

BULLETIN OF SOCIAL MEDICINE

社会医学研究

社会医学研究会

JAPANESE SOCIETY FOR SOCIAL MEDICINE

11

1992

目 次

特 集 ふたたび社会医学とは何かを考える

社会医学を社会科学的に補強する	野村 拓…………… 1
相談活動から、生活と労働を分析し、予防活動へ — 社会医学研究の方法をきたえる —	山田 信也…………… 9
私が歩んだ公衆衛生40年の軌跡	丸山 創…………… 17
保健婦活動と社会医学	木下 安子…………… 23
森永ヒ素ミルク中毒事件にみられる社会医学的特徴	山下 節義…………… 29

一般論文

日本の血友病患者の HIV 感染の予見・回避可能性について	片平 洸彦ほか… 35
要介護老人の処遇場所に影響を及ぼす因子に関する研究	黒田 研二ほか… 45
保健所運営に係わる財政問題の考察	京田 祥史ほか… 53
「末期前」在宅医療の経験（短歌の分析） — ターミナルケアにおける社会的対応を考える —	谷田 悟郎…………… 59

特 集

ふたたび社会医学とは何かを考える

社会医学を社会科学的に補強する

野村 拓 (医療経済研究会)

How Do We Understand Social Medicine in a Point of View of Social Science?

Taku NOMURA ((Organ of the Japanese Association for the Economics of Medicine))

1. はじめに

医療の政治経済学 (ポリティカル・エコノミー) としての医療経済学を研究する立場で、日本の社会医学をどう考えているかについて率直に述べることによって、与えられた課題に答えることにしたい。そのために、まず政治経済学と社会医学それぞれの成り立ちについて、若干の歴史的考察を試み、学問的動機や、方法の歴史的変遷を踏まえて現代的課題に迫ることにしたい。

社会医学については「社会医学の系譜」と題する小論が出版企画流れの結果、浮いてしまったので、『医療政策論考Ⅰ』(1976)に収めたことがある。しかしこの小論は70年代はじめに書いてものであり、その後20年近い経過のなかで再検討の必要に迫られている。少なくとも保健医療の政治経済学を志向する立場で、日本の社会医学の歴史的役割を検討することは今日的課題のひとつといえよう。

2. 政治経済学と社会医学

「世の中になぜ貧乏な人がいるのか」が古典経済学を動機づけるものとするれば、社会医学は病人の背後に貧困を見据えたところから始まる。そして病人の背後に民主主義の不在、欠如をとらえたのがウィルヒョウたちによる「医学革命」運動 (1840年代後半) であった。

やがて政治経済学が貧困を資本の運動法則、資本の自己増殖作用とのかかわりにおいてとらえるようになり、医学サイドからは、病人の背後に資本制生産様式をとらえようとする傾向が有力化する。これが日本における社会医学の草分け時代であった。

3. 社会政策的人道主義

政治経済学でいう社会変革の歴史的主体としての労働者階級が未成熟な状況下で、政治経済学者がなしたこ

とは、例えば河上肇の『貧乏物語』に見られるような啓蒙活動であり、また社会政策の枠内で目一杯人道主義であろうとする諸活動であった。

「社会政策的人道主義」とは大正期に進歩的な立場で労働問題にとりくんだ高野岩三郎などに対する評価カテゴリーとして使われた言葉であるが、いわゆる大正デモクラシー期における石原修『女工と結核』、呉秀三、暉峻義などの業績、横手社会衛生叢書、東大社医研『医療の社会化』なども、ほぼ同様の志向をもっており「疾病と貧困の悪循環」をいかにして断ち切るべきかについて強い問題意識をもっていた。

社会医学が自然科学と異なる点は、働きかける対象 (社会) のなかに、働きかける主体も含まれることであり医学はその両者の性格を両端として振子のように揺れるわけである。

4. 人間労働をめぐる

政治経済学の対象としての労働のとらえかたと、医学・生理学をベースにした労働のとらえかたとが相互に関わりをもっていたのが大正中期から昭和にかけての時期といえるのではなからうか。低賃金・過長労働時間は正の根拠を生理学に求める試み、統計的手法で「労働寿命」をとらえる試み、労働 (労働力の消費) と休養 (労働力の再生産) のアンバランスの指摘などはこの時期における社会医学的業績であり、唯物論全書のなかで宮本忍の『社会医学』が出されたことは特記されるべきことであり、ここでは、次のような指摘がなされている。

「この国の社会衛生学が漸く自己の足を持って立ち上れるようになったのは、大正15年前後からである。この時は、既にアルゲマイネ・クリーゼが始まっており、労働者階級の運動が組織化し始めている。この時期以前は、社会医学史の前期とも言ふべきもので、社会政策的立場に立脚する社会衛生学の発達史である。この時期以後は、その立場を克服し、対立するものとしての本来の社会医

学史が始まるのである。」(宮本忍:「社会医学」96頁)

社会医学は「社会政策的医学」ではなく変革志向の医学でなければならぬというのが著者の主張であったが、変革志向の無産者医療運動は容赦なく弾圧され、やがて変革や変革の可能性を学問として論ずることも許されなくなる。そして「社会科学」はおろか「社会」と言う言葉さえ使えなくなる。

政治経済学者・社会科学者の発言が姿を消すなかで、産業の軍需産業化・重化学工業化が進行し、各種産業中毒や高温重筋作業などに研究は分化する。もちろん資本制生産様式と関連させて論ずることは許されなかったが研究上の蓄積が戦後の労働基準法や労働安全衛生規則の制定に貢献したことはいうまでもない。

5. 医療経済的関心

「医療経済」という言葉が医学雑誌に散見されるようになるのは大正から昭和への変わり目の頃からであろう。結核の予防措置のための費用とそれによって生ずる便益を論じた論文もある。また昭和2年(1927)から実施された健康保険は、(政府管掌健康保険については)政府と日本医師会との間の請負契約という形でおこなわれたので、トータルな医療費に対する政府サイドの関心は強まった。はやばやと「国民医療費」という言葉が使われ(高野六郎・昭和4年)、長瀬恒蔵『傷病統計論』(昭和10年)では最初の国民医療費推計が行われている。

医療経済的調査研究の古典ともいべきアメリカ医療費委員会(CCMC)の業績も大日本私立衛生会機関誌「公衆衛生」に紹介されている。

変革志向の社会医学は、どちらかといえば貧しい病人の存在を資本主義的諸悪の象徴としてとらえる傾向がよかったが、他方にはもっと現実的、即物的に、貧しい人達が医療を受けられる状況づくりをめざす運動も起こった。医療利用組合運動、医療組合運動がそれであり、賀川豊彦の『医療組合論』(昭和11年)は注目すべき内容を含んでいる。

国民医療法(昭和17年)、日本医療団に代表される戦時医療政策は、医療にたいする国家介入が頂点に達したこと、戦時経済という縮小再生産経済下において、国民の戦争継続能力を維持するために、医療機関のピラミッド型再編成と国民皆保険が試みられたことなどにより、「医療の政治経済学」形成の条件のひとつをつくりだした。しかし「医療の政治経済学」を構築する主体的条件に欠けていた。

日本の社会医学が、日本の社会科学全般、ひいては日

本の学問全体のなかで評価されるべき点は、理論的達成よりもむしろ豊富で精力的な調査活動にあったといえよう。とくに戦前段階における日本の社会科学、経済学が文献学的、文献解釈学的であったのに対して、社会医学は調査・実践的であった点で、きわだった対照をみせている。また、正面からの体制批判を封じられていた時代における調査・統計化による間接的批判は、戦時中の日本の社会医学の性格を特徴づけるものであったといえる。

社会体制に対する批判を含め社会医学はありえないわけだが、時代は、一切の批判をゆるさぬ戦争体制に入りつつあった。正面から体制を批判し対決する道はすでにとざされ、民衆の状態についての医学的調査内容を医学的表現でおこなうことを通じて、体制批判を行なう道だけが、かすかにあけられていた。

朝鮮農村社会衛生調査会による「朝鮮の農村衛生」や、高橋実「農村衛生の実証的研究—東北一純農村の医学的分析—」(1940)、林俊一「農村医学序説」(1944)、さらに若月俊一の労働災害研究などは、かすかにあけられた隙間から、ほとぼしりてた社会医学者の良心ということができ、その研究内容はすぐれて政治経済学的であった。

生産物を供出によってとられ、その上、人手(労働力)を軍隊に取られて窮乏化する農村の保健・医療を対象としたからである。

また全国協同組合保健協会編『農村保健年報』(昭和15年)が「医療という事業は極めて人心の機微にふれるデリケートな性質をもつ事業である。これが天降りの官僚経営になっては人民が助からぬのである。……我国は欧州先進国同様、国民の自主的協同組合組織が充分発達し、自主的訓練をも経ているのであるから、この国民協同組織を最大限に活用して医療の自主的経営の発達をはかるべきである。」と、戦時医療政策を批判していることは注目される。

6. 社会科学の解禁と社会医学の再生

戦前・戦中の教育をうけた世代にとって、戦後解禁となった社会科学は大きな魅力をもって迫った。社会科学という学問が存在し、自然界のみならず社会の動きにも法則性が成り立ちうるということは戦後世代にとって新鮮な驚きであったと思われる。そして社会科学サイドから提起される変革のプログラムを医療関係者として消化することに追われた時期も存在した。

また、戦後の激動する社会情勢のもとで、絶えず提起される国民の健康上、医療上の問題を追い続ける多忙さは、理論的な整理の暇を与えなかったという面も見られ

た。

戦後、社会科学や社会医学にたいする抑圧装置が除去されたとき、なぜ、ただちに社会医学研究会がスタートしなかったのか。学問の流れから考えると、占領行政の一環として展開された公衆衛生行政、公衆衛生運動に対する評価に手間取ったことを挙げることができる。たしかに戦後の公衆衛生行政には、いくばくかの進歩性が含まれており、それゆえに公衆衛生行政を行政として推進させることによって、かつての社会医学が意図したものの実現が可能であるかのような幻想が生まれた。またアメリカ社会保障使節団の報告は、かつて「疾病と貧困の悪循環」を断ち切ることを目指した社会医学関係者の志向と合致するものを含んでいた。

しかし、レッド・パージ、朝鮮戦争、再軍備という経過のなかで復活強化された独占資本グループが労働者・国民に挑戦的な姿勢をとるにおよんで、腰を捉えた研究活動が必要視されるようになり、これが社会医学研究会発足の背景のひとつをなしている。また医学生社会医学研究のサークル活動も大きな支えとなったと思われる。

7. 社会医学研究分野からの社会学者の撤退と医学者の社会科学認識の後退

「疾病の社会性」を明らかにし「それゆえに变革を」という社会医学者のスタンスは、それなりの自己完結的思考サイクルをもっており、「变革含み」であっただけに、社会学者との協力・共同も進められた。しかし、かつては「体制悪」としてターゲット視した結核は「体制变革」ではなく医療技術上の進歩によって大幅にその死亡率を下げるようになった。

また国民皆保険（1961）や革新自治体先導の老人医療無料化（1973）などによってかつての社会医学が指弾した貧富による受診上の不公平はかなり是正された。戦前・戦中の社会医学が迂遠な調査・研究上の手続きを経て間接的にしか主張できなかった「人権」の問題は新憲法によって戦後の社会生活における大前提となった。ある意味では、社会医学のターゲットが拡散した、といってもよからう。

他方、社会科学に対する社会医学サイドからのプリミティブな期待は社会变革の必然性や可能性を明らかにすることであり、現場調査や集団検診を变革の可能性と結び付けて位置付けることであった。しかし文献学的色彩の強い社会科学にそこまで求めるのは無理であり、過剰期待であったといえよう。また社会科学サイドからみれば、医学論文の添え物として外延部分を埋めるために使わ

れることを潔しとしなかったと思われる。

また、もっとも社会学者と社会医学者との協力・協同が成り立つ可能性を持つ労働科学、産業医学の分野における労働者・労働組合の立場に立つ研究者の締め出しも、両者の距離を広げる結果をもたらした。

もちろん社会科学自体も文献学から脱却して公害、環境、住宅、社会資本、地方自治など保健医療の隣接分野で独自のフィールド・ワークを展開するようになり、保健統計や集団検診の方が社会科学論文の添え物として使われる傾向も生じた。

社会医学と社会科学との関係が次第に疎遠になったことについては、医学教育や医学研究のあり方、更に言うならば医学部に入るまでの教育のあり方が大きく影響しているが、ある意味で、社会医学と社会科学との間に生じた空隙を埋める意味をもちながらスタートしたのが医療経済研究会といえよう。

8. 医療経済研究会とその姿勢

1960年代から70年代はじめにかけての時期は高度経済成長が国民の健康に及ぼす破壊的影響が主要テーマとして浮かび上がった時代であった。かつての短兵急な社会变革論は影をひそめ、環境問題、健康問題、医療問題に対する住民要求を組織することによって革新自治体、革新政党の議席を増やし……という展望が生まれかけた時期でもあった。

また各医療団体、患者組織、障害者組織、労働団体、住民組織などは、それぞれに環境（公害）・健康・医療問題に対して踏み込んだ取り組みを行うようになった。そして、それぞれの組織・団体が掲げる具体的要求の交差がもたらすダイナミズムを解明しながら打開の展望を示す「保健医療の政治経済学」が求められるようになった。つまり日本の健康・医療問題をトータルな形でとらえ、国民的立場で政策提言を行う「医療経済学」が必要になったのである。

1974年に「医療経済セミナー」という形で始まり、1976年に結成された医療経済研究会が1977年に共同研究として『日本医療の進路』（大月書店）を出したのは、医療の政治経済学を目指す研究者集団の政策的提言としてであった。

ところで政策的提言の対象は医療関係者を中心とする国民各層であって学会発表のように評価のモノサシが存在するわけではない。

しかし、これは社会科学、政治経済学に共通する問題であり、一般的には「政策的提言」がその後における日

本の保健・医療の歴史的展開のなかでどのような役割を果たしたかによって評価が定まるわけである。長期的にはいま述べたような評価基準がなりたつが、短期的には国民医療の民主的確立を目指す諸団体に対する理論的影響力の程度によって評価することもできよう。もちろん、いわゆるアカデミーを無視するものではなく、医療経済研究会は1983年以来日本学術会議登録団体として第1部・文学の「社会福祉」、第3部・経済の「経済政策」のセクションに候補者を立てる資格を保有し、各研究連絡委員会活動を通じて、医療経済学の学問的確立に努めると共に、「会報」の発行によって研究者の養成を促進している。

また医療経済学が政治経済学である以上、直接国民にはたらきかけるルート、手段をもたねばならず、この点に関しては、例えば『講座・日本の保健・医療』（全5巻）の編集・発行を行っている。

9. 社会医学への提言

医療経済研究会が研究—政策的提言・はたらきかけという回路を、きわめて不十分ながら持っているのに対して、「疾病の社会性」を明らかにする上で優れた研究業績を持つ社会医学研究会の場合、「政策的提言・はたらきかけ」に相対する部分はどのようなのか、学会発表をもって完結する回路なのかどうか、ということである。

もし学会発表をもって完結する回路であるならば、昔とちがって殆ど社会科学的下地のないまま医学教育を受けた人たちがコンピューターを駆使して、そこはかたなく「社会性」を備えた論文を作り、業績の点数稼ぎを行うだけの場になりかねない。

売れない本の双壁は社会科学と純文学、といわれるなかで、社会医学者はまず後継的研究者の養成のために医学教育に力を注がなければならない。そして社会科学的下地のない学生のために Problem-oriented Social Medicine を考え、構築していかななければならない。社会医学が、民衆ないし国民をマスとして把握する公衆衛生行政およびその基礎学とちがう点は Problem-oriented であること、そして社会的なひろがりのなかで Problem をとらえていることである。

文学は1例を典型的に描く事を通じて直接、民衆の心にはたらきかけるが、社会医学的アクションとしては、学会・行政コースと運動促進コースとが考えられる。運動促進コースは文学的な面を持つが、学会・行政コースの方では「なにが典型であるか」、「1例」の水面下はど

うなっているのか、というような「典型」「1例」と全体構造との関係についてのディスカッションは避けられない。

そしてこの場合、社会科学との関係が疎遠になればなるほど、社会医学者の社会科学的認識が後退すればするほど、「1例」典型」を社会構成体、社会の階級構成のなかで位置づけようとする志向は弱まり、確率モデルをつかった論議のなかに埋没する傾向が強まる。これは社会医学研究会の官製学会への内容的接近を意味する。やはり社会科学的なとらえかたとの接合面を強化することによって「官制化」を防がなければならない。

10. 社会科学との接合面 —社会的再生産と医療—

例えば、農村社会医学における農夫（婦）症というとらえかたなどは、優れて社会科学的であった。すなわち、農業病（労働過程）

農家病（消費過程、労働力再生産過程）

農村病（労働力の消費、再生産が行われる場）

というように、社会科学のカテゴリーと対応させながら、罹患の総合的な可能性として「農夫（婦）症」という概念を定立したことである。

また社会医学と社会科学とを接合する重要な概念のひとつは「社会的再生産」という概念であり、たとえば、ハンガリーの社会医学者の Health Promotion に関する論文では、Reproduction of Social Structure という言葉が使われている。

衛生統計を社会的再生産指標として読み替え、疾病、障害、発達障害、自殺などを「社会的再生産失調」としてとらえなおすこと、つまり 社会的再生産の中に保健・医療を位置づける学問的作業が必要である。

「人口再生産率」までは公衆衛生学的指標として使われているのであるから、これと社会科学的概念としての「社会的再生産」との空隙を埋めることが必要である。

社会的再生産という概念は、やや曖昧さを伴うが、経済的再生産よりも包括的な概念として考えたい。経済的再生産については、ケネーによる経済的単純再生産表式、マルクスによる資本の拡大再生産（資本の自己増殖）の解明、レオンチェフによる産業関連分析などの業績があり、最近では川上則道『計量分析・現代日本の再生産構造』などが出されている。

社会的再生産とは経済的再生産だけでなく、環境問題、人口の世代的再生産までも含めた人間生活の再生産、国民生活の再生産という意味である。また、資本蓄積が進むなかで環境が破壊され、不健康者が増加するのであれ

ば、環境保持、健康保持のためにどれだけの費用を投ずるべきであるか、についての目安を示し、政治的には資本にたいする民主的規制の根拠を提供するものとして「社会的再生産」を考えなければならない。

これまでの経済的再生産学説は人口や寿命の問題を捨象して構築された。ケネーの時代には10歳生存率が50%を割っていたし、また10歳で労働に参加していた。マルクスは「不健康で短命な世代でも、それがすばやくうけつがれてゆけば、丈夫で長命な世代がつづく場合と同じくらい十分に、労働市場に人手の供給が確保されるであろう」（『賃金・価格・利潤』）と述べているが、これは当時の高出生率、高死亡率、野放しにちかい年少労働という条件下における発言と理解するべきだろう。（野村拓：『医療と国民生活』1981. 青木書店）

そして人口条件を捨象することによって、資本の蓄積・拡大再生産のメカニズムを解明したともいえよう。

しかし今日では、時系列の方向に繰り返される人口の再生産と、時系列の軸と直角に交わる断面でラセン状に繰り返される資本の再生産とを統一的にとらえることが必要な時代にさしかかりつつある。日本では資本の拡大再生産が順調にすすむなかで、人口再生産率は低下し、このままいけば破局が予想される状態である。

また、今日的感覚では、不健康で短命な世代がすばやく交代していくような状態は、現実には起こりえないし、起こりえたとしても、それを「まともな社会的再生産」と考えることはできない。

資本の拡大再生産が、一方で人口の再生産を阻害し、他方で地球環境の破壊をもたらすのであれば、人口・環境問題を含めて、まともな国民生活の再生産のありようを追求し、そのなかで保健・医療の占める（べき）ポジションを明らかにすることが必要である。

「まともな社会的再生産」といった場合、「まとも」は価値判断をふくむ言葉であるがみんなが「まともでない」と判断した部分を消去すれば「まとも」に接近することができる。いいかえれば、今日的権利水準に照らして、社会的再生産の「みだれ」を克服することである。

社会的再生産の「みだれ」を、国民共通の情報である新聞情報を

- ・ 出生前後
- ・ 幼児期
- ・ 児童生徒期
- ・ 労働年齢
- ・ 家族一人間の再生産
- ・ 消費生活
- ・ 場

・ 労働能力の低下（加齢）

・ 高齢者

というように、ライフ・ステージ別に配列することによって示したのが「日本における生活と健康権の現在－ライフ・ステージ別・保健・医療の総点検」（『日本人の生涯と医療』労働旬報社、1991.）である。

出生率の低下、発育発達障害（学齢期シンドローム）、「過労死」、「介護心中」などが「まともでない」という点は、国民的認識は一致するものと思われる。

社会的再生産という抽象的、包括的概念と、社会医学上の諸概念との間には若干の距離があるかも知れない。この距離を埋める手がかりのひとつが「人口の再生産」である。人口再生産率、人口の世代的再生産については公衆衛生学で扱うのであるから、これを数値の問題として扱うだけでなく、このような指標が使われるようになった背景にまで踏み込んだ教育が必要である。すなわち、人口再生産率の最初の計算は1880年代とされているが、この時期はイギリス産業革命によって生じた労働者階級の世代的再生産（の困難さ）の状況がわかる時期であったということである。そして B. S. Rowntory による労働者家族のライフサイクルの調査研究などを経て、1900年代の最初の10年間に世代的再生産を支援する政策（母子保健・牛乳の供給、産前産後休暇など）がイギリス、ドイツ、フランスなどで実施されるのである。

かつて労働者が短期的に使いつぶされていた時代には、労働（労働力の消費）－労働力の再生産（消費生活）という短サイクルで、社会医学的、社会科学的問題が取り上げられた。すなわち労働時間、労働条件など労働過程に関するもの、生計費、栄養、休養など労働力の再生産にかかわる問題、というように。そして歴史的経過のなかで一定の改善がなされたいま、国民の圧倒的部分が労働者であり、労働者家族であり、退職労働者という状況での長サイクル的指標が人口再生産率なのである。

人口再生産率の低下に見られる労働者・国民の世代的再生産「失調」と、ますます蓄積される資本（資本の運動法則）との関係の解明、「失調」をもたらさないための資本に対する民主的規制の方法の探求などは社会医学者、社会学者共通のテーマと考えられる。簡単にいえば、資本の運動法則の解明から各種「失調」を誘導するのが社会学者、経済学者のアプローチであり、もろもろの「失調」から出発して、これらを社会的、構造的、体制的問題としてとらえるのが社会医学者のアプローチである。この場合、社会医学者の社会科学的素養が問題になるが、現在のように医学的情報量が指数曲線的に増大し、それらをフォローすることに追われるなかでの本

格的な社会科学の学習・研究は無理である。したがって、さしあたっては「医療担当者用の社会科学」とでもいうべきものの構築が必要ではなからうか。

11. 医療担当者用の社会科学

「医療担当者用の社会科学」の入り口は、難解な社会学や経済学の古典ではなく、新聞情報を社会科学的に組み立てることである。例えばGNP統計も国民医療費統計も新聞に発表されるが、どちらも1年間を単位としたフロー（金の流れ）の指標である。流れた金がどこに溜まるかを示す統計が大企業の内部留保金であり、海外純資産である。現在内部留保金は年間10兆円を超えるテンポで増加しつつある。したがって1年1サイクルと考えれば、サイクルが1回まわるたびに資本はひとまわりふとるわけである。

他方、国民医療費の方は、資本の拡大再生産で痛めつけられた国民の「痛み具合」と密接な関係を持っている。ただし最近の受診抑制策によって、痛んではいるが医療が受けられないという人も増えているので、国民の健康水準の変動についてさらに踏み込んだ検討が必要である。人間の復元力や人間生命の新旧交代によってカバーされている分を考慮した上で、各種医療統計を組み合わせ、国民の「痛み具合」を、できれば「年量」として示し、これと資本の拡大再生産とを関連づけること、このあたりを「医療担当者用社会科学」の入り口とした展開が必要である。

12. Social Medicine の国際動向

日本の研究者たちの「社会医学」にたいする熱い思い入れとはうらはらに、このところ欧米における Social Medicine の著作は不作である。Iago Galdstone: *The Meaning of Social Medicine* (1954) 以後、社会医学を名乗る本としては Thomas McKeown: *An Introduction to Social Medicine* 2nd ed. (1966) がだされたが、内容的には公衆衛生学と変わらない。そして Social Medicine という書名が姿を消し、変わって Medical Sociology が登場するのである。

Howard E. Freeman 他編: *Handbook of Medical Sociology* 4th ed. (1989) には、1950年代に急速に開花した(アメリカ)医療社会学の歴史的先駆は、大陸諸国の社会医学、社会衛生学、公衆衛生学であると書かれている。

つまり、この時期に社会学を医療に適用する研究者が

増えたということらしい。駅弁大学、マスプロ大学に「社会学」の講座がもうけられて、なにか目新しいことを、という雰囲気の中で「社会学の医療への適用」が進められたようである。簡単にいえば、社会学の方に人間関係論のようなものがある、それを医師・患者関係に適用するとどうなるか、ということである。Dorothy C. Wortz 編: *Research in the Sociology of Health Care* vol. 8 (1989) には、「患者が管理するのか、医者が管理するのか」という論文や「母性代行業」「健康増進における医療社会学の役割・ドイツとアメリカの場合」などが載っている。この論文集で「西独における医療社会学」をとりあげた Uta Gehardt は、ナチの医師が行った悪業にたいする反省からドイツ医療社会学は生まれたが、社会的にはいかがわしいマルクス主義をベースにしたもの以外にあまり業績がない、と述べている。なおこの著者は *Idea about Illness* (1989) を著しているが本の副題は「医療社会学の知的政治的歴史」となっている。これなど社会医学者としてなじみにくい医療社会学の代表格であろうが、同じ医療社会学でも、もっとなじみやすいものとして Gary L. Albercht 編: *Advance in Medical Sociology* vol. 1 (1990) がある。ここに収められている「中華人民共和国におけるリハビリテーション: 社会的構造と文化の反映」、「スペインにおける社会主義者の保健医療政策」の2編は統計資料も含まれているので参考になるのではなからうか。

社会医学、医療社会学それぞれの学問的独自性を一応承認した上で、両者に共通する部分を考えるならば、それは社会階層別の健康・疾病のとらえ方ということになるだろう。David Armstrong: *An Outline of Sociology as applied to Medicine* (1989) は職業別・死因別の標準化死亡比などをとりあげ、社会階層1から5までの5階層分類を採用している。しかし、この階層分類は医療社会学に固有なものではなく、英国に固有なもの、いいかえれば19世紀中葉の William Farr による職業別・階層別死亡統計以来のものといえよう。この階層別のとらえ方をもっとコンパクトにかつ教科的に示しているのが、D. J. P. Barker 他編: *Epidemiology in Medical Practice* 4th ed. (1990) で、イングランド・ウェールズにおける社会階層別標準化死亡比の年次変化を掲げている。1930年代から1980年代までの年次変化で第1階層と第5階層との差のひろがりつつある点に注目しなければならない。

階層間格差だけをとりあげたものとしては Chris Power 他編: *Health and Class* (1991) があり、同じく5階層分類による豊富な統計資料やコーホート解析資料

が盛り込まれているが、若年期に限定されている。

英国固有の社会階層分類は、実は職業分類なのであるが、所得階層別の健康水準をオランダ、イタリア、英国について示してのものとして Alistair McGuire: *Providing Health Care* (1991) がある。いずれの分類であれ、ライフステージの各段階で多少の階層間移動は考えられるわけであり、そのように動く個人・家族によって地域社会が構成されているわけであるから、地域社会を対象とした保健医療上の調査・分析には困難が伴う。

ひろい視野から、保健医療政策とのかかわりにおいて地域社会をとらえようと試みたものが G. E. Alan Dever *Community Health Analysis* (1991) である。初版が1980年に出された時には、大胆な疫学モデルや「保健医療計画におけるコンピュータ・グラフィック」などが新鮮な感じを与えたが、11年後に出された2版は、時代の進展が急テンポのせい、やや色あせて見える。では時代はどう動きつつあり、なにを志向しているのだろうか。それは政策マインドを持ったスペシャリストによる地域分析から『地域参加』(Community Participation)の方向であり、保健医療行政の地方分権化である。Susan B. Rifkin: *Community Participation in Mental and Child Health / Family Planning Programmes* (1990) や、*Promoting Health through Participation* (1987) など「参加」をキーワードにした本が出されつつあるし、また Anne Mills 他編: *Health System Decentralization* (1990) のように保健医療行政の「非中央集権化」を論じた論集も出されている。

歴史的にふりかえれば、社会医学 (Social Medicine) は産業革命、国民国家の形成から列強資本主義の時期に、それぞれの国における労働者・国民の健康問題を生活条件、労働条件とのかかわりにおいてとらえることから出発した。そして健康・疾病現象の階層性を明らかにし、それを克服するための展望を模索した。

しかし、その後における資本の海外進出、多国籍企業化、労働者の国境を越えての移動、管理職種の海外出向などにより、グローバルな視点が必要とされるようになった。例えば Craig Karpilow: *Occupational Medicine in International Workplace* (1991) は多国籍企業の立場での海外出向労働者マニュアルという性格を備えている。グローバルな多国籍企業といえども、自前の医療システ

ム持参で進出することはできないし、進出先の地域医療に責任がもてるわけでもない。ということは、巨大な力を持つ資本が世界各地に進出し、そして医療問題、地域医療で蹉跎するのではないかと、ということである。社会医学はグローバルな視点を持ちつつ、地域社会に依拠したものとして再構築する必要があるのではないかと。

13. 日本の社会医学

ではグローバルな視点にたてば、日本の社会医学の課題として浮かび上がってくるものはなにか。まず世界経済にインパクトを与えつつある日本企業の抜群の国際競争力の秘密、すなわち度を越えた精神的・肉体的労働強度の解明である。そして、これはやや社会医学の範囲を超えるかもしれないが、国際競争力の強さがもたらすGNPの増大が国民生活の「豊かさ」とむすびつかぬメカニズムの解明である。

つぎに労働過程における人づかいの荒さが、家庭生活ひいては国民生活全体に波及するネガティブな効果の解明である。すなわち、前述の「国民の痛み具合」の把握である。この点、日本は先進資本主義国のなかで、もっともクローズド (国境をまたぐ人口移動が少ない) であり、人口動態も「静止人口」に近い状態にある。したがって「国民の痛み具合」をトータルな形で経時的にとらえるにはもっともふさわしい国である。

やはり社会医学の歴史貫通的なテーマは、資本の運動法則と国民の健康・疾病現象とを統一的にとらえることであり、現在の日本は、資本の拡大再生産が労働者・国民を痛め付けている点で典型的である。いいかえれば資本の拡大再生産が国民生活の再生産失調をもたらしつつある点で典型的である。これは日本一国の問題だけでなく、高蓄積、対外進出を通じて地球環境破壊の危険性まで内包している。

また、海外における資本の活動を保障するための費用、ODA、PKOなどの支出が、結果的に社会保障、医療保障のための支出を圧迫し、「痛め付けられた国民」の修復を妨げている点も明らかにしていかなければならない。労働者・国民の健康・疾病現象の把握を通じて、「あるべき国民生活の再生産」を方向づけていくこと、これが日本の社会医学の基本的使命ではなからうか。

相談活動から、生活と労働を分析し、予防活動へ

——社会医学研究の方法をきたえる——

山田 信也 (名古屋大学医学部公衆衛生学教室)

Study on the Worker's Health and Life in Relation to Prevention.

