

第21回社会医学研究会総会報告

— 1980年 —

社会医学研究会

この抄録は、第21回社会医学研究会総会における研究発表、実践報告の『公衆衛生』第45巻第2号に掲載したものを、別冊として取りまとめたものである。

目 次

第21回社会医学研究会総会主題 「健康とその公的責任」のめざすもの.....	芦沢正見 5
総会プログラム.....	6
<シンポジウム>	
先天異常への対応と問題点.....(司会)西三郎ほか／芦沢正見・木田盈四郎 松井一郎・加藤欣子・加藤春樹 8	
<特別講演>	
地域保健医療と公的責任——法的観点から.....	下山瑛二 30
<要望課題> 抄録	
101～104.....(座長) 藤島弘道ほか 32	
105～109.....(座長) 山下節義ほか 36	
209～212.....(座長) 山岸春江ほか 41	
310～311.....(座長) 前田信雄ほか 45	
<一般演題> 抄録	
201～205.....(座長) 乾死乃生ほか 49	
206～208.....(座長) 川村佐和子ほか 54	
301～304.....(座長) 園田恭一ほか 58	
305～309.....(座長) 山田信也ほか 63	
<自由集会>	
I～III.....(司会) 神谷昭典ほか 69	

〔会期：1980年7月26日，27日〕
〔会場：東京都新宿区四谷公会堂〕

第21回社会医学研究会総会主題 「健康とその公的責任」のめざすもの

——あいさつに代えて——

総会世話人代表 芦沢 正見（国立公衆衛生院）

1980年の幕が上がった今年は、ジャーナリズム挙げて80年代の展望におおわらわである。それらは異口同音に、80年代は国際的にも国内的にも予断を許さない厳しい時代であり、国際的にはエネルギーと資源問題、国内的には高齢化社会に向けての加速度的な薦進を筆頭に挙げて、政府・総資本もその対応策に迫られるであろうとし、他方、科学技術の驚異的進歩は医学・生物学の分野に限っても、たとえば遺伝子の組み替え技術と特許権の問題がアメリカでトピックになるなど、寡占・独占をめざして産学協同体どうしの激しい角逐が演ぜられるであろう、としている。これら一連の遺伝子工学といわれる科学技術が公的な制御機構を欠いたかたちでいったん巨大資本の手ににぎられた場合には、これが地球上の生態系に対するいまだかつてない人為的な干渉であるだけに、放置するならば人間存在の意味や社会存立の基本条件さえも揺るがしかねないインパクトを持っているといっても、いいすぎではなかろう。

さて、われわれの保健の分野で最近目立つことは、周知のように、にわかに健康の維持・増進の自己責任論が政府関係筋より強調され、関連して△△センターづくりが推進されつつあることであるが、これは医療財政の赤字の累積と無縁ではあるまい。一方において、情報機器装置産業の魅力的な市場をめがけての高額検査診療機器装置の躍進と激しい売りこみ合戦には目を見張るものがあり、消費者である検査機関、医療機関とその費用の支払いを転嫁させられる患者側との抜きさしならない関係に乗ずるとはいえ、誰がみても限度をこえた検査・診療に狂奔せざるを得ない状況に、この国の保健・医療を陥れており、資本制経済下での資本の論理、自由競争原理のまことにドラスティックな貫徹である、というほかはない。

およそ人間の生命の安全、健康に直接かかわりのある事業については、何らかの最低限度の公的なコントロールなしでは、とうてい人類社会の健全な存続は望むべくもないことは当然と考えられるが、かかるパブリックコントロールを民主社会においては、自治体および国に対し、市民、国民の多数意思にもとづいて信託していると解することができるのではなかろうか。

粗っぽい議論というそりは覚悟してあえて述べるならば、公的責任が帰せらるべき「国家」には歴史的にみてさまざまな類型が指摘されてきている。たとえば資本主義の勃興期は安上がりの政府、私企業への干渉はミニマムであるべしとする政府が歓迎され、「夜警国家」なる語を生んだ、資本制国家の確立期に相応して、企業国家や租税国家、また帝国主義段階に至るや軍事国家、警察国家の称が生まれ、戦後は保守・革新こぞって称揚する「福祉国家」がスローガンの時代である。

しかし、国家の類型が異なるれば、「公的責任」という言い方にも本質的な相違が生じるように思える。たとえば軍事型・警察型国家では、公的責任はすなわち国家の責任であり、国家あっての国民というイデオロギーが問答無用と大手を振ってまかり通り、国家体制を維持するためには、国防、治安、義務教育は国の第一義的な重要な責任とされ、そのためには国民は甘んじて国家の意思に従うことが天下り的に要求されたわけであり、民主社会のルールに沿ったパブリックコントロールの概念に基づく公的責任とは全く対照的のものでさえあると考えられる。

また「公的責任」それ自体、実体は国や自治体の行政行為として具体化されるものであり、一定の

財政需要を伴うものであることは当然である。戦前、戦後を通して保守政治は国の防衛、義務教育という公的=国家責任には格別の予算措置をはかってきた。しかし、保健・医療・福祉という国民の生命・安全に関するセクターでは、財政の硬直化に伴い、自己責任論の強調によって当面をカバーし、公的責任は補足的なものと考えているようにみうけられる。

国もしくは自治体がなすべき安全点検、監督業務においても、企業や民間の自主性、創意の尊重を建前として、いわゆる「自主管理」というかたちの行政指導で行政上事務処理がなされる傾向が各省、各自治体にみうけられる。「行政整理」の錦の御旗を前にして、業務の増大にみあう定員増が許されぬまま、公的責任をこういったかたちですまそうとする手段ととられても仕方があるまい。

長年つづいた資本制社会の存続を至上命令とする保守党支配下の政治にあっては、本来は「国民全体の奉仕者=公僕」たるべき公務員も実際には政財界の下僕に甘んぜざるを得ない状況下におかれてしまっているためか、新聞の投書などにも、公務員は多すぎる、として行政整理を支持するものが少なくない。深く「健康と公的責任」の問題を考察することなく、単純に民営の方がサービスが行き届くとか、税金も少なくてすむといった、一、二の事例を挙げての短絡的な有力紙の論調が、意図的であるかないかは別としても、結果的には世論誘導の役割を果たしているのではないかろうか。

以上、公的責任について、公的責任一般も含め、思いついたことを述べたにとどまるが、かねがねこのような諸問題について、法学上の見地から十分に掘り下げて解明していただきたいと考えていた次第である。それが、今回、特別講演として、下山瑛二教授（東京都立大学法医学部長）を演者にお願いした所以である。

また、「健康とその公的責任」は障害児（者）に対する国もしくは自治体の対応に最も集約したかたちで現われるものであろうと考え、「母子保健に関する基本的諸問題」および「先天異常への対応と問題点」（シンポジウム）を要望課題とした次第である。

いまや国際的な動きも、この潮流にさおさが如く、1979年は国連の「国際児童年」、1981年は「国際障害者年」にあたっている。みのり豊かな発表と討論を期待してあいさつとする次第である。

[1981年7月26・27日 新宿区四谷公会堂にて]

■総会プログラム■

<シンポジウム>先天異常への対応と問題点

《司会》西 三郎（国立公衆衛生院）

木下 安子（東京都神経科学総合研究所）

I. 先天異常防止対策の現状

国立公衆衛生院 芦沢正見

II. 先天異常の基本的考え方

帝京大・小児科 木田盈四郎

III. 遺伝相談の現状と問題点

神奈川県立こども医療センター 松井一郎

IV. 保健所での障害児ケアの実践

東京都江東区深川保健所 加藤欣子

V. 「発達障害」に対する接近の理念

——全国障害者問題研究会の場合——

全国障害者問題研究会 加藤春樹

<特別講演>地域保健医療と公的責任

——法的観点から——

《講演》下山 瑛二（東京都立大学法医学部）

<要望課題>101～104

《座長》藤島 弘道（長野県伊那保健所）

督 相子（滋賀県立総合保健専門学院）

101. 1歳6ヶ月児健診の委託問題にとりくんで

東京都荒川区荒川保健所 与儀恵子

102. 荒川保健所における障害児ケア

東京都荒川区荒川保健所 吉村享子

103. 大腿四頭筋短縮症(6)

——愛知県における6年間のとりくみ——

名古屋大・公衆衛生 金田誠一ほか

104. 心疾患児に対する行政の対応と問題点

全国心臓病の子供を守る会宮崎県支部 首藤正一

<要望課題>105～109

《座長》山下 節義（奈良県立医科大学・衛生）

小栗 史朗（名古屋市千種保健所）

105. 老人の生活と健康の援助と公的責任

大阪府立社会事業短大 奈倉道隆

106. スモン被害者の恒久対策実現のために

——被害者自身による実態調査から——

スモンの会全国連絡協議会 市原千春ほか
107. 現行スモン対策の実態と問題点

東京大・保健社会 手島陸久ほか

108. スモン問題に対する国と自治体の責任

——とくに未提訴スモン患者の救済問題について—— 東京医歯大難治疾患研究所 片平利彦ほか

109. 地域難病検診の実践から地域保健医療の公的責任への問い合わせ 東京進行性筋萎縮症協会 石川左門

<要望課題>209~212

『座長』山岸 春江(東京都神経科学総合研究所)

吉田 恵子(東京都荒川区荒川保健所)

209. 欲しなかった妊娠、計画外であった妊娠に関する調査 胎児新生児医療研究会 尾澤彰宣

210. 放射線照射ベビーフードの調査報告

(京都府) 日吉町役場 吉田幸永

211. 地域の乳幼児のすこやかな成長と発達を保障するために——医療機関の立場から——

淀川労働者厚生協会・柏花診療所 植田 章

212. 学校検尿における諸問題とその公的責任

淀川労働者厚生協会・柏花診療所 古川千賀子

<要望課題>310~311

『座長』前田 信雄(国立公衆衛生院)

多田羅浩三(大阪大学・公衆衛生)

310. 老人医療費制度の効用

大阪大・公衆衛生 金田治也

311. 大都市の保健問題

——神戸市の中年期死亡を中心にして——

大阪大・公衆衛生 逢坂隆子ほか

<一般演題>201~205

『座長』乾 死乃生(大阪在宅難病看護研究会)

吉田 幸永(京都府・日吉町役場)

201. 在宅診療におけるホームヘルパーとの協力

東京都立府中病院 川村佐和子ほか

202~205. 難病患者に対するホームヘルパーの援助

(その1) ヘルパーの援助対象としての難病患者

三鷹市福祉事務所 野辺英子ほか

(その2) 闘病中に夫と死別した筋萎縮性側索硬化症患者に対するヘルパー活動

八王子市福祉事務所 関口清子

(その3) 日中単身の気管切開の重症筋無力症患者に対するヘルパー活動

青梅市福祉事務所 沼田初枝

(その4) 精神分裂病の妻と2人暮らしの脊髄小脳変性症患者に対するヘルパー活動

国分寺市福祉事務所 西山真沙子

<一般演題>206~208

『座長』川村佐和子(東京都立府中病院)

加藤 春樹(全国障害者問題研究会)

206. ねたきり難病患者の在宅看護

大阪在宅難病看護研究会 乾死乃生ほか

207. 東京都の難病対策と地域医療

東京都神経科学総合研究所 山岸春江ほか

208. 三多摩地域の難病患者の受療行動からみた都立府中病院の機能

東京都神経科学総合研究所 小林史明ほか

<一般演題>301~304

『座長』園田 恒一(東京大学・保健社会)

上畑鉄之丞(杏林大学・衛生)

301. 農協組織を中心とした健康管理推進協議会の活動とその評価

(長野県) 佐久総合病院 杉浦尊磨ほか

302. 保健所で行なっている各種の教室の意義と問題点

滋賀県今津保健所 草野文嗣

303. 健康づくり活動と推進協議会の形成

——地域組織活動の事例を中心にして——

帝京大・公衆衛生 佐久間淳

304. 保健所と地元医師会との関係についての試論

大阪府岸和田保健所 丸山 創

<一般演題>305~309

『座長』山田 信也(名古屋大学・公衆衛生)

福地 保馬(滋賀医科大学・予防医学)

305. はきもの室内作業者の労働環境と健康状態

杏林大・衛生 千田忠男ほか

306. 出稼ぎ労働者の町にできた職業病治療室

久留米大・環境衛生 高松 誠

307. じん肺患者の地域集積的特徴と行政責任

京滋じん肺患者同盟 宮入昭午

308. 「急性死」認定例にみる発症要因

——その労働態様の分析から——

淀川労働者厚生協会・社会医学研究所 田尻俊一郎

309. 職場からみた中高年死亡

杏林大・衛生 上畑鉄之丞

<自由集会>

I. 私の生きてきた時代と「医療の社会化」(続)

——曾田長宗 『世話人』神谷昭典(中京女子大)

II. 保健所改革の方向とあり方

『世話人』小栗史朗(名古屋市千種保健所)

藤島弘道(長野県伊那保健所)

III. 被害者救済と公的責任

『世話人』片平利彦(東京医歯大難治疾患研究所)

<シンポジウム>

先天異常への対応と問題点

【司会】 西 三 郎 木下 安子

(国立公衆衛生院) (東京都立神経科学総合研究所)

I. 先天異常防止対策の現状

国立公衆衛生院 芦沢 正見

■ 先天異常の概念

先天異常 (birth defects, congenital anomalies) とは、出生前に客観的に存在する生化学的、構造的、機能的な障害ないし異常の総称と定義され、その内容については次のように分類されている。

a. 遺伝子病：遺伝子に異常のあるもの（先天代謝異常、血友病など）。

b. 配偶子病：受精後3週までの異常（ダウン症候群、ターナー症候群などの染色体異常）。

c. 胎芽病：4週から3か月までの異常（サリドマイド胎芽症、風疹症候群など多くの奇形）。

d. 胎児病：4か月から出生直前までの異常（①発育障害、②酸素欠乏性障害および分娩障害、③感染症、④胎児溶血性疾患、⑤化学物質による胎児障害など）。

ただし、国際疾病傷害および死因分類（ICD）の現行第9回修正分類では「先天異常」として740-759、①20項目、190小項目をあてているが、上記の①の一部、②による脳性小児麻痺、③、④、⑤はそれぞれ他の項目に属せしめられている。

■ 先天異常の頻度

ICD分類「先天異常」の国内での発生頻度の試算は、日母グループ（1979年）が0.9%（外表奇形のみ）、都立

産科施設グループ（1978年4-12月）が1.5%（小奇形を除く）、都内日赤産科施設グループ（1977年4-79年12月）が1.6%である（観察1週間、後期死産を含む）。先天異常の頻度は population-based か hospital-based か、また観察期間、診断基準、診断の一致度などによって相違するが、外国の頻度もおよそ1.5~3.5%（観察期間1週間）の範囲にある。

■ 既存行政情報の有用性の評価

先天異常発生防止策を立てるためには、まず、どんな先天異常が、どこに、どんな具合に発生しているかを、當時、サーベイランス情報として把握しておくことが必要となる。

現在、妊娠届、出生票、死亡（産）票、妊娠婦健康診査カード（保健所保管）、病・産・医院のカルテ、助産所の助産録（施設保管）、母子健康手帳（母所持）などの記録がとられているが、作製の意図がそれぞれ異なる以上、分散しているこれらの記録類を連結してサーベイランス情報とするのには多くの難点がある。また妊娠の悉皆登録は現行法上、完全実施の根拠を欠き、医療機関側の情報を行政機関側（区、市、町、村、保健所）に連結しなければならない法的な裏づけが制度上存在しない。なお、居住地と分娩・産褥地とが遠隔の場合、連結までの時間の遅れは避けられず、迅速、的確な情報性はどうい期待できない。母子健康手帳の記入状況もはなはだまちまちであって齊一でなく、集団情報としての評価は現状ではきわめて低いといわざるを得ない。

■ モニタリングシステムの必要性

1969年森永ヒ素ミルク中毒被災児の後遺症問題を契機として、日本公衆衛生学会に「中毒事件等の疫学調査ならびに対策に関する委員会」（委員長=辻達彦）が設け

られ、ヒ素ミルク事件だけでなく、サリドマイド事件、カネミ油事件も併せて討議し、このような事故の発生拡大を極力早期に防止する一方、長期にわたる被災者救済策の確立をはかる方策が論議された末、やはり、モニタリングを情報収集の方法とするサーベイランスシステムを設定し、早期発見と応急疫学調査による原因の探索、追跡調査方式ならびに対策の樹立をはかるべきである、というのがこの委員会での一致した見解であった。

もともと人間に対する突然変異や催奇形効果を直接、調査・実験することは倫理上の制限がある以上、間接的ではあれ、集団を対象としたモニタリングシステムによって環境起因性因子を推定するという方法をとらざるを得ない。1960年のサリドマイド事件以来、特定の先天異常を標識として當時モニター体制をとっている国や州が著しく増えている。前述のわが国の最近の先天異常発生頻度も、このようなモニタリングによってはじめて得られた数字である。

先天異常サーベイランスには分娩数が明確な広域集団を対象として、発生先天異常（特定）の全数を登録する方式と、特定の施設を指定して特定の先天異常の通報を依頼するモニター方式があろう。

いずれにしても、予め計算した予測発生数を有意に超過して発生した場合、警告を発するようにしたシステムである。なお、系統的に常に、蓄積されるサーベイランス情報は、疫学的な操作（たとえばケースコントロールスタディ、プロスペクティブスタディ、対費用便益分析など）を加えることによって、行政上、他の方法では得られない貴重な資料の提供が期待されよう。

わが国でも、日本母性保護医協会傘下の施設、都内の日赤産科施設、都立産科施設、鳥取県下の施設などにモニタリング機構が設けられているが、通報の迅速性、診断の一一致度、応急疫学調査の迅速な実行などの諸点にあたりなお改善すべき事項が少なくない。

国際的には1974年、アメリカのナショナル財團の援助により、先天異常国際情報交換機構（インターナショナル・クリアリングハウス）がニューヨークに設立され、現在21か国にわたり17のモニタリングプログラムの加入を見、四半期報告をして情報交換に資している（マーカーは表1に示す）。

演者らの都内日赤グループは1978年に加入を承認され、1980年4月には都立産科グループ（責任者=黒子武道）の加入が承認された。

なお、既存の疫学・統計資料により、ハイリスクが予想される地域または職域集団では他の種々の環境汚染ないし薬害モニタリングシステムを設けて、これらと連携

表1 マーカー11

1. 無脳症および類似異常 (740)
2. 脊椎披裂 (741)
3. 先天性水頭症 (742.3)
4. 口蓋裂 (749.0)
5. 唇裂および唇裂を伴う口蓋裂 (749.1; 749.2)
6. 気管食道瘻、食道閉鎖および狭窄 (750.3)
7. 結腸、直腸、および肛門管の閉鎖および狭窄 (751.2)
8. 尿道下裂および尿道上裂 (752.6)
9. 上肢の減数異常、下肢の減数異常 (755.2; 755.3)
10. 脣ヘルニヤ (553.1)
11. ダウン症候群 (758.0)：母の年齢（35歳未満、35歳以上）別患児数および分娩数

() 内は現行第9回修正 ICD コード。

させるなど、行政システムの一環として運用することも効率を高めることとなろう。しかし、このようなモニタリングシステムと連携をとった共働は、これから課題である。

以上、サーベイランス（モニタリング）システムを主として述べてきたが、このほかにも先天異常防止に役立つ（直接・間接に）方法・手段が知られているので、簡単に述べておきたい。

血族結婚の回避 遺伝に関する衛生教育、遺伝相談事業の発展にまつところが大である。一方、秘密保持のための情報管理も併せて重要視されねばならない。

高年妊娠の回避 ことにダウン症候群に母年齢依存が大であることは、周知のこととなっている。

遺伝性疾患の予防 遺伝情報の個人登録がいずれ将来の課題となろう。秘密保持の問題が公的責任と併せてやかましくなる。

低体重児分娩の予防 低体重児に比較的重い先天異常が伴うという報告は少なくない。母性の健康の保持・増進が一般的には大切な前提条件である。すなわち、産前の休養、適切な栄養・運動、貧血の予防、糖尿病のコントロール、妊婦健診の励行、酒・タバコのコントロール、薬剤・ワクチンに対するきわめて慎重な配慮、これらは妊娠可能な時期（避妊解除の時期）において常に念頭におかねばならない。

感染（症）防止 梅毒については性病予防法にもとづく血清反応検査を行ない、風疹については思春期女子に対する予防接種を行なうなど、必要な防止策をとる。

環境管理 化学物質の催奇形性試験、発がん性試験、突然変異原性試験、環境モニタリングなど。

先天代謝異常スクリーニング 現在6種の代謝異常にについて行なわれている。

難産の防止 酸素不足は胎児の脳出血、脳性小児麻痺の直接の原因といわれる。

■ 出生前胎児診断

先天性神経管欠損症 胎児が先天性神経管欠損症（無脳症、脊椎披裂など）の場合、妊娠血清中の α -フェトプロテイン（胎児由来の蛋白の一種）のレベルが異常に高値を示すので、この種の先天異常のスクリーニング検査として、妊娠血清について測定検査が行なわれ、英米ではルーティンに実施されている。確診は超音波による胎児診断、羊水中の α -フェトプロテインの測定によってなされる。以上の検査によって、比較的早期の妊娠、第16～18週において診断可能となる。演者らも東京都内某病院モニターグループについて、まず日本人妊娠の α -フェトプロテインの血清中の正常値の分布から、スクリーニングのための基準値を得ることを当面の目標として多数例について測定を実施中であり、一部は去る7月の第20回日本先天異常学会において口演した。

羊水穿刺、細胞培養、染色体検査 医学、検索技術の進歩は、染色体異常をもって生まれてくる児の確率を、単に統計上の確率計算によらずに、直接目で確かめ、イエスかノーでいえることができるようになつた。もちろん、穿刺に伴う母もしくは児へのリスクが全くないとはいえないが、また染色体検査者の誤認による誤差も絶対ではないが、遺伝相談や産科外来で不安に悩むクライエントの意思決定には、格段の確実な情報を提供できるようになった。わずかの経験確率を心配のあまり、中絶を希望した例もあったが、それがこれからは染色体検査の結果、安心して出産できるようになったことは、福音であろう。カナダでは1976年に40歳以上の妊娠の4%が羊水穿刺を受けたといわれる。

II. 先天異常の基本的考え方

帝京大学医学部小児科学教室 木田盈四郎

■ 先天異常の4つの本質

自分自身が先天異常患者でなく、肉親に患者がないものの多くは、常日頃この問題を自分のこととして考えることがない。それは、日常の生活に追われているのでその余裕がないからである。と同時に、無意識のうちに

その問題を考えまいとする傾向のあることも否定できない。

われわれの生活の場は、主として政治、経済、文学、芸能、スポーツなどの人文科学的関心で支配され、物理、化学、生物などの自然科学の分野の知識は、それを維持するための道具にすぎないと考えられている。こうした市民社会は、他人を見つめ、その中での自分の立場に気を配ってさえいれば、なんとか生涯を送れるところなので、自分が、生物の一員であることは忘れて過ごしていくのである。

つまり、人はますます情念的となり、理屈どおり考えることが、生活の上では邪魔となる傾向がある。例が悪いかもしれないが、「巨人軍が好きだ」と思っている人は、その立場を明らかにすることによって、社会的に自分を守っている。今では、野球人口が多いので、野球に全く関心のない成人は、変人扱いされることとなる。このように、一般にある集団の中で、多数を占めるものを正常、極めて少数のものを異常としている。しかし、この定義は絶対的な基準に基づくものではなく、対象とする集団の構成や、その属する時代などによって変化する。先天異常で使われる異常という言葉の意味も、ほぼ同じだと考えてよい。ただ、これは数学的に定義されており、「平均値±2ないし3標準偏差(95.44%, 99.74%)」に含まれているものを「正常」といっているだけのことである。そして、20人か100人に1人異常のものがいることとなる。

さらに、先天性はそうした異常の性質を示す用語で、生まれた時から持っている性質をさす。巨人軍の性格的特徴を生まれつき持っている人はいないので、明らかに、これは後天的な環境因子によって身についた感情である。

ところで、王貞治選手は、抜群の視力の良さと天性的勘の良さ、および不斷の努力によって、野球史上前人未踏のホームラン数把持者としての偉業をなしとげたといわれる。この視力と勘は先天性のもので、努力は後天性のものである。このように人間の特徴の多くは、先天性と後天性の2つの性質によってつくられたものである。ホームラン数など野球の能力から見れば、王選手は生まれつき備えた性質（先天性）により、他人に真似ができない（異常な）業績を残したことになる。

このように、本来、先天異常という用語には、身体的、精神的、社会的性質が含まれるが、それがその人にとつて有利に働くか、不利に働くかの価値観は含まれていないこと、もう1つ大切なことは、その特徴は、その人の人格的な全体像をさるものではなく、部分的なものを示

していることである。つまり、王選手において野球以外の能力は、普通人と変わらぬことを意味している。

しかしながら、一般に先天異常という場合には、不利な場合、つまり多くは先天異常による疾病をさすことが多い。病気には本来、良い病気も悪い病気もないはずであるが、先天異常による病気は、理由もなく嫌悪の感情を持たれがちである。その感情が、因果応報というわが国の仏教思想に基づいているかどうかよくわからないが、いずれにしても、これは巨人軍が嫌いだということと似た情念に基づく、社会的偏見であることは確かである。昔は、すべての病気が理由なく嫌われたが、近代文明の進歩につれて、ひとつひとつの病気の実態がわかり、治癒できるものが増えてきて、嫌われる病気がますます減っている。たとえば肺結核は、古くは亡国病といわれ、患者は村から追放されたが、抗結核剤の進歩によって治癒できることとなり、今では恐れられなくなった。しかし、先天異常だけは依然としてこうした偏見の中にとり残されている。このことは、先天異常対策が特に遅れていることを示す以外の何ものでもない。巨人軍が好きだ、嫌いだという感情は、他人を傷つけてもたかが知れていることが多いが、先天異常疾患が嫌いだという感情をむき出しにされると、自分で好きになったのではない患者の心を深く傷つけるものであることを知っていかなければならない。

(1) 先天異常は、生まれる前に原因がある身体的特徴のことだから、誰もそれを恥じたり、非難したりしてはいけない。

誰でも、自分の素質、つまり精神的、身体的特徴の中に、父親または母親譲りの部分を見つけることができる。耳の型、鼻の型、体型、声の質、顔つきなどがこれに含まれる。

詩人ゲーテは、自分自身の素質の由来を「父からは体格と、まじめな生活態度を、母からは快活な性質と、物語る楽しみを受けついだ。一つ一つの要素はとけ合って、複合体から分ちえないのだから、この男のどこを指して新奇のものとよべようか」としている。

われわれは、テレビの画像を見て、これは色や姿がそのまま空気中を飛んで、アンテナに伝ってきたものでないことを知っている。画像や音は、いったん電波となって空中を飛び、それがアンテナでとらえられ、電流となって受像機に届き、そこで画像と音が再現されたのである。これと同じように、ゲーテの体格は、父からは精子、母からは卵子のかたちでいったん蓄えられたものが、受精卵の成長とともに現われてきたものである。さらに、われわれはテレビの番組をあとで見ようとする

と、ビデオテープを利用することを知っている。ビデオテープはカセットに入っていて、そのまま持ち運びできるし、2本のテープを1本に合わせて新しい番組を編成することもできる。音や画像は、ビニールテープに付した磁性体の中に保存されている。

人間の遺伝現象も同じものと考えられる。個人の特徴は、その人の生殖細胞（精子または卵子）の核にある染色体の上の遺伝子によって子供に伝えられる。染色体はビニールテープと比較され、遺伝子はその上の磁性体に似ている。磁性体は、プラスとマイナスの2つの情報単位から成るが、遺伝子は、4種類の塩基から成るDNA（デオキシリボ核酸）で構成されている。

われわれは、ビデオの画像がうまく映らないときには、テープの中の磁性体が変化したか、受像機内の再生機能に故障が起ったとおおまかに考える。先天異常の場合も、これと同じに考えられる。つまり、磁性体の変化と対比される遺伝子の変化（遺伝）か、再生機構の故障、つまり環境による胎児期の変化（環境）のどちらか、すなわち、遺伝か、環境かと考える。

(2) 一口に先天異常といっても、その内容は千差万別であって、そのどこにも正常人との間に明確な境界が引けるところはない。

先天異常は、このように遺伝と環境によって起こるが、この2つは二者択一的に対比されるものではなく、ともに環境によって起こり、互いに協同して働いている。

先天異常疾患には表2に示すように、遺伝子が単独に障害されているもの（単純遺伝病）、たくさんの遺伝子が同時に障害されて起こるもの（多因子性疾患）、遺伝子の載っている染色体が変化したもの（染色体異常）および、一般に受精卵が胎内で発育する時期は2つに分けられ、胎生3か月までは器官が形成される時期で胎芽期と呼ばれ、体の形成異常は奇形と呼ばれるところから「胎芽病、先天奇形」といわれるが、それ以後の障害は「胎児病」として区別されている、これらの異常障害がある。発生頻度は表2、3に、代表疾患は表4に示した。

1977年「国連報告」（表2の5）によれば先天異常の発生頻度は10.5%、つまり10人に1人の割合である。そのうちの半分は、多因子性疾患（4.7%）である。多因子性疾患というのは表4に示すようなもので、糖尿病、内斜視、近視、気管支喘息、知能障害、てんかんなどである。次に多いのは先天奇形で（4.2%）、表4でその代表例を見ると、無脳症、二分脊椎、白内障などがあり、その中には、副耳、鰓裂、眼瞼下垂、潜伏睾丸、彎曲足、先駆脱、色素性母斑などのように日常生活上の支障

表 2 出生100万人当たり先天異常発生頻度の推移

		1962国連報告 ¹⁾	1965委員会報告 ²⁾	1972国連報告 ³⁾	Trimble ⁴⁾ 1952~1972調査(1974)	1977国連報告 ⁵⁾
生産児中	単純遺伝病	10,000	8,250 8,000 (300)	12,000 9,500 2,100	1,494 480 759	11,000 10,000 1,000
	{ 優性遺伝 { 劣性遺伝 { X連関遺伝		250 (80)	400	255	
	染色体異常	10,000	7,000 (7,000)	4,200	1,404 1,343 61	4,000
	{ 常染色体性 { 性染色体性					
	先天奇形	25,000		25,000	20,798	42,800
	出生直後に発見できるもの	15,000				
	生後5年までに発見できるもの	10,000				
	多因子性疾患			15,000	10,308	47,300
	原因不明				4,493	
計		45,000		56,200	38,497	105,100
死産児中	染色体異常に伴う流産		35,000(35,000)			
	受精卵の発育中の死		235,000 (6,000)			
	計		270,000(48,380)			

1) 原子力放射線の影響に関する国連科学委員会報告, 1962.

2) 国連放射線防護委員会専門委員会報告, 1965 (放射線による危険度の評価, ICRP, publication 8, p. 92, 日本アイソトープ協会, 1974).

3) 国連科学委員会報告, 1972 (放射線の線源と影響, 下巻, p. 613, アイ・エス・ユ株, 1978).

4) Trimble, B.K. and Doughty, J.H.: Hum. Genet., 38: 199~223, 1974.

5) 国連科学委員会報告, 1977(3)と同じ).

