

BULLETIN OF SOCIAL MEDICINE

社会医学研究

第24回 社会医学研究会総会

講演集

特別号

社会医学研究会

1983

JAPANESE SOCIETY FOR SOCIAL MEDICINE

第24回 社会医学研究会総会

主 題

高齢化・過都市化・低成長下の国民の保健医療

第2次大戦後のこれまでの日本国民の体位の向上、死亡率の低下、平均寿命の延長などは、この時代における日本人の若い人口構造、古い社会構造の崩壊（農村→都市）、高度経済成長という社会局面の下ですすんだ。今後この局面の逆転（人口の高齢化、都市の肥大と衰退、経済成長の低下）の中で、国民保健がどういう影響をうけ、どう推移するか、またそれにどう対処するか、ということが問われることとなる。

このような過程の急速な進行途上にある現在の保健医療問題を、将来を指向しつつ論議したい。

会 期：1983年7月30日(土)～7月31日(日)

会 場：関西地区大学セミナーハウス

総会事務局：大阪大学医学部公衆衛生学教室

総会世話人代表 朝倉新太郎

7 月 30 日 (土)

時刻

13:00

A 会 場	
要望 (1) 老 人 保 健 法	座長 西 三 郎 (国立公衆衛生院)
	1. 老人保健法による保健事業の問題点(1) 長嶺 俊男 (柏花診療所)
	2. 老人保健法による保健事業の問題点(2) 大西由岐子 (柏花診療所)
	3. 老人保健法による保健事業の問題点(3) 植 田 章 (柏花診療所)
	4. 老人保健法をめぐるいくつかの問題 —事例検討を中心として— 阿比留幸子 (健和総合病院)

B 会 場	
一 般 演 題	座長 手島 陸久 (長野大)
	27. 在宅ケアのチームづくりとその出会いの 動機づけ 石川 左門 (東京進行性筋萎縮症協会)
	28. 一民間診療所の在宅医療と問題点 (第一報) 小川 正時 (杏林大医・衛生)
	29. 内部障害児者に対する自治体の対応 —宮崎県日向市の場合— 首藤 正一 (全国心臓病の子供を守る会宮崎県支部)
	30. ねたきり老人の在宅看護におけるデザ ービスと訪問指導について 藤林 千春 (阪大医・公衛)

14:00

休 憩

休 憩

14:10

地域医療と在宅看護	
シ ン ポ ジ ウ ム	座長 丸 山 創 (大阪府八尾保健所)
	木下 安子 (東京都神経研)
	シンポジスト
	川村佐和子 (都立神経病院)
	小林ヒサエ (前・京都市南保健所)
	井上 静江 (大阪府八尾保健所)
	藤 森 弘 (柏 花 診 療 所)
	西野 和彦 (大阪府保険医協会)

地域産業保健の展望	
シ ン ポ ジ ウ ム	座長 上畑鉄之丞 (杏林大医・衛生)
	水野 洋
	(大阪府職業病センター)
	シンポジスト
	逢坂 隆子 (吹田保健所摂津支所)
	行待三智子 (京都府峰山保健所)
	梅田 玄勝 (健和労働衛生研究所)
	姥山 寛代 (北 病 院)

16:40

休 憩

休 憩

16:50

座長 山下 節義 (奈良医大・衛生)	
要望 (1) ・ (2) 地 域 保 健	5. 大阪府下市町村における老人保健法に基 づく健康診査の実施計画について 丸 山 創 (大阪府八尾保健所)
	6. 保健事業の各都市、実施状況調査につ いて 渡 辺 博 (全国H.C.問題研究交流集会実行委員会)
	7. 富士見市における老人保健法の対応 南 雲 清 (富士見市立健康増進センター)
	8. 摂津市における保健事業の経験 竹内 治一 (摂津市医師会)
	9. 老人保健事業と地域組織 —在宅福祉推進委員会と自治体保健婦— 衣 畑 明美 (兵庫県南光町住民福祉課)
	10. これからの老人病院のあり方の一考察 —G病院の実践を通して— 岡原比佐人 (立花病院)

座長 川村佐和子 (都立神経病院)	
一 般 演 題	31. スモン患者・家族への地域ケア —その(1) 都内A区におけるスモン患 者・家族の医療福祉ニーズと保健・医 療・福祉機関との接触状況— 手島 陸久 (長野大)
	32. スモン患者・家族への地域ケア —その(2) 地域ケアシステム形成を目的 としたアクションリサーチについ て— 高木 邦明 (東大医・保健社会)
	33. 癌末期患者在宅ケアにおけるホームヘル パーとの連携 高坂 雅子 (都立神経病院)
	34. 神経難病患者在宅ケアにおけるホームヘル パーとの連携 影山ツヤ子 (都立神経病院)
	35. 地域における難病患者の把握ならびに保 健婦による援助活動について 黒田 研二 (阪大医・公衛)

18:05

夕 食 (18:00~19:00) ・ 休 憩 ・ 入 浴 (17:00~20:00)

20:00

自 由 集 会	1. 好ましい住環境と健康を考えるために	世話人 岸本 幸臣 (大阪教育大・住居学研)
	2. 老人保健法と保健所、市町村	世話人 伊藤 博康 (阪大医・医学概論)
	3. 日本学術会議問題を考える	世話人 丸 山 創 (大阪府八尾保健所) 多田羅浩三 (阪大医・公衛) 片平 冽彦 (東京医歯大・難研・臨床薬理)

22:00

7月31日(日)

8:00	朝		食	
8:45	A 会場		B 会場	
8:45	招待講演	日本人の住環境と健康 司会 朝倉新太郎(阪大医・公衛) 早川 和男(神戸大・工学部)		
10:15		休 憩		休 憩
10:20	要望 (3) 職 域 保 健	座長 山田 信也(名大医・公衛)	一 般 演 題	座長 乾 死乃生(大阪府保険医協会)
11:05		11. トンネル建設現役労働者の出稼ぎ構造 山崎喜比古(東大医・保健社会)		36. 在宅神経難病患者に対する経管栄養開始時の援助 浅井 芳子(都立神経病院)
		12. トンネル工事従事者の振動障害 榊原 久孝(名大医・公衛)		37. ホームヘルパーの自助具の開発・工夫について 野辺 英子 (ホームヘルパー・難病研究会)
12:05		13. 宮崎県椎葉村の辺地における医療活動の聞き覚え記 高松 誠		38. 10年間ねたきり主婦が主婦の座をとりもどすための援助 西山真沙子(国分寺福祉事務所)
		座長 原 一郎(関西医大・公衛)		39. 入院をくり返す77才の母と2人暮らしのねたきり障害者への援助 牧 紀子 (武蔵野市福祉部障害福祉課)
12:50		14. トレーラー運転手の賃金形態と健康 一全港湾労組阪神支部健康調査結果より一 重田 博正(淀協社会医学研究所)		40. ホームヘルパーの援助により10年間外出不能だった主婦がデイケアセンターへ通所するまで 江田 雅子(東大和福祉事務所)
		15. 金箔製造作業従事者の健康実態 服部 真(城北病院)		41. 気管切開して脳外科を退院した患者の入浴援助 一(1)ホームヘルパーとの連携によるMSWの援助一 水上瑠美子(都立神経病院)
13:00	16. 零細企業労働者等の健康管理活動と若干の問題点 一北九州、大牟田両地域における健診後のフォローアップとわれわれの経験一 多田隈ふみ子 (北九州保健生活協同組合)	42. 気管切開して脳外科を退院した患者の入浴援助 一(2)浴室設計・入浴などに工夫をしたヘルパーの援助一 関口 清子(八王子福祉事務所)		
	17. (中 止)			
13:40	総 会		食	
13:45	休 憩		休 憩	
14:30	要望 (3) 大都市の保健	座長 渡部 真也(滋賀医大・予防医学)	一 般 演 題	座長 加須屋 実(富山医薬大・公衛)
		18. 信金労働者の生活から「健康づくり」を考える 前田 黎生 (愛知県信用金庫健康保険組合)		43. 骨壊死症を合併したスモン患者について (第1報) 片平 湧彦 (東京医歯大・難研・臨床薬理)
		19. 農村進出工場就労婦人の健康と生活 原田 規章(愛大医・公衛)		44. イタイイタイ病の現状について 青島 恵子(富山医薬大医・公衛)
	20. 労災保険における「症状固定・治ゆ」の考え方とその問題点 色部 祐 (東京社会医学研究センター)	45. 労働衛生学的にみた森永砒素ミルク中毒被災者の健康障害に就いて 西谷 宣雄(小松病院)		

(裏面へ続く)

14:30	要望 (3) 大 都 市 の 保 健	21. 某新聞社の在職中及び定年後死亡の検討 上畑鉄之丞 (杏林大医・衛生)	一 般 演 題	座長 木村 慶 (愛大医・公衛)
14:45		座長 梅田 玄勝 (健和労働衛生研究所)		46. 農村地域における健康管理活動の連携 西垣 良夫 (佐久総合病院)
		22. (中 止)		47. 老人保健事業と地域組織 — 歯科保健センターと歯科医師会— 新庄 文明 (阪大医・公衛)
		23. 東京都心部における社会構造の変化と地 域保健・職域保健活動について 牧野 忠康 (東京社会医学研究センター)		48. 循環器疾患の受療率の動向と血圧水準及 び高血圧の頻度 上島 弘嗣 (阪大医・公衛)
		24. 東京都区内中年期男子の健康度および規 定要因の階層的差異 杉沢 秀博 (東大医・保健社会)		49. 児童生徒の視力に関する基礎調査 有田 和弘 (阪大医・公衛)
15:45		25. 中年期死亡の地域差と関連する社会経済 指標の分析 逢坂 隆子 (大阪府吹田保健所摂津支所)		50. 平均在院日数からみた病院医療の日英 比較 多田羅浩三 (阪大医・公衛)
16:00		26. 大都市ひとり暮らし老人の実態 — 北九州市・福岡市・大牟田市の比較— 天野 松男 (健和労働衛生研究所)		

