

第19回社会医学研究会総会記録

— 1978年 —

社会医学研究会

この記録は、第19回社会医学研究会総会における研究
発表の『公衆衛生』第42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

社会医学の今日的課題	8 東田敏夫
総会プログラム	9
シンポジウム 公害・薬害・有害食品等健康被害者の医療援護・復権 をめぐる諸問題	11 東田 敏夫・山下 節義
要 望 課 題 地域保健医療における公的責任と保健医療従事者の役割 (その1) 保健センター構想と保健所再生をめぐって	
	演題 1~3 21 小栗 史朗・小林ヒサエ
	演題 4~7 24 丸山 創・木下 安子
	(その2) 保健医療従事者の役割と住民参加のあり方をめぐって
	演題 8~11 28 山本 繁・乾 死乃生
	演題12~14 31 木村 慶・林 義緒
	演題15~17 34 朝倉新太郎・金田 治也
一 般 課 題 大都市住民の健康、労働災害、医療事故の社会医学的解明	
	演題 1~3 37 渡部 真也・水野 洋
	幼児保健と老人ケアの問題点
	演題 4~7 40 奈倉 道隆・吉田 幸永
	難病患者在宅看護の取り組み
	演題 8~10 44 西 三郎・三宅智恵子
あとがきに 代えて——「社会医学研究」に残された課題	47 東田 敏夫
自 由 集 会 保健所と市町村保健センター	49 山本 繁・木下 安子
	丸山 創
	公害等健康被害者補償救済をめぐって
	50 片平 刃彦

[会期：1978年7月22日、23日]
[会場：京都府農協会館（京都市）]

社会医学の今日的課題

司話人代表 東田 敏夫（関西医科大学教授・公衆衛生）

■ 開会に寄せて

「高度経済成長」の必然の結果として、環境破壊・公害等による健康破壊と労働災害が広がった。その後一転して、日本経済はいわゆる構造的不況に落ち込んで行ったが、保健衛生・医療サービスにかかわる矛盾は大きく、これに対する住民の要求が高まってきた。しかし政府・行政側は、国民の健康を守るべき公的責任をあいまいにしたままで、「福祉見直し・高負担論」、「健康自己責任論」を提唱するとともに、上からの「地域計画」、「システム化構想」、「健康づくり運動」を進める傾向を示している。このような情勢下にあって、労働者、農民、地域住民の健康状態とこれにかかわる社会的諸条件を突き止めるとともに、当面の緊急な課題をめぐって、国民の健康を守るべき公的責任と仕組み、保健医療従事者の役割について、その具体的な事例検討と実践活動に基づく報告と討議により明らかにすることこそ、「社会医学の今日的課題」といえよう。

本年度の社会医学研究会総会の方針について、近畿在住の「企画運営世話人人会」を組織し、合議の結果、上述のごとき「社会医学の今日的課題」を踏まえて、「一般課題」の報告を求めるとともに、下記の「シンポジウム」と「要望課題」による集中討議を行なうこととし、会員に呼びかけた結果、おおむね所期のプログラマを編成することができた。

《シンポジウム》 公害・薬害・有害食品等健康被害者の医療援護・復権をめぐる諸問題

近年続出している各種の公害・薬害・有害食品・交通災害などによる健康被害者に対する医療援護・補償・原状回復・復権は依然として進捗せず、多くの被害者と家族は深刻な苦痛・苦悩・生活難に喘いでいる。それらの実相を正しく把握し、その医療援護・原状回復を果たすための問題点と、加害者責任・行政責任のあり方を突き止め、合わせて保健医療・福祉従事者の役割について、大気汚染被害者、水俣病、カネミ油症、スモンを対象として、その医療・救済・復権の実際に取り組んでいる人たちに生の体験と知見を持ち寄ってもらって、それぞれ具体的な当面の課題を取り組みについて突っこんだ討議を行ない、打開の方途を見出すことを期待した。

《要望課題》 地域保健医療における公的責任と保健医療従事者の役割——とくに自治体と「地域保健医療計画」に関する——

都市・農村住民のさまざまな保健医療要求と、これに応える保健医療従事者の活動について、またそれらの活動を根底とした自治体の住民の健康を守る先行的・計画的取り組みについて、地域における諸課題とそれらを解決すべく行なっている実践活動の具体的な事例の報告による、集中討議を期待した。

- (1) 都市・農村住民の健康実態と保健医療要求およびこれに応える保健医療従事者の活動
- (2) (1)に基づいての、自治体の保健医療事業に対する計画的取り組み
- (3) 保健医療・養護等をめぐる住民要求・住民運動と保健医療従事者および自治体の対応
- (4) 「保健センター構想」と住民、保健医療従事者の動き
- (5) 住民要求に応える「保健所再生」と自治体病院・診療所の役割
- (6) 自治体の「保健医療計画」における住民参加と保健医療従事者の役割

たとえば、農村・僻地における医師・保健婦等の活動と住民運動、老人・難病患者・障害者等の医療援護・救急医療などに対する住民要求とその取り組み、成人病などの健康診断事業、これらの住民要求と保健医療従事者の活動に対応して、保健センター、保健所、自治体病院、地域医療機関等のあり方の再検討、「三割自治」の克服と「シビル・ミニマム」確保のための自治体の計画的取り組み、などがあろう。

〔一般演題〕

不況下における労働者・農民・地域住民の健康状態の実相と社会的諸要件とのかかわりを明らかにするとともに、健康を守るために必要な社会的諸条件と当面の課題、保健医療活動のあり方などについて、具体的な事例と実践的活動によって裏づけられた報告と討議を期待した。

この「総会記録」はいずれも各座長団に、司会された演題の範囲についてまとめてもらったものである。ただし、各演題報告の要旨を演者自身の記述に加えて、これに討議内容の紹介とまとめ、講評を座長団に依頼した。

■ 総会プログラム ■

<シンポジウム>公害・薬害・有害食品等健康被害者の 医療援護・復権をめぐる諸問題

『座長』 東田 敏夫（関西医大・公衆衛生）
 山下 節義（京大・公衆衛生）

1. 北九州における大気汚染と健康被害の実態について
 ○阿比留幸子・辻 良子・真角欣一（健和総合病院）、
 梅田玄勝・八木邦子（北九州市民公害研）
2. 最近の大気汚染公害の情勢と西淀川の大気汚染公害訴訟
 田中 千（淀川労働者厚生協会）
3. 水俣病被害者の救済をめぐる社会医学的問題
 二塚 信（熊本大・公衆衛生）
4. 新潟県阿賀野川中流域における水俣病検診
 ○斎藤 恒・荻野直路・浜 齊・旗野秀人・名古屋孝子・吉田あきこ・鈴木裕子（新潟医療生協・木戸病院）
5. カネミ油症被害者の被害実態と補償要求などについて
 梅田玄勝（北九州市民公害研究所）
6. キノホルム薬害被害者ースモニーの実態と
 「恒久補償」をめぐる問題点（誌上）
 東田敏夫（関西医大・公衆衛生）
7. 「薬害被害者救済制度」の問題点と制定の方向
 片平利彦（東京医歯大・難治疾患研究所）
8. 大気、水質、薬品、食品等による公害健康被害者の恒久救済をめぐる問題点
 石橋一鬼（弁護士）
9. 各種の健康被害救済制度の比較・検討から
 （コメンティター）手島陸久（東大・保健社会）

<要望課題>地域保健医療における公的責任と保健医療従事者の役割

（その 1）保健センター構想と保健所再生をめぐって

I. 保健所・保健センター問題の背景

『座長』 小栗 史朗（名古屋市千種保健所）
 小林ヒサエ（京都市北保健所）

1. 英国 NHI 体制下における保健・医療計画の展開
 ——ヘルスセンター構想を中心には——
 ○多田耀浩三（阪大・公衆衛生）
 2. 「保健所のあり方」についての批判
 ——「保健センター構想」の対応について——
 南雲 清（新日本医師協会）
 3. 地域保健の課題と医師会病院構想
 金田治也（阪大・公衆衛生）
- ##### II. 市町村行政と保健所再生への提言
- 『座長』 丸山 創（大阪府岸和田保健所）
 木下 安子（東京都神経科学総合研究所）
4. 小都市・町村における衛生費の動向
 木村 康（愛媛大・公衆衛生）
 5. 保健所費の分析
 西 三郎（国立公衆衛生院）
 6. 乙訓の健康と環境
 ——『向陽保健所だより』から——
 ○塙見正美（京都府向陽保健所）
 7. 日本公衆衛生学会保健所問題委員会中間報告の基本的な考え方について
 小栗史朗（名古屋市千種保健所）

（その 2）保健医療従事者の役割と住民参加のあり方をめぐって

I. 自治体保健医療従事者の地域活動

- 『座長』 山本 篤（京都府衛生部）
 乾 死乃生（大阪府立羽曳野病院）
8. 寝たきり老人を通しての福祉（医療）行政における訪問看護活動の現状と問題点
 ○新津ふみ子・加藤登志子・横田喜久恵（新宿区立区民健康センター）
 9. 自治体病院 MSW と地域医療・保健・福祉機関との協力
 ○川村佐和子・高坂 雅子・伊藤 淑子

- (都立府中病院・医療相談室)
10. 地域保健医療における第一線医療機関の役割
——保健所・福祉事務所と連携を進める中で
谷田悟郎 (京都保健会・九条診療所)
11. 地域保健医療福祉活動に対する自治体研究所の役割
○木下安子・山岸春江・閔野栄子
(東京都神経科学総合研究所)
- II. 住民保健知識と自治体計画
《座長》木村 康 (愛媛大・公衆衛生)
林 義 繕 (大阪府守口保健所)
12. 地域保健・医療・福祉の計画化と実践
——習志野市の事例を中心にして——
佐久間淳 (帝京大・公衆衛生)
13. 保健予防活動における自治体と住民組織の役割
——長野県農村地区における事例研究——
岡村 純 (佐久フィールドワークの会)
14. 農協組織による地域の保健活動と自治体との連携
松浦尊磨 (佐久総合病院)
- III. 地域医療の民主的発展と保健医療従事者
《座長》朝倉新太郎 (阪大・公衆衛生)
金田 治也 (同上)
15. 保健医療行政の後退をねらう自治体と住民運動
——佐久間町における住民運動——
村瀬好美・海老原勇 (山香診療所新守る会)
16. 地域医療計画への住民参加と自治体の役割
——日野市における地域難病運動の中から——
池上洋通 (日野市企画課), ○富山典子 (日野市広報課)
17. 医療問題八尾連絡会の活動と民主的地域医療計画への道
貴島幸彦 (日本科学者会議大阪支部)
- <一般演題>
- I. 大都市住民の健康、労働災害、医療事故の社会医学的解明
《座長》渡部 真也 (滋賀医大・予防医学)
水野 洋 (大阪府立職業病センター)
1. 大都市における生産年齢層の健康
——大阪市を中心にして——
○南沢孝夫・朝倉新太郎 (阪大・公衆衛生)
2. 労災・職業病の企業責任と行政責任
牧野忠康 (東京社医研究センター, 東大・保健社会)
3. 「医療事故相談センター」から見た医療被害の実態
○加藤良夫・田中清隆・野田弘明・山田幸彦・
鈴村昌人・伊藤道子・在間正史 (弁護士),
- 久永直見 (名大・衛生)
- II. 幼児保健と老人ケアの問題点
《座長》奈倉 道隆 (京大・老年医学)
吉田 幸永 (京都府・日吉町役場)
4. 保健所における発達相談の試み
○寺西秀豊 (金沢大・公衆衛生), 森源三郎 (金沢大・
教育), 今村信夫・多田チヨ子 (石川県松任保健所),
石田セイ子 (石川県小松保健所), 寺田洋子 (石川県
総看)
5. 長期入院患児に対する復学援助
鏡西淳子 (三井記念病院), ○高月咲子 (日本女子大)
6. 老人医療の諸問題 (第1報)
——入院患者の調査から——
○岸本洋子 (東神戸病院), 日高隆三・石井俊三
(東神戸診療所), 日高沙千江 (頌榮短大)
7. 老人医療の諸問題 (第2報)
——退院後の患者の動態を中心にして——
○日高隆三・石井俊三 (東神戸診療所), 日高沙千江
(頌榮短大), 岸本洋子 (東神戸病院)
- III. 難病患者在宅看護の取り組み
《座長》西 三郎 (国立公衆衛生院)
三宅智恵子 (大阪府立公衆衛生専門学校)
8. 多発性硬化症患者を介護する家族への援助
青井由恵 (在宅看護研究会), ○銅直晶子 (明治学院大),
川村佐和子 (東京都立府中病院)
9. 東京都府中市における筋萎縮症患者・家族のグループ活動と自治体の対応
木下安子・山岸春江・○閔野栄子 (東京都神経科学総合研究所), 宇尾野公義・川村佐和子 (東京都府中病院)
10. 難病 (筋萎縮側索硬化症) 患者の受療に関する自治体病院の対応
木下安子・○山岸春江・閔野栄子 (東京都神経科学総合研究所), 宇尾野公義・別府宏園・川村佐和子 (東京都府中病院)
- <自由集会>
- I. 保健所と市町村保健センター
《司会》山本 繁 (京都府衛生部)
木下 安子 (東京都神経科学総合研究所)
丸山 創 (大阪府岸和田保健所)
- II. 公害等健康被害者補償救済をめぐって
《司会》片平 利彦 (東京医科大学・難治疾患研究所)

シンポジウム

公害・薬害・有害食品等健康被害者の医療援護・復権をめぐる諸問題

《座長》 東田 敏夫 山下 節義
(関西医科大学・公衆衛生) (京都大学・公衆衛生)

これまでの企業優先・人権軽視の政策の展開のもとで続出した、大気汚染被害、水俣病、森永ミルク中毒、カネミ油症、スモンなどさまざまな公害、有害食品、薬害によって、数多くの健康被害者が生み出され、いまなお身体的苦痛、精神的苦悩、さらには家族ぐるみの生活破壊など、深刻な様相を呈している。これら被害者の復権、補償、医療援護への取り組みは、たとえ裁判に“勝訴”しても、依然として打開されず、なお多くの問題をかかえ、未解決のままである。

もともと、健康被害者の復権と償いには、「加害者完全負担の原則」はもちろんのこと、「原状回復の原則」が貫徹されねばならない。すなわち「元の身体に返すこと」、「人間らしく生きる権利を取り戻すこと」、少なくともそれにふさわしい、可能な限りの医療援護と生活保障が、「被害者優先の原則」によって、生涯にわたって保証されなければならないはずである。それは、被害者らの侵された健康権、生活権、幸福追求権を取り戻すために必要・不可欠な要件であり、低水準の現行社会保障制度によって代替し得るものではなかろう。

現実は、「加害者責任の回避」と「行政責任の欠落」とによって、各種健康被害者と家族は苦痛・苦悩の度を深めている。さまざまな健康被害者の医療援護・復権を実現するために、被害者対策の現実と現行補償制度あるいは救済制度における問題点は何か、打開のためにいかなる取り組みが必要か、行政責任、保健医療福祉従事者の役割はどうあるべきか、といった点について、実践活動に基づく具体的な事例の報告とその討議を通じて明らかにする必要があろう。このことは、すべての健康被害事件に共通していえようが、今回は、当面の課題として、大気汚染被害、水俣病、カネミ油症およびスモンを中心討議することとした。

1. 北九州における大気汚染と健康被害の実態について

○阿比留幸子・辻 良子・真角欣一（健和総合病院）

梅田玄勝・八木邦子（北九州市民公害研）

昭和52年の本会で演者らは、北九州における大気汚染問題について報告したが、今回はその統報として認定問題について報告する。

まず、北九州市における認定数は本年5月現在で1,727名であり、昨年より急増傾向にある。認定患者の指定地域人口千対有病率を見てみると、慢性気管支炎で0.74、気管支喘息で5.06であり、日本人平均を大きく上回っている。未認定者や未申請者を含めると、かなりの数値になると考えられる。しかも認定行政上多くの問題があり、却下される例も多いが、環境保健部長通知に基づく主治医の意見を求める動きは全く見られない。認定行政

上の問題点と被害者の要求は次のとおりである。

〔問題点〕

- ① 審査会が秘密主義で、却下処分等の理由が明らかにされない。
- ② 精密検査指定医療機関を限定し、認定作業に長時間を要する。
- ③ 異議申し立ての制度が実質的に空文化している。

〔被害者の要求〕

- ① 指定地域の線引きの矛盾をなくし、被害の実態に応じた救済をしてほしい。
- ② 精密検査の指定医療機関を増やしてほしい。
- ③ 親切で迅速な認定業務をしてほしい。
- ④ 汚染を発生源から規制する対策を強化してほしい。

＜追加発言＞

阿比留は質問に答え、公害健康被害補償法にある異議

申立制度が実際に活用されないその理由は、却下理由が明らかにされていないため、患者救済だけを考えるならば、再申請する方が早道だという実態にあると、異議申立制度が実質的に空文化している状況を報告した。

2. 最近の大気汚染公害の情勢と西淀川の大気汚染公害訴訟

田中 千（淀川労働者厚生協会・公害対策委員会）

大気汚染公害の最近の特徴は、財界からの NO₂ 環境基準と公害健康被害補償法を焦点にした激しい巻き返し、財界に追随した環境行政の後退である。

昭和 48 年 5 月に告示された NO₂ の環境基準に対し、財界は「非科学的である」、「世界に類を見ない厳しい環境基準」などと主張し、環境庁に対して基準緩和を要求していた。環境庁は、基準値の改定作業に関連して暴露された多くの疑惑を解明することなく、7 月 11 日、財界の意に沿った環境基準を告示した。

今後、環境庁に対し、速やかに疑惑を解明し、人の生命と健康を守ることを基本にした科学的な環境基準の審議を要求するとともに、既に東京都、川崎市、横浜市などが表明している、自治体独自の従来の環境基準に基づく防止対策を進める方針を支持し、多くの自治体にこれを広めていくことが必要である。

公害健康被害補償法は、過去の救済制度からすれば一定の前進として評価できるが、加害者の賠償責任からすれば極めて不十分な内容である。その内容さえ、最近、財界の負担軽減の要求に即応して、年々適用を後退させている現状である。とくに NO₂ の基準緩和と関連して、公害の地域指定を打ち切る方向が明らかになったことである。また適用を厳しくし、賠償責任があいまいになりつつある。

このような情勢の中で、西淀川の患者会は 101 名（うち死者 3 名）の第一次代表原告団を出し、大気汚染物質の差し止め請求と補償法に欠落している損害賠償を求めて、今年 4 月 20 日、提訴した。

被告は、企業と国、道路公団である。被告企業は 10 社・19 事業所であり、西淀川区の大気汚染に対し圧倒的に加担しているものである。国、公団に対しては、国道や高速道路の管理責任を問うものである。

この訴訟は住民 20 人に 1 人の割で公害認定患者を出し、いまなお住民の健康被害が進行している状況のもとの訴訟である。また多くの大気汚染都市に共通する都市型複合汚染を正面から告発するものであり、環境行政の後退と鋭く対決するたたかいとならざるを得ない。

この西淀川区の裁判闘争は、人の生命と健康を守り、

複合汚染地の加害責任を明らかにさせ、環境行政の前進のためにも勝利しなければならない、必要かつ重要なたたかいである。

<追加報告>

藤森弘（西淀川区・柏花診療所）は追加報告をした。

現地医療機関として、独自に大気汚染被害児の健康回復事業（郊外宿泊、レクリエーション）に取り組んでいる。法による「保健福祉事業」に市の予算は計上されているが、大阪市の予算消費があまりにも少ないのでして、私たちの事業に助成を要求してきたところ、市は認めようとしない。ただ大阪市自体の「保健福祉事業」の対象児の範囲を少し広げようになった。しかし、真に被害児の健康回復を図るには、まだまだ不十分である。市は地域の医療機関の協力を求めて、健康回復事業を前進させるべきだ。もっとも、保健福祉事業経費に対する自治体負担の問題が大きい壁になっている。

3. 水俣病被害者の救済をめぐる社会医学的問題

二塚 信（熊本大・公衆衛生）

現在、水俣病の認定患者は約 1,400 名（うち死者約 250 名）、認定申請中のものは 5,000 名を上回っている。患者の認定作業は、神経疾患としての水俣病の特異性を医学的に厳密に追究するという方向の中で、1 カ月 50 名答申のペースが限度であり、一昨年 12 月の熊本地裁による不作為違法の判決に見られるように、現実の要請とは異なる次元にある。現行の被害者救済の体制は、患者の認定に始まり、認定患者個々人に対する救済という、本人申請主義に基づく個人的救済にとどまっている。その発生機序から見て地域性・社会性が極めて強い本疾患の成立要因の一側面に対する配慮が、その救済対策において欠けているように思われる。

患者発生地域は水俣市を中心に、不知火海を囲む東西 15 km、南北 40 km と見なされ、居住人口は 20 万人に及ぶ。中でも risk の高い漁家人口は 8,000～10,000 人である。患者の地域集積性が最も高い集落では 50 歳以上人口の 50% 以上が認定患者であり、水俣市周辺町村の現時点における認定患者の人口対比は、地域の心疾患の有病率と同等の、人口万対 40～140 である。不知火海沿岸の漁村集落の多くは辺地的環境の中にある。慢性難治性の神経疾患としての患者の多くは在宅の状態で、次第に老齢化し、いわゆる合併症の有病率も高い。

このような視点に立つとき、本疾患の health care には、地域や家庭の場におけるリハビリテーションや看護、巡回診療、そして継続的・組織的な follow up の

態勢を核とする包括的な地域医療プログラムの展開が必要である。同時に、被害者の救済の面では、原爆被災者救済と同様の内容の総合的・集団的な救済の体系が、少なくとも一定の population at risk を対象に検討されるべき段階だと思われる。

＜追加発言＞

二塚はこの報告の中で、「被害者たちは自分の家で、地域で、少しでも人並みの労働をしながら、近隣の人たちと語り合い、ともに生活することを希望している。現行の認定制度の枠内においての対応であり、前向きの施策は困難である。地域医療の観点からの取り組みが必要だ」と、地域的・集団的対応を真剣に考えるべき時機に来ていることを強調した。

また片平渕彦（東京医歯大）の質問に対して、二塚は「熊大、地元開業医、その他の人たちの協力による水俣市周辺地域の医療需給に関する研究班で調査・研究が行なわれた」こと、「大学では水俣病はタブー視されているとか、水俣病研究が風化しているとマスコミが伝える中で、いまなお大学の数多くの研究室が研究活動を行なっているが、認定審査診断業務が日常業務の中でかなりの比重を占めている」と実情を報告した。また山本理平（開業医、東京）の質問に答えて、「長い間判断を留保されている原告被害者たちの認定対策、巨額の補償負担による財政危機のもとで、被害者救済を原則をくずすことなく長期的に続けるにはどうすればよいか。広範に存在する窒素排出、Hg を含むヘドロの浚渫・埋め立てなどの大きな問題があり、県も水俣病対策に忙殺され、行政的に大きな負担となっている」と述べるとともに、いずれも自治体責任で取り組まねばならぬ問題でもあることを指摘した。

