

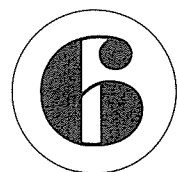
BULLETIN OF SOCIAL MEDICINE

社会医学研究

- I 転換期の保健・医療制度
- II 公害と被害者救済をめぐる諸問題

社会医学研究会

JAPANESE SOCIETY FOR SOCIAL MEDICINE



1985

BULLETIN OF SOCIAL MEDICINE

社会医学研究

- I 転換期の保健・医療制度
- II 公害と被害者救済をめぐる諸問題

社会医学研究会

JAPANESE SOCIETY FOR SOCIAL MEDICINE



1985

目 次

特集Ⅰ 転換期の保健・医療制度

わが国医療保障立法のあゆみ概観

国民の権利の観点から……………小川 政亮…… 4

老人保健法発足後の諸問題

市町村財政との関連で……………保坂 哲哉……21

老人保健と保健所……………西 正美……25

老人保健法施行後に見たもの……………林 誠……28

医療法「改正」の狙いと地域医療の将来……………山下 節義……33

特集Ⅱ 公害と被害者救済をめぐる諸問題

スモン患者の救済をめぐる今日の諸問題……………蒔 昭三……50

未提訴スモン被害者の救済に関する研究……………片平 冽彦・他……68

北陸スモン恒久対策富山県内実態調査報告

訪問調査活動に参加して……………芝木 正幸……83

水俣病の底辺

慢性期におけるメチル水銀の地域ぐるみ汚染と認定処分の実態……藤野 紘・他……91

新潟水俣病原告患者の実態……………関川 智子… 108

富山県神通川流域のカドミウムによる健康被害の実態……………窪田 裕子・他… 118

イタイイタイ病患者救済の現状と展望

認定問題をめぐって……………山本 直俊… 123

特 集 I
転換期の保健・医療制度

わが国医療保障立法のあゆみ概観

——国民の権利の観点から——

小川政亮

(日本福祉大学)

一 はじめに

1. ILO『社会保障』第3版(1984)(Introduction to Social Security, 3rd ed.)は、医療保障の重要性について次のようにのべている。

「伝統的社会保障が対象とする事故は、すべて健康に関係がある。労働災害、傷病、障害、心身の機能障害及び母性の各給付の場合は直接的に関係があるし、老齢年金、遺族年金、家族給付及び失業給付の場合は間接的に関係がある。これらの給付は社会保障を受けている人々が適切な栄養と良好な健康状態でその生活を維持できるようにすることを目的とするものだからである。健康が良くないことと貧困の間に相互に因となり果となる関係があることはいうまでもない。従って1952年のILO 102号条約「社会保障の最低基準」が9つの給付部門の最初に医療 medical care をあげているのも驚くに当たらない」(27頁)と。人たるに値する生活という意味での生存権をうたったわが憲法25条も、その第一項で「健康で文化的な」として先ず健康生活権を強調しているゆえんである。

そのゆえに、軍事大国化に狂奔する反面で社会保障権への敵意を露骨に示しているいわゆる臨調・「行革」路線のもと、とりわけ「福祉総破壊元年」といわれる1984年の国会では多くの社会保障改悪案のうちでも健康保険法改悪案が最大の焦点とされ、国民各層からの烈しい反対をも無視して遂に1984年夏の国会で多数決で成立し、同年10月から実施されるに至ったというのは甚だ象徴的

である。

このような時点にあたって、あらためて生存権の一環としての社会保障の権利の観点からわが国の医療保障にかかわる法の展開と今日の特質の若干を概観、検討することは意味なしとしないであろう。

2. ここに「医療保障とは、一般に健康の維持、増進、傷病の予防及び治療、リハビリテーションなどの包括的な社会的サービスを国民に権利として保障するシステムと理解されている」(日野秀逸、西岡幸泰『図説・日本の保健医療』労働旬報社、1984年、34頁)とされているところによる。

この意味での医療保障に関する法を検討する場合の着眼点として、①権利として(権利性)、②誰でも(被保障者の包括性)、③必要・十分性、④被保障事故の包括性、⑤いつでも、どこでも(サービス体制の専門的・地域的普遍性)、⑥無差別平等性、⑦費用の心配なく(勤労階層に属する人々の無負担性)、⑧民主的システムを通して(民主的管理・運営・参加権)受けうるか、⑨争訟権などといった諸点を考えたい。

3. わが国の医療保障制度は、①社会保険医療、②救貧的・慈恵的な制度を現代的に再編して、これを国民の権利として要求しようとしたところの公的扶助(生活保護)医療および社会防衛的な意味あいや社会福祉的な意味をもつ各種の公費医療、③予防=保健をになう公衆衛生サービスの三本柱からなるとされている(日野、西岡、前掲34頁)が、ここでは①の医療保障立法と②のうちのとりの公的扶助医療を中心として検討するこ

としたい。

4. 社会保障という言葉が資本主義国家で最初に一国の公文書上に登場するのは1935年のアメリカ合衆国の社会保障法であるとされるように、社会保障は資本主義国家では、すぐれて国家独占資本主義の段階で成立する概念があるが、この社会保障制度の成立に先立って、いわゆる資本の本源的蓄積の段階で登場する救貧法、産業資本主義期の労働者相互扶助組織、そして独占資本主義期に登場する社会保険という発展の歴史があるとされている。

社会保障は、この前史的形態、とくに救貧法と社会保険とを含めて、広汎な勤労諸階層に属する人々の何らかの圧力、闘争、運動といった動きが制度成立の機縁ないし背景として存在する。そして「社会保障は、国家独占資本主義下で、そのような動きに対する譲歩と新たな支配強化のための二面的な性格をもって実施された」(柴田嘉彦『社会保障の基礎理論』水曜社、1981年、76頁)。

二. 戦前期

戦前を中心に日本近代法発達史講座の時期区分にならって①法体制準備期(明治維新1868年～明治21年1888年)(おおむね本源的蓄積の時期)、②法体制確立期(明治憲法制定、明治22年1889年～第一次大戦勃発1914年)(おおむね産業資本主義の時期)、③法体制再編期(大正4年1915年～満洲事変勃発1931年)(おおむね独占資本主義の時期)、④法体制崩壊期(満洲事変勃発後から敗戦まで1932年～1945年)(おおむね戦時国家独占資本主義の時期)の4期に分けて概観したい。

1. 法体制準備期

明治初年のわが国の医療水準はきわめて低い、加えて不平等条約にもとづく開港のため検疫も十分に行なわれず、海外よりの激烈な伝染病の流入に抵抗するすべもなかった。

この間、文部省にあっては太政官よりの指令にもとづき当時の医療状況調査のうえ、医制を立案し政府部内の審議、太政官の指令をえて1874年(明治7年)8月まず東京府に、次いで翌9月京

都・大阪の二府に達した。この医制は、わが国における総合的衛生制度の濫觴(厚生省『医制80年史』)とされるもので、その主眼は第一に文部省統轄下に衛生行政機構を確立し、第二に1872年(明治5年)頒布の学制と相まって西洋医学にもとづく医学教育を確立し、第三に医師開業免許制度を樹立し、第四に近代的薬舗の制度を樹立して医療分業制度を確立するにあつたとされるが、なかんずく、今日の開業医制度を法的に確立した最初のものであつた点が注目される。しかも「病家診察科ヲ送ラサル時ハ医師ノ申立ヲ以テ医務取締及ヒ区戸長之ヲ取立ツヘシ」(48条)として国家権力を背景として開業医の利益を保障する規定をすらおいたのであり、貧困患者については、僅かに各大学区設置の医学校附属病院入院料免除の一項を有するにすぎなかった。¹⁾

医制と同年成立の太政官達162号恤救規則も前近代的・慈恵的救貧法で、極貧自身の労働無能力者を対象とし病人も含んでいたが、男は一日米3合、女は一日米2合というように生存費を給するにとどまり、医療を保障するものではなかったし、僅かな生存扶助すら、それに先立つ広汎な人民相互の情誼が要求された。²⁾

ただ伝染病の如き、その性質上、貧民なるが故をもつて放置する訳には行かず、かつは治安にも関係するので、1875年(明治8)3月の内務省伺にもとづき同年4月太政官達49号「悪病流行ノ節貧困ノ者処分概則」が制定され、これが「わが国における医療保護立法の最初のものとして特筆に値いする」(太田鼎三『近代医療保護事業発達史・上』社会事業研究所45頁)とされる。しかし、この規則の審議に当たった左院は「疾病相扶持スルハ固ヨリ人民相互ノ義務当然ノ義」といい、たとえ流行病とはいっても「病災流行ノ緩急トナク一般ニ施救候テハ際限モ無之」(1875年3月23日、左院議案)と論じて、遺憾なく当時の為政者の救貧観を露呈した。この規則は府県が医員を派遣して貧民を治療し、その薬価等については府県で繰替支弁の上国庫に請求すべきものとしたものであったが、これすら、1881年(明治14)4月太政官達30号「流行病アル節貧民救療費支弁方」によって廃

止され、伝染病罹患の赤貧患者は専ら地方税衛生費を以て治療すべきものとされ、さらに1883年（明治16）2月太政官達8号「赤貧者伝染病ニ罹リタルトキ費用支弁方」は、伝染病患者で「身元赤貧ニシテ資カナキトキハ」本籍寄留旅行を問わず、其費用は総て発病地の地方税衛生費を以て支弁し、ただ「流行ノ勢盛ナルトキハ時機ニ抛リ官費支給スルコトアルヘシ」としたのであって、いわば地方財政への負担転嫁が企図された。³¹

2. 法体制確立期

かの横山源之助が『日本の下層社会』（1899年）で特に日清戦役以来、機械工業の勃興において、労働問題を惹起し、物価暴騰は貧民問題を喚起し、漸次欧米の社会問題に接近せんとす。加うるに政治社会の墮落は年に甚しく今や其の極点に達せり、嗚呼黒き潮流は滾々として流がる、誰か我国に社会問題なしと云ふぞ……」（岩波文庫版）

と喝破した此の時期、恤救規則改正の議は何度かおこるもならず、かわって代用救貧法ともいうべき特別救貧法が幾つか成立する。その中にはたとえば次のように、医療に関するものがすくなくない。

1897年伝染病予防法（明治30年法律36号）は、市町村の負担すべき費目を定めた中に、「市町村内ニ於テ発見セル伝染病貧民患者並死者ニ関スル諸費」なる一項目をかけた（21条7号）、伝染病貧民患者に関する費用は市町村の負担に属するものとし、さらに市町村の支出に対して府県税又は地方税より幾分の補助を行い（24条）、さらに府県税又は地方税の支出に対しては国庫がその1/6を補助するものとした（25条）。また本法では、伝染病予防のため、市町村吏員または地方長官は交通遮断の措置をとることができるほか、一定の場所の漁撈・遊泳又は其の水の使用の制限・停止の措置をも地方長官はとることができるものと定めると共に、市町村負担費目中に「交通遮断ノ為又ハ一時営業ヲ失ヒ自活シ能ハサル者ノ生活費」を（21条6号）、また府県税又は地方税負担の費目中に「交通遮断ノ為自活シ能ハサル者ノ生活費」を（22条3号）、それぞれ規定した。⁴¹ ここでも

なお国家責任は甚だ稀薄であった。さすがに現行法では上記費用につき市町村支弁とした上で国・都道府県・市町村各1/3負担としている（21条25条）が、依然・国庫負担率の低さはおおうべくもない。

1899年 行旅病人及行旅死亡人 取扱法（明治32年法律93号）。従来、1882年（明治15）太政官布告49号行旅死亡人取扱規則は行旅死亡人取扱費用につき本籍家元赤貧の場合直ちに本籍地地方税より支弁する例で不備多く外国人についての取扱手続規定もなく、また行旅病人については1871年（明治4）太政官布告29号「行旅ノ輩病氣ノ節取扱規則」も1882年廃止後はよるべき規則なく取扱上一層困難を来した。かくて産業資本の確立と寄生地主制の展開に伴う農村生活の窮乏から、①都市への人口流動化現象漸く活発化し行旅病・死者の増加を見るに至ったこと②公簿上の本籍地と現実の生活関係の矛盾が一般化し本籍地市町村に費用負担を求むべき地縁的親近性が稀薄となったこと③公費負担増を少しでも緩和するため1898年（明治31）民法によって扶養義務者規定が確立したこととあいまって扶養義務者に償還を求めようとしたこと、そして以上に加えて④1899年7月の条約改正に伴う外国人の内地雑居に備えて法規の近代化をはかる要のあったことなどが背景・理由となって本法が成立した。本法は、行旅病・死者の救助・取扱義務を所在地市町村長に負わせ、当該市町村は費用一時繰替支弁を行い、本人、扶養義務者に負担能力ないときは住所地又は取扱地の府県の負担とし、1906年最終的に現行の如く救護・取扱地の府県の負担と改めた。⁵¹

1900年精神病患者監護法（明治33年法律38号）。従来、精神病患者については多年の間、「癡癲・白痴」等の呼称のもとに専ら地方の警察的規制に委ねられてきた⁶¹が、ともかくも「精神病患者の保護に関する最初の一般的法律」（厚生省医務局編『医制80年史』393頁）として1900年成立し同年7月1日より施行された。本法も元来、条約改正に備えて成案されたもので、⁷¹ 監置の要があるのに監護義務者がいないか、あっても義務の履行ができない時は市町村長が監護義務を負うものとし、こ

の場合の費用は前記行旅病人及旅死亡人取扱法を準用するというにすぎなかった。⁸⁾

1907年・明治40年法律11号「癩予防ニ関スル件」が成立するが、その経過を見ると、癩予防に関する公衆衛生立法であるというよりは、浮浪癩患者取締という警察的目的を主にし、これに附随して貧困癩患者の救護をはかるといった印象を与えるものにすぎず、救護費用も本人、扶養義務者ともに負担能力なきときは府県の負担とするというもので、費用負担をおそれて却って入所を困難ならしめるおそれが指摘され、ようやく1931年法律58号による改正で貧富を問わず病気伝染のおそれある患者をすべて入所させることとし、かつ、その費用は全額国庫負担とされたのである。

以上主として、この時期においては衛生警察的最小限において成立したもので、それに、その目的達成必要のこれまた最小限において若干の救貧規定をおいたものであった。なお1899年、北海道旧土人保護法（明治32年法律27号）が、いわば天皇制政府の苛烈な北海道植民政政策の犠牲者たる原住民に対する慈恵政策ともいべきものとして成立し、貧困者について救療薬価給与規定（5条）をも有するが、「できる規定」にすぎず・救療も殆んど有名無実で漸く1923年（大正12）土人救療規定が作られたにとどまった。⁹⁾

以上のように此の期の医療保障立法は全く貧弱な救貧的なものにすぎず、それすら一般極貧患者の生存扶助に関する恤救規則の如きは日露戦争後の最も不況の深刻といわれた1908年（明治41）有名な内務省通達「済貧恤窮ハ隣保相扶ノ情誼ニ依リ互ニ協救センメ国費救助ノ濫救矯正方ノ件」（5月21日地甲33号地方局長通達）により国庫支出の大幅なカットが行なわれ、それによって浮いた費用で翌1909年（明治42）2月11日内務省より成績優良な77の私設慈善事業団体に最初の国家的奨励助成金が交付された。¹⁰⁾ この傾向を更に鋭く、かつ象徴的に拡大してみせたものがいわゆる大逆事件暗黒裁判 それは天皇の名において行なわれた とそれに続く「施薬救療の勅語」と恩賜財団済生会の成立であることは余りに有名である。¹¹⁾

3. 法体制再編期

第一次大戦に際会しての帝国主義的發展は労働者・農民・俸給生活者等の生活を破局的状態に追いこんだ。死亡率の激増、出生率の減少、結核死亡率増加、精神病患者の激増、歴大なトラホーム患者の発生などが指摘される。社会生活面では米価騰貴による生活困難から遂に1918年（大正7）米騒動が全国を襲う。この時期、烈しい資本収奪にかかわらず、あの大逆事件刑判決の年成立した工場法がようやく第一次世界大戦勃発後の1916年9月施行されるも極めて不備で、劣悪な労働条件によって析出される結核女子労働者たちは「老廃物」のように解雇されて、資本家は彼女らをその親族の扶養にゆだねて顧みなかった。

このような状況に対して、工場法実施に先立ち1914年（大正3）「国家衛生上、経済上重要」として「肺結核療養所ノ設置及国庫補助ニ関スル法律」（大正3年法律16号）が貧困患者収容のため大都市に療養所設置を命じると定めたにすぎなかったが、米騒動に際会して政府は弾圧強化の半面で米騒動の翌1919年、結核予防法・トラホーム予防法・精神衛生法と一連の公衆衛生立法を成立させることとなる。

結核予防法（大正8年法律26号）は前記1914年法律16号にかわって、結核の予防撲滅は「国防上・教育上」看過すべからざる緊要問題¹²⁾として、結核伝染のおそれある業務に従事する者に対する従業禁止・人口5万以上の市等に貧困患者収容のための療養所設置を命じることと、結核を伝染させるおそれある患者で貧困な者に必要を認めるとき療養所に入所させること、そして、これら従業禁止・命令入所により生活できない者に対し道府県より生活費を補給すべきことなどを定めたほか、施行令では命令入所患者の入所費を本人・扶養義務者より徴収しうる旨をも定めたが、行政上は、この費用徴収規定については、特に「酷ニ失スルノ処分ヲ為ササルコト」¹³⁾と注意を促がざるをえなかったのである。

トラホーム予防法（大正8年法律27号）は、つとに結核同様、貧困と密接な関連をもつ国民的疾病であることが指摘されていたトラホームについ

て「是亦産業教育及国防上影響する所甚だ大なるもの」¹⁴⁾であり、また移民政策上も必要であるとして、トラホーム患者に受療義務を課するなどの半面で貧困患者に対する救療的規定を有するものであった。

同年の精神衛生法(大正8年法律25号)は「精神病患者ノ著シキ増加ノ傾向アリ……」特に「其多クハ中産階級以下ニ属スルカ故ニ惨状往々見ルニ忍ヒサルモノアリ」(精神病院法制定理由)という実状にかんがみ、「公共団体ノ施設ニ依リテ患者ノ保護治療ヲ施スト共ニ公安ノ保持ニ任セシメトスル」¹⁵⁾趣旨から制定されたとするだけに、精神病院入院費についても、地方長官は入院者よりその全部又は一部を徴収でき、それができぬときは扶養義務者より徴収できるとしながらも、本法運用上は入院無料を原則とし、徴収する場合も取扱を寛大にするよう指示¹⁶⁾せざるを得なかったのであった。

1922年健康保険法の登場。

米騒動を契機に社会保険がいよいよ日程にのぼり、1922年、過激社会運動取締政策のひきおこした混乱の中で健康保険法が成立した(大正11年法律70号)。政府は提出理由を「労働保険の制度を樹立いたしまして、労働者の生活上の不安を除去すること。また労働者の健康を保持いたしまして、労働能率の増進を図りますこと、又その結果といたしまして、労資の円満なる協調、それによりまして国家産業の健全なる発達を期することの必要」¹⁷⁾にあると説明した。労資協調による産業発達即ち産業平和を掲げたことは、本法が過激社会運動取締法案とならんで提出されたことの意味を端的に物語っている。弾圧による平和の代償でありビスマルク型社会立法の極東版ともいえるべきものであった。

当初の本法の概要は、①保険事故は業務上、業施外を問わず被保険者の傷病、死亡又は分娩と、②被保険者は工場法、鉱業法適用事業所の常用労働者と年収一定額以下の職員を強制被保険者とし、動力業、土建業、交通運輸業等の労働者を任意被保険者とした。③保険者は政府と健康保険組合の二種とし④保険料は労資協調の精神をあらわすた

めと労働者の依頼心抑圧のためと称して労使折半負担としたが、これに対して⑤保険給付は療養給付、傷病手当金、埋葬料、分娩費及び出産手当金で、家族給付はなく、療養の給付期間も6か月にすぎなかった。工場法、鉱業法により使用者の責任でのみ補償すべきものとされていた業務上事故をも保険事故とした点について、6か月経過後は再び全額使用者の責任になると説明されたが、そもそも本法が療養の給付期間を6か月としたのは政府によれば、大部分の傷病は6か月以内でなおるからだというにあったから、全く使用者責任を軽減するものというべきであった。ただ、療養の給付率は10割給付をたてまえとし、1984年10月施行の健康保険法改悪の如き労働者の一部負担はない原則であった。10割給付とした理由は保険料の対償として保険給付を支払うのであり、更に金銭的負担をさせることは保険の理論に反するしまた、一部負担の負担能力がない時は療養の機会を失わせるおそれがあるからであるとされていたのは当然のことながら今日注目に値する。¹⁸⁾

⑥労働者参加については本法施行令により申訳程度に認めたものにすぎなかった。

このような全体としては不十分な健康保険法であったから、当時の労働者階級は

「この法律は帝国主義資本の労働者欺瞞のための改良政策であって労働者に多額の保険料を負担させ、かつ保険に関する組織 保険組合・保険署(これは各府県の警察部が管掌することとなった)によって労働大衆の自主的闘争組織を去勢しようとする露骨な政策であった」(谷口善太郎、『日本労働組合評議会史』青木文庫版、下、266頁)

と評価し、日本労働組合評議会は①政府資本家の保険料の全額負担②保険給付の増額及び範囲の拡大③保険組合の労働者管理の3点を統一要求するとして本法実施(1927年1月)と前後して各地で世にいう健康保険ストライキを展開し、とくに1927年1月25日、神戸市では僅か5分間であったが26,000人の参加によるゼネストが実施されたという(谷口善太郎、前掲273頁)。

以上のような医療保障立法のある程度の整備を

ふまえて、漸く1929年、あの世界恐慌勃発の年、多年にわたった恤救規則にかわって、初めて一般貧困者について国の公的救済義務を認めた救護法が成立（昭和4年法律39号）し、救護の種類には医療も含むものとされたが、政府は救護請求権を否定し、貧困者は「法の反射的利益」として保護を受けうるにすぎないとし、失業難時代にかかわらず依然、対象を労働無能力者に限定し、また扶養能力ある扶養義務者の存在をもって救護の欠格条件とし、それをもって「家族制度の美風尊重のため」とし、かつ、このような法律ですら財源難を理由に施行を延期し、辛うじて競馬法改正により財源をえたとして1932年1月より施行されたのであった。

4. 法体制崩壊期

1931年9月の満洲事変勃発を機として漸次日中戦争は拡大し、1937年にはいよいよ本格化することとなる。この間、もともと天皇制と結託した強引な資本主義的發展のてことなった低賃金・高率小作料そして労働運動を始めとする民主的運動を弾圧する治安維持法体制と世界恐慌、満洲事変に始まる戦時体制の進行する中で勤労大衆の健康は破壊され、乳児死亡率の高さ、結核、花柳病、ハンセン氏病、トラホーム、とりわけ結核の高率化が進行し、平均寿命も低く、「国民の健康を保持増進すべき衛生上の施設に尚足らないところに大きな原因が潜在……、今日、国民の体位を向上せしむる為め」¹⁹⁾としてこの年、保健所法が成立（昭和12年法律42号）し、また結核の高率は「国民の福祉・国運の消長に影響するところ甚だ大」²⁰⁾として同年、政府は結核予防法を改正して、医師に届出義務を課するほか、それまで公立療養所は療養の途のない貧困患者を収容するとしていたのを改めて、環境上病気伝染のおそれのある結核患者を収容することなどを定めた。

翌1938年1月勅令7号「厚生省官制」、同9号「保険院官制」が公布され同省と外局としての保険院が発足した。元来、戦争遂行の観点から「この結核対策と国民体力の向上に最も熱心であったのは陸軍」（厚生省『厚生省20年史』95頁）で1937年陸軍省より「保健社会省案」を提出し（同上9

8頁）、同年7月9日の閣議で「保健社会省（仮称）設置要綱」を決定したが、枢密院で「社会という文字を不穏当とする委員」（同106頁）もあり、書経に語源を求めて厚生省と称することになったという。かくて成立した厚生省は「国民保健・社会事業及労働ニ関スル事務ヲ管理」するものとし、五局をおいたが、その筆頭が「体力局」であった（他の四局は衛生・予防・社会・労働各局）のは甚だ象徴的であった。

なお従来、地方庁においては社会事業行政事務は主に学務部社会課に、工場・衛生・健康保険の事務は警察部（東京は警視庁）に属していたが、厚生省新設に伴うアンケートに対する地方庁の回答では厚生部設置の要なしとするもの警視庁他14県を数え、とくに福井・富山両県の如きは衛生・健康保険等につき従来通り警察部所管とすべきことを強く主張している。²¹⁾ 1942年にいたってなお、事情は余り変わらず、これは「衛生行政が警察行政の中から発生したこと」と「健康保険は便宜ということから」²²⁾ きたものと政府は説明している次第であった。

1938年、国民健康保険法（昭和13年法律60号）が「相扶共済ノ精神ニ則リ」として成立する。元来、本法成立の「社会的背景は、農業恐慌による農家経済の窮乏化と農山漁村における医療のみじめな様相という点にあった。」（国民健康保険協会『国民健康保険小史』8頁）。多年の低賃金・高率小作料政策に加えるに世界恐慌・農業恐慌のもとで一大失業人口のプールと化せしめられた農村は窮乏し、医療費の支払に苦しみ、無医村問題は深刻であった。加えて1934年には「小作人参加戦前最高、質量ともにみぞう、石川、沖縄以外全国に争議波及」（青木文庫『日本労働運動史・社会運動史年表』160頁）という状況に対し、1935年内務省は「社会不安ノ素因ノ除去」をうたって社会保険調査会に国民健康保険制度案要綱」を諮問、²³⁾ その後いくつかの経過を経て、1938年に至って、「銃後社会的諸施設の整備充実に資する上から、一日も速に之を成立せしむるの必要あり」²⁴⁾ として、むしろ健兵健民政策的観点から成立したのである。第73帝国議会での本法案審議に

あたり、当時、健兵健民政策上からも大問題とされた農村結核について、軍隊と工場が大きな原因となっているのであるから、むしろ、本来、国と工場主の責任で治療を行わしむべきでないかとの質疑（立憲民政党、高田耘平委員）があり、あるいは本法施行についての国庫補助（初年度16万6000円余）ないし、これを含めて本法施行に要する予算総額（42万6000円）の如きは膨大な臨時軍事費40～50億円に比し「何んたる少額」（立憲政友会、塩川正蔵委員）、「雀の涙どころかノミの涙」（第二控室、田中耕委員）、「国民を愚弄する如き」もの（立憲政友会・西川貞一議員）と手きびしい批判をあげざるをえないようなものにすぎなかった。なお本法審議に当って、医師会側が医療機関選択の自由を大義名分に保険者と医師会の団体契約を主張したのに対して、それでは却って勤労者側に立つ医師が保険医になれぬとする批判（社会大衆党・井上良次委員）が出されたこと、医学教育制度を根本的に改革し、農村にも喜んで赴くような医者をつくるべく、医育方針についても社会学、経済学をいれよとの主張（社会大衆党・佐竹晴記委員）がなされたこと、貧困者を組合員ないし被保険者から排除することは望まじからず、治療に階級のあるべき筈なし、保険料の公費負担を考えよとの主張（東方会・田中養達委員）などがなされたことは今日でもなお注目に値しよう。²⁵⁾

翌1939年、健康保険法改正（昭和14年法律74号）で、銃後戦線強化のためとして家族給付が導入され、また「軍の動員および労力の需給調節という面から、もっとも大きな問題として浮かび上っていた結核対策に対応して」（厚生省『健康保険30年史』上・295頁）ということで結核性疾患に限って給付期間が6か月から1年に延長された。

この年、同時にサラリーマンや商店使用人などを対象とするとして職員健康保険法（昭和14年法律72号）が「体力の向上、人的資源の培養強化」（長瀬恒蔵『職員健康保険法積義』1941年）の名のもとに成立（1940年6月施行）する。本法は1922年の健康保険法が本人10割給付を維持してきたのと異り、本人給付率を8割とし、かつ療養費払

いを原則とした点を特徴とするが、当局者は、その理由を

無料にするとときは無節制に必要な限度をこえて治療をうくる傾向を醸成するを以て徒らに費用を増嵩せしむることとなる。……余りに傷病を怖ることは職員健康保険法の実施のために反って身体の抵抗力を減退せしむる結果となるを以て弊害なき程度において小額の一部負担を為さしむるに至った次第である。（長瀬、前掲、143頁）

としたのであった。まさに戦時立法にふさわしいものであった。

いよいよ太平洋戦争勃発の年1941年、戦時下「兵力の増強、生産力拡充の一助となす」とし、また社会保険医療の限界を補充するためにも救貧医療の整備統合と対象者の拡大をはかるとして医療保護法（昭和16年法律36号）が成立するが、行政解釈上、保護請求権を否定する点でそれまでの救貧法と変らないのみでなく、医療方針もまた低劣であった。²⁶⁾

太平洋戦争勃発の翌1942年、職員健康保険法が健康保険法に統合される。「社会保険の整理・統合」をはかり、大東亜戦争完遂、大東亜共栄圏確立のため、予備兵力、人的戦力を充分充実すると同時に生産力拡充という重要業務に対する労務確保を喫緊の要務とするためと陸軍軍医中將小泉厚生大臣は提案理由をのべている。²⁷⁾ もっとも社会保険の整理統合といっても、保険料の点が保険技術上の統一を困難とするためという理由で健康保険と国民健康保険の二本建て方式はそのまま残された²⁸⁾

この健康保険法改正は適用範囲を常時使用する労働者が5人以上の事業所に拡大した半面で、業務外の傷病に対する療養の給付について実質2割の一部負担制を導入したもので、この改正は戦前の健康保険改正中「最も根本的な改正」²⁹⁾といわれたものであった。この一部負担導入に対し議会では社会大衆党の塚本重蔵議員から、被保険者が保険料の外に一部負担を払うことで保険料労使折半負担原則は崩れてしまったことになる、むしろ事業主負担と国庫負担をもっとふやすべきである

とのべている。³⁰⁾ 政府は、一部負担導入により「濫診、濫療を防止する意味のものを含んで受診率の減少をみこんでいる、と主張した。³¹⁾ また議員の質問に対して政府は、一部負担が早期受診、早期治療に妨げになる点を認めながら、「大キナ保険制度ヲ運用シテ居ルノダカラ大キナ利益ノ為ニ小サナ弊害ガアルコトハヤムヲ得ナイ」³²⁾ など保険財政節減のためには区々たる小民のいのちと健康の如きは二の次といわんばかりの軍国主義・軍事国家の支配階級の本心を露骨に表明し、本改正で一部負担導入の半面、その減免をなしうる場合をも規定した点についても、減免制を拡大することは「一部負担制度ヲ認メルコトノ根本ヲ害スル虞ガアル」から、この趣旨を害さぬ限度で減免制度を活用したい³³⁾ として、抑制的意向を表明したのである。なお本改正法案審議の委員会の中で小泉厚相は星一委員の質問にこたえて「保健所網という衛生警察網を拡充していきたい」と答弁しており、当時の公衆衛生政策観をうかがいしることができる。³⁴⁾

1942年、戦時災害保護法（昭和17年法律71号）が成立するが政府は家族国家思想で国家補償を拒否することで低給付を合理化しようとしている。³⁵⁾ 1945年8月6日広島に、そして8月9日長崎にアメリカは原子爆弾を投下し、人類未曾有の悲惨事を現出したが、このような最大の戦時災害に際して本法がどのように機能したかは必ずしも明らかではない。³⁶⁾

こうして敗戦となるのであるが、以上のように戦前期の医療保障立法は概して非権利的であり、また「家」制度の美風尊重と相扶共済の名で国家責任の転嫁をはかるとともに、国民の健康権を守るという発想でなく衛生警察的、健兵健民政策的発想からであったといえるであろう。

文献

- (1) 1875年（明治8）石川県病院および貧病院規則第3款「貧病院病人心得」は「貧婁ニツキ薬価ヲ払フ能ハサル患者ノ為ニ貧病院ヲ設ク故ニ区戸長ノ証書ヲ持シ本院ニ来ル者ハ総テ薬剤及ヒ手術料等無価ヲ以テ相施スヘシ」とし、また「入院治療ヲ乞ウ者ハ之ヲ許可スヘシ」とし

ているが、入院中の食費、夜具衣服は自弁すべしとしている（『金沢大学医学部百年史』p.58による）。

- (2) 恤救規則について詳しくは小川「恤救規則の成立 明治絶対主義救貧法の形成過程 福島正夫編『戸籍制度と「家」制度』東京大学出版会1959年所収参照。

- (3) 1884年（明治17）8月28日石川県、六種伝染病患者救済規程は「六種伝染病ニ罹リタル赤貧者ニシテ其親戚故旧ノ者之ヲ資クル能ハス」かつ、戸数割と協議費の賦課を免除されたものとその家族であるとか恤救規則によって教育米の給与を仰ぐ者とその家族であるとか、一己の「勞力工作ヲ以僅ニ日計ヲ営ム者」である場合は本籍寄留旅行を問わず「其費用ハ地方費ヲ以テ救済スヘシ依テ本人若シクハ遺族ヨリ其事実及品目価格等ヲ申立テ戸長衛生委員ニ於テハ詳細取調ノ上出願セシムヘシ……」とある。（石川県編『石川県史料』第二巻政治部96頁による）。

- (4) 参照、小川「産業資本確立期の救貧体制」日本社会事業大学救貧制度研究会編『日本の救貧制度』勁草書房、1960年、120～122頁。

- (5) 同上、122～126頁。

- (6) たとえば1886年（明治19）2月6日石川県令甲22号「瘋癲人間締之義ハ自今別紙之通相定候條此旨心得ヘシ但明治12年甲6番布達ハ取消ス。右布達候事。（別紙）一、瘋癲人看護ノ為メ私宅ニ於テ間締セントスルモノハ其事由ヲ詳記シ親戚連印ノ上医師ノ診断書ヲ添ヘ戸長役場郡区役所ヲ經由シ所轄警察署ヘ願届認可ヲ請クヘシ

一、瘋癲人間締室ハ専ラ清潔ヲ旨トシ衣類寝具ノ外危険ノ物品ハ一切入置クヘカラス

一、瘋癲人ニ接スルニハ専ラ慰撫ヲ旨トシ決して手荒キ取扱アルヘカラス若シ狂暴ニ涉リ自他ヲ傷害セントスルモノハ之ヲ取押フヘシト難モ為メニ病勢ヲ増進セシムル等ノコトナキ様看護者ニ於テ注意スヘシ。

（『現行石川県令類纂自明治11年12月17日至明治22年6月。第十類』

- (7) 小川、前掲「産業資本確立期の救貧体制」129頁。
- (8) 同上、126～128。
- (9) 同上、129～132頁。高倉新一郎『アイヌ政策史』599頁。
- (10) 同上(小川)、141～144頁。
- (11) 同上145～147頁。
- (12) 小川「大正デモクラシー期の救貧体制」前掲『日本の救貧制度』195頁。
- (13)、(14) 同上、196頁。
- (15) 同上、197頁引用の1919年8月13日内務省発衛第1719号各地方長官宛内務次官通牒「精神病院法施行＝関する件
- (16) 同、199頁の註(6)参照。
- (17) 1922年3月13日衆議院本会議における政府委員農商務次官田中隆三の説明。厚生省保険局編『健康保険25年史』59頁。
- (18) 厚生省保険局保険課・社会保険庁健康保険課編『51年新版・健康保険法の解釈と運用』社会保険法規研究会、1972年、640頁。
- (19) 第70回帝国議会衆議院・国民健康保険法案外2件委員会議録第2回、
- (20) 1937年3月13日、2～3頁。河原田稼吉内務大臣の提案理由説明。
- (21) 小川「日中戦争拡大過程と社会保障立法」磯野誠一・松本三之介・田中浩編『社会変動と法学と歴史学の接点』勁草書房、1981年、103頁。
- (22) 第79回帝国議会衆議院、国民体力法中改正法律案外4件委員会第7回、1942年1月31日、162頁。松尾孝之委員から、現在、地方庁では警察部の下に衛生課と健康保険課をおいているが、「今日ハサウ云フヤウナ事務ヲ『サーベル』ノカデ進メルト云フ時代デモナイ」と思うから、学務部なり総務部に移すとか地方庁に厚生部、社会部、衛生部といった独立したものを内務省と協議して設ける気はないかと質問したのに対し武井群嗣厚生次官が答えたもの。
- (23) 1935年10月28日～12月10日の間開会された社会保険調査会総会議事速記録、4頁。小川、前掲「日中戦争拡大過程と社会保障立法」111頁。
- (24) 社会保険文献調査会『国民健康保険法経過記録・上巻』13頁。
- (25) 小川、前掲「日中戦争拡大過程と社会保障立法」115頁とそこに付した註(7)～(9)参照。
- (26) たとえば1941年8月9日厚生省発生第129号各地方長官宛厚生次官依命通牒・別紙(1)の2「医療保護法歯科医療方針」はその「第六・補綴」において「補綴及補牙の修理は歯綴の喪失又は歯冠の崩壊に因り咀嚼能力著しく低下したりと認めらるるもの7歯以上に及びたる場合にのみ之を行ふこと」としている。
- (27) 第79回帝国議会貴族院、国民体力法中改正法律案他4件特別委員会委員長島津忠承の報告による。(官報号外、1942年2月13日貴族院議事速記録12号、190頁。
- (28) 第79回帝国議会衆議院、国民体力法中改正法律案外4件委員会議録第3回、1942年1月27日16頁。木村清司保険院社会保険局長。
- (29) 厚生省『健康保険30年史』305頁。
- (30) 上記(28)と同じ委員会第6回(1942年1月30日)100頁。
- (31) 同上委員会における木村清司氏の説明。
- (32) 同上107頁。
- (33) 同上第4回(1942年1月28日)56頁。
- (34) 註(31)と同じ委員会第7回、1942年1月31日、140頁。
- (35) 参照。小川「戦時社会保障法の成立と性格」籠山京編『社会保障の近代化』勁草書房、1976年、282～286頁。
- (36) 広島市編『原爆戦災史』第1巻によれば1945年10月5日に救急救護所を閉鎖し、矢賀、仁保、江波、大芝、草津の五学校と福島診療所に日本医療団病院を開設して原爆医療を含む一般医療に当たり、これ以後患者は自己資金によって治療することになったが、これは10月5日で戦時災害保護法施行規則第3条により救助期間2か月が経過したためであると記している。しかし、同条には「特別ノ必要アル場合ニ於テハ」地方長官が厚生大臣の認可を受けて、この期間を延長できる旨の規定があるのであり、何故当時、この期間延長が行なわれなかったかは更に調査の

要がある（参照、小川「被爆者援護」『ジュリスト』691号、1979、5、20、p. 158）。

三. 戦後期

ポツダム宣言受諾による敗戦を機として従来の明治憲法による絶対的天皇制及びこれと密接な関係にあった「家」制度にかわって、ポツダム宣言受諾とこれにつづく民主、平和、人権の日本国憲法のもと、世界的な生存権思想、社会保障権思想の文脈の中で幾多の戦後社会保障立法の成立がうながされることになるが、占領に続く日米安保体制はこれに対する阻止、抑制的機構として機能することになる。以下、戦後を4期に分けて概観したい。

1. 第1期・占領期（1945、8～1952、3）。

1946年9月（旧）生活保護法が成立する。労働能力の如何を問わず凡そ困窮していれば保護するという一般扶助主義を採用した点で画期的であるほかは依然として、能力ある扶養義務者の存在が保護の失格条件とされ、また保護請求権も政府によって否定される。失業労働者群の求職闘争、生活保護獲得闘争の高まる中、社会保障制度審議会の「生活保護制度の改善強化の勧告」（1949）を骨子としつつも同時に医療扶助費増嵩抑制のための医療機関監督強化という逆行的要請もうけて1950年5月現行生活保護法が成立し施行される。その翌月朝鮮戦争勃発－警察予備隊創設、以後再軍備方向強化という状況の中で生活保護法のこの矛盾した側面のうち抑制的側面にアクセントがおかれることになる。

健康保険本人一部負担制の廃止と復活。前述のように太平洋戦争中に健康保険法改正で導入された本人一部負担制は戦後1947年任意制、次いで1948年7月の法改正（昭和23年法律126号）で撤廃された。ただ、その理由は同法案を審議した第2国会での同法案提案理由でもふれられていない。しかしせっかく撤廃されたのも束の間で、アメリカの対日政策変化に伴い同年末ワシントンから直接出されたといわれる経済9原則指令にもとづき合理化と増税政策がうちだされ、政府は保険経済

的理由の名のもとに1949年健康保険法を改正し（昭和24年法律37号）、各方面の強い反対を押し切って、初診料相当額一部負担制を導入した。

政府は、一部負担により初診料収入と、一部負担による濫受診抑制で大体年に約8億円余りの利益が生ずるとしている。¹⁾ さすがに早期診断、早期治療を妨げる弊害は否定できず、「保険治療というものは何らの金銭も持たずしてお医者さんの所へ行って十分な治療を受けられるようにすることが本体と思う」といいながらも、一部負担制導入は「保険経済のアンバランスのためやむをえぬ」とするのである。²⁾

ただ注目すべきことは、一部負担制の実施上、理論的に重要なこととして、①余りに高額ではないこと、②煩瑣ではないこと、③公平であることの三点が必要であり、初診料相当額を一部負担に抑んだのも此処から来ると説明している³⁾ ことで、1984年実施の健保改悪が2割（1985年度末までは1割）負担というように定率負担を原則としているのとは非常に違うことである。

この1949年改正案に対し、社会党の岡良一委員は、それでも労働者家計上負担となり、早期治療が妨げられて却って実質的に医療給付は増大を招くと反対し、⁴⁾ また共産党の田代文久委員も、社会保障制度確立の方向に逆行と批判し、「経済9原則との関係如何」と質問、これに対して政府委員は「労働者の保険については、社会保障制度においては、こういうことをとらぬ方が私はいいと思います」といいながらも、「経済9原則との関係と失業者が沢山出たり工場事業場の倒壊等がかりにあるといたしますれば、保険経済がなお一層逼迫を来しますので、それにも備えまして、一部負担の制度を設置して、経済9原則等の経済変動をなるべく軽く食いとめたい」と弁明し、田代委員から「全く了解に苦しむ」と当然ながら強く批判されるに至るのである。⁵⁾ しかし、この改悪は「何百万という勤労大衆の大反対の与論」（共産党田代委員の発言・前掲会議録12頁）になっていたのにかかわらず、社・共両党の反対をおして国会で可決されたのであった。こうして一たん一部負担制がともかくも発足してしまうと、当初こ

そ上記三原則なる名のもと初診料に一部負担を限定する口ぶりであったのも忘れて、以後拡大の一途を辿ることになるのである。

なお、この時期、1947年第一国会で戦前の保健所法が全面改正されて新しい保健所法（昭和22年法律101号）が成立する。一松厚生大臣は提案理由で、公衆衛生の向上、増進をはかることは憲法第25条により、社会福祉、社会保障の向上、増進と並んで「国の基本的義務」であり「これなくしては平和的、文化国家の建設は到底望みがたい」とし、「新憲法の趣旨にそうため」現行保健所法を改め「直接国民に接触する保健所の機能の拡充強化を図る」ものである、とのべているのが注目されよう。

これにつづいて1948年予防接種法（昭和23年法律68号）、性病予防法（昭和23年法律167号）、1950年には戦前の精神病患者監護法と精神病院法を廃止して精神衛生法（昭和25年法律123号）、そして1951年には戦前の結核予防法を廃止して新しい結核予防法（昭和26年法律96号）と一連の公衆衛生的公費医療立法が登場する。

この間、1950年10月社会保障制度審議会「社会保障制度に関する勧告」は、公衆衛生及び医療が「全国民に公平にあまねく適用」されるべしとの立場から「結核予防その他国の施策として行われる予防は公の負担において行われるべきものとする」と政府に対して要求している。

しかし、憲法25条の生存権条項をうけてのこの勧告の要請にかかわらず、この勧告の翌年成立した新結核予防法は、せっきやく一般患者に対する適正医療の普及をはかる趣旨で、その医療費の1/2公費負担規定を新設しながらも、それは「できる規定」、「できる給付」にとどまり、当局は、これも「都道府県の財政事情等を考慮して、負担するか否かをその都道府県の裁量にまかせ、負担を受けられなかった者に対して権利として争訟を許さない趣旨である」（小山進次郎編『コンメンタール社会保障関係法Ⅱ』日本評論社、457頁）として権利性を否定した。そののみか命令入所医療費公費負担規定の如きも、当初は「できる規定」であり、これは1919年成立の旧法が逆に公費負担

を原則とし、費用を本人又は扶養義務者から徴収しようとするにとどめていたのに対比すると明らかに後退したものですらあった。⁶⁾

2. 第2期 MSA再軍備強行期(1952.4～1959)

朝鮮戦争はアメリカの敗北に終り、アメリカの極東戦略の観点から対日平和条約と日米安全保障条約が1952年4月発効する。つづいて1953年7月の朝鮮休戦に伴うアメリカの戦略的必要性から発した対日MSA援助の受入(1954年3月調印、5月発効)と引きかえに日本の再軍備が義務づけられ自衛隊法が成立(1954年6月)し、平和憲法は無視され軍事費の膨張の前に社会保障費は極度に圧縮され、これに抗議して総評、全日自労(全日本自由労働組合)、日患(日本患者同盟)、全生連(全国生活と健康を守る会連絡会)、民医連(民主医療機関連合会)など27団体で「社会保障を守る会」が発足(1954年1月)して社会保障運動を労働戦線との共闘の中で展開する。これにより生活保護費国庫負担率5割にするなどとした当初の大蔵原案は撤回されたものの、引きしめの重点はとくに生活保護に指向され、同年7月には結核患者等の「入退所基準」「附添制限」等に反対する日患の坐りこみ闘争が各地で展開され、このような運動のたかまりの中でかの有名な朝日訴訟も1957年8月に提起され、10年にわたる広汎な朝日訴訟運動へと展開するに至る。⁷⁾

ところで、このような運動の発展に先立って、すでに占領期に建設労働者、日雇労働者の諸要求をかかげて求職闘争、生活保護獲得闘争の指導部隊となっていた全日土建(全日本土建一般労働組合、1947年6月結成。1953年10月全日自労と改称)を中心にして1952年4月結成された健康保険適用獲得期成同盟によるはば広い署名行動におされて1953年7月、「わが国の社会保障制度の中で、労働者のたたかいによってはじめてかちとられた点で画期的」(全日自労編、『全日自労の歴史』労働旬報社、1977年60頁)とされる日雇労働者健康保険法(昭和28年法律207号)の制定をみていたことを忘れることはできない。

1956年11月社会保障制度審議会「医療保障制度に関する勧告」は、このような貧困者運動の展開

を背景に「……疾病が貧困の最大原因であることを思い、医療の機会均等は最優先的に重視されなければならぬ」としている。しかし、この勧告の前年、貧困者の健康権のためにたたかっていた金沢市の石川厚生協会経営のしろがね診療所が生活保護法による指定医療機関の指定取消処分を県知事から受ける（1955年5月30日）という事件がおこり、協会側が当該取消処分の取消を求める訴えを金沢地裁に提起したが、金沢地裁は行政当局側の言分を鵜呑みにして1957年9月20日づけで原告側の訴えを棄却する旨の判決を行った。⁸⁾

この不当判決と同年、保険財政赤字を理由に健康保険法が改正されて、一部負担の強化、資格喪失後継続給付資格要件強化、保険医療組織への規制強化等の改悪が広汎な労働者階級の反対をおして強行された。

しかし、同時に、この年、1954年3月のビキニ水爆実験による第5福竜丸被災を機として全国的にもり上がった原水爆禁止運動を背景に「原子爆弾被爆者の医療等に関する法律」（通称、原爆医療法）がともかくも成立することもみのがせない。⁹⁾

この期も終り近く、次の高度経済成長期を迎えようとするに当たって、「国民皆保険、国民皆年金」のスローガンのもと、1958年12月新しい国民健康保険法、そして1959年4月国民年金法があいついで成立する。前者は、高率一部負担に加えて被保険者範囲、給付の種類ともに制限的であった。

3. 第3期、高度経済成長期（1960～1973）

1960年の日米新安保条約に対する反対闘争は文字通り空前の高まりを見せた。新安保条約は強行されたものの、安保闘争の高揚を背景として、1956年当時の低劣な保護基準と、また補食費をみとめないことは、いずれも憲法25条の生存権条項をうけた生存保護法に違反するとして同条項が単なる修飾でないことを明らかにした画期的朝日訴訟一審判決（東京地裁1960・10・19）が行なわれた。政府は不当にもこの判決に控訴しながらも、人民要求の高まりを無視できず、1961年4月には保護基準の相当な引上げ（対前年度比、生活扶助基準18%アップ、とくに入院患者に対する日用品

基準47%アップ）を行なわざるをえないことになった。朝日訴訟一審判決に励まされたかのように1962年4月25日東京地裁で健康保険の資格喪失後の継続給付に対する加藤悦夫さんの勝訴判決（行政事件裁判例集13巻4号）がうちだされ、当局側は上訴するが、本件については東京高裁（1967・9・8判決。判例時報494号）、最高裁（1974・5・30判決。判例時報743号）いずれも原告加藤さんの勝訴に終り当局の方針をも改めさせることに成功している。¹⁰⁾

一方、朝日訴訟一審判決勝利による保護基準とくには日用品費大幅引上と同年1961年、結核予防法が改正されて現行35条のように命令入所の場合についても全額公費負担が原則とされることとなるが、これは、「近年は」結核患者が比較的所得の低い階層に集積し、これらの患者が感染源となって、結核対策の進展を妨げている点が「大きく」（第38国会衆議院社会労働委員会での古井厚生大臣の結核予防法改正提案理由説明、同会議録7号、1961年2月22日、5頁）というように、特に結核の社会的性格に着目して行なわれたものであり、朝日訴訟一審勝訴判決獲得に成功した日患を中心とする運動の高まりの成果ともいえるであろう。

もっとも、医療費公費負担の前提となる肝心の命令入所は「できる規定」であるから、命令入所要件をみたく場合でも財政的考慮から入所命令を知事は出さないこともできる訳で、せっかくの入院医療費公費負担規定も空文化してしまうおそれがあり、¹¹⁾ そのうえ、実際は同法35条1項の全額公費負担の原則にかかわらず、本人・配偶者または扶養義務者に負担能力ありと認定されるときは、その限度で公費負担を要しない（35条2項）とする規定の存在のため、この点からも公費負担規定は有名無実とされるおそれがある訳である。

1962年8月、社会保障制度審議会『社会保障制度の総合調整に関する基準方策についての答申および社会保障制度の推進に関する勧告』は低所得被用者に被用者保険料減免などを主張しているのが注目される。1963年老人福祉法成立するが権利性不明確であり、老人健康診査規定を導入するも費用も徴収しうる等の規定をおくことを忘れてい

なかった。

高度経済成長下、勤労大衆の健康破壊現象の広汎化を基本的原因として医療費の増嵩、医療保険財政の悪化が進行するが、支配の側は、このような根本的原因には目をつぶって、保険主義の名のもとに労働者、低所得住民の費用の少なからぬ部分を負担させようとし、保険方式によらず公費医療方式による場合には受給要件を厳格化しようとする。支配の側は既に1957年にも医療保険赤字を理由に前述のように大改正を行なっているが、高度経済成長期に入っても1962年以来、ふたたび保険財政の赤字を理由に引きしめを意図し、いわゆる総報酬制と薬価半額負担制の導入を企てて国民の強力な反対で一たんは断念したものの、1966年には政府管掌健康保険の料率を引上げ（昭和41年法律63号）、1967年にはいわゆる臨時特例法（昭和42年法律140号の「健康保険法及び船員保険の臨時特例に関する法律」）で初診時、入院時の各一部負担の強化、薬価一部負担の導入、保険料率の引上等を行い、1969年、特例法延長法案を防衛二法や総定員法と並ぶ「最重点法案」とし国会に提出し院内外の猛反対で初診時・入院時一部負担と料率引上を本法たる健康保険法等に吸収の上で強引に成立させるに至ったのである（昭和44年法律69号）。

このような状況の中で、老人福祉法による老人検診（老人健康診査）問題を一つの起点として、とくに東京・文京を中心とした都市勤労人民の老人医療無料化運動がついに1965年、国の妨害をおし切って革新都政のもとで、なお不十分なながらも、ともかく、いわゆる老人医療無料化条例（「老人の医療費の助成に関する条例」）を成立（9月）、施行（12月）させるに至った。この動きはまたたく間に多くの地方自治体に波及し、このいきおいにおされて漸く国レベルでも1972年老人福祉法が改正され（昭和47年法律96号）、これまた全く不十分なながらも、いわゆる老人医療無料化が1973年1月より施行されるに至った。そして、この1973年を政府は「福祉元年」とも呼号した。そして、その年9月には健康保険法が改正（昭和48年法律89号）されて、保険料率を大臣権限で一定率（80／

1000）まで引上げるとする非民主的ないわゆる弾力条項の導入の如き甚だ大きな問題点をもちながらも、他面、家族療養費給付率の引上げ（5割→7割）、高額療養費制度の改善が行なわれたのである。