口 演 時 間 発表10分、質疑 5 分、計15分です。

◎ 「社会医学研究」のバックナンバー

- | | |
|-------------|---|
| 1981年 No. 2 | I. 先天異常・発達障害の諸問題
II. 難病の社会医学をめざして |
| 1982年 No. 3 | I. 農山村の生活・労働・健康
II. 九州の公害・労災・薬害 |
| 1982年 No. 4 | I. 大都市住民の生活・労働・健康
II. 老人・障害者・難病患者の保健福祉 |

~~~~~  
上記、バックナンバーの在庫があります。 会員価格 1,000円 (定価 1,500円)

# 第24回 社会医学研究会総会

## 講 演 集

早川和男(神戸大学・工学部)

1. 矛盾を深める日本の住宅事情・住環境

- (1) 狭少過密, 住環境の貧困
  - 住環境と健康, 家庭内災害, 子供の身心の発達障害, 老人問題の激化
- (2) 居住環境の悪化
  - 過密の進行(日照, 通風, 悪臭, ミニ開発...), 道路公害, 災害危険住宅地の拡大, スクラップアンド・ビルドの都市建設, 不良資産の蓄積
- (3) 地域の不安定化
  - コミュニティの喪失, 生活不安, 犯罪の多発, 引越ヒウツ病
- (4) 遠距離通勤のハラスメント
  - 疲労の回復困難, 生活時間の圧迫, 家庭の崩壊
- (5) ローソンの重荷
  - 家計の圧迫, エンゲル係数の逆転現象, 健康破壊, 主婦労働をめぐり諸問題
- (6) 持家改革の矛盾の激化
  - 格差の拡大, 生活の貧困化(質の低下), 都市の荒廃
- (7) 現代的貧困としての住宅問題
  - 身心の健康破壊, 家庭と地域の教育力の低下・衰弱, 生存と生活不安の原因としての住宅難, 文化と民主主義の危機

2. 健康・生活・福祉の基盤としての住居

- 公衆衛生から出発した住宅政策, チャドウィック報告, 公衆衛生法, 住宅都市計画法
- 上下水道の整備, 建築規制, 不良住宅の改良, 公共住宅の供給, 住居監視員制度——老朽, 設備の欠落, 不健康・過密居住, 改善命令, 援助, 閉鎖
- 医療行政と住宅行政の結びつき——フランスの社会保健策の例
- 医療保障; 所得保障の前提としての住居, 低成長・高齢化社会における住居の役割

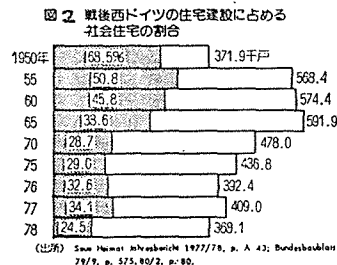
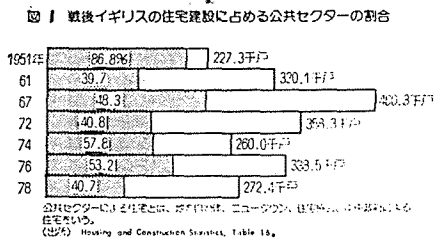


表 1 平均入院日数の比較  
(1980年)

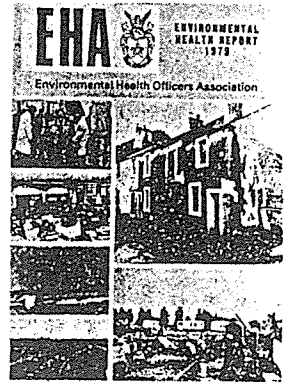
|        |       |
|--------|-------|
| アメリカ   | 8.0日  |
| 西ドイツ   | 15.8  |
| イギリス*  | 12.8日 |
| デンマーク  | 12.8日 |
| スウェーデン | 12.6  |
| フランス   | 14.0  |
| 日本     | 42.9  |

(注) \* イングランドのみ。  
↑ 1975年の数字。  
(出所) WHO, Health Personal and Hospital Establishment, Vol. III World Health Statistics, Geneva, 1980.

表 2 過密居住の基準 (イギリス)

(1) 夫婦以外の10歳以上の男女が同一の部屋に就寝  
(2) 次のどちらかを超えたとき

|                  |                           |
|------------------|---------------------------|
| 1室—2人            | ~5 m <sup>2</sup> —0人     |
| 2室—3人            | 5~7 m <sup>2</sup> —0.5人  |
| 3室—5人            | 7~9 m <sup>2</sup> —1人    |
| 4室—7.5人          | 9~11 m <sup>2</sup> —1.5人 |
| 5室以上—10+(1室ごと×2) | 11~ m <sup>2</sup> —2人    |



環境衛生監視員協会の機関誌。住宅、食物、労働環境、公害規制、キャンプ、環境保護等が監視の対象

### 3. 医療・保健活動への期待——社会医学への強い要望

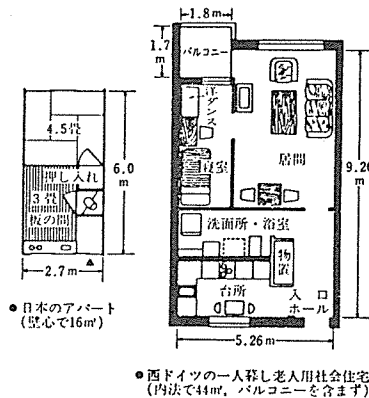
- 対処療法的医療行政の限界, 老人保険法に見る日本の現実, 戦後厚生住宅法案の背景, 成立しなくなる社会福祉
- 保健婦と医師の住宅行政への積極参加, 発言, 住宅政策改革への提言

表 3 住居の質の国際比較

| 国名     | 項目 | 1室当りの人口数   | 1戸当りの室数    | 1戸当りの人口数   |
|--------|----|------------|------------|------------|
| アメリカ   |    | 0.6(70)(人) | 5.1(76)(室) | 2.7(75)(人) |
| 日本     |    | 0.8(78)    | 4.5(78)    | 3.5(78)    |
| イギリス   |    | 0.6(71)    | 4.9(71)    | 2.6(78)    |
| イタリア   |    | 0.9(71)    | 3.7(71)    | 3.0(77)    |
| フランス   |    | 0.3(73)    | 3.6(73)    | 2.5(75)    |
| スウェーデン |    | 0.7(70)    | 3.8(70)    | 2.3(75)    |
| 西ドイツ   |    | 0.7(72)    | 4.2(78)    | 2.5(78)    |

(典型) 1. 建設省「住居」統計年報, 等による。  
2. ( ) 内の数字は(%)。  
3. 建設省「住居」統計年報, 等による。

図 3 日本と西ドイツの2室住宅の比較例



### 参考

#### ● オランダの住宅政策と老人住居への要望 (住宅者)

- (1) 生活と住居における最大の自立
- (2) 古くからの近隣の中での生活
- (3) あらゆる年齢層との接触
- (4) 高密度住宅は望ましくない。
- (5) 住居と生活様式における個人の多様性と自由の確保

#### ● スウェーデンの老人福祉に対する原則

- (1) 通常化 (Normalization) の原則: 老人は可能な限り通常環境のもとに生活する社会をもつ。
- (2) 自己決定 (Self-determination) の原則: 人は自らの生活を決定し決断する権利をもつ。
- (3) 影響と参加 (Influence & Participation) の原則: 自らの環境決定と社会全般に対し主張する。
- (4) 人は全人格として把握すべき。
- (5) 適切な管理下での活動

Loen Goldenberg, Housing for the Elderly, 1981 - New Trends in Europe, Garland STPM Press.



司会 丸山 創(大阪府八尾保健所)

木下 安子(東京都神経科学総合研究所)

## 座長の言葉

ねたきり老人や長期慢性疾患患者など在宅ケアを必要とする人々が増加している。これに対応するために地域医療、とくに在宅看護の充実が求められている。しかし、その必要性については、必ずしも充分認識されているとはいえない。

一方、老人入院患者の医療費の増大と長期入院が問題視され、医療費抑制を提唱する第2臨調の答申を法律化した老人保健法が制定された。これを機に老人医療の有料化や老人特掲診療料、特例許可外老人病院の設定等で老人医療は制約され、老人は病院から締め出されることになった。しかし地域の在宅ケアの体制は、マンパワーにしても、中間施設にしても極めて貧弱である。いきおいその負担は家族にしわ寄せされる。褥創のある患者、気管切開、人工呼吸器装着患者、バルーンカテーテル挿入や経管栄養の患者などが現実にとんどん退院させられている。患者や家族は医師や看護婦から見放されて、心細く、扱えない器具、器械を前に困惑してしまう。退院時に医師、看護婦から指導を受けたとしても、それぞれの家庭の異なった条件の中では方法もちがってくる。消毒がなぜどうやって手に入れらよいか、経管栄養の管はどこで売っているのかなど、情報を得るすべも知らない。患者をかかえた家族のおちいる経済的、職業的問題に対し、相談にのってくれる人もない。疾病や障害に対する偏見もあって、近隣の人運とか親類の援助も受けにくい場合があるなど、孤立無援の思いで過す人々が多い。

核家族化の進行によって、家族看護機能に期待することが難しくなってきた。加えて医療の高度化によって看護にもますます専門的知識、技術が要求されるようになったことなどから、在宅患者への看護サービスが欠くべからざるものになってきている。とりわけ長期、慢性化の患者とその家族にとって、それは非常に切実な問題である。

これに対し、地方公共団体等においては、不十分ながらも従来から行われていた保健婦の家庭訪問のほかに、ホームヘルパーによる介護サービスが普及し、最近一部では看護婦による訪問看護が開始された。また老人保健法の施行に伴い、従来一部医療機関で実施していた訪問看護が病院については診療報酬の対象となるとともに、保健事業の中で訪問指導として制度化された。

社会医学研究会においては、在宅ケアについての関心は強く、1959年7月、発足準備会が開催された際、大阪大学の故関崎四郎先生から、イギリスで見聞された訪問看護、とくにディストリクト・ナースの活動が報告された。その中で、訪問看護がわが国の保健医療に欠けていることが指摘された。それ以降、社会医学研究会では、この問題について、老人や障害児(者)や難病患者の保健、医療、福祉の問題として、数多くの報告が行われ、研究が蓄積されてきている。

これらの実践をふまえ、その成果を問い、今後のあるべき方向を探りたい。討論の柱としては、

1. 家族のケア機能にどこまで期待できるか。
2. 患者や家族は何を求め、これに応えるにはどのような援助と体制が必要か。
3. 現実にとんどん訪問看護サービスがどのような組織で行われているのか。その問題点は何か。
4. 国、地方公共団体、保健所が、その公的責任として、どんな訪問看護サービスを行うべきか。
5. 医療機関の訪問看護のあり方と診療報酬との関係について、医師会や保険医協会の考えは。
6. 訪問看護における主治医と保健婦との連けいの現状はどうか。その問題点と解決の手法は。
7. 訪問看護従事者の職種、所属、教育訓練、窮給をどうすべきか。
8. 訪問看護への住民参加やボランティア活動をどう考えたらよいか。

## 川村佐和子(都立神経病院 医療相談室)

## &lt;患者会の四人体験から&gt;

私は昭和42年から46年まで神経難病患者が構成する団体の事務局長を担っていた。患者会員は入院だけでなく、地域(在宅)にも生活していた。中には重症者もいた。彼らが入院してない理由には、「入院費(差額ベッド代、付添費)が払えない」、「付添者がいない」、「入院生活になじめない」、「病院の規則を守れなかった」、「治らない、死が近いならせめて自宅にいたい」、「入院希望だが入院させてもらえない」など様々であったが、地域に重症な患者や医療をうける必要があっても医療を継続出来ない。看護も充分でない患者の現実をふれた。

## &lt;神経難病患者の実態調査&gt;

患者会活動の一つとして、国・東京都に医学研究に併行して、医療・福祉の実態とその改善に関する研究を要望した。

東京都は「難病の早期発見・療育支援に関する研究班」を発足させた。研究班は患者団体の協力をえて、難病患者の受療や生活実態を調査した(昭和48年)。スモン、進行性筋萎縮症、重症筋無力症等神経難病患者29名の回答では「入院中 12.8%」「入院後のくり返し 3.7%」「通院 60.7%」「往診 4.6%」「受療していない 13.7%」「他 4.5%」であり、進行性筋萎縮症患者は「受療していないもの」が22.6%であり、受療困難な状況を知った。

## &lt;神経病院の在宅診療と在宅看護&gt;

東京都の難病対策の一環を担う神経病院では(当時、府中病院)昭和49年から医師、保健婦、福祉指導、心理技術、PT、OT、STの巡回による在宅診療を実施している。昭和58年5月の対象者は103人(内入院・入院中27人)、気管切開施行者3人、膀胱カテーテル留置者9人、経管栄養実施者12人で医師16人、保健婦・看護婦127人、福祉指導員73人、心理技術員16人、PT、OT、ST12人、あわせて456人の患者者に巡回診療、看護を行った。

在宅診療は単に当院取組が患者宅を巡回診療・ケアするだけでなく、地域の医療機関(いわゆる南業医師、病院医師、保健所や自治体の保健婦、訪問看護婦)、福祉機関(生活保護、身体障害者、児童、老人担当ワーカーやヘルパー等)と連携をとり、協力して事業を進めている。

看護は指導によりセルフケア能力を向上させると同時に、能力不足を補充する必要もある。

## &lt;東京都内の在宅看護サービス&gt;

①老人に対して：老人保健法前(昭和57年3月末)に、23区中22区、25市中13市、4町中0町(島部を除く)つまり、67.3%の自治体で実施している。

②難病患者に対して：昭和56年より、三鷹地区の保健所では段階的に保健相談・訪問保健指導の予算化が進められ、昭和58年4月から、全保健所で実施している。

③重症心身障害児(者)に対して：東京母子衛生課が旧例に看護取組と契約し、訪問看護サービスを実施している。(昭和56年より)三鷹市では市の事業として、昭和57年より実施している。

④一般医療機関の事業：東村山市白十字病院の訪問看護事業など歴史をもつ事業がある。医療機関の独自性、地域の特徴により、事業も画一的ではない。

⑤都立病院の事業：都立神経病院(在宅診療の一部として行われている)が最も確立されているが、看護取組ボランティア活動や医療相談室ワーカーの活動は次第に拡大してきている。

## &lt;まとめ&gt;

東京都各地で行われている訪問看護サービスは老人保健法前からなくはりくまれており、実施主体も自治体や保健所、自治体病院、一般医療機関と多角的である。対象者は老人、難病患者、心身障害者と多岐にわたる。

今後は量的拡大、社会的体系化、技術の体系化、教育、経済的安定などの課題にヒリヒリと必要がある。

## ○小林ヒサエ(前・京都市南保健所)

## 1. はじめに

高齢化社会が急速に進むなかで、地域保健医療、生活保障の問題はいたる所で論じられているが、大都市における対策がいそがれているにもかかわらず、個人の努力にまかされていると言える。

特に京都市は十大都市の中でも高齢者の比率は高く、多くの問題をかかえその対策がいそがれている。その一つとして1981年から「おたより老人訪問看護指導事業」が行われ、また1983年からは老人保健法にもとづいて、成人病予防の訪問指導事業を始めている。これらの事業を通して個々のケースの実体が明らかになり地域医療活動の方向を見出せればと思う。

2. 京都市の人口140万人余、その内65才以上の高齢者の人口は1980年の国勢調査で10.4%と十大都市中最高の比率を示している。その中でも旧市内の高齢人口は15.7%とさらに高くなっている。これらの地域は西陣織・京友禅・陶器など伝統産業の町で、老いても元気な間は働きつづけられ、又、若い人の育成にあたるなど誇りを持って働いている人も多い。町内には昔ながらの町内会があり年中何かの行事が行なわれている。このように京都には高齢者の仕事や住める町が残っていた。1960年代の急激な都市化・工業化の進行は大都市に若者を集中させ、若者に便利な高層住宅に集められる町と化していった。70年代には都市環境の悪化、住宅問題などのために都心部から若者が郊外へと家と求めて流出し、高齢者だけがとり残される事態が進行したなかで、京都は例外と言っている程ゆるやかに進行し、まだ高齢者の住める町が残っているが、近年、企業の近代化は高齢者にとって生活する条件を危うくしている。

## 3. 京都市における高齢者の実態

1982年に京都市が発表した「老人の実態調査」によると、65才以上で1ヶ月以上おたより状態にある高齢者は2320人(全数の約2%)、ひとりぐらしの老人10425人(全数の約8%)そのうち4人に1人は病気になっても世話をしてくれる人がないと不安を訴えている。

60才以上で健康だという人は62%で、44%もの人たちは身体のどこかに障害があると訴えている。又、仕事については44%の人は働いており生計の中心になっている。仕事の内容は自由業・専門職業・技能職などが半数以上を占めているが販売、サービス業、臨時・日雇いと言った不安定な仕事の人も少なくない。働いている理由は「生活できないため」と言う人が最も多く、他は「働く間働く」「健康保持のため」などである。労働条件は収入が少ない、労働時間が長いなどの不満のあるが働いていない人も働く意思を持っている人は30%もいる。

健康状態は身体の不調を訴えている人は44%でそのうち身体の不自由な人は35%もいる(足、目、身などが多し)古くからのかかりつけの医者をもっている人は28%で地元の医療機関の役割は大きい。

住宅は67%が持家で借家住いが20%となっている。この事は京都がいかに古い街であるかを物語っている。反面、家が狭い、古くいたんでいる、専用の部屋がない、風呂がないという問題も訴えている。

このように多くの高齢者は昔ながらの街を愛し、近所つき合いを大切にしながらいつまでも健康で働きたいと願っているが、一方病気になったらどうしようかと心配い日々を送っている事

もうかがわれる。又都市周辺部には他都市と同じように高層住宅や、低層住宅が建ちならび多くの労働者が、ひしめくように生活している。そこには育児不安におびえる母親や、くたくさに疲れた労働者も少なくない。このような状況をふまえて訪問活動をおこなったケース事例を紹介し都市に於ける。地域医療のあり方、町づくりを考える糸口を見出したいと思う。

井上静江（大阪府八尾保健所）

高度成長期の大阪では、生産年齢層の流入により出生率が高く母子対策が重点とされてきた。

しかし、人口の老令化が大阪府を中心として周辺にすすんできており、人口構成の変化による対策が求められている。大阪府下41市町村のうち、大阪、堺、東大阪市は政令市であり、独自の活動をすすめている。残る41市町村を大阪府の保健所（22市6支所）が管轄しており、地域の実情に即した活動を展開している。老人の在宅看護は、単発的にとりくみとして個々の保健所の努力の範囲で行われてきた。今日、人口の老令化とともに訪問看護の必要性は大きくなってきている。

時に老健法の成立以来、病院から老人がしめ出されており、家族がたちまち、看護に困り、福祉事務所や保健所への相談者が増えてきている。喪失を伴う老人も問題が大きく、58年度から6ヶ所の保健所で窓口を設けた。

老人にとって住み慣れた家で家族と共に暮らし、十分な医療と看護を受けることができれば、何よりも幸である。介護や看護の役割は、疾病の急性期およびリハビリテーションを目的とした時期に活用されるべきと考える。専門的な医療を充分に受け、家庭看護の一定の訓練が終了すれば地域に帰るのが当然ともいえる。

ところで、それを受け入れる地域の体制は整備されているか、大阪府下の市町村では、福祉面でのとりくみは、一定はされているが看護の専門家の配置は、他府県に比べて遅れている。市町村に保健所が増えつつあるが、58年6月の保健所協会の調べでは、最も多いのが八尾市で6名、つづいて枚方4名、長津、寝屋川各3名、他は1〜2名で残る22市町村では、配置りである。

老健法は、保健所を基通している状況であり、府下の保健所では、予算や人員の乏しさがないため当然今までの体制の中で、どう足を出すかということになる。人員や予算を持って始めることは「行革」の中では望めない。住民のニーズである訪問看護を最も必要ケースから優先始めることとして、地域で誰もが活用できるシステムへと作り上げていくことが求められている。このことにより保健所の存在価値も高まり、住民の生活が守られることになる。

八尾市を例にとると市の保健所6名、保健所16名で、寝たきり老人の数が約400名、その予備群の成人病管理者は、約1万人。また、昨年行なった八尾市における脳心臓病調査によると、重症の人も含め、28%の人がある。58年度は、市の保健所6名で、寝たきり40人、予備群1000人の訪問計画が出されているが、業務量からみるとシビアな状況である。成人病を予防し、寝たきりをつくらないこと、また、寝たきりを早期に発見、対応するためには、医療機関との連携が不可欠である。八尾では、老人ケア研究会や医療問題研究会などがすでに発足しており、基盤づくりはすすんでいる。

今こそ、関係機関が協力して、足を出すチャンスである。保健所は、地域の機関を結び潤滑油としての役割を果たす必要があると同時に、整備されていない設備や制度の各層にある人々の問題をともに考え解決するため、専門家としての判断を行ない行政として関係機関への働きかけをする必要がある。

以上、紙面の都合により簡単に述べるが、地域医療と在宅看護は、私たち保健所に課せられた課題であり、老人のみでなく、障害者、難病者、さらに疾病の急性期を過ぎた人に対しては同様であり、望ましいあり方は、その地域の特色にあわせて作りあげていくものであると考える。私も保健所に働く保健所として、遅ればせながら大阪における地域看護の充実にむけて力を注ぎたい。

