第36巻第12号に掲載したものを、別冊として取りまとめたものである。

目 次

第13回社会医学研究会

巻頭言／「社医研」への誘い	丸 山 博	6
医療の問題点	曾田 長宗・西尾 雅七・前田 信雄・山下 節義	7
保健婦活動のあり方	木下 安子・林 義緒	14
公害・有害食品・薬害	東田 敏夫・太田 邦夫・大橋 邦和	31
公衆衛生と保安処分	大平 昌彦・乾 死乃生・丸山 創・青山 英康	45
演 題 一 覧		61

やなテーマであり書きたくなかったのである。さらに、医療へのコンピューター産業の進出という考え方を書け、ということに至っては、「コンピューターに意見を聞いてくれ」といいたくなる。

医療産業というテーマを、どのような考え方をするかということ、人様々であるのが普通であり、産業の種類が数多いように、制限できない。「日本標準産業分類」にあるように、「医療保健業」は、サービス業として立派な産業の一つである。

「産業」は、産業革命以後その様相を変えるに至った。産業革命以前は、「農業」が人間のなりわいの中心的なものとして、尊ばれていたが、産業革命後は、「工業」が産業を代表するようになってきた。今後は、コンピューターが開発され普及するに及んで、「コンピューターにあらざれば産業にあらず」の時代になったようである。

産業は元々、人間のなりわい、「業」であった。それが機械の登場によって、「金もうけの手段」と考えられるようになった。しかし、医療だけは、機械化が困難にされていた。戦前に用いられた、医師の内服薬は、一人一人の患者の病状に応じた、「処方」であった。戦後は、「薬屋」が複合調製した錠剤を、そのまま用いたり、あらかじめの予想で、「分包機」で大量に作ったものを用いている。

健康保険制度は、医療を規格化するのに力があつた。病名ごとに使うべき薬が、キチンと定まってくる。病気は生物のように、生育、変態、衰微など色々のスタジウムがあるはずであるが、健康保険の病名は、それを許さない。

筆者は、約 10 年前に、「肺結核

患者の病状指数」というものを作り出して、レントゲン所見、結核菌の排出、肺出血の有無など 8 項目について、それぞれを 5 段階に分けて、予後を判定しようと試みたことがある。

脳外傷予後、脳卒中の予後などについても、同じような考え方で判定を試みている人もいる。

学校の先生方の「テスト追放」に関連して、子供の能力を、各種のテストで計って、質的にちがっているテストの点数を総和することが、どのような意味をもつものか反省されている。

人間の生命や健康を、コンピューターの中に入れて計ることによって、「差別」してよいものかどうか。(T)

医師の無形技術 を無視するな

今のところ、医療産業というコトバには抵抗を感じる。

医療機器・医薬品・その他のディスプレイ製品（注射針、注射筒、容器、メス、点滴器などの消耗品類）などの生産を総称して医療産業と呼ぶものと解しているが、しかし、医療が、かかる生産品によって支えられているという臭いが強い。

いいかえれば、医療産業の意味するものの中には、もちろん、新開発ということもありうるが、主として、医師不在、医療従事者不在の経済理論のみが先行しているからである。

そもそも、人の健康欲求は基本的権利であり、さらに人の文化・経済・生活が向上すればするほど健康欲

求という需要はレベルアップする。これに対して医療の供給も当然経済的に進展しなければならない。したがって、医療産業ということではなくて、医療経済ということで将来像を展望することなら話はわかる。

しかし、ここで見逃してはならない大事なことは、医療産業の経済進展だけでは、増大する健康欲求には対応できないということである。

なぜなら、経済進展によって、医療機器や医薬品などの商品がいくらレベルアップしたところで、これを有効適切に使用する医学的・科学的あるいは社会的な技術をもつ医師およびその他の医療従事者の頭脳（無形技術）がなければ、人のレベルアップされた健康欲求を満たすわけにはいかないからである。ここに医療の難かしさがあるわけである。

だから、今日の医師およびその他の医療従事者不在の臭いの強い「医療産業」というコトバは、「医療（製）品産業」と呼んだ方がよいほどすっきりする。

そもそも、こうした医療産業というコトバを大きくクローズアップさせた背景の中には、頭脳による無形技術をほとんど評価しないで、医療品使用にのみ評価をおいている現行の健康保険法があると考えられる。

医療の実効は診療にあり、これには ①病名の決定、②その病名と人との関係、③その病気の状態と治療、というプログラムを駆使する無形技術があることをこのさい特に強調したい。(M)

* *

「社医研」への誘い

丸 山 博

社会医学研究会（略称、社医研）の第 13 回総会は昭和 47 年（1972）7 月 23（土）・24（日）の両日にわたり、大阪府下の天野山金剛寺でひらかれた。本誌本号はその特集号となる。

ふりかえてみれば、昭和 30 年（1955）4 月、京都の大徳寺大仙院でもたれた「全国公衆衛生懇話会」に端を発して、全国的公衆衛生のボランティアの連絡をはかる運動がはじまった。

昭和 35 年（1960）第 1 回社医研総会がもたれてから、今年で 13 年目というわけである。この間の記録は本誌「公衆衛生」の毎年の 11 月前後の号にのせられているので、それをよめば、「社医研」活動の展望は一応わかるというものである。

ところで、わが「社医研」活動のあらましは、現場の公衆衛生従事者や医療担当者や研究者の着実な実践と理論的活動のつかさねをもとに、当面する現実的課題をテーマにして出発し、さらに研究をふかめる活動がすすめられてきたが周知のとおり「社医研」活動が、たんなる「公衆衛生学会」的研究発表にとどまらず、つねに問題意識をほりきざり、事態の真相をえぐりだし、それへの対策をめざす真実探究の姿勢を、たゆみなくつづけてきておことは、「社医研」の特色だといつてよい。

このところ会の発足当時の会員も、すでに時代色をおびてきた、毎年あたらしく加入する会員もふえてきた、さらに会期当日だけ参加する会員も急増して、「社医研」の性格も、新旧交々、新陳代謝して新鮮な問題をつぎつぎに提出されつつある。

ことに日本公衆衛生学会などでも、しだいに旧套を脱して、新装をよそうようになったとはいえ、研究発表討論のふかまりは、種々の制約があって、むずかしく、克服するには今後の努力が一層期待される。

「社医研」の伝統は、公衆衛生学会の行き方にたいして、戦後うちだされたものではあるが、その源流をたずねれば、はるかにふるく大正末期にまで遡るから、ほぼ

50 年ちかくにもなる。その初期の苦難時代を闘いぬいた方々は、いまでは 60—70 歳の前後の老熟と経験ゆたかな境涯にはいられている。また惜しくも鬼籍にはいられた方もある。

いま新進気鋭の若手活動家は、戦後の民主化運動のなかで、きたえられた俊英の諸君である。「社医研」活動がいわゆる「公衆衛生」の現状にあきたらず、真剣に地域住民とむすびつき、住民の健康問題、地域の衛生問題さらに全国的規模において、日本国民が当面している保健医療衛生の諸問題に、たんに現行医療保健衛生行財政の政策に無批判に追随するのには反対し、むしろ率直に、大胆に、住民の立場にたつて、住民とともに、これを批判し、その是正のためには、時の権力や権威にひるまず、警鐘をうちならし、その科学的根拠をあきらかにしてきた。

とくに、日本の現行の厚生行政や産業政策などが、日米安保体制の下ですすめられておるかぎり、福祉と保健が住民本位だといわれても、あきらかに背反している事実をつぎつぎに露わにしてきて、ついに公害問題において、その本質を露呈してしまった。所得倍増や地域開発などの幻想もいまや破れた。とはいえ、またまた日本列島改造論が田中内閣存立の必須の与件として喧伝され、国際緊張緩和論とむすびつけて、国内政治情勢のイメージチェンジを大量にやっている。

しかし、保健所問題や保安処分問題など、公害問題や自治体問題などとともに、中央政府や地方自治体のいずれの段階においても、「社医研」の研究課題には事かないのが現実である。

このような情況は、いわゆる革新地方自治体の着実な増加が、その意味で「社医研」活動の責務の重さを覚えしめる。この際、「社医研」世話人の一人として、今後「社医研」活動への新人の多数参加をつよく要望する。
(大阪大学教授)

医療の問題点

座 長

曾 田 長 宗 国立公衆衛生院
前 田 信 雄 国立公衆衛生院

西 尾 雅 七 京都大学公衆衛生学教室
山 下 節 義 京都大学公衆衛生学教室

1. 大阪府下公立病院の現状

(報告者：木村慶・大阪大)

木村慶は、表記の演題について報告した。

国民のなかで、公害、災害、都市問題と並んで医療にかんする自治体の行政責任を追求する要求と運動がひろがりつつある。そのなかで、公立病院の果たすべき積極的役割がのぞまれるが、現状をみると、大阪府下の衛星諸都市の公立病院は年々減少し、住民からの不満、従事者の不足などが顕著になってきている。

表1でわかるように、昭和34年以降、市町村病院は41から32へと減った。廃止・閉鎖になった国保病院が、この減少病院のなかに多い。ある市のばあいは、経営困難を理由に、民間委託という乱暴な措置でなくされたものである。大阪府下29の衛星都市中、国公立の一般病院が一つもない市が12におよんでいる。

医師不足は、ほとんどの病院で深刻となっている。小規模病院と、耳鼻科・眼科医においては、医師欠員の補充はきわめて困難である。常勤医師がいても、増える患者においつかないので、1日の受付患者数を制限する診療科が増えつつある。

医療保険からの診療報酬が低く、独立採算制を強いられることから、市立病院でも、収益追求と「合理化」へとおいたてられる。投薬・注射に加

えて、さいきんでは検査による収入増をめざす傾向がめだっている(表2)。

業務の下請けも増える一方であり、さまざまな「経営努力」にもかかわらず、経常収支で赤字となる病院は増加しており(表3)、昭和45年度末の累積欠損金は31億円をこえている。

昭和43年度より、伝染病院などをのぞいて全公立病院に強制適用されることとなった地方公営企業法は、一般会計と病院会計との経費の負担区分を法定化した。そして一般会計が負担すべき経費として、(1)看護婦養成所、伝染病医療、救急医療、集団検診・医療相談などの保健衛生行政に要する経費、(2)不採算地区病院、附属のへき地などの診療所、高度な医療で採算をとることが困難なもの(リハビリ、未熟児収容部門など)、(3)病院の建設改良費を政令であげている。

しかし、(3)についてみるに、昭和45年度、19病院全体の「建設改良費」の支出は13.9億円余であるが、同年度一般会計から繰入れられた「建設改良費」は4億円。同じく企業債償還元金3.3億円弱にたいして、一般会計負担は1.2億円にたりない。企業債利子補給についても同様である。一般会計よりの繰入金は、表4のように年々

表2 患者1人日当たり診療収入(円)

	入院	うち			外来	うち		
		投薬・注射	検査	X線		投薬・注射	検査	X線
昭和41年度	1,950	715	94	66	792	479	62	92
昭和45年度	3,480	1,460	192	95	1,383	892	130	120
45年/41年	1.8	2.0	2.0	1.4	1.7	1.9	2.1	1.3

表1 開設者別病院数の推移(全大阪)

	総数	国	府	市町村	日赤・済生会	医療法人・個人	その他
昭和35年	334	15	6	41	12	201	59
40年	391	16	5	37	12	261	60
45年	432	14	5	32	14	305	62

表 3 赤字病院数の推移

	41年	42	43	44	45
黒字病院	7	9	8	3	3
赤字病院	11	8	9	14	14
計	18	17	17	17	17

表 4 一般会計よりの繰入金の推移 (19 病院の総計)

年度	昭 42 年	43	44	45
収益的収支 (総収益にたいする%)	335,434 (5.4)	510,736 (7.3)	673,363 (8.2)	892,111 (8.8)
資本的収支 (資本的支出にたいする%)	97,914 (7.8)	149,870 (12.5)	355,869 (31.8)	567,042 (40.0)

増やされているにもかかわらず、事態はきわめて深刻である。

なお国は、財政再建企業である 7 病院に、補助金としての利子補給、総額 2,800 万円余を、救急指定の 7 病院に 10 万円ずつ、救急ブロックセンターの 2 病院に 450 万円ずつ、総計 970 万円を補助しているにすぎない (いずれも昭和 45 年度)。

19 病院中、救急指定をうけているのは 7 病院にすぎない。更生医療・育成医療など福祉関係の公費医療をはじめ、公立病院が第一義的に担わねばならない診療も多岐にわたる。しかもこれら公費負担の医療は、次々と生まれる患者組織の運動を反映して拡大されつつある。ところが、300 床以上の病院が 7 つもあるにもかかわらず、更生医療・育成医療の指定機関は一病院にすぎない。産科または小児科がありながら、未熟児養育医療の指定機関になっていない病院が 5 つもある。原爆被爆者検診の精密検診を行なっている病院は一つもない。

地域における予防活動、リハビリテーション、精神医療などの分野で、公立病院に期待される活動は多いが、これらはまったく欠落しているといっている。

以上の木村報告をめぐって、おもにその実態をめぐって質疑討論がなされ、公立病院の貧困な現状がうきぼりにされた。

2. 公立病院と私的病院の比較検討

(報告者：玉川雄司・京都南病院)

第 2 の表記演題が、京都南病院玉川雄司 (共同研究者宮入昭午) より発表されたが、その概要は以下のとおりである。

公的医療を拡大し、私的医療の比重を縮小することに賛成をするものではあるが、この公的医療の拡大にあたっては、現在の公的医療のあり方の検討が必要である。京都市内の公私病院の運営・経営資料にもとづいて比較し、問題指摘をしてみ

た。

二つの病院の概況は、表 5 のとおりである。規模こそ若干ちがえ、私立の方に社会医療活動を行なう部門があることを除くと、両者は内容的に共通面が多い。職員構成についても同様である。

両病院の 45 年度決算によると、公立病院の医療収入以外の収入のうち、約 3 割を占めるのは、負担金、補助金、国庫負担金で、総額年間約 4 億円余になっている。そのうち伝染病棟にたいする補助 (1 億 1 千万円)、研修医うけ入れ費用 (2 千 6 百万円) は、はっきりしたものであるが、その残額約 1 億 8 千万円は、公立病院が保健衛生事業を行なっていることにたいしてだされている。しかし、その具体的事業内容は不明である。

私立病院の方には、このような補助金などはないのに、「社会衛生部」活動がやられている。

公立病院の方に、投薬収入依存、高単価薬品購入 (薬価基準対比 80%) の傾向がみられるようである。

患者 1 人 1 日あたり医療費は、公立 2,134 円、私立 1,727 円で、公立は、健康保険組合中心、私立は、国保、政管健保の患者に重きをおいている。公立では、夜間の人工透析をしていないが、私立では、12 時間透析、社会復帰者に夜間透析を行なっている。

結局、この公、私二つの病院が人的構成の面、支出明細の面からも、患者構成の面からも、内容の現実面からも、特に公立であるがために民間に比べて公共性が高いといえるような特徴点をつかみ出すことができなかったばかりか、部分的には一般に考えられている公私の概念とは逆な側面がいくつか見出された。

市ではさらにこの病院に 15 億円を投入し増築を行なうことが決定しているが、この投資を負担しているのは市民であり、この公立病院のここにあげたような現状をさらに拡大再生産しないとい

う保障はできるのであろうか。

一方にユニークな社会医療活動を展開しながら、一定の水準の医療を追求している民間病院は市内でも他にいくつか知られており、＜公的医療＞とは何か、＜医療の公共性＞とは何かを問い直してみたい。

公的医療の拡大を基調とした明日の日本の医療のあるべき姿を論ずる意見も多いが、この場合、現在の公的、私的という分類で単調に色分けする所から出発するのではなく、現在のように、公私双方がゆがめられたレールの上を走らされている病院の現状をふまえつつ、＜公共＞の名にふさわしい医療を保障できるような、＜公有化された医療＞のあり方を具体的な現状の中から模索し、追求したい。

以上の報告をめぐって、公立と私立とに共通した諸問題が討論された。発表者からは、私立病院では、公的活動をするうえでも「公立」がのぞましい、市に病院購入を申し入れたが拒否されたこと、が追加発言された。自治体の姿勢への批判もべられた。

3. 地域の保健医療行政の中における 医師会の存在について

(報告者：山本理平・東京開業医)

山本理平(東京・開業医)から紙上発表がなされたが、その資料は下記のとおりであった。

東京都の予防接種事業の医師会委託については、はじめ都の側に反対があったが、予防接種無料化とあわせて医師会直接委託がなされた。昭和46年度の予算では、その総費用約11億円である。各地区医師会としては、その費用のおかげで医師会活動も潤沢に行なわれているのでないか、ということが都医ニュースにみられる。

中野区における零歳児医療無料化のばあいには、区議会採決後、今日の事態になって中野区医師会が協力拒否をしている。事務量増加、夜間診療の増加その他の反対理由をあげている。

4. 医療のゆがみ—外科分野における問題例—

(報告者：吉田克己・三重大)

吉田克己・吉田洋一(三重大・医・公衆衛生)より、虫垂手術をめぐる実態分析が報告された。

日本の医療のゆがみが指摘されてからすでに久

表 5 公立病院と私立病院との比較

	(公立)	(私立)
病床数	319(別に伝染病棟)	157
1日外来患者数	約 550 (外来午前中のみ)	約 400 (外来午前中および夜間)
100床当たり職員数	121.9 人	127.4 人
医師	50	19
研修医	20	—
薬剤師	8	4
検査技師	27	12
X線技師	8	5
看護婦	181	63
看護助手	15	6
助産婦	9	2
社会衛生	—	2
ケースワーカー	1	2
病歴	1	1
医事	22	21
栄養士	6	4
調理士	19	12
司書	1	1
事務その他	18	12
機械	1	1
運転	2	1
	389	185

しい。この中には薬害問題に代表されるような、いわゆる過剰診療の問題がある。これはおもに内科的処置を中心に考えられているが、現在の出来高払制下では医療の他の分野にも同様のことが起こりうるであろう。外科では、それはいわゆる切りすぎの問題として、手術適応の問題としてあらわれてくるであろう。

ここでは、もっとも普遍的な手術として虫垂切除術をとりあげ、日本における手術のあり方を検討したい。

演者の一人が勤務している医療法人・総合病院での創立以来 25 年間の手術数 (13,545) からみると、その 48% (8,312) を虫垂切除術が占めている。また切除した虫垂の肉眼所見による分類では、いわばみるべき変化のない、仮称としてのカタル性虫垂炎が 5,200 (切除虫垂の 62.5%) である。

ひるがえって、一般住民にこの虫垂切除経験者(被術者)がどの位の割合で分布しているか、を各種の集団で調査してみた。

1) 津市立N中学校生徒家族(調査対象 2,701

人、回収率 70%) では、被術者は 15.1%.

2) 新潟県U中学校生徒家族(無医村, 対象 96 人回収率 78%) では、被術者は 8.1%.

3) N硝線維本社工場従業員本人(いわゆる 10 割給付対象 1,128人, 回収率 53.4%) では、被術者は 26.5%.

4) 津市立短大女子学生家族では被術者は 9.6 %.

これらの結果をウェールズでの調査の結果と比較すると、その住民の終生における虫垂切除期待率は約 15% であり、ニュージーランドの調査によるそれは 22% である.

他方、われわれの調査でみると、年次ごとの切除率は昭和 25 年ごろを境にして、それ以前はほぼウェールズ並みであるのに対し、それ以後は明らかに切除率が高い。近年の切除率でみると、日本人の終生における切除期待率は約 40% に達するものと推定される。このことは厚生省の患者調査からも同様に試算される。

以上のことは日本人に虫垂炎患者が多いのではなくて、戦後の外科手術手技の改良、進歩が、いたづらに切除数をふやす結果になっており、その誘因として出来高払い制による営利追求があることを推定するに難くない。

これをめぐって、そのような傾向をもたらし「診療報酬出来高払い制」と患者紹介関係についての追加的討論がなされたが、岡大青山からは、「切り過ぎ」の反面の現象、つまり必要でありながら治療をうけていない事例への注目が重要でないか、の指摘があった。今後の実証的確認が求められよう。

5. 老人医療に関する社会医学的研究

(報告者: 沢田絹子・堀川病院)

沢田は、堀川病院相談部における日常相談活動の経験にもとづいて、現在当面している老人の保健・医療に関係する問題点を報告した。

老人の医療をおこなう場合、特に入院治療を要する老人以外は、できるだけ早期に退院させることが望ましい。しかしながら、現実には老人のホームケア対策がなんらおこなわれていないために、家庭の負担とか、適切な療養がおこない難いなどの理由から、老人が退院せずに病院に長くと

どまる傾向がある。そのため、過安静、過保護による老人の日常生活、動作機能の低下や、自律性の低下などの問題、あるいは家庭での老人の座がうしなわれるといった問題が生じやすい。

堀川病院では、①看護体制上、看護負担の多い老人は受けとめにくい、②病棟の構造上老人収容に適していない、③老人を成人医療の延長として扱っているといった病院側の事情から、あるいは老人の住居の問題や、家庭が老人をひきとらがない、といった事情にある長期療養患者については、より適切な医療機関や施設に紹介し、移送する方針をとってきた。しかし、こうした老人のその後を追跡調査してみると、老人の気持を無視して患者を医療機関の間でたらいまわしにしている現実がある。

こうした現実をふまえて、老人のための医療を考えると、病院として次の諸点を改善することにした。①成人医療の延長というこれまでの考え方をあらためて、老人医療の立場にたった医療を追求する。②間歇入院制を導入する。③昼間は務めてベッドにねさせず椅子の生活をさせる。④治療と平行して積極的なリハビリテーションをおこなう。⑤半日帰宅、土、日帰宅といった方向をとり、家族との交流を密にさせる。

こうした改善のため努力を重ねているが、いかに努力を重ねても、一民間病院の力には限界がある。やはり、国なり自治体なりの行政責任によるとりくみが必要である。具体的には、当面次のごとき対策の実施が必要とされる。

(1) 継続的な看護や機能訓練を必要とする老人のための収容施設(中間施設)の設置

①疾病治療よりも、生活機能の保全と再開発を目的としたケアの実施、②特別養護老人ホームの医療機能の拡充、③老人の自律性を高め、家庭復帰を可能とするようリハビリテーションの実施、④充実した老人検診を基盤とする老人保健の系統的实施の一環としての施設、⑤施設内での処遇が退所後の在宅老人対象の訪問サービスに結びつくようにする。

(2) 在宅養護老人に対する訪問サービスの拡充

①ねたきり老人のために、保健婦、ケースワ

カー、理学療法士などのチームによるホームケアの実施、②独居老人・家族への負担の大きい家庭にたいするホームヘルプの実施、③自治体の手による地域ケア網の設置など。

最後に沢田は「老人が心身の健康を保持し、生活を安定させていくためには、たんに老人検診を実施したり、老人医療費を無料化するだけでは不十分であり、先に触れたように中間施設の設置、訪問サービスの拡充などを含む保健福祉行政を充実させる方向で解決をはかる必要があり、こうした保健福祉対策を国および自治体の責任において樹立すること以外に根本的な解決策はない」と結んだ。

6. 医療システム化の根拠と問題点

(報告者：西三郎・公衛院)

現在、医療のシステム化についての研究、開発が、医療関係者の間だけでなく、医療外の産業界でもすすめられているが、西はこの点に関する現状と問題点を報告した。

現在、日本電子工業振興会や、野村総合研究所、電々公社など産業の側で医療のシステム化についての研究、開発がすすめられている。こうした医療のシステム化の動きが、医療の側からだけでなく、産業の側からも出てきたことの根拠としては、近年、医学医療の進歩とともに、予防・医療の概念が変わってきて、予防・医療・リハビリテーションの三者をわけることが困難になってきた現実を反映して、この三者を総合的にとらえ、相互に分離することなく総合的に考えていこうとする傾向が生まれてきたところにある。

しかし、予防・医療・リハビリテーションの三者を総合的に考えようとする流れが生みだされてきたとはいうものの、その基調をなすものは、本来的な個人の健康を中心にすえて、三者を総合化するという考え方というよりは、かつて、予防が社会防衛的な観点で出発し、治療がその実態として社会保険の一端としてすすめられ、社会福祉・労働政策の一部としてリハビリテーションを考えすすめてきていることにみられるように、三者それぞれことになった目的をもって、体制側が進めてきたものを、各々の目的を整理・統合して、法律的に効率的に運用するという形で、システム化が

すすめられようとしている面が強い。

医療の専門分化が進み、技術が高度化し進歩してくると、高度の医療機器をおく場合、高価であり経済的負担が大きいために、機械のあそびを防ぐために、地域化がすすめられていくことになる。しかも、機械のもつ能力にみあった地域化がすすめられることになる。

とりわけ、医療産業の登場とともに、投資効率の確保、医療産業の育成のためにも、医療の地域化が必要とされてくる。

本来医療は個別性の強いものであるが、集団検診は個別性がなく、規格化されており、機械のセットをもちこむことが可能となってくる。

現今、社会保障の拡充が必要とされてきているが、内容ある社会保障を実現させるためには莫大な費用を必要とするし、その効率的な運用のためのシステム化が前提とされよう。それゆえに、これもまた、医療産業側からすれば、新しい市場としての重要性をもってくる。

総合保健は生活に密着したものでなければならぬし、地域的におこなわれることが必要である。それゆえに地方自治と結びつく必要があるが、医療産業の側からシステム化がすすめられていくことにより、本来的な意味とはことなったものとなっていく危険がある。

国民の主体性を確保することを組みこまないシステム化は、かえってシステムという巨大な力により、国民をおしつぶすものとなっていくであろう。

以上の報告にもとづいて討論がおこなわれた。玉川は「これまでに、医療の側から地域に結びついた形でシステム化を必要とする課題が多々あったにもかかわらず、医療の側からのシステム化の提起がなく、医療産業の側からの提起が先行したところに問題がある。現在必要なことは、システム化の批判とあわせて、医療従事者の側からの合理化反対闘争といったアプローチが必要である」と発言、久保は「医療の場でのシステム化は昔からあった。そのもっとも徹底したものが単にみられた」と指摘、吉田は「システム化が医療産業とむすびつくことにより、国民負担がさらに増大する可能性が大きい」ことを指摘した。さらに

森は「現在、国民総番号制が問題になっている。MEとシステム化だけを考えていては視野が狭すぎる。ME関係者やME産業はすでに先導的役割を果たしているものであり、もっと全体的な視野に立って考える必要がある」ことを指摘した。

これらの発言を受けて、西は「システム化について、医療の側からの提起はあったが、具体的な方向をうちだしていなかったため、概念だけ横どりされているのが現実である。今後の問題として、医療を実践している人や、問題を巨視的にみることの出来る人などでシンク・タンクを作ってこの問題にとりくむ必要がある」と発言した。

7. 医学教育とそのコスト

— 医療機関増設対策に関連して —

(報告者：吉田克己・三重大)

各田は某医大の決算書にもとづいて、医学教育のコストについての分析をおこないその結果を報告した。

今日医療問題の一つとして医師不足対策の問題がある。政府は私立医大新設を中心に、医学部急増をおこない、この問題に対処しようとしているが、いずれの私立医大でも、正規の授業料その他の納入金のほかに巨額の寄附金が要求されており、世間一般もこれを当然視する傾向がみられる。しかし現実には医学教育のコストについて正しく分析はおこなわれておらず、ただ慢然と高コストが予想されているにすぎない。

そこで、典型的な某公立医大について、その決算書をもとに分析し、医学教育のコストを検討してみた。この医大の赤字額は総額 74,071 万円で、これを項目別に分類すると、医学専門課程関係費 25,618 万円（大部分教官人件費、国立大学設置基準より多い教官を配している）、教養課程関係費 2,000 万円、附属病院関係費 29,453 万円（教育にかかわる教官分は医学専門課程の項に含まれる）、本部事務局関係費 17,000 万円（光熱水費が大部分）となっている。

結論的にいって、学生 1 人当たり年額 59.9 万円（昭和 45 年度）の経費を要しており、6 年間で約 360 万円ほどにすぎない。この額は理工科系の他学部学生に比して、約 3～4 倍程度になって

