

# 第18回社会医学研究会総会記録

と き：昭和52年7月16日(土), 17日(日)

と ころ：東京都・文京区民センター

## 社会医学研究会

この記録は、第18回社会医学研究会総会における研究発表の「公衆衛生」第41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18回社会医学研究会総会記録

総会プログラム	8
要望課題／保健行財政	
I. 保健行財政と保健・医療従事者 (演題 1～10)	10 朝倉 新太郎
II. 保健政策・保健サービス (演題11～18)	15 南 雲 清 山下 節義
要望課題／保健・医療・福祉活動の連携	
I. 寝たきり老人・難病 (演題19～28)	21 山本 理平
II. 難病 (演題29～34)	30 佐久間 淳
一般演題／食品・医療事故 (演題35～38)	36 上畑 鉄之丞
一般演題／公害被害・原爆被爆 (演題39～42)	39 吉田 克己
シンポジウム／社会医学の実践と研究	42 山手 茂
自由集会／「性」の今日的課題をめぐって	49 芦沢 正見
保健婦自由交流集会／山香診療所存続の住民運動と 辺地における保健婦の役割	51 木下 安子 (以上記録者)

自治体が住民ニーズにこたえて独自に施策を推進し、その実績をふまえて国の保健行政サービスの拡充を促進するのが有効である、という考えかたが強まった。老人医療費無料化などは、このような考えかたが有効であることを実証した例である。

しかし、低成長期が続き、自治体の財政難が深刻化するにもなつて、以前のような自治体の“先取り施策”を通じて、保健行政サービス全体を拡充しようとする考えかただけでは、足りなくなっているように思われる。もちろん、自治体は今後とも保健サービスの拡充に、最大限の努力を払い続けるべきである。その努力の上に、国の保健行政の拡充を推進するための対策を、自治体、保健関係専門職員、研究者、国民が、それぞれの立場から再検討する必要があるのではないだろうか。

高度経済成長期以降の保健行政と福祉行政とを比較してみると、保健行政の拡充は遅々としているのに、福祉行政の拡充は著しく進展している。この相違は、何によって生じているのだろうか。いろいろな原因が考えられるが、そのうちの重要な原因として、国民の世論の動向があげられよう。

国民にとっては、福祉問題は比較的理解しやすく、福祉サービスへのニーズは顕在化しやすい。各種の選挙で、候補者や政党は、「福祉」を公約として掲げなければ、票を集めにくい状況になっている。これに比べて、保健問題は、国民にとって理解しにくく、保健サービスへのニーズは顕在化しにくい。国民の保健サービスへのニーズは高まっているが、具体的な保健行政施策への世論という形で盛り上がっている例は少ない。

国民・住民にわかりやすい形で、

保健サービスのビジョンとその実現のための具体的施策を提示し、保健教育・学習活動を進めることが、当面の保健関係専門職員の課題ではないだろうか。(ふ)

### 老化現象の根本を 改めよ

行政体に老化現象、動脈硬化がおきて、血流の渋滞が始まると、生活の中で不合理という滓が溜まっていく。その残滓を取り除き、体をリフレッシュするため、行政改革という治療が行われるのであるが、現在の日本に起きている症状は、まさに治療しがたい慢性疾患といえよう。

昭和40年代の高度経済成長期に、継続的に拡大することを前提とした財政の対応の仕方が、石油ショックを境に経済が低成長に転ずるとともに転換を迫られ、行政改革の必要が生じるのは当然のことであろう。

しかし、それを規定する条件として、単に経済の失速ともいえる状況ばかりではなく、人口構造の老齢化、環境汚染、価値意識の多様化、権利意識と義務観念の離反等、社会状況の変質による要因がここにあり、相乗的なパワーとなって行政にインパクトを加えている。

東京都では、行財政3カ年計画の中で、機構の整理統合による局削減、電子データ処理の有機的な推進、職員の任用制度の改善による長期にわたる人事制度施行の三項目を掲げ、組織、人事の改革による財政建直しを計ろうとしているが、巨大な船の方向転換は容易なことではなく、また周囲に起こす渦は大きい。過去、行政改革が常に龍頭蛇尾に終わる事実の根元に、総論賛成、各論反対の職域エゴがあるとすれば、渦中にある者としてこれは真剣に考え

ざるを得ない。

さて、眼を転じて、衛生行政の改革もまた、時代に即応して行われなくてはならない課題であるが、この組上にのぼるものに保健所問題がある。発足以来30年、最近S週刊誌のミニ保健所反対論、しばしばささやかれる保健所不要論が現状において起こるのは当然といえよう。血管障害が起きた場合、人間には生きてゆくためにバイパスが発達する。これを交通問題におきかえると、最近東京都で右折禁止解除が行われたが、これは幹線道路の右折を禁止したために、細い裏通りなどで渋滞や交通事故が起き、それを解決するための手段ときく。保健所問題にしても、何故弱体化したかの本質的解決をつけずに、細い道路に逃げ路をつくることは、いたずらに流通を悪くすることになるのではなかろうか。包括医療(保健)の中で、「必要な時に必要な医療が受けられる」という大前提のもとに、医療制度が考えられ、その中で保健所の新しい位置づけが生まれることを切に望む。

(ま)

\* \*

\*

## 第 18 回社会医学研究会総会記録

第 18 回社会医学研究会総会は、1977 年 7 月 16、17 日の両日、東京都の文京区民センターで開催された。

本年は要望課題として、国・自治体レベルの保健行財政問題、保健・医療・福祉活動の連携が取り上げられた。これらをさらに、保健行財政と保健・医療従事者、保健政策・保健サービス、寝たきり老人・難病、などのサブ・テーマに分け、報告と討議がなされた。一般演題として食品・医療事故、公害被害・原爆被爆等が提出された。

また、久しぶりに東京での開催で、戦後 30 数年を経た現在社会医学を総括する時機と考えられること、さらに社会医学に興味をもつ若手、学生等の参加もあること等から「社会医学の実践と研究」をシンポジウムとして取り上げ、社会医学の実践と研究の現状について、討論がおこなわれた。各方面で実践する報告者の迫力のある報告を中心に、社会医学とは何か、その現状・課題と将来への展望をも示す討論が展開された。

両日の参加は、実人員 286 名で、初めての参加者も多数であった。

夜は「“性”の今日的課題をめぐって」、保健婦自由交流集会の二つの自由集会在開かれ、それぞれ活発な討論がおこなわれた。  
(今期総会世話人・東京都神経科学総合研究所 木下安子)

### ■ 総会プログラム ■

#### < 演 題 >

#### ■ 要望課題 / 保健行財政

##### I. 保健行財政と保健・医療従事者

1. 住民の健康と自治体行財政の動向  
東田敏夫 (関西大・公衆衛生)
  2. 地域における保健・医療問題の取り組みの今後  
一京都での試み一 山下節義 (京大・公衆衛生)
  3. ~4. 地方財政統計からみた衛生費の動向  
(1) 全国レベルの場合  
(2) 東京都 23 区の場合 西 三郎 (国立公衆衛生院)
  5. X線フィルムの使用量からみた医療費  
二木 立 (東京・代々木病院)
  6. 出産費用に関する調査研究  
斎藤益子 (富崎県立病院), 前田信雄 (国立公衆衛生院)
  7. 保健所年報に掲載される保健婦活動の現状と評価  
加藤欣子 (東京都江東区深川保健所)
  8. 保健所医師の必要性和その確保対策  
丸山 創 (大阪府岸和田保健所)
  9. 医系大学卒業生名簿から死亡・生残表をつくってみて考えさせられること 丸山 博 (阪大・衛生)
  10. 地域医療需要量と社会経済指標との関係  
金田治也 (阪大・公衆衛生)
- ##### II. 保健政策・保健サービス
11. 地方自治体と労働災害・職業病  
宮入昭午 (京滋じん肺患者同盟事務局)
  12. 英国近代医療サービス制度確立過程に関する一考

#### 察一保健省創設への道一

- 多田羅浩三 (阪大・公衆衛生)
13. 障害児の地域保健・医療の展開一とくに就学前の  
取り組みについて一  
鈴木幸子・山本 繁・土井 真・三宅仁美・  
南奈美子・津田ユキ・工藤充子・広瀬美砂・  
井爪多津江 (京都府向陽保健所)
  14. 都市中心部にある一低所得階層地域おもつ診療所  
からみた結核新発生の特徴と問題点  
谷田悟郎 (京都・九条診療所)
  15. 最近の結核科の動向一都立府中病院昭和 51 年度  
入院受付より一 松山容子 (東京都立府中病院)
  16. ~18. へき地診療所切り捨てに抗して  
(1) へき地中核病院構想のもたらすもの  
(2) 血と汗と涙の住民運動  
(3) 住民の望む医療を求めて  
村瀬好美・増田貞二・海老原男 (山香診療所新守る会)

#### ■ 要望課題 / 保健・医療・福祉活動の連携

##### I. 寝たきり老人・難病

19. 保健・医療・福祉の総合サービスについて一綾部  
市山間過疎地の寝たきりの老人調査から一  
奈倉道隆 (京大・老年医学)
20. 要援護老人対策の試み  
青木信雄 (京都・堀川病院)
21. 退院した一寝たきり老人をめぐっての保健・医療・  
福祉活動の連携 谷田悟郎 (京都・九条診療所)
22. ~25. 3年間 100 回の訪問援助の事例 (進行性核

上性マヒ)の研究

- (1) 経過と課題 川村佐和子 (東京都立府中病院)
- (2) 家族の対応 内藤美登里 (愛知医大病院)
- (3) 家政婦の問題 青井由美 (明治学院大学)
- (4) 医療ソーシャルワーカーの援助

西川有里 (在宅看護研究会)

- 26. 脊髄小脳変性症の在宅患者への訪問記録  
— 疾病の経過と患者・家族の生活問題—

伊藤淑子 (東京都立府中病院)

- 27. 重症な患者をかかえて混乱する家族への援助—経過・各時期の課題と援助および妻の対応の変化—

中田賢市 (東京都小平保健所),

高坂雅子・川村佐和子 (東京都立府中病院)

- 28. 閉塞性黄疸で在宅療養する男子単身者ケースの問題について—入退院過程での病院ワーカーの役割および在宅療養過程での保健婦の役割— 水上瑠美子

(東京都立府中病院), 松沢恵美子 (東京都小金井保健所)

## II. 難病

- 29. スモン患者のリハビリテーションの現状と問題点

手島陸久 (東大・保健社会学)

- 30. 多発性硬化症患者に対する医療・福祉援助の方法

山本多賀子 (東京都心身障害者福祉センター)

- 31. ベーチェット病患者に対する援助

磯部博明 (東京都心身障害者福祉センター)

- 32. 難治性肝炎患者の特性とソーシャルワークによる援助方法

寺田雅子 (東京・河北病院)

- 33. 肢体不自由児施設と保健所の協力活動の試み

内藤とし子 (東京都立北療育園)

- 34. 重症筋無力症患者に対する医療・福祉援助

阪上裕子 (国立公衆衛生院), 松本由美子 (難病研究会)

## ■一般演題

### I. 食品・医療事故

- 35. 消費者教育としての「食品衛生教室」を開催して (第1報)

草野文嗣・荘原誠一・西川美代子 (滋賀県今津保健所)

- 36. 学校給食の歴史的変遷からみた問題点

柳沢文徳 (東京医歯大・難治研)

- 37. 後水晶体線維増殖症の多発と学会の医学的責任  
尾沢彰宣 (川崎・幸病院)

- 38. 健康 = 生活破壊の救済にかかわる諸制度の検討  
手島陸久 (東大・保健社会学)

## II. 公害被害・原爆被爆

- 39. ~40. 北九州における大気汚染をめぐる問題

(1) 公害健康被害認定等について

梅田玄勝・八木邦子 (北九州市民公害研),

阿比留幸子 (北九州・健和総合病院)

(2) 疫学調査の結果について

八木邦子・梅田玄勝 (北九州市民公害研)

- 41. 原爆被爆者問題の社会医学的研究

山手 茂 (東京都神経研)

- 42. 原爆被爆者への MSW の援助

原 玲子 (東京・代々木病院)

## <シンポジウム>

### 社会医学の実践と研究

司会 川上 武, 山手 茂  
シンポジスト

渡辺 寿美子 (東京都文京区本郷保健所)

皆川 修一 (川崎市高津保健所)

海老原 勇 (労働科学研究所)

増子 忠道 (東京・柳原病院)

山本 繁 (京都府向日陽保健所)

西 三郎 (国立公衆衛生院)

片平 洌彦 (東京医科歯科大・難治研)

## <自由集会>

### 「性」の今日的課題をめぐって

世話人・芦沢正見 (国立公衆衛生院)

### 山香診療所存続の住民運動と辺地における保健婦の役割

世話人・木下安子 (東京都神経研)

\*

\*

\*

## 保健行財政

### I. 保健行財政と保健・医療従事者（演題 1～10）

<座長>朝倉新太郎\* 上林茂暢\*\*

このセクションでは以下のとおり、自治体における保健・衛生の行財政、医療費、地域保健計画、保健所のヘルス・ワーカーなどの問題について、報告と討議が行われた。

#### 1. 住民の健康と自治体行財政の動向

東田敏夫（関西医大・公衆衛生）

演者はつとに、住民の健康と自治体を基礎においてとらえる立場から研究をつづけられており、それに関する論文もすでに多数に上っている（東田敏夫：地方自治と住民の保健，公衆衛生，30(10)：536—548，1966，参照）。

今回は、70年代に入って、問題が一層深刻化した自治体の衛生行政に焦点を当て、次のように報告された。

(1) 都道府県別にみた衛生事情（平均余命，乳児死亡率，感染死亡率，周産期死亡率，上水道普及率，国保受診率，生活保護率等）は，農村，後進県ほど劣っている。しかも，都道府県別の住民1人当たりの行政投資をみると，「生活基盤投資」，「環境衛生関係投資」は産業化地域に優先され，農村地域には少ない。また，歳出総額に対する「衛生費」の割合は府県平均5.2%で，その内訳は公衆衛生費60%，清掃費17%，保健所費13%である（1974年度決算）。

(2) 市町村の衛生行政費の歳出総額に占める割合は全国平均8.3%で，その内訳は清掃費60%，公衆衛生費34%，保健所費3%である。そして，大きい都市ほど「衛生費」の割合が大きい，それは「清掃費」の増大による部分が多く，「公衆衛生費」には著しい差はない。

(3) 農村自治体の場合，自治体財政は税収が減少し，中央依存をつよめ，しかも低落する農業や地場産業へのてこ入れ，生活保護や失対事業などに追われ，住民の衛

生状態，医療事情が劣っている。それにもかかわらず，保健・衛生・医療関係の事業を伸ばすことができない状態にある。

(4) 以上のような自治体財政窮迫の基本的な原因は，税収入が国に偏り，自治体への配分が少ないうえに，住民の暮らしと健康を守る事業にたいする国庫負担が抑えられていることにある。

これは，現在国が基準としている「ナショナルミニマム」が極めて低いこと，具体的には「基本財政需要額」が恐ろしいほど低いことに現われている。例えば，1975年度の市町村「保健・衛生費」の「基本財政需要額」は合わせて住民1人当たり年間1,247円を標準とし，その財源は「一般財源」から986円，「手数料収入」から329円であるが，国庫支出金は128円にすぎない。「母子衛生」事業費は年間わずかに17円，国庫支出金は4円，「予防接種費」は447円で，そのうち70%は「手数料収入」でまかない，国庫負担はなんと0.79円しかない。

(5) 上水道，下水道，国保，自治体病院などの「公営企業」は，住民の保健に不可欠の公共事業である。しかし，これらはいずれも「公営企業」の名のもとに，国がその財政基礎を保証することなく，「独立採算制」として，自治体とくに第一線市町村の責任に負わせている。その経営難と赤字の増大は自治体財政を苦しめ，住民負担を増大させ，ひいてはそれらの公共事業の普及をはばんでいる。このことが，地域の衛生状態と保健・医療の改善をおくらせている，有力な原因となっている。

(6) 自治体財政の窮迫は国庫補助，交付金，地方債などを通じて，ますます自治体財政の中央依存をつよめる。

国のすすめる「地域開発」追従が住民サービスの事業を圧迫し，また企業活動に伴う公害，環境破壊によって，「社会的費用」の増大は自治体と住民の負担を増大させ，このようにして，中央政府の医療に対する公的責任回避の政策は，地方自治体の無医地区，救急医療，難病，障

\* あさくら・しんたろう 阪大教授・公衆衛生学  
\*\* かんばやし・しげのぶ (東京)杉並組合病院，医師

害者などの医療への取り組みを、非常な困難に陥れている。

以上の報告に対し、橋本正己（国立公衆衛生院）は、マクロ的視野に立つと演者の報告のとおりであるが、ミクロ的にみれば市町村間に非常に大きな格差があり、自治体の自主的な努力や計画次第によっては、現状をもっとつき破れる余地がある点を指摘した。

また木村慶（愛媛大・公衆衛生）は、保健・医療の財政分析には、衛生部局の予算だけでなく、民生・福祉の予算を総合して分析する必要があることを指摘した。

## 2. 地域における保健・医療問題の取り組みの今後—京都での試み（中間報告）—

山下 節 義（京大・公衆衛生）

今日、各地の自治体において、ヘルス・プランニングが試みられつつあるが、演者は京都市のそれについて、次のように報告した。

(1) 京都市は、多様化した住民の健康と福祉に関する要求にこたえるためには、「広く市民各層との共同思考・共同作業によって、充実した市民の全生涯にわたる健康と福祉にかかわる施策を総合的・系統的に策定し、その総合施策にもとづいて、市民と自治体が互いに役割分担していく必要がある」との考えに立って、昭和49年「市民の健康と福祉に関する計画委員会」を発足させた。この委員会は、2年にわたる論議の結果から「市民の健康と福祉に関する総合政策体系のあり方」と題する答申を行った。

これは全生涯を胎児期から老年期までの6期に区分し、健康・福祉・教育の領域にわたって、市民が生涯のあらゆる年齢段階で安心して生きがいを追求しうる体系の確立をめざして、施策を総合化・体系化し、計画的に取り組むことの重要性を指摘し、市民全般を対象とする「基本過程」と、心身に障害があるためにそれだけでは充足されがたい市民を対象とする施策の2本立てで構成されている。

(2) この答申では、健康と福祉を、市民の基本的権利であり、自治体が市民と共に努力することにより発展させることができるとの理念の上に、市民の要求を基礎に種々の施策が整理されている。また、市民と自治体の共同思考・共同作業によってその実現をめざすことを基本に、自治体が施策の充実に努めることを求めている。例えば、市民の健康を守る責務が国・自治体にあることを明確にうちだすとともに、保健・医療関係者の協力の必要性と、市民の自覚にもとづく個人的あるいは組織的な

取り組みの重要性を強調し、その具体的な保証事項として、市民、保健・医療関係者、行政の三者による協議の場の設置を提案している。

(3) この計画を実行に移すためには、国と自治体の責任と市民のかかわり方、国と自治体の責任分担、費用負担のあり方、マンパワーの問題、施策の選択、行政機構のあり方、などの課題を解決する必要がある。また、そのための推進母体としての協議会の結成が、準備されている。

以上の報告に対して、橋本正己（国立公衆衛生院）はヘルス・プランニングについての国際的動向を紹介し、わが国における地方自治体レベルでの自主的なヘルス・プランニングの推進は外国ではあまり例がなく、極めて高く評価されていることを指摘した。また、京都の「計画」が実行プランとしてどのような年次計画をもっているか、専門家の参加はどのようになっているか、といった点についてただした。

## 3. ~4. 地方財政統計からみた衛生費の動向

### (1) 全国レベルの場合

西 三 郎（国立公衆衛生院）

### (2) 東京都 23 区の場合

加 藤 欣 子（東京都江東区深川保健所）

西 三 郎（国立公衆衛生院）

演題9に関して述べたように、衛生行政を地方自治の中に根づかせるためには、その財政基盤の強化が前提となる。西氏らの報告はその視点からの試みで、大要次のとおりである。

(1) 昭和40年度から昭和50年度にいたる地方財政統計（全国）をまとめてみると、40年代は地方財政規模は、全体としても拡大が認められ、衛生費も著しい伸びを示した。しかし、その内容として、環境悪化に伴う公衆衛生費や清掃費の増大が著しい反面、地域保健サービスを担当する保健所費の伸びは低い（表1）。

表1 地方衛生費歳出決算額（目的別内訳）

区 分	構 成 比		指 数		
	50年度	45	50/40	50/45	45/40
公衆衛生費	44.1%	44.8%	808	300	269
結核対策費	5.3	10.5	193	155	125
保健所費	7.2	9.3	497	237	202
清 掃 費	43.3	35.5	672	372	181
合 計	100.0	100.0	621	305	204

(2) 衛生費の歳入を財源別にみると、一般財源、国庫支出金の割合が減少し、代わりに地方債の占める割合が

表 2 地方衛生費歳入決算額（財源内訳）

区 分	構 成 比		指 数		
	50 年度	45	50/40	50/45	45/40
一 般 財 源	64.4%	67.0%	646	293	221
国 庫 支 出 金	12.3	16.7	349	225	155
使 用 料, 手 数 料	3.6	5.9	339	201	168
地 方 債	12.3	5.9	1,373	637	215
そ の 他	7.4	5.0	1,130	450	251
合 計	100.0	100.0	621	305	204

表 3 保健所費内訳

区 分	構 成 比		指 数		
	50 年度	45	50/40	50/45	45/40
人 件 費	85.7%	80.6%	509	252	202
普 通 建 設 費	6.7	9.7	578	164	357
そ の 他	7.6	9.7	358	186	192
計	100.0	100.0	497	237	209

大きくなっている（表 2）。

(3) 保健所費は上述のように、非常に圧縮されているが、その上に人件費の占める割合の増加が著しい（表 3）。

(4) 保健所職員数を他の地方公務員数の増加と比べてみると、昭和 40 年から 50 年までに、一般職員の増加は 140、民生関係職員 219、全衛生関係職員 160 に対し、保健所職員の増加指数は、わずかに 111 に過ぎない。

(5) 以上は、全国の地方自治体を統計的にみた場合であるが、東京都特別区について、住民 1 人当たりの衛生費をしらべてみると、各特別区間に大きな格差がみられる。特に、保健衛生費や保健所費の区間格差がはなはだしく、最高と最低の区の間では、差は数倍にも達する。

ところで、「地域保健」ということが広く言われているが、これを地についた、というか、実際活動と結びつけて展開するためには、その核となるべき地方自治体の保健・医療の行財政が、もっと強化されなければならぬことはいうまでもない。本研究会の特色として、演題 9 を含めて、演題 11, 12 のような研究が、さらに精力的に続けられることを望むものである。

## 5. X線フィルムの使用量からみた医療費

二 木 立（東京・代々木病院）

従来の国民医療費統計では、収入面は個人負担分を除けばかなり正確に把握されているが、支出面は全くといってよいほど不明で、いわゆる“無駄使い”であるとか、医療産業の“超過利潤”といったことについても、内容

は必ずしも明らかではない。演者は、この点に着目して、X線フィルムの使用量とフィルムメーカーの経理状況を調査し、次のように報告した。

(1) X線フィルムの出荷金額の対前年伸び率は、昭和 30 年代以降平均で 2 桁の成長率を維持している。

(2) レントゲン診断点数の推移をみると、40 年代前半までは、甲表病院、乙表病院、同診療所とともに急速に増加している。40 年代後半以後は、乙表病院では依然として増加を続けているが、甲表病院、乙表診療所では横ばいとなっている。