## 藤森 弘(柏花診療所)

大阪市西淀川区の一角、駅前の商店街を中心にした、周辺工場の労働者の住宅および大阪北部の盛り場の従業員の居住が密集していて、その中に、ふるくからの零細家内工業が点在している地域にある無床診療所での24年間の診療経験をまずのべる。

- (1) 柏花診療所における訪問看護の歴史は古く、1950年代にすでにとりくまれている。
- (2) 1960年代に入って、診療所の設立母体である「柏花健康を守る会」の活動の一翼をにない、一種の地域保健活動として地域にうって出る看護にもとりくんできた。
- (3) 老人医療費無料が実現するまでは、入院させたくてもできない老人の肺炎・脳卒中・心筋梗塞を発病から治療そして社会復帰まで、おおせいで在宅で看護してきた。
- (4) 老人医療費無料と周辺の病院の整備が進むにつれて、急性期はとりあえず入院させて、退院後の「ねたきり患者」の訪問看護が大きい比重をしめるようになった。我々は消極的な「お世話」だけでなく、積極的な「リハビリテーション」も看護の役割りとしてとりくんでいる。
- (5) 約10年前より、外來の老人患者の激増に対応して、「ねたきりにさせない看護」を探索してきた。
- (6) 診療所の全職員が、それぞれの職種立場から、さまざまな内容・形態の訪問をおこない、診療所全体としての、いわば「訪問診療」にとりくみつつある。
- (7) 昨年より、西淀川区保健所の保健婦より、「ねたきり患者」の紹介を受けるようになった。また、こちらのつかえている「ねたきり患者」のもとに保健所からも訪問してくれるように依頼するようになった。
- (8) 1981年以降 国際障害者年推進西淀川連絡会の仕事にとりくんでいる。老人の問題と障害者の問題としてとらえなおして、福祉と医療の統合をめざして、地域的な全面的な運動を展開しようと計画中である。

以上のような経験を通じて、在宅看護のための技術そのものの問題。家族の問題。住宅の問題。近所の人々のかかわり方の問題。地域における老人のためのさまざまな施設の問題。民主的に運営されるべき老人組織のあり方の問題。福祉行政の問題。そして現在の老人保健法の問題などを考察する。

西野 和彦 (大阪府保険医協会)

人口の高齢化のなかで、わが国の疾病構造が成人病中心となり、国民の生命と健康を守るために民主的な地域医療体制の確立が望まれている。こうした中で、本年2月1日より実施された老人保健法は、医療と保健事業を二つの柱とする包括医療の方向をうち出したが、その実体は第二臨調路線に沿った医療費抑制が主眼であり、医療における老人差別と病院からの老人追い出しを強いる一方、保健事業についても必要な人的、財政的な裏付けを行わず、実施の責任を市町村に押しつけるものとなっている。

しかし、われわれ第一線医療を担う開業医としては、多くの医療従事者と協力して、地域住民の健康を守る責務がある。診療所から地域に足をふみ出し、保健予防と治療を結びつけ、住民の期待にこたえた地域医療活動にすべての開業医がすすんで参加するよう、全国保険医団体連合会(保団連)は本年総会方針において、「ボランティアから定着へ」という新しい活動目標をかけた。

地域に根づいた開業医こそが、プライマリ・ケアの担い手であり、患者を病院に収容して治療する施設医療と対照をなすものである。プライマリ・ケアに求められる医療としては、以下の5点が必要要件とされている。①近接性(患者として受診しやすいこと) ②包括性(患者の有する色々の健康上の問題点を包括的に解決できること) ③協調協力性(医師が「患者の悩みを聞き、患者の良き相談相手になってあげる」医師どうしの連携、協力、その他医療従事者とのチームプレー) ④継続性(患者の健康管理を長期に亘り継続的に行うこと) ⑤責任性(責任ある医療を行うこと) このような角度からみると、従来ともすればみられ勝ちであった日本の開業医の閉鎖性・独善性から脱皮して、患者と共に考え、学ぶという開かれた医療—新しい開業医医学の創造が必要である。

在宅看護といえ、ともすれば寝たきり老人の訪問看護を考え勝ちであるが、単にそれにとどまらず、地域の内で生活し慢性疾患を治してゆくことではなからうか。否、更には積極的に生活習慣や生活環境を改善することにより成人病を予防し、健康な生活を保障することである。そのためには公害をはじめとする生活破壊と戦う住民運動の中に医療の専門家としてはいりこんでいく必要もあろう。地域にすむすべての人々と手をつないで健康な町づくり、コミュニティ作りを目指す必要がある。

医療の面からは脳卒中を予防するとともに、万一脳卒中になっても十分な医療とりハビリにより自立して生活出来るよう寝たきりにならない工夫が必要である。そのためには病院やリハビリ施設の紹介がスムーズに行われなければならない。万一、寝たきりになっても、老人を甘やかすのではなく出来るだけ励まし、生きがいを与え、少しでも介助を少なく自立出来るように努力させる必要がある。寝たきり老人をかかえる家族には、地域ぐるみで援助し、自治体もデイケアやショートステイなどの中間施設を充実し、医師の往診と共にヘルパーや保健婦による訪問看護制度を組織化する必要がある。医師、看護婦、保健婦、ケースワーカー、OT、PTなどすべての医療従事者が各々の役割を自覚し、チーム医療に徹してこそ、はじめて住民本位の地域医療と在宅看護が可能となる。

また、国や自治体が住民の健康を守るため、このようなチーム医療が行えるような経済的、制度的な保障を与える責務があるのではなからうか。

座長 上畑鉄之丞 (杏林大・医・衛生)  
水野 洋 (大阪府職業病センター)

座長の言葉

「地域産業保健」活動の展開への期待

上畑 鉄之丞 (杏林大・医・衛生)

地域保健活動を展開するうえでは、そこに働く勤労者の労働の場における問題を扱えるには考えられぬ。有機溶剤や鉛中毒、じん肺、振動障害など過去に産業保健の上での重要な職業病の発症事例の多くが、地域の産業基盤にならている地場産業や家内労働、下請け企業で発見されていることから、このことは指摘できる。にもかかわらず、こうした地域で働く勤労者の労働の場における保健の問題がなおでりにされたままになってきた理由のひとつとしては、行政上のタテ割りのなかで「公衆衛生行政上(主として保健所)からも、労働衛生行政上からも谷間の問題として見逃せられてきたからにはかならない。また、重層構造下のなかの国の経済機軸のもとで、これ(地域産業)での労働の場が、大企業によって、「不衛生」の下請けの場にされたり、「不健康」な労働者のたまり場にされてきたこともしばしば指摘されていることである。地域保健が、こうした労働環境の問題をも包含した「地域産業保健」活動として、行政的にも対応せねばならぬ理由はここにあるといえる。

〈従来の地域産業保健の展開〉体系化されてきたままでの従来の取り組みは、何々バラバラではあるが各地でいくつかの試みが見えてきている。例えば、都市型保健所での健康相談、集団検診、保健婦活動の対象が中小企業を重点のひとつにおくように大綱づけられていることは、実際の活動が消極的であったとしてもその方向性を示しているし、自治体での労働衛生研究・調査・相談機関の設置(大阪、栃木、北海道、東京など)も試みのひとつである。また、地球労働者の集団検診への自治体の援助、地場企業の出産による検診特設の育所(京都など)、地域医師会の産業保健活動への近年でのアプローチもこれらのひとつであり、労働衛生行政でも、近年、地才安全衛生サービスセンターを設置して作業環境測定や特殊健康診断の実施を促進をはかっていることもそのひとつである。こうした活動の特徴としては、最も必要といえる地域で行っている労働者の参加が多い場合が多いが(いくつかは、地球労働者の要求をもとにして設立された運営に力をも意見が反映されているという例外はあるが)、一方で、労働組合の側から地才安全衛生センター(静岡、高知、北海道ほか)の設立が試みられてもいる。そして、更に地域の民主的医療機関での産業医学センター(大阪、北九州、東京など)の設立も、このワケ組みのひとつである。

〈地域産業保健の対象〉労働安全衛生法で産業医や衛生管理者の配置が義務づけられている150人未満の事業所(20人未満で約1,500万人、但し卸、小売・サービス業は4人以下)、家内労働者150万人、パート、日雇労働者約420万人及び出稼労働者や農林漁業などの二次産業従事者は、さしあたり地域産業保健活動の主要な対象である。このなかには、生活と労働の場が全く同じのために有害物質の影響を家族も同様に受けている場合や長時間・不規則の労働条件を家族ぐるみで行なっているため家族ぐるみの保健活動が必要の場合が多い。

〈公的機関の役割〉労働衛生行政の第一線である労働基準監督署は全国で348ヶ所、公衆衛生行政の第一線にある保健所は全国で855ヶ所。これらの機関の相互協力は、今後ますます強められなければならないが、地域産業保健活動を展開するうえでは、今後望まれるところである。とくに、保健所は、従来からかわりのある理美容、クリーニング、飲食業その他のサービス業従事者の場合は、そのまゝ業者の検診活動、健康指導事業へ発展せられる可能性をもっており、結核予防活動は、



石炭、窯業、11もの業種についてのじん肺対策に連がり、自営業での主婦や店主の母性保護や成人病予防も労働条件や作業環境の改善と密接に結びついた課題であり、従来の夕方割り行政のワグ組みのなかでも、創意と熱意さえあれば実施できるものがある。また、地場産業や家内労働の多くは、その地域の伝統産業でもあり、自治体、労働基準監督署、保健所などの公的機関が、連携して安全衛生活動を展開していくモデルとなり得る。

〈医療機関、医師、専門技術者の役割〉前述のような地域産業保健活動をすすめていくうえでの専門的技術を有するマン・パワーは、わが国にありては、まだまだ少ない。この点では、公的機関が、直接に必要な専門家を雇用するなどの条件が必要である。イギリスの場合、産業保健は、N.H.S.のワグ外に置かれていたが、それでも産業医や労働衛生の技術者は、企業から独立し、一定の地域をカバーする公務員として活動していたし、新しい国民保健サービス法が定めたイタリアの場合は、人口4-5万人をカバーする地域保健サービス機構のいくつかを統合した単位で、労働衛生サービス機構を整備することになっており、その経営は、企業や自治体の費用によってまかなわれていた。わが国の場合、民間の医療機関が、検診などにかかわりをもつ場合が多いが、労働現場の保健に十分な知識と技術を有する人材の確保とともに、コンサルタント的役割、そして必要な場合にはインスペクターとなり得る機能が期待される。

〈労働者や労働組合組織の参加〉企業別労働組合が主流を占めるわが国の労働運動のなかで、地域の労働組合組織（地区労など）が、住民や地域の勤労者の保健活動に参加する例は決定的に少ない。保健所運営協議会への地域労働組合組織の参加、労働基準監督署のカバーする地域での安全衛生指導員への労働組合組織の代表の参加などの経験は、地域産業保健の展開のために一定の役割を果す可能性がある。また、この場合、地域労働者を中心とした自主的な調査・研究活動や予防活動は、参加への保証となる。

〈まとめ〉

地域保健と産業保健の結合をめぐり取りくみは、まだまだ歴史が浅く意識的に取りくまれた経験は少ない。しかし、ごく最近の事例をみても、国有林業における振動障害やトネル掘りの出稼作業によるじん肺、振動障害、はたまた家内作業での有機溶剤中毒、シリカ・コンニャクなどのアレルギー喘息、窯業などのじん肺、鉛中毒、美容師のアレルギー性皮膚障害、ドライ・クリーニング業者の有機溶剤中毒、建設労働者の腰痛や種々の中毒性疾患、繊維業での頸肩腕障害、そして近代化農作業での農薬中毒や農薬災害、農婦(夫)症などの地域産業とのかかわりが顕著な職業性疾患は無数にあり、これらにたいして働く労働者の保健問題への取り組みは、必然的なものとして地域保健と産業保健の結合を旨とするものとならざるを得ない。行政のワグ組みを乗り越えた地域産業保健活動の展開を期待するゆえにある。

逢坂 隆子 (大阪府吹田保健所摂津支所)

1. はじめに 小・零細企業従業員や自営業者は、多くの健康上の問題をかかえているにもかかわらず健康管理がいきとどかず、労働衛生のみならず地域保健の立場からみても右図におかれている。本誌会でもすでに多くの発表があった通り、大阪市をはじめとする大都市では高度経済成長期以降の急激な過都市化、工業化により生活環境が悪化し、住民の健康水準が全般的に悪くなっている。大阪では大阪市という既成の市域をこえて広大なスプロール地帯をつくり、隣接地域たとえば豊中市花内地区、門真市、守口市、東大阪市など周辺に環境悪化が広がっている。ここでは経済的に恵まれた余裕のある階層の人々は生活環境のよい郊外へ移住する一方、小・零細企業従業員も金の所得の低い時間的にもIDとRQをい種々の障害因子にさらされやすい勤労者層が濃縮していくという悪循環がくりかえされていく。その結果このような地域では疾病の多発や医療および健康管理の不徹底などのため、地域社会における健康水準が全体的に悪くなっていると考えられる。このような地域においては、地域保健の立場からみても小・零細企業従業員や自営業者の健康問題をめざしては地域全体の健康水準をひきあげることはできない。以前から大阪府保健所では結核対策に関し、有病率の高い対象としてレントゲン検診車を利用して定期的に定期的検診を実施しており、大阪府医師会においても小企業従業員健康管理促進事業を行っているがその範囲は限られたものであり、特に最近重要になっている成人病への対応など全くできていない現状は否めないことを考えるならば、地域の関連諸機関の連携による地域ぐるみの対策として小・零細企業従業員や自営業者の健康管理をめざしていくことがどうしても必要である。

2. 豊中保健所での経験 豊中市において昭和49・50・51年に死亡した中高年齢者の遺族を訪問し、死亡に至るまでの健康状態・生活・労働の状態を調査した。(53年・54年調査、社会医学研究V.1) 豊中市は大阪市の北に隣接したベッドタウンであり住民の大部分がホワイトカラーのサラリーマンとその家族であるが、死亡者を実際に訪問してみるとそのほとんどが自営業者を含む小・零細企業勤労者であった。また統計的にみても小・零細企業が密集している市の南部(花内地区)においては他地区とくらべ成人病をはじめとする死亡率がはじょうに高く、結核や精神疾患の有病率も高いことが明らかになった。そこで市南部地区を中心に従業員数50人未満の事業所を対象に従業員関連機関がそれぞれ個別に行っていた事業をもちよることにより地域ぐるみの対策を実施すべく、保健所、市、医師会、労働基準監督署などが集って検討した。(55年)研究会を発足させ宣伝教育をかねて企業および従業員の健康管理についての意識調査を実施し、56年2月より初年度より取り組みに入った。健康管理に関する関心が最も健康管理の必要な小さな事業所ほど低いことは「健康管理についての事業所アンケート調査」の回答率に示す通りである。(表1) できるだけ職場に近い場所であつて内容が充実し、受けやすい健診を実施するため(表1)健康管理についての事業所アンケート調査の回答率

| 事業所規模 | 郵送数 | 回答数 | 回答率   |
|-------|-----|-----|-------|
| 50人以上 | 34  | 20  | 58.5% |
| 6~49人 | 273 | 27  | 9.9%  |
| 5人以下  | 408 | 23  | 5.6%  |
| 計     | 715 | 70  | 9.8%  |

Aコースは保健所のレントゲン車を会場にもつていき保健所事業として無料で実施できる結核検診と血圧集団検診を土台に、医師会の協力を得て診察・検尿を行っている。費用は1人50円。商工会議所会費事業所は商工会議所が毎月補助し無料となる。Bコースについては市南部が大阪空港の航空機による騒音地域であるため航空公害防止協会が実施している住民検診を利用することができた。これはレントゲン、EKG、トイレ、診察室つきの検診車を利用し費用は1人200円、商工会議所会費は1000円である。Cコースは5人以下の事業所のみを対象とする成人病

検診とそのまき導  
入したのもで無行  
である。(表2)健  
診希望事業所とつ  
のつり健診結果  
の連続率はすべ  
ら高会議所の協力

(表2) 健診種別、担当主体および受診者数

| 種別   | 健診の内容                                      | 担当主体                        |
|------|--------------------------------------------|-----------------------------|
| Aコース | 診察・血圧測定・検尿<br>胸部X線間接撮影                     | 豊中保健所<br>豊中市医師会             |
| Bコース | 診察・血圧測定・検尿<br>心電図・胸部X線間接撮影<br>血液化学検査       | 豊中保健所<br>豊中市医師会<br>航空公害防止協会 |
| Cコース | 診察・血圧測定・検尿<br>胃X線検査・胸部X線間接<br>撮影(必要あれば心電図) | 豊中市                         |

(表3) 自分の健康についての意識と判定の関係

A. (問診)

|                     | 第1グループ | 第2グループ |
|---------------------|--------|--------|
| 1) ほぼ健康と思っている       | 60.0%  | 48.2%  |
| 2) 医師にかかっていないが調子が悪い | 20.0%  | 29.6%  |
| 3) 現在医師にかかっている      | 16.4%  | 21.9%  |
| 4) 不明               | 3.6%   | 0.3%   |

B. ほぼ健康と思っているグループについて

| 判定     | A     | B <sub>1</sub> | B <sub>2</sub> | C     |
|--------|-------|----------------|----------------|-------|
| 第1グループ | 36.4% | 21.2%          | 27.3%          | 15.1% |
| 第2グループ | 66.7% | 19.3%          | 6.7%           | 7.3%  |

を得た。健診結果異常のみつかった人は医師、保健婦、栄養士による事後相談を実施している。勤務時間内に事業所の近くで相談をおこなっている。事業所を通じて来所を徹底したこともあり対象者の相談来所率は80%をこえる。自分、健康についての意識と健診結果の関係を表3)に示す。第1グループとは従業員数5人未満の事業所、第2グループは従業員数6人～49人未満の事業所の受診者である。小企業の中でもより小さい事業所の方が自分では健康だと思っている者が多いのにもかかわらず実際に健診してみると異常をもっている人が多い。(表1、表2、表3は昭和55年11月第5回大阪府医師会医学全盛会にて発表された)

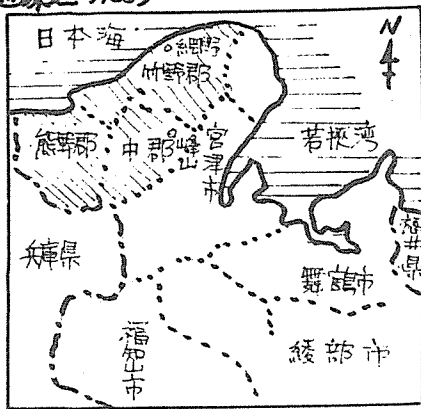
3. 摂津市での試み 昭和55年2月より老人保健法が実施されている。摂津市では昭和54年より市、医師会、保健所の連携して実施してきた。摂津市民総合検診(軽微な民検診と成人病検診をドッキングさせた多項目検診)を老人保健法による保健事業として保健センター、保健所を利用して実施すると共に、市医師会機関への同検診の委託もあわせておこなっている。また老人保健法施行後は府保健所での血圧集団検診、循環器集団検診(EKG、血液検査、眼底検査など)は、中小企業従業員を対象とすべきことが府衛生部の方針となつたこともあり、以下に示すような試みをはじめられている。

- 1) 小・零細企業従業員、自営業者の健康管理のための組織づくり——保健所、医師会、市、労働基準監督署、社会保険事務所、公衆衛生協力会、商工会
- 2) 老人保健法による市民総合検診への自営業者の受診率向上のための:
  - a) 保健所による業態者検診(理容、美容、クリーニング業者対象)を市民総合検診時に同時実施
  - b) 公衆衛生協力会等を通じての自営業者への検診受診勧奨
  - c) 医師会による検診は3ヶ所医師会機関で夜間も行われるため、今までの平日の昼間に行われていた市民総合検診のみでは受診できなかった働き盛りの男性も受診できるようにする。
- 3) 保健所、市による中小企業検診
  - a) 一次検診: 胸部X線、問診、身長体重測定、血圧、検尿、診察(無料)
  - b) 二次検診: 40歳以上摂津市民については市からの委託による精密検診の委託を保健所から受けることにより必要に応じて精検実施(無料、血液検査、EKG、眼底)39歳以下や摂津市外の方は、循環器集団検診を保健所単独事業として実施(有料)
  - c) 異常のみつかった人に対する事後相談: 市、保健所により医師、保健婦、栄養士が実施

4. おわりに、小零細企業従業員も含め、働いている人々の健康管理の責任は法的には事業主にあるとされているが、職業病や労災は別にして成人病等の対策についての法的うらづけは不明確であり、実効も乏しい。また本来のみで成人病等の対策が事業主の責任であるのかどうかの議論の要する点でもある。老人保健法でも市町村が責任をもつべき対象者からはおこなわれている。都道府県保健所もまた責任をもつ立場にはなっていない。今後これらの人々の成人病を含めた健康管理対策を現実に実のあるものとして振テおけるためには、法的にも制度的にも責任体制をいよいよなまき設置されていることは事業主である上正しくいように大きなネットワークとなっている。健康管理の法的責任体制を明確にさせていくことが、高度化社会をむかえるにあつたこの緊急の課題であると考える。