いるが、決して一般に考えられているほどの金額ではない。したがって、私立医育機関の設立はきわめて大きなメリットのある事業であるといえる。ここに大きな問題があらう。

いずれにせよ、医師増を計るためには、一般大病院の経済基盤を改善し、これを積極的に臨床教育に利用することによって、大幅に医師を養成する基盤を強化することの方が望ましい。基礎医学教育のためのコストは年間学生当たり 30～40 万円前後で可能である。学生教育に十分かどうかは別にして、現在のレベル程度はおこないうる。

要するに、世間一般に漠然と考えられているほどに、医学教育は金のかかるものではない。医科大学を作る場合、病院建設に医科大学建設経費の 8 割を要する。既存の病院を実地教育病院として使用すれば、基礎系に要する費用は土地などの取得費を含めてもたかだか 10 億円ほどですむ。医学部を 20 校程度作れば、当面の要請にこたえるから、経費は 200 億円ですむ。問題は、既設の病院を実地教育病院として使うことをはばんでいる現実があることだ。

以上の報告にもとづく討論のなかで、青山は「学校の増設で、現在の医療のかかえている問題はかたずくだろうか。当面医師をふやさざるをえないにしても、数をふやすことで当面する医療の問題はかたずくものではない」との問題を提起した。

8. 保健費用の推計

(報告者：西三郎・公衛院)

西は、日常入手可能な資料にもとづいて、昭和 44 年度の保健費用の推計をおこない、その結果を報告した。

公衆衛生費は、国および地方財政の決算より算出した。ただし、清掃・医療（医療費用に含む）教育研究費をのぞいた保健衛生費を公衆衛生費とした。医学教育費は講座費、教科教員費、学生経費に限った。研究費は科学技術研究調査によった。医療費は、国民総医療費に中村の試算による補正額を加算し、病院経費より医業収益を減じた額および資本支出を加算した。したがって、従来の医療費に含まれていない交通事故や分娩、健康診断などにかかわる費用 3,000 億円がうわ積みさ

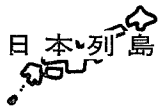
れる。

昭和 44 年度の保健費用（推計）は総額 29,169 億円で、そのうち公衆衛生費 1,845 億円、医学教育研究費 804 億円、医療費用 26,520 億円となっている。公衆衛生費の全体に占める割合はわずか 6.3% にすぎない。そのうち対人保健費は 1,581 億円で 5.4%、環境衛生費 264 億円 0.9% にすぎない。また、教育研究費はわずか 2.8% にすぎない。このことは、保健活動において、予防的側面のとりくみや、将来のための教育研究がいかに不十分であることを示している。

医業費用をみると、給与は全体の 48.3% を占めているが、医薬品 30.1%、減価償却 4.2%、その他 17.4% となっている。給与平均は 85 万円にすぎず、医療関係者はきわめて低賃金であることを示している。これは現在の医療は、低賃金医療従事者による治療を中心としたものであり、予防や教育、研究はきわめて少ない費用におさえられていることを示している。

以上の報告にもとづき討論がおこなわれた。飯淵は「決算書の項目の分類の仕方を批判的にみる必要がある」ことを指摘したのに対して、西は

「決算書によるかぎり既存分類に従わざるをえない」と発言、既存分類に従ったことにより、今回の分類での問題点として、たとえば、労働衛生関係が既存資料では分類できず入っていない、研究費には医学・薬学と名のつくものはすべて入っており、民間研究所の分も含まれているし、教育費とだぶっている面もあるなどの事例が出されていた。また、飯淵から「わが国の統計の在り方は中央直結となっており、地方のことが必要であるが、地方にみあったものが作られていない所に問題がある」との指摘があり、また曾田は「経費分析は重要であるが、日本の予算書は専門家でもわかりにくく、いわんや素人にはわからない。誰にでもわかりやすい項目にたてなおす必要がある」と発言、それに対して西は「決算書はわからないとしないで、おそれずとりくむ必要がある。本質が明確でなくても、項目と数字はよめるから、わかったものを整理すれば、討論の材料にはできる。また、誰にでもわかる決算書にしてゆくとりくみが必要だ。そのために、身近な市町村のものからかえてゆくとりくみが必要だ」との発言があった。



北陸三県保健所長会

昭和 47 年 8 月 17, 18 日、石川県加賀市で北陸三県保健所長会総会が開催された。通例の総会行事のほか、各保健所から研究あるいは事例紹介が行なわれた。そのうちのいくつかをあげると、

「魚津市における母子健康実態の追跡調査について、第一報 妊娠から三歳児までの実態について」（富山魚津）。「三歳児健康調査時における自閉症調査」（金沢中央）。「脳卒中・心臓疾患対策」（石川小松）。「管内における循環器検診の結果について」（石川輪島）。「農村婦人の

貧血と食生活ならびに農薬使用状況について」（石川松任）。「坂井町に於ける貧血検査の結果について」（福井金津）。「保健所における精神衛生活動について」（石川津幡）。「越冬食品を中心とした栄養改善 3 ヵ年計画」（富山八尾）。「門前町赤痢予防特別対策地区の保菌検索の結果について」（石川門前）。「勝山市の種痘後の合併症調査について」（福井勝山）。「離島能登島町の公衆衛生の現況（石川七尾）。「黒部保健所管内に於けるじん肺・珪肺結核について」（富山・黒部）。「山中漆器

塗装従業員の健康管理について」（石川山代）。「福野保健所管内のし尿浄化槽の実態について」（富山福野）。「畜犬指導班実施結果について」（石川羽咋）などである。

また当会が各県の衛生統計年報をもとにして編集した「昭和 44 年北陸三県保健所管内別公衆衛生概況」も発表された。昨年はその内容のいくつかについて分析を試みたが、今回は見送り、多年の集積解析の予定にした。

当会と石川県保健婦活動調査会が共同で行なった「保健婦活動の実態と将来像」について、中間報告がなされたが近々にまとめられる予定である。 (西)

保健婦活動のあり方

座長

木下 安子 東京大学保健学科 林 義 緒 大阪・八尾保健所

1. 過疎地保健婦活動からの訴え

(報告者：宮本秀美・京都府丹後町)

今まで保健婦2人がいたが、2人ともやめ約1年のブランクのあと就職して、1人で働いている。人口9,600人、年間出生150人足らずで京都の北端にあり、医療にも産業にも恵まれていない。丹後チリメンと観光にたよっている。その町での1年半ほどの経験を話したい。出稼ぎは昔より少なくなったが毎年200人ほど酒づくりや土木関係で出て行く。はた織りして、夏は民宿にきりかえていくところも多くなった。昔の農漁業のときは、女手が休めたが今は休めない。その上はた織りは音がする。音にせかされて、町中落ち着かないムードがある。女性の健康も阻害され、経済的にも産前産後の保障もない。

保健所と管内の各町が協力して疲労度検診（血圧、尿、血液、診察）というものをしていたが、府から過剰サービスと指摘され、検診は中止された。その上行政の平等ということで、町単独の事業を計画した場合には技師派遣を遠慮させて欲しいという方針になった。過疎地の町村保健婦にとって、専門技術職員のいる保健所はよりどころである。町で医師や検査技師を雇いたくても、人材がない。ぜひとも保健所の協力が必要なのである。結局保健婦1人の力にしか頼れず、まにあわせの保健サービスしかできない。町とか保健所ぐるみでの反省の機会も少ない。町や保健所で働いているものも、かえていくところは地区住民なのだから、もっと保健所のあり方に期待する。府の方針だけでなく、保健所独自の行き方をもっと

強く打ち出して欲しい。丹後地方の主産業は機業で、30%の人々が従事しており、労働時間朝7時から夜の7時までの12時間である。工場は8～5時だが、ほとんどが家ばたといわれる12時間労働の家内工業である。その上、一軒に2～4台ある織機の織物の元じめを違えている家が多く、内容も違い、手間賃も異なり、当然保障もわからない。地区の役員会、父兄会も昼間ははた織りがあるという理由で集まりが悪い。出た場合は日曜や祭日に代替えて織れる許可を欲しいという声が出る。7～7の労働時間を決めるのに長い年数がかかった。しかしそれもよく守られない。はた音がするのは7～7だが、その準備の、管巻き、ふし取りなどといわれる仕事は、それ以外の時間にされる。実際の労働時間は6時すぎから夜の11～12時になるところが多い。食事もおざなりになる。子どもが帰校しても相手になってくれる人がいない。お金を与えて放任する。子どもとの対話も少ない。家族団らんの必要性は分かっているが、金にせかされて働く。町は機業育成をしているが、生活保障がないので、産前後、病気の保障も考えられず、自分で守るより仕方ない。

就職したばかりの時は、土地柄で時間を金・金というのかと思ったが、そうばかりでなく、保障がないために団らんや健康を犠牲にしなければならないんだと思うようになった。

保健婦ひとり、あるいは町だけで、保障がないといっても仕方ないことで、府全体で対策を考えて欲しい。機業に働く婦人が、健康管理のできる検診をして欲しいと、府に訴え、それが取り上げ

られて、機業婦人の検診がされた。しかしやればいい式の検診で、簡単な検査だけの、スクリーニングもできないものだった。保健所や町が一緒になって立ち上がれば、機業婦人だけでなく全住民の健康はもっと積極的に守れると思う。地区住民のために、府から支持されたという形だけでなく、保健所が独自の積極的な姿勢をうち出してよいと思った。そういう保健所になってこそ、医療設備に恵まれないところで働く、保健婦のよりどころになると思う。(そしてそこに住むひとりひとりの人々を目ざめさせるのも私たち保健婦の肩にかかっているのだと思う。)

2. 政令市に保健婦は不用か

(報告者：前田黎生・名古屋中川保健所)

政令市に保健婦は不用か—うらを返せばもっともっと保健婦がほしいということである。なぜなら人口は急増しているのに、保健所職員はふえていない。名古屋市の場合昭和25年を100として、昭和45年には200に人口がふえているのに、職員は国の最低基準さえもふえていない。新しい行事が13ふえている。対人保健サービスは市町村におろすというが、政令市ではおろす所がない。

国の仕事がおりてくれば、消化する責任もあり、人員はふえぬので地域のニーズに根ざした仕事という保健所使命があっても、何もできぬ。対人保健サービスは、下請に出している。音理的業務、委託事務、給付事務を保健所職員がしている。所長は医師でなければならぬとかいてあるが、巷の声では、医師でなくてもよいという。

私たちの健康問題は、医学に根ざして健康を守っていく、行政の中にしっかりと反映していくためには、医師でなくてはならぬと思う。

保健所長が医師でなくても、むしろないほうがスムーズにゆくという現状がある。政令市では保健所の対人保健サービスをきりすてて、厚生省から流れてくることを処理するのに追われている。そんな中で保健婦は何をしたらよいか。悩みは職場で話しあい、解決をめざすのがよいが、職場では話しあいや討論する条件がない。

昨年、東海公衆衛生学会が名古屋市で開かれ「我保健所長になりせば」という、シンポジウム

があった。名市大の近藤先生が、自分は大学にいて保健所とははなれているが、考えてみれば保健所とはほとんどかかわりがなかった。中川区に利川製鋼というのがあって(その公害のために学童が疎開すると発表されている)、健康調査に参加するため保健所へ行った。住民が利川製鋼の公害について、保健所の窓口にいったのは昭和40年であったのに、実際2回ばかりの検診で保健所が、その人たちとかかわったのは7年後であったのを見ても、保健所のかかわりがうすいのがわかる。名古屋の公衆衛生学会で「住民の接点における保健婦活動」と「住民のための住民検診」の2つのシンポジウムがあった。住民のためにニーズをひき出して仕事をするということで、出発は同じでも結果は大変違う方向に終わった。「住民のための住民検診」では、住民のニーズを正しいニーズと正しくないニーズにわけ、正しいニーズをひき出していくとし、「住民の接点における保健婦活動」は住民を信頼して、住民の中に入り住民とともに、自治体労働者の角度から住民運動にもくわらなければ、真の保健所職員の任務は果たせないのではないか、自分の官僚性を明瞭に出してやっぴいかなければならないと訴えていた。2つのシンポジウムから、本当の住民のための保健婦活動とは何かを、近藤先生がといただされた。

政令市の保健婦活動は、昭和40年から45年にかけて横ばいの仕事で、多少家庭訪問がふえたりはしているが、わずかである。一方住民の方は多様性をもってきているし、住民自身も健康の問題だけでなく生活からくる悩みを、いっぱいもっている。私は看護係長なので、指導する立場で訪問をもっとするようという。

スタッフの保健婦は、「訪問をしるといったってどうなんですか」と返されてくる。訪問がなぜやれないか考えてみれば、保健婦だけが悪いのでも、横を向いているのでもない。

保健所全体がとい直されている時代に、保健所は住民のためになる仕事をしていない中で、保健婦も習ってやってきている。新規事業はほとんど委託されている。保健婦は保健サービスを委託する手配師になっているので、保健婦でなくてもできる仕事ではないかと思う。

公害で、たとえば利川製鋼の公害に苦しんでいる人に、保健婦はどうかかわったか。私自身も恥ずかしいが、市がはじめて健康調査をした時に手伝った段階で終わっている。結果はあまり心配ないというふうに発表されたが、あとで名大から住民の要求で実施したデータと違っている。名古屋市はどんな検診をしているのかと、いわれた。地域担当の保健婦が何のかかわりもないといった実情である。

光化学スモッグの時は、発令の看板を出す。保健所は宿日直廃止され、警備保障会社が庁舎管理をしているので、電話をきりかえて被害届を聞く。倒れた人には救急車をよんで病院へ行って下さい、目のチカチカする人には目を洗って下さいと指示して、被害届を本庁にいう。警報が解除になれば、電話を保障会社にきりかえ、看板をおろして帰るように公害局長からいわれている。労働組合でも今の力量からいえば、やらざるを得ないという態度だが、自分たちは組合がひきうけるのは、おかしいといっている。看板を出せば住民が助かるのか、日曜出勤の必要などもあって、内部でごたごたしている。厚生省は、都市では対人保健サービスをやめて、公害とかをやれという方針らしいが、政令市は大きな都市で、一軒一軒訪問してもほとんど核家族で病人でも働いていたりして生活のために働いている。昼はいない。訪問しても、今日も留守だったということがある。地区に公害があっても、保健婦がタッチできねば、政令市に保健婦はいなくてもすんでいく。先日も本庁の看護係から叱られて、保健婦が10人いる所で20%の訪問しかしないのなら、保健婦は2人いればいいといわれた。保健所のあり方を、本来的に改めていかなければ保健婦はいらなくなる。保健所に2人ほどおいて、あとは国保におろしてもよいというようになれば、都市で健康問題をつかみ、行政の中へ反映させる役割の保健婦はいなくなる。政令市こそ、もっと保健婦がいる。都市の健康破壊の実態を、森永ヒソミルクの訪問をした保健婦のように、問題を一つ一つほりおこしていき、立ちあがる保健婦になりたい。政令市の保健所が保健サービスをやめて管理保健所になるというのに抵抗したい。

座長 前田さんは看護係長、宮本さんは保健婦1年生。鹿児島島の保健婦学校を卒業してなぜ、京都の過疎地で働くようになったか、いろいろ事情があるようですので紹介して下さい。

宮本 京都を選んだというのではなく、過疎地を選んで就職した。過疎地では保健婦になり手がないので、10年も20年も働かねばならないというのに、抵抗を感じた。そんなに永いこと過疎地に保健婦は必要なのか。九州ではいつでも働ける。永いことやらねば、やれぬものなのか自分でためしてみたかった。保健所の再編成で、管理体制に重点がおかれたら過疎地は、もっと見すてられていく。保健所が充実したら、過疎地だからといって保健婦活動ができぬとか、10年も20年も働くのなら赴任しないとかいうことはなくなるのではないか。

3. 保健所保健婦が直面した心身障害児をめぐる諸問題について

(報告者：市橋律子・大阪藤井寺保健所)

心身障害児問題にとりくみ、保健所内でおきた問題と心身障害児の子供たちの問題とにわけて話したい。大阪府藤井寺保健所の5人の保健婦でとりくんだ。保健所管内は3市あり人口は25万人、同和地区2地区、保健婦12人の内、実働は9人で担当している(婦長、同和担当2人を除く)。1人の保健婦が2万5千から3万人を受持っている。

表面的に訪問に行き帰ってくる。毎日が面白くなくどうしたらよいか話してあった。45年1月から阪大の小児科専門医が保健所へ来てくれることになり、赤ちゃんの異常児発見の勉強会をするようになった。一地区の住民から、未熟児が多いのではないかと指摘されたが、まん然とクリニックをしていたので返事をするのができなかった。ある地区で異常児が4名発見されたので、原因を考えてみたいと思っていた。幸い大学との技術提携で予算が16万円出ることになったので、保健婦5人と大学の医師とチームをくんで研究をはじめた。今まででさえ、クリニックや結核の件数をあげることで大変なので、新しい仕事をするのに所内で問題が出た。また同じ地区でチームをくんで仕事をしたという経験がないので、チーム

をくんで仕事をしてみたかった。一地区を重点的にすれば、手うすになる地区は行政の立場から困るということで、所内の話し合いを何回もした。完全には結論は出なかったが、クリニックをまん然と訪問するのは面白くないので、やりはじめた。新しい仕事をはじめると、所内、同僚、上司の間のトラブルを、他の所ではどんな処理をしているのか聞きたいと思う。

心身障害児関係では、関係機関を訪問して歩いて、福祉事務所は手帳を交付した人の名簿はあるが他は知らない。教育委員会は就学免除にきた人以外は知らない。児童相談所は施設入所てきた人のみ知っているといった部分的であることを知った。「心身障害児を守る会」「肢体不自由児父母の会」とかいろいろの団体があるが、加盟している人への保護はあるが、他の団体の人には援助をしないという団体間の対立もある。心身障害児について総合的に把握している所はどこもない。保健所は乳児相談をしていけばいいのではないかと、他の行政機関から問い合わせがあった。私たちは早期発見して、施設とか医療とか教育機関のルートにのせていくためにとりくんだ。関係機関もお粗末でどうしていいかわからなかったが、保健所では早く発見して、早く訓練したら障害も軽くなるというので、6カ月検診をはじめた。6カ月児全員にアンケート調査をし、そこで異常が認められる者だけを保健所へ呼び出し、小児科医、整形外科医、心理判定医、精神衛生相談員の協力を得てクリニックを行なった。それと未熟児の多い地区で、母子の調査訪問をした。そこで妊娠中の母性管理が不十分であることがわかった。90%は施設分娩でありながら、3分診療で何も聞けず、保健指導をされていない。レントゲン、貧血、骨盤計測などされていない、分娩異常が多かった。

異常児を生まないために、検査を充実して母性の管理をしなければならないと思った。

未熟児の養育医療、障害児の育成医療など公費負担制度について知っていますかと聞いたけれど、知っている人は少なかった。知っている人でも、所得制限とか指定医療機関とかで利用できなかった。

産婦人科では営利主義に追いやられ、妊婦のための検診がなされていないので、分娩障害を招いている。大阪府として妊婦検診のための、公費負担制度を申し入れているが、うまく行ってない。妊婦検診の位置づけと、保健所で早期発見した人をどう治療ルートにのせていくかについて、話しあってほしい。

4. 総合健康保険組合における健康管理をいかに進めたか

(報告所：岩上とめ江・大阪金属問屋健保)

20年前にさかのぼる話であるが、中小企業の課長が両側空洞型の肺結核で入院した。1年半の傷病手当金がきれ生活に困った妻は、夜の商売につき子供を施設にあずけ、しまいに離婚した。本人は信仰に入ったが、咯血して死亡した。このようなケースについては、みな経験のあることだが、現在そんな人はいないかどうか、今も陽のあたらぬ中小企業にはそんなケースがある。それから15年後に私は、中小企業集団である総合健保組合につとめた。集団検診で発見された27歳の男性が重症肺結核で入院したが、5年たってもよくなり、再帰不能といわれている。

治療医学は20年前からみると、特に結核では前進したが、予防医学では陽のあたらぬ所で働く人の健康管理が隘路になっている。

中小企業の健康管理の実態を、事業所訪問をして知ったので報告する。労働安全規則52条で「事業主は発病するおそれのある者、感染するおそれのある者は、就業させてはならない」とあり、大企業では採用時検診で要注意でも就業させないところもあるため、それが中小企業にまわってくる。私のところの総合健保組合は380の事業所があって、12,000人(男8千人、女4千人)が働いている。関西では中小企業の総合健保組合が62組合あり、保健婦は20人、15組合で働いている。380の事業所訪問をしたところ、70%が30人以下で、100人以上は15事業所である。15人以上の所には衛生管理者はいるが、衛生管理を専門にしているところはなかった。採用時検診は8.5%だけがレントゲンの直接・間接をしている。その他は採用時検診をしていない。健保組合ははじまって1年目から、定期検診の巡回をして67

%がうけている。中小企業の経営者の話を聞くと、資本競争がはげしくしのぎを削っているという。労働者は休日をとるのが困難で、週休2日になっているが精勤手当があつてお金につられて休めない。資本競争の中では、過労になりやすい。そんな実態なので、結核管理5カ年計画をたて結核予防会から嘱託医1、保健婦1、事務員1で、採用時検診の徹底をはかることにした。労働者保護を目的としたので、勤務軽減をしながら働くという方向に向いている。入院もあるが、ほとんどの人が就労しながら治療をしている。

現在では5カ年を経過して、結核の入院療養者は管理当初の1/3に減り、給付も半額になった。それは健保組合も、事業者も、本人も傷病手当金のある1年半以内に治すよう努力した結果である。現行の健康保険では、治療給付のみで予防給付はされていない。予防給付があれば、治療給付はへってくるので、予防給付にきりかえてほしい。労働衛生法の付帯決議で、前進している面もあると思うので紹介すると、危険有害業務について、具体的な防衛措置の周知徹底につとめること、一般健康診断については、すべての事業に徹底させるとともに可能な限り、労働時間内にするよう指導につとめること、と決議された。これらは企業中心にされると問題があるので、運用に対して保健婦も無関心ではいられない。こんなところにこそ、保健婦が必要だが保健婦の待遇も悪く、働いてくれる人が少ない。大企業中心でなく、中小企業の健康管理にも働いてほしい。

座長 過疎、過密、中小企業の実態が報告された。保健所で働く場合、グループでのとりくみ、全員がとりくむようになる場合の同僚、上司など人間関係でみんな一致してとりくむことの困難が市橋さんから出されたが、新しい仕事にとりくむとき、どんな討論をして、どういうふうにとりくんで、それが住民のためにどうなっていたか、経験があつたら出してほしい。

久保（東京） 保健所長が医師であつた方がよいという意見に同感だが、自治労においても、医師が保健所長であつた方がよいというふうにはなっていない。みなさんが保健所長は医師がよいと思つているのかどうか聞きたい。今の保健所長は

役に立っているのかどうか、聞きたい。何らかの脱皮が必要なのではないか。

労働安全法の改正があつて、労働組合は全部反対した。労働者の全労働も反対した。表向きはよいが実際には、企業優先になっている。衛生職の増員がなくて、こんなことが文章化されてどうにもならぬという意見である。文字づらだけでよいのか。労働者の基準局にいる保健婦と、みなさんのコンタクトはどうなっているのか。

前田（名古屋） 住民のために仕事をしていく指導者として考えたら、保健所の所長は医師がよいと思う。医師であると同時に、行政的に反映させるだけの能力をもっている人を希望するが、現状では半分のことについては期待できない。保健所法で認めているというのではなく、公衆衛生を医学の立場から、健康問題を広くとらえてやっていく指導者としての医師であつてほしい。

久保（東京） 医師であつても能力のない人が、多いのではないかという声もある。

前田（名古屋） 能力がない（笑い）。法で定めているから、能なしでもやっている現状には不満がある。

岩上（大阪） 労働安全法については、私の企業では労働組合のないところが多いので、反対もなかった。基準局がどう働きかけているかといえば、健康診断の報告書にかたまっている。情報交換は、基準局とはしていないで、企業と健保組合でしている。

久保（東京） 労働基準署の組合は、まじめな組合なので情報交換をしたらよい。

丸山（大阪） 保健所長が医師であつた方がよいか、どうかという問題は、保健所発足当時の、仕事は対人保健サービスが主体であつたので、その基礎である医学を知っている方が望ましいので法の中で医師であつた方がよいと定めたのだと思う。現在の保健所の仕事は次第に従来のものとは変わってきており環境衛生、食品衛生、公害問題などもウエイトを占めてきたので、ただ医学だけを知っているというのでは困る。保健所長が医師でなければならぬとするなら、医学教育の中で十分公衆衛生というものを本来の姿で教えて、十分な知識と技術をもってきてもらう。知識と技術だ

けをもってだめで、保健所長として行政にとりくむ姿勢、考え方に基本的な問題があるのではないかと思う。現在の医学教育は、むしろ医者を狭い視野に追いやっている。そういった考え方を教育の中で十分行っていない欠点がある。

その現実の中で、医師であった方がよいかどうか検討されねばならない。全般的なものが整備されて、理想的な姿で医師が保健所のリーダーシップをとっていけば、別問題である。現実の保健所長は、能力や姿勢や考え方に問題があるので、医師でなく事務職員になっても、依然として問題は残る、都道府県知事に、自治省からアンケートがきて、所長は医師がよいかの間に、半数は医師がよいと答えているが、半数は医師でなくてよいと回答している。危険なのは、所長というポストがあれば、技術者がつくよりも、事務屋さんが出世街道の一段階としてポストをしめるというのが、行政のしくみの中できわめて大きい。そのことも頭に入れて考えていかねばならない。

久保（東京） 行政職というものは、行政執行権をもっている。執行権を、執行者はどう考えているのか。いいなりの命令をやっているのなら、技術がきまってくる。警察のように、がっちりシステムがあって技術があっても、各警察によってカラーが違う。つまり署長の権限の執行権がない。

執行権を確立するには、技術者でなければならぬのではないのか。どんなに世の中が変わっても、技術者でなければならぬという意見があるのではないのか。

前田（名古屋） 名古屋市の保健所長は、執行権をほとんど持っていない。あるけど使っていない。所長が医師でなければならぬかどうかは、考え方においては、丸山所長のいわれたように公衆衛生を習得し、医学の理想を守って人間の健康を守っていく立派な医師に指導者になってもらって、公衆衛生、保健所の仕事をやっていきたいと念願しているから、医師でなければならぬと思う。地域の所長は、地域の問題にとりくみ本庁にむかっても、国にむかってもカラーのある仕事をするような、フアイトのある所長ならよい。名古屋市の14人の所長はそうでない。そうなるのは

大きい政治のしくみにまきこまれているのではないのか。保健所所長が、事務屋に変わるのとは反対である。医師や所長もそうであるように、保健婦が事務屋のするような仕事をしたのでは、保健婦はいらないという声が出てくるので、警告したい。

座長 保健婦活動のさまざまな壁の中で、それをうち破る一つのころみとして、森永ミルクの問題がある。公害としてのとりくみは明日にして、ヒソミルクの子供たちに保健婦は何をしてきたか、それが保健所保健婦やさまざまな所属にいる保健婦が、自分のかかえている壁を破るのに、役に立ったのかどうかを核にして話してほしい。保健婦の役割を中心に話してほしい。

5. “14年目の訪問”の取り組みとその経過

（報告者：谷口玲・森永ミルク中毒の会）

毎日のように情勢が変わっているので、出かけることが多く、原稿を十分用意できていないし、母親たちとつめて話あっているので、声もかかっているので聞き苦しいと思う。この会場へきた時、新聞記者が、訪問した人は14年目の発表したときにどうして名前をつけて発表しなかったのかと、聞かれた。なぜかきさなければならなかったか、今日の話をよく聞いて質問してほしいと、記者にいった。「保健婦雑誌」（47年4月号）にまとめた時も、表面だって誰と誰が参加しているか名前が出るのが嫌だった。14年目の訪問をはじめるとあたって「何もすることはできない。でもやっぱり行かねば、壁は破れない」という丸山先生の強い助言があった。訪問目的を（1）保健婦活動の壁とは何か。（2）保健指導とはどういうことをいうのか。（3）住民の健康を阻害するものは何か、に設定した。