(3) フィルムメーカーのうち、富士フィルムを例にとって経営分析を行うと、医薬品製造業に近い高利潤、高蓄積が認められた。すなわち、売上高の経常利益率は 40 年代後半まで 10% 前後の高率を維持し、製造業平均の約 2 倍である。また自己資本率も 3 割台を維持して、2 割を割っている一般製造業を大きく上回っている。フィルムの場合、富士と小西六の 2 社による独占価格が、そのまま医療保険上の価格として維持されていることが、メーカーの高利潤を支えているものと思われる。

## 6. 出産費用に関する調査研究

齊 藤 益 子（宮崎県立病院）

前 田 信 雄（国立公衆衛生院）

出産費用は、正常の妊娠・分娩の場合、保険給付の対象にならない。そこで自由診療価格と、保険による出産手当の差額が大きく、若い夫婦の家計費を非常に苦しめるということが、長らく問題になっている。この点にメスを入れるため、演者らは東京、岩手、宮崎において、次のような基礎調査を行った。

(1) 妊娠中の定期健康診査に要した費用は、1～4 万円が約 7 割を占めるが、東京の最高は 63,800 円を要していた。なお、妊婦健診受診票を利用したものは 33% 弱であった。

(2) 入院分娩費は、10～24 万円が 75% であり、30 万円以上は 28% であるが、施設により差が大きい。都立病院の平均は 93,401 円、私大付属病院の平均は 222,014 円で、最高は 50 万円であった。

(3) その他交通費、入院時謝礼、母児用品購入費などにも出費がかなりあった。

(4) 以上の結果をもとに、大まかな推計であるが、全国では年間 400～500 億円が、出産費用として家計から支出されているものと思われる。

以上のように、今やお産は 20 万円時代になっており、これに対する社会的な保障の必要が痛感される。なお報



告に対して、丸山博（元阪大衛生学教授）から、出産費用が家計費の中に占める割合、その歴年比較、外国との比較などについて質問があった。

## 7. 保健所年報に掲載される保健婦活動の現状と評価

加藤 欣子（東京都江東区深川保健所）

保健所年報は、保健所の年間の活動の決算書である。したがって、これは当該保健所職員はもちろん、その地域の議員、住民、研究者などが保健所の活動を科学的、客観的に知るための、最も拠りどころになる資料でなくてはならない。演者はこのような視点に立って、保健婦活動に関する年報作成がどのようになされているかということについて、全国の政令保健所と東京都特別区の保健所年報（135 保健所）を併せて調査し、次のように報告した。

(1) 年報作成に当たり、資料の収集から記述まで保健婦が関与するのは、約 64% の保健所であった。

(2) 資料提供や記事の内容について、保健婦間で話し合いをして年報作成に当たるところは、全体の約 67% である。

(3) 年報作成のねらいのうち、住民団体や一般住民に保健所の実情を知ってもらおうことを意図しているのは、全体の半数強である。

(4) 地域の公衆衛生看護に対するニーズにどのように応えているのか、保健所年報（東京都 29、その他の政令市 49）の内容を検討してみると、当然、保健婦自身が積極的にこれに対応していることがわかる。

## 8. 保健所医師の必要性とその確保対策

丸山 創（大阪府岸和田保健所）

現在、保健所医師の充足状況は、全体で 33% といわれ、予防課長も多くは非医師によって担われている。こういう現実の進行の中で、所長も事務職員でよいという意見が、一部には強い。演者はこういう状況をふまえて、次のように報告した。

(1) 保健所は、保健所法による公衆衛生の専門的技術的行政機関であるとともに、医療法による医療機関でもある。所長は行政組織上の管理者として業務を統括するとともに、地域集団の科学的診断と治療の最終的決定者としての責任を負っている。最近、保健所の管理面が強化され、技術やサービスの内容よりも事務的処理や行政判断が優先される傾向がみられるが、これは保健所の変

質につながるおそれがあり、それを阻止するためにも、医師にとって働きがいのある施設として、保健所の条件を整備することが必要である。

(2) 医学生に対するアンケート結果からみると、条件整備如何によっては、保健所勤務が期待できるものが 30% 程度いることがわかる。研修制度の確立、処遇の抜本的改善、保健所機能や設備の拡充強化が必要なゆえんであるが、それは根本的には保健所のあり方ともかかわる問題である。

(3) さらにその背景を考えると、医療制度や医学教育制度のあり方とも関連する問題で、地域医療の中で、保健所がどのような位置と役割をもつのか、ということが検討されなくてはならない。

## 9. 医系大学卒業生名簿から死亡・生残表をつくってみて考えさせられること

丸山 博（元阪大・衛生）

演者は医科大学（医学部）の同窓会名簿を利用して、医師の職業寿命を推計する簡明な方法を提唱して、次のように報告した。

(1) 調査年度現在で、各卒業年次毎に卒業生 100 人につき、物故者と生存者の百分比を計算する。これから一本の「死亡・生残比率曲線」が得られる。

(2) 小・中・高校卒業生についても、同工異曲で生残曲線が得られる。こうして日常個人生活の手近な資料から、国民生命表への近似法則性を知ることができる。

(3) この研究方法は、たとえば 2 桁程度の小さな標本でも、利用の仕方によっては、また歴史的長期観察さえ怠らなければ大標本によらなくても、統計的規則性を発見できることを教えている。

## 10. 地域医療需要量と社会経済指標との関係

金田 治也（阪大・公衆衛生）

保健・医療サービスが、地域の需要特性に対応すべきであることはいうまでもない。近年、社会保険の給付率の上昇や老人医療費の無料化などが行われたが、それに対する医療供給は既存の古いシステムに依存しており、地域特性にそってその改善がのぞまれるところである。演者はこういう視点から、府県別の受療の動向を、社会経済因子とのからみで分析、検討した結果について報告した。

(1) 昭和 42 年の外来、入院受療率についてみると、

1) 府県間に著しい格差がみられ、両率の格差はほぼ

同様に現われる。

2) 外来受療率( $y$ )は、医療供給力(人口当たり一般診療所致、 $a$ )、医療機関の活動量(1診療所1日当たり患者数、 $b$ )、医療扶助率と相関するが、 $a$ は民力と相関し、 $b$ は医療扶助率と相関し、かつ民力と逆相関する。また $y=a \times b$ の関係があるので、 $a$ 、 $b$ 間には逆相関傾向がみられ、医療機関が増加しても医療需要の顕在化量には一定の限界があると考えられる。

(3) 疾病別外来受療率と民力との関係を見ると、民力とともに呼吸器、神経系感覚器、伝染病、アレルギー性疾患、内分泌疾患の受療率が上昇し、特に急性上気道感染症で著しい。他の疾患は横ばい、ないしは低下する。上気道感染症受療率と乳児死亡率、妊婦死亡率は逆相関する。民力の低い地方で、需要の顕在化の遅れがあると推測される。

(4) 入院受療率は老年人口指数、死亡率、外来受療率、医療扶助率、在院日数と相関する。在院日数を一定にした入院受療率(実入院者率に相当)との偏相関をみると、外来受療率、医療扶助率、医療機関内出生、死亡割合と相関し、訂正死亡率と逆相関する。また、民力は医療機関内出生、死亡割合と相関し、在院日数と逆相関する。したがって、農村部での老人の入院、出生、死亡時の入院の抑制、都市部での実入院者率、在院期間の抑制のあることが疑われる。

(5) 保険種別の受診率は、昭和42年では民力水準の

低い地方県の階層間格差が著しく、政管健保に比し、国保の受診率が低い。昭和50年には地方県での階層間格差は解消に向かうが、大都市府県でその格差が拡大し、政管健保の受診率が低下している。また両年度とも、政管健保では外来・入院受診率に共通した格差傾向を示すが、国保では大都市は外来医療型、地方県では入院医療型の受療傾向を示す。核家族化の進む大都市部で、老人入院率は著しく低い。

(6) 近來、医療費の保障は一定の向上が認められるものの、大都市と農村を両極とする疾病構造と需要顕在化の様相の相違があり、農村部での医療システム、健康管理、大都市部での在宅老人対策、自営、小零細企業労働者の健康管理は緊急の課題である。また地域の保健・医療体制を検討するさい、全国画一的な供給指標の基準は不合理である。これには従来の府県単位の比較や系列別の保険統計の分析に欠陥があり、各地域の階層別の実態の把握と分析が必要である。

以上のようにこのセクションでは、地域の保健・医療に関連する重要な課題がいろいろな角度からとり上げられて報告、討議されたが、問題相互の内部的なむすびつきを明らかにし、総合的な研究・討議をつくらすまでには至らなかった。今後、研究が継続され、発展することを期待したい。

〔まとめ 朝倉新太郎〕



## 小児保健研究会の設立

— 京 都 —

最近、京都においても、全国的な動向と同様、小児保健に関心をもつ医師、保健婦、栄養士等が増えるなかで、小児保健の研究および知識の普及を図る一つの場として、研究会設立への強い要望が出ていました。そこでこのたび、そうした要望を受けて「京都府小児保健研究会」が発足することになりました。

この研究会の設立総会が、去る10月1日、京都府医師会館において約100人の関係者を集めて開催され、特別講演として、京都府立医科大学・楠智一教授による「先天性代謝異常症のマススクリーニング」および京

都府歯科医師会・神谷幸男理事による「小児の歯科衛生」がもたれて、門出を祝した。

会長には、京都大学小児科学教室・奥田六郎教授を選出し、副会長および理事15人、監事2人、顧問2人を中心に、今後、精力的な活動を展開することとなっている。とくに、第一線の小児保健医療にたずさわっている会員が多いので、研修会や研究集会をもつとともに、ニュースの発行が企画されている。

会費については1,000円(年間)であるが、会員は現在約350人に達していて、その内容を見ると、歯科

医師、養護教諭、保母の入会状況が特記されているので、活動の展開によっては、会員はさらに増えると予想されている。なお、この種の研究会については、全国組織の日本小児保健協会が昭和36年に発足して以来、多くの都道府県において、小児保健研究会もしくは小児保健協会として設立されているが、この研究会が40番目にあたと聞いている。

また京都では、来たる11月2日には、京滋母性衛生学会が設立される予定になっているので、この研究会と一体となって母子保健への研究が盛んになり、地域における母子保健レベルの向上に寄与することが期待されている。

(京都府衛生部保健予防課長 山本 繁)

## 保健行財政

### II. 保健政策・保健サービス (演題 11~18)

〈座長〉 南 雲 清\* 山下 節 義\*\*

#### 11. 地方自治体と労働災害・職業病

宮 入 昭 午 (京滋じん肺患者同盟事務局)

(1) 宮入は、第16回社医研総会(熊本)報告にひき続き、地方自治体と労働衛生行政とのかかわりに関し、その経験にもとづいて報告をおこなった。

(2) 現行の労働衛生行政は、地方自治体行政からは完全に切り離されているために、例えば、労災被災者への身体障害者福祉法の適用が見落とされていたり、時に生保レベル以下の年金給付で済まされたり、あるいは、自治体の関心の薄さのために、当然受けられるべき労災保険による年金や医療給付という権利を、生保の枠の故に奪われている、といった事態がひきおこされていることが、「じん肺患者の社会活動」を通じて経験された。

労働衛生行政は、地方産業の特殊性を重視して、自治体行政の重要な一環として位置づけられ、機能する必要がある。

(3) 京都府下口吉町では、住民の要望にこたえ、昭和48年以来3回にわたり、じん肺検診が実施された。その結果、80名の受診者の中から、管理区分Ⅳと判定されたものが19名も発見された。すなわち、じん肺患者でありながら、「結核」などとして放置されていたものが、少なからず存在していたことが明らかにされた。

(4) これらの患者たちは、昭和47年に結成された「じん肺患者同盟」に結集、かつてこの地域でマンガン鉱に働き、多数存在していた労働者のじん肺、マンガン中毒の検診の実施を日吉町に要望。その後、患者同盟・日吉町と基準局との交渉の結果、元マンガン鉱山労働者のじん肺、マンガン中毒検診が、労働基準局の手により実施されるに至った。

(5) こうした取り組みの結果、「私病」とされていた

マンガン中毒による元鉱山労働者の患者の中から、業務上と認定される人を見出された。こうして、医療費が労災保険に切り換えられた患者が出たことによって、日吉町国保の財政は長年の赤字状態から、黒字へと変わるといった結果が生まれてきた。

(6) こうした経験は、日吉町のみにとどまらず、京都・滋賀等に多数生活している休廃止鉱山関係労働者や墜道工事従事労働者に、多数の「じん肺」患者が潜在していると思われることから、患者同盟として取り組みを拡大させようとしている。

(7) 農村地帯においては、その社会構造との関係から、労災認定作業を困難なものとしているが、被災者の自覚と地域の労働者の支援とにより、徐々にではあるが、事態は前進しつつある。

(8) 以上の報告にたいして、海老原(労研)は、大分の墜道工事出稼労働者や川口の鋳物工労働者の例をひきつつ、こうした掘りおこしの取り組みが、保健婦の業務としてなされる傾向が出てきていること、現場での取り組みが行政の姿勢を変えつつあることを述べた。そして、職業ガンのように離職後発病する事例にたいする企業責任の明確化と、離職後も責任を持たせるための取り組みが重要であることを指摘した。吉田(日吉町保健婦)は、日吉町での検診の取り組みを始めるにあたり、関係者に要望書を出したところ、保健所から管轄外であるとの理由で、取り上げようとはしなかったという経験を報告し、行政に枠があるとする発想を打破することが必要である、と強調した。

#### 12. 英国近代医療サービス制度確立過程に関する一考察—保健省創設への道—

多田 羅 浩 三 (阪大・公衆衛生)

(1) 多田羅は第17回総会(大阪)で、英国国民保健事業の管理機構をめぐる論議と英国医師会の考え方を紹

\* なぐも・きよし (東京)代々木病院、医師  
\*\* やました・さだよし 京大助教授・公衆衛生学

介し、英国の歴史から、今日のわが国の保健・医療をめぐる動きを考える上で教訓とすべき点を指摘したが、今回は引き続いて、英国における保健省創設への過程を紹介し、再び、わが国における保健・医療をめぐる取り組みを考えるうえでの教訓ともいうべき点の指摘を行った。

(2) チャドウィックは、1848年の公衆衛生法により、保健総局—地方局—保健医官体制という公衆衛生体制の確立をはかろうとした。しかし、結局はその後解体されるに至る。これは、彼の政策があまりに中央統制的で、一面極めて不十分なものであったため、というよりも、ロンドンに代表される古い既得権益である「地方」に、「中央」が敗北したため、というべきである。

(3) チャドウィックからすれば、公衆衛生部門は医師でなく衛生工学者に担われるべきものであったが、細菌学、法医学の興隆につれ、医師の立場は強化されてきた。医界を代表するラムゼイは、救貧法・医療サービス・公衆衛生を統合した「国家医学」の概念を主張し、富国健民の論理を軸に、衛生統計制度の確立を中心とした「ナショナル」な総合体制の創設を訴えた。

(4) しかし、1871年に衛生審議会の報告に基づき発足した地方自治体管理局は、「地方」の影がまだ残る妥協的なものであった。チャドウィックの理念が「セントラル」、ラムゼイのそれが「ナショナル」という言葉で表現されるとすれば、これは「パブリック」という中間的な言葉で表現されるだろう。これは、サイモンの手になる1875年の公衆衛生法による体制にひきつかれ、集大成されて今日に至った。

(5) 保険制度の導入をめぐる論争の中心は、抛出原理の採否にあらず、1909年の少数派報告に代表されるフェビアン「予防」という効能主義の論理を軸とした「自治体」か、ロイド・ジョージの「保険」による「国家」体制かであったというべきであろう。

(6) ロイド・ジョージは、友愛組合から保険による医療給付管理業務を切り離し、保険委員会を設置した。この委員会は医界の拠点となり、友愛組合の立場を弱める結果となった。

(7) 1911年の国民健康保険法の成立により、国家的保険制度が発足。これにより、従来の救貧・友愛に代わって、国家・医界が大きく姿をあらわしてくる。これにより一般医の立場が確保されることとなる。

(8) 医界は、ドイツの国家医学の輸入により、公衆衛生にその立場を確保し、さらに、1948年国民保健事業により病院専門医の立場を確保した。こうした一般医・専門医と公衆衛生の3つの流れが、近代英国医療制度の底辺を流れている。

(9) 保健省創設へむけての意見がいくつか提起されたが、結局、地方自治体管理局と保険審議会が合併した形のものとして、保健省が発足した。これにより、救貧法体制と表裏の関係にあった友愛組合が、しわ寄せを受けた。まさに、共済主義「友愛」が「国家」によって解体されるという結果となった。

(10) 英国保健・医療サービス制度は、歴史的経過において、「国家」にたいして「地方」が残されてきたが、共済主義は解体され、その上に医界が君臨することとなり、「地方」と「医界」の対立を生み出した。

(11) 多田羅は以上のように英国保健省創設への過程を概略報告し、「日本の場合、歴史的に共済主義も『地方』も存在しておらず、『国家』のみが輸入された。『地方』がたかかった歴史がない。英国の歴史を通して、『国家』と『地方』、『共済主義』の関係をみる必要がある。日医・武見氏のナショナルな発想のもとで、現場医師の動きはみられず、『国家医学』のなかに逃げこんでいるのではないと思われる。今こそ、国家との関係を考える必要があるし、地方自治のなかで、組織として自らの立場を形成する努力が必要ではなからうか」と指摘した。

### 13. 障害児の地域保健・医療の展開

—とくに就学前の取り組みについて—

山本 繁・土井 真・三宅仁美・南奈美子  
津田ユキ・工藤充子・鈴木幸子・広瀬美砂  
井爪多津江（京都府向陽保健所）

(1) 第17回総会（大阪）での報告にひき続き、向陽保健所で数年来取り組んできている障害児の早期発見、早期発達保障をめざす保健婦活動の経験にもとづき、今回は、就学前の取り組みにしばって報告がなされた。

(2) 乳幼児全数管理体制もようやく軌道に乗ってきているが、教育とのかかわりで新たな課題に直面している。

乳幼児期から、子ども同士の集団生活のなかで、伸びてきた子どもをみて、「家から通える地域の学校で、近所の友達といっしょの普通学級へいかせたい」という親の要求は、年ごとに強くなっているが、子供の発達課題や障害程度と、現場の受け入れ態勢との間の開きは大きく、これまでの成果を教育領域へつないでいくにはどうすべきかが、大きな悩みとなってきている。

(3) 現在、就学相談窓口として、自治体ごとに、適性就学委員会が設置されており、親や関係者をまじえての話し合いにより、進路が決められている。

(4) 子供を普通学級へ進ませたいという親の要求は、保育所で健常児と生活をともにすることで伸びたし、学校へいけばさらに伸びるだろうという、教育に対する大きな期待であり、遠くの学校では親子の負担が大きいという生活実態、偏見、差別にたいする反応などの、障害児者とその家族をとりまく厳しい現実の反映でもある。

障害を克服するために、医療・教育・福祉を一体化させた取り組みが必要とされながら、現実の対応は不十分である。

就学相談の取り組みのなかでつかんだ障害児教育のかかえる矛盾・悩みの一端は、保健婦活動のかかえている矛盾・悩みとも共通するところがある。

(5) 以上の経験をふまえて、障害児学級担任教師と保健婦の研究会を定期的に始めた。今後の課題として、①障害児教育関係諸学校の役割の明確化と学校体制の確立、②継続した教育相談活動の確立と医学的・心理的面の充実、③就学前のより早い時期からの教育関係者との連絡態勢の確立、④障害児発達を保障する集団の地域での確立、⑤地域に弱視学級、難聴学級を作ること、⑥偏見をなくす取り組み、などがあげられる。

(6) 以上の報告にたいして、加藤春樹(全国障害者問題研究会・事務局)は、「集団のなかでの取り組みが子供の発達に重要であることは、経験してきた事実であるが、学校で集団をどう作るかが課題である。公教育の歴史は差別と選別の歴史であったし、障害児教育それ自体にも差別が含まれているだけに、どう考えてゆくかが問題だ。地域にどういう学校が必要かという課題についての、地域での取り組みを強める必要がある。それと同時に、地域とはなにかを考える必要がある。障害の程度にみあった対応をしていくためには、地域を固定的にとらえることには問題がある」との意見を述べた。加藤欣子(深川保健所)から、「向陽保健所管内での適正就学委員会の成立の経過」について質問がなされ、演者から、「教育委員会から障害児のことをよく知っている保健所および市町村の保健婦の参加が要請され、判定などに意見を述べている」と説明された。

#### 14. 都市中心部にある一低所得階層地域をもつ診療所からみた結核新発生の特徴と問題点

谷田 悟郎(京都保健会南ブロック・九条診療所)

(1) 谷田は、京都市の中心部にある低所得階層の多い地域を受けもつ診療所において、昭和44年から昭和51

年までの8年間に取り扱った結核新発生患者の実態について報告した。

(2) 昭和44年以来8年間の結核外来患者数の推移をみると、昭和49年を境に著減し、新発生患者数も昭和48年以来著減した。昭和48年は厚生省の結核実態調査の年で、5年前に比べて、肺結核患者の活動性・感染性有所見者が著減したといわれた年であり、九条診療所として、保健所・福祉事務所と協力して、排菌患者の入院管理などの結核対策を強化した年でもあるので、昭和44~47年を前期、48~51年を後期として、比較検討をおこなった。

(3) その結果、外来結核患者は著しく減少し、新発生患者も減少したが、新発生結核患者については、女子層、50歳以上高齢層、国保階層では減少が著しくないので特徴である。

受診患者の構成からみると、患者発生は減少してきているとはいえ、女子層、50歳以上高齢層、国保階層、京都では生保受給率が最も高い学区の居住者、これらの占める割合が前期にくらべて後期では増大している。

(4) 新発生患者の病状をみると、空洞保有率は前・後期ともほぼ同じで、排菌率も変わらない。

結核の新発生は量的には減少したが、感染性という質的な面からは、なお問題を残している。ただ、前期には同一家屋内での発生をみたのにたいして、後期では、それがまったくみられなかった点が、特徴的である。

(5) 職業的にみて、前・後期ともに、老人・主婦・小児の無職に発生が最も多いが、受診者に占める比率からみて、小児では減少し、高齢層では増加している。ついで、単純労働者、とくにバタ屋、日雇い労働者、土工などでの増加が目立っている。

(6) 以上の実態にもとづいて、谷田は「都市の低所得階層の多い地域を受け持っている医療機関での新発生結核患者の状況をみると、量的には著しく減少し、同一家屋内感染による発症はみられず、小児は減少しているが、中高年齢層ではとくにこれが多いという、現代の結核減少といわれる一般的傾向がみられる。しかしながらここではなお、感染性患者率はまったく不変であり、職業的にみても、単純労働者層に、生活保護階層だけでなく国保階層にまで、深く沈没しているという憂うべき実態が、今も存在している」と結論し、したがって、結核問題はなお重要な課題として取りあげる必要のあることを強調した。

〔まとめ・山下節義〕

\*

\*

## 15. 最近の結核科の動向

一部立府中病院昭和 51 年度入院受付より一

松山 容子 (東京都立府中病院)

戦後、化学療法が発見され肺結核の死亡率は激減したが、不治の病が治癒する病となり、その恐ろしさも忘れられつつある。しかし罹患率は相変わらず高く、多くの社会問題をおこしているため、医療相談員としてその実状を報告した。

当病院の入院方式は普通、入院審査会制度を設け、医師が外来で診察した患者のうち、入院を要する患者を相談員に回す。相談員は面接のうえ本人の希望などを聞き、審査会にかける。入院状況を見ると表のとおり、直接入院が 155 名である。これらは事前に審査会を経ないで入院した患者で、肺結核が放置され、急激に悪化するものの多い疾患であることがわかる。取り扱った総数は 463 件で、そのうち入院したのは 43 件である。

表

総 数	463 件
入 院	431
直接入院 (救急車入院)	155 (16)
再入院	15
転入院	43
転科	5
	218
不許可	2
保 留	11
とりけし	19
男	315
女	148

