

第17回社会医学研究会報告記録

と き：昭和51年7月24日（土），25日（日）

と ころ：大阪大学医学部

社会医学研究会

この記録は、第17回社会医学研究会における研究発表の「公衆衛生」第40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17回社会医学研究会報告記録

総会プログラム	4
地域保健・医療に関する実践報告	
（演題 1～6, 28, 8, 9）	西 三 郎・木下 安子… 6
保健所を甦らせるために	
（演題10～15）	大原 啓志・小林ヒサエ…16
（演題16～21）	丸 山 創・南 好子…24
大都市の保健・医療問題	
（演題22～27）	東田 敏夫・水 野 洋…37
地方自治体の保健・医療の行財政	
（演題29～32）	庄 司 光・山下 節義…46
職業病，薬害，公害などに関する問題について	
（演題33～38）	山田 信也…55

とくに注目しなければならないのは、アジア地域の人口問題である。現在約20億の人口が21世紀半ばには3倍の60億を超え、世界人口の60%以上を占めるに至るであろうことである。

これまで人口革命は「多産多死」から「少産少死」への移行で逃げられてきた。わが国も戦後わずか10年たらずの期間に「少産少死」の国になって、今日に及んでいる。ところが、アジア、アフリカ地域においては、近代の公衆衛生学や医学の輸入により急速な死亡率の低下をみたくも拘らず、高出生率はそのまま継続し、その結果が急速な人口増加とってきている。

しかしながら、問題は人口の“数”にのみあまるのではなく、食糧生産、消費経済生活との関連において、人類がこの地球上に100億以上共存共栄できるか、ということである。

まず食糧生産は、いわゆる先進諸国においては、最近の10年の間に10~15%の増加がみられるけれども、発展途上国においては生産増加はほとんどみられない。一方、消費経済生活からみた場合には、逆に先進国では数倍ないし10数倍の消費生活をおこなっている。したがって、将来100億の人口が、今日あるいはさらに高い消費経済生活を営むことは不可能であり、食糧生産からもこの人口を養うことはできず、人類の共存共栄のバランスの破れる時期が必ず到来することとなる。

マルサスの人口論以来、この危機は幾度となく叫ばれてきたが、人類は“叡智”と技術革新によってこれを克服してきた。しかしこの技術革新は、地球上の諸資源を消費し、自然のサイクルを狂わせてしまった。すなわち、資源は枯渇に向かっていく。いま人類に求められているのは

生活様式の変換である。食生活においては、動物性蛋白質の摂取は必要最小限にとどめ、植物性蛋白質への依存を高め、発展途上国における食糧の生産性を向上させ、消費経済生活を一定レベルで抑制し、それを“全人類”が享受できる範囲に、人口抑制を計画的にすすめて行かなければならない。

これらを実践していく“叡智”を人類がいまこそ持たない限り、全人類の共存共栄は悲観的となる。

(な)

世界家族としての 家族計画

現在、日本人の日常生活の上でさし迫った世界的な食糧危機を、身に及ぶ自分たちの問題として深刻に受けとめている人が、どれほどいるだろうか。

世界を一つの共同体としてみると、現在の食糧問題における危機感を回避して通ることは、まず不可能であろう。食糧危機がかくも深刻な問題としてわれわれに迫ってくるのには、それなりにいくつかの原因がある。

その一つの原因として考えられるのは、現在の地球が小氷河期に向かいつつあって、地球物理学的に動揺期にあるため、地球上の各地に不安定な異常気象現象をもたらす、この不安定な気象現象に起因する冷害や旱魃により、自然を最大の糧とする農作物に、減産という打撃を与え、食糧供給面における絶対量の不足と、需給関係における相対量からみた負のアンバランスが招来されるというのが、供給面における問題点である。アメリカ、ソ連、中国等の世界の穀倉地帯にひとたび凶作が発生すれば、直接的に絶対量の不足が生

じ、また、流通機構の中での異常高騰がおこり、そのため供給が偏在し、局地的に相対量の不足が生じ、世界単位での全体的な長期食糧需給計画が崩れ落ち、食糧恐慌という形ではねかえってくるのである。

これら供給面の諸問題に対し、他方需要面にも、回避し難い大きな問題がある。それは、発展途上国の爆発的な人口増による食糧需要の増大に加えて、経済水準の上昇が食生活の質的变化をもたらす、すなわち、畜産製品消費糧の増大であり、これに伴い畜産用飼料としての穀物需要の拡大という連鎖反応が、きわめて早い速度で不可逆的に進行しているという事実である。

食糧問題は食糧生産量と人口との相対的な関係において論ぜられるべきであって、いかに食糧を増産しても、爆発的な人口増による需要の増加に食糧生産量が伴わないところに、今日的な問題がある。

公衆衛生の進展に伴う感染症の激減による死亡の減少と、母子保健の向上に伴う乳児死亡数の減少は、総死亡率の低下に大きな拍車をかけ、さらに諸国民の保健状態の向上に伴い寿命が延長し、人口の大幅な自然増を招来しているのである。また、開発途上国のみかけの食糧事情の好転は、生物の異常増殖ともみなされる爆発的人口増となって現われ、生物界における自然律として放置するには、余りにも重大な人類滅亡への引き金といえよう。

動き出した地球の異常気象現象に対処するには、人間の力は余りにも無力であり、世界的な規模の上に立った人口計画を各国の協調のもとに考えない限りは、この食糧危機を脱することはできないだろう。

(ら)

第 17 回社会医学研究会報告記録

第 17 回社会医学研究会総会は、去る 7 月 24 日・25 日の両日にわたり、別記プログラムの通り、阪大医学部を会場として行われた。

本年は、全体を通ずる要望課題として地域保健(医療)が取り上げられ、さらに 3 つの具体的な検討課題が設定された。

1 つは大都市における保健問題で、1) 1960 年以降の大都市の住民構造の変貌を明らかにし、それにともない、2) 保健問題の焦点はどのように変動してきたか、3) 大都市住民の健康の現状はどうか、4) 大都市の保健医療行政はそれにどう対処しているか、などの点について報告と討議がなされた。

2 つめは地域保健と市町村の行財政問題で、地域保健を確立するうえで決定的に重要な市町村レベルにおける衛生行財政に焦点が当てられた。

3 つめは保健所問題で、積極的に保健所活動を甦らせるために、1) 財政危機下の保健所活動、2) 保健所と住民の連帯、3) 保健所における地域保健医療の展開、4) 血の通った保健婦活動の実践、5) 権力的衛生行政の転換などの諸点について、報告と討議がなされた。

以下、これらについて、各座長ごとのまとめをご覧いただきたい。

(総会世話人 大阪大学公衆衛生 朝倉新太郎)

■ 総会プログラム一覧 ■

<地域保健・医療に関する演題>

1. 家族周期と健康の関連性について
—有病率・受療率を中心に—
佐久間 淳(帝京大・公衆衛生)
2. 東京都・府中市における特殊疾病(難病)の有病数および率について
○黒子武道(東京都神経研), 星野英一(東京都府中保健所), 水野幸治(東京都府中医師会), 宇尾野公義・川村佐和子(都立・府中病院)
3. 神経難病専門病院の機能
—東京都立府中病院神経内科通院患者実態調査結果—
○山手 茂(東京都神経研), 川村佐和子(都立府中病院)
4. 神経難病専門病院における MSW の機能
—都立府中病院医療相談室の活動報告—
○川村佐和子・中島初恵(都立府中病院)
5. 難病患者・家族に対する MSW 援助の方法と課題
○阪上裕子(公衆衛生院), 川村佐和子・中島初恵(都立府中病院), 鶴沢立枝・寺田裕子(虎の門病院), 高山俊雄(都立墨東病院), 大塚隆三・

- 田村恵一(整肢療護園), 根本博司(東京都老人研), 小谷節子・古田多賀子・磯部博明(都立心身障福祉センター), 山手 茂(東京都神経研)
6. 進行性筋ジストロフィー症(デュシェンヌ型)に対する保健婦活動
木下安子・○関野栄子(東京都神経研)
 7. 保健婦の機能に関する検討
—精神障害者への働きかけの実践—
山岸春江(東京都神経研)
 8. 神経難病患者援助のためのチームワーク
○井伊なか子(患者妻), ○川村佐和子(都立府中病院), 金丸典子(東京都青梅保健所), 西川有里(日本女子大)
 9. 患者団体難病検診の意義と役割
西 三郎(公衆衛生院), 石川左門(東京進行性筋萎縮症協会)

<保健所に関する演題>

10. 保健所の理念と当面の課題
小栗史朗(名古屋千種保健所)
11. 財政危機下における保健所活動

- 西 正美 (石川県厚生部)
12. 財政危機下における京都府の保健所活動
山本 繁 (京都府保健予防課)
 13. 保健所再編問題についての地域住民との連帯
—公衆衛生研究会飯田・下伊那支部の動き—
藤岡弘道 (長野県飯田保健所)
 14. 権力的衛生行政 (監視業等) の転換
小林孝三 (大阪府泉佐野保健所)
 15. 大阪府の地域保健医療における保健所の役割
丸山 創 (大阪府岸和田保健所)
 16. 保健婦活動の質的向上をめざすために
—私達の試みから—
岡本都子 (大阪府門真保健所)
 17. 在宅難病患者訪問より保健所保健婦の問題を考える
三宅智恵子 (大阪在宅難病研究会)
 18. 松原保健所における寝たきり老人の訪問看護について
乾死乃生 (大阪府松原保健所)
 19. 保健所における障害児の地域保健医療の展開
—ダウン症児へのとりくみ—
津田ユキ・本田美智子・乃原多津江 (京都府向日陽保健所)
 20. 保健所を中心とした虫歯予防活動
草野文嗣・富川文子・西川美代子・伊東文枝・山崎恭子・足立京子・〇馬場新子 (滋賀県今津保健所)
 21. 動き出した精神衛生活動
草野文嗣 (滋賀県今津保健所)
- <大都市の保健医療に関する演題>
22. 都市化と住民の健康
—大阪市を中心にして—
南沢孝夫 (阪大公衆衛生)
 23. 大阪市民の医療需要構造と保健医療の課題
金田治也 (阪大公衆衛生)
 24. 大都市における保健問題
—K市の状況を見る—
速水敏子 (大阪府門真保健所)
 25. 京都市内の一低所得階層地域における保健医療の問題点
谷田悟郎 (京都九条診療所)
 26. 大都市における高齢者保健福祉対策のあり方
奈倉道隆 (京大老年医学)
 27. 都市労働者の健康問題について
—慢性疲労性の職業病を中心に—
牧野忠康 (箱崎町診療所)
 28. 大都市における訪問看護
杉浦徳子 (在宅看護研究会)
- <地方自治体の保健医療の行財政に関する演題>
29. (特別報告) 地域保健医療と市町村財政
伊藤 晃 (京都自治体問題研究所)
 30. 東京都特別区の衛生費とその分析
西 三郎 (公衆衛生院), 京田祥史 (全都公衆衛生懇話会)
 31. 乳幼児管理体制の現状と問題点
山本裕子 (東京都練馬保健所)
 32. 英国国民保健事業の地方レベルにおける管理体制と英国医師会
多田羅浩三 (阪大公衆衛生)
- <公害等に関する演題>
33. 職業病と労働法 (第3報)
—労災補償の社会保障化とその危険性—
牧野忠康 (箱崎町診療所)
 34. 北九州における大気汚染と喘息 (その1)
—APA プロジェクトチームの編成とその経験—
〇阿比留幸子・原口良子・真角欣一 (健和総合病院), 梅田玄勝 (北九州公害研)
 35. 北九州における大気汚染と喘息 (その2)
—特診外来・北九ぜんそくの会をめぐる—
〇原口良子・阿比留幸子・真角欣一 (健和総合病院), 梅田玄勝 (北九州公害研)
 36. 茨城県牛久・竜ヶ崎地域に発生した地盤凝固剤による集団中毒症と県および保健所の果たした役割
南雲 清 (東京荒川生協病院)
 37. 後水晶体線維増殖症 (早産児の網膜症) の多発と学会の社会的責任
尾沢彰宣 (川崎幸病院, 東京医歯大難研)
 38. キノホルム被害者の救済をめぐる問題
—特に『認定』について—
片平冽彦 (東京医歯大難研)

地域保健・医療に関する実践報告

——難病事例を中心として——

(演題 1~6, 28, 8, 9)

〈座長〉 西 三郎* 木下 安子**

地域保健・医療に関する演題は、1.「家族周期と健康の関連性について」の報告以外すべて難病対策についての報告で、東京都委託研究「特殊疾病対策機構に関する研究」に関連する報告が5題を占めていた。報告発表の順に従ってその概要を紹介しよう。

演題 1. 家族周期と健康の関連性について —有病率・受療率を中心に—

帝京大学医学部・公衆衛生 佐久間 淳

家族を単位とした健康に着目し、家族の生活段階を家族周期における段階としてとらえ、夫婦および2児の家族を想定し、結婚から60年ごろまでの経過について、幾つかの家族の組み合わせごとに家族単位に有病率・受療率の数値を加算、合計し、考察を加えた。資料は、有病率に国民健康調査、受療率に患者調査を用い、年次は、昭和47年および49年であった。なお、考察に人口動態統計より年齢階級別死因順位を参照した。

家族単位での有病率・受療率は、子供の誕生とともに上昇し、子供の結婚とともに低下し、その後年齢の進むとともに上昇している。夫婦の年齢の組み合わせ、子の性差等により、多少、有病率・受療率の経過が異なっている。

モデルの例として、夫26歳、妻23歳で結婚、2年後に長子(女兒)誕生、その3年後に第2子

(男児)誕生。やがてそれぞれ23歳、26歳で結婚、独立し、残された両親は夫71歳、妻76歳で死亡した例では、有病率は結婚後5年にピーク、20年に最低となり、25年に小さな山の後、30年から急上昇している。夫25歳、妻22歳、第1子女児、第2子男児では、25年に最低で、その後上昇し、前のモデルの25年の小さな山はみられない。その他、幾つかの組み合わせモデルについて報告された。

受療率と有病率との間に大きな差はないが、特徴として、①子供の出生後から年少期にかけて有病率が高く、これには核家族化の影響で、子供の養育・介護などに関して若い母親が周囲に相談相手がないため不安を感じ、軽症なものまで医師の診断を受けること、逆に、②老人の場合は、経済的理由や昔からの生活態度のため、受療が消極的になりやすいことが指摘できる、と報告した。

ライフステージと主要死因の関係については、0歳—先天異常、1~34歳—不慮の事故、35~64歳—悪性新生物、65歳以上—脳血管疾患に分かれていることに意味があるとした。

以上において家族周期(ファミリーサイクル)、生活周期(ライフサイクル)と健康の関係について、有病率・受療率・主要死因などを中心に考えてみた。その結果、個々の生活段階における特徴が概略的に明らかになってきた。そこで今後の課題として、①各ステージにおける家族員の相互作用による影響力の把握、②家族構成の特徴と有病率・受療率などの関連分析、③各家族周期段階と家族

* にし・さぶろう 国立公衆衛生院

** きのした・やすこ 東京都神経科学総合研究所

機能としての健康管理機能の変化、④③と相互補完的關係にある家族外専門サービスとの体系化の問題、⑤④から考えさせられる保健・福祉需要とヘルス・マンパワーの問題、⑥ライフステージにおける特徴的傷病形成の分析と予防、⑦有配偶と無配偶における諸率の分析、などが残されているので、今後時間をかけ、徐々に明らかにしてゆきたいと考えていると報告した。

同報告に対し、丸山博（前大阪大学教授）は、国民健康調査、患者調査を用い、家族内のわずかな年齢の組み合わせの違いを論じるのは、過剰分析ではないか、と指摘した。さらに、これらの統計資料の解析には、経済的な事象との関連を考慮する必要を述べて、昭和49年と47年とでは経済事情も違おうとし、実際の家族についての具体的な疾病罹患、有病、さらに医療費の分析などがなされることを期待した。現在、家族ぐるみに問題をしぼることの必要があるが、モデルは自然的組み合わせに過ぎない。家族関係を支配するのは経済的なものである。そのため、実際の代表的な例を集め、性別・年齢別に分析していかないと、モデルのみを中心とすれば社会管理的な発想と結びつくとして述べている。

演者は、今回は既存資料の結び合わせでの分析であるが、今後個々の分析に入りたいと答えた。

演題 2. 東京都府中市における特殊疾病（難病）の有病数および率について

東京都神経研・〇黒子武道 東京都府中保健所・星野英一 東京都府中医師会・水野幸治 都立府中病院・宇尾野公義 都立府中病院 川村佐和子

本研究は、東京都特殊疾病対策機構に関する研

表 2-1 特殊疾病患者数・順位・率

(府中市, 昭和51年1月末現在)

順位	疾 病 名	患者数	%	率 人口10万対
1	*慢性肝炎	213	29.5	118.3
2	メニエル病	178	24.6	99.3
3	*パーキンソン病	46	6.4	25.7
4	肝硬変・ヘパトーム	41	5.7	22.9
5	ネフローゼ症候群	31	4.3	17.3
6	*人工透析を必要とする腎不全	24	3.3	13.4
7	*悪性関節リウマチ	22	3.0	12.3
8	*スモン	19	2.6	10.6
	*全身性エリテマトーデス	19	2.6	10.6
9	*ベーチェット病	17	2.4	9.5
10	*特発性血小板減少性紫斑病	16	2.2	8.9
11	*重症筋無力症	13	1.8	7.3
12	慢性肺炎	9	1.2	5.0
13	*再生不良性貧血	8	1.1	4.7
	*サルコイドーシス	8	1.1	4.7
14	*汎発性強皮症	7	1.0	3.9
	*脊髄小脳変性症	7	1.0	3.9
	肺線維症	7	1.0	3.9
15	*筋萎縮性側索硬化症	6	0.8	3.4
16	*點頭てんかん	5	0.7	2.8
	*血友病	5	0.7	2.8
17	*高安病	3	0.4	1.7
18	*多発性筋炎	2	0.3	1.1
	*潰瘍性大腸炎	2	0.3	1.1
	*ウイルス輪閉塞症	2	0.3	1.1
	*多発性硬化症	2	0.3	1.1
	突発性難聴	2	0.3	1.1
19	*劇症肝炎	1	0.1	0.6
	*リビドーシス	1	0.1	0.6
	*悪性高血圧	1	0.1	0.6
	*結節性動脈周囲炎	1	0.1	0.6
	ビュルガー病	1	0.1	0.6
	シェーグレン症候群	1	0.1	0.6
	溶血性貧血	1	0.1	0.6
	橋本病	1	0.1	0.6
	下垂体機能障害	1	0.1	0.6
	計	723	100.0	403.3

注：* 印は医療費公費負担対象疾病

：人口は昭和51年1月1日住民登録人口，府中市179,283人。

表 2-2 情報源別特殊疾病患者数（府中市, 昭和51年1月末現在）

患者数	情 報 源						計	
	保健所	福祉事務所		市役所	地区医療機関			その他 (実態調査)
	公費負担	身障者手帳	生活保護	国保レセプト	府中病院 神経科	医師会		
723(100.0)	104 (14.4)	60 (8.3)	22 (3.0)	437 (60.4)	49 (6.8)	28 (3.9)	133 (18.4)	833(115.2)

究の一環として行われたもので、府中市を対象に、主として既存資料を用い、昭和51年1月末現在における特殊疾病の性別・地域別・年齢階級別有病数(率)を算定し、患者の把握に用いられるようにした各種情報源の得失、患者情報管理方式の検討を報告した。

特殊疾病は、国および東京都の指定した43種(36種把握)、情報源は表2(1~2)に示したもので、患者延べ数833名、実数723名、有病率人口10万対で403.3あった。その結果を表2-1、表2-2に示した。行政機関の保有している資料から把握された患者数は、総数の86.2%を占め、これらを用いて患者名簿を作成した。これらの資料に、さらに医療・看護・福祉サービスなどの関係データを継続的に補足する方式を採用する必要があると考えられるが、さらに検討の要があると述べた。

丸山博は、これらの資料収集は、日常業務のなかでできないのか、できるなら、できるようにさせていくことが必要であろうと述べた。

演題3. 神経難病専門病院の機能
 ——東京都立府中病院神経内科
 通院患者実態調査結果——
 東京都神経研○山手 茂
 都立府中病院 川村佐和子

都立府中病院神経内科は、1971年神経難病専門医療機関の整備のため開設され、現在60床である。開設から1975年3月31日まで、4,014名(うち都外は814人、20.3%)受診している。このうち、死亡者、入院患者、都外居住者等1,012人を除いた3,002人の患者を対象として、郵送・質問紙により患者実態調査を行った。質問紙が届いたと推定される患者2,657人のうち、1,232人(46.4%)から回答を得、集計可能な1,118人について結果を報告した。回収率は、一般の郵送調査に比べて高く、患者の協力によって高い回収率が得られた。

調査結果は、表3-1~3-4、図3-1に示されている。

表3-1 患者の地域別・疾患別構成

	合計		特定神経疾患	その他の神経疾患	その他の疾患
府中市	230人	100.0%	12.2%	82.6%	5.2%
三多摩	552	100.0	26.4	69.3	4.3
都内	336	100.0	46.4	51.8	1.8
計	1,118	100.0	29.5	66.7	3.8

表3-2 来院するまでにかかった医療機関数

	合計		0カ所	1カ所	2カ所	3以上	NA
特定神経疾患	330人	100.0%	2.1%	20.6%	28.8%	45.8%	2.7%
その他の神経疾患	746	100.0	12.5	27.4	18.9	31.0	10.2
その他の疾患	42	100.0	16.7	28.6	19.0	26.2	9.5
計	1,118	100.0	9.6	25.4	21.8	35.2	8.0

表3-3 来院のきっかけ(すすめた人など)(MA)

	医師	PHN SW	親戚友人	患者集団	マスコミ	近い便利	その他	NA
特定神経疾患	25.5%	7.6%	16.1%	31.8%	15.5%	7.9%	11.5%	0.3%
その他の神経疾患	31.1	6.8	22.0	5.6	14.1	16.4	12.1	1.5
その他の疾患	33.3	7.1	31.0	—	7.1	14.3	2.4	4.8
計	29.5	7.1	20.6	13.1	14.2	13.8	11.5	1.3

表3-4 受診してよかったこと(MA)

	明確な診断	正しい診断	適切な治療	専門医療	患者仲間	患者会	その他	NA
特定神経疾患	30.0%	23.3%	21.5%	65.2%	27.9%	15.5%	7.9%	5.2%
その他の神経疾患	22.7	16.4	16.8	60.6	4.4	0.8	7.0	11.7
その他の疾患	38.1	23.8	26.2	54.8	—	—	9.5	9.5
計	25.4	18.7	18.5	61.7	11.2	5.1	7.3	9.7

府中神内科だけ	府中神内+地域の家庭医	府中受診中止理由	不便な点
31.2%	30.9	病状好転効果なし 6.7%	入院難 13.8% 通院難 86.2%
他の医療機関医療を受けていない	29.1	他医紹介 18.5%	
その他	5.5	医療不便 54.6%	
NA	1.8	その他 15.1%	

図3-1 現在の受療の形態(特定神経疾患患者)

演題4. 神経難病専門病院におけるMSWの機能
 ——都立府中病院医療相談室の活動報告——
 府中病院医療相談室○川村佐和子・中島 初恵

病院におけるMSWの機能の発展をめざして、府中病院相談室の活動を報告した。まず、相談室

の MSW 事業の歴史的経過を簡単に報告し、次いで、神経難病患者に対する医療・福祉業務に関し、その特徴を明らかにするため、昔日の難病であった結核と対比して、業務調査(昭和51年2月～3月)の結果を報告した。

相談室は当初、保健婦 1、心理相談員 1 で出発したが、現在は結核を含む病院全体の相談室となり、保健婦 1、心理相談員 2、福祉相談員 4、計 7 名いる。

第 1 年度は、部屋も事務指針もなかったが、神経内科外来患者が 400 人になった時アンケートを行い、福祉的発想および福祉的援助の必要を明らかにした。

第 2 年度には、患者に適用される制度の範囲の拡大に努力し、所得制限の緩和、神経疾患への身体障害制度の適用を、さらに演題 8 の例の如く給付の拡大を試みた。神経疾患の身体障害制度の適用には、医師側より症状が固定していないこと、また福祉事務所より有病状態にあり、身体障害者ではないという理由などで適用に困難があるといわれ、現在でも重症筋無力症などへの適用は困難である。

第 3 年度には、通院もできず、外からの援助も得難い患者に対するサービスを開始した。また、病棟には狭い医学的な判断では入院を必要としない患者が増加し、彼らの退院の促進が期待された。このことは、患者にとっては専門医から見離された感を抱かせ、家族には、車椅子、その他看護・介助の受け入れができないという困難が現実にあるため、巡回診療が計画された。

第 4 年度から、巡回診療が開始された当初、全くの寝たきり 12、寝たきり 18、坐居可能 3、その他 5、計 38 名の在宅患者に医師その他の専門職による診療班が巡回を行い、現在 31 名を対象として事業を進めている。結核患者についての同様の事例については、保健所の保健婦が看護面を中心とした電話連絡のみで 31 名を引き受けていた。今後、その他の疾病にも拡大されることが期待される。

次に、結核患者と神経難病患者の医療・福祉業務に関する比較研究が報告された。その結果を図 4-1～4-5 に示した。個々の結果は省略する。

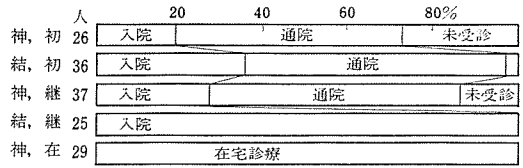


図 4-1 医療状態

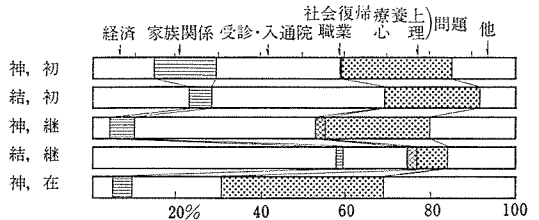


図 4-2 課題

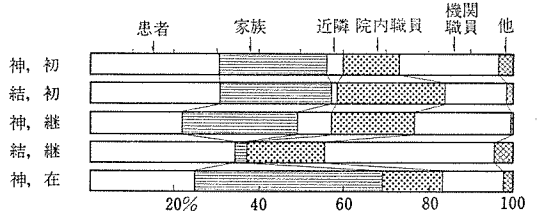


図 4-3 対象

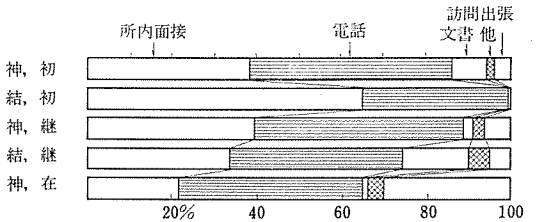


図 4-4 援助方法

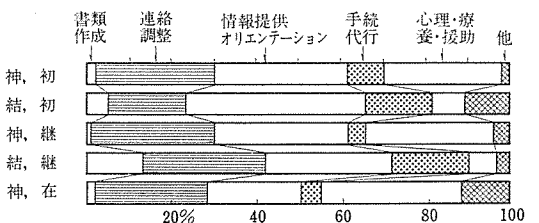


図 4-5 援助内容

上 5 図の注：神-神経内科患者，初-初回援助開始群，結-結核患者，継-継続援助群，在-在宅診療群

最後に、まとめとして次のように報告した。
「結核患者に対する医療・福祉制度は一応整備され、直接患者を支援し、患者が実施し得ない手続きなどを代行することによって、医療・福祉業務を遂行することができる。一方、神経難病患者に対しては、専門医療機関の不足や福祉制度の未整備のため、その不足を家族や地域社会に代行して

もらう援助が先行している。未受診者の問題が短期間に解決困難であったり、症状や療養生活技術に関する課題に多く取り組まねばならなかったり、家族が担いきれないほどの負担を強いられ、家庭崩壊を防ぎ得なかったりなど、MSW 業務は広範でかつ複雑な内容となっている。現状の MSW 業務は病院と地域社会、そして患者の生活と医療の間に立って、各々の間にあるパイプを広げることによって患者福祉の実現を図ろうとしている。」