その中で確認したことは、訪問しても何もできない。ただ14年前にミルクを飲んだ子どもさんが、元気であればよいなあ。その間の苦勞を聞かせて下さいということで、訪問をはじめた。

“14年目の訪問”をはじめるとあたり私たちのまわりにおこったことは、（1）T教育委員会から知らせた名前を、取り消すよう連絡があった。訪問を最初にはじめた養護教諭が独自にハガキを出して、対象児を各学校に紹介していた。学校から該当児がいるという返事があって、それを

開封しようとしたところ、その学校の養護教諭から電話があって、今教育委員会から学校長を通じて、裁判ざたになっていることなので、名前はしらすにすぐ直送してほしいといわれたことを聞いた。そのあと運動がすすみ、その養護教諭からあの時はすまなかったと、わびがきたと聞いている。

(2) 訪問活動を阻止しようとする動きとして、私たちは卒業して2年目を迎えたときにはじめたので、右も左もわからず、あちこちでこういうことをしようと思うと相談をかけた。ねた子をおこすことはしない方がよいのではないか、その子の結婚も就職もあるだろうし掘りおこして何になるかと、助言とも強迫ともつかぬことをいわれた。

調査をした中に、大阪府・市の保健婦がいて業務内でできることをやりたいと相談したら、保健所に迷惑がかかるだけだから、しない方がよいといわれた。職場によっては、横からの援助として、時間内に家庭訪問したところもあったが、そんな様子なので、とりくみまでに迷った。

(3) 30年当時、行政的に処理されているものを再度掘り起こすおそれがあった。企業がおこってくるのではないかと、こわかったりした。

68人の訪問をおえて、従来行政で行なわれる調査は相手にかえされることがないので、①本人、家族へかえす。②医療従事者に事実を知らせるために、訪問事例集“14年目の訪問”を作成した。

新聞発表後、被害者の先頭にたって、補償金を要求するような行動に参加しない方がよいと職場でいわれた。事例の発表のあった4日後、行政当局から呼び出しがあった。どんな人が訪問したのか、訪問事例集を欲しいといわれ、行政当局がいろいろしらべているのを知らされた。

“14年目の訪問”以後の活動経過としては、事実をより多くの人に知らせ、行動をとりたいと、次のようなことをした。

①自治研、12回中間報告、13回経過報告。

②社医研、10回問題提起、12回大阪における森永ミルク中毒対策会議のとりくみ。

③大阪母親大会、14回で訴え、15回運動とし

ての報告。16回は革新府政後の経過を報告した。黒田知事以前は、守る会が被害児の実態調査や検診を行政に要求しても、行政責任とか企業責任とかいう会に、府民の血税を出せないといわれていた。16回目の母親大会は、知事が変って4カ月目なのに、上が変われば運動も変るという前進の一号として報告した。

④組合でのとりくみ、大阪府職保健所支部、衛生支部、婦人部の支援決議。

⑤京都、神戸、岡山の保健婦との交流。

⑥各種サークル、学習会、職場自治研での問題提起、どこでも、何でもあればいってこようと訴えた。

守る会の支援としては、(1)組織確立のための側面的援助、(2)対策会議への参加、守る会は親だけしか入れないので、支援団体としてできたものが対策会議で、守る会とともに行政の中でこの子たちをどうするか考えている。(3)現地交渉、地区集会への参加、父母のみでは力が弱いので、対策会議のメンバーとして保健婦や弁護士が参加しており、1年に60数回になる。

反省としては

(1)訪問後の目的と役割が不明確。

(2)事実を知らせる段階ではいろいろの機会をとらえたが、自分の周辺、仲間に対して不十分、口を開けば森永、森永といっていると嫌われるのではないかとおそれて、かんじんの仲間に対して説明が十分でなかった。

(3)継続訪問が十分されていない。保健婦の指導を中心にした訪問に対する考え方。丸山先生は、あとは患者さんにべったりくっついていなさいといわれたが、どういう意味かわかっていなかった。今まで保健婦は、何か教えてくるという態度で訪問していたのではないか。14年の苦しみをもった人の所へ行って、私たちに何ができるかということがあった。行ってもこわいから止めようかというようなことで積極的に訪問できなかった。

今後どうすすんで行くか。最近訪問活動に力を入れているが、その中で感じていることは、(1)守る会の支部をつくるために、吹由へ話をしに行ったが、保健婦が何をしてきたかといわれた。1

年半後に守る会があちこちでできたとき、最初に投げかけた波瀾が理解され、大きい力になった。

(2) 守る会の結成当時に、拍手すると「姉ちゃんらは関係ないから、だまるとき」と母親にいわれたものだ。最近の会合では「保健婦さん」と変ってきている。べったりくっついて顔なじみになれば、保健婦は何をするものか理解が得られたのではないかと、話しあっている。「17年目の訪問」の写真集に出てくるお母さんに、1年半ぶりで会って話をしたら、看護のわざを親から学んで、一般に應用できるのではないかと、光をみつけた思いだった。写真集で子供がさらしものになっているという感じが、母親に強くある。17年間、近所からも親類からもものしられてきた親の感情を、私たちは母親の要求や不満をどう訴えていくかの役割があると思う。

これらの活動は、ほとんど時間外でやっている。訪問をすればするほど、時間とお金がたりなくなる。今後どうしたらよいか、教えてほしい。

6. 京都での森永ミルク中毒事件の経過から 一住民に支持され、ともに行動する 保健婦をめざして—

(報告者：松尾礼子・京都森永ミルク中毒調査研)

京都では大阪の保健婦の体験を聞いて、だいぶおくれてやりはじめたので、始める前に悩むということはなく、やらねばならないと思って、はじめた。46年になって被害者を訪問して、当時の保健婦がなぜこの人たちをつづけて見ていなかったのかと疑問を持ったので、当時の訪問の様子を聞いてみた。悲惨な人をもても保健婦は、仕事でこうしなさいといわれたことだけをして、自分たちの仕事として展開していかなかったのではないかと思う。これは森永の問題だけでなく、日常の中にも沢山あって、本当に住民の立場に立っていない。

経過をかんとんにいうと、「14年目の訪問」の話を保健婦に聞いて、46年9月から守る会に入っている人を中心に、訪問した。

守る会は府・市に対して、行政としてのとりくみを要求していたので、府・市の保健婦が仕事の中で訪問した。時間外でなく行政としてのとりくみをしてよかった面は、自分たちの仕事として行

政の中でやっていかなければならないことを、はっきりさせたこと、不十分だった点は沢山の保健婦が、当時と同じような事件のかかわり方をはっきりさせず、仕事だからというので訪問したので、あとのとりくみが仕事としてできなかった。

訪問、精密検診の結果は、46年11月に公表されている。方向づけは、はっきりしているので悩むことはないのだけれど、実際にやる場合にはどうしたらよいかと悩んでいる。京都で仲間がふえないので、むずかしい面を感じている。

・精密検診未受診者の家庭訪問をして、次のようなことを聞いてきた。

- 1) 精検を受けなかった理由、現在の健康状態。
- 2) 心配なこと、気になることはないか。
- 3) 今後の希望(精検、相談活動、将来の保障)。
- 4) 「守る会」のとらえ方。
- 5) 家族、本人の受けとめ方。

「守る会」の地区委員と一緒に90人ほど訪問した。結果は受けないのは元気だからでなく、他のいろいろの理由があった。ほとんど外見は元気そうであるが、いろいろの訴えをもっているのを知った。将来への不安は、「守る会」のとらえ方にもかかわってくるが、就職とか結婚にさしきわるから外に出したくないという、複雑な心配がある。重症の場合はためらいは少ないが、症状の少ない人はいたくないと黙ってしまう。黙っても問題はすんだわけではないので、重症の人とともに、軽い人も一緒にやっていけるよう、保健婦が何をすればよいか考えている。

座長 補足はありませんか。

稲村(大阪)「守る会」について補足したい。

「14年目の訪問」が報道されて2カ月たって、「守る会」の全国組織ができた。親たちがなくなっても、被害児が安心して最後まで生きようというのを最終目的にできたが、当座は被害児の窮状を救うため加害企業である森永と、交渉をはじめねばならないと45年12月に、やっと再開された。交渉は2本立になっている。一つは本部交渉といって、「守る会」の本部と森永乳業とがする。現地交渉は、患者さんたちの悩みや要求を聞いてやっていこうというもので、46年1月から始まった。森永はこの中で昭和31年当時やる

だけのことはやってきた。そのあとのことについては、因果関係が立証されなければ何もいたしかねると、現在もその態度を貫ぬいている。当時の愛用者であるということから、お手伝いしましょうということで、異常児といっても健康保険のきく者について、一部負担をもっている。交渉の中でゆきづまる所は、恒久措置案としてこれからどうして被害児たちの健康を保障していくか、ということになって森永は「守る会」の要求に答えて、46年12月に会社側の恒久措置案を示した。ところが被害者を切りすてる方向のものなので、「守る会」はこれでは被害児を救えないとけた。

厚生省交渉で、名簿の公開がやっと実施されることになった。現在大阪府と2~3の県で、名簿がうつされている。当時は11,131名だったが、その後よくしらべてみると未確認者が沢山いる。おそらく2倍位になるのではないか。死亡者は130名だったが、しらべればもっと沢山おられるかもしれないといわれている。今「守る会」は、恒久措置案を作成している。森永側へ8月20日に、年1回の総会で提出する。みこみとして、森永はけるであろうと予想される。バックアップの運動としては、消費者と統一した不買運動が力になる。44年頃は被害児も、自分たちでものを考えるというところまで行ってなかったが、最近では就職なり高校なりで、自分たちのことは自分たちでやらないといけないということで、被害児の会というのをつくりつつある。全国組織とするのに、8月20日を予定している。「守る会」の恒久措置案が受け入れられない場合を想定して、民事訴訟という形で弁護士が準備をしている。その時実態調査でまわるわけだが、私たちも一緒に行く。保健婦としては、重症の方に何かできないかということで動きをはじめた。「守る会」の人たちと行動していく中で、私たちを身近に感じてもらい、何でも相談してもらえると風になってきた。今後もできるところまでやっているとと思っている。

吉田(京都) 京都の日吉町の保健婦だが、京都市とか大阪の場合やっておられるが、山村でもとりくめばヒソミルクを飲んだ子はいると、この頃体験している。自治体の本気でとりくめば出て

くる。人口7千人で名簿にのっている被害児が6人、父親と一緒に京大の調査委員会へ行って強勉強したりして、それを町議会へもちこみ何とかしてくれといったら、一人に5千円の助成を出すを決めた。町会議員がヒソミルクのことを報告したら、うちも飲んだ、うちも飲んだと電話があって10人ほど届出られた。症状を当時治療した医師に聞くと、やはり消化不良で腹も黒くなったという。調査委員会があるので父親と一緒に行くつもりにしている。

座長 2例報告された中で保健婦活動にとって大きな教訓がのべられていると思う。「保健婦雑誌」を読まれた人は、この経過と保健婦は何をしたかをわかっていたらと思う。多くの人に事実を知らせることはできたが、同僚にはいいにくかったという問題は、私たちの中で克服していかなければならない。いいたい人も聞きたくない人も、克服していかなければならない問題と思う。もう一つは保健指導の考え方、何かをいってこなければ保健婦が行った値うちがないというのが、保健婦の常識としてある。障害児をみつけるまでは、私たちは一生懸命である。体の不自由な子供の早期発見という意味では、大阪の保健所あたりでも一生懸命とりにくんでいるが、発見した子供たちをどうしていくのかは、保健婦の仕事ではない。民生部の仕事であるという割り切り方をして、発見する方にばかり気をとられている。今の保健婦の仕事、何かいってこなければだめなんだという、いわれない人にはだから訪問できないんだ、そういう保健指導の常識をうち破って、ヒソ中毒の子供たちとともに、丸山先生のいわれた患者にべったりくっついていくという姿勢を、教訓としていわれた。

知事が誰であろうと自分たちの仕事は、それによって変えることはないという考え方もあるが、ヒソの教訓が教えてくれることは、革新の知事になってどれだけ被害児が、助かっていったかを明らかにしている。

市橋さんのところから新しい仕事をする場合、同僚とチームがくみにくいという問題、保健婦以外の人にはいいやすいが、隣の席の保健婦には話にくいというのはどうか。

私はこうして隣の人に話しかけ共同して仕事ができたと経験、保健指導の考え方というのが、障害児を放っていくのか、そうでなく患者にべったりくっついていくのにはどうしたらよいのか、というあたり話しあってほしい。

山本（東京） 藤井寺保健所の心身障害児研究グループの今後の活動は大切と思う。恵まれた所長がいてスタッフが揃っていたので、よい仕事が目まぶし出したのだと思う。

森永の運動は大切な教訓を含んでいるが、こういう運動を全部の仕事にしていかなければ保健婦の仕事でないということを、確認しなければ今日の成果はないと思う。言葉尻をとらえて悪いが京都の人が、ただ仕事だと思えばなかなかやりにくいというのは、問題があると思う。東京都でも革新の中で住民が要求して都政を変えていく、それが仕事としておろされてきたとき、どう保健婦が考えて対処していくかが大切である。都では心身障害児と精神衛生は、重点施策であるけど、保健婦が末端でどうとりくんでいるか疑問があることが多いので、革新の中で仕事をする人がふえつつある時に、保健婦の仕事はもう一度考えなおさねばと思う。大阪のヒソミルクの話を知ると、適度に弾圧も受けていると、かえてみなければいいかと思う。

私も地区で心身障害児のグループを作っているが、母親から保健所でいっぱい障害児をみつめてくれるが、その後何もしてくれない。来てくれた、話をしてくれたというだけで涙をこぼしている。ヒソミルクだけでなく、障害児をもった母親が保健婦をよりどころにしているのは、どの人にもいえる。

その時の要求にどう応えて、仕事をしていくか、母親が力になって行政をどう変えるか、保健婦がどんな力を出したかを保健婦がしていかなければ、働きやすい職場はできないと思う。

吉田（京都） 保健婦が働きにくいということだが、保健婦自身が本当のことを、町長とか課長にいついかなければならぬ。私の場合、いろんな研究会に行く場合、公文書があれば出張にしてやろうというし、公用車も出してくれるようになった。いいにくいという自分のカラを破らねば、保

健婦が強くならねばだめだと思う。

寒川（森永ミルク中毒の子どもを守る会、和歌山県本部） 京都の人がいったように、山村にも中毒児はいるので、明日報告したい。

不詳（大阪） 自分のまわりの者に、問題を理解してもらうのが困難という話があったが、自分の経験した話を紹介したい。14年目の訪問活動に参加して、この問題を訴えなければと当初から、自分のまわりが大切ということは理解していたが、なかなか反応がかえってこないといいく、いえる人だけにおおうという態度があった。

最近大阪府で実態調査があって、担当地区に患者さんがあれば私たちと同じように訪問して、被害児の問題を身近に感じてきたと思う。最近大阪で女子高校生が、ミルクのために死んだ。担当地区の保健婦に今までの経過を聞いたところ、問題が明らかになる以前に、子供さん二人がミルク中毒で、父母のどちらかが重症の結核で一家が病人だらけというケースだったので、4～5年継続訪問していた。それを聞くと、めんみつにアプローチをしていられる。よく要求をとらえて活動しておられた。この保健婦なら理解してもらえると、子供さんがなくなった2日位あとに、体験記のようなものを対策会議のニュースに、出してもらえないかともちかけた。そしたら態度が変わって、貴女が一生懸命やっているのはわかる。対策会議のニュースもきているのでみているが、私と貴女はイデオロギーが違うからといわれ、非常にショックを受けた。一人のケースに対して徹底した指導をしている方が、この問題に関してイデオロギーという言葉で片づけられるのかということが、ショックだった。保健婦は事実自体を追求していく姿勢になれぬかと、立派な保健婦に思った。

看護協会の保健婦部会大阪地区ニュースのうらに、森永の宣伝がべったりのっている。私たちは問題にして、保健婦部会の総会に出した。業者と癒着しない形で、保健婦部会を運営する方法はないものかと、提案した。総会では、そんな形はなるべくとらないようにしようと終った。私の保健所で、私のいない時その話題が出て、あの子は森永のことしかいわない。保健婦部会をかくらんきた。森永ばかり追求すると森永が可愛想だといわ

れた。お茶の時間にお菓子を食べるが、森永の製品だと私はことわると、あの子は徹底しすぎているといわれる。だんだん尻すぼみに、憶病になっていく気がする。

前田（名古屋） 森永ミルク事件が新聞をにぎわした頃、当時保健婦をしていた。商業新聞では、微量で人体に害はないとかいてあった。私どももヒソの入ったミルクを飲んだ子はどうなるだろうと思ったが、単純にマスコミにのせられ、たいしたことはないんだと忘れていった。それがこうして問題がずっと残っていたと、掘りおこした大阪の保健婦の、健康問題を守っていかうとしていることに感激している。

保健婦が一人一人訪問して、健康破壊にぶつかったとき、これはこうではないかと思っても、大きい問題に発展して支える力があれば勇気が出るが、ない時は自分の胸におさめてしまうと考える。陽のあたる公害と、陽のあたらぬ公害という形で考えてみたいが、訪問したときに、この人はどうしてこうなったのかと思っても、保健所に問題とする体制がなければ、それで終わってしまう。そこをみんなで考えねばならない。勇気のある保健婦がそんなに沢山いるわけではないし、カベを破るのをその人だけの勇気に待ただけでなく、陽のあたらぬ場所で健康破壊していることを、陽のあたるところへ出してあげる努力を保健婦ができるような機構がなくてはならぬ。

看護協会の役員をしているが、総会をしようとする費用がたりないとき、メーカーから寄付をもらって何らか、かえしていくという風潮でやってきた。2回目の「自治体で働く保健婦の集い」で森永の問題が出たとき、たまたま森永につとめる保健婦が集会に参加していて発言していた。一保健婦でなく企業をよう護する立場で参加していたが、話を聞いている内に良心のひびきをわかってくれたらと思った。一人一人の保健婦は弱いが、みんなが自分の事例を大切に、これが健康破壊につながるのなら徹底的に追求できるような、保健所の機構をつくり出していく。そのためにそれを指導し、うけとめ、育てるような指導者が、保健所にいなければむずかしいと思う。京都、大阪の方の活動は貴重と思うけど、一人一人が問

題を大切に考えていくということで、社会的にも横の連帯のできる場がほしいと思う。

座長 この問題については、どういう教訓を得たか多くの人の意見を聞きたいが、時間の都合で先にすませてもらおう。次は夜の自由集会の主題でもあるので、かんたんに紹介してほしい。

7. 保健所再編成と保健婦活動

（報告者：盛田尚代・東京荒川保健所）

上記のテーマをまとめるについての視点について述べたい。日常活動の中で保健指導とは何か、保健婦は何をしたらよいのかという素朴な疑問がある。国が出している保健所再編成とどうからみあわせていくのか、考えてみたい。国が再編成でねらっているものは何かを、考えてみた。国の意図に対し現在ではどうなっているのか、具体的には保健所は住民に対してどんな働きをしているのか。保健婦の現状はどうか。新カリキュラムの内容で、臨床看護技術の講義がけずられている。

保健所と保健婦活動の再編が情報の収集、管理を中心とした機能に変化させられようとしている状況のもとで、同一期に出された新カリの方向（臨床欠如→『社会科学』重視）の意図するものが、訪問看護よりもデータ収集官としての保健婦のための『社会科学』の重視であるのかどうか、注視していきたいと思う。

現状分析の中で保健婦のカベは何か、一つは行政のカベと、保健婦のもっているカベがある。先日土曜日 20 周年記念行事の一つとして、井出さんと江保健婦のききとりの中で、戦後直後の時代と比べると、“行政の一環として”という言葉が各保健婦の口から、すんなりと出てくるようになったと話しておられた。戦前、戦中の健民、健兵政策にまったくのってきた仕事に対する反省もなしに、たとえば結核であれば即座に、社会防衛的発想より個人の生活を無視して隔離してしまう思考方法が、まさに住民を管理する方向での保健指導、働きかけの中に大いに現在もあるということを感じている。

今後の闘いの着目点としてどんなものをめざしていけばよいのか、保健婦活動としては

- ①受持人口；地域が適当なサイズであること
- ② 自主的活動が可能であること

- ③ 技術的援助が得られること
 - ④ 教育の機会が得られること
- 以上の専門性、自主性の課題と
- ⑤ 労働条件がよいこと
 - ⑥ 職場が民主的であること

の課題を実施していくことが必要とされてくる。

保健婦が自らの労働条件を守りながら、住民の健康を守るよう実践を広げようと、土曜会では昨年の11月から事例会をしている。

土曜会は20周年を迎えるので、先輩保健婦の足あとを学び戦後いろいろな形で、公衆衛生が発展していく中で保健婦の仕事が、昭和30年頃からやりにくくなったと聞いているので、なぜやりにくくなったのか、先輩保健婦の聞きとりの中で明らかにしたいと計画している。私たち働く者が、保健婦論をつくっていかねばならぬというので、今年の11月に30歳台の中堅保健婦を中心にしたシンポジウムをもつ予定である。

8. 京都における保健所問題のとりくみ

(報告者：山本繁・京都市向陽保健所)

保健婦活動の問題でかなりこまかい、保健婦活動そのもののあり方が論議されたが私の話は今までとは違うので、どう喋ればよいかとまどっている。

主として京都の府職労がとりくんだ、保健所問題を報告したい。保健所を住民のものにしていく、住民と一緒に歩いて歩く保健所づくりを、しなければならぬと思っている。

基本条件として3つある。

- (1) 住民要求が、衛生行政を充実している。
- (2) 保健所における労働組合の階級的発展。

自分たちの経済闘争や権利闘争だけでなく、行政の執行官としての立場がある。行政官としての立場と労働者としての立場を、もっと結びつける必要がある。

特に革新的な自治体では強調されてくる。積極的な活動がその職場で行なわれることが、保健所をさらに立派にする内容ではないか。

- (3) 保健所長をはじめとする管理職の革新的な姿勢の堅持。

管理職がもっと闘う行政をやる立場に、ならねばならぬ。行政能力からいえば、もっと積極的に

保守的な自治体なら保守的な保健所長に、徹底的になるべきである。革新的な自治体では、保健所長は革新的になるべきだ。それが管理職としての立場であり、行政官としての姿勢である。革新的な自治体では、保健所長は具体的に上からおろされるものを点検して、地域でうまくいくのかどうか、民主的自治体を発展させるものであるのかどうかを考える。私は所長になったばかりで、1カ月前には労働組合の幹部であった。私は職員にこういう。私は蜷川虎三知事が、所長になったつもりでやっている。地域では、知事の顔でやるという。2番目の問題を特に話したい。京都の中で保健所の組合は弱かったのが、数年前の実情であった。原因は職種が多種多様で団結しにくい。薬剤師の給料表を一表にしるとかはできても、労働者の立場で要求をまとめることができなかった。その反省の上に、民主府政を地域の中に貫徹していく必要から、組合員のアンケートをとった。民主府政の中での、衛生行政をすすめていく上で具体的に確信をもっているかどうかを聞き、24%の人は毎日はりきってやっている、民主府政の中での衛生行政がやりがいがあるという立場である。28%は非常に面白くない、やりがいのあるような仕事の条件がないといっている。33%は民主府政とかを考えずに、ひたすら仕事だけをしている。

知事選挙などで京都府職労は、一生懸命やったが、もっと日頃の行政については確信をもって仕事をしていると思っていたのに、やりがいのあるというのは1/4しかなかった。次に自分の仕事が住民の要求にこたえた形で、すすめられているかと聞いた。42%は不十分でもこたえている。43%は不十分だ、むしろやっていないとこたえている。出先では仕事についての点検をしていく、われわれが内容を知っていくことから、要求闘争の過程の中で組合から行政の内容について批判でなく、こういう内容に改めなさいということにした。72年の要求書の大きい内容は、行政の内容を変えさせることを盛りこんだ。それにもなう人員要求はこういうことである、予算はこうなさい、庁舎機動力はこう、地方財政危機、国のしめつけなどにきちんとした立場をとるようにと、

要求書を出した。今まで保健所手当はいくらほしい、特勤手当の幅を拡げろ、権利の保障だとか人事異動の要求とかであったが、労組が変わってきて仕事の問題について熱心に討論するようになった。組合員の労働者と仕事の執行者との立場が、いろいろ論議されるようになった。それは組織を強くするのに役立っている。

要求書の大きい柱は、民主的な衛生行政を前進させる要求として、三つに分け府民の健康を守る政策を10項目にわけて出した。

主として再編成に当局が反対する立場をとると同時に、衛生行政が地域に入れるような条件をつくれとかいてある。ぼう大で今ふれられないが、報告しておく。今まで人事異動は当局の問題ということで、人員配置にも無関心であったが、衛生支部、保健所各分会も人事に対する5つの条件を要求にあげた。

- (1) 革新的であること
- (2) 民主的であること
- (3) 合理的であること
- (4) 戦闘的であること
- (5) 情熱的であること

反動勢力と闘う姿勢を当局が人事異動で人を配置するとき任務を与えて配置しなければならぬと要求した。当局は人事について、労組に報告させる。重点施策はこうなので、医師の配置はこうしたい、保健婦の配置はこうという交渉が公にもたれ、秘密な人事をしないようにした。

労働組合が行政の中味に責任をもつことにして要求をしはじめたので、労働者の意識が変わってきた。今までは本庁のいうようになってきたが、仕事で本庁と交渉するようになった。今は結核のあり方で、分会が交渉している。これらのことから今後保健所は大きく変わってくると、私は思う。

(質問、質問の声)

座長 沢山手があがって困ります。

山本(東京) この報告を楽しみにしていた。住民運動の発展、民主勢力の結集強化ということで、行政の内容を変えさせるということはむずかしい問題であるのに、今教科書のように聞いたので具体的に聞きたい。

予算要求の中で保健所行政の中へ、住民の要求を入れていくことは大切だと思う。東京でも保健所行政の中へ下の声を入れようと、下へおりてきている。下っぱの意見は入るが住民の意見を入れるのはむずかしい現状だ。よい方法があったら教えてほしい。

人事異動について末端の保健婦は反対である。どんどん変るというのに批判的である。京都ではどう所長が思っているのか。

吉田(京都) 府の職員である保健婦が、変りましたとあいさつに来て、「吉田さんきばっているけど住民の中へ一人で入ったら殺されてしまうわよ」といった。私は一人で入っているのに、殺されていない。どういうことかと思ひ納得がいかない。

久保(東京) 組合、組合といわれたが、組合もいろいろある。近頃「経団連」の中にも組合参加の企業経営をうたっている。

組合に呼ばれていって話をしても質問も討論もない。終るとけんけんがくがく討論がはじまる。どうして今いうのかと聞くと、執行部のあの人の次のポストは労務管理課長のポストが約束されているという。それでは意見はいえない。立派な組合ばかりではない。

加藤(都職労保健所連合支部) 労働組合の階級的発展をうたっている組合が、異動について、若干問題があると思う。

1/4が熱意をもってやっている、75%がまだ動揺している中で人事異動が、革新的であること、民主的であることというのは、下部からつみあげてきて要求になったのか。具体的でない、ふみ絵みたいに思う。

山本(京都) 質問がむずかしい問題なので、スパッと出来ないが、一つ二つ私ですぐ答えられるのだけいう。

労働組合が予算を多くとる活動として、一カ月ほど前から住民のいろいろの団体と、衛生支部が一緒になって府会のPCBの予算、衛生研究所を充実させる要求をした。議会に市職労も入り、婦人団体、住民組織と一緒に請願活動をした。6月議会でPCBの執行協議という形がとれた。当面は動きをキャッチしていて、早くきちんとはじ

めた。さらに人事異動の段階で、技術者を衛生研究所に配置していくことができた。京都では衛生研究所や、PCB対策がおくっていたこともあって、住民から不満が出てきてとりくんだ。

