

第20回社会医学研究会総会報告

— 1979年 —

社会医学研究会

この抄録は、第20回社会医学研究会総会における研究発表、実践報告の『公衆衛生』第44巻第3号に掲載したものと、別冊として取りまとめたものである。

目 次

社医研20年の歩みと今日の課題	山田信也	5
総会プログラム		6
要望主題Ⅰ 抄録		
大都市地域の社会医学的分析	《座長》朝倉新太郎・山田信也	8
要望主題Ⅱ 抄録		
市町村保健センターと地域保健活動	《座長》小栗史朗・山本 繁	31
一般演題A 抄録		
1～2	《座長》朝倉新太郎	40
3～6	《座長》山下節義	44
7～10	《座長》二塚 信	48
一般演題B 抄録		
1～2	《座長》木下安子	52
4～7	《座長》乾死乃生	57
8～9	《座長》中川武夫	62
自由集会Ⅰ～Ⅳ		64

[会期：1979年9月8日，9日]
[会場：名古屋大学医学部]

社医研 20 年の歩みと今日の課題

総会世話人代表 山田 信也（名古屋大学医学部公衆衛生学教室）

社会医学研究会は、わが国の高度経済成長の展開と破綻の 20 年の歴史と歩みをともにしてきた。この時代に、生活・労働の環境の悪化によって、多くの犠牲を強いられた働く人々や地域の住民が、重き病や死の瀬戸際から生存の基盤と健康を守る取り組みを始めた。公害、労働災害・職業病などの被害者の救済と予防の取り組み、乳幼児・身障者・老人医療、難病の救済などの公費医療の確立を求める取り組みなど、恐らく将来、振り返って見た時、この時代の国民の立ち上がりは、生存権確立の歴史的な画期と評せられるに違いないと私には思われる。この動きは、わが国の多くの分野の学問研究に大きな影響を与えた。公害問題に見られるような、政治、法律、経済、人文、社会や、理・工・農・医など、人文科学、社会科学、自然科学の幅広い領域での学際的な調査・研究、啓蒙の活動の展開は、その最も代表的な例といえよう。当然のことながら、わが社会医学研究会にもその影響は及び、発表された研究テーマにそれはよく反映している。

この中で、現代社会の貧困を都市の実態の中に見すえようとする研究は、一つの重要な時期にさしかかったと思われる。その理由のいくつかを挙げれば、日本の社会経済の発展の土台としてひたすら集中と肥大化を促進された大都市に集積した病根は、次第に深く大きなものとなり、そのしづよせが下層の都市勤労市民に及んだまま、新しい工業立地を求める都市分散化策が進められていることがある。厳しい生活と労働の諸条件の下で、日本の資本主義の復活と発展を支え続けてきた都市居住の中堅勤労者が、不健康的な条件の積み重なる地域に残って、いま中高年齢にさしかかり、体力の低下の中で家族を養いつつ働く、人生の多難な時代を迎えている。一方、高度経済成長政策の中で目覚ましい発展を遂げた大企業が、この政策の破綻のあとに現われた不況の中を、「減量経営」という徹底した人員減策で切り抜け、史上最高の利益を上げているとき、その削減策の集中的な対象とされたのは、この中高年齢層に外ならない。そして、この方策の影響は、いっそう多くの中高年齢層をかかえた下請けや関連零細企業にまで波及してしまった。“来たるべき高齢化社会”というテーマを掲げる多くの論議の中に、やがて老齢となる今日の病める中年期の都市勤労者の健康化をはかる課題が、欠落していいであろうか。

1979 年度の第 19 回社医研でなされた大阪大学の南沢・朝倉の報告「大都市における生産年齢層の健康」は、こうした問題意識を発展させるすぐれたものと私には思われた。第 20 回社医研のテーマの一つに「大都市地域の社会医学的分析」を提案したのには、こうした背景があった。

79 年 10 月の全国世話人会では、現在の社会の階層構成の変化が大都市地域にどのように現われているかを知ることの重要性も指摘され、このテーマが支持された。このあと、私たちの教室では、11~12 月の間、他の都市の分析を進める予備作業として、6 大都市の中年層の死亡実態を検討し、大阪の資料を参考にしつつ、とくに東京と名古屋の行政区ごとの社会指標との関連を分析した。この結果は 12 月末、東海地方の社医研世話人会で検討され、今日の大都市の病める姿と、これを癒す保健計画のあり方について活発な討論がなされた。そして、これらの資料をもとに、他の大都市の会員とのチーム・ワークを計画することになった。1~3 月の間、私たちは東京、京都、大阪、北九州で、この作業に加わっていただけ

る方々との個別な打ち合わせを行なったが、予想した以上の積極的な賛意が得られ、研究グループが発足した。4月の第1回の予備討議では、各都市の成り立ちの違いが、それぞれの社会医学的様相に大きな影響を与えることが明らかになり、同時に、社会発展の中でのこれらの大都市の機能の推移が、共通して1960年以降大きく変化していること、それが都市勤労者の健康問題にかかわっていることなどが浮かび上がってきた。また、大都市地域の保健計画が地域の勤労市民の実態に即していっそうきめ細かく検討され直すことが、行政と住民の切実な課題として、より鮮やかとなってきた。そして、これらは今回の研究会までにまとめ上げるというより、今後の社医研の研究のテーマとして実に興味あふれるものであった。6月の第2回の予備討議では、差し当たってこれらの資料の中から、特に中高年の死亡の特徴を分析することとし、共通のまとめの方法を検討した。そして合わせて、限られた紙数の抄録に記すことのできない貴重な資料を今後の研究の土台として残すよう努力すること、できればこれを長年の懸案である社医研機関誌を発行するきっかけとする計画を全国世話人会に提案することとし、後にこれは実行に移されることになった。

今回の分析の対象から川崎・横浜地域と神戸などの大工業都市が会員活動の弱さからはずれてしまったことは残念なことであったが、中高年の死亡にしほって大都市の実態を見究めようとした努力は、80年代の社会医学研究のテーマを発掘する貴重な共同作業の開始であったように思われる。この共同作業の進めの糸口をつけて下さった大阪大学公衆衛生学教室のみなさん、研究を他都市に広めるための素材と方法の提供のために努力された名古屋大学公衆衛生学教室のみなさん、この提案を受けて立ち短時日のうちにチーム・ワークを成功させ、さらにそれぞれの都市の独自の課題を浮かび上がらせる成果を上げられた東京の柳原病院、京都の九条診療所、奈良医大衛生学教室、北九州市民公害研究所のみなさんに心から感謝するとともに、社会医学研究の方法について今後いっそう探求するよう努力することを確認し合いたいと思う。

■ 総会プログラム ■

<要望主題 I> 大都市地域の社会医学的分析

『座長』 朝倉新太郎（大阪大・公衆衛生）
 山田 信也（名古屋大・公衆衛生）

- I-1. 現代の大都市住民の保健問題
 大阪大・公衆衛生 朝倉新太郎
- I-2. 北九州市の都市構造と住民の健康に関する社会医学的考察
 北九州市民公害研究所 梅田玄勝 中島裕而 八木邦子
 天野松男 竹原令宜
- I-3. 東京都区部別による保健問題の検討
 東京・柳原病院 増子忠道
 健和会 山県良平

- I-4. 区別による名古屋市の死亡率の分析
 名古屋大・公衆衛生 金田誠一 棚橋昌子 中川武夫
 小林章雄 尾関俊紀 宮尾 克 植原久孝
 山中克己 神谷昭典 山田信也
 愛知教育大・養護教育 村松常司
- I-5. 大都市における中年期住民の健康問題
 ——京都市の場合——
 奈良医大・衛生 山下節義

I-6. 大都市の中の一小地域における健康問題

——京都市南区東九条地域の場合——
 京都・九条診療所 谷田悟郎

- I-7. 低所得勤労市民の健康
 ——豊中市における調査から——
 大阪大・公衆衛生 逢坂隆子 朝倉新太郎

<要望主題 II> 市町村保健センターと地域保健活動

『座長』 小栗史朗（名古屋市千種保健所）
 山本 築（京都府井手保健所）

- II-1. 市町村から保健所設置要求の運動を
 国立公衆衛生院 西 三郎
- II-2. 市町村保健センターの現状と問題点
 ——茨城県石岡メディカルセンターの事例から——
 茨城大・教育 加納孝四郎
- II-3. 保健センターをより住民のものとするために
 東京都職員労働組合保健所支部 石井辰雄
- II-4. 宮城県の保健所機構改革をめぐって
 宮城県登米保健所 西郡光昭

- II-5. 大阪府下における保健所と保健センター
大阪府岸和田保健所 丸山 創
- II-6. 住民参加の保健衛生協議会について
——東京都品川区の例から——
(東京・MSW) 三島春光
- II-7. 地域における保健医療問題への取り組み
——京都での取り組み・その後——
奈良医大・衛生 山下節義
- II-8. 名古屋市に見る「地域公害審議会」について
名古屋・みなと医療生協 森 昭男

<一般演題 A>

- A-1~2 《座長》 朝倉新太郎 (大阪大・公衆衛生)
A-1. 加野太郎先生の業績
名古屋市守山保健所 首藤友彦
- A-2. 医学校卒業生名簿から死亡・生残曲線を
丸山 博
- A-3~6 《座長》 山下節義 (奈良医大・衛生)
A-3. 地域の特殊性と乳幼児健診のあり方
東京都・荒川保健所 清水利男 長坂典子 吉田恭子
- A-4. 地域医療における臨床検査の問題点
産業医大・病院管理 舟谷文男 柚須紘一 江川 寛
- A-5. コラルジル中毒症の追跡調査
新潟・北越診療所 木村啓一
- A-6. 大気汚染地域における呼吸器疾患患者潜在化の
実態
東京・柳原病院 手島陸久 山内幹郎
- A-7~10 《座長》 二塚 信 (熊本大・公衆衛生)
A-7. プライマリ・ケアの理論と実践
——東京都三多摩の実践活動から——
国立公衆衛生院 西 三郎
- A-8. 大都市民の医療
——大阪市の場合——
大阪大・公衆衛生 金田治也
- A-9. イタリアの医療改革における地域保健医療センターの役割
東京都神経科学総合研究所 須田和子
- A-10. 京都府(日吉町)からの報告
京都・日吉町役場 吉田幸永

<一般演題 B>

- B-1~3 《座長》 木下安子 (東京都神経科学総合研究所)
B-1. 准看護婦制度の実態と諸問題
東海地方准看護婦のつどい 中島幸江
- B-2. 31歳の難病患者母娘の生活展望
東京都立府中病院 川村佐和子/上智大 中島ありさ
- B-3. スモン患者の老齢化に伴う問題
東京・柳原病院 手島陸久
- B-4~7 《座長》 乾死乃生 (大阪在宅難病看護婦研究会)
B-4. パーキンソン病患者の就労保障と移動の援助
東京都神経科学総合研究所 木下安子 山岸春江
関野栄子
- B-5. 神経難病における地域医療保健福祉機関の連携
(その1)
東京都立府中病院 川村佐和子 伊藤淑子 高坂雅子
- B-6. 神経難病における地域医療保健福祉機関の連携
(その2)
東京都立府中病院 川村佐和子 伊藤淑子 高坂雅子
- B-7. 過密都市における地域医療の実践
東京・北病院 姥山寛代 朝倉隆志 興水フサ
猪瀬京子
- B-8~9 《座長》 中川武夫 (名古屋大・公衆衛生)
B-8. 疾病運動から地域運動へのアプローチ
筋萎縮症協会 石川左門
- B-9. スモン被害者らの闘いと「薬事2法」の制・改定
問題
東京医科歯科大・難研 片平冽彦
東京大・保健社会 杉沢秀博
- <自由集会>
- I. 私の生きてきた時代と「医療の社会化」
——曾田長宗
《世話人》 神谷昭典 (名古屋大・公衆衛生)
- II. 市町村保健センターをめぐって
《世話人》 小栗史朗 (名古屋市千種保健所)
丸山 創 (大阪府岸和田保健所)
- III. 保健婦活動の展望
《世話人》 木下安子 (東京都神経科学総合研究所)
- IV. 准看護婦制度の実態と諸問題
《世話人》 中島幸江 (東海地方准看護婦のつどい)

要望主題 I 抄録

——大都市地域の社会医学的分析

『座長』 朝倉 新太郎 山田 信也
(大阪大学医学部公衆衛生学教室) (名古屋大学医学部公衆衛生学教室)

I-1. 現代の大都市住民の保健問題

大阪大学医学部公衆衛生学教室 朝倉新太郎

■はじめに

現在、わが国の市部人口は全人口の 75% を超えている。そのうち、いわゆる 10 大都市に住む人口だけでも全人口の 20% を超えている。つまり、都市地域こそが現代の日本人にとっては主要な住み家なのである。したがって、農村社会が支配した時代では、都市は特定の機能を果たす国土の一部分と見なされ、都市化に伴って発生する種々の生活妨害や混雑現象もある程度免責されてきたかもしれないが、現在はもうそれは許されないことである。都市を本当に人間らしい暮らしができるところとして構築できるか否かということは、今後のわが国の保健問題の最大の課題である。

ところが、よく知られているように、1955 (昭和 30) 年代以降のいわゆる高度経済成長時代に爆発的に進行したわが国の都市化は、上述のような理念によって導かれたものではなかった。

資本制生産の効率を最大限に追求し、拠点都市を中心とする資本と労働が無政府的に集積され、都市の巨大化・スプロール化が極めて短期間に進行した。一方、生活関連の都市整備の立ち遅れは著しく、各種公害の激発とともに非行、犯罪、離婚、家出、自殺、心中などの増加に現われているように、社会環境の悪化も目立っている。

われわれは、本研究会第 17 回総会 (1976 年) 以来、大阪市における都市生活環境の悪化を背景にした住民の健康悪化の状態について報告してきた。

今回は、その他の大都市も含めて日本全体の大都市の住民の健康について概説的に報告する。

■大都市住民の健康の悪化

平均寿命を指標として大都市地域と農村地域を比較し

てみると、戦前非常に低位にあった東京、大阪などが戦後は一躍高位に進出し、反対に戦前高位にあったところでも九州の各県などは戦後一転して低位に転落した (表 1)。しかし、1965 (昭和 40) 年代以降になると、平均寿命の順位が再び下り始めた。たとえば、大阪府の平均寿命について見ると、1970 (昭和 45) 年には男子が 13 位、女子が 20 位となり、1975 (昭和 50) 年には男子が 20 位、女子が 32 位にまで転落した。また、大阪市域に限ってその住民の 1975 年の平均寿命を府県の順位に当てはめて比べてみると、男子では 40 位、女子では 46 位に相当する。同様に、神戸市について見ると、男子では 21 位、女子では 17 位、北九州市については、男子で 37 位、女子で 18 位に相当する。西日本以外の大都市においては、本シンポジウムの他の報告にも見られるように都市の性格や構造の違いを反映して、大阪市や北九州市ほどにはその悪化が明確ではないけれども、地域的・部分的には全く同じようななかたちで健康障害が進んできている。

■現代の大都市における健康問題の特徴点

平均寿命で示される大都市の健康水準の (相対的) 悪化をもう少し詳しく見るために、これらの各都市における 5 歳階級別死亡率を全国の同様の死亡率を 100 とした場合の指數によって表わすと、各都市とも 30~40 歳代の中年期で、全国の平均死亡率よりかなり高くなっていることがわかる (表 2)。

図 1 は、1921~25 (大正 10~14) 年、1935~36 (昭和

表 1 男子平均寿命の府県順位

	1921 (大正 10) ~ 1925 (14) 年	1965 (昭和 40) 年
東京	41 位	1 位
大阪	42	12
宮崎	1	35
長崎	3	43

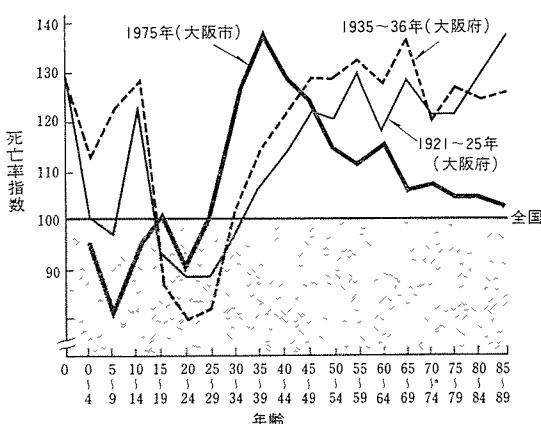
表 2 男子の年齢 5 歳階級別死亡率指數 (1975 年, 全国=100)

年 齡	大阪市	神戸市	北九州市	福岡市
0~4	90	69	92	86
5~9	74	83	63	68
10~14	94	91	60	70
15~19	96	100	93	64
20~24	91	117	61	66
25~29	103	86	115	100
30~34	122	121	89	62
35~39	136	97	128	103
40~44	124	117	126	101
45~49	123	107	126	129
50~54	115	112	122	109
55~59	107	118	118	106
60~64	114	104	99	98
65~69	107	102	112	100
70~74	108	91	104	100
75~79	104	99	107	100
80~	98	94	97	81

10~11) 年の大阪府および 1975 年の大阪市の、生命表による年齢 5 歳階級別男子 q_x を各々の年次の全国平均の同 q_x を 100 とする指數で表わしたものである (1921~25 年, 1935~36 年頃には、大阪府の人口の過半数は大阪市の住民であり、当時の大阪府の健康指標は、強く大阪市のそれを反映していると考えることができる)。

これから明らかなように、第二次大戦前に大都市住民の健康水準が非常に悪かった頃の特徴は、乳幼児と高年老年の死亡率が高いことにあった。

ところが、戦後の「福祉社会」の中で、乳幼児や高齢層にはある程度の対策が行なわれたこともあり、現代では特に中年期の死亡率が高いことが特徴であり、その違いは注目すべきことである。

図 1 男子の死亡率 (q_x) 指数 (全国=100)

■ 労働者の生活条件の悪化と健康破壊

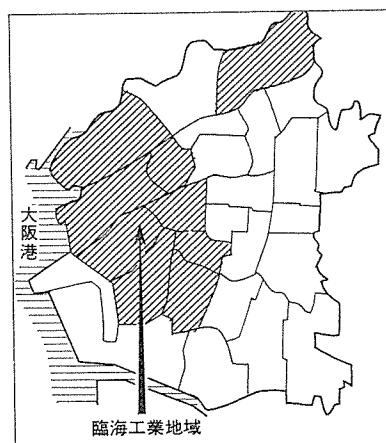
大阪市では、1965 (昭和 40) 年以降の高度経済成長期に一致して、年齢階層区分で見て中年期の死亡率の悪化が顕著になってきている。大阪市の 35~49 歳の中年期の区別訂正死亡率を見ると、最も労働者比率の高い、いわゆる臨海工業地帯とその周辺の死亡率がとりわけ高く、大都市住民の中でも特に労働者の健康破壊が進んでいるのではないか、と考えられる (図 2)。

東京でも江東、荒川、足立など労働者の住んでいる比率の高い地域では、中年期の死亡率が高くなっている、北九州市やその他の大都市でも同様である。労働者の住んでいる比率の高いこのような地域では、所得、離婚、失業などで示されるような社会経済指標が他の地域よりも悪くなっている、このような社会的背景の上で労働者階級の健康が破壊され、死亡が多くなっていると考えられる。

また参考までに、厚生省の「職業別死亡率統計」を資料にして、管理的職業とそれ以外の職業に從事する者の年齢階級別死亡率を比較してみると、中年期をピークにきわめて大きな差があること、しかもその差は、1960 (昭和 30) 年から 1970 (昭和 45) 年の間に非常に拡大していることが注目される (図 3, 4)。

■ 労働者の健康と保健医療

高度経済成長期を通じて、大都市に集中した龐大な労働者層は、生活環境の極度の悪化と、引き続く合理化、不況、失業の嵐の中で、苦しい生活と労働を強いられている。特に中年期にある者は、これまでの生涯を通じてきわめて厳しい環境にさらされ、しかも、いままさに老化の入口にありながら、家庭的にも、社会的に最も重

図 2 中年期死亡率の各区分分布 (男子)
斜線の部分が特に死亡率の高い区域。

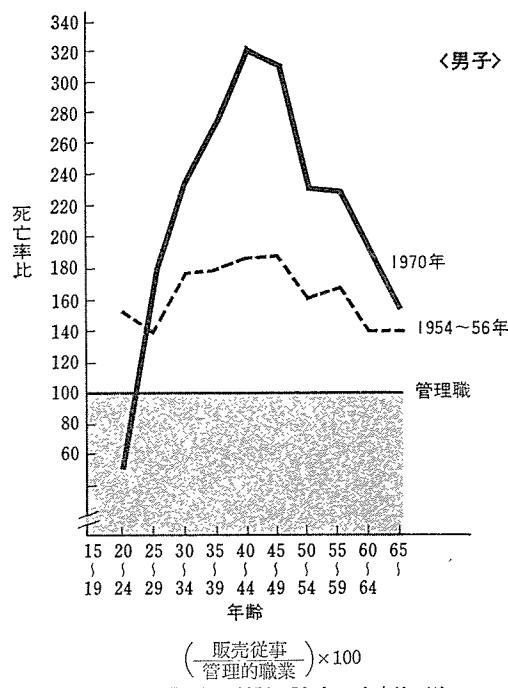


図3 1970年, 1954~56年死亡率比(1)

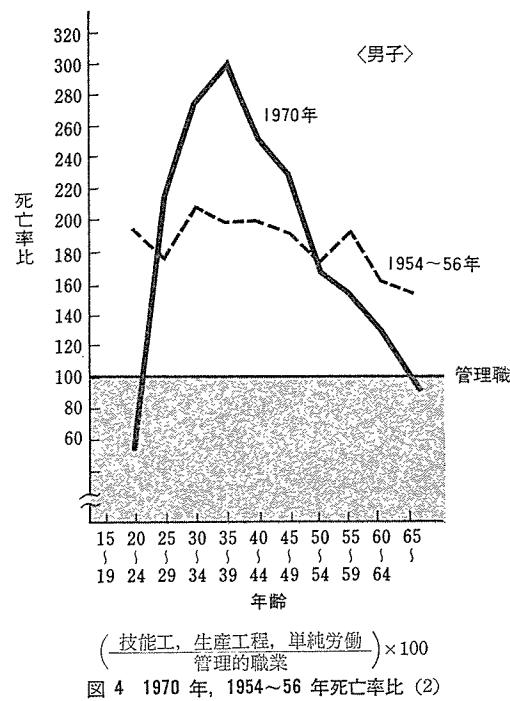


図4 1970年, 1954~56年死亡率比(2)

■はじめに

重化学工業都市として発展してきた北九州市においては、朝倉、南沢によって指摘されたように、住民の健康が悪化している。特に、1955(昭和30)年頃からの高度経済成長期以降における男子の生産年齢層の死亡率は、大阪市と同様に高く、その要因分析は急務である。

今回は、要望主題の趣旨に沿って、都市構造と住民の保健衛生水準との関連について考察し、初步的な見解と将来の課題に触れたい。

■方法と資料

資料は「国勢調査報告」(1960〔昭和35〕, 1965〔40〕, 1970〔45〕, 1975〔50〕年), 「北九州市統計年鑑」, 同「衛生統計年報」などによった。方法は、朝倉、南沢の方法に準じたが、訂正死亡率は間接法によった。

■結果と考察

(1) 年次別・年齢階級別死亡率指數の推移

1960年の全国年齢階級別死亡率を100として、北九州市の1960(昭和35), 1965(40), 1970(45), 1975(50)年の年齢階級別死亡率指數を求めた。死亡率は、全体として改善されているが、男子の35~54歳年齢人口の死亡率の改善は著しく遅れている。1960年と1975年の北九州市および全国の死亡率をそれぞれの年次で比較すると、北九州市の死亡率は両年次とも高く、前者では50~59歳年齢層の、後者では35~54歳年齢層の死亡率

い負担を背負わねばならない運命にある。

現代の大都市においては、医療機関や医師数、医学・医療のレベルといった面に大きな問題があつて健康破壊が起こってくるとはまず考えられない。事実、中年期の死者の生前の状態を調べてみると、すぐそばに医療機関がありながら利用できずに死んでしまった人、健保険はあるても、仕事が忙しくて休めなかつたり、休むと生活費がなくなるため休養もとれず、治療も受けずに死んでしまった人が多い。

現在の「社会保障」は、この危機の世代にある労働者層の生活を救い、健康を守るようにはなっていない、といわねばならない。

大都市の労働者層、中でも特に中年期に焦点を当て、その健康を守る立場で、保健医療対策が早急に検討されることが望まれるとともに、税制や給与体系のうえからも生活保障を強めるための社会的方策が必要なのではあるまい。

I-2. 北九州市の都市構造と住民の健康に関する社会医学的考察

北九州市民公害研究所 梅田 玄勝 中島 裕而
八木 邦子 天野 松男 竹原 令宜

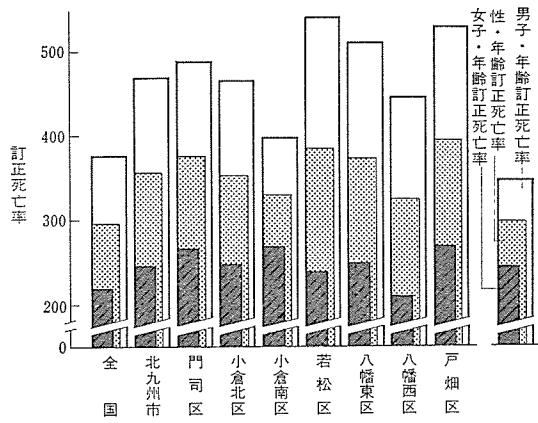


図 5 各区分(性) 年齢訂正死亡率

年齢: 35~54 歳

1974, 75, 76 年平均 (基準=1975 年全国)

大気汚染がなく、自然環境に恵まれた 小倉南区の死亡率が低いのに対し、「洞海 3 区」といわれ、拠点の工場地帯を有する若松、八幡東、戸畠の各区では死亡率が高い。

が高い。女子の死亡率に関しては、同様な傾向がうかがわれるが、男子ほど鮮明ではなかった。

(2) 行政区分別死亡率の比較 (図 5, 表 3)

北九州市は、1963 (昭和 38) 年に 5 市合併によって発足したが、旧市域相当の 5 区制から、1974 (昭和 49) 年以降は現行 7 区制となった。各行政区はそれぞれ旧市時代の歴史的・地理的・社会経済的特徴を反映しているので、都市構造、産業構造および社会経済指標と住民の健康との関係について行政区間比較を試みた。

その際、農地山林など自然環境に恵まれ、人口密度が最も小さく (市平均の 2,229 人/km² に対し 924/km²)、住宅地帯として発展してきた小倉南区と、重化学工業の拠点である通称「洞海 3 区」(戸畠、八幡東、若松)との比較は重要であった。特に戸畠区は、全地域が公害健康被害補償法による指定を受けており (図 6)，人口密度は 4,900/km² に達して地目別課税対象の工業地面積が 45.9% を占め、工場と住宅がきわめて接近し、混在している。八幡東区は、官営八幡製鉄所発祥の地であり、戸畠と同じく「工場ができる、人口が集中する」かたちで都市形成が進んだ。若松は、小倉南区に類似した自然環境と農村を有しているが、独占企業 10 大法人の工業用地占有率が 81% を超え、住宅地の膨脹が抑制され、住民の大多数が大気汚染地域に集中している。

1975 年の各区の年齢訂正死亡率においては、全年齢階級および 35~54 歳年齢人口ともに男子の死亡率が小倉南区において最も低く、「洞海 3 区」はいずれも著しく高いことが注目された。女子の死亡率に関しては、一

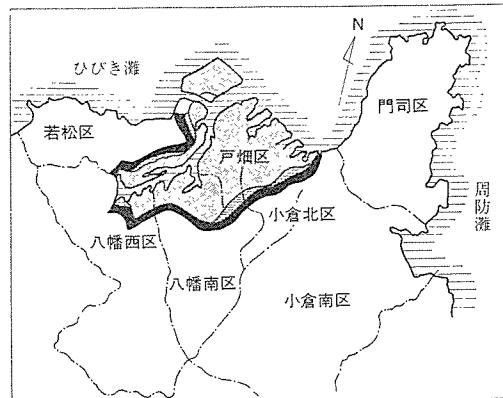


図 6 北九州市公害健康被害補償指定地域

法による公告指定地域: 48 km², 人口 248 千人
北九州市独自の拡大指定地域: 5.9 km², 人口 48 千人

(1970 年「国勢調査」)

公害指定地域に居住する人口は、北九州市の人口のほぼ 30% に当たる。このように同地域に人口が集中していることは、「工場ができる、人口が集中する」かたちで北九州の都市形成が進んだ特徴を反映している。

定の傾向はない。

(3) 主要死因別年齢訂正死亡率 (表 3)

1975 年の 35~54 歳年齢人口における主要死因別年齢訂正死亡率について、北九州市と全国を比較した。3 大死因のうち、悪性新生物および心疾患による死亡率は男女ともに全国より高く、脳血管疾患では男子のみが高い。悪性新生物による死亡は、1974 (昭和 49), 1976 (51), 1977 (52) 年においては第 1 位を占めた。そのほか、肝硬変、不慮の事故、自殺などによる死亡率が高いが、とりわけ中年齢層における肝硬変の死亡率は男女ともにきわめて高く、35~39 歳, 40~44 歳, 45~49 歳の各年齢人口においては全国の 2 倍ないしそれ以上であった。

(4) 社会経済指標との関連 (表 4)

訂正死亡率 (35~54 歳) と社会指標との単相関について検討した。有意な相関 ($p < 0.05$, 片側ないし両側検定) を示した指標は、性・年齢訂正死亡率においては老齢人口指数、老年化指数、就業率、1 人当たり疊数 (負) など男子年齢訂正死亡率においては老年化指数、従属人口指数、女子就業率、間借り世帯 (%)、1 人当たり疊数 (負) など、女子年齢訂正死亡率においては、第 2 次産業家族従事者数 (負) であった。なお、女子年齢訂正死亡率は男子就業率に対して有意な相関は示さなかつたものの、比較的高い負の相関を示した。

間借り世帯 (%) と 1 人当たり疊数の両指標と男子生産年齢層の死亡率との間の有意な相関は、居住空間とい

表 3 各区別・主要死因別(性)年齢訂正死亡率*

主要死因	調査地区								
		北九州市	門司区	小倉北区	小倉南区	若松区	八幡東区	八幡西区	戸畠区
悪性新生物	年齢訂正死亡率(男)	160.8	162.9	160.5	134.8	178.9	142.3	168.6	179.1
	(女)	121.1	125.4	113.4	120.7	122.0	118.0	120.3	137.1
	性・年齢訂正死亡率	141.0	143.9	136.6	127.7	149.9	130.0	144.1	157.7
虚血性心疾患	年齢訂正死亡率(男)	45.4	50.1	43.5	39.7	53.9	43.6	47.7	37.1
	(女)	40.1	45.6	36.9	36.7	46.1	33.7	45.3	33.4
	性・年齢訂正死亡率	42.7	47.9	40.1	38.2	50.0	38.6	46.5	35.1
脳血管疾患	年齢訂正死亡率(男)	164.2	150.3	163.7	149.6	169.8	183.4	161.6	179.3
	(女)	129.7	128.6	134.4	138.8	126.2	133.6	127.2	111.1
	性・年齢訂正死亡率	146.7	139.2	148.9	144.1	147.5	158.4	144.1	144.4
肝硬変	年齢訂正死亡率(男)	32.5	35.8	35.5	24.4	36.0	29.0	34.7	27.9
	(女)	10.9	10.9	10.9	8.8	12.4	10.0	12.9	9.2
	性・年齢訂正死亡率	21.6	23.1	23.1	16.5	24.1	19.3	23.6	18.4
気管・気管支・肺の悪性新生物	年齢訂正死亡率(男)	23.1	22.1	23.6	17.9	28.8	19.2	22.9	31.8
	(女)	10.2	8.1	10.4	7.2	8.4	8.1	12.3	13.7
	性・年齢訂正死亡率	16.6	16.2	16.9	12.6	18.4	13.6	17.5	22.6

* 年齢 35~54 歳、1974, 1975, 1976 年の平均 (基準=1975 年全国).

表 4 各区间における 35~54 歳の訂正死亡率*と社会経済指標の相関係数

指標	性・年齢訂正死亡率	男子・年齢訂正死亡率	女子・年齢訂正死亡率
		男子・年齢訂正死亡率	女子・年齢訂正死亡率
人口密度 (人/km ²)	0.2659	-0.3694	0.0011
老齢人口指数	0.7583* ²	0.5739	0.1690
老年化指數	0.7509* ²	0.8276* ²	0.1605
従属人口指數	-0.1791	0.7672* ²	0.1222
就業率 (35~54 歳)	0.7204* ²	0.6631	0.4962
女就業率 (35~54 歳)	0.6969* ²
男就業率 (35~54 歳)	-0.4351
家族従業者第 2 次産業	-0.3479	-0.0693	-0.7199* ²
間借り (%)	0.5978	0.7237* ²	-0.1337
1 人当たり戸数	-0.7056* ²	-0.7786* ²	-0.0032

*1 : t-test; *2 : p < 0.05, ** : 1974, 1975, 1976 年の平均.