4. 新潟県阿賀野川中流域における水俣病検診

○齊藤 恒・荻野直路・浜 齊・旗野秀人・
名古屋孝子・吉田あき子・鈴木裕子

（新潟医療生協・木戸病院）

阿賀野川河口から 70 km 上流に、新潟水俣病の原因となった昭和電工鹿瀬工場がある。

新潟水俣病の発生が昭和 40 年 6 月に公表されたが、その後 42 年 3 月まで漁獲規制されたのは、河口から 15 km 上流の横雲橋までである。

横雲橋から上流鹿瀬までの間の阿賀野川流域住民については、昭和 40 年、45 年、46 年に一斉検診が行なわれた。47 年から若干の水俣病患者が認定されたが、それもごく一部に限られている。

演者らは、このたび河口から 30 km 上流の安田町、千唐仁部落を調査して、予想以上に患者が潜在していることを確認し、認定あるいは救済の問題としても重要なと考え、ここに報告する。

千唐仁部落は人口 451 名、戸数 98 戸、うち 20 歳以上の成人は 321 名である。

以前に、または現在においても川舟を職業とする家は 85 戸である。そして、この部落住民の食生活の主要な蛋白源は川魚であり、水俣病公表後最近まで川魚を食べ続けているものが多い。

水俣病認定患者は 7 名であるが、それ以外に健康障害を訴えた 100 名を聴き取りで水俣病によく見られる自覚症について調査した。そのうち 85 名を診療し、60 名に多発神経炎の病状を認めた。ほかに平衡障害、共同運動障害、視野狭窄、難聴、指の変形、指の運動障害などを高率に認めた。発症時期は昭和 36 年以降、40 年代が大部分であり、多発神経炎の 60 名中 36 名に家族集団性を認めた。

以上から、部落全体に高度の汚染が認められたこと、いずれも汚染した川魚を多量・長期に食べ続けていたこと、発症時期が比較的一定していること、半数以上に家族集団性を見たことなどから、健康障害は水銀以外には考えられず、環境庁次官通達に見られる感覚障害と運動失調などの組み合わせではなく、多発神経炎のみでも十分認定可能と考える。

また、千唐仁が決して特殊な部落ではなく、阿賀野川流域には食生活も仕事も川に依存して成り立って来た部落が並んでいると考えられる。

＜追加発言＞

この報告の中で齊藤は、「かつて捕獲制限の行政指導が阿賀野川の下流域に限られていたのは、北川農業説の影響があったためだと思われる」と述べたのに対して、北野博（愛知看護専大、当時県衛生部長）は「北川説のためではなく、下流域の魚の Hg 量が高濃度であったためであり、規制は“販売規制”であった。川魚を食べるのは危険であることを住民に知らせてはいたが、行政指導では完全に規制することは不可能であった」と発言した。しかし、齊藤は「原因について、閣議決定されたあとの厚生省交渉で、われわれが昭電下流でどうして規制しないのかと迫ったとき、厚生省側は裁判もあるし、いろいろな説もからんでるので、と答え、北川説がかなり影響しているとの印象を受けた」と述べ、当時の規制が下流域のみに限られた背景には、健康被害拡大防止以外の思惑がからんでいたことを推測させた。

また北野（前出）は、「事件発生当時、行政は原因追究に目を奪われ、被害者の救済対策に取り組めなかった最悪の事態は避ける努力を行政側として払ったつもりだが、當時、これで患者は出ないと思っていた。しかし、その後に多数の追加認定患者が出た。ボーダーライン層あるいは遅発性の被害者ともいべき人々をどうスクリーニングするか。事件発生後、相当日時を経過してのちに、上流にも疑いの患者が出てきた。どうすればもっと早く見出すことができるのか。世間では、補償問題が片付いて額が決まったら、それを目当てに名乗りを上げてくる、との疑心暗鬼を生んでいる。軽症の患者、遅発性の患者をどのようにして見つけ出すか、行政の対応、住民運動のあり方を考える必要がある」と発言した。

これに対して演者は、「松浜部落（阿賀野川河口）は漁民の多い地域で、水俣病患者がいないところというので、厚生省疫学調査のコントロール非汚染地区に選ばれたところだが、現在では多数の患者が認定されている。あの当時、魚は売れず、自主規制の押し付けで何の補償もない。そういう状況で経済的にも追い詰められた中で、なかなか本音も出ない。『海魚だけを食べて、川魚は食べない』ということを何度も決定し、みんなに伝え、毛髪は関係のない人のを出すといった話を、漁協関係者から10年以上たってから聞かされた。“認定申請”をめぐっても、就職、結婚に伴う差別を恐れて、家族内で喧嘩が起るほどである。したがって、何回となく足を運んで調査をしなければ、事実を知ることはできない。うまくごまかせば補償金がもらえる、といった利己的な考え方で認定申請するものはいない」と具体的に反論した。

また二塚（熊本大・公衆衛生）は、「行政の対応の仕方は、「一人ひとりの被害者の健康状態について、“診断基準”に合う、合わないで対立しており、同じような生活をしていても結果が違ってくる。こうした個別に分断した対応から救済対策が始まるために、場合によっては、『あの人は認定されたのに、私は……おかしいではないか』といった、お互いの不信・偏見を作り出していっているのではないか。被害者は集団的・集積的に存在しているのに、救済対策（被害者の認定）は個別バラバラの対応で始められているという問題がある」と述べて、現行の個別的な「診断基準」優先の認定方式のあり方の問題点を指摘した。いずれにせよ、現行の「診断基準」に基づく被害者認定方式を行なう限り、必然的に被害者切り捨てを生む可能性を、水俣病等の事例は示している。

山本（前出）は、「水俣病巡回映画で天草へ行った人たちの話では、事件が明るみに出てから10年以上たっているのに、水俣病に関する情報はほとんど何も伝わって

いないという、行政の怠慢が問題である」と指摘した。

さらに「公害健康被害補償法における被害者救済の問題点」について、石橋一晁（弁護士）は座長の要請に応えて、「公害裁判に勝訴することにより、この法律が作られたこと、一定の成果であると当時は評価していたが、内容が完全に良いという意味ではなかった。実施されたのちに、改善への努力を重ねていこうということで今日に至っている。問題としては、被害者の完全な生活保障がなされていない点、慰謝料が含まれていない点、被害者の“現状回復”要求からすれば、恒久保障対策とはなっていない点、などが上げられる。『保健福祉事業』は法にも規定されているが、被害者の利用可能な状態に整備されておらず、そのために予算は計上されても、自治体で効果的に活用されず、予算を残したまま決算がなされている、といった問題がある。今後、『保健福祉事業』を充実させる被害者のたたかいを広げていかなければならないし、そのことが“現状回復”を実現させる方向につながるものと思う。生活保障が不十分な点、慰謝料が含まれていない点については、当然裁判を提起せざるを得ない」と述べた。

5. カネミ油症被害者の被害実態と補償要求などについて 梅田玄勝（北九州市民公害研）

1. 被害実態のとらえかた

全国統一民事訴訟の最終準備書面は、被害実態を次の4点から把握した。すなわち、①症状と生活障害、②被害者の1日における被害状況、③家庭生活の破壊、④被害者の出生から死亡までの経過とその障害状況、である。プロジェクト要求案は、被害を医学的にのみとらえるのではなく、全生活の中における障害として把握すべきである、としている。

演者は、カネミ訴訟の証言の冒頭において「油症は、内臓障害を伴う全身性疾患である」と定義し、当時の皮膚障害の症度によるランクづけに反対し、日常生活行動、労働における障害、発育、学習、次世代への問題など、被害を総体としてとらえ、立証した。

2. 基本的補償要求

要求案は、①治療、生活面はもちろん、被害以前の原状に回復させること、②医師、医療機関選択の自由を保障し、治療に制限を加えないこと、③全国のどこにおいても安心して治療を受けられる「特別手帳」の発行、④恒久的健康管理と治療法研究の保証、などを要求している。

3. 現状と問題点

小倉カネミ全国判決直後の、広範に及ぶ組織的行動と

闘争によって、原告に一定の補償を勝ち取ることができた。まさに、たたかいなくして、上記の補償要求を実現することはできない。

国と自治体の責任は今後も追及しなければならないが、鐘化（鐘淵化学工業）は控訴を行ない、あくまでも責任を回避しようとしている。

被害発生後 10 年を過ぎても、満足できる補償は得られない。恒久的救済は、国と企業により行なわれなければならないが、判決直後の闘争をはるかに超える、粘り強いたたかいなしには実現しそうもない。これが現状であろう。

＜追加発言＞

上田（カネミ油症事件原告団）は、「ブロイラー事件のとき、行政がいま少し力を入れてくれていたら、事件は予防し得たのに」と、本事件が行政の怠慢のために引き起こされたと強調しつつ、患者の現状について具体的に報告した。

高木（カネミ油症事件弁護団）は、「鐘化は、訴訟を起ことぬことを条件に、被害者 1 人に 150 万円を支払うとの攻撃をかけてきている。厚生省は、鐘化に一時金を払わせ、カネミには治療費の支払いを継続させることで、解決しようとしている。国の責任を明確にし、国を巻き込んでいかないと、眞の救済はむづかしい。国の責任を明らかにさせるたたかいは重要だ。恒久救済対策の内容を充実させるために、被害者実態把握に向けて調査を準備中である。保健・医療関係者の協力を望む」と、最近の油症患者をめぐる動きなどについて報告した。

手島（東大・保健）は、「食品事故被害者救済制度が過去に検討されたことがあり、昭和 49 年に非公開で中間答申が出されたらしいが、森永ミルク中毒事件の民事訴訟が取り上げられるとともに立ち消えになった。救済制度は、被害者救済としてではなく、訴訟対策として作られる性格があることを示しているといえよう」と述べた。

6. キノホルム薬害被害者—スモンの実態と恒久補償をめぐる問題点（誌上）

東田敏夫（関西医大・公衆衛生）

I. 公称 1 万 1 千 名 に 及ぶスモン患者の実態・窮状がいまなお國の責任で明らかにされようとしていない現実に対して、スモン患者の実態と「医療援護にたいする要求」に関する全国調査をス全協の協力を得て行なった。

23 府県のスモンの会の会員数は 1,614 名（男 491 名、女 1,123 名）である。

1. 病状と医療援護の緊要性：ほとんどすべてに知覚

障害と歩行障害があり、「痛み」、「締めつけ」に苦しみ、「失明」または「ほとんど見えぬ」が 14%，日常生活行動を「自分独りでできない」が 15%，同「助けてもらう必要あり」が 36%，「合併症あり」が 60% に上る。大部分の患者が望む医療・看護・介助をほとんど受けられず、家族ぐるみの生活破壊に苦しんでいる。患者の 90% は在宅である。少なくとも 30% は専門病院または長期療養施設に入院を要し、適切な医療とリハビリ・サービス、看護・介助・家事援助が必要である。

2. 患者の 60% は「暮らしが苦しく」、生活費緊急援護と医療費の加害者負担または公費負担（特に介助手当、通院費、付き添い・介助費、ベッド差額、ハリ・マッサージ費など）を求める者である。また 20% は療養すべき「住まい」がなく、在宅患者の 3 分の 1 は住居改修を要する。働く患者も職場復帰の途が閉ざされている。

II. キノホルム薬害被害者に対する「償い」は、民事訴訟あるいは和解による「金銭賠償」だけでは果たされない。まず「医療援護の空白・疎外状況」をなくすべきはもちろん、被害者の「原状回復」と奪われた“人間らしく生きる権利の回復”を実現するにふさわしい可能な限りの高水準の医療と援護を生涯にわたって保証すべきであり、「加害者責任」はもちろん、加えて、国民の人権を守るべき国政の義務として果たすべきである。厚生省の「医薬品健康被害救済法案」にはこれらの要件が完全に欠落している。また現実の被害者医療援護事業の成否は、住民のいのちと暮らしを守るべき自治体の役割と、被害住民の立場に立つ医療・福祉従事者と自治体職員労働者の活動にかかっている。

7. 「薬害被害者救済制度」の問題点と制定の方向

片平冽彦（東京医歯大・難治疾患研）

1960 年頃からの薬害の多発と、被害者らの運動の高まりに対応して、厚生省は現在「薬害被害者救済制度」の制定を目指している。世界に類を見ない薬害被害に見舞われている日本国民は、被害に遇った場合、従来は裁判に訴えても長期化し、なかなか賠償・補償がなされないのが常であり、司法的救済方法の改善とともに、行政的救済制度の確立がかねてから求められていた。

しかるに、厚生省委託の研究会が 1976 年 6 月に出した「報告」、および同省が 77 年 12 月に公表した「試案」は、以下のように多くの、しかも基本的な問題点を含んでいる。

第 1 に、制度制定の理由について、今後も薬害が多発し続けると予想し、その予防・予見の限界を強調している。第 2 に、無過失責任の採用を避け、製造物責任の法

理の前進に棹を差そうとしている。第3に、適用対象者を大幅に限定し、「試案」では既発生の薬害を適用外としている。第4に、救済内容が金銭給付中心で、保健・福祉事業を軽視している。第5に、財源の国庫負担の割合を次第に高めようとしている。

このような方向は、薬害被害者を真に救済するものではなく、むしろ加害者、とりわけ加害企業を救済しようとするものである。こうした点を是正し、真に被害者救済に役立つ制度とするためには、第1に薬事法改正等による薬害予防施策と併せ実施すること、第2に無過失責任の損害賠償法とすること、第3に加害者負担の原則を貫きつつ、既発生か否かなどを問わず適用対象者とすること、第4に原状回復のための保健・福祉事業を主柱とすること、第5に製造者責任の原則をとりつつ、国の責任をも個別に検討して、負担割合を決めることが必要である。

＜追加発言＞

片平は、この報告の中で、最近のスモン関係者と薬務局長との会見の模様を紹介し、「薬務局長は、和解金額は金沢判決より高額であることを強調していたが、金を払えばすむという行政姿勢では、被害者救済はやら前進しない」と強調した。またこの会見に参加した東田も、薬務局長が「未確認被害者はつかみようがない。行政としては裁判の結果を見て、交渉に来られた方たちと話し合ってやっていきたい」と答えたことを紹介しつつ、こうした答弁に見られるように「行政責任に基づく取り組み」が見られないと、問題点を指摘した。古賀（京都スモンの会）は、「薬害発生を前提とした救済論が出されている。薬害を未前に防ぐための方策には触れないことを見込んだ上で薬害救済制度というのが出されるに、怪訝な感がする」と発言した。

また石橋一晁（北陸スモン弁護団）はスモン訴訟に触れ、「和解」の問題点として、①国・加害企業の責任が明確となっていない、②被害者の要求する救済対策の内容も何も入っていない。たとえば、介護手当では、目も見えず、寝たきりの人にだけ出ることになっている、③一時金の金額は完全救済を進める上で不十分、④鑑定が前提、しかも鑑定医は水俣病認定医とダブっている、⑤投薬証明の取れない人は切り捨てられる、⑥裁判所という密室での和解交渉では被害者の声が反映されにくいなどを指摘し、今後の取り組みとして、加害者責任を明確にした判決を出させることにより、これをテコに直接交渉によって協定書を勝ち取り、救済対策の実現を目指すという方向を述べた。

「スモンのように患者が全国に散在している場合、原状回復事業への取り組みをいかに展開すべきか」との手島の問題提起に対して、二塚は「水俣病のように地域集積性をもって発生している事例の場合、地域医療の取り組みは必要だし、取り組みやすい側面を持つ。水俣病の歴史を見ると、診断基準の明らかでなかった時代に多数の患者を掘り起こし、のちに大学が医学的問題点を明らかにするまでの重要な基礎となる取り組みをしたのは、地元の開業医たちであった。しかし、その後行政的調停制度のもとで、これらの開業医たちは、患者を診察することを警戒するという方向へ流れていった。また、開業医の診断が否定され、医師と患者との間に不信を生み出した。このような地域医療の態勢を作り出していく上で、早急に解決を求められている、むつかしい複雑な課題が多々存在する」と述べた。

細川一真（開業医、大阪）は、かつての森永ミルク中毒のこどもを守る会の取り組みの経験に基づいて、大阪保険医協会の組織的協力を得て、主治医制度を作り、点在する被害者の医療体制を保障する努力をしてきたこと、こうした取り組みをも含めて基礎となって、数多くの保健・医療の専門家を被害者たちの周りに結集した支援組織（森永ミルク中毒対策会議）の活動を柱として、「恒久救済対策」の立案と具体化への動きを可能としてきたことを報告し、「スモン、森永のように、地域に被害者が点在している場合、地域医療としてとらえていく上で問題が多い」が、「恒久救済対策の実現の可否は、被害者の周囲に協力してくれる科学者、救済・救助者集団を召集させ得るか否かにかかる」と強調した。

東田は、「被害者に対する償いの具体的な取り組みをどうするか、医療面では“地域医療の組織化”が必要であるが、肝心の加害者と行政の責任があいまいにされではなるまい。被害者が全国に散らばっている場合、一部の被害者による折衝とか、協会とかいった組織で取り組むとしても、たいへん困難である。こうした状態に対処するためにこそ、行政があり、國、自治体こそが責任を持つべきである。ことに自治体は、地域住民の安全、健康、福祉に直接かかわっている。そういう意味で、“地域医療”という場合は、根本において、国の責任と自治体の役割を抜きにしては成り立たない」と発言した。

なお石橋は、「被害者救済には専門病院の設置などを実現させる上で、専門スタッフの確保、建設経費、運営のあり方などさまざまな困難な問題を持つ課題もある。スモン、森永ミルク中毒などといった個別の被害者集団では、実現困難な課題については被害者が協同することにより、各加害企業に金を出させるように取り組む必要

があるのでないか。被害者救済のための施設を作るなど、条件が整備されていくことにより、地域の社会保障水準を引き上げていくことに役立つという観点から、国・加害企業を追及していくべきだ」と、今後の取り組む方向について指摘した。

8. 大気、水質、薬品、食品等による公害健康被害者の恒久救済をめぐる問題点

石橋一晁（弁護士）

加害者責任が明らかな場合（賠償責任）の救済内容を社会福祉水準に抑えさせることなく、完全救済を実現させていくことが重要であり、それを目差すたたかいは、社会福祉水準全体の向上のたたかいにつながっている。

公害健康被害者の完全救済とは、被害者がその公害を受けていなければ享受したであろう生活ができるだけ早い時期に完全に再現すること（早期原状回復の原則）である。そのためには、金銭支払いとともに、恒久救済対策の実現が図られねばならない。恒久対策としては、イタイイタイ病の「医療補償協定」、「スモン患者の恒久補償要求」など数多くの要求書や協定書が発表されている。

しかし、日本の損害賠償の法制度には金銭賠償の特則があるため、恒久救済対策そのものを裁判で求めることはできず、金銭に換算して請求しなければならないが、「専門病院の設置」、「身障者用の道路の整備」といった恒久救済対策を現実の建設費として見積もって請求することは、現在の裁判例では許されておらず、「慰謝料」として計算することが求められ、少額にされてしまう。

このような法制度の不備を乗り越えて、早期完全救済（原状回復）を図るために、まず裁判の中で加害者責任を明らかにした、被害者勝訴の判決を得ることが必要である。そして、その勝訴判決をテコにして加害企業との直接交渉で、恒久救済対策に関する誓約書、協定書を獲得することである。

そのほかに、被害者を真に救済する救済制度を制定させることや、その公害被害に即した対策特別法（たとえば、スモン患者の要求している「スモン被害者の原状回復に関する特別措置法」）を制定させることなどが、追求されねばならない。

これらの救済財源は、第一には加害者負担の原則により加害企業が負うべきである。加害企業が負担し切れないときには、業界の負担によってまかなうべきである。そして国の負担は、業界が負担し切れない異常事態のときに限るべきである。

以上のような方向で公害被害者の救済が図られていくとしても、その対策を具体化していく上でも、対策の受

け皿を用意する上でも、医学者、医療従事者の役割は大きく、多くの方々の協力が要請されている。

9. 各種の健康被害救済制度の比較・検討から

（コメンティヤー）手島陸久（東大・保健社会）

演者は、スモン問題への取り組みの過程で、これまでの労災、公害、原爆被害、交通災害、その他の健康被害の救済の状況とその問題点を比較、検討しておく必要性を痛感させられ、そのまとめを昨年の本研究会において報告した。その結果は、各救済制度ごとに独自の問題もあるが、基本的にはどの制度も共通の問題点を持っており、それは制度がつくられた歴史的経過を見ることによりよく理解できる、ということである。

これまでの諸制度は、長期間放置されていた被害者が立ち上がり、訴訟を起こすに至って初めてつくられてきた。救済制度をつくるに当たって重要なことは、被害者の実態を十分に調べ、救済には何が必要かを明らかにすることと、問題の発生構造を解明し、救済を行なうべき責任者を明確にすることであるが、これらは公けにはほとんど行なわれないままであった。このように、これらがむしろ訴訟対策としてつくられてきたため、制度の性格づけも、被害者側と加害者側との力関係に規定されて、あいまいにされがちであり、救済内容もまだ不十分な状況にとどまっている。救済制度がつくられたことは早期救済への途が開かれたことであり、大きな前進ではあるが、さらに改善が必要である。そのためには被害者の実態と復権・救済の原則をより明らかにし、より広く知らせていくことが重要であると考える。

次に、被害者の復権・救済と社会保障・社会福利制度との関係では、健康被害者に対する十分な復権・救済制度を実現させることが、難病患者や身障者等に対する福祉制度を改善させ、国民全般の健康権・生活権を確立させていく突破口になるということを明確化しておくことが重要だと考える。たとえば従来の身障者福祉制度も、国の責任を踏まえて傷痍軍人対策として始まり、それがやがて他の身障者にも適用されていった、という経過をたどっている。また、原状回復のための恒久事業に関して、スモンやその他の薬害等のように被害者が全国に分散している場合、そうした事業をどのようなかたちで展開していくべきか、という点について討議していただければと思う。

＜追加発言＞

石橋報告のレジュメの内容と関連して、ひかり協会の大槻は「森永ミルク中毒被害者の救済事業は裁判判決に

よらず、合意書に基づいている。これをもってすべての問題が解決したとは思っていない。被害者が一定の年齢に達していることもある、救済事業に早く踏み切る必要があると踏み切った。国・森永・守る会の三者会談の内容についても、若干の評価のずれがあるてもやむを得ない。協会の現在の事業は十分だとは思っていないが、当初の目的をはずれているとは思わない。将来どうするか未確定だが、当面、被害者の自立に必要な援助を中心にするべきだと考えている。現状をもって最初にして最後だと考え方ではやっていない」と協会事業について要旨を紹介した。