峰山保健所 行等三智子

1. 地域の概況 峰山保健所管内は京都府の最北端に位置し、西は兵庫県に隣している。人口約7万5千人、医療圏上に楕円した型の保健所である。交通は過疎地のため非常に不便であり、京都市まで急行で3時間半を要する。しかし自然には恵まれ天橋立につづく雄大な日本海とひかえ観光保養地として脚光を浴びている。



2. 丹後産業の特徴と健康問題 この丹後地域は「丹後3りんめんの産地として1720年頃から養蚕し、気候風土に適しているという条件もあって、各時代の多くの試練を受けながらも我が国最大の絹織物の産地として栄えてきた。1960年代の高成長政策の中で西陣織産地からの先染織物の出稼ぎが途出しはじめ、繊維産業の不振から、織物業への転業がすすみ、4戸に1戸が織物業という割合になった。従業者数平均66人と極めて零細で、多くは主婦の長時間労働によって支えられている。保健所の訪問活動の中で、この頃より目立って低体重児の出生、異常分娩の増加が感じられ、労働や生活の条件によるものではないかと低体重児分娩者に対する実態調査を実施した(536年~40年までに出生した低体重児は61名であった)。

その結果、騒音(95デシベル以上)の中で一日平均1/3~1/4時間の立作業をし、約50%が分娩前日まで就労。低体重の原因について、「母の意見は42.7%が多忙な家内労働に関係があると考えていた。また分娩前においても88.5%が低体重以外の分娩異常を併せていることが明らかになった。なお、分娩前から「母の職業」は職業が57年頃から急上昇し30年に対して40年は5.5倍に示していた。低体重児出生率は530年(出生1000対)8.7であったものが539年には3.8にまで著しく多くなった。

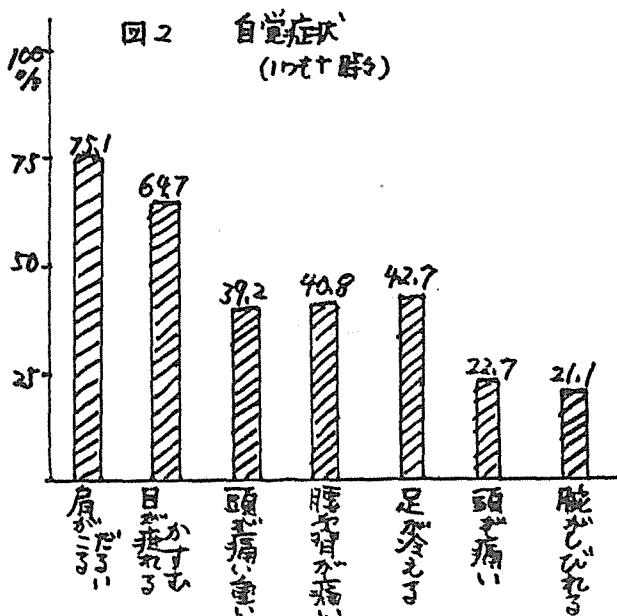
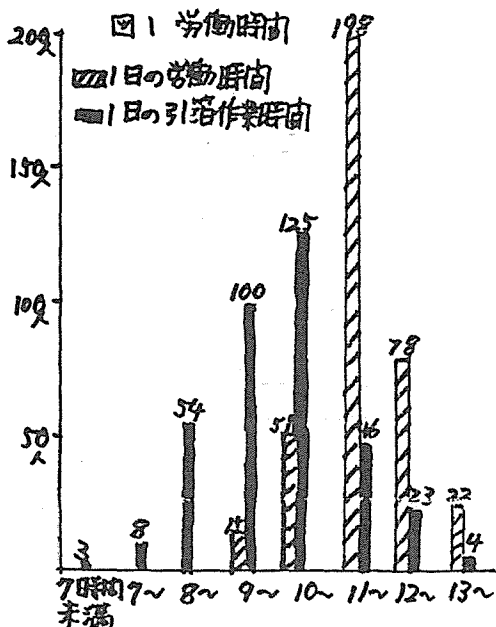
3. 産業別保健対策のとりくみ そこで540年から身体保健を目的に産地別母世別対策が実施され、織機台数3台以下の母親で20代~50代まで308人に対し健康診断(胸透X線、検尿、血圧、機能検査)、栄養指導を含む衛生教育、強化米無償配付などを行なった。翌年には労働衛生の専門家の協力で疲労、環境、栄養などにつき社会医学調査を行ない、実態と改善のための助言をともに織物業組合、織物業等所(所立)保健所が一体となり各々の分野でとりくみを進化した。このとりくみが契機となり、府の施策として丹後地域産業5カ年計画が策定され、保健対策も重要な位置づけがされ毎1回の健康診断、家庭訪問、栄養指導、環境改善、衛生教育など健康を守るため意識向上にとりくんだ。これらのとりくみは、環境改善、労働時間短縮など、騒音防止を除く向長項については一定の前進が見られた。

4. 引当帯従事者の健康問題へのとりくみ 550年頃より引当帯を織っている人達の間からこの仕事をするとき体が「ガク」になる、しんどい、手指がしびれるなど健康問題の訴えが高まってきた。そこで引当作業従事者の頸肩腕、腰背部の症状とともに手指のしびれ、白くなるなどの自覚症状の程度、頻度を問う、引当作業の健康におよぼす影響を検討するため、400名を対象にアンケート調査を行った(553年12月~554年2月)。

<引当帯とは> 帯の柄を写しあがらせるため如所に金屋箔等を所望の色、柄に染めた上、桌

空蒸着させて作った平箔を0.3~0.5mm程度の幅に切断し、<sup>足</sup>線糸として履糸の間に織りこんだ高紙な帯である。この箔糸を織りこむ方法には手引きも全自動式のものもあるが、今回の調査対象としたものはテンペラと村する電動式のヘラに手指で箔糸を導き、引き入れは電動式に行う半自動の作業である。したがって、織機1台につき常に1人の作業者と必要とする。その作業姿勢は、立って履糸前傾し右手掌でテンペラのためのボタン操作を行い、左手で箔糸を導く。

〈調査結果〉 回収数365人(91.3%) 未回収の原因は転産業によるものが大部分。男113人(31%) 女252人(69%) 年令分布は、男30才代 女40才代が多く、男女とも30~40才代が75%を占めていた



多くの者が頭肩腕および腰背部、四肢の症状を訴えているが、特異的な疾病ではなく、慢性的疲労蓄積状態が中心であることが明らかとなった。この慢性疲労蓄積の要因には、長時間の立作業の連続、運動不足、精神的緊張、労働温度、環境条件の悪化(騒音、温度、湿度)などの要因の複合が影響しているものと考えられた。手が白くなるという訴えは8名あった。

〈対策と今後の課題〉 この結果から、労働衛生専門家の助言、指導をえて、(1)作業時間の短縮、(2)休憩、休息日をもうける、(3)体康の普及、(4)作業姿勢を中心とする作業環境の改善、(5)精神的負担の軽減、(6)主婦の家事と睡眠時間への配慮などを訴えつづけてきた。

また、特異症状としての「手指が白くなる」「しびれる」について検討するため、ホ二次のアンケート調査、健康診断、および生理学的調査を行って報告書を作成した。

### 5. これからの課題

丹後地域の健康問題は機織婦人の労働と生活を除いては考えられない。とくに労働時間の短縮は長年の課題であるが、低賃金と生産のしくみの中で生活を支えていくためには何人かの手では解決できない多くの問題がある。聴覚障害は日常生活にとくに支障を来しているのに、蓄積化していないが、騒音の生活妨害は、とりわけ子どもへの影響が危惧される。これらのとりくみを通じて感じたことは、健康問題の蓄積化しない理由に後継者問題があり、暗い部分をかくそうとする傾向である。真に丹後機業を存続させるためには、労働者の健康を守るという自覚が必要であり、これに応える専門家集団の連携が重要であろう。保健所の生き残りもそこにある。

梅田 玄勝 (健和労働衛生研究所)

先に演者らは北九州市における中年期男子の死亡率改善の遅れ<sup>1)</sup>および小零細企業の労働者の健康水準<sup>2)</sup>について報告し、都市ぐるみの貧困とそれが及ぼす地域住民の健康へのインパクトに関し私見を述べた。本会においては小零細企業の労働者のための産業保健活動に関する経験と若干の問題等について報告したい。取り組んだ地域は北九州市とその周辺 2市 3町にわたるが事業所統計等は北九州市の資料のみにとどめた。

北九州市には民営の事業所が 56334社、その従業者総数は454557人 (53年度事業所統計による) であり、規模別に見ると中小企業特に50人未満の事業所が全体の98%を占め、1~9人規模の小零細企業は全体の85.9%に相当し、逆に北九州経済を排他的に支配している鉄鋼独占企業の事業所は全体の0.2%以下、その従業者数は全体の10%以下である。

演者らが地域産業保健活動の重要な対象としているのは、50人未満の事業所、とりわけ1~9人規模の小零細な事業所の労働者である。過去における地域医療活動の経験に基づいて新しい形態の活動を展開するために北九州保健生活協同組合 (以下保健生協: 51年1月19日認可) を発足させ、予防からリハビリテーションまで一貫した地域医療活動を充実させてきた。その活動の一部は本会において多田隈より報告されるが、産業保健に関しては当研究所と協力して健診、調査、研究を進めている。取り組みの対象が3市3町にわたり分布しているので、57年度の企業健診349社、10266人の実績からすれば、空白の部分がお多数残されている。

北九州地域全体の健康水準向上のためには、小零細企業の労働者の健康水準を引き上げねばならないが、そのためには健診活動の拡大とフォローアップおよび保健生協への組織化を進めなければならないと考えている。「表2」は小零細企業のうち保健生協の組合員として組織されている集団と、そうでない集団 (本稿では板金塗装業を対象とした) の健診結果の一部を比較したものである。組合員と非組合員とでは健診項目が異なるので、一部の項目のみ比較したが、Hb以外は差なく、高血圧と $\gamma$ -GTPの異常者の割合は両集団ともに高い。しかし事後の対策、管理、指導等により、組合員の集団の方が健康水準向上への期待は大きい。「図1」は転職回数と健康水準の関係を示すが、労働条件の劣悪さの健康へのインパクトを示すものと解したい。

問題点として以下のことが挙げられる。(1)職業病よりも成人病の方が重視されねばならない。(2)健康に関する意識は低く、健診を受けることの意義から説得しなければならないことも少なくない。(3)健診はあらゆる問題の手がかりとなるので、広範に健診を組織し、フォローアップ等事後の接触を密にしなければならない。(4)要精検者、要医療者を受けとめることのできる体制作りが必要であるが、現在開業医にも協力を得ている。(5)一部においては、じん肺等職業病の症例を発見すると、それ以後の接触が拒否されることがある。あるいは(6)経済的基盤の弱さから健診機関のダンピングに乗ずる傾向がある。これらの問題については正しく解決できるよう努力が求められる。その他未解決の課題が多く残されているというのが演者らの実感である。

表1. 北九州市事業所規模別従業者数および事業所数

| 規模     | 従業者数    | 割合    | 事業所数  | 割合    |
|--------|---------|-------|-------|-------|
| 1~4人   | 80138人  | 17.6% | 39522 | 70.2% |
| 5~9    | 57246   | 12.6  | 8663  | 15.7  |
| 10~29  | 91574   | 20.1  | 5636  | 10.4  |
| 30~49  | 37335   | 8.2   | 988   | 1.8   |
| 50~299 | 98973   | 21.8  | 1038  | 1.8   |
| 300~   | 89291   | 19.5  | 87    | 0.2   |
| 総数     | 454557人 | 100%  | 56334 | 100%  |

表2. 組合員健診と非組合員健診の比較  
(性・年齢調整異常出現率)

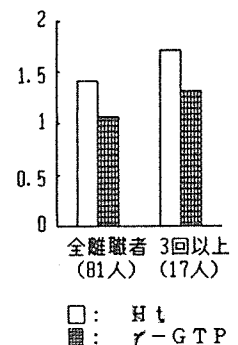
|               | 組合員          | 非組合員        |
|---------------|--------------|-------------|
| Hb (貧血)       | 28.7% (484人) | 5.3% (364人) |
| $\gamma$ -GTP | 15.0 (481)   | 15.8 (364)  |

(標準化高血圧出現比)

|      | E   | O    | O/E  |
|------|-----|------|------|
| 組合員  | 93人 | 100人 | 1.08 |
| 非組合員 | 41  | 53   | 1.29 |

標準: 昭和55年国民栄養調査による

図1. 標準化異常値出現比



文献: 1) 梅田、中島、八木、天野、竹原: 北九州市の都市構造と住民の健康に関する社会医学的考察、社会医学研究、1、19-30、1980 2) 天野、梅田、八木、中島、竹原、坂井: 小零細企業労働者の健康に関する社会医学的考察、社会医学研究特別号、68、1982

## 姥山寛代(北病院)

1. はじめに 北病院は昭和49年11月30日、東京都北区東十条の地に、総合的・人間的医療をめざし40床で開院をした。“みんなでつくるみんなの病院”を合い言葉にし、医療を行う側と受ける側の統一した力で、出資・債券を集める募金運動を柱にしながら一年間の準備期間を経て約2億円を集め、金融資本の融資をあわせ土地を購入し開院したものであった。

北区には、荒川流域に沿い大凡4300の化学工場があり有害な煙・廃液などが生活環境に多大な悪影響を与え、又、環状7号線・昭和通り・北本通り・明治通りなどの幹線道路があり都内でも有数の公害多発地域である。人口は、開院当時は42万人であったが現在では38万人と減じ、年間500名の他地域への流出がみられる。

このような地域で住民の要求に応えてつくる医療づくりは、重症救急という救命医療のみではなく予防・治療・リハビリが絶えず連携している事が求められていた。即ち、「待つのではなく出かけていく医療」であり、福祉と医療と教育と労働が混然一体化したものへの要求が必然的に強くある地域であった。私たちはこの要求に応え、現在ではベット142床、外来数1日平均約300名、臨床部門では内科・外科・小児科・整形外科・産婦人科・脳神経外科・眼科・耳鼻咽喉科・人工透析センターと、総合医療を行なっている。あわせて地域保健活動の第一線に立つ医療社会事業部を設置した。

医療社会事業部は、病気の早期発見と治療のための「健診活動」、おたきり化を防ぐ障害者のためのデイ・ケア「かまわり教室」、老人ボケを防止する「コスモス教室」、頸肩腕障害・自律神経失調症・便秘症・不眠などの心と体にゆさぶりをかける「健康体操教室」、子どもの心と体の健康づくり「風の子村」、障害児の日曜日のデイ・ケア「にちようひまわり」、職業に起因すると思われる病気、健康、環境等について相談を受ける「労働衛生相談」など、多岐にわたる活動を展開している。この活動は、地域住民、労働者、各専門家のボランティアによる援助があり、その数は200を越えるものである。いのちと健康を守る運動は、福祉切り捨て医療切り捨ての時代に一層光彩を放ち、全国から注目を浴びているところである。この中で特に、労働者との関係に於て展開している活動について報告をしたい。

2. 活動経過 昭和50年、労働衛生専門医、社会体育専門家を招聘し、増大する労働者の不定愁訴や健康破壊に対応する調査・研究・治療が一貫して行なうことのできる労働衛生相談と健康体操教室を開設した。相談室は北区職業病研究会の事務局の任を負い毎年3回に亘る職業病研究交流集会をもち、すでに27回の北区職業病研究交流集会を継続的に行なってきた。又、年報として『労働者と健康』を発行し、労働衛生相談室に於ける具体的な事例紹介と労災認定意見書、各分野の貴重な経験に基づく論文などを掲載している。相談開設から9年、今年から大学の衛生学教室から産業医の参画を得、一層その特徴を生かしつつ精力的に活動を展開している。

特徴的な事例としては、北区浮間菊池色染に於ける大量の鉛中毒患者の発見、アイデン労組の健康調査と企業ぐるみの職場改善、抗生物質製薬会社の耐性検査を中心にした健康調査とその対策、などであるが、その他数々の問診などによる労働組合と共同で行なう健康調査もある。国労上野保線区のタイタンパーによる振動病の労災認定をかちとるに至るまでに労働衛生相談室の活動は多大な寄与をした。また、機関士の健康調査やその他の産業に従事する労働者の健康調査を行なっている。昨年は労連と共催で1万人アンケート調査を行ない、2700人の結果をもとにした労働者の健康

の現状についての資料作成を実現するまでに到っている。

3. 課題 現代医療の中で労働者の健康を共に守り、研究・調査・治療するこの労働衛生相談室には限りない要求と期待が寄せられている。しかし、研究活動として位置づけられるために診療報酬に点数化されておらず、有能な医師・保健婦・社会体育専門家・MSWの確保が得られず、その対応が遅れている。又、労働組合も労働者のいのちと健康を守る事をスローガンのみにとどまらず、予算化にふみより人間の生きる上で第一義的な“健康問題”について運動の最重点にする努力が早急にのぞまれる。

北病院をとりまく労働者達は、今、企業内労組から一歩ふみ出し障害者専用列車「ひまわり号」を走らせるボランティア活動、ねたまり病人の温浴活動に参加し始めた。

このようにして、地域産業保健活動はあらたな展開をしつつ前進しはじめている。地域の第一線医療の中にこそ労働者の要求に応え得る地域産業保健活動が求められているのである。



メ      モ

1. 老人保健法による保健事業の問題点 その1.  
—我々の実施した集団検尿の技法の検討から—

藤森 弘 須川 喜代子  
○長嶺 俊男 生熊 敏雄  
西川 美智代 以上

(柏花診療所検尿委員会)

1. はじめに

老人保健法による保健事業の一般診査では、問診、理学的検査、血圧及び検尿となつてゐる。しかし、これだけの貧弱な項目だけで、どれだけの疾患を発見できるのか、と疑いたくなる。西淀川区では、6年ほど前から、無料で、老人健康診査を上記の形に近い形で、実施している。が、しかし、年々受診者が減つてゐる。聞くところによれば、健診内容が貧弱すぎて、受診する気にならないという。増して、一部費用を受診者に負担するとなれば、一体、唯の爲の健診であるか理解に苦しみ、あまりに、目的と受診者の要求との間に、ギャップが大きすぎて、いかに、国民の医療要求とマッチしないのか、問われてくる。

2. 対象、方法

ここでは、一般診査の特に検尿項目と内容に対する批判を展開しつつ、真の国民の保健事業にしていく爲のあり方を、我々の実施してきた集団検尿の実際から引きだしてみた。

3. 結果及び考察

- 1) 試験紙では、糖、蛋白、潜血の各項目ごとに、各社によつて感度が異なる。もし測定器機を使用すれば、機種によつて、違うデータとなるため、診査基準が、完全に統一できない。
- 2) 蛋白定性の場合、試験紙の感度が、スルフォ法より、低下してゐるといわれているが、どちらが欠点をまづけていること
- 3) 潜血、糖定性時に、ビタミンC、鉄剤などが、尿に含まれると、疑陰性を呈するので、疾患を見逃すことになる。
- 4) 試験紙でたとえ陰性であろうと、膀胱炎や少量の円柱等の存在のある場合、これら疾患を見逃すことになる。
- 5) 業者依存では、数時間から数日たった尿を測定するため、おおよぬ結果がひる可能性があり、沈査では、数時間を細胞が破壊されるので正確なデータがえられない。
- 6) 糖尿病者や腎、心疾患をもつものでも、ある場合には、陰性の場合もあり、早期発見、早期治療の観点からいくと、年1回の診査では、この目的を達成することが、きつめて、困難となる。

4) 総論

以上のことから、早期発見、早期治療を、真に国民の立場で考えるなら、貧弱な内容の診査では、この目的を達成できないので、一般診査の中至少なくとも、沈査等を入れるべきであり、心電図、血糖も入れた方がよい。業者委託せず、適当な財政保障を含めて検診する場において、一般診査の内容及び方法を、実態に合わせたものにすべきである。

2. 老人保健法による保健事業の問題点 その2  
—我々がとりくんできた老人会食会の経験から

植田 章 (柏花診療所)  
東 マイ子 ( )  
○大西 由岐子 ( )

健康教育、健康相談は、保健事業の中に規定されているが、その内容には問題があると思われる。私たちが、とりくんできた老人会食会の経験を通じて、その問題点を考えてみたい。

1. 健康教育、健康相談とは、生活の場ときりはなされたものであってはならない。  
生活の場での生きた教育でなければならない。
2. われわれのとりくんできた老人会食会は、生きた教育であり相談の場である。  
食事を通じての生活変革の場である。  
地域の中での老人の積極的な要求を結集する場である。  
老人の様々な情報の蓄積の場である。
3. 医療と福祉とのむすびつき  
老人保健法は、医療の面だけで、福祉の側面がぬけている。  
老人会食会を通じて、医療と福祉を統合させることによって、要求を結集させることができるということがわかった。
4. 地域における診療所の果たす役割  
地域の中で、日常的に老人の要求を結集する場が必要ではないか。  
そういう面で、診療所の待合室は最適の場である。

3. 老人保健法による保健事業の問題点 その3  
-在宅重度障害者の健康権保障の取組みから-

藤森 弘(柏花診療所)・大西由岐子( )  
○植田 章( )・中川紀昭( )

抄録

老人保健法の本質的なねらいは、患者一部負担の導入による医療費の抑制であることはいうまでもない。老人を突破口にして障害者、難病患者、母子といった今までに既に医療から遠ざけられていた人々までもが、ますます医療を受けにくい状況におこまれていくのである。

私たちの地域では在宅重度障害者の働く場をめざしてこの「青年等級」をおこなっている。そこでは障害者、家族、あるいは時折参加してくる老人たちの健康づくりに焦点をあてた取組みが、医療従事者、保母、教師らと協力しておこなわれている。こうした取組みの中では、日常診療場でみているだけでは到底おさえることのできない問題をつかむことができる、いかに全生活の場をおさえた上での医療が大切であるかを学ぶ。また、難病患者の健康権保障の各地の実践は、保健・医療・福祉・住宅・労働等が統合されてこそ、地域での療養生活を支える条件づくりが前進することを教えている。こうした点からも老人を病院からおいだしおき医療を切りすてたうえでの保健事業では全く意味がなく、加えてそれを実現するための財政的ラウケがはいなかりでは訪問指導・機能訓練は絵に書いたモチにはりかねない。西淀川区でも132名のねたきり老人がいるが、保健所保健婦8名、医療ヘルパー制度がはいなかりでは、医療機関が取組んでいる訪問看護を行政システムの中に正しく位置づけない限りは前進しないことは明白である。

当診では、全この老人患者をHandicapという障害概念にとらえ、ADLからQOLへの発展をめざして日常診療・訪問看護での探索をはじめた。老人の地域における「全面参加と平等」の道こそが、今日の危機を打開していく方策であるとの視点から、ここでは保健事業の問題点と真に老人、家族の立場にたった保健医療の在り方を追求してみる。