社会が高齢化し、共稼ぎ世帯が増えているほど、男子生産年齢層の死亡率が高くなっている。間借り、1 人当たり戸数との間の関連および生活保護率増大との関係から、都市ぐるみの貧困が男子生産年齢層の死亡率に影響していると考えられる。

う環境要因よりも、経済的貧困という要因の重要さを示唆するものと考えたい。男子年齢訂正死亡率が女子就業率に対して有意な相関を示し、女子年齢訂正死亡率が男子就業率に対して有意ではないが、比較的高い負の相関性を示したことは、生産年齢層の女子が就業しなければ生活が維持できないという経済的側面を示唆するものと解釈したい。

そのほか、完全失業率の増大 (1975 年: 男 4.8, 女 3.2), 生活保護率の増大 (1975, 1976, 1977, 1978 年は、それぞれ 3.9, 4.0, 4.4, 4.6%), 求人倍率と就職率の悪化、実質的失業者増加、公害健康被害補償法による公

害病認定数増加、人口の伸び率の鈍化など、住民の健康に悪影響を及ぼす社会経済的諸条件は無視できない。

大企業の「合理化」、下請け中小零細企業における労働条件の劣悪化、労働災害・職業病の増加など、労働者の健康を破壊する要因の増大も否定できない。さらに、北九州市における鉄鋼独占の排他的支配は、産業構造の発展的転換をも阻害し、都市ぐるみの貧困をもたらしていることも看過できない。

以上、北九州市の男子生産年齢層の死亡率をめぐって社会医学的考察を試みた。

I-3. 東京都区部別による保健問題の検討

(東京) 柳原病院 増子 忠道
健和会 山県 良平

■はじめに

東京都の人口 1,000 人当たりの死亡率は 1978 (昭和 53) 年に 4.9 人で、全国の 6.1 人に比べてかなり低率である。死亡率が住民の健康の指標の有力な一つであることは周知のことであるが、これは東京における劣悪な生活環境、労働環境を日常的に痛感しているわれわれの感じとそぐわない。そこで、さらに詳しく各区別に死亡率の調査を行なった。その結果から、きわめて劣悪な地域と比較的良好な地域が存在することが明らかとなった。

東京のような大都市では、平均した数値ではその実態を反映しない。この点につき、若干の考察を行なったので報告する。

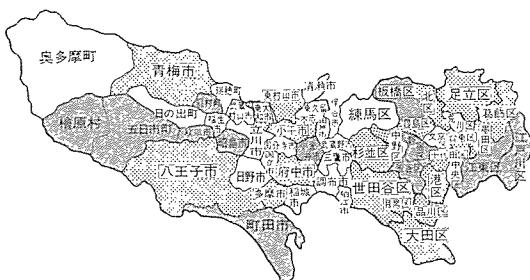
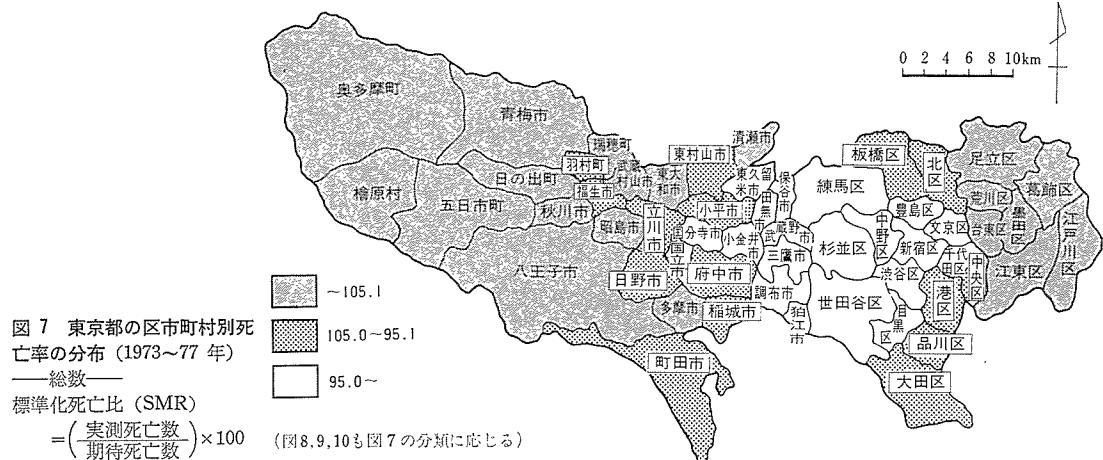


図 8 東京都の区市町村別死率の分布(1973~77年)
—幼年人口: 0~14歳—



図 9 東京都の区市町村別死率の分布(1973~77年)
—生産年齢人口: 15~64歳—



図 10 東京都の区市町村別死率の分布(1973~77年)
—老人人口: 65歳以上—

■ 資料および方法

(1)『東京都衛生局年報』未掲載の資料「死者者数・性・年齢・区市町村・保健所別」、東京都統計協会「東京都の人口、『住民基本台帳』による東京都の世帯と人口(町丁別、年齢別)」の1973(昭和48)~1977(昭和52)年の5カ年間の資料をもとに、東京都の5歳階級別人口総数を標準人口として標準化死亡比(SMR)を計算し、死亡率の高い地域、標準地域、低い地域と模様

分けして検討を行なった(図7, 8, 9, 10)。

(2) (1)の資料をもとに、間接法によって標準化死亡率を求めた。

(3) (1)の資料と厚生省「人口動態統計」をもとに、全国5歳階級別人口死亡率を100として東京都の5歳階級別人口死亡率との比を求め、23区の死亡指標をグラフに描いた(図11, 12, 13)。

■ 調査の結果

(1) 図7は東京都区部・市・町村別に見た標準化死亡比の地図であり、図8, 9, 10は年齢3区分によるものである。全体からいえることは、次の点である。①幼年人口における死亡比では一定の傾向は明らかにならないが、図9の中年層の死亡率は図7の総死率と極めて類似している。②死亡比の高い地域、標準地域、低い地域は明瞭に区分されており、都心部、これに接する多摩近郊で死亡比は低く、多摩郊外と隅田川以東で死亡率は高い。

なお、死亡比の高い地域のうち、多摩郊外には老人病院・ホーム、精神病院が多数存在しているうえ、広大な

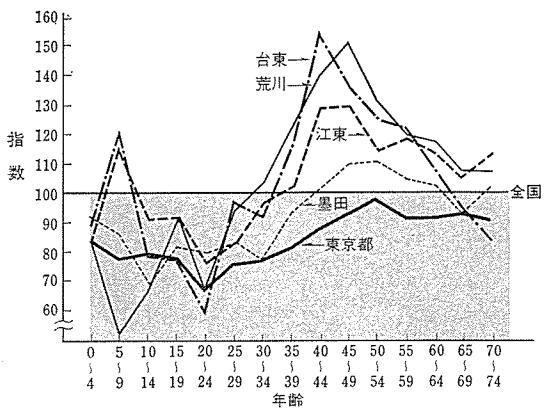


図 11 台東、荒川、江東、墨田各区の死亡率指数
(全国=100, 男子, 1973~77年)

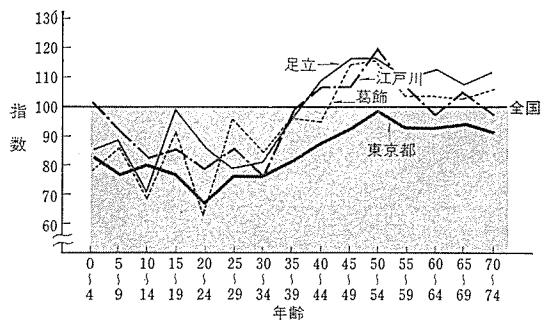


図 12 足立、葛飾、江戸川各区の死亡率指数
(全国=100, 男子, 1973~77年)

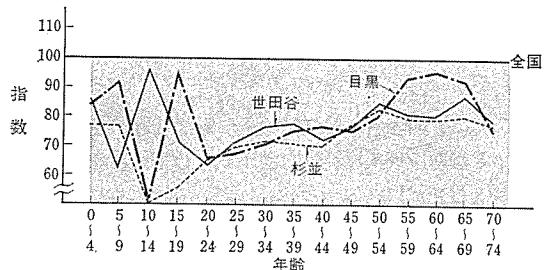


図 13 目黒、杉並、世田谷各区の死亡率指数
(全国=100, 男子, 1973~77年)

表 6 死亡率との相関因子諸表

地名	標準化死率 (人口1万対)	労務職居住率 (%)	課税対象所得 10万円以下 納税義務者率 (%)	世活保護 世帯率 (%)
江東	57.5	41.5	4.7	2.5
荒川	57.4	42.2	6.2	4.0
足立	55.7	40.2	6.0	3.5
葛飾	54.3	40.1	5.5	2.1
江戸川	53.6	40.9	5.5	1.8
墨田	52.0	42.8	6.0	2.8
台東	52.0	40.2	5.6	5.2
板橋	50.4	35.0	4.6	2.3
北	49.7	34.7	4.4	2.2
品川	48.8	35.5	4.3	1.3
大田	47.6	35.5	4.1	1.5
中央	46.5	39.3	3.6	1.4
港	46.1	30.4	3.3	1.3
渋谷	46.0	28.7	3.7	1.1
千代田	45.7	33.2	3.1	1.4
練馬	45.3	28.1	4.3	1.7
豊島	45.2	33.0	4.8	1.6
文京	44.6	28.4	4.3	1.2
新宿	44.5	32.0	3.9	1.8
杉並	43.3	24.1	3.5	0.7
中野	43.3	27.7	4.2	1.2
目黒	43.0	28.3	3.0	1.3
世田谷	42.8	24.6	3.5	1.1
23区平均	48.4	33.4	100.0	1.8

地域を含んでおり、人口も少なく必ずしも都市環境とはいい難いので、今回の調査からは除外した。

(2) 東京 23 区の標準化死率の高い方から順位をつけて表にすると、1 位から 6 位まですべて隅田川以東の区であり、男女とも同様である(表 5)。

(3) 全国の 5 歳年齢階級死率を 100 としたときの各区の死亡指数をグラフで表わすと、図 14, 15, 16 のようになる。これらの図から次のことがわかる。

- ①死率の高い区は 35 歳以降で全国を上回る。
- ②死率の低い区では、すべての年齢階層で全国より低い(男、女とも同様の傾向)。

表 5 地域別死率順位表

順位	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
地名	江東	荒川	足立	葛飾	江戸川	墨田	台東	板橋	北	品川	大田	中央
訂正死率*	57.5	57.4	55.7	54.3	53.6	52.0	52.0	50.4	49.7	48.8	47.6	46.5
順位	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	
地名	港	渋谷	千代田	練馬	豊島	文京	新宿	杉並	中野	目黒	世田谷	
訂正死率*	46.1	46.0	45.7	45.3	45.2	44.6	44.5	43.3	43.3	43.0	42.8	

* 単位は人口 1 万人対。

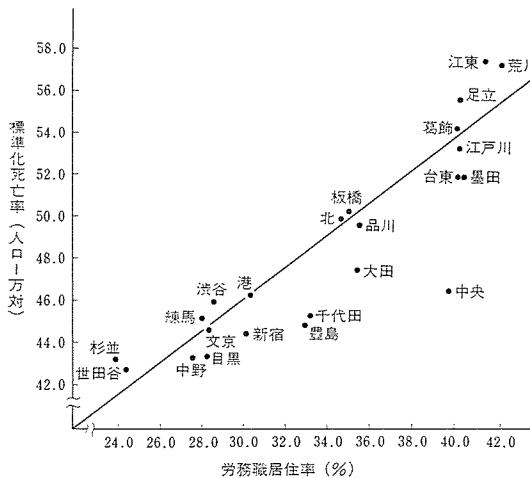


図 14 標準化死亡率と労務職居住率との相関 ($r=0.88$)
(資料) 「国勢調査報告」(1975 年度)。

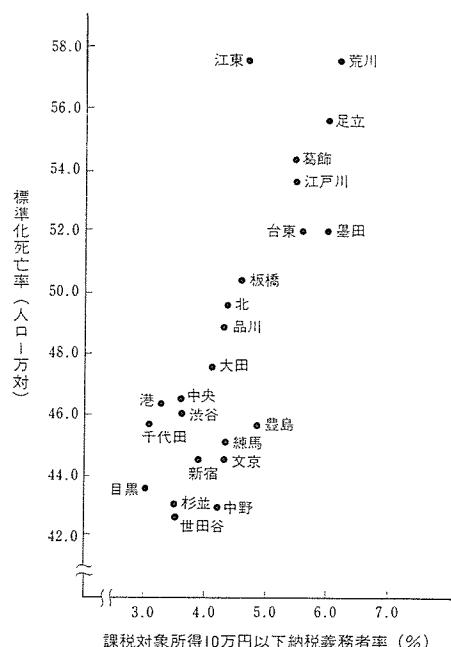


図 15 標準化死亡率と課税対象所得 10 万円以下所得者数比率との相関 ($r=0.82$)
(資料) 「市町村税課税状況の調べ」(1977 年度)。

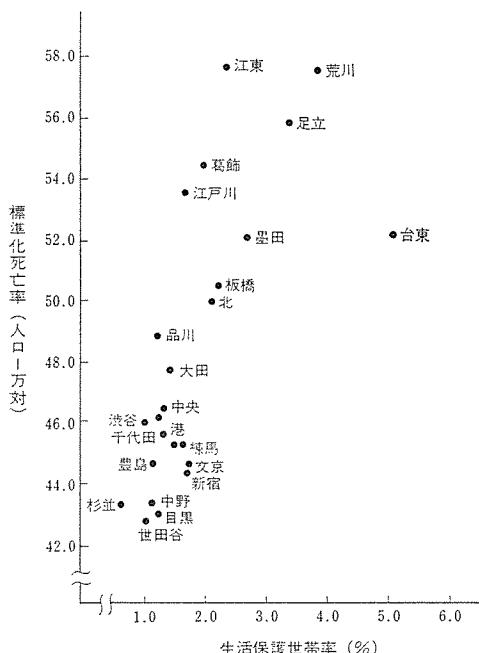


図 16 標準化死亡率と生活保護世帯率との相関 ($r=0.73$)
生活保護世帯率 = $\left(\frac{\text{被保護世帯数}}{\text{世帯数}} \right) \times 100 (\%)$
(各地区別, 1977 年現在)
(資料) 「東京都の人口」(1977 年度), 「民生局業務報告」(同)。

③以上のことから、東京区部の死亡率の高低は、中年期以降の死亡率によって左右されていることが明らかである。

④青年層での死亡率の比較は絶対数が少なく、一定の傾向を見出すことが困難であった。

■若干の考察

東京における死亡率の格差は歴史的・構造的なものであり、死亡率の高低を決定していると思われる因子も複雑多岐にわたると予想されるが、因子を明らかにすることは、今後の大都市における保健・衛生行政を決定するうえでも、医療機関のあり方を考えるうえでも、キーポイントの一つになることは明白であろう。

死亡率の高低にかかわる因子の簡単な分析をした結果、次の事柄が明らかになった(表 6)。

- ①労務職の居住率は、図 13 のような正の相関を示す。
- ②所得段階別納税義務者のうち、課税対象所得額が 10 万円以下の人の割合と死亡率との間に相関が認められる(図 14)。
- ③生活保護世帯率と死亡率との間にも同様な傾向が認められる(図 15)。
- ④そのほか、家族従事者率、雇人のいない事業主、1 人当たりの畠数などと死亡率との間にも相関が認められるが、例外的なものもあり、若干問題がある。
- ⑤エンゲル係数と死亡率との間の相関は認められない。しかし、全食料費の中での卵乳類の占める費用の割合の高低と死亡率との間の強い相関関係には興味があるが、なお分析が不十分なため、今後も引き続き調査をしていきたい。

■ 残された今後の課題

今回の調査・分析では不十分な点があり、今後に多くの課題を残している。それは次の諸点である。

- (1) 労働者の実態（年齢構成、死因分析、生活・労働条件、人口流動）について、綿密な調査が必要であろう。
- (2) 死因分析から、今回不十分であった肝硬変などのような社会的因子の強い死因が中年層の死亡率を高めていることが予想されるが、今回の調査では分析できなかった。
- (3) 三多摩地域における年齢別死亡率も未分析であり、首都圏（千葉、埼玉、神奈川）での同様の調査が必要であろう。
- (4) 東京に限らず大都市では人口移動が激しいが、東京の場合特に区によっても、年代、年齢層・階層別によっても差異が大きい。死亡率で論ずる場合、人口移動による影響をどのように考えるかを今後の課題として研究したい。

I-4. 区別による名古屋市の死亡率の分析

名古屋大学医学部公衆衛生学教室 金田 誠一
棚橋 昌子 中川 武夫 小林 章雄
尾関 俊紀 宮尾 克 柳原 久孝
山中 克己 神谷 昭典 山田 信也
愛知教育大学養護教育教室 村松 常司

■ 死亡率の区別による検討

名古屋市（図17）において、『名古屋市衛生年報』、

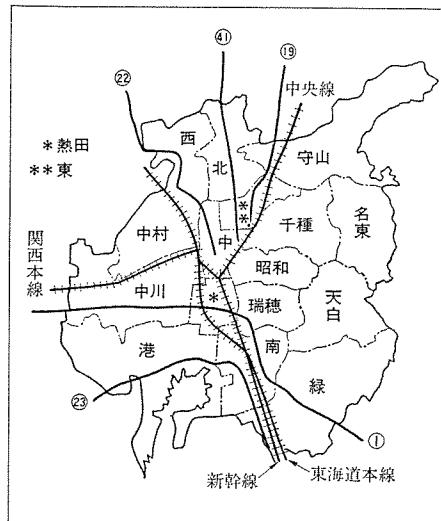


図 17 名古屋市の区図

①⑨⑩⑪⑫⑬⑭は国道（号線）。

1963～64 年にかけて、守山・緑区が合併された（分析からは除外）。1975 年 2 月、名東・天白区が独立（分析は、名東区は千種区に、天白区は昭和区に含めて行なった）。

『名古屋市統計資料月報』を基礎資料として、中年期を中心とした死亡の推移と区別の検討を行なった。

(1) 名古屋市の 5 歳階級別死亡率の年次的な改善状況を全国平均と比較しつつ検討する目的で、1960（昭和 35）年の全国平均を 100 とした場合の死亡率指数の推移を検討した（図 18）。

①男においては、1960（昭和 35）～1975（50）年の間

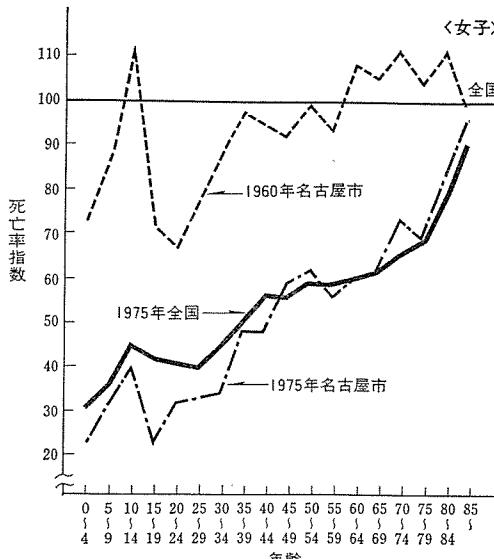
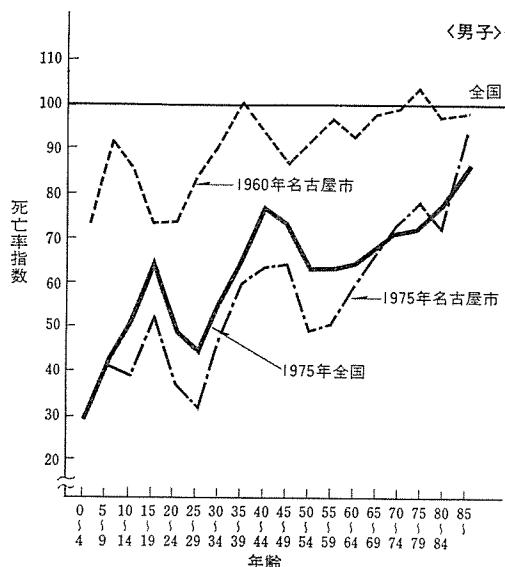
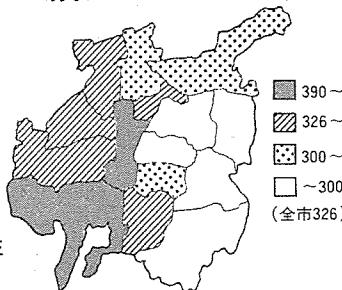


図 18 年齢 5 歳階級別死亡率指数（1960 年全国=100）

〈男子〉



〈女子〉

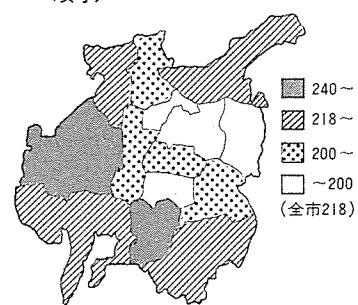


図 19 1974~76 年の 35~54 歳訂正
死亡率 (平均)
(単位: 人口 10 万対, 1960 年を基準)

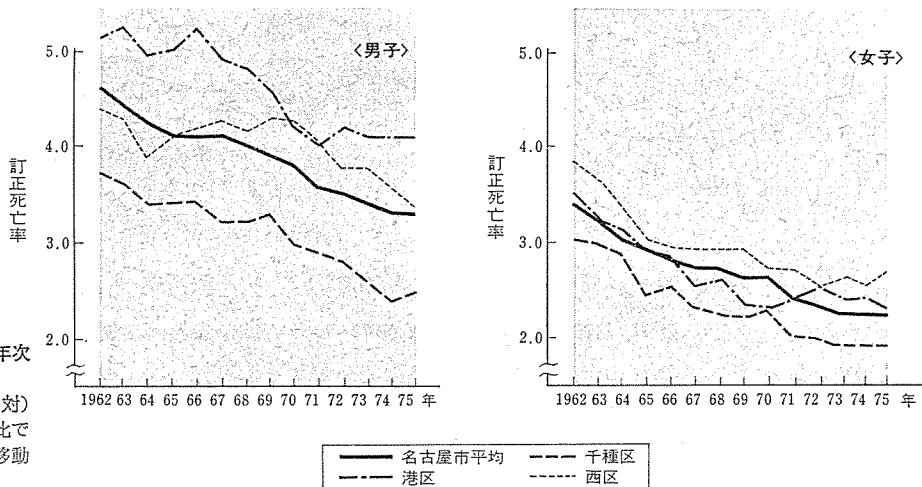


図 20 35~54 歳の年次
別訂正死亡率
(単位: 人口 1,000 対)
1960年の全国人口比で
訂正し、5 年間の移動
平均をとった。

に、0~4 歳で最も改善率が高く、85 歳以上で最も改善率が低い傾向があるが、思春期および中年期に死亡率の低下の遅れが見られる。しかし、全国平均と比較するとほとんどの年齢階級で低値であり、中年期の死亡が全国平均を上回るという特徴は見出せない。

②女においては、男と異なり 60 歳以上で全国平均をやや上回る傾向が見られる。

(2) 名古屋市の区別の社会的諸条件は、市の成り立ちから見て大きな差があるため、区別に死亡の推移を検討した。この際、単年度では区当たりの死亡数が少なく年度による変動が大きくなるため、5 年間移動平均値を利用した。5 歳階級別死亡率指数では、数区ではいくつかの年齢階級で全市平均を上回り、さらに全国平均に等しいか、それより高い値を示した。この結果、死亡率の区別の比較検討は、名古屋市における健康状態を分析するうえで有意義なものであると考えた。

■ 中年期 (35~54 歳) の死亡・死因について

(1) 生活状況から中年期を 35~54 歳として、1974(昭和 49)~1976(51) 年の訂正死亡率 (平均) を算出した。その結果 (図 19)，男では港・中・熱田が高く、

南・中川・東・中村の各区がこれに次ぎ、全市平均より高い区は西部に見られ、千種・昭和の両区は明らかに低い。女では区間の変動が少ないが、西部から南部にかけて全市平均より高い区が目立つ。

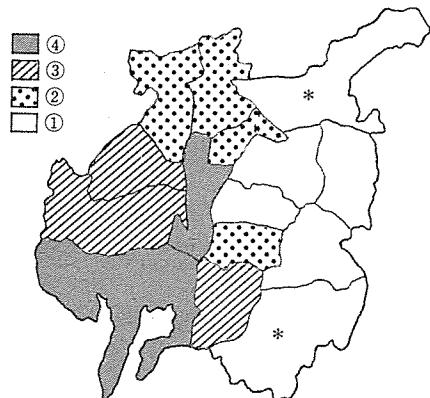


図 21 35~54 歳の年次別死亡率から見た区の分類 (男子)
①②③④は本文中に説明。

* 今回は評価の対象から除外した。

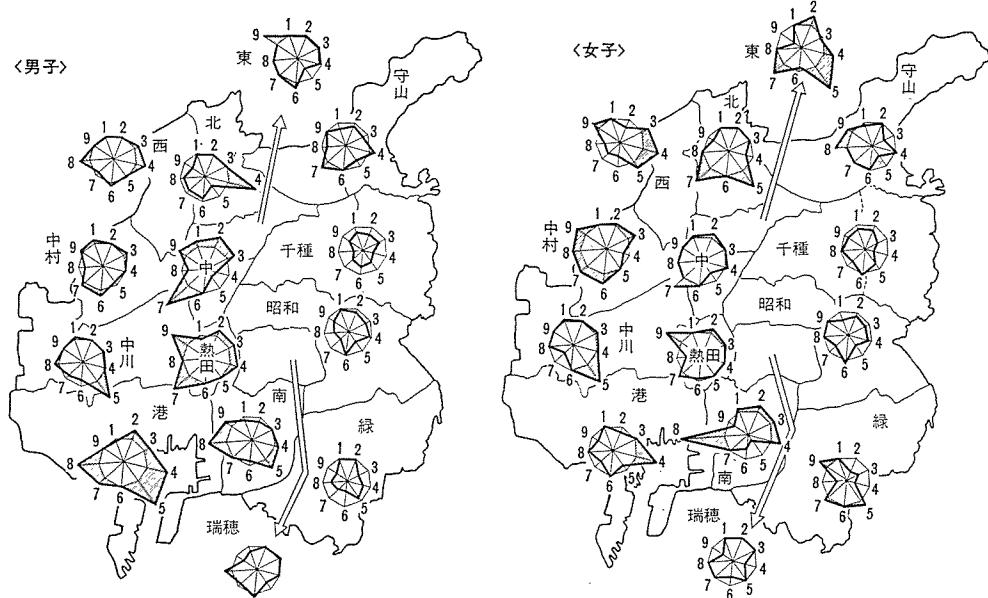


図 22 区別・死因別死亡率指数 (1972~76 年の平均, 基準=名古屋市)

次に、年次別推移を知り、区別の特徴を明らかにする目的で、この年齢層の 5 年間移動平均訂正死亡率を区別・年度別に算出した。そして、伊勢湾台風による死亡 (1959 [昭和 34] 年) の影響が消える 1962 (昭和 37) 年からの推移を、3 つの区を代表例として図 20 に示した。全市では男女ともほぼ同様の低下傾向を示したが、男では区間の差が大きく、その推移を検討したところ次の 4 型に分類できた (図 21)。①全市平均より低い水準で年次低下する型 (千種、昭和), ②全市平均に近い水準で年次低下するが、1965 (昭和 40)~1970 (45) 年で低下傾向が鈍化する型 (西、東、北、瑞穂), ④全市平均より高い水準で年次低下し、1971 (昭和 46) 年以降低下傾向が鈍化する型 (港、中、熱田), ③ ②と④の中間型 (中川、中村、南) (以上の①~④は図 21 の①~④に対応する)。

以上の検討の結果、市の西南部より中心部にかけての港、南、中川、熱田、中村、中の各区に中年期死亡率の高い傾向が見られ、東部の千種、昭和の両区にはそれの低い傾向が見られた。ところが、なお区内の状況を見ると、港区では旧市街区と農村部、埋立地の両者が混在するなどのために一律的に特徴を決め難く、学区別に検討する必要があると考えられる。

(2) 次いで死因に関する検討を、1972 (昭和 47)~1976 (51) 年の区別・性別・死因別年齢 5 歳階級死亡数

を用いて行なった。方法は、35~54 歳を 1 つの年齢階級と考えて 5 年間の平均死亡数をもとに、1975 年の人口を基準として死因別死亡率を求め、名古屋市平均に対する指標を算出して行なった。

名古屋市の 35~54 歳の主要死因を見ると (表 7)，不慮の事故がやや低位となるほかは全国傾向と一致した順位となっている。図 22 に示した 9 死因について、市平均死亡率の大きさを基準にとって各区別に 9 角形で図示し、市平均より高い部分を斜線で示した。区別の特徴と

表 7 名古屋市における 35~54 歳の主要死因別死亡率
(単位: 人口 10 万対, 1972~76 年の平均)

男 子			女 子		
順位	死 因	死亡率	順位	死 因	死亡率
1	悪性新生物	77.2	1	悪性新生物	84.5
2	脳血管疾患	42.3	2	脳血管疾患	29.8
3	心疾患	39.8	3	心疾患	21.7
4	肝硬変	25.3	4	自殺	16.7
5	自殺	22.9	5	全結核	6.1
6	不慮の事故	17.1	6	自動車事故	4.9
7	全結核	12.7	7	良性・性質不詳の新生生物	4.6
8	自動車事故	12.3	8	腎炎およびネフローゼ	3.9
9	良性・性質不詳の新生生物	5.6	9	肺炎	3.7
10	消化器系潰瘍	4.8	10	糖尿病	3.7

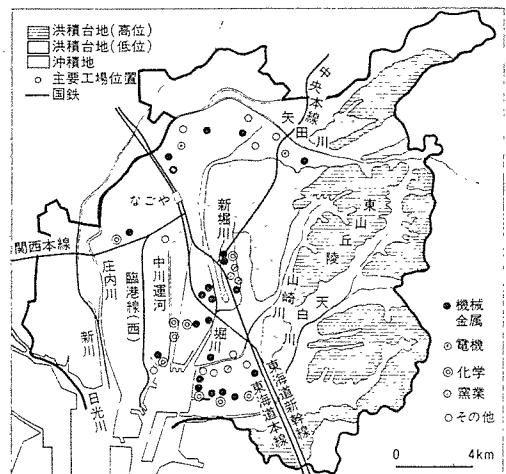


図 23 名古屋市における主要工場の分布と地形
(伊藤郷平による)

して、千種、昭和の両区は男女とも各死因で死亡率が低い。中年期死亡率が高い 6 区についての特徴は必ずしも一様でないが、中、熱田の両区は上位 3 疾患および肝硬変による死亡が、港、南、中川の 3 区は不慮の事故、自動車事故による死亡が目立ち、港、南、中村の各区は肝硬変死亡率も高い。また、結核死亡については、熱田、中村、中の各区で多い。

中年期死亡の区別の特徴は、さらに学区別の分析や、男女の比較検討などで、また死亡数の統計的検討や区間の社会移動などの検討を通して深めてゆきたい。

■名古屋市の成り立ちの特徴から見た検討課題

名古屋市は、名古屋台地に形成された旧城下町と、熱田神宮の門前町と宿場町を兼ねた熱田の古い集落を核とし、その周囲に明治以降に形成された新市街地を持つ。現在、北部および南部の沖積地には工場群が配置され、製造業、運輸・通信業などの労働者が多く居住し、中央部台地には商業部門の事業所、官公庁が多い。そして、中央部の台地と東部の丘陵地帯は住宅専用地域として人口が増加し続けている（図 23、表 8）。

このような特徴は、名古屋市制実施（1889 [明治 22] 年）以来、徐々に形成されてきたものである。産業の面で見れば、第一次大戦にかけての織機、時計、車輌、兵器産業を中心とした地元資本の成長、1910 年代の北部低地（電機）と南部臨海地帯（航空機）への三菱系企業の進出、第二次大戦での特殊鋼製造、1960 年代には南

表 8 区別・産業分類別就業者の割合（単位：%，1972 年）

区名	(1) 製造業	(2) 運輸・ 通信業	(3) 金融・ 保険業	(4) 不動産業	(5) 卸売業	(6) 小売業	公務	(1)+(2)+(3)～(6)
総 数	28.1	7.1	4.2	30.8	18.7	2.4	35.2	54.1
千種区	15.4	5.4	* 8.1	35.5	* 22.5	* 3.6	20.8	* 69.7
東 区	25.6	6.1	5.0	35.0	17.5	3.2	31.7	60.7
北 区	26.5	6.8	4.1	30.1	17.6	3.5	33.3	55.3
西 区	34.2	5.9	2.9	34.1	13.0	1.1	40.1	51.1
中村区	26.6	6.9	3.9	34.4	16.2	1.5	33.5	56.0
中 区	19.9	3.0	2.9	* 48.2	19.5	1.3	22.9	* 71.9
昭和区	21.2	4.8	5.1	35.9	* 21.3	3.1	26.0	65.4
瑞穂区	29.3	4.7	* 5.7	30.1	18.9	2.3	34.0	57.0
熱田区	30.0	7.5	2.5	* 36.1	14.7	1.5	37.5	54.8
中川区	* 37.2	* 8.7	2.5	24.9	12.4	1.7	* 45.9	41.5
港 区	28.8	* 10.2	2.2	21.9	14.1	1.9	* 47.0	40.1
南 区	* 37.8	* 7.6	3.0	23.8	13.8	1.0	* 45.4	41.6
守山区	28.3	7.2	3.8	24.6	16.6	* 4.7	36.5	48.7
緑 区	* 34.9	5.9	4.5	24.5	15.6	2.3	40.8	46.9
名東区	14.0	4.1	* 9.1	* 36.5	* 20.1	* 5.4	18.1	* 71.1
天白区	26.6	7.4	3.7	27.5	19.9	2.2	34.0	52.3

* : 1～3 位。（上記以外の産業は省略）

部・西部臨海重化学工業の発展の導火線となった製鉄工場の成長、これらが主たるものである。こうした中で、北部の零細企業を基盤とした軽工業、南部の大企業とその関連中小企業を中心とした重化学工業の対比的な素地が形成された。近年、周辺地域への企業転出が見られるが、戦中市外に転出したトヨタ企業の下請け網が広く存在するなど、市内での中小零細企業を中心とする特徴は基本的には変わらない。

こうした経過の中で、地理的な条件の違い（西部～南部の低位地域、南部～中部にわたる大気汚染地域）が形成され、生活保護（世帯）率、完全失業率を見ても南部～西部の諸区で高い。中年期の死亡の改善がこれらの地域で遅れていると考えられるが、これは、このような地域的条件との関連を考慮しつつ、中年期の労働者の生活労働の実態を分析し、死亡、疾病に対する予防的な対策の重点を検討する必要性を示唆しているといえよう。言葉を換えれば、中年期の死亡の改善を妨げている要因を浮かび上がらせるための努力は、地域の健康化を目指す計画の基礎の一つに置く必要を示していると考えられ、今後の検討課題である。

I-5. 大都市における中年期住民の健康問題

——京都市の場合——

奈良県立医科大学衛生学教室 山下 節義

『京都市衛生局年報』、『京都市統計要覧』などの資料

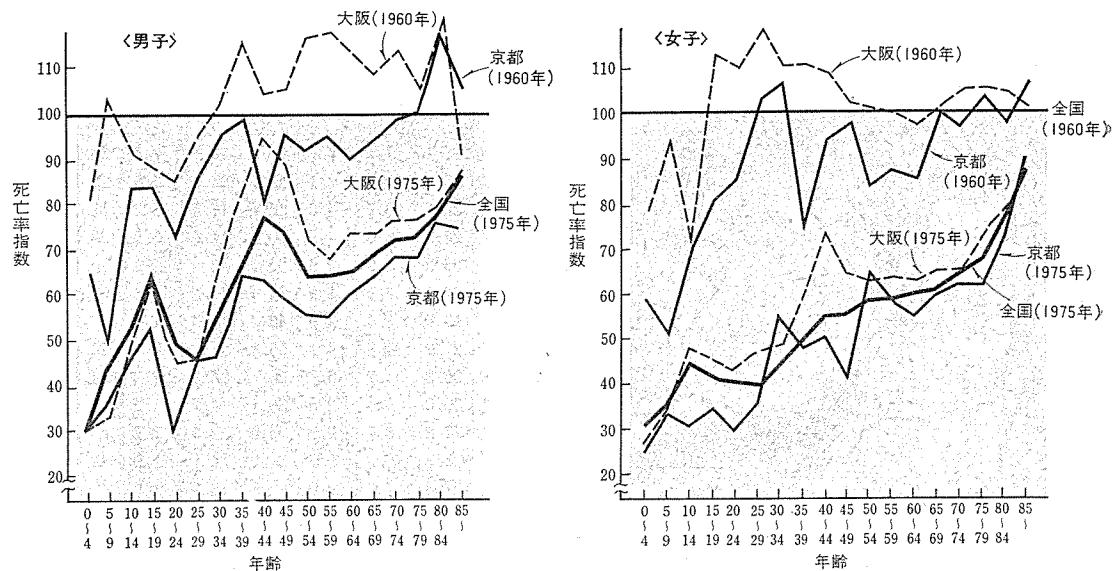


図 24 死亡率低下傾向の都市間比較 (1960 年全国=100)

