

児童福祉の規定・試論(4)

—医療の問題を中心に—

本間 真 宏

(昭和54年9月30日受理)

A Study on the Nature of Child Welfare (4)

Masahiro HONMA

(Received September 30, 1979)

はじめに

児童問題(それは児童の生活=生命活動にかかわって、またその過程において生起する困難や障害である)の解決ないし緩和を意図しての児童福祉¹⁾であるが、その性格や本質を全体的に把える作業は研究方法の多様さとも絡んでなかなか進まない。それは児童という存在のもつ性格の多様性にもよっている²⁾。本稿はいままでの作業をふまえ³⁾、子どもにかかわる医療をみるなかで児童福祉とは何かという課題に接近しようとするものである。

次のような事例から考えていくことにしたい⁴⁾。虐待されている児童(5歳, 男)をめぐって、「医療」と児童福祉との関係におけるさまざまな問題が指摘されるように思われる。

父母ともに29歳。長女は(脳出血?にて)死亡。本児の下に、2歳と1歳の何れも男児がある。父は常雇なるも出張などが多く留守がちである。

本児の入院にさいし、看護婦たちは長女の入院、死亡のときの母親の行動が気になって憶えており、「こんな弟がいたの?」といていた。

本児は正常分娩、体重3kg。人工栄養、7カ月で離乳。4カ月で首がすわり、約一年で歩きはじめた。

入院時の状況は次のようであった。本児の言葉は少なく、特に母親のいる時はほとんど話さない。体には火傷の跡が目立ち、顔面浮腫も見られ、「折檻」を受けていることが明らかである。

母親の挙動には奇妙な面が見られ、医師に症状などを問うこともなく、入院させるとすぐ帰宅してしまう。病院から電話すると「明日、父親と一緒に行く」とのことであったが、

翌日、母親は一人で来た。

入院する一週間位前より、母親は本児の歩行が何となくおかしいことや顔面浮腫に気がついた。熱があり、動作が鈍重になり苦しうにみえたので病院に連れてきたという。

約一カ月間の入院中の状況、退院のいきさつは次のようである。

本児の爪を噛む癖やその他の行動に問題がみられるので精神科の医師の診断をうける。そこで知的なおくれ、自発性の欠如、対人緊張などが指摘され、家庭での養育状況を知るために親に面接したい旨伝えられる。

家庭における食事については偏食が指摘された。御飯(米)と水気での食事、小さい肉切れを2時間ほど噛んでいて、粉々にならないと食べないということである。

住居は不良である。部屋は二つしかなく、一方に家具を置き、他方で親子5人が寝起きしている。母親が外出しなくてはならない時など本児をよく縛って行ったという(手に外傷がみられる)。

退院5日前より高熱を発し、「はしか」と診断された。毎日のように失禁し、着替えを嫌がって火がついたように泣く。トイレに行くのを怖がり看護婦にしがみついてしまう。たまたまステロイド療法を実施中の患児が多く、医師が感染を恐れたことや父親がこのような状態について通院での治療を希望したところから退院ということになった。

その3日後、本児は母親により絞殺されてしまった。

たしかにこのケースの結末はショックなものであり、取り上げるにあたっては大分躊躇せざるを得なかった。しかし、このケースが抱えているような問題は現代社会における核家族が多かれ少なかれ有しているものであり、けっして例外的なものではないと思われるのである。いくつかの点についてさしあたり指摘しておこう。

子殺しという最悪の結果を招いてしまったことは何ん

とも仕様がなない。ただ、その事から逆に類推していった批判は生産的でない。このような結果をもたらした過程の、どこに社会福祉の援助 (Social Work Practice) が欠如ないし不十分であったのかを冷静にみていかなくてはならないのである。父親の仕事を理由にしての家庭への無関心、次々に妊娠しては生んでいく若い母親の心理 (おそらく長女の死というショックは計り知れないものがあつたらう)。劣悪な住宅事情のなかでの生活などはすぐに指摘しうるのであるが、それだけでは問題は解決しないのである。

ここで、このケースの報告者はどのような位置にいたのであろうか。医療と(児童)福祉とのかわりあいについて考えてみようとする本稿においては、とりわけ注意しなくてはならない点である。それは次の諸点とも関連してくる。

後にみるように、医療において中心的な役割を果すのはいうまでもなく医師である。しかしながら、かつてのように看護婦その他のスタッフがそれに「従属」していた時代ではいまはない。いわゆるパラメディカルを重視し、包括ないし統合医療を志向するといわれる今日においては、「患者」の治療(第3の医学)⁹⁾という目標に向かって、それぞれの領域が機能的に結びついていなくてはならない。医師が主要な役割を担うものであるとしても、それだけではけっして十分ではないことを知るべきである。このケースにおいて「退院」させることが、(母との関係において)子どもにとっていかに危険なものであつたかを医師が知るためには、まず病院のなかに、この子を隔離するための部屋があるかということが先であった。退院するにあつたの通院指示はいわば精一杯のことではなかつたか。「結果」でもって医師の責任を問うことは無理であり、むしろ父親が親として果している役割こそ問われるべきであらう。