石橋はこの発言を受けて、「恒久救済対策案をつくった当時は、完全救済を目指していた。その中には当然、過去の損害賠償請求も含まれていたことなどから見ると、現在の救済事業の内容は、当初の目的を達しているとは考えられない。協会の運営の状況を見ても、常に現在の社会保障の水準とのかかわりで判断されていると聞いている。もっと前進した方向を取るべきだ」と指摘した。協会理事長の曾田長宗は「現状が完全にいっていないことは認めるが、社会保障関係の公的制度を十分利用する上に、協会として可能なことを上乗せする方向で、実行可能な措置を行なっている」と、協会運営の基本的な考え方を述べた。

牧野（東京社会医学研究センター）は一般演題でも報告した労災・職業病の補償の歴史を紹介し、最近の動きとからめて考える必要性を指摘した。「労災補償は責任保険としてつくられたが、脊髄損傷や塵肺などの障害の重い患者の要求に基づき、長期障害補償年金を設けるとともに、労災法を社会保障として位置づける方向へ労働省は変えてきている。これによって、労基法規定の水準以上に補償しているとの建前を取りつつ、実際には企業責任の免罪化を図る傾向を強めている。労災認定も、昭和53年の改正で指定疾患の例示主義から制限列挙の方式へと切り換え、補償対象の枠を狭める方向を取りつつある。また、労災法の社会保障化に伴い、企業が金を出して、認定は行政が行なう、というかたちになってきている。このように企業責任が追及され難い状況となるにつれ、労災裁判を起こす例が増加する傾向となってきている。昭和47年に労働安全衛生法の成立とともに、労災の補償と予防とが無関係に行なわれることとなるにつれて、企業責任を国が肩代わりする、あるいは企業責任を免罪していく傾向が強められてきている。こうした労災をめぐる動きと関連させて、健康被害者救済をめぐる動きを見ていく必要がある。労災、職業病問題を含めてシンポジウムを企画すべきだった」と述べた。

これに対して座長は、「健康被害者問題は、公害だけではなく労災・原爆被害・交通災害も含めて統一的に考えるべきであり、その観点から企画をしたが、今回は時間の都合もあり、主題をしぼった。コメントイヤーの手島氏の報告を加えているのは、そのためである」と答えた。

座長まとめ

今日、健康被害者は、いわゆる公害・薬害などによる被害者のほかに、労働災害、交通災害あるいは予防接種事故などの被害者などとして多数存在している。これら被害者たちの賠償と救済をめぐって、加害者責任、国・自治体などの行政責任と役割、被害者賠償・救済制度のあり方、社会保障制度とのかかわりなどが問題になっており、基本的には被害者らの侵害された健康権・生活権を真に回復させていく上で、克服しなければならない課題が多く存在している。

今回は、大気汚染被害、水俣病、カネミ油症、スモンにしほり、これらに関する具体的・実践的な状況報告を踏まえて、「被害者の医療接護・復権」をめぐる諸問題について討議を行なった。大気汚染被害、水俣病は、公害健康被害補償法の対象であり、カネミ油症やスモンはなお未解決のまま、求償訴訟中のものである。いずれも被害者側に何らの瑕疵もなく、加害者側の一方的な加害行為によって、住民あるいは消費者が広範に被害を受けたものである。とくにカネミ油症、スモンなどは、加害者側の宣伝により使われた商品によって消費者がねらい撃ちで被害を受けたものであり、その加害者責任は、法でいう「公害」事件以上に重大である。

このシンポジウムによって、いくつかの重要な問題点が指摘されたが、その主なものを上げると、次の通りである。

第1は、「健康被害とは何か」という認識の問題である。その直接の現われはもちろん「健康障害」だが、單なる「臨床的症状」にとどまらず、日夜の痛苦と生活行動障害に苦しんでいる現実があり、その除去と緩和が要求されている。重要なことは、家族ぐるみの重大な生活破壊を受けており、さらには家族や地域社会における人間疎外といった広範な被害を受けていることである。しかも、必要な医療・接護対策が欠如しているために、それらの被害は増幅され、深刻化しているのである。

被害者に対する償いと救済は、これらの被害の総体を対象としなければならず、「人間らしく生きる権利」の回復を目標にしなければならないはずである。

第2は、「被害者認定」のあり方の問題である。償われるべき「健康被害」に対する認識の違いは、「被害者

認定」において決定的に現われている。いずれの事件においても、特定の「臨床的症状」を目安にした「診断基準」に基づき、「被害者認定」が行なわれているが、それだけでは「償い」の対象となるべき「健康被害」の総体を正しく把握したことにならない。加えて被害の発生には、家族・地域社会などの疫学的特性があるが、これを無視し、個々ばらばらに「被害」の「認定」が行なわれているために、同じ家族内の被害患者すら切り捨てられている事例が、カネミ油症、水俣病で報告された。これは大気汚染被害にも現われている。また、特定の「専門医」による固牢な「臨床診断」による認定方式が多数の「未認定」被害者を生み、新たな「被害」を生んでいる（水俣病、カネミ油症）。

森永ミルク中毒児の場合、被害児救援運動の過程を通じて、大阪府の救済事業で「有毒ミルクの飲用者」をすべて被害者とする方式を採用し、ひかり協会がこの方式を受け継いでいる事実は、注目されてよい。少なくとも、被害を生じて体験している被害者の訴えと主治医の見解を尊重することは、「被害者認定」において不可欠な要件である。

第3は、「被害者救済のあり方」の問題である。一般に、被害に対する「償い」には、「原状回復の原則」が貫徹されねばならない。被害者らの基本的な要求は「元の体に戻せ！」である。「健康被害者」らに対する「償い」は金銭賠償のみによって果たされるものではなく、少なくとも「元の体に返す」にふさわしい、可能な限りの高水準の医療と生活援護を生涯にわたって保証することが必須の要件であり、このような「完全救済」対策の確立こそが必要である。いくつかの被害者組織が作成した「恒久救済対策案」に、その具体的方向が見られる。

現行の「公害健康被害補償法」は、これらの「健康被害者」に対する「償い」の基本原則に応えていない。被害者の健康回復、リハビリテーションを謳う同法の「保健福祉事業」はその主旨とはほど遠く、また自治体を実施者とする「保健福祉事業」の現実は、限られた予算も余すほど低調である。

石橋、藤森らが述べたように、法の改正とともに被害者救済事業を促進させる取り組みが必要である。

なお、千田が報告した西淀川の「大気汚染差止め訴訟」は画期的なものであるが、これは「公害等健康被害補償法」によても大気汚染被害者は救われないだけでなく、大気汚染被害者が続出している現実に対して、被害患者および地域住民が取らざるを得なかつた「いのちと暮らしを守る現状回復のたたかい」であり、現行「補償法」の限界を示すものとして注目されよう。

第4は、加害企業および国の責任と自治体の役割の問題である。被害者救済の取り組みは、もちろん「加害者完全負担の原則」によって行なわれねばならない。併せて、国民の生存権・生活権を守るべき国の責任も明確にされる必要がある。

さまざまな「補償法」あるいは「救済制度」が検討され、作成された歴史を見ると、共通して、これらは被害者の救済を目的とするよりも、訴訟対策として取り上げられてきた。またその内容は、「加害者負担の軽減・回避」の策としての性格を持っている。そして、そこには国民の人権を守るべき国・行政当局の「行政責任の欠如」という、憂うべき特徴を見る。カネミ油症やスモンにおいても、このような基本的な問題点を克服するためにも、国の責任を明確にすることが不可欠である。そのためにこそ、石橋が述べるように、訴訟により加害者責任と国の責任を明確にする必要があり、これらをあいまいにしたままでの「和解」の限界と危険性について、注意を喚起された。

被害者に対する医療・援護・救済の具体化は、被害者の日常生活の場である地域において組織的に実現されねばならない。そのために、地域社会における医療・福祉、その他の機関と要員の組織的な活動が必要であり、これらを実現する上で、住民のいのちと暮らしを守るべき自治体に決定的な役割があることが指摘された。

しかし現実には、自治体の取り組みは停滞し、被害者救済の立ち遅れを招いている。

第5は、救済制度と公的制度との関係である。被害者に対する救済・援護は、加害者責任によって果たされるべきであり、社会保障制度への肩代わりは許されない。被害者対策は決して「救済」のためではない。あくまでも「償い」と「復権」を果たさせるためのものであり、現行社会保障制度の低水準に抑え込むことは許されない。たしかに、被害者完全救済への取り組みを通じて、低水準の現行社会保障制度の改善・向上に役立つことが期待されるが、本末転倒されてはならないだろう。

第6は、保健医療・福祉従事者の役割の問題である。森永ミルク中毒事件の場合、「守る会」を支援する保健医療・福祉従事者、科学者の結集を得たこと、さらに自治体職員の協力も得て、革新自治体の被害者救済の取り組みを勝ち得たことが、「恒久救済対策」具体化への歩みを可能にした。

健康被害者の復権・完全救済を実現する途は、それぞれの地域において、被害住民の立場に立つ保健医療・福祉従事者、科学者、そして自治体職員の積極的な理解と支援によって、探求され、切り開かれ、問題点打開の糸

口が得られるであろう。

以上、このシンポジウムにおいて討議され、指摘された問題点の主なものを上げたが、ほかに、各演者および討論者の報告と討議には貴重なものがあった。またここでは、それぞれの事件が当面している緊急な課題に対する

具体的な解答は出していないが、それらは、それぞれ、生の事例について、その復権・救済のために取り組む実践的活動の中から、突き止められねばならないであろう。



某診療所での鍼治療

—宮城県—

近年、中国の鍼麻酔の現況が紹介され、手術時の麻酔や難治の疾患等に対する鍼の効果に、多くの人々の関心がよせられています。当県でもすでに一部の医師が診療に応用していますが、金成町にある町立診療所もその一つです。

過日、同診療所を見学する機会を得ましたが、適切な鍼利用によって西洋医学の壁を越える可能性の大さに感服させられました。

幕末の頃、漢方医学の壁を西洋医学が乗り越え、手術などが入ってきた時のわが国の医学会の期待と戸惑いが分かるようです。鍼ですべての疾患が治るということでは決してありませんが、その利用の仕方を考えさせられました。

ここでは、中国出身の活気あふれる陳医師が所長になってから、一般診療のかたわら鍼と他の理学的療法を併用し、外来患者だけを扱う8床ほどのベッドを並べた鍼治療室が加わりました。利用者も多く、鍼の新患が毎日20人ほど来るとのことで、患者の80%は町外から集まっています。

技術的な話になりますが、同医師の説明によると、従来の日本の鍼師の鍼より太めの鍼を使用し、しかもわが国の鍼師のようにすぐ抜かず

に、耳介上など疾患によって定まった一定の場所に20分位固定し、長く刺激を続けることに意義があるとのことでした。この耳における全身の臓器等の細かい「ツボ」は、虫垂炎の時に腹壁の一定の場所に圧痛があるのと、ほぼ同理屈であることです。

それらの「ツボ」を鍼で刺激することにより、胃アトニーのX線写真が鍼処置の直後にすぐ緊張を取り戻し、正常なせん動を示す写真に変わっていました。胃潰瘍のX線像も4ヵ月後の写真で非常に改善されていました。ことに私を驚かせ納得させてくれたものは、心電図の変化です。高血圧や心臓弁膜症などの患者がたまに心房細動という不整脈を起こしますが、これは基礎疾患の重さを示すとともに、この不整脈などによる脳梗塞の危険性さえもある重要な所見であります。

この患者は6月12日の初診時の心電図が、著明なf波のある頻脈性の心房細動であって、ST.T異常(I II V₅ V₆誘導のT陰性)も認められました。一般には、心房細動を消失させて正常調律に戻すには、循環器の専門医による治療が必要であります。しかも、頻脈性の心房細動が自然の経過中に普通の脈数の不整脈

になるのには、多くの場合、ある年数がかかるとされています。

ところが鍼を行なって2日目の14日の心電図所見では、著明なf波の心房細動がなお認められます。明らかに普通の脈数の不整脈を示す心房細動になっていました。さらに3週間後の心電図では、f波は全く消失し不整脈ではなくなり、心房細動は治っていたのです。しかし、重要所見であるST.T異常は不变でした。一過性の心房細動の存在は鍼治療後なので考えられず、心房細動の治療は鍼効果と評価いたしました。

同医師によると、1週に1回、遠方の人は週に2回位来て20分間の鍼を打っていくことです。「神経性のものに鍼は効くし、脳に近いから耳介はよいようだ。ぎっくり腰だと帰りに良くなる例が多い。捻挫後の痛み、喘息、感冒時の咽頭痛、胃痛、神経痛など脊髄神経や自律神経に関係のあるものに効くようだ」との説明でした。

心臓の刺激生成異常である期外収縮と心房細動に効くのも、そのせいではないかと思われました。したがって心内膜下筋層の障害といわれるST.T異常に変化がなかったのも、うなづけます。いずれにしろ東洋医学、ことに中国の鍼の効果に感心させられた次第です。

(宮城県築館・若柳保健所長

土屋 真)

要望課題 地域保健医療における公的責任と保健医療従事者の役割

(その1) 保健センター構想と保健所再生をめぐって

(演題 1~3)

——保健所・保健センター問題の背景——

《座長》 小栗 史朗

(名古屋市千種保健所)

小林 ヒサエ

(京都市北保健所)

1. 英国 NHI 体制下における保健・医療計画の展開——ヘルスセンター構想を中心には——

多田 義浩三 (阪大・公衆衛生)

(1) 英国 NHI 体制下の保健・医療計画は、次の2つの要因によって規定されていたといえる。

① GP サービスの提供が、文字通り「保健」の給付として、保険委員会によって管理されたこと。

② GP への報酬が人頭制によったことが主とした要因となって、医療需要が保険給付の対象である GP サービスを通り抜け、病院に沈殿することとなったこと。

(2) NHI 体制下の保健・医療計画をめぐる論争は、一般に医療社会化論争の名によって呼ばれるが、その内容は上記の2点との関連で、ほぼ3つの形に分けることができる。

④ 労働党の 1918 年の覚書、34 年の年次大会報告に代表されるもので、上記の①に対し地方当局による医療サービスの提供、②については医師サラリーナによるヘルスセンターの設立をそれぞれ主張した。

⑤ 1920 年のドーソン報告に代表されるもので、上記①の点を温存させたまま、②の点を解決するため、保険体制の上に保健体制を重ねる構造を担うものとしてのヘルスセンターを主張したもの。センターの内容は、労働党の場合も、ドーソンの場合もほとんど変わらない。

⑥ 1942 年の医療計画審議会中間報告に代表されるもので、グループ診療の場としてのセンターが主張された。

(3) 医療社会化論争の軸は結局、保険か、地方当局か、という点にあったのであり、わが国のこれまでの議論は、この点の解明が極めてあいまいなまま、抽象的に保険か、保障かとして議論されてきた。

(4) 市町村保健センター構想などが提起される中で、わが国が「保険」を前提として総合的保健サービス体制を考えざるを得ないとすれば、保健と保険を単純に敵対する論理とばかり見るのはではなく、保険の上に保健を重ねるドーソン型の構造が、具体的に検討される必要があるのではないか。

2. 「保健所のあり方」についての批判

——「保健センター構想」の対応について——

南雲 清 (新日本医師協会)

保健所の国家的政策には、戦前・戦後を通じて変遷があった。戦前は国家目的、戦争遂行のために各相談所などが統一され、保健所網をつくったが、主目的として健民・健兵対策に主眼が置かれ、この背景には軍の主導力が大きく貢献した(軍の罪悪は別として)。

戦後、占領軍によるアメリカ方式が導入されたが、現在の保健所法の業務内容は終戦時とあまり変わっておらず、主として公衆衛生的伝染病予防、母子対策が保健所の役目となった。

昭和 24 年頃まで保健所拡充の機運は盛り上がってきただが、朝鮮戦争を境にして物価上昇、ドッジ・ラインの緊縮財政に加えて、シャウプ税制勧告は地方自治の強化という名目で国家の財政援助を減らした。このことにより貧弱な地方自治財政は、自ら保健衛生行政を駆使することが不可能となり、保健所の弱体化が始まった。「高度成長期」に入るまでに地方自治は財政的にも崩壊の一途をたどり、「保健所黄昏論」までが出た。

「高度成長政策」は国民の犠牲による資本の蓄積であり、「公害」「薬害」や一億総半病人に見られるように、国民の健康は破壊され、かつ重労働による精神的消耗は著しく、政府の生命軽視は明らかとなり、保健所の増強も無視されてきた。そして、包括医療のもとに大資本の ME 産業が健康管理部門に投資して二重の搾取をする

ことになったが、不況とともにこの構想もくずれ、自治体による健康管理システム＝保健センター構想が打ち出されるに至った。憲法でも、国民の健康を守ることは國家が行なうべきこととされ、また自治体による健康増進も重要な問題である。

現在の「センター構想」は、財政的援助が少ないまま国家が自治の名において国民の健康にペールをかけようとしている意図の反映であるが、この機会を有利に生かすためには、自治体に住民、保健衛生・医療従事者が参加することにより、自主的な保健衛生を民主的に拡大する以外に方法はない。予算の不足は、住民の力により国から取ることを主眼としてゆくべきで、いまこそ、保健衛生行政が住民のものとなるか、体制側のものになるか、重大な岐路に立っている。保健衛生担当者が真に住民の側に立って予算を獲得することが、重大な任務となっている。

3. 地域保健の課題と医師会病院構想

金田治也（阪大・公衆衛生）

老齢化社会への移行に伴う地域保健の課題を明らかにするため、昭和 30 年から同 110 年に至る医療需要量を検討した。

医療受療量は無限に増加しつつあるようにいわれるが、患者調査値でさえ昭和 45 年以後は頭打ちの傾向を示す。人口構造を考慮すると受療率の激増は昭和 30 年代に終わり、昭和 45 年以後は減少の傾向に転じ、実質的な「医療サービス量」は後退しつつある。また昭和 45 年の受療状況が続くものとすれば、人口構造の変化に伴わせるだけでも、将来に過去 20 年間の激烈な医療需要増にほぼ匹敵する患者実数の増加が見込まれる。患者割合や、総医療量に占める老人の比重も著しく増加する。入院費の圧力も著しい。疾病像から見ても、今日以上に手間と費用のかかる医療を要する。

従来の医療供給体制や、国公立病院を中心としたサービス体制の整備構想のみでは、これに対処できないと考えられる。そこで、一次医療が高い技術力を持ち、収容医療保健・福祉サービスと統一的に機能し得る体制が必要である。看護・保健・福祉従事者の活動分野の拡大は必須である。さらに安上がりの保健サービス、医療の切り捨て、行政による住民管理の進行を防ぐことも、保健従事者の重要な役割となるだろう。

したがって、「市町村保健センター構想」は無意味ではないが、これは社会防衛的・集団防衛的発想を越えておらず、包括化のための配慮にも乏しい。社会経済的条件に由来する従来の格差を是正する意欲も見られない。

これに対して一部の医師会病院は、住民との密着度、包括性、技術水準等において、官制行政に先行する地域活動を展開しつつある。

将来の地域保健の体制は、医療需要増に伴う財的・人的供給の重圧によるばかりでなく、需要の性格から、包括性と高い技術水準を要求されると考えられる。市町村自治体レベルに保健医療・福祉等の担当者の協力態勢を確立する必要があり、その意識改革の場、活動拠点として医師会病院構想は評価される価値があろう（参考資料一拙稿：人口構造の変化からみた医療需要量の動向、医療経済研究会会報 11 号、病院診療所別にみた医療需要量の将来予測、同 12 号。我が国におけるオープン病院概念の展開、医学史研究 50 号）。

＜座長まとめ＞

要望課題 1 において演者多田羅は、これまでの研究成果を踏まえて、英国における NHI（健康保険制度）と自治体の包括的保健サービスのいずれを主軸とするか、という医療の社会化論争と政策展開の歴史を論じ、両者の二重構造を構想したドーソン報告の意義を強調した。

典型的な資本主義体制といわれる英国の、いわゆる全般的危機段階における医療を担う“主体”あるいは“構造”に関する論争と選択の過程は、それ自体、きわめて興味深く、また日本の保健医療体制の歴史と展望にも、多くの示唆を与えるものである。

しかしながら、少なくとも公衆衛生と地方自治の歴史から見ても、英国と日本の間には、顕著な相異がある。この相異を明らかにしておかないと、演者が市町村保健センターについてドーソン報告を引き合いに出して、一つの見解に言及したのに対し、西（国立公衆衛生院）が、市町村財政を国は強化しないで委任事務のみを増加している、と批判したように、英国と日本との形式的な比較は、誤解を招きやすいといわねばならない。

国が実施に着手した市町村保健センターは、その発想が、高度経済成長政策における医療保障と地方行政の合理化路線による帰着であり、ドーソン報告とは異質である、と座長は考える。ドーソン報告に、日本の保健医療体制の展望に当たっての原点を、と強調する演者の見解に座長は賛意を表する。それは、市町村保健センターではなくて、保健にそれが日本的に具体化されており、保健所を再生させ、強化する方向で見直すべきでなかろうか、と座長は期待するからである。

要望課題 2 において演者南雲は、保健所の歴史を戦前・戦後にわたって概観し、戦後の保健所が国の政策によって合理化されたことを指摘した。現在、「保健衛生行政が住民のものになるか、体制側のものになるか重大な岐

路に立っている」と、演者は、健康を守る主導権を住民が握るべく、保健衛生担当者の主体性の強化を訴えた。

演者は、戦前の保健衛生対策は、軍の要請による健民・健兵対策ではあったが、その体力増進施策という「積極的」健康対策を戦後の保健衛生対策は欠落させており、その意味でこれを評価すべきであるとした。これに対し山田（名大・公衆衛生）は、「体力増進」の内容とその具体的な方法については慎重に検討すべきである、と批判的意見を出した。

山田のいうとおり、その内容と具体的方法について、国民の健康づくり推進事業が今年度から着手され、その具体化に直面している現在、改めて見直す必要がある。

演者は、戦後の保健衛生対策において健康増進運動が欠けていたと述べたが、これは教育行政の分野で実施されてきており、保健衛生対策として包括的に行なわれなかつたにすぎない。行政体制として、戦時下では中央集権的包括性が強制されたのに対し、戦後は、タテ割りに実施され、官治性という本質についてはあまり変わっていないように思われる。