演題 5. 難病患者家族に対する MSW 援助の方法と課題

国立公衆衛生院・○阪上裕子 都立府中病院・川村佐和子 都立府中病院・中島初恵 虎の門病院・鶴沢立枝 虎の門病院・寺田雅子 都立墨東病院・高山俊雄 整肢療護園・大塚隆三 整肢療護園・田村恵一 東京都老人研・根本博司 都立心身障害福祉センター・小谷節子 都立心身障害福祉センター・古田多賀子 都立心身障害福祉センター・磯部博明 東京都神経研・山手 茂

阪上らは、昭和 48 年から 3 年間、東京都委託研究特殊疾病対策機構研究班（班長・重松逸造国立

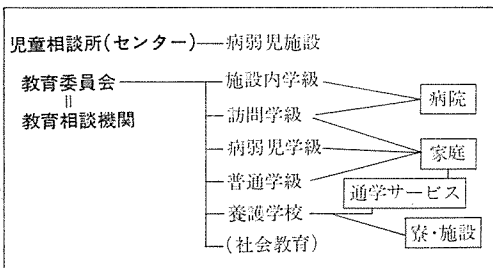


図 5-1 難病患児のための教育機関の整備

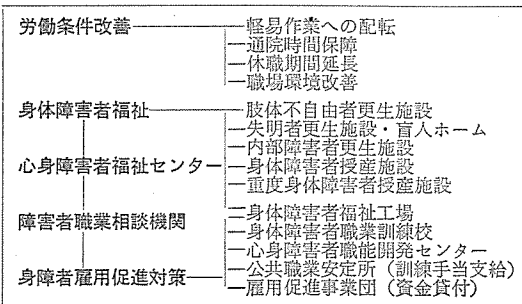


図 5-2 難病患者のための職業生活援助（主要な対策）

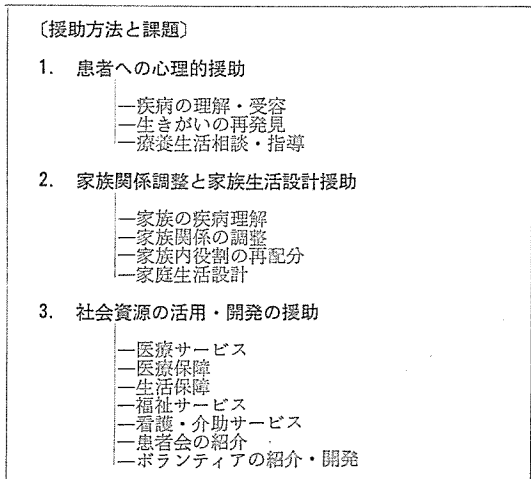
公衆衛生院疫学部長）に参加し、難病患者、家族の問題、ニードを医療・福祉サービスの観点から調査研究を行った結果について報告した。すでに昨年、第 16 回総会においても、進行性筋萎縮症（ドゥシャンヌ型）患児の生活障害と MSW 援助について報告が行われており、その継続で、その他の神経系難病および膠原病、内臓疾患をも含む難病患者・家族の福祉ニードと MSW 援助の方法と課題について考察を行った。

難病は、治療法未確立の難治性・慢性疾患であり、肢体不自由、視力障害などさまざまな身体的障害を伴うため、患者は職業、家事、育児、教育、余暇など生活のさまざまな側面に困難を生じている。難病患者は専門的医療、看護サービスが必要とするだけでなく、医療・生活保障、身体障害者・老人・児童福祉サービス、教育、職業生活、援助サービスをも必要としている。また患者・家族がこれらの諸制度を有効に活用するための個別的相談・援助をも必要としている。

このうち、難病患児のための教育機関の整備を図示すると、図 5-1 のとおりである。

また、難病患者の職業・生活援助の主要な対策は図 5-2 のとおりである。

以上、患者・家族の問題、ニードは疾患別、症状・障害の進行段階別、生活周期段階別などにより個別的であり、MSW が援助を行うためには、患者・家族の特徴や課題を正確に把握することが必要で、援助方法と課題は下図の通りである。



演題 6. 進行性筋ジストロフィー症（デュシャンヌ型）に対する保健婦活動

東京都神経研〇関野 栄子・木下 安子

表 6-2 筋ジストロフィー症児に対する症状・障害の進行段階別援助

1. 発症期 (I~II期)	早期・適確な診断（専門医の選択）、療養方針の決定 ・ふつう児と同じ生活、遊び、しつけ ・正常な心身の発育部分を助長 ・家族のショックを和らげ、疾病を受容させ、過保護にしない ・施設か、在宅かの選択・決定に関与する（集団の中に入れる） ・利用できる福祉諸制度、医療費の公益負担を指導 ・検診時に把握し、責任をもって専門医紹介（同行）、アフタケア	保健婦 開業医 専門医 保母 ケースワーカー
2. 中間進行期 (III~VII期)	疾病管理、疾病に対する理解をえさせる、残存機能の推移 ・事故防止、残存能力を最大限生かす、機能訓練 ・教育権の保障（ふつう学級か養護学級か自宅訪問学級） ・ふつう児との接触と、同病児との交流（進行した姿をみせる） ・生活体験を深く、広くさせる。旅行・趣味など多彩に ・家族の過労を防ぐ。予後については、ケースバイケースで真実を伝えてもよい	教師 養護教諭 開業医 専門医 保健婦 PT・OT ケースワーカー ホームヘルパー ボランティア
3. 末期 (死に至る時期)	症状観察、合併症予防、救急医療確保、生ある限り闘病させる ・緊急医療は入院か在宅か方針をたてて、医療チームを地域につくっておく ・生ある限り、生き続けるよう励ます。音楽、絵画、詩作、思索、無線通信など	開業医 専門医 看護婦 ケースワーカー 保健婦 ボランティア PT・OT

保健婦活動の中で進行性筋ジストロフィー症（デュシャンヌ型）患児および家族への援助を行う場合の指標について報告した。まず患児および家族のもつ問題点は、表 6-1 のようである。

これらに対する援助としては、症状・障害の進行段階別に表 6-2 のような援助が必要である。

また、かかわる職種のコラボレーションが重要である。

演題 28. 大都市における訪問看護在宅難病患者訪問事例を通じた考察

在宅看護研究会 杉浦 徳子

48歳の主婦、筋萎縮性側索硬化症で死亡した事例に対する 10 カ月間の訪問援助活動の分析である。過 3 回、延 111 回の訪問を行っている。訪問に従事した演者は、20年間、看護婦としての業務から離れており、この事例は東京都の潜在看護婦講習会を受け、はじめての職場復帰で担当したものである。

在宅看護研究会は、在宅患者に対する訪問援助サービスについて実践的研究を行うサークルで、東京都神経科学総合研究所社会学研究室で毎週、研究会を開催している。

表 6-1 筋ジストロフィー症児のもつ問題点（進行段階別）

年齢	ステージ (厚生省分類)	症状・その他具体的な問題点	年齢	ステージ (厚生省分類)	症状・その他具体的な問題点
2歳 ~ 5	(発症期)	処女歩行遅れ(1歳半ごろ) 転倒し易い。腓腸筋肥大。 検診や一般医では気づかない	12 ~ 13	VI(いざり、ずり)	手と尻によりいざり移動、坐位のみ。自宅学習。ふつう児との接触減り、同病者との交流深まる。外出の機会減る
3 ~ 4	I 階段昇降可能 手の補助不要 動揺性歩行	診断確定。しかし診断名をはっきり 告げられず、医師巡りする者もある。 遺伝性疾患なので、両親、係累 に悩み多い。治療のため奔走	14 ~ 16	VIII 坐位保持可能	体幹の筋力低下。脊柱の側彎、前高 胸廓の扁平、上腕の筋力低下のため 重いもの保持できず、下肢応用性拘縮。 日常生活要介助
5 ~ 6	II 階段昇降可能 手の補助要 登坂性起立	ふつう児と遊べなくなり、患児自身 が疾病に悩む。就学期を控えて、施 設入所か、在宅、ふつう学校へ進む か迷う	17 ~ 18	VII 坐位保持不能	支持なしに坐ってられない。腕の 位置、頸の保持が困難となる。手先・ 顔面筋以外の筋力低下、呼吸筋、心 筋の低下、やせまたは肥満
7 ~ 8	III 階段昇降不能 坐位から起立 可能	両親の介助で登下校。ふつう校では 体育見学。両親が排泄や移動介助。 施設では、車椅子または補装具で歩 行	(末期)		寝たきり、指先・顔面のみ動かせる。 呼吸速迫、頻脈、心不全症状。痰が 出しにくい、食物をつかみにくい。 言語・意識は明瞭
9	IV 起立不能	疾病の進行に悩む。死の不安。親に 対して、何故産んだのかとなる。親 も悩む。車椅子生活、通学・通 院は困難	2. + α	(死)	どこで死を迎えるか、両親の迷い。 患者は死を受容できるか
10 ~ 11	V 這行可能 (四つばい) 歩行不能	体幹の筋力低下。排泄・入浴介助、 通学介助または訪問授業に移行、死 の不安。疾病の予後について知れた がる			

患者は東京近郊のH市に住み、都立府中病院神経内科に受診している。訪問開始時、すでに四肢・体幹の運動機能を失い、言語も聞きとりにくく、嚥下も困難になりはじめていた。

この患者に対し、訪問看護としては次の点を重視して、取り組んだ。

- ①患者の精神的安定をはかる
- ②患者の残存機能の低下をできるだけ防ぐ
- ③患者の立場にたって行動する

■訪問経過

<第1期 49年1月～同3月>

主婦であり、家業の中心であった患者が倒れ、家庭は家事もとどこおり、9歳と7歳の児は食事も満足に食べられないでいた。まず家庭生活を安定させるためには、食事作りが必要であり、排泄介助等を行なった。民間療法にすがったり、精神的安定を失い焦燥感に苦しむ状態がみられ、それらの聞き役となり、清拭、機能訓練を行った。

家族に看護婦の機能が理解され、家事援助はヘルパー等の手に移り、看護婦として、患者へのサービスが中心になるまでに約1カ月を要した。

病弱とされていた夫が寝たり起きたりの状態になり、視野狭窄、頭重感、右拇指が曲がらない等の症状を訴えるようになった。親族の援助体制もなく、家政婦、近所の婦人が家事を手伝う。

看護婦は患者の観察、病院受診の手配、精神安定をはかり、機能訓練、清拭、食事、排泄介助、食事献立改善等を行った。

<第2期 49年4月～同6月>

喀痰の喀出が困難になり、排泄介助も困難になってきた。言葉もほとんど聞きとれなくなる。夫の病状もはっきりしない。こうした状態の中で、吸引器導入、文字盤作製、嚥下困難の対策、夫の受診手配等を行っている。

夫が不調となり、生活、養育等の家庭機能は落ち、困難な状況になってきているが、親族はまだ援助する気持がうすく、家政婦会からの派出婦依頼、近隣の主婦の手伝い、ホームヘルパー等の援助が行われ、その調整・依頼なども

看護婦がせざるを得ない状況であった。

<第3期 49年7月～同9月>

患者の運動機能はほとんど完全に失われ、一方、夫も次第に脳腫瘍の症状が発現、診断のつかないままに緊急入院、転院、手術、死亡の経過をとった。この間、医療機関との連絡、患者会や子供たちの学校教師、福祉事務所、保健所、夫の親族等への協力依頼などが、患者の看護にあわせて行われた。

<第4期 49年10月～50年4月>

市役所保健婦、専門病院からの在宅診療班ヘルパーによって支えられ、患者の姉が主婦代わりをつとめてくれるようになった。電動タイプライターの導入によってコミュニケーションが得られるようになったが、5月、症状悪化により入院、死亡した。

以上、患者のみでなく、夫までも脳腫瘍患者であり、子供たちも幼く、家庭の中心になる人がいない家庭への訪問看護援助であり、きわめて困難な状況であった。それだけに、この家族の支え手となり、家庭全体の相談相手、調整の役割が重かった。

この家族への援助を行った職種は、医師、保健婦、看護婦、MSW等25名が、家事援助、患者会、親族等を含むと68名に及ぶ。その他、パイプマット、エアーマット、ウォーターマット、吸引器、ポータブルトイレ、ギャッジベッド、電動タイプライター等の物品の貸与を含め、看護介護具等の導入も行われた。

この事例の経験は、在宅療養を支える医療体制が不十分で、この充実の必要性、とくにその中で訪問看護の役割が大きく、かつ有効であり、都市

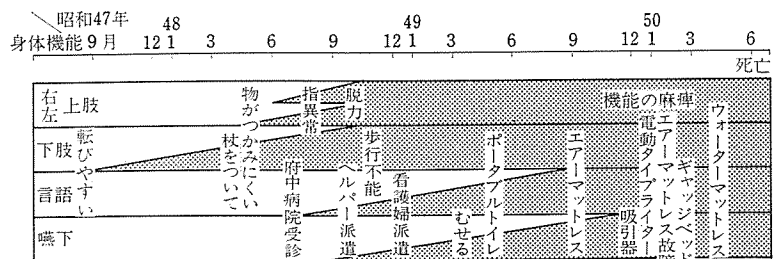


図 28 患者の病状経過

における訪問看護制度の発足の必要性を物語る
と考えられた。

演題 8. 神経難病患者援助のためのチーム ワーク

(患者妻) 井伊なか子 都立府中病院・川村
佐和子 東京都青梅保健所・金丸典子
日本女子大・西川有里

筋萎縮性側索硬化症患者が自宅で人工呼吸器を
使用しつつ、保健・医療チームの援助を受け、療
養生活をした事例、40歳で発病、47歳で死亡し
た井伊氏の場合について、そのチームの在り方を
検討した。

まず、患者の妻であり、家族として看護に当た
った井伊なか子氏が次のように報告した。

「病気が進むと、そのたびに吸引器、人工呼吸
器と医療器械を必要とし、一刻も気を許せない状
態で不安と恐怖に明け暮れた。

病人が大変な時期には、3歳の長女に何を食べ
させていたのか思い出せないほど、病人にかかり
きりであった。是非、難病患者の家庭へヘルパー
が派遣され、また医療従事者が理解され、援助が
なされることを期待する。

呼吸困難があり、専門病院に入院、気管切開を
受けたが、間もなく自宅に近い一般病院に転院し
た。しかし、吸引器の取り扱い、消毒技術などあ
いまいで、心細い思いにかられた。専門病院、一
般病院が患者の治療について責任ある受け渡しを
することができていないことを感じた。

また、一般病院から退院して老人ホームに移る
よういわれ、非常に驚いたが、医療施設でないこ
とから自宅療養を決意した。ホームドクターに相
談、必要器械・器具をととのえ、退院した。退院
時、医師からも特別の指導・注意は受けなかった。

退院後、ホームドクターの往診、専門病院の在
宅診療班の援助によって、人工呼吸器も購入、使
用したが、看護するものの不安は強かった。

また入院していれば経管栄養食は治療の一部で
自己負担はないが、退院後は牛乳、アミココ、そ
の他、栄養を摂取させるための費用は家計に大き
くひびいた。

これらの経験から、医師の難病患者に対する理
解を深めてくれることを切望する。」

以上を受け、川村佐和子は、この患者に対する
保健医療チームの活動について次のように報告し
た(下に略記)。

<妻による日常的処置> 47歳当時

- ・食事—経管栄養(アミココを中心とする流動食)
- ・排泄—排便は3日に1度、尿(し瓶使用)
- ・呼吸—気管切開
人工呼吸器、吸引器(喀痰のため)使用

- ・清拭—ほとんど毎日
- ・運動—四肢の体操、マッサージ

<治療的処置>

- ・ホームドクター往診—毎日
- ・専門医往診—月1~2回

(気管切開創の消毒、吸入、内服薬、時々)
(ドクターによる注射、カニューレ交換)

<各々の機能>

- ・ホームドクター…常時の医療管理
- ・専門医…専門的医療管理と新しい症状の治療につ
いての情報提供をする

- ・妻…日常の看護・介護および処置

(吸引・吸入・人工呼吸器等の管理、経管食の調
理・注入、清拭、消毒、体操、マッサージ等々)

- ・福祉事務所ワーカー…社会福祉制度の活用・援助
- ・福祉事務所ヘルパー…訪問時、妻の家事を援助
- ・保健所保健婦…訪問時、妻の看護を援助

- ・専門病院 MSW…医療・福祉に関する情報提供、専
門医とともに訪問、社会的支援の拡
大を図る

- ・近隣の人々…買物の代行、等々

以上、重症患者であったが、自宅療養をし、家
族とともに患者が療養生活を行った事例である。
医師による医療管理は行われたが、看護は妻一人
に委ねられ、能力・体力をこえる努力を行っている。
重度在宅患者への訪問看護サービスの充実が
大きな課題であり、在宅療養に必要な器材・器具
購入の自己負担を公的に保障する必要がある。

<患者の経過一覧>

40歳 電話のダイヤルが回しにくい。少し酒量がおち
た。

41歳 右人差指に力が入らず、肩がはるので、ホーム
ドクターに勧められてA病院に入院。2ヵ月の
入院期間中に右手が上がらなくなる。「筋萎縮

性側索硬化症」と診断される。右手指ワシ状となり、下肢の力も低下。この夏退職、妻が子供を連れて働きに出る。

42歳 歩行が不安定になり、ほとんど坐位ですごすようになる。B大学病院に1ヵ月入院。症状進み、寝返り不可。退院の際、妻が初めて詳しい説明を聞き、ショックを受ける。「俺は3年しか生きられない」と本人も自覚する。精神的不安定で妻子にあたる。

43歳 独立歩行不可。声のはりが失われ、言語障害進行。知人の援助を得て家族で伊豆へ旅行。風邪から危篤状態に陥り、回復後再婚してくれるなどと遺言めいたことを言う。生保受給、身障手帳交付（1級）。

44歳 洋式風呂、車椅子交付。車椅子にのせ、娘を連れて散歩する。臥床時間が長くなる。嚥下困難で食事はミキサーにかけたものになる。言語障害も著しくなったため、まばたき会話を考案し始める。喀痰が非常に困難になり、日に10数回立位の痰とり作業に明け暮れ著しく消耗する。夜間も頻回に起こされ、摘便するようになる。夏C病院に入院し、気管切開の手術を受ける。経管栄養開始。5カ月の入院期間中に、体重4kg増となり、少し安定する。

45歳 C病院からA病院へ転院。兄に作製依頼したブザーを活用する。人工呼吸をするよう妻に言う。

46歳 首が支えられなくなり、車椅子使用不能。1年4カ月いたA病院から退院勧告。特養老人ホーム行きの話もできるが、「最後の頼みだ。家へ帰りたい」という夫の願いを受けて自宅療養にふみきる。ホームドクターも頻回に往診してくれる。1カ月後再び激しい呼吸困難に陥り、人工呼吸器を購入。C病院の在宅診療が始まり、専門医も月1～2回往診。障害年金おりる。在宅重度障害者手当と合わせて約7万円。

47歳 夜間7～10回は起こされるものの、比較的安定し、お正月も無事に越せたことを喜び、春には小学校にあがる娘の仕度のことなど相談していた矢先、朝起きると冷たくなっているという、突然の死を迎えた。ほほえんでいるような安らかな死顔であった。

この報告について、東京進行性筋萎縮症協会の石川左門は次のように発言を行った。「この事例のみでなく、難病患者は医療から疎外され、困難

な療養実態にある。患者は患者団体をつくり、医療・福祉の充実を国・自治体に要求している。幸い、東京都においては特殊疾病対策機構についての研究班が作られ、患者団体も参加し、研究が行われている。在宅患者に対し、医療・福祉がゆきとどく体制が確立することを希望する」と。

また、帝京大学の佐久間 淳は「吸引器、人工呼吸器等を自費で購入しているが、保険の高額医療費負担の対象にならないか」と質問した。これについて川村佐和子は、「現状の医療保険給付は、医療施設における外来診療・入院に対してであり、この患者の場合のように、自宅で購入した医療器械・器具、栄養食品に対しては適用されない」と答えた。

演題 9. 患者団体難病検診の意義と役割

国立公衆衛生院 西 三郎
東京進行性筋萎縮症協会 石川 左門

東京都の補助による患者団体の検診が、保健所を会場として日曜日に実施されるようになって約10年である。しかし保健所は、会場を提供するのみで、検診と地域との関係は皆無に近かった。このような状況のなかで、地域との結びつきの方向が検討され、昭和50年度、東村山保健所の検診において、新しく地域と結びつく方式がとられた。その後、昭和51年5月16日日野市の検診はさらに住民運動と結びつき、図9-1・2の検診方式が実施された。日野市では昭和50年秋頃から住民のなかから、自分たちの生活に結びついた医療と福祉を要求する運動が生じ、「日野の医療と福祉を進める会」が発足した。一方、日野市医師会においても、以前より地域保健協議会設立を市当局に申し入れていた。医師会はこの新しい住民運動の主旨にも同調し、両団体が、従来の検診を主催していた東京進行性筋萎縮症協会、東京都難病団体連絡協議会とともに検診の主体となった。なお、日野市、同福祉事務所、日野保健所も後援し、広報等を通じて市民に呼びかけるとともに、職員を派遣した。なお、この検診後、地域において、各団体が協力した難病の取り組みが東村山市と同様、日野市においても継続して発展して

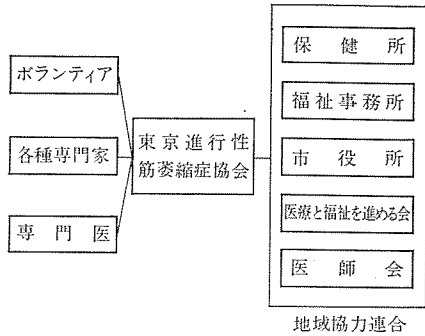


図 9-1 巡回医療検診協力連合

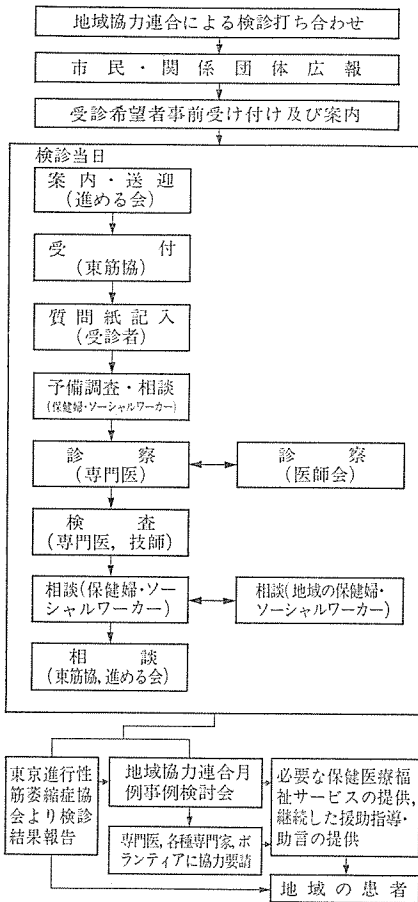


図 9-2 巡回医療検診の流れ

いる。すなわち、巡回医療検診を契機とした、地域における住民を含む関係団体の運動が発展し、市当局も、医療と福祉における責任を全うせざるを得なくなっている。

こうした患者団体の検診が、地域運動へ発展し

た事例について研究者としての西と、患者団体の石川とが協同で報告した。

この日野市の医療検診の協力連合は、図 9-1 のようであり、検診の流れは図 9-2 のようである。

この検診の受診者は 106 人、検診への協力者は医師、保健婦、MSW、その他 115 名であった。

以上、難病関係の報告後、討論が行われた。石川は、最近、身近に経験した事例で、専門病院で定期的に検診を受けている病児が、症状が悪化し、入院を希望したが、専門病院では入院が難しかった。そして、難病患者の緊急医療体制の確立の必要性および主治医を持つことの重要性を強調した。また丸山博は難病における専門医療は、現状の西洋医学の体系のみでなく、食養生などの幅広い、新しい視野にたった医療のあり方を追求すべきではないか、との意見をのべた。

これら難病に関連した演題は、ここ数年、継続して報告が行われ、討論が積み重ねられてきている。前の第 16 回社医研においては、討論は次の 3 点に集約された。

① 医療労働者の労働条件の劣悪さや無資格者導入による医療水準の低下と、難病患者等の医療疎外は、ともに原因を同じくしている。

② 在宅療養者の医療を受ける権利が保障されていない。

③ 在宅療養者への訪問看護への取り組みは、国の経済政策による厚生行政の破綻・矛盾の露呈に対し、住民が健康権・生存権を主張するにいたり、それに呼応する医療従事者の活動の具体化である。

この集約は、本年度においても、基本的には全く同じである。しかし、この 1 年間、各地で難病患者への取り組みが進み、医師、保健婦、MSW、患者団体をはじめ、行政機関としての市町村、保健所、福祉事務所等において活動がひろがりはじめている。また従来、難病対策にみられた疾病別縦割型の取り組みから日野市の報告にみられたように、広範囲の疾病に地域的に取り組んでいる例が少しずつみられるようになり、今後、さらに実践をふまえた活動報告が積み重ねられていくことによって、この活動の意義、方向性、援助技術等がいつそう明確になっていくであろう。

保健所を甦らせるために

(演題 10~15)

——保健所の理念と当面の課題——

〈座長〉 大原 啓志* 小林 ヒサエ**

はじめに

今回の社会医学研究会では、保健所から保健所に関する演題が11題提出され、演題総数の約3分の1を占めた。

このセクションの演題募集に際して出された要望の主旨は次の通りである。

「保健所は保健所問題懇談会の基調報告と村中レポートを軸として、各県で中央直結型の再編成が進められている。また、対人保健サービスの切捨て、各種センターの設置及び民間機関への業務委託などの形で保健所機能の解体分化が行われている。

このような状況は根本的には国の政策に由来するものであるが、一方保健所側にもこれに抵抗して住民の役に立つ保健所活動を発展させようとする姿勢に欠ける面があるのではないだろうか。

こういう立場から、形骸化しつつある保健所を甦らせるものは何かということを理論面と実践面から追求したい。」(第17回社医研総会案内から)

前半の5題(演題10~16,ただし演題12は取消し)では、今までの社医研での討議とその総括の上に立って、保健所の理念、保健所職員のあるべき姿勢と取り組むべき課題、財政危機が保健所事業に及ぼす影響、保健所再編成反対の住民共闘、監視業務および対人保健サービスの質的転換、以上に

ついでの実践的・理論的報告があった。

後半の6題(演題16~21)では、それぞれの保健所において先駆的にして真摯な取り組みが行われている対人保健活動の実践例が報告された。

以下、これらの報告の要旨を紹介し、討論の要点を述べ、併せて座長の見解をつけ加える。

演題10. 保健所の理念と当面の課題

名古屋市千種保健所 小栗 史朗

■ 保健所再編にからむ問題点

演者は、演題に入る前に、前日行われた自由集會「保健所再編成問題」について簡単に報告するとして、次のように述べた。

集會では、最初に厚生省公衆衛生局が3月11日付で医療基本問題調査会に提出した『地域保健対策要綱』について報告され、これをめぐって討論が行われた。この要綱は保健所問題懇談会等で示された保健所再編成の線上にあり、実施されると、昭和52年度から10年計画で保健所の数が現行の約3分の1程度に減らされることになる。すでにその基礎となる府県段階の保健医療圏設定作業が進んでおり、ごく一部を除いてその具体案が厚生省に提出されているとのことであり、昭和52年度にこの案に沿った10カ所のモデル保健所を発足させることが、予算案に組み入れられているようである。この要綱は従来の再編案に増して具

* おおはら・ひろし 岡山大学講師・衛生学

** こばやし・ひさえ 京都府中京保健所

体的な内容をもっており、厚生省の明確な意図が示されていると考える。したがって、このような動きに対応したわれわれの活動が要求される。

次に、各県の保健所再編、機能集中化の現状が報告されたなかで、とくに本年2月に起きた愛媛県の保健所再編成問題の経過が話題になったが、この経過のなかにきわめて重要な問題が指摘される。すなわち、県が発表した保健所再編案は反対運動に会って撤回せざるを得なかったが、この反対の意思表示が最も早かったのは市町村の理事者や医師会であり、あるいは食品衛生協会のような業者の団体であった。一方、保健所職員を中心とした反対運動は決して強くなかったとのことだが、後述する演者の考える当面の課題と関連して、このことは再編問題への対応あるいは保健所活動のあり方において、基本的な問題を提起していると考えられる。