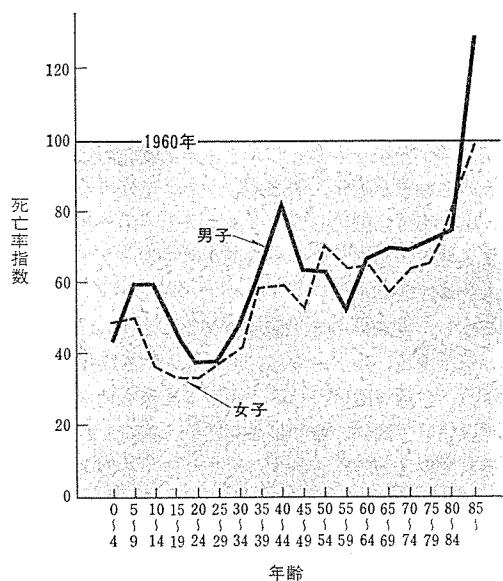


図 25 性・年齢別に見た、1974, 75, 76 年の平均死亡率指数
(1960 年=100)

を用いて、中年期（30～59 歳を対象）の健康実態の把握の一環として死亡率の年次推移、行政区比較など行ない、報告した。

(1) 1960 (昭和 35) 年を基準に、1975 (昭和 50) 年の性・年齢別死亡率を見ると、いずれの年齢階級区分（5 歳間隔）においても死亡率の低下が認められるが、中年期の死亡率の低下の遅れが目立っている（図 24, 25）。

(2) 1975 (昭和 50) 年の京都市における 30～59 歳の

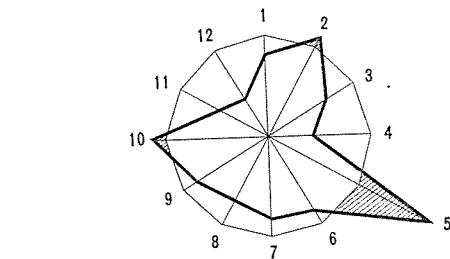


図 26 京都市における 30～59 歳の死因別死亡率指数 (1975 年、基準=全国)
1～12 の分類は図 27 に従う。

訂正死亡率は男子が 393、女子が 241 で、同年同年齢区間の全国の訂正死亡率をやや上回っている。

(3) 1975 年について主なる死因別に全国を 100 として死亡率指数を見ると（図 26）、男子で悪性新生物、不慮の事故、腎炎・ネフローゼ、女子で悪性新生物、心臓病、自殺、肺炎・気管支炎、結核、高血圧症、糖尿病の中年期死亡率が、全国値を上回っている（図 27）。

(4) 行政区（北、上京、左京、中京、東山、下京、南、右京、伏見の 9 区）別に見ると、男子で下京が中年期死亡率が最も高く、左京が最も低い。また女子では下京が最も高く、北が最も低い。全市平均に比して、男子では中京、下京、南、伏見が、女子では下京、南、伏見が高値を示している。死因別に見ると、全般的に、全市平均よりも中年期の死因別死亡率が低い傾向を示す北、左京、右京、高い傾向を示す中京、下京、南、伏見、それらの中間に位置する上京、東山の 3 群に区分される。

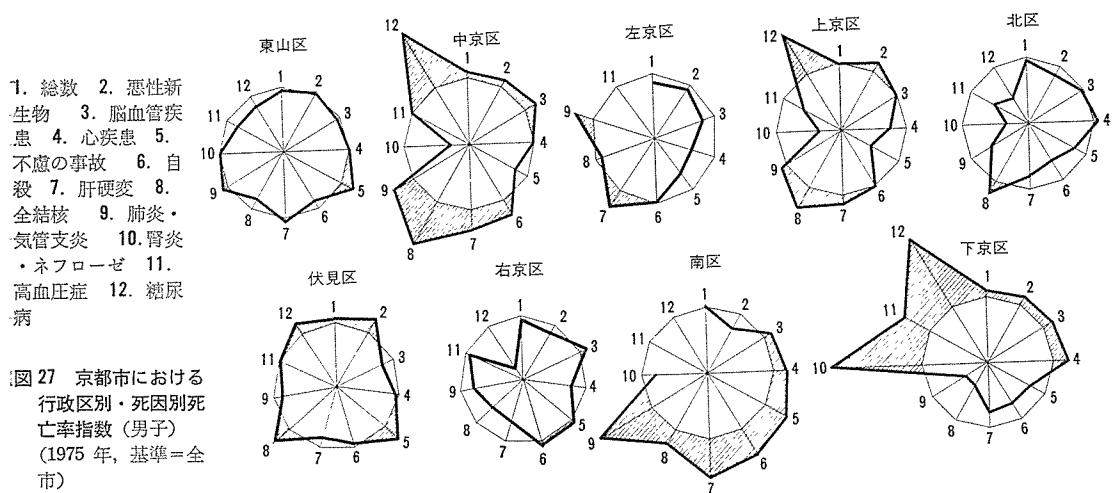
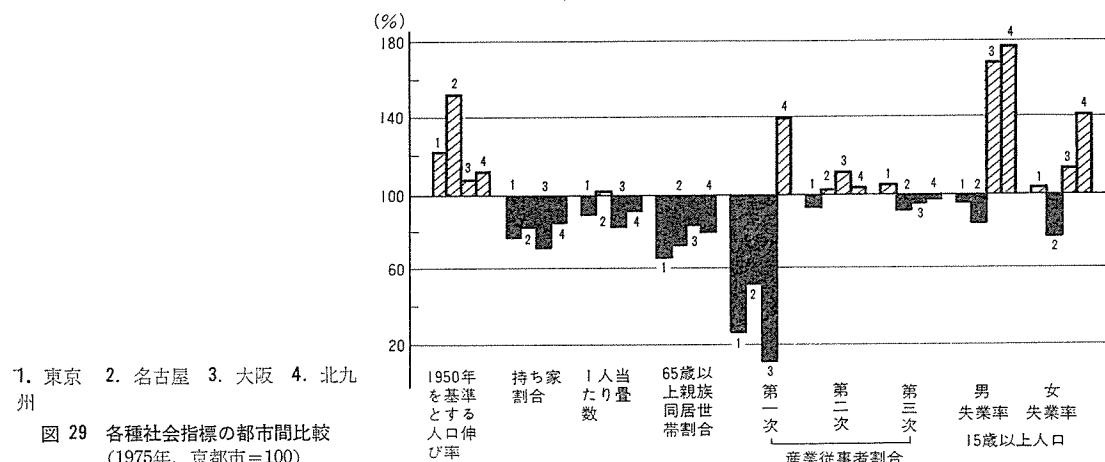
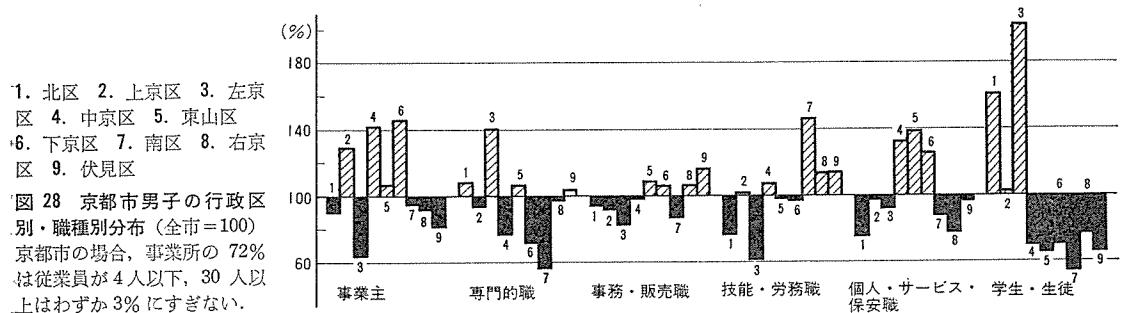


図 27 京都市における行政区分・死因別死亡率指数（男子）
(1975年、基準=全市)



(5) 各行政区の特徴点の概要は次の通りである(図28, 29)。

①京都市全体としては人口増加傾向はゆるやかであるが、上京、中京は減少傾向、北、左京、東山、右京、伏見は増加傾向を示し、東山、右京の人口増加は特に

著しい(それ故最近、東山、右京は分区した。伏見も近い将来、分区の可能性がある)。

②持ち家率は、中京、右京、東山が全市平均を上回る。伏見、南、下京は住宅事情が相対的に悪い。

③65歳以上親族同居世帯の割合は、上京、中京、下

京に高く、左京、伏見に低い。

④生活保護率（人員）は南が最も高く、下京、伏見がそれに続く。

⑤職種別就業者割合を見ると、上京、中京、東山、下京は事業主の占める場合が全市平均を上回っている（もっとも、小零細企業が圧倒的多数を占めているが）。また、左京、北では、専門的・管理的職が、上京、東山、下京、伏見では事務・販売職が、上京、中京、右京、伏見では技能・労務職が、全市平均を上回っている。

⑥下京、南、伏見と市の南部に一般機械、食品製造などの工場が集中しており、中京、下京、東山に販売業、食品店などが多い。

⑦清水焼、西陣織、友禅染め、京仏具、扇子などの伝統的工芸産業が京都に多く（いずれも零細企業が多い）、住・職近接の特徴を有している。西陣織は北、上京に、友禅は左京に、清水焼は東山に主として集中立地している。

⑧医療機関数（人口 10 万対）は伏見、右京、南、東山が、病床数（人口 10 万対）は伏見、右京、南が、医師数（人口 10 万対）は伏見、右京、南、東山がいずれも全市平均を下回っている。

（6）社会経済的諸指標と死亡率との相関を調べてみると、訂正死亡率（全年齢）と生活保護率（世帯）など、訂正死亡率（30～59 歳）と 1 人当たりの畠数、病床数（人口 1 万対）、生活保護率（世帯）など、自殺死亡率（30～59 歳）と配偶者離別者割合など、いくつかの項目で有意の相関が見られる。

（7）京都市は 9 大都市（札幌、東京、川崎、横浜、名古屋、大阪、神戸、北九州、福岡）と比べて、さまざまな相違点が見られる。持ち家率は京都市に比し他は低く、1 人当たり畠数は札幌以外すべて京都より低く、65 歳以上親族同居世帯割合は京都が最も高い。生活保護率（世帯、人員）は大阪、北九州、福岡は京都を上回っている。消費者物価（食料品）は京都が最高。産業構造は第二次産業割合は東京、神戸、福岡以外はいずれも京都より高率。第三次産業の割合は横浜、名古屋、大阪、北九州以外はいずれも京都より高率。人口増加状況は 1950（昭和 25）年を基準とすると、いずれも京都をはるかに上回る。死亡率の低下傾向は、大阪、北九州、神戸は京都より悪い。

（8）京都市では室町時代に自治機関としての「町」が成立していたといわれている。明治になってからも小学校単位に自治行政区が作られていた。1900（明治 33）年に自治体としての市制が敷かれ、今日に至っている。

戦後、全国に先がけ 1950 年に革新市長が誕生、この時は 1 年にして保守に転向。その後、1960 年代当初からの生産・生活基盤を守ろうとするさまざまな住民運動の盛り上がりに支えられ、1967 年に再び革新市長が登場し、現在に至っている（多くの問題をはらみつつも）。保守市政の時代には、高度経済成長策に呼応した、京都市南部を工業・流通の拠点とする開発計画に基づく開発事業が進められようとしていたが、再度の革新市長の登場により、大規模開発にブレーキがかけられた。以来、工場誘致でなく、伝統産業の育成、小零細企業の保護をはかりつつ、中小企業の集団化を促進する施策が行なわれ、また福祉のまちづくりを中心にするなどの都市経営が進められている。

（9）京都市は、大阪、北九州などほどではないにしろ、中期期死亡率の低下の遅れが見られる。行政区別に見てもかなりの違いが認められる。また社会経済的諸指標と死亡率との間に、一定の相関が見られる。これらのこととは、保健医療計画を立てるうえで、京都市全域を一律対象とする計画立案ではなく、少なくとも各行政区ごとの特徴点をふまえた、きめ細かな計画立案がなされる必要があることを示していると思われる。

参考文献

- 1) 京都市衛生局年報、各年度。
- 2) 京都市各保健所統計年報、各年度。
- 3) 京都市統計書、各年度。
- 4) 十大都市統計年報、各年度。
- 5) 国勢調査報告、各年度。
- 6) まちづくり構想—20 年後の京都、京都市、1963.9.
- 7) 京都市政研究会(編)：京都民主市政—反動と民主のたたかい、自治体研究社、1975.

I-6. 大都市の中の一小地域における健康問題

——京都市南区東九条地域の場合——

京都保健会九条診療所 谷田 悟郎

■はじめに

大都市の中の一行政区、あるいは小学校単位の学区のごく限られた地域における特徴的な住民の健康破壊の現状が、統計上、大都市全体の問題に覆い隠されていることがある。私の勤務する九条診療所の診療圏—京都駅裏にある東九条の小地域（S, Tk, Tw の 3 学区）住民の健康の実態、結核患者著減からの突然の増加が日常診療の中で観察されたことから、大都市の健康問題への提起を試みたので報告する。

■肺結核の新発生患者の急増

1969（昭和 44）年から 1978（昭和 53）年までの 10 年間にわたる当診療所外来結核の実態は、結核患者総数

は 1974 (昭和 49) 年から、新発生患者は 1973 年からそれぞれ突如、著減した。このことは第 18 回社医研で報告し、現代の結核の顕著な減少の一般的傾向は認められるが、感染性患者率は全く不变で、単純労働者、老人、生活保護階層だけでなく、国保階層にまでこれが広く、深く沈没しているという憂うべき実態を指摘した。その後 1978 年、患者総数は漸減しているにもかかわらず、新発生患者の突然の増加を見た。この 12 名の内訳を見ると、男 11 名、単身 7 名、病的飲酒 4 名、生活保護 6 名、健保本人 4 名、国保 2 名で、年齢別では 20 歳までの者が 2 名でいずれも父親に結核患者（うち 1 名がなお排菌中）を持ち、40~50 歳代が 5 名、60~70 歳代が 5 名もあり、発見時排菌 3 名、有空洞 5 名、初感染発病と推定される 2 名、未治療陳旧性肺結核からの発病 3 名、これらのうち 10 名が南区に居住し、東九条地域は 8 名、そのうち S 学区が 5 名、T_K 学区が 2 名、T_W 学区が 1 名であった。

そこで診療圏の 3 学区、さらに南区、京都市の結核の現状を見たが、特に S 学区が常に他を上回り、南区でも登録率・有病率では漸減ではなく、停滞ないし漸増の傾向すら見られた。京都市では他の 6 大都市と同様、罹患率は 70 年以後、減少度が緩和しているうえ、死因順位 10 位までをとると、男女・総数とも、なお入れ替わりつつも後半にある。全国で見ると、結核死亡率は 40 歳以上からの改善が漸次遅れ、80 歳以上では常に増加している。罹患率では 30 歳代からと同様、死亡率の改善が遅れている。

以上のことから、全国的に見ても、80 歳以上の死亡率および罹患率における改善の最大の遅れは統計的に見て、いわゆる高齢者層の結核の減少の鈍化、沈没によると表現されている。しかし、それだけでなく、30~40 歳代からの死亡率や罹患率の低減の遅れが今後問題とされるとともに、小地域での結核の動向として結核新発生患者の急増という一現象から、これらが生保だけでなく健保本人、国保へ、また中年齢層へと拡大し、さらに結核家族からの若年者の発病という新発生ケースの特徴から、結核の漸減、停滞から漸増へ移行する時期としてとらえることができる。しかも、これらの学区で、また結核死亡率、有病率において全国平均をさらに上回る高い地域で、大都市の、また全国の改善した統計に隠されつも、なお数多くの結核患者が残存、沈没し、さらに漸増する兆しがあることは、大都市の健康、また結核におけるミクロの問題として見逃すことはできない。

このような東九条の地域を住民の健康水準や死因分類などの衛生指標から検討すると、3 学区では出生率は

低いが、死産率（人工と自然）、早産率は群を抜いて高く、その中の一学区である S 学区では、そのほかの粗死亡率、新生児や乳児の死亡率においてもきわめて高い。また、京都市の 1969 (昭和 44)~1971 (46) 年の資料によれば、生活レベルが最高といわれる Si, Ao, Ma 連合学区に対し東九条学区では、母子保健、一般傷病はワースト第 1 位、環境衛生はその第 5 位、保健生活はその第 12 位であり、全般を総合するとその第 2 位ときわめて悪い。

■ 東九条地域の社会経済的背景

東九条地域は、第一次世界戦争を経て日本資本主義が独占段階に入るとともに、賃金労働者が発生し、ここが駅裏として低賃金労働者が密集地をつくって居住する場所となった。また朝鮮から民族的差別と抑圧を受け、低廉な労働力として連行された朝鮮人がこの地域に集団的に居住し、戦後は炭鉱から敗戦失業者としてこれらの人たちがさらに増加するようになった。このようにして形成された東九条地域は、1969 年に市が実施した S 学区内 4 町の実態調査を見ても、世帯主の職業は、単純労働者が 27%、現業、よせこなどが各々 13% とほとんど単純的労働で、親の代からの居住は 17% と少なく、外国人（そのうちの多くは朝鮮人）世帯は 14% が多い。生活保護率は市内で最高の 24% に達し、1979 年に S 学区でも保護率が 17.8% と年々増加している。このように低所得階層、外国人が集中して形成された東九条地域は、実態調査結果を生かせぬまま革新府政から一昨年林田府政となり、急速に進められた京都駅再開発計画のもと、低所得階層には転居は経済的困難を伴い、不況とインフレによる失業と生活難、さらに公害による健康破壊が現在も進行し、住民を苦しめている。

前述した結核新発生の突然の増加の 12 例をケースワークすると、職を持つつも失業してやむなく単純労働者となり、また老齢化による就労不能のために生活保護に社会的移動した世帯主が、肉体労働をきっかけとして飲酒が病的飲酒となり、夫婦別居や離婚という家族の崩壊過程が進む中で、または子供の養育費のため過労となる。このような社会的経済的条件下にあって、疾病のうち最も社会的要因の影響を強く受ける結核においては、大都市の中の限られた低所得階層の多い地域で、このような結核新発生の突然の増加は、偶然でなく必然的に起こり得るであろうと推測される。しかも、結核に対する国や自治体の結核斜陽論から結核対策無用論への衛生行政の移行の中で、再燃ないし初感染により発病したものであろう。

■結論

いま、大都市の住民の健康問題がマクロの視点でとらえられ、国が疾病を個々人の自己責任として対策を無視し、また上からの厚生行政に追われ、小地域にある保健所の行政においても大都市の中の小地域の住民の健康問題が無視されている現状であるが、第一線の保健医療の実態からケースを見直し、住民や行政の協力者とともに結核の漸増という一現象から大都市の住民の健康を守るためにには、ミクロの問題にも焦点を合わせて取り組むことが、緊急かつ重要な課題であることを強調したい。

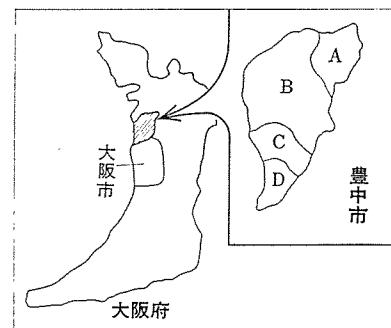


図30 豊中市位地図

I-7. 低所得勤労市民の健康

——豊中市における調査から——

大阪大学医学部公衆衛生学教室 逢坂 隆子
朝倉新太郎

■目的

都市の生活環境の悪化を背景にして、本研究会第19回総会で南沢らが報告したように、大阪市では住民の健康水準が全体的に悪くなっている。しかも、それは既成の市域を越えて広大なスプロール地帯を作り、悪化が進んできている。今回、大阪市に隣接し、大阪という大都市圏の中の、都市化の波に洗われている地域の一つである豊中市における住民の健康の実態を統計的解析と死亡者の遺族の訪問により調査したので、その結果を報告する。

■方法

豊中市内を図30のように、A地区（ニュータウンとして計画的に都市作りが進められた地区）、B地区（旧市内）、C・D地区（南部は大阪市に隣接し、大阪国際空港の騒音が激しい。一部は公害健康被害補償法による指定地域）の4区に分け、「国勢調査報告」、厚生省「人口動態統計」、大阪府衛生部「府民の健康」、「豊中市統計書」、「豊中保健所統計資料」などを用いて地区別の各

種健康指標および健康に影響を及ぼす社会経済指標の検討を行なった。地区別死亡率については、実数の不足を補うために1974（昭和49）、1975（50）、1976（51）年の死亡数を合計して平均し、それを1975年の死亡数で除したものを用いた。さらに1974、1975、1976年の各年に豊中市内で死亡した40～44歳の男子109人の遺族を訪問し、情報が得られた85人について死亡に至るまでの実態を検討した。

■結果

(1) 統計資料による観察

①豊中市は市全体としては、死亡率をはじめとする健康指標は全国および大阪府下に比べてかなりよいが、地区別の差が大きく、死亡率、死産率、結核有病率、結核罹患率など多くの健康指標がA、B、C、D地区の順に高くなっている。特に男子に差が顕著である。D地区は、これらの健康指標のほとんどすべてにおいて全国平均より悪い。

②健康に影響を及ぼすと考えられる社会経済指標についても4地区間に大きな差があり、④単身者の割合、⑥失業者の割合、⑦未婚者、死別者、離別者の割合などいずれも、悪い条件下にある者がA、B、C、D地区の順に率が高くなっている。また1人当たりの豊数も、この順に従って少なくなっている。

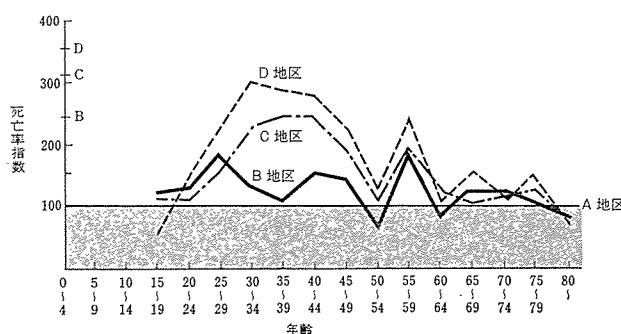


図31 豊中市の地区別男子死亡率指数
(1975年、A地区=100)

表 9 社会経済分類による
死亡率格差

社会経済分類	15 歳以上男子					40~44 歳男子 死亡者
	A 地区	B 地区	C 地区	D 地区	豊中市	
i)						
会社団体役員	5.5%	5.3%	2.0%	1.5%	4.0%	0.0% (0 人)
専門職業者	3.1	1.8	0.5	0.3	1.4	2.4 (2 人)
技術者	4.7	3.1	1.7	1.3	2.6	1.2 (1 人)
教育家・宗教家	1.5	1.7	0.9	0.5	1.3	0.0 (0 人)
文筆家・芸術家	2.1	1.3	1.1	0.7	1.2	0.0 (0 人)
管理職	6.8	3.5	2.0	0.7	3.5	2.4 (2 人)
事務職	19.3	16.3	10.7	8.5	14.1	10.6 (2 人)
販売人	14.1	15.4	12.9	9.4	13.7	3.5 (3 人)
サービスその他の事業主	2.8	3.4	2.9	3.2	3.2	0.0 (0 人)
農林業者など	0.1	0.6	0.6	0.4	0.5	0.0 (0 人)
i) 小計	58.0	52.4	35.3	26.5	45.5	20.1 (17 人)
ii)						
工業・商業などの自営業者	3.1	3.8	4.2	4.8	3.9	13.0 (11 人)
技能者	18.1	18.4	33.8	38.5	24.9	34.1 (29 人)
労務作業者	2.6	3.5	5.1	5.5	4.1	3.5 (3 人)
個人サービス人	2.0	6.6	5.7	6.9	4.3	4.7 (4 人)
保安職	0.7	0.9	1.1	1.0	0.9	2.4 (2 人)
15歳以上非就業者(失業者を含む)	3.3	6.1	7.4	7.7	6.4	4.7 (4 人)
ii) 小計	29.8	39.3	57.3	64.4	44.5	62.3 (53 人)
学生	10.0	10.7	7.3	8.6	9.6	
不明						17.6 (15 人)
計	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0 (85 人)

③図 31 のように、最も死亡率の低い A 地区の男子 5 歳階級別死亡率を 100 として、B, C, D 地区の同死亡率を指数で表わすと、中年期で特に地域差が大きく、地域格差が中年期の健康に最も敏感に反映されている。40~44 歳男子の死因別死亡率について見ると、悪性新生物、肝硬変、結核、心疾患、脳血管疾患をはじめ自殺を除くほとんどすべての死因で A, B 地区より C, D 地区の方が高い（表 9）。

(2) 訪問調査による中年期男子の死亡の実態

①A, B 地区には会社団体役員、管理職、事務職などホワイトカラーが多く住み、C, D 地区には技能職などブルーカラーが多く住んでいる。訪問調査した死亡者については、A, B 地区に多く住んでいるような階層(i)で死亡率が低く、C, D 地区に多く住んでいるような階層(ii), すなわち商業、工業などの自営業者（酒屋、パン屋、氷屋や、下請け製造業などの零細企業主）、技能者（零細企業労働者、溶接工、運転手、大工、左官など）、個人サービス人（バーテン、すし板前、クリーニング業など）、失業者などで死亡率が高く、両階層間の死亡率には有意に差がある ($p < 0.001$)。未婚者、離別者、死別者などの死亡率も有配偶者に比べて有意に高い ($p < 0.001$)。

②訪問調査した死亡者の中には、健診を受ける機会もなく手遅れになるまで健康だと思っていたり、働きすぎ、働くされすぎて病気だとわかっていても十分な治療を受けられずに死亡に至った例が多い。

■ 考察と結論

大阪市に隣接している豊中市では、その一部が次第に「大阪市化」し、生活関連の都市整備の遅れと相まって社会環境が悪化してきている。「大阪市化」した C, D 地区には家庭環境の破壊、雇用不安、失業の脅威にさらされやすい人々や、時間的に余裕のない自営業者や、不況の荒波にもまれる零細企業労働者が多く住みつき、死亡率をはじめとする各種健康指標の悪化が目立つ。さらに、以上述べたような社会経済的背景の悪化は、特に中年期の人々の健康に悪影響を及ぼしている。大阪市は、C, D 地区に比べても全年齢階級にわたって死亡率が高く、殊に 35~39 歳を中心とする中年期の死亡率が高い。C, D 地区の以上の状況からいって大阪市はこれと同様、あるいはこれ以上の深刻な生活の実態、悲惨な健康破壊があると想像するに難くない。一番多くの問題をかかえている自営業者や零細企業労働者などが多く住んでいる C, D 地区のような地域に対しては、労働衛生の面からも、地域保健の側からも、中年期に焦点を当

表 10 豊中市における中年期(40~44 歳)男子の死亡者の実態

Case No.	死因	職業・労働の状態	住居・家族の状態	生活・医療の状態
1.	肝硬変	氷屋(夏だけパート1名雇用)	2~3坪の店の2階、3階が住居、妻と子供2人(高校生)	肝臓が悪いといわれながら店を休めず、治療をほとんど受けないまま死に至る
2.	急性心不全	肉卸売業:自分一人で毎日朝早くから夜中12時過ぎまで働いていた	借家の1階土間に大きな商売用冷蔵庫。2階に妻と子供4人が住む。死亡後妻は野菜の行商	「わしは元気や、医者ぎらいや、子供のために金をためておいてるんや」が口ぐせで医者にかかったことがなかった
3.	肺癌	大手の運輸会社の荷物伝票整理:1日中大型トラックの排気ガスが事務所に吹き込む。毎日朝6時起床、夜11時15分帰宅、就寝は12時40分頃	妻と子供2人。文化住宅に住み死亡後家族は生活保護を受けている	相当症状が悪化してからも、残業をしないと食べていけないので死ぬ直前まで無理をしていた
4.	急性心不全	工具、日曜日は家具配達のアルバイト	妻と子供2人。文化住宅に住み死後家族は親類のいる山陰地方へ転居	死亡した日も日曜日にアルバイトを終え夜8時に帰宅後、食事中に発作が起き、救急車到着時には死亡
5.	肺癌	鉄工金属工場員:残業週に10時間位。1日当たり10~12時間働く	妻と子供2人。妻は病弱で通院中であるが、夫の生前は内職をし、死後は外へ働きに出ている	1955年粟粒結核で1年間入院、その後硅肺の認定を受ける。1975年結核再発、肺癌と診断される
6.	急性心不全	土建会社の日雇い労働者	独身。パラックにざこ寝	金が入ると毎晩酒を飲んでいた。朝起きていないと思ったら死んでいた
7.	肝硬変(慢性アルコール中毒)	すし板前:仕事を休むこと多く酒を飲むので収入をほとんど家に入れない	アパートに住み、妻は工場に働き出て生計を立てる	吐血しても酒を飲んでいた。治療は全くしていない
8.	肝硬変	心斎橋筋〇〇販売店社長:24時間働いているといつてもよいほど多忙。酒のつき合い多く、毎晩ビール5本、日本酒2合飲んでいた	A地区の高級住宅街に住み、経済状態はよい	肝硬変で入院中も病室へ取り引きに関する電話がジャンジャンかかってきて休めなかった
9.	肺炎	公立大学講師:アフリカ、ボルネオの野生ザルの研究に従事し多忙をきわめる	研究者である妻も数年前死亡	死亡する3年前にマラリヤにかかり、完治していなかった

てた総合的な対策が早急に実施されることは必要である。

参考文献

- 1) 南沢孝夫:大阪市における中年期の死亡率についての社会医学的検討、日本公衛誌、26(3):116-124, 1978.
- 2) 朝倉新太郎、南沢孝夫:大都市住民のくらしと健康、都市計画、No. 105:8-13, 1979.