#### 4. 老人保健法をめぐるいくつかの問題点

— 事例検討を中心として —

○阿比留 幸子 (健和総合病院)

梅田 玄勝 (健和労働衛生研究所)

はじめに 老人保健法は、臨調路線による医療費抑制策として導入し、受診抑制をねらったものであったことは、国会審議の経過を通して知らされていた。それだけではなく昭和57年12月29日になって突然、老人診療報酬なるものが発表され老人への医療差別がもちこまれた。老人保健法の「目玉」とされた保健事業の実施をめぐるさまざまな問題が指摘されていた。この老人保健法が今年2月より実地され4ヶ月が経過したが、医療の現場ではどのような事態が起きているか？各地から、病院よりしめ出された老人の問題などが報告されている。演者らの病院においても老人の入院相談は以前からかなりのウエイトを占めており、引き続き多くの相談がもちこまれている。最近の老人の事例が老人保健法とどのようにかわりがあるのかについてはまだ充分な検討が行われていないが、これからの課題だと考えている。そこで今回は、老人保健法の①有料化をめぐる問題 ②保健事業をめぐる老人実態調査および日常業務の中で感じていることをまとめてみた。

① 有料化をめぐる問題点：老人保健法のもとで外来診療は毎月診療科目ごとに400円、入院は1日300円2ヶ月間負担する、又保健事業の中の健康診断についても有料となる。この有料化に対し、老人クラブの一部役員は「わずかな金額なのでやむを得ない」としているが、ひとりぐらしや老人世帯にとっては決して「わずかな負担」ではない。昭和56年戸畑区で行ったひとりぐらし老人の実態調査では、5万円以下の収入で生活している人は20.5%、10万円以下は66%という状況であった。こうした限られた収入で生活している老人にとって、医療費の負担はかなりの重荷である。事例：75才のひとりぐらしの老人（女性）。老令福祉年金と息子の仕送り合せて4万円の収入、家賃8800円の市営住宅に居住。神経痛、白内障で2ヶ所に通院しているが無料制度は本例にとっては、命の綱であった。無料制度は経済的援助の面ばかりでなく、国が老人の長寿と健康を願って温かく見守っているという確信を老人に与えてきたのではないであろうか。老人保健法は、収入のあてのない老人に大きな経済的負担を強いるものであり、老人福祉法の理念を形骸化するものであろう。

② 保健事業をめぐる：北九州市戸畑区保健所は人口15000人に1人の保健婦の配置であり、老人保健法施行後も増員の方針はなく、保健事業は昭和61年までの5年間で段階的に実施するものとして、寝たきり老人に対する訪問指導は「今年は調査を行い検討する」と言うのみで、地方自治体の対応は非常に遅れている。地域医療が整備されず在宅サービスも遅れているにもかかわらず、老人を地域にかえすという事にはかなりの問題を残している。当財団法人のリハビリテーション専門病院の昭和58年1月から5月までの退院患者163名をみると、95人（58%）は自宅へ、18人（11%）が施設、22人（14%）が転医、その後施設入所が明らかなものを含めると15%が施設入所者であった。この施設入所者のうちひとりぐらし8人、老夫婦3人、家族同居8人である。施設入所者の多くは小規模家族である。在宅福祉サービスや訪問看護制度などが整わない現状の中でのねたきり老人の介護は、介護者の負担が重く在宅での生活はかなり困難である。江口英一氏の「現代の低所得者層」によると、低所得者層の特性は小規模世帯であり、この小規模世帯は、生活の変動に対し弾力性のない生活構造を持っている事を指摘している。核家族化が進行し小規模世帯が増加する中で、これをカバーできる地域医療の整備、在宅サービスの充実が目下特に望まれていると考えたい。

5. 大阪府下市町村における老人保健法に基づく健康診査の  
実施計画について

○ 丸 山 創、 高 山 佳 洋 （大阪府八尾保健所）

1. 一般診査 人口5万未満の市では、業者委託が最も多く（61.5%）、20万以上の市は全市医療機関へ委託している。保健所委託は2か所にすぎない。医療機関への委託料は2000～3500円で、2500円が最も多い。受診料はほとんどの市町村が無料である。
2. 精密診査 人口5万未満の市町村では業者委託が最も多い（53.8%）が、5万以上の市では医療機関単独委託が最も多い（約 3/4）。保健所委託は少ない（7か所）。医療機関への委託料は4000～10000円で、6000円前後が最も多い。受診料は無料の市町村が多い。
3. 胃がん検診 大部分（86.0%）の市町村が大阪成人病予防協会（7保健所に併設）委託である。同協会への委託料は3000円である。受診料は500円が最も多く、次いで無料が多い。
4. 子宮がん検診 人口5万未満の市町村では保健所単独委託が大部分を占め（76.9%）、20万以上の市では保健所と産婦人科への委託が多い（66.7%）。医師会産婦人科への委託料は4000～4800円で、4500円が最も多い。受診料は400円が最も多く、次いで無料のところが多い。
5. まとめ 健康診査をいかに実施するかは、①市町村の方針、人的体制、設備、財政、②府の方針、③保健所の姿勢、人的体制、設備、予算、④医師会の方針、会員数、医療機関数、⑤市町村のこれまでの類似健診の実施状況、⑥住民の組織的要求、⑦議会の動向、⑧担当者の姿勢、熱意等により異なる。

表1 健康診査の種類別、実施機関別実施数・割合

| 実施機関 | 種類 |      | 一般診査 |      | 精密診査 |      | 胃がん |      | 子宮がん |      | 計 |    |
|------|----|------|------|------|------|------|-----|------|------|------|---|----|
|      | 数  | 割合   | 数    | 割合   | 数    | 割合   | 数   | 割合   | 数    | 割合   | 数 | 割合 |
| 市    | 18 | 41.9 | 7    | 16.3 | 3    | 7.0  | 3   | 7.0  | 31   | 18.0 |   |    |
| 保    | 2  | 4.7  | 7    | 16.3 | —    | —    | 38  | 88.4 | 47   | 27.3 |   |    |
| 医    | 28 | 65.1 | 31   | 72.1 | 3    | 7.0  | 20  | 46.5 | 82   | 47.7 |   |    |
| 成    | —  | —    | —    | —    | 37   | 86.0 | 3   | 7.0  | 40   | 23.3 |   |    |
| 業    | 14 | 32.6 | 10   | 23.3 | 2    | 4.7  | —   | —    | 26   | 15.1 |   |    |

（註）

- (1) 市：市町村 保：大阪府保健所  
 医：医師会医療機関  
 成：大阪成人病予防協会  
 業：集団検診業者

(2) 左欄実数、右欄%（43市町村に対する%  
 但し計は43×4=172に対する%）

表2 健康診査の種類別、市町村人口規模別、実施機関別実施計画

（58年3月現在）

| 実施機関  | 人口 |    | 一般診査 |    |     |     |    | 精密診査 |    |     |     |    | 胃がん検診 |    |     |     |    | 子宮がん検診 |    |     |     |   |    |   |
|-------|----|----|------|----|-----|-----|----|------|----|-----|-----|----|-------|----|-----|-----|----|--------|----|-----|-----|---|----|---|
|       | ～5 | 5～ | ～5   | 5～ | 10～ | 20～ | 計  | ～5   | 5～ | 10～ | 20～ | 計  | ～5    | 5～ | 10～ | 20～ | 計  | ～5     | 5～ | 10～ | 20～ | 計 |    |   |
|       | 市  | 2  | 1    |    |     |     |    | 3    | 1  |     |     |    | 1     |    |     | 2   | 1  | 3      |    |     | 2   |   |    | 2 |
| 保     |    |    |      |    |     |     |    | 1    |    | 1   |     | 2  |       |    |     |     |    | 10     | 5  | 2   | 1   |   | 18 |   |
| 医     | 1  | 3  | 3    | 4  | 11  | 2   | 7  | 6    | 6  | 21  | 1   |    |       | 1  | 1   | 1   | 1  |        |    |     |     |   | 3  |   |
| 成     |    |    |      |    |     |     |    |      |    |     |     |    |       |    |     |     |    |        |    |     |     |   |    |   |
| 業     | 8  | 2  | 2    |    | 12  | 7   | 2  |      |    | 9   |     |    |       |    | 2   | 2   |    |        |    |     |     |   |    |   |
| 市・医   | 1  | 5  | 4    | 3  | 13  |     | 1  | 2    | 1  | 4   |     |    |       |    |     |     |    |        |    |     |     |   |    |   |
| 保・医   |    |    |      |    |     |     | 1  | 1    |    | 3   |     |    |       |    |     |     |    | 1      | 6  | 3   | 6   |   | 16 |   |
| 保・成   |    |    |      |    |     |     |    |      |    |     |     |    |       |    |     |     |    | 1      |    | 1   | 1   |   | 3  |   |
| 医・成   |    |    |      |    |     |     |    |      |    |     |     |    |       | 1  | 1   |     | 2  |        |    |     |     |   |    |   |
| 医・業   | 1  | 1  |      |    |     | 2   | 1  |      |    | 1   |     |    |       |    |     |     |    |        |    |     |     |   |    |   |
| 市・保・医 |    |    |      |    | 2   | 2   |    | 1    |    | 2   |     |    |       |    |     |     |    |        |    |     |     | 1 | 1  |   |
| 計     | 13 | 12 | 9    | 9  | 43  | 13  | 12 | 9    | 9  | 43  | 13  | 12 | 9     | 9  | 43  | 13  | 12 | 9      | 9  | 43  |     |   | 43 |   |

（註）表1、表2の資料：昭和58年度保健事業実施計画書（大阪府下43市町村）

6. 保健事業の各都市実施状況調査について

○渡辺 博 長山重道 三井公夫 高田征四郎 久我一代  
 (全国保健所問題研究交流集会実行委員会)  
 越野誠一 遠藤哲人 (自治体問題研究所)

1 はじめに

老人保健法が本年2月に施行され、各中町村において保健事業が実施されていますが、全国保健所問題研究交流集会実行委員会は自治体問題研究所の協力を得て、全国651市、23特別区を対象に、58年度保健事業実施状況調査をアンケート郵送方式で行い、5月末現在242市、区から回答があり、その結果がまとまったので報告します。

2 調査結果

1) 健康教育、健康相談事業 健康教育、相談について

では、表1のとおりほとんどの都市で実施されていますが、図で示した人口規模別実施基準と比べると、健康教育では33.5%、健康相談では55.8%の都市で国基準を下まわる状況となっています。

表1 健康教育、健康相談実施状況

| 回数種類  | 健康教育 | 健康相談 |
|-------|------|------|
| 国基準以上 | 157  | 101  |
| 国基準未満 | 81   | 135  |
| 不明、未定 | 4    | 6    |
| 合計    | 242市 | 242市 |

2) 健康診査事業 循環器検診、がん検診については

多くの都市で実施されていますが、その実施形態は無回答、検討中の都市を除いてみると、表2のとおり圧倒的に委託方式で対応しており、全面委託は一般、76%、精密91%、胃がん97%、子宮がん98%にものぼっています。

委託先では保健所への委託(一般27市、精密37市、胃がん11市、子宮がん20市)を除き、ほとんどが医師会、民間検査機関となっており、特にがん検診での対がん協会、予防協会への委託がめだっている。また、検査内容は図で示した項目で対応する都市が多い。

3) 受診者負担額の動向 健康診査に係る受診者負担は、老人保健法で国の徴収基準が示されたため、表3にみられるように従来無料であったものを有料化する都市が増える傾向(一般/6市→70市、精密54市→132市)にあります。

が、がん検診では値下げする都市が約65%程度あります。(胃がん/71市中/13市、子宮がん/71市中/08市で値下げ)

表2 健診の実施形態

| 種類形態   | 直営 | 一部委託 | 全面委託 | 合計   |
|--------|----|------|------|------|
| 一般診査   | 23 | 32   | 174  | 229市 |
| 精密診査   | 6  | 14   | 208  | 228市 |
| 胃がん検診  | 3  | 5    | 225  | 233市 |
| 子宮がん検診 | 1  | 4    | 227  | 232市 |

表3 受診者負担額の動向

| 動向種類    | 一般診査 | 精密診査 | 胃がん  | 子宮がん |
|---------|------|------|------|------|
| 無料化継続   | 147  | 76   | 26   | 27   |
| 無料から有料へ | 46   | 47   | 5    | 5    |
| 有料から無料へ | 0    | 1    | 5    | 3    |
| 有料化継続   | 11   | 48   | 171  | 171  |
| 合計      | 204市 | 172市 | 207市 | 206市 |

4) 訪問健康診査、機能訓練、訪問指導事業

これらの事業については表4のとおり、約半数の都市で実施されるだけであり、医師会、老人ホームへの委託で対応している。

表4 訪問健康診査等の実施状況

| 種類年度   | 58年実施 | 61年まで実施 | 合計   |
|--------|-------|---------|------|
| 訪問健康診査 | 110   | 5       | 115市 |
| 機能訓練   | 90    | 23      | 113市 |
| 訪問指導   | 202   | 10      | 212市 |

5) 職員の増員計画 約半数の118市で事務職116人、保健婦94人、看護婦9人、栄養士3人の増員計画があるが、保健婦を増員する都市は全体の1/4、62市だけとなっています。

3 まとめ

調査結果からも明らかのように保健事業の実施状況はまだ不十分であり、今後は委託検診の結果把握や事後指導体制の確立が求められるとともに、マンパワーや施設整備が重要となっています。さらに、受診者負担の拡大による受診率の低下を招かぬ行政施策の強化が望まれます。

7. 老人保健法施行に伴う市の対策と問題点  
 — 埼玉県富士見市の例について

南雲 清 (富士見市立健康増進センター)

1. はじめに

富士見市は東武東上線の沿線にあり、池袋駅より西北約40km、純農村地帯より急速に人口増加した大都近郊型都市である。1983・5現在人口81,822人(男41,260,女40,562・世帯数24,755)で、40才以上の人口は約25,000人、総人口の約30%を占めている。市制施行11年を経過した「革新市政」であり、1977年に「スポーツ振興・健康増進都市宣言」をおこなっている。

2. 健康増進センターの設立

1976・4、総工費1億5千万円で市民の健康増進の目的で健康増進センター(以下「センター」と略す)を開設、検診、体育・栄養指導等をおこなってきたが、特別会計のため市議会の政治的拘束にまきこまれ、医師の辞任、市民への理解や宣伝が不徹底で一時運営上の危機が生じた。

その対策として、広域的対象で人間ドックを実施し、収支のバランスは回復したが、初期の目的であった市民の成人検診を含めた健康づくり運動は次第に後退した。

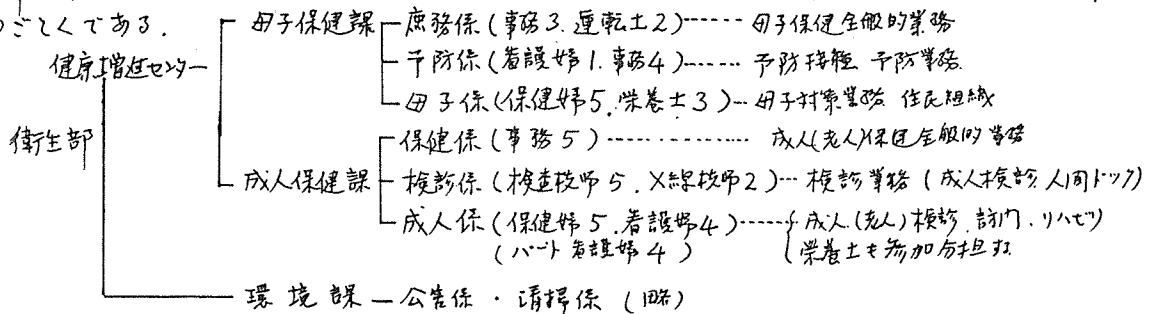
3. 老人保健法による転換

老人保健法は「日本型福祉」を強化する手段であり、反対してきたが、その内容はともかく、予防より医療、リハビリまでの表向きの方針を打ち出しているので、市独自の案を造るべく1982年「老人保健法対策委員会(プロジェクト4-4)」を発足させ、調査、検討、答申案の作成に専念して各分野の意見を集成し、1983・2「老人保健法対策について」の答申をした。

1) 保健事業対策

a) 衛生部の機構改正

従来、センターは検診機関として一課にすぎなかったが、センターを全ての保健事業を実担する部に昇格させ、「乳児より老後まで」の事業を実施するよう機構改革をおこなった。図式は下記のごとくである。



今回の改正の特徴は成人保健課を独立させること、老人保健法の健康調査、健康教育、健康相談、訪問指導、機能訓練を強化した。リハビリは老人福祉センターより移行、充実させた。また胃がん、子宮がん、乳がん検診は従来通り村がん協会の協力により実施、肺がん検診はセンターでおこなっていた。(注・1983年度より一般会計に移行す)。

b) 体育館の利用と健康づくり対策

体育館が併設されており、トレーナー2名と体カアスト機具も設置されていたが、体カアストはトレーナーのみでは実施困難なため、教育委員会にトレーナーを移行させ、体育館は専ら市民の体育グループに開放し、目下大いに利用されている。しかし、市側としても体育・健康づくり教室は市民の要望に答えなければならず、目下計画中である。



## 2) 老人医療費対策

改定前は65才以上無料化制度を以てきたが、近隣市町と歩調を合せるため、65才以上一部負担制度(外来1ヶ月400円、入院1日300円、2ヶ月間まで所得制限なし)を採用した。なお老人医療費の推移をみると表1のごとくであり、今後の保健事業との関連を重視されねばならぬ。

## 3) 地域組織づくり

現在住民の地域組織として①母子保健では「母子保健推進協議会」②栄養指導では「健康増進研究会」③老人組織では「老人クラブ連合会」などがあり、各自活動しているが、今後住民の健康づくり、検診体制の確立のため、これらの組織を含めた④「富士見市健康づくり推進協議会」の設立を企画している。

表1. 老人医療費の推移

|       |             |
|-------|-------------|
| 1979年 | 551 (単位百万円) |
| 80    | 663         |
| 81    | 760         |
| 82    | 928 (法改正)   |
| 83    | 1,691       |
| 84    | 1,860       |
| 85    | 2,046       |

} 推計

## 4. 結語(問題点)

1) 老人保健法は悪法であるが、自治体の立場でこれに対処する経費のべね。自治体としても、法律を無視することはできず、かつ自治体の財政も厳しいので、その周旋をめぐっていかに対策を練るの苦心した。

2) 1977年設立した健康増進センターを住民サービスに役立てる原資にもなるため、衛生部を模倣改革し、「乳児より老人まで」の一貫した保健対策を計画した。