費用別にみると、主なものをあげれば、健保本人が 29.8%、家族 13.8%、国保 24.0%、老人医療 14.7%、生保 8.0%で、健保本人は会社就職の関係で入院期間が不安定であり、入院後生保に移行するものが多く、8%が約 20%になる。年齢は 20~40 歳代と 60~70 歳代に多く、20 歳代と 40 歳代での初発結核が多いのが特徴的である。

地域別では病院のある三多摩に多く、府中、国分寺、国立の順になる。都市の拡大による影響もみられるが、23 区内の江東、太田、品川、台東など東南の遠方地区からくる患者の入院も目立っている。

問題点としては、①入院患者の高齢化 (40% 以上が

60 歳以上)、②低所得層化 (入院後、25% が生保受給になっている。初回治療者には中小零細企業の勤務者や自営業者が多く、入院後家族と別世帯者になってしまう)、③重症化、合併症の増加 (総合病院の結核病床が少なく、軽症者を早く退院させ悪化する例、精神疾患の合併者などがあり、受け入れ態勢が不備である)、④中断患者の増加 (長期治療のため中断し、再び入院する症例も多い)、⑤患者層の分化 (長期入院、短期入院、中断治療者の階層がはっきりしてきた)、などが指摘できる。

今後の対策としては、結核患者の実態をよくとらえ、結核病床を減らすことなく、都内に結核病床を確保する必要がある。また地域医療の一環として、結核患者の療養指導に重点をおき、山谷地区の結核患者には強力な手が打たれなければならない。

## 16. ~18. へき地診療所切り捨てに抗して

村瀬好美・増田貞二・海老原勇 (長野・山香診療所  
新守る会)

### (1) へき地中核病院構想のもたらすもの

厚生省はへき地医療対策として「へき地中核病院の整備を中心とする第四次計画」を昭和 50 年から実施に移している。その内容は、

- ①広域市町村圏単位にへき地中核病院を整備する、
- ②中核病院にへき地医療センターを併置し、医師、看護婦を配置する、
- ③圏内の無医地区に巡回診療をする、
- ④へき地診療所に対して医師の派遣をする、
- ⑤無医地区にへき地保健指導所を設けて専任の保健婦を配置し、保健指導を行う、

などである。

一見するかぎりでは、これらはへき地医療対策の向上に有効であるように思われるが、この対策は数多くの問題を含んでいるばかりか、へき地医療対策の大幅な後退を如実に示すもので、既存のへき地診療所を廃止するという役割を持っている。ここでは、厚生省のへき地医療対策の経過をたどるとともに、中核病院構想によって、常設のへき地診療所が巡回診療所に格下げされる矛盾と危機にさらされ、これに抗して住民運動によってへき地の診療所を守り抜いた山香診療所について述べる。

第一次計画は「人口が多くかつ交通不便な無医地区」への診療所設置を最重点課題として、この間 237 の診療所を設置する一方、医師確保の困難さや診療所運営の困難さを理由として、患者輸送車、巡回診療車などの機動力整備に力を入れる、いわゆる過渡的な時期であった。

ところが第三次計画では、「診療所の整備から機動力の整備へと質的に変化して」、「機動力の整備を中心とした施策」に大きく転換していった。その理由として厚生省は、「道路が整備されたり、モータリゼーションの普及によって地域住民の日常生活上の行動範囲が拡大」したという点と、「医師の都市集中化に伴い医師の確保はますます困難となった」の二点をあげている。

しかし、第一の理由としてあげた「モータリゼーションの普及」は患者にとって「行動範囲の拡大」に結びつかないことが明らかであるし、へき地における人口の高齢化が問題となっているとき、医療と予防、リハビリ、健康管理、看護、栄養指導を含んだ保健・医療活動の主体となる第一線診療所は、ますます重視されなければならないにもかかわらず、第三次計画では、へき地診療所整備は軽視され、機動力整備へとへき地医療対策は大きく後退する。しかも、へき地を社会的に生み出し、へき地住民の健康を破壊していった、高度経済成長政策に基づく地域開発政策により生み出され、地方自治をうばって中央集権化をすすめる意図を持った、「広域市町村圏」を単位とした「地域連けい対策」が46年から実施され、第四次への移行期をとまなっている。

第四次計画では、「広域市町村圏単位」に中核病院を整備してゆくことになる。ここでは、第一次へき地診療所設置が完全に放棄され、無医地区対策は巡回診療と、「比較的人口が多く交通が不便な無医地区」にへき地保健指導所を設け、保健婦の保健指導の二つにとって代わるようになった。たしかに、中核病院からへき地診療所へ医師を派遣するとしているが、第一に診療所の運営が財政的に困難であること、第二に中核病院の指定を受けると、巡回診療に要する費用の大部分が国から支給されること、第三に年130回以上の巡回診療を義務づけられているが、その消化に苦勞すること、第四にそのために既存の診療所を巡回診療所とすれば、巡回の回数は楽に消化できるし、建物の心配がいらぬことなどの理由により、赤字を生み出す常設の診療所をかかえているより、巡回診療所に格下げして週2回程度の診療をすれば、逆に国から費用が支給されるし、中核病院の整備も国からの援助でできると考えるようになり、結果的には診療所をつぶすことにつながる。

山香診療所の例では、佐久間町は人口1万2千程度の、山間部にある自治体で、一つの病院と二つの診療所を持っている。3機関の累積赤字は約5千万円程度の少額であるにもかかわらず、町長は「国の施策である『へき地中核病院』に当町の病院（50床）を将来増床するという含みで指定されたい旨を衛生部にお願いしている

が、そうすると、診療所を廃止することができるので、病院から通って診療を130回以上おこなうと補助金も出て、経費も助かる。事務役員も少なくすることができ、このようにしていただければ非常に具合がよい」と県に要請し、県も積極的に中核病院の指定を受けるべく努力した。

山香診療所は、これまで積極的な保健・医療活動を実施し、へき地、婦人への検診活動、老人検診の取り組み、閉山鉱のじん肺対策、地域精神医療活動などをやってきており、巡回診療所への格下げは、これらの荒廃を招くもので、反対してきた。

## (2) 血と汗と涙の住民運動

(1)で述べたように、山香診療所はここ数年、予防、保健衛生、医療活動を推進してきたが、海老原医師の転職を機に町当局は「へき地医療計画」に組みこむべく、町立病院を中核病院とし、山香診療所を出張診療所に格下げしようとしていた。そのため町当局は、山香診療所の後任医師の獲得の努力を放棄し、町立病院の医師確保に全力をあげ、A医師を獲得した。また一方では、町当局は事務的にも県に連絡をとりつつ、厚生省の「へき地中核病院」の指定を得るための申請書を提出する段階にまで、問題を煮つめていた。また、このような構想を成功させるためにも町当局は、地元議員も通じて「医師さがしに全力をあげたが、へき地に来てくれる医師はいない。中核病院にして一カ所に医師を集めない限り、医師は来てくれない」と区長をあきらめさせながら、「このことを住民が知ると、住民がさわぐので伏せておけ」と固く口どめして、区長をだきこんでいった。

他方住民には、「海老原医師がやめてもA医師が来てくれるので何の心配もいらぬ」と住民をだまし続けた。さらに、中核病院構想に批判的な町の医師にも一切知らせず、一部の医師だけをだきこんでこれを強引に押し進めようとしていた。こうしたなかで、一切の真相を知らぬまま、しかも後任医師のめどが立っていないという点に不安を持った海老原医師の呼びかけで、「山香診療所守る会」が結成をされ、住民運動が始まった。

住民運動は52年1月～3月末まで連日連夜、毎日の緊迫のなかで進められ、山香の診療所を守る熱意ある努力が続けられた。地元議員は、どうにでも解釈できる請願書をつくらせて議会で可決しようともくろみ、区長の署名を許さないよう圧力をかけてきた。一方住民に対する“だまし”、“おどし”、“恐喝”、“暴言、暴力”などの人権侵害的、非人道的な行為が行われるなかで、署名は着々と進み、山香地区住民の数を上回る1,300余名の数を集めるのに成功した。しかし封建的な議員は、各代表

の印鑑をうばってまで抵抗と操作に出、議会を通過させた。

こうした事態と落胆のなかで「新守る会」が発足し、海老原医師が検診治療に尽力した「じん肺患者会や少数で強力な援助者」により、再び反対運動を盛り上げ、A医師ならびに浦川診療所（山香診療所と同格の町立診療所）のB医師も協力し、町当局は「新守る会」の運動を認めざるを得なくなった。これに役立ったのが「ニュース」の発行であり、「まぼろしの社会組織」を透明にすることができ、町民はわれわれの意見に再び賛成の声を上げた。

### (3) 住民の望む医療を求めて

住民運動が実り、山香診療所は廃止されず、出張診療所にもならず、後任にA医師が決まり、海老原医師も週2回、診療することになった。このことにより、以前より充実した医療を行うことができる条件が整ってきた。このことは、住民の生活と生命を守るための強力な運動の成果であり、今後の方針も下記のとおり決められた。

- ①山香地区内のへき地保健・医療活動を発展させる。
- ②佐久間病院、浦川診療所、山香診療所は存続させて一体となり、佐久間町の医療水準の向上に努める。
- ③山香地区および佐久間町内のへき地に出張診療所を多数設置させる。
- ④佐久間病院を充実させ、高度の医療ができるような体制をつくる。
- ⑤城西地区にも常設の診療所をつくる。

しかし町当局は、中核病院佐久間方式の実施をまだあきらめていないわけではない。そのため、上記5項目を実現させるよう、さらに今後強力な運動が必要である。

〔まとめ 南雲 清〕

### 討論とまとめ

このような構想は、保健所や医療機関の統廃合にみられる、いわゆる「基幹〇〇構想」のあらわれである。このシステムは住民のためのものではなく、医療保健経済上から住民を管理する方向のものであり、そのレベルダウンであることを以前からわれわれは注目している。上の報告に対して、次の発言があった。

牧野忠康（鉄砲州診療所）/離島の保健・医療問題を調査した折、このような例を多く経験した。この政策は保健と医療の切り捨てであり、これに対して住民がたたかうのは当然でありながら、大多数の地域では、反対運動が実らないというケースが多い。この点、山香地区の住民、「新守る会」の方々感謝する。

久保全雄（新日本医師協）/農民は土地に強い愛着を持っているが、近年の行政は第一次産業を破壊し、第二次産業に力を入れてきた。農民は好むと好まざるとにかかわらず、土地を捨てなければならなくなったが、今回の運動によって、農民の魂を自のあたり知らされた。自分たちの生命を守るためには、自らたたかって勝ちとらなければならないといわれるが、この報告はまさにこの典型例である。

労災問題、障害児問題、結核問題、へき地医療問題、英国の医療制度史と、それぞれに異なった領域の問題がここでは取り上げられた。さまざまな内容の故に、ひとつにまとめることは困難であるが、それぞれにこれからの保健・医療のあるべき方向を考えていくうえで、重要な手がかりともなるべき課題や問題を提起している。それは次のようにいえるのではなからうか。

それぞれのテーマを通じて提起されていることは、住民が提起している保健・医療に関する要求に真にこたえていこうとするならば、行政は既存の枠にこだわることなく、積極的に対応していく必要がある、ということである。それと同時に自己の領域においてだけ対応するのではなく、関連する領域との協力のもとに対応していかなければならないが、また、このような協同作業を容易に行える態勢を、地域につくりだしていかなければならない。住民の提起する課題を取り上げていくうえで、住民要求の显的な面のみを目をうばわれることなく、質的な面をも重視していくことが必要である。

行政が、当面しているさまざまな制約をのりこえて、住民の要求に積極的に対応するよう、その姿勢をかえさせていくうえで、地域における住民の自覚的、組織的な取り組みが重要であるし、そうした住民の動きに依拠した保健・医療関係者の取り組みもまた必要であろう。現に、徐々にではあるが、そうした動きにより行政の姿勢を変えさせた例が報告されている。

いずれにせよ、地方自治を盛りたてていく取り組みのなかで、保健・医療関係者もまた、組織としての自らの立場を形成していく努力を払っていくことが必要であることを、貴重な経験と実績を通じて、証明している。

今回報告のあったそれぞれのテーマを通じて、これからの保健・医療はいかにあるべきか、その課題達成のために、保健・医療関係者はなにをなすべきか、住民の役割は、あるいは保健・医療関係者は、どのようにして、各々の役割分担のもとで、協力し、取り組んでいくことのできる態勢をつくりだしていくべきか、等々の点についての論議を交わすべきであった。

〔討論・まとめ 山下節義・南雲清〕



## 保健・医療・福祉活動の連携

### I. 寝たきり老人・難病 (演題 19~28)

<座長> 山本 理平\*      奈倉 道隆\*\*

「寝たきり老人・難病」に関する演題発表は、ここ数年の社医研において着々と増えつづけ、本年も、演題数においては断然他を引き離すほどの盛況となった。高度な資本主義経済下の国民生活の歪みと、一方において、それに根を同じくする医療構造の不健全さとは、病弱な老人・障害者および確実な治療法の見出されていない難病患者とその家族の苦痛を、ますます増幅している。これから、それに対する対応の諸報告のうち、前半の10題の要点を紹介するわけであるが、その任を委嘱された筆者は残念ながら全体的視野が狭く、かつ文献検索も不十

分なので、職掌柄、もっぱら町医者の直観に頼って筆を進めることを、初めにおことわりしておきたい。

座長を担当した10題のうち、初めの3題が老人に関するもの、後の7題が難病に関するものであるが、前者は京都グループ、後者は東京グループによるものである。京都・東京と筆者が名称をかぶせたのは、単に演者の所属地名を意味するばかりでなく、それぞれ研究・活動グループを作っていることを意味する。まず老人に関する京都グループの報告を紹介しよう。

#### ◇ 京都における老人問題とそれへの対応の姿勢 ◇

19. 保健・医療・福祉の総合サービスについて一綾都市山間過疎地の寝たきりの老人の調査から一

奈倉 道隆 (京大・老年医学)

20. 要援護老人対策の試み

青木 信雄 (京都・堀川病院)

21. 退院した一寝たきり老人をめぐる保健・医療・福祉活動の連携

谷田 悟郎 (京都・九条診療所)

して都市部の31.1%、特別養護老人ホーム入所希望率をみると、本人の希望と家族の希望の割合が前者で2.0/14.0、後者では8.9/6.7であることから、山間部の要介護老人在宅許容力の低いことが明瞭である。さらに、被調査地域における全世帯の1世帯平均人数は3.7人（その低いことに驚く）であるが、寝たきり老人をかかえる世帯では4.6人と多い。したがって世帯員数が多く、私的介護力が高いことが、老人の在宅療養を可能ならしめているとされる。専門家によるケアは大部分が投薬だけであり、褥瘡、拘縮、失禁、痴呆が寝たきり老人の半数にみとめられ、近隣の人の訪問も途絶えがちであるという。

その対策として、まず過疎化の歯止めに対する諸施策があげられるが、老人会、婦人会、青年会、さらにそれらの中核としての総合保健福祉センターの構想が述べられた。

次の2つの演題は、京都市所在の民医連の病院・診療所を拠点とした積極的な老人医療・福祉活動の報告である。青木信雄らの実践は、寝たきり老人でなく「要援護老人」を対象として試みられている。これは、地域の老人クラブが主体になって該当者を登録し、これに対して

奈倉道隆は、京都府の寝たきり老人等の実態調査（昭和49年11月）と、京都府社協在宅福祉研究会の中上林地区の寝たきり老人等に対する総合調査（昭和51年8月）との結果から、京都府綾都市山間過疎地の寝たきり老人の実態について要約し、必要な社会的対策を論じた。その実態は、都市部との比較でより明瞭になる。重度の要介護老人の割合は、被調査の山間部20.0%に対

\* やまもと・りへい (東京) 南晴病院, 医師

\*\* なくら・みちたか 京大助手・老年医学

各種専門家集団として病院が援助態勢を組み、共同で問題の発生を未然に防ごうというものである。そこで、要介護老人とは具体的にどうきめるのかという基準が問題になるわけであるが、それには「登録項目」という名称で11条があげられている。当然のことながらその記述はきわめて平易で、具体的な表現となっている。いくつかの例をあげると、「③ほけている人、ほけのありそうな人、④ノイローゼ気味の人、⑤誰かに頼りきりの人、⑥知人・友人がなく、同居家族との間がうまくいっていない人、⑦つれあいや息子など、頼っていた人に死なれて間もない人（半年位）」といったぐあいである。

この重要な役割を担う老人クラブの歴史や実態も紹介に値しよう。演題抄録によると、

「長寿会（老人クラブ）は昭和36年、病院が組織した高血圧教室の一期生が発起人となってつくり、自主的に運営される健康管理組織である。発足後1年で各学区毎に拡大、同45年、行政指導に応じて老人クラブに切りかえられる（9長寿会員811名）。51年4月現在、12支部・850名の会員数となっている。」

配布された登録老人のケースレポート、10名分のプリントについてみると、老年社会学あるいは老年心理学的な記述が主であり、医学・看護学からのそれは従となっていること、また、処遇実施約半年の効果は約半数においてみとめられただけでなく、特に長寿会役員が生き生きとして、今までの各自の役割の再認識と今後の組織化に自信をもってきたとコメントされていること、これらの点が注目される。

なお、堀川病院の老人に対する積極的な地域医療活動についてのこの報告は、最近数年にわたって本研究会に出された演題と一連のものであろう。

- 第14回社医研（1973） 竹村：一人暮らしの老人の現状
- 第16回社医研（1975） 奈倉・谷口・青木：老人の医療と人権
- 第17回社医研（1976） 奈倉：大都市における高齢者保健・福祉対策のあり方

#### ◇ 東京におけるMSWおよび保健婦の難病患者在宅援助のレポート ◇

後半の7題はすべて、首都圏における難病患者とその家族に対する在宅援助活動に関する報告であり、当然、あとの演題30～34とひとつつながりのものである。したがって、この主題の総括は、全体の報告・討論のあとにな

次の谷田悟郎（京都保健会南ブロック・九条診療所）の老人ケアのケースレポートも、本研究会でこれまで数回報告された地域活動の上に立つものである。

- 第14回社医研（1973） 谷田ほか：地域における一民間診療所と福祉事務所・保健所との連携について
- 第17回社医研（1976） 谷田：京都市内の低所得層地域における保健・医療の問題点

ケースは74歳の男子老人と、その娘で44歳の精薄とされる婦人からなる世帯に関するものである。構成員それぞれの病気による家族崩壊に対して、医療・福祉・保健および地域（ボランティア）がどのような連携をとって対処したか、を説明した。やはり、老人を地域におき、家族という単位で、その維持に協力する、という原則の実践である。

以上、京都の3演題に対する質疑として、東京の一保健婦から、「自分の家庭訪問の体験からは、医師は連携・協力どころか、ストップをかけてくることが多いが、医師会はどう出るか」という質問、さらにまた、他の会員から「家庭に働きかけることに問題はないか」という質問があった。これらの疑念は在宅援助に対する障害・抵抗の根強い存在を示すものであろう。特に、訪問看護の制度化をめざす看護界の動きに対して、日本医師会の一貫した反対がある。また、いかに客観的に要介護の状態にあるとはいえ、一つの家庭に医師やナースがボランティアとしてはいることには、地元医師会などばかりでなく、当の被介護家庭そのものからの抵抗も無視できないだろう。討論が十分深められなかったのは残念であるが、老人クラブ、患者会などの役割が、その意味で重要であろう。なお答えの中で、訪問活動をしていると、隣近所の人たちが、それぞれ自分の役割を発見して、有能なボランティアになる、という発言が印象に残った。配布資料にも隣組・町内・学区という名称が用いられているが、東京などではそのような隣保組織がたとえ残存しているとしても、在宅援助という新しい酒を盛るに足るかどうか、これはその土地土地の特殊性によるというべきであろう。

されるのが順当であろう。そこで筆者としては、小括というよりは、開業医という自分の立場から特に勉強になった点、今後問題になるであろうという点をメモ風に書き並べていくことにしたい。なお、特に全体的な流れを

理解するために、演者らのグループが既に報告したものの中から次の文献をあけてみた。

- 第16回社医研総会記録, 公衆衛生 Vol. 39 (No. 12) : 862~867, 1975
- 第17回社医研総会記録, 公衆衛生 Vol. 40 (No. 12) : 824~833, 1976
- 雑病-在宅ケアの実際, 看護学雑誌 Vol. 40 (No. 2 ~11) (シリーズ), 1976

**22~25. 3年間100回の訪問援助の事例研究**

- (1) 経過と課題  
川村 佐和子(東京都立府中病院)
- (2) 家族の対応  
内藤 美登里(愛知医大病院)
- (3) 家政婦の問題  
青井 由里(明治学院大)
- (4) 医療ソーシャルワーカーの援助  
西川 有里(在宅看護研究会)

はじめに川村が、代表として序論的問題指摘をした。援助の重点が家族にある、重症でしかも明らかに予後不良の患者を家庭にかかえて、身体だけでなく心も疲れ、動揺し、容易に崩壊の危機に瀕する家族の援助要求を、

的確に分析して、そのニーズにこたえてゆかねばならない。この演題で扱ったケースの地区は東京の下町で、演者や主治医の所属する府中病院からは電車を利用して長時間かかる所にあり、明らかに地域での援助というわけではない。この点が、あとで質疑の主たる問題の一つになったわけであるが、川村は、病気の性格上職域からはみ出すこともやむをえないと述べた。なおこのケースワークが、実習という性格もあわせ持っていたことも付言された。

事例を簡単にスケッチすると、患者は57歳の女性、夫と二人暮らし、長男は近くに世帯をもって夫と共に事業を営んでいる。事業所および工場の2階以上が夫妻の住居になっているという、ごく平均的な町工場経営者家族のようである。昭和43年(48歳)に発病して以来症状は徐々に進行し、49年4月に府中病院で初めて受診した(その時点で演者たちとの接触が始まる)ときは、食事・歩行・排泄に既に介助が入用な状態で、しかも話し言葉は障害のためにききとれないほどであった。そこで初めて診断が確定したが、家族の入院希望はいれられず自宅療養となり、その後肺炎併発のため3カ月府中病院に入院した期間以外は、自宅療養をつづけている。看護の中心は圧倒的に夫であるが、多くの深刻な問題が生じている。府中病院初診後の経過を図示する(図1)。

ここで看護の担当は、夫のほかに、近くの派出婦紹介所から派遣された付添婦であるが、その費用(この付添婦のほかに、主に家政を担当する派出婦がいる)もさることながら、彼女らの看護の質の低さと定着性のなさが問題になっている。

付添いに関する苦情は、もとより夫から強く出されているわけであるが、演者は付添婦の側からも調べ出して

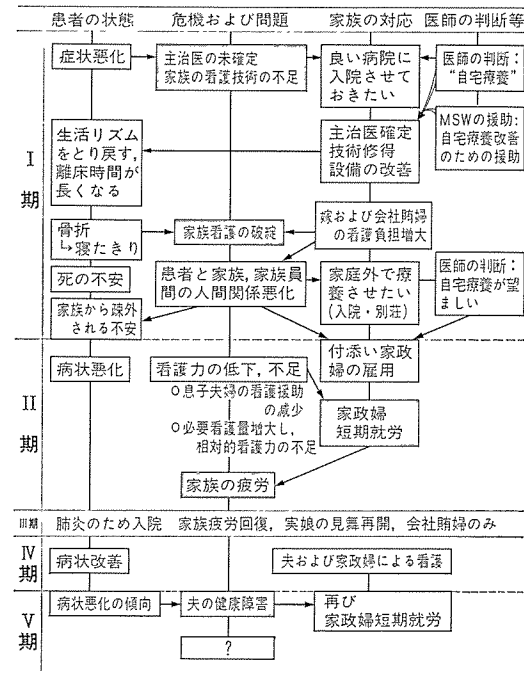


図1 家族の対応の構造

	I	II	III	IV	V
訪問			週1回		
受診同行		月1回	入院		
電話連絡				週1回	
病院との連絡			入院		
保健婦との連絡					
手紙			週2回	週1回	