この期は朝日訴訟のたたかいと一審勝利にはげまされて、加藤健保訴訟、神坂訴訟（岡山地裁1970・3・18判決。判例時報613号。医療効果は信頼関係を大前提とするから生活保護法27条の指導・指示権限をもってしても生活保護受給者が医療機関を選択する自由に対して原則として干渉することは許されず、従って、国立療養所が当該受給者の医療費一部自己負担に対して有する医療費債権については民法170条により3年で時効消滅するとしたもので、生活保護受給者にも医療機関選択の自由ありとした点で実践的に重要である）、堀木訴訟一審勝訴（神戸地裁1972・9・20）、入院別居中の一方配偶者について違法に世帯単位原則を拡張して保護請求権を侵害してきたそれまでの行政に挑戦した¹²⁾第1次藤木訴訟の勝訴（東京地裁1972・12・25判決。確定）などの成果を見のがすことができない。

4. 第4期。低成長期あるいは軍事大国化の時期（1974～）。

1973年秋のいわゆる石油ショックを機に低成長へ転ずるや支配の側は、いわゆる福祉国家論すらかなぐりすてて福祉社会論の名のもとに自助と相互扶助、受益者負担論、民間委託等、要するに国家責任を棚上げし、勤労人民への負担転嫁、そして社会保障部門をすら大資本の利潤追求の場とすることをはかっている。1975年大蔵省が「福祉とて聖域でない」と社会保障圧縮を公言するに至ったのは甚だ象徴的であった。1976年5月経済企画庁「昭和50年代前期経済計画」も社会保障について「国民負担の拡大を円滑に実現」という文脈で「国民の福祉の向上は、そのすべてが政府の手によって実現されるべきものではなく、個人、家庭、企業の役割や社会的、地域的連帯に基づく相互扶助が重要」とする。このような国の動向に対応して地方自治体側でも自治省官僚大量参加を特色とする都市行財政研究委員会のいわゆる

「都市経営論」（「新しい都市経営の方向を求めて 都市経営の現状と課題」1978年6月）は公共性や社会的公正の実現のためとして「民間への委託」や行政サービスについての受益者負担論を強調して全国の地方自治体に大きな影響を与えることとなる。

このような線上で1979年8月10日づけ閣議決定の「新経済社会7か年計画」も「急速な高齢化」を「社会的要因の変化」の一つにあげ「公共部門の肥大化」をさける「効率の良い政府」の立場から「施策の重点化・個人の自助努力を家庭及び社会の連帯の基礎の上に適正な公的福祉を形成する新しい福祉社会への道を追求する」とし、今後の社会保障整備の原則に「効率的社会保障体系」や「合理的で適正な給付と負担の関係を明確」にすることをあげ、保健医療部門では老人保健制度についても「公平・適正な費用負担のあり方を検討」するとする。

そして、その一方で、日米安全保障条約下、アメリカに忠実に異常なまでに反ソ・キャンペーンを展開しつつ軍備増強を推進し、1981年度予算以来、軍事費の伸び率が社会保障費のそれを上まわるに至る。1980年の健康保険法改正（昭和55年法律108号）は被保険者本人の初診時ならびに入院時の一部負担と保険料率ともに引上げが行なわれたばかりでなく、給付改善とみえる点でも、従来、法定額であった分娩費と埋葬料の各最低保障額を政令で定めることとすることで民主的コントロールの空洞化をはかったことは、この時期の特質を示すものとしてみのがすことができない。

1981年7月10日第2次臨時行政調査会の「行政改革に関する第一次答申」（いわゆる臨調・行革）は一方で財政危機を強調しつつ、他方で「わが国をめぐる国際環境は厳しさを増し」「国際社会に対する貢献の増大」が求められているとして軍事大国化と社会保障抑圧の強化を正当化するとともに社会保障について①医療、②年金・恩給等、③社会福祉の3部門について抑制方針を詳細、具体的に明らかにしている。とくに医療保障部門では老人医療有料化を始め医療費抑制方針を具体化すべきことを要求している。1982年7月7日の堀

木訴訟最高裁・大法院判決は広汎な立法裁量論を展開することで臨調・行革路線強行に司法の名で激励を与えることとなる。この判決の翌月1982年8月ついに多くの国民の反対をおし切って老人医療有料化の老人保健法が成立し1983年2月施行されるが、単に有料化のみちを開いただけでなく、本法施行直前に抜打的に告示された老人に対する差別的診療方針・診療報酬制度によって退院強要、入院拒否など深刻な人権問題が全国的に惹起されるに至る。そして、この老人保健法強行を突破口として、遂に1984年未曾有の健康保険法改悪立法がこれまた国民的大反対運動をも無視して同年8月可決されて成立（昭和59年法律77号）し、同年10月から施行さて、われわれの健康と生活を守る上に深刻な影響をもたらしていることは周知のところである。¹³¹

四. 現行医療保障立法の問題性—国民の権利要求にこたえるものとするために—

日本国憲法はもとより世界人権宣言（第1条「自由と尊厳と権利について平等」、第2条「差別の禁止」、第3条「生命・自由・身体の安全」、第7条「法の下での平等」、第22条「社会保障・経済的・社会的・文化的権利」とくに「何人も社会の一員として社会保障の権利を有す」、第25条「生活保障・母子の保護」とりわけ、第1項で「すべて人は、衣食住、医療及び必要な社会的施設等により自己及び家族の健康及び福祉に十分な生活水準を保持する権利、並びに失業、疾病、心身障害、配偶者の死亡、老齢その他不可抗力による生活不能の場合は保障を受ける権利を有する」と。）、国際人権（A）規約（とくに第1条「民族自決の権利」、第2条「国家の一般的義務」、第9条（社会保障）「この規約の締結国は社会保険その他の社会保障についてのすべての者の権利を認める、第10条（家庭、①母、児童、年少者の保護）、第11条（十分な生活水準と食糧の確保）、とりわけ第12条（心身の健康）は①この規約の締結国は、すべての者が到達可能な最高水準の身体及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) 死産率およ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および看護を確保するような条件の創出)、1961年第5回世界労働組合大会(モスクワ)採択の社会保障憲章(①権利性、②給付の必要・十分性、③適用事故の包括性、④被保障者の包括性、⑤権利の平等保障、⑥財源の国・使用者負担及び⑦民主的管理の7原則をかかげる)及び1982年2月第10回世界労働組合大会採択の新社会保障憲章(ここでは61年憲章の7原則に、法の規定は判り易くしなければならぬこと、社会保障に関する決定に対する争訟権の保障が独立した原則として加えられたほか、とくに無料の予防、医療、リハビリテーションの保障が「病気と死に関連した社会経済的不平等を改めるための活動の推進力」として強調されている。82年憲章は「すべての富を創出する労働者に、単に社会的災厄が生じた時の補償だけでなく、その根底にある原因を最大限にとり除く労働・生活条件の保障に対する権利を実現すべき時が来ている」とし、「このため、この新しい社会保障憲章は、社会保障制度全体が基礎とする根本原則の一つとして、健康保護と安全な労働、生活条件を保障するためにあらゆる点で予防を強調している」。また、82年憲章は、「疾病保険」について「労働者、年金生活者及びその家族は、その原因が何であれ、病気の際はいつでも、予防、治療、リハビリテーションの医療措置を受ける権利がある。これらの措置は無料であつ無制限または無条件でおこなわれなければならない」とするほか、労働不能者の所得保障について規定している)¹⁴⁾等に照らし、以下、冒頭にあげた若干の問題点について検討することとしたい。

1. 権利性

- (1) 社会保険では一応権利性は明確であるが、保険主義に根拠が求められうる限り一般財源による公費医療では権利性はあいまいにされるおそ

れがある。

- (2) 公的扶助医療としての生活保護医療では保護請求権(2条)が明記されているが、補足性の原理(4条)からして実際に問題が余りに多いことは周知のところである。

- (3) 公衆衛生立法や社会福祉立法では公費医療を受けるについて権利性が極めてあいまいであることは、これまで指摘してきたところである。¹⁵⁾

なお老人保健法では、40歳以上の住民に医療以外の保健事業として健康手帳交付、健康教育、健康診査、機能訓練、訪問指導等を市町村は行う(20条)としているが、住民が権利としてこれら保健事業サービスを請求しうるよう条例で明らかにすべきであろう。ことに健康診査についてはその費用の一部を市町村長が徴収しうる(法51条、昭和58年厚生省告示27号)とする以上、なおさらである。

2. 被保障者の包括性

たとえば同じ労働者でありながら、その働らく事業所の種類や規模によって、とくに不安定、零細事業所の労働者が逆選択防止という保険主義から今なお健康保険の当然被保険者とされない如きは問題である。

3. 必要・十分性

- (1) 必要とされる全期間について医療給付が受けられねばならないが、最も医療保障の必要度の高い日雇労働者についての日雇労働者健康保険では療養の給付の期間が5年に制限され、傷病手当金も一般被保険者が1年6か月(健保47条)であるのに日雇労働者については原則6か月、結核性疾病のみ1年6か月(日雇健保16条の2④)とされるだけでなく、日雇労働者については一定の受給資格期間(たとえば前2か月間に通常28日分以上保険料納付を要する)が要求されるなど社会保障の趣旨に逆行する差別があり、1984年健康保険法改正で日雇健保法が廃止統合されたにもかかわらず、日雇特例被保険者としてその差別が従来通り残されている上に本人1割一部負担金制度は一般被保険者と同様の適用をうけるというもので、実質的には一般勤労者以上に日雇労働者の家計に及ぼす影響は大き

く、受診抑制も一層強められることになってきている。

- (2) 給付の種類 予防給付としての健康診査が健康保険、国民健康保険ともに認められておらず、その上、国民健康保険では傷病手当金が任意給付とされるにとどまっている。
- (3) 給付の高さ—給付率—1984年10月施行の健康保険法改悪で被保険者本人についてすら費用の2割（1986年3月まで1割）負担が要求されることになった訳であるが、一部負担制についてのILOの次のような批判は当然である。

「たとえば診察や薬について費用負担を要求すれば低所得者集団は医療を受けにくくなり、医療提供者としては自分たちの収入を確保するため所得の高い階層のため、これまで以上にサービスすることになるだろう。我々としては受益者負担が長い目でみて望ましい結果を達成する理想的方法だとは信じない。最も所得の低い集団ほど医療の利用が最も影響を受けるのであり、その限りで、この集団では利用と必要との間に最も大きなギャップがあることになる。これが進めば、もはや、それは「非保険」 de-insurance も同様であり、社会保障の目的全体を破壊するものである。」¹⁶⁾まさにそれは社会保障破壊である。

- (4) 給付の水準 前掲のように国際人権A規約は到達可能な最高水準の心身の健康を享受する権利を保障するためすべての者に医療および看護を確保するような条件の創出を国家に義務づけている。この点からするなら改悪された健康保険法で導入された特定療養費制度は、高度医療とそうでないものとを分け、高い医療費を支払う能力ある者には認めても、一般被保険者に対する保険給付としての療養給付には含まれないものとするので、一般被保険者は高度でない医療に甘んぜよとするもので、まさに人権規約違反である。
- (5) 上記、高度医療を特定承認保険医療機関で受けようとする、特定療養費としていわゆる療養費払い制度となる。このような療養費払い制度の問題性を最も端的に示したものが占領中の

沖縄の医療保険制度であったことは周知のところである。¹⁷⁾

4. 被保障事故の包括性

わが国では母性給付が不十分であるためILO 102号「社会保障最低基準」条約の医療、母性各給付部門の義務をいまだにわが国は受諾できない状況である。¹⁸⁾

五. 誰でも、いつでも、どこでも医療を受けられるか

指定医療機関制度の問題性については既に指摘したことがあるところである。¹⁹⁾

以上のほか、国民健康保険法から外国人が原則として排除されていることなど問題はすくなくないが、紙数の関係で省略する。

おわりに当って、すべてのものに人たるに値する生活を営む権利を保障した日本国憲法にかかわらず、それと矛盾する日米安保体制のもと異常な軍事大国化が政党法制定意図に端的に示されるような、ファッショ的民主主義否定政治とともに推進されている。このような状況を改めさせることこそ、被爆40周年の今年、社会保障の権利を回復するためにも切実に要求されているのである。

文献

- (1), (2) 第5回衆議院厚生委員会議録13号、1949年4月27日、青柳一郎議員の質問に対する政府委員宮崎太一厚生事務官の答弁。
- (3) 同上、宮崎政府委員の答弁。彼は、こう云っている「初診料を一部負担に選びましたのは、初診料は……40円内外である……（これは高額ではない……それからすべての疾病について一部負担をやりますと、手術の何割とか、あるいは処置の何割とかいうようなことで計算をいたしますと、これは非常に煩瑣であります。……それから初診料というものはあらゆる患者が必ず第1回に出すべきもので全患者に及ぶ点で公平性をもっている。こういう意味で一部負担をやるならば初診料、こういうのでやった」と。(前掲会議録5頁)。
- (4) 同上、8頁。
- (5) 同上、11頁。

- (6) 参照、小川「公費医療法の問題点 権利保障の点からみた 『日本社会事業大学研究紀要』20集、1972年、71頁。
- (7) 朝日訴訟運動については、朝日訴訟運動史編纂委員会編『朝日訴訟運動史』草土文化、1971、小川編著『社会保障裁判』ミネルヴァ書房、1980年参照。
- (8) しろがね診療所事件については、小川『権利としての社会保障』勁草書房、1964年、167～169頁。
- (9) 本法の成立の経緯、背景、問題などについて、小川「被爆者援護の法的考察若干」日本社会事業大学編『現代日本の社会福祉』勁草書房、1976年、参照。
- (10) 加藤健保事件について、小川、前掲『権利としての社会保障』149～152頁及び小川編著、前掲『社会保障裁判』所収の笹木俊一氏論文参照。
- (11) 参照、小川、前掲「公費医療法の問題点」72～73頁。
- (12) 第一次藤木訴訟について、小川「問われる生活保護行政 藤木訴訟」『現代法ジャーナル』勁草書房、1972年10月。小川、前掲『社会保障裁判』所収、大山博氏論文等参照。
- (13) とりわけ戦後社会保障立法の展開と特質については、小川「社会保障法の史的展開」民主主義科学者協会『法の科学』10号、1982年10月、日本評論社、参照。
- (14) 61年憲章と82年憲章について、詳しくは近刊、小川編著『人権としての社会保障原則』ミネルヴァ書房、参照。
- (15) 小川『社会保障権と福祉行政』ミネルヴァ書房 1974年、第1章参照。
- (16) I L O, “Into the twenty-first century: the development of social security” 1984, p. 65。
- (17) 参照、小川「沖縄の社会保障と『一本化』政策—最悪の基地と最低の医療保険— 『世界』286号、1969年9月号。
- (18) 参照、小川「婦人と社会保障」、黒川俊雄、嶋津千利世、犬丸義一編『講座・現代の婦人労働』第3巻、労働旬報社、1978年。
- (19) 参照、小川「患者を拒否する指定医療機関制度—パイプかシャッターか」『医療と人間』第1号、勁草書房、1973年。

本稿は、1984年7月28日、富山市で開催された社会医学研究会での講演をもとにしたものである。1985.3

老人保健法発足後の諸問題

—市町村財政との関連で—

保 坂 哲 哉

(金沢大学経済学部)

1. 老人保健法と市町村の役割

老人保健法が発足してのち、市町村財政との関連でどのような問題がでてきているか、というのが第25回社会医学研究会総会シンポジウムのレポーターとしての与えられた課題であった。しかし、市町村財政データが利用できないなどの制約があるため、実態に即した問題の指摘というよりは、制度的仕組みのうえでの問題点、ないしはそれらに起因して生ずるであろう問題についてのコメントを試みることにしたい。

市町村は、老人保健法に関して3つの役割を担う。まず第1に、市町村は老人保健法にもとづく医療の実施主体である。同時に同じ法律に規定された医療以外の保健事業の実施主体でもある。そして第3に、市町村は老人医療のための費用を分担すべき国民健康保険の運営主体である。このような役割の分化に対応して、これら3事業の会計もまた分離されている。『地方財政白書』の分類によれば、国民健康保険と老人保健医療（上記のうち第1の医療事業）は、それぞれ別個の地方公営事業会計に属し、医療以外の保健事業は普通会計のなかで処理される。

老人保健法は、医療と医療以外の保健事業を総合的に実施するところに特色があるとされているのであるから、その成否は、市町村がこの責任をうまく果せるかどうかにかかっているといても過言ではない。しかしながら、この二つの事業に

関して与えられた制度的枠組ないし行政指針はきわめて対照的である。すなわち、医療に関してはできるかぎり忠実に法律の規定をまもることが要求され、都道府県を含む自治体の単独事業による上乘せは「制裁」の対象とされかねないような状況である。他方保健事業については、法律の規定や厚生省の指示する実施基準をむしろ越えるような創意工夫と独自の努力が奨励され賞賛される。医療以外の保健事業の実施責任は、老人保健法によって新たに与えられたものであり、基準内の事業は国庫補助金の支給対象になるが、その責任は行政的にも財政的にも大変重いものと考えられる。とくに医療と合わせて総合的に実施することは、ハイ・レベルの企画力、すぐれた行政手腕、地域社会を組織化する能力、関係諸機関、諸団体の間の意見と利害の調整能力、さらには多くの労力と費用を要するなかなかの難事業である。人口数百万の大都市から人口2,000に満たない小村にいたるまで、多様な条件を抱えた3,000余りの市町村が、すべてこのような老人保健事業の実施責任を十分果しうるのであろうか。それを可能にするための基礎的条件はなにか。2つの点に絞って以下述べることにしたい。すなわち、第1は市町村の老人保健事業実施体制の中心にあって指導的な役割を果すべきマンパワーの確保・配置の問題である。財政という概念は、お金の出入りだけを問題にするという狭い考え方を排し、より広く資源の確保、配分、利用一般にかかわるものと考えべきであろう。われわれは、ここではマンパワー、

なかでも中心的なマンパワー資源に注目することとする。第2のポイントは、老人医療費の分担問題である。今回導入された新たな老人医療費分担の仕組みが、市町村財政に対してもつ意味と問題点が指摘されよう。

2. 市町村老人保健とマンパワー

老人保健法では、医療費保障に片寄っていたこれまでの医療事業を、予防やリハビリテーションを重視し、在宅ケアを中心とする包括的、総合的な保健事業へと転換することが企図されている。この目的を実現するためには、資源の流れを変え、医師と住民を含むすべての関係者の態度の変化を促すような制度的、財政的改革がかなりドラステックに行われることが不可欠であると思われる。しかし、果してそのような措置が老人保健法のなかに組み込まれ、財政的な裏づけがなされたのであろうか。この問題に関連して一つのポイントだけを取り上げよう。

「本格的な高齢化社会の到来に備えて健康な老人づくり」をするという老人保健法の主要なねらいの一つを、各市町村が責任をもって実現するためには、勤務形態はどうあれ、市町村の総合的保健事業の担い手となるコミュニティー・ドクターが必要なのではないか、というのがそれである。老人保健法における総合的保健事業構想のモデルとされた例をみると、例外なくそういう役割の担い手が登場することは周知の事実である。これらモデル・ケースの活動、組織、業績を分析することによって、コミュニティー・ドクターの性格と役割を導き出すことができるはずである。

トム・ヘラー（Tom Heller）は、1978年の著書¹⁾において、イギリスの国民保健サービスを「コミュニティー全体（whole community）」アプローチの方向へと転換すべきことを提唱した。伝統的な1対1の医師・患者関係に立った医療が多く欠陥を持つことを指摘したうえで、彼は「コミュニティー診断（community diagnosis）」を確立する必要があることを説く。コミュニティー診断の内容についての具体的な提案はなされてい

ないが、次のような設問によって例示されている。（脚注）

Tom Heller, *Restructuring the Health Service* (Croom Helm, London, 1978). 以下の議論は第6章において展開されている。

- (1) コミュニティーのなかの誰が病気で、どんな病気に罹っているのか。
- (2) その病気を引き起す原因はなにか。
- (3) 病気に罹っているとき患者はなにをやるか。
- (4) 病気を予防し、それを克服するために、現在どのような施設や組織が用意されているか。

伝統的な個人主義的医療や公的サービスは、いわゆる氷山の一角現象の問題を解決することもできないし、したがって病氣とそれに悩まされている患者の問題に適切に対応することもできない。上記の最初の3つの設問に対する情報をコミュニティー・レベルで提供できないことは、現行システムの基本的な欠陥である。国民保健サービスの組織改革によってコミュニティー医（community physician）が組織の枠内に組み入れられたが、ヘラーが提唱するようなコミュニティー診断を実施し、コミュニティー全体アプローチを推進する役割を担う条件は整ってはいない。

老人保健法は、法律の条文のうえで40歳以上の国民を対象とする新保健事業の実施責任を市町村に押しつけ、僅かな財政的補助を予算に計上したが、ヘラーがいうような意味での方向転換を現実に可能にする制度改革、組織再編を怠っている。人口規模その他の条件が大きく異なる3,000余の市町村について一律な対応はできないが、行政医官、public health doctor、臨床医という分業形態を越える協力組織ないしはマンパワーの再配置が、老人保健法の前記目的を実現するためには、不可欠なのではなかろうか。農山漁村部では、複合的な機能をもつ医師と保健婦が確保できれば、おそらくヘルス事業における成功はかなり保証されるであろう。それに対してマンパワーの量的確保が比較的容易な都市部では、開業医、病院、保健所等の間の一定の分業、競争関係を前提にしつつ、他方では住民の組織化をも進めなければならないから、違ったタイプのマンパワーがヘルス事

業の総合性を保つために必要とされるであろう。

ヘルス・マンパワーの養成は、若干の例外を除いて市町村の仕事ではない。それゆえ、新しい事業のためにヘルス・マンパワーを確保することは、多くの市町村にとってはかなり困難な仕事であろう。市町村によって確保の条件にかなり差があるので、かりに人件費補助の制度があっても、その額や運用方法によっては、かならずしも有効、適切な手段とはなりえない。自治体側に選択の余地が残されるなら現物給付のほうが望ましいかもしれない。ヘルス資源を動員するために経済的インセンティブに訴え、市場システムを通じてマンパワーの確保が行われるのであれば、市町村の財政力格差を反映する資源動員量の差が生れ、地域的な医療資源の分布の片寄りは拡大されることはあっても縮小されることはない。都市部では人も金も動員するがヘルス効果があがらず、農山漁村部では人も確保できず金もないので活動できない、という事態が起ることがもっとも懸念される。

3. 老人医療費の負担配分

予防、健診事業は、いわば先行投資として長期的利益を期待して行われ、初期コストは高くつくが、やがて医療費の減少につながり、予防、在宅ケアへの重点移行が進行して、医療資源配分の流れが変化する、というのが老人保健法の長期展望の理想主義的な理解である。このような理解のもとでも、制度発足時の財政的、行政的条件は悪いので、一般的にいつて財政状態が苦しく定員を抑えられている市町村が先行投資の要請に応え、ヘルス・マンパワーの実質的な確保を行えるかどうか懸念されていた。もう一つ、老人医療費の新しい分担方式が市町村財政にとって果してよい効果をもたらすかどうかについても、強い疑念が抱かれている。老人保健法の企図された目的は、上記の理想主義的理解にもかかわらず短期的なものであることは、その後次第に明らかになってきた。国庫負担、とくに老人医療費に関する国庫負担の削減がそれであり、本人負担の導入、老人用の診療報酬システムないし老人病院システムなどの諸手

医療保険諸制度間の負担の片寄り (％)

制 度	総賃金所得分布 (1)	実際保険料負担額分布 (2)	左のうち本人負担額分布 (3)	(3)-(1) (4)
政府健保	29.9	34.5	30.0	+0.1
組合健保	29.8	31.0	23.3	-6.5
共済等	14.1	14.8	13.0	-1.1
小計	73.8	80.6	66.3	-7.5
国保	26.2	19.4	33.7	+7.5
計	100.0	100.0	100.0	—

資料：『社会保障統計年報』および『国民健康保険実態調査』より計算

段がそのために採用された。国家財政の枠内では、節減された老人医療費の一部を保健事業の国庫補助財源に転用することは可能である。しかし、市町村財政の仕組みのなかでは、そういう流れは直ちには起らないし、国保財政への負担軽減効果も、国庫負担削減とセットになれば生じるべくもない。この点については、もう少し時系列データが出揃うのを待って、量的分析を試みる必要がある。

われわれがここで取り上げたいのは、「老人医療費を国民が皆で公平に負担する」という老人保健法のもう一つの狙いに関連する問題である。老人医療費は、旧制度のもとでは、老人加入率の高い国保の負担割合が相対的に高くならざるをえなかった。新しい老人医療費財源負担方式では、加入者按分方式が取り入れられたかぎりでは、各種保険制度間での部分的な財政調整が行われることになった。けれども、新たに導入された財政調整ないし財源のプールは、公平負担という目的には程遠い不徹底なものであったことは、広く指摘されるとおりである。しかも加入者按分を50%採用するという当初の構想からも年々乖離しつつある。

老人医療費にかぎらず、医療費全般の負担の公平性という点では、これまでも各種医療保険制度間の負担の不均衡が指摘されてきた。公平性の基準をどう決めるか、実際の指標になにをとるかについても議論のあるところであろう。公式に発表されている各制度加入者の賃金・所得データを使って、負担能力のもっとも基本的な指標であり、保険料賦課の基礎でもある賃金・所得の制度別分布を調べ、それを実際の保険料負担額の制度別分

布と対比することによって、保険料負担がどの制度に片寄って賦課されているかを示すことができる。百分率で表わされた賃金・所得の制度別分布は、各制度に統一的な保険料率（賃金・所得に対して定率の）を賦課した場合の保険料負担額の制度別分布に一致するからである。昭和56年度のデータを使って比較すると次表のとおりである。実際の保険料負担額の分布は、事業主負担を含む総負担の分布のほか、本人負担分のみの分布をもあわせて掲げた。国保保険料は、事業主負担がなく本人負担だけであるから、この本人負担保険料の制度別分布を、賃金・所得の制度別分布と対比し、両者の差をとったのが次表の最終欄の数字である。プラス記号は超過負担、マイナス記号は過少負担であることを示す。国保と被用者保険の間では7.5%の過不足がある。金額にするとおよそ3,300億円になろう。老人保健法において加入者按分率を50%、100%とした場合の国保保険料軽減額1,060億円、1,800億円（昭和56年度分についての厚生省試算）に比べてかなり大きいことは明らかである。以上、老人保健法の二つのねらいに関連して、二つのポイントを取り上げたが、いずれも不徹底な改革にとどまっていることが明らかにされたと思う。理想主義的理解と表現した老人保健法の長期的目的の実現はおそらく困難であろう。

老人保健と保健所

西 正 美

(石川県厚生部)

新たに制定された老人保健法は、その事業主体を市町村と定めたが、戦後の我が国の公衆衛生、とくに地域保健を支えてきた保健所の位置づけをあらためて問いなおす画期的なものといえよう。つまり、戦後の地域保健が、保健所と市町村（政令市を除く）の二重構造で構成され、市町村が実施主体となる各種保健衛生関係事業においても、この二重構造を踏襲し、保健所が市町村に対し公衆衛生の専門指導機関として存在してきたが、老人保健法では、保健所に市町村に対する指導あるいは援助を行うことを規定しているが、市町村には保健所の指導を求めることを定めてはいない。

このことは、この法律が老人福祉法を下敷きとした部分があり、福祉サイドの視点からの発想をもつところから、保健所を含む地域保健システムを十分理解しえていないくらいはあるとしても、保健所の公衆衛生の技術力及び行政能力の無力さを暗示するともいえよう。一方、市町村は、過去の経験に基づいて、保健所を単なる検診機関としてのみ考えていた節もないではない。このような保健所の無力さと、市町村における認識不足など、両者の乖離のままでは、地域保健システムは崩壊し、老人保健も画餅となり、住民の健康管理も十分に達せられないことになりかねない。

老人保健法を、単なる医療費抑制の手段にとどめるのではなく、健康管理体制の強化を図るものとするためには、保健所の指導力をたかめ、保健所と市町村からなる地域保健システムの見直しと強化を図らねばならない。

保健所の基本的機能として、①公衆衛生診断、②地域保健・疾病管理、③地域保健情報管理、④

地域保健行政指導などが挙げられるが、結核管理をはじめとする社会防衛的的疾病管理等、保健所の歴史の中で培われた技術を活用する地域保健・疾病管理や、人口動態統計、伝染病統計あるいは保健所運営報告等の保健情報の処理経験による保健情報管理は、その基盤を有しているが、公衆衛生診断や行政指導力は本来付加されている態勢でありながら、その実効を挙げている保健所は極めて少なかった。

その理由として多くの点が指摘されようが、こゝではマンパワー、とくにその質と相互の連けいの不備と、行政指導力の脆弱さについて触れてみたい。

1. マンパワーの強化

保健所には医師、保健婦、栄養士、臨床検査技師、診療放射線技師等の専門職をそなえるのに対し、一般の市町村では多くは保健婦のみを有するにすぎない。公衆衛生診断は公衆衛生の専門職それぞれの職能を駆使し、その総合の上に行うものであり、その診断結果に基づいて各種の具体的施策が決定されなければならない。従って、地域における公衆衛生診断を行う専門機関は保健所であり、市町村に対する公衆衛生的指導も、こゝに根拠があろう。

しかし、これらの専門職も現行の教育制度の中では、必ずしも公衆衛生の専門職として育てられる訳ではなく、それぞれの基礎科学の学習を終えて巣立つもので、多くは卒後現任訓練の中で公衆衛生の専門職として育てなければならない。とく

に市町村との連携において重要なのは保健婦であるが、保健婦は基礎的養成課程の中で公衆衛生の専門職として育てられる数少ない職種の一つである。公衆衛生においては視野の広さは不可欠であり、とくに老人保健の実際にあっては、福祉・医療・保健を含む総合的な老人保健の認識とその対応が求められるもので、保健所に勤務する保健婦への期待は、その時流への適応と相互調整なのである。老人保健法の施行にあたって、関係職員の研修についても予算化されており、その充実を図ることは急務である。

保健所保健婦の質が、市町村での老人保健事業の有効な企画立案に及ぼす影響の大きさを考慮すれば、公衆衛生診断に参加し、市町村への指導の窓口ともなる保健所保健婦の質の向上を図る研修は重要である。狭い意味での保健指導の技術論の問題ではなく、地域保健全体の中における保健婦活動のあり方についての判断力や総合化への調整、とくに市町村の保健事業の整合性への調整能力が期待されているが、この種の能力開発がやゝ手薄であったことは否めない。したがって、保健所保健婦の視野拡大と調整能力向上の研修が重要であろう。

さらに重要なことは、公衆衛生を専攻する医師の充足である。近い将来、医師過剰時代が到来するというが、現実には保健所医師不足は極めて深刻であり、保健所機能低下はこれに起因するといっても過言ではなからう。

2. 行政指導力の強化

保健所の歴史の中で、戦後のGHQの背景があった時期を除けば、保健所が市町村に対して強力な行政指導力を発揮し得た時はなかったのではなからうか。予防接種法・結核予防法等に基づく保健所長の指示、学校保健法等に基づく保健所長への報告等法的に規定された指示、報告、届け出あるいは連絡でさえ十分に行われているとはいえない。保健婦助産婦看護婦法による保健所長の指示も無視されることが多い。直接、法に基づかないスーパーバイズやアドバイスでは、なおさらであ

る。

このような保健所の行政指導の空洞化は、極めて複雑な経緯や理由があるところではあるが、地方自治の歴史やその成熟過程とも無関係ではない。行政がすぐれて財政力に影響されるのは昨今の行政改革の風潮を見るまでもなく、容易に理解できるところである。日本における中央の各省庁をはじめとし地方公共団体にいたるまで、その行政力の強弱はその背景の財政力と軌を一にしている。そのことの是非をこゝでは論じないが、現状とその背景の認識の上にとって老人保健が住民にとって有効なものとなる方策を探ることも重要であろう。

市町村に対する地域保健に関する保健所の行政指導は、本来公衆衛生の技術的専門の側面を重視するものであるが、専門性に基づく指導のみでは、市町村の保健衛生向上のための十分な効果を期待できず、それはその背景である財政への配慮あるいは発言力の乏しさにあったことは否定できない。かつて保健所は技術的側面のみを担当することで、事足りりとする風潮もないではなかったが、公衆衛生を実効あらしめるには、公衆衛生における財政運用も十分理解し、これに対する指導力も具備しなければならない。とくに昨今、ようやく公衆衛生の分野でも費用便益の考え方がとり入れられるようになってきたが、このような視点は老人保健においても重要である。

実務的には、市町村の老人保健事業の公衆衛生的技術面のみならず財政運用面も含めて、保健所が指導監査を行うことで、保健所も力をつけ、市町村も単に技術面の指導のみならず保健衛生の行財政全般についての指導の保健所の力を必要とするようになる。一見公衆衛生とは直接には関係が薄いようにみえる各事業の補助金申請関係の書類をチェックすることも、市町村事業における財政事情や効率的な財政運用を知り、公衆衛生の技術の適応の有効性を判断するのに有効である。

これまでの公衆衛生関係の各種補助金等の申請等は、多くは保健所を素通りあるいは無関係に事務が行われていたが、上述のような考え方で事務を行うと、事務能率が若干低下するという非難が

ないではない。しかし、公衆衛生の総合的効率を向上させるため保健所の指導力を強化するためには、長期的展望にたって判断することも必要であろう。

以上二つの問題点を挙げて言及したが、いずれも老人保健に特有のことではない。しかし、新たな制度として老人保健法が制定されたことは、こ

れを有効なシステムとして組み立てていくチャンスである。老人保健制度の中で、地域保健の保健所と市町村の二重構造が見直され、保健所と市町村が一つのユニットとして定着し、さらには他の分野にも拡大できれば健康管理が住民のものとして根づくことになろう。

老人保健法施行後に見たもの

林 誠

(寝たきり老人を守る会)

老人保健法が施行され、2年になります。一般には老人保険法の言葉を聞いても、その内容が、いかなるものか熟知されず、また、医療に関係の無い方や、健康な方々は、これに対して無関心であった。ところが今日になって、そろそろ、老人保険法及健保法の改正に対して、不平不満をもらす声が各方面から湧きおこってきた。特に数年来寝たきり患者の方に接してきた者にとって、やりきれない心情で一杯である。医療には素人の私ですが、戦前・戦中・戦後を生きて来て、その間に見聞し、体験したことを基として、戦前・戦後の日本の家族構成と医療の移り変りを述べてみたい。これは飽くまで、私の個人的見解であることを、初めにことわっておきたい。

1 戦前・戦後の家族構成と医療の移りかわり

イ. 高齢化社会への移行

戦前、政府の政策として、「産めや、殖やせ」の大号令が発せられ、国民は現在では考えられないように、子供を産んだ。私の知る最も多い人数は確か、14人という記憶があり、新聞にも記事として掲載され、知事からの表彰もあったように記憶している。この時に産れた子供たちは戦争に参加することもなく、そのまま育った。また、戦後、復員して来た方々によって、急速に数年間、出生率が向上した。この方々が現在、50歳前後の年齢層となって来ているのである。

ロ. 核家族の増加

戦前の日本は、祖父母・両親・子と三世代で一家族をなしていた。そして、共に助け合いながら、一家族が仲良く、強い心のつながりがあった。貧しくとも、楽しさ、豊かさがあった。ところが、敗戦によって、憲法が改正され、「自由と平等」が与えられ、経済復興が急速に進み、生活が豊かになった。誠に結構なことである。その間に、家族構成も変化し、親子は別居生活をし、核家族が日を追って増加した。それは一応是としても、一面大きな歪が生じつつあることは見逃し得ない。

昭和60年1月8日の厚生省の行政基礎調査によると、年寄りだけの世帯が300万世帯を突破し、全世帯に占める割合も8%を超えている。男65才以上、女60才以上の老夫婦や、独り暮らしの高令者世帯は、302万1000世帯、前年に比べて、22万9000世帯、8.2%増加している。全世帯に占める割合も年々伸び続けている。核世帯総数は、2260万8000世帯と前年より、36万8000世帯も増加し、全世帯数の60.6%を占めている。このような傾向は今後共に増加の一途を辿るであろう。

ハ. 売薬から医療機関へ

戦後、暫くは、各家庭には、「富山の薬」として、大きな紙袋に、風邪薬、腹薬、虫下し薬、創薬等が入れてあり、年に1回、大きな紺色の風呂敷に葛籠を背負い、交換に来た。病気になると、自己診断をして、その袋の中の薬を選んで服用した。余程、重い病気にならないと、医師の診断を受けることはなかった。また、その当時の医師は

1人で各科を受け持ち、その出来る医師は名医とされていた。だから当然、長生きする者が少なかった。

その当時、私の部落では、60才になると村の元老であった。戦後、或は戦前からあったのかも知れないが、健康保険制度が導入され、国民皆保険となり、凡ての人が安価で、よい医療を受けられるようになった。最初は、健康な者は、「医療を受けないのに毎月、保険料を支払うなんて……」という不満の声もあったが、現在では定着している。

その他、行政では、住民の健康を維持するため、あらゆる方法で健康診断を行い、病気の早期発見早期治療に全力投球をした。また、法的に、危険な伝染病に対しては予防接種をして、住民の健康維持に努力した。

それと平行して、医療の進歩・良い薬の発見、栄養の指導と向上等により、国民の生命は、ぐんぐんのび、今では世界でも長命国となった。加えて、老人医療無料の制度もできた。その結果、誰もが安心して早期診断・早期治療を受けるようになり、長命につながる要因となった。

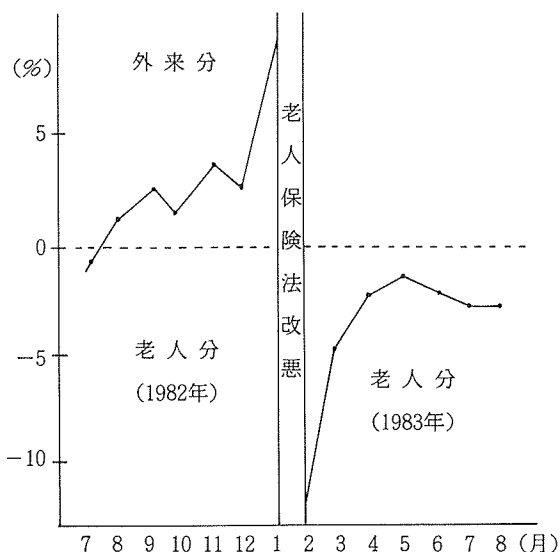
ところが、一部には「病院は、老人の集会所か。」と陰口を言う者もいたが、長い間、身心を酷使すれば、年老いて、いろいろ病気の出てくるのは当たり前である。特に、老人は複合的に病気になる、治療にも日数がかかる。

ところが、厚生省では、赤字保険解消のため、まず老人に目をつけ、老人保険法を制定した。それに加うるに、保険料の値上げ及び健保法の改正に踏みきった。漸次、健保法の原点を見失い、再び、昔にかえるような姿を見せてきている。憂うべき現象である。

二. 受診率の低下

図1で見られるように、昭和58年2月の受診率は急激に低下していることは、如実に老人保険法の施行の結果であることは明瞭である。その後も復帰しているようであるが、以前に比較して、受診率は低下している。病院関係の方々に聞いても、以前よりは入院患者が減少しているとのことであ

図1 受診率動向 (対前年同期比)



(全国保険医団体連合会

北信越ブロック発行誌より参照)

る。老人の殆んどが、財産もなく、年金生活をしているのである。医療費が必要となれば、軽い間の病気の時は、どうしても医師による診断を控え目にする。そして、売薬ですます。その結果、どのようなになるのかは明瞭である。悲しむべきことである。

2. 老人保健法実施後に見聞すること

「寝たきり患者を守る会」の手伝いをしている関係から、一昨年暮頃から、いろいろな相談が持ち込まれ、力不足で、応じきれないで困っている事実を述べたい。

事例-1

9年程前から、A病院に入院している。現在85才の老母、家は1人息子で、自営業しながらのサラリーマン、家の仕事は嫁が中心に行っている。老母の病気は軽い循環器系であり、喘息である。2~3年前から、軽いボケ症状がでてきた。この患者が病院側から在宅でと退院させられた。家は嫁も共に働かねばならず、また、いつ、病気の発作がとの不安がある。どこか入院させられる所はないものだろうか、との訴えであった。公営の療

図2 特別養護老人ホーム入所待機者調査

- 56年は調査していない
- 58年度の申請者を調べたところ10名が、すでに死亡していた。そのうち入院は6名、在宅は4名(5/28)

金 沢 市 1984・5

	57年												58年												59年			
	4月	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4			
待機者総数	15	21	18	18	15	20	25	26	27	24	32	46	43	51	55	61	72	81	88	97	99	114	125	128	128			
在宅	6	14	10	9	8	14	15	11	13	15	11	15	22	23	26	29	37	43	43	46	46	58	64	59	60			
入院	9	7	8	9	7	6	11	14	14	9	21	31	21	28	29	32	35	38	45	51	53	56	61	69	68			

└羽咋に特養新設6名入所

└松任に特養新設11名入所

図3 老人健康検診の推移

(老人保健法施行前と後の比較)

前後対比	老人保険法施行 前		老人保険法施行 後								
対象年齢	65才以上		65才~68才	69才以上							
検診項目	(一般)	(精査)	(一般)	(精査)							
	問診 診察 理学診 尿(6項目) 血圧 貧血	循環器機能 すい臓 前立腺 胃透視 腎機能 肝機能 糖尿 呼吸機能 栄養状態 炎症有無 (精検項目47項目)	問診 診察 理学診 尿(3項目) 血圧	循環器機能 貧血 糖尿 胃透視 胸部X-P 肝機能 (7項目)							
費用	無料		65才~68才 一般 100円 精査 1,000円◎	<table border="0"> <tr> <td rowspan="3">}</td> <td>胃透視</td> <td>2,500円</td> </tr> <tr> <td>胸部</td> <td>400円</td> </tr> <tr> <td>肝機能</td> <td>800円</td> </tr> </table> 69才~ 無料 ◎については一部負担 400円	}	胃透視	2,500円	胸部	400円	肝機能	800円
}	胃透視	2,500円									
	胸部	400円									
	肝機能	800円									

図4 すこやか検診(金沢市)(有料)

30才	♀	子宮ガン, 乳ガン, 甲状腺
35才	♀	子宮ガン
40才	♂♀	一般, 肝, 胃, ♀子宮ガン
50才	♂♀	一般, 肝, 胃
60才	♂♀	一般, 肝, 胃

養機関は満床、老人病棟を持つ、B病院でも断わられた。現在、個人の病院に頼んであるが、いつ退院させられるか不安である。

事例-2

一昨年暮頃から、漸次、ボケ症状がでて、日を

経ると共に、重くなる。家は農業、老夫婦2人暮らし、昼は誰もいなくなり、この間に、出歩いたり、火の仕末が心配である。本人は時々頭痛を訴える。2~3の病院に入院することを懇願したが断わられた。

以上2つの事例を書いたが、このような、ケースは、まだ、他にもよく聞く。入院中の老人が家庭療養をさせられているとか、老人が入院希望を申し入れても、長期化する病気については、非常に門が狭いのも、一因は老人保険法に原因があるとも聞いている。

また、最近医師の方々からも、「在宅医療」という言葉をよく聞く。介護可能な条件のある家庭ならば、(一部問題はああるが) それでもよいが、実は大変なことである。核家族の増加している今日、老夫婦のみの家庭に、引き取って介護したい気はあっても、共倒れという危険性を含んでいる。また、二世以上世代の家庭にあっても、一人の要介護者が在宅であることによって、如何に生活自体が抑制されるのか筆舌に尽くしがたいことがある。何れにしても、至難な要素が数多く残されているのが現実である。

健康検診の受診率の低下

次に大きい問題は、毎年実施していた健康検診である。常に自分の健康を把握し、その上で、適宜の運動・休養・栄養等を取り、いつまでも健康であることが望ましい。老人保険法施行以前は、図3で見ると、65才以上の老人に対しては無料で実施していたのである。各職場で働いている方は、各職場で強制的に健康検診を実施している。ところが、老人保健法施行後は有料化された。その結果、老人の健康検診の受診率は低下している。私の住んでいる市でも、春の通知で受診率は非常に低下しているの、秋に再度受診する様に通知を出しているような状態である。私自身65才の健康検診の通知が来ましたが、未だ受診していない。長い間、待たされ、いろいろ検査される繁雑さ、それに身体に異常が自分で認められない現状で、費用を払ってまで受診するという老人は少いのではないか。老人は僅かの年金生活をしているのである。1円でも節約したいのが、老人気質である。その心情を考えて実施しないと、思うような受診率にはならないと思う。今までは、無料ということで受診していた方が数多くいたことを認識すべきである。

3. 福祉行政に早急をお願いしたいこと

今までに述べて来たように、高令化社会に、又核家族化の急速に進む今日、それに加えて、老人保険法施行後、医療機関から、在宅療養を申し渡され、止むなく在宅療養者の増加するこれからの時代において、患者・家族から強く要望されるこ

との、2~3を抜粋して述べてみたい。

イ. 中間的医療施設の増設

図2の通り、家庭で、病院で、特別老人ホームに入所を希望している数は、私の在住している市においても、毎月急増している。この表に加うるに、+ α なる人数があることを忘れてはならない。そこで、医療機関から在宅療養を申し渡されて退院したが、家庭では介護能力のない患者の収容、及び、家庭で介護していても、その家庭の事情で、例えば、冠婚葬祭等により、数日間、どうしても介護し得ない状態になることがある。このような患者の即時、収容できる施設、また、その施設で、リハビリ・治療・生活相談等の可能な中間医療施設を早急に増設してほしい。

ロ. 在宅療養患者の利用できる入浴施設を増加してほしい。

寝たきり患者にとって、入浴が如何に必要であり、また、患者も大変喜ぶことである。ところが、家庭で入浴の困難な患者に対して、寝たままに入浴出来る施設を増設して、1週間に1回くらいは入浴可能な計画を立てて設置してほしい。

私の居住地では、市がある施設に依頼して、市の車で送迎し、入浴させている。また、巡回入浴車で、患者の家に訪問して実施している。患者は非常に喜んでいて、その日の来るのを待ち望んでいる。しかし、その回数は、1ヶ月~1ヶ月半に1回で、冬季は休業である。早く、通年で、週1回の目標で設置してほしい。

ハ. ホームヘルパーの増員と教育

ホームヘルパーは市町村に採用されているが、実際には訪問回数が少なく、漸く来て頂いても、指示事項が多くて、奉仕が少い。また、人間関係においても、いろいろと難しい問題がある様に聞いている。ヘルパーをもっと増員し、訪問回数を少くとも週1回くらいに増加し、患者・家族と顔なじみになり、奉仕を中心において、相談や指導をするようにすれば、少しでも問題が解決されるのではないか。そうするには、ヘルパーの教育を専門的に、人間的にすることが必要である。

以上の他、まだまだお願いしたいことがあるが、

最後をお願いしたいことは、患者や家族の声に耳を傾けて、血の通った福祉行政を切をお願いしたい。

4. 医療機関をお願いしたいこと

ある日、突然病魔に侵され、倒れたその日から、患者及家族は暗い毎を送らねばならない。「病気は治るだろうか。」「社会復帰はできるか。」「経済的にどうすれば…。」「生活設計はどうすれば…。」と、いろいろな心配がでてくる。老夫婦或は独り暮らしの老人家庭はなおさらのことである。

この時、医師・看護婦の一言一言がどれだけ心理的に大きな影響を与えるか計りしれない。

次に、2～3特をお願いしたいことを述べてみたい。

イ. 栄養指導について

入院中は、病状におおじて食事が出されるが、それ以外に、副食や間食を患者が要求する。また、退院後の食事の摂取に条件の加わる病気がある。それで、患者及家族に対して適切な栄養指導を具体的に実施されれば、どれだけ助かるかもわからない。特に病気の中には食事療法が最も必要であるものがあると聞いている。私の知っている病院では、患者を抱えている主婦に対して、ある時はグループで、ある時は、個人的に栄養士を中心に、実際に調理し、指導して、大変に喜ばれている。

ロ. リハビリテーションの指導について

特に、在宅寝たきり患者になった本人、及び家族に対して、家庭で出来る最低限のリハビリテーションの方法を指導してほしい。入院中に患者並に家族に対して、在宅になった時の必要な看護講座のようなことをして、具体的に実地で指導してほしい。

特に、これからは、一般の人でも家庭で出来る簡単な介護の方法を身につけさせておくことが大変大切なことになるのではないかと。

ハ. 退院に際して親切な指導を

病気が完治して退院する患者・家族は何の心配もなく安心して退院出来るが、社会復帰が出来な

くて退院させられる患者・家族は大変な不安を抱いている。そこで、この患者・家族に対しては、この患者はあくまで自分の患者であるとの意識のもとで、医師・看護婦から親切な助言があれば、非常に助かる。「異常があれば、いつでも来てください。呼んでください。すぐに診察してあげますから。」と、この一言がどれだけ患者や家族を勇気づけ、「あの先生や看護婦さんは、いつも自分をみてくださる。」と。そこに、医師と患者の信頼関係が出来て、病気も快方に向うであろう。

ニ. 訪問看護を積極的に

在宅寝たきり患者に対して、既に、私の居住地では、2～3の病院で訪問看護を実施している。これも、殆んどが奉仕であるとのこと。

患者の家庭に訪問し、リハビリテーション、入浴、身体の手入れ、患者・家族からの相談等々、親切に行い、大変喜ばれている。この病院では患者が退院しても、自分の患者であるという意識のもとに、決して見放してはいない。在宅療養患者の増加している今日、この制度を強化し、積極的に実施し、行政もこの行為の裏付けをしてほしい。ホームヘルパーと協力・連絡をしながら、患者本位の奉仕の精神で実施するならばいろいろある問題も解消するのではないかと。まだまだ要望したいことはあるが、要するに医療は、医師・看護婦と患者・家族の信頼関係があって、始めて可能である。

現在、老人保健に続いて、健保法の改正が実施され、早期診断・早期治療が漸次遠のいていくのではないかと疑念を懐いている。

昭和59年末に、健康保険の財政が黒字になったとの報道があった。この事実は喜んでよいのであろうか。裏には、悲しむべき事実がかくされていなければよいかと願うものである。一日も早く老人医療の原点に戻って、国民のため、本当に幸せな健保法に立ち戻り、真の福祉国家になるよう祈って止まない。

医療法「改正」の狙いと地域医療の将来

山下 節 義

(奈良医大衛生)

1. はじめに

近年の保健・医療をめぐる動きはかつてなく激しく、厚生省幹部が「大きな時代の流れ、変動を感ずる」¹⁾と語ったと伝えられているように、まさに「激動期」というにふさわしいものがある。1970年代にはじまった「上からの地域医療」の動き⁶⁾は、国家財政危機の深刻化、国民医療費の高騰をテコに、臨調路線の流れののって、医療費適正化とか高齢化社会への対応を口実に、今や医療制度改革をも伴った動きへと拡大されてきている。

一昨年、老人保健対策を名目に登場してきた老人保健法は、法に規定されている3年以内見直しに関連して、老人医療の定率有料制導入への「一部負担の見直し」が提起され、更に、目下動きはじめている「中間施設」問題検討の結果いかによっては老人保健法に取り入れることもありうる制度改革をともなった法「改正」も示唆されるに至っており、老人保健審議会での「見直し」論議がはじまっている^{3,8)}が、この法律によって、老人医療有料化による需要抑制で医療費抑制がおこなわれるとともに、地域保健の領域にも、大きな変化がもちこまれてきたが、更に、昨年には健康保険法「改正」によって医療需給の面での手直しによる医療費抑制がはかられるなど、医療保障を大きく歪め、医療の「自由化」を拡大し、「産業化」への道を開き、国民負担を拡大させる事態をうみだしてきている。そして、今また、医療法「改

正」で、医療制度「改革」の突破口が開かれようとしている。

こうした一連の動きによって、開業保険医の生活の面で、あるいは、国民生活の面においても、大変きびしい状況がもちこまれてきている²⁾。一方で、健康保険法改悪反対の国民的規模のとりくみによって、改悪反対署名が1000万をはるかに超えるほどに集められたと伝えられていること²⁾にみられるように、国民のなかには、今日の保健医療の流れに対する危惧の念が、あるいは「健やかに老い、健やかに天寿を全うする」願いをこめての保健医療の拡充をもとめる動きが、高まってきている。

国民の間にみなぎっているかかるエネルギーをいかにして汲みあげ燃焼させるか、言葉をかえれば、地域医療を拡充させるための取り組みを前進させることが出来るか否かが、重要な今日的課題である。