Shin'ya YAMADA ((Department of Public Health, Nagoya University School of Medicine))

[はじめに]

「社会医学研究会」の研究手法の重要な特徴を一言でいえば、人間を社会的な存在としてとらえ、人間と社会の存在状態について、人間の健康を把握する方法と、社会を把握する方法による検討を加えつつ、これを結合させ、健康に関連する諸問題の解決に向けて研究することにある。

社会医学研究会30年の報告をみると、そのテーマには、いずれも研究者の生きた時代の特徴が色濃く反映している。また同時に、その研究者の方法の特徴が強く反映する。

社会医学研究会では、この健康をとらえる方法と社会をとらえる方法の結合の仕方を、実際の課題の研究で示し、これを論議し、その有効性を検証していくことが必要である。

多くの若い諸君といっしょに取り組んだ私の社会医学研究の活動には、どんな方法が現われたか。それを振り返ってみる。

[社会医学研究を意識するまで]

(1) 私の社会意識が未熟で混沌であった時代の経験で、今から見て大きな影響をうけたと思うのは、1937~45年の戦争中の社会生活で、その中でとくに、両親の出身であった農村の生活と、私自身の学徒動員での施盤、板金作業をうけもった1年半の工場生活の二つがある。「貧乏と病気はついて回る、病気になってからでは遅い」、「仕事はきつくてつらい、働く人たちは大切にされていない」、これが体験から生まれた素朴な印象である。

戦争が終わり、工場から戻った焼け跡の中学で、歴史と社会の教師は、江戸時代の農民を支配した社会の構造を、農民の生活と労働を通じて分析する方法を徹底して生徒に教えてくれた。戦後の民主化の雰囲気の中で私が

受けた最も強い影響だったと思う。教えてもらった参考書を図書館で手当たり次第に読んだ。

(2) 旧制度の高等学校一年間(1948)と新制度の教養部2年間(1949)は、自然科学とともに、産業革命後の社会史、経済史の学習に打ち込んだ。教養部2年生(1950)になって、医学部との交流が始まり、日本の医療と社会保障の歴史を勉強するきっかけができた。この時に知った東大のセツルメントの記録は、私を実際活動へ導く刺激となった。そして、名古屋南部の労働者住宅街で、憧れのセツルメントに参加した。そこで知った工場の仕事も労働者の生活もひどかった。労働者のストライキも多かった。社会は激動していたから、こうした経験に合わせて社会科学の入門書を読むのは大いに楽しみであった。

(3) 医学部へ入って(1951)からも地域のセツルメント活動を続けたが、学徒動員で知った航空機工場の実際は私の記憶に強く、もっといろいろな仕事の実験を知りたくて、社会医学研究会に入り、衛生学教室の工場調査に連れていってもらった。

教室の図書を読み、「工場の衛生学的診断」という本を知った。工場の環境、作業の方法、作業の仕組み方、休憩の挿入の仕方などについて、実際の状況を測定し、客観的な評価を試み、評価の結果にしたがって改善を行なっていくことが示されていた。もしこれに、仕事をする人間の側からの評価を加えて総合的な判断をすることができれば、とその時に思った。後になって「作業分析」の本を読む機会ができた。また健康管理に関するたくさん本を読む機会ができた。これらを合わせて次第に工場労働の評価の仕方を学んでいったのであるが、その出発点が、この「工場の衛生学的診断」であっただけに、忘れられない強い印象が残っている。

2年生の終わりの時(1953)、名古屋南部・北部の珪

肺調査に参加し、珪肺のひどさ、合併する結核のこわさを知った。これは珪肺法ができる前後の時期であった。ある工場の労働者から、こんなひどい病気をこれまで医者はずなげ放置しておいたのだと問われた。それは私にとって深核な問い掛けであった。これに答えない、その決心が、私を大きく変えたように思う。

3年生(1953)の夏、名古屋南部の半農半工の町でのセツルメントに参加した。訪問活動の合間に、古老の人たちから、地主の家で、不作の年でも年貢米を4斗の俵に4斗1升詰めさせられた話や、村に大企業が進出し、農地が工場に代わり、農民が出稼ぎから労働者になっていった様子や、名古屋市に合併されて税金は町の真ん中を良くすることに使われても、この町はいつまでたっても変わらないなど、村の生活の歴史を聞かせてもらい、これを記録した。この町で青年の有志が、町を変え、みんなの手で診療所を作ろうという運動が起こったとき、この記録をもとにしたパンフが役立った。

その後3ヵ月間、この地域に住んで学校に通い、町の青年達と診療所を育てる活動を続けた。私の初めての社会調査とそれを実践に生かす経験になった。

(4) 医学部を卒業(1955)して、職業病予防の基礎を学ぼうと大学院へ入った。大学院では、鉛中毒、じん肺、有機溶剤中毒などが研究のテーマだった。一方、生活のためと、実地経験のために、化学工場の現場で衛生管理の仕事で4年間(1956~69)続けた。この工場は、化学産業で石炭から石油への原料転換での競争で苦闘していた。化学企業間の厳しい競争に生き抜くための戦いであり、こうした戦いに、労働者を巻き込んでいくことも企業にとって大きな仕事になっていた。

私は、この工場の凡ての生産工程をかきあげ、その工程にある健康にとって危険な箇所をチェックするという仕事を、この工場では衛生管理者のS氏に提案した。そして、書き上げられたプロセスシートを手にして、このS氏と工場を回って歩いた。週2回、半年近くこれを続けた。そのお陰で担当の技術者や労働者たちとずいぶん話しあうことができ、工場の雰囲気次第にわかってきた。そしてこの化学工場の衛生管理の狙いを、反応装置の鉛の内張りを修理する鉛工作、ナイロン原料製造の最新工程などの幾つかに定め、健康管理の仕事をした。

管理者たちと交渉しながら、私は次第に労働者の健康に責任を持つという自覚が大切なことを痛感した。企業がどのように考えようと医師として言うべきことは言う。そして企業に向かって環境管理の改善、健康診断の普及と結果の広報、健康異常者の保護対策をとるように絶え

ず働き掛けた。診断の結果を労働者に説明することには管理者の抵抗があった。労働者にいたずらに不安を与えるからというのである。

しかし、私は、定年のときに、健康な状態で労働者を送り出すのは企業の責任であり、そのためには健康管理をするものが、生産の現場と協力をして心配のない作業条件づくりと、健康異常を早期に発見し、健康を守るのだから心配はないと言えるような努力をすることが必要だと強調した。この解決は容易ではなかったが、現場の係長や生産の担当者の協力が生まれた。そして有害企業の健康診断の結果の説明を行なうことが実現した。そのきっかけは鉛工作部門だった。

鉛工作部門には、ベテランの労働者が沢山いた。熟練が大きいものほど所見はよくなかった。定年でやめるまでに健康をとりもどすために提案した配置替えは、それらの労働者の長年の誇りと自信を奪うことになった。その人たちとの話はつらかったが、やがて数年して次第に活力を取り戻したその労働者達が、自分がこんなに元気になれたとはと、お礼を言われたときは嬉しかった。

その中で、生産現場の技術部門の人々の中から私の努力をよく理解してくれる人たちがでてきた。工場の技術者との交流は、病気予防のために生産技術のはたす役割りを学ぶよい機会であった。また彼らとの討議で、解決のための具体的な提案を常に持つこと、それを意識して実際に分析することが、協力を組織していくために、また、企業に働き掛けるために不可欠である事を学んだ。

私のもう一つの関心は労働組合の活動であった。この工場は、4組3交代という、当時の日本では、よい交代勤務のシステムを持っていた。賃金のレベルは、合化労連という化学産業の比較的大きな企業の労組の連合に属していたが、その下のほうだった。私がこの工場へ入った4年ほど前に硫酸タンクが大爆発をおこし、多数の犠牲者が出たことが安全衛生の関心を増すきっかけになっていたが、健康問題への関心はまだまだのように感じた。

昭和34年の秋、伊勢湾台風が名古屋南部を襲い、この工場も水没し、操業は2ヵ月の間停止した。この工場の労働者と家族100名近くが犠牲になった。工場は台風に伴う免税と、資金援助で立ち上がり、新しい生産工程をも稼働させた。この時、従来の4組3交代を2組2交代に編成替えをして復旧の操業が2ヵ月間続いた。たまたま秋の健康診断をこの直後に行なって、その成績をこの年の春の健康診断の成績と比べてみて、成績が不良化していることを知った。分析してみると、台風の影響以上に交代勤務の変化が響いていることがわかった。これは大きな驚きだった。

この工場の労働組合が主催した台風犠牲者の追悼式で、当時の合化労連の大田薫委員長が「資本の立ち上がりの早さに比べ、労働者の犠牲の大きさが残る」と述べたことは忘れられない。

この工場での4年間は、このように、人間が産業の組織の中で働くということはどんな問題を生みだすかを、日本が高度経済成長に移行する準備段階の時期に経験することができた貴重な4年間であった。

学徒動員や、セツルメント活動、学生時代の工場調査での体験でえた感性的なとらえ方を、科学的な方法に裏打ちされたものとしてまとめあげていくための、私のもう一つの大学院であった。

後にここでの経験をもとに、私は「化学産業の合理化と労働者の健康問題」(1962)を書いた。その内容は、戦後の化学産業の発展と合理化、労働者の手による生産工程と職場の条件を点検する自主的な活動、労働者と専門家とが共同して化学物質による健康障害を予防する体系を作り出す仕事などについて考察したものである。これは、私の社会医学を指向した初めての論文になった。この論文が後になって、私を労働者の運動に結び付ける役割りを果たすことになった。

【社会学研究会への参加と相談室活動】

(1) 私の社医研参加は、大学院を終えた1960年で、第1回の社医研であった。この頃は、2日で15題の報告であり、報告と討論の時間はたっぷりであり、議論が沸いた。ここで新鮮な強い刺激を受けた私は、それまでの考え続けてきたことを整理してみたいという意欲をそそられた。

その一つは、労働者の病気や健康状態は、職業病を起こすような、あれこれの特定の因子の影響だけで決まるものではないということである。化学工場の4年間と、これとあわせて零細企業を調査した歩いた経験から生まれた考えである。私は、これを「私の職業病研究の反省」(1960)に記した。

労働者保護のためには、24時間の仕事と生活の因子の意義を重視し、労働負担の評価をそのなかでみつめる研究のすすめかたが大事だという考え方である。論文の出来は悪かったが、考えの方向が一步進んだ。

今一つは、働くものの健康問題と、家族・市民の健康問題を一つにする社会的な視点を持つことと、健康保障の運動を育てるための専門家の任務と役割りについて考えることであった。私の身の回りにそうした運動が存在しなかったことを考えているうちに書いてみようと思

立ったのである。これを、第2回社医研(1961)で「労働者および家族の健康保障についての若干の考察」と題して報告した。その組織活動の部分は、「保健組織活動の当面する問題点—社会体制とのつながりの中で」(1962)に記した。

(2) 大学院を終えて、新しい出発点として、1962年6月に、大学の付属病院で労働衛生相談室を開設した。目的は、臨床からの「仕事と健康」についての相談にのり、その解決を計ること、研究・教育のテーマを相談の中から育てること、などが主であった。

相談室を作った背景には、働く人たちの生の声を聞きながら、私自身の大学での生き方の悩みを乗り越える活動をしてみたいという気持ちが強くあった。

相談活動のなかから育ったテーマが社会医学的に発展していくためには、相談を聞き取る方法、相談の内容のとらえかた、分析の仕方が社会医学的に準備されていなくてはならない。

そのために私は相談室のカルテの記入項目の選び方と、カルテに書き込む相談員の問題意識を重視した。後にこの相談室は大学院生の入門実習として位置づけるようにした。次にカルテの内容を表の「学働衛生記録相談項目」で紹介してみる。

相談には、労働者の仕事と生活のあらゆる問題が持ち込まれた。製造業、運輸業、通信業、鉱業、金融業、など多くの産業から、コンピュータや新しい機械の導入による作業の影響、長距離の高速運転の作業の影響、新しい化学物質の取り扱い、それで加工した消費財の影響、など教科書にも、論文にもない物ばかりであった。相談を検討して、なぜこんな問題がいま職場に起こったのかを考えてみるために、日本の産業の実態を分析する本を片っ端から読んでみた。そうして、技術革新を軸にした産業構造の変化と、生産活動の「合理化」が大きな影響をあたえていることが、だんだんとわかってきた。

社会科学を専攻している私の兄が、私の話を聞いて、日本の社会の動きは構造的なものであり、それが相談室の訴えの中に反映しているのだと指摘してくれたときは、私ははっとした。自分のやっている仕事の意義を言い当ててもらえたという思いがした。この指摘が、私をいっそう社会科学の学習へ駆り立てたのはいうまでもない。

相談の中には、生きていくために、病気を抱えて働き続けねばならぬことのつらさがたくさんあった。仕事と貧乏に追われた母子家庭の女性労働者が、自分の精神健康も子供の精神健康もいっしょになって壊れていってしまうという話を聴いていて、私は、どうして良いか分か

らぬつらさを感じるばかりであった。そしてこうした働く人達の人生を深く理解でき、いっしょに生きていく人間になることが大切だと思うようになった。

こうして私は相談活動から、問題意識を育て、研究を続ける方法を、自身の社会医学研究の土台とするようになった。それは今でも変わらない。

(3) 相談は解決することが求められている。そのためには、医学はもちろん、工学の知識や、社会保障の仕組みについての知識が必要になってくる。また、厚生行政や労働行政へのとりかかり、企業との交渉、労働組合の力の生かし方なども必要になって来る。実にいろいろな知識と経験が必要であった。現場の調査、問題の実験的な検討、企業・労働組合・労働基準監督署・医師への働き掛けなども熱心に続けた。

視野の狭さや、焦りのための失敗がずいぶんとあった。労働者が頑張ろうとしてもこれを支える力がないために諦めざるをえない場合もあった。家族の生活を考えると会社たてつくような事ができないという悩みもあった。しかし、たとえ成功しなくても、解決のための具体策を立て、そのために労働者と話し合い、いっしょに努力することが大切だということにも次第に気づいた。

相談活動の最初の半年間の経験をまとめて産業衛生学会で「労働衛生相談活動から」と題して報告した。学会ではその様な活動は大学がやることではないという批判があった。この報告の座長であった社医研の先輩の西尾先生からは、この活動を評価し励ましていただき、丸山先生は、「国民のための大学」の大切な仕事という考えを述べて下さった。

相談活動を繰り返しているうちに、個別の相談で分析したことや、解決策を、普遍性のあるものに発展させていくことを考えなければ、マンネリ化して意欲が弱まっていくことに気づいた。また、そうしなければ、相談活動の成果を学問活動に発展させることができないのではないかと考えるようになった。

やがて、1)分析の中から解決の可能性を生み出す方法を検討し、具体的なプランを提言できるように努力すること、2)そのさい、社会背景の大きさとらえかたをあわせて勉強し、自分のテーマの位置づけを試みることに、この二つを、相談活動から自身の社会医学研究をすすめる取り掛かりにしようとするようになった。

(2)

相談室活動を始める前、名古屋市内の零細企業の健康調査を随分とやっていた。そのきっかけはヘップサンダ

ル製造の家内工業でのベンゾール中毒の相談であった。n-ヘキサンによる下肢の神経炎に悩まされた労働者の相談が現われた時に、この経験が役立った。これの原因確定のための調査に2年近く掛かった。

この過程で、石油化学の大企業が一次原料を製造して大きな利潤を得、人手間やリスクの多い二次原料製造やその加工を下請部門に任せ、これを受け請わされた零細企業に多くの犠牲が生まれ、それは日本の社会の構造的な産物であることを学んだ。また、新しい化学工業の原料や産物が、将来にわたって神経毒性を発現していく可能性を予測させるものとして位置づけることが出来た。

こうした考えは関西の原先生との共同討議の成果であった。後になって、こうした内容を「n-ヘキサン取り扱い者に多発した多発性神経炎の原因の追求とその症例について」(1967)にまとめた。この経験の後数年後に、あたらしい中毒が集団的に発生し、衛生学教室の竹内康浩先生らの活動が始まった。

(3) 和文タイピストの頸肩腕障害(1962)の相談例は、前田勝義先生の大きな努力で我が国最初の業務上認定例になった。職場の労働実態分析は、全損保労働組合との協力によって進んだ。オペレーターの頸肩腕障害の相談は他の多くの産業からも持ち込まれ始め、産業における事務管理部門での機械化・合理化の矛盾の現われとして位置づけることができた。この経過は「事務労働者の職業病」(1967)にまとめた。

この症例がきっかけになり、障害の病像の研究、機械の改良や、作業の仕組みの改良方法の工夫、それを職場で実現するなど、頸肩腕障害の研究と、これを解決するための社会運動を大きく発展させる契機となった。これらは若くして亡くなった前田先生の終生の仕事であり、私は多くのものをそこから学ぶことができた。

(4) 白ろう病(振動障害)の取り組みは、1964年の秋の、全林野労働組合の裏木曾地域にある付知分会の相談からはじまった。

白ろう病は、戦後の技術革新によって機械化・自動化の進むなかで、機械化が困難な人力依存の工程の「合理化」をはかるために、手持ち動力工具が導入され、その影響が働く人達の仕事と生活に大きな影響をもたらした問題である。

当然、そこには、日本社会の中で、産業と社会の構造の上で遅れた林業の雇用・身分、生産のシステムなどの諸問題が強く結びついていた。白ろう病の予防は、こうした解き難い問題を、健康保障をより所にして解きほぐ

し解決していく重要な仕事になり、25年に及ぶ今でも続いている。

チエンソーを始めとした手持ち動力工具の導入は世界的にはほぼ同じ時期であった。そのために、振動障害の実態に関する情報は比較的早く国際的な共通の問題になった。障害の訴えが裁判になった点でも共通であった。

このテーマでの社医研での報告は、第7回(1966)「我が国山林労働における職業病の撲滅について」が最初になった。このあと、全力投球に近い努力を続けた白ろう病対策の経過を、第11回(1970)「林業労働者の健康をめぐる諸問題へのとりくみの前進と科学者の取り組みの諸課題」、第16回(1975)「我が国における白ろう病対策の展開」として報告した。

作業の対策、機械の対策、健康の対策、そして身分・賃金の対策と総合的な成果を徐々に積み上げていった経過には、「白ろう病を予防する」という共通の課題にむけての、多くの研究者と労働者の共同の成果が生きており、その取り組みは多くの教訓を残した。この努力の中で作りだされた振動障害予防の体系は世界に誇れるものになった。

第26回(1985)社医研の「振動障害対策の取り組みから」で、こうした経過を社会医学研究方法の考察として報告した。

〔むすび〕

以上に、私たちの相談室活動からうまれた3つの大きなテーマの展開を記してみた。このテーマが生まれ育った時代は、働く人々のいのちと健康を守ろうとする運動が、厳しい「合理化」の押し寄せる瀬戸際で踏み留り、三池大災害をきっかけにして、全国の職場にひろがり、大きく前進した時代であった。また、四日市、水俣、富山などのおびただしい公害被害の中から、地域の住民が立ち上がり、国民的な環境を守る運動が発展した時代であった。

それだけに、学問研究にも活力があった。多少の荒々しさはあったにしても、研究の基本方向は確実に提起され、次第に科学的な深まりが育っていった。私たちのいわゆる白ろう病、振動障害の場合もそうであった。

振動障害の予防の研究と実際活動は、私のライフワークになった。これをまとめた「社会医学研究」第8号(57-64頁)の論文「労働衛生における社会医学的研究方法について—国有林での振動障害予防の経験から—」で、私は、労働衛生における社会医学研究の意識を、論

文を記す中心の問題意識にした。その冒頭の章で、私は社会医学についての考え方を述べた。それを繰り返すことはしないが、その主旨は、この論文のはじめに記した社会医学研究の方法についての考え方と同じである。

“「社会医学研究会」の研究方法の重要な特徴を一言でいえば、人間を社会的な存在としてとらえ、人間と社会の存在状態について、人間の健康を把握する方法と、社会を把握する方法による検討を加えつつ、これを結合させ、健康に関連する諸問題の解決に向けて研究することにある。”

ここで、「社会医学とは」という問への答えとして、この研究方法の考えかたを言い換えてみると、「社会医学とは、社会が作りだす健康問題を、その成因を明らかにし、現状を診断し、その解決をはかるまでの全過程について、社会科学と医学の方法を結合させて研究し、その解決を目標とする学問である。」ということになる。社会医学がこの目標を達成するためには、なお多くの関連する学問との協力が必要である。また、この解決を求める国民の自主的な活動への貢献が必要であることはいうまでもない。

社医研レター2号で、庄司光先生が、「社会医学とは」を考えるに際して、「階級支配の時代だ」という認識を持って述べられたことは、先生の現代社会のとらえ方を端的に示されたものといえる。

1960年代の労働災害、職業病や公害問題などの健康問題は、資本主義社会の克服し難い矛盾として論じれることが多かった。しかし、この問題を解決に向けてすすめる方向が、労働者や地域の住民の運動と、これらの問題を解き明かす専門家の協力によって育てられたことは、このようにして国民の連帯は生まれるという新しい展望を、社会運動にも学問活動にももたらした。

それは、わが国のみならず、働く人々や、地域の住民が、この社会を作り変えていく担い手として、全世界的に連帯し、学問の成果が、それらの運動の有力な科学的な資料として生かされていくことを如実に示した。そのような展開の背景には、専門家の国際的な活動が大きな力となっている。この傾向は特に環境問題で目覚しい。

しかしこれと比べると、労働者の健康問題の展開には大きな遅れがある。なかでも、わが国の労働者運動の後退は、過労死問題を生みだす長時間・過緊張の労働の問題に端的に表現されるように、労働者の人間的な存在を疑わせる現実には、有効な力を発揮しえておらず、国際的な労働者の連帯を困難にしている。働く人の健康の現状は、人間としての生存の権利(人権)の意識をぬきに

して健康問題はありませんという事を認識させる。人間らしく生き、働くことのできる労働と生活の条件をつくりあげる課題を、学問研究の課題として意識することの必要性を意識させる。

高齢者の人間社会への参加を保障する問題もまた同様である。寝たきりを作り、これを放置する社会状態を解決するための諸課題は、過労死問題の解決を計る諸課題と同質である。資本主義社会の最高の合理化を迫及するモデルにもなった日本の企業活動は、いま西欧の企業を同化し、西欧の近代社会が作り上げた人間本意の社会慣習を破壊する脅威を生んでいる。

ソ連社会の崩壊は、専制支配を打ち破る民主的な国民運動の持つ意識をあらためて示したものの、資本主義化をめざす急速な展開の旧ソ連では、日本経済の発展をモ

デルにしようとしているが、労働災害も、公害も増え始めている。病気のさいの医療も満足ではない。その極端な現われは原子力発電所の事故による核の汚染影響である。

一方、中国では、日本を含む資本主義の「長所」を取り入れながら自国の独自の社会主義を育てようと模作しているが、健康問題は数多い。

アジア、アフリカ、南米の開発途上の諸国民の健康も深刻である。

わが国の社会医学研究が、明治以来の長い研究活動の教訓をくみ取りながら、今日の日本社会の現実から生れる課題をとらえ、明日に向けて、この世界に繋がる社会の中で、国際的な研究者の連帯を意識し、己の力を育てることが大切な時期にきている。

労働衛生記録相談項目

- | | | |
|-------------------------------|-------------------------------|----------------------|
| ○この相談室を訪れた経路(紹介先のある場合はその連絡方法) | で何をして過しますか | 上役との間) |
| ○主 訴 | 床に就く | 職場の保健衛生組織 |
| ○家族構成 | 睡眠時間 | 衛生管理者の有無 |
| ○収 入 | 通 勤 | その活動の様子 |
| 本給、残業 | 方法、時間 | 衛生管理組織の現状 |
| 消費単位当収入 | 混み方、疲れる程度 | 診療所、病院の有無 |
| その他の収入形態 | ○職場の労働の条件 | 利用の程度 |
| 家族総収入、エンゲル係数 | 労働時間(時/日) | 家族の医療費補助の有無 |
| ○現家族 | 残業(時間、平均時間) | 定期健康診断実施の有無 |
| 就業者、未就業者、通学者 | 交 替 制 | ○職場の労働組合組織 |
| ○住居の条件 | 休 憩 (午前 回 分, 昼食 時 分, 午後 回 分) | 名 称 |
| 1人当量数, 住居費 | 週休制があるか | 上部加盟組織 |
| ○生 活 歴 | (有無) | 労働条件改善のための活動の状況 |
| ○家族関係 | 利用状況 | 健康問題へのとりくみの状態 |
| ○職 業 歴 | 有給休暇(有 無) | ○健康状態 |
| ○特殊技能 | 作業の内容 | 何時、どんな病気をしたか |
| ○本 人 | 作業の方法 | 疲労の自覚の程度 |
| 氏 名 | 機械, 手, 姿勢, 流れ作業 | 睡眠による疲労の回復 |
| 住 所 | 取扱う物質 | よく眠れるか |
| ○勤務先(詳しく) | 製造物或は作業目的 | 週間の疲労の蓄積 |
| 名 称 | 作業の強さ, 密度, ノルマ | 現在の健康状態 |
| 主な事業内容 | ○作業の際に本人の感ずる苦痛 | 食欲, 便通 |
| 所在地 | 作業の有害因子に関するもの | 身体的な不調の有無 |
| 従業員数(総数, 男%, 女%, 本工, 臨工) | 作業の有害因子に対する保事手段 | 生理 順, 不順, 週期日数, 持続日数 |
| 所轄監督署 | 作業場の環境とその有害因子(物理的, 化学的)に関するもの | 苦痛の有無 |
| ○生活時間構造 | 作業場の環境の有害因子に対する保護手段 | 精神的な不調の有無 |
| 起 床 | 環境条件の測定の有無 | ○診 断 |
| 家を出るまでの間に何かしましたか | 特殊健康診断実施の有無 | ○臨床的措置 |
| 家を出る | 作業に関する諸因子によって | ○医学的検査結果 |
| 勤務先に着く | 本人が悪い影響を受けた場合 | ○労働衛生的措置 |
| 仕事が始る | の同僚の影響の受けかた | 本人に対して |
| 昼休みは何かしていますか | 職場での労働の組織のされかた | 事業所に対して |
| 仕事が終わる | 職 制 | 監督署に対して |
| 家に帰る | 職場での人間関係(同僚間, | ○措置後の経過 |
| 仕事の後、家に帰るまでに何かしますか | | |
| 家に帰ってから床につくま | | |

私が歩んだ公衆衛生40年の軌跡

丸 山 創 (大阪中央医療生活協同組合うえに健康センター)

Brief History of My 40 Years Experiences in Public Health.