ついで、演題について報告したが、その大要は以下の通りである。

保健所 (Health Center) 網の充実が現代の世界的な課題と考える。現在の Health Center 設置の潮流について M. I. レーマーは、「より広範な機能を有する第1次ヘルスセンターにむかう一般的傾向がある」と総括している。もちろん、その国や地域の歴史と伝統、また制度や関係施設などの地域保健医療システムのそれによってまちまちであるが、日本での40年に及ぶ経験とその当初の理念から、保健所のあり方の原則を次のように提言したい。

- ①民主性・自主性—主権在民の原則であり、機関委任事務を原則的に排除する。
- ②現地性・有用性—住民の身近にあり、日常的、具体的な生活問題の解決に有用である。
- ③包括性・総合性—住民の生涯にわたり健康に関する事業を総合的に保持する。
- ④技術性・効率性—できるだけ高度の技術能をもち、費用と効果の点で普遍的で、しかも先見性をもつ。

以上の諸原則の具体化は、地域や時期の諸条件によって一律的ではあり得ず、問題の広域性や技術性に依じて第2次センターを必要とすることは当然であるが、できるだけ全面的に展開されるべきである。

■ 公衆衛生従事者の主体性

次に、保健所職員をふくむ公衆衛生従事者の主体性についての問題点を、当面の課題として2点指摘したい。

その1は、後進性の克服である。その例として、地区衛生組織や関係業態組織などの官製組織と保健所との癒着を絶ち、自主的な運動を発展させている各組織との公正な関係を樹立することがあげられる。地区衛生組織は歴史的には、戦前の衛生組合が戦後の伝染病流行の際に再生されたものであり、これら関係業態組織と保健所・市町村との戦前的結びつきは、他の自主的な組織との公正な関係と市町村の民主性・自主性の確立を阻害している。愛媛県ではこれらの組織が保健所の統廃合に反対したわけであり、現状で保健所再編に対抗するものであったことは重要であるが、さらに住民自身の意思の反映であったかどうか、その確認を要求されるといえる。また、特定の組織との結びつきが自主的組織を排除した例があり、これらの克服が必要である。

その2は、職場と労働組合の民主化があげられる。戦後、公衆衛生関係従事者の職能組織が一定の役割を果たしてきたこともあるが、全国的には保健婦の組織を除くと、公衆衛生と保健所の消長とは軌を一にしている。この職能組織の主体性を全国的にも地域的にも強化することは、とくに後継者難に直面している保健所医師や環境衛生関係職員にとっては当面の課題であり、公衆衛生関係職員の主体的な活動を確保していくために必要であると考えられる。

この報告に対して、北野 (愛知県看護短大) が、「少なくとも、ある程度の人口をもつ市においては、総合的、包括的に保健医療の責任をもつために保健所をもつことが妥当と考えるが、どうか」と質問し、演者は「現地性の理念からもそうあるべきであろう。しかし現状では、スタッフ、財源の問題もあり、安易に推進できない面もある。今後、これらを確保しつつその方向に進むべきである」と回答した。声沢 (公衆衛生院) は「現行保健所法がありながら、一方で健康センターといったものが設立されつつある。保健所の機能麻痺を理由に、“発想の転換”といった程度の位置

づけでこれらを推進する意見もあり、この傾向について今後の検討を期待する」と発言した。

また、日名（岡山県）は、「検診業務の充実に対応しきれない保健所の現状に対して、各地に検診機関ができていくことをどう思うか」と質問し、演者は「住民の検診に対する要求に市町村が応えようとした姿勢がそのような方向を推進した面もあるが、一方、厚生省の方針として財政節減の目的のため、そうした施策を進めたという事実も否定できない。結果的に、検診機関の経営のために、受益者負担の原則がより適用されるであろうし、行政機関でないため、住民の監視が行き届かない点に問題がある」と回答した。

これらの質疑応答は、演者の提起した保健所の理念に対応して、現実の保健所をめぐる動向をさらに整理していく必要を指摘したものといえる。演者の提起した点にわたる当面の課題については今回は討論がなされなかったが、前日の自由集会で、保健所の再編問題に直面して、当面の問題提起を市町村理事者に対して行うことから始めざるを得ない、との発言があったことも合わせ、保健活動従事者自身の保健所活動の位置づけについて、さらに討議が進められることが期待される。

演題 11. 保健所危機下における保健所活動

石川県衛生部 西 正美

■ 保健所関連費のゆくえ

演者は、保健所活動の財政基盤について最近5年間の県予算(当初)の推移をグラフ上にプロットして分析することにより検討したとして、次のように報告した。

県の歳出予算の款、「衛生費」のなかで、保健所活動に関連するものとして、保健所費、公衆衛生総務費、予防費、結核対策費、母子保健費、成人病対策費、精神衛生費、食品衛生指導費、公害防止指導費等の“目”があげられる。このうち、保健所費は保健所職員の人件費、事務費および保健所固有の事業費等を含み、公衆衛生総務費には防疫職員の人件費や公衆衛生の基本的事務費、特

殊調査費等が組み込まれている。

県予算をみると、昭和47年度の約900億円から昭和51年度の約1,120億円へと増加しており、50年度から51年度への伸びがやや鈍化している。これに対し、衛生費のうち前述の諸目費を合わせたものを「保健所関連費」としてみると、約17億円から約31億円になり、県予算の推移と比較してほぼ並行しているといえる。しかし、この経費には、職員費や各種団体(市町村を含む)への補助金、医療費(扶助費)あるいは保健所庁舎の新築費等も含まれるので、これらを除いたものを「保健所関連事業および運営費」としてみた。この中には本庁各課および研究所、センター等の執行分も含まれており、これが直ちに保健所財政とはいえないが、総体的理解には有用であろう。その年次推移をみると、県予算の伸びに比してその伸びが低く、とくに財政危機の影響を大きく受けた昭和51年度の伸びは著しく悪い。

「保健所関連事業および運営費」を目別にみると、増加傾向を示したものとして、母子保健費、成人病対策費、精神衛生費、環境衛生費があげられ、昭和51年度になって減少を示し、財政危機の影響を直接受けたものとして、公衆衛生総務費と食品衛生指導費がある。なお、結核対策費は結核予防法の改正に伴い、昭和49年度から大幅に予算が減少し、また予防費は伝染病の発生が少なく、ほぼ横ばいの状態にある。これらの推移については、予算の伸びが認められるのもであっても、物価上昇を考慮すれば実質的伸びのないものもあるが、おおむね義務的経費および国庫補助を伴うものが伸びを示しているということができ、一方、減少の著しい公衆衛生総務費の中には、かなりの県単独事業費が含まれている。

これは、昭和51年度予算編成の当初の方針として義務的経費を優先させ、国庫補助事業のうちでも義務的でないもの、あるいは補助率が低く超過負担の大きいもの、および県単独事業を可能な限り削減したことによる。

「保健所関連事業および運営費」を節区分でみると、財政危機の影響を強く受けたものとして備品費、次いで賃金の減少がみられ、反対に伸びを示したのは委託費、需要費で、報酬費、旅費、役

務費が横ばいであるが、昭和51年度は委託費を除いてすべて減少している。委託費の伸びは妊産婦および乳児の健康診査委託の単価上昇のためであり、その他についても単価の上昇を考慮すれば、実質的には減額になっている。その結果、新規備品の整備は困難であり、また、専門職の不足あるいは公務員の定数削減等をカバーする意義をもつ報酬費や賃金の減少は、保健所活動にとって致命的といえよう。

■ 予算と住民要求

以上で、財政危機によって、自治体の自治能力がいかに脆弱であるかが明らかにされたし、現在の保健所活動が国庫補助事業のような画一的な事業に終始し、各地方、各地域に即した活動が確保されていない状況にあることを示したとも考えられる。しかし、削減の対象とされた県単独事業のなかでもそれなりに伸びをみせたものもあり、住民の要望あるいは支持を受けた場合は、不況下においても予算が獲得されている。財政危機下において保健所活動を住民のものにするにも、地域の真のニーズを的確に把握し、これに応えるべく、弱者にシワ寄せされるような形でない、重点指向を明確にする必要がある。その点で、現在保健所活動に従事しているわれわれがどのような指向をもち、予算の獲得、執行についてどのような方針をもっているかが問われる。

数年前、保健婦に対する調査で市町村保健婦の場合は自分の活動の予算についてある程度の見解を示したが、保健所保健婦の場合は予算に全く関心がなく、活動方針とその根拠を基礎にした予算への検討がなされていない状況を認めた。これは保健婦に限らず、保健所活動全般にわたる実情と考えられ、主体性の欠如という意味で、上述の課題に対するきわめて大きな問題点と考える。

この報告に対し、佐久間（帝京大）から、実際の予算編成における保健所ないし各職員の参画について質問があり、演者は「予算編成期になると本庁から問い合わせの形でその意向を聞くという形に終わっており、本庁の立場からは根拠を基盤にした予算要求を受けることが少ない」と答えた。また「市の監査の経験から、保健衛生関係者は予算のたて方、使い方ともに、下手だと思う」との

発言（氏名不詳）があり、演者も「予算編成を現実の活動を知らない人が担当しているところにも問題がある。本庁と現場の人事交流を図ることも必要と考える」と追加した。また演者が、県単独事業のなかでも住民の要望を受けた場合は予算が獲得されていると発言したが、具体的な内容は何かという菅沢（公衆衛生院）の質問に対しては、衛生関係予算のなかでは、公害に関連する事業であることが追加された。

また、山手（東京）の質問に対して、スタッフ確保の現状について、演者から「定員は人事当局と衛生関係部局との力関係で決定される。検査技師の確保のため、一時的に検査技師がいない保健所を多くすることによって要望を強くし、全保健所に配置させることを人事当局に約束させることができた」と県庁段階でのスタッフ確保の一例が紹介された。

保健所活動をめぐる財政面からの検討の必要性は、数多く指摘されてきているところであるが、具体的な、保健所活動の内部からの討議は必ずしも多くない。その点で、「行政内部のものとして予算問題を具体的に検討しながら、自らの活動方針を明確にする必要がある」との演者の指摘は、行政の中での保健所活動の自主性とも関連して、重要なものといえよう。

演題 13. 保健所再編成問題についての 地域住民との連帯

—公衆衛生研究会飯田・下伊那支部の動き—

長野県飯田保健所 藤島 弘道

■ 保健所縮小案と住民の反対運動

演者は、保健所再編問題に対して、住民としても反対運動を進めることが、形の上であったとしても実現でき、県当局の再編・縮小案を断念させることができた。その経過において保健所に対する要望、期待などが明らかにされてきたので報告したい、として、次のように述べた。

地区段階での活動は、49年3月、長野県公衆衛生研究会が、「保健所再編阻止」をテーマとして、

各地区の活動を要請したことに始まった。まず、討議するなかで「なぜ保健所再編を阻止するか」「阻止運動をどう展開するか」の問題は「保健所問題を住民のものにするためにどうすればよいか」の問題と同じであることを確認、さらに「公衆衛生活動の縮小」は「健康と生活を守る権利の縮小」であることが確認された。そして、具体的な行動としてアピール文を作成して、県・市町村の理事者、担当者、民主団体、地域団体等へ配布、また市町村、国保・衛生事務研究会、医療協議会での討議、町村会への働きかけなどを行った。昭和50年1月、県当局は「50年度には、保健所の整理・統合は一切しない」との態度を明らかにし、これを機に活動が頓挫したが、現在、その態勢の立て直しに努めているという状況にある。

この経過を通じて、非常に僻地性の強い地域のなかで住民と十分に連携した運動は展開できなかったが、早い時期から市町村衛生関係職員と連携がとれた点を成果だと考えている。彼らとの討議を通じて、従来の保健所活動に対する問題点がより明確にされた。食品衛生監視、環境衛生監視の衛生警察的感覚、あるいは公害への対応の欠如についてはこれまでも種々論議があるが、われわれが純粋にサービスと考えていたものについても反省が必要ではなからうか。たとえば、年度末になると「予算がないから医療扶助の対象にできない」と言っていたのも、つい最近までのことであった。また、移動保健所開設に当たって対策を話し合うためにはというものの、村長は出席せよ、部落の責任者は出席せよ、検診については参加者は多過ぎても少な過ぎても具合が悪い、といったことは、善意ではあったとしても、地元にとっては「それほどうるさいことなら移動保健所はなくてもよい」ということになっていたのではない。

すなわち、保健所の再編がどうか、ではなくて、まさに保健所はどうあるべきか、の問題をまず検討する必要があることが、具体的な事例にもとづいて、討議のなかで明らかにされてきたのである。その結果、市町村から数多くの具体的な要望・課題が保健所に対して提起されることになった。そのひとつひとつを列挙するいとまがないが、これらの活動のまとめとして出された保健所

への要請文の一部を引用する。

■ 保健所への住民の要請文

「元来、保健サービスは、各種専門技術者が地域住民と共に健康問題について考えながら、計画・実践・評価の過程をくり返すことによって発展していくものである。現在すすめられようとしている改悪は、保健所に集中している専門技術者を分断して切りすてることにつながり、保健所の縦割り行政、官僚化が促進され、保健サービスを地域の条件や住民の欲求に基いて総合的に推進することは大きく阻まれるにちがいない。

以上の諸点の他、様々な問題が宿されている。今行われようとしている再編成は、まさに機能の低下、合理化であるばかりでなく、公衆衛生をなう唯一の公的専門機関である保健所が、その役割りを果たせないように変質させられようとしている。そうなることにより、市町村は人的、財政的に負担をかぶるのみならず、実質的に保健サービスの後退となる。今考えなくてはならないことは、現在の保健所の充実・強化をはかり、我々市町村と保健所が連けいを密にして住民の健康を守るために努力することである。」

この活動を通じて一定の成果を認めるものの、何といたっても致命的であったのは、地域の中に真の意味での共闘組織をつくり得なかったことである。提起された保健所への期待に応える努力を続けるとともに、このことを今後の課題としたい。

この報告は、保健所再編成問題を保健所関係者だけでなく、住民との共通の問題とすることを目標としてなされた具体的な運動という意味で、貴重なものといえる。今後、住民の真に要求している活動を明確にしていくなかで、保健所再編のもたらすものを明らかにする必要があることは当然であるが、ここで述べられた市町村の関係職員がとらえている住民の要望と保健所活動のずれについて、具体的に明らかにしていくことも貴重な作業として位置づけられよう。

荒井（生活教育）は、関連して「言語障害者の母親と接する機会があり、彼女たちが子供の言語障害について最初に相談したのが保健所であったと聞いて、あらためて住民にとって保健所の位置づけが高いことを痛感した。最初に相談を受けたも

のが自分たちの対象でない、という対応をとるような形の保健医療を見直そうという意識が、言語障害児の親の会を地域医療を守る会へ転換させつつあることを、保健所関係者の方々に訴えたい」と述べた。

演題 14. 権力的衛生行政（監視業務等）の転換

大阪府泉佐野保健所 小林 孝三

■ 問題の多い監視業務

保健所の監視業務については種々問題があり、さまざまな角度からの討議が必要であることはよく指摘されるところであるが、社医研でもその例は少ない。演者は環境衛生監視員の立場で、旅館などの営業施設、清掃関係施設、飲料水施設、その他火葬場、墓地などに対する監視指導、そ族昆虫駆除、公害および産業廃棄物関係苦情処理にいたる幅広い業務を担当していることを紹介した後、同業務の現状と問題点および今後の展望について報告した。その概要は次の通りである。

現状を考えると、環境衛生の監視業務がきわめて多種多様にわたっており、その結果“広く浅く”を強いられ、場当たりの対応にならざるを得ない点に、最も大きな問題がある。こうした現状のなかでは、若い監視員の層には専門性を生かせない不満も加わって、退職していく者も多い。

営業関係の監視指導についてはその対象施設に中小、零細企業が多く、経営上の問題を同時的に取り扱わなければ監視業務そのものが成り立たず、監視員レベルだけでは対応できない問題もある。また、飲料水の水質検査について、保健所では重金属は検査できないが、「上記のものについては飲用適」といった検査結果が社会的要求にできていないのは明らかであり、業務の位置づけすら困難なものもある。

一方、例えば昨年の六価クロム問題が提起したように、産業廃棄物処理を取り上げても、保健所活動に対する社会的要求は増大している。この産業廃棄物処理に関する業務は、現在の保健所活動になじまないイメージが強いが、今後どのような

位置づけがなされていくかが、環境衛生業務の重要な課題であり、保健所を甦らせるためにも要求されている課題であると考ええる。

そのほか、これまでの経験から今後の展望の足がかりとする課題を挙げてみると、まず、環境監視業務はその内容が住民にわかりにくい、という問題がある。そのなかで権力行政として、業界との癒着が生まれ得る。食品衛生協会で代表されるような業界の組織・指導という名で育成している官製的な組織でなくて、住民の監視を可能にし、住民とともに地域の環境問題を考えていける場を作っていく必要がある。

■ さまざまな環境・労働衛生問題

クロム問題は、労働衛生と地域の住民の健康問題が不可分の関係にあることを明らかにした。労働環境上の有害物が、住民にとって環境汚染につながる。また、そうした環境下での労働者の健康問題の延長上に、住民の健康問題もあるといえる。そのような意味で、保健所活動は労働衛生面にタッチしていくべきであろう。

産業廃棄物の問題、労働衛生的な問題を含めて住民からの情報が生かされ、同時に、たとえば保健婦活動による情報が有効に生かされる形で、チームプレイがなされなければならない。この意味で、住民の参加の方法がより検討され、位置づけられること、および保健所が総合的に活動するために、各職種間の連携がなされ得る保健所の運営を実現していくことが、保健所を甦らせることにつながっていくであろう。

家庭浄化槽の設置の増加に伴い、その排水が水質汚染の要因の一つとして重要になってきている。その対策の一環として、浄化槽設置への説明会を開いたが、それによって住民のなかに問題を提起するという形で、衛生教育の位置づけができると考える。

また、各戸が尿尿浄化槽を設置していることについて、非常に効率が悪いものであり、これらが集中化された施設をもつことが望ましいことを調査結果として得ているが、たとえば地域計画に対して、このような経験が生かされる必要がある。現在、そのような事例は少ないが、今後、日常の活動から得た実績が有効に生かされる方策を追求

しなければならず、さらにそのような観点に立って、実践的な実績を積み重ねていくべきである。

この報告に関連して、藤島（長野県飯田保健所）から、いわゆる公害について、本来健康問題であるはずの問題が、ppmといったもので代置されているという現状にどう対応しているか、との質問があり、丸山（大阪府岸和田保健所）から、大阪府の枚方保健所管内の大気汚染公害について、生活環境部の大気汚染度の測定成績による「問題はない」という見解と、保健所の人体影響に関する、疫学調査による被害が生じているとの見解が対立したが、激論の末、人体影響が認められるということを府の結論として発表した事例が述べられた。大阪府下全域の問題として、演者は、保健所としての対応について検討が十分なされている段階でなく、環境衛生担当者としても、医学的な問題も含めて研修が必要と考えている、と答えた。

また、小栗（名古屋千種保健所）は、「食品衛生監視の場合に比べて一層不明確な部分の多い環境衛生部門については、保健所全体としての検討を要するが、環境衛生監視員の組織的な活動として、業務自体あるいは保健所のあり方への提言を期待する」と発言した。

今回の演者の報告は、従来報告の少ない環境監視業務について監視員の立場からなされた点で貴重であったが、保健所機能の集中化がすでに多く進められてきている部門でもあり、そのことも含めて、今後より活発な討議を要する課題であるといえよう。

演題 15. 大阪府の地域保健医療における保健所の役割

大阪府岸和田保健所 丸山 創

演者は、地域における公衆衛生を含めた包括医療としての「地域保健医療」のなかで、保健所がいかなる役割を果たすべきか、また、どのような役割を果たすことができるか、実際にどのような役割を果たしているかは、国および地方自治体の姿勢や政策をはじめとして、諸々の条件によって左右される、と述べ、以下、大阪府について保健

所活動の実践例をあげながら、保健所の役割について報告した。

■ 大阪・革新府政下において

大阪府では、1960年に比し、1970年には人口が約2倍に増えているにもかかわらず、保健所の増設はなく、職員も120名しか増えず、保健所は人員の面からも住民の要求に応えることが困難な状況になった。

1971年の黒田革新府政の誕生による府政の基本方針の転換後、国の保健所統廃合および人員削減の方針に対抗して、4年間に3保健所、3支所の増設、280名の職員の増員がなされている。

保健所の業務は広範多岐にわたっており、これらを画一的、総花的に行っているのは、どの活動も表面的、形式的にならざるを得ない。この反省と「住民本位の生活と福祉の優先」という知事の方針に沿って、大阪府下の各保健所では対人保健サービスに創意と工夫をこらし、その質的な転換をはかり、それぞれの地域の実情に即して、さまざまな形で特色ある保健所活動を展開してきた（事例については省略、第17回社医研演題抄録集を参照されたい）。

これらの実践例を通して、府下の保健所における対人保健サービスの動向を次に要約する。

1. 重点的対象と活動のパターン

第1に、心身障害児、精神障害者、ねたきり老人、難病患者等、一般的に完全な治癒が困難で、しかも社会から疎外または差別され、本人の苦難はもとより家族の負担も長く、大きい慢性疾患の患者が重点的対象になっている。

第2に、サービスの内容は、訪問看護、リハビリテーションおよび実生活に結びついた指導援助に力が注がれている。最も頻度の高い成人病の生活教育の面では、食生活の改善ないし食事療法と健康づくり、あるいは運動療法が大きなウェイトを占めている。

第3に、地域における医療・福祉関係機関・団体と連携をとりながら、関係職能のチームワークによって援助が行われている。

第4に、おおむね次のような活動のパターンが定着しつつある。

①まず、家庭訪問、集団検診、相談来所、実態調査、

主治医からの紹介または他機関からの情報提供などによって、対象が把握される。

- ②次に、保健所の関係職能のチームワークによる個別援助（ケースワーク）が行われる。
- ③さらに、それが関係機関・団体の職能とのチームワークによる活動へと進展する。
- ④これと前後して、地域における関係機関・団体および関係者との連携が形づくられ、地域保健医療の方向へ漸次発展する。
- ⑤一方、対象あるいはその家族の集団指導（グループワーク）とともにグループ化、組織化が行われ、自主的、継続的な活動が芽生える。
- ⑥問題がしだいに社会化し、時には組織的な住民運動となり、関連分野に波及してボランティア活動や行政の対応を触発する。

2. 対人保健サービスの転換

(1) 量から質へ

浅くてもより広く、という量をこなす総花主義から、質を深める重点主義へと移行し、対象者の生活に基盤をおいた継続的な援助を提供することに努めている。

(2) 集団的全数管理から個別的援助へ

社会防衛や労働力の確保を主目的とした集団的全数管理から、個人の生存権・健康権の保障を目的とした個別援助に徹する方向にむかっている。

(3) 予防活動から地域保健医療活動へ

慢性疾患の比重の増大に伴って、患者の早期発見とケア活動に重点が移りつつあり、必然的に医療や福祉とのかかわりが深くなって、これらの機関・団体・職能とのチームワークによる総合的な活動が、従来よりいっそう必要になった。

(4) 受動的、画一的な活動から主体的、多面的な活動へ

法律で義務づけられた事業と上から下ろされた事業だけをやるのではなく、保健所が主体的に業務のあり方に改善・工夫を加え、また地域の実情と保健所の能力に応じて、保健所ごとに特色ある多様な活動を展開するようになった。

(5) 個々の保健所活動から共同の活動へ

個々の保健所活動だけでなく、地域ブロックの保健所が共同して同一課題に取り組み、あるいはいくつかの保健所の同一職能、または関係職能が自主的なグループを作って活動を行うようになった。

■ 拡充・強化による再編成にむけて

以上、大阪府における革新府政誕生後の保健所の地域保健医療の実践例から要約される。対人保

健サービスの動向とその質的な転換を報告した。保健所の再生をはかり、将来への展望を切り開くためには、これらの活動をいっそう発展させ、これらの機能と役割をいっそう強化しなければならない。

そのためには、何よりも保健所の人員・予算・設備を拡充し、その量的能力を強化し、質的能力（技術的レベル）を高める必要があり、また、地域の実情とニーズに応じた保健所の増設も要求される。すなわち、保健所を再生する方途は、統廃合による再編成ではなく、拡充・強化による再編成にある。保健所は民主的な専門的行政機関として、住民の生活に結びついた包括的総合的な地域保健医療活動を展開しなければならない。

このような技術性・民主性・自主性・公共性・現地性・有用性および総合性・包括性は保健所の基本的性格である。このことと、保健所の基本的目的が住民の生存権・健康権の保障であることを保健所の職員が認識するか否かが、保健所が再生するか否かの岐路となろう。そして、その原動力は、民主的な職員労働組合の成長発展と、自主的な職能団体の研究活動および保健所と住民との連帯にこそ期待できる。

演者に対し、北野（愛知県看護短大）は、「市立の保健所へ、という志向もあるなかで、府県立の場合どのようなメリットがあり、市町村立ではどのようなデメリットがあるかを明らかにしていく必要がある。大阪府の場合、どう考えるか」と質問した。演者はこれに答え「対人保健サービスを考えたとき、理念としては、先に述べた自主性・民主性、技術レベルの確保、総合性を有した形の保健所を市がもち、活動することが望ましい。しかし現実には、大阪府下では大きな人口流入が今なお続いているところが多く、保育所・学校をはじめその受け入れ態勢整備のため市の財政負担がきわめて大きく、3割自治の現状では政令市は別として、中小の市へ保健所の業務を移行させることがサービスの低下を来たすことは明らかである。市に業務を下ろすとすれば、行財政面で地方自治を真に確立することが不可欠の前提であろう」と述べた。

（以上、大原 記）

保健所を甦らせるために

(演題 16~21)

——保健所の対人保健活動——

〈座長〉 丸山 創* 南 好子**

演題 16. 保健婦活動の質的向上をめざすために—私達の試みから—

大阪府門真保健所 岡本 都子

地域での医療の現状をみると、治癒は「病気を持った人」からとり出されたひとつひとつの症状に対する、投薬という形で行われている。一方、通産省や日医が主になって、コンピュータによる診断を極とした「医療のシステム化」なるものが進められようとしている。

これでは、ますます医療は人間の生活と分離し、機械的なものになるであろう。

保健所は統廃合により、本来の機能を失って事務所化し、保健婦は管理カードの整理のような事務をやらされるという情報もある。

演者ら保健婦は、このような状況の中で、保健婦の日常の仕事における努力の大部分が「住民の生活の仕方をどう変えさせていくか」という問題とともに、医療と患者の間をとりもつことにある、と考えている。また、このような危機的状況に歯止めをかけるには、保健婦自身が、システムなどでは処理できない住民の多様な生活に対応し、病気の発生要因そのものに迫る真の医療をつくり出し、多くの住民に体験してもらえないと考えている。

革新府政の下で新設された門真保健所の10人の保健婦は、「門真の保健婦活動」を求めて試行錯誤を重ね、2年たった。

次に、今までに試みた5つの実践について述べる。

1. 業務の質的な評価のための反省会

今まで行われていた件数や時間による評価を廃止し、質による評価をめざして、業務の反省会を持った。

反省会では、それぞれのケースの援助内容にもとづいて述べ、一人の保健婦の責任にするのではなく、全体で補っていく方向で討議した。先月の方針と実際に行った援助を比べ、できていない部分については、何ゆえできなかったのかをみんなで討議し、相互に助言し、励まし合った。こうして全員の知恵を結集させることは、職場の民主化にも意義があった。

2. 乳児の訪問調査

門真市における母子保健の実態を把握し、母子保健対策の方向を探るとともに、この調査を援助に結びつけて、生活に密着した援助を行うという目的で、50年2月生まれの乳児全数の訪問調査を実施した。

