

# 第20回社会医学研究会総会

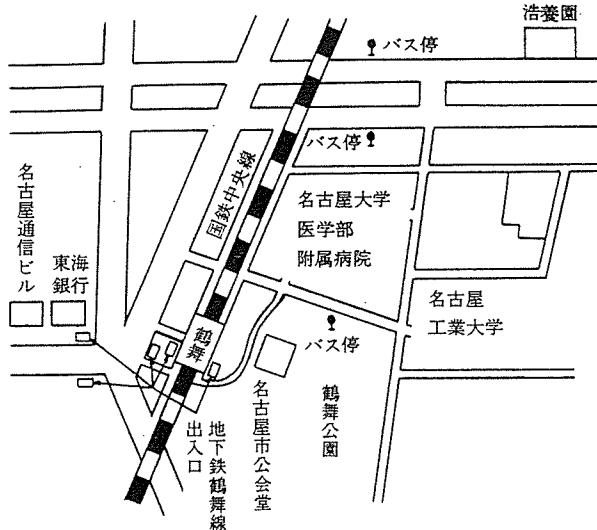
## 抄 錄

期 日 1979年9月8日(土)

9月9日(日)

会 場 名古屋大学医学部

# 会場案内



会場周辺図

名古屋駅より

地下鉄 東山線伏見乗替鶴舞線鶴舞下車  
市バス

国鉄名古屋駅北、松坂屋2階レモンホーム  
9場より乗車

⑤ 松中・妙見町行、名大病院前下車  
同 グリーンホーム3場より乗車

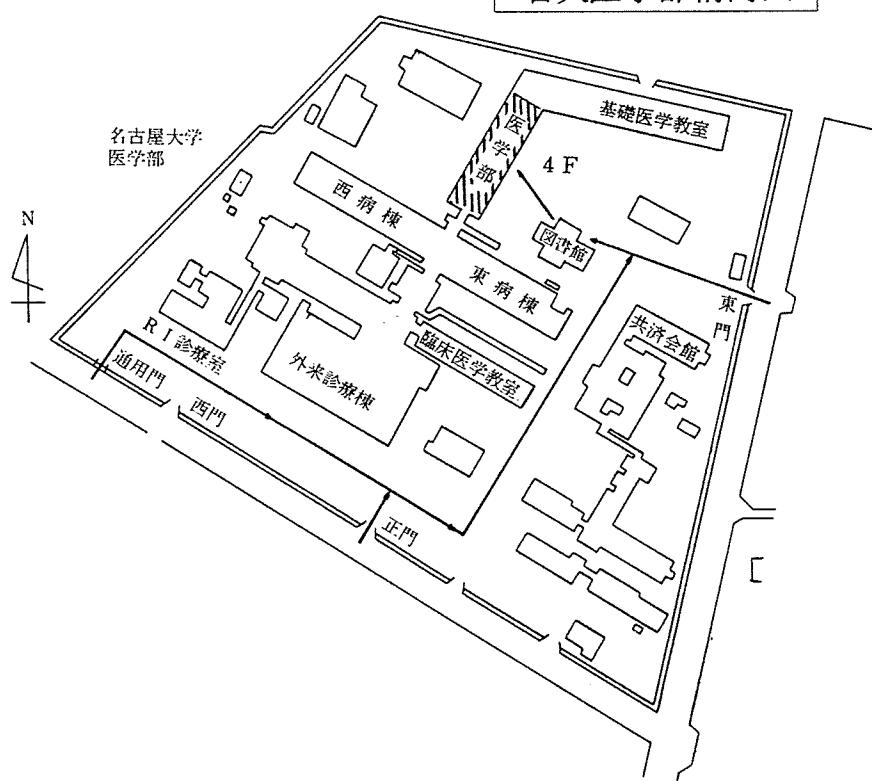
⑥ 星ヶ丘・田代本通り行き千早下車  
同 レモンホーム13場より乗車

⑨ 博物館行 (鶴舞公園下車)  
⑩ 清水ヶ岡行 (鶴舞駅北口下車)

国鉄中央線

鶴舞駅北口下車

名大医学部構内図



## 研究会総会スケジュール

9月8日(土)	13:00	要望主題 I	17:30 18:30	全国世話人会	20:30 自由集会 I II III IV
	9:00	12:20	13:30	17:30	9月9日(日)
一般演題 A B	昼食	総会	要望主題 II		

13:10

演者へ

- 1) 一般口演は一題につき報告15分、討論5分を予定しています。
- 2) スライドを使用される方は事前に受付にお申し出下さい。
- 3) 研究会報告集作成のため、報告者は報告終了時に400字×2枚の報告要旨を進行係にご提出下さい。

参加費 会員 500円  
非会員 1,000円

連絡先 名古屋市昭和区鶴舞65  
名古屋大学医学部公衆衛生学教室 (〒466)  
TEL <052>741-2111 内2076

# 研究会プログラム

<第1日> 9月8日(土) 13:30—17:30 (第4講義室)

## 要望主題 I 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 繁 (京都府向陽保健所)

I - 1	市町村より保健所設置要求の運動を 西 三郎 (国立公衆衛生院)	.....	1
I - 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—— 加納孝四郎 (茨城大 教育)	.....	3
I - 3	保健センターをより住民のものとするために 石井辰雄 (都職労保健所支部)	.....	5
I - 4	宮城県の保健所機構改革をめぐって 西郡光昭 (宮城県登米保健所)	.....	7
I - 5	大阪府下における保健所と保健センター (その1) 大阪府立保健所の整備とその背景 (その2) 大阪府下市町村の保健センターの実態 丸山 創 (大阪府岸和田保健所)	.....	9
I - 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—— 三島春光 (東京 M S W)	.....	13
I - 7	地域における保健医療問題のとりくみ ——京都でのとりくみ その後—— 山下節義 (奈良医大 衛生)	.....	17
I - 8	名古屋市にみる地域公害審議会 森 昭男 (みなと医療生協)	.....	19

<第2日> 9月9日(日) 9:00—12:20

一般演題(A) (第2講義室)

9:00~9:40 <座長> 朝倉新太郎 (阪大医 公衛)

A-1 加野太郎先生の業績 ..... 21  
首藤友彦 (名古屋市守山保健所)

A-2 医学校卒業生名簿から死亡・生残曲線を ..... 22  
丸山 博 (大阪)

9:40~11:00 <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 ..... 24  
清水利男 吉田恭子 長坂典子 (東京 荒川保健所)

A-4 地域医療における臨床検査の問題点 ..... 26  
舟谷文男 柚須紘一 江川 寛 (産業医大 病院管理学)

A-5 コラルジル中毒症の追跡調査 ..... 28  
木村敬一 (北越診療所)

A-6 大気汚染地域における呼吸器疾患潜在化の実態 ..... 30  
手島陸久 山内幹郎 (柳原病院)

11:00~12:20 <座長> 二塚 信 (熊大 医 公衛)

A-7 プライマリ・ケアの理論と実践 ..... 32  
——三多摩・東京の実践活動から——  
西 三郎 (国立公衆衛生院)

A-8 大都市民の医療  
——大阪の場合——  
金田治也 (阪大医 公衛)

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 ..... 34  
須田和子（東京都神経研）

A - 10 京都市府からの報告（日吉町） ..... 36  
吉田幸永（日吉町役場）

## 一般演題(B) (第3講議室)

9:00~10:00 <座長> 木下安子（東京都神経研）

B - 1 準看護婦制度の実態と諸問題 ..... 38  
中島幸江（東海地方准看護婦のつどい）

B - 2 31才の難病患者母娘の生活展望 ..... 41  
中島ありさ（上智大 学生） 川村佐和子（都立府中病院）

B - 3 スモン患者の老令化に伴う問題 ..... 43  
手島陸久（柳原病院、東大医 保健社会学）

10:00~11:40 <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 ..... 45  
木下安子 山岸春江 関野栄子（東京都神経研）

B - 5 在宅難病患者に対する医療機関の協力態勢 ..... 47  
——とくに訪問看護・医療ソーシャルワーカー活動について——  
木下安子（東京都神経研）川村佐和子 高坂雅子 伊藤淑子（都立府中病院 医療相談室）杉浦徳子（在宅看護研究会）

B - 6 神経難病における地域医療保健機関の連携（その1） ..... 49  
川村佐和子 伊藤淑子 高坂雅子（都立府中病院 医療相談室）

B - 7 神経難病における地域医療保健機関の連携（その2） ..... 49  
川村佐和子 伊藤淑子 高坂雅子（都立府中病院 医療相談室）

B - 8 過密都市に於ける地域医療の実践 ..... 53  
姥山寛代 朝倉隆志 興水フサ 猪瀬京子（東京 北病院 医療社会事業部）

11:40~12:20…<座長> 中川武夫（名大医 公衛）

- B-9 疾病運動から地域運動へのアプローチ ..... 55  
石川左門（筋萎縮症協会）

- B-10 スモン被害者らの闘いと「薬事2法」の制・改定問題 ..... 57  
片平冽彦（東医歯大 難研） 杉沢秀博（東大 保健社会）

9月9日(日) 13:30—17:30

## 要望主題II 大都市地域の社会医学的分析

<座長> 朝倉新太郎（阪大医 公衛） 山田信也（名大医 公衛）

- II-1 現代の大都市住民の保健問題 ..... 59  
朝倉新太郎（阪大 医 公衛）

- II-2 北九州の都市構造と住民の健康に関する社会医学的考察 ..... 63  
梅田玄勝 中島裕而 八木邦子 天野松男 竹原令宜（北九州市民公害研究所）

- II-3 東京都区部での検討 ..... 70  
増子忠道（東京 柳原病院）

- II-4 名古屋市の死亡率の分析について ..... 76  
金田誠一 棚橋昌子 中川武夫 小林章雄 尾関俊紀 宮尾 克 榊原久孝  
山中克己 神谷昭典 山田信也（名大 公衛） 村松常司（愛教大 養教）

- II-5 大都市における中年期住民の健康問題 ..... 82  
——京都市の場合——  
·山下節義（奈良医大 衛生）

- II-6 大都市のなかの一小地域における健康問題 ..... 86  
——京都市南区東九条地域の場合——  
谷田悟郎（京都 九条診療所）

II - 7 低所得勤労市民の健康 ..... 90  
——豊中市における調査から——  
逢坂隆子 朝倉新太郎（阪大 医 公衛）

## 全国世話人会

9月8日(土) 17:30~18:30 医学部会議室(2階)

## 総 会

9月9日(日) 13:10~13:30

## 自由集会

9月8日(土) 18:30~20:30

### I. 私の生きてきた時代と「医療の社会化」

前国立公衆衛生院院長 曽田長宗  
医学部会議室(2階) 世話人 神谷昭典

### II. 市町村保健センターをめぐって

第二ゼミナール室(3階) 世話人 小栗史郎 丸山 創

### III. 保健婦活動の展望を語る

第三講義室(4階) 世話人 木下安子

### IV. 準看護婦の集い

第二講義室(4階) 世話人 中島幸江

## 要 望 主 題 I

市町村保健センターと地域保健活動

# 市町村より保健所設置要求の運動を

西三郎(国立公衆衛生院)

保健所法政令市と増加する運動には、個別に  
個々の市より、保健所設置の要求を具体的に提

図1. 三鷹市町づくり市民会議  
議の発足から解散まで

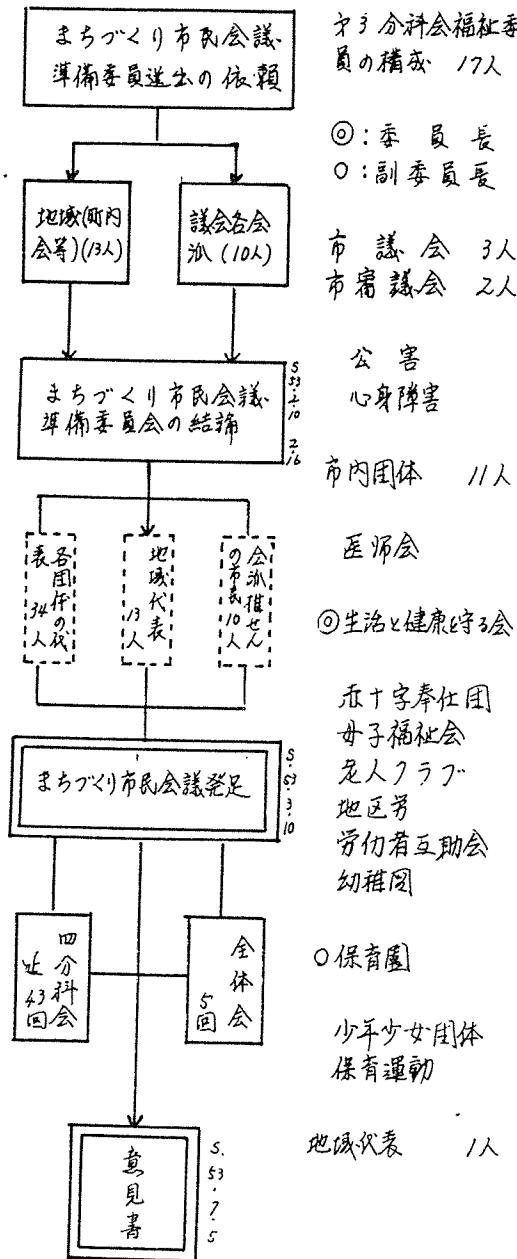


表1. 市民会議

ネコ会計会福祉委員の構成 17人

◎: 委員長  
○: 副委員長

市議会 3人  
市審議会 2人

公害  
心身障害

市内団体 11人

医師会

◎生活と健康研究会

赤十字奉仕団

母子福祉会

老人クラブ

地区芳

労働者互助会

幼稚園

○保育園

少年少女団体

保育運動

示することが必要といえる。このためには、住民要求とともにそれを支える財政面での検討を行なわなくてはならない。今回は、市民要求を行なった三鷹市の事例とともに一般的な保健所設置による財政面の検討を行なつたので報告する。

表2. 保健所設置市行政機能差増加経費(単位千円)

	昭和52年度	昭和53年度
保健所設置市県不要		
経費一般賦源(A)	1,884,299	2,061,532
保健所費(C)	1,087,623	1,207,526
結核対策費	267,495	276,964
内 慢病予防費	10,423	11,168
食品衛生指導費	254,667	269,692
環境衛生指導般経費	56,920	62,165
清掃指導費	34,858	38,273
矢旗昆虫駆除費	30,586	33,447
家庭用品衛生監視指導費	4,265	4,696
介護保健指導費	68,689	80,917
給与改善費	68,773	76,740
A / C (D)	1,732	1,707
保健所設置市増加経費		
一般賦源(人口10万人ベース)	110,841	121,267
A × 10万 / 170万 (F)		
標準団体一般賦源(G)	80,794	92,855
F + G = H	190,815	214,122
保健所設置市 増加率 $\frac{H}{G}$	2.396	2.306

表3. 昭和52年度地方財政衛生費の決算(単位千円)  
(人口10万人あたり)

区分	都道府県	市町村	総計
公衆衛生費	464,732	438,162	872,763
結核対策費	53,383	31,026	81,342
保健所費	90,577	63,394	133,694
清掃費	133,779	673,252	800,747
合計	742,670	1,185,833	1,885,585

表4. 保健所設置市増加状況(人口10万人)(単位千円)

$$\begin{aligned}
 &\text{保健所設置市増加経費推計} = \text{保健所費} \times D \\
 &\text{総計: } 133,694 \times 1,732 = 231,558 \quad (F') \\
 &\text{市町村: } 43,394 \times 1,732 = 75,158 \quad (E) \\
 &\text{標準団体一般経費推計} = \text{衛生費} - \text{清掃費} - E \\
 &= 1,185,833 - 673,252 - 75,158 = 437,423 \quad (G') \\
 &F' + G' = H' = 231,558 + 437,423 = 668,981 \quad (H') \\
 &\text{保健所設置市割増率 } H'/G' = 1.529
 \end{aligned}$$

### 第3分科会報告

#### 各論 7. 保健(医療)

##### ◎ シビルミニマム

(1) 次のように項目を変更追加補強する。

1. 健康の維持と増進のため、組織的、計画的推進と図り、市民代表等による「市民保健会議」(仮称)を設置します。
2. 市民の健康増進と疾病予防を図り、保健サービスの効率的運営と図るために、保健所業務の強化と市への移管を推進します。なお、移管に至るまで、健康管理センターの設置により業務の遂行をします。
3. 各種の検診は希望者全員が受けられるよう、体制的充実を図り婦人の健康診査、成人、老人病の予防、早期発見、早期治療を促進します。
4. コミュティセンターは、これから保健婦活動のベースとして位置づけ、保健思想の普及みどり地域市民と地域医療機関のふれあいを推進し、地域医療体制の確立に努めます。
5. 健康教育……原案のまま。
6. 夜間診療施設かより休日診療施設の開設については、関係機関と協議し、早期実現に努めます。なお、地域的特性、効率的運営が課題となる、夜間診療体制の充実は、広域的視点からも検討することとします。
7. 救急医療については、一層の充実を国・都に要請するとともに、市独自として具体的に可能な施策から順次実現をすすめていきます。
8. 難病対策については、国・都の施策とは別に、生活実態にあわせて、きめこまかい施策の導入を図ります。
9. 国民健康保険……原文のみとて「市独自の施策として優先制度の充実を図ります」と入れる。

#### 意見

- (1) 地域保健の充実は、専門職種の保健婦活動に重うところであり、しかも施設ではなく人によるサービス分野である。保健婦活動の中で適切な保健指導がなされ、地域医療機関とが結びつく、いわゆるホームドック体制が根付き、新しい医療体制が形成される。
- (2) 難病対策が欠けており、日常生活で行なっている市民ぐるみで、看護、介護の援助体制が望まれる。

##### ◎ 特記意見

- (1) 「市民保健委員会」については、国で「地域保健協議会」を設置するよう指導しているが行政の責任が不明確であり、実施主体を明確にして予算計上として、実行性のあるものにすべきである。
- (2) 保健(医療)について、文中規定、用語等不用意に使用していろが実行性を高める

ためにも行政の中に専門区(注・紀主行政の専門家)の確保が望まれる。また、保健所の移管は健康管理センターと重複するものであり、専門区の確保とあわせ早期に一元化促進に努めること。

- (3) 健康管理センターは大規模ではなく小規模にすべきである。また、大学付属病院として機能の高い杏林大学と地域特性として生かすべきである。
- (4) 保健婦等医療従事者が不足しており、マレパワーを都・国に要請すべきである。
- (5) 保健サービスは、市民の健康を守ることが基本であり、福祉政策の根本のひとつである。この基本が欠けている。このような認識の上にたち、都市環境の整備、コミュニティ等、まちづくりが行なわれなければならぬ。
- (6) 差額ベット、看護料等医療外負担の解消に努めること。

## 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

### I. 研究目的

厚生省の構想による市町村保健センターが全國各地に新設されてきている。昭和53年度は92ヶ所が建設され、54年度は150ヶ所が予算化されている。こう保健センターに対し、国民の側に根強い不信心が存在し、これに対する反対運動も見受けられる。「健康づくり推進協議会」の設置とセットとしていることも問題を複雑にしてしまうところである。しかし全国の多くの市町村に何らの保健施設が存在しないところが況んではセンターの設置によるメリットを誇張りにしてしまっている。保健所の再編、諸少なすすむひめで、住民の健康と生命を守るために、地域保健、医療はどうあることか望ましいのが検討せねばならない。とりわけ、保健センターと住民の方々に対していくにはどうようは杆応が内外であるがき明らかにすることは重要な課題であろう。

### II. 石岡メディカルIVセンター設立の経過

#### 1. 住民要望としての保健センター

昭和49年頃から、茨城県下各市において、休日緊急診療体制の整備がすすみられ、石岡市においても市民の要望が高まり、救急医療と医療問題全般の対策及び運営の目的で「石岡市民医療懇談会」が設置された。この時点では職労のリーダー・シップにより、住民に対する保健・医療に関するアンケート調査が実施された。

この調査結果では1118名の回答者(配布は1600名)のうち95.2%が、市に付し救急医療体制(夜間・休日診療)の整備を要望している。

また、昭和49年の12月議会に向けて、市民2081名の署名による「救急医療体制の整備と公立総合病院設置に関する請願」が、経営議員20名によって、市議会へ提出された。こうした動向によって、50年、外科、看護人部各1ヶ所、内科(小児科含む)2ヶ所による住宅輪番制の休日緊急診療体制がスタートした。同年1月に休日緊急診療所が開設されたに至った。

運動の前進のかたで救急医療体制の一層の充

実(夜間の診療体制、休日・専科緊急診療)への要望が高まっている。

他方、緊急診療体制の施設・設備の充実、医療従事者確保が課題となっており、<sup>小区域化</sup>

また、救急医療への準拠から、予防接種の会場の確保を要望する声が高まり、保健婦活動への要望も出てきた。

昭和49年に地方都市としては非常に立派な施設が完成していところ、保健・医療施設建設への要望を始めた一つの原因である。

#### 2. 市町村保健センター構想との結合

昭和52年には、茨城県において、石岡保健所を53年度に新築移転する構想が具体化した。

石岡市はこの構想をとくえ、新保健所を中軸とした、地域医療と保健予防のセンターを建設すべく、石岡保健所管内4町村に働きかけ、「石岡地方保健センター建設連絡協議会」を発足させた。また、市議会に建設計画が提案され、「医療センター設置調査特別委員会」が設置された。

住民要望と保健所・移転新築、53年度から保健センター建設に対する国庫補助の開始、竹内政策改めの地域保健・医療の再編政策、とくに該施設の「<sup>の運営</sup>区域化」の方針は、厚生省によって構想された市町村保健センターを健康づくり推進協議会の認定へと急速に階級づけられ、保健所と同一建物内にセンターが設置される形態で完成した。(54年6月)。

#### 3. 医療保健センターからメディカルIVセンターへ

保健センター建設作業が進行するなかで、同センターの性格がより明瞭になってきた。

センター内には、休日・在宅緊急診療センター、臨床検査センター、石岡市保健予防課、石岡市医師会事務局がはいることとなった。石岡市医師会が土地を貸し、そこに市がセンターをつくり、医師会事務局を入れるといふものである。

また、同センターの隣接地の買収計画已有し、老朽医舎会立・総合病院を建設する計画であることがわかった。

さらには、茨城県メディカルIVセンター、日本メディカルセンター等地域保健医療の再編集中化

をメディカルセンターと称する機能によって行なつてゐる。石岡市光の下部機構として住民がけむりとひろき医師会から預けた希望により完成し同時にメディカルセンターに改名された。

### III. 石岡メディカルセンターの特色

住民運動から出発し、メディカルセンターに至る間にセンターはいくつかの特色を有している。

1. センターに保健予防課全員が配置されてゐる。課長兼センター所長、保健指導係6人、予防係3人、庶務2人、計11人。同センターが公設公営の姿勢をとっていることは評価してよい。

2. センター運営委員会委員構成上の問題点。  
住民代表、労働組合代表はりめられていなかが、他方では、青年会議所理事長などははいっている。全般的には、実質的な審議がでましくい管理者層で構成されている。

#### 3. センター運営上の問題。

センター職員が意見を述べる機会が組織上保障されていない。課長が幹事としてはいるが、保健課、一般職員の発表の場がない。運営組織に関する説明、意見聽取の職員に対する対応がいいではない。

#### 4. 保健所と同一の建物にセンターがある。

集中化の方針によつて、同一の建物内に設置されたが、実質的には、形式的のものにとどまつてあり、同センターと保健所(市と県)の役割や機能に関する両者の話し合いは建物の完成まで一度もない。そのため、施設、設備に関して両者の統一的、総合的なものと車並み立てるものではない。形として両者一体と不況对策としての公営土木事業といふ性格が濃厚である。

5. 休日夜間応急診療。センターは石岡保健所管内と市町村による広域運営組織をとつてゐる。財政的な負担が応急に付せられてゐる。今年の6月から夜間(土曜と日曜)17:00~<sup>11:00</sup>まで診療が開始された点は評価してよい。また、陸海検査センターは医師会への委託となつてゐる。

#### 6. 医師会と石岡市との連携が進行。

医師会事務局の入居、臨床検査センターの委託、健康づくり推進協議会の設置等を行なって、市政における医師会の影響力が強化されており、反面、市政と保健所との連携はすすんでいた。

### IV. 今後の課題。

1. センターと住民のものとしていくために、運営委員会規則を条例化していく。その構成委員に住民、労働者側代表を参加させよう働きかける必要がある。(ひが、石岡市では、健康づくり推進協議会とは別にセンターの運営組織として、運営委員会を設置している。)

2. 住民、労働者側は、住民の保健・医療に関するニーズを把握し、市当局に調整等の手本)、それに基づいて、地元・保健医療政策を提起し、その実現をめざして、市議会がより同センター運営委員会に働きかけることが大切である。

3. メディカルセンターと保健所との連携の強化を図り、同一建物内にあるといふ利点を最大限に生かす工夫が肝要である。例えば、一方半型検査(市)と三方混検査(保健所)の共同運営、共同管理、ビルテナーナ化、保健活用の共同化等)両者の予算上、制度上の制約を越えて、共同事業の形式を取り入れる相互通りを入れを積極的に行なう肝要である。当面、両者の範囲内で何と何で、どこまで共同して行なうことが出来かかる検討していくことが課題である。

4. 今日、地域保健医療を住民を中心にしていくためには、市町村と保健所の有機的結合をはかり、相互に住民サービスをあげて競り合う状況を作り出されねばならない。とくに、医師会と市との連携は石岡がけないことではなく、全国各地にみられる現象であり、保健所とより職員といふ立場から見れば、保健所の仕事と医療を考慮した際、やはり保健所独自で考慮しないままおこなはる状況にあるといわねばならぬのである。

5. そうした課題を遂行していくためには、保健所がより市町村の労働者自身が、住民ratドに立って両者の協力的関係を前提とした連合を行なうべきかどうかが鍵である。

6. 最後に、保健センターはあくまで、市町村が責任を負って運営する(管理も含めて)ことこれが基本であり、医療としても老健山に対してはからなりことを強調したり。

なお、本答申は論上答申であることをお詫び致します。

# 保健センターをふり住民のものとするために

□石井辰雄(都営局保健所支部)

## 1.はじめに

この1年間市町村保健センターは全国で92ヶ所(53年度分)が設立されている。厚生省は、引続き54年度分として150ヶ所の新設を予算化している。この間公衆衛生園従者の間で、保健センターの設立をめぐり、設立そのものに反対する意見を含め、種々な論議が展開されてきた。一方厚生省は、本年6月13日母子保健制度検討委員会を発足させ、母子保健法、保健法、児童福祉法の抜本改正の検討に入る等、保健センターの役割があらためて鮮明になってきている。今日のこうした事態の推移のなかで、八王子市の保健センター設立をめぐり、未だ連の取組んだ開示について、いつもうのうの意見と批判を頂ければ幸いである。

## 2.八王子市の往意保健衛生業務の概要

八王子市の人口は約35万、面積49.9km<sup>2</sup>で都下最大の市である。同市は、都立八王子保健所(職員数67)同面保健相談所が所管していながら、保健所だけの対人保健サービスだけでは不充分であり、市は、往意保健衛生業務として、次のようないくつか事業を行っている。

- ①胃検診 ②子宮がん検診 ③循環器検診
- ④母親学校 ⑤幼児保健相談 ⑥母子歯科検診

## 3.八王子市の保健センター設置計画

昭和53年3月定期市議会は、次のようないくつかの保健センター設置計画(案)を可決した。

- 1. 総面積 812.3m<sup>2</sup>
- 2. 建設規模 1300m<sup>2</sup> (鉄筋3階建)
- 3. 設施の機能
  - (1) 夜間救急診療所の設置(現診療所移設)
  - (2) 休日歯科
  - (3) 母子健康相談及び栄養相談室の保健婦活動の拠点
  - (4) 平防接種業務の拠点
  - (5) 救急診療情報システムの導入(人手によるテレボンサービス。)

(6) 本分院合併による会議室の設置  
4. 平常規模 2億32757千円

## 一内訳一

- (1) 国庫補助及び都補助 40715千円  
(国庫補助2700万円、都補助分は、夜間救急診療等に対するもの。)
- (2) 一般財源 63642千円
- (3) 地方債 1億28400千円

又、センターでの事業計画は、現在行っている各種予防接種、老人検診、住民等の法定業務、及び前項の往意保健衛生業務の外、新規事業として、①9ヶ月児健診 ②1才6ヶ月児健診 ③乳幼児心理相談 ④虫歯予防衛生教育とマニエラ塗布 ⑤成人病食講習会 ⑥家庭體育講習会 ⑦救急法講習会等を計画している。

保健婦については、理農4名であるが、栄養士歯科衛生士(現1)を含め、12名に増員する計画だとしている。

## 4. 八王子市職員との共闘のありまし

八王子市の保健センターが、このように具体的に建設設計事が進行するなかで、市職員から、「今後より月初旬に保健センター問題について話し合ひを行いたい。」旨保健所支部八王子分会を通じ申入れがあった。支部ではこの申入れに対し、「保健所の拡充、強化が基本」とあるとの支部方針を踏みえ、実際開発へ發展させてゆく方向を確認、書記長・組織部長レベルで対応することになった。両組織の書記長・組織部長・保健所支部八王子分会長(8月21日のみ)八王子市議会議員(市職員特別執行委員)が参加し、8月21日25日と2回の話合いのなかで、保健センター計画が具体的に進行している現状で計画図の資料運動は無理であるといつてから、次の点を確認。

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がありまして、市への姿勢を明確に工せよ。
3. 保健所との関係を明らかにさせよ。
4. 保健センターの運営費等にに対する市の態度を明らかに工せよ。
5. 貢献又展望を明らかに工せよ。

以上を職員に要請書、陳情書(別紙資料-1)は保健所支部が作成し、市長要請、市議会議長

社会党・共産党・革新会議員に陳情を行つてゆくことになった。また9月定例市議会で植松市議が、要請書の内容を一般質問にて取り上げることになった。昭和53年9月1日八王子市長に要請。市側から、助役、総務部長、健康保養、幼稚園から、市組織の書記長、組織部長、植松市議が参加、私達の要請に対する、助役からの次の回答があった。

- (1) これは厚生省のいう保健センターではない。現在間借りしては夜間救急、歯科診療所が追加立てと迫られてしまつて。又予防接種会場が狭く、これらの解決を早急に迫られてしまつ。
- (2) 保健所を拡充・強化することは基本であるという考え方には同意である。
- (3) 保健所の仕事を市が横取りする考え方ではなく今後とも保健所との関係は更に密接にしてまいり。
- (4) しかし市民の健康に対する要求は強く行政は、これに応えるべきだと思ってまつた。

又、当時は市議会議長、社会党・共産党・革新会議員に陳情を行つた。この市長要請に対する文書回答は、別稿資料-2のとおりである。

陳情書は、9月25日市議会厚生水道委員会で審議され「要請項目の実現について、充分理解を得られるよう努力された」という意見を付して趣旨採択された。また9月13日植松市議は、要請内容について、本会議で質問し、市民部長がこれに答えていた。

八王子市職員は、二の闇にて通じ、別稿資料-3に付す覚え書きを市当局と取り交わしてまつた。今回の挨拶を通じ私達は、いくつかの教訓を得た。

- (1) 幼稚組合が地域住民の生活基盤にモチベーションをもつて共同開拓を樹立させ、問題解決へ一歩踏み出したこと。
- (2) 地域で保健衛生を考える運動の芽王元にはまつたこと。

又、市職員の取り交わした覚え書きは、①市の自治権を尊重し、②民間登記への改めかけた東京都で評価されるものと考えてまつた。これから保健センターが今後、真に住民のものとなつていくには多くの課題が残されている。①市町村と保健所との連携の問題 ②政令市問題等 今日の朝日では既にこいつた関係団体や住民団体との共同開拓へ発展させること努力が引き続求められて

まつた。

#### 〈資料-1〉 要請書(前文署)

1. 国の責任として、保健所法にまとめて、保健所を増設するこれが基本であるとの立場から必要な要求を行われたまつた。

2. 现在されまつた本市における保健センターは、その事業面からみると公衆衛生機関と想定されますが、将来にわたる保健所との関係を次の表で明確にされたまつた。

① 保健センターの事業内容について、市はどうまでの範囲で実施してまつたのか、又設立の目的を明らかにするまつた。

② 保健所は現在無形の原則上にあり、無形とは実質的取扱いとなつますが、住民負担三分の一がられないかどうかが明らかにされない。の増大  
3. 保健センターの運営は、財団法人とせず、すべての部門において市が公的責任を負うことを。  
4. 保健センターの運営費について国に要求するまつた。

5. 市と保健所との関係を便に單層にするまつた。

#### 〈資料-2〉 要請書に対する市側回答(要約)

1. 現行法体系のなかで二種類のとおりでその趣旨に沿うよう國に対する要望です。

2. ①救急部門を中心とした現状の予防活動を実施いたします。②有料化の場合には、事業部で実施する事業に準じた住民負担を求めることにならうと考えます。

3. 二種類に沿うよう努力します。

4. 国及び都に強く要望してまつります。

5. 現在以上に双方の連携を密にし、住民保健サービス向上を推進いたします。

#### 〈資料-3〉 市当局と市職員との覚え書き(要約)

1. 保健センターの運営と事業内容を兼ねる場合は、事前に協議する。

2. 将来とも市町村保健センター構想に基づく健康づくり推進協議会等、それに類似する団体を設置するまつたなく、市直管で企画し、運営する。

3. 今後とも保健事業(国、都から市が実施するまつたもの)は、市自らの責任で行なう。

おわり。

# 宮城県の保健所機構改革 革をめぐって

西郡光昭(宮城県登米保健所)

宮城県では54年4月、仙台市(政令市)を除く保健所の機構改革を行った。その主な内容は、従来の14保健所を9保健所5支所にいたしまと内部機構の再編であるが、以下その背景、内容と問題点などについて述べたい。

## 背景

1. 宮城県では従来、保健衛生の施策に関して厚生省をリードするいわば「モデル県」であったとの自負があるようであるが、はかんなく宮城県の委託を受けた宮城県公衆衛生協会がまとめた「保健指導網の近代化」(43年)が発表されて以来、その考え方は保健所問題調査会(全国部長会)や保健所問題懇談会(厚生大臣の私的諮詢機関)に強く影響してきたと受けとめられている。特に47年に発表された保健所問題懇談会の基調報告は、前述の宮城県のリポートを下敷きにして作られたものであるとされているほどであるから、今回の保健所再編はもっと早期に行わるべきだっただとされている。

2. 宮城県では、保健所法制定以来、ほんらい保健所活動の中心であつたはずの対人保健サービスが、時代の推移とともに監視をはじめとする対物業務や行政权限を持つ業務にとって代わられて、相対的に弱体化する傾向にあるとし、今後ともその傾向が強まるとの懸念から歯止めを必要とするとの意見が出されていて。

3. その懸念は保健所業務の中では、対人サービスと行政权限を持つ業務とは本来同じではない性格のものであるとの認識から強調されたもので監視、許認可の事務、試験・検査等は可能な限り集中する一方、住民の身近かで市町村との連携が特に強く求められる対人サービス業務は分散してサービスを強化すべきとする「集中と分散」によつて「局面打房」の道とする主張が強かった。

4. 高度経済成長とともに顕著となつた人口の都市集中および過疎化の現象は宮城県でも例外ではなく、保健所の管内人口に格差が生じてきた。加えて広域行政の推進とともに生活の

基盤が単独市町村の枠を越えたひうがりにかかり、求められる保健所活動も「より高度な専門的なサービス」へと変化したとして、保健所と市町村の業務分担を明確にする必要があるとの意見が再編の論拠の一つとなつた。

5. 以上の考えにもとづいて43年以後、試験・検査、放射線、狂犬病、薬事、食品、環境衛生、公害対策等の各業務の集中化が行われて来た。これら業務の集中化にともなう職員の定数削減はほかにものの、ほとんどが業務となつたために事務の煩雑化など問題が表面化するようになる。対人部門では49年保健婦室が廃止され、一課各係への配属となって事務的業務をこれまで以上に負わされた保健婦の不満も募ってきた。

## 機構改革の内容

旧 保健所名、所在地	管内市町村数	管内総人口	新	
			保健所名、管内市町村数	管内総人口、支所名
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			変らず
宮黒 仙台市	1市5町1村 159,807			"
塙釜 塙釜市	2市3町 151,715			"
石巻 石巻市	1市9町 240,062			"
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11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 登米町	9町 100,091			変らず
気仙沼 気仙沼市	1市4町 115,039			"

表 宮城県保健所機構新旧対照

※人口は54.3.31現在



図 宮城県保健所管轄区域

太線 新区域  
細線 旧々

再編について  
は表、図のとおり  
であるが、支所と  
は、に旧々保健  
所からは、いず  
れも食品、環境  
衛生、医療等の  
監視および公害  
関係業務が集  
中化され、代々  
て関係職員が充  
張して窓口業務  
にあたることに  
は。た。新々保  
健所中、仙台市  
周辺地区を管  
轄する3保健所  
を除いては、各  
広域圏の行政所  
所在地にあかれることとは。た。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つた。

### 今後の問題点

1. 宮城県では今後5支所の業務のうち、行政  
权限をもつないサービス部門を市町村保健セン  
ターとコミットさせ支所を廃止する方針である  
こと。

2. 前表でみるとおり、今回の再編によつて  
1保健所の管内市町村数、面積、人口とも急  
激に増大したこととあって市町村との連携いのうえに地域特性に応じたキメ  
細かい保健衛生の活動が可能か否か。比較的辽  
地に対するサービスは切り捨てられるはしな  
いか。

3. 支所が環境衛生関係業務から離れて  
存在し、保健所が本来持つべき、地域の健康  
問題の総合的把握と解決の機能を自ら放  
棄することにはどうないか。

4. 今回の機構改革は保健所職員の定数  
削減を目的とするのではなく、「集中、分散」と  
あわせておこう定数増を目指すためのもので  
ありとされている。保健所の数を減らしたう  
えで職員数の増が可能か否か、など今後に  
残された問題は多く且つ大きい。

## 大阪府下における保健所と保健センター

### (その1) 大阪府立保健所の整備とその背景

大阪府岸和田保健所　・丸山 創

#### 1. 自民党府政下の保健所

1948年に公布された保健所法により、大阪府下（政令市の大阪市、堺市を除く。以下同じ）に20保健所、5支所が設置された。これは当時、人口10万に1保健所という基準（保健所施行令第2条）にほぼ沿ったものであった。

ところが、その後の人口急増にも拘らず、

1970年まで、保健所は全く増設されなかつたばかりではなく、3支所が廃止された。ちなみに1960年には215万人であった府下人口は1970年には約2倍の405万人に増加したが、耳員はこの10年間に120名しか増員されていない。こうして、保健所は人員の面からも住民の要求に応えることが困難な状況に立たされた。

#### 2. 国の施策と保健所

この間、国は朝鮮戦争の終結を境に、中央集権を強化し、経済のみを優先せし大企業本位の高度経済成長政策を政財界一体となって推進した。この政策の枠組みの中で地方自治は後退し、佐医療費政策が推し進められ、医療の公共性と公衆衛生は軽視された。

保健所もそのしゃ寄せを受け、耳員の定数削減、食品衛生・環境衛生監視員の人件費国庫補助廃止、保健所増設予算の不承認等が行われて今日に至つた。

更に、保健所の型別再編成（1960年）を端緒として、基幹保健所構想（1968年）、保健所問題懇談会基調報告（1972年）、地域保健医療計画策定のための区域設定報告書（1974年）等に基づき、保健所の統廃合並びに機能の集中（特需保健所に対する衛生を集中）と分散（対人保健の市町村移管と業務の民間委託）による合理化が進められていく。市町村保健センター設置もその具体化の一環である。

#### 3. 自民党府政の破綻

戦後永年続いた保守府政は、中央直結型で、上述の国の政策に追従し、大企業本位の産業基盤整備を優先させた。これに万博の開催が拍車をかけ、生活環境の整備や保健、福祉、医療が

なおざりにされた結果、都市問題が深刻となり、公害が多く、医療制度・体制の不備が一層あらわになつた。

#### 4. 黒田革新府政の誕生と保健所

1971年、黒田革新府政の誕生によつて、府政の方針が

（1）中央集権・中央直結から地方分権、地方自治の確立へ

（2）大企業本位の産業優先から府民本位の生活と福祉優先へ

（3）官僚的行政から民主的行政へと転換された。

保健所に廻しては「1市1保健所」が知事の公約であり方針であつた。

当時、衛生部は保健所の設置基準として、「管内人口が20万以上の保健所で、2市以上を管轄し、かつ分割した1市の人口が10万を超えるところに保健所で、5万以上の場合は支所を新設する」という内規を設けていた。

知事の方針はこの具体化を促進することになり、上述の国の政策に抵抗して、今日までは表1のよう、建設中のところを含め、4保健所4支所を増設し、2保健所を改築した。耳員も表2の通り、8年内に290名余り増員された。その結果、人口増にも拘らず、1保健所・支所当たり人口及び耳員1人当たり人口は減少した。とりわけ、対人保健の重要な担い手である保健婦は100名余り（約60%増）もふえた。

表1. 保健所・支所設置の推移

自民党政時代	
1948年	20保健所、5支所
1970年	3支所廃止 保健所増設なし

黒田府政時代	
1971年	寝屋川保健所、柏原支所
1972年	摂津支所
1973年	門真保健所
1975年	松原保健所、箕面支所
1978年	大東保健所 千里支所
	建設中

表2. 保健所職員増加の推移

項目	年齢	1970年	1978年
府下人口 (大阪市・堺市を除く)		4,045,533	4,883,454
保健所数	20	23(24)	
支所数	2	5(6)	
保健所・支所当り人口	183,888	174,409 (162,782)	
保健所職員総数	730	1,024	
職員1人当り人口	5,542	4,769	
保健婦総数(再掲)	202	316	
保健婦1人当り人口	20,027	15,454	
医師数	41	46	

### 5. 大阪府職員労働組合の活動

大阪府職員労働組合(以下組合といふ)及び同保健所支部は、永年蓄積した力量と、保健所白書(府民のいのちと健康を守るために—保健所の現状と問題点—1971年)の作成にもみられるように、体験と学習、調査資料と理論に基づいた交渉能力を備えている。

1974年には組合(本部・保健支部役員)と当局(人事課・衛生部代表)で構成する「保健所問題委員会」を設置した。この委員会で約8か月にわたって「保健所のあり方」に関する討論から、職種別職員の配置計画。各業務の内容の検討等の各論に至るまでを論議して113。委員会は14回開催し、関係職員からの意見聴取2回、兎に保健所活動の実態調査も行なつて114。この委員会が保健所の拡充強化に果した役割は大きい。

また、保健所支部は1971年摂津支所の設置が計画されたや、市民に弱体な既設支所の実態を知らせ、支所よりも保健所を設置すべきことを訴えた。府下各保健所の組合員が摂津市に赴き、戸別訪問をしてビラを配り、署名運動を行つた。知事も保健所を設置すべきだと115考へて116あったが、衛生部の「人口10万未満の市には支所設置」という基準を崩すこととはせずなかつた。しかし、摂津支所には厚生省の定員を4名上回る11名の職員を確保することができたばかりではなく、他の支所の人員、設備の拡充強化の手助けもつくつた。

### 6. 保健所と住民との連帯

1969年当時、藤井寺保健所の管内3市(藤井寺市、羽曳野市、松原市)の人口は合計22万、職員は36名であった。職員1人当りの人口は全国平均の3500人に比べて6000人であった。当然のことながら住民サービスは行ながたい。殊に人口10万余りの松原市は保健所から最も遠く、人口は3市中最大であるにも拘らず、保健所利用者数は最少であった。保健所はあらゆる機会長々の実情を市民、関係者に訴え、松原市に保健所を新設する必要性を説いた。

やがて、これに呼応して、松原市の住民組織、関係団体、労働組合が結集して「松原保健所設置推進会」を結成した。駄頭ビラが配られ、戸別訪問による署名運動が進められた。市内府に対する陳情も行かれ、遂に衛生部長が現地を訪ね市民各層の意見をきいた。その後の市長や議員の選舉の際にはすべての立候補者が保健所説教を公約に掲げ、市議会も保健所設置を決議した。

1975年3月、やがて初めての保健所職員と住民の共同設計による、市民病院併設オーパン型建築の保健所竣工式が黒田知事臨席のもとに行われた。

### 7. 結論

以上述べたことからもわかるように、保健所の拡充整備は、国の政策、地方自治体首長の方針、保健所主管部局の施策等、当局、理事者によって左右されることは大きなことは言うまでもない。一方、住民の要求と運動、組合の力量と活動、保健所職員の姿勢と実践、そして、これら三者の連帶、共闘によって大きく影響されることも事実である。

大阪の場合は、保健所の拡充強化にとって、これらの条件が有利な方向に向ひ117たと言えよう。しかし、これらの条件は手をこまねいて118で整うものでは119ないことは勿論、一朝一夕にして120あがるものでもない。それには、ひとり一人の自覚と、たゆまざる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ろう。国及び地方自治体の財政危機下において、保健所の拡充整備を優先策とすることは、困難ではあるが、組合及び保健所職員に課せられた重要な使命である。