(注) 文献²⁾のうちカッコ内の数字は「すぐ前の世代に新しく発生する」と推定されるものの数である。

表 3 主な先天異常の発生頻度のまとめ (Trimble, 100万人当たり)

	優性遺伝病	劣性遺伝病	X連関遺伝病	多因子疾患	先天奇形			優性遺伝病	劣性遺伝病	X連関遺伝病	多因子疾患	先天奇形
I. 新生物	38					XIII. 先天異常						
II. 内分泌代謝	1	374	62	672		a. 中枢神経系		10	1			1,712
III. 血液疾患	33	3	71	1		b. 眼	84	25				784
IV. 知能障害	2	3	1	2,400		c. 耳・顔・頸						596
V. 神経・感覚器疾患	43	167	104	6,623		d. 循環器		2				4,259
VI. 循環器疾患				268		e. 呼吸器						149
VII. 呼吸器疾患						f. 消化器		1				3,507
VIII. 消化器疾患						g. 性器	8	7	5			1,888
IX. 泌尿・生殖器疾患						h. 泌尿器	1	25				859
X. 皮膚疾患						i. 筋骨格	179	8	3			6,615
XI. 筋骨格疾患	4			344		j. 皮膚	25	22	5			237
						その他の	61	12	3			192
						計	480	759	253	10,308	20,798	

表 4 主な疾患とその発生頻度 (Trimble, 100 万人当たり)

1. 優性遺伝病			軽度知能障害	432	中等度知能障害	411		
神経線維腫症	38	球状赤血球症	22	重症知能障害	167	最重症知能障害	171	
神経性筋萎縮	8	筋緊張性異常養症	5	非痙攣性てんかん	267	痙攣性てんかん	386	
網膜色素変性	7	先天性白内障	36	間代性筋痙攣症	67	近視	53	
無虹彩症	11	多指趾症	28	内斜視	4,650	気管支喘息	268	
頭蓋・顔面奇形	21	胎児性軟骨異常	73	若年性股関節骨軟骨症	344			
骨形成不全	40	結節性硬化症	16					
2. 劣性遺伝病			5. 先天奇形					
フェニルケトン尿症	54	白皮症	37	無脳症	163	水頭症を伴う二分脊椎	343	
フォンギルケ病	7	ガラクトース血症	7	二分脊椎	419	先天性水頭症	492	
脂質貯蔵病	5	脾嚢胞性線維症	200	先天性白内障	262	先天性眼瞼下垂	140	
ステロイド代謝異常	29	無ガンマグロブリン血症	9	副耳	237	鰓裂	123	
低ガンマグロブリン血症	7	海中海貧血	13	ファロー四徴	216	心室中隔欠損	1,341	
ウェルドニヒ・ホフマン病	25	先天性筋無緊張症	32	心房中隔欠損	660	弁奇形	290	
進行性筋異常養症	37	フリーードライヒ病	7	動脈管開存症	459	大動脈狭窄	120	
ティ・サックス病	13	進行性大脑白質異常	5	肺動脈狭窄	135	口蓋裂	608	
両耳聾	17	遺伝性小頭症	8	口唇裂	385	口唇および口蓋裂	755	
仮性半陰陽	7	囊胞性腎疾患	25	幽門狭窄	986	直腸・肛門形成不全と	163	
3. X連関遺伝病			消化管奇形	141	狭窄			
白皮症	5	無ガンマグロブリン血症	15	尿道下裂	915	潜伏睾丸	809	
低ガンマグロブリン血症	26	血友病A	53	尿道と膀胱頸部の閉鎖・狭窄	340	尿管系閉塞	163	
血友病B	15	Dシアンヌ型 DMP	69	彎曲足		2,915		
色盲	32	仮性半陰陽	5	多指	369	合指	333	
尋常性魚鱗癖	6		上肢減形成	241	上肢奇形	114	下肢減形成	82
4. 多因子疾患			上肢奇形	114	先股脱	1,422		
糖尿病	530	脂肪便症	139	下肢奇形	315	頭蓋顔面奇形	194	
精神分裂病	78	境界領域知能障害	717	肋骨・胸骨奇形	165	筋・腱・筋膜奇形	200	
			色素性母斑	74				
5. 染色体異常			ダウント症候群	1,285				

にならぬか、自然に治るものも含まれている。また、心奇形、口唇裂、口蓋裂や、多指、合指、上下肢減形成などの先天性四肢欠損症なども、これに含まれる。遺伝病は、各種の調査によてもほぼ一定で、全体の1%を占めている。

こうして見ると、先天異常と一口にいうが、その疾病的数も多く、その患者の症状も各臓器にまたがっており(表3)、日常生活の不自由さ、社会生活の影響、治療の困難さ、身体的、精神的苦痛なども各人各様であって、そのどこにも、それらの疾患のない人ととの間に境界が引けるところはない。

(3) 誰でも、先天異常児の親になる可能性を持つている。

先天異常を起こす原因が遺伝子の障害と胎児の損傷の2つに大別されることは、既に述べた。前者には単純遺

伝病、多因子疾患、染色体異常が含まれるが、それを起す原因是遺伝毒物とか変異原物質とか呼ばれる。後者には先天奇形が含まれ、胎児毒物または催奇形性物質によって起こる。これらのことことが起こる機会は、すべての人に平等に与えられ、それから免れ得る人はいない。

ヒトで遺伝病の起こる頻度が約1%であることは既に述べたが、現在遺伝病は1,000種類ほど知られており、そのひとつひとつの病気は、平均して10万人に1人くらいの割合で発生している、と考えられている。ヒトに遺伝子の数はいくつあるかわかっていないが、仮に2万個の遺伝子のうち1つが病気を起こすとすると、10万人に1人患者が現われるためには、 $0.00001 \times 20,000 = 0.2$ 、つまり10人に2人の割合で遺伝子の異常を起こしている計算になる。この数字はあてにならないが、実際に遺伝病患者が生まれる何倍かの割合で、遺伝子障害が起こ

っていることだけは確かなことと思われる。

表2の、1965年「国連委員会報告」を見ると、出生100万人当たりの死産児の数は27万人であると推定されている。すなわち、127万人の妊娠があって、そのうち5分の1が死産であることになる。その表のカッコ内には、すぐ前の世代に発生する患者数、つまり突然変異によってできる患者数があげられている。これによると、優性遺伝病8,000人のうち300人が突然変異によって生まれ、7,700人が親から子に伝わったものである。この突然変異の発生数は、すべての親が自然バックグラウンド放射線の被曝で起こるもので、これに加えて30 radの放射線が増加すれば、この値はほぼ2倍になると推定されている。30 radの放射線量は、胃の透視を行なうなど特別な場合には個人の生殖腺に与えられるものでその表面線量に匹敵するが、通常はその何分の1かの量である。化学物質による突然変異誘起作用（遺伝毒性）は、どのくらいの影響を人体に与えるかよくわかっていないが、このような、突然変異による患者の発生数を2倍にすることは、何か特別な事件が起った場合に限られる。

遺伝病の中には、遺伝子の障害が起こればほとんどそのまま疾病が起こる優性遺伝病のようなものもあるが、その場合にもひとりひとりの患者の症状は軽いものから重いものまであり、また、ある年齢に達しなければ発病しない疾患もある。さらに、劣性遺伝病では、遺伝子の障害は次の世代に直接現われないので、すべての症状が現われるまでには80世代・1,600年かかると推定されている。そのほか、多因子性疾患やX連関遺伝病を考え合わせても、遺伝子障害の多くは疾病として現われない。いろいろの研究から、このような変異遺伝子の数は、1人当たり5個から10個位持っていると推定されている。その意味で、人間には完全に健康な人はなく、また完全に不健康の人は死んでいるので存在せず、0.1%から0.01%の割合で不健康的なものといえるかもしれない。

このことは、胎児毒物による先天奇形についても同じことがいえる。先天奇形は、胎児期の外因によって起こるものなので、過敏期は誰にでもあり、障害の原因もどこにでもある。したがって、その障害を受けたものと受けないものとの違いは紙一重といえるかもしれない。

(4) 先天異常の問題は、本人や親だけがかかるむには問題が重すぎるので、社会の人が援助しなければならない。当人も、素直に協力を受ける心構えが必要である。

既に述べたように、先天異常については、すべての人々が被害者であると同時に、子孫に対しては加害者となる、という性格を持っている。この問題は、人類の一員

としての問題である以上、無関係ということはあり得ないものである。

■ 予防と対策

1. 個人防衛は可能か

先天異常の原因となるものには、遺伝子や染色体を直接障害する遺伝毒物と、発育しつつある胎児を直接障害する胎児毒物との2つがある。これらの物質は、われわれをとり巻く環境の中に存在している。地球上のすべての生物は、その生物をとり巻く環境の中で育てられ、生き残ったものである。いいかえれば、環境中の毒物によって生物はその遺伝子を変えるのである。つまり、変異すること、また環境によって変異された生物の中から適者が選択されること、すなわち適応することによって、生物は進化し、現在の姿をとるようになったことなどは、生物学が教えるところである。そのように、自然界にある毒物は生物をつくり育てる作用をしていると同時に、害作用をも持っている。

また、その害作用も、直接的でなく間接的で緩やかである。つまり、自然界にある毒物は、生物にとって恐れる必要のないものである。

しかし、人類がこの100年前から行なっている大量の化学物質による環境汚染は、これとは全く異なる。これらの化学物質の中には、遺伝毒物や胎児毒物がたくさん含まれていることがわかっている。環境中に見られる遺伝毒物の代表的なものを表5、6に表示した。

(1) 遺伝毒物

遺伝毒物の検索の指標として使われている材料は、遺伝子の構造が明らかとなっているファージ、細菌などや、構造が比較的単純な培養細胞などである。これらは、裸の細胞ともいえるもので、これに比べて人間の生殖細胞は、幾層にも保護されているので、これらの材料は、人間での異常の有無を判断するモデルになり得ない。これらの材料を使用して遺伝毒物を検出する精度は、人間に当てはめた場合、鋭敏すぎるといえる。つまり、結果が陽性の場合、たかだか人間で遺伝毒性が疑えることを示すにすぎない。そして、さらに、人間で危険な物質を誤り少なく見つけ出す方法は、現在のところまだ発見されていない。

実験結果をそのまま人間に当てはめると、われわれの食品の中には遺伝毒性を示すものが多いので、それらをすべて排除すると食生活が成立しなくなるほどである。また、遺伝毒物は自然界の中に多く見られるので、「自然食品だから安全」とはいえない。結論をいうと、遺伝毒物に対する個人防衛は不可能である。それは、われわれ

表 5 化学物質とその遺伝毒性

化学物質番号 No.	化学物名	点突然変異			染色体異常		
		フラー ジ	細菌	昆虫	植物	昆虫	哺乳類
1	トリエチレンメラミン (TEM)		+	+	+	+	+
2	エチレンイミン		+	+	+	+	+
3	TEPA	+	+	+			+
4	トリメチロールメラミン(TMM)			+			
5	サルファマスター(硫黄マスター)	+	+	+	+	+	+
6	2,2'-ジクロロエチルエーテル			+			+
7	シクロホスファミド(エンドキサン)			+			+
8	ジメチルニトロソアミン		+	+			
9	N-メチルN-ニトロソウレタン(発癌作用強し)		+	+	+		
10	サイカシン(ソテツを原料とした医薬品)		+	+	+		+
11	ワラビ, ゼンマイ			+			
12	エチレンオキシド		+	+			
13	プロピレンオキシド(食品の殺菌)			+			
14	ホルムアルデヒドおよびその誘導体		+	+			
15	アセトアルデヒドおよびその誘導体			+			
16	アクロレイン			+			
17	抱水クロラール		+	+			
18	シトロネラール(ストマイの効力増強)			+			
19	β-プロピオラクトン		+			+	
20	ジエチル硫酸(DES)	+	+	+	+	+	
21	マイレラン(慢性骨髓性白血病剤)			+			+
22	プロフラビン	+	+	+			+
23	アクリフラビン		+				+
24	アタリジンオレンジ	+	+	+			
25	5-アミノアクリジン	+	+	+			
26	アクリジンマスター		+	+	+		
27	マイトイマイシンC			+	+	+	
28	ストレプトニグリン			+		+	
29	ストレプトゾトシン			+		+	
30	バツリン(食物に混入する菌の成分)			+			+
31	フレオマイシン					+	+
32	アザセリン	+	+			+	
33	ダウノマイシン						+
34	8-ヒドロキシキノリン(8-キノリノール)			+		+	
35	ジトラノール						+
36	ミラシルD				+		+
37	ニトロフラゾン(AF-2 の仲間)	+					+
38	リゼルグ酸ジエチルアミド(LSD) (幻覚剤)	(+)	+				+
39	カフェイン	+	+	(+)			+
40	サイクラミン酸ナトリウム塩(無カロリー甘味料)				+		+
41	エチレンジアミン4酢酸(EDTA) (バナナなどの原色保存)				+	+	+
42	イソチオシアノ酸アリル(アブラナ科食物中, からし油の成分)			+	+	+	+
43	亜硝酸塩(食品中のアミンと反応し, ニトロソアミンとなる。肉の発色剤)	+	+		+	+	+
44	マレイイン酸ヒドラジド				+	+	

(表5のつづき)

化学物質番号 No.	化学物名	点突然変異			染色体異常		
		ファージ	細菌	昆虫	植物	昆虫	哺乳類
45	カブタン(キャブタン)		+				+
46	ヒドラジン		+				+
47	ヒドロキシルアミン	+	+		+		+
48	N-ヒドロキシルウレア			+	+		+
49	ウレタン		+	+	+		+
50	過酸化水素(パルプ, 食品の漂白)		+				
51	有機過酸化物		+	+	+		
52	アフラトキシン(真菌の体外毒素)(有糸分裂抑制)			+			+
53	3-4 ベンツビレン			+	+		
54	金属塩(硫酸カドミウム, 塩酸鉄, 酢酸鉛, マンガン化合物)		+				+
55	リン酸エステル						+
56	水銀化合物(塩化エチル水銀, メチル水銀化合物, 塩化メトキシ水銀, フェニル水銀化合物)				+	+	+

Fishbein (山根訳)『環境化学物質』(医歯薬出版, 1974) より作成。+は報告のあることを示す。

表 6 化学物質とその所在

環境番号	所 在	化学物質番号	環境番号	所 在	化学物質番号
1	衣料用線維の仕上げ 染色, 耐熱防水等の加工 紙・セロファン加工 印刷 皮の加工	1, 2, 6, 13, 16, 17, 18, 20, 47, 50 2, 3, 4, 14, 49 1, 3, 14, 16, 50 2, 47 4		防腐 安定剤 発色剤 木材加工 合成ゴム プラスチック 接着剤 塗料 消毒	8 12, 13 43 3, 54 4, 5, 6, 8, 13, 16 2, 4, 13, 14, 16, 19, 46, 50 2, 3 2, 13, 54 12, 54
2	石油 ガソリンとその添加物 排気ガス	13 2, 6, 8, 13, 18, 19, 49, 53, 55 14, 15, 16	9	石材加工 プラスチック 界面活性剤 使い捨てプラスチック消毒	2, 13, 54
3	塗料 ニス ワックス	2, 13, 54 6, 54 51, 53	10	塗料 石けん 薬用殺菌剤 界面活性剤 使い捨てプラスチック消毒	2, 6, 18, 48, 54 12, 22, 23, 24, 25, 26, 46 2, 12, 13 12
4	殺虫剤 除草剤 肥料 種子の防虫 穀物の消毒 じゃがいもの発芽阻害 飼料	1, 2, 3, 6, 8, 14, 19, 20, 49 17, 44, 49 8, 14, 46, 54 6, 14 8, 45 44 14, 30, 52	11-14	抗癌剤(抗白血病薬) 驅虫剤・皮膚病薬 15-18 19-22 23-26 27-30	1, 3, 4, 6, 7, 21, 27, 28, 29, 31, 32, 33, 36, 48, 49 18, 35, 42 17, 46, 42 46 抗生素・化学療法剤 31-34 35-38 39-42 43-46 47-50
5	合成ゴム プラスチック 発泡ウレタン 脂肪油の漂白 接着剤	4, 5, 6, 8, 13, 16 2, 4, 13, 14, 16, 19, 46, 50 19 51 2, 3		風邪薬・鎮痛剤・解熱剤 ホルモン剤 胃腸薬・下剤 ビタミン剤 その他	?
6	現像・固定液	2, 14, 46, 47	51	パン	30, 40, 53
7	石けん 化粧品	2, 6, 18, 46, 54 4, 13, 50, 51, 54	52	うどん	8, 50, 51
8	食品保存料	12, 13, 14	53	米	?
			54	デンブン・穀粉	12, 13, 50

(表6のつづき)

環境番号	所在	化学物質番号	環境番号	所在	化学物質番号
55	肉	8, 43	77	日本酒	?
56	魚	43	78	乾燥果実・プラム	12, 13
57	野菜	2, 8, 14, 19, 20, 49	79	ナツ・クルミと加工品	12, 13
58	乳酪製品	8, 14, 43	80	罐詰食品	40, 41
59	くん製の肉・魚	8, 53	81	インスタント食品	40
60	キャベツ・芽キャベツ・カリフラワー	42	82	フレーク食品	13
61	ワラビ・ゼンマイ	11	83	ポテト・じゃがいも	41
62	キノコ	8	84	煮豆類	41
63	小エビ	41	85	豆腐	37
64	香辛料	12, 13, 41, 42, 43	86	バナナ	41
65	サラダ油	41	87	柑橘類	12, 13, 15, 53
66	サラダドレッシング	41, 42	88	その他の果物	13, 15, 30
67	マーガリン	41, 53	89	魚・肉ねり製品	?
68	マヨネーズ	41, 53	90	市販のつけもの	?
69	ソース	41, 42	91	タバコの葉・煙	(葉) 14, 19, 50, 53, 54, (煙) 8, 14, 15, 16
70	醤油	?	92	排気ガス	14, 15, 16, 53
71	みそ	?	93	化粧品	4, 13, 50, 51, 54
72	ワイン	15	94	石けん	2, 6, 18, 46, 54
73	ココア	12, 13	95	合成洗剤	2, 6, 18, 46, 54
74	コーヒー	39, 53	96	ガム	12, 13
75	麦芽醸酵飲料	41	97	殺虫剤	1, 2, 3, 6, 8, 14, 19, 20, 49
76	炭酸飲料	41	98	殺菌剤	2, 14, 37, 44, 45, 49

の持っている知識は貧弱すぎて、その目的に役立たないからである。つまり、話題になった食品を食べないのは、単なる気安めにすぎない。しかし、あとで述べるように、集団防衛は可能である。

(2) 胎児毒物

胎児毒物の問題は、多少これと視点を異にする。多くの物質で、動物実験により妊娠胎仔に奇形を起こすかどうかを知ることは、技術的にむずかしい。また、動物種によっては自然に起こる奇形も見られるし、また催奇作用は一般に動物種によって差異がある。動物実験は、この場合も参考にすぎないのである。遺伝毒物が鋭敏すぎるのとは逆に、胎児毒物は鈍感すぎるといえる。遺伝毒物と同様に、人間を材料にして胎児毒性を研究することは、道義的にも許されない。

一方、人間についての情報は他のいかなる動物と比べてもケタ外れに多い、という長所がある。また人間で胎芽病、胎児病の原因を研究するには、患者が生まれてからその原因をさかのぼって調べる回顧法と呼ばれる方法を用いる。この方法は、母親の記憶や医師のカルテなどに頼るので、その精度には限界があることがわかっている。

る。

2. 集団防衛は可能

現在、われわれの持つ知識は、先天異常の個人防衛には不十分であることは既に述べたが、この知識は集団防衛に役立つことがわかっている。それは、先天異常と極めて関係の深い発癌物質に関する調査・研究の実績に基づき、AF-2 や PCB などいくつかの遺伝毒物が社会から排除されている事例を見れば納得できるであろう。ただ、それを推進したのは、わが国では、市民運動であるという特徴がある。

先天異常の集団防衛を計画的に行なうためには、① 実験的に人間で先天異常を起こす疑いのある物質を発見すること、② その物質の環境内分布を調べること、③ 実際に患者とその背景を調べること、④ 先天異常の発生頻度を疫学的に調査すること、の 4 つの柱が必要である(図 1)。

何よりも大切なことは、先天異常に対する偏見と無知を排除するために、現実を直視することであると思われる。

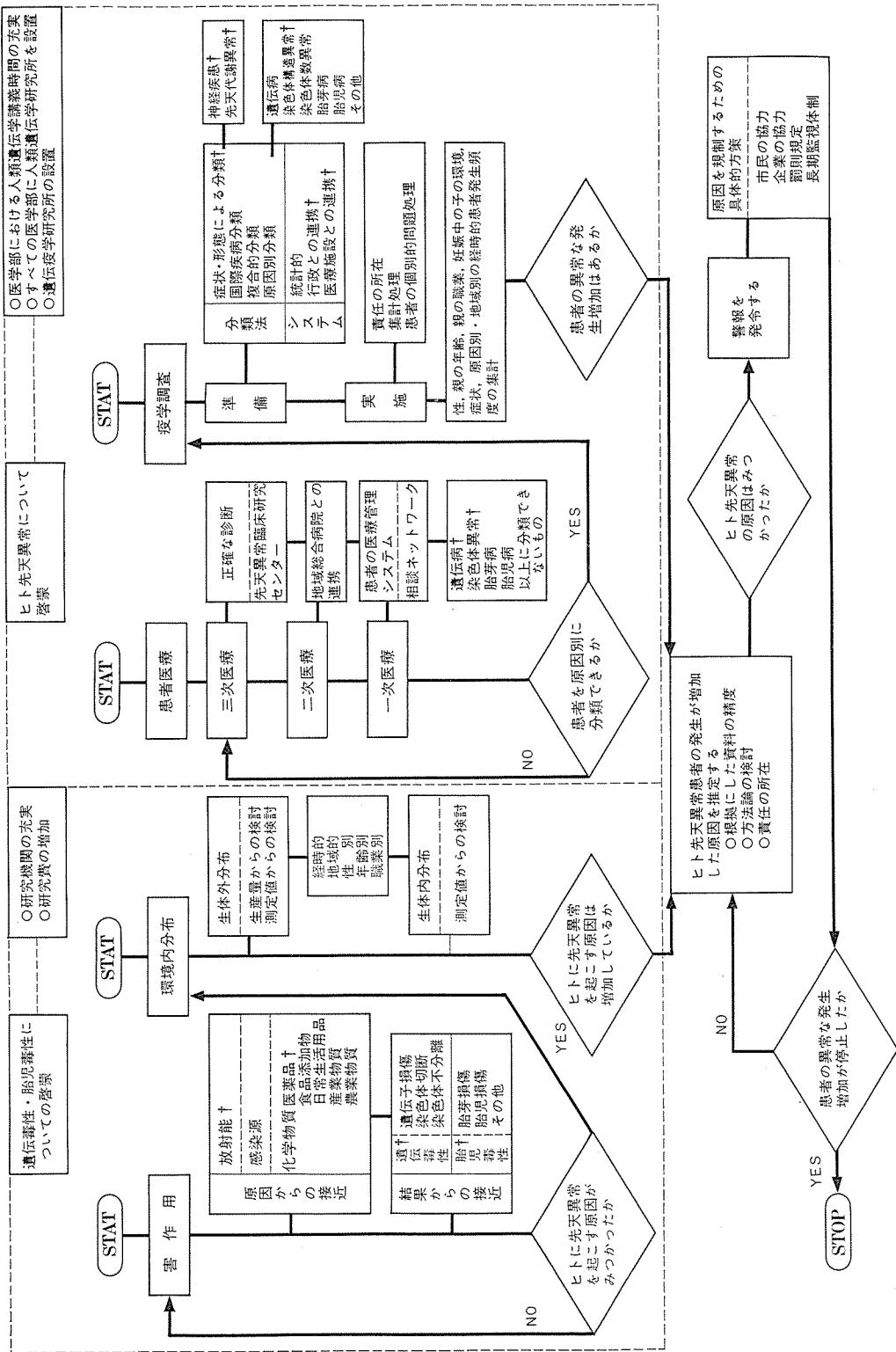


図 1 ヒト先天異常発生増加監視計画

†は現在手がつけられていると思われる分野。

文 献

- 1) 木田盈四郎：ヒト先天異常発生増加監視計画試案，医事新報，No. 2878 : 90-92, 1979.
- 2) 木田盈四郎：催奇性の臨床的意味，産婦人科の実際，28 : 841-848, 1979.
- 3) 木田盈四郎：先天異常の成因，小児科 Mook, No. 11 : 25-42, 1980.
- 4) 木田盈四郎：先天異常患者資料の重要性とデーターベンク構想，医事新報，No. 2930 : 45-49, 1980.
- 5) 木田盈四郎：1歳6か月児健診における先天異常の発見，小児科臨床，33 : 1989-2000, 1980.

III. 遺伝相談の現状と問題点

神奈川県立こども医療センター 松井 一郎

保健所をはじめ公衆衛生の領域でも、近時、遺伝相談が問題とされ、注目を浴びてきている。厚生省も、家族計画協会などをを中心に講習会の開催を推進しているようである。遺伝相談は近年、急激な進展をとげた人類遺伝学、臨床遺伝学領域の成果を、遺伝性疾患などの予防に役立たせようとする一連の臨床応用のひとつに位置づけられる。遺伝相談の手法は保因者診断、出生前診断、遺伝病のマスククリーニング、早期治療などと相互に密接な関連を持ちつつ遺伝病の予防にアプローチするひとつ的方法である。

演者は以下の項目を中心に遺伝相談の現状をとらえ、問題点を解析してみたい。

■ 遺伝病予防・遺伝相談の社会的背景

遺伝相談は個々の来談者を対象とする、きわめて個別臨床的な手段ではあるが、この遺伝相談事業の問題は大きな社会的背景のある問題であると考える。先天異常が前面に出てくる以前は小児の疾患はまず感染症で、アメリカではとくにポリオの絶滅に最も力が注がれた。当時のルーズベルト大統領の時代に、政府レベルとは別にアメリカの National Foundation—March of Dimes なる団体が、10セント貨の募金を通してポリオ撲滅の市民運動を展開し、ソーカやセイビングのワクチン研究に多額の助成を行ない、ついにポリオを終息せしめたのであるが、その後、この全米基金団体は先天異常の防止を募金

目標にして現在に及んでいる。ケネディ大統領は先天異常の中で精薄児の出生防止のために直属のコミッティを設け、10年以内に答申を出すように求めたのであった。不幸にも、ケネディーは凶弾にたおれたが、その精神はずっと継承されていると考えてよいように思われる。遺伝相談の基礎として遺伝教育を重んじ、Genetic Center が各地につくられたのは、その現われとみられる(ヨーロッパも事情は同様と考えられる)。

日本での対応ではどうであったかというと、少産型の出生傾向になって、子に対する母子の責任感がきびしくなるような風潮を来たし、先天異常児の問題が前面に出されるようになってきた。表現のよしあしは別として、その意味するところをめぐって論議の種子となった「不幸な子を産まないための施策」が母の保健行政の熱心な自治体では唱導され、マスメディアを通して本問題への関心を高めたことは否めないであろう。

■ 遺伝病の考え方と頻度

ヒトの新生児の5~5.5%は遺伝的要因が主要な役割をする疾患にかかっているとみられている。その中で、①メンデル型の遺伝(すなわち、単一遺伝子の異常一点突然変異)による異常は1% (=遺伝子病)，②染色体異常によるものが0.5~1% (=配偶子病)，③遺伝的素因を考えられるがメンデル型に従わない奇形が2.5% (=多因子病。たとえば無脳症、口蓋裂など)，④遺伝的な体質の欠陥によるものが1% (多因子病。たとえば小児糖尿病、若年性高血圧など)と見積もられている(WHO, その他の報告にもとづく推計)。5%といえば、20の出産に1の割でたいへん高い率である。もちろん、この中には軽微のものも含めてのことではあるが、これは人類に負荷された burden (burden of birth defects) である。

図2は Fraser^{*1} の論著から一部手を加えて引用した、先天異常の負荷とその増減に関与する因子のバランスの想定図である。最も重要な負荷の減少要因は淘汰である。自然淘汰に加えて遺伝相談による比重が増してきており、とくに出生前診断や、各遺伝病のスクリーニングによるバックアップは、その効果を確実なものにするといえよう。

先天異常の負荷の増加の因子は各種の遺伝毒性、胎児毒性の環境内での害作用としてとらえられる。サリドマイド以外に、今までにそれほど確定された胎児毒性を持つ薬物・物質は知られていないといってよい。薬剤の

*1 Fraser, F.C. : Prevention of birth defects, Teratology, 17 : 193-202, 1978.

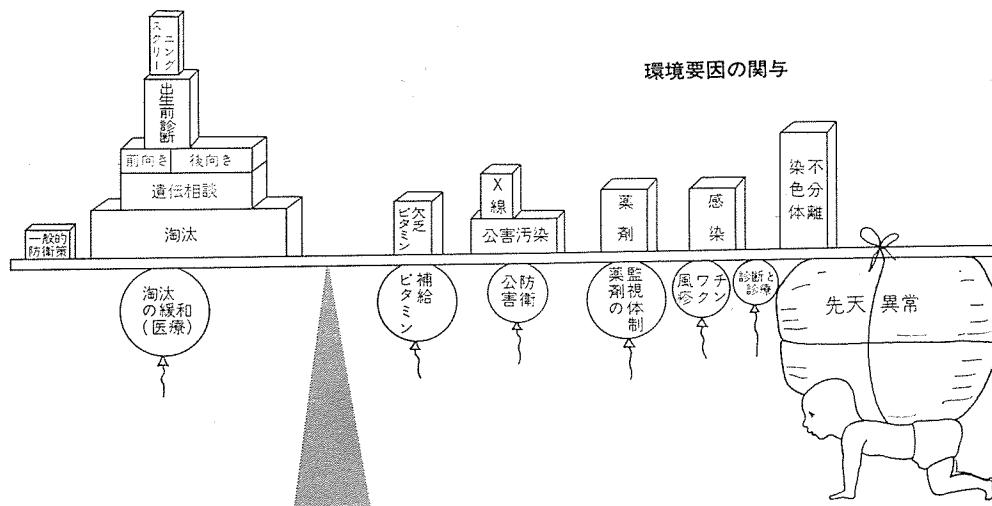


図 2 人類集団における先天異常の荷重とその増減の要因

表 7 遺伝相談のすすめ方

第一段階	1. 家系分析 2. 現症把握 3. スクリーニング検査 尿 1 E スクリーニング 皮膚紋理、性染色質 その他	精密検査 染色体分析 アミノ酸分析 診断決定に必要な検査	患児の診断決定	遺伝病なりや？
第二段階	1. 遺伝性疾患の場合 遺伝様式の決定 両親・同胞など家系内保因者検索	理論的危険率・経験的危険率		危険率は高いか？
	2. 遺伝の関与が少ない場合	経験的再現危険率		
	3. 遺伝負荷の説明	一般危険率		
第三段階	適応は? 胎児診断 危険は? 人工流産を行なうか否かの決定 時期は?			

監視体制を強化する必要があるわけである。風疹の感染による胎児障害は立証され、ワクチンも開発をみたが、他の感染症については梅毒は別として不明の点も多い。

■ 遺伝相談のすすめ方

表7は、遺伝相談のすすめ方の種々の段階を示したものである。

第1段階では index case の診断を決定することが最も重要であり、奇形、先天異常症候群などの臨床経験、文献検索がものをいう段階であり、ここで患児の疾患は

遺伝病であるか否か、遺伝病ならばどの範疇の遺伝病であるか見当をつける段階である。

遺伝病は代々伝わるという常識があるが、現代のように家族が核家族化していくと家系図はなかなかとれないことが多く、家系分析は頗りにせず、むしろ現症の的確な把握から必要な検査を経て診断決定にすすむのがよい。

第2段階は、診断が決まった対象疾患の遺伝負荷を知る過程である。もしメンデル型遺伝様式であることがわかれれば、次子の同じ疾患を持つ危険率が理論的に出せ

る。多因子性遺伝を思わせる場合は、もっぱら経験的危険率によることになる。

しかし、理論的危険率や経験的危険率がわかり、次の出産について十分説明しても、確率の話である限り、家族の不安は解消しない。家族の側はいつも、「次の子は絶対大丈夫だ」という保証がほしいからである。そこで次の段階で「胎児診断」となるのであるが、胎児診断法がほとんど安全で確立されている若干の疾患を除いては、意思決定は確からしさの低い情報でも夫婦（家族側）にゆだねるほかはない。

第3は、胎児診断の段階とした。胎児診断は最近にわかに進歩の著しい分野であり、Index Medicus 中の「胎児診断」の項目の論文数は1973年にはたかだか120くらいだったのが、いまは300~400に著増している。

上述のように胎児診断で安全で確実な方法があれば、家族はそれを受けたいと希望するのが当然であろう。しかし、一般論としては現行の優遇保護法の立場はさておくとしても、胎児生命をめぐって生命観、倫理、宗教、福祉など多くの立場からの議論が十分に尽くされているとはいひ難く、この論議は年を追って高まるであろう。

問題は、ある程度のリスクを前提とするとき、得られる情報がその危険をおかすのに値するか否かにある。たとえば、親がダウント症の転座性保因者であって、生まれる児の正常・異常の比が半々のとき、少しの危険をおかしても、胎児の染色体分析を知って態度を決めたいと思うのが人情である。第一子で受けた親の辛酸は人工流産の許される限り、同じ経験を避けることを希望させるからである。もちろん、胎児診断は安易に行なうべきものではなく、運用いかんによっては社会に重大な結果をもたらすものという指摘があるのも当然であり、いくつかの段階をふんだ上での慎重な適応決定を前提とすべきであることはいうまでもない。

■ 神奈川こども医療センターの遺伝科外来

こども医療センターの病院部門は、県下の医療機関（診療所、病院、保健所、産院、助産所、児童相談所など）からの紹介患者のみの診療にあたっている。すでに第一線診療でスクリーニングされたものが対象となるため、一般に難病や慢性疾患が多く、外表奇形や先天異常の占める比重も大である。

遺伝・染色体診療グループが、小児科の診療体制の中で遺伝科外来として遺伝相談を行なっている（表8）。それは、遺伝相談の核心となる確定診断に染色体分析を武器としてアプローチする必要があるからである。当然、専門各科の協力なくしては先天異常の広域をカバー

表8 遺伝染色体外来のシステム

主訴	検査手段	予後・追跡
診断・治療目的	1. 家系分析 2. 病像把握、既往歴 3. 写真撮影 4. 皮膚紋理分析 5. 性染色質 6. 染色体分析 7. 各科との連携 遺伝相談	1. 治療 診断決定（推定） 2. 遺伝予後推定 (3. 胎児診断)
奇形	神経・代謝科 →先天代謝異常 血液科→血友病 整形外科 →骨系統疾患	医学的管理
精薄		
発育障害		
侏儒症		
性異常		
	その他	

することは不可能であり、どうしても診療体制の中に情報の受け渡しのネットワークをセットせざるを得ず、われわれもそのように行なっている。

数字をあげるならば、年内の総入院は3,400~3,800、このうち約3分1の足らずの約1,000が国際疾病死因分類（ICD）の先天異常の章に記載されているものである。しかし、先天異常はそのほかに血液疾患や代謝性疾患の項目のところにもあるので、5割増しの45%が遺伝性疾患も含んだ先天異常といえる。

当外来への新患は年に200人を数え、これまでの延べ患者数は約2,000、うちダウント症が820人くらいである。

■ 遺伝相談とコミュニティ・ヘルス

遺伝相談は大きな社会的侧面を持っている。

内容としては個人レベルで先天異常の発生防止を目標とするのであるが、コミュニティの先天異常防止施策の中でどのような役割を果たすかを実践的に評価する必要がある。近年の人類遺伝学の成果は羊水穿刺による胎児診断、集団スクリーニングによる早期発見、保因者診断、多因子遺伝の理論など、先天異常対策で新しい武器を持つに至っている。遺伝相談はある意味からいえば、これらを武器として活用する車の軸にも比せられ、コミュニティのニーズの点からいってもコミュニティ・ヘルスに向けての視点を持ち、一貫した母子保健管理体系の中に遺伝相談を位置づける必要がある。演者は県下のある保健所の予防課長も兼務しているが、管内の逗子市において、遺伝相談を母子保健システムのサブシステムとして位置づけており、出生から3歳児健診あるいはそれ以降にわたる継続的な健診のそのつどの診断名をリンク

表 9 先天異常の把握時期と情報源

情報源 \ 時期	~3か月	3か月児健診	~6か月	~1.6歳	1.6歳児健診	~2歳	~3歳	3歳児健診	それ以降	計	割合(%)
健康診査	—	67	13	1	13	1	—	5	—	100	55.0
保健婦訪問	37	—	18	—	—	—	—	—	1	42	23.0
各種相談	7	—	2	—	—	1	3	—	—	13	7.0
福祉からの連絡 ¹⁾	—	—	—	—	—	3	1	—	1	5	2.5
病院からの連絡	1	—	—	—	—	—	—	—	—	1	0.5
医療援護申請 ²⁾	6	—	—	2	—	—	—	—	—	8	4.5
その他 ³⁾	10	—	—	2	—	1	—	—	—	13	7.5
計	47	67	33	5	13	6	4	5	1	183	100.0
割合(%)	26.0	38.0	18.0	2.5	7.0	3.0	2.0	2.5	1.0	100.0	
累積(%)	26.0	64.0	82.0	84.5	91.5	94.5	96.5	99.0	100.0		

(注) 1) 家庭児童相談室、福祉事務所。

2) 養育医療、育成医療、小児特定疾患医療、小児入院医療。

3) 出生届、保健所からの連絡、レセプト。

することが当然、要請される。

いったん何らかの遺伝性疾患を持った児の目的にかなったケアの適応を決めるうえにこのサブシステムは多くの利点を持つものと確信している。遺伝性疾患を含め、先天異常は一診断時点ではほとんど不可能であり、遺伝相談のサブシステムを活用したハイリスク・フォローアップ・システムの採用が当然、要請されてくるわけである（表9は各種情報源からの情報をどの時期に把握が可能かを示した逗子市の実例である。3か月健診では把握は3割に満たない）。

（本稿は演者の録音テープと次の文献の引用にもとづき社医研世話人代表・芦沢正見の責任において記述したものである。）

文 献

- 6) 松井一郎、黒木良和・他：先天異常モニタリングの序論、こども医療センター医学誌、9(3), 1980.
- 7) 松井一郎：遺伝相談の背景、小児科診療、37(3), 1979.
- 8) 松井一郎、千代豪昭・他：遺伝相談と胎児診断、周産期医学、4(1), 1979.