従来、乳児の訪問記録は身体的、個人的な面のみ重点をおいていた。それを、この訪問調査記録では、問題点と対策の部分で、個人から家族へ、家族から地域社会へと系統的に追求できるように工夫した。

また、3人ずつのグループをつくって、常に研

* まるやま・はじめ 大阪府岸和田保健所・所長

** みなみ・よしこ 大阪府泉佐野保健所

究・討議しながら調査を進め、特に対象把握の観点をはっきりさせることに努めた。

3. 精神衛生業務研究会

大阪府の各保健所には専任の精神衛生相談員がいるので、精神衛生の仕事は保健婦の業務とされていなかった。しかし、少数の精神衛生相談員では限界があるし、保健婦としても精神衛生は避けて通れるものではないと考え、精神衛生業務研究会をもった。

研究会は、医師も1名参加したが、講義を聞くという形ではなく、保健婦全員が一つ以上の事例をもって、事例研究という形で行うことにした。当初は、納得がいかないから訪問しないという者や、訪問するとかえって病気を進行させはしないかと心配する者がいて、保健婦間の意見に開きがあった。しかし、何回かの話し合いの末、必ず自分の事例を研究会で報告し、失敗や成功の原因をひとつひとつ整理していくことになった。

4. 異常児クリニックの検討会

保健婦、小児科医、小児精神科医および心理判定員などのチームで行っている異常児クリニックを、より効果的なものにするための検討会をもった。

関係者全員が参加し、受診目的を明確にし、保健婦の果たすべき役割と医師らに期待する役割を事前にチェックすることにした。その中で、それぞれの専門職の機能と保健婦の専門性について考える習慣を身につけるようになった。

5. 結核教室

結核の治療について、これまでの長期安静療法から、検査と服薬の徹底による短期療法への転換を組織的に行うために、初回患者を中心にした結核教室を定例的に行っている。

この教室は、知識の伝達を目的としたものではなく、患者の生活を妨げないという観点を強調しながら、生活場面での不安を取り除くことを主体としたものである。

その後で、長期療養者も含めた生活上の問題がある患者の個別相談も行っている。

以上の試みが自己満足やひとりよがりでないかを確かめるのはむずかしいが、その判断の指標の一つとして、家庭訪問の記録票を点検した結果、

48年までと50年以降とで変わった点は――。

第1に、訪問対象が結核と乳児（特に未熟児）に片寄っていたのが、幼児、障害児、精神障害者へと広がっている。これは、法定業務という形で行政側の都合で訪問対象を選定していたのが、住民のもっている問題に保健婦がついていくようになった結果である。

第2に、結核患者以外の対象に対する継続訪問件数が増えた。

今までの訪問は1回きりの訪問が圧倒的に多く、48年には初回訪問887件、継続訪問404件だったのが、50年には初回が512件、継続が1,132件というように変化した。

第3に、保健婦を頼って保健所に相談に来る人が多くなった。

以上の点からみて、客観的にも保健婦の仕事の質が変わってきていると言えよう。その最大の原動力になったのが、前述の業務反省会であった。

最後に演者は、まとめとして次のように述べている。

看護の一つの定義である「看護とは生命力の消耗を最小限にするよう生活課程を整えることである」という場合の「生活課程を整える」ためには、地域における看護という形態が最もふさわしい。2年間に多くのことを学んだが、最大のものは、人間を理解することと、24時間の生活の中で対象をとらえ、援助することであった。自分たちの教育には、歴史の流れに対応してきた人間の生活をとらえるための知識も技術も組みこまれていなかった。

これらのことは具体的な地域看護の積み重ねとその理論化、そしてひとつひとつの職場での組織化の中で問題化させていくことができる。

以上の報告に対して、丸山博（大阪）から「保健婦の転勤」について、木下（東京都神経研）から「看護の定義」について、山手（東京）から「保健婦と他の職種ならびに関係機関との連携」、「保健婦教育の現状と改革」について質問があった。

その中で木下は、「看護の定義が非常に消極的である。積極的に生甲斐をもって生きていくことへの援助ではないか」という意見を述べた。これに対して演者も、同感である旨答えた。山手の質

問に対する具体的な回答は得られなかったが、それとともに、時間があれば、このような貴重な試みを可能にした職場はいかにして築かれたか、夫婦生活まで含めた24時間の生活援助の具体的方法についても聞いたかった。

演題 17. 在宅難病患者訪問より保健所 保健婦の問題を考える

大阪在宅難病研究会, 大阪府立公衆衛生学院・教務

三宅 智恵子

大阪府下の難病患者は1,600人とされているが、その実態は明らかでない。患者団体から保健婦に対して援助の期待が寄せられているが、府下保健所では業務として取り組まれていない。そこで、現実在宅難病患者を目の前にして見過ごすことができず、訪問看護に取り組んでいる保健婦有志を中心に、難病看護研究グループが発足した。演者はこれに参加し、50年12月から51年5月までに援助した事例について報告し、問題点を指摘した。

■ 事例紹介

病名は脊髄性進行性筋萎縮症、8歳の男児、小学校2年生。家族は父母と姉。発病は1歳半の頃で、現在支えれば座位可能、前腕はわずかに動くが、鉛筆の芯さえ折ることができない。ほとんど母親の介助で日常生活を続けていた。

この事例に対して、保健婦は、リハビリテーション、粘土細工など遊びによる四肢の訓練、開業医との連絡、緊急時の対策として専門病院との連絡、また家族に対しては、歩行訓練、食事介助、排泄の指導をした。学校とも連絡し、指導内容の統一をはかった。その他、社会資源の積極的な活用のため、患者、親の会、福祉事務所などを紹介した。

働きかけの中で問題として挙げられることは、患者に自立心がなく、母親自身も自分がしてやるのが当然だと考えていた点で、リハビリの必要性を指導した。治る見込みがないので医療は放置され、針がよいと聞いて、父に連れられ、往復4時

間のところを夜間通ったりしたが、その先生が施設入所を勧めたのでやめた。

保健婦は医師の指示を得てから働きかけようと考えても、医師は診断はできても生活指導の指示はわからないということがあるので、自ら専門職として探求する必要がある。患者の一般状態の把握にしても、血液循環が悪く体温が上昇しないなど失敗を繰り返し経験した。食事はOTと相談してプラスチック製のスプーンで練習させ、排泄なども、思いもよらぬ姿勢が患者の最も楽な姿勢であることを知った。病院の看護用品を活用して努力したが、病気そのものについての知識も浅く、絶えず自分自身の限界に不安を感じた。

以上、6カ月間の働きかけの結果、患者に次のような変化が生じた。粘土細工でペンダントや灰皿を作り、母や友人や父にプレゼントをし、自分にも他人にしてあげられることがあるんだと気付いて、非常に喜びを感じるようになった。食事も、ゆっくりではあるが自分でできるようになった。排泄も今までより手がかからずできること。口腔衛生もウォーターピックを使って、一人で楽しみながらできるようになったこと。このような変化の過程で、保健婦が役に立つ存在だとわかってもらえたようである。

この事例を含め、訪問した3事例の経験を通じて、保健所保健婦の問題として、次のような点が挙げられる。

■ 問題点

1. 技術の問題

保健婦個人の差は当然あると考えられる。ベッドサイドケアの知識、先ほど述べたような呼吸確保、口腔衛生、安楽な排泄姿勢、体温測定など、基礎的、初歩的な援助の方法において、また、むだな看護用具を購入したり、購入ルートを知らぬためまごついたたりする失敗も少なくなかった。

したがって、所内の研究態勢を確立し、チェックリストの作成や事例研究態勢を固めることが必要である。ことにチームアプローチの態勢と看護用具のインフォメーションセンターを、病院でも保健所でも福祉事務所でもよいから、つくることが必要であると感じた。

2. 業務上の問題

難病患者の訪問看護は、法的根拠にもとづく家庭訪問ではない。しかし、一度かかわれば見放せないし、好転が望めないで、重症の患者へのケアをする際、その責任は非常に重い。結核などと違って、一回の訪問時間も長く、多くは一時間半から2時間を要する。次に、看護上必要な物品等についても援助体制ができていないので、家族あるいは保健婦の負担になっている。

さらに、関係職種間相互で援助基準を明確にすることが必要である。そのことが保健婦の援助範囲を明確にすることにつながるし、難病患者の訪問体制の確立にもつながる。

3. 医療上の問題

難病患者は地域で主治医を得ることが困難で、症状が落ち着いている場合は、家族も医療について比較的無関心である。しかし、経験した事例では、夜間急性肺炎を起こしたが、救急病院で診療を拒否され、それ以来、今でも医師や病院に対して恐怖心をもっている例がある。したがって、最低限救急時のために、あらかじめ医療機関とコンタクトをつけておくことが、体制として必要である。

4. 他の職種、機関との連携

学校の障害児学級や普通学級の教師と常に情報交換をして、教育の問題を把握しておくことは、患者指導に役立つ。医師、保健婦、OT、教師などとの連携は縦割行政の現状では困難な場合もあるが、その積み重ねが、患者中心の体制づくりにつながっていく。

5. 経済的な問題

制度として医療費は無料になっても、交通費などは家族の負担であり、専門病院が遠いためタクシー代の負担が大きい場合がある。福祉の手当ても、事例によっては身体障害だけだということまで制限されている。

おわりに、演者は次のように結んでいる。

上述のさまざまな問題点の解決をはかるには、まず保健婦が、母子とか結核とかの法的な枠にとらわれず、担当地区に難病で苦しむ在宅患者があれば、1例でも援助の手を差し伸べる姿勢が大切である。そのような地域に根ざした活動こそが、

住民に受け入れられ、保健婦の増員にもつながるものである。

また、保健婦として、患者や家族相互の横の連帯をはかり、行政や社会に対して働きかける力を強めていくことも忘れてはならない。

質疑にはいって、山本（京都府向陽保健所）は「7歳まで、保健婦との関わりは全然なかったのか。また現在、保健所ではアプローチしていないのはなぜか。親の会との関わりはどんな風になっているのか」と質問し、演者は、「1歳半に発病してから、家の中に閉じこもり、3歳時健診も未受診であり、保健所とは難病申請で初めて接触があった。ちょうど、担当保健婦が産休の時に私が関わり始め、研究会の中で種々アドバイスを受けながら援助を進めている。親の会のことは、家族に働きかけているが、まだ積極的な姿勢はみられない」と答えた。

次に速水（大阪府門真保健所）は、「現状の医療に患者や家族を適応させていくのではなく、どういう医療をつくりあげてゆくのが大切だ。チームアプローチのシステム化も大切だと思うが、どう考えていけばよいか」と質問し、これに対して演者は、次のように答えた。「保健所保健婦の地域看護の実践は、医療をつくり変えるほど進んでいるとは思えない。地域で取り組む以上は、保健所のみならず病院側の積極的な姿勢も必要だと思う。難病患者の訪問看護がようやく始められた現段階では、それぞれ自分のできる範囲を明確にしておくことが重要だと考える。」

そのほか、保健婦の援助基準をつくることはかえって問題であるという意見や、少数の事例から一般的な問題点を引き出すのは危険であるとの意見もあったが、時間が足らず討論を深めることができなかった。いずれにしても、演者の属している「大阪在宅難病研究会」の研究活動は、大阪の保健所保健婦の難病に対する取組みの原動力になるものとして期待される。

演題 18. 松原保健所における寝たきり老人の訪問看護について

大阪府松原保健所 乾 死乃生

松原市では、在宅寝たきり老人が49年10月現在、183名いた。そのうち身障手帳所持者は139名(76.0%)で、1~2級の59名(42.0%)は、脳卒中後遺症の重度心身障害者である。

これら寝たきり老人の実態を把握するため、昨年の1から3月にかけて、保健所の保健婦9名が管内病院の協力を得て、訪問調査を行った。

演者はまず、調査結果の主要な点について述べ、以下引き続いて行われた、寝たきり老人の訪問看護とこれに伴う関係機関との連携および給食サービスについて、その実践例を報告し、問題点に言及した。

1. ねたきり老人の実態調査

(1) 疾病は、脳卒中、高血圧が最も多く、次いでリウマチ、神経痛、眼疾患、骨折等の順に多い。定期的に受診しているものは、3分の1足らずで、受診できない理由としては「運搬手段がない」、「人手がない」が多かった。

(2) 大部分の老人は日常生活面で看護・介助を必要とし、家族の大きな負担になっている。老人夫婦(20組)のみの世帯では、夫婦共倒れの危機に瀕しているのが実状である。

(3) 日中は家族が誰もいないので、全く放置されている。ホームヘルパーが市に3人おり訪問するとしても、週2回に限られ、食事も入浴もゆき届かないケースが多い。

(4) 福祉の諸制度は周知徹底されておらず、また知っていても、さまざまな制約があるためにあまり利用されていない。孤独で、家族以外の話し相手もない。

2. 訪問看護・福祉および医療関係機関との連携

訪問看護 調査対象157名のうち、緊急度の高い37名の訪問看護を実施した。まず主治医の確保であるが、これは平素における保健婦と医師との密着度により決まる。訪問看護の内容は、老人の実態に肌でふれることから、ベッドサイドの看

護をはじめとして、介護、簡単な機能訓練、実際に料理を作り食事・栄養の指導をすること、家族の人間関係の調整・助言、老人の話し相手になること、関係機関との連携等、非常に多面的である。あるいは必要に応じて、主治医の指示で、機能訓練士、ホームヘルパー、ケースワーカー、栄養士、民生委員等との同伴訪問も行っている。

給食サービス 訪問看護活動を開始して1年、いまだ第一歩を踏み出したところであるが、昨年11月、福祉・医療機関関係者、民生委員、老人会などと何度か会合を重ねるうちに、寝たきり老人に対して給食サービスをしたらどうか、という問題が提起された。そこで施設見学、他府県の実情調査などを行って、気運が盛り上がってきた。呼びかけの中心に民生委員(婦人部)がなり、構成メンバーは、婦人民生委員、地区老人会、食生活改善研究グループ、福祉事業所、社会福祉協議会、保健所等である。9月の老人月間を目標にして、実施することになった。今年度予算は20万円、昼の給食サービスを受ける老人は18名で月2回である。

関係機関との連携 実態調査後、福祉・医療関係機関(市医師会、病院、市衛生課、福祉事務所)との間で再度にわたり打合会を持って、意見交換を行い、関係機関との連携をはかった。その内容は、

① 主治医の確保

主治医がいない場合は医師会の協力を得てみつける。

② 寝たきり老人の訪問健康診査

市の51年度予算に計上して実施することになった。

③ 身障者の巡回医師対策

身障者手帳取得のため認定医師の増員が得られた。

④ 日常生活用具の給付

ギャッジベッド、車椅子、便器、補聴器、その他の用具の申請の枠を拡大するよう努力した。

⑤ ホームヘルパー、ケースワーカーとの連携の場として、定期的な会合を持っている。

⑥ 救急対策

独居老人の緊急時の連絡態勢は、相互に協力し合う。

⑦ 介護者に対する看護技術の向上

高齢者保健教室を開いて、介護と機能回復訓練の初歩的技術の講習会を6回開催した。

3. 訪問看護の事例

患者は79歳、慢性関節リウマチで四肢関節は強度に拘縮し、4年前から寝たきり。両手はリウマチによる高度の拘縮変形がみられ、スプーンを持って食物に顔を近づけて食べる。家族は46歳の次男だけで、建設労働者のため日中は不在。その妻は患者の世話をするのがいやで、2人の子供を連れて、別居していた。

福祉事務所のケースワーカーと相談して特養老人ホームに入るよう勧めたが、「家で死にたい」、「もう長くないから」という理由で入所を拒絶し続けた。

そこで私たちは、在宅看護援助を行うに当たり、各関係機関との連携を基盤として福祉のケースワーカー、保健婦、ホームヘルパー、家族(息子)とで在宅看護チームをつくった。それぞれの役割分担を決め、訪問時には必ず連絡帳(後に看護日誌にかえた)にそれぞれが患者の状態、援助内容などを記載することによって、連携プレーを行った。

この医療チームに連携する公的性格を持った病院があることで、患者に適切な医療援助ができ、入院・退院の過程でも、地域から病院へ、病院から地域へと、一貫した継続的な看護が行われた。

また、ケースワーカーとの密接な連携により、生活保障と生活用具等の援助を受け、ホームヘルパーも派遣された。在宅看護の重要な担い手であるホームヘルパーによってもたらされた患者の状況報告が、患者の状態把握の責任者である保健婦の活動に十分役立った。本人の希望により毎日の訪問が必要になったが、ホームヘルパーが週2回、保健婦が週1回、夜間の状態は息子がくわしく連絡帳に記載することにより、連携プレーの態勢がつくられた。

4. 訪問看護上の問題点

このケースに対する援助活動を例外的なケースとしてとらえるのではなく、老人看護の基本を在宅において、患者は家族とともに生活しながら、専門的な看護サービスが受け入れられるという原則に立って、医療チームをつくり問題に取り組んだ。

現実には核家族化が進み、住宅事情も悪化し、相対的に貧困化している社会の中で、一人の寝たきり老人をかかえた家族が看護し扶養することは、なみたいていのことではない。事例のような悲惨な状態におかれている老人は、今回の調査でも9名あった。もちろん主治医もなく、縦割行政の弊害から関係機関がそれぞれ関連なしに機能していることが多く、少なくとも老人側から見れば、それぞれが有機的に連携を持ち、責任あるチームとして活動することが、地域保健・医療のあるべき姿ではなからうか。

5. 保健所および保健所保健婦の役割

生活環境から来る住民の健康上の問題も多様化して、新しいニーズが提起されている。保健婦活動の重点目標をどこにおくべきか、その選択が迫られている。

しかし、現在の保健所の陣容では、業務を何もかも取り上げることはむりであり、広く浅くでは表面的、形式的に陥り、かえって住民の期待を裏切り、信頼を失ってしまう。

これからの公衆衛生はまず弱者の立場にたって考えるべきではないか。社会の底辺で苦しんでいる人たちに目を向け、声なき声に耳を澄ます。保健婦の手を待っているのは誰なのか。それは社会から差別され、疎外されがちな寝たきり老人、心身障害児、精神障害者、生保の被保護世帯の人たちであろう。

老人医療費の無料化をほんとうに生かすためにも、老人保健に取り組むことが保健所の進むべき方向ではないだろうか。保健婦活動の目標を重点的個別援助において、十分な効果をあげる濃厚なサービスが必要である。個別援助を通して集団への系統的管理を行うことによって、管理できる規模の集団、すなわち責任の持てる規模の地域集団がどの位か、が明確になる。行政側では、半日で1件の訪問看護に費やせば千円要ったことになると言われるが、受持人口1万以上の地区では、いつまでたっても、保健婦業務が地域の人たちの社会資源になり得ない。量的な問題だけですむものでもない。かなり決定的要素として、保健婦の質的向上と積極的に状況をきり抜く姿勢こそが大切であると考えている。

以上の報告に対して佐久間（帝京大）から、「給食サービスについてどういうふうの実施されているのか、もう少し詳しく聞きたい」と発言があり、演者に代わって鷺田（大阪府松原保健所栄養士）が「民生委員会婦人部と食生活改善同好会のメンバーが中心になって、月2回、18人分の昼食をつくる。副食は保健所の栄養室で、主食は病院のまかないでつくる。当保健所は市立松原病院と同じ建物であり、1階が保健所で2階以上が病院になっているので、こういった協力体制が組めた」と答えた。

この報告は、寝たきり老人への援助が、実態調査を契機として始まり、訪問看護から治療ならびにリハビリテーションに結びつけられ、さらに福祉サービス、そしてボランティア活動（給食サービス）へと系統的に発展、拡大していった点、また、家族および医療・福祉の関係者ならびに関係機関との見事なチームワークがとられている点、すみずみにまで行き届いた心配りが窺える点などで、優れた実践報告であった。特に保健婦および栄養士の積極的な姿勢と努力を高く評価し、いっそうの前進を期待したい。

19. 演題 保健所における障害児の地域保健医療の展開

—ダウン症児への取り組み—

京都府向陽保健所

篠原多津江，津田 ユキ，本田美智子

向陽保健所では、46年から「どの子供も同じ発達の道すじを歩む」という考え方に立って、従来のクリニックに発達テストを組み入れ、子供の全体をみて、次の課題に取り組むといったクリニックを、管内市町保健婦の協力を得て開始した。

この子供クリニックの取り組みの中で、昭和49年9月、ダウン症と診断され、涙にあけくれているお母さんとどう関わるかを動機に、同じ苦しみを持つ同士を結び、お互いに励まし合いながら、権利意識を育ててほしいという保健婦の願いで、ダウン症児の集まりが始められた。

演者は以下、これまでの取り組みの中で、この子供たちがどこでつまづきやすいのか、その壁を乗り越えるためにはどういう取り組みが必要なのか、そのためには何をしなければならないか、という点について述べている。

■ 事例紹介

(1) Tちゃん（4歳3ヵ月）

1歳時に、手足の力が弱く、つかまり立ちしかできないので受診。親は積極的に外に連れ出したり、皮膚の鍛錬をしたり、手に力をつけるためベッドにバネをつけて訓練したりしていた。3歳頃は保育所の友だちと同じ距離が歩けず、積木で汽車の形づくりもできなかったが、3歳11ヵ月になると円の大小が判別でき、汽車の形づくりをしたり、みんなと同じように散歩ができるようになった。家へ帰ると弟の玩具をとり上げたりしていたが、そのうちに弟の世話をやいたりすることを覚え、両親も兄弟の中で育てることの良い点を確認するようになった。保育所でも、できないところは友だちに支えられながら、元気に集団生活ができるようになってきた。

(2) Nちゃん（2歳ヵ6月）

心室中隔欠損症があり、2歳3ヵ月からポニーに週2回通っている。Apgar 10点、生下時体重が2,950gで、哺乳力弱く、体重の増加も思わしくなかった。3ヵ月児健診で心雑音があり、専門病院に紹介され、検査の結果、心室中隔欠損症と診断された。検査の時、ダウンの疑いもあるとのこと、血液検査の結果、ダウン症と診断された。

保健婦はNちゃんが8ヵ月の頃、守る会より連絡を受け、さっそく訪問したが、Nちゃんを抱いて出てきた母親は、今まで一人で悩んでいたものが一度に溢れ出たように話し始めた。保健所で同僚と相談し、母親とどう関わったらよいか、考えた。子供クリニックで、すでに数人のダウン症が発見されていたし、そのお母さんたちも同じような壁にぶつかっていたので、ダウン症の母親の集まりを計画した。

ポニーに参加することによりNちゃんの変化してきており、母親も京都市民病院のダウンの集まりに参加し、積極的に行動するようになった。現在Nちゃんは、外出を好むようになり、お友だち

をみるとアーアーと働きかけたり、カタカタを押したり、片手でバイバイができる。また、自分の思う通りにならないと怒ったり、玩具を与えると積み上げたりするようになっていく。

■ 集団の中で社会性が発達する

ダウン症児への働きかけの中で言えることは、集団の中で社会性が発達してくることである。運動面のハンディについては社会性と同じようにいえない点もある。健常児が、犬や猫の判別をしてワンワン、ニャーニャーと言えるのは1歳過ぎだが、ダウン症児では2歳過ぎになる。認識面では、さまざまな問題もある。私たちは大きい円と小さい円を使用するが、これ乗り越えるには、大分時間がある。今クリニックでやっていることは、今できることを広げ、次の発達段階へ早く伸びるように援助することである。言葉と物を結びつけることを遊びの中で行う。寝返り、這い這いの工夫、掴まり立ちができれば、立ったまま遊ぶ方法を考える。物を掴めるようになれば、口に入れても危険のない物を与えるなどを母親と話している。

母親たちは「乙訓障害児父母の会」にも入会し、月1回保健所で例会を持ち、経験交流、学習会、施設見学などを行っている。保育所全員入所の運動がまだまだ不十分であるなどの問題も残っている。京都市民病院の「つくしの会」にも入会して、親同士のつながりも広まり、自分たちの要求実現のため行政に働きかける、という意識も育ってきている。このような中で、親自身が積極的に子供を外に出す必要性を確認してきた。このようにして人間としての権利を尊重し、権利として集団の場を保障し、児らは、集団の中で規律を守り、友人の模倣をしながら、次々言葉を獲得し、生き生きと子供らしく成長していく。集団の中で社会性を大きく伸ばし、人間らしく成長させてくれる。そして、基礎的な発達をのばすのに大きな役割を果たしている。

■ おわりに

最近までダウン症の子供たちは、いろいろ手をかけても発達し得ないという考えに支配され、人間として豊かに生きる権利を奪われてきた。しかし、両親が日常的に課題に取り組み、集団保育の場を提供し、自らの力を伸ばす手立てを講ずれ

ば、時間はかかるけれども、他の子供たちと同じように発達の道をしっかりと歩いて行ける。

私たちは、子供たちひとりひとりが大切にされ、自分の力を伸ばし、人として豊かに生きることができるよう、保育所・施設・学校とも手をつないで、これを仕事に生かす役割を持っている。

取り組んで4年であり、事例も少なく不十分な報告になったが、今後さらに“生きる”保障の取り組みを強めながら、子供たちの発達の特徴を正確につかみ、どう関わったらよいか、科学的なまとめをすることが課題だと思う。

併せて、親たちの集まりが行政に働きかけ、ともに歩んでいける会のようなものができるように、援助もしていきたい。

質疑に入り、「ダウン症に取り組んだ動機、集まりの内容、人数、プログラム、新会員をどうしていくかなど聞きたい」という質問が清水(堺市)から出され、そこで演者はこれに対し「同じ障害を持つ親同士の問題を何とかしたい、ということから始めた。管内2市1町のうちの1町を対象にしているが、子供は5人である。クリニックの内容として、小児科医師と保健婦が従事し、発達テストは保健婦が行い、小児心理の相談員にそれら全体をまとめてもらっている。新入りのお母さんを紹介し、それぞれの経験を話し合ってもらう。現在3カ月に1回実施している」と答えた。

次に藤井(大阪)が、「障害児は保育に欠けるといふふうに言われたが、発達を保障する場として保育所をとらえるのか、否か」と質問し、演者は、「たしかに保育に欠けると思う。しかし、障害の種類により異なるわけで、ダウン症児は集団の中で社会性の面で発達を伸ばせることがわかっており、特に集団の場を保障することが大切だと思う」と述べた。

また、速水(大阪)の「障害児に関わる職種にはいろいろな人がいるが、保健婦には、発達を支えるための健康づくりの役割があると思う。体力づくりなど、どんな指導をされたか、取り組みはどうか」という質問に対し、演者は、「具体的な看護の取り組みはまとめていない。保健婦の関わり方を今後まとめていきたい」と答えた。

障害児の発達保障という観点からの障害児クリ

ニックは、母親たちの要求に応えるためにも、全国の保健所に普及させる必要があろう。それとともに、ケースワークからグループワーク、グループワークからオーガニゼーションへ、という保健婦活動の方向性が定着している向陽保健所の報告には、学ぶべき点が多い。

演題 20. 保健所を中心とした虫歯予防活動

滋賀県今津保健所

馬場新子, 草野分嗣, 宮川文字, 西川美代子
仲東文枝, 山崎恭子, 足立京子

演者は、今津保健所において歯科衛生思想の普及を計り、特に幼児の虫歯を減少させるため、昭和50年度から、歯科医師会の全面的協力を得て行われているさまざまな活動について報告した。

今津保健所管内は滋賀県の西北部に位置し、管内人口約5万、出生数約800人である。51年6月現在、歯科医師数10名、歯科衛生士6名、歯科医1人当たり人口は国の2,664に対し、4,929と充足率が低い上に、山野の多い人口希薄な地域で、医療機関への足の便が悪い。無歯科医地区も1町1村、計2地区ある。

■ 虫歯予防活動の内容

3歳児健診の受診時期を早める 従来、3歳児健診対象者のほとんどが、3歳6カ月～4歳6カ月

月と受診時期が非常におくれていた。健診時期を早めることにより虫歯罹患率もより低くなり、早期の衛生教育を効果的に行うことができ、虫歯を未然に予防できると考え、49年度の終わり頃から歯科医師、内科医師、各町村の協力を得て、50年度には、3歳0カ月時に、おそくとも3歳6カ月までに健診が終わるようにした。