Hajime MARUYAMA (Osaka Central Medical Co-op. Ueni Health Center)

I. はじめに

私は大学を卒業し、インターンを終えると直ちに松本保健所に就職した。以来保健所、大学、長野県庁として長野県から大阪府へと、職場と府県を変えながら、公衆衛生の道を曲がりながらも歩んできた。この40年間の紆余曲折の軌跡を振り返り、私の調査研究の概要を述べるのが、社会医学とは何かについて考えるよすがともなれば幸いである。

40年間を便宜的に大きく分けてみると、次の3時期によって構成される。

第1期 (1950～1959年) 保健所の夜明

第2期 (1960～1975年) 保健所の黄昏

第3期 (1976～1989年) 保健所の変質

II. 公衆衛生40年の軌跡

第I期 保健所の夜明

1. 前期松本保健所時代 (1950～1955年)

新しい日本国憲法に基づいて、新生保健所が公衆衛生の舞台上に颯爽として登場した頃、私は郷里長野県の松本市に在る長野県松本保健所に就職した。1950年のことである。

保健所の庁舎は簡易保険健康相談所の建物を流用したものであった。当時、松本保健所には小山所長ほか私を含めて4名の医師がいた。私以外は復員軍医であった。

その頃はアメリカが公衆衛生の先進国としてはやされ、育児においては規則正しい授乳、生後6ヶ月の離乳が奨励された。そこで、効果的な育児指導に資するため、管内の乳幼児をもつ母親1000名を対象として、「離乳開始時期に及ばず諸因子の影響¹⁾」について調査した。その結果、とくに栄養方法、母親の学歴および授乳開始時期における乳幼児の健康状態が関係していることがわかった。早速この結果を参考にして、重点的に離乳の正しい知識の普及につとめた。

また当時は赤痢が伝染病の王者といわれるほど蔓延していた。夏になると、伝染病院は赤痢患者で満員の盛況を呈していた。ところが退院後、再排菌して再び感染源となる例がしばしば見られたので、再排菌者の発生防止対策の資料とするために「赤痢治療後の再排菌について²⁾」実態を調査した。その結果、当時使用されていた治療薬、サルファ剤とフラシリン剤のうち、フラシリン剤投与例に再排菌率が高いことが分かった。その過半数が治療終了後第3週までに再排菌を開始していた。そこでこの調査結果に基づき、治療薬の選択、退院認定検便の開始時期・間隔・回数改善を提唱した。その効あって、以後退院後の再排菌例はほとんど見られなくなった。

2. 信大衛生学教室時代 (1955～1959年)

1955年、信州大学医学部衛生教室の助手に採用された。小松富三男教授の下に、井上 俊助教授、野村 茂講師がおられた。当時、長野県は秋田県に次いで脳卒中の死亡率が高かったので、私は「長野県における脳卒中死亡と環境との関連³⁾」という課題を研究テーマとして選んだ。県下230市町村における5年間にわたる40～69才の脳卒中死亡率と環境との関連について検討した。その結果、自然的環境については、年平均気温が10℃で、なかでも冬期の気温が長期にわたって氷点下以下の農山村に脳卒中死亡が高率な傾向が認められた。社会的環境については、純米作農村型水田単作地域に高率であるという成績を得た。

第II期 保健所の黄昏

1. 岡谷保健所時代 (1959～1963年)

1959年、長野県衛生部の要請により、信州大学講師を辞して岡谷保健所長に就任した。この年社医研が発足したが、私が社医研に参加したのは大阪府に転勤してからであった。

岡谷保健所の管轄地区は岡谷市と下諏訪町で、諏訪湖の西北に位置していたので、通称湖北地区と呼ばれていた。人口約7万5千、精密工業地帯と商店街、そして一部の温泉町、および周辺の零細農業地帯で構成されていた。

た。以前から地区衛生組織が活発な公衆衛生活動を展開し、それまでも保健文化賞や厚生大臣賞等の全国表彰を受けていた。私の在任中にも食生活改善全国大会で厚生大臣賞、結核予防優良保健所で結核予防会総裁賞を受賞した。

この頃から国民の少産少死への傾向が強まりつつあった。一方、家族計画の普及は不十分であったため、人工妊娠中絶は全国で出生100対66.3もの高率であった。湖北地区の場合は124.3で全国に比べて著しく高率であった。ここでアンケート調査により人工妊娠中絶の実態を明らかにし、家族計画普及の基礎資料にした。この調査で、受胎調節の方法としては、コンドームと荻野式が70%を占め、全体の40%余りが失敗して中絶していることが分かった。この調査を岡谷保健所の保健婦が「湖北地区における人工妊娠中絶の実態と対策⁴⁾」としてまとめ、「生活教育の会」（代表者石垣純二）の保健婦の業務研究記録懸賞募集に応募し入賞した。その結論のところで「湖北地方では精密工業の発達により就業者中製造業従事者が最も多数を占めている。その主体をなす女工は低賃金や夫婦共稼ぎなどの理由から、小家族への欲求が強く、妊娠すればやむを得ず中絶に走らざるを得ないのが実情である」と述べている。この地方はかつて製糸業が盛んで女工衰史で名を馳せた。「女工衰史は形を変え今も続いている」というのがこの調査に携わって抱いた感慨である。

2. 後期松本保健所時代（1963～1965年）

1963年、松本保健所長となり、かつて在籍していた信州大学医学部との連携に努めた。その一つとして、釘本完教授によって新設された公衆衛生学教室と提携して、朝日村健康村建設運動に取り組んだ。健診とともに減塩運動や一室暖房運動を推進し、高血圧の減少に成果をあげ、ひいては国保の赤字解消に寄与した。その成果は「朝日村健康村建設活動5年間の歩み⁵⁾」および「村民の健康をねがって20年⁶⁾」にまとめられている。朝日村はこの活動が評価され、その後、1978年の全国保健衛生大会で厚生大臣賞を受賞した。

なお当時の教室員の一人が現信大医学部公衆衛生学教室の丸地信弘教授である。

3. 長野県庁時代（1965～1967年）

1965年、幸 康一長野県衛生部長の要請に応え、長野県環境衛生課長を引き受けた。条例（特殊公衆浴場、飼い犬管理、漬け物）の制定、野犬対策の強化、新規公害予算の獲得、保健所の機構改革（全国で初めて食品衛生課設置）等に当たった。1966年に松代を震源地とした群発地震が発生した。夜となく昼となく、一日に何十回、

何百回も地震が起きたので、水道に被害が生じ、主管課長である私は対応に追われ、夜もゆっくり眠れない日が続いた。幸い大した被害もなく松代群発地震が終息した頃、大阪府と厚生省から大阪の保健所長への就任要請があった。

4. 泉大津保健所時代（1967～1969年）

1967年、大阪府泉大津保健所長として大阪府に赴任した。佐藤知事が辞任を交付する時に、創という名前を見て、創価学会の会員かと尋ねた。その当時は進歩的な長野県に比べると大阪府の保健所活動は停滞していた。このことについては「保健所と市町村自治体・一保健所医師の体験的關係論⁷⁾」でふれている。そのうえ永年の保守府政の垢があちこちにこびりついていた。長野では当たり前のことが大阪では当たり前として通らなかった。それを批判する私に対して、陰に陽に圧迫が加えられた。大阪府は長野県から私を招いたことを後悔したが、後の祭りであった。

一方、私は大阪に来て大阪府職員労働組合をはじめ、衛星都市職員労働組合連合会、大阪大学医学部公衆衛生学教室、新医協大阪支部、大阪自治体問題研究所、大阪府保険医協会、医療経済研究会、大阪五分野の会（学者・研究者、法律家、文化人、医師、宗教家）、全国保健所問題研究交流集会および自治体に働く保健婦のつどい等の先輩達と同僚と巡り合うことができた。これらの人達の教導と支えによって、公務員としても百尺竿頭一步を進めることができたのである。

5. 藤井寺保健所時代（1969～1976年）

1969年に藤井寺保健所へ転勤した。1975年の5月、管内の羽曳野市羽曳が丘の住民の間に、目が痒い、水漬が出る等の症状を訴える者が多発し、市から保健所に調査の依頼があった。そこで保健所は地区担当の保健婦と環境衛生監視員が中心となって、耳鼻科の開業医、府立羽曳野病院のアレルギーグループおよび府立農林技術センター等の協力を得て原因の究明に努めた。その結果、主としてカモガヤやスギの花粉によるアレルギーであることが判明した。これらの原因の除去とともに、受診を勧奨した結果、翌年からは発症者が激減した。公衆衛生情報はこの調査報告「羽曳野市羽曳が丘に多発しているアレルギー様疾患の実態調査⁸⁾」をとりあげ原著を掲載した。

1970年、大阪府生活環境部公害課の調査により、管内松原市のI貴金属からカドミウムが垂れ流しになっていたことが分かった。公害課はカドミウムの流出を差し止めたが、人心を惑わし社会の安寧を乱すおそれがあるという理由で、その事実を公表しなかった。しかし、藤井

寺保健所が現地調査したところ、そのカドミウムが周辺の田に流れこんでいることが分かった。そこで、ニュースソースを発表しないという条件付で、この事実をNHKに伝えた。その日の夜のNHKと翌朝の赤旗でこのニュースが大きく報道された。本庁はあわてふためきニュースソースを躍起になって詮索したが終に分からず仕舞であった。翌年は知事選挙の年であった。五分野の会が推挙した大阪市大の憲法学者黒田了一教授が明るい革新大阪府政をつくる会の知事候補者に選定された。「公害知事よさようなら、憲法知事よこんにちは」の合い言葉のもとに、京都、東京について大阪にも革新知事が誕生した。知事が保守から革新に変わった途端、今まで本庁からマークされていた藤井寺保健所の乾保健婦は一転して優良職員として表彰されることになった。私の言動に対する本庁の監視・圧迫・介入もなくなったこととはいうまでもない。

藤井寺保健所管内には大きな同和地区が2ヵ所あった。その内松原市の更池地区について関係機関・団体の協力を得て、保健衛生と環境衛生の両面から総合的な調査を実施し、「同和地区衛生白書⁹⁾」を作成した。部落住民は低所得階層の人が多く、職業としては、主婦の多くが部落産業である屠場で内臓処理に従事していた。苛酷で危険な作業なので、貧血、神経痛、腰痛等が多発していた。また流早死産が多く、未熟児の出生割合が一般地区に比べて高かった。死亡率では結核をはじめ肺炎、気管支炎、心臓病、脳卒中、不慮の事故が高率であった。罹患者では同じく結核を筆頭に梅毒、視聴覚障害が一般地区に比べて高かった。総括して部落の健康水準は一般地区に比べて10年は遅れていることが明らかになった。環境衛生面では、畜舎と同じ敷地内にある住居が全体の半数を占め、悪臭、糞尿の貯留、蠅の発生等の問題があった。都市下水が整備されていないため汚物や汚水が放置されており、排水路の半分以上に蓋がないなど、環境衛生上の問題が山積していた。

この白書が契機となり、部落診療所（更池診療所）が病院（阪南中央病院）となり、環境も改善された。

当時、藤井寺保健所は松原市、羽曳野市、藤井寺市の3市を管轄していた。松原市が人口約12万で最も多く、次いで羽曳野市の約8万、最も少ないのが藤井寺市の約4万であった。保健所が保健所利用者の一斉調査を行ったところ、最も人口の少ない地元の藤井寺市の住民が一番保健所を利用していた。反対に最も人口の多い松原市の住民が一番保健所を利用していなかった。松原市は保健所までの交通の便が悪い地区が多かったからである。

そこで松原市の関係団体に呼びかけ、松原保健所設置

推進委員会を結成した。この委員会の署名運動、全戸ビラ配布等により世論が盛り上がった。市議会も誘致を決議し、その後の市長選や市議員選挙等においてすべての立候補者が松原保健所の誘致を公約に掲げた。

この運動が実り、市民の意見を反映させて、保健所の職員がみんなで設計した全国でも珍しい保健所が1975年に竣工した。なおこの松原保健所は市立松原病院との合同庁舎である。

第三期 保健所の変質

1. 岸和田保健所時代（1976～1981年）

翌1976年、私は岸和田保健所長に異動した。同年日本公衆衛生学会に保健所問題委員会が設置されたので、私は委員に応募した。1978年10月この委員会は「保健所のあり方について（最終報告）」を日本公衆衛生学会理事會に報告した。しかし理事の中に厚生省を批判する内容が含まれているという理由で反対する者がおり、結局妥協して「地域保健のあり方（中間報告）¹⁰⁾」という形で発表せざるを得なくなった。1978年3月に社医研保健所医師グループが結成された。当グループの小栗史朗、草野文嗣、西 正美、藤島弘道、山本 繁および私の共著で、珠真書房から「危機に立つ保健所¹¹⁾」を発刊した。その内容は、保健所の理念、歴史、活動、調査研究、医師、これからの保健所等、保健所を総合的に捉え、将来への展望を示したものとなっている。その後、珠真書房が倒産したので、この本も廃刊になった。

翌1979年の社医研で私は「大阪府下における保健所と保健センター¹²⁾」について報告した。その内容は「社会医学研究 第1巻 1980年号」に載っている通り、大阪の保健所の歴史と特徴を述べ、自民党府政下の保健所と黒田革新府政下の保健所とを比較した。さらに大阪府の保健所を支え、その発展に重要な役割を果たしてきた大阪府職員労働組合保健所支部の活動について述べた。ちなみに、その後日本公衆衛生学会においても某大学から市町村保健センターの実態調査が報告されたが、私が演者に市町村保健センターについての厚生省の方針を質問したところ、そんなことはこの調査と関係ないというそっけない返事であった。座長もここはそんなこと論じる場ではない、馴染まない問題だといって取り上げなかった。社医研と日本公衆衛生学会との相違を端的に示している事例である。

2. 八尾保健所時代（1981～1985年）

1981年には最後の保健所、八尾保健所に転動した。ここでは地区の住民組織である医療問題八尾連絡会等と連携して、住民運動と保健所の活動を結びつけた。したがって、政府の方針に反対する署名簿を健診の受付に置き

て、受診者に署名してもらったこともある。

なお、医療問題八尾連絡会は救急医療問題を契機として、保健・医療・福祉関係者が中心となり、大阪府保険医協会八尾支部、公害病や糖尿病の患者会、新日本婦人の会等の民主団体および八尾市と大阪府の出先機関の職員労働組合が参加して1977年に結成された。

1982年に老人保健法が制定されて翌年施行された。その大阪府下市町村における実施の状況を全般的に調査点検したのが「老人保健法施行後の第一線行政の現状と課題¹³⁾」である。とくに個別通知や受診料金の一部自己負担の有無が受診率に及ぼす影響について考察した。

八尾市では1964年からモデル地区を設け、大阪府立成人病センター集団検診部に委託して循環器検診を行っていた。八尾保健所もこれに積極的に協力していた。この検診は検診方法の構築と循環器疾患の予防・早期発見に大きな成果をあげて、老健法の一般健康診査にも取り入れられた。そのため全国から見学者が訪れた。そこで見学者用の資料として、その20年の足跡をまとめたのが「循環器集団検診の進め方・考え方¹⁴⁾」である。

1987年厚生省に設置された「地域保健将来構想検討会」が1989年に検討会報告をまとめた。この報告は保健所の統廃合による広域化、機構の集中による効率化、民間活力の活用による民営化、コンピューターの導入による情報化を提唱している。さらに保健所を地域医療計画を推進するための重要な担い手として、連絡調整機能の強化に期待している。これに対応するため、全国保健所問題研究交流集会では保健所宣言(案)を発表した。私もその起草委員の一人になっている。

大阪府保健所長会でも保健所のあり方に関して大阪府下28市12町1村の市町村長と地元医師会長に対する面接アンケート調査を行った。その結果をふまえて、私は大阪府保健所長会総務小委員会の委員長として「保健所のあり方に関する基本的な考え方(案)¹⁵⁾」を15項目にまとめた。その中の「保健福祉総合医療センター構想¹⁶⁾」については、八尾保健所運営協議会に諮り、全委員の賛成を得て、会長が大阪府の岸知事に対してその実現の要望書を提出した。その構想は、八尾市の公と民にまたがる保健・福祉・医療の関係機関・団体・施設が一つの建物に入って有機的な連携のもとに、ワンドアシテムで市民サービスの向上を図ることを目的としている。

八尾保健所では毎年、大阪大学医学部学生の公衆衛生学実習を引き受けていた。実習のテーマとして中年期死亡を取り上げた。40才から50才代の中年期死亡者の家庭訪問を実施して、なぜ早死したかについて遺族から事情をお聞きし、それをレポートにして公衆衛生学教室に提

出した。これを集約して「八尾市における中年期死亡の実態について¹⁷⁾」という演題で1988年の日本公衆衛生学会に報告した。

私は40年の公務員生活を大過なく過ごし、八尾保健所を最後に1989年大阪府を定年退職し、公務員というくびきから解放され自由の身となった。

Ⅲ. むすび

以上、私の歩んだ公衆衛生40年の軌跡に沿いながら研究の概要を述べた。私の場合、社会医学的な調査研究を意識的、方法論的に追求したわけではない。多くの場合、私の公衆衛生医師としての立場が、公衆衛生行政上の必要に迫られて行った実践的な調査研究であった。その方法は目新しいものではなく、医学、公衆衛生学、社会学および統計学等関連領域の方法を応用したに過ぎない。ただ住民、労働者、消費者、社会的弱者の立場に立って、それらの要求や運動を支援するという視点で調査研究を行った。したがって、これらと対立する体制に対しては、批判と抵抗の姿勢を貫いた。このような立場、視点そして姿勢は、私をとりまく人間的環境と学問的環境によって培われ、支えられて来た。

〈文 献〉

- 1) 丸山 創. 離乳開始時期に及ぼす諸因子の影響. 信州医学雑誌, 1957; 6-2:124~129
- 2) 丸山 創. 赤痢治療後の再排菌について. 信州医学雑誌, 1957; 6-2:129~132
- 3) 丸山 創. 長野県における脳卒中死亡と環境との関連. 信州医学雑誌, 1959; 8-2
第1報 脳卒中死亡率と自然的環境との関連, 113~121
第2報 脳卒中死亡率と社会的環境との関連, 122~128
- 4) 新井京子, 他. 湖北地区における人工妊娠中絶の実態と対策. 生活教育, 1963; 7-6:10~22
- 5) 信大公衆衛生学教室. 朝日村健康村建設活動5ヶ年間の歩み. 松本: 信大医学部公衆衛生学教室, 1970
- 6) 長野県東筑摩郡朝日村. 村民の健康をねがって20年. 朝日村: 朝日村役場, 1985
- 7) 丸山 創. 保健所と市町村自治体・一保健所医師の体験的關係論. 地域保健, 1980; 9-4:113~121

- 8) 丸山 創, 他. 羽曳野市羽曳が丘に多発しているアレルギー様疾患の実態調査. *公衆衛生情報*, 1977; 7-10: 26-29
- 9) 丸山 創, 他. 同和地区衛生白書 (中間報告). *保健婦雑誌*, 1971; 27-7: 45-80
- 10) 日本公衆衛生学会保健所問題委員会. 地域保健のあり方について (中間報告). *日本公衆衛生学会*, 1978
- 11) 丸山 創, 山本 繁編. 自治体における公衆衛生 (公衆衛生実践シリーズ4). 東京: 医学書院, 1987
- 12) 丸山 創. 大阪府下における保健所と保健センター. *社会医学研究*①, 1980; 111-124
- 13) 丸山 創. 老人保健法施行後の第一線行政の現状と課題. *医学評論*, 1984; 77: 39-47
- 14) 丸山 創. 循環器集団健診のすすめ方・考え方. *新しい成人保健活動の実際*, 東京: 自治体研究社, 1984: 16-47
- 15) 丸山 創. 保健所のあり方に関する基本的な考え方. *住民と自治*, 1986; 264: 30-36
- 16) 丸山 創. 保健福祉総合医療センター構想. 自治体における公衆衛生 (公衆衛生実践シリーズ4). 東京: 医学書院, 1987; 153-157
- 17) 丸山 創, 他. 八尾市における中年期死亡の実態について. *日本公衛誌*, 1988; 35-8: 367

保健婦活動と社会医学

木下安子 (白梅学園短期大学)

The Activities of Public Health Nurses in the Japanese Society for Social Medicine.

Yasuko KINOSHITA (Shiraume Gakuen College)

はじめに

社会医学研究会には、1954年準備会以来、参加し学んできた。保健婦としての活動に常に示唆を与えられ、検討を加える場として重要な研究会であった。また個人としての参加に止まらず、当時、土曜会に結集していた保健婦を中心に相当数が参加し、保健婦活動を検討する集団討議、学習の場となり、活動に反映した。これら保健婦活動のあゆみ、また保健婦集団としての社会医学研究会への参加、報告内容、及び今後への期待について述べる。

1. 社会医学研究会以前——1950年代

戦後、看護教育制度の改革により、保健婦専門職としての意識は高まり、職能団体を基盤に研究活動が行われていた。しかし、職能集団に止まり、広く他職種を含む研究会への参加は少なかった。^{1)~2)}

1) 土曜会と健康社会建設協会

1952年11月、土曜会が結成された。戦後の新憲法による保健所法を基盤に公衆衛生の第一線を担う職種として、自負に燃えて働く保健婦が、職場で当面する困難な問題をとともに解決しようという有志の集まりであった。

戦前の看護職の位置づけは、医師の補助者であり、自立的に業務を行うものとしての教育、地位、待遇は与えられていなかった。戦後は基本的人権の尊重を基盤とする民主主義が女性に解放感を与え、職業的自立への意欲が高まった。また看護職にたいしては占領軍の強力な指導もあって、看護教育のレベルアップがはかられ、職場においても、専門的技術集団としての形態を整えつつあった。しかし、戦前からの体制や伝統的な男女の序列などが一挙に払拭されるわけではなかった。また、アメリカとの単独講和、日米安保条約の締結後は、民主的活動に対する旧勢力の巻き返しも露骨になってきた。こうし

た重苦しい空気に対抗して、20代の若い保健婦が中心になってサークル活動が始まったのである。間もなく、労働科学研究所の前所長の暉峻義等が主催する健康社会建設協会(通称 健社建)に参加し、保健婦部会(後に看護部会と改称)として活動することになった。協会メンバーには曾田長宗、丸山博、小宮山新一、田辺正忠、久保全雄等の後の社会医学研究会の中心的な先生方がおられた。暉峻研究室での住民の健康問題についての自由で闊達な討論が行われていた。このメンバーに戦前から学校衛生の開拓者で、当時川崎市で開業医の野津謙先生がおられ、土曜会に参加をすすめられた。健康問題について住民との接点で働く保健婦への期待があったのである。健社建で保健婦は自然科学、社会科学を併せた眼できちんとした事例を見ることの大切さ、歴史的な把握の重要性を学んだ。

土曜会としては、事例にしっかり取り組むこと、歴史に学ぶことを掲げ、勉強会をはじめた。また自分たちのぶつかっている住民の健康問題を明確にし、社会にアピールしようと保健婦の手記を書き、1953年発刊した。

健康社会建設協会の活動は、健康農村建設協議会、健康都市建設協議会開催の計画が立てられ、東京朝日新聞社厚生文化事業団と共催して、青森の狼の森、群馬の伊香保、静岡県幸田町、四国の松山など各地で開いた。住民、開業医、保健婦、市町村長をはじめ行政担当者など多彩なメンバーが参加、討論がおこなわれ、保健婦の発言が求められその提起が真剣に議論された。無医地区の静岡県袖野村稲子部落の岩間秋江保健婦のやむにやまれぬ医療行為問題が提起されたのもこうした場だった。これら協議会の企画、運営、保健婦活動の報告を通し、全国に仲間をつくっていった。

2) 日本公衆衛生学会への参加

川崎市の保健婦であった私は、1953年第8回日本公衆衛生学会に初参加し、“一試験地区における衛生教育活動の反省”“保健所における乳幼児保健指導の反省”等

を発表した。当時は学会は発足して間もなく、女性の参加者は見当たらず、まして発表することは稀であった。1954年、第10回日本公衆衛生学会で“乳児の発育の推移についての一考察”を発表した。

1955年に東京大学医学部衛生看護学科の助手となり、大学課程による看護教育を経験することになった。翌年の1956年第12回名古屋での学会では、丸山博先生の勧めでシンポジウムの企画に参加した。これは1955年に発足した公衆衛生懇話会があり、その働きかけで進められていた。この公衆衛生懇話会の発足に際して、土曜会が参加することを丸山先生から勧められたが、京都での学会には出席できず、メッセージを送るなどしており、近親感を持っていた。

シンポジウムは公衆衛生活動の第一線の問題をとりあげようとする画期的な試みであった。“公衆衛生活動の隘路”のテーマで、3名の保健婦が参加した。東京から大場（井出）そとえ、長野から平林（新井）京子、産業保健婦の西川美枝で、いずれも日本看護協会推薦という手続きを経てのぞんだ。実際的には、土曜会が中心となり、会員が活躍した。なまの現場で活動が語られ、それまでの公衆衛生学会の方向とはかなり異色な内容であった。この会の反響は大きく、その後の学会活動にも影響を与えた。

この企画をささえた公衆衛生懇話会はその後、1959年に社会医学研究会となった。

2. 社会医学研究会の発足

社会医学研究会の準備会に参加した。その報告が残っているので次に掲げる³⁾。

社会医学研究会（仮称）開かる

学会や研究会の数は実に多いが、新しい研究会、社会医学研究会（仮称）が発足しようとしている。これは公衆衛生院の曾田、阪大の関、京大の西尾氏等が産婆役になって七月三十、三十一日の両日、東京赤坂のアジア会館で準備会が持たれた。すでに九題の研究報告が用意され、それ等の討議の中からこの会が何もめざすのか、どう運営されるべきかを考えていこうとする世話役のはからいの様であった。

社会医学とは何か、公衆衛生学会がすでに十数年の歴史を持つのに、今発足しようとするこの会がそれとどう違うのか屋上屋を重ねることになりはすまいか、アバンゲールは社会医学な

る言葉になにやら郷愁を覚えているのではないかと若い人からきめつける一幕もあったが、といてこの会は必要ないと思う人もないらしく、集った四、五十人によって、一応誕生、正式発足は秋の公衆衛生学会后となる模様である。

報告は関西から五題、京浜三題、長野から一題で、関西側が特に熱心で東京はいさゝか圧倒された感があった。内容も、大学が地域での第一線活動について非常な関心をしめている様子がかゝわれた。例えば開業医師による公衆衛生活動の現状と将来、あるいは保健婦事業を進めるための基本的問題等が、大学の研究者達によって分析、解明がこゝろみられているのには感心させられた。開業医師や保健婦が仕事の成果をまとめ報告、話し合う場として期待される健社建からは野津、小宮山、看護部会から大場、亀田が参加した。

健社建通信 43号 1959年 8月

3. 保健婦の研究報告の状況

社会医学研究会の初期は保健婦からの研究報告はない。第2回（1961年）に開催された、自由討論“社会医学研究の進め方”のなかに金子光（前衆議院議員 社会党元厚生省看護課長）が発言している。参加者であったと思われる。また第4回（1963年）に岩下佐和子（現川村）上原京子が“二部（夜間）大学生と生活構造と健康”を報告した。両者は東大衛生看護科卒業生で、いずれも保健所保健婦として仕事をしてきた。当時、卒業生は研究者をめざすことが多く、現場への就職は少数であった。これが社会医学研究会に保健婦が発表した最初である。

第5回（1964年）は、主題が“住民の保健をいかに進めるか”で、そのなかで久保全雄が“子どもを小児マヒから守る運動をめぐる”を報告した。その総括討論で京都の保健婦が発言し、保健所職員として母親の気持ちと行政の間にたった苦しい体験を語った。この頃から保健婦の参加が次第に増え、殊に開催地の地元の保健所、市町村から参加するようになった。

私をはじめ“入院看護サービス向上のための実験的研究”を報告した。

第7回は一般報告で“結核長期患者の指導上の問題点”を京都市の小林ヒサエが報告した。このようにだんだん現場の問題点を社会医学研究会の場で報告する方向が育っていった。

第9回(1968年)は、要望課題を“保健、医療の公的責任について”とした。そのなかでも“住民の保健と地方行政”で、“東京都保健所における乳児検診の変遷と保健婦活動”を東京都向島保健所の渡辺寿美子が“僻地農村地区における保健婦活動の教訓”を乾死乃生が報告した。乾保健婦は大阪府の保健婦として僻地で地域住民の信頼をあつめ、創意と熱意に燃えた活動を展開していた。しかしそれに対し行政が理解を示さず、むしろ望ましくないとする方向で配置転換を行った。その渦中にある報告は勇気のいることであり、会場に大きな波紋を呼んだ。

司会者であった朝倉新太郎先生らは、殊に乾の報告について「保健所の官僚化は……今日の保健所が、程度の差こそあれすべておかされている病根である(略)乾が報告した僻地農村における住民と密着した保健婦活動の成果とそれを心よからずとする行政当局の理不尽な処置は、聞くものをして耳を疑わしめるほどであった。だが彼女が報告した通り、今日みられる行政の停滞と反動を本当に救わんとする者はだれでも“小役人になって仕事をするか、2つに1つ”の選択を迫られているとって過言ではなかろう」とまとめられた。この頃から、保健婦は自分の場として社会医学研究会を感じ、またこのような討議の場所の必要性を意識するようになった⁴⁾。

4. 自治体に働く保健婦のつどい出発以降

1) “つどい”の発足

1969年1月、自治体に働く保健婦のつどいが発足した。この時期までに土曜会をはじめ各地に保健婦のサークルが生まれ、育ち、力をつけてきた。また都市問題についての関心がたかまったこと、生命を守る拠点としての自治体を意識し、全国的な保健婦の集団学習の場を必要としたのである。当初から社会医学研究会メンバーを講師、助言者として協力を得た。第1回は名古屋で開催され、小栗史郎、久保全雄、丸山博の各先生が参加された。以降、つどいは続けられ、20数回を重ねている。

また社会医学研究会にも保健婦は参加している。保健婦が社会医学研究会に参加し、その協力を得て、つどいが生まれ、発展したといえる。

2) 社会医学研究会に保健婦の参加が活発化

社会医学研究会の第10回(1969年)では、“保健所の基本問題”が主題報告となり、“事例を通した住民の健康実態と保健所の限界”東京都城東保健所 菊地頌子 “保健相談所と保健所の機構改革”東京都練馬区保健所 山本裕子 “新生児訪問の実態から母子保健対策を考え

る”名古屋市の中川保健所 前田黎生 “保健婦常駐制と衛生行政改善の闘い”大阪府藤井寺保健所 乾死乃生が報告した。討論は活発に行われ、この再編成、合理化の方向と公衆衛生の質の問題がその後も引き続き論じられている。また、保健婦の配置転換に見られた行政の姿勢と、そこで浮かび上がった部落の保健問題で、藤井寺保健所の丸山創は「部落の問題を含めて、貧困であるが故に差別を受けており、健康の破壊が激しく明確な形で現れている。そういう地域からの要求に対し、行政当局はどう応えていくのか、その視点が重要であり、保健所の能力でやれない場合、それを明確に住民の前に明らかにすべきである」と総括している。保健婦の抱える問題が社会医学研究会の課題として論じられるようになった。