IV. 保健所での障害児ケアの実践

東京都江東区深川保健所 加藤 欣子

はじめに

保健所は、憲法第25条を受けて「地方における公衆衛生の向上及び増進を図るため」(保健所法第1条) 必要な事業を行なう第一線公衆衛生行政機関である。

保健所が行なう母子保健事業は、保健所法第2条、児童福祉法第18条の3および母子保健法に基づいて行なわれている。この母子保健事業の対象の中には当然、障害のある子どもも含まれており、「身体が不自由な場合、または精神の機能が不充分な場合に、適切な治療と教育と保護が与えられる」(児童憲章11項) 対象である。

このように法的規定があるにもかかわらず障害児に関する事項は、長いあいだ保健所の母子保健事業の片隅に追いやられてきた、といつても過言ではない。深川保健所の母子保健事業も同様で、障害児問題をとりあげるようになったのは、昭和50年からである。そのきっかけは、昭和48年の暮れに「江東区障害児問題連絡会(通称「かめの子」)」という障害児の親会が区内で結成され、その結成に保健所の保健婦も加わっていたことだった。親の会の席上で保健婦は、保健所の乳幼児健康診査では

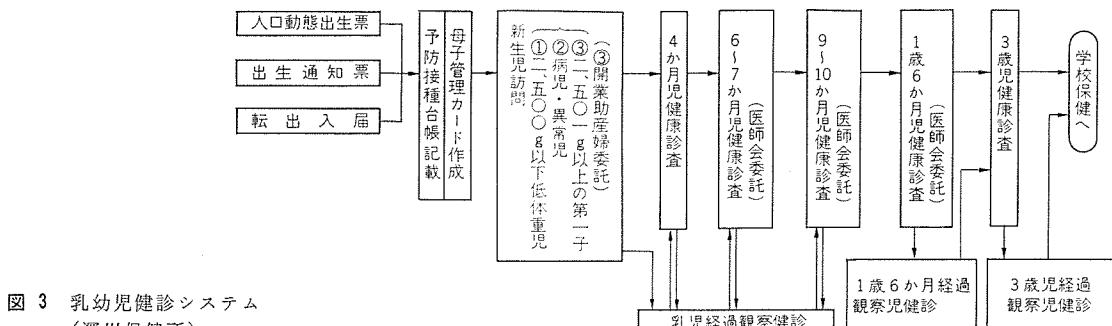


図3 乳幼児健診システム
(深川保健所)

障害児が発見されないばかりか、親が気づいている子どもの異常を何の根拠もなく否定することによって発見を遅らせている事実を突きつけられた。また、自ら育児に関する保健指導の専門家と称しながら、障害児をかかえ悩み戸惑う親に対して何の指導も助言できずに帰ってくることもしばしばだった。

私たち保健婦は、この親たちからの批判を真摯に受けとめ、そのことから深川保健所における障害児ケアの実践が始まったのである。

■ 深川保健所における母子保健事業の概要

本報告の主題に入るまえに、深川保健所における乳幼児保健体系の概要を紹介する(図3参照)。

当所で行なわれている乳幼児保健体系は、他の特別区22区で行なわれているものとほとんど変わらない。管内の年間出生数は2,000人で、乳児死亡率は49年から53年までの5年間の平均をとってみると、出生1,000対で8.7(東京都8.3、全国9.5)である。

乳幼児管理の基本台帳には予防接種台帳を使用している。予防接種台帳は、保護者から郵送されてくる「出生通知票」によって作成されるが、そのほか人口動態統計および住民登録から送られてくる転出入通知を転記し整備されている。予防接種台帳の記載と同時に母子管理カードが作成される。新生児訪問は、出生2,500g以下の低体重児および病児、異常児として届出のあったものすべてと、2,500g以上で出生した第一子を対象として、保健婦または開業助産婦が訪問指導をしている。

新生児訪問の後は3~4か月児健康診査(以下、健康診査を健診と略す)が保健所で行なわれる。3~4か月児健診の後は6~7か月児健診と9~10か月児健診が、地区医師会に委託して実施されている。また、これらの健診の中で経過観察を要する児に対して、乳児経過観察健診が月1回保健所で行なわれている。

幼児期には、1歳6か月児健診と3歳児健診の2回あ

るが、1歳6か月児健診は地区医師会に委託して行なわれている。経過観察児健診は心理発達相談も含めて月1回保健所で行なわれる。3歳児健診は、3~4か月児健診と同じように対象者全員にはがきで通知し、2日制で行なう。3歳児の経過観察は心理発達相談だけで月1回行なわれる。

乳幼児を対象とした保健婦の家庭訪問は、新生児訪問(低体重児、病児含む)と、保健所が行なう各種健診のフォローと障害児の在宅訪問指導である。

■ 障害児ケアの実践

1. 発達理論の学習

障害児問題にとりくみ始めた当初の保健婦は、親の会に出席したり、障害児を訪問したりし、子どもの発達に関して何も見る力を持っていなかった。毎月行なう乳幼児健診についても同様で、その頃は湿疹はないか、斜頭はないかなど疾病の有無に気をとられ、子どもが正常に成長、発達しているかどうかを正確に見ることはできなかつた。これでは障害を発見することができないばかりか、障害児の育児について指導することができなくとも当然である。こういった反省から、私たちはまず子どもの発達について学習することから始めた。

保健婦が学校教育や就業後に受ける各種の研修の中で学んだ小児科学や小児看護、あるいは児童心理学の中で学んだ子どもの発達は、「何ヵ月で何々ができる」式に記述された内容であった。この理論では、発達が遅れているとか正常範囲にあるとかの判断はできるが、ある現象、たとえば首がすわらないということが、次の発達の課題、たとえば見た物に手を差し出していくという行動や認識とどのような関連があるのかわからない。また、子どもがほしい物を指さすためには、それ以前にどんな力を貯えていなければならぬかなど、発達の機序をつかむこともできない。

私たちは、子どもの発達に関する新しい知見を全国障

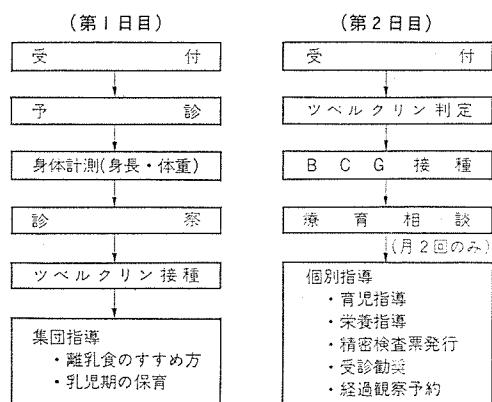


図4 4か月児健診の流れ

害者問題研究会のサークル活動や会が主催する講座や研究集会の中で個人的にあるいは集団で参加して学ぶとともに、業務内研究会でもとりあげ学習し始めた。そして、子どもの発達の筋道がわかつてくると、家庭訪問や乳幼児健診の中で接する子どもの姿が具体的に、いきいきと観察できるようになった。それまでは、何となく見過ごしてきた子どもの表情や動作のひとつひとつを、細かく、発達段階との関連でとらえることができるようになってきた。このことは、保健婦としての自信につながっていった。

2. 早期発見への努力

(1) 健診の内容の科学化

早期発見は、障害を軽度に押さえて治療や療育効果を上げる最良の手段である。保健所が乳児期のごく初期の段階から管内に居住するすべての子どもを対象に健診を行なう第一線行政機関であるところから、障害の早期発見の場として重要な機能を持ち得るゆえんである。

私たちは、発達理論の学習と並行して、従来の母子保健業務の見直しを始めた。この見直しは、母子保健事業の全般にわたって行なわれたが、ここでは主として3～4か月児健診を中心に報告しよう。

深川保健所の3～4か月児健診は、当初、次のように行なわれていた(図4参照)。

健診の通知は、3～4か月児全員にはがきでなされる。月3回行なわれるので、1回の受診数は45～50人である。このときに、結核予防法によるツベルクリンとBCG接種を同時に行なうので、健診は2日制で行なわれる。第1日目は、3人の事務職員が受付をし、母親の持参した母子健康手帳に母子管理カードを添付して、保健婦の行なう予診の室に回される。予診に出る保健婦の数は4人で、1人平均10～12人に面接する。ここでは

妊娠中および出産後の母親の健康状態、出産時の母と子の状態、育児に対する母親の不安や気がかりなことの有無などを聴取し、必要事項を母子カードに記入して、看護婦(パート)の行なう身体計測に回す。身体計測後は2人の医師に介助の助産婦(パート)が1人つき診察が行なわれる。診察の後は、ツベルクリンを接種し、最後に離乳食のすすめ方と乳児期の育児についての衛生教育を集團指導で行なう。第1日目終了後は、3～4か月児健診担当の保健婦が予診や計測や診察で得られた情報や医師の指示に従って第2日目に行なわれる個別指導対象者を選び、母子管理カードにシグナルをつけておく。個別指導に回される数は、1回約18人ほどである。第2日目は、受付の後ツベルクリンの判定があり、次にBCGの接種が行なわれる。個別指導の対象者以外は、ここで終了する。個別指導は栄養士による栄養指導、保健婦の育児指導、乳児精密検査票の発行、受診勧奨、経過観察予約などがなされる。

この流れは今も同じであるが、ひとつひとつの場面の内容を検討して改善をはかっていった。まず予診では、24時間育児をしている母親の気づいた点や不安を十分に受けとめること、ハイリスク乳児を把握するため分娩経過や出産時の母子の状況を詳しく聞くこと、子どもはあやすと相手の顔をジッと見て笑うか、逆に人見知りをして泣き出すなどを観察する。また、定頸について当初は母親に質問し「首はすわった」と答えると、該当欄に「+」の印をつけていたが、定頸の有無は発達遅滞や障害の有無の重要なチェックポイントであること、そして母親が「首はすわった」と答えた児の中から、実際には定頸していない子どもが発見され、精密検査の結果「小頭症で知恵遅れ」だったことから、定頸は診察の場で医師と保健婦が観察することとした。

診察の場では、それまで医師の介助をパートの助産婦が行なっていたが、予診で把握した情報を医師に正確に伝えることや、引き起こし反応や定頸、安定した腹臥位姿勢がとれるかどうかなどの観察を医師とともに診察介助の保健婦も行なうことができるよう、保健婦を配置することとした。その結果、予診で把握した情報が医師に正確に伝わるだけでなく、診察後の医師の指示の内容が具体的に母子管理カードに記入され、保健婦の個別指導につなぐことができるようになった。

第1日目の健診が終了すると、予診の保健婦と診察介助の保健婦とでカンファレンスを行ない、予診で得た情報や観察事項を総合して個別指導対象者を決める。

第2日目の個別指導では、第1日目で得た情報をもとに再度、引き起こし反応、定頸の状態、腹臥位姿勢、座

位で目の前のガラガラをゆっくりとなめらかに追視できるかどうかなどの観察をしたうえで、家庭でどのように子どもと接したらよいかなどの育児指導をする。指導した結果にもとづいて、必ず次の経過観察児健診でフォローしている。

このように、定頸や安定した腹臥位姿勢がとれるかどうかの観察を重視するようになると、健診対象児を3か月から4か月と2か月もの幅を持たせることに無理のあることがわかった。なぜなら、3か月の初めの子どもと4か月終わりの子どもとでは、その発達にかなりの差があるので、観察する側で3か月ではこれぐらい首がグラグラしていても当然と感じ、どうしても判断の基準を甘くしてしまいがちだからである。そこで3～4か月児健診を4か月児健診に改め、対象を4か月から4か月10日の子どもに限定することとした。

以上のような健診内容の改善は50年から始まり、現在も引き続き行なわれている。保健所が行なう母子保健事業の中で、発見もれのあったことがわかると、すぐ保健婦の業務研究会に事例研究としてとりあげ、同じ失敗を繰り返さないための対策をとるように努力している。

(2) 健診もれをなくす努力

4か月児健診の時期に、子ども自身が病気にかかったり、あるいは家にねたきり老人がいて母親が家を空けることができなかったりなど、やむを得ない用件で健診を受けられなかった乳児の中に障害児がいた場合、その発見が遅れ、対応がおそくなってしまう。また、未受診者の中に育児環境など問題のある子や障害児が隠れている場合がある。そのため、未受診者のフォローは、障害児の早期発見対策に欠かすことのできない作業である。

深川保健所の4か月児健診の昭和49年から53年までの平均受診率は95.7%である。したがって、未受診者の数も年間80～90人であるから、数的には追求可能である。しかし、実際には1～2か月遅れて受診する人がいたり、転出したままで住所の変更が行なわれていなかつたり、医療費に関する事務手続のため他の係の方に母子管理カードが持ち出されたりなどの繁雑さがあるために、未受診者の把握にかなりの事務量が要求される。また、事務職員の中にある「通知を受けとって来所しないのは母親の責任であって、保健所の責任ではない。多忙な業務の中で、そこまで手をかけるのはサービス過剰だ」という考え方を変えることがなかなか難しく、長いあいだ未受診者の母子管理カードをそろえてもらうことができなかつた。しかし、これも話し合いを積み重ねた結果、昭和55年度から実施することができるようになった。

(3) 専門医療機関とのネットワーク

乳幼児健診で異常をチェックされた児は、確定診断のために専門医療機関へ回す。東京都では、乳児と3歳児に対してそれぞれ乳児精密検査制度および3歳児精密検査制度があり、50年の保健所の特別区移管後は区の制度として実施されている。この精密検査は指定医療機関で受けることとなっており、都内の国公立大学附属病院や都立病院をはじめ、私立の総合病院の多くが指定されている。

私たちは、この指定医療機関の中から、管内居住者が距離的に受診可能な範囲で専門病院として、医師や検査体制がすぐれていて医師との連絡など保健所との連携が可能な医療機関を確保し、ネットワークを組むようにしている。精密検査の結果が迅速に、正確に保健所に戻されることは、早期対応をするうえで大切だからである。

3. 早期対応への努力

(1) 診断後の親への保健指導

わが子に障害があると診断された直後の親の動揺は激しい。「なぜ、われわれのあいだに障害児が生まれたのか」「障害の原因は何だろうか。遺伝なのか。妊娠中の事故のせいいか」など、次々と思い悩む。そして眠れない夜を過ごした後、不憫な子を思い、いっしょに生命を絶とうとして茫然と鉄道線路を歩いていたという親も少なくない。

この時期に、疾病や障害について解説し、両親に正しい認識を持たせること、予後の可能性に見通しを持たせて励ますことは、子どものその後の発達や障害の程度を左右する。わが子の障害像を受けとめる時期が早ければ早いほど、障害克服のための治療や訓練や家庭療育が早期に正しく行なわれるからである。私たちは、この時期の親への保健指導を重視し、慎重に行なうようにしている。

(2) 日常の健康管理および家庭での養育についての指導

両親は、とかく子どもの障害の部分に目を奪われ、育児が過保護になりやすい。睡眠時間が不規則になったり、新しい食物になじみにくいために離乳食がなかなか進まず偏食になったりしやすいが、これを障害児ゆえに仕方のことだとあきらめていることが多い。したがって、育児指導は一般の子ども以上にきめ細かに行なう必要がある。

また、二次障害として病気にかかりやすく、悪化しやすいなど体力的にもハンディのある子が多いので、ホームドクターや救急時の医療体制をひとりひとりの子どもや家庭に合わせて準備する。

(3) 治療、訓練のための援助

江東区内には専門病院がなく、運動機能訓練の場もない。運動機能訓練の必要な子どもは、遠く北区や板橋区の専門病院に通院しなければならない。子どもを背負い交通に時間がかかることから、通院し続けることにはかなりの努力と忍耐が要求され、時には中断してしまうこともある。このことを防ぐために病院との連携を密にし、親への指導と励ましを適切に行なうようにしている。また、子どもの障害が重くて通院できなかったり、母親が病身などの理由がある子には、保健所の1歳6か月児健診や3歳児経過観察児健診の心理発達相談部門を在宅訪問指導に切り換えて指導を行なっている。

(4) 通園施設、保育園との連携

子どもの発達段階や体力、障害の程度を検討したうえで、その子に合った子ども集団の中での遊びを保障するために、通園施設や保育園との連絡を密にしながら入園をすすめる。

江東区では、まだ障害児保育が制度化されていない。しかし、親の会とともに制度化実現のための運動を続けている私立保育園や区立保育園の保母たちの努力で、障害児保育のとりくみが数のうえからも、保育内容のうえからも拡がりつつある。

保育園入園に対する援助として保健婦は、次年度保育園入園募集の時期に、地区担当者として把握している入園希望者の一覧表を作成し、その表を資料にしながら保育園関係者（保健婦の呼びかけに自動的に集まった園長や保母）と通園施設の職員を交えて業務連絡会を持っている。そこでは、保健婦から子どもの発達段階や障害の程度、健康状態や家庭の条件、両親が希望している園名を出し、保育関係者からは園側の受け入れ態勢がどうなっているか、など個々の園の状況が出される。それらの双方の条件を総合して、ひとりひとりの子をどこに入園させたらよいかを選択する。その結果をもとにしながら両親へのアドバイスを行なうようにしている。

入園の申し込みを福祉事務所に出すときは、それまでに保健所が行なってきた援助内容や医療機関で受けた医療の経過などの記録を添付する。

入園申込みと並行して、保育園の方は両親とともに対象児を連れ、子どもの障害内容や発達段階などを理解してもらい、入園までに園側の受け入れ態勢が整備されるように配慮する。

入園後は、医療や子どもの健康について、時には保育に関する問題などで園と連絡をとったり指導したり、家庭との調整をはかったりする。

4. 親の会との協力・協同

障害児の親として自立するための学習・教育の場として、親自身が自動的に運営する親の会の活動がある。区内には、障害児保育の制度化や公立の機能訓練施設の設置などを求める要求でまとまつたいくつかの親の会があり、保健婦はそれぞれの会の運営に協力すると同時に、これを保健婦自身の学習の場としても位置づけている。

5. 障害児の医療と保健・保育・教育・生活保障のための地域づくりへの参加

障害児とその家族の、地域社会への“全面参加と平等”を実現するためには、江東区の地域内の条件をさらに整備しなければならない。

医療・保健の分野の問題点は、早期発見のための乳幼児健診が出生から就学まで一環した仕組みで行なわれていないこと、早期対応のための親子教室や機能訓練の場がすべての親が通える距離内にないこと、日常の健康管理のための歯科衛生相談や保健婦および心理発達相談員による在宅訪問指導が必要な間隔で行なわれていないこと、などである。

保育については、障害児保育が制度化されていない。

教育に関しては、就学指導の問題、学童保育から障害児が閉め出されている。

生活の問題では、緊急一時保護の制度が利用しにくいなどの悩みがある。

これらの問題を保健所や保健婦の専門的立場から探しし、他の関係職員および障害者団体とともに地域政策として、まとめあげていく作業を、日常の業務の中で、あるいは労働組合活動を通じて行なっている。

おわりに

憲法第25条や児童福祉法や母子保健法で保障された児童の健康を障害児も含めたすべての児童に行きわたらせるためには、江東区の現状はあまりにも貧乏すぎる。そして、その保障のための作業や運動は、今その端緒についたばかりといえる。わが国の憲法が国民に保障する自由および権利は、「国民の不断の努力によって、これを保持しなければならない」(憲法第12条)とされている。

私たち保健所職員は、今までに、この不断の努力を重ねているときなのだと考えている。

V. 「発達障害」に対する接近の理念 ——全国障害者問題研究会の場合——

全国障害者問題研究会全国事務局 加藤 春樹

はじめに

「発達障害」に対する理念的把握の内容とその方法について個々の研究者で異なる見解が存在することは当然であり、全国障害者問題研究会（以下、全障研）もまた、そういう異なる見解を持つ人々が対等・平等の関係でともに研究し合い、学び合う集団である。したがって、世に誤解されるような特定のテーゼを持つ団体ということではない。

しかし、もし理念的概念がそこにあるとすれば、それは「発達保障」という概念であろう。報告者もまた、この「発達保障」という概念に可能性を見、信頼を置く全障研会員の一人である。そういう立場から、この理念的把握が「発達障害」に対してどのような接近を結果させるか、という点について私見を述べたい。

■ 発達障害への接近方法の諸相

全障研は、その創立（1967年）の時点から、主として精神薄弱児童に対する教育的接近を課題としてきた。しかも、主に高度の精神薄弱児ないし重症心身障害児に対する教育内容を拓くという課題を持ちつづけてきた。1967年度時は周知のように、重度精神薄弱児・重症心身障害児は「教育不可能」ということが当然視されており、そのような中で重度・重症の児童への教育的接近を言うことは、ともすれば「実態」から遊離した空論として指摘される、というような状況にさえあった。全障研は敢えてそこで重度・重症の児童の発達可能性——それはすなわち教育可能性を予定する——を唱え、さらにその保障の権利性を掲げつつ、心理学的研究と教育実践の蓄積にとりくんだわけである。

心理学研究の面ではビゴツキー（Виготский, П.）の「最近接発達領域」に関する所論やピアジェ（Piaget, J.）の発達段階説を摂取しつつ、発達のメカニズムに基づく児童理解の研究が進められ、田中昌人にあっては「発達における階層」の抽出が行なわれた。田中によれば、次のようである。——正常児も精神薄弱児も、その発達過程は同一であり、本来生活年齢と即応した共通の発達段階＝発

達の階層（節）が存在する。この発達の階層は、それを乗り越えるための児の内的力量（これを田中は「発達の原動力」〔ないし『原動諸力』〕と呼ぶ）が蓄積されることによって越えられる。そして、その内的諸力は、本来、児が内包する発達可能性によって蓄積されることを予定するのであるが、精神薄弱児はその内的可能性を持ちつつも自己の外界を取り入れる（ないし交通する）能力の拙さ故に、可能性を現実性に転化し得ず、発達の階層間の移項を実現し得ない。発達そのものは正常児と同様、必然性を持ちつつも、可能性を現実性に転化し得る内的諸力（発達の原動力）の形成が困難であり、それが発達の質的転換期を移行し得ない状態像、すなわち障害として表わされる。

このことから、精神薄弱は固定的な、動かし得ない障害ではなく、ある発達の段階（田中にあっては階層）を越え得ないところから来る「発達障害」像であり、かつ可変性を持ったものとして把握され、したがって教育の役割が極めて重要な意義を伴って浮上する。

教育実践研究は、それまで「教育不可能」とされていた重度・重症、あるいは重複の障害児童を「教育可能体」として把握し、当該児の発達のものつれ=「発達障害」像を脱する、すなわち発達の階層間の移項を達成し得る内的力量の形成を意図した教育内容・教授課程の創出の提起となったのである。「発達に上限なく、教育に下限なし」「すべての児童は『発達可能性』を持っている」ということが言われ、そのための実践蓄積がなされ始めた。

他方、上田敏は、リハビリテーション医学の方法論から、障害における階層概念とも言い得る視点を提示した。上田は障害を impairment（機能・形態的不全）、disability（能力不全）、handicap（社会的不全）の3つに区分して定義づけた。報告者は、この定義づけと区分が同時にそのそれぞれに対するアプローチの課題化を予定する、と考える。まず impairment、これは生物学的レベルの障害と考えてもよいと思われるが、これに対しては treatment method が対応する。主として医学・医療領域における治療——狭義のリハビリテーション（小児に対する障害予防的リハビリテーション）をも包括する——等である。disability に対しては、医学的・教育的のリハビリテーションが対応する。さらに handicap に対しては社会リハビリテーション（職業リハビリテーションを含む）が対応すると言えよう。現実はこのように直截には割り切れないが、基本的なモデルとしては妥当性を持つと考える。上田の障害区分は、もちろん順序性を持っており、その対応についてもまた順序性を予定し得るものである。したがって、課題化の方向性が極めて

鮮明な形で提示される。

ここでは田中と上田の所論を抽出したが、「発達保障」という概念は、これら発達可能性を現実性に転化するための課題化的アプローチを許容し、かつそうした大胆な提起の導出を担保したと考えられよう。以上から「発達保障」という理念は、児をして発達させることを目的とするのではなく、児が本来的に持っているか、あるいは児の中に本来的に育ち得る必然性のある発達的力量を援助する、そのことによって児の発達を保障する、という意味あいであり、発達する主体は児自身であることをご理解いただけると思う。

■ 「発達保障」の一展開としての早期発見・早期治療

「発達保障」の理念は科学肯定に貫かれている。言葉を換えれば、人間の知的営為の産物である科学にヒューマニズムを見、その成果をより実質的なものとすることを意図しているのである。障害ないし障害素因の早期予知・発見・救命・治療・リハビリテーションの課題は、このことによって必然とされる。大津市における母子保健体系策定の試みはこの一表出である。

「大津市1974年度方式」と呼ばれるこの母子保健体系は、いわゆる「母子保健」の枠を大きく拡張している。出生から就学までとそのスパンを具体的に規定し、そこで障害児療育を核として乳幼児期児童の全般的な発達保障を意図した体系であるので、従来の母子存在における衛生教育というカテゴリーでは包括し得ぬ教育的アプローチの方法が、数多く含まれている。まず健診それ自体が、親が児の障害を覚知する上で重要な教育的役割と持続的支援の機能を持つ。そのサイクルは、3か月—全数を基本に市内の開業医に委任、4か月・10か月は全数呼び出し健診、6か月・12か月・18か月はアンケート調査、24か月は歯科健康診査、36か月は全数呼び出しなど、障害の早期発見・早期対応を決定づける乳児期に全数呼び出し健診が2回セットされ、かつ未受診者のフォローアップも確実になされるなど、効果の高いものとなっている。すなわち、「障害の見落としなし」が貫かれる。

次に注目されるのは、1、2歳障害児の親子教室(=山彦教室)である。この教室は障害児療育において最も重要な1、2歳という時期に、児に対するリハビリテーション等の試みが確実に保証されること、すなわち「対応もれなし」を約束するが、むしろその両親の教育機能に着目したい。障害告知を受けた親がその大きなショックから立ち直り、児の障害について正確な理解を持ち、

その発達を保障し得る家庭教育等の内容を組織し得る力量を持つことが、ここではめざされる。療育途上で効果の顕現しにくい時期に、両親が児の状態像に失望することなく、保育園入園までの2年間を、親自身が児と共に生きるための内的力量を賦活し、自己教育を実践し、および親同士の相互援助機能を発揚する場であり、その教育的意義は非常に大きい。これが行政責任を背景とした公的援護措置としてセットされているわけである。このような教育的な場の確立は必要性は考えられながらも、従来の母子保健行政には見られないものであった。

これら健診と親子教室を通じて、必要に対する即応性が強く、かつ、その制度化の視点が妥当性を持っていること、これが74年度方式の第一の特徴である。

さらにいま1つの特徴は、このシステムによる効果の到達目標が明確に設定されていることである。①歩いて(身体移動の人間的手段を持って)、②何らかのコミュニケーションの手段を持って、③就学すること。この課題は一見して、その到達の困難性を予測させるに十分であるが、1980年4月、学齢に達した児の不就学(就学猶予・免除)ゼロという形で実現された。

■ 母子保健の新展開を担保するシステムの吟味と教育的アプローチの導入

「発達保障」を目的とした母子保健の再構成は、まずスクリーニングスケールを科学的に抽出し、それに即応するシステムの確立を課題化して、その一定の到達点を持った。と同時に、母親教育(ないし両親教育)のカリキュラム編成という新しい課題を母子保健行政に要請している。このことは、母子保健行政が本来持っている衛生教育的側面を教育学的吟味に耐え得る「教育」として定立させる、という新しい課題である。と同時に、それは母子保健に従事するスタッフに教育的力量を要求する。母子保健学は、この課題に耐え得るべく再構成を経ねばならないと考える。

シンポジウムのねらいとまとめ

国立公衆衛生院 西三郎
東京都神経科学総合研究所 木下安子

医学、生物学の最近の進歩は著しく、その成果の医療への適用にあたり、改めて人間とは、医療とは、を問い

直すことが迫られている。現実に、一部では、医療への適用のみならず、研究自体の推進をも延期することすら行なわれている。このような中で、国際的な規模で、科学技術の進歩と倫理についての討議が進められている。われわれ社会医学の研究、実践活動を担当している者として、社会医学的視点に立って改めて医学・医療について考察することが使命の1つではないかと考えている。しかし、医学・医療の進歩全般にわたり、その成果と応用について、社会医学的視点から考察するには、課題として大きすぎ、荷が重いこともあり、今回のシンポジウムは、表題に示したように「先天異常への対応と問題点」に限った。なお、課題を限ったのは、身近な先天異常を含む障害児ケアの課題を通じ、医学の進歩についての正しい知識に基づき、具体的に、医療とは、人間とは、の論議を展開することを期待したからである。

本シンポジウムの報告者は、課題に関する研究において中心的な役割を果たしている若手研究者であり、かつ最新の医学の成果を実践的に日常の医療活動に結びつける努力をしている実践家でもある。また、シンポジウムのねらいから、それぞれの発表の内容には最新の医学研究の成果の紹介を含めていただき、社会医学研究会として、共通した正しい知識の上で討議することを可能とするよう意図した。シンポジウムにおける発表は、おのれの方々におまとめいただいた。

なお、予定発言者である東京都町田保健所長・伊東弘祐氏は、保健所における遺伝相談の状況について報告した。町田保健所で昭和54年6月に遺伝相談を問い合わせ、その後特別な働きかけをしなかったが、この1年間に遺伝相談は89件にも上った。その内訳は、保健所から問い合わせたのに応じたものが11件で、残りは訴えがあったのが47件、保健所から通知があったのが30件、大学から通知があったのが1件であった。これらは、最初の6か月の問い合わせを除いて、日常の保健所の業務で見出された件数であった。相談の結果、専門医療機関へ紹介したか現在治療中のものが25件、保健所でのみ指導を受けているのが26件、遺伝相談のみにとどまったのが38件である。また保健婦としては、正確な診断があり、連携できる専門医、専門医療機関があれば、遺伝相談の求めがあっても応じることはできると考える、と報告した。

耳原総合病院(大阪)小児科・今村雄一氏は、未解放部落での診療30年の経過をふまえて次のように追加を行なった。——国際疾患分類に含まれない低出生体重児などが、母体栄養不足で、母親の育て方が悪い子に多くみられ、その発生に対し、社会階層による差がみられた。このため出生児の貧血を調査すると、分譲住宅に住む世帯

には見られないが、府営住宅に住む世帯では多く発見された。母親についての調査によると、貧血、低蛋白血症が多く、そのような母体からの分娩も原因していると考えられる。新生児に溶血性高ビリルビン血症が多く、特に5日目の代謝異常調査により、新生児でビリルビン値が20mg/dl以上のお子が20%も見られた。現在、病院内出生児400人を追跡調査している。それらの子の15%に栄養が悪い子どもが見られ、とくに障害児でそのことが重なると、より増悪することも考えられる。喘息の治りにくい子に、食生活の改善がはかられていないことから見て、食べないことによる何らかの栄養上の不足が影響していると考えられ、今後さらに検討したい。

シンポジウムでは討議がなされなかつたが、司会として次のことを今後の検討の課題としてお願いしたく、簡単に述べてむすびとしよう。

医療とは、最初の医学的知見を含む他の知見より得られた情報に基づいて、医師らによる診断を含む一定の判断が行なわれ、最終的に患者の自己決定権に基づいて医療行為がなされるものといえよう。このような考え方方に立つならば、医学の進歩とは情報量の増大を意味し、情報不足の時代には情報量の増大をよしとし得たが、現在の学問の進歩の中で無秩序に近い情報量の増大は、専門職としての判断の重要性をより高めたといえる。また一方、患者にとっては、そのような複雑化した情報が専門職を通じて伝達されたときに、形式的ではなく、実質的に自己決定を行使することの保障がなくてはならないのではなかろうか。これらのことと本シンポジウムの課題の中に例をとると、胎児情報による医師の判断と、胎児とは別人格である親の自己決定権との相関と医学の進歩との関係ということとなろう。このような場面の保健指導が、個人的な経験とか、個人の人生観に基づいてなされているのか否か現状については私には不明である。しかし、このような保健指導にあたって、社会医学としての論理に基づく客観的な指導規範が成立し得るのか、もし成立し得るとすると、どのように作られるのかなどについても、今後に討議を期待したい。

(文責・西)

<訂正>

本誌前号(第45巻第1号)の16頁の脚注、財団法人(財)は特殊法人の誤りでしたので訂正いたします。

<特別講演>

地域保健医療と公的責任

——法的観点から——

東京都立大学法学部 下山 瑛二

■ 従来の保健医療制度と法的責任

今日、われわれが生存、生活していくためには、生命・健康・居住・環境について、制度的保障が確保されなければならないことはいうまでもない。しかるに、現在の法制度は、かならずしも国民のかかる基本的人権を保障するまでにいたっていない。

昨今、わが国が批准承認をした国際人権規約のA規約「経済的、社会的および文化的権利に関する国際規約」の第12条においても、「健康権」の規定が設けられている。すなわち、

1. この規約の締約国は、すべての者が到達可能な最高水準の身体および精神の健康を享受する権利を有することを認める。
2. この規約の締約国が1の権利の完全な実現を達成するためにとる措置には、次のことに必要な措置を含む。
 - (a) 死産率及び幼児の死亡率を低下させるための並びに児童の健全な発育のための対策
 - (b) 環境衛生及び産業衛生のあらゆる状態の改善
 - (c) 伝染病、風土病、職業病その他の疾病の予防、治療及び抑圧
 - (d) 病気の場合にすべての者に医療及び看護を確保するような条件の創出

この規定は、国際連合憲章第55条の「国際的な……保健問題及びこれに関連する諸問題の解決……の促進をその任務とする」という規定を受け、さらに国際連合加盟国が、「世界保健憲章」の受諾を勧告されることを承認した上で、1948年に採択された「世界人権宣言」第25条1項目前段の「何人も……医療及び必要な社会的施設を含む自己及び家族の健康と福利のために充分な生活水準を享有する権利」を有することを認めた規定の精神を受け継いでいるものであるといえる。また、国際人権規約〔A規約〕の11条〔社会権〕1項の、「この規約の締約国は、自己及びその家族のための相当な食糧、衣類及

び住居を内容とする相当な生活水準についての並びに生活水準の不断の改善についてのすべての者の権利を認め、締約国は、この権利の実現を確保するために適当な措置をとり、このためには、自由な合意に基づく国際協力が極めて重要であることを認める」という規定の内容を具体化したものであるともいわれている。

ところで、かかる規定の基礎に流れているフィロソフィは、わが国の憲法の中にも織りこまれている。それが憲法第13条であり、第25条であることはいうまでもない。したがって、今回、批准承認された国際人権規約は、けっして、わが国にとって目新しいものとはいえない。

しかし、他方、現在、法学界においては、なお「健康権」とか「環境権」という概念を受け容れることは拒否されている。また、最近、地域保健医療というコトバが、公衆衛生関係、医療関係では日常化してきているように入れるが、法学界では無縁の概念としか考えられていないといえる。そのことは別の表現を用いるならば、わが国では、かかるフィロソフィに立った制度的保障が未だ確立していないということになる。