保育所のおやつ調査 栄養士が集団給食施設監視指導時に、保育所のおやつの内容、与え

方、後の口腔清掃等について調査した結果、市販の甘いお菓子とかビスケットが与えられていた。予算が少ないため、内容がそういったものにならないを得ない。また、口腔清掃も教育されていないことがわかり、保育所の集団の場で習慣づけを

するよう助言した。

虫歯予防教室の開催 妊娠中から幼児期にかけて繰り返し歯科衛生知識の普及を行い、知識を高め、虫歯予防の実践に努めてもらうことによって幼児の虫歯を減少できると考え、虫歯予防教室を開催した。昭和49年度から、郡の歯科医師会へ再三協力を依頼して理解を得ることができ、昭和50年4月から検診と衛生教育を含む教室を開催した。対象は妊婦と1,2歳児とし(初年度のため)、年間6回参加するように計画した。毎回の参加者は定員に満たない状況であるが、1年4カ月を経過した現在、呼出しの方法とか時期とか、改善していきたいと考えている。

管内病院に歯科を開設 昭和49年度から管内病院へ歯科設置の働きかけを行い、50年6

月、開設をみるに至った。現在、歯科医師1名、歯科衛生士1名、技工士1名が置かれている。

幼児の間食調査 栄養士がアンケート内容を作成し、間食指導の今後の参考にするため調査した。

1～6歳の幼児396名に対し、50年10月から11月にかけて、各市町村の保健衛生推進員に依頼し、1人当たり3～4名位の割合で聞き取り調査を行った。調査事項は、偏食について、間食の与え方、口腔清掃について、である。

結果として、虫歯に対する家庭内の関心度、間食に対する認識が低いことがわかった。また、地域ぐるみで活動を展開する必要がある、という課題が投げかけられた。

衛生教育活動 教材の活用はもちろんであるが、必要に応じて歯科医師の助言を仰ぎながら、手づくりの教材も作成した。老人クラブとか保育所などから依頼された衛生教育の場でも、家族ぐるみの虫歯予防活動の必要性を必ず盛り込んでいる。さらに、市町村の衛生担当者、養護教諭等を対象に、歯科医師による虫歯予防の考え方などを再教育する場を設けた。

2歳児歯科検診の実施 従来の保育所歯科検診に、種々不十分な点があり、2歳児歯科検診

の必要を考えていたところ、たまたま、県の方針も52年度より同様の趣旨で計画されていることがわかり、51年度から2歳児歯科検診を実施した。歯科医師が少ないので、歯科巡回診療車の利

用も考えている。

小中学生のよい歯のコンクール 歯科衛生思想向上の一助とするため、今年から歯の衛生週間に小中学生のよい歯のコンクールを実施した。今年 は 19 校、37 名の参加を得、郡歯科医師会の全員が検診・審査・衛生教育にあたった。

■まとめ

昭和 50 年以降、虫歯予防活動を積極的に行ってきた。それには歯科医師会の強力な支持、学校や病院の理解、地域で活躍する保健衛生推進員の協力などが、これを進める地域の保健衛生の力となっている。今後、管内住民の歯科衛生に対する意識を全般的に高めていかねばならない。

最後に、演者は、切実に思うこととして、「現在は保健婦と栄養士が中心になって虫歯予防活動を行っているが、保健所に歯科衛生の専門家がほしい」と訴えている。ごく一部の保健所を除いて、歯科衛生は全国ほとんどの保健所の弱点になっているだけに、この訴えは全保健所の切実な声であろう。

それにつけても、今津保健所では、歯科衛生の専門家がないのに、よくこれほど多様な虫歯予防活動ができたものだと、敬服させられる報告であった。

21. 演題 動き出した精神衛生活動

滋賀県今津保健所 草野 文嗣

冒頭、演者は、「いまさら精神衛生活動を、といわれるかも知れないが、従来、保健所活動は上からの仕事を消化するという意味で消極的である。そういった欠点をなくし、われわれ独自で真の住民のニーズを掘り起こし、真の仕事を始めようと努力し、初め精神衛生対策に取り組んだ」と述べ、今日までの経過を次のように報告している。

1. 精神衛生活動の経過と現況

管内には精神科の病院も診療所もなく、通院にしろ入院にしろ、約 50~60 km 離れた病院を利用するので、約 1 時間もかかる。そのため、保健所の精神衛生活動もおろそかにされていた。

47 年~50 年の措置入院患者は年 40 名前後、通院患者は年 30 名前後である。48 年以後は所内訪問件数が訪問指導件数より多かったが、49 年以後、所内が減少し、訪問が大幅に増加して、両者が逆転した。訪問活動が活発化したという訳でもないが、転換の一つのきっかけとなった。

2. 49 年度からの活動について

初めての取り組みとして措置入院患者の仮退院期をサポートし、入院期間を短縮し、退院、措置解除にもっていくため、家庭訪問を積極的に行い、本人・家族あるいは主治医に働きかけた。

3. 精神障害者社会復帰事業

われわれの保健所は、従来の活動からみればふさわしくないかも知れないが、回復途上にある精神障害者社会復帰事業実施保健所として指定を受け、予算を配当するよう本庁へ働きかけた。これを契機にして 50 年度に行った活動の主なものを、以下に紹介する。

措置入院患者の実態調査 精神障害者の社会復帰をはかるためには、本人の病状や家庭の状況を調査して、今後の方針の資料とする必要がある。そこで、保健婦が病院と家庭の訪問をした結果、長期入院患者が多く、仮退院が少ないこと、また、措置が必要であったか否か疑問に思えるケースが多いことなどがわかった。

症例検討会 従来の精神衛生相談医は、地域における保健・医療活動に対する関心が薄く、保健婦に対する適切なアドバイスが得られなかったもので、50 年の途中から、協力的な医師に変更した。これを機会に、保健所および町村の保健婦に精神衛生相談医を交えて、症例検討会を開くことになった。

また、福祉事務所と密接な連携をとるため、50 年の終わりから月 1 回、定例の連絡会議や症例検討会を実施した。その際、従来のように保健所が患者入院の後押しをするというような態度をとらないという方針を、所長から町村担当者にも示した。

保健婦の精神病院実習 精神障害者の社会復帰を援助するためには、それに応じた知識と経験が必要なので、保健婦が一人ずつ一週間の病院実習を保健所独自で実施した。この実習により、保健婦も患者の応待に少しずつ慣れることができた。

回復途上者の 所内作業の実施

回復途上者に社会性を身につけさせ、人間関係や職場環境に慣れさせるため、一人一週間ずつ保健所内で軽作業に従事させた。コピー、封筒の表書き、試験管洗いなど、朝からべんとう持参で夕方まで勤務時間をきっちり勤めさせた。また、保健所職員の障害者に対する理解を深めることも波及的に期待した。

職親の開拓 回復者を理解してくれ、回復者にも耐えられる職場を捜した。その際、雇い主に精神障害者であることを言うか言わないか、議論のあるところであるが、保健所から紹介する際は、それを明らかにして就職をさせるようにした。

4. 精神障害者家族会の発足

入院患者が退院してくると困るという家族が多い中で、ある程度理解をもち、少しは積極的に動いてくれそうな人で発起人会を開き、それを核にして、本年2月発足した。保健所に事務局を置いて事務的な事柄を引き受けていたが、今後は、家族・患者の会の人に自主的に運営してもらおうようにしていきたい。現在は約30名で、規模はまだ小さい。

今までの活動としては、精神障害者ならびに精神科医療に関する講話、病院見学、家族同伴での入院患者の院外レクリエーションなどである。ある病院は快く患者を一日院外へ出してくれたが、一つの病院は、病院の医療行為に対する保健所の介入であり、干渉するなということを出してもらえなかった。病院が厚生省へ手紙を出して、県から保健所へ調査に来たり、所長と病院長が電話でやりとりをしたりした。

5. 精神科外来の開設

管内には精神科を持つ医療機関がなかったの、某病院に精神科外来の開設を働きかけ、ようやく50年12月から2週間に1度診察が開始され、必要があれば、患者の家庭訪問もしてもらえるようになった。51年4月からは、毎週1回開設できるようになり、わずかながら前進した。

6. 郡の精神衛生対策部会の設置

職親制度の開発や正しい精神衛生思想の普及のため、郡の地域総合保健対策協議会の下部組織に、精神衛生対策部会を設けた。構成員は、保健・医療関係者、社会福祉関係者、職業安定所・事業

所代表、商工会代表、町村長、婦人組織の代表から成っている。

このように、遅まきながら、地域の中で精神衛生活動を始めたばかりである。すでに家族会から、中間施設の要求が出ている。社会復帰のためにはそのような施設も必要である。この会の芽を摘まず、伸ばしていきたいと考えている。大阪府の吹田保健所でデイケアをしているとの報告があったが、当所の活動としてもとりいれていきたいと思っている。

以上の報告に対し、「措置患者で30年も入院している例があった。病院の医師と話し合うと、病状そのものより経済的理由による、という。演者は措置入院をなくすと言われたが、申請が出てきたらどうするか」という質問があった。演者はこれについて、「今までの長期患者をどうするかの問題もあるが、新たな措置患者をつくらないということに努力したい。幸い、49年～51年現在まで、申請がなかった。もしあっても、措置症状は2～3日か、長くて1週間で解除できるので、信頼できる医師の診断により、必要最小限の時間にとどめたい。家族から入院希望があれば、同意入院にできる。表面上、家族の要求に反するように見える場合もあるかも知れないが、その場合は、本当に何が必要か、説得する努力をしたい」と答えた。

この報告では、住民の立場に立った所長の積極的な方針が、保健所の精神衛生活動にも生かされ、いくつかの困難を克服し、過去の殻から脱皮して鮮かに変身する過程が述べられている。殊に措置入院患者をできるだけ生保に切り替え、新たにつくらないという方針は、精神障害者の人権を守るために、すべての精神衛生関係者に欠くことのできない基本的な姿勢である。(以上、丸山 記)

演 題 10～21 に対する ま と め

一昨年の第15回社医研では、「保健所再編をめぐって」と題する特別討議が企画され、種々の討議がなされた。

そして「政府の進める保健所再編への抵抗と住民の立場に立つ保健所再建への展望は明るいと

ってよい。しかし、衛生警察的業務も含めて具体的な方策については、なお煮つめる必要があるし、府県レベルでは再編への切り崩しがいろいろな形で今後も進められてくるであろう。前者については、なお各分野での実践を含めて討議が期待されるし、またそれが社医研の残された課題でもある。後者については、その所属する団体での運動が、それぞれの地域や組織で進められねばならないだろう」と総括された。

今回の保健所に関する演題は、現場における実践からの報告が中心であり、一昨年の総括の上でとらえるとき意義の大きいものであった。冒頭に小栗が報告したごとく、保健所再編の意図が厚生省段階でさらに明らかにされてきている現在、保健所側でも住民側に立った活動を実践することに加えて、その蓄積を理論化し、共通のものとして、再編を推進させようとする切り崩しに抵抗する武器としていく必要がある。前半の5演題においては、対人保健活動における経験の蓄積が示唆するところが紹介されるとともに、とくに保健所そのものの姿勢に対するいくつかの課題が提起された。討議によって明らかにされた課題を再掲してまとめとしたい。

丸山の報告は、大阪府において、対人保健サービスの面でそれぞれ役割を果たしつつある活動が蓄積されてきていることを述べ、その経験のなかから、今後の活動のあり方を示唆するパターンと原則が導き出されることを明らかにした。これは、保健所再編が国家政策として出されているなかで、これに抵抗して保健所・支所および職員を増やしつつある大阪府における成果であって、直ちに他府県で同様に実践できるとは限らない。しかし、対人保健サービスにおける優れた実績が他府県においても数多く積み重ねられていることも事実である。丸山の報告が、日常的な実践を理論的にしていくきっかけとなり、さらにその成果が交流討議されていくことを期待したい。同時に、保健所のそのような活動を実現していくために必要なことは何か、を明らかにしていくことも要求される。

対人保健サービスの場合に比べ、府県段階の保健所活動の先兵としての動向が進められている監

視業務については、社医研における活動実績の蓄積、分析等が十分でない。小林の報告はその意味において貴重なものであったが、報告・質疑・応答を通じて指摘されたように、今後、この分野における実践と監視員からの報告・提言および討議がとくに期待される。

小栗は、地区衛生組織、関係業態組織等との癒着を絶つことの必要性を指摘した。愛媛県の例として報告されたように、現在の再編に当面抵抗する組織としてこれらが現われていることを考えるとき、なおいっそう重要な指摘といえる。また西は、その報告のなかで、予算編成に関する立場から保健所関係者も予算に関心をもつべきことを指摘した。演者の強調するごとく、これは保健所関係者の主体性を問われる問題であり、行政機構のなかで住民のニーズに対応した活動を実現していくために避けられない問題であろう。これらは、保健所の民主性・主体性として論議されてきた問題の具体的な課題の一つといえよう。保健所再編が推進される状況のなかでこそ、厳しく直面していく必要のある基本的課題として指摘されたものと受け止めたい。

藤島は、保健所再編反対運動において住民との連帯をはかった例を紹介し、市町村の衛生関係担当者との討議のなかで、保健所活動のあり方に多くの要求が出される形で、保健所の位置づけが再確認され、再編に反対する運動が展開されたこと述べた。今後の再編への抵抗動向について、どのような形をとる場合にせよ、保健所活動の現状とあり方を、徹底的に検討するなかでしか、本当の運動が起こらないことは明らかである。既存の関連組織再編への抵抗も、こうした点検めきでは真の意味を持ち得ない。

“保健所を甦らせるために”，さらにこれらの課題に即して実践および討議が深められ、住民の立場に立つ保健所活動を求める運動が展開されることが期待される。（まとめの項、文責・大原）

後半の16番から21番は、いずれも対人保健活動の実践報告であった。15番の演題が、保健所における対人保健サービスの動向と質的転換を帰納的、理論的に総括したものであるのに対し、その

後に続くこれら6題は、それを各論的に、さらに詳細にして具体的に裏付けた報告であるとも言えよう。

原爆ですべての生物が死に絶えた荒野が一般的な保健所のイメージだとすれば、これらの報告には、そこに萌え出た緑の芽のように、驚きと、新鮮さと、生命力が感じられる。その共通的特徴は、どん底にあえぐ住民の生活の根っ子のところで、病気ではなく暮らしそのものをとらえ、住民と苦しみを分かちながら、前途を切り開いて行こうとする、ひたむきな姿勢が見られることである。しかも、これらの活動は、それぞれの保健所

において自発的、自主的、主体的に取り組まれたものである点に注目しなければならない。

今後の課題は、第一にこれらの活動をいっそう前進させ、発展させること、第二に、これらの経験を総括し、理論化し、普遍的なものにすること、第三に、これらのエネルギーを結集させることである。その時、人民は砦となって、保健所に働くわれわれとともに、保健所を守るであろう。

その意味で、本研究会の諸報告から、「保健所を甦らせるために」役立つ何らかの示唆が得られ、願わくば、そのかがり火が燎原の火の如く、全国に広がらんことを期待する。(丸山)



沖縄県における夜間診療体制

沖縄県の医師および医療施設数をみると、昭和46年末から昭和49年末までの3年間に、医師は483名から577名になり94名の増、医療施設は487から541となり54の増となっている。一般病院と一般診療所については、328から361となり33の増となっている。しかし、人口10万対の比率でみると、医師は全国平均116.2に比し56.2で1/2以下、一般病院は6.5に対し本県では1.5で1/4、一般診療所は66.2に比し31.9で1/2以下となっていて、依然として量的格差は大きい。

このような状況下で、一般患者の受療者が多くなるにつれて最も影響を受けるのは、夜間・休日における救急医療である。特に一般病院の少ない本県では、一般診療所がその主力であるが、医師1人、看護要員数名平均という陣容では昼間の診療のみで手一杯で、夜間・休日に勤務する余力はない。

したがって、県全体として夜間・休日は県立病院に患者が押しかけてくることになる。5県立病院所在のうち、特に人口55万人を有する那

覇市を含む南部地域では、県立病院が復帰時に琉大附属病院に全医療要員を配置転換し、機能ゼロであるため夜間・休日診療(救急医療と称している)を担当する医療機関がなくなり、大きな問題となった。これに対応するため、昭和48年6月1日から県の施設を利用して那覇地区医師会の運営する夜間急病センターがスタートした。この「公設民営方式」については、本誌Vol.37, No.11で紹介した。その後、このものは「公設公営」として業務を継続している。すなわち、県の施設で那覇市立・市営の救急診療所として、夜間・休日における那覇市民を主として対象とする救急診療を、昭和49年6月1日から開始している。

また、沖縄本島北部にある名護市でも国・県の補助を受けて同主旨の診療所を設置し、昭和50年7月21日から夜間診療を始めた。

こうして、本県では、4診療圏において、①夜間・休日(休日は那覇市立のみ)救急外来診療は市町村立診療所において担当し、要入院患者は県立病院等が引き受ける、②その他

の昼間はすべての医療機関が対処する、という機能分化が進んできた。

ただ、残りの1診療圏である中部地区にはこの種の診療所ができてなく、地区医師会員の医療機関と県立中部病院が、①②ともに担当している。市町村立診療所は診療中のものが13あり、そのうち2は村営、他は民営となっている。この13以外に夜間・休日を目的として設置されたものはほかに4つあり、貴重な役割を果たしている。

運営は赤字となっているが、夜間・休日であるため人件費が高いこと、救急で人手がかかること等がその理由である。赤字の1/2は県が補助しているが、県は自らの病院特別会計事業として、5一般病院、2療養所、29診療所を運営し、年間約8億円の赤字を出しており、3年間で40億円の負債を抱え、その他内科・歯科の巡回診療を実施しなくてはならず、財政的にパンク寸前である。

社会保障のうち重要なものとして医療保障を認識し、国がさらに積極的にこのような医療分野に強力な財政上のてこ入れをしないと、大きな社会問題になると考えられる。

(伊波茂雄)

大都市の保健・医療の問題

(演題 22~27)

〈座長〉 東田 敏夫* 水野 洋**

はじめに

主題の一つとして「大都市の保健・医療問題」が取り上げられた経過から、まず述べることにする。社会医学研究会では、これまで、地域開発と関連させて、いわゆる新産業都市の保健・医療問題や農山村における保健・医療問題が、研究会主題として取り上げられてきたが、都市、とりわけ大都市の保健・医療問題への集中的な取組みは最近なされていない。そのため、今回の社医研準備段階で大都市問題を取り上げることにして、その検討を行ってきたが、全国世話人会の段階では、その実施に危惧の念も出された。

それは、現状では大都市にスポットを当て、研究・検討を加えている会員が余り見当たらないこと、「大都市」というのを社会科学的にどう把握するかという点で十分な見解の調整なり、意見交換がなされていないこと、などのためであった。しかしながら、大都市にスポットを当て、現代の保健・医療について検討することの重要性については異論はなかったため、無理を承知で主題の一つに取り上げることになったのである。

演題募集には「個別の大都市またはその小地域における健康状況の推移と現状を明らかにし、且つそれに対する行政側の対策や姿勢を浮きぼりにし、今後の大都市における保健・医療問題を展望

していく足がかりを作ることを目標としたい」と記され、その観点として次の事項が提示された。

- ①1960年以降の大都市の住民構造を中心とした変貌とその推進要因を明らかにする。
- ②それにともない保健問題の焦点は果たして変動してきたのかどうか。
- ③大都市住民の健康の現状はどうか。
- ④大都市の保健・医療行政は以上の変貌、現状にどう対処してきたか、また現在どうしようとしているのか。
- ⑤その他関連諸問題。

これに対して今回は、6題の報告を得ることができたが、当初の危惧は半ば当たったものの、全体としては展望の足がかりを得ることができたと考えてよいのではなからうか。

大都市の問題に焦点をおいたが、当然、他の主題である「地域保健と市町村の行財政」、「保健所を甦らせるために」と深く関連している。今回の報告では、大都市の保健所活動にふれるところが少なく、また大都市といっても都心部と周辺部とではその住民構成や健康問題については差違があるが、この点での追究も少なく、今後にまたねばならない。さらに、大阪・京都の両市が中心で、他の大都市についての報告が得られなかったことも残念であった。

以下、当日の演者の報告を抄録集を基礎にまとめ、あわせて主な討議の内容を整理してみる。

* ひがしだ・としお 関西医科大学教授・公衆衛生学

** みずの・ひろし 大阪府職業病センター

演題 22. 都市化と住民の健康

——大阪市を中心として——

大阪大学医学部・公衆衛生 南沢 孝夫

大阪市の場合を事例とし、都市化と住民の健康状態について検討した結果を、①人口動向、②生活水準、③死亡の3つの観点からまとめて報告された。

■人口動向

人口動向の面では、昭和30年以降、大阪・名古屋・東京の三大都市圏では、地方人口を吸収しながら、全国平均の約3倍の伸び率で増加、昭和45年には、全国土の6%の土地に全国人口の41%が集中した。大阪市の場合は、市内人口は昭和41年をピークに減少しているが、周辺の衛星都市では伸び続けている。これは、大阪市内の環境悪化により周辺都市に逃げ出して行く結果だが、経済的に恵まれない人々は、大阪市内にとり残される傾向がみられる。その一例として、阪大病院教職員の居住地を階層別にみた場合、経済状態がよいと考えられる階層ほど市内居住率が低く、この傾向は年々進んでいる。また老齢化指数をみると、大阪市の人口老化はまだ全国水準には達していないが、老齢化の速度は速く、大阪市内と他府域の老齢化指数は逆転しており、やはり、経済的に恵まれない老人が市内に多くとり残される傾向にあると考えられる。

表1 阪大病院教職員の職種別市内在住率

	昭30	昭35	昭40	昭45
文部教官	34.2%	28.1%	23.2%	16.8%
文部技官	37.5	43.8	27.9	28.6
役付事務職	25.0	33.3	21.7	18.6
事務職・他	51.1	45.6	39.7	36.8

表2 老齢化指数

	昭25	昭35	昭45
大阪市	9.9%	15.3%	27.1%
他府域	13.1	18.1	18.6
全国	14.0	19.1	30.0

■生活水準

生活水準に関しては、他の大都市との比較でみた場合、1人当たり畳数(昭45年国勢調査による普

通世帯人員)、1人当たり所得(昭48)で最低位を占めている。また府下の他都市や郡部と比較した場合、借家の比率、ことに民営借家の比率が高く、勤労者世帯の月手取り収入(昭49)は低く、かつエンゲル係数は高い。生活保護世帯率は、10大都市のなかでは北九州市の5.7%、福岡市の3.3%に次いで大阪市は2.8%であり、以下、京都・札幌両市が2.5%、神戸市2.3%、東京都1.6%、川崎市1.2%、横浜市1.2%、名古屋市1%となっている。大阪府下の生活保護実人員を地域別に、人口千人対でみた場合、大阪市17.3、他市部8.8、郡部8.4であり、約2倍となっている(昭49)。

■死亡

死亡率でみると、昭和45年の粗死亡率は7大都市中第4位だが、訂正死亡率でみると第1位となる。また昭和40、45年の訂正死亡率でみると、大阪市内は、他府域より高値を示している。この原因を調べるために、全国の年次別・年齢階級別死亡率を100として、大阪市および他府域の死亡率指数をみると、大阪市では府下や全国にくらべて生産年齢人口の死亡率が高く、その傾向は昭和35より45年の方が顕著である。一般に、生活水準の格差は乳幼児の死亡率に最も鋭敏に反映するといわれてきたが、現在の大阪市ではむしろ25~59歳の生産年齢層の死亡率が高く、このことはまさしく、現代の都市化の性格をよくあらわしているのではなかろうか。

以上のことから演者は、以下のように総括した。現代の大都市では経済力による住み分けが進み、いまや大都市はそこに居住していない富裕階層によって、その生産手段の場として利用されるようになってきている。とくに大阪市では生産年齢層の死亡率が高く、人口の老化、貧困度が高く、都市化の性格をよく示している。都市政策そのものを根本的に検討し直すと同時に、都市の保健衛生問題の重要性を再認識し、問題解決の努力を続けて行かねばならない。

以上のように、大阪市の事例として、現代の大都市の保健・医療の現状と問題点が総論的に報告されたが、大阪市の場合、生産年齢階層の死亡率が高い、という指摘は注目すべきであろう。それが大阪市の場合だけの特徴か、他の大都市でも同

一傾向がみられるのか、検討していくことは重要であると考ええる。

本報告は次の報告と関連するので、討議は次報告後一括して行われた。

演題 23. 大阪市民の医療需要構造と保健・医療の課題

大阪大学医学部・公衆衛生 金田 治也

大阪市職員労働組合の委託をうけ、昭和 50 年 4 月に実施した大阪市民の医療ニード調査の結果を中心にした報告であった。調査は大阪市 A 区(住宅商業地域)、B 区(住宅商業、小工場混在地域)、C 区(住宅商工業地域と公営団地地域に二分)の 3 地区を対象に、無作為抽出世帯 543 世帯と、高齢者・生活保護・障害者のいる世帯を特定抽出で 175 世帯を訪問して行われた。罹患、有病、外来受診、家庭看護の状況が調査項目であった。

■調査結果

調査結果の概要は、調査世帯の特性についてみると、民営借家に住む割合は高く、とくに障害者のいる世帯、生保世帯で高く、かつ無職の世帯主が多い。無職の世帯は無作為抽出世帯で 10%、障害者のいる世帯で 21%、生保世帯で 58%、高齢者世帯で 19% であった。社会保険は国保・政管健保の割合が高く、職業と考え合わせると、自営、中小企業勤務者の家庭の多いことが考えられる。一般世帯でも 60 歳以上の老人のいる世帯は 30% 前後あり、このうち老人の独居ないし夫婦のみという世帯が 20% 近くある。以上のように、調査地区では生活水準の低さ、経済的基盤の脆弱さが推測され、老人や障害者のいる世帯や生保世帯ではその傾向はいっそう著しい。とくに老人核家族では、経済能力に欠けるだけでなく、看護人を欠き、生きるうえでの厳しい条件がある。

上のような特性のもとで疾病の存在と受診状況はどうであろうか。罹患率は全年齢層で全国値より低いが、有病率は 65 歳以上でとくに高い。外来受診率は 0~54 歳で全国値より低いが、55~65 歳、75 歳以上で全国値なみ、65~74 歳では全国値の 2 倍であった。また入院治療率は全年齢層で低いが、45~69 歳では全国値に近く、70 歳以上

では著しく低い。65 歳以上の在宅の寝たきり老人は、調査老人の 2.7%、準寝たきり老人は 3.4% あり、このうち 3 分の 1 近くは入院希望があった。

■演者の見解と曾田発言

演者は以上の調査結果から、以下の見解を示した。大都市では受診の機会にめぐまれているはずだが、受療率は低い。自営業者や中小企業勤務者を主とする人々は、必要な医療や健康管理を受けていないのではないかと考えられる。高齢層では顕著に有病率が高く、これに一致して外来受診率が高いが、理学療法をうけるために家族ともども通院や待ち時間に時間をうばわれている例がみられ、外来診療のみに依存するだけでは、患者の健康回復は十分行いえないと考えられる。経済力の低下した 70 歳以上の老人の場合、医療費負担の制約が入院受療率を引き下げていると考えられ、室料差額や現在の看護給付のあり方では、真に入院を要する老病人が入院できない場合がある。在宅老人患者に対してホームヘルプサービスが行われているが、在宅病老人が経済的理由からや、手がかかるため病院から敬遠されて入院できないとすれば、これは時代遅れの医療保障の象徴でしかない。老人のための新しい保健サービスシステムの早急な実現が必要である。大都市には多くの施設が存在するが、その住民の保健・医療の条件は好ましい状態とはいえず、その解決には、健康水準に悪影響を及ぼしている都市政策、日常生活にかかわる諸政策の根本的な改革が不可欠である。