図2 MSWの援助方法

いる。その両者をこまかに対比、挙列して、演者はこう結論する。

「家族側は適切な看護技術を求めているが、訪問看護婦は得られない。また、付添いは専門的な看護技術や病気の理解の不十分さによる看護困難や、24時間看護による疲労を訴えている。付添いの交替は患者の心身に大きな影響を与えており、Sさん（患者）が必要としている看護技術の確保は、個人的な努力では限界があり、社会的な保障を考えていかなければならない。」

さてMSWの援助の方法・状況（図2）であるが、これがまことに多様なことに、あらためて驚かされる。西川の記述によると、「患者は会話がほとんどできなかったので、潜在的なニーズを探りながら、何とか患者のニーズにこたえたいと試行錯誤の連続であった。また在宅の患者に、PT、STの訪問治療は実現不可能であったために、MSWたちが指導を受けて代行するほか、病気であっても主婦として押し入れの中を整理しておきたいという患者の願いを受けて手伝う……等々、援助の内容は実に幅広いものとなった。それは患者のニーズが非常に幅広く、既成の援助体系では対応しきれないことを示しているのではないだろうか。」

なお、訪問は週1回、平均して約2時間である。そして援助の内容としては、全期を通じてこの所要時間のほぼ半ばが、リハビリ（PT?）とSTとに費されていることが目立つ。

ここで質疑に入り、すぐ前の演題21の演者・谷田から、看護の担い手として、患者の夫以外の家族、それから地域の人たちはどんな役割を果たしたか、という質問、また東京の保健所の一保健婦から、地域の医療機関と保健婦との連携はどうか、という質問が出た。それに対する回答として、息子夫婦と夫との関係が悪化して足が遠のいていること、保健所保健婦も一応訪問のさい同行することがあること、地元の開業医にホームドクターの形で往診を依頼してあること、等が述べられた。また、練馬保健所の一保健婦から、自分の業務の現実からはとてもこのような在宅援助が可能とは考えられないという発言、大阪の一保健婦から、このようなケースを受け持ったら非常に責任が重くなり（それに精力をとられるから）、保健所内の他の保健婦との間がうまくいかなくなるだろう、という発言がそれぞれあった。

\*

\*

## 26. 脊髄小脳変性症の在宅患者への訪問記録

—疾病の経過と患者・家族の生活問題—

伊藤 淑子（東京都立府中病院）

## 27. 重症な患者をかかえて混乱する家族への援助 —経過・各時期の課題と援助および妻の対応の変化—

中田賢市（東京都小平保健所）

高坂雅子・川村佐和子（東京都立府中病院）

## 28. 閉塞性黄疸で在宅療養する男子単身者ケースの問題について —入退院過程での病院ワーカーの役割および在宅療養過程での保健婦の役割—

水上 瑠美子（東京都立府中病院）

松沢 恵美子（東京都小金井保健所）

次の演題26と27も、府中病院のMSWによる在宅援助のケースレポートであるが、27の方は地元の保健所保健婦がチームワークに加わっているケースである。患者の疾患も年齢も近似しており、共に初老期の男性で、四肢麻痺のほかに、言語・えん下の障害を持ち、これが患者の苦痛と家族の不安の最大の因子となっていて、専門家の援助を要求する主な理由になっている。

演題26のケースでは、家族（妻と娘）が看護負担の重圧のもとで、まさに一家総倒れの危機に脅かされている。特に、昭和51年9月肺炎のため入院して気管切開し、以後の危機状況はすさまじい。これに対する援助は保健所保健婦と福祉社は月に1～2回、演者ら府中病院のMSWは月12回に及ぶという（図3、表1）。

演題27では、主として二つの点が強調された。

第一は、援助者が幅広く多種多様であること（表2）で、それらの連絡・調整者としてのMSW、保健婦の役割が浮かび上がってくる。演者らがこの患者と接触を始めて

表1

時 期	援 助
50年2月～現在	在宅診療の継続
51年5月～ "	介助用具の紹介
" 6月～ "	" 公的給付
" 6月～ "	家屋の改造
" 5月～現在	薬品、物品の給付
" 4月～9月	入院先、施設を捜す
" 5月～現在	介護者を捜す
" 5月～ "	家族への介護技術指導
50年2月～ "	家族の精神面の援助
51年10月～ "	開業医、往診

から報告の時点までの、約8カ月にわたる精力的な援助状況は表3に示される。その結論とするところから筆者が、次のようにいくつかを拾い上げてみた。

(1) MSW や保健婦は、専門医や地元主治医との連絡に当たる適任者として、また医学知識・看護技術の保

有者として、在宅重症患者家族に不可欠の技術援助と精神的支援に当たった。

(2) 医師としては、必要な時に専門的医療を提供する専門医と、日常的に合併症の予防や健康管理をする地元主治医の両者が必要であるが、その連携は容易では

患者の状態	危機、問題	家族の対応	必要介護量
昭和42年発病			
昭和47年退職 (四肢機能障害 言語障害はじまる)	減収 職域病院受療不能	妻、就労(昭44より) 娘アルバイト開始 病院を捜す	○入浴時介助 ○食事一部介助
昭和49年府中病院受診	症状の深刻化		
昭和50年在宅診療開始 (四肢機能低下 歩行不能 言語・上下障害 排便障害 褥瘡)	症状の深刻化 介護量の増大	生活用具の工夫 家屋の改造 娘、進学を断念	
昭和51年4月自殺未遂	看護者の必要 夫・妻の失望疲労	老母、同居	○食事全介助 ○入浴 " ○収尿器使用 ○着衣の介助 ○移動時の介助
昭和51年9月肺炎	看護力さらに必要	娘、休職	
昭和51年9月～10月 入院後、気管切開。退院時、病棟看護婦より退院指導をうける。			
昭和51年10月退院	介護者の必要性	娘、退職 減収 娘、再就職 老母一人で看護 老母の健康障害 老母別居 介護力不足 妻、娘二人で介護 妻、娘の健康破壊	○吸引、吸入 ○投薬 ○瘻口の消毒、ガーゼ交換 ○収尿器交換・消毒 ○排泄物の処理 ○食事の準備、介助 ○衣類、シーツ交換 ○清拭、入浴、C検温 ○体位交換

図 3

表 3 保健婦・MSWの行った援助の内容

時期	援助内容	時期	援助内容
III	○病状・経過・問題の把握 ○地元主治医決定のための連絡・調整 ○専門医への受診援助 ○経管栄養カテーテルの入れ方の指導 ○ " の流動食の作り方 ○ " の物品の購入の方法 ○専門医への病状報告 ○栄養量チェックと献立での工夫 ○誤飲時の処置方法指導 ○体位の工夫・呼吸法の工夫 ○吸引器の貸与と購入方法 ○ " 操作と消毒法指導 ○ " 部品補充と修理について ○コミュニケーションの工夫(文字盤) ○妻の不安の受け入れとはげまし	V	○地元主治医との連絡調整 ○緊急時の対応についての調整 ○気管切開の説明と不安除去 ○予測される変化についての情報提供 ○家族の血圧測定・健康管理 ○専門医・看護婦への経過、その他ひきつぎ ○結核についての不安除去(知識の提供)
	IV	○施行中の医療機関の確保について ○ " の注意事項指導	VI
		VII	○酸素吸入の操作について ○患者家族へのはげまし

表 2 III～VII における援助者

- 東村山雍病集団検診班
- 神経研看護学研究室員
- 東村山市医師会  
公衆衛生担当理事
- 東村山保健所保健婦
- F病院MSW
- T保健所保健婦
- T病院MSW
- 福祉事務所身障担当ワーカー
- F病院医師、看護婦
- 地元開業医(N医院)
- 夫婦の兄弟・娘

ない。

(3) 在宅患者にとって、吸引器・吸入器・経管栄養物・酸素等を自費で調達せねばならない。このような現制度は不合理であり、入院患者と同様保険の適用が必要である。

第二は、妻の対応である。重病の夫の介助という身体的・精神的な重労働に加えて、夫の病気が回復の望みのない進行性の難病であるということを知らされている心理的苦悩、病勢の進行が速く、その各段階での正しい医療方針がわからないための不安を負い、その上に医療費・通院費の経済的重圧が加わって、妻の状況は「混乱」と表現される。それが前述の総合的援助、ことに接触当初行われた専門医による的確な治療方針の提示・経管栄養や吸引器等の看護技術の紹介指導、さらに、主としてMSWらによる精神的支援によって、患者の苦痛がうすらぐとともに、妻も安定してきた。結局は刻々と末期が近づいて、救命の方法がないために焦りと怒りに駆られつつも、彼女は迷うことなくそれを乗り切る。

演題 28 は前の 3 事例と多少様相を異にして、単身者の劣悪な療養生活を、病院 MSW と地域の保健婦の援助活動によって、一応堅実な療養生活に立ち直らせることのできたケースの報告である。報告者によれば、患者は 42 歳男子、工員、昭和 49 年 10 月府中病院に入院、この時点で演者との接触がスタートする。それまでの彼の入院歴は複雑で、昭和 43 年以来肺結核と閉塞性黄疸、さらにアル中での入退院を、4 つの病院にわたって反復している。結核の方は幸い治癒したが、閉塞性黄疸の方はむしろ悪化しつつある状況であった。

その一因は、彼が「内向的で神経質な性格のため、病棟での療養生活に疲れてしまう傾向があり、小康状態になると在宅での療養を希望」して、「自己退院」することである。今回の入院中、紹介されて他の病院へ転院し

て腸瘻造設の手術を受け、再び府中病院へ復帰している。ところがやはり、「半年もたつと療養に疲れ始め、退院を希望」したが、主治医が許可しないという状況になった。しかし、病院の近くに居住して通院に負担がかからず、療養生活を管理できるならばよいということで、ワーカーはアパート探しにも積極的に援助している。

退院後、患者は地域保健所の保健婦の指導のもとに、浸出液処置・入浴・食生活など衛生健康管理の方法を学び、精神的・身体的に回復してきたのである。

本報告の後半では、保健婦の居宅訪問の経過が詳細に述べられた。それは患者の生活全面にわたる。まず生活費の予算作成。1 カ月の生活費は生活保護費（2 月分の例では 45,130 円）以外にはない。その枠内ですべてをまかなって、大切な食費をできるだけ残さねばならない。結局、1 日平均 611 円の食費となる。そこで、食事指導が始まる。病気の性格上、それが最も肝腎の療養技術でもある。1 週 1 回の訪問指導のほか、時には保健所の栄養士にも同行してもらって、材料購入から始まる「実習」も施行した。その結果、従来のインスタント食依存の劣悪な食生活から一転して、「作る楽しさも味わい、元気になったら調理師になろうか、といい出すようになった」という。

この最後の事例、すなわち食事療法を中心とする単身療養者の訪問指導の成功例は、出席者、ことに保健婦諸氏にかなりアピールするものがあつたようで、演題 26～28 に関する質疑はすべてそれに集中した観がある。その中ではやはり、保健婦がこのような濃厚な訪問指導の必要に迫られるとき、保健所の訪問指導業務全体の中でそれがどう位置づけられるかという問題が、大阪の在宅難病研究会の一保健婦から提起され、若干の討論があつた。

## ◇問題点の考察◇

以上でこの紹介記録を終えるが、その過程で筆者の感じた問題点を、考察がまだ浅いけれどもあえてつけ加えさせていただく。

### 1. 演題提出者の層の厚み

今回の社医研演題総数 42 のうち、この寝たきり老人・難病のブロックに組み入れられたものは 16、全体の実に 3 分の 1 強であるが、内容においては、一昨年・昨年の社医研報告記録を読んで比較してみると、深まっているとはいっても、少なくとも、広がっているとか、新しい展開や変化があつたとは、いえないようである。その

原因の一つとして、演題提出が京都と東京のそれぞれ一つのグループにほぼ限られていたことがあげられる。こうなると、発表された個々の地域、個々のグループの実践例が、日本的広がりにおいて現状ではどう位置づけられるか、少々わかりにくくなる。本来、討論によってその欠点が補われねばならないところであるが、そういう全体的視野に立っての発言が少なかったのは残念であり、座長の 1 人として責任を感じる。

### 2. 京都グループと東京グループとの差

一般に二元論は、事柄を割り切って扱うので、時に大

きな誤りを生じるけれども、論点の整理に便利なのであえて採用してみる。一口でいえば、京都は地域指向型、東京はケース指向型といえようか。

前者の例は、谷田の報告が示しているように、九条という地域の特殊性を離れては、演者らのアプローチは考えられないといってよい。これに対して、東京グループの演題群では、地域の特殊性は全く出てこないといってよい。隣人ないし隣組・学区、核家族外縁の家族・親族など京都の報告で頻繁に出てくる名称に、東京のそれではほとんどお目にかからず、代わりに出てくるのは、関係医療福祉の諸機関でなければ患者会や有志市民グループ（ボランティア）である。もちろん前者が老人を、後者が難病をテーマにしている以上、当然の成行きといえるかもしれない（国や都の指定を受けた「難病」という形で規定すると、その患者数において一つの地域ごとに積極的ケアに取り組むにはあまりにも少なく、また診断治療に決定的役割を演じるのはやはり専門医療機関であるが、それはふつう地域の外にあるだろう）。しかしそれでは、京都では難病の在宅ケアはどうなっているのか、東京では老人の地域ケアはどうか、やはり比較してみたいところである。次の社医研の要望課題にどうであろうか。特に東京には、あの豪華な設備と人員を擁する都立老人専門病院がある。それを含めて都養育院の総合的な老人ケアが、報告されることを期待したい。

とにかく、京都からは老人問題が、東京からは難病が報告されたという事実、お互いの土地柄が反映されたという印象を抱かされた。

### 3. 被援助者の選定の基準

京都・堀川病院を拠点とした「要援護老人」の選定（登録）の手順はすこぶユニークであって、定められた11の登録項目に従って地域ごとに老人会がやるということは前述の通りである。これにはもちろん難点はあるとしても、住民参加を貫いたやり方として評価できる。

一方、東京の方のMSWや保健所保健婦を中心とした難病患者の在宅援助の場合は、それが必ずしも明確ではなかった。この点が、そのような濃厚な援助サービスが、援助者あるいは援助機関（たとえば保健所）の側の全体の中での位置づけはどうか、という意味の質問が多数出された最大の理由であるように受け取られた。換言すれば、援助を必要としながら、あるいは援助を援助機関に要求したにもかかわらず、援助者側の都合によって、援助を受けることのできない患者やその家族がいるであろう、という推測が成り立つと思うのである。現状では、ニードつまり需要に対する供給側の力不足と体制不備のため、供給側が被援助者に優先の順位をつけるために一

定の基準を設けることは、避けられないであろう。

問題は、その基準の内容である。供給者がたとえば民間の医療機関であるとするれば、営利とまではゆかなくても経営保全の棒がガッチリとはめられるであろう（非採算医療を建前とすべき国公立病院でも、それを免れ得るかどうかが疑問であるが）し、ボランティアであれば、小グループないし個人の自由な意思にまかせられて、とりわけ矛盾は生じないが、公的サービスがそのようでは困る。

難病医療における需給のアンバランスについては、次に記すような面もあることを、筆者の日常経験から一言しておこう。私の現在いる病院は精神科を主としているが、この地域（東京南部）は精神医療過疎地といわれるだけあって、ベッドは常に満床で、入院要求をことわるのに苦労している。したがって、結局、入院受け入れの順位があり、これにはやはり病院側の人員設備の能力が決定的要因で、「手がかかりすぎる」という形で婉曲におことわりするケースが多い。ところが、中には地域の有力者や区会議員あるいは患者団体の役員等と称する人から、入院させてくれと要求されてくることがある。この点は、かつて筆者が都立の施設にいたときも同様で、公立だからといって、需要に対する供給の順位が合理的に決められるとは決して保証できるものではない。

寝たきり老人や難病患者に対するMSWの在宅援助や、ナースによる訪問看護は、現在のところまだきわめて限られた数の病院や市町村で実施されているにすぎないと聞いている。そういう状況のもとで、今回の演題報告のような在宅援助をあえて遂行しているMSWや保健婦の努力は、対象者からはおそらく恩恵として受け取られ、感謝されるであろう。しかし、この在宅援助の制度がもし普及するならば、次第にそれを受け取ることが、難病や重度の心身障害に悩む住民の権利意識として定着してゆくとと思われる。そうなった暁には、援助するMSWやナースと被援助者との間に、緊張関係が生じないであろうか（今回の報告に対する質疑では、質問者たちの関心はもっぱら、援助者とその同僚、もしくは他の職種者との間の摩擦の懸念に向けられていたが）。

何しろ在宅援助のあり体は、生活保護の給付などとは違って、援助者が文字どおり身体を張って行かねばならないものだから、被援助者側の家族状況や住宅条件などのよしあしは、たちまち援助者自身の労働負担に大きな違いとしてはねかえてくる。そうなると、行政サービス一般の風潮として、「弱者切り捨て」の現象が起りかねないことが、今回の質疑応答の空気からも容易に察せられた。

在宅援助を受けることが、医療・福祉の基本的権利を奪われがちな住民の権利にもとづく当然の復権的要求であるならば、それに対応する責任の所在は自治体・国にあるほかはない。つまり、自治体や国の行政としてそれが具体的に実現されなければならないわけであるが、そのためには人的・物的資源を含めて自治体や国はどのような条件を備えなければならないか、という問題が出てくる。これはまさに、今回の社医研の他の大きな柱「国・自治体レベルの保健行財政」問題につながるテーマであるが、そちらの方の演題報告は同じ時間に会場を別にして行われたので、出席者は兩者をつなげて考察・討論する機会を得ることができなかった。後から惜しんでも始まらないが、社医研の発表形式に今後大きな改革が必要であるかもしれない。

#### 4. 在宅ケアか施設ケアか？ 施設とは？

これから後の記述は、社医研での演題報告や討論から多少それ、むしろ筆者の私見というべきであろうが、この機会に追加することをお許しいただきたい。その第一が、ケアの場所に関することである。

筆者の身辺をみわたしたところでは、在宅ケアといっても、寝たきり老人や難病患者をかかえ、せめて安心して天命を完うさせるだけの家族看護力や住宅条件を備えたものは、むしろ幸運という感じである。その上にさらに、外からの専門的看護やMSWのサービスにあずかるということは、期待する方が非現実的だというのが、会場の声のようであった。この点はいかに保健従事者が頑張っても、さしあたりどうにもならないという悲観論に筆者も傾く。核家族化し、地域の連帯が欠如した大都市ばかりでなく、地方山村でも事情は異なるが、在宅ケアの困難なことは奈倉の報告したとおりである。その中で、寝たきり老人に対する近隣者の訪問が、当初以外はきわめて少ない。その原因は、主として介護者に対する気がねである、という説明が印象に残った。在宅ケアが地域社会の相互援助を助長するのではなくて、反対に相互の疎外・孤立化を促進する方向に働くのである。

病院ケアと在宅ケアのほかの第三の選択はどうか。それは一口でいえば、いわゆる（中間）施設ケアということになる。老人・身障・枯薄および精神障害など、それぞれにとくに制度化されており、病院外ケアのある部分をとにかく占めていることは事実である。ただし、その質量ともにきわめて不満足であって、多様化し、深刻化した今日のニーズにとっても対応できない現状にあることは周知のことである。そればかりではなく、安上がり医療の手段だとか隔離、切り捨て政策の一環だとかいう、その存在の本質にかかわる攻撃をも蒙っ

ている。しかし、だからといって、施設とのかかわりを回避してしまうことは、現実的とはいえない。今や個々の家族は、主体となるにはあまりにも貧弱である。施設はそのためのやむをえぬ代替物というだけにとどまらない、と筆者は考える。少し大仰な表現を用いると、地域社会再建の一つの拠点という積極的意識を、施設は担いようものではないだろうか。住民が奪われた暮らしの主体を取りもどすためには、彼らが主体的に参加するにふさわしい共同の事業とその場がある。地域にいる老年や慢性病で要介護の弱者たちを、地域外の病院・施設に追放することはもとより、地域内であってもひっそりと孤立化し、重い負担にあえいでいる個々の家庭にとじこめておくのでは、この新しい地域社会の根は育ちえないだろう。そのようなものとしての施設の備えがなければならない、二つの原則がある。第一は、それが小規模であること、第二は、科学にうらづけられた合理的、全人的ケアの保証としての看護主導型であることがそれであると私は思っている。

しかし、現実にもそういうものが存在しない以上、現に病院や保健所で働いているナースやMSWが、院外ケア=在宅ケアを志向するのはやむをえないとしても、将来の展望として、あるべきナースやMSWのケアの場を語る時、施設の存在を忘れないでいただきたい。その実現への抵抗がいかに強くとも、その抵抗は官僚とか医師会とかの古いギルド的な体質からであって、当の住民からのものではないということが、心あるナースの胸の中には刻みこまれていと信じたい。日本人の多くが天寿を完うしえたとしても、その直前に長い心身の不能期を経過しないですむかどうかはなほだ心もとなく、その予防の確実な手段は実際にはないといってよいだろう。そうなったとき、わが身をよせるべき病院・施設、あるいは信頼できる親しい看護者を確保している（と自信を持っている）人は、どの位いるであろうか。体力だけでなく、意思表現能や、そもそもの意志や分別さえも喪失したときは、少々の財産を持っていても何の役にも立たないことは、日常身辺の事例で見聞するところである。筆者自身医師であり、また慢性病者のケアの従事者でありながら、その自信はない、恥ずかしいことでもあるが、とにかく、その保障が広範な国民層から切実に要求されるようになってから既に久しいのに、その実現の歩みの何と遅いことだろう。

#### 5. 東京都の医療・福祉行政における住民参加の現状

前に京都グループと東京グループの違いを論じ、京都における地域指向が東京では欠如しているようだったが、京都グループでは社医研のもうひとつの会場で、



山下が「地域保健・医療問題の取り組みの今後一京都での試み(中間報告)―」(演題4)という報告をしている。それによると、京都市は「広く市民各層との共同思考、共同作業によって、……施策を総合的系統的に策定し、その総合施策にもとづいて市民と自治体が互いに役割分担してゆく」との考えに立って、市民各層からの代表48名から成る委員会が発足し、「2年にわたる議論の結果を“市民の健康と福祉に関する総合政策の体系のあり方”」と題する答申にとりまとめ、昭和51年7月、市長に手わたした、とある。奈倉の京都府下の寝たきり老人の調査報告に資料として援用され、京都市社会福祉審議会の昭和51年11月提示の第一次答申中、この線に沿うもののである。

この過程は、全く完璧といってもよいほど模範的なものにちがいない。あとは一つひとつの京都市の行政のデテールにおいて、それがどのように生かされていくかを、見守るだけといってよい。

一方、筆者もその住民の1人である大東京の実情はどうであろう。残念ながら、京都市の「市民の健康と福祉に関する総合政策の体系」に相当するようなものが存在するとは、聞いていない。少なくともこの社医研で、東京についてそのような報告や論議がなされた記録はなさそうである。一町医として筆者がある程度の「ケースワーク」をやって体験している限りでは、末端の行政機構