# 大阪府下における保健所と保健センター

## (その2) 大阪府下市町村の保健センターの実態

大阪府岸和田保健所　丸山 劍

### 1. 調査目的

53年度国庫補助により全国で88か所設置された市町村保健センターは建設されたばかりであり、その運営が実際に軌道にのるにはこれからである。しかも、流動的な要素を多分に含んでいる。そのため、市町村によって、その実態は多種多様であると思われる。

そこで、本報告ではとりえず、筆者の勤務地である大阪府下における実態を、筆者もその班員である大阪府保健衛生問題研究会の調査に基づいて述べ、市町村保健センターに対する公衆衛生関係者の対応の参考に資したい。

### 2. 調査方法

所定の調査票を府下23保健所の所長に配布し、昭和53年12月末現在における管内のいわゆる「保健センター」の実態について調査を依頼した。該当施設17か所中16か所については回答があつた。

調査項目は次の調査成績で述べられており3項である。

### 3. 調査成績

#### 1) 年度別設置数

大阪府下42市町村(大阪市、堺市を除く・29市/12町/1村)中、53年12月末現在保健センター設置市町村(建設中を含む)は15市3町(内2町は一部事務組合)、計17か所である。

設置状況を年次別にみると、次の通りである。

年 度	40~44	45~49	50~52	53~	計
設置数	2	3	7	5	17

オ1号は40年11月に設置された箕面市立保健センターである。何れも国の市町村保健センター補助制度がござる以前に設置又は計画されたものばかりである。なお、このうち、国庫補助を受けたもの3か所、建設中3か所である。

#### 2) 保健センター設置に至ったまでの経緯

住民の救急医療に対する切実な要求に応える

ため設置することになった休日急病診療所に、計画の段階で、市町村の対人保健サービスの場として、同一建物内につけ加えられたところが多い。

#### 3) 同一建物内にみる他の施設機関等

保健センター単独の施設は1か所のみで、他はすべて同一建物内に他の施設機関等が在る。しかし、他の施設機関等の方が主体で、保健センターは専門に併加された形になつて113所が多い。

他の施設機関等としては、休日急病診療所と医师会(又は三師会)事務所が夫々12か所が最も多く、次いで看護婦学校が3か所、医师会臨床検査センターが2か所である。他の施設機関等が最も多いのは、吹田市立保健教育センター、千里医療会館という建物内に6つの施設機関等がはりつている。

なお、吹田市及び高石市の場合は、府の保健所の支所及び会室が同一建物内に設置されている。

#### 4) 設置主体及び運営委員会

公設公営が7か所が最も多く、次いで公設民営が6か所、その他は民設公営1、民設民営1、未定2である。

保健センターの長(又は理事長)は、市長が5か所、医师会長が2か所、長の置かれていなければ36、未定4である。

運営委員会が設置されているところは11か所で市及び医师会の代表などの運営委員会の委員にもかかって113が、住民代表は5か所、保健所代表は4か所の運営委員にかかって113にすぎない。

#### 5) 職員

専任職員の配置されて113ところは94か所、専任職員も兼任職員も111ところ2か所、未定3か所である。保健婦の配置されて113ところは3か所にすぎない。(専任3名、1名、兼任2名)。このほか、看護婦が4か所(専任2名、1名、1名、兼任3名)、検査技師が3か所(専任1名、4名、1名)、放射線技師が2か所(専任各1名)、薬剤師が1か所(専任1名)、歯科衛生士が1か所(専任2名)は配置されて113。

#### 6) 保健センターの実施(2113対人保健サ

## 一、サービス

胃がん検診、予防接種、健康教育が10本所の保健センターにおいて実施されている。このほか母子保健が6本所(うち2本所は保健所と共同実施)、学校保健が5本所(学童医療2本所、学童心臓検診2本所、两者1本所)、総合健診、歯科保健、結核住民検診が夫々3本所、乳がん検診が2本所、子宮がん検診、成人病検診、貧血検査が夫々1本所において実施されている。

これらの対人保健サービスは、保健センターが実施主体となつていいのではない、市町村が実施主体となつて、医師会や民間検診機関及び保健所等に委託又はその協力を得て、保健センターという場において実施している場合が殆どである。

### （1）保健センターと保健所の関係

保健センターは行政機関ではなく、公衆衛生行政の一環である対人保健サービスについては、保健センターと保健所との間に直接的関係ではなく、市町村と保健所との間の関係である。

保健センターという場において市町村が実施している対人保健サービスについて、市町村と保健所との関係をみると、保健所が会場として利用する以外は直接的関係のないところが9本所と過半数を占めている。母子保健所の共同実施が2本所、保健所の技術援助、保健所保健婦の応援及び保健所事業の委託が夫々1本所である。

### （2）経費の補助

休日急病診療所及び看護学校については、その建設費及び運営費について国及び府の補助がある。しかし、保健センターについては、49年度以前に着工されたものには全く補助がなく、50年度から52年度の間に着工されたものに対して建設費のみについて府の補助が行われている。53年度以降は有りは國の何れか有利な方の補助が適用されている。

## 4. 結論

1) 大阪府下の市町村では40%が保健センターを設置している。これらは国の市町村保健センター補助制度が実施された以前に設置又は計画されたものばかりである。従つて、厚生省の市町村保健センターとは区別すべきである。

2) 殆どの保健センターは、住民の換急医療

に対する要望に応えるため設置された休日急病診療所に、市町村の対人保健サービスの場として、同一建物内に併設されたものである。

3) 40%が公設公営で35%が公設民営である。保健センターの運営委員には医師会代表は全部に加わっていいが、住民代表や保健所代表が加えられていいところは半数未満たない。これは大部分の保健センターが休日急病診療所に併設されたものであることをにもよると思われるが、住民参加や保健所との連携上問題がある。

4) 大部分の保健センターには保健婦等専任の技術職員が配置されていい。その活動内容も法律制定上当然市町村が実施するべき事業の一部に若干独自の事業を加えていいにすぎないとところが多い。

今後とも、保健婦等ははじめとした技術職員の確保と、それに必要な人件費を含む運営費の補助が行われる限り、保健センターにおいて、市町村が実施主体となつて、住民の要求に応えられる対人保健サービスを展開することは困難であろう。

5) 保健センターにおいて実施されている対人保健サービスについては、市町村と保健所との連携は、一般的に不充分である。今後、地元医師会との連携を含め、両者の連携と調整が重要な課題となる。

6) 保健センターの実態は、大阪府下市町村に限つてみても多種多様である。これに対応するには保健所として、地域の実情をふまえ、保健センターの実態に即して対応が必要である。ヒリカケ、次の点に留意すべきである。

(1) 既設の保健センター・類似施設とこれらが設置された市町村保健センターとを区別して対応する。

(2) 関係者は国の市町村保健センターの組合などにあらかじめ組合機関とし、保健所(又は支所)の設置と拡充強化を優先せよ。

(3) 市町村保健センターの設置が計画されていい場合は、その計画に住民の要求や保健所の考え方を反映せよ。

(4) 市町村保健センターが設置された場合は、住民に働きかけ、住民の要求により、それまでの目的的に一番充実したものにさせよ。保健所も市町村との連携を強化して住民の要求に応えよ。

# I-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

## 1) 住民運動から住民参加をかちとるまで

1973年3月、地区労、土建、民医連など区内民主団体が、その前年に革新区政を実現した(1979年、保守・中道により変質)力で区議会に対して「区民の保健衛生、健康管理などを協議する区民参加の機関を設置」するよう求めて請願書を提出しました。

都内中野区にあつてその2年前、革新区政誕生とともに「〇才児医療費の無料化」「休日診療の助成」など区民本位の施策が打ちだされ、この時、「保健衛生協議会の設置」を実現しました。

この施策は、構成委員に明確な形で住民代表が参加しておらず、真に住民参加という状況をつくりえたかったことと、区長の諮詢に答申して解散する一時的な機関であったという消局面を除けば福祉・保健衛生全般にわたって多くの団体・専門家の意見に耳を傾け今後の区政に対する意見をまとめるという積極的な面を持っていました。

品川区の民主団体は、中野区のこうした積極的な実験を住民参加の地方自治の在り方として若しく、より充実した区民参加による保健衛生行政の実現を求めて請願しました。

その後、当時社会問題化した「救急・休日・夜間診療」など区内に山積する医療要求から誕生した「医療をよくする会」に運動が引き継がれ度重なる行政交渉・議会工作などの運動を通じて、ついに議員代表を参加させることで住民参加を実現させ、昨年ようやくスタートしました。

## 2) 今日の協議会運営と問題点

私たちは、行政に対して「設立に関する意見」を提出しましたが、定員・住民代表・議会の参加の実現行政との大きさをメップができます。(資料①、②を参照してみてください。)

特に住民代表は、資料を見てわかるようにその出身団体からしてどう見てこ私一人しか見当りません。

さらに議会の参加については、住民の要求を議会が把握し行政に提言することだけにとどまらず、行政にここまで介入しなければならないのが理解に苦しむし、ましてや、今日の議会勢力からすれば必ずか2名の定員のなかに革新政党から参加はまず「考えられず」、政府厚生省・保守行政の強力な弁代者として存在する危険性はうらやましいといえます。

以上のように、住民参加は実現したものとされは行政の意図したものとあります。地域の要求を実態に応え、健康づくりといふことばかり強調するのではなく健康に必要なあらゆるものについて詮じぬけなくこはならない」という私の発言に対しては「こんなこと(協議会の意)をやっているのは日本だけだ」とここで充分だ。結構だ。」「地域住民は受身だ。与えすぎだ。」などと平気で発言しているのです。

## 3) 行政の要求と住民の要求とのギャップ。

行政の施策は必ずしも住民の要求でなく、一方的に行政から押しつけられてくることが少くありません。

都内で最初でいわゆる程の設備を施した「心身障害者福祉会館」が品川区に建設される時に、地元住民の地域工事と対立し建設が大変な困難のうちに完成したのですが、この過程に関してきた会館の職員の言葉に「あの建設は行政の要求であり、住民の要求ではなかった。」つまり障害者自身や住民の意志とは關係なしに区が勝手に計画をすすめ、そこには障害者・住民など対象者の意志が反映されておらず、出来上がってみればまさに利用のしにくいものだったということでした。

地方自治が、住民サービスを第一義的使命とする時、私は、行政と住民との間に民主的な協議機関が存在することの重要性を痛感するのです。このことが、「住民のつどい」にあつて助言者をして、品川区長期計画案をはじめて「住民の生活にあいがこなせ」といわれたのだと思ひます。

住民が求めるものは、日常生活のなかで真に役立つもの、真に人間らしく生きらんことに必要なものであり、その価値評価は住民自身にしか判りうないのであるだろうと思ひます。

したがって、行政の企画に対する意見、そして

施策の実施は常に住民自身によってされなければならぬものであり、ここに住民参加の協議会の存在意義があるのだと思います。

#### 4) 厚生省の健康づくり対策

厚生省が、53年度予算において健康づくり運動を全国的に展開するとして200億円の予算を計上しましたが、そのねらいは一に、高度成長社会の歪みから生れたすさまじいまでの国民の健康破壊と、そこから生まれた健康回復への国民的なる要求の増大を無視してはならぬこと、二に、10年内時代に突入といわれる医療費増大をなんとかなければといふことで保健行政再編とかうの、市町村に責任をさせようという押しつけ的な考え方です。第三に日本は先進国の中でも医療保障の遅れた国として有名ですが、こうしたことに対する国民の突き上げと欧洲先進国の傾向に対して、とはや見て見ぬふりをする訳にはゆかなくなつたことです。

政府は、「健康づくり」というかけ声のとともに特に、市町村保健センターの整備なるものにとりくみを強化し、地方推進協議会にいたってはすでに全市町村の60%近くまで結成されていきます。

この構想の真のねらいは、不況社会になつたために金をかけて検査をして、早期発見、早期治療という論法がなりたくなくなつてきになかで、「病気は受益者負担で医療費を」、「健康は本人の責任で健康づくりを」という方向性を強く打ちだしているということです。

しかし、政府が多額の予算をかけたとりくんだ割には必ずしも、市町村負担に対する不満、人づくりの退れ、医療機関との合意などまだ整理されていない問題が多く、それだけに住民本位の保健衛生要求に見合つたそのに、民主的な地域医療づくりの大変なとりくみとして発展させてゆく必要があります。

#### 5) 今後、真に住民のための保健衛生協議会であるために

東京都公衆衛生局は「健康づくり推進協議会（保健衛生協議会）」は、任意のものであって自治体が決めるものであると言明していますが、すでに橋本厚生大臣は今年になって、「市町村保健センターを今年度は50%増の1千ヶ所

を整備する」と発表し、その意を示しています。

東京都も中野、渋谷、目黒、品川などと並んで解説したところを含めて着実に進めており、鈴木保守都政下においては一層拍手のかかるものと考えられます。

今後多くの自治体は、品川の様に住民の保健衛生要求を着手にとり、そこに運動がなければ住民の意向の違うない、まさに、前に述べた「生活のにおけるのしない」保健衛生行政を政府の意向のままに進めなくてしよう。

品川区においても最近、「ヘルス・マン・パワー」「アライマリー・ケア」「コミュニティ・ケア」など住民にはあまり聞きなれない、これらの専門語をならべ、じきり「健康と福祉を地域に押しつけようとする動きがあります。

保健衛生協議会は、健康であるために生きてゆくために必要なあらゆる問題を考え、討論するなかから解決の糸口を導びき出すのであり、区民政治の主人公たる住民の参加を絶対的条件として、さらに、量・質ともに対等の立場を保障しないかぎり、民主的な地域の保健衛生づくりは成立しないのです。

私は、あくまでも議論者推薦の代表委員として「医療協議会設立に関する意見」を基調としたながら、議論書の精神である住民参加の保障、②行政、区民一体となつて区民の保健衛生を守る。この2点をあくまでもめき、行政と区民のペアになりえる真に3千万区民の保健衛生を守ることに貢献できる協議会にしなくてはならないと決意しています。

最後に、今日、老人医療費の有料化、健康保険法の改悪などの動きが活発化し、病める者を切り捨てる政治がすすめられている一方で、このような健康づくり構想が押しつけられるとこうに、かっての富國強兵の匂いを感じないわけにはゆかず、「元号法制化」にとどまってクローズアップされてきた「有事立法」という戦争のさなくささとこの問題が背後でしっかりと結びついている様に思えてなりません。

おり。

## 医療協議会設立に関する意見

工 名称にこだわらないが、保健医療問題全般にわたって協議できよう配慮する。

II. たとえば"寝たきり老人問題の上位に医療を考え方からどうしても福祉にも深くかかわるはれば"はうはい問題も協議されよう配慮する。

III. ただ集って話し合うだけのではなく積極的資料収集現地調査を含み調査研究活動を行なえる組織にする。

IV. 協議内容は、救急、休日夜間診療など地域医療につれてより重視的に行なうべき配慮する。

V. 会議は毎月1回行い、その度々にテーマを設け、テーマに基づいて、団体会議における全体での確認、話し合う、テーマはつづけて全体会議開催する。

VI. 特定事項を審議する必要が生じた場合は委員会を召集しこれに諮問し答申を提出せらる。

VII. 小は会議全般で必要と認めた分野の医師、個人を適宜に公募させようとする。

VIII. 行政に対する積極的な勧告助言を行なえる権限を持たせらる。

IX. 協議会の構成について

すなはち地域医療の主人公は住民であるといふ立場を固く守り広い分野からの多くの意見が上位上の配慮は必要がある。

中2には議員、医師会、行政、中心の運営は設立本業の目的から逸脱するおそれ)、枚上においても、住民と大きく上位の上位の配慮しなければならない。

才3に以上と異から議長は住民代表をもつて行政担当を行ひ、

以上の点から本道は下記のメンバー構成を提案する。

行政  
正長、厚生部長、保健衛生部長、周次委員長、老人福祉課長。

医療専門  
在院看護師会、在院看護科医師会、薬剤師会。

住民代表  
局川地区住民、身体障害者福祉協会、老人行進連合会、保健問題が議論会、婦人団体連合会、PTA連合会、医療士連合会、城南保健生活大崎原高島大河内

会員、/一ノ谷地区公募丁子

(+ナ)

医療組合員  
医療、保健衛生担当者を選出し

3名

その他  
スポーツ團体等、各種団体健やか者など数名。

X 協議会は会議には諮詢された時に議論され、討論が小さいば、その旨を正長に答申する。

XI 協議会は年崩然括りし、解散する二回以上は廃止せらる。

以上  
一 岡川地区の医療をよくする会



## 地域における保健医療問題のとりくみ—京都でのとりくみとその後—

奈良医大 行生 山下節義

“1億総不健康”，“列島病棟化”とまでいわれる程に、国民の不健康状態が拡大するなかで、厚生省は“国民健康づくり対策”と称して、新たな施策の実施に3.みをきった。厚生省は「自分の健康は自分で守るという認識」を前提に、「地域住民に密着した総合的健康づくり対策」を「積極的に推進」するものとしているが、事業内容は「市町村保健センター」を10年計画で全国に建設することと、各市町村にこの施設事業の推進母体として「健康づくり推進協議会」を設置することなどを中心の柱にしており、はたして「総合的」な健康づくりを可能としうるのかとの疑問を感じざるをえない。

この「健康づくり推進協議会」は住民代表等で構成され、健康づくり対策推進をめぐる協議する場とされてくるが、まさに健康づくりのために官製の組織づくりがはじめられたといえよう。健康づくりを有効に推進していくうえで住民の参加は不可欠のこととはあるが、行政主導（日医武見氏すら官主民従と評した）の組織づくりではたして実効ある健康づくり対策の推進を可能としうるであらうか？

健康を守るためにのとりくみへの住民参加のあり方や、事業計画策定のあり方といふ問題は、今日のじとき動き—官主民従と評されるようなが、健康自己責任論を前提に、全般的に展開されつつある時期だけに、健康权の確立をめざして、眞に自主的な住民の手による健康をまもるためのとりくみを展開していくためには、何をするべきかという実践的課題として取り組まねばならない重要な今日的課題といえよう。中央集権的にすすめられようとていつも動きに抗いて、更に住民自治の立場にたつた健康权確立をめざすとりくみを、全般的に盛りあげていくことが必要であり、そのためには、まずもつてこの運動にはかわりのある各地の経験を批判的に検し、実践的に生かすべき教訓、克服すべき課題などを明らかにすることが、重要であると思われる。

そこで、本報告では事例の一つとして、10年来とりくまれている京都市地域保健・医療協議会の実情を紹介し、討議のための素材の提供をほかりたい。

京都市における地域保健・医療協議会（以下“会”と略称）は、1977年11月に発足、毎年未だ1回の意見集約として、健康教育・健康検診に関する当面の改善すべき事項についてこの問題提起をおこなった。現在は、その提案にもとづき健康手帳（当面 母子、婦人、老人の3種）作成のための依頼をすすめている。

この会の準備会発足までの経過については、第18回社医研（於東京）で「地域における保健・医療のとりくみの今後—京都での試み」と題して報告いたのを、詳しくはそれを参照して頂きたいが、ここを簡単に経過の概要を移す。

京都市は1974年、多様化した住民の健康と福祉に関する要求にこたえるためには「広く市民各戸との共同思考・共同作業によって充実した市民の全生涯にわたる健康と福祉にかかる施策を総合的・系統的に策定し、その総合施策にもとづいて、市民と自治体が互いに役割分担していく必要がある」との考え方たって、市民団体の代表と保健医療関係者・行政の三者から構成される「市民の健康と福祉に関する計画委員会」を発足させた。この委員会は以来2年にわたり討議の結果にもとづき「市民の健康と福祉に関する総合施策体系のあり方」と題する答申をとりまとめた。この答申のほかで、市民の健康を守る責務は、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、市民の自覚にもとづく個人的あるいは組織的などとりくみの重要性が強調され、このことを具体的に保障しうる体制を作りだすための協議の場として、市民・保健・医療関係者・行政の三者による協議会の設置が提案された。

この提案にもとづき、計画委員会参加の市民団体によつて構成される準備会での約半年にわたる準備作業をへて、1977年11月に京都市地域保健・医療協議会が発足することとなる。規約によれば、会の目的として市民の保健・医療を守る地域保健・医療計画の確立があげられていが、発足にあたり、たんなる計画立案だ

十ごなく、「市民団体、保健・医療関係団体および行政が、それぞれの役割分担にもとづくとりくみ、参加・協力・連携による市民の健康を守るための保健・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」と「企画立案、役割分担にもとづく協力、参加・活動および卓検」などもとりくんでいくことを重視することもまた確認されたい。とりあえず課題は、衛生・民生・教育の行政三分野にわたる保健・医療にかかわるものすべて（ただし、治療内容にわたるもののは除外）を対象とすることになる。このうえで、

会の構成は、市民団体関係として、地域婦人会連絡協議会、地評、新婦人、保健協議会連合会、障害児親の会など全市的規模の11団体、保健・医療関係の京都府医師会、看護協会京都支部、京医労、学校保健会など7団体、行政関係として、衛生・民生・教育の局長や保健所長代表など11名、および市取扱代表、団体にかかるうなない学識経験者として研究者4名。委員总数33名からなる。各委員にはあらかじめ予備委員が指名登録されており、つねに、いずれの団体も同じ顔ぶれが参加可能となるよう配慮されている。委員を補佐する役として、幹事が市取扱のほかから市長により指名されており、事務局を構成している。なお、幹員は市長よりの委嘱をうけているが、協議会は市長の諮詢機関とは位置づけられず、会の構成メンバーは対等の立場に位置している。

会は委員の互選により選出された会長が召集するが、委員すべての合意により運営され、多数決はとらないこと、構成団体の独自活動は、可能な限り将来的に調整するを前提に、協議会によって拘束されないことの確認がなされている。

この会では当面全市的な課題について協議するとしているが、とりくみをより実効あるものとするために、近い将来において、各行政区（保健所単位もあるが）に、この種協議会を設置することを目標としている。

前述のミニ会は1977年11月に発足し、まず健康教育・健康検診の現状をとりあげ検討を加えた。これは抽象的論議をさけたため、市民の日常生活で身近いかほ課題をとりあげようとの

希望による。発足以来1年にしきり1回の意見集約の結果を1978年12月に発表したが、この内、全体会議を4回、分科会（発育期・青壯年期、老年期の3分科会）を9回、調整委員会（4名の学識経験者で構成し、審議過程での意見調整などをため、会運営方針の検討等任務とする）を4回、計9回べ17回の会合が行われている。

京都府地域保健・医療協議会は発足以来1年半を通過したが、その目的からすれば、ようやく次の歩みを3・4段階したにすぎない状況にある。当初にかかげた目的を達しようか否か、問題はこんな感じでいくかはあともいえよう。一昨年の社医研の席上、橋本氏（公衆衛生院）は自治体レベルでの住民参加による保健計画立案のとりくみは前進しつつあるが、大都市におけるこの種の取り組みはまだへんむつかしく、悲観的であるとの指摘をいたしたが、京都市の場合、なんにどうなつか、参加団体の今後の努力がいかんにかかるといふともいえよう。

計画委員会答申以降今日までのあゆみをふりかえってみると、協議会として、会参加の団体として克服しなければならないと思われる課題が多々みつけられる。ここにその主なを挙ぎ紹介する。

- ① 団体の代表性をどのようにして保障するか？
- ② 協議会と参加団体構成員との結びつきをどのようにして保障するか？ ③ 市民の日常的な地域での生活に遭遇する諸課題と協議会との距離をどのようにして縮めするか？ ④ 参加団体構成員以外の市民との結びつきはどうするか？ ⑤ 行政区レベルで協議会を設置する場合、会に参加する市民団体をどのようにして選ぶか？ ⑥ 計画委員会答申の具体化と目標とをいふことは、具体的な予算的うらづけのとせた、年次計画を作成しようとする場合、専門的にこの種問題を担当するメンバーが必要であるが、結構時にどのように保障するか？ ⑦ 参加者の発言がともするとタテマエ的きれいごとにまわらかないか、経験交流という面からみても克服しなければならない点と想われるが、どうすれば可能としようか？ ⑧ 会の目的・運営等について原則的に合意の上発足したとはいって、認識のずれが団体間にみられる。早急に克服するにはどうするか？

# 名古屋市にみる

## 地域公害審議会

升など医療生協：森昭男

### 一はじめに

我が国は1960年の「国民所得倍増計画」から始まり、たといわれている「高度経済成長政策」によって、世界にも類を見ない経済の「高成長」を遂げた。その反面、全国的な「地域開発」が推進されながら「公害」はいきおい増大し、全国的にひろがっていった。その被害は、規模といえ、実態といえまさに「公害列島」とまでいわれる様相をしめおこした。そして公害反対運動は、60年代後半から70年代前半にかけ野火のごとく全国津々浦々にひろがった。

一公害斗争は、生命と健康を守るという人間としてのギリギリの要求であり、巾広い国民諸階層のための切実な要求である。—このような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だしていく大きな原動力となつた。こういう中で、既界大企業は、「今の支配の基礎が根元からゆさぶられると」として、公害対策に対しても一定の譲歩をしてきた。しかし「低成長時代」といわれた現在、既界大企業は、公害まき返しキャンペーンを本腰入れてヒリヒリとしこらへる。最近既界の総本山といわれる「経済団体連合会（土光敏夫会長）」が、「公害健康被害補償制度を考える」と題するパンフレットを作成し、大手企業や国会議員、官庁に配布し、公害規制諸制度の根本的な見直しへ全面的な攻勢をかけ始めたといふと報じられていく。

こういう情勢の中で、公害問題の原点に立ちかえり、公害反対運動の発展を実践的に考えていく視点から、名古屋市公害防止条例にもとづく「地域公害審議会」をみていかねいと思う。

### (1) 名古屋市公害防止条例制定の背景

名古屋南部臨海工業地帯の南で、「柴田ゼンソフ」といわれた「公害病」が発生し、港湾等においても大気汚染による呼吸器障害患者が増大するにかかわらず、また死亡者もいるにかかわらず、住民の怒りがあがってきたのは、1968年からである。こういう情況のなかで、『人の

生命・身体に危険のあることを知りうる汚染物質の排出にあたっては、企業は経済性を優先しても、世界最高の技術、知識を動員して防止措置を講ずべきである』という、歴史的な四日市公害訴訟の判決がつい(1972.7)――原き側の全面勝利――。私たちの近辺では、四日市公害裁判の影響もあって、72年10月に、愛知県下で最初の公害病の患者組織―港区公害病患者会が結成された。“もうだおつまいいはいられない、患者自らが公害をなくすために立ちあがろう”といつて、三名の公害犠牲者の追悼集会を行つた後、40名余で結成されただけですが、当時新聞・テレビなどで大きく報道され、名古屋南部の公害の深刻さは、名古屋市民のみならず全国的にもショックをあたえた。

また、公害対策愛知連絡会議(新村益会長)は、「72年2月より(10月に)科学的根拠のもとづく市公害防止条例制定にあたり、この『意見書』や『批判書』を提出し、そして請願運動を展開し、署名1万5千名分を市議会へ提出、要請行動を行なつた。また、日本科学者会議愛知支部や名古屋市弁護士会からも『批判書』が提出され、同年12月末の市議会で可決されたわけである。そしてこのようすは住民運動の成果は翌年の市長選(73.4)へ引きつかれ、本山革新市長が誕生する素地をつくつたといえる。

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)が記載された。これは、住民運動の“武器”となるものであつた。

### (2) 地域公害審議会のしくみとその運営

名古屋市公害防止条例(73年1月公布)は、第1章総則から第7章罰則まで48条で構成されている。第5章が「地域公害審議会」(第34条～第38条)である。そしてこの「――審議会の運営要領は、同条例と同施行細則にもとづいている。また第6章附則第39条には、「調査請求等」がうたわれていて。

#### i) 地域審議会のしくみについて

概括的に以下のべてみると、地域公害審議会は市長の附属機関(第34条)であり、所掌事務(第35条)として①市長の諮詢にもとづきその区域で係る公害防止施策に関する調査審議し、その結果を市長に答申②その区域に係る公害防

止施策に關し、その区域内に住所を有する市民の申し立てにもとづき、又は自らの判断にもとづき調査審議し、その結果必要があると認めたときは、市長に意見書のへることかづき③その区域内に係る公害防止施策に關し、規則で定めることによりその区域内に住所を有する市民の意見を聞くことかづき④その区域内に係る公害の状況に關し、市長に必要な資料の提出を求めることが出来る。とある。市長との関係をみてみると、①環境目標値の設定については「…又要に応じ地域公害審議会の意見を聞くかだければなげない」(ホ7条2項)②報告の義務(ホ36条)③調査請求等(ホ39条)④現に公害により被害を受け、又は受けかねる者(ホ14)、市長に対し公害源、公害原因、公害状況の調査を請求かることかづき⑤市長は前項の請求があつた場合は、ホ14やかく必要な調査を行い、その結果を請求者及び該請求に係る区域の審議会に通知しなければなり不得⑥公害により被害を受け、又は受けかねられかねる者は、市長に対し、この条例にもとづく規制措置を講ずるよう申し立てることをかづきなど。  
「審議会の構成」はその区域に住所を有する者で市長の委嘱——26名の委員。(詳細は別途)

運営要領は、それまでの行政区の審議会に「条例」及び同施行細則に定めるもののが、会議の開催や傍聴、又は「条例」の所掌事務のとりあつかりの具体化などの細目を決定し定めている。こゝでは、発足当時の港エ地域公害審議会における「会議の傍聴問題」について2若干示すのみだ。ホ1回会議(73年10月6日)では傍聴を認めなか、ホ2回会議(同月11月24日)では、多数決で「会議は原則として一般傍聴を認めない」ということを含む運営要領を決定し、傍聴を拒否した。これに付し、当団傍聴を拒否された公害患者者の会の会員や、みなし医療生協の代表は、すぐ記者会見をし、丁審議会は住民に対する公害問題の窓口であり傍聴を禁止する理由はまったくない。従ってこのような決定は審議会の民主的あり方を自ら否定するものである」という見解を発表した。そして港エ公害患者会、みなし医療生協は住民に訴えつつ、同審議会及び各委員に要望書を提

出し運動を展開した。ほど同じくして開かれた南エ地域公害審議会(同年12月11日)は、『原則として傍聴を認め、その都度協議ある』という決定をしていく。これも、港エの「傍聴拒否問題」が反映して考えられる。以上のような経過の中で「傍聴の申し出があつた場合はその都度会議にひかって決定する」という不完全ではあるが現在の「港エ地域公害審議会運営要領」ができたあがつてと思ふ。

### (3) 地域公害審議会の活動の実態

—港エ地域公害審議会の活動を中心にして—  
i) 市公害防止条例ホ39条1項による調査請求に対する審議会の対応とその実現について。(市民か市長に対して調査請求する権利)

例1) 港エ公害患者会の尾山さんは、東邦ガス(株)港明工場のはいじん、浮遊粉じんなどの大気汚染状況及び水質の汚濁や振動に対する調査請求(74.2.13)を行つた。これに対し、審議会は、同工場に係る資料や測定結果等の検討、勉強会を兼ねて工場見学を実施しながら調査審議を行つた。調査は、市の公害对策局や港湾建設公害对策課が行つた。調査結果は市長までCさんと審議会へ通知された(同年4.23)

例2) 大型トラック等による交通騒音と振動に対する調査請求(74.4.20)に対して、請求したAさん宅を中心にして調査。その調査結果は「…私が調査請求が明記されていない○運転に対して、音波光がの道路の運行を強制されるよう申し伝え、港警察署に対しては、交通規制等について検討すべきよう依頼した」旨の通知が結果に附記されていた。(74.7.24).

ii) 市公害防止条例ホ35条2項による調査請求申し立てに対する審議会の対応と実現について(市民か審議会に対し公害防止施設に關し)

例) 患者会の尾山さんは、公害発生源に対する調査として東邦ガス(株)港明工場のハイシン、浮遊粉じん対策を申し立てた。  
(74.2.14)これに対し審議会は市長へ「意見書」を提出、そして審議会に対して、条例ホ36条1項の規定により回答された(74.12.18). こういう中で一定の対策がこうじられた。

—おわりに—

「公害は、まだ終つてはまい」-----

## — 般 演 題 (A)

< \* >

# 加野太郎先生の業績

名古屋市守山保健所

首藤友彦

医博、故加野太郎先生は岐阜県の出身で、大正12年、當時の東京帝國大学医学部に卒業となり、昭和のはじめ、静岡県の富士瓦斯紡績工場病院の院長として勤務をなしました。

そのときのお仕事が労働衛生史上、輝かしい業績をつくられたものであり、大阪大学衛生学教室、野村裕吉先生著の「医学と人権—国民の医療史—」には、つきうように先生の業績を紹介しています。

----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、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る。

加野太郎の「小山工場より觀たる紡績工場の衛生状態」(「産業福利」5巻11号、1930)などもさうである。

彼はこゝ論文の中で「帰休工の病類及在社数表」のように、勤務年数と罹患状況と関係について調査を行つてゐるが、労働者の健康状態を静態的にではなく、動態的に把握している点、注目していい。また、加野は、従業員の乳幼児の健康状態にも重大な関心を払い、「従業員の乳幼児における衛生状態を知らんとして、乳幼児の看病看護のたら従業員の欠勤せる日数及件数を調査した。従業員の欠勤件数及日数を尺度としたるは、看護のたら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観測としても可なりと考えたること、又一般罪病数を採り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者モテに非ざるが故に其の罹患を明にするを得ない。結果前述の方法が簡にして栗を得たるものなりと信じたのである」と述べているが、こ小体労働者の生活史、半生に労働者の世代的再生産につれてすぐれた着眼といえる----

このように加野先生の論文は、労働衛生学の原基とも称されるものでありましょう。

先生は昭和7年、当時の愛知医科大学、第二内科教室(田中清三郎教授)の講師をされ、昭和9年、愛知県田原の温泉病院長をされ、昭和12年から現在の方住居である昭和区東郷町にて内科を開業をなされました。

先生は40余年間、診療に従事され、地域住民の患者の信頼をあつめておられました。

また、先生は名古屋市に昭和22年、「保健委員制度」を創立された頃から、名古屋市、昭和区保健委員会会長、御器所保健委員会会長として地域保健活動を推進され、昭和48年厚生大臣の表彰を受けられました。

この間、戦中、戦後、混乱した時期から伝染病予防、母子保健、成人病予防、「蚊とほのくらへ町づくり」や、環境(清掃)事業など多く、地域の保健衛生の向上に率先して尽力になりました、最近は献血のために組織づくりを推進されました。

先生は平生、ドイツ、イギリスの文献をひそかに、また、名古屋商科大学の教鞭をされながらも、同大学論集(1956~1967)に論理、哲学に及ぶ多方面の論文を執筆されており、その中には「人生における矛盾」「人間考」「体育と自由の精神」「Psychopathy」の諸問題、「ANOREXIA NERVOSEA」などがあります。

先生は昭和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ました。病床に臥せられた3日半で、診療をされていました。

# 医学卒業生名簿から 死亡・生徒曲線を

(大阪) 実山 博

すなはち、29回目について「統計学」第3号(1977年3月号)、「統計学研究会」の86~107ページにおいて、発想のイカサツから、方法の説明: 第1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、とくわしくのべる。また医学校20回実例をグラフで示す。(1975年までの資料によつて)

私の方法とは卒業生名簿が卒業年度別で、調査時に生存・死亡別かわかれればそれが左図、逆に死後生き残り百分比を計算すれば右図である。大阪大学医学部の昭和50年版名簿の名簿は左図である。昭和14年版名簿は右図である。

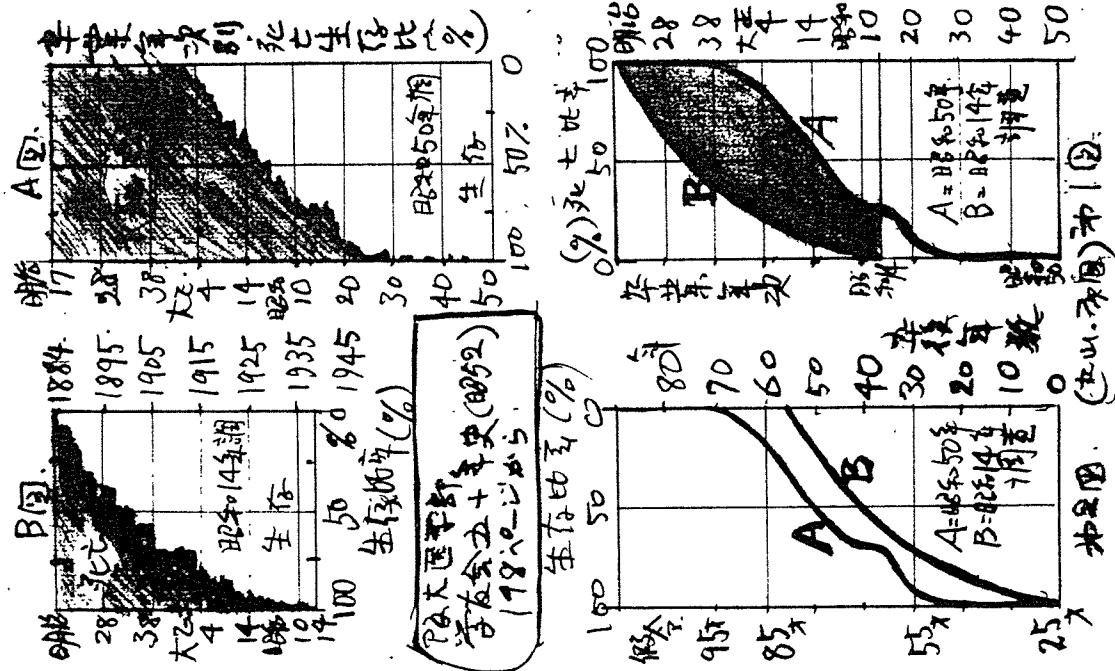
左1回でA,B品断線で囲まれた陰影の部分は昭和14年から50年まで

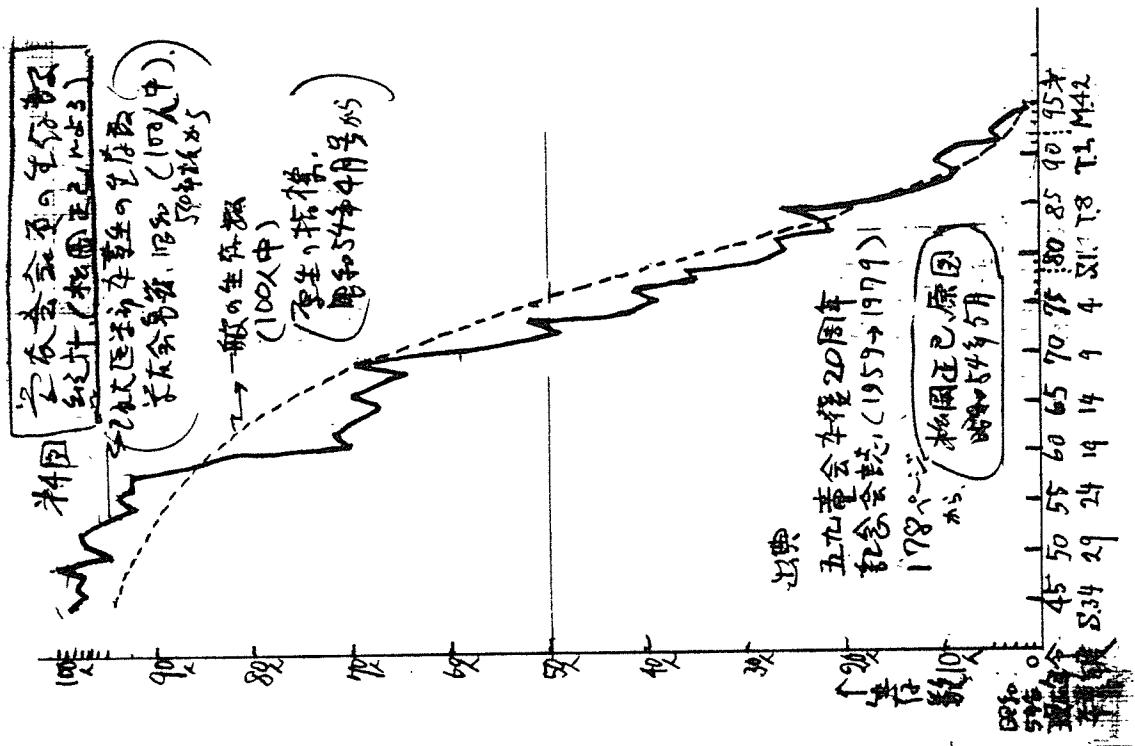
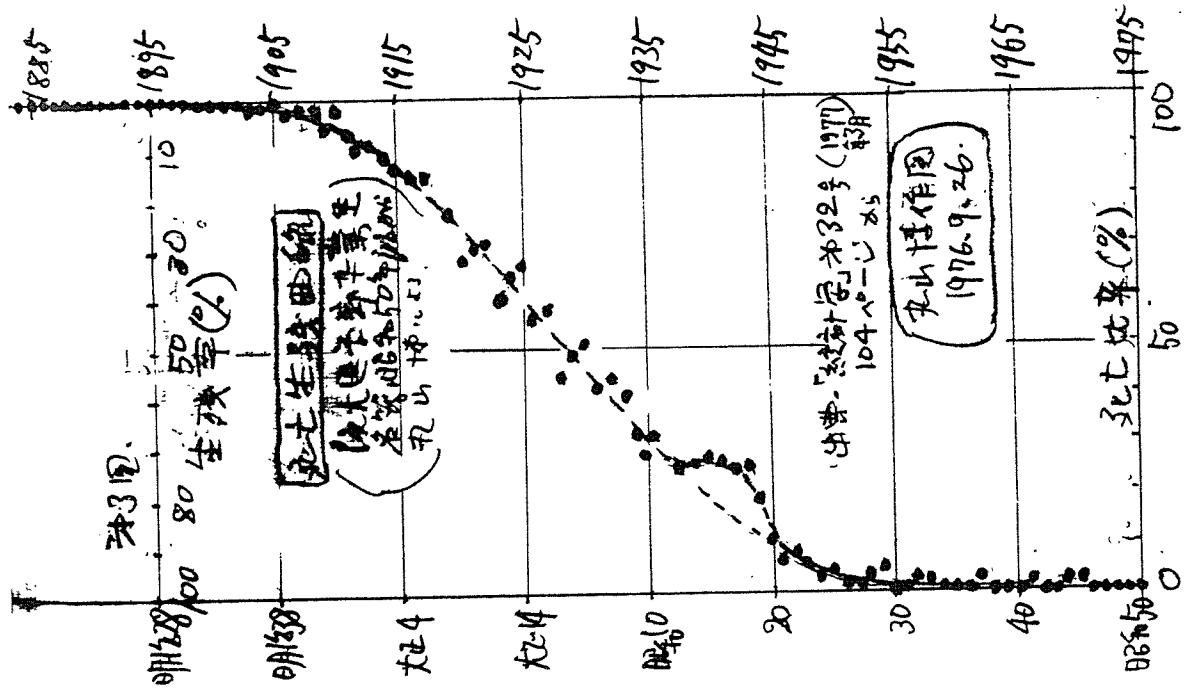
2回目に重ねてある。第2回は昭和50年版(A曲線)と14年調査時(B曲線)との卒業後の年数、加令(年)と死亡量の対応が示される。

第3回はA回・左1回・右2回のA連鎖の原図で、これは死亡生残(比率)曲線となるべきものである。

以上はすべて実山の考案した結果であるが、左1回は実山による島田様に松岡が発想による。このように左1回でも、どこでも、いつかは気がつく向日葵として表象のよき死残率となつた。この種の内閣医薬成社医師の著者へ普通課題と在り、事件の導入に心も入れた事である。

2月5日に掲載され31回日本人口学会川上理一博士が慶應医大卒業金毛翁のつづく生命表について発表があり、医師・被命はストレスより死にかかる意見も述べられた。左1回は医師の被命色濃く書かれてゐる。私は割り複数から、6月16日以後の新しい問題を報告した。





# 地域の特殊性と乳幼児健診のあり方

○清水利男 吉田恭子  
長坂典子 (荒川保健所)

## はじめに

昭和50年4月、東京都区内の保健所は特別区に移管され政令市並みの保健所となった。その目的とするところは、特別区の自治権の拡充と、生活に關係の深い行政事務を特別区にできるだけ委譲することで、地域の実情に合致したより住民に身近かなサービスを提供することにあつたということができよう。

荒川保健所においても、このような精神にもとづき、実際に保健サービス業務に従事する職員により、行政上住民に責任をもつべき立場から、地域の実情に応じた保健サービスはいかにあらるべきかを実践を通して結実させた一つの実例が1ヵ6ヵ月児健診の実施であったとみるとができる。