調査に関しての質疑のあと、曾田長宗氏から、都市と農村とではどちらが健康状態がよいかという議論は古くからあるが、元来、都市衛生の問題が出てきた時期では、都市の健康状態の方が悪化していたが、先進国ではほぼ 1925~26 年頃に乳児死亡率でみた場合、農村の健康状態の方が悪化したこと、それがアメリカの場合には、1951 年頃から都市の方が悪化して再逆転したのであるが、日本ではそれが遅れていたこと、などが指摘された。演者らから、生命表でみると大阪府全体と大阪市内との場合では、市内の方が若干低い数値である旨回答されたが、再び曾田氏より、何故かという説明はまだ不十分であり、都市と農村とどちらが良いか悪いかは決め難いし、単なる比較では

意義が少なく、どのような点で都市と農村とで社会的な差異が生じているか、そしてそれがどのような形で健康に反映しているかを追究する必要がある旨の発言があった。

演題 24. 大都市における保健問題

——K市の状況を見る——

大阪府門真保健所 速水 敏子

演者は、大都市ではないが、大都市周辺の昭和30年代の旧新産都市であるK市について、保健所活動のなかから保健問題を報告された。

■K市における調査の結果

K市は大阪市の東北部に隣接し、人口14万人の産業都市である。昭和35年頃から人口増加が進み、すでに初期に建設されたアパートや文化住宅群の一部はスラム化している。かつては豊かな穀倉地帯であり、河内蓮根の特産地であり、昭和34年には8,600余世帯のうち農家は1,300戸弱（専業は248世帯）もあったが、昭和35年頃から急激な宅地造成が進み、38年には近隣の町村を合併して大阪府下27番目の市として発足した。その結果、昭和47年には46,000世帯のうち、農村は約800世帯（専業は20世帯）になり、市内には全く緑がなくなった。昭和44年の統計では、就業者総数約5.5万人に対し、製造従業者が3.4万人を占め、このうち電器製造業従業者が2万人に達している。事業所は約800だが、うち726までは従業員50人未満であるが、松下電器の本社が市内にあり、市内の500人以上の事業所15のうち12までがこの系列の事業所である。人口増加は、44年以降ほぼ横ばい状態になってきている。また、40年以後は人口増加より世帯数の増加が著しく、このため、昭和45年の国勢調査結果では、普通世帯の一世帯当たり人員は3.04人にすぎない。単独世帯が8,000あり、全世帯のほぼ18%を占めている。

K市のより具体的な現状については、昭和50年春に保健婦の「2月生まれ乳児の全数訪問調査」200例の結果により、その一面が詳しく示されている。世帯主の職業階層でみると、①内職、日雇、行商等2%、②4カ月以上被用者の固定した

日雇、その他の職人、組夫15%、③商業サービス被雇、下級事務員、中小企業被雇、常雇化の日雇、建築職人55%、④運輸被雇、自営業主等15%、⑤大企業被雇、官公庁、教師、技術者、中農等10%、⑥雇用者をもつ自営業主、富農1%となる。住居形態では、文化住宅40%、長屋23%、アパート3%、鉄筋高層11%、独立家屋23%である。居住年数は1年未満が22%、1~3年未満が41%で、ほぼ3分の2は3年未満であり、5年以上居住は19%であった。また、1人平均2畳以下が44%、終日日当たりのない住居が35%を占めていた。近隣関係では、買物時ぐらいなら子供をあずけられるつきあいが約半数だが、万一母親が1週間以上病気したときの子供の保育は、親類等が72%、夫が休んでが19%という数字が出てきた。婚姻率は全国平均の2倍、離婚率は40年で降急上昇し、これも全国の2倍に近づいている。

■演者の見解と問題点

以上の結果から、保健婦として、「壁一重で隣の物音は筒抜け、日当たりのない、利用空間2畳以下という狭小住宅に住み、世帯主の7割が日雇いの仕事で、働き手が病気になるればもちろん、妻が病気のときでも2割は夫が休業して子守りをしなくてはならないので、たちまち生活保護家庭に転落する。このような生活条件のなかでは、小さなつまずきが短期間のうちに雷だるま式に大きくなり、抜きさしならない状態に追いこまれる。これを支えるのは敏速で適確な社会資源の対応以外にない」と結論づけ、保健所保健婦の役割を考え実践してきた。とくに最近目だつものは、最小単位である核家族が破壊される……この問題をかかえる人が多くなったことである。

以上の総論をふまえて演者は、離婚・疾病が契機によって家庭が崩壊する事例を報告し、健康問題以前の問題も多いが、保健婦としてこうした事例にもできるだけ対処していること、しかしながら保健活動が余りに健康問題のみに限定され、偏向している現状では、これに対処しきれず、また社会資源があっても対応しきれない実情や、住民の側が役所に対して信頼感が低いことなど、人口移動のはげしい、大企業新産産都市の実態を報告

された。

■実践活動と目的意識に裏づけられた報告

全国的にみれば、大都市といっても行政区画の人口数が相当多いということが一つの前提で、百万都市であるとか五十万都市とかいった表現が一般にされるが、この場合でも、周辺部では合併などのため市域が拡張され、人口が増大する場合が多い。大阪市の場合は、周辺がすでに衛星都市として確立していることが、他の大都市と異なるところである。演者が事例として取り上げたK市の場合は、行政的には衛星都市だが実質的には大阪市周辺部としてみてもよい側面をもつし、全国的にはK市に類似した性格をもつ都市も多いので、その実態が報告された意義は大きい。それ以上に、実践活動のなかで目的意識をもって、問題をまとめ、報告された意義は大きい。

大企業がその立地する地域社会とどのようなかわりをもっているか、調査された世帯と大企業とのかかわりなどについて質疑があり、また保健婦活動の事例報告に関連しての質問や発言があった。現代の都市の住宅問題について、もっと調査・研究して、それと健康問題とのかかわりを明らかにしていく必要性についても指摘された。企業と地域社会とのかかわりに関しては、いわゆる公害問題として討論されてはいるが、企業に働く人の健康を職域と生活域の両面から追跡する調査・研究は、わが国ではまだほとんどなされていない。その原因として、都市の規模が大きくなるほど職住分離の傾向が著しくなり、農村医学が農業労働と農村生活との両面を緊密に進めている、または進め得ると条件の違いがあることがわかるが、大都市の保健・医療をみていく上で、市民の労働の場や労働と疾病の問題を見逃すことはできないものである。保健所活動においてとくにこの点に留意する必要があり、本報告も、そうした点への論及の足がかりを示している。

演題 25. 京都市内の低所得階層地域における保健・医療の問題点

京都市・九条診療所 谷田 伍郎

京都市の南区の一地域、新幹線京都駅九条口か

ら南へ、鴨川と近鉄京都線と十条通に囲まれる3学区を対象に、大都市低所得階層地域に関して、診療活動の中から保健・医療の問題点が報告された。

■東九条地域の調査

この東九条地域は古くは、“北尊南卑”の京都南部地域に当たり、都心部とは東海道線で分断され、南区内の京都市最大の工業地帯に連なっている。明治末期から第一次大戦を経て日本資本主義が独占段階に入るとともに、国鉄京都駅裏に当たるこの地域に極貧層の密集地をつくり、また朝鮮から民族的な差別と抑圧をうけ、低廉な労働力として連行された朝鮮人もここに住みつくようになった。戦後の失業者があふれる中で、行商、現場労働者、単純労働者の街として形成されていった。人口は1965年をピークに減少してきている。高齢人口の割合は65歳以上で6.8~7.3%で、南区平均よりは高く、京都市全体の7.4%(昭45)とはほぼ同レベルだが、70歳以上では4.1~4.9%でやや高率である。また生活保護率では3学区とも年々上昇し、昭和51年ではS学区は158%、TK学区97.5%、TW学区23%と極度に高い。京都市がS学区スラム街と呼ぶ四町について実態調査を1968年実施しているが、ここへの転入者の前居住地はその半数が市内の南・下京区であり、世帯主職業は単純労働27%、無業14%、職人・店員21%を占めている。さらに近年、交通公害の激化や都市再開発計画の一部強行などにより、若年労働者の郊外部への転出などがみられる中で、老人・病人は残り、低所得層は容易に転居できず、スプロール化はいっそう顕著になっている。

東九条地域の健康の指標を統計的にみると、出生率は低く、乳児死亡率・新生児死亡率・死産率は高く、結核患者数は年々減少しているものの、感染性結核患者は減少しておらず、後進的地域であることを端的に示している。これは、この地域の古典的貧困の公的解決が十分行われないうちに、現代の貧困が加重され、深刻な貧困問題となっている現状の反映である。

■都市スラムにおける保健・医療の現状

演者もまたこの東九条地域の診療所に勤務しているが、この地域の医療機関分布はS学区に3、

TK学区に14, TW学区に9であり, 各々無床診療所のみである。一医療機関当たり人口でみればS学区は約3千人, TK学区は約500人, TW学区約千人となる。演者の診療所の患者統計では, S学区居住者が約半数を占めるが, その比率は減少してきている。健保別では生保患者が1.6倍, 国保が横ばい, 他は減少している。年齢別では60歳以上が1.4倍, 40~50歳代が横ばいだが, それ以下は減少している。(いずれも1967年と74年の比較。)

その要因は, 日雇健保の疑適廃止, 失対打ち切りによる失対労働者の減少, さらに中小零細企業による失対労働者の減少, さらに中小零細企業下請業者へのしわよせによる雇用労働者の失業と, それに比例した生保の増大があり, ほかに老人医療無料化や老人健診の長期継続や診療所の慢性疾患管理活動の定着化があり, これらが敏感に反映している。

疾病別にみれば, とくに目立つのが精神障害であり, 結核も減少したとはいえ多く, 筋骨格系の疾患や不慮の事故, 中毒暴力による疾患も多い。

こうした実情から診療所としては, 老人医療・生保医療を二つの柱とした医療活動を基本にして, とくに慢性疾患に対して専門外来, 訪問看護, 定期往診活動を通じて, 疾病管理を中心とした日常診療活動を充実させ, さらに患者組織化を進めている。リハビリ, 健診活動を進めるとともに, 1972年以来, 診療所, 福祉事務所, 保健所で三者懇談会をもち, 地域のボランティア活動から, 民主的な地域の保健医療福祉づくりの第一歩にふみ出している。地区医師会や地域の医療機関とも連携いしており, 府政・市政の動向とともに, 住民を原点とした地域福祉を基礎とし, 医療と保健・福祉(行政)が有機的の連けいをもち, 住民に依拠してこそ, 今後の大都市の保健・医療の展望をなし得るのではないだろうか。

■実践活動の課題

京都市の一地域の健康と医療の問題が詳細に報告され, いわゆる都市スラムと呼ばれる地域の現状が浮きぼりにされた。演者はその地域で現実に医療活動に従事し, 一般の私的医療機関と設立の基盤が若干異なった民主医療機関の一診療所の活

動のなかで, 問題をまとめられたものである。

この点で開業医の方から, 地域の他の医療機関との連携いやその実際についての質問があった。行政機関と連携いしての三者懇談会にはまだ他の医療機関の参加はないが, 地区医師会やその公衆衛生部会活動の中では, 他の医療機関とも話し合いが進められており, 具体的活動にも参加してくれる医療機関が出ていること, 実践活動のなかで理解を深めてもらっていることなどの回答があった。また医療機関として慢性疾患の患者組織化を進めており, 高血圧患者では500名前後の患者のうち200名程度が組織化され, 結核では50~60名のうち28名, 精神障害で130名のうち10名前後, 糖尿病では100余名中30名前後が患者組織に参加しており, これが日常診療活動の内容を高め, 所外活動の基盤になっている旨強調された。

今後の展望については, 報告でもふれているが, 診療所活動としては, 地域での総合的な医療活動とリハビリテーション活動を中軸に進めていきたいこと, 患者組織などをいっそう進展させて組織的な対応を強め, 就労問題などにも手がける必要があること, 地域の保健・福祉を中心とした行政機関との関連性を深めて行くべきこと, などを指摘し, 回答された。

演題 26. 大都市における高齢者保健・福祉対策のあり方

京都大学医学部・老年医学 奈倉 道隆

■大都市の民生・衛生行政の課題

大都市の人口老齢化は若年人口の都市流入によって被い隠されるため, 統計上表われにくい, 現在大都市で進行しているスプロール化は, 主として若年層が都市周辺部へ移住し, 高年齢層が都心に残るため, 都心部では急速な人口の老齢化がもたらされている。都市周辺部ととも, 土着高齢層は大きな影響をうけている。生活環境の急変, 生活様式の変貌, 世帯構造の核化など; 高齢者の住みなれた生活基盤を不安定にしたり, 適応性を失わせたり, 各種の公害や事故など, 高齢者の健康と生活をおびやかす要因が急速に増大している。

以上の事実を前提にして、演者は、大都市の民生・衛生行政の課題と、これからの大都市高齢者の地域ケアについて報告された。

まず大都市の民生・衛生行政の課題として、次の6項目について、現行の行政がどのような方針で取り組んでいるか、と反問する形式で、問題点を指摘された。

①大都市の民生・衛生行政は、おおむね政令市として府県から独立し、独自の施策を行い得る機構となっているが、果たして都市の特性に即した高齢者対策がなされているか。

②生活保障としての老人ホーム等の施設が、地域に住む高齢市民にどのようなメリットを与えるものとなっているか。

③生きがい対策は老人クラブ活動にみられるような、もっぱら元気な老人の社会活動を助成するものとなっているが、真に生きがい対策を必要とする人は、老弱の人や家族関係の緊張のため適応不全をおこしている人々であり、このような高齢者にどのような援助がなされているであろうか。

④健康保障として老人健診が実施されているが、内容が内科的疾患のスクリーニングにとどまるため、医療受診率の高い大都市高齢者には魅力が乏しくなっている。これを真に役立つものに改めていく努力がなされているか。

⑤医療保障として医療費支給制度が実施されたが、基本となる健康保険制度が老人の医療に適さないため、幾多の矛盾を生じている。これを改めるべく国に働きかけ、また自治体施策として補完していく努力はなされているであろうか。

⑥医療供給体制の不備は、大都市高齢者に入院難や不適切医療の犠牲をもたらしている。そのため老人病院設置の意見もあるが、老人切り捨てにつながる危険性が大きく、かつ高齢者の医療ニーズは多様性をもち、画一的医療対策の枠の中におしこめるべきでないと考え、必要に応じて適切な医療施設に入院し、できる限り早く在宅療養に移行する、という地域医療が望まれるが、これを助長する施策はとられているか。

演者は上記6項目のうち、とくに6番目の地域医療・地域ケアの問題に焦点を当て、これからの大都市の高齢者の地域ケアにおける行政の担うべき

役割について、以下のように提起された。

真の地域ケアは対象者に必要なサービスを供給する一方、家庭自身、ひいては地域自身がサービスをうけとめて高齢者を支えていこうと志すように変化していかなければ成立しないし、一つのサービスがそれを支えるサービスを要求することもあり、種々のサービスの連けいが必要である。この連けいの要(network)は行政の重要な任務であり、私的活動も含めてこれらサービス活動を組織化し、高齢市民のニーズに即応した総合的な地域サービスとして、継続的かつ計画的に推進する役割を、民生・衛生行政は担わなければならない。

■京都・堀川病院の地域医療

地域医療に関しては京都・堀川病院の事例を取り上げ、同院が種々の医療資源を保持する中で、医師・保健婦・看護婦などが積極的な往診や訪問看護を行い、退院患者のアフターケアのみでなく、在宅患者にも同様の対応をしていること、その結果、必要に応じて最短期間の入院医療とホームケアを直結して、間けつ入院のシステムをくりかえす方法をとっていることを紹介された。入院患者の年齢構成は、昭和40年で60歳以上は3割弱であったのが、49年は5割を越したにもかかわらず、内科での平均在院日数は46年のピーク時の54.8日から、49年では28.7日に低下させて病床回転を効果的にしている。堀川病院の活動内容については、同病院の谷口氏から追加発言があった。すなわち、現在は、脳卒中の患者が中心であるが、訪問看護は120例ほど実施しており、入院期間の短期化を可能にしたのは、患者家族会の組織化であったことが報告された。

演者はまた、京都市で具体的に行った活動として、市の民生・衛生両部局によるアベック調査活動について報告された。これは寝たきり老人の実態調査であったが、福祉関係者と医療関係者がアベックで訪問調査し、現実には調査そのものがサービス活動になっていた経験を語られた。つまり、訪問調査時までは現に存在する乏しい社会資源さえ十分活用されていなかったが、民生・衛生の両部門のアベックの効果が生かされて、社会資源活用の糸口を示すサービス活動をなし得たのであった。こうした調査の中で、とくに地域に老人のた

めの総合サービス体制が不可欠であり、老人ホーム等にしても、とじこめの施設でなく、利用施設化していくことの重要性が強く感じられた旨を発言された。

地域医療や地域ケアに関して質疑がなされたが、演者が強調したことは、在宅ケアが即地域ケアではないこと、地域医療は現行の医療制度では財政的うらづけがなく、全く医療機関と患者との負担のもとでなされているが、実際にはわずかな費用でなし得るし、患者の療養生活を支えるだけでなく、医療効果を高めるものであること、老年医療の対応にはこうした医療機関の地域医療だけでは対応できず、公共機関の支援や社会福祉領域で提起されている高齢者への諸施策も必要である、という点であった。

演題 27. 都市労働者の健康問題について

——慢性疲労性の職業病を中心にして——

東京・箱崎町診療所 牧野 忠康

演者は診療所の医療社会部職業病相談室での日常生活を通じて、対処してきた職業病事例の中から、とくに働く婦人の健康破壊の状況と、その結果生ずる生活破壊の問題について報告された。しかし、演者自身冒頭において、これまでの報告と若干視点が違う内容の報告になると予告されたとおり、問題の取り上げは大都市の保健・医療問題の重要課題の核ではあるが、報告内容が職業病問題に限局されたかたちになり、両者の結びつきの十分な指摘を欠いたために、事前の危惧どおり議論がかみ合わない結果となったのは、まことに残念であった。

■昭和 35 年からの跡づけ

報告は、慢性疲労性職業病の多発する職場の問題を、昭和 35 年以降を跡づけるかたちで展開された。すなわち、昭和 35 年以降の高度経済成長政策の中で、とりわけ情報化社会といわれる如く、第三次産業部門では情報操作による生産性の向上と高利潤化がはかられ、それは第一次・第二次産業部門でもみられる。

こうした情報化にともなう労働内容は従前と大

幅に異なる様相を呈し、労働は極端に分化され、単純化され、専門化され、人間にとって特定・限局された感覚器(受容器)——脳・中枢神経系——筋肉を反復・酷使し、さらに静的な労働態様となってきた。こうした労働と労働強化は、人間の生理的限界をこえた形でおしつけられて、頸肩腕障害、疲労性腰痛などの神経疲労を基幹とした職業起因性慢性疲労性疾患を多発させてきた。

ところが、昭和 46~48 年に破綻した高度経済成長政策が急速に失速し、この資本主義的不況が長期に予測されるや、企業は人員不補充、解雇、欠陥(不良)労働力の排除という強行手段で、人べらし、“合理化”を強化してきた。こうした情況下で、以前とはちがった形で、現象的には頸肩腕障害、腰痛症の多発する情勢が強まっている。病的にはますます神経疲労を強め、精神的障害をまきこんでいる。こうした中で労働者が職業病にたおれると、たちまち企業からさまざまな攻撃をうける。強まる職業病罹病者・職業病闘争への攻撃というまとめで、昭和45年以降の企業・国の動向について報告がなされてきたが、最近の動きとして、第77回通常国会での労働者災害補償保険法改正において、職業病罹病者の解雇制限の実際的緩和、職業病補償の社会保障化による企業責任の免罪の狙いが進み、労働力の使い捨てと職業病患者の切り捨てにつながる事が指摘された。

■社会的背景から

まとめとして、労働者が人間らしく文化的に健康なくらしができる条件として、

- ①職場の民主化、楽しく働ける職場づくり
- ②労働時間の短縮
- ③文化的生活が保障される賃金
- ④労働以外に健康を増進させ、頭脳を豊かに発展させ、人間性を高めることのためのレクリエーション権、スポーツ権、そして学習・文化権を確保していくこと

が大切であることを指摘された。

大都市の重要な性格の一つに、情報センターとしての役割があることは情報化社会に発展した今日では、いっそう重要な指標となってきた。また都市保健を論ずるとき、そこに居住している市民の労働を無視してならないことも当然のこと

である。

演者は、これらの重要項目を指摘されたのであるが、前述の如く、具体的にこれらの実態や事例を抜きに、情報労働従事者の職業性疾病の多発の社会的背景に重点をおいたため、大都市における保健・医療問題と論点が離れてしまい、時間の余裕もないため、報告に対する質疑を打ち切らざるを得なかった。是非とも、慢性疲労性職業病罹病者の労働現場と生活の場との関連性や、情報労働担当労働者の都市生活者としての特徴、当該労働への就業の契機や職業病罹病による生活へのはねかえりなどの実態についての報告を、今後お願いしたい。

まとめにかえて

60年以降の大都市は各演者が指摘されたように、住民構成は高齢人口が増加し、都心部は居住人口が激減して、産業のための情報センターの場に変貌している。悪化した大都市の生活環境から離脱できる経済階層は周辺の衛星都市に脱出し、大都市には、脱出できない低所得階層や高齢層がとり残された状況になっている。しかし、周辺の衛星都市であっても、K市の事例のように近年核家族崩壊のケースは増加しており、健康問題以前の社会経済的要因が大きく存在しているし、大都市の住民構成の変貌も、いわゆる高度経済成長政策の結果として現われているのである。大都市といっても、個別的にみれば、その成立発展の歴史も産業や立地条件も異なっており、このため大都市固有の共通する事項と、個別都市での特異事項もあるはずだが、今回は、そうした検討や比較ができるほどではなく、これらの追究は今後にまたねばならない。

また、大都市といえども地域ごとにみれば、その生活環境や住民構成にも大きな差異があり、当然、各々の地域を大都市機能の面から分類し、機

能地域ごとに検討することも必要であろう。

大都市住民の健康の現状については、統計的にも、事例的にも悪化の傾向が強いことが報告され、老弱者、障害者などをかかえた世帯や生保世帯の場合には、それが倍加されて認められた。今回も報告の多くが高齢者保健・医療にふれているが、それが今日の大都市の保健・医療問題の焦点の一つであることは事実であろう。奈倉氏の大都市における高齢者保健・福祉対策のあり方についての報告が、この焦点の問題について大都市の保健・医療行政の現状への批判として、解答を示されているが、高齢者保健・福祉行政のあり方一般についていえることであり、「大都市における」と冠した場合にはとくにどの点でその特異点があるのか、という議論にまで進むことはできなかった。

当初述べたように、この大都市の保健・医療問題は現実に重要性は認められながらも、その検討方法は難しい面が多く、今回もその報告は多いとはいえなかったが、その足がかりは得られたと思う。今回の諸報告を基礎にして、都市衛生の社会医学的検討と、同時に行政面・実践面からの具体的な取り組みとその成果の分析がいっそうなされることを期待したい。

(以上文責・水野 洋)

●訂正とおわび

過号に誤植がありましたので、おわびし、訂正いたします。

号・箇所 (ページ)	誤	正
9・左段中央 (595)	DDT	DPT
11・表紙	推科	推移
”	816	817
11・左段脚注 (796)	衛生員	衛生院

地方自治体の保健・医療の行財政

(演題 29~32)

〈座長〉 庄司 光* 山下 節義**

はじめに

「住民本位の内容豊かな地域保健活動を展開するためには、市町村レベルで、すぐれた民主的保健・医療体制を確立することが、決定的に重要である。しかし現実の姿は、住民の保健や福祉をないがしろにする中央集権的な行財政の仕組の中にあって、しかもとりわけ官治的で社会防犯的な衛生行政の枠組の中で、停滞し、混迷している状況にあるといえよう。このしがらみを取り除き、市町村を真に住民のいのちとくらしを守る拠点につくりかえるためには、どのような問題があるか」(第17回社会医学研究会世話人のよびかけより)を考え、あすへの取組みの方向を明らかにする手掛かりを見出すために、地方自治体の保健・医療の行財政の問題がテーマとしてとりあげられた。

ここに紹介するのは、研究会当日報告された、演題 29 から 39 にわたる 4 つの報告の内容と討議内容の概要である。

〈特別報告〉

演題 29. 地方財政の危機と保健衛生費

京都自治体問題研究所 伊藤 晃

■ 地方財政の危機とその特徴

住民本位の内容豊かな地域保健・医療活動を展

開していくためには、市町村レベルでのすぐれた保健・医療体制を確立することが重要である。と同時に、財政的な裏付けが重要な課題でもある。しかしながら、従来から中央集権的な行財政制度のもとで、“三割自治”、“一割自治”といわれるほどに不自由な状況を強いられ、いままた地方財政危機といわれる状況のもとで、苦闘を強いられているのが、今日の自治体である。かつて、高度経済成長のもとで福祉国家が論議され、今日、財政危機といわれる状況のもとで“福祉みなおし論”が語られていることにみられるように、健康と福祉の領域の政策は、時々の方針によって左右されがちである。だが、“減速経済”といわれる不況の時期にこそ、保健と福祉の施策のあり方を徹底して住民主体の立場から検討しなおし、住民のための健康と福祉の政策体制を確立し、内容を充実させるために取組みを強める必要がある。そのためには、改めて地方財政と保健衛生費とのかわりの問題を検討し、今後何をなすべきかを考えてみなければならない。

伊藤氏は、地方財政の危機が叫ばれている今日、保健衛生費の問題を地方財政とのかわりで考えていく場合、

「①新しい哲学的、経済的理論として、公共経済学なる考えが登場してきているが、これをどう批判するか、②保健衛生に対する市町村の役割、位置づけはどうあるべきか、ことに市町村財政との関係はどうか、③保健・医療体制の確立の必要性が、いろいろな立場から提起され始めているが、この問題をどのような立場から、どのような課題

* しょうじ・ひかる 大阪自治問題研究所

** やました・さだよし 京都大学助教授・公衆衛生学

をとりあげつつ、取り組んでいくのか」、この3点の視角から問題をみる必要があると、まずはじめに指摘したのち、「地方財政危機の現局面とその特徴」について報告された。

第一に、「戦後におけるわが国の地方財政制度の基本的特徴」として、「① 応益原則が確立されていること。そして、重税、独立採算制、受益者負担を住民に強要していること。② 地方交附税制度（昭27）が設けられて以来、この制度がナショナルミニマムの役割を果たしていること。この制度によっても、本来、資本制のもとでは地域間の不均衡は避けられず、この地域的不均衡発展を財政的調整できりぬけようとして設けられたものであり、外国にもみられるものであるが、これはわが国の場合、ほかに類例をみないほど精緻につくられている。そして、たいへん安い需要額で算定基礎をはじいているのが特徴である。③ 大企業中心の地域開発政策を国庫補助金制度によって支えてきたこと。そのために、地域の貧困化、都市と農村の対立激化を招いていること。④ 機関委任事務が拡大されてきていること。この制度は明治憲法下でつくられた方式で、超過負担という形で自治体財政の困難をさらに強めつつ、一方自治体の反動化を強めてきており、行政への統制強化を導いてきている。⑤ 起債の統制の問題。これは国際的にみても例をみないものであるが、起債が本省承認事項となっているため、中央の政策的感覚により統制されていること」

以上の5点を指摘した。

■ 不況と日本の経済構造の危機

ついで、「経済不況と日本経済の構造的危機」と題して、

「政府は昭和47年から国債発行をはじめ、年ごとにその規模を拡大してきている。従来は指定事業を目的としていたが、昭和51年度には赤字補填のための赤字国債発行にふみきろうとし、戦後最大の財政危機をひきおこしかねない状況となっている。数年たたずして、インフレ激化の危険が感じられる。インフレを抑制するために総需要を抑制し、不況となると公共財投資による不況脱出をはかり、その結果ますますインフレが高進する、といった経過をたどっているのが、最近の状況で

ある。

地方財政の危機がいわれているが、これは戦後の構造的危機の帰結でもある。国家財政の優先という形で、租税収入の先取りを行い、産業基盤である道路・港湾・空港等への投資を先行させ、その結果、近代的産業への科学・技術・資源の独占集中がもたらされた。過剰設備投資が行われ、生産の無政府性を生みだした結果、環境破壊、エネルギー危機、食糧危機等の事態をもたらし、農業・中小企業の危機、労働者へのしわよせなどが生じてきている。