ここから、国際人権規約、世界人権宣言、世界保健憲章、国際連合憲章に連なる憲法の存在に対し、憲法のフィロソフィとは異なる次元の法制度がわが国には存在し、その存在が世界的潮流の導入と憲法のフィロソフィの具体化を阻害してきているものといえる。そこで、本日のテーマ、「地域保健医療と公的責任」を論ずるにあたっては、従来の法制度の根本的枠組みが、極めて地域保健医療となじまぬものになっており、その部分的修正では、多かれ少なかれ、その壁に突きあたらざるをえぬことを明らかにし、公衆衛生、社会医学等々の関心をもたれる方々の積極的建設的意見の具体化が、かかる障壁によって妨げられないようにするには、いかにしたらよいかということを考えねばならなくなる。ところで、わが国この分野の法制度は、基本的に、私的自治の原則、警察法的取締行政の原則に加えて、国家の恩恵的慈惠的

給付が行政の法理の上に組み立てられてきているので、以下そのことを述べたい。

1. 私的自治の原則

医療関係は、原則として、商品売買の原則の支配してきた分野の中から生まれてきた契約自由の原則が、ここでも支配している。そこでは、原則として、買手危険負担の原則が支配している。しかも、それに加えて、医師の専門的技術的判断というものによって、法の介入する余地を狭隘化させているといわれている。そこから、医師の自己規律をしっかりとさせておかぬ限り、医療の質的問題は、余程の例外がない限り法的次元にのぼってこない仕組みになっている。たしかに、最近、医療過誤の問題がクローズアップされてきているが、それは一種の上記原則に対する修正原理を働かせてきた結果である。しかし、それとて上記の原則を根本的にかえるものではなく、医療の質の向上については、きわめて間接的なインパクトを与えるにすぎない。

また、健康保険制度の導入は、たしかに、医療の量の拡大を伴い、その意味では、社会的医療の質の向上をある程度もたらしたということができるかも知れない。しかし、この制度の導入も、医療の質を本質的に改変させる契機を含むものではなく、個々の医療をとつてみればかえって「保険医療」という枠組みによって、眞の医療行為の阻害要因になっている場合もある。

2. 警察法的取締行政の原則

医療関係において、私的自治の原則の支配を建前とするところから、この関係に介入する国の行政は、原則として消極行政（警察法的取締行政）を建前にせざるをえないものといわれてきている。警察法的取締行政の建前というのは、公の秩序に支障が生ずる限りにおいてのみ、行政が社会関係に介入するということである。そのことは反対に、公の秩序に支障なき限り行政は介入しない、ということにもなる。よく社会防衛的見地の公衆衛生行政といわれるものは、同じ意味でいわれているものといえる。伝染病予防法、結核予防法等がその典型的なものとして捉えられてきた。この場合には、確実な証拠がなければ、行政は措置できないということが、この原則の裏返しとして生じてくる。そこからは現在求められている予防行政、あるいは予防医療政策の制度的保障は生まれてこない。さらに、この原則は国民の自由を公権力で制限するのであるから、「法律」によってのみ制限できるということが強調されてくる。ここから、また全国的にみて、社会的平均人の受容限度を超えたときにのみ行政は干渉できるということになるので、社会的弱者を救済する医療政策は、この中からは生じてこない。そし

てまた、国民の身近なところで、医療保健を考えるフィロソフィはどうてい生まれてこない。

しかも、かかる法原理は、食品衛生法にも、薬事法にも及び、さらに、住環境を規律する法体系にも及んでできているため、国民・住民の生存・生活の保障を中心にする法制度は生み出されてこないし、地方公共団体がかかる行政にタッチする場合にも、国の機関委任事務が中心となり、地域保健医療に連なるフィロソフィとは無縁のものになってくる。

3. 恩恵的慈恵的給付行政の原則

わが国の行政に関する法原則は、前記1、2の原則から、なんらかのサービスを国がする場合にも、法治主義の原則の範囲内にないものとして取り扱われてきた。そこから、一定の施設を提供し、あるいは国民・住民の利益になる行政上の措置も、行政の自由裁量に委ねられているという考え方が生まれてくる。公的病院の設置・管理をはじめ、他の施設管理についても、国民・住民の生存・生活を中心にはせず、かかるサービスの組み立てをいかにするかは行政の判断にかかわらしめられてくる。しかも、現在のごとく、財政権を圧倒的に国が保有する場合には、国の全体的政策的判断にすべてがかわらしめられてくることになり、国民の生存・生活への配慮は、すこぶる観念的、あるいは政治的な性格をもち、眞の意味での国民の生存・生活保障の観点は完全に捨象されざるをえなくなる。

■ 地域保健医療制度確立のための必要条件

さきに国際人権規約をはじめ、世界的潮流にあわせ、憲法の基本的人権保障のフィロソフィからいかなる制度的改革が必要かは、きわめて大きな課題であるので、それぞれの分野の検討と、全体的構想とを総合させながら、組織的検討によってその分析は進められるべきものと考えると述べたが、ここで若干私見を試論的につけ加えておきたい。

(1) 国民の生存・生活保障と保健医療制度、予防保健医療行政の必要性および総合行政の必要性

(2) (1) の制度的保障としての地域保健医療確立のための諸条件…検討すべき課題

(i) 枢要的地位を占める機関を何にするか。公的病院か保健所かあるいは他の機関か。それとも保健医療行政機関との関係、また医師との関係。

(ii) 医療機関と保健機関の総合形態。医師とパラメディカルの担当者、他の保健医療担当者との関係。保健医療機関と居住環境行政との関連性の問題。

(3) 保健医療と福祉行政との関連性の確立。

(4) 地域保健医療と国の行政との関連性。

要望課題 101~104 抄録

【座長】 藤 島 弘 道 督 相 子
 (長野県伊那保健所) (滋賀県立総合保健専門学院)

101. 1歳6か月児健診の委託問題にとりくんで

東京都荒川区荒川保健所 与儀 恵子

私たち、荒川区独自の手作り健診を誕生させてきた。ところが昭和54年5月、3者協（東京都医師会、衛生局、区側）は話し合いの結果、1歳6か月児健診を原則として医師会委託で実施する方針を出した。

当区医師会も委託化を強硬に要請してきた。医師会側は個別のメリットについて、①健診で健康者と異常者とのふりわけが可能、②住民に密着しているので一貫した経過観察ができる、③今後は健診事業には医師会があたるべきで、保健所は計画立案などの事務面の役割を担うべきである、としている。

しかし、現在委託している健診の状況をみると、医師会側と私たちの見解に大幅な相違があることがわかった。有所見者に対する事後措置と、同一対象児が保健所と医師会でどう診断されているかについて比較・調査を行なった。以下、委託のデメリットをまとめてみた。

(1) 保健所の健診では専門職種のチームワークで幼児を多面的にチェックできるが、委託の場合は臨床的な疾患中心に片寄り、医師1人で発達面に関してまで十分な観察指導が短時間で行なえるか疑問。

(2) 育児に問題がある場合、多忙な臨床医に指導面まで求めるのは合理的でない。また、事後措置として医療機関以外に福祉関係機関との連絡が行なわれにくい。

(3) 委託の場合は受診率が低くなりがちで、また未受

診者の訪問もなされないので全数把握ができない。

(4) 委託の場合、健診結果が保健所に届くのに2~3か月かかり、適切な時期に適切な事後措置ができない。

(5) 保健所では健診の結果を集計したり、住民に接したりすることにより、地域の保健ニーズや問題点を集約することができ、適切な母子保健指導がしやすい。また、行政の施策に反映させることもできるが、委託の場合は個々の対応に終始すると思われる。

(6) 委託によって財政的負担は増大する。

以上の理由で、保健所職員の私たちには委託化は絶対に阻止しなければならないと確認した。

それで、保健所職員で構成している分会では要請書を作成し、衛生部長交渉をし、区議会議員に陳情書を提出し、そして各政党に説明に回った。さらに、住民や障害児の会「たんぽぽ」の親たちからも、請願書や署名等の運動が展開されていった。その結果、昭和55年度は従来どおり保健所で実施することになった。

私たちは、子どもの発達を健診の一断面でスクリーンするだけでなく、新生児訪問から4か月児健診へ、さらに1歳6か月児健診から3歳児健診へと連結させたり、フィードバックさせたりしなければならない。また小児科医師、歯科医師、保健婦、栄養士、歯科衛生士、心理判定員など子どもにかかわる専門職種間のチームワークで、広い視野に立ち、専門的で継続的で、さらに一貫性のある乳幼児健診を行ないたいと考える。このような健診を実践できるのは、現状では保健所以外にはないと考える。

表1 項目別・月齢別把握状況 (%)

	中枢性運動障害		精神発達遅滞			
	4か月まで	6か月	4か月まで	乳児後期	1歳6か月	3歳
北療巡回検診 (52年)	87.5	13	29	0	28.5	42.8
保健所経過観察 (53年)	100	0	22	33	44	0

102. 荒川保健所における障害児ケア

東京都荒川区荒川保健所 吉村 享子

「荒川区から障害児をなくそう」というスローガンのもとに、区内で生まれ育つ子供の健康を守るために種々の努力を重ねてきた。障害をできるだけ早い時期に把握して、障害の重度化、固定化を予防するため、まず保健所で早期療育の確立とともに適正な療育にとりくんでいた。

52年6月から53年3月にかけて北療巡回検診班により保健所でチェックされた児に対して再度検診を実施。53年度検診班終了後も同じ形態で専門医により実施。その結果の一端として、表1(前頁)に把握月齢を、表2にどこでチェックしたかを示した。

事例を通してとりくみや考え方を報告

〔事例Ⅰ〕4か月児健診でチェックされた。その後、専門医による検診を受け、他の機関へ紹介されたが、保健婦の対応が不十分であったため、とぎれた。しかし、保健所の健診がきっかけで病院に受診し、訓練を受けたので障害を残さなかった。今後は、発見した時点で母親の不安を受け止め、十分事態を理解させて現状を正しく認識できるよう努力をし、早期発見が療育に結びつくよう援助したい。

〔事例Ⅱ〕新生児訪問でチェックされた。経過観察から病院を紹介され、訓練まで受けた。1歳1か月で歩行開始。病院による意見の違いがもとで母親は動搖したが、時機を逃さず援助を行なったので改善にもってゆけた。

〔事例Ⅲ〕ダウン症児。早期に発見されても、病院では訓練や日常生活指導、精神面での支えにはならないばかりか、逆に、短命だから大事にするように、と否定する方向で指導されることが多いため療育の場が得にくい。その結果、一定の年齢に達するまで放置されやすい。当保健所では「乳児期こそ、その後の成長や親の精神面での安定に大きく影響する」という考えから、親子両方に濃厚な接触、適切な指導を行なっている。

表2 チェックした場所

	訪問	保健所の健診	その他	計
北療巡回検診(52年)	12.5	83.3	4.2	100%
経過観察検診(53年)	7.4	85.2	7.4	100%

次の段階として区立心身障害児センターを紹介し、スムーズに入所している。

障害の早期発見と早期療育の効果は、保健所で障害が固定化する前にチェックし、きちんとフォローしていくねば、期待できない。遅くとも4か月で運動発達の異常や遅れがスクリーニングされるから、専門スタッフによるトレーニングと育児指導の場を保証することが必要であろう。荒川保健所では、今後もひき続き地域全体の問題としてこの問題とりくんでいかねばならない、と考えている。

103. 大腿四頭筋短縮症(6)

——愛知における6年間のとりくみ——

名古屋大学医学部公衆衛生学教室

金田 誠一 中川 武夫 小林 章雄

同上・衛生学教室

久永 直見 小野雄一郎 岩田 全充

愛知県において、社会医学系の若手医師を中心となって整形外科や小児科など多くの若年医師や医学生の参加により協力医師団を結成し、大腿四頭筋短(拘)縮症問題とりくんで、6年余が経過した。

この間、協力医師団として次のような活動をしてきた。
① 患者の要求にこたえる治療方法の確立という面では、重症患者への適切な指導および手術。
② 検診活動をすすめる中での追跡や経過にみあった指導という面では、年1回の検診を継続し、合計160名を超える患児を発見。
③ 患者カルテの検討や疫学的手法を含めた調査などによる原因の検討という面では、注射時の原疾患の多くは上気道感染、消化器障害であり、安易に注射をするという考え方方に問題が残ること、重症度決定には多くの因子が関与しているので断定はできないが、注射本数が多いほど発症率が上昇し、かつ発症したものでも重症化していること。しかし、1本の注射だけで発症した児もみられる。さらに、生後早期に初回注射を受けた児に発症率が高く、また注射薬の種類により筋障害性に差がみられた。多くの薬が原因となることもわかった。
④ 医療関係者への働きかけという面では、学会活動をはじめ、学生に対して例年呼びかけを行なっている。その結果、多数の学生が活動に参加している。

また、患児の親で構成されている「愛知あゆみ会」は、自主検診を企画し、厚生省および地方自治体に対する交渉などを積極的に行なってきた。その結果、育成医療の年齢制限の実質上の撤廃、自己負担分の免除などの貴重な成果をあげてきた。そして、これらの成果を公害問題

を中心とした愛知県の各団体の運動に連帶する中で実現してきたことは教訓的である。

現在、愛知において大腿四頭筋短縮症の問題は訴訟という形で争われている。1977年2月、1医院の関係の被害者11家族33名が国、製薬会社2社、医師を相手どつて提訴して以来、現在までに二十数回の弁論を終えている。裁判の主たる争点は、被告らに被害の発生に注意を払う義務があったにもかかわらず、注意義務を怠ったこと、その基礎として各被告に被害発生を予見する可能性があったとする点である。公判がすすむ中で、国および製薬会社2社は、原因を医師の不適切な医療行為のみに帰させようとする意図を表わしており、自らの予見可能性を否定する全面的な対決姿勢に出ている。こうした中で私たちは、今後ともいっそう協力を強めていきたいと考えている。

このとりくみを通じて私たちが感じた問題は、この被害は注射という日常ありふれた医療行為により発生したものであること、そして治療面でも今なお完全な治療方法が確立していないなど深刻な問題を含んでいること、さらに、これほどまでに深刻な事態を生みだした背景に、国をはじめとする行政の適切な対応の遅れをみるとできること、などである。

104. 心疾患児に対する行政の対応と問題点

「全国心臓病の子供を守る会」宮崎県支部
首藤 正一

■「全国心臓病の子供を守る会」宮崎県支部の概況

「全国心臓病の子供を守る会」は、心臓病の子どもを持つ親と心臓病者本人を会員とし1963年に発足した。現在、全国31都道府県に39支部あり、会員数は5,000世帯である。本部は東京都にあり、会長は梅崎栄幸（横浜市）である。

宮崎県支部は1975年に結成された。県内外合わせて約60家族が参加している。毎月1回の定例会を開くほか、子どもを中心に活動することを特色としている。会費は月額300円、年間予算額は約30万円である。今年4月には内部組織として成人者の「宮崎県心臓病者友の会」を発足させた。

■ 心疾患児に対する行政の対応

心疾患の多くは公的健診で発見されるより開業医で発見され、ふつう4～5歳頃に心臓手術を受ける。その際、身体障害児育成医療の手続きを保健所ですが、全額公費負担ではなく所得に応じて徴収金がある。外科的手術でなく1か月以上の入院を要する場合は、小児慢性特定

疾患治療研究事業にかかるので、手続きは医療機関が行ない、徴収金はない。日向市と高千穂町では手術時に見舞金が支給される。

学齢期になると新入生健診があり、心臓病管理指導表により指導が行なわれる。

宮崎県では在宅心臓病児療育キャンプ、保護者研修会（合わせて40万円）に参加でき、専門病院受診時に『宮崎県小児心臓病のしおり』（30万円）によって療育指導を受ける（いざれも「守る会」宮崎県支部に事業を委託）。特別児童手当や身障手帳受給者も漸増している。18歳以上の場合、更生医療の手続きを福祉事務所でし、保険家族の自己負担金は育成医療と同様である。

■ 主な問題点

長男・孝雄（13歳）の経過や6年間の守る会の活動や、県下44の全市町村を回った経験などから、感じている問題点を列記してみる。

- (1) 1歳6か月児健診などの公的健診では、心疾患児があまり発見されていない。開業医と連絡をとって実態を把握する必要がある。
- (2) 学童の健診には地域により差異がある。補足を十分するとともに、引き継ぎにも留意すること。
- (3) 保健所、福祉事務所、教育委員会などが連絡を取り、窓口の一本化をはかること。
- (4) 育成医療適用期間延長と移送費の支給を考えてほしい。
- (5) 血液確保対策予算はきわめて少額である。献血休暇などを含んだ血液法の制定が望まれる。
- (6) 術後対策がほとんどなされていない。
- (7) 高校授業料免除や就業指導などが必要である。
- (8) 学齢期を過ぎると治療率が落ちる。
- (9) 保健婦など医療行政担当者も予算も、不足している。
- (10) 保健指導資料の不備と広報不足。

■ 発生原因の追究を

心疾患の手術可能病院は全国で200を超えており、小児心疾患に关心を持つ医師も多い。しかし、発生原因は明らかでない。宮崎県でも発生原因研究に50万円の新規予算が計上された。発生原因の追究に力を注いでほしい。

座長まとめ

演題101では、1歳6か月の時期に健診することが有効であり、健診の内容として正常児と異常児をチェックすることだけではなく、事後指導をも併せてすることが

大切であることが指摘された。

健診の理念は、①子どもをその時点で断面的にみるのではなく、継続した流れの中でみるとこと、②すべての子どもを視野の中に入れ、発達上、負の影響を及ぼすかもしれない問題をも含めて問題を見落とさないこと、そして、③すべての子どもに適切な対応をすること、とまとめられよう。以上のような内容の健診を保証できるのは、現在のところ保健所だけであると信じているが、現実にはそれが医師会委託化の傾向にあり、子どもにとってマイナスの影響を及ぼすとして、その理由が報告された。そして、保健所における健診の有効性が強調された。

この報告に対して加藤春樹（全国障害者問題研究会）は、健診時に発達スクリーニングの方法としてデンバー方式を用いているようだが、それで本当に子どもの発達をきちんとおさえ、発達課題を見出しているか、という健診内容そのものについての質問があった。

医師会委託による健診のデメリットは浮き彫りにされた。しかし、そのデメリットを保健所における健診がカバーできるのか、カバーできるとしたらなぜできるのかなどについて、今日実施している具体的方法を検討する中で深く追求してほしい。そして、本当に子どもの発達を保障するためにはどうすることが最もよいのかということを導き出されることを期待する。

演題102では、障害を早期に発見し早期療育につなげることにより、障害を軽症化させたり、それが固定化するのを予防するよう努力してその成果をあげている、という荒川保健所の経験が報告された。とりくみの経過や考え方方が事例を通して具体的に報告されたので、わかりやすかった。活動の総括の中で、早期発見しても早期療育に結びつかないのは、親の側にその原因と責任があるようだと、まとめられた。たとえば、親が障害に気づくまえに保健所がそれを発見するため受け入れられないとか、地域の特殊性によりそれに規定された環境や親の養育態度が障害をつくってしまう、などである。親が主体的に行き動ける力量を持つかどうかは、保健所側（援助者）の教育的力量によるものといえる。親の側に問題があるのではなく、親が否定的で依存的で消極的な行動しかとれないような援助しかできていないところに、真の問題があるといえる。これと同様のことが加藤春樹（前出）からも指摘された。ひきつづき今後の検討が期待される。

演題103では、「大腿四頭筋短（拘）縮症」のとりくみが開始された背景や目的、またどのように問題を考えと

らえているのか、現在の状況はどうなっているのかについて、6年間の経験を通して報告された。この中で特に問題とされる点は、①注射というありふれた医療行為が原因していること、②積極的に注射が用いられている現実があったこと、③成長過程にある子どもに多発していること、④注射による障害は予知できたはずであるにもかかわらず注意義務を怠っていたこと、である。これらの問題の重要性を本当に真剣になって考えるべきである。責任の所在の確認も大切なことであるが、今いる被害児の発達保障をどうするか、また薬の安全性の問題など予防対策に、より以上の力を注いでほしい。

この報告に対して、発生要因を医学面だけに求めていいる傾向が強く感じられるが社会的要因についてはどう考えるか、また社会的要因を把握しているならそれを教えてほしい、という質問が出された。これに対し、今のところそこまで手が届かず、今後の課題である、と応答された。社会的要因について、今後鋭く見つめていかなければならぬ事柄である。そのためには、医学的な原因究明にアプローチをすると同時に、他の組織などと手をつないで幅広い活動を巻き起こす必要がある、と考える。

演題104では、13歳の心疾患児を持つ親から、自分の経験や「守る会」の活動、宮崎県の市町村の状況などを顧みて、行政の対応の仕方を鋭く見つめ、問題を指摘する報告がなされた。

問題は大きく分けると、心疾患の発見から事後指導に至る態勢の不備、発見技術や相談内容における力量不足、さらに行行政の対応の仕方のなまぬるい点である。行政の対応と問題点を質と量の両面から指摘するものである。どの問題をとってみてもすべてもっともなことであるだけに、解決してほしい。

この報告に対して、片平冽彦（東京医科歯科大学）から、会の要求を実現する上で独自のとりくみとともに、他の患者団体との共同行動が重要なと思われるが、どのような活動をしているか、という質問が出された。これに対し、独自のとりくみとしては、要求を明確にして行政に何度も足を運ぶことと資料をそろえることが大事である、と回答された。また選挙前後をねらうなどのタイミングの問題も重要であり、他の患者団体との共同行動としては、宮崎県難病団体連絡協議会を中心にして各種の団体に加わり、国レベルの組織にも加盟している、とのことだった。

（文責・藤島）

要望課題 105~109 抄録

【座長】山下 節義 小栗 史朗

(奈良県立医科大学衛生学教室) (名古屋市千種保健所)

105. 老人の生活と健康の援助と公的責任

大阪府立社会事業短期大 奈倉 道隆

■ 一般施策と特殊施策との間隔の問題

現在の公的責任による社会的援助は、国民全般を対象とする一般施策と、患者や生活困難者などを対象とする特殊施策とによって構成されている。しかし、老人の援助ニードは、そのどちらの施策でも満たされないことが多い。たとえば、生活維持のために働く必要のある老人の就労問題、老化によってヘルスケアのニードを生じた老人の援護、家族と同居しつつも孤立化した老人への対策などにおいては、両者の間隙にあって公的責任が果たされない。

■ 自己責任と公的責任との対置の矛盾

ともすれば、公的責任と自己責任とは対置して考えられやすく、財政の硬直化から公的責任の範囲を限定しようとする。しかし老人問題の解決には、そのいずれか一方のみで対応することが困難なことが多い。たとえ自己責任で解決することが望ましいものであっても、それが貫徹できる条件を整備するのは公的責任によらねばならない。たとえば、老人にとって安全な住生活の条件、健常維持に必要な食物や活動、行動障害を持つ社会参加などは、公の責任で整備されねばならない。

■ 社会資源の充足と主体的側面の援助

公的責任の追及は、もっぱら制度や公共施設などの社会資源の充実に向けられている。もちろんそれも必要であるが、老人対策では、老化などによって心身機能が低下した老人がそれらの資源を適切に活用できるよう、主体的な行動を援助する対策が必要である。特に、自発性の低下した老人ではニードが埋没しており、選択意欲も低い、そこで、生活の場ですすめるケースワークやヘルスケアの資源の活用を誘導する訪問健康相談、あるいは

老人の社会的行動を円滑にする交通サービスなどが、公的責任で実施されなければならない。

■ 系統処遇とネットワーク

公的責任を果たす行政施策では、タテ割行政の壁によって分立しがちである。しかし健康と生活にかかわる援助は、諸施策が有機的な連携を持つことによって成果をあげるものである。特に老人は、老化の進行によって多様なニードを持ち、しかもそれが時々刻々と変化していく。したがって、このようなニードに運動する系統処遇が必要である。そのためには、社会資源のネットワークをはかること、老人の個別性を重視した援助の統合化、ニード発生の予見的配慮と予防的処遇の推進などが、公的責任によってすすめられなければならない。

老人に対する医療も、このような生活と健康を支える社会的援助の一環として位置づけられる必要があり、単に健康保険や公費負担の制度で医療費のみの保障することにとどまつてはならない。医療そのものを公的責任ですすめる体制の確立をはからねばならないと考える。

106. スモン被害者の恒久対策実現のため

——被害者自身による実態調査から——

スモンの会全国連絡協議会恒久対策部

市原 千春 村田 忠彦 稲垣 恵子

井上 明 温井 昭 花山 札子

■ 調査の目的

スモン被害者の完全救済は、裁判上の和解による一時金支払いでの解決ではない。現在あるいは今後生ずる諸問題、困難のひとつひとつを解決していくこと、すなわち恒久対策の実現が最も重要な課題といえる。被害者の実態と要求を正確に把握して、強力な厚生省交渉資料とし、また被害者の生活に役立つ手引書作成資料と

することを主な目的として調査を実施した。

■ 調査の内容・結果

1980年4月～5月、スモンの会全国連絡協議会に結集する各県スモンの会26団体、2,673名を対象として、現状、病状、治療、はり・きゅう制度、補装具・自助具、介護、住宅、職業、暮らし向き、余暇、最も早く解決してほしい問題の11項目・68問について、郵送で調査した。5月10日までに回収した1,558名の集計結果を述べたい。

年齢・現況 被害者の高齢化は60歳以上が50%（780人）という数字に如実に現われている。他方、10歳代～30歳代の若年層も104人いる。現状としては在宅が89%，入院中が9%，施設入所者は2%弱である。

症 状 しみつけ感、ビリビリする、などのいわゆる知覚障害に、ほとんど全員が苦しんでいる。歩行障害のある者が非常に多く、普通に歩けるのは4%にすぎない。何らかの視覚障害を訴えている者が70%にのぼっている。冷感、硬直を訴える者がそれぞれ75%，42%ある。加えて、腹部症状をはじめとする合併症も多くみられた。

介 護 日常生活動作をみると45%が介護を必要とし、特に高齢層に多い。鑑定症度別にみると、要介護の者は軽症でも15%，中症になると43%にのぼっている。被害者の55%は家族に介護を依存している。現在、保健婦と接触のある者、ソーシャルワーカーと接触のある者ともに4%のみであった。

最も早く解決してほしい問題 「治療法確立」の要求が最も高く、次いで「健康管理手当・介護手当の充実」を要求する声が強い。「はり・きゅう制度の充実」にも強い要望が出されているが、日常生活に全介助を要する者は、それよりも「介護に関する援助」や「療養施設の保障」を強く要求している。また39歳までの者は「住宅」や「職業・教育」の援助の希望を強く持っている。

■ 対 策

以上の調査結果から被害者の高齢化に伴う諸問題の深刻かつ複雑性を十分に認識した上で、保健婦やソーシャルワーカーとの緊密な接觸、親身なヘルパー活動、訪問看護、気軽に相談できる窓口といった、地域での医療・福祉の整備、充実は、スモン被害者が生きるために欠かせぬ要件であるといえる。現在のこうした態勢の不十分さが、健康管理手当や介護手当充実の要求の強さに象徴されているといえよう。若年被害者にとって職業・教育問題は大きな課題となっている。障害を負ってもなお生き抜く——人間らしく生活できる社会環境や医療・福祉制度の充実を実現させるべく連帯の輪を広げ、着実な運動を展開していきたい。

107. 現行スモン対策の実態と問題点

東京大学医学部保健社会学教室

手島 陸久 杉沢 秀博 鶴田 恭一

高木 邦明 幸田 義憲

東京医科歯科大学難治疾患研究所

片平 泰彦

報告者らは、これまでスモン患者・家族の実態と救済に関する調査・研究を通じ、現行医療・福祉制度の拡充とスモンへの対策の必要性を訴えてきたが、各地で判決が出始めた後、1978年12月からいくつかのスモン対策が開始された。そこで今回、それらの対策の実施（利用）状況、効果、問題点につき、①全国の都道府県・患者団体への面接聴取調査・郵送調査（次報告参照）、②厚生省薬務局医薬品副作用対策室への面接聴取調査（'80年3月）などにより検討した。

■ はり・きゅう、マッサージ治療事業

特定疾患治療研究事業の一環として、たとえばはりまはきゅうでは1回800円、施術者には研究報告謝金として300円を、月5回を限度として支払うもの。利用状況には患者団体、自治体により極めて大きな差があり、また全体として利用率は当初の予想を相当地回っているとみられる。この背景となる問題点として、①単価が低く、実費（2,000～3,000円）との差額をとられる例が多い上、視力障害者の施術者には報告が負担となることなどから、この制度で十分受療できる施術所が少ないと、②通所困難や、往療が認められること、医療機関内の施術は対象とならないことなどにより、重症者は実質的に利用できること、これらの点が指摘される。

■ 世帯更生資金貸付の特例の適用

同制度の特例の項を適用し、療養資金（1世帯2.7万円、2人以上世帯5.4万円）を6か月まで貸し付けるもの。この利用状況も患者団体・自治体により極めて差が大きい。利用できた例からは、「一時金受け取りまでの生活の助けとなる」との意見があるというが、①最も困窮しているはずの生活保護世帯と遺族が対象とならない、②手続き（保証人、民生委員の調査など）でトラブルが多い、などの問題点が指摘される。

■ 国立病院・療養所、自治体病院での診療

これは薬務局企画課が窓口となって国立病院・療養所への（入院）希望に対処し、自治体病院にも配慮を要望したもの。対策室によれば、国の窓口での取り扱い件数は約50件だが、結果は未把握という。患者団体調査では、計13例中入院「実現」が3例、「実現せず」が7例

だった。問題点としては、①遠くの病院を紹介されても入院できない、②国立施設は看護体制等で重症者が入院できない、などが出された。

■スモン総合対策推進協議会の設置と、身体障害児・者福祉・老人福祉行政上の配慮など

推進協議会は全都道府県に設置されたというが、自治体調査ではほとんど形式的なものにとどまっているといえる。「行政上の配慮」などではほとんど予算がなく、福祉事務所などにも十分伝えられておらず、実質的対策とはいい難い。

■対策の性格とまとめ

対策室の説明などから、これらの対策は基本的には従来の医療・福祉対策の枠内での対応と考えられる。しかし、これまでの判決の動向、79年の「確認書」による責任の所在の確認を考えれば、以上のような性格・内容は極めてあいまいかつ不十分であり、確認された「スモン(問題)についての責任」に基づく統一的対策として抜本的に改善されるべきである。

108. スモン問題に対する国と自治体の責任

——とくに未提訴スモン患者の救済問題について

東京医科歯科大学難治疾患研究所

片平 利彦

東京大学医学部保健社会学教室

園田 恭一 高木 邦明 手島 陸久
杉沢 秀博 幸田 義憲

1979年9月の「確認書」調印によって、スモン訴訟はおおむね和解による解決という方向をたどっている。未提訴者に対しては、国は「提訴を待って和解による解決」という方針を出しているが、問題をかかえつつ提訴できないでいる患者・家族がいるならば、こうした方針は再検討されなければならない。

われわれは、スモン問題に対する国と自治体の責任に関して、「すべての被害者にその責任を果たす」という観点から、今回、特に未提訴スモン患者の救済問題に焦点をあてて、1979年度に実施したいくつかの調査をもとに考察を加えた。

まず、未提訴スモン患者の実態と動向を明らかにするため、過去に実態調査を行なったことのある全国5地区の患者203人のうち、1978年10月の時点では未提訴だった75人を対象として、1979年12月に郵送調査を実施した。その結果、1年余の間に新たに提訴した人は16人で、有効回答数が61人だったため、未提訴者は45人であった。そして、未提訴の理由としては、約2/3が「診断書や証明書が得られない」「情報や知識や機会がない」

「費用がない」「人間関係のため」などのさまざまな外的要因をあげており、「スモンを知らされていないため」という人も3人いて、これらの人たちに対しては、現在までの解決方針では不適当であることが明らかになった。

次に、未提訴スモン患者の数とその救済のとりくみの実態を明らかにするため、1979年10月から1980年3月にかけて、全国のスモン患者団体、および都道府県に郵送調査と一部聞き取り調査を実施した。その結果、全国の未提訴スモン患者数は、スモン研究班が把握した全国のスモン患者(「疑い」も含む)11,007人を基礎にすれば、1980年3月10日現在で5,859人(その後、6月30日現在で5,694人)であり、なお多数存在することが考えられた。こうした未提訴スモン患者の救済につき、各自治体のとりくみは、全般的に極めて消極的なことがうかがえた。しかし、少数ではあるが自治体で独自に医療機関へのアンケート調査や検診活動などをして患者の発掘をはかっているところ(京都、大阪、鹿児島)もあり、こうした活動の結果が本人に伝えられるならば、提訴の機会を提供することになる。

以上の結果から、国がこれまでとっている方針では未提訴スモン患者の救済策としては不適当であり、國の方から積極的に実態を把握し、患者・家族に情報を提供していくかねばならないことは明らかである。これは「スモン問題についての責任を認めた」國の被害者に対する責務といえよう。また、自治体は國と同様の責任は負っていないとはいえ、少なくとも地域住民の健康と生活に責任を負う立場から、未提訴スモン患者の問題にも積極的にとりくむ姿勢が求められている。そして、この問題の解決を推進する上で、医学研究者、医療従事者の果たすべき役割は極めて大きいといえよう。

109. 地域難病検診の実践から地域保健医療の公的責任への問い

東京進行性筋萎縮症協会 石川 左門

当会が主催する地域難病検診は、筋萎縮症だけに限らず、実施地域のすべての神経疾患を対象とし、当該地域の医師会、保健所、自治体、住民団体などと、そして専門病院との共同作業として行なわれている。

このことは、本事業が単なる患者団体の疾病サービス事業としてではなく、町づくりの一環としての位置づけにおいて、地域ケアの体制づくりの組織化の動機づけという、はなはだ重要な役割を担っていることを意味する。

昭和50年以来、すでに当会が手がけた地域は10市・

区部に及ぶが、考えるは易く実現は至難のわざと思われるがちな地域ケアの組織化の問題が、このように成功した理由には次の3つがある。

第一には、地域の難病医療をその高度な専門性においてバックアップする、基幹病院としての都立神経病院の存在である。患者運動の成果として実現したという生き立ちの特性から、従来の公的病院には見られぬ地域に対するオープンな姿勢が、地域医療と専門医療との連携を可能にしている。

第二には、当会が地域に対して地域難病検診事業費の持ち込みができた、ということである。いかに難病検診が地域ケアの体制づくりに有効とはいえ、実績のない事業に最初から自治体の予算は期し難く、そのためには呼び水としての必要経費の持ち込みが、当初においては必要とされる。

第三には、当会に協力して地域保健、在宅ケアに関する専門的な知識、経験、技術を提供し、地域への啓蒙、助言、指導の役割を担う衛生行政学者、専門医、地域医、看護学者、MSW、住民運動家などの有志による、インフォーマルな援助者集団の存在である。素人の一患者団体の呼びかけや説得だけでは地域が動くはずがなく、背後から常に当会を支援する専門家集団の権威や専門性に対する評価と信頼があつてのことである。

さて、以上のような東京における地域ケアの体制づくりの成功を、東京だけのものとはせずに、行政は他地域にもこれを普遍化させる公的責任を負うべきであり、それには少なくとも次の3点について、直ちにとりくむべきである。

- ①国または府県レベルの責任において、地域医療をバックアップする基幹病院を整備すること。
- ②専門家援助者集団のチームを府県が編成し、傘下の市・区・町・村自治体に対しての呼び水的事業費を附託し、地域ケアの組織化の動機づけから結成・運営、事業の継続に至るまでを指導すること。
- ③市・区・町・村自治体は、家庭にある難病患者や同じ状態像にある患者の在宅医療費の公的負担化をはかり、入院患者との保障格差を解消すること。