### 一、1ヵ6ヵ月児健診を始めた理由

荒川保健所では、昭和52年4月より、厚生省に先がけて1ヵ6ヵ月児健診を実施したが、それは以下ののような理由によるものである。当時、東京都では、乳幼児健診として、4ヵ月児と3ヵ月児は保健所で実施し、6ヵ月児と9ヵ月児については地区医師会に委託する方法で行っていた。荒川保健所では、乳幼児健診に従事する職員により定期的に検討会がもたれており、その中で次のような問題点が指摘されていた。

- 現行の乳幼児健診は疾病中心にかたよりすぎている。一貫性、継続性のある経過観察や保健指導をもっと充実させていくべきである。
- 当区は家内労働による零細自営業が多く、こどもに十分目がとどかず、養育上の原因と思われる疾病が多くみられる。これらの保健指導は3ヵ月児健診の時ではおそれがあるので、もっと早期に行う必要がある。
- 保健所で実施する4ヵ月児健診の後、6ヵ月児健診、9ヵ月児健診を医師会委託により実施しているが、健診に対する視点のちがいがあること、又事後指導や経過観察にうまくつながらない等、健診としての機能を十分果していない。このため3ヵ月児健診の時に問題を

かかえているこどもが多くみられる。とくに精神発達、運動発達のおくれや言語障害、情緒障害等はこの時より発見されてもおそすぎるので、もっと早い時期にチェックすることが必要である。

- さらに、歯科健診や栄養指導も3ヵ月ではおそれるので、もっと早い時期に実施すべきものである。

以上のような点をふまえて、乳幼児健診の見直しが行われた結果、地域の実情と、荒川保健所の力量とを勘案して、1ヵ6ヵ月時に1日制の健診を行うことが妥当であるとの結論に達した。

### 二、実施への取り組み

昭和51年10月から準備にとりかかり、まず内部研修の意味で、予防課長を先頭に、小児保健医、保健婦、栄養士、歯科衛生士による学習会を重ね、そのうえにたって、実施要項、チェックポイントを作成した。次に業務係や関係職員との話し合いを行ない実施体制をかためた。しかし当面、予算、人員とも従来のまゝで実施せざるをえず、4ヵ月児健診や3ヵ月児健診の日程や医師等の調整をしながら、かろうじてパリオットスタディとして昭和52年4月より開始することができた。とくに従来の疾病中心の健診の反省から、事後指導に重きをおくこととした。診察後、全員に保健婦が面接し、相談や指導を行なうとともに、必要に応じて、心理経過観察、療育指導、特別クリニック、栄養指導、区立心身障害センター、児童館へと継続させていく体制をとった。10月からは正式に1ヵ6ヵ月児健診の予算がつき、心理判定、歯科健診を充実することができた。

### 三、実施結果

過去2年間の受診率は87%と予想外に高く、未受診者についても保健婦による100%の家庭訪問を実施し、状況把握と保健指導に努めている。その結果、1ヵ6ヵ月の段階で、必要なケースは何らかの形でフォローされるようになり、3ヵ月児健診まで大きな問題を残しているケースは非常に少なくなっている。1ヵ6ヵ月児健診までに、4ヵ月、6ヵ月、9ヵ月の時より健診をうけているので、身体面でのチェックは大部分行われているが、精神発達や運動発達面

での軽度な問題については見落されているもののがかなりみられた。又、むし歯予防、食生活の改善、精神発達停滞、発育阻害等の問題は、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、早期に実施すべきであることが痛感された。

以上の点を含めて、1次6ヶ月児健診の実施により、乳幼児健診は単に子どもの障害を早期に発見するという観点だけでなく事後措置や保健指導が大きな役割を占めるべきであること、さらに、地域の特殊性や子どもの発達段階に応じた一貫性をもつ健診体制をつくっていくことの重要性を改めて確認した次第である。

#### 四、乳幼児健診の委託問題

昭和52年10月厚生省は1次6ヶ月児健診を市町村の事業として実施するよう通達を出した。これをうけて東京都では、保健所直営で行うか、地区医师会委託の方法で行うかについて調整が長びていている間に、各特別区では夫々独自の決定を行った。その結果、保健所直営と医师会委託が相半ばする状況となった。荒川区においても、これを反映して医师会委託をめぐり様々なおくそくがながれ、職員の間にも混乱が生じた。分会ではこの問題を重視し、単に業務の縮少や人員削減に反対という姿勢にどまらず、保健所として住民の健康にどのように責任をもつべきであるか、又、乳幼児健診とは本来どのような型で実施することが望ましいのかについて討議を行った。その結果、乳幼児健診は単なるスク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か不可欠であること、乳児から3次児までの健診は夫々関連なく行うのではなく、一貫性、継続性をもたらせることを望ましいこと、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こと、との意見が一致した。そして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であるとの結論となった。これにもとづき、要請書を作成し、当局との交渉を行った結果、当面従来どおり保健所で1次6ヶ月児健診を実施していくことを確認することができた。

### 3次児健診結果

	1次6ヶ月児健診実施以前 (52.4～53.3)	1次6ヶ月児健診実施以後 (53.10～54.3)
通知数	2,964	1,007
受診数	2,461	808
受診率	83%	80%
有効見送件数	555 (100)	272 (100)
内科	49 (8.8)	55 (20.2)
神経系	4 (0.7)	26 (9.6)
皮膚科	61 (11.0)	71 (26.1)
眼科	23 (4.1)	12 (4.4)
耳鼻科	30 (5.4)	19 (7.0)
外科	9 (1.6)	4 (1.5)
整形外科	24 (4.3)	7 (2.6)
精神発達停滞	66 (11.9)	5 (1.8)
言語異常	148 (26.7)	13 (4.8)
日常習慣の問題	124 (22.3)	33 (12.1)
その他	17 (3.1)	27 (9.9)

## A-4 地域医療における臨床検査の問題点

○舟谷文男、袖須絢一、江川寛(産業医大)

### 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、我国の前者の分野における臨床検査の利用は、地域医療の立場からみると公衆衛生の分野、福祉の分野というように行政が縦割りに扱われていたり、健康診査(健診、検診)機関と医療機関との連携がないなど大きな問題がある。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結果となる。ここでは、地域医療システムの立場から健診の主要素である臨床検査の問題点を考察した。

#### 1. 国民の健診体系の現状

我国における健診は「生涯を通じる健康づくりの推進」ということで、われわれ国民が生まれてから死ぬまでの間、健康の保持増進のために必要な健診や保健指導などを年令階層別に実施する事業として昭和53年度より展開してきている。この健診の体系は図-1に示すように、まず妊娠時より健診が開始され、0歳児から義務教育機関を経て社会人となってから死に至るまで定期的にあるいは必要に応じて実施される仕組となっている。

このように、ライフサイクルに対応した健診体系が設定されているが、これら各種健診の行政上の所管は母子衛生課、栄養課、結核成人病課、老人保健課および社会保障庁と厚生省の中でも多岐にわたり、なほ学校保健関係は文部省、労働衛生関係の健診は労働省となっている。したがつ

乳児健診  
一歳半健診  
三歳児健診  
幼児健診  
妊娠婦健診  
婦人の健康づくり推進事業  
子宮がん検診  
胃がん検診  
脳卒中予防特別対策  
循環器疾患等検診  
農山村健康管理事業  
結核住民検診  
中高齢者検診  
老人保健医療対策事業  
就学時検診  
児童・生徒・学生定期健診  
雇用者定期健診

て行政面では健診事業そのものがバラバラに管理されることになり、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する場合の信頼性や地域内の健診活動に問題を生ずる結果となる。

#### 2. 健診の内容

前述の健診体系で実施される検査の内容は問診に始まり、聴打診、身体計測、視力検査、眼底・眼圧検査、血圧測定、心電図、聽力検査、尿検査、虫卵検査、血液検査、細胞診、X線検査、歯科検診に至るまで多種類のものがある。個々の健診によってその内容は異なるが、地域、学校、事業所単位に行なわれる健診では規定以外の項目が追加されている場合が多い。ここで問題となるのは健診の目的に合致する検査項目の選択であり、高感度で特異性の高い健診データを利用することである。特に中高齢者健診や老人保健医療対策事業の内容はAMHTSといつてもよい程多種の検査が規定されており、スクリーニングとしての確度は向上するかも知れないが、全般に疾病保有率の高い老人の場合には、同時にfalse positive, false negativeの問題が惹起されてくる。

#### 3. 臨床検査データの信頼性

健診は検査所見陽性者のふるい分けが基本であって、健診の結果を異常と判定しても本当に異常なのかどうか、再確認の方法が確立してい

年齢 (歳)

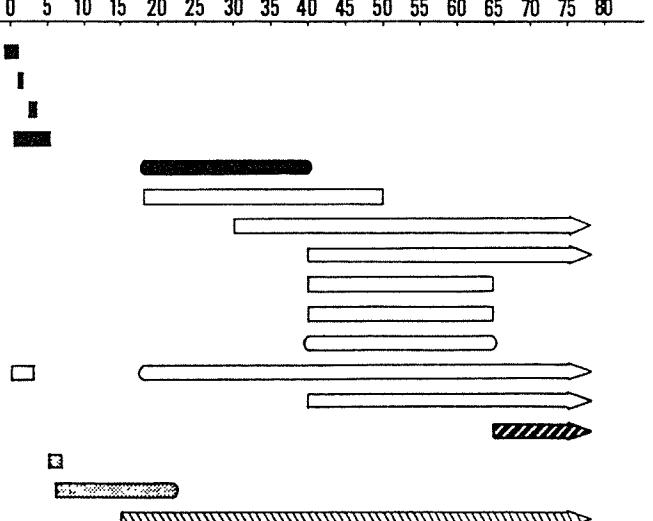


図-1 ライフ・サイクルに対応した健康診査の体系

るかが問題となる。さらに、健診機関の検査データを他の医療施設の医師が信頼し、利用するかどうかである。もし新規に検査をやり直すのが常であれば、医療資源の利用面からはムダヒしか言えない。結局、地域医療において健診の効果を期待する場合には、地域住民の個人に関する情報の伝達、蓄積、検索など医療情報システムとしての整理が毎年の健診データの有効利用ということから不可欠になってくる。また、図-2に示すような検査データの変動因子を把握し、それらを十分にふまえてサンプリング条件の確立、検体搬送や検査技術の標準化を計ることが重要になる。さらに健診機関と医師との協調体制、異常所見者の取扱いなどを、その地域で慎重に検討しなければならない。

#### 4.まとめ

包括医療を地域で展開する場合の一環として各種健診の検査プログラムを継続的に機能させるためには、地域のニードと要請に基づいて、弾力性のあるシステムづくりが図-3のように考えられてくる。このシステムは次の要素が基盤となっている。

- (A)：地域住民の健康度並びに就労・入学等の適性の判定を目的とする。
- (B)：健診データの信頼性保証の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

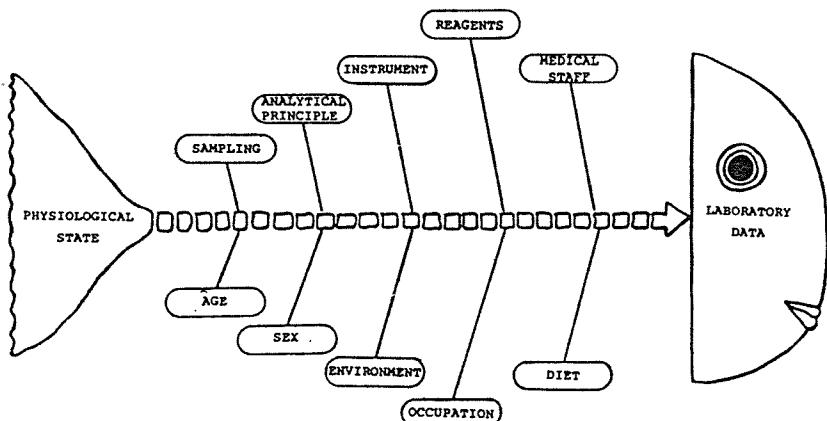


図-2 Parameters of Laboratory Data

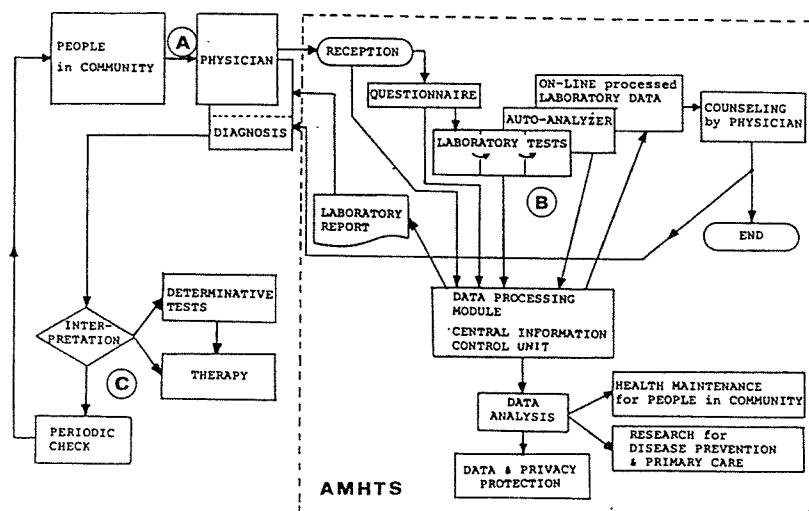


図-3 Basic Model of AMHTS in Community Health

ックを経た健診データは、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、直接に医師や関係者が利用する。

(C)：定期的健診を根幹に異常所見者の二次スクリーニング及び精密検査の機能をもつ。さらに疾病保有者に対して適切な医療機関の案内を行う。

以上、我国の健診体系を中心として地域医療における臨床検査の役割を概観したが、単にコンピュータや自動分析機が集合されても、臨床検査が地域医療計画の中で効果的なものとはならないし、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志向するアプローチが、ここに必要となろう。

# 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

## 1) コラルジル中毒症とは

コラルジル(商品名)という冠拡張剤を長期に連用することによって発症する慢性の全身性中毒であり、この薬剤は昭和38年鳥居薬品より販売され、学名を *Diethylaminoethoxy he Xestrol dihydrochloride* (略して DH剤) という。(DH剤はイタリアで開発された)

## 2) 臨床症状

自覚症状は約500錠(1錠25mg)をのんだ頃から起り、全身倦怠感、食欲不振、るいそう・微熱が出現し、肝腫大(時に脾腫大)し、検査では赤沈亢進、白血球增多(リンパ球の空胞化)、血清コレステロール値の上昇、CRP陽性、肝機能検査異常が認められ、臨床的には悪性腫瘍アラス感染症等を疑わせた。

## 3) 薬害と判明するまでの経過

一般的臨床検査で特徴的な点は、末梢血液像の白血球特にリンパ球の中に空胞化が多量に認められる点である。血液の東内家はさらに検査をすゝめ骨髄穿刺による骨髄細胞中に大型の空胞を多量にもつ空胞細胞の出現を見、それを“泡沫細胞症候群”という新しい病気として報告した(昭和40年頃)。一方肝臓病の東内家は肝生検による組織学的検査により、肝細胞の著しい腫大と泡状化を認め、そこに異常脂質沈着を認め、疊脂質肝という新しい病気を報告した(昭和44年)。そして、この二つの病気は実は同一疾患でコラルジルによる中毒症の部分的病態であることが判明した。これは、昭和45年11月新潟大学オ三内科が新聞発表して社会的に知るところとなつた。

しかし後日判明したところによると新聞発表の約1年5ヶ月前、東医歯大オ一内科では泡沫細胞症候群の原因としてコラルジルを考えており、昭和45年6月には14例の臨床病理的観察という論文を書いている(3例の死亡例を含む)

そして一方大阪大学オニ内科では昭和45年9月下旬より10月下旬までの一ヶ月間動物実験を行ない因果関係を確定し、11月鳥居薬品及び厚生

省に報告していることがわかつた。新潟大学オ三内科が新聞発表をした当日(11月29日)には鳥居薬品はすでに秘密裡にコラルジルを回収した後であった。

## 4) 厚生省の対応

國、厚生省は鳥居薬品の販売停止の報告を受け、昭和45年12月19日品目廃止し、昭和47年1月大阪大学オニ内科教授西川光夫氏を班長とするDH調査研究会をひらいた。これは前年昭和46年1月の鳥居薬品主催による、全国のコラルジル中毒症例報告大学の研究会でまとめた報告で重い腰を上げた格好となつた。研究会は症例の追跡と病態研究という形にとどまり、全国的規模の疫学的調査はせずに終つた。そのため、コラルジルの発売量も全国的被害実態も知ることとなりなかつた。唯一新潟県下で行なわれた調査では2049名の内服者がいたことが判明したが調査方法不備のために県下での被害実態を元明らかにはならなかつた。

## 5) 医学研究者の考え方

この中毒症の因果関係は全く異論は出なかつた。それが明確であった。短期間の動物実験で人に発生した病態をほゞ解明出来たと言つて良い。(しかし、動物では代謝が人と異なり又早いので人に於ける慢性中毒のモデルは出来なかつた。)しかし、コラルジル申請時、一流学者はすべて副作用なし、有効の判定を行つてゐる。申請時、東大、東北大、慶應大学、九州大、山口大がそれぞれ名をつらね、許可後は北大、札幌大、東医歯大、大阪大、名大、名市大、熊本大等がその治験報告をよせている。治験報告の中で昭和39年名大、岸川氏、昭和40年札幌医大、浦沢氏、川崎市立病院、勝氏らがそれぞれ何らかの副作用報告をしているが、研究者自身正しい結論に到達していない。そして、多量の治験論文は用法の拡大、長期連用を助長する結果をよねいた。

## 6) 厚生省と鳥居薬品

コラルジルは昭和37年12月薬事審議会の新医薬品調査会で審査され翌年又月に承認されたが、イタリアで使用されているという上で殆んどフリー・パスの状態で、慢性毒性試験もなく用量の拡大(イタリアでの1日の常用量多い)をみすゞして許可され、その後“包括建議”と

いう慣例の前に他社のDH剤をも次々に許可していった。

一方鳥居薬品は発売後又年目の昭和40年、北漁道の柴木医師よりの副作用報告を受け、遅まきながらラットをつかつた6ヶ月間の慢性毒性試験を行つた。明らかな異常を認めたが、それをさらに追求することなく、むしろ、用法の中にはなかつたコラルジルの脱コレステロール作用を宣伝し、外国論文のまちがつた引用をもとに長期運用の安全性をといた。こうした経過の中でつづうの悪い治験者の副作用データーを隠すことさえ行つた。

#### 7) その後の研究報告

コラルジルは構造上、冠拡張作用をもつDi-ethylaminoethanolを合成女性ホルモンであるHexestrolをもつてつないだ構造になっており、動物(ラット等)では分解されるが、ヒトではほんの徐々にしか分解出来ない。そのため、長期に全身あらゆる部位に沈着することがわかつた。厚生省の研究班長である西川氏は、血液、肝機能異常、脂質代謝異常がほど消失傾向にある3年をもって治療したとの結論を述べた。重症例は肝硬変症及び全身衰弱による余病によって3年以内にすべて死亡したといつてある。

しかし、これに反する報告例は当然ある。

#### 8) 新潟に於ける追跡調査

我々は昭和46年コラルジル投与医療機関3ヶ所116例のコラルジルと中毒症発症に関する疫学調査を行ない、その後、予后に關して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付いた。

その後昭和52年11月までコラルジル服用中止後最長9年11ヶ月を含む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。又自覚的には高頻度にくりかえす感冒感に加えて、出血傾向、睾丸痛、肉節痛等初期には認められなかつた症状の発現を認める。

#### 9) 2症例の報告

昭和53年7月2症例を経験した(於東京)。約1年間に2046錠を投与され、ヨリそ

呪氣、腹痛、高熱、肝脾腫が出現し、肝の悪性腫瘍が疑われ、敗血症の併發をみ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。検査當時すでに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つたが、投与約7年後に中毒症と判明し、全経過(投与開始より)12年を経過している45歳の男性の2症例である。(男性例投与錠数2289錠、注射 $240\text{mg}$ )

女性例はコラルジル中止後5ヶ月で肝生検にて線維化及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ヶ月後正常化し、中止後3~4年後の検査ではアルブミンの低下、ガンマ-グロブリンの上昇を認めるにとどまる。

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、フィスター値の異常を認めた。一方で、一般的の肝硬変症にみられる典型的な症状、検査はすべて認められなかつたが、肝シンチグラムにて、右葉の著明な腫大及び肝内の血流障害、脾臓へのとりこみより肝硬変症を強く疑わせた。

男性例は6年間の投与期中にはコラルジル中毒症としての典型的な発症の時期をさだめかたための経過ですぐし、肝腫大も一度も指摘されではない。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、睾丸萎縮未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すでに終た棄却ではなく、今後に容易なう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

手島陸久, ○山内幹郎(柳原病院)

## Iはじめに

公害健康被害補償法(以下補償法と略)は74年9月より施行されてきたが、環境庁は78年7月、 $NO_2$ の環境基準を緩和すると共に地域指定解除の動きを進めている。東京では74年11月より8区が、75年12月からは計19区が指定地域となる。たが、79年1月末現在認定患者数は22,970人、認定患者率は0.37%であり、これは大阪市西淀川区の4.44%, 東海市・四日市市の1.10%, 横浜市の0.87%, 川崎市の0.82%(いずれも76年8月末現在)等に比べ低い数字にとどまっている。ところが当院に通院中の認定患者に対する聴取調査では、当院に受療して初めて補償法のことを知ったという者が約半数で、他院では聞かなかたという者も多かった。

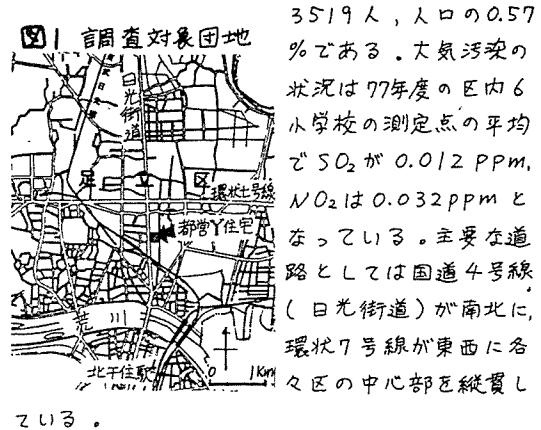
これらのことから、東京都においてはかなりの患者が制度について知らぬため(伝えられぬため)未認定のまま潜在化している可能性がある。著者は都下足立区の1都営住宅を対象として患者の潜在化の実態につき調査を行ったので報告する。

## II 調査方法

調査方法は主婦を対象とした訪問面接調査とし、調査項目はBMRC方式に準じた主婦本人の自覚症状、世帯員全員の呼吸器系症状の有無及びそれによる受療の有無、補償法の知識である。調査対象地域としては幹線道路に近接し、全戸への訪問面接が可能な地域として都営Y住宅を選定した。調査は、足立区 $NO_2$ 測定実行委員会の $NO_2$ 測定活動の一環として行い、調査員は実行委及びその協力メンバー(教員、保健所等区職員、病院職員、学生等)である。調査員には調査実施前に約1時間のオリエンテーションを行った。調査実施は79年6月6~10日で、対象者不在の場合には3回まで訪問を行った。

## III 対象地区の概要

足立区は東京23区の北端に位置し、面積53km<sup>2</sup>、人口62万人(79年6月現在)の住・工混在した町である。補償法による認定患者は79年7月現在



Y住宅は、58年に入居が始された都営第1種住宅で、日光街道から25~180mの位置にあり、4階建鉄筋7棟、2階建木造4棟、1階建木造7棟からなっている。Y住宅付近の日光街道の交通量は約3.3万台/日(78年10月警視庁調査)、Y住宅の2辺と接する道路もラッシュ時には相当数の車が通加している。 $NO_2$ 濃度は本調査と合わせて行った簡易測定によれば平均0.018 ppm(79年6月6~7日の1日測定、測定数156)であり、特に道路距離との相関はみられなかった。

## IV 調査結果

### 1 調査実施状況と対象者の特性

表1 調査実施状況 調査実施状況は表1

1. 回答世帯	236	世帯86.1%
主婦に面接	(223)(81.4)	の通りで、調査が実施
主婦以外に面接	(13)(4.7)	できたのは236戸、うち主婦に面接できたのは223戸、13件は主婦不在・病気(9戸)、
2. 対象者不在	22	男性のみの世帯(4戸)のため主婦以外の成人
3. 調査拒否	14	に面接を行った。世帯員全員の呼吸器系症状の有無、受療・認定の有無については、聴取本人236人より、本人以外の世帯員469人、計705人に聞しての資料を得た。
4. 聽取不能	2	対象世帯計274 100.0
対象世帯計	274	は21.7%の値である。居住歴では58年入居が49%、居住後3年未満の世帯は16.1%であるがうち98%は指定地域内からの転居であった。
室屋	46	2. 症状有訴率及受療・認定状況
	—	主婦本人の自覚症状の有訴率について表2に

表2 向診結果(主婦本人のみ)

自覚症状	有訴率
1. セキがよくでる	26.0%
① 1年のうち延べ3ヶ月以上セキが続く	13.9
② 2年以上続いている	14.3
2. たんがよくでる	22.4
③ 1年のうち延べ3ヶ月以上たんが続く	11.7
④ 2年以上続いている	13.5
3. ①+③	6.7
4. 3のうち40.50才代	8.7
最近5年以内に非常に5. セキが苦しくてせきせきした発作があったこの1年に自分がしめる6. ように痛いことがあったこの1年にかぜをひいて7. いないのに水は毎日下痢があるこの1年、かぜをひき8. やすかった	12.1 28.3 31.8 34.1

(※注) 4の対象数は127人、他は223人

表3 向診結果(ききとり本人以外含む)

自覚症状	ききとり者区分	有訴率
1年のうち3ヶ月以上常にセキヒたんがでる	本人	8.5
	本人以外	13.9
	計	12.1
坂道や階段を同じ年金の人と一緒に歩くと息切れがする	本人	12.3
	本人以外	4.5
	計	7.1
息立するとき、ゼゼーまたはヒューヒューという音がする	本人	5.5
	本人以外	4.5
	計	4.8
この1年向に、非常に4. セキが苦しくてせきせきした発作があった	本人	5.1
	本人以外	3.4
	計	4.0
このような呼吸困難の5. 痴氣で医者にかかることがある	本人	6.8
	本人以外	6.8
	計	6.8
公衆健康被害補償法の制度による認定をうけている	本人	0.0
	本人以外	0.6
	計	0.4

表4 症状・受療・認定パターン

症状	1	2	3	4	5	計
認定	+	+	+	-	-	
本人	0人 0.0%	10 4.2	32 13.6	6 2.5	188 79.7	236 100.0
本人以外	3 0.6	20 4.3	60 12.8	9 1.9	377 80.4	469 100.0
計	3 0.4	30 4.3	92 13.0	15 2.1	565 80.1	705人 100.0%

有無と共にパーセンタージ化して世帯員全員の内訳を調べた。認定患者数は3人(0.4%)、スクリーニング症状(表3、1~4の項目)有りかつ受療している者30人(4.3%)、症状のみ有り者92人(13.0%)の結果である。

### 3. 補償制度の周知度

表5 制度の知識

対象	知っている	皆さ	不明	計
1. 主婦本人計	66.4 29.6	149 66.8	8 3.6	223人
2. セキ+たん 3ヶ月以上者	3 20.0	12 80.0	0 0.0	15
3. 喘息発作十 の者	10 37.0	16 59.3	1 3.7	27
4. 受療者	5 31.3	10 62.5	1 6.3	16

補償法による認定制度を区内で受けられることを知っていた者は主婦全体の30%である。またが症状により若干の違いがある(表5)。喘息発作がある者は37%が知っているが、「セキ+たん」有訴者では20%と逆に低くなっている。しかしこれは対象別の周知度は有意差をみる程ではない。

### △ 考察

#### 1. 認定患者率と潜在患者率について

Y住宅の患者数3人は当地区管轄保健所調べの数と一致した。認定患者率は0.43%で足立区の0.57%に近い値である。これははじめにみた他地区の認定患者率と比べてまだ低いとみるべきであろう。表4でみたように実際には認定の症状項目にほぼ該当するスクリーニング症状がある者は17.7%に達しているほか、そのうち受療している者(4.7%)も多い。しかし認定患者率の正確な評価のためには今後の第2次調査・検診を待たねばならない。

#### 2. 主婦有訴率の評価

「セキ+たん」症状の有訴率はSO<sub>2</sub>濃度と合わせて地域指定要件の一つであり、この要件を満たすには40,50才代男女の有症率が自然有症率の2~3倍であることが必要とされている。74年度の都の調査では足立区男12.7%, 女3.8%, 計6.1% (28/458人) であった。Y住宅主婦40,50才代の値8.7%はこれらに比べかなり高い。

#### 3. 認定患者率が低い理由と患者運動の重要性

環境汚染濃度が高く、「有症率」が高い地域で認定患者率が低い原因には種々の事が考えられる。患者・住民運動、医療機関、議会、行政、自治体職員等相互の連携の必要性、特に主体となる患者運動の重要性との援助について強調したい。

## プライマリ・ケアの理論 と実践—三多摩・東京の実践活動から—

西三郎(国立公衆衛生院)

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、東村山はじめ東京各地で試みられており活動を通じ、プライマリ・ケアの理論として次の原則を示す。

### 1. プライマリレベルでのチームワークの原則

プライマリ・レベルでのチームワークを具体的に形成するために次の2つの原則がある。

(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・団体の代表によ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・団体の代表による組織体は、各専門性の尊重を前提とした民主的討議が保障されてなくてはならない(円卓会議の原則)

代表者組織の原則は、通常同一の施設、組織内では存在し、第一線でのチームワークが円滑に機能するよう努力している。しかし、現実の地域社会では、チーム構成員は各自異なる組織・団体に所属し、各々の組織・団体の目的により規範に制約される。このため代表者会議を通じ、チームワークの形成を支援するとともに、必要な社会資源の創造に寄与することが出来る。日野市、東村山市では、このような代表者会議を月1回定期的に開催し、チームワークの阻害要因を除去している。なお東村山市では、この会に先だって、保健婦を中心とした事例検討会を開き、問題点を整理し、代表者会議に議題を提出している。

円卓会議の原則は、代表者会議が、各々の代表者としての発言の自由を保障するものではなくてはならない。一般に、このような会議の構成が論議される。例えば専門家が過半数以上の可否か論じられる。しかし、形式的に公正平等な構成であっても、その発言の自由の保障なしで、代表者会議は成立し得ない。

日野市、東村山市医師会は、専門医との連携活動を通じ、相互の信頼と尊敬のなかに対等の関係を有している。このことは、保健婦のみならず、一般市民に対して、相互の信頼と協調と

いう対等関係を生み出し、円卓会議という、自由な発言の保障が得られている。ここでの議事の採否は、多数決ではなく、全員一致という形になり、決定された議事に各々の立場で協力するという形をとっている。

地域社会での活動でのチームワークは、このような、代表者組織を有し、そこででの会合が円卓会議として開かれなければ、いかに形式的に整った組織会合であっても、プライマリ・レベルでのチームワークは形成され得ない。

### 2. 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

医療のシステム化、施設間の連携の必要が言われてはいるが、具体的には、仁人的な努力による例が少くない。連携を一般化していくために、次の2つの原則をあげる。

(1) 他の施設との連携には、結合のための基準と手続が定められてなくてはならない。

#### (結合基準手続の原則)

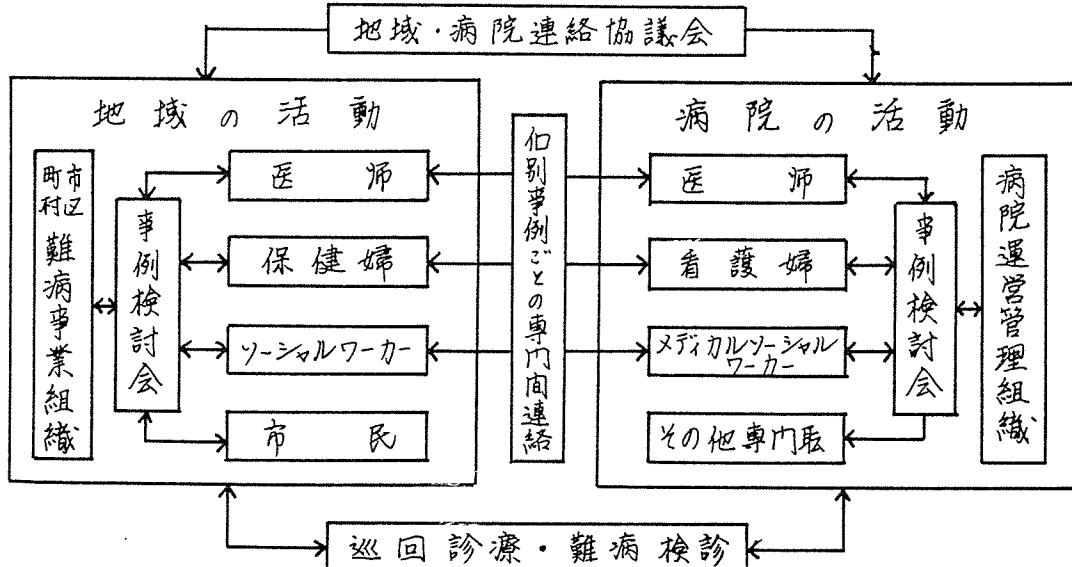
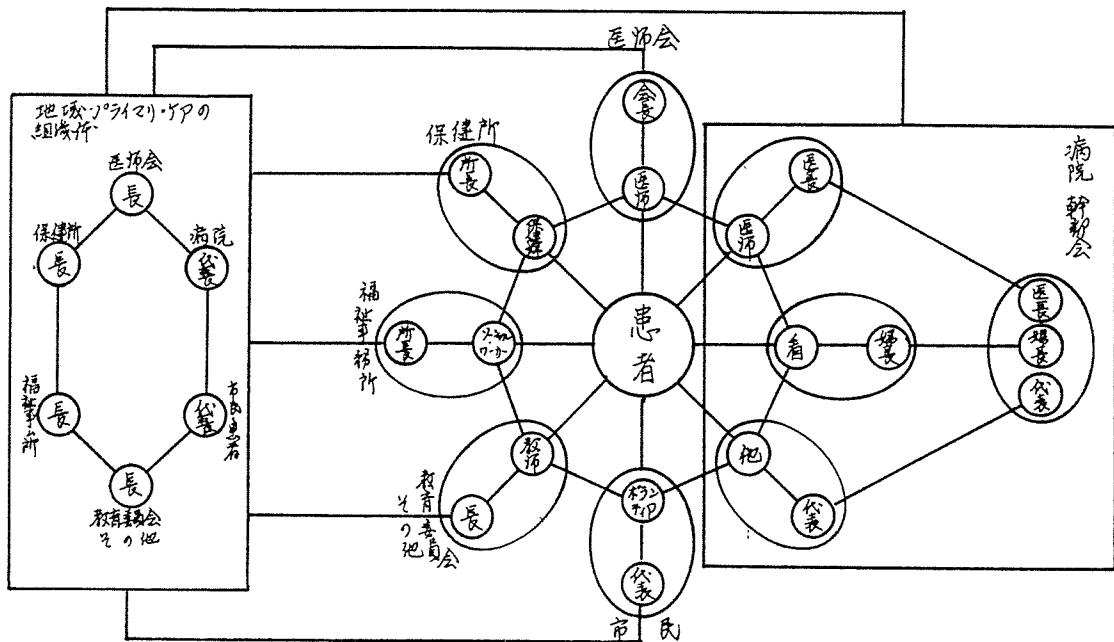
(2) 他の施設との連携には、各々の専門医間での連携のもとで行なわなければならぬ。

#### (専門性尊重の原則)

結合基準手続の原則とは、施設間同志の連携にあつて、すめ、結合のための基準と手続が定められていいと、仁別事件発生ごとに定められることとなり、仁別の努力の差により、結合の有無が決定される危険を内包する。結合の基準、手続の一般化は必ずしも容易ではなく、症状等により、また仁別の社会的条件により、結合の必要性は異なってくる。しかし、具体的な仁別事例を通じ、すめ、結合についての基準、手続を定めておくことは、必ずしも困難ではない。このような、仁別具体的な事例についてのすめ定めた結合基準を手続を通じ、両施設間の原則を定めることは、必ずしも困難とはいえない。現実に、日野市、東村山市では、都立府中病院神奈川病院に入退院についての連携は、原則として文書交換には致っていないが、原則に基づいて実施されている。すなわち、主治医間での今後の治療介組の決定、再入院の必要時の判断基準の合意等に基づいて、入退院が行われている。なお地区に主治医の無い例については、患者の同意を得て、医師会か地元主治医の紹介を行っている。これらは、結合手続の一つである。

専門性尊重の原則は、とくに在宅患者について施設からの退院後のケアにとり重要な原則といえる。従来ときとしてみられる、病院医師→保健所又は市町村保健婦→開業医師の情報の流れによる連携方式は、専門を異にするこども関連し、正確な情報が伝達されず、時に保

健婦が医師に指示したという誤解を招くこともみられる。連携にとて重要なことは、情報が正しく伝達されることである。このためには、各々の専門性を尊重し、専門間同志で連携連絡することが必要なことである。



# イタリヤの医療改革における 地域保健医療センターの役割

須田和子

東京都神経科学総合研究所

**1. 目的**　わが国の医療保障制度問題は各方面から抜本的改革が必要であると強調されこの視点から諸外国の医療保障の動向について強い関心が向けられている。とくに70年代以降のヨーロッパ諸国の医療制度改革を注目した報告がいくつかみられる。イタリヤでも、1978年12月、国営医療サービス法が成立し、その医療制度には、疾病保険制度から医療国営化へと質的転換が生じている。これはイタリヤ共和国憲法制定から約30年間の運動の歴史をもつ、障害の大きい、困難な改革であったといわれる。これらの問題点は、わが国の医療制度改革にも共通するものがあると思われ、イタリヤの医療改革の成立過程を研究することはわが国の多面する諸課題に対しても何らかの役に立つにちがいないと考えた。

本報告は、改革の軸となる国営医療サービス制度の地区保健医療センターに焦点をしづづり、地区保健医療センターが医療改革の中で果すべき役割について分析した結果である。

**2. 方法**　イタリヤではその医療改革について、社会医学、経済、労働、行政などの各分野から多くの研究が報告されてきた。本報告はこれらの文献と、成立した国営医療サービス法(1978年12月23日、法833号)を分析材料とした。

## 3. イタリヤの医療改革の目的

①、憲法で保障した健康に関する三つの権利(国民の基本的権利としての健康、労働不能を国民の生存権の保障、災害、疾病、障害、老令、失業に対する生活保障権)の実現

②、EC諸国の中でもイタリヤの医療水準は高いのに健康水準が低く、また医療保障のより充実した英國よりもイタリヤの医療費は高い。この医療費の高騰を抑制するために予防を重視

し、不必要な支出を抑制する制度の実現

## 4. 国営医療サービス法の特徴

- ①、従来の医療保障の管理運営機関である各種疾病保険組合を廃止し、すべての国民を対象とした單一の医療サービスを供給する。
- ②、①の運営は国と地方自治体とが実施し、国は財政と、医療サービスの計画と調整、州と市町村は地区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。

## 5. 地区保健医療センター

- ①、人口5万人から20万人に1ヶ所設置。
- ②、設置主体は州、管理運営は市町村または市町村連合、財源は国家予算。
- ③、サービス分野は図2に示した予防、治療、リハビリテーションの各サービスを有機的に連携させて実施。
- ④、予防対策としては、生活と労働環境の有害要因の発見とその除去と衛生管理に重点をおき、工場の労働環境を定期的に検査する。
- ⑤、④の新たな情報収集手段として、生産工程の有害地図の作成や、全市民へ無償配布する健康手帳を活用。
- ⑥、治療サービスは専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、治療を重視し、病院と診療所の連絡調整を密接にして、病院サービスは最少必要限度とする。
- ⑦、大衆を対象にした薬の宣伝は禁止された代りに、薬の科学的情報を提供する。

**6. おさげ**　以上のように国営医療サービスは予防、治療、リハビリテーション各サービスをすべて地区保健医療センターを通して供給するシステムを採用している。これは各サービス間の連絡を密接にして、予防対策の効果を向上させるためである。

この地区保健医療センターが最初に提案されたのは1964年、翌1965年政府の医療改革案の中にすでに採用されていた。当初、この設置基準は人口1万～2万人であり、またその後の州レベルの研究では、その運営には労働者階級の代表の参加が不可欠と報告されていた。

しかし833号法では、人口5万～20万人に1ヶ所とその対象人口は拡大され、また予防対策

図1. イタリヤの医療改革

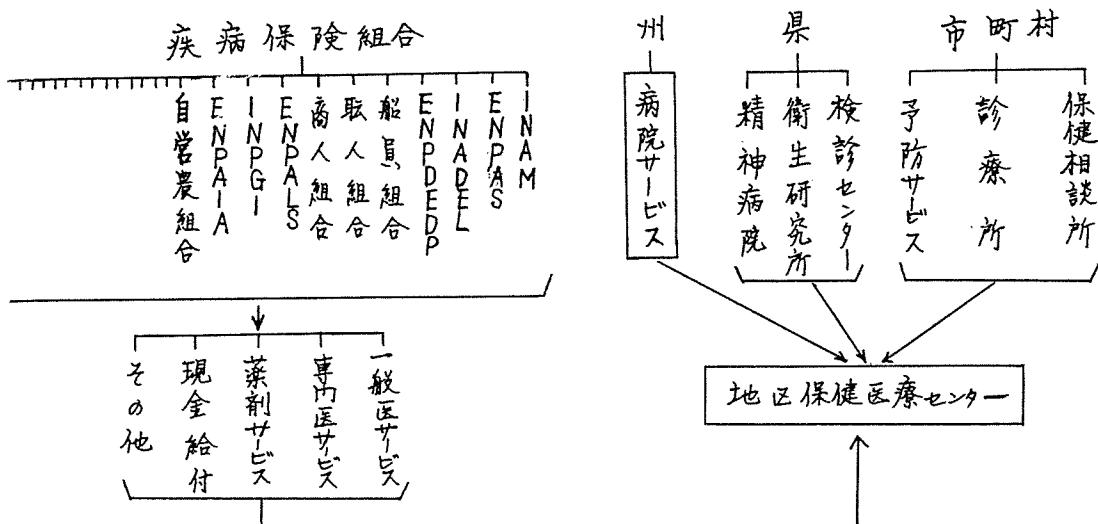
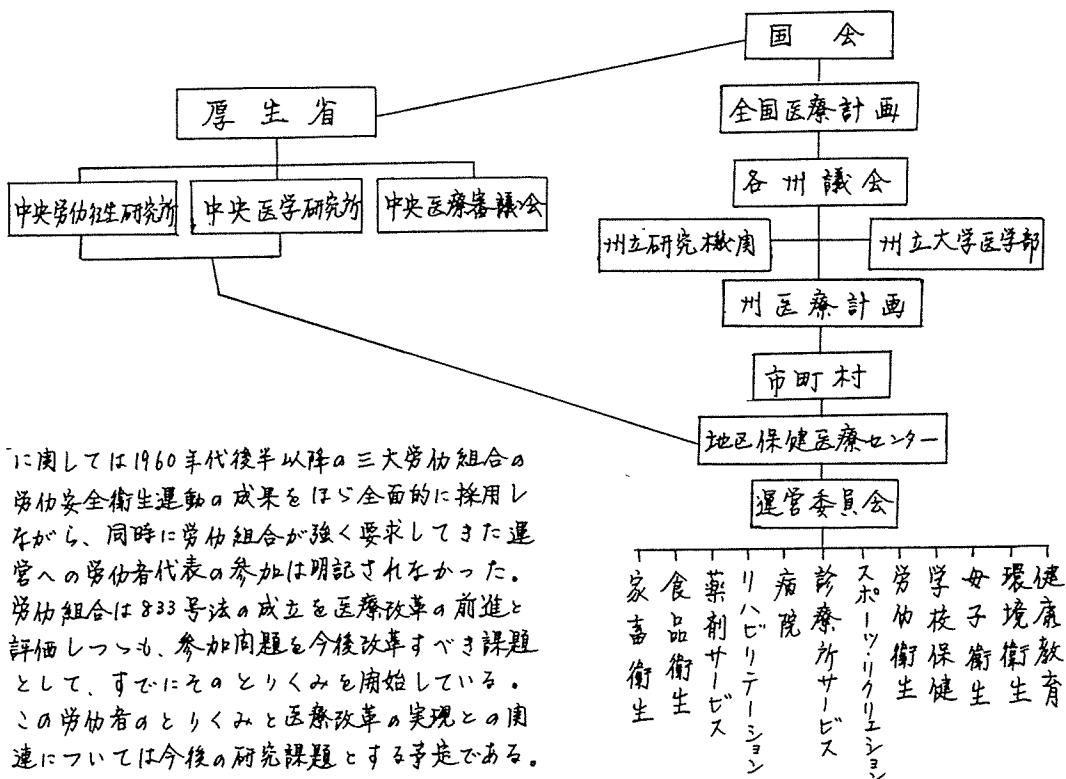