財政的には、財政膨張、国債発行でのきりぬけ、物価上昇、公共料金引き上げといった経過をたどり、いまや、インフレと総需要抑制による不況の表面化という事態、いわゆるスタグフレーション不況下における生産縮減とインフレの同時進行一をかもしだしている。こうした状況が地方財政の危機を不可避のものとした。これは同時に住民生活の危機の反映でもあった。

国家財政への優先的租税収入の先取りの結果、地方財政は貧困裏のままに置かれており、また生活関連公共施設は不足のまま経過し、先にあげた環境破壊等も加わって、教育・医療・福祉の荒廃、公害の続発、農業・中小企業の危機、労働者へのしわよせなどの事態が生じてきている」と報告し、地方財政危機に至る経緯を大略説明された。

こうした状況のなかで、地方財政危機打開をめぐる動きがおこっているが、氏は特徴的動きの一つを次のように紹介された。

「行財政制度の反動的再編成がすすめられようとしている。全国の自治体財政の赤字増大を契機に、①人件費削減の攻撃、機構改革、②“福祉みなおし”、③税制改革、④受益者負担の全面的拡大、といった方向を伴った動きとして出てきている。

ここでは、高福祉・高負担論が大手を振って登場し、①自助自長一力強い個人の創出、②フリーライダー排除の論理、③新ナショナルミニマムの確立、④増税による赤字国債脱出といった、受益者負担拡大を伴った考え方を打ち出してきている。」

これが体制側から打ち出された財政危機突破の方向であり、この動きにたいして今こそ、民主的

資源配分をいかにして押し進めるか、という立場から、自治体は住民とともに地方財政危機を乗り越えるための取組みを強化しなければならない、と強調された。

■ 地方財政費と保健衛生費をめぐる諸問題

ついで、「地方財政における保健衛生費」と題して、保健衛生費をめぐる問題点を指摘された。第一は「衛生行政の基本をめぐる対立」の問題として、「住民側から近年強調されてきている健康権に挑戦するものとして、三木首相の私的顧問団の作成した『生涯設計計画』があげられる。これは、国民が生涯のあらゆる段階で安心して生きがいを追求できる社会機構造りを提唱しているが、この論の中心を流れるものは、それを権利として考えないという立場をとっている。明らかに健康権に挑戦するものとしてみる事ができる。しかも、受益者負担の導入を意図としている。」

第二は、「地方財政における衛生費の位置」の問題である。「地方財政における衛生費は相対的に低位に置かれている。とはいえ、1970年以降、革新自治体の増加とともに、保健衛生費が増大する傾向にある。これは、住民自治の前進の現われといえよう。

ところで、衛生費の一般財源に占める比率は高く、年々増加の一途をたどっており、市町村負担は増大している。保健衛生費に占める人件費の比率は高いが、これは、

- ① 科学・技術の住民への提供という特殊なものであること、
- ② 医療費の公費負担や建設事業費も含んでいること、

この2点に特徴がある。いずれにせよ、保健衛生の需要はのっぴきならぬものであるだけに、市町村負担の増大というのは重大な問題である。」

第三に、「市町村における保健衛生の問題点」として以下のように報告された。

①保健衛生行政上の問題点

従来から都道府県中心主義で進められてきたが、老人や乳幼児などの医療費公費負担の前進、予防接種の無料接種対象の拡大などにみられるように、市町村第一主義へと移りつつある。しかも、健康破壊の進行に伴う住民運動の前進によ

り、財源に乏しい状況のなかで、進められつつある。このことは、自治権として定着しつつあるが、地方財政危機のおりを受けて攻撃的ともされている。

②重視すべき、科学技術の地域化の問題

目下、保健所再編・システム化の動きが強められているが、対人保健サービス、環境監視の問題を中心に、この問題にかかわる科学技術を市町村のものとするための取組みが重要である。それによって、市町村の民主的運営の実現とともに、保健所を拠点としていくことが可能となる。

③医療施設の拡充の問題

市町村立病院の拡充、救急医療体制の整備は住民にとって重要な課題であるが、財政的には市町村の能力の限界を越えている。国・都道府県の財政的、技術的援助を強化させることが必要である。

④国保問題

国保対象の住民は一般に低所得であるため、受診率の低下とあいまって国保財政の赤字をさらに拡大している。これをどうするかが問題である。

⑤清掃対策の問題

清掃対策は単費で進められているが、これは市町村にとって財政負担の最たるものである。ゴミ処理は今日、広域性と社会的性格が強まってきている。企業責任の追及とともに、国の責任を追及する必要がある。

以上の5点をあげられた。

■ 民主的地域保健・医療体制の確立に向けて

そしてさらに論を進めて、民主的地域保健・医療体制の確立をめざして取り組んでいくうえでの重点として、次の5点を指摘された。

すなわち、

①健康権の確立—健康は個人の問題とされがちであるが、健康権の確立をとおして、公的責任を明確にさせるような取組みを重視する。

②生産と生活の統一—地域の産業経済発展を追求するなかで、健康権の確立をはかることが重要である。公共経済学は生産関係の問題を欠落させ、公共財のみを対象としているところに、問題がある。

③住民自治組織の発展—住民の選好による公共財の選択という発想から、受益者負担論への道があ

る。貧しいところから住民自治の取組みが始められてきた。医療無料化への取組みは、まさに公共財選択の発想や、まやかしをうち破っていくものとして機能した。医療無料化の運動を法則化することにより、受益者負担論をうち破り、運動を前進させていく必要がある。

④公務労働とその運動の役割の重視—科学技術と地域への取組みを重視する。科学技術により住民の健康を守るとの観点から、積極的に公務労働の本質を掘り下げ、公務労働論として展開していくことが必要である。

⑥財政民主主義と民主的財政統制

これらの課題は、今日的課題として重視すべきであり、年ごとに住民運動の前進とともに、その取組みもまた前進している。地域における住民の民主的統治・管理力量の前進と、その発展を勝ちとる方向への取組みが重要である。社会システム論・医療システム論との対決もまた重要課題である。要するに、社会システム論に惑わされることなく、住民に依拠した取組みを重視すべきである。

■ 曾田・伊藤・西の付加発言

以上の報告にたいして曾田長宗は、「国はもともと保健衛生の問題にたいして冷淡だ。健康問題は国にまかせるよりも、自治体をふまえて、生活に密着したところで取り組むべきだ」と指摘した。

また、伊藤は「財源的にみても国からの補助金は少ない。多いのがよいかどうか、量だけでは判断できない。いずれにせよ、政策的統治であってはならない。自治体が自主的に活用できるものでなければならぬ一般財源を、より多く不特定に確保することが重要であり、この方が一般的に好ましい。

1960年代以来、医療・教育など地域にかかわる問題が激発してきた。地域と国を対立的にとらえるとともに、統一的にみる必要がある。1960年代の地域開発の進行とともに、地域の貧困化の進んだところから、地域問題がいろいろと出てきている。地域のみでかたづけず、どのように地域住民を国民とするか、国民的視野からみる目を養うことが重要である。地域での取組みを前進させ得ずして、国を統治することはできない」と補足した。

つづいて西三郎は「保健所の国庫補助は3分の1となっているが、実際は10~20%程度となっており、本来国が負担すべきところを自治体が超過負担している。保健所活動を強める必要があるが、現状では自治体負担増となる。現場の努力がなぜ国策へ反映しないのか。いずれにせよ、自治体の成果を国に反映させる努力が必要である」と述べ、そのための第一歩として、地方財政に現われる数字をながめる努力の必要性を強調した。

最後に、庄司は「地方財政問題へ目をむける必要がある。地方自治確立の一環として、保健・衛生問題の確立をはかるべきである。住民運動は高まってきている。住民とともに考えていくことが必要であり、地域での、職域での取組みを強める必要がある。専門家として保健担当者として、今なにをなすべきか、役人か労働者かではなくて、行政担当者として自分の仕事を見直すべきだ」と発言して、この議論のしめくくりとした。

演題 30. 東京都特別区の衛生費とその分析

国立公衆衛生院 西 三郎
全都立公衆衛生懇話会 京田 祥史

■ 都民一人当たりの保健・衛生費

西は、資料『東京都特別区歳入歳出予算状況』をもとにして、東京都特別区の衛生費の分析結果について報告した。

「東京都の保健所が昭和50年に特別区へ移管されたばかりであるが、昭和50,51年の資料をもとに、自治省の分類にしたがって分析を試みた。したがって、ここでいう保健衛生費は、保健所費と衛生費とを合算したものである。

都民1人当たりの昭和51年度予算での保健衛生費は、3,516円である。これを区別にみると、最高は千代田区の10,555円、最低は練馬区の1,909円となっており、かなりの開きがみられる。昭和51年度の対前年度比較をみると、一般会計では都民1人当たりが8.8%であるのに対して、衛生費では19.1%となっており、衛生費の伸びの方が大きい。各区別にみた場合、衛生費では最高の

伸び率を示したのが江戸川区の69.8%、ついで北区の48.6%、台東区の42.8%などとなっており、30%以上の伸びを示したのは23区中9区である。これに対して一般会計の伸びは、最高が目黒区で16.9%であるから、都民1人当たりの金額で見ると、衛生費は多くは特別区で著しい伸びを示したことになる。

ところで、東京都民1人当たり保健・衛生費3,516円であるが、自治省の資料によれば、国民1人当たりの費用が約4,300円となっているから、これははるかに少ない額である。結核対策費は都民1人当たり914円で、これはほぼ全国値なみの値であり、さしたる違いはみられない。とくに結核対策費の高い台東区（山谷を管内にもっている）は3,634円となっており、他の区に比べてきわだって高い値を示しているが、東京都全体としてみれば、結核に対しては、ほぼ標準的な行政が行われているといえよう。

■ 予算措置獲得の運動を

練馬区は、保健所活動のたいへん活発なところであるが、住民1人当たりの保健衛生費は1,909円と最も低いところである。いうなれば、予算の裏付けに乏しいまま、職員の努力によって保健所活動が展開されているともいえそうである。ここでは今後、活動自体がからまわりをおこす危険が感じられる

一般に東京都の西部は住宅地であるが、保健・衛生費の面で見ると、概して低額であり、都心の区部は一般に高くなっている。いわゆる文化的な面からみた水準は、一般的に西に高く、東に低いという傾向にあるといえるが、衛生的な面では、その逆に、西に低く東に高いということになりそうだ。予算面からみて、予算が少ないということは、保健所活動の面ではいずれもがんばっているが、予算措置の伴った、あるいはこれと結びついた活動とはなっていないことかと思われる。今後、もっと財政に結びつく取組みを工夫し、努力していくことが必要だと思われる。

自治体財政が貧困だとよくいわれるが、保健婦1人をふやした場合の都民1人当たりの負担額は、わずか50円程度であるから、金が出ないはずはない。要は、理事者の考え方の問題であり、

予算に結びつく運動をする必要がある。

保健所が区に移管されてのち、保健婦が増員されている。これは住民要求により、増員せざるをえなかったわけだが、保健所が区に移管され、都民が“土足”で入りこめるようになるとともに、都の管轄下にあった時代には意識されなかったことが、要求として出るようになったことが大きく影響しているものと思われる」と報告した

最後に西は「予算分析にもっと目をむけるべきであり、そして、自治にもとづき効率的に運用することを工夫していく必要があるのではなからうか」と強調した。

演題 31. 乳幼児管理体制の現状と問題点

東京都練馬保健所 山本 裕子

■ 練馬保健所での乳幼児保健活動

山本は、住民にとって「区の保健所が23区に移管されてから、今までより身近に保健所が位置づけられているような状況の中で」あらためて保健所の現状と問題点を点検し、「大都市の保健所を地域医療のなかで充実させていきたい」との考えから、練馬保健所での乳幼児保健の取組みについて、豊富な資料にもとづいて現状と問題点を報告した。

「練馬区は人口54万人で、保健所が2カ所、健康相談所が2カ所ある。練馬保健所には23万人を対象に医師2名、保健婦13名、その他の職員が配備されている。

(1) クリニック関係

昭和50年度は4カ月健診を48回実施、3,836人の受診、受診率は92.9%、3歳児健診は36回実施、3,442人受診、受診率77.8%という成績である。3歳児で23%を越す未受診者があり、その追跡ができていない。障害児調査で把握された児の50%は、保健所の健診を受けていないという状況にある。4カ月から3歳までの間には健診は行われておらず、発達に関する悩みをもつもの多くは1歳から2歳の間であり、この重要な時期に健診を行っていないのは問題である。母子健康

手帳には分娩時、新生児期の状態が完全に記載されている場合が少なく、障害の早期発見に役立てられないことがある。健診は、今では1回を90人以下に抑え、1人の子供に時間をかけられるように努力している。今回、予算で回数削減の動きがあったが、健診内容の質的低下につながるので反対し、月最低4回、1回90人以下で取り組みたいとがんばっている。

検診運営に当たる職員は延34名であるが、常勤は15名で、他はパートという状況である。

(2) 北療育園巡回相談

昭和47年より月1回、整形外科医等からなるチームが来所し、脳性麻痺患児の早期発見につとめている。4カ月健診をはじめとする乳幼児保健対策の前進とあいまって、巡回相談受診児の年齢は年々低下してきているし、受診数も増えている。

昭和51年には保健婦全員が北療育園で実習し、脳性麻痺児の早期発見の取組みにがんばっている。北療育園へ紹介しても行こうとしない事例もあり、これに対する具体策が欠ける面に問題があり、早期発見には生後1カ月健診が重要であるが、小児科医の協力が必要である。

3歳児健診時の相談で最も多いのが、言葉に関する問題である。ここでは全体の発育のなかでみていかなければならない問題が多いが、子供に集団性が乏しいことも要因の1つと思われる。こうした問題ある児は、“練馬障害児をもつ親の会”への参加を勧め、年度はじめに保育所に入れるよう福祉事務所に働きかけている。

(3) 医療費助成関係

特殊疾病、小児慢性疾患、育成医療、療育医療、養育医療といった領域の児たちには、保健婦の訪問を必要とする事例が多いが、十分訪問し得ていないのが現状である。

(4) 委託健診

医師会に委託しているものに、妊婦健診、6カ月検診等があるが、受診率は60%程度であり、かつ保健所として結果を把握できるのは2~3カ月後という状況で、要訪問ケースへの対応が不十分である。これらの健診は、障害児の早期発見のためにも重要であるが、どうすれば有効性を高め

得るか、医師会とどう連携していくか、といった問題も含めて、今後に取り組みまねばならぬ問題が多い。

(5) 保健婦の取組み

問題をもつ児を適切な時期に訪問できるようにするにはどうしたらよいか、これが今後に解決しなければならぬ課題である。」

山本は、保健所での乳幼児管理の取組みの実情を概略以上のように報告したが、最後に「小学校に入るまでの子供の健康をどう保障し、発達をみていくか、自治体が責任をもって方針を決めなければならない時期だ。住民の健康と生命を守るために、第一線の保健所をいまいっそう充実させるとともに、練馬の保健政策づくりにも参加していきたい」としめくくった。

■住民の参加と医師会の協力が必要

以上の報告にみられるように、保健所は健診等に追われ、医師会との連携も不十分なままで、貧弱な予算のもとで、そのほかさまざまな問題をかかえながら、辛苦しているのが実情であろう。こうした現実のもとで、より有効な取組みを行うためには、また現状を打開していくためには、保健所のみでの努力ではなく住民参加のもとで、医師会など保健・医療関係者の協力を得て取組みを進めていくことが必要であろう。そのためには、自治体の責任で、住民・保健医療関係者の協力のもとに、保健所が取り組んでいける、総合的、体系的な保健・医療体制をつくりださなければならない。

予算の問題、人手の問題あるいは医師会との関係の問題にしても、保健婦のみの取組みで解決し得るものではない。保健婦が、住民に依拠して、住民の自覚的、組織的な取組みと相呼応して協力態勢をとることをぬきにしては、解決は不可能であろう。

保健婦は、たんなる知識・技術の提供者として、個別の住民に接するという取組み方でなく、専門家としての立場から、住民の自主的働きをもりあげていくオーガナイザーとしての役割をもっと重視すべきであるし、そのためにも、住民団体とともに取り組むことのできる体制づくりをめざして、保健婦は努力すべきではなかるうか。

演題 32. 英国国民保健事業の地方レベルにおける管理体制と英国医師会

大阪大学医学部・公衆衛生学 多田羅 浩三

■英国の国民健康保健事業(NHS)の推移

1948年に発足した英国の国民保健事業(NHS)は、すべての国民に総合的な保健・医療サービスを提供することを目標に推進されており、資本制社会における保健・医療体制のモデルの1つとして、日本でも、医療のあり方を論ずる時に、引き合いに出されるものである。

英国では1972年、自治体法によって、自治体機構が大幅に改革されたことに伴って、機構が改造され、新しい機構のもとでの取組みが始められている。従来、病院サービス、GPサービス、公衆衛生サービスの3本立てで行われていたNHS機構は、地方保健当局と地域保健当局の2段階機構に統合され、新たな段階に入っているといわれている。こうしたNHS管理機構のあり方について、医師会との関係で、従来から論議されてきているが、多田羅は今回、NHS発足前の段階から今日に至るまでのあいだ、NHSの経過の中でNHS管理機構をめぐる議論と英国医師会が、この問題にどのような主張をしてきているかについて、その主な論点を紹介し、この問題を通じて「資本制社会における医師の今日的立場を再確認することを目的」として報告を行った。報告の概要は次の通りである。(なお、この問題について詳しくは多田羅浩三「英国NHS機構改革に関する史的考察」(日本医事新報 No. 2617, 昭49年6月22日~No. 2628, 同9月7日)を参照されたい。)

(1) 英国医師会は1942年、医療計画審議会の中間報告で、①市民の医療と関連サービスにたずさわる中央機関の設置、②地方機関への自治体による地方当局の創設、あるいは法律による関係団体代表で構成する地方理事会の設立など、医療サービスに関する機構の地方レベルでの管理体制を提起した。

(2) 1944年のNHS白書は、医療サービスにか

かわる管理機関として、地方自治体から成る連合当局方式を提起し、医師会提案に答えた。

(3) 1946年白書では、地方レベルに関する管理体制として、病院サービス、GPサービス、公衆衛生サービスの三分立機構を提起、同時に病院国有化政策を打ち出した。病院国有化を打ち出したため、地方レベルでの協力・協調を最も必要とする時期に、分裂と分断の状況を増幅させることとなった。

(4) 地方レベルでの管理体制をめぐる論争には、常にヘルスセンター構想が前提とされていたが、NHS発足にさいしては、ヘルスセンター構想は実質的に棚上げされたといわれる。これはNHSのその後に大きな影響をもたらしている。

(5) 英国医師会の医療サービス検討委員会は、1962年ポリット報告で、管理単位としての地域と、機関としての地域保健当局の創設を提案した。これが、NHS発足後はじめて医師会側から出された、地方レベルの管理体制確立をめざす提案であった。

(6) 1968年、第一次グリーンペーパー(イングランド・ウェールズにおける医療ならびに関連サービスの管理機構)では、地域と地域当局の設置が提案され、ある1つの地域での医療ならびに関連サービスを1つの当局(機構)で扱うという、統一された管理のしかたを目標としていた。すべてのサービスを中央化し、一段階機構で中枢の強化をはかるうとした。

(7) 1970年第二次グリーンペーパー(NHSの将来機構)では、NHSの地方レベルにおける管理機関として、地方保健当局、地域保健理事会の二段階機構が提起された。これは、地方自治体の再編に合わせて、NHSの機構単位を合わせようとする提案であった。

(8) 1972年の白書では、地域と地方に分けて2段階システムの管理機構として、地域保健当局と地方保健当局をつくるとの提案がなされた。

■わが国の問題に関連して

第二次グリーンペーパーで提案された地域保健理事会を、病院医師の強い要望により地域保健当局に格上げした。

また、保健サービスと対人社会サービスの管理

地域が一致するものとして、これが確認されたが、管理機構を異にすることになったので、両サービスが統合されるには至らなかった。

NHS の三分立機構の統合とはいっても、分立の状況はほとんど解決されない。また、従来から指摘されていた医療と福祉との関係は、統一されることなく平行した関係をますます浮きぼりにするに至った。

多田羅は、大要以上のように NHS の歴史的経過を述べたあと、まとめとして次のように述べた。

「英国における地方レベルでの管理機構の確立をめぐる論争の中心は、地方当局と医師会とのヘゲモニー争いにほかならない。地方当局にはヘルスセンター構想をめざす理念があり、医師会にはサラリー制に対する強い反発がある。医師会には1942年以來、「地方」、「地域」という概念をもとに、それなりに地方レベルでの管理体制を提案してきているが、今回の NHS 機構改革によって、「地方」、「地域」路線は名実ともに承認されたといえるが、医師会にとっては新しい地方自治体と表裏一体の関係を強制され、もはや身動きのとれないところへ追いこまれたといえる。

結局、医療と福祉という、より大きい課題に対して、医師がどのように自らの政策を展開し得るかに、今後の医師の位置はかかっていることを示しているように思える」。

また、多田羅は全体の流れを総括して、英国労働党が国有化の政策を打ち出したことにより、地方レベルの医療のあり方の問題が、妥協の素材として扱われてきたと指摘し、それによってヘルスセンター問題などが棚上げされて、結果的に、国有化と地方化が対立する状況を生み出してきた、と述べ、この英国の経験からの教訓として、今日わが国でも、医療の国有化あるいは公営化の問題が論じられているが、国有化はへたをすると地方化との対立を生みだすし、歴史の空洞化をもたらす結果となろう。ことに、今日の国の動きとして、保健所再編問題等を通して、広域化の方向が追求されていく危険性が感じられるだけに、国有化の問題は危険である。いま重視しなければならないのは、この種の問題の担い手は誰か、という

ことであると強調した。

まとめ

近年、ひたすら経済発展を追い求める高度経済成長政策が押し進められてきた。その結果、自然環境の破壊、労働環境の悪化、交通戦争、住宅難、高物価、インフレなどにより、住民の健康と生活は著しく脅かされるに至っている。それに伴って、住民の日々の暮らしにとって切実な、健康と福祉に関する要求は次第に増大し、複雑多岐にわたるものとなるとともに、行政施策に対する期待と関心も日増しに強くなってきている。こうした状況を反映して、自治体はその限られた権限と財政のもとで、住民要求に応えるよう努力するところがふえてきた。このことは、伊藤氏が報告しているように、1970年以降、革新自治体の増加とともに保健衛生費が増大する傾向にあるという事実に見われているといえよう。

ところで、多様化し、増大する住民の保健・医療に関する要求に応じていくために、自治体は、これまでのように個別の住民要求に個別に対応するのでは、その実現は困難であり、健康と福祉に関する総合的な政策体系に基づき、年次の計画による施策の実施という対応が、是非とも必要となる。また、総合的な施策を実施していくうえで、自治体職員のみで取り組むことは困難であり、医師会など保健・医療関係者の協力と、何よりも、自主的な住民の組織的取組みと協力が必要であり、自治体は保健・医療関係者、住民の協力を得て、総合的な保健・医療施策を進めていくための態勢をつくりだすことが、現在重要な課題となっている。

一方、「疾病の自己責任」、「受益者負担」という発想を前提にした、体制側からの保健・医療体制「改革」の動きが強められてきている。体制側からの取組みで、住民の保健医療に関する要求が正しく反映されることにはなりにくいのは、これまでの歴史の示すところであり、今こそ、地域での住民のための保健・医療体制確立のための取組みを通じて、国の政策を真に住民のためのものに變えさせていく努力が払われなければならない。

そのためにも、地方自治確立への運動の一環として、住民のための保健・医療体系確立への取組みに住民とともに保健・医療関係者は努力しなければならない。

ここでとりあげた4つの演題は、地方財政問題、乳幼児の健診管理体制の問題、英国におけるNHSの管理機構をめぐる問題と、それぞれ異な

った課題を扱っているが、いずれも、共通する問題として前述のようなことがいえるのではなからうか。

最後に、限られた誌面で、4人の演者の報告をとりまとめたため、演者の意を正しく読者に伝え得たか、気にかかるが、不足の点は悪しからずご容赦願いたい。



し尿浄化槽公害の一掃をめざして

一宮 城 県一

生活水準の向上とともに、下水道の普及していない地方では、衛生的で快適なし尿浄化槽方式の水洗トイレの設置が、各家庭で増えています。汲み取り便所からの改造時には浄化槽設置届が保健所に来ますが、家屋の新築時には建築確認申請が、多くの県で土木事務所等に出されるだけです。

したがって、当県においても、衛生面を扱う保健所や市町村で全体の把握が困難であり、完了検査の不徹底や無届設置者のあることなどから、放流先のないまま設置されていたり、維持管理の不十分さによる付近住民の苦情が絶えませんでした。しかし、私どもの県でも、すでに仙台市をはじめ各地で効果ある対策がたてられていますので、その現状を報告します。

①仙台市には下水道がありますが、郊外など団地化が進んでいる一方で下水道のない地域に設置されるし尿浄化槽をチェックするため、社

団法人・東北浄化槽工事協会等の協力があり、ほとんどめれなく行われております。

1) 新改築時とも、施工業者が「仙台市し尿浄化槽設置指導要綱」による設置届と、現場審査事務処理要領による申込書および確認業務管理費をそえて同工事協会に申しこみます。

2) 同協会の専門職員が審査後、設置現場審査報告書を市公害規制課長に報告します。

3) 設置者が管理技術者を選んで仙台浄化槽管理協会に出すと、管理協会の審査後に工事協会から届出済証のシールが交付されるシステムになっています。市保健所は関係していません。

② 当県では社団法人・宮城県環境衛生整備協会支部として、仙台市に続いて塩釜、石巻に支部ができ、それぞれ事務所と専任職員をおいて活動しております。

③ 昭和51年10月に設立された

加美玉造支部は4番目に当たりますが、ここは両郡内の全清掃業者と施工業者らを網羅している点で県内で最初の組織であります。正会員は1業者1名ですが、賛助会員として会員が取り引きしているメーカーなども入れています。顧問には全町村長、保健所長、土木事務所長らになりました。人口7万の両郡内のし尿浄化槽の設置数は現在610件ですが、下水道の実現には違いことすし、鳴子温泉郷をかかえているだけに、今後ものびることでしょう。

事業としては、全し尿浄化槽の新改築時のチェック、その後の維持管理の徹底はもちろんのこと、旅館などの雑排水処理の簡易沈澱槽の維持管理に至るまで、積極的に取り組むことになりました。そのほか広報紙を活用しての啓蒙活動、健康を守る加美玉造大会への参加などですが、さっそく法律、浄化槽管理、施工等の研修会を関係者を集めて実施し、意欲的であります。県としても、し尿浄化槽の設置に関係ある業者を網羅したこの組織の活動に、大きな期待をよせております。(土屋 真)

職業病、薬害、公害などに関する問題について

(演題 33~38)

〈座長〉 山田 信也*

はじめに

今回の研究会は、保健所、地域保健事業をめぐる問題が中心テーマとしてとりあげられたために、職業病、公害、薬害などに関するテーマが、一括分類される数の範囲にとどまった。すなわち、職業病関係1題、公害関係3題、薬害関係1題である。これに、早産児の網膜症の医療をめぐる問題が1題つけ加えられて、筆者が座長として担当することとなった。これらの演題についてここにまとめて論ずることは、それぞれの演題の内容からみてむづかしい感じがする。

しかし、あえていうならば、いずれもが、労働者、地域住民、患者など、被害をうけた人たちの自主的な取り組みを背景とした問題提起を含んでいることである。演題33の牧野の提起は、制度の批判であり、労働者の現実の取り組みの実際にはあまりふれていないのが、他の演題とやや角度の異なる分析であるが、大きくみれば、こう解釈してもよいだろう。以下、それぞれについて内容を紹介しよう。

演題 33. 職業病と労働法 (第3報)