第18回社会医学研究会を東京が担当することとなり、事務局を東京都神経科学総合研究所が引き受け、事実上、私が責任者となった。東京の会員の協力と保健婦が応援で事務局が運営された。シンポジウムを「社会医学の実践と研究」とし、臨床、公衆衛生、薬学分野を視野に入れ、また都市、僻地等地域特性を考慮し、保健婦・ソーシャルワーカー等の幅広い職種による討論を企画した。川上武先生および山手茂先生が司会に当たられ、ユニークな討論が行われた。参加者も多く、無事に役割を果たすことが出来た。⁴⁾

3) 自由集会の活発化

社会医学研究会の特長の一つに自由集会がある。保健婦にとっては、自由に語れるこの会は参加者も多く、自分たちの場として活用した。私はその世話役をつとめた。

殊に保健所の問題については保健婦の関心事で、昼間の研究会の演題に続いて、夜も討論が行われた。自由集会の場は、報告として整理されていない、現場の具体的な問題を皆で出し合い、そのなかで方向を見出す役割があった。着々と進む保健所再編成に対して、現場の保健婦達は憂慮していた。しかし、流動的であり、問題点を明確に捉えにくい状況で、その解答を社会医学研究会に求めた。

主なテーマは

- 11回 「革新首長下における保健行政」
- 12回 「保健所再編成をめぐって」
- 13回 「都市を中心とした保健婦活動」
- 15回 「保健婦活動をめぐって」

で、開催地の保健婦が多く参加し、考えあった。⁴⁾

4) 精神衛生、難病等新しい課題の登場

第11回(1970年)は「地域の保健活動をどう進めるか」の要望課題のもとに、地域医療における保健婦の主体的役割が論じられた。精神衛生、老人保健のふたつの

テーマが誰が推進するのか、が問われ、病人を人間として生き甲斐ある生活につれもどし、あるいは老化現象とからみ合った病弱な状態をいかに克服させ、健康生活に導くかということが医療従事者の目標でなければならない。この病人や老人の期待にこたえられる技術は“看護”が持つ。在宅ケアを助成する医療態勢を創る等、新しいこれらの問題の取組みが論じられるようになった。

1970年代、東京都に革新知事が誕生して以来、東京を中心に難病問題が社会医学研究会で論じられるようになった。私は1973年、東京都神経科学総合研究所に移った。その年に重松逸造先生を班長とする「特殊疾病患者に対する療養相談・早期発見・早期治療の機構に関する研究」が発足し、私も参加した。芦沢正見・西三郎先生が事実上のプランナーで、難病患者に対する社会医学研究がスタート出来た。患者会も参加し、保健・医療・福祉を包括した研究として出発し、その後、継続して発展している。社会医学研究会には第15回（1974年）以来、地域保健・医療に関する実践報告として難病事例への取組みが報告されている。難病患者の問題が深刻かつ複雑であることから、その対策のシステムを促し、在宅ケアをすすめ、自治体の責任をも明らかにしてきている。^{5)~8)}

第24回（1983年）には家庭奉仕員からの報告が行われ、新たな介護職種及び患者会・住民が社会医学研究会に参加するきざしをみせた。また東京と大阪の家庭奉仕員が研究を通して連携が生まれた。^{9)~14)}

このように難病患者の社会医学的な研究が積み重ねられ、難病問題のように社会的課題をかかえた医学的研究の発表の場として、社会医学研究会があった。

私の周辺の難病の研究は、1986年定年退職時に、表に示した通り、論文数631、学会報告383であった。社会医学研究会での研究演題は53で、現在、すでに70を越えている。1881年社会医学研究 No. 2 に初期の段階の論文が“難病の社会医学をめざして”にまとめられた。¹⁵⁾ (図1~3、表1)

難病研究を通して、学んだことは次のようである。

① 治療法の確立していない疾病に対して、臨床医学的対応が不十分で、患者たちは社会に救済を求めている。この場合、彼らの生活の場で、具体的にとも考え、解決策を見出す実践活動が行われ、そのことが、患者の生命の延長、生活の充実となった。このような在宅を基盤とした対処を研究する方法論は有効であった。

② 医療関係者が出来ることは限られており、むしろ、住民主体の活動、特に古い家族制度や地域社会体制から抜けて、住民自ら、“住み続けられるまち”をつくるのが重要である。家族とともに自分の町をよくしてい

く、住み続けられる町をつくり、医療関係者が社会資源として、住民に上手に使われ、保健、医療、福祉の支援の輪が地域社会に形成され、生まれた“日野市地域ケア研究所”で、所長をしている。他地域からも地域活動の研修・研究の場として見学、研究者が訪れている。

さらに看護問題の中でもっとも大きな課題である准看護婦問題については、第20回（1979年）に准看護婦制度の実態と諸問題が報告され、「准看護婦の集い」が自由集会として持たれている。

社会医学研究会はこのように保健婦・看護婦をめぐる社会的な新しい課題が、早くに検討され、実践を励まし、論理を明らかにする役割を果たしてきた。

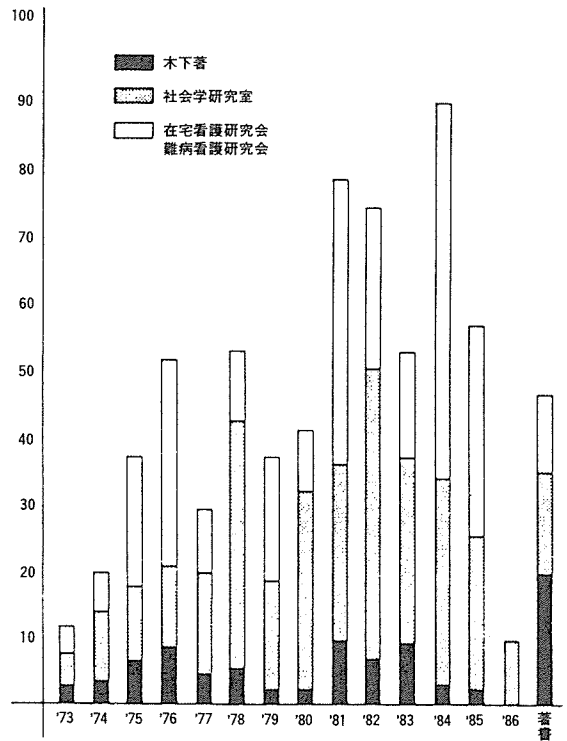


図1. 年度別論文数

表1. 学会別論文数

日本公衆衛生学会	90
日本プライマリケア学会	44
日本看護学会	35
東京都衛生局学会	21
小児保健学会・その他	14
社会医学研究会	53
難病看護研究会	126
計	383題

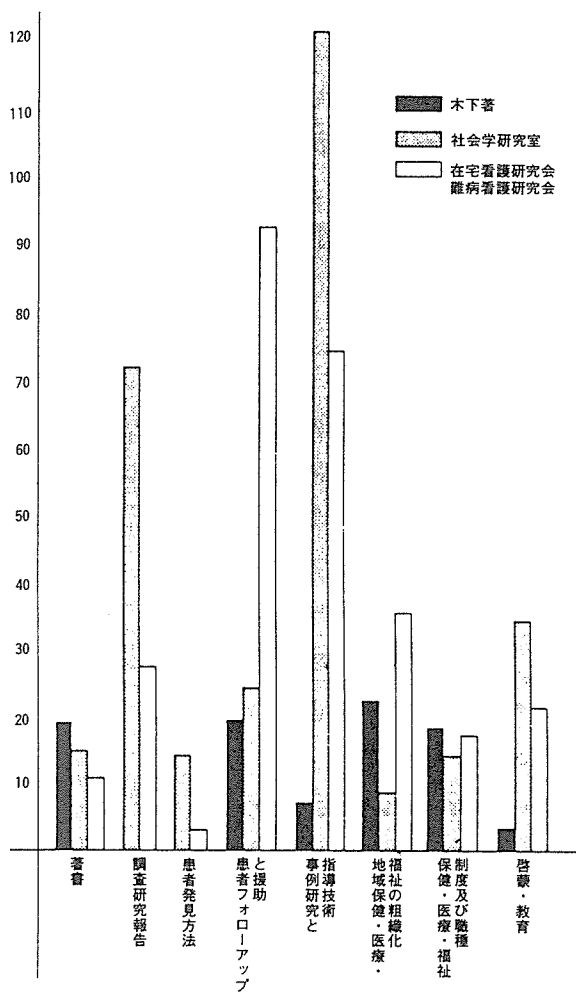
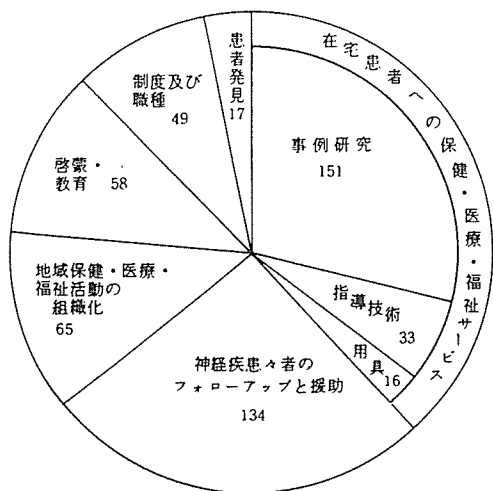


図2. 分野別論文数



；著書，調査研究報告書を除く

図3. 分野別論文数

まとめ

以上、自分を中心に主として保健婦の社会医学研究の歩み、特に社会医学研究会への参加・活動を見てきた。戦後の一連の民主的な活動である土曜会、公衆衛生懇話会、そして社会医学研究会に参加、さらに自治体に働く保健婦のつどいを創り、育ててきた。保健婦たちは多くのものを学び、自分の仕事の方向性を定める羅針盤としてきた。

これらに共通していることは、

- ① 民主的集団のメンバーとして活動してきたこと
- ② 現実の住民の健康問題を追求してきたこと
- ③ 保健婦、看護婦等に加えられる言われなき不当な取扱に対して、討論し、論理を明らかにしてきたこと
- ④ これらにより、保健婦は方向を見出し、仕事を発展させてきたこと。殊に新たな課題についても、取組み活動の先鞭となったこと

等である。

おんなの職業であった看護職は、口を開くことや、物を書くことも少なかった時代が長く続いた。私たちの生きたこの戦後40年は、次第に自覚的に考え、発言し、自主的に行動する時代であった。そのなかでも、社会医学の“眼”を持つことによって、方向性をあやまず、すすめたと考える。その意味で、社会医学研究会に参加し学んだことの意義とこの会の存在の重要性を感じている。今後、研究を発展し、研究会とともに、進んでいきたい。

文 献

- 1) 木下安子他 女の自立 勁草書房 1980. 2
- 2) 木下安子他 保健婦の歩みと公衆衛生の歴史 医学書院 1985. 1
- 3) 木下安子 社会医学研究会(仮称)開かる 健社建通信43号 健康社会建設協会 1959. 8
- 4) 社会医学研究会 社会医学研究会総会記録・総会講演集 1960~1991
- 5) 木下安子 在宅看護への出発 勁草書房 1978. 6
- 6) 木下安子 難病と保健婦活動 秋山房雄編 成人保健論 メジカルフレンド社 1984.
- 7) 木下安子 乾死乃生他 難病と保健婦活動 医学書院 1985. 1
- 8) 木下安子他編 難病への取組みと展望 日本公衆衛生協会 1989. 2
- 9) 木下安子 介護福祉のネットワーク——医療、保健、福祉の連携 社会福祉研究 4 pp19~24 1989. 4
- 10) 木下安子他 難病患者の地域ケアと中間施設——東京都日野市における中間施設の事例から 社会医学研究 第10号 pp86~90 1991. 7
- 11) 木下安子 家庭危機と在宅ケアの支援体制——都市生活の健康と福祉の充実をめざして 日本保健社会学会編 都市化・国際化と保健医療の課題 垣内出版 44190~202 1991. 4
- 12) 小沢温 木下安子他 スモン患者の生活変化とその対応に関する研究——人間関係について——社会福祉研究 50号 pp163~167 1991. 4
- 13) 木下安子他 在宅独居老人の介護条件に関する事例調査——地域社会資源とその療養条件及び介護労働とその費用 社会医学研究 第10号 pp71~76 1991. 7
- 14) 石川左門他 難病の社会医学をめざして 社会医学研究第2号 pp41~112 1981. 7
- 15) 東京都神経科学総合研究所社会学研究室 難病看護研究業績集 東京都神経科学総合研究所社会学研究室 p64 1986. 4

森永ヒ素ミルク中毒事件にみられる社会的医学的特徴

山下 節 義 (奈良医大衛生学教室)

Some Social Medical Problem of Poisoning by Arsenic Tainted Morinaga Dry Milk

Noriyoshi YAMASHITA (Department of Hygiene, Nara Medical University)

1. 森永ヒ素ミルク中毒事件と社会医学研究会

「ふたたび社会医学とは何かを考える」とのテーマを与えられたが、今日までにあれこれと取り組んできた様々な問題のうち、社会医学的な取り組みの例と考え、1969年以来今日もなお関わりを持っている森永ヒ素ミルク中毒事件の問題（以下「森永問題」と略称）を取り上げてその概要を紹介し、主題論議のための素材の提供を図りたい。

ところで、著者が京大公衆衛生学教室に籍を置いた年（1961）に京都社会医学研究会が発足している。この時期は、西尾先生が英国留学を終えて帰国され、「実験室から研究の場を社会の中に移さなければと考えるようになって……我が国の医療供給体制の問題点を解明すべく調査研究を始め」られた矢先のことであり、また、全国社会医学研究会第3回総会の京都開催が予定された時期でもあった。全国社医研では発足当初、「社会医学とは」というテーマで議論されていたが、京都社医研の第1回例会では、「社会医学研究」のあり方をめぐっての論議があり、研究会の持ち方として、①例会の定例開催、②会員からの話題提供・研究報告と討議、③機関誌の発行等の方針が確認されている。機関誌「社会医学研究」は、1961年9月に創刊され、1975年4月の第14巻4号を最後に休刊し、後に廃刊となったが、それらはいずれも研究会で議論された問題（時々社会問題化したテーマが多い）のうち特徴的なものを中心に編集されている。「森永問題」に関する論文も、1970年代始めには度々機関誌に取り上げられている。なお、機関誌休刊は、西尾先生が定年で退官されたのを機会に、当時発行が計画されていた全国社会医学研究会の機関誌に雑誌名「社会医学研究」を移譲することが決められた（創刊は1980年）ことによる。

著者は、1961年以来、その時々社会問題化している様々な健康問題を取り上げて、地域・職域での取り組み

と共同・連携しながら、調査・研究に関わることを基本として今日に至っているつもりであるが、今回報告する「森永問題」は、関わった数多くの課題のうちの一つでもある。

「森永問題」に関わる報告では、阪大丸山先生らの「14年目の訪問」²⁾が歴史的に有名であるが、医学中央雑誌によれば、事件発生後しばらくは「森永問題」に関わる医学論文が数多く（例えば、1955年43編、1956年109編、1957年34編）報告されていたが、1958年以降急速に減少し、丸山報告までは皆無に等しい状況となっていた。一方、社医研では、丸山報告以来この問題に関わる報告は、1970年の2題を皮切りに1991年段階で合計15題を数えており、比較的報告数が多く、かつ継続的に登場したテーマの一つである。

「森永ヒ素ミルク中毒事件」は発生以来すでに36年を経過し、被害者は30歳台なかばを越え社会的にも家庭的にも重要な役割を担う年齢に達しているが、少なからぬ被害者が今なお、健康面・生活面で様々な困難をかかえての暮らしを日々余儀なくされている。近年の保健・医療・福祉政策や、厳しい社会経済情勢のために、生活上の困難が更に一段と強められている被害者も少なくない。今後、加齢と共に進行する老化の問題も関わって、彼等のかかえる問題は、生活面でも健康面でもこれまでとは質的に異なった段階に位置するものとなろうとしている。被害者にとって事件は未だ終わっていないが、その周辺では、事件の風化が進行している^{13), 15)}。

2. 森永ヒ素ミルク中毒事件の経過^{6), 9), 16)}

1955年に西日本一帯で発生した森永ヒ素ミルク中毒事件は、乳幼児12,131名（そのうち死亡130名、1956年6月厚生省調べ）が被災したと記録される大規模なものであった。この事件の原因物質は、粉ミルクに混入していた“ヒ素”等の化学物質（以下単に「ヒ素」と表現す

る)であり、生後間もない心身の未発達な抵抗力の弱い乳児を主体とする集団が、主食である粉ミルクを摂取したことにより発生した事件であった。又、古今東西に類例を見ない、事件の背景や発生後の経過等に多々問題点を内包していたという点で、特異な出来事であった。問題の粉ミルクは、1955年の4～8月の森永乳業徳島工場製のMF印粉乳であった。この事件の被害者は、乳児だけではなくたにも関わらず、何故か「乳幼児だけ」とされた。「ひ素」と原因が明らかにされて後、森永製粉乳の使用停止、未使用缶の回収、被災児等の検診・診療が行われ、BAL等を用いた治療で被害児の臨床症状も急速に消退していき、年内に被害児の殆どが治癒したとされた。翌年(1956)の一斉「精密検診」の結果、「後遺症として認むべきものなし」として処理され¹⁾、医学的にも、行政的・社会的にも忘れられていった。

事件発生とともに被害児の親達は、各地で「被災者同盟」を組織し医療・補償問題で森永乳業と交渉を重ねたが、その後“第三者委員会”である「五人委員会」提示の企業責任を曖昧にした解決案にもとづく僅かばかりの“補償”と森永ひ素ミルク中毒後遺症究明等の研究助成を目的とした「森永奉仕会」の設立と引き換えに「被災者同盟」は解散した。

1969年の公衆衛生学会で、「14年目の訪問」が報告され、被害児の実態の一端が再び明るみにだされたのを契機に、事件は再び社会問題化し、医学的検診を含む被害者実態解明を目指す調査等が各地で取り組まれ、被害者救済事業の具体化を目指す運動へと発展していった。

「14年目の訪問」は、養護教員・保健婦等が事件発生後14年目に訪問した被害者の多くが、「なんらかの不健康な訴え」を持ち、医師のつける「病名」への疑問や不信感、「会社側の責任で健康診断を」という願いや後遺症への不安等を、被害者家族が訴えていることを明らかにした²⁾。「14年目の報告」の特徴は、養護教員が日々の仕事の中で問題に気付き、保健婦と共に調査した衛生学関係者と共に世に提起したことにある。この報告に対して西沢氏は「かかる重大な問題に臨床医が参加していないのは問題」と発言したが、この発言には事件発生当初、早くより看護婦ら第一線の医療従事者達が、“Mミルク”を問題にしていたにもかかわらず取り上げられず、その後に法医関係者に指摘されるまで、浜本氏(岡大)は「あろうことか」と問題に気付いていなかった¹⁾ことと類する問題を含んでいると言えよう。

「14年目の訪問」を契機に被害者組織「森永ミルク中毒の子どもを守る会」(以下守る会と略称)は全国組織化され、「被害者の結集、要求貫徹」「後遺症究明」「完

全治療、子どもを元に戻せ」「企業責任の追及」を旗印に、各地に支部を結成し、被害者の親を結集して次第に組織を拡大していく一方、厚生省、関係府県、企業森永に対し交渉が重ねられた。その過程で「森永ミルク中毒被害者の恒久的救済に関する対策案」(恒久対策案)⁹⁾が作成され、その実現に向けての運動が展開された。

1973年には、企業責任の明確化、恒久救済対策の確立を求めて、企業森永と国を相手取り民事訴訟が提訴された⁹⁾。訴訟が進行中の1973年の秋に、守る会・厚生省・企業森永の三者会談が開始され、年末には【企業責任を全面的に認め一切の義務を負担し、「恒久対策」案を尊重して被害者救済に当る、国は積極的に援助・協力する、「三者会談」は継続する等】との5項目確認書がかわされた。企業森永等は法廷で、長年にわたり何等の救済を講じなかったことを陳謝し、以後「ひかり協会」の判断・決定に従い、必要な費用は森永が負担すると回答して和解した⁹⁾。この確認書を受けて1974年4月、被害者救済機関である、公益法人「ひかり協会」が発足し、以来被害者の救済事業に取り組んで、今日に至っている¹²⁾。

3. 京都からの報告^{3), 4), 6), 10)}

京都での取り組みは、1969年からであった。この時期は、蜷川府政5期目で紫田 護氏との“世紀の決戦”の前夜であり、「大学粉争」の最中、大学では“研究とは何か”をめぐる議論が続いた時期であった。当時の蜷川府政は、住民運動あるところ行政的取り組みを展開するとの姿勢を基本に掲げていた。守る会京都支部は発足(1970年8月)への準備段階で京都府・京都市に、被害者救済に必要な事業の取り組みを求める要望書を提出している。その頃、守る会関係者、医師・保健婦、臨床心理研究者、行政関係者、弁護士、学生等を結集した「京都森永ひ素ミルク中毒調査研究会」(以下調査研究会と略称)が発足し(1970年8月)、守る会京都支部に協力して、事件の背景・経過の解明や被害者実態解明・被害者救済策確立を目的に、過去の事件関係資料の収集分析と被害者実態把握の為の疫学的な調査の準備、自治体に行政対応を求める働きかけ等に取り組んだ。

京都府・京都市は「府民・市民の暮らしと健康を守る」立場から、守る会の要請に応え「京都府森永ひ素ミルク中毒追跡調査委員会」(以下「行政委員会」と略称)を発足させている(1970年7月)。守る会と調査研究会、更には「行政委員会」がほぼ同じ頃に動き始め、共に学び相互に協力して被害実態把握の努力を重ねつつ、被害

者要求実現への取り組みを前進させていった。「行政委員会」は、当時把握し得た被害者名簿に基づき、保健婦の訪問面接調査による疫学的調査と、京大・京府医大等府下12ヶ所の病院での臨床医学的・臨床心理的検診（対象の多くは16才前後の被害者554名：1970年10月～1971年7月に第一次実態調査；1974・1977年に第二・三次追跡調査）を実施した。この追跡調査によって、被害者実態が解明され、調査結果に基づく被害者健康管理等の当面必要とされる救済対策のあり方が、具体的に提起された^{5), 11)}。

ところで、「厚生省名簿」（事件当時作成された被害者名簿）の返還（1972）で多数の「未確認被害者」の存在が明らかとなり、京都府は「未確認被害者」の実態調査を実施し、「京都府森永ひ素ミルク飲用者認定委員会」を設置して、未確認被害者の飲用認定作業に取り組んだ⁸⁾。

京都守る会は、被害者、家族の悩みを中心に据え、個人の人権擁護と加害企業の責任追求で一致して運動を進める過程で、被害者の要求を掘り起こし組織して会を拡大していった。調査研究会も調査研究活動、或いは守る会の民事訴訟や森永乳業相手の現地交渉等の取り組みを支援する取り組みを通して、新たな顔ぶれを加えつつ、被害実態解明過程で個々の専門領域の限界を共に協力して乗り越え、被害者要求実現に必要な集团的取り組みとして前進させていった^{3), 4)}。

4. 事件の経過に見られる特徴点^{3), 6), 8), 13)}

「森永問題」の経過には、様々な特徴点が見られるが、以下にその主なものを紹介する。

- 1) 事件の背景：①高度経済成長の始まる時期、「大量生産大量消費型」工場生産が軌道にのる時期だったことが指摘できる。②婦人の大規模な職場進出が始まった時期であり、粉乳の登場は、赤ちゃんから母乳を奪い女性の職場進出を容易にしたことが指摘できる。
- 2) 粉乳製造過程にみられる特徴点：①事件当時森永乳業徳島工場は、原料牛乳に「乳質安定剤」を添加してミルクを製造（古くなった原料牛乳に食品添加物を加えて新鮮牛乳並み pH に調整すると乳質が安定し水によく溶ける製品が出来る）していたが、1955年4～8月の製品に乳質安定剤として使用された「第二リン酸ソーダ」が、実際は「産業廃棄物」（ポーサイトからアルミナを精練する過程で生じたもので、第二リン酸ソーダの含有量が多いが、As・V・Na等も含有していた）だったことから、

粉乳に「ヒ素」が混入した。②この産業廃棄物は、薬品関連企業間を流通している間に二度脱色・再結晶の処理を受けただけで、協和産業から徳島工場へ納品され、徳島工場は自社の手で成分分析して品質を確かめることなく「食品添加物」として使用した。③安全性を無視した利益優先の企業主義が基本にあるところに事件の特徴を認めることができる。

- 3) 保健医療関係に関わる特徴点：①事件当時「成書」（医学の教科書等）記載の「ひ素中毒」の知識で事を判断していた。②「赤ちゃんコンクール」の行われた時期であり、保健医療関係者は企業と連携し“発育不良児”の母親に粉乳を勧奨していた。この年、岡山県下の“森永粉乳の市場占有率”は、3割から7割へと拡大したという。③事件発生後に、有毒缶飲用の有無に基づく疫学的調査で、被害者の全数把握の努力が払われていなかった。④一方、事件当初、各地の大学医療機関の診断基準は不統一で後に西沢委員会作成の「医学的診断基準」に統一されたが、その結果、診断基準に「合致せず」として、多数の被害児が「切捨て」られていった。⑤要するに、医学的診断基準に基づいた被害者認定が行われる限り、必然的に「未確認被害者」が発生することをこの事件は教えている。
- 4) 裁判問題：徳島地裁の第一審判決（1963）は、「信頼の原則」をもとに森永乳業を「無罪」としたために、企業の加害責任は追及されず、傷つけられた被害者の人権（権利）回復の努力が怠られるという結果となった。森永乳業徳島工場の製造課長に対して業務上過失致死傷害罪で「有罪」との判決（徳島地裁差戻審判決、1973）が下されたのは、事件発生後18年目のことであった。
- 5) 行政責任：①毒物取り締り上の責任、②添加物取り締り上の責任（当時、自然界に存在するものは添加物にあたらぬとされていたが、事件後法律改正がおこなわれた）、③被害者把握の不備と被害者放置の責任、等の行政責任が指摘される。
- 6) 事件の特異性：①歴史的にひ素による集団中毒事件の経験例は多いが、心身の発育・発達途上の特殊な時期のミルクを主食とする乳幼児の間での集団発生例は、世界的にも前例のない事件。②As等の化学物質による複合汚染。③事件当時から「後遺症」が危惧されたが、継続的な追跡調査は実施されなかった。④西沢委員会、五人委員会等のいわゆる「第三者委員会」が事件処理過程に登場したが、結果的に見て何れも加害者擁護の役割を果たしている。⑤事

件当時回収された粉乳缶は、「第三者委員会」の判断で“鶏の飼料”として売却され、その代価は「森永奉仕会」からの研究奨励金の一部とされたが、「ひ素」中毒被害者に直接係わりのある研究論文は、乏しかった。

5. 健康被害の推移

被害者の健康被害の状態に関しては、①事件当時の健康被害に関する西日本各地の大学等の各種報告^{1),6),8),9)}、②1969年の「14年目の報告」²⁾、③1971年の「16年目の報告—京都からの報告」⁵⁾、④1970～1977年の京都追跡調査結果等^{11),17)}の報告が上げられる。

この他に特徴的な報告として、1956年に実施された一斉「精密検診」の結果と1972年公表の岡山官製検診（1970年、厚生省の依頼を受けて岡山県が実施）結果がある。前者は、「後遺症として認むべきものなし」と結論されており⁶⁾、後者は、「健康状態を臨床的手段を用いて調査検討」した結果、「受診者の中には検診によって異常所見を指摘され、或いは、経過観察を必要とするものもあった。しかし、特異な病像を高い頻度に認めることはできなかった……当時の残像と思われる皮膚の色素異常を除けば、特徴的な共通点は指摘できなかった。特に、憂慮すべき経過をたどっているとは考えられず、遺伝と環境の交錯した思春期にある一団の健康像を示していると思われる」という内容であった⁷⁾。

それらに対して、「16年目の報告—京都からの報告」は、「被災児達の現在持っている諸種の精神的、身体的問題は、被災児が乳幼児期に、森永ひ素ミルク中毒を飲用させられたこと、更には、16年間放置されてきたことにより、生みだされたものと判断せざるを得ない」と結論しており⁵⁾、その後続く「京都追跡調査結果」では、①被害者の健康状態は、過去の障害の「静止した」遺残症状でなく、成長過程で修復され代償され抑制されながらも、形を変えてなお「生き」続けている動的過程にある。②被害者の健康状態は、健康状態が良好・継続群と悪い状態継続群、及びその中間群に区分されるが、中間群はこの8年間の時の経過と共に、症状が「軽快」と「悪化」の間で「動揺性」を呈しつつ、次第に良好群と悪化群へと「分極化」していく傾向が認められる。③健康状態に問題あるものほど、その「社会生活」は「一般的、標準的」な「社会生活」の水準からの「乖離」の拡大と、生活水準の相対的低下という特徴が認められる。④労働災害等で社会経済的条件の「悪化」による健康・生活影響の問題を重視する必要がある。⑤被害者を取巻

く社会経済的環境は、これまでの苦難の生活史にもまして新たな困難をもたらしており、彼等の今後の生活に、より一層深刻な問題をもたらす可能性がある。⑥被害者が加齢により「老化の度」を増すにつれ、健康被害の「悪化」或いは「悪性化」（皮膚所見の悪性化）という健康の質的な変化を来す可能性が危惧される」と報告されている¹¹⁾。

6. 「京都からの報告」の3つの問題

京都での取り組みでは、当初の重要な課題として、因果関係論（1955年中毒事件当時の実態と1970年当時の被害者の健康実態とをどう関連づけるか）^{5),13)}、被害者認定論（未確認被害者問題について）⁸⁾、被害論（被害者のかかえる被害実態の把握）^{11),13)}があった。これらは、何れも実態調査に基づいて課題の解明をしていったが、ここでは紙面の都合から「被害論」に関してのみ概要紹介し、前二者は省略するので、関係論文等を参照されたい^{14),16)}。