本論では、そうしたとりくみを前進させるために、なにをなすべきかを考える手がかりの提供を試みたい。

2. 医療法「改正」への流れ

本論に入る前に、歴史的流れをごく簡単にふり返りつつ、今回の医療法「改正」への動きが、昨今の保健・医療をめぐる流れにいかんにか位置づけられるかを考えてみたい。

現行の医療法は昭和23年に、第二次世界大戦中

表1 医療法「改正」への流れ

(1) 前史	1975 僻地医療対策要綱(第四次僻地医療対策)……
1933 診療所取締規則	僻地中核病院
1942 国民医療法……有事立法下の医療の国家統制	1976 「当面とるべき救急医療対策について」、地域保健対策要綱(厚生)
(2) 1945年以降……戦後復興期;国民医療法解体、陸・海軍病院の厚生省移管など公的病院拡充を中心に医療供給体制整備	地域医療情報システム開発研究をモデル県で開始……救急、農村型・都市型・健康福祉型・僻地型健康情報管理システム等、共同利用型病院情報システム開発研究(厚生)
1948 医療法制定	1977 第三次全国総合開発計画(医療の広域システム化、定住圏)
(3) 1950年代……「民間医療施設」の育成、国公立病院へ「独立採算制」の導入	1978 国民健康づくり対策(市町村保健センター)、Hi-0VIS 実験開始(生駒市)
1950 医療法人制の導入	1979 新広域市町村圏計画策定要綱(自治)“地域における対人保健サービスの体制整備”に関する研究、「新経済社会7カ年計画」
1954 診療所患者収容規定の緩和	(6) 1980年代……臨調路線
1959 医療機関整備5ヶ年計画	1981 「地域医療計画の基本構想」(厚生)、「1980年代の経済構造の展望と課題」
(4) 1960年代……「低医療費政策」、私的資本による医療供給体制の整備	1982 老人保健法……特例許可病院制度、老人診療報酬の導入、老人保健事業等、「国民医療費適正化に関する総合対策推進要綱」
1960 共同保健計画、医療金融公庫、「所得倍増計画」	1983 医療法「改正」案国会上程、地域医療計画のガイドライン発表(厚生)「医療圏設定に関する提言」(日医)「1980年代経済社会の指針と展望」「今後の医療政策 視点と方向」(林元厚相)
1961 国民皆保険体制の実現	1984 健康保険法「改正」(医療費差額徴収の合法化等)、看護体制の改善に関する報告書;将来の医師需給に関する検討委員会、「家庭医制度の創設」と「中間施設」の検討に着手、国立病院・療養所再編成問題等懇談会、医療機器懇談会;三鷹市でINS実験開始「今後の医療政策の基本方向(試案) 21世紀をめざして」(厚生省)
1962 公的病床規制	
1963 医療制度調査会「医療制度全般についての基本方針に関する答申」	
1969 地方生活圏(建設)、広域市町村圏(自治)、国民医療対策大綱(自民)、地方自治法改正(地方自治体で将来構想の策定)	
(5) 1970年……私的中心、公的補完の医療供給体制の整備、国立病院・療養所機能付与計画(癌、難病、循環器疾患など)などによる整備の動き	
財界・大蔵省・通産省主導、厚生省追従の流れの時代	
1972 地域医療検討会(日医)、医療基本法案、難病対策要綱	
1973 保健所問題懇談会基調報告、保健所業務の効率的運用に関する総合研究	
1974 地域保健・医療計画策定のための地域設定報告書	

に制定された国民医療法の解体のあとをうけて制定されたものであり、今日までに、法改正が19回、施行規則改正が39回とたびたび、法規の手直しがおこなわれている(1984年末現在)が、重要な内容の変更を伴った改正法は僅かではない。しかしながら、医療法をめぐる流れをみると、重要な変更が加えられた時期には、保健医療をめぐる状況にもかなり重要な変化がおこってきているといった点を、その歴史から読みとることができる。

3) 6)

1) 前史

医療機関の開設・管理、構造・設備等に関する事項を規定した法律が医療法であるが、その原型ともいべきものは、1942(昭和17)年に制定された国民医療法である。

実は、1933(昭和8)年の診療所取締規則で医療機関の管理・運営、構造・設備等に関する規定が定められている。この規則の制定に至る時期の特徴として、明治末期から大正年代を通じての、病院の増加とか、医師にあらざるものにより経営される医療機関の増加といったことがおこっ

ている。いふなれば、明治維新以降の医療の近代化の流れの中で、医師中心に発達してきたわが国の医療機関に、資本経営と管理・診療と機能分離した姿のものが増加してきたという事態の変化⁴⁶⁾をみることができる。

1874（明治7）年の医制76条の制定以来、もっぱら医師の身分法的な内容の法令しか存在しなかったものが、そのような状況のもとで、医療機関の建物管理等にかかわる規則が必要とされるに至ったのである。こうした事態のもとで、診療所取締規則が登場してきたのである。

しかし、なんといっても重要な内容を含むのが1937（昭和17）年の国民医療法である。第二次世界大戦中に戦争政策遂行のために、「銃後の守り」を固め、「戦力増強」のために、「国民医療ノ適正ヲ期シ」「国民体力ノ向上ヲ図ルヲ目的」として登場してきたこの法律は、医療の国家統制による医療供給体制の整備を推進する役割をになっていた。²²⁾

2) 1945年以降

第二次世界大戦の敗戦後の戦後復興期であり、陸海軍病院が厚生省へ移管され、これを核として公的病院中心に医療供給体制の復興努力がおこなわれた時代である。

この時期、GHQの指導のもとに国民医療法が解体され、現行の医療法が制定された。

3) 1950年代

米国の対日占領政策の変更とともに、医療供給体制の整備は、民間医療機関育成の名のもとに民間資金による方向へとその流れをかえることになる。この時期、国・公立病院の独立採算制が導入されるとともに、医療法が改正されて、医療法人制が導入され、有床診療所の患者収容規定が、「48時間を超えて収容してはならない」との禁止規定から、「48時間を超えて収容しないようにつとめなければならない」との訓示規定へと緩和されたのである。

これまでの公的中心の医療供給体制整備の路線を、民間主体へと変更する転換点でありそのため

の基盤整備の時期となったこの時点で、医療法の改正がおこなわれたといえるだろう。

4) 1960年代

私的資本による医療供給体制の拡充の時代であり、同時に「低医療費政策」のまかりとおった時代であった。

この時期は、高度経済成長の時代で低利融資の医療金融公庫が登場し、一方、国民皆保険体制が実現したという状況を背景に、私的資本による医療供給体制の整備が進められていく。医療法改正がおこなわれ公的病床規制が医療法上に規定されることになった。

5) 1970年代

「高度経済成長」が、石油ショックを契機に、一転して、「構造不況」、「低成長の時代」となり、国家財政の危機が拡大していった時代であるが、医療産業が著しい成長を示し、産業としての基盤を整えた時代であった。²³⁾

国家財政危機と国民医療費高騰という事態を背景に、大蔵省が医療費抑制を主張しはじめた時期でもあった。この時期の特徴は医療供給体制が、私的医療機関中心に、公的医療機関がそれを補完するという形で整備がはかられたところにある。同時に、医療産業の発展基盤が整えられいく時期であり、そのために財界・大蔵省・通産省主導、厚生省追従の医療政策が展開されていく時代であった。

この時期の特徴は「上からの地域医療」が様々な展開されはじめたことにある。即ち、今日の保健医療の動きによる諸特徴のきざしは、すでにこの時代にはじまっていた。⁶⁾

なお、後に触れることではあるが留意されるべきは、今日話題となっている地域医療計画策定の目的とされている医療機能の分化と連携・組織化、ネットワーク化をすすめる上で、必要な条件が次第に形つくられるという動きが、この時期展開されはじめていることである。

たとえば、国立病院・療養所関係では1972年の難病対策要綱を手はじめに、機能附与計画がす

められ、「政策医療」の特殊・専門的な領域を中心に、機能整備「機能化」がとり組まれてきた歴史をもつ。²⁴⁾ 救急医療関係は1976年の「当面とるべき救急医療対策について」という委員会答申をきっかけに、体制整備がすすめられてきた。

これらは、日医との関係でみるならば、日医の反発の出にくい、一方、国民の期待・要求の大きい領域で、医療供給体系の根幹にかかわる領域には手をふれないままの、医療供給体制の再編成の動きといえることができる。

同時に、70年代の特徴は、医療施設調査結果にもその一端があらわれてきている、大病院と零細企業ともいべき診療所との二極に分化していく傾向が顕在化してくる時代でもあった。^{25) 26)}

大病院、高次医療機能中心の医療再編システム化の動きは、すでにこのように70年代に次第に姿をあらわしはじめていたといえよう。

6) 1980年代

臨調路線の時代である。1981年に期限つきで設置された第二次臨時行政調査会は、「70年代の社会保障・文教関係費が大きな支出拡大要因」、と なって国家財政危機が深刻化してきたという発想のもとに「自助・互助と民間の活力」を基本とする「活力ある福祉社会の構築」という方針を提案したが、この方針にもとづいて、保健・医療、福祉、教育など国民生活の基盤に直結する行政領域の予算が大幅に削減されるに至っているが、^{27) 28)} こうした臨調路線の進行のもとで、医療費抑制、高齢化社会への対応を図るためにと、医療費適正化対策が強力にとりくまれている。²⁸⁾ 医療需要の抑制から今日では医療制度「改革」をもともなう動きへと発展してきている。

この時期は、いわば70年代にはじまった「上からの地域医療」の流れ⁶⁾が、深刻化する国家財政危機を背景に、医療費高騰問題を全面に押し出しつつ、全面的かつ強力で展開されるに至っている、とみることができよう。

このような状況経過のなかで、1983年に発表された「今後の医療政策 視点と方向」(林元厚相)では医療標準概念の導入と民間フロンティアの育

成を急ぐという、保健・医療の「自由化」の拡大と「産業化」を加速せんとする21世紀へ向けての方針が提起されており、⁸⁾ 1984年の「今後の医療政策の基本方向(試案) 21世紀をめざして」(厚生省)¹³⁾ともども、保健・医療をめぐる流れのこれからの方向を示している。

今回提起された医療法「改正」は、こうした流れをより一層強力で推進していくための条件・基盤を整えるものとなっている。

以上に概略紹介した歴史的経過にみられるように、医療法の制定ないし「改正」は、わが国の医療供給体制の質的な面に、あれこれと大きな影響をもたらすものとなっている。いわば、そうした質的変化があらわれてくる時期に、それも政策的に作りだされてくる時期に、それをより一層加速する条件をもたらすものとして、それなりの「改正」がおこなわれてきたとみることができる。今回の「改正」提案もまた同様の状況下での出来ごとといえよう。

3. 各地にみる地域医療計画策定の動き

各地にみる地域医療計画策定の動きは、1972年の医療基本法案の国会に上呈された時にはじまる。この時は審議もされないまま廃案とされている。²²⁾

この時の医療基本法案は、1971年の日医の保険医総辞退職術行使のあとに、問題解決のための時の斎藤厚生大臣と武見日医会長との会議がおこなわれ、医療制度の改善にとりくむとの合意ができたことがきっかけとなって登場してきた⁴⁰⁾という経過をもっている。この法案では、国が医療計画を策定し、これにもとづいて都道府県が医療計画を策定するものとなっていた。²²⁾

なおこの時には、社公民三党が対案として医療基本法案を提出したが、これでは地域の開業医を保健所に登録して健康管理医として活用を図るといった内容を含んでいた。

1972年の医療基本法案は結局日の目をみるには至らなかったが、その後、厚生省は地域医療計画策定へむけて、様々なとりくみをおこなってきて

表2 地域医療計画策定状況

県による策定……秋田（1973），島根（1977），福島（1978），広島（1978）， 北海道（1980），岩手（1981），京都（1984），神奈川（1985） その他による……岐阜（1961），滋賀（1978），愛知（1983）

いる。たとえば、1974年の「地域保健医療計画策定のための地域設定報告」²⁹⁾にもとづき、都道府県に医療圏域を設定させるとか、近年では、毎年若干の県をえらんで地域医療計画づくりを指導するなどの試みがおこなわれている。

1973年に秋田県が地域医療計画を策定したのははじめとして、昨年末の京都府保健医療計画の策定や本年3月の神奈川県地域保健計画の発表までに合計8県が計画策定済みであり、そのほかいくつかの県が計画策定の準備及至作業中と伝えられている。⁴⁾長野県も昭和60年度予算に、「地域保健医療計画策定事業費」を計上したと伝えられている。

なお、以上の県の手による地域医療計画づくり以外に、県の手によらない計画づくりが、岐阜など3県ですでにとりくまれているという。そのうち愛知県のように医師会の手でとりくまれた例もある。

今回の医療法「改正」の動きは、以上にみた各地での経験をふまえて、更に一段と地域医療計画策定のとりくみを加速させるためのものということができよう。

4. 何故、今、「改正」か

1) 今回の医療法「改正」のきっかけ

何故、今、「改正」なのか、その狙いとも関連するかに思われる点をあげるならば、その第1は、例の富士見産婦人科問題が問題となった時に、当時の園田厚生大臣が「そうした不祥事に対処するために医療法改正を行う」旨発言したのが今回「改正」の直接的なきっかけとなっている。

もっとも、この時期には、このほか、十全会系病院、三郷病院、川合病院等々マスコミをにぎわす不祥事件があいついだ頃であり、世論のきびし

い批判の前に、こうした問題に対処するために、厚生省として法「改正」にふみきらざるをえなかったのである。

今回の「改正」目的の主要なものとして、「医療に対する国民の信頼を確保していくために、医療法人の運営の適正化を図るための指導等の体制の整備」をあげているのも、そうした経過の反映でもあった。

2) 国民医療費の高騰と国家財政危機

第二の点は、国民医療費の高騰の問題と国家財政危機の問題がからんでいる点があげられる。即ち、国民医療費は年々高騰し、近年その伸びにブレーキがかかっているとはいえ、1985（昭和60）年度末には、15兆円を超えるに至ると予測されている。¹⁴⁾本年3月の診療報酬改訂の実施に先だって、厚生省が、この医療費改訂をみこんだ先行きの予測を新聞に発表したのも、先ゆき更に一段と医療費適正化政策を強化するための布石だとの見方もあるほどである。

国民医療費の伸びを抑制したいとする意図の背景には、国民医療費に占める巨額の国庫負担を削減せんとする動きがある。昨年健保法「改正」をめぐる流れの過程で「公費とは、国が負担している金と、保険料でまかなわれている金のこと」であり、医療費適正化とはこの公費をいかに削減するかにある旨、厚生省関係者は発言していた³⁰⁾が、国民のふところから支払うことを余儀なくされている医療費をより削減するという問題ではなく、国の負担を削減しようとするところにこの問題の特徴がある。国債発行残高が1984年度末で122兆円で先行き更に増大すると予測されている⁴¹⁾なかで、国民医療費の国庫負担の削減をはじめ社会保障費の削減による財政支出の削減が、臨調路線のもとで強くもとめられているという問題が、

医療法「改正」の背景にみる事が出来る。

要するに、医療費適正化対策として、健保法「改正」等による医療需要の抑制によって医療費総額の抑制対策がこれまでにとりくまれてきているが、更に、一段と効果をあげるために、医療供給体制をより効果的に、効率的なものに再編成し、システム化するという、医療制度の見直しにまでふみこもうとしており、そのための第一歩としての地域医療計画策定を可能とするために、今回の法「改正」をおこなおうとしているものといえよう。

3) 「上からの地域医療」の推進

「上からの地域医療」の内容は省略するが（健康会議No.399 '82.6山下論文参照）⁶⁾、70年代にはじまった「上からの地域医療」の流れが、80年代の深刻化する国家財政危機を背景に、全面的により強力に展開されつつあるが、今回の「改正」はそのための条件整備でもあるといえよう。

4) 医療産業の発展と「民間の活力」の活用のための条件・環境の整備

70年代には医薬品製造関連業界、ME機器製造関連業界を中心に医療産業が大きく成長してきたが、「80年代は産業としての体制を整えることをせまられる時代」（三和銀行調査資料）⁷⁾とみられていたものが、医療費適正化対策の推進のあおりを受けて、かげりが¹⁵⁾みられるとの指摘もあるようなきびしい情勢のもとで、海外との競争問題などもからんで、業界として大手を中心に再編が進められつつあり、業界発展の基盤整備がとりくまれている。⁹⁾こうした状況のもとで、医療供給体制の効果的効率的な再編システム化もまたもとめられている。というならば「効果的投資と効率的回収」を可能とする条件・環境の整備の促進がもとめられている。わが国の病床は60万床過剰であり、これを削減もしくは福祉施設への転用をもとめる発言¹⁶⁾が近年伝えられているところであるが、これもそうした動きにかかわるものといえよう。

また、健保法「改正」などにより医療保障が大

きく歪められ、医療の「自由化」「産業化」への道が開かれつつあるが、このような公的責任領域の縮小と同時に、「民間の活力」活用の道は、まさに、林元厚相が21世紀をめざして提起した「医療標準概念の導入と医療におけるニューフロンティアの育成」への道でもある。⁸⁾

このような、医療産業の発展と「民間の活力」の活用のための条件・環境を整備していくためにも、医療法「改正」がもとめられているとみることができよう。

5) 医療計画策定のための諸条件の整備の進行

先にみたように、70年代以来、医療圏設定、医療計画策定の試み、国立病院等における特殊専門領域での機能設備の推進など、²⁴⁾ 徐々にではあるが医療計画策定に必要な条件が、次第に整えられてきており、また、最近では、国立病院・診療所再編成問題、³¹⁾ 家庭医制度問題、¹²⁾ 中間施設問題¹¹⁾ 等の検討が進められていることもまた、計画策定にかかわる条件整備のあらわれともいえよう。

要するに法「改正」の実現とともに、国の提示する条件にもとづいて、国の行政指導のもとに、都道府県に医療計画を策定させることの出来る条件が次第に整えられてきていることなど、厚生省関係者をして医療法「改正」の「機は熟した」といわしめた理由のひとつといえよう。

6) 国際的動向

第6点は国際的動向の問題である。WHOでは70年代に医療計画策定の必要性を提起しているが、欧米諸国ではすでに医療計画を策定し、医療費抑制対策にとりくんでいる。³²⁾ 1978年のプライマリケアに関する国際会議で採択されたアルマアタ宣言では、医療計画を策定し、それに従って地域でのプライマリケア体制を整備することの重要性が強調されている。³³⁾

このような国際的動向もまた、今回の法「改正」提案がなされるに至った背景をなしているといえよう。

表3 医療法改正案による地域医療計画のガイドラインの主要点 (厚生省)

1. 対象区域の設定	隣接県相互の協議により、複数の県に属する圏域の設定を行なっても差し支えない。
(1) 医療機能区分	3. 各医療の圏域の医療供給体制において配慮すべき事項
① 1次医療 日常的疾病に対する外来医療 ② 2次医療 主として一般的入院医療 ③ 3次医療 高度特殊な医療	(1) 1次医療供給体制＝プライマリーケアの推進、へき地医療の確保、休日・夜間救急体制の確保
(2) 対象区域の設定	(2) 2次医療供給体制＝医療施設の機能整備（救急・へき地医療の確保・リハビリテーション医療の確保、精神科通院医療の確保）、病院の一般病床の必要数
(1)の医療機関別に対応する区域を設定する。対象区域の設定は原則として都道府県単位で行なう。	(3) 3次医療供給体制＝医療施設の機能整備（母子医療センターの設置、腎移植実施体制の確保、難病に対する専門医療の確保）、結核、精神病床の必要数
① 1次医療 原則として市町村単位を超えない圏域（任意）	(4) 医師・看護婦等医療関係従事者の確保と研修体制の確立
② 2次医療 おおむね広域市町村圏を配慮して設定	(5) 医療施設相互の機能連携の強化＝プライマリーケアの推進、病院の開放化
③ 3次医療 通常都道府県圏域	4. 年次計画の策定と計画の評価・再策定
2. 対象区域の設定に当たっての特例	少なくとも5年程度を期間とする年次計画を策定し、5年毎に効果を分析し計画の評価を行ない、計画の再策定を行なう。
(1) 都市に係る特例	
2次医療は、通勤・通学による日常の移動等の状況からみて比較的まとまりのある数区を単位としての複数の圏域を設定するのが望ましい。また、3次医療は複数の圏域設定を行なっても差し支えない。	
(2) 県際間に係る特例	

5. 医療法「改正」についての厚生省の提案

ここで、ごく簡単に医療法「改正」提案の内容を紹介しておきたい。

1) 「改正」の目的

基本方向として厚生省は「中長期的な視野にたって、総合的な観点から医療制度の見直し」をして、「プライマリケアから高度専門医療に至るまでの保健医療機能の分化」と「全体として有効に機能するよりシステム化、体制化」更には「地域の医療需要に即して医療機関相互のネットワーク化と連携強化」をめざすとしている。

そして「改正」の目的として①「医療制度改革の第一歩」として、「各都道府県において医療計画を策定し、「医療機関相互の機能連携の確保」や「必要な医療機能の体系整備」と「無秩序な病院病床の増加のコントロール」と、②「医療に対す

る国民の信頼を確保していくために、医療法人の運営の適正化を図るための指導等の体制の整備」をはかることをあげている。

2) 主なる「改正」点

主なる「改正」点として医療法に盛りこまれる予定のものは、①「医療を供給する体制の確保を図り」「国民の健康保持に寄与」するとの医療法の目的の項を挿入すること。②医療施設の開設・管理に関する事項として、病床規則（公的病床は許可制、私的病床は勸告制）や、病院のオープン化や医療機能のシステム化に関すること、③医療計画の策定に関する事項として、医療圏と必要病床数の設定、医療機能別の病院整備の目標、医療機関相互の機能・業務連携、医師・看護婦等医療従事者の確保策、公衆衛生等関連を有する施策との連携等医療計画に定めるべき事項の規定④医療法人の指導・監督に関する事項（役員の数・資格、立ち入り権限等）の規定などとなっている。

なお、医療圏の設定や必要病床数に関する標準は省令で定めること、医療関係者の意見を踏まえて審議会に諮問して計画策定をすること、計画は5年目毎に見直すことなどが規定されることとなっている。そして「国・地方自治体は各種補助制度、政策金融（医療金融公庫による融資）などを通じて、医療計画に沿った医療機能の体系的整備に向けて努力する」としている。

今回の「改正」で関心をよんでいる医療計画は法案では、「医療を提供する体制の確保に関する計画」と表現されているが、これは、都道府県が策定するものとされているが、肝心の区域即ち医療圏域の設定や必要病床数の標準は、厚生省令で定めること、又、厚生大臣が必要な助言をすることができることとされており、計画策定にあたり、国の意向が充分反映させられるようになっている。

72年の医療基本法案²²⁾では、国が「講じなければならぬ」施策として「医療施設の役割を明確」にして、「体系的整備及び機能連携の強化」を図るなど事項があげられており、それらに関する医療計画を作成し閣議決定することと定め、都道府県は「国の施策に準ずる施策」についての医療計画を策定することになっていた。このことからすれば、今回の「改正」提案では、国の責任にかかわるところは後退し、しかし肝心なところは国の判断でコントロールできる状況にと変わってきているところに特徴がみられるといえよう。

3) 医療圏域について

医療圏域については、法案では「主として病床の整備を図るべき地域単位として区分する区域」と表現されており、医療圏との表現にはなっていない。これは、医療圏という言葉の概念がまだ明確にされてはいないとの理由で日医が反対したためともいわれている。

厚生省がこれまでに発表している「地域医療計画のガイドライン」によれば、圏域は、一次、二次、三次と区分されている。一次の医療機能は日常疾病に対する外来医療で、二次は、主として一般的入院医療で、三次は高度特殊な医療となっており、より高次医療機能を中心に、二次、三次を

規定するものとなっている。そして、一次は市町村単位、二次は広域市町村圏、三次は都道府県圏域とし、県際間にかかわる圏域設定などが特例としてあげられている。

厚生省はプライマリケアの重視といているけれども、救急医療体制整備にみられる緊急を要する事態に対応できるよう、より高次の医療機能を中心に二次、三次を規定し、システム化を図ろうとする発想に類するものが、圏域設定の発想に感じられる点、はたして、暮らしの場地域でのプライマリケアの重視になりうるのか気にかかる。救急医療体制の論議では一次は初療あるいは初期医療という意味で使われていただけに、国のいうプライマリケアの内容はなんなのか、気にかかるものがある。

6. 医療法「改正」のもたらすもの

医療法「改正」によって、地域医療計画が策定されることになった時、何がもたらされてくるかが関心のもたれるところである。国の方針にもとづいて圏域が設定され必要病床数が算定されて、医療計画に明らかにされることからすれば、病院病床をめぐる問題がすぐにもあらわれてくる問題であろう。すでに、その影響のあらわれともいえる“駆け込み増床”の動きがみられると伝えられている。医療機関の配置や機能連携の問題などには、すぐに影響があらわれてくるものとはならないかも知れない。

法「改正」が実現するとしたら、その後中央や都道府県に医療審議会が設置され、計画策定に関する意見がもとめられることになるので、中央なり都道府県の段階で、医師会等関係者の意見がどれだけ地域の実態をふまえたものとしていただけるのか、それがどのように計画内容に反映されていくのか、そうしたことによっても策定される計画の文面やその後の動きも規定されることになる。

いずれにしても、当面すぐには大きな変化があらわれてくることになるとは思われぬ。しかしながら、先に紹介したように、何故今「改正」か

を考へてみるならば、厚生省が中長期的展望に立って医療制度の見直しをはかろうとしている時だけに、また「医療制度改革の第1歩」と位置づけて、医療法「改正」が提起されているだけに何がもたらされるかについては、やはり中長期的な展望に立って考へてみる必要がある。

それ故に、ここでは80年代に全面的かつ強力に展開されつつある「上からの地域医療」の流れ⁶⁾をふまえて、「なにがもたらされるか」考へられるところをあげてみたい。ただし、予測される事態は、昨今の流れに身をまかせ、地域に根ざした「下からの地域医療」の前進をはかる努力がなされなかったとしたならば、という条件を前提とした話であり、地域でのとりくみ如何によって左右される面をもつことに留意する必要があることはいうまでもない。

1) 大病院・高次医療機能中心の医療再編システム化の加速

まず第1が、大病院中心に、あるいは高次医療機能中心に、医療供給制の再編成が進行し、効果的・効率的システム化が追求されていく流れの問題である。今日、厚生省統計をみても、大病院と零細企業ともいうべき診療所との二極に分化する方向に流れつつあるが、今後により一層加速されていくことになるものと思われる。

今後医療圏が具体的にどのように設定されていくかが問題であるが、これまでの流れとの関連でみればより広域的に圏域設定されていくことになるものと思われる。すでに厚生省の動きに先行して、建設省や自治省は、圏域設定をおこなっている。例えば、自治省は広域市町村圏という名の圏域設定をしている。これは、現在の住民の暮らしを前提にして、その中心となる自治体と、その周辺の複数の市町村を包含する圏域を設定している。一方、建設省は、今後の開発計画の流れとの関連で、その開発の拠点となる地域の自治体を中心に、複数の市町村で圏域を設定するとしている。

それ故に、自治省が設定した圏域と建設省が決めた圏域とでは、地域によっては線の引き方が違っているところもある。医療圏の設定については、

中央からの行政指導もあって、一定の整理がされているともいわれている。

いずれにしても、80年代の地域開発の流れに見合ったかたちで線引きが行なわれ、それに、医療の圏域設定はどうやら便乗するともいうか、その枠を踏襲する格好となりかねない問題がある。これからの医療のシステム化がどのように進んでいくのか、地域での医療再編はどう進むかという問題は、医療圏域すなわち単位となる地域をどのように決めるかによっても、話はたいへん変わってくる面をもつものと思われる。これが、厚生省の示す方針に基づいて一方的に編成されようとしている。このことがまず第一点としてあげられる。

二つめは、本年3月1日の診療報酬改定は、厚生省関係者の言葉でいうならば、保険財政的誘導の方針が組みこまれているという。即ち政策的に進めたいとする方向へ、開業医の診療活動が流れていくように、開業医の目が向くよう診療報酬改定の内容にも、それなりの意図したものが組み入れられているといった面が含まれている¹⁷⁾という。中医協では診療報酬の合理化の議論⁴⁾²⁾がされているといわれているが、診療報酬の合理化の流れが、今後どのようにうちだされてくるのか。これも、医療再編の今後を左右する条件といえよう。その意味では、かつて一部の新聞が報じていたように、五段階診療報酬制度の問題¹⁸⁾が今後どのように具体化されるかが注目されるのである。

三つめは、医療機関へのしめつけ強化につながる、医療法人への指導・監査に関する事項の「改正」の問題である。医療費適正化対策として、これまでに、医療供給面からの抑制につながる医療機関へのしめつけ強化の方策が様々にとりくまれているが、今回の「改正」でさらに一歩前進するものと思われる。

なお、以上にみた動きとの関連で注目されることは、「中間施設」の問題の行方である。約60万床の「過剰」とされる病床が今後どのように廃止もしくは転用されて処理されていくのか注目されるのである。この問題は本年1月に社会保

障制度審議会はいわゆる老人病院と特別養護老人ホームの「両施設を統合し、それぞれの長所を持ちよった、いわば中間施設ともいべき新しい形の介護施設として制度化する」よう建議し⁴⁷⁾、厚生省は「中間施設」問題を検討する委員会を発足させたが、その検討結果いかに大いにかかわっている。また、「家庭医制度」の問題もまた、その行方が注目される。「家庭医制度」は、昭和60年度にその問題を検討する委員会が設置されて、具体的に検討されて昭和61年度には軌道に乗せる方向で厚生省はとりくむとしている¹²⁾が、果してどのような形で制度化されることになるのか、地域医療を担っている開業保険医にどのようにかわってくるのか、といったことが大きく関係してくる。同時に、施設間の機能や業務の連携の問題も、医療法「改正」案でとりあげられているが、この点は、医療の質的評価の問題ともかかわってくる側面もっている。

要するに、機能の分化やシステム化、機能連携を進めていく場合、医療の質的評価の問題を無視してはとれない問題がある。この質的評価が制度的にもちこまれてくるものか、あるいは医師会が自主的にとりくむことを期待する発言もあるので、今後にどのように具体化されてくるかさだかではない。

いずれにしても、医療法「改正」によってもたらされるであろう、第一の問題、即ち、大病院・高次医療機能中心の医療再編システム化の動きが加速されるという問題は、以上にみたくつかの問題がどのように具体化されてくるかによっても、規定される面もっていると思われる。それ故に、医療法の今回の「改正」は、医療圏域の設定、病床数の規制を含む地域医療計画や医療法人の指導監督に関する規定に関連するものとされているが、「家庭医制度」や「中間施設問題」等に関する議論の結論のいかんによっては、この先、更に、病院・診療所の規定や中間施設の規定あるいは、病院機能と外来のあり方、定員基準の見直しといった諸点にかかわる新たな医療法「改正」がひきつづきおこなわれる可能性もありうるものとみることができよう。

なお、プライマリケアが保健・医療上の問題が発生した時に、発生した場所で、全人的かつ継続的に必要とされる対応をしていくといった内容のものとして考えるならば今日プライマリケアの確立としてもとめられているものは、人々の暮らしを中心に必要な保健・医療の対応がおこなわれるように、二次、三次医療機能によってバックアップされた体制が、暮らしの場地域を中心に組み立てられることにあるし、それ故に、開業保険医もかかわって医療計画の策定がおこなわれることが強く望まれるところである。もっとも、現実に進みつつある広域的な医療再編の動きは、ますます人々の暮らしの場から乖離していくような、大病院中心のシステム化をおし進めていくことになりそうなところに問題があるといえよう。

とはいえ、かかる暮らしの場から乖離していこうとしている流れは、開業保険医の集団をはじめ地域の関係者の動きが今後にどのように展開されていくかによって、これからの先行きの流れが左右される余地があると思われる点に留意される必要がある。

2) 「民間の活力」の活用と保健医療の「自由化」「産業化」拡大への道

今後の流れの第2の問題として、今後にますます拡大されていくであろう「民間の活力」の活用、あるいは保健医療の「自由化」「産業化」拡大への道の問題があげられる。

例えば、京都の例でいえば、京都府第三次総合開発計画という、京都府全体の開発計画にもりこまれている保健医療に関する項に「検診と治療機能の分化」を促進すると表現されている個所があるが、この開発計画の部門別計画と位置づけられている京都府保健医療計画では、検診体制の総合化、一元化と表現されており、現在京都にあるいくつかの臨床検査を主要な業務のひとつとしている民間の施設を一元化して、第三セクター方式による検査機関を作る方針を提示している。⁵⁾この問題は、老人保健法の施行により、40歳以上の住民を対象とする保健事業では、適当な民間検査機関を導入してもよい旨の規定があり、かつ、従来の

「保健所がとりくむ地域保健事業にみられた無料の原則」を「有料の原則」に変えていることにみられるように、民間の検査機関の導入を可能とする条文が取り入れられていることとあわせて、第三セクター方式の検査機関により検診の総合化、効率化をはかりたいとする京都府保健医療計画によるこの提案は、まさに、今日強調されている「民間の活力」の活用をめざすものといえよう。

現在、厚生省が医療費適正化対策との関連で病院経営の合理化等の検討をおこなっていると伝えられている。現行の医療従事者の業務独占の規定を、ほかの職種で代替可能な、あるいは、無資格者の導入可能な領域については、規定の緩和ないし廃止を提案するむきもあり、¹⁶⁾ 病院経営の合理化問題とのからみで、関係法規の見直しが今後登場してくるものと思われる。なお、看護制度の見直しの論議はすでにはじめられている。⁴³⁾

こうした動きの一方で、目下労働者派遣事業に関する法案審議が進められている時だけに、また国立病院も含め病院業務の外注・下請化が進行している現状からみて、業務独占の見直しが、今後どのような形で具体化されてくるのか注目される場所である。

医療費適正化対策が強力に進められつつある今日、大病院中心に医療の再編・システム化が進みつつあるなかで、病院経営の合理化が強く求められている状況にあるだけに、「民間の活力」の活用の流れは注目される場所であり、「産業化」がより一層加速されていくことになるものと思われる。

こうした事態の反映ともいうべき業界の動きを伝えるものとして、「週間ダイヤモンド」の昨年7月の記事をあげることができる。この記事では「健保法改正で脚光ニュービジネス140社」と題して、健保法「改正」といった事態のもとで、大いに発展するものとみられている業界の動きを紹介している。⁴⁶⁾ 7月というのは、健保法「改正」がまだ国会で可決成立するに至っていなかった段階であったが、いかに業界が期待していたか、その状況をたんにきしめしているものといえよう。言葉かえれば、健保法「改正」で、医療産業発展

の条件づくりが更に一段と進んだことを示しているともいえよう。

いまひとつ関連する特徴的な動きとして、近畿での話題であるが、あるスーパーが保健婦を募集していることが伝えられている。この問題は商品の売りこみと保健婦の保健相談とを抱き合わせにしたような発想のあらわれか、その意図のほどはあきらかではないが、東京・三鷹でのINSの実験のような双方向通信システムを使っての、いわゆるニューメディアの保健医療領域への持ち込みの動きと³⁷⁾の関連で注目される新しい動きでもある。今回の医療法「改正」による地域医療計画づくりという問題は、やはりそういった業界の新たな動きと無縁ではない。むしろ、あらたに、有効に活用されていく可能性を秘めているという点を、先行きの問題として注目しておく必要があるだろう。

3) 中央集権的な市町村中心の地域保健医療体制の強化

第3の問題は、中央集権的な市町村中心の地域保健医療体制の強化の問題である。一昨年施行された老人保健法は、国が政令で定めた実施基準にもとづいて、市町村が老人保健事業の実施計画を作り、それを運営するという方式になっている。昨今、起っている特徴的な出来事は、いわゆる健康検診の受診率が低いなど事業計画通り進んでいない市町村に対して、国は都道府県を通して、計画通りに事業促進をはかるよう行政指導をおこなっており、市町村の保健婦はそのために、受診率をあげるべく業務に追われているところもあると伝えられている点である。過日京都で開催された「自治体に働く保健婦のつどい」の席上で、このような保健婦が受診率をあげるよう追いたてられている旨の報告がいくつかだされていたが、例えば、ある自治体では、県の計画で検診受診者数の目標として提示された数字が、実際にはなかなか思うようには達成されないという状況のもとで、県からその自治体に対して再三にわたり、目標を達成するようにと強い要請を受けているとのことであった。

表 4. 老人保健審議会の今後の検討項目

<p>〈老人保健制度のあり方についての検討項目〉</p> <p>(1)高齢化社会において老人保健制度の果たすべき役割</p> <p>(2)長期的な老人医療費の安定化のための方策</p> <p>(3)老人の心身の特性に見合った保健医療サービスのあり方</p> <p>(4)保健事業の効果的推進のための方策</p> <p>(5)老人医療費の費用負担の公平化のための方策</p> <p>(6)その他 他の医療保険制度との関連</p> <p>■各側検討項目■</p> <p>○制度全体について</p> <p>〈事業主側〉医療保険の将来構想による老人保健制度の位置づけ</p> <p>○医療について</p> <p>〈事業主側〉</p> <p>(1)老人医療費の適正化＝①診療報酬の合理化の推進、②一部負担の見直し、③お世話料などいわゆる保健外負担に対する措置、④市町村に対するレセプト点検など老人医療費適正化努力の徹底</p> <p>(2)加入者按分率の問題</p> <p>(3)保健医療供給体制の整備と効率化＝①ナースingホーム、ディケア施設など中間施設の整備、②在宅ケア（在宅看護、訪問看護、退院時指導）の促進、③家庭医（ホームドクター）制度の確立</p> <p>(4)地方自治体の一部負担肩代りに対する措置</p>	<p>〈労働側〉</p> <p>(1)加入者按分について、共同事業という制度本来のあり方からみてどう考えるか</p> <p>(2)医療と福祉の中間施設的なニーズにこたえているか</p> <p>(3)在宅ケア対策が十分に行われているか</p> <p>〈国保側〉</p> <p>加入者按分率を100%とすること、中間施設構想具体化（国保中央会）</p> <p>○ヘルスについて</p> <p>〈事業主側〉</p> <p>保健（ヘルス）事業の効果的实施＝市町村における事業計画の実現推進</p> <p>〈労働側〉</p> <p>保健事業の推進は全国的に徹底しているか。被用者保険などの保健事業との連携がとれているか</p> <p>○その他について</p> <p>〈事業主側〉</p> <p>市町村の実施体制の整備＝①担当者に対する研修、②保険者との連絡協議の場の設定</p> <p>〈国保側〉</p> <p>加入者按分率の引上げおよび保健事業の推進方策（横山和夫（横須賀市長）委員）</p> <p>（週刊社会保障 No.1322）</p>
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

また、今年の関係主管課長会議の席上、水田老人保健部長は、今年が老人保健法施行3年目であり「実施の面、制度の面の両面にわたって基礎固めをしなければならない」と、法による基盤を確立する重大な時期にあり、計画達成のための努力をするよう強くもとめたと伝えられている。³⁶⁾

このことは、市町村が計画立案段階で、或いは計画消化・達成への過程での年度途中でも、上からの行政指導が強力におこなわれるといった、厚生省の意向が行政指導という名目で、中央集権的に持ち込まれてくるといった方向の流れが、より一層強められようとしているとみることが出来よう。こうした事態が老人保健法下の地域保健の姿の一端であるが、今回の医療法「改正」が実現するとしたら、地域医療の領域へも、国の意向を介して、市町村が末端行政機構として、あれこれの計画を策定し、それにもとづいて運営がはかられるといった事態がもちこまれてくることになりかねない。

保健・医療のとりくみは、本来、暮らしの場地域での自治的なとりくみを基本とすべきであると思われるが、今日の姿は本来あるべき姿とはことなっていて、次第に中央集権的な姿を強めつつあるという問題があることをみておく必要がある、こうした傾向に対処する方策を考えなければならない。

いずれにせよ、重要な問題は、top down 即ち、上の考えが下に押しつけられるといった体制が強化されつつあるかにみられる点である。医療計画では top down と bottom up の双方向の流れが有効に機能することが必要とされるにもかかわらず、一方通行となりかねないところに問題がある。

4) 医療の暮らしからの乖離傾向の拡大

第4は、医療の暮らしからの乖離傾向の拡大の問題である。プライマリケアの確立と、いかに強調されていても、高次医療機能中心にしかも大病院中心に再編・システム化が効果的、かつ効率的なものをもとめて進められていくなれば、やはり、

人々の暮らしから乖離する傾向は避けられない。このことは、成人病に象徴されるように、暮らしとの同居を余儀なくされている病気、あるいは、日常生活の中での予防（一次予防だけではない、クランク&レベルの云う二次、三次予防も含まれる）を重視していかなければならない病気が多いといった点をも考えるならば、大いに気にかかるところである。もっともこうした問題は開業保険医をはじめ地域の住民や関係者が、今後、地域で「下からの地域医療」の拡充をもとめて、どのようにがんばっていくかによって、単なる心配だけで済む問題にとどまるか否かが大きく左右されるものと思われる。

5) 今後続くもの

第5の問題は、先程ふれたことでもあるが、「家庭医制度」、「中間施設」問題、専門医制あるいは医療の質的評価の問題等が、今後に具体的な動きとしてあらわれてくると予測されている。これらがどのような姿で、地域医療の場へもちこまれてくるかは、今回予定されている医療法「改正」によって、先行き地域医療にどのような動きが作りだされてくるかによっても左右される面をもっていると思われる。その逆の、これら諸問題がどのような姿で具体化されるかが、地域医療の今後の流れに大きくかかわってくるものと思われる。

それ故に医療法「改正」によってもたらされるであろう事態は、当面は病床数規制や医療法人への指導・監査の強化にとどまるとしても、先行きいずれかの時期には、歯科にしろ、医科にしろ、診療所レベルでの医療活動にも波及してくることになるだろう。要するに今回の「改正」の動きが、まさしく、「中長期的な視野に立って、総合的な観点から医療制度の見直しを行い」「医療制度改革の第一歩」（厚生省）と厚生省は位置づけられている点に留意する必要があるだろう。

7. 地域医療の将来

果して、地域医療の将来はどうか。医療法「改正」によっていかなる事態が地域医療にもち

こまれてくるかの問題は、やはり開業保険医をはじめ関係者が、地域で今後にどのような取り組みを展開していくかといった問題の動きいかんによって、大きく左右される面をもっていると思われる。特に、昨今の厚生省が関係しているあれこれの動きの特徴は、内科的処置とでも表現されるように徐々に、事態は進められ、一見したところ、さしたる変化も見られない、感じられないとして、うっかり見過されてしまい、気がついた時には、がんじがらめになっているといった経過をたどることにある。むこう何年かの歳月をかけて、徐々に事態を変えていく流れとして展開されて作りだされていこうとしている。言うなれば、現在状況は舵の向きが変えられようとしている姿とでも表現した方がよいかもかもしれない。要するに現在の状況は、いまだ弾力的に対応できる、主体的行動のいかんによって変えていくことを可能とするような、可塑性に富んだ流動的な要件をはらんでおり、新たな状況へと変える条件、可能性もはらんでいるというふうにもみることもできると思われる。

その意味で、強調したい点は第1に地域医療に求められているものは何かという点である。

今日、患者の病院指向が強まっていると言われている。確かに国民医療費での金の流れは診療所よりも病院へ流れる費用が大巾に増えてきていることから、病院指向の現われを見ることができ。しかし、それは、患者の受診行動の結果であって、患者は一体何を求めて病院へ流れているかをあらためて吟味してみる必要があるだろう。人々の願っている問題は、「健やかでありたい」、あるいは、病気の人たちにすれば、「一刻も早く健康をとりもどしたい」ということである。ただ、昨今の暮らしむきは、ゆっくりと自然治癒力を生かして、病気を治すというような、そんな悠長なことが容認される状況にはない。そうした状況にある人達が多いという今日の暮らしの問題が、開業保険医に身をゆだねて、じっくり病気を治していくことを妨げるという結果をうみだす要因のひとつがあると見るべきではなからうか。今も昔も変わらずに、「健康でありたい」、「健康をとりもどしたい」であり、その上、人生80年社会と言われるほどに、

長生きできるようになってきているだけに、「健やかに老いる」「健やかに天寿をまっとうする」を強く願っているものであり、このことを可能とする条件をいかに、現実の暮らしの場に保障していくのか。この課題を地域での保健医療の面では、一体どのように受け止め、具体的なものにしていくのか、こういった観点からの議論と具体化していく作業が必要とされる。

いずれにせよ、人々の願いに応えるために、求められている地域保健医療の機能として「日常性」「包括性」「近接性」「全人性」「継続性」「環境との関連性」といった機能である点があげられるが、これらを現実のものとするために、これら諸機能のうち現実には欠けているもの、不十分なものはなにか、どうすればその弱点を克服しうるか、そのためにいかなるシステムを確立すればよいものなのか。これが第一の課題といえよう。

二つめの問題は、そのために「生命と暮らし」の支えとしての保健医療を地域にうちたてる課題である。厚生大臣の私的諮問機関である国民健康会議は「無病息災」という健康観は、今や古い。「一病息災」を新しい健康観とすべきだと提唱した⁴⁴⁾が、現実にはやはり「無病息災」を目標とした地域でのとりくみが展開されるべきではなかろうか。とはいってもいったん成人病の発症を許せば、完治は期待できないという意味で、「一病息災」、「病気との共存」を考えざるを得ないという問題はある。それだけに、「暮らしむぎ」によって病状なりその経過は左右されることになる。⁴⁵⁾

「生命と暮らし」の支えとしての医療¹⁰⁾という、この問題は、ひとりの医師が個別にがんばって対応できる問題ではない。そういう意味で地域レベルのグループ化をもとに医療機能の総合化、包括化を追求する必要がある。と同時に、在宅医療（療養）機能の強化をはかるとり組みも重視されなければならない。地域で求められている人々の願いに応えるために、必要とされる医療機能の何が不足し、何が弱体化しているか、それ強化するために、今何をなすべきかといった現状の点検と、その課題の明確化の作業、あわせて今後に進進する方向への計画づくりをとりくむことが今も

とめられている。

「いのちと暮らし」の支えとしての医療を地域にという視点で議論し具体的な前進方向を見い出していく必要がある。同時に、開業保険医が一人がんばっている状況では、事態はなかなか進まないという昨今の状況を重視する必要がある。昨年健康保険法「改正」、改悪反対の署名では、全国で1,000万をはるかに越える署名が集められたと伝えられている²¹⁾が、それは、地域で「健康でありたい」「健やかに老いる」を求めている人たちが多々存在していることの現れでもある。こうした現実状況を考えれば、住民あるいは保健婦等保健医療関係者とさらには関連領域の人達との「共同思考」「共同作業」をいかに現実のものにしていくかという問題をこれまで以上に重視する必要があるだろう。

今、「上からの医療計画」づくりが進められているが、こうした動きに有効に対応していこうとすれば、やはり必要なのは地域の実態や生活感覚をふまえた医療計画づくりである。そのために、地域の住民要求や保健医療の実態を明らかにする取り組みをとおして、地域の保健医療機能の見直しと課題をあきらかに、それにもとづいて開業保険医をはじめとする保健医療関係者や福祉など関係者が地域の住民と「共同思考」「共同作業」をとおして、「下からの地域医療」計画をうみだす努力をはらう必要がある。

そうした手づくりの計画が、今後には都道府県で策定されていくことになる筈の、医療計画に、どれだけ反映させていくことが出来るかも問題となるが、このこと自体が、地域医療の将来を大きく規定することにもなろうし、あるいは、医療法「改正」によってもちこまれてくるやも知れないと危惧されている事態に、有効に対応する策の一つともなりうるものと思われる。

いずれにしても、今後の地域での取り組みのいかんが、今後にはうみだされてくるであろう事態の内容を大きく左右することになりうるという点が、重視される必要があるだろう。元京都府知事故嶋川虎三先生は、かつて日本公衆衛生学会（昭43.京都）の特別講演で「暮らしというのは、人間が

その生命を保持し、これを育成し、人生を豊かにする意識的な活動」と規定し暮らしそのものをいかに高めるか、暮らしの周辺をどう豊かにするかという問題の重要性、行政の責任に触れておられた。³⁵⁾

人々の暮らしの場地域で必要とされているものは、「生命と暮らし」の支えとしての地域医療の体制づくりであり、人々のもとめているものでもある¹⁰⁾。かかる地域医療の条件・体制づくりのために、関係者の動きをより一層強める必要がある。と同時に、そのためには、故蟻川先生の指摘された暮らしそのものと暮らしの周辺を高める努力にもあわせ注意を払う必要がある。あわせて「生命と暮らしの砦」としての自治体を現実のものにする課題にも目をむけることが必要とされる点を強調しておきたい。

最後に、医療計画策定にあたって重視されるべきポイントと思われる点を参考までにごく簡単に紹介することにしたい。³⁴⁾

その第1は、誰が、誰の責任で、誰のために、何を目標にといった点を明らかにすることである。計画策定上の計画責任と公的責任を明確にすることが重要な問題である。

その第2は、医療関係者、行政関係者が住民とともに、共同思考、共同作業をなしうる条件・体制づくりが重視される必要がある。

その第3は計画策定後の進行管理にかかわる問題である。即ち、策定された計画が、実行に移されていく過程や実行に移されてのちの進行状況を時々点検し、その到達度を評価して、必要に応じて計画の見直しなどがおこなうような条件・体制が確保されることが必要である。こうした進行管理の過程への関係者の参加が重視されなければならないし、そのためにも計画の進行管理の道筋が明確にされる必要がある。

その第4は、何よりも重要なこととして、地域の人々の保健医療要求を明らかにし、課題を明確にして、計画にその実態を反映させる努力があげられる。開業保険医や関係者の要求を反映させる努力もまた重要であり、その意味で、まさに bottom up を重視する必要がある。

今後、とりくまれようとしている医療計画の策定の動きの中で、開業保険医をはじめ関係者が懸念されている問題にどれだけブレーキをかけることができるのか、それは、日頃から地域住民や開業保険医をはじめとする関係者のもとめているものが、どのように、どれだけ計画内容におりこんでいけるのかによっても、大きく左右される面があるかに思われている。いふなれば医療計画の良否を規定するものは、計画文章のよしあしもさることながら、なによりも重要なことは、計画の企画立案過程に住民や開業保険医をはじめとする関係者がどのように参加し、策定作業をとおして、どれだけ地域保健・医療のより一層の前進をめざしての意志統一ができるかにかかっているかに思われる。要するに、計画の策定の経過、実現への取り組み過程を重視しなければならないといえよう。

参考資料

1. 大池保健医療局長発言 週刊社会保障 No.1317 昭.60.2.18
3. 山下節義 医療法「改正」問題を考える 健康会議No.413 pp.8—16 1983
4. 尾崎新平 地域保健医療計画推進の現状と課題 公衆衛生 48(6) pp.4—7 1984.6
5. 山下節義 京都府保健医療計画とこれからの地域医療 京都保険医新聞 No.1433(資料版No.205) pp.30—53 1985.3.25
6. 山下節義 “上からの地域医療”と住民の求めているもの 健康会議No.399 pp.8—27 1982.6.1
7. 三和銀行調査資料 80年代の医療産業 週刊社会保障 No.1051 p.8 昭54.
8. 林元厚相 今後の医療政策一視点と方向 週刊社会保障 No.1243 p.50—51 昭58.9.5
9. 儀我杜一郎 日本医療経済の新局面 医学評論 No.67 p.1—12 1981.3
10. 山下節義 人々の「生命と暮らし」の支えとなる保健医療システムを地域に 月刊保団連 No.214 pp.29—32 1985.3
11. 中間施設の費用負担 社会保険旬報 No.1496 p.3 昭60.3.1
12. 動きだす家庭医構想 社会保険旬報 No.1480 p.12—15 昭59.9.21

13. 厚生省 今後の医療政策の基本方向（試案）— 21世紀をめざして 社会保険旬報 No.1466 pp8—12 昭59
14. 国民医療費60年度推計 毎日新聞 1985. 2. 4.
15. 日野秀逸 医療費抑制で転機に立つメディカル産業 経済 No.216 pp140—149 1982
16. 佐分利輝彦 医療制度改革論 社会保険旬報 No. 1423 pp4—7 昭58
17. 佐分利輝彦 医療制度の今後の流れと医療機関について 日本医事新報 No.3151, p101, 昭59
18. 診療報酬の五段階制 毎日新聞 1983. 5. 26.
19. 大谷医務局長発言 日本医事新報 No.3053
21. 特集健康保険—現在と将来 月刊保団連 No.207, 1984
22. 厚生省医務局 医制百年史 ぎょうせい 昭51.
23. 福岡生穂他 医療産業 東洋経済新報社 昭和55.
24. 国民衛生の動向 各年度
25. 西岡幸泰 現代日本医療編成の特質 京都保険医新聞 No.1024 昭52
26. 京都医療生協委託研究報告 医療をめぐる情勢と開業医の将来 1981
27. 臨調と社会保障を考える京都の会 研究集会記録 No.1—9 1981—1983
28. 厚生省 国民医療費適正化に関する総合対策要綱 社会保険旬報 No.1409 昭57
29. “地域における対人保健サービスの体制整備”に関する研究 公衆衛生情報 1979. 8.
30. 吉村 仁 医療費適正化の方向と対応策 週刊社会保障 No.1227 pp36—43 昭58
31. 国立病院, 療養所再編成問題等懇談会 提言 社会保険旬報 No.1494 pp30—33 昭60
32. 姉崎正平 欧米諸国の医療費問題の動向 社会保険旬報 No.1391 (PP20—24) 1392 (pp11—15) 昭57
33. 大谷藤郎 21世紀—健康への展望 メディカルフレンド社 昭55
34. 山下節義 地域保健・医療計画をどうたてるか 現代の地域保健 (i) pp56—73 法律文化社 1981
35. 蟻川虎三 今日の地方自治の問題 日本公衛誌 16 (3) pp6—13, 1969.
36. 水田保健部長説示 週刊社会保障No.1317, 昭60.
37. 高度情報社会の法律問題 ニューメディアの挑戦 ジュリスト 増刊 昭59
38. 老人保健審議会の動き 週刊社会保障No.1322 昭60
39. 行政改革—第二次臨調最終答申 ジュリスト No. 791 1983
40. 京都府医師会調査室編 医療保険の歴史と現状 1974
41. 二宮厚美 現代日本の財政危機と医療制度の危機 京都保険医新聞 No.1360 (資料版No.188) pp18—26 1983
42. 中医協公益委員試案 診療報酬合理化についての検討項目 社会保険旬報 No.1459 p5 昭59
43. 看護検討会発足を 日本医事新報 No.3178 昭60
44. 国民健康会議 これからの健康意識と社会のあり方 週刊保健衛生ニュース No.248 昭59
45. 山下節義 成人病対策の視点 健康会議 No.427 p8—22 1984.
46. 特集 急成長医療—ユービジネス 140社 週刊ダイヤモンド 1984. 7. pp46—52
47. 佐藤秀三 社会と医療機関 金原商店 昭6
48. 社会保障制度審議会 老人福祉の在り方について (建議) 週刊社会保障 No. 1320 昭60