で医療・福祉に関して住民参加など、とても話にならない空気というほかはない。

もちろん、東京にはたとえば「シビルミニマム」という言葉に象徴される革新都政があり、それなりに生活の基本権としての健康な環境を守ろう、これ以上破壊させまい、という「住民運動」に関しては、決して弱いということはない。しかし、行政側がそれを積極的に受けとめているかどうか。都という大きになれば、もう巨六すぎて住民意識の対象になりがたいというのが、都民の実感であろう。むしろ、住民(による)監視の目の届きがたいところに、革新都政といえども非能率と腐敗が免れがたいというべきかもしれない。区や三多摩各市の自治体行政については筆者は情報不足であるが、それでもたとえば、いくつかの市が施行していると聞く老人訪問看護や老人給食などの、たぶんささやかな試行の行政サービスが、次々に整備、新装される都立病院群や、老人専門病院、ナーシングホーム、研究所を包含する板橋の都養育院の総合的老人ケアのプロジェクトとどのようなつながりを持つのか、解明を必要とすることを附言しないわけにはいかない。たとえそれが、社会医学の徒としてよりはむしろ、医療・福祉の末端担当者の1人としての、「代弁的」発言であるとしても。

(まとめ 山本理平)

## 日本列島

### レプトスピラ症急減

一沖 縄一

沖縄本島の北西部沖合いにある伊是名島の伊是名村では、昭和43年にレプトスピラ症で1人の死亡者を出しているが、最近の同患者の発生状況を見ると、昭和48年には20人、49年に14人、50年に42人、51年には36人となっている。

同疾患は、主にネズミが保菌動物となり、その尿で汚染された水田に入った人達から発病している。すなわち、昭和50年は42人のうち31人、51年は36人のうち34人が、同村での一期作の稲刈りの時期に当たる7月と、2期作の田植えが始まる

8月に発病している。

このような状況にあるため、県ではかねてから国に対し、レプトスピラ・ピロゲネスに対する予防接種ワクチンの開発を要請していたところであるが、今年に入って、国立予防衛生研究所などによって開発され、同研究所、県(公害・衛生研究所、名護保健所・伊是名診療所)、伊是名村等によって、水田に入る前の5月30日から6月10日までの間に、同村で予防接種が行われた。一週間の間隔で2回の予防接種を受けたのは、小・中学生241人を含む計803

人であった。予防接種の効果はきめんで、8月末日までには50年、51年の約3分の1の10人の患者しか発生しておらず、例年からみて今後の発生はないと考えられる。この10人の患者のうち、3人は予防接種を受けておらず、レプトスピラ・ピロゲネス2名、ヘブドマディス1名となっている。残りの7人は予防接種を受けたが、そのうち6名はレプトスピラ・オータムナリス、1名はヘブドマディスであり、ピロゲネスの発生はなかった。

このようなことから、今後上記のタイプを加えた多価ワクチンの開発について、国に要請していくことを検討しているところである。

(沖縄県環境保健部長 伊波茂雄)

## 保健・医療・福祉活動の連携

### II. 難病 (演題 29~34)

<座長> 園田 恭一\* 佐久間 淳\*\*

#### はじめに

ここでの報告は、29のスモンに関するものと33の肢体不自由児施設と保健所の協力例を除き、難病に関する共通的研究方向のものである。まず、スモンが主として医療のサービス過程のあり方から派生しており、また難病がその原因や治療法を不明としている点で、とくに医療人としては責任を感じる。

ところが、演題からみてもわかるように、前者に関してはリハビリテーション、後者に関しては患者・家族に対する医療・福祉援助という、かつての医療があまり重視しなかった面にスポットがあてられていることが、まず目につく。しかしながら、こうした側面と合わせて臨床医からのアプローチなどが、並行してなされていたならば……と、いささか欲の深い願望を抱くのである。

#### 29. スモン患者のリハビリテーションの現状と問題点

手島 陸久(東大・保健社会学)

この研究は、第一に、わが国におけるリハビリテーション医療の後進性を指摘する。第二には、スモンを1つの例として、加害に対する社会的なあり方を明確にする。このような意味で注目したい。もし加害構造が曖昧にされるようでは、このような悲惨な出来事の再発が防止できないことになる。そして第三には、リハビリテーションを含め、適切な医療サービスの体系化について述べている。この点に関し演者は、スモン調査研究班保健社会学分科会の一員として、3年にわたる調査研究に基づい

て、一つの方向を示そうとする。

#### (1) スモン患者の身体障害と社会福祉の状況

患者の多くはいまだに足腰のしびれや冷え、運動障害・視覚障害などさまざまな障害や症状に苦しんでおり、その半数近くが着がえ、入浴、排便など日常生活動作に不自由・障害をかかえている(表1~3)。

#### (2) リハビリテーション医療

これらの状況に対し、演者は機能回復への取り組みを強調した。発病後時間を経過したために、十分な効果が得にくい状況にあるが、理学療法や鍼治療が継続的に十分行われれば、機能の回復やしびれ感の改善には、一定の効果がある。

ところが、リハビリテーションを希望しても、①近くに専門病院や施設がない、②入院費用や介助の負担のため受療できない患者が多い、などの事情があり、これらの改善には、①専門病院・施設の拡充、②この療法の普及および一層の研究、③患者の入退院に対する援助対策などが重要であると指摘した。

#### (3) 補装具、生活用具の利用と住居の改造

患者の生活動作の改善には、①患者自身の機能回復、②補装具などの利用、③住居・施設等の改善が考えられる。しかし、発病による収入減と支出増のため、それらの改善が不可能な場合が多い。これには、公的補助ならびに補装具等の貸与などの援助対策が望まれている。

#### (4) 職業的リハビリテーション

また、身体障害者福祉法などによる施策や一定の生活保障もあるが、それだけではなく「生きがいのある職業」につけるようにすべきである。そのためには、職業訓練などが必要になるが、現実には、(a) 施策利用についての情報の不足、(b) 施策利用上の制限、(c) 健康管理に必要な医療サービスの不備、などにより、これを利用できないことが指摘された。

#### (5) まとめ

わが国におけるリハビリテーションの現状を反映し、

\* そのだ・きょういち 東大・保健社会学

\*\* さくま・きよし 帝京大・医療社会学

表 1 主な身体障害・症状

身体障害症状		地区				
		埼玉 (21)	愛知A (45)	愛知B (12)	愛知C (31)	鹿児島 (36)
知覚異常 (知しづれ感)	腰以上まで	1	15	4	13	10
	腰まで	4	12	6	11	11
	大腿部まで	7	12	1	6	7
	足首まで	5	5	1	1	5
	手先・上肢*	0	1	2	5	2
	なし	5	1	0	0	3
知覚異常(冷え)「あり」		13	44	12	30	33
歩行障害	歩けない、要介助	1	0	5	5	6
	杖があれば歩ける	0	2	4	10	9
	長く歩けない	8	32	3	14	12
	(ほぼ)前のように歩ける	12	11	0	2	8
視覚障害**	(ほぼ)全盲	0	0	2	1	2
	眼がみえにくくなった	14	29	10	18	13
	それ以外の症状	9	17	7	18	9
	変化なし	5	16	0	7	12
腹部症状「あり」		11	33	9	25	29

注：<sup>1)</sup> \* 「手先・上肢」のみ重複回答。

<sup>2)</sup> \*\* 複数回答。

表 2 日常生活動作

日常生活動作	鹿児島 (36)					埼玉 (21)	愛知A (45)	愛知B (12)	愛知C (31)	
	食事が できる	排泄 できる	入浴 できる	屋内 移動 できる	全 体					
ふつうにできる	31	19	20	19	24	18	13	21	2	4
不自由がある	5	14	13	11	10	11	7	24	1	24
一部介助がある	0	3	2	3	1	4	1	0	4	3
全面介助がある	0	0	1	3	1	3				

表 3 日常生活の状況

日常生活の状況	地区				
	埼玉 (21)	愛知A (45)	愛知B (12)	愛知C (31)	鹿児島 (36)
職業についている*	12(7)	37(33)	3(2)**	5(5)	9(6)
家事に従事している*	6(4)	1(1)	1(1)	10(10)	10(6)
身のまわりのことだけ はしている	2	7	4	13	10
介助を受けている	1	0	4	3	7

注：<sup>1)</sup> \* ( ) 内は、そのうち、「困難・不自由がある」もの。

<sup>2)</sup> \*\* 「通学している」1例を含む。

スモン患者に対するリハビリテーションは、極めて不十分なものとなっている。この改善には——①専門職の養成と活動の体制整備が急務であり、また、②患者や家族に対しては、これら社会資源の有効な活用のための情報提供が必要となる。同時に、③各種の救済施策が国の責任において体系化され、④加害者が責任を自覚し、患者

および家族の生活保障を十分行うべきである。

### 30. 多発性硬化症患者に対する医療・福祉援助の方法

山本 多賀子 (東京都心身障害者福祉センター)

#### (1) 症状の発症と特徴

この疾患は中枢神経に病変をきたさせ、視力低下、運動マヒ、異常知覚、感覚低下などを主症状とするものである。女性にやや多く、30代をピークに発症し、症状が多発する。そればかりでなく、妊娠やカゼなどによっても再発し、一進一退を繰り返す。また、患者の心理的状況にも大きく影響するといわれ、発病初期には腰痛、足のもつれ、視力の低下などが現われることが多いという。

#### (2) 初期における対応策

患者は病気および失明に対する不安を強くするので、不安の除去、ストレスの解消ならびにその防止など、具体的な問題解決のための援助と心理的サポートが、ソーシャルワーカーの重要な役割である。そして、なるべく早期に専門医の診断を受け、適切な治療が受けられるように援助することが必要であると強調された。

専門的治療を受けることによって症状が軽くなり、一時的にはよくなるケースもあるが、職業・学校生活を中断せざるを得なくなり、孤立化する患者が多い。このような時に、専門医およびMSWなどは、患者をはじめ家族に対して、病気についての説明を十分し、不安の除去を図るとともに、予後の見通しに応じた生活設計を援助することが大切であるという。要約すると、①心理的サポート、不安の除去、②社会資源の紹介、利用の援助、③確定診断後の難病医療公費負担制度の利用・手続方法の説明、申請への援助、④同じ病気の患者・家族を紹介し、患者会などによる治療生活に関する情報の交換、励まし合いによる精神的支え、⑤確定診断後に積極的な治療が受けられるように本人へのサポートと、それらの条件の整備、などが必要であると報告された。

#### (3) 慢性期における症状と対応

この時期には視力低下が進み、上下肢マヒ・失調症状・知覚異常などが現われ、身体障害が固定化する。したがって、日常生活動作にも不自由をきたし、退職、学校中退、家事・育児の困難などの問題が起こってくる。このため、患者は予後に不安を強め、自信・生きがいを失う。ことに患者が生計維持者である場合には、収入の道が閉ざされ、家族は生活不安に陥り、看護疲れなども加わって、家族関係が悪化する。

MSW は専門医など医療関係者の助言や協力を求め、症状の安定した時期をみて、社会復帰をめざした援助を行う必要がある。また、社会福祉事務所のワーカーなどと連携し、身障者福祉制度の利用を図るとともに、本人に適した生活の建て直しをめざし、病気をコントロールしながら社会復帰できるように援助することが、この時期のポイントであると述べた。

#### (4) 病状の悪化と対応方法

病状が悪化してくると、病院および家族に対して、高密度のケアが要求される。これは本人はもとより、家族への経済的・精神的負担を増し、本人や家族の不安・ストレス・疲労を招くことになる。ことに入院による室料差額をはじめ各種の自己負担は、著しい生活の圧迫となり、入院の継続を困難にすることが多い。

これに対して MSW は、患者の精神的安定を図る一方、介護態勢を整え、さらには経済的負担を軽減するよう、制度の活用を促進し、援助に努める必要がある。しかし、本疾患などに対するわが国の制度はいまだ不十分であり、さまざまな問題があるが、MSW の援助をおととして、その解決を進める途があることも指摘された。

なお、在宅患者に対しては、医師など医療・福祉に関する専門家の協力のもとに、本人および家族を支援し、同時に、介護人の派遣や緊急一時保護制度、重度障害者手当法などとともに、ボランティア活動を活用する必要があることが強調された。

### 31. ベーチェット病患者に対する援助

磯部 博明 (東京都心身障害者福祉センター)

この疾患が高率の失明を伴い、患者および家族に広範な生活障害をもたらし、心理的・社会的不安と苦悩を引き起こすことが指摘された。しかる後に、ソーシャルワークの要点として、

①患者自身が疾病とたたかいながら生きがいを再発見し、生活を再構築できるように、医学的・心理的・社会的な各種のニーズと問題を的確に把握し、対応していくこと、

②疾病の進行にしたがって、諸問題とニーズに対応した個別的援助が必要であり、とくに失明前後からリハビリテーションの時期がキーポイントになること、の2点が指摘された点に注目したい。

#### (1) 発病期における症状と対応

この疾患は、口腔粘膜の再発性アフタ性潰瘍・ヒフ症状・眼症状・外陰部潰瘍を四大症状とし、再発・再燃傾

向の強い炎症疾患であり、高い失明率とともに難治性において注目される。なお、発病と同時に四大症状が出現することは少なく、口腔粘膜のアフタ性潰瘍は必発症状であり、他に先行して出現することが多い。そして、このアフタは短期間に出現・消失を繰り返すため、食事等の時に痛みを感じる程度でみすごされがちである。

眼症状としての紅彩毛様体炎・網脈絡膜炎は、初期の自覚症が結膜の充血やまぶしさ、涙が出やすい、という程度で、初めは比較的軽く治りやすいこともあって、結膜炎と思われるなどして軽視されがちである。このような反復的治療を繰り返すうちに、眼科または内科等から専門医療機関に紹介され、ベーチェット病と診断されることが多いと説明された。

この疾患が 20~34 歳の男性によくみられ、初期症状がみられても仕事優先の生活などの中で、なおざりにされやすい。ここではとくに、発病期における家庭医から専門医療機関への連携が重要であり、ソーシャルワークの要点でもあることが指摘された。

#### (2) 進行期における症状と対応

この疾患は、眼症状が出現して数年以内に約 40% が失明し、さらに 30% が失明に近い状態になる。これには数年から 10 年近くかかり、徐々に悪化する。したがって患者は、視力障害がどの程度で止まるか不明であるため、不安と苦悩が増し、生活設計も立たずに、精神的・肉体的・経済的に追い込まれていく。またこの時期には、先の四大症状のほかに、副症状として関節炎症状・消化器症状・副睾炎・血管系症状・神経症状を伴う例もある(初期から出現する例もある)。一般的には、発病期には病気に対する理解も乏しく、医者まかせであった患者も、診断名が確定し、難治性疾患であることを知るにつれ、焦燥して病院等を訪ね回ようになる。

他方、離職による収入の途絶や医療費の増大などによる家庭崩壊の危険に直面した患者・家族に対し、ソーシャルワーカーは、①問題状況を明らかにし、社会資源を有効に活用または開発し、具体的かつ個別的に援助する、②とくに失明の不安と恐怖にある患者に対しては、不安などの除去に努める、③医療面・社会面に関する情報を十分提供し、障害の克服と生活の再確立をめざす援助を図る、などの必要性があることを述べた。

最近では症状による薬物投与と技術が向上し、致命的な失明に至るケースが減少しており、ストレスの軽減を図るなどの方法によって、症状が安定し、失明をくい止める患者も多くなっている。これらの点から、適切な援助の重要性が力説された。

### (3) リハビリテーション期における症状と対応

失明などの障害があっても、症状がほぼ安定し、社会復帰する段階にある者に対しては、可能な限り早期にリハビリテーション・プログラムを提示し、不安やショックを軽減することが望ましい。生活訓練には、①移動能力の習得、②コミュニケーション手段の獲得、③日常生活動作の自立、が目標とされている。しかし、その施設利用上では、①症状が安定しているという保証のあること、②職業訓練が、あんま・鍼・灸（三療）を中心としており、職種の設定があること、③原職復帰への努力がなされ、その受け入れに対する理解があること、ならびにこれらが重要である点が指摘された。

## 32. 難治性肝炎患者の特性とソーシャルワークによる援助方法

寺田 雅子（東京・河北病院）

### (1) 難治性肝炎の特性

演者は、まず難治性肝炎の種類として、慢性肝炎、肝硬変、ヘパトーム、劇症肝炎をあげている。慢性肝炎には、急性肝炎が1年経過しても完治しないもの、また自覚症状がなく潜在的に発症するものが入っている。さらに、慢性肝炎には肝硬変にいたる「活動型」と、症状が安定している「非活動型」のものがあるとされる。肝硬変にはヘパトームとなり、肝癌を併発するものがあり、劇症肝炎は急性肝炎から生じ、多くは急激に発症して死亡する例が多いと述べた。

### (2) 原因および治療法

本疾患の原因には、ウイルス、アルコール、薬剤の副作用などがあり、検査方法には腹腔鏡、肝生検による病理組織学的検査、肝機能を調べる血清検査、尿検査がある。しかし、治療法には特效薬もなく、安静と栄養が必要とされ、慢性肝炎には副腎皮質ホルモンが用いられるが、副作用の心配もある。劇症肝炎には交換輸血することがあると報告した。

### (3) 発病・軽症時の援助方法

この時期には自覚症状がなく、検査以外に方法はないが、早期発見・早期治療が重要なことはいうまでもない。また、病態によって予後が異なるため、長期観察と個別指導を必要とする。ことに、自覚症状のない慢性疾患のため、患者が病気の特性や療養の方法を正しく理解し、適切な療養生活を設計し、実行することは容易ではない。なお、ソーシャルワーカーによる援助の方法は、他の報告とも共通するので、これらも参照されたい。

### (4) 重症期の援助方法

発症・軽症の時期における援助に加え、この時期には肝硬変などの診断により、失業、その他による経済的な生活不安定に陥り、入退院を繰り返したりする。したがって、①年金、公的扶助の紹介などによる生計の援助と精神的安定を図るとともに、②内部障害者更生施設入所実現を働きかけ、また、③アルコール中毒患者は精神科と内科の治療が受けられる専門医療機関を拡充する、などの必要性が強調された。

### (5) 最重症の時期の援助方法

腹水・出血傾向等がみられ、患者は死の不安を感じ、入退院を重ねる。ここでは、①精神的安定を図り、②在宅患者には救急時の医療体制を整え、患者が長期にわたって寝たきり化する場合には、④ホームヘルパーを派遣し、⑥介護料の援助をする、など社会資源の拡充、が必要事項として指摘されている。ただ、その場合にも、難病疾患を専門に扱う医療施設と、在宅患者のケアを結びつけた一貫性のあるサービス体制を整備することが急務であると考えられる。

## 33. 肢体不自由児施設と保健所の協力活動の試み

内藤 とし子（東京都立北療育園）

都立北療育園は、脳性マヒ児を中心とした肢体不自由児のための施設であり、ここでは都衛生局の委託によって昭和43年以来、在宅心身障害児巡回療育指導を行っている。この間紆余曲折を経て、最近では保健所との協力による地域活動を展開しており、この経過が報告された。これらの機関の協力が困難な状況下での成功例として、これに注目したい。

### (1) 巡回指導実施経過

当初は、保健所で把握した対象児を保健所に集めて扱う方法がとられたが、対象児が減少したので、この方法は途中で中断した。そしてその当時、地域通所施設への通所児が急増し始めていたので、そこでの療育指導援助へと切り替えられた。この背景には社会的要請もあったが、巡回要員の不足、在宅指導上での保健所の役割の不明確などがあり、かえって大きな損失であったという。

昭和47年に巡回要員の補充がなされ、再検討の結果、①地域通所施設への技術援助、②早期発見・早期療育のルートの作成、③在宅児の訪問指導を重点とし、PT・看護婦・MSWの3名でチームが編成された。脳性マヒ児の早期療育が関係者の間で取りざたされているが、北

表 4 対象児の状況 (昭和 51 年 4 月～52 年 3 月)

年齢	初診時暫定的診断									処 遇					
	危険児	発達遅滞	正 常	脳性まひ	精 薄	ダウン症	その他の障害児	その他い	計	経過観察	北療	他機関	保健所	グループ	不要
0歳	21	48	42	1		7	14	3	136	58	22	14	11		31
1	2	14	6	2	4	3	2	4	37	11	9	4	4	1	8
2			3	1	4		5	1	14	2	2	2	2	2	4
3		2	11	2	1		9	2	27	3	4	2	2	1	15
4			1				3		4			2	1		1
5		1					2		3				1	1	
6		1					1		2			1			1
計	23	66	63	6	9	10	36	10	223	74	38	25	21	5	60

表 5 訪問指導児の年齢別病名 (昭和51年10月～52年3月)

病名	年齢								計
	0歳	1	2	3	4	5	6歳以上		
脳性まひ			1	2	1	1	1	6	
水頭症	1	1	1					3	
てんかん+精薄			1	1	1	1		4	
その他	1		1		1	1		4	
計	2	1	4	3	3	3	1	17	

表 6 訪問指導児の影響

通 所 中	通 院 中	家庭事情により在宅	未 指 導
5	5	6	1

注：家庭事情の内訳 両親の病気 1, 母親の蒸発 1, 家業 2, 難病の家族 1, 兄弟 1

療育園を訪れるケースは、病院などをめぐった末に来るので、1～2 歳を過ぎたものも多く、乳児健診等初期に発見できる場としての保育所との連携の重要性が痛感された。

この結果、療育園主催による保健婦対象の講習会が開かれ、練馬保健所とのつながりができ始めた。一方、地域との取り組みは、多摩療育園ができるまで、主として多摩地区を中心とした通所施設への技術援助をもってなされた。

### (2) 練馬保健所における経過

昭和 47 年から定期的に月 1 回、保健婦の抱えているケースを対象に療育相談、就学相談、施設入所、訓練や治療上の相談が手がけられた。しかしながら、療育園から医師を常時派遣することが困難であったことや保健所側の事情もあり、これは関心のある保健婦による協力、という範囲にとどまっていた。

それが昭和 51 年に医師の常時派遣の決定や、熱心な保健婦の働きかけにより、保健所全体から協力が得られるようになった。また、区内の石神井保健所の協力も実

現し、開始 3 年余りで練馬区全域をフォローできる“クリニック”として、軌道に乗り始めたことが報告された。

### (3) 早期発見・早期治療

昭和 51 年における対象児は表 4～6 に示されるとおりであり、初診児は月平均 13.6 人である。処置としては、①運動発達の遅れ、将来、脳性マヒまたは精神薄弱等の危険があるケースは、北療育園または専門機関に紹介し、早期療育ルートに乗せること、②運動発達の遅れが心配されるケースの経過観察には、1～2 カ月に 1 度医師のチェックと月 1 回の訓練口を設け、指導すること、③育児上の改善で相当効果があがるケースも多く、遠くに通えない在宅児も訓練日には来所して指導を受けること、などがある。

### (4) 在宅児訪問指導

昭和 51 年から、保健婦の協力のもとに在宅児の訪問指導を始め、在宅児の掘り起こしをめざした。これは、就学前の児童を一応の対象としているが、療育中断をはじめ外来児のフォローアップの問題が指摘された。そして重症障害児が多いことなどから、今後の課題として専門要員の確保、症状による専門施設の適切な活用の体系化が必要である、と強調された。なお、相談記録やカルテなどはどちらの機関で保管しているか、という質問に対し、演者は北療育園のほうだ、と答えた。

## 34. 重症筋無力症患者に対する医療・福祉援助

阪上 裕子 (国立公衆衛生院)  
松本 由美子 (難病研究会)

この報告は、都衛生局の委託による「地域の特殊疾病患者に対する保健指導のあり方に関する研究」(班長・重松逸造)の一環として、医療福祉研究グループが昭和 51

年に研究したものの一部である。内容は主として、病院・福祉施設などにおける医療ソーシャルワーク事例の検討に基づき、スモンをはじめ 13 疾患に関する患者・家族に対する医療・福祉援助の課題と方法を分析したものである。