座長まとめ

最近、ことさらに「健康の自己責任」が強調されている中で、「地方の時代」といったかけ声とともに、「自助の努力と家庭や近隣・地域社会等の連帯を基礎」とする日本型福祉社会の構築をめざすとの方針のもとに、「不確実の時代」を乗り切るためにの方策の一つとして、自治体行

政の「合理化」をはからうとする企てが展開されつつある。全国的な保健所再編成の動きや、市町村保健センター、健康づくり推進協議会の設置等の動きも、前述の流れと相関した「上からの指導による組織の再編」が巧みに進みつつあることの現われであろう。

こうした状況のもとで、「住民や労働者の保健・医療への要求も高まっており、地域集団、職場集団が地域医療機関や自治体を動かして独自の健康づくりの努力もなされているが、必ずしも公的責任追及への指向は強いとはいえない」。

こうした情勢をふまえつつ、「地域保健・医療における公的責任とは何か」を明らかにしたいとの主催者の呼びかけにこたえて、今回、老人問題、薬害被害問題、難病問題について報告がなされた。

まず演題105で奈倉は、老人の生活と健康の援助のありかたについて問題を提起し、現行の公的責任による社会的援助は「一般施策」と「特殊施策」とによって構成されているが、老人の援助ニードは、そのいずれによっても満たされないものが多いこと、老人の場合、自己責任を貫徹することを可能とする条件を公的責任によって整備する必要のあること、制度や施設といった社会資源の充足と合わせて、老人がそれらを主体的に活用し得るよう、個人の特性をふまえてそれぞれの主体的側面に働きかける援助が不可欠であること、援助の統合化が重要であることなどを強調した。公的責任においてとりくむべき課題は、社会資源の拡充という領域だけではなく、個人の領域への援助のあり方もまた含まれる必要があるし、この場合、公的責任と私的責任とが対置される性格のものではないことを老人問題でみることができる。と同時に、この問題は、健康づくりなど、老人問題にとどまらず保健・医療領域全般にも共通する面を含んでいると思われる。

演題106で市原は被害者の立場から被害者実態をふまえて、スマソン被害者の恒久対策確立のための課題を報告した。被害者らは、専門病院確立の要求と合わせて、生活の場で、被害者の悩み、苦しみをしっかり受け止めてくれる医師を求めており、人手を借りねばならぬ被害者の自力では日常行動が不可能なため精神的負担は極めて大きいこと、それでいて補装具使用による機能低下への不安から所持率が低いこと、働き盛りであり、一方で、就労困難など就労問題をかかえているが、ケースワーカーなどとの接触が極めて少ないとなど、被害者らの苦難に満ちた生活実態が報告され、被害者らの「人間らしく生きたい」との願いの実現のために恒久対策を現実のものとすることの重要性が強調された。また、投薬

証明のない被害者を切り捨てる動きがあるだけに、埋もれている被害者掘り起こしへの保健医療関係者の協力が強く要請された。

演題 107 で手島は、現行スモン対策の実態を紹介し、さまざまな問題を含んでいることを報告した。たとえば、針、灸、マッサージ治療研究の単価が安く、研究報告者に負担が大きいこと、在宅重症者は通所が困難で利用しにくいくこと、世帯更生資金貸付の利用状況は地域差が大きく、民生委員の調査などで手続上トラブルが起きやすいこと、国立医療機関の窓口が形式的にすぎること、などが指摘された。スモン対策の現状が患者をはじめ関係者に伝わっておらず、また患者団体がその紹介役をつとめているが、組織未加入の被害者の多くは制度を知らない、という実態にある。他方、厚生省の医薬品副作用対策室は、あいまいな説明を一片の通達で自治体に伝えているにすぎないという、制度そのものが被害者実態からかけ離れた不十分なものであるうえに、被害者ら関係者がそれすら知らされていないために、利用すらできない、という状況にあることが紹介された。

演題 108 で片平は前 2 演題を受けて、未提訴スモン患者の救済問題を中心に、スモン問題に対する国・自治体の責任について報告した。すなわち、多数の潜在患者がいるが、彼らは、スモンと知らされていないために、国が提訴のうえ和解という手続を被害者認定のためにとろうとしている状況のもとでもなお、未提訴のまま放置されていること、一部に積極的な自治体もあるが、各地自治体の対応はその多くが、自治体としてのとりくみを「何もしていない。とくに考えていない。国の指示を待って考えたい」とする消極的なものであること、などが指摘され、自治体が提訴問題に積極的にとりくむよう求められる、と強調した。

スモン問題に関するこれら 3 題の報告は、被害内容を医療上の問題という面だけでなく、地域における生活の問題としてとらえる必要のあることを教えていたが、被害者の要求と現行救済制度との間の大きなズレを克服するために、また潜在患者が切り捨てられないためには、公的責任による地域での被害者実態の解明と潜在被害者の掘り起こし、そして積極的な被害者認定要求のとりくみの推進が望まれる。さらに、すべての被害者に、必要な救済策が適用されるためには、地域での、公的責任による救済システムの整備が必要とされるが、それに対する自治体の積極的なとりくみが望まれる。

演題 109 で石川は、地域難病検診の実践経験をふまえて、地域保健医療の公的責任に言及した。その中で、機関対機関あるいは組織対組織の関係を中心とすえたとり

くみの必要性が強調され、システム・ケアの共同作業のとりくみを可能とするシステム作りに自由に使える自治体予算を患者団体に支出させたこと、インフォーマルな専門職の集団が存在しており、これと患者団体とが連携していたこと、専門的立場からの啓蒙・説得などのとりくみに必要に応じて共同作業として対応し得たことなどが、運動前進に大きく役立ったことを強調した。と同時に、この種のとりくみを展開していくうえで、公的責任による基幹病院を中心とする地域の医療システムの整備と、社会的諸資源を有効に活用するのを可能とする経費の保証、病院と医療と同質・同レベルの在宅医療を可能とするのに必要な経費の保証が必要であることが指摘された。地域の保健医療システム整備のために、自治体がその公的責任にもとづく積極的なとりくみを展開することが望まれる。

以上の 5 演題は、いずれも共通する課題として、薬害被害者、難病、老人という、健康上、生活上さまざまな問題をかかえている「社会的弱者」が、人たるにふさわしい生活を営んでいくうえで必要な諸条件を整備するため、国・自治体は、その公的責任において、地域の生活の場に必要な地域保健医療システムの整備をはじめ、暮らしをも含めた総合的体系的な対応をすることが必要であること、地域の保健医療従事者をはじめ関係者や医療機関などが社会的資源を有効に活用し得るための予算措置など必要な対応の積極的な展開が必要であることがあげられよう。とりわけ、老人問題は老人が「政策的犠牲者集団」的性格を持っているという点で、またスモン問題においては国にも加害者責任があるという点で、難病問題は障害者の基本的人権を保障していくという点で、国に、その公的責任にもとづく積極的なとりくみを展開すべき責任があるし、自治体には、その行政管轄区域の住民の「いのちとくらしを守る」という行政責任にもとづいての対応が強く望まれるのである。

今日、健康自己責任論を前提として、日本型福祉社会の構築をめざすとの発想のもとに、福祉の切り捨て、個人責任への全面転嫁をねらう動きが強められてきているが、これらの動きは前述の社会的弱者をはじめ、地域の人々の「いのちとくらしを守る」方向に対して、まさに逆行するものといわざるを得ない。公的責任のもとで、地域に、「いのちとくらしを守る」ための、福祉をも含めた総合的な地域保健医療体制確立のとりくみを前進させるうえで、まず老人や薬害被害者や難病患者が、人たるにふさわしい生活を送ることのできる体制を地域に作りだすという仕組が、重視されなければならない。

(文責・山下)

要望課題 209~212 抄録

【座長】 山岸 春江 吉田 恭子

(東京都神経科学総合研究所) (東京都荒川区荒川保健所)

209. 欲しなかった妊娠、計画外であった妊娠に関する調査

胎児新生児医療研究会 尾沢 彰宣

一公立産院において分娩した婦婦 290 名について調査した。31.4%が妊娠したくなかったにもかかわらず妊娠した。調査対象群は、年収 300 万円未満が 82.1%，社会階層意識は「中の中」が 62.4%，夫の平均年齢は 30.6 ± 4.5 歳、妻の平均年齢は 27.8 ± 4.4 歳、扶養子ど�数は 1 人が 45.9%，2 人が 38.3%，週の性交回数は平均 2.3 ± 1.2 回、妊娠回数は 2.37 回、自然流産は 18.7%，分娩回数は 1.78 回、生産児数は 1.76 人、母乳授乳は 61.7%，1 年以内の避妊の経験は 59.7%，避妊方法はコンドームのみが 74%，コンドーム+オギノ式が 15%，性交中絶が 4%，経口避妊薬が 2%，IUD が 1%，ペッサリーが 1% で、人工妊娠中絶は 30% であった。

欲しなかった妊娠群の避妊実施率は 71.4% で、対照群は 53.6% であった。欲しなかった妊娠群は、今後の避妊に失敗した場合の対応では、「人工妊娠中絶をする」が 19.7%，「わからない」が 45.1%，「仕方なく産む」が 27.5% で、対照群は「人工妊娠中絶」が 6.7%，「わからない」が 46.6% であった。欲しなかった妊娠群の性交回数は 2.24 ± 1.27 回、妊娠回数は 3.34 ± 1.72 回、生産児数は 2.12 ± 0.99 、対照群の性交回数は 2.27 ± 1.11 回、妊娠回数は 1.90 ± 0.98 回、生産児数は 1.60 ± 0.66 であった。調査対象群の 60% は避妊していたが、そのうち 38.9% が妊娠した。人工妊娠中絶群の 70% は避妊していた。避妊したい理由は、「絶対子どもを欲しくない」が 29.3%，「今欲しくない」が 57.9% で、避妊に失敗した場合は「人工妊娠中絶をする」が 10.7%，「わからない」が 46.2%，「仕方がないから子どもを産む」が 35.2% であった。

子どもを欲しくないことで 90% が避妊を希望しながら、実際はその 1/3 は避妊をしていなかった。避妊方法は、コンドームとコンドーム+オギノ式が 90% で、そのうち 40% が妊娠し、2/3 が人工妊娠中絶を受け、1/3 が仕方なく産むに至った。

子どもを欲しくないということで避妊の希望を持つ夫婦に対する指導の欠如が避妊の機会を失わせ、さらに避妊の指導の不十分さが避妊方法の不確実性を招き、欲しなかった妊娠、計画外であった妊娠となった。また、人工妊娠中絶に対する医療保障、社会保障の不備は、中絶を受ける時期（優生保護法では妊娠 24 週未満）を失わせる一因となり、仕方がないから子どもを産む、欲しなかった子どもを産むに至る。欲しなかった妊娠群では、避妊実施率が高く、妊娠回数、生産児数が多い。この群に対する保健指導の欠如は、妊娠前から始まる母子保健活動の一貫した対応性の欠陥を明らかにしている。これは、母子保健活動の社会性の欠落を如実に表現したものである。確実な避妊と安全な中絶を、すべての婦人の権利として確立すべきである。

210. 放射線照射ベビーフードの調査報告

(京都府)日吉町役場 吉田 幸永

昭和 49 年 1 月から 53 年 9 月にかけて、乳児の離乳食用の野菜（主にジャガイモ）に放射線が違法照射され、多くの母親たちを不安に陥れた。相談を受けた演者は事の重大さに驚き、地元の保健所、府の衛生部、厚生省の各専門家に、問題のベビーフードの安全性について相談をした。厚生省環境衛生局食品衛生課は「ベビーフード用のジャガイモに当てられた放射線は 60 ガンマーですから、これくらいの放射線なら全く心配はありません」、府の衛生部母子保健係は「厚生省が心配はないと言っているのだから検査の必要はない」、地元保健所の検査技師は「放射線等この自然界にいっぱい存在しています。太陽光線からも出ていますから、問題のベビーフードにあ

表 船井郡における乳幼児のベビーフード（離乳食）などの使用状況の
調査結果（50.10.1—51.9.30 出生児）
〔() 内は%〕

町別	調査総数	使用者数	すべてベビーフード使用	調理しにくいものだけベビーフード	時々食べさせた	使ったことがない	不明
園部	171(100)	43(25.1)		11	32	124(72.5)	4(2.3)
八木	135(100)	55(40.7)		11	44	76(56.3)	4(2.9)
丹波	122(100)	44(36.0)	4	9	31	74(60.6)	4(3.3)
瑞穂	93(100)	30(32.2)		2	28	62(66.7)	1(1.0)
日吉	81(100)	18(22.2)		3	15	62(76.5)	1(1.2)
和知	51(100)	8(15.7)			8	43(84.3)	
船井郡	653(100)	198(30.3)	4	36	158	441(67.5)	14(2.1)

てられた放射線など知れたもので検査の必要はありません」という対応で、私たちの不安にこたえるものではなかった。そこで演者は、京都でつくっている消費者問題研究会に放射線の専門家を招き、放射線照射食品（主にジャガイモ）の学習会を開催した。専門家は照射ジャガイモの危険性を次の9項目をあげて説明された。

- ①照射ジャガイモ摂取による体重減少。
- ②照射ジャガイモの摂取で卵巣が萎縮。
- ③照射食品中には突然変異誘発物の生成がある。
- ④照射ジャガイモは生殖細胞に異常を起こさせる。
- ⑤照射ジャガイモの変化した成分が調べられていない。
- ⑥照射ジャガイモの発芽防止のメカニズムが不明。
- ⑦照射ジャガイモと非照射ジャガイモを見分ける方法がない。
- ⑧世界で照射ジャガイモが市販されているのは日本だけ。
- ⑨食物の安全性は、どうして確認するのか。日本人は15,000 rad 照射のジャガイモを食べているが、これはネズミでの結果をそのままあてはめているのである。

また一方、私は京都府八木保健所の保健婦に呼びかけ、管内保健婦活動の一環として該当乳幼児の「照射ベビーフード健康調査」を実施した。この調査は該当児全員に行なったものである（表）。

以上の経過から、演者は次の5項目について社医研の先輩、学者、現場の仲間のみなさんの間で議論を深めて頂きたいと思う。

- ①行政は、現場の要求になぜこたえないのか。
- ②住民の要求に、どのように対応すべきか。
- ③自然界に存在する放射線は本当に安全なのか。
- ④放射線の安全性について、専門家の間で考え方方が違うのはなぜか。

⑤放射線照射のベビーフードを食べさせ、心配している母親の相談にどうこたえるべきか。

211. 地域の乳幼児のすこやかな成長と発達を保障するために——医療機関の立場から——

淀川労働者厚生協会・柏花診療所 植田 章

すべての子どもたちが、体のうえでも心のうえでも健康に発達していくことは、すべての親の等しく願うところである。そうした親たちの切実な願いにこたえて、柏花診療所においても20年前から「乳幼児健診」を、数年前からは「健康相談会」「保育所の健康管理」を実施し、また職場保育所が中心になって進めている「青空サークル」への参加など、すべての子どもたちの発達の過程において生ずるさまざまな問題を対象としてとりくんでいた。

ここでは、とりわけ「乳健」の事例から、行政・自治体レベルでの乳幼児の地域ケアについての問題点を明らかにし、今後いかに地域での条件づくりを押し進めていくのか、その手がかりを考えてみたい。

まずひとつに、親たちがいつでも、どこでも、気軽に、安心して子どもの発達や健康について相談できる機関や機会が少ないことがあげられる。また保健所の乳幼児健診で要指導、要追跡になっていても十分な事後指導がなされておらず、これらが保健婦の個人的奮闘にゆだねられていて制度として保証されていないので、落ちこぼれになっているケースが多い。たとえば、先天的に障害を持っていた乳幼児のケースでも、保健所の紹介で小児専門機関に行き、そこからまた専門の療育機関に紹介される。そして、先天的な障害の手術は別の病院で、というように転々としなければならないのである。また、特定の医療機関に受療児が集中するので、申し込みをしてから受診までの時間がかかり、やっと受診しても、「一日仕

事”となり、家族への肉体的・精神的負担は大きなものとなる。生活基盤での統合性、一貫性を持ったとりくみが何よりも求められている。

これらのこととは、比較的早期に障害や発達のつまずきを診断しても、発達保障の場に欠けており、通園施設、保育所などへの入所が困難なことから、早期対応につながらない、という事態としても現われる。大阪市西淀川区の保育所の場合、2～3歳児の障害児が“措置”されることもあるが、「障害児」であるという建前では入所を認めておらず、彼らが「健常児」として入所させられているところにも問題がある。「子どもが通園施設、保育所に通い始め、集団の中でいきいきとしてきた。それが目にみえてわかる」という親たちの声をよく聞く。ひとりひとりの障害乳幼児の発達・障害・生活のレベルから、一般の保育所、通園施設で1歳児からも積極的に受け取るべき条件の整備、保育内容、方法の検討が、関係者の意見を十分に反映したかたちで進められていくべきである。

「青空サークル」「障害児のこんだん会」など下からの地域でのエネルギーに依拠しつつ、地域のすべての子どもを対象にして、その子どもたちのおかれている環境、発達を阻害している要因、健康実態から本質的な問題をしっかりとらえ、そこへ向かっての普遍的なとりくみを発展させようと考えている。地域のすべての子どもたちの「発達の危機」が叫ばれている今こそ、関係諸施設が連携して地道な地域活動を前進させることが、行政の母子保健対策を変革する大きな力となる。

212. 学校検尿における諸問題とその公的責任

淀川労働者厚生協会・柏花診療所
古川千賀子

今日、第一線医療の地域医療に果たす予防的な側面が重視されてきているが、検査技師としてどうその問題にかかわっていくのか、技術がどうあるべきかなどについて、学校検尿を実施してきた中で考えた点を中心についてみたい。

当診療所では7年前から地域医療の一端として学校検尿にとりくんできている。考察する点としてまず検査内容についてであるが、尿検査はどんどん合理化されいく方向にある。この傾向は、学校検尿の中にも入ってきていている。検査項目、実施回数、採尿法などからみても、流している検査ということがおわかりいただけると思う。この1年間に新たに一次検尿に問題を生じた児童が86名も出ている。また昨年も今年も一次検尿に問題のあった

児童は74名もあり、これからみても早期に発見するという点で年1回では不十分だと考える。

次に検査項目についてだが、一次検査では蛋白と潜血が一次検査項目として指定されている。この2項目で、尿路感染症も含めた腎・尿路の疾病の発見ということを考えると十分なのかどうか、問題である。現在、人工透析を受けている患者の多くは、腎孟腎炎からくる尿毒症のためだという報告がある。参考に、当診療所での昨年の1～6月の新患患者の中で、細菌尿を認めた患者は287名中55名あり、19.2%を占めている。ここから考えても、尿路感染症の早期発見のための項目を入れる必要があると思う。

次に業者委託についてであるが、大阪市は現在4社を委託業者と決めている。より充実した一次検査を行ない、それに基づく二次検査事後管理など一貫性のある活動をしてゆくという地域医療からみて、業者委託というのはどうなのか、子供の学校での生活は約8時間であり、あとは地域での生活であるから、その地域の保健に責任を持って仕事をしている保健所がもっと学校保健にかかわるような体制が必要だと考える。さらに、付言するならば、学校と保健所と地域の医療機関が一体となって、地域医療の中の学校保健としてこの事業を位置づけ、連携して進めてゆくことが必要である。最後に公的責任についてだが、今まで述べてきたほとんどのことには、つきつめると行政の積極的な対応が望まれるわけである。業者委託してしまうようなやり方ではなく、一次検査から治療、事後管理まで一貫して実施できるような体制をつくり、それに基づいた、実情にみあう予算を組まなければならないと考える。

座長まとめ

演題209は、最近なお新聞紙上をにぎわす子殺し事件、また未成年者（近年、その低年齢化が進んでいる）が正しい性知識もなく、その行為の失敗として人工妊娠中絶をくり返すという話を周囲でよく耳にする、その一端の、希望しない妊娠の実態の社会的背景を考察したものである。

生まれてくる子はその両親をはじめ、周囲に祝福されて誕生してこそ、その児の健康な生命を得るのではなかろうか。現在の社会情勢の中では、生みたくても責任を持って育てることのできない、経済、家庭環境問題などが山積しており、欲しない妊娠、計画外妊娠は深刻な状態を作り出す。しかし、正しい性知識、避妊法を指導する保健医療機関は極めて少なく、乏しい知識の中での避

妊が40%近く失敗している事実をみると、これは放置すべき問題ではなく、母子保健活動の一貫としてとりくまなくてはならない課題である。

出産可能年齢層への正しい性教育が必要であり、また欲しない子の場合は計画的に確実な避妊が実施されるべきである。

母性保護が真に確立されてこそ、次代を担う健全な児を産む権利、育てる喜びもあるのではなかろうか。

演題210は、昨年の報告に引き続き放射線照射ベビーフードの問題に関して、町村レベルの住民のニーズを機敏に受け止め健康調査を実施した結果についての報告である。現実にベビーフードを使用した者が30%近くおり、母親の不安にどう対応していくべきか保健所保健婦を含めて学習がすすんでいる。しかし、昨年同様、行政機関は現場要求に正しくこたえる姿勢がなく、保健衛生行政の弱体化を報告者は嘆いている。

本調査を通して演者はむしろ、専門家間の研究を早急に統一すること、また森永ヒ素ミルク中毒事件の苦い経験をふまえて、些細な疑問や住民の不安にもこたえ得るよう行政の姿勢に訴えることを提起したものと思われる。

(文責・吉田)

演題211と演題212は、自治体が実施している乳幼児・学童の健康管理の方法について、地域医療機関の立場から問題を提起したものである。植田らの診療所では、健康児、障害児などすべての子どもを対象として、医療、教育、生活などを含めて総合的にとらえ健康管理を実施している。乳幼児健診、無認可のベビーセンターや職場保育所の健康管理などは、医師、看護婦、栄養士、MSWなどの協力で行なわれているが、自治体に働く保健婦とのかかわりが薄い点が、今後の課題であろう。子どもの全面発達をめざすとりくみの中で、地域の遊び場づくり、現存の公園施設の改善などにも参加し、それらの運動を推進している。とくに植田らは遊べない子ども、障害を持っている子どもに意識的に働きかけて、子供たちの健

康を守る努力を地道に行なっている。こうした活動が広がるには保健所や行政への強力な働きかけが必要と思われる。

古川は学童の尿検査を7年間、地域の医療機関で引き受けた経験を通して尿検査方法の諸問題を明らかにしている。

検査内容、検査回数、採尿法など現行の学校検尿の検査指針では不十分であると指摘している。尿検査は疾病の早期発見のためにするわけだが、尿路感染症の発見には現行の検査方法では見落としてしまう、ということである。学童の尿検査は民間の検査機関に委託して行なわれている。民間の検査機関は毎年一定期間に行なわれる大量の検査によって収益を得て営業が成り立っている。したがって、収益を上げるには検査内容を合理化し、大量の検体を処理できる方法を考えるわけで、限られた財源で検査を行なうには限界があろう。さらに、学童の健診目的に適した検査を保健所や衛生試験所などの公的検査機関で引き受けられる体制は、全く失われてしまっている。これに代わるものとして、古川は地元の病院、診療所と連携して実施することを提案している。

しかし、この考え方も個々の病院、診療所の検査能力に余裕のあるところは協力を得られるかもしれないが、それでは全学童の検尿は処理できないだろう。そうすると、民間の検査機関に頼らなければならない。自治体が学童の健康管理に責任を負うという意味から考えると、保健所が管内にある検査機関について監視を行ない、専門的技術指導をすべきではなかろうか。最後に、検診によって発見された要管理者の事後管理は、学校・教育委員会の責任であることを明確にすべきであると強調している。

さらに、学校、保健所、地域の医療機関が協力して一貫した学童の健康管理を推進すべきであろう。

(文責・山岸)

図説 脳卒中のリハビリテーション 改訂第2版 家庭での処置から病院での訓練まで

服部一郎 細川忠義

●B5 頁124 図62 1978 ¥1,900 〒200

本書は、日本独特のタタミとフトンという和式生活に適用できるように、家庭でできる簡単な処置から病院での組織的な練習方法までを図を中心としたものであるが、第2版では、さらに分りやすく、簡潔に、全面的に書きあらためた。

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

要望課題 310~311 抄録

【座長】 前田 信雄

(国立公衆衛生院)

多田羅 浩三

(大阪大学医学部公衆衛生学教室)

310. 老人医療費制度の効用

大阪大学医学部公衆衛生学教室 金田 治也

福祉・医療の見直しが進行し、老人医療費制度の後退策もはかられつつある。老人は有病率が高く、医療の効果も不明確で、医療の投資効果に批判を招きやすいが、病む老人にとって受療は死活問題である。制度の効用を検討し得る適切な指標を得ることも困難であるが、より長く生きること、しかも、いつまでも健康で活動力のある状態であることは、幸福の一条件であろう。そこで平均余命や有病率の動向などを検討し、老人医療費制度の効用を考察した。

■ 平均余命の動向

老人以外の年齢層では国民皆保険の実施に伴って受療率が上昇し(表1)、平均余命の改善を見た。これに対し老人の平均余命の伸長は、従来きわめて困難なものとされ、わが国でも明治以来、近年まではほとんど変化を見なかつた。ところが、老人医療費制度の実施に伴う受療率の上昇(表1)とほぼ一致して伸長を始め、70歳、80歳

では昭和48年の平均余命を100として、3、4年後に105、数年後に110を超えた。近年の老人平均余命の伸長は米国でも見られるが、メディケア、メディケイド後の伸長が認められた。逆に、老人の平均余命の停滞している英國では、高い急性感染症死亡率を示し、医療内容に問題があると考えられる(図1参照)。

■ 老人受療率、有病率の動向

制度の実施の1年後以降は老人受療率の著明な増加は見られない(表1)。有病率の増加もほとんど見られず、そのうえ老人の有病者にも普通に生活や仕事をしながら受療している人が多い。

■ まとめ

老人医療費制度の効用の評価は厳密には困難であるが、老人の平均余命の改善にこの制度の影響の強いことは否定できない。有病率で見る健康状態の悪化も認められず、現段階では制度の効用を積極的に評価し、老人に及ぼす一部負担の弊害が強調されるべきである。

文 献

1) 金田：平均余命からみた老人医療費制度の効

表 1 年齢別受療率の推移

(昭53=100)

	昭30	40	45	48	49	50	51	52	53
0歳	46	94*	114	124	95	99	105	101	100
1~9	33	75	109*	117	97	107	105	106	100
10~19	81*	130	101	113	92	96	109	103	100
20~34	89*	112	124	113	106	102	104	100	100
35~54	60	101*	116	106	104	106	105	103	100
55~64	33	75	97*	94	95	98	99	100	100
65~69	23	60	84*	88	94	96	95	104	100
70~	14	37	56	86*	96	98	99	103	100

年齢階級1~54歳については、各2つの年齢階級の指數を平均したもの。

*印は指數が80を超す点。

(厚生省「患者調査」より)

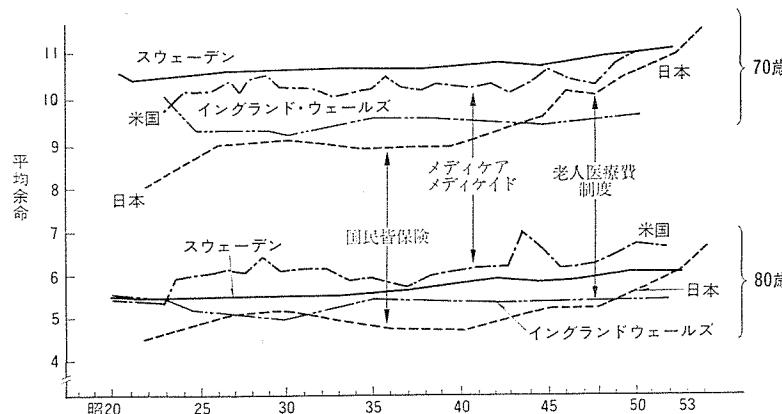


図 1 平均余命 (男子: 70, 80 歳)

日本の場合、昭和 22~45 年の間は完全生命表の年度、その後は各年度値を示す。

用、医療経済研究会会報、19号、1979。

- 2) 金田：老人医療費制度の効用、社会保険旬報、1329号、1979。

5 区との格差が大きい (図 2, 図 3)。

- (2) 中央 4 区は、港町として発展した神戸市の政治・

311. 大都市の保健問題

—神戸市の中年期死亡を中心に
して

大阪大学医学部公衆衛生学教室
逢坂 隆子 朝倉新太郎

目的と方法

神戸市においては、前回総会要望課題——大都市地域の社会医学的分析——で報告された大阪市をはじめとする他の大都市と同様に、住民の健康水準が全般的に悪化している。今回は、神戸市統計書、神戸市衛生統計、国勢調査報告などを用いて、その実態について検討を行なった。神戸市を既成市街地である中央 4 区 (葺合、生田、兵庫、長田) と、そのまわりの周辺 5 区 (東灘、灘、北、須磨、垂水) に分けて分析した。

結果

(1) 神戸市全体の性・年齢 5 歳階級別死亡率を全国平均と比べると、男女とも若年・老年では平均より低く、生産年齢層では平均があるいはそれ以上になっている。これを 2 地域に分けてみると、神戸市の中でも中央 4 区で生産年齢層の死亡率が非常に高いのが目立つ。男子では 35~39 歳、女子では 45~49 歳をピークとする中年期で、周辺

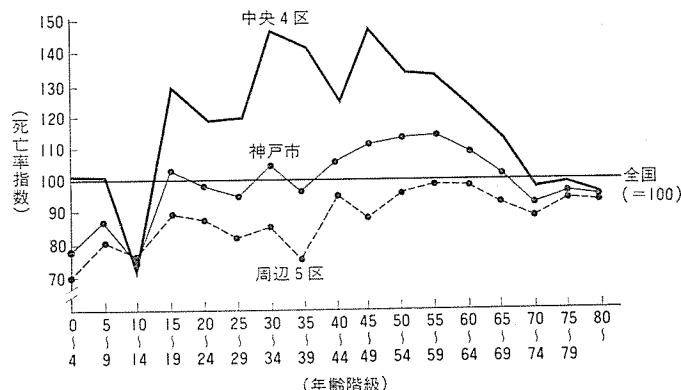


図 2 神戸市の男子の死亡率指数 (昭和 49, 50, 51 年平均)

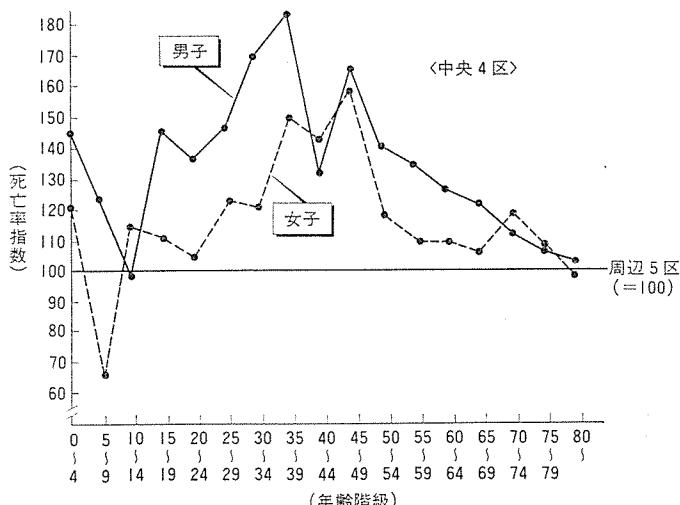


図 3 神戸市住民の死亡率指数 (昭和 49, 50, 51 年平均)

表 2 神戸市社会経済指標（昭年 50 年）

社会経済指標		中央 4 区	周辺 5 区	神 戸 市
住居の種類	持 ち 家	36.6%	44.9%	41.7%
	公営借家	6.5	14.4	11.4
	民営借家	51.9	31.5	39.3
	給与住宅	3.8	8.3	6.6
	間 借 り	1.0	0.7	0.8
1 人当たり戸数		5.6	6.6	6.2
単独世帯率		21.0	12.2	15.5
完全失業者率				
男 子	5.7	2.8	3.8	
女 子	3.2	2.3	2.7	

経済の中心である。しかし、人間生活の面からみると荒廃してきており、住民の住宅難、雇用不安、家庭崩壊も周辺 5 区に比して顕著である（表 2）。スプロール現象が進行し、人口の絶対的減少とともに老齢化が著しい（表 3, 4）。都市としての物質的環境や住民の老齢化、貧困化が町の生産を担ってきた中心部から進んできており、神戸市の中央 4 区は不衛生地帯となっている。

座長まとめ

はじめに

戦後 35 年がたった。池田内閣によって「所得倍増計画」が発表され、日本経済の高度成長政策がその大きな姿を現わし始めてからでも、20 年という歳月が流れた。

この 20 年あるいは 30 年余という年月の経過によつて、皮肉にも、この間の政府の社会経済政策が人々の健康や生活に及ぼした深刻な影響というものの内容を分析することが可能となってきた。特に、こうした分析手法によって、大都市の生産年齢層における死亡率改善の著しい低迷、また大都市内部の地区による死亡率の大きな格差の存在などの事実が、本研究会を中心に次々と明らかにされてきた。

こうした研究会の成果は、本研究会の大きな学問的蓄積であるのみならず、今後の日本経済の進むべき方向を考える場合の、きわめて貴重な問題点を指摘するものであることは、いうまでもない。

報告概要

演題 310 で金田は、視点はやや異なるけれども、同じく三十数年という時間の系譜の上に平均余命の推移を投影させ、その動向と政府の行なった医療政策との間の関連を見た。演者は特に、48 年実施の老人医療費制度に

表 3 神戸市人口構成比（昭和 50 年）

人口構成比	中央 4 区	周辺 5 区	神 戸 市	全 国
年少人口(%)	20.1	25.2	23.4	24.3
生産年齢人口(%)	70.9	68.1	69.1	67.8
老年人口(%)	9.1	6.8	7.6	7.9
年少人口指数	28.4	37.0	33.9	35.8
老年人口指数	12.8	9.9	11.0	11.7
従属人口指数	41.2	46.9	44.9	47.5
老齢化指数	45.1	26.8	32.4	32.6

表 4 神戸市人口増減の状況

	昭和44年人口 (A)	昭和54年人口 (B)	(A) - (B)
中央 4 区	558,022	432,367	△ 125,655
周辺 5 区	711,443	939,719	228,276
神 戸 市	1,269,465	1,372,086	102,621

注目して、制度の発足以降 70, 80 歳代の老齢者において、明らかに平均余命の伸長が見られることを示した。

演者はさらに、この平均余命の伸長の推移が老人の受療率增加の動向とほぼ一致していること、しかし受療率はその後、80 歳以上の入院の増える傾向はあるにしても、65 歳以上総数ではほとんど静止状態にあること、有病率においても大きな増加は見られないことを指摘した。近年、特に盛んになっている、老人医療費制度が老人の不必要的受診を助長しているという議論に対し、演者はその正当な根拠を数字の上で見出すことはできない、と述べた。そして公的責任を果たすという意味からも、制度の効用に対する正しい分析が必要であることを強調した。