図2. イタリヤの国営医療サービス制度(1980年1月1日以降)



に際しては1960年代後半以降の三大労働組合の労働安全衛生運動の成果をはじめ全面的に採用しながら、同時に労働組合が強く要求してきた運営への労働者代表の参加は明記されなかつた。労働組合は833号法の成立を医療改革の前進と評価しつつも、参加問題を今後改革すべき課題として、すでにそのとりくみを開始している。この労働者のとりくみと医療改革の実現との関連については今後の研究課題とする予定である。

京都府からの報告  
(日吉町)

吉田幸永

2年前に私立ち候民の方で支えてました草新自治は、1978年4月22日、落成した。このくわしさは1年後の現在にかこも志や得ないくわしさであるが、草新自治を支えてきた市民の方に渡りではなく、もう大きく後退はしない。立命大・真田先生は草新の昔の歴史をつづつあけていられる。1つは立命の行政が自民党体制、行政機構の官僚化が自立っここと、もう1つは中央直結の政治の実現化である。

昭和54年度当初予算目的別検査は表(1)の通りである。民生費のしわよせは最も多く立場にあがれている老人福祉費の割合である。私の立くい老人施設 長生園がある。ここは定期員170名であるが入園希望者が多く定員の1割を入園させ、この1割分も存続していいのであるが知事が決ったトタン17名分はカットされ入りない老人が入れなくなつた。又職員に支給される年未手当はり長も用務員も一律であるが、知事が決ったトタン職員割に差がけられ、私達のもう3分はつた。と友人のナースが「くわんでいい」。元もヒ、ニ川さんのから「な彼まであつたが」、ニ川さんの隣にはよかつた、よかつた、と言ふのであるから方を3種である。

### 1. 保健所としつかり手をつなぐヒ

1973年から1月ニガニ鉱山労働者の検査と取組み6年目に京都府政がうござ出した。6年前の経過をあげると。

1973年(昭和48年)9月日吉町の神樂予算で20万の検査費をみどりさせ翌49年2月に第一回目の自主検査を実施した。受検該当者82名、復検39名、じん肺有病見36名、うち労災認定6名。1975年(昭和50年)2回目の自主検査 受検該当者60名、復検者50名、じん肺有病見6名うち労災認定10名同年10月、12月、マニガニ中毒の自主検査、受検該当者31名、復検31名、マニガニ中毒有31名うちマニガニ中毒労災認定2名。同年11月、日吉町内在住西脇よりマニガニ中毒

### 検査の要望書 行政の責任在地に提出。

1976年(昭和51年)労働省によるじん肺マニガニ中毒検査実施 受検該当者(じん肺)157名、復検者116名、じん肺有病見40名うち労災認定5名、マニガニ中毒検査該当者152名、復検者129名、マニガニ中毒の既往あり125名うちマニガニ中毒労災認定5名。1978年(昭和53年)労働省による労災サービス実施、受検該当者143名、復検者139名、じん肺有病見97名うち労災認定12名以上の検査と随時申請分で受検した旧鉱山労働者250名、うち63名が労災認定となり現在に至っている。がゆえ、日吉町には未受検者約50名、いることがわかった。この50名分の検査を京都府の責任で実施させる歩みを行い今年中に実現のようになつた。地元 八木保健所の市民が日吉町と存をたしく往復していいめをとこうである。

### 2. 保健所と連携とともに

昨年、先述の離乳食の野菜に放射能が照射されたニュースが報せられた。このニュースを知った母體が新潟の初めきをもつて、「保健婦さん、うちのみこのペピーフード食は安全ですか?」、どうもないうさ子が、ヒ相談にきた。イエス、ノー、と言いきれる程肉瘤の確立つかないなつた私は、地元保健所の検査係に肉腫提起をした。検査係は「検査の必要はありません。放射能等この高い宇宙に一杯存在していまおから」と言つた。「そんななら放射能照射のペピーフードは安全なの?」と聞くと、「検査の必要がない」といふことです」と、安全性を検査の必要のないことになりますが、ええとしまつた。夜の方で肉腫提起をしておはり地元保健所と同じ立場である。ここで引下りつてしまえば、どうもないうさ子が、ヒ相談提起をしてくれた際への回答にならない。きちんとした回答がほしいと、つい下つて、がんばつて、がんばつて厚生省で問い合わせてみると、おしおきめぬがやはり医者は検査の必要はありません。安全か、安全でないかの由を。検査の必要なしにありええしまつた「保健婦さん、この内のペピーフードどうでした?」と、ヒカケた時 検査の必要ありません、ヒ。

いうことをいたし、これは森永ミルク中毒の若い体験から絶対言うことではない。お體の持つべきの問題のアビーフードでも、カバニにはあくまで検査してやるところをさがし求めた。検査してみるとニコチンが少なかった。ほかに保健師→検査針のルートでは地元の保健所をしつかりさせることにならないと考え、八木保健師のK保健師に経過を報告した。K保健師は市役所の保健部と連絡をとつてから少しづつ十数日、検査をやるとニコチンには至らなかつたが、所長にくいてびつて、がんばつて、がんばつて。所長はハキ保健師筋肉にビリビリだけの乳頭が問題のアビーフードをいたさせたりとしらべてみようというところまで引きつけたと報告してくれた。ああやつぱり保健師仲間などはりつめに「お母さんがやわらぎ」といふと想うとした。そして今年の三才児検診の向診カードに別表(2)の向診表をつけてお體に送り現在検査中である。

官内の数がまとまれば又、次の検査での行動力がいかえていくか、1人でがんばつて10年後に1人の味方がねわつてくらうこひはうんかにも4人からなる力量が發揮できること。

以上二点、28年向でさきあげてきた革新自ら体の火は消されることはなくうけつがれていふ事實を報告した。

(1)

昭和54年度当初予算目的別概要

(単位：1万円)

目 分	本 年 度		前 年 度		比 率	備 考
	予算額(A)	構成比	予算額(B)	構成比		
議 会 費	1,147	0.1	1,055	0.1	92	104.7
議 事 費	23,311	7.0	19,974	6.8	3,337	116.7
民 事 費	18,125	5.5	16,804	5.7	1,321	107.9
市、町、村 費	8,944	2.7	8,566	2.9	378	104.4
分 類 費	8,162	1.9	5,659	1.9	503	108.9
農林水産業費	18,579	5.6	16,886	5.7	1,793	110.6
成 丁 費	15,955	5.1	15,729	5.4	1,236	107.8
上 ト 費	58,166	17.6	46,936	16.0	11,230	123.9
賃 金 費	49,289	12.2	36,859	12.5	3,621	109.9
教 育 費	119,231	36.0	107,653	36.6	11,578	110.8
人 口 保 険 費	876	0.3	1,511	0.5	△ 6.1	58.0
公 用 費	14,125	4.3	12,344	4.2	1,847	115.0
諸 支 出 全 費	4,723	1.4	4,213	1.4	480	111.3
手 代 費	100	0.0	100	0.0	0	100.0
合 计	330,494	100.0	294,123	100.0	36,771	112.5

(2)

照射アビーフード健康調査票

昭和 年 月 日 時

乳児氏名	男・女	昭和 年 月 日 生
住 所	(〒 )	Tel( X X )
保護者氏名		
アビーフードを 食へる期間	昭和 年 月 曜 から 昭和 年 月 曜 ( )ヶ月	
食べ物種類		
食べた量	1 日	回( )
離乳時期	生後	3ヶ月, 4ヶ月, 5ヶ月, その他( )
アビーフードの 商品名又は販売店		
現在の子宮の 発育状態	良	普通、悪い( )
妊娠中の 異常	なし	あり 普通 (ありの場合 → 妊娠中姦症 強いつわり、糖尿病、腹部×線照射、その他)
新生児期 の異常	なし	
現在までアレン ドラン食などの空 を奪うかひづ	ある (生後 ヵヶ月以上)	オ類 部位( ) ない
備 考		

-----

< x e >

## 一 般 演 題 (B)

<メモ>

# 准看護婦制制度の実態 と問題

中島幸江(東京地方准看護婦会)

はじめに。

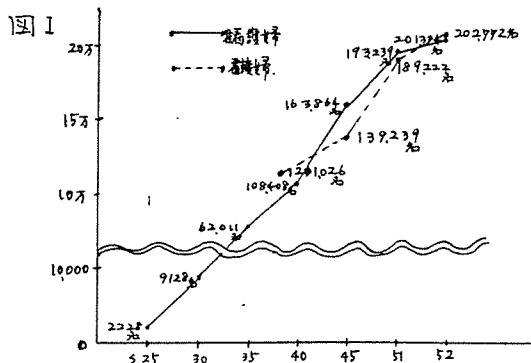
1945年8月14日、ポツダム宣言受諾によって、第二次世界大戦が終りました。民主主義、日本の再建がはじまり、医療の世界も大きく変革されたといわれております。陸軍病院は、国立病院、国立療養所となり、日本赤十字社も、皇室と軍の二つから、GHQ、国際赤十字社協力の下、「社団法人」として再発足、軍人優先から、一般国民対象に開放され、医療費を徴収するシステムに変わっていったといわれております。1946年2月、GHQは、医療教育審議会を開き、医療技術者の資質を向上させる事を審議しました。その中で、看護婦、保健婦、産婆の養成制度を専門学校程度にひきあげることがうたわれ、審議会の中に看護制度研究会をつくって協議がくりかえされました。1947年、看護の基本的思想として一本化への合意をこめた「保健婦、看護婦、助産婦令」が制定されました。更にほど同じ内容で医療法制定について「保健婦、助産婦、看護婦法」が1948年7月30日に、そしてこの法のもと第一回看護婦国家試験が、1950年に行なわれました。昭和26年には、旧看護婦は、厚生大臣の行う認定講習修了により、看護婦免許が受けられることとなり、希望者は無条件で厚生大臣の免許が受けられるように法律が一部改正されました。同時に准看護婦別役が設けられ、1952年(昭和27年)より、准看護婦の養成が始められました。准看護制度成立後、低医療政策と看護婦の需要が高まり、卒業を入季資格とする2年制の准看護士は、医師会を中心として年々、続々と増設され、昭和42年頃より准看護婦数は看護婦数を凌ぎました。そして今日、高校進学率90%台となり、当初の准看護婦問題を更に複雑なものへと進化させております。私は、准看護婦問題の社会医学上無視できない時点に達したと判断すると共に、看護婦養成や、各種学校法から学校教育法に至りと大きく大学制に移行される中で、精神学校卒の看護婦が、進学コース卒と

いう上位の看護婦が下された為放置されたと同じ問題を将来持つであろうことを予想し、今日の研究会に問題提起をし、准看護婦制度廃止、看護婦への移行を行へ、医連をひきあげ、更に看護婦と大学生との関係を正し一貫性におけるより、医療的問題、ひいては国民の理解と協力を擧げたへと思うのです。IL 063回国際会議で指摘されましたように、国民の健康と保健にかかる問題の一つであり、一人看護職にとどまる問題ではないと考えます。

## 1. 経営者数

看護婦 202,772名 衛生行政業務報告  
准看護婦 20,384名 昭和52年12月末現在

## 2. 准看護婦の推移



## 3. 准看護婦の配置状況

図2	
タクシードラッグ	
准看護婦	70,968(73%)
看護婦	26,177(27%)
准看護婦	83,221(71%)
看護婦	23,979(29%)
116,679名	
163,864名	
准看護婦	115,233(70%)
看護婦	48,069(29%)
准看護婦	106,022(76%)
看護婦	129,164(24%)
准看護婦	139,239名
看護婦	107,454名
194,891名	
准看護婦	131,469(66%)
看護婦	66,129(34%)
准看護婦	135,610(77%)
看護婦	43,221(23%)
准看護婦	175,989名
看護婦	111,442名

50年版看護白書より(医療施設調査、厚生省報告別刷)

## 4. 需給について

54年頃をピークに看護婦不足は、深刻な問題となり、自民党政調社会部看護対策委員会による看護婦問題についての中間報告、看護職員の不足対策に関する決議(参議院社会労働委員会)看護婦確保対策について(自民党政調社会部会看護婦

対策小委員会)が行なわれた。昭和50年版看護白書によると、昭和44年看護婦就業者数26万7千、今後における病床数及び外来患者数増加動向条件の改善等を考慮するとS50年までに必要数48万人をこえると見込まれると「厚生行政長期計画」にあります。S53年末現在41万、必要数にはるかに満たない。資料が少し古いか、S42年から47年まで、毎年2800人が養成され就業するが2400人が退職、准看護婦は25000人が養成され就業するが15000人が離職、進学者を除くと6300人が看護界を去ったといきました。

## 5. 業務

1) 保助看護による業務は、看護婦は、傷病者しくは褥婦に対する療養上の世話又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あります。今日看護とは何かに議論百出の懸念を抱く、私は一言ズバリ言つて、20数年前准看護婦教本で教わった、吉屋かの著の「一に看護ニニ葉」という日本の古くからのいい伝えに尽きると考ます。即ち患者の苦痛を緩和させる。周病意欲をかりたて、健康を回復させる。更に健康維持増進につとめ社会復帰させること重要な患者に不足する部分を気づかせ、援助する。更に今後は、健康教育を含む地域での保健活動が加わるだろう。これが看護婦の主な業務と考ます。

## 6. 准看護制度のもつ幾つかの問題点

### 1). 脇差指置、不当労働の状態

新制度の当初甲種、乙種あります。3年間で廃止され、旧制度看護婦に全員(希望者)がほど移行される。その移行の法改正の中に走められたのが准看護制度ありました。

GHQと厚生省が「看護制度委員会」を組織して『保健師法案』の草稿を作った。それは、保健婦、助産婦、看護婦を保健師一本にして高等学校卒3年以上の看護教育をする高度なものであった。しかし実情との格差が大きいと批判があり、再検討基本的には一本にして広義の看護従事者とする考えを崩さないまま、一応分離の方向に力を反成することになった。(1948.7.30) 甲種、乙種の看護婦が、ノ951、11、6、に看護婦、准看護婦の名称に改められ、甲、乙の業務区分が更にとり扱われ、同一業務が許され、看

護従事者広義の立場から実情を考慮せられた暫定措置としての准看護役でありました。ところが、実情は、需給に応じそれを肯定し、恒常化し、安くて使い易い准看護婦は今日簡単に廃止できないところまできていました。当初の考え方から来る当然の身分保障が改められず今まで生き続け、いずれは廃止されるものと思われて来たが、有効年限28年は、准看護婦自身にとっては暫定であってはならないものであります。

同じ業務を行なうから、賃金格差を強いられている。看護婦不足の中で、一人夜勤も、チーフも余儀なくされ、日本の医療の過疎化を反映した地域に於いては医師の肩がわりをも日替りしている。法律に定められるところの医師、看護婦の指示のもとに行なうは守られず安く使える間に合う便利な看護婦として使用されてきました。

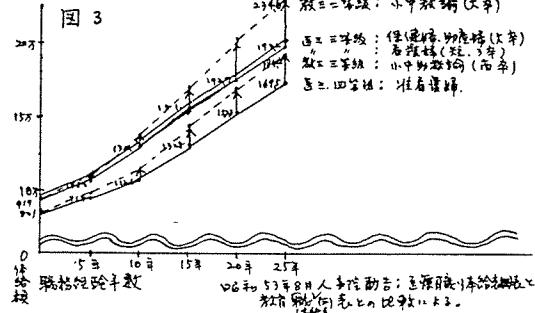


図3に示す通り准看護婦の配置状況は、年々診療所就業者が増加し、地域住民に適応した部分でより大衆的広範な問題を日々処理しています。特に救急医療に於ける役割は大きい。にもかかわらず、時間外労働及び手当の実態は正確に把握されていない。一般に労基法違反は中小病院診療所の看護婦が上位を示しているといわれています。法規上許されない准看護婦の婦長及び主任は、私共の調査で婦長14%、主任11.3%、調査のみならず診療所を加えるなら20%前後の約4万から5万の准看護婦が婦長、主任業務についていると推定される。

### 図4

主たる	スタッフ	合計
11.3%	44%	44%

1977年3月 立川三里、昭和52年主病院、公衆衛生院の准看護婦登録者数を  
詳細に調査。(准看護婦の割合)

国家公務員は、医療4等級より3等級の権利が可とすることになったのか? あくまで、職能等級のため各省庁と人事院の協議の上、個別承

認の者に限り、初め15年経験者を准看護師とされたり。現在20年経験者でも昇格していい。国立でこのありさま、地方自治体の一部で3等給へ昇格の道が開かれているが、他においては、振りも昇格もピークを迎える。企業界においては頭打ち、45才定年制も存在しております。

### 2). 婦人労働者としての問題

17才にして、准看護婦の資格を得就業する。18才未満で一人夜勤を行う。深夜業務に従事する准看護婦は数多い。未成年者だからと免除されるのはごく一部。責任は重く、次第に継続教育のないまま看護に生甲斐を感じなくなり、看護年命的に女として生きる。恋や結婚生活にはいり、仕事を続け、続けていくうちに、生活年命を重ね、家庭生活を怠らずに、看護の何にかかわらざる気つき、看護の重要性と学習の必要性を感じて、育児、家庭、仕事を続けるのが精一杯。ようやく子供より手を離れ、さて自分のことをと振りかえると、准看護生活10年、15年の痛みは複雑極まる。仕事を辞めても收入が0。かそれに等しくなる。自然働きやり享がることになる。頭も体も相当訓練を要する。或る日、子供や夫や病気や怪我にでもなれば、万能の櫻園に早く一夜にしてそれまでの努力は水の泡、そのショックは我一人に終らず、子供や夫にも後遺症を残す。恐ろしくて仲々決断できない。何とか進学コースへ入豆しても、途中で挫折。卒業したが病氣のお土産つき、資格はとったかパートでしか働きがない等、些細なたにって後始末が大変!! 今日の日本では、女であるか否に重わなくてはならない荷物が数えきれない程あります。

### 3). 他の婦人労働者との問題

専門職婦人として、社会に於ける役割、要する知識や技術等をかんがみて、教師、薬剤師、看護士、保母等が受けられる。それらの婦人労働者に及ぼす影響を考えるなら、低賃金、劣悪な労働条件、個人にゆだねた上級への進歩等、是をひっぱる役割をしています。

図3に示す通り、医療職(看護)は婦人給与表の特徴を示し、職務経験の重なりに従って昇給率が下がる。45才定年制の実態等、婦人の賃金差別、働く権利を守る運動の中で一早く手をつければならない問題と位置づけられます。

婦人全体の地位向上に大きな因子をもっています。

### 4). 教育制度上の問題

高校進学率が90%台となり、准看護校へ、高卒者が多い所で65%まで30%の入季。同じ教室で中卒者と高卒者と共に教育が行なわれている。教育効果のロスは目に余る。教師の負担も大きいことから、学生の負担は見過せない。教育制度としてスッキリさせる必要にせまられています。

進学コースについては、教育する側、受ける側、同じ問題をもっていると共に、高令者は、年々減少し、衛生看護高校卒者や高卒後准看護卒の新卒者で示られ、入季にくくなっている。当初の進学コースの目的を逸脱し、单なる上級学校に変わっている。しかし内容は進学コースであります。

### 次問題提起

来熊と幾つかの問題を踏まえて、私は、准看護婦制度を一日も早く廃止しなくてはならないと考え問題提起を致します。

日本看護協会は5.37年に准看護制度廃止を決議し、今まで再三再四、事を依頼し、会員討議をいたしました。19 年に看護制度に関する基本姿勢を発表、それに基づいて准看護制度廃止推進会議を開催し署名運動陳情活動を行ってきました。

国は、厚生大臣私的詔門機関、看護制度改革検討会が改善案とまとめ「准看護制度の廃止を考慮せよ」と提きました。(1973年10月25日)

医師会は、看護協会の基本姿勢、国の改善案に批判的で准看護制度を肯定してゐる。しかし、一方でH-Sを廃成し、高校進学率とのかねあいもあり、いすやは廃止されるだろうとう想方に出て来ている。その他各政党、労働組合共に、准看護制度廃止の必要性を認めているが、一致せず当事者の私共にとってはいたずらに云々としているときもとれども、そしてこの2・3年、議論し尽し、決定的なものが足りず、現状と医師会の組織力に押され氣味、ややもすると不況を理由に置き去りになれる不辛を感じます。

各方面で検討する水準のを総合的に検討し、まずは准看護制度廃止を国会へ上呈し、看護婦一本にすることを提案するものであります。

## B-2 31才の難病患者母娘の生活展望

○中島ありさ(上智大学学生)  
川村佐和子(都立府中病院)

——はじめに——私は今年2月、多発性硬化症患者Mさんに対する訪問援助を始めた。看護者である母と、Mさんの二人だけで営まれている家庭は、Mさんの病状安定で、一見平和そうだった。しかし、その平和は言いかえるならば、生活のよどみではないだろうか。現在以上の広がりを期待しにくい、二人の生活範囲。さらに、看護負担と老齢によって悪化した母の健康障害、社会保障制度は所得保障にとどまって、これらのニードに対応しきれない。医療福祉にも限界がある。母娘の今後の生活展望を“希望ある”ものにするには、どのような援助が必要とされるのだろうか。

——事例紹介——〈氏名〉M. H. 〈性、年齢〉女性、31才、〈病名〉多発性硬化症、〈病気の経過〉54年(18才)視力低下し、食後目まいを感じるようになる。眼科医にかかるが、神経からくるものと言われる。高3のマラソン大会時、激しい目まいに襲われ、その後A診療所へ検査の為入院。この頃より排尿障害始まる。受験と前後して右足をひきずるようになり、食事時、首や手がガクガクゆれる。大学1年(S41)の夏休み、B大病院の神経内科に入院。ここで初めて多発性硬化症と診断される。大学3年延ばす完全に通学したが、4年になると歩行困難の悪化で、ほとんど外へは出なくなってしまった。以後、主な経過は表1に示した通りであるが、熱が出るたびに症状が落ちるという状態をくり返した。現在は寝たきりの生活であるが、病状は一応、安定している。〈生活〉兄夫婦は別居。兄は病院へ薬を取りに行く等の援助が可能であるが、兄嫁は子供の世話を忙しく、最近は訪問も遠のきがちである。今年6月に結婚した妹は、近隣に住む、通1、2回は母の手伝いに来る。夫も必要に応じて援助してくれる。が、Mさんの看護はほぼ全面的に母の手に委ねられている。

①母の生活；母は朝起きると、まず空氣を入れかえ、Mさんのテレビをつけ、水を飲ます。

表1. 母娘の生活歴

年	S12	S22	S40	S45	S47	S51	現在
母の生活	24-25	34-35	52	53-57	58-59	60	63-65
結婚	長男	長女	長男	夫	夫	義母	次女
出産	男	女	男	死	死	死	結婚
出産	女	女	女	亡	亡	亡	(94才)
Mさんの症状	発病	視力低下	歩行困難	下肢麻痺	言語障害	全身不随意運動	じょく創(シカド)使用
要求されるに看護	歩行時の支え	部分介助(食事、歩行等)	全介助(ねまづ、排尿)	排尿(ねまづ)	排便(ねまづ)	寝たきり(ねまづ)	下肢麻痺(ねまづ)
母の健康	高血圧	心臓肥大	尿管結石	重複			

■…入院、□…自宅療養、  
▨…付添い、▨…自宅看護、

次にMさんの汗をふき、寝間着を着かえさせて、身体の向きをかえる。一小時間もかかって食事をさせ、そのあいだに自分の食事をすませる。薬を飲ませた後、昼食送はテレビ、ラジオ或いはレコードをかけて、Mさんを休ませる。Mさんは食事をすると疲れるので、寝ていることが多い。この間、母は掃除、洗濯等の家事を片付ける。Mさんの目がさめると、再び身体をふき、寝間着を着かえさせる。尿が出来るように、水分をできるだけ多くとらせることも忘れてはならない。間に軽い昼食をさせ、母自身も休息をとる。長時間家をあけられないでかけ足で買物をし、夕食後は膀胱洗浄やじょく創の手当、記録つけ、排便の処理に追われる。排便に時間がかかる為、母の就寝が2時頃になるのもまれではない。さらに、夜中、Mさんの声で目をさめし、汗でぐっしゃりとして寝間着を着かえせることもある。このふうな24時間の看護体制は、母の健康障害を悪化させるばかりか、母自身が自由に生きる時間でも奪っているのである。

②Mさんの生活；日常生活動作全てを母の手に任せせるMさんは、良く「私、つらいのよ。」と口

にする。動くことのできない苦しさは、Mさんには病気のつらさのけを強調し、病意欲を減退させることにばかりがちである。Mさんの毎日は单调だ。テレビ、ラジオ、レコード、時おり尋ねてくれる友人、など1つ、能動的なものになりうる電話。週2回、同病のKさんに電話することは、Mさんの最大の樂しきの1つと思われる。

— Mさん母娘への援助 — 表2はMさんの府中病院転院後にMSWが行なった援助を示す。自宅療養であるにもかかわらず、医療と密接に結びついたこと、専門技術者の援助を得たことは、Mさん母娘にとって大きな意味をもつた。母はことに、精神面での安定を強調する。自分が犠牲になれば良いのだ、と孤立しがちであった母に対し、MSWの援助は大きな彈力性をもたらしたようである。しかし、未だに看護力不足はいはめない。そこで、母の負担軽減に、現行福祉制度がどれほど利用されているかを示したもののが表3である。Mさんという病人を抱える母のニードに、現行制度は対応しきれない。その他、母娘の経済面では、Mさんが障害年金を受給し、医療費は公費負担となっていること、母が亡夫（元社長）の会社社員として給与をうけていることで安定している。

— 今後の課題、及び必要な援助 — 母娘の将来にはどのような事態が待ち受けているのだろうか。予測される事態として、次の3つがあげられる。①Mさんの悪化（死）、②母の重症化（死）、それに伴はう寝たきりのMさんの単身化、③Mさんの全快。①、②の事態は言ってみれば、“希望のない”状態である。現在の医療では、Mさんに対する徹底的な治療効果は望めない。医療の限界にMさんはいる。さらに、単身化した場合のMさんの落ちつく先はあるのだろうか？ 或いは、自立に向けて、その機能を回復させる場があるのだろうか。母の健康問題に関する定期的なチェックヒ、重症化しない段階での治療が必要だと思われるが、Mさんの看護に追われる母には、病院に出かける時間もなくなりがちである。“希望のない”状態と“希望ある”ものに変える動力は、一体どこに求めたら良いのだろう。母娘の抱える課題は、個人的努力で解決できるものではない。しかし、現行の社会

表2. MSWの援助

	MSW 援助前	援助後
医療	症状に応じ薬のけ じゆく創 排尿 ケア その他	2Wに1回往診(家庭医) 必要に応じ入院 両下肢、両膝部 おムツ使用 留意せず 
援助	MSW 保健婦 ヘルパー 専生ボランティア 器具購入	2Wに1回、訪問 2Wに1回、訪問 1Wに2回、訪問 1Wに1~2回、訪問 車椅子(自費) やわらかベッド (福祉専務所 利貸与)
課題	適切な医療を行うける 自宅での看護ケアの適確化 専門技術者の援助	母の健康障害 M氏の生活拡大→自立

表3. 母の老人福祉制度の利用度

制度	利用有無	利用していない理由
老人福祉手当	×	「ねにま」でない
老人家庭奉仕員	×	「ひとり暮らし」でない
老人介護人	×	「ねにま」でない等
老人家庭手帳制度	×	
友愛訪問員	×	「ひとり暮らし」でない 電話あり
老人福祉電話	×	電話あり
老齢年金	×	知らないかったので…
老齢福祉年金	×	收入あり、適用外
医療費助成	×	被保険者本人で不要
老人性白内障手術費	×	必要なし
看護料助成	×	必要なし
老人健康診査	×	障害受診している ため、外出不可
機能回復訓練事業	×	必要なし
日常生活用具給付	×	「ねにま」でない
老人福祉センター、 クラブ等への参加	×	看護の為、外出不可

保障制度は所得保障に終わっている。今後の福祉サービスの充実は、母娘の課題を解決できる道にむかのだろうか。Mさん母娘だけではない。これは、難病患者、及びその家族全てが抱える、大きな課題の1つではないだろうか。

## スモン患者の老令化に伴う問題

寺島謙久(柳原病院、東大医・保健社会学)

## I. はじめに

スモン患者には中高年令層の者が多いが、患者の老令化はますます進行しつつある。患者はスモン発病によりすでに大きく健康を損なひ、患者・家族の生活にも様々な問題が生じてこいことはすでに明らかにされといふが、老令化の進行とともに、それらの問題はますます広汎に、深刻にならざることが考えらる。

ここでは、筆者が参加したスモン調査研究班保健社会学グループが昨年行った郵送調査に基づき、①-60才以上を老令患者とし、60才未満の患者および一般の老令患者との比較を通して、老令スモン患者の身体と生活の特徴を検討すること、②以前の調査結果と比較し、老令化が進む中でのそれらの推移を検討すること、によりスモン患者の老令化に伴う問題を考察した。

なお、この調査は同グループがこなで訪問面接調査を行なった全国6地区の患者全員に対して行なわれたもので、調査年月は1978年10月、調査対象者および回答状況は表1、回答者の性・年令構成は表2のことおりである。

表1. 調査対象者および回答状況

	回答数	有効回答数	死上数	非スモンと判明	転居先不明	未回収
徳島(徳島市)	78	65	1		8	4
岡山(井原市)	68	55			4	9
埼玉(所沢・川口)	21	19		1		1
愛知A(横須賀市)	45	41	1		2	1
愛知B(新・庄内・三河)	12	10			2	
鹿児島(金原)	36	28	2			6
新潟(新潟市・長岡市町村)	39	36	1			2
計	299	254	5	1	16	23

表2. 性・年令構成

	20~	30~	40~	50~	60~	70~	80~	計
男性	1	8	20	13	15	7	2	66
女性	0	10	25	30	42	28	2	137
計	1	18	45	43	57	35	4	203

(愛知A,Bについては、持株を回答者選定の方法のため、全) (数計がつかず表2,3では除いて集計した。)

## II. 老令スモン患者の特徴

表3に、主要項目について、老令スモン患者

と60才未満の患者および一般の老令者と比較した結果を示した。身体状況については、「しづれの部位」では60才未満の患者と特に差はないが、「歩行」では能力の低い者が有意に多い。「日常生活動作」でも要介助の者が27%におよび、「一人で自由にできる」者は有意に少くない。

就労状況では、何らかの収入を伴う仕事に就いている者は、男性で25%、女性で8%にすぎず、一般の老令者に比べ極めて少い。そして就

表3. 老令スモン患者の特徴

	60才未満	60才以上	備考
対象者数	107人	96人	
しづれの部位	足首まで ひざまで 大腿部まで 腰まで 腰以上 手・指(重複回答)	12.1% 22.4 19.6 30.8 6.5 28.0	6.3% 28.1 15.6 40.6 4.2 27.1
の 部 位	その他 しづれの部位無回答 しづれはない。	1.9 0.9 5.6	1.0 — 4.2
歩行	癒病前ののように歩ける ほぼ癒病前の歩けない 一人で歩ける 杖など補助具を要して歩ける 人の手助けが必要な歩けない 歩けない その他 無回答	15.0 28.0 33.6 15.0 2.8 4.7 0.9 0.9	42 9.4 51.0 20.8 3.1 9.4 1.0 1.0
の ま わ り の 動 作	一人で自由にできる なんとか一人でできる 一部介助が必要 完全全面介助が必要 無回答	50.5 24.3 6.5 10.3 8.4	30.2 38.5 10.4 16.7 4.2
就労	収入を伴う仕事「あり」 { 男性 女性 収入を伴う仕事「なし」 無回答	34.2 69.0 44.6 44.9 0.9	12.5 25.0 8.3 82.3 5.2
世帯構成	単独世帯 夫婦のみの世帯 夫婦と未婚の3人の世帯 片親と未婚の3人の世帯 三世代世帯 その他の世帯 無回答	3.7 14.0 40.2 5.6 26.1 2.8 7.5	6.0% 13.4 13.2 3.5 50.8 13.8 4.2
世帯收入	50万円未満 50万~100万円未満 100万~200万円未満 200万円以上 不明	21.1 28.9 27.8 22.2 10.9	$\chi^2=4.51$ $P<0.05$

1).「着がえ」「入浴」「排尿・排便」「食事」「屋内移動」の5項目のうち  
1~2項目に介助が必要なもの

2). 3項目以上に介助が必要なもの

3). 世帯年収(中央値)÷修正人員保有数(全世帯基準)

労働者も全例が困難・苦痛を訴え、収入も50万円未満が42%、100万円未満が25%と低い者が多い。

世帯の状況では、世帯構成で「単独世帯」が12%、「夫婦のみの世帯」が25%と、60才未満の患者および一般的な老令者に比べ極めて多い。世帯の経済状況について、世帯員一人あたり年収を算出してみると、「50万円未満」が23%、「50万～100万円未満」が44%と計73%を占め、60才未満の患者に比べ有意に多く、一般的な老令者に比べても低所得の者が極めて多いと推測される。

### III. 前回調査からの主要な変化

前回の調査と今回の調査で回答に主要な変化がみられた者の数を、表4に示した。調査方法の相異や地区ごとに経過年数が異なる問題があるが、最近の推移につき大体の傾向をつかむことができる。

身体状況では、「歩行」「日常生活動作」で回答ランクが下がった者がかなりみられた。これは全ての年令階層でみられるが、要介助となる者は老令患者ほど多い傾向がある。就労に関しては、無職となる者は多く、特に老令患者では今回も有職の者は各地区とも半数に満たない。この中には離職により困窮化したとみられる例も少くない。世帯の面では、一人暮しとなった者が愛知A・B群を含めて8例あり、うち6例は老令患者であった。これは主として配偶者の死去によるとみられるものである。また世帯員数が2人に減少した例（多くは子供の進学・就職・結婚等によるもの）も50才代を中心として合計22例にのぼる。

表4. 前回調査からの主要変化(人數)

地区	徳島	岡山	埼玉	愛知A	愛知B	鹿児島	新潟	(計)
前回調査年月	'92.12/74.1	'94.9-10/75.1	'95.1	'95.1	'97.2	'98.1		
経過年月	54.0月	49.9月	43.12月	34.9月	33.9月	1年8月	9ヶ月	
対象者数	65(33)	55(21)	19(7)	41(14)	10(1)	20(17)	36(18)	294(111)
歩行能力低下	10(5)	12(5)	8(4)	10(7)	3(1)	8(3)	12(9)	43(34)
歩行不能に 要介助	2(1)	2(1)	1(1)	1(1)	1(1)	0(0)	1(1)	8(6)
身のまわりの動作 (ほぼ全面要介助) 一部要介助に	4(3)	3(2)	0(0)	1(1)	3(2)	0(0)	2(2)	13(8)
就労 (有職→無職) 有職→無職 有職→無回答	3(1)	3(2)	1(0)	1(1)	0(0)	0(0)	4(2)	12(6)
世帯員数 1人に減少 2人に減少	1(1)	2(1)	1(1)	3(3)	1(0)	0(0)	0(0)	8(6)
	6(2)	7(3)	0(0)	4(1)	1(0)	2(1)	2(1)	22(13)

### IV. 考察

#### 1. 対象者の地域的偏りについて

今回の調査結果をスモン班医学調査で把握された全国11,007人の結果<sup>(1)</sup>と比較したところ、比較可能である、性別、年齢、知覚障害(有無)、歩行障害(独歩不能)、視覚障害(全盲)ではいずれも有病の差はみられなかった。また世帯構成では一般に地域差があるため、各県の老人の子供との同居率と比較したが各地区とも低い結果であった。

#### 2. 身体的老化について

老令患者で「歩行」「日常生活動作」の能力が低いことは老化の影響と考えらるよう。前回調査との比較の結果は、「高令者SMON(60才以上)はMotor Ageの低下の傾向が著しくなる傾向がみられた」という杉山らの報告<sup>(2)</sup>とほぼ合致している。合併症の併発、早老化傾向、機能の発育性低下等の指摘も考えらるが、若年患者にももちろん必要であるが、老令患者に対する健康管理・リハビリテーション援助は急務といえる。

#### 3. 老令化の進行に伴う生活問題について

II・IIIの結果は、老令スモン患者では生活能力が低いにもかかわらず、家族・世帯の側のそれらに対する補充施力が小さい場合が多いこと、そしてそうした傾向が子すます拡大しつつあることを示していい。従って、そこでは介護・家事・生計等々の生活問題が拡大・深刻化してきている。例えば、単独世帯では入浴等の介助は比較的近くに住む子供家族の訪問に頼っており、家事も十分行えていない例もある。老令者二人の世帯では、老令の介護者が家事・生計のための就労も任ねねばならず疲労を深めている。これらの世帯では、患者の身体状況がさらに悪化したり介護者が倒山することへの不安が強い。経済面でもほとんどの低所得で、通院のタクシ一代の問題等から治療・健康管理も不十分となる。一方、子供家族と同居の場合でも、介護の負担は子供家族に大きくかかり、また経済的問題もやはり広汎にみられる。こうしたことから家族間際に悪影響を生じたり、患者が全てにひけめを感じて生活していく例も少くない。介護・家事への援助、生計の保険、家族関係や生きがいに関するSW援助等が早急に必要である。

(注) (1) 中江公裕他：スモン班研究集録、昭和50年度、pp.239-248.

(2) 杉山尚、他：スモン班昭和53年度総会報告

## 110- キンソン病患者の就労保障と移動の援助

木下安子・山岸春江・関野栄  
(神経科医総合研究所)

はじめに

全国には、パーキソン氏病患者は、5～10万人と推定され、特定疾患の中でも患者数が多い疾患である。昭和51年10月に、全国的な患者会が発足し、治療費の公費負担等の要求をかけ強力な運動を行ない、昭和53年10月から公費負担制度を国が認めている。この運動には、東京の千代田区労働組合協議会が共斗し寄与した。

働きざかりの30～40代の人々に発病するため、生計収入の中心者である労働者にとって、就労を続けられるかどうかは、極めて重要な問題である。

この疾患の特徴として、運動機能の障害による歩行異常、突進現象、転倒などがおこり、通勤途上での事故の危険が大きい。また、大都市の通勤ラッシュ時の危険性や、疾患に対する理解を欠くための誤解を受けるなど、通勤を続ける患者の不安は甚しい。

これらの悪条件下でも、患者自身の「勤務を続けたい!」という強い決意のもとに、職場の支持、地域の労働組合による支援のもとで、家族の協力を得て勤務を続けている労働者の例は、今後の難病対策に対して課題を示唆するものであり、報告する。

### 1. 事例の概要

46才 男性、家族は、妻(勤務あり)、娘が16才と11才、職業は、漁業関係の協同組合の事業所事務職員、月収、本人20万円、妻15万円、家は持家。

### 2. 発病の経過 (表1を参照)

### 3. 職業上の変化

35才の時発病、発病後、書類作成や、出張などの重要な業務ができなくなつた。仕事中、ふるえ、こわばりが始まると、何もできず、机に臥して薬の効果を待つ。時には2～3時間続くため仕事にならない日もある。通勤時の危険について、本人はこう表現する。「駅のホームで突進現象が起きると、ホームの柱にしがみついたり、ぶつかって転倒し、線路への転落を防

ぐしかなかった。ラッシュ時のホームで転倒し、踏み殺されるのではないかとの恐怖感に襲われた。駅員が助け起してくれる以外、乗客は誰も手を貸してくれなかつた。警官によつては、犯罪者が酔っ払いを受けたこともある。時代は、同僚が廻り道をして送ってくれた。」「同僚や上司は、善意でゆっくり休養して病気を治してから出勤すればよい」といったが、自分は、休んで良くなる病気ではない。働くことが病気の進行を抑えている、との信念を持ち、勤務を続けることであがんばつた。」

職場でも患者の実績を認めて、労働組合が取組み、さらに、地域の労働組合全体が、パーキソン氏病の理解を深めるための学習会を開いた。さらに、患者会活動に支援を決定して、厚生省交渉に同行し、公費負担制度実現に寄与した。

昭和54年4月以降、進行し、通勤困難になった患者のために、「在宅勤務制度」の創設に向け運動している。

### 4. 妻の援助と問題

昭和51年春、妻は、自動車運転免許証を取得した。不器用なため、普通の2倍以上かかった。妻の運転で患者は通勤することにしたが、患者に之では、却ってストレスが多くなつた。身の廻りの仕度に時間がかかる夫と、出勤を急ぐ妻の間でトラブルが抱えず、車のエンジンの音を聞くと、患者は身体がこわばってくるという。車も、夫の送りのため、朝は30分遅刻していく。職場の了解が得られているとはいっても、気兼ねはあるし、仕事は減つていないので過勞となる。

### 5. 地域の援助を導入

昭和55年、市の高令者事業団の紹介で、運転手と、家事手伝いのパートタイマーを依頼した。時給500円だが、患者の生き方に、深く共鳴し、家族同様の付き合いをする間柄となつた。両者とも年金生活者で、収入のためよりも、むしろ人の役に立ちたいとの気持ちから仕事にきている。患者に対しては、妻以上の心配りをしている。

### 6. 患者会活動

昭和51年10月の患者会発足と同時に、患者は、事務局長に推された。勤務以外の時間や、休日は、会の運営、歩行、会報の作製、各地との連絡等で、大体は妻やされている。

### 考察

慢性に進行する疾患有ながらも、症状の管理ができ、働く意欲と、働く場があれば勤務を続けることは可能である。難病も例外ではないが、しかしそれを実現させるためには、職場の同僚や労働組合の支持が必要であった。一組合員の要求でも取り上げ労働組合全体が取組んできた。

日頃的に、患者と健常者との間で意志疎通とはかり、理解を深める努力がなされた。学習会

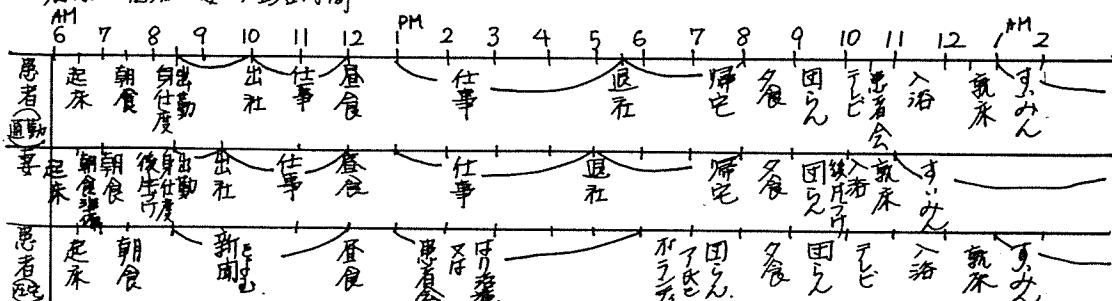
や患者会の運動を支援する中で、労働者は意識変革をした。その結果、地域の労働組合が全面的に患者会を支援した。

地域の市民のボランティア活動が芽はえつつある。患者の日常生活範囲が拡大される中で、地域に難病患者の存在が当たりまえになつていくであろう。パークinson患者が、一人で歩いていても、あちこちから手がさしのべられる社会へと、変革はわずかだが見られている。

表1. 発病経過、医療、職業、家族との関連

年 S.41年 (35才)	42年	47年 (41才)	50年 4月	51年 4月/10月	51年 11月	52年 3月/4月	52年 10月	53年 11月	53年 11月	54年 4月
症 状	右足 手筋前 筋電 筋萎縮	右足 筋止 言語障 碍	失言 失音 耳鳴							
医 療	T 病院 院入 院	J 大 脳 症候群	T 大 多 量 便		M 立 下 病院 院	E 病院 退院	D J D IC 入 院 退院	都 原 タ 病院 退院		
職業・活 動	書類作成不可	復職	通勤時危 険	同僚の後 援	自勤務	休職	復職	休職	在宅勤務	在宅勤務
家 族	妻 長子 誕生	女出生			妻 負 担				妻 三女 高橋進	
患 者 会				厚生省 陳情(公費負担)	全国 パーキンソン 協会(初代事務局長に推奨)				10月 公費負担 期間	
地 域 サ ポ					昇降手 す			高橋 不二子 本		

表2. 患者・妻の生活時間



# 在宅難病患者に対する 医療機関の協力態勢

木下安子(都神経科学総合研究所)  
 川井佐和子(衛生府中病院医療相談室)  
 高坂雅子( " )  
 伊藤敏子( " )  
 杉浦徳子(在宅看護研究会)

1. 病例 男性 42才 家族 妻42才 聴覚15才 症状及び病名 一疾患多発、初老期痴呆に類似する疾患で ①進行性痴呆 ②震動 ③言語障害 ④下肢痙攣性不全麻痺 ⑤尿失禁・放尿
2. 各援助者の果した役割 本事例に付する援助は、各機関、各部門、各職種のチームワークによつていい。兎に行つた役割の主なものは次のようにある。