このような官治性に対して、国民は、自ら健康を守るべく自主的に健康増進運動に努力している。国はこれを反映させ、市町村保健センターを拠点として、健康増進運動を包括的に進めるにした。戦前の「積極的」健康対策を見直すことは、このような点からも必要である。

問題は、このような国民の自主的運動にも、国の旗振りにも追随的な、保健衛生関係者の主体性の弱さであろう。演者が強調したとおり、また山田の批判を汲み取り、座長を含めて保健衛生関係者の反省の契機となることを期待したい。

要望課題3の演者金田は、医療受療量の激増が近年指摘されるが、人口構造を考慮した実質的受療量は減少の傾向にあるとし、将来60年間の医療需要の増加推定量は膨大であることから、今後の地域保健は従来の体制のみでは解決されず、一次医療の質量の拡充と組織化が重要である、と強調した。

この一次医療の拡充の具体的方策として演者は、市町村保健センターについては、「低級、無責任サービス」で不十分極まる、と批判した。また老人の問題では、医療と看護の必要性が高く、保健所を中心とする官制行政にも万全の期待を持つことはできないとした。むしろ、まだ少數にすぎないが、医師会病院の実績を評価し、「新しい地域医療の芽生え」として期待できるとして、演者は、それを地域医師の結集の場、保健・医療・福祉関係者の意識変革の場、活動拠点とすることを訴えた。

これに対し山田は、たとえば名古屋市南部の公害患者をゼロとするにはどうすればよいかについて、医療需要を減少させる、すなわち疾病を予防し減らしていくための具体的な基本因子を明らかにし、これを押さえていく必要を指摘した。また西は、死亡率と受療率とは逆相関を示すとして、予測計算の方法に慎重を期待した。

これに対し演者は、「予防対策の必要があるものの、これが直ちに受療率を減少させるか否かは断言できない。近年、受療率の減少は中年層で見られるが、中年層の死亡率の改善は乏しく、地域的には悪化の傾向がある。中年死亡率の高い大阪市の調査で、中年層の受療率の低いこと、死亡率と外来受療率の逆相関および死亡率と入院受療率の相関を見た。また全国的には、死亡率と入院受療率は相関し、外来受療率については明確な関係が見られなかった(51, 52年発表)。したがって、現段階ではなお早期受診、健康管理を推進する必要があり、少なくとも対策を検討することが必要である」と答えた。

医師会病院の発展は、これはこれで、演者の評価どおり期待するものである。ほかにも民主的・技術的にもすぐれた先駆的成果を挙げている医療機関群もあり、演者が官治的と批判されている保健所の再生も含めて、第一線の保健医療機関の拡充と関係者の協力体制が、いまこそ切望される時機である。

<月刊>

保健婦雑誌

第34巻第12号(1978年12月)

特別企画

座談会／活動の形態を規定する諸条件=1

対象へののめり込みとその打開

一山本・中島・小野三氏が提起した論点をめぐって—

(司会) 久常 節子・山本 裕子・中島紀恵子

(国立公衆衛生院)(横浜区保健所)(千葉大)

小宮 勇・小野 光子

(横浜市旭保健所)(神奈川県小田原保健所)

特集／母子保健と保健婦活動

両親が医療受診を拒んだ心身障害児が施設に入所

するまで……星野ゆう子(神奈川県足柄上保健所)

母親の育児における意識調査……

園田真人(北九州市若松保健所)

乳幼児の予防接種における母親の意識……

鈴木 良子(神奈川県立看護教育学校)ほか

赤ちゃんダイヤル相談室を実施して……

佐藤寿美子(船橋市役所)

■ 1部 600円・年間予約購読料 6,240円(元とも)

医学書院

要望課題 地域保健医療における公的責任と保健医療従事者の役割

(その1) 保健センター構想と保健所再生をめぐって
(演題 4~7)

——市町村行政と保健所再生への提言——

《座長》 丸山創 木下安子

(大阪府岸和田保健所) (東京都神経科学総合研究所)

4. 小都市・町村における衛生費の動向

木村慶(愛媛大・公衆衛生)

住民の保健需要の量的・質的变化と多様化が急速に進行している現在、住民の日常生活に密着して続けられている市町村の衛生行政のいっそうの充実が求められている。厚生省も年々、市町村を実施主体とする事業を拡大する方向を具体化しつつある。にもかかわらず、市町村レベルの衛生行政の実状を系統的・継続的に把握し、国や県の立場でそれを補強、援助しようとする姿勢には、一貫して欠けている。年々増えていく対人保健サービスの需要に対応して、市町村の衛生費はどのような動向を示しているのか。とりわけ財政力の弱い人口10万未満の小都市・町村についてその実態をみるため、愛媛県内の市町村と、全国の小都市・町村の過去10年間の衛生費の推移を県地方課、自治省の資料によって見た。

一般会計歳出に占める衛生費の比率は、近年急増した民生費とは対照的に、ほとんど変動なく5%程度に推移しており、近年のわずかの増加もほとんど清掃費によるもので、対人サービスに当たる保健衛生費は2~3%とほとんど動いていない。衛生費の性質別構成比では、人件費の全くの停滞と、物件費の割合の著減に対して、一部事務組合員負担金が年々上昇し、人件費・物件費をしのぐに至っている。しかも衛生費の財源に国、県の支出金の占める割合は著しく低く、民生費では50~60%に達しているのに対して、衛生費ではわずかに4~5%で、そのほとんどすべてを一般財源に頼っている。

超過負担で二重に市町村財政を圧迫することのない十分な国庫補助金、基準財政需要額積算改定による地方交付税の大額な引き上げなど、財政的裏付けの抜本的な強化を抜きにして、市町村の対人保健サービスの新しい展開はとても望めないので現実である。

5. 保健所費の分析

西三郎(国立公衆衛生院)

都道府県保健所と政令市保健所との違いについて、保健所費の面から分析を行なったので報告する。

保健所管轄人口に格差が生じ、巨大保健所が誕生し、人口66万の保健所すら見られるようになっている。人口35万以上の巨大保健所31(昭和52年)の内訳は、東京都特別区1、指定都市2、その他の政令市2、都道府県26である。このことは、政令市においては、保健所新設などにより巨大保健所化を防いでいることの結果といえよう。

保健所費を1人当たりの費用で比較すると、保健所の設置主体別で大きな違いがある。平均してみると、東京都特別区1,209円、指定都市1,324円(神戸市968円~川崎市1,734円)、その他の政令市1,134円(下関市373円~静岡市・浜松市平均1,562円)、都道府県1,074円(千葉県579円~東京都〔区部を除く〕2,229円)、全国平均1,134円(昭和50年度決算、『地方財政統計年版』より、以下同じ)である。なお、国庫支出金は最高が指定都市の178円、次いで都道府県160円、指定都市以外の政令市137円、最低は特別区の134円で、全国平均は159円である。これに都道府県支出金を加えると、東京都特別区は160円になり、都道府県と同じになるが、その他の政令市は140円と低い。

特別区、指定都市を含めた政令市の人口1人当たりの保健所費は1,240円と都道府県を上回っているが、国庫支出金は155円と都道府県より低い。このことと、前記の巨大保健所が政令市に少ないことを考え合わせると、政令市は都道府県より保健所活動を発展させる基盤としての財政面について、より多くの支出をしていた実績があることが明らかにされたといえよう。

今後、個別の保健所の分析とともに、政令市を増加させることの財政面からの可能性について、検討すること

が必要といえよう。

<座長まとめ>

木村は愛媛県を中心とした小都市（人口10万未満）・町村の衛生費を分析し、西は都道府県と政令市（特別区、指定都市を含む）の保健所費を比較した。

木村の報告に対して、次のような意見があった。財政力指数が同じように低くても、市長、あるいは職員の熱意によって衛生費に差がある。また、予算は数字だけでは比較できない。民生費の中にも対人保健サービスの経費が含まれている。人件費も組み方で内容が異なる（北野：愛知看護短大）。さらに、予算が住民の立場に立って使われているか否かの検討が必要である。同じ予算でも、保守知事の時代には、たとえば障害児の通園施設にしても、大きな施設を1カ所設置する方向だったが、革新知事になってからは、地域ごとに小さな施設を数多く設置する方向に変わっている（林義緒：大阪府守口保健所）。財政管理の枠組みだけを見て予算を評価するのではなく、現場の職員が協力して、財政を分析し、住民本位のものとするように組み換え要求をすべきだ（西三郎）。

* * *

低成長下の逼迫した地方財政下で、事業と予算の見直しが進められている。それが、ともすれば衛生費の削減につながる懸念がある今日、衛生関係予算の動向を、上記の意見を踏まえて分析し、住民の立場に立って見直すことは緊要な課題である。木村の「財政的な裏付けの抜本的な強化を抜きにして、市町村の対人保健サービスの新しい展開は望めない」という結語は、国の市町村保健センター構想の急所を突いた批判となっている。

西は政令市の保健所費（人口1人当たり）の方が都道府県のそれよりも、自主的財源を含めた支出が多いと報告した。これは、政令市では都道府県に比して巨大保健所（人口35万以上）が少ないという指摘と合わせて、後出の小栗の報告にある保健所の設置主体の考え方を裏付けているといえよう。

6. 乙訓の健康と環境

——『向陽保健所だより』から——

塩見正美（京都府向陽保健所）

向陽保健所では、住民の健康の実態を正しく把握し、不健康要因を多面的に分析することを保健所業務の出発点としている。このような観点に立って限られた人員、設備と厳しい財政事情の中で、都市化と生活環境の変化に即応するため、管内2市1町と地区医師会および専門家の協力を得て業務を進めている。合わせて、常に問題

を住民に投げかけ、保健所活動の世話役づくりと広報活動に取り組んでいる。

1. 地域の保健・医療問題を住民の中へ

住民に身近な問題を広報するために、昭和52年8月から『向陽保健所だより』を発行している。内容は、①毎月の主な保健所行事、②保健所が実施する業務の目的、③衛生思想の向上を図る「健康メモ」、④住民諸団体の自主的活動の紹介、⑤保健医療の時事問題の解説、などである。

2. 向陽保健所の課題

- 1) 調査・検査、健（検）診等の技術的能力を高めること。
- 2) 10年先の見通しを持つ仕事を進めること。
- 3) 管轄区域の2市1町および地区医師会との連携を強めること。

4) 患者の組織化を援助するとともに、主治医を持つよう患者に働きかけること。

5) 住民への健康教育をいっそう活発に行なうこと。

3. 向陽保健所の問題点と解決の方向

- 1) 3歳児の親子しか来ない保健所から、学校へ行っている親子も相談に来る保健所へ
- 2) 業者しか来ない保健所から、消費者にも利用される保健所へ
- 3) 母子、結核、食品、公害等の行政を総合的に機能させる保健所へ

<座長まとめ>

向陽保健所では1977年8月から『向陽保健所だより』を毎月1回発行している。PRの徹底を図ることは、どの保健所にとっても重要である。しかし、自前でPR紙を、しかも毎月1回発行している所は稀である。編集者、予算、配布方法などPR紙発行に必要な条件が整備されていないからである。向陽保健所がとくに条件に恵まれているわけではないが、それを乗り越え、PR紙を発行できたのは、所長の熱意と職員の努力による。『向陽保健所だより』は単なる行事のお知らせではない。住民に対する情報の提供、問題提起、衛生教育、およびこれを媒介としての住民との連帯を目指している。『保健所だより』の行間に、保健所の伝統的な姿勢と、所長をはじめとした職員の意識と公衆衛生への情熱を読み取ることができる。

7. 日本公衆衛生学会保健所問題委員会報告の考え方と提言について

小栗史朗（名古屋市千種保健所）

日本公衆衛生学会の専門委員会である保健所問題委員

会は、2年余にわたって、保健所のあり方について検討してきた。その報告を近日中にまとめる予定であり、今回は、その一部の要旨を発表するものである。

この報告の基本姿勢は、直面している NO₂ 環境基準の緩和や、健保制度における受益者負担の大幅導入などに見られる社会情勢を踏まえ、憲法の理念で保健所法をとらえ直し、保健所の将来の方向を展望するものである。

1. 基本的な考え方

報告が主張することは、保健所は、第一線の公衆衛生行政および技術専門機関であり、国民の生活と健康を守るために、この保健所を最大限人口 10 万を基準として整備し、その総合的機能を拡充して、住民に身近な基礎的自治体である市（町村）に移管せよ、ということである。この主張は、次の考え方から見て、論理的に導き出されるものである。すなわち、

① 1948 年の厚生次官通牒の明示するとおり、地方自治の本旨に則れば、保健所の設置主体は基礎的自治体の市（町村）である。②保健所法によれば、保健所は第一線の公衆衛生行政機関であり、国際的に重視されているプライマリー・ヘルス・ケアの機能を総合的に備えた第一線の技術専門機関である。③保健所は、全人的な生活を配慮する個別の側面と、所管地区の公衆衛生を均一的に向上させる包括的側面とを、統一的・総合的に把握し、住民生活の諸問題に主体的に対応するものである。④以上の観点を貫くためには、その所管人口は 10 万以下が妥当である。48 年の施行規則「人口概ね 10 万」は、当面の課題から見て最大限の設置基準と解すべきである。⑤今日の科学・医学の発展の成果を国民に普及させる拠点として、保健所はその技術機能を拡充、整備しなければならない。その機能は、関係専門職能・機関・団体との連携によって、総合的に展開されねばならない。⑥保健所活動は、住民自治と団体自治の二側面から成る地方自治の本旨の具体化の中で、展開されるものである。その目的は、住民の基本的人権の保持、拡充とその公共的保障にある。⑦この目的達成と活動のあり方のため、保健所活動への住民参加を強化する必要がある。

2. 基礎的自治体へ移管する事実的根拠

上述①で、保健所の設置主体に言及したが、この問題は、保健所のあり方と地方自治のあり方、いいかえると保健所が住民の身近にあるかどうかを制度的に検討する場合、極めて重要である。

75 年の東京都保健所の区移管は、この問題に一つの解答を出している。77 年の都衛生局学会のシンポジウムにおいて、保健所が住民に身近になりつつある、と確認されているとおりである。地理的には不变であるが、

設置主体の変化によって、保健所は質的に変わる、ということである。ただし、これには特別区の自治権拡充を要求した住民運動の成果という前提がある。この前提是、63 年の北九州市合併によるものや 74 年の浜松保健所の市移管とは異なっている。

委員会は、設置主体がどちらか、といった制度論のみに固執しているのではない。自覚的住民の多数が支持している設置主体かどうか、という地方自治の本旨の具体的な方にも、基本的な観点を置いているものである。

しかしながら、一般的には、保健所に関する世論調査によっても、都道府県保健所よりも政令市保健所の方が住民に身近な存在として受け止められている。この相違は、とくに 60 年代後半以降のいわゆる基幹保健所構想以来、著しくなってきており、政令市保健所が 70 年からの 5 年間に 20 カ所増設され、以後も増え続けている面からも肯定できよう。このことは、単に人口増に伴う現象ばかりではなく、川崎市憲章条例案（73 年市議会で未決）に見られるように、都市住民の保健所の役割に対する期待が増大したことのためである。

都道府県保健所と政令市保健所との相違は、全国保健所問題交流集会（1978 年）の公表した保健所職員アンケート調査でも明らかである。「住民は、保健所に関心を持っているか」の設問に「然り」と答えた保健所職員は、政令市保健所では 50% であるに対し、都道府県では 18% にすぎない。

これらの事実は、保健所のあり方についての國の方針に対応してきた二つのあり方の相違を、歴然とさせるものである。

この相違を、明日の保健所の課題という面からも、押さえておく必要がある。

3. 提言の意義

当面している対人保健の最大の課題は、國民死亡の最多数を占める成人病対策である。この対策にはきめ細かく、個人の自覚を掘り起こす取り組みが必要である。地区全般への対策の企画と評価のみではなく、生活全般について指導できる技術機関は、各種専門保健医療技術者のいる保健所をおいてほかにはない。しかも、それは住民の身近になければならない。

この生活全般にかかる取り組みは、単に対人保健に限定されるものではない。國民は、衣食住すべてにわたり、また生活環境面においても、合成化学品による諸問題や公害に悩んでいる。従来、規制面のみに対応していた対物衛生業務にもまた、生活の立場に立つ生態学的アプローチが必要になってきていく。

これらの諸課題は、家庭訪問などによって住民生活に

密着している保健婦を第一線の要員として期待している。それゆえ、保健婦の活動拠点は、住民の身近にあることがいっそう切実になってきた。国は、市町村保健センターを保健婦活動の拠点とする方針を実施しようとしている。

しかしながら、保健婦は、生活の援助者、教育者として、生活全般にわたって配慮をすべきであり、関係専門職能・機関・団体などとの連携の上に立つ総合的・組織的活動をすべきものである。委員会は、この観点から対人保健の一部のみを取り扱う市町村保健センターを保健婦活動の拠点にする方針には、批判的である。むしろ、総合的機能を持つ保健所を保健婦活動の基盤として、それを住民の身近に置くべきである。このようにしてこそ、保健所も保健婦も、その機能を十分に発揮することが期待できるからである。

4. 市町村保健所設置の手順

上述のように、委員会は保健所のあり方について、理論的・経験的に、そして展望としても、保健所の設置主体を市町村とすべきであると考え、その具体化を提言するものである。

その手順として、①国と都道府県は、所管人口おおむね10万を最大限の基準として、保健所を整備する、②国と都道府県（政令市）は、各保健所の職員と設備を、保健所法規定の事業を遂行するに足るものであるようになると同時に、その地区の特殊性を配慮して拡充、強化する。とくに医師と保健婦を充足し、1人職種を複数化する、③国と都道府県は特定市を政令市とし、各市も政令市となるよう努力する。

国はこの事業の推進のため、特別の財源措置と人材確保に努力すべきである。都道府県も政令市の自主性を尊重し、その保健所の整備運営に対して、特殊専門技術機関などの整備とともに援助すべきである。また保健所職員も住民との連帯を基盤に、保健所の整備と総合的機能の発揮に努めなければならない。

おわりに

この提言は、人間の尊厳と基本的人権を尊重する憲法を踏まえ、高騰する医療費に対する、確実で現実的な国民経済的投資であり、直面する低成長経済の脱出に通ずる道であると委員会は確信する。

<座長まとめ>

小栗の報告に対して、以下の質疑や意見があった。

- 1) 市町村に保健所を移管する場合、職員の身分、マンパワーの確保、都道府県の財政的援助はどうなるのか。
- 2) 小規模人口の市町村には、保健所よりも市町村保

健センターの方が現実に即しているのではないか。

3) 国の市町村保健センター構想は建物のみで、保健婦の増員を考えていないようだが、保健婦は地区住民に密着した活動をすべきなので、保健所よりも市町村に増員すべきではないか（以上、北野：前出）。

4) 保健所の公衆衛生行政は総合性を本質としているというが、労働（産業）衛生行政は労基署の所管になっている。住民の多くが労働者であり、職業病などは住民の重要な健康問題であるのに、保健所は労働衛生にかかわっていない。また、現実の保健所は総合的な機能を發揮するだけの能力を持っていない。市町村保健婦との関係もうまくいっていない。保健所は総合的に活動するのではなく、関係機関との連携を密にするとともに、所管地域の実態に即した重点施策を立て、目標をしづらべて活動すべきだ（宮入：京滋じん肺患者同盟事務局）。

なお、じん肺患者については保健所でも相談に応じ、援助している事例が報告された（林：前出）。

5) 市町村の保健所設置（移管）は理念としては理解できるが、現実的には困難な問題がある。しかも、市町村保健センターが将来、拡充されて保健所になるような幻想を住民に与えかねない。したがって、当面、現存の保健所の拡充、強化にこそ全力を傾注し、保健所再生のための諸能力を持つ必要がある（塙見：京都府向陽保健所）。

* * *

これらの質疑や意見とこれに対する小栗の回答は、時間の制約のため十分意を尽くし得なかった。しかし、保健所と市町村保健センターの問題は、第一線の公衆衛生行政にとって最も重要な今日的課題なので、上掲の小栗の報告抄録にはこれらの質疑に対する回答をも含めてやや詳しく記述してもらったことを付記する。

ここで銘記しなければならないことは、保健所のあり方について、現状の枠組みの中で現象論的にあれこれ論議したのでは方向を見失う、ということである。基本的人権を尊重する憲法の理念を踏まえ、地方自治法の団体自治と住民自治の本旨に基づき、住民の立場に立って、現代日本の社会的経済的条件のもとで保健所がどのようにあるべきかを、歴史的、理論的に探し、展望する科学的な態度の重要性を改めて確認し、強調する必要がある。理論的根拠（理念）の確立によって、初めて保健所再建への道を切り開くことが可能となる。その意味で、日本公衆衛生学会保健所問題委員会の報告が注目され期待される。またとくに、保健所職員がこのことを確認して学習に努め、自らの責務として情熱をもって保健所再建のための実践を日々積み重ねることが要請される。

要望課題 地域保健医療における公的責任と保健医療従事者の役割

(その2) 保健医療従事者の役割と住民参加の
あり方をめぐって(演題8~11)

——自治体保健医療従事者の地域活動——

《座長》 山本 繁 乾 死乃生

(京都府衛生部) (大阪府立羽曳野病院)

8. 寝たきり老人を通しての福祉(医療)行政
における訪問看護活動の現状と問題点

○新津ふみ子・加藤登志子・横田喜久恵
(新宿区立区民健康センター)

東京都における訪問看護事業は、東京都が訪問看護事業助成制度を開始させて以来、急速に発展し、昭和53年度では、10区6市がこの事業を実施している。その実施状況を分析してみると、この事業を衛生行政の中で位置づけ、当初から看護職が参加し、企画・実施において総括的役割を担っているところでは、資料・統計が整い、訪問看護による援助が内容において評価され、今後の展望への足がかりができる。しかし、他のところでは、概して、この反対である。

また、この事業に参加する保健婦、潜在看護婦の役割分担とその考え方については、継続性というより、即時的・具体的指導やサービスは潜在看護婦の業務とし、保健婦はそれらの看護婦に対する指導的役割あるいは他機関との調整役となっている。これらの考え方は、今後この事業が住民の看護ニーズに効果的・有機的に対応できるのか疑問を生むところであり、これを単に保健婦事業として規制せず、看護職全体の問題としてとらえていくことが重要であろう。開業医(医師会)委託の場合、開業医の現状からして、自ずと看護職の主体的参加は不足し、医師による援助のみに限定されていることを懸念するものである。

当健康センターにおける訪問看護事業の特徴は、寝たきり老人にとどまらず、すなわち民生行政の中の老人福祉対策ばかりではなく、地域保健医療における成人病対策の一環として位置づけ、合わせて当センターの特殊性(区医師会との連携において運営されているため医師による援助が組織化されている)を活用し、医療の問題として、訪問看護事業助成制度開始前から発足していることである。