人事異動の内容の問題では、民主府政といってもいろいろの人がいる。京都府職は権利、賃金水準ではピカーといわれている。婦人の母体保護関係の内容もそうだし、賃金水準も高いものもっている。その内容が地域の住民の中から、府職はわれわれの税金で食っているということも含めて、その割に仕事を革新的にやっていないのではないかということがいろんな形で批判的に出はじめた。衛生部関係では吉田さんから指摘されたように、はじめの報告の丹後町の保健婦からもきびしくだされてきている。逆にいえばそのことを利用して、京都府政をてんぶくしようとする動きがある。「京都を愛する会」という政治団体が、そういうことを逆にとりて京都府政攻撃を大々的にやっている。労働組合はそのことを口を開けて見ているのか。当局が行政の責任だから、労務管理はむこうがやるべきだから、きちんとやりなさいというだけですむ段階なのか、ということである。府庁労働者は民主府政を発展させなければならない、大きい任務と役割があるのではないか。当局まかせだという一歩さがった内容が、今まであった。そのことが今1/4だけしか、確信が持てなかったという内容になっていた。仕事の内容では知事が憲法をくらしの中にとっているのに、衛生行政はどうかと住民からいわれる。

ある精神障害者が妊娠をしたことについて、中絶させる意見がベテラン保健婦から出てくる。民主府政下の生存権を守る行政をする末端の人たちが、しかもベテランの一定の職責の人から出るので、問題だと論議をしている。労働組合の立場でも要求書の中に、精神障害者や心身障害者の人権を守らねばならないとかいてある。それは兵庫県のやっているようなことは、徹底的にやってはならないということである。そんなことは労働組合がきちんとやらねばならない。それが戦闘的、革新的な人たちではないか。25%を一定のところ就職させておくのではなく、任務をもって配置していく。今まで一部の保健所は、革新的なこと

がやれていたかもしれない。全体にできていなかったもので、任務配置をしてそのために今まで情熱的に革新的にやっていた保健婦を配置がえして、保健婦のレベルアップしていく内容も、当局が民主府政を考えているのならやるべきではないかと、われわれは考え、要求している。(拍手)

座長 今までの話で具体的な現場の問題が、大体出た。発表された方は保健婦の一年生からベテランまで、過疎や過密の地域からの発表だった。今までの社医研と違って苦しいんですというのではなく、こうやってみて、ここまで来ましたという報告が多くて嬉しかった。しめくくりの段階で丸山先生の「保健婦とともに歩んで40年」が聞けるので期待している。

〔追記〕

夜の分散会は、以下の6グループに分かれた。

- 1) 保健所再編成と保健婦
- 2) 健保組合に働く保健婦
- 3) 病院に働く保健婦
- 4) 精神障害者と保健婦活動
- 5) 同和地区に働く保健婦
- 6) 森永ヒソミルク中毒児と保健婦

午後10時までの予定であったが、夜ふけまで話しあいがはずんだグループもあった。

9. 保健婦とともに歩んだ40年

(報告者：丸山博・大阪大)

40年といっても、それは昭和10年からということ。私の最初の仕事は大阪府立社会衛生院の本科と専攻科の保健婦さんたち(その時は「保健婦」という名は、はっきりせず、社会保健婦といったり社会看護婦といったりいろいろだった)のお付合だった¹⁾。

当時私は岸和田市で乳児死亡の実態調査をしていた。岸和田市にまだ保健婦がない時、私は保健婦の仕事の一部分をしていたことになる。それが出発である。結果は「ナーセスライブラリー」の3冊の本にかいてある²⁾。日本で乳児死亡についてのモノグラフというものはなかった。いまでもない。その意味では3冊の本を出したのは意義があったと思う。一つは岸和田市における実態調査ケーススタディと乳児死亡の統計的研究、もう一つは岸和田市における乳幼児保護の実情を、社会衛生院の保健婦学生たちが夏休みの実習でまと

めた報告書である。それは今、40歳から50歳になっている保健婦で、日本における保健婦活動の初期の時代の人たちである。これが戦前の話である。戦時中は保健婦学生が、大阪府下の軍管理工場に入り労働者の実態調査をした。昭和19年のことである。これは、報告書にまとめることができないまま戦争がおわった。つぎは、直接保健婦とはつながらないかもしれぬが労働実態、寄宿舎における休養実態、工場給養の実情など大阪府産業報告会保健部の活動の結果を「工場給食施設」「工場寄宿舎」⁹⁾ という本にまとめて戦時中に東洋書館(東京)から出している。今では骨とう品というであろうが内容は今も生きていと評価する専門家もおる。

昭和20年敗戦直後、食糧危機の時役人諸君は、GHQの命令のまま仕事をしていたが心ある保健婦は防空壕の中で生活している母子の実態調査をした。これは堺市を対象としたのであったが愛育会に組織された保健婦の仕事であった。報告書はまだ出ていない。当時の愛育会の大阪支部と東京本部の役員会で私が報告した⁹⁾。当時生き残った人々は、生まれてきた子供たち、乳がなくて困っている子供たちに、どうやって成長を保障するか、大阪府庁の衛生課にいた保健婦数人が相談にやってきた。私は労政課にいて工場監督官を本務とし、衛生課は兼務であった。保健婦は自由に計画を立て、乳製品の配給をしていたので、私は府下の各種の産業別工場を規模別に抽出して、そこで生まれた子をかかえている労働者の家庭を70世帯ばかり訪問してもらった⁹⁾。1回限りでなく、生まれたての子供が17~18歳になるまで追求して、今ではその子供たちが、みずから立ちあがり小さなグループを作っている。

昭和25年に私は労働基準局から、厚生省の統計調査部に入った。当時の統計事業は活発に動きはじめていた。統計関係では女子労働者が多い。労働組合と一緒に、つくられたばかりの助産婦看護婦保健婦協会の会員の生活実態・収入・労働などの調査をした。看護協会の調査委員の方たちが主になってやり、援助したのは統計調査部の労働組合の諸君である。実態調査報告書を3回出した⁹⁾。日本における保、助、看の実態調査は、こうして

彼女たちみづからの力でやった。その後調査組織を拡大して、調査をつづけて定期的にしようとしたときある筋から「待った」がかかった。自分たちの身分を確保するのは、労働組合の力である—とかいてあるのは、けしからんというのである。東京に私が行く前、昭和22年に新憲法が出た。明治憲法では女に選挙権がない。民法上でも男性とは差があった。男女同権、労働者の権利が高らかにうたわれた民主主義こうよう期において「日本における公衆衛生、社会福祉がおくれている」とGHQの指示があった。

今も日本の公衆衛生のにない手は、保健婦であると思っているが当時は、もっと強く思っていた。新制度の教育がはじまり、衛生問題、人口問題、社会福祉などは社会問題として位置づけられてなければならぬという方針が、教育の基礎にあったので、たのまれたのを幸いとばかりかいたのが、昭和22~3年頃で出版は25年の『公衆衛生』である。最近復刻版が出た⁷⁾。自分のことはいいたくないが、年をとってきたので、遺言書として読んでほしい本である。

昭和30年の前後の頃、神奈川県立公衆衛生看護学院に、統計の講師をたのまれて行っていた⁹⁾。その時の教え子で、今日参加しているのもいる。

東京の「土曜会」では「自分たちの先輩がどんな苦難の道を歩いて、ここまで保健婦事業をのばしてきたかを明らかにする歴史的研究が大切」と私は主張した。土曜会は、保健婦活動の歴史的研究をして、最近「毎日新聞」の懸賞論文に当選する人まで出るほど研究をつんできた⁹⁾。

昭和33年に大阪へ来て医学・医療保健の歴史を医学教育の中で確立させなければならぬと「医学史研究会」をはじめた¹⁰⁾。

貴女方は生れてきた時はじぶんを知らない。いつから自分を知りだしたか、いつ頃からじぶんの名前を知りだしたのだろうか。保健婦になろうと思ったときは、「なろう」という意識をもったはずである。生まれたときは知らないとしても、保健婦になろうと思ったときには、条件がととのったからこそなれたのであろう。子供は1歳になるまで、どれ位死んでいるか。1歳になるまで死ん

だ子の死に方は、将来老人になって死ぬ時と同じ、高い死亡率である。それを生きのびてきた貴女たちである。自分1人で生きてきたと思っているが、そういうきびしい経験をもって生きている。保健婦として生きようとするとき、自分の経験をどう返していくか、保健婦としていつどんな死に方をするのか、保健婦として生きようとするとき、保健婦の仕事を殺そうとする人たちもあるし、また自殺行為をしている保健婦もある。今まで嫌というほど、保健婦の悩みを聞いてきた。突破口をどこに見い出すかが私にとっても課題であった。

昭和44年の森永ヒソミルクの「14年目の訪問」で突破口は開かれた¹¹⁾。写真集「17年目の訪問」¹²⁾の中で、私はこうかいている。

これを見てあなたたちはどんな感情をもつか。みる人の魂をゆり動かす。そこから生まれる行動のみが尊いのである。もしそれのないような働きは、たいしたことはない。17年の苦悩を生き抜けなかったものと悲惨な子がいる。ここには出ていないが、親、兄弟は17年間どんな苦しみを味ってきたかという共通の感覚をもっていない人にとって、この写真集は大きい意味がある。こんなことを2度とくり返さないことこそ私たちの仕事である。

“住民とともに歩む一つの姿勢¹³⁾”に「はばたけ会」の人たちは、はじめ思いきってとびこめなかったとかいている。保健婦を生かそうとする人だけでなく、保健婦の仕事を殺そうとする人たちがいるからである。基本的人権、人命尊重などは、きれいな言葉である。まじめな保健婦は学校で習ったことを、世の中で実現しようと、どこかにぶつかった。いかにして突破するかを、大阪の保健婦は実践でのりこえた。今は保健婦だけの仕事でなく、医師の中にも、地域にも力強くすすめられている。

神奈川県立公衆衛生看護学院の夏休みの実習の成果と、新医協や民医連の先生方の日常活動とをまとめたのが、岩波新書からでた「健康相談¹⁴⁾」である。もうこれも絶版なので古本屋にしかない。なぜこのように本の宣伝をするかといえば、40年の長さは全部喋れないのでまとめた本を読

んで知ってほしいからである。

最近、兵庫県立厚生専門学院で講義をしてくれという。大阪府立社会衛生院の教え子が次長をしていて、昔講義したようなことを今の学生にしてほしいと、頼まれた。それで読んでもらうために作ったのが『講義資料』である。これは時にふれ、頼まれて保健婦について、かいたものをまとめたものである¹⁵⁾。

衛生学というのは、病人をつくらぬためにどうするかに専心しなければならぬと、考えているので、保健婦が愉快地働けるようにお手伝をするのが、精一杯だ。医学生の教育もさることながら、保健婦の純真な活動に期待するところ大である。保健婦は私の分身と思っている。私がもし、仕事をしたことがあったとしたら、保健婦のした仕事を、代弁するのにすぎない。赤ん坊の死を通じて生き残った者が何を学ぶか、学びとったものをいったり研究活動、教育活動に具体的にいかそうと、努力してきた。ヒソミルク中毒の子供たちは生き残った子供で、昭和30年の時は何らなすべきすべがなかった。その前から、有害食品については、十分啓蒙活動をしてきていた¹⁶⁾。

「14年の訪問」を契期に生まれた「有害食品研究会」は、これまでに38回も定期研究会をつけ保健婦ばかりでなく、養護教諭、母親、男性も集まっている。今は学校給食について考えている¹⁷⁾。飢と渇きがなければ、死である。乳児に母の乳房が必要である。吸って出なければ、安心して飲めるミルクがいるのに、ヒソミルク中毒がおこった。食物は重要である。水、空気などの汚染をくいとめるのには、私たちの仕事が必要である。聞くところによれば、保健所は公害何とかに衣がえすとかである。

歴史的社会的な自然環境、社会的環境さらに自分たちの生活の歴史をこめて、次にくる人たちに、かつて死んだ人の経験を生かしていく仕事は大切である。その意味で、医学史、生活史は大切である。一人一人の子供たちについての記録、病人については病歴、人々にとっては生活歴が大切である。生まれた時不幸な状態で生まれても、それを発展させる保障は誰がするのか。私たちでする以外にない。保健婦にとって重要である。

生きぬいてきた経験をもう一度反芻して、17年間苦しんだヒソミルク事件の当事者をみすごすことはできない。中毒児が安心して将来生きつづけられるように、努力しなければならないのが、現在の保健婦とともに歩む私の課題である。

(註記)

- 1) 丸山博：社会保健婦事業建設現物の声—大阪府立社会衛生院卒業生についての調査—「社会事業」第25巻，第2号，5-13頁，昭和15年。
- 2) 丸山博：ナーセース・ライブラリー，No. 134, 135, 136，医学書院，東京，1954, 1955, 1957年刊。
- 3) 大阪府産業報国会：「工場給食施設」「工場寄宿」昭和18年，19年刊，東洋書館，東京。
- 4) 丸山博：戦争の影響が乳幼児の死亡に如何にあらわれたか，昭和21年6月28日，愛育会，大阪府支部理事会。
- 5) 丸山博：乳幼児死亡の問題—大阪の工場労働者65家族の現情（1946年6月，7月）から—「農村保健」第1巻，第2号，22-34頁，昭和21年。
- 6) 日本看護協会：①昭和26年度会員，助産婦，看護婦，保健婦実態調査第1回報告書，昭和27年4月刊。②同上，第2回報告書，昭和28年3月刊。③昭和27年病院における看護婦及び看護

従事者実態調査，昭和28年5月刊。

- 7) 丸山博：公衆衛生，三省堂，東京，昭和25年，複製版，医療図書出版，東京，昭和47。
- 8) この口演報告をテープからおこしてまとめてくれた林義緒さんはその1人である。
- 9) 木下安子ほか。
- 10) 医学史研究会（事務局・大阪大学医学部衛生学教室）機関誌，季刊「医学史研究」（創刊・1961年）最新号，No. 38, 1972。
- 11) 森永ヒソミルク事後調査の会：「14年目の訪問」（大阪），昭和44年9月刊。
- 12) 滝川恵清写真集：17年目の訪問—森永ヒソミルク中毒のこどもたち，相樹社，東京，昭和47年5月。
- 13) 森永ミルク中毒事後調査の会：「住民とともに歩む一つの姿勢—“14年目の訪問”をめぐって」，保健婦雑誌，Vol. 28, No. 4, 1972年4月。
- 14, 15) 丸山博：「講義資料」兵庫県立厚生専門学院保健科，1972年5月印刷限定300部。
- 16) 天野慶之：「五色の毒」—主婦の食品手帳—，新生活協会，1953，東京。

天野憲之：「恐るべき食物」筑摩書房，東京，昭和31。

17) 昭和47年9月30日，結成3周年記念「食品公害大集会」を中島の阪大大講堂でひらかれた。

医学書院発行雑誌一覧

	1部誌代	配送料	年間購読料		1部誌代	配送料	年間購読料
生体の科学…(隔月刊)…	550	70	3,720	リハビリテーション医学…(季刊)…	450	85	2,140
公衆衛生…(月刊)…	600	30	7,560	総合リハビリテーション…(月刊)…	600	30	7,560
臨床検査…(年13回)…	380	50	6,020	臨床婦人科産科…(月刊)…	650	40	8,280
病院…(年13回)…	700	50	9,750	臨床眼科…(月刊)…	650	40	8,280
内科雑誌 medicina…(月刊)…	500	50	6,600	耳鼻咽喉科…(月刊)…	650	40	8,280
小児医学…(隔月刊)…	2,200	120	12,000	臨床皮膚科…(月刊)…	800	40	10,080
胃と腸…(月刊)…	850	50	10,800	臨床泌尿器科…(月刊)…	700	40	8,880
呼吸と循環…(月刊)…	600	30	7,560	Japanese Journal of Microbiology…(隔月刊)…	10,800		
臨床外科…(月刊)…	600	50	7,800	看護学雑誌…(月刊)…	300	40	4,080
臨床整形外科…(月刊)…	600	40	7,680	看護教室…(月刊)…	200	30	2,760
精神医学…(月刊)…	550	40	7,080	看護教育…(月刊)…	340	30	4,440
脳と神経…(月刊)…	700	40	8,880	看護研究…(季刊)…	500	65	2,260
神経研究の進歩…(隔月刊)…	1,600	110	10,260	保健婦雑誌…(月刊)…	270	30	3,600
精神身体医学…(隔月刊)…	450	30	2,880	助産婦雑誌…(月刊)…	250	30	3,360
理学療法と作業療法…(月刊)…	450	30	5,760	ナーステーション…(季刊)…	500	85	2,340

※年間購読料は配送料を含んでおります 73-1-TI

公害・有害食品・薬害

座長

東田 敏夫 関西医科大学公衆衛生学教室 大橋 邦和 名古屋大学公衆衛生学教室

太田 邦夫 岡山大学衛生学教室

(公害, 有害食品, 薬品などに関連する報告8題, 追加2題あつた. ここでは報告と討論をできるだけ忠実に再録した. ただし, 報告の内容は各演者に「要約」してもらつた.)

司会者のオリエンテーション

「木を見て森を見ない」という言葉がある. 公害に関係する「学者」がおちいりやすいあやまちである. 世界に類をみないほどはげしい「日本の公害」には, いくつかの特質がある. 現代公害の特質は第1に, 現代公害の主体である企業公害はいうまでもなく, 企業の私権の濫用, 利潤追求によって, 地域住民の生存権・生活権が侵害されることであるが, これが「高度経済成長政策」によって全国に拡大されたことである. 第2は, 企業と行政は加害企業の責任をあいまいにしてきた. そのさい, 多くの場合官製第三者機関や「学会の権威」が御用をつとめてきた. それはとくに公害規制のための「基準」づくりや被害の認定, 補償についてみられる. これが被害者の復権や救済をおくらせてきただけでなく, 住民の被害をみすてて, 公害をはびこらせてきた. 第3は, 最近の傾向として, 被害者や住民の反公害運動がたかまるにつれて「みせかけの公害対策」をつくり, 被害者や住民の抗議や要求をそらし, 加害者責任をすりかえようとしていることである.

公害にかかわる科学者は, 自分たちの調査研究活動が, これらの日本の公害の特質をふまえて, いかなる役割を果たすか, 自ら問わねばならない. 私たち社医研においては, これらをふまえて, 被害者・住民の立場にたった報告がおこなわれることを期待したい.

1. 牛乳中の BHC 残留量—その1—

(報告者: 大川博徳・三重大)

三重県津市内で市販されている牛乳中の BHC 残留量を分析し, 昭和46年7月~47年3月の結果をまとめてメーカー名を明らかにして発表し, ①厚生省の暫定基準 (β -BHC 002ppm, S 46年6月) が実態よりはるかに高すぎるのでとりあえず 1/10 に下げるべきであり, ②この基準が結果的に業界保護の役割を果たし, 消費者にとってプラスになっていない. 行政は本来これらの調査結果を公表しながら規制を強め, 国民の健康を守るべきものであり, ③メーカー間の残留量格差は稲ワラ以外の飼料に由来すると考えられるとした. 一方, メーカーは原乳の BHC 汚染の程度を熟知しており, 牛乳中の残留量を調整できること, メーカーの発言によれば昭和46年は 0.02ppm, 昭和47年は 0.01ppm のレベルであり, 年末にはおそらく 0.01ppm 以下になるはずであるという.

演者は, 企業の姿勢は行政によっては正せないもので, 食品公害解決のために実名入りで調査結果を国民に知らせることが研究者の義務であり, 公表の姿勢を研究者の間でも強めていくべきであると主張し, さらに, 研究者が消費者と直接手を結んで問題解決に立向っていく必要があるとした.

討 論 <食品衛生調査会について>

飯淵 (関西医大) 食品衛生調査会についてどう思うか.

大川 学者が結局は行政ペースになり, 消費者にとってマイナスになる役割を果たしている点を批判すべきであり, 一つ一つの事例について学者として責任をとるべきである. 調査会のメンバー

一は消費者によって変えられていく必要がある、委員の側に消費者と直結する息の長い活動がないことが欠点である。また、学校給食では「安全性と質」がないがしろにされており、食品を与えることの意味を考え直し、主婦と一緒に、質の向上と安全性の確保を目指さねばならないと答えた。

<科学者と住民の連帯>

大橋（名大・公衆衛生）演者の発表をメーカー側が考慮せざるを得なかったのは演者がもっている「東海食品公害教育研究会」というバックがあったからで、彼個人を攻撃することは同時に研究会全体を敵に回すことになり、そういうところで発表された点に意義があったと強調し、さらに、厚生省の規制より住民にかこまれた科学者がきちんと発表することで実質の規制が行なわれ、業者が「0.006 あたりまで下げてもよい」というまでに到った。行政のできないことをわれわれの力でできる部分があるということ、このような具体的な事例が全国で数多く出てこない、残念ながら体制自体は変らない。住民が直接厚生省や県市などに迫ることが大切であり、一片の声明文などだとしても駄目だと追加した。

飯淵 科学者の果たすべき役割は実際の住民運動と結びつかないとだめではないか。

大川 「食品公害教育研究会」の教育の意味は、正しくそこにあり、基本的なものは地味ながらも教育で変えていかねばならず、その教育の仕方にもいろいろあるが、主婦を変えてゆくためには何よりも実行が大事であり、実行の積重ねによって始めて効果が現われるとし、この研究会では無公害のみかんの販売の実績や、さらに無農薬夏みかん、無農薬茶の入手の計画が実行されつつあると紹介した。

2. 玄米中カドミウム濃度の「安全基準」

1.0 ppm の論理構成について

（報告者：冨家孝・大阪公衆衛生研）

厚生省が昭和45年7月に決めた玄米のカドミウム濃度の「安全基準」については、すでに多くの批判がだされてきたが、この「安全基準」が実際に府県などの段階で適用される場合に発生した問題に関連して、あらためて厚生省の「安全基準」

設立のしかたを検討した。「科学」を擬装した「安全基準」が、官僚機構の「権威」と秘密主義によってさらに増幅されていた実例の報告である。

大阪府が昭和46年1月頃おこなった米のカドミウム汚染の調査で、池田市産米から最高0.96 ppm が検出され、昭和46年10月発行の府立公衆衛生研究所年報にも公式資料として報告された。ところが、昭和47年2月に突如として同所の国田食品衛生部長が部員に「命令だ」と称して、同年報中のその部分をマジックインキでぬりつぶす作業を実施させた。

公式の科学データが消されることも問題だが、さらに、そのための公式手続きとられないまま「命令」が出たという、この奇快な事件の背後には、知事も府民もあずかり知らない根深い官僚機構の秘密主義があるといえよう。

「とびはなれて高い値は除外するのが常識である」、「自信がなかったので伏せた」、「あの値は正しいと確信している」が「起案者がとり消すだったので同意したまでだ。なぜ消したのかについては、立ちいってせんさくしなかった」という。それぞれ、関係部局の責任者たちが、記者と知事と職場の労働組合（府職）の追及に対して答えた言葉である。

こうして1年たった昭和46年度池田市産米からは最高1.55ppmの汚染がみられる事態が生れ、ようやく汚染の事実だけは認めることになった。

このような事態を招いた責任者たちの判断のもう一つの問題点として、「基準」値と測定値の有効数字のよみ方についてのごく初歩的な実験学の常識が欠けていることを指摘しておく必要がある。

批判をあびた厚生省の「安全基準：玄米 1.0 ppm 未満、白米 0.9ppm 未満」「暫定基準：0.4 ppm」などは、その量の当否は別として、ともに有効数字1桁だけの表示になっている（有効数字の上1桁が1の場合は次の桁を合せて1桁扱いにする慣例にも従っている）。1.0と1.00の区別ができない責任者たちは、0.96を1.0とよまずに0.9とよみ、0.35や0.43などは、まとめて平均して、0.39、したがって0.4に達せずと判断したという。

厚生省ではできないデータ操作が、厚生省のずさんな「基準」にさらに輪をかけていくことになる。しかし、これらの誤りの主要な原因は、量的にも質的にも、むしろ厚生省の「基準」の設け方にあるという。

厚生省の「基準」のずさんな設け方については、とくに次の点を指摘しておきたい。

1) 各対象地域のカドミウム摂取量 X と尿中排泄量 Y の相関係数が0.532であることだけを理由に、「計算式 $Y=33.9X+2.5$ 」によって X と Y を“equivalent”に対応させようと考える計算がおこなわれているが、相関係数0.532という値は、計算式中の X と Y の値からの実際のズレがきわめて大きく、“equivalent”に対応させてはならないことを量的に示しているものである。「相関係数」についての誤解が前提となって論理が仕組まれている。

2) 厚生省の報告書に「計算式もできた」とあるのは、回帰直線のことと考えられるが、回帰直線は X に対する Y の平均と、 Y に対する X の平均の二つのうちのいずれなのかを明示しなければならないのに、その記載もなしに、単なる直線の方程式

$$Y=33.9X+2.5$$

が一つだけ書かれているにすぎない。これは科学的な文献としての価値をもちえないものであることを、みずから証明するものである。

3) 相関係数が0.532であれば、二つの回帰直線の傾き（方向係数）の比は、 $(0.532)^2:1$ 、したがって3倍以上のひらきがあることが理論的にわかっているが、厚生省の報告書は、その傾きのゆるやかな方（摂取量 X に対する排泄量 Y の平均）だけを用いたものと考えられる。しかし尿中排泄量から摂取量を逆算しようという報告書の論旨からいえば、むしろ傾きが3倍以上も急激な直線によらなければならないことになる。これによると、報告書の他の部分をすべて認めた場合でも「安全基準」は3分の1より小さい値にならざるをえない。

以上は、厚生省の報告書自体の論理的矛盾についての批判として、これまですでに行なわれた批判に追加すべきであると考えられる。

討 論 <統計数値の利用と「安全基準」>

南雲(代々木病院) 「安全基準」の設け方についての批判や統計学について国民大衆にわかりやすい本を書いてもらいたい。

飯淵(関西医大) 統計学の利用にあたって、自然科学的であることが「科学的」であると誤信しているのではないか。日本における統計学輸入以来の偏向はないか。

曾田(公衆衛生院) 統計数値のつかい方について、元祖の Pearson や Galton なども生物学データをどう解釈するかについて、回帰曲線をつかっている。たとえば、親の身長と子供の身長には相関がみとめられる。しかし親が平均して1インチ高いとき、子供が高くなるのは平均としてその1/3にへるといっている。そして1人1人の値は平均値より大小がある。平均値には信頼度をとる必要がある。厚生省のカドミウム「安全基準」値にたいする演者の批判は基本的には正しいと思うが、その説明のしかたはどうか。あくまでも「平均値」による回帰曲線であるから、厚生省の回帰曲線のみをとめても、平均値の前後に信頼度がつくから、安全度をとるならば、少なくとも2σ位のものをとらねばならない。したがって1.0ではなくて、もっと数値の小さい値にならねばならないと思う。

大橋 (名大)演者がここでこの報告をおこなう意義は何か。

富家 保健所などでとられたデータが行政ルートで衛研などの「専門家」に渡ればそれでよいというものではないことを知ってほしい。

府県レベル上国のレベルなどの「たて割り」の機構だけを見ていると、肝心な問題がぬけてゆくことを知ってもらいたい。

司会 (東田)「安全基準」「暫定基準」がどのようなしくみでつくられるかがわかったと思う。公害にかかわる問題は、1人でも被害者をださない考え方でゆかねばならないが、平均値の論理でゆくところに数字の魔術がおこなわれる。数値のつかい方には、はじめの発想が重要である。公害だけでなく、産業衛生領域でもつくられている多くの基準値の総点検が必要なようであり、演者らの研究を拡げられることを期待する。

3. キノホルムに関する文献的考察

(報告者：片平冽彦・東大)

スモン・キノホルム説に対する反論ないし疑問の1つとして、この薬は古くから使われ安全無害な薬であったのに、昭和30年以降にわが国でキノホルム中毒としてのスモンが多発したとするのは納得ができないという考えがある。

この問題を考えるにあたっては、まずキノホルムが開発され販売されてからどのような使われ方をされたのか、その間に果たして副作用ないし中毒の報告がされていなかったかを明らかにする必要がある。このことについて、演者は文献を探索することによって調査を行なった。