この事件での「被害」とは何か。京都での一連の取り組みを通して明らかにされたことを、事実即して結論的に述べるならば、森永ひ素ミルク中毒事件のもたらした「被害」は、事件当時の直接的・一次的な侵襲である「ひ素」中毒による肉体的な被害にとどまらず、その後の被害者の成長発達とともになお「生き」続けている動的な過程にある被害と、彼等が被った二次的・三次的な精神的・心理的影響をも含めた多彩な内容のものとして、かつ、彼等の「生活史の総和」により規定される被害者の健康上の諸問題や、今後続く諸問題もまた関連あるものとして、考えられる必要があるということである^{5),8),9),11),14)}。また、家族ぐるみの生活破壊や、家族や地域社会の人間阻害、或いは、親の高齢化に関わる問題といった諸問題も決して無関係ではないし、更には、被害者自身の老化の進行と関係する健康状態の「悪化」と「悪性化」の問題もある¹¹⁾。

要するに、「過去から続く健康上の諸問題克服」への努力と、「未来へと続く新たな質的健康問題」に備える努力が必要とされるのであり、被害者の「健康と生活」の実態に基づいた救済策が不可欠である。そのために必要な援助の柱として、健康管理、相談指導、労働衛生の視点を踏まえた就労対策、家庭療養・介護への援助、生活保障等を網羅した将来展望にたった中長期的な計画策定と計画的運用が求められる¹¹⁾。

7. 被害救済事業¹²⁾

1974年4月に発足した公益法人「ひかり協会」は、加害企業森永が毎年提供する経費（救済資金）によって、必要な被害者救済事業を実施している。事業は、「からだをもとに戻せ」との被害者要求に対して、「健康・教育、就労」を柱に展開されてきたが、今後、就労を軸に被害者の「自立・発達」保障の取り組みが重要となっている。協会の救済事業は、a) 自立と発達保障、b) 総合的事業（医療・福祉・教育・生活・就業等の総合的対応）、c) 個別の対応を救済原則とし、公的制度は自立・発達を保障する総合的救済として事業を充実させる立場に立って捉え、積極的活用を実践の基本としている。被害者が成人に達し事業が10年目を迎えたのを契機に「30才代をむかえての被害者救済事業のあり方」をめぐって「守る会」会員、被害者等関係者の論議が交わされたが、その論議を踏まえ、将来展望に立った新たな視点から、「三原則+自立へ向けての対策」を中心に、障害のため自立困難なものには親なき後の目標（将来設計）を親族・本人とともに個別に設定し、その目標に向かって、公的制度、社会資源の有効活用と協会事業としての具体化を図るとしている。

また、「健康・就労・教育」を柱に、被害者の自立発達を保障することを目指して、相談指導事業（相談活動、訪問指導、等）、保健医療（検診、健康管理、医療費支給、等）、生活保障援助（生活手当、介護料等の支給）、自立発達保障推進（社会教育、訪問教育、自立奨励、就職奨励、職場定着奨励、等）、交流会（地域交流会、被害者交流会、等）等の救済事業が実施されている。

救済事業は、協会理事会が策定した事業計画に基づき、各地の救済対策委員会（「14年目の訪問」以後各地で、守る会に協力してきた医師・保健婦、福祉関係者等と「守る会」等で構成、近年被害者当人も参加している）が個々の被害者状況に見合った指導・助言や適用事業を判断し、各地の現地事務所の職員が医師・保健婦、福祉関係者等の協力を得て具体化している。

協会が確認した被害者は、13,409名（うち、事件当時作成の厚生省名簿に搭載されていなかった未確認被害者で協会が飲用者と認定したもの1,041名）であるが、協会との接触を今もなお拒否している被害者も少なくない。救済事業に必要な経費は、協会が前年度の事業実績に基づいて企業森永に請求し、企業森永がそれに基づいた必要費用を拠出する事となっている。ひかり協会の予算は、発足の年1974年度は3億5千万円であったが、以来年々増額し、1991年度には14億2千万円と発足当初の約4倍

に達している。

8. 森永ミルク中毒事件と社会医学研究^{13), 14), 15), 16)}

この事件には、様々な特徴点・問題点や、その後続く様々な公害事件に共通する教訓を多々見出すことが出来る。ここでは、先に紹介した視点と若干違った角度から事件の経過にみられる特徴点を整理して概要紹介する。①健康問題の起伏、即ち、疾病発生・症状経過等を規定する要因は、人為的社会的な存在という性格をもっていること、②疾病発生・症状経過等を規定する要因は複合的存在であり、多因子病因論として把握されなければならないこと、③京都での経験は「個を集団の中でとらえ、集団を個の認識の上に立って把握する」言葉を変えれば、「集団は個を規定し、個は集団を規定する」ことの重要性を教えていること、④「被害者と関係者の集団的行動」と「それを通しての要求結集」の行動が、「専門家集団の組織化」を進め、或いは「守る会組織の拡大」をもたらしていること、⑤守る会と「専門家集団」の「共同思考」と「協同作業」を可能としたところに京都での取り組みの前進の鍵があること、⑥行政が基本的に、守る会、専門家集団と同一基盤に立って連携しつつ取り組んだ事が重要であり、「生命と暮らしを守る砦としての自治体」の存在が重要であること、⑦「医学診断基準」に基づいて被害者認定がなされる限り、「被害者切捨て」は避けられず、未確認被害者が必然的に生み出されること、⑧「被害」は、事件当時の直接的影響だけに止まらず、精神的・社会的な問題も含む「生命と暮らし」の全般に及んでいること、⑨「被害」は、健康問題に限っても、事件当時の急性症状の起伏で完結するものではなく、被害者の老化の進行とも関係して健康状態の「悪化」と「悪性化」の恐れがあり、なお「生き」続けている動的な状況にあること、⑩被害者のたどってきた生活史に明らかのように「健康の質は生活史の総和によって規定される」ものであること、⑪被害者の生活史には、「健康水準の低下→就労機会の制約→生活水準の低下→健康水準の低下→」という〔悪循環〕が認められる事例が少なくないこと、⑫被害者救済対策として、「過去から続く健康上の諸問題」の克服の努力と「未来に続く新たな質の健康問題」に備えた取り組みと「生命の暮らし」を支える総合的対応が重視される必要があること、⑬事件の過程で登場した各種の「第三者委員会」が果たした役割は、森永問題の経過に結果として示されているように、決して「公正、中立」ではなく加害者側に利する結果となっており、公害問題に「第三者」は存在

し得ないことを教えている。

社会医学的な視点としてみるならば、「森永問題」は次ぎの諸点を重要な問題として提起している。①健康問題を規定する諸因子を社会経済的要因との関わりで解明することが重要であること、②対象は、「社会集団」及び「集団を構成している個」であること、③健康問題の経過と社会経済的要因との関わりを重視し、健康問題の発生・拡大を左右する要因の追求に目を向けること、④「健康」と「暮らし」の相互関連性、相互影響性の解明を重視すること、⑤健康維持・疾病予防・健康回復対策と社会経済的因子との関わりに目を向けることが重要であること、⑥「生命と暮らし」を守るのに必要な社会経済的条件の解明が必要であり、「存在するのは病者」「病者とは心身の不快、不調、不能を感じて、不安を訴える者」(中川)であり「病苦からの開放」が追求されるべき課題であること、⑦「社会集団」と社会的存在としての個人の健康状態と社会生活環境・条件との相互関係を明らかにする必要があること、⑧「生命と暮らし」を守るに必要な社会的組織的取り組みの方向性の解明とあり方を追求しなければならないこと、⑨諸科学の知見・技術・方法等諸科学の成果を応用して取り組み、ことに社会科学の関係を重視すること、⑩つねに医学・医療は如何にあるべきかという、現状・問題の所在・現状規定要因の追究が重視される必要があること、⑪現在医学に対する批判、反省の研究・実践方策の検討、といった諸点を踏まえての健康問題に関わる現実課題の追求が必要とされること。

森永ひ素ミルク中毒事件を「ふたたび社会医学とは何かを考える」素材として提起したのも、「具体的課題の追究・解明を通して、社会と医学・医療の関わりを考える」「健康問題と社会経済的諸条件とのかわり」を考える、との立場からであり、森永ひ素ミルク中毒事件の経過に見られる特徴的な問題を提供し、論議の素材としたいと考えたからである。東田先生は、「社会医学とは、①社会的存在である人間を対象として、②人々の健康と疾病に関わりのある〈社会的条件を究明〉し、③人々の健康を守るために必要な〈社会条件の規範〉を求め、④その〈規範の実現〉を図るための、科学である」¹⁸⁾と定義されたが、「森永問題」の事件の発生から今日に至る被害者の健康問題をめぐる取り組みの過程に、「社会医学的な視点」からの取り組みの経過と「社会医学とは」という問いかけに対する回答への鍵が含まれていると考える。

[参考文献] (主なるもの)

1. 浜本編：岡山県における粉乳砒素中毒症記録、岡山県、岡山、1957
2. 飯淵・他：14年前の森永MFひ素ミルク中毒患者はその後どうなっているか、日公衛誌、16(3), p.170, 1969
3. 高谷：運動・要求・集団の発展、社会医学研究、11(3), 1971
4. 山下：京都における森永ひ素ミルク中毒問題の取組みの状況について、医学評論、No.39, 1971
5. 山下・他：京都における森永ひ素ミルク中毒被害児の現状、日衛誌、27(4), 1972
6. 山下・他編著：森永ミルク中毒事件—京都からの報告、ミネルヴァ書房、1973
7. 山下・他：岡山県粉乳ひ素中毒調査委員会の検診結果報告書の問題点、社会医学研究、13(1), 1973
8. 山下・他：森永ひ素ミルク中毒事件におけるいわゆる未確認問題について、日衛誌、28(1), 1973
9. 森永ミルク中毒被害者弁護団：森永ミルク中毒事件と裁判、ミネルヴァ書房、1974
10. 山下：京都からの報告、森永ひ素ミルク闘争二十年史、医事薬事新報社、1977
11. 山下・他：成人期に達した森永ひ素ミルク中毒事件被害者に見られる健康被害の特徴とこれからの「救済」対策のあり方をめぐって、健康会議、36(2)、1984
12. 財団法人ひかり協会：ひかり協会10年のあゆみ—恒久救済の道を求めて、1985
13. 山下：森永ひ素ミルク中毒事件と被害者のその後、公衆衛生、51(8), 1987
14. 山下：人為的・社会的健康破壊の原因の立証—森永ひ素ミルク中毒事件とマンガン中毒問題の経験から、西尾・細川編：新労働科学論(第I部)・労働経済社、1988
15. 山下：森永ひ素ミルク中毒事件の教えるもの、小栗編：環境問題と保健活動、医学書院、1990
16. 山下：森永ひ素ミルク中毒事件にみられる社会医学的特徴、第32回社会医学研究会総会抄録集、1991
17. 山下・他：森永ひ素ミルク中毒事件被害者のその後、第32回社会医学研究会総会抄録集、1991
18. 東田：わたしの「社会医学」について、社会医学研究レター、1(1)、1991

一 般 論 文

日本の血友病患者の HIV 感染の予見・回避可能性について

片平 洌彦・佐藤 嗣道

(東京医科歯科大学難治疾患研究所情報医学研究部門)

The possibility of the forecast and avoidance of infection of Japanese hemophiliacs with HIV.

Kiyohiko KATAHIRA and Tsugumichi SATOH

(Division of Information Medicine, Medical Research Institute, Tokyo Medical & Dental University)

1. 序 論

日本ではエイズウイルス (HIV) に汚染された米国で採取した血漿を原料とする濃縮血液製剤 (以下「米国由来製剤」) を血友病の治療に用い、多数の血友病患者が HIV に感染したことが指摘されている。このような結果の予見可能性に関連して、筆者らはこれまでに、米国及び日本で米国由来製剤の HIV 汚染の危険性がどの時点でもどのように指摘されていたかについて報告した^{1,2)}。日本の血友病患者の HIV 感染は「今世紀における医療の最大の悲劇の一つ」と言われている³⁾が、本報告ではこれを予見し回避することは不可能であったのか、可能であったとすればどの時点でもどのようなことをすれば良かったのかを解明することを試みた。

このためエイズ、血液行政と血液製剤、血友病に関する国内外の文献を収集し、また関係者に聞き取りを行い、考察した。

2. 日本における血友病患者の HIV 感染・エイズ発症の実態

1) 1992年2月末時点での実態

表1. 日本の AIDS 患者累積報告数 (単位:人)

区 分	男 性	女 性	合 計
異性間性的接触	25 (5)	8 (2)	33 (7)
男性同性愛	61(20)	—	61(20)
凝固因子製剤	…(-)	…(-)	324(-)
その他・不明	36(13)	4 (-)	40(13)
合 計	…(38)	…(2)	458(40)

注)かっこ内は外国人(再掲)。1992年2月末現在。
[出典:文献4), 104頁]

厚生省エイズサーベイランス委員会の報告によると、1992年2月末日現在、日本のエイズ患者は458人、エイズウイルス (HIV) 感染者数は2,008人である。このうち、血友病患者が関係する凝固因子製剤によるとされているのは、患者324人 (患者全体の71%)、感染者1,531人 (感染者全体の76%) である⁴⁾ (表1, 表2)。

このように、日本ではエイズは医薬品としての凝固因子製剤をつうじてのエイズウイルス感染による薬害として特徴づけられるといえる。

「HIV 感染者発症予防・治療に関する研究班」の報告によると、1991年11月末現在、日本の血友病及び類縁疾患の患者4171人のうち1,531人 (36.7%) が HIV に感染し、内324人 (21.2%) がエイズを発症 (うち174人はすでに死亡) している⁵⁾。

2) HIV 感染血友病患者の発生と認定の経過

血友病患者の HIV 感染は、患者の保存血清の HIV 抗体測定をすることにより明らかにできるが、この方法によると、抗体が最初に陽転した時期としては、三間屋ら⁶⁾は1981年9月、Iizukaら⁷⁾は1980年、柏木ら⁸⁾、嶋ら⁹⁾は1983年であると報告している。

塩川優一らの編集による「日本のエイズ症例」には日本でのエイズ症例30例の経過が記されているが、その中

表2. 日本の HIV 感染者累積報告数 (単位:人)

区 分	男 性	女 性	合 計
異性間性的接触	90	143	233
男性同性愛	122	—	122
凝固因子製剤	…	…	1,531
その他・不明	47	75	122
合 計	…	…	2,008

注)凝固因子製剤によるものは患者を含む。1992年2月末日現在。
[出典:文献4), 104頁]

で抗 HIV 抗体陽転が最も古いのは Case 17で、「1979年12月の検体において PA 法、ELISA 法陽性……」であり、「本症例の HIV 感染時期は1979年3月～12月頃と推定される」と記されている¹⁰⁾。そして、抗体陽転率が30%を超えたのは、Iizuka ら⁷⁾は1983年から、三間屋ら⁶⁾は1982年からとしている。

これらの報告から、日本の血友病患者が HIV に感染したのは遅くとも1979年以降であり、1982年頃からの数が急増したものと考えられる。

感染者数の全国的な年次推移は、抗体陽転の時期によるものは不明だが、厚生省エイズサーベイランス委員会(1984年9月発足)が感染者と認定した時期によるものは、1989年5月11日までの分については表3の通りである。この表から、日本で最初に HIV 感染者と認定されたのは「凝固因子製剤以外」で1985年3月22日であること、1987年になり認定者数が急増しているが、とりわけ

「凝固因子製剤」による者の数が急増していることがわかる。

3) エイズ発症血友病患者の発生と認定の経過

次に前記の HIV 感染者のうち、エイズの症状が発生した人は、いつからそうした症状を起し、いつ認定されたのであろうか。予見可能性との関係で問題となるのは最初の症例であるから、以下初期の例に絞って考察してみることにする。

前記の「日本のエイズ症例」に記されている血友病の17症例の報告から、エイズを疑わせる初期症状の記載年月を比較すると、最も古いのは前記の“Case 17”で、「1979年3月から同年12月までの間に8回にわたり第Ⅸ因子製剤(B社製)が投与されているが、3月、6月、12月の3回の製剤輸注翌日頃より3日から2週間にわたる発熱、下痢、食欲不振、倦怠感などの非特異的ウィルス感染様症状が発現していることが本人の日記より明ら

表3. HIV 感染者(患者を含む)報告数

エイズサーベイランス委開催年月日	昭和60 3/22	5/30	7/10	10/22	昭和61 1/31	4/3	6/12	9/26
凝固因子製剤以外	1	(3) 2	(3) —	(6) 3	(7) 1	(8) 1	(8) —	(10) 2
凝固因子製剤	—	(3) 3	(5) 2	(5) —	(7) 2	(7) —	(8) 1	(11) 3
合計	1	(6) 5	(8) 2	(11) 3	(14) 3	(15) 1	(16) 1	(21) 5

エイズサーベイランス委開催年月日	12/19	昭和62 1/17	2/25	3/19	4/23	6/16	9/4	11/24
凝固因子製剤以外	(11) 1	(12) 1	(13) 1	(14) 1	(42) 28	(55) 13	(71) 16	(81) 10
凝固因子製剤	(14) 3	(14) —	(16) 2	(22) 6	(183) 161	(243) 60	(277) 34	(964) *687
合計	(25) 4	(26) 1	(29) 3	(36) 7	(225) 189	(298) 73	(348) 50	(1,045) 697

エイズサーベイランス委開催年月日	昭和63 2/19	5/18	8/31	昭和64 1/6	平元 5/11
凝固因子製剤以外	(97) 16	(106) 9	(118) 12	(132) 14	(140) 8
凝固因子製剤	(985) 21	(1,012) 27	(1,020) 8	(1,030) 10	(1,033) 3
合計	(1,082) 37	(1,118) 36	(1,138) 20	(1,162) 24	(1,173) 11

[厚生省調べ]

注 1) ()内の数値は、累計数である。

2) *687名のうち667名は、研究班報告による。

[出典：文献17), 128頁。]

かになった」と記されている¹⁰⁾。この「非特異的ウイルス感染様症状」がエイズの初期症状であるとすれば、“Case 17”が日本の HIV 感染血友病患者の中で最初のエイズ症状発症例ということになる。しかし、本例がいつの時点でエイズと認定されたかは明らかではない。

“Case 17”に次いで古い症例は“Case 1”である。この症例（48歳、男性、日本人、血友病 B 患者）については概略以下のように記されている。22歳で血友病 B と診断され、1973年より月 1～2 回、第Ⅸ因子複合製剤の補充療法を受けていた。1981年 8 月頃より発熱、腹痛、下痢をくり返し、全身倦怠感、食思不振が出現した。精査目的のため1982年 1 月と 3 月に当科に入院したが、原因不明であった。5 月に第 3 回目の入院となり EBV 感染と診断。1983年 3 月第 4 回目の入院。発熱が続き、3 週間後に口腔および食道カンジタ症が出現。その後、意識障害、melena 等が出現し、1983年 7 月重症感染症による悪液質および肝不全にて死亡。

この症例についての記載は、1985年 5 月発行の「代謝」¹²⁾で安部により AIDS として報告された 2 例のうちの「症例 1」と一致しており、この「症例 1」は1985年 5 月30日に厚生省により日本で初めて血友病のエイズ症例として認定された 3 人のうちの 1 人（P 氏）であること^{13,14)}からすれば、上記の“Case 1”は、日本で最初にエイズと認定された血友病の患者の 1 人ということになる。しかも、P 氏については、死後の1983年 7 月19日に安部教授も出席して開かれた厚生省のエイズ調査研究班では「エイズと断定できず」とされていたことが明らかにされている^{13,15,16)}。

以上のことから、「症例 1」はエイズと認定されるのに 1 年10ヵ月を要したことになり、このように時間を要した理由につき解明することが必要である。

なお、厚生省エイズ・ベイルランス委員会がエイズ患者と認定した時期による患者数（1989年 5 月11日までの分）は表 4 の通りである。

表 4. エイズ患者報告数

エイズサーベイランス委開催年月日	昭和60 3/22	5/30	7/10	10/22	昭和61 1/31	4/3	6/12	9/26
凝固因子製剤以外	1	(3) 2	(3) —	(6) 3	(7) 1	(8) 1	(8) —	(10) 2
凝固因子製剤	—	(3) 3	(5) 2	(5) —	(7) 2	(7) —	(8) 1	(11) 3
合計	1	(6) 5	(8) 2	(11) 3	(14) 3	(15) 1	(16) 1	(21) 5

エイズサーベイランス委開催年月日	12/19	昭和62 1/17	2/25	3/19	4/23	6/16	9/4	11/24
凝固因子製剤以外	(11) 1	(12) 1	(13) 1	(14) 1	(14) —	(17) 3	(21) 4	(25) 4
凝固因子製剤	(14) 3	(14) —	(16) 2	(22) 6	(24) 2	(26) 2	(29) 3	(34) 5
合計	(25) 4	(26) 1	(29) 3	(36) 7	(38) 2	(43) 5	(50) 7	(59) 9

エイズサーベイランス委開催年月日	昭和63 2/19	5/18	8/31	昭和64 1/6	平元 5/11
凝固因子製剤以外	(29) 4	(34) 5	(39) 5	(44) 5	(47) 3
凝固因子製剤	(37) 3	(46) 9	(51) 5	(53) 2	(54) 1
合計	(66) 7	(80) 14	(90) 10	(97) 7	(101) 4

[厚生省調べ]

注 1) () 内の数値は、累計数である。

[(出典：文献17), 127頁]

3. 米国由来製剤の HIV による汚染の予見可能性

それでは、米国由来製剤が HIV に汚染されている可能性があるという情報は、日本にはいつ頃、誰に、どのような形で伝えられたのだろうか。そうした情報にいち早く接するのは、医学関係者、行政当局、製薬会社そしてマスコミ関係者であり、そうした関係者がどの時点でどのような情報を得ていたか、そして、その情報をどのように受け取り、どう行動したのかを明らかにする必要がある。

考察の材料とするため、関係資料より別表のように年表を作成した。

年表よりわかることは、後にエイズと命名される新しい疾患が血液を介して感染する可能性があることは、1982年7月の段階で疑いである。すなわち、米国 CDC 発行の MMWR 誌は、血友病患者の中にカリニ肺炎をおこした人が3人発生していることを伝え、感染経路が血液である可能性を示唆（7月16日）、ワシントンポスト誌が「新しい免疫システムを破壊する病気」の流行を報じ（7月18日）、毎日新聞はこの報道を引用する形で、7月8日現在471人の患者が確認され、うち184人が死亡したことを伝え、「患者はほとんどが同性愛愛好者の若い男性。しかしその後、重度の麻薬常用者や血友病患者などにも広がり始めている。」と記している。この記事は日本では初の米国におけるエイズ発生に関する報道と考えられるが、その中に「血友病患者などにも広がり始めている」と記載されているのである。

これらおよびその後のエイズに関する情報を日本の製薬企業、厚生省、医学関係者、そして血友病患者がどのように受け止めたかの詳細は今後解明が必要だが、年表から、①血友病患者がエイズ流行と血友病との関係に懸念を抱いていたこと（1982年11月23日）②厚生省も遅くとも1983年5月には「きわめて重大な関心を持っていた」こと（1983年5月26日）③製薬企業の中には、日本の血友病患者が血液製剤を介してエイズに罹患する危険性（以下「血液製剤の危険性」）を軽視する傾向が見られたこと（1983年7月19日以降のミドリ十字と8月のカッタージャパン）④医学関係者の中には、血液製剤の危険性を警告する指摘（1983年7月2日の長尾大、8月20日の大野竜三）と逆にそれを軽視する発言（1983年7月12日、安部英）があったこと、等が指摘できる。

4. 日本の血友病患者の HIV のような予後不良感染症感染の予見・回避可能性

それでは、日本の血友病患者が濃縮製剤を通じて HIV のような予後不良の感染症に感染するという危険性はどの時点で予測でき、そうした危険を回避することはどの時点で可能だったであろうか。以下「3つの機会」につき検討してみよう。

1) 濃縮製剤製造承認・発売時

その第1の機会は、濃縮製剤の製造承認・発売の時点であった。

日本においては、濃縮製剤は第Ⅸ因子製剤が1972年から、また第Ⅷ因子製剤は1978年から、それぞれ製造・輸入の承認を受けて発売が開始されている（表5）。この濃縮製剤（乾燥濃縮抗血友病人グロブリン製剤）は、それまでの血友病治療薬であるクリオプレシピテート（クリオ）に比較すれば効果は高いと報告されているが、50～20,000人位の血液を混和して作ることから、供血者の中にウイルス等の感染者がいた場合は、それらにより汚染される危険性が高い。「東京地裁 HIV 訴訟」において国が「細菌やウイルス等の病原微生物による感染症が血液製剤を通じて、血液製剤の施用を受けた者に感染を引き起こす危険性は、血液製剤の有する危険性の代表的なものである¹⁷⁾。」と述べている通りである。

ところで、薬事法においては、1978年当時の改正前のそれであっても、「病原微生物により汚染され、または汚染されている恐れがある医薬品」は製造・輸入等が禁止されていた（第56条）のであるから、そうしたおそれの高い濃縮製剤の製造・輸入の承認に際しては、薬事法のこの条項に触れないかどうかを慎重に検討し、そうしたおそれがあった場合には製造・輸入を承認すべきではなかったし、また、承認後にそうしたおそれが生じたときは、ただちに禁止すべきであったといえる。

本件濃縮製剤の場合はどうか。

もちろん、1978年の段階ではエイズは報告されていないから、その予測は無理である。しかし、血液を介する感染症は、代表的なものだけ挙げても、マラリア、梅毒、肝炎などがあり、これらは HIV の登場以前に発生していた。濃縮製剤投与による肝炎発生は1970年から報告されていた¹⁸⁾。こうした病原体による汚染対策の1つに、血液製剤の加熱処理がある。濃縮製剤と同じ血漿分画製剤であるアルブミン製剤を通じての血清肝炎への感染は1940年代に問題となり、Gellis らはその対策として製剤への加熱の有効性を1948年に報告している¹⁹⁾。加熱第Ⅷ因子濃縮製剤は、西ドイツではベーリング社が1978年

表5. 日本で市販された凝固因子製剤

	製 剤 名	原料血漿	製造会社名	輸入会社名	承認年月日	承認の種類
第Ⅷ因子製剤	クリオブリン	外国	イムノ(オーストリア)	日本臓器	1978. 8 . 1	輸入
	コ ー エ イ ト	〃	カッター (米国)	バイエル薬品 (米国)	〃	〃
	プロフィレート	〃	ミドリ十字	ミドリ十字	〃	〃
	コンコエイト	〃	〃	—	〃	製造
	コンファクトエイト	〃	化学及血清療法研究所	—	〃	〃
	ヘモフィルS	〃	トラベノール (米国)	バクスター (米国)	1982. 7 . 27	輸入
	ヘモフィルH	〃	〃	〃	〃	〃
ハイクリオ	日本	日本製薬	—		製造	
第Ⅸ因子製剤	コ ー ナ イ ン	外国	カッター社	大塚製薬	1978. 1 . 27	輸入
	P P S B	日本	日本製薬	—	〃	製造
	クリスマシン	外国	ミドリ十字	—	1976.12.27	〃
	ベノビール	〃	イムノ	日本臓器	1978. 1 . 28	輸入
プロプレックス	〃	トラベノール	バクスター	1983. 5 . 23	〃	
バイパス製剤	ファイバ「イムノ」	外国	イムノ社	日本臓器	1983. 5 . 27	輸入
	オートプレックス	〃	トラベノール	バクスター	1985. 8 . 22	〃

[資料：文献17) および毎日新聞社会部「隠されたエイズ」(ダイヤモンド社)より]

に開発し、1981年より発売を開始しており²⁰⁾、アメリカでは1983年3月よりトラベノール社が発売している¹⁾。これらは肝炎ウイルス対策として開発されたものだが、HIVも熱に弱く、結果的にHIVのリスクを低くするのにも役立ったことになる。

以上のことから、日本においては1978年の濃縮製剤の製造・輸入の承認の際、製剤の安全性を確保するため、肝炎対策として加熱処理をを求めることを検討すべきであったといえるが、こうしたことはなされていない。ちなみに、日本においてHIV対策で加熱処理製剤の市販が認められたのは1985年7月に至ってであった。

2) 血液がエイズの1感染経路と疑われた時

その第2の機会、1982年7月であった。すなわち、前記のように、この時点で、後にエイズと命名される予後不良の免疫不全患者が血友病患者にも発生していることがわかり、血液が感染経路の1つと疑われたからである。この時点では、後記のように日本で使用している血液製剤の原料の大部分を米国での採取血漿に依存していることは明らかであり、その米国でエイズが発生したのだから、濃縮製剤の安全性確保は切迫した緊急課題であり、米国由来製剤の使用中止措置が検討されてしかるべきであった。しかし、このような検討はされていない。

3) エイズの日本上陸が疑われた時

その第3の機会、1983年6～7月であった。この時点では、前記のように、日本の厚生省・製薬会社・医学関係者・マスコミには米国でのエイズの流行とその日本上陸の有無が問題とされていたのであるから、濃縮製剤対策はますます緊急の課題であった。厚生省の郡司課長はこのことを認識して米国由来製剤の使用中止をはかったのであるが、「血液製剤小委員会」の医師ら、また販売に携わる製薬会社は同じ認識を持たなかったわけである。

濃縮製剤の使用中止で問題となるのは、濃縮製剤はこれがなければ患者が生命の危険にさらされるほど、血友病の治療に不可欠であったかどうかである。この点につき、清水勝²¹⁾は「ほとんどすべての血友病患者はクリオでの治療が可能で濃縮製剤の適応は一部に限られる」との見解を記しており(1983年)、山田兼雄もクリオの有効性を指摘している(1991年6月7日の東京地裁証言)。

結 論

日本の血友病患者が米国由来の血液製剤を通じて

HIVに感染することを予見し回避することは不可能であったのかにつき考察した。その結果、以下のことが判明した。

1. 米国由来製剤の HIV そのものによる汚染の予見可能性はおそくとも1982年7月には生じていたと考えられた。
2. 日本においては血友病患者の HIV 感染を防止または被害拡大を阻止する機会は少なくとも次の3回、すなわち(1)濃縮製剤製造承認・発売時(2)血液がエイズの1感染経路と疑われた時(3)エイズの日本上陸が疑われた時にあったのに、いずれの場合も適切な対策がとられなかった。

文 献

- 1) 片平洸彦：日本の血友病患者のエイズ感染の予見可能性について(第1報)米国におけるエイズ発症血友病患者に関する初期の報告と関係機関の対応。 *AIDS Journal*, 2(1)77-83, 1989.
- 2) 片平洸彦, 佐藤嗣道：日本の血友病患者のエイズ感染の予見可能性について(第2報)日本における血友病患者のエイズ感染・発症の実態とその予見可能性について。 *社会医学研究*, 第31回社会医学研究会総会講演集, 67-68, 1990.
- 3) 山田兼雄：はじめに, 厚生省昭和61年度 HIV キャリアの発症予防・治療に関する研究班研究報告書, 1986.
- 4) AIDS 情報ファイル(71), *日医新報*, 3548:104, 1992.
- 5) AIDS 情報ファイル(69), *日医新報*, 3540:161, 1992.
- 6) 三間屋純一ほか：静岡県下血友病患者における HTLV-III/LAV 汚染時期と免疫能との関連について。 *臨床血液*, 27(6)866-871, 1986.
- 7) Iizuka, A. et al.: A longitudinal study on seroconversion of HTLV-III / LAV in Japanese haemophiliacs. *Br.J. Haematol.* 65:249-250, 1987.
- 8) 柏木征三郎ほか：福岡地方の血友病患者における HIV 感染の時期の検討。 *エイズ研究会第1回学術集会抄録*, 44, 1987.
- 9) 嶋裕子ほか：血友病における Human Immune Deficiency Virus (HIV) 感染。 *奈医誌* 38:318-323, 1987.
- 10) (執筆者記載なし)：Case 17, Male 28Y. *Japanese Hemophilia B*, 厚生省感染症対策室監修, 日本のエイズ症例, 79-86, 日本公衆衛生協会, 1988.
- 11) (執筆者記載なし)：Case 1, Male 48Y. *Japanese Hemophilia B*, 厚生省感染症対策室監修, 日本のエイズ症例, 1-5, 日本公衆衛生協会, 1988.
- 12) 安部英：AIDS. 代謝, 22(5)254-256, 1985.
- 13) 朝日新聞, 1985年3月21日朝刊.
- 14) 朝日新聞, 1985年5月31日朝刊.
- 15) 読売新聞, 1983年8月20日朝刊.
- 16) 毎日新聞, 1985年5月31日朝刊.
- 17) 被告国指定代理人, 準備書面(四), 1990年10月29日.
- 18) Kingdon, HS: Hepatitis after konÿne. *Ann. Intern. Med.* 73:656-670, 1970.
- 19) Gellis, SS et al.: Chemical, clinical and immunological studies on the products of human plasma fractionation. XXXVI. Inactivation of the virus of homologous serum hepatitis in solutions of normal human serum albumin by means of heat. *J. Clin. Invest.*, 27:239-244, 1948.
- 20) 被告バイエル薬品株式会社代理人, 準備書面(四), 1990. 12. 17.
- 21) 清水勝：血液凝固異常と輸血。 *医学と薬学*, 9:149-158, 1983.