最後に、訪問看護事業を通して看護職が公的責任を果たすには、当面の課題は、①地域医療における医師との連携の組織化、②老人福祉対策にとどまらず、成人病対策として医療行政への位置づけを明確にすること、③看護職が事業の総括的役割を担うことであり、施設内外で看護に従事する看護職が住民に対する継続看護の重要性を認識し、実践することであろう。

<質疑・討論>

奈倉道隆(京大・老年科)の「民生行政との連携はどうか」との問い合わせに対して演者は、他の関係機関とのヨコの連携は必要であるが、当センターの訪問看護事業は医療の一環として位置づけているし、健康管理的側面からも実施していることを強調した。

佐久間淳(帝京大・公衆衛生)の「実施方式のメリット、デメリット」に関する質問に対して、演者は、訪問看護事業の歴史が浅いので、実施方式の分析、批判は難しいとしながらも、最近、増えている潜在看護婦委託方式について、看護婦の位置づけの弱さを指摘した。

海老原勇(山香診療所新守る会、労働科学研究所)の「住民参加」、「老人を周囲の人が守っていく組織」の有無について、演者は住民の中に「健康を考える会」があると述べ、川村(府中病院)は、演者らが、筋萎縮性側索硬化症の患者に対して、周囲の人を指導して食事、洗濯、掃除など役割分担を持たせ、地域の中で看護活動を推進していることを補足説明した。

今後、この種の訪問看護事業は、多くの地域において取り組まれることと思うので、この発表をもとにして、そのあり方が検討されることが望まれる。

9. 自治体病院 MSW と地域医療・保健・福祉機関との協力

○川村佐和子・高坂雅子・伊藤淑子(東京都立府中病院)
東京都立府中病院神経内科医療相談室(MSW)の「在

「在宅診療」活動を分析し、次のことを指摘した。

(1) 「在宅診療」の対象者は身体障害が重く、進行性の疾患であることが多く、生活上の問題をかかえている場合も多いので、その対策として自宅療養援助を充実させるには、地域における医療・保健・福祉にわたる地域チームの協力が必要であった。

(2) 「在宅診療」発足以来3年間の対象患者117人に対して、協力を得た関係は、家庭医、地域病院、保健婦(保健所、市役所)、福祉事務所などであり、多くの協力が得られた。

(3) MSW の業務時間を分析すると、地域機関との会合は9.1%を占めた。

(4) MSW の業務時間分析では、医師との同行訪問(直接診療の援助)を1とすると、他の業務は7.95であり、在宅患者を支えるためには、狹義の診療技術者に加えて、生活援助や地域との連携を行なう職域が不可欠である。

<質疑・討論>

吉田幸永(京都府日吉町役場)は、「社会の中で一番弱い立場の人、能力のない人とすぐ手をつないでいるのか、具体的に話してほしい」と説明を求め、また「最後に演者を支えた人は誰か、行政の中で支えてくれるのは組織された民衆ではないのか」という意見を述べた。

これに対して、フロアーから演者に代わって酒井(板橋区志村保健所)が、「そこに至るまでには患者とともに大変な努力があった。時間外に及ぶ仕事もしばしばあった」と発言し、木下安子(東京都神経科学総合研究所)からは「医療相談室の発表はごく一部に過ぎない。それに至るまでのつらさに耐え、頑張ってここまでいた。基本的には努力が実っていたといえる」と追加説明し、西三郎(国立公衆衛生院)は演者の活動を高く評価して、「演者から夜間にケースのことで電話のかかることもたびたびある。この一つひとつの仕事の積み重ねが大事だ。医師が交替しても引き継がれるようなシステムを取っている」とつけ加えた。

次に海老原勇(山香診療所新守る会)の「地域との連携、市民団体の参加はどういう形で実践しているのか」という質問に対して、演者は「簡単にはいえないが、その地域で患者を支える人たちが、まわりにたくさんいる。これが市民としての参加である」と答えた。

西は「援助が必要なとき、地域の人たちに呼びかければ、すぐ20人ぐらいは集まってくれる。動員されればこれが住民組織といえるのではないか」と追加した。

演者は、「最後に支えてくれるのは、患者が自ら、生きるぞという意欲を示してくれるときである。それには

神経内科の医師の支えがあればこそ」ともつけ加えた。

時間的制約もあって十分な討論にはならなかったが、演者らの先進的な活動の裏にある「どろどろした苦悩」を聞き取りたかったのではないか、と考える。こうした「在宅診療チーム」は、一朝一夕にできたものではなかろうし、きめ細かい日常生活上の援助を継続的に実施していく原動力は何か、さらにはこうした活動の結果として、あるいはこれと相伴って、地域で患者を支える基盤はできているのか、などについても多くの時間を割いて、意見交換を含めた討論を別の場においてやりたい発表内容であったので、今後の活動報告を期待したい。

10. 地域保健医療における第一線医療機関の役割——保健所・福祉事務所と連携を進めること

谷田悟郎(京都・九条診療所)

地域保健医療において、地域の第一線医療機関が地域のすべての住民の健康権を守り、疾病を治し切る総合医療を行ない、地域における民主的な地域保健医療・福祉づくりの一端を担うことが、公的責任を持つということである。

「地域の第一線医療」とは、一つは初療を実践しつつ、第一線医療の基本的医療、医療の原点といえる地域の中で、“地域にいながら治し切る医療”を主として実践しながら、さらに地域のリハビリ、中間施設的役割、治療に伴う予防、健康増進の保健医療を連続させた総合医療を実践することである。そしてそれらを進めるために、またその土台となる健康な環境づくりのために、地域住民の要求に基づき、地域住民と保健所、福祉事務所の行政と医療機関とが連携した地域の町づくりを進めることが重要である。

一診療所における小地域の地域保健医療活動として、第一線の医療機関が地域の社会的経済的悪条件のもとで、地域にいながら疾病を治し切る医療を行なっている。さらに障害者の施設でのリハビリや退院後の中間施設でのケア、あるいは再発予防を含めた疾病的予防や健康増進にも取り組める施設を持ち、健診や医師会の公衆衛生活動に参加してきた。

これらを進めるため、地域の社会的経済的疾病要因を地域の住民をはじめ自治体行政とともに取り除くことが基礎となる地域づくりが必要であり、このことが公的責任を果たすことでもある。

九条診療所では、福祉事務所、保健所と懇談会、研究会を通じて、本年から地域ボランティアを含めて共同学習、共同行動、共同研究を行ない、多くのケースを解決の方向へ進めた。しかし、対象ケースは一医療機関受診

の一部の地域の住民にすぎず、開業医が協力する地区医師会の保健医療活動でこそ、地域のすべての住民を対象とすることができる、既に学校医、老健、乳児健康教室など、保健所と連携し保健医療活動を行なってきた。しかし、このように保健所との接点がありながら、これが委託業務となり、保健所本来の保健衛生事業の放棄、公的責任の回避が見られる。今後保健所が、地域の第一線にある公衆衛生の機関として、地域の第一線医療機関とともに総合医療を実践するとともに、地域保健医療福祉計画に向けて住民の要求に基づいて住民とともに民主的に策定することを期待するものである。

<質疑・討論>

貴島幸彦（八尾市・貴島病院）は「地域保健医療計画をつくるには、実行委員会、推進委員会的な組織が必要であり、その中に住民参加を求めてはどうか」と提言した。これに対して演者は、京都市レベルでは地域保健医療協議会があり、住民や医療関係者の行政参加がなされており、これが地区、とくに区レベルでも設置されるよう運動していきたいと述べた。

11. 地域保健医療福祉活動に対する自治体研究所の役割

○木下安子・山岸春江・関野栄子
(東京都神経科学総合研究所)

(1) 革新都政の成立と住民要求によって、神経科学総合研究所は創設された。社会学研究室は地域保健医療

●編集室からのお知らせ

来年1月号（第43巻第1号・1978年1月）から次の欄を新設し、1年間にわたって連載の予定です。御期待下さい。なお、値段は据えおきです。

- 医師会の地域活動
- 病院の地域活動
- 地域保健施設の活動
- 保健・医療と福祉
- 講座 A. - I. 公衆衛生従事者のための食生活指導（1～4月）
- II. コストとベネフィット（5～8月）
- III. がん検診の問題点（9月～）
- 講座 B. 臨床から公衆衛生へ
- 国際統計の貢

福祉活動に積極的に参加している。中でも看護学研究部門は、在宅難病患者援助の実証的研究を取り組んでいる。

(2) 保健婦、看護婦、医療ソーシャルワーカーらの有志により在宅看護研究会を組織し、訪問看護サービスを行なっている。

地域保健医療福祉活動を推進し、日野市、東村山市において保健所、市、福祉事務所、福祉施設などの公的機関および住民組織、患者団体、医師会などの専門職団体の連携、協同活動をしている。

訪問援助者への教育・研究活動を組織し、保健婦、看護婦、医療ソーシャルワーカー、家庭奉仕員等の技術向上を図っている。

在宅訪問援助、地域活動等の経験の整理・分析、保健指導指針作成、テキスト、教育用映画の製作などを行ない、地域活動をする人々に必要な文献、看護・介助具の紹介、情報提供の役割を果たしている。

(3) これらの活動を通じ、難病患者、家族の生活実態把握、総合的な地域保健医療福祉サービス提供への協力、援助提供者への技術研修の場として、その向上に役立っている。

(4) 自治体研究所は、地域住民が要求している課題に応えるために実践的な研究を行なう役割がある。とくに保健・医療・福祉活動は有機的連携が重要で、行政サービスを住民運動に結びつけ、専門職種間のコミュニケーションを促し、研修に協力するなど、サービスの充実を発展させる上で、研究所、研究者が活動すべきである。

<質疑・討論>

川村佐和子（府中病院）は、自らの訪問看護活動の経験から、演者らの実証的研究の重要性を強調した。

山本理平（前出）は、「訪問看護を希望しない人もたくさんいることを忘れないでほしい。役所からの訪問や押しつけ訪問には抵抗があるので、無理してはならない。受ける側に看護の必要性と訪問看護の正しい姿が伝わっていない面もある」と指摘した。また、「資料については、積極的に、外部に発表していく研究者の活動姿勢」も強調し、西（公衆衛生院）は、そうした活動姿勢はあらゆる活動に通用する、と賛意を表した。

時間的制約から、研究者、自治体研究所の役割論を十分に討論することにならなかったが、研究所と第一線機関（実施機関）とのあり方が指摘されるとともに、これらがとくに神経系難病患者への地域保健医療活動のかなめになっている点で、演者らの発表には大きな注目が集まつたようだ。

要望課題 地域保健医療における公的責任と保健医療従事者の役割

(その2) 保健医療従事者の役割と住民参加の
あり方をめぐって(演題12~14)
——住民保健組織と自治体計画——

《座長》木村慶 林義緒
(愛媛大学・公衆衛生) (大阪府守口保健所)

12. 地域保健・医療・福祉の計画化と実践

——習志野市の事例を中心として——

佐久間淳(帝京大・公衆衛生)

1. 目的

わが国における地域保健・医療・福祉は孤立的で、サービス提供に適切・効果的といえない面が多い。しかも、これらの改善を目指した計画化、並びに実践活動などを一貫して扱う研究が極めて少ない。演者は数年来、いくつかの自治体における計画策定、地域保健活動に参画してきた。このうち、習志野市の事例を中心に報告した。

2. 方 法

計画策定の文化的・社会的状況、自然・立地条件と産業・経済、職業・所得・学歴など階層、人口構成から地域特性を把握する。加えて、行政の姿勢、財政規模、住民意識などを調査、分析する。一方、住民ニードとサービス提供側の実態をとらえ、両者の差を析出する。この差を是正するのが計画の目的であり、計画策定の方法、留意点、実行過程の分析を含めてモデル化し、他市との比較研究を進めていく。

3. 考案

(1) 地域社会の状況：本市は東京から東に25km圏にあり、現在は16m²であるが、東京湾の埋め立てによって21km²になる。人口は経済成長期に急増し、現在12万人余、将来推定約20万人である。密度は1km²当たり7.5千人に達し、都内勤務者が43%を占め、65歳以上の老人は4.3%と少なく、また中間層が多い。

(2) 行財政の状況：昭和53年度当初予算は143億円で、社会福祉などの民生費は16%である。しかし、市立保育所が14、同幼稚園が1小学校に1園以上あり、市民のニードをほぼ充足している。

(3) 地域保健計画など：本市は比較的早い時期から行政に計画が導入され、昭和50年に「市民健康づくり

基本計画」、同52年に「保健福祉基本計画構想」がつくられた。

(4) 地域保健福祉実践状況：昭和40年代初頭に学識者主導による高血圧管理が展開され、その後は自治体主導になった。市内を12地区に分け、地区保健センターを置き、保健婦各2名などを配属し、保健相談や訪問看護活動を進め、既に3分の1が実現した。

(5) 地域保健福祉計画と組織論：計画策定およびその実行には、実態に即した組織化の推進が必要である。

4. 結論

計画の意義・方法・手順の理解が不可欠であり、計画を①いつ、②誰が、③誰のために、④どこで、⑤どんな方法で行なうかが問題であり、実行過程、結果などの分析・評価が大切である。

<座長まとめ>

習志野市における保健・医療・福祉を総合的にとらえた planning とその実践経過の事例報告である。発表時間、討論時間の制約のため、演者の強調する、計画をいつ、誰が、誰のために、どこで、どんな方法で行なったのか、とくに「住民の主体的参加と自主活動の促進」がこの事例の場合どのように具体的に保証されたかが紹介されず、計画策定に参加した学識者の立場での抽象化した報告にとどまつたことは残念であった。これらの点に焦点を当てた計画化のプロセス、実践評価の報告を改めて期待したい。

13. 保健予防活動における自治体と住民組織の役割——長野県農村地区における事例研究——

岡村純(佐久フィールドワークの会)
長野県下の約7割の市町村において結成されている、保健活動のための住民組織——「保健補導員組織」について、佐久市東地区(農村地区)において調査を行なっ

た。

調査の目的として、保健補導員活動の実態および保健補導員の生活と意識を把握するとともに、一方で地域住民の健康に関する意識の把握を行ない、その活動が住民の「健康意識」や行動、地域の健康状態に及ぼした影響を分析することとして、保健補導員を対象とする面接調査と、主婦を対象とする配票調査を実施した。

面接調査の結果からは、保健補導員の選出が多くの場合“輪番制”となっており、その活動内容は保健予防活動への住民の主体的参加としては不十分であることが明らかになった。しかしその活動は、住民が自らの健康を自ら守るという主体性を確立していく、一つの契機となり得ることも示唆された。

配票調査の結果からは、保健補導員の経験が健康に関する意識の向上に役立っており、このような意識の向上や保健補導員活動は、健康診断の受診率の高さや、脳卒中予防対策としての“一部屋温室運動”的成功として現われていると考えられた。

以上の調査結果から考えて、佐久市東地区における保健補導員活動は、自治体の保健関係者が住民の健康を守る上で必要であると判断して、先取り的に行政側から育成したため、現在のところ、住民自らが自らの健康を守る運動とはなっていないといえる。

しかし、自治体が保健補導員組織を末端の行政機構として利用しないことを常に自覚し、住民の健康に責任を持つ立場に立って、住民が自らの健康を自らで守る主体者として成長していく場を保証——具体的には、保健補導員研修を住民に対する健康教育の場として充実させるなど——するならば、主体的に地域の健康問題を発見し住民の保健要求をつくりあげていく役割を果たし得ると考えられる。

<座長まとめ>

本演題は、30~50 世帯に 1 名の割で選ばれている農家主婦の「保健補導員」組織の実態から、この組織の“住民組織”としての性格、役割を評価しようとしたものである。なお「佐久フィールド・ワークの会」は、東大医学部保健学科の大学院生・学生の自主的サークルで、この地区で 10 年を越えるフィールド・ワークを続けてきているという。ここで報告された「保健補導員」に類する組織は、名称こそさまざまであっても全国ほとんどの地域で行政によって組織されており、“地区組織”、“住民組織”と呼ばれていることが多い。しかし、その活動内容は本報告でも示されたように、保健行事の住民への連絡、検診会場での手伝いなどが中心であり、行政

の下請機関化している場合が大部分である。演題 17 の発表者、貴島幸彦（大阪八尾市）が、「この組織はいまだ受け身の域を出ていないようだが、そこから自主的な組織体が生まれてはいないのか」と質問したのに対し、演者は「現在のところ、主体性を確立しつつある発展段階にあると判断している」と答えたが、農山村において住民とともに保健医療運動を続けてきた演題 15 の報告者、海老原勇らから、行政が育成したこのような組織が、たとえば予算要求や削減反対で行政組織と対決し得る自主性を獲得し得るものかどうか、「発展段階にある」という評価は甘いのではないか、という疑問が述べられた。

大都市において、かつて行政の末端・下請機関であった町内会組織等が崩壊しつつある中で、自主的・民主的な住民組織、住民運動が育ってきたのとは対照的に、農山漁村地区では、区長や部落会、婦人会などが依然として行政の末端機関として機能し続けており、保健活動を行なう“住民組織”もその線上で組織されているのが、むしろ全国に普遍的な現実である。

このような現実の中で、住民の立場に立とうとする農村地区の保健・医療従事者には、いわゆる“住民組織”的自主性を見究める指標を持ち、住民の主体的参加を実現する途をそらすことのない援助が求められている。市町村ごとに設けられようとしている「健づくり推進協議会」の民主的な構成と運営が求められている今日、とくに農村地区において、困難ながら、取り組みを強めるべき課題である。

14. 農協組織による地域の保健活動と自治体との連携

松浦尊麿（長野県厚生連佐久総合病院）

昭和 48 年 9 月、長野県厚生連健康管理センターが設立され、年間受診者約 5 万人に及ぶ集團健康スクリーニング活動が展開してきた。この活動は、農民の組織である農協を軸として、全県的に展開されたことに大きな意義があるが、現在では、さらにそれが地域に広がり、市町村と共同で取り組むところも増えてきている。

農協が市町村と連携してやる意義は、広い意味では、地域における保健活動を、組合員（住民）の意向が十分反映された住民参加の形につくりあげる、という点にある。そのことを担当者が十分理解していないと、ただ表面的な連携だけに終わってしまうことが多い。

現在、農村にも種々の保健組織があるが、行政代行機関化したものや、行政の末端機関的色彩の強いものが多く、住民が自主的に実践活動の裏づけをもって運営している組織は非常に少ない。健康管理活動としては、住民

の各グループ・団体・組織などによる積極的な活動に支えられながら、地元の医療機関、保健所、農業改良普及所、農協、行政などの機関が連携した活動を展開することが大切である。しかし、現状では各機関がタテ割り式に事業を行なっており、連携のための話し合いそのものが困難な地域も多い。

担当者を中心に、保健・医療のあるべき姿について、まず素直に話し合い、連携の道を探していく必要がある。そのためには、かけ声だけでなく、各地域での実践活動を積み重ねながら打開の方策を模索していくことが、今日何よりも重要であろう。

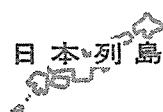
<座長まとめ>

本演題は、農協組織である厚生連健康管理センターがその活動を自治体と連携して進めてきた経験に基づき、農村地域における健康管理の組織形態とその評価を論じた報告である。

市町村と共同で企画・実施することにより、農協のみの取り組みに比べて、検診料金の助成、受診者層の拡大、市町村保健婦による事後指導などの面で充実が見られ、これに各種団体や学習グループなどの住民組織が加わることにより、住民のニードが活動に反映され、生活改善運動など自主的な活動が展開されるようになる。さらに、地域内の診療所や保健所などとも連携できると、

専門的なアドバイスを受けられ、地域の保健上の問題も発見されやすく、年間を通じた一貫性のある活動になっているところが多いという。しかし、その一方で、このように組織形態が整うと同時に行政主導型となり、住民が次第に受け身の姿勢となり、組織が形骸化して自主的な活動が失われることがあるとも報告された。

原一郎（大阪府立公衛研）の質問に対し演者は、保健所との連携は不十分で、予算・人員の制約のために現場での共同活動は少ないと答弁した。原によれば、大阪府下で農業改良普及所が実施する農家健診でも保健所との連携は不十分とのことで、演者も述べているとおり、農村では都市と違って、衛生行政（県・保健所と市町村）、農協、農業改良普及所（農林省一県農林部の系列）など、何種類もの実施主体による健診や健康管理活動がタテ割りで行なわれているが、これらの間の連携は著しく欠けている。本来、そのかなかに位置すべき保健所が多くの場合、その態勢を失っていることを重視すべきである。やはり、原も指摘したところであるが、農民の健康障害が農業労働による職業病、労働災害の様相を強めている現実に対し、保健所がほとんど対応し得ておらず、農業改良普及所や農協の普及員、指導員とのより強力な連携など、農村保健所が地域保健活動を進めようとする際、とくに留意すべき課題となっていることも、強調しておかねばなるまい。



健康展開かれる

——岐阜県——

健康づくりの県民運動を推進するため、岐阜県と県民百歳運動推進協議会の主催による健康展が、8月17日から22日までの6日間にわたって、岐阜市内のデパートの一つフロアにおいて催された。市内の繁華街である柳ヶ瀬の中心地のデパートという地の利もあってか、6日間の入場者数は約22,000人と当初の予想をはるかに上回った。

約400m²の会場に「人間と健康」、「母と子の健康」、「成人病の予防」、「食生活と健康」、「歯と健康」、「薬と健康」、「血液と献血」、「救急医療」、「運動と健康」、「心の健康」および「健康相談」のコーナーが設置され、デパート1階のフロアでは

献血車による献血業務も併せて実施された。6日間の入場者を各コーナーごとにみると、血圧測定三千数百人、疲労度測定1千余人、献血申込者九百余人のほか、栄養相談、体力テスト、歯みがき相談、健康相談等においても、500人以上の利用がみられた。また、曜日別にみると、中日の20日（日）は他の日の倍近い入場者であり、デパート一般の傾向と同様であった。

この健康展の予算は5,200千円であり、主な費用は、パネル作成や会場のレイアウト等で6割以上を占め、その他、ポスター、パンフレット等広報関係費などである。ほかにコンピューター関係業者をはじめ、

地元関係団体、関連業者等の無償の協力により、比較的少額の予算で予想以上の効果が得られた。

今回の健康展が中心都市の繁華街のデパートで実施されたことは、従来の地道な啓蒙活動に比べてはなやかで、広報効果の大きいものようであった。しかし、この広報効果は高いが、一時的な行事が今後の県民の健康管理にどのような影響をもたらすかを評価することは容易でない。いずれにせよ、健康展に呈示された健康管理の諸手段が、県民の中に定着するためには、公衆衛生活動従事者の地道で、息の長い活動が必要なことはいうまでもない。なお、健康展に使用されたパネル等は、今後各地域での活動に活用されるべく保管されている。