けれども、父親(夫)のパーソナリティを問題にするだけではやはり十分ではない。生活保持義務(救貧法における生活自助原則に相当するか)のもとでの「家族の生活」は子どもの数の多少がその収入と支出のバランスを即座に崩すものである(夫ないし妻の消費癖はここでは問わない)。まして疾病が失業とならんで貧困に陥る主要な原因であることは周知のことである¹⁰⁾。彼は子どもの入院費用にあつて社会保険を利用することはできた。国民皆保険といわれる今日において医療費は本人はもとより扶養家族のばあいにも自己負担は比較的少な

くて済むといわれている。しかし、「医療の社会化」はいわれるほどではない。退院ということの背後に(イ)差額ベッド代(ロ)付き添い看護料などの経済的要因がなかつたかどうか、問われなくてはならないであろう。

つぎに母親について考えてみよう。このばあいも「結果」だけからみて、彼女のパーソナリティを問うても意味はないであろう。問題はこのような最悪の事態を招くに至った過程において児童福祉実践(Child Welfare Practice)が応じきれなかつたのは何故か、ということである。かつて児童(の救貧法的)救済の段階において、「救貧法は保護を必要とする児童を捜し求めるようなことはしない」¹¹⁾ということがいわれた。児童福祉の時代といわれる今日においても、子の養育の(第一次的)責任はその親にあり、「親に代って、あるいは親の養育機能を補充ないし補完する」¹²⁾ところの児童保護(Child Care)は消極的なものでしかない。このような状況のもとで親が自発的に社会福祉の援助を求めようとなしなかり、子どもはつねに犠牲者とならざるをえない。今日の核家族はそれなりに日々の生活を営むことは可能であっても、何か緊急の事態が発生すると、たちまちのうちに解体ないし崩壊してしまうものであることを知らなくてはならないのである。では、もしも(ということ自体、結果論にすぎないのであるが)この親が何らかの援助を求めようとしたばあいに、現在の福祉サーヴィスはそのニーズに応えることができたであろうか。視点を変えて考えていくことにしたい。

医療の性格

さきに¹³⁾生活保護を受給するようになった理由についてみた。資本主義経済をとるこの社会においては、(まずありえないことであるが)社会保障制度が十分に行き届いたものとなつたとしても、疾病が貧困をもたらし、そして貧困状態がつぎの疾病を生み出すという、初期資本主義=産業資本主義の頃とほとんど変わっていない。ただ「福祉国家」を標榜する現在、生活保護を受給する家庭の形態が「多子低収入型」であつたものから「傷病無収入型」へと変質してきたということであろう¹⁴⁾。

かつてF・エンゲルスはスラムに沈没している労働者階級の生活について次のように述べたのであつた。

もし、労働者の生活している境遇のことを思い出すならば、また労働者の住宅がどんなに密集しているか、あらゆる片す

みにどんなにいっぱい人間が詰め込まれているか、病人と健康な者がどのように同じ一つの部屋、同じ一つの寝床に寝るか、ということを考えてみるならば、それこそ、この熱病のような伝染病がもっと広く蔓延しないことのほうが、むしろ不思議に思われるであろう。（中略）

べつの一連の病気は、労働者の住宅よりはむしろ労働者の食物に、その直接の原因をもっている。それ自身すでに消化の悪い労働者の食物は、小さな子供には、まったくむかない。しかし労働者には、自分の子供にもっと適当な食いをあたえるための資力も時間も無い。そのうえ、子供に火酒または阿片さえもあたえる習慣が、非常にひろまっている。そして、これらすべての事情が原因となって、それとともに肉体の発達に有害なその他の生活関係も原因となって、いろいろさまざまな消化器の病気が生じ、これらの病気はまた、そのあとかたを一生のこすのである¹⁰⁾。（傍点、原文）

このような状況は「社会的殺人」と呼ばれてきた。それは公害のなかに生きる今の人間の問題でもあるのだが、その認識についてエンゲルスが続けて述べているところとの差異はどれほどであろうか。すなわち「彼らは、この責任がどこにあるか、ということはどうして知っているだろうか——また、たとえそれを知ったとしても、彼らが、これまでとはちがう生活状態におかれ、ちがう教育をうけないかぎり、どうしてもっと適当な食事の養生をすることができようか？」ということである。