3) 40才以上の健康診査はセンターで実施する予定であったが、医師会の要望により一次は医師会がセンターに出発し、二次は医療機関で実施することになった。なお一次診査には結核予防法も適用し、直接胸新X線写真センターとした。

4) 検診は検診項目を上乗せして、ワンタッチ方式が望ましいが、この見直しが必要がある。胃がん検診はセンターでも実施できるが医師会は望まない。子宮がん検診は日本田舎保健医療協会の方針が明らかでないのが今後の課題である。

5) 老人保健法の厚生省方針では(人口3万~10万新市)健康教室開催日を年24回としているがプラス46回計70回予定、健康相談日を年120回をプラス180回計300回予定している。また機能訓練は週2回年間85回、延3,400人を予定、訪問指導は年間実施100件、延1,200件の予定(現在おたきり老人は約100人推定しているが、中には訪問指導を希望しない家族もある)。

6) これを要するに、政府は老人対策費削減のため法を制定したが、自治体及び個人の犠牲にも限度があり、この犠牲を強化する限り、国民の健康保持は解決されず、高齢者はますます窮地に追ひこまれることは必須である。また健康診査体制を確立するためには住民組織の関心を強化し、ボランティア活動も組織的に運営する必要がある。住民の健康度把握を永続的に実施することが肝要であり、今後の重要課題となる。

## 8. 摂津市における保健事業の経験

— 府下各地の実施状況との比較検討 —

竹内治一 (摂津市医師会)

### 1. はじめに

本年2月より老人保健法が施行され、従来公的施設のみで定型的に行われていた健診事業が、南業医も参加して行われることになった。これはわが国の保健医療史の上から見て正に画期的なことであるが、現実には昨年10月以来の厚生省の指示はかなり社説なものであり、日本医師会の対応も又「医師会 主導でやれ」という一片の時代おくれの通達のみで赤茶色に染めてあり、従って各自治体、地区医師会とも大きなまじいを見せ、その対応は全く各地毎にバラバラである。(資料)

摂津市では7年前から「市民総合健診」と名づける保健事業を毎年5、6月の8日間に行っている。その内容は厚生省の今回指示したものとより相当進んでいるが、この全く同じ内容のやり方を摂津市内外5医療機関から、7月の二ヶ月間行ったので、その経験にもとづき問題点を提示する。

### 2. 各論

#### 1) 協賛会

大阪府下の例を見ても、各地区全くバラバラで、むしろこれは行政と医師会のみという例もある。互いの住民代表と云えるにふさわしいものと、学識経験者は必用いれておかなければならぬ。(資料)

#### 2) 啓蒙、宣伝

住民に好まれる啓蒙宣伝は、この事業推進にあつてはとり組むべき重要な課題である。何しろ、病人でないものが医療機関を訪れる習慣はこの国にはなかつた。あつたやうなことを。

#### 3) 健康教育、健康相談

健診結果に積極的に結びつけること。従来の定型的の講義式はマンネリの感あり。

#### 4) 一般診察、精密診察

精密診察の検査項目は厚生省の指示のもの、医学的には必ずしも理由がない。各地で工夫して上の世のこと。(摂津市の例参照) 健診の実施は公的施設における定型的な方式と、民間医療機関の備用が望ましい。どちらか一方に偏するは不可。検査項目の数は必要にして最小限にせよと必要あり。よく金スクリーニングに注意。医療機関での実施は通年が望ましい。医師自身が積極的にP.R.のこと。有所見者に対する親切な事後指導が必要。いづれの健診においても中小企業者をもっとも補強しにく。別に対策を考へること。健診率をあげるためには一部負担金は無いにこしたことはない。医師に意欲をあたせるためには報酬をせめて健保費に改める必要あり。データ管理を組織的に行うこと。そのためには要領よく整えられた問診票が必要。検査機関は必ず存在するにまよると精度管理上有利である。Hbs. y-GTPをいれるかどうか。

#### 5) 子宮癌検診、胃癌検診、その他の癌検診

子宮癌検診においても、公的施設での検診と、民間医療機関での検診の備用が望ましい。従来から検診能力が過剰に担われ受診希望者を出しきれず、不満の多いと内部にあるが、従来の公的施設での受診の他に民間医療機関での受診をはじめてみても、その受診者数が大巾に伸びていない。病人にまいて検診を受けようとするに抵抗感があるように、受診時間と料金の配慮も必要ではないか。

胃癌検診については、殆ど自治体が成人病予防協会がその公的医療機関に委託して、南業医が介入の余地はない。従って対象人数に比べて被検者の数は極めて少り。この点を改めようには検診内容を多之を以ては方法はないと思われる。

その他の癌検診は乳癌検診と2つの自治体が行っている他は肺癌検診も数自治体で行って

い子にすぎない。検査方法の問題を二にもあるが、大抵は肺結日本一でありたい。今後ともこの種積極的に実施をすすめるべきであろう。

6) 保健手帳

保健センターおよび各医療機関において受診と同時に交付するが、各自自治体で独自のものを区立てすべきでありと思う。松江市以外に独自のものを発行しているのは聖中市と宇布市のみ。

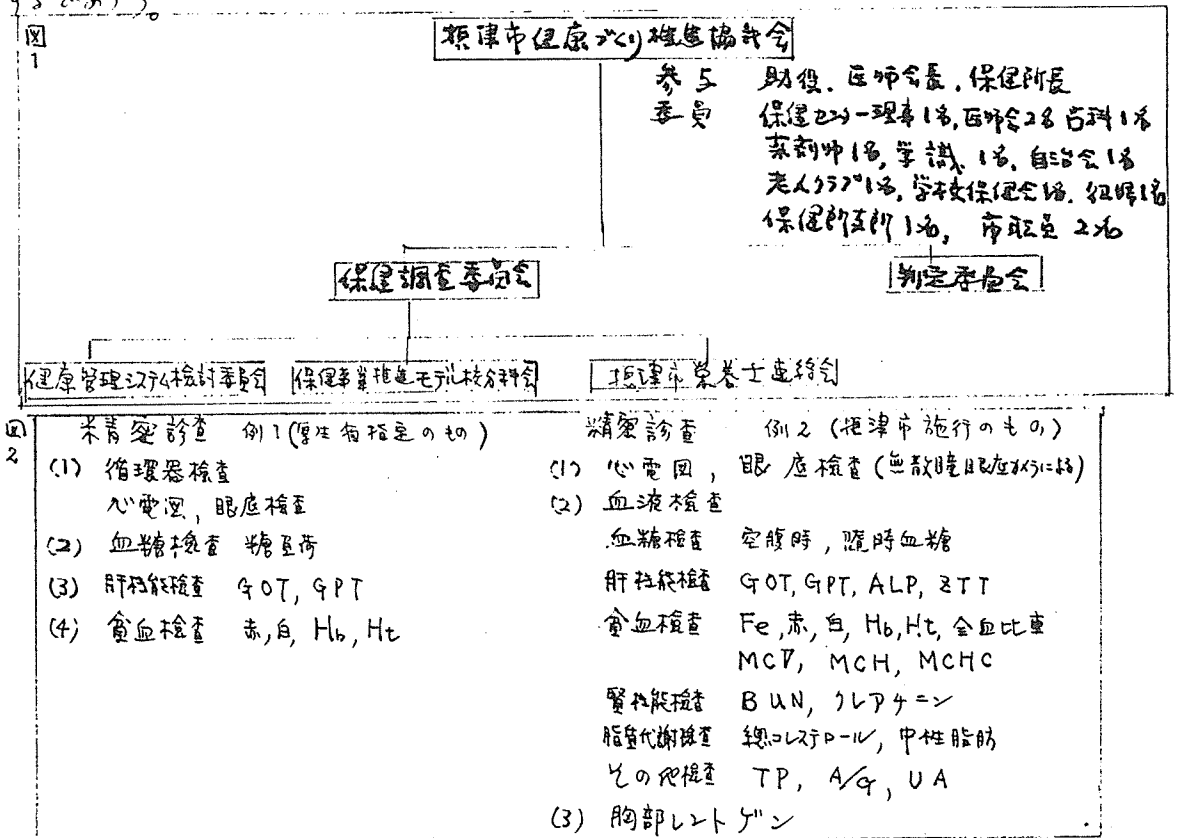
7) 訪問指導、診察および研修施設

施設、マンパワーの不足を理由に殆んど進んでいない。松江市でも同様。リハビリについては民間の施設の利用を考えたべきである。

3 まとめ

以上、松江市での経験をもとに大府府下の他地区の例をも参考しながら問題点を考えた。現状は事業の実施は量的には正歩隊人で行われない。又先進的の地区でもP.Rの法定的存在不足と行政、医師会の両者の向うつまらぬ主導権争いのため、効果的に事業が行われない。人口30万、40万の都市でも1ヶ月せいせい教諭人という少額に過ぎない。松江市においては例年通りの保健センターにおける定員実施と市内各医療機関における実施および保健所支所にあり中小企業従事者の直営実施などありて対象人口の3割以上実施にこまどり待てるものと確信している。

問題は二が主導権を握るかにあるのではない、如何に住民の居るための保健事業にすべきかという点にあるのであつて、その互に行政、医師会、住民の合意のもとにすすめるべきは必ずしも事業は踏進するであろう。



## 9. 老人保健事業と地域組織

—— 在宅福祉推進委員会と自治体保健婦の役割 ——

○衣畑明美（兵庫県南光町住民福祉課）

新庄文明（阪大医学部公衆衛生）

山本文枝（南光町社会福祉協議会）

### 1. はじめに

高齢化社会は農村部において先行し、老年婦の核家族化や一人暮らし老人などにおけるわたり老人介護は深刻な問題となっている。地域看護や在宅ケアが叫ばれているが、増大する需要にたいして、その受入体制は不十分である。

65才以上人口が16.5%を越える南光町では、57年度より社会福祉協議会において在宅推進委員会を設けて保健婦活動との連携を図っているのをごその取り組みについて報告したい。

### 2. 事業の概要

在宅福祉推進委員会の設置

民生委員による実態調査

友愛訪問（推進委員による）

一人暮らし老人交流会 ……年2回

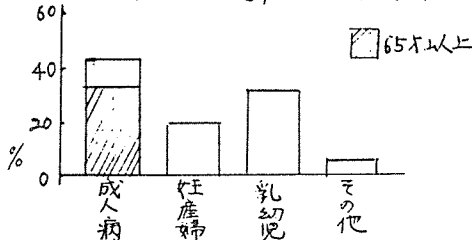
在宅障害者台帳の整備

保健婦（57年度採用）による訪問活動

介護者研修会 ……年2回

愛育班活動（56年11月）

図1. 保健婦訪問内容（57年度）



在宅福祉活動の立案と協議は、推進委員会の場で検討され、保健、医療、福祉、地域組織との連絡、調整を図っている。

|          |   |       |   |
|----------|---|-------|---|
| 民生委員     | 2 | 医師会   | 1 |
| 議会議員     | 1 | 歯科医師会 | 1 |
| 自治会長     | 1 | 保健婦   | 1 |
| 老人会長     | 1 | ヘルパー  | 1 |
| 婦人会      | 1 | 社協会長  | 1 |
| 身障協会     | 1 |       |   |
| 手をつなぐ親の会 | 1 | 事務局   | 3 |
| ボランティア協会 | 2 |       |   |

また、本年6月より町立歯科保健センターが開設され、従来、個別のものとして考えがらであった歯科保健とトータルな健康管理活動の中で位置づけ、在宅福祉活動および保健婦活動との連携のもとに活動を開始している。

3. 向題点と今後の課題  
訪問看護活動 保健婦の訪問は、看護技術の提供も可能であるが、一般業務の中での活動なので限度があり左記の看護婦雇用も必要となってくる

長期臥床による影響、機能訓練の施設もなく拘縮変形が著明であり、安全で快適な生活の援助が望まれ、家族の負担を軽くするため短期保護事業の拡大と利用が望まれる。

デイケアセンターとボランティアの南港外からの刺激がなければわたり老人や在宅障害者にとり交流の場があることは、生活にも活気が出てくるのではないかと。

### 4. 考察

以上のことから、今後高齢化が進む中で、30代40代からの健康づくりが重要である。啓蒙活動、健診の強化、わたり予備軍である老人や独居老人の健康管理、保健所、公民館、援助婦人部での高齢者教室、町民講座、ジャズ体操教室、栄養教室、若妻教室など連携をとることににより保健婦一人ではできないことも大いに可能となる。行政の中では、各事業が縦割的に進められ、医療や福祉もまた限定された方法で提供されてきた。地域の住民が生活の場で、保健、福祉サービスが受けられるよう、保健婦活動の中で得た向題点や情報を、各々の分野へ提供したり結びつけることが、行政の中で働く保健婦の役割と考えられる。

10. 老人病院のあり方に関する一考察  
— 京都市G病院の実態を通して —

五木田和次郎 江口力男 薬師奇毅 (五木田病院)

○岡原比佐人 (立花病院)

1. はじめに 先年采日したノーベル賞経済学者グンナー・ミュルダールは、「国民医療総支出が国民所得の6%から7%を占めるようになれば、医療制度に根本的危機が感じられるようになる」と警告している。我が国はまさにこの危機の渦中にある。国民所得の伸びを上回って増大し続けてきた我が国の医療費は、昭和53年度に国民所得の6%、10兆円を超え、昭和57年度には13兆9千億円に達するものと推定されている。医療保障は崩壊寸前にあるといえよう。

国民医療の質を高めながら、しかもこの医療費の伸びをどのように抑制するかは、今日の最も大きな国民的課題の一つであろうと考える。

この度実施された老人保健法は、このような医療費抑制策の一つである。老人保健法に対しては批判も多いが、我々は政府の抑制策をただ批判し、反対するだけではなく、こうすれば無駄を省き、効率的な医療を行うことが出来るであろうという対策を積極的に示すべきではなからうか。

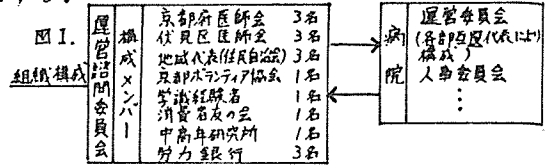
その意味で、京都市伏見区にある老人病院、G病院の実態を分析し、対策試案をまとめた。

2. G病院の紹介と分析

I. 病院経営の方針：①病院は天下の公器であり、私すべきではない。②病院と診療所の機能分化なしに地域医療はありえないとの信念から、外采診療は行わない。③入院は主治医である診療所医師が紹介する患者に限り、診療所医師が紹介患者を病院に往診することを認め、その意見を尊重し、協力して医療に当たる。④室料差額、付添看護料は一切徴収しない。⑤高齢者対策の一助として停年のない職場づくりを行う。老若職員数のバランスを保つことによって人件費の安定を図る。

II. 病院の運営方法：①内に病院職員による運営委員会、人評委員会等を設け、外には運営諮問委員会を設けて、民主的で、内外に開かれた病院経営を図る。〈図I〉 ②剰余金は全て職員と患者に還元し、資本の蓄積は一切行わない。③収支決算は公開する。④現在は個人病院であるが、出来

るだけ近い将来、協同組合などによって、医師と地域住民、患者が衆知を築いて運営する法人にする。



III. 分析：外采を行わず紹介入院制をとることは、地域医療の確立のため、個別病院の利点の有無に分かわらず行うべきであるが、強いて上げれば、経営面で占床率が一定であれば収入もほぼ一定するため予算がたて易く、計画的運営が可能である。また診療所医師との協力による医療態勢、更に地域住民を招いた運営方法により、患者選択にも医療にも私意が働かず、収容施設化することなく、ほぼ平均的な老人入院医療を代表しようと思われる。

3. 結論

治療責任と財政責任の一体化なしに医療費の安定はないとの立場から、少なくとも老人の入院医療だけは、薬剤等材料は病院に現物で支給し、技術料については人頭割損戻報酬を採用してはどうであろう。

G病院の平均的入院医療費で全国の老人入院医療が行われるとすれば、現在の医療費で、在宅患者のケアやナーシング・ホームまで包摂的な老人医療が可能になるの7<sup>7</sup>はないか。

図II.

|          | 京都府老人医療<br>入院平均点数 | G病院老人医療<br>入院平均点数 |
|----------|-------------------|-------------------|
| 1件当りの平均点 | 36,367.9点         | 26,005.5点         |

\*京都府58.4%  
G病院58.4-59%

これに関連して、特別養護老人ホームの措置費を見直せば、その財源で、家庭で老人の介護に当たる家族に援助の手を差し伸べる事が出来るのではないだろうか。診療所が家庭医として、医師と患者が敬愛の念で結ばれていた古来の醇風を生かしていけば、そこから地域医療に活力が生まれてくると信じる。

11. トンネル建設現役労働者の出稼ぎ構造

○山崎 喜比古 (東大・医・保健)

榊原 久孝 宮尾 克 (名大・医・公衆衛生)

1. 調査目的 1970年代にじん肺多発をみたことで知られるトンネル建設出稼ぎ労働者の現就労人口は、全国で1万人前後と推定される。調査の目的は、彼らの出稼ぎ構造がかつての労働者と比べてどのように変化しているのかを知ることにある。それによって、将来の健康問題を予見し、今後の対策を有効ならしめることができると考えたからである。

2. 対象と方法 分析データは、1982年11月と1983年1月、岐阜県南東部で工事中の世界第2位の道路トンネル＝恵那山トンネルの中津川方坑内作業員147人と、阿木川ダムのトンネル坑内作業員26人の、計173人に対し、振動病検診の間診時に簡単な調査票を用いて聴取った結果得たものである。

3. 結果 (1) 173人は、年齢別には、20歳台9.8%、30歳台24.9%、40歳台35.3%、50歳台22.0%であり、職種別には68.3%の者が堀削である。(2) 入職時期(初めてトンネル坑内で働くようになった年)が1950年代以前の者は15.6%に過ぎず、1960年代31.8%、1970年代34.7%、1980年以降11.6%である。トンネル坑内作業経験年数別には、3年未満の者が22.5%、3～5年13.3%、6～10年24.9%、11～15年18.5%、16～20年5.8%、20年以上12.1%である。(3) 彼らの出身県(入職当時の親の在住県)は31県にまたがっているが、表1に示した主要7県で全体の77.7%を占める。1960年代から1970年代にかけての入職者数の変化は、表1に示すごとく、地域別に3通りある。(4) 該当人数の多い居住地(現在、家族のいる所または自宅のある所)は、表2のようであり、この10地域で全体の52.6%を占める。居住県が出身県と異なる者(この中に、家族・住民票を伴って移動するタイプの労働者が含まれる)の比率は、18.5%であり、残りの者は両者が同じである。(5) 彼らにおけるトンネル坑内作業経験年数とその間に歩いた現場数の比は、全体的には1対1に近く、また、その間の雇われ先建設会社がずっと同じという者は、経験年数3年以上の者のうちで16.3%にすぎない。(6) 全体の19.1%の者が、今までにじん肺と言われたことがあるとしている。トンネル坑内作業以外の粉じん作業に従事したことがない者(全体の75.1%)におけるその比率は、1960年代の入職者で20.5%、1970年代の入職者でも4.8%である。なお、その言われた年次はすべて1970年以降であり、言われた機会については、ほぼ全員が就労先の健診としている。

表1 主要出身県と入職者数の年代的变化

| 出身県 | 出身者数 | 年代別入職者数 |         |       |
|-----|------|---------|---------|-------|
|     |      | —1959   | 1960—69 | 1970— |
| 北海道 | 40   | 2       | 17      | ≡ 19  |
| 青森  | 12   | 3       | 3       | ≡ 5   |
| 岐阜  | 11   | 1       | 1       | < 7   |
| 熊本  | 5    | 0       | 1       | < 4   |
| 大分  | 24   | 7       | 10      | > 6   |
| 宮崎  | 19   | 2       | 3       | < 14  |
| 鹿児島 | 10   | 0       | 4       | = 4   |

表2 主要居住地

| 地名          | 人数 |
|-------------|----|
| 北海道尻岸内町     | 32 |
| ” 函館市       | 6  |
| 青森県脇野沢村     | 8  |
| 岐阜県中津川市     | 9  |
| 大分県佐伯市・南海部郡 | 14 |
| ” 竹田市       | 3  |
| 宮崎県日向市      | 9  |
| ” 門川町       | 4  |
| ” 西臼杵郡      | 3  |
| 鹿児島県曾於郡     | 3  |

4. 考察及び結論 今回調査したトンネル建設現役労働者の入職時期、出身地、就労環境などは、1970年代にじん肺多発をみた大分県南部地域などのトンネル建設出稼経験者のそれらとは明らかに異なっており、その間に「選手交代」とも言うべき変化を認めることができた。また、新しい「選手」におけるじん肺や振動病の発生状況もうかがうことができた。

トンネル工事従事者の振動障害

- 榊原 久考 (名大・医・公衛)
- 宮尾 克 (名大・医・公衛)
- 山崎 豊比古 (東大・医・保健社会)

1. はじめに ずい道の掘進作業に従事する労働者は、さく岩機やピックなどの振動工具を使用し、工具からの振動暴露の危険性と、粉塵暴露の危険性に接しながら作業を行なっている。これらの労働者は出稼ぎが多く、その出身地ではじん肺・振動障害患者の集積が社会問題化している。今回我々は、その出稼ぎ先である某トンネル工事現場にて、トンネル工事従事者の振動障害検診に参加する機会を得たので、その結果を報告する。

2. 方法 昭和57年11月と昭和58年1月に振動障害検診を施行。受診者は147名、うち掘進作業に従事し、振動工具を使用している者は96名であった。今回はその96名についての結果を示す。

3. 結果 1) 年齢は、30・40歳代が多く、平均40.7±8.6歳、トンネル工事経験年数は11.4±8.0年、振動工具使用年数は10.1±7.8年であった。

2) 労働条件を表1・2に示す。振動工具使用時間は、3時間を超える者が4割強占めていた。交代制の者が多く、2交代では、労働時間9.4±1.0時間、うち振動工具使用時間2.7±1.6時間であった。3交代制では、各々8.0±0時間、2.4±1.0時間であった。

表1 振動工具使用時間

|       |             |
|-------|-------------|
| 2時間未満 | 34名 (35.4%) |
| 2時間～  | 21名 (21.9%) |
| 3時間～  | 20名 (20.8%) |
| 4時間～  | 10名 (10.4%) |
| 5時間～  | 11名 (11.6%) |

3) レイノーマ現象、上肢しびれ感の有症者数・率を表3・4に示す。全体では、レイノーマ現象14.4%、上肢しびれ感19.8%であった。

表2 交代制別、労働時間、振動工具使用時間

| 交代制     | 労働時間(M±SD) | 振動工具使用時間(M±SD) |
|---------|------------|----------------|
| 昼のみ 3名  | 10.0±0時間   | 1.5±0時間        |
| 2交代 44名 | 9.4±1.0時間  | 2.7±1.6時間      |
| 3交代 46名 | 8.0±0時間    | 2.4±1.0時間      |
| 不明 3名   |            |                |

振動工具使用年数別にみると、長期間使用者に有症率が高く、使用年数15年以上では、レイノーマ現象、上肢しびれ感とも30%を超えていた。

表3 レイノーマ現象 有症者・率 (有症者数/対象者数)

| 使用年数  | 20～ | 30～  | 40～  | 50～  | 計             |
|-------|-----|------|------|------|---------------|
| 5年未満  | 0/7 | 0/11 | 0/10 | 0/3  | 0/31 (0.0%)   |
| 5～    | 0/1 | 1/7  | 0/5  |      | 1/13 (7.7%)   |
| 10～   | 0/1 | 2/14 | 1/7  | 2/5  | 5/27 (18.5%)  |