（岐阜県地域保健課長 井口恒男）

要望課題 地域保健医療における公的責任と保健医療従事者の役割

(その2) 保健医療従事者の役割と住民参加の
あり方をめぐって(演題15~17)

——地域医療の民主的発展と保健医療従事者——

《座長》 朝倉 新太郎
(大阪大学・公衆衛生)

金田 治也
(同 左)

15. 保健医療行政の後退をねらう自治体と住民運動——佐久間町における住民運動——

村瀬好美・海老原勇(山香診療所新守る会)
佐久間町(人口1万人、山間に小集落が点在する町。国保直診病院1、同診療所2、開業医1あり)では、不況下における町の財政難を理由として、診療所医師の退職を契機に診療所を出張診療所に格下げし、町の中心部にある直診病院を僻地中核病院とする動きが生じた。これに対して「診療所を守る会」が結成され、多数の住民が参加し、町当局の構想の撤回を要求した。運動の過程で町当局の圧力によって、会員の多くは運動から離れたが、残った数人と医師たち(新守る会)は「じん肺患者同盟」の支部と連合して、宣伝、抗議、陳情を続け、ついに常勤医の勤務を町当局に認めさせるに至った。しかしその後、定年制の導入が図られ、その条件についての改善を勝ち得たものの、住民運動の主役となった診療所の保健婦、看護婦各1名は、退職を余儀なくされた。保健婦は3名から2名となり、医療は後退している。財政難のもとで医療を守るために、住民運動の必要性を痛感する。

16. 地域医療計画への住民参加と自治体の役割
——日野市における地域難病運動のなかから——

池上洋通(日野市企画課)、○富山典子(日野市広報課)
市民運動体である「日野市医療と福祉を進める会」が発足した直接の契機は、市の広報で「難病を考えよう」というシリーズが約1年にわたりて続けられ、シリーズのまとめとして「難病患者家族と市長との座談会」が行なわれたことである。広報のキャンペーンによって市民が難病について理解を持ち始め、医師会がこれを理解してゆく。この経験からいえることは、地域医療について自治体が果たすべき重要な役割の一つは、情報の収集と

提供ということではないか、ということである。この点からいえば、医療関係者は自治体——とくに市町村——の広報紙にもっと関心を持ち、その活用を考えるべきである。今日の市町村広報における保健医療情報といえば、予防接種、各種検診などのお知らせがほとんどであり、進んだところでも、「かぜの季節になりました」式の啓蒙記事がせいぜいである。もちろん、これらはそれなりに住民生活に役に立ちはするが、いま求められている医療保健情報は、まさに危機的状態にある医療保健体制に対する自治体の側からのアプローチでなければならないし、そのための基礎的データ(ルポ的なものを含めた)でなければならない。たとえば、東京都と市町村では多くの種類の検診事業が行われているが、その結果と分析が住民に情報として伝わることはまずない。これでは、地域医療計画への住民参加など、お話しにならないのではないだろうか。そして、今日の自治体行政、大多数の市町村行政の現実的レベルを思うとき、こうした医療保健情報の整理に、地域医師会を含めた専門家の参加は不可欠であり、保健所の果たすべき役割もまたとくに期待されるところである。

地域医療は、住民への適切な保健医療の提供から始まること、そしてそれは、住民にとっての「生活の言葉」で語られねばならないこと、これが地域医療に対する自治体と専門家の責務の第一であると思う。

17. 医療問題八尾連絡会の活動と民主的地域医療計画への道 貴島幸彦(大阪府保健医協会八尾支部)

八尾市(人口26万7千)における救急医療体制確立のための運動は、医療問題八尾連絡会が主体となって推進した。その構成は、八尾市職労、医労協、府職労、保険医協会、新日本婦人の会、民主商工会、民青同盟、その他いくつかの労組、町内会、地域婦人会および糖尿病患者会である。

最初、上記の諸団体のうち、主として医療関係の団体が協議を重ね、救急医療シンポジウムを成功させ、連絡会を結成し、次のような請願事項による署名運動を展開した。

- ① 当面、医師会の協力により、休日・夜間の一次救急の充実を図ること。
- ② 市立病院で行なわれている休日小児診療所を、小児科だけでなく内科にも広げ、強化すること。
- ③ 二次救急体制確立のため、八尾市立病院の整備、拡充を図ること。
- ④ 保健・医療センターを設立し、医療情報網を設置すること。

この運動は2カ月余で42,000の署名を集め、市議会にて満場一致で採択され、休日診療所の設備を含む保健センター設立のための予算2億3,000万円が計上され、現在建築中である。

この運動の経験から重要な点を要約すれば、

- ① 民主的諸団体の連合方式、すなわち革新統一戦線が運動成功の基本的な力である。
- ② 医師、医療従事者は、このような医療要求に基づく住民運動に際して、正確な政策を打ち出すことにより、かならぬ役割を果たすことができる。
- ③ 第一線医療担当者の団体として、保険医協会が住民運動に参加することは重要である。
- ④ 今後、民主的地域医療計画を推進することを念頭に置いて、要求の結集と日常的な努力を図る。

その他である。

(貴島幸彦：健康を守るために住民運動——住民組織のあり方について、医療経済研究会会報、No. 11、1978年4月、参照)

＜座長まとめ＞

「15. 佐久間町における住民運動」は、昨年からの継続報告である。報告者らは直診病院を僻地中核病院とし、診療所を出張診療所に格下げしようとした町当局の構想を、住民運動（守る会）によって打破した。町当局および地元議員との交渉の過程において「守る会」の会員の多くは離脱したが、残った数人の会員と医療担当者（新守る会）の決意と団結力が成果を見たのは、今後の住民運動の推進に大きな勇気と教訓を与えてくれよう。しかし、これに先立って多数の住民が運動に参加した経過があり、全住民の問題としての取り組みが基本となっていたことは否定できないであろう。医療担当者を含めた勇気ある人々のみならず、住民自身の主体的な活動が不可欠であると見るべきである。ところで、討論において南

雲も指摘したことであるが、町当局の発案による定年制の導入によって、運動の推進者であった保健婦などが退職を余儀なくされたことは、今後の住民運動の展開を図るために、医療労働者自身の問題として検討されねばならない課題である。また昨年の報告において、「新守る会」の運動の成果に加えて、その後のいくつかの運動方針が既に紹介されているが、停年制問題を除いて、それらの運動の展開についての報告がなされなかつたのは残念である。財政難のもとで、住民の健康を守るために運動が説得力を持ち、さらに住民との力強い共闘を可能とするために、医療活動についての具体的な検討と新しい試みのなされることを期待したい。

「16. 日野市における地域難病運動」は、市広報『難病シリーズ』を機として、難病福祉手当制度、「日野市医療と福祉を進める会」の発足した経過とその活動についての経験報告である。医師会を含めた住民組織が、地域難病運動の取り組みを通じて多角的な地域医療活動を展開しつつあることは、地域医療活動の貴重なモデルといえよう。その中で従来の上意下達式の行政の具となってきた広報活動を、下からの住民運動を呼び起こし、住民生活の向上に役立つようにすることが、自治体の役割であるという指摘は、重要である。

ただし、演者の報告では十分ふれられていないが、都委託事業による東京進行性筋委縮症協会の巡回医療検診の実施を通じて、地区医師会、保健所、自治体、市民団体の協力による地域保健活動の展開が見られ、これを全神経疾患を対象とした在宅ケアにつながる事業として発展させてきた東京都の医療行政が背景にあることを、見落とすことはできない（日野市医師会、日野市医療と福祉を進める会：新しい地域医療をもとめて、日野市難病レポート'78、東京進行性筋委縮症協会：新しい地域医療と福祉をめざして、東筋協会報、19、20合併号、参照）。

「17. 医療問題八尾連絡会の活動」は、救急医療体制の確立を目指して結成された同連絡会の体験から、地域医療システムの改善運動における民主団体連合方式の意義、とくに運動のかなめの役割を果たし得る政策立案の能力を持つ医師、医療労働者の参加の重要性が指摘された。また、後送病院が確保されるならば、開業医が第一次救急を引き受けてよいという保険医協会の積極的参加が、運動を強力なものとしたという。

以上のように三つの報告は、地域医療の民主的発展を目指して、医療労働者、住民、行政、医師がそれぞれの立場から、あるいは共同して努力を積み上げる必要性についての具体例を報告したものである。報告に見られる住民運動の成果は、自治体レベルでの地域医療の前進の

ための貴重な経験であり、今後さらに行行政側、医療担当者側を問わず、各地での積極的な取り組みとその成果の分析が続けられることを期待したい。

現在、医療システムの根本的改善、とくに第一線医療体制の強化、改善が叫ばれているが、その改善は以上の報告に見られるように、下からの関係者の努力と地方自治体の前向きの努力が前提である。コンピューターによる検診システム、各種の保健情報伝送システム、中核病院を拠点とした僻地医療システムなど、新しい試みが次々と導入されつつあるが、地域の医療は地域で主体的に行なう、という原則に立って、医療担当者、住民、行政が一体となり、各地域にふさわしい進め方をすることが

必要だからである。各地で、住民自身の努力で進められている活動を、鼓舞し、助長することこそ、国の行政施策のあり方であろう。

ところで、市町村レベルでの医療行政の取り組みを可能とするには、行財政の条件の整備も重要な問題である。財政難のもとで、営利性原則のサービス体制へ移行する危険性は否定できない。医療をめぐる住民運動も、地方自治を盛り立てていくための根本的条件の向上なくしては、成立し得ないのである。単なる対行政抗争にとどまらず、広い視野を持ち、長期的な医療制度の構想に取り組んでいく必要があろう。

用語欄

► エル・トール・コレラ (El Tor cholera)

ヒトに感染するコレラ菌には、主にアジア・コレラと呼ばれる致命率の高いものと、エル・トール・コレラという比較的軽症のものがある。最近わが国に侵入しているのはすべてエル・トール・コレラで、1905年にGotschlich がシナイ半島の El Tor 港において、赤痢症状で死亡した巡礼6名の腸内から分離したものである。分離菌は溶血性をもつ以外は、細菌学的にも免疫学的にもアジア・コレラと区別できない。保菌者は患者家族に10% 前後発生する。

► カムビロバクテリオージス (Campylobacteriosis)

Campylobacter による腹痛、恶心、嘔吐、下痢を伴う胃腸疾患で、原因菌には *Campylobacter fetus* subspecies (ss) *fetus*, *intestinalis* および *jejuni* の3種類がある。家畜の下痢、性病や不妊の原因菌で、ヒトにも感染する一種の人畜共通の伝染病である。ベニントンの流行はその上、水道の処理が不十分で塩素処理のみであったためである。

► ハイ・リスク・グループ (High risk group)

risk とは危険、冒險の意味であって、特定の健康障害を引き起こす危険性の高い集団のことを、ハイ・リスク・グループという。集団の健康管理を進めるに当たって、集団の全員について健康診断を実施することは、検診要員および検診の時間、ならびに経費の面において非能率であるばかりでなく、エックス線写真撮影などの場合には、集団の総被曝線量が大きいために生ずる副作用も増大する。そこで最近は、ハイ・リスク・グループを対象として検診を進めるようになった。

► レーザー光線 (LASER; light amplification by simulated emission of radiation)

誘導放出による光增幅という意味で、単一スペクトルの単色光であり、指向性が強く、通信、材料の加工、医療用に利用されている。しかし、角膜炎、白内障、網膜浮腫、失明などの眼障害と、火傷、潰瘍などの皮膚障害が起こる。

(解説 西川漸八)

一般演題 (1~3)

大都市住民の健康、労働災害、医療事故の 社会医学的解明

《座長》 渡部 真也 水野 洋
(滋賀医科大学・予防医学) (大阪府立職業病センター)

1. 大都市における生産年齢層の健康

——大阪市を中心として——

○南沢 孝夫・朝倉新太郎 (阪大・公衆衛生)

(1) 全国の死亡率の年次推移をみると、15~19 歳および 40~44 歳で死亡率の改善が停滞しており、この傾向はとくに男子に顕著である。

(2) 7 大都道府県 (10 大都市を除く) と 10 大都市を比較すると、前者では若年層で、また後者では中年期で、それぞれ死亡率の改善の停滞が認められる。そして、このような、中年期を中心とした生産年齢層における死亡率の改善の停滞が、現代の大都市の特徴をよく表わしている。

(3) 10 大都市を個別に見ると、札幌と京都を除いては、30~54 歳の間に死亡率の改善の最も遅れた部分が見られる。とくに西日本の大都市、中でも大阪市では、この傾向が顕著である。

(4) 大阪市内各区の年齢別訂正死亡率を指數で見ると、とくに生産年齢層の男子では、大部分の区で全国や大阪府下より死亡率が高いことがわかる。

(5) 10 大都市の訂正死亡率を見ると、各都市間では生産年齢男子の訂正死亡率の違いが最も大きい。また西日本の大都市、とくに大阪市では、この年齢層で死亡率が高い。

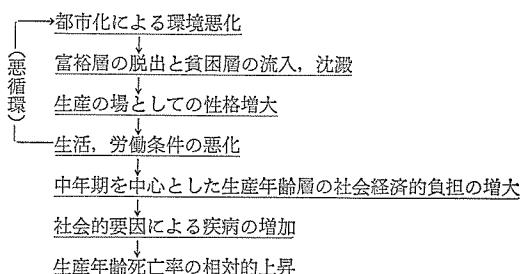
(6) 大阪市と府下の死亡率は、35~44 歳を中心にして差が開きつつある。その裏には、富裕層の府下への移住による、市内と府下の所得格差の拡大という社会的背景がある。

(7) 大阪市における生産年齢男子訂正死亡率を各区に見ると、西側の大坂湾寄りの各区で死亡率が高い傾向がある。この地域は、工業化が進み、都市的特徴を持った生活をする人々が多く住む所である。

(8) 疾病別に見ると、大阪市では府下に比して結核、

肝硬変、自殺など、社会的要因と関連の深い疾病による死亡が多い。

(9) 以上をまとめると次のようになる。



2. 労災・職業病の企業責任と行政責任

牧野忠康 (東京社会医学研究センター, 東大・保健社会)

まず、レジメに沿って、本報告の問題意識と課題を述べた。

次に、職業病発生およびその賠償の企業責任の回避の企業行動を、具体的な事例を上げて述べた。その事例とは、東京のK大手商社のK子会社である社の頸肩腕障害患者が労災申請をした際、労基法第 19 条に抵触する違法解雇であること承知の上で、1 人の女子職業病患者を解雇した事例である。この事例から次のことがいえることを述べた。

- ① 企業は会社に対して従順であれば恩恵的に補償などの措置を取るが、少しでも抵抗や不満の姿勢を示すと徹底的に攻撃をする。
- ② 違法性を企業として十分承知していても、労働者がそれに抵抗する力がないか、あるいは闇わないと判断したら、違法解雇すら平気で行なう。
- ③ こうした企業行動を許す要因として、企業内労働組合の姿勢が大きく作用している。
- ④ 企業の取った措置に対し、法的抵抗や運動が広がる

傾向があると一応の権利回復は図るが、それは最小限にとどめられる。

⑤企業は労働者に対する健康配慮、補償、原状回復の措置などを、自発的に行なうことはない。

⑥自らの生命と健康や諸権利を守るためにには、個々の労働者がしっかりと問題意識を持って行動し、主張しなくてはならず、労働組合も基本的人権を守るという視点をしっかりと認識して、そのたたかいに取り組まなくてはならないが、この視点も取り組みも現在の労組には極めて弱い。

今後、職業病の領域で、この事例のような権利侵害はますます多発していくことが予想される。したがって、生命と健康を守る社会医学的な取り組みは、ますます労働者とともにたたかう方向に求められる。

3. 「医療事故相談センター」から見た医療被害の実態

○加藤良夫・田中清隆・野田弘明・山田幸彦・

鈴村昌人・伊藤道子・在間正史(弁護士)

久永直見(名古屋大・衛生)

昭和 52 年 10 月、名古屋の若手医師、弁護士らが、患者・被害者の立場から、医療における患者の人権擁護とわが国の医療の改善を目指し、「医療事故相談センター」を開設した。開設直後から多数の相談申し込みがあり、本年 5 月末時点では 154 件に上り、同時点までに面接相談を終えたものは 77 件となった。

今回、これまでに面接し、カルテ等に検討を加えた中から、医療に起因する健康障害と考えられるに至った 39 例(男 24, 女 15)につき報告する。

被害時の原疾患は、外傷、呼吸器疾患、消化器疾患、神経系疾患など多岐にわたるが、必ずしも重篤な疾患ばかりではない。受診医療機関では、国公私立病・医院を問わず発生し、診療科でも、外科、内科、小児科など各科に見られた。被害時期は昭和 20 年代のものもあり、被害から相談に訪れるまでに、長期間経た例も少なくなかった。被害後の状態は、死亡 10 例のほか、全身～四肢麻痺等重い後遺障害例も多かった。診療上の問題点としては、誤診、不適切な治療、手術の失敗、注射・投薬による被害、看護不備などがあった。医師の対応には責任否定から承認まであるが、患者の質問に答えない例もあり、また医師にいまだ話をしていない例が 11 例に及んでいた。被害者の不満としては、治療・処置の誤り、事前・事後の説明の不十分さに関するものが多かった。

今回の検討を通じて、被害者数は多く、患者は被害を受けたと感じても、医師に説明を求めることが容易で

なく、法律家への相談もし難い状態にあることが明らかになった。また医療従事者自らが、医療被害者の実態を調査し、尊い事例の検討から、被害防止と救済体制の確立のための努力をすることの必要性が、痛感された。

<座長まとめ>

第 1 席は第 17 回社研で発表した成果をさらに発展深化させたもので、都市の保健衛生水準は農村のそれより高い、という一般的の通説が、大都市、少なくとも大阪市においては成り立たず、大都市住宅、とくに生産年齢人口の死亡率が全国平均を上回り、また全国的に低下傾向にある死亡率の改善が、この年齢層において目立つて遅れていることを指摘し、今回の都市問題の健康側面を考えり出した、優れた研究である。

大阪の生産年齢人口の死亡率が高いことは、大阪に多いといわれる行路死亡も(住所不明者の死亡)や愛隣地区での死亡、あるいは労働災害や職業病による死亡の影響では説明できないという。大阪市部が府下の周辺地区に比べて高い死亡率を示すのは、アルコールと関係が深いと考えられる肝硬変とか、自殺、昔ながらの結核などである。このような死因を増大させる要因が、広く労働階層に及んでいるものと思われる。この要因は都市化による環境の悪化である、と演者らは指摘し、またこれに伴う富裕層の人口流出、貧困層の流入とが、死亡率を高める要因になっていると述べている。死亡率改善の遅れはひとり生産年齢人口ばかりでなく、高齢者層にも見受けられるし、このままで行けばいずれ顕著に認められるようになるであろう。

このような都市の不健康化は、大阪市だけのことではないと思われるのだが、東京、川崎など類似都市で同様の傾向を示しているという結果は得られていない。また大阪市内を区別に死亡率と生活類型工業化割合などの社会指標との関連で比較した中で、一般的の傾向と矛盾する地区もあるが、これらについては十分な説明が得られなかった。問題の指摘が重大であるだけに、疫学的により完成度の高い成果を将来に期待したい。

第 2 席の牧野氏の報告は、ここ数年間にわたって同氏が労働災害・職業病問題について保健社会的側面から検討を加えてきた、これまでの報告の継続である。今回は企業責任と行政責任に焦点を当て、その理論的考察と具体的な事例を挙げて報告されたが、この両者が必ずしも対応され提示されたとはいえない。

労働者の健康破壊を社会科学的にどう把握すべきかと問題を設定し、それに対して権利の問題としてそれを把握すべきであり、したがって企業犯罪ととらえねばなら

ないと主張された。基本的人権の保障を中心にして、この権利が具体的に法的にはどのようなかかわりを持っているのかが、レジメでは試論として構式図をもって示されているが、この点については時間の制約もあり、詳しくは述べられなかった。とくに今日問題にすべきこととしては、「企業責任」が「補償責任」に矮小化され、さらには「補償責任」が「社会保障化」され、企業責任の免罪・免責の方向へ動きつつあり、企業犯罪の意識を薄めてしまっていることが主張された。こうした理論的考察を明確にするため事例の報告をされたが、もっと集団的事例の総括として報告された方が納得できたのではないかと感じた。今後、具体的事例の集積とその中から得られる共通項目、特異事例などを検討し、再報告願いたいと思う。

質疑討論としては、理論面よりも具体的事例について二点の質問があった。一つは労災申請を本人が提出するのを遅らせた理由について、他は民間以外のとくに三公社・五現業の場合についての傾向に関するものであった。前者に関しては、事前に労働基準監督署へ問い合わせに行つたが、行政の側の対応が不十分であったこと、本人自身が労災認定は大変であり、認定されにくいと意識したことが要因であり、後者については、その認定機関が使用者それ自身であって、制度的に矛盾しており、それがここでの認定にからむ問題を生んでいる原因である、と回答された。

第3席は、名古屋の弁護士グループを中心とした「医療事故相談センター」活動の中間報告であった。昭和52年10月に開設されて以来約8カ月間、77例の面接相談を行ない、現時点で医療に起因するものと判断する39例についての分析であり、相談には医師が弁護士と同席

し、相互の事例研究会も持たれている。診療科目では外科が圧倒的に多いが、検討中のものも含めると産科もこれに匹敵する。原疾患の状況や医療被害後の状況もさまざまであるが、39例の場合当該医師の対応としては、「医師に責任はない」との回答が11例、「たずねても回答なし」が4例、「責任を認める」が5例、「責任とは別に見舞いは出したい」が4例、「いまによくなる」が1例、そして医師にはまだ話はしていない人が11例である。また不満として訴えている点は、「診断、治療、処置の誤り」と「事前の説明不足、被害発生後の説明不足」がともにほぼ同じ重さで出されているといえる。

演者は今回の事例を通して、医師の側に積極的に問題解決に当たろうとする姿勢が欠如していること、医師が事前・事後に患者に対して説明を十分尽くすことの重要性を指摘し、同時に医療被害を未然に防止するために医師らが医療被害者の声に耳を傾け、実態を調査して、尊い事例の検討の中から問題点を見出す努力をすることを要望された。

貴重な活動と実態まとめの報告に対して、いくつか質問が出された。一つは、全国的にこのような実態点検をする必要を提起されたものだが、他は医師会や行政側の反応、相談事例の終結、相談活動の費用等に関するものであった。医師会からは弁護士会に対して、非公式にだが、「あんな活動をやらせておいていいのか」という圧力があった由の回答があり、行政は全く音沙汰しながら、医師として協力してくれる方はあったとのことである。また39事例のうち、訴訟の形になっているのが4件、示談ずみのものが2件であり、相談は無料で行なっているとの回答であった。