(a) 医療の社会化

さきにもたように、資本主義社会の展開過程はまさに人間（の労働力）を商品化しつつ、利潤（という資本が求めてやまないもの）を得るための、人間の scrap and build であったといえる。その基本的な構造は今日の社会においても変わりはない。ただ長く厳しい労働運動のなかで、「工場法」の制定・改正による労働者保護、児童および婦人労働の禁止・制限、労働環境の改善などが「人間としての権利」という視点から考えられてきたのであった。その過程において医学が果してきた役割はどうであったのか。

たとえば明治維新の後、わが国は西洋医学を採用し病院を設立するとともに医学教育と西洋医術による治療をおこなっていくのであるが、貧しい病者は「学用」としてのみ医療の対象となりえたのであった¹²⁾。たしかに医学の進歩はその時代の人間に対する見方を反映してきている。ヒューマンイズムの精神は時に「人体」を用いての

実験になりかねない医学としばしば緊張した関係にあり、それは今日の社会においてもなお問題とされているのである。

さて人間はその生涯を通して医療を必要とする存在であり、しかもそれは貧富の差などで左右されることがあってはならないのである。すなわち「理念」としての医療の本来の有様は国民の一人一人が全て平等に、その健康と生命が十分に保障されなくてはならないというところにあるからである。しかしながら資本主義経済のもとでの医療の現実はそのような「理念」に対してあまりにかけ離れたものとなっているのではないか。その端緒は明治7年の「医制」が自由開業医制を採用したことであり、必然的に医療が「商品」として一人歩きをはじめたところにある。以後の歴史は商品としての医療がそちこちで引き起す矛盾をどうやって取り繕ってきたかということに尽きるといってよいであろう。

一つの方向はあった。それを「医療の社会化」と呼ぶ。しかしそれはいまだ十分に実現していないし、それ自体にも医療の本来の性格に照らしてみると矛盾があるのであり¹³⁾、「理念」を実現するための途はなお険しいといわなくてはならない。では医療の本来の性格とはどのようなものであるかをつぎにみておくことにしたい。そのうえで「医療の社会化」が目指すところのものについて検討してみることにしたいと思う。

社会保障制度（それは社会保険、公的扶助、社会福祉という三つの柱から成立っている）の体系を整理していくなかで、医療の問題を取りあげながら、そのあるべき姿を描くと次の4点がさしあたって指摘されるのである¹⁴⁾。

- (1)絶対性——医療は患者が必要とするかぎり、どんなにばいにも絶対に提供されねばならないものである。ところが自由開業医制のもとで商品となった医療は経済的な制約によって不十分にしか、あるいは全く提供されないということが生じてくる。
- (2)完遂性——医療が中断又は放棄されるのは(イ)全快、(ロ)廃疾、(ハ)死亡の何れかのばいだけである。けれども商品化された医療は患者がいくら必要としても経済的な理由で中断されることが少なくないのである。
- (3)最高平等性——医療は万人にその時点、場所で提供しうる最高水準のものでなくてはならな

い。生活水準によって左右されてはならないこと、それは人間の生命そのものが対象である医療にとってはいうまでもないことなのである。しかし、「採算」を度外視しての医療をとることが不可能であることは周知の事実であり、この点でも理念と現実との乖離は顕著である。

(4)個性——医療は個人としての医師と患者との関係で成り立っている。医療スタッフが多様化してくることによってその人間関係は複雑なものとなってくるが、基本的には患者個々によって診療行為は異なっている。けっして「規格化」することは不可能なのである。

目指すべき「医療の社会化」とは次のように規定される。すなわち「国民のすべてに対し治療給付及び予防給付を受け得る機会が均等に与えられるよう国家ないし社会の責任において給付の提供方法について措置を講じてゆくこと」である¹⁵⁾。しかしながら、医療の本来的性格を示すポイントのそれぞれにおいて指摘されたように、「社会化」そのものが鋭い矛盾を包含していることに注目しなくてはならない。医療それ自体が固有的にもっている「個性」と医療の社会化が目的とする「規格化」との矛盾を今までの歴史はどのように調和させようとしてきたのかをみていかななくてはならない。矛盾の窮極的な解消は、「医療の商品性の止揚が社会的におこなわれたばあいのみ可能¹⁶⁾」となるのであろうが、その方向を探るためにも歴史的な検証が必要となるであろう。

さて明治7年の「医制」が自由開業医制を採用し、今日に至っていることについてはすでにみた。それはさらに医療費不払いの際には公権力が介入し強制的に取立てることを打出すことによって開業「医」の立場はきわめて強いものとなったのであった。かくして本来、「商品」ではありえないはずの医療が資本主義的な商品として登場してきた。しかし需要と供給という関係のもとで、それが「自由」に売買されれば、それはそれなりの意味をもちえたであろうが、まさに商品たりえない医療なのであるから、それは供給する側、必要とする側の双方からつねに批判され続けてきたのであった。それは医療保険と医療制度との関連がどうなっているかというようにみることができる。それらは元来「車の両輪のごとく、両