その結果明らかになったことは、第一に、キノホルムは戦前の昔にも決して安全無害な薬であったのではなく、アメリカでその毒性和副作用の報告がなされ(1931~34 Anderson ら, 1941~44 David ら, ドイツ)などでその極量が規定され(1926, Pharmazentischer Kalendar usw.), 日本では一時劇薬に指定された(昭和11年, 内務省令第19号。これは3年後の14年に厚生省令第36号によりなぜか削除された)ほどの薬であること、第二に、そういう薬にさらに乳化剤を加えて吸収されやすくし、戦後各種のキノホルム製剤を製造販売したこと、第三に、その適応症が戦前から次々に拡大され、戦後、とくに昭和30年以降大量生産化されたこと、またこれと前後して、厚生省薬務局の推薦している日本薬局方注解などが症状により増量を認めていたこと、などである。

とくに、「劇薬指定」については、当時キノホルム剤を発売していたチバ製薬も、「チバ時報」(83号, 11年10月)で紹介を行っており、その意味は大きいと思われる。

本調査研究は未完成であり、今回は中間報告的に討論のための基礎資料を提供したものだが、以上のことからすれば、国および製薬会社は、スモン多発の社会的要因として大きな位置を占めるのではないかと考えられる。

討 論

富家 (大阪府公衛研) 弁護士の集りでの発表を期待していた。

片平 劇薬の指定と削除について、その理由が

わからない。調べるルートを教えて欲しい。

曾田 (公衛院) この時期は大東亜戦争の準備期で、薬品が不足していたため国産化を奨励した頃だった。キノホルムについては軍が関与していたかもしれない。

飯淵 (関西医大) ヴィオフォルムの中味には外国産と日本産に、また戦前と戦後でちがいがいるのか。

片平 戦後は乳化剤を加えて吸収され易くしている。ドイツと日本で製造工程には若干の差があるようである。

<薬事審議のしくみ>

宮入 (京都) キノホルムに限らず、わが国の医薬行政がルーズであると思う。この(劇薬指定削除)ことも、その1つのあらわれであると思う。薬事審議一般についての考えを伺いたい。また、戦前は副作用がやかましくいわれていて、戦後これがほとんどないように書きかえられたというのは、どういう問題があったとお考えか。

片平 私は患者の実態調査から出発してこういう方向にきた。薬害研究の方向として、資本主義社会での普遍性と日本における特殊性を明らかにしてゆきたいが、現在の段階では医薬行政への具体的な考えはまだもっていないので、もっと研究してから答えたい。

宮入 薬事審議の機構は、日本と外国と違うのか。

片平 そのことはよく知らないが、キノホルムに関しては、1941年の David 報告などがおそろくとり入れられて、アメリカの薬局方ではキ剤常用量が 0.5g どまりになっているのだと思う。同じ資本主義国でも、日本とアメリカとで国の姿勢が違うように思う。「書きかえられた経過」については戦前から副作用ありという報告と副作用なしという報告がある。本当に副作用がなかったのか、今後調べたい。

<キノホルムとスモン>

柴田 (兵庫) キノホルムでスモンが発生したのは、量の問題か、乳化剤で吸収が良くなったためか、その両方か。

片平 おそらく両方だと思う。戦前にヴィオフォルムを一日最高 1.5g ずつかなり長期に（1ヵ月以上）用いて安全であったという報告が出ている。実際に副作用がなかったとすれば（発症には）もう1つの条件が必要で、それが乳化剤の添加ではないかと考えている。

司会（東田）演者の資料によっても、30年代以降のキノホルムの生産量の激増と患者の発生と一致している。キノホルムは、戦時中、貴重な薬であり、連用をさせた。これが先年来なぜ多量に使用されるようになったか、そのしくみこそ注目されねばならない。その間に、薬局法注解の改変が2度もあり、しかも実は戦前にも類似のことがあったという、この報告は貴重である。企業と行政とのゆ着をふまえた上で、スモンの本体を理解する必要があるようである。

4. 新潟水俣病患者の実態

（報告者：斎藤恒・新潟沼垂診療所）

昨年9月、新潟水俣病裁判で昭電の企業責任を明白にし、住民の健康を犠牲にしてまで企業の利益を保護しなければならぬ理由はない、という画期的な判決が出された。昭電は判決には服するが、農業説の正当性は歴史が証明するであろう、と声明した。しかしながら、昭電のある鹿瀬、津川はじめ、中流域からもつぎつぎと患者が認定されてゆき、昭電の犯罪はますます明らかになってきている。

裁判後の状況として、補償金は減額されたが、大きな勝利の判決で闘いはもう終わったとする空気が住民の中にできてきている。また一方、潜在患者がこれまでと違い積極的に受診するようになり、私たちの診療所にも、毎週何人かの新しい患者が来院するようになってきている。

昨年9月裁判判決時の患者が54名、本年7月現在の患者は162名にのぼるが、共闘会議と被災者の会は昭電に対し、死亡者および重症者（他人の介助なしに生活できぬもの）1,500万円、他の患者は1,000万円、他に訴訟参加者を含め全患者に年金50万円（物価スライド制をとる）で要求し、交渉に入っている。しかしながら昭電は、加害者としての責任を感じず態度がなく、環境庁の通達が出されて以後の患者は、別の病気が入っている可

能性があるとして区別し、一率30万円ですまそうとし、旧基準による認定がなされた死亡者は800万円、患者一時金200万とし、水俣病診断基準で視野狭窄その他ハーターラッセル症状の揃わぬ例が疑わしいとするランクに入れられ、大多数が疑いのランクに入れられている事実を見越している。

一方県当局は、裁判中は係争中のことであるからと中立をよそおい、判決後は犯人が明らかになったから、ということでもた傍観者の態度を通そうとし、日本で2度まで水俣病をおこし、公害を多発させている行政的責任をとろうとしない。

さらに判決後、積極的に潜在患者が受診する傾向が、補償金ほしさの功利的な傾向として批判する空気も認められた。そこで日常的に患者に接する私たちは患者の生活実態を明らかにし、患者の苦悩を全体のものにする必要性を痛感して本調査を行なった。

81名の患者にアンケートで調査したが、排泄、食事、衣服の着脱など、自分の身の回りの処理に不自由を感じずるものが2～3割、以前の仕事を続けられずやめてしまった人が56名（75%）もあり、働き盛りの20～60歳までの男性32名中10名がまったく仕事ができず、家でぶらぶらしている状態である。新聞、テレビ、日常の対話で不自由を感じずる人が多く、味覚、嗅覚、歯の異常、さらに性生活の障害も少なくない。

ほとんどが39、40年の発病であるにもかかわらず、最近になって続々認定されてきていることについては、就職や結婚、職を失う不安、大学で認めてくれなかったなどのことから認定がおくれ、その間借金を重ねたり、田畑を売ったり、子供の進学をやめさせたり、しかも近所の人から補償金ほしさに騒いでいるとうしろ指さされたりなどと、大へんな苦勞を強いられている。現在の患者は、61～70歳までが最も多く、働き盛りの中年、特に青少年が少ない。我慢できる間は何とか我慢しようとし、最近になって疲れがひどく、手足がしびれどうしようもないということで診療所を訪れる患者が後をたたない。しかもほとんどの家庭が大黒柱である働き手の男性を中心にこの不治の病に侵されている。この実態をみるならば、現在の要

求額があまりにささやかな要求であり満額獲得しても解決するものではないことは明らかである。

昭電と政府によっておこされた犯罪は、健康と生命を、漁民から漁場をうばっただけではなく、家庭を破壊しつくしている。

患者たちに生活の不安をなくし、少しでも働ける人たちに働く権利を保証するいわゆる社会的リハビリテーションの確立がさし迫った問題であり、国や自治体に要請するとともに、会員諸氏の検討を望んでやまない。

討 論 <被害事実発表の意義>

大橋（名大）結婚などの被害者と家族にとって深刻な問題にかかわる報告をされることは、家族らにとってどうなるか。

齋藤 そのことはもちろん問題になった。この報告を発表することについて、患者会の人たちと相談した結果、補償交渉でもでている被害者の苦しんでいる事実は、事実として発表すべきであるという結論になった。

<地域医師会・大学・保健所の姿勢>

宮入（京都）このような問題について、地域の一診療所の力の限界について、どう思うか。地元の医師会、保健所などの協力はどうか。

齋藤 はじめは苦しかった。一診療所の力は小さいが、患者さんが協力してくれる。学生も協力してくれる。はじめは県の衛生部や大学では「患者を甘やかすな」といっていたが、最近、大学や保健所の人たちが協力するようになった。

飯淵（関西医大）患者さんの日常診療活動のなかから生れた貴重な報告である。％にこだわらずに、具体的な事例や調査の実施経過でどんな問題が出たかを報告してほしい。

司会（大橋）大学の研究者が現場の報告を批判するならば、現場へ直接行ってみなければならぬのではないのか。

司会（東田）この報告は、発表形式の如何を超えて重要な問題を提起している。被害者ら個人にかかわる重大な問題を発表することについて、これを発表することにより、より強い闘う力がつくという被害者らの自覚と、被害者らを支援するものがなければできないということである。被害者の会と共闘会議とのむすびつきこそ重要である。

田辺（東京）保健所の保健婦は出ているか、どこに壁があるか。また医師会は、当初、協力できなかったか。今後どんな注意がいるか。

齋藤 部落ぐるみの検診をするとき、医師会から文句がでることがよくある。保健所から「一日診療所開設届」を出せとか、「往診」かといわれた。大学の先生からも、医局員がなぜあの診療所にむすびつくかと問題にされた。患者組織をつくと、医師会には患者のとりあいと思われた。しかし運動が発展して社会的に評価されるようになると、全般に理解されるようになった。

氏名不詳 土地の医療機関や保健所に働きかけて、一緒にやらせるような住民運動をすすめる必要がないか。

齋藤 医師会や開業医と一緒にやってほしいとよびかけた。潜在患者の発掘について、県議会でも問題になってから、医師会や大学と一緒にやる方向になった。実際には、まだまだだが……。

5. 生野周辺地域イタイイタイ病について

（報告者：柴田市子・兵庫中川医院）

これは先月神戸でおこなわれたシンポジウムにおける報告からだされた一つの問題提起であり、また地域医師のベッドサイドよりの考察でもある。

カドミウム汚染によるイタイイタイ病が、富山県において発生してより、その慢性中毒が問題にされるようになって、全国的な環境調査が行なわれた（厚生省、昭和40年以後）。その中に、兵庫県円山川、市川流域の汚染も明らかにされるようになった。

1) 兵庫県生野町は、中国山脈の分水嶺に位置し、三菱金属鉱業所がある。

生野鉱業所では、カドミウムの主要排出源である亜鉛を始め、金、銀、銅、鉛、スズ、ビスマス、砒素、タングステンなどが産出されていた。したがって、昔から、市川には鉱毒があり、アユもホタルもいなかった。それならば、人体被害はないのかと疑問をもっていたところ、カドミウム汚染が明らかとなった。

2) 水田土壌のカドミウム汚染状況：生野町で最高 9.7ppm（兵庫県）。

3) 玄米のカドミウム汚染状況：生野町で最高

氏名	性	出 産	発 病	尿 所 見			
				蛋 白	糖	Cd 定 量	ディ電気泳動像
A	♀	7	60歳	±~+	+~#	mg/l 8.2~10.4	+
大河内	75		神経痛	40~58 mg/dl	64 mg/dl		
B	♀	6	53歳	+	+~#	15~22	+
生野	71		股 痛	59~95	107		
C	♀	6	64歳	±~+	±~+	18~24.6	+
生野	65		下肢痛	48~74	31		

	血液所見							
	赤血球 10 ⁴ /mm ³	白血球 /mm ³	血色素 gd/l	ヘアト クリット (%)	アルカリ フオス	カルシ ウム	燐	NPN
A	333	4500	9.5	35	35~40	10	3.8	30
B	504	4000	13.9	45	9.5	10.1	3.2~2.6	30.9
C	399	5300	11.2	39	7.3	10.2	4.2~2.6	

	骨 所 見	そ の 他
A	右大腿部骨折 左前腓骨横骨折	ねたきり
B	右大腿骨々折	杖をついて歩く
C	両大腿骨皮質菲薄化	杖をついて歩く

1. 43ppm (兵庫県).

4) 昭和46年度市川町老川健診から。生野より約 25km 下流での何の潜在意識もなく、調査した結果でも、市川流域と非流域では、尿中蛋白、糖ともに陽性率が、前者 3.8% に対し、後者 0%、尿中蛋白陽性率は、前者 18.1% に対し、後者 12.3% であった。

5) 生野町におけるイタイイタイ病、疑似患者症例：(上記表参照)

むすび：生野周辺にはカドミウムなど重金属による環境汚染があり、その結果、その地域には、特有の「イ」病症状患者があることをみとめる。

討論<非鉄金属鉱山における複合汚染と公害>
大橋 (名大) どんな鉱山か。

柴田 銅山である。

大橋 (名大) 非鉄金属鉱山では各種の重金属の複合汚染があるようだ。ひどい廃鉱の水をのんでいるところで、精薄が 10% もでている。2 軒に 1 軒ででているところもある。家族の意志で発表していないが——、乳児死亡率がたかいたところもある。古い産婆さんがいるところではほりおこしができる。他の鉱山も調べたいのであれば、ご案内したい。

柴田 現在はそこまでしらべていないが、複合汚染の問題は考えている。

<公害と労働障害>

宮入 (京都) 鉱山労働者のじん肺はどうか。私たちは右のじん肺をみており、全国じん肺患者同盟がある。

柴田 来年、じん肺検診をする予定。昔から生

野町では若死するといわれてきた。しかし生野町は鉱山でもっている町で、お山にたてつくことはできないというので、(労働者、住民を) つかまえていく。現在は人口もへりつつある。

東田 (関西医大) 生野鉱山のじん肺は、日本の職業病の歴史の中で有名である。また、じん肺のようなはっきりした職業病だけでなく、それ以外に鉱毒による障害がないか、重要である。職場における労働者の健康破壊と公害は根は一つであり、あわせて摘発しなければならない。

<認定基準をめぐる>

富家 (大阪公衛研) 大阪でメッキ関係の労働者でも、この報告の程度の尿の汚染がある。尿中カドミウムが 30 μ g/l に達していないことを理由に、問題がないといいそうだが、生野では症状が

でている点が重要だ。

柴田（当局は） $30\mu\text{g/l}$ 以上でない、「認定」できないというが、それ以下でも異常所見があったり、因果関係で、糖やたん白がでる率が他の地域より高ければ、尿中カドミウムの多少は問題でないと思う。とくに30人の尿を一緒に平均して $30\mu\text{g/l}$ に達しないから問題でないというのは間違いだ。検診のさい、ねている人でカドミウムが40も50もある人で、検診に出てこなかった人が一人でもあれば問題だ。

日高（兵庫）兵庫県には「権威者」がおり、委員会もつくられているが、イタイイタイ病にたいするとりくみに問題があるのではないか。

司会（東田）生野町の問題をさらに追求するとともに、この教訓を全国の鉱山町の問題として生かして、とりくむ必要がある。

6. “東京型”光化学スモッグの推理

（報告者：南雲清・代々木病院）

従来報告された光化学反応によるスモッグは“ロスアンゼルス型”であったが、1972年5月23日より連日発生した石神井南中学の被害状況をみると、かつてなかった症状を呈し、首都圏の大気汚染を考慮するに、将来、重大な環境・健康破壊が招来されるので、その一端を報告する。

1) 練馬区石神井南中の被害

同校の被害状況は5月12日(331名)、19日(5)、23日(5)、24日(5)、25日(6)、26日(195)、27日(31)、29日(130名)で、以後9月から7月の夏休みまで連日のごとく被害者がでており、7月初旬までに延約1,300名の届出があった。このうち重症者は40名以上となった。

症状の特異性と多様性：手足のしびれ感、脱力感、嘔気、腹痛、腹部の絞扼感、下痢、流涙、眼痛、頭痛、発熱、悪寒、全身発汗、頻脈、眩暈、喘息様咳嗽、過呼吸、呼吸困難、意識障害（失神）、手足の痺れん、粘膜出血、顔面蒼白、その他著明な不快感、過敏性反応などを含めた複雑な全身症状と局所症状が混在する特徴もっている。

広尾病院（都立）よりの報告：5月26日の被害者で広尾病院に入院した7名についての報告要旨は下記のごとくである。

(1) 入院者全員に所見を認む。(2) 共通の症

状としてウイルス性感冒様症状。(3) 鼻粘膜が発赤しているものと、咽頭粘膜に出血しているものがある。(4) 粘膜出血に腫脹はないし、痛みを訴えていないのが特徴的。(5) 3名に気管が赤絵具を塗ったように見えた（注：気管出血かは不明?）。

学校の環境条件：周囲はキャベツなどの畑と住宅にかこまれた田園都市型で、工場はない。道路は東側の環状7号線と南、北側に二本の中小幹線道路が環状線に交叉する状態で平行に走っている。

2) 東京首都圏の汚染と気象条件

東京の上空汚染：環境庁が72年1～2月東京湾の上空(300, 500, 1,000m)を中心に調査した結果、① NO_2 は冬期は北風によって遠く相模湾の海上まで拡散し、微風時は湾西岸（横浜、川崎、品川の線）に集中している。上空濃度は地上平均分布とかなり強い相関を示している。② SO_2 は NO_2 が連続的であるのに対し、断片的濃度分布で、広域汚染型である。地上濃度ともかなり相関がある。③ エーロゾルは西岸において1,000mでも弱風時部分的に高濃度に証明され、300m地点までに $50\sim 100\mu\text{g}/\text{m}^3$ が測定され、平均すると $30\mu\text{g}/\text{m}^3$ 前後であった。海風は冬季に出現しにくい、部分的海風を含めると30～40%の出現率で頻度はかなり高いことがわかった。

70年7月26日の気象（気象研究所）：当日は0.3ppmの高濃度オキシダントを測定した日であるが、風向をみると、東京湾上の南風が銚子方面よりの東風によってUターンし、多摩地区から神奈川県方面に流れ、特に多摩川上流付近で-20の収束域をつくる。東京湾上では+10の発散域があり、湾上の汚染空気が複雑な経路で西部地区に集積する可能性が考えられる。

首都圏の閉鎖的気象圏：科学技術庁が72年5月発表した夏季の首都圏上空は上記2)のごとき風向により、東は千葉県内湾、北は浦和付近、西は丹沢山麓、南は三浦崎と千葉富津崎を結ぶ線に囲まれた閉鎖的大気圏が生じ、圏内の樹木は50年後に全滅すると推定した。

上述した気象条件と首都圏の汚染を総合すれば、東京湾兩岸のコンビナートや都内より排出す

る汚染物質はこの圏内を直撃することができる。

3) 結論

今回の石神井南中を中心とした一連の光化学スモッグ事件は、その被害状況や野鳥の怪死事故からみて単なるオキシダント汚染によるものでなく、複雑な過程を経て合成された有毒物質が学校を直撃したものと推定する。

われわれはすでに猛毒ガス物質が大気中に存在していることを推定しており、また類似の症状が日本各地が発生していることから、この光化学反応は“東京式”というより“日本型”と考えておる。東京都の対策 project team が発表した「心因性反応」などで説明すべきものではない。

討論くいわゆる「心因性」説について>

曾田（公衆衛生院）かりにいわれる「心因性」であってもほっておいてよいのではない。何らかの原因があつて、ほっておくと何かの機質的变化が出るか問題ではないか。労災ではどうなっているか。

南雲 東京都では心理学者もいれて検討する必要がある。

東田（関西医大）「心因性」そのものは「業務上」としてまだみとめていないが光化学スモッグの場合、たとえ「心理的影響」があつたとしても、何かの症状があらわれている事実が問題である。しかもその根底には、子供たちは大気汚染による被害の体験がある。また労働者の障害を考える場合、直接的な有害条件のほかに、労働時間や睡眠不足などをふくめて、全体としてふまえ、たやすく「心因性」とはいわぬ。子供の場合も、その生活実態をつきとめずに「心因性」といっているのではないか。

7. 和歌山県における森永ミルク中毒児の問題について——特に山村における未確認児の問題——

（報告者：寒川利朗・森永ミルク中毒こどもを守る会）

森永ミルク中毒のこどもを守る会、寒川利朗森永ミルク中毒のこどもを守る会和歌山県本部が結成されたのは、ごく最近の47年6月であり、事件発生以来17年間個々の形で細々と治療を受けていた者はあつたが、森永ミルクの被害者としてはどこからも支援されずに過してきたのである。守る

会和歌山県本部が結成されると同時に県下の各地から様々の形で訴えが続いているがその中で特に未確認患者の事例について訴えたい。

1) A女；山村生れ生年月日47年8月19日生後すぐ母親が「乳ガン」の疑いで手術したため人工乳として森永ミルクを飲ました。8月19日生まれで事件発表までわずか5日しかないのに、山村へき地なるがゆえに新聞、ラジオでの報道も知らず、ずっと飲み続け、店屋も何も知らずに売った中で下痢をしたり、色々の症状が出て苦しみ、小さい時から小、中学校時代を通じ、鼻血、貧血、関節のしびれ、ケイレン、はき気などに悩まされ続け、現在に至っている。今まで森永ミルクについては何も知らなかったしまた知らしてもらったこともなかった。

2) B女；昭和30年5月23日生れ。生後すぐ森永ミルクを飲みいくら飲んでも太ってこないし下痢を始め手足腹にしっしができてきた。8月下旬、たまたまラジオで事件を知り、問題のカンを交換してもらったがその後どこからもなんらの指導もなく現在に至り頭痛、関節の痛み、冷え、皮膚の色が紫色になるなど苦しんでいる。

3) C女；昭和29年11月生まれ。森永ミルクを30年6月頃から飲み始め、それまで元気であった子供が7月中旬頃より発熱、下痢をおこし8月初めまでずっと苦しみ、さいごは体中に黒い斑点が出て、高熱のため脳をおかさされ、8月初旬死亡。事件発表後空カンを探せと保健所からいつてきたが、なかったためそのままになっている。

これらのことは、和歌山では特に山村から上ってきているのであるが、当時和歌山県は全国的に見ても問題のMFミルクの回収、事後指導など綿密にやったといわれる中で、これらの事例がでてきており、未確認患者がなお多く存在していると考えられる。竜神村で保健婦とともに追跡調査をした結果、この貧村でさえ、40名が森永ミルクをのんだために何らかの症状がでている。そのうち7名死亡、確認患者はわずかに6名、あとは全部未確認患者である。

特に和歌山県で考えられる理由としては、

(1) 和歌山県のような山村、へき地の多いところでは自分が知らないまま、また知らされない

まま、事件発表後も飲みつづけた者がいる。

(2) 行政指導の中でも不徹底の面があり、販売店に対しても細かい指導がなされていないところもあり、完全回収された証拠はないこと。

(3) 当時の生活水準はまだ低く、山村ではミルクを飲む子も少なく、社会的関心も低く、そのため行政も甘みたのではないと思われる。

(4) 当時和歌山県は28年8月大水害の復旧事業中で、食品公害問題まで手の回らなかつた自治体があったこと。

(5) 町村合併が実施された頃でそのための事務に自治体が忙殺されたこと。

などの条件下で、山村、へき地に多くの未確認者を残したことが考えられ、今後、全国的な規模の中で不当にも「未確認患者」として置かれている、被害者のそこなわれた人権を回復するために、必要な措置を講ずることが緊急の課題であろうと考えられる。

討論<専門家・「学界の権威」と公害>

齋藤(新潟・沼垂診療所)当初、大学の「専門家」をつれて診て回ったとき、みんな、水俣病を否定された失敗談がある。私たち自身が患者とのつながりのなかで、患者自身が真実をもっともよく知っていることを知らされた。

南雲(代々木病院)学者先生方には「危険な思想」がある。素人でも患者に接している人がもっとも正しく把むことができる。

丸山(阪大・衛生)公衆衛生学会で「14年目の訪問」を発表したとき、西沢先生は「臨床医が関係していない」と、否定した。

司会(東田)イタイイタイ病裁判を担当した山下弁護士はいわゆる「科学者」をきびしく批判している。被害者の認定につき、「現場を回らず、患者も診ずに、どうしてわかるのか。患者こそ教師である」といっている。演者が要請された和歌山への協力をどうするか、みんなで考えてほしい。同時に、和歌山の地元で、一緒になって闘ってくれる人を探しだす必要がある。

8. 大阪における森永砒素ミルク中毒に対す

るとりくみ

(報吉者：細川一真・森永ミルク中毒こどもを守る会)

森永ミルク中毒は、企業利益を第一にした「被害

害者処理方式」として、その後の「公害処理方式」のモデルとなったものである。17年経た今日、ほりおこされたこの問題にたいするとりくみと解決への過程は、他の公害との関連において注目すべきであろう。大阪では、京都とともに、そのとりくみが組織的に進んでいると考えられ、その経験を述べ、今後の方向を求めたい。

1) おもな経過と活動の内容

(1) 丸山報告——昭和44年10月、事後調査の会のメンバーが中心になり「14年目の訪問」が公衆衛生学会で丸山報告という形で発表され、森永問題が掘りおこされる直接の動機となった。

(2) 「守る会」大阪支部結成——それまでも、「森永ミルク中毒の子供を守る会」は岡山で細々ながらつづいていたが、それ以後全国的に再結集され、44年11月、第1回全国総会がもたれた。

大阪では44年11月「守る会」大阪支部ができた。そこでは、森永の企業責任を追求しなければならないという主流的な考えと、森永との融和をはかろうとする考えと、内部闘争があり、結局主流的な考えが勝ち、当分の間は、被害者の結集、組織の強化を課題とした。

(3) 阪大における被害者検診——丸山報告をうけて阪大教官の有志が45年1月から9月にかけて検診をはじめた。そのねらいは、救済ではなく、被害児を検診する場合、注意すべき点を知ることであった。

検診の結果、たとえば中枢神経系の異常が多かった。とくに、てんかんは新潟(一般住民)の調査では0.5%のり患率であるのにたいして、その2~3倍、それ以上のり患率であることがたしかめられた(湯浅)。脳波異常、皮膚の異常、点状白斑、難聴が多い(医学のあゆみ、77巻1号掲載)

被害児の1人が死亡し、阪大で病理解剖した結果、中枢神経の運動神経領域に砒素中毒を考えれば、説明ができない所見がでている。

(4) 支援組織「対策会議」の結成——守る会を支援する組織もたかまってきた。弁護士会との話し合いで、守る会は専門家による支援組織の結集を要請し、「森永ミルク中毒対策会議」が組織されることになった。約1年の準備期間における活動を経て、46年2月、医師、弁護士、保健婦、

自治体労働者を中心に市民組織を加えて、正式に発足した（青法協，民法協，保険医協会，民医連，新医協，府職衛生支部，保健所支部，事後調査の会，新日本婦人の会を幹事団体とし，医療部会，民生部会，広報部会，弁護士会にそれぞれの分野で活動開始）。

（５）対府交渉と被害者実態調査——守る会は企業責任の追求だけでなく、行政として、自治体としての責任をもとめて、対府交渉をもった。守る会がもっている被害者名簿の669名（31年当時1,296名）の患者の実態調査を要求した。当時の衛生部長は非協力的であったが、窓口である医務課の母子衛生係がよかった。長い間、大阪における公衆衛生活動とともに進めてきた仲間であり、公衆衛生活動の成果でもあった、府・市保健婦に森永問題を説明してもらい、保健所を基にして、守る会と対策会議のメンバーと府の当事者の三者で相談してきめた方法で実態調査をした。

（６）民主府政の誕生と「三者懇」——民主府政の誕生とともに、前記の三者で長期的な組織（「大阪府森永ミルク中毒対策懇談会、略称「三者懇」）を発足させ、府当局が実施する事業を相談し、決定することとなった。

（７）実態調査の成績——三者懇の代表でまとめた。その結果、①何かの支障があり、早急に対処する必要があるもの10％、②日常生活に影響あり、検診・指導を要するもの35％、③検診を要するもの46％となり、約80％は検診を要することがわかった。また①の問題児の家庭訪問と事例研究をおこなった。精密検診希望者が圧倒的に多いので、府の事業として精密検診を実施するように要請した。