エイズ問題年表

(1981年6月—1985年7月)

〔アンダーラインは米国など外国での事項〕

- 1981年6月5日 米国防疫センター（CDC）発行のMMWR誌上に5名の男性同性愛者にカリニ肺炎発生の報告。
- 7月3日 MMWR誌、カポジ肉腫と診断された26人の男性同性愛者の症例を報告。
- 12月10日 ニューイングランド医学雑誌（NEJM）、患者の免疫異常の事実を指摘したGottliebらの論文など3編を掲載。
- 1982年1月 NEJM誌、「目下多発しているカポジ肉腫と日和見感染に関する疫学的考察」と題するCDCの特別報告を掲載。
- 7月16日 MMWR誌、血友病Aの患者のうちカリニ肺炎にかかった人が3人おり、3人とも頻回に第8因子濃縮製剤の投与を受けていたことを報告。
- 7月18日 ワシントンポスト誌、米国で新しい免疫システムを破壊する病気が流行し、確認された患者は米国24州と他の8ヵ国で471人、うち184人が死亡と報道。〔毎日記事より〕
- 7月20日 毎日新聞、ワシントン・ポストの報道内容を伝え、その中で「患者はほとんどが同性愛愛好者の若い男性。しかしその後、重度の麻薬常用者や血友病患者などにも広がり始めている。」と記載。
- 9月24日 CDC、問題の病気を「後天性免疫不全症候群（AIDS）」と命名。
- 10月 高知医大小林・三好ら、JAMAに「原虫性肺炎および皮膚炎について」と題し、36才の主婦の症例を報告。のちに日本初のエイズ例かと疑われるが、厚生省研究班では否定。
- 11月23日 東友会（東京ヘモフィリア友の会）総会にて患者から米国でのエイズ流行につき質問があり、帝京大風間医師は「（血友病患者には）関係のないホモの病気」と回答。
- 12月 MMWR誌、その後血友病患者の中からさらに5人（1人は疑い）のエイズ患者が出たこと、うち2人は10歳以下の小児であったことを報告。
- 1983年1月13日 NEJM誌、濃縮製剤による治療の危険性を示すデータを示し警告した論文を掲載。
- 1月14日 米国血友病財団（NHF）、「血友病患者のエイズ予防の勧告」を出す。
- 2月1日 血友病患者の凝固剤自己注射療法が認可され、各病院で患者教育開始。
- 3月4日 CDC、MMWR誌上に「AIDSの予防：機関相互間の勧告の報告」と題する報告を記載。
- 3月10日 「Medical Tribune」が、「第8因子と呼ばれる血液濃縮物によってこの疾患に罹するとCDCの研究者らは推測」と記す。
- 3月24日 FDA、血漿製剤業者と血漿を採取している研究機関に対しエイズ予防策を勧告。
- 3月 「科学」（岩波書店）、米国でのエイズ多発を紹介し、「最近になって……血友病患者にAIDSが多発していることがわかり、関心を集めている」「血友病患者の場合は血液凝固因子の注射をくりかえすのがふつうなので、血液を介しての感染にちがいない。」と記す。
- 3月 トラベノール社がアメリカでの加熱製剤の申請データを持って、厚生省に相談。
- 4月19日 毎日新聞が「AIDS——米国で流行の死亡率高いナゾの伝染病」という記事を出す。帝京大・風間教授は「1人でも（血友病患者に）発生すれば大変なこと」と談話。
- 5月 フランスのモンタニエら、リンパ節腫脹の患者から新しい型のレトロウィルスを分離し、LAVと命名
- 5月 厚生省、血液製剤メーカーからエイズに関する情報提供を受ける。

- 5月16日 「医学界新聞」、「急増する米国の AIDS」と題する中で、「血友病の患者は11例、死亡率73%。米国には2万人の血友病患者がいるが、AIDSはこれら患者の脅威となっている。というのは毎年ドナーから血液成分輸血（factor VIII）を受けるが、その際1回投与量で数万人のドナーの血液に晒されるからだ」と記す。
- 5月25日 朝日新聞が米国でのエイズ多発と仏政府の米国人血液の輸入禁止措置を報道。
- 5月26日 読売新聞が「米で流行“恐怖の奇病”厚生省が厳戒体制」と題する記事。この中で、郡司厚生省生物製剤課長は、「血漿製剤は9割以上アメリカからの輸入に頼っており、AIDSについては、きわめて重大な関心をもっている」と談話。
- 5月 トラベノール本社血液事業部担当者、厚生省に加熱製剤の早期輸入承認申入れ。
- 5月 「科学朝日」見角鋭二記者、同誌にて、「アメリカを覆う奇病AIDS」を紹介。「血友病患者がふるえあがった」とし、「第8因子が何らかの関与」と記す。
- 6月13日 厚生省、「AIDS（後天性免疫不全症候群）の実態把握に関する研究班」（安部英班長）設置。研究班内に「血液製剤小委員会」（風間睦美委員長）と「エイズ診断基準小委員会」（塩川優一委員長）が設けられる。
- 6月 厚生省、日本血液製剤協会を通じ、業界のエイズ対策を聴取。
- 6月 郡司課長、血液製剤小委員会に、米国血液の全面輸入禁止を諮問。委員会が反対し断念。（Washington Post'88. 6. 23, 毎日新聞'88. 6. 24）
- 6月 「日経メディカル」、天野宏記者が「米で急増、後天性免疫不全症候群 血液を介して感染？日本上陸も時間の問題」をまとめる。エイズと血液との関係を焦点にし、米国の動向を詳しく紹介。
- 7月2日 神奈川こども医療センター・長尾大、「医学のあゆみ」にて AIDS を論評し、血液製剤による感染を示唆、警告。
- 7月7日 元厚生省薬務局勤務・清水晴子が毎日新聞の「編集者への手紙」欄で、血液製剤の米国からの輸入を即時禁止するよう主張。
- 7月12日 朝日新聞が、「AIDS 国内に上陸の疑い 五十代男性、血友病患者、今月死亡、似た症状」と記事。帝京大・安部教授の患者だが、安部は「現時点で断定できぬ。血液製剤を日本の3、4倍も使う米国の血友病患者でも、AIDSの発生率は千人に1人ぐらいのもので、日本の血友病患者に AIDS が次々と発生するとは思われない」と談話。
- 7月18日 厚生省研究班、帝京大・高知医大の患者をエイズと認めず。
- 7月19日以後 ミドリ十字の須山忠和医学博士（現社長）「AIDSの日本上陸・発症の可能性は皆無に近い」「輸入血漿およびその製剤による日本での AIDS 発症はほとんど考えられない」とする文書を配布。
- 7月22日 厚生省薬務局生物製剤課長が日本血液製剤協会理事長に、エイズの高リスクの高い供血者からの採血の適否を「慎重に判定」すること等を求める指示を出す。
- 7月30日 高知医大・三好ら、Lancetに「日本人エイズ患者」の症例を報告。
- 8月20日 名大第一内科・大野竜三、「医学のあゆみ」にて、日本でもエイズが発生する危険性を指摘し、国産製剤の使用などの対策が必要と警告。
- 8月 カッタージャパンの広報誌「エコー日本語版」が、英語版のエイズ発生国中日本を削除するなどして発行。「AIDSが、……濃縮製剤によって感染されるということを示す証拠はどこにもない。」「患者は出血に対しては従来通り、血液製剤を輸注して止血すべき」などと記す。
- 10月14日 全国ヘモフィリア友の会、「抗血友病血液製剤の使用による AIDS 感染の危険性を排除するなどのために必要な具体的措置を要請する」要望書を厚生大臣宛提出。
- 1984年2月 メーカー各社、加熱第8因子製剤の臨床試験を開始。

- 3月 厚生省の「血液製剤小委員会」が報告書を出す。
- 5月 米国ギャロら、「サイエンス」誌上にて、エイズ患者からウイルスを分離し HTLV-III と命名と報告。抗体検査法として Western blot 法を開発。
- 6-7月 ギャロ・モンタニエら、抗体検査法として ELISA 法を開発。
- 9月 厚生省、「エイズサーベイランス委員会」を設置。
- 11月 第4回血友病治療国際シンポジウム（東京）。帝京大・安部教授、血友病の2症例をエイズとして発表。
- 1985年3月 米国においてエイズウイルスの抗体検査試薬が承認を受ける。
- 3月21日 朝日新聞、安部教授が、自分の治療していた2人の患者がエイズであるとする論文を近く発表すると報道。
- 3月22日 厚生省エイズ調査検討委員会、米国在住のアーティストをエイズと認定。
- 5月30日 厚生省エイズ調査検討委員会、新たに5人をエイズと認定。うち3人は血友病患者で、その中には安部教授の患者だった2人も含まれる。
- 7月 厚生省加熱第8因子製剤の製造販売を承認。

(出典) 本年表の作成には、年表中記載の文献・新聞等のほか、以下の資料を用いた。

東友（東京ヘモフィリア友の会機関誌）、全友（全国ヘモフィリア友の会会報）、Hemophilia Information Exchange、東京 HIV 訴訟原告・被告代理人準備書面、毎日新聞社会部編「隠されたエイズ」ダイヤモンド社、1992.

要介護老人の処遇場所に影響を及ぼす因子に関する研究

黒田 研二・趙 林・高鳥毛 敏雄・新庄 文明・多田羅 浩三
(大阪大学医学部公衆衛生)

Factors Affecting the Place Where Frail and Elderly Persons Are Cared.

Kenji KURODA, Lin ZHAO, Toshio TAKATORIGE, Fumiaki SHINSHO, Kozo TATARA
(Department of Public Health, Osaka University Medical School)

1. はじめに

わが国のこの10数年間の老人ケアの動向をみると、在宅で生活する要介護老人の率は減少し、入院または入所をする老人の数およびその率が増加している。表1に示すように、65歳以上の入院患者数は1978年に35万人だったものが、1990年の患者調査では69万人に増えており、高齢者100人当りの率でみると3.54%から4.66%への増加である。特別養護老人ホームの定員数も、1978年の6万人から1989年には15万人に増加している。一方、国民生活基礎調査等によると、在宅の65歳以上のねたきり者数は、ここ10年間で30万人前後で数的には横ばいであり、高齢者人口に占める率は低下傾向にある。

このような全国的な傾向は、市町村単位でも観察することができる。多田羅ら¹⁾は、大阪府S市で、1981年度と84年度の各1年間の国保入院医療の診療報酬明細書を調査し、70歳以上の長期入院患者の増加により被保険者当たりの在院日数の増加がもたらされていることを明らかにしている。大阪府箕面市でも、老人入院医療の診療報酬明細書の調査より、1984年6月1日時点で入院中であつた老人は182人だったものが、3年後の87年6月1

日には348人へと約2倍に増加していること、またその間、特別養護老人ホームへ入所中の人も、33人から74人へと2倍以上増加しているのに対し、在宅でねたきり老人見舞金を受給する人は196人から180人へとむしろ減少したことが確認されている²⁾。

老人が、心身の機能が低下してきても、住み慣れた自分の家で安心して生活を続けることができるようにすることを、これからの老人保健福祉施策の目標とすべきだと多くの人が考えている。ノーマリゼーションの考え方からも、その選択は支持されるべきだろう。だが、ここ10年間の日本の動向をみるかぎり、この方向に逆行する事態が進行しているといわざるをえない。

ところで、1990年6月に国会で可決された老人福祉法等の改正によって、全国の市町村には平成5年度以降、老人保健福祉計画を策定することが義務づけられた。この計画策定の「ガイドライン検討部会」が出した案³⁾において、「基本的な考え方」として「在宅優先を基本とすること」と明記されている。しかし、上記の状況を考えれば、施設ケアに代替する施策として在宅ケアを推進するのは並大抵の努力では困難なことが予想される。在宅でのケアを阻害している要因を究明するとともに、そ

表1 65歳以上入院患者数、特別養護老人ホーム定員数、在宅ねたきり者数の推移

年	65歳以上 人口	65歳以上 入院患者数 a	特別養護老人 ホーム定員数 b	65歳以上在宅 ねたきり者数 c
1978	9,905,000	351,100 (3.54%)	61,515 (0.62%)	302,000 (3.05%)
1981	11,009,000	454,900 (4.13%)	89,510 (0.81%)	307,000 (2.79%)
1984	11,956,000	521,200 (4.36%)	111,970 (0.94%)	326,000 (2.73%)
1986	12,870,000		127,233 (0.99%)	282,000 (2.19%)
1987	13,322,000	613,800 (4.61%)	135,182 (1.01%)	
1989	14,309,000		152,988 (1.07%)	335,000 (2.34%)
1990	14,899,000	694,400 (4.66%)		

a: 患者調査 b: 社会福祉施設調査報告 c: 厚生行政基礎調査報告, 国民生活基礎調査

の要因を除去するための格段の施策展開が求められている。

本研究では、大阪府箕面市で実施した在宅要介護老人、長期入院老人、特別養護老人ホーム入所者の調査をもとに、在宅、入院および施設入所という要介護老人の処遇の場所が、どのような要因によって規定されているのかを検討する。次に、在宅要介護老人の将来的な介護の場所に関する家族の希望と、それに影響を及ぼしている要因を明らかにする。これらの結果をもとに、老人保健福祉計画策定のさいに考慮すべき事項を考えてみたい。

2. 対象と方法

1) 箕面市の概況

箕面市は大阪府北部に位置し、調査を実施した1989年に人口119,000人、65歳以上の人口は9,500人（総人口の8.0%）である。就業者のうち、第3次産業従事者が73%、第2次産業25%、第1次産業2%で、大阪府や全国と比べて第3次産業従事者の割合が高い（1985年国勢調査）。

市内には、一般病院8施設（一般病床1,088床）、精神病院2施設（精神病床473床）、一般診療所65施設がある（1989年10月現在）。

1988年度より厚生省のモデル事業として「訪問看護等在宅ケア総合推進モデル事業」が全国11市町において実施され、箕面市はそのひとつに指定された。この事業にもとづき、1990年3月末までに46人が訪問看護を利用した。1992年4月以降、同市では、この訪問看護事業は老人訪問看護ステーションの事業として制度化されている。

その他の在宅ケアの事業として、まず、老人および身体障害者に対するホームヘルプ・サービスは、市の職員であるホームヘルパー4人、社会福祉協議会のヘルパー14人によって、1989年度には58世帯に対して延べ6,700時間のサービスが行われた。

市内には特別養護老人ホーム2施設（定員数合計160人）、養護老人ホーム1施設（150人）がある。特別養護老人ホームにおいてショートステイが実施されており、1989年度には実利用者61人、延べ保護日数1,181日であった。老人デイサービスは、特別養護老人ホームに併設されたB型施設が市内に1箇所あり、箕面市および隣接した池田市の老人が利用している。リフトバスとマイクロバスによる送迎付きでサービスを実施しており、1989年度には実利用者数は178人であった。

2) 調査の種類と方法

本研究では、在宅要介護老人、6か月以上入院中の老

人、特別養護老人ホーム入所中の老人を対象として行った3種類の調査の結果をもとに、老人の処遇場所を規定している要因の検討を行った。

在宅の要介護老人については、ねたきり老人見舞金受給者およびデイサービス・ショートステイ登録名簿から把握できる在宅要介護老人191世帯を対象とし、1989年11月、民生委員が各世帯を訪問し、調査票留置法により188世帯から回答を得た。

入院中の高齢者については、調査への協力が得られた市内の5病院において1989年12月1日時点で6か月以上入院中の65歳以上の箕面市民全員を対象とした。各病院の職員に、患者調査票に記入してもらい61人の調査票を回収した。

特別養護老人ホーム入所者については、入所判定委員会の審査のための調査票より、1986年度以降1989年12月までの入所者全数72人のデータを収集した。

それぞれの調査で、要介護老人の性、年齢、原因疾患、日常生活動作、家族構成、住居の状況、医療保険の種類と生活保護の有無等の現況を把握した。本研究では、まず在宅、病院、特別養護老人ホームの3群の比較を行なった。

次に、在宅要介護老人の調査に回答した介護者が、将来とも老人の介護を家庭で継続していきたいと考えているかどうか、およびその介護者の希望に関連する要因を分析した。

3. 調査結果

1) 在宅要介護老人、長期入院老人、特別養護老人ホーム入所者の特性の比較

在宅要介護老人（以下、在宅群とする）、長期入院老人（以下、入院群）、特別養護老人ホーム入所老人（以下、入所群）の特性の比較を表2に示した。表2には、在宅群、および入院群と入所群をあわせた施設群の2群間の分布の有意差の検定、さらに入院群と入所群の間での有意差の検定の結果を示している。検定は χ^2 テストを用いた。

性別の分布では、在宅群は男の割合が35%であるが、入院群では13%と少ない。入所群でも男の割合は26%と在宅群より少ない。年齢の分布は、在宅群では85歳以上の人の割合が40%を占めており、有意差はみられないものの、入院群（38%）や入所群（31%）よりも、85歳以上の人の割合が多かった。

ケアが必要となった原因疾患は、在宅群、入院群、入所群のいずれも、脳卒中が約3割を占めていた。表2に

表2 在宅要介護老人、病院長期入院老人、特別養護老人ホーム入所者の比較

項目	カテゴリー	在宅群 (A) (n=188)	入院群 (B) (n=61)	入所群 (C) (n=72)	A群と (B+C)群 の比較a	B群と C群の 比較a
性	男	35.0%	13.1%	25.7%	p<0.01	NS
	女	65.0%	86.9%	74.3%		
年齢 階級	74歳以下	22.3%	19.7%	34.7%	NS	NS
	75-84歳	37.8%	42.6%	34.7%		
	85歳以上	39.9%	37.7%	30.6%		
疾病の 種類	脳卒中	33.2%	34.4%	33.3%	NS	NS
	その他	66.8%	65.6%	66.7%		
ADL 障害b	軽度	29.7%	25.0%	44.3%	p<0.01	p<0.01
	中等度	39.4%	10.0%	25.7%		
	重度	31.0%	65.0%	30.0%		
家族 員数	一人暮らし	3.7%	19.6%	43.1%	p<0.01	p<0.01
	2人	20.2%	7.8%	21.5%		
	3・4人	36.7%	31.4%	21.5%		
	5人以上	39.4%	41.2%	13.8%		
配偶者あり		31.4%	13.1%	13.9%	p<0.01	NS
子供世代と同居c		75.5%	55.7%	34.7%	p<0.01	p<0.01
医療 保険	国民健康保険	56.8%	69.5%	50.7%	p<0.01	NS
	被用者保険	39.3%	18.6%	29.0%		
	生活保護	3.8%	11.9%	20.3%		
住居	一戸建て持家	76.5%	66.7%	32.8%	p<0.01	p<0.01
	その他	23.5%	33.3%	67.2%		

a: 無回答を除いて2群の各カテゴリーの分布の差を χ^2 -testで検定。

b: 歩行、排泄、食事、入浴、更衣をそれぞれ1点(介助不要), 2点(一部介助), 3点(全面介助)で評価。合計点数5~8(軽度), 9~12(中等度), 13~15(重度)。

c: 息子、娘のいずれかと同居している場合。

は示していないが、リウマチ性関節炎や骨折など骨・関節疾患は、在宅群で18%、入院群18%、入所群28%、高血圧・心臓病は、在宅群で10%、入院群23%、入所群11%であった。また、老衰が在宅群では19%を占めていた。

ADLの状態を、表2の注に示したように「歩行」「排泄」「食事」「入浴」「更衣」の5つの動作能力をそれぞれ3段階で評価し、合計点数をもとに障害が軽度、中等度、重度に分けて、その分布を調べた。在宅群では障害が中等度の人の割合が最も多く、入院群では重度の人の割合が、入所群では軽度の人の割合が最も多かった。

同居している家族の人数を比べると、在宅群では独居は3.7%と少なかったが、入院群では20%、入所群では43%を占めていた。5人以上の世帯の割合は在宅群では39%を占め、入院群では41%、入所群では14%で、入所群において最も低かった。

配偶者の有無を調べると、在宅群では有配偶者が31%

を占めるのに、入院群、入所群とも1割強で有意差がみられた。子供世代と同居している(又はしていた)人は、在宅群では76%と多かったが、入院群では56%、入所群では35%であった。

医療保険の種類および生活保護受給についてみると、在宅群では生活保護受給者は3.8%で少なかったのに対して、入院群では生活保護12%、特養入所群では20%と差がみられた。

住居の状況では一戸建ての持家の割合が、在宅群では77%、入院群では67%、入所群では33%と差が認められた。

以上をまとめると、在宅群では入院群、入所群と比較して、独居が少なく、配偶者のいる人、子供世代との同居者、一戸建ての持家にすむ人の割合が多いことが指摘できる。また、入院群と入所群の比較からは、特別養護老人ホーム入所者では長期入院老人と比較して、ADLの障害の程度がより少ない人、独居や2人世帯に住んで

いた人、子供と同居していない人、住居が持家以外の人の割合が多いことが指摘できる。

次に、入院群と入所群をあわせて施設群とし、在宅群と施設群とを分けている因子を明らかにするために判別関数による分析を行った。判別分析に用いた説明変数のうち、①年齢、②ADLスコアは実数をそのまま使い、③性、④疾患の種類、⑤独居か否か、⑥配偶者の有無、⑦子供との同居の有無、⑧生活保護受給の有無、⑨住居が一戸建て持家か否かは、それぞれを2カテゴリーの変数として分析を行なった。ステップワイズ法にてWilks' Λ を最小にする変数を選択し、選択の基準は $F \geq 2.0$ とした。結果を表3に示す。

在宅群と施設群の判別分析において選択された変数は、標準化判別係数の大きい順に、子供との同居、持家か否か、配偶者の有無、ADL、独居か否かであった。すな

わち、子供世帯と同居していないこと、持家でないこと、配偶者がいないこと、ADLのレベルが低いこと、独居であることが、入院・入所と関連していた。これら5変数を用いて、在宅群の76%、施設群の65%の判別が可能であった。

さらに、在宅群と入院群、在宅群と入所群の判別分析を同様の方法で実施してみた。結果を表4、表5に示す。在宅群と施設群の判別分析で選択された変数とほぼ同様の変数が、これらの分析においても選択されている。

次に、入院群と入所群についても同様に判別分析を行った(表6)。入院群と入所群の判別において選択された変数は、持家か否か、年齢、独居か否かであり、これら3つの変数によって入院群の76%、入所群の65%の判別が可能であった。入所群では、持家でない人や独居である人が多く、両群の特性を分けていた。

表3 在宅群と施設群(入院群+入所群)の判別分析

選択された変数(変数コード)	標準化判別係数	F to remove
子供との同居(1:同居 0:同居せず)	0.433	10.0
住居(1:一戸建て持家 0:それ以外)	0.431	12.7
配偶者の有無(1:あり 0:なし)	0.353	8.6
ADL(5:障害軽度~15:重度)	-0.345	8.8
独居か否か(1:独居 0:それ以外)	-0.323	5.6
1) Group centroids 在宅群 0.461, 施設群 -0.651		
2) 在宅群で判別できた割合 75.5%, 施設群で判別できた割合 65.4%		

表4 在宅群と入院群の判別分析

選択された変数(変数コード)	標準化判別係数	F to remove
子供との同居(1:同居 0:同居せず)	0.606	8.0
配偶者の有無(1:あり 0:なし)	0.549	7.7
ADL(5:障害軽度~15:重度)	-0.420	4.8
独居か否か(1:独居 0:それ以外)	-0.317	2.2
1) Group centroids 在宅群 0.200, 施設群 -0.617		
2) 在宅群で判別できた割合 89.9%, 施設群で判別できた割合 41.0%		

表5 在宅群と入所群の判別分析

選択された変数(変数コード)	標準化判別係数	F to remove
住居(1:一戸建て持家 0:それ以外)	0.575	32.0
独居か否か(1:独居 0:それ以外)	-0.463	14.9
子供との同居(1:同居 0:同居せず)	0.341	7.7
配偶者の有無(1:あり 0:なし)	0.232	4.3
ADL(5:障害軽度~15:重度)	-0.217	4.1
1) Group centroids 在宅群 0.450, 施設群 -1.176		
2) 在宅群で判別できた割合 79.3%, 施設群で判別できた割合 73.6%		

表6 入院群と入所群の判別分析

選択された変数 (変数コード)	標準化判別係数	F to remove
住居 (1:一戸建て持家 0:それ以外)	0.714	10.7
年齢 (歳)	0.466	4.7
独居か否か (1:独居 0:それ以外)	-0.432	3.7

1) Group centroids 入院群 0.461, 入所群 -0.651
 2) 入院群で判別できた割合 75.5%, 入所群で判別できた割合 65.4%

2) 将来的な介護の場所に関する希望およびその関連因子

在宅要介護老人188人を介護している人は、「息子の妻」44.7%、「娘」23.4%、「妻」16.5%、「夫」6.4%、「その他」9.0%であった。これらの介護者が将来的な介護の場所をどのように希望しているかを次に見てみたい。

「老人の病気や障害が今より重くなるか長期化した場合どうされますか」という質問に対し、「このまま在宅で介護を続けていくことが可能」と回答した人（以下、在宅可能群とする）は43人（25.0%）、「在宅保健福祉サービス（ホームヘルパーや訪問看護など）を受けて在宅での生活を続けたい」（以下、在宅希望群）は41人（23.8%）、「入院または老人ホーム入所を希望する」（以下、施設希望群）は88人（51.2%）であった（その他・無回答16人を除く）。在宅の介護者の半数は、病気や障害が重度化した場合には、老人を入院または入所させることを希望していた。

介護の場所に関するこのような希望が、どのような要因によって影響を受けているのかを検討するため、介護者の希望と以下の項目との関連性を調べた。検討した因子は、①老人の性、②年齢、③疾病の種類、④ADL、⑤痴呆の程度、⑥介護者の老人との続柄、⑦介護の代替者の有無、⑧介護者の時間的余裕、⑨同居開始の時期、⑩介護をするようになって生じた生活への影響、⑪住居の形態、⑫老人の専用部屋の有無、⑬年取、⑭老人のこれまでの入院期間の合計、⑮在宅福祉サービスの利用の状況である。これらの項目について、在宅可能群、在宅希望群、施設希望群の3群間で分布に差がみられるかどうかを、 χ^2 検定によって検討した。