者の調和的發展を図ることは医療保障の推進と国民医療の確保の点から絶対に必要な条件¹⁷⁾」なのであるから。

敗戦後、新憲法のもとで社会保障制度を充実させようとしてきたプロセスからみていこう。社会保障を(i)所得の保障(生活を守る)と、(ii)医療保障(生命を守る)とに分けるなかで、後者についてはさらに(i)医療そのものを完全に保障していく、(ii)医療費を全面的にか、部分的にか保障していくという二つが考えられる¹⁸⁾。わが国のそれが(ii)であったことはいうまでもない。しかも医療制度そのものについては「自由」にしたままの「国民皆保険」制度の実施はまさに全国的な規模でもって医療の矛盾を噴出させている。一面からのみの「社会化」がもたらすひずみは、たとえば老人や乳幼児・障害児などの医療費の無料化、一部負担の方向などについてすぐに批判的な論議がなされるところからも明らかである。また生活保護法における医療扶助の実態については、法制度自体の問題もあってきびしい批判がなされている¹⁹⁾。医療の社会化をそのあるべき方向として措定しながら、小児医療と児童福祉との関係についてさらにみていくことにしたい。

(b) 医療と福祉

「病気は文明がつくり、また病気は文明をつくっていく。この二つの動機はつねに重なり合って提示され、そして追復される²⁰⁾」ものである。われわれが今まで個人的、自然的な現象として考えてきた病気はけっしてそうではなく、いわば社会的な人為的なものとして考えなくてはならなくなった。そのことはF・エンゲルスがみた産業革命の進行する都市のスラムに住む人びとや今日における公害で苦しむ人びとのことを思いおこすまでもなく妥当する。原因が社会的なものであるとすれば、その解消や予防にあたってとられるべき方策もまた社会的でなければならない。ところが病気は貧困と同じく、現象としては個としての人間に生ずる。そこに貧困を個人の怠惰の結果であるとみなしてしまうのと同様なやり方で病気を個人の不養生、不注意の結果であり、したがってその責任は全て個人にあるとされてしまったのであった。

それでも医が「仁術」であり、今日でいう「迷信」やある種の「宗教的行為」に病気の回復を人びとが祈っているうちはよかった。が、貨幣経済の浸透は次第に全ての商品化していく。資本主義社会になって、本来「商品」たりえない人間(の労働力)までが商品となっ

てしまったこと、そして商品化した医療がもたらす矛盾についてはすでに述べた。すなわち、人びとは彼らが必要とするとき（すなわち傷病のさい）に、必ずしも十分に求めることができないのが医療という商品であることに気がついたのである。ひとの生命を守るという崇高なる医療は否応なしに「商品」の生産者、供給者とたんなる消費者、需要者という関係に転化してしまったのである。それは両者にとって不幸な関係としか言いようがない。調整を図ることが必要となる。それは誰が、どのような立場でなすべきなのであろうか。それについて考えるまえに、医療商品をめぐる両者の、それぞれの問題点についてみておかななくてはならない²¹⁾。

まず生産者である医師の側ではどうであろうか。それはまず医師の労働がもつ特殊性に負っている。通常、資本主義経済のもとでは人間の労働力が商品として売買される。ところが医師は労働そのもの、すなわち「サービス」を売るのである。そして、医師が自ら需要を作り出す（すなわち病気をバラマク、という奇妙な言い方になるのだが）のではなくて、注文があって（すなわち患者が訪れてきて）はじめてなされるサービスなのである。しかも患者は自らの生命を彼にゆだねるのであり、そこには資本主義的な「ものとも＝非人間的」な関係ではなくして、互いの信頼を前提とした人間的な関係がなくてはならない。このような医師の労働に似たものを求めるとすれば、われわれは中世における「ギルド」を想定せざるをえない。いわば資本主義社会に残存している職人関係と考えることで、はじめて医師の労働の特殊性を理解しうるのであり、なされたサービスに対する対価としての金銭は本来、営利というものではないのである。しかも、ギルドが仲間の権利を守るために、すなわち営業の独占を維持するために鉄の団結を有していたのと同様に、医療の提供は今日の社会においては医師のみにゆだねられているのである。このような供給独占がもたらした結果はどのようであったか。独占と引き換えに課せられた義務は果して遂行されているだろうか。いくつかの点についてみておくことにしたい。第一は独占はあくまで医療の公共的性格という「理念」を重視してのそれである。けれども商品となった医療は営利原則を無視しては成り立たない。緊急診療の拒否、無医地区の存在などはそのことを示している。第二は国民皆保険制度のもとでの医療商品の価格決定の問題である。現代社会は人と人との「不信頼」という土台のうえに成立してい