| 15～   |     | 0/1  | 2/6  | 1/2  | 3/9 (33.3%)   |
| 20年以上 |     |      | 2/8  | 3/8  | 5/16 (31.3%)  |
| 計     | 0/9 | 3/33 | 5/36 | 6/18 | 14/96 (14.4%) |

4. 考察・まとめ 今回の調査では、振動工具使用年数が増えるに従い有症率は増加し、使用年数15年以上では30%を超える有症率を示した。トンネル工事現場で振動工具を使用する労働者は、長期間の工具使用により、徐々に振動障害に罹患していることがうかがわれる。工事現場では、じん肺対策と同時に振動障害対策の実施が重要である。

表4 上肢しびれ感有症者・率 (有症者数/対象者数)

| 使用年数  | 20～ | 30～  | 40～  | 50～  | 計             |
|-------|-----|------|------|------|---------------|
| 5年未満  | 0/7 | 0/11 | 0/10 | 0/3  | 0/31 (0.0%)   |
| 5～    | 0/1 | 2/7  | 1/5  |      | 3/13 (23.1%)  |
| 10～   | 0/1 | 3/14 | 1/7  | 3/5  | 7/27 (25.9%)  |
| 15～   |     | 0/1  | 3/6  | 1/2  | 4/9 (44.4%)   |
| 20年以上 |     |      | 2/8  | 3/8  | 5/16 (31.3%)  |
| 計     | 0/9 | 5/33 | 7/36 | 7/18 | 19/96 (19.8%) |

# 宮崎県椎葉村の辺地医療事情聞き覚え記

## — 振動病自主健診のなかから —

○高松 誠 (久留米大学)

櫻井忠義 (久留米大学・医・環衛)

1. はじめに 辺地の山村に職業性労災認定患者が多数でて、その治療を地域の医療機関にゆだねようとするとき、適当な医療機関に恵まれないときには、対応に困難をきたす。椎葉村の例もそれにみられる。このとき垣間見た辺地山村の医療事情を紹介したい。

2. 椎葉村の概況 平家の落人の伝説とともに広く知られる椎葉村は九州の中央山嶺にある山村である。村の人口は5,000。上椎葉に役場があり、猫の額のような山峽に人家が密集している。村の主産業は林業である。本年5月、この地域の住民の振動病健診のため入村した。上椎葉にはいる道は、宮崎県日向市から西行する道、高千穂、五ヶ瀬からはいる道、熊本県の蘇陽からはいる道、矢部から椎葉峠をこえる林道、それに人吉から湯前を通ってはいる道とがあるが、いずれの道も難路である。

### 3. 民有林業における振動病の発生とその対策

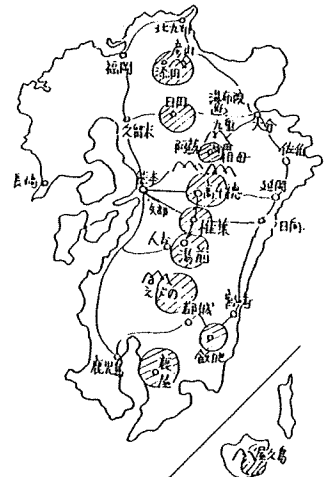
イ. 九州の民有林業で振動病が多発している地域は図1のとおりである。この図からもわかるように、中央山嶺の山村が多い。林業が主産業で、住民にとっては生活の基盤であるからである。椎葉村にも振動病患者が潜在しているという情報はあったが、あまりにも辺地であるため健診をおこなう機会がなかった。

ロ. 宮崎県は林業県である。県内の林業従事者数は、県資料によると雇傭者5,307人、雇人でない業主(一人親方)980人、家族従事者748人、約7,000名のものが林業労働に従事し、チェーンソー、草刈機などの振動工具を使用して振動病に罹患する。その労災認定患者は基準局資料(S.57.11.1現在)によると482名であり、林業労働者のうち7%の発症率ということになり意外に少ない。

また、宮崎県の昭和57年度振動障害対策推進事業をみると、事業費総額220万円であり、このうち健診にあてられた費用は雇傭労働者200名、53万円、一人親方100名、53万円、合計106万円にしか過ぎない。これでは効果ある対策は期待できない。

11. 今回の自主健診には34名のものが受診した。このうち椎葉村のもの17名中5名が要療養と診断された。民有林業の健診の場合、雇傭

図1. 振動病患者が多発している地域



主と労働者との両面から夫々受診を抑制しようとする因子が働きかける。

### 4. 椎葉村の医療事情

イ. 上椎葉には村立病院がある。椎葉村唯一の医療機関である。親病院は延岡の県立病院になる。自治医大出身の青年医師2名(1名は女医)が勤務している。入院患者は約40名、外来診療の他に、役場、農協、村内の小・中学校生徒の健康診断など医師の業務は多忙を極めていいる。院長は村民のプライマリーヘルスケアの仕事に情熱をもち、辺地医療対策の抱負を語る。

村立病院の外来患者は雨の日が多い。休日診療を望む声が高く、寝たきり老人は医師の往診を待ち望んでいる。

ロ. 村立病院には治療室や病室に余裕がなく、医療介助者の手助も得がたく、椎葉村の振動病患者の治療をこの病院に依頼することは困難であることが理解できる。振動病の治療については良く知りませんし、今の仕事で生一杯で新しく労災認定患者がでたからといって、とでも対応できませんという院長の言葉は真実味がある。

椎葉村には更に多数の未受診の患者が潜在しており、長期にわたり医療を必要とする患者の治療は辺地山村であるが故に一層困難を伴う。



## ○重田博正（淀協社会医学研究所）

I はじめに トラック運転手の賃金体系の特徴として能率給の比重の大きさが指摘されている。今回分析の対象としたトレーラー運転手の場合にも賃金総額に占める出来高賃金の比率が高い(Ⅱ)、出来高的性格を強くもつ賃金形態の意味あいを、労働者の健康との関連で以下検討する。

Ⅱ 対象と方法 全港湾労組阪神支部が全組合員を対象に実施したアンケート調査結果(1981年12月、929名、回収率98.1%)から、主として海上コンテナを牽引するトレーラー運転手590人を分析の対象とする。そのうち賃金総額に占める「各種手当」の割合が「5割以上」の群66人を取り出し、労働・生活条件、疲労蓄積状況等について運転手全体の平均値と比較検討する。なお「各種手当」とは運賃、走行距離に応じて支払われる手当や時間外割増賃金など出来高的性格をもつもの限定し、固定給的性格をもつ諸手当は含んでいない。両群の年齢構成(Ⅲ2)は20歳台の率が「5割以上」群で高くなっている以外に大きな差はない。

Ⅲ 結果 (1) 1ヵ月間の残業時間(Ⅲ3) 「5割以上」群は平均よりかなり多く、月50時間以上が28%を占める。(2) 休憩時間と手待ち時間(Ⅲ4.5) 「5割以上」群では休憩時間「30分未満」層の比率が高く、手待ち時間も「ほとんどない」と答える者が平均より多い。労働の密度も平均より高くなっている。(3) 年休取得日数と利用目的(Ⅲ6.7) 「5割以上」群で日数の少なさが顕著である。利用内容でも差が認められ「5割以上」群では「疲れたとき」と「組合活動」の利用率低下がとくに大きい。また「自分の病気」より「疲れたとき」の率が低いのも注目される。(4) 朝食への影響(Ⅲ8) 「5割以上」群では「自宅で食べる」率が大きく低下。早出や長距離運行の影響であろう。(5) 睡眠時間(Ⅲ9) 「5割以上」群では「6時間未満」層が25%に増加し睡眠時間の短縮がみられる。(6) 疲労状況(Ⅲ10) 「5割以上」群では「翌日にも残る」「一日休んでも残る」の合計が57.6%にもなり疲労の蓄積傾向が強い。(7) よく使う薬(Ⅲ11) 「5割以上」群では「胃薬」「頭痛薬」「ビタミン剤」「ドリンク剤」も多用。疲労への対応と考えられる。(8) 体がだるく仕事にいくのがおっくうに思った経験 ▼経験の有無(Ⅲ12) 両群に差はないが、「5割以上」群ではそのような時「病気になるのではと不安」に思う率がやや高い。またこの群では疲労蓄積がより深刻であることも考えると、健康状態が平均より悪化してはじめて仕事がおっくうに思うのではないかと。▼その日の仕事は(Ⅲ3) 「5割以上」群では「残業せきつい仕事は断る」のではなく「残業も含めて平常どおり仕事をする」傾向がある。▼原因認識(Ⅲ4) 平均値にくらべ「仕事で無理をしているから」の率が圧倒的に高い。(9) 転職希望(Ⅲ15) 39.4%と平均値よりも高く、その理由では「労働時間が長い、不規則」「健康によくないから」「賃金が安いから」の順で平均値との差が大きくなっている。

Ⅳ まとめ 以上検討したように、賃金総額に占める出来高賃金の割合が高い労働者群は、睡眠時間の短縮や食事への影響とともないうちながら長時間・過密労働に従事している。一方で仕事で無理をしていることを自覚し、転職希望さえもちながらも、少々のことでは年休もとらず「保健薬」を多用しながら過重な労働にかりたてられ、その結果疲労の蓄積を深刻にしている。

この事例は、出来高的性格を強くもつ賃金形態の機能が、つまり個々の労働者に対して労働刺激的に働くと同時に、労働者間には分断をもちこむことも通じて職場の権利水準と労働条件水準全体を低位に保つという機能が貫徹し、それが健康状態悪化の一つの条件になっていると考えられる。したがってトレーラー運転手の場合、出来高賃金の前提となっている基本給の低位性の改善と労働者間の分断・競争を規制する方策を探ることは、健康状態の改善にひとつのアプローチとして有効であろうと考える。

○服部 真、金子視好、押田愛子、藤田賢 (城北病院)

1. はじめに

金箔は、全国生産高の98%以上が金沢で作られている。箔屋の組合である、北陸金箔工業組合より依頼をうけ健康診査を実施したので、その結果を報告する。

2. 対象・方法

組合員150名とその従業員を対象に健診を行った。受診者72名(うち組合員31名、受診率21%)の結果を解析した。尚、頸肩腕障害の自覚症状は、産衛学会頸腕委員会の間診票を用い、聴力は静かな室内で、オーディオメーターにより測定した。

3. 結果

健診受診者の性・年齢分布を表1、主に従事した作業を表2、経験年数を表3に示す。頸肩腕障害に関する自・他覚所見を表4に示す。肩のこり、たるさの訴えが最も多く、痛みでは腰の痛みが多かった。肩に硬結を認める者が多く、頭では硬結圧痛とも女性に多かった。血圧では、WHOの基準で高血圧が男8名(21%)女2名(6%)であった。検尿では、尿糖陽性が男4名(11%)女1名(3%)で、尿蛋白はすべて陰性であった。総コレステロールが240mg/dl以上の者は男5名(13%)女3名(9%)であり、GPT 35以上の者は男12名(32%)女2名(6%)であった。箔うち作業従事者のうち4000Hzでの聴力損失が50dBもこえる者は16名(40%)であった。箔うち作業との関連をみると、長期間かつ長時間箔うち作業に従事した者に聴力損失が大きかった(表5・6)。

4. 考察

箔屋は、ほとんどが2~10人の零細事業所で、今まで健康診査の機会もなく、今回初めて高血圧・尿糖を指摘された者が多かった。箔屋の仕事は、箔うち、箔後し、紙づくりの3つに分けられる。箔うちは、手で保持した金箔の束を機械で毎分700回うつ作業であり、騒音、振動、陸業での上肢保持に加え高度な精神集中を要するなごの問題点あり、箔後しも頸部前屈を伴う上肢の負担が大きい作業である。こうした作業環境作業態様による健康障害が現われているようであり、更に詳しく調査検討しなから、作業の改善を考えたい。

(表1)

健診受診者の性・年齢分布

| 年齢 | ~39 | 40~ | 50~ | 60~ | 計  |
|----|-----|-----|-----|-----|----|
| 男  | 24  | 9   | 4   | 1   | 38 |
| 女  | 11  | 9   | 8   | 6   | 34 |
| 計  | 35  | 18  | 12  | 7   | 72 |

(表2)

主に従事した作業

|   | ほとんど全て | 箔打ち作業 | 箔後し作業 | その他 |
|---|--------|-------|-------|-----|
| 男 | 34     | 4     | 0     | 0   |
| 女 | 7      | 0     | 24    | 3   |
| 計 | 41     | 4     | 24    | 3   |

(表3)

金箔製造作業の経験年数

| 年数 | ~9 | 10~ | 20~ | 30~ | 40~ | 計  |
|----|----|-----|-----|-----|-----|----|
| 男  | 4  | 20  | 12  | 1   | 1   | 38 |
| 女  | 7  | 18  | 6   | 0   | 3   | 34 |
| 計  | 11 | 38  | 18  | 1   | 4   | 72 |

(表4) 頸肩腕障害の自・他覚所見(72名中) 有所見者

| 所見       | 男女        |         |
|----------|-----------|---------|
|          | 男         | 女       |
| 肩        | こり (時々)   | 18 15   |
|          | こり (いつも)  | 8 14    |
|          | 痛み        | 6 4     |
| 頭        | 硬結        | 24 27   |
|          | 圧痛        | 5 12    |
|          | 頸         | こり (時々) |
| こり (いつも) |           | 1 10    |
| 痛み       |           | 4 7     |
| 硬結圧痛     |           | 9 21    |
| 背中       | こり (時々)   | 7 7     |
|          | こり (いつも)  | 1 5     |
| 腕        | 痛み        | 7 7     |
|          | たるさ (時々)  | 7 3     |
| 手        | たるさ (いつも) | 2 5     |
|          | 痛み        | 3 5     |
| 指        | たるさ (いつも) | 8 12    |
|          | 痛み        | 3 3     |
| 腰        | たるさ (時々)  | 10 5    |
|          | たるさ (いつも) | 1 3     |
|          | 痛み        | 11 8    |

(表5) 箔打ち作業者の聴力損失 (4000Hz)

| 年齢    | dB   |    |    |    |    | 未検査 |
|-------|------|----|----|----|----|-----|
|       | 25以下 | 30 | 40 | 50 | 60 |     |
| 39以下  | 10   | 2  | 5  | 3  | 1  | 2   |
| 40~49 | 1    | 1  | 1  | 4  | 2  | 1   |
| 50~59 |      |    | 2  | 2  |    | 1   |
| 60以上  | 1    |    | 1  |    | 1  | 1   |
| 計     | 11   | 4  | 8  | 8  | 5  | 4   |

(表6) 箔うち作業従事期間と聴力損失 (4000Hz)

| X       | dB   |    |    |    |    | 未検査 |
|---------|------|----|----|----|----|-----|
|         | 25以下 | 30 | 40 | 50 | 60 |     |
| 49以下    | 6    | 3  | 2  | 3  |    | 3   |
| 50~99   | 5    |    | 3  | 3  | 1  |     |
| 100~149 |      | 1  | 2  | 4  | 1  | 2   |
| 150以上   |      |    | 1  | 1  | 1  | 2   |

X=平均従事時間×年数

零細企業労働者等の健康管理活動と若干の問題点  
 - 北九州・大牟田両地域における健診後の  
 フォローアップとわれわれの経験 -

○多田 隈 ふみ子 (北九州保健生活協同組合)  
 高 口 幸 子 (筑 後保健生活協同組合)  
 坂井 浩、梅田玄勝、八木邦子、中島裕而、  
 天野松男、竹原令宜 (健和労働衛生研究所)

北九州・大牟田両地域における零細企業の労働者の健康水準は経済的基盤の弱さ、劣悪な労働条件、健康への関心度の低さなどにより好適とは言えない。業種別集団に対し、「安衛法」に基づく一般および特殊健診を実施しても有病者に対する事後措置は困難をとめない、環境測定を行っても改善は難かしい。演者らは予防からリハビリテーションまで一貫した地域医療活動の一つの重要な環として零細企業労働者に対する産業保健活動を行ってきたが、本会においては北九州・大牟田両地域における健診後のフォローアップの経験等健康管理活動の若干の問題点について報告したい。

今回報告する資料は、零細企業労働者でかつそれぞれの保健生協組合員に限り、全体的な背景を示すために訪問活動の対象者以外の組合員(女子については、中小企業事務員も含む)も含め、健診成績の一部を紹介した。健診対象は北九州 1074 人、大牟田 1177 人、健診期間は 57 年 3 月 - 11 月 (北九州)、57 年 4 月 - 58 年 3 月 (大牟田) である。

健診後のフォローアップは、個別の訪問活動(職場訪問を含む)、班会、電話による報告、文書などによって行われたが、訪問は原則として定期的に行った。指導の内容は、①疾病に対する正しい理解、②薬物療法に対する正しい理解、③受診の目的と必要性への理解、④疾病の程度の認識、⑤食事療法、食生活の正しい知識、⑥運動の必要性などに及ぶ。最も有効な方法はマンツーマンによる指導としての訪問活動であるが、時間と労力とを要し、またその活動が継続して行えるような人材と体制が必要である。

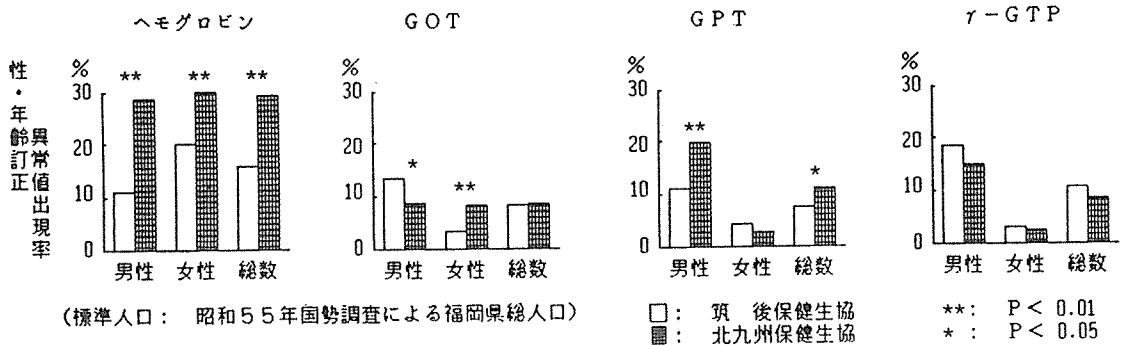
零細企業の労働者の健康と生活を守るためには、さらに保健生協への組織率を高め、地域医療のネットワークを確立することが重要な要件であると考えたい。紙面の都合により具体的な事例は口頭により紹介したい。

表. 筑後保健生協と北九州保健生協の標準化高血圧出現比

|          | E   | O   | O/E  |
|----------|-----|-----|------|
| 筑 後 (総数) | 165 | 132 | 0.80 |
| 北九州 (総数) | 125 | 124 | 0.99 |
| 筑 後 (男性) | 108 | 79  | 0.73 |
| 北九州 (男性) | 93  | 100 | 1.07 |
| 筑 後 (女性) | 57  | 53  | 0.93 |
| 北九州 (女性) | 32  | 24  | 0.74 |

E: 全国の高血圧出現率  
 (昭和55年の国民  
 栄養調査)  
 による期待数  
 O: 高血圧出現数  
 (観察数)  
 O/E: 標準化高血圧出現比

図 筑後保健生協と北九州保健生協の比較 (性・年齢訂正異常値出現率)





松浦文三 小田昌良 大原啓示 下野礼子

○原田規章\* (愛媛大学・医学部・学生, \*公衆衛生)

農村婦人の農外就労が増加している。愛媛県松山市近郊の農村地域に位置する重信町でも、女子就業者にしめる雇用者の割合が昭和35年の24.8% (736/2969)から昭和55年の61.6% (2443/3968)へと増加している。同町のN製缶工場に勤務していた農村婦人の健康と生活について調査した。

対象と方法: N製缶工場は、千葉県の大手製鉄企業の関連工場として昭和45年に重信町に進出し、昭和55年に倒産した100人規模の工場である。同工場で現業労働に従事していた婦人労働者16名を対象とし、医学部5年生4名による訪問面接調査を実施した。同工場はみかんや清涼飲料用の缶を製造しており、婦人労働者の業務は不良缶の点検、有機溶剤での缶の清掃であった。

調査結果: 16名の調査時(昭和57年8月)の平均年齢は51.1才(41~56才)、N製缶への平均勤務年数は7.8年(2~10年)。全員、重信町のN製缶工場近辺に居住しており、調査時の所属世帯は、2種兼業農家9、非農家7であった。このうち2世帯は、昭和45年以降に2種兼業農家から非農家へ、1世帯は専業農家から2種兼業農家へ移行したものである。2種兼業農家9世帯の耕作面積は平均35a(15~60a)であった。16名中独身者3名を除いた13名の夫の職業は、恒常的勤務4名、自営1名、不安定就労7名、無職1名であった。N製缶就労当時の16名の勤務時間は1日8時間と他に1日2時間の残業が週2回程度であった。雇用形態は常勤で、賃金は日給月給制で昭和55年当時、年間110万円前後であった。表1にN製缶就労当時の自覚症状を示した。長時間の立位前傾姿勢での反復作業に起因する上下肢や軀幹の症状などのほかに眼症状の訴えが多いことが特徴的である。表2に示したように、N製缶就労当時の労働災害や業務との関連が疑われた疾病の発生がのべ10件と多く、労災保険の適用を受けたものは2件にすぎない。健康診断は毎年実施されていたが、騒音の1回を除くと特殊健診はなかった。

結論: 農村進出工場の労働条件は悪く、農業労働と家事労働の負担も加わって農村婦人の健康を障害している。