表1. 患者・家族の状態と援助内容

期	患者・家族の状態	援助課題	援助内容
第1期 入院から在宅療養へ 50.11 ~ 52.6	四肢機能障害、肺脱・直腸障害、言語障害、知能低下があり、患者は退院を希望するが、妻は不安かつ強く拒否的。	妻の不安を除き、患者を受け入れられるようとする。住宅等、療養生活が可能な環境をととのえる。 訪問看護婦の援助の可能性	病棟看護婦、主治医、医療相談室、妻との話し合い、福祉事務所への依頼、訪問看護婦による訪問援助の可能性につき相談。
第2期 訪問看護婦による援助 52.7 ~ 52.11	四肢不自由であり、部屋から出られない。一日、まくらなし中で寝ている。室内用トイレ使用、食事1時間かかる。排泄失禁あり。妻、倒れきりに出ている。	入浴、散歩につなげます。リハビリ訓練。 療養環境をととのえる。 住宅、風呂、ベット、トイレ、杖。	症状の観察、専門医受診、食事介助、介助バスによる入浴、散歩につなげます。住宅、環境条件をととのえる。リハビリ訓練、ハサミ、利しやう、筋肉鍛錬細工等。
第3期 地域医療機関との連携準備 52.12 ~ 53.3	散歩に積極的に出るようになる。タバコがやめられず、家族にかばつて吸う。妻・子からの叱責。	室内の入浴は寒くなり、不可能になる。 入浴をどうしたら、やせられるか。 リハビリ訓練、地域医療機関に連携。タバコをやめる家族の理解、話し合いをすすめます。	北病院の入浴サービス・プログラムにのせてもらう。本人、妻、子とタバコをどうするか話し合う。
第4期 地域病院での援助 53.4 ~ 現在	積極性が出てくる。無断で出かけた。北病院の入浴を止めにしている。息子・中3で受験のため、いらっしゃる。妻・夫・夫の新しい職場へかかる。	入浴、リハビリ訓練をうけてせる。専門医療機関、地域医療機関の連携を保つ。	北病院、毎週水曜、入浴サービス、リハビリ訓練をうける。ボルティアによる入浴サービス。銭湯に入れないか、ためしてみる。

表2. 各部門の援助回数

各部門	第1期	第2期	第3期	第4期
F病院	医師	6	7	3
	病棟看護婦	3	1	
	リハビリテラリスト	3	4	3
福祉機関	電話回数	2	2	
	月平均回数	4	6	
K病院	医師		1	5
	医療社会事務部		1	22
訪問看護婦	延訪問回数	3	65	33
	月平均回数		13	8
医療相談室	電話回数	23	7	3
	年平均回数	17	3	4

1) F病院医師 患者に対する専門治療を行い患者、家族に対する指導、地域医療機関との連携についての責任者である。

2) F病院医療相談室ワーカー ・医療機関の窓口  
 • 地域社会資源の紹介、連携 • 患者、家族の療養生活の相談相手、 • 訪問看護婦へうしながて • 各職種間のチームワークの調整役

3) 訪問看護婦 ・医療、看護の継続  
 • 看護技術の提供と家族の看護指導 • 家族間の調整 • 各職種間のチームワークの促進

4) 症状の悪化したとき、いち早く発見、専門医受診を行ひ予防の更迭等により短期間で好転させ

る。  
 5) 症状の観察、専門医受診、食事介助、介助バスによる入浴、散歩につなげます。  
 6) 住宅、環境条件をととのえる。  
 7) リハビリ訓練、ハサミ、利しやう、筋肉鍛錬細工等。

8) 北病院の入浴サービス・プログラムにのせてもらう。  
 9) 本人、妻、子とタバコをどうするか話し合う。

10) 北病院、毎週水曜、入浴サービス、リハビリ訓練をうける。

11) ボルティアによる入浴サービス。

銭湯に入れないか、ためしてみる。

ることができた。  
 2) 在宅療養のためには二つの家族の負担、不安を軽減した。長期にわたり入院生活から、在宅療養に移行する場合、家族は介護負担、症状への対応に不安をいだく。二つの事例の場合、病棟医、病棟看護婦、医療相談員のはがきし、指導によつて患者の病状や生活のしかたにつれて理解した。また訪問看護婦が週2~3回、定期的に訪問し症状の変化時には毎日訪問した。患者の看護、家族の相談相手として援助し、患者は夫として夫として家族にうけいれられ、家族生活を再現することができた。

表3. 患者家族の状態と各部門の援助内容

患者家族の状態	援助課題	F病院 医療相談室	訪問看護婦	K病院
オ1期 50.11 ? 52.6.  入院療養及び在宅療養準備への期	a. 退院が決まる。 ・患者は自宅へ帰る事を希望する。 ・妻は受け入れに強い不安(当初、施設への希望)  b. 退院日延期。(身障手帳交付まで) ・患者、早期退院を望み、いらだつ ・妻は退院後の見通しも少しづつつき、受け入れを承認するが、不安はつづく。  c. 退院後の医療。 ・看護の継続。	a. 妻の不安を軽減するための具体的な援助。  b. 自宅療養のために必要な環境をととのえる。  c. 退院後の医療。 ・看護の継続。	・妻の心配を聞く。 ・病棟生活を妻に見てもうらう。 ・妻と看護婦との話し合いの場をつくる。  ・問題点を妻と考える。 ・身障手帳取得手づき。 ・福祉事務所との相談(ハレバ、ル改修手当、転居等)。 ・都営身障用住宅申し込み。 ・ポータブルトイレ貸出し検討。 ・自宅訪問。	・患者、家族に面会。
オ2期 52.6.11 ? 52.11.  在宅療養として実行し始める時期	d. 社会福祉制度の利用。 ・患者とともに訪問看護婦の訪問を望む。	d. 社会福祉制度の利用。 ・患者とともに訪問看護婦と同行する方法を妻が身につける。	・通院手段(タクシーリ用)にて患者の病棟生活を見る。 ・ついて福祉事務所と相談。 ・訪問看護婦について検討。 ・主治医、看護師、PT、妻、訪問看護師(MSW)で退院後生活検討。	・病棟医、看護婦より患者について説明もらう。
オ3期 52.12. ? 53.3.  地域医療連携準備期間	a. 在院。 ・生活様式の変化にとどまらず、自宅に戻ることを喜ぶ。 ・訪問看護婦の役割を理解し始める。 ・季、仕事と休憩。 ・訪問看護婦の頼りみと並んで話していくが、前向きになっこくろ。 ・病状の変化。 ・尿黒ずみ、排尿に時間がかかる。	b. F病院への医療継続。 ・家庭医確保	a. 自宅での生活様式確立。訪問看護婦と同行訪問。 ・訪問看護の定着。 b. F病院への医療継続。 ・訪問看護婦との連絡をとる。 ・専門医に報告、尿検査依頼。 ・受診について専門医、PT、連絡。 ・専門医から家庭医に紹介状。	・訪問看護師連続。 ・病状観察。 ・予守り除き理解をつかめるため妻、息子と話し合い。 ・火傷、事故予防、飲酒等。たばこの火の始末注意。 ・病状の観察、報告。 ・被服提出。 ・受診援助。 ・家庭医を探す。
オ4期 53.4. ? 現在  地域医療連携実践期間	c. 看護の継続。 d. 地域社会資源の活用。 必要、食材の入手	e. 看護の継続。	a. 患者の状態悪化に対応。 ・訪問看護婦と同行訪問。 ・食事動作観察。 ・妻の持つもの把握。 b. 訪問看護婦とPTの連絡調整。 ・機能訓練継続、作業療法。 ・看拭、入浴介助。 c. 室内トイレ貸与	・状態悪化、自発性低下のため毎日訪問。 ・観察、受診ための手はず。 ・福セナ(車代)、住宅局(住宅)。 ・ヤングバンド、ポータブルトイレ、湯物器、杖等の貸し出しき。患者会との連絡。
	a. K病院の協力を要請。 ・入浴サービス等。	b. 医療の継続。 ・F病院への医療継続。	a. K病院へ訪問看護婦と同行。 ・K病院へ同行訪問。 ・社会事業部訪問看護婦と同行。患者宅同行訪問。	・医療社会事業部 受け入れ
	c. 看護の継続。		b. 受診、予薬につき専門医連絡。 c. CTスキャンにつき専門医連絡。	・患者宅同行訪問
	a. 地域病院による医療サービス推進。 ・社会事業部との連携。	b. 医療の継続。 ・K病院の協力を得る血压コントロール等。	a. K病院・社会事業部に受診方法等相談。 ・CTフィルムをK病院に持参。 ・入浴サービス同行。 ・主治医よりK病院での依頼状をあずかる。	・リハビリ専門医による湯浴テスト。 ・湯浴開始(22日)。 ・PTに診察相談。 ・機能訓練開始。 ・内科医、神経内科医受診。 ・ホスピティアサービス。 ・患者会参加。
	c. 看護の継続。		b. 妻と医療の継続について話し合う。	・妻の不安の相談にのる。

# 神経難病における地域医療・保健・福祉の連携

都立府中病院 医事相談室 川村 佐和子  
伊藤 淳子 高坂 雅子

## I MSW の

神経内科を担当するMSWは「保健婦」「心理技術」「福祉指導」の三職種、3人である。

神経難病・在宅介護患者に対する業務として次の事項を行ってある。

- A. 患者・家族の自律性をたかめる
  - ・教育・技術指導 情報提供
  - ・生活援助
  - ・患者・家族と病院職員のパイア役
  - ・器具の貸出し、物品の入手援助
  - ・滅菌、実施

- B 「在宅診断」の立案・実施に関すること
 

神経内科では在宅介護中で通院困難な慢性重症患者を対象に「在宅診断」を実施して

いる。昭和49年12月に開始し、昭和54年7月末までに対象とした患者数は173人(死亡55人)である。慢性状態ではあるが自宅でスピレーター使用 2人、気管切開実施 11人、経管栄養実施 20人、膀胱カテーテル留置 16人がいる。

昭和54年5月15日～同年6月14日(1ヶ月間)の対象患者状態は表1に示す通りである。

C. 地域医療・保健・福祉機関との連携、協力。

- ・個別協力
- ・院内及び院外職員の合同カンファレンスの企画・立案・実施に関すること
- ・地域医療主導の生例集会(委員会)及び不定期な集会(委員会)に参加する

〈表1〉職員別 巡回患者数(1ヶ月)

医師 39人	MSW 118人
P.T 13	計 176人
O.T 6	

〈表2〉患者の状態

移動能力全喪失	ねたきり	25人	80.6%	%
	座位 可	7人	13.0	
室内移動 可	車じて独立	2人	6.4	6.4
屋外移動 可		0人	0.	0
計		31人	100%	100%
気管切開実施		5人	16.1%	
経管栄養実施		9人	29.0%	
膀胱カテーテル留置		7人	22.6%	

## II. 事例

自宅で膀胱カテーテル留置を実施した2事例について報告する。

事例Aは「在宅診療」対象患者であり、事例Bは「在宅診療」対象外(地域外)患者である。

<表3>

事例	A.(「在宅診療」対象患者)	B.(「在宅診療」対象外患者)
診断名	パーキンソン病	多発性硬化症
性・年令	男・67才	女・30才
病歴	<p>昭和 50年12月 発病 51年3月 府中病院神経内科受診 診断確定 9月 府中病院呼吸器科に緊急入院 ・左耳孔性排泄性狭窄 ・神經因性膀胱 　　バルンカテーテル留置 52年6月 呼吸器科退院 「在宅診療」、家庭医往診 53年3月 肺炎 9月 バルン・カテーテル抜去可。 自力排尿に。 9/6 死亡</p>	<p>昭和 39年 発病 入退院くり返し 視力低下、排尿障害・首の 搔れ、歩行障害等の消長 42年4月 T大病院で診断確定 入退院くり返し 言語障害、嚥下障害等 49年 ねたきり 51年 府中病院神経内科受診(母代) 53年3月 神創悪化。 5月 府中病院神経内科入院 　　バルン・カテーテル留置 7月 神経内科退院</p>
現症	ねたきり 言語障害・嚥下障害 排尿障害	ねたきり 言語障害・嚥下障害 排尿障害・体温調節機能障害 知能低下・感情失禁
受療	「在宅診療」 家庭医往診	府中病院神経内科外来(投薬のみ) " " 主治医の緊急往診 家庭医往診(↓)
援助チーム	府中病院神経内科「在宅診療」班(Dr. IN, PHN) 家庭医、医師会理事、保健所保健師	府中病院神経内科(Dr. MSW), 学生护士 家庭医、保健所保健師、木戸恵子一、
1 薬	基礎疾患に関する薬 府中病院 膀胱液・消毒薬 一般薬(抗生素質等)…家庭医	府中病院神経内科外来 ↓ 膀胱液…府中病院 " 以外の薬…家庭医
2 滅菌ガーゼ 綿球	府中病院神経内科外来 (特例としてのサービス)	購入・MSWが滅菌 家庭医
3 バルン・カテーテル	府中病院神経内科外来	府中病院神経内科外来
交換	「在宅診療」Dr. ↓ 「在宅診療」Dr.、家庭医、妻(Dr.指示依)	母(MSW・PHNが介助) ↓ 家庭医・母(MSW・PHNが介助)

A・Bの2事例における地域医療・保健機関との連携の実際は表4、表5の通りである。

〈表4〉事例A(「在宅診療」対象患者)における連携状況

年・月	52・6	7	8	9	10	11	12	53・1	2	3	4	5	6	7	8	9	計
患者の状態	6 退院																バルンカテーテル接・至
診療	外 采	1															1
	在 宅 診 療	1	2	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	1	1	1	21
	家 庭 医	2	1	2	1	2	1	2	1	1	1	2	2	2	2	2	21
	医 師 会	1															1
	対 診	1	1	1			tel.1	1	tel.1		1		tel.1				5
	バルンカテーテル接 交	2	2	2	3	4	4	2	3	3	3	3	3	2	3		39
訓練	理 学 療 法 士			1	1							1			1		4
	作 業 療 法 士	1									1						2
	言 語 療 法 士						1	1									2
MSWの協力・援助	医 家・庭 医	3	1	2	4	2	2	2	1	2	1	2	2	2	1	2	29
	医 師 会	1	1	1	1	1	1	2					2	1		1	7
	保 健 婦	tel.1	tel.1														3
	患 者 家 族	訪 間	1	3	2	3	3	4	2	4	1	2	1	2	1	4	39
	面 接		2	2	2	2	2	4	2	2	2	2	2	3	3	2	33
	電 話	5	2	2	7	6	5	5	5	6	6	4	4	7	4	8	76

〈表5〉事例B(「在宅診療」対象外患者)における連携状況

年・月	53・7	8	9	10	11	12	54・1	2	3	4	5	計	
患者の状態	7/20 退院	居 家 監 治 取扱 器具 同 用	家 庭 医	家 庭 医	家 庭 医	家 庭 医	往 診	開 始					母 親 権 利 保 有 ハ 二 三 一
診療	府 中 H.P. Dr. 驚往診		2										2
	家 庭 医				3	2	2	2	2	2	3	16	
	バルン・カテーテル接 交	5	2	2	2	2	2	2	2	2	3	24	
保健	保 健 婦 訪 向	2	?	2	2	1	3	3	4	2	2	5	
	保 健 婦 家 庭 医 同 行			4)	保 健 婦	3	2	2	1	1	1	3	14
	保 健 婦 同 行	1		1	1		1		1	1	4	11	
	" 電 話	4	7	2	2	2	1		1	2	1	1	23
	患 者 家 族	訪 間	4	5	4	4	4	2	3	1	1	5	34
	面 接		1	1	4	1	1	1	1	1	1	1	13
MSWの協力・援助	電 話	2	13	13	13	8	4	3					
	学生実習(実践)訪向	1		1					3	3	2	7	17

### III. 在宅診療対象患者15人の連携について

<表6>

No	性 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		
							管交換	膀胱洗浄	当院
1	男 65	パーキンソン病	進行	2日	入院	外来	一	○	外来
2	女 46	脳萎縮	ねたきり	33月	継続	○医師	保健婦	○	○(市)
3	男 50	シイドレジー	ねたきり	4月	死亡	○家庭医	妻	○	
4	男 67	パーキンソン病	ねたきり	15月	死亡	○家庭医	妻	○	○(H.C)
5	女 46	脊髄腫瘍	ねたきり	15日	入院	○医師	夫	○	
6	男 69	パーキンソン病	ねたきり	1日	入院	○医師	一	○	
7	男 61	多発性硬化症	ねたきり	1日	入院	○医師	一	○	○(H.C)
8	男 54	C.O中毒	ねたきり	6月	軽快	○医師	妻	○	○(市)
9	男 56	脊髄小脳変性症	車いす	9月	継続	○家庭医	妻	○	
10	男 67	脳血管障害	ねたきり	2月	軽快	○家庭医	妻	○	○(H.C)
11	女 59	脊髄小脳変性症	ねたきり	4月	継続	○家庭医	夫	○	
12	女 81	脳血管障害	ねたきり	4月	継続	○医師	娘	○	
13	女 50	脳血管障害	ねたきり	2月	継続	○家庭医	娘	○	
14	女 72	脳血管障害	ねたきり	5日	継続	○医師	娘	○	○(H.C)
15	男 73	パーキンソン病	ねたきり	14日	軽快	○医師	娘	○	

No	開始時 医療	障 碍	解 决
1	○外来	疼痛、出血	入院
2	○	結石、管つまり	管交換
3	入院	尿もれ	管サイズ変更
4	入院	結石、管つまり	膀胱洗浄
5	○	一	
6	○	一	
7	○	一	
8	入院	管つまり(2回)	管交換
9	○	管つまり(1回)	管交換
10	入院	一	
11	入院	体位交換用抜去	管交換
12	入院	尿もれ	管サイズ変更
13	入院	一	
14	入院	管つまり(1回)	管交換
15	○	一	

神経内科「在宅診療」班は4年6ヶ月間に170人を診療し、15人(8.8%)に留置カテーテルを実施した。〔開始時医療・看護等〕「在宅診療」で開始、病院保健婦の指導による者7人、入院時開始、病棟看護婦の指導による者8人である。〔医療〕家庭医を持つ者は10人。カテーテル交換に協力をえた者は8人である。カテーテル交換は「在宅診療医」「家庭医」が行っている。〔看護〕「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毎2回施行している。〔膀胱洗浄の実施〕全員、当院薬局から当索されている。200ccハイカル流量、尿コップ等は空き瓶などを工夫して使用しているが、滅菌用カスト、サークル、錐球、浣腸器等は患者購入である。(約9000円)一般的入手は困難があり、入手に援助している。〔消毒〕サークル、錐球等の消毒は患者近くでは行えず、医療相談室が実施している。〔障碍〕疼痛、出血が激しかった例は入院治療に移行した。尿もれ、カテーテルのつまり、結石の発生が障碍の大部分を占める。障碍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。医療相談室員は情報の早期入手や各医師への報告、医師に同介して協力、援助を行っている。

カテーテルのつまり、結石の発生が障碍の大部分を占める。障碍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。医療相談室員は情報の早期入手や各医師への報告、医師に同介して協力、援助を行っている。

#### 四 まとめ

本レポートでは、自宅療養であるが、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とりあげて分析を行った。私たちの経験では、専門病院と、地域・医療・福祉機関の連携によることで神経難病患者も自宅生活を継続できると考えている。

## B-8 過密都市に於ける地域医療の実践

○ 姫山 寛代  
朝倉 隆志  
奥水 フサ  
猪瀬 京子

### [北区の情況]

北区は東京の北部に存し、人口40万。荒川流域にそつて化学工場群があり、全区内に有害物質を扱う大、中、零細化学工場が、実に4300ヶ所あるともいわれている(7年前の数)。現在は他県への工場移転が始まり、新たな住宅密集都市への変貌をとげつつある。また、区の東西を京浜東北線で分断され、環状7号線、北本通り、明治通りなどの幹線道路とそこに通じる網の目のような道路を車が走行している、都内有数の公害多発地帯である。

### [病院づくりの運動]

このような地区で住田幸治院長の呼びかけで医療を行なう側と医療を受ける側がより医療を求め、地域医療を前面にかけ、いのちと健康を守る病院づくりの運動を展開したのは7年前であった。昭和45年11月に開院してから今日まで、4年有余の才月の間に40床が151床となり、内科、外科、整形外科、脳神経外科、産婦人科、耳鼻咽喉科、物療センター、人工透析センター、健診センター、眼科医療社会事業部をもつに至つた。この間の大衆募金は約8億となった。重症、救急医療と社会予防医学を1つの院所の中であわせもち、総合的人間的医療を実践する医療機関は多くの人々の要求であった。現在、1ヶ月の手術件数50件、救急車月120台、入院数130名、外来300名という中病院としては最大の能力を発揮し、地域医療を荷うオーラーの病院となつた。

### [医療社会事業部の活動]

産業公害、職業病と過労、生活環境の破壊、生活全体のスピード化、合理化情報社会などによつて多くの人々が脳疲労に墜り、人間としての自己調節能力を次第に失うに至る現実社会の中で、疾病の多様化に対応する医療は何かと

いう模索の中で、北病院の医療社会事業部は約5年間に様々な活動を行なつてゐる。

### [労働衛生相談]

企業と労働者のサイドからの相談が寄せられるこの相談室は週1回夕方5時から9時迄行なわれてゐる。杏林大学医学部助教授、上畠鉄之丞医師を迎え、1日平均4団体となつてゐる。職場環境の調査、健康調査、労災認定の相談などあり全部的な括りをみせつてゐる。国労上野支部、上野保線区分会の振動病の労災認定、菊池色素の鉛中毒の大量の発見、某製紙会社の抗生素負によるアレルギーの耐生調査、全自運700名の健診調査など特徴にあげられる。これを基点として北区職業病研究会は年3回の定期的な職業病研究会を行ない、すでにオ13回を成功させた。

### [健康体操教室、ひまわり教室、高血圧・糖尿病運動教室]

この4つの教室は健康を失った人、求める人病気をもつてゐる人の多様な要求に施え得る内容の教室である。全部で10教室ある。参加層は厚く、20代から60代までである。両性式、オリエンテーションから始まり、体ほぐしから運動へのなれ、体調にあった運動をみつけ自分にあつたやり方を覚える5ヶ月間の教室は、心と身体の健康づくりを理念として行なわれてゐる。特にひまわり教室は、脳卒中の後遺症のための片麻痺の患者さん、脳卒小脳変形症、筋無力症の難病の患者さんたちの交流と生き甲斐の教室となつてゐる。

### [訪問医療]

医療の光のあたらぬところに医療の光を待つのがではなくひかげいく医療を死に至る迄人間である自覚をひき出す看護をこの3点を心から願い日々にその決意を深めを行なつてゐる訪問医療は現在38名、病棟1単位に亘する数である。高度な技術と敏鋭性を要求される。退院後の自己管理を含め、生涯管理に近づけるためのシステムづくりが始めようとしている。また、開業医が主治医となり行なつてゐるケースもある。

### [健診センター]

1ヶ月80名の人間ドック、健診約100名を行なつてゐる。約80%が要精検、要治療者があり

健康破壊の深刻さはこの数字の中からも伺われる。

〔心臓検診〕

北区新体連と提携し、スポーツ愛好者のためのトレッドミルによる検診を行なった。

〔母と子の総合健診〕

北病院で出産した母と児の総合健診である。産婦人科を中心として、産科、給食、整形外科医、小児科医、産婦人科医、助産婦が参加し、経年的に出産から成長する迄の間の健康管理を行なうものである。

〔ボランティア活動〕

現在ボランティア97名、ねたきり病への温浴事業、ねたきり患者さんのお花見大会などを行う諸活動を発展させている。また、開業医と地域住民と病院をつなげる媒体としてボランティアの活動は大きい。

〔まとめ〕

5年間のこの活動の展開は、地域・労働組合開業医と共に行なった活動であり、今後多くの人々と共にある医療を北区の中で一層発展させゆきたい。

# 疾病運動から地域運動へのアプローチ

石川左門(筋萎縮症協会)

## 1. 疾病運動の発足

筋萎縮症運動の歴史は比較的に古く、昭和47年に発足した難病運動より遡ること8年前の、昭和39年に始まった。

原因不明、治療法なし、生涯にわたる療養生活、過重な介護負担等々の、難病特有の状態像は、その運動目標を、①治療研究の促進、②専門施設の整備、③医療費の公費負担制という目的項目を、必然的に掲げさせることになった。

そしてこのような旗印の下に患者・家族の当事者達が集い、団体を結成し、判で押したように全国運動をするといったパターンは、その後に引き続く諸々の疾病団体にも、そのまま引き継がれています。

殊に筋萎縮症運動は早期スタートの有利性に加えて、親の会として発足した当初の事情により、児童福祉法の育成医療の対象として認知される形で、早々と施策のルートに乗った。

厚生省は、各大学医学部の神経系疾患の研究者による筋ジス研究班を編成し、研究費の配分による治療研究委託をすることによって治療研究対策とし、国立療養所の空きベッドを児童福祉施設として活用することで、医療と教育と生活の場を保障し、そこに筋萎縮症児を収容することで親達の過重介護と、医療費の負担を解消する施策とした。

## 2. 国の筋ジス対策への疑問

だが数年を経て、国の施策に対して次のようにいくつかの疑問点を抱かれるに至ったのである。

①治療研究対策は医学者に対する小額研究費のバウムきであるよりも、研究施設の整備、人事・待遇の改善、研究教育病院との関連を含む、研究体制の問題ではなかろうか。

②結核病棟としての歴史しか持たぬ国立療養所施設は、はたして筋萎縮症児を扱うに相応しい専門施設なのだろうか。

③己むを得ぬ家庭事情を除いては、地域社会のなかにあって親元である在宅生活のままで、

医療と教育と福祉が保障されることが本末の事ではなかろうか。

そして以上のような在宅本位の考え方には、東京在住の者にとっては、「医療資源の豊富な東京都には、筋ジスの専門施設は設置する必要なし。」という厚生者の見解が示められて以来、より決定的なものとなつたのである。

この時以来、東京の組織は全国運動から独立した団体として、医療資源の豊富さが、そのまま筋萎縮症患者の在宅の医療保障を、直ちに意味しないという重い現実を前にして、独自の患者運動の道を歩み始めた。

## 3. 難病運動の創始と参加

独自の道を歩み始めた折も折、スモンの団体と出会い戦争を得た私達は、前向き革新都政の発運のなかで、研究、臨床、人材育成の問題を、都全体の医療の体系的整備としての位置づけの中を考える、神経科学総合研究所、神経病院、保健大学の建設という具体的な課題に取り組むことができた。

そのうちの研究所は既に完成を見ており、神経病院は竣工目前にあるが、実現を目指す過程のなかで、次々に他の疾患団体との出会いや、結成との糸わりによる連絡関係の輪が広がり、昭和47年に、全国・東京両レベルでの難病団体連絡協議会が結成され、難病の連合運動が開始された。

連合運動は、疾病単位の個別運動では担い切れぬ目標の達成を、連合によるパワーアップで実現を期待する発想であるが、諸団体相互の交流のなかで、单なる医療資源の拡充という量的問題だけでは解消しにくい、医療そのものの在り方を問う質的問題として、次のような共通項が集約された。

①外来の過密、②狭き門の入院、③通院の困難、④間に合わぬ救急医療、⑤入院費の過重負担、⑥介護者過労による一家失倒れの危機、⑦保護者生き後の見通しのない医療と生活の場。

## 4. タテ割り体制タテ割り運動の限界

以上の問題は、突き詰めれば医療保険、医療経済の問題であり、社会保障、制度変革の問題であり、時には国家財政と地方自治財政の配分問題であつたりする。

これらは謂ば大きな体制変革に連がる国民的

課題であつて、一握りの疾患団体が担つたり、これを受けるに株端行政窓口の一課をもつて当てているところに、タテ割り行政、疾患別のタテ割り運動の限界がある。

また同時にこれらの問題は、大きな体制の質的転換の問題であると共に、他面では極めて日常的な、今日・明日の問題である。

通院すればそれだけの延命効果があると知りつつも、自力では辿り着けぬ重度患者があり、排痰や呼吸困難に苦しめうれどがらも敬遠されたり、入院待機をさせられる重症患者がいる。

過労や熱がありながら、寝て休むことを許さぬ母親があり、この子を残しては死んでも死に切れぬ、全介助の患者を抱えた老夫婦がいる。

だがこの問題は、一方では国民的課題として一人々々の国民の理解を促すことの蓄積以外ではなく、他方では当面する問題の改善を少しでも図り得る現実的な方法として、隣近所や知人有志の手を借りるしかない。

#### 5. 地域ケアの体制づくりを目指して

そしてこの二つは、共に地域という場のなかで、私と貴方という人間関係のなかでしか解決の道はなく、それには病気の重荷や悲劇性の強調よりも、むしろ難病問題は、健康者一人々々が安心して住める街づくりという、市民共通の課題として受け止めてもらう必要がある。

またこのような理解を一にした市民が、当該地域の既存の人的、物的、制度的・社会資源の効率的組合せを活用で、どこまでやれるか、その上で何が足りぬかを明らかにし、どうようにそれを補うかを明確にすることが、地域ケアの体制づくりに他ならない。

ここにわが団体が、疾患運動、難病運動から、地域運動に傾斜した経過があるが、地域ケアの体制づくりは口にするは易く、現実には次のような難問難關がある。

①システム化サービスの提供者たるべき医師会、専門病院、保健所、福祉事務所、その他の関係行政窓口等々の出会いは、如何にして動機づけられるか。

②住民の声として認知するに足る住民運動としての、市民団体の組織化は如何して可能か。  
③住民参加の地域医療を、サービスの供給側と

共に市民団体が担い得る場をどう確保するか。

これらの課題に対してわが団体は、十数年の運動歴、事業実績を生かし、ささやかながら次のような役割を担い、出会いの動機づけと場の提供を行なった。

①拒否反応を持たれやすい医師会に対し、患者団体への備見や誤解を解消するための対話を重ねた。

②当団体の検診事業を、地域サービスに開放し、無料難病集団検診という形で医師会との共催事業とした。

③医師会に専門医を紹介し、他方では医師会を通じて、保健所、福祉事務所等に協力を呼びかけ、検診事業を打合せとい形で出会いの動機づけをした。

④自治体の広報、口こみ等により、検診に協力する市民ボランティアを募り、将来の市民運動を担うべき、市民団体の中核メンバーを得た。

⑤検診事業を共に遂行することで相互の理解と人間関係を深め、検診後反省会やケースカンファレンスを継続することで、住民参加の地域医療の場を成立させた。

#### 6. 運動の転換とその思想

思えば当団体の運動は、筋ジスという疾患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り運動から、地域運動という横断的な運動へと転換を重ねたが、その転換は疾患工房の追求から共通利益の実現へ、共通利益から公共の福祉への参加というより高次への運動理念の切り換えでもあつた。

そして最早地域運動の次元では、運動の主体は地域それ自身であって、タテ割りの患者団体は地域運動の主人公たり得ない。

患者団体のみならず、障害者団体、労働組合、宗教団体、政治グループであれ、タテ割り運動の延長で地域運動にアプローチすることは許されない。

これは謂ば、地域民主主義とも云われるべき、地域運動の原理である。

# スモン被害者らの闘いと 「薬事2法」の制定・改定問題

片平利彦(東医大薬研) 杉浦秀博(東大保健社会)

## 1. はじめに

昨年の本研究会総会では公害等被害者の医薬品副作用被害救済基金法案への批判は、まさにそのまゝ「基金法案」にもあてはまるものである。同様の批判は法案提出以前から、また法案提出後も各方面からよせられ、スモンの会全国連絡協議会(ス全協)も4月24日に「スモン問題の全面的解決をめざすための『医薬品副作用被害救済基金法案』についてこの私たちの要求と考え方」を発表し関係方面に希望した。こうした批判・希望は国会審議においてとりあげられ、衆議院社会委員会は審査次のようない点が修正され、全会一致で可決された。<sup>1)</sup>①既発生の被害者を対象とする ②その場合救済給付資金の貸し付けを基金がすることができるようになり、その債務保証は「国と連帯して行う債務被害の救済のための貸付に必要な資金の貸付け」に限って国が行なうことができる。③保健福祉事業を行なう ④判定は基金ではなく、厚生大臣が行なう、等である。この修正案は6月5日衆議院で採決の上直ちに参議院に送付されたが、参議院では7日に審議がされただけで、14日の国会閉会と共に時間切れ廃案となった。廃案になったといふと、この間、法案修正のため費されたスモン被害者、弁護士、支援者らのエネルギーは並々ならぬもので、車椅子や松葉杖をつけて全国各地から上京し、国会内外に要請行動を展開したスモン被害者らの闘いは、日本における薬事2法制定促進の大きな要因として歴史に記される必要があろう。<sup>2)</sup>

## 3. 「薬害物質基金法案」の修正過程と問題点

「医薬品副作用被害救済基金法案」という名称(以下「基金法案」と略す)が国会に提出された政府原案は、基本的に厚生省審査の研究会報告(1976.6)および厚生省試案(1977.12)の線に沿ったものであった。従って、漫者の一人片平が昨年の本研究会で行なった厚生省構想への批判は、ほぼそのまま「基金法案」にもあてはまるものである。同様の批判は法案提出以前から、また法案提出後も各方面からよせられ、スモンの会全国連絡協議会(ス全協)も4月24日に「スモン問題の全面的解決をめざすための『医薬品副作用被害救済基金法案』についてこの私たちの要求と考え方」を発表し関係方面に希望した。こうした批判・希望は国会審議においてとりあげられ、衆議院社会委員会は審査次のようない点が修正され、全会一致で可決された。<sup>1)</sup>①既発生の被害者を対象とする ②その場合救済給付資金の貸し付けを基金がすることができるようになり、その債務保証は「国と連帯して行う債務被害の救済のための貸付に必要な資金の貸付け」に限って国が行なうことができる。③保健福祉事業を行なう ④判定は基金ではなく、厚生大臣が行なう、等である。この修正案は6月5日衆議院で採決の上直ちに参議院に送付されたが、参議院では7日に審議がされただけで、14日の国会閉会と共に時間切れ廃案となった。廃案になったといふと、この間、法案修正のため費されたスモン被害者、弁護士、支援者らのエネルギーは並々ならぬもので、車椅子や松葉杖をつけて全国各地から上京し、国会内外に要請行動を展開したスモン被害者らの闘いは、日本における薬事2法制定促進の大きな要因として歴史に記される必要があろう。<sup>2)</sup>

然しながら、法は現実に制定されとの目的を果すべく機能するわけにはならず、また修正の程度も一定に修正されたが眞の被害者救済と薬害規制、という見地からみると未だ不十分である。最大の問題は、修正案においても薬害の加害者責任に基く損害賠償法的な性格がけられ、依然としていわば恩恵的な「救済」の性格が強いことである。そのことは、スモンなど既発生の薬害被害者を対象とすることにしたにしかからず、「賠償の責任を有する者があることが明

## 2. スモン問題小史(1978.8.3~1979.7.2)

1978.8.3 東京地裁判決、原告勝訴

11.14 福岡地裁判決、原告全面勝訴

1979.1.16 「スモン被害者の恒久救済と薬害根絶をめざす全国実行委員会」発足

2.22 広島地裁判決、原告全面勝訴

2.28 医薬品副作用被害救済基金法案  
国会提出

3.31 薬事法の一部を改正する法律案 国会提出

4.14~18 薬害防止のための京都国際会議

4.28 「スモン被害者の恒久救済と薬害根絶をめざす全国実行委員会」再発足

5.10 札幌地裁判決、原告全面勝訴

5.16 田辺、和解に応諾

5.16~ 全国実行委員会、厚生省前座り二みを含む要求実現大行動を展開、国会にも精力的に働きかける

6.5 薬事2法、衆議院で修正可決

6.14 薬事2法、時間切れ廃案

7.2 京都地裁判決、原告全面勝訴

らかな場合」に救済給付を行なわない(第28条乙項二号)、また明らかとなつた場合は中止する(第30条1項)といふ部分は依然そのまま、無過失責任の導入は附帯決議にて「今後とも検討を続けること」という表現が入れられたことに示されつゝある。京都判決まで6度スモン前証を取扱しながら全く控訴し、法的責任を認めないなり國としことはそれなりに一貫した立場のつもりかしれなうが、どうであるなら、5月9日の衆議院における橋本厚相の答弁<sup>1)</sup>に都合のよい時だけ國の責任を打ち出すとのそしりを免かれまい。恩恵的「抜き」の性格は、給付面にもあらわれており、医療費の給付は医療保険の自己負担分について行なうといつ、従来の難病对策と同様の発想が出でており、これは公害健康被害補償法に比して後退である。「基金法案」の性格は、スモンを対象とする以上、スモン判決の到達点に従つて考えられねばならない。

スモンの加害者を救済するのではなく、被害者を真に救済するには、こうした点をふまえつつ、國の債務保証を一時金のみならず年金形式のもの(被害者の既存する健軍管理手当)にこそ可能のようにすること、「判定」を迅速に行なうため被害者個々の判定に自活体に委ねること、等の法案再修正が必要である。

#### 4. 薬事法改正案の修正過程と問題点

「基金法案」と共に国会に提出された「薬事法の一部を改正する法律案」(以下「改正案」)に、当初の大幅改正の声と同様に、文字通りの「一部改正」にとどまつた。すなわち医薬品の製造承認、再評価、販売の一時停止、回収、承認の取消し等、これまで行政指導により行なわれて来たことを法制化するとともに、新たに日本薬局方収載医薬品についても製造承認を尋ねること、製造承認の拒否理由、臨床試験の届出制などを規定してゐる。

これらの規定は、その条文だけを読めば前述であるといつ評価もできよう。しかし、厚生省内閣審議された改正案の内容の推移を追つてみると、当初の案に比し前進といつても少し後退しており、その過程にはいわば「骨抜き」の過程であると言えよう。また、「改正案」ごとに規定が不十分だったり、重要な事項なのに手がつけられなかつた部分がある。その概要につき片手

に別構<sup>2)</sup>に記したが、当然のことながら、国会審議においても多くの問題点が指摘された。その結果、次の3点につき修正がされた。  
①法の目的を、医薬品等の品質、有効性及び安全性を確保することに改める。  
②製造承認の審査項目として、副作用を明示する  
③新医薬品等を指定されたものの再審査期間を6年以内とする。  
この目的条項の改正などは、我々も以前から要求していたことであり、これによりようやく日本の薬事法モダリティは1962年修正の米国薬事法と同様になることとなる。しかし、その責任を國と製薬会社が負うことにつけて、附帯決議に登られるにとどまつた。  
また、中央薬事審議会の強化、承認等審査内閣の公開、製薬会社と國のモニタリング義務、アドバイザーの資格制度化などにつけて、やはり附帯決議(全部で16項目)にとどまつた。

審査となつて再審議の時間が出来た以上、これら附帯決議の中で可能なものにつけて早急に法制化していく必要があろう。特に、中央薬事審議会の強化につけて、実質的監査を強化する必要性からみて緊要であると考えられる。

#### 5. おわりに

以上、オ87回国会で修正され成立直前まで行った「薬事法案」につき、その評価と問題点の検討を行なつた。スモンをはじめとする薬害被害者の救済と薬害根絶のための施策は緊急の国民的課題であるが、「緊急」を良いことに薬害の加害責任を回避し希薄にするならば、将来に禍根を残すこととなろう。

文献及び注

1)「公衆衛生」42・752~764, 794~795, 1978

2)ス全誌ニュース No.22, 1979. 5.