るのではないか、という仮説が見事にあてはまるようである。互いに相手はずるい、だまされているのではないか、というような関係は物事の尺度が金銭になっていることであきらかである。第三は医師（および看護婦その他パラメディカル）の問題である。およそ専門的職業といわれるものほど、それに従事する者のパーソナリティーのあり様が問われることは少なくなる。問われるのはそのもつ専門的な知識や技術だけなのである。しかしながら教育や福祉などの分野では、それに従事するもののパーソナリティーがまず問われる。といて、われわれはそれらの仕事为非専門的職業であるとはけっして思っていない²²⁾。医師養成の今日的課題については多くのところで論じられている²³⁾。そこには必ず医師の倫理性について触れられていることを見逃してはならない。

つぎに消費者である患者の側からみるとどうであるかを考えてみよう。医療の本来の性格を基準としながら現実はどうであるかをみると、さしあたり4点ほどが指摘される²⁴⁾。第一は購入すべき医療商品の質と量はそれを専門的に判断する医師の手中にあるということである。

「生命を守る」という本来の性格からすれば、それは患者の支払能力を超えてもなされなければならないはずである。しかし現実がちがう。第二は国民が必要とする時、必要な場所に医療の提供者（機関）がなければならないことである。現状はどうであろうか。第三は医療が独占的に供給されるものであることから、患者にとってはそれが唯一、絶対のものであり「失敗」はけっして許されず、患者は医師を絶対に信用しなければならないという人間関係を認めることである。この条件が現在の医療において満たされていれば少くとも問題の半分以上は生起しないはずであるのだが、さいごに、どうしても今の社会体制から生ずる根本的な問題に触れないわけにはいかない。それはこの社会が人間（の労働力あるいは人間そのもの）を商品化しているかぎり、不可避である貧富の差ということである。すでに貧困の原因が社会的なものであることをわれわれは知っている。そして経済的な不平等の存在という現実にあつて、われわれは本来的に商品たりえない医療が「商品」化しているなかで、「所得」の多少に拘らず全てが必要とする最高水準の医療を求める権利があると主張しているのである。医療と福祉という関係が意味しているものは、このように「必要とする人が、必要とするものを」求めえないような社会状況にあつて、いくらかでも（十分に、といわねばならないの

だが) 本来のなあるべき姿にもっていくための支えであるということなのである。医療に対する福祉が、ほどのような状況であるのかをつぎに、「子ども」のばあいを取りあげてみていくことにしたい。

(c) 小児医療と児童福祉

病院が、いわゆる近代的なものとしてその発達を歩み始めるのは産業革命が進行中の18世紀後半、イギリスにおいてであった。資本主義生産が拡大再生産を経ていく過程で生みだされる膨大な貧民に対して「当時の医療技術で比較的簡単に治癒可能な者を、救貧税負担の対象から除外して働かせるという即物的な生産政策²⁵⁾」の具体的な場が病院であった。

19世紀半ば、帝国主義段階における各国の支配者の意図はいうまでもなくすぐれた労働力と兵力を得ることであった。それまでの児童救済にかわって児童(が将来において役立つとみなされた限りでの)保護の時代となったのである。次のような指摘は基本的に正しいものである。

「明治政府の児童問題に対する姿勢は、簡単にいえば、墮胎、間引きの禁止によって、まず人口をふやし、そのなかから使いものになるものを選んで、軍隊に、あるいは工場に送りこむというやり方であった。(中略)

児童は、国家目的にとっての手段であり、富国強兵・殖産興業政策の道具であった。」²⁶⁾

さきに本来の意味での医療がなされるように、何んらかの「支え」としての役割を果すのが福祉であるということをついた。ところが、帝国主義段階においては医療自体が支配者の意図に従属するものであった。それを「貧民収容所的な病院」の性格が支配していた時期ということができる。そういう病院が(たとえ経済的負担が可能であった者だけに限定していたとしても)「病気を治療する場所」に変わっていくには「必要集団を対象とする軍隊医学・軍病院で展開された技術を媒介」とすることが必要だったのである²⁷⁾。

しかし病院の近代化がそのまま医療の社会化の実現ということの意味したのではなかった。たしかに近代的な病院の出現は多くの点で医療問題を解決するものであった。国民はより身近なものとして医療に接することができるようになった。しかし医療商品を購入することが、いろいろな意味で困難になったことも事実である。しかしさきにも述べたように「生命」を守るためには絶対に

購入されねばならない。かくして「福祉」がかったの救貧や保護とは異った形で登場してくる。端著が1942年の「ベヴェリッチ報告」であり from Cradle to Grave (揺籃から墓場まで)の実現ということが目指されることになった。