#### (1) 重症筋無力症の特性

本疾患は骨格筋の一部または全部が、生理的な範囲をこえて強い脱力を生じるものである。発症は 20~30 歳が最も多く、女子が男子の 2 倍であるが、高齢の患者には比較的男子が多い。完治するものが少なく、緩解・増悪を繰り返すが、疲れ・妊娠・月経などをきっかけとして悪化する場合が多い。原因は神経筋接合部の異常によると考えられているが、その機序は不明であり、自己免疫説などがある。

胸腺腫、胸腺肥大、甲状腺機能障害、筋萎縮、膠原病などを併発することが多いほか、薬の副作用による緑内障などの併発もある。検査・診断には、臨床経過、症候の観察、テンシロンテスト、筋電図、X線検査が用いられる。治療には、抗コリンエステラーゼ剤、ACTH 療法、副腎皮質ホルモン療法、胸腺摘除などがある。

#### (2) 発病期の症状と医療福祉援助

この時期には、患者・家族は病気への不安を抱くとともに、通院・通学・職業活動・家事・育児などが困難になり、家計が悪化することが多い。これらに対し、①専門医の診断と指導を受けられるようにするための援助、②患者の不安を除去するための援助、③家族や職場の人たちに患者の疾患に関して理解を深めさせ、患者への協

力や励ましを促すようにするための援助、④社会資源を紹介し、その活用をはかるようにするための援助、これらが必要であることが指摘された。

#### (3) 病状変動期

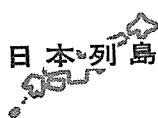
(2) の症状が進行して軽・中等症を示し、患者・家族は予後への不安を強めるとともに、生活の困難が深刻になり、家族関係が悪化しやすい。この時期の対策は、①定期的に専門医の指導が受けられるように援助する、②身障者福祉サービスの活用をはかることである。なお、症状に波があるので、身障者福祉法の適用に際しては、重症時の状況を考慮することを、関係者に促す必要があったことが指摘された。

#### (4) 重症時の医療福祉援助

症状・障害が進行し、患者は予後および死への不安を強め、家族にも介護負担を増大させ、心身の苦痛を深める。したがって、心理的援助と社会資源活用の援助を強化することが重要になる。とくに症状の急変やクライゼを起こした場合、緊急に専門医の治療を要することを予め患者や家族に説明し、患者手帳を常に携帯することなどを指導しておくことが大切である、などについて報告があった。

<共同研究者> 山手茂(都神経研)、根本博司(都老人研)、高山俊雄(都墨東病院)、大塚陸二・田村恵一(整肢療護園)、鶴沢立枝・沢島雅子(虎の門病院)、川村佐和子・伊藤淑子・生沼不二絵(都府中病院)、寺田雅子(河北病院)、内藤とし子(都北療育園)、小谷節子・山本多賀子・磯部博明(都身障センター)

[まとめ 佐久間淳]



## 精神衛生法の守秘義務

— 京 都 —

精神衛生鑑定医、精神病院の管理者、精神衛生診査協議会委員、保健所における精神衛生相談医等は、精神衛生法第 50 条の 2 項において、守秘義務が課されている。また、都道府県や保健所の精神衛生担当職員および精神衛生センター等の職員については、地方公務員法第 34 条の規制により、守秘義務がある。

しかし、現実の問題として、精神障害の疑いをもたれる場合はもちろん、一般的な殺人、傷害事件が発生

すると、警察署をはじめとする司法関係の公署から、個別具体的な事例について、また、関係地域の精神障害者のリストアップについて、口答あるいは文書による照会がきて、困惑することを度々経験している。とくに、刑事訴訟法第 197 条の 2 項にもとづく「捜査上の照会」の場合には、その取り扱いに苦慮することが多い。

そこで京都府では、府下の関係病院や関係者の意見を聴き、検討した

結果、今後、この種の照会は「任意処分」と解して、精神障害者の人権を守り、精神障害に対する偏見をなくしていく立場を強調していくことにした。したがって、照会があった場合には、「原則として拒否していき」、必要ならば、「裁判官の令状を得て、強制捜索、差押えによって行われるよう」、警察署等に要請することを申し合わせ、実施に移している。

現在のところ、警察等司法関係機関からは異議は出していないが、全国の関係者から、御意見をいただければ幸甚である。

(京都府衛生部保健予防課長 山本 繁)

## 食品・医療事故 (演題 35~38)

<座長> 上畑鉄之丞\* 柳沢文徳\*\*

「食品・医療事故」のテーマでは、4つの演題が寄せられた。近年の食品添加物や医療事故への関心の高まりとくらべて、演題数は少なかったが、それぞれの内容はこの種の問題での基本的な観点のあり方を問いかけている点で共通していた。すなわち、演題 35 では、食品に対する正しい知識を要求する住民のニーズに保健所がどうこたえるのか、演題 36 では、学童に対する学校給食を通じての食教育のあり方、演題 37 では、小児の医原病に対する学会の対応のあり方、演題 38 では、公害被害等への救済に対する加害者の対応について、それぞれ今後の討論の足がかりをつくったといえる。

### 35. 消費者教育としての「食品衛生教室」を開催して (第1報)

草野文嗣・莊原誠一・西川美代子 (滋賀県今津保健所)

地域住民を対象とした、保健所における食品衛生教室の実践活動についての報告であった。演者によると、この教室は保健衛生推進の一環として、「食べものと洗剤」等の知識、さらに進んで、安全な食品を自分の手で選ぶという機運を盛り上げる(主催者側の)目的ではじめられた。約半年(月1回)に及ぶこの教室には、延べ 659 名(1回での最高の参加人数 155 名)が参加し、講義は保健所職員が担当し、最終日には大学教授の講演でしめくられた。

受講終了者(79名)に教育効果判定の目的でアンケート調査を行ったところ、次のような結果が得られた。

#### 1) (講義を受けて) 不安を感じた点

食品添加物(59名)、一般食生活に対する不安(24名)、その他の物質(農薬などの有害物質)(21名)、表示の信頼度への不安(21名)、加工食品の衛生管理(14

名)

#### 2) 食品衛生対策の重点はなにか

消費者教育(43名)、行政の取締りの強化(37名)、業者の責任と自粛(19名)、消費者運動(17名)、研究の強化(3名)

#### 3) 自然食品の予約購入について

希望する(58名)、希望しない(6名)、どちらでもよい(6名)、無解答(6名)

#### 4) 受講後の毎日の買い物の態度の変化

たいへん変わった(37名)、少し変わった(36名)

5) 受講後、食品に対する不安感をもつようになったか。

もつようになった(72名)

そして、教室終了後、受講修了者が発起人となって「より安全な食べ物を求める会」が設立され、自主運営による活動を行っている。

その活動の内容は、次のとおりである。

#### 1) 「食肉」についての学習会を開催する。

2) 学校給食に食品添加物を極力使用しない食肉製品や魚肉練製品の導入について、教育委員会、校長等に働きかける。製造所の選定についても、県内保健所の監視下にあつて、流通期間が短くて納入できるところを指定させた。

3) 生協と協力した特設コーナーの設置や学校給食センターの協力で共同購入を会員が行っている。

4) その他、安全な食品が入手できるような活動を、保健衛生委員や農協幹部に働きかけている。

食品についての正しい知識を住民がもてるような運動を、地域住民の健康を守る立場の保健所が、積極的にすすめていくことは、筆者として大いに同感できることである。こうした教育が、学校教育の場で欠如していることも含めて、今後、継続して欲しい活動である。

丸山博から、今後の活動として、安全な食品問題を考える消費者活動との連携が、会の自立した活動につながる

\* うえはた・てつじょう 杏林大助教授・衛生学

\*\* やなぎさわ・ふみよし 東京歯大教授・産科



っていくのではないかと、との問題提起があった。保健所主導型の活動の弱点は、保健所内に熱心な活動家がいなくなると衰退してしまうことから考えれば、大切な提言である。

### 36. 学校給食の歴史の変遷からみた問題点

柳 沢 文 徳 (東京医歯大難治研・疫学)

演者は、現在の学校給食のあり方を批判し、継続するならば抜本的な改革が必要である、との立場から、給食問題についての長年の経験と実践のなかで得たいくつかの問題点を指摘した。その内容は次のとおりである。

1) 低学年児童に食生活教育を確立するために、学校給食を実践的な教育教材として活用すべきであり、そのためには大学教育の確立と学校栄養士の再教育が必要である。

2) 学校給食の方式は、センター方式(学校給食共同調理場)でなく、単位校方式にすべきであり、前者の方式は、教育面においても、給食内容の面からも、質的低下をもたらしている。

3) 先割れスプーンなどの考案は、日本人の食習慣を形成していくうえでは、妥当なものとはいえない。

4) 食事内容の問題として、発育期の子供にとって不適当な食品類がもちこまれたり、有害化学物質がもちこまれたりしている。その例として、①半冷凍食品の使用、②牛乳からアイスクリーム、プディングへの転化の流行、③余剰米利用という形での米飯給食への転化、④リジン問題、⑤食品添加物の使用、⑥プラスチック食器の使用問題、⑦中性洗剤の使用、などがあげられた。また、ごく近年の問題として、フッ素の洗口や水道水への添加運動についても、演者は、安全性からみて絶対にやめるべきである、と警告を発した。

演者のこの主張は、学校給食法第2条の目的の項で「食生活の合理化」がうたわれているところに、今日の学校給食の問題点が発してきているという点でこの目的が貫かれており、合理化に対する抵抗を第一の条件として、正しい運動を進める必要がある、としている。

学校給食の目的が、1954年当時とは大きく変わってきていることは、演者が指摘した問題点からみても十分うなずける。「食生活の合理化」の内容が、その歴史の変遷からみて、ちがった方向にすすんでいることは、日本人の食生活、食習慣の正しい形成を阻害する大きな要因となっていることについても同感である。学校給食の問題は、生活習慣を確立していくうえで一番大切な学童期の教育の問題ととらえるべきで、そこから再発すべ

きではないだろうか。

また、同様な立場で、フッ素洗口や水道水へのフッ素添加について警告した演者の主張に対して、前田信雄と丸山博から、具体的な資料を提示してほしい、との要望があった。今後、この問題については、さらにつっこんだ科学的な論争を展開する必要がある。

### 37. 後水晶体線維増殖症の多発と学会の医学的責任

尾 沢 彰 宣 (川崎幸病院, 東京医歯大・難研)

昨年の第17回社医研で演者は、同じテーマで報告し、医原病であるR. L. F.のアメリカにおける発症とその調査研究に関する経過について述べ、わが国の小児科学会の社会的責任について問いかけた。

その際、座長の山田信也(名大・公衆衛生)から、「日本の学会が欧米の教訓を取り入れなかったのはなぜか」、「科学的な探求のすじみちを学ぶところに欠けていたのではなかったか」、「学問のあゆみとこれに取り組む研究者のあり方とは何か」などの指摘がなされ、今回はこれに答える形で行われた。

演者が、日本小児科学会の医学的欠陥として指摘した点は、以下のとおりである。

1) アメリカ小児科学会は、1954年、1957年、1964年と新生児に対する酸素使用に関する報告を行い、1971年に酸素使用に関する最終基準の勧告を発表するなど、R. L. F.と酸素の因果関係が漸次解明されるにつれて、報告を行ってきている。

2) これに比して、日本小児科学会は、1968年になってはじめて、医師の自由裁量にゆだねるといふ、学会の責任回避とも推測される基準を発表したが、その後、逐次改定すべきとしながら放置した。しかも1974年12月には、学会の新生児委員会が答申案をまとめたにもかかわらず、1977年6月までの段階では未公表のままとなっている。

3) こうした両者の対応をみるならば、日本小児科学会が、極めて無責任な医学的対応しかなし得なかったことは明らかである。

4) 日本小児科学会が第一線の医療機関への指導を放棄し、それぞれの時期での日本の実状に対応して基準を作成し得なかった原因は、対外的に自らの権威主義の虚構を守るのに汲々たる学会の体質そのものにある。

5) このような学会の姿勢は、国民の健康に対して敵対していることを示しており、R. L. F.の多発が、親

表 救済にかかわる制度一覧

問題の種類	法律による制度	民間・自治体による制度
労災・職業病 公害 薬害 予防接種禍 食品事故 医療過誤 自動車事故 学校事故 研究災害 原爆被爆 戦傷病	○労災保険法, 労基法(第8章)('47~), その他公務員法等分立 ○公害健康被害補償法('74~) (・医薬品副作用被害者救済制度研究会報告('76)) ○改正予防接種法('76~) (・食品事故健康被害者救済制度化研究会('73~), 中間答申(非公開, '74)) ○自動車損害賠償保障法('55~) ○日本学校安全会法('60~) ○原爆医療法('57~), 被爆者特別措置法('68~) {○戦傷病者戦没者遺族等援護法('52~), ○戦傷病者特別援護法('63~)}	○各企業の協約・就規 ○労災使用者賠償責任保険 ○各自治体による制度(川崎, 四日市, 千葉, 倉敷等) ○財団法人「いしずえ」(サリドマイド, '75) ○薬剤師賠償責任保険('73~) ○財団法人「ひかり協会」(森永ヒ素ミルク, '74~) {○医師賠償責任保険('63~) ○日本医師会医師責任保険('73~) ○学校管理者賠償責任保険('75~)(全国町村会) ○学生教育研究災害傷害保険('76~)}

からの民事訴訟という形で問題提起されていることに對しても, 学会が裁判対策に終始している現実においては, 学会は国民にとって加害者の存在でしかあり得ないことを物語る。

日本小児科学会のあり方については, 森永ヒ素ミルク中毒事件の際にも問題となったが, R. L. F. の問題においても, 再び同様な姿勢が問われている。演者の問いかけは, 外国の小児科学会の取り組みの経過と比較して, その立ち遅れをきびしく追及しているものであるが, こうした学会のあり方と同時に, 患者不在の医療や医師と患者のあり方など日本の医療制度そのもののかかわりも, 今後深められねばならないのではないだろうか。

**38. 健康—生活破壊の救済にかかわる諸制度の検討**  
 手島 陸久 (東大・保健社会学)

演者は, 「社会的要因により直接に生じた健康と生活破壊」について, その救済の諸制度を比較検討した。

まず諸制度の種類(表)と設立の背景としては, 70年代に入り, 長期間放置されていた被害者の運動の高まりや訴訟をきっかけとしてつくられた制度が多く, 被害者の実態や発生原因, 責任の所在の十分な解明が公的にはほとんど行われなままに制度化されていることが, 特徴としてあげられた。

ついで演者は, 諸制度の性格を, ①賠償が目的のもの, ②救済補償が目的のもの, ③民事責任とは別個の, 社会の救済を目的としたもの, 以上の3種に分け, 労災補償, 公害健康被害者補償は②に属し, ③には予防接種や医薬品によるものが属していると述べた。

演者はさらに, こうした諸制度の救済効果や再発防止

効果をみるために, 庄司・宮本の公害被害救済の6つの原則(『日本の公害』, 岩波新書, 1975)に加えて, 「被害者全員に対する早期救済」をあげて問題点を検討している。すなわち,

1) 被害者の病状回復について——金銭給付が中心で, 被害者側が運営に参加しているのは別として, 治療, リハビリ, 福祉事業等の対策では弱い。

2) 生涯保障, 永代救済——労災や公害被害者救済では, 一応年金で生涯保障化されているが, 治療認定や再診査による等級切り下げなどの問題がある。

3) 被害の全面的復旧, 補償——全体に給付額は低く, 過去分補償がなく, 給付定額化になって, それ以上の損害額の補償がない。

4) 被害者の救済制度選択の権利——制度の存在が訴訟抑制効果となっている。

5) 責任明確化と加害者負担——責任の不明確さが公費負担導入の口実にされており, また保険化により危険が分散されて, 予防投資より安上がりという例も生まれている。

6) 規制や予防——制度とは切り離されてきている。

7) 被害者全員に対する早期救済——被害者の掘りおこしが行われておらず, 「認定」により疑わしいものが切り捨てられる問題がある。また, 水俣病やサリドマイドなど認定に長時間を要している例が出ている。

こうした, 社会的要因による健康—生活破壊の救済の原点は, いうまでもなく, 加害者の責任が明確にされているか, また, 救済の内容が被害者の要求に応えるものになっているのか否かにつきると思う。その意味では, 救済の内容や方法の決定に被害者が参加していることは第一の条件であろうし, 現在の国民の医療・福祉対策の水準の低さからも検討を深めていく必要がある。

(まとめ 上畑鉄之丞)

## 公害被害・原爆被爆 (演題 39~42)

<座長> 吉田 克己\* 黒子 武道\*\*

### 39. ~40. 北九州における大気汚染をめぐる問題

梅田玄勝・八木邦子 (北九州市民公害研究所)  
阿比留幸子 (北九州・健和総合病院)

#### (1) 公害健康被害認定等について

この演題は、引き続き次の演題と一対のものとして、北九州市における大気汚染による健康被害、特にその公害認定に関する事項についての調査結果と、それに基づく演者の見解である。

演者は、現行の公害認定制度の問題点、特に認定制度が、汚染濃度と疫学調査によって地域指定が行われ、運用されて、そのために例えば道路一本、あるいは町内会の境域で境ができ、大きな差異を生じて住民の不満がみられることを述べ、この線引き問題について市当局と交渉を行う一方、住民の健康被害について「疫学調査を成功させる会」などの活動を行ってきたこと等を報告した。

また、現在公害認定制度が施行されている都市のうち大阪、名古屋、横浜、川崎の諸都市と北九州市とを比較して、北九州市では川崎市、名古屋市などと共に認定患

者の大部分は気管支喘息 (北九州市では 80.3%) であって、慢性気管支炎ないしは喘息性気管支炎が非常に少なく、これらの疾患の認定率が悪い傾向にあり、大阪市の場合と異なっていることを指摘した (表 1)。

さらに、認定状況について、演者等が関係している APA プロジェクト臨床部門 (特診外来) の資料で、気管支喘息に比して他疾患の認定状況が悪いことを述べ、特に小児の喘息性気管支炎の扱いについて報告した。

これらの点から、演者は、未申請例、却下例を含めるならば、公害患者の中にさらに慢性気管支炎などの症例が増加するであろうことを述べ、さらに将来は慢性鼻咽頭炎などの上気道性疾患をも、公害認定疾患の対象とすべきことを述べた。

最後に演者は、北九州市における総量規制の状況にふれた。昭和 49 年に本地域は、いおう酸化物の総量規制地域として指定を受け、規制が実施され、昭和 52 年に市当局によってこれが強化されたが、この強化措置は市と企業との間の協定の形となっており、法的規制力のないままの形で実施されていることを指摘し、協定内容の矛盾の若干例を示した (表 2)。

本演題に対して、公害患者認定の状況、特に認定率、あるいは大気汚染防止法に基づく総量規制と、市・企業

表 1 各政令都市における認定患者数等の比較 (52 年 4 月 1 日現在)

	大 阪 市	名 古 屋 市	横 浜 市	川 崎 市	北 九 州 市
実認定患者数	16,460人	3,072	753	3,049	1,233
成人	11,023	1,458	416	2,008	683
小児	5,437	1,614	337	1,041	550
慢性気管支炎	5,143	785	137	648	125
気管支喘息	7,145	1,622	470	2,092	990
喘息性気管支炎	3,321	658	106	233	97
肺気腫	851	7	40	76	21

\* よしだ・かつみ 三重大学教授・公衆衛生学

\*\* くろす・たけみち 東京都神経科学総合研究所参事研究員・疫学

表 2

	S 金属	SN製 鉄(Y)	同左 (T)	K社	M化成	S 化学
総量規制 (SO <sub>2</sub> 最大排出量)	388.7	295.3	1,119.2	46.5	285.3	79.2
新協定 (最大排出量)	222.0	85.9	632.0	43.5	248.5	64.4
50年実績 (年平均排出量)	234.4	26.1	457.4	11.2	261.6	63.5

注：単位は Nm<sup>3</sup>/h

間の協定に基づく総量規制との関係などについて若干の質問があった他は、大きな議論には発展しなかった。

## (2) 疫学調査の結果について

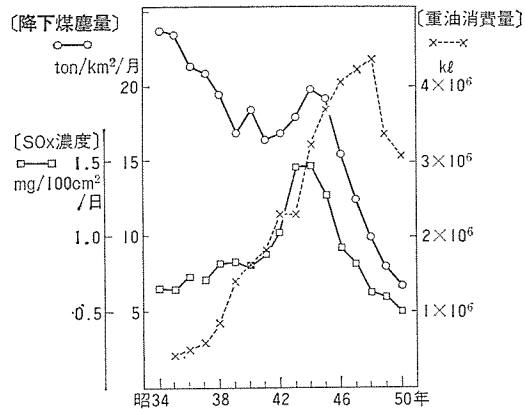
本演題では前演題に引き続き報告として、特に北九州市における疫学調査の結果について述べ、いおう酸化物汚染は減少しつつあるが、住民の健康被害の状況は必ずしも改善されておらず、非認定地域においても質問票調査によれば、汚染地区と同等なレベルで持続性せき・たん症状の有症率がみられたことを報告した。

演者は、公害認定地区、隣接非指定地区、対照地区の3つについて BMRC 質問票に基づいて調査し、公害指定地区と隣接非指定地区との間に有症率に有意差があるとは言えない状況であったと述べた。

さらに演者は、この問題に関連して、北九州市における大気汚染の経年推移の状況について、次のように検討した。

昭和 35 年から、降下煤塵量は約 3 分の 1 に減少したが、重量消費量は約 6 倍となり、ガス汚染の状況に変わった。この中で、いおう酸化物汚染はいったんは著しく上昇した(約 2.3 倍)が、昭和 43, 44 年頃から減少に転じた。昭和 42 年頃から 100m 以上の高煙突が建設されるようになり、昭和 50 年には 20 基を越え、汚染の拡大がみられるようになった。また燃料については、重油から LNG への転換が増大しつつある(図 1)。これらの点からして、汚染レベルは低下したが、汚染面積は拡大し、NO<sub>x</sub> 汚染が上昇したという形態がみられるようになった。大気汚染の指標を SO<sub>x</sub> とする公害指定の線引きが、再検討されるべきである。

また、有症率調査について、昭和 41 年に北九州市当局によって行われた結果と、昭和 51 年に演者らの行った結果とを比較し、持続性のせき、持続性のたん、持続性のせき・たんの各有症率を比較したところ、隣接非指定地区における昭和 51 年でのこれらのうちの一部の有症率のレベルは、昭和 41 年における疫学調査の結果よりも高いレベルにあることが認められるので、大気汚染が及ぼす環境への影響は、10 年前と比べて改善されて



資料：1) 吉田 亮：日本公衛誌，23：435，1976。  
2) 北九州衛生局：大気汚染に関する疫学調査報告書，第1報，1967。

図 1 降下煤塵量，SO<sub>x</sub> 濃度，重油消費量の経年推移

いるとは言いやいと考える、と報告した。

報告に対して、調査の有効回答率が十分であったかどうか、などの質問があり、問題点が指摘された。

## 41. 原爆被爆者問題の社会医学的研究

山手 茂 (東京都神経科学総合研究所)

演者はまず、原爆被爆者の問題は最も社会医学的な問題であるということ指摘した。それは、原爆被爆者の研究は、臨床医学、基礎医学、物理学、社会学、社会心理学、社会福祉学など多方面の分野にわたっているが、これらを全体的に把握することが必要であり、特に、戦後 30 年を経過し、被爆者は、単に放射線照射を受け、その結果として各種の身体症状を有するというだけでなく、貧困、家族解体などの生活問題をかかえ、これらに基因する多くの精神的苦悩など複雑な要素をもつに至っており、広く社会医学の対象としてとりあげられるべきだと述べた。

ついで演者は、原爆被爆者問題の全体的構造として、個々の被爆者がかかえているところの、直接的な身体的障害、家族や財産上の社会的被害、職業、教育、結婚や離婚などの個人的苦悩の、いろいろな個人的なレベルでの差異はあっても、その基本的な構造として、特に身体的障害と精神的障害との悪循環、心身障害と生活障害との悪循環という問題に注目する必要がある、と指摘した(図 2)。