（８）大阪府精密検診事業と検診委員会組織——大阪府は精密検診を実施することとなり、47年1月、「大阪府森永ミルク中毒精密検診委員会」が発足し、3月より検診希望児を大阪府下の大学とおもな病院で検診を実施している。この検診委員会は、大阪で森永問題でとりくんだ人たちが組織され、被害児の救済を目標とし、民主的運営と「公開の原則」をたてている（委員24名、代表委員東田敏夫）。検診の実施主体は大阪府であるが、委員会への委託形式をとり、協力医療機関30機関。

第1年次予算1,300万円。

（９）未登録被害者の認定機関——「守る会」が厚生大臣に要望し、国の責任で実施することになり、その認定登録作業のモデルを大阪府で実施するように国から要請あり、「三者懇」で検討中（47年9月、「認定委員会準備会」として発足）。

（10）対策会議を中心とする支援活動の拡大——①大阪保険医協会（大阪府医師会員の半数加入）に昭和46年7月、主治医制度を発足し（約100名）、被害児の日常健康管理、治療、相談をひきうけることになった。

②訴訟の準備：弁護士部会により、森永の「因果関係不明論」を破るための訴訟の準備がすすめられ、家庭訪問、生活歴調査、医学的検討から、理論構成をおこなっている。

2) 大阪におけるとりくみの意義

大阪における活動が比較して進んでいるとみられる理由として、

①被害者団体「守る会」が主体性をもっている。

②支援に徹した団体・人材にめぐまれ、強固な対策会議をもつことができた。

③民主府政の誕生と住民参加の府政により活動が容易になったこと（「三者懇」方式）。

これらは、大阪における長い間の公衆衛生活動や民運動の成果の一つでもあるが、今後を警めつつ、一層の前進を考え、住民の立場から公害問題解決の手がかりとしたい。

追加 1

14年目の訪問の取り組みとその経過

（報告者：松尾礼子・森永ミルク中毒事後調査の会）

14年目の訪問をはじめてから、3年を経たが、当初、丸山教授の示唆がどれほど重要な意味があるのか理解できなかった。また職場で、訪問を喜ばない動きの中で、ちゅうちょせざるを得なかった。

が実際に訪問した結果、事件は終わっていないことがわかった。つづいてのマスコミ発表について、訪問した人すべての人の意志を確認する時間的余裕がなかったのが残念である。

その後、大阪府森永ミルク中毒対策会議に属し、地区集会、現地交渉などに参加するなかで、

この事件の特質を知ることになった。

特に31年の一斉検診後はほとんどの被害児が医者、行政からも見放されていた。この事件処理方法がその後おこった事件処理につかわれている事実（第三者機関）、政府の企業優先政策が水俣、イタイタイ病、喘息、PCBを許すことになっていることがわかった。

今多くの問題のあるなかで、特に未確認の被害児をどうするかということである。両親の愛情だけで生命を保っている姿をこの目で見、母の不安や訴えをきき、一日も早く何らかの手がうたれないと若い生命が消えることになる。

この問題を実際に行なったことで、多くの事を学んだ。特に大阪で、昨年革新知事誕生後実態調査、実施の途中にある検診などが被害児の立場にたち実施されているのを見て、行政のあり方を具体例としてみることになった。また、他の公害についても学び、横のつながりをもつ必要性をあらためて感じた。

先日、兵庫県の対策会議結成大会の席上、ある被害児が、「17年前、今のように、私たちを助けてくださる人がこんなに多くいたら、今日こんな会はできなくてもすんだと思う」とあいさつをした。放置された期間が長かったことに改めて気付いた。

今後、各公害被害者との連携、支援と同時にこれらをつくりださない運動をどうすすめていくか考えていくことの必要性を体で感じる事ができた。

追加 2

京都での森永ミルク中毒事件の経過から

（報告者：谷口玲子・京都森永ミルク中毒調査研究会）

森永砒素ミルク中毒被災児の状況が「14年目の訪問」によって明らかにされ、問題提起されて以来、「京都での被災児は……」との疑問を持っていたものが集り、昭和45年6月「京都森永砒素ミルク中毒調査研究会」を結成、京都での取組みをはじめた（メンバー：被災児の親、医師、心理学研究者、学生、保健婦、法律家など）。9月から、まず「京都森永ミルク中毒の子供を守る会」会員約30名を対象に訪問開始した。

一方、京都府、市は「守る会」の要望に答え、

自治体として森永砒素ミルク中毒被災児の健康と生活を守る立場から「京都府森永砒素ミルク中毒追跡調査委員会」を発足させ、その実態を調査することになり、府、市の全保健婦の手で、訪問面接されることになった。

この活動を通して、15年間放置されてきた被災児の現状に直面し、医療、行政への鋭い不信をつきつけられ、患者、住民の側にたった医療、行政とは、どのようにあるべきなのかを改めて考えさせられ、深く反省させられた。被災者との連帯の大切さを実感し、また個々の能力では受けとめ得ない問題であっても仲間と討議していくことによって解決への糸口を見出し得ることを体験し、住民の健康を守る活動とはどのようなものかを教えられた。

昭和46年12月、疫学調査、精密検診（臨床医学、心理学）の結果から、京都での森永砒素ミルク中毒被災児の現状とその対策が公表され、今後、私たちが被災者とともにどのようにすべきかの方向づけが示された。また精検未受診者の状況を調査することにより、森永乳業の示す健康管理方式では、全ての被災児の健康を保障することは不可能であることが明白にされた。

今後は、この運動が多くの人に理解され、拡大されて、真の解決が得られるよう、被災児、家族とともに歩み続けていきたい。

討 論

司会（太田）大阪や京都における運動は進んでおり、有利な条件にあるが、他の県ではそうではない。たとえば広島県では保健婦は参加させないという。委員会は「権威者」で占めている。支援団体もなく、「公開」もされない。自分たちが「権威」がしめしてくれる力関係のもとでどうかかわりあうか、問題である。

<潜在被害児について>

丸山（阪大・衛生）砒素ミルク中毒らしい子供がいることを知っている人がいるか。

広瀬（高知）高校生がいる。学力が低下し、頭痛をよく訴える。父兄がいうから、何とかたしかめたい。

氏名不詳 昨年10月死んだ子供がいる。お母さんの話では小さいときは表彰されるほどだっ

たが、いつのころからかだんだんよわくなり、原因不明のまま肝臓がわるいとかで、死亡した。お母さんが、森永ミルクをのんでいたから、調べてもらう、といていたやさきに死亡した。

中島（大阪）心臓検診で異常があるといわれた子供で、本人は砒素ミルク中毒でないかといっている。皮膚に斑点がでる。

＜被害者復権運動の進め方＞

司会（東田）今後の課題として、守る会があるところでは、守る会が中心となって救済の運動を進めることができるが、組織がないところはどうか、考えないといけない。「被害者の復権運動」であるから、一人一人ばらばらではなく、束になることを考える必要がある。私たちの大阪では運動が成功しているといっても、まだ問題はあつた。医師として精一杯やっているつもりでも、患者にとってはどうだろうか。また保健所に、まだ返していない。同時に松尾さんの話があつたように、一人一人が被害者に接触する human relation が非常に大切だ。

山下（京大・公衛）京都での運動でみると、運動を一緒にやってゆくうちに、変ってくる。はじめは、自ら専門家と称している人が、保健婦や心理学者らと話しているうちに変ってくる。human relation も必要だが、やはり支援する側が「集団」としてうけとめることが必要だ。

丸山（阪大）山陰地方に自分の子供がミルク中毒である医師で、他に中毒の子供を数人みている、この問題をとりあげない人がいる。やはり、組織としてうけとめないか。どうしたらその人に協力の手をさしのべることができるか、考えないといけない。

司会（東田）患者や支援団体の組織はどうなってきたか、新潟ではどうだったか。

斎藤（沼垂診療所）患者たちが、生活や教育をどうするか、県や市の責任を追求し、もちこみながら、そのときどきの要求をだすなかで、患者自身がよつてきた。医師や保健婦だけで片づかないものを、自治体へ出すうちに理解し、団結するようになった。

とくに昭電にたいして訴訟をしながら、団結した。

もう一つ、こういうような政治をかえるには、医師や一部の人たちだけではだめだ。やはり労働者に訴え、労働者がたちあがらなといけないというので、私たちははじめから、労働、総評に働きかけてきた。その辺はどうなっているか。

司会（東田）たしかに、労働者との共闘が大切だが、労働組合にもいろいろな事情があり、問題によっては、うまくいかないことがある。カネミの場合は、支援組織が2つにわかれたことがある。労組には一定の運動方針があつて、企業公害の種類によっては、住民運動とはかならずしも一致しないことがある。被害者の側にもいろいろな立場の人がいる。被害者の復権運動はやはり被害者が中心とならねばならない。労働組合と話をつける場合は、その辺をしっかりとつめておかないといけないと思う。

司会者のまとめ

高度成長がうたわれるなかで、企業の私権の追求がすすみ、住民が公害と被害をうけている。労働者は職業病として被害をうけている。

ここでの報告は、すべて被害住民の立場にたつて生存権・生活権侵害にたいする復権をめざすものであるから、つねに被害住民の要求を中心におき、それらの要求をどううけとめるかが、考えの焦点になる。その生存権・生活権回復の闘いのなかで、「環境基準」あるいは健康被害の「認定」の問題がでてくると、行政や加害企業によっていわゆる「科学」なるものがいろいろに使われる。行政側が加害企業に加担する動きのなかで、「学者」や技術者、医師も利用され、被害がすすみ、被害者の権利がますますおかされている。これに関係した「学者」や「学界の権威」は患者の声を聞かず、現場もみない。私たちは「被害住民こそ教師である」という立場から、真実をもとめ、問題点をあきらかにしてゆかねばならない。これを牛乳中 BHC や玄米中カドミウムの「基準」に関する報告にみることができる。

キノホルムに関する報告は、行政が戦前からこれが「劇薬」であることをみとめていたことが明らかにされたが、戦後でも製薬資本の販売政策と

のかかわりあい、スモンがひろがったのではないかと推測され、スモン裁判に影響をあたえるだろう。

新潟水俣病、生野町のイタイイタイ病、森永ミルク中毒の報告は、いずれも被害者の復権、救済、補償にかかる問題である。とくに水俣病については、この体制下においては裁判に勝っただけでは解決にならない。被害者の苦しみはつづいている。裁判がかえって加害企業を「救う」結果になるという矛盾がある。法廷闘争をつづけるなかで、これを支えるものとして、被害者を支援し、生活を見まもる用意をととのえないと、本当の意味で、勝ちにならない。たとえば、カネミの被害者たちは今きびしい法廷闘争をしている。家族ぐるみで病気と貧乏と闘いながら裁判をつづけねばならない。このような被害者の弱みをつきこんで、加害企業や行政が崩れさせようとしているとみられ、被害者を支えるものがきわめて重要である。

大阪の森永ミルク中毒に関する運動も、これが忽然として生まれたものではない。もともと地域における社会問題について、良心的にとりくんでいる人々のつながりが必要なのではないか。大阪では戦後の社会運動とともに闘ってきた人々の「人脈」が案外重要な要素になっている。

保険医協会の動員も、大義名分論だけではだめである。実は、戦後の長い健康保険改悪反対闘争

に協力しあったつながりが、森永ミルク中毒被害者の救済運動に協力する下地となっている。また大阪における20間の公衆衛生活動の歴史がそれぞれの立場や枠をこえてむすびつく条件をつくっていた。このような「歴史」こそ大切な要件である。そう考えてくると、現在のいろいろな科学者や住民の運動やつながりは、将来の住民のいのちとくらしを守るいろいろな運動の発展に役立つにちがいない。現在は反公害や被害者救済の運動が進んでいない地域においては、やはりその地域における民主的なつながりや運動を育ててゆくことが、もっとも基本的なすじみちであり、その路線のなかで、現在の被害住民の復権と救済の闘いを具体的な課題としてすすめることであろう。もっとも大切なことは、あくまでも被害者が復権・救済の運動その主体でなければならないということである。支援組織の役割は、被害者の生の要求を受けとめ、被害者を支えて、その苦しみを和らげ、病苦を解きほぐしながら、被害住民の闘う力を強めることにある。被害住民自身の立ちあがりがないと正しく前進はない。われわれ医療担当者や研究者は、それぞれの職能に応じて、その中でいかなる役割を果たすべきか、果たしうるか、自ら問わねばなるまい。これも現在から将来につづく課題である。

日常検査法シリーズ

3. 寄生虫卵

浅見敬三 慶応義塾大学助教授

本書にとりあげたのは、日常検査という点から、糞便内の虫卵と原虫類の検出・同定の方法だけである。わが国では人の寄生虫病は激減しつつあるため、実務の際、たまたま虫卵を検出しても、その同定に苦しむことが少なくない。また虫卵検出に不慣れとなり、検出率も低下する。本書は、多くの虫卵や原虫の原色写真を収めた独学者のための参考書。

B5 頁 47 図 7 写真 64 原色図 7 ¥ 800 医学書院刊

統計学入門 改訂第2版

杉田暉道 横浜市大教授

津田忠美 横浜市大講師

主要目次 母集団と標本・平均値の比較・百分率の比較・相関関係・どの問題をいかなる統計学的方法にあてはめたらよいか

A5 137 頁 図 34 ¥1200 医学書院刊

公衆衛生と保安処分

座長

大平 昌彦 岡山大学衛生学教室

丸山 創 大阪府藤井寺保健所

乾 死乃生 大阪・府藤井寺保健所

青山 英康 岡山大学衛生学教室

報告・討議を始めるに当たって、座長の一人である青山より、本研究会で「保安処分」問題が、公衆衛生活動との関連で討議されることになった経過が報告された。青山は、昨年（1971）の第 12 回社会医学研究会の総会の際に、社会医学研究会としては、単に「保安処分」新設に反対する決議を行なうのではなく、全会員が各自の日常活動の場面で、この問題に取り組み、一年後にその活動結果を報告し合うとの決議がなされたが、今回の討議がこの決議の実践として持たれたものであることを指摘し、さらに昨秋の第 30 回日本公衆衛生学会総会において、「若い公衆衛生従事者の集い」に結集する社会医学研究会会員の有志の提案により、「保安処分」に関する委員会（委員長：小林陽太郎）が結成されたことが報告された。その後この委員会委員でもあり、今回の報告者でもある桑原・森・吉田の三氏から、「保安処分」の問題を検討する場合、これを単に公衆衛生活動の一分野としての精神衛生活動との関連にのみ限定するのは、その問題の本質を見失う危険性があることが指摘され、この問題のより幅広い視野からの討議が必要であるとの結論に達した。

すなわち「保安処分」が今日の時点で、刑法の全面的な改訂の中で提起されている以上、刑法の全面改訂そのものの、今日的時点における意義とその本質を正しく理解し認識しなければならないし、このような見地に立った保安処分問題の理解は、当然今後の公衆衛生活動全体にわたって、重大な影響をもたらす危険な国家的要請として、「保安処分」をとらえなくてはならないと考えられる。

とくにわが国の公衆衛生活動が、その歴史的な

展開の中で、また今日の諸々の実践的な活動場面において、住民のそしてケースの健康と生命のみならず人権をも踏みにじって、「公共の福祉」の美名(?)の下に、一途に社会防衛論的立場を貫き通している状況をみる時、保安処分と同様の国家的な処罰を、すでに住民に下している数々の事例を、現実の公衆衛生活動の中に認めざるを得ない。

精神障害者を非社会的と一方的、非科学的に差別し、その概念を反社会性へと拡大していく中で、医療とまぎらわしい名称をもって、社会から合法的に隔離していく保安処分の治安立法の本質は、従来のそして今日の公衆衛生活動の主要な活動諸場面において、すでに実践されていることは誰も否定し得ない事実であり、このことを総括することなくして、保安処分問題を検討することは、きわめて危険なことであり無責任な態度と断ぜざるを得ない。

今日大きく変換する衛生行政の中で、公衆衛生活動もその性格がより一層危険な様相を示しつつある。基幹保健所構想に認められる対人保健サービスの切り捨てと、保健管理業務の中央集権化はコンピューター導入による国民総背番号制への積極的な参加、協力を要請されている。テレホン・ドクター体制による僻地医療の切り捨て、公害行政における取り締り行政の強化など、公衆衛生分野における最近の危険な動向の事例は数限りない状況である。

保安処分問題に対するこのような論理の発展は、前記三委員のみにこの問題を分担させておくことの不十分さを明らかにし、三委員の訴えに応じ、より幅広い討議の下に、有志が参加・協力す

ることになった。

かくして去る5月27～28日の2日間、岡山において「保安処分と公衆衛生活動」をテーマに熱心な討議がなされ、「保安処分」の持つより本質的意義を正しく理解する立場で、われわれの日常性と重大な関連を有する公衆衛生活動の諸問題を総括的に再検討することにした。

当面公衆衛生活動の重要な部分として、精神衛生、結核予防、母子衛生、伝染病予防、保健婦活動の5つのテーマを設定し、これら諸活動の中に「保安処分」の行政処置の有無を点検していくことにした。

さらに今日的な公衆衛生活動の課題として、基幹保健所構想、公害問題、コンピューターの導入と管理システム、新労働安全衛生法の4つのテーマを設定し、これら今日の公衆衛生活動の動向の中に、「保安処分」新設と共通する国家的要請の危険性を明確にしたいと考えた。

これら9つのテーマを「保安処分と公衆衛生活動」と題する総論部分を設け、当面の問題提起のための報告を分担することにした。

以上のような経過報告の後に、各テーマごとに報告がなされた。

1. 保安処分と公衆衛生活動

(報告者：桑原治雄・京都大)

1) 刑法改定について

刑法が制定されたのは明治13年であるが、現行刑法にあらためられたのは、明治39年で日露戦争直後である。その当時の改定理由は、それまでの旧刑法が「市民の自由を強調し、罪刑法定主義の原則を貫いていたので寛容すぎて国情に合わない」ということだった。旧刑法の原則である罪刑法定主義がどのようにして成立したかを知れば「寛容にすぎる」と述べて改定した意味がはっきりするし、また、今日保安処分が登場してくる意味もはっきりする。

罪刑法定主義とは、犯罪に相当する行為とされるには、行為のあった時、その行為を罰すべきものとした法規が予め公布、制定されていない限り罰せられないという主張である。

この理念はフランス革命によって、市民の立場から、国家による処分、刑罰権を制限し行政警察

活動を押えることで、基本的人権を獲得し守ろうとしたことが土台となっている。

明治13年(1880)の旧刑法は、主として1810年のフランス刑法をもとにしたものである。罪刑法定主義の考えは、人道主義的立場から、18世紀後半にイタリアのベッカーリアによって提唱され、のちに19世紀のドイツの刑法学者フオイエルバッハによって定式化され刑法の基本理念となった。これを刑法学者達は旧派理論と呼んでいる。

この旧派理論では、行為主義(犯罪に該当する行為がなければ罰せられず、行為があった時に限って罰せられる)、「自由意志説」(犯罪を行なうか否かは、本人の意志によって行なうのであるから、本人に行為の責任を問わねばならない)、「応報刑」(犯罰行為の重大さによって刑の内容は決まる)が骨組みとなっている。かくして、犯罪を明文化し、さらに犯罪に相應する刑の範囲をはっきり定めている。これにより、国家権力の自由裁量や恣意的な刑の与え方に制限を加え、国の行政権を限定し行政処分をできるだけ抑制して、国民の基本的人権を守ろうとした。しかし、産業革命が進み、とりわけ遅れて産業革命を強行した国では、工業化の無理な強行もあって人口の都市集中化、人民の窮乏化(貧富の差がはなはだしくなり、貧困で生活に苦しむ人々が多くなる)、スラムの出現などで、従来の旧派理論の有効性が疑われるようになってきた。

犯罪の数はふえ、刑を受けても罪を重ねる累犯者が多くなり、従来から成立していた市民間のモラルでは、犯罪を再度犯すことから防止できなくなったからである。この時に登場したのが進化論の影響下に、犯罪の原因を探り、これに対処しようとして19世紀後半に形成されたのが新派(近代学派)の理論である。

イタリアのチェザーレ・ロンブローゾによって提唱され、ドイツのフランツ・リストやオーストリアのハンス・グロスらによって提唱されている。ロンブローゾは、犯罪者を対象として監獄の中で組織的な解剖学的人類学的調査を行ない、犯罪者は自然科学の意味における人間の特殊変種であり、この変種には、身体的な特徴と心理的な特

徴があると考へた。ロンブローゾが特徴として挙げているのは以下のようなものである。

身体的徴候「ステイグマ」…頭蓋や顔面形成の特殊性（異常に大きいか小さい頭蓋容量、後退脳、突出した下顎、大きな眉突起、大きくて不格好な耳）、腕、手、足の左右不均等であり、心理的徴候には減退した痛覚、残虐さ、軽率さ、労働嫌悪、抑制欠如、性欲の早期覚醒、虚栄、迷信ぶかいなどの傾向である。このような特徴の多くは原始的人間にも固有——とロンブローゾは信じた——なので、生来性犯罪者を先祖返りとして説明した。つまり、原始人に戻ったのが犯罪者であると考えたのである。その後多くの批判がありロンブローゾは若干の訂正をしたが、犯罪者については特徴をもって見分けることができるとした。

彼は、固有の犯罪者はそのように生まれついでいるのであって、社会に出ることは犯罪の機会を与えるだけとした。したがってこのように犯罪者となるように生まれついでいる者には、道徳的な贖罪とか名誉剥奪の刑罰を課すだけでは犯罪を予防できなく、むしろ社会がその者に対して自衛すべきである。

すなわち、終身の監禁をするか、場合によっては淘汰処分として死刑を課すべきであり、些細な法侵害（＝犯罪）でも、犯人が生来性犯罪者とわかれば、上述のような断固とした処置に出た方がよいと主張した。

ロンブローゾの説は、誰の目にも若干粗雑に見えたので、多くの反論が出された。重大なことは、心理学的類型か、あるいは精神医学的類型によって犯罪者を予期でき、それゆえに、行為の重大さにより、その性格などの将来の危険性に注目して処置しようとする考えが続出したことである。これは反面では、犯罪に対する心理的理解と治療的矯正の可能性があるとされ、＜教育刑＞の考え方もこれ以後生まれてくるのである。だが犯罪そのものを心理的に理解し、治療して行なうとする方向は、治療技術の未確立——精神医療全般にいえることだが——のためにまったく発展しなかった。

その理由には種々あるが、一番重大な点は、精神病者が社会にとって役に立たない者、労働力と

しても、あるいは資本主義社会における合理性とはまったく相反する存在であるところから、精神障害者は社会の余計者とのレッテルが附与されたことである。そして、「社会の余計者とは精神障害者である」とのいい方が倒置させられて、ミッシェル・フーコーのこぼを借りれば「疎外された狂気」と見られるようになった。

その後の研究の進展は、教育刑の治療的側面を促進させるより、犯罪者の徴候を生物学的、心理学的に探すことに向けられる。対策としては遺伝に原因を求め、断種を行なうことになってゆく。

つまり、新派理論は教育刑的美名で飾りながら実質的には、資本主義社会の矛盾に対応するために人々を差別、選別し、分断支配する形態を内包していると思われる。

したがって、明治 39 年以来、軍国主義に傾く時（昭和 15 年の刑法改正の仮案）、資本主義の矛盾が重なる時（昭和 36 年刑法改正準備草案）に刑法改正が論議されてくることになる。その都度、国家権力による統制的色彩が強くなり保安処分新設を伴って提案されてきたと考えるべきである。

今回も同様であり、① 厳罰主義（とりわけ累犯者や競合犯者に対する刑の加重に明らかである）、② 自由裁量（司法官僚の判断により刑量を自由に変えることができる）が特徴としてあげられる。

さらに、民衆の権力に対する反対意志の表示に対し弾圧的条項が多いことである。

たとえば、第 349 条（多数恐喝）である。

説明書では、この条項を暴力団対策としているが、この条項の適用は決して暴力団対策だけには制限されないであろう。たとえば昭和 5 年の富山県魚津市の主婦たちの米屋への出荷をやめるように、米を貸してくれるようにとの要求運動は、この条項に該当する。公害企業への反対デモなどもまったく同様である。

また秘密を国民に対して洩らすことを刑罰で禁じようとする条項も附加された。

公務員の機密漏示（第 140 条）、企業の秘密漏示の罪（第 322 条）は、住民の前に秘密を洩らすことを禁じている。水俣病などで企業秘密を守っ

たりすること、あるいは四日市ぜんそくで被告の会社の社員からの証人が出ることは不可能になってしまう。行政機関にしても、知りえた秘密を住民の前には出せない。説明書では退職後も守秘義務は続くのであり、公務所によって機密と指定されているかどうかを問わないのである。以上、述べてきたように刑法改正は公衆衛生従事者にとってきわめて身近で重大な課題を含んでいる。

2) 公衆衛生活動における保安処分

保安処分は精神衛生活動だけに適用される考えではない。公衆衛生活動全般にある社会防衛論の考えの具体的なあらわれとして、保安処分がある。保安処分とは、社会にとって好ましくならぬとみなされる、犯罪の前歴のある精神障害者を治療の名のもとに、法務省系統の施設に収容隔離しようとするものである。この考えには①医療の確立こそが必要であるのに、隔離収容で解決をはかるのは誤りである。②精神病理概念のあいまいさから一般市民の人権を損うおそれが大きい、とのことで、保安処分の新設にわれわれは反対している。社会防衛論批判は社医研で何回も行なわれてきているが、保安処分への批判を考えてゆくなかで公衆衛生活動全般に、保安処分と同様な論理がゆきわたっており、今一度公衆衛生活動の中の、公衆衛生従事者の中の、つまりわれわれの中の“保安処分”問題として考えておかねばならないと思うようになった。

伝染予防法から結核予防法に至るまで、社会に害になる人たちを隔離収容することで、多数の人々から少数の人たちを犠牲にしてその人の人生や社会生活から切り離すことで、安全を守ろうとする考えである。そして、そのためにこそ国家権力による衛生活動が行なわれると考えたのである。国家権力は個人の健康追求の権利は公的責任ではなく、多数者に迷惑を及ぼす存在であるから隔離収容を医療、公衆衛生の名のもとで行なうことが公的責任であると一貫して主張している。公衆衛生活動の一つのモデルとされる結核予防事業でも登録し、カードにすることが熱心に行なわれても病者の生活と権利を守ることは活動の中に入らない。母子保健活動にしても“不幸な子供を生まない”運動はもてはやされるが、不幸な

子供が人間としての生活と権利をもつ保障を行わないでいる。だから不幸な子供はいつまでも不幸で、そのような子供を持つ母親はいつまでも不幸である。現状では、精神病や精薄やその他障害を持つ子供を社会の名において抹殺しようとしている。不幸な母親が疲れはてて不幸な子供を持ちたくないと言言することを根拠にしている。そして、われわれ公衆衛生活動従事者の眼は、疲れはてた母親の疲労をやわらげること——たとえばコロナ作りで家庭から隔離する——でなんらかの善をなしたかのような錯覚に陥っている。僻地に医者が少なくなってゆく。それをテレホン・ドクターで糊塗する。そうすると、医師は僻地からさらに多くひき上げてゆく。現状に対してのなんらかの便宜的な善意がかえって住民の不幸を生み出している。このように常に少数者は——実は本質的に多数者を代表しているのだが——切り捨てられ、隔離されてゆく。障害者や病者が自立しがたいのは事実である。けれど自立するための援助をわれわれは行なってきたであろうか。むしろ、現状を糊塗して自立できない状況を固定的に認め、わずかの善意——主観的に——を行なうことよってかえって障害者や病者に対する差別を深めてきているのではないだろうか。慢性の重症の結核患者は仕事と生活の保障こそが必要である。ダウン症候群の子供には、家族に負担をかけずに発達を促し自立を支える活動が必要である。登録管理や生まないようにすることよりもまずこの活動が行なわれなければならない。公害の被害者に対してわれわれ公衆衛生活動従事者が行なわねばならないのは、治療はもちろんだが、それよりもまず加害者を追放することであるはずだ。