特 集 Ⅱ

公害と被害者救済をめぐる諸問題

スモン患者の救済を めぐる今日の諸問題

筋 昭 三

(石川・城北病院)

[1]はじめに

日本では1970年(昭和45年)にキノホルムの一
般的使用が禁止されたので1973年の一例を最後に
その後スモン患者の発生をみていない。

しかしキノホルムによるスモンの病変は、中枢
及び末梢神経系の変性疾患であるため、スモンに
罹患し生存し得た多くの患者は、その後もその後
遺症のために日常生活にきわめて困難な問題をか
かえながら生活している。

スモンがキノホルムの内服による副作用として
の疾患であることが、厚生省のスモン調査研究協
議会の研究及び「スモン裁判」により明らかにさ
れ、国と製薬会社の責任が問われてから、この後
遺症を持つスモン患者の救済に一定の施策がなさ
れてきた。しかし現実問題としてそれにも拘わら
ず治療上及び日常生活上の多くの悩みが今日も存
在しているのも事実である。今日の時点でのスモ
ン患者の救済をめぐる問題、特に患者の生活圏で
のケアという視点からの問題に言及するのが、本
論の主旨である。

[2]地域でのスモン患者数の把握

全国のスモン患者数は11251名とされている。⁽¹⁾

この実数は四回にわたるスモン研究班の全国規
模の疫病調査等で把握されたものであるが、その
中には今日死亡した人も多く含まれ、転居その他
も加わって、この原票から、それぞれの都道府県、
市町村に現在するスモン患者は必ずしも特定でき
ない。又柳川らの「特定四県を対象とした医療費

公費負担患者とスモン調査研究班把握患者との
linkage rateは64.0% (58~73%) であり、…
…スモン研究班の患者把握が十分でなかったこと
を示唆しており、今後の検討が必要であろう。⁽²⁾
という意見もあるから、なお更上記の原票では特
定できないといえる。

スモン患者の救済の第一歩は、まずそれぞれの
地域におけるスモン患者を正確に特定し把握する
ことであろう。

表1は石川県におけるスモン患者の情報源別の
把握状況である。特定疾患公費負担申請者に限定
すれば全数の53.3%しか把握されないこととなる。
患者の加入している健康保険が健保本人の場合に
は公費負担制度を利用しない傾向にあること、こ
れ以上治療してもどうにもならないから医療機関
えの受診をあきらめたという人がしばしば見られ
ること、(1984年5月北陸のスモン患者の調査で
は41%が受診していなかった。)、加齢に伴い老
人保健法の医療給付を受けて公費負担制度を利用
しなくなる人も見られること等々が、この公費負
担制度申請者からでは地域のスモン患者の全数が
把握できない理由である。箕輪らの⁽³⁾の調査で
は、厚生省の「一日患者調査」の資料を1971年~
80年の十年間にわたって分析して、「外来患者は
1/3に減少」しているというが、このことから
も上記のことが裏づけられるといえる。

「石川スモンの会」の患者会名簿では推定全数
の90%となる。当然のことながら「スモン訴訟」
に参加しない人は、この名簿からは把握されな
いことを示している。表2⁽⁴⁾は吹田市における患
者の情報源別把握状況である。石川県における患

表1 石川県におけるスモン患者の把握

把握情報源	把握数(%)
各保健所特定疾患公費負担申請(56年度)	16 (53.3)
過去の公費負担申請も参照	24 (80.0)
スモン患者団体の名簿	27 (90.0)
総 数	30 (100)

注 石川県人口 112, 3万人 (56.10.1)

表2 吹田市(大阪府)におけるスモン患者の把握

把握情報源	把握数(%)
保健所特定疾患公費負担申請(56年度)	3 (5.2)
過去の公費負担も参照	17 (29.3)
吹田市特定疾患者見舞金申請(57年)	33 (56.9)
過去の疫学調査およびその後の追跡調査 (55.56年)	51 (87.9)
総 数	58 (100)

注 吹田市人口 337, 167人 (58.1.31)

者把握の問題点とはほぼ同様のことがいえよう。

以上から地域のスモン患者全員を把握するには、過去をも含めた公費負担申請名簿、身体障害者手帳名簿、地方自治体毎の単独事業として実施されている難病手当支給名簿及びスモン患者会名簿などによる情報等々を総合的に検討する必要がある。

しかしこれらはスモンと診断された人々の実数把握に関してであるが、現実にはキノホルム中毒でスモン症状を有しながらスモンと診断されていない人、軽症のキノホルム中毒者も存在するはずである。この人々をも含めた救済を問題にする場合には、他のいくつかの難病疾患で試みられている「地域での難病検診」等を実施する中で一人一人スモン患者を把握してゆくことも必要となる。

[3] スモン患者の実態

スモン患者の今日の実態の上に立った救済上の課題を以下分析してみる。

(1) 機能及び能力障害

スモン患者の症状の現状については、多くの調査研究があり、著者も1982・83年度のスモン調査研究班総会で発表⁽⁵⁾した。表3⁽⁶⁾は朝倉らによるスモン患者の日常生活動作の分類である。寝た

表3 スモン患者の日常生活動作, 年齢階級別

	全 体	～54	55～69	70～
寝たきり	17(3.6)	3(1.9)	5(2.3)	9(9.5)
要 介 助	68(14.5)	14(8.9)	22(10.2)	32(33.7)
身の回り可能	168(35.8)	37(23.4)	92(42.6)	39(41.1)
軽作業可能	122(26.1)	51(32.3)	60(27.8)	11(11.6)
普 通	94(20.0)	53(33.5)	37(17.1)	4(4.2)
計	469(100)	158(100)	216(100)	95(100)

きり者は3.6%、要介助者は14.5%、身の回りのみ可能者は35.8%となっている。上田らの調査⁽⁷⁾では、運動能力に関しては屋内では50%が独歩可能、屋外では36%が独歩可能となっている。又感覚障害は全例が有しており、排尿便の障害のあるものは62%、視力障害で「問題あり」のものが79%となっている。

このようなスモン患者の実態からみれば、まずスモン患者の個人々人に対する機能障害への対応、特に歩行障害に対する医学的訓練療法が今日でも必要であるといえる。ほとんどのスモン患者は発病後約15年前後を経過し、症状は固定しているが、「PTを行ったもののうち何らかの改善(歩行能力の改善、ROM拡大及び精神面の改善など)を示したものは55.3%、不変のものは39.3%、残り5.4%(3名)は、悪化した⁽⁸⁾」といわれているが如く、今日でも何等かの理学療法等が必要であることを示している。しかし上田らが指摘するように、運動療法の効果は一定程度はあるが、中止すれば後退することもあり、継続することがきわめて重要である

次にスモン患者の介助内容をみると⁽⁷⁾、入浴介助(33%)、立ち上り介助(24%)、用便介助(15%)、着脱衣介助(12%)となっている。つまりスモン患者の今日の時点における能力障害の内容である。

上記上田らのスモン患者の日常生活についての報告によれば、60才未満の男性は「用事のための外出」、女性は「食事の仕度、掃除、洗濯」が比較的多いが、「社会的役割を果していない」60才以上では「テレビを見ること以外にほとんどみるべき行為がなく、女性ではそれが一層はなはだしいことがうかがえた」となっている。このような

報告からして、個々人の家庭内役割をも勘案しながら、その能力障害に対する具体的な対応が必要であろう。

「日常生活についてのアンケート調査」⁽⁹⁾を行なった荒木らは、入院患者32名で、「不可能なもの」として「スリッパ、つっかけ、下駄をはくこと」(3人)、「入浴、階段をのぼること、おりること、電車(バス)の乗り降り」(2人)、「用便(洋式)、用便のあとしまつ、(室内)歩行」(1人)をあげていると報告している。これらの「不可能なもの」としてあげられた行為に対する援助は、患者が日常生活を維持する上での最低の援助内容であることを示しているであろう。

「在宅女性スモン患者の日常生活活動」⁽¹⁰⁾を報告した中村らは、表4をかかげている。そして考察として「運動機能に障害のある人にとっては日常生活において動的活動を多く行い、具体的活動度を高めておくことが、運動機能維持にとって望ましい。ところが、運動障害のあるスモン群や片麻痺群は血液透析群に比べて動的活動、とくに屋外移動を伴う活動が減少しており、この傾向はスモン群で著しい」とし、「在宅生活を送っているスモン患者には、積極的な身体運動を伴う日常

生活をすすめる妥当性が示唆される」「こゝでの訓練は現在の運動機能の維持、活動的な日常生活の継続を目的とすべきであり、病院における医学的リハビリテーションでの運動療法と同一である必要はない。むしろ活動的な生活を維持できるよう心理的社会的環境の整備が大切であろう」と述べている。つまり個別な活動的な日常生活を、いかに自発的に行うかを援助することの必要性の指摘である。

以上をまとめてみると、歩行障害に対する医学的訓練療法、独歩への援助、日常生活を維持する上での個別な援助、活動的な生活を維持するための心理的家庭的社会的環境の整備が大切といえる。

(2) 加齢との関係

今日スモン患者の高令化がめだち、著者らの調査⁽⁵⁾でも60才以上が62%、70才以上が28%を占めている。スモン患者の加齢との関係で調査を行なった中里らは、「患者自身は高令者程、悪化したと訴えるものが多く、加齢の関与を無視できない。この場合、加齢がスモンを悪化させたのか、あるいはスモンが加齢を増長させたのかを明らかにすることは困難であるが、……」⁽¹¹⁾とのべている。しかし塚越らは「スモン患者の加齢の影響と合併

表4 遂行者数の比較(χ^2 検定)結果

活動項目	疾患群間			主婦・祖母間	
	ス片 モ対麻 ン痺	ス透 モ対 ン析	片透 麻対 痺析	スス モン 主 婦	片片 麻麻 痺痺 対対 主主 母母
植木の手入れ・庭いじり					
散歩	<				
テニスなどの運動					
ドライブ・サイクリング					
礼拝・仏様のおつとめ	<		>	<	>
商売・つとめ・農業などの仕事			<		
食事の仕度、片付け、その手伝	>	>			
家の内外の掃除・整理					
洗濯・衣類の整理					>
日用品や食料品などの買物		<	<	>	>
用事のための外出	<	<			>
町会などの地域活動					
知人・友人・親類を訪問する	<				

注(1) <: $p < 0.05$

(2) 遂行者のいなかった項目は除外してある。

症」⁽¹²⁾の中で、歩行障害、下肢筋力低下、下肢筋萎縮、感覚障害の範囲・症度悪化、日常生活能力低下は年代間に有意差があり、老年群ほど低下悪化しているとしている。一方、視力障害、下肢異常知覚、表在深部知覚、バビンスキー・膀胱直腸障害、自律神経症状は老年、準老年と青年群に有意差はなかったとしている。

安藤らは、1979年から1982年の3年間の追跡調査⁽¹³⁾で、75%の例は重症度分類のランクは不変であったが、16.7%が悪化しているとのべている。そしてその悪化例の要因分析を行い、「脳出血、心筋梗塞その他合併症又は老化、心理障害などが要因といえる」とし、心理障害について「多愁訴、心気症、不安神経症、ヒステリー、うつ状態、対人間関係トラブルなど情動面での異常がほとんどであった」としている。

加齢現象は単にスモン患者に限られるわけではないが、これらの報告から、特にスモン患者のケアに関して、加齢に伴う歩行障害、下肢筋力低下、日常生活能力低下等に対する積極的な対応が求められているということ、老化に伴う情動面での異常に注意して対応する必要があることがうかがえるといえよう。

(3) スモン患者の合併症

スモン患者の合併症については、安藤ら⁽¹⁴⁾は604例のスモン患者の調査から、79.1%の人が何らかの合併症を有しているとし、消化器系46.5%、循環器系24.8%、眼科系24.3%、骨関節系17.7%がみられ、年齢層が高くなる程高率であったとしている。しかしスモン患者は「一般住民にくらべ神経症的であり、とくに心気的で自覚症状が多いといえる」として、慎重に合併症の頻度を比較検討することが必要であるとしている。

一方塚越らは⁽¹⁵⁾スモン患者は高血圧、頸椎症、白内障、骨折、糖尿病、変形性関節症が多く、しかも合併症の併発は老年群は若青年群との間に有意差がみられたとしている。

宇多野病院におけるスモン患者の合併症を分析した井本ら⁽¹⁶⁾は、「高血圧、脳血管障害、白内障、膝関節症が多いようだということで意見が一致をみた」としている。

以上はスモン患者の合併症についての最近の知見であるが、スモン患者は今後も加齢をつづけるわけで、これらの合併症に対しても注意深く対応することが求められよう。

(4) スモン患者の死因

症状が固定したスモン患者も、加齢とともに死亡者も増加しつつある。柳川らの「スモン死亡患者の年次推移」⁽¹⁷⁾の研究では618人の死亡者を分析し、「死因スモン」と記載されたものは1972年～1976年では49.1%であったが、1977年～1981年ではそれが39.8%と減少しているとしている。この618人全員の死因別分類では、スモン44.7%、心疾患10.0%、悪性新生物8.6%、脳血管障害8.4%等であった。

朝倉らは「スモン患者の追跡調査」⁽¹⁸⁾で、1967年以降初診の1107人の中の死亡者163人を調査している。こゝでは大阪府一般人口の年次別・性・年齢階級別・死因別死亡率を用い、人年法によりスモン患者の死因別死亡率を求め、163人の実例死亡数と比較し、期待値より実例死亡数の高かったのは、「全死亡」「自殺」が有意差をもって高く、「大腸がん」が比較的高率であるとのべている。

大村ら⁽¹⁹⁾は、スモン多発地域の死因構造の分析から、女性の「膀胱がん」がスモン地域では特徴的であるとのべている。

これらの調査からいえることは、スモンの発病は、スモン患者の平均余命にマイナスの要因となっていること、「自殺」に示されるスモン患者の肉体的精神的な苦痛に十分な配慮が必要なこと、「大腸がん」「膀胱がん」の発症に一定の配慮が必要かもしれないことを示しているといえる。

[4] スモン治療法の到達点

1984年5月、スモン全国協議会の主催したスモン交流集会で安藤一也はこれまでのスモン治療研究をまとめて次の如くのべている。

1. 治療上の問題点

1) 陳旧化：14年以上経過した後遺症で、視力障害、運動障害、知覚障害、自律神経症状などの主要症状は固定化の傾向。

2) 老化：60才以上の人の率は発症時は28%であったが、昭和58年度の調査では59%で、高令者ほど悪化を訴える人が多い。

3) 合併症：高令者ほど循環器系、骨関節系、眼科系合併症が高率である。

2. 現在の医療状況

58年度療養分科会での543例の調査では、入院7%、中間施設入所3%、往診3%、医師への通院42%、鍼灸のみ9%で、医療をまったく受けていないものが37%である。

3. 異常知覚の治療についての研究の現状

1) 薬効療法

a ビタミン剤、代謝賦活剤、血管拡張剤、鎮痛剤、抗けいれん剤、精神安定剤、抗うつ剤の中では抗うつ剤（アミトリプチリンなど）が56%に有効でもっともよい。

b タウリン（含硫アミノ酸）1.5～4 g / 日で硬直感、けいれん、痛みにも効果。

c フタラジノール（酵素阻害剤）1.2～1.8 g / 日で痛み、冷感、しめつけ感に有効。

d ATP・ニコチン酸大量療法で自覚症状の改善。

e ノイロトロピン（兎の炎症皮膚組織からの抽出物の特3号3cc 2Aの静注ないし点滴静注2～3週間で、冷感、痛みにも効果、全体として71%の有効率。

f 湿布（パップ剤）、インドメタシン軟膏塗布で冷感、痛みがあるていど軽減。

2) 電気刺激

a TENS（経皮的神経刺激法）で足温上昇、一時的にしびれ軽快。

b エレクトレーナー（低周波電気刺激）でもしびれが一時的に改善。

c PISCES（経皮的脊髄硬膜外電気刺激）は受信器の恒久埋め込みも可能で、痛みや冷感を伴うしびれに有効、しかし2年治療して無効との報告もある。

3) レーザー刺激

局所血行を改善し、痛みにも効果がある。異常知覚に対しては研究中。

4) 鍼灸療法

又同じ交流集会で山下九三夫は東洋医学療法の現状を述べ、これまでのスモン研究班の成果をまとめ、「スモン患者は、鍼・漢方治療によりその不定愁訴、腹部症状の改善が見られたが、異常知覚改善の可能性は小さいとされた。……このようにスモンに対する鍼灸・漢方療法の適応と限界が次第に明らかにされ、新しい東洋医学的診断法や治療法も開発されつつある。」としている。東洋医学療法について砂原茂一⁽²⁰⁾は「一定度の機能的症候的改善がしばしばみられるので臨床的に用いるに値する治療法と考えられるが、遺憾ながらその効果には持続性がない」と述べている。

更に上述の交流集会上田敏はスモン患者のリハビリテーションに云及し、「スモンの機能障害の特徴と回復訓練の効果；

中枢性（脊髄）麻痺、末梢性麻痺、感覚障害による失調症、異常感覚による苦痛の4者が複合して運動障害（特に歩行障害）を形成している。

これに対する運動療法の効果は一定程度はあるが、中止すれば後退することもあり、継続することが重要である。

能力障害、社会的不利に対する対策；

機能障害の回復に限界があっても、装具・車椅子などを持ち、また、家屋改造を行うなどにより、能力の低下、および社会的な不利を改善、克服することは可能である。むしろ、これが「全人間的復権」としてのリハビリテーションとしては、もっとも大事なことであると言ってよい。」としている。（上田²¹⁾はスモン患者の運動機能訓練の目標を表5の如く示している。）

以上が今日のスモンの治療に関する到達点の概要ともいえよう。

表5 スモン後遺症患者に対する
リハビリテーション

- | |
|-----------------------------------------------|
| 1. 正常運動パターン
の訓練
寝返り、起き上り、四つ這い、立ち上り |
| 2. 歩行訓練
1) 装具 (-)
2) 装具 (+)
3) 障害物訓練 |
| 3. 痙性筋の伸張訓練 |
| 4. 上肢・軀幹の残存機能の強化 |

[5] スモン患者の受療状況

著者らは北陸のスモン患者を経年的に追跡してきた。(1974年118人、1974年92人、1979年114人、1982年135人、1984年110人)。1982年の調査では、患者の治療状況は表6の如くであった。つまり約69%の患者が何らかの形で定期的受療していることとなる。しかし一方「放置している」か又は「時々しか受診しない」患者数をみると、1979年は16%、1982年は32%、1984年は41%と、経年的にみると、次第に「放置」している患者が増加しつつある点が注目される。

また、安藤らは329人のスモン患者の調査から「スモンの恒久対策として、現在どのくらいの入院の必要なものがあるかを知ることは重要であるが、今回の調査では医師が必要性をみとめたものは22%であり、患者側からの入院希望のあるものは24%であった。入院に関して患者の希望と医師の見解が一致したものは84.5%で、不一致のものが15.5%にみられたが、不一致のものの中では、

患者は入院を希望し、医師はその必要性をみとめないものの方が若干多く、こうした例は軽症、老令、ヒステリーなどの心理障害者、家庭事情からの入院希望例、機能訓練などによる回復意欲の乏しいものなどであった。逆に患者は希望していないが、医師側から機能訓練、合併症の治療、心理療法などのために入院した方がよいと考えられた症例や家庭内介護の困難なため入院させた方がよいと考えられた症例も6.7%にみとめられた。」⁽²²⁾と述べている。

朝倉ら⁽⁶⁾は、469人のスモン患者の受療行動を調査し、表7の如くまとめている。更に受診している医療機関を分析し、次の如く述べている。

「受診している医療施設の種類をみると、診療所37%、私的病院22%、大学病院を除く公立・公的病院27%、大学病院8%であった。ちなみに大阪府3保健所の医療費公費負担申請をしている特定疾患全体の受診医療施設は、診療所9%、私的病院20%、公立・公的病院34%、大学病院30%であった。スモンでは、難病に比し大学病院への受診が少なく、診療所への受診が多い特徴がみられ

表6 治療の現状

治療状況	人数	百分率
入院中	13人	10%
施設入所中	3	2
在宅で往診	12	9
外来通院中	64	48
時々通院	25	19
放置している	14	10
その他	3	2

表8 受診医療機関の分類

受診医療機関	実人数	%
居住地と同一市町村内にある 国公立・公的病院	21	40.8
私的病・医院	23	44.9
居住地と別の行政区域にある 国公立・公的病院	2	4.1
私的病・医院	5	10.2
合計	51	100.0

表7 スモン患者の主な受診形態、日常生活動作別

	全体	寝たきり	要介助	身の回り 可能	軽作業可 能・普通
	n = 301	n = 12	n = 53	n = 135	n = 101
入院	15 (5.0)	5 (41.7)	9 (17.0)	1 (0.7)	0
定期的通院	230 (76.4)	1 (8.3)	27 (50.9)	119 (88.1)	83 (82.2)
往診	21 (7.0)	5 (41.7)	10 (18.9)	3 (2.2)	3 (3.0)
悪いときのみ受診	17 (5.6)	0	0	5 (3.7)	12 (11.9)
薬をとりに行く	12 (4.0)	1 (8.3)	5 (9.4)	4 (3.0)	2 (2.0)
その他、不明	6 (2.0)	0	2 (3.8)	3 (2.2)	1 (1.0)

る。受診施設が患者の居住市内であるかどうかをみると、63%が居住市内の医療機関を受診していた。」

著者が1984年5月に実施した北陸のスモン患者の受診医療機関の調査では表8の如くなる。朝倉らとはほぼ同様の結果であった。

スモン調査研究班の治療法についての到達点は前述したが、全国約11000人前後のスモン患者は全国の医療機関に散在して受療している。散在している患者がそれぞれの医療機関でどのような治療を受けているかは詳らかではない。

花籠ら⁽²³⁾は、スモン研究班の療養分科会に属する班員が最近実施している治療法を表9の如く紹介している。

1984年7月に著者らは、北陸のスモン患者を治療している医療機関と医師にスモンの治療に関してアンケート調査を実施した。スモンの治療を行っているか否かが明らかになった107人では、治療を受けている人は62人(58%)であり、このうち主治医が明確になった60人の主治医にアンケートを送付した。回収された(回収率40.8%)これらの主治医のスモンへの対応を表10に示した。これらの主治医の「スモン治療」に関して、今日「特に考えていること」を設問したが、「特に考えていない」医師は7人(35%)であり、11人

表9 治療内容
- 76 症例 - (重複例あり)

内服薬：鎮痛剤	5
抗うつ剤	6
筋弛緩剤	4
末梢血行改善剤	?
その他	?
軟こう：インドメサシン	41
モビラート	1
湿布：モム(ホット)	13
点滴・注射：ATP・ニコチン酸	7
他(ノイロトロピン)	3
物理療法：表面電極(エレクトレーナー)，他	11
*外科的(PISCES)	1
ハリ治療：(針通電，置針)	6
運動療法：(PNF，他)	12
作業・心理療法	4

表10 20人の主治医の治療内容

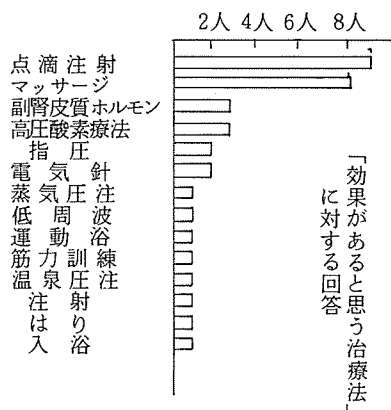
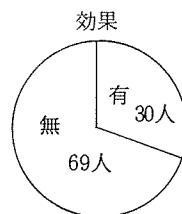
治療法	している	していない
薬物療法	13人(65%)	7人(35%)
理学療法	5人(25%)	15人(65%)
身体的機能訓練	5人(25%)	15人(65%)

表11 スモン治療上の医師の悩み

困難と思う事項	人数(人)
スモンの治療法がはっきりしない	10
異常知覚に対して，対応策がない	6
訴えが多，彩で困る	2
機能訓練の処方わからない	1
” 施設がない	1
” PT・OPがない	1
その他	2
特にない	5

(重複回答あり)

表12 今まで行った治療の効果について
— 患者の回答 —



(55%)の「特に考えている」医師は、「合併症の注意」(6人)「下肢の異常知覚の軽減について」(4人)「運動の励行」(3人)であった。更にスモン治療に関して困難を感じていることは表11の如くであった。

一方著者は、治療の評価について患者自身の意見を調査⁽²⁵⁾したが、「効果があったと思う治療法」については表12の如くであった。

更に前述した如く「放置」している患者数も増加しつつあるが、この「放置」している患者の理由をみると(1979年調査、18人)「治療効果がない」4人、「医師及び薬に対する不信のため」3人、「医師より不治の病といわれたため」2名等々と諦めの中で治療を放置していることがうかがえた。又、1982年に著者らが行なった治療についての調査⁽²⁵⁾でも、135人中43人(32%)は治療について「あきらめている」とのべた。しかし一方他の92人の治療についての第一の希望をみると(未解答6人)、治療法にかかわるものでは、「治療法の確立」が19人で最も多く、医療施設にかか

表 13 治療についての希望

治療法等にかかわるもの	人 数
治療法の確立	19
異常知覚への対応	7
歩行障害への対応	2
中国針の導入	3
小 計	31人(36%)
医療施設にかかわるもの	人 数
専門病院を	7
リハビリセンターを	2
温泉療法施設を	7
日常相談にのってくれる病院を	8
定期往診を	1
小 計	25人(29%)
医療制度にかかわるもの	人 数
鍼灸・マッサージに金がかかる その対応を(交通費 日数 治療時間の問題)	25
漢方を無料で	2
合併症を無料で	1
入院時の介助を	2
小 計	30人(35%)
回 答	6人
合 計	92人

わるものでは、専門病院、リハビリセンター、温泉療法施設を望む声が多く、医療制度にかかわるものでは、鍼灸・マッサージの出費についてその対応を求めるものが25人と多かった。(表13)

東洋医学的治療に関してみると、スモン患者の約50%が受療している⁽²⁴⁾と思われる。これらの患者の鍼灸療法に対する期待は「一時的でもよいから痛みから解放されたい」という理由であろう。しかしそれらの治療を希望するすべての患者が治療をうけられないのも現実である。⁽²⁰⁾ 砂原らはこれらの実情から、鍼灸治療の医師の同意書の簡略化、治療者側の意欲を阻害する報告書義務を伴った300円増の治療費の問題、西洋医療との併用禁止の問題、交通費問題の解決が望まれるとし、「治療がうけやすい体制を作ること」が今日の課題であるとしている。

以上が患者の受療行動、治療内容、治療に対する医師、患者の意見、希望であるが、これらを総合的に評価して、西谷らは次の如く述べている。(以下の成績で括弧内は昭和54年度。)

(1)歩行障害の変動：昭和58年度の歩行障害度は、正常、独歩、一本杖が53.2% (83.2%)と減少し、それ以上の高度障害者が46.8% (16.8%)と増加の傾向にある。(2)視力障害の変動：正常者が21% (47%)に減少し、種々の程度の視力障害者が増加している。その原因については、老眼、白内障等、老人性の視力障害者の増加に帰せられる。(3)日常生活度：上記のことを反映して、入浴、衣服、用便、食事などのADL低下の%が増大している。とくに今回挿入した乗物については、要介助が半数近くにあった。身障者手帳についても、1級13.5% (7%)、2級23.2% (18%)と増加し、「なし」というものは10.2% (24%)と減少している。(4)医療：スモンで現在治療されているものは67% (71%)入院希望者は7% (8%)で、その医療内容にも大きな変化はみられなかった。⁽²⁶⁾

一方花籠らは⁽²⁷⁾、医師の立場から今日のスモン患者の治療対象となる主症状を表14の如くまとめ、「心理的問題、生活指導、合併症の治療も含めて、決して医師がスモン患者にすることはないとはいえない」⁽²³⁾として、今日でも積極的に対

表 14 スモン後遺症の治療対象となる主症状

- 110例・重複例多い -

症 状	例 数	%
1. スモンだけの治療	31	28.1
2. スモンの治療と合併症の治療	79	72.3
3. 腹部症状	77	70.4
4. スモン以外の神経合併症	32	29.0
5. 関節障害	34	31.6
6. 精神科的治療	7	6.3
7. 高血圧・循環器系	74	67.4
8. 末梢血行・他自律神経障害	61	53.7
9. その他	20	18.2

応することの必要性を強調している。

以上今日のスモン患者の受療形態、治療に対する要望、治療の評価等を概観したが、この問題の今後の課題を要約すると次の如くである。

スモン患者は他の難病患者と比較すると治療に対する期待が多く比較的積極的な受療行動をとってきたこと、しかし近年治療効果に対して諦め感も強くなり治療を「放置」する傾向が強まっていること、受療施設が患者の居住区内が圧倒的でありしかも診療所又は私的医療機関での受診が多いことが特徴といえる。このことから、今日スモン救済の問題点の一つが、これらの医療機関を中心にしながら、どのように地域でのスモンの治療に対応すべきかが求められているといえよう。

一方これらの所謂第一線医療機関の主治医は、スモンにどのように対応すべきかに悩んでおり、スモン治療の今日的到達点が充分知らされていない問題も浮び上がってきている。

又スモン後遺症に対する決定的な治療法がないにしても、現実に後遺症による苦痛がある以上、それに対応する処置を患者が求めるのは当然であり、すべての地域のスモン患者が、その治療（鍼灸療法を含めて）によりアクセスしやすくすることも大きな課題となっている。

[6] スモン患者の在宅ケア

表6でみられる如く、今日スモン患者の約12%前後は入院又は施設入所中であるが、残りの患者

は在宅で療養している。それ故に多くの人々はスモン罹患によって生じた医療上、生活保障上の援助を在宅の状態ですべて求めているわけである。在宅での医療、運動機能訓練、療養・生活相談、社会福祉サービス等々の多面的なケア内容が包含されている。

しかし、現状ではこれらの在宅ケアは、医療機関、保健所、市町村などが、それぞれにその一部分を担当して個々のサービスを行なっているのみで、多面的な内容をもつ在宅ケアに、総合的に対応していないように思われる。

在宅患者のADLをみると⁽²⁸⁾全く動けない人は6%、いざり、四つ這い移動を含めて何らかの方法で移動のできる人は49%、独力歩行が可能な人は45%である。用便に関してみると、ベッド上が10%、便所で行なえるが要介助は4%、独力で可能者は残り86%である。これらのスモン患者の医療への受療状況は表6に示される如くで、9%の人が往診治療をうけ、48%の人が外来通院をうけている。約30%~40%の人々は今日では治療を放置しているとみなされる。

このような在宅スモン患者の生活療養条件を検討している朝倉ら⁽²⁹⁾は、愛知、大阪、関東、北陸の四地区180人のスモン患者の現状から次の如く問題を提起している。介護項目を8項にわけ、そのいずれかの介護内容が「やゝ不十分」「不十分」と判定された人は40人（全体の22%、要介助者の48%）であった。特に「移動」と「入浴清拭」への対応に問題があるものが多かったとしている。医療面では「機能低下の予防」に問題があるもの72人（40%）、「合併症の予防治療」に問題があるものが84人（36%）であったとしている。心理社会的面で「友人・知人との結びつき」「家族との結びつき」「楽しみ・情報をうる」「闘病意欲」に問題がある人が、それぞれ3割をこえていたとしている。更に市区町村が行う保健福祉サービスの利用率はいずれも1割以下であったとし、家族全体の条件を考慮した援助活動の重視、介護面のみならず医療面の相談助言やソーシャルネットワークの重要性を指摘している。

著者が西、金川らと行なった北陸のスモン患者

の介護内容についての調査⁽³⁰⁾では、(以下の括弧内の％は問題があると思われた人々の占める率)入浴が不十分(10%)、室内環境整備(24%)歩行援助(17%)便秘・下痢への対応(12%)、保温又はマッサージ(29%)、受診の継続(31%)各種医療機関の受診(37%)、合併症の予防(37%)、療養器具貸付(93%)、職業相談(94%)、福祉サービス(44%)、闘病意欲(13%)、友人・知人との交友関係(22%)、患者会への参加(36%)、婦人会、老人会への参加(50%)等々であった。これらを概観していえることは、知覚異常に対して患者自身も努力しているが援助の必要度が高いこと、社会資源の利用度は少ないが今日の社会資源の種類が必ずしも患者のニーズに適合していないこと等であり、個々のニーズにあわせた援助が必要であるということであろう。

上田ら⁽³¹⁾は、アンケート調査であるが、在宅患者の介助の必要が大きいものとして、「病院にかよう」(28%)、「屋外移動」(20%)、「入浴」(19%)であると指摘している。

以上は医療者側からみた、在宅患者のケア上の問題点であるが、患者及びその介護者側からの問題点をみてもみる。1982年に実施した北陸のスモン患者の調査(135人)で、「歩行」にかゝわっての問題点をみると、杖や補助具なしで歩行できる人は52人(38.1%)であるが、それ以外の人々の外出時の悩みの中で肉体的な苦痛としては、「長時間の歩行で足が痛くなる」「ふらふらして歩きにくい」という訴えが多く、道路等の公共施設に対する要望では、段差、バスのステップ、階段の手すりに対する要望が多い。(表15)

この様に、一人歩き可能な人でも、様々な困難をかかえて歩行しているのである。

一方、杖や補助具でしか歩行できない人の悩みをみると、肉体的な苦痛では、「長時間の外出が不可能」が多く、介護、施設等に対する要望では横断歩道、手すり、バスのステップ、道路の休憩所、段差の解消などの要望が多かった。(表16)

スモンに罹患後も仕事に従事している人々は、43名であったが、この人々の困難な点について調査すると、普通に業務が遂行出来ると答えた人々

でも「物品の運搬時にバランスがとれない」と訴えている。なんとか業務を遂行している人々の困難は、「物品の運搬時にバランスがとれない」「長時間の立位が不可能」が圧倒的に多く、その他「つかれやすい」「つまづく」「階段の上下が困る」「足先の作業が出来ない」等々も訴えられている。

前述した如く、いつ「独り暮らし」にとり残されるかわからない障害者も多いが、「もし一人暮らしになったらどうするか」という問には、病院・施設への入院又は入所を希望するものは65人で、一人で何とか暮せるが17人、一人で暮すが手助けがいるが30人であった。(表17)

在宅スモン患者が今、国や地方自治体に求めているものを調べると、「あきらめている」と表現した人が21人(15.6%)あったが、「健康管理手当の増額」12人、「通院費用の援助を」9人、「スモン手帳の交付」6人等の要望があった(表18)。

以上いくつかの面からスモン患者の問題点をみてきたが、総合的に何が今の最大の悩みかという設問に対しては、何も悩みがないとした人6名以外は、何らかの悩みを訴えている。それらを分類すると「スモン症状に起因するもの」「日常生活活動度の低下に起因するもの」「家族関係による悩み」「労働に関する悩み」「収入に関するもの」及び「医療に関するもの」となる。

最も多い悩みは「スモン症状に起因する」下肢

表15 外出時の困難(1)

肉体的な苦痛として	人数
長時間の歩行で足が痛くなってくる(物をもつ)ふらふらして歩きにくい	25人
普通の靴やスリッパでは歩けない	16
自転車でしか外出不能	3
道路等の公共施設に対する要望	2
道路等の公共施設に対する要望	人数
段差でつまづきやすい	9
バスのステップが高い	9
階段に手すりがないと上下できない	8
下り坂道が怖い	4
道路の途中で座れる休けい場所を	6
交通信号の時間が短い(横断歩道)	4
バスが座れないと、乗車できない	3
走行車がこわくて歩きにくい	2
砂利道が歩きにくい	2
冷房室に入れない	2

表16 外出時の困難(2)

肉体的な苦痛	人数
長時間の外出が不可能	15人
歩行時ふらふらして転びやすい	7
荷物をもつと歩行不能	3
視力低下などで危険で歩けない	3
下足がぬけること	2
冬の外出が不可能なこと	1
頻尿で失禁すること	2
他人と同行できないこと	1
介護・施設等に対する要望	人数
横断歩道での横断	11
階段に手すりがないと上下不能	8
段差でつまづきやすい	5
バスのステップが高い	6
道路の途中での休けい場所	5
外出時必ず介助がいること	5
下り坂道が歩けない	3
砂利道は歩けない	4
雨天では外出不能	2
クラッチ操作の多い道路は困る	3
バスが座れないと乗車不能	1
外出時すぐ使用できる洋式トイレがない	1

表17 独りになった時、どうするか

1人で何とかさせると思う。	17人	12.6%
1人でくらす手が助けがいる。	30	22.2
食事等自信がないので施設に入りたい。	27	20.0
不可能なので病院へ入院せざるを得ない。	38	28.0
その他	18	13.0
無回答	5	4.0
合計	135	100.0

の異常知覚であり36%の人々が悩んでいる。特記すべきものとして「スモンを親身になって診てくれる医師がいない」という悩みを5人の人が最大の悩みとして訴えている点である。一方、上田らの調査⁽³¹⁾では、悩みがあるとした中で多い項目は自分の健康(90%)、家族の健康(43%)、生活費(24%)、身近の世話(13%)などであった。

真野行生らは「地域リハビリテーションを考えるにあたっての予備調査の結果について」⁽³²⁾で次の如くのべている。

「日常生活で悩みや不安に思っていることは何か」の質問では、「一般人に比較して、スモン患

表18 国や自治体への要望

「健康管理手当の増額」	12人
「通院費用の援助を」	9
「スモン手帳の交付」	6
「国鉄100km以内の割引きを」	4
「マッサージ手続きの簡素化」	3
「スモン治療の開発」	3
「ホームヘルパーの派遣を」	3
「身障手帳等級の引き上げ」	3
「温泉療法施設を」	3
「免税所得額を下げる」	3
「年金の増額」	1
「歯科の往診」	1
「公営住宅入居の優先制を」	1
「職業のあっせんを」	1
あきらめている	21
回答なし	61
合計	135

表19 日常生活で悩みや不安に思っていることは何でしょうか。

	SMON	JAPAN
1. 自分の健康について	90.0(%)	36.6(%)
2. 家族の健康について	41.7	37.3
3. 自分の生活について	13.3	10.0
4. 家族の生活について	10.0	22.6
5. 日常生活費について	1.7	9.9
6. 今後の生活費の見通しについて	16.7	17.1
7. 家族や事業の経営について	1.7	10.7
8. 家族との人間関係について	6.7	6.7
9. 老後の生活設計について	23.0	26.3
10. 生き甲斐がないこと	11.7	
11. 友人がないこと	21.7	
12. その他	0	7.7
13. わからない	0	0.7
14. 無回答	1.7	-

者は自分の健康についての項が極度に高い特徴があった」(表19)

家族とのつきあいについては、「スモンと日本老人はほぼ同様であった」(表20)

「家族以外に相談する人がいますか」の質問に対しては、職場・近所の人に相談出来ない人が極度に多く、「一般老人との間にかかなりの差を示した」(表21)としている。

表 20 あなたは老後における家族（子供や孫）とのつきあいについて
どのようにお考えですか。（1つだけあげてください）

	SMON	JAPAN*	THAI.*	U.S.A
1. 子供や孫とは、一緒に生活できる方がいい。	71.7 (%)	59.4 (%)	58.6 (%)	6.5 (%)
2. 子供や孫とは、ときどきあって食事や会話を するのがいい。	20.0	30.1	15.1	65.5
3. 子供や孫とは、たまに会話する程度でいい。	0	7.1	16.8	25.0
4. 子供や孫とは、全くつきあわず生活する方が いい。	0	1.1	2.7	0.4
5. 無回答	8.3	2.3	6.8	2.6

表 21 家族以外に相談する人がいますか。

	SMON	JAPAN*
1. 職場の人	10.0 (%)	29.5 (%)
2. 近所の人	11.7	52.7
3. 学校時代の友人	11.7	18.8
4. 信仰に関係ある人	15.0	9.2
5. 趣味や学習関係の人	13.3	15.8
6. その他の地域活動を通 じて知りあった人	10.0	10.2
7. 兄弟、子供 家族を通 じて知りあった人	26.7	14.4
8. その他	13.3	3.1
9. そういう人はいない	11.7	-
10. 無回答	3.3	0.5

表 22 あなたは趣味をもっていますか。
いくつでもあげてください。

	SMON	JAPAN*
1. 読書	41.7 (%)	23.3 (%)
2. テレビ	53.3	65.5
3. ラジオ	30.0	14.2
4. 編物、縫物などの手芸 や工芸	10.0	15.3
5. 料理	10.0	6.1
6. 旅行	25.0	29.5
7. 園芸	18.3	25.4
8. スポーツを見ること	16.7	14.7
9. スポーツ、釣などをすること	1.7	8.3
10. 音楽鑑賞	10.0	5.7
11. 楽器の演奏、歌を歌うこと	6.7	8.4
12. 賭けごと	3.3	1.1
13. 俳句、和歌、書道、絵画など	21.7	8.4
14. ゲーム（トランプ、マー ジャン、囲碁、将棋、パチン コなど）	6.7	11.3
15. その他	0	4.5
16. 何もっていない	1.7	7.5
17. 無回答	0	1.0

「趣味を持っていますか」の質問に対して、「一般老人と比較すると読書、俳句、和歌、書道、絵画、ラジオ、音楽鑑賞、料理などで高く、園芸、工芸、旅行などで低かった」（表22）

一方、このような患者の介護者が介護にあたって困難に感じている点については、32人の介護者の意見で見ると「外出できない」「自分の時間がない」「仕事に出られない」「家事に手がまわらない」などがみられる。「外出できない」は全員が訴えている困難である（表23、25）

「外出できない」と答えている人が全員であるが、その度合をみると、約半数はほとんど外出できにくく、残り半数は比較的やりくりすれば可能である（表24、25）

介護者が「もっと手があれば何をしてあげたいと思っているか」という点でみると、「入浴」「散歩」がなかなか介助しきれていないことを端的に示している（表25）

以上在宅スモン患者について、患者自身及び介護者の訴え、医療関係者の問題点の分析をみてきた。在宅患者は異常知覚の治療を中心とした治療を今日でも積極的にもとめていること、外出を強く希望し、外出可能な社会環境の整備を願っていること、一応独力で日常生活可能な人でも様々な困難をかゝっていること、全体的に孤立感が強いこと等である。介護者は入浴と散歩の介護が不充分だと認識しており、自分自身は長時間の外出が不可能である点を悩みとしている。医療関係者は在宅ケアでは、通院の継続、機能低下の防止、合併症の予防の大切さを指摘し、介助では移動と入浴清拭えのウエイトの重視、社会的な問題では個々人にあつた社会資源の設定・開発、友人・知人

表 23 介護者の困難

特になし	8人	1.3%
外出できない	20	20.8
家事に思うように手が回らない	8	8.3
仕事に出られない	8	8.3
子供の面倒が十分見られない	2	2.1
近所づきあいがうまくいかない	2	2.1
家庭内がうまくいかない	5	5.2
火の不始末の危険がある	5	5.2
よく眠れない	7	7.3
自分の時間がない	11	11.5
結婚できない	3	3.1
経済的負担が大きい	7	7.3
具合が悪いが、医者にいけない	1	1.1
その他	9	9.4
合計	96	100.0

※一人三つ回答の合計（32人中25人回答）

表 24 介護者の外出

ほとんど外出できない	8人	25.0%
1~2時間ぐらいなら外出できる	7	21.9
日中ならまかせて外出できる	6	18.7
一日ぐらいならまかせて泊りがけで外出できる	10	31.3
その他	1	3.1
合計	32	100.0

表 25 してあげたい介護の種類

食事の世話	7人
排泄の世話	0
入浴の世話	7
清拭	0
洗髪	2
散歩	9
リハビリ	3
衣服の着脱	0
その他	10
合計	38

との交友の拡大、家族全体の条件の上に立った援助活動の重要性を指摘しているといえよう。

中村ら⁽³³⁾は在宅スモン女性患者と片麻痺及び血液透析患者の日常行動を比較し、運動障害のあるスモン患者は屋外活動を伴う活動が減少しており「積極的に身体運動を伴う日常生活をすすめる妥当性が示唆される」としている。

一番ヶ瀬は⁽³⁴⁾、スモン患者と生活と福祉課題

を分析し、

1、単独世帯では、基本的ニーズは充たされている。

2、夫婦世帯でも、基本的ニーズは充たされている。しかし、高齢者夫婦が多いため、潜在的ニーズがある。

3、三世帯世帯は、単独あるいは夫婦のみで暮らせる条件がないために三世帯同居をしている場合が多く、抽出されたニーズは多様でしかも深刻なものがみられる。結論として消極的介護から、積極的介護へのサービス体系の転換が必要となろう。と述べている。

松野ら⁽³⁵⁾は在宅ケアに関する患者・家族の主要な問題を表26の如くに示している。そして「多くが社会参加のないまま、長期間を過し、しかも老齢化しつつある。今後更に問題が深刻化することが予想される。したがってこれらの患者には医療、看護、福祉など総合的なケアを必要とし、地域におけるケア体制の確立及びその中心となる組織体の設置は不可欠である。」としている。

在宅ケアの今日の問題点と今後のあり方についての二、三の提言をみてきたが、地域におけるケア体制の確立は次項にゆずるとして、今日在宅ケアでまず問題になるのは看護婦または保健婦の訪問看護とホームヘルパーの援助であろう。この点の現状をみると次の如くなる。

表 26 患者・家族にとっての主要な問題

(困難と感じたこと)n=15(男1,女14)

		発病期	診断期 ~最近	現在
1	症状・障害による苦痛	15	15	15
2	家事不能または困難	5	8	7
3	育児不能または困難	4	5	1
4	家族(特に夫)への負担・過労・気兼ね	4	8	6
5	職業の中断	7		
6	退職		7	
7	復職希望するが不可能			1
8	経済的困窮(主な所得者の発病)	3	3	2
9	転倒しやすく外出不能・不安・外傷を受ける		8	7
10	長期入院で帰る場がない			2
11	症状や不安をだれにも話せない			5
12	家族と同居希望する困難			1

「訪問看護」は国の制度としては老人保健法による退院後の短期間しか認められていないので、ほとんどスモン患者は「訪問看護」を受けていないとみてよい。しかし一方保健婦による「訪問看護指導」は法的に存在するので、このサービスをうけているスモン患者が存在し得る。しかし黒田ら⁽³⁶⁾の調査では大阪府下27保健所で訪問看護指導の対象者207名中スモン患者はわずか8人(約4%)にすぎない。大阪府のスモン提訴者は472人であるから、保健婦による在宅サービスをうけているスモン患者は全体の約1.5%にすぎないこととなる。

ホームヘルパーは法的に配置が定められており、在宅重症患者等をもつ家庭の援助に一定の役割を果たしている。しかし現実には必要度に比較してきわめてその配置人員が少ないものとなっている。黒田らの前記の調査によると、大阪市を除く大阪府下30市、13町村のホームヘルパーは243人で、その担当世帯は1132世帯であるが、内スモン世帯はわずかに3世帯であったという。在宅患者のほとんどが、ホームヘルパーのサービスをうけていないとみてよい。

スモン患者の在宅での現状からみて、「訪問看護」「訪問看護指導」「ホームヘルプ」のためのマンパワーを、地域毎にどう強化するかがまず問われているともいえる。

〔7〕スモン患者の社会復帰

1982年に行なった北陸のスモン患者の状況を中心にまずみよ。(25)

表27は、裁判認定の症度分類である。年齢を考慮しなければ、症度Ⅰ度47人(34.8%)は何等かの労働に就労可能ともいえよう。

現実はこの人々を一人一人調査してみると43人の人が仕事(主婦業を含む)に従事している。発病前119人が仕事に従事していたのであるから、約1/3の人々が社会復帰しているといえる。

(患者の高令化という要因もあるが)(表28)

一応就労している43人の仕事の完遂度をみると、普通に出きる人6人(13.9%)、何とかやって

いる人29人(67.4%)、よく休む人8人(18.6%)となり、43人中37人86%の人が困難をかかえながら働いているといえる。この困難の主な原因は、立位で同時に両手を使用する作業の困難性によっていると思われた。川村⁽³⁷⁾は「自立や向上を志す患者にとっては、職業の場、技能に対応するボストの提供や工夫がのぞまれる」としているが、同様の主旨と思われる。

スモン患者の世帯別収入をみたのが表29である。約25%の世帯が障害というハンディーをもちながら月20万円以下の生活が強いられていることがわかる。上田ら⁽³⁸⁾もスモン患者の経済的状态を調査しているが、本人の収入のないものが17%(13人)、あるもの71%(55人)、不明13%(10人)であり、「あるもの」の年収をみると、100万円以下27人(61%)、以上17人(39%)であったとしている。そして世帯全帯の収入源が主として「健康管理手当」であるものが65%(51人)であったとしている。

勤労者世帯の一月平均可処分所得は31万6759円(1984年上半期、総務庁発表)であり、これと比較すると治療、介護を生涯背おっているスモン世帯の収入はきわめて低く、しかもその収入源が、「和解」による「健康管理手当」に大きく依存していることが特徴であるといえる。

このような収入状況であるので、収入状況からみた本人の生活感をみると、表30の如くとなる。10%の人々が「とても苦しい」と感じている。

以上の如き就労状況と収入構造であるが、著者らがアンケートで「国や自治体への要望」を調査した結果が表31である。回答された74人(53.6%)中21人(16.2%)は「あきらめている」としているが、12人(16.2%)が「健康管理手当の増額」を要望している。それに反し1人しか「職業のあっせん」を希望していなかった。このことは、調査対象者の年齢がすでに高令(男平均62.4才、女平均61.8才)に達していることも原因であると思われる。

現在就労している43人(32%)前後の人々も、現在でさえその就労が普通に出来る人がわずか13.9%にすぎないのであるから、今後加齢が進行

表 27 認定・和解時の症状

症 度	人 数	百 分 率
超々Ⅲ度	5人	3.7%
超Ⅲ度	15	11.1
Ⅲ度	22	16.3
Ⅱ度	44	32.6
Ⅰ度	47	34.8
未和解) 未認定	2	1.5
合 計	135人	100%

表 28 就 労 状 況

職 業	発 病 前	現 在
農 業	21 人	5 人
商 業	13	2
専 門 職	12	5
管 理 職	8	3
事 務 労 働	11	5
肉 体 労 働	26	2
主 婦	26	21
学 生	2	0
無 職	3	67
失 業 中	0	1
入 院 中	1	12
入 所 中	0	2
高 齢 で 働 け ない	0	8
そ の 他	12	2
合 計	135	135

表 29 収 入

収 入 月 額	世 帯 数	百 分 率
～ 5万円未満	0人	0%
5万円以上～10 "	4	3.0
10 " ～15 "	13	9.6
15 " ～20 "	16	11.9
20 " ～25 "	25	18.5
25 " ～30 "	18	13.3
30 " ～35 "	12	8.9
35 " ～40 "	11	8.1
40 " ～50 "	10	7.4
50 " ～60 "	0	0.0
60万円以上	4	3.0
不 明	12	8.9
無 回 答	10	7.4
合 計	135	100.0

表 30 収入からみた生活状況

十分やっいてける	9人	6.7%
まあなんとかやっいてける	68	50.4
苦しいがなんとかやっいてける	42	31.1
とっても苦しい	14	10.4
不 明	2	1.5
合 計	135	100.0

表 31 国や自治体への要望

「健康管理手当の増額」	12人
「通院費用の援助を」	9
「スモン手帳の交付」	6
「国鉄100km以内の割引を」	4
「マッサージ手続きの簡素化」	3
「スモン治療の開発」	3
「ホームヘルパーの派遣を」	3
「身障手帳等級の引き上げ」	3
「温泉療法施設を」	3
「免税所得額を下げる」	3
「年金の増額」	1
「歯科の往診」	1
「公営住宅入居の優先制を」	1
「職業のあっせんを」	1
あきらめている	21
回 答 な し	61
合 計	135

すればますます「就労」自体が困難になってくると思われる。

以上のようなスモン患者の社会復帰の状況から考えると、今後ますます加齢が進むわけであり、スモンの救済の大きなポイントの一つは、「就労」よりも「健康管理手当の増額」であるともいえる。大谷ら⁽³⁹⁾も、「介護者の理解度と経済状況が闘病意欲と有意な関連性を持つことが示された」としているが、闘病生活を正しく行う上でもこのことが言えよう。

〔8〕地域ケアシステム

1981年11月より著者らは北陸のスモン患者の全員に、患者会役員、医師、PT、OT保健婦1～2名の合計3～4名のチームを組んで、一人一人家庭訪問を行なって、在宅ケアの実情を調査した。

この調査から次の点がまとめられた。①患者家族はそれぞれ闘病生活に工夫をこらしているが、その内容に個人差がめだつ ②各人は努力しているが、基本的な医学的機能訓練のルートに乗っていない ③医療・福祉の諸制度につき知識が少なく、その利用度が低い ④加齢による障害の進行がめだつ ⑤社会資源の諸制度については各県各市町村により極めて大きな差がある ⑥患者の生活が閉鎖的になりがちであるが、患者間の交流が患者・家族から強く希望されている等々であった。