金田の報告に対しフロアからは、老人医療費制度の拡充を円滑にするためには、単に医療費面での援助のみならず、より広く生活そのものを支えるようなサービスが必要なのではないか、という意見が出された。また、有病率は社会変動と密接な関連があるのではないか、との質問が出され、演者は難しい問題ではあるが、老人の有病率自体が一般に世の中でいわれているほどには統計上大きく増加していないということをここでは述べているのだ、と答えた。

座長からは、老人医療費制度について、このようにその効用を正面から明らかにしようとした研究は、本報告が最初であり、重要な指摘であると思われる、ただ、老人医療費制度発足後わずか数年にして、このような平均余命にも影響を与えるほどの効果が見られるということに、むしろ素朴な疑問を誰しもが持つのではないだろう

か、とコメントを述べた。演者はこれに対し、48年の国の制度発足以前に既に多くの地方自治体で同制度を実施しており、その影響を加味して考えねばならないと思う、と答えた。

最後に座長は「岩手県沢内村における60歳以上老人の20年間にわたる報告でも、老人医療および健康管理の広い普及は、当初10年間くらいの動向は別として、結局は平均余命の伸長、さらに医療費の削減にもつながるものであることが示されている。われわれとしてはきわめて関心のあるところでもあり、今後の議論を特に期待したいと思う」と述べて、まとめとした。

演題311で逢坂は、昨年の豊中市に関する報告に続いて、神戸市の実情について報告した。

演者は、神戸市でも、昨年の本研究会において報告した各大都市に見られたのと同じ特徴が存在する、と述べた。神戸市全体の死亡率を全国平均と比べると、ここでも生産年齢層では平均あるいはそれ以上となっており、これは中央の4区の著しく高い生産年齢層における死亡率の影響を受けた数字である。この格差は男子では35～39歳、女子では45～49歳でピークとなっている。そして、この市内中央の4区は神戸市の政治・経済の中心地でありながら、住宅難や雇用不安などが周辺の5区に比べて特に多く見られること、人口の絶対的減少、老齢化が著しいことなどの特徴があることが報告された。

日本経済が自らの成長の拠点としてきた大都市におけるこのような人々の健康状態の変化や社会構造の変動は、近い将来において都市そのものの自立機能のきわめて悪質なマヒ状態を招来しかねないものである。演者は

このような事態に対して、公的責任による対策の実施がきわめて必要となっていることを強調した。

■むすび

両報告ともに、公的責任による保健医療体制の拡充・強化が必要であることを強調した。しかし、「公的責任」がどのような形において具体的に計り得るものであるかという点については、報告・討論ともに十分な追求をなし得なかった。

老人医療費制度の効用については、老人保険制度の創設がいわれている中で、この制度が金田が述べるような効用を生んでいるとすると、その筋道がもう少し細かく具体的に明らかにされるならば、今後の保険制度理論の新たな展開に対し寄与するところは非常に大きいものと思われる。

大都市の保健問題に関しては、各都市の実情について数字からの分析にとどまらず、次の段階として現実の事例報告を1例でも多く重ねていく必要があるのではないか、と思われる。その意味で、昨年は豊中市の場合について事例を踏まえた詳細な報告がなされた。本年はさらに他の都市についても同様の報告がなされ、「公的責任」に関する積極的な議論が展開されることが期待された。その点、そうした報告が見られなかつたこと、また報告自体が神戸市についての報告のみに終わったことは、残念である。

生産年齢層の死亡や住民の住み分け指向に対し、その予防や対策につながる具体的で建設的な報告が、来年には是非とも多く寄せられることを願ってやまない。

(文責・多田羅)

● 投稿規定

投稿を歓迎いたします。“公衆衛生”に関係の深い研究論文、調査報告などを簡潔にお書きください。

- 投稿論文掲載欄 研究、総説、調査報告、資料、論考、海外事情(Foreign Affairs)など。
- 書きかた 原稿はすべて、横書き、口語体、現代かなづかいで、400字詰原稿用紙を用いてください。総説・研究論文は20枚以内・図表5個までに、調査報告は15枚以内・図表5個までに、他はそれ以下におまとめください。
- 締切日および採否の決定 締切日は特にうけません。随時、受け付けます。採否は本誌編集会議で決定し、不採用の分は返却いたします。なお、掲載分には、掲載誌1部お1より別刷30部をさしあげます。

○問い合わせ・送り先 〒113-91 東京都文京区本郷5-24-3(株)医学書院出版工部
「公衆衛生」編集室 TEL 03-811-1101 (内 247)

一般演題 201~205 抄録

【座長】乾死乃生 吉田幸永

(大阪在宅難病看護研究会) (京都府・日吉町役場)

201. 在宅診療におけるホームヘルパーとの協力

東京都立府中病院 川村佐和子
高坂雅子 伊藤淑子

府中病院神経内科の在宅診療対象患者（昭和53年12月～54年11月）84名中、ホームヘルパーの援助を受けた22名について検討を行なった（表1参照）。

〔患者の状態〕ねたきり14名（63.6%）、歩行不能6名（27.3%）、経管栄養、留置カテーテル、気管切開など自

表1 ホームヘルパーの援助を受けた22名の在宅診療対象患者の状況

性	年齢	患者の状態		家族構成	ヘルパー援助の必要性					ヘルパーの援助			府術中協力院の技		
		移動能力	その他の状態		看護能力の不足		看護による生活障害		家事担当者への本ケア	家事援助	病院への連絡				
					看なし 護能 力	独 立 不 能 看能	老 齢	日不 在 中 在							
1	女	50	ねたきり	夫と2人	○				○	○	○		○		
2	男	65	ねたきり	妻と2人		○			○	○	○		○		
3	男	20	ねたきり	核家族	○				○	○	○		○		
4	女	50	ねたきり	核家族		○		○	○	○	○		○		
5	男	46	ねたきり	核家族	○				○	○	○		○		
6	男	23	ねたきり	母と2人	○				○	○	○		○		
7	女	36	ねたきり	核家族		○		○	○	○	○		○		
8	男	69	ねたきり	妻と2人		○			○	○	○		○		
9	男	69	ねたきり	妻と2人		○			○	○	○		○		
10	女	37	ねたきり	夫と2人		○		○	○	○	○		○		
11	女	68	ねたきり	夫と2人		○			○	○	○		○		
12	女	66	ねたきり	娘と2人			○		○	○	○		○		
13	女	66	ねたきり	単身	○				○	○	○		○		
14	女	47	ねたきり	核家族			○		○	○	○		○		
15	女	52	歩行不能	核家族					○	○	○		○		
16	男	50	歩行不能	核家族	○				○	○	○		○		
17	女	60	歩行不能	同一家族	○				○	○	○		○		
18	男	22	歩行不能		○				○	○	○		○		
19	男	歩行不能	失禁	妻と2人	○				○	○	○		○		
20	女	35	歩行不能	核家族			○		○	○	○		○		
21	女	37	室内移動可	核家族			○		○	○	○		○		
22	女	45	室内移動可	核家族			○		○	○	○		○		

宅で処置を要する者 10 名。

〔家族構成〕 2 人世帯 11 名 (50%), 未成年児童を含む核家族 10 名 (45.5%), 単身者 1 名 (4.5%). 2 人世帯中 3 名は障害者のみの同居世帯。

〔ヘルパー援助の必要性〕 家族看護力なし 6 名, 家族看護力不足 16 名で, 全員が家事援助のみでなく看護力の強化も必要としていた。

〔ヘルパーの援助内容〕 患者に対するケア+家事援助が 19 名 (86.4%), 家事のみの援助 3 名, ヘルパーの側から病院との連絡がなされたのは 15 名 (68.1%). 家族が目中不在で 1 人で寝ている患者をヘルパーが訪問している例も多く, 中には緊急事態をヘルパーが発見し病院に連絡してくれたため救急入院となった例もある。

〔府中病院の技術協力〕 22 名中 20 名については医療相談室による技術協力 (うち 18 名は同行訪問) がなされ, 医療技術の指導, 確認は神経内科医師巡回時に実行なされた。

家族条件や住宅条件などの理由で日中ひとりで寝ている重症患者や家族看護力の弱い患者にとって, ヘルパーの家事援助や医療への協力は重要な役割を担っている。我々が行なっている神経難病のケアチームの一員として, ヘルパーの参加を欠くことはできないと考える。

202. 難病患者に対するホームヘルパーの援助

(その 1) ヘルパーの援助対象としての難病患者

三鷹市福祉事務所 野辺 英子
武蔵野市福祉事務所 樋爪 延子
東大和市福祉事務所 江田 雅子
八王子市福祉事務所 関口 清子
国分寺市福祉事務所 西山真沙子
東村山市福祉事務所 本間 清子
青梅市福祉事務所 沼田 初枝
昭島市福祉事務所 中江千江子

在宅サービスの中で, 地域に生活する難病患者は多く, ヘルパーの援助対象にも入るケースが増えてきた。生活に対する援助, 医療機関の連携についての世話など並々ならぬ苦労があったが, 私たちの自主的研究会では, これらの患者にアンケート調査を実施, 集計した。その結果, ヘルパーサービス実施対象者 82 名のうち, 難病患者は 5 名であった。

(1) ヘルパーの派遣ケースは男性に比べて女性が多い。年齢は 50 歳代が 24%, 60 歳代が 16%, 70 歳代が 13% と比較的高く, 10 歳代が 12% となっている。しかし, 難病患者は 30~50 歳代の稼動年齢層にみられ, 女性に

特に多い。

(2) 訪問期間は 6 か月が多く, 交替制になっている。しかし, 難病のケースの場合は, 介護技術や意思疎通など特殊な事情もあり, 訪問期間が長期になる。担当者どうしも問題点を十分に掘り下げ, 情報交換をするなど, 配慮している。

(3) ヘルパー派遣申請理由として「日中単身」が 26% と多い。次に「介助者が病気」が 14% と多く、「身体障害」の 10%, 「歩行困難」の 8% とつづいている。

(4) ヘルパー派遣のケースの病名は, 視力障害が 24 件と多く, 脳性麻痺 11 件, 脳血管障害 7 件, 関節リウマチ 6 件, 難病の脊髄小脳変性症 3 件, スモン 1 件となっていて, 介護の内容も重い障害のケースが多い。

(5) 介護者の状況については, 日中のみ単身であるケースが 34 名, 全く一人で介護しているケースが 21 名, 介護不足のケースが 21 名で, 生活の困難さと併せヘルパーとのかかわりの重要さがわかる。

(6) 他の機関との連絡は, 公的機関と医療機関を通ずる場合が多く (70%), 用件は付添介助, 病状報告など多方面にわたる。

(7) 経済状態は, 生活保護世帯のケースが 21% で, あとは自立しているようである。

(8) ヘルパーの仕事の内容は, 買物, 掃除, 洗濯などの家事サービスが非常に多く, このことは難病のケースでも似通っている。また脳血管障害のケースに対する入浴, リハビリ訓練など専門的な指導を直接求められる場合はまれで, ヘルパーが研修で得た知識を実践し, 体験したのをもとに慎重に業務を行なっている。

(9) 訪問回数は週 1 回が約半数を占め, 週 2 回が 39% と次ぐが, 難病患者の場合はそれに少々の配慮がなされる。

難病患者に対する援助には従来と異なる技術や工夫が要求され, 医療機関の援助と指導がなければそれを保証できないと考える。

203. 難病患者に対するホームヘルパーの援助

(その 2) 闘病中に夫と死別した筋萎縮性側索硬化症患者に対するヘルパー活動

八王子市福祉事務所 関口 清子

〔対象〕 46 歳主婦, 筋萎縮性側索硬化症患者。

〔家庭の状況〕 小学生の子供 2 人と病弱な夫 (片腎摘出) を支えて家業を営んでいた。本人の発病で家業は一時廃業, のち姉妹が受け継ぐ。夫は本人が発病後, 脳腫瘍を併発, 本人の死亡に 8 か月先立ち, 死亡。全経過 2

表 2 ケアの工夫

	状 態	ケアの工夫
会 話	言語障害がひどい(聞き取れない)。手足を用いることもできない。	○文字盤を用いる。 ○指で字をさす。 ○メガネのフレームに割箸をとめて字をさす。 ○電動タイプを使う(頬で打つ)。
食 事	飲みこみが悪い、むせる。	○少量ずつ口に入れる。 ○水分は広い口の器を使う。 ○みじんに刻む。 ○卵などと混ぜる。 ○高蛋白食を飲ませる。 ○濃度をうすくする。 ○吸引器でタンを取りながら食べさせる。
ト イ レ	トイレまで歩けない。便座から立ち上がりがれない。足の開きが悪く便器からもれる。坐っていられない。	○後ろから身体を支え、ゆっくり連れていく。 ○車つき事務椅子に座らせて連れていく。 ○両膝を押さえ、足の開きを助ける。 ○ポータブルトイレを使う。
入 浴		①車つき事務椅子上でシャワー。 ②市の入浴サービスを利用。
体 位	身体を動かせない。身体を保持できしない。	○円座、ザブトンなどで工夫。 ○エアーマット試みる。 ○ギャッジベッドを使う。 ○ウォーターマットを試みる。 ○マッサージをする。

年3か月。

〔ケアの工夫と困難〕表2、表3に示した。

本人は何でも考えることができ、明るい表情の人であった。貸与の電動タイプにより子供と対話ができるときは、非常な喜びようだった。

大変だったのは、病気の進行が急速であったこと、そして介助者の夫に先立たれたことであった。しかし、府中病院から在宅診療サービスを受けていたので、医療面では適切な処置がなされていた。

〔ヘルパーのケア〕身体障害がとても重かったが、訪問看護婦と協力してお互いの知恵をしづりながら援助することができた。

表 3 ケアの困難

	大変だったこと	克服条件
病 気	急速な進行で亡くなった。	○府中病院の在宅診療を受けていた。 ○訪問看護婦がいた。
生 活	一家の柱であった人の発病、療養中に夫も死別し、小学生の子供と3人の家庭になった。子供の生活が乱れた。	○姉妹の献身的協力があった。 ○隣人の主婦が協力してくれた。 ○本人が最後まで努力した。
ヘルパーのケア	身体障害が重かつた。ヘルパーのケアに工夫が必要だった。ヘルパー1人ではやれないケアがあった。	○福祉事務所、府中病院、都神経研究所から器具を借りられた。 ○親類の人が器具の補助具をつくってくれた。 ○訪問看護婦と相談できた。 ○訪問看護婦と2人でケアできた。

204. 難病患者に対するホームヘルパーの援助

(その3) 日中単身の気管切開の重症筋無力症患者に対するヘルパー活動

青梅市福祉事務所 沼田 初枝

〔対象〕37歳、主婦。本人、夫、子供2人の4人家族。

〔状態〕重症筋無力症、ランスマダムス症候群、ねたきり、気管切開、ネブライザー、吸引器使用、企図振戦。

〔性格〕明朗、いつも感謝の気持ちを持つ。

〔住居〕木造平屋建て、自家、日照良好。

〔ヘルパーの援助〕48年、49年、50年と府中病院に3回入退院し、53年の退院と同時に訪問を開始した。1年8か月(55年5月まで)、延べ385回、ヘルパー2人、交替で訪問した。企図振戦、四肢の痙攣麻痺、痙攣発作の状態の中、ガーゼ交換、ネブライザー、吸引、清拭、寝衣交換、排泄、食事介助などを行なった。本人も心身の困難を克服しながら、自宅療養に励んでいる(表4)。家族も、暖かい家庭の交流の中で患者を支えている。

心身障害者(児) ホームヘルパーとして難病患者の在宅介護が、暗中模索とならず、技術の習得と業務が有効にできたのは、府中病院医療相談室、都、市の保健婦、福祉事務所、患者を囲む人達の惜しみない援助と助言のもと、ヘルパー活動が充実したものになったからだと思う。患者も関係機関に感謝しつつ闘病生活を送っている。これからも訪問活動が続くが、心身障害者(児)の在宅ケアがさらに実りあるものになるよう願っている。

表 4 心身の状態とヘルパー援助

	本 人		家 族	ヘルパーの援助と気持ち
	身 体	気 持 ち		
53年9月	退院、ねたきり／気管切開／四肢の痙攣	自宅療養と生活の不安	夫、不安・緊張による血圧上昇／子供、戸惑い	戸惑い／不安／技術を習得
10	体調良好／やや痰多い	家庭に落ちつく／子供の気持ちに着目	夫、やや落ち着く／子供、戸惑いから自然に移行	援助方法の確立／子供と本人の交流を助ける
11	体調を崩す／痰多く食欲不振	夫の疲労をみて自宅療養継続への不安	看護の疲労により本人にもつらくなれる	本人との会話で勇気づける／家事の援助で夫の負担軽減を考えたが時間的余裕なし
12	体調やや回復／自力で便器の出し入れに努力	夫の疲労緩和により自力で療養への意欲	夫、態度緩和／子供、本人との会話多くなる	子供との交流／自力による便器の扱い援助／越年に当たり風邪心配
54年1月	体調良好／風邪ひかず／文字の練習を始める	今年こそ頑張ると意欲十分、安定／近隣の援助に感謝	夫、体調戻り安定／子供、協力的(食事の介助など)	近隣の人々の援助に感謝
2	文字の練習／車椅子にて屋外へ	回復へのあせり	夫、発熱(扁とう炎)／子供、風邪	本人がノートに書いた歌詞で一緒にうたう
3	四肢の痙攣多い	病院の往診が少ないとやや不安	夫、看護に積極的／子供、本人との絆深まる	本人との意思の疎通／技術の安定と援助の安定
4	自力で座位を保つ／体調を崩す	宗教入信を勧められ迷う／積極的に子供に呼びかけ	夫、宗教を拒否／本人、子供との会話はずむ	本人の身体の記録開始(熱、眼、援助の内容の明細を別帳に)
5	自力で布団から出る	子供との疎通／安堵感／夫の職場へ感謝	夫、勤務順調／子供が風邪	子供の介護／子供、本人、ヘルパーの交流
6~11	良 好	安 定	家庭生活確立	家庭の和に援助はかかる
12	気管切開を閉じる。痰なし／四肢の痙攣	自宅療養の自信／安定／関係機関、援助者に感謝	夫、心身の安定／子供の安定	介護が容易になる／家事の援助／関係機関への感謝

205. 難病患者に対するホームヘルパーの援助 (その4) 精神分裂病の妻と2人暮らしの脊髄小脳変性症患者に対するヘルパー活動

国分寺市福祉事務所 西山真沙子

〔対象〕 E氏。大正9年生まれ、58歳男子。発病昭和49年。身障手帳1種1級。

〔生活状況〕 1戸建持ち家に居住。資産収入と年金手当額で月収は約25万円。家族には、分裂病の妻、親族とは交流が少ない。

〔経過とヘルパー援助〕 要入院の状態であったが、精神障害の妻と暮らすことを望み、数年在家でがんばった。この事例紹介を通して、重度者の在宅治療がどこまで可能であったかを報告したい。

E氏は転倒により入院となつたが、同居の妻は介護者には不適で、事実上、進行性難病を持つ単身重度障害者

として、最低の食べること、排泄が自力で処理できるまで在宅が可能だった。病のある妻に対する気遣い、在宅で療養したいとの強い意思と努力が、ここまで在宅を維持させた要因の1つでもあったが、また、患者の身になって訪問診療をつづけた医療グループ、地域の方々の協力、福祉事務所の担当ケースワーカーの良い指導も、もちろん見逃すことはできない。この中でホームヘルパーとして充実した仕事ができたと思う。

患者の第1期から第3期に分けた経過は表5のようであつた。その間の訪問は2年8か月(昭和51年12月～54年7月)、延べ235回(週平均2回)にわたつた。

在宅福祉を考えるとき、今回もそうであったが、各機関が相互に連絡をとりあい、互いに気持ちを1つにして障害者に接することが大切である。

座長まとめ

演題 201：患者の状況が一目でわかる一覧表にされて

表 5 E氏の在宅療養の経過

		第1期(訪問開始時)	第2期(52.9~53.8)	第3期(53.9~54.7)
本人の身体生活状況	歩行行動	歩行不能 四つんばいで移動	車イス、介助で外出可能。 四つんばい移動、速度落ちる。 転倒が多い。起座位維持困難。	四つんばい困難になってくる。 ベッドに横になっている日が多い。
	上肢の移動	振戦はあるが 5 cm 大の写字可能 庖丁の使用可能	書字困難一代筆依頼。 庖丁使用困難—トマトが持てぬ。 札かぞえ困難。	牛乳ビンが持てない。 ひげそり不能。
	言語	酩酊様(初対面者は理解不能) 電話通訳必要	来客、通訳必要。	言語のみのコミュニケーションは不能。 援助者の推察力により可能。
	排泄	時にはトイレ間に合わず	失禁頻回。 便秘—イチヂク浣腸使用→緩下剤使用	當時失禁—残尿感 緩下剤。
ホームヘルパーの援助		○引越し後の荷物整理 ○商店とのむすびつけ (新聞店、パン屋、牛乳屋など) ○公共料金手続き ○銀行手続き ○税金申告手続き(毎3月) ○買物 ○掃除 ○理髪店へ連れていき介助 ○食事の改善 ○集尿器の導入 ○妻とコミュニケーションを持つ努力 ○通訳 ○医療機関との連絡	○歯科通院援助 ○衣服の改造 ○他の重度者と交流を持つ機会をつくる ○家屋内に非常ベル設置援助 ○救急隊に緊急時のアドバイスを依頼 ○札数え、分類の援助	○ひげそり、散髪 ○親族(実姉)との交流
◎第3期まで継続				<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> ○訪問期間 51.12~54.7 (2年8月) ○平均週2回訪問 ○延べ訪問回数 235回 </div>

いて、わかりやすく親切な報告であった。ヘルパーと病院の技術協力が成功しているうらやましい報告である。

演題 202 : 難病中の難病の大変な患者への訪問に、よくもこれだけとりくめたものだ。野辺の報告は、初めから終わりまでの状況がよくまとめられていて、知ろうとする者への配慮のうかがえる報告であった。また、自主的研究会を持つまで成長しておられる立派な報告である。

演題 203 : 夫婦ともに死亡するという非常に悲しい報告であるが、献身的なケア、私はヘルパーとして一生懸命やったんだ、という成就感が感じられ、成長した子供さんに会うのが喜びだ、と結んでおられる。私ども、私は後悔ばかりが残るのだが……。

演題 204 : ヘルパー活動が暗中模索にならず、散髪屋さんまでを含む多くの関係機関の指導援助によって、本人を含む家族の生活が安定しつつある明るい報告であった。妻が重症の難病に侵されると、家中がじめじめした雰囲気になりがちだが、夫、子供とともに協力に向かわせていったヘルパーの力は大きい。

演題 205 : 病の妻を気遣う意味で在宅で頑張りたいと

思う患者の気持ちを大切に、どこまで頑張れるかを実行してみた西山の行動と、それを助けた関係者の努力は、今後の在宅患者の福祉をすすめていく上で私どもの指針となるであろう。

以上の報告のあと木下安子から、「5人のヘルパーさんの活動報告をきかせていただきて、私ども保健婦は専門職でありながら、そこまでできるだろうか、と考えますと、とてもそこまでは、と恥ずかしい思いがせざるを得ません」と、また奈倉道隆は「ヘルパーさんの大変な努力で難病患者が守られている、うらやましい報告を聞かせていただき、こういうすばらしい活動を全国的に広げていくために、私どもはどんな努力をやればいいのか、教えていただきたい」と発言した。これは、私どもみんなが知りたい問題であったが、時間切れでそれ以上討議が進まず、非常に残念であった。私ども社医研仲間の1年間の宿題として、それぞれの仕事場で試行錯誤しながら、府立病院があるからできたのだ、という考え方を考え直していくたい。

(文責・吉田)

一般演題 206~208 抄録

【座長】 川村 佐和子

(東京都立府中病院)

加藤 春樹

(全国障害者問題研究会)

206. ねたきり難病患者の在宅看護

大阪在宅難病看護研究会 乾 死乃生
池木 英子 山本 道子 坂田 ハル

難病相談室の保健婦が昭和54年1月から12月までの1年間に家庭訪問を行なった40症例のうちから、継続訪問援助が必要と診断した20症例について、特に介護問題に的をしぼって分析・考察を加えた。

介護について

現在の核家族の中では、夫婦のうちどちらかが病に倒れても、一家の負担はきわめて大きい。夫または妻が寝たきりになり、他に家族がなく子供が学齢期の場合、病院または施設に受け入れてもらえない限り患者は自宅に放置されることが多い。残った配偶者は仕事を持ち、家事、病人の看護に心身ともに消耗し、その疲労も限界にきている。さらに問題とすべきは、病人が昼間独居の場合であろう。食事、排泄の介助をする者がいないので、食事をぬき、排泄を制限するという、きわめて非人間的な環境に追いやりられている。また、これは古くからみられたことだが、娘が親の介護につきっきりの場合は、婚期を逸し結婚できないという犠牲を強いられることがある、社会問題を生んでいる。

在宅難病患者の介護の重要な担い手であるホームヘルパーの活動は、ヘルパーの定数不足からその対象範囲が非常に狭められている。現在のように週1~2回の訪問頻度でなく、毎日一定の時間、家庭援助のできる態勢こそ必要である。

20症例の継続訪問を行なって、今日の医療体制の中でねたきりの難病患者が人間として基本的な最低の要求も満たされていない生活状況におかれていることがわかつた。

現在、保健所が難病患者申請の窓口として行政的に位

置づけられている以上、まず保健所が何らかのかたちで難病患者の訪問看護にとりくみ、福祉・医療機関とのタイアップで在宅患者への援助活動を行なうべきではないか。

207. 東京都の難病対策と地域医療

東京都神経科学総合研究所	山岸 春江
木下 安子 関野 栄子 小林 史明	
東京都立府中病院	川村佐和子
伊藤 淑子 高坂 雅子	
茨城大学人文学部社会学科	山手 茂
東京大学医学部保健社会学教室	園田 恒一

東京都は難病専門医療機関として1971年に都立府中病院に神経内科を開設し、72年には衛生局に特殊疾病対策課を設け、難病医療費助成、実態調査、研究委託、職員実務講習会など総合的対策を推進してきた。公的医療機関としての都立病院が従来の診療機能に加えて地域活動を行なうことにより、専門病院として患者・家族の要求にこたえ、しかも地域の診療機関と競合することなく専門診療機能を有効に発揮しようと努力している。この活動の成果を検討するため、難病患者の受診状況について都立府中病院からほぼ5~10kmに位置する調布市、東村山市、日野市を調査・分析した。

都立府中病院神経内科は院内診療活動のほか、難病検診や、通院困難な退院患者や入院待機患者に対して緊急事態を未然に防ぎ、在宅医療を充実させるための在宅診療活動を三多摩地区を中心に行なっている。

調布市、東村山市、日野市の年間府中病院神経内科受診者数は、全神経内科外来患者数の2~3%を占めている。人口10万対のおのの外来患者数は、開設当初、調布市が12、東村山市が4、日野市が16で、73年からは日野市、東村山市、調布市の順位で年々増加している。特に在宅診療開始の時期から、その増加は著しい、

表 1 疾病別患者数

市別 疾病名	調布	東村山	日野	計	在宅診療	医療相談
進行性筋萎縮症	8	10	19	37	5 (13.5%)	24 (64.9%)
スモン	5	2	7	14	0	8 (57.1)
パーキンソン病	22	19	24	65	11 (16.9)	22 (33.8)
脊髄小脳変性症	3	3	3	9	3 (33.3)	7 (77.8)
多発性硬化症	1	1	1	3	1	2 (66.7)
筋萎縮性側索硬化症	4	1	1	6	2 (33.3)	6 (100)
重症筋無力症	8	3	2	13	0	6 (46.2)
皮膚筋炎・多発性筋炎	2	1	1	4	0	2 (50)
神経ペーチェット	1	2	0	3	1 (33.3)	3 (100)
その他の神経疾患	105	87	137	329	6 (0.2)	31 (9.4)
精神疾患	26	21	23	70	0	7 (10)
非神経疾患	10	10	18	38	0	2 (5.2)
不明	18	13	27	58	0	4 (6.9)
特に疾患を認めず	4	2	4	10	0	2 (20)
計	217	176	267	659	29 (4.4)	126 (19.1)

79年には日野市が36、東村山市が27、調布市が17で、7年間で日野市は約2倍、東村山市は7倍と両市の増加は顕著である。日野市と東村山市は府中病院と地域医師会、保健所、住民団体との連携が、組織的に行なわれている。

表1のとおり、全患者数のうち神経系特殊疾病患者は154人、23%である。在宅診療を受けている患者は29人で全患者の4.4%である。これらのうち神経系特殊疾病が23人でほぼ80%を占めている。進行性で症状の重篤な筋萎縮性側索硬化症と脊髄小脳変性症は、外来患者の33%が在宅診療を受けていた。医療相談室の援助を受けた患者は126人で19%である。疾病別では神経系特殊疾病が圧倒的に多く、これらの患者の52%に医療相談室が関与している。その他の神経疾患、精神疾患などについては少なく9%である。筋萎縮性側索硬化症、神経ペーチェットの患者には100パーセント医療相談室の援助が行なわれている。進行性で篤重な難病患者にはMSWの援助が実施されている。

高度専門診療機能を備えた府中病院は、入院、外来診療にとどまらず、地域難病検診への協力、医療相談室の活動、在宅診療などにより、地域住民にとって身近な存在となっている。

208. 三多摩地域の難病患者の受診行動からみた都立府中病院の機能

東京都神経科学総合研究所 小林 史明
山岸 春江 関野 栄子 木下 安子
東京都立府中病院 川村佐和子
伊藤 淑子 高坂 雅子
茨城大学人文学部社会学科 山手 茂
東京大学医学部保健社会学教室 園田 恭一

難病手当および特殊疾病医療費助成申請名簿を情報源として、調布、東村山、日野市の3市の難病患者の受診状況(表2)から、三多摩地域における都立府中病院の神経難病専門医療機関としての機能を検討した。

府中病院への受診率は神経系疾患で高いのが顕著である(図1)。また、患者の住所地から受診医療機関までの距離を2km未満、2~10km、10km以上の3つに分けると、府中病院は3市ともに2~10kmに含まれ、神経系疾患では2~10kmの範囲にある医療機関の中で府中

表 2 把握患者数

	調布市	東村山市	日野市
総 数	330 (1.79*)	250 (2.03*)	130 (0.91*)
神経系疾患	69(20.9%)	71(28.4%)	31(23.8%)
その他の疾患	261(95.8%)	179(71.6%)	99(76.2%)
医療機関把握患者数	316(95.8%)	224(89.6%)	83(68.3%)

*は人口1,000対。

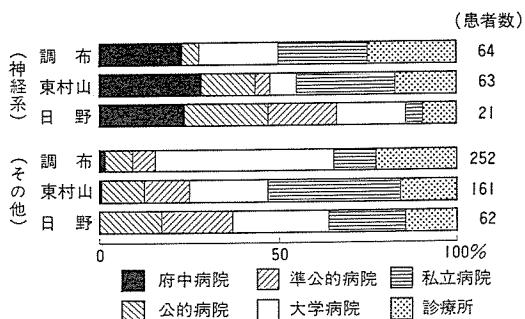


図1 医療機関の利用状況

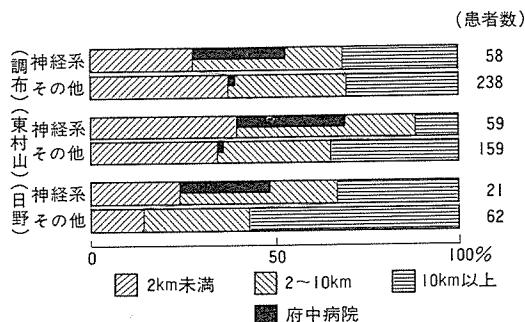


図2 受診医療機関までの距離

病院が選択的に利用されている（図2）。

さらに受診医療機関の種類と距離を年齢別および疾患別に比較すると、低年齢層の患者や膠原系疾患の患者は都心部の大学病院に受診する割合が高く、一方、高齢者や肝臓、腎臓など比較的ポピュラーな内臓疾患、さらには移動障害の大きい悪性関節リウマチなどの疾患では、近距離にある私立病院や診療所への受診者が多い。これらに対し、神経系疾患では府中病院への受診率が高く、中でも進行性筋萎縮症など症状が重篤な疾患ほどその受診率が高くなっている。このように、府中病院は三多摩地域において神経難病の専門病院として重要な位置を占めている。

また、図2のように、神経系疾患において府中病院への受診率が増加しているにもかかわらず、東村山市と日野市では2km未満の受診率が圧迫されていない。東村山市と日野市は府中病院とともに難病地域医療を進めてきた地域であり、神経難病については府中病院との連携により地域の中で患者をみていく体制を築きつつあることを示唆するものと考えられる。

座長まとめ

演題206～208は、大阪府と東京都における難病施策

に関する発表である。本題の報告者は大阪府の難病対策第一線である難病相談室に働く保健婦である。日々行なっている援助記録を資料として在宅難病患者の実態を分析し、援助の拡大について提案している。本報告の提案はホームヘルパー援助と訪問看護の強化である。訪問看護の実施主体について報告者は、保健所がいわゆる難病医療費公費負担制度の窓口であるから、保健所事業としてこれが発展することを望んでいる。

座長は東京都立府中病院神経内科および都立神経病院においての経験から報告者の提案に賛成するものだが、訪問看護の実施主体に関しては、難病患者はおのおの主治医を持ち、その大部分が診療を受け、なおかつ病気の進行がみられ、随時主治医の治療内容が変化していく事実から、保健所のみでなく、専門医療機関や地域医療機関にも訪問看護機能があり、それらが連携して在宅患者に看護を提供できるよう希望している。この課題に関しては、老人訪問看護の実践などを含めて、各地域の資料から広く検討される必要がある。

演題207, 208は、東京都の難病対策の一環として設置された都立府中病院神経内科(昭和55年7月から都立神経病院に移行。以下、「神経内科」と略)がその目的に沿って有効に機能しているか否かを分析・検討している。

「神経内科」では入院・外来診療に加えて、在宅診療および地域と連携した検診活動(ボランティア活動)、医療相談室による生活援助を行なっていることが特徴である。これらの地域活動、福祉援助は一般市民の受診を促し、在宅診療や相談援助活動など積極的な個別サービスは病状の重い疾患の患者ほど厚く実施されていた。そこで演者は、病院事業として採算ベースにのらない在宅診療や相談業務および病院事業に認められていない検診事業も「神経内科」が目的遂行上、有効な役割を果たしていると評価している。

難病医療を実施する医療機関が増加している現在、各施設でいろいろな試みを行ない、その目的に沿って有効な業務領域を拡大・確立していくことは、今後の課題であろう。この課題は専門医療機関の課題であると判断することができるが、実際には地域医療・地域保健と医療機関診療をつなぐ方法の1つであり、公衆衛生領域からも検討に値する課題であろう。