ところで「子ども」にとっての医療の問題はどうであったのか。次のような指摘から考えていくことにしよう。「児童のばあい、救貧医療に到達する間に家族が介在することが大きな特殊問題を形成する。児童の罹病は一家の働き手のばあいとちがって直接には貧困に結びつかず、それが家族の生活難として一定の限界に達したとき始めて救貧医療の対象となる」のであるが、「それでも家族が公的扶助に頼ることを潔しとせず生活の破綻を回避しようとして児童を犠牲にする」ことになってしまうのである²⁸⁾。

敗戦後の児童福祉法の成立はそのような恥辱としての公的扶助から家族を解放したであろうか。法が意図しているのは次のようである。すなわち「児童をその家庭においたままその生活を保障する所謂生活扶助は、生活保護法においてなされ²⁹⁾」るのであり、家族がそれを受け入れないかぎり子どもが犠牲にされざるをえない状況は変わらないのである。

それでは児童福祉法のもとで、「子ども」への医療ははたして本来のなものとなっているであろうか。「医療の代替物としての福祉」³⁰⁾ということがいわれる。それはけっして子どものばあいのみに限らないのであるが、医療と福祉が相互補完的な立場にたつて意味をもちるのは、対象である患者にとって医療技術が有用性を発揮するときのみなのである。そうでないとき(すなわち患者である児童に対して医療があまり役立たないとき)には福祉の措置は名目上は「子ども」に対してであっても、実質的には彼を包含しているが故に生ずる家族の生活上の困難(貧困など)を救済するだけのものでしかなくなってしまっているのである。

いままでの叙述において医療問題のなかでもっとも大きなウエイトを占めるのが医療商品の購入にさいしての負担能力であることが理解されよう。ただし医療制度と医療保険のそれぞれが有している問題をみずに、両者の関係をたんなる「医療費」のみの問題に矮小化してしまってはならないであろう。その点に留意したうえで支払能力について論じようとするれば、国民皆保険の時代といわれる今日、「健康保険」の問題を避けることはできな

い。「日本の赤ん坊は、生まれるとき『うぶごえ』をあげることが保障されていない³⁷⁾」ような、そして、たんに「労働力の短期的修復を目的としたものであり、しかもそれをなるべく安価に達成せんとする³⁸⁾」だけの健康保険制度であってはならないことを知らなくてはならない。さきにも述べたように医療費の無料化がそのまま福祉であるような理解がされがちである。しかしそれが(1)医療制度の抜本的な変革(すなわち自由開業医制の止揚)がなければ公費の膨張を招くことは必然であるし、(2)それにもまして支払能力の有無が今の社会にある低賃金にその原因を有することをそのままにしておいての、たんなる医療保護だけの意味しかもちえない³⁹⁾ことを知らなくてはならないのである。

さきに児童保護の段階について児童福祉法の成立およびその内実についてみておいた。児童福祉の今日的意義はけっしてそれだけにとどまるものではないはずである。時代の変化に応じてどのような問題にどう対応してきたのかをみなくてはならない。

「高い経済成長率を示しつつある国々の児童は、いまや危機的段階におかれている³⁴⁾」という書き出しでショックを与えた「児童福祉白書」が出されたのは1963(昭和38)年であった。そこで特徴的に取りあげられていた問題は(1)人工妊娠中絶、(2)サリドマイド製剤によるアザラン肢症であった。前者は住宅その他経済的条件が原因であるものを性意識の変化や家庭生活の変化というような上部構造のみの、いわば現象的にアピールしてしまい、そんな論点に置き換えられて今日に至っている。後者の問題は「森永ミルク中毒事件³⁵⁾」の余波が冷めやらぬ状況のなかで、後に生起する各種の薬害、食品公害などの先駆けをなすものであった。

オイル・ショック以後、国際通貨危機・不安のなかで低成長経済を余儀なくされたなかで、51年版「白書」はそのサブタイトルを「婦人と社会保障」とし、折からの国際婦人年に対応させた。母子保健および小児医療についてどのようなことが重点施策として指摘されているかをみておくことにしたい。項目別に並べてみると次のようである³⁶⁾。

- (1)健康診査 (2)保健指導 (3)母子栄養強化事業
 (4)医療対策……(ア)未熟児養育医療 (イ)育成医療 (ウ)療育の給付 (エ)小児慢性特定疾患医療 (5)母子保健思想の普及 (6)心身障害研究の推進
 このうち(1)の中心をなすのが三歳児検診である。障害

児について早期発見・早期治療(教育)ということがいわれるようになって久しく、それが早期の「選別」をもたらすことがなければ何も問題はなからう。(2)および(3)(5)についてはより充実させることである。問うべきは(4)と(6)ということになる。この目的は「児童の疾病障害を治療するだけでなく、心身障害の発生防止、児童の健全な育成を図る」ことにある。