3)スモン全国実行委員会ニュース No.1~14, 1979.5.7~6.25

4)「わが國の実態から考え、まだ過去にみた、國も英同の報告として提訴を受けました幾つかのケースにおいて、すでに地裁や控訴の判例は幾つか出てきてゐる中でありますけれども、そうしたものを参考にして、何ら國が責任を負わない形の製造物責任論を今回の救済制度として採用した場合、國民が果たしてそれが内得を工むろだろかといふことを、私どもは不适当真剣に考えて参りました。……」  
(衆議院社会労働委員会議録 第15号31頁)

5)片手稿参考：社会保険旬報 12月：1~6, 1979

<  $x$   $\neq$   $y$  >

## 要 望 主 題 II

大都市地域の社会医学的分析

# 現代の大都市住民の保健問題

。朝倉新太郎(阪大医公衛)

## 1.はじめに

現在、我が国の大都市人口は全人口の75%をこえている。そのうち、いわゆる十大都市に住む人口だけでも全人口の20%をこえている。つまり、都市地域こそが現代の日本人にとって主な棲家なのである。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みなされ、都市化に伴つ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知れないが、現在はもうそれは許されないことである。都市をして本当に人間らしいく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、今後の我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、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我が国の都市化は、上述のような理念によって導かれてものではなかった。

資本制生産の効率を最大限に追求し、拠点都市を中心に資本と労働が無政府的に集積され、都市の巨大化、スラ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おくれは著しく、各種公害の激發とともに、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。

我々は、本研究会第17回総会以来、大阪市における都市生活環境の悪化を背景にして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。

## 2. 大都市住民の健康の悪化

大都市を中心とした都市圏では、戦後、農村部より健康水準が優れているといわれてきた。事実、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

あつた東京、大阪などが、戦後は一躍高位に進出し、反対に、戦前、高位にあつたところでも九州の名県などは、戦後一転して低位に転落した。(表1)

表1 男子平均寿命の府県順位

	大正10~14	昭和40
東京	41	1
大阪	42	12
富士	1	35
長崎	3	43

が再び下りはじめた。

たとえば、大阪府の平均寿命についてみると、昭和45年には、男子13位、女子20位となり、さらに昭和50年になると、男子20位、女子は32位まで転落した。また、大阪市域に限って、そこでの住民の昭和50年の平均寿命と府県の順位にあつ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、神戸市についてみると、男子では21位、女子では17位、北九州市についてみると、男子では37位、女子では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みられるように、市全体の指標としては、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ないけれども、地域的、部分的には、全く大阪市や北九州市と同じような形で健康障害が進んできている。

## 3. 現代の大都市における健康問題の特徴点

表2 死亡率指数、年令5才階級：男子  
(昭和50年・全国=100)

年令	大阪市	神戸市	堺市	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

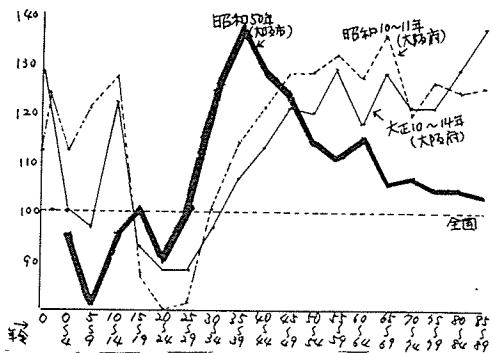
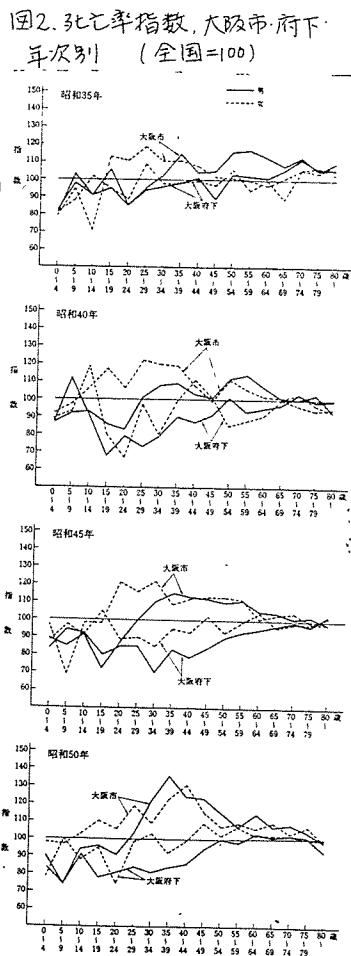


図1. 男子死亡率(数)指數 全国=100

図1は、大正10～14年、昭和10～11年の大阪府および昭和50年の大阪市の、生命表による年令階級別男子死を各々の年次の全国平均の同死と100とする指數であらわしたものである。(大正10～14年、昭和10～11年後には、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。)

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

ところが、戦後の「福祉社会」の中で、乳幼児や高令層にはある程度の対策が行なわれたこと



もあり、現代ではとく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。

それでは、いつごろから大阪市など大都市の中年期の死亡率が高くなってしまったのであろうか。図2は、昭和35、40、45、50年の各年次における大阪市、大阪府下の年令階級別死亡率を全国の同様の死亡率を100とする指數であらわしたものである。大阪市では、男女とも、昭和40年以後の高度経済成長期に一致して、とくに中年期の死亡率の悪化が著明になり、大阪府下および全国平均との差が顕著になってきているのがわかる。

#### 4. 労働者の生活条件の悪化と健康破壊

大阪市では、昭和30年代の終り頃から、生活環境の悪化が進むにつれ、資本家階級をはじめ、比較的所得の高い階層に属する人が大量に市外へ流出すると同時に、かわりて大量の労働者階級に属する人が流入した。したがって、上述の死亡率の差は、大阪府下と大阪市或間の人口の階層構成のちがいと密接な関連があるものと考えてよい。

大都市住民のなかでも、特に労働者の健康破壊がすすんでいるのではないかということは、大阪市の区別死亡率の比較によつてうかがい知ることができる。すなわち、35～49歳の中年期にいはって、大阪市の区別訂正死亡率をしらべてみると、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い。(図3、表3)

東京都でも、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

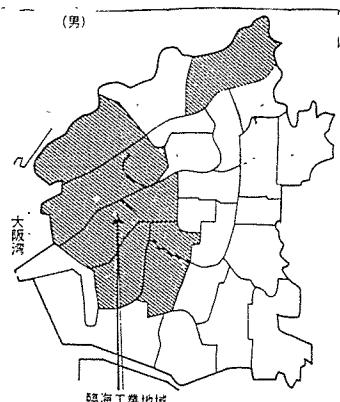


図3. 中年期死亡率の行政区別分布  
(特に死亡率の高い区域)

率が高くなつております。北九州市その他の大都市においても同様である。

労働者の住んでいる比率の高いという地域は、また所得、雇用、失業などと示されるような社会経済指標が他地域より悪くなつております。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、死亡が多くなつていると考えられます。

また、参考までに、厚生省の職業別死七率統計を資料にして、管理的職業とそれ以外の職業に従事するものの年令階級別死

率を比較してみると、中年期をピークに非常に大きな差があること、しかもその差は、昭和30

図4-1 昭和45年、29~31年 死亡率比

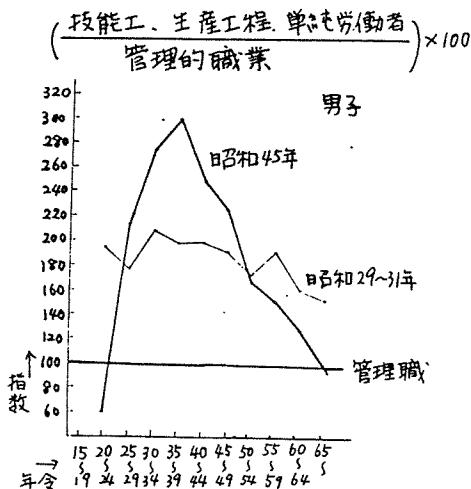
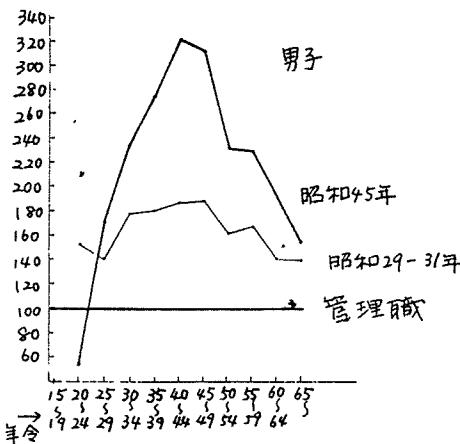


図4-2、昭和45年、29~31年 死亡率比

$$\left( \frac{\text{販売従事}}{\text{管理的職業}} \right) \times 100$$



年から45年の間に非常に拡大していることが注目される。(図4-1、図4-2)

## 5. 労働者の健康と保健医療

高度経済成長期を通じて、大都市に集中した膨大な労働者層は、生活環境の極度の悪化とひきづく合理化、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。とくに、中年期にあるものは、これまでの生活を通じてきわめてきびしい環境にさらされ、しかも、いままで老化的入口にありながら、家庭的にも、社会的にも最も重い負担を背負わねばならない連命にある。

現代の大都會においては、医療機関や医師の数、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おこ、とくにまずはまず考えられない。事実、中年期の死亡者の生前の状態と調べてみると、すぐそばに医療機関がありながら利用できずずに死んでしまった人、健康保険はあることも、仕事が忙しくて休みなかつたり、休むと生活費がなくなるため、休養もとれず、治療もう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つていよいといわれねばならない。

大都市の労働者層、中でもとくに中年期に焦点をあて、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を望まれるとともに、  
税制や給与体系の上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あるまいか。

## II-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

梅田玄勝  
中島裕而, 八木邦子  
天野松男, 竹原令宜  
(北九州市民公害研究所)

第17回および第19回社会医学研究会総会において、大阪市を例として都市化と住民の健康水準との関連について報告<sup>1), 2)</sup>が行われた。

その際、北九州市も大阪市同様に男の生産年令層の死亡率が、全国および他の大都市に比較して高いことが指摘された。

このたびのシンポジウムに際して、北九州市の都市構造、保健衛生水準等に関する社会医学的および社会科学的検討を行ったので、討論の素材として資料を提供し、若干の考察を試みたい。

### (方法)

資料は、国勢調査報告(昭和35, 40, 45, 50年)、北九州市統計年鑑、北九州市衛生統計年報などによる。死亡率指数の経年推移(図1)以外は、実数の不足を補うために、当該年次の前後1年、計3か年の死亡数を平均して死亡率を算出した。

訂正死亡率は、すべて間接法による。男女総数に対しては、性・年令訂正死亡率を算出した。

北九州市は、昭和38年に旧5市の合併により発足したので、それまでの旧市が5行政区に改められ、さらに昭和49年には、小倉区および八幡区が分割され、現行7行政区に改められた。

各区は、歴史的、地理的、社会的背景を異にしているので、保健衛生指標と社会経済指標により区間比較を行った。特に区域が公害健康被害補償指定地域であり、重工業地帯の戸畠区と、自然環境に恵まれ、農村地帯を有する小倉南区との比較を重視した。

### (結果と考察)

#### I. 統計資料による観察

##### (1) 年次別・年令階級別死亡率指数の推移

昭和35年全国年令階級別死亡率を100とし、北

九州市の昭和35, 40, 45, 50年の年令階級別死亡率指数を求め、図1に示した。過去15年間に死亡率は全体として低下してきたが、男の中年層の死亡率の改善は遅れている。

昭和35年と50年の北九州市年令階級別死亡率指数(各年次全国年令階級別死亡率=100)をみると、前者では45-59才と高年令層において高く(図1)、後者では35-54才の年令層の死亡率が高い(図3)。昭和35年以降の年次別推移をみると、死亡率指数(男)のピーグが中年層へ移行し、この年令人口の死亡率の改善が遅れている。この傾向は男に著しく、女では鮮明でない。

#### (2) 行政区別死亡率比較

図1と図3に関連して、行政区別の全年令階級および35-54才年令人口の訂正死亡率を図2に示した。

全年令階級および35-54才年令人口のいずれにおいても傾向は類似しているが、後者では、北九州市と全国の死亡率の差が大きく、図3に対応している。男の35-54才年令層については戸畠区と類似の工業地帯である八幡東区の両区の死亡率が高く、小倉南区が最も低い。要因についての考察は、次の項とともにに行いたい。

#### (3) 主要死因別年令訂正死亡率

図3と関連して昭和50年の35-54才年令人口における主要死因別年令訂正死亡率について、北九州市と全国とを比較した(図4)。

三大死因のうち、悪性新生物と心疾患は男女ともに全国より高く、脳血管疾患では男のみが高い。悪性新生物は、昭和49, 51, 52年において第1位を占めた。

その他死因では、肝硬変、不慮の事故、自殺などが高い。

図2、図4に関連して、主要死因別死亡率を行政区別に比較した(表1、表2)。小倉南区においては、悪性新生物(特に気管・気管支・肺の悪性新生物)、脳血管疾患、肝硬変、腎炎ネフローゼなどによる死亡率が他区より低い。

「人口の年令構成の違い以外に---死亡率を引き上げる要因」(南沢)<sup>3)</sup>を探るために、社会経済指標等について検討した。

表3において、小倉南区は人口密度が他区に比べて極めて小さく、老人人口指数、老年化

指數も相対的に小さい。各区の人口構成は図7に示した市全体の人口構成と同様な増大・減退型であり、各区間に差はみられない。表5の産業別就業者の割合では、小倉南区の第1次産業就業者が他区よりも非常に多く、従業上の地位別就業者割合(表5)では、雇人のない業主のうち第1次産業関係が他区に比べて非常に多く、第3次産業関係が相対的に少くなっている。家族従業者についても同傾向である。表6に、地目別課税地面積の割合を示したが、表3、4、5と関連して小倉南区は、商業地、工業地の占める面積の割合が小さく、逆に農地面積の割合は大きく、若松区に次いで第2位である。

若松区は、小倉南区に類似した自然環境を有している。また、表3～表7に示されるように人口密度、第1次産業就業者、雇人のない業主(第1次産業)、持ち家の割合は、小倉南区に次ぐ水準にあり、さらに農地、住宅地の占める面積の割合(表6)を考えあわせると、若松区の社会、経済的条件は他区に比べても13良好ともいえる。しかしながら、鉄鋼独占10大法人による工業用地占有率は市内最高の81.4%<sup>3</sup>であり、宅地の膨張を抑制している。そして図10に示されるいわゆる公害指定地域には、旧市時代から人口が集中しており、そのひとつが反映が表11に見られる。すなわち若松区の公害病認定患者は、戸畠区に次いで多く、全認定患者の31.7%を占めている。これは小倉南区との相違のひとつである。

戸畠区は、図10にみられる様に全域が公害指定域であり、公害による被害が最も大きい地区である(表11)。自然環境に恵まれていないこと、住宅と工場が極めて接近していることなど健康に悪影響を及ぼす要因が他区に比べて多いように思われる。工業地の面積割合が45.9%(表6)、持ち家の割合が市内で最低であり、給与住宅、民営借家に住む世帯が多く、1人当たりの戸数は市内最小である(表7)。

戸畠区は、旧市時代に工場の街として繁栄し財政が最も裕福であるが、後に人口が減少し貧困化した。

表8に配偶関係を示したが、他の都市と違って、特別な関連はないようである。

## II 北九州市の成立と都市構造

人口と市域の経年推移は、それを図5、図6に示した。図5における破線の部分は、国勢調査開始前の旧5市の資料による合計である。人口の急速な伸びと市域の急速な拡大は、周辺の町村合併による。第2次大戦後しばらくの間は人口も伸びたが、最近の人口伸び率は鈍化している。

図6について歴史的背景をみると、明治維新後の発展過程にいくつかの特徴がうかがわれる。(1)歩兵第14連隊設置(明治8年、小倉)、第12旅団司令部(明治18年、小倉)、第12師団司令部開庁(明治31年、小倉)、要塞地帯指定(明治32年)など北九州は軍事的に重要な位置にあった。(2)産炭地筑豊を背後にもち、明治20年代は産炭地開発が進み、石炭積出しのための港湾整備、鉄道の発達など、都市形成が進み、資本の進出に好条件が生じた。(3)一寒村にすぎなかつた八幡村に官営八幡製鐵所が開庁された(明治30年)。以後今日まで、北九州が重工業地帯として発展したが、鉄鋼独占の排他的支配機構は明治30年の八幡製鐵開庁以来の重厚な特徴である。

図8の産業別就業者数割合を見ると、北九州市においては第1次産業人口が極めて少く、第2次産業人口が多いのが特徴的である。

昭和38年、歴史的実験とさえ言われた市合併は、住民側からの要求でなく、産業基盤の再編成による独占体の強化、独占側からの都市政策の強化などが目的とされた。

従って地方行政も住民の福祉よりも独占の利益に傾斜し、住民の貧困化は、完全失業率の上昇、求人倍率、就職率低下、不完全失業者の増大(表9、表10)となって現われている。生活保護率は日本一高く、徹底的に切り捨てに拘らず貧困世帯が増大し、保護率が再度上昇してきた(図9)。

都市化とともにともなる貧困化、環境の劣悪化などが生産年令層の死亡率改善の鈍化に影響しているようにも思われる。

(文献) 1. 南沢孝夫：都市化と住民の健康(第17回社会医学研究会総会抄録、1976), 2. 南沢孝夫、朝倉新太郎：大都市における生産年令層の健康(同第19回総会抄録、1978), 3. 北九州市民白書、p.14、1970

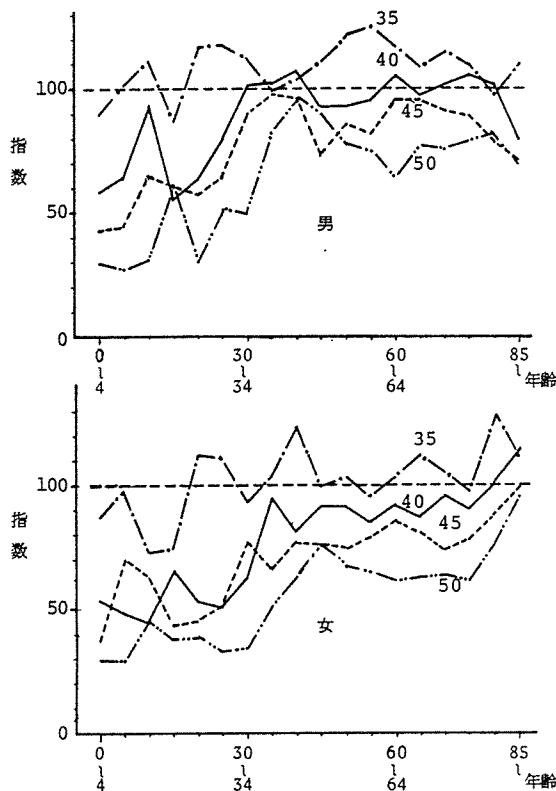


図1 S35年全国死亡率基準  
北九州年齢別死亡率指数

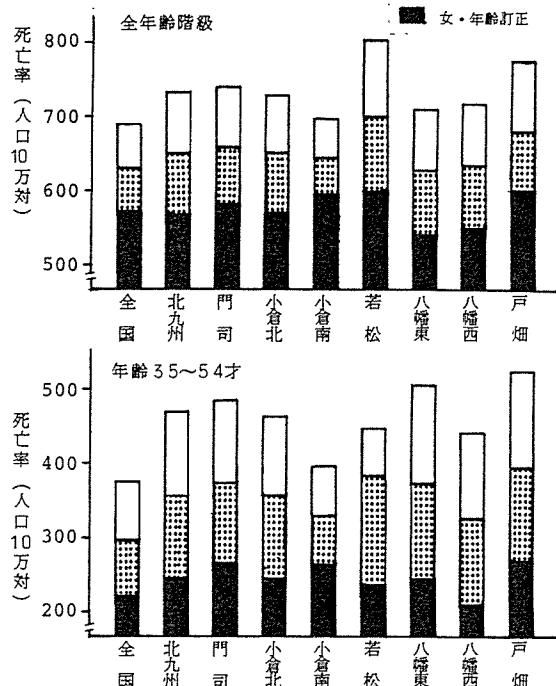


図2 各区別性・年齢訂正死亡率

(北九州市) S49. 50. 51年平均

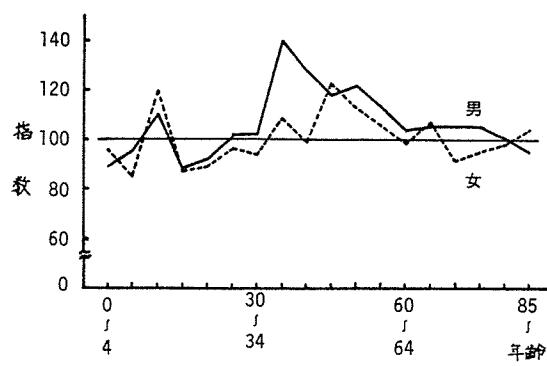


図3 死亡率指数

(北九州 S49. 50. 51平均 / 全国 S50)

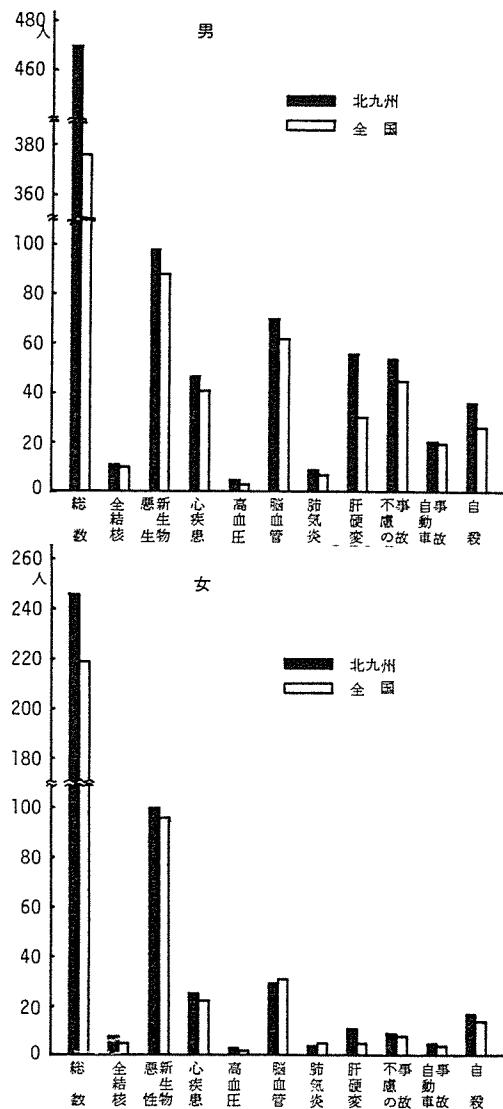


図4 主要死因別年齢訂正死亡率

(35~54才, 人口10万対 北九州 S49. 50. 51平均 全国 S50)

図5 北九州市人口の推移

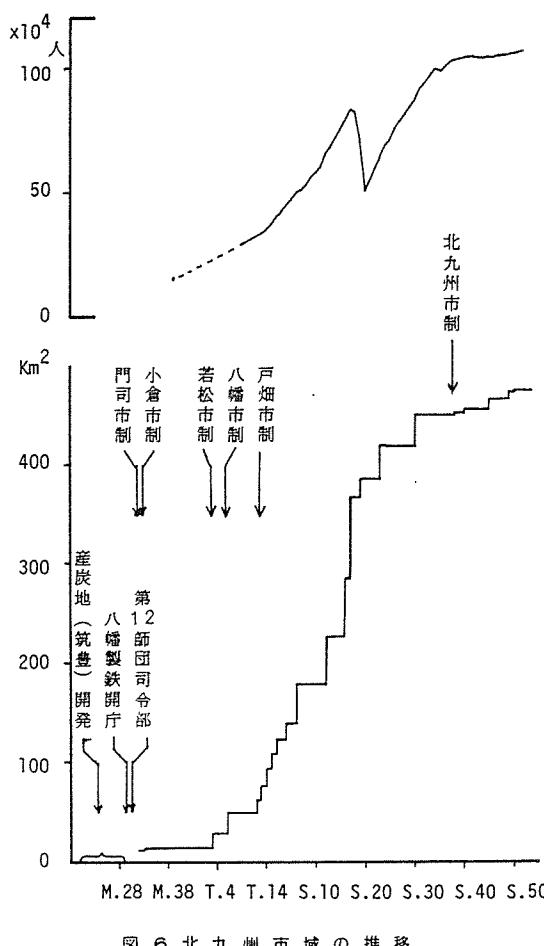


図6 北九州市域の推移

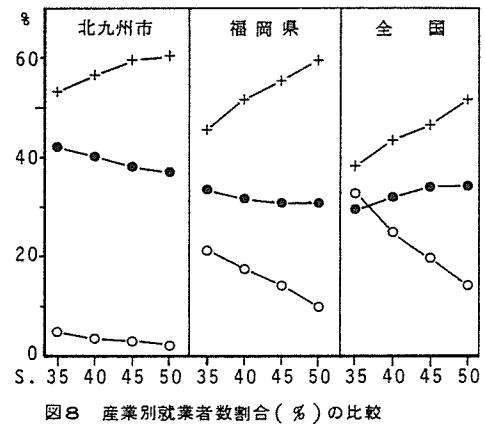


図8 産業別就業者割合(%)の比較

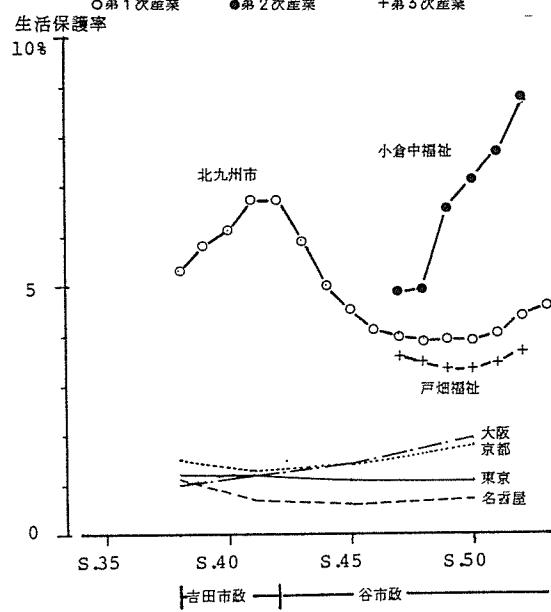


図9 北九州市における生活保護者の保護率

図10 北九州市公害健康被害補償指定地域

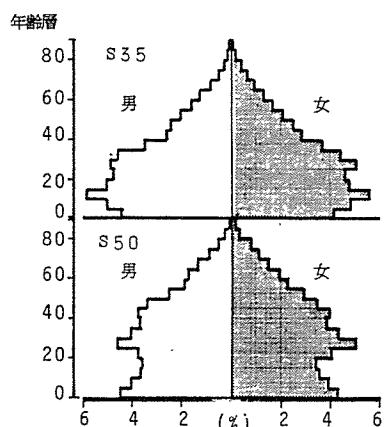
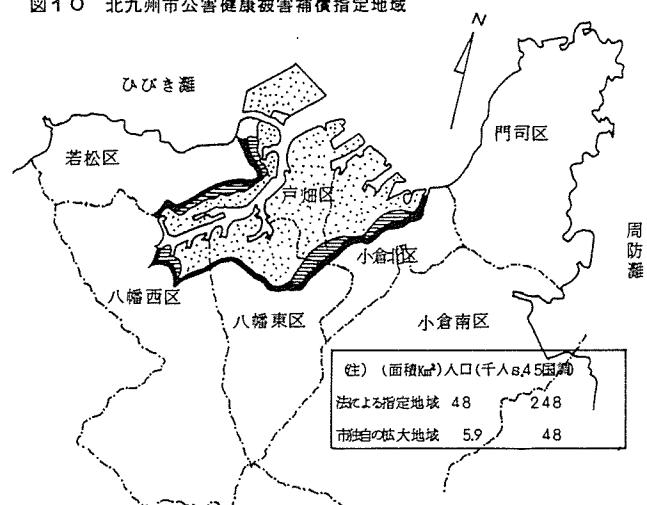


図7 北九州市の年齢各層別人口構成





# 東京都区部での検討

増子忠道(東京 梶原病院)

## はじめに

高沢孝夫氏による「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」の論文は、山口信也教授の元略もみり、東京都における同種の調査の必要性をわかつた東京において医者に立派する者たちに感心させた。

以下に述べる内容及びその方法について高沢論文に並じてある。

## I. 東京区部における死亡率の比較

(1) 東京都の死亡率は、全国平均に比べて高いを示している。死亡率は住民の健康新規の有力な一つであることは周知のことではあるが東京における劣悪な生活・労働環境を日常生活に反映していまざと感じとそぐわない。しかし、更に詳しく各地区別に死亡率を比較すると、極めて劣悪な地域と比較的良い地域があり平均化した東京では実態と異なるといふのが明らかとなる。

(2) 図1は各区別における訂正死亡率の地図である。更に図2、3、4は年令で3グルーフに分類した死亡率の地図である。  
全体からいえることは、<sup>(1)</sup>幼年人口における死亡率の比較からは一定の傾向は明らかにないが、<sup>(2)</sup>中高年層での死亡率の高低が全体死亡率の高低に相対していることである。

(3) 更に地域的に大別すると4グループに差別ができる。オクターフーは多摩地域である。老人病院、ホーム、精神疾患からひまって集まっている「うばすて山」の形態を呈している。死亡率の高さにどのようには関係もなく、これはやはり新しい分析が必要であるが、都市部とはいえない広大な地域を含んでいるため今回の分析からは除外することにした。

(4) オクターフーは、東部地域であり、中高年層とともに高死亡率を呈している。この地域はいわゆる下町とよばれ、豊田中高年層が密集しており、山谷、丘陵などの勞務着用をかかる地域を含んでゐる。(足立、葛飾、江戸川、江東、墨田、荒川、台東の各区)

オヨグルーフは、板橋、北区、大田、品川などとの工業地帯であり中高年層にも平均又は平均より低い死亡率を呈している。オヤグルーフはいわゆる「山の手」であり死亡率も低く、中高年層でもものになると著しくある。(新宿、世田谷、中野など)

(5) 次に、各区における、5大階級での死亡率を全日本と比較したのか。図5、6、7などである。(男性のみ表示する。女性でも同様の傾向があるかとの定義との差異は余地のないにて省略して表しておきたい。)

オヨグルーフでは、中年層での死亡率が最も高い。他の年代も40~49歳でピークを示す台東区、45~49歳でピークをとつ東川区、40~49歳で45~54歳でピークをとつ江東区、40~49歳で55~64歳でピークを示す墨田、足立、江戸川、葛飾などである。ピークの示す年令が若い方が死亡率の高さ度と相関している。しかしながらのオヨグルーフは10代後半の高年令で死亡率を示す。

(6) オヨグルーフでは中高年層とも平均に比べて板橋のオクターフーのペークは逆さまである。オヤグルーフは、中年層での死亡率は高くべきだと言える。

(7) こうしてみると、各地区との死亡率の高低の傾向を最もよく反映するか中年層の死亡率の高低であることをわかる。

(8) 青少年層での死亡率の比較は複数の少子化率の他とよみと云ふことは国際と想われる。

(9) 東京における地域格差は、丁度め、職業的なものであり、死亡率の高低を決定していると認められる因子も複数多くなると予想されるが、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上で医療機関のあり方を考える上でもキーポイントの一つになることは明白である。

## II. 死亡率の変化に相關する因子の 简单な分析

- (1) 各区における死亡率を左右する因子として、  
これまでに、6つの指標を記述しまつ。これ  
らのが図9~14でみる。
- (2) このうち最もよく相関したのが労働取扱金  
率であり、他の死亡率マップと極めて近似し  
ている。(埼、中央又は東京しないだけ)  
次には、家庭構成率、雇人の比率、事業主  
率、生活保護率が比較的よく相関するが、一  
方では個人所得、一人当たりタタミ数は台東又  
は墨田とやはり若干内陸がある。台東、江東又  
は墨田の高率が確かに差しあげて見られる。  
分析がもっと必要とされうる。
- (3) 二の他にも、年齢構造の比率、保健衛生指  
標、学年比率についても比較を行つかれた  
る結果はどこかといけない。

## III. 我が國の今後の課題

- (1) 布施君の実績。(年令構成、死因分析、生  
活率や年率、人口活動)について総括的調査  
が必要である。
- (2) 死因分析は今回不完全である。E. 病歴考等  
社会的因子の強い死因の中年層の死亡率を忘  
れてはいることから考慮すべきであるが、今回  
の調査では分析がまだかっE.
- (3) 三多喜地区における年令別死亡率も未分析  
であり(大分部), 首都圏(千葉・埼玉,  
神奈川)での同様の調査が必要である。今  
後の課題にしたい。
- (4) 東京に限らず大都市では人口が非常に激しい  
ため、東京へ場所別に及によると、年代、年  
令層、階層別によつても差異が大きい。死亡  
率を算する場合の考慮にならざることは勿論され  
るが今後の研究課題としている。
- (5) 各区の統計、特に公衆衛生と保健行政の統計  
は、今回のような分析に使用する統計学的上  
半ほどほとんどあつたことは、保健行政の食  
用率の反映?もあり改善のための運動を展開  
すべきであると思われます。

# 市町村別死亡率の分布図 1973—1977

地図記号  
S.M.R.

~ 105.1  
105.0 ~ 15.1  
15.0 ~

幼年人口  
(0~14歳)  
図 2.

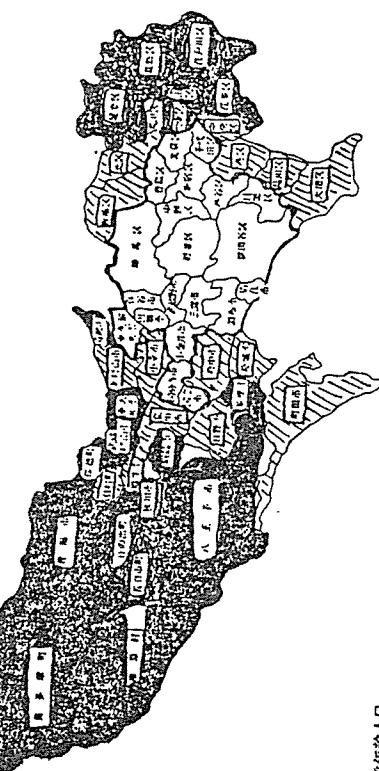


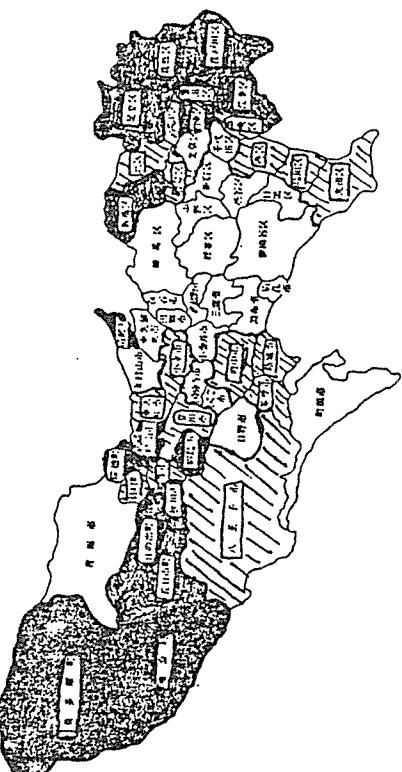
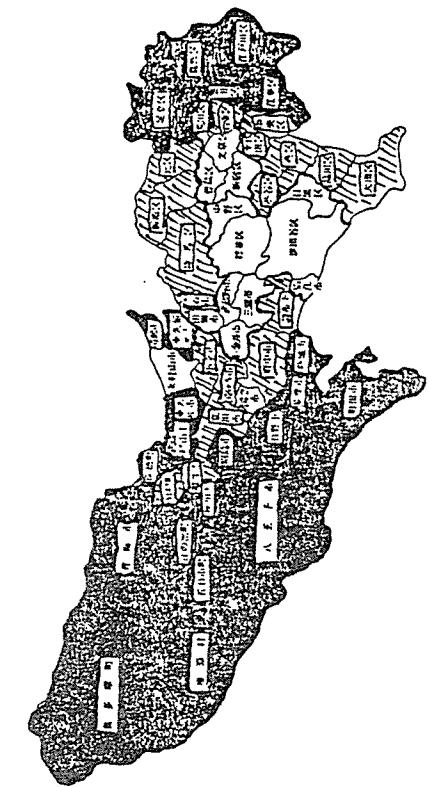
図 1

出

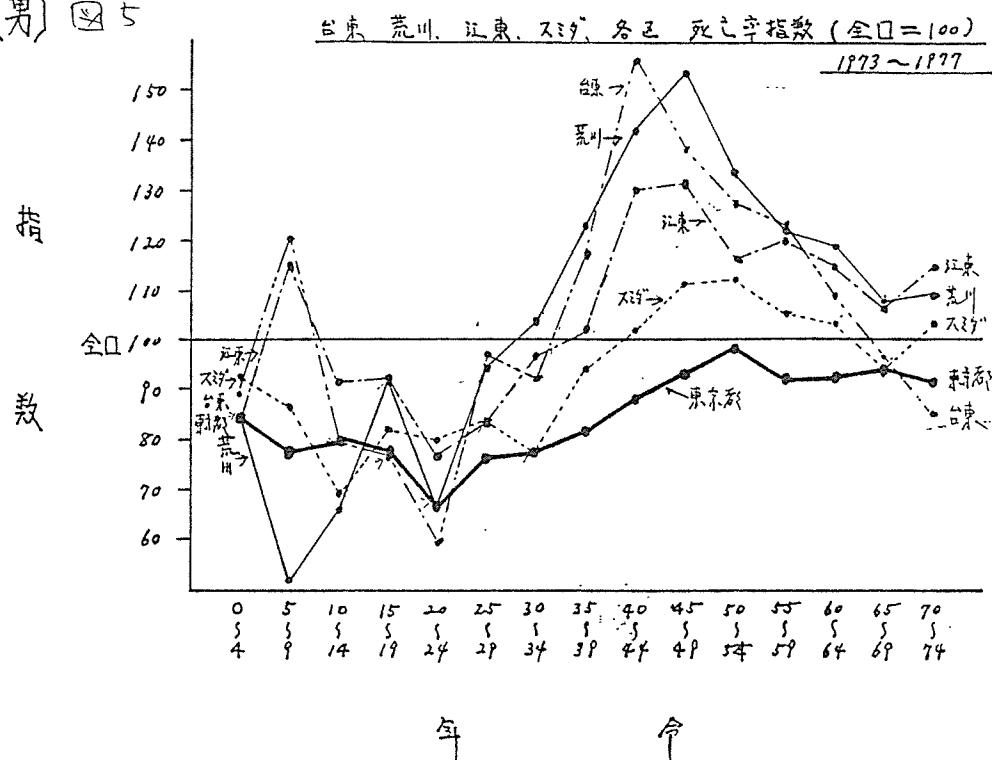
生産年齢人口  
(15~64歳)

図 3

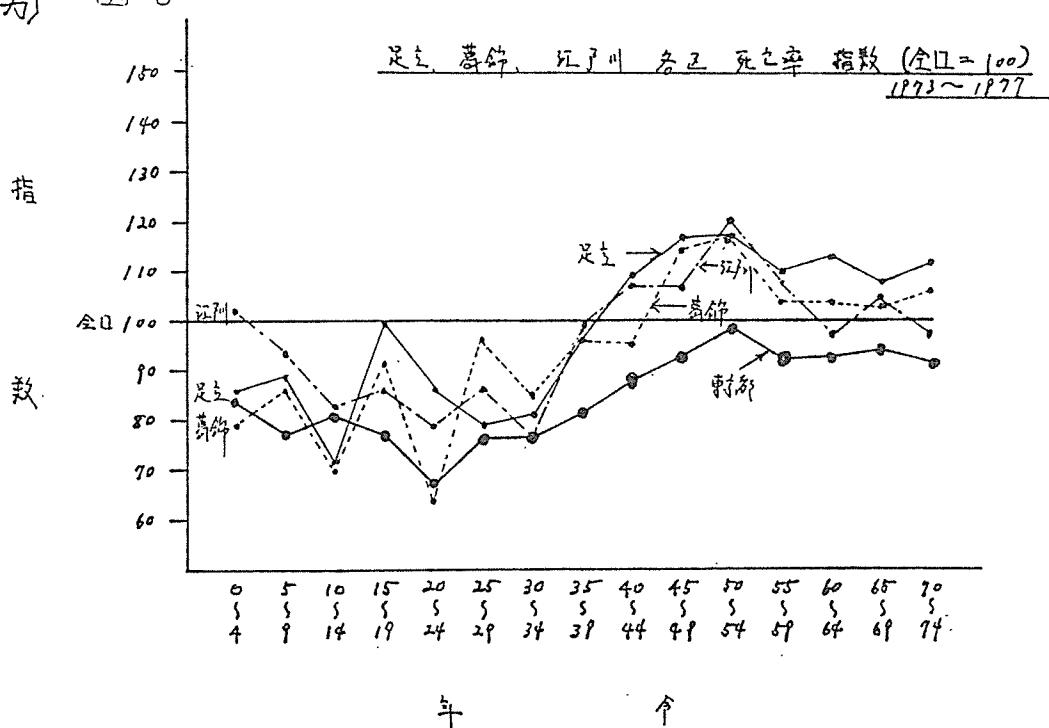
老年人口  
(65歳以上)  
図 4



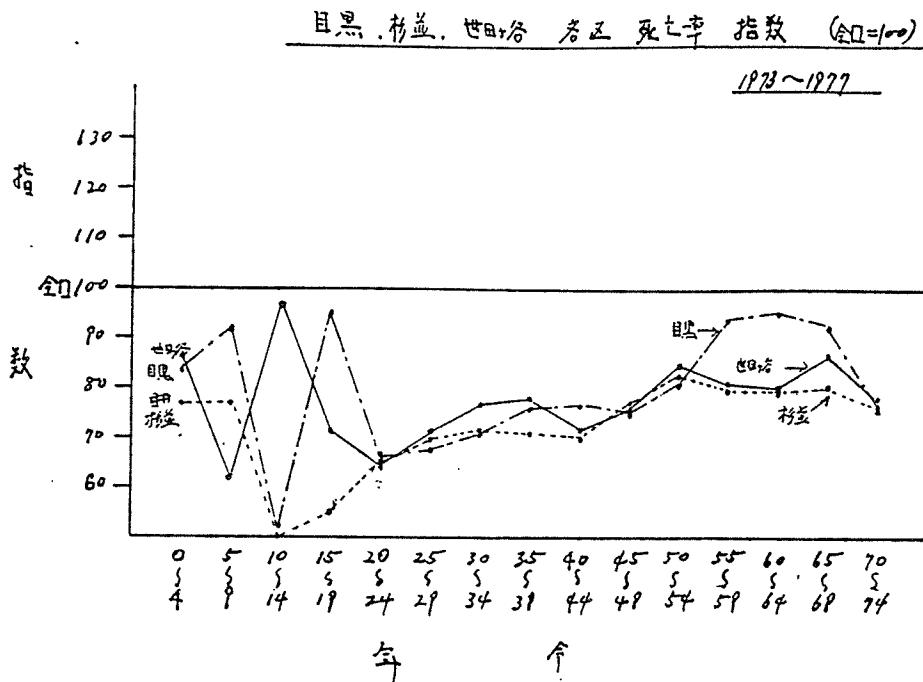
(男) 図 5



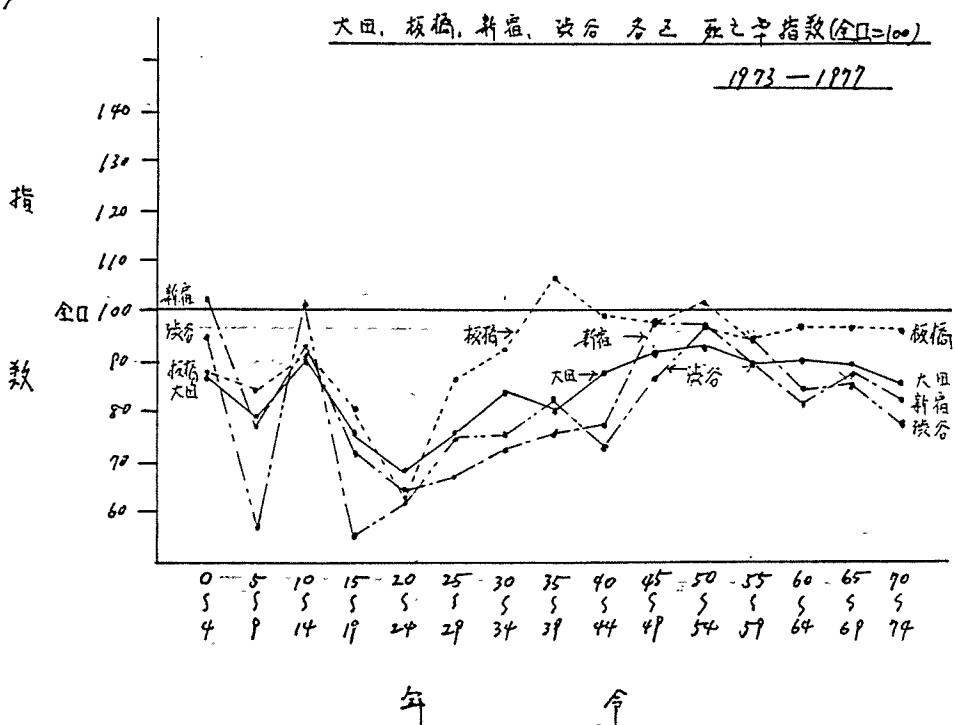
(男) 図 6



(四) 図7



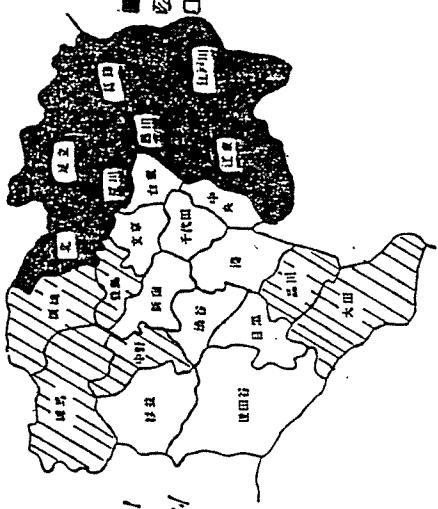
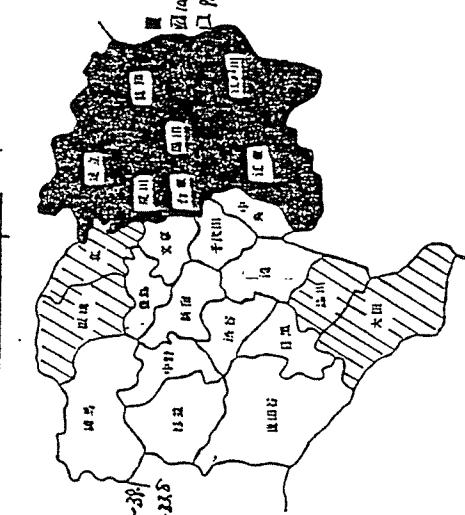
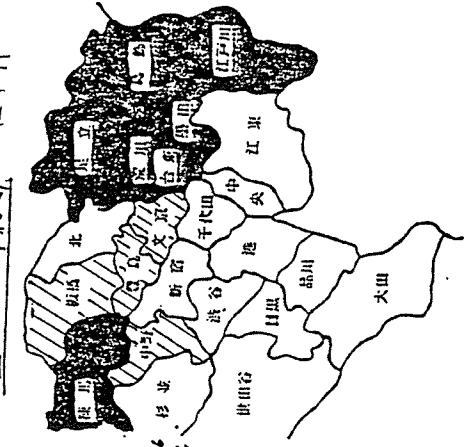
(五) 図8



個人所得階級図 10

所得収支率図 10

雇入の半葉率図 11



旅費収支率図 12

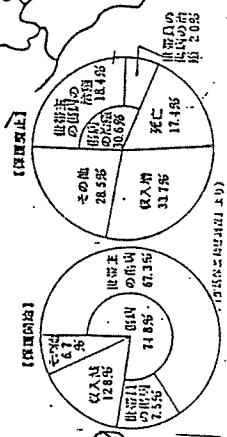
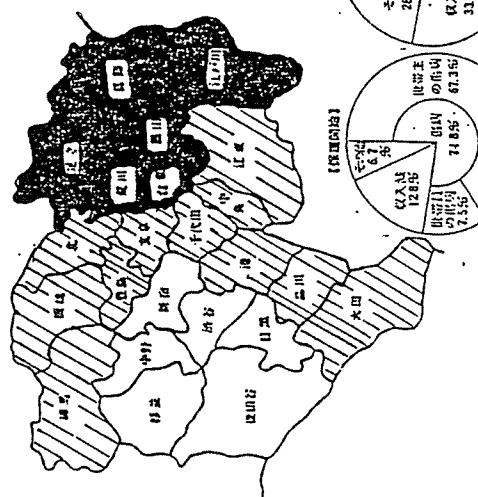
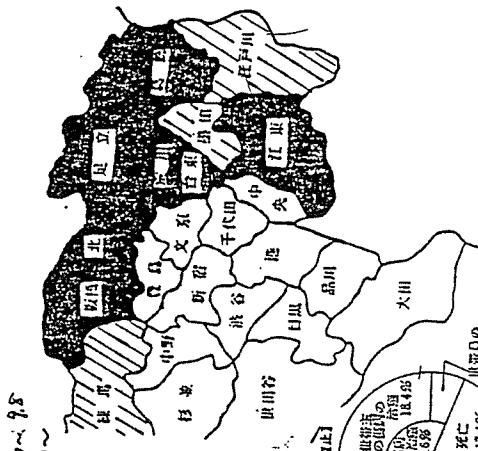
生産保証率図 13

住宅率図 14

■ ~9.2  
△ ~6.6  
□ ~6.5~

■ ~12.1  
△ ~12.0~9.8  
□ ~11.7~

■ ~5.5  
△ ~6.6~6.0  
□ ~6.1~



# II-4 名古屋市の死亡率の分析について

金田誠一・棚橋昌子・中川

武夫・小林章雄・尾関俊紀・宮尾良・神原又  
寿・山中史己・神谷昭典・山田信也(名大公研)  
村松常司(愛教大・養教)

## [I] 死亡率、育病率の検討

1. はじめに 私達は、今回、名古屋市(図1)において、中年期における死の推移と区別の検討を行なった。基礎資料として「名古屋市江生年報」「名古屋市統計資料月報」を利用した。