座長まとめ

名古屋大学医学部公衆衛生学教室 山田 信也
大阪大学医学部公衆衛生学教室 朝倉新太郎

はじめに

都市の健康問題は社会医学の原点である。社会医学の潮流がますますヨーロッパにその流れが拡がったのは、まさに産業革命以後の工業化、都市化、

近代的プロレタリアートの大量発生の時期に当たっている。後進の資本主義国、日本でもその潮流は同様であり、次第に力を蓄えていった資本主義が、都市だけでなく農村をも包みこんでいった過程の中で起きたさまざまな国民の健康問題を、生物学的視点からだけでなく社会科学的にも「科学的」に解明する学問として、それは出発したのである。

ところで、いま日本では「地方」とか、「地域」という言葉がはやっている。しかし、現実に日本人の大部分が住んでいる「地方」や「地域」は、かつての牧歌的なそれではなく、まぎれもなく都市である。1億人を超す国民の75%が、わずかばかりの平地にある都市に文字通りひしめき合いながら生業を立てている。現在、概念的、抽象的にではなく、真剣に地方を問題にし、地域を問題にしようとするならば、それはまさに都市を対象に

しなければならないといえるだろう。そして、その中でも最も巨大な拠点であり、公害などさまざまな矛盾を露呈している大都市を対象に、健康に関する個々の問題を個別に取り出すだけではなく、それらをトータルに、根底に潜む社会の病理との関係においてとらえ直す必要があるのではないか、というのが、この要望主題の企画された趣旨の基本的視点であった。このような視点からの出題は先年來、大阪から続いていたが、今回はそれを全国的主要都市に拡げるため、事前に2回の準備会が持たれ、東京、名古屋、京都、大阪、北九州の各地からレポートが寄せられた。

■ 報告 1：大阪市（朝倉）

朝倉（阪大）の報告は、いわばこの企画の導入に当たるもので、これまでの大阪市を対象にした調査・研究と2回の準備会で明らかにされた他の大都市の住民の健康の実態および、そのよって来る原因を俯瞰的に述べたものである。

論点の第1は、戦後30年の経過の中で、1965～1975年（昭和40年代）を境に、大都市地域の健康水準が、相対的ではあれ低下してきている、という指摘である。戦前、日本資本主義の展開過程でやはり東京や大阪などの大都市地域の健康水準は、東北地方などと並んで最も劣悪であった。ところが敗戦とともに都市の生産機能は壊滅し、都市人口は地方の農山村部に分散した。全国をなめ尽くした各種の伝染病対策を別とすれば、その後1955～1965年（30年代）の前半頃まで、この膨大な過剰人口と貧困とをかかえこんだ農山村部の住民の生活と健康が、当時の国民保健の最大の課題となつたことは当然であった。しかし昭和30年代後半から、この基調は急速に変化していった。もちろん、それは一方の極——いわゆる僻地、過疎地域——に、生活と健康の一層の悪化をもたらしたが、都市、特に昭和40年代の初め頃までは主として大都市に、再び膨大な人口が追い立てられるように集中していった。それらの人口を待ち受けていたものが、未曾有の都市生活環境の悪化であったことはいうまでもない。報告は、大都市部における最近の健康指標の悪化を、そのような社会変動の中において検討する必要のあることを指摘しているのである。

問題提起の第2点は、現代の大都市の住民の健康状態の悪化が、一面では戦前の再現のように見えるが、立ち入って分析すればそれとは大いに異なり、「福祉社会」といわれる新たな現代的特徴を備えているという点に関する指摘である。戦前、社会保障どころか人権すら認められず、医療や公衆衛生の発達も未熟であった時代、健康破壊はまず生物的弱者である幼少および高齢層に現われ

た。また『女工哀史』や『女工と結核』で有名なように、発展初期の日本資本主義は労働男子よりもむしろ若い女子の健康を犠牲にして肥大していった。それに反し、現代の都市住民の健康悪化は女子よりも男子に、幼老よりも働き盛りの者により顕著である、というのである。これらのことについてはなお多くの検証が必要であると思われるが、都市住民の健康を、たとえば単純に内容抜きの「貧困」と結びつけるだけでは不十分で、戦前と戦後の産業構造の違い、社会保障や社会福祉あるいは社会的協同消費手段といわれるものの機能などとも突き合わせて、つまり現代的貧困との関連で検討する必要があることを示唆しているといえよう。

第3点は、大都市住民の健康水準が悪化しているということが一般的、共通的傾向であるとしても、その現われ方は、各都市の性格や構造の違いによって相異なるということである。大阪や北九州など、いわば全市域が“企業城下町的”なところ（主として西日本の都市に多い）では、市単位の官庁衛生統計のままでも、健康悪化の様相がそれなりに見て取れる。しかし東京では、いわゆる山の手と下町に分けて統計処理をしないと、その点が明らかにならない、名古屋や京都では一層細かい単位で見ないとわからない、というふうに、官庁統計はこれを無批判に用いると、往々にして眞実を見誤るおそれがある。都市と都市住民の特性について十分な社会科学分析が必要で、そのうえに立って健康指標の解析がなされなければならないことを示唆している。

■ 報告 2：北九州市（梅田）

梅田ら（北九州市民公害研究所）の報告は、わが国の基幹産業である鉄鋼業の巨大な基地である北九州市の死亡率が大阪市と並んで異常に高いことを、市の成り立ちと都市構造との関連で分析したものである。

報告によれば、北九州市も大阪市と同様に昭和40年代以降、男子、特に中年期の男子の死亡の改善が全国平均に比べて著しく遅れている。また、その中でも、戸畠・八幡東区といった、かつて新日鉄の主力部分が配置されていた行政区の死亡率の低下が遅れている。これらの行政区は、新日鉄の合理化再編で荒廃したまま残された地域であるという。死因で見ると肝硬変、自殺といった社会的要因とのかかわりが大きいものが格別も多い。このように工業化は、その始まりにおいて膨大な人口を集めて都市を発展させるが、次の時代には容赦なくそれを見捨てて荒廃をもたらす。産炭地帯などはその典型であるが、それは大都市内部でも起こっている。

戸畠など旧施設のあった地域を踏み台にして新日鉄が選んだ次の道は、北九州各市の大合併による北九州市の

創設であり、その全域を挙げての産業基盤強化方策であった。歴史的実験といわれたこの北九州各市の合併によって、住民が得たものは何であったか。梅田らによれば、それは10大都市中最高の生活保護率であり、失業、半失業の増大であり、公害の発生であり、また前述のごとき健康破壊であった。明治から現在の100万都市になるまでの北九州の都市化は、この地が古くから軍事的要衝の位置を占め、かつ鉄鋼という文字通り工業化の土台骨をつくり出す基幹産業の最重要拠点であったという特異な事情を色濃く反映し、政治権力と資本の欲求がむき出したかたちで進められた歴史を持っている。その意味で、北九州市、住民の生活と健康問題の社会医学的把握は、とりわけ住民の福祉や健康を無視して進んだ日本の都市化の源流ないしは典型例として重要であり、今後さらに検討が進められることを期待したい。

■ 報告 3：東京都（増子）

増子（東京・柳原病院、代理＝山県）の報告は、日常診療の中で体験する住民の劣悪な生活や健康状態と、日本で最も健康水準が高いことになっている東京都区部の官庁統計との食い違いなどを、見事に解明している。既に述べたように、大都市と一口にいっても、その性格や構造はそれぞれに異なっている。東京都は日本中の金力と権力が集中する首都である。したがって、そこには、大阪や北九州と同様に多数の勤労市民が都市機能を支えるために働いているが、上・中産階級も少なからず集中している。いわゆる山の手と下町は、それらの、階層を異にする者が極端なコントラストをなして住み分けている地域であるといえる。増子らは、東京都区部の各行政区を、上述の二つとその中に位する他の二つのグループに分類して分析しているが、「山の手」住民が全年齢にわたって全国水準より格段に良好な健康水準を示すのに対し、「下町」住民の健康水準は、大阪、北九州市のそれときわめて類似しており、特に中年層の死亡率は全国平均よりはるかに高いことを明らかにしている。また、このような死亡率の地域差と各地区の職業構成や生活保護率などの間に、高い相関があることも確かめられている。

東京都区部に関するこのような実態は、報告者もいっているように、なお綿密かつ慎重な調査・分析を必要とするが、大都市の健康水準が悪いのは西日本特有の現象であるかのごとき一部の言説が、あまり根拠のないことであったことを明らかにした点で重要である。繰り返しになるが、一口に大都市といってもその構造や性格は大きく異なっており、それによって生活環境やそこに住む住民の階層構成も非常に違いがあり、健康状態もそれら

の諸因子の違いを反映してさまざまな現われ方をするわけである。そのような意味で、各級行政機関や保健所が現在公表している統計資料がきわめて不備であるという報告者の指摘も、重要なポイントを突いていた。

東京都では先年各区が一定の自主権を獲得し、保健所はいなくなればそれぞれの「自治区」の住民の健康について、以前にも増して独自の責任を背負うことになった。ところが、そのような保健所ですら、その区の歴史的、社会的特徴をふまえた衛生状態の把握はほとんどなされておらず、「衛生行政の貧困」を物語っている。貧困が住民の不健康をもたらしているのには違いないが、その貧困は、実はこのようなことに象徴されている、行政の貧困、都市政策の貧困から生まれたものとはいえないであろうか。

■ 報告 4：名古屋市（金田）

金田（名大）らの報告した名古屋市についての分析結果でも、中年期死亡率の低下の停滞といったことごとく他の大都市に見られるものと共通する現象も見られるが、一方、名古屋市特有の構造とその形成過程を反映した結果を示す事実を明らかにしている。

東京と同じく、市を全体として見ると、男子の死亡率はほとんどの年齢層で全国平均よりも低い（むしろ、詳しい報告はなかったが、女子の死亡率が中高年齢層で全国平均を上回っていることが注目される）。しかし、中央部の台地を境界として、南・西部に展開する工業・商業地帯と東部丘陵地帯の住宅地域に分けて見ると、東京の山の手と下町ほどは顕著ではないにしろ、全年齢訂正死亡率は、中年期死亡率、乳児死亡率、結核罹患率などすべてにわたって前者の方が悪い。また、それを裏づけるかのように、生活保護率、完全失業率にも明らかな差がある。

しかし、全区の中で最も健康指標が悪い南部の港区にしても、他の大都市に比べると必ずしも悪いとはいえない程度のものであることに示されているように、大都市の病理現象は、いわばまだ“半顕在”といった状態にあるものと思われる。

ところで、名古屋市のこと「巨大なる田舎」と評する向きがあるそうであるが、上述のことと考え方わせると興味深い呼び方である。東京が管理中枢機能をテコに、また大阪や北九州が巨大企業を拠点に肥大したのとは異なり、名古屋の都市化はいろいろの要素の集合といった面が強い。自動車、鉄鋼などの戦略産業が外辺の豊田市、東海市に位して労働者層を外部に向けて吸引していることも、他の大都市とは異なった条件である。今後こういう点であるとか、また戦後の保守市政下の都市計

画、あるいはその後の革新市政の下における保健・福祉の施策と市民生活や健康との関連などの諸点にも着目した調査・研究が進められることを期待したい。

■ 報告 5：京都市（山下）

山下（奈良医大）の京都市に関する報告も示唆に富るものであった。第1に、この町の健康指標は、他の大都市とは違って、静かなたたずまいを見せる古都にふさわしく、かなりよい状況を示している。たとえば全人口の訂正死亡率にしても、また平均寿命にしても、大阪などのそれと比べると段違いに良好であるし、全国平均と比べてもかなりよい。中年期の死亡も、死亡率の低下は他の年齢のそれに比べると停滞しているが、死亡率そのものの値は全国平均とほぼ等しい。人々の流出入が比較的少なく、住宅事情も大都市の中では恵まれているなど、生活と地域社会の安定が比較的よく保たれている京都市の実態を反映しているものと考えられる。しかし、第2に、市南部の工場地域（下京、南、伏見の各区）と周辺部の各区の中年期の死亡率を比べるとかなりの差があり、東京や名古屋でも認められたように、全市を一律に見ることはできない。南部は住宅事情、生活保護率、医療施設の分布などの社会指標も市平均より悪い。

このように必ずしも問題がないわけではないが、西日本の各大都市に比べると京都市が良好な健康状態を保つてきているのは何故であろうか。それは単に古都であるから、というだけでは説明し切れないことである。報告者によれば、その一番重要な違いは、高度経済成長期に、西日本の各都市がこぞって工業化の道を選び、住民の健康と福祉に大きな障害を与え、結局は都市そのものの荒廃を招いたのに反し、京都は市民の抵抗によってその道に追随しなかったことにある、という。確かに戦後から60年代の半ば頃まで、保守市制のもとで京都市もまた高度成長に連なる開発計画を導入し、市南部の工業化に手を染めたことがあった。しかし、その方向は市民の強い反発を生み、再び革新市政が復活して開発計画にはブレーキがかけられ、今日に至っている。また観光事業、西陣織、清水焼などの伝統的な地場産業を育成する政策が、無秩序な工業化の抑止力となることも無視できない。北九州市の都市化の歴史と京都のそれを対比すればきわめて明瞭なように、都市化の原動力は何か、主役を演ずるものが市民か、それとも権力や資本か、それによって都市の性格や市民の生活がどのように変わるか、といった問題を考えるうえで、京都の例は重要な示唆を与えてくれる。

■ 報告 6：京都市九条（谷田）

谷田（京都・九条診療所）の報告は、これまでの他の

報告がいずれも大都市全体ないしは区レベルで住民の健康をとらえたものであるのに対し、さらに小さい小学校区レベルでの調査である点に特徴がある。東京や名古屋からの報告で明らかになったように、市全体では覆い隠されていた事実が、区別あるいはブロック別に見ると明らかにされた。しかし、区単位で見る場合にも同じようなことは起こるはずである。その欠陥を補うためには、小学校や中学校の校区レベルで調べると一層地域の特性が明白となり、生活と健康の状態をより正確に分析することができる。ただし、統計的には、数が少ないので起こる誤差を注意しなくてはならないことはいうまでもない。

報告者は、先の山下の報告にもあった、京都市間では最も健康水準の悪い南区の、その中でも最も生活水準が低く、労働者や在日朝鮮人が密集している地域の診療所医師として長年診療に従事する中で集録した資料をもとに、都市社会の底辺にある人びとの健康の状況について、特に結核罹患の状態を中心にして報告された。報告によれば、結核死亡、結核患者が減少しているという一般的な傾向にもかかわらず、この診療所には1978年新発生患者が急増した。しかも、新発生患者には単身者、病的飲酒常用者、生活保護受給者などが多く、市民の底辺部に生活の崩壊が進行していることを思わせる。また、この学区の「衛生統計」によれば、南区全体と比べて新生児死亡率、死産率ははるかに高く、死因順位の第1位は依然として脳血管疾患であり、自殺の増加も顕著であるという。

東京の山谷、大阪の金ヶ崎など、大都市にはかなり大規模のスラム化した地域が存在しているが、他の大都市においても程度の差はある、これに似た社会病理現象としての貧困不健康地帯が形成されている。谷田の報告は京都市におけるその一端を明らかにしたものであるが、他の大都市における実態も明らかにされることが期待される。何故ならば、こうした地域は決して“例外”的現象ではなく、大都市に共通する住民の貧困化、地域荒廃の“典型”としてとらえるべきものだからである。

■ 報告 7：大阪市（逢坂）

逢坂（阪大）の報告は、大阪市に隣接する地域に、大阪市の都市化が拡がり、荒廃してゆく様相と、そこでの住民の健康障害を扱ったものである。大都市を核として始まる貧困と不健康が沈殿する地域は、都市政策を誤るとあたかもガン細胞のように周辺に拡がる。大阪市とその周辺部はまさにその典型で、報告者の取り上げた豊中・市庄内地区はその一つである。報告は、この地区が程度の差はあれ全く“大阪化”していることを、中年期の死

亡率などの健康指標に基づいて明らかにしている。

また、この報告の特徴は、中年期の死者（男子）の家庭を訪問し、生前の労働や生活と、発病から死に至る経過を併せて検討していることである。この調査で明らかにされた事実は、予想された通り、憲法25条や、労働基準法、労働安全衛生法、公衆衛生関係の諸法規、社会保障や社会福祉の諸制度が、恵まれない働き盛りの労働者にとっていかに空しい存在であるかということである。

零細企業の労働者だけでなく、業主までも死の直前まで働き続けている。生活が苦しいために休日もアルバイトを余儀なくされる労働者、入院しても店の心配をしなければならない商店主、また不規則な生活の水商売関係の人も多い。家庭のない単身者も少なくなく、一見はなやかにみえる知的エリートの研究者も体をすり減らしてしまう。このように仕事のためであれ、家族のためであれ、その動機は別として、現在の中年は激しい社会の動きの中で心身をすり減らし、忍び寄る病気や老化を自覚せず、自覚したときはもう手遅れ状態という経過をとつて不幸な転帰をたどるのである。その意味でこの報告は、現在の労働者に対する健康保障の体系的不備を今後どのように改善させていくか、という問題を改めて考えさせる問題提起であるといえよう。

■むすび

以上のように、全国各大都市からの報告はこれまでもある程度予想もされ、特に東京の増子や京都の谷田のように現場で実際に都市住民の診療に日常接している人にとっては、実感として早くからとらえられていた大都市の労働市民の生活と健康の実態を、ある程度客観的かつ全体的に把握するうえで、大いに有益なものであった。

大都市こそ戦後30年の日本がつくり上げた最大の社会的生産物である。これが傑作であるか、駄作であるかは、ようやくかけがりが濃くなってきた1980年代以降のわが国勢の歩みの中で、試されることであろう。戦前、日本資本主義はいわゆる殖産興業の旗印の下で都市を興してきたが、都市で生起する諸矛盾を農村に還流し、あるいは外国にそのハケ口を求めた。しかし、現在の都市

はその規模においてもちろん戦前の比ではなく、そのうえ既に矛盾を還元すべき農村も植民地も持たない。都市問題は、都市自身が蘇生する以外に解決の道はあるまい。かの「田園都市構想」といった、せいぜい一部の別荘族の欲求を満たすにすぎないような計画ではなしに、本当に都市の、しかも都市の社会的機能を底部において身体で支えている労働市民が、大都市の中においてもゆとりのある生活と健康を維持発展できるような、諸々の都市政策が必要なのである。

大都市住民の健康問題についていえば、医療施設などの“物”や制度についてももちろん意を用いなければならぬが、抜本的に改善しなければならないことは、生活の基盤をより安定・強化させることであろう。そして、それに必要な“物”的条件として、住宅、その他の生活環境の整備が絶対に必要である。

公園など都市空間をもっと人間らしい、潤いのある地域として整備する必要のあることはいうまでもない。また、そういった施設や場所だけではなく、地域社会のよき人間関係を復活・維持させるための努力のあり方も根本的に見直すべきである。さらに重要なことは、都市労働市民の不安定な就労や営業状態を根本的に安定させるための、労働条件の向上や、自営零細企業に対するもっと手厚い保護・育成策の推進である。

都市社会学者マンフォードが既に40年も前に警告しているように、都市が企業の営業の場として利用されるだけの空間になれば、やがて地価上昇と環境悪化のため市民は都市を捨てる。企業は利潤の上がらない社会资本の建設を自治体に委ねるが、貧困層の沈没した都市自治体にはもはやその財政能力はなく、都市はやがて荒廃するのである。

今回の報告でも、大阪市や北九州市の荒廃はかなり進行していることが健康指標からも示唆されており、その他の都市でも、部分的、地域的にはその兆しが現われていることが示された。社会医学研究会としては現在および将来のわが国における最も重要な社会医学の研究対象として引き続き「都市」を取り上げていくことが必要である。

新刊

医療と教育の刷新を求めて

日野原重明

●A5 頁300 図15 1979
¥1,600 〒200

本書は、POシステム、プライマリー・ケア、健康の自己管理など、一連の新しい医療のあり方を推進するための啓蒙活動をつづけていている著者の、医療と教育に寄せる論文集である。これから医師・看護婦・co-medicalスタッフのあり方が、著者の哲学と情熱によつて語りかけられている。

医学書院 113-91 東京・文京・本郷5-24-3 ☎東京(03)811-1101 振替東京7-96693

要望主題II 抄録

——市町村保健センターと地域保健活動

『座長』 小栗 史朗 山本 繁
(名古屋市千種保健所) (京都府井手保健所)

II-1. 市町村から保健所設置要求の運動を

国立公衆衛生院 西 三郎

保健所法政令市を拡大していくには、理論的な面からの、政令市の意義、位置づけの検討も必要ではあるが、他方、個々の市(町村)の側から、市民の健康を守る責任を達成するためにも、保健所の設置の要求が具体的に提示されることが必要といえる。このためには、個々の該当する市において、保健所設置についての市民要求を集めるとともに、当該市において、保健所設置による財政負担の可能性を明らかにすることが必要といえる。ここでは、保健所設置の要求が市民側から表明された三鷹市の事例について報告しよう。

■ 保健所設置の住民要求

三鷹市では、前市長・鈴木平三郎は、公衆衛生医であったことも関連し、下水道を早々に完成させるとともに健康手帳制度の導入を図った。また、保健所設置についての要望をかねてから抱いていた。その後、武藏野保健所から三鷹保健所が分離・独立したのを契機に、保健所業務と三鷹市衛生行政の一本化を強く都に提案した。しかし、その実現は見られなかった。このような背景の中で、前市長の作成した「基本構想」を受けた坂本貞男現市長は、基本計画の策定を図った。そのため、基本計画素案を1978(昭和53)年1月作成し、関係機関、団体に意見を求めるとともに、広範な市民各層の意見を集めるため、「まちづくり市民会議」を設置し、素案の検討を行なった。市民会議は同年3月10日に設置され、4分科会に分かれて審議を進め、7月5日、意見書を提出した。同会議第3分科会(福祉)で保健衛生事項を審議し、市の衛生行政における公衆衛生専門医の不在、行政の統一性の欠如などの点が厳しく追及される中で、保健所活動と市衛生行政の一本化が提案された。さらに、市の案に

ある健康管理センターの性格の不明確さが指摘されるとともに、保健所を市に移管し、健康管理センターの機能を保健所に含め、衛生行政の一本化を図るべきだという強い意見が出された。その後の討議の中で、保健所業務の強化と市への移管の推進が全員一致で意見としてまとめられた。しかし、それに引き続き策定された基本計画には、同分科会の意見としての保健所移管の要望は割愛されている。そこで、同分科会の解散後も、同委員は私的会合を続け、市企画担当者を含めて討議を続け、基本計画に含まれなかつたが、保健所移管の方向について再確認がなされている。また、さらに保健所移管への運動の準備が進められている。

■ 可能な市費負担

以上、三鷹市では保健所移管が基本計画には含まれなかつたが、その考え方は、市民に徐々に浸透しつつあるといえる。

最後に、財政面について、『地方交付税補正係数編』に示されている資料から、保健所設置による衛生費の増加率は1977年度が2.396、1978年度が2.306である。『地方財政白書』に基づいて1977年度決算から推計すると1.529倍である。なお三鷹市は、現在の財政状況のもとでこの費用を負担することは可能である、と企画当局から示されている。

II-2. 市町村保健センターの現状と問題点

——茨城県石岡メディカルセンターの事例から

茨城大学教育学部 加納孝四郎

市町村保健センターが全国各地で建設されている。しかし、このセンターに対する自治体労働者の反対は極めて強いものである。同センター構造には多くの問題点が存在していることも、また事実である。だが、重要なことは、全国の2/3の市町村に何らの保健施設も設置され

ていないという現実と、そのような施設の設置を保健医療従事者はもちろん、地域住民が切実に望んでいる点であろう。そして、問題は、センターの建設計画・管理・運営に当たって、どれだけ地域住民および自治体労働者の意向をそこに反映させていくのか、という点である。

■ 石岡メディカルセンター設立経過

1974(昭和49)年頃から救急医療体制の整備に関する石岡市民の要望が高まり、これを受けて石岡市職労が救急医療に関する住民意識調査を実施した。約1,200名の回答者の中で、その95%が救急医療体制の早期確立を要望しているという結果に基づいて、署名、請願が実施された。翌年に外科、産婦人科、内科(小児科を含む)の在宅輪番制の休日緊急診療体制がスタートした。1976年には休日緊急診療所が開設された。52年に入り、「石岡保健所改築移転構想」が具体化してきたが、同時に、厚生省による保健センター構想も現実性を帯びてくる中で、保健所とセンターを結合させる動きが出てきた。この段階で住民の要望が保健センター構想に直結され、医師会の主導性が鮮明になった。その後これは、茨城県メディカルセンター(県医師会)のサブセンターとして位置づけられていった。

■ 石岡メディカルセンターの特徴

保健所と同一建物内にセンターが設置されているが、設計の段階から事業内容の企画、立案、職務遂行に当たっての連携、調整などの作業が行なわれずに終わった。また、センターの運営には市が責任を負っている。保健予防課職員全員がセンターに配属されている。センター運営委員会が健康づくり推進協議会とは別に組織されている。しかし、センター運営に住民・労働者の意見を反映させる仕組みになっていない点には問題がある。センター内に医師会事務局があり、医師会主導が濃厚である。

■ 今後の課題

センターを住民・労働者の立場から運営していくことが必要である。そのためには、運営委員会規則の条例化、委員構成の民主化が必要である。住民・労働者側は市民のニーズを把握し、保健医療政策を持つことが重要。また、保健所との連携を深め、事業を住民サイドに立って見直すことが望まれる。市町村と保健所との有機的結合をはかりつつ、住民サービスをめぐって相互の競り合いが行ない得るかどうかが今後の課題であろう。

*

*

II-3. 保健センターをより住民のものとするために

東京都職員労働組合保健所支部 石井 辰雄

■ 八王子市の保健センター設置計画

1978年3月、八王子市定例市議会は保健センター設置計画(案)を可決した。市側の提案説明によると、①現在民間施設を借用して開設中の夜間救急診療所等の部門を併設し、②予防接種や保健婦活動の拠点にしたいというもので、その概要は次のとおりである。

(1)敷地面積 812.32 m²

(2)建設規模 1,300 m² (鉄筋3階建て)

(3)施設の機能

①夜間救急診療所の設置(現行診療所の移設)

②休日歯科診療所の設置(現行診療所の移設)

③母子健康相談および栄養相談等保健婦活動の拠点

④予防接種の拠点

⑤救急診療情報システムの導入(電話による)

(4)予算規模 総額2億5,875万円(うち国庫補助金2,700万円)

現在、八王子市は、胃・子宮がん、循環器検診、母親学級、幼児保育相談、母子歯科検診などの任意保健衛生業務を行なっているが、保健センター設置後は、新規事業として9カ月児・1歳6カ月児健診、虫歯予防衛生教育、フッ素塗布、成人病食講習会などの実施、現在4名の保健婦体制から12名(栄養士、歯科衛生士を含む)への増員を計画している*。

■ 八王子市職労との共闘のあらまし

こうして、市の保健センター設置計画が具体的に進む中で、1978年8月八王子市職員労働組合(市職労)から東京都職員労働組合(都職労)保健所支部八王子保健所分会に、保健センター問題について共闘の申し入れがあった。支部では、事の重要性から問題を支部レベルに移し、共闘関係を発展させることを確認し、対応してきた。八王子市職労との話し合いで次の点が確認され、運動が進められてきた。

①保健所の拡充・強化が基本であること。

②保健センターの公的責任を明瞭にさせること。

③保健所との関係を明らかにさせること。

④保健センターの運営費等、国に対する市の態度を明らかにさせること。

⑤財政展望を明らかにさせること。

* しかし、54年度予算では新規事業および増員は認められていない。

以上を基本に、保健所支部が中心となり、市長、市議会議長、社会党・共産党・革新会議員に要請と陳情を行なってきた。われわれの要請に対する市側回答、議員による9月定例市議会での一般質問での市民部長答弁を足場に、八王子市職労は市側との間に要約次のような覚書を取り交わしている。

- ①保健センターの運営と事業内容を変更する場合は、事前に協議する。
- ②健康づくり協議会は作らず、センター市直営で企画し、運営する。
- ③今後とも保健事業は、市自らの責任で行なう。

■ 結び

市職労の取り交わした覚書は、

- ①自治権を貫き、市の姿勢を正した点で評価できるものであること、
- ②労働組合が地域住民の健康を守るという身近な問題で共闘関係を樹立させた経験は貴重であり、今後、センターをより住民のものとしていくために持続的な共闘が求められていること、

などを差し示している。

II-4. 宮城県の保健所機構改革をめぐって

宮城県登米保健所 西郡 光昭

宮城県は1979年4月、保健所の機構改革を行なった(保健所法政令市である仙台市を除く)。その骨子は、これまでの14保健所を9保健所と5支所とした点であるが、その構想、内容、問題点について述べたい。

■ 構想と内容

宮城県の衛生行政関係者の間には、宮城県は衛生行政では全国の先駆的役割を果たしてきたとの認識が強いようであるが、1968年に発表された「保健指導網の近代化」(宮城県公衆衛生協会)は「保健所問題懇談会基調報告」(1972年)などに強く影響を及ぼしたとされていた。構想では、保健所業務の中で、監視・許認可事務、社会防衛的ないわば行政権限を伴う業務が、時代の推移とともに対人サービスの位置を奪ってきたとして、相応じない業務——監視・許認可事務などは可能な限り集中化し、住民の身近なところで行なわれるべき対人サービスは分散させて、市町村保健センターの整備をも含めて強化する方向で再編するべきだ、とする意見が強く出されていた。

再編された9保健所5支所の管内市町村数、人口などは表のとおりであるが、支所となった旧5保健所からは食品、環境、薬事、公害などの業務が集中化されて窓口

表 宮城県保健所機構の新・旧比較
(人口は1979年3月31日現在)

保健所名	所在地	旧		新		
		管内市町村数	管内総人口	保健所名	管内市町村数	管内総人口
白石	白石市	1市2町 59,030				白石
大河原	大河原町	4町 74,999		仙南	2市7町 188,919	
角田	角田市	1市1町 54,890				角田
岩沼	岩沼市	2市2町 127,914				変わらず
宮黒	仙台市	1市5町1村 159,807				変わらず
塩釜	塩釜市	2市3町 151,715				変わらず
石巻	石巻市	1市9町 240,062				変わらず
涌谷	涌谷町	4町 64,569				涌谷
古川	古川市	1市3町 86,239		大崎	1市13町 221,097	
岩出山	岩出山町	6町 70,289				岩出山
築館	築館町	6町 50,002		栗原	10町 99,044	
若柳	若柳町	4町 49,042				若柳
登米	迫町	9町 100,091				変わらず
気仙沼	気仙沼市	1市4町 115,039				変わらず

業務のみが残ることとなった。これまで続いている技術職員の兼務は解かれたが、職員の定数増は得られなかった。

■ 問題点

今回の再編によって、1保健所当たりの管内市町村数、面積、人口などは急激に増大することとなったが、住民サービスの面ではどうであろうか。また今後、支所の業務のうち行政権限を持たない対人サービス部門を市町村に移し(市町村保健センター)、支所を廃止する方針が打ち出されており、その場合、市町村の負担が過重となることが予想される。その他、保健所が本来持つべき総合的機能が保たれるかなど、今後の問題は大きく、かつ多い。

II-5. 大阪府下における保健所と保健センター

大阪府岸和田保健所 丸山 創

■ 保健所整備とその背景

1971年以降、都道府県保健所は17カ所が廃止され、9カ所が新設された。この間、国は予算上、保健所の増

設を認めないばかりか、毎年定員を削減している。

大阪の場合、戦後長年続いた中央直結型の保守府政のもとでは、急激な人口増にもかかわらず、保健所は増設されなかったばかりか、3支所が廃止されている。1971年、黒田革新府政が誕生してからこの8年間に、建設中を含め4保健所、4支所を増設し、2保健所を改築し、職員約300名を増員した。これは黒田知事の、憲法と地方自治を擁護する姿勢と公約の実現でもあった。これを支えたのが、大阪府職員労働組合であり、同保健所支部の運動であった。

保健所支部は1967年以来、自治研保健婦部会を毎月開催し、住民の要求に応えるという自治研精神の観点から、業務の研究と学習を重ねた。1969年から保健所支部は、「保健所の現状と問題点」の調査・分析に取り組み、1971年に『保健所白書』を作成した。これと並行して保健所支部は、保健所の拡充・強化を理事者、当局に強く要求し、あるいは連日組合員を動員し、あるいは戸別訪問による署名運動を繰り広げ、活発な運動を展開し、ねばり強い交渉を続けた。保健所も住民に訴え、住民と連帯して、保健所新設の住民運動を組織し、支援した。理事者、当局はこれを防ぎ切れず、1974年、組合との間に継続的な検討組織である「保健所問題検討会」の設置を提案した。その後、この検討会における8カ月にわたる検討結果に基づいて、職員の増員が急速に実現した。

■ 保健センターの実態

大阪府の場合は、府下市町村の約40%が保健センターを設置しているが、国の制度実施以前に建設または計画されたものばかりである。大部分は市町村の休日急病診療所設置の際に、ついでにつけ加えられた対人保健サービスの場にすぎない。それ故、保健センターの大部分は、専任職員も配置されておらず、事業活動の実施主体となっているわけでもないので、保健所と直接の関係はない。しかし、保健センターは市町村によって設置の経緯も異なり、その実態も多種多様で、しかも多分に流動的な要素を含んでいる。

そこで、保健所としても、地区の実情と住民のニードをふまながら、次のように、情況と段階に応じた対応が必要となろう。

(1) 未設置の段階では、関係者に国の真のねらいがどこにあるかを徹底して知らしめ、保健所または支所の設置と拡充・強化を優先させる。

(2) 計画の段階では、住民の要求、労働組合あるいは保健所の意見を計画に取り入れさせる。

(3) 設置された段階では、いっそう充実させるため

に、住民と連携して運動するとともに、保健所として必要に応じて市町村に協力する。

II-6. 住民参加の保健衛生協議会

——東京都品川区の例から——

(東京・MSW) 三島 春光

今日、政府・厚生省が積極的に取り組んでいる「健康づくり推進事業」は、全国各地で着実に前進しているようである。しかしながら、既に知られているように、その意図するところは、医療費増大傾向への対策が大きな柱であり、国民の健康破壊の、この根本的原因を解決する方策を放棄し、国民自身および地方自治体にその責任を転嫁することにある。

■ 危険な中味

東京都品川区の経験で見る限りにおいては、5年越しの住民運動を逆手に取り、住民不在・厚生省追隨の施策であるといつても過言ではない。昨年からスタートした「品川区保健衛生協議会」は、住民参加の協議会の設置を求め、「救急、休日、夜間診療」などの地域要求とともに住民運動の中で実現させたものであった。しかし、1年以上も経過したこの協議会運営にさまざまな疑問が生じている。

構成メンバーは行政、医師会、議員、さらに行行政の息のかかった各種団体代表でほとんどが占められており、わずかに1名、請願者推薦の代表として、実質的に運動を推進した「医療をよくする会」の代表が参加しているだけであり、住民参加の表看板は名ばかりともいえそうである。そして、この協議会においては「住民は甘えすぎ」、「与えすぎ」といった住民蔑視の意見が平気で交わされる、といった反住民的体質があるということを見ても、眞面目に住民の健康を守ることを語り合おうとするものではなく、ましてや住民の期待に何ら応えようとするものではないことが明らかである。このことは、後に行政が、われわれの抗議の交渉の席上、「ちょうど厚生省から市町村健康づくり推進協議会の行政指導もあった」と認めているように、既に全国で60%の組織化が成功しているといわれているこれら地方推進協議会が、危険な中味を持っていることを示しているのである。さらに重要なことは、その中味が、膨大な国民の健康破壊の現状には全く目をつむり、「健康づくり」という一面にのみ力を入れ、今日、複雑な疾病構造とその社会的原因のもとで苦しめられている多くの患者には振り向かず、こうした患者群には「病気は受益者負担で治療を」という思想で貫かれていることである。

近年、地方財政難を理由に、山積みする住民の要求を逆手に取った形で、実際は住民の要求ではなく、行政の要求という形で住民に押しつけられることが多い。そこに「人間的ぬくもりのない、生活のにおいのしない」行政の現われる根拠があるといえる。一方で保健所の統廃合を叫び、もう一方で地域の保健衛生を守るというところに、矛盾があるのは明白だ。われわれは、十分な警戒心のもとに、いっそう強力な住民運動で真に住民の健康を守る地域組織づくりを進めなければならないと考える。

II-7. 地域における保健医療問題への取り組み ——京都での取り組み・その後——

奈良医科大学衛生学教室 山下 節義

「1億総不健康」といわれるほどに、国民の不健康状態が拡大している今日、単なる健康自己責任論を前提としてではなく、健康権の確立を目指して、健康を守るために取り組みへの住民参加を日常的に実現させることが必要である。そのためには、各地で取り組まれている「住民参加」による、健康を守るために運動を批判的に点検し、実践的に生かすべき教訓、克服されるべき課題を明らかにすることが重要であろう。

■ 経過、目的、構成など

本報告では、かかる事例のひとつとして、第18回社研（東京）に引き続き、1977年以来取り組まれている京都市地域保健・医療協議会（以下、会と略称）の実態と課題を報告する。

この会は1977年11月に発足し、一昨年末に第1回意見集約として、健康教育・健康検診に関する当面の改善点について問題提起を行なった。この会は、市民の健康を守る責務は国・自治体にあることを前提に、保健・医療関係者の協力の必要性と、市民の自覚に立脚した個人的あるいは組織的な取り組みの重要性に基づき、市民、保健・医療関係者、行政の3者が「それぞれの役割分担にもとづく、とりくみ、参加、連携による市民の健康を守るために保健・医療計画の策定」と関係者の「共同思考、共同作業」による「情報の交換、企画立案、役割分担にもとづく協力、参加、活動および点検」などと取り組んでいくことを目的としている。

会の構成は、医師会、地域婦人会連絡協議会、保健協議会連合会、労働団体など全市的規模の19団体の代表と、民生・衛生・教育の3部局の行政代表など合計33名。委員は市長の委嘱によるが、会は市長の諮問機関で

はない。委員の互選による会長が会を招集し、委員の合意によって運営され、市長任命の市職員が事務局を構成し、委員を補佐する。会は当面、全市的規模の課題を扱うが、近い将来、行政区ごと（保健所単位でもある）に、この種協議会を設置することを目標としている。

■ 克服すべき諸課題

大都市における住民参加による保健計画立案への取り組みは大変困難とされているが、この会の場合もまた、今後の発展のために早急に克服されなければならない課題を多く抱えている。①委員の団体代表性をいかに保障するか、②協議会と団体構成員や一般市民との結びつきをどう保障するか、③行政区レベルに設置するときの代表の選出をどうするか、④予算的裏づけの伴う年次計画の立案に必要な専門的担当者をどう保障するか、⑤会の運営目的などに関する委員間、団体間の認識のズレを早急に克服するにはどうしたらよいか、⑥市民の日常生活で遭遇する諸課題と協議会との距離をどのようにしてより短縮するか、等々。