まず(4)からみていこう。このうち(ア)の問題はわざわざ「難病」と呼ばれ、原因が不明、従って治療の方針が立たず、入院などの費用が負担となって家族を恐怖の淵に追い詰めてしまうものである。ある父親は書いている。

今度の入院で、初めて慢性肉芽腫症という病名を聞かされた。二歳のときの溶血性連鎖球菌感染症にしても、さまざまな化膿症にしても、今までのカルテを総合的に見れば、すべては免疫不全症候群によるものと理解されるはずであろうに…。医療の機能化の発展はすばらしいと思うが、医師の情熱や、判断力といったものの貧弱さを痛感する。

このままでは、延命策を図るための間に合わせというだけで、死を待つよりほかに道はない。免疫機構の欠陥を改善するには、もっとちがった角度から考える必要があるのではないか——。(中略)

今月も20万円の赤字となった。ベッドの差額代、検査料、交通費、その他雑費で、丈太郎の発病以来、すでに300万円が消えた。(中略)

夫婦の老後の生活費と、丈太郎の養育費として必死に蓄えた財は、日に日に減っていく。

完全治癒は考えられないといわれている丈太郎の身体も心配だが、経済の面での不安は今後つるばかりである。

病院内の医療相談室で、県の補助により、健康保険の負担分だけを免除してくれるようにまで、話はとりつけたが、それも微々たるもの、毎月10万、20万の赤字財政には変わりはない³⁷⁾。

自分には無関係だと思っていた「医療と福祉」の問題がまさに、ある日突然に飛び込んでくるのが現代であるといえよう。そのショックに対して安易な解決法を選ばず、苦しむ子どもとともに頑張ってきた親や市民によって、戦後の児童保健問題は少しずつ前進してきたのであった³⁸⁾。

(6)の問題について考えてみよう。この年の大型プロジェクトチームによるひとつのテーマは「心身障害の発生予防」に関するものであった。

心身に何らかの障害をもつ子どもをもつ親やその家族

にとってはその「教育」や職業についての不安もさることながら、まず「医療」に対しての期待や裏切られたときの不信感がその後の生活に大きな影響を与える。それは障害を負った子どもがその障害のままでお人間らしく生きていきたい、という最小限のニーズを満たさない今の社会に対する家族の抗議であり、挑戦であると思われる³⁹⁾。

ここで、「第五の医学」が問われることになる。それは提唱者にとっての苦しみであるばかりでなく、障害児をかかえている親や家族、そしてこれから親になる人びとにとっての苦しみとなるものであり、不可避の事柄なのである。けれども、「それは重症児の発達をまったく認めないばかりでなく、施設と両親が耐えがなくなったときには生命をもあきらめるという『死への医学』を意味する⁴⁰⁾」ことを、われわれは重い心で受け取めなくてはならないのである。それは羊水診断という、「うぶごえ」をあげるに至らない子どもの生をも奪いかねない技術を肯定し、障害児(者)は社会の負担になるとして、今を生きて在る人びとの生すら否定しかねない考えに容易に到るのである。

おわりに

児童福祉をどう考えるか、という本稿において「医療」をめぐるのそれはどうしても、その商品性を問わなくてはならないし、そのために子どもにとっての医療について考える部分が簡略になってしまったことは否めない。たしかに児童福祉サービスのウエイトが物質的、経済的なもの(現物給付)よりも、他の側面にかかっていることは認められる。としても、「医療」に関していうならばたとえ表面的には「安定」しているようにみえる家族も基盤である経済的側面が危機にさらされるならば、その監(看)護能力は無に等しいものになってしまうのである。現代社会そしてそのなかにある家族とはそのようなものでしかないのではないかという感が深まるのである。「自分たちで生命を守った村⁴¹⁾」は狭い部落のなかでの政治的対立をのりこえて(たとえ村長のカリスマ性を認めたとしても)とにかく「乳児死亡率ゼロ」を達成したのであった。

そこでは今まで述べてきた医療制度と医療保険との複雑な絡み合いを、とにかく「誰にも反対できない、絶対的なる目標=生命を守る」ということを掲げることで、ひとつの解決をみだしていたのであった。

現在、医療商品をめぐっての提供側と需要側との対立はますます激しいものとなってきている。その間にあって多くの国民はとにかく必要な時に、必要な場所で、最高水準の医療を、その支払能力に拘らずに受けたいと望んでいるのである。調整の役割は国家=政府、(を支持した国民なのであるが)が負わなくてはならないのであるが、双方の利害は対立して妥協点を見出せないでいる。資本主義社会であるかぎり、「見えざる手」を待つしかないのであろうか。