砂原ら⁽⁴⁰⁾はスモン患者の今後のリハビリテーションのあり方を検討して、「病状の固定化と患者の老令化に伴い、今後は地道な運動療法と共に家族、家屋、地域社会などの環境条件を調整し、患者の精神的、文化的生活を豊かならしめる total rehabilitation が望まれる」としているが、著者らの調査結果の実態と符合していると思われる。

以上の状況から、スモン患者の地域ケアの現状を、手島ら⁽⁴¹⁾は四県五地区での医療機関、医療従事者のこれまでの活動から整理している。その具体的な活動内容をみると、地域のスモン患者の総会での療養生活についての定期的な助言活動、神経内科専門外来での定期的チェック、患者会活動の中でのソーシャル・ワーク活動、月1回のスモン体操教室（ディケア）の開催、地区毎の運動療法指導の会の出張開催、バス送迎によるディケア活動、治療センターへの鍼灸師のボランティア協力、各医療専門職のチームによる患者訪問指導、療養日誌の点検による指導活動等々である。おそらくこの調査にみられるような形態と内容がスモン患者への対応として全国的に行なわれているものと思われる。この対応の特徴は、医療機関や医療従事者の個別の対応であることである。又片平ら⁽⁴²⁾が「症状と障害が共存した状態のスモン患者には長期の、継続した援助が必要である。とくに患者が高令化し介護の必要度が高まったり、家族の変化などが予想される場合には、それに見合った適切な援助が望まれる。本来地域ケアの中では、患者・家族と社会資源を結びつけ適切な援助を受けられるようにする役割は、ソーシャルワーカーや保健婦などの専門職の機能の一部に含まれ

て考えられるものである。A区では、これらの専門職が接触をかなりもっていたが、一時的なものも多く継続性という点で今後の問題を残していた」とのべているが、今日行なわれているスモン患者に対する各地での対応が必ずしも継続性がない点も一つの特徴となっているといえよう。更に片平ら⁽⁴³⁾が指摘するように「各機関、各職種の連携・協力による援助はほとんど認められない」点も特徴的といえよう。

スモン患者の多様なニーズの内容と、各地域での医療・福祉機関の対応とその問題点をみだが、それらを踏まえた上でのこれからのスモン患者の救済のための地域ケアシステムに関して、いくつかの提言がなされている。

砂原ら⁽⁴⁴⁾はスモン患者は異常知覚が執拗に持続し日夜これに苦しまなければならなかったことで障害の受容が当然困難であったこと、加害者の責任を追求しようという気持ちが支配的で容易に妥協して現状を肯定しにくいこと、大部分は老令期の下り坂の出来ごとであってリハ効率が低下し期待した回復水準に達しがたかったこと等々が、「いつまでも医療的リハビリに停滞して、より積極的、より早期に職業リハ、むしろ total rehabilitation の軌道に」乗るのが遅すぎたとして、今後積極的に total Reha を行う必要があると述べている。そして、①運動療法などでリハサービスの地域的拠点をつくること ②装具等の必要性を積極的に判定し、それを円滑に仕給するシステムをつくること ③家屋改造を推進する ④その他個別的な職業リハ、カウンセリング等々をあげている。そして更に砂原ら⁽⁴⁵⁾はスモン患者は地域毎にみると数が少ないことから、スモンの地域ケアは、地域の身障者・老人ケアの中に「取り込んで」地域ケアとして追求すべきであるとして、①地域リハの中核施設を作る ②そこでのボランティアの参加、障害者自身による自立生活運動 ③移動サービスの充実 ④障害者の社会参加の努力、をあげている。

「地域におけるスモン患者・家族への医療福祉援助のあり方」の調査を行なった木下ら⁽⁴⁶⁾は、援助課題を次の如くあげている。①在宅スモン患

者に対しての受療への援助体制をつくる ②スモンの治療だけでなく他疾患を含む医療が十分受けられるようにする ③患者以外の家族に対しても援助を行なう ④日常生活を行なう上の援助を行ない生活圏の拡大をはかる ⑤移動介助、自助具・介助具の入手援助、外出のための交通手段の確保を行なうこと ⑥医療をうけたり生活をする上での専門的相談相手をつくること等々。

松野ら⁽⁴⁷⁾は地域ケア体制に関する検討から、「地域ケアではその具体化に保健所の果す役割は大きく、情報管理、連絡調整担当者の働きが鍵となる」とのべている。高木ら⁽⁴⁸⁾も保健婦の援助の重要性を指摘し、継続的な医療管理のため及び社会資源の有効な活用のためという点をあげている。

朝倉ら⁽⁴⁹⁾は在宅ケアにおける保健婦とホームヘルパーの重要性と位置づけを行ない、これらによるケアがうまく行なわれている所では、①保健婦とヘルパーが参加する定期的連絡会がもたれている ②ディサービスなどの在宅福祉サービスや人口当たりの保健婦数、ヘルパー数が比較的充実している、などの条件がみられたとしている。

阪上ら⁽⁵⁰⁾は、これらの地域ケアについて、ソーシャル・ケース・ワーカーの重要性を指摘している。

著者が1984年7月に行なった主治医へのアンケート調査（前記）によると、「在宅ケア」に関して主治医達から以下の如き意見がよせられている。「周囲の人々の理解、近隣社会から孤立させない、それぞれに適した運動の設定、訴えが多くても親身になって対応する、通院出来にくい人々に施設を、ヘルパーの増員、訪問看護の制度化、医療福祉関係者の共同の討論等々」であった。

以上の地域ケアに関する何人かの提言に共通することは、今後のスモン患者への対応は、医学的リハ、社会復帰のための環境整備、精神的文化的援助等を含んだ「total Rehabilitation」の考え方が必要であること、一般障害者、高齢者などハンディキャップをもった人々の中の一人として位置づけた地域ケアシステムの考え方が必要であること、各専門職種との協力、医療・福祉・保健サービス

諸機関の協力が必要であること、リハサービスの実施又は情報管理のための地域的拠点が必要なこと、地域ケアのためのマンパワーの充足が大切であること、等々である。

これらの共通した指摘が正しく実施されてゆけば、スモン患者の恒久対策は大きく一步前進するにちがいないが、そのために当面必要であると思われる点は何か。

北陸のスモン患者の会では、各県で年2回の療養相談会、年1回の保健婦、PT、OT、MSW等による訪問個別指導、患者会役員を中心にした患者会友愛訪問活動、保健婦による定期的訪問看護指導、等々が今日実施されている。これらの活動は、上述したこれからのあるべき地域ケアシステムとはまだ程遠いとはいえ、全国的にみると比較的進んだとりくみといえる。このような取り組みが行なわれるようになった基盤には、裁判に伴なう患者会の結成がある。患者会が私たち医療関係者と共同で、1974年以来2年毎にスモン患者の実態調査活動を行ない、その中から各人の情報の集取、ニーズの把握、問題解決のための活動とその点検をたえず行なってきたからであろう。保健所保健婦や市町村保健婦が一昨年各自の担当地区のスモン患者の定期的な訪問看護指導にとりくみ始めたのも、行政の側の積極性ととともに、患者会を中心とした恒久対策についての永年の努力がその原動力になったといえる。友愛訪問活動は実質的にはボランティア活動であるが、患者自らの社会参加の一つの形態ともいえる。わが国の地域行政システムの中にはリハ活動のシステムは独自のものとなっていないとなく、地域保健医療と地域福祉サービスの中に分散されていると今田ら⁽⁵¹⁾は指摘しているが、これらが協力して真に障害者・老人のために動き出す契機としての患者会の活動の活性化は、地域ケアシステムを作り上げてゆく上できわめて重要といえよう。

朝倉ら⁽⁴⁹⁾は医療専門職との協力共同したケアが、地域ケアを論ずる時にきわめて重要であることを指摘し、且つそれが今日の医療機関相互の関係の上で、スムーズにゆくためには、「定期的連絡会」等が重要であることをのべている。著者の経験で

も、保健婦の訪問看護指導を有効に実施するためには、ケースワーカー、PT、OT、医師、弁護士、患者会役員等の合同の連絡会が必要欠くべからざるものとなっており、その連絡会の開催によって、より充実した保健婦の地域ケア活動が保証されているように思われる。日本の行政が縦割り式であること、日本では医療機関の地域の中での連体システムが基本的には存在しないこと、未だに医師中心の保健医療活動という考え方が濃厚であること等々から、医療関係専門職相互及び医療・福祉・保健関係施設相互の連携の芽が生まれていない。地域ケアを考える場合、この連携ぬきにしては論ぜられない。この連携を作り上げてゆくためには、上述の如く、まず当面しているケアの課題を中心にした専門職相互、医療機関相互の連携活動から出発すべきであろう。又この小さな連携を出発させ発展させるためにも、情報の集中、連絡調整の接点を設定することが求められてくる。それは保健所、病院、患者会、公民館等々いづれでもよいと思われる。

以上のような連携活動の上に、患者、医療担当者、行政の三者から構成される、地域の「スモン対策協議会」（仮称）が作られてはじめて、総合的で民主的な「地域ケア」が系統的に展開されるものと思われる。

〔補足〕スモン訴訟の現状

今日スモン訴訟を提訴した患者は、全国で6436人である。

この内、和解患者数は6251名で、提訴者の97.1%にあたる。未和解者は185人であり、その内鑑定済は81人、未鑑定は104人である。（1984年10月16日現在）

今日まで「鑑定」で「非スモン」とされた人は2人である。「ス全協」の訴訟に対する当面の考え方は、「非スモンを最少限度にとどめる。資料収集に最大の努力を尽くすとともに投薬証明がないことによる不当な切りすてを許さない。鑑定済み未和解者については個々の資料作成に努力するとともに国の責任を追求する」である。

スモン患者の救済を考える場合、スモン患者であるならば、すでに発病して14・5年を経過しているわけであるから、早急に和解が成立することが、目下の最も大切な課題であることは勿論である。

一方、片平ら⁽⁵²⁾は、未訴訟スモン患者の実情を分析している。その中で、すでに和解済みの患者の場合でも「医療従事者の取組みは一部の人を除いて少なくともこれまでは概して消極的であったことが判明」したとし、未提訴者の未提訴の原因は、「病名の未伝達」「医師への遠慮」などという「医療従事者とくに医師に関することがらが重要な要因となっていることが判明」したとしている。

スモンの救済の第一歩は「和解」の獲得であろう。和解が成立していない人々及び、スモンでありながら提訴していない人々に、如何に早急に和解成立をもたらすかに、それぞれの立場から援助することも患者救済の重要な今日的課題であろう。

一 引 用 文 献 一

- (1) 重松逸造ら 特定疾患スモン調査研究班昭和55年度研究業績（以下「ス研55研業」と略す）、V-1
- (2) 柳川洋ら ス研57研業 III-A 3
- (3) 藁輪真澄ら ス研58研業 III-B
- (4) 朝倉新太郎ら ス研57研業 III-B
- (5) 筋昭三ら ス研57研業III-B 3, ス研58研業III-C 1
- (6) 朝倉新太郎ら ス研57研業 III-B 2
- (7) 上田 敏ら ス研57研業 IV-B
- (8) 長田正章ら ス研58研業 VI-A 1
- (9) 荒木淑郎ら ス研57研業 V-B 1
- (10) 中村隆一ら ス研57研業 IV-A 3
- (11) 中里興文ら ス研57研業 I-4
- (12) 塚越 広ら ス研58研業 II-B
- (13) 安藤一也ら ス研58研業 VI-A
- (14) 安藤一也ら ス研57研業 I-7
- (15) 塚越 広ら ス研57研業 II-B
- (16) 井本敬二ら ス研57研業 I-5
- (17) 柳川 洋ら ス研57研業 III-A
- (18) 朝倉新太郎ら ス研57研業 III-B 1
- (19) 大村外志隆ら ス研56研業 V-6
- (20) 砂原茂一ら ス研56研業 III-1
- (21) 上田 敏ら ス研56研業 I-4
- (22) 安藤一也ら ス研56研業 I-1

未提訴スモン被害者の救済に関する研究

第1報 未提訴スモン被害者の全国の実態と その救済の取組み——1979年度調査から

片平 冽彦 園田 恭一 高木 邦明
(東医歯大・難研) (東大保健社会)

手島 陸久 杉沢 秀博 幸田 義憲
(東大保健社会)

1. はじめに

1977年10月のスモン訴訟のいわゆる「可部和解」に続いて、1979年9月には「ス全協」加入の各地スモンの会と被告国・製薬3社間の「確認書」が調印され、訴訟上の和解によるスモン患者・家族（スモン被害者）への一時金や健康管理手当等の支払いなどの道は開かれたが、この方式はあくまで提訴者を対象としており、未提訴者は対象とされていない。

われわれは、全国各地のスモン患者団体および都道府県（以下「自治体」と言う）に対し郵送および聞きとり調査を実施することによって、未提訴のスモン患者・家族の全国の実態を解明する手がかりを得るとともに、その救済のあり方につき考察することを試みた。

2. 調査方法

1) 面接聞きとり調査 1979年10～11月に東京・千葉・大阪・京都の都道府県のスモン総合対策推進協議会およびスモン患者団体（東京を除く）を対象として実施した。2) 郵送調査 1980年2～3月に全国46のスモン患者団体に対して調査票を郵送し回答を依頼した。なお、各都道府県に対

しても調査を依頼したが、回収率などの点で問題があったため、その結果は参考に止めた。3) 資料収集 全国スモン患者数や提訴者数等については、厚生省スモン調査研究班の文献や訴訟関係の資料を収集し検討した。

3. 調査結果

1) 全国および各都道府県のスモン患者数について

全国のスモン患者数については、スモン研究班の調査で「疑い」も含め11,127人という数が出ている¹⁾。しかし、このほかになお多数の「潜在患者」（未把握患者）がいるのではないかという指摘は何度もされており、例えば柳川ら²⁾は死亡患者調査によって「(スモン調査研究班によって)把握されていない患者の数は、把握数とほぼ同数とも考えられる」と考察している。今回のわれわれの調査では、調査票の回収率が、スモン患者団体の場合、時間の余裕がなかったこと等から63.0%にとどまった。このため、都道府県ごとに把握しているスモン患者数を合計して上の数字と照合することはできなかった。

各都道府県のスモン患者数については、直接面接聞きとりをした4都道府県の場合、千葉では「特定疾患で64人、老人医療で72人」。東京では

表 1. 都道府県別スモン患者数

	スモン研究 班の把握数 (A)	各自治体の 把握数 (B)	(B)/(A)		スモン研究 班の把握数 (A)	各自治体の 把握数 (B)	(B)/(A)
1 北海道	453	266	0.59	26 京 都	339	416	1.22
2 青 森	38	50位	1.32	27 大 阪	1,210	1,326	1.10
3 岩 手	81			28 兵 庫	471		
4 宮 城	63			29 奈 良	153		
5 秋 田	136			30 和歌山	131	111	0.85
6 山 形	216	214	0.99	31 鳥 取	28		
7 福 島	146	46	0.32	32 島 根	150		
8 茨 城	57			33 岡 山	707	710	1.00
9 栃 木	66			34 広 島	436	503	1.15
10 群 馬	39	16	0.41	35 山 口	155		
11 埼 玉	190	80	0.42	36 徳 島	416	431	1.04
12 千 葉	154	150	0.97	37 香 川	112		
13 東 京	1,156	760	0.66	38 愛 媛	141	137	0.97
14 神奈川	305	267	0.88	39 高 知	139	141	1.01
15 新 潟	368			40 福 岡	375		
16 富 山	100	97	0.97	41 佐 賀	47	54位	1.15
17 石 川	52			42 長 崎	76		
18 福 井	132			43 熊 本	101		
19 山 梨	43	40	0.93	44 大 分	107	174	1.63
20 長 野	240	330	1.37	45 宮 崎	37		
21 岐 阜	234			46 鹿 児 島	39	68	1.74
22 静 岡	181	151	0.83	47 沖 縄	1		
23 愛 知	849			不明	103		
24 三 重	230			合 計	11,127		
25 滋 賀	124	95	0.76				

(A)は1969～1973年の間に調査され、1982年3月に報告された数字(調査時患者住所別)。

(B)は各地のスモン患者団体に、所属する自治体の報告数を聞いて得た数字。従って、自治体から直接聞いた数字ではない。

「1972年に都がまとめた数が329人。その後の難病調査で510人いたので、難病の医療費助成の割合が全体で0.672であることから、都下のスモン患者は760人と推定(1978年12月)。はり・きゅう対策開始後、問合せがあったのが10人位」。京都では「1970年に市が中心となり医療機関にアンケートを行ない。市内で200人、市外の府下に200人位。府としても再調査を必要とするという話になっている」。そして大阪では「45年度より設けられた大阪府スモン調査研究協議会の46年度実態調査で全医療機関にアンケートを配布し、「疑い」も含めて1,326人であった。現在多くて800人見当だが、「疑い」や「治癒」を除いて、実際には400～600人位とみている」。

患者団体からは、「貴会の属する自治体では管内のスモン患者数を何人と発表していますか」という質問に対する回答が積極的によせられたので、この数字(B)とスモン研究班の公表した数(A)との比較を行なってみた(表1)。これから、(A)が(B)を上回っている自治体が回答の5割を超えているが、逆に(B)が(A)を上回っている自治体も11あることが明らかになった。この、後者の理由として、①県単位で検診や実態調査を公的に行なったため(京都、大阪、鹿児島) ②スモンの会が把握した患者が県に登録されたため(長野、京都、佐賀、大分) ③不明(問合中)(青森、広島、徳島、高知、岡山)である。これらのうち、特に注目する必要があるのは鹿児島の場合である。鹿児島で

表 2. 各地スモン患者団体の会員数と提訴・未提訴者数（主に1980年1月末現在，未回答の会を除く）

会 の 名 称	会員数 (A)	提訴者 数 (B)	提訴者の割合 (B)/(A) ×100	未提訴 者数	会 の 名 称	会員数 (A)	提訴者 数 (B)	提訴者の割合 (B)/(A) ×100	未提訴 者数
釧路スモンの会	11	10	90.9	1	和歌山県スモンの会	85	58	69.8	25
青森県スモンの会	45	27	60.0	18	井原スモンの会	42	40	95.2	2
山形県スモンの会	81	72	88.8	9	湯原スモンの会	41	41	100.0	0
福島スモンの会	44	42	95.4	2	美作スモンの会	35	32	91.4	3
群馬県スモン患者家族 の会	35	35	100.0	0	広島スモンの会	236	208	88.1	28
千葉県スモンの会	97	97	100.0	0	島根スモンの会	54	52	96.2	2
埼玉県スモンの会	79	64	81.0	15	徳島スモンの会	207	201	97.1	6
神奈川スモンの会	171	167	97.6	4	高知県スモンの会	125	113	90.4	12
山梨スモンの会	21	20	95.2	1	佐賀県スモンの会	46	37	80.4	9
長野スモンの会	43	43	100.0	0	大分県スモンの会	20	16	80.0	4
富山県スモンの会	60	60	100.0	0	鹿児島スモンの会	29	26	89.6	3
静岡県スモンの友の会	108	95	87.9	13	スモン東京原告団	185	168	90.8	17
京都スモンの会	181	177	97.7	4	愛媛スモン原告団	14	12	85.7	2
大阪スモンの会	411	376	91.4	35	全国スモンの会	704	639	90.7	65

は、鹿大第3内科が中心となり1971年より県下で検診が行なわれており、県予防課の調べでは、1978年11月20日現在、生存者53人（内「疑い」7人）、死亡者15人、県外転出者3人であり、県外転出者を除くと68人で、スモン研究班の把握数の1.7倍である。

2) 未提訴のスモン患者数について

裁判関係の資料によって、提訴済のスモン患者数は、1982年1月1日現在6,266人であるとされている。従って、未提訴のスモン患者は、スモン研究班の11,127人との差をとれば4,861人となるし、仮に把握済の患者とほぼ同数の「潜在患者」がいるとすれば、15,000人を超える数となる（但しこれらの中には「疑い」が含まれる）。

以上は、推定に基く全国的な数であるが、これを1980年1月の時点で各地スモン患者団体ごとに検討したのが（表2）である。これから、会の単位でみるならば、今回の回答の範囲では、1980年1月という時点でも、すでに提訴した者の率は60～100%となり、かなり高いことがわかる。しかし、そもそもスモン患者団体に加入している患者の数が、全国的にみてスモン研究班報告数の約半数であるから、この報告数を分母にとれば、すで

に提訴した者の率は5割以下となり、従って未提訴者の率は5割以上となるのである。

3) 未提訴理由について

これについては、患者団体へのアンケート調査では、特に設問を設けなかった。しかしながら、返送された調査票には、①本人にスモンという病名が伝えられていない（死亡した者で、スモンと知らされなかった者がいる）②医師がキノホルムを投薬したことを告げていない③投薬証明を求めても得られない④受診した医師が死亡したり転任して行先不明などのため書類が得られない⑤訴訟のための費用が払えない⑥スモンというだけで変な病気と思われるため、かくしている⑦ウィルス説で村八分になり提訴できない、等の記載がみられた。これらの事例の詳細については今後検討していきたい。

4) 未提訴スモン患者の救済について

それでは、未提訴スモン患者の救済について、各自治体ではどのような取り組みがされているであろうか。

この問題について、自治体アンケート調査の結果の範囲では、「何もしていない」「考えていない」

「国の指示を待って考える」「自治体における取り組みには未提訴というカテゴリーはない。また未提訴患者に訴訟上の便宜をはかることもない」などという極めて消極的な回答が多かった。この傾向が全般的なものであることは、患者団体アンケート調査の結果からもうかがえた。

しかし、こうした中で、「国において認定機関を作り救済を実施してほしい」（C県）とか、「裁判外の人をどう把握するか困っているので、国の方で考えてもらえると有難い」（K県）という自治体もあった。このK県では、患者会の要求で手持ちの患者名簿に基き会の機関誌を郵送したことがある。また、国の調査とは別に、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等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、本人の提訴の機会を提供することになる。

4. 考 察

今回の調査結果から、日本全国にはまだかなりの数のスモン患者・家族（スモン被害者）が未提訴の状態で救済の手を待っていること、これに対する自治体の対応は全般的に消極的であるが、その中でいくつかの自治体では検診など積極的な取り組みがされており、その結果の扱い如何では被害者の救済につながりうること、が判明した。

未提訴スモン患者・家族の救済について、国は「手続き的には提訴をしてもらって、それに対する迅速な和解手続きということで事柄を処理する」⁹⁾という方針を出している。しかしながら、こうした方針は提訴することが可能な人、すなわち、少なくとも ①本人または家族がスモンという病名を告げられており、②診断書が得られていて、③提訴を妨げるような経済的・社会的な条件がない人に限られており、これらのうち1つでも欠けた場合は、提訴は不可能なのである。もちろん、③については条件を整える努力如何によっては、問題は解決しよう。しかし、①と②は本人や家族の努力だけでは如何ともしがたいことである。

それでは、こうした本人や家族の努力だけでは救済されない人々の存在を認めるならば、彼らに対してはどのようなことがなされるべきであろうか。

この問題を考えるにあたって、まずふまえないといけないことは、スモンは「原因不明の難病」ではなく「キノホルムによる薬害」であり、1979年9月15日の「確認書」によって国と被告製薬会社がスモン（問題）についての責任を認めていることである。すなわち、国と製薬会社は、スモン患者に対しては加害者であり、その加害責任を今後果たして行かねばならない、ということであり、未提訴の被害者も等しくその対象にせねばならない、ということである。従って、認定や補償を希望するにもかかわらず、種々の理由でその実現が妨げられている人に対しても、加害責任の履行を拒否するのではなく、むしろ、積極的に果たすようにしていかなければならないのは当然である。スモンという病名を知らされていない患者やその家族に対しては、まず、そのことを伝えていくようにしなければならない。また、行政機関および医療機関が、これまでに把握した全スモン患者（疑いも含む）の再調査と未把握患者の調査を行ない、未提訴の患者に救済に関する情報を伝達していくことが必要である。

こうしたことを具体的に実施していく上で、国はもちろんのこと、本研究班の関係者を含め、研究者や医療従事者、さらには各地域および中央の医師会、地方自治体等の果すべき役割・責任は極めて大きいといえよう。

5. まとめ

以上、全国の未提訴スモン患者の数、未提訴理由とその救済をめぐる自治体と国の対応の姿勢等の検討を通じて、未提訴スモン患者の救済のあり方につき考察した。従来の国の方針では、未提訴スモン患者の救済策としては不相当であり、国はもっと積極的な姿勢を持つべきであることを、ここで再度強調しておきたい。

スモン患者が全般的に高齢化しているという報

告からしても、既提訴者と同様、未提訴者への救済策の具体化は緊要のことであると考えられる。

本研究は、昭和54年度厚生省特定疾患調査研究費補助金によって実施した。調査にご協力いただいた方々にあらためてお礼申し上げます。

文献および注

- 1) 中江公裕ほか：昭和56年度厚生省特定疾患スモン調査研究班 班会議，1982年3月24日。

なお、この日以前の把握患者数は11,007人であった。

- 2) 柳川 洋ほか：日本公衛誌 27：15，1980
- 3) 1979年9月6日の参議院社会労働委員会における中野薬務局長（当時）の答弁。

第2報 未提訴スモン被害者の救済における 行政の役割 ——1980年度調査から

片平 冽彦

(東医歯大・難研)

園田 恭一

高木 邦明

(東大・保健社会)

杉沢 秀博

手島 陸久

(長野大・産業社会)

酒井 ツネ

(東京・志村保健所)

福田 光子

(神奈川県立総合リハビリセンター)

1. はじめに

第1報に記したように、未提訴スモン患者の救済問題を考える上で特に重要なことの1つは、この課題における行政——国と自治体——の役割を明らかにすることである。

そこで、スモン多発地区の1つであるO県I地区を対象に、未提訴スモン患者の救済のため関係機関や団体、とくに自治体が行ってきた取り組みの実態を明らかにし、全患者・家族の救済のため今後とるべき方策につき考察した。

そして、以上をふまえ、今後新たな薬害が発生した場合の迅速な救済のあり方、特にそこでの行政の役割につき検討を行った。

2. 方法

現地調査は、O県I地区が含まれる自治体(県、市)の行政関係者およびスモン患者団体、弁護団の役員から聞きとりおよび資料収集を行った。予

備調査は1980年10月、本調査は1980年12月、そして補充調査は1981年2月にそれぞれ2～7日間実施した。

考察は、既存の文献・資料の収集・検討によった。

3. 結果

1) O県I地区における未提訴スモン患者救済の取り組み

O県I地区は、1967年から69年にかけてスモンが多発した地域として知られている。発生患者数は、この地域を管轄するK保健所の統計ではI市とY町を合わせて246人、I市衛生課調べでは、I病院受診者の合計が277人である。

この地域の被害者らは、1971年以降、T地裁のみに裁判をおこしたが、1977年からO地裁に提訴するグループができ、前者はIスモンの会、後者はOスモンの会を作り現在に至っている。

2つの会のうちIスモンの会は、1979年以降は、提訴をしておらず、48名の原告は、いずれも

和解済である。一方、Oスモンの会は、1980年11月には新聞紙上に提訴受けの広告を出すなど、積極的に未提訴患者の救済に取り組み、現在もなお提訴を続けている（1980年12月までの提訴者数は93人）。こうしたOスモンの会の未提訴患者救済の取り組みの背景には、I市の比較的積極的な関与があることが今回の調査で明らかになった。

すなわち、I市では、市当局がスモンが伝染病と言われた時から何度も国にスモン対策の促進を要望し続けてきたが、キノホルムが原因とわかり、裁判で国と製薬企業の加害責任が指摘された段階(1978年)で、国に対し未提訴患者の行政的な救済を要望した。しかし、国はこの要望を受けられなかったため、市長は、その前年に市の助役を辞したS氏が自らも被害者であるということから、S氏に「お骨折を願って」、S氏らは市が有する名簿に基づき1978年8月に約140人位の人に提訴のよびかけを郵便で行った。この結果、それまで未提訴で、新たにOスモンの会に入会した人が60人位いて、これらの人は1979年10月より順に提訴している。

一方、県の方はI市からの患者名簿の申し出には応じなかったが、1980年末から1981年初めにマスコミを通じてスモン訴訟の実態を“解説する”形で（つまり、患者であっても提訴しなければ救済されないことを）一般に知らせている。

以上のような取り組みによって、I地区の未提訴スモン患者の提訴はかなり進んだが、1980年12月までの提訴者数は2つの会を合わせて141名であり、I市の名簿にある263人を仮にI地区の発生患者数とすれば、なお未提訴者が122人(46.4

%) いることになる。

2) O県I地区の未提訴スモン患者の実態と未提訴理由

O県I地区の未提訴スモン患者の実態に関して、まず、現在もなお未提訴と推定される122人のうち、25人が園田らの1974年の面接調査¹⁾の対象になったので、その時点における身体の状態を調べなおしてみた。表3に、その一指標として歩行能力をとりあげ、参考までに、既提訴の人についても記した。この結果、未提訴の17人(68%)は「発病前のように歩ける」と答えていたが、残りの8人(32%)は歩行障害を訴えていたことが判明した。

次に、1979年12月に園田らが行った調査²⁾で、I地区に少なくとも12人の未提訴患者がいることが判明していたので、そのうち、問題をかかえていることが予想される8人を対象に、1980年12月に訪問聞き取り調査を行った。比較対照の意味で、1978～80年に提訴した6人も調査した。

未提訴患者8人の調査では、現在、症状がないという人は1人もおらず、いずれの人も未だにしびれ感や冷感などに悩まされていた。中には「足首から先がびりびりとしびれ、いつも氷の上に上がっているような冷えが感じられる。足が内反し、夜は痙攣がしょっちゅうある。酒店に勤務しているが、立仕事が多くて疲れる」という59歳の女性もいた。これらの人の未提訴理由は、「軽症だから」が4人で、「投薬証明書に問題があって」「投薬証明書をもらっていないので」「結婚したのでそっとしておきたい」「少々(お金を)いた

表 3. I地区の未提訴者および提訴者の歩行能力

所 属	1974年での歩行能力	歩けない人	他人の介助があれば歩ける人	どうにかひとりで歩ける人	ほぼ発病前のように歩ける人	発病前のように歩ける人	計人
I ス モ ンの 会		0	1	8	3	1	13
O ス モ ンの 会 (1978年迄に提訴)		0	1	2	4	2	9
O ス モ ンの 会 (1979年以降提訴)		1	0	6	6	6	19
未 提 訴		0	0	2	6	17	25
計		1	2	18	19	26	66

いたところからだはもとに戻らない」が各々1人であった。

新提訴患者6人の調査では、症状はやはり全員が有していた。提訴がおくれた理由は、「Iスモンの会が医師を含めて訴えたのに抵抗があったため。Oスモンの会が医師を訴えなかったので提訴した」が3人、「軽度なので補償はないと思って」「投薬証明書の内容に問題があって」「どこからもよびかけられなかったため」が各々1人、となっている。

4. 考 察

1) 未提訴スモン患者の救済のあり方について
昨年度の保健社会学グループの調査(第1報)で、全国の自治体の未提訴スモン患者救済の取り組みは、全般的には消極的であるが、いくつかの自治体では検診など積極的な取り組みがされていることが判明している。

今回の調査で、われわれがO県I地区を選定したのは、1つには、当初、この地区にはまだ多数の未提訴患者がいると予想したからであった。しかしながら、調査の結果、I地区では、予想外に未提訴患者の提訴が進んでおり、その要因の1つに、市当局の間接的な援助があったことが判明した。市当局がそうした措置をとったのは、Iスモンの会が当初市の職員である医師をも被告にして提訴したため、市の職員や病院の関係者で患者である人たちが提訴をためらい、取り残されていたことが関係していると考えられる。いずれにしても、市当局がとった措置は、それなりに評価できよう。

I地区の未提訴患者の実態と未提訴理由の一端は結果に示した通りで、スモンの症状がありながら提訴しない(できない)でいる人が、現在もなお残っていることが示された。こうしたことは、昨年度の保健社会学グループの郵送調査の結果などからしても、他地区にも程度の差こそあれ見られると考えられる。I地区のごとく自治体が間接的にせよ救済の手だてをとっていない地域では、なおかなりの未提訴患者が残されているところも

あるかもしれない。

今回の調査対象者(未提訴)の中には、「病人が何故裁判をしなければならないのか」と疑問を呈する人もいた。スモン患者が裁判をおこなえば救済されないという仕組みを作ったことには、われわれも疑問をもつものであるが、あくまで提訴を求めるのであるならば、該当する可能性のある人には、それなりの情報と便宜を提供することが、スモン問題に責任を有する国と、地域住民の健康・福祉に責任を有する自治体の責任・役割であるということができよう。

2) 薬害被害者の迅速な救済のあり方について

スモン問題の歴史をふりかえると、スモンが初めて学会で報告されたのが1958年、病名が命名されたのが1964年、原因物質がキノホルムと指摘されたのが1970年、初めて裁判がおこされたのが1971年である。1979年の「確認書」調印以来、全国的に「和解」が紆余曲折を経ながら進行しているが、この間、被害者救済が迅速に行われてきたとはいえない。しかも、以上にみたように、未だに救済の土俵に乗っていない人も今日なお残されているのが実態である。

薬害を含む健康被害の被害者救済に関し、東田³⁾は、「健康被害の疫学=健康被害者の原状回復と復権・救済のための疫学」を提唱し、健康被害事件判明当初における被害状況調査と追跡調査を徹底的に行うことの必要性を強調し、その責任を行政に求めているが、これは今後不幸にしてスモンのような薬害が発生した(発生していることが判明した)場合に生かすべき、重要な提言である。スモンの場合、キノホルムの販売停止措置は、サリドマイドに比し早かったものの、その時点でのキノホルムの側からの被害者の洗い出しはやはり不十分であったといわざるを得ない。スモン研究班の調査も、スモンと診断された患者のキノホルム服用調査は、全国的な規模で実施されたが、キノホルムを服用した患者、そして、その中から発生したスモン患者という順序での調査は、全国的なものは行われていない。このことを考えると、東田の「森永ミルク中毒、水俣病、カネミ

油症、スモンなど、事件判明当初において、加害企業の抵抗あるいは行政の怠慢によって、被害者状況調査が欠落し、あるいは不十分のまま見過ごされ、過小評価され、被害増大防止と被害者救済の対策が欠落し、立ちおくれ、ひいては被害の拡大、深刻化と＜潜在化＞を招き、現在の困難な情勢を生んでいる」という指摘は、少なくともスモンの場合は妥当であると言える。

スモンの悲劇の教訓を今後に正しく生かすことが、関係者とりわけ行政担当者に求められているといえよう。

5. 結 論

1) O県I地区の未提訴患者救済の経過につき調査を行った結果、市が間接的ながらその援助を行い、それまで未提訴だった約60人が提訴したことが判明した。

2) O県I地区の未提訴スモン患者の実態と未提訴理由につき調査し、I地区には、現在もなお

未提訴患者が推定122人位いること、そのうち8人を面接調査した結果、いずれも未だにしびれ感や冷感などに悩まされておりながら、それぞれの理由で未提訴であること、等が判明した。

3) 以上の結果をふまえ、未提訴スモン患者の救済に国と自治体がそれぞれの責任・役割を果たすべきこと、また今後、薬害が発生した時は、このことが判明した時点において、被害者の救済のための調査を徹底的に行うべきこと、等を考察した。

本調査にご協力いただいた関係者の方々に厚く御礼申しあげます。

本研究は、昭和55年度厚生省特定疾患調査研究費補助金によって実施した。

文 献

- 1) 園田恭一ほか：厚生省特定疾患調査研究スモン班昭和48年度研究業績，38～41，1974.
- 2) 園田恭一ほか：昭和54年度厚生省特定疾患スモン調査研究班研究業績，279～291，1980.
- 3) 東田敏夫：公衆衛生45巻1号79～86，1981.

第3報 未提訴スモン被害者の救済における国の責任と医療従事者の役割——1981年度調査から

片平 冽彦 高木 邦明 大島 巖 手島 陸久
(東医歯大・難研) (東大・保健社会) (長野大学・産業社会)

鳥羽 信行 阪上 裕子 木下 安子 園田 恭一
(国立公衆衛生院・衛生行政) (東京都神経研・社会学) (東大・保健社会)

1. はじめに

1979年度、および1980年度のスモン研究班総会において、園田、片平らは、未提訴スモン患者の実態と動向、およびその救済対策の実情の一端を報告した。そして、その結果から、未提訴スモン患者に対しては積極的に情報を提供し、その実態

を把握して、施策を進めていくことが必要であることを結論した。

今年度は、かつてスモンが多発していながら今日なお未提訴の患者が多く残され、その実態が解明されていないと考えられる地域を対象に、それら未提訴患者の実態と未提訴の要因等を調査し、未提訴スモン被害者（患者・家族）の救済における国の責任と医療従事者の役割につき考察した。

2. 対象と方法

調査目的に従い、適当な調査対象地域があるかどうかにつき、いくつかのスモン患者団体役員より聞きとりを行なった。その結果、Aスモンの会役員より、A県B地区（C病院周辺）がその1つであるとの情報を得たので、B地区に住むAスモンの会会員の一部、また病院のかつておよび現在の医師、看護婦からの聞きとり、医学文献調査、診療録の閲覧、および病院から紹介されたスモンの可能性のある患者（死亡の場合は遺族）からの聞きとり調査を行なった。調査は1981年10月より準備し、1982年2月に実施した。

3. 結果

1) C病院におけるスモン多発の経過

C病院は、1938年（昭和13年）設立され、現在425床を有する総合病院である。キノホルム剤の使用開始時期は不明だが、エマホルムを使ったことは判明しており、1964年にはスモンと考えられる死亡例が2例出ている。

1966年にはC病院の医師たちが学会報告を行ない、最近2年間に24例発生と報告。この頃、A県衛生部はスモンの実態調査を行ない、B地区には13例発生と報告。1967年にはC病院のA医師が、医学雑誌の座談会で、32例を経験したと報告している。

2) C病院でかつて受療中に神経症状を発症し

「索性脊髄炎」「非特異性脊髄炎」「スモン」

などの診断を受けた患者の今日の実態と動向

(1) 調査対象者の選定と実施

C病院は水害を受けやすい地域にあり、台風の時に何度も水没し、カルテがかなり被害にあっていた。今回の調査目的に関しては、幸いカルテの一部が保存されていることが判明し、これを手がかりに調査対象を選定した。これにより、当初29名の名前がリストアップされたが、住所不明（6名）調査拒否（3名）調査困難（1名）訪問日に

不在（1名）とそれぞれの理由で計11名の調査ができず、調査を実施したのは結局18名（患者15名、遺族3名）であった。

(2) 被調査者の実態の概要

18名の調査結果の概要を表4に示す、すなわち、①提訴、鑑定、和解済みの人（A群、9名。この中にはC病院以外で発症しその後C病院受療中の人＝No.A8が含まれる）、②医師より「スモン」または「非特異性脊髄炎」との診断名を伝えられていて患者本人（死亡の場合遺族）もスモンと理解しているが、提訴はしていない人（B群、5名）、③診断名が伝えられていないが患者本人はスモンと理解しており、提訴をしていない人（C群、2名）、④診断名が伝えられておらず患者本人（死亡の場合遺族）の理解も不明で、提訴をしていない人（D群、2名）、という区分ができた。

(3) A群の実態、特に提訴に至る経過

A群の9名は全員和解済みで、1名が死亡していた。生存者8名の症状は、全員がなお知覚障害と歩行障害を訴え、1名が入院、1名が自宅でねたきりのため往診を受け、その他の人は通院していた。

提訴に至る経過につき個々に聞きとりをしたところ、次のようなことが明らかになった。

この地域を含むA県には、1970年4月にスモン患者の会が作られ、1972年頃から提訴をしていた。A群の中で最初に入会し提訴したのはA1のT.N.で、スモンの会の結成を援助したE大のNケースワーカーから呼びかけられて1971年12月に入会し、1974年9月に提訴した。その他の人は、別の会を通じ提訴したA8のT.L.とA6のG.U.（後述）を除き、いずれもこのT.N.（の夫）、またはスモンの会のL会長から呼びかけられて提訴している。入会・提訴の時期が最も新しいのはA3のZ.L.で、それぞれ1980年8月、同12月である。G.U.は、自分から患者会に入会しようとしたが連絡先がわからず、C病院のM医師、保健所、県衛生課と問い合わせ続けてやっと連絡が付き入会できたという。

表 4. 被 調 査 者 の 概 要

No.	氏名	性, 年齢	神経症状 発症年月	発症当時の 診断名	発症前の キノホルム 投与	現在の 診断名**	自分 (遺族) の病名 理解	知覚障 害	歩行障害 (歩行状 態)	視力障 害	現在の 受診状 況	利用して いる医療 保障	提訴 和解
A 1	T. N.	女・70	*1969. 10	*非特異性脊 髄炎	*あり	スモン	スモン	臍下, 指先	車椅子	視力低 下	通 院	ねたきり 老人	スミ
A 2	I. L.	女・55	*1965. 4頃	*非特異性脊 髄炎	*あり	スモン	スモン	下肢	室内のい ざり歩き	0.02	通 院	特定疾患	〃
A 3	Z. L.	女・66	*1966. 8	*非特異性脊 髄炎(スモン)	°ありと 推定	スモン	スモン	膝下	杖使用	視力低 下	通 院	特定疾患	〃
A 4	B. I.	女・74	1964. 8?	*スモン(後に 記入)	°ありと 推定	スモン	スモン	臍下	杖使用	(白内 障)	通 院	老 人	〃
A 5	I. Z.	女・82	*1968. 2	*スモン	*あり	スモン	スモン	臍下	車椅子	異常な し	入 院	老 人	〃
A 6	G. U.	女・67	1966. 5	スモン	*あり	スモン	スモン	膝下	長時間は 無理	右視力 低下	通 院	特定疾患	〃
A 7	L. G.	男・72	1964. 7	*スモン(後に 記入)	°ありと 推定	スモン	スモン	臍下	不能	全盲	往 診	老 人	〃
A 8	T. L.	男・65	1959 ?	不明	°ありと 推定	スモン	スモン	腰下	スリッパ がぬげる	視力低 下	通 院	特定疾患	〃
A 9	L. L.	女・死亡	1968 ?	*スモン	°ありと 推定	スモン	スモン	—	—	—	—	—	〃
B 1	J. N.	男・61	1964. ?	不 明	不明	スモン	スモン	足 の 先, 裏	とくにな い	ほぼ大 丈夫	スモン以 外で通 院	国保, 自 己負担 あり	して いな い
B 2	N. Z.	女・78	不 明	*非特異性脊 髄炎	不明	スモン	スモン	膝下	乳母車に つかまり	(白内 障)	通 院	老 人	〃
B 3	F. T.	女・45	1966. 12	*非特異性脊 髄炎	不明	スモン	スモン	腰下, 腕	ものにつ まずく	異常な し	通 院	特定疾患	〃
B 4	T. N.	女・49	*1966. 4	*索性脊髄炎	*あり	非特異 性脊髄 炎	スモン	臍下	室内つた い歩き	視力低 下	受診せず	—	〃
B 5	T. J.	女・死亡	*1966. 3	*スモンの疑	*あり	スモン	スモン	—	—	—	—	—	〃
C 1	Z. G.	女・50	*1964. 7	*異型性脊髄 炎	*あり	不 明	スモン	足の感 覚鈍麻	普通	異常な し	受診せず	—	して いな い
C 2	L. T.	男・65	*1965. 9	*索性脊髄炎	不明	不 明	スモン	足首下	スリッパ がぬげる	〃	通 院	健保 (家族)	〃
D 1	U. T.	女・88	*1963. 8	*脊髄炎	*あり	不 明	不 明	体幹, 下肢	ねたきり	(白内 障)	往 診	老人	して いな い
D 2	T. I.	女・死亡	*1967. 10	*非特異性脊 髄炎	*あり	不 明	不 明	—	—	—	—	—	〃

(注) 「年齢」は1982年2月3日現在

* カルテによる (記憶と異なる時はカルテを優先)

** 「本人 (遺族) が医師から伝えられている病名」のこと。

° 調査時点で、発症当時のカルテがなかったが、鑑定和解済みであり、調査者の方で「ありと推定」した。

これらの人たちの診断書など提訴に必要な書類は、患者側の個別の請求があって初めて病院側から提供されている (但しA医師は、頼めばすぐに書類を書いてくれたという)。

すなわち、この地域においては、患者会の組織化や提訴への援助など、スモン患者の救済の入口となることへの医療従事者の取組みは、一部の人を除いて、少なくともこれまでは概して消極的で

あったことが判明した。

(4) B～D群の実態と動向

次に訴外の9名につき、調査結果の概要を個別に紹介したい。

No. B1 J.N. 男 61歳

1964年(?)国立D病院で胸骨カリエスの診断で

手術を受けたが、その後肋骨に痛みがあり、C病院でまた手術を受けた。その後、足にしびれが出てきた。血清肝炎などをおこして内科へ移ったが、足の痛みに加え、手の先の感覚もおかしくなり、視力も一時低下した。

〔カルテでは1962年6月国立にて胸骨カリエス手術、1963年12月再度手術。1964年3月12日より10月31日まで血清肝炎、十二指腸潰瘍兼慢性腸炎で入院、この時の処方に「エマホルム2.0g」があり、ただしこの間のカルテなく、症状の経過不明。11月2日より通院。エマホルム2.0gは継続、11月6日“sibilegefühl noch”の記載あり、12月26日には“E大内科→Atypical myelitisの疑いもあるが現在不明”とある〕

A医師は病名を「スモンではなく、脊髄動脈変動症候群」といったが、退院後、保健婦がスモンの調査にきたのでA医師に尋ねると「心配させぬために別名をいった。実はスモン」ということだった。

現在、足の先と裏が、漏れた足に砂をつけたような感じで、右下腹部にガスがたまると痛く、視野が少し狭い感じがあるほか、胸骨がまだ痛い。治療は胸の痛みを治すためE病院に月1回位通い、1万円位かかる。仕事は農業をしているが、ビニールハウスの土ふみの感じがわからず、車には足が不安で乗らない。

Aスモンの会からは入会を呼びかけられたが、治って別に不便を感じてないため入会しなかった。再発の可能性もないし、提訴は自分は考えていない。しかし一般的に、責任者は裁判によらずとも責任を負うべきと思う、との意見。

No. B2 N. Z. 女 78歳

発症年は記憶にないが、急に下痢をし、発熱した。服薬後1日で足がしびれ、その薬はすぐやめた。しかし、下腹痛が陣痛のほどに痛く、入浴が痛くてできなかった。お腹がつって動けなくなり、それまでの農業をやめた。〔カルテでは、1968年6月8日、胃潰瘍と非特異性脊髄炎で入院、となっている〕その後ずっと通院し続けた。現在、膝から下にしびれがあるが、以前あった冷えはな

い。歩行は乳母車につかまれば可能。下痢はたえずしている。

主に動脈硬化の治療のため週2～3回通院。スモンの会より提訴の誘いがあったが、夫に「軽いし、面倒なことをしてはいかん」と反対され、自分もけんか沙汰は好きではないのでやめた。発病時のことを思うと、また自分が若ければ慰謝料も欲しいと思うが、年老いて手紙一本でも人に頼まねばならず、ややこしいことでけんかを売ってまでしたくない、という。

No. B3. F.T. 女 45歳

1966年(か1967年)12月流産し便秘、腹痛をおこしC病院に受診。盲腸あるいは腹膜炎の疑いで暮に入院し、正月前に足がしびれてきた。そして動けなくなり、4カ月間ねがえりもできなかった。しびれが胸まできた。その後、リハビリの訓練を行ない、1967年10月退院した。以後1～2週に1回通院。〔カルテでは1967年12月18日より診療開始、病名「非特異性脊髄炎」、12月28日より1968年10月13日まで(入院?)、病名「v. a. Sm-on」。1971年4月13日「急性腸炎」。1973年12月12日「非特異性脊髄炎」。1974年11月15日「スモン」となっている〕。現在、足から腰にかけてと左腕の外側部にしびれがあり、背中が“ドンとすること”がある。歩行は独力でできるが、足が重く、ものにつまずき、長時間歩くと疲れ、回復するのに、2、3日を要する。医療費はスモンということで無料。別居の夫から生活費の仕送りがあるが、子供3人かかえての生活は苦しく、無理をしてミシンの内職をしている。スモンの会へは、20万円の入会金が必要と聞いたし、集会への参加が大変なので入会していない。

未提訴の理由は、「自分ひとりでは何ともしようがない」から。スモンということがわかっているなら、提訴をしなくても助けてほしい、一日でも良いから病気が治ってほしい、と強く訴えた。

No. B4 T.N. 女 49歳

1965年5月、H大にて潰瘍性大腸炎と診断され、腎臓も悪くなり5月末C病院入院。6月、7

月と2回手術し左腎臓を切除。1966年2月末突然腹痛があり、4月に両足～腹部まで麻痺、両手もしびれ、視力低下。〔カルテでは、1966年3月17日初診、病名「潰瘍性大腸炎、索性脊髄炎」。3月31日からの入院分のカルテが保存されているが、それによると、3月31日からエマホルム2.0g投与、4月1日“Unterbauchschmerz”，4月5日，“Fuß sibilegefühl et paraesthesie”，4月22日“知覚過敏。少々歩行障碍”，7月14日“両眼視神経萎縮（鼻側）著明”などと記載されている〕。その後検査と治療、リハビリ訓練をくりかえし、1967年12月に退院。病院からはスモンといわれなかったが、テレビでスモン患者の状態を知り、自分もスモンだと思った。1973年12月、転居する際、A医師が他の医師向けに作成してくれた紹介状に「診断名 非特異性脊髄炎。整腸剤（キノフォーム）使用」と書いてあった。1978年2月、身障者手帳をもらうときのF医師の診断書には「非特異性脊髄炎後遺症による下半身不完全麻痺」と書かれていた。結婚して一年目に発病のため離婚し、転居して、現在叔母（母の妹）の家にいる。現在、臍から下に、また手に起床時にしびれがあり、歩行は室内をつたい歩きの状態。歯が悪いが医者に行けない。スモンの治療も受けていない。行っても、スモンの後遺症だとかかわりあいたくない、というのが近医の態度である。1978年、子宮筋腫の手術の時は、はるばると車でC病院の近くのF大まで行った。未提訴の理由は、「裁判というようなことは好きではない」し、「医者は悪くしようと思って（キノホルムを）飲ませたわけではない」。しかし、これまで家の人に大変迷惑をかけ、お金もかけてきたので、今後何とか自立できるようだったらしたい、という。

No. B5 T.J, 女, 患者本人は死亡し息子より聞きとり

1902年生まれ。60歳位の頃、足の先から腰までしびれがきた。「皮膚感覚がない」といっていた。〔カルテでは1965年1月16日初診。病名「胃潰瘍、Hypertension」。4月4日よりエマホルム投薬の記載があり、1966年3月11日“触れるとビリビリ

痛む様な気がする”、3月13日“軽いシビレと上腿筋圧痛、歩行が少し危いような気がする、スモンの疑いで入院”となっている〕。1976年暮に肺がんを発見され、入院。自宅療養を経て、1977年8月、77歳で死亡。スモンという診断はA医師より聞いた。本人は、提訴の勧誘は受けたようだが、A医師にかかっているから訴訟などしにくいという気があったのではないかと、という。

No. C1. Z.G. 女 50歳

幼少時より腸が弱かったが、1964年ひどい下痢が2週間続き、腹痛も生じてC病院に入院し腸閉塞で手術を受けた。1カ月後再入院、再手術をしたが、その後しびれ感が足から腹部へと上がってきた。〔カルテでは1964年6月15日よりエマホルムを1日1.0～2.0g服用、7月24日外科でIleus ope., myelitis symptom, 右膝内部以下知覚過敏……などと記載〕。2度の手術により体重が減少した。病名はA医師を信頼していたので何も聞かなかった。以後1968年位までアリナミンや低周波による治療を受けた。退院後、ぞうりをはいたまま家に上ってしまったたり、何度も階段から落ちたりして、人にはわからないほど苦しんだ。スモンの患者とは誰もいってくれないが、新聞を見て自分もそうだと思った。現在、足に異常があり、寒い時にはしびれというより表皮の感覚がなくなる。また疲れると腸をよくこわす。しかし、その他は異常なく、日に6時間パートで経理事務をしている。病名を知らされていないし、医師への遠慮もあって提訴していない。今さら名乗り出ても仕方ない。自分がお金をもらうことで他の人がお金をもらえなくなったら悪い。しかし、一般論としては、未提訴患者の中には、自分がスモンだと知られたくないので提訴したくともできない患者だっていると思うので、病院側から調査すべきだ、スモンは国と企業の責任、という意見。

No. C2 L.T. 男 65歳

1966年6月、腹痛でC病院に3カ月通院、9月初め歩こうとしたらふらふらしてしまい入院。病名は急性脊髄炎と聞いた。〔カルテでは1965年6月2日初診。8月31日入院。9月2日“Sibile 上

腿内側及下肢”などと記載)。その後ずっと通院、最近では月に2回位で、妻が加入している健保の家族として、1回1,500～1,600円払っている。現在、足首から下、特に足の裏がしびれており、スリッパなど気づかぬうちに脱げてしまうことがある。発病前は米穀販売をしていたが、足を悪くしたのでやめた。医者からスモンといわれれば提訴を考えるが、しびれが足の裏だけだから……、という意見。