II-8. 名古屋市に見る「地域公害審議会」について

（名古屋市）みなと医療生協 森 昭男

わが国における60年代の高度経済成長は、世界的にも類を見ない様相を示した。その経済の高度成長と比例して、公害が全国的に増大していった。そして、公害反対運動も60年代後半から70年代前半にかけて野火のごとく広がった。

公害反対運動に代表される住民運動の高まりは、各地に革新自治体を生み出していく大きな原動力となった。また、財界・大企業は、公害対策についても一定の譲歩をしてきた。しかし、「低成長時代」といわれる現代において、財界・大企業の巻き返しはすさまじい。

このような情勢をふまえ、名古屋市公害防止条例に基づく「地域公害審議会」について見てみたい。

■ 市公害防止条例制定の背景

名古屋南部の大気汚染による公害患者が増大し、死亡者も出るに及んで住民の怒りが高まっていた。このような状況の中で、72年7月に、歴史的な意味を持つ四日市の公害裁判の判決が原告側の勝利として出た。同年10月には、県下初の「港区公害病患者の会」が結成され、公害対策愛知連絡会議は請願運動を展開した。そして、同年12月末の市議会で可決されるに至った。この条例の中には、全国で初めての調査請求権（第39条1項）、規制措置請求権（第39条3項）が盛り込まれ

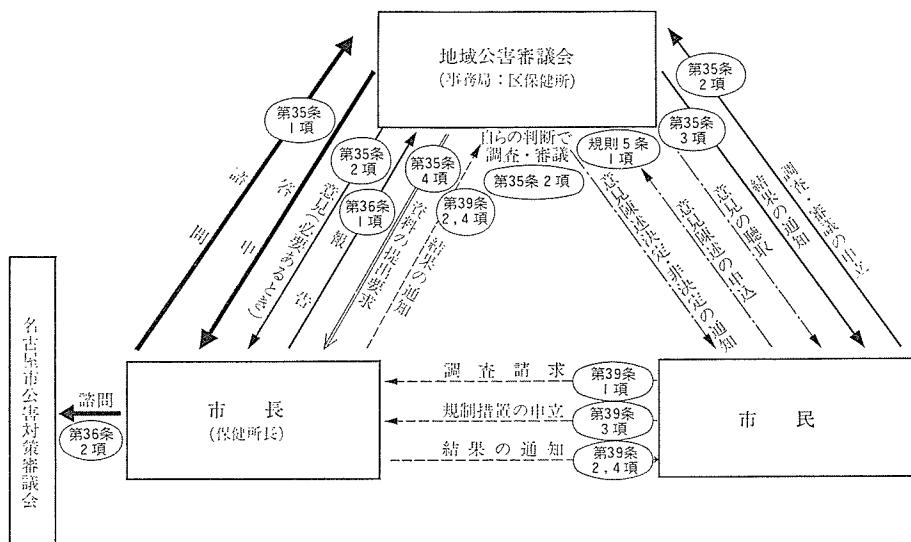


図 地域公害審議会の所掌事務

た。

■ 地域公害審議会の仕組みとその運営（図参照）

仕組みは、市長の附属機関であり、所掌業務として区域住民の公害に関する窓口となり、主に公害防止施策等に関する調査・審議をしている。構成には一定程度、住民の声が反映できるようになっており、市長が委嘱した26名から成る。運営は、細則に定めるほか、運営要領によって運営されている。発足当時、港区地域公害審議会が第1回会議は傍聴を認めながら、第2回会議に傍聴を拒否した事件があったが、これはすぐ撤回された（1973年12月）。

■ 地域公害審議会の活動

港区地域公害審議会の活動の例を一、二紹介する。

〔例1〕患者会のCさんは、東邦ガス港明工場のばい塵などの大気汚染状況等々について調査を請求した（74年2月）。これに対して審議会は、同工場にかかる資料や測定結果などを検討し、工場視察を実施しながら、調査・審議を行なった。調査は市の公害対策局や港保健所が行ない、結果は市長名でCさんと審議会へ通知された。

〔例2〕同じくCさんは、公害発生源の調査とその対策を申し立てた。これに対し審議会は、審議結果を当人に通知してきた。それは、市長に「意見書」を提出した内容で、「行政指導を強化するとともに、環境汚染の把握に努められたい」というものだった。こういう中で、一定の対策が行政的に講じられた。

■ おわりに

公害はまだ終わっていない。地域における住民の自覚

的で地道な活動は大変貴重であり、重要であるが、それぞれの分野における専門家の協力・共同は、また重要であり、果たす役割は大である。

座長まとめ

名古屋市千種保健所 小栗 史朗
京都府井手保健所 山本 繁

■ はじめに

名古屋地域世話人代表として山田（名大・公衆衛生）は、要望主題として取り上げた意義を述べて挨拶とした。すなわち、保健所のあり方と地域保健という課題は、社医研がこれまで追求してきたものである、また市町村保健センターが発足している中で、この構想について批判も重要であるが、積極的に住民の立場に立つものに変えていくにはいかに対応すべきか、という論点も重要なになってきている、と述べた。

続いて座長は、全般的な状況に触れながら日本公衆衛生学会保健所問題委員会の「中間報告」に言及した。すなわち、今日、国の側からも国民の側からも、地域保健医療活動（公衆衛生）が、①健康増進、予防、リハビリ、②医療関係者の協力と住民の組織活動、③自治体、とくに市町村の役割、という3つの柱を軸に重視されているが、問題は、国の認識と対策は、自治体とくに市町村の行財政を含む自治権の強化・充実の方向で具体化されるのか、それとも“地域自前論”あるいは“健康自己責任論”に見られるように、住民自らの責任と負担の方向で具体化されるのか、という点にある、と。

ところで広島県は、自治省の「地方の時代」のチャンピオンとされ、知事は「市町村行政の強化が基本的な考え方」と言明しているが、1972(昭和47)年から保健所7カ所を廃止し、近年中に保健センター設置の市から保健所を撤去する予定である。これは、市町村の自治権の強化ではなくて、下級行政機関に行政事務を下ろし、コミュニティづくりを進めて受益者負担の受け皿を整備する施策と連動している。明治以来の官治主義の強化をはかる一方で、公衆衛生を營利性に埋没させていくものである。

この広島県に対し、本日報告される宮城県は、統廃合のアプローチこそ違うが、結果的には同じ路線をたどっている。

社医研は、早くから保健所問題を取り上げ、住民のための公衆衛生と保健所のあり方について、理論と実践の両側面の研究を蓄積してきた。一昨年(1978年)10月に発表された保健所問題委員会の中間報告「地域保健のあり方について」は、このような取り組みの成果によるところが大きいとして、委員長であった小栗は社医研に謝意を表明した。

この中間報告は、原則的な考え方として「『地方公共の秩序の維持』と住民および潜在者の『安全、健康、福祉』は、基礎的地方公共団体である市町村の『事務』である。したがって、国と都道府県は『地方自治の本旨』を尊重し、市町村に保健所機能をもたせるべきである」と提言している。この考え方は、公衆衛生行政の特性として、それが住民生活に深く、また多面的に結びついて推進される必要性を把握し、住民自治の基盤となる市町村にそのような公衆衛生行政機関を整備すること、現実的には、都道府県保健所を人口おおむね10万を最大限として整備し、できるだけこれを市に移管し、町村には保健所支所を整備することを強調している。

この考え方に基づいて冒頭の報告者、西(公衆衛生院)は、政令市保健所整備の具体化を論じた。また丸山(大阪府岸和田保健所)は、大阪府の事例から保健所整備の条件を指摘し、市町村保健センターについては否定的見解を示した。八王子市の保健センターについての報告は、保健センターを住民のものとするための先駆的な実践例である。また、公衆衛生行政を住民のものとするための住民参加についての事例が3つ報告されたが、その民主的運営は容易なものではなく、関係者と行政職員の自覚と努力が強く要請された。

■ 各報告について

1. 保健所と保健センター

「市町村から保健所設置要求の運動を」において、西

は、三鷹市の「まちづくり市民会議」の委員として参加し、その中で保健所問題委員会の中間報告の主旨を生かそうとする具体的・実践的経過報告と、政令市となった場合の財政面での負担についての計算結果を論じた。

地方交付税算定根拠にもとづく計算では、保健所設置による衛生費増加率は、未設置の衛生財政の2.3倍になるが、『地方財政白書』の決算から推計した実際の率は1.5倍である。財政当局は一般的に、財源に「余裕なし」というが、市民の健康を守るために必要と判断されば他の財源を削ってでも投資できる。衛生行政を積極的に進展させるに当たって必要財源はあることを、基本的に理解しておくべきである、と強調した。

なお、この財政計算は、どの役所にもある『地方交付税補正係数編』、『地方財政白書』および『地方財政統計年報』を根拠としたものである。

「市町村保健センターの現状と問題点」は、誌上発表になったものである。茨城県石岡市では、保健施設への強い要求によって、保健所(改築移転)、救急診療所、保健センター、医師会事務局を含むメディカルセンターが設置された。しかし、設計の段階から運営に至るまで住民と関係職員の意見が反映されておらず、結果的には医師会主導型になった点をこの報告は問題にしている。今後の課題として、運営の民主化と、市町村と保健所が住民サイドで統一した「有機的結合」をはかりつつ、住民サービスの向上を目指す「相互の競り合い」が指摘されている。

上記報告での問題を克服し、組織的統一と民主的条件整備で一定の教訓を与えるのは、石井(都職労保健所支部)の報告した「保健センターをより住民のものとするために」である。報告によると、保健センターをめぐって、八王子市の自治権の確立と住民の健康を守ることを共通の基盤として、都と市の職組の共闘が成立し、一定の成果が上げられた。しかし市は、市職労との覚書の予算化を怠り、保健所との統一的な業務調整もこれからという段階である。具体的な業務を話し合う中で、都と市との関係の改善を積み重ねることが重要である、と石井は述べた。

「国民健康づくり対策」では、市町村の対人保健サービスの拠点として保健センターを設置しようとしているが、以上の2報告は、それを「住民のものとする」には、なお克服されねばならない多くの課題があることを教えている。その最大のものは、八王子市の例が教えるように保健所の援助のあり方であり、再編成の攻撃に揺らぐ保健所のあり方は、市町村衛生行政に大きな影響を与えるものである。次の宮城県と大阪府の報告は、それ

ゆえ貴重である。

1979年に実施された宮城県の「保健所機構改革」の淵源は、西郡(宮城県登米保健所)によると、1968年の「保健指導網の近代化」(宮城県公衆衛生協会)である。これは、対人保健と対物衛生との機能を分離させ、前者を市町村に分散させて、後者を(基幹)保健所に集中するというものである。この考え方は、「保健所問題懇談会基調報告」に影響を及ぼしたとのことである。

1976年からの県の定員削減3カ年計画の中で、この構想は削減路線に乗せられ、衛生部事務職員約20人が減らされた。また、対物衛生関係職員組織が対物衛生の保健所からの分離を推進するとか、構想を具体化する過程の中で複数施設の兼務を解消するため保健所職員からも構想推進の要求が出たなど、諸々の矛盾が報告された。最後に問題点として、①支所か母子健康センターの市町村保健センターへの転化と住民の受益者負担の強化、②広域化による保健所の官治性の強化、③保健所の総合的機能の障害、が指摘された。

西郡の報告に関連して、雑誌『地域保健』9月号における宮城県の保健所再編成に関する座談会について、関係者から意見が出た。西はその座談会の司会者として、2点について話し合いがかみ合わなかったと述べた。すなわち、衛生行政を権力的側面にのみ限定しがちな考え方と、サービス的側面をも広くとらえる考え方との相異、および抽象的(高度な技術、広域化など)と具体的な話し合いのズレなどである。また田中(同雑誌編集者)は、11月号(1979年)に座談会についての補足意見を取り上げる予定であり、自由な討議を期待すると述べた。

木下(東京都神経研)は、1968年当時の宮城県の保健婦の強い問題意識と比べ、今回は保健婦、県職労ともに問題化が弱かったのではないか、と質問をした。西郡は「行政に振り回されない地域看護」(座談会での保健婦業務についての宮城県関係者の言葉)という考え方から見れば、保健婦業務の拠点が保健所から支所へ、そして市町村保健センターへと移ることは、むしろ賛成すべきことになろう、と答えた。これに隣し座長は、広島県の統廃合際に「保健所労働者の理論武装解除が行なわれていて、抵抗が少なかった」といわれたことが、宮城県にもあてはまるのではないか、と述べた。

「大阪府下における保健所と保健センター」において、丸山は、1950年代から保健所を中心とする公衆衛生の流れに、本流と逆流がせめぎ合い、渦を巻いているのが現状であると、冒頭、その論旨の基本的観点を述べた。すなわち、本流とは、保健所の拡充・強化に見られる、憲法一自治法一保健所法の具現化の流れであり、逆流と

は、それらを形骸化し、行政の官治的中央集権化をはかる中で保健所の機能分化と統廃合を推進し、健康自己責任論を具体化しようとするものである。丸山は、この観点から大阪府の保健所整備について次のように言及した。

大阪府の例から、保健所の整備は、国の政策と自治体首長の公約方針、保健所主管部局によって左右されるところが大きいこと、一方、住民の要求と運動、自治体職員労組の力量と運動、保健所職員の姿勢と実践、およびこれら3者の共闘によっても大きく影響されること、これらの諸要因が大阪府の場合有利に働いた、しかしそれには、一人ひとりの職員の自覚と不断の努力の積み重ねが必要であり、それらの結集と組織化が不可欠であること、現在、国の施策、自治体財政の状況など保健所の拡充・強化はきわめて困難になってはいるが、大阪府の歴史をみると、決して不可能とは思われないこと、を丸山は強調した。また、大阪府の保健センターの状況から見て、一般的には、①市町村保健センターは、国庫補助、各専門職種のチームワークなどの基盤を持つ保健所(支所)の整備をおろそかにするもので、その第一義的責務を持つ國に免罪符を与えることになること、②基本的には、国の市町村保健センター構想のねらいがどこにあるかを関係者に徹底して周知させ、保健所(支所)の設置と拡充・強化を優先させること、③保健センターの設置に当たっては、計画の段階から住民や自治体労働者の意見を反映させること、④設置された段階では、住民の要求に応え得るものに充実させていくように運動するとともに、市町村と保健所の連携を強化することが大切であること、以上のような基本的な姿勢と段階的・地域別・個別的な対応が必要であること、などにつき論及した。

2. 住民参加の行政

「住民参加の保健衛生協議会」と題して、三島(東京・MSW)は、東京都品川区の例を報告した。この協議会は、住民運動の成果として設置されたものであるが、住民の眞の代表と考えられるのは報告者のみといった委員構成で、「住民参加の表看板」のみとなっている。「国民健康づくり対策」の主要な環である「健康づくり推進協議会」の危険な側面を知らせるものである。この協議会を住民のためのものにするには、①住民参加の保障、②行政・区民一体となって区民の保健衛生を守る、の2点を貫くことが重要であると強調された。

京都市地域保健・医療協議会は1977年11月に発足し、第18回社医研で報告されたが、その後の経過報告とともに、山下(奈良医大)は、直面していく克服しなければならない課題を挙げた。そのうち次の4点は、住

民主体の運営を確保する上で、関連する事項として重要である。すなわち、①委員の意見が、代表する団体の総体的意見を必ずしも反映しておらず、代表者のタテマエ論に市民や職員のナマの声が出てこない、②協議会での結論が保健所レベルで具体化される場合に、第一線職員には結論だけしか知らされていない、③会の目的や運営についての認識や同一の言葉の概念について委員の間に相違がある、④協議会の提起する総合的体系の具体化に際しては、予算化された年次計画が必要であるが、この計画立案に当たる専門的事務職員が配置されていない。

名古屋市公害防止条例に基づく港区地域公害審議会（地公審）について森（みなと医療生協）は、全国で初めてといわれる調査請求権や規制措置請求権が盛り込まれている市条例を生かすべく努力した体験を報告した。最後に森は、「NO_xなどの汚染はなくなっていないし、被害認定患者は現在苦しんでいるし、また新しく発生している。こうした情況の中で住民の地道な活動がいっそう重要なになっている。公害問題については、条例や地公審の活用できる点を生かしていく必要があり、このためにも住民要求に根ざした科学的な運動の展開が、さらに要求されている」と述べた。

片平（東京歯科医科大学）は、特に調査・研究について地公審と他機関、たとえば衛生研究所、大学などの協力関係はどうか、また地公審の独自の判断による調査・研究の場合の財政負担について質問した。これに対し名古屋市保健所長として座長が、事務局の保健所が必要によっては公害対策局を通じて関係し、財政的には公害対策局で予算化するよう働きかける、と答えた。

港区地公審の活動は、名古屋市内 16 区の地公審中際立ったものであって、形骸化している地公審も多い。この報告のみならず他の 2 報告においても、住民代表として参加する委員の姿勢と活動によって、委員会や審議会などのあり方が質的に変化することを教えている。

座長の要請によって木村（愛媛大）は、愛媛県の状況に触れつつ一般的に言及した。「市町村保健センターについては、保健所統廃合とセッティングされたものとの承知の上で、市町村の保健サービスを強化する重要性を痛感するがゆえに、保健センターは結構と考えている。愛媛県は、1976 年に 14 保健所のうち 2 力所を廃止し、3 力所を支所とする計画を出したが、案のうちに反対されて撤回したことがあった。撤回の状況を改めて検討したいが、宮城県のようにいつの間にか保健所の統廃合が進められる状況のもとでは、座長のいう『理論的武装解除』まで見きわめて、これまでの保健所の統廃合の経過を検討し、統廃合を許さないようにすることの方が、市町村保

健センターに反対するよりも、むしろ大切でなかろうか」と木村は述べた。

■ むすび

以上の討論を座長は次の 3 点に要約して、要望主題Ⅱの討論集会を終えた。なお、この討論は夜の自由集会Ⅱに引き継がれた。

1. 保健所を戦略的核心とする展望を

宮城県などの例に見られるように公衆衛生の危機に直面している今日、憲法体制の公衆衛生の中に保健所を要石として位置づけ、展望することは、きわめて重要である。大阪府の保健所拡充の運動は、この点で貴重な教訓である。この教訓をふまえ、西報告にあったように政令市を増加させることが大切であり、市町村保健センターも八王子市のケースを進めて市町村の自治権を高めつつ、保健所の充実・拡大を中心とする戦略の中に位置づけていくことが重要である。

2. 保健所関係職員の学習と、保健所と市町村職員の統一を

丸山の報告した大阪府職労の保健所拡充に果たした役割は、宮城などと対比して、保健所職員および関係者の学習の重要性とその強化が全国的にも緊急の課題であることを教えている。

また石井の報告でも指摘されたが、市町村行政へ中央集権的従属の強化が進められている今日、都道府県と市町村の保健衛生関係職員の統一的運動の強化は、困難ではあるが重要な課題である。既に 10 年前から保健婦たちは、「自治体に働く保健婦のつどい」を開催し、都道府県と市町村の保健婦の統一的運動を全国に広げ、分裂の克服に努めてきた。

3. 住民参加による自治権の強化を

このような統一的運動の強化は、タテ割の克服と総合性の保持にとっても共通の課題である。住民参加による公衆衛生行政の展開は、そのための基盤である。品川区の報告では、住民運動による住民参加が委員の人選を通して協議会を換骨脱胎させるなど、委員の姿勢と活動は委員のあり方を決める大きな要因である。

今日、「国民健康づくり対策」の基盤として「市町村健康づくり推進協議会」の設置が強く進められ、地域組織の再編・強化が進行しているが、住民自治と団体自治を貫く自治権の強化とそのための組織化は緊要である。

今日の報告と討論から、公衆衛生とは何かという本質的な問題が、われわれに突きつけられることを改めて知らされる。われわれはこの問題を住民とともに実践的・理論的に解決すべく、いっそうの努力を傾注しなければならない。

一般演題 A-1~2 抄録

『座長』 朝倉 新太郎 (大阪大学医学部公衆衛生学教室)

A-1. 加野太郎先生の業績

名古屋市守山保健所 首藤 友彦

医学博士、故加野太郎先生は岐阜県のご出身で、1923(大正12)年、東京帝国大学医学部を卒業になり、昭和の初め、静岡県の富士瓦斯紡績小山工場医長として勤務された。

そのときのお仕事が労働衛生史上、輝かしい業績をつくれたものであり、大阪大学衛生学教室の野村拓著の『医学と人権—国民の医療史』には、次のように先生の業績を紹介している。

「発育の抑制や労働寿命の短縮等『人間の可能性』という座標軸からの統計調査の統計利用は、昭和初期の一つの特徴といってよいであろう。つまり、『横断的統計』から『縦横の統計学』への道が開かれつつあった。

加野太郎『小山工場より観たる紡績工場の衛生状態』(『産業福利』5巻11号、1930)などもこの系譜に属するものといえる。

彼はこの中で、『帰休工の病類及在社年数別表』のように、勤務年数と罹病状況との関係について調査を行っているが、労働者の健康状態を静態的でなく、動態的に把握している点は注目している。また、加野は従業員の乳幼児の健康にも重大な関心を払い、乳幼児の疾病看護のため従業員の欠勤せる日数及び件数を調査した。『従業員の欠勤件数及日数を尺度としたるは、看護のため欠勤する程度の疾病は相当重病なる疾患にして衛生状態の規準としても可なりと考えたこと、また一般罹病数を探るも乳幼児の総数不明なると、又全部が工場病院の診療を受くるものに非ざるが故に其の罹患を明にすることを得ない。結局前述の方法が簡にして要を得たるものなりと信じた故である』と述べているが、これは労働者の生活史、特に労働者の世代的再生産についてのすぐれた着眼といえる。

このように先生の論文は、労働衛生学の原典とも称さ

れるものであろう。

先生は1932(昭和7)年、当時の愛知医科大学第二内科学教室(岡田清三郎教授)の講師をされ、1934(昭和9)年、愛知県田原の渥美病院長を歴任、1937(昭和12)年から昭和区東畠町で内科を開業、40余年間、診療に従事され、地域住民の信望を集めておられた。また、名古屋市、昭和区、学区の保健委員会会長として地域保健活動を推進され、1973(昭和48)年厚生大臣表彰を受けられた。この間、戦中、戦後の混乱した時期から伝染病予防、母子保健、成人病予防、環境(清掃)事業など、広く地域の保健衛生の向上に尽力された。

先生は、平生、ドイツ、イギリスの文献を読まれ、また名古屋商科大学の教授をされていたが、同大学論集(1956~1967年)に「人生における矛盾」、「人間考」、「体育と自由の精神」、「Psychopathyの諸問題」、「AND REXIA NERVOSA」などの論文がある。先生は、79(54)年1月24日、急性肺炎にて名古屋第二赤十字病院で逝去された。

A-2. 医学校卒業生名簿から死亡・生残曲線を

丸山 博

既に、この問題については『統計学』第32号(経済統計研究会、1977年3月)において、発想の経緯から、方法、第一次資料、統計資料のつくり方、グラフの描き方、グラフの読み方などについて詳しく述べた。また、1975年までの資料によって、医学校20の実例をグラフで示した。

私の方法とは、卒業生名簿が卒業年度別にわかり、調査時に生存・死亡別がわかれれば、それで足りる。クラスごとにその生存・死亡の百分比を計算する。大阪大学医学部の1975(昭和50)年度調査の名簿による結果のグラフが図1である。1939(昭和14)年度調査の、名簿による結果のグラフが図2で、これが第一次資料となつた。

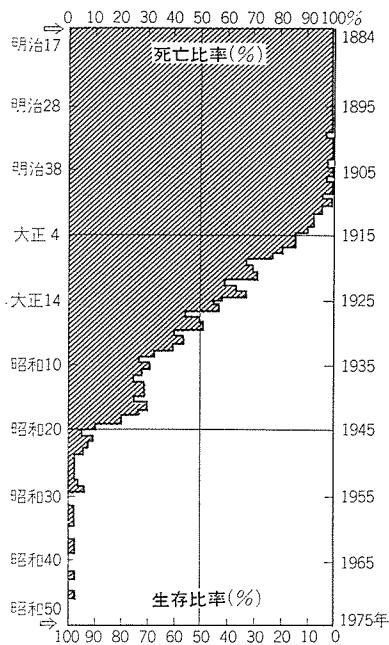


図 1 死亡・生存比率 (1975 年名簿から)

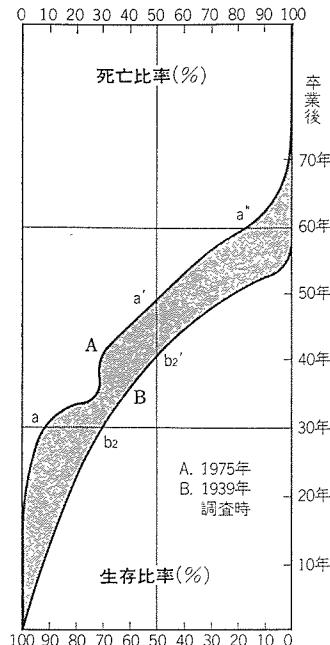


図 3

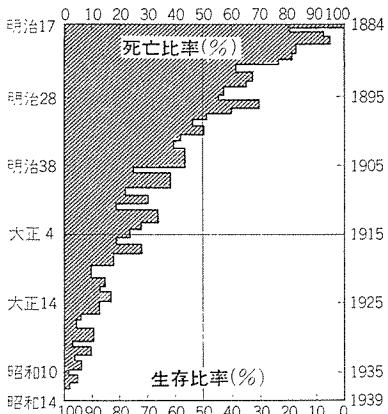


図 2 死亡・生存比率 (1939 年名簿から)

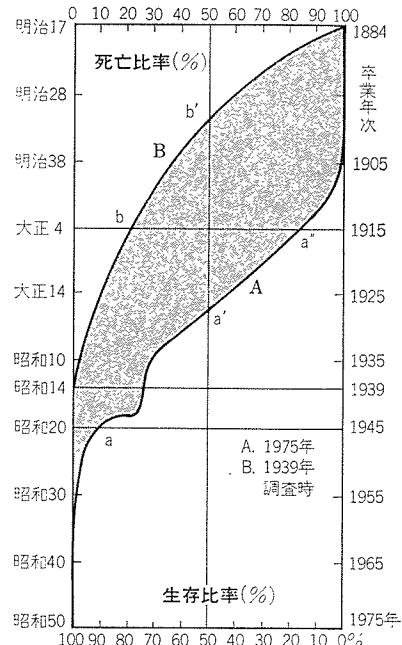


図 4

図 3 の、A・B 両曲線で囲まれた陰影の部分は、1939 年から 1975 年までの間に累加した死亡量であり、図 4 は 1975 (昭和 50) 年調査時 (A 曲線) と 1939 (14 年) 調査時 (B 曲線) とで卒業の年数、加齢に伴う死亡量の変化が示される。図 5 は図 1、図 3、図 4 の A 曲線の原図で、これが死亡・生残 (比率) 曲線と名づけたものである (そのほか図 6~12 を参照)。

以上はすべて、私の考察したグラフによる結果である。このように、誰でも、どこでも、いつかは気がつく問題として、表題の発題となつた。この種の問題意識が

社医研の諸君の共通課題となり、討議の課題にしてもらえたなら幸いである。

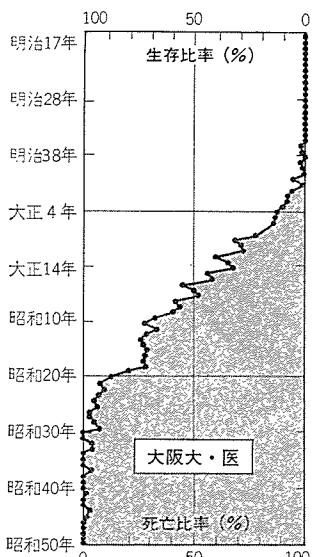


図 5

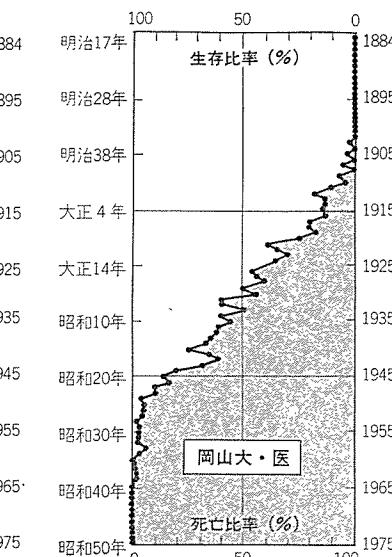


図 6

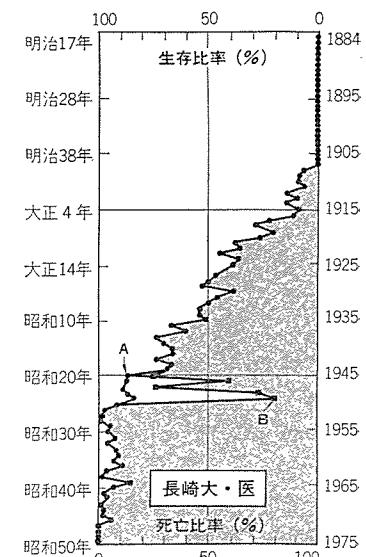


図 7

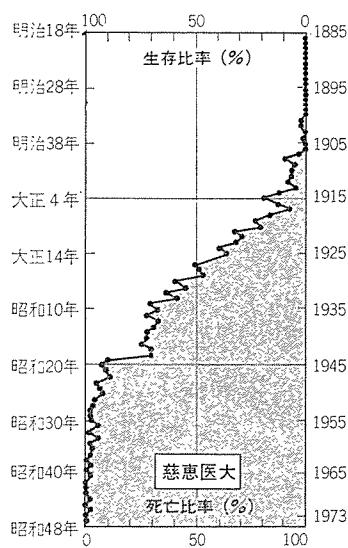


図 8

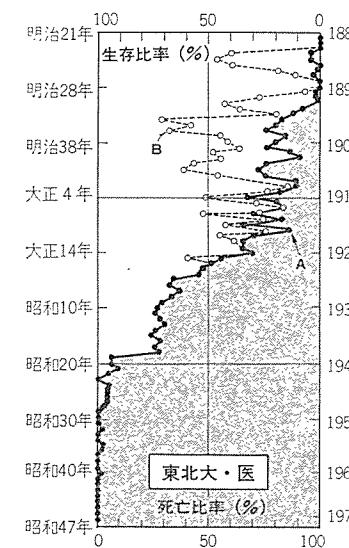


図 9

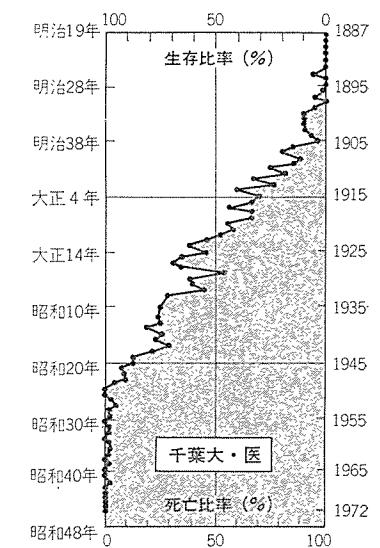


図 10

座長まとめ

社会医学の研究にとって非常に重要なことは、既成の理論を教条的に振り回して事実を解釈するのではなく、あくまで事実から出発して、理論を構築したり、既成の理論を創造的に発展させたりすることである。事実はどのように小さいものであっても、その中には数々の真理や理論が隠されている。また「地方の時代」といわれている今日、社会医学を志す者が目を向けなければならな

いことは、全国の各地で、地味で目立たないがコツコツと社会医学の実践や研究に取り組んでおられる篤学の成果に学ぶことである。ともすれば中央指向に流れ、マスにおぼれ、理論倒れに終わるおそれのある社会医学の研究の視点を、もっと身辺と地方に据える必要があることを痛感する。

首藤、丸山両会員の報告は、上のようなことを考えさせる出題であった。首藤氏が紹介した加野太郎先生の業績は、たとえば野村拓氏が既にその一部のものについ

て、その著『医学と人権』で注目し、紹介されているが、今回の報告はその一生にわたる良心的医師としての実践と、すぐれた研究者としての業績を紹介したものである。丸山氏の報告は既に数年前から社医研に提起された課題について、その後の発展を述べられたものである。これに対し曾田長宗会員（元国立公衆衛生院院長）

から、この方法における出生や、死亡時期の確認が困難な点、また小出氏からは、卒業生のその後の進路は一般には多種多様であるため、職業や階層と死亡・生残の関係を見るうえで難点があるのではないか、などの意見が出された。こうした点を含めて、今後の研究の展開を期待したい。



第36回全国保健所長会指定都市部会について

—新潟—

毎年、公衆衛生学会（昨年は10月17～19日）の前日に、全国保健所長会総会がおこなわれることになっており、もうひとつの分科会として指定都市（札幌、川崎、横浜、名古屋、大阪、京都、神戸、北九州、福岡）の所長会が、今年は京都市（岸田裕爾所長）のお世話で新潟市でおこなわれた。各都市の保健所は、人口とか地域の特徴が似ているためか、共通する問題点も多く、毎年の会議は有意義であり、多くの意見が交換されている。

第1の議題は、札幌市から出されたもので「モーテル類似施設に対する規制について、①条例あるいは要綱などを設けているか、②規制がある場合、建築できない地域指定などを設けているか、あるいは、③構造上も規制を行っているか、④なんら規制がない場合、どのような取扱いで指導を行っているか、⑥モーテルの名称を使用している場合、規制しているか」というものである。

各市に共通していえることは、①について、旅館等建築指導要綱によって指導しているが、モーテルだけについての条例は設けておらず、この間隙をみて業者が建築申請を出してくるのである。②③④についても、各市とも規制を設けてなく、これらの行政範囲は、保健所よりもむしろ警察に移り、業者の指導をおこなっているのが実情である。

⑤については、各市とも指導要綱により使用しないように指導しているが、名古屋市と神戸市は規制をおこなっていない。

いずれにしても、急に膨脹する都市の周辺部では、モーテルの問題は大きな課題となるであろう。

第2の議題に、「保健所の肺がん、胃がんの検診体制と受益者負担の制度について」が、横浜市より出された。提案された理由は、横浜市では市民病院にがんセンターをつくるのに際して、保健所においても肺がん、肺がんの検診をして、早期診断をおこなう計画である、そのため各市の状況と受益者負担の割合、使用料を知りたい、ということである。