■ 国際懸賞論文募集のお知らせ

スイス製乳業者中央組合 (the Central Association of Swiss milk producers) は、このたび1979年および1980年に向けて、現代栄養学に関する国際懸賞論文を募集します。賞金は15,000スイス・フラン(約170万円)が、国際酪農協会加盟国(オーストラリア、ニュージーランド、オランダ、カナダ、ソ連、日本ほか28カ国)の1カ国から応募者1人に与えられます。

1979年のテーマ：

Social and psychological aspects of food choice
and consumption behaviour

(期限：1979年2月15日)

1980年のテーマ：

Nutrition and brain development

(期限：1980年2月15日)

【注意】応募者は略歴、参考書目を明記し、過去5年間に発表された論文で、本テーマに最も関係のあるもの写しを添えること。また論文は、ドイツ語、フランス語、英語のいずれかを使用し、下記宛に送付。

(審査委員長) Prof. Dr. H. Aebi
Medizinisch-chemisches Institute der Universität
CH-3000 Bern 9, Swiss

一般演題 (4~7)

幼児保健と老人ケアの問題点

《座長》 奈倉道隆
(京都大学・老年医学)

吉田幸永
(京都府・日吉町役場)

4. 保健所における発達相談の試み

寺西秀豊(金沢大・公衆衛生), 森源三郎(金沢大・教育),
今村信夫・多田チヨ子(石川県松任保健所), 石田セイ子
(石川県小松保健所), 寺田洋子(石川県総看)
石川県松任保健所では, 昭和48年以来, 乳幼児健診後,
精神的発達の遅れている小児を対象に発達相談を行なっているが,
その若干の経験について述べた。

1. 対象と方法

松任保健所では, 4カ月児, 12カ月児, 2歳児, 3歳児を対象に健診を行なっているが, そのうち, 精神的な発達が遅れていると考えられるものを, 津守法など精神発達検査を参照して保健婦が選び出し, 発達相談へ呼び出している。

2. 成績

48年度から52年度までに相談に来たものは213名であり, 初回来所者を年度別に見ると年々増加の傾向にある。これは発達相談に対する住民のニードを示すものと考えられる。来所の動機は, 「ことばの遅れ」が最も多い。障害別に見ると, 精神発達遅滞と考えられるものが一番多かった。

次に, 障害の発見の時期を見ると, 2歳児~3歳児が多い。最近, 1歳6カ月児健診が行なわれつつあるが, 精神発達の遅れをチェックするには, この時期では早すぎると思われる。今後, スクリーニング法を検討すべきだと考えられた。

3. 結論

保健所における母子保健活動を押し進めていくとすれば, 軽度の障害を含めて障害児の予防と地域ケアは, 避けては通れない課題と考えられる。しかし, これは, 単なる従来の医学や保健の枠組みを越えて, 教育, 福祉との協力が必要である。

保健所は人事異動が激しく, こうした活動が蓄積しにくい現状はあるが, 地域の大学や病院, 施設, 保育所な

どとの協力関係を強めることにより, 一定の重要な役割を果たすことができるものと考えられた。

<座長まとめ>

以上の報告に対し, 次の問題点が討議された。

① 1歳半児健診の時期は, 精神発達の障害を発見する上で適切な時期かどうか。

② 保健所職員が人事異動などで定着しないために, 長期にわたる継続的な管理がなされにくく点をどう克服するか。

③ 健診に当たる者が嘱託医であるといった身分上の制約などがあるが, 協力機関との連携をいかに保つか。

④ 問題が発見された小児に対し, 現実にどのような対策が取られているか。

以上の問題点のうち, ④については, 「障害の程度にもよるが, 保育所への入所などを積極的に進めている」という報告があった。

これに対し, 「入所後に問題が起らぬか」「発達障害があるために保育所が受け入れを拒む, ということはないか」「入所後に保健所とのかかわりを失うことはないか」といった問題が質問によって提起された。

報告者からは次の点が明らかにされた。

① 保育所入所後も保健婦が継続的に管理を進め, 問題があれば保母と保健婦とが話し合って協同で問題解決に努めている。

② 保育所の主任保母に集まってもらって, 学習しながら障害児保育への協力体制を強めているので, 拒否的態度は認められない。しかし, 保健所という公的機関からの要請であるために, やむなく協力しているという面もないとはいえない。

③ 保育と保健の両面が密接に協力し合うことには困難も多いが, よい成果が生まれつつある。

この報告並びに討議を通して明らかになったことは, 保健所事業として一般化している小児健診も, 健診に終

わらず積極的な発達相談を進める必要があること、問題解決には保健の分野だけでなく、教育と福祉の分野の社会資源との協力が必要であり、それによって成果を上げ得ること、協力関係の確立には事務的な折衝だけでなく、学習会などによって、ともに問題認識を深めることや、具体的なケースの問題を通じて継続的にかかわりを持つことが大切であることなどであり、このようなことが、今後の実践に役立つものと思われる。

5. 長期入院患児に対する復学援助

鎮西淳子（三井記念病院）・○高月晴子（日本女子大）

昭和46年の4月以来、三井記念病院で行なわれている学習指導のボランティア活動は、長期入院患児（主に腎疾患のため）に対する学習指導である。この報告は、その活動の中の一つの事例報告である。留年などのために、勉強はよくできても、学校の学習から遠ざかってしまったK君を、学校の学習と結びつけようと両親や担任教師と連絡を取り、学校のプログラムに沿った学習へと持っていく過程をまとめてみた。結果としては、K君は気の進まなかった6年生の学習へと入ることはできたが、反面、学級の友人との関係を密にすることをおろそかにしてしまったことが反省点として上げられると思う。

病気のために、長期間、学校を欠席することによって、学校の学習から切り離されてしまうのが、長期入院児童の現実である。その不安やあせりを取り除き、たとえ学校という場を知らなくても、学校と連絡を取って学校でのカリキュラムに沿った学習となるようやっていきたいと思う。しかし、医師、看護婦との連絡が不十分なことや、受け入れられ方の違いは当然のことながら、自分たちが学生であることの限界を強く感じる。子どもは、学校から離れたくない、といつも思い、学校へ行ったことがない子どもでも知識欲を持っている。学習と病気の治療が必ずしも両立しないことはない。一日も早く、訪問教師の派遣、訪問学級、院内学級の設置など、治療とともに学習できる場、そしてその学習が公的な制度の上で認められ、評価を受けることのできる学習体制が実現されることを願っている。

＜座長まとめ＞

この報告に対し、学習ボランティアの活動内容や活動状況に関する質問があり、さらに教育行政の責任である病床訪問教師の活動や病院内教室の設置状況についても、関心が寄せられた。

もとより入院患児に対する教育は、公的責任によって進められるべきものであるが、ボランティア活動が教育

の必要性と可能性とを社会に明示し、さらに実際面での効果を上げて患児の教育に寄与している役割は大きい。

しかしながら、このようなボランティア活動があるからといって、公的な施策が放置されるようなことはあってはならない。

小児の慢性疾患が増大している今日、入院と在宅とを含む病患児童に対する教育が、計画的・継続的に公共の責任において推進される必要がある。このような教育体制の一環に、学習ボランティア活動が位置づけられ、ボランティアの自発性・創意性が妨げられることなく進められることが要求されよう。

またこのような教育は、病患児の治療やリハビリテーションとも相互関係を持つものであり、保健医療関係者と教育担当者との緊密な協力関係を保ちつつ進めなければならないものである。

医療が身体の疾患のみを対象とするのではなく、患者の精神面・社会面を含めた全人的健康の達成を目指すべきものであることはいうまでもないが、教育もまた人間の知的側面の発達だけでなく、身体の発達、健康の増進などを含む広い概念のものとなってきている。病患児教育の問題では、この両者の重なり合いがとくに大きいので、教育、医療、福祉の総合施策の面から、大きく取り上げていかなければならぬ。

時間の関係で、討議はここまで発展しなかったが、社会医学の課題として、今後も取り組みを続けていかなければならない問題である。

6. 老人医療の諸問題（第1報）

——入院患者の調査から——

岸本洋子（東神戸病院・MSW）・日高隆三（東神戸診療所）・日高沙千江（頌榮短期大学）・石井俊三（東神戸診療所・MSW）

1. 老人の入院増加および長期化が問題

老人の健康の実態をつかみ、その保健・医療のあり方を検討して、地域医療の展開という視点から取り組んだ“入院患者調査”的結果について考察してみた。

2. 調査結果の特徴として

- ① 保険別で、老人医療と生活保護が圧倒的に多い。
- ② 疾病の慢性的経過（長期化）と入退院の繰り返しが目立つ。
- ③ 高齢化に伴う、日常生活能力の低下が明らかに見られる。他方、老人の社会的状態を見れば、疾病管理の維持困難な条件が存在する。
- ④ 独り暮らしや、夫婦のみの世帯、子によるケア期待困難という厳しい状況がある。

⑤ 全体の中で有職者はわずかであり、また自己収入としては、生活保護、老齢福祉年金等であり、自立した生活を営む者が少ない。

⑥ これらの反映として、疾病の医学的な軽快を見ても、社会的理由から退院困難なケースが多い。

3. 老人の保健医療のあり方として

① “老化”という特性をつかみ、生活能力の低下を防ぐ、系統的な「管理的医療」が重要と考える。

② 在宅医療を基本にして、事情の許す限り必要・緊急時の間歇入院の方向を取る。

③ このことを可能にするために、施設的整備（看護ホーム等の中間施設）、人的サービスの拡充（ホームヘルパー、訪問看護等）や、経済的施策（介護料の充実、社会保険内でのリハビリ、生活指導の評価）の具体化が必要となってくる。

④ こうした治療的施設での専門的ケアと地域での在宅ケアを結合する体系を確立するために、国や自治体への運動の強化、そしてこの方向が地域社会での医療や福祉にいかに効果的であるかを、私たち自らの実践的積み重ねによって明らかにすべきであると思う。

7. 老人医療の諸問題（第2報）

——退院後の患者の動態を中心にして——

日高隆三（東神戸診療所）・日高沙千江（頌栄短期大学）・

岸本洋子（東神戸病院・MSW）・石井俊三（東神戸診療所・MSW）

都市スラムの困窮老人の孤独、悲惨な入院、退院、そして死亡に至る実態を報告することが本項の目的である。第1報は入院患者、第2報は1年後の退院患者のフォローアップ調査によるものである。今後、5年生存率、貧困層でない老人群との比較、そして数年後に死に方に階級差があるかないかを明らかにしていきたい。

報告した内容の概略は以下のとおりである。

① 老人医療は、施設収容医療か、在宅中心の医療の方向なのか、の問題。

② 社会的入院（ベッド、医療費の10%）は、表現を換えれば、条件が整備されるならば、緩和されるのではないか。

③ 死亡場所の変化——自宅→病院内へ。

主張したい点は次のとおりである。

① 寝たきり老人へ入浴バスを——神戸市にはまだない。

② 地域における、闇病でできる、少なくとも食べられるような条件づくりを——ヘルパー、ボランティア、隣人など（給食）。

③ 特養ホーム施設の拡充を。

④ 救急事態への対応策を。

＜座長まとめ＞

第1報と第2報との報告のあと、次のような討議が展開された。

(1) 老人問題では、医療と福祉との連携が大切であるが、具体的に何が必要か。

医療の立場で往診や訪問看護を進めている実感からは、入浴サービスと患者に水や食物を与える援助がますます必要と思う。水分の摂取不足による脱水症や、小さな骨折でも動けない患者では、水や食事のために入院させなければならないというケースが少くない。わずかな地域社会の援助があれば防げる病気や、避けられる入院は多い。

貧困層はよく助け合うので、これによって支えられている老人は多い。

できる限り地域社会の中で生活し続けたい、と望むのが老人の心情であり、それをより可能にする条件の整備は行政の責任である。しかし、地域内で、病人や老人を守っていくための運動を展開していくことが必要ではないか。

福祉事務所や保健所と関係住民との懇談会が持たれて、地域ケアを必要とするケースへの具体的取り組みが実現した所もある。医療機関と民生行政との懇談会が発足しながら、会合が継続しない所もある。

(2) 地域医療を進める立場からも、老人福祉施設の拡充は必要か。

神戸市には特養ベッドが300床あるが、入所待ちの老人が現在300人あり、緊急性度の高い老人でも3ヶ月待たねばならぬという現状である（これについては53年春の国会社労委員会で問題にされ、国会公開資料として公刊されている）。

施設収容か、在宅ケアか、といった二者択一ではなく、施設が在宅寝たきり老人を短期入所させて在宅ケアの円滑化を図るとか、地域の老人を対象とした機能訓練サービスを行なうとか、地域福祉の一環として施設が機能する役割も大切である。

(3) 地域によって、寝たきり老人の率が異なる問題について。

神戸は開港100年、港湾に働いた人たちが老齢化し、沈没した人も多い。報告した地域は古い形態の吹きだまり型の地域といえるのではないか。

寝たきりになってしまっても在宅療養が何とか続けられる地域と、とてもできなくて入院するか、さもなければ寿命を

縮めてしまうような地域とでは、当然寝たきり老人の率が違う。寝たきり老人の少ない地域が必ずしも健康とはいえない。

独り暮らし老人が寝たきりになると、現状ではとても在宅療養ができない。しかし貧しい人たちの間では、法律的には扶養義務もない人たちが援助し合うことが多く、独り暮らし老人が近隣住民の援助と地域医療活動とでよくなつた例もある。

老人一人を支えるためにも大勢の力が必要となるので、核になる援助者をつくって公私の力をそこに結集し、継続的な援助体制を生み出すことによって成功した例もある。

介護家族がある場合でも、家族だけに負担がかからぬよう、連絡会を設けて、援助の力を組織化する努力をしている。

(4) 都市問題の観点からも、老人医療は深刻である。

死亡率の調査でも、成人死亡率が神戸市は大阪市に次いで高い。老人でもそうであり、単にスラムという限られた地域だけでなく、都市そのものが老人の健康に不利

な環境となりつつあるのではないか。

報告の調査時点で、この病院は神戸市葺合区の生保医療券の7分の1を扱っていた。全区的に見れば、人口6万の地域であるが、報告の6倍以上の、医療上の困難や混乱状態にある人がいたと考えられる。ボーダーライン層の人々を含めると、問題はさらに深刻であり、医療の面だけでなく、社会福祉の面からのアプローチがどうしても必要である。

(5) 以上の討議を通じ、今後、この問題に対して進めなければならない社会医学的取り組みは、次のような点にあるといえるのではないか。

① 保健と福祉の協同によって進める具体的方法とその問題点。

② 地域特性を踏まえた問題の分析と、これに基づく現実的対応策。

③ 他の保健・福祉問題との関連性を明らかにしていく総合的・体系的問題の提起。

このような面での報告や討議を来年の研究会に期待したい。



麻疹予防接種の定期化にあたって一言

—京都府—

予防接種法施行令等の改正に伴い、10月1日から、麻疹の予防接種が、定期接種として開始されることになったが、実務担当者としては問題点が多すぎると考えるので、これらを列挙して、関係者の御指導、御批判を仰ぎたい。

まず、麻疹に対する予防接種の意義については、一定の理解ができるものの、主として開業医における個別接種方式をとっている点には、異議を唱えたい。

厚生省は、この方式採用にあたって、副反応の高いこと、したがって、ホームドクターによる健康管理が必要なことを、最大の理由にしている。しかし、集団接種方式が、副反応への対応等において、劣っているとは思われず、集団的乳幼児健康管理が徹底している、昨今の市町村の体制を考え、ホームドクターの定

着状態を参考にすると、むしろ、マイナス要因にもなりかねないと考える。

また、従来の集団接種方式は、市町村長の行なう対人保健サービス行政の一環として位置づけられてきたことを思うとき、集団接種方式の軽視は、市町村長の「住民の生命と健康を守る」責任を薄めることに通じ、開業医委託型の予防接種行政、対人保健サービス行政へと大きな道を開くことになりはしないか、と心配される。

さらに、厚生省の麻疹予防接種に対する（低所得層の）国庫負担基準単価は3,747円と、従来の予防接種単価をはるかにしのぐ高基準になっており、しかも市町村では、従来推進してきた予防接種無料制度の見直しが行なわれ、住民負担の導入がはかられることができると予想される。

こうした財政問題は、市町村長をして、麻疹予防接種への取り組みを回避する動きへと導き、住民には、接種意欲に水をそそぐことになると考える。

こうした問題点をふりかえってみると、今回一連の措置は、予防接種行政の形骸化に通じ、「仮つくて、魂入れず」になりはしないかと心配される。

なお、近畿地方では、神戸市が接種単価を4,040円で、しかも無料実施で医師会と妥結する動きがあり、指定都市がそれに続くことが予想される。

したがって、多くの市町村は、これらの動きを見守っているところである。

（京都府井手保健所長、前京都府衛生部
保健予防課長 山本 繁）

一般演題 (8~10)

難病患者在宅看護の取り組み

《座長》 西三郎 三宅智恵子
(国立公衆衛生院) (大阪府立公衆衛生専門学校)

の不足補充のための援助拡大を確保したい。

はじめに

難病に関する演題は社会医学研究会の発表演題として定着してきた。初期の頃の個々の単発的な症例報告からより進んで、個の援助についても援助内容を科学的に分析し、援助すべき問題をより具体的に提起する方向で進んできている。

今回は、前年までの個を中心とした症例発表からさらに進み、患者を取り巻くさまざまな組織、社会資源がどのように活用され、運動が進められてきたか、また、これらの集団活動に関係専門職種はどのような役割を果たしたか、などが報告された。難病患者への援助の内容が個の枠を越えて、新しい患者会の運動論を踏まえた患者団体、地域住民の組織化へと発展してきている様子が、今回の発表からうかがうことができた。

8. 多発性硬化症患者を介護する家族への援助

青井由恵 (在宅看護研究会)・○銅直晶子 (明治学院大)・川村佐和子 (東京都立府中病院)

在宅で、上下肢障害、言語障害、嚥下障害、排尿障害、知能障害があり、ベッドで寝たきりの生活を送っている患者を介護する妻の、ある1日をタイムスタディした。これを分析すると、次のようなことがわかる。

- ① 妻の生活時間中、66.4%が夫への援助に取られる。
- ② 夫への援助は、19分に1回の割で、小刻みでかつ注意深いものが要求され、妻の日常に制限が加えられる。

次に、タイムスタディの1日を含む1週間の公的援助を見ると、現在では最大の援助がなされ、これが妻を支えていることがわかる。私的にも患者の症状の変化、重症化の際には親類、知人の濃厚な援助が行なわれている。したがって、今後の希望としては、入浴、衣類の清潔、食事、妻の健康維持、体位交換、体温調節のための空気調節、観察、機能訓練、言語訓練、精神的働きかけ

<座長まとめ>

今まで大変な苦労を背負っているといわれ続けてきたにもかかわらず、客観的なデーターとしては出されていなかった難病介護家族の生活にスポットを当てて、タイムスタディによって介護内容を分析し、問題を具体的に提示したことは、発表内容を説得力のあるものにした。

質問、意見とともに、問題分析の手法として用いたタイムスタディに集中した。

タイムスタディの方法は、まる1日傍らに測定員2名が付きっきりで分を単位として測定した。研究の目的は、①実態を明らかにし、②介護者への援助を増加させることにあった。

木下安子 (東京都神経科学総合研) は、長期介護家族が長年月を経てつくり上げた介護方法には、専門看護者といえども学ぶ姿勢が必要であると意見を述べた。また佐久間淳 (帝京大) から、この研究の今後の進め方として、症状別に合わせてタイムスタディを積み重ねて行くと、研究データーとしてもさらに立派なものが出てくるのではないか、との意見も出された。

今回発表された、タイムスタディを用いたこのような調査が今後も積み重ねられた上で、対象を疾病別、健康障害別、成長発達段階別などに分類、整理するとさらに説得力は増し、具体的な問題解決に役立つのではないかと考える。また、このような客観的かつ具体的な問題の提示は、長期介護家族を社会的に救うことのできる強力なデーターになると考える。今後のこの研究の継続発展と成果に期待したい。

9. 東京都府中市における筋萎縮症患者・家族のグループ活動と自治体の対応

木下安子・山岸春江・○関野栄子 (東京都神経科学総合研究所)、宇尾野公義・川村佐和子 (東京都立府中病院)

昭和 45 年 2 月、府中市内の筋萎縮症患者・家族によって、府中市筋萎縮症協会が会員 6 世帯で発足した。既に東京筋萎縮症協会が 39 年に発足しており、そのうち府中市内在住者が別に会を持つ意義はなぜあったか、また発足以来どのような経過をたどって発展し、運動をしてきたかを明らかにしたものである。

会の発足に先立つ 42 年に、訪問教師制度を市議会に請願、市長に陳情した。陳情活動は進み、自治体は要求を取り上げ、東大病院への受診時のマイクロバス送迎、ボランティアの派遣、機能訓練のための施設の開放などを実現してきた。

昭和 46 年 10 月、府中病院神経内科開設と同時に全員転医し、1 カ月 1 回の受診行動を続けた。今まで往復 5 時間かかっていたその時間を、どう有意義に過ごすかが会の課題になった。このとき病院のケースワーカーが、患者の立場に立った協力をした。医学的な知識、機能訓練の意義、看護上の問題などについて、医師、保健婦、看護婦らを講師に勉強会を行なった。患者のために病院職員も含むボランティアの援助で楽器練習、ゲームなどを行なっている。この日はピクニック気分でお弁当を持ち寄り、楽しく過ごすのである。午後の外来待合室でおしゃべりをすることがうき晴らしになっていた。病院側の職員が患者会に協力的なことは、会にとって初めての体験であった。

医師は聞きおくだけだが、ケースワーカーは必ず返事が来るのでよかったとも評価し、絶対の信頼を抱いている。

会が発展してきた理由を分析し、まとめてみると、小規模な会なので会員の意思疎通ができる、行動も統一がとれやすいこと、また要求はどんな小さなことでも取り上げ、解決を試みたこと、解決したことは、ニュースで知らせ、みんなで確認したこと、などがある。この陰には、会長である Y 氏の実務能力に負うところが大きい。また、病院ケースワーカーの力も大きい。病院職員でありながら、患者の立場に立って対応してくれる人、会としてどう動いて欲しいかなどについて、病院の内情を知って助言してくれる人として、絶対の信頼を置いている。また研究所の保健婦もこの会を応援している。

このような職種を橋渡しとして、病院の事情を患者会も学びながら、運動は進められている。今後の課題として、終末医療、救急医療の問題を医師、看護婦の協力をどのように得て解決するか患者会の役割は大きく、自治体病院のあり方を問い合わせる試みであるといえる。