No. D1 U.T. 女 88歳, 言語障害のため主に夫から聞きとり

20年ほど前、火ばちをかかえてつまずき胸を強打、咯血したため翌日C病院入院。3カ月位経過して、“足がおかしくなった”が、精検しても異常なしといわれた。その年の夏、病院の廊下で倒れ、その後足・腰のしびれがでてきた。A医師は、「脊髄からきている病気」だといっていた。〔カルテには、1963年5月8日よりエマホルム投与。8月19日“Bein kraftloslich”, 8月22日“Beinに力がない”などの記載あり〕。入院して6～9カ月目によりやく退院。その後通院していたが、1977～78年にトレイに行こうとして倒れ、そのままねたきりとなり現在に至る。現在、体幹および下肢にしびれ感、歩行不能で、眼は白内障あり。月に一度位便秘の症状あり、往診してもらう。老人医療利用。発病時には医療費が有料で薬代、部屋代がかさんだ。医師からははっきりした診断名を聞かされず、不信を抱いた。今再度診察してもらってもスモンとはいわないだろうし、認定はされないと思う（とあきらめの口調）。

No. D2 T.I 女, 患者本人は死亡し長男の妻より聞きとり

以前から胃が弱く、やわらかいものを食べていた。1967年5月から2カ月ほど、胃が悪くてC病院に入院した。2人部屋で、一緒にいた人が、足からシビレのあがる病気で、それと同じ病気かと思ったが……。その後足が動きにくいということで約1カ月間？ 再入院した。1度目は自分でトイレに行ったが、2度目はおしめを使い、家政婦

を頼んだ。1967年11月に死亡した。〔カルテでは、1967年5月20日より7月25日まで慢性胃炎で入院。9月21日よりエマホルムP2.0gを投与され、10月9日に“Seit gestern Bauch sibilegefühl”, 1967年11月4日死亡と記載〕。74歳だったが、長生きした方で、スモンであったとしても自分としては訴訟は考えられない、という。

4. 考 察

今回の調査結果から、まず問題となるのは、スモンと診断され、またはその疑いがある、スモン（様）症状に苦しみながら、今日なお未提訴のため救済対象者としての検討もされていない人が未だにいるという事実である。この事実は、一昨年のスモン研究班総会でも園田らが指摘したところであるが、それから2年以上経過した1982年2月という時点でも、さらに別の地域で確認されたわけである。いうまでもなく、B～D群の9名のうち何人がスモン患者であるかということの最終的な判断は専門医によらねばならないが、これらの人はそうした判断を行なう以前の検討の段階にも乗せられていないのである。

この地域で、こうした実態が生じている理由としては、B～D群の「提訴していない理由」を多い順に並べてみると、「病名が(きちんと)知らされていないので」=4人、「医師に対する遠慮があって」=3人、「裁判をするのには抵抗がある(けんか沙汰は嫌い、一人ではどうしようもない)」=3人、「軽症だから」=2人、「周囲が反対」=1人「患者会に参加できない」=1人、「他の患者がお金をもらえなくなったら悪い」=1人(重複回答も含む)、となっており、医療従事者とくに医師が関係することがらが重要な要因となっていることがわかる。

そしてまた、全国的な視点で考えた場合、こうした実態が生じているそもそもの原因としては、「未提訴患者は、提訴してもらい、(既提訴者と同じように)迅速に処理する」といいながら、救済に関する情報提供も行なわず、提訴の便宜もはからない、国の消極的な方針にあると考えられ

る。そのことは、今回「未提訴スモン患者の救済につき国は『提訴を待って救済する』との方針をとり続けていることを御存知ですか」との質問をB群の5名に聞いたところ、5名中4名までが、「知らない」と答えたことにも示されている。すなわち、B～D群の中で、少なくともこれらの4名は、救済に関する情報を十分提供されておらず、まして提訴に関する公的な便宜などは全員がはかられていないのである。

今回明らかにされたような結果と同様の事実が全国的にどの位あるかは、今後の調査を待たねばならないが、これまでのわれわれの調査結果とあわせて考えると、全国的にはなおかなりの、スモンの可能性がありながら、未提訴のため救済対象者としての検討がされていない患者がいるものと考えられる。

それでは、第2の問題として、こうした人達に対しては、どういうことがされる必要があるだろうか。

ここで想起されるのは、サリドマイド事件の際の訴外者に対する補償（いわゆる堀りおこし）の施策である。サリドマイド訴訟が和解で終結した後、提訴しなかったいわゆる訴外者への補償について、厚生省は、1974年12月20日付で各都道府県知事宛に「補償請求の申出があれば認定のうえ補償を行う旨ポスターを作成したのでこれを配布すること。広報機関等を利用し訴外者への周知徹底をはかること。資料作成上の便宜をはかるため必要に応じ厚生省が適当な医療機関を紹介すること」という通知を出し、そうした施策を実施しているのである。スモンではこうしたことはされていない。

サリドマイド事件では、訴外者の補償請求の受付窓口は、厚生省または「いしずえ」であった。スモンの場合、「可部和解」の段階で裁判所から学者に鑑定を依頼するというチャンネルが作られ、訴外者の救済の窓口は現在に至るも裁判所のみである。今回明らかにされた事実から考えても、こうしたシステムの再検討か、少なくとも救済の手を待つ人に情報を提供し、希望者には、提訴の便宜をはかるようにすべきであろう。

その際、スモン被害者救済のカギを握るのは、医療機関、医療従事者である。その多くが、母親の薬局での売薬服用を通じて発症したと考えられるサリドマイド被害児と異り、スモン患者は、その多くが医療機関でのキノホルム剤投与により発症しており、患者に関する情報を最も多く有しているのは、医療機関、医療従事者なのである。

今回の調査は、当初患者会のルートで行なおうとしたが、T.N.が伝聞によりリストアップした人は会員の8名のほかは、生存者3名、死亡者6名で、診断や服薬に関する情報はもちろん、住所氏名もわからない人も含まれていて、調査が困難であった。しかし、A医師そしてC病院の協力が得られてからは、カルテが一部にせよ保存されていたという幸運もあって、調査は急速に進んだ。このことは、上述のことをまさに如実に示しているといえよう。

すなわち、今回の調査が実施できたのは、ひとえにA医師とC病院の協力によるのであり（C看護婦は、多忙な時間をさいて、対象者全員に紹介の電話をいれてくれた）、このことは高く評価すべきであろう。もちろん“外”からの働きかけを待たずとも、医療機関の側から自主的・自発的な調査を行ない、その結果をスモン患者の救済に結びつけるべきであるとの正論がある。しかし、現実には、キノホルム剤を処方してスモンを多発させた医療機関としては、自主的・自発的に、というのは、なかなか困難であるかもしれない。今回の調査はそうした現実をも示す結果となっている。こうした現実を考えると、スモン問題に責任を有する国の行政が、サリドマイドで実施したような、訴外患者堀りおこしの施策をスモンで行なうこと、そしてその際、被害者救済のカギを握る医療従事者が積極的な役割を果たすことが、必要であろう。

5. 結 論

1) かつて（1963～69年頃）スモンが多発したA県C病院において発生したと考えられる患者の調査を、1982年2月の時点で行ない、その可能性

のある者として29名がリストアップされ、18名につき実施できた。

2) 18名を診断に関する情報と提訴の有無によって分類すると、(A)提訴、鑑定、和解ずみの人＝9名（但し1名はC病院以外で発生と判明）、(B)診断が「スモン」または「非特異性脊髄炎」と伝えられていて提訴はしていない人＝5名、(C)診断名が伝えられていないが本人はスモンと理解して提訴をしていない人＝2名、(D)診断名が伝えられておらず、本人の理解も不明で提訴をしていない人＝2名、であった。

3) (A)群の調査の結果、この地域においては、スモン患者の救済の入口となることへの医療従事者の取組みは、一部の人を除いて少なくともこれまでは概して消極的であったことが判明した。

4) (B)～(D)群の調査の結果、これらの人が提訴していない理由として「病名の未伝達」「医師への遠慮」という、医療従事者とくに医師が関係することがらが、重要な要因となっていることが判明した。また、これらの人には救済に関する情報が必ずしも十分には伝えられておらず、未提訴スモン被害者に対する国の施策はサリドマイド事件の時と比較しても不十分であると考えられた。

本調査に多大の御協力をいただいた A 医師、B 医師、C 看護婦をはじめとする C 病院関係者の方々、A 県スモンの会役員の方々、およびスモン研究班の先生方に厚く御礼を申し上げます。

本調査は昭和56年度厚生省特定疾患調査研究費補助金によって実施した。

北陸スモン恒久対策 富山県内実態調査報告

——訪問調査活動に参加して——

芝 木 正 幸

(医療ソーシャルワーカー)

はじめに

社会福祉の立場から、スモン患者のかかえる生活問題の解決を計るお手伝いをさせてもらう機会を得、2度の実態調査（Ⅰ1981年11月～1982年3月、Ⅱ1984年6月～8月）に加わった。その中での実態、問題点を考え、一般の老人や障害者と共通する今後の医療福祉の課題を提起したい。

1 富山県内のスモン患者の実態

富山県内のスモン患者は恒久対策としての1回目調査時に50名であった。これを県のスモンの会役員（1名）、弁護士（1名）、医療ソーシャルワーカー（6名）が主になって調査を行った。金沢から整形外科医師に来てもらったり、入院中の患者にはワーカーと組んで病棟看護婦に協力してもらったり、福祉系大学の学生に実習を兼ねて同行してもらったりもした。調査方法は質問紙による訪問調査（公民館＞自宅訪問＞病院訪問）が主で県外に住む人（1名）と会場の公民館などに出て来れない人（3名）は郵送回答となった。なお、調査は北陸スモン基金の恒久対策部が実施し、専門家（医師、保健婦、MSWなど）が協力する形で、福井、石川とも歩調を合わせ、三県合同や富山単独の会議を持ちながら行なわれた。

(1) 男女数と年齢

男女の構成は男14名、女36名で女性が72%を占める（図1）。年齢で最も多いのは、男女共60代であった。全体に高齢化が目立ち、男性では30

代の2名が、女性では40代の7名が、それぞれ最も若い世代であった（図2）。平均年齢は60歳であった。

(2) 症度と身障等級

スモンの症状が鑑定されると、重い方から症度Ⅲ（超々）、Ⅲ（超）、Ⅲ、Ⅱ、Ⅰの順にランクされるが、Ⅲ（超）が5名、Ⅲが10名、Ⅱが15名、Ⅰが16名、未和解1名、未鑑定3名であった（図3）。（なお、1984年11月10日に北陸スモン訴訟の167人の全員和解が成立した。）

身体障害者手帳の等級では、重度の方から、1級8名、2級13名、3級8名、4級9名、5級6名、6級3名、手帳なし3名の順で、障害の程度の重度（1、2級）、中度（3、4級）、軽度（5、6級）では、重度の割合（40%）が最も多い（図4）。（未所持の3名は、その後の恒久対策援助の中で2名が5級、1名が6級として認定され、全員身障手帳所持となった。）

(3) 症状の経過

ここ2年間の症状の経過は、全治と答えた者はなく、軽快（歩行障害3名、異常知覚が生活に及ぼす程度1名、異常知覚の身体範囲のレベル1名）実4名を除けば、不変が最も多くて各項目は30名（60%）前後、時々悪化が各項目10人（20%）前後、悪化も各項目10人（20%）前後となり、全体として症状は不変と悪化の傾向がはっきりうかがえる（図5）。

(4) 受診状況

50名のうち通院している者が最も多く、34名で全体の68%となっていた。他は入院5名、往診4名、未受診4名、整体道場1名、電気鍼1名、の順となっている（図6）。通院をしている患者34

図1 富山県内スモン患者男女別構成比

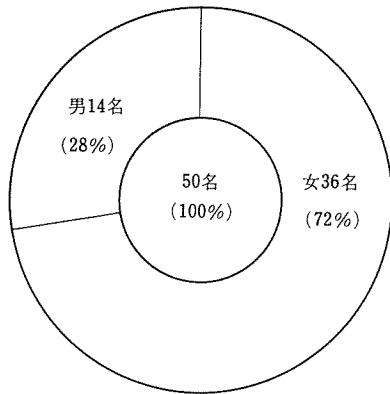


図2 富山県内スモン患者男女別年齢構成

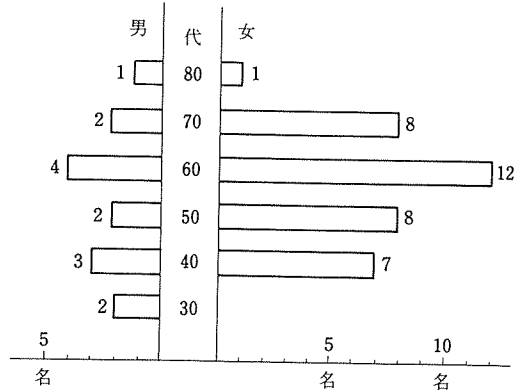


図3 富山県内スモン患者症度別構成比

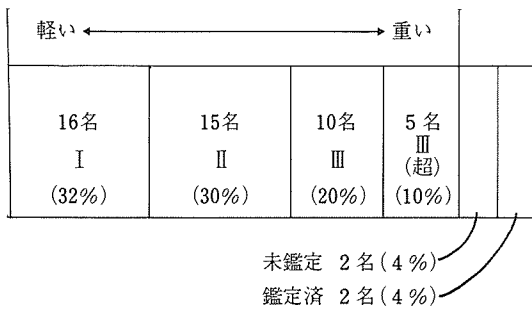
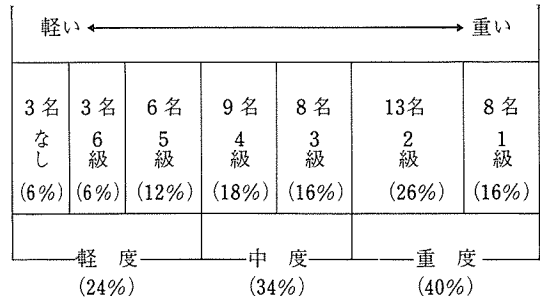


図4 富山県内スモン患者身障等級別構成比



名(100%)のうち、17名(50%)は公立・公的病院で受診している(県立9名、町立1名、日赤3名、済生会1名、厚生連2名)。入院患者5名は、市立1名、町立1名、厚生連1名、開業医院2名である。イタイイタイ病がH医院に受診が集中する傾向と較べて、地域に公私の別なく分散受診しているのは対称的である。

訪問調査の折、ある男性患者からスモンの和解放金でかかりつけの医院のすぐ横の家を購入した旨を聞き、生活に医療が合わさるのとは逆の話に驚いた。現時点では通院・往診を軸とした地域でのケアシステムが必要であると思った。

(5)日常生活基本動作

移動では、長時間歩行不能が23名(46%)、次いで、杖歩行13名、つかまり歩行11名、歩行不能3名の順であった(図7)。

用便では、不自由だがほぼ一人で可の者が33名(66%)いて、普通12名、床上にて便器使用4名、全面介助1名となっていた(図8)。

入浴については、普通34名(68%)、介護を要する者15名、清拭1名の順であった。(図9)。

衣服の着脱をみると、普通34名(68%)、一部要介助10名、全部要介助4名、着脱不能2名となっていた(図10)。

食事は、普通に食べられる人がほとんどであるが、パーキンソン病をもっている患者は介助が必要であった。

全体としてはバスの昇降が困難であったり、車が横を通ると風圧で倒れるなど、社会生活上も不都合がある。

(6)悪くなった症状

悪くなった症状を聞いてみると、長時間の歩行

図5 富山県内スモン患者のここ2年間の症状の経過

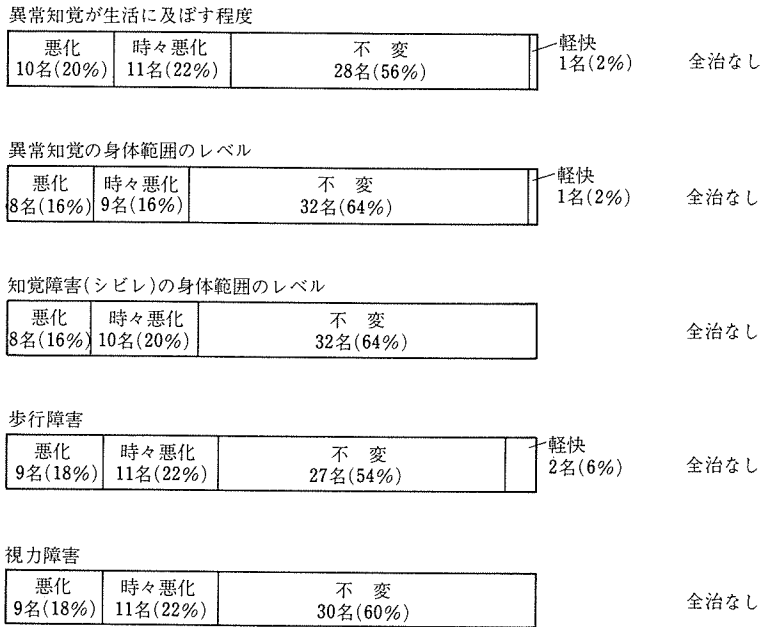


図6 富山県内スモン患者受診状況

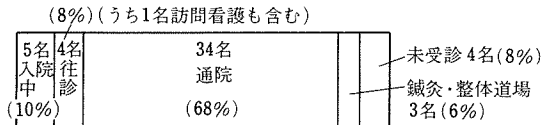
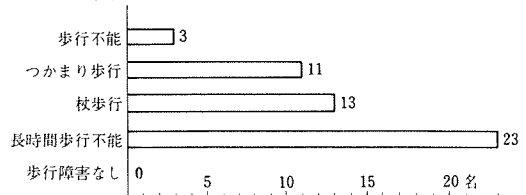


図7 富山県スモン患者歩行能力



不能が一番多く11名、足部の疼痛が5名、視力の衰え4名、疲労しやすいが4名、下肢の冷感3名、シビレ感が強くなった2名、視野が狭くなった2名、不眠2名、腹痛下痢2名、段差でころぶ1名、下肢が水の中に入っても感じない1名、失禁1名、尿意があってから30秒と我慢できない1名、腰痛1名、肩の痛み1名、足がピンと張る1名、下肢のケイレン硬直1名、車とすれ違おうと倒れる1名となっていた(複数回答)。

(7)民間療法・自然食品

今まで行った民間療法などを調べてみると、最も多いのがマッサージの8名、鍼8名(鍼4名、中国鍼2名、電気鍼2名)、水治療や温泉療法7名、電気治療3名、ホットパック2名、灸2名、

ローヤルゼリー2名、ハチミツ1名、ハブ茶1名、指圧1名、朝鮮人参1名、和漢薬1名(複数回答)などで、効果については一時的に楽になるがすぐ元の状態に戻る人や、効果不明、良くなったなど様々で、同じ療法でも患者によって効かない場合もあり、有効なもの判断はつかなかった。ちなみに効果ありのものをあげると、電気治療で足が軽くなった。7年前に2年間程続けた電気鍼で下肢を治療してもらい、跛行が治った。鍼で痛みが和らいでくる。整体道場の輪気法でシビレが薄らぐ。指圧療法で脊椎を矯正してもらい腸の調子が良くなった。鍼灸で寝たきりからつかまり歩きができるようになった。電気鍼は効果があり、症状が急に進まない。鍼灸と自分で考えた機能訓練が

図8 富山県スモン患者用便能力

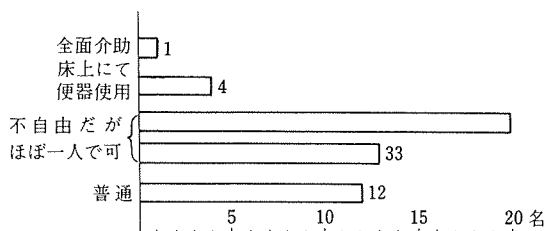


図9 富山県スモン患者入浴能力

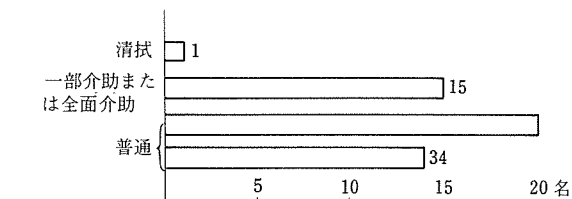
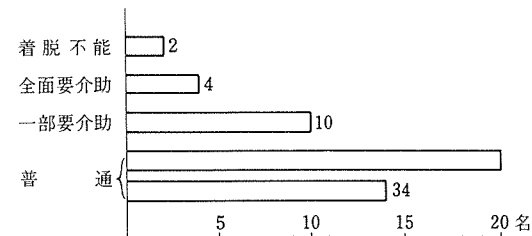


図10 富山県スモン患者更衣能力



良かったなどであった。

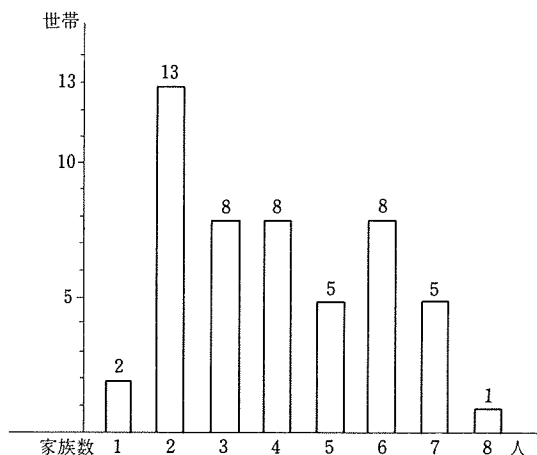
(8)住宅改造

住宅の改造を希望する中で最も多いのはトイレの改造で12名、次いで階段に手すりを付けたい者7名、玄関の段差解消希望2名、台所の段差解消希望2名、居室の段差解消希望1名などであった(複数回答)。また既に改造を行った者は4名でトイレの改造が3名に共通していた。Sさんは、廊下に手すりを付け、居室と廊下の段差も解消し、居室に温水設備も設けて、ベッドに終日臥床し、車イスで居室のすぐ横のトイレに通っていた。

なお、市営住宅のためトイレ改造ができない者2名、社宅のため風呂に手すりをつけられない者1名、五右衛門風呂(かま風呂のため水面に浮いた底板を踏んで入浴)が入りにくい者1名があった。

他に風呂のない者2名、日当たりが悪くて家の中が寒い者2名があった。

図11 富山県内スモン患者家族数別世帯数



(9)スモン以外の病気

スモン以外の病気を持っていると感じた者は、34名(68%)であった。一人で二つ以上の病気を持つ者も多かった。以下列挙すると、高血圧、慢性胃炎、心肥大、乳腺炎、自律神経失調症、関節痛、慢性肝炎、泌尿器科疾患、腰痛、パーキンソン病、腎臓疾患、糖尿病、便秘、痔、貧血、腰椎圧迫骨折、潰瘍性大腸炎、人工肛門、神経痛、低血圧などであった。

(10)治療に対する希望

治療方法の確立(特効薬の出現を含む)を望む者が多く12名(24%)、次いでマッサージを無料でしてほしい(スモン患者は無料で受診できることになっているが、マッサージ師が指定された協会に入っていないと無効なのと、県へ出す書類作成を視覚障害のあるマッサージ師が敬遠する場合もある。)5名、マッサージ師に自宅まで来てもらっている者は交通費がかさむため無料化を希望する者2名、近くに専門病院が欲しい者2名、温泉治療を希望する者2名などであった。

そのほか、入院して機能訓練を受けたいがトイレの介助に困ると答えた者1名、和漢薬を研究してもらい適切なものを安くで入手したい者1名などがあった。

(11)現在の悩み

下肢を中心とした冷え、痛み、異常知覚を訴えた者が31名(62%)で最も多く、このうち将来動けなくなった時のことを言葉に出して心配した者が6名いた。他に、仕事に対して不安をもってい

た者3名(満足に働けない1名、足先を使うのでいつまで続くか不安1名、仕事でも足のシビレに気を取られてしまう1名)、結婚相手がほしい2名、話し相手が欲しい1名、生きがいがない1名、娘が再婚した場合世話をしてもらえるかどうか不安1名、入院した場合付き添いの費用を無料にして欲しい1名、洋式トイレにしたいが水洗式の下水道工事がなされていない2名、外出したい車イスが欲しい1名、スモンの相談にのってくれる家庭医が欲しい1名などであった。

(12) 将来への不安

介助を要するような状態になったらどうするかだけがほとんど全員に共通した不安(Iさん(78歳)だけは、これだけの年なので何の不安もない。長いこといるつもりはない、と答えたが…)で、施設に入るかどうか、誰に世話をしてもらうかも加わっていた。もちろん病状の悪化が全ての患者に共通の最大の不安で、Oさん(66歳)は、足が急にシビレてくる時があり、このまま死んでしまうのではないかと思う時がある、と答えた。

(13) 家族数

(12)でも問題となった誰が世話をするかに関連し、家族数が大きな鍵ともなる。最も多くを占めるのは2人世帯の13名(26%)であり、組み合わせをみると、患者と夫の2人暮らしは5名、患者と妻の2人暮らしは3名、患者と娘の2人暮らしは3名、患者と母の2人暮らしは2名であった。次いで、3人世帯、4人世帯、6人世帯が各8名(16%)ずつであった。以下5人世帯5名、7人世帯3名、一人暮らし2名、8人世帯1名であった(図11)。一人暮らしの2名は、身障手帳等級は中度(3級)と軽度(5級)で、どうにか日常生活を送っている。

(14) 対応すべき課題

1回目の恒久対策の調査だけで適確な今後の課題を見いだすことは困難ではあったが、列挙すると、身障手帳の新規申請、身障手帳の上位等級への更新、杖の交付申請、障害年金の申請、福祉手当の申請、医療費助成制度の申請手続、住宅改造(トイレ、台所、段差解消)、NHK受信料減免、特殊ベットの交付申請、ホームヘルパーの派遣、

布団乾燥制度の利用、腰掛便座の申請、駐車禁止除外ステッカーの申請、わかりやすい福祉諸制度紹介のパンフレットの作成、福祉タクシーの利用、家族が介護出来ない時のショートステイ(老人ホーム短期入所)の利用、日常的に利用出来る医師を見つける(ホームドクターの確保)、栄養指導、食事指導、鍼灸・マッサージの受給者票の申請、航空機利用時の割引申請、市町村の福祉金の交付申請、難病手当の交付申請、介護手当の交付申請、結婚相手探し、医療費控除・障害者控除の手続、体にあった就職探しなどとなった。

(15) 患者会への希望

患者会に対して世話になり感謝していることや、協力ができなくて申し訳ないなどが多かったが、話し相手が欲しいとか、同じ障害を持つ仲間と話し合いたいと答えた人が6名(12%)いた。

2 1 回目の恒久対策実態調査の考察

北陸スモン恒久対策の一貫として、福井、石川と歩調を合わせて調査を行ったが、富山の場合、自宅訪問の他に、調査スタッフの不足などから、公民館を利用して行なったりもした。そのため、一部の動けない患者と接することができず、家族から聞きとり調査も2名(4%)あった。

調査時間は1人につき、1~2時間程度で、公民館より自宅の方が、当然のごとく生活背景が、つかみやすかった。

いま一番したいことを聞くと、しばらく考えてから、自分でトイレに行くことだと話した人、スモン訴訟を通じ人間の価値のなさに驚いたとしみじみ語った人などが印象に残った。昼と夜を嫁と娘が2人で交替して世話をしている家庭もあった。近所に住む親戚の人の車で買い物をしてもらう人、終日臥床しながら、妻が働きに行っているので枕元の電話で欲しいものを八百屋・魚屋などから運んできてもらう重度の人もいた。自から盲学校を卒業して鍼灸師となり、電気鍼で自分の症状を軽快させていた人、夫と離婚してしまった人、補償金の使途で家族間の人間関係を悪くした人、夫が入院治療中の人、日記をつけていて早く和解がで

きた人、重度なのに詩を作って生き甲斐をみつけている人、しゃがんで新聞を読んだりする中で、下肢の機能訓練を自分で考えたり、室内の天井に対角線にロープを張り、手すり代わりに使ったり、国旗掲揚を横に行うような方法で滑車を使い、動かず窓から洗濯物を乾したりしている人、訪問看護婦が書いて行った下肢の機能訓練の手順を書いた紙を壁に張ってあった家、調査時が寒い折、公民館のガスストーブのまわりに集まり、ちょっとしたすき間風にも体の具合を悪くした人、膝掛けの毛布を一年中離せない人、夏にもズボン下をはいていたおばあさん、公民館の階段をお尻で昇り降りする人、ロフトランドクラッチを使い苦労しながら公民館に歩行してきた人、元気そうに見えてもすり足歩行の人、スモン患者の妻のため、熱心に会の活動に参加する夫などがあった。

経済的側面では、苦しいが何とかやっているといった人がほとんどで、貧困階層の生活保護受給者はいなかった。これはスモンの健康管理手当（月額32,000円）や介護手当（Ⅲ超月額70,100円）、障害年金受給などにより、家計が成り立っているようであった。

医療費の側面は重度の人は重症心身障害者医療費受給者証の交付を受けていたり、老人福祉法の老人医療（1回目調査当時）で老人は無料となっていたりでほとんど心配はなかったが、民間療法や自然食品、マッサージ代やその交通費に個人差はあるものの出費がかさんでいた。

1回目の調査を終えた成果としては、

- ①今まで見落していた制度が利用できるようになった。（生活保障制度利用の拡大）
 - ②患者や家族の話しや悩みを広い視野で聞けたこと。（問題状況の明確化）
 - ③専門家自身が今後スモンに対して、より適切な援助ができるよう、自己研鑽の機会となった。（専門家の援助者としての再認識）
 - ④③を通じて、患者・家族間のつながりが強固になってきたり、専門家と患者・家族のつながりが密接になったり、専門家相互の交流ができたことがある。（スモン恒久対策部の活性化）
- があげられる。

3 恒久対策の具体化に向けて

(1)スモン患者生活相談ガイドブックの発刊

1回目調査を終える中で、社会福祉制度の説明が、住む市町村によって給付内容がバラバラであったり、社会福祉施設が具体的にどこにあり、どうなっているのか調査する者もはっきりつかめないなどの理由で、社会資源の活用が充分に行えなかったのではないかという問題が残った。また、ス全協（スモンの会全国連絡協議会）の恒久対策部会が、1982年8月29日に金沢で開催が予定されたこともあり、全国に先がけてスモン患者向けの生活相談ガイドブックを作ることに決まった。これは、医師、理学療法士、（PT）、作業療法士（OT）、鍼灸師、保健婦、医療ソーシャルワーカー（MSW）の協働もあり、療養生活や日常・社会生活に役立つ、初の北陸版の疾患別ガイドブックとなった。

(2)スモン患者療養カード作成

北陸スモン基金恒久対策委員会では、今後どうやって療養生活を行っていくかについて、会員・家族、弁護士、医師、保健婦、MSWが討論・会議を行なった。そして、治療訓練の側面と、社会福祉制度利用の側面と、生きがいなどの側面の3つに分け、スモン患者療養カードを作成し、ひとまず今後3年間、個別の記録を行うことになった。

会員は各県でそれぞれ小グループを作ってもらい、その中に担当者を決めて、時折訪問するとか電話をすとかの活動を割りあてた。また、富山の場合温泉治療の希望が多かったことから1982年10月3日～4日は山代温泉のH銀行の保養所に行き、療養相談を2名のMSWで受けた。参加者は22名であった。また1983年2月27日には富山呉羽ハイツで親睦会と恒久対策相談会が開催され、MSWとして参加した。参加者は16名であった。

(3)2回目の恒久対策訪問調査の実施

1回目の調査から2～3年経過したことや、1回目調査が公民館などで行われたため、重症の人に直接会えなかったり、生活実態がわかりにくかったりしたこと、さらに1回目調査での対応にも

れがなかったかを点検する機会がなかったことから、富山独自で2回目の調査を行うことになった。(1984年6月～8月)

この調査は、身障等級1・2級(重度)の人を15名選び、3回に分けてスモンの会役員とMSWが2人で組んで訪問調査を行なった。質問紙は使わず、近況を聞くなかで、通院状況や悩み、福祉制度の利用状況を点検する形をとった。

男女別では、女性が14名、男性が1名と、圧倒的に女性が多かった。年齢別では、40代1名、50代4名、60代6名、70代3名、80代1名であった。

スモンの症度はⅢ(超)が3名、Ⅲが7名、Ⅱ2名、不明2名、未和解1名であった。

スモン以外の病気を持つものは12名で、膀胱炎や排尿障害が5名、白内障2名、潰瘍性大腸炎、視力低下、喘息、慢性肝炎、肝機能障害、心臓疾患、高血圧、パーキンソン病、神経痛、腰痛、便秘、下痢がそれぞれ1名であった(複数回答)。

受診状況は、通院6名、往診5名(うち訪問看護を受けている人1名)、入院1名、未受診3名であった。今回の調査では、1回目に比べ、対象を重度の人にしばったので、往診と入院とを合わせた数は通院を上まわった。公的、公立病院へは5名、開業医院へは8名が、それぞれ受診していた。また2カ所以上に受診していた者は4名いた。

介護者は、娘が7名、夫が5名、妻が1名、嫁が1名、母が1名、知人のヘルパー(有料)が1名、親戚のヘルパー(有料)が1名であった。なお複数の人に、昼と夜に分けて介護を受けている者が3名いた。

医療費の無料化は、重症心身障害者等医療費助成制度により、すべての人が無料となっていたが、特定疾患(スモン)の受給者票をもっていない人が多く8名で、所持者は7名であった。

スモンの健康管理手当は、未和解者1名を除く14名全員が受給し、スモンの介護手当は9名が受給していた。

年金では、国民年金の障害年金(1級月58,625円・2級月46,900円)は5名、厚生年金の障害年金(最低保障月46,900円)は3名、国民年金の老齢年金は2名、国民年金の老齢福祉年金(月25,600

円)は2名、共済組合の障害年金は1名、国民年金の障害福祉年金(1級月38,400円・2級月25,600円)は1名、受給していないのは1名であった。

福祉に関する手当では、国の福祉手当(月10,800円)は3名、市と町の福祉金(富山市年34,800円・高岡市年2万円・大沢野町年1万円)は15名、市の介護手当(富山市年72,000円・高岡市年20,000円)は10名、市と町の難病手当(高岡市年3万円・大沢野町年2万円)は該当事者8名全員が、それぞれ受給していた。

利用をすすめた制度では、市の介護手当2名、国の福祉手当1名、身障等級変更1名、保健婦の派遣2名、紙おむつの申請4名、医院受診1名、入浴サービスの利用1名、福祉便利帳の入手1名、特殊ベットの申請1名、車イスで泊れる保養施設の紹介1名、国民年金の障害年金の受給手続1名、トイレの改造の費用貸付申し込み1名などであった。

4 2 回目の訪問調査の考察と今後の課題

(1)訪問調査を終えて

1人に約1～2時間をかけて話を聞くなかで、生活の状況が具体的につかめた。同行したスモンの会役員との友愛訪問的なかわりも、非常に話しやすい雰囲気を作り、良かった。以下、2回目訪問調査で気付いたことを記す。

①特定疾患の受給者票を全員が交付してもらっておいた方が、今後のスモンなどの運動を弱まらせない。

②未受診の人は老人保健法の健康診査などを受けておく(訪問調査時説明)。

③症状が悪化するか、介護者が世話を出来ない状況が生じた時、老人ホームのショートステイ(短期入所)の利用か、老人病院、温泉病院、県リハビリテーション病院への入院等を考慮すること。不安な場合は、事前に見学したり、比較しておくこと(訪問調査時説明)。

④医師、保健婦などにも協力してもらえる体制を作っていく必要がある。

⑤生活に変化があった時、(今まで通りの生活

ができなくなったら) 専門家に相談する。

⑥スモンのニュースや市の広報に眼を通すようにしておく、役立つことも多い。

(2)今後の課題

スモン患者の高齢化が進むので、特に未受診の人は、定期的に検診を受ける必要がある。この場合、かかりつけのホームドクターを作ることと合わせ、スモンの症状をチェックしてもらえ、医師に参加してもらって療養相談会を定例化することが考えられる。また、現時点で全体としては、入院治療より通院治療のウエイトの方が大きい、いずれば、一般の障害者や老人と同じように、入院や施設入所に重点が置かれる時期がやってくる。そのため、スモン患者が動けなくなったらどうするかを、障害者・老人問題として捉えなおして住民の問題として、ケアシステムを考える。

現行の福祉制度やサービスは所得制限を設けて、所得保障的な色彩が強い。これを障害に対する福祉サービスとなるよう改める必要がある。障害者の不都合は社会的に解決しているのが正しく、経済力のある人は自分で解決するというのは、障害が個人に責任があるという考えに立っている。所得の多い少ないは税で一率に調整すべきことで、障害者や老人が暮らしやすくなる部分を所得制限で切る必要は全くない。

富山県内で難病手当を出しているのは高岡市と大沢野町の2つの自治体だけである。また福祉タクシーを実施しているのは35市町村のうち9市町村で、助成額もバラバラである。介護手当は10市町村で出しているが、障害の対象範囲や対象年齢の違いもあるし、金額も多いところは富山市の年72,000円、少いところは上市町の年3,000円と較差も大きい。進んだ市町村の例を学んで、未実施の市町村に広げていく運動が必要である。

近年ホームヘルパーの有料化(1時間590円)や、福祉施設での費用徴収の強化が問題となっているが、買う福祉は、自助であり、障害の原因や疾病の原因を個人責任とし、社会保障を企業の市場とし、商品化(社会保険は私保険に、福祉施設は長期滞在ホテルに)してしまうので、充分に注意を要する。

生き甲斐の問題では、恒久対策の援助の中で、スモンの役員を中心に、熱心な活動が続けられている。富山スモンの会ニュースなどは、非常に細部にまで報告が記されたり、必要な時に早急に発行されているので、患者、家族から喜ばれている。また、お互いに電話を何度も掛けあい、近況報告や情報交換を行っている。このような繰り返しの中で、障害に打ち勝っていく気持を育んでいる。患者会に対しては、こうしたかかわりを基盤に、障害者、老人の持つ生活問題克服のための活動の典型となる自覚を深めて頂きたい。

スモンの恒久対策を進めていくことは決して特殊な活動ではなく、一般の障害者・老人の療養・日常・社会生活をより良くする条件を保障していくことにつながる重要な突破口であることを実感した。

水俣病の底辺

——慢性期におけるメチル水銀の 地域ぐるみ汚染と認定処分の実態——

藤野 糺 板井八重子 永木 譲治
上拾石秀一 久富木原真 大石 史弘

(水俣協立病院)

I はじめに

水俣病はチッソ水俣工場のカーバイドを原料としたアセトアルデヒド製造工場の廃水中に含まれた有機水銀が魚介類を介してヒトに発症せしめた重金属中毒である。このことは1959年熊本大学医学部水俣病研究班¹⁾により明らかにされた。さらに、その有機水銀はメチル水銀であることが1960-1963¹⁾年に同研究班により確定された。

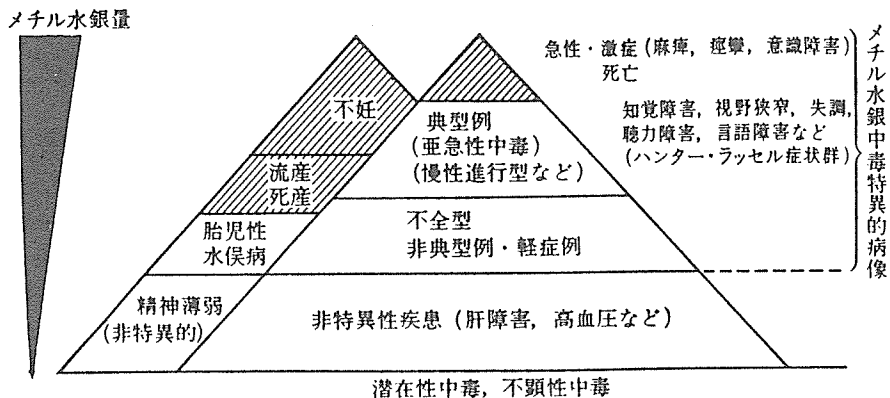
この時の患者の発生は1953年12月から1960年であると考えられ、患者数は111名(成人例:55名、小児例:34名、胎児例:22名)と報告された(1966年)¹⁾。

これらの時期に発見された患者はいわば急性あるいは亜急性発症の脳症を呈した重篤例であり、中毒学の立場からはこのような重症例を頂点とすればその底辺に多くの典型例や不全例、あるいは中等症・軽症例が存在することは当然予測された(図1)²⁾³⁾が、何故かそのような調査はなされな

表1 水俣病認定・申請・処理状況

(1984.5.31現在)

	認定	棄却	未処分	計
熊本県	1,624	3,508	5,011	10,143
鹿児島県	363	1,355	726	2,444
計	1,987	4,863	5,737	12,587



メチル水銀量と症状との関係

図1 原田によるメチル水銀中毒モデル

表2 水俣病の認定申請者が10%を超えている水俣・芦北11地区の被害状況

地区名	人口	申請者	認定者	人口比申請率	申請者比認定率	人口比認定率
田浦町 井牟田	457	125	33	27.4	26.4	7.2
海浦	938	197	31	21.0	15.7	3.3
田浦町	1,805	365	45	20.2	12.3	2.5
波多島	185	31	1	16.8	3.2	0.5
芦北町 女島	1,024	403	135	39.4	33.5	13.2
計石	1,426	360	21	25.2	5.8	1.5
津奈木町 福浜	2,184	961	167	44.0	17.4	7.7
岩城	2,351	529	119	22.5	22.5	5.1
水俣市 月ノ浦	927	339	140	36.6	41.3	15.1
袋	3,143	942	390	30.0	41.4	12.4
大迫	498	54	4	10.8	7.4	0.8

単位：人、％ 人口は芦北、田浦が'84年2月、津奈木が'84年1月、水俣が'80年10月現在。申請者、認定者はいずれも'84年2月現在。

表3 赤崎地区検診結果

(1) 対象と掘り起し検診受診者数・率

年齢は1974年9月1日現在 選挙人名簿による

	男				女				計			
	住民 総数	受診者数・率		住民 総数	受診者数・率		住民 総数	受診者数・率				
		自覚症状	神経所見		自覚症状	神経所見		自覚症状	神経所見			
20～29歳	45	1 (2.2)	5 (11.1)	55	2 (3.6)	3 (5.5)	100	3 (3.0)	8 (8.0)			
30～39	54	4 (7.4)	11 (20.4)	66	6 (9.1)	17 (25.8)	120	10 (8.3)	28 (23.3)			
40～49	81	12 (14.8)	24 (29.6)	94	12 (12.8)	39 (41.5)	175	24 (13.7)	63 (36.0)			
50～59	56	12 (21.4)	21 (37.5)	79	23 (29.1)	49 (62.0)	135	35 (25.9)	70 (51.9)			
60～69	49	13 (26.5)	26 (53.1)	58	13 (22.4)	35 (60.3)	107	26 (24.3)	61 (57.0)			
70～79	36	10 (27.8)	22 (61.1)	57	11 (19.3)	28 (49.1)	93	21 (22.6)	50 (53.8)			
80～	20	1 (5.0)	3 (15.0)	22	1 (4.5)	2 (9.1)	42	2 (4.8)	5 (11.9)			
計	341	53 (15.5)	112 (32.8)	431	68 (15.8)	173 (40.1)	772	121 (15.7)	285 (36.9)			

かった。さらに驚くべきことに、チッソのアセトアルデヒド工場は操業を続け、生産高を上げていった(図3)。そして、水俣病の原因となったメチル水銀を含んだ廃水は1966年の閉鎖循環式まで流し続けられ、1968年5月に同工場は操業を停止した¹⁾。

1968年9月になってようやく政府は水俣病の原因をチッソ廃水中のメチル水銀と断定した。いわゆる政府の公害病認定である。それから有機水銀汚染の重症の背景の調査が始まった。著者らはそ

の調査にはじめから従事して来た。著者らは1970年3月よりそれを開始したが、その時の水俣病認定患者は116名であった。1984年5月31日現在の水俣病認定患者は表1に示すように熊本・鹿児島両県で1,987名となっているが、全申請者は12,587名(延べ)であり、認定されたものはまだ一部分でしかない。これら認定となった患者の分布図は1984年5月31日現在で図2のとおりである⁴⁾。

また1984年5月行政不服審査請求事件において患者側の要求により熊本県が提出した水俣・芦北

表4 赤崎地区検診結果
(2) 自覚症状の出現頻度

自覚症状	男53名、女68名	計121名	() : %
1. しびれ感	102	(84.3)	
四肢	56	(46.3)	
上肢のみ	16	(13.2)	
下肢のみ	15	(12.4)	
2. 疲れやすい	95	(78.5)	
3. 物忘れする	91	(75.2)	
4. 頭痛	87	(71.9)	
5. めまい	75	(62.0)	
6. 手足の力が弱い	72	(59.5)	
7. からす曲り	68	(56.2)	
8. 耳鳴	64	(52.9)	
9. 不眠	62	(51.2)	
10. 耳が聴えにくい	61	(50.4)	
11. 倒れやすい	58	(47.9)	
12. 腰痛	56	(46.3)	
13. ぼんやり見える	56	(46.3)	
14. いらいらする	56	(46.3)	
15. 物をとり落す	52	(43.0)	
16. 筋肉のびくつき	52	(43.0)	
17. ことばが出にくい	52	(43.0)	
18. スリッパがはきにくい	50	(41.3)	
19. 頭がボーとする	49	(40.5)	
20. 指先がきかない	48	(39.7)	
21. 手がふるえる	47	(38.8)	
22. 何もしたくない	46	(38.0)	
23. 手足の痛み	41	(33.9)	
24. 舌がもつれる	40	(33.1)	
25. 嗅覚障害	38	(31.4)	
26. まわりが見えにくい	32	(26.4)	

表5 赤崎地区検診結果
(3) 神経所見の出現頻度

症 状	285名, () : %
全 感 覚 障 害 ^{註1}	255 (90.1)
四肢末梢性 ^{註1}	219 (77.4)
口 周 囲 ^{註1}	50 (17.7)
全 身 性 ^{註1}	22 (7.8)
難 聴 ^{註2}	128 (45.7)
失 調 ^{註3}	108 (38.4)
アジアドコキネーゼ ^{註4}	105 (37.2)
指鼻試験障害 ^{註4}	71 (25.2)
膝踵試験障害 ^{註2}	65 (23.2)
構 音 障 害 ^{註2}	62 (22.1)
振 戦 ^{註5}	78 (27.4)
視 野 狭 窄	51 (18.5)
知 能 障 害	108 (37.9)
情 意 障 害	107 (37.5)

註1 被検者 283 註2 被検者 280 註3 被検者 281
註4 " 282 註5 " 275

これらの認定問題の混乱の原因にはいろいろなことが考えられるであろうが、社会的な問題はさておき、医学的問題としてはメチル水銀による広汎な汚染の実態が十分に明らかにされていないことがその一因と考えられる。著者らはこの14年間、水俣病は地域ぐるみのメチル水銀中毒であることを強調し、それを明らかにして来た。メチル水銀汚染は現在 Hunter-Russell 症候群⁶⁾に代表される神経症状に限らず精神症状、さらに一般内科疾病(非特異疾患)との関連を追求することが医学的に大きな課題の1つとなっているが、ここではそれらの中で神経症状を中心にして、その地域ぐるみ汚染の実態を報告する。

II 主な地域ぐるみの調査結果

著者らは不知火海沿岸住民の6,200名以上を診て来たが、前章で述べたような地域ぐるみの汚染を考える時、その調査対象者の母集団を汚染されたすべての住民とした悉皆調査が重要であると考

地区の大字別の水俣病認定・申請状況は表2に示すとおりで、人口比の申請率では、津奈木町福浜：44.0%、芦北町女島：39.4%、水俣市月の浦：36.6%と驚くべき地域集積性を示している⁵⁾。

著者らは全申請者の半数(1984年6月で6,210名)を診て来た経験から、全申請者はメチル水銀の何らかの影響を受けていると確信しているが、行政当局や一部の学者はそれを認めず、相変わらず厳しい認定審査がなされている。そのため、患者側より水俣病の認定をめぐる数多くの裁判や行政不服審査請求事件などが起こされ、現行の救済制度は破綻していると考えられる。

表6 赤崎地区検診結果

(4) 神経症状の組合せ

() : %

組 み 合 せ	男 107名 女 163名 計 270名	人 数	うち行政認定
I [感] + [失] + [聴] + [視] + [構]		19 (7.0)	11 (57.9)
II [感] + [失] + [聴]、[視]、[構] の1~2		45 (16.7)	14 (31.1)
III [感] + [失]		20 (7.4)	3 (15.0)
IV [感] + [聴]、[視]、[構] の1~3		52 (19.3)	6 (11.5)
V [感]		77 (28.5)	2 (2.6)
VI [失]、[聴]、[視]、[構] の1~4		29 (10.7)	8 (27.6)
VII [感]、[失]、[聴]、[視]、[構] のいずれも認めない		28 (10.4)	1 (3.6)
計		270(100.0)	45 (16.7)

[感] : 四肢末梢性感覚障害、 [失] : 失調、 [聴] : 難聴、 [視] : 視野狭窄、 [構] : 構音障害

表7 赤崎地区アンケート調査結果

(1) 対象と被調査者数・率

年齢は1974年9月1日現在、選挙人名簿による

	男		女		計	
	住民総数	被調査者数・率	住民総数	被調査者数・率	住民総数	被調査者数・率
20 ~ 29歳	45	32 (71.1)	55	37 (67.3)	100	69 (69.0)
30 ~ 39	54	44 (81.5)	66	50 (75.8)	120	94 (78.3)
40 ~ 49	81	59 (72.8)	94	69 (73.4)	175	128 (73.1)
50 ~ 59	56	42 (75.0)	79	61 (77.2)	135	103 (76.3)
60 ~ 69	49	39 (79.6)	58	43 (75.4)	107	82 (76.6)
70 ~ 79	36	28 (77.7)	57	42 (73.7)	93	70 (75.3)
80 ~	20	14 (70.0)	22	15 (68.2)	42	29 (69.0)
計	341	258 (75.7)	431	317 (73.5)	772	575 (74.5)

表8 赤崎地区アンケート調査結果

(2) 認定・申請等状況 (I)

() : %

A(イ) 居住者			A(ロ) 死亡者			A(ハ) 転出者			計		
認 定	申 請 中	棄 却	認 定	申 請 中	棄 却	認 定	申 請 中	棄 却	認 定	申 請 中	棄 却
21	155	89	24	18	3	0	6	0	45	179	92
265			45			6			316		
(60.1)			(69.2)			(33.3)			(60.3)		
441			65			18			524		
471			74			30			575		
	176	30		20	9		12	12		208	51
	(39.9)			(30.8)			(66.7)			(39.7)	

(※棄却25を含む)

え、それを追求して来た。したがって、ここではそのような意味で、汚染された全対象者の数が正確に把握されている地域についての調査結果を報

告する。はじめに代表的な1地区を示し、その後これまで発表して来た数地区を示す。

表9 赤崎地区アンケート調査結果

(3) 認定・申請等状況(II)

(): %

B. 1945年8月~1974年8月末の 死 亡 者				C. 未 成 年 者				
認定	申請中	未申請	不明	認定	申請中	棄却	未申請	不明
4	7			1	3	2		
11 (12.2)			79 (87.8)	6 (2.5)			235 (97.5)	102
90				241				
143				343				

表10 赤崎地区アンケート調査結果

(4) 居住者の自覚症状

429名、(): %

1	手足のしびれ	242	(56.4)
2	頭痛・頭重	217	(50.6)
3	物忘れ	212	(49.4)
4	からす曲り	206	(48.0)
5	疲れやすい	196	(45.7)
6	手足の痛み	166	(38.7)
7	よろつき	125	(29.1)
8	難聴	122	(28.4)
9	全身倦怠感	122	(28.4)
	なし	44	(10.3)

表11 赤崎地区アンケート調査結果

(5) 居住者の医療受給状況

※年齢は1974年9月1日現在、(): %

年 齢	通 院	入 院	な し	計
20 ~ 29歳	6 (22.2)	0	21 (77.8)	27 (100.0)
30 ~ 39	36 (46.8)	0	41 (53.2)	77 (100.0)
40 ~ 49	52 (70.3)	1 (1.4)	21 (28.4)	74 (100.0)
50 ~ 59	53 (68.8)	2 (2.6)	22 (28.6)	77 (100.0)
60 ~ 69	51 (77.3)	0	15 (22.7)	66 (100.0)
70 ~ 79	35 (87.5)	3 (7.5)	2 (5.0)	40 (100.0)
80 ~	5 (71.4)	0	2 (28.6)	7 (100.0)
計	238 (64.7)	6 (1.6)	124 (33.7)	368 (100.0)

1. 津奈木町大字福浜赤崎地区の実態

赤崎地区はチッソ水俣工場の北東約7kmに位置する漁業部落で、1984年4月30日現在で272世帯1,044名が居住する。

赤崎地区では1958年9月のチッソによるアセトアルデヒド工場の廃水路変換後、ネコが狂死し、1959年10月篠○保(当時46歳)は急性に発症し、2カ月後に死亡し、解剖により水俣病と確認された⁷⁾⁸⁾。しかし1969年12月の公害被害者救済法施行までに水俣病認定患者はこの人1人であった。