各市の状況から、川崎市、神戸市を除く市では、胃がん検診は自動車による検診をおこなっており、保健所で胃がん検診をやっているところはなく、川崎市では、肺がん検診をおこない、10万人の対象者から70人の肺がんを発見したという。

保健所で胃がん検診をおこなっているのは、川崎市多摩保健所と神戸市須磨保健所の2カ所である。川崎市多摩保健所では昭和47年以来、毎週一定の日に40～50人の検診を実施し、年間2,000人の検診成績をあげているという。しかも、地域住民の評価も上々であり、医師会との協力態勢もよいという。

ある地域の保健所では、いまから

高血圧や糖尿病などの成人病対策をはじめると、はなはだ悠長などころもあるが、指定都市の保健所では、もはやがん検診まで手をつけはじめようとしている。

大都市では、結核検診のためのレントゲン車とか、胃がん検診車などを購入しても、もっていって置くところに困るのであり、次第に受診率が下がる傾向がみられる。そのようなときに、保健所の窓口で予約方式を考え出したなど、アイデアの良さに敬服する。私の知るところでは、東京都杉並西保健所においても数年前からがんを加えた成人病検診を実施しているという。このような新しい試みが、今後とも順調にのびてほしいが、国庫補助などの財政援助も完成させてほしいと思う。

第3の議題は、京都市から出されたもので「来年度から、広島市が指定都市になるので、したがって部会も10都市となり、いよいよ盛大となってきた。今後の運営について自由な意見の交換をしたい」というなごやかなものであった。

来年はより一層なごやかな所長会にすべく、一同決議し、あとは新潟市ご自慢の日本酒をくみかわしたのである。これも、京都市所長会長の岸田先生のご人徳の賜であったと一同感謝した次第である。

（園田真人＝所長・同戸畠保健所長）

一般演題 A-3~6 抄録

《座長》 山下 節義 (奈良県立医科大学衛生学教室)

A-3. 地域の特殊性と乳幼児健診のあり方

東京都荒川区荒川保健所 清水 利男 長坂 典子
吉田 恵子

1975 (昭和 50) 年の保健所の特別区への移管は、地域に合致した身近な保健サービスの提供が、その目的の一つであった。荒川保健所においても、この目的に沿って職員による種々の努力がなされてきたが、1歳6カ月児健診の実施もその実践の一つである。1977 (昭和 52) 年4月から厚生省通達に先がけて1歳6カ月児健診を開始するようになったのは、次のような背景によるものである。当時、乳幼児健診に従事している職員の検討会で、下記のような問題点が指摘されていた。

(1) 荒川区には家族労働に依存した自営業が多く、このため子供に十分目が届かず、親の育児態度に起因する発達のおくれが目立つ。

(2) 現行の疾病中心の健診では子供の発達のチェックまでは行なえない。

(3) 従来の健診は3カ月と3歳は保健所で行なわれ、その中間の6カ月と9カ月の健診は委託でなされているため、保健指導や事後措置が関連なく行なわれていた。

このような問題点を解決するために、乳幼児健診の見直しを行ない、従来の健診体制を大幅に組み替える準備をしながら、新たに1歳6カ月児健診を実施することとなった。その後、小児科医、保健婦、栄養士、歯科衛生

士による勉強会を重ね、チェックポイントと実施要項を作成した。特に疾病中心の健診に対する反省から、全員に直接して相談指導を行ない、必要に応じて経過観察や特別クリニックに回し、さらに関係機関との連絡をとり、身障センターや児童館にも結びつけていく体制をつくった。この結果、発達のおくれや軽度の障害についてもこの時点でチェックできるようになり、3歳児健診まで大きな問題を残している子供は非常に少なくなった。以上のことから次のようない認識を得た。

むし歯予防、食生活指導、精神発達遅滞、発育阻害などの問題は親の養育態度に大きく影響される場合が多く、保健指導上の重要なポイントとして適切な時期を選んで実施していくべきである。乳幼児健診は単なるスクーリーニングではなく、事後措置や保健指導に連動させることが不可欠である。乳児から3歳児までの健診はそれぞれ関連なく行なうのではなく、一貫性、継続性を持たせることが望ましい。健診は多数の職種によるチームワークにより行なうことが必要である(表1参照)。

A-4. 地域医療における臨床検査の問題点

産業医科大学医学部病院管理学教室 舟谷 文男
袖須 紘一 江川 寛

地域医療における臨床検査の利用は、連続した医療スペクトルの中で予防医学的な分野と臨床医学的な分野に大別される。しかしながら、わが国の前者の分野における

表 1 3歳児健診結果

	通知数	受診数	受診率	有所見延べ件数												形態	精神発言	語常	習慣	慣習の問題	その他
				内科	神経科	皮膚科	眼科	耳鼻科	外科	整形	精神科	発達遅滞	異常	言語	問題						
1歳6カ月健診 実施以前 (1977年4月~78年3月)	2,964	2,461	83%	554	49	4	61	23	30	9	24	66	148	124	17						
				100.0	8.8	0.7	11.0	4.1	5.4	1.6	4.3	11.9	26.7	22.3	3.1						
1歳6カ月健診 実施以後 (1978年10月~79年3月)	1,007	808	80%	272	55	26	71	12	19	4	7	5	13	33	27						
				100	20.2	9.6	26.1	4.4	7.0	1.5	2.6	1.8	4.8	12.1	9.9						

る臨床検査の利用は、地域医療の立場から見ると公衆衛生の分野、福祉の分野というように行政面でタテ割りに扱われていたり、健康診査機関と医療機関との連携がないなど、ライフサイクルに対応して個人の健診データを定期的かつ継続的に集積し、データの時系列的観察から個人の健康度を判定しようとする場合の信頼性や地域内の健診活動に問題を生ずるところとなっている。そのため、医療ニードの暫定的な識別を目的とする健診も、そのあり方によっては地域住民、医療提供側の両方を混乱させるものとなってしまう。

各種健診の検査プログラムを地域において継続的に機能させるためには、図11のようなシステム要素が根幹となっている。

- ④：地域住民の健康度ならびに就労・入学などの適性の判定を目的とする。
- ⑤：健診データの信頼性を保証するための管理機能を検査システムの内部に保持する。この管理機能は、検査エラー、サンプリングエラーなどの技術的側面の管理、臨床病理の専門医によるデータ解析、また集団を対象とする地域の疫学的調査を基本としている。なお、信頼性のチェックを経たデータは、地域の情報管理システムを介して、個人の秘密が保てる状態で迅速に、直接的に医師や関係者が利用できるものとする。
- ⑥：定期的健診を根幹に異常所見者の二次スクリーニングおよび精密検査の機能を持つ。さらに、疾病保有者に対して適切な医療機関の案内を行なう。

このように見えてくると、地域医療における臨床検査の運用は、単にコンピュータや自動分析機を集合しても効

果的なものとはならないことが明らかである。そのため、医療機関、行政機関の連携を背景に、あくまでも地域特性に応じた多面的なシステム・デザインを指向するアプローチが必要となろう。

A-5. コラルジル中毒症の追跡調査

(新潟市) 北越診療所 木村 啓一

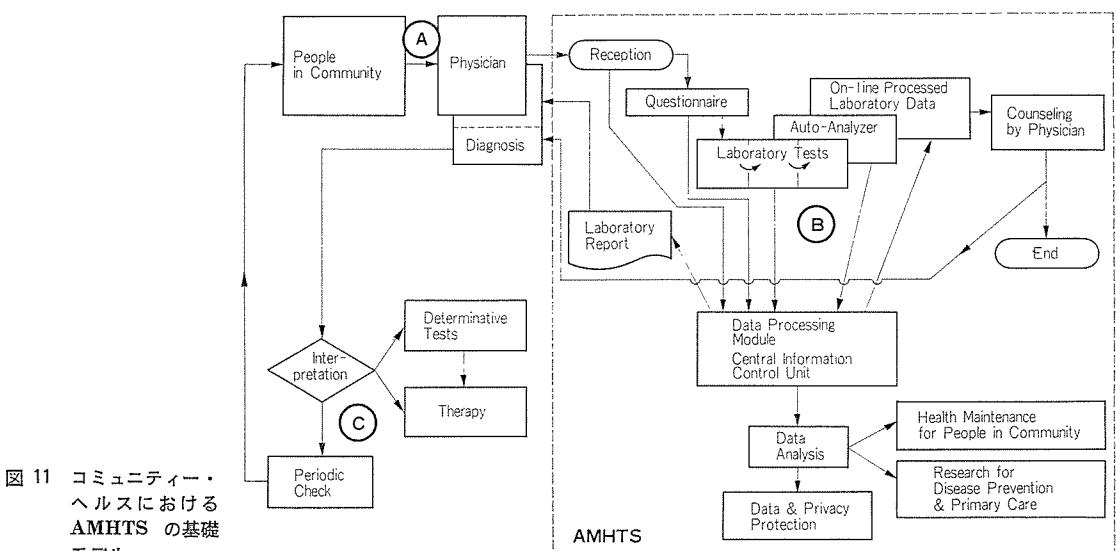
■ 新潟における追跡調査

われわれは1971(昭和46)年、コラルジル投与医療機関3カ所、116例のコラルジル中毒症発症に関する疫学調査を行なった。その後、予後に関して179例を対象に調査を行ない、服用中止後3年まで追跡した。全体として諸検査の異常率の減少を認めたが、個々の症例の検討では個別的に異なる検査異常とその動搖性に気づいた。

それに引き続いて、1977(昭和52)年11月までコラルジル服用中止後最長9年11カ月を含む17例の患者の追跡調査の要約を行なうと、肝腫大は17例中8例に認められ、発症初期に認められた検査異常が動搖性に異常を呈していることがわかった。また、自覚的には高頻度に繰り返す感冒感に加えて、出血傾向、睾丸痛、関節痛など初期には認められなかった症状の発現が認められた。

■ 2症例の報告

1978年7月、2症例を経験した(東京において)約1年の間に2,046錠を投与され、るいそう、嘔気、腹痛、高熱、肝脾腫が出現し、肝の悪性腫瘍が疑われた。その後、敗血症の併発を見たが奇跡的に回復し、約4年後にコラルジル中毒症と判明、検査当時既に10年を経



過している 54 歳の女性と約 6 年間にわたり長期断続少量投与を受け、コラルジル中毒症発症が典型的でなかったが、投与約 7 年後に中毒症と判明し、全経過（投与開始から）12 年を経過している 45 歳の 2 症例である（男性例投与錠数 2,289 錠、注射 240 mg）。

女性例はコラルジル中止後 5 カ月で肝生検にて線維化および肝硬変症への移行が十分疑える像を呈したが、肝機能検査は 8 カ月後正常化し、中止後 3~4 年後の検査ではアルブミンの低下、ガンマーグロブリンの上昇を認めるにとどまった。

今回中止後 10 年目の検査では、赤沈亢進、白血球增多、肝機能検査のうちアルカリフォスファターゼ値の異常を認めた。一方で、一般的の肝硬変症に見られる典型的な症状、検査異常はすべて認められなかつたが、肝シンチグラムにて、右葉の顕著な腫大および肝内の血流障害、脾臓への取り込みより肝硬変症を強く疑わせた。

男性例は 6 年間の投与期間中には、コラルジル中毒症としての典型的発症の時期を、定めがたいほどの経過で過ごし、肝腫大も一度も指摘されてはいない。しかし、全経過 12 年目の検査では、肝腫大を認め、女性様乳房、睾丸痛、睾丸萎縮末梢血管抵抗減弱を認め、上記女性例と非常によく似た肝シンチグラム所見を呈した。

上記の事実は、コラルジル中毒症が既に終わった薬害ではなく、今後に容易ならざる問題を含んでいることを示している。

A-6. 大気汚染地域における呼吸器疾患患者潜在化の実態

（東京）柳原病院 手島 陸久 山内 幹郎

東京都は 1975 年 12 月から 19 区が指定地域となったが、1979 年 1 月末現在の認定患者率は人口比で 0.37% と

表 2 問診結果（主婦本人のみ）

自覚症状	有訴率
1. せきがよく出る	26.0%
①1年のうち延べ 3 カ月以上せきが続く	13.9
②2年以上続いている	14.3
2. たんがよく出る	22.4
③1年のうち延べ 3 カ月以上たんが続く	11.7
④2年以上続いている	13.5
3. ①+③ せきとたん	6.7
4. 3 のうち 40, 50 歳代	8.7
4. の対象数は 127 人、他は 223 人。	

他地区と比べて低い。このため患者の潜在化の実態について、足立区の Y 都営住宅 174 世帯を対象に、①BMRC 方式に準じた主婦本人のせき・たん症状（回答 223 名、回答率 81.4%）、②主婦からの聴取による世帯員全員（705 名）の呼吸器系症状の有無および、それによる受療の有無、補償法の知識を質問した。

（1）主婦本人のせき・たん症状を表 2 に示す。「せき + たん」症状の 40~50 歳代男女の有訴率は、1974 年度の都の調査では足立区で男 12.7%，女 3.8%，計 6.1%（28/458 名）であった。Y 住宅主婦の同症状有訴率 8.7% は、これに比べ高い値である。

（2）世帯員全員の呼吸器症状を表 3 に示す。表 3 の A の 4 症状は認定時のスクリーニング症状にほぼ該当する持続性せき・たん、息切れ、喘鳴、発作の各項目である。このスクリーニング項目のいずれかに該当する者は 17.7%，そのうち受療している者は 4.7% であった。今後、潜在患者率の正確な評価のために、第 2 次調査・検診を実施する予定である。

（3）公害健康被害補償法の認定制度を足立区内で受けられることを知っていた者は、主婦の 30% であった。

（4）今後の課題として、こうした調査法の確立と普及、発見された患者の認定化と組織化、自主的患者運動への援助などがある。

座長まとめ

清水利男（東京・荒川保健所）は乳児健診のあり方について、荒川保健所での経験に基づき報告した。報告者が指摘したように、地域の特性を考慮して健診を実施することは必要であり、また健診と事後措置の連続性と多種の職種のチームワークが必要であるが、それだけに「ホームドクター制度のない日本の現状では保健所直営で実施するのが正しいあり方」との建前にとどめず、地

表 3 症状・受療・認定等調査結果（家族全員）

A 症状・B 受療・C 認定項目		有訴率
A 症状	1. 1 年のうち 3 カ月以上常にせきとたんが出る	12.1%
	2. 坂道や階段を同年齢の人と歩くと息切れがする	7.1
	3. 息をするときゼーゼーまたはヒューヒューという音がする	4.8
	4. この 1 年間に非常に息苦しくてゼーゼーした発作があった	4.0
B 受療	5. このような呼吸器の病気で医者にかかっている	6.8
C 認定	6. 公害健康被害補償法の制度による認定を受けている	0.4
D パターン	7. A の症状有 + 受療中の者で未認定	4.3
	8. A の疾状有（非受療中）の者で未認定	13.0

域医師会との協会のあり方、具体化の方策などについても論及してほしかった。また、親の養育態度に問題があるとすれば、当然、親への働きかけ、親の態度を規定している社会的諸条件への取り組みもまた重視される必要があると思われるが、この点について西三郎（国立公衆衛生院）は、個別には対応しているようだが、保健所としては対応していない、と指摘した。

舟谷文男（産業医大）は、地域における臨床検査のあり方について報告し、現状の問題点を指摘したが、現状を規定する背景要因、その克服策、ことに地域やライフサイクルの特性に見合った対応策を現実のものとするための方策などといった点についての解明が必要とされるのではなかろうか。池上洋通（日野市企画課）は、難病問題に地域で取り組んできた経験から、住民への医療情報の提供が極度に乏しいこと、「関係者のデータ利用」といっても住民はその中に含まれていないという現実を指摘、まずは保健所が住民の誰もが理解できるようデータを提供し、地域の保健問題が住民自身のテーマとなり得るようにする必要があると主張した。これに対して報告者は、コンピュータがあればある程度対応できるが、財政を考えるとプリミティブなレベルでの対応、すなわち健康手帳の活用から始めることが必要だと述べた。

木村啓一（新潟・北越診療所）はコラルジル中毒被害者の追跡調査結果について報告、コラルジル服用中止後3年になるにもかかわらず異常が認められていると述べ

べ、既に終わった薬害でなく、今後に容易ならざる問題を含んでいることを強調した。これに対して杉沢秀博（東大保健学科）は、身体的被害はもとより、社会的被害を重視すべきであると指摘したが、被害者救済対策確立のために本件の場合もまた、前回の社医研で議論されたように、被害とは何かを改めて解明する必要があろう（第19回社医研記録、本誌Vol.42 No.12, p.755~764を参照のこと）。なお、片平利彦（東京医歯大難治疾患研）の質問に答えて報告者は、コラルジル中毒事件裁判は8月に結審、1980年3月に予定されている判決を前にして、和解への動きが見られると述べた。

山内幹郎（東京・柳原病院）は大気汚染地域における呼吸器疾患者の潜在化の実態について報告し、調査の結果、認定患者率は低いとされている地域で、「有症率」がかなり高いという事実を紹介した。手島陸久（柳原病院）は公害健康被害補償の制度が住民に知られていない実態を追加報告し、行政や医療機関側が、制度のあることを住民に積極的に紹介しようとはしていない実態のあることを明らかにした。

窒素酸化物環境基準の緩和後、地域指定解除の動きが見られ始めた時期だけに、大気汚染地域に潜在呼吸器疾患者が多数存在するというこの指摘は重視される必要があろう。報告者が述べているように、潜在患者の把握のための調査法の確立と普及、掘り起こした患者の認定促進と組織化は、重要な課題であろう。



保健医療対策協議会の活動

岐阜

昭和52年9月発足以来、岐阜県保健医療対策協議会では救急医療対策専門委員会およびへき地医療対策専門委員会をもうけ、当面の緊急課題にとりくんできたが、昨年1月、両委員会の中間報告をまとめ、意見書として知事に提出した。

当面の救急医療体制として、初期、2次、3次のレベルごとの体制整備を提言し、初期体制は休日・夜間の診療所および在宅当番医制を中心とした体制を、2次体制には原則として広域市町村圏を2次圏域とし、2次病院の共同体制により診療科全科を確保することが必要としている。3次体制は救命救急センターを

県内ブロックに必要としている。また、1次、2次、3次の体制の確立のほか、これらの相互間と住民と1次医療機関を結ぶ医療情報システムの整備が必須であるとしている。

他方、へき地医療については、保健と医療の各々体制整備が必要であるとし、保健面では、町村単位の健康センター（保健センターも含め）の設置、町村単位の協議機関、へき地保健推進員、保健婦活動等の充実、総合的検診制度の採用を強調し、医療面では、へき地中核病院の整備・充実を中心に、へき地診療所の整備、へき地歯科診療体制の整備・充実等を必要としている。

今回の意見書は2つの専門委員会の中間報告が骨子となっているが、今後の協議会の課題としては、保健医療の圏域の設定、救急医療やへき地医療での残された課題、一般の保健医療システムの検討、医療情報システムの検討、等々が山積している。

従来、ともすると行政側のワンサイドになりがちな保健医療諸施策がこの協議会を通じて協議・検討されることにより、より県民サイドに立った施策となるものと期待される。また県レベルの協議会のほか、各地域においても地域協議会が発足しており、諸施策の地域ごとの調整や再消化が行なわれ、地域サイドに立った施策となるものと期待される。

（井口恒男=岐阜県衛生部 地域保健課長）

一般演題 A-7~10 抄録

〈座長〉 二 塚 信 (熊本大学医学部公衆衛生学教室)

A-7. プライマリ・ケアの理論と実践

——東京都三多摩の実践活動から——

国立公衆衛生院 西 三郎

プライマリ・レベルの活動を中心とした、新しい医療の展開を実践している日野、東村山をはじめ東京各地で試みられている活動を通じ、プライマリ・ケアの理論として次の原則を示す。

I. プライマリ・レベルでのチームワークの原則

- (1) チームワークは、チームの構成員のみによって形成されるものではなく、各構成員の所属する組織・団体の代表から成る組織体がなくてはならない（代表者組織の原則）。
- (2) 各組織・団体の代表から成る組織体は、各専門性の尊重を前提とした民主的討議が保障されていくなくてはならない（円卓会議の原則）。

代表者組織の原則は、同一施設内では通常、存在している。しかし、プライマリ・レベルでは、各チーム員は異なった組織・団体に所属しているため、チームワークが円滑に機能するには、本原則に基づく組織体が必要である。日野市、東村山市では月1回、東村山市ではさらに保健婦を中心とした事例検討会を開き、予め問題点を整理している。

円卓会議の原則は、とくにプライマリ・ケアの推進には不可欠である。とりわけ医師に、この原則適用への努力が不可欠といえる。

II. プライマリ・レベルを支える後方機能との連携（システム化）の原則

- (1) 他の施設との連携には、結合のための基準と手続きが定められていなくてはならない（結合基準手続きの原則）。
- (2) 他の施設との連携は、各々に専門職間での連携のもとで行なわれなければならない（専門性尊重の原則）。

現状での施設間の連携、とくに診療所と病院との連携において、予め結合基準手続きの原則を定めず、個別事例ごとに連携の手続きを定めている例が少くない。このような連携は、恣意的要素、個人的関係があり、地区内での連携の一般化の阻害要因となろう。このため、本原則に基づいて手続きを予め定めることが、一般化のために必要である。しかも、専門性尊重の原則により、連携時の情報の伝達のよりいっそうの正確性を保つことが可能となり、連携の客観的評価を通じ、よりよい連携の実を挙げることとなろう。

プライマリ・ケアという新しい概念にとって重要な点としては、地域（住んでいる人の意思決定機構を含むもの。日本では市町村）としての取り組みが基本になければならないことが挙げられる。なお、この取り組みは、形式的に地域保健協議会により担保されるものではない。代表者組織の原則に基づく組織体の中に住民の意見を反映できる代表者を参加させることができ、取り組みの一つの拠点となろう。

A-8. 大都市民の医療—大阪市の場合

大阪大学医学部公衆衛生学教室 金田 治也

日本の中年期死亡は国際的に見て高率であるが、近年の年齢階級別死亡率の推移を見ても老人層と並んでその改善が乏しく、同時に受療度の指標である受療率も中年層で低下してきている。中年期の主死因疾病から見て、疾病発生の基礎的条件の対策のみならず、治療、療養、日常の健康管理の体制の確立が必要である。そこで中年期死亡率の特異的に高い大阪市民について、医療サービスとの関連性を検討した。資料は1975年に実施した「大阪市民医療実態調査」（筆者の企画、分析による）、1973、74年に実施された「大阪府疾病構造調査」（大阪府）などの成績を用いた。

大阪市の中年期死亡へ寄与の大きい肝疾患について見ると、受療率のうち伝染性肝炎の受療率が大阪市で特に

高く、感染症としての取り組みの必要性が考えられる。肝硬変受療率は死亡率の高さから見て特に低く、受療が十分なされているかどうか疑問である。肝硬変受療率を入院・外来、医療機関別に見ても入院・外来受療率ともにきわめて低く、その他の肝疾患として診療所外来での受療率のみが異常に高い。さらに入院日数分析や肝硬変、肝炎の病院入院者の追跡調査の成績と併せて考えて、肝硬変の患者は自宅において日々病院外来を訪れ、悪化してから長期入院し、病院で死亡するものと推察される。これは、大阪市に大病院があつても、老人や市民以外の患者が集まり、特に時間的余裕のない中年層市民の受療を制約しているためと考えられる。全疾病についての年齢制受療率を見ても中年層の入院・外来受療率は低い。中小企業勤務者の受療指標として政管健保本人の受診率の推移を見ても入院受診率は年次的に低下し、大都市で特に低下が著しい。

以上の諸結果から、大阪市居住民の多くを占める自営、中小零細企業勤務者の健康を守る条件の基本的な弱さに加えて、大病院の診療圏の特殊性、開業医が多いが、ほとんど無床で、従業員の少ない状況などもあいまって、重度医療需要の圧縮と軽症医療需要の拡大をもたらしており、今日の医療システムが軽症、急性感染症に効果的であつても、慢性病の増加する疾病構造の変化には次第に無力になりつつあると考えられる。今日の病院を再編成し、採算性を離れた慢性病療養指導部門を設置し、これを核とした地域看護、開業医の参加によるチーム医療を展開し、生活問題を含めて市民、労働者の健康を守る条件を改善してゆくことが必要である。

A-9. イタリアの医療改革における地域保健センターの役割

東京都神経科学総合研究所 須田 和子

I. 目的：1978年12月、イタリアで約30年間の医療改革運動の成果として国営医療サービス法(Istituzione del Servizio Sanitario Nazionale, n. 833)が成立した。これによって、イタリアの医療制度は医療保険から国営医療へと質的に転換される。この改革についてはさまざまな角度からの分析が必要とされるが、今回は、改革推進の軸となる地域保健医療センター(Unita Sanitaria locale)を対象に、その改革の中で果たすべき役割について報告する。

II. イタリアの医療改革の目的は二つある。一つは、不平等な医療給付の供給源である産業別、職業別、社会階層別に分立した各種健康保険組合を廃止し、憲法で保

障した健康の権利を実現することであり、他の一つは、1960年以降の医療費の高騰を効果的に抑制するシステムの確立である。

III. 国営医療サービス制度の特徴：従来の医療サービスの管理運営機関である各種疾病保険組合は廃止され、すべての国民を対象とした単一の医療サービスを国と地方自治体が供給する。国は財政と医療サービスの計画と調整を行ない、州と市町村は地域保健医療センターを通じて医療サービスを国民に供給する。つまり、従来、疾病保険組合、州、県、市町村が分担実施していた医療サービスを、地域保健医療センターに統合して計画的に実施することになった。

IV. 地域保健医療センターがイタリアの国営医療サービス制度の軸として提案されたのは1964年であり、833号法にその役割が次のように規定された。

- (1) 人口5万人から20万人に1カ所設置。
- (2) 設置主体は州、管理運営は市町村、財源は国家予算。
- (3) 予防、治療、リハビリテーションの各サービスを有機的に関連させて実施。
- (4) サービス分野の中で予防対策を特に重視し、中でも生活と労働環境の有害要因の発見とその衛生管理に重点を置き、工場の労働環境を定期的に検査する。
- (5) (4)の情報収集手段として、生産工程の有害地図の作成や全民への無償配布する健康手帳の活用。
- (6) 治療サービスは雇用医または協定医によって供給、健康診断や訪問診療による早期診断、早期治療を重視し、病院サービスは必要最少限度とする。
- (7) 大衆に対する薬の宣伝を禁止し、その代わり薬の科学的情報を提供する。

V. むすび：以上の改革は、約1年間の準備期間を経て1980年から実施される。

今後、この改革が実際にどのように実現されていくのか注目したい課題である。

A-10. 京都府(日吉町)からの報告

京都・日吉町役場(保健婦) 吉田 幸永

28年間、われわれ府民の力で支えてきた、府民の暮らしを守る革新自治は落城した。このくやしさは1年を経た今も忘れ得ないくやしさであるが、府民の力はそうは変わっていない。

その1：地元保健所と力を合わせると

1973年から取り組んできた旧マンガン鉱山労働者のじん肺(マンガン中毒)検診が、6年目によく京都

表 1 マンガン検診 6 年間の成績

年別	件数		受検該当者	受検者	有所見	労災認定者
	自 主 檢 診	74年2月	88	39	36	6
	75年3月	60	50	46	10	
	75年10月 (マンガン)	31	31	31	2	
	76年11月 (じん肺)	157	116	40	5	
労 働 省	76年11月 (マンガン)	157	129	125	5	
	78年7月 (労災サー ビス診断)	143	129	86	12	
	じん肺管理区分随時申請分				23	
京 都 府	79年	92 (未受検)				

府の責任で行なわれる運びとなった。6年間の実績は表1の通りである。この成果を土台に未受検者の検診を府に向かって要求しつづけた結果、79年2月、検診を実現させる5者(国、府、市、被災者同盟、じん肺患者同盟)会談が持たれた。これに出席し、4月、5月と患者同盟の府交渉に応じ、6月には地元八木保健所長、保健指導課長が日吉町へ検診の下打ち合わせに来て、保健所で検診の打ち合わせ会を行なった。7月に行なわれた京滋じん肺患者同盟日吉支部の総会にも八木保健所長(代理)が出席し、検診を実現させるに至ったことに対する祝辞を述べた。また7月には、府周山保健所において検診の打ち合わせ会を開いた。同じく7月に、京滋じん肺患者同盟の本部役員会の招きで府民生労働部の係が出席し、8月には日吉町で第3回目の検診打ち合わせ会を行ない、数日後、日吉町長を府庁へ招いて検診の具体的な問題について話しを詰めた。以上の経過で曲がりなりにも京都府が旧マンガン鉱山労働者の検診を行なうこととなつた。

その 2：保健所保健婦と手をつないで

1978年、乳児の離乳食、ベビーフード用の野菜に放射線が照射されていたニュースが報じられ、問題のベビーフードを食べさせた母親から安全性の確認を求められた。地元の保健所へ検査を依頼したが、保健所は安全性の問題を「検査の必要なし」ですり代えようとした。府も国も同じ姿勢であった。しかし、森永ミルク中毒事件の苦い経験を再び繰り返してはならないと、がんばり抜いて保健所保健婦と手をつないで所長を動かし、保健所管内の実態を調査する運びとなった。表2は調査票の内容である。20年後、この調査票が役立つことのないを念じつつ。

表 2 照射ベビーフード健康調査票

(昭和 年 月 日記)				
乳児 氏名	男・女	昭和 年 月 日生	住 所	(〒) Tel() () ()
保護者氏名				
ベビーフードを 食べた期間	昭和 年 月 頃から	昭和 年 月 頃迄 () か月		
食べた種類				
食べた量	1 日 回 ()			
離乳時期	生後 3か月、4か月、5か月、その他 ()			
ベビーフードの 商品名又は会社 名				
現在の子どもの 健康状態	良	普通	悪い ()	
妊娠中の異常	なし	あり	普通(ありの場合→妊娠中毒症) 強いつわり 糖尿病 腹部X線照射、その他	
新生児期の異常	なし			
今までにレン トゲンなどの照 射を受けたかど うか	ある	(生後 か月又は 歳頃 部位に)	ない	
備 考				

座長まとめ

A-7: 1978年9月のソ連アルマ・アタにおけるプライマリ・ヘルス・ケアの国際会議は、社会正義と地域開発と包括性と住民参加を前提に、①自助・自決の精神に則り、②地域住民のニーズに基づく適切な Health Technology による、③実用的で科学的な保健サービス、という定義づけをしている。報告者発表の日野・東村山を初めとする自治体・医師会・専門病院のチームによる難病対策は、既に長年の歴史を重ねた先進的な地域保健の事例である。報告者はその具体的経験を通じて、プライマリ・ヘルス・ケアのチームワークの原則とそれを支えるシステムの原則について述べた。

プライマリ・ヘルス・ケア成立の条件として、Accessibility, Common Disease の処理、Continuity, Comprehensiveness の諸要素が挙げられているが、報告者も強調されるように、まず具体的な実践の積み上げが必要であろう。その意味においても、本事例は貴重な示唆を与えるものといえよう。

A-8: 報告者は、自身が関与された大阪市民の医療に関する実態調査の中から重要な問題を提示した。すなわち、近年、わが国では全体的に死亡率の改善が見られている中で、その傾向が停滞しがちな中年層に焦点を当

て、特に大都市の自営・中小零細企業に従事する中年労働者層の受診率・受療率はむしろ低下の傾向にあり、近年、医療保健サービスの拡大と称される方向の中で、軽症医療需要の顕在化、拡大化の一方、重度医療需要の圧縮をもたらしていることを肝疾患を例にして指摘した。

西氏（公衆衛生院）は、地域における慢性疾患管理の具体的な実践が要請される時代であることを強調した。

要望主題「大都市地域の社会医学的分析」において必ずしも深められなかつた大都市住民の医療にかかる重要な一視点といえよう。今後、かかる方向での実証的研究が各地で展開されることを期待したい。

A-9 : 1970年代に入って、西欧資本主義諸国を中心に医療費の財政圧迫あるいは保健サービスの質の低下やシステムの硬直化を理由に、従来の医療保健サービスの見直しが行なわれつつある。その中で、イタリアは1978年に国営医療サービス法を成立させ、疾病保険制度から医療国営化へと大きな変換を遂げた。

報告者はこの際立ったイタリアの医療制度変革の歴史的背景、その目的と内容の概要を紹介し、さらに曾田氏の質問に答えて、それを可能にした要因として人口当た

りの医師数が多いこと（1978年現在で医師数約14万人）、医療費の圧迫により医療の comprehensiveness に対する認識が高まつたこと、イタリアの戦時下から戦後の民主化の流れがあること、などを挙げた。

イタリアの国情は先進資本主義国として部分的にはわが国と類似しているにもかかわらず、医学に関する交流は労働衛生など一部を除いて、それほど盛んとはいえない。その中で、きわめて注目すべき貴重な情報として、その後の follow up が望まれるところである。

A-10 : 報告者は府政の転換という困難な状況の中で、自治体の保健婦としての活動が府の行政を動かした経験を、旧焼鉱山労働者の労働衛生問題と放射線照射食品の母子保健問題を例に挙げて報告した。いずれも、町村レベルの住民のニーズをしっかりと把握し、行政的な対応を確かにしていくためのプロセスの重要性を指摘したものである。かかる市町村レベルでの確固とした実践の積み重ねが、要望主題（II）でも討論されたごとく、保健衛生行政の空疎化を防ぐ要因である。このような実践の報告例が多数報告され、これをもとに理論化・体系化のための努力をすることが今後の課題であろう。

実際に役立つケースワークの入門書・実地書

医療ケースワークの初步的実践

柴山悦子

平島裕子

医療機関にケースワーカーが配置されるようになってから30年が経ち、最近は医療ケースワークの専門性と業務内容の不明確さが問われるようになつてきた。著者らは、日々の仕事を通して「専門性は今日に至る実践の積み重ねの中に十分存在する」という確信を深め、それらを一つ一つ点検していくことが専門性の追求と業務内容の明確化をうちだすことにつながると考えた。従つて、本書では、現場のケースワーカー業務のありのままを事例によつて紹介、必要な医学的解説をつけた。ケースワーカーをはじめ、看護婦、保健婦の方々に役立つ実地書である。

●主要内容

第1章 専門性の確立とケースワーカーの役割

第2章 医療ケースワークの実際

インタークまたは面接初期の段階 援助方針および具体的な援助の展開（事例1～9）

第3章 医療ケースワークの初步的実践
(事例10～62)

●A5 頁210 図2 1979
¥1,800 〒160



医学書院

113-91 東京・文京・本郷5-24-3 ☎ 東京(03)811-1101 振替東京7-96693

一般演題 B-1~3 抄録

『座長』 木下 安子 (東京都神経科学総合研究所)