1)まず、名古屋市の5才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、S35年全国平均を100とした際の死亡率指數の推移を検討した。(図2)の男では、S35~50年の間に、0~4才で最も改善率が高く、85才以上で最も改善率が低い傾向であるが、思春期および中年期に死亡率の低下の遅れがみられる。しかし、全国平均と比較すると、S35、S50いずれも、ほとんどの年令階級で低目であり、大阪・北九州・神戸のように、中年期の死亡率が全国平均を上回る特徴はみつけられない。②女では男と異なり、60才以上で全国平均をやや上回る傾向がみられる。

2)名古屋市の区別の社会的諸条件は市のありたちからみて大きな差があるため、区別に死の推移を検討した。このさい、単年度では、区当りの死亡数が小数であり、

図3 5才階級別死亡率指數 各年度全国=100

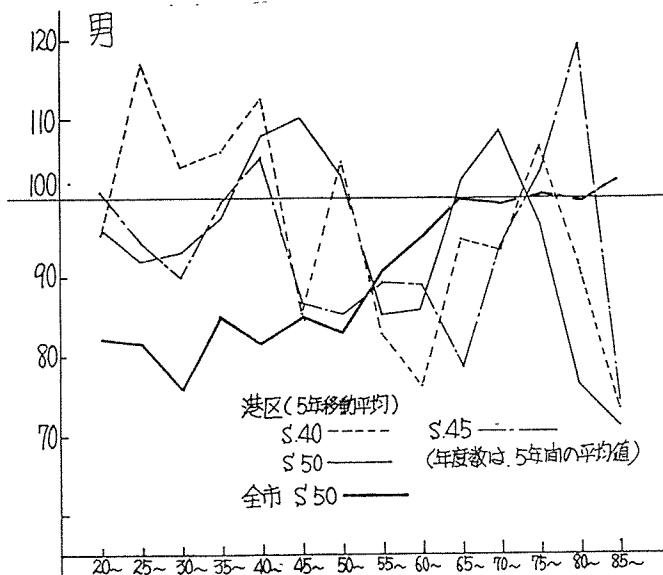


図1 区名一覧

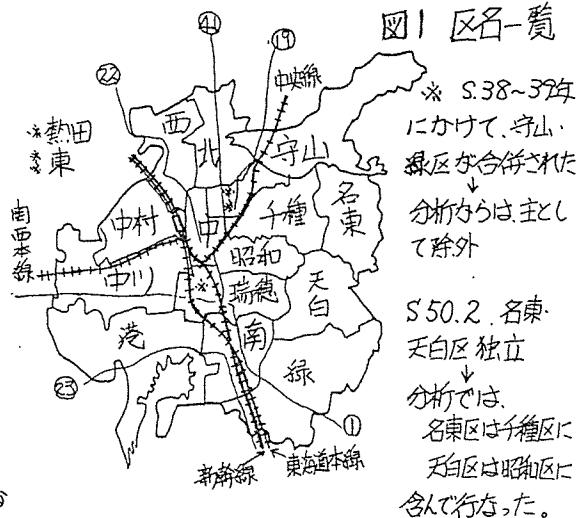
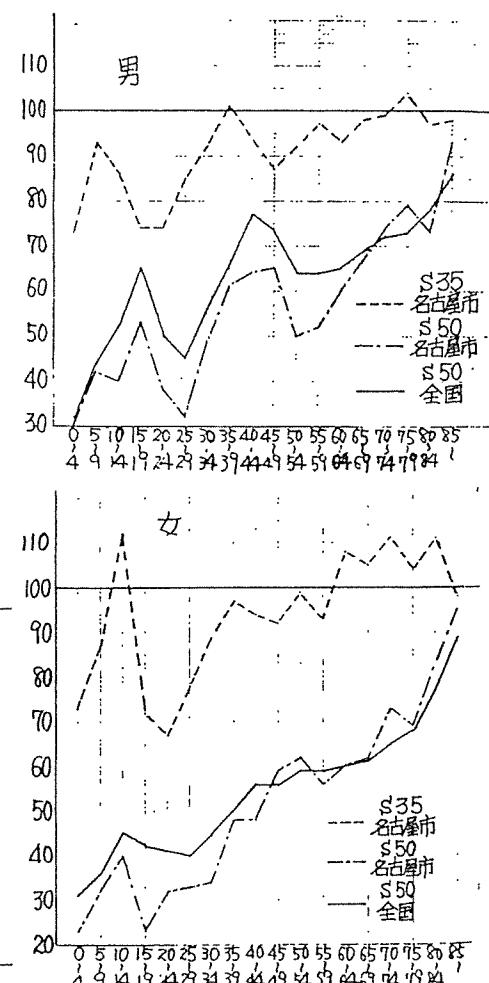


図2 5才階級別死亡率指數  
(S35全国=100)



年度による変動が大きくなることから、5年間移動平均値を利用した。各年度の全国平均を100とした5才階級別死亡率指数では、いくつもの区は、いくつもの年令階級で全市平均を上回り、さらに全国平均に等しいか、高いたことを示した。

図3に港区の男を例示したが、明らかに中年層の高値がめだっている。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上で、大きな意義をもつことがあらわる。

健康状態の区別の特徴を知るための指標として、全年令階級にわたる区別資料のうち、入手・検討できたものを図4～図9に示す。訂正死亡率は、年度および性別による相違が大きいが、東部の千種・昭和の低いことに目立つ。乳児死亡率は、港・中川・熱田を中心とした南西部に高い区がみられ、周産期死亡率は中川・中村・西を中心とした西部に高い区がみられた。結核罹患率は年令訂正がなされていないので評価が難かしいが、中心部から南西部にかけての諸区に罹患率の高いた傾向がみられる。とい

ざれど、千種・昭和の高いことが目立つ。有病率については、死亡に関する指標と必ずしも一致しない。

図4 38～42年訂正死亡率(平均) 人口10万対 S35全国を基準  
男

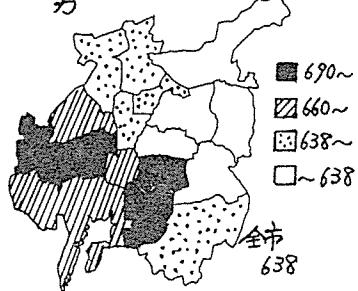
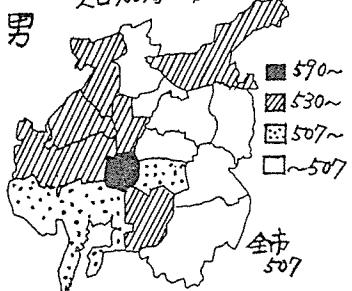
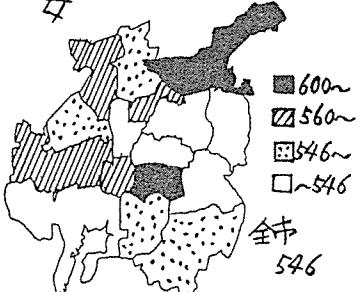


図5 49～51年訂正死亡率(平均) 人口10万対 S35全国を基準  
男



女



女

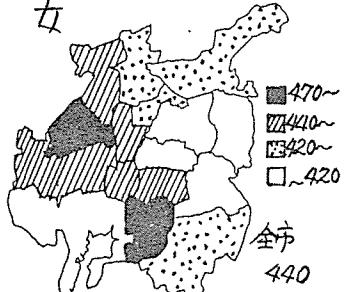


図6 乳児死亡率 S.48～52(平均) 出生千対



図7 周産期死亡率 S.48～52(平均) 出生千対

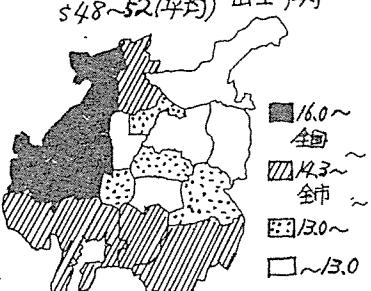
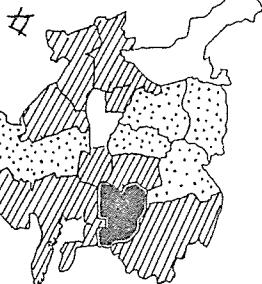
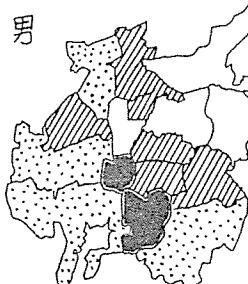


図8 結核罹患率(届出) 人口10万対 S.48～52(平均)



図9 有病率 (S47有病調査による)  
全市平均を100として ■1.05~ □1.0~ ▨0.95~ □0.95未満



## 2. 中年期(35~54才)の死亡について

生活状況より、中年期を35~54才として、49~51年の訂正死亡率平均を算出した。その結果(図10)、男では、港・中・熱田が高く、南・中川・東・中村がこれにつき、全市平均より高い値は西部にみられる。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、西部へ南部にかけて、全市平均より高い区が目立つ。

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、この年令層の5年間移動平均死亡率を区別毎年度別に算出した。そして、伊勢湾台風による死(534)の影響が消える37年から推移を、3つの区を例として図11に示した。全市では男女ともほぼ同様の低下傾向であるが、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つの型に分類できた。(図12) I-全市平均より低い水準で順次低下する(千種・昭和) II-全市平均に近い水準で順次低下するが、S40~45年で低下傾向が緩化する(西・東・北・瑞穂) III-全市平均より高い水準で順次低下し、S46年

以降、低下傾向が緩やかする(港・中・熱田) IV-IIとIIIの中間に位置する(中川・中村・南)。

以上の名古屋市における中年期死亡の区別検討を行なった結果、市の西南部より中心部にかけての、港・南・中川・熱田・中村・中、各区に死亡率の高い傾向がみられ、市の東部の千種・昭和両区には死亡率の低い傾向がみられた。

ところがお区内の状況をみると、港区は、旧市街区と農村部・埋立地からなりたち、旧市街区の特徴は全区平均ではなくめられていた。このことから、私達は学区別に検討の必要性を感じている。(この港区の中年層の訂正死亡率男429.0は、今回共通に検討する他の大都市群の中では必ずしも高くない。

## 3. 中年期(35~54才)の死因について

ついで、死因についての検討を若干行なった。資料は、S47~51年の区別死因別年令5才階級別死亡数を用いた。方法は、5年間の平均死亡数を50年の人口を基準として、35~54才を1つの年令階級として死因別死亡率を算出し、名古屋市平均に対する指標を求めた。

名古屋市の35~54才の主要死因をみると、(表1)不慮の事故が上位にない(他は全国平均と一致する)。上位9死因(良性および性質不詳の新生物は除外した)について、その名古屋市の平均死亡率の大きさを1とし正9角形の頂点にアコットし、区別に、その大きさを比較して種々な9角形をつくり、平均からはまだいた部分を黒とした。

図11 35~54才年次別死亡率  
5年間移動平均死亡率(人口/1000対)

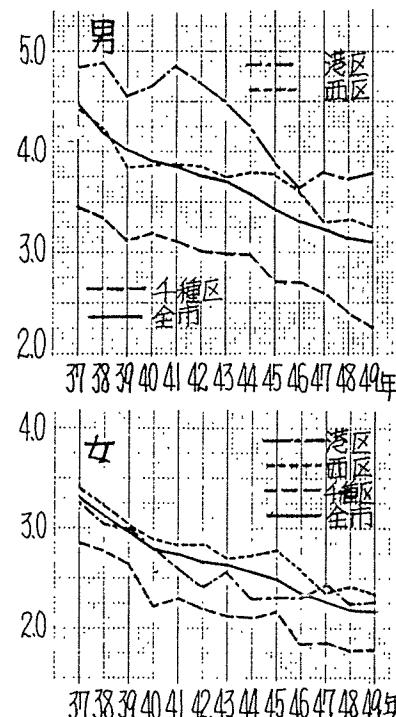


図10 49~51年 35~54才  
訂正死亡率(平均)

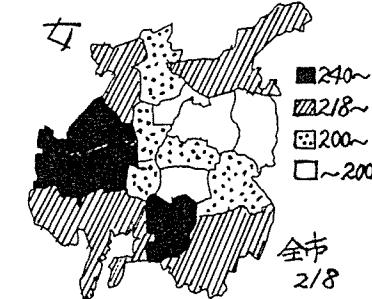
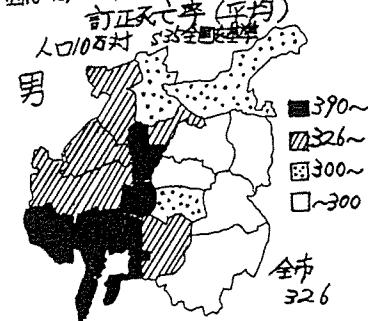


図12 35~54才年次別死亡率  
よりみた区別分類

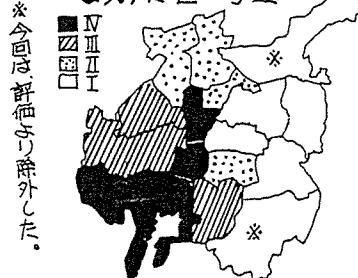
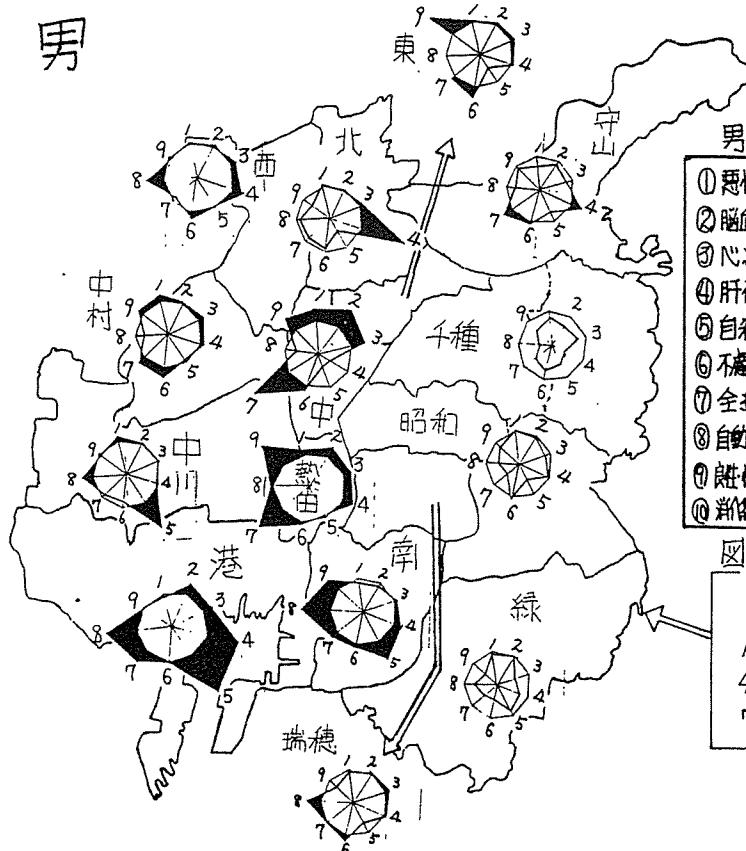


表1. 35~54才 主要死因別  
死亡率 名古屋市(人口10万)  
S47~S51 平均

男



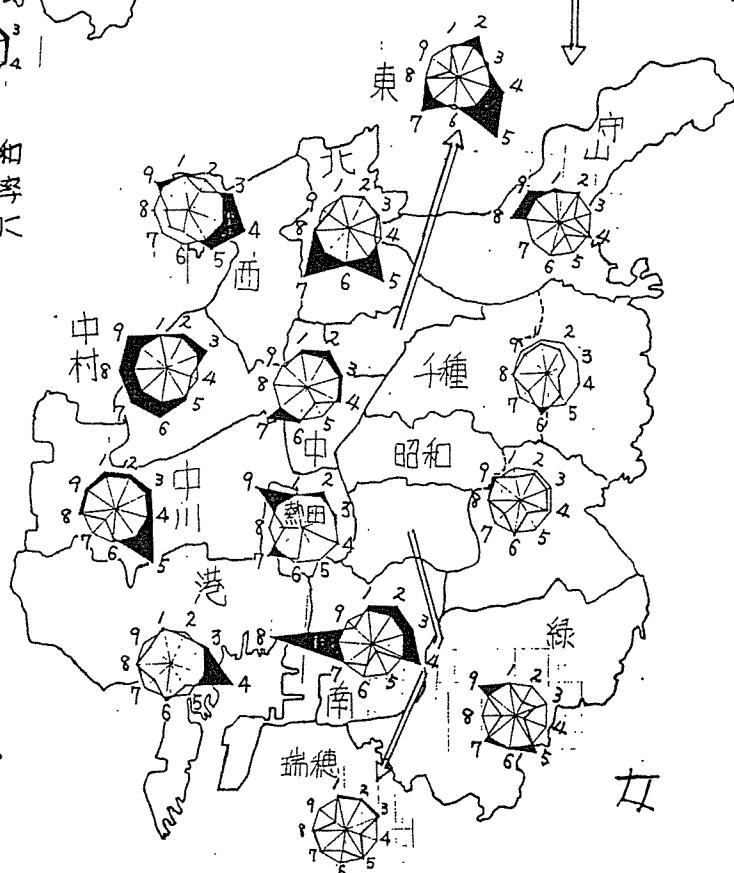
① 悪性新生物	77.2	84.5
② 脳血管疾患	42.3	29.8
③ 心疾患	39.8	21.7
④ 肝硬変	25.3	16.7
⑤ 自殺	22.9	6.1
⑥ 不慮の事故	17.1	4.9
⑦ 全結核	12.7	4.6
⑧ 自動車事故	12.3	
⑨ 良性新生物	5.6	3.7
⑩ 糖尿病	4.8	3.7
⑪ 肝硬変		3.6

図13. 区別死因別死亡率指數  
S47~51 平均 (名古屋市一基準)  
1. 悪性新生物 2. 心疾患 3. 脳血管疾患  
4. 自動車事故 5. 不慮の事故 6. 自殺  
7. 肝硬変 8. 肺炎 9. 全結核

区別の特徴をみると、千種・昭和両区では、男女とも各死因で死亡率が低い。中年期死亡率が高い16区についての特徴は必ずしも一様でないが、中・熱田・両区では、死因別死亡率の上位3疾患(悪性新生物、脳血管、心)十肝硬変死亡が高いう。港・南・中川の3区は、不慮の事故・自動車事故肺炎が目立ち、港・南・中村では肝硬変死亡も高くなっている。また、結核死については、熱田・中村・中の各区で高い。

#### 4 あとがき

中年期死亡の区別の特徴は、さうに学区別の分析や、男女の年令階級別対応の分析などで深めたい。また、区別の背景状況の特徴や、個別事例の分析の資料もうま検討をすすめていきたい。



## (II) 名古屋市のなりたちと、区別にみられる 死亡・死因の特徴を考察するための背景 状況の大要

名古屋市の成立は、図14,15のよう、名古屋台地に形成された尾張徳川氏の旧城下町と、熱田神宮の内前町と宿場町を兼ねた熱田の古い集落を核とし、そのきわりに明治以降に形成された新市街地による。現在の市部の地理的特徴は、北部及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する。中央部の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いている。こうした特徴は、図15、表2によく示されている。表2では、中川・港・南の工場地域と、東海市臨海工業地域に接する緑区に製造業従事者が多く、港区には港湾関係の運輸業従事者が着しく多いこと、一方、北東部の千種区、名東区では、金融保険、卸売・小売、サービス、公務の従事者が70%をしめている。

こうした特徴は、名古屋市制実施(1889年)以来、徐々に形成されてきたが、いくつかの節目がある。産業についてみれば、明治時代はさす、織物、陶磁器、紡績などの工場が立地した。日露戦争から第一次大戦にかけての時期には、海外販路の拡大による織維工業の発展は大きく、一方、織機、時計

車輛などの製造、兵器工業の立地がすすんだ。地元資本によるこうした成長に加え、1910~20年にかけ、三菱系企業が北部低地(電機)と南部臨海地帯(航空機)に進出し、名古屋の工業化の布石的役割を果した。第二次大戦では、これらの機械、航空機、兵器工業に特殊鋼を供給する工場が加わった。その他、代謝肥料、造船部門も育てられたが規模は小さく、基幹産業である製鋼部門は設置されず、航空機工業を中心として終戦を迎えた(1944年の工業生産30億円、26万人、生産高の61.6%は兵器、航空機)

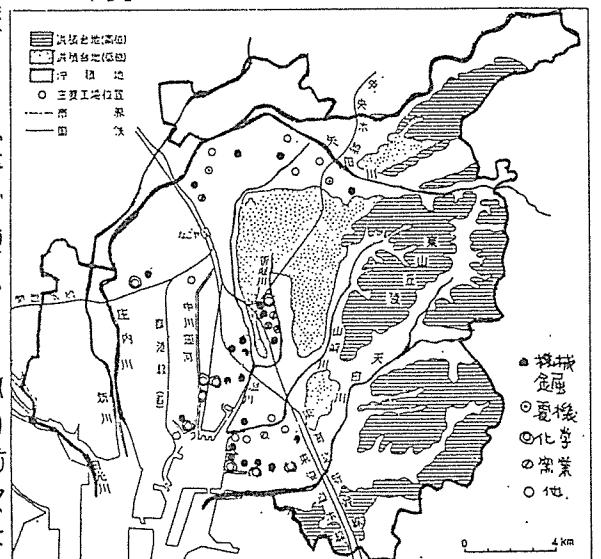


図15 名古屋市における主要工場の分布と地形(伊藤昭平)

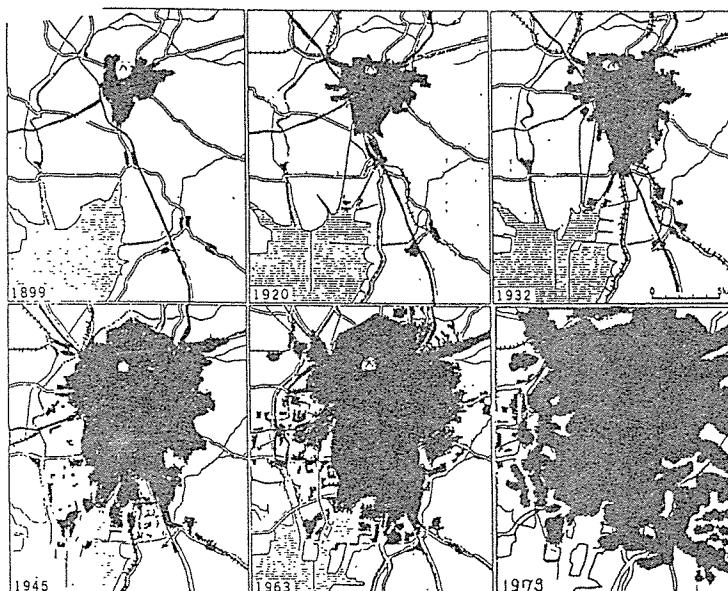
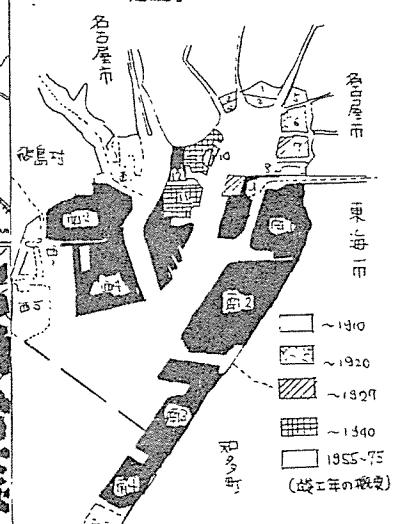
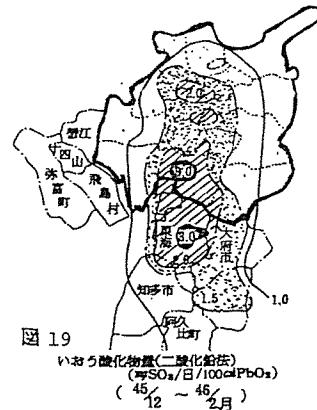
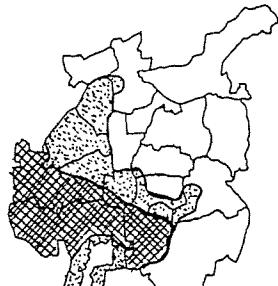
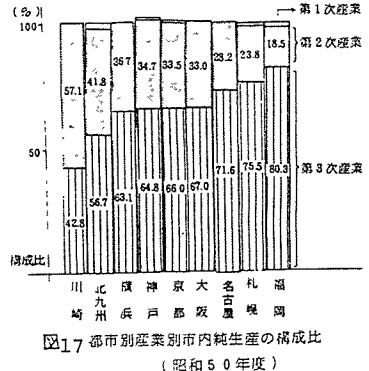


図14 名古屋市街の拡大(名古屋市都市計画局計画課の資料による)

図16 名古屋港周辺の新旧埠頭立て地と  
道出工場





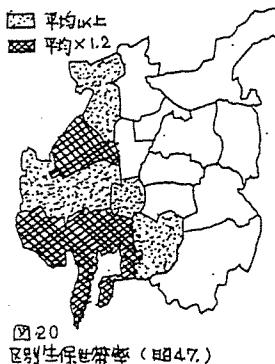
北部の零細企業を基盤とした軽工業、南部の大企業と関連中小企業を中心とした重化学工業の対比は戦後もそのままで引きつづいた。戦中市外に転出したトヨタ自動織機から分離したトヨタ自動車関連企業の下請けの関係は、市内とその周辺の中小零細の機械工業に大きな根をはっている。

1960年代名古屋市郊外の臨海工業の進出、とりわけ製鋼一貫体制をめざした新日本製鐵の成長は、戦後の名古屋南部・西部臨海工業・重化学工業の発展の導火線となつた。

が、これらは新登場の東海市を中心とした行政区域内にあり、名古屋市は、むしろ、これらの地域や周辺地域へ工業立地を求めて企業が転出し、市内の製造業生産高の比率は、1965年以後減少し従業者数も減少を招いている。これは、大工場とその関連企業の労働者の多く南区での人口減少傾向の背景理由の一つである。しかし、港湾周辺や零細企業労働者の多い港区では、転出入の変化は多いが、一方では労働者住宅街の新築による人口増がおこり、市内の居住者の生活背景は複雑に変化しつつある。

しかし長い経過の中で、地理的にみられる条件の違い(例えば、図5での西部及び臨海部の低洼地域、図6での南部から中部にいたるSO<sub>2</sub>汚染地域など)は、生活の諸条件、保健医療の条件にも反映し続けている。名古屋市の人口・産業の構成が転換点にあたり、本調査(昭35~51)の中間年である昭47年の生保率・完全失業率はその一つであり、今日もこの特徴を類似している。

中年期の死亡の改善が、これらの地域においておくれていることは、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。



区別	表2. 区別、並渠分類別就業者の割合(%)								(合計 1~3位)
	(1) 農林漁	(2) 通輸、販売、運送、卸	(3) 企設、労働、小売販賣	(4) 諸業、サービス	(5) 小売販賣、サービス	(6) 公務	(7) (1)+(2)	(8) (3)+(4)	
西	28.1	7.1	4.2	-30.8	16.7	2.4	35.2	54.1	
千葉区	15.4	5.4	* 8.1	35.5	* 22.5	3.6	20.8	* 69.7	
東	25.6	6.1	5.0	35.0	17.5	3.2	31.7	69.7	
北	26.5	6.8	4.1	30.1	17.6	3.5	33.3	55.3	
西	34.2	5.9	2.9	34.1	13.0	1.1	40.1	51.1	
中	26.6	6.9	3.9	34.4	16.2	1.5	33.5	55.0	
井	19.9	3.0	2.9	* 48.2	19.5	1.3	22.9	* 71.9	
昭	21.2	4.8	5.1	35.9	* 21.3	3.1	26.0	65.4	
和	29.3	4.7	* 5.7	30.1	18.9	2.3	34.0	57.0	
浦	30.0	7.5	2.5	* 36.1	14.7	1.5	37.5	54.8	
田	* 37.2	* 8.7	2.5	24.9	12.4	1.7	* 45.9	41.5	
川	28.0	* 10.2	2.2	21.9	14.1	1.9	* 47.0	40.1	
沼	* 37.8	* 7.6	3.0	23.8	13.8	1.0	* 45.4	41.6	
南	28.3	7.2	3.8	24.6	16.6	* 4.7	36.5	48.7	
守	* 34.9	5.9	4.5	24.5	15.6	2.3	40.8	46.8	
山	14.0	4.1	* 9.1	* 36.5	* 20.1	* 5.4	18.1	* 71.1	
守	26.6	7.4	3.7	27.5	18.9	2.2	34.0	52.3	

(他の他の産業は省略)

労働の実態を分析し、死亡・疾病に対する予防的な対策はどこに重点がおかれるべきかを再検討する必要性のあることを示唆している。言葉を換えれば、中年期の死の改善を妨げていてる要因をうきあらせるための努力は、地域の健康化をめざす計画の基礎の一つに遙く必要を示していると考えられる。

# 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・衍生 山下節義

① 中年期は社会経済活動のない手とて、一家の生活を支え、子を養育し、あるいは老人を扶養するものとて、社会全般にわたって重要な役割をなっている世代であるにもかかわらず、従来から、保健サービスの稀薄な部分がある。また、職場など環境水準のことなる状況におかれたり、その影響を大いにうけている。これらの世代にたいして、より有効な保健対策をすすめていくうえで、彼等の健康実態を社会的経済的諸条件との関連で把握することがまずも、必要とされる。そこはじめて、死亡率という健康指標を中心とした調査結果などの関連で、京都市の中年期（資料との関連で、ここでは30～59歳を対象）の健康水準の分析を試みた結果を報告する。

1. 昭和35年の全国および京都市の性・年令別死亡率と、昭和50年の京都市のそれとを比較してみると、いずれの年令階層も死亡率は低下しているが、男子で昭和35年の全国対比で35～39歳を中心には、同じく京都市昭和35年対比で40～44歳を中心には、女子ではともに50～54歳を中心には、中年期の死亡率の低下のおくれがめだっている。（図II-1～2）

2. 昭和50年の京都市30～59歳の訂正死率（昭和50年全国人口を標準）をみると、男子で全国が391（人口10万対、以下同じ）であるのにたいして、京都市は478、女子では全国が234であるのにたいして336といずれも高率となる、といふ。

3. 主な死因別に全国を100として死亡率指数をみると、京都市は、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、全結核、高血圧症、糖尿病の死亡率が全国を上まわっている。（図IV）

4. 行政区別に比較してみると（京都市の行政区は現在11となるのが、ここでは昭和50年調査時の9区で検討した）、全市平均にたいして、全死亡でみると、男子で下京が最も死

亡率が高く、左京が最も低い。女子では下京が最も高く、北が最も低く、全市平均より、男子では、北、上、左、東山、右京が、女子では、北、上、左、中、東山、右京が低値を示している。死因別にみると、全般に、全市平均より死因別死率が低い傾向を示す項の多い、北、左京、右京、高い傾向を示す項の多い中京、下京、南、伏見と、その中间の上京、東山の三群に区分される。（図III-1～9）

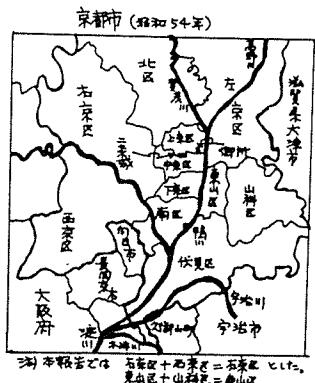
5. 国勢調査結果などをもとに各行政区の主なる特徴をあげると以下のとおり。（図IV-1～5）  
 ① 人口増加状況は昭和25年、35年いずれも基準にしても京都市は比較的ゆるやかであるが、行政区別にみると、上京、中京は減少傾向、北、左、東山、右、伏見は増加傾向を示し、東山、右京、伏見などにいちじるしい。② 持ち家率は中京、右京、東山が全市平均を上まわり、1人当戸数では、北、上京、左京が平均を上まわる、といふ。伏見、南、下京は住宅事情が相対的にゆるいことを示している。③ 65歳以上親族同居世帯の割合は上京、中京、下京に高く、右京、伏見に低い。④ 生活保護人員保護率は南が最も高く、下京、伏見があとに続く。いずれも平均をはさむに上まわっている。⑤ 転種別就業者割合をみると、上京、中京、東山、下京に事業主が多い（もともと、京都市の場合事業所の72%は従業員4人以下、30人以上は3%にすぎない、零細企業の事業主が多いことを意味する）。左京、北に専門的管理的転が、中京、東山、下京、伏見に事務販売転、上京、中京、右京、伏見に技能労務転が多い。⑥ 下京、南、伏見と市南部に一般機械・食局製造業等の工場が集中。中京、下京、東山などには販売業・飲食店などが多い。⑦ 京都の特徴として、小零細企業（とくに、清水焼、西陣織、友禪、京仏具、扇子等の伝統産業が多い）が多い。住・転接近のみられる点も特徴的。なお、西陣織は北、上京など、友禪は左京など、清水焼は東山などに集中して立地している。⑧ 医療待合数（人口10万対）は、伏見、右京、南、東山が、病床数（人口1万対）は、伏見、右京、南、下京が、医師数（人口10万対）は、伏見、右京、南、東山、北がいずれも全市平均を上まわる、といふ。

6. 社会的経済的諸指標と死亡率との相関を調

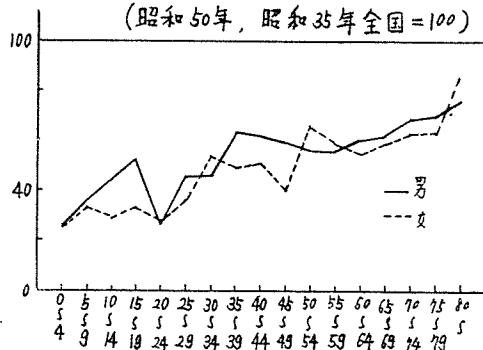
べてみると、訂正死亡率（全年令）と生活保護世帯保護率など、訂正死亡率（30～59才）と1人当収入、病床数、生活保護世帯保護率など、自殺死亡率（30～59才）と配偶者離別者割合など、いくつかの項目有意の相関（正もしくは負の）がみられる。

## Ⅰ. 京都市と東京など9大都市と若干の社会経済指標を比較してみた。（図Ⅰ-1～7）

持ち家率は、京都に比べて他都市はいずれも低く、1人当収入は札幌以外はいずれも京都より少ない。65才以上親族同居世帯割合はすべて京都より低い。生活保護率（世帯・人員）は大阪・北九州・福岡がいずれも京都を上回っている。消費者物価をみると食料品は京都が最も高い。産業構造は、オニ次産業の割合は、東京、神戸、福岡以外はいずれも京都より高く、次三次産業の割合は、横浜、名古屋、大阪、北九州以外はいずれも京都より高くなっている。人口増加状況は、昭和25年を基準にみると、いずれの都市も京都を上回る増加状況を示している。昭和35年を基準にとれば、東京、大阪、北九州は京都をしたまわっている。



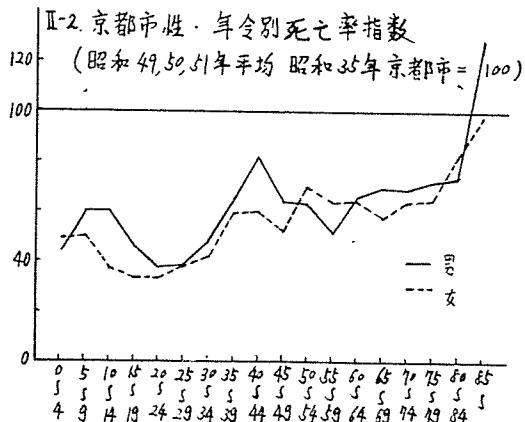
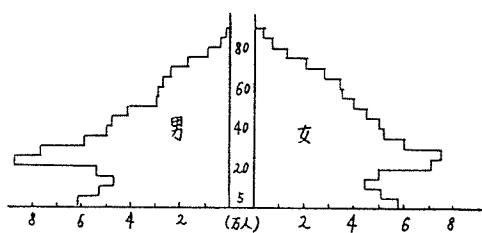
Ⅰ-1. 京都市性・年令別死亡率指数  
(昭和50年、昭和35年全国=100)

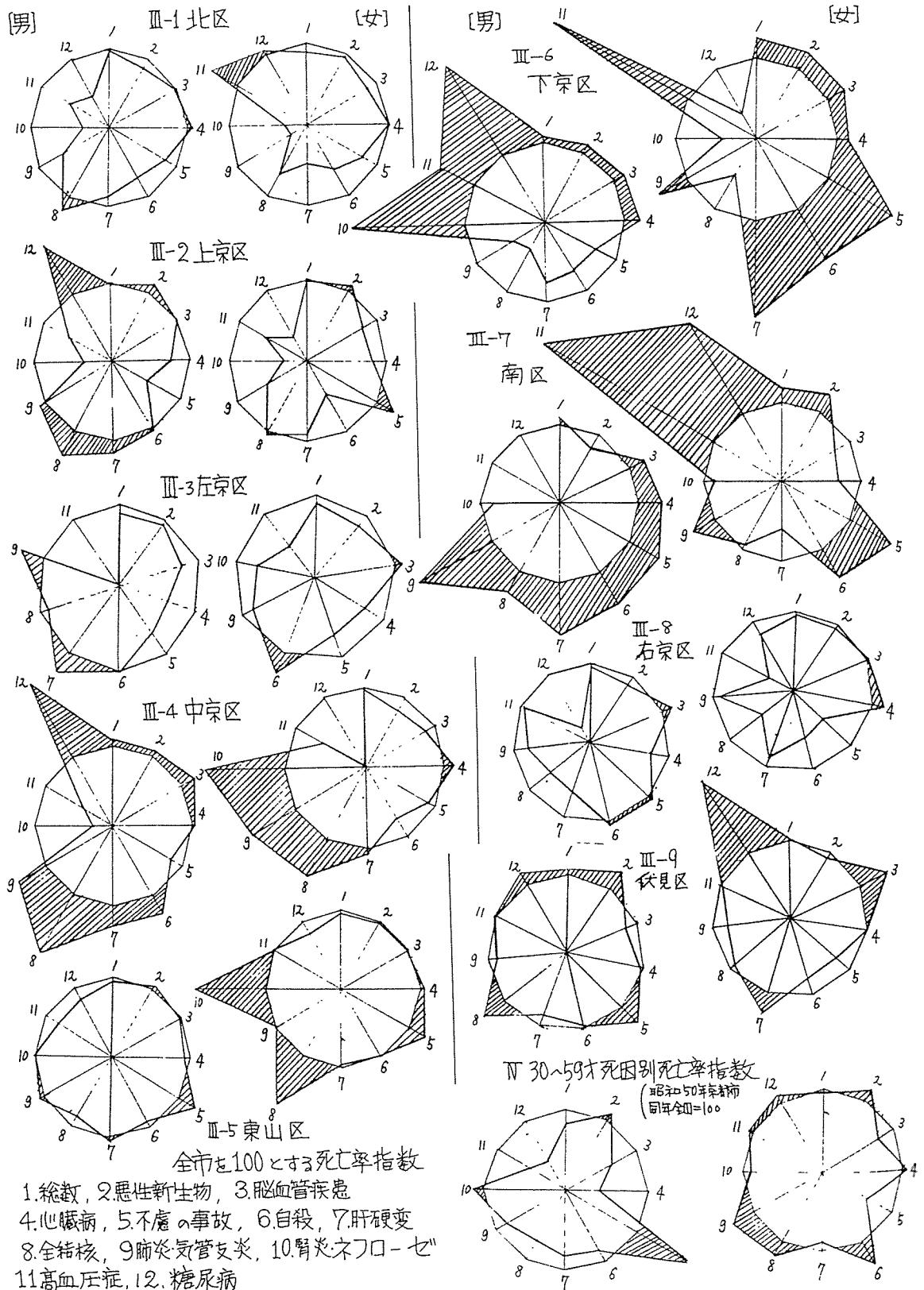


8. 京都市は古く室町時代に自治村廻としての「町」が成立していたといわれている。明治に入りからも小学校単位に自治行政区が作られていた。明治23年に自治体として市制がひかれ今日に至っている。

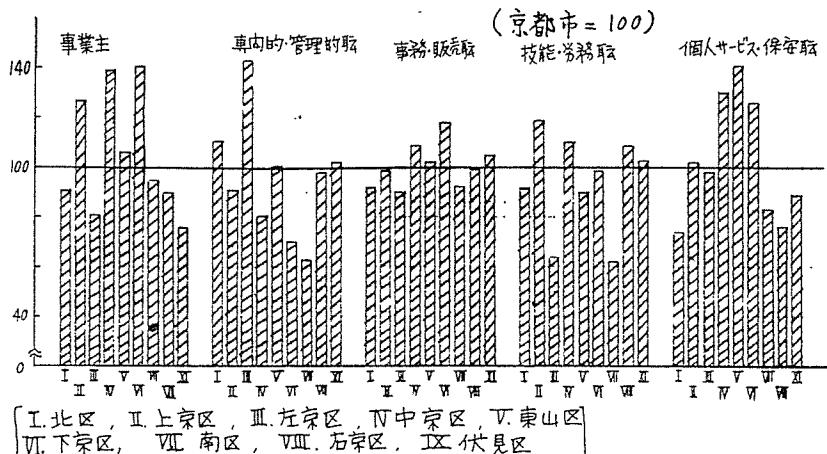
戦後全団にさきがけで1950年に革新市長を登場させた。この時す1年に1回保守への転向をやるいたが、そのご、1960年代当初よりの生産・生活基盤を守もうとする様々な住民運動のもりあがりに支えられ、1967年再び革新市長を登場させ、現在に至っている（様々な問題をはらみつつも）。保守市政の時代には、高度経済成長策にとどめく全団開発計画の流れと呼応して、市の南部を工業・流通の拠点とする開発計画がたてられ、南部拠点開発事業がすすめられようとしたが、再度の革新市政の出現により、大規模開発へのブレーキがかけられた。以来、伝統産業の育成・小零細企業の保護とはかりつつ、工場誘致だけでなく、中小企業の集団化を促進するなどにより、市内産業の育成に重きをおいた施策がおこなわれ、また福祉のまちづくりを中心にして都市整備がおこなわれてきている。

Ⅰ-2. 京都市性・年令別人口構成  
(昭和50年)



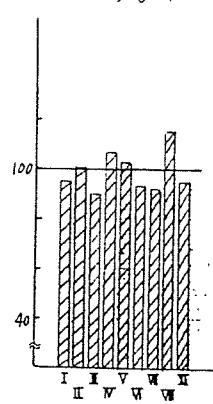


#### V-1 行政区別、業種別構成分布の京都市に対する比率

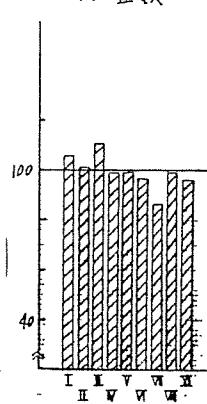


#### 住宅所有関係

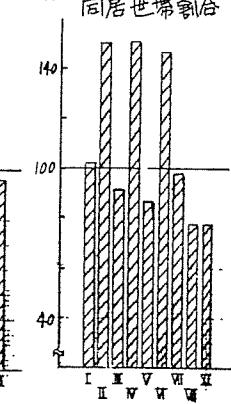
##### V-2 持ち家率



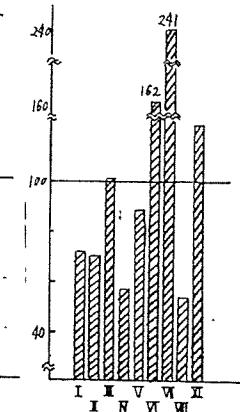
##### V-3 1人当戸数



##### V-4 65歳以上親族 同居世帯割合

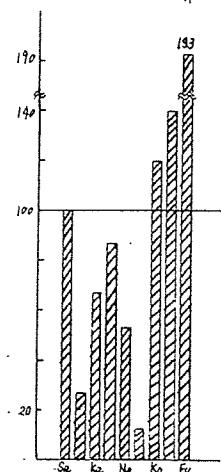


#### V-5 生活保護 人員保護率



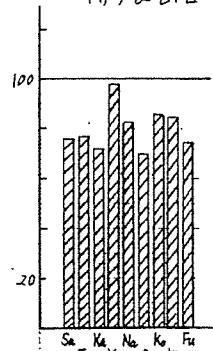
#### 産業分類別 就業者割合

##### V-5 第一次産業

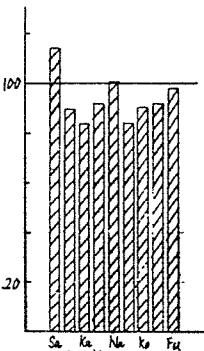


#### 京都市と東京など大都市との比較 (京都市を100とする)

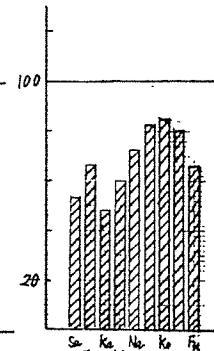
##### V-1 住宅所有関係 持ち家割合



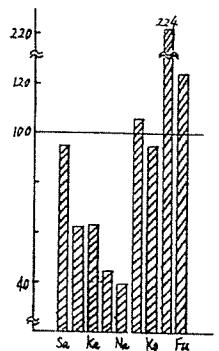
##### V-2 1人当戸数



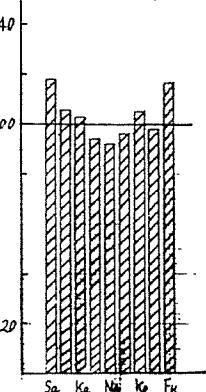
##### V-3 65歳以上親族 同居世帯割合



##### V-4 生活保護 人員保護率



#### V-7 三次産業



[Sa. 札幌市, To. 東京都, Ka. 仙台市, Yo. 横浜市, Na. 名古屋市  
O. 大阪市, Ko. 神戸市, Ki. 北九州市, Fu. 福岡市]

## 大都市のなか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 后田 惠郎  
南アソシ

1. はじめに 大都市において中年期の死率の改善が遅れ、それが社会的因子との関連で捉えられて以来、他の大都市でも同様の特徴が見えることが明らかにされようとしている。一方、大都市のなかの行政区、あるいは小学校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象が、統計上、大都市全体の問題に隠れさせていくことがある。

報告者の勤務する九条診療所は、京都市内の京都駅裏にあり、東九条地域といわれる瓦川学区(S, TK, TW学区)の診療圏をもつ。最近の結核患者の著減にもかかわらず、外来結核患者中1.7% (1978年5月) の多くを占め、昨年日常診療のなかで肺結核の新患者数の急激増加を認め、先の学区、行政区の結核の実態を見直し、先の結核患者減少の鈍化から漸増傾向を認めたことから、大都市の健康問題への提起を試みたので報告する。(図1.)