在宅可能群、在宅希望群、施設希望群の間で有意差がみられた項目を表7に示す。ADL、痴呆の程度、介護者の続柄、ホームヘルパーの利用状況については、3群間で有意差は認められなかったが参考のために表の中に示している。

ADLや痴呆の程度をみると、有意差は認められないものの3群の中では在宅希望群において障害が軽度の老

人の割合が最も高く、在宅可能群と施設希望群では、障害の程度の分布は類似していた。

3群間でとくに強い差が認められたのは、介護者の状況であった。施設希望群では、介護の代替者がいない人、介護者の時間的余裕が「少ししかない」人の割合が、他の2群よりも高かった。また、在宅可能群に比べ、在宅希望群と施設希望群では、老人の介護が必要になってから同居を開始した場合が多かった。介護をするようになって生じた生活への影響として「家庭内がうまくいかない」と答えた人は、施設希望群では2割を超え、他の2群よりも多かった。家族による介護力の欠如が家庭内の人間関係にもはねかえっている様子がうかがわれる。

施設希望群では、老人が介護が必要になってからすでに合計6か月以上入院したことのある例が6割を占めており、他の2群よりも多かった。家庭内介護力の乏しさが、すでにこれまでの入院期間にも反映していると考えられる。

在宅福祉サービスの利用状況を3群で比較すると、特徴的なことに、ホームヘルパー派遣、ショートステイ、デイサービスのいずれも、利用したことのある人の割合は施設希望群において最も高く、在宅可能群において最も低かった。

4. 考 察

在宅または施設（病院、老人ホーム）という処遇の場所に影響している要因を、判別分析によって検討した結果、「子供との同居」「配偶者の有無」といった家族構成と住居条件が処遇場所を規定している重要な因子であることが見出された。また、入院群と入所群の判別分析からは、持家でないことや独居が多いことが、入所群の特徴であることが明らかになった。

また、在宅要介護老人の介護者のうち、半数が老人の将来的な介護の場所として入院や老人ホームを希望しており、家庭内介護力の乏しさが施設処遇の希望に強く影響していることが示された。

西垣⁴⁾は、大阪府H市で在宅要介護老人を追跡した研

表7 将来的な介護の場所に関する希望およびその関連因子

項目	カテゴリー	在宅可能群 (n=43)	在宅希望群 (n=41)	施設希望群 (n=88)	3群における 分布の比較 ^a
ADL 障害	軽度	27.5%	36.6%	26.7%	NS
	中等度	32.5%	48.8%	41.9%	
	重度	40.0%	14.6%	31.4%	
痴呆	なし・軽度	86.0%	87.8%	79.5%	NS
	重度 ^b	14.0%	12.2%	20.5%	
介護者の続柄	配偶者	32.6%	19.5%	19.5%	NS
	嫁	39.5%	39.5%	50.6%	
	娘	18.6%	36.6%	20.7%	
	その他	9.3%	4.9%	9.2%	
介護の代替者	あり	59.5%	41.5%	28.9%	p<0.01
	なし	40.5%	58.5%	71.1%	
介護者の 時間的余裕	終日可能	68.3%	61.0%	52.4%	p<0.05
	限られた時間	29.3%	34.1%	28.0%	
	少ししかない	2.4%	4.9%	19.5%	
同居開始の時期	以前より	90.5%	62.5%	70.2%	p<0.05
	要介護となつて ^c	9.5%	37.5%	29.8%	
家庭内がうまく いかない	はい	7.0%	2.4%	22.7%	p<0.01
	いいえ	93.0%	97.6%	77.3%	
老人のこれまで の入院期間	入院せず	23.8%	17.1%	10.3%	p<0.05
	6か月未満	28.6%	48.8%	30.8%	
	6か月以上	47.6%	34.1%	59.0%	
ホームヘルパー	知らない	20.9%	9.8%	15.9%	NS
	知っている	69.8%	73.2%	67.0%	
	利用あり	9.3%	17.1%	17.0%	
ショートステイ	知らない	30.2%	9.8%	6.8%	p<0.01
	知っている	53.5%	68.3%	56.8%	
	利用あり	16.3%	22.0%	36.4%	
デイサービス	知らない	32.6%	9.8%	14.8%	p<0.01
	知っている	48.8%	48.8%	39.8%	
	利用あり	18.6%	41.5%	45.5%	

a: 無回答を除いて3群における各カテゴリーの分布の差を χ^2 -testで検定。

b: 「物忘れがひどい」「時々場所を間違えてうろうろする」「人の区別がつかず間違える」の3項目のすべてが「あり」の人を痴呆重度とした。

c: 介護者が同居していない場合を含む。

究において、在宅死亡群では、入院死亡群および長期の入院又は入所に至った群と比べて、家族員数が多く、また持家に住む人の割合が多かったことを報告している。本研究は研究方法を異にするが同様の結果を示している。

この他にも、わが国の研究で、同居家族員数が少ないこと、介護者が高齢や有職者であることが、高齢者の施設内死亡と関連することが報告されている⁵⁾。外国の研究でも、独居であることやソーシャルサポートの欠如が施設ケアに影響することが示されている^{6,7)}。老人人口当たりの入院患者、施設入所者の率が增大している今日の日本の状況は、独居老人や老夫婦世帯の数およびその割合の増加、いわゆる専業主婦の減少に伴う家庭内介護

力の低下といった現状を反映したものと考えられる。

また、今回の研究より、住居条件が不備であることが施設への入院・入所に関連しているという結果が得られた。高鳥毛ら⁸⁾は、大阪府S市の老人の調査より、在宅要介護老人と入院老人の間で住居の状況(部屋数)に差があることを報告している。また、住居(浴室)の改造が、脳卒中患者のADLの改善に関連しているという報告⁹⁾をはじめ、在宅ケアに住居の改善や補助器具の活用が重要であることを示す報告¹⁰⁾は少なくない。老人の在宅での生活の継続をはかるためには、直接的な人手によるケアサービスだけでなく、住居のような環境条件を整備する施策が不可欠である。

市町村に義務づけられた老人保健福祉計画では、地域全体の在宅ケアサービスの必要量を見積もり、その将来の予測を行うことが求められる。しかしその際に、単に現時点で在宅で生活している老人だけを調査するのでは不十分であることを、今回の研究は示している。在宅の要介護老人は、在宅で生活できる条件がまがりなりにもある人であって、それらの条件が欠如するために入院または入所している老人が存在し、その数が増加してきているのがわが国の現状だからである。

市町村の行政としては、老人医療の診療報酬明細書から老人の入院患者数、その在院期間の分布、長期入院老人の数などを把握することができる。また、福祉施設への入所者数と入所者の生活背景も、入所資料より把握しうる。在宅要介護老人の実態に関する資料と合わせて、これらの資料を総合的に検討し、さらに老人人口の将来推計をも踏まえて、在宅ケアのニーズの推計を行うことが必要である。

在宅要介護老人世帯の半数が、将来施設ケアを希望しているという今回の調査結果は、在宅での要介護老人の生活を保障するには現在の在宅ケアサービスの供給水準ではまだまだ不十分であることを示している。要介護老人世帯が利用できる在宅サービスの水準を格段にレベルアップする必要がある。

さらに、高齢者保健福祉推進10か年戦略（ゴールドプラン）には具体的な目標が記載されていないが、在宅ケアの展開のためには高齢者用住宅の整備、住居改善プログラム、補助器具・福祉機器の供給といった介護に伴って必要となる環境整備の施策を強力に進めることが求められている。

在宅ケアサービスの地域全体としての必要量は、一方で施設ケアがどの程度整備されるかによっても影響される。都道府県の医療計画によって、すでに多くの医療圏で病院ベッドの増設は規制されている。ゴールドプランでは、平成11年度末までに老人保健施設を28万床、特別養護老人ホームを24万床、合計52万床を整備するとしており、長期ケアが必要な老人を処遇する施設として、老人保健施設の増設に期待がかけられている。在宅ケアの推進は急務の課題であるが、あわせて入所施設の整備をはかることも要請されている。

5. 結 論

1. 大阪府箕面市において在宅要介護老人188人、6か月以上入院中の老人61人、および特別養護老人ホーム入所者72人について調査を実施し、各群の特性と生活背

景を比較した。3群とも脳卒中が約3割を占めていた。在宅群と比べて、入院群、入所群では独居の人、配偶者がいない人の割合が高く、また、入所群では子供と同居していない人、住居が持家以外、が多かった。

2. 在宅群と施設（入院および入所）群について判別分析を行ったところ、「子供との同居」「配偶者の有無」といった家族構成と住居条件が処遇場所を規定している重要な因子であることが見出された。また、入院群と入所群の判別分析からは、持家でないことや家族員数が少ないことが、入所群の特徴であることが明らかになった。

3. 在宅老人の介護者のうち、将来的な介護の場所として入院や老人ホームを希望する人が半数を占めていた。施設処遇への希望には、家庭内介護力の乏しさが強く影響していることが明らかにされた。

4. 市町村の老人保健福祉計画の策定では、在宅で生活している老人だけでなく、入院、入所中の老人のニーズも考慮して、地域全体の社会的ニーズを把握する必要があることを指摘した。

本研究の遂行にあたって箕面市並びに箕面市医師会の多大なご協力を頂いた。衷心より謝意を表します。また本研究の一部は、文部省科学研究費（課題番号02670238）の助成を受けて実施したものである。

文 献

- 1) 多田羅浩三, 他: 大阪府 S 市国民健康保険患者の在院日数の推移に関する分析, 日衛誌, 42: 618-632, 1987.
- 2) 箕面市保健福祉総合施策推進研究会議: 明日にはばたくライフプラザ計画 箕面市における保健福祉の総合施策の推進に関する研究. 東京: 日本公衆衛生協会. 1989; 14-16.
- 3) 地方老人保健福祉計画研究班ガイドライン部会: 老人保健福祉計画策定指針の骨子, 週刊社会保障, No 1665: 26-29, 1991.
- 4) 西垣千春: 在宅要介護老人のケア形態を規定する要因, 大阪大学医学雑誌, 41: 131-139, 1989.
- 5) 伊木雅之, 他: 高齢者の療養と死亡の場所に影響する要因に関する疫学調査, 日本公衛誌, 38: 87-94, 1991.
- 6) Branch LD, Jette AM: A prospective study of long-term care institutionalization among the aged, *AJPH*, 72: 1373-1379, 1982.
- 7) Beland F: Who are those most likely to be institu-

- tionalized, the elderly who receive comprehensive home care services or those who do not? *Soc. Sci. Med.* 20:347-354, 1985.
- 8) 高鳥毛敏雄, 他: 老人の入院および在宅ケアに関連する要因に関する研究, *日本公衛誌*, 37:255-262, 1990.
- 9) 田宮菜奈子, 他: 在宅脳血管障害患者の日常生活動作の改善に影響を及ぼす要因, *日本公衛誌*, 37:315-320, 1990.
- 10) 林玉子: 高齢化社会における在宅のあり方——老人の住宅の条件——, *公衆衛生*, 48:86-100, 1984.

保健所運営に係わる財政問題の考察

京田 祥史¹⁾・三井 公夫²⁾

¹⁾東京都渋谷区保健所・²⁾東京都板橋区板橋保健所

Discussion on Some Problems of Budget Concerning with Management of Health Center.

Syoshi KYODEN¹⁾, Kimio MITSUI²⁾

¹⁾Shibuyaku Health Center, Tokyo, ²⁾Itabashi Health Center, Tokyo

I. はじめに

保健所の運営に関しては、大きく分けて4点ほど問題を指摘することができる。

第一に、業務内容が地域の要求に応えきれていないこと。第二には、医師をはじめ専門職の確保と充実等のマン・パワー対策が充分になされていない問題があげられる。第三には保健所の新設、設備の拡充・強化という施設・設備の近代化等の物的な問題。そして更にはそれらを保障できる財政的な問題、すなわち財源措置があげられる。

保健所は憲法第25条に規定する公衆衛生を、『地方において向上及び増進を図るために設置されている』（保健所法）ことから、基本的には国の責任として、国民が等しく健康的な生活を享受することができるように、国庫負担で保健所の運営がなされるべきであると考えられる。しかしながら現状は、保健所を設置する都道府県、政令市の超過負担で運営されているのが実際である。今後、急速な社会の高齢化にどう対応していくのか、経済、人口政策がクローズ・アップされている今日、公衆衛生予算や、地方財政における衛生費をどう位置づけるのかは、益々重要な課題になるものと考えられる。

今回は、保健所運営に関する財政的な問題について報告したい。

II. 保健所運営に係わる財政問題

1. 保健所の運営費は国庫負担が原則

保健所は、憲法第25条の規定する国民の生存権を保障する三本柱の一つとしての公衆衛生を、地域において具体的に実践していく第一線機関として位置づけられてきた。^{1)・2)}

すなわち、保健所は戦前の健兵健民という人口涵養政策を維持する健康管理機関としてではなく、国民が国家の主権者として、健康で文化的な生活を営むことができるよう、国の義務として公衆衛生行政を地域で具体化し、実践していく役割と機能をもつ行政機関として再発足した歴史的な経過がある。³⁾したがって、保健所の運営に関しては国庫負担で賄うことが原則となる。

現行保健所法が審議された1947年8月14日の衆議院厚生委員会（現社会労働委員会）で『保健所の事務は国家事務でありまして、出来るだけ国が負担するのが好ましいのですが、一略一地方分与税等について十分考慮するので、おおむね国の負担が二分の一程度になる。』と政府は答弁し、委員からは『国庫負担が二分の一或は三分の二というように、政府としても十分努力して頂きたい。』等の意見が出された上で決定された経緯にみるとおりである。

しかし、実際の保健所の維持、管理、運営は、国庫補助金と保健所を設置する自治体及び住民の負担で維持されてきた。今日、新制保健所法が施行されてから45年余が経過したが、当時の政府答弁とは裏腹に、保健所を設置する地方公共団体の財政負担が強化されているのが実態である。

2. 保健所の運営費と国の負担の実態

「補助金」という「国の負担金」が「補助率及び一件当たりの単価が低く、実態にあわない」とよく言われているところだが、正確なところは知られていなかった。1989年に発足した地域保健将来構想検討会の資料によると、保健所の運営に関する国の負担は、1987年度で

保健所の運営経費総支出額 2388億円（人件費1,976億円（82.7%）、事業費412億円（17.2%）に対し、

①保健所運営費交付金 272億円

②保健所業務費補助金 15億円

③その他の補助金 77億円
計(国の補助金) 364億円 となっている。

つまり、国の補助金は保健所の総支出額の15%にしかならないということである。

「保健所運営費の算定に当たっては、大都市における保健所運営の実態に即した交付率によって行われたい。また、保健所関係事業や保健所の新增築・改築にかかる補助基準の拡充、補助金の増額を図られたい。」これは東京都特別区長会が、この数年間出し続けている「国の施策及び予算に関する要望書」の一部である。91年度の実態書には、保健所運営費交付金は医師相当分が一般財源化されたため大幅な減(△4,555,307千円、16.1%減)となったとして、東京都保健衛生主管部長会の調査数字を添付している。

なお、保健所の設置主体と、地方自治法のからみ等からも、都道府県型、政令市型、特別区型といった業務内容の違いに加え、自治体の財政事情、首長の姿勢、立場、議会との関係、住民運動等の状況から全国的には保健所という統一された名称を地域で掲げながらも、業務内容、専門職員の配置等に格差が生じてきている。

今日の地域における保健需要の実態やその変化に対応できる保健所をと、保健所の在り方、業務内容等をめぐっては、「地域保健将来構想検討報告」(89年6月)に到るまでに様々な答申や報告がなされてきた。^{4),5),6)}それらの報告は一荒っぽい言い方になってしまうが一さも保健所を強化するかのように文章化はされているが、公衆衛生行政を保障するその財政実態までに踏み込んで提言されたものは殆どみられない。

一方財政措置をめぐる問題は、モデルまたはパイロット事業の補助金にみられるよう、厚生省の財政誘導により「地域の公衆衛生を守る砦としての保健所」からはかけ離れ、その本質までが失われようとしているように思われる。特に地方「行革」以降、保健所に関する行・財政上の措置をみると矢継ぎ早に切捨てが進められてきている。いわゆる「行革一括法」による必置規制の緩和というものだが、この間に改悪された保健所関係の法律や制度の主なものは以下の通りである。

①保健所法関係

- 第6条「保健所運営協議会」の統合
- 第10条「国の負担」の縮小
- 第11条「運営費交付金」新設

②有害物質を含有する家庭用品の規制に関する法律関係

「家庭用品衛生監視員」の必置を緩和(指定

する者)

③伝染病予防法関係

「防疫監吏及び防疫技師」を防疫員に

④結核予防法関係

「結核審査協議会」の統合

⑤母子保健法関係

機関委任事務から団体委任事務へ
母子手帳交付等「一部事務」市町村委譲

⑥老人保健法関係

自己負担増額・検診事業見直し・その他

⑦健康保険法関係

2割自己負担導入・その他

⑧医療法関係

「医療計画」作成・その他

3. 保健所運営費等の内容と推移

保健所運営費補助制度は、84年度予算からは従来の補助金方式から、定額方式の交付金にされた。⁶⁾この変更は保健所運営費補助金のうち、人件費、旅費と老人保健関係費を保健所運営費交付金とし、残りの保健所運営費補助金である伝染病予防基礎的経費費、母子保健関係費、結核予防関係費、その他の予算補助関係費を保健所業務費補助金としたものである。

ここでいう定額方式とは、保健所を設置する都道府県及び政令市ごとに人口、面積等の標準指標を基本とした定型的配分(約70%)と、これにより難い地方公共団体の特別な事情等を考慮して定める調整的な配分(約30%)の組合せによって交付されることによるものである。

現在、保健所に関する補助金は制度としては、「保健所運営費交付金」と結核や精神保健事業分を国が負担する「保健所業務費補助金」並びに「ニュー保健所構想」に基づく90年度新設の「保健事業費等補助金」等にわかれている。その他、医師、歯科医師の確保対策として保健所貸費生貸与金があるが、91年度は8,865,100円(公衆衛生就学資金として一人毎月41,000円で18人が対象)と極めて小額である。

保健所運営費等をめぐる最大の改革(?)は、前記の「人件費補助金の交付金化」である。この場合の交付金とは、地方交付税とは異なり厚生省が配分権をもつもので、管内人口、管内面積を一定の基準にした定額の補助である。交付金を受ける保健所を設置する自治体は、交付の対象となる人件費及び事業の範囲で運用することができるので、必ずしも100%人件費に限定して使用するとは限らない。言葉をかえれば、弾力的な運営が出来る

ことになるが、保健所のマン・パワーの必要配置数がそれぞれの地方財政の状況によって左右されることにもなる。なお、制度の変更当初は「激変緩和策」として若干の増額が行われたが、8年たった現在では「保健衛生施設等施設整備費補助金」を別にすれば総額は大幅の減となっている。「保健衛生施設等施設整備費補助金」とは、保健所増改築費の一部を国が負担するという補助金の科目であるが、同時に、「市町村保健センター」建設費も同科目から支出されるため、保健センターの建設が進めば進むほど保健所増改築は進まないということになる。

その上「保健所業務費補助金」の補助率が削られてきた(87年度100分の39.1から91年度は100分の38)のをはじめ、87年度には保健所運営費交付金の補助対象から事務職6,142人分(△58億円)が外され、更に90年度予算では医師人件費相当分の45億4,900万円が地方交付税まわしとなり減額された。その分が『ニュー保健所構想を推進する』として、同年度の「地域保健医療等推進事業費」・「保健所等情報システム整備事業費」・「在宅医療推進モデル事業費」等の政策誘導のための『保健所事業費等補助金』として組み込まれたわけである。

しかし、この新たな設けられた「保健所事業費等補助金」は、その全部が当てられた訳ではなく、初年度の90年度は22億6200万円が当てられたにすぎず、保健所関係費総額でも22億1,900万円の減になっている。結局、保健所のマン・パワー対策・確保については自治体の負担、持ち出しということになったわけである。

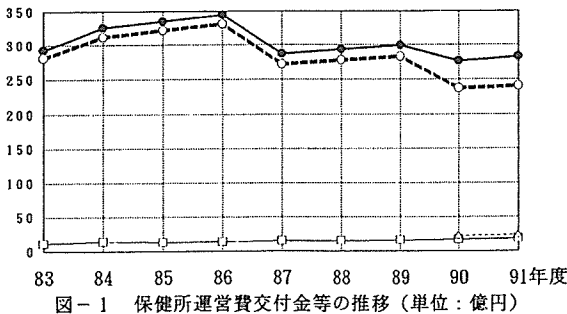


図-1 保健所運営費交付金等の推移 (単位: 億円)

- : 合計
- -○-: 保健所運営費交付金
- : 保健所業務費補助金
- …△…: 保健所事業費等補助金 (90年度から)

なお、補助金等については、いわゆる富裕団体調節が88年度から国の統一政策として行われており、東京都(23特別区を含む)のような富裕団体に対しては施設整備費系統の不交付措置がなされていた。それが、91年度からは調整の対象が市町村にまで拡大され、財政力指数(過去3ヶ月平均で1を超えると富裕団体とみなされる)が1.0を超える市町村では、保健センターの設置に要する費用の国庫補助が外されることになった。

参考として、国家予算の部門別予算指数の変化をみると、図-2のようである。防衛関係費の毎年度ごとの直接的な伸び率を見ると、政府はいかに軍備に力を注いでいるかがわかる。逆に保健所関係費の合計額は、この数年惨めな下降線をたどっている。

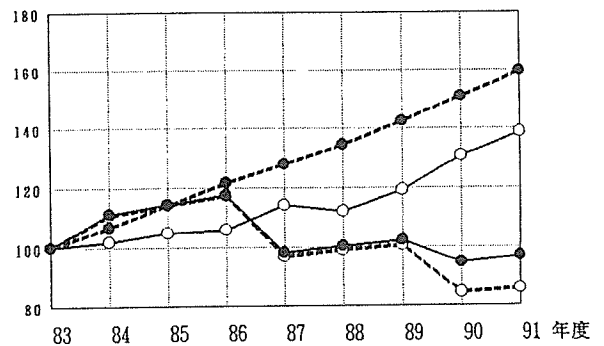


図-2 部門別予算指数変化 (83年度を100とした)

- -●-: 防衛関係費
- : 一般会計(国)
- : 保健所関係予算合計
- -○-: 保健所運営費交付金

Ⅲ. 保健所のマンパワー

1. 国庫補助対象職員——その歴史的推移

保健所の職種別国庫補助対象職員数については、^{7),8)}図-3のとおりであるが、総数は最高時の昭和60年度の26,203人に対し、平成元(’89)年度には15,417人と、この間に約1万人も減少している。

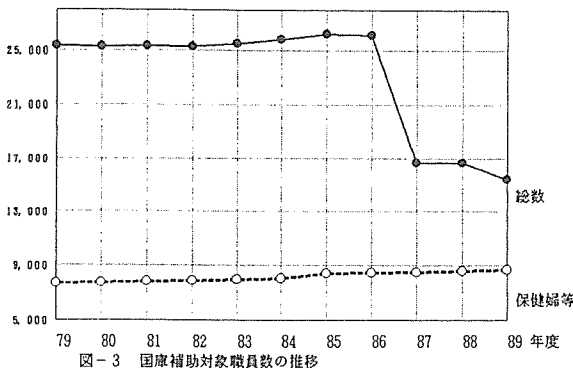
一方、保健婦、助産婦、看護婦数は1,000人程度増員されているが、実際には老健法基盤整備事業の関係で増員された政令市保健所の保健婦が大多数で、都道府県保健所ではかえって減員されているところさえある。

つまり、地方「行革」では、財政の効率的な運営ということで、財政の硬直化につながるとされる経常収支比率の削減が厳しく迫られた。単純に言えば、職員の人件

費、生活保護等の扶助費を減らせばこの指数も下がるというわけである。そうした人件費の圧縮（総定数抑制）が求められるなかで、保健所の保健婦総数は増えても、そのかわりに事務職が削減される。事務職に保健婦の業務をさせることはできないが、保健婦は事務職の仕事もできる、ということである。

更に、厚生省が昭和53年度から実施している「健康づくり対策」の一環として、啓蒙、普及活動のいわゆるイベント（健康まつり等）事業の企画・立案に保健婦が組み込まれる体制が、保健婦室の廃止や職種配置の再編成でつくられる経過もある。

また、89年6月の「地域保健将来構想検討報告」（ニュー保健所構想）の具体化もあり、しいて言えば保健婦の業務別再編成（地区を持たない保健婦の増加）が進む状況をうみだしてきているとも言える。その結果、地区分担、業務分担、事務分担等々の保健婦の仕事の内容に機能別細分化がおり、事務の仕事や健診事業等の所内業務に追われ、地区訪問活動のような本来的な保健婦業務の遂行にしわ寄せがくるという事態が生じている。⁹⁾



「地域保健将来構造報告」でも述べられているように、保健所のマン・パワー確保の問題については、『予算措置が増員につながらなかった』。また、老人保健法以来、増員に力を尽くしたはずの保健婦も、『……特に「県立保健所」においては残念ながら増員が図られていない場合が多く、一部においては減員の傾向も出てきている』と、厚生省を嘆かせている（91, 2, 14全国保健医療関係主管課長会議 資料 健康政策局計画課）とおりである。

なお、保健所運営費補助金等の歴史的推移は次の通りである。

50年	国庫補助職員（食品衛生監視員やそ族昆虫駆除作業員）を地方財政平衡交付金に
52年	県衛生部縮小・廃止（14県）55年 保健所職員の予算定員を大幅削減・食品衛生監視員、環境衛生監視員、環境衛生指導員、そ昆駆除員、と畜検査員、狂犬病予防員を地方交付税に
60年	保健所の型別再編成（現員を定数とする）
64年	保健所経理事務合理化特別措置法を制定
68年	国庫補助定員減
81年	行革特例法で保健所補助金も削減
84年	保健所運営費補助金を運営費交付金に
87年	保健所運営費交付金の対象から事務職員6,142人分、約58億円が減額
90年	保健所運営費交付金から医師人件費相当分45億円を減額

以上、補助金を交付金化するに当たって厚生省が説明（84年2月）していたメリット「①保健所の地域の実情に応じた自主的、弾力的な運営が促進される。②事務の簡素化が図られる。③国の定員削減の対象外となる。④一般財源化の問題が整理され制度的に安定する。」が、いかに底の浅いその場限りの説明であったかがハッキリした。

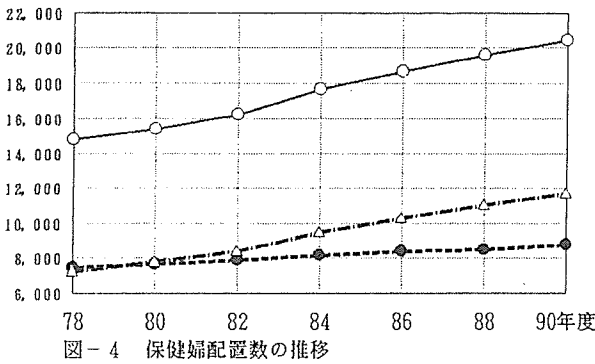
2. 保健婦配置数について

保健所には、医師、保健婦、監視員、検査技師をはじめ、様々な医療技術系職員、専門職員が配置されている。科学的に、総合的に、現地の実情に即したきめの細かな仕事を進めることが要求されるからである。

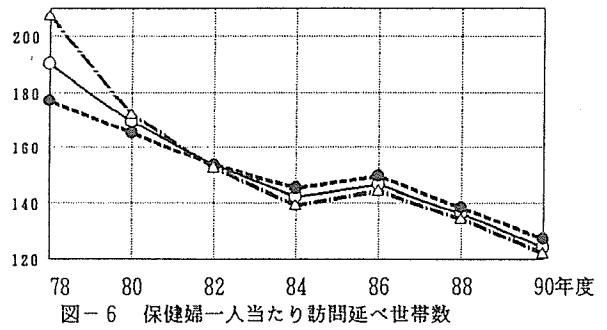
ここでは、地域における公衆衛生行政の最も具体的な活動を担う保健婦の活動、地区訪問活動の状況をもとによって保健所の問題を考えてみたい。地区訪問活動もその内容によって成人病、精神障害、乳・幼児、結核等と細かく分類されるが、最初に市町村に配置された保健婦の家庭訪問活動の対比をみたいので、厚生省の保健所運営報告から保健婦被訪問延世帯数と『国民衛生の動向』の保健婦配置数を比較、検討したい。

市町村の保健婦配置数及び活動は、78年度についてはいわゆる国保保健婦の数値を加えたものである。なお隔年になっているのは、昭和57年度以降保健婦業務従事者届が隔年になったことによる。

総体として、自治体に働く保健婦の数はこの間確実に増えてきている。しかし、被訪問延世帯数は図-5の



○ : 総数 △ : 市町村
● : 保健所



● : 保健所
○ : 総数
△ : 市町村

ように横這い状態となっている。図-6に示したが、単純に保健婦の年間一人当たりの訪問延べ世帯数をみると、全国的には保健所、市町村保健婦ともに下降線をだどっているのが実態である。

年間稼働日数を230日程度とすると、78年度は毎週4世帯前後は訪問できたが、最近では毎週2世帯程度が精一杯という姿を示している。この数値をどうみるかは様々であろうが、第一には事業所内業務に追われている、第二には訪問世帯の状況が以前よりも困難さを増し、指導に時間がかかるケースが増大していること、第三には、保健婦は増えていると言っても、全国で就業している保健婦総数は25,303人(90年末現在、保健所には8,749人)である(保健所保健婦1人当たり受持ち人口は約4,800人余)こと。更に対住民との関係では、高齢社会にむけての公衆衛生上の対策や保健需要など、やはり不十分な状態であることを示しているといえよう。¹⁰⁾