このことは、単に原爆被爆という事実のみが問題にな

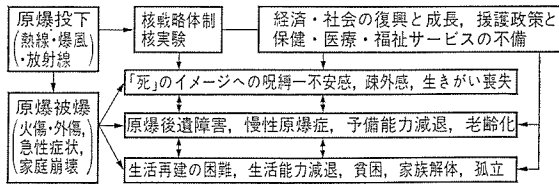


図2 原爆被爆者問題の基本的構造

るのではなく、戦後の経済・社会の復興や成長からとり残され、保健、医療、社会福祉などの社会的サービスから十分な援助が必ずしも得られなかったことを含んでおり、さらに今日の問題として、高齢化や家族関係の問題がこの上に追加されていることを述べた。

これらの主張に立って、演者は、社会医学的立場からの被爆者問題として、次の2つをあげた。

- 1) 被爆者の健康、生活、精神的苦悩などの全体的な把握が明白になされるべきであって、単なる肉体的・精神的な検査や記録のみでは十分ではない。
- 2) 被爆者援護のための方策については、その内容的改善と共に、医師、看護婦、保健婦、MSW などによるチーム・ワーク的な技術の開発が必要である。

演者は、以上を総括して、被爆者問題研究の課題は、公害、薬害などの課題と基本的な点で共通していると強調した。

演題発表の主旨に対しては、基本的な点での特別な意見や討議は提出されなかった。

42. 原爆被爆者への MSW の援助

原 玲 子 (東京・代々木病院)

演者は、10年前から医師、看護婦、MSW で医療チームを組み、協力する体制を確立して、これによって被爆者医療に取り組むことを始めてきたが、その中で経験してきたことを総括して、MSW としての立場と活動の限界について報告した。

演者は、被爆後 32 年を経て複雑化した被爆者の状況の下で、病院で扱っている被爆者を中心に、その問題点を次の5つのグループに分類した。

- 1) 老人世帯の被爆者
- 2) 家族の援助で現在に至っている長期療養者
- 3) 療養障害を残し、結婚をあきらめてきた孤独者
- 4) 家族を形成し、子供を育てながらも、家庭的に複雑な状況下にあるもの
- 5) 原爆による家族崩壊の中で生長してきたもの

これらの被爆者の社会的背景、個々の生活史などの全体像を把握して、これに対して医師、看護婦、MSW などが集団医療の機能をフルに発揮することが必要であるが、今日演者がぶつかっている問題の困難性は、1人の医師、MSW などの努力によって解決できる問題の限界をこえつつあることを指摘した。

これらの総括を行って、演者は1つの事例について紹介し、MSW としての援助の限界、無力な味わいを述べ、これらの状況を変え、被爆者の落ちこぼれがないように将来への展望をもち、被爆者が自らの力で生きる意味が見出せるような援護体制をつくり出すことが重要であることを強調した。

演者の報告は、被爆者問題の基本的な問題点の指摘でもあった。

〔まとめ 吉田克己〕

\* \* \*

## 社会医学の実践と研究

<司会> 川上 武\* 山手 茂\*\*

### はじめに

第18回社会医学研究会総会が4年ぶりに東京で開かれるにあたって、その報告申込み・プログラム作成の段階において、在京世話人を中心とする打ち合わせ会が数回開かれ、本シンポジウムの計画が決定された。この決定の過程について、若干説明しておきたい。

第18回社医研総会の要望課題は、第17回総会のあとを受けて、1) 国・自治体レベルの保健行財政問題、2) 保健・医療・福祉活動の連携、の2課題がとりあげられ、会員に対して演題募集が行われた。この要望課題の決定の過程および会員からの演題申込みを受けてプログラムを作成する過程において、現段階の本研究会の課題として、「社会医学とはなにか、その実践と研究をいかに進めるべきか」についてシンポジウムを企画する必要性が確認され、具体的計画が立てられた。報告者および参加者の御協力によって、充実したシンポジウムが行われたので、その要旨を報告する。

### 1. 現代の社会医学—本シンポジウム企画の意図—

(司会者) 川上 武

シンポジウムの開会にあたって、司会者代表から、次のように本シンポジウムの企画の意図がのべられた。

かつて『医療の社会化』（社会医学研究会編著、大正15年）、『社会医学』（宮本忍著、昭和11年）が医学生・青年医師に与えた影響の大きさを思うと、残念ながら現在では、“社会医学”という言葉から受ける印象は非常に稀薄になっている。言葉としての“社会医学”は、

斜陽化しているといってもよいであろう。

ところが、医療の現場の動きをみると、社会医学の先駆者が提起した問題は、戦後32年、多数の実践によって深められ、発展している。過去17回の社会医学研究会の演題をみても、社会医学の実践が量・質ともに飛躍的に増大していることがわかる。研究対象は、いつも社会病に焦点があったとはいえ、その重点は結核・性病などから労災、職業病、公害、精神障害、難病、寝たきり老人などに移り、年々その幅をひろげている。医療システムの問題にしても、医療保険の枠をやぶり、広範な医療制度の問題はもちろん、医療経済学、医事法制、医療社会学、医学哲学（医学概論）などの学際領域をも射程距離に入れねばならなくなっている。また、研究者も一部少数の先進的な活動家を中心だった時期とはちがいで、いまは医師・保健婦・MSWなどに層が厚くなってきた。

問題は、これらの発展が“社会医学”の充実というよりも、拡散の方向にむかっているのではないか、という不安である。たしかに、社会医学的実践および研究は、戦後一貫して増えているが、それは公衆衛生・労働衛生・医療社会事業やその他の学際領域の仕事と重複し、その研究成果の量的増大にともなって、逆に社会医学の影がうすくなってきているように思える。この間の、社会医学に否定的なものとの力関係の変動を考慮に入れたとしても、社会医学的研究・実践の増大によって、反対に社会医学の存在価値が減少したかにみえるのは何故か。このままでは、現象的には“末が榮えて本が枯れる”といった事態にならないという保証はないであろう。

このようなきびしい現状認識にたったとき、社会医学の明るい展望を切り拓くためには、“社会医学とは何か”を再び問い直さなくてはならない段階にきていると考えられる。だが、この問題をいわゆる解釈レベルで扱うことはかえって問題を矮小化し、現実との遊離によってさらに斜陽化を深めることになりかねないので、このような問題意識を配慮しながら、それを今日的課題にそった

\* かわかみ・たけし 医事評論家

\*\* やまて・しげる 東京都神経科学総合研究所

研究と実践をふまえて展開していくことが重要であると思う。

## 2. 特別区移管後の保健婦活動—その変化と実践による今後の課題—

渡辺 寿美子（東京都文京区本郷保健所）

第2の報告者・渡辺寿美子氏は、上記のテーマについて次のような内容の報告を行った。

50年4月の都から区への移管については、さまざまな問題を含みながらも、基本的には住民へ身近な行政を推進してゆくということで、大きな移管事業が実施された。衛生行政については、ほとんどの区がはじめてのことであり、実施については、かなりのトラブルと変化を生じてきている。中でも行政組織の変化とそれを推進する中味の質的な低下とは、衛生行政のサービスの実施の段階で、現われてきている。すなわち、区政の中の衛生行政の位置づけが、明確でないことである。その中で、労働組合の役割がそれを左右すると思われるが、実際にはその力が不足していると思われる。

そこで、保健所保健婦会はその役割を認識し、微力ながら住民サイドの行政、公衆衛生を進める要である保健婦事業を、自覚的に実施することを確認した。それを実施する中で、保健婦自身が変化している。それは次のような主体性と責任の自覚であり、その実践である。

### A. 保健婦の主体性の成長

- (1) 保健婦独自の新しい事業等の立案、計画、実施と今までの下請的事业からの脱皮
- (2) 保健婦活動の年間計画の起案、実施とその評価
- (3) 区内保健婦活動の打ち合わせ

### B. 新規事業への主体的取り組み

- (1) 公害健康被害補償法にもとづく認定用問診、保健指導や家庭訪問への展開、喘息体操、転地療養
- (2) 衛生教育（看護教室、貧血学級、婚前学級、老人講座、精神衛生社会復帰相談、精神障害者家族会、その他）への意欲的な取り組み
- (3) 寝たきり老人看護制度への参加
- (4) 健康相談、検診事業への参加

これらについても、十分な要員の確保を訴え、形式的サービスを避ける。

以上の変化は、全区において同じような状態で進んでいるのではない。区の考えもあるが、保健婦事業については、その主体的な実践によって差が出てきている。しかし、区内調整はむずかしい。

これからの課題と役割は、次のように考えられる。

区政の中での保健衛生の位置づけを明確にさせる。それは住民サイドに立つものであり、具体的な意見を保健婦が発揮できやすいよう、行政組織を考慮する必要がある。そこにおいては、保健婦が自治体行政の一員であるという自覚の高揚が必要であり、その役割を果たすのは保健所保健婦会の実践的な行動である。中でも科学的で真面目な意見をもつ人々が、先進的な行動をとることを希望したい。保健婦は地域のニーズに応える努力をすること、保健婦を増員すること、保健指導の専門性の確立と主体性を養うこと、知識や技術の練磨によって、個人に適した援助と対処をしてゆくこと、その活動を正しく記録し、理論的に表現してゆくこと、家族保健指導を進展させ、住民が真に必要なとする保健婦となり、地域医療の確立の要となること、などが課題である。

しかも、保健所再編・合理化の動きには、警戒していかなければならない。そこで、医療技術者が保健衛生の担い手として正しく団結し、公衆衛生の発展に努力し、さらに労働組合が保健所問題に専心的に取り組むことができるよう働きかけること、また後輩や新任者の教育、保健婦の研修制度を含めて改善に努力すること、が必要である。

## 3. 保健所における医療・福祉サービスの推進—その条件整備と業務内容の発展—

皆川 修一（川崎市高津保健所）

第3の報告者・皆川修一氏は、上記のテーマについて次のような内容の報告を行った。

(1) 川崎市の各保健所に社会福祉職（medical social worker, MSW）が配置されてきた状況

川崎市における社会福祉職の配置状況は、表1のとおり

表1 川崎市における社会福祉職の配置状況

	保健所 開設月	医療社会 事業員の設置	精神衛生 相談員の設置
川崎	昭和23年10月	昭和26年4月	昭和41年4月
田島	44. 5	44. 5	44. 5
大師	41. 6	41. 6	43. 4
幸	42. 4	42. 4	43. 4
中原	23. 4	33. 4	41. 4
高津	28. 6	35. 4	43. 4
多摩	39. 4	41. 4	43. 4

表 2 社会福祉職の業務実績

① 疾病別（年次別）取扱い実数（％）

	総 数	結 核	精 神 病	成 人 病	妊 産 婦	乳 幼 児	そ の 他
昭和 46 年	7,785件 (100.00)	1,465件 (18.82)	4,619件 (59.33)	61件 (0.78)	40件 (0.51)	1,369件 (17.59)	231件 (2.97)
47	6,318 (100.00)	1,128 (17.85)	3,494 (55.30)	58 (0.92)	38 (0.60)	1,369 (21.67)	231 (3.66)
48	6,126 (100.00)	1,035 (16.90)	3,262 (53.25)	40 (0.64)	17 (0.28)	1,562 (25.50)	210 (3.43)
49	5,990 (100.00)	851 (14.21)	2,913 (48.63)	168 (2.80)	35 (0.58)	1,677 (28.00)	346 (5.78)
50	6,921 (100.00)	955 (13.80)	3,468 (50.11)	335 (4.84)	31 (0.45)	1,648 (23.81)	484 (6.99)

② グループ・ワーク実施（年次別）状況

	総 計		家 族 会		患 者 会		断 酒 会 等	
	開設回数	延べ人数	開設回数	延べ人数	開設回数	延べ人数	開設回数	延べ人数
昭和46年	181回	2,224人	58回	866人	99回	1,083人	24回	275人
47	191	2,111	88	1,254	74	708	29	149
48	230	2,326	93	1,202	105	785	32	339
49	249	3,388	91	1,284	106	828	52	1,276
50	388	5,755	109	1,427	96	639	183	3,689

りである。医療社会事業員とは、保健所法第2条第6項に基づく職員、精神衛生相談員とは、精神衛生法第42条の規定に基づく職員である。川崎市では双方ともに四年制大学の社会福祉学部を卒業した者を採用しており、昭和45年10月から、「社会福祉職」と名称を統一している。

(2) 社会福祉職の活動状況

昭和30年頃までは急性伝染病、結核、性病、薬物中毒等のケースを対象に病院投しに奔走し、昭和40年頃までは公費負担業務を中心に、医療費に関する業務を多く担当した。また、この頃からはじめた地区の関係機関との連絡会議は、現在までひき続き開催されている。

昭和41年から現在までは、精神病をはじめとする慢性疾患群に対するケアに明け暮れているが、個別処遇のほかにグループ・ワーク、ケース・カンファレンス（事例処遇協議・検討会）、ケース・スタディ（事例研究会）の試みなど幅広い活動を行っている。

また、社会調査活動として実施したスモン患者とパーチェット病患者の実態調査（昭和47年4月、同5月）は、昭和48年度から市内在住の（国でいう）特定疾患の患者1人当たり1カ月1,500円の見舞金の支給という結果を生んだ。この見舞金給付はその後、小児の特定疾患の患者にも拡大された。

最近5カ年の業務実績は、表2のとおりである。

(3) 考 察

保健所においては、専門職としての社会福祉職が2名配置されている。これは全国的にも恵まれている方であるが、川崎市では①早くから上司に理解があったこと、②保健婦からの配置要求が強かったこと、③定員の緩和に時期的にうまく波に乗ったこと等が効をなしたと思われる。今後、対人保健サービスが社会的要請としても必要視される傾向にあるので、全国の800余カ所の保健所に最低1~2名が配置されるよう強く呼びかけたい。

4. 僻地医療と職業病研究からみた社会医学

海老原 勇（労働科学研究所）

第4の報告者・海老原勇氏は、上記のテーマについて次のような内容の報告を行った。

私は、山村部の国保直営診療所の医師として、過疎地域の診療にあたってきた。そこで見たのは、厳しい生活と不健康な生活状態であり、加えて、現在の資本主義が生み出した過疎という、今日的な健康破壊の拡大現象であった。こうしたなかで、私は地域に多発する疾病とその治療法について徹底的に住民に学び、ともすれば患者や住民と遊離しがちな医学をその地域の特殊性にあわせ



て適用、発展させてきた。

それと同時に、

- (1) 僻地検診と住民との徹底的な話し合い、
- (2) 老人問題に対する医学的取り組みと医療費無料化運動などの社会的取り組み、
- (3) 進出した零細企業の労働者、遠距離通勤の労働者などの賃金労働者に転化する農民の健康と生活と権利を守る取り組み、
- (4) 地域精神医療（精神科専門医が常駐していない地域で）の実践、
- (5) 閉山後の元鉱山労働者のじん肺検診運動と法改正運動への取り組み、
- (6) 婦人の健康を守る取り組み、
- (7) 山村部におけるアレルギー性疾患に対する取り組み、
- (8) クロム問題への病理学的取り組みと被害者を守るたたかい、
- (9) 僻地中核病院構想からく僻地診療所廃止に対する診療所を守るたたかい、

等々について、医学の自然科学的側面と社会科学的側面とを統一的に深めながら、住民、患者、被害者と手をつなぎ、保健婦とともに運動として実践してきた。

この実践から得た総括は以下のとおりである。

(1) 疾病の発生要因、拡大要因を自然科学的、社会科学的に把握し（とくに社会科学的に把握し）、これを解決してゆくことが、社会医学の任務であると考え。この“社会医学”的認識は、すべての疾病について適用されるべきで、その意味では「社会医学は医学全体を通じての基本的哲学である」と理解したい。

(2) 自然科学的疾病研究の方法も、階級社会においては、資本の側からのあらゆる攻撃や歪曲により変節させられざるを得ない。そのため、①自然科学的方法にも社会医学の確固とした裏づけが必要であり、②自然科学的真理を守り発展させることも社会医学の重要な課題である、③住民、被害者の健康を守ることこそが、実践的社会医学としての社会医学の課題であるが、そのためには科学者、医療従事者、患者、住民、労働者等の個々の運動が重要であるとともに、これらが互いに連帯してゆることが重要である。

また、社会医学の実践にあたっては常に住民の中に入り、患者、被害者、住民とともに歩むことが重要である。それは、①解明すべき問題は常に被害者、住民のなかにあること、②とくに資本の側から言われる被害者や住民のエゴのなかにこそ、学問的解明の要求を鋭く指摘するものがあり、対策の要求も含まれている。そのなかにな

たかひのエネルギーが潜んでいる。

以上の点から、被害者、住民から学び、問題解明の方向を総合的、社会医学的に把握し、自然科学的方法による解明をも独自に、あるいは協同ですすめていくことが重要である。この際、文献のみにたよらず、真実を直視することが重要である。

また、研究結果を常に被害者、住民および社会一般に公開し、各層の批判をうけながら真実を守るたたかひに発展させ、被害者、住民を守るたたかひを実践し、各層と連帯させてゆくべきものである。

こうして社会医学は「疾病の発生における社会的諸関係を解明し、また問題解決のため自然科学的および社会科学的的手法を駆使してゆく実践的な体系であり、それは社会の変革にもつながるもの」なのである。

## 5. 地域医療と社会医学

増子 忠道（東京・柳原病院）

第5の報告者・増子忠道氏は、上記のテーマについて次のような内容の報告を行った。

はじめに、私がなぜ社会医学的視点に魅力を感じ、優位性を認めるようになったか、についてのべたい。私は学生時代に東大闘争を経験した。東大闘争は、医学生に私に、「どんな医師になるべきか」、「どういう医療技術が必要なのか」、「医療制度の民主的変革はどうあるべきか、どのようにして行われるべきか」など、鋭く問題を提起した。これによって、私は社会医学に関心を向け、その歴史的成果を学び、強烈な衝撃を受けた。戦前の結核とのたたかひ、“労働者に医療を!”の運動、医療社会の運動や、戦後の農村医療の実践、公害・薬害とのたたかひなど、私に特に深い印象を与えた。また、開業医の保険医総辞退や心臓移植問題などが、私に医師や医療はどうあるべきかについて考えさせた。今朝の新聞で報道されている中性子爆弾の開発についても、大きなショックを感じている。

私は、医学・医療の進歩と退廃、および社会構造の変化と矛盾という状況のなかで、われわれがどのように医療と社会とを結びつけ、新しい関係を発見・創造して行くべきかが課題であると考え、具体的な課題を地域医療への取り組みに求めた。

卒業後、私は、東京都足立区の民間病院に勤務し、仲間の青年医師や各職種のスタッフと地域医療、なかでも困難な問題が集中している「寝たきり老人」の医療に取り組んでいる。この課題の解決にとって、社会医学的方

法が最も必要であり、また有効であると考えている。

最近の新聞に、「足立区千住5-48, 75歳男性, 自宅6畳, 腐らした死体の状態で, 訪問した長男によって, 20日ぶりに発見された。近所の人が, “最近おじいちゃんの姿が見えない”と長男に電話。6年前からひとり暮らし。糖尿病, 胃炎, ……詳細不明」という記事があったが, これは, 私の病院から歩いて15~20分くらいの地域でのケースである。地域には貧困層が多く, 寝たきり老人は特に深刻な状態におかれている。

寝たきり老人の医療・福祉システムと地域社会の民主的再構築をめざして, 私たちは昭和51年9月, 「東部地域ねたきり老人実態調査懇談会」を結成した。足立区をはじめ隣接6区の保健所保健婦, 福祉ワーカー, 開業医, 病院職員に呼びかけ, まず「寝たきり発見」のための第1次調査に取り組んだ。老人クラブや婦人団体, 区医師会, 都立病院労組などもこれに参加し, 新しい連帯の輪がひろがり, 地域医療システム創造と地域社会の変革への展望が開けてきた。第1次調査でリスト・アップされた寝たきり老人について, その介護状況を中心に医療・福祉専門調査を第2次調査として実施し, 援助のシステムと技術を実践的に検討しており, この運動をさらに拡大・発展させつつある。

## 6. 衛生行政における社会医学の課題

山本 繁 (京都府保健予防課)

第6の報告者・山本繁氏は, 上記のテーマについて次のような内容の報告を行った。

衛生行政にたずさわっている者として, 最近のぐちを二, 三申しあげて, このシンポに参加したいと思う。

まず, 保健所の中で, 大きなウェイトを占めている結核対策について, その行きづまりを感じている点を述べたい。

職業別に結核患者発見状況をみると, 官公庁職員や教職員の場合, すべて集検を通して発見されているが, 無職の場合, 圧倒的に医療機関受診が多いわけである。

ところが陽性者は前者に多く, 後者は圧倒的に少ないのである。このことは, 官公庁職員や教職員に重症患者が多いことを意味するのではない。京都では, それらの人たちの二次精検を結核予防会に委託し, 喀痰培養を含めた菌検索を厳密に行っている結果であることがわかってきた。

そこで, 住民検診の状況もさることながら, 保健所の責務になっている管理検診, 患家検診の状況をみて, 啞

然とし, さらには, 菌検査体制をみて, 話にならぬほどお粗末なので, どうしたものかと立往生している。

次に, 3~4年前から, アル中患者の断酒会活動が活発になってきたので, 保健所では週1回集会の場所を提供し, 精神衛生相談員等が参加するなど, 側面からこれを援助している。

ところで, そうした断酒会活動が広がっていくなかで中心メンバーの人たちが, 断酒指導, 酒害相談を個別に行うことになり, 最近では, 酒害相談員としてこれを保健所の囑託にせよ, という要求が出てきている。

こうした動きは, 幹部が物とり主義に陥り, 正しい患者運動にならないと判断し, ましてや, 断酒会の現状が「日の丸はかかなくても, 赤ハタはかかれない」というレベルである以上, 健康権にもとづく要求団体として発展するように願って, そうした要求を拒否しているが, こちらの真意が理解してもらえず, 弱っている。

最後に, 京都府下の丹後地方に多発している「三角筋拘縮症」について, 少々述べてみたいと思う。

私どもは, この事態を知ると直ちに実態調査を行い, いろいろな面から原因分析を行って, 特定の医療機関における特定薬剤の筋注を浮き彫りにしてきた。原因者, 原因物質が明らかにされてきた以上, 原因者負担による対応が原則であると考えて関係者に説明したところ, 医師会からは医療性雑病という形で, 自治体や国が特別対策をたてるべきである, という要求が強く出されている。

公害病, 職業病, 労働災害と同じように, 医原性薬害についても, 原因者, 当事者が積極的に対応し, 自治体や国がそれらを側面から援助していくのが, 本筋ではないかと考えている。

## 7. 社会医学の実践と研究

西 三 郎 (国立公衆衛生院)

第7の報告者・西三郎氏は, 上記のテーマについて次のような内容の報告を行った。

### (1) 公衆衛生と社会医学

公衆衛生は, 医学の一分科としての位置づけと, 憲法に示されている社会福祉, 社会保障と併記される広い概念とがある。一般には公衆衛生を狭く解釈する人が多いが, わが国の法律では, 憲法を受けて公衆衛生を広くとらえる傾向がある。医師法等医療関係者のいわゆる身分法には, 医師等の任務, 法の目的として公衆衛生の向上および増進に寄与することなどが規定されている。また

保健所法、食品衛生法などの事業に関する法律にも、公衆衛生の向上および増進が目的とされている。このように広い概念として公衆衛生をとらえると、社会医学もその一部として包括されてこよう。

人間の健康についての社会科学的分析をつかさどる社会医学の重要な研究分野として、Winslowの公衆衛生の定義のなかの“through organized community efforts”, “the development of the social machinery”について、“community”, “social”をどう認識して実践するかがあげられよう。