B-1. 准看護婦制度の実態と諸問題

東海地方准看護婦のつどい 中島 幸江

准看護婦制度問題は制定当時よりさらに複雑な問題へと深化し、社会医学上無視できない状態に達したと判断するとともに、看護婦問題にも共通することを指摘し、問題提起をする。

就業者数とその推移、准看護婦の配置状況については図1、2を参照されたい。

保助看護によると、看護婦は、傷病者もしくは擇婦に対する療養上の世話または診療の補助を行なう女子、准看護婦は同じ業務を医師、看護婦の指示のもとに行なう、と業務上の規定がある。以下、准看護婦制度の持ついくつかの問題点を挙げる。

1) 暫定措置、不当労働の実態

GHQと厚生省は「保健師法案」の草稿を作ったが、実情との間に隔離があるとの批判があり、いちおう分離の形で作成(1948年7月30日)、甲・乙種の看護婦が看・准看護婦の名称に改められた(1951年11月6日)。そ

こで甲・乙の業務区分が取り扱われ、同一業務が許されたが、これは看護従事者広義の立場から実情を鑑みて考えられた暫定措置であった。10年後には日本看護協会において准看護制度廃止が決議された。実際は恒常化し、今日、内容的に暫定措置ではなくなっている。同じ業務を行ないながら、賃金格差を強いられ、看護婦不足の中で一人夜勤、チームリーダーも余儀なくされて、中小病院では婦長や主任の業務にさえ就いている(図3)。

准看の配置には年々診療所勤務が増加し、地域住民に密着した部分でより大衆的、広範な問題を日夜処理している。特に救急医療における役割は大きい。しかし、時間外手当、夜間勤務手当が正当に支払われているかどうかさえ正確に把握されていない。労働法違反は中小私立病院、診療所の看護婦が上位を占め、安く使える、間に合う看護婦として使用してきた。國家公務員給与表上は、暫定措置であるため昇給は頭打ちで、45歳止まりである(賃金比較は図4を参照)。

2) 婦人労働者としての問題

17歳で准看の資格を得て就業し、18歳未満で一人夜勤を行なう、未成年者だからと免除されるのはごく一部で、責任は重く、継続教育のないまま数年がたち、看護に生きがいを感じなくなって、女として生き、また恋や結婚生活に入り仕事を続ける。そして、看護の重要性、学習の必要性を感じても、育児、家庭、仕事で精一杯で、子供から手が離れ、さて今度は自分のために進学コースへ行こうかと悩む。経済的・体力的問題、頭の問題、子供や夫、親の病気や怪我などのためになかなか決断できない。入学しても途中で挫折し、卒業しても病気のお土産つき、パートでしか働けない、女であるが故に負わなくてはならない荷物が数えきれない。

3) 教育制度上の問題

高校進学率が90%台で、准看学校、進学コースとともに中卒者と高卒者を交えた教育、その実態

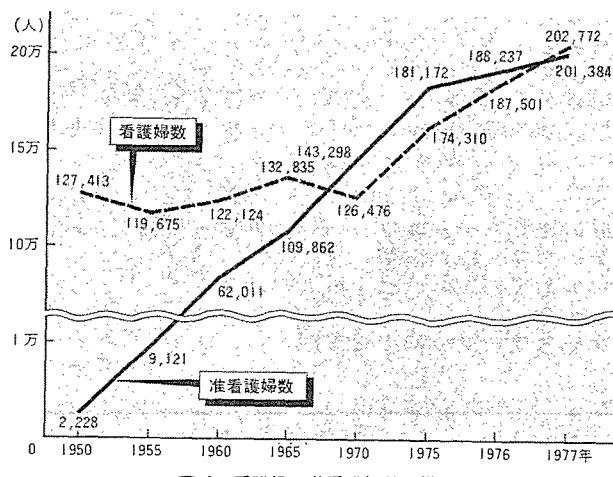


図1 看護婦・准看護婦数の推移

年	看護婦 准看護婦	97,426名		その他 281名 (0.3%)
		病院 70,968名(72.8%)	診療所 26,177名(26.9%)	
1964 (昭39) 年	看護婦	病院 83,221名(71.3%)	診療所 23,030名(19.7%)	その他 10,428名 (9.0%)
	准看護婦	116,679名	163,864名	その他 672名 (0.5%)
1970 (昭45) 年	看護婦	病院 115,123名(70.2%)	診療所 48,069名(29.3%)	その他 6,053名 (4.5%)
	准看護婦	病院 106,022名(76.1%)	診療所 27,164名(19.5%)	その他 18,142名 (4.4%)
1974 (昭49) 年	看護婦	病院 131,469名(66.7%)	診療所 64,189名(32.6%)	その他 1,232名 (0.6%)
	准看護婦	病院 135,610名(77.0%)	診療所 32,237名(18.3%)	その他 18,142名 (4.4%)

図2 准看護婦の配置状況
1975年版『看護白書』より
(医療施設調査、厚生省報告
例など)。

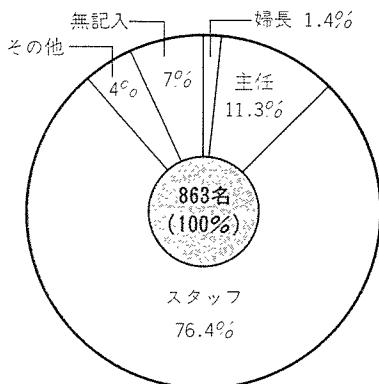


図3 准看護婦の職務状況

1977年3月、愛知、三重、岐阜3県の公・私立病院の准看護婦863名を対象に調査(東海地方准看護婦のつどい調べ)。

においては学生も教師も教育効果のロスに悩んでいる。日本看護協会は1962(昭和37)年に准看制度廃止を決議し、今日まで再三再四案を作成して会員討議をしてきた。1975年に看護制度に関する基本姿勢を発表、准看制度廃止推進会議を設けて署名運動、陳情活動を行なってきた。國は、厚生大臣の私的諮問機関である看護制度改善検討会が改善案をまとめ、「准看制度廃止を考慮せよ」と提案した(1973年10月25日)。日本医師会は、看護協会の基本姿勢、國の改善案にも批判的で、准看制度を肯定、一方で医療セクレタリーを養成し、廃止の際の準備を行なっている。各政党、労働組合とともに准看制度廃止の必要性を認めているが一致せず、准看護婦にとってはいたずらに云々しているとしか受け取れない。そして、この2~3年議論し尽くしたが決定的な力が足りず、需給の現実と医師会の組織力に押され気味で、不況を理由に置き去りにされる不安を感じる。一日も早く総合的に検討し、准看制度廃止を国会へ上程し、看護婦制

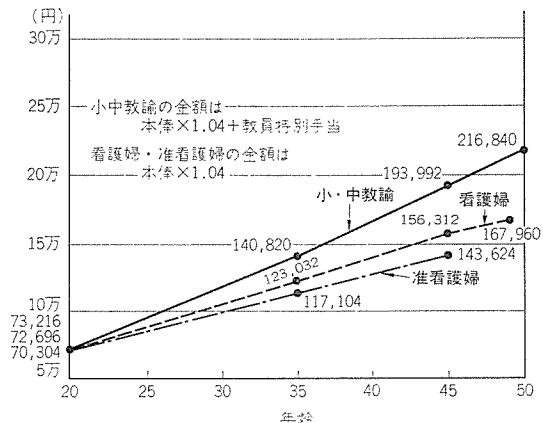


図4 看護婦、准看護婦と小・中学教諭の賃金比較
(国家公務員賃金、1975年1月現在)

教員特別手当は1975年1月から実施されたもので、本俸の約4%程度の額である。ただし、この手当は期末・勤勉手当で、その他の諸手当にはね返らないものである。

度の一本化が実現することが望まれる。

B-2. 31歳の難病患者母娘の生活展望

東京都立府中病院医療相談室 川村佐和子
上智大学(学生) 中島ありさ

■ 資料入手法

5カ月間に22回、訪問援助を行なった。

■ 事例紹介

M・Hさん(31歳、女性、多発性硬化症で13年間療養)。病気の経過と家族の動向を図5に示す。現在、65歳の母と二人で生活。

■ Mさん母への援助

発病以来13年目、府中病院へ転院後に病院MSWが

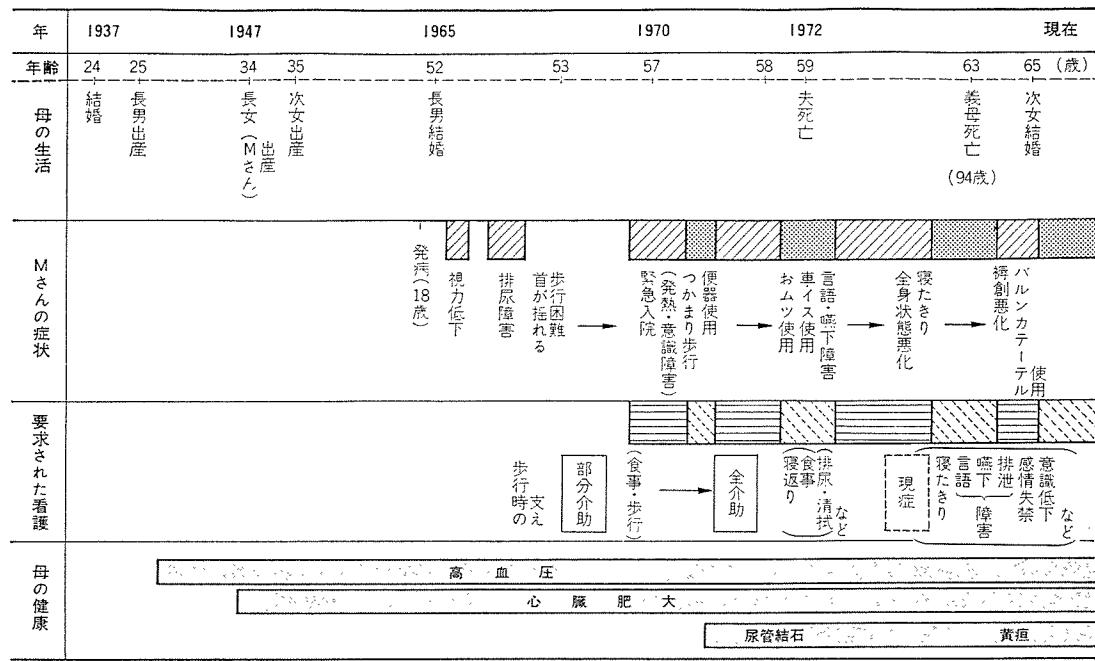


図 5 母娘の生活歴

表 1 MSW の援助

	MSW 援助前		MSW 援助後
医療ケア	症状に応じ、薬のみ		2週に1回、往診(家庭医)、必要に応じ入院
	褥創	両下肢、両踵部	適切な治療で改善
	排尿	おムツ使用	バルンカテーテル使用
	栄養確保	留意せず	高カロリー食品使用 記録(体温、尿、排便、食事など)をつける
援助	MSW	なし	2週に1回、訪問
	PHN	なし	2週に1回、訪問
	ヘルパー	なし	1週に2回、訪問
器具購入	学生ボランティア	なし	1週に1~2回、訪問
	器具購入	車イス(自費) ギャッジベッド (福祉事務所より貸与)	フローテーションパット リフパッド、カスト2、コッヘル2、振子3、注射器3、吸引器(貸与)など
課題	適切な医療を受ける 自宅での看護ケアの適正化 専門技術者の援助		母の健康障害 Mさんの生活拡大→自立へ

行なった援助を表1に示す。適切な医療の確保、専門技術者の援助など、以前からの課題は解決されたが、健康障害を持つ母の高齢化、看護力不足などの新たな課題が現われている。母の負担軽減のための老人福祉制度活用度を表2に示す。病人を抱える老母のニードに、現行制度は十分な対応ができるていない。

■ 今後の課題および必要な援助

母娘の将来に予測される事態として、次の3つが挙げられる。①Mさんの悪化(死)②、母の高齢化(死)、それに伴う寝たきりのMさんの単身化、③Mさんの全快。①②の事態は“希望のない状態”である。

現在の医療では、Mさんに対する決定的な治療効果は

表2 母の老人福祉制度の利用度

	制 度	利用の有無	利用していない理由
手当・日常生活	老人福祉手当	なし	「寝たきり」でない
	老人家庭奉仕員	なし	「独り暮らし」でない
	老人介護人	なし	「寝たきり」でない等
	老人家庭家事援助制度	なし	「一人暮らし」でない
	友愛訪問員	なし	電話あり
	老人福祉電話	なし	知らなかつたので
	老齢年金	なし	収入あり、適用外
医療・健康	老人医療費助成	なし	被保険者本人で不要
	老人性白内障手術費	なし	必要なし
	看護料助成	なし	必要なし
	老人健康診査	なし	随時、受診、看護のため外出不可
	機能回復訓練事業	なし	必要なし
その他	日常生活用具給付	なし	必要なし、「寝たきり」でない
	老人福祉センター、クラブなどへ参加	なし	看護のため外出不可

望めない。さらに、単身化した場合のMさんの行き先はあるのか、あるいは自立に向けて、機能回復の場を求められるか。母の健康問題については、定期的なチェックと、重症化しない段階での治療が必要であろう。しかし、現状ではMさんの看護に追われ、母は病院に出かける時間もない。母娘の課題は、個人的な努力で解決は難しい。福祉サービスの充実に、その解決を期待できるだろうか。Mさんの母娘に限らず、難病患者全体にとって、これは大きな課題である。

B-3. スモン患者の老齢化に伴う問題

(東京) 柳原病院 手島 陸久

スモン患者は現在もさまざまな症状、障害をかかえ、患者、家族の生活にもさまざまな問題が生じていることはすでに明らかにされているが、患者の老齢化はますます進行しつつあり、それに伴って問題はさらに広範に、深刻になってくることが考えられる。ここでは、報告者が参加した「スモン調査研究班保健社会学グループ」が1978年10月に実施した「郵送調査」(有効回答数、全国6地区で254人)に基づき、現時点での60歳以上の老齢患者の身体と生活の特徴、および以前の面接調査からのそれらの推移を検討した。

老齢スモン患者の特徴としては次の点が指摘できる。

(1) 「しびれ感の部位」では60歳未満の患者と特に差は見られないが、「歩行」、「日常生活動作」では能力の低い者が有意に多く、要介助者は27%に上る。

(2) 就労では、何らかの収入を伴う仕事に就いている者は、男子で25%、女子で8%にすぎず、一般の老齢者に比べて極めて少なく、就労例でも収入はごく低い者が多い。

(3) 世帯構成では「単独世帯」が12%、「夫婦のみの世帯」が25%と、60歳未満の患者および一般の老齢者に比べてきわめて多い。

(4) 世帯の経済状況では、世帯員1人当たりの年収を算出すると「50万円未満」が23%、「50~100円未満」が44%と合計で2/3を占め、60歳未満の患者に比べてこの所得層が有意に高く、一般の老齢者に比べても低所得の例がきわめて多いと推測される。

次に、以前の面接調査結果との比較からは、調査方法の相異や地区ごとに経過年数が異なる問題はあるが、最近の推移として次のような傾向が指摘できる。

(1) 「歩行」、「日常生活動作」で回答ランクが低下した者はかなり多い。これはすべての年齢層で見られるが、老齢患者ほど要介助となった者が多い傾向にある。

(2) 就労では、今回無職となった者が多く、特に老齢患者でこれが顕著である。離職による影響は若い場合重大なことが多いが、老齢患者でも離職のために困窮化したと見られる例は少なくない。

(3) 世帯面では、一人暮らしとなった例(配偶者の死亡によると見られるものが主)が8/254例あり、そのうち6例は老齢患者である。また世帯数が2人に減少した例(多くは子供の独立によると見られるもの)も50歳代を中心にして22例に上る。

以上の結果から、老齢化に伴う問題として次のことが指摘できる。

(1) 老化に伴い歩行・日常生活動作能力の低下が見られ、合併症の併発、機能の廃用性の低下、早老化の傾向についての指摘があることも考えれば(若年の患者にも必要であるが)、老齢患者に対する健康管理、リハビリテーション援助は急務である。

(2) 以上の結果は、老齢患者では生活能力が低いにもかかわらず、家族、世帯の側の補完能力が小さい場合が多いこと、そうした傾向はさらに拡大しつつあることを示している。そこでは介護、家事、生計などの生活問題も拡大・深刻化しつつあり、これらは家族関係や患者の生きがいにも影響している。介護、家事への援助、生計の保障、家族関係や生きがいに関するソーシャル・ワークなどが、早急に、かつ継続的になされることが必要である。

座長まとめ

准看護婦制度をめぐる問題提起は、社医研ではおそらく初めてのことである。中島氏は自ら准看護婦としての長い職場経験をふまえ、准看護婦の横の連携をはかる組織活動を行ない、その中で把握した矛盾点を提起、准看護制度廃止の必要性を訴えた。また討議の中で、その廃止の実現しない理由として、当事者である准看護婦自身の立ち上がりが弱いこと、また看護婦が准看の廃止はレベルダウンであるとして、この問題についての正しい理解を欠いていること、開業医にとって准看護婦は存在価値があるとして医師会が固執していること、さらに看護要員の数の確保上、准看護婦は必要であるとする看護管理上の立場があること、などの点が挙げられた。

看護制度の問題は、わが国の医療制度の中でも特に矛盾をはらんでおり、今後も継続して検討を重ねるべきであろう。

次の演題は、発病後13年に及ぶ療養生活を続ける多発性硬化症の31歳の娘と、その看護をする65歳の母親との生活実態をめぐる問題提起である。社会的援助、

医療ソーシャルワーカーの援助をどう評価し、多くの患者がそのサービスを受けられるようにするのか、また看護力の不足についてどう行政が対応すべきなのか、緊急を要する課題である。また、患者、家族の自立に対する患者会の役割について質問があり、この家族の場合、会合に出かけることは困難な状況にあるが、患者同士が連携をとり合って、その動向については常に吸収しており、質的には患者運動を担っているといえる、との回答がなされた。

スモン患者の老齢化に伴う問題についての報告が続いて行なわれ、薬剤によって被害を受けた患者、家族が、さらに加齢によって生活問題が深刻化してきている点について提起された。また、この人々への援助をどこが、どう受け持つのか、医療ソーシャルワーカー、保健婦の必要性について質疑があったが、具体的にまでは深まらなかった。

2つの難病をめぐる演題の報告、討論は、とかく治癒不能という治療上の問題として扱われるが、このテーマについての医師の報告はなく、参加者も保健社会学者、医療ソーシャルワーカー、保健婦、患者家族によって占められたことが特徴的であった。

児童精神病理学 — 病める児童の理解と対応 —

茨城基督教大学文学部講師
日立梅ヶ丘病院精神科児童部長 座間味宗和著

日々の生活条件の緊張と重圧、価値観の多様化と文化の変容、そして冷えてゆく人間関係、これらが生み出す救いのない迷妄と心の病いのかずかず、自我と欲望の交錯する近代社会が人間に身心に与えている影響、とりわけ、児童の飛躍的な発達のふしふしを形成する重要な時期に与える破壊的作用は計り知れないものがあろう。児童をこの多彩な病理現象から守り、その発育を貫く変化と持続を的確に見定め育成するために、今問い合わせられているものは何なのか。「人間の一生は心の発展の歴史である。……そして人間関係においては、心の共振れ、即ち共感によってのみ眞の理解が生まれるのである」と著者は冒頭で訴えている。対話と意志の疎通を欠く家庭環境、「障害者」を「障害者」として措定し排除する「健常人」の社会構造の場にこそ、児童精神病理学のかけがえのない役割りが要求されるのではないだろうか。

本書は、精神科臨床の実践活動から得た貴重な体験と、学究に依って得られた豊富な知識をもつ著者が、多くの写真資料と図版をもとに数々の問題点を鋭くえぐり出し、児童精神病理学の全般を考察解明した体系的労作である。この本を、教育にたずさわる方々はもとより、障害児の治療にあたる実践家、研究者やケースワーカー、カウンセラーの方々、又家庭で親子関係に悩む人達にとって、欠くことの出来ない必読書としてお薦めしたい。

清水弘文堂

東京都千代田区猿楽町2-4小黒ビル(電)293-9708

一般演題 B-4~7 抄録

『座長』 乾 死乃生 (大阪在宅難病看護研究会)

B-4. パーキンソン病患者の就労保障と移動の援助

東京都神経科学総合研究所 木下 安子
山岸 春江 関野 栄子

■ 目的

パーキンソン病患者は、全国に5~10万人いると推定されている。発病年齢は40~50歳代の働き盛りに多く、就労者に発病すれば職業中断となりやすい。1975(昭和50)年に東京都神経科学総合研究所(神經研)で行なった調査でも、就労者は発病前に比べてその後では1/3に減少していた。本研究は、パーキンソン病になって13年を経過したが、本人の就労継続の意志が強いため、家族、職場の労働組合の支援を受け、働き続けている事例に関する報告である。難病患者の就労保障のための施策を検討するうえで重要な示唆を示すものである。

■ 患者概略

K氏、35歳のとき、手の震えで発病した。妻も共働き、子供は中学1年と高校1年、月収は夫婦で35万円。事務労働者であったので仕事ができなくなり、脳の定位手術を受けた。6年後再発し、手の震え、足の重さ、言語障害がひどくなった。突進現象により通勤時事故の危険が加わった。職場では1時間の遅参を認めた。同僚が付き添ったこともあった。妻が免許証を取り、自動車を購入して送迎し始めた。しかし、妻にとっては、夫の勤務時間に合わせるため30分の遅刻となり、ラッシュ時の運転は負担が重かった。既に個人的な努力で援助するのは限界となってきた。

■ 職場や労組の支援が開始される

1976(昭和51)年11月に全国的な患者会が発足し、患者はその事務局長に推された。患者会は、原因明確、治療法の確立、治療費の公費負担を要求して厚生省に対して運動を進めていった。K氏の運動を見て、患者会活動の役割を認識した労組は、専門医療従事者を招き、パ

ーキンソン病について学習会を行ない、誰もがかり得る病気であると認識した。そして、患者会の運動を支援することを決め、地域の労組協議会へも拡大させていった。厚生省交渉へと共闘する中で、労組の患者に対する考え方へも変わっていった。自分自身の問題となってきたのである。難病を理由に職場を奪われることのないよう労働基準監督署に対して交渉も行なった。

一方、K氏の妻は、地域の高齢者事業団の紹介により、2人の高齢者を雇い入れた。一人は運転免許の保持者であり、K氏の送りを引き受けた。もう一人は、家事援助者である。時給400円であるが、二人は年金生活者であり、収入のためよりも生きがい対策として楽しんでいた。

■ 考察

(1) 患者自身が就労の意志を強く持っており、労組がそれを支援した。

(2) 病気について学習する中で、難病問題の普遍性が理解され、具体的な諸行動の中で、労組員の意識が変革された。

(3) 医療従事者が労組の中に入り、専門的知識や情報の啓蒙に役立った。

(4) 就労保障を考えるうえで、移動の保障が重要である。地域におけるボランティア活動などのサービスを組織していくうえで、保健所や公的機関の役割が大きい。

B-5. 神経難病における地域医療保健福祉機関の連携(その1)

東京都立府中病院医療相談室 川村佐和子
伊藤 淑子 高坂 雅子

在宅療養中の神経難病患者に対して「在宅診療」を行なうと同時に、地域関係機関と連携してケアに当たっている。

今回は膀胱カテーテル留置患者に対する連携についてまとめた。

表 2 カテーテルの留置実施に関する連携の実際

No.	性	開始年齢	病名	一般状態	自宅での実施期間	中止理由	実施者		連携機関			開始時医療	障害	解決
							管交換	膀胱洗浄	当院	家庭医	保健(婦)			
1	男	65	パーキンソン病	這行	2日	入院	外来	一	④外来 ⑤保健婦 (市)	○(市)	—	④外来 ⑤	疼痛、出血 結石、管詰まり	入院 管交換
2	女	46	脳萎縮	寝たきり	33月	継続	④医師	保健婦 (市)	○	—	—	—	—	—
3	男	50	シャイドレージャー	寝たきり	4月	死亡	④家庭医	妻	○	—	入院	尿もれ	管サイズ変更	—
4	男	67	パーキンソン病	寝たきり	15月	死亡	④家庭医	妻	○	○(HC)	入院	結石、管詰まり	管交換 洗浄液変更	—
5	女	46	脊髄腫瘍	寝たきり	15日	入院	④医師	夫	○	—	④	—	—	—
6	男	69	パーキンソン病	寝たきり	1日	入院	④医師	一	○	—	④	—	—	—
7	男	61	多発性硬化症	寝たきり	1日	入院	④医師	—	○(HC)	④	—	—	—	—
8	男	54	CO中毒	寝たきり	6月	軽快	④医師	妻	○	○(市)	入院	管詰まり(2回)	管交換	—
9	男	56	脊髄小脳変性症	車いす	9月	継続	④家庭医	妻	○	○	④	管詰まり(1回)	管交換	—
10	男	67	脳血管障害	寝たきり	2月	軽快	④家庭医	妻	○	○(HC)	入院	—	—	—
11	女	59	脊髄小脳変性症	寝たきり	4月	継続	④家庭医	夫	○	—	入院	体位交換時抜去	管交換	—
12	女	81	脳血管障害	寝たきり	4月	継続	④医師	嫁	○	—	入院	尿もれ	管サイズ変更	—
13	女	50	脳血管障害	寝たきり	2月	継続	④家庭医	娘	○	—	入院	—	—	—
14	女	72	脳血管障害	寝たきり	5日	継続	④医師	娘	○	○(HC)	入院	管詰まり(1回)	管交換	—
15	男	73	パーキンソン病	寝たきり	14日	軽快	④医師	嫁	○	④	—	—	—	—

HC=保健所

在宅診療班は、4年6カ月間に170人を診察し、15人(8.8%)にカテーテル留置を実施した。カテーテル留置実施に関する連携の実際は表2の通りである。

開始時医療・看護などについては「在宅診療」で開始し、病院保健婦の指導による者が7人、入院時開始、病棟看護婦の指導による者が8人である。

医療については、家庭医を持つ者は10人、カテーテル交換に協力を得た者は5人である。カテーテル交換は「在宅診療医」、「家庭医」が行なっている。

看護については「在宅診療」の病院保健婦が指導、援助している。市・保健所保健婦の指導・援助を受けた者は5人、膀胱洗浄は家族(妻5、夫・娘・嫁各2)が実施、家族力が弱い例では「在宅診療」班員、市保健婦が協力して週2回施行している。

膀胱洗浄液の供給については全員、当院薬局から投薬されている。200ccバイカル瓶、尿コップなどには空き瓶などを工夫して使用しているが、滅菌用カスト、ガーゼ、綿球、浣腸器などは患者購入である(約9千円)。一般的入手は困難であり、入手を援助している。

ガーゼ、綿球などの消毒は患家近くでは行なえず、医療相談室が実施している。

疼痛、出血が激しかった例は入院治療に移行させた。尿もれ、カテーテルの詰まり、結石の発生が障害の大部分を占める。障害解決のためには各器具、消毒物品の供給や家族援助が不可欠となる。医療相談室員は患者や家族に対する援助に加えて、病状に関する情報の早期入手や各医師への報告、医師に同行して協力、援助を行なっ

ている。

今回は、自宅療養であっても濃厚な医療処置を必要とする状態として、膀胱カテーテル留置患者を取り上げて分析を行なった。私たちの経験では、専門病院と地域医療・保健機関の連携によって神経難病患者も自宅生活を継続できると考えている。

B-6. 神経難病における地域医療保健福祉機関の連携(その2)

東京都立府中病院医療相談室 川村佐和子

伊藤 淑子 高坂 雅子

神経内科では表3の状態にある患者に対して、「在宅診療」援助を実施している。「在宅診療」巡回状況を表4に示す。

表3 在宅診療対象患者の状態(1979年5月の対象者)

移動能力全廃	寝たきり	25人	80.6%	93.6%
	座位可	4	13.0	
室内移動可	かろうじて独立	2	6.4	6.4
屋外移動可		0	0	0
計		31	100	100
気管切開実施		5	16.1	
経管栄養実施		9	29.0	
膀胱カテーテル留置		7	22.6	

表4 在宅診療職員別巡回患者数(1979年5月対象)

職員別	医 師	P T	O T	MSW	計
患者数	39人	13人	6人	118人	176人
割 合	22%	7%	3%	67%	100%

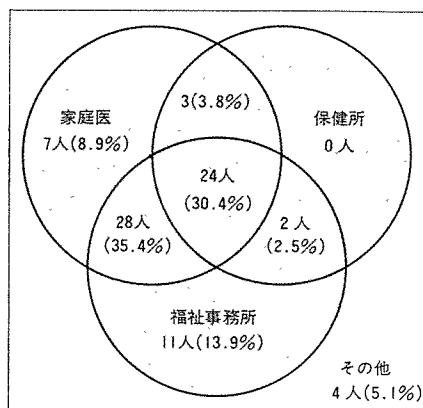


図6 家庭医・保健所・福祉事務所による連携の実際

何らかの形で協力関係がある者 75人 (94.9%)
 その他 4人 (5.1%)
 その他の理由: 病院の近接地域に居住している者 1
 短期の居宅訓練で巡回終了の者 3

患者の状態は慢性・安定期であると判断されたうえで在宅療養しているわけだが、當時医療を必要としており、当科から巡回する診療活動のみでは不十分である。また、家庭看護の問題や生活上の困難の解決に地域の諸機関と連携している。その実際を表5、図6に示す。家庭医とは78.5%、福祉事務所とは82.3%、保健所・市役所の保健婦とは36.7%のそれぞれ協力関係が保たれている。三者の協力を重複して受けている患者は30.4%いる。医療相談室では合計86機関と連携を保つ努力をしている。

B-7. 過密都市における地域医療の実践

(東京)北病院医療社会事業部 姥山 寛代
 朝倉 隆志 興水 フサ 猪瀬 京子

入院中のリハビリテーションによって一定の機能回復を獲得した患者たちの自宅での生活から見ると、一日中テレビを見ているか、寝たきりになっている人たちが多い。適度な運動を行なわないために、退院時より機能水準を低下させ、いろいろな障害を持っている人がほとんどである。

この「ひまわり教室」は、運動機能を中心とした心身

表5 1978年6月~79年5月の在宅診療対象患者79名についての地域医療・保健・福祉機関との協力

	家庭医 (地域病院 を含む)	医師会	保健所	福祉事務所
機 関 数	47 機関	(13)	16	20
協力を受けた 患者数	62 人	(17)	29	65
割 合	78.5% (27.4)		36.7	82.3

機能の回復・保持、特に気分転換、気晴らしなどの心の解放を重視し、生活意欲全体の向上をねらいとして昨年の6月から開始した。

■ プログラムの内容とその目的

1日のプログラムの内容は体調のチェック、体操、ゲーム、歌、工作、食事、懇談などである。回数および時間は1期を6ヶ月間とし、1回2時間のプログラムを週2回行なう。

体操の目的は身体の肉体的・精神的な疲労を除去することと同時に、残された機能を最大限に生かし、運動機能の低下を防ぐことにある。

ゲームの目的は、個々人のレベルで工夫しながら、その用具をコントロールすることによって身体的機能を養うことである。

歌の目的は1日の生活の中で大きな声を出すことがほとんどのない人たちにその場を与えると同時に、自己表現をも兼ねて、さらに失語症の人たちの発声の訓練にある。これを通じて歌うことの感情表現の豊かさを持つ。

工作的目的は、一つのものを作り上げることの達成感、克服感、創造性、さらに自己表現の拡大とする。

食事、軽食の目的としては大勢で食事をする喜び、配膳準備、後片づけなど、日常生活動作の回復を目的とする。また、この間にその日の活動のまとめを交流する場に当てる。

■ 疾患別に見た対象患者数

この教室は6月に始まり、医師2、物療1、看護婦1、病棟助手4、MSW1、運動指導員2、管理栄養士1、搬送および介助に3、と院内のチーム医療、集団医療の実践の場として効果を上げている。生徒数は30名であり、疾患別に見ると脳血管障害後遺症が19名、高血圧・糖尿病が2名、脳腫瘍手術後が1名、脊髄小脳変性症が2名、筋萎縮症が1名、若年性関節リウマチが1名、アルツハイマー氏病が1名、左大腿骨骨折が1名、頸椎脊髓症が1名、腰椎圧迫骨折後遺症が1名である。

■ 効 果

効果はまだ開設してから4ヶ月なので全体のまとめとしては出しができないが、集団で行なうインテグレ

ーションの効果が現われている。また体操時での効果やゲームでの効果、歌・食事時の効果も数多く見られる。これらは生活感情、生活態度、いわば生活行動範囲の拡大につながり、それは同時にその患者の世界が一回り大きなものに広がったと見てよいだろう。同時に家族の負担軽減になり、家族の社会活動の援助にもなっている。

今後の課題として、一斉指導という形を個々人の要求や関心の違いにより組み合わせていく工夫が大切なことと思われる。

座長まとめ

就労保障は、難病患者や慢性疾患患者等にとって命の保障ともいべき重大な課題である。B-4のケースでは就労が保障されている状況の中で、職場の労働組合に問題を提起し、自ら患者会の組織者として地域の労働組合との連携を進めながら運動を続けていること、そして本人の信念を「休んでいて治る病気でなく、働く中で進行を抑制し得る」と持って頑張っていることが挙げられるが、このケースの血のにじむような通勤の苦労を取り上げて援助活動を展開した報告であった。保健婦が早期に難病患者を知っていても働けるからよいということで切っててしまったり、通勤の問題は保健婦活動でないとしてかかわらないとしたら、以後その難病患者とのかかわりはなくなってしまうだろう。保健婦が人間の生活を守ることを目標としているならば、身体的な条件のみで援助活動の開始を決めるのではなく、この報告のように、病状がまだ軽いうちから、問題解決のために活動をする必要があると考える。それは、ひいては寝たきりを防止すること、そしてそれを作らないことにつながるのではないかだろうか。

B-5, 6 濃厚な医療処置を必要とする神経難病患者の自宅療養を継続するに当たっては、専門医療機関や地域の医療・福祉機関の連携があればできること、そして緊急時や障害が出たときは、すぐに対応できるシステムが必要であることを訴えた報告であった。

こと簡単に「連携」と報告されているが、実際は、1つのバルンカテーテル留置という医療処置に、月10～30回、5～6名の医療職員が入れ替わり、立ち替わりして援助活動を行なっているのである。言い換えれば、患者1人当たりに、このような援助システムがとれない地域においては、自宅での生活は困難であるというのであるか。

座長が知っている自宅でバルンカテーテルの留置患者

には、不定期の往診を開業医が、バルン交換を保健所保健婦とホームヘルパーが、膀胱を煮沸湯で家族が行ない、処置道具は煮沸や種々の代用品で補い、細菌感染もなかったケースがある。