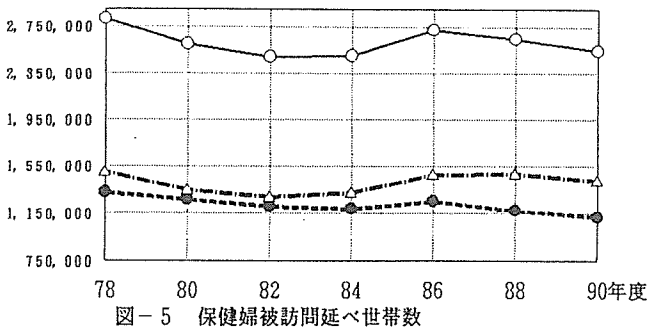


図-5 保健婦被訪問延べ世帯数

次に訪問活動の主な内容を見ると、それぞれ図-7及び8のようになる。

80年度の被訪問延べ人員総数は保健所で1,369,975人、乳・幼児、妊産婦(母子保健関係)の訪問が合計して35%、結核が20%を占め、母子保健と結核対策の活動が中心であったといえる。

一方、市町村では被訪問延べ人員総数が、1,660,107人で、成人病の占める割合が約36%、次いで乳児が15%となっている。

80年で比較すると、母子は保健所、成人及び乳児については、ほぼ市町村で実施という役割分担がなされていたといえる。

それが90年になると、保健所では被訪問延べ人員総数

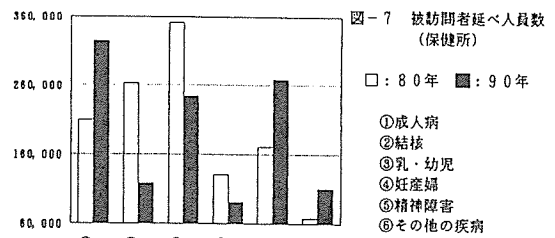


図-7 被訪問者延べ人員数 (保健所)

□ : 80年 ■ : 90年

- ①成人病
- ②結核
- ③乳・幼児
- ④妊産婦
- ⑤精神障害
- ⑥その他の疾病

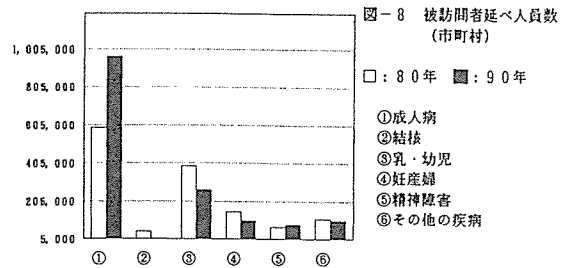


図-8 被訪問者延べ人員数 (市町村)

□ : 80年 ■ : 90年

- ①成人病
- ②結核
- ③乳・幼児
- ④妊産婦
- ⑤精神障害
- ⑥その他の疾病

1,318,533人に対し、母子（25.2%）、成人（24.6%）、精神障害（20.3%）とで約7割を占めるようになる。市町村では、被訪問延べ人員総数1,740,010人に対し成人病の伸び率が1.6倍（総数に対し55.5%）となっているのが大きな特徴と言える。

IV. 考察

地域保健将来構造報告でも述べているように、『将来に向けて新たな課題に取り組んでいく財源措置としては、現行の交付金制度が必ずしも効果的なものになっていない。』という認識は共通するものである。しかし、同時に国が言う「限られた財源」は、今後相対的重点は在宅医療に置かれ、予防・公衆衛生分野は一層削減されるとともに、公的な社会保障から多様な選択という名の一層の民間委託が進むのではないかと憂慮される。

そこには、イデオロギーとしての「受益者負担」の原則、「健康自己責任論」が深く根ざしている。

将来に向けて、保健所が新たな課題に取り組んでいく財源措置として現行の交付金制度をどの様に改革していけばよいのか、「地方自治の確立」、「公共性の確立」が問われていると考える。同時に地域高齢者福祉・保健計画の策定が県及び市町村に義務づけられ、保健・医療・福祉の総合的な連携の在り方が模索、検討されている今日、公衆衛生行政に携わる私達は公的な社会保障の充実という課題と結合させ、地域の労働・生活・家庭に分け入り、住民とともに「国民の健康権」保障への責任を果たすことを求める大きな運動を起こしていくことが大事になっていると考える。¹¹⁾

〈参考文献〉

- 1) 日本公衆衛生学会保健所問題委員会：「地域保健のあり方」について 中間報告、昭和53年10月。
- 2) 「保健所宣言」(案) 起草委員会編：保健所宣言(案) 1988年6月5日。
- 3) 保健所医師グループ編著：危機に立つ保健所—再生への歴史的展望と実践理論1978年3月、珠真書房。
- 4) 日本看護協会保健婦部会編：保健所再編成問題資料集、1974年8月、日本看護協会出版会。
- 5) 保健婦雑誌：特集 保健所再編成の動き、1971年3月特別号、医学書院。
- 6) 小栗史朗：地域医療システムにおける保健所業務のガイドラインに関する研究、昭和51年度厚生科学研究。
- 7) 全国保健所問題研究交流集会実行委員会編：地方「行革」と保健所の行方、1985年3月、自治体問題研究所。
- 8) 小栗史朗：保健所再編成の思想、社会医学研究、p101 1980年1月、医療図書出版社。
- 9) 丸山 創：大阪府下における保健所と保健センター、社会医学研究、p111 1980年1月。
- 10) 自治体に働く保健婦のつどい：すすめられる保健所の統廃合と保健婦の「業務別配置」1990年10月、自治体に働く保健婦のつどい運営委員会。
- 11) 菊池頌子：時代の変化と保健婦の役割、保健婦雑誌、p89 1990年2月 特集 いま、保健婦活動の専門性を問う。
- 12) 賃金と社会保障：特集 医療臨調下の保健所問題、1988年12月上旬号 労働旬報社。

「末期前」在宅医療の経験(短歌の分析)

——ターミナルケアにおける社会的対応を考える——

谷 田 悟 郎 (京都保健会 猪熊診療所)

The Experience of Caring an Aged Patient in “Pre” End Stage at Home (The Bio-psycho-socio-medical Analysis of “Tanka”s).

——Discussion on Social Approach to “Pre” Terminal Care——

Goro TANIDA (Kyoto Hokenkai, Inokuma Clinic)

〔はじめに〕

今、在宅での末期医療におけるケアの対応が問われている。現在の医療水準で明らかな治療効果が期待できず、死期に近い患者の医療—末期医療の以前の段階での、いわば「末期前医療」における老人ケアの対応が、在宅癌死の極めて少なくなった診療所では重要となってきた。今回、脳梗塞軽快退院後、在宅医療を実施、その後肺炎を併発、入院、そこで末期医療となった当時87才の老人の「末期前医療」—往診時および自分史の短歌を通じての交流と分析—を経験したので、ここに報告し、末期医療、末期前医療の問題について考えてみたい。

〔症 例〕

Y. O. 氏

生年月日：明治33年1月8日生（在宅医療開始時87才、死亡時90才）

生活歴：

- *三人姉弟であるが、早くから別れ、独りで京都へ奉公にでる。
- *子供の頃から、自ら生活の中で短歌や俳句を好み、師匠についてからは、日々、作歌、作句し、自ら如月と号した。
- *その後、故郷へ帰り、魚の行商などとして働く。再び京都へ戻り、日本通運 KK の美術品運送専門の労働者として長年働く。退職後は、嵐山の食堂で働く。頑固者だが、情が厚く、いつも雇い主に可愛がられていた。
- *戦後、娘と暮らしていたが、娘は結婚、自らは後妻を迎え、「退職後の老人夫婦のみの世帯」として余

生を楽しむ。

病 歴：

- *戦時中 肺壞疽に罹患、以来常に咳嗽、喀痰持続していた。
 - *1974年8月以来 慢性気管支炎にて当診で初診。
 - *1977年以来 気管支拡張症、心不全、貧血症、リウマチ性多発関節炎、腰痛症にて治療。
 - *1987年3月 突然脳梗塞（左片麻痺）にてK病院入院。約1ヵ月で軽快、退院。以後、週1回の定期往診として在宅医療実施。
 - *1989年5月1日 熱発、救急でK病院再入院、肺炎と診断される。
 - *1990年1月27日 入院中痴呆出現、心不全にて死亡される。
- 保険管掌：就労中は健康保険本人、退職後はその継続医療、その後は国民保険に加入。再入院時は生活保護となる。

〔在宅ケア〕

- *1987年4月22日以来 定期訪問患者として、医師、看護婦、パート作業療法士、医療事務の在宅ケアチームを組織し活動実施。この間、つれづれなるままに老人が詠んだ趣味の短歌の提供を受け、それらの内容、推移を通して、いわゆる短歌療法として、その時々在宅医療の一助とした。
- *今回、患者、家族のご好意で、老人が療養中に書かれた「自分史」および、往診時戴いた短歌の貸与、公表ふくめ了解を得たので、この老人の在宅ケアを再検討した。

〔研究方法〕

提供された「自分史」から、現在に至る老人の生活背景のもと、日々詠んだ短歌を、病状の推移と比較対象し、短歌療法からみた在宅ケアのあり方を再検討した。

短歌は、在宅ケア開始の1987年4月から緊急再入院した1989年5月までの2年1ヵ月間に短歌168首、各月ゼロから最高24首詠まれている。これらは病床生活の中で、過去の忘れえぬ思い出、日常家庭での出来事、見聞きしたテレビや新聞の社会情報を素材とし、庶民の、また病人としての喜び、悲しみ、怒り、楽しさなどの感情を、感動として、リズムカルに、自分の言葉で率直に歌い、時には話し言葉で表現されている。

そこで、在宅ケアの期間を、病状と作歌の内容から四期に分類してみた。(図参照)

第Ⅰ期(退院後～1987年9月の約6ヵ月間) 病気共存期

第Ⅱ期(1987年10月～1988年4月の約7ヵ月間) 逃避・動揺期

第Ⅲ期(1988年5月～10月の約6ヵ月間) 一時安定期(取引き期)

第Ⅳ期(1988年11月～再入院の約6ヵ月) 怒り・鬱状態と受容期

〔各四期での病状と短歌〕

これらの期間に対応して、老人ケアとケアとを実施した。老人ケースでは、基礎疾患に何か一つの合併症や続発症が加われば死に至る、いわゆる「死が明らかになった末期患者」となる。したがって、末期医療以前の在宅ケアは、死の準備状態にある在宅ケアであり、チームスタッフは起こりうる可能性のある「死」の問題として対応した。

一般に「末期患者」の対応は、その身体的、精神的特徴から、身体的コントロール、精神的ケアに加え生活ケア、家族ケアがマニュアルとされている。期間は、癌末期の最後の3～6ヵ月間のケアとされ、末期医療の開始は、治療よりも苦痛、とくに疼痛の緩和へと移る分岐点となるとされている。また、キューブラ・ロスや柏木は癌患者の死への過程での心理の理解を強調している。

このケースの場合、身体的特徴として、左上下肢の軽度運動麻痺、右膝関節痛、腸過敏症候群、褥瘡など不快な症状があり、第Ⅳ期になり、低栄養、電解質異常が出現し、ついには感染によって、在宅医療から、「死」へのターミナル・ケアの入院医療となった。

第Ⅰ期：日常生活の出来事では、退院後すぐ、隣人のK氏が散髪を、ベッド準備された。入院中の思い出を懐かしみ、また亭主閑白となる。たまたま、迷い込んだ傷ついた鳩を飼い、これからの長い療養生活を送ろうと決意する。読んだ歌では、入院でお参りできなかった弘法さん(東寺)レクリエーションを計画してからは、鳩との戯れ、時には、神仏に見捨てられて手足が動かない、貧困という火の車を消す消防署はなく、消すのは自分と位置づけ、一顔二足を白内障と片麻痺から一眼一足と歌うユーモアをもつ病気共存の約6ヵ月の期間である。

第Ⅱ期：孫として可愛がった鳩の福太郎の死に会って食事が取れず、二度と動物は飼わないと決意し、自らを“ばち当たり”と自嘲し、以後、意欲なく、作歌ゼロとなる。再び足を痛めた迷い猫を暫く飼って自らを慰めていた。再び東寺へ車椅子レクリエーションすると、病を忘れ、食欲も進み、盆栽の手入れ、妻への感謝の歌もある一方、テレビや新聞で見聞きする高齢化社会、大型間接税、金権汚職事件などを庶民の立場から批判する歌が痛烈であった。また動物を飼って病より逃れ、鳩の死に心の動揺のあった逃避・動揺の約7ヵ月間の期間である。

第Ⅲ期：可愛がっていた猫の家出に、老人夫婦を見捨ててと落胆し、足温器による熱傷の包帯交換、腹痛、嘔吐に自宅点滴を実施した。その頃、文鳥を、再び猫も飼い、今回の弘法さんレクリエーションで、鳩、猫、旧友との再会が仏教を通して「生」への励ましとなり、杖を自作し、歌も社会批判が登場し、歩行訓練も進み、病状は一時安定し、往診は2週に1回とし、一時安定期となる。

第Ⅳ期：夫の介護と猫の世話での妻の累積した疲労の訴えに期を一にして、老人はあれこれと拒否し、朝夕早ようお迎えをと口にし、いやな入院までも言い、やっと書き終えた「自分史」を手渡す。褥瘡は拡大し、転倒を繰返すなどあって、往診を週1回に戻す。この時、娘婿が養母を案じて特別養護老人ホーム入所相談を持ちかけた時期から寝たきりが多くなり、食欲もなく、10月より12月までの3ヵ月間作歌ゼロとなる。以後、入院までは、字あまりの歌で、母と呼んだ姉のもとに早く行きたい、お世話になりました。隣の国へ行きたいと神仏に毎日祈り、一方自らを三度食事し小言いう嫌われる生き人形、あほの長生き、何もできず食いつぶしと自嘲的な歌が多くなり、ついにメーデの日に熱発、緊急再入院となった。この入院までの期間は「死」を意識し、「死」を願ういら立ち、うつ状態と受容の約6ヵ月の期間である。

末期医療のケアの対応は、人間の死の尊厳への対応とともに、全人的医療の対応—bio-psycho-social medicine

という対応が必要とされる。誰も、その歩んだ生活では、自然的や社会的環境のなかで生活や労働の条件の影響を強く受ける。この老人の末期前在宅医療では、これらの環境、条件を把握しつつ、各期において上記のように、個人的な身体的コントロール、精神的ケア、生活ケア、家族ケアの対応をした。ただ、特に第Ⅱ期、Ⅲ期に謳われた社会批判、第Ⅳ期での特別養護老人ホーム入所問題において、個人の社会とのかかわり、社会的対応が求められた。家庭的に貧困の中で両親の愛に恵まれない家庭環境にあって、長男として、労働一筋に生きて来たこの老人の、末期前の療養の床から一庶民として歌に託した階級的な社会的批判、社会問題提起に、ただ傾聴、共感する心理的サポートだけでなく、認識や行動観の共有として対応した。さらに死後遺された家族や我々に、社会的対応（または、社会的ケア）の必要性を提起されている。また、老人夫婦共倒れの一つの解決法として家族が提起したホーム入所が老人夫婦を困惑させ、ついには拒否し、家族内に矛盾を生んだ。この現代高齢化社会での根本的な老人問題の矛盾が老人に指摘されている。ここでもわれわれの社会的対応の在り方が問われている。これらのことから、末期前においての老人の身体的コントロール、精神的ケア、生活ケア、さらに家族へのケアの対応だけでなく、社会の矛盾の改革という社会的対応、つまり社会的ケアを提起する必要性を教えている。

【結 論】

一老人の「末期前」の四期の在宅ケアを経験し、第一に、「末期」癌に限定された末期医療だけに死の臨床があるだけでなく、数多い老人の生理的老化、病的老化、老年病発症、その合併症、寝たきりを経て、人生の終局の真の死（安楽死）の臨床経過の中で、老人における「末期前」在宅医療ケアの対応することが第一線医療で重要であること。第二に、末期前では、いろいろの対話で、このケースでは四期にわたる短歌を通して、老人の心理、

死への意識、死生観を把握、これらと老人の身体的、精神的特徴とを結びつけ、身体的コントロール、精神的ケア、生活ケア、家族ケアの各期に応じた対応が必要であること。第三に、それに加えて、長年社会的に貢献した老人の社会的問題提起に、傾聴、共感から共有へと心理的サポートをするだけでなく、遺志を継承、発展させ、老人が安心して平和で健康に暮らせる社会到来への社会的行動ふくめた社会的対応、社会的ケアを重視する総合的な対応を新たに追加することが必要であること、を強調したい。医療側が死の問題を避ける暗黙の共謀者となるのではなく、老人の生活史の背景のもとで、自我防衛的行動に正しく対応し、残された生の時間の充実を計り、生の喜びを最後まで享受してもらう総合的なケアとなるように努力すること。「良き生を生きる」と同様、「良き死を死ぬ」ことに、社会的ケアをふくめた良きケアで対応することが大切であることを強調したい。

最後に、老人の一周忌に、「自分史」と「歌集」を霊前に捧げ、冥福を祈り、また故人と家族が自分史と歌集の貸与、公表を快く承諾していただいたことを深く感謝する。さらに、再入院での老人性痴呆や心不全で困難な老人の末期医療を引き受けてくださったK病院医師、看護婦はじめスタッフの皆さんに深く感謝し、末期医療での病診連携の重要性を強調したい。

【参考文献】

- 1) 厚生省・日本医師会編：末期医療のケア、中央法規出版、東京、1989.
- 2) 池見西次郎・永田勝太郎編：死の臨床、誠信書房、東京、1982.
- 3) 池見西次郎・永田勝太郎編：日本のターミナル・ケア、誠信書房、東京、1984.
- 4) 日野原重明：死をどう生きたか、中公新書686、中央公論社、東京、1983.

時期区別 短歌を通しての在宅老人ケア

第I期 病気共存期 (退院1987.4.19~1987.9.)

時 期	訪	所見とケアの対応	日常生活の出来事	短 歌 な ど
'87.4.19		吉祥院病院退院		
22	往	在宅プラン計画		
25	看	九診からベット貸与	散髪を隣人K氏で	
28	往	ベット→畳上移動可	ベット利用で喜ぶ	
5.8	往	ホームトイレ購入	あちこち痛む	吉祥院病院朝夕変わる看護婦さんいづれ劣らぬ粒ぞろい
9	看	リハ訓練(吉病継続)		
11	物	物療師で障害評価		
22	看	物療師訪問後元気	湿布部位痒い	
27	往	起座位30~60分可能	手指振せん強い	
6.3	往		妻に怒ること多い	
8	看		妻、夜めまい転倒	
10	往		左下肢シビレ強い	
17	往		右膝伸展時痛	
23	看	車椅子で東寺へレク計画、実施		東寺にて肌を感じる鳩のぬくもり 今はそのすべもなし
24	往		ゆで卵一日3個も	世の中の神や仏に見捨てられ今じゃ両足動かない
7.1	往		隣人の協力で東寺	もう駄目とおもいしにKさんお陰で弘法さん
8	往		右膝関節痛	じきまieri
15	運	車送迎で九条診外科		
29	往	整形外科再受診		家の中火の車それを消す消防署どこにもなし みな自分が消すものなり
8.5	往		妻行水させ機嫌良	
11	看	在宅入浴・洗髪		八十七才まで生きながらえて○○さんや○○さん 体を洗うてもらい何という果報者
12	往	不整脈	入浴後気分良	
13			鳩迷い込む	始めバタバタとお様子片羽もなしでとぶこと できず この鳩一生飼うつもり
19	往	RA+3, 血沈70	頭部痒い	
24	看		左下肢動きにくい	日一日と変わる世に変わらぬこの足情けない
26	往		枕合わないと不満	何のためのこの足あるやら
31	看			昔より一顔二足と人は言う私は一眼一足である
9.2	往		頭痛	この鳩はわが家の孫です三度の食事食べさして少しづつ口にパンを入れてやる
5	往	臨時BP160/80	怒りっばい	
7	往	臨時 静注	葬式代計算してる	
8	往	臨時 感冒薬投薬	風邪ぎみ	この鳩と私 膝から離れない始終私の顔みつめる
9	往	抗うつ剤リーゼ投薬	うつ状態	
12	往	臨時		今日も体が悪いのに膝上に出してみれば かわい目で私を見つめる 私がへたれば心配です
14	往	臨時	軟便トイレ前失禁	
16	往	「みんなの健康」発行	ねてばかり	
21	往	リーゼ減量、東寺レク右大転子搔傷	東寺レク希望	
30	往	往診時包交	風邪引いて頭痛	

第Ⅱ期 逃避・動揺期 (1987.10.~1988.3.)

時 期	訪	所見とケアの対応	日常生活の出来事	短 歌 な ど
'87.10.5	看			苦しんでいる福太郎 籠から出て膝上に乗せながら名前を言うと細目を開けて私を見る 物言えんだけ私かあいそうになり 動物は二度飼いません
7	往			
11			鳩「福太郎」死	今日は何という日であろううちの福太郎死に
14	往	痔が痛い	食欲+, 摂取量減少	ました 何という日であろう 何の楽しみもなし
21	往	咳、肩凝り		
28	往	清拭後風邪引く		昔の極道 今になって足動かぬばち当たり
11.2	看	物・事務・K氏と東椅子で東寺へ	静岡の孫と東寺へ	福太郎踏まぬ所に埋めてやり線香立て拜んで家からも見える所へ毎日思い出して居ります
11	往		散髪屋で散髪を	(以降、12月末まで作歌なし)
18	往		新聞を見て明るく	
25	往			
12.2	往			
7	物	松葉杖より杖歩行	右膝関節痛	
9	往			
16	往		足の悪い猫迷い込む	
23	往		くしゃみ、あくび多	(年賀状書いたので作歌なし)
26	看	部分清拭、足浴		
30	往	表の間へ歩行少い	右殿部痛	
'88.1.6	往	モビラート軟こう	車椅子で東寺参り	
13	往			秋すぎて冬の夜長に妻はシャツをあむ
20	往			高齢社会のためと言うが 高令は今にわかになってわいたものでない
27	看	下肢 ROM, 起立・室内杖歩行訓練	みかん過食、胃痛	
2.3	往	血圧上昇ざみ160	右耳介・頭部痒い	大型間接税は党の者皆でですがよい 国民から取るものでない
10	往			
17	往	血圧130/80	けやき盆栽手入れ	
24	往		再び猫を飼う	我が家にも家族が一つふえ朝夕手がかかる 名は白とつけ賢い猫です
3.2	往	右下腿猫搔傷		
9	往	血圧150/60, TP6.5, A/G1.22, G122.3	「歩けたらええのになあ」	○党の○さん砂利占いで食う胃袋 三度の食事何を食ってるの
16	往	右膝関節痛 包交	「もう年やからね」	
17	看	OT 歩行訓練 包交	起立時腰痛	
23	往	包交 (ゲンタシン)	右足底熱傷1度	冷たい冬の朝でも母の手暖かヨルオソクーツトモエニネテルネコ 何の苦もなく今日まで生きてがいつお迎えるのやら 朝夕お願いするばかり 今年は八十八才人は米寿と喜ぶが 私この足では何のために生きてるやら 黙々とぐちも言わず毎日私の世話をする 私は心から感謝する
27	看	包交、車酔い	土佐の知人と嵐山	今日はまた昔なつかしい嵐山天下名所良い所
28	看	包交		

第Ⅲ期 一時安定（取引き）期（1988.4～1988.10.）

時 期	訪	所見とケアの対応	日常生活の出来事	短 歌 な ど
'88.4.4	OT	上下肢ROM表問往復	猫家出	住みなれた猫でさえ老夫婦に望みを捨ててどこへ出ていった
6	往		鼻汁、咳	
13	往	包交（熱傷排液）	下肢浮腫出現	
19	看	包交	田舎へ行けず立腹 熱傷増悪 妻包交	ひばりは高く上がっても子供は見る 人間は子供する人もいる
20	往	右足底浮腫	文鳥つがいで購入	
25	看		しんどい	朝夕神仏にお願いするけど悪人は末だにその効果なし
26	往	臨時、静脈注射	腹痛	
27	往	静注包交、鬱剤処方	親身にと涙ぐむ	
28	看	物忘れ目立つ		
5.2	看	眠ることが多い	猫がほしい	今日五月二日月曜日なのに○○さんが来て診察をして下さって有難い事です 毎日毎日ベット上でテレビを見て居られるのも先生の御かけ有りありがとうございます
11	看			
12	往	臨時、自宅点滴	嘔吐	
13	往	臨時、静注		
14	往	臨時、静注		
15	往	静注	なお一進一退	
18	往			
20	看	血圧135/75, RA+1		
24	看	血沈46/81, A/G1.28		
25	往	元気に応答		
27	看		バルサン煙すので	今日は久しぶりにメリーのおばさんに連れていってもらい有難いことでした。弘法さんではお茶炊きのおばさんが久しぶりやと言うて手を握り暫くは離さず高校のY先生と会い長らく話して帰りました。
30	往		隣のおばさん車椅子で東寺へ、元気	
6.1	往	包交		
2	OT	難聴増強		
6	看	足洗と清拭		
8	往	鬱剤トフラニール		
9	看			
13	看			
15	往			
16	OT		杖自作できた	J党の間接税は我々国民に皆かかる 間接税を取ってみなアメリカに持って行くのか
22	往		右殿部痛	
24	看		右大腿骨大転子褥瘡出現	奥嵯峨の広沢池の浅瀬には今年も咲くやかきつばた
27	看			
29	往			
7.5	看			
6	往		手足猫搔傷	
13	往			
29	看	足浴（入浴サービス拒否のため）		
8.2	往			
8	看			
10	往			
15	看			
17	往			
18	OT			
24	往	往診一回／二週とす	左肘部痛	
30	看		歩行訓練拒否	
9.1	OT	両上下肢ROM. 起立訓練		
7	往		右前腕部痛	一ともえに寝てる猫三つ寝たら義士の紋
12	看		便秘あるもの排便少	
20	看			
21	往		頻回軟便	竹下内閣消費税とってどこえ持って行くのか
27	看		便回数一口二回	○○さん国会でしかり頼みます
29	OT	立上り困難	リハ後疲労大	
10.4	看	緩下剤投薬		
5	往			
14	看	ケナログ軟こう	両口角亀裂	
19	往	立上り10秒可、表の間迄一往復可		
24	看	右大腿部褥瘡再燃		
26	往		妻猫の世話で疲労	

第Ⅳ期 怒り・うつ状態と受容期 (1888.11.~1989.5.1.再入院)

時 期	訪	所見とケアの対応	日常生活の出来事	短 歌 な ど
11. 9	往	門座拒否、静注	車椅子で歯科受診	
15	看		「あほほど長生き」 「朝晩早うお迎え」	
30	往	血沈102/126, TP6.8, A/G 0.88, Gl25.4, RA+3, Hb11.3	新義菌合わず 夜ベットずり落ち 「入院させてくれ」 自分史完成	
'88.12. 3	看	往診一回/週に戻す	ベット起座できず	
5	看	左下肢動き鈍		
7	往	静注、褥瘡不変	夜トイレ途中転倒	
9	看	右頸部痛	夜中食物と妻起す	
14	往	褥瘡拡大、食欲不振、 入所時期ではない合 同カンファレンス提 起（進捗せず）	娘婿ホーム入所の 証明書依頼、催促	
15	OT		多弁、死を繰返す	
21	往	ベット横起座可能	妻に世話かける入 院を、寝ると楽	
23	OT			
27	看	介護起座	新聞を読まない	
28	往			
'89. 1. 6	看		手指暖める工夫	
11	往		天皇責任といた いが、引張られる	くるくと月日は変わるけど変わらぬ八十九 才 どこえ行く 草津のお母さんのもとに 一日も早く願います
12	OT			
14	看			
18	往		下痢、便失禁	
25	往			人は皆、人形屋の店で 生きた人形みたいと 言うが、私は生き人形です。この人形は三 度食事し嫌われる、小言いう。内のおばさ さんが可憐です。私に勿体ないおばさんで す。今日も暮れゆく八十九才 明日の日が あるのやら。かんち院のおばさんに、いつ 会えるら。
2. 1	往		夜間頻尿	
2	OT			
3	看			
8	往	Hb11.1, 血清K2.9		
15	往	K追加		
17	看	手浴、爪切り		
21	看			
22	往			
23	OT			
3. 1	往	Hb12.2, k3.2, RA+ 2, TP6.8, A/G1.07		八十九才迄生きすぎで残したものは足きづ
3	看	血沈53/84		年は八十九才でも赤子同然悪い赤子 昔から あほは長生きする 寝たきりで鯛食います 一つふえ あほの見本ここにあり 何時お 迎えがあるのやら 早く来て下さい
8	往		4日間便秘	
15	往		冗談をよく言う	
16	OT	訓練に意欲的でない	夜中、ガスで大量 便失禁	
22	往			
23	OT			
29	往			私はねたきり八十九才これからのいく先は、 全部向こうもちで遠い国、色々と御世話に なりました さようなら どなたもよろしく
4. 3	看			
5	往			
12	往			
13	看			
19	往			八十九才迄今日まで来たが何も出来ず食いつ ぶし、早く隣の国行きたい 毎日神仏に御 祈りするのみ
20	OT			
26	往			命余って金足らず早く隣の国へ行きたい 毎 日神様仏様にお祈りするのみ
5. 1		救急で吉院へ入院	発熱	

社会医学研究第11号 編集委員会

委員長：渡部真也

委員：上畑鉄之丞 仁平 将 二塚 信
山下節義 山田信也

社会医学研究 第11号 1992年7月20日発行

発行者：渡部真也

発行所：〒520-21 大津市瀬田月輪町
滋賀医科大学予防医学講座内
TEL. FAX. 0775-48-2187