演題207は都立府中病院神経内科(以下、「神経内科」と略)の診療対象分析からみた患者サービスのあり方にに関する報告であった。本報告は、都立府中病院から等しく2~10km離れた3市の患者実態から「神経内科」のあり方をみたものである。

「神経内科」は神経系難病患者の受診率が高く、在宅診

療によって移動障害が著しくなっても医療継続が可能であるため、重症化しても自宅近くの医療機関に転医することが少ない。重症化する疾患の患者ほど神経内科受診率が高い。しかし、患者の身近な医療機関への受診率も低下していない。報告者らは「神経内科」の各事業、地域医師会や地方自治体が「神経内科」と連携して行なう事業に参加し、患者の意見を直接聴き取る、などによる調査の結果、「神経内科」と患者の居所に近い医療機関との競合ではなく、協力関係が成り立っていることを評価している。専門医療と一般（または地域）医療（医師会）の協力態勢による患者診療の実現である。この方法は他の疾病対策においては、一般的に実施されたり、有効性が確認されたりしていない。難病医療のあり方として、さらに各地でさまざまな試みが集積されることが望ましい。



空きかん回収問題のその後

京都

京都市では55年8月に、京都市空きかん条例専門委員会から「(京都市)飲料容器等の散乱防止及び再資源化促進に関する条例」(案)が答申された。

そこで、56年3月を目途にして、条例制定をめざすべく内外の意見調整が進められているが、条例(案)の骨子が、①空きかん等の空容器は製造業者の責任で回収し、再資源化する、②小売業者や自動販売機設置者は、飲料品を売るときに、「預かり金(回収保証金)」をとり、空容器を返せば返金する、③これらに違反すれば罰則を科す、④不法投棄者は「廃棄物処理法」にもとづき告発する、となっているところから、製造業者などから激しい反対を受けている。

しかし、京都市としては、本来は国のレベルで抜本的対応がなされるべきであるが、それを待っていたのでは、「空きかん等の散乱ごみが都市環境を益々悪化させ、清掃行政の

壁になっていくので、いわゆる空きかん公害をなくする突破口を開いたい」という厳しい姿勢で、それらの反対に対応している。同時に、同じ悩みを持つ全国の自治体に協同的な取り組みを呼びかけている。

その結果、去る10月29日には清掃行政の連絡機関である社団法人全国都市清掃会議が支援決議をしており、11月20日には京都において67自治体が一堂に会して、全国散乱ごみ防止推進自治体連絡会（仮称）という組織が結成されている。そのうえ、京都府下市長会、近畿市長会、全国市長会が、空きかん対策は環境保全のために最も緊急な課題として支援・協力体制をうち出すとともに、国に対して、抜本的な、しかも総合的な対策を確立するよう、要望するところまで波及してきている。

また、当初は「市町村の事務」として静観していた京都府も、内部組織として空きかん問題検討連絡会議を発足させ、京都市を全面的にバッタアップすることになった。さら

演題207の演者は難病患者の在宅療養を保障するためにホームヘルプと訪問看護サービスの充実を提案している。演題201で座長らはホームヘルパーとの連携状況を、また演題202～205では座長らと連携しているヘルパーがそれぞれの立場から在宅難病患者にとってヘルパー援助が有効であったことを述べている。演者らは一般的なサービス頻度を超えて（週5回訪問など）、独創的援助方法を工夫したりするなど熱意ある職員であるが、ヘルパーの援助をより技術的に高め、その実施を専門的に保証し、ヘルパーが得た医療情報を明確に医療上に役立て得た背景には、本演題で述べられた専門医療と一般（または地域）医療（医師会）の連携がある。座長はホームヘルプ、訪問看護サービスの充実も医療チームの形成と深いかかわりがあると考えている。

(文責・川村)

に、関東の一部九県知事会でも、統一的な空きかん回収条例をつくる申し合わせをしたと伝えられている。

このように、京都市の積極的な姿勢に触発されて、全国的な規模で空きかん等散乱ごみ問題が取り組まれてきたのは、喜ばしい限りといえる。保健所関係者も、この問題に関心を持ち、全国的な自治体運動に参加すべきではないかと考えているが、いかがであろうか。

ところで、この問題に対する厚生省の見解は定かではないが、新聞報道によれば「廃棄物処理法（第3条）」の事業者責任は追及できず、「製造業者に回収責任を負わせることはできない」という見解のようである。そのような見解であれば、ぜひ、本腰を入れて法改正の作業に入って、京都市などの運動に応えるべきだと考える。

また企業サイドも、「社会的責任を感じてほしい。売ればよい、後は知らない、というような態度は、資本主義社会でも許されない」という京都市長の言に、真剣に耳を傾けてほしいものである。

(山本 繁=京都府福知山保健所長)

一般演題 301~304 抄録

【座長】 園田 恭一 上畠 鉄之丞

(東京大学医学部保健社会学教室) (杏林大学医学部衛生学教室)

301. 農協組織を中心とした健康管理推進協議会の活動とその評価

長野県佐久総合病院

松浦 尊磨 飯島 郁夫 西垣 良夫

はじめに

地域における保健活動は、現状では行政対策としての各分野のとりくみも、技術的、財政的、体制的な阻害条件の中で十分に機能が発揮されていないといえよう。また、総合的保健活動を展開する基本機能を有していないと思われる現状においては、そこに至る組織づくりを局地的にも起こしていく必要がある。

■ 農協組織の健康管理運動

今日の農協組織の健康管理運動の源は、古くは大正初期の産業組合当時の全国的な保健運動の展開にみられる。昭和45年、全国農協大会で「組合員のくらしと健康を守る運動」を中心課題として位置づけることを再確認し、農民を中心とした健康診断の実施、地域ぐるみの健康管理組織づくり活動が展開されている。

■ 農協組織を中心とした健康管理推進協議会の活動状況と課題

農協だけにとどまることなく

地域ぐるみで共同して実施すべく、県下の単位農協ごとに健康管理推進協議会をつくり、活動するよう組織づくりを推進している。現在、県下136農協中73農協で設置されている。

■ 市町村の保健事業の現状と課題

活動内容は、健康診断の実施、事後対策に関するここと、農民の健康会議の開催、アンケート調査、料理教

表1 市町村における健康管理事業の概況
(長野県下57市町村について)

事業内容	実施率 (%)	事業内容	実施率 (%)
①衛生教育・普及啓蒙		④疾病予防	
健康教室	93.0	予防接種	80.7
母親学級	78.9	寄生虫予防	14.0
印刷物の作製・配布	71.9	⑤継続管理	
病態栄養講習会	36.8	健康台帳整理	49.1
むし歯予防講習会	31.6	健康手帳	43.9
視聴覚教育	29.8	長期臨床者療養指導	31.6
健康づくりの集い	29.8	検診事後指導	14.0
乳幼児栄養指導	22.8	⑥健康診査、保健指導	
老人保健学級	22.8	胃検診	91.2
高血圧予防教室	10.5	婦人科検診	89.5
貧血教室	10.5	乳幼児健診	87.7
糖尿病教室	10.5	循環器検診	75.4
②リハビリテーション		結核検診	75.4
脳卒中	19.3	老人健診	40.4
乳幼児神経発達指導		集団健康スクリーニング	31.6
精神神経疾患など		妊婦健診	29.8
③調査・研究		乳幼児歯科検診	21.1
冬期温室調査		貧血検診	19.3
成人病予防調査	63.2	僻地保健推進対策事業	14.0
塩分測定調査		⑦体力づくり	—
		⑧生活改善	—

室、その他食生活・暮らしの計画化、郷土づくりなど、農協の生活事業と関連づけて行なわれている。まだその活動は十分とはいえないが、市町村の保健事業に比べて生活面の活動を展開していること、検診内容を質的に向上させていること、組合員（農家）組織の組織的活動としてとりくまれていること、運動的性格を持っていること、などの特徴がある。

■市町村の保健事業の現状と課題

昭和54年10月に長野県衛生部予防課が県下122市町村に実施した「健康管理実施状況調べ」のうち、57市町村についてみた実施状況は表1(前頁)の如くであるが、総合的保健活動を展開する基本機能については、地域特性の把握、ニードの把握、主体的な住民組織の育成という面でみるとかぎり、基本機能は十分に備わっていないと思われる。

■地域における健康管理活動の今後の課題

地域における保健組織は、単なる「寄り集まり」「代表者による調整」ではなく、住民組織、グループなどによる調査、研究、実践の「活動の寄り集まり」の中で共同課題の発見、共同とりくみの検討、評価の場として機能することが重要である。

そのためにはまず、現場担当者どうしがタテ割事業のワクを越えて学習、研究、情報交流の場をつくることが必要と思われる。

302. 保健所で行なっている各種の教室の意義と問題点

滋賀県今津保健所 草野 文嗣

国民ひとりひとりが「自分の健康は自分で守る」という自覚と認識を持つことが、何よりも重要であるとの観点から、厚生省は昭和53年度以来、国民健康づくり対策の推進を打ち出してきた。しかし、これは「健康自己責任論」につながり、費用を受益者に押しつけてそれを助長することにつながる可能性もあって、安易に見過ごすことのできない問題である。

確かに健康は、個人個人が自分の心身の状況に常に注意して異常の早期発見・早期治療に努め、日常生活のす

表2 今津保健所で行なっている教室

名 称	対 象 者
むし歯予防教室	妊娠および0～3歳児
食品衛生教室	一般住民
健康教室	30～60歳の一般住民

べての面で害のあるものを排除し、積極的にその維持・増進に努めることによって守られる点が多い。その意味では、個人的努力なしに健康を守ることは困難であるが、他方、個人的努力のみでは守りきれるものではない。そこで公的な努力や働きかけが絶対に不可欠な要素として、存在価値を發揮する市町村や保健所の活動の良否が、住民の健康を大きく左右するものであり、それ故に保健衛生関係者が協力して、住民により適切なサービスをすることが要求されている。

これに対して当保健所では、住民の健康意識を向上させるために表2のような教室を開催している。

(1) むし歯予防教室は、予防可能な幼児のむし歯を減少させたいという願いから、歯科医師会の協力のもとに始めたものである。これはすでに5年を経過し、参加の幼児と非参加の幼児とを比べると、おやつの与え方や口腔の清掃状況に大きな差がある。その結果、う歯罹患状況にも差が出ており、その効果は明らかである。

(2) 食品衛生教室は、より安全で衛生的な食品を選ぶ眼を養ってもらうために発足させ、現在5年目を迎えている。この教室の終了者を中心に、「より安全な食品を求める会」が誕生し、活動を始めている。

(3) 健康教室は、運動不足による不健康状態の実態と運動することの重要さや効果を知らせ、自分の健康への関心を高めるきっかけをつくるために開催し、2年を経過した。ここでは、高血圧、脳卒中、心臓病などに関する衛生講話や食事指導も織り込んで、生活態度の改善により効果が上がるよう努めている。

現在、順調に進行し、ある程度の成果を上げつつある各教室に関して、次のような問題が残っている。①各教室の意図する所が、保健所の全職員に十分理解されているとはいひ難い。②管内町村の衛生関係者の全員には、まだ十分理解されているとはいひ得ない。③したがって、現在各教室を担当している熱心な職員が転勤した場合などに、後に十分受け継がれていくとはいい難い。④自主的な行動が十分できるところまで、各教室終了者の意識が向上しているとはいひ得ない。

303. 健康づくり活動と推進協議会の形成

——地域組織活動の事例を中心にして——

帝京大学医学部公衆衛生学教室 佐久間 淳

■研究の目的

各地域にみられる健康づくり活動について、発生形態や発展過程、組織の構成と主導性、活動の方向性などに関する、いくつかの事例による比較研究から得た知見を

述べ、今後の活動に対する参考に供したい。ここでは特に千葉県習志野市、神奈川県愛川町の事例を中心にふれたい。

■ 対象集団と地域活動の分析・考察

対象集団について、人口規模、年齢構成、面積、産業構造、財政規模、階層などの概況をはじめに明らかにする。次いで健康水準の概況をみると、千葉県君津市や葉山町などの脳血管疾患、悪性新生物、心疾患などの死亡率の高さが目につく。これに比べて習志野市、愛川町、埼玉県大井町などは良好な状況を示している。ただし、年齢構成に差があるので、これだけでの評価は避けたいが、地域活動推進の際に1つの目安にはなり得ると考えられる。

また人口や財政規模が小さければ、当然、人的にも財政的にも1つの自治体が単独で事業を展開することに、多くの制約を受けることになる。演者の判断ではおおむね10万人以下では、ことに保健所などとの協力が不可欠と思われる。この見解に立てば、ここで扱う事例のうち10万人以上は習志野市だけであり、一番少ない清和地区(4千人)は、人口8万人を有する君津市の1行政区で、他は約3~4万人の町である。このうち習志野市と大井町が自治体主導であり、前者は市内を小学校区によって16に分け、それぞれにヘルス・ステーションを設けて保健婦を2名ずつ駐在させ、住民の健康管理などを進める方向をめざしている。

これらを統括する保健会館(センター)も含めて、ヘルス・ステーションは現在5か所に設けられているが、このような自治体の比較的積極的な姿勢に比べ、住民側の組織化などはみられない。したがって、このまま進むと住民の主体的な活動が育ちにくくなる恐れがある。また医師会や保健所の動きも気にかかるところである。一方、大井町は町内地域活動にきわめて熱心な医師がいて、かつ各種住民の活動が活発に進められているので、今後、保健所、医師会の積極的な協力などが加われば、注目すべき成果が得られる事例といえる。

清和地区では公民館主事の主導による活動が進められていたが、同主事の配置転換によって活動が頓挫している。今後は保健所、医師会などの協力が望まれる。このほか、愛川町などはいずれも神奈川県下の事例であり、保健所と自治体の連携がきわめて緊密である。

まとめ

以上を要約すると、習志野市などの事例では行政が先行し、それに住民の活動が伴っていない。愛川町などでは「健康づくり協議会」などの活動が進められているが、委員の選出などが行政の立場を反映しやすい。これらの

点を考え、この動きが住民の自主的活動を育てるワンステップとなるよう、慎重な配慮が望まれるのである。

304. 保健所と地元医師会との関係についての試論

大阪府岸和田保健所 丸山 創

保健所と個々の病院、診療所との関係に由来する場合も含め、保健所と地元医師会との関係は、大別して権力関係、利用関係、依存関係、補完関係の4つに分けることができよう。

権力関係 保健所は行政機関、行政庁として関係法規に基づき診療所、病院および医師を指導・監督する立場にある。このうち診療所開設届・病院開設許可申請の受理、医業広告の規制、医療監視、医師法違反(非医師の医療行為)の取締まり、伝染病発生届の受理などが、日常的でしかも場合によっては保健所と医師会との関係に波及する主要なものである。とりわけ医療機関の適正配置問題に医師会は関心を示し、保健所はこの問題で、医師会の方針と医療法とのはざまに立たされることがある。

利用関係 保健所は保健所法第5条に基づき、X線断層撮影装置などその施設・設備の利用に関し、不十分ながら医師会員に供している。他方、保健所は医療機関への意思伝達などに医師会の組織を利用する場合がある。その他の場合にも両者は社会資源として相互に利用し合う関係にある。

依存関係 保健所は対人保健事業に必要な非常勤医師の大部分を地元医師会に依存している。一方、医師会も医師急増対策の一環として保健所を医師需要源の1つとして考えている。現状では保健所の依存度の方が深い。

補完関係 地域保健計画の企画・実施・評価、健康教育、集団検診の実施と事後措置(精査、治療)、医師チームにおける主治医と保健所保健婦らの間の情報の交換などのうえで、保健所と地元医師会とは相互に補完し合う関係にある。医師会もこれらの関係に強い関心を持っている。

以上、それぞれの関係の強弱は社会的背景の変遷とともに伴う保健所の果たしてきた役割によって歴史的に変化している。大まかにいえば、戦後、医師会が組織的に未成熟であった伝染病蔓延時代には、権力関係と医師会の保健所利用の関係が主であった。次いで、伝染病の減少期に入り、医療機関が整備され、医師会が組織的に確立し、予防と治療が分離する傾向の時代になると、権力関係、利用関係は弱まり、両者の関係も全般的に稀薄と

なり、事務的関係が主となった。その後、成人病が増加し、地域保健医療が重視される時代になると、両者の関係はしだいに緊密の度を増し、補完関係と保健所の医師会に対する依存関係が強くなつていきつつある。それ故、両者の力関係は医師会が優位に立っている。

両者の関係が、対立関係にあるか、対等な協力関係にあるか、従属関係にあるかは、それぞれの地域保健医療における役割の認識を基礎として、両者の姿勢、能力、イデオロギー、その他の要素によって決まってくる。

座長まとめ

以上4人の演者の報告はいずれも、地域における健康づくりや健康管理をどのようにすすめたらよいのか、ということを中心としたものであった。

そして、健康づくりや管理の主体ということでは、松浦尊麿（佐久総合病院）は農協組織に、草野文嗣（滋賀県今津保健所）は保健所に、佐久間淳（帝京大）は自治体と住民組織に、そして丸山創（大阪府岸和田保健所）は保健所と地元医師会に、それぞれ着目して報告され、かくして今回の発表は、期せずして、今日そして今後の地域保健医療の担い手や推進力となることが期待されているものを改めて浮かび上がらせた報告となつた。とはいえ、それぞれの報告者の所属や立場や関心などの違いから、その力点のおき方や視点などはかなり異なつていたといえよう。

そこで以下では、それぞれの報告で強調され、注目された点などを中心に紹介していきたい。

まず、松浦尊麿は、農協組織を中心とした活動は「市町村の保健事業に比し、生活面の活動を展開していること、検診内容を質的に向上させていること、組合員（農家）組織の組織的活動としてとりくまれていること、運動的性格を持っていることなどの特徴がある」との指摘を行なったあと、地域における健康管理の今後の課題について次のような点を強調した。

「地域における保健組織は、単なる『寄り集まり』『代表者による調整』ではなく、住民組織、グループなどによる調査・研究、実践の『活動の寄り集まり』の中で共同課題の発見、共同のとりくみの検討、評価の場として機能することが重要である。そのためにはまず、現場担当者どうしがタテ割事業のワクを越えて学習、研究、情報交流の場をつくることが必要と思われる。」

次に、草野文嗣は、「自分の健康は自分で守る」という点を強く打出した厚生省の国民健康づくりの施策に関連して、「個人的な努力なしに健康を守ることは困難であ

るが、一方、個人的努力のみでは守りきれるものではない。そこで公的な努力や働きかけが、絶対に不可欠な要素として存在価値を發揮する市町村や保健所の活動の良否が、住民の健康を大きく左右するものであり、それ故に健康衛生関係者が協力して、住民により適切なサービスをすることが要求されている」とし、そしてこの観点から、今津保健所が住民の健康意識を向上させるために行なっているむし歯予防教室、食品衛生教室、健康教室の3つの教室について報告した。

これらに対して佐久間淳は、各地の地域組織活動の事例の検討をふまながら、これまでの活動は「いざれも住民の自発的な運動ではなく、行政サイドからの働きかけによるものが多く、この点に基本的な限界があることもまず念頭にすべきである」と指摘し、この反省点のうえに立って、「地域組織活動の要点は、活動の組織過程にある。たとえ時間がかかるても、地域住民ないしは地域における社会資源の育成と、その組織化によって活動が地域社会に根づき、活性化するものである」との点を強調した。

最後に、丸山創は、保健所と地元医師会との関係について「両者の関係が、対立関係にあるか、対等な協調関係にあるか、従属関係にあるかは、それぞれの地域保健医療における役割の認識を基礎として、両者の姿勢、能力、イデオロギー、その他の要素によって決まってくる」と指摘しつつ、「保健所と地元医師会との関係のあり方は、80年代の地域保健医療、プライマリー・ケアにとって重要な課題である」との点を改めて力説した。

以上のように、今日の地域保健医療活動の現状においては、市町村、保健所、医師会、農協、住民組織などの活動やとりくみにはそれぞれ問題があり、今後への課題があるとされたのであるが、各報告者がそろって強調し、指摘したこととしては、それぞれの担い手の役割と責任と主体性ということであり、そしてまた、それらの各主体や担い手が、今後よりいっそう相互に連携し、協力し合うことの必要性ということであったといえよう。

なお質疑応答では、草野文嗣の報告に対しては橋本正己（国立公衆衛生院）より、(1) これらの教室の保健所の公衆衛生計画全体の中での位置づけはどうか、(2) 所員の理解を深めるための方法にはどんなものがあるか、との質問が出され、これに対して草野からは次のような回答がなされた。

(1) これらの教室で取り上げていることだけが保健所の活動のすべてではなく、母子保健・精神衛生・循環器疾病対策等々、さらに食生活・食品衛生・環境衛生対策は日常的に町村と協力して実施している。これらの問題

を改善し、そのための意識、意欲の向上を目的に、また自分の、地区の健康問題に目を開き、行動を起こすきっかけを作るためにこれらの対策を実施している。将来的には、これらの人達が地区での活動の中心となり自主的に行なってくれるよう、経過をみながら支援していく必要があり、地域での活動の拡がりを期待して実施している。

(2) 年度の終わりには、活動のまとめをするように努力し、それを全職員の出席する職員会議で報告して、多くの職員に理解されるようにしている。また、これらの中から2~3年分のまとめなどを、県の大会などでも発表するように、県当局への理解も深めようとしている。

また、佐久間淳の報告に関しても、同じく橋本正己から(1)自治体(市町村)を単位とした地域保健活動の評価の視点について、(2)住民の主体性と行政との関係

について質問が出され、これについては佐久間より以下のような回答があった。

(1) ①まず扱う集団規模、地域特性などを含め、対象モデルを考えたいが、ここで扱ったのは集団規模から考えて最も原初的なものとして、人間の行動が捉えやすいと思う。活動を展開する参考として、モデル化を考えている。①評価は、具体的なとりくみについて行政主導のうちでも習志野市と大井町、君津市がそれぞれ違うので評価しにくいが、集団規模、地域特性に合った方法での活動の組み立て方などに対し、それぞれが表示できる評価のワクを考えたい。

(2) 住民の主体性を育てるような形での行政サービスを考えたい。住民の窓口担当者や首長の保健に対する認識を深めることが必要だと思う。

(文責・園田)



宮城県の産業医活動と加美郡労働衛生協議会の結成

当県の産業保健体制も年々進み、臨床医学から予防医学への意識転換の気運の盛り上がりが指摘されるほどになった。しかし、まだ組織づくりや活動に地域差があり、内容充実への努力が必要とされている。地域活動の1つとして、過日、県北にある当保健所管内で加美郡労働衛生懇談会が開催され、出席の機会を得たので紹介したい。

(1) 県内の産業医活動の組織

最初に県医師会の甘糟理事の資料等から、県組織の要旨を示す。まず①昭和44以来の地域医療推進の功績が認められ、昭和55年度の保健文化賞を受賞した宮城県地域医療対策協議会(県、東北大大学、県医師会で構成)がある。②地区レベルの地区地域医療対策委員会(郡市医師会、保健所、市町村ほか)には、救急医療休日診療対策、成人病対策、学校保健対策、健康づくり対策などの各部会とともに、産業保健対策部会が設置されつつある。加美玉造地区にも上記5部会がある。③また昭

和47年来、都市医師会ごとに産業医部会が設置され、懇談会(都市医師会、事業所、労働基準監督署、保健所等による)や研修会、健診等が行なわれている。県内産業医数は約300名、そのうち労働衛生コンサルタントは現在13名(会を結成)にて指導体制ができた。また県医師会には都市医師会産業担当者連絡会がある。

(2) 加美郡労働衛生懇談会

昭和55年11月18日の午後5時から中新田町の某会館で第2回加美郡労働衛生懇談会が開催され、産業医、事業主と衛生管理者ら約50名が集まった。産業医と事業所の相互理解をはかり、地域労働衛生の向上と産業医学の地域定着化を期して開かれている。

この日の講師としては、古川労基署の岸田署長、県医師会の甘糟理事と大崎保健所長の筆者が招かれ、それぞれの立場から話題を提供したあと参集者による情報と意見の交換が行なわれた。この懇談会の席で、産

業医と事業主による加美郡労働衛生協議会が結成された。

産業医は労働安全衛生法に基づき、従業員数50名以上の事業所に必置義務が生じ、医師会員と事務所間で産業医委嘱の契約がなされている。郡内事業所は中小企業がほとんどである。

(当所管内1市4郡では、鳴子町の温泉旅館も対象)事業所により、嘱託医と衛生管理者および産業医がいるが、産業医は職場の健康管理やアドバイスなどに従事している。

産業保健の問題が多い。①小規模事業所ほど主婦ら臨時従業員が使われ、同環境下の労働なのに労基検診の対象外の問題、②検便などは保健所だが、従業員の一般的の健康管理は原則として労基署の指導、③不景氣で事業主の理解と努力がないと、従業員の健康が守り難い、などもその例であろう。

(土屋 真=宮城県大崎保健所長)

一般演題 305~309 抄録

【座長】 山 田 信 也 福 地 保 馬

(名古屋大学医学部公衆衛生学教室) (滋賀医科大学予防医学教室)

305. はきもの家内作業者の労働環境と健康状態

杏林大学医学部衛生学教室

千田 忠男 上畠鉄之丞

(東京)立川第一相互病院 西村 誠

東京社会医学研究センター 牧野 忠康

(東京)北病院 木内 康美

(東京)台東保健生協 林 哲雄

昭和30年代のベンゾール中毒事件以来、はきもの家内作業者の労働実態と健康状態については十分につかまれていない。その中で、ノルマル・ヘキサンによる多発性神経炎の多発（昭和39年・三重）や女子中学生の中毒事例（昭和52年・大阪）など、依然として作業環境が不備なために起こる有機溶剤中毒の発症が懸念されている。

演者らは、東京台東区内のはきもの家内作業者の労働環境と健康状態について、アンケート調査や有機溶剤の環境測定、健康診断を労働組合の協力を得て実施したが、その結果、以下のようないくつかの現状を把握した。

アンケートは労働組合に所属する160世帯、253名から回収したが（回収率83%）、作業内容は靴、サンダル、はなお、ぞうりなどの製造であり、そのうち113世帯（71.1%）が有機溶剤を使用していた。また、いくつかの世帯が共同作業場を持っている例は全体の10.9%で、他は自宅での作業であり、3人以内でいわゆる家族労働をしている例が全体の86.5%あった。有機溶剤を使用している世帯では、全体の38.4%が居間・台所を兼用した場所で作業をし、39.8%の世帯では換気扇が設置されていなかった。

使用している有機溶剤は、皮用ゴムのりとビニール用ボンドであったが、ほかにつや出しのためのシリコン樹脂や乾燥剤としてジ・クロルメタンなどを使用していた。ゴムのりなどの有機溶剤はトルエン、ノルマル・ヘ

キサン、メチル・エチル・ケトン（MEK）などが主成分であるが、その使用量は1か月18~36lくらいが標準的であり、ガス・バッヂを用いた24時間の測定では、時間荷重平均値としてトルエンで11.1~67.3ppm、ノルマル・ヘキサンで1.1~17.8ppm、MEKで1.2~4.8ppmが検出された。特徴的なことは、作業を終了しても、翌朝までの間に作業中の約10分の1程度の有機溶剤が検出されたことであった。

一方、健康症状アンケートや健診結果をみると、有機溶剤使用者では、「酒量が増えた」「いろいろ」「貧血」「ものをにぎる力が弱い」「めまい」「かぜをひきやすい」「腰痛」などの訴えが多く、31名の健診で2名の多発性神経炎、1名の亜急性の精神症状のものが発見され、貧血や血小板の減少傾向が認められた。

今後の対策として、はきもの家内労働は有機溶剤を使用する有害業務であるにもかかわらず、労働衛生行政の谷間におかれ、その結果、労働時間や労働環境についての改善が遅れていること、また、はきもの作業の委託者（元請け）の責任や自治体の責任があいまいにされていることなどが指摘でき、作業者の自己責任論に終始している行政の改善が急務であると考えられた。

306. 出稼ぎ労働者の町にできた職業病治療室

久留米大学医学部環境衛生学教室 高松 誠

■ 豊後土工の振動病

全国各地の隧道工事現場で働いている大分県南部の佐伯市および南海部地方の出稼ぎ労働者は「豊後土工」と呼ばれ、その数は3,000名とも4,000名ともいわれている。彼らは、隧道工事の特殊技術を持ち、大企業の下請けあるいは孫請けとして組をつくり、全国各地のダム、トンネル、炭鉱などのほか、都市の橋梁、下水溝などの建設現場に出かける。使用工具はピックとさく岩機である。労働時間は拘束10~12時間、工具の使用時間も5~6時

間と長い。5~8名で何某班と組をつくり、縁故をたどって工事現場を転々とする。年間の出稼ぎ期間は10か月で、盆と正月を郷理で暮らす。豊後土工は日本産業の底辺で働く労働者の集団であるといえる。

これらの豊後土工に、けい肺症と振動病とが多発していた。演者らがかかわりを持った南海部郡蒲江町（人口12,068、世帯数3,300戸）では、昭和52年1月以来、53年、54年と5次にわたる振動病検診を行ない、現在までに156名のものが振動病の労災認定を受けた。

■職業病治療室の設置

蒲江町で振動病患者が増えるにつれて、治療についていろいろ障害が出てきた。振動病と診断されると湯布院厚生年金病院に入院して治療を受け、労災で治療費の支給と休業補償を受けることができる。大部分のものが症度の進行したものが多いので、くりかえし入院治療を受ける。退院後も湯布院に通院して治療を受けなければならない。こういうことが2か年ほど続いた。夏季はいいとして、冬季の湯布院通いは患者にとっては酷であるばかりでなく、治療効果も期待できなかった。

それで蒲江町の町立診療所に付設して振動病治療室を設置し、通院治療ができるようにしようという話を持ち上がり、昭和54年に町議会の議決を得て同年8月に職業病治療室が開設された。木造平屋20坪ほどの治療室であるが、年度末には同じ広さの治療体操室もできて診療を行なっている。

振動病の治療は、温熱理学療法（パラフィン浴、ホットパック、低周波、牽引療法）と治療体操が主で、これに薬物療法を補助的に用いている。教室から医師を派遣して治療の指導にあたっている。

■社会医学的問題点

(1) 湯布院厚生年金病院を親病院とし、診療所を子病院として労災による治療を行なっており、いちおう患者に好評をもって迎えられているが、入院、通院の書類の切り替えが大変である。

(2) 蒲江町内に「振動病友の会」と「けい肺患者の会」との2つのグループがあり、前者は振動病のみの労災認定であり、治療打ち切りの声がかかるたびに精神的動揺があり、それが治療効果にも影響を及ぼしているようである。

307. じん肺患者の地域集積の特徴と行政責任

京滋じん肺患者同盟事務局 宮入 昭午

■京都府下における「じん肺患者」の地域集積の特徴
昭和50年2月、京都府労政課は、府下じん肺患者の生

活実態調査の結果を公表したが、そのうち特に患者の地域集積性については次のような問題点が指摘される。

(1) 府下「じん肺管理4」と判定された者の居住地域は、京都市内が全体の68.5%を占め圧倒的に多いこと。

(2) これらの患者の職業別分類では、陶磁器製造業が全体の43.2%を占めており、この業種の分布が京都市東山区、山科区、南区などに集中していて前記(1)の患者の居住区と重複していること。

(3) 調査対象数としては少数（22名、総数は273名）ではあったが、府下船井・北桑田両郡および亀岡市など1市8町には元鉱山労働者が多数居住しており、ここに潜在じん肺患者が相当数発見されるであろうことが推定された。

以後、じん肺患者の自発的な自主健診や、労働基準局、京都府などとの交渉の結果、昭和51・52・54年の各年にわたり「じん肺及びマンガン中毒」に関する元鉱山労働者の健康診断の実施をみた。これらの経過および結果については去る第18回社会医学研究会で発表した。

1974年10月現在、府下美山、京北、日吉の3町で、じん肺有所見者は186人に及んでおり、以後これらの有所見者は年々増加しつつあるが、上記3町における有所見者は京都府が発行した健康手帳によりその後の経過を観察中である。

■滋賀県下におけるじん肺患者の実態

京都府におけるマンガン等金属鉱山元労働者にじん肺患者が多発している事実は、滋賀県の場合にも重要な示唆を与えた。すなわち、滋賀県産業統計によると、1972年度では、長石、ドロマイト、アブライトなどのいわゆる陶磁器原料の産出は同県が全国の約90%を占めており、それら鉱山の県内分布は表1に示すとおりである。

県下患者同盟は滋賀県の委嘱を受けて1979年7~8月、県下108名にわたる元粉じん作業労働者の生活実態調査を実施した。この結果、

表1 滋賀県における鉱山分布

地域名	鉱山数	比率(%)
伊香郡	37	35.9
甲賀郡	26	25.2
彦根市・犬上郡	20	19.4
大津市	10	9.7
高島郡	5	4.9
その他	5	4.9
計	103	100.0

鉱山数だけで生産量、労働者数は現在不明。

(資料は1970年通産省による)

表 2 じん肺検診受診状況 (%)

	全国 ^{*1}	京都 ^{*2}	滋賀
1. 在職中受診しなかった	8.8	7.3	66.7
2. 受診した	73.8	90.5	29.6
3. 回答なし	17.3	2.2	3.7

* 1 : 全国調査は野沢浩「じん肺補償制度をめぐる諸問題」、労働科学、54(5)より。

* 2 : 京都府の場合は、昭和50年2月京都府労政課「じん肺患者の生活実態調査報告書」による。

(1) 県下におけるじん肺検診実施率は低率であることが推定された(表2)。

(2) じん肺患者の潜在地域が推定され、事実、伊香郡下では患者自身の働きかけで元鉱山労働者の随時申請が進められた。この結果、1980年6月末現在、同郡下のじん肺管理4該当者は57人に及んだ。それ以後、甲賀、彦根の各地域でこの活動は進んでいる。

結論

(1) じん肺症のような明確な自覚症を伴わぬ遲発性職業病については、保健所など自治体の行政レベルで地域住民の職歴、地域産業の特性を考慮して積極的に進められなければ、これら元労働者は社会的に救済されない。

(2) 患者の生活補償について経済面だけではなく、リハビリを含む社会的な復権を考慮に入れること、具体的には、患者による患者のための社会教育活動を自治体行政のレベルで支援し、活発化させること。

*

308. 「急性死」認定例にみる発症要因

—その労働態様の分析から—

(大阪)淀川労働者厚生協会・社会医学研究所

田尻俊一郎

「急性死」の労災認定が全国的に問題になっているが、我々の取り扱った12例について若干の分析を試みた。

■共通してみられる特徴

全例がほぼ30歳から50歳の男子で、職種はさまざま(表3)。①夜勤交替勤務・不規則長時間労働、②業務責任の重さ、③精神神経の緊張などがほぼ共通してみられ、④海外出張、社内昇進試験、自衛隊体験入隊、学園紛争、愛隣地区でのトラブルなどが、最近の社会状勢の変化を反映したやや特殊なものとして発症に深くかかわってみられている。