最低どれだけの人員で、どの程度まで援助できるのであろうか。また、保険診療では補えない在宅医療の分野における医療サービスの提供に、受益者負担を少なくする方法はないものだろうか。そして、濃厚な医療処置に對して家族の受け入れや取り扱いに問題はなかっただろうか。知りたいところである。

報告では「在宅診療」対象者と対象者外とで比較を行なっているが、対象者外はもっと異なる対象者（たとえば、開業医と保健所保健婦が受け持っているケース）をもって比較した方が興味があったと思われる。

B-7は病院の職員が地域に出かけて活動しているといふ、地域医療の実践報告であった。

このような活動は住民にとってありがたいことで、これが公立の保健医療機関でも実践されることを願う。本報告で、病院づくりの経過の中でいろいろの苦勞があったと思われるが、約8億円の大衆募金で増床・増築が成ったとか、募金の内容はわからないが、受益者負担になつてはいないかと、いささか懸念する。

現在では、いのちと健康を個人で守るには、たいへん困難な状況である。そのためにも国や自治体に守らせる運動を広げていかなければならない。ここでは、労働衛生相談の中でこの運動の拡大がなされているのであろうか。

次回は、病院の方針としての衛生教室や訪問医療の様子、地域医療をどう医療労働者に返しているのか、また活動の内容について地域の人々とどんなシステムで話し合いがなされて、1つの運動体になり得ているのか、といった点についても報告されることを期待している。

最後に、ここ数年、難病患者に対する在宅ケアや訪問看護活動について、東京都立府中病院を中心とした在宅医療チームによる実践活動が全国的に高く評価されている。ほかでは現在のところ、まだ限られた病院、市町村で実施されているにすぎない。

在宅看護が地域に定着するには、地域の受け入れ態勢、総合的な医療の仕組みが整備されなければならない。すなわち、地域医療システムの確立、専門医と家庭医との連携、地域看護職（潜在看護婦）の活用、保健所保健婦の役割、ホームヘルパーの大幅増員など、福祉サービスの充実に関する問題がたくさんある。

また、在宅か施設かの問題は、在宅療養が基本的によいとしても、疾患の重症度と濃厚な医療処置の問題、核

家族化の傾向と地域の連帯が欠如している大都市、地方山村でも事情は異なるが在宅療養が困難な場合が多い。また現在は選択しようにも、重度介護を必要とする患者は、特に国公立病院においては、ほとんど閉め出されているという実情がある。在宅か入院・施設かの患者の選

択権を人間尊重の基本線として取り扱わねばならないのではないか。

この辺を十分考慮したうえでの在宅ケアでなければ、政府の低医療政策に知らず知らずのうちに、はまり込んでしまう危険がある。

書評

天然痘根絶の偉業を国際協力の視点から語る

蟻田 功著『天然痘根絶——ターゲット・0』

1979年10月26日、WHOから痘そうの根絶宣言がなされ、人類の歴史の中で最も輝かしい業績の1つが成し遂げられました。人と痘そうの最初の出会いは詳かではありませんが、古く紀元前の頃から数々のエピソードが残されているようです。そして時の流れとともに、アフリカあるいはアジアの一隅からしだいに世界各国に侵入し、多くの人々の命を奪い去ってきました。わが国でもすでに奈良朝の頃に渡来し、近くは明治19年の大流行で2万人近い死者を出し、人類にとって最も恐れられていた伝染病の1つでありました。しかし同時に、この恐るべき伝染病から人類を守るために幾多の試みがなされてきましたが、1796年にEdward Jennerが種痘法を完成し、今日の痘そう根絶の基礎を確立したことは広く知られているところです。

このことは特筆すべき業績でしたが、従来の痘そうの防疫態勢は、各国ともその侵入を防止し、拡大を未然に防止しようという、いうならば受け身の国内防疫の範囲にとどまっていたといえましょう。1962年春、当時厚生省公衆衛生局に在任されていた著者のもとに一通の航空便が届いたことから、痘そうに関する歴史の流れが変わった、と表現しても誤りではないでしょう。

第1章、根絶計画の始まりの中で、痘そう根絶計画への参加のいきさつが紹介されていますが、WHOが計画していたリベリアでの試験的対策への参加を要請されたことに始まったとのことです。第2章以降、西アフリカでの痘そう根絶対策の成功に引き続き、當時流行国での対策事業の推進の状況が紹介されています。すなわち、バングラデシニ、インド、パキスタン、ネパールなどから、最後の拠点“アフリカの角”と呼ばれるエチオピア、ソマリアに至るまでの数々の困難や危険を乗り越えた事情やその背景が述べられています。この間、最初の西アフリカ作戦でベニンのタホ・ガレ村における痘そう流行に際し実施された疫学調査の結果、従来の痘そうに関する定説をくつがえす新たな事実が発見されています。痘そうの感染発症率は、かつては95%以上と考えられていましたが、それは高々40%程度であることや、流行、伝染の速度が比較的緩徐であることなどが明らかになったのであります。こうして、疫学調査から得られた新しい知見が、根絶計画の一部すなわち住民の100%種痘実施の方針から、患者を中心とした接触者中心の重点接種方式に変更され、このことが以後の根絶事業推進に大きく寄与することとなりました。こうして1977年10

月26日に発疹発生のソマリアの最後の痘そう患者をもって、ついに人類社会の中から痘そうは根絶されました。

著者は、この一連の大事業が推進された状況の中で、随所で今日の成功をもたらした背景にふれています。それは、政治、思想、人種、宗教を越えた、世界各国の惜しみなき国際協力であります。人的・物的・技術的・財政的国際協力の数々が紹介されています。

これから感染症対策は、本誌43巻12号の特集でも指摘されていましたが、まさに痘そう根絶対策にみられたような、国際協力にもとづいた対策の推進が最も重要な課題となってきたおります。世界各国の日本に対する国際協力への期待はますます大きくなるものと思いますが、著者の蟻田功博士が現在WHOの天然痘根絶本部長として活躍されており、痘そう根絶の大偉業を終始推進されたお一人であることを心から嬉しく思うとともに、公衆衛生の分野に活躍される方々には勿論のこと、広く多くの方々には是非本書が一読されることを願い、心から推せんするものであります。

(長崎 護=東京都がん検診センター調査部長)

◎ A5判・229ページ・1200円・1979年・毎日新聞社

一般演題 B-8~9 抄録

《座長》 中川 武夫（名古屋大学医学部公衆衛生学教室）

B-8. 疾病運動から地域運動へのアプローチ

筋萎縮症協会 石川 左門

運動歴の比較的古い筋萎縮症運動は、いち早く全国運動において治療研究費と、国立療養所内に専門ベッドを獲得するに至ったが、厚生省は東京地域に対して医療機関の多いことを理由に、筋萎縮症ベッドの東京設置の意図なき見解を示してきた。

そこで東京の患者組織は独立した団体として、全国運動とは異なる独自の運動を展開し、スモンの団体との共闘により、東京レベルでの神経系の研究所と病院建設を実現した。また他方では、各難病疾患の団体が連合することで運動の強化を図るべく、全国・東京両レベルでの難病運動の創始に参加した。

だが、そこで持ち寄られた、医療費や介護負担の過重、救急医療、その他など、医療疎外の具体的問題は、実は疾病単位を超えた大きな問題であることが認識されるに至った。すなわち、それは、単なる疾病対策では解消されない、医療サービス供給体制全体の質的変革の課題に直結する、基本的問題だ、ということである。

したがって、これは一方では国民的課題であるとともに、他方では明日を待てぬ目前の問題を隣人相互の助け合いの中でできるところから手がけるべき問題でもある。国民的レベルの問題であれ、今日明日の問題であれ、結局はだれもが安心して住める街づくり運動としての実績を蓄積する以外はない。

しかしながら、地域運動の主体は地域それ自身であり、タテ割の患者運動の延長ではあり得ず、むしろ患者運動はいかにして地域の市民運動に役立つべきか、ということである。すなわち、疾病エゴの主張（個別運動）——共通利益の追求（連合運動）——公共の福祉への参加（地域運動）という、より高次への運動理念の変革が求められるということである。

さて、地域医療の運動目標は、患者が在宅生活のままで

必要にして十分なサービスがいつでも受けられることにあるが、それには地域の中での医療サービスの、供給者相互の連携体制の確立が不可欠である。具体的には専門病院、地域医師会、保健所、その他の関係行政窓口などの連携によるシステム・ケアの体制づくり、ということであり、問題はサービス提供者相互がいかにしてかかわるかという、出会いの難しさにあると一般的に考えられている。

そこでわが団体は、その至難の業とされている出会いの動機づくり、機会の提供をもって、地域活動の支援の役割を現在担っている。すなわち、当団体がその設立当初から実施してきた潜在患者の無料集団検診事業を地域の事業として開放し、計画と事業予算とを地域に待ち込み、これを地元医師会、保健所、市民団体、その他の関係行政窓口と共に共催し、共同作業として実施することで、出会いの動機づけと機会づくりとした。

B-9. スモン被害者らの闘いと「薬事2法」

の制・改定問題

東京医科歯科大学難治疾患研究所 片平 利彦

東京大学医学部保健社会学教室 杉沢 秀博

「医薬品副作用被害救済基金法」（以下「基金法」と「薬事法一部を改正する法律」（以下「改正薬事法」）は、1979年9月7日、国会で可決成立した。「基金法」はこの種の法律としては世界でおそらく3番目のものであり、薬事法の改正は約20年ぶりである。サリドマイド事件のときはなし得なかった法の制・改定を今回なし得たのは、やはり何といってもスモン訴訟で獲得した9つの勝訴判決を武器とした、スモン被害者、弁護士、支援者らの闘いによるところが大きいといえよう。先の第87回国会に提出された厚生省原案では「基金法」案はスモンなど既発生の薬害は除外し、保健福祉事業は行なわず、判定は基金の裁量に委ねられる恐れがあるなどの、また「改正薬事法」案では法の目的に医薬品の有効

性・安全性を確保することを明記することをせず、承認審査項目に副作用を明示することもしない、などの問題点があったが、これらの点が国会で修正され、全体として一定の前進があったといえる。

しかしながら、一定の修正がなされたとはいは、眞の被害者救済と薬害根絶という見地から見れば、2法にはなお大きな問題点があるといわざるを得ない。「基金法」の最大の問題点は、日弁連などが要求していた、薬害の加害者責任に基づく損害賠償法的な性格を取り入れられず、いわば恩恵的な“救済”的性格が強いことであり、そのことは無過失責任の導入を見送ったこと、救済給付が限定的で額が低いと予想されること、医療費の給付が医療保険の自己負担について行なわれること、等々に示されている。判定業務についても、必ず厚生大臣がこれを行なうとしたが、国の姿勢によっては水俣病の二の舞いとなることも危惧されよう。既発生の薬害も対象にするとはい当面スモンのみ、状況によりクロロキンも、という程度と伝えられ、また保健福祉事業の内容も今後に委ねられた。一方、「改正薬事法」は文字通りの「一部改正」にとどまり、國・製薬会社の責任の明確化や中央薬事審議会の充実・強化、國のモニタリングの強化、臨床試験における被験者の人権保障など、すべて今後の課題として残された。

以上のような2法の問題点の克服の方向はおおむね国会での「付帯決議」の内容に示されており、今後その実質化をはかるとともに、早晚再度の法改正を行なう必要がある。そのためには、問題を科学的に解明し、そのひとつひとつを実践してゆく国民的な取り組み、運動が必要であり、その中の専門家としての科学者、医療従事者の役割はきわめて大きいと考えられる。

座長まとめ

B-8は、疾病単位の個別運動から難病という連合運動

へ、そして難病という当事者単位のタテ割運動から地域運動という横断的な運動へと発展した筋萎縮症運動の経緯とその意味についての報告であった。そして、地域運動の次元では、運動の主体は地域自身であり、タテ割の患者団体は支援の立場に立つべきである、と述べた。山田信也（名大・公衆衛生）から、住民参加の地域保健計画の立案と、それを行政レベルへ、ということが現在の課題であるとの発言があったが、具体的には報告者は、日野市で検診事業を軸に、医師会へ働きかけ、保健所、市民団体が協力できる態勢をつくり、他地域へは医師会や保健所からの紹介で広めている、と述べた。木下安子（都神経研）からは、この運動の中で、看護職のボランティアが育っている、という点が追加された。また自治体職員（日野市）から、医師会は初めは拒絶的であったが、医師会抜きでは地域医療運動を進めることはできないという姿勢で、何度も働きかけたことと、自治体職員が仕事という範囲を越えて、地域の住民という立場から運動へ参加することが重要である点について発言があった。

地域での医療の問題を考えるうえで、医師会抜きでは解決できない、医師会は必ず患者の苦しみを理解してくれるという確信をもって取り組み、成果を上げた、という経験例が印象に残った。難病運動がより広い市民に理解を得るという点で、運動を発展させた一つの典型例といえる。

B-9は、9月7日国会を通った「薬事2法」の評価と今後の課題についての報告で、「加害者救済法とか、薬害の根絶ではなく薬害訴訟の根絶を目指すものだ」という評価については、この2法の危険性の指摘としては正しいが、今後の運動の発展や被害の早期緊急解決という点からは有害である、と述べた。スモン被害者らの闘いの経過をふまえた明解な評価である。スモンの運動は、前報の難病とは違った薬害運動の先駆として、さらに発展を期待したい。

心理・社会的問題をもつ患者への援助

編集=杉本照子 中島さつき

●A5 頁222 1977 ¥1,800 〒160

本書は、成人とその家族がどのような問題をかかえ、悩み、援助を必要としているのかを紹介し、ケースワーカーをはじめ保健婦、看護婦など医療従事者がどのような援助を行なつてゆけばよいのかを強例を通して具体的に解説する。

医学書院 1113-91 東京・文京・本郷5-24-3 ☎東京(03)811-1101 振替東京7-96693

自由集会 I ~IV 抄録

I. 私の生きてきた時代と「医療の社会化」

——曾田長宗

《世話人》 神谷 昭典(名古屋大学医学部公衆衛生学教室)

■ 曾田長宗先生講演要旨

私が大学（東京帝大医学部）を卒業したのは 1926（昭和元）年で、在学中からだんだんと世の中が窮屈になっていましたが、1928（昭和 3）年最初の普通選挙の直後、3・15、翌年が 4・16 の共産党大弾圧という時代でした。私も大したことはやっていないのにこの風に吹き飛ばされて留置場をたらい回しされた揚句、脚氣熱が出て釈放され、郷里で静養しているうちに台湾へ行かなければという話があって、1930（昭和 5）年の 1 月に台湾へ渡りました。

もともと私は新潟県柏崎の在の、雪深い村に生まれました。父は済生学舎を出た開業医で、私はその長男であったので、父のように、病氣に苦しむ人、困った人に恩くすのが自分の天職だと思っていました。しかし、自宅に奉公に来ている看護婦や女中たちの実家の様子はそういう私にもよく見えていました。

私は 1919（大正 8）年に第一高等学校に入學し、上京しましたが、翌年スペイン風邪にかかったのがもとで肺炎を起こし、静養中にいろんな本を読んだり、人生を考えたりする機会がありました。その頃の私はどちらかといえば懷疑派的な、人生いかに生くべきかを迷う青年で、佛教系の慈心青年会の座禅仲間に加わって、ここで滋賀君と知り合ったりしています。私の叔父がその頃の私を、「あいつは坊主になるつもりかもしけぬ」と言っていたそうです。しかし結局、親の涙に負けて医学部へ進学しましたが、なお哲学への転科の希望は捨て切れませんでした。

ところが医学部 2 年の夏休みが例の大震災です。私は郷里に帰っていたのですが、上京したときは震災の救援

もひと片づきし、その頃やっと到着し始めた外国からの救援品の始末に東京都なども困って、穂積重遠、末弘巖太郎などこれまで救援活動に関係して来られた大学の先生たちと相談をしたわけです。そしてこれらの先生たちは海外での見聞をもとに、大学の拡張運動、いわゆるセツルメント運動を提案されました。

大学の学生教育を実社会と結びつけねばならぬ、今の世の中は学生の未熟な学問だから、といって、それさえ恩恵にあずかれない何十万、何百万の人々がいる。大学が持っている知識、技術、考え方というものを貧困な社会の人たちに役立たせるとともに、学生もまた大学では学べないものを学んでくる——これが大学拡張運動であり、大学セツルメントだというわけです。

郷里から出てきた私は、このセツルメント医療部のお世話をすることになりましたが、クラスの半分ほどの人たちが来てくれたと思うし、学部長、病院長、各科の先生たちも大いにやりなさいと励ましてくれました。

しかし、だんだん単純なヒューマニズムだけでは、あるいは恩恵的なものだけではどうにもならない、医者にかかる、入院できない人たちはどうして生まれるか、やはり社会の勉強をしなくちゃと思うようになりました。セツルをやるだけでなく、理論的勉強も深めてそれを土台にして、医学というものの、医療サービスというものを考え直してゆく必要がある。これが 1924（大正 13）年に「社会医学研究会」を作った趣旨です。そうして同時に書齋派的な勉強だけでなしに、労働・農民運動など社会運動や、医療の実践活動に突っこまざるを得ない、それをこわがっていては本当の勉強にならない——こんなことを考えていました。

■ 滋賀秀俊先生発言

若い方々が社会医学の歩みをたどられるときに参考になる文献としては、1918（大正 7）年創立の「東大新人会」について、ヘンリー・スマスの本の翻訳が東大出版会から出ている。それと最近聞いたところでは、今秋にも早稲田の学生運動史が出版されるとのこと。1923 年の東大セツルの発足から 38 年の閉鎖に至るまでの資料とし

では、私の編著で出た『東京帝大柳島セツルメント医療部史』がある。

1926 年の東大社医研『医療の社会化』は復刻版も出て入手が容易だし、1930 年の大崎無産者診療所の創立、その翌年の新興医師連盟の唯一の出版物としては『無産者衛生必携』(1931 年) がある。

この東大セツルに参加した人々が、今日医学・医療の各界で活躍していることから見ても、棺をおおいて事定まるのことわざどおり、一生活動を続けることの大切さを若い人たちにぜひ考えてほしい。

■ 参加者の質問

1) 河上肇の『貧乏物語』(1917 年)、賀川豊彦の『死線をこえて』(1920 年) などが広く世に迎えられる社会的条件はどんなものだったか。

2) そのころの帝大医学部の学生は、出身も都市の特権階層、農村でも地主層だったはずだし、医界のエリートへの通行証を与えられているのに、その人たちがセツルや社医研へ集まってきた理由は何か。

3) 医学生の社会的関心が、単なる慈善や、急進的な政治運動にならず、“社会医学の研究”という地味だが着実な方向を取った理由。

4) 石原修先生との関係はどうだったか。

5) その頃、多くの学生をセツルに吸収し得た理由(医学生)。

■ 世話人まとめ

曾田先生の話が台湾行きのところで終わってしまったのが残念です。台北帝大時代のこと、引き揚げ、厚生省統計調査部、医務局長という、いわば日本近代医学の第二のヤマ場がまるまる残っています。私は、この時代の曾田先生は、明治維新の長与専斎に対比できるだろうと思っています。次回を御期待下さい。

II. 市町村保健センターをめぐって

『世話人』 小栗 史朗(名古屋市千種保健所)
丸山 創(大阪府岸和田保健所)

■ 保健センターの積極的評価と疑問

昨年の9月8日 18 時半から約2時間、午後の要望主題Ⅱの討論集会を継いで 20 余人が討論した。それは次の問題提起で開始された。

(1) 午後の討論集会では、保健所活動の比較的活発な都市部での討論が多く、保健所の影の薄い農山村の立場からは違和感がある。農山村では、保健所の増設・強化

を唱えるよりも、市町村保健センターの方が切実感がある。

(2) 愛媛県の場合、衛生行政に熱心な町村が厚生省構想前にセンター設置に着手しており、またセンター設置を契機に町村が衛生行政にはずみをつける、という積極的側面が見られる。

(3) 保健所問題委員会の中間報告の提言は理想的であるが、東京、大阪、愛知など都市に都道府県保健所の設置されているところが、なぜ政令市とならないのか。これと別に、小さな町村では、町村保健婦の方が保健所保健婦より住民に身近く、保健センターはその拠点として町村保健婦活動の援助に役立つのではないか。

(4) 討論集会でも論及されたが、1978 年度からの「国民の健康づくり対策」前と、後の保健センターを区別し、以前のセンターには救急医療機能などを含む住民自治的側面を評価できるが、以後のものには否定的見解がある。以後のものも、複数機能の整備や住民自治的側面の強化によって、積極的・肯定的なものに変えていかなければよいのではないか。

(5) 高知県のいわゆる保健婦駐在制は、保健婦活動の拠点としての駐在施設を市町村が設置しているもので、国の進める市町村保健センターと同質のもの、とする見解があるがどうか。

■ 反論と否定的見解

以上のような問題提起、積極的評価あるいは疑問に対し、次のような反論や否定的見解が出された。

(1) 愛知県の某市で保健センターが設置されると、3 歳児健診をはじめ対人保健事業の多くが県から市へ移管される事態になってきた。

1978 年度厚生科学研究「対人保健サービスの体制整備に関する研究」によると、保健所設置主体は都道府県が原則であり、政令市は問題が多く特殊的と見なされるし、対人保健事業の大幅な市町村への移管を進めている。これは厚生省見解・方針と見なしてよく、現に母子保健法改正によって母子保健事業の大部分を市町村に移管しようと思はしている。

(2) 「国民の健康づくり対策」の旗を立てて以後、国は、画一的・強制的に市町村保健センターと「健康づくり推進協議会」の設置を進めてきた。全国の府県レベルでも、センターと協議会の設置は積極的・追隨的に進められていて、保健所拡充の声は寂としてない。仙台、姫路、熊本などの政令市でも、保健センターが保健所増設の代替として設置されている。保健センター設置の意義は、健康づくり対策として国の制度化以降、質的に変化した。

(3) 高知県の保健婦駐在制は、県職員の保健婦が保健所の援助下にあり、保健センター構想とは異質である。沖縄県でも同じで、保健所活動の充実している大阪府なども、推進協議会の設置率が悪い。

保健婦の整備状況にも変化が出てきた。たとえば長野県では、保健所保健婦がやめると補充がなくて、市町村で国庫補助がその半数にのみつくといった地域自前主義の保健婦増がある。この地域自前主義は、財政困難な町村では山形県のように町村保健婦の補充もなく、疾病自己責任主義が貧困地域では既に出ていている。

(4) 市町村保健センター 1,500 の設置には保健所運営費を回す、という一札が大蔵省にとられていると言われている。このことは、1979 年度保健婦整備で見ると市町村に 8 人の増、保健所費で 131 人減であって、根拠のないことではない。

■まとめ

市町村保健センターは国民の健康づくり対策の拠点となるものであるが、國は保健所を再編成しつつ公衆衛生を憲法の一環から地域自前主義・疾病自己責任主義という異質のものに変えようとしている。

この歴史的変改の意義を総体的に把握することは、関係者にとって緊急で重要である。群馬県の市町村保健婦は自分たちの住民のための働きをさらに援助できるよう保健所の拡充・強化を求めねばならぬと決意を固めつつある。

地域の歴史的・社会的諸条件をふまえ、画一的思考を避けねばならないが、保健所と支所の増設・拡充の可能性を何よりも先に探ってみることは、その可能性を安易に拒み、自前主義に陥らないために関係者が努力しなければならないことである。

III. 保健婦活動の展望

『世話人』 木下 安子 (東京都神経科学総合研究所)

■はじめに

社会医学研究会では毎年、保健婦の参加者が多い。したがって自由集会は定例化しているが、今まで主として革新自治体下における保健婦活動、市町村保健センター構想など、保健婦にとって緊急かつ当面する課題を取り上げられてきた。今回は保健センターについては別に自由集会が計画されたことから、保健婦の自由集会では、日常活動でぶつかる身近な問題を取り上げ、フリーな話し合いをすることを計画した。

参加者は 17 名で、その内訳は保健所保健婦が 12 名(府県 8, 市 4), 病院勤務者が 2 名、研究者が 2 名、学生が 1 名であった。20 年以上のベテランから若手まで、さまざまな立場から意見が出された。自由集会の性格から、結論を求めるものではなく、発言された内容について紹介してみたい。

■各地の保健婦活動・制度

名古屋市の保健所では「スタッフ制」を採用し、母子、成人と別れているので、クリニックや研究などは各々の専門別に行なわれ、特定の部についてはそれだけ深く入れる。地区活動で総合的な活動はしているが、自分の届かないパートの動きについてはわからない。スタッフ間の交代は定期的に行なわれることはない。以上のように報告され、この方式について保健婦活動が総合的であることから、この方式をかえって疑問に感じるとする意見や歴史的な背景などについて質疑が行なわれた。

大阪府では黒田革新府政下になって民生施設や保健所の拡充・強化がなされ、保健婦の増員もはかられた。保健所活動の内容も、量的に増加したというよりは、むしろ質的に変化をし、府民からの電話相談なども 1 カ月に 27 保健所で 2 万件に達している。生活に結びついた相談、医師連絡などが増えている。

母子を対象とした活動では、障害児、発達遅滞児などに重点を置いている。多子家庭、双胎児、虐待児など問題家庭へも手を伸ばしている。また 35 歳以上の高年初産婦や生活基盤の弱い 10 代の母親たちなど、きめ細かな対象のとらえ方がなされ、援助が行なわれている。母子に対する働きかけは、とかく健康な対象であり、明るい面としてとらえられるがちであるが、都市のスラム化した地域を担当する保健婦活動としては、重い、生活の自立がしがたい人々、“落ちこぼれ”の人々への援助である。離夫婦、失明した夫婦が出産するとき、保健婦がどんな援助を提供していくのか、一人ひとりの障害や生活の仕方に見合った方向を見つけていく活動が重ねられている。

高知県の駐在制は既に高く評価されているが、都市部では人口 15,000 人を担当している保健婦もいる。また 8,000 人、2,000 人とかなり担当人口にバラツキがある。人口が少ない場合、担当世帯 400~500 世帯のすべてを把握し、個に目を向け、予防からリハビリーションに至るまで一貫したケアが提供できる。人口が多くれば、どうしても検診業務やその処理に追われる結果になる。それにひき比べ、家庭奉仕員は 1 人、6 ケースを担当しているので、行き届いたケアができる、住民の信頼も高くなる。臨終を迎えたケースが、ヘルパーの名を呼

び、保健婦の名は出なかった例から反省させられた、という話もある。やはり保健婦活動に適した担当人口があるのではないか。

浜松市は1保健所で全市を担当している。4ブロックに分けて管理している。個より集団、特に検診業務中心に、その企画まで行ない、地域に出られない。時々こうした活動の仕方でよいのか、と不安になることがある。

また、小牧市の場合、国保保健婦が一般行政に移行したのに伴って市の行政としての活動となり、どうしても検診の受診率を上げることが要求されるようになった。

以上のように各地の活動、悩みが報告され、病院からの参加者からは、医療生活協同組合の医療機関で組合員8,000世帯の健康管理を自主的に行なっていることなども話された。

■問題点と課題

討論の中で保健婦技術を向上させるためにどうするかが話された。保健婦活動をする場合、生活経験がない人には、家族の本当の問題が見えないのでないだろうか。ケースは常に隠してものを言っている。保健婦は自分自身の生活経験の苦しさ、痛さの中から、相手の本当のものを見ることができるように思う、というベテラン保健婦の発言や、ケースから電話があったとき、ともかく飛んで行って見ることが大切である。保健婦の観察力を、どうして鍛えるかについて意見が出された。また兎唇のケースを受け持ったとき、「守る会」に行って学んだという患者、住民から学ぶ姿勢についての例が出された。心理学者たちは子供を観察するのに、おもちゃを準備したり、できるだけ子供の生活の場と同じように現場をしつらえて、そこで子供を観察する。私たち保健婦は、いつも生活の場で子供を見ることができる。自閉症の子供を訪問していたが、たまたま隣家の結核のケースが、あの子は遊びにきても眼が合わない、自転車だけで遊ぶ、といった観察の結果を話してくれた。こうした本音のところで、ケースがつかめるという、保健婦活動の長所を發揮した事例も紹介された。

保健婦活動を発展させるうえで、このような自分の活動を振り返り、技術水準を向上させる、自由な話し合いが、何よりも大切であろう。各地から日常体験を持ち寄ってのこの会は、明日からの活力の源となって、みんなの胸に残ったのではなかったろうか。

*

*

IV. 准看護婦制度の実態と諸問題

『世話人』 中島 幸江(東海地方准看護婦のつどい)

中島 東海地方准看のつどいは、准看の交流、実態の把握、問題点の明確化、その問題点をより社会的なものにすること、これらの活動を微々たる努力をもってではあるが行なってきた。准看制度の実態と諸問題は社会医学上無視できない状態にあると考え、問題提起を行なうこととした。さらに事務局の取り計らいで自由集会を持つことになった。残念ながら、私たちのPR不足のため医師、他の者の参加がないが、今日の内容が雑誌『公衆衛生』に発表されるので、それらの方々の目に触れることがある。将来のことを考えるなら、少人数の討論もその足がかりになる。皆さん方の日頃の状態、思いを自由に述べて頂き、より広い人々の目に触れ、この問題が認識されるならこの上ないと思う。

A 私は准看問題で悩んでいるが、半分くらいは、給料だけもらって働いていればいい、という人がいる。つどいで自主講習や制度問題に取り組んでも出ていらっしゃらない。こういう場を借りて実態を公に出すのはありがたい。

B 進学コースの問題はいつも頭にある。が、3年コースを見ていると、健康を害するようなスケジュール、10年以上働いてからそんな人間らしからぬ生活に飛び込みない。勉強した価値は認めるが、そんなにまでして、とも思う。

C 私は准看のつどいの運動を10年近くやっているが、あの人はあれが好きだからやっている、と見られている。准看のときは仲間意識があつてよかったが、進学コースを卒業されると遠ってくる。岐阜県で行なったアンケートで「准看制度を廃止する必要がない」という人がまだまだあった。根本的になぜ廃止しなければならないかについての考え方に行きわたっていない。この問題は、開業医で1人か2人で働いている人の問題にもならなくてはならない。

B 検定試験を受けたとき、看護婦になれたと思った。看護婦になる早道はこれですよ、と教えられ、准看学校へ行った。

A 進学コースへ行けない人はたくさんいる。看護協会の講習に参加するのは、3分の2が看護婦、残りの3分の1が准看護婦である。准看護婦のための講習は看護婦のためのそれ以上あってよいのではないか。進学コー

スへいけない人のために通信教育を試みてはと問題提起したが、実現できないのではないかと大森会長から返答があった。

D 私は 1953(昭和 28)年に中学を卒業したが、同期生は看護婦になっている。当時、口べらしにということで大多数が准看護学校へ入学した。そして結婚、退職、再就職などってきたが、内容が変わってきている。たとえば言葉一つにしても、当時「蠕動」が今は「せんどう」、「腹声」が「させい」に、こんなに変わったのかと思った。私は一時、町工場などで働いたが、それが嫌で、やり甲斐があるのではないかと、この世界に再就職したが、「正・准」と口に出して言われ、くやしく思った。ある程度の教育を受け、自信をもって資格をとりたいと思う。

C 「協会ニュース」に、「正・准は同じ仕事をしていない」と書いてあった。だから徹底してやればよいと思うが、「夜勤のリーダーはやりません」と 2~3 回言ったら、感情問題になってできなかった。「千円看護婦程度の教育しか受けていない」と文句が出た。

E 准看同士の夜勤も多い。口ではダメだと言いながら、実際は、私たちの中でも、看護婦も、婦長も政治的にまかり通っている。2 年間勉強してバカにされて「私ら 3 カ月しか勉強していない」とその人たちは言う。

C 准看は「レベルが低い」と言われるが、卒業の時点でとどまっているわけではない。10 年間の成長が考えに入れられていない。3 年勉強したからいいと言うのは、どこか狂っている。

F 潜在 Ns の教育は、正・准同じ会場、内容だ。

G 話し合いがない。「准看です」という場もない。看護婦は准看と蔑んでおらずに、レベルアップに協力してもらいたい。

H 「正」と「准」とでどこが違うか探してもらいたい。患者側からは親切、不親切が、医師側からは心の看護が目安になると思う。院長も准看を買っている。まだ准看が多い。給与が本序から来て変えられたことがある。3 等給へ行ったり、4 等給へ行ったりする。

F 患者さんは、誰でも同じだという。准看を意識するのは、個人病院の医師だと思う。安く使えるから。

I 僕は医学生だが、准看の人と接する機会がない。医学部の学生は学生の時代に医者コースに資格をとってから、卒後の教育の中で医者になっていくのだと思う。片や看護の先生に、看護婦に、准看と、同じ業務がやられているながら、なぜこんな制度があるのかと矛盾を感じる。

D 私の娘は高 3 だが、進路指導のとき准看はどうですかと勧められ、高卒だったら正看に入る権利があるのに困ってしまった。

C 進路指導の先生に手紙を出す運動をした。そのとき、行かなければならぬ私たちみたいな境遇の人も 0.3% だがいるんではないかともめた。

B 進学コースの教師は経験がない。生徒は 7~8 年の経験があるのにおかしなことになる。

J 一つの資格として考えるとき、看護婦ほど複雑なものはない。医師は大卒、教師も大卒、看護婦は国家試験は一つだが、コースの複雑さや、選ぶ段階でどんな区別があるかを知らない。疑問を持たせるような教育がなされていない。看護婦になりたいといって選ぶが、かつては勉強したい意欲にかられて選んだ。情熱を燃やそうと気がついたときには、今の所にじっとしているよりもかに方法がなくなっていた。どうにも動けない。そんな経験がみんなあると思う。そこにねじこんで存在している。現実には医師や患者さんが認めてくれているが、それでは満足できない。この制度を廃止することを躊躇しているのは医師会で、厚生省やその他の機関も廃止せよと言っている。しかし、打破するには医師会を無視できない。医師会は徒弟制度的教育を今なお行なっている。進学コースは衛生卒、高卒の准看新卒者で占められ、そう簡単に入学できない状態で、進学コースは受講者が居眠りばかりしていて教育の場ではない。

中島 時間切れで問題を投げかけただけだったが、新しい問題と見方が出てきた。今後の課題にしたい。

どうもありがとうございました。

新刊

がん患者の心 世話をする人々への指針

Not Alone with Cancer A Guide for Those Who Care What to Expect ; What to Do.

R.D. Abrams 著
吉森正喜 訳

●A5 頁130 1979 ¥1,000 〒160

がん患者の精神状態を病期別に分類し、医師、看護婦、家族の患者への適切な対応を指し示す書。著者は 25 年のキャリアを持つケースワーカー。体験を踏まえた患者心理の解説は実際的で示唆に富む。
主要内容 序章／局在期／限局性併発期／進行期／末期

医学書院 1113-91 東京・文京・本郷 5-24-3 ☎ 東京 (03)811-1101 振替東京 7-96693

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