保安処分を検討する中で、われわれが学んだことは、①隔離することを医療の名で行なってはいけないこと。障害者、病者の復権のための医療が確立されなければならないこと、②障害者や病者の差別につながるような“言葉”——たとえば早期発見のため、全数管理、登録管理方式 etc——や病名は厳しく再検討される必要があることである。

私は、私自身の活動が上述の問題点からみると、どこまでホンモノであったか疑っている。自

分の行なってきた活動が善意であったにせよ、公衆衛生活動の大きな動きの中で、決して住民のためとなり得なかったのではないかとおそれるのである。

そのおそれを次のようにまとめておく。

① ケースごとの問題よりも、マスとして考えることでかえって本質的に社会防衛論と闘えない考えを持ったのではないだろうか。

② 病者、障害者の復権のための援助者としてわれわれが役割を果たすために、公衆衛生活動の中で、どのような技術が住民のための科学の名に価するか、私はそれを問うてきただろうか、あるいは学んできただろうか。

2. 保安処分と地域精神衛生

(報告者：吉田健男・岡山大)

精神障害者に対する法的規定は、明治 33 年に制定された「精神病者監護法」に始まるが、法の提案理由にのべているように、監護法の目的は、「精神病者についての社会の患害の流れますのは意想外に大きい」ため「社会に患害のなきよう」に、警察に許可や届出を行ない、病院や自宅に患者を監禁する制度であった。そのため金のかかからぬ座敷牢が合法化されたのである。

大正 8 年の「精神病院法」も保護義務者がいないために、「市町村長が監護しなければならない患者」があり、これら患者を「自由に任せていては、到底監護法の目的を達することが出来ない」ために、私設病院のベットを公立の精神病院に代用し、これら「患者」を保護するという目的であった。

戦後の昭和 25 年に精神衛生法が制定され、旧 2 法が廃止されたが、精神衛生法は別名「措置入院法」と呼ばれるごとく、自傷他害のおそれのある患者を強制隔離することにより、社会不安を取り除くことを主眼としている。

昭和 40 年の法改定後は、地域を中心とした医療体制の確立とその保障と一部でいわれているが、法の運用面を検討すると、実際は逆に、警察官の通報の増加と地域における患者の行政的管理が中心となり、かかる把握・管理活動の活発化により、精神障害者の早期排除とそれに伴う措置入院の拡大が中心となった。

社会不安を呼び起こすという精神障害者観が主体となっているわが国は、「医療」の責任性も一貫性も考慮されず、民間の病院精神医療に治療を委ねている。そのため、病院は、地域に偏在し、病床の増加・医学の進歩にもかかわらず、入院率は 100% を超え、平均在院日数も毎年増加している状況である。閉鎖・過剰・長期入院という状況は、労働力としての有用性に欠け、社会不安を作る者に対しては、金をかけないという国の発想に基づき、精神病院の医療をますます荒廃させている。現在、すでに、精神病院は治療というよりは収容所といった方がふさわしい状況がある。

精神衛生法改定以後の法の運用、精神病院の治療および保健所における活動を検討する中で、わが国の精神障害者対策の本質は保安処分制度の先取りであることがわかった。「精神科医療の著しい進歩は、精神障害者の姿を一変させ、精神病院も従来の隔離収容所的なものから、解放的で治療病院的な形態を整えるとともに、患者の社会復帰が促進され、通院医療の需要が著しく増大し、……保健所には訪問指導や、相談指導の体制がしかれており、保健所を中心とした地域精神衛生活動の推進により、精神障害者の 3 分の 2 は入院することなく、社会生活を続けながら治療ができ、……」という政府の明るい評価とは裏腹に、精神障害者を益々社会から排除し、長期入院化させている実態がわかった。たとえ、「病院」がきれいになり、病室が明るくなっても、「社会から隔離された中で之美」であり、通信の秘密も侵され、措置入院者には、家族の不幸に際しても看護者の付き添いがなければ外出が許可されず、憲法第 15 条で保障されている選挙のための外出も許されない病院があり、精神病院内の虐待事件があとを絶たない現状、さらにまた就職についてみれば、「ほとんどの場合、その障害の程度に関する規定がなくて……本来一般に開放されるべき一般的な免許、資格の条項で……精神障害者を排除し、就業・就職の禁止・制限(欠格条項)を、そのままの状態にしている現状からは、わが国の精神科医療が治療的になり、社会復帰の体制が整ったとはいえない。それどころか、早期発見網の整備が進められるのと併行して保安処分体制が確立されつつある。

精神障害者＝反社会的という考えを基本とし、反社会的な人間を排除、隔離、切りすてるのは、ナチス・ドイツのファシズムを、その典型に、日本の管理社会でも着々とその体制を確立しつつある。

このたびの“刑法改定”の中に新設されようとしている保安処分は、まさに“精神障害者＝反社会的＝長期、不定期に隔離、収容”という発想を法的な枠組みで定めようとするものである。

昭和 31 年より、刑法改定作業は再開され、昭和 36 年法務省内に刑法改正準備会が設置され、「改正刑法準備草案」は理由書を付されて発表された。

保安処分を新設しなければならない理由として、刑法改正準備草案の理由書は、「諸国は……常習累犯人の前に……将来的な犯罪危険性に対応する保安処分をもって」従来の刑を補充する必要性をみだし、「現在すでに少年犯の方面においては、諸国は広汎に実施」しているので、「これをさらにひろげて、一般成人犯に対しても、ある程度に適応」していこうと考えているというのである。「保安処分の必要なことは今日諸国一般の認めるところである」と諸外国ですでに実施されているから、わが国でもというのが理由らしい。しかし、「実施した成果」については「なおいまだ必ずしも明確にされるまでには立ち致っていない」と述べざるを得ない現状でありそのため「この決定には、いたずらに外国の立法形式にならう必要はなく、要は、わが国における社会生活の実際面にそくして、どういう処分を必要不可避としているかとの現実認識にしたがって、事を解決」すべきと「理由書」ではいっている。その現実認識については、はっきりさせないまま、一般に刑法という保安処分とは、「犯罪その他、これに準じて考えられる反社会的行為への危険性が予想される場合、これに対し、社会の安全を保持する目的、または危険性のある者を改善する目的をもってなされる国家的処置を指称する」と定義のみをあげている。その定義にもあるように、要は社会の安全を保持するために将来、犯罪の危険性のある者に対して、保安処分をもうけようとするのである。

実は「準備草案」の基礎になっているのが改正刑法仮案で、その中には 4 種類の保安処分が盛りこまれていた。その内の“労作処分”は「そのような処分は、むしろ一般社会政策にまかすべきであり……浮浪とか、労働嫌忌とかの認定の基準は必ずしも明確でない。この認定が当をえなければ、時には人権を侵害するおそれがないとはいえない。そればかりでなく、新憲法で労働の権利を保障された人々が職業をなくして浮浪しているとき、労働意欲がないといって、ただちに保安処分に付するのは適当でない……」とし、“保安監置（予防処分）は、たとえ、常習の累犯者であって将来殺人や強盗のおそれがある者に対しても、そのような特殊的危険性の予測が困難であり、その判断を誤まれば、人権を侵害するおそれがある……」などの理由で、労作処分、保安監置は採用されなかった。しかし「何人が考えても、必要不可避と認められる精神障害者に対する治療処分と、酒類、麻薬中毒者の禁絶処分の二種類は処分に規定されることになった。」

すなわち、浮浪、労働嫌忌者の場合の保安処分は、人権を侵害するおそれがあり、累犯傾向の強い人にも、将来的危険性の予測が困難であるため、やはり人権侵害に通じるが、精神障害者、酒類、麻薬中毒者には、将来的予測が容易であり、そのため人権を侵害するおそれがないので、「社会的安全を保持」する必要上規定したというのである。

「本草案における保安処分は、何人が考えても、必要不可避と認められる精神障害者……」に対して、保安処分をほどこすといっているが、その“精神障害”とは、どんな内容なのであろうか。「精神の障害とは、一時的たると、継続的たるとを問わない。たとえば酩酊による一時的障害もこれに含まれる。精神薄弱もまた、精神の障害であることは、いうまでもない。……行為の時に睡眠中であるという現象は、広い意味では、精神に障害のある状態といってさしつかえあるまい」とし、「精神衛生法にいわれる精神障害よりも広い意味に用いてある。」（理由書）という。

このように、広い精神障害者概念の中に含まれる者が、「禁固以上の刑にあたる行為をし」、「必

ずしも精神障害」のためでなくてもまた、「すでになされた犯罪と同種なる」犯罪でなくても、「将来、再び禁固以上の刑にあたる行為をするおそれがあり、保安上必要と」裁判官が認める時は、治療処分に付される。

一度治療処分がいい渡されると、3年、以後必要がある時は、2年ごとに更新し、一生でも収容できる内容となっている。

禁絶処分も「過度の飲酒、又は麻薬剤、もしくは覚せい剤使用の習癖のある者」に対して、治療処分とはほぼ同じ規定で、「1年間、ただし必要がある時は……2回に限り、これを更新する」という内容である。

昨年精神神経学会では、第1に「精神障害者及び酒精薬物嗜癖者に、保安処分を課する理由は……精神障害者に対する偏見に発していると断ぜざるを得ない」、第2に「……精神障害者、酒精薬物中毒者に対して、確実な予測表が存するとは考えていない。……予測は不十分、不確実であり、それをもとに個人の自由を拘束するのは、重大な人権侵害となる」、第3に「精神障害の診断、責任能力の判定の困難さを指摘し……とりわけ、精神病質概念は極めて多様であり、範囲を確定し得ず……」と保安処分に盛りこまれてある。対象の不明確性、「将来、再び禁固以上の刑にあたる行為をするおそれ」の不確実性を指摘している。これら不明確、不確実な内容で“精神障害者”を保安処分に科しても、「拘禁状況下において、治療が成立するのは、至難のわざであり、結局は治療に名をかりた拘禁にすぎないという結果になると考える」といって保安処分制度新設に反対する意見書を圧倒的多数で採用した。

精神障害者に対する現在の医療のひずみを改善し、偏見を固定化する法的制度を緩和せずに、精神障害者＝“危険”（きちがい刃物）という社会的偏見の上に、その偏見を強化する“保安処分”を新設しようとする真の意図は何であろうか。それは精神障害者に対する取り締りの強化のみでなく、時の政治に反対する行動（違法行動とみる）を行なった者に精神障害といった概念を流用することにより、長期、不定期に刑を科するというものであろう。すでに現在、労働者、学生の正

当な運動さえもが、政治的に違法行為として罰せられている状況から、保安処分を「政治的弾圧の手段たらしめるのは容易である。」（精神神経学会意見書）

したがって、保安処分新設は、すでに存在している保安処分体制の仕上げる意味を有することになろう。そのため、すでに述べた精神神経学会はもちろんのこと、病院精神医学会、大阪弁護士会、日本弁護士会、日本公衆衛生学会などにおいて、「保安処分新設反対」の声明、意見書がだされているし、その他各職場地域で、かかる反対運動が盛り上がりつつある。

保健所を中心として、精神衛生活動が推進されつつあるが、結核行政の思考性と同一のパターンで精神衛生活動を行なえば、再び、精神衛生分野でも、精神障害者の排除・切り捨て、となっていく。すでに、積極的に活動がなされている保健所では、この危険性を実現しつつあるといえよう。

3. 都道府県精神衛生費の伸び

（報告者：西三郎・公衛院）

都道府県精神衛生費は県により一人あたり費用および伸び率は非常に異なり、また結核、生保に比し、伸び率の動きも激しい。このことは、公衆衛生の面から、慢性的疾患対策としての精神衛生費の動きを説明することは困難であり、他の社会経済的要因について考慮しなければその変動は明らかとならない。

表1～5に示すごとく、精神衛生費のほとんどは、扶助費であり、伸び率は都道府県によって非常に異なることが示されている。

4. 保安処分と結核予防

（報告者：大原啓志・岡山大）

結核予防活動は、保健所を中心とする衛生行政の中で、最重点活動とされ、同時に最も典型的な対人保健サービスのパターンとして受けとられてきた。たとえば成人病対策などでも、結核の場合と同様の方法が試みられてきている。

しかし、この結核予防活動のパターンそのものが“管理”を目的とするという点で、現在、検討を要求されている「保安処分」と同一の発想によるものであることが、歴史的にも、また現状の活動のなかでも明らかになってきている。以下この

表1 都道府県精神、結核、生保費（昭44、単位百万円）

	精神衛生費		結核対策費		生活保護費	
歳出合計	36840	100.0	41535	100.0	80216	100.0
人件費	595	1.6	499	1.2	4810	6.0
物件・維持補修	224	0.6	841	2.0	1098	1.4
扶助費	35629	96.7	37246	87.7	72236	90.0
補助費など	214	0.6	2748	6.6	1647	2.1
普通建設事業費	37	0.1	179	0.4	371	0.5
その他	141	0.3	22	0.1	56	0.0
国庫負担金	28051	76.1	29335	51.8	57691	71.9

表3 一人あたり精神衛生費（昭44、上位、下位順）

上位	39年(順位)		下位	39年(順位)		44年(順位)	
	39年	44年		39年	44年	39年	44年
徳島	352(3)	2,983(1)	東京	154(30)	584(45)		
福岡	252(6)	2,670(2)	大阪	93(44)	696(44)		
鹿児島	368(1)	2,639(3)	兵庫	74(35)	723(43)		
高知	330(4)	2,631(4)	埼玉	139(36)	787(42)		
宮崎	353(2)	2,311(5)	奈良	146(35)	858(41)		
長野	224(12)	2,249(6)	千葉	118(39)	889(40)		
新潟	157(28)	2,156(7)	滋賀	114(40)	929(39)		
熊本	245(8)	2,090(8)	愛知	132(38)	1,012(38)		
山梨	246(7)	1,957(9)	広島	160(27)	1,184(37)		
栃木	321(5)	1,907(10)	愛媛	172(25)	1,250(36)		
平均	186	1,306	岩手	110(42)	1,316(35)		

点も含めて結核予防活動を点検してみたい。

近年、結核死亡率、患者数の減少により結核問題は終わった、というムードが一般的になってきている。しかし実態調査結果も示しているごとく、全国には150万人の患者の存在が推定され（昭和43年）、高齢層、自由業、商人、職人などの職業、小零細企業従事者、低所得者層などに偏在化してきている。元来、結核は貧困と結びついた疾病であった。この関係を断ち切ることが、基本的な課題であったとすれば、この課題は何ら解決されておらず、結核問題が終わったとはいえない。

戦後の日本の結核対策は成功したとの評価を多く受けているが、まさにその対策が前述の患者の偏在化を作り出していったことも事実であった。受診しやすい層の実情に合わせて実施されてきた健康診断、公費負担制度の中でも自己負担の規定があり、そのため受療できない患者の存在、家族への生活保障がないために入院できない感染性疾患の存在、高齢層を中心とする入院患者のおかれている劣悪な生活環境などをみれば、従来の結核対策の位置づけは、明らかであるといえよ

表2 都道府県精神、結核、生保費対前年度伸び率

	40	41	42	43	44
精神衛生費	25.8	28.9	2.0	13.1	13.6
結核対策費	21.7	5.7	4.9	7.8	1.2
生活保護費	16.5	12.2	10.4	12.1	8.5

表4 全国伸びとの比較

5回とも全国伸び率以下	新潟 兵庫
4回以上	宮崎、秋田、千葉、岐阜、静岡、三重、和歌山、岡山、山口、香川、福岡
4回全国伸び率以下	宮崎、鹿児島
5回とも全国以下	東京、奈良

表5 都道府県伸び率5年間の範囲（40～44年）

	精神衛生	結核対策	生活保護
～4.9%	—	長崎	宮城、福岡
5.9～9.9	—	奈良	秋田、茨城、新潟、高知、鳥取、山口、愛媛
10.0～19.9	千葉、東京、佐賀、長崎、大分	埼玉、東京、三重、岡山、大分	27
20.0～49.9	33	36	10
50.0～	岩手、山形、栃木、神奈川、山梨、長野、滋賀、大阪	徳島、香川、福岡	—

う。すなわち、成功したという評価は、大企業を中心とする生産場面での労働力の確保という意味で、ここから結核を追い出し、産業の二重構造の中で、結核をも構造化したにすぎない実態の中で戦前の結核予防対策を推進させた原動力が、生産力、戦力の確保にあったことと、まったく同じ線上にあるものといえよう。まさに、そうした意味で、われわれ公衆衛生活動従事者が日常的に関与してきた活動の中で、対策の偏在化を支えてきたことを再認識し、自己批判する必要がある。

以上のような文脈の中で進められてきた結核対策の中で、保健所活動の役割の最も重要なものとして、患者管理が出された。これは管内の患者の実態を知り、より適切な対策を実施する基盤とされたが、しかし同時に命入による隔離をはじめとして、医療機関にさばっていくものでしかなく、保健活動というサービスを切り捨てていくものであった。現在、保健婦活動の大部分がサービスではなくて、情報収集とこの医療機関への通報・橋渡しになっていることは明らかであろう。ここに、われわれは、保安処分的な精神衛生対策と同

じ線上にあることを認めることができる。日常活動の再点検の中で、保安処分問題を直視することが要求されているといえよう。

5. 伝染病対策と人権

(報告者：五島正規・高知幡西地域保健医療センター)

医師が伝染病とりわけ法定伝染病とか癩の患者を発見した場合、医師は患者の隔離に対して、第一義的に努力し、患者の治療は隔離の完了後始まることが一般的である。

地域住民も、伝染病患者の地域社会からの排除のために全面的な協力を行なう。こうした治療順序が病源対策として、日本の伝染病対策を代表しており、現在このことに医師からも患者からも疑問が提出されていない。

しかし、こうした伝染病対策が、国家権力を背景としたり、または地域における保安処分——村八分を背景として、患者自身の治療が第一義的目的ではなく、いわゆる社会防衛、多数者の安全のための少数者の切り捨て、権利の制限としてなされているならば、こうした伝染病対策は保健政策ではなく治安政策である。

ここに2つの事例を紹介し、日本における伝染病対策の問題点を考えてみたい。

事例 1. 1歳男児、父日雇労働者、8人家族の生保世帯。

S45年6月腹痛あり。赤痢の診断にてO市立伝染病院に収容。市、保健所は消毒、防疫調査を一応実施した。保健所は当地区がバラック住宅地区であることを理由に周辺40戸に検便容器を配布し、消毒を行ない、また父親の検便のために仕事現場に出向き採便を説得した。父親は1日後に現場監督から解雇をいい渡された。母親は地域のボスより地域の食品店、共同浴場の利用が禁止された。また兄弟の通学していた学校では、市教委・学校医・保健所と相談を行ない、この地区から通学する児童を対象とする検便を実施し、給食を理科室でとらせた。その結果、当地区より通学する児童が同級生より不潔であるとはやされ、登校を拒否するということがあった。

当地区は、O市内の不良住宅地区であり、毎年雨期は浸水のくり返す地区である。地域住民は赤痢発生以前より、水害対策、し尿くみ取り、住宅

改良について市に対し要求をつづけており赤痢集発を予想して、その対策を要求していた。

事例 2. 61歳男性、病名：癩、同居家族、妻と母。

S20年南方戦地より復員後農業に従事、S28年頑固な皮膚病にて、K市内開業医受診、癩をうたがわれ、県予防課員に同行で診察を受けた。その結果、癩ではないといわれ当日帰宅した。その後、地域の地区長の役につき農業に従事、その間眼科・内科・外科を受診していたが、癩の届出はなく治療もなされていなかった。しかし、皮膚症状は増悪し、地区住民の不安が高まり、保健所は県予防課に専門医の往診を要請した。

S38年1月、専門医の往診があり、癩と診断されて届出がなされた。医師は国立療養所へ入所をすすめたが本人は拒否した。拒否の理由は、今回の医師が前回国立療養所にて癩を否定した医師であり、病状の進行が放置せられたままになったことに対する不満もあり、往診に多数の関係職員の手合わせがあり、家に入らず「見せ物的に」差別をおおるような結果になったことに対する不満の二つをケースは上げている。

その後は地域において村八分状態となり、農作業の協力も得られないまま農地を荒してしまうことになった。また病状は進行していったが癩の治療は受けておらず、売薬にたよっていた。この間、駐在保健婦は度々訪問していたが、療養所入園をすすめるに非常に興奮状態になり、治療問題についてはほとんどふれないままに終わっていた。

S46年8月病状の悪化著しく、変形、膿汁分泌強く、地区住民は「万一ケースが死亡した際、葬式を手伝うこともできない」と不安がたかまり、僻地と届出完了を理由に患者を放置している市、県に対し、適切な処置を要請した。駐在保健婦は、保健所を通じて再び専門医の派遣を県に要請し、往診となった。前回診察した医師が往診し、療養所入所を強くすすめたが、「昔はそうではないといいながら、このような身体になるまで放置され、今更よけい者扱いにするのか」と興奮し、医師の説得は受け入れられなかった。

社会の安全・防衛・多数者の保健という概念

が、伝染病にかかった患者と対立関係においてとられ、多数者のためにはそうした患者を排除し人権をも踏みこむ。その見かえりとしてその状況を固定化するための慈悲を患者にあたえ少数者の切り捨てを完了していくという防疫行政の思想性は、以上みてきたようにそれ自身は医療でも公衆衛生活動でもなく治安行政である。それゆえに医学医療の進歩をその政策の中に随時反映させることは困難であり、また伝染病予防の総合政策の確立には妨害とすらなるものである。まして、防疫政策の中から治療を含む対策現在の研究課題を明らかにするという事は、まったく不可能な現状を作り上げている。

多数者の健康を守るための患者の権利制限、切り捨てといった思想性、法体系を打ち破り患者の治療保障の体制と疾病予防のための国民生活の向上を含む総合的保健対策を確立する必要がある。この2つの概念の対立関係を今まで公衆衛生従事者が、明確に認識していなかったことが現在問題になっている保安処分に対し、「多数者の保安のため」のキャッチフレーズで説得されると、それを認めてしまわざるをえない現状を生み出してきたのではなかろうか。

精神障害者に対してと同様、伝染病罹患者に対しても、「自傷地害のおそれ」という、一見医学的用語を用いての患者隔離は、医療を求める患者に対しても、そこに「反社会性」を見出せば、直ちに保安処分にかけていく、保健・医療対策、公衆衛生活動の本質的な誤りを見出すことができる。

治療のための入院処置を否定するつもりはない、なぜならば、それは患者の医療要求であるからである。しかし患者の要求と訴え、人権をも踏みこむ隔離に対しては、断固とした拒否を患者要求の上に闘い抜ける公衆衛生従事者になることが必要であろう。

日常的な住民生活環境の整備には、なんらその効果をみない伝染病対策、防疫対策を固定したままに、衛生行政担当者による保安処分としての患者隔離によって、患者とその家族の悲惨な生活を押しつけ、これを見せしめに住民の手による保安処分を作り出す現行伝染病対策、防疫対策こそは、ごまかしの住民要求への追従であるといえ

る。

住民要求は、自分の生活を破壊する隣人の追放にあるのではなく、そのような隣人を作り出さないことを日常的に要求していることを忘れてはならないし、相互に協力、協同しあう隣人としての地域社会を破壊しているのは、日常的な伝染病対策＝生活環境整備の決定的否定であり、現行防疫対策であることを、まず公衆衛生活動従事者自身が認識することから始まるといえよう。

6. 保安処分問題と保健婦活動

(報告者：中井由美子・岡山保健婦会)

昭和40年に精神衛生法が改正され、新しく精神衛生を保健所が取り扱うようになった。住民とのかかわりあいのある新しい仕事については、常に保健婦の仕事となる。そのために、新しく保健婦の人員が増加しない時いつも使われることばは、「せめてケースの発見でも」とか「担当地区での状況把握＝全数把握」であり、保健婦の足と汗だけが一方的に期待され、押しつけられる。

わが国の精神衛生対策は、精神障害者の野放し論に基づいて、危険な精神障害者を早期に発見して、早期に隔離させる考え方が中心となっている。しかも一度精神病院に入院隔離されると地域の住民も家族もこれを社会的に排除する。その上精神病院は比較的辺鄙な所に多く、精神科医自身も入院を中心に考え、外来治療は保険点数にならないといって、力を入れてくれないし、たとえ保健婦活動に協力的であっても「服薬管理をしない」とか「症状に変化があったら早目に知らせなさい」といった指示が多い。

精神科医の病院治療の延長としての保健活動要求の受け止め手として、保健婦は大いに期待され「期待される保健婦像」が一方的に行政的に、そして医師からおしつけられ、保健婦自身もこれを安易に受け入れてしまうことが多かった。さらに、精神障害者をかかえている家族の中には世間に知らされることが気になり、ケースを反社会的とレッテルをはった保健婦の訪問を拒否するといったケースも多くなる。

このように国の対策、精神病院の期待、地域・家族の偏見といった精神障害者を取り巻く状況の中で、保健所に新たに精神科嘱託医を迎えたが、

嘱託医も病院勤務の延長としてしか保健婦に指示を与えることを知らない。したがって「服薬管理」「服薬指導」「病状把握」の指示が多くなり、保健所での相談も、病状に変化がなければ継続服薬になるし、病状に変化があれば入院といった指示になる。また保健婦自身、その教育課程でこれ以外の活動指針が与えられなかったし、そのための知識と技術も持ち合わせていなかった。

今までの管理カードシステムがより行政サイドで合理的なものであるといった考えでは、新たに業務として取り入れられた精神衛生活動も、そこから逃げることができない。管理カードには、入通院別、入院形態、医療費区分、指導区分、就労状況、家族の態度といったような項目をそれぞれ番号で記入するといったものが多い。

カードに番号で記入される中で今後、個々のケースの援助に必要な情報は落されていく。ケースの希望や、ケースの能力・趣味といったことはカードの中に入らないし、家族の態度といった点でも、何については協力的で、何については非協力的であるのかといった内容しか入らず、非協力的の場合でも、援助の仕方の問題があるかどうか、といった保健婦自身の活動の反省材料はえられない。

そのようなカード管理のために、すでに結核のケースのところでも問題点が指摘されたように、ケース・家族への援助の方法という目的が、精神衛生の場合でもうすらぎ、カードに記入するための訪問といった形になりやすい。管理カードを管理することが訪問目的になり、ケース・家族が保健婦に対し期待する事柄は、あまり聞きとれないか、たとえ聞いても、他のケースの訪問を消化しなければならぬために、ケース・家族への援助ができにくくなってくる。

その上、私たち保健婦を取り巻く保健所・病院、地域の人は、精神障害者が異常行動を起こせば早目に隔離をすすめるというパターンである以上、「精神障害者の人権を守り、社会生活を送りながら治療できる」といった考えがうすらいでくのは当然といえよう。

受け持ち地区の精神障害者を、「何%入院させた」と得意になっているベテランの先輩保健婦

の意見を聞くと、若い保健婦はさらに一層精神障害者を、「早期入院させる」ことが地区の人も喜び、家族も助かるようになるのではないかと思うようになる。

新しい健康問題を十分汲み上げられるほど、保健婦数は充実されていない。まじめにやっている消化できない業務を、いかに能率よくするかによって、残されたケースの把握にその時間を使う目的で、警察から情報を得ている保健婦もいるし、「精神衛生と取り組んで、警察と仲良くなり業務がやりやすくなった」という保健婦さえも出現した。

果たして警察は何のために精神障害者の病状把握を行なっているのだろうか。昭和40年の精神衛生法の改定の重要な動機になったのは、ライシャワー大使の刺傷事件であり、それ以後、特に精神障害者の野放し論が出てきている。今では、何か重大な犯罪をおかした者は、すべて精神の障害があったのではという危険な考えが普遍化しており、そのような状況を利用して、警察は精神障害者の野放しによる秩序不安予防の目的で、病状把握をすすめている。したがって警察官の見る病状とは、反社会性の有無のみであり、ケースの医療上の要求や生活要求とはまったく無関係である。