一 労災補償の社会保障化とその危険性一

東京・箱崎町診療所 牧野 忠康

■ 労災補償の問題点

労災補償についての労働者の立場からの要求には、雇用主責任による「完全治療、前収補償、解雇制限」の基本原則が掲げられている。戦前から

ひきつづく労災補償法への取り組みは、この原則の確立とともに、災害予防の確立へむけて、たえず進められてきた。

こうした労働者の要求に対応して、政府は、戦後数回にわたり、補償給付についての部分的な手直しを施しながら、労災補償の雇用主責任の完全追及と行政の監督責任の完全遂行義務を回避する方向へむけて、改悪を進めてきている。労働者の強い反対をおしきって、行政の責任による災害予防のための諸活動、サービスなどを外部団体に下請けさせた改悪(昭和44年)などは、その代表例である。

本年5月、労災保険法が一部改正されるにあたり、再び重要な問題が現われてきた。

これまで労働者が業務上の傷病にかかり、治療を継続する場合、労働者は、治療のための療養補償と、そのさい休業すれば賃金の60%と特別給付として賃金の20%、合計して賃金の80%にあたる休業補償が支給されている。療養が3年をこえた場合には、治療を継続すればなお改善のみこみがある場合には、このまま給付はつづき、身分は保障され解雇はない。もし治癒せず、就労のみこみもたないとみなされるときは、労基署長が判断して、この給付を停止し、新たに長期傷病補償給付(療養費の給付と特別支給金をあわせて80%の年金)が将来にわたって支給されることになり、ここで解雇が自動的に成立する(労基法第19条)ことになっている。業務の上で傷病にかかり、治らず働けずということで解雇されるというのは矛盾した法律であるが、補償給付を支払う雇用主の負担が過大になるのを心配してつくられた、雇用主の保護のための条文なのである。労災基金の積立金か

* やまだ・しんや 名古屋大学助教授・衛生学

ら年金を支払い、雇用主の支払の肩代わりをするということになる。この場合、基金の積立金は雇用主の掛金から成り立っているが、もしこの年金をいわゆる社会保障の方から支払えば、雇用主の完全な免責となる。中小零細企業の負担能力を考えれば、こうした社会的な支援の必要も論ぜられるが、そのためには厳密な検討がいる。

昭和51年の第77国会では、給付内容の改善をもたらしつつ、一方、こうした長期給付の体系を大きく変える労災保険法の一部改正が成立した(5月19日、付帯決議をつけた全会一致)。

■ 労働者災害補償保険法の改定

東京・箱崎町診療所職業病相談室の牧野忠康は、この問題をとりあげ、第16回社医研での報告「職業病の認定基準」、「職業病発生の企業責任と企業態度」にひきつづいて、今回、「労災補償の社会保障化とその危険性」と題して、次のように述べた。

「労働者災害補償保険法は第77通常国会(昭和51年5月11日)で改正されたが、その要点としては次の2点をあげることができる。

第1は、長期傷病補償給付の廃止と、傷病補償年金の創設である。」

この内容は、療養が長びいて、1年半を経た場合、労基署長がフルイにかけ、症状が軽く、なお改善のみこみがあり、政府の定めた障害等級表の症状までにいたっていない場合は、ひきつづき療養と休養の補償を給付する。もしこのとき、治っておらず、症状が固定したと判断されれば、休業の補償は中止し、その代わりに、療養補償給付とあわせた傷病補償年金を支給する。傷病補償年金をうけ始めたものは、療養開始後3年を経た場合には自動的に解雇される。

牧野は、この点をとらえて、「労基法第19条の規定する『解雇制限』の解除がきわめて機械的、自動的に運用されるようになり、病者の労働権が剥奪される危険度が高くなる」と指摘している。

報告者は時間の都合でふれなかったのであろうが、この改正によって、いっそう早期の症状固定、打ち切りの判断が求められてくる可能性が拡大されたことも指摘しておかねばなるまい。また、職業病患者の多くが使用者の無理解と業務上認定

のおくれから、適切な療養をうけられないまま症状を悪化させられ、早期に軽快しがたくなっている現実の中で、苦しい交渉を重ね、3年以上もの療養をがまん強くつづけ、休業補償給付をうけながら治療と訓練をつづけ、職場復帰を可能にしていたという事例が多くあることを考えれば、この改正法の運用を十分に監視していかなければならないであろう。

「第2に、『保険施設』を改め、『労働福祉事業』を導入したことがあげられる」。ここにいう福祉事業とは、被災労働者の社会復帰、遺族の援護、労働者の安全と衛生の確保、賃金支払の確保、その他適正な労働条件の確保、である。不況下の賃金支払を労災保険の対象としたり、労働条件の安全衛生をはかるために労災基金を支出するなどは大きな問題である。報告者は、この点を「労災保険の社会福祉化・社会保障化の方向を明確に示したのである」と指摘した。

資本主義社会の条件下で、こうした災害補償の使用責任を“社会保険制度”に組みこんでいこうとする方向は、きわめて危険なものである。報告者の「労基法による補償に比べて、労災法による補償はこれを上廻るようにしたと政府はいうが、本来労基法と一体化して運用し、災害予防の労働条件の整備をめざしていくべきなのに、こういうやり方で労災法を労基法からどんどん切りはなしていくことは、たいへんな問題である」と具体的に指摘した。今後、この改正法の施行について、労働者の立場にたつ対案・要求の提示を、さらに積み重ねていかねばならないだろう。

演題 34, 35. 北九州における大気汚染と喘息

(その1) APA プロジェクトチームの編成とその経験

(その2) 特診外来・北九ぜんそくの会をめぐって

健和総合病院 阿比留幸子・原口良子・真角欣一
北九州公害研究所 梅田玄勝

健和総合病院の阿比留幸子、真角欣一、原口良子および北九州公害研の梅田玄勝は、「北九州に

における大気汚染と喘息」と題して、医療従事者の側のフィールド調査研究活動と、外来喘息患者を対象とした働きかけの経験を2つの演題として報告した。

第1の報告は、「APAプロジェクトチーム編成とその経験」と題したもので、昭和50年2月に演者らがAPA (Air Pollution and Asthma) プロジェクトチームを結成してからの1年間の取り組みの内容について述べたものである。第2の報告は、このチーム活動のうちで、とくに臨床部門の喘息特診外来の活動を、「特診外来、北九ぜんそくの会をめぐって」と題してのべたものである。

ここではこの2題をまとめて紹介したい。

■ 八幡製鉄＝北九州市における住民運動の展開

北九州地域が八幡製鉄とその関連企業を中心とした産業活動の大きな影響を生活のすみずみにまでうけつづけており、そこにみられる大気汚染を中心とした公害のひろがりにもかかわらず、これに対する住民の反対運動が容易に育ちがたい状況にあった中で、演者らが健和総合病院、北九州公害研を活動のよりどころとして、地道な組織活動を開始した、最初の報告のようにかがえた。報告者は、この地域の社会的特徴について、次のように述べている。

「明治34年、官営八幡製鉄所が当時戸数365戸、人口2,118人の寒村、八幡村に開設された理由」は、「①背後に筑豊産炭地をもち、②中国の鉄鉱石を輸入するのに適した立地条件」があげられる。ここに次々と関連企業が進出し、人口は明治44年に3万人、大正6年に8.5万人、昭和9年(開設後30年)には人口は20倍になるというように、企業都市として、日本有数の重化学工業地帯として発展していき、昭和35年には、近接市が合併して北九州市となり、人口1,042,321人、このうち工業に働く労働者は33%」を占めている。こうした発展の中で、「八幡製鉄の労務統轄組織の確立と官僚統制の強化、命令官舎などにより特殊な企業社会が形成され、「企業の繁栄は街の繁栄」という企業依存的な意識が根強く育てられていったことが、公害に対する地域住民の『無感覚』、『無抵抗』の傾向を生んだという。

しかし、この地域に、戦後昭和25年、戸畑三

六婦人会を中心とした公害反対運動がおこったのをきっかけに、「生まれては消える」という状態をくりかえしはしながらも、住民運動が生まれていく。この間全国各地で、公害に取り組む地域活動が展開されており、昭和48年2月、これらの取り組みへの対応につつまこまれ、北九州市の一部が公害地域に指定される。その面積は54km²、居住人口332,000人(公害喘息認定患者1,238人—死亡者30人を除く)である。この公害被害の『公認』が、多様な意義をもちつつも、この地域の取り組みが前進していく足がかりとして生かされたことは当然であろう。この年、三六中原から「公害をなくす住民の会」が結成され、公害被害の実態調査や対市交渉などが始まるに至った。この段階で演者らの活動が始まるのだが、ただ、こうした困難な地域活動が対市交渉を持続化できるようになっていった運動のもり上がりも、報告者の活動とどこで結びついているのかが、残念ながら明らかでなかった。報告の内容から推測するところでは、地域住民の立場にたつ医療機関として、健和総合病院の運動への参加が被害者の姿をたえず明らかにし、被害者のあとにひけない『いのち』をまもる取り組みとその組織化が、『無感覚』、『無抵抗』の傾向の中で、新しい感覚を育てる取り組みのために、一定の役割を果たしたのではないかと考えられる。

報告者が、プロジェクトチームを編成したきっかけが、語られることがあってよかったのではないかと感じられた。

■ APA プロジェクトチームとぜんそくの会

APA プロジェクトチームの編成のねらいは、①喘息等呼吸器疾患の治療、②疫学調査を基礎にした科学研究の強化、③住民運動をさらに強め、公害行政のあり方にせまる、の3つがあげられている。

チームのメンバーは、「医師、看護婦、保健婦、薬剤師、研究所員、MSW、検査技師、放射線技師、針灸師、事務員など28名」というが、これは一般の病院の全職種に近い。なぜこうしたチームの編成が可能なのか。病院の機能の中に、こうした目的をもつ活動が組織されることが経済的などのように保障されるのか、など、関心をひく問

題がこの編成をめぐって存在するが、それについてはとくにふれる余裕がなかった。

チームの部門は、疫学、臨床、社会医学の三部門である。1年近い活動の中で、大きく展開されたのは臨床、社会医学の部門のようである。

(疫学部門では、汚染物質の測定などの基礎的な準備に時をかけ、次年度から調査にとりかかるといふ綿密さがうかがわれる。)

社会医学部門と臨床部門とは相互に補いあっているが、両者の活動の出発は50年3月の第1回患者懇談会からである。

患者名簿の作成、家庭訪問、アンケート調査、懇談会への呼びかけなどで、職員の延参加数400名、患者訪問件数延350件、そして6月26日「北九ぜんそくの会連合会」結成(関連する3つの診療所、1つの病院にそれぞれ支部がまず発足し、4支部の連合という日程順序)、発足時の会員106名、現在126名(うち認定患者46名)、この会の発足の手がかりは昭49年11月の小児科の喘息外来、昭和50年4月の内科の喘息外来の開設(いずれも週1回ずつ)である。もちろん、これに先立つ、病院、診療所の地域活動が基底にはあったろうが、まことに精力的な活動である。ぜんそくの会発足後1年の経過は次のようである。

- A. 治療と予防に関する知識の普及、相互の交流を深める活動
 - ①懇談会
 - ②レクリエーション
 - ③機関紙「おおぞら」の発行(月1回)
- B. 補償制度の充実と公害防止のための取り組み
 - ①制度活用のための学習会と公害被害認定申請を強める運動
 - ②被害者の要求のまとめ
 - ③市懇談会要求を、障害補償費問題、指定地域問題、指定医療機関問題の3点にしばって市と交渉

このチームが発足して約1年間の取り組みの特徴は、公害被害者の組織とその救済活動にあったといえる。今後、これをきっかけとして、公害問題をめぐる深刻な矛盾が明るみにだされ、次の取り組みの課題にせまられるであろう。

■ 今後の課題

会場からの質問に対する答にもそれはうかがえ

る。そのいくつかを次に記してみよう。

「市の条例によって200メートル以上の集合煙突が増加し、汚染は周辺へひろがったと考えられる。今まで非汚染地域とされていた地域にも、公害によると思われる喘息患者が発生し、転地すれば発作が治るといふ例がみられるようになった。こうした臨床例からは、汚染がひろがっているとみられる。しかし、汚染地域指定の根拠はあいまいで、汚染の指定がないとされている地域の問題をとりあげていくための疫学調査が必要だと感ずる。

◎公害喘息やこれを含む老人医療について、企業の側からはたえず徹底した攻撃が行われる。アンケートや投書などについては、医師会からたえずチェックされる。

◎公害被害者の救済制度があることを市民に知らせることが怠られており、この制度を知らない人が汚染地域内にもたくさんいることがわかった。

◎公害認定のみなおしきびしくなされるようになり、検査のさいに発作がめだたず等級が下げられたり、慢性気管支炎や、指定地域外だとして却下される、などの例がふえている。

◎緊急指定病院が少ないので、喘息患者の市内救急外来への受診率が上がってきている。週1回の昼間の特診外来は、小児科で40名平均、内科で8名平均であるが、本年4月の昼間救急外来におけるIPPB、ネブライザー件数だけについてみても、毎日2.1名平均となっている。

以上にみた喘息特診外来を中心とした活動と「ぜんそくの会」の活動は、いずれも病院の側からの強力な活動によって推進されているが、その取り組みの中に、地域の患者・住民の自主的な活動が育っていくことが、これからの重要な課題となっていくだろう。

長い企業支配の影響が根強い地域で、こうした活動がスムーズに行くことはまずありえない。いったんこうした活動が始まれば、そこには、さまざまな障壁がたちだかつて、それにたちむかうさいの地域住民の自主的な取り組みの成長と報告者らの科学的な取り組みとが、深く結合していけるように、今後の活動の方向づけと活躍を期待し

たい。経年的な疫学調査の開始が、北九州市職労の協力をえて開始されることになったというが、公害発生源の企業の責任を問う課題、これらの企業に働きつつ地域に居住する二重の被害者である労働者のいのちをまもる問題などが、どのようにとりあげられていくか、大いに期待されるところである。

演題 36. 茨城県牛久・竜ヶ崎地域に発生した地盤凝固剤による集団中毒症と県および保健所の果たした役割

東京・荒川生協病院 南雲 清

東京・荒川生協病院，南雲清は，軟弱地盤地域での下水道工事に地下注入剤として用いられた「2気圧圧縮空気」，「地盤凝固剤」による井戸水の汚染，それによってもたらされた住民の中毒事例について，誌上発表として報告した．以下にその大要を紹介しておく．

＜事件の発生場所＞霞ヶ浦流域下水道計画の一環である「常南流域下水道」（8,632 ha）の工事地域である茨城県，牛久・竜ヶ崎地域．＜凝固剤使用状況＞74年2月から5月までの間，ホルマリン系凝固剤 150万ℓ（ドラム缶約7,500本—このうち牛久地域では30万ℓ），5月以降は，水ガラス系凝固剤を多量に使用．＜被害発生状況＞74年10月から11月にかけて，坑道から50m範囲内の浅井戸に空気が噴出し，井戸水は乳白色からココア色に変色，住民はこの井戸水を飲用するうちに，手足のしびれ，のどの異和感，腰痛，下痢，腹痛を訴える．75年7月の演者の検診では，①末梢神経炎型，②自律神経失調型，③発疹型，④混合型，に分類，原因物質としてアクリルアミドを主とし，他の混合薬剤と判断．

＜県・市・保健所のとった態度＞

県は，①竜ヶ崎保健所の保健婦による56世帯，242人の聞きとり調査を一応実施，しびれ感訴え23人，②井戸水にはホルマリン，尿素，アンモニアを検出したが，無害説を公表．業者・住民による「下水道公害討論集会」を無視．関係市町村長で結成している「下水道促進会」は“凝固剤は

無害である”というピラをまく．76年6月16日，県は盛大な竣工式をあげる．

南雲の誌上報告は，残念ながらここで終わっており，当日病欠のため，この問題のその後の進展をきくことができなかった．

演題 37. 後水晶体線維増殖症（早産児の網膜症）の多発と学会の社会的責任

川崎幸病院・東京医科歯科大学難治疾患研究所
尾 沢 彰 宣

■事のおこりと経緯

岐阜地方裁判所が，1974年3月25日，日赤高山病院で1969年に発生したいわゆる未熟児網膜症の責任は，病院の側にあり，と判決を下した結果，未熟児網膜症は，ひろく社会の注目をひくことになった．

川崎幸病院産婦人科，東京医科歯科大学難治疾患研究所の尾沢彰宣は，このいわゆる未熟児網膜症（後水晶体線維増殖症—Retrolental fibroplasia, 略称 R. L. F.）の，アメリカでの発症とその病態，原因，予防に関する調査研究の歴史的な経過をふりかえりつつ，日本の小児科学会が，こどものいのちをまもるという学問の立場にたって原因の究明，予防のために，なにをなさねばならなかったかを，問いかける報告を行った．

報告者が，問題点の指摘に先立って紹介した経過は，次のようである．

【諸外国での経過】

- 1942年 Terry が最初に記載，44年に命名．
- 1949年 Owens & Owens，網膜症の最終段階と報告．アメリカでは新生児の失明原因疾患として重視．
- 1951 Campbell，吸入用酸素の消費量と関係あることを調査から推定．
- 1952 Crosse, Ryan，臨床的に高濃度酸素供給との関係を指摘．
- 1954 Ashton，高濃度酸素の網膜への有害性を病理学的に解明．
- 1955 Rossier, Bing の酸素原因説出る．
- 1956 Kinsey の計画的な人体実験 } 酸素との因果関係
(1952, Patz の臨床実験) } 係確認．

- 1957 Patz, 環境酸素濃度説を確立。以降、酸素制限により失明例著減。
- 1961 Silverman 酸素濃度を35~40%まで下げることが提唱。
- 1962, 1965 Garidner は、チアノーゼの出現する濃度に、その濃度の1/4を加えたものが適切であると指摘。
- 1964 Smith, 酸素制限により死亡率が増加(1960年 Avery の報告)したことへの対応として、高濃度酸素の必要性が高まったことに対し、動脈血酸素濃度の測定を重視。
- 1967 Patz, 環境酸素濃度だけでなく、動脈血酸素濃度を基準とする理論を確立。
- 1971 アメリカ小児科学会胎児新生児委員会が、新生児における酸素療法の勧告、動脈血酸素濃度を100 mmHg以下とし、60~80mmHgの間を維持すべきことを提唱。

〔わが国での経過〕

- 1949 三井、後水晶体線維増殖症として1例報告。
- 1954 政府は WHO の未熟児対策推進計画と協定、アイソレット型保育器2台入れる。
- 1958 久茲、酸素濃度40%以下で発生予防を指摘。
- 1960 低出生体重児の養育がセンター方式として軌道にのる。酸素多量使用の傾向進む。
- 1968 日本小児科学会新生児委員会が、未熟児管理に関する勧告を発表。酸素濃度の記録を義務づける。

■ 演者の指摘

尾沢の第1の指摘は、高濃度酸素が早産児の網膜を障害するが、その障害は酸素濃度を管理することによって発生が防げる、という知見が確認された以上、日本小児科学会新生児委員会の「未熟児管理に関する勧告」(1968)は、その後の検討を経て、現場で実行することのできる具体的な指示を明記する必要があったのではないかと、1961~65年間の Garidner の指摘は、現場に即して実際的であったという指摘である。仮りに68年の時点で、委員会が「酸素濃度は定期的に記録されねばならない」という一般的な原則のみの記載しかなしえなかったとしても、1971年には、アメリカ小児科学会胎児新生児委員会が、新生児における酸素療法という勧告を出し、さらに具体的な濃度を指示したのであり、日本の委員会はこれを検討し、うけ入れることが十分できるはずであったろう。

もし、こうした対応がなされ、数年のうちに、勧告が改定されて関連学会との協議もなされていたなら、1974年の岐阜地裁の判決の時点で小児科学会は、冷静にこの判決を受けとめるだけの準備ができていたのではないかと、1942年の Terry の報告に始まる実態・病態・原因・予防に関する調査研究の詳しい歴史的な経過の、演者による説明は、こうした推測を可能にすると感じられた。

第2の指摘は、判決後の経過の中で、こうしたおくれをとりもどそうとする学会の内部的な努力(新生児委員会の、1974年12月~2月の「未熟(児)網膜症予防のための指針」の答申)が、産婦人科学会、眼科学会との関係で、「医療水準という形でとりあげられることは、問題をおこす可能性もある」、「日本医師会では、小児の医療水準設定委員会を近く発足させ、そこで本問題を扱っていききたいという意向のようである」という理事会の判断によって、内部報告事項として処理されてしまい、今日に至っていることについてである。

演者は、こうした学会の社会的責任を回避しようとする対応の仕方を厳しく批判し、かつて、(1972年3月)学会の定款改正にあたって、「医学的、社会的責任を加えてほしい」という要望が少数意見として削除された経緯があるが、その対応の中に、この対応の仕方と共通の態度があることを指摘している。

尾沢は、さらに、東日本を中心とした自らの調査資料をもとにして、わが国の R. L. F. が1965年以前は散発的であったのが、1966年より漸増し始め、1969年以降急増している傾向がみられるが、諸外国の例では臨床調査、動物実験、人体実験の経験を経て、1955年を境に多発から散発へと移っているという、厳しい現実の姿を紹介し、この現実を直視するなかで、日本小児科学会の医学的ならびに社会的責任を明らかにしていくべきことを提起した。

演題 38. キノホルム被害者の救済をめぐる問題

—特に『認定』について—

東京医科歯科大学難治疾患研究所 片平 洸彦

■ スモン訴訟の現状と問題点

キノホルム被害者による「スモン訴訟」は、全国の18の地方裁判所で進行している。東京地裁の場合では、来春、第一次判決の予定が示された段階で、被告製薬三社は『和解』の意思を表明（6月10日）した。しかし、原告側は「求めているのは製薬会社と国の責任を明らかにし、真の恒久救済を確立することであって、製薬三社のみが『社会的責任を負担し』、『適正な補償をする』という形での『救済』ではない」として、これを批判し、「闘う姿勢を強めている」。

キノホルム被害について、長年調査活動に取り組んできた片平は、今回は、こうした裁判の段階で、やがて具体的に現われてくる『認定』問題の考え方を提示した。片平は、この『認定』問題が登場してきた状況を次のように述べている。

「東京地裁で椿新大教授ら15人の鑑定人が採用された（5月12日）ことによって、キノホルム被害も『認定制度』をくぐらなければ被害者が救済されない公算が強くなってきた。鑑定方法の詳細は不明であるが、書類診断（診断表、投薬証明書）を主体とするとしても、『疑い』例については実際の診察・診断が行われる可能性がある」。このさい、「どのような診断—認定の論理が採用されるか」について強い関心をもち、自らの考え方を次のように説明した。

(A) スモン病と疑われる症状の人の中に、他の疾患による症状をもつ人が存在する可能性がある。一方、(B) 他の疾患とされる人々の中に、スモン病の人々が含まれてしまう可能性が存在する。裁判の過程で、「Aを減らす、すなわち他疾患を鑑別し、排除するという努力を中心にする、『スモンであるとは断定できない』という論理を採用すると、B（実際はスモンなのに他の疾患とされてしまう）の数を増大させてしまう可能性が考えられる」。そうではなくて、救済という目的からすれば、「スモンであるとは断定できなくとも、『スモンでないとも断定できない』ならば、その人はスモンの疑いとして診断し、認定を行う必要がある」と主張する。ここに、認定制度が行政上の救済措置として機能すべきであり、医学的な確定診断の可能性を認定の最終決定の素材として

機能させるものであってはならない、という指摘がくみとれる。公害・被害に限らず、こうした考えは、すでに労災補償をめぐる戦前からたえず論議されてきたところであり、最近の職業病認定をめぐる論議と全く同質的なものといえる。

キノホルム服用の経験の証明が、この認定には不可欠であるとすれば、その確定証拠がえがたい場合、推認する方法を考慮すべきであることも、片平は指摘している。

東京地裁が、鑑定にあたって重症度の判定を求めていることについては、「スモンの被害は単に身体面からだけではなく、経済的、社会的、精神的各側面から総合的に把握されねばならない」ということであり、仮りに『重症度』によりランク付けが行われるならば、被害の実態が正しく反映されないことになる」とも指摘した。

いずれにしろ、こうした考え方が、実際に厳しい試練にたたされるのは、鑑定によって具体的な疑わしい症例として指摘されるケースをめぐる、論議が行われるときである。この点について、会場から水俣病の例をとりあげて、スモンの場合の具体的な分析事例についての質問が出たのは当然のことであろう。演者は、これを今後の課題として分析を進めていきたいと述べたが、わが国の裁判事例の中に、こうした行政的救済の意義と、医学的な診断の限界などについての、積極的な考え方が示されるためにも、これまでの多くの公害・労災・職業病の被害認定却下例のはらんでいる問題の分析が大切であろう。

なお、誤ってスモンと診断され、感染説が流布された中で、社会的に疎外されるなどの被害をうけた人々への責任のとり方をどうするのかについても、片平は問題を提起した。

これにも関連して、会場からは、一部のビールス説を説いた学者の責任を問うというが、学者に故意がなく、まじめに研究努力したなかでの誤りの場合に、その責任を問うのか、どう考えるか、と質問が出された。これに対する質疑は十分でなかったが、学説が事実在即さず、責任を避けようとするものによって、その学説が悪用された場合に、いかに大きな被害を生むかは、職業病の白ろう病の例にもみられるが、学者として、率直に事

実に即して事態を説明しえなかった理由を自らに問うて、その誤りを克服する責任があるのではないだろうか。その学者のそうした自己反省が社会の人々によって、まじめと評価することができるものであるかどうか、その学者の研究者としての存在を認めるかどうかにかかっているのではないだろうか。

む す び

暑熱の中、冷房もない講義室の中で、会場の聴衆はごく少なく、同時に並行して行われた保健所関係の討議の会場の満席に近い雰囲気と比べれば、大きな差があったのではないかと感ずる。

しかし、問題の提起はいずれも積極的な視点によってなされたものであり、現実に根ざした貴重なものであり、聴衆の少ないことは大変残念なことであった。今回の報告の中で、異色のあったのは、尾沢の早産児網膜症に関する主としてアメリカでの研究活動の展開を追った分析であろう。早

産児の救命のための医療措置が一方で生み出す欠陥に気づき、これを克服していく努力の過程が、なぜ日本の学会の中に教訓として積極的にとりいれられなかったのか、アメリカに遅れて出発した日本で、早産児の救命“技術”のとりこみに熱心ではあったが、救命のための自主的な、積極的な展開の中にはじめて積みあげられていく科学的な探求のすじみちにまなぶことに欠けていたのではないか、という問題を感じた。

質疑の中で、わが国において発生した事故事例にすばやく適切に対応していった例として岡山、名古屋の例が答えられたが、なぜそうしえたかを再質問するチャンスが、残念ながらもなくなった。司会者として、南雲の演題が演者欠席となって浮いた時間をこの演題にあてたが、なお足りなかった。社医研のメンバーが取り組んでいる数多くのテーマの中で、こうした学問のあゆみと、これに取り組む研究者のあり方を、さらにつっこんで検討する演題が今後もつづくことを期待する。

改訂2版 日本のワクチン

国立予防衛生研究所学友会 編 / A 5 / ¥4,800

法の改正に伴う政令・省令などの関連法規をすべて取り入れ全面的に改訂、わが国のワクチンと予防接種の指導的立場に立つとともに、実際の推進に携わってきた専門家の総力を結集した権威ある内容です。今日の日本の伝染病流行の状態における、日本人に応用すべき各種のワクチンと予防接種の使用法などについて、基礎的理論と実施に役立つ指針などが明快に記述されています。

改訂5版 細菌学実習提要

東京大学医科学研究所学友会 編 / A 5 / ¥3,800
細菌学一般に通ずる基本的手技を、できる限り具体的かつ詳細に記述した書として常にわが国の細菌学実習の定本となっているものの全面改訂版。

改訂2版 ウイルス実験学 総論

国立予防衛生研究所学友会 編 / A 5 / ¥4,000
ウイルス学の分野での研究方法を、基礎知識、素材の扱い方、より高度な実験手技まで体系的に解説。

ウイルス実験学 各論

国立予防衛生研究所学友会 編 / A 5 / ¥2,800
上記書の姉妹編で、各種病原ウイルスから風疹、腫瘍ウイルス等の最新技術まで個々の実験方法を詳説

M丸善 東京・日本橋 振替・東京7-5番

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たる。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開することができる。
- 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。
- 振替口座番号 東京 8-51192 社会医学研究会払込には左の口座をご利用下さい。