2. 東九条地域(京都市南区)における結核の実態 1969年より78年まで10年間にわたる当診療所外来受診肺結核患者の推移を見てみると、結核患者数、新登録患者数(これまで著減して)だが、78年度は結核患者数の減少はさながら進行して(3人にも拘らず)、新登録患者の突然の増加を示す。(図2) この12名は、男11名、女性1名、病的飲酒4名、生活保護受給6名、健保本人4名、国保2名で、年令20歳代まで2名、(これまで父親の結核患者(うち1名肺菌+)をもす、40~50歳代5名、60~70歳代5名。発見時排菌3名を含む)、有空洞5名、初感染癆病と推定3名32名、未治療陳旧性肺結核から八発病3名。これらのうち10名が南区に居住、東九条8名(うちS学区5, TK学区2, TW学区1), 西九条、唐橋各1名、隣接する伏見区2名であった。(表1)

3. 診療圏3学区、南区、京都市における結核の実態 これらを比較すると、結核登録率でS学区が最も多く、結核死率では、学年統計はバツイキが多く(%)の2%, 国勢調査年に合わせ

4~5年間平均をとると、06和45年、50年も南区、京都市、全国を上回ってい。(図3, 4.)

さらには大都市における結核の実態をみると、指定大都市では、有病率、罹患率、感染性肺結核罹患率、粗死亡率において、横浜市以外が全国平均に近いほか、かつて結核が大都市に多いといわれたのが神戸市、大阪市、名古屋市が減少しつつも鈍化傾向を最近示してい。京都市では、かつて高かつた死亡率の減少はじめ、有病率、感染性肺結核罹患率(それでも順調に減少して)3%が、罹患率の外鈍化傾向がある。京都市昭和51年度結核死因順位は、総数で49年より11の10倍、男性は49年より8倍、女性を上回り、女性は昭和49年より10倍以下に落ちたが、51年通り残る。また市内各行政区ごとの結核登録率、罹患率、死率等が計算され、市内北部左京、山科、右京3行政区が比較的の低値を維持しているが、他は明らかではない。(図5)

年令別では、東九条地域の年令別結核統計はなく他と比較できなかった。全国的にみると、日本の結核は激減したといわれますが、死率、罹患率とともに、現在30歳以降の社中高年令層の減少率の伸びは鈍化し、70歳以上の高年令層では逆に増加している。また京都市のように死因順位が女子で4年ぶりに10位にちびつ不二とも推移するのである。(図6, 7)

このように、地域の第一線医療機関の日常診療のなかで結核と本邦新患者の急増という一級幕から、これらが低所得階層や健保本人の單身者、中年令層が高年令層と同样に多く、また若年層の結核家族から発病という新登録1名を通じて、これらの学区ではなお結核死率、登録率、有病率において全国平均をはるかに上回る点(地域性)、大都市の改善した統計(しかし減少鈍化はあるが)に隠されて、なお数多く残存、沈殿し、ときに漸増の兆があらうことば、大都市の健康問題の三つの問題として見逃すことはできない。

4. 東九条地域の人口動態、死因分析 二のようす結核患者の減少鈍化、漸増傾向を生むこれら3学区、東九条地域の健康水準、死因が分布分析を行った。

3学区の人口動態の整体像は類似して(%)が、そのうちS学区が最も特徴的で、全国、京都

市、南北区と比較すると、出生率は南北区ともほ  
とがに低い、新生兒死七率、死産率はほとがに  
高い、粗死七率、乳兒死七率ではS学区がやや  
高い。死因順位で、10年間、京都府、南北区と  
比較すると、S学区は、第1位の肺血管損傷、  
第2位の心臓の疾患は、悪性新生物に位をな  
く譲つておらずこと、自殺体たる者も、全結  
婚、不慮の事故の減少が遅れることのほか  
とともに、慢性老入院はともどもほとんど減ら  
ないが、死亡率がほとんどの、上位高齢者とおなじ  
こと。心臓の疾患、悪性新生物、自殺が著増、  
肺炎、脳血管損傷は漸増し、全結婚、老齢は不  
變、高血圧漸減、不慮の事故は減少してある。  
年令階級別死因分類を前述のように資料なく、  
分析はおこなえなかつた。(表2)

京都府の昭和44年～46年の資料を範囲として保  
健需要度70.71ILに下ると、文化人が多く住  
居環境がよいとされる下鴨、葵、松ヶ崎、伏見学  
区と、S、TK、TW連合学区とも環境、保健  
衛生面個別指數を用いて比較すると、市内73  
連合学区のうち保健需要度順位は1～8位から  
順位が下り、東九条の連合学区が母子保健、  
一般衛生は第1位、全般総合第2位に付し、成  
人保健では63位にあつたが、一方前者とは保健生  
活、環境衛生では最も順位に付し、成人保健  
では26位を占めた。

5. 東九条地域特性の社会医学的分析

(1) 本でもなし、(2) 1960年代の政府の高度経済成長  
政策によつて都市問題が一斉に爆発し、産業革  
命期の古い工業都市化と現代資本主義の大都市  
化が同時進行し、資本の集中が人口と産業を  
都市に集中させた。都市公害が著しく、このよ  
うな日本の都市問題が生活環境、居住環境によ  
く関係し、これと社会の要因が自然的、生物學  
的原因と並んで疾病発生の要因をつくりだした  
といふ。このような背景が東九条地域は、第一次世界大戦をへて日本資本主義が独立階級に  
入りとどりに資本効力者や労働者、これらも既に  
して効力者や労働者や密集地をつくり居住し、ま  
た朝鮮からの民衆の差別と抑圧をうけ低廉な勞動  
力として運行された朝鮮人を集団的に居住、歴  
後東洋が敗戦失業者として多く増加するよ  
うになつた。

このように形成された東九条地域は、1960年

當初新市政誕生すると、いち早く住民対策と  
して東九条地区実態調査を実施したが、市長の  
病死後TAKの移籍を演繹したようである。以  
来、南北区は京都府の南部工業開拓計画のもと、  
第一回で「シヨン政策がとられ、さらに市の  
都市交通政策が市電撤去、バス代替、地下鉄建設、  
さらに京都駅南口開拓計画が策定され、  
本年度より雨閣祭ビル、地下街建設、木下川、  
ゲート型スエード進出、地下商店街、バス7°  
一ル等と細目にわたり計画され、東九条地域の  
弓筋区の一部が保存改修が完了、他の周辺地  
域は市地壇大字とともに、ビーチタス木下川、企  
業ビル、駐車場など軒換され、東九条地域はま  
さに久がロードの現状である。

したがつて東九条地域は、かつての低所得階  
層居住地であったところに、自動車公害の増  
大とともに、大型スエード、全国有名商店の進  
出などの地元商店街の破壊、ホテル建設などの地元  
旅館への影響、地域の子供の非行化など、東九  
条地域への影響の影響は深刻である。

東九条地域の実態調査報告は1969年に提出され  
たが、(1)中津四町といわれた弓筋区の一地域は、  
その報告によると、世帯主の職業では、單  
純労働27%、複業労働13.4%，店員、店舗、半業者  
が13%を占め、親の代から居住は17%にすぎず  
、京都府内(ときに南北、隣接下京区が多)  
62%が流入、外国人世帯14%を占め、生活保護  
受給者24%が達して11%。1974年の診療所の受  
診患者割合では、肺癌の特徴として、肺結核か  
らび慢性閉塞性肺疾患、肺癌、肝硬変、高血圧症、  
糖尿病などを成人病、貧血、筋骨格系の疾患、  
精神障害、不慮の事故が目立ち、また医師患  
者階層が生得者層、高年齢の増大、健保率人  
口に日雇、若年層の減少が認められた。実態  
調査報告以後10年の現在、人口の推移は、17年  
間で弓筋区の生世帯は13%減、人口36%減と著  
減し、TK、TW学区は先れ生れ世帯数11%，  
4%減、人口16%減、21%減となり、生得者層  
は弓筋区17.8%を最高(昭和44年現在)12、弓  
筋区と南北区が増加してある。

このように低所得階層地域がつら木下川をか  
げ新化な雨閣祭計画のもと、低所得者にとつて  
販賣手口に絶縁的困難が伴い、失業問題、不況  
といつては生活難、さらに公害による健康

魔破壊が現在も進行している。前述した新築生患者は突然の増加が偶然ではなく、大都市の住民の移入地域では、どのような地域の条件下でこれが起りうるかを推測される。生じたこの12年一貫して結核の11名生じたは、職を失つても先輩として社会と異常者となり、年収は完全化せず就労不能のため生活保護に社会的移動した世帯主が、肉体勞働での飲酒が病的飲酒となり、未婚別居や離婚という家庭崩壊過程のなかで、まじめ子供の養育に通常せず、このように社会的経済的条件下で、結核が、結核斜陽論から結核杆菌無用論の流れを生じ、因縁で即感染致病したものと見なすを推測された。

今後、大都市の住民の健康問題で人口の規束に隠され、手仕事の住む小地域の住民の健康問題が上から厚生行政に追加され保健行政の仕事負担が現状があるが、このような民間医療者の地域の第一線保健医担当者こそ、問題提起者となり、これを生活の場から離れてから、地域の保健医療の実態がいか一下子を覗む、住民や行政の協力者とともに、都市問題の構造者でもある低所得階層の健康改善もしくはそのための取り組み問題を提起した。

図1. 東九条(三学区S, Tk, Tw学区)略図

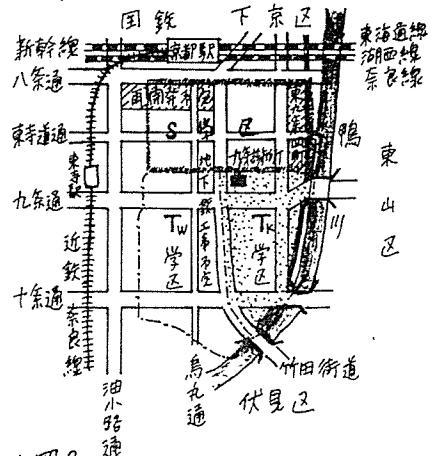


図2. 10年間にわたり九条診所行受診

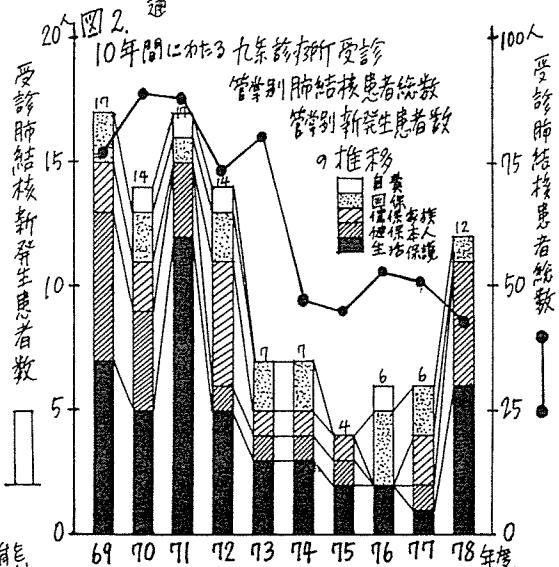


表1. 1978年度中 新発生肺結核患者の実態

籍組	氏名	性	年令	住所	管掌	合併症	排菌状態	病型分類	痰核分類	指色	虫歯	就病形式・社会的経済的問題要点
4/3	吉○	男	48	TK区	生保	糖尿病、TBC肝障害	—	VII	CD, Kx1	B1	4	就業者貧乏病的飲酒
5/26	高○	女	59	TK	—	TBC肝障害	—	IV	Ople	B1	8	被居・病的飲酒
7/10	鶴○	男	10	TK区	—	鎖骨骨折	未検	6H	OH	B1	7	被居(就業不能)肉芽腫
10/9	伊○	女	41	S区	—	TBC肝障害	—	II	CB, Kd1	A1	5	被居・病的飲酒
10/6	鶴○	女	46	TW区	—	TBC肝障害	—	III	B1, Kbz	A1	4	被居・病的飲酒
4/3	島○	女	44	S学区	—	高血压心不全	—	VII	CD1	B1	6	被居・日暮踏経路
1/4	若○	男	76	伏見区	国保	動脈瘤	—	III	CD, T1	B1	6	角窓
3/14	森○	女	70	TK	—	肺門症・高血圧症	—	III	CD, Ple	B1	6	被居・角窓
3/1	村○	女	22	南	健本	糖尿病	—	I+	VII	B1 → CD1	④	家族(近親者肺結核有り)歯石
4/3	前○	女	54	S区	—	肝障害	GT	III	CD2, Kx3, Pls	A1	4	就病中角窓
7/4	鈴○	女	69	TK区	—	不整脈	—	II	CD1, Kx2	A1	5	被居
10/20	西○	女	66	南	—	高血圧症	—	III	CD1	B1	6	被居

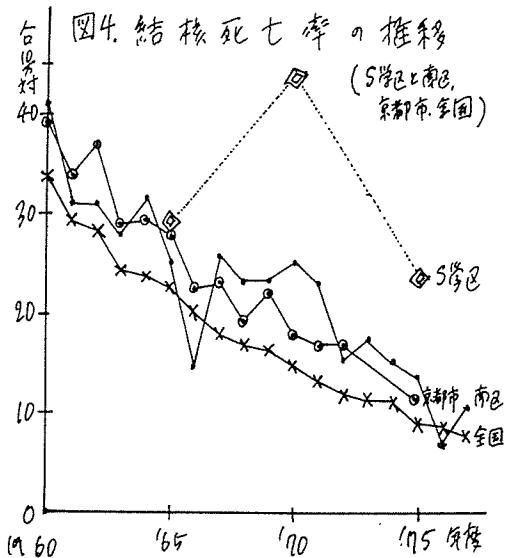
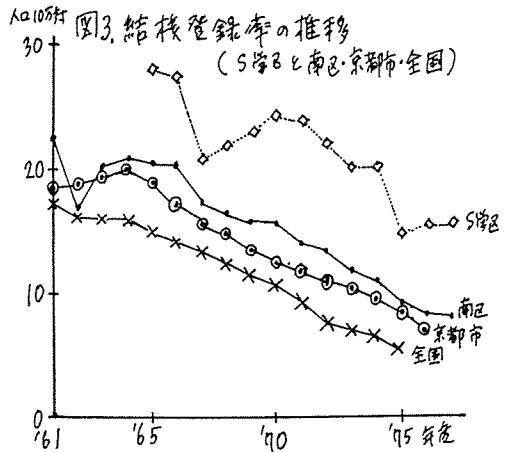
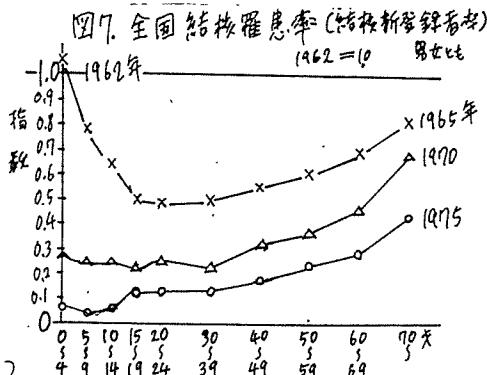
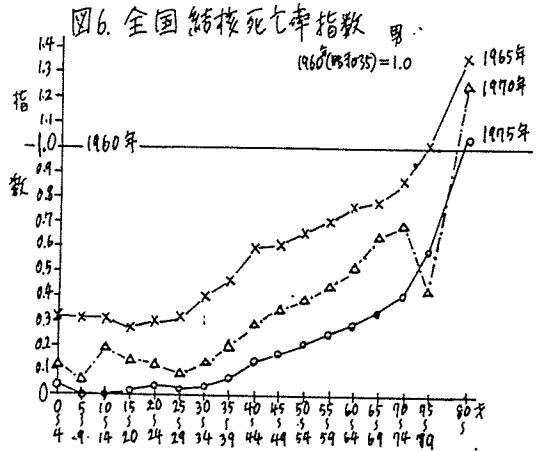
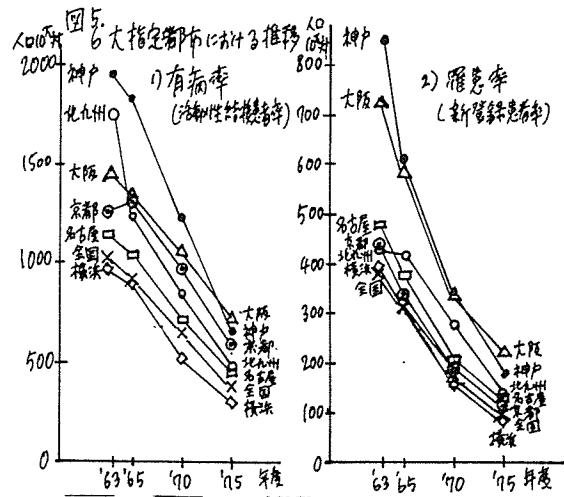


表2. 死亡順位の推移 (S学区・南区)

死因分類	S 学区			南 区		
	1964-67年	1968-70年	1971-73年	1965年	1970年	1975年
心臓・疾患	81.2(3) → 81.7(3) → 121.3(2)	+ 40.1	60.3(3) → 70(3) → 92.9(3)	+ 32.6		
悪性新生物	89.4(2) → 130.8(2) → 115.2(3)	+ 25.8	106.8(2) → 114(2) → 134.1(1)	+ 27.3		
自殺	12.8(4) → 18.4(3) → 36.4(6)	+ 23.6	29.2(6) → 14(4) → 21.1(7)	- 8.1		
肺炎	31.9(6) → 45.0(4) → 42.4(5)	+ 10.5	24.7(7) → 23(1) → 29.7(4)	+ 5.0		
脂血管損傷	136.2(1) → 155.3(1) → 145.6(1)	+ 9.4	108.7(1) → 121(1) → 115.9(2)	+ 7.2		
全結核	23.4(1) → 45.0(4) → 21.2(3)	- 2.2	24.7(7) → 25(6) → 13.4(1)	- 11.3		
老衰	34.0(5) → 28.6(5) → 30.3(1)	- 3.7	42(6) → 30(6) → 23(5)	+ 19		
高血圧症	17.0(8) → 18.4(8) → 9.1(4)	- 7.9	21.0(4) → 22(8) → 15.3(8)	- 5.7		
不慮の事故	61.7(4) → 32.7(6) → 48.5(4)	- 13.2	51.5(4) → 41(4) → 23.0(6)	- 34.5		
肝硬変	不明 (資料なし)			6.4(0)	14.4(0)	+ 8.0



# II-7 低所得勤労市民の健康 — 豊中市における調査から —

・逢坂 隆子 朝倉新太郎  
(阪大・医・公衛)

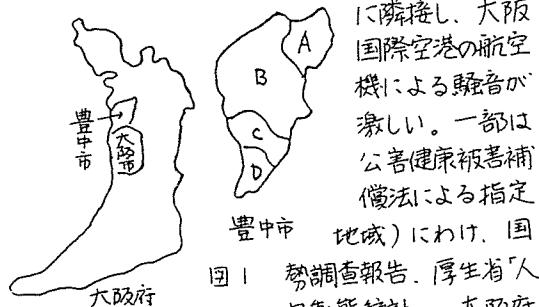
## I. 目的

昭和30年以降のいわゆる高度経済成長期に爆発的に膨張した我が国の大都市は、各種公害の激化と共に、非行・犯罪・離婚・家出・交通事故の増加にみられるように社会環境の悪化が目立ってきている。このような都市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如く、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、既成の市域をこ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。

今回は、大阪市に隣接し、大阪という大都市圏の中の、都市化の波にあら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遺族の訪問により調査したので、その結果について報告する。

## II 方 法

豊中市を、図1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域)、B地区(旧市内)、C・D地区(南部は大阪市



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お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、昭和49・50・51年の死亡数を合計して平均し、50年の人口で割ったものを昭和50年の死

亡率として用いた。

さらに、昭和49・50・51年に豊中市において死亡した40歳以上男子109人の遺族を訪問し、情報を得られた85人について死亡に至るまでの実態を検討した。

## III. 結 果

### 1 統計資料による観察

#### (1) 地区別社会経済状態と健康指標

豊中市は人口約40万人のベッドタウンであるが、町々の成り立ちの相違によりかなり地域差が著しい。健康に影響をおぼすと考えられる社会経済指標をみると4地区間に大きな差があり、表1に示すように(1)住居の種類、(2)1人あたり戸数(3)15歳以上男子就業者の従業上の地位(4)失業者の割合(5)単身者の割合(6)未嫁・死別・離別者の割合などいずれも、A、B、C、D地区の順位に悪い条件下にあるものの率が高くなっている。

表1. 地区別社会経済指標(昭和50年国勢調査)

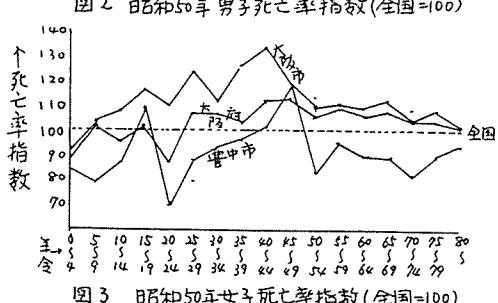
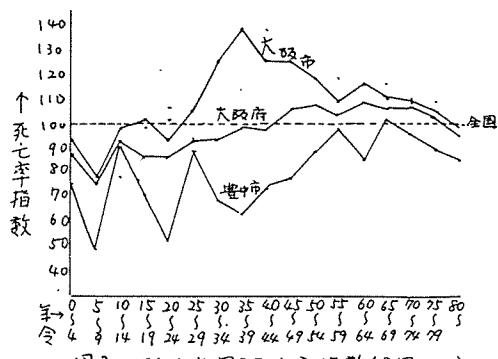
社会経済指標	A地区	B地区	C地区	D地区
住居の種類(%)				
民営借家	2.9	37.7	64.0	65.2
公営借家	60.0	11.0	2.9	1.2
1人あたり戸数	6.5	6.7	5.4	5.0
従業上の地位(%)				
雇用者	79.6	74.9	78.5	77.3
役員	12.1	11.0	5.3	4.7
雇入ない業主	3.3	6.9	8.8	10.0
失業者の割合(%)				
男	1.5	1.9	3.0	4.5
女	2.2	2.0	3.2	3.7
単身者(世帯員%)	1.6	5.0	9.8	10.5
配偶関係(35~54才)(%)				
未結婚	2.7	6.3	10.6	10.3
既別	0.2	0.5	0.7	0.8
離別	0.8	1.1	1.8	2.5
未婚	4.4	7.9	10.2	8.6
死別	2.0	3.3	4.1	4.3
離別	1.9	3.2	5.5	5.0

国勢調査報告をもとにした社会経済分類による地区別階層割合をみても、会社団体役員、専門職業者、技術者、教育・宗教家、管理職、事務職などいわゆるホワイトカラーないしは高所得階層は、A地区で最も割合が高く、B、C、D地区の順位がなくなっている。逆に、技能者、労務作業者、工業・商業などの自営業者、失業者などいわゆるブルーカラーないしは低所得階層はD地区で最も多く、C、B、A地区の順位がなくなるており、見事なほど経済力による住

み分けが行われている。(表2)

表2 15才以上男子 社会経済分類

社会経済分類	A地区	B地区	C地区	D地区
(A) 会社団体役員	5.5%	6.3%	2.0%	1.5%
専門職業者	3.1	1.8	0.5	0.3
技術者	4.7	3.1	1.7	1.3
教育・宗教家	1.5	1.7	0.9	0.5
文筆家・芸術家	2.1	1.3	1.1	0.7
管理職	6.8	2.5	2.0	0.7
事務職	19.3	16.3	10.7	8.5
販売人	14.1	15.4	12.9	9.4
サービス地主業者	2.8	3.4	2.9	3.2
農林業者	0.1	0.6	0.6	0.4
(B) 小計	58.0	53.4	35.3	26.5
(C) 工業商業者・自営業者	3.1	3.8	4.2	4.8
技能者	18.1	18.4	23.8	38.5
労務作業者	2.6	3.5	5.1	5.5
個人サービス人	2.0	6.6	5.7	6.9
保安職	0.7	0.9	1.1	1.0
15才以上非就業者(含失業)	3.3	6.1	7.4	2.7
(D) 小計	29.8	37.3	57.3	64.4
学生	10.0	10.7	7.3	8.6
経済状態				



の地域差を背景として、地域別の差が大きく、ほとんどの健康指標が、A、B、C、D地区の順に悪くなっている。(図2.3.4、表3)

地区別死率の地域格差は図4に示すように男子でひじょうに顕著であるが、女子についても程度はやや弱いがほぼ同様の傾向が認められている。大阪市に隣接しているり地区では、死亡率、死産率、結核有病率、結核罹患率などす

図4 昭和50年豊中市地区別

男子死亡率指標  
(全国=100)

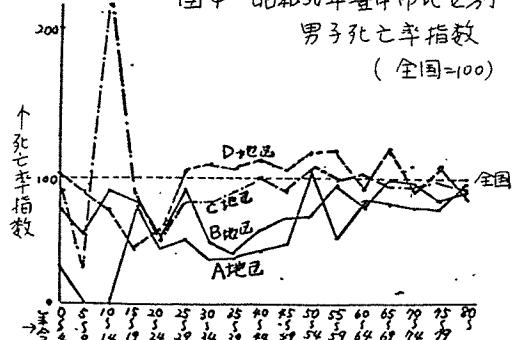


表3. 地区別健康指標(昭和52年)

	人口 (単位千)	死率 (出生4千) (人口10万対)	結核有病率 (人口10万対)	結核罹患率 (人口10万対)
A地区	42.9	33.9	244.5	44.2
B地区	221.7	43.1	290.1	78.9
C地区	51.8	49.3	374.8	139.1
D地区	76.6	65.8	395.3	105.8
全豐中市		47.0	316.6	88.3
大阪府下		56.6	317.5	99.3
全国		52.7	348.5	86.6

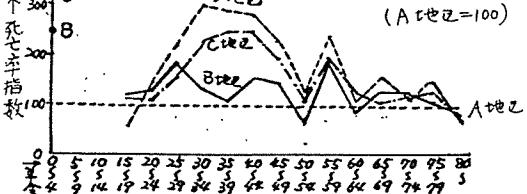
べてが全国平均より悪くなっている。

## (2) 中年期死亡の地域格差

死亡率の地域格差をくわしくみるために、B、C、D地区の男子年令5才階級別死亡率と、最も死亡率の低いA地区の同死亡率を100とする指數であらわしたのが図5である。

図5. 昭和50年豊中市地区別

男子死亡率指標数(A地区=100)



中年期でとくに地域差が大きく、高年令層ではむしろ差が小さくなっている。D地区の男子中年期死亡率はA地区の約3倍にも達している。

40~44才男子死因別死亡率については、悪性新生物、肝硬変をはじめとして自殺を除くほとんど全ての死因で、A、B地区よりC、D地区の方が高くなっている。(表4)

地区別年令階級別死亡率の変動係数でも、35~44才の中年で男女とも差が最も大きく、地域格差が中年期の健康に最も敏感に反映している。(図6)なお、若年で変動係数が大きいのは実数が少ないためのバラツキと思われる。

表4 40~44才男子地区別死亡率、死亡率  
(%)は人口10万に対する死亡率

地区	A B 地区	C D 地区
悪性新生物	12人(38.6)	9人(56.0)
肝硬変	12人(38.6)	10人(62.3)
心疾患	11人(35.4)	8人(49.8)
脳血管疾患	5人(16.1)	3人(18.7)
結核	1人(3.2)	2人(12.5)
精神障害合併*	3人(9.7)	4人(24.9)
自殺*	5人(16.1)	1人(6.2)
事故	3人(9.7)	3人(18.7)
その他**	3人(9.7)	14人(87.2)
全死因**	55人(17.0)	54人(33.6)

\*\* P < 0.001

\* P < 0.2

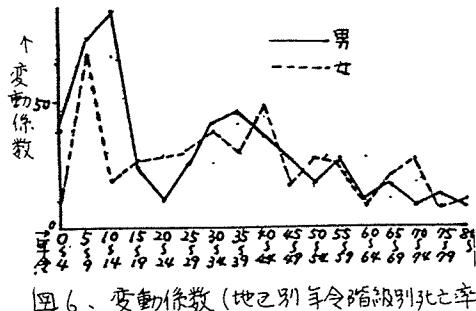


図6. 变動係数(地区別年令階級別死亡率)

## 2. 訪問調査による中年期男子の死亡の実態 (1) 死亡者の社会経済的背景

表5. 社会経済分類による死亡率格差

社会経済分類	50歳以上男子 豊中市	40~44才男子 死亡者
(a)		
会社団体役員	4.0%	0.0%(0人)
専門職業者	1.4%	2.4%(2人)
技術者	2.6%	1.2%(1人)
教育宗教家	1.3%	0.0%(0人)
文筆芸術家など	1.2%	0.0%(0人)
管理職	3.5%	2.4%(2人)
事務職	14.1%	10.6%(2人)
販売人	13.7%	3.5%(3人)
サービスその他事業主	3.2%	0.0%(0人)
農林漁業者など	0.5%	0.0%(0人)
(b) 小計	45.5%	20.1%(17人)
(b)	(663人)	
工業商業など自営業者	3.9%	13.0%(11人)
技能者	24.7%	34.1%(29人)
労務作業者	4.1%	3.5%(3人)
個人サービス人	4.3%	4.7%(4人)
保安職	0.9%	2.4%(2人)
15才以上非就業者(含失業)	6.4%	4.7%(4人)
(b) 小計	44.5%	62.3%(53人)
学生	9.6%	17.6%(15人)
合計	100.0%	100.0%(85人)

昭和49・50・51年に死亡した40~44才男子死者109人のうち、自殺6人、事故6人、他殺

1人、精神障害を伴つて死亡7人、住所不詳4人を除く85人にについて、国勢調査報告をもとにした社会経済分類を用いてわけると、表5のようにになる。A. B地区に多く住んでいるような階層(a)では死亡率が低く、C. D地区に多い階層(b)即ち、商業・工業などの自営業者(酒屋、パン屋、水屋、花屋、下請け製造業など零細企業主)、技能者(零細企業労働者、鋳物工、溶接工、運転手、大工、左官等)、労務作業者(土方、土木手伝い等)、個人サービス人(バーテン、すし板前、クリーニング業、銭湯ボイラーマン等)、保安職(自衛隊員、消防署員等)失業者などで死亡率が高く、両階層間の死亡率には有意の差がある。(P < 0.001)

表6. 配偶関係による死亡率差(40~44才)

配偶関係	豊中市	死者
未婚・離別・死別者	6.1%	17.6% (15人)
有配偶者	93.9%	78.8% (67人)
(不明)		3.5% (3人)
合計	100.0%	100.0% (85人)

未婚、離別、死別者など単身者の死亡率も有配偶者にくらべ有意に高い。(P < 0.001)  
(表6)

## (2) 死亡者の生活と医療

訪問調査した死亡者の内には、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、働き過ぎ、傷かされ過ぎで病気だとわかつても十分な治療を受けられずに死亡に至った例が多い。特に何をか自分一人でやっているのはならない零細な自営業者の場合、健診受検で治療費は何か保障されても、休業している間の生活保障がないので医療に詰りつきにくいことが大きな問題である。Z-3 Caseを紹介する。

Case1: 夏場だけパート従業員1名を短時間雇って氷屋を営んでいる商店主。昭和45年に、たまたまかかって近所の開業医で肝臓が悪いと言われていたが、午前中はどうしても店を開けることができなかつたため検査をうけないまま苦痛のひどいときは注射と薬を一時しのぎをしていた。昭和50年にとうとう入院するまで肝硬変だということがわからず、死に至る。入院中は、治療費よりも店を手伝つてもううづめ雇つた人に支払う給料が負担になつた。

Case2: 肉卸売業を一人できりもりしている

自営業者。「わしは元気や。医者ぐらいや。子供のためにお金をためておいてやるんや。」といふのが口ぐせで朝は隣りのお豆腐屋さんより早く起きて仕事をはじめ、毎日夜中12時すぎまで働いていた。健診を受けてこどもなく、医者にかかつたこともない。借家の一階土間に置いた商売用の大きな冷蔵庫に出入りして働いている途中、突然発作をおこして倒れ、救急車が到着した時にはすでに死んでいた。死因は急性心不全。家族は妻と子供4人。妻は夫の死後近くの弁当屋で働いていたが、その弁当屋が倒産してからは、妻の弟と野菜の行商をしている。

Case3：個人運送業者。昭和37年四国から大阪へ出てきて運送業をはじめる。大きな会社の名を借りて自家用車に妻と同乗し走りまわる。流し台、鉄工材、野菜、果物などの運送注文をとりつけて往復するという毎日で、北陸・九州が多かつたが、この長距離運送のため日のうち半分は家にいらず、とにかくいそがしい毎日であった。石油ショック以来仕事が少なくなり、休むことなく仕事をさかしまわってまでやつたせいか、安くてたしかれることができなかつた。以前は3.5トン車だったのを昭和49年（オイルショックの直前）に8トン車にし、やりくりに苦労した。死因は十二指腸潰瘍で手術後5日目に死亡。

以上のような自営業者と異なり、雇われる立場にある労働者の場合はどうであろうか。

Case4：大手の運輸会社の荷物伝票整理をしていた。肺癌で死亡。大型のトラックの排気がスガ一日中事務所内に吹き込むという職場環境のもとで作業。賃金が安いので残業しないと妻と子供2人の生活が維持できない。一日のスケジュールは、朝6時に起きて7時5分前に家を出る。残業をするので、労働時間はたいてい日に12時間以上となり、帰宅は夜11時15分頃。帰宅すると疲労のため5分もたたないうちにコロリと横になってしまう。就寝時間は12時40分頃。睡眠時間は約5時間。このような生活で、肉体的無理を、しかも規則的な無理をしていた。死ぬ直前までこのような生活が続いていた。死亡後、家族は生活保護で生活。

Case5：鉄工金属（超硬合金）工場の工員。死因は肺癌。40才。昭和30年頃葉酸結核に罹患

し1年間入院。仕事上、石炭肺の認定はうけたが、結核の方は以後の会社検診でずっと異常なしであった。昭和50年癌陽様症状で発病し、結核再発、肺癌と診断された。仁平は残業が週に10時間位で、1日当たり10～12時間働いていた。妻は病弱であり通院中であるが、夫の生前は内臓で家計を助け、夫の死後は外へ働きに出ている。ワオと5才の子供（Case死亡時）かい。

Case6：工員。死因は急性心不全。40才、航空機駆動部ひじょうに激しく、小住宅が密集した地区の文化住宅に住む。本職の工員としての仕事以外に、日曜日は知人の家具店の配達のアルバイトをしていた。死した日も日曜日でアルバイトをして夜8時頃帰宅し、酒を飲み、テレビをみながら食事をしている途中発作をおこし苦しみだした。救急車が到着時にはすでに死んでいた。遺族は妻と子供2人（Case死亡時には4才と乳児）であるが、Caseの死後35日をすませるとすぐ、親類のいる山陰地方へ車で居ていった。

Case7：バーテン。死因は胃潰瘍。線路の文化住宅に住む。昼すき涼を出て、夜中に帰宅するのが3つつの毎日であった。職業柄アルコールはかなり飲んでいた。特に病気らしい病気はしたことなく長く寝こんだこともない。死亡の前日も元気に出勤したが仕事中「しんどい」と言い出し、いつもより少し早めに帰宅した。次の日、なぜかも知れん位に思っていつも通り睡前まで寝ていて朝食兼用の食事をすませたところ、容態が悪化。救急車で病院へかつきこんだ時にはすでに出血量が手遅れといわれた。その日のうちに死した。遺族は妻と子供（小男）1人。Case死亡後まもなく府営福祉住宅に転居。

未婚・離別・死別者は、有配偶者にくらべて死亡率が高い。未婚者の中には、もともと病気をもつていて結婚できなかった人も含まれているだろうし、病気がもとで離別した人もいるだろう。また、ある程度の年令になつても未婚でいる人の中には、正常な家庭を営めないような経済状態や生活様式をもつものが少く、未婚でいると、生活に満足がいくためますます生活

が乱れ不規則になり、健康を害していくことも考えられる。さらに、形の上では結婚していくも、種々の理由のため、実際上は家庭崩壊状態にあるものなども、労働力再生産の基盤を失い健康を害していく。

Case 8：広島県出身の単身の日雇い労働者。訪問者がその中に人が住んでいるのを疑った様のバラックでここ寝生活。工建設会社が大阪市西成区から10日契約位で雇い入れてくる。金入りると毎晩酒にひたっていた。朝起きないとしたら死んでいた。検死の結果は急性心不全。

Case 9：すし移前。10才代から酒を飲みはじめ結婚してからもずっと毎日1升以上飲み続け肝硬変、慢性アルコール中毒症で死亡。仕事を休むことが多く、きっちり勤務していた期間はない。収入はずっと上に、酒を飲むので家へほとんど入れず、工場で勤めに出てる妻の収入に頼る。血を吐いても酒を飲んでいた。死ぬ1ヶ月前から脳症が出て、わけのわからぬことと口走っていた。治療らしい治療をしていないので治療費はゼロ。妻と夫との間には精神的つながりが全くなく、死んであたり前。かえって清々したといった様子である。夫の死後の方が酒代がいらなくな、生活は楽になたと思われる。

Case 10：18才のとき脳結核に罹患したためにもあり仕事には消極的で、又の工場をちょっと手伝ったり、水道工事業者の下で下働きをしたりしていくことがある程度。休むことが多く、まともに給料をもつて帰れないことがなく生活費としてあまり期待されていなかった。母・妻・子供3人の生活費は妻の収入に頼っていた。競馬、マージャンに漬っていた。肝硬変で死亡。

Case 11：未婚の一人暮らし。大工の手伝い仕事をしていたが、仕事をしてお金が入ると全部飲んでしまうという近所の評判。仕事を行く途に道で倒れて救急車で病院へ運ばれ急性心不全で死。母親と弟7人か以前は一緒に住んでいたが、弟たちはそれぞれ結婚して別居。母親も既婚の弟と同居し、長男であるCase 14が最後に残り一人でくらしていた。

Case 12：鉄工所自営。肝硬変で死をした。(胆石症合併) 小さな鉄工所の職人として働いていたが、雇い主の代わりでおもしろくなくなり

やめ、中古の機械と一緒に買って自家の一室におき鍛工所をはじめた。商売がうまくいかず死する2年前から妻も外へ働きに出でおり、夜は夜中まで内職をしていた。商売がうまくいかないので酒を飲み、酒を飲むので製品が不良になり、ますます商売がうまくいかなくなると、いう悪循環をくりかえし酒ばかり飲むようになる。妻との間には結婚当初から不仲。何度も救急車をよんで娘が悪い立、よく入院。入院中でも酒を飲んで指導に従わないで、ちよとよくなるとすぐ退院させられた。

Case 13：長崎の有数業者。未婚でアパートの一室で一人暮らし。新聞記者に勤務。妻になると、寝こんでしまい毎年1ヶ月以上会社を休んでいた。夏毎に、母親が長崎からきてきて看病していた。ひだんから顔色が悪く病弱で、よくて事も休んでいた。しきはなしのふとんの横にあぐらをかいいて坐つたまま死んでいた。死後数日にて発見される。検死の結果は肝硬変症。

以上は、街角得階層の例であり、数の上では大多数これが占めているけれども、所得としては多い会社社長、管理職の場合も、実際の工場はひじょうにきびしい。中小企業がほとんどをしめている。

Case 14：心筋梗塞の〇〇販売店社長。A地区の高級住宅街に住み、絶対状態はよい。1日の労働時間はきちと、きまといろいろわけではなく、24時間中働いているといつてもよい位である。日本の商談の特徴である酒のつきあいがある。2、アルコール量が毎晩ビール5本と日本酒2合にもなり、これが10年以上も続いた。肝硬変になり入院中も病室へ取り引きに際する電話がジャバジヤンかかってきてあまり休みないで。

Case 15：食品会社管理職。朝9時に迎えの車が来て、帰宅は早くて夜9時へ10時。12時を過ぎることもよくある。日程出勤も多く、しかも東京への出張が月に4～5回。肝硬変とわかっているのも十分の休養や治療ができる。死亡の2ヶ月前に希望退職したのに、電話がかかってきてよく出かけていた。死因は肝硬変。

専門職である大学研究者の中にも中年期の死亡者が見い出される。これは大学研究者の生活

の不規則さにも原因があると思われる。

Case16：公立大学講師、アフリカ・ボルネオ等の野生サル研究、国内でも各地のサル棲息地にて研究に従事。学生の教育・研究の指導もし、多忙を極める。日曜日にも出かけ、苏にいる時は、夜遅くまで部屋で調べものや整理をしていた。死亡する3年前にマラリヤにかかり、治療はしていたが、完治していなかった。死因は肺炎、妻は数年前に死亡。遺族は子供二人と両親。

#### IV. 考察と結論

大邱市に隣接している豊中市では、その一部が次第に「大邱市化」し、生活関連の都市整備の遅れとあいまって社会環境が悪化してきている。「大邱市化」したCD地区のような地区からは、経済的に恵まれ、時間的に余裕のある階層はどんどん逃げ出し、勤務時間や生活資金の面で制限とうけやすい低所得者層やブルーカラーの労働者が取り残され、さらにその上に住みつくという悪循環をくりかえし、経済力による住みわけがみことなまで認められている。CD地区には、その結果、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ほとんどすべてが悪化している。このような階層の人々のうちでも、とくに中年期では、自身が生理的に老化がはじまると共に、まだ親も扶養しなければならず、教育費のかかる子供をかかえ、さらに職場では、若年停年制や首切りの対象になりやすい年令層であるため、一層強く健康上の影響があらわれできている。

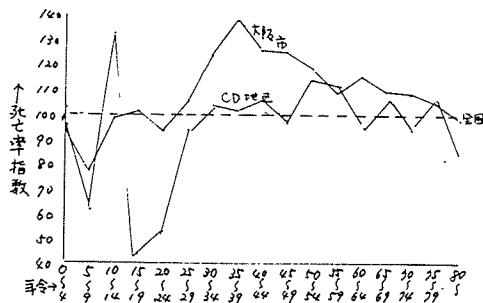


図7 昭和50年男子死率指数(全国=100)

図7に示すように、社会環境が悪化し、健康

水準全体が悪くなっているCD地区にくらべても、大邱市の死率は、ほとんど全年令階級において高く、特に35～39才を中心とする中年期の死率が高い。CD地区の以上のような状況からいっても、またこれまでの統計的分析結果からみても、大邱市はこれと同様、あるいはこれ以上に深刻な生活の実態、悲惨な健康状態、死亡の実態があると想像するに難くない。

今回の調査結果からもわかるように、中年期の中でも、とくに問題を多くかえている商店主や下請け製造業などの自営業者、零細企業労働者の多くは、健診をうける機会がなく、病気をひじょうに重篤になるまで気づいていないものが多い。さらに病気だとわかったても十分な治療をうけられずに死んでいったものも多い。このような階層の人々が多く住んでいるCD地区のような地域においては、労働衛生の面からも、保健所をはじめとする地域保健の側からも、中年期に焦点をあてた総合的な対策が、早急に実施されることが必要である。

< x τ >