註

- 1) 古川孝順：児童と福祉，真田編 現代の福祉，有斐閣，東京（1977）p. 118
- 2) 本間真宏：児童福祉の意義，本間真宏編著 児童福祉論—その現代的意義，相川書房，東京（1979）
- 3) 次の拙稿を参照されたい。児童福祉の規定・試論(1)—保育問題との関連で(白梅学園短期大学紀要10号1974)，児童福祉の規定・試論(3)—父子家庭における問題を考えるなかで(東京家政大学研究紀要17(1), 37(1977))
- 4) 日本社会福祉学会：第27回大会，発表要旨集 p. 142, なお発表されたケースについては筆者の手でアレンジしてあることを諒解されたい。
- 5) 小林提樹：福祉の心——誰れのための福祉か 珠真書房，東京（1978）p. 82
- 6) 昭和53年度中における生活保護開始は19.9万世帯，41.8万人である。そのうち傷病に起因するものは71.9%（うち世帯主のそれによるものは65.1%）である。厚生統計協会「国民の福祉の動向」第26巻第11号 p. 97.
- 7) J. S. Heywood “Children in Care —— The Development of the Service for the Deprived Child” Routledge & Kegan Paul (1959) p. 48
- 8) 本間真宏：児童福祉の対象，引用文献(2) 第2章
- 9) 引用文献 (6) p. 98
- 10) F. Engels：全集刊行委員会訳 イギリスにおける労働者階級の状態(1) 大月書店，東京，p. 209
- 11) F. Engels：前掲書 p. 211
- 12) 児島美都子：医療ソーシャルワーカー論，ミネルヴァ書房，京都（1977）p. 10
- 13) 横山和彦：社会保障論，有斐閣，東京（1978）p. 162, なお次の叙述に注目しなくてはならない。「医療

- 保障確立のためには、基本的には、自由開業医制の廃止以外にはその途は存在しない。われわれは、医療が商品となっている現実を否定すべきなのである（p. 152）」
- 14) 横山和彦：前掲書 p. 17, なお医療の本来的性格に関する部分は同書に負っている。
- 15) 佐口 卓：医療の社会化，勁草書房，東京（1964） p. 11
- 16) 横山和彦：引用文献（13） p. 152
- 17) 菅谷 章：日本医療政策史，日本評論社，東京（1977） p. 241
- 18) 佐口 卓：引用文献（15） p. 4
- 19) 川上 武：医療と福祉——現代資本主義と人権，勁草書房，東京（1973） p. 91
- 20) 立川昭二：病気の社会史——文明に探る病因，日本放送出版協会（1971） p. 10
- 21) 横山和彦：引用文献（13） p. 152
- 22) 本間真宏：正しい人間性の評価，久保田浩編著，保育活動ハンドブック，誠文堂新光社，東京（1976） p. 205
- 23) たとえば次のものが参考となろう。エコノミスト編集部編 病める医療（1977）毎日新聞社，川上武著 現代の医療問題（1972）東大出版会，NHK 海外取材班 世界の医療（1972）日本放送出版協会など。
- 24) 横山和彦：引用文献（13） p. 159
- 25) 野村 拓：国民の医療史——医学と人権—新版，（1977）三省堂，東京 p. 50
- 26) 丸山博編：児童の保健問題，ミネルヴァ書房，京都（1976） p. 1
- 27) 野村 拓：引用文献（25） p. 53
- 28) 毛利子来：児童問題をめぐる「医療と福祉」（古川孝順他編：児童福祉の成立と展開）川島書店，東京（1975） p. 234, なお，同「現代日本小児保健史」1972，ドメス出版，東京，参照のこと。
- 29) 小山進次郎編 社会保障関係法Ⅱ，日本評論新社，東京（1953） p. 188
- 30) 毛利子来：引用文献（28） p. 235
- 31) 横山和彦：引用文献（13） p. 147
- 32) 毛利子来：引用文献（28） p. 242
- 33) 毛利子来：前掲書 p. 244
- 34) 厚生省児童局編：児童福祉白書（1963） p. 2
- 35) 森永ミルク中毒被害者弁護団編：森永ミルク中毒事件と裁判，ミネルヴァ書房，京都（1975）
- 36) 「厚生白書——婦人と社会保障」（1976） p. 392
- 37) 早田昭三：「わが子，この愛」，かんき出版，東京（1979） p. 184
- 38) 丸山博編：引用文献（26） p. 4
- 39) 本間真宏：児童福祉の規定・試論（2）——心身に障害をもつ児童にとって教育と福祉はどう関連するか 東京家政大学研究紀要16，21（1976）
- 40) 毛利子来：引用文献（28） p. 248
- 41) 菊地武雄：自分たちで生命を守った村，岩波書店，東京（1968）