■新しい形の労働負担とその評価

このような諸条件は、「技術革新」「合理化」に伴う労働の「近代化」によって、新しい形での労働負担を労働者の心身にもたらしていると考えられる、上のほとんどの例がBMRを尺度にすれば怪作業にすぎないが、それでいてその負荷は反生理的かつストレスフルなものとなっている。その結果、引き起こされる疲労は慢性型で、蓄積傾向が強く、容易に生理的限界を超えて過労、疲憊に陥らせ、ストレスとして大脳皮質に作用する。そのため、一方では交感神経系に、他方では下垂体副腎系に働き刺激を加える。そして図(並木のストレス潰瘍発症の模式図にならって作成)のような機序で血圧上昇、梗塞・壊死、血管の脆弱化などを起こし、ついには脳血管障害、虚血性心疾患、消化性潰瘍、その他のストレス

表 3 労災認定例

症例	年齢	職種	病名・転帰	労働条件などの問題点
I	29	新聞配達	タモ膜下出血・死亡	長時間、不規則交代勤務(深夜), 労働密度の増大
II	73	印刷運搬	脳出血・死亡	12時間2交代, 高血圧, 高齢, 下請け工
III	38	新聞発送	脳梗塞・救命	夜勤, 不規則・長時間交代勤務, 弁膜症
IV	39	観光バス運転手	タモ膜下出血・救命	運転, 不規則・長時間, 夜間・過密運行
V	50	タクシー運転手	脳出血・救命	運転, 長時間, 深夜
VI	51	経理課長	急性心不全・死亡	業務責任, もちかえり・サービス残業, 肺切後
VII	34	百貨店セールス	消化管出血・死亡	外商の特殊性, 勤務の不規則さ, 自衛隊入隊
VIII	34	高校教師	一過性脳虚血発作・救命	学園紛争, 休暇中のクラブ指導
IX	45	自治体水道部	高血圧性心不全・死亡	監視作業, 寒冷曝露, 高血圧, 腎炎
X	28	同上	脳内出血・救命	業務緊急性, 公共性, 危険性
XI	45	港湾荷役監督	冠不全と糖尿病・救命	港湾の危険性, 夜勤, 責任性, 人間関係
XII	34	土木技師	食道静脈瘤の出血・死亡	海外出張, 慢性肝炎

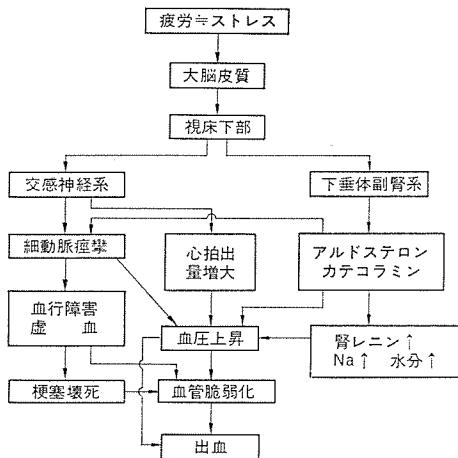


図 疲労によるクモ膜下出血発症の機序

病変を発症せしめる可能性があると考えられる。

結論

最近、中年期の死亡や健康障害についての関心が著しく高まってきた。ここでは「急性死」12例の労災認定例の発症の背景を分析し、労働負担の評価にあたって、労働態様の変貌に伴う新しい形の疲労やストレスを重視しなければならない、との結論に至った。つまり、労働の反生理性や労働密度、精神的負荷の増大が、労働者の心身に与える影響を正しく評価することが重要だと考えるものである。

中年期の労働者がおかれている社会的な位置と、このような労働負担の増大とを正しく統一的に理解することにより、中年期の健康問題の本質解明が一步前進するのではないかろうか。ともあれ、「合理化」の下で労働者の健康破壊の多様な現われをどうとらえるかについて、社会医学の負っている任務は大きい。

309. 職場からみた中高年死亡

杏林大学医学部衛生学教室 上畠鉄之丞

昨年の本研究会では、大都市の死亡構造の変化についてテーマとして取り上げられたが、演者は、そのテーマを職場の労働実態から事例によって検討した。

1974年以後、労災保険による補償請求相談を受けた52ケースについてみると、その病名別内訳では、脳出血が14名、くも膜下出血が10名、急性心不全が10名、虚血性心疾患が6名、脳血栓が4名、脳卒中が1名、肝硬変による食道静脈瘤破裂が2名と、ほとんどが脳心血管系の急性障害であるが、その発症直前の職業上の災害的な

ストレスについては興味深い事実がみられた。

まず、これらの被災労働者の職種などをみると、深夜勤のある交替制労働者が13名、同じく昼夜の長時間労働を行なうタクシー運転手が7名、マスコミ関係で民放テレビ局労働者（下請けを含む）が7名、新聞記者が7名であり、ほかに営業マンや中間管理職が5名、金融労働者が2名、建設労働者が7名、その他教員、研究者など多様である。

発症前の労働状態の特徴をみると、夜間・交替制労働では、不規則な深夜勤の増加が著しい場合に発症することが多く、4日連続夜勤（新聞発送、46歳、脳出血）、夜勤・休日残業労働の連続（自動車工、53歳、心筋梗塞）、36時間連続勤務（箱押印刷工、33歳、急性心不全）などの例がみられた。

タクシー運転労働は、東京では24時間拘束、月13回出番が常態であるが、午前2時以後の流し運転を行なっていることも多く、月21回勤務を行なっていたもの（51歳、狭心症）、8日連続勤務を行なっていたもの（31歳、急性心不全）や、転職の結果タクシー会社に入って間もなく死亡したもの（41歳、脳出血、43歳、脳出血）などの例があった。

マスコミ関係では、勤務自体が不規則で、長時間の残業を強いられる例が多く、1か月152時間残業（舞台道具係、37歳、脳出血）、ロッキー事件などの重大事件へのとりくみ（新聞記者、46歳、脳出血）、特別番組の製作（プロデューサー、40歳、脳血栓）などの過程で発症した例がみられた。

また管理職などの場合は、必要なノルマを達成するために限界以上の責任を持たされることが多く、減量経営下での出張の連続（商社マン、44歳、脳血栓）、預金増強月間中の緊張（銀行係長、45歳、心筋梗塞）などの中に死亡した事例があった。

一方、こうした事例を通じてみられたことは、職場の健康診断では、52名中36名が受診しており、そのうち26名が高血圧などの疾病を指摘されていたが、治療などの指示を受けていたものは20名にすぎず、仕事のうえでの指導をされていたものはわずか3名で、実際にこれが守られていた例は皆無であった。また、労災保険の適用を受けたものは23名に上ったが、その適用基準については不十分な点が多く、今後、抜本的な改善を行なっていく必要性が認められた。

座長まとめ

今回の社医研で労働者の健康問題に関する報告は5題

であったが、これらはいずれも社会医学のあり方についての貴重な教訓をはらむものであった。

演題 305 の報告では、零細なはきもの製造業の下請けとして働いている 159 の世帯の家内労働者の実態と、その衛生対策についての提起があった。報告は、居住家屋内での接着剤使用作業が中毒死亡例を多く生んだ昭和 30 年代の姿が、そのままにお残っていると感じさせる。しかし当時との大きな違いは、社会的なとりくみを反映して家内労働法が昭和 45 年に成立し、一方、労働者が労働組合あるいは「健康をまもる会」など自主的な組織活動を展開している例が現われてきたことである。自治体がこうしたとりくみに一定の対応を示す動きが期待されているが、これはまだ可能性の段階である。この報告では溶剤使用の有害影響の予防をはかるうえに必要な事項として、① 排気装置の取り付け、② 作業室と居室の分離、③ 工質の改善、④ 健康診断の実施をあげているが、これをどのようにして保証していくかについては、東京都に対する働きかけが討議された。報告者は「受託者自己責任論」では解決し得ない零細な状況を、公的な支援によって解決することを強く望んだ。大企業でつくられる合成樹脂の第 2 次加工がこうした零細家内労働に下請けされていることからみれば、ここには大企業の社会的責任のあり方と関連させるべき問題が残っているように考えられる。一方、大都市を根拠地にして繁栄した大企業が、いま次々と大都市から脱出し、あとの地域には零細な企業や下層の労働者とその家族がとり残されていく現実からは、いっそう、こうした零細家内労働者の問題を大きな視野でみつめなおしていくことが大切になってきているのではないだろうか。

演題 306 の報告は、出稼ぎ労働者が深刻な職業病（じん肺）にかかっている実態を帰郷地での住民健診でみつけだした大分県佐伯保健所の三浦医師の報告と関連したものといえる。この報告では、全国各地の出稼ぎの隧道工事での「さく岩機」使用による単独あるいはけい肺の合併した振動病患者をみつけだし、一歩すんで町と交渉し、町議会の議決によって職業病治療室が町営診療所につくられ、この治療の指導を報告者の教室が引き受けていること、報告者らが昭和 48 年に日本で初めて振動病治療システムを確立した湯布院厚生年金病院を親病院として、この町の治療室をつないでいったことなど、すぐれた実践のあゆみが語られた。そして、こうした治療体制の保証が自治体をまきこんだ努力によってつくられていきながら、今度はひとりひとりに対する労災補償の打ち切りが労働者を不安に陥れる、という国の行政の問題点が指摘された。振動病のとりくみが組織された国有

林労働者の手によって始まり、わが国の職業病予防の典型をつくりだしたことは、よく知られるようになった。しかし、その成果としてまとめられた法的な規制を民有林業に及ぼすのは、たいへんむつかしいことであった。ところが、国有林とは大きく異なって劣った条件下でありますから、健康と生活と地元の産業をまもり育てるという方針のもとに、全く新しい自治体をまきこむ地域的運動が育ちつつあることは、まだ知られていない。この報告の出稼ぎの建設労働者の例も、またそれと同じくユニークなとりくみをみせている。

演題 307 の報告では、京都府で廃鉱となって鉱山を去らねばならなかつた元鉱山労働者の中からじん肺患者をみつけだしていった労働者の自主的なとりくみのその後の発展がまとめられた。自治体に働く保健関係者の協力を得て自治体の調査、健診活動を生みだしていったあゆみと、これが滋賀県に及び、患者労働者の自主的な実態調査を県に助成させ、有所見者の健診を実現させていった経過が注目を引いた。京都府日吉町 K 地区の「暮らしを考える生活改善グループ」の主婦のとりくみにまでさかのぼれば、10 年近い歳月がある。じん肺検診がこのグループから提案され、3 回にわたる検診が始まられたのは昭和 49 年のことである（第 15 回社医研報告）。一方、京滋じん肺患者同盟の活動が京都府労政課の「じん肺患者の生活実態調査報告」を生みだしたのは、昭和 50 年のことである。

以上の 3 題のとりくみに共通していることは、大企業を中心とした社会の動きとは別に、日本の労働者の大半を占める小規模零細企業の労働者や家内労働者の自主的なねばり強いとりくみが、自治体を動かして発展していることである。そこには、国政レベルでの厚生行政と労働行政とに分断された枠組みにとらわれず、生存を保障する条件の確立を求める新しい地域の動きがみられる。

次の 2 題は、中年労働者の急性死にかかる報告である。演題 308 の演者・田尻と、演題 309 の演者・上畑はそれぞれ大阪と東京で最近の中年労働者の急性死を浮かび上がらせるとりくみで精力的に活動している人達である。いずれも、死亡事例の分析の中から、基礎疾患の治療のゆとりや疲労の回復に必要な休息をとるゆとりもなにままで死亡している特徴とその労働内容を、生々しく描いている。こうした事例が、最近、「業務起因性あり」とする労働者の訴えによって浮かび上がってきたこと、その訴えが職場の同僚の共通の実感で支えられていること、予防的な観点からみて、もしそういう厳しい労働条件がなければ死は免れたのではないか、という考え方があつまってきたことは、きわめて注目すべきことだと私は

考える。臨床医学的には、ありふれた急性死という判断をいだく医師が多いが、臨床医活動もまた予防的な考え方で貫くことが必要だという立場に立てば、こうした実態は示唆に富んでいる。残念なことに、こうした視点に立つ医師の活動が少なく、報告が多く広がりと例数を伴い難いために、特異な報告と片づけられてしまうことがある。世界に誇る高度経済成長が、日本の勤労者の必

死の努力で支えられたことを考えれば、これらの事例が普遍性を持つものではないか、という疑いは当然、生まれてくる。昨年度の社医研の中心テーマの1つであった「大都市の分析」で指摘された男子中高年の死亡率の改善がおくれているという実態は、この2つの報告と結びついて、いっそう多くの人々のこの問題へのとりくみを促していると私は考える。

(文責・山田)



仙台循環器病センターの開院までの経過とその後

宮城

当県は循環器疾患の三次医療施設には、割りに恵まれている。東北大学の脳外科や胸部外科があり、また同鳴子分院や国立鳴子病院では温泉を利用した脳卒中のリハビリテーションも行なわれている。さらに、結核療養所として活躍してきた県立瀬峰病院が、昭和57年度に改築予定であるが、ここでは結核・肺がんのはかに脳卒中・胸部外科を含めた循環器部門を計画中である。

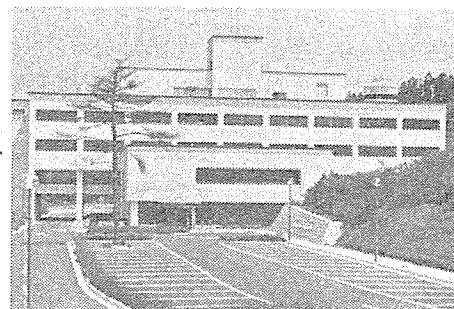
今回ご紹介する(財)心臓血管病予防協会は、長年当県で循環器検診を受託している検診団体である。検診のほか、さる昭和54年夏、やっと念願の「附属仙台循環器病センター」の開院にこぎつけ、三次医療の仲間入りをした。同年7月5日、仙台プラザホテルで盛大に開催された祝賀会には、東北大学、東京女子医大、県、市町村、医師会などの関係者ら約100名、および知事代理や医療陣である両大学の教授らも出席された。私も県職員であり、協会の評議員の一人として、これまでの複雑ないきさつを知るだけに、顔ぶれに安心したのを思い出す。さいわい今は心臓外科医も揃い手術も行なわれて、入院・外来とも順調に伸びており、ことに心臓の救急施設として住民からも大いに期待されて

いる。

(1) 開院までの主な経過

センターの建物は、すでに昭和53年8月に工事完成をみたが、建設会社からの引き渡しがなされずオープンまで1年間が過ぎた。

これは最初の資金計画が甘く、県市町村の補助金や銀行融資がうまくいかず資金に困ったこと、医療陣の確保が困難であったことなどによる。工事が中止された時もあった。



さらに県衛生部としっくりいかない頃もあって、やがて理事や代表者らが交代した。

それだけに、ここまで来たのは、何といっても協会の理事で文化勲章受勲者、前東北大学医学部長、黒川利雄先生のお力が大きい。

(2) 循環器病センターの概要

東北地方で初めての心臓血管病の専門病院として、高度の諸設備を持ち、心臓血管病の予防、早期発見か

ら精密検査、手術を含めての治療までの一貫した対策が行なえる機能がある、とのこと。仙台市郊外の泉市名坂の高台にある白亜の建物は、地下1階、地上4階の鉄筋コンクリート造り、冷暖房完備、延床面積5,574m²の病院である。

別棟に地上3階の看護婦宿舎があるが、まだ看護婦不足に困っているという。病床数は現在100床。ICU(集中治療室)、CCU(冠動脈病治療室)はもとより、無線システム、心電図集中監視装置があり、患者の様子が一目でわかるようになっている。そのほか同2時方向心臓血管高速度映画撮影装置、高速度超音波断層装置、X線TV装置などを備えている。

診療科目は循環器内科・循環器小児科・心臓血管外科であり、最初は外来診療だけを行なっていた。診療内容としては、①心筋梗塞など急性心臓病の救急入院、②循環器疾患の精密検査、③循環器疾患(ことに心臓)の手術、④ベースメーカーによる治療、⑤循環器に関する疾患の診療、となっている。心臓病の急患を、日曜・祝日も受付けてくれるのは有難い。

(土屋 真=宮城県大崎保健所長)

自由集会 I~III 抄録

I. 私の生きてきた時代と「医療の社会化」(続)

——曾田長宗

《世話人》 神谷 昭典(中京女子大)

■ 社会衛生学のこと

1922年(大11)に私は大学へ入り、26年(昭元)に卒業しましたが、その間23年9月に関東大震災にぶつかったことを先回お話しました。私たち学生は東京帝大セシルメントに加わって、震災の救援活動をやっていたのですが、そのころ同じ国民健康保護といつてもずいぶん違う考えがありました。

ひとつは、「公衆衛生」の発達した英米流のもので、まず健康の問題が何より重要なんだ、被災者が一齊に、平等に救済されることが必要なんだ、というので、ロックフェラー財團からは、ただ病院で医者の手伝いをするというのではなく、もっと積極的な対人保健サービスのための要員養成ということになら相当の資金援助をしよう、という話も来ていたのです。

一方、ドイツ流の「社会衛生学」の立場からは、同じ健康障害といつてもそれによってひきおこされる犠牲や負担は貧富の差や社会階層によってまったく違う、また健康障害の発生それ自体が貧しい階級に集中していくことからみても、階級社会こそ社会的矛盾の根源なのだ、と主張されていました。そして社会的財貨の生産手段と分配を独占する階級と、労働力以外の何ものも持たない無産者とをはっきり区別して、そういう基本矛盾の解決と結びつけて医療や保健サービスの計画が立てられなければならない、というのが、その主張でした。

震災の救援活動を通じて多少なりと社会に目を開きつつあった当時の医学生にとって、金持も貧乏人も、企業の経営者も、みんないっしょくたに“住民”として、一齊かつ平等の保健医療サービスを、という「公衆衛生」に、それでよいかという気持はありましたが、ともかく

「公衆衛生学」と「社会衛生学」とが当時の時代思潮として併存し、争っていたといえましょう。

そのころ、帝大の医学部だった長与又郎先生は、この2つの流れの双方がこれから日本に要ると考えておられたようで、ご自分の弟子の中のすぐれた2人をアメリカとドイツへ旅行に出したんです。英米の公衆衛生は一昨年亡くなりまし野辺地慶三先生、もう一人、ドイツの社会衛生学を勉強したのが国崎定洞先生でした。

「公衆衛生」という方は、世間というか、役所関係あるいは資本の側では異論がなかった。ところが誰も反対できない看板には、ウラがあるんですね。一律平等の保健サービスといつても、それがほんとうに必要なところへ行きわたらないということがある。“国民”，“住民”というあいまいな方で、みじめな暮らしをしている人、せざるをえない人々のことが忘れられてしまわないか、特に当時よくいわれた“天皇の赤子”といいうい方、地主であれ百姓であれ、天皇の赤子たることにおいて平等である、だから平等のサービスをという考え方でいいのかどうか、現実にみじめな生活を強いられているそういう人たちの健康は誰がみるのか、むしろそういうところに重点をおいて必要なサービスをしなければならないんじゃないか、そして、こういう社会的差別が生まれる根本的な原因は何なのか、こういうことを勉強しようということでスタートしたのが、「社会医学研究会」だったのです。

■ 日本を離れる

もちろん、こういう研究会は医学だけでなく、社会科学や自然科学のいろんな分野でも前後して生まれ、社会発展の原動力としての経済の仕組み、階級社会の発生と学問・技術のかかわりなどをじっくり見とどけ、自分たちの専門分野の活動を進めて行こうという考えだったのですが、労働運動、農民運動、それらを基盤とする無産政党運動の発展とのかかわりが生まれ、特高警察などからの風当たりも強まって来、学校の先生たちもずいぶん庇って下さりもしたのですが、結局どうにもならず、小宮君は上海の自然科学研究所へ、私は台湾へ、というこ

となってしまったのです。

小宮君は、帝大の衛生学教授だった横手千代之助先生が上海にできた自然科学研究所の所長になって行かれるときに連れて行かれたのです。

小宮君は上海でやはり社会衛生学の方法で仕事をしようとしたのですが、いろいろやりにくいことがあって、結局、現地の日本人学校で寄生虫卵を調べることが唯一の許された仕事でした。

私も横手先生が台湾総督府の警務局衛生課技師に紹介状を書いてくれて、その指示に従え、ということでした。私の家の親父が台湾で裁判官をしており、東京で警察と話をして十分監督するからという理由で起訴猶予にしてもらった、ということのようです。

こうしてコレラ、ペスト、マラリアやアーマーバ赤痢を相手に細菌学の勉強に明け暮れる台湾生活が始まりました。学位もこれで取りました。

台湾での仕事は、衛生組合を作つて防疫対策に協力させたり、阿片の慢性吸引者の更生治療や台湾全島の体力検査の実施など、途中でアメリカのジョンズ・ホプキンス大学公衆衛生学部への留学も含め、台湾総督府警務局衛生課長と台北帝大を兼務して忙しく仕事をしました。ところが、そのうちに東京から公衆衛生院へ来ないか、という話があり、総監府の方も後任さえ見つけてくれればということで、滋賀さんに来てもらつたりしているうちにだんだん戦争が激しくなり、結局、敗戦、現地留用ということになりました。そして中国の人たちにあとを引き継いで、ようやく博多へ着きましたのが、昭和21年のクリスマスイブの前日でした。

■ 敗戦の日本で

私は日本へ引き揚げてすぐ、野辺地先生や古屋先生のすすめで国立公衆衛生院に勤務し、22年の6月には部長になりました。そのころ厚生省の三木局長から、厚生省に統計調査部を作るから来てほしい、といわれ、最初の統計調査部長として衛生統計の整備に当たったのです。27年の暮れ近くになって、統計調査部の基礎もできだし、もう公衆衛生院へ帰してほしい、といったら、当時の宮崎太一厚生次官が、とんでもない、もう医務局長に決めてきた、という話でした。

当時、医務局は進駐軍から医薬分業を含めた新医療費体系の実施を要求されており、健保財政再建のための医療費単価の算定、医師の取り分、薬剤師の取り分の決め方など、どうしても統計に通じた者が欲しかったのだと思います。

この新医療費体系の創出準備の中で、医師会の抵抗、田宮会長、武見副会長のバージ、さらには、らい、結核

療養所患者の厚生省前への座り込み、やがて破防法反対闘争と激動の時代が来るのですが、それはまた次の機会にお話します。

(神谷注：曾田先生のお話はいよいよ核心部分に触れてきました。次回の久留米学会が待たれます。)

II. 保健所改革の方向とあり方

《世話人》 小栗 史朗（名古屋市千種保健所）

藤島 弘道（長野県伊那保健所）

昨年7月26日午後6時から9時まで、社医研会場で、標題の自由集会が持たれた。参加者は24人、医師（保健所、公衆衛生院、大学、健康増進センター）、保健婦（保健所、市町村、教育施設）、監視員（保健所）、患者団体、医療ジャーナリスト、看護学部学生など多彩であった。

集会は、世話人が保健所内外の情報と積極的活動の必要を述べた挨拶の後、自己紹介と参加動機、問題提起などから始められた。時間的制約から、以下にまとめた各問題は、十分に深められず、紙数の制約から発言内容の記載を割愛したものが多く、世話人の不手際をおわびする。

■ 技術機能と存在理由

全国障害者問題研究会の会員から、保健所の多面的活動に対し、「一定の施設設備とマンパワーがなければ、公衆衛生行政における技術水準の確保が困難である。その意味で保健所の総合性は必要不可欠と考えるが、実際には保健所職員の技術水準が低く、その総合性が生かされていない。たとえば、障害児の親という個人の眼からみれば、障害児を発見できぬ保健所には存在理由がない。技術能力のある他の機関があれば、その要望は満たされるわけで、保健所の存在理由は、そのような技術的力量があるかどうかにかかっている」と厳しい批判が出された。

また、それぞれの仕事が、住民自身がその内容を具体的に評価しうるよう提供されていないことが多く、そのため、地域住民は保健所を十分信頼していないが、その中で最近は、母子衛生の領域で創造的な活動がなされ、住民の具体的な評価を引き出し、住民の行政効果を測定する力量を汲み出す試みが、一部の保健所でなされていることに言及された。

「心臓病の子供を守る会」の会員は、上記と同じ保健所の積極的な働きかけの不足を指摘した。

保健所の衛生教育についても、長野県松川町の社会教

育活動が紹介され、保健所の衛生教育活動は単発的・個別的で発展性がない、と批判が出された。松川町の場合、貧血一出産一農村の労働一婦人の地位と、住民自身の自主性を軸に問題意識が発展し深められていった。このような観点を保健所職員が持つことが大切である、と強調された。

■ 保健所のマンパワーの諸問題

保健所の技術能力や働きかけのあり方はマンパワーの問題であり、保健婦の力量への期待が強く出された。しかしながら、全国の状況は厳しく、秋田県では保健所保健婦は40歳で定年とされており、「自治体に働く保健婦のつどい」に保健所保健婦は出席できないよう圧力がかかっていて、市町村保健婦が大部分といった地域もある、と報告された。

日本看護協会では保健婦部会がなくなり、「地域看護」が声高く呼ばれ、保健婦は将来消滅するのではないか、という懸念さえ出されているが、この中で保健所・市町村ともに保健婦は手を結び、努力する必要がある点が強調された。

保健所医師については、医師が保健所を立て直す主役たりうるかどうか、所長は医師でなくともよいのではないか、と疑問が出された。また対物衛生への指導力の弱さも指摘された。

これに対し、かつて結核や母子保健における保健所内外での技術的指導力を医師が發揮したように、保健所医師が公衆衛生医としての観点と組織能力を持つならば保健所再建に主役たりうるが、問題は、そのような医師が少ない点にあり、また所長については、現状の行政制度下では、その資質の点でも、医師を所長とすべきである、とする意見が出された。保健婦の体験としては、医師は健康問題で共通の基盤を持っているが、有能な事務職次長で危険なことがある、と発言がされた。

監視員からは、保健所の対物衛生と対人保健との接点に苦慮しており、衛生課が保健所の民主化の障害になっている場合もみられる、と言及された。これに対し、栄養士との連携作業や、クリーニング業者の労働衛生的検診などが話し合われている、との報告が出された。

■ 他機関との連携

大学の医師からは、従業員50人以下の事業所の健康管理は放置されており、これに保健所は対応できるか、また開業医制度への支援を保健所に期待できるか、という課題が出された。

事業所の問題は、政令市保健所の一部は関心を持っており、開業医と保健所との連携問題では、委託などによる保健所と競合関係の方式も一部に出されているが、結

核対策などでの役割分担の実績をふまえ、話し合いを通して相互の協力体制を樹立することは不可能ではなく、努力すべき方向であろう、という意見が出された。

■ 保健所活動と拡充の強化へ

保健所の復活について1年前は絶望的であったが、今日、社会の中での疾病というとらえ方と保健所の必要性を再確認しているし、東京都の保健所は特別区移管後、地域住民に信頼されてきた、など保健婦から発言があり、小学校児童の腸チフスの発生や教師の結核発病により、地域住民からも保健所強化の要求が出ている、との報告も出された。

保健所長からは、一部の保健所にみられるように保健所は弾力的な機能を持っており、その力量を高める必要があること、市町村の信頼を得、住民のための相互の協力が重要であることが発言された。

世話人は、住民の保健所への期待は一部の地域では増大しているが、客觀的情勢はきわめて厳しく、今日、患者団体から出された批判や衛生教育のあり方などについて厳しく反省し、その主体的力量を高めることが大切である、と締めくくって閉会とした。 (文責・小栗)

III. 被害者救済と公的責任

《世話人》

片平 利彦（東京医科歯科大学難治疾患研究所）

「健康とその公的責任」という今回の主題の一環として、自由集会で本テーマがとりあげられた。

まず、世話人の片平が、健康被害者の救済における公的責任の解明の必要性、その意義について提起した。被害者救済のためには加害者を明らかにすることが重要であるが、日本における公害・薬害訴訟を歴史的にみてみると、次のようなことが特徴といえよう。すなわち、1960年代には四大公害訴訟に示されるように、企業のみを加害者と規定してその責任を追及する例が多く、国や自治体はその蔭に隠れ、あるいは“仲裁者”然として実際は企業の肩を持つ傾向が強かった。ところが60年代末から70年代になると、企業のみならず国や自治体をも被告として、加害責任を追及する例が目立つようになって来た（大阪空港、カネミ、予防接種、スモン、大阪大気汚染、水俣第3次訴訟など）。こうした傾向は、PPPの原則を希薄にするもので好ましくない、とする意見の人もいるが、行政が企業に加担し、優遇はしても規制は

怠り、被害者救済も消極的であった歴史をみると、むしろ当然のこととされ、被害者救済に積極的な意義を有している、というのが、その趣旨である。

福地保馬（滋賀医大）はこれを補うように、職業病の場合でも企業責任を第一に問うているが、四国の白ろう病や北海道・栗山のクロム被害の場合などは国の責任も問うており、その責任を具体的に明らかにしていく必要がある、と指摘した。スモン被害者の花山礼子（スモン東京原告団）も、被告国・企業との裁判で勝訴し確認書が結ばれたが、恒久対策が重要であり、引き続いて企業とともに国の責任を追及したい、と述べた。

以上の考えに対し手島陸久（東大）は、問題によって国や自治体のかかわりは多様なので、裁判になった事例だけでなく、いろんな事例を検討してみたい、被害を発生させた責任だけでなく、救済制度の運用責任という点からも考えてみたい、と指摘した。そして、たとえば水俣の場合はチッソの排水を規制しなかった責任、四日市の場合はコンビナートの誘致責任、あるいは最近の都市公害では国や自治体の事業そのものによる公害発生責任という形で公的責任が問われているが、賠償責任という点では最後の場合は当然であるとしても、前2者の場合はやはり一次的に企業にあるのではないか、と述べた。これより先、杉沢秀博（東大）は被害を防止するという点からも公的責任を考えてみたい、と指摘したが、これについて手島は行政の責任が認められたとしても一定の予防効果はあるかもしれないがかなり弱いので、運動の広がりが大事だ、と述べた。これに対しては世話を人が、公的責任を追及することが、政策を変え、法律を変える

ことにつながるので、公害・薬害の予防という点で大きな意義を有するのではないか、と反論した。手島は、裁判という形でしか国・自治体の責任が明らかにされて来なかつたのは事実で、そういう裁判の意義は確かに大きい、しかし裁判という形でしか責任が問えないというのには疑問に思う、と積明した。

次に、発生責任の解明以前の、被害が発生した際に行政がとるべき被害者の救済のあり方、という点では、公害健康被害補償法の運用が積極的な被害者救済の方向になっていないという実態や、認定が大幅に遅延して行政が司法によりその怠慢を指摘されている熊本水俣病の現状、白ろう病などの職業病の被害者救済における地方自治体の役割と責任などの事例が報告された。そして、自治体を被害者の立場に立たせるように運動することの意義が指摘された。花山は最近の自治体交渉の経験から、窓口がバラバラで住民にわかりにくい仕組みになっていると述べ、世話を人はそうした現状を乗り越える上での被害者・住民の側の学習の意義を強調した。

以上の如く、一口に「公的責任」といっても、発生（加害）責任の有無、その大きさによって自ずからその内容が異なってくるというのが、今回の自由集会で出された大きな問題であった。そして、いずれにしても行政には国民・住民の健康を守る責任があり、発生責任は行政にはないという場合でも迅速な被害者救済のための最大限可能な努力をすべきこと、さらに、そうした行政責任を果たさせるためには、国民・住民の側からの運動が極めて重要であるということが、参加者の一致した意見であったといえよう。

医学書院発行雑誌一覧

	1部 定価	配達 料	年ぎめ予 約購読料	1部 定価	配達 料	年ぎめ予 約購読料
生 体 の 科 学…(隔月刊)…1,800…240… 9,720				総合リハビリテーション…(月 刊)…1,450… 60…15,660		
公 衆 卫 生…(月 刊)…1,600… 55…16,320				理学療法と作業療法…(月 刊)…1,050… 60…13,300*		
臨 床 檢 查…(年13冊)… 950… 85…11,970*				臨 床 外 科…(月 刊)…1,700… 80…18,850*		
檢 査 と 技 術…(月 刊)… 600… 65… 6,480				臨 床 整 形 外 科…(月 刊)…1,500… 75…15,300		
病 院…(月 刊)…1,800… 70…18,360				臨 床 婦 人 科 産 科…(月 刊)…1,850… 60…18,900		
medicina …(年13冊)…1,300… 85…18,240*				臨 床 眼 科…(月 刊)…1,850… 70…18,900		
小 児 医 学…(隔月刊)…3,700…250…19,980				耳 鼻 咽 喉 科…(月 刊)…1,850… 65…20,540*		
胃 脳 と 呼 吸…(年13冊)…1,500… 80…16,380*				臨 床 皮 膚 痘 痘 科…(月 刊)…1,950… 65…19,920		
精 神 と 精 神 医 学…(月 刊)…1,750… 65…17,880				臨 床 泌 尿 器 科…(月 刊)…1,850… 70…18,900		
脳 と 神 経…(月 刊)…1,750… 70…17,880				看 護 学 雜 誌…(月 刊)… 650… 70… 6,840		
脳 神 経 外 科…(年13冊)…1,650… 75…20,460*				看 護 教 育…(月 刊)… 700… 55… 7,440		
神 経 研 究 の 進 步…(隔月刊)…4,200…350…22,680				看 護 研 究…(季 刊)… 850…240… 3,000		
心 身 医 学…(隔月刊)…1,200… 50… 6,480				保 健 婦 婦 雜 誌…(月 刊)… 700… 55… 7,440		
リハビリテーション医学…(隔月刊)…1,150… 50… 6,240				助 産 婦 婦 雜 誌…(月 刊)… 700… 55… 7,440		
				ナースステーション…(季 刊)… 850…240… 3,000		

* 増大特集号(あるいは索引号)を含む1年分

ただし特別定価の特別号の料金は別に頂戴いたします。年ぎめ予約購読の方への送料は弊社負担とします。 81-1-EH

社会医学研究会会則

(1978. 7. 改正)

- 第1条 本会は社会医学研究会という。
- 第2条 本会の事務局は当分の間、大阪大学医学部公衆衛生学教室におく。
- 第3条 本会は会員相互の協力により、社会医学に関する理論およびその応用に関する研究が発展助長することをもって目的とする。
- 第4条 本会はその目的達成のため次の事業を行なう。
1. 研究会の開催
 2. 会誌、論文集などの発行
 3. その他必要な事業
- 第5条 本会の会務の遂行は、総会において会員中より選出された若干名の世話人より成る世話人会がこれに当たる。世話人の任期は3年とし重任を妨げない。
- 第6条 年次予算、会則、会則変更等重要事項の決定は総会の議決を経なければならぬ。
- 第7条 会費は年額2,000円とする。会員は無料で会誌の配布、諸行事の案内を受けることができる。ただし研究会の開催など特別に経費を要する場合は、そのつど別に徴収することができる。
- 第8条 本会は会員の希望により各地方会をおくことができる。
- 第9条 本会の諸行事、出版物などは会員外に公開することができる。
- 第10条 本会の会計年度は、毎年7月に始まり、翌年6月に終る。
事務局所在地：大阪市北区中之島4丁目3-57
大阪大学医学部公衆衛生学教室内
振替口座番号：大阪1204 社会医学研究会