(1) 典型・重症例

法施行後、掘り起しによりこの篠○保の妻シ○エが1970年6月に認定されたが、現在も寝たきりで失明の状態である。次いで1971年4月の審査会で胎児性の諫○孝○(1961年7月生れ)が認定さ

れたが、これはそれまでの水俣病発生年の1953年から1960年説を破る大きなできごとであった。

さらに徳臣ら⁷⁾によって報告された篠○保とほぼ同時期(1959年9月27日)に発症し、普通型の重症例と診断され慢性の経過をたどり、1971年12月に死亡し、衛藤ら⁹⁾により定型的な慢性発症例と病理診断された船場岩蔵と臨床的にも病理学的にも類似した慢性発症長期経過例の林○文○(当時75歳)を発見した(1972年4月診察、その2カ月後に死亡)。

また、1960年4月中学3年生で発症し、12年間寝たきりの生活をしてきた小児期発症の佐○木○(当時26歳)を発見した(1972年4月診察、その後1974年10月に死亡)。これらの患者は著者らの掘り起した中の一部であるが、いずれも典型的な水俣病を呈していた重症の人々でありながら水俣病の診断はついていないままであった。

表12 赤崎地区アンケート調査結果
(6) 年度別妊娠の様態

妊娠年	妊娠総数	満期産	異常妊娠			妊娠年	妊娠総数	満期産	異常妊娠		
			流産*	早産	死産				流産*	早産	死産
1925以前	29	28	1	0	0	1963	14	8	4	1	1
1926～1935	125	120	2	0	3	64	16	12	3	0	1
1936～1945	181	173	5	0	3	65	12	8	3	1	0
1946	16	16	0	0	0	66	15	13	2	0	0
47	23	23	0	0	0	67	16	14	0	2	0
48	26	24	1	0	1	68	13	8	3	0	2
49	27	26	1	0	0	69	18	16	2	0	0
50	19	17**	2	0	0	70	15	13	1	1	0
51	28	27	1	0	0	71	11	9	1	1	0
52	21	18	1	0	2	72	13	10	2	0	1
53	19	17	2	0	0	73	10	10	0	0	0
54	32	29	3	0	0	74	7	7	0	0	0
55	31	28	2	1	0	75	8	7	1	0	0
56	23	21	2	0	0	76	3	1	2	0	0
57	25	24	1	0	0	77	2	2	0	0	0
58	23	19	4	0	0	78	3	3	0	0	0
59	25	24	1	0	0	79	2	2	0	0	0
60	24	20	3	1	0	80	0	0	0	0	0
61	22	16	4	2	0	81	1	1	0	0	0
62	20	17	3	0	0	82	1	1	0	0	0
計						919	832	63	10	14	

※人工流産は含まず、**奇形1

(2) 掘り起し検診のまとめ

このようにして私たちは現地での掘り起し検診(300名以上)を今日まで続けて来たが、一定の母集団に対しどれ位の人を診て、どのような症状を呈しているかをまとめてみた。

1974年9月1日現在の選挙人名簿を基準にして、自覚症状、神経精神症状が得られたものの数・率は表3のとおりである。すなわち自覚症状では男：53名(15.5%)、女：68名(15.8%)、計：121名(15.7%)、神経精神症状では男：112名(32.8%)、女：173名(47.1%)、計：285名(36.9%)となっている。

121名の主な自覚症状は表4に示すとおりで、体のあらゆる部分を含めたしびれ感が102名(84.3%)と最も高く、疲れやすい：95名(78.5%)、物忘れする：91名(75.2%)、頭痛：87名(71.9%)

と続いている。

285名の神経精神症状の出現頻度は表5に示すとおりで、体の一部あるいは全部に及ぶものも含めた全感覚障害が255名(90.1%)と最も高く、四肢末梢性感覚障害：219名(77.4%)、難聴：128名(45.7%)、失調のまとめ：108名(38.4%)、構音障害：62名(22.1%)、振戦：78名(27.4%)、求心性視野狭窄：51名(18.5%)であった。

受診者はこれらの神経症状のいくつかを合せ有しているものが多いことから、これら神経症状のうちいわゆる Hunter-Russell 症候群⁶⁾の5症候による組み合わせを試みた。それらの結果は表6に示すとおりであった(それぞれの症状の判定不能であった15名を除いた)。

270名のこれらの症状の組合せから、IからVまでのもの213名(78.9%)は日常生活の障害もあり水俣病と診断した。さらにVIの中には四肢末

表13 地域ぐるみ検診結果と認定

	水俣市 F中学	水俣市 湯堂・月の浦	御所浦町 嵐口	芦北町 女島	出 水 市			東 町 湯の口	津奈木町 福 浦	御所浦町 嵐 口	津奈木町 赤 崎	田浦町	出水市 名護・木の津	
検 診 年	1970	1971	1971	1973	1974 ~ 1979			1976		1977~78	1971~83	1973.7.	1974~75	
対 象	全中学生	全住民	全住民	16歳以上の 全 住 民	全住民(居住者) 30歳以上 30歳未満		30歳以上の 全転入者	15歳以上の 全 住 民		前年度検診で 以上の住民	現在30歳以 上の全住民	—	—	
全対象者数	225	1,120	1,845	122	46	45	77	7	76	196	993	772	—	—
受診者数率	223(99.1)	928(82.9)	1723(93.4)	87(71.3)	46(100.0)	40(88.9)	34(44.1)	7(100.0)	76(100.0)	165(84.1)	304(30.6)	151(19.5)	177	319
感 覚 障 害	21.5	+3.9%(認定) 28.0	7.6	—	100.0	55.0	100.0	100.0	%	%	80.3	92.0	—	—
四 肢 末 梢 性	—	23.2	4.2	—	95.7	47.5	94.1	100.0	56.5	69.6	68.4	78.7	57.6	64.8
難 聴	8.5	29.2	9.0	—	95.7	17.5	79.4	57.1	40.7	50.9	40.1	51.0	56.5	—
失 調	4.0~9.0	24.7	11.8	—	73.9	2.5	61.8	28.6	27.6	31.5	23.1	50.3	49.7	31.3
視 野 狭 窄	0.9	13.7	0.5	—	78.3	0	70.6	71.4	36.8	30.3	16.1	31.5	53.7	51.0
構 音 障 害	11.7	12.2	12.2	—	32.6	0	20.6	0	23.6	22.4	10.9	32.9	36.2	20.3
情 意 障 害	19.7	14.2	5.3	—	69.6	25.0	67.6	57.1	—	—	—	33.1	—	—
知 能 障 害	17.5	22.7	10.3	—	76.1	2.5	55.9	42.1	—	—	—	39.1	—	—
水 俣 病	中等症(2.2)	144(15.5)	39(2.3)	82(67.2)	45(97.8)	8(20.0)	32(94.1)	7(100.0)	158(65.8)		212(69.7)	126(83.4)	47(26.5)	
そ の 疑	軽症(15.2)	107(11.5)	40(2.3)	5(4.1)	1(2.2)	11(27.5)	2(5.9)	0	又は 98(40.6)		17(5.6)	8(5.3)	59(33.3)	
認 定 患 者	全対象者中	(12)	調査時37 (3.4) 現在 300 (26.8)	※ 59(48.4) (77.9現在)	39(84.8)	3(6.7)	20(26.0)	3(42.9)			27(2.7)	45(8.6) (母集団524)		
	対象地区内	14 (先天性)	321	27	62 (77.9現在)	65			20	43	27	74	130	115

梢性ははっきりしないが、全身性の感覚障害を呈し、かつ4症候ないし2症候を認めるものが9名おり、これら9名(3.3%)も水俣病と診断した。尚これらの組合せから除いた15名の中で四肢末梢性あるいは全身性感覚障害の他に、他の神経症状の1~3個を有するものが10名おり、これらも水俣病と診断した。

以上のことから、今回の調査では285名中232名(81.4%)を水俣病と診断した。なおⅥのグループ及び組合せから除いた中で、上肢のみ、下肢のみ、半身性、両下肢と左上肢末梢性、手指・足趾のみ、振動覚のみの不全型の感覚障害を呈するものが10名及び1名おり、これらは他の1~4を合せ有していることから水俣病の疑いと診断した。さらに感覚障害は証明されないが、失調・求心性視野狭窄・難聴を呈するものおよび全身性感覚障害と軽度の失調を示すものが1名ずつおり、これらも水俣病の疑いと診断した。以上のことから今回の調査では13名(4.6%)を水俣病の疑いとした。

またこれらの受診者のほとんどは認定申請をしているため、表6には受診者の中で行政認定

処分を受けているものを合せて報告したが、45名(16.7%)が認定されているにすぎなかった。これらの組合せから除いた15名の中で同じく認定されているものは3名であった。以上のことから、受診者285名中すでに行政より認定処分を受けているものは48名(16.8%)であった。

(3)アンケート調査

著者らが検診したものは全住民(名簿上)の26.9%に過ぎないため、他の住民の健康状態と水俣病の認定申請状況を明らかにするため全住民を対象としたアンケート調査を実施した。

調査は対象を1974年9月1日現在の選挙人名簿に載っているものとし、個人面接により1984年3月27日より4月7日まで行われた。この際1945年から1974年8月末日までの死亡者および1974年9月1日現在未成年者であったものを聞きとりにより補完した。

(4)認定申請状況

アンケート調査の対象と被調査数・率は表7に示すとおりで、男258名(75.7%)、女317名(73.5%)、計575名(74.5%)が調査を受けた。

名簿作成時より調査時まで約10年の歳月が流れているため、対象はA：名簿にあるもので(イ)現在も同じ地域で生活しているもの（居住者という）、(ロ)この間に死亡したもの（死亡者という）、(ハ)この間他地域へ転出して行ったもの（転出者という）に分けられた。したがって、表8に示すように分類しそれぞれ認定・申請などの状況を調べた。それらの結果は表8に示すごとく、居住者では60.1%が、死亡者では69.2%が申請していた。これに対して転出者ではやゝ少なくなるが、33.3%の申請率であった。合わせると575名中51名が不明で、524名中316名（60.3%）が申請をしていた。これらの中で45名（14.2%）が認定、92名（29.1%）が棄却（再申請を含まず）、179名（56.6%）が申請中（再申請25名を含む）であった。特筆すべきは死亡者の認定率が45名中24名（53.3%）と高くなっていることで、この中には解剖の10名が含まれている。解剖をしたものはこの他に5名あり、解剖による認定率は15名中10名（66.7%）と高くなっている。

つぎに、名簿外のB：1945年8月から1974年8月末までの死亡者（過去の死亡者という）およびD：名簿作成時の未成年者の認定・申請状況をみると、表9に示すとおりである。

過去の死亡者で12.2%、未成年者にいたっては2.5%の申請率にすぎない。過去の死亡者で認定されているものは4名（前述の篠○保や林○文○はこのグループに入る）である。未成年者のほうは102名が不明で、241名中6名（2.5%）が申請をしているにすぎない。これらの中で1名が認定されているが、前述の諫○孝○である。

この地域の行政当局による認定者は図2に示すように74名であり、本調査ではそのうちの53名を確認したことになる。

(ロ)自覚症状

居住者429名の自覚症状は表10に示すとおりで、手足のしびれ：242名（56.4%）、頭痛・頭重：217名（50.6%）、物忘れ：212名（49.4%）、からす曲り：206名（48.0%）、疲れやすい：196名（45.7%）などが高率に訴えられている。

(ハ)医療受給状況

居住者368名の医療受給状況は表11に示すとおりで、通院が238名（64.7%）、入院が6名（1.0%）で、計244名（66.3%）が医療を受けている。表中の年齢は1974年9月現在であるため調査時点では約10歳多い訳であるが、現在の年齢でも若年の30歳代の22.2%、壮年の40歳代の46.8%が医療機関にかかっているのである。高齢になれば70～95%と受療率はさらに高くなる。

(ニ)妊娠調査

アンケートによる被調査者である居住者の女性317名からこの時点での死亡者34名と転出者23名の計57名を除いた260名に対し、妊娠調査を実施した。260名に対し既婚の219名（84.2%）が調査を受けたが、これは名簿上の50.8%にあたる。219名の妊娠回数は17名（7.8%）に妊娠がなく、202名の平均妊娠数は4.5±2.2回であった。これら妊娠の年度別の様態（満期産、異常妊娠 流産、早産、死産）は表12に示すとおりである。これで特徴的なことは、1945年までの妊娠総数335件に対する異常妊娠14件の頻度は4.2%と少ないのに対し、1952年より14.2%と高値を示し、1958年：17.4%、1961年：27.2%、1963年：42.9%とピークを示し、1965年：33.3%と一旦やゝ下るが、1968年：38.5%と再びピークを示し、その後も高い頻度となっている。これを臍帯のメチル水銀量とアセトアルデヒド月産量の図に示したものが図3であるが、アセトアルデヒド生産とはほぼ一致したカーブを描いている。

以上みて来たように、赤崎地区における典型・重症例、掘り起し一斉検診、アンケート調査の結果は1例の急性劇症患者の背景に原田の主張するピラミッド型の広汎な汚染（図1）があることを見事に実証しているといえる。

水俣病の原因となったチッソのアセトアルデヒド工場の操業は1932年から1968年にも及び、閉鎖循環式となった1966年まで廃水、すなわちメチル水銀は流され続けたのである。終戦前までの汚染の影響の問題はさておいて、終戦後を考えただけでも現在赤崎地区に居住している者は、これまで居住した者の一部でしかない。図4は赤崎地区における私たちの調査がどの程度済んでいるかをシ

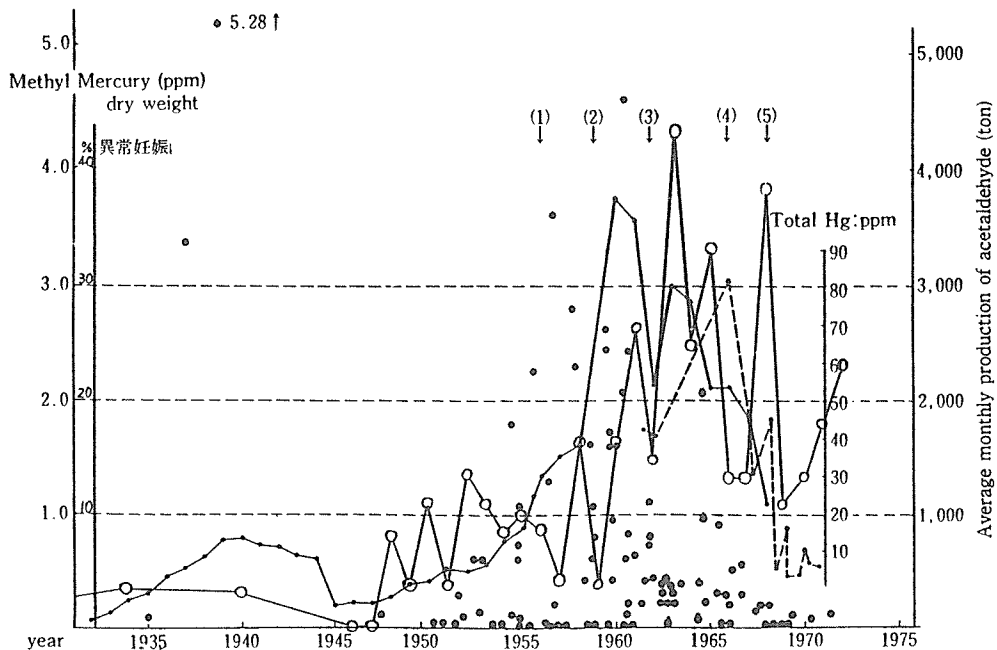


図3 異常妊娠と胎帯のメチル水銀量とアセトアルデヒド月生産量、水俣湾産魚中水銀量との関係
 -----線は水俣工場のアセトアルデヒド月別生産量、目盛りは右側、単位トン
 -----線は水俣湾内アサリ貝の水銀量(総水銀で乾重量：炭素による)目盛りは右側の図中、ppm.
 ○印は異常妊娠出現頻度
 ●印は生まれた年月と含有メチル水銀を現わす。目盛りは左側、単位 ppm, 乾重量
 (1) 正式に水俣病が発見された年
 (2) 水俣病の原因が工場排水によるメチル水銀中毒が明らかになった
 (3) 長期の労働争議による生産低下
 (4) 廃水を閉鎖循環式に変更
 (5) アセトアルデヒド生産中止

エーマで示したものであるが、まだまだ被汚染者の一部を調査したにすぎない。

水俣病は地域ぐるみの環境汚染であり、汚染されたすべての健康被害を明らかにすることなしには、その実態は明らかにならない。

2. その他の地域ぐるみ検診結果と認定

前項で述べた赤崎地区の他にも、著者らは不知火海のすべての漁業地区において6,000名以上の検診・調査活動を行って来た。著者らは、一部の検診希望者だけを見て、その神経症状の集積性を問題にするのではなく、常に被汚染者のすべてを母集団としてそれらの過半数を検診することを心がけて来た。このような地域ぐるみの調査なしには環境汚染による被害の実態は明らかにならない

からである。

1970年より今日に至るまでの地域ぐるみの調査で、これまでにまとまっているのを表13に示し、以下概略を述べる。但し、表13には前項で述べた赤崎地区と、全住民を対象とした調査にはなっていないが、田浦町、出水市名護地区の検診結果を併せて示す。

(1)水俣市F中学校¹⁰⁾

著者らは先天性(胎児性)患者が14名と多発したF中学校区において、同時期に生れた者の中にメチル水銀の影響が現れていないかどうかを1970年に調査した。対象は調査時F中学に在籍している者225名で、1955年4月2日から1958年4月1日までの出生で、対象外で同時期に生れた12名の先天性(胎児性)患者と2名の未就学児童がいる。

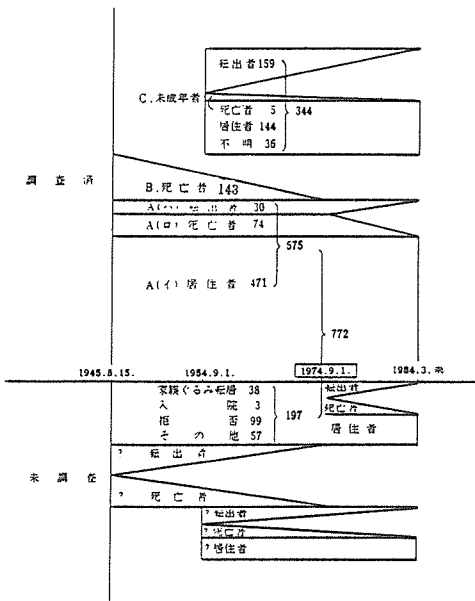


図4 赤崎地区の対象と被調査者

尚、対照として天草のI中学を選んだ。

対象にあっては精神遅滞が17.5%と対照の7.1%に比べ有意に高く出現した。これは先天性患者を含まない数であり、それらを加えれば21.5%の高い出現頻度となる。さらに対象にあっては、感覚障害(21.5%)、構音障害(11.7%)、運動失調(4.0~9.0%)などの神経症状が有意に出現した。また、前記精神遅滞の中でこれら神経症状を伴った外因性の精神遅滞が82%と高頻度(ふつうその割合は20%)を占め、これら精神遅滞や有意に高い神経所見はメチル水銀の影響によるものが大きいと考えられた。

(2)水俣市湯堂・月の浦、御所浦町嵐口¹¹⁾¹²⁾

熊大二次研究班の行った当時認定患者の最多地域湯堂・月の浦地区と、汚染の影響が疑われていた嵐口地区、そして対照として有明海に面した有明町の某地区の全住民を対象とした悉皆調査で、1971.72年にかけて行なわれ、著者らは教室員の一人として参加した。

湯堂・月の浦地区では調査時58名の認定患者(生存37名、死亡21名)がいたが、初年度それらを上まわる144名を水俣病、107名を水俣病疑いと新

たに診断した。翌年さらに調査をすゝめ受診者965名中275名(28.5%、認定者37名を含む)を水俣病、38名(3.9%)を水俣病疑いとされた。現在同地区の対象者(全人口)中の認定患者は300名(26.8%)にも及び、調査時死亡していた者を加えると同地区内の認定患者は321名となる。

他方、嵐口地区は水俣病多発当時猫の狂死などがあつた所で、39名(2.3%)を水俣病、40名(2.3%)を水俣病の疑いと診断した。これらは新たな患者発見であつた。

特に湯堂・月の浦地区にあっては発症年度を1942年より1971年、あるいは1972年と大きく書きかえた。これは工場排水が閉鎖循環式となつた1966年、あるいは工場操業停止の1968年以後も患者発生が続いているという、慢性微量中毒の発生を示唆する重要な事実を示していた。

また、対照の有明町で水俣病と同じ症状を呈する人が8名発見された。有明海にはチッソと同じ工程のアセトアルデヒド工場が過去に操業され、また調査時カ性ソーダ工場が操業中であり、これらの排水口付近のヘドロの水銀濃度は高く、魚介類中にもメチル水銀が外海の対照よりも高値であつたことから、第3の水俣病発生の疑いがあるという重要な問題を提起したが、この事は徳山湾や関川の汚染と同様に政治的にシロ判定された。

(3)芦北町女島¹³⁾

水俣より20km離れた芦北町女島の大浦・京泊・牛の水の三部落の16歳以上の全住民を対象とした民間の医師団(著者らも加入)の手による初めての地域ぐるみの検診で、1973年の水俣病第一次裁判判決前にとり組まれ、行政(県)の調査と対比させることを目的とした。調査時点での認定患者1名を除く122名を対象とし、87名(71.3%)が受診した。

検診結果は82名(93.7%)が水俣病、残る5名(6.3%)がその疑いであつた。すなわち全員が有機水銀の影響を示していると考えられた。これに対して県の調査で水俣病を疑われて三次の調査にまわされたものは僅か14名にすぎなかつた。すなわち県の調査は汚染の実態を正しく反映したもの

ではなかった。その後、1977年9月時点で58名が認定、12名が棄却の処分を受けた。未受診者の中に認定患者が1名いることから、女島三部落の対象者（当時の16歳以上のもの）の認定者は59名（48.4%）にも及ぶ。さらに対象外の認定者が16歳以上に2名（前記1名と調査時死亡していたもの1名）、16歳未満に1名（先天性）いることからこの三部落中の認定患者総数は62名（1977年9月現在）となる。ここは軒並み水俣病発生のモデル地区である。

(4)出水市桂島¹⁴⁾¹⁵⁾¹⁶⁾

チッソ水俣工場より南西12kmに位置する出水市の小島で、1974年から1979年にかけて著者らにより調査された。当初の掘り起し検診の結果で、夫婦で同じ症状を持ちながら一方が認定、他方が棄却という理屈に合わない処分がなされたことから、認定審査会と同じ内容の精密検診を眼科、整形外科、神経内科の専門医の協力を得て実施した。さらに当地区の戸籍原簿に基づいて母集団を1974年を基準にして居住歴ごとに区分して、曝露されたすべてを汚染の流れの中で調査した。調査時30歳以上の居住者は46名中45名を水俣病、1名をその疑いと診断したが、39名（84.8%）が認定された。同じく転出者は77名中34名（44.1%）を調査し、それらの中で32名を水俣病、2名をその疑いと診断した。これらの中で20名（58.8%）が認定されたが、これは未申請者を含めた全転出者の26.0%にあたる。同じく転入者は7名中全員を水俣病と診断したが、これらの中で3名（42.9%）が認定された。

調査時30歳未満の者については居住者しか十分な調査ができていないが、45名中40名（88.9%）が受診し、8名（20.0%）を水俣病、11名（27.5%）を水俣病の疑いと診断したが、これらは1945年から1953年までに生れたものが多かった。そしてこれらの中で3名（6.7%）が認定された。

居住者だけについていえば、対象（全人口）の中で認定者は42名（46.2%）に及び、前記水俣市湯堂・月の浦の認定率を大きく上まわっている。島ぐるみ汚染のモデル地区である。

(5)東町湯の口、津奈木町福浦¹⁷⁾

原田正純らは、1976年に15歳以上の全住民を対象とした調査を行った。

湯の口では76名中全員が、福浦では196名中165名（84.1%）が受診した。それぞれの地区の神経症状の出現頻度は表13のとおりであり、診断については両地区をあわせて報告しているが、感覚障害のある人をとれば158名（65.8%）感覚障害と視野狭窄、あるいは運動失調が認められるものをとれば98名（40.6%）、仮りに症度の重い人と限定しても60名（24.8%）となり、いずれにしても高い地域集積性を示している。この地区の認定患者は湯の口で20名、福浦で43名となっている。

(6)御所浦町嵐口（再調査）¹⁸⁾

二次研究班の受診者を対象として同一人の6～6.5年後の神経症状の推移を比較検討した調査で、著者らにより1977年から1978年にかけて行われた。

神経症状の主な変化は、全感覚障害（今回調査80.3%—前回調査11.2%）、四肢末梢性感覚障害（68.4%—8.6%）、難聴（40.1%—8.2%）、失調（24.4%—3.3%）、視野狭窄（16.1%—1.0%）、振戦（11.8%—6.6%）、構音障害（10.9%—4.6%）であった。

神経症状の組合せなどから著者らの基準で水俣病と診断できるものは、今回調査212名（69.7%）—前回調査26名（8.6%）であった。

同一人物の6～6.5年後のこのように著明な症状（自覚症状も含む）の増大、ひいては水俣病の発症については、過去の濃厚汚染にひき続いて、現在も続いているメチル水銀の慢性微量汚染の影響である可能性が強く疑われたと結論づけている。

尚、この調査では対象の30.6%の受診率となっているが、対象者の75%が受診した外平部落の40、50、60代の人々の症状の推移は今回の受診者全体の症状の推移とほぼ同じ傾向を示していた。

(7)その他の地区

田浦町¹⁹⁾では、1973年に町ぐるみともいべき検診を著者ら医師団と全国の民医連、新医協の協力

で行った。神経症状の出現頻度は表13に示すとおりで、47名(26.5%)は Hunter-Russell 症候群をすべて備えており、59名(33.3%)はそれらの不全型であると結論づけた。

出水市名護、米の津²⁰⁾にあっては1974年から1975年にかけて、著者ら医師団と鹿児島民医連との協力で、桂島に続く部落ぐるみの検診がなされた。神経症状の出現頻度は表13に示すとおりで、難聴がまとめからはずされている。

Ⅲ 考 察

津奈木町赤崎地区(1984年現在で1,044名が居住)においては、急性劇症の患者は1名しかいなかった。しかしその背景に、成人で普通型の重症患者、小児性水俣病の典型例、さらに胎児性水俣病の重症例²¹⁾などが多数存在していたことが明らかとなった。さらに掘り起し検診のところで述べたように285名の検診の結果232名(81.4%)が水俣病、13名(4.6%)がその疑いと診断した。すなわち、受診した86%の人々にメチル水銀中毒の影響が見出された。

しかし、著者らが検診をしたものは全住民(名簿上)の36.9%に過ぎなかったため、他の住民の健康状態と水俣病の認定状況をアンケート調査により求めた。それらの結果、名簿上の772名中、575名(74.5%)が調査を受けた。そして水俣病の認定申請状況は60.3%が認定申請をしているという結果であった。これらのうち、名簿上にある人で現在も居住している者については60.1%が認定申請をしており、これら居住者は自覚症状として手足のしびれ(56.4%)、頭痛・頭重(50.6%)、物忘れ(49.4%)、からす曲り(48.0%)などを高頻度に訴えており、自覚症状を訴えていないものは10.3%にすぎなかった。このことは、このグループは共通の不健康さを示しており、その証拠にこれら居住者の医療受給状況は66.3%にも及んでいた。この回答を寄せたものは調査時30歳以上の人が多くであり、このような若い人を含めた健康被害の実態は、有機水銀による汚染の連続上にあると考えられる。

つぎに、今回のアンケートによる水俣病患者によく見られる自覚症状調査において、著者らの掘り起し検診を受けたもの102名と、そうでないもの327名とに分けて、それぞれの自覚症状の出現頻度を比較検討したら表14のとおりであった。自覚症状のないものは、未受診者では13.5%みられたが、受診したものでは1人もみられなかった($P < 0.001$)。さらに、各項目では「頭痛・頭重」、「手足の痛み」、「よろつき」、「難聴」、「全身倦怠感」、「手足のしびれ」、「からす曲り」においては検診受診者において有意に高く($P < 0.001 \sim 0.05$)出現した。また「物忘れ」、「疲れやすい」にあっては検診受診者において高く出現するが有意差はなかった。これらのことから自覚症状を多く持った、より健康でない人々が検診を受けたことが予測される。

以上のことは急性劇症の最重症例の背景に、典型の重症例、さらに検診を受けたグループ(症状のそろったものから不全型へとつながる)、検診を受けていないグループ(この中に認定申請をした人々と、申請をしていない人々とがいる)というピラミッド型(図1)の分布がこの地区においてみられている事を如実に示している。また、妊娠調査における異常妊娠(早産・流産・死産)の頻度がアセトアルデヒドの生産カーブにはほぼ一致していることは、胎児性(先天性)水俣病の背景に流産や死産があるのではないかと推論した原田のメチル水銀汚染のモデル(図1)を裏づける貴重な資料であり、今後他地域の調査も合わせ追求していかなければならない。

赤崎地区における水俣病認定の処分状況では、検診を受けたものでは285名中48名(16.8%)が、アンケート調査では524名中45名(14.2%)が認定されているだけであり、これは汚染の実態を正しく反映したものとなっていないと考えられる。

掘り起し検診受診者121名の自覚症状(表4)の出現頻度を行政処分の認定群31名、未認定群90名に分けて比較してみると、26項目中両群に有意差のあるものは「舌がもつれる」(認定群に多い、 $P < 0.01$)、「全しびれ感」、「疲れやすい」、「頭がボーとする」(未認定群に多い、 $P < 0.05$)

表14 居住者の検診受診別の自覚症状の出現頻度

自覚症状	掘起し検診	
	受診	未受診
1. 手足のしびれ	※ 67 (65.7)	175 (53.5)
2. 頭痛・頭重	※※※ 78 (76.5)	139 (42.5)
3. 物忘れ	43 (42.2)	169 (51.7)
4. からす曲り	※ 59 (57.8)	147 (45.0)
5. 疲れやすい	49 (48.0)	147 (45.0)
6. 手足の痛み	※※※ 63 (61.8)	103 (31.5)
7. よろつき	※※※ 61 (59.8)	64 (19.6)
8. 難聴	※※※ 52 (51.0)	70 (21.4)
9. 全身倦怠感	※※※ 66 (64.7)	56 (17.1)
10. なし	0	※※※ 44 (13.5)
計	102 (100.0)	327 (100.0)

※P<0.05、※※※P<0.001

にすぎず、「四肢のしびれ感」やその他の項目ではその出現頻度に差はない。

また同じく、神経精神症状の得られたもの285名の神経精神症状(表5)の出現頻度を行政処分の認定群46名、未認定群239名に分けて比較検討してみると「全感覚障害」、「四肢末梢性感覚障害」、「構音障害」、「失調」、「視野狭窄」、「振戦」、「難聴」、「知能障害」において認定群に有意に高く(P<0.001~0.05)出現している。

以上のことから、掘起し検診の受診者で行政上の認定処分を受けたものとそうでないものとの自覚症状、神経所見のうち「四肢のしびれ感」、「全感覚障害」、「四肢末梢性感覚障害」においては有意差はなく、これらの所見は両グループに等しく出現している。しかし、「失調」をはじめとするいくつかの神経所見が認定群に有意に高く出現していることは、逆に考えればこれらの所見があったから認定されたという解釈も成り立つ。すなわち、現在の認定制度が自覚症状と神経所見のうちの上記「感覚障害」だけでは認定していな

表15 剖検によって確認された病変

()内は直接の死因

		全体で	水俣病 病変あり
癌	甲状腺	10 (0)	9(0)
	前立腺	7 (3)	5(2)
	悪性リンパ腫	5 (5)	3(3)
	肺	4 (3)	2(2)
	直腸	4 (3)	0(0)
	肝	3 (2)	3(2)
	骨髄	2 (2)	1(1)
	胃	2 (2)	1(1)
	皮膚	2 (2)	1(1)
	その他	4 (3)	1(1)
		(27.4%)	
感染症	肺炎	16(14)	8(8)
	敗血症	16 (6)	11(4)
	結核	6 (4)	3(2)
	その他	2 (2)	1(1)
		(26.3%)	
脳障害	脳梗塞	39 (5)	18(2)
	脳出血	8 (6)	4(3)
	脳炎変性	8 (1)	0
	老人痴呆	8 (1)	0
		(12.0%)	
心障害	心筋梗塞	22 (7)	13(4)
	心不全	2 (2)	1(1)
		(9.8%)	
	肝硬変	8 (5)	4(2)
	肝炎	2 (1)	1(1)
	脾臓変化	14 (1)	8(0)
	腎不全	2 (2)	1(1)
		(6.5%)	
合計		91	47

いことを物語っている。著者らは、この「四肢末梢性感覚障害」は水俣病の特徴的な所見であり、疫学的条件とこれが認められれば水俣病と診断できると考えている。

原田もこの四肢末端「感覚障害」を水俣病のチェックポイントとして位置づけ、不知火海沿岸住民の60~80%に存在すると強調している(図5)¹⁷⁾。

著者らの地域ぐるみ汚染の主張は前章において赤崎やその他の地域においても述べたとおりである(表13)。水俣市内の濃厚汚染地区(F中学、湯堂・月の浦)はもちろん、北へ20km離れた芦北町女島や、南西へ12km離れた出水市桂島などは距離的にも比較的汚染は軽度と考えられるが、軒並

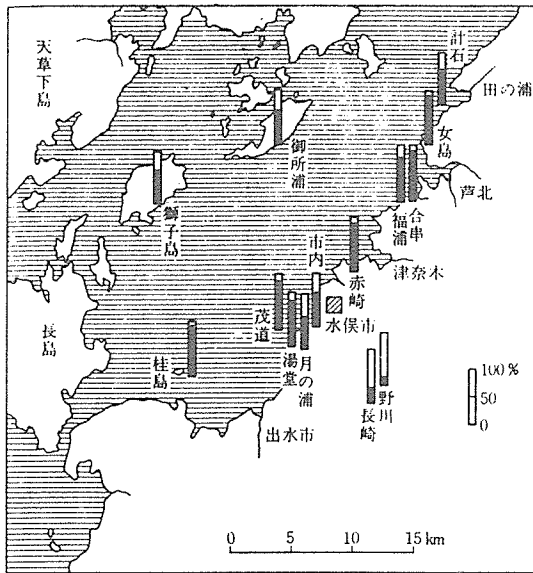


図5 不知火海沿岸住民の感覚障害頻度
(桂島は藤野紘による)

みに、島ぐるみに汚染されているのである。これらは著者らの結果からだけでなく、認定審査会によっても追認されている。特に鹿児島県下で初の集団申請をした桂島にあっては1945年までに生れたものでずっと島に居住していたものは100%が患者であり、審査会も84.8%を認定している。このことは著者らが掘り起し検診に入った不知火海のすべての漁業部落にもほとんど共通することと考えられる。

さらに著者らの主張は、剖検による結果からも裏づけられている。赤崎地区にあっては、名簿上の死亡者に限ってみると、申請をしたもの45名中24名(53.3%)が認定であった。このうちで解剖を受けたものは15名中10名(66.7%)が認定となっている。さらに名簿外の死亡者で解剖による認定例が数例あり、これらが加われば解剖を受けたものの認定率は当然もっと高くなる。

衛藤²²⁾は1970年以後の申請者の解剖例281例中161例(57%)、うち90歳以上では13例中11例(85%)に水俣病の所見があり認定されたと報告した。病理解剖による水俣病の認定基準は、①大脳皮質(後頭葉、中心前・後回、前頭葉、側頭葉)の所見、②小脳の顆粒細胞優位の所見、③末梢神経の感覚優位の所見の三つがそろって、かつそれを裏づけ

る臨床症状が確認できることとなっている。これら病理の三所見中一所見でも満たすものは80%に及ぶ(原田正純自験91例の検討から)といわれており、病理の基準が臨床と同様に典型例のみを水俣病とする立場に立っていることを示す。逆に考えれば、80%の人は水俣病であるとの根拠を与えられたことになり、著者らがこれまで述べて来た地域ぐるみの汚染の結果は、病理解剖によっても裏付けられていることを示している。

原田正純²³⁾は、自己が生前に診察した91例の申請者で死亡後病理解剖にふされた剖検結果と診察結果とを対比させて、死因では癌と感染症が高いこと、甲状腺癌・前立腺癌・悪性リンパ腫はメチル水銀との関係で追求すべきと報告した(表15)。

白木²⁴⁾は動脈硬化がメチル水銀によって起されることから、水俣病を全身病としてとらえることを終始強調している。

家里²⁵⁾、谷口²⁶⁾、大井²⁷⁾は水俣病と腎尿管障害(β_2 マイクログロブリン)との関係を報告した。

大井、板井²⁸⁾は、発生頻度の非常に小さな原発性血小板血症が水俣地区において2例発見されたと報告した。さらにそれを疑わしめる1例が発見されている。

松尾²⁹⁾は、水俣協立病院の胃癌の出現率が通常の5、6倍と異常に高いことを強調している。

これら有機水銀と動脈硬化、腎尿管障害、骨髄障害、癌との関係のみならず、甲状腺疾患、膠原病、心伝導障害、脳血管障害などとの関係が明らかになって、はじめて水俣病の病像が確立されてくるであろう。

私たちはそのような立場からの調査・研究を急がねばならない。

IV 要 約

1. 過去1例の急性劇症型水俣病患者の発生した水俣湾近郊の赤崎地区の住民を対象とした検診とアンケート調査を実施した。検診により慢性型の重症典型である成人、小児例や胎児(先天)性の数例を発見した。またその底辺に数多くの水俣病患者がいることを明らかにした。

2. 1971年より掘り起し検診をした121名の自覚症状、285名の神経所見を報告した。自覚症状ではしびれ感(84.3%)、疲れやすい(78.5%)、物忘れする(75.2%)、頭痛(71.9%)、めまい(62.0%)などが高く訴えられた。神経所見では全感覚障害(90.1%)、四肢末梢性感覚障害(77.4%)、難聴(45.7%)、失調(38.4%)、構音障害(22.1%)、振戦(27.4%)などが認められた。神経症状の組み合わせなどから、232名(81.4%)を水俣病、13名(4.6%)をその疑いと診断した。これらの中で48名(16.8%)が認定処分を受けていた。

3. アンケート調査は1974年9月1日現在の選挙人名簿によって面接により行われ、過去の死亡者、当時の未成年者が補足された。アンケート調査の被調査者は575名(74.5%)であった。60.3%が申請をしており、うち14.2%が認定であった。

4. 住者429名の自覚症状は、手足のしびれ(56.4%)、頭痛・頭重(50.6%)、物忘れ(49.4%)、からす曲り(48.0%)、疲れやすい(45.7%)の順であった。

居住者368名の医療受給状況は64.7%が通院、1.6%が入院中と66.3%にものぼっていた。

居住者の女性219名に対して妊娠調査を実施した。これらの妊娠における異常(流産・早産・死産)の出現頻度はチソンのアセトアルデヒド生産高の動きとよく一致した。

5. これらのことから、この赤崎地区住民は地域ぐるみの汚染を受けており、原田の提唱したピラミッド型の汚染のモデルを裏づけていると考えられた。

6. 赤崎地区の他にも被汚染者のすべてを母集団とした検診を実施して来たが、その過半数を診て来た水俣市F中学校、水俣市湯堂・月の浦、御所浦町嵐口、芦北町女島、出水市桂島、東町湯の口、津奈木町福浦などの神経症状の出現頻度、診断、認定状況を報告した。とくに桂島の居住者では1945年までの生れのものは46名中45名が水俣病1名がその疑いがあり、うち39名(84.8%)は認定処分を受けていた。

7. 著者の主張する地域ぐるみ汚染の実態は、病理解剖の面からも十分に裏づけられていると考えられた。さらに有機水銀汚染の影響は単に神経症状に限らず一般内科疾病との関連で追求することの重要性を述べた。

本論文要旨は第25回社会医学研究会シンポジウム(1984年7月28日、富山市)および第33回熊本精神神経学会(1984年9月29日、熊本市)において発表したものである。本調査に御協力願った熊本県民医師団(団長上妻四郎医師)の諸先生および水俣協立病院の皆様などに感謝します。

文 献

- 1) 「水俣病—有機水銀中毒に関する研究」, 熊本大学医学部水俣病研究班. 1966.
- 2) 原田正純: 潜在性水俣病—病気の全貌はまだ明らかにされていない—. 科学, 41, (5), 250-258, 1971.
- 3) 原田正純: 環境における長期微量汚染の人体に及ぼす影響. 公衆衛生, 37, 171-175, 1973.
- 4) 熊本県水俣病検診センター資料, 1984. 5
- 5) 熊本県公害部, 行政不服審査請求事件において提出した資料, 1984. 5.
- 6) Hunter, D., Bombard, R. R. and Russell, D. S.: Poisoning by methyl mercury compounds. Quart. J. Med., 9: 193-213, 1940.
- 7) 徳臣晴比古, ほか: 水俣病に関する研究, 第4報 昭和34年度に発生した水俣病患者の臨床的観察. 熊医会誌, 34(補3), 481-489, 1960.
- 8) 武内忠男, ほか: 1959年中に死亡した水俣病の5剖検例. 熊医会誌, 34(補3), 531-541, 1960.
- 9) 衛藤光明, ほか: 10年後の水俣病の病理学的研究 特に慢性発症と慢性水俣病の剖検例. 熊医会誌, 48, 162-188, 1974.

- 10) 藤野紘, ほか: 精神遅滞の臨床疫学的研究—有機水銀汚染の影響—. 熊医会誌, 50, 282-295, 1976.
- 11) 立津政順, ほか: 水俣病の精神神経学的研究—水俣病の臨床疫学ならびに症候学的研究. 熊本大学医学部10年後の水俣病研究班編, 1972年度報告書, 41-65, 熊本県.
- 12) 立津政順, ほか: 不知火海沿岸住民の健康に及ぼす有機水銀汚染魚介類摂取の影響に関する研究. 熊本大学医学部10年後の水俣病研究班編, 1973年度報告書, 48-87, 熊本県.
- 13) 藤野紘: 第2次水俣病訴訟(1審)における裁判所提出資料. 1977. 9.
- 14) 藤野紘: ある島における住民の有機水銀汚染の影響に関する臨床疫学的研究, 第1報, 汚染地区住民の一斉検診. 熊医会誌, 51, 22-62, 1977.
- 15) 藤野紘: 同上, 第2報, 非汚染地区住民の一斉検診. 熊医会誌, 51, 90-147, 1977.
- 16) 藤野紘: 同上, 第3報. i 汚染地区における若年者の一斉検診, 水俣病診断に対する新たな諸検査の試み. 熊医会誌, 54, 149-193, 1980.
- 17) 原田正純: 水俣病は終わっていない(岩波新書), 岩波書店. 東京, 1985, P91.
- 18) 藤野紘, 板井八重子, 原田正純: 有機水銀汚染地区住民の臨床症状の遷移 比較的少量の汚染の影響に関する臨床的研究. 体質医研報. 34, 541-558, 1984.
- 19) 平田宗男: 田浦町集検報告, 医学評論, 通巻46 44-46 1974.
- 20) 宮崎義江ほか7名の行政不服審査請求事件における反論書, 1976. 6. 8.
- 21) 原田正純, ほか: 先天性(胎児性)水俣病の1例—13年めに見出された剖検例—. 精神経誌, 83, 572-581, 1981.
- 22) 衛藤光明, ほか: 水俣病の検診, 審査促進のための病理診断に関する研究—特に高齢者水俣病の病理について—, 日本公衆衛生協会, 昭和58年度, 水俣病に係る調査研究合同会議, 報告資料集, 25-27, 1984.
- 23) 原田正純: 水俣病の認定制度と医学的実態. 公害研究, 13, No. 1, 23-29, 1983.
- 24) 白木博次: 水俣病をはじめとする有機水銀中毒症の神経病理学—とくに全身病としての有機水銀中毒症の視点ならびに標識水銀化合物による動物の全身オートラジオグラムとの関連において—水俣病—有馬澄雄編, 青林書. 東京, 1979, P605.
- 25) Iesato, K, et al: Renal tubular dysfunction in Minamata disease, Detection of renal tubular antigen and beta-2-microglobulin in the urine. Ann. of Int. Med., 86, 731-737, 1977.
- 26) Taniguchi, N., Fujino, T. et al: Determination of carbonic anhydrase C and B₂ microglobulin by radioimmuno assay in Urine of heavy-metal-exposed subjects and Patients with renal tubular acidosis, Environmental Reserch. (New York), 20, 154-161, 1979.
- 27) Ohi, G, Fujino, T., et al: Urinary Beta-2-Microglobulin does not serve as diagnostic tool for Minamata disease. Archiv. Environmental Health. 37, 336-341, 1982.
- 28) 大井玄, 板井八重子, 藤野紘: 水俣地区で認められた二例の本態性血小板血症, 第43回日本公衆衛生学会にて発表. 1984, 12.
- 29) 松尾和弘: (私信)

新潟水俣病原告患者の実態

関川 智子

(新潟勤医協・白山診療所)

1 はじめに

阿賀野川沿岸に発生した有機水銀中毒症を、第2の水俣病として公表されたのが、昭和40年6月12日、それから19年が経過した。新潟水俣病は昭和46年、第一次裁判勝利、48年補償協定締結と順調にすすんできたように見えたが、48年のオイルショック以来、企業のまきかえしと、民主勢力の弱まりが相まって、認定患者が激減してきた。そのような中、53年、新潟県は「阿賀野川の人為的水銀汚染は解消した」として、いわゆる「安全宣言」を出して、魚の食料規制を解除してしまった。「安全宣言」の根拠となったのは、魚の水銀値が規制値(0.4ppm)以下だということであった。しかし新潟県が採捕した魚は48年以降、だんだん小さい魚が増えており(図1)、48年25cm以下のものが55%であったのが、52年には92%となっていた。このようにまやかしの「安全宣言」で水銀汚染は終わったと沿岸住民の一斉検診どころか、棄却された患者の経過観察をすることもなく放置されたままである。この状態では患者が全て死に絶えるのを待っていると言われても過言ではない行政の対応である。このままでは私たちを取り巻く環境はよくなるどころか、私たち自身の生命の補償もない。「なんとかしなければならぬ」ということで患者たちは立ちあがった。棄却された人たちは水俣病ではないのか。認定された人たちとどのような差があるのか。これまで行なって来た調査で得られた資料をもとに比較したので、若干の考察を加え、ここに報告する。

2 対象

原告患者(主として第2陣までの114人)の審査会資料、カルテの診察所見

認定患者(横雲橋より下流地域で昭和50年~58年まで、故白川教授(新大・医療短大)が診察して来た患者115人)のカルテの診察所見

3 結果と考察

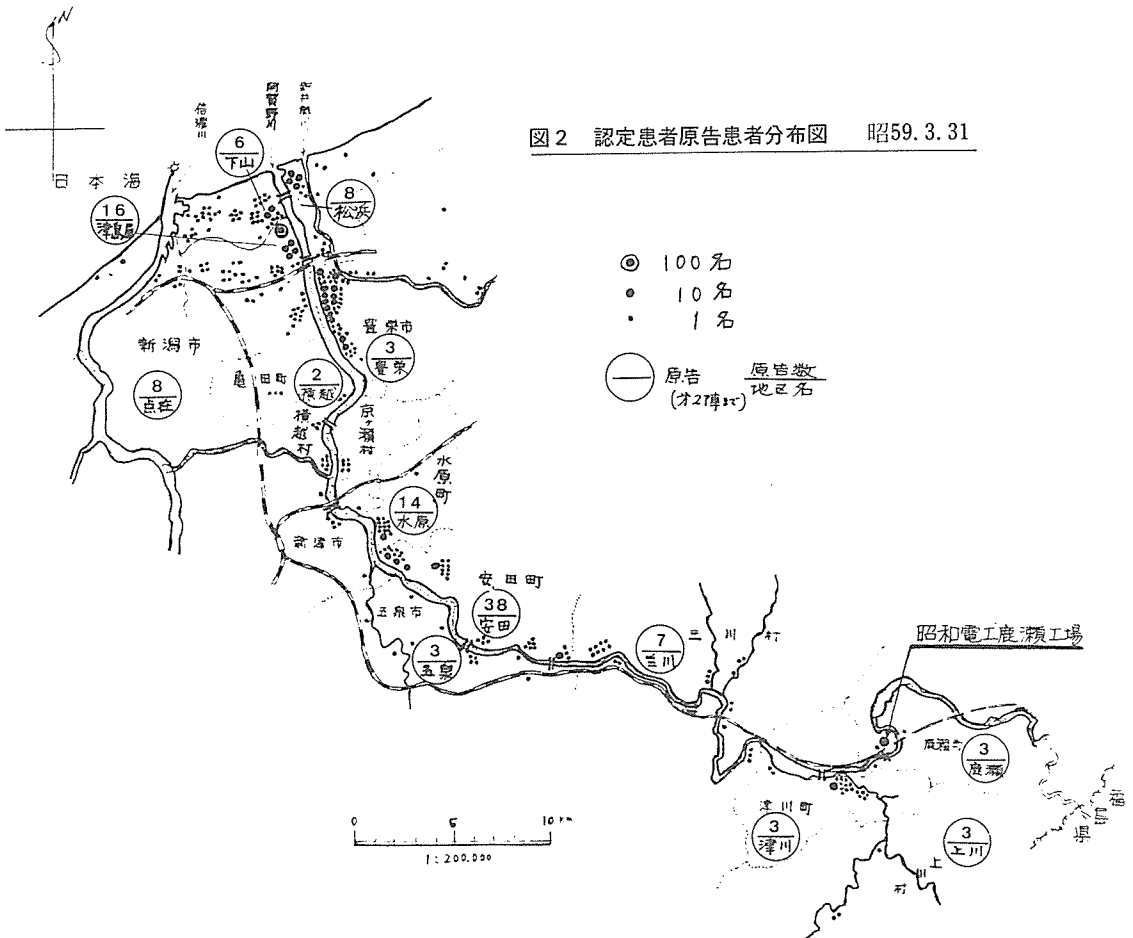
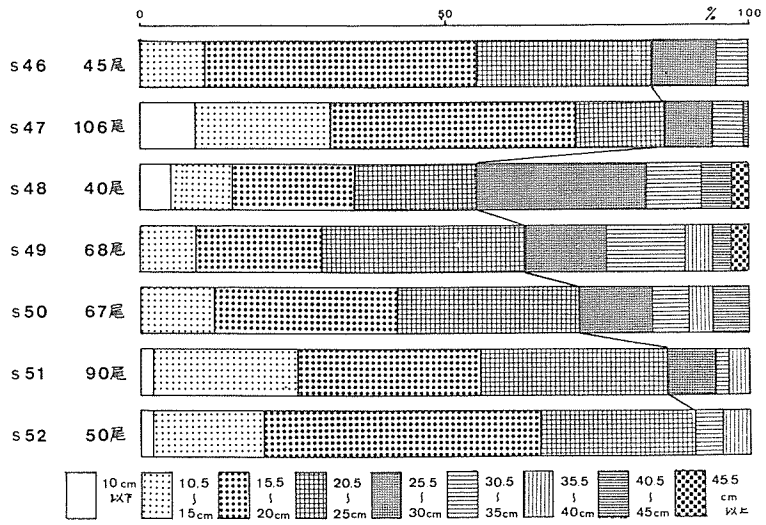
(1) 認定患者、原告患者の分布状況(図2)

昭和59年3月31日現在の認定患者ならびに原告患者の分布状況を示した。新潟水俣病の発生は当初下流地域であったため、下流での健診はそれでも何回か行なわれ、横雲橋以下は自主規制ではあったが一応、漁獲規制が行なわれた。この橋より上流は漁獲規制はなく、自治体としての健診は昭和46年にやっと1回行なわれた。円の中の数字は原告の数を示し、その分布は上流から下流まで一般的にみられた。特に安田地区が多いのは、第一次裁判後、棄却された人たちが未認定患者の会を作り、組織的に動いていたためと思われた。この図は、第2陣までのものであるが、現在(昭和59年)は第3陣まで合わせて130人となっている。

(2) 認定基準(表1)

新潟県・新潟市公害健康被害認定審査会による認定基準はランク1~6までである。ランク1~3は認定である。初期の頃、ランク1、2による認定があったが、その後は殆んどランク3による認定だといわれている。原告のうちわけは、ラン