## (2) 社会医学の実践と研究

社会医学の重要な実践的研究課題として、次のようなテーマがあげられる。

### 1) 経済成長と有限資源論

公衆衛生担当者は、政策決定が行われるに際して、健康・福祉の本質を明らかにし、人間の成長は経済成長による物的生活の向上のみによって得られるものではない、という認識に立って、資源開発の本来の目的を確認するよう迫ることが必要であろう。現実に国の政策決定、またはそれに関与する過程のなかに、多くの社会医学徒が参加していることから、その成果がより理論化し、研究として結実されるための場が求められており、社会医学研究会もそのひとつとなることが期待されよう。

### 2) 健康と環境

環境科学は、めざましく進歩し、多くの成果をあげているが、社会的存在としての人間と環境は、まだ十分研究されていない。したがって、社会医学徒が環境科学の実践的研究に参加することが期待される。

### 3) 公衆衛生と地方自治

公衆衛生を具体的に実践する場として、地方自治に基づく活動が必要であり、そのために憲法にいう地方自治の本旨に基づいた機能が十分に確保されるよう、国の責務が果たされなければならない。現状では、多くの地方自治体が、厳しい地方財政を理由として衛生費の増額を好まない傾向にあり、またそのように指導されているので、地方財政の分析、特に社会医学的分析が実践の有効な武器となろう。

## (3) 巨視的分析と微視的分析の結合

上述の課題に取り組むには、常に巨視的分析と微視的分析とを相互に結合させることが必要であることは、明らかといえよう。

\*

\*

## 8. 社会医学と社会薬学

—スモン研究の教訓と今後の実践・研究課題—

片平 冽彦 (東京医歯大・難研)

第8の報告者・片平冽彦氏は、上記のテーマについて次のような内容の報告を行った。

私は、1970年度から今日まで、スモン=キノホルム薬害をめぐる問題に研究者として取り組み、本研究会においても、1972年以來いくつかの報告を行ってきた。こうした取り組みを通じて、自分自身が現実によって変革されるとともに、研究上の成果も若干ながら得られた。しかし、スモン問題はまだ基本的に解決しておらず、今やキノホルム被害者の救済という各論と同時に、薬害被害者全体の救済、薬害根絶、新しい医療のあり方、というような総論が提起されている。こうした時には、過去の教訓を汲み取り、今後の実践・研究課題を明確にすることが急務である。

7年にわたる、筆者が関与したスモン研究の若干の成果としては、(1)被害者の実態の解明、(2)戦前の日本におけるスモン発生の解明、(3)スモンの地域的・全国的多発要因の解明、(4)外国のスモン発生報告の解明、(5)スモンの予見性の指摘、等がある。これらについては、各々についてスモン研究班の報告書や諸論文に、また総合して『生活と健康』(篠原出版)、『薬害スモン』(大月書店)のなかにまとめて記したので、御参照いただければ幸いである。

スモン問題への取り組みから得られた教訓としては、

(1) 研究の立場—患者・被害者の立場に立つことの重要性(ただし、追隨に陥らぬよう注意)/厚生省委託研究班の利点と限界、(2) 研究の方法—患者(被害者)調査は社会調査であり、地域社会の利害・階級性が時として鋭く反映すること/チーム・アプローチの必要性・困難性・重要性/文献調査の重要性、(3) 研究の還元と実践—法廷証言の意義/学際的シンポジウムに自主的に取り組むことの必要性/政策への反映の必要性、という形でまとめてみた。

以上のことをふまえ、今後の私たちの課題として、(1) 研究結果をふまえて実践すべき課題に、薬害被害者の救済・復権(特に薬害救済制度の問題に注意を払うこと)と薬害根絶のためのたたかいがあり、被害者運動と科学者・医療技術者運動との提携をはかる必要があること、(2) こうした実践をしつつ研究し、理論化してゆくべき課題に、医薬品産業の分析、薬をめぐる行政・制度の研

究、「くすりの疫学」というような、薬と社会との関係を解明する学問分野の開拓があり、これを社会薬学 (social pharmaceutical sciences) と名づけ、社会医学 (social medicine) の中に位置づけること、以上を提唱する。

## 9. 総合討論

以上の7氏の報告を受けた後、参加者全体による総合討論が行われた。討論のなかでは、多くの問題が提起され、多様な意見が交されたが、ここでは、そのうちの主要な問題点をまとめることにしたい。

まず、司会者代表によって、7氏の報告の内容を総括した次のような問題点のまとめが行われた。

(1) 報告者は、それぞれの職能の立場から患者に接している。保健・医療従事者は、行政組織、病院組織、労働組合、職能集団など、さまざまな組織に所属しているが、職能集団の立場から保健・医療問題に取り組むことが、当面の重要な課題ではないだろうか。医師会に働きかける場合にも、この視点が重要であろう。

(2) 報告によって、社会科学の重要性が、単に理論・方法論の問題としてばかりではなく、具体的な実践の方法の問題として明らかにされた。自治体が保守首長か革新首長かというレベルの問題と、具体的な保健・医療・福祉施策が保守的か革新的かというレベルの問題との間にズレがあり、これが重要な研究課題であることも明らかになった。

(3) 報告によって、社会医学の実践と研究が大きく前進していることが明らかになった。公衆衛生学会から社会医学研究会が独立した意味を再認識することが必要であろう。社会医学研究会は、現実の社会と保健・医療との接点にある諸課題と取り組み、社会医学的方法の必要性と有効性を示して行くべきであろう。

このような司会者代表による問題点のまとめにもとづいて、参加者から多くの具体的な問題が提起され、報告者との間で、さらに全員の間で活発な討論が交された。

まず、地域保健・地域医療という場合の「地域」(community) の内容について、「地方自治体」としてとらえるだけでよいか、という問題が提起された。これをめぐって、地域社会は、近隣から始まり複数の市町村を含む広域の範囲に及ぶ重層的構造を有していること、しかし現実においては、自治体が果たすべき役割が重要であること、自治体の民主化を推進すべきであること、などが主張された。

次に、保健婦が住民要求にこたえて活動しようとする時、しばしば行政機構の内部で管理職と対立するので、これをどう考えるべきか、という問題が提起された。この問題に対しては、保健所長を含む参加者から、「予算上の制約はあるが、仕事には専門職としての活動に対する制約はない。制約があるというのは、活動を抑圧するための口実であろう」という意見が強かった。保健婦が、住民要求にこたえて主体的に活動を発展させるには、専門性を高め、職能としての発言力・説得力を強めるとともに、予算編成の過程に参加するなど、行政機構の民主化を推進するためにも努力する必要があることが明らかになった。さらに、保健婦教育のカリキュラムに社会科学・社会医学を導入すること、新任保健婦に対する教育・指導を強化すること、などの必要性も強調された。

また、寝たきり老人調査などの社会医学的調査の方法について問題が提起され、医師・看護婦・保健婦・MSW・福祉ワーカーや住民との協力体制をどうつくるか、そのなかで各専門職種が独自の役割をどう発揮するか、現状の問題点を客観的に把握するに止まらず、改善の可能性や援助の方法を明らかにするにはどうすればよいか、各専門職種が自主的に研究することができる条件をどう保証するか、などについても、多くの意見が交された。

さらに、社会医学の今後の発展について、

① 実践に役立つ社会医学的研究を推進すること、

② 医学部などに社会医学の講座を確立すること(現在は、社会医学は公衆衛生学などを総称する名称として用いられているにすぎない)、

③ 社会医学の体系を確立すること、

④ 社会医学は、公衆衛生学のみならず、臨床医学・薬学などと結びつき、それらの内部にとり入れられるべきこと、  
などの課題が指摘された。

最後に、司会者代表が、保健・医療専門職従事者は安易に患者の立場に立っていると考えて自己満足するのではなく、専門的理論・方法・技術を発展させるべきであること、そのためには社会科学・社会医学の理論と方法が必要であること、社会科学・社会医学の講座・科目が保健・医療専門教育のなかに位置づけられるべきであることをあげて、シンポジウムのまとめとした。

〔まとめ 山手 茂〕

## 「性」の今日的課題をめぐって

<司会> 芦沢 正見\*

### はじめに

今年の社医研総会準備委員会の席で、ある委員から、「歴史的にみても『性』の問題は、社会医学のなかで大変重要な位置を占めるものである。それにもかかわらず、例年の演題発表にもこれがいまだかつてあらわれてきていない。ほかに医療保障とか、公害問題とか、種々急を要する問題が山積していたせいか、お預けになっていた。遅すぎたきらいはあるが、“自由集会”という形式でもよいから、とにかく有志会員の集まりを持とうではないか」という趣旨の提案がなされ、それが結実したのがこの自由集会である。

話題提供者として、会員外の方々も含めてつぎの演者を得たことは、大変幸せであった。

#### ○性の今日的課題

川上 武（社医研会員・医学史研会員）

○老人の「性」について 大工原秀子（都中野区保健所）

○産院のケースワーカーの立場より

田戸 静（葛飾赤十字産院）

○高校生の性教育の経験をふまえて

根岸 悦子（東京医歯大）

なお記録は、谷みゆき会員（ルポライター）に依頼したが、文責はすべて芦沢にある。

#### ○「性」の今日的課題 川上 武

現代は性のあり方をめぐって、きびしい選択を迫られている。「性」は衣・食・住や労働とならんで、人類の進歩の大切な条件であるにもかかわらず、公正な位置を社会から与えられてきているとはいえない。衣・食・住・労働の問題は社会が正面から取り上げてきたが、セックスの問題は、ややもすると隠蔽されてきた。医学の教育、研究の面でも同様であり、社医研でも取り扱われてこなかったことは、あながちこれと無関係とはいえず

\* あしざわ・まさみ 国立公衆衛生院・疫学

い。それは、「性」を恥ずかしいものとみる観念と結びついており、根底には「性」の不可解な力に恐怖心をもって「体制」側がコントロールを図っているということと無関係ではない。

「性」の解放は原理的でない方をすれば、人類の進歩の一面を担っている。したがって、「性」の問題をどう方向づけるかは、人間の解放・進歩にとって重大な意味をもっている。演者は「性」の問題に医療史・医学史の立場から接近し、「性」の現代的課題を明らかにしていきたいと前置きとして述べた。

さて、戦前と戦後とでは、同じ資本主義体制下に日本はありながら、「性」の扱われ方は一変している。たとえば、戦前では、富国強兵をスローガンとした日本帝国主義の強制によって、墮胎は厳罰に処せられ、産児調節運動は弾圧され、他方で、公娼制度の存続が図られた。戦後は、企業の労務管理政策が背後にあって、人工妊娠中絶の公認、産児調節の奨励がなされ、また、人権意識の高揚のなかで、売春防止法の成立や姦通罪の廃止がなされた。しかしながら、実質的には新しい形態の売春が生まれている。

医療技術面からみると、戦前は性病対策としては公娼の検梅が主であり、大衆には、梅毒を恐怖ないし侮辱の対象とした威嚇教育に終始するという、「性」に対する大衆の羞恥心や偏見を逆手にとった対策しかない。

帝国軍隊においても、性病は、戦傷、一般病のつぎの最下位に位する三等病という汚名をもって呼ばれた。

この間にあって『社会衛生学講座』（アルス社、1927年）において、著者の国崎定洞が「性」を社会体制のなかにおける社会問題としてとらえ、性病をアルコール中毒、結核、職業病とともに社会病と規定して、性病に一章を充てていることはさすがといえよう。

戦後は、ピルの出現によって「性」と生殖が分離される状況にいたり、また、性病も抗生物質の出現とその繁用により、全国的には鳴りをひそめた。このような背景

のなかで、「性」や性病の問題は泌尿器科、皮膚科、婦人科の対象とはなり得ても、社会医学者にとっては、自らの出番を失ってしまったように見える。

しかしながら、現代の「性」をめぐる諸々の問題状況が、一泌尿器科や婦人科では到底解決できないことは余りにも明白になってきている。現代に即した性教育を社会はきちんとする必要があり、そのためには、「性」の新しい理念の確立を必要とする。「性」と技術は一方では社会体制をこえた力をもつが、他方では「体制」によって規制を受けざるを得ない存在であり、とくに「性」は「体制」の影響・規制を受けて、歪められやすい存在であることに注意したい。戦前と戦後の「性」に対する体制の態度は、体制イデオロギーの相違の反映でもある。「性」の解放が人民の解放に通ずることを本能的に知っている権力は、絶えずセックスのコントロールを図ろうとするものである。セックスの問題を単にモラルの問題としてではなく、現代資本主義のなかにおける存在形態としてとらえ、これにどう接近していくかが課題である。

すなわち、「性」の今日的課題は、まとめていうならば、「性」が現代資本主義体制の下に巧妙に支配、従属せしめられて、資本の飽くことのない利潤獲得の道具にされていること、そして、そのために、「性」の社会を形づくる人間性としての最も重要な本質が無視・疎外され、「性」のあくどい商品化への道のみが白々しく用意されていることを見抜くこと、ここににあるのではないだろうか。

一方、「性」の問題は「体制」としてそのなかに組み入れられたひとつの社会状況としてあるのであるから、小手先のテクニックなどでは、根本的な解決は難しいのではなからうか。いわゆる少年の「非行」と「性」の問題ひとつを取ってみても、問題の本質がはるかに技術的な補導の域をこえたところに蟻蟻していることは、余りにも明らかだといえよう。

また話題をかえて、現代の都市化のすすむ社会のなかで、「性」の倒錯がひとつの流行として指摘されているが、この現象をどう解釈したらよいのであろうか。これを管理社会のストレスに対する解放願望の代償行為であるとしてみても、そのメカニズムにはなお説明を要する点が多いであろうし、「異常」として性犯罪を構成するとするならば、その構成要件は果たして誰が誰に対して責任をとってきめているのであろうか。

さて、以上のどの問題ひとつをとっても、社会医学の出番はまさにいまなのだ、といたい。ただ具体的には、試行錯誤の段階であろうと思う、として、問題状況を社会医学的に概観し、問題提起を行った。

## ○老人の「性」について

大工原房子

平均余命の伸長は必然的に、「性」年齢の延伸を可能にしているが、老人の「性」機能と「性」意識・行動の領域はこれまでタブーとされていた分野でもあり、よくわかっていない。相談を受けても、漠然と、「過ぎるのはよくないでしょう」などとお茶をにごすしかない状況である。

他方、老化にともなう糖尿病や、心理的因子にもとづくインポテンツや不感症を訴える患者やクライアントも増加していると思われる。

演者は昭和43年頃、大脳皮質の機能低下のため脱抑制の結果、「性」本能もむき出しになったある老人の家族の相談を受けたことがきっかけとなり、老人の「性」意識に関するアンケート調査を思い立つに至ったと、その動機を述べられた。当時、世間の反響や副作用などを心配した上司からは、個人の資格でやれとか、老人クラブなど管内の施設内でやられては困る、などのクレームがついたことなどを、ユーモラスなタッチで話された。

結果的には、大学の衛生・公衆衛生学教室とタイアップして行う都の公衆衛生奨励費による研究として、寝たきり老人の健康調査に付帯した調査ということで、順天堂大の千葉裕典助教授（当時）の指導が得られたことは有難かった。

その後、1973年の1月から3月にかけて、北海道苫小牧保健所、愛知県一の宮保健所の協力を得ることができ、協同調査を行い、結果の一部は、昭和48年の日本公衆衛生学会（広島）で、「高齢者の性に関する実態と意識について」と題して口演した。

内容を略述する。対象は60歳以上の老人約500人で、主に老人クラブの老人、保健婦や寮母による面接質問によった。回答者は約半数にとどまったが、明らかになった点としてつぎの諸点があげられた。

(1) 「性」衝動（リビドー）は、ごく少数の脳障害者を除けば、高齢に至るまで男女とも維持されている。(2) ただし、性交の頻度には個人による差が著しい。個人差は職歴、生活歴、心身の状態などにもとづくものようである。したがって、年齢による画一的な指導・助言は、役に立たないことが推し量られる。(3) 女子のレスポンスは、性交については当初は嫌悪や忌避的な回答であるが、立ち入ってみると、そのほとんどは社会規範を意識しての自己規制であることがわかる。今後、深層面談的な技法によるアプローチが望まれよう。(4) 高齢者同士の結婚（再婚）にも社会的規制を強く意識しており、ケースによっては支援の必要も生じよう。(5) 「性」

機能は衰えても、同義による精神的な支えが両者の幸福感の基になっていると答えた例もあり、注目に値しう。

そして、老人の「性」をめぐる、社会規制による抑圧からくる欲求不満、また大脳のコントロールの解除による反社会的な行動など、これらに対処するにはどうすればよいか、その解決の方途はどうか等、多くの難しい課題が前途にあることを確認することができたと結んだ。

#### ○病院のケースワーカーの立場より 田戸 静

演者は都内の産院勤務のケースワーカーの立場から、主に自験例を中心に述べられた。

18年間、産院のMSWをしてきたが、社会相の変遷にともない、来院妊産婦のかかえている問題もさまざまに多様化してきている。中絶希望者めくり、精神不安の鎮静、医師、クライアント、家族との人間関係の調整、社会資源の運用などが事例の主なものであったが、なかでも相手が妻子のある場合の未婚の母のケースが、印象に残った。男だけと話しあえる場の設定や、養育に際し客観的にみてどうしても不利に立たざるを得ない状況に追いこまれる女性の立場の説述には、長年職場で苦勞をされたベテランとしての説得力があった。

#### ○高校生の性教育の経験をふまえて 根岸 悦子

演者は試作スライドを用いて、中高校生に性教育を行った豊富な経験にもとづいて、話を進められた。

いままでの保健体育や性教育では、生徒の「性」に対する理解、妊娠・分娩に対する正確な知識にもとづいた不安の解消には、余り役立っているとはいえず、まだ暗中模索の段階といえる。

演者は日本母性保護医協会の委員として、女子高校生を主な対象とした「妊娠」と「出産」、「避妊の科学」、「男性の生理学」などの映画の制作に協力し、実際に学校を巡回もした。分娩の写真などショッキングと思われるコマもあり、危惧する向きもあったが、女生徒の感想とし

ては総じて、分娩の理解、生命誕生の尊厳さ、母になる日の期待など、肯定的に受けとめられたようである。

また、性意識の発達段階のちがいによる性差、個人差、地域差をどうとらえたらよいか、科学と人間の情緒活動とをどのように総合して考えたらよいかなど、系統立った性教育のカリキュラムを整えねばならないことを強調された。

最後に、記録担当の谷は司会者から感想を求められ、およそつぎのように述べられた。

現代の管理社会はその本質として、「性」に対しても、体制に都合のよいように巧みにコントロールしようという傾向をもっているのではなかろうか。一見、現在は戦前にくらべると自由奔放に「性」が解放されすぎているような錯覚を一面に与えかねないかもしれないが、逆にわれわれが知らない間に、「性」が資本の奴隷となっていはしないかと疑ってみる必要がありはしないか。人間性の大切な要素である「性」の社会による保障をどのようにして克ち取っていくかが、本日のテーマであると感じたと述べた。

#### おわりに

残りの時間が、フロアからのフリーな討論に充てられた。一参加者から、沖縄を調査旅行した際に、父子相姦や、いわゆる不純異性交遊で妊娠したという話を聞いたが、このようなケースにあったらどう対処したらよいか、という質問が提出された。究極的には中絶の途を選ぶにしても、主体としての本人が事態をどうとらえているか、自己の「性」をどう考えているのかを引き出して行くことが大切であり、この点を見据えた指導、相談、助言であってほしいというのが、一演者からの答えであった。

以上で、予定した時間が尽き、今後も機会をとらえてこのような集会をもちたいという気持ちもちながら、惜しくも会を閉じた。

〔まとめ 声沢正見〕

\* \* \*

<保健婦自由交流集会>

## 山香診療所存続の住民運動と辺地における保健婦の役割

<世話人> 木下 安子 (東京都神経科学総合研究所)

山香診療所の存続をめぐる住民運動の経過については、演題 16~18 で報告された。この住民運動の過程で

の保健婦活動をめぐって、討論がおこなわれた。

報告者は2名の、若い佐久間町役場の保健婦で、質問

が集中した。

「辺地自治体では医師を得ることがきわめて困難で、それは村長でさえ頭の痛いところだ。医師がいなくなったらどうするのか」。

「辺地住民が病気にならないためにはどうするのか、病気になったらどう対処するのか、これをはっきりさせたい。保健婦は何をすべきか、活動をどう発展させるかが問題だろう」。

「健康問題は医療問題のみではない。保健婦活動には健康指導、生活教育があって、最後が医療である」。

「そうすれば、保健婦の存在を住民はどう見ていたのか、村民の健康に対する意識はどうか」。

以上のような診療所医師と連帯した保健婦活動に対する質問に対し、「山香診療所が、熱心な医師を含め、地域の予防活動をになってきた。保健所の応援体制も強くないところで、診療所廃止に保健婦が反対したのは当然である。診療所廃止反対の運動で医療従事者はどうだったのか。保健所の医師不足、再編成による弱体化があり、自治体医療機関が予防活動をにう面があってよい。私

は日本医師会の方針には反対だが、だからといって、それに反対すべきだ、という意見には必ずしもならないはずだ。むしろ、保健婦は医療機関をどのように位置づけるのか、それが大切である」という診療所廃止反対運動への保健婦の参加に肯定的見解も出された。

これらの討論に対し、佐久間町の医師として、共に活動してきた海老原氏から、「佐久間町の保健婦は医師を変えるだけの力をもっている。しかし、村民はまだ、医師がいなくなることにに対してほど強く、保健婦がいなくなることにに対して危機感を持っていないのが現状だろう」という発言があった。

保健婦活動のあり方をめぐる基本的な考え方が、白熱化した討論となった。しかし、時間が不足で、もう数時間ほしいところで終わった。報告者もスッキリしないで、翌日の休憩時間までもちこされて個人的に討論が続いていた。

保健所の弱体化が、辺地に働く保健婦を孤立化させ、 unnecessary 苦勞をも背負わせている事例でもある。

(まとめ 木下安子)

## 用語欄

### ▶テクノロジー・アセスメント (technology assessment)

開発された新しい技術の効果については、それを実際に使用してみなければ明確にすることができない場合が多い。しかし、新しく開発された技術の悪影響によって、環境破壊などがおこる危険性をはらんでいる場合には、考えられるすべての観点からその悪影響を予め検討して、環境汚染などを防止し、社会問題を事前に予防することをテクノロジー・アセスメントという。

### ▶コーネル・メディカル・インデックス (Cornell medical index)

Cornell 大学の病院にて、各種疾患の現われやすい自・他覚症状を調べて、予診に役立てるように作成したアンケートで、該当する徴候のある数によって、受診する科を選ぶことにしたものである。これが米国の徴候検査にも利用された。195 項のほかに、女性のみ回答する質問項目が付加されている。わが国では心身症や精神疾患の screening に応用されたのが最初である。

### ▶脱工業化社会 (post industrial society)

現代は産業革命以後の発展によってもたらされた高度工業化社会であって、工業社会以前の社会に対応して、産業革命を上まわる大転換が 20 世紀末にかけて行われた後の未来社会のことである。脱工業化社会は情報化社会であって、物質的には豊かになり、余暇が増え、主知主義的な社会が想定されている。米国の社会学者が唱導した概念である。

### ▶ラウンド・テーブル・ディスカッション (round-table discussion, 円卓会議)

円形または楕円形のテーブルを囲んで 5~12 名のメンバーが着席して、お互いに顔を見合わせながら特定の論題について討議する方式のことである。この方式では、メンバーは発言に対して不当な抑制がない代わりに、責任をもつことになり、共通の問題解決に効果的であるから、近年、学会などでも多く利用されるようになってきた。

(解説 西川渡八)



## 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による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，そのつと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。