保健婦が警察官と接近し、警察官からの情報を得る中で、保健婦もケースを反社会性というサイドでみるようになり、警察官に頼まれれば、情報を提供しなければならなくなるであろう。そうなれば、警察官との人間関係はよくなっても、ケースは反社会性がなければ在宅、反社会性があれば入院ということになり、精神障害者を社会から排除し入院させるか否かといった活動を、中心にすすめることになり、精神障害者にとっては、保健婦が接近することは、そのまま反社会性のレッテルをはられることを意味するようになる。これでは、精神障害者の生活、生きていく権利は、保障されるはずがない。

このような患者管理システムを作りあげてゆく中で、精神障害者を早目に“隔離、収容、排除”してゆく体制もでき上がっていく。

今度、保安処分が新設され、犯罪性の精神障害

者が保安施設に入り、長期・不定期に収容されることになれば、受け持ち地区からは手のかかるケースがなくなり、保健婦の活動もより充実するのではないかという意見がある。

しかし、そのような施設ができれば、「精神障害者は反社会的である」という社会の偏見は、ますます強化されることになり、このような偏見の強化は精神障害者の治療上、最も大切な社会生活の場——近所づきあいと就職——を奪ってしまい治療を今日以上に困難なものにするであろう。

住民サイドの保健婦活動とは、精神障害者の人権をいかに守りながら治療・指導を行なってゆくかが、中心的に考えられなければならない。社会復帰、社会生活の道を閉ざすような形の施設を作るのではなく、地域の中で生活しながら治療が行なわれるような体制を、早急に確立する必要がある。

その体制を裏づけるような保健婦活動の充実と、患者サイドに立った保健婦の思想的基盤の充実こそがはからなければならない。そうした努力を抜きにして、ただ業務が忙しいという理由で、「患者を整理」したのでは、保健婦の活動基盤は警察官と同じものになる。

保安処分新設の問題は、このように今までの保健婦の活動の質を問題にするような事柄であり、それは「新設を許さなければ良い」といった安易な考えをも許さないことになる。すなわち、保健婦として「保安処分の新設」以前に、数多くの「保安処分」的行政処置を日常活動の中でしつづけてきたという反省を抜きにしては、保健婦活動の将来的展望は見出し得ないし、このことが今日の報告にわれわれをかり出した動機となったことを強調しておきたい。

保健婦は、業務が忙しいからといって逃げられる。しかし、最も援助を必要とするようなケースは、どこへも逃げ得ない。保健婦が管理的になり、医学の論理のみを身につけて、生活の論理を否定すればするほど、ケースは社会から排除されることになろう。

7. 国民総背番号制と公衆衛生活動

(報告者：森武夫・広島大)

企業内における合理化の進展、全産業分野にわたる再編成、国土をはじめとするすべての資源、労働力における利用支配の再編、合理化、そして激動する国際情勢の中で、国家の管理機構（官僚、警察、軍事組織＝行政権）が強大化している。それと一体となって、効率的、有機的、多角的に推進する武器として、コンピューターとその周辺機器を利用した総合的な情報収集、蓄積、加工、流通システムの導入が推進されている。

「国民総背番号制」を要とした、N I S（国家情報システム）が、国家的住民管理の完全に貫徹された形態といえる。

企業体内では、銀行、保険、商社などの金融流通部門、通信、新聞、放送部門など、いわゆる情報産業、基幹産業である重化学工業部門などを中心に、早くからコンピューターが導入されてきた。それは生産工程、労務管理などの面での合理化、省力化の主要推進役をになってきた。現在のEDPS化は、① 経理事務などの部分的業務の事後処理、② 生産管理などの総合的業務の事後処理から、③ 生産計画などの通常の判断業務の機械化の段階へと進みつつある。

企業レベルで得られる情報だけでは、激動する内外の政治、経済、社会情報、科学、技術の急速な発展に対応する経営方針を導き出すことができないと考え、企業体内のEDPS化をさらに高次化し、外部情報を必要に応じて供給するAIS（行政情報システム）や海外情報網と結合したMIS（経営情報システム）確立の必要性が叫ばれている。

財界からは「提言」「要望」「答申」として、矢つぎばやに政府に対して出されて、A I Sの早急な推進、確立とそこに集約された情報の民間（＝資本）への開放を要求している。

A I Sは各省庁、地方自治体、特殊法人間の相互に、情報網を利用しあう総合通信システムがめざされている。現在省庁の段階では、42種の各省庁業務をA I Sにのせることが有効とされている。特に、早期実現がはかられつつあるのは、警察庁の犯罪情報、運転手登録、運輸省の自動車登録、自治省の住民基本台帳に基づく、基本的個人

情報、労働省の労働情報などである。同省内、各省庁間また地方自治体、特殊法人（NHKなど）を結んだオンライン、あるいはオンラインシステムが考えられている。また、地方自治体では（たとえば、東京の墨田区、中野区などで）「国民総背番号制」を先取りした地域「住民情報システム」が実施されつつある。

国家的住民管理の最高の形態として、「国民総背番号制」を主軸とするNISによって、全国民もれなく生まれてすぐ番号をうたれ、死ぬまで管理される。アウシェビッツ強制収容所の Arbeit macht Frei（働くことは、それは自由への道）と書かれた門をくぐると同時に、腕に番号の入墨をされそれ以後名前がなくなり、ガス室へ送られるまで番号で管理され働かされたことが思いおこされる。NISは、個人情報の時間的、空間的にすべてを掌握される「国民総背番号制」、またIDカード（身分証明書）の携帯の義務づけ、メッシュ（小地域情報システム）の採用によって確立される。

行政管理庁は、「国民総背番号制」とは正式には呼ばないで「事務処理用各省庁統一個人コード」と称している。この「国民総背番号制」である行政管理庁の原案として提出されている個人コードは、年月日コード6桁、エリアコード4桁、一連番号3桁、チェック数字1桁、計14桁の数字で構成され全国民にふり分けられる。この個人の「背番号」に、種々の個人情報項目が常時つけ加えられていく。個人情報項目について、一つの例として、現在米国カリフォルニア州で行なわれている住民情報システムによると、氏名、性、出生地、人種、宗教、現住所、身体的状態（身長、体重、眼の色、傷あと、欠陥、病気、血液型など）、兵役、支持政党、免許、警察裁判関係、雇用データ、学歴、各種試験成績、所得および税、関係する団体等々がinputされており、必要に応じ加工され他の情報と比較され取り出される。

コンピューター間におけるデータ交換、蓄積を容易にするための人間や物、事象に関する膨大なデータ・コードを国家的レベルで統一する「データ・コード標準化」作業も進められている。総理府で作成されつつある「国土実態総合磁気テー

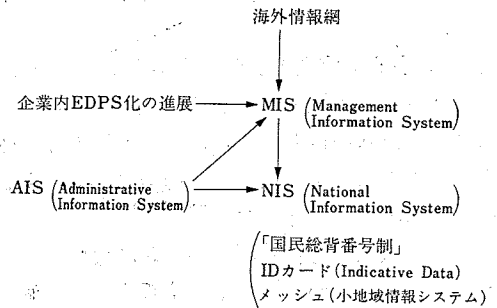


図 1

プ」では、全国を一平方キロメートルの正方形、37万個に区分し、それぞれの区域内における人口、労働力人口、就業者と就業人口、外国人、普通世帯、事業所などの項目について、国勢調査個票をもとに磁気テープとして編集したもので、「メッシュ情報」と呼ばれている。将来的には、番地単位まで細分化したメッシュで編集し、個人データ、世帯データ、建物データ、事業所データなどの情報をファイル化し、「小地域情報システム」の作成が進められている。

「国民総背番号制」と各省庁の重要な指定統計を中心とするデータが結合される時はよいよNISが本格的に稼動するときである。その時、従来の個別の官庁や企業の枠を越えて、一体となって私たちの前に登場する。役所や職場、学校、病院などにも、もはや現段階のそれではなく、NIS「国民総背番号制」の成立したとき、これらのどれかに接触をもつ私たちは、同時に警察、税務所、防衛庁、労働省、法務省、裁判所などの諸官庁、あるいは現在雇われている企業や、将来雇われるであろう企業の眼の前にさらされ観察されていることを意味する。住所、氏名、年齢はもちろん、その逐一の行動、体力、学力、能力、財産、収入、思想傾向、主義、信条、性格、経歴、病歴、体の特徴など、およそ記録にとどめられたものはすべて、オンラインまたはオフラインの情報システムにより、容易にそれぞれが「興味」をもつ事項について、データとして収集され、蓄積され、処理されていく体制となる。

こうした「国民総背番号制」を軸としたNISの形成は、

① 資源、労働力の最大限の利用と、国民のあ

らゆる側面の管理、搾取、収奪を可能にする手順として、

② いわゆる情報産業、医療産業を中心に国内市場、海外市場の拡大をはかる基盤をつくるものとして、の意味を持ち、そこには基本的人権も住民自治、地方自治も存在しない超中央集権化された国家が出現することになる。

最後に「国民総背番号制」が話題になれば常にプライバシー問題が出される。情報化された個人のデータを、私的に利用しようとした出来心で盗もうとした時のことについては、ハードウェア、ソフトウェアの対策が、種々成書に書かれたり、論じられている。ハード、ソフト的に守ろうとするものは、ハード、ソフト的に破られるということであるが、私的にプライバシーを犯そうとすることは、プライバシー問題の中核ではない。問題は、公的または資本に対するプライバシーを、いかに自分のものにしておくかで、「国民総背番号制」=NISに至らなくても、自分自身の種々の情報がコード化され、フェイルされた時点では、もはやプライバシーではなくなっているのである。

8. 労働安全衛生管理と保安

(報告者：小木和孝・鉄道労研)

機械化や集中制御化がすすんで、かえって事故をおこさずに安全を守れということが個人責任におしつけられている。この一見妙な事態が今の労働安全衛生管理の方向を示唆していると考えられる。

その一因として労働方法が精神緊張にたよるようになる点や、機械化にのこされた部分で安全策が放置される点があげられる。しかし、より根本的な理由として、現代合理化のもとで安全管理が個別労働管理強化のかたちをとらざるをえない構造をもつ事実が指摘されなければならない。最近の重大災害の多発、多様な職業病の発症は、労働管理強化にむけて整備されつつある安全衛生管理によってむしろ支持されてきたのではなからうか。

1972年6月に成立した労働安全衛生法は、このような安全衛生の管理的構造をより鮮明なかたちでうちだしたものといえよう。基準法から分断

された「事業者責任」による安全衛生施策では、まず第1に合理化のもたらす諸労働条件の変化ときりはなされたところで個別的事後的に安全衛生対策をとりあげようとし、第2に労働者の発言・要求を単に安全衛生委員会の場にかぎり安全衛生担当者の役割を「技術的事項」に限定しつつ安全衛生管理を経営管理体制の一環にくみこみ、企業の「自主勢力」にまつ図式をえがいている。

このような企業内の労働力保全のための安全衛生技術は、同時に対人「保安」的要素をもつ。それは、企業における安全衛生は、生命と健康の維持伸張をいちおうの名目としてはいるが、技術的には、合理化の本質である労働力標準化と能力差別とにむかって動員されざるをえないからである。現在すすめられている安全衛生法整備との関連でとくに問題となる対人保安策としては、(1)採用・配置における選抜、(2)健康診断による健康管理體系と障害者の事後措置、(3)個人の災害傾性および病者の就業禁止の取扱い、などがあげられる。

1) 企業による採用時・配置時の適性・健康診査は、固定化された労働能力標準にそっておこなわれ、能力格差と病者・弱者の排除とをもちあす一方、地域診療からも完全に遊離している。

2) 企業が産業医ら衛生管理技術者を動員してすすめるいわゆる「健康管理」体系は、健診項目にたよるスクリーニング技法の定着によって、障害発見の点でも、労働条件改変による予防の点でも大きな問題点をもつことが露呈している。また救護や事後措置、職場復帰についても保障がなく、こうした管理がルーチン化することによって、事故防止に必要な作業余裕の欠落などの労働条件についての批判が封じこめられていくおそれがある。

3) 「災害頻発傾向」の考えは、この標準労働力管理と能力格差固定のための安全技術から直接みちびきだされた論理であって、決して医療上の必要から発想されたものではない。この考えは、ZD運動などの「作業行動」災害の管理や、それにむすびついた適性検査法に最もよくでており、病者の就業禁止規定にも反映されている。

「病者の就業禁止」は、強制労働排除の趣旨が

あったにせよ、今では不当な差別をもたらすものとなり、この規定が基準法 15 条から安全衛生法 68 条にひきつがれ、省令によって一般疾病や精神病が含まれようとしているのは問題である。特定の発病にたいする就業禁止規定は、早期受療を妨げ復職を排除するものとなり、また病者の秘密を守れなくし、人権侵害をひきおこすにいたる。「事業者が病者の就業を禁止する」旨の規定は、不要だと考えられる。

以上のような対人「保安」策は、健康管理技術体系が、労働能力保全の技術体系に包含されつつそれと相まって開発した技術である点が重視されなければならない。これによって労働条件批判がそらされ、企業責任もあいまい化され、その結果として、労働条件にかかわりなく注意するよう個々の労働者が強制されていくことになる。したがって、単に対人差別の矛盾をつくだけでなく、それを一部とする安全衛生技術の管理的構造を明らかにしていくことが必要だと考えられる。

9. 公害反対の住民運動と差別

(報告者：大橋邦和・名古屋大)

自らの健康を守る住民の反公害運動は今年もその力を増し、新全総のトップバッターとして登場した、志布志、むつ小川原の両者時を同じくして、工場が来て住民の利益とならず、健康と生活を破壊するのみであることを見破った住民による強い運動が起きている。一方行政側は住民運動が必要であったことを白書で認めるなど新たな段階に入りつつある。この時点において行政に関りあう公衆衛生従事者は、どのように自己の役割を認識し、行動すべきかを追求しなければならないであろう。そのような観点に立って以下の事例を報告する。

事例 1. 激しい住民運動の起きている地区で P.C.B 汚染の実態調査を県に要求した時、ガスクロでは P.C.B とさらに危険な酸化物は区別できない。ガスマスが必要だから県に備えつけろといったところ、県の担当者は、二千万円なら安いものだから補正予算で買いますと答えた。この場合機械を動かす人間と、住民の要求に基づいた調査システムの問題は両者いずれにも認められない。行政にとっては本当に安い買物である。高

い機械を買って、専門技術者しか、また行政しか測れないという現実を作り出すことに住民が協力したことになってしまったのである。今後は心を入れ替えしっかりやりますから専門家にお任せ下さい。といて住民運動を鎮静させる効果を狙った現実である。定員の増加の望めぬ公務労働者は、目先の新機器の購入と操作という“餌”につられ、これを容認し、具体的な住民の要求に答えられない現実が残るのみである。

事例 2. 多くの場合、住民の運動は権力の中枢をめざして直進するがまれには保健所が巻き込まれる場合もある。廃鉱のたれ流し問題は今年の新しい公害であるが、人体に与える影響の調査では所長はじめ多くの保健所関係者が巻き込まれ、通常業務はわずか 1/3 に低下した例がある。また保健婦業務の真価は訪問活動において発揮されるという当学会でもいい古されている事実を実態調査に反映できなくて、杜撰な健康調査だと住民から批判され、保健所不信をつのらせている。この場合、住民の中に入り、実態把握の方法について住民とともに考えようとする行動なしに自己の良心を職場の中で貫くことは不可能である。

事例 3. 同和地区で働く保母の例であるが 7 年前に就職しおとなしくしない子供の折檻の激しさに驚き、これこそ差別される人間を作り出す大きな原因と考え、抑圧しない保育に徹した。やがてその子供らが学校に入り、乱暴をした故に登校するなど先生にいわれ、母親は 5 年たって初めて、差別と戦わねばならぬ現実に直面し、続いて解放同盟の結成にまで至っている。ちなみに同地区は医療の過疎に悩まされている地区であるが、県立僻地保健医療センターを新設し、医師の著増を実現した保健医療従事者たちのグループがいる。このセンターの検診で発見した先天性心奇形の幼児を手術で救った時、この地区の青年・高校生たちが初めて外部の人々に働きかけて血液を確保した。しかしその時努力して成功に導くに力のあった一青年が自らの結婚問題で不当な差別をうけ自殺する事件が起きている。この問題をめぐって新たな差別に対する闘いが始まっている。

以上の 9 題の報告の後、山本（京都府）より、基幹保健所構想と保安処分問題との関連について

追加報告があり討議に入った。(なお、これらの報告内容と討議をまとめて近く“歪められた日本の公衆衛生——選別・管理・隔離への挑戦”と題して、若い公衆衛生従事者の集いから印刷物が刊行される。)

各報告者によって報告された内容は、これまでの公衆衛生活動を続けてきた者にとっては非常にショッキングなことばかりであった。わが国の公衆衛生活動が、歴史的に常に軍国主義的侵略と歩みをともして発展してきた事実、さらには集団を対象とする公衆衛生活動から、個々のケースを対象とし、その人権を守る人間尊重の公衆衛生活動への脱皮が各報告者から訴えられていた。

さらにこのような従来の公衆衛生活動の中で、公衆衛生活動従事者自身が、新設されようとしている「保安処分」と同様の行為を住民に、患者にしていた数多くの事例が報告された。これに対して、小池(大阪・保健婦)、山本(東京・保健婦)などから報告された専門保健婦化の方向には、地域差があり保健婦一般について加害者の立場にあるとの論じ方に疑問が出され、一方小倉(大阪・保健婦)、石川(大阪・保健婦)などは、それらの事実は認めながらも、そのような立場に立たざるを得ない状況にある保健婦の立場が報告された。これに対して久保(新医協)から、四次防、自衛医大創設などの例を用いて、公務員が住民に敵対するような立場に立たざるを得ない状況に追い込んでいる社会的、経済的背景の分析が各報告に不足しているとの指摘がなされた。

精神障害者に対する「自傷他害のおそれ」というレッテルは、感染性疾患々者にも広く用いられ、その「予防」のために公衆衛生活動が進められれば、進められるほど、患者の人権は無視され、数多くの住民(=社会)の治安維持のためには個々の患者の生存権、生活権をも切り捨てていくことになる。この点従来の「予防」ということば自体の危険性・安易な住民不安を背景とする防疫対策への批判・反省の必要があることが討議の中で明らかにされた。

これと関連して、結核対策にその典型例をみる、カードによる管理業務の強化は、単に公衆衛生活動の歪みの原因となるばかりでなく、公衆衛生従事者自身への合理化攻撃の手段に用いられて

いることが討議の中で指摘され、これに手をかけた医師、そして学者の責任が鋭く追求された。この点報告者小木が指摘するように、従来の公衆衛生活動を支えてきた技術論とは異なった立場からの技術の開発と、これに基づいた教育体系の確立が今後重視されよう。

結核対策の成功(2)によって確立された、選別—隔離—管理の公衆衛生活動に挑戦し、新しい技術論に基づいた公衆衛生活動を進めるための数々の具体的な指針についての各報告者からの問題提起は、それがあまりにも日常的であり、明日からの自らの活動・業務との関連が強いために、討議全体に重い空気が流れ、決して活発なものとはいえなかったが、それだけに各発言者の発言内容には真剣さがあった。感染性疾患の罹患者といえども、これを隔離するのではなく、ケースの医療要求に基づく入院加療以外の隔離に反対し、カード管理についても、それがたとえコンピューター化による情報量の飛躍的な拡大が保証されていても、畢竟ケースの医療要求の多彩さ、その生活背景の複雑さは、どのようにコード化を試みても不可能であり、同じように「ウソ」の人間像、患者像、医療要求に基づく管理が強制されるのであれば、カード化そのものに反対することこそが、ケースの医療要求に最も忠実な方法ではないかと考えられる。日常的にはカード破棄とか、ウソの申告など、表現としては過激にも聞こえる行動提起ではあったが、管理社会に対する挑戦としての有効性は決して否定できないであろうし、このことを抜きにしたケース、患者との同盟的な結びつきは不可能であろうとも考えられる。

コンピューター化に対しても、清水や報告者、西、森などが、活発な討議を交わし、現実の危険な動向が数多くの事例として報告された。

久保(新医協)、報告者五島などから、第一線に働く保健婦の、これら問題提起を受けた今後の活動を、医師をはじめ各種の公衆衛生従事者がどれだけバック・アップしうのかという問いかけがあり、座長をつとめた青山、報告者を代表して桑原が、おのおのこれまでの数多くの自らが犯した誤りを反省し、今後に向けて努力するとの決意が述べられて討議を終了した。

演題一覽

第12回社会医学研究会

医療

〔座長〕曾田長宗・前田信雄・西尾雅七・山下節義

1. 大阪府下公立病院の現状 木村慶(阪大・公衛)
2. 公的病院と私的病院の運営上、医療活動上の比較検討 宮入昭午・玉川雄司(京都南病院)
3. 地域の保健医療行政の中における医師会の存在について 山本理平(東京・開業医)
- 4) 医療のゆがみ、一外科分野における問題例一 吉田洋一・吉田克己(三重大・公衛)
5. 労災保険の問題点—主として治癒打切りに関して— 須田和子(東京・神経科学研)
6. 老人医療に関する社会医学的考察—長期療養患者の問題から— 沢田絹子他(堀川病院地域医療研究会)
7. 医療のシステム化の根拠と問題点 西三郎(公衆衛生院)
8. 医学教育とそのコスト—医育機関急増対策に関連して— 吉田克己(三重大・公衆衛生)
9. 保健費用の推計 西三郎(公衆衛生院)

保健婦活動

〔座長〕木下安子・林義緒

1. 過疎地保健婦活動からの訴え 宮本秀美(京都丹後町役場)
2. 政令市に保健婦は不用か 前田黎生(名古屋・中川保健所)
3. 保健所保健婦が直面した心身障害児をめぐる諸問題について 市橋, 他(藤井寺保健所心身障害児研究グループ)
4. 総合健康保健組合に於ける健康管理を如何に進めたか 岩上とめ江(大阪金属問屋健保)
5. "14年目の訪問"の取り組みとその経過 松尾礼子(森永ミルク中毒事後調査の会)
6. 京都での森永ミルク中毒事件の経過から一住民に支持され、ともに行動する保健婦をめざして—谷口玲子(京都森永ミルク中毒調査研究会保健婦グループ)
7. 保健婦の新カリキュラムのねらいとするもの 小林ユキ子(調布市役所)
8. 京都における保健所問題のとりくみ 山本繁(向陽保健所)
9. 保健婦とともに歩んだ40年 丸山博(阪大・衛生)

公害

〔座長〕東田敏夫・吉田克己・大橋邦和

1. 牛乳中のBHC残留量—その1 大川博徳(三重大・教育)
2. 玄米中カドミウム濃度の「安全基準」1.0ppmの理論構成について 冨家孝(大阪府公衛研)
3. キノホルムに関する文献的考察—副作用情報を中心に— 一片平冽彦(東大・保健社会学)
4. 新潟水俣病患者の生活実態調査 斎藤恒・高橋哲郎・村田安子・山内久美子(沼垂診療所)
5. 生野周辺地域のイタイイタイ病について 柴田市子(兵庫県中川病院)
6. 東京型光化学スモッグの推理 南雲清(代々木病院)
7. 大阪における森永砒素ミルク中毒に対するとりくみ 細川一真(大阪森永ミルク中毒対策会議)
8. 山村(竜神村)における心身障害者、森永ミルク問題と運動について 寒川利朗(森永ミルク中毒のこどもを守る会和歌山県本部)

〔追加〕

1. "14年目の訪問"の取り組みとその経過 松尾礼子(森永ミルク中毒事後調査の会)
2. 京都での森永ミルク中毒事件の経過から 谷口玲子(京都森永ミルク中毒調査研究会)

公衆衛生と保安処分

〔座長〕大平昌彦・青山英康・丸山創・乾死乃生

1. 保安処分と公衆衛生活動 桑原治雄(三重県高茶屋病院)
2. 保安処分と地域精神衛生 吉田健男(岡山大・衛生)
3. 都道府県精神衛生費ののび 西三郎(公衆衛生院)
4. 保安処分と結核予防 大原啓志(岡山大・衛生)
5. 伝染病対策と人権 五島正規・藤田征男・畝博(高知県幡西地域保健医療センター)
6. 保安処分と保健婦活動 中井由美子他(岡山保健婦会)
7. 労働衛生安全管理と保安 小木和孝(鉄道労研)
8. 保安処分と公害問題をめぐって 大橋邦和(名古屋大・公衛)
9. 国民総背番号制と保安処分 森武夫(広島大・公衛)

国立多摩研究所

沿革

ノルウェーの医学者アルマウエル・ハンゼンがらい菌を発見(1873)してから、今日にいたるもまだらい菌の培養と動物移植に成功していない。この事実がらい医学の進歩に大きな障害となっていることはたしかである。

わが国では、らい療養所、大学および研究所の一部の学者によってけんめいに研究がおこなわれ、多くの業績があげられたが、らいの予防と治療の分野は遅々として進展しない実状であった。

このようならい医学の現状を打開して、らい医学を急速に進展させるためには、独立した国立研究機関を設置して、総合的な研究をなす必要があるという要望が、昭和26年ごろから、国立らい医療機関、日本癩学会および日本学術会議などから強まり、昭和28年の第16国会で癩予防法が

改正されるにあたって、その付帯事項として、昭和29年度から国立らい研究所の設置に着手することが決議されたのである。

他の研究機関との提携およびらい医療機関との緊密な提携と相互利用を容易にするために、当研究所は国立らい療養所多磨全生園に隣接して設置され、昭和30年7月1日開所式が挙行された。かくして、永年にわたって、ことに全国のらい患者から強く要望されていた国立らい研究所が誕生したのである。なお、昭和37年6月国立多摩研究所と名称が改められて現在にいたっている。

研究テーマ

らいの予防および治療に関する調査研究をおこなうことが当研究所の使命であるので、当面の研究テーマを次の4課題に大別して、これについてそれぞれ専門分野から研究がすすめられている。

1. らい菌の培養、動物移植(実験的らい症)ならびにらい菌の物質代謝に関する研究
2. らいの感染、発病および治療に関する基礎的研究
3. らいに関する免疫学的研究
4. 治らい薬の開発

書評

横橋五郎, 他著「健康学概論」

人間の歴史をみると、健康の概念はとくに産業革命期以降大きく変ってきた。もっぱら「身体」の健康として捉えられていた段階から「心身」の健康に移行し、さらに第2次大戦後にはWHO憲章や日本憲法にみられるように、「生活」として理解されるに至っている。この点は日本においても、60年代の激しい社会変動のなかで、成人病、精神障害、公害病などを契機として生活概念としての健康は実感として受けとめられ、われわれの日常の生活のな

かがかつてないほどに切実な問題となっている。このような社会と時代を背景として、健康への総合科学的かつ実践科学的なアプローチがぜひ必要であることは、とくにこの領域にとりくむ者がひとしく痛感しているところであろう。

本書は、このような社会の要請のなかからまさに生まれるべくして生まれてきた感が深い。これは現代保健体育学大系の一環をなすものであるが、11名の執筆者の大半は東京大学医学部に属し、新しい科学とし

ての保健学の確立に努力されている方々である。「健康学概論」というタイトルは本書が最初とみられるが、これは前記大系のなかで「保健学」の総論部門として位置づけられているものと理解される。本書のねらいは、巻頭に述べられているように、“社会の進展とともに人の健康を保護する内容が、疾病予防ないしは身体医学的なものだけではすまなくなり、もっと生活的多要因的なものにまで広がるにしたがって体系の再検討と新しいアプローチの方法を導入する必要が強くなった”ところにある。このため“従来のタテ割り式分割ではなく、文化科学、社会科学、自然科学のすべてを健康に志向

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 本会の事務局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が発展助長することをもって目的とする。
- 第4条 本会はその目的達成のため次の事業を行なう。
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6条 年次予算、会則、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7条 会費は年額1,000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。ただし研究会の開催など特別に経費を要する場合は、そのつど別に徴収することができる。
- 第8条 本会は会員の希望により各地方会をおくことができる。
- 第9条 本会の諸行事、出版物などは会員外に公用することができる。
- 第10条 本会の会計年度は、毎年7月に始まり、翌年6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ご利用下さい。