10. 難病（筋萎縮側索硬化症）患者の受療に関する自治体病院の対応

木下安子・○山岸春江・関野栄子（東京都神経科学総合研究所）、宇尾野公義・別府宏園・川村佐和子（東京都立府中病院）

難病（筋萎縮側索硬化症）患者の発病から死に至るまでの受療状況のプロセスを検討した。そして自治体病院の在宅診療、地区の医療機関、保健所等の保健・医療を従来の協力により、患者の生命が支えられ、家族にも満足を与える医療が提供されていた。14 年間余りの受療経過を次の 4 つに分けて、各時期でどのように医療が提供されていたかを検討した。

第 1 期：発病から診断確定まで、第 2 期：身体機能の低下が進み、外出困難になって近くの自治体病院に転院、訪問看護活動を頻回に集中的に実施、第 3 期：経管栄養摂取への切り換え、第 4 期：自治体病院の在宅診療班の活動開始。

以上の受療経過から、“出向く医療”の形態をつくり出した要因を考えてみると、一つは患者や家族が高度の専門医療技術を求め、主婦ということもあってか、その役割を何とか果たしたいと想んでいたこと、二つは都市病院が高度の専門医療技術を保持していたこと、三つ目は信頼できる医療機関が近くにあったこと、四つ目は開業医、専門病院等の有する機能を最大限に患者に結びつける割役を担って、保健婦、看護婦、MSW、栄養士などが活動したことである。家族や保健婦、MSW の活動によって専門医が高度な専門医療の情報を提供し、自治体病院は家庭医では対応できない急変時の依頼を引き受けた体制を準備しており、家庭医を支持する体制をつくりていった。しかし、厳しい地方自治体の財政危機に直面し、“出向く機能”を備えた自治体病院の活動をどこまで拡充、強化できるのか、今後の大きな課題である。

<座長まとめ>

この 2 題はともに、患者家族会と自治体病院に働く保健・医療従事者の運動が実り、自治体がその要求を受け入れ、対立するのではなく、ともに目的を一にして進めてきた活動経過の報告であった。

演題 9 は難病児を持つ親が患者会に参加し、初期の患者会独自の運動で全国初の訪問教師制度の発足、難病専門病院の設立という運動の成果を上げ、その後も自治体病院ケースワーカーとの接触、連携により、患者のより身近な問題解決のための運動、すなわち車椅子のまま乗れる送迎バスの確保、自治体病院の在宅訪問診療の確立を見たことなどの報告である。

これら患者会を中心とした運動が現在まで継続され、発展してきたのは何によるものなのかという司会者の質問に対して、演者からその理由として次の点が上げられた。

① 患者会のリーダーがマスコミ関係の職業に従事しているため、一般へのPRが非常にうまく、行政への圧力が効果的になされた。② 患者会が身近な問題を一つずつ解決していったことが、患者家族に支持された。これに加えて、③ 患者会並びに自治体病院のケースワーカーが運動を通して接觸した関係者、とくに行政と対立することなく、彼らを協力者として運動の渦中に巻き込んだことも、この運動を実りあるものにしていったと考えられる。

さらに演者は、この運動の中での専門職の役割は彼らが治療者としてではなく、アドバイザー、専門的知識を持つ助言者として継続参加するとともに、グループワークを行ない、患者会の訴えを十分に聴く姿勢をいつも持っていることである、と述べた。

演題10では、自治体病院が患者の要望に応えて在宅訪問診療班をつくり、専門医療機関と地区開業医をつなぎ、在宅難病医療のネットワークを確立した経過と、この医療形態のメリットが報告された。

“出向く医療”は在宅臥床患者にとっては夢の実現であり、全国的に広げてゆきたいシステムである。しかしながら、財政危機に直面している地方自治体が専門病院を設立することは難しい。また地域医療推進のために、各都道府県に難病専門病院を設立することの是非はあるが、自治体に働きかけて専門医による在宅診療班の設置を進める運動は、難病患者の在宅医療には欠かせない

ものとして、全国的に押し進めてゆく必要があろう。

＜総合討論＞

重症難病患者には在宅と入院医療のどちらが望ましいかという意見が、新倉新太郎（阪大・公衆衛生）から出された。これに対して石川左門（東筋協・理事）は、「患者家族の一番の救いは地域に在宅し、日常生活の中で援助を受けることで、これが幸せにつながっている。在宅医療ケアを患者を取り巻く関係者が支えてゆくこと、医療側が出かけてくる医療、在宅で終末ケアが迎えられる医療態勢までもってゆく運動が、すなわち暖かい街づくりにもつながっている。また、在宅医療を支える在宅訪問診療態勢は、行政のみが施行するものではなく、またメンバーも専門医だけで構成するのではなく、開業医、一般市民を含めて、市民による市民参加の地域保健活動の一環として進めていくことが必要ではないか」と述べた。

これから患者運動のあり方についても、石川は「患者運動は自己閉鎖的な自らのための運動から脱皮して、専門職、行政を積極的に活用し、これを巻き込み、ともに進む姿勢が必要であり、市民運動として住民のニードをどのようにとらえていくかが今後の課題である」と述べた。

今後の方向として、難病患者家族会の活動に見られた患者、専門家、行政の輪に健康な住民をも巻き込んだ、幅広い保健活動となるように住民運動が発展されてゆくことが必要であり、その中で保健婦をはじめ、専門職は援助者として継続参加し、サービスを提供していくなければならないという考え方がある、演者の発表並びに全体討議を通じて出された。

*

*

*

*

*

あとがきに代えて

「社会医学研究」に残された課題

世話人代表 東田 敏夫

本年の総会の企画・運営については、近畿在住の世話人各位に種々お世話になり、主題「社会医学の今日的課題」のもとに、表記のごときシンポジウム、要望課題による集中討議、一般演題の報告を得て、予期以上に活発な論議がなされたことに対して、会員各位、世話人諸氏、並びに協力していただいた方々に厚く感謝したい。

研究会が毎年、開催される総会の成果を受け継ぎつつ、いささかでも発展を期するためには、それぞれ「今日的課題」を見出し、それに答える必要があろう。

今回は、住民の健康を守る「公的責任」を見究め、「保健医療従事者の役割」を突き止めること、とくに当時の課題として、一つは「自治体の役割」と「保健所再生および保健センター構想」がいかにかかわるか、そして住民の健康が守られるについて「住民の対応と参加」がどのようにあるべきか、それぞれ生の具体的な事例あるいは実践的活動の中から学び取ることを柱とした。

他方、「公害・薬害・有害食品等健康被害者の医療援護・復権」はまさに今日の緊要な社会問題であるだけでなく、国民の健康を守るべき行政責任と医療の仕組みが重大なかかわりをもって凝集されている問題である。現在なおも進行中の深刻な事例の究明を通じて、被害者に対する「償い」と「人間らしく生きる権利の回復」を実現するために、その問題点を掘り下げることにした。

一般演題もまた、労働者・市民・老人・病人などの保健医療が、今日、当面している諸問題について、時宜に適した報告を得たと思う。ただ、全体として、時間的制約のために、報告に意を尽くせなかったものもあったようであるが、「抄録」(各 400 字詰×9枚)を活用されて、中味の濃い討議を得られたならば幸いである。これらはいずれも、本誌掲載のそれぞれの「演者報告要旨」と「座長まとめ」に要領よく記述されており、座長各位の御尽力に感謝したい。

これらについては重複することを避け、残された課題について二、三の所感を述べたい。

1. 住民の健康を守る「公的責任」をめぐって

「要望課題」については全一日、午前、午後、一會場で集中して行ない、保健医療従事者の役割と自覚、その自覚に基づく実践的な取り組みについて、いくつかのすぐれた報告を得たと思う。

ただ「公的責任」の追及、住民を守るべき国および自治体の責任とその果たし方に関する究明には、なお残されたものがあるようである。住民の健康を守る上で基本的な障害となっている自治体行財政の困窮と、地方自治の形骸化をもたらしている基本的原因や、保健医療要員の不足、サービス行政の貧困、住民要求に応えようとする自治体職員の活動をはばむものなどについて、突っこんだ論議が望まれよう。とくに高度成長から低成長への転換、企業優先政策の破綻と国民福祉の低水準という現実の中で、三全総の広域開発指向、「施設」優先計画とのからみ合いはどうなるか、時代的背景を見据えたものが「社会医学研究」に望まれよう。

このことはとくに当面の「保健所再生」への道、あるいは「保健センター構想」についてもいえよう。それらは、ややもすれば、時代的背景と全体的な把握を欠いた局部的な“効率論”にとらわれかねないおそれがある。そういう意味において、日本公衆衛生学会保健所問題委員会の報告ならびに討議は重要かつ有意義であったろう。時間的制約によって、論議を尽くされなかった点は、「演者と報告要旨」と「座長まとめ」においてとくに配慮され、やや詳しく論及されている。了承せられたい。

保健衛生行政における牢固とした「官治傾向」とその根底にある「中央集権体制」に対しては、住民の立場に立って、住民の健康と生活を守るべき「地方自治の確立」を推進することが不可欠であり、それを実現するための必須要件は、「地方分権」、「自治体固有財源の確保」、「住民参加」である。これらのことが地域保健医療の仕組みと取り組みにおいて、あるいは「保健所再生」、「保健センター構想」において、いかにして貫徹される

か、検討されねばならないであろう。

本研究会における活動報告と討議の中に、その萌芽を汲み取ることができたが、これらを具体的に詰めることが、これから課題であろう。これらの点について、本年の研究会総会において新たに設けることを承認された「部会」および「地方会」の活動においても、生の問題として具体的に検討、討議を深めることを期待したい。

2. 公害・薬害・有害食品等健康被害者の医療援護・復権をめぐる問題について

今回のシンポジウムで取り上げた大気汚染被害、水俣病、カネミ油症、スモンは、ともに“公害日本”的な健康被害事件であり、報告者はいずれもその深刻な健康被害者の実相に接し、その医療援護・復権のために実践的活動に参加している人々である。それだけに、当面している生なましい課題が浮き彫りにされたといつてよからう。そして、いずれの事件も、それぞれ固有の問題を抱えながら、ともに“公害日本”的特質といえる、共通するものがあることが明らかにされた。

加害企業と行政による被害の軽視、公害源規制に対する行政の消極的姿勢、「被害者認定」制度の欠陥、とくに「被害の總体」を見ない「特定症状」、「地域限定」主義（「にせ科学主義」）による被害者切り捨ての可能性、被害の原状回復と被害者完全救済の棚上げと、加害者責任をあいまいにしたままでの「補償」制度、あるいは「和解」による合理化、さらには「社会保障制度」への振り替え、これらの操作による「加害者免罪」などである。そして重要なことは、国民の健康を守るべき国政の義務観念の欠落と、それに由来する、被害者に対する医療援護の欠如が、被害をいっそう深刻にしていることである。

「公害健康被害補償法」によっても被害者の救済は実現されず、かえって公害被害は増大さえしている。そこから被害者集団による公害源差し止め訴訟が必然となっている（大阪・西淀川大気汚染）。水俣の海と阿賀野川の汚染は、依然“原状回復”されず、公害被害は続出しているようである。

従来の健康被害者「補償」制度、あるいは「救済」制度の試みは、そのねらいが訴訟対策にあり、さらには加害者救済のためのものであったという指摘、そして、そ

れは単に公害被害だけでなく、労災、交通災害、原爆被害等にも共通する、という指摘は重要である。

最も重要なことは、被害体験を持っている被害者と家族の生の声を聴き、その実相に接し、そこから真実を学ぶ姿勢であろう。その姿勢を、加害者と行政に限らず、しばしば「医学」の領域においても欠いていることは、どうしてであろうか。

もともと、わが国の「公害」「健康被害者問題」の根底には、「資本の論理」と「人権の論理」の矛盾・対立があることを確認しておく必要があろう。しかも、人権を守るべき「行政」が逆に資本に癒着してきた日本の風土が、公害被害の規制が進まず、また健康被害が深刻化してきた根源であり、被害国民の人権回復に対する“公的責任”の回避を許してきたといえよう。要望課題の「保健・医療における公的責任」の最も根源的なものは、実はシンポジウムの「健康被害者の医療援護の問題」において、きびしく問われているのである。「健康被害者」の原状回復・復権としての医療援護を、いわゆる「難病者問題」にすり換え、「被害者問題」の本質を見逃がし、また被害者の人権侵害に対する償いと復権を、社会保障論議によってあいまいにすることは許されまい。

保健医療従事者が、人々の生活と保健医療の現実から離隔することなく、そして労働者、住民、患者、被害者らとともに、医学・医療のあり方を学ぶ姿勢を失わず、人々の健康を守る実践的な学習と取り組みを原点にすえる限り、「社会医学研究」は、現代医学に欠けるところを補完するばかりではなく、独自の領域を切り開き、着実に発展して、その存在理由を搖るぎのないものにするであろう。

明年は、本研究会発足以来、20周年に当たる。会員各位とともに、いかなる前進を示すか、また日常活動を通じて、あるいは「部会」または「地方会」によっていかに淘冶されるか、大きい期待を寄せたい。

第19回社会医学研究会抄録集ご希望の方は下記へご連絡下さい（送料とも1,000円）。

〒530 大阪市北区中之島4丁目3の57

大阪大学医学部公衆衛生学教室内社会医学研究会事務局

なお総会の議決により、明1979年度より会費が年2,000円に変更された。

自由集会

保健所と市町村保健センター

《司会》 山本 繁
(京都府衛生部)

木下 安子 丸山 創
(東京都神経科)
(学総合研究所)

はじめに

今回の社会医学研究会総会の要望課題として、「地域保健医療における公的責任と保健医療従事者の役割」を取り上げられ、その中で、保健所と市町村および保健センターをめぐる報告が行なわれた。これらの問題は、從来から社医研では重要課題として追求されてきた。本年はとくに、市町村保健センターが現実の姿となって、各地に設置されようとしているときだけに、会員の関心が深く、参加者も多かった。

1. 各地からの状況報告

まず、各地の市町村保健センターをめぐる動きについて、おおむね次のような報告があった。

大阪府では、積極的に市町村保健センターの設置を進めてはいないが、本年度は5カ所の計画のうち2カ所が認められた。この5カ所を含め、29市（政令市を除く）、12町、1村中、6市、3町が57年度までに市町村保健センターを設置する計画である。これらはいずれも、既に計画されていた急病診療所との合同庁舎である。なお、7市、3町では57年度までに合計40名の保健婦を増やす計画である。これとは別に、大阪府は保健所、支所の新設に着手した。

宇治市（京都府）は、市町村保健センターを53年度に設置する予定であるが、「市町村健康づくり推進協議会」については、既に同種の医療問題懇談会があるので、改めて設置するかどうか検討中である。

愛媛県においては、伊方町、土居町、大洲市が早速候補の名乗りを上げた。いずれも以前から保健センターを設置する構想を持っていたところである。これに伴い、国保保健婦が市町村保健婦に身分を移管されたが、実質的な変化は見られない。

奈良県の人口急増地区に保健センター設置の計画がある。鉄筋4階の立派な建物で、保健婦が5名配置される。彦根市には保健婦だけが配置されている保健センタ

ーがある。新宿区立区民健康センターは、医師会の検診センターとして発足しているが、訪問看護およびP.T.が配置され、寝たきり老人等に対し看護サービスを提供している。新潟県、群馬県、千葉県などの市町村は、市町村保健センターを設置すべきかどうかに迷い、保健婦の意見を求めている。

以上、多くの市町村では市町村保健センターの設置について、これから検討する段階のようであった。既に活動している市町村保健センターに類する施設は、設置の経緯、目的、要員配置、活動内容にかなりの幅があり、府県や市町村により異なったタイプのものになっている。

市町村保健センター整備について、国は当初「類似施設がないこと、保健婦の設置」などを条件にしていたが、その後の71カ所の内示や説明を見ると、条件を緩和するなど、今後なお流動的であることが考えられる。

2. 市町村保健センターに関する意見

保健所の住民サービスの低下は進んでいる。それゆえ、保健所が現在のままでよいとは誰しも考えてはおらず、関係者は誰もが、保健所および市町村における第一線の公衆衛生行政のあり方を真剣に考えねばならない。既に、日本公衆衛生学会保健所問題委員会は、「保健所のあり方」について、第37回日本公衆衛生学会総会において中間報告を行ない、その中で、市町村保健センターの問題点についても指摘している。この自由集会においても、次のような積極的な立場からの意見の開陳があった。

(1) 大阪においては、地域住民の要求に基づき、保健センターが設置され、それが自然に保健センターに発展してきている。このように市町村という基本的自治体が、主体的に住民の健康を守っていくために、保健センターを設置することは望ましい。これらは、救急医療（休日・夜間急病診療）からアプローチされた官治的（権力行政の末端機関）でない施設として期待される。八尾

市の保健センターは、その典型的な例として評価される。ただ、若干の保健センターは、国の構想とまぎらわしいところに問題がある。市町村保健センターが設置された場合は、住民運動によって充実させ、地域の実情に合ったものにすることが大切である（朝倉新太郎：阪大・公衆衛生）。

(2) 東京都の特別区が保健所の設置主体となったことは、自治体が実を整えるためにも、また保健所を住民の身近にするためにも、当然の措置である。その意味で、市町村保健センターの設置には賛成だが、母子保健センター等のように狭い領域にとどまらず、広い公衆衛生活動の場とすべきである。「市町村健康づくり推進協議会」も、社会福祉協議会のように中味の薄いものにすることなく、住民を主体とした構成とし、内容を充実させることが肝要である（曾田長宗：前国立公衆衛生院）

(3) 今年の日本公衆衛生学会のシンポジウムでも、「第一線の地域保健——保健所と市町村保健センター等との関連」が取り上げられるが、とくに保健所機能を対物衛生と対人保健に分けようとする考え方は危険であり、総合的であるべきことを強調したい（西三郎：国立公衆衛生院）。

(4) 自治省の広域市町村圏構想に合わせて、保健所の統廃合が進められている。一方、自治省のコミュニティ（近隣地区）づくりの共同体施設の一つとして、市町村保健センターが考えられている。また、この施設を拠点として、自治省のボランタリー構想が進められようとしている。市町村保健センター問題は、国の政策全体の歴史的な流れの中で見窮める必要がある（相磯富士雄：国立公衆衛生院）。

ま　と　め

以上のほかにも貴重な意見の交換や報告があったが、紙幅の制約のため割愛することとし、これらの報告と意見を踏まえ、当日の司会者のまとめも含めて、市町村保健センターについて述べ、しめくくりとしたい。なお大

阪府の例に見られるような、住民の救急医療に対する要求に基づいて設置され、発展した既設の保健センターと、以下に述べる市町村保健センターとは、異なるものとして考える。

厚生省は市町村保健センター（以下、保健センターという）を行政組織とは見なさず、単に市町村の対人保健活動の場、特に保健婦活動の拠点として位置づけている。その保健婦も増員せずに、今までいた国保保健婦の市町村保健婦への身分移管、配置転換ですませようとしている。保健センターの国庫補助は施設、設備費の3分の1のみで、運営費は補助しない。錦の御旗である「住民の身近なところで活動する」という現地性も不十分であり、総合性、技術性等にも欠けている。現地性を強調するならば、少なくとも農村では小学校区ごとに、都市では中学校区ごとに設置すべきであろう。

保健センターは、機能の分散と集中を基本とする基幹保健所構想を出発点とした保健所問題懇談会基調報告の具体化である。その背後には、産業優先・地域開発・低医療費政策という枠組みの中における合理化路線が貫かれている。この構想は、それが生まれた上記の歴史的背景や具体化の経緯などから見て、国の公衆衛生行政に対する第一義的な責務を回避して、これを市町村に転嫁しようとするものである。したがって、それは保健所の縮小・変質並びに予算の削減につながる危険性が大きい。見方によっては、厚生テクノクラートが大蔵・通産・自治官僚に敗退した結果生まれた未熟児ともいえよう。

現在のところ、多くの保健所は、住民と連帯して、この未熟児を住民の期待に応える成人にまで育てるだけの力量を欠いている。その意味で、保健センター問題は保健所職員の姿勢と行動を問う試金石となろう。この際、われわれ公衆衛生関係者は、国民の生命と健康を守るために最も効果的な方策として、保健センター構想よりも、保健所の質量両面における抜充強化をこそ優先させるべきことを、あらゆる人々に強く訴えなければならない。

公害等健康被害者補償救済をめぐって

《司会》 片平 利彦
(東京医科歯科大学・難治疾患研究所)

第1日目のシンポジウムに引き続いで表記の自由集会が持たれ、参加者は比較的少なかったが、中身の濃い討論が交された。

自己紹介を兼ねて参加者が出した問題は、疾病別

にすれば、大気汚染（川崎、北九州）、森永ミルク中毒、カネミ油症、新潟水俣病、スモン、そしてマンガン中毒とさまざまであったが、公害・薬害問題としての共通性が自ずと浮き彫りにされ、とくにいわゆる「認定問題」

に話が集中した。その中で出された意見は、「医学的診断は治療方法を決めるためのもので、これによって認定される限り切り捨ては避けられない」、「加害者側の巻き返しが出てくると、認定医の判断にも影響が出て、歪められるのではないか」、「医学に認定を背負わされてしまうのは困る。行政は学者に責任転嫁をする。われわれとしても信頼できる政治家、行政家を味方にする必要がある」、「医師等専門家の限界というものを明らかにする必要がある」等々、今後さらに深めるべき重要な内容を含んでいた。

関連して、いわゆる「潜在患者の問題」が出された。新潟では夫婦で水俣病の認定申請をしたが、夫は認定されたにもかかわらず、妻は棄却されたという例、東京で

は水俣病様の症状を示していた人や、キノホルムの服用は明らかなのが訴訟はしていないという人が発見されたという例などが報告され、今後、こうした事例を集め研究し合うことが確認された。

以上の「認定問題」は被害者の救済・復権の入り口であり、その中身にどう取り組んでいくかという問題については、やはり地域の日常的な取り組みの積み重ねが必要であり、とくに自治体の責任を明らかにしてゆくことの重要性が強調された。

公害・薬害問題で加害者側の激しい巻き返しが続いている今日、以上のような問題について、年1回の総会の場だけでなく、まさに日常的に調査・研究を積み重ねてゆくことが必要とされているのである。

社会医学研究会会則

(1978. 7. 改正)

- 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、大阪大学医学部公衆衛生学教室におく。
- 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入会がこれに当たる。世話人の任期は3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ぬ。
- 第7条 会費は年額2,000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。

事務局所在地：大阪市北区中之島4丁目3—57

大阪大学医学部公衆衛生学教室内

振替口座番号：大阪1204 社会医学研究会