図1 安全宣言における魚(ウグイ)の大きさ



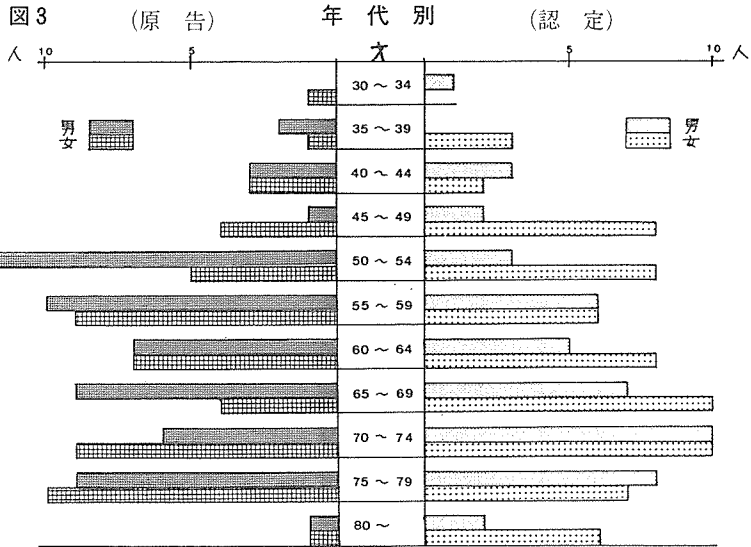
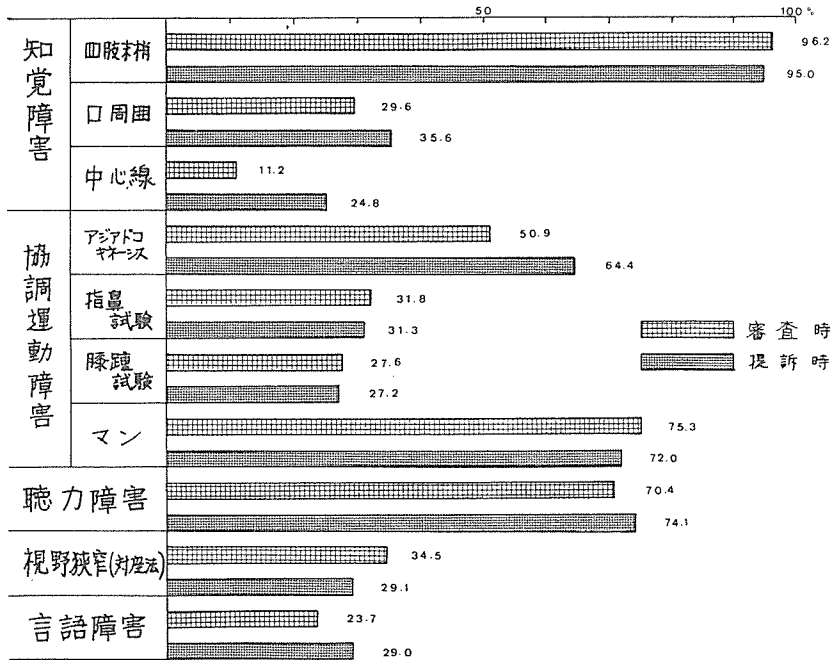


図4 原告患者の症状の比較 (審査時と提訴時) 114人



ク4—87名、ランク5—24名で他に表1では示されていないが、不明—1名、認定—2名となっている。この認定というのは提訴後に認定された患者であるが、彼らは、昭和電工に対して提訴を取り下げたが、国の責任は追求するというのでそのまま原告のグループに加わっている。原告の

多く(87名)はランク4による棄却である。ランク3とランク4の違いは何か。言葉の上からは「……否定できない」と「……判断できない」の違いである。もう少し具体的にいうと、椿教授(前新大医・神経内科)の県会での答弁では「水俣病の可能性が50%以上がランク3であり、30%

図5 認定患者の症状の比較 (50~53年と56~58年)

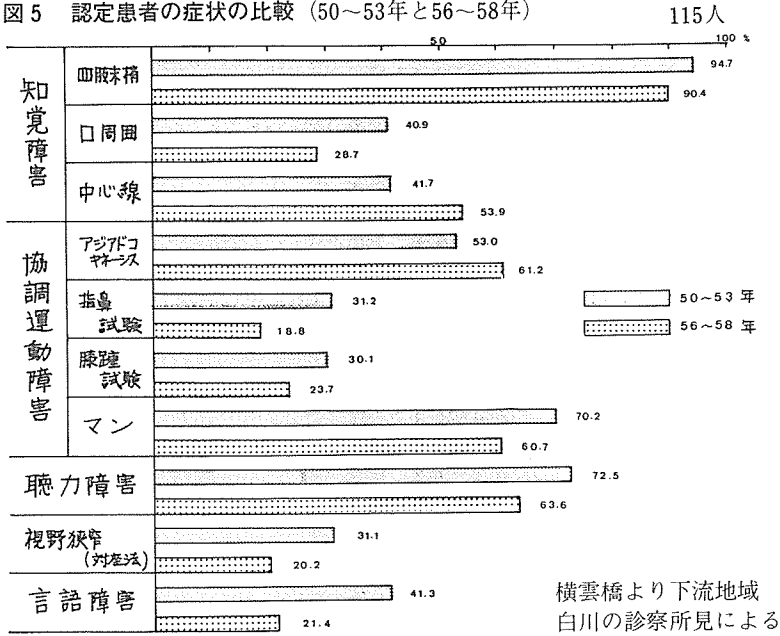
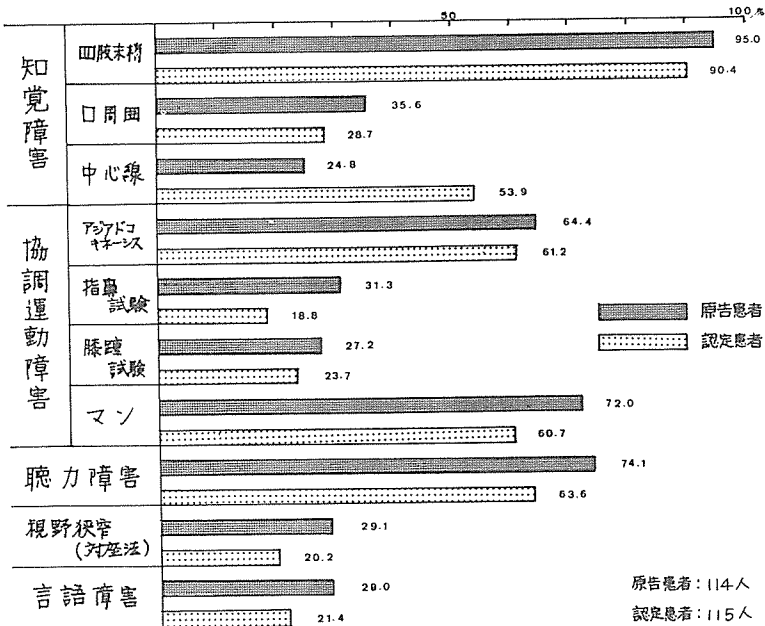


図6 原告患者と認定患者の症状の比較 (56~58年)



以上がランク4だということである」よって、ランク4は「水俣病でないとは言っていない」と開き直っている。しかしここが、行政的に救済されるか、全く何の救済も受けられない(棄却)の別れ目なのである。

(3) 認定患者と原告患者の臨床所見の比較

認定患者と原告患者との間にどのような差があるのかを各種臨床所見をもとに比較検討した。比較した内容は知覚障害、協調運動障害、聴力障害、視野狭窄(対座法)、言語障害で水俣病で特徴的

図7 水俣病認定状況

公害被害者認定審査会

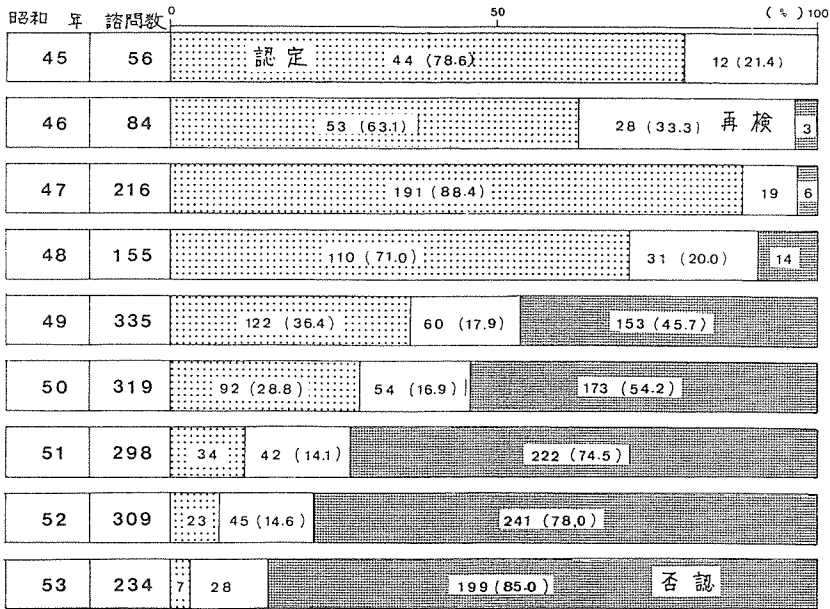
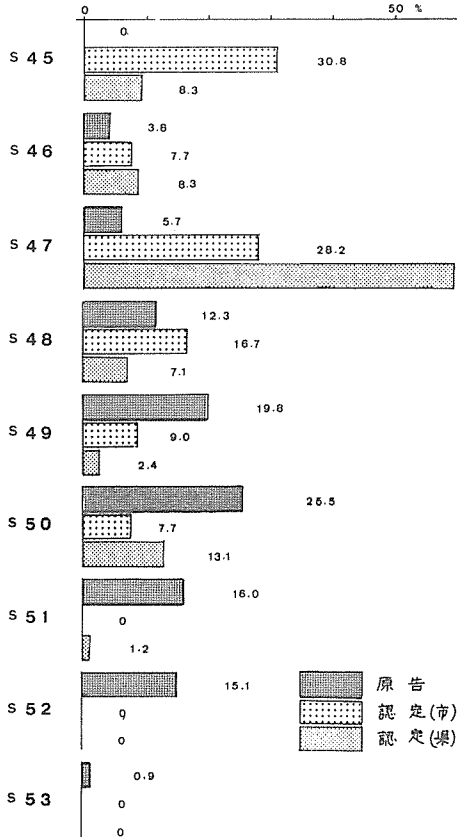


図8 原告患者 初診年と認定患者 認定年の比較



な症状、所見である。まず両者の年令別（図3）では認定患者のうち60才以上が63.4%、原告患者では55.3%と両者共に半数以上を示し、高令者が多い。原告ではすでに5名の死亡者が出ている。

①原告患者の症状の比較（図4）

原告患者の症状を審査時と提訴時（昭56～58年）で比較してみた。提訴時の方が多い所見は、知覚障害では、口周囲、体幹中心線、協調運動障害では、アジアドコキネーシス陽性、聴力障害、言語障害であった。

②認定患者の症状の比較（図5）

認定患者を昭和50～53年を前年、56～58年を後年として、その症状を比較すると、体幹中心線の知覚障害とアジアドコキネーシス陽性者が後年に多くみられ、それ以外は後年の方が数字の上では少なく出た。

③原告患者と認定患者の症状の比較（図6）

原告患者と認定患者を昭和56～58年の所見で比較すると、体幹中心線の知覚障害では、認定患者に有意差が認められた。その他では有意差はみられなかったが数字の上では原告の方が多かった。

④感覚障害の変化

感覚障害の変化を重みをつけて（四肢末梢の知

図9 家族集積発病例

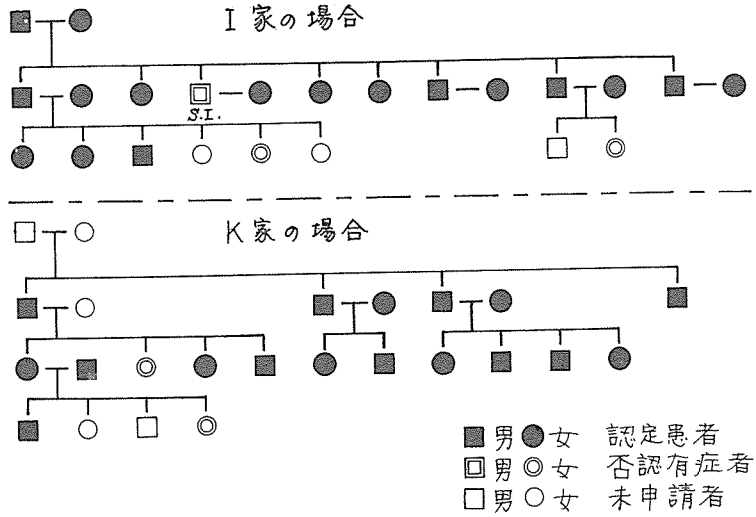
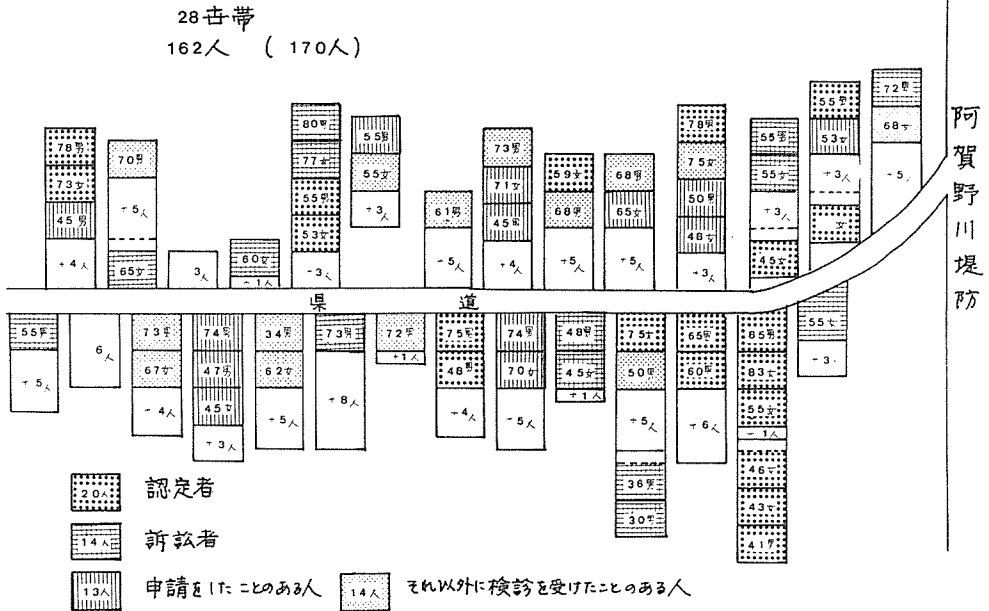


図10 地域集積性



覚低下 (+) を1点、体幹中心線の知覚低下 (+) を2点、(±) を1点、口周囲の知覚低下 (+) を2点、(±) を1点)、5年以上の間隔で比較した場合、原告では、良くなった17.9%、変りなし36.9%、悪くなった45.1%に対し、認定では、それぞれ、35.7%、34.8%、29.6%と原告の方に悪くなっている人が多く認められた。

⑤知覚異常 (表Ⅱ)

知覚障害で左右差を訴える人が多くみられた。これは症状が軽いため、うそを言っている、精神的なもの等々、攻撃的となっている。これも原告と認定でまとめてみると、左右差のある人が前者で52.6%、後者では82.0%、知覚低下が左右で変化する人は、前者で9.6%、後者で13.2%にみ

表1 認定基準

	原告	被告
ランク1：指定地域に係る水質汚濁の影響による水俣病と診定する。		
ランク2：賓病状の発現又は経過に関し指定地域に係る有機水銀を蓄積した魚介類の経口摂取量の影響が認められる。		
ランク3： 経口摂取の影響によるものであることを否定できない。		
ランク4： 経口摂取の影響によるものであるか否か判断できないもの。	87名 (76.3%)	
ランク5： 経口摂取の影響によるものとは認められないの。	24名 (21.1%)	
ランク6：再検査を要するもの。	0	

表2 知覚異常

	原告		認定	
左右差(+)	60名	52.6%	137名	82.0%
右(+)-(+)	11	9.6	14	8.4
左(+)-(+)	11	9.6	27	16.2
右(+)-(-)	14	12.6	27	16.2
左(+)-(-)	13	11.4	47	28.2
左右変化	11	9.6	22	13.2
左右差(-)	52	45.6	25	15.0
記載(-)	2		5	
計	114		167	

られた。左右差があったり、出没したりするのも水俣病の一つの特徴であると考える。

⑥バイプロメーターテスト、ペインメーターテスト

故白川教授は診療所見を客観的に表わす方法を

種々検討され、バイプロメーター、ペインメーターを考案、各疾患で比較、水俣病患者と健康人の間で有意差を認めて報告した。我々も第3陣を含む原告患者を同様に検査し、認定ランク別に比較した。バイプロメーターテストは、リオンの振動感覚測定器AU02型を、振動部の直径20mm、圧迫加重200gとなるように改造し、125Hzの振動感覚閾値(dB)を測定した。測定部位と結果は表3に示した。

バイプロメーターテストでは、ランク4でどの部位でも健康人に比し有意差を認めた。ランク5は人数が少ないため何ともいえない結果であった。

ペインメーターテストは、工藤電機製NYT55感覚計を用い、直径10mmの円形の黒色紙を貼布した皮膚に200mcal/sec/cm²の輻射熱を照射、刺痛を感じずまでの時間(秒)を測定し、ペインメーターテストによる痛覚閾値とした。測定部位と結果は表4に示した。ペインメーターテストでは、ランク4もランク5も健康人に比し有意差があると同時に、部位によって認定患者より有意に悪い結果が得られた。

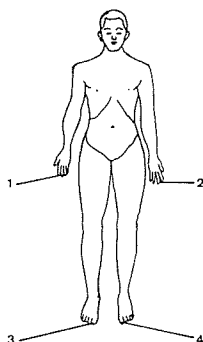
以上の結果より原告患者と認定患者の間の差は認められなかった。

では何故これらの患者は認定されないのか？

認定状況からみていくと諮問者に対する認定の割合が、昭和47年をピークにどんどん減って来た(図7)。その理由を調べる為、原告患者が大学を初診した年と、認定患者が認定された年を比較してみた(図8)。新潟市の認定患者は、昭和45年と47年に二峰性のピークがあり、新潟県関係は47年に60%の認定をみた。それに比し原告は49年、50年、51年に初診した者が多い。このことは、原告が認定患者と症状が殆んど変わらないにもかかわらず、初診した年が少し遅いため、すなわち、わずかな時間差によって認定されないわけである。実際、大学の先生から「もう少し早く来れば良かったのに」と言われた患者が何人もいる。これは48年秋のオイルショック以来、企業や政府のまきかえしにより判断条件の改悪があり(昭和52年7月1日：環境庁保険部長通知、53年7月1日：事務次官通知)きびしくなってきたことを物語って

表3 バイプロメーターテスト 水俣病未認定患者群

昭和58年



年令	ランク	4		5		全体	
	測定部位	3	4	3	4	3	4
- 50	M	24.5	23.0	25.0	25.5	24.1	23.1
	SD	8.6	8.9	10.2	11.0	8.7	9.5
	n	16	16	5	5	24	24
	P (認定)						
	P (健康)	*****	*****	*****	*****	*****	*****
51-70	M	25.2	26.7	27.0	25.9	25.9	26.4
	SD	7.7	6.6	6.8	9.4	7.1	7.0
	n	41	41	11	11	64	64
	P (認定)						
	P (健康)	*****	*****	*****	*****	*****	*****
71-	M	31.6	33.2	27.5	30.4	30.9	32.3
	SD	8.4	8.5	4.7	5.6	7.9	8.0
	n	22	22	5 ^{*1}	6	30 ^{※1}	31
	P (認定)						
	P (健康)	***	*****			***	*****

P: *

5%以下

** 2.5

*** 1

**** 0.5

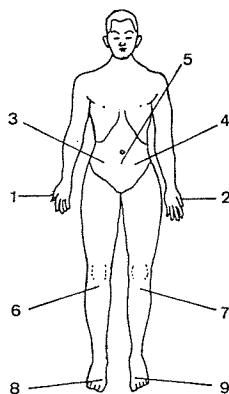
***** 0.1

*1: 1例 欠損のため測定不能

((故)白川教授, 萩野直路氏の厚意による)

表4 ペインメーターテスト 水俣病未認定患者群

昭和58年



年令	ランク	4					5					全体				
	測定部位	3	4	5	8	9	3	4	5	8	9	3	4	5	8	9
-50	M	5.9	5.2	6.0	8.9	8.3	4.6	4.8	5.3	7.3	6.4	5.8	5.6	6.5	8.6	8.1
	SD	3.1	1.7	2.6	1.6	1.8	1.3	1.3	1.4	1.3	1.3	2.8	2.2	3.0	1.6	2.0
	n	16	16	16	16	16	5	5	5	5	5	24	24	24	24	24
	P (認定)											**	**	**	**	**
	P (健康)	*****	*****	*****	*****	*****	*	*	*	*	*	*****	*****	*****	*****	*****
51-70	M	5.7	5.7	5.8	9.0	8.6	6.5	7.0	6.3	9.1	8.8	6.2	6.2	6.0	9.2	8.9
	SD	2.4	2.3	2.4	2.0	2.3	2.3	3.0	2.5	2.6	2.5	2.6	2.8	2.5	2.2	2.4
	n	41	41	41	41	41	11	11	11	11	11	64	64	64	64	64
	P (認定)						*	***	*			**	***	*		
	P (健康)	*****	*****	*****	*****	*****	*****	*****	*****	*****	*****	*****	*****	*****	*****	*****
71-	M	7.8	7.6	7.3	9.9	9.6	6.4	6.4	5.1	8.4	8.5	7.3	7.1	6.6	9.5	9.2
	SD	3.5	3.6	3.9	2.4	2.8	3.6	3.5	1.2	2.4	2.4	3.4	3.5	3.5	2.6	2.8
	n	22	22	22	22	22	6	6	6	5 ^{*1}	6	31	31	31	30 ^{※1}	31
	P (認定)	***	**									**	*			
	P (健康)	*****	*****	*****	*****	*****	*					*****	*****	*****	*****	*****

P: *

5%以下

** 2.5

*** 1

**** 0.5

***** 0.1

*1: 1例 欠損のため測定不能

*2: 認定患者との比較ではこのみ平均値で認定患者より下回り、他はすべて上回った。

((故)白川教授, 萩野直路氏の厚意による)

表5 水俣病患者によくみられる症状

中傷、差別	日常生活上の障害	自覚症	日常生活上の障害	中傷、差別
他人との約束を忘れる ありかたが異なるといふ。	気分がほろぼれ物事に集中できない 集中力が減る、あつぱい よくしゃべれない。 ヨダレを流す。	頭重頭痛 視力低下 目がつかれる 目がかわる まわりが見えない 耳鳴 耳が遠くなる	高低 距離感がなくなる こまかい音がきこえない テレビは頻りに音を見せられる ものにつかえる 音はきこえない(何となく) わかる(電話の音がきこえない) 性 性愛見聞 性本能 不妊 流産 死産	かけ口 (二重窓) (よくたいてい) 壁の上の窓が壊れない 釘の頭がくさびはう 深くは落とすことが できない
長年かかるといふほど 仕事ができなくなる 信用がなくなる。	包丁が使えない。 瀬川物と落してわかる 箸、筆がつかえない。 裁縫が得意でない ボタンがつかない ネコがイがつかない 一人づつ服が着れない。	臭いがあつぱい 口がかわる(口が 舌がかわる 味がかわる のみみが悪い。	音はきこえない(何となく) わかる(電話の音がきこえない) 性 性愛見聞 性本能 不妊 流産 死産	釘の頭がくさびはう 深くは落とすことが できない
買物に行くとついで をもうけたいといふ し。	靴履が困難 うろと悪いといわれ 憎悪をこめ込み ておこなう。	手がしびれる 手がふるふる 知覚低下 握力低下	うろと悪いといわれ 憎悪をこめ込み ておこなう。	足はこわい 足がふるふる 足がこわい 足がふるふる
高血圧	火傷、切傷と負いやすい	足がしびれる 知覚低下 興奮知覚 (足がふるふる) (足がこわい)	うろと悪いといわれ 憎悪をこめ込み ておこなう。	足はこわい 足がふるふる 足がこわい 足がふるふる
結婚相手がない。				
癌系断絶の心配				
自殺				

(昭和59年 いまなぜ“みなまた”か 水俣病の病像と被害の実態より改写)

いる。更に、行政不服審査会の処分庁側の意見をきいてみても、有機水銀の暴露歴については争わない(認める)と言いながら、魚の喫食状況の本人の申し立てと、大学での問診時と合わない、時間が経つと食べた魚の量が多くなる、どの時点の話が本当なのかといかにも患者がウソを言っているような言い方をしている。また、シビレや、めまい、難聴等の個々の症状を切り離し、シビレについては、循環器検診で4~5人に1人は訴えている、ごくありふれた症状、めまいは頸椎の変化でおこり、何回か起していれば難聴も来りうる等々、有機水銀に汚染された魚を食べた人だという大前提を全く無視し、論点をごまかして棄却を正当化している。

⑦患者の実例

本症が家族集積性、地域集積性の強い疾患であることを、私たちはこれまでの調査で強く感じている。実例を示すと図9のI家のS. Iさんは、家族の他の人と同じような症状が同じ頃に出現した。しかし職場で責任者であったため、とても申請できず、我慢に我慢を重ね、我慢できなくなっ

て申請したが却下された。

図10は阿賀野川中流のある部落の汚染状況である。水俣病の症状を訴えない2家族は、川と何のかかわりあいを持たない人たちだそう。他は何かの意味で川と関係している。これだけの集団発生の中で、同じ症状を訴えているのに水俣病でないとどうして断言できるのか。

また、最近聞きとり調査で患者に接した折、たかが“シビレ”と片づけられる内容の中に、その人及び家族が言い知れぬ苦しみをいっていることがわかった。その例を紹介すると、ある中年の女性は、今から10数年前、シビレの為、性生活がうまくいなくなり、その為には夫は浮気をし、家族をかえりみず、つらい日が続いた。3年位して夫が改心して家庭にもどるも、今度はアルコールを多飲し、アルコール中毒に近い状態となってしまった。彼女には3人の女の子があり、上2人は嫁に行った。3女には婿をとりたいたにも、このような状態では来てくれる人もいない。子供は、お父さんは何でこんなに酒をのむのかと問うも、本当のことも言えず、みんな自分が悪い為だと言っ

て来た。

他の例では、昨年暮、原告団の幹事の人たちに生活調査を1週間つけてもらったら、全員が毎晩シビレの為、目がさめ何らかの処置をしなければならなかった。

日常診療の中ではなかなかきき出せないことを多くきくことができた。

4 まとめ

新潟の水俣病原告患者の症状は一般に軽い軽いと言われ、又知覚障害だけじゃないと言われていたが、そのことだけでも本人や家族に大きな影を落としていることを痛感した(表5)。初期の患者のように目に訴える重い症状が少ないため、なかなか理解されにくいのが現状である。しかし患者は1度たりとも自分の方から“しかけた”ことはなかった。いつも被害をうける側だったのである。知覚障害だけでは基準や条件に合わないと言うのは公害をおこした側の勝手な判断であって、被害は被害である。たとえ判断条件をどのように変えようとも、この事実を消し去ることはできない。

新潟においても棄却患者が1000名を超え、又症状があっても口を閉ざしている人が多くいる。今後更に阿賀野川流域の患者の実態を調べ、彼らの苦悩や、おかれた状態を把握し、これらの患者が一日も早く救済されるべく努力していきたいと思っている。

稿を終るにあたり、資料を提供し、御助言下さった下越病院院長富樫昭次先生、木戸病院院長斉藤恒先生、萩野直路氏に深謝する。

文献

1. 萩野直路：阿賀野川安全宣言を問う、新潟水俣病研究、創刊号、1～4
2. 斉藤 恒：公害不服審査会からの報告、医学評論、73、57～64、1983
3. 白川健一、他：新潟水俣病の疫学と臨床、神経進歩、16(5)、109～119、1972

4. 白川健一、他：ペインメーター、バイプロメーターによる水俣病患者の感覚障害の検討、新大医短紀要、1(1)、39～43、1983
5. 白川健一：水俣病の臨床経過についての検討、第24回日本神経学会総会抄録、P44、1983
6. (故)白川健一、他：ペインメーター、バイプロメーターによる水俣病患者の感覚障害の(続報)、新潟医学会雑誌、98(4)、171～175、1984
7. (故)白川健一、他：新潟地区水俣病の最近5年間の臨床経過、新潟医学会雑誌、98(11)、550～553、1984
8. 椿 忠雄：阿賀野川沿岸の有機水銀中毒、臨床神経学、8(9)、511～520、1968
9. 椿 忠雄、他：阿賀野川沿岸の有機水銀中毒の免疫学研究、災害医学、Ⅸ(14)、1383～1389
10. 椿 忠雄：新潟水俣病の追跡、科学、10(42)、526～531、1972
11. 新潟県公安厚生委員会における椿先生の答弁、昭和49年7月23日、新潟県
12. 公害健康被害補償不服審査会、昭和54年、第54～57号事件、第3回口頭審理速記録、P98、59.5.25
13. 新潟水俣学校聞きとりクラブ：怒れ阿賀、1984、新潟
14. 新潟水俣病共闘会議：いまなぜ“みなまた”か、1984、新潟

富山県神通川流域のカドミウム による健康被害の実態

窪田 裕子 加須屋 実 寺西 秀豊
加藤 輝隆 青島 恵子 西条 旨子

(富山医薬大公衆衛生学教室)

はじめに

富山県神通川流域カドミウム汚染地域におけるイタイイタイ病の発生の実態については1961年に初めて行政と大学により組織的に疫学調査がなされ、¹⁾1967年には認定制度が発足した。しかし、それ以前のイタイイタイ病の実態については報告は無く不明のままである。一説には大正年間から存在していたともいわれているが、今回は1926年(昭和元年)以降の本病発生の実態を明らかにすることを目的とし、過去にさかのぼって住民の死亡状況を世帯別に調査した。その結果、1960年以前にも多数のイタイイタイ病類似死亡者の存在が確認されたので報告する。

対象と方法

調査対象は図1に示す地域のうち、カドミウム汚染対策地域指定を受けた農用地を所有し神通川流域公害対策協議会に加盟する1426世帯である。調査用紙の記入は世帯主に依頼し、記入が不完全なものは再度記入を依頼した。非汚染地域の561世帯に対しても同様に実施した。調査は1984年2月から同年4月に行った。

表1に調査項目の一部を示した。本項目の「生前簡単に骨折したり、からだのあちこちが痛くて

動けなくなって床についていた者」に該当する死亡者をここではイタイイタイ病類似死亡者と定義した。また、イタイイタイ病に認定または要観察の判定をうけているものについては、その旨記載を求めた。

結果

表2には、調査票の回収率を地区別に示した。汚染地域では、全体で88.1%、地区別にみると75.0%から93.7%の範囲であった。また、非汚染地域では35.5%であった。

表3には地区別のイタイイタイ病類似死亡者数と世帯あたりの出現頻度を示した。汚染地域では全体で396名存在し100世帯当り32名の頻度であった。このうち男性は91名、女性は305名であった。地区別では、F地区が100世帯当り44名と最高で、D地区は9名と最低の頻度を示した。一方、非汚染地域では100世帯当り6名であった。

図2には女性のイタイイタイ病類似死亡者数の年次推移を示した。また、同時にこのうちの認定患者、要観察者の分布も示した。分布は二峰性を示し1955年と1970年にピークを認める。第1のピークと第2のピークの境界は1960年とみなされるので、イタイイタイ病類似死亡者を1959年以前と1960年以後の二つの集団に分けて検討した。表4に示した様に平均死亡時年齢は1959年以前では、

表1 調査項目例

4. 昭和元年から現在までに死亡された御家族についてお答えください。

① 生前、かんとんに骨折したり、体のあちこちが痛くて動けなくなって床についていた方がおられましたか。

イ. いた ロ. いなかった ハ. わからない

② 「いた」と答えられた方だけ下欄に御記入ください。

③ なお、病状の項には下欄の「病状の例」にあてはまるものがあれば、その番号を記入してください。

家族番号	ふりがな 氏名	性別	死亡年	死亡時 年齢	病状
例	やまだよし 山田ヨシ	女	昭10年	48才	(1) (6) (足が曲っていた)

病状の例

- (1) 体のあちこちを痛がっていた。
- (2) かんとんに骨折したことがあった。
- (3) 腰や背中が曲っていた。
- (4) 歩くのが不自由で、よく床についたり、座ったりしていた。
- (5) ねたきりで、ほとんど身動きができなかった。
- (6) その他 ()

図1 調査対象地域

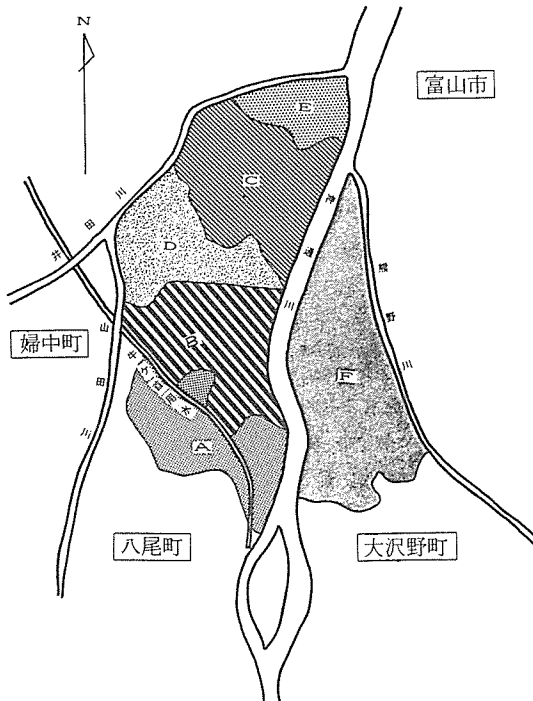


表2 調査対象と回収状況

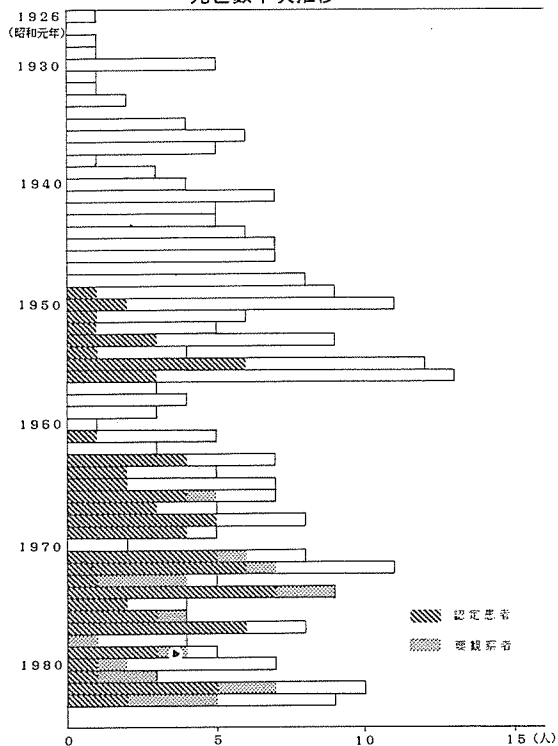
	対象数 (世帯)	回収数 (世帯)	回収率 (%)	
汚染地域	A	187	155	82.9
	B	239	224	93.7
	C	314	282	89.8
	D	212	159	75.0
	E	124	109	87.9
	F	350	328	93.7
	総数	1,426	1,257	88.1
非汚染地域	561	199	35.5	

63.9±10.5才、1960年以後では74.7±8.7才であった。また、症状項目のうち(1)または(2)の症状を示しかつ、(4)や(5)の重度の運動制限を認めた者をここでは重症者として検討した。女性のイタイイタイ病類似死亡者305名中137名(44.9%)がこれに該当し、1959年以前の集団では145名中77名(53.1%) 1960年以後では139名中59名(42.4%)で

表3 イ病類似死亡者数

		男性	女性	総数	100世帯あたり
汚染地域	A	13	45	58	37.4
	B	16	74	90	40.2
	C	15	50	65	23.0
	D	2	13	15	9.4
	E	8	16	24	22.0
	F	37	107	144	43.9
	総数	91	305	396	31.5
非汚染地域		6	6	12	6.0

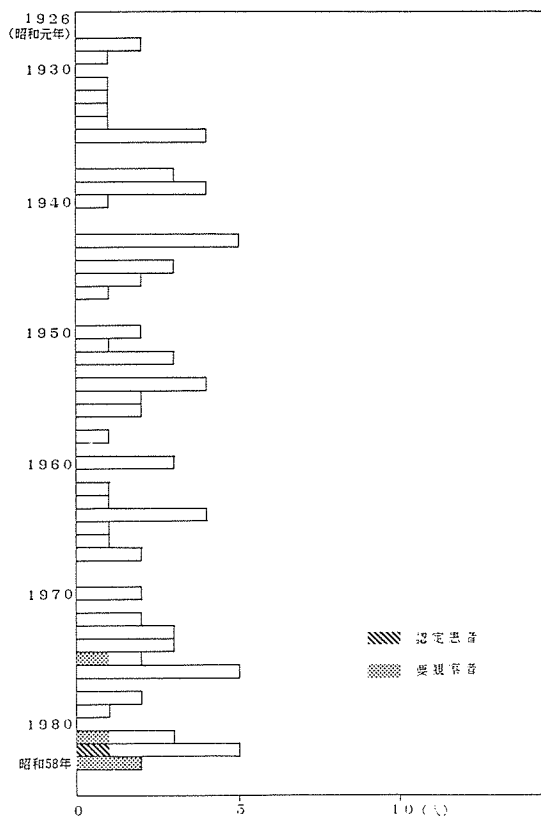
図2 イ病類似死亡者（女性）死亡数年次推移



あり前者に比率が高い傾向が示された。同様のことを男性についても検討し図3と表4に示した。女性のような二峰性は示さず、平均死亡時年齢は1959年以前では68.1±9.5才、1960年以後では73.1±10.3才であった。重症者は91名中11名であり女性に比べて頻度が低かった。

なお、患者認定制度は1967年に発足しているが

図3 イ病類似死亡者（男性）死亡数年次推移



これ以降の女性のイタイイタイ病類似死亡者102名中、認定患者は57名、要観察者は18名をあわせて69名（67.6%）がいずれかに判定されていた。男性のイタイイタイ病類似死亡者では91名中認定患者1名、要観察者4名と、あわせて5名（5.5%）の判定であり、女性に一致率が高かった。図中の1967年以前の認定患者とは裁判により死後認定されたものである。

図4に、女性のイタイイタイ病類似死亡者の出生年次分布を示した。分布は1895年頃にピークを持ち一峰性であり、範囲は約60年にわたっていた。

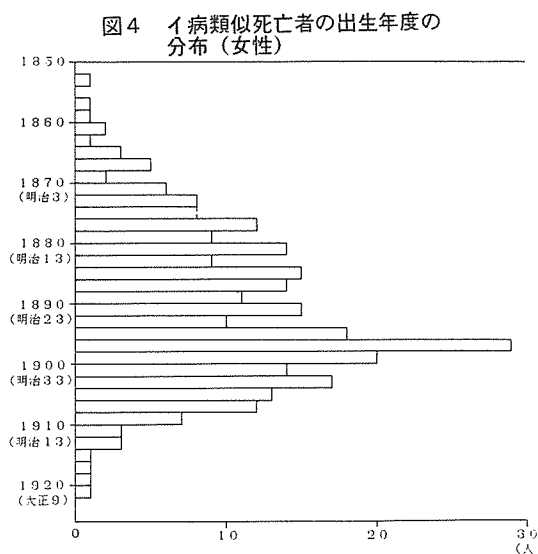
考察

イタイイタイ病が初めて発生したのが大正年間であるとする、イタイイタイ病が出現しはじめてからすでに約60年以上たっていることになる。今回の調査の目的は過去にさかのぼってイタイイ

表4 死亡年度別の死亡時平均年齢と重症者数

性別	男性		女性	
死亡年度	1926～1959	1960～1983	1926～1959	1960～1983
イ病類似死亡者数	38名	41名	145名	139名
死亡時平均年齢	68.1±9.5歳	73.1±10.3歳	63.9±10.5歳	74.7±8.7歳
重症者数	2名(5.3%)	9名(21.4%)	77名(53.1%)	59名(42.4%)

注：重症者とは、表1の調査項目例中の「症状の例」の(1)または(2)に該当し、かつ(4)または(5)に該当するものをいう。



タイ病の実態を明らかにすることであるが、調査の性格上、発症について調べることは困難であったため、昭和元年以降イタイタイ病に類似の症状を呈していた死亡者の状況について検討した。

今回の調査により汚染地域では、イタイタイ病類似死亡者が100世帯当り32名であり非汚染地域に比して著しく高頻度に存在していたことが明らかになった。地区別にみるとこれまでに、イタイタイ病認定または要観察の判定をうけた患者分布²⁾とよく一致していた。

女性のイタイタイ病類似死亡者の死亡年次推移は、1955年および1970年に二峰性のピークを認め、組織的調査が始まる以前にも多数のイタイタイ病類似死亡者が存在したことがわかる。また1959年以前の死亡者では平均死亡時年齢は1960年

以後に比べて11才低年齢であり、男性の1959年以前の死亡者に比べても5才低く、重症者が多い傾向を認めた。さらに出生年次をみると、1895年頃にピークを持ち一峰性の分布を示しているのたいて、前述のように死亡年次は二峰性の分布を示すことから、1959年以前のイタイタイ病類似死亡者には寿命に関して特別の環境要因が働いたと考えられる。

石崎はイタイタイ病発生地域、非発生地域別に、1967年時点での性年齢階級別の人口と男女比を調査し、患者発生地域では70代の女性の数が男性より少なく、男女比は他の地域に比しても低いことを報告している³⁾。今回の結果はこの報告とともに、汚染地域においてイタイタイ病類似の症状を呈し、かつ寿命の短縮した女性死亡者が多数存在したことを示すものと考えられるが、特にその傾向は1959年以前のイタイタイ病類似死亡者に顕著であったのであろう。

当地域では神通川水系の水を直接飲料水として利用していた。神通川のカドミウム汚染については次のような推定がなされている。倉知らによれば、神岡鉱山では1905年に亜鉛の採取がはじまりこれに伴い廃物化カドミウムは1945年まで増加の一途をたどったが、敗戦により一時落ちこみ、再び1950年頃から1970年頃まで急増したという⁴⁾。

この間、流入源対策として堆積場やダムもつくられるが、排出源対策が1960年頃から本格的にはじまるまで、下流域へのカドミウム流失は継続し、1938年、1945年、1956年には堆積場の決壊も加わり農漁業にも甚大な被害を与えたという。以上のように当地域におけるカドミウム汚染の歴史は長

く、少なくとも二つ以上のピークが存在していたと推測されるが、イタイイタイ病類似死亡者の年次推移が二峰性であることと、なんらかの関連性があるのかもしれない。

なお、従来から男性患者は女性に比べて、非常に少ないとされているが、今回、男性のイタイイタイ病類似死亡者は91名存在した。しかし、女性に比べ、重症者の比率やイタイイタイ病に認定または要観察の判定をうけている者の比率はかなり低かった。

今後は更に詳細に検討するとともに、汚染状況とのつきあわせを行ない、当該地域の被害の全貌を明らかにしていきたい。

結論

神通川流域カドミウム汚染地域において死亡状況を調査した結果、1960年代の組織的調査が実施される以前にも、イタイイタイ病類似の症状を呈しつつ死亡した患者が多数存在したことが明らかになった。このイタイイタイ病類似死亡者の特徴としては、女性に多く、その死亡年次推移は1955年と1970年に二つのピークを示し、1959年以前の死亡者には平均死亡時年齢が低く、重症者の頻度が高い傾向などが認められた。このイタイイタイ病類似死亡者の出生年次は1895年をピークとする一峰性の分布を示しており、カドミウムの寿命にたいする影響は1959年以前の死亡者に強く現れたことが示唆された。

〈参考文献〉

- 1) イタイイタイ病研究委員会：いわゆるイタイイタイ病に関する調査研究報告、1967.
- 2) 加藤孝之 他：イタイイタイ病の過去と現在、現代医学、16(1)、1968.
- 3) 石崎有信：イタイイタイ病発生地区の性年齢別人口構成、環境保健レポート、31、1974
- 4) 倉知三夫 他：三井資本とイタイイタイ病、大月書店、1979.

イタイイタイ病患者 救済の現状と展望

——認定問題をめぐって——

山本直俊

(弁護士)

1 はじめに

イタイイタイ病訴訟（一審富山地裁判決46.6.30，控訴審名古屋高裁金沢支部判決47.8.9）が患者側全面勝訴で終わっては13年を経過した。しかし、いまだに被害地住民の苦しみは続いている。

イタイイタイ病は富山県神通川流域住民に発生したカドミウムによる慢性中毒であるが、裁判以後、イタイイタイ病患者を救済し、カドミウムで汚染された農地の復元を求める運動は加害者三井金属鉱業株式会社との間で昭和47年8月10日締結された「3つの誓約書」（「イ病の賠償に関する誓約書」、「土壌汚染問題に関する誓約書」、「公害防止協定」）をてこにすすめられてきた。その結果、発生源（神通川上流岐阜県神岡鉱業所）対策の大巾な改善をはじめとしていくつかの前進策を勝ち取ることができたが、イタイイタイ病の認定却下や土壌復元事業の遅延など多くの問題が残され、その被害、影響は今なお深刻である。

特に、昭和50年以降、加害企業や財界などによる公害まきかえしの動きの中で、「イタイイタイ病の原因はカドミウムでない」とか「イタイイタイ病はもはや過去の病気である」などとのイ病原因論争のむしかえしや「患者隠し」が画策され、それとともにイタイイタイ病をめぐり公害行政が大きく後退することとなった。

以下本稿では、こうした公害まきかえしとともに後退するイタイイタイ病認定問題について、その実情と問題点の若干にふれ検討してみたい。

2 イタイイタイ病認定の現状と問題点

(1) 認定制度と認定条件

イタイイタイ病の認定制度は昭和42年に富山県が「イタイイタイ病患者及び疑似患者等に関する特別措置要綱」を定めたことに始まる。国の措置としては43年5月「イタイイタイ病の原因はカドミウムである」としたいわゆる「厚生省見解」で今後は「本病の予防と治療を推進する」として患者救済の立場を明確に、44年12月「公害に係る健康被害の救済に関する特別措置法」が制定され、更に48年10月「公害健康被害補償法」が制定されて今日に至っている（なお、イタイイタイ病の場合は先の誓約書より、認定判定されたものに対し一時金の支払、医療費の負担、医療介護手当の支給など一切を加害企業が直接負担することになっている）。

また、イタイイタイ病の認定条件は行政通達（「公害に係る健康被害の救済に関する特別措置法によるイタイイタイ病認定について」昭和47年6月20日環企第55号など）により次のとおり定められている。

- ① カドミウム濃厚汚染地域に居住し、カドミウムに対する曝露歴があったこと。
- ② 次の③及び④の状態が先天性のものではなく、成年以後（主として更年期以後の女性）に発現したこと。
- ③ 尿細管障害が認められること。
- ④ X線検査または生検によって骨粗しょう症を伴う骨軟化症の所見が認められること。

この場合、骨軟化症の所見については骨所見のみで確定できない場合でも、骨軟化症を疑わせる骨所見に加えて、別に掲げる検査事項（血液検査、尿検査など）の結果が骨軟化症に一致すればこれに含めること。

⑤ 上記4項目すべてに該当する場合に、必要な検査の結果を総合して認定することとし、上記の条件を欠く場合は将来イタイイタイ病に発展する可能性を否定できないので、要観察者として経過を観察すること。

(2) 認定の実情と問題点

イタイイタイ病患者の認定は右認定条件に基づき富山県公害健康認定審査会(現在委員数10名、富山、金沢の医学関係者が選任されている)の審査を経て県知事がこれを行っている。そして富山県においては昭和42年以降地域住民健康調査(ボーリング調査)が実施され、また要観察者の管理検診が行なわれ、これら住民、患者の検査データを基にこれらの者の中から審査対象を選定して認定の作業が行なわれてきた。

しかし、先のとおり50年ごろから公害まきかえしに迎合する形で意図的に認定が見送られるに及び、これを打解するため53年からは患者、家族側が積極的に認定申請に取り組むようになった。しかし、表のとおり53年以降毎年申請者の半数以上が認定を却下され、この傾向は次第に顕著になってきている。これは先の認定条件が正しく解決、通用されないで恣意的になされてきた結果である。

(3) 認定却下例をめぐって

これまでに認定申請却下となった者はいずれも先の認定条件の内①②③には該当するが④に該当しないということで却下されたものである(却下理由は、たとえば、「X線検査の骨所見から骨軟化症は確定できない。また、血液及び尿検査の結果等は骨軟化症に一致しない。」など簡単なも

年	認定 *1	却 下				住民健康調査 からの要観
		*2 申請時要観	*3 要観新判定	*4 要観否定		
42	73					155
43	44					33
44	3					1
45	4					2
46	1					1
47	0					138
48	1					21
49	0					7
50	0					4
51	0					5
52	0					4
53	1	5	4	1	0	3
54	0	2	0	1	1	0
55	1	2	1	1	0	2
56	1	1	0	1	0	0
57	0	2	0	2	0	2
58	10	11	11	0	0	0
59	1	9	9	0	0	1

*1. 56年の1例、58年の10例の内4例は剖検者

*2. 要観察者(申請中死亡も含む)が認定申請し却下された場合。

*3. 非要観察者が認定申請し認定は却下されたが要観察者に判定された場合。

*4. 非要観察者が認定申請し認定却下の上要観にも判定されなかった場合。

の。)そこで、被害住民側は県に対し審査の資料とされた行政検査(血液検査、尿検査等)のデータの開示と却下の詳細な理由を明らかにするよう求める運動を展開した。これに対し、県は当初の2~3年は右行政検査データの開示に応じた(但し、X線データ及び却下理由の詳細については拒否)ものの、その後、環境庁からクレームがついて全てを拒否するようになった。

しかし、明らかにされた却下者九名(53~55年)の尿、血液等の検査データを医学的に検討してみると過去の認定患者の検査データと同様であり、むしろアルカリフォスファターゼ値やクレアチニンクリアランス値等については却下者群の方が悪化している解析結果が出ている。従って、これらによれば少なくとも「血液及び尿検査の結果等は骨軟化症に一致している」とみてイタイタイ病との診断を下すことは医学上容易であり、まして公害被害者の救済目的としている行政としては、これら患者を積極的に認定することこそ公害行政の本来のあり方と言うものである。現に、右9名の内3名(53年の5名の内の2例と54年の2名の内の1例)は、後に次に述べる骨生検ないし剖検を実施して再申請した結果イ病と認定(55年の1例と58年の10名の内の2例)され、結局右却下がいかに理由のないものであったかが証明されている。

このように、これまで却下された者はその生活歴、病状等からしてもいずれもイタイタイ病以外の何ものでもないが、「X線データ」では認定が却下され続ける状況下で、患者側は55年以降、苦痛に絶えながら骨生検を行ないそのデータを付して再申請あるいは申請をするようになった。

また、要観察者のまま死亡した者については遺族の協力を得て積極的に解剖をし、その剖検データを審査資料として追加した(なお、これらの検査ないし剖検結果によれば、いずれもイタイタイ病患者特有の骨病変すなわち骨軟化症との病理所見が得られている。)

しかるに、県や環境庁はその検査(染色)方法(「吉木法」と呼ばれている)にクレームをつけ、イ病鑑別の検査方法として認知するか否かを検討

するとして引き延ばしにかかった。そして、3年も延ばしてやっとその採用を決定するや今度は同吉木法は「鋭敏すぎる」などとの理由をつけて「線引き」をし一定程度以外のものは排除する方針を打ち出し、その結果58年の大量却下となった(しかし、同年の10名の認定は医学者の努力とともに被害住民のねばり強い運動の成果であるが、内4名は剖検者、同5名は骨生検者であり、その意味で要観にすえ置いたままできた従前の認定行政の誤まりが裏づけられた)。

そして、最近では、吉木法による骨の病理所見で「重度」となっており、従って、誰れが見ても明らかなイタイタイ病であるのに、「総合判定によりイ病とは認められない」など、とわけのわからない「総合判定」を盾にとって却下する事態にまで至っており、もはやいかなるデータを付しても強引に却下へと封じ込め「患者隠し」を押し通そうとの露骨な態度に出てきている。

3 まとめ

このように、イタイタイ病の認定審査は今や行政の都合で恣意的かつ意図的になされていると言って過言ではない。その結果、患者認定は極力押えられ、要観察者のまますえ置かれた患者が多数出るに至り、また本来なら要観察者として治療を施すべき健康被害者が患者予備軍として多数存在するに至っている。

今まで述べてきたことから明らかなように、イタイタイ病は決して過去の公害病ではない。加令とともにあるいは治療を施せないためなどによって悪化しイタイタイ病となる例は今でもおきている。行政が、また、加害企業や財界がいかに「患者隠し」を策してもこうした被害の事実と公害に反対する幅広い国民の声がある限りその意図はくだかれるものとなるであろう。今一度公害反対の原点に立ち帰り、被害者救済の観点からカドミウムによって腎臓をおかされた被害地住民の健康保持とイタイタイ病患者の全面救済に向けて一層の努力をする必要がある。

〈編集後記〉

本号は第25回総会（1984年7月28～29日、於富山）で報告されたものを主体にして、編集した。

第25回総会は富山医科薬科大学の加須屋教授の主宰の下で、「医療保障後退傾向下における国民の生活と健康」を主題に、初めて北陸の地で開催され、意義深い集会であった。次回はまた初めて四国で開催される。高齢化の進行がいよいよ急なるとき、それに逆行するように医療制度は全面的に改変されようとしている。社会医学研究の課題はいよいよ切実なるものがあり、会員各位の旺盛な研究を願って止まない。

1985年7月25日 第1刷

社会医学研究 ⑥ 1985

定価 1500円

編集者 社会医学研究会
編集委員会
発行者 安藤 萌 生
印刷所 大田 印刷

東京都中野区江原町1-22-20
発行所 〒165 株式会社 医療図書出版社
☎03-952-0611
振替東京8-43306