表1 就労当時の自覚症状訴え数(%)

|              |         |
|--------------|---------|
| 1. 視力の低下     | 16(100) |
| 2. 足がだるい     | 16(100) |
| 3. 目が疲れる     | 15(94)  |
| 4. 頸、肩がこる    | 14(88)  |
| 5. 頭痛、頭が重い   | 10(63)  |
| 6. 腕がだるい     | 10(63)  |
| 7. 腰がだるい、痛い  | 8(50)   |
| 8. 手がだるい     | 6(38)   |
| 9. 耳が聞こえにくい  | 5(31)   |
| 10. 指がかさかさする | 5(31)   |
| 11. 指がしびれる   | 4(25)   |

表2 就労当時の労働災害および業務との関連が疑われた疾病(16名中)

| 症例 | 発症時年齢 | 罹災・罹患の内容 | 当時の作業状況    | 治療内容・期間 | 後遺症     | 労災適用 |
|----|-------|----------|------------|---------|---------|------|
| 1. | 46才   | 足外傷      | カートンが落下    | 通院, 1ヶ月 | 無       | 有    |
| 2. | 44才   | 腰部打撲     | トラックより転落   | 入院, 1ヶ月 | 無       | 有    |
| 3. | 44才   | 頭部裂傷     | 金属で打撲      | 通院, 1週間 | 無       | 無    |
|    | 44才   | 手指腱鞘炎    | 缶を手でつぶす作業  | 入院, 1週間 | 有(痛み)   | 無    |
| 4. | 48才   | 腰椎間板ヘルニア | ダンボール積み上げ時 | 入院, 2ヶ月 | 無       | 無    |
| 5. | 50才   | " "      | 徐々に発症      | 入院, 3ヶ月 | 有(しびれ)  | 無    |
| 6. | 45才   | ギックリ腰    | 極端な前傾姿勢時   | 通院, 1週間 | 無       | 無    |
| 7. | 45才   | 下肢神経痛    | 立位前傾姿勢の保持  | 通院, 1年間 | 無       | 無    |
| 8. | 49才   | " "      | " "        | 通院, 7年間 | 有(痛み)   | 無    |
| 9. | 36才   | 眼障害      | 有機溶剤使用     | 入院, 2ヶ月 | 有(視力低下) | 無    |

中村美治、〇邑部 祐

高田 勢介 牧野忠康

(財) 東京社会医学研究センター

昨年5月の労働省基準局長通達「はり、まっとう及びマッサージ施術に係る(労災)保険給付の取り扱いについて」(375通達)に基づいて今年に入り、頸肩腕障害の針灸治療を請求していった人を主として、全国で700人をこえる人が労災保険給付を全部、または針灸治療に関して打ち切られた。

375通達の不当なところは、第1に労災保険の医療給付内容は、当然健康保険の医療給付の内容に準じるべきものであるとし、第2に従って針灸治療は一般医療無効の時にのみ行われるべきであるとし、どこで第3に針灸治療をしているものは、すべて一般医療に無効とみなし、そして第4に針灸治療1年を治ゆしかりものは一般医療も針灸も無効で、症状固定の治ゆなどとしていることである、この4項はいずれも妥当性を欠き、事実にも合致していません。

頸肩腕障害の受診者、業・公務と認定者、そしてどううち長期療養者の概観としては、別紙表1, 1', 2に、1966年以來の中村外来での実態を示す。1978年末までの受診者約五千のうち、業・公務と認定された人は、434人、このうち1983年3～5月も受診中の人は39人、更にどううち着定な軽快傾向を認め難く、半年以内の軽易な作業にも安定就業不能な状態にとどまってしまう人は10人、職種別では、英文タイプ、俳母および類似、一般事務、惣務交換、生産現場労働の5職種で長期療養者が高率、長期休業者は特に英タイプに高率です。

女子の長期療養377人の年齢別割合を長期休業へ予後良好とはおぼしめし見えない10人とその他の277人にわけると、前者では発症年齢が30才以上か60%、中村外来初診年齢が30才以上か90%、現在年齢40才以上か70%、後者ではそれぞれ22%、26%、48%である。

これらの長期症例の検討は、上記のような長年就業後比較的長年発症、発症自覚から認定

までの年数などに反映されている初期対応不良、雇用主との関係不良、就業再雇の再悪化へ再休業、再悪化のおそれが大まき労働条件での就業などが長期療養、これに着定で軽快の症もない長期療養に大きく関与していることを示した。

別紙表3には某病院受診者を主とする、今年打ち切られた82人の補償年数と現在の就・休業状態別人数を示す。補償年数別の全体割合は3～5年群62.5%、6～8年群55%、9～11年群22%、12年以上群18%で補償期間が長い群ほど全体の占める割合が減っている。同様なことは表1の認定後初回受診年別9/10比にも示されている。表3を合計棟別の9～11年群の突出は表1の72～74年群の共通の事情による。

別紙表4は同じく某病院受診者を主とする打ち切られた96人の治療手法と月間治療回数を示す。96人中76人は針灸を主とする。また針灸を含む治療もしていた人。就・休業状態、月間治療回数、従って病状、経過にそれぞれ異なりなく、相当期間針灸したものは症状固定、治療無効、治ゆとみられる打ち切られたこと自覚してしている。

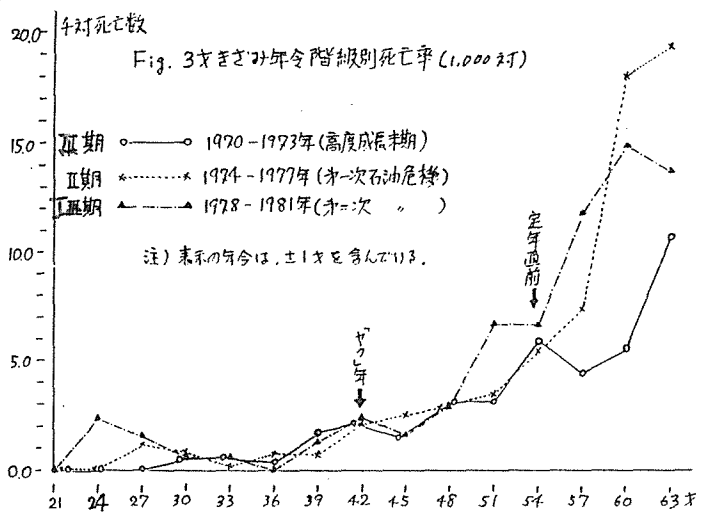
自覚的にも他覚的にも、また作業能力の面でも醫治安定へ完治と見えても再悪化へ再発の異常がおきやす頑固な性格の疾患、十分良好な経過と見えても、治療へ入らしたリ、業務量をふやしたりすれば容易に悪化に傾くことか長年わたってくりかえす性格の疾患が、相当な症状、所見、作業能力の低水準があるまま治療無効、症状固定、治ゆたせりうの針灸最終治療の有効期間1年というのと同時に虚構もあり容認できる。症状固定へ治療無効とは、軽快が順調に進まないことだけなく療養条件に相当大きな変化があっても、治療をやめても再び悪化進行に傾くことにはなりこまを念を必要あり、今回打ち切られた《頸腕》患者の大部分は、こうした意味の症状固定の治ゆには、全く該当していません。

○上畑 鉄之丞 (杏林大・医・衛生)

中高年期の勤労世代の健康保護を考へるうえで、職場における作業条件、作業環境の影響を抜きにはできない。近年の労働者の職業病の労災認定への取り組みのなかでは、過労とのかかわりで循環器系疾患などの在職死亡者の遺族の救済運動が目立っているが、在職死亡の問題については、昨年の本研究会でもいくつかの報告が行われた。今回演者は、在職死亡者の労災認定について最も早く取り組んでいるA新聞労働組合が、1970年より1981年までの12年間の同社の在職死亡及び定年後死亡者の調査を行ない、その資料を研究者にも公開したのを機会に若干の検討を行なったので報告する。

A社の社員数は、約1万人弱で、12年間で207名(女子5名)が在職中に死亡しており、男子のみでは年平均千人当り1.86人になっている。12年間にI期(70-73年、高度成長末期)、II期(74-77年、第一次石油危機による低成長期)、III期(78-81年、第二次石油危機後、合理化進行情)に分けると、男子千人当り在職死亡数は、I期1.87人、II期1.92人、III期1.78人である。各年

令ごとのその人数とその年の死亡者数をもとにして、各期ごとの3才きざみの年令階級別死亡率を図に示したが、20才台の死亡の小さなピークが消失し、定年後の10年くらい死亡率が減少して行くのに対して、30才、40才及び定年直前の死亡率にはあまり大きな変化はみられていない。この集団の死因については、既に労働組合の調査で、肝硬変などの慢性肝疾患の死亡率が国民死亡にくらべて高いことが明らかにされているが、在職中死亡者の職群別の死因をみると慢性肝疾患による死亡は、特に夜勤交替制に従事する印刷、発送部門の社員に多い傾向が確かめられた。



|                |                              |
|----------------|------------------------------|
| 1970年の年令と人数    | 33-43才での死亡                   |
| 29-31才<br>959人 | のべ9,062人中13人<br>1,000対 1.43人 |
| 33-34才<br>620人 | のべ5,817人中4人<br>1,000対 0.69人  |

表 「団塊」世代での死亡

一才、A社の場合、比較的多数採用された入社した年台とそうでない年台とがあるが、前者を「団塊」世代として、そうでない世代との同じ年令での死亡数をみると前者の死亡数が後者を上回った傾向が30代から40代前半に認められた。

勤務態様によつて、死亡年令にちがひがあるのではなからとの疑問から、労働組合では、職場別の平均死亡年令を計算し、常日勤群68.0才、編集・地局群66.4才、夜勤ローテーション群64.9才となり、夜勤交替制従事者の短命さを指摘しているが、定年退職者のみについて55才以後の平均余命を計算

してみると、常日勤群16.5±7.78年、編集・地局群15.5±8.61年、夜勤交替制従事群14.8±7.67年となり、I、II、III期へ移るに従って平均余命は伸びて行くが、117才の時期においても職群の順位の変動はみられなかった。

〈まとめ〉中高年期における勤労者の在職死亡を減少させるために、労働組合が自主的に取り組んだ調査活動をもとにして検討したが、この世代の死亡率の停滞傾向と作業態様などによる若干の違いが確認された。— データの提供を得た朝日新聞労働組合に深謝する。

○牧野 忠康【(財)東京社会医学研究センター】

## 1 調査目的-課題の限定

わがわがの所属する東京社会医学研究センター・芝病院は、東京都心に位置している。この地域（東京都港区新橋）で診療所創設以来30年余の地域医療活動の伝統をうけ継いで地域医療活動の展開と、東京民医連の課題別センター病院としての労災職業病医療の展開という課題をこなしている。しかし、当院の位置する地域の構造変化は極めて大きい。地域生活共同体としての地域社会構造は、ある意味では崩壊している。この地域で地域医療にしろ職域医療・産業保健活動を展開するにしろ、診療圏を中心とする地域の保健・医療状況の把握を巧みなし、地域のニーズをとらえたりくみかき必要となる。その基礎資料として地域診断を試みた。作業は、芝病院保健課の川反恵美子、菊池礼子、医療ソーシャルワーカーの上村恵子、石倉敦子そして牧野忠康が果たした。

## 2 調査結果の概要

1)人口 - 昼夜間の人口落差が大きい。

昭和10年の人口を100とした人口推移をみると、戦後の傾向をみても全国では増加傾向、都では昭和50年を頂点に横ばい傾向にあるが、港区は昭和35年をピークに減少傾向にある。35年のピークでも昭和10年にして80%弱であった。高度経済成長政策のうち土木は昭和35年から港区の人口減少をはじめたのは、高度経済成長政策が地域社会を崩壊させていく過程と一致しているといえる。57年1月現在の港区の人口は、200,668人である。しかし、昼夜間人口は増加している。区内の事業所の増大とともに労働者の流入が増加していることによる。データは少し古い。昭和55年10月現在の調査では、通勤による流入人口 50万人を超過し、さらに通学による流入は約5万人となっている。芝病院の診療圏の人口は、57年1月現在で18,245人である。ところが流入人口をふくめた昼夜間人口は、12倍となる。港区全体からみても診療圏内の昼夜間人口差は異常に大きい。そして、土地は大資本によって支配され、ビル化がすすみ、地域社会の資本支配は、急進にすすんでいる。地域住民からみると、過疎現象の進行といえる。

2)事業所規模別では、大企業と小企業・零細企業の両極分解が著明で、かつ大資本支配の地域従業員数300人以上の大規模事業所をみると、東京都全体の12.4%が港区に集中している。

3)地域生活共同体としての地域社会は崩壊してきている。

定住意志、近隣関係を意識調査をしてみると、定住意志は低下し、高齢者・家子に土地をもっている者の定住意志は一定高いが死亡や資本支配により持続性は薄い。町会・自治会の参加意志も低下している。流入人口は、地域社会への定住意識・帰属意識は乏しく、芝病院外来求診者のうち、診療圏内に居住しているものはわずか10%である。診療圏に勤務先のあるものは33%である。労災職業病センターという医療特長もあって診療圏外が52.5%を占めている。わがわがは、こういう社会構造をもった地域で、保健医療展開を（いかにねがわなければならない）のである。

## 3. 考察とまとめ

芝病院で、地域保健医療活動を展開しようとするときの居住の場、②産業活動の場、③学校・施設などを考えることは必要なことである。当面芝病院の医療力量とくに医師体制から、居住の場と産業活動の場を対象として地域社会をとらえ、そこに根ざり、徹底的に人ごとの中での成人、老人を対象者と（保健医療活動の展開が必要である。生活者の立場に立って、職域をふくめた"ま5"つくり、職域つくりの連続線上で、地域保健・職域保健の活動を展開（なくてはならない）。数的には多数を占める小・零細企業の産業保健活動に、地域保健の立場から100%の手をさす意義は大きい。



山崎 喜比古 ○杉沢 秀博 朝倉 隆司  
(東大・医・保健)

1.はじめに 大都市の中年期男子死亡率に認められた顕著な地域差は、階層差の地理的表現とされているが、本調査研究は、半健康状態や蓄積疲労状態を含む健康状態とそれにかかわる生活上の不健康要因のレベルで、死亡率の高低に対応する階層差を検出しようとしたものである。

2.調査・分析の対象と方法 (1) 調査は、1981年11月、東京都区内における中年期男子死亡の高率地域としての江東区と低率地域としての杉並区とから、各2地域を選び、そこに居住する35~59歳の男子全員3,100人を対象に、自記式質問紙を用いて行った。有効回答者数は2,286人(73.7%)、今回発表するのは、このうちの雇用者についての分析結果である。(2) 階層分類は、「従業上の地位」「職業(狭義)」「会社規模」の組合せにより、規模は、小29人以下、中30~299人、準大300~999人、大1,000人以上とした。心身の訴えは、「近ごろの状態」を尋ねたものであり、持病は「医師から診断された慢性の持病」をリストから選んでもらったものである。有訴率は、「不健康感」を除いて各種目とも3~4項目への回答を平均したものであり、項目の種目への分類は因子分析による。

3.結果及び考察(表1参照) (1) 有訴率は、一般に、経済力の低位な層ほど高い傾向にあり、臨時・日雇と大中企業役員が両極に位置していた。大・管理職、大・事務職、小・工員という典型的な階層間で種目別有訴率をみると、「身体の不調・弱体化」「気力・意欲の低下」は小・工員で高く、「精神的な不安定」はむしろ大・管理職で高かった。(2) 有病(者)率は、有訴率と必ずしもパラレルな関係にはなかった。それには、ヘルステュックの強弱が影響していると考えられ、逆に言えば、ヘルステュックが弱い経済力の低位な層における疾病の潜在が懸念された。典型的な3階層間でみれば、小・工員の有病率が高く、疾病別には、高血圧、腰痛症は小・工員で高く、胃腸病は大・管理職で高かった。(3) 生活上の不健康要因については、階層差が歴然としていた。経済力の低位な層では、仕事面での肉体的負担と自己疎外性、住居条件の不良、食生活上の問題など、一方、高位な層では、仕事面での精神神経負担と繁忙・過密性、日々の休養不足や不規則な食生活といった問題がそれぞれ特徴的であった。そして、これらが健康状態の階層差と密接に関連していると考えられた。

4.おわりに 健康状態と生活上の不健康要因の階層差は、地域により階層構成が大きく異なることを通じて、地域差としても現われており、それによって地域別死亡率の高低との関連性も示唆された。

表1 職業階層別健康状況 (○, ※は上位, 下位の各七つに印した)

| 職業階層     | (N)    | 年齢       | 有訴率  |       |       |       |        | 有病率   |      |     |     | 最近診<br>一診年<br>受診率<br>の |       |
|----------|--------|----------|------|-------|-------|-------|--------|-------|------|-----|-----|------------------------|-------|
|          |        |          | 不健康感 | 局所的疲労 | 身体弱体化 | 身体の不調 | 気力意欲低下 | 精神不安定 | 慢性特病 | 高血圧 | 胃腸病 |                        | 腰痛症   |
| 計        | (1394) | 46.0±6.8 | .19  | .43   | .37   | .18   | .21    | .30   | .40  | .13 | .11 | .06                    | .76   |
| 小・役員     | (38)   | 46.5±6.5 | .11○ | .41   | .41   | .17   | .20    | .33   | .37  | .13 | .13 | .05                    | .63   |
| 中・役員     | (56)   | 50.7±6.3 | .25  | .34○  | .36   | .14○  | .20    | .31   | .59※ | .32 | .13 | .11                    | .84   |
| 準大・役員    | (17)   | 51.4±5.8 | .00○ | .48   | .42※  | .17   | .10○   | .25○  | .35  | .12 | .18 | .00                    | .82   |
| 大・役員     | (30)   | 51.6±6.6 | .07○ | .38   | .27○  | .07○  | .12○   | .20○  | .43  | .17 | .10 | .00                    | .93○  |
| 小・専門技術職  | (15)   | 40.3±4.5 | .27※ | .37○  | .38   | .17   | .20    | .31   | .33○ | .07 | .07 | .07                    | .40※  |
| 中・専門技術職  | (26)   | 47.5±7.9 | .31※ | .51※  | .43※  | .24※  | .21    | .32   | .40  | .04 | .16 | .12                    | .77   |
| 準大・専門技術職 | (8)    | 41.9±5.6 | .13  | .40   | .40   | .15   | .27※   | .33   | .13○ | .00 | .00 | .00                    | .75   |
| 大・専門技術職  | (27)   | 43.3±7.5 | .24  | .41   | .38   | .25※  | .19    | .30   | .23○ | .04 | .00 | .04                    | .93   |
| 官公・専門技術職 | (48)   | 48.6±7.5 | .13  | .45   | .42   | .22※  | .18○   | .34※  | .36  | .15 | .06 | .04                    | .94○  |
| 小・管理職    | (14)   | 46.0±6.0 | .25  | .46   | .37   | .12○  | .22    | .36※  | .33○ | .08 | .08 | .08                    | .36※  |
| 中・管理職    | (60)   | 46.9±7.3 | .20  | .36○  | .28○  | .14○  | .16○   | .23○  | .36  | .08 | .10 | .05                    | .85   |
| 準大・管理職   | (39)   | 46.5±6.9 | .31※ | .54※  | .46※  | .20   | .25    | .34   | .44  | .21 | .13 | .03                    | .90   |
| 大・管理職    | (107)  | 46.3±5.4 | .15  | .38   | .33   | .14○  | .17○   | .33   | .39  | .12 | .14 | .05                    | .93○  |
| 官公・管理職   | (17)   | 47.8±5.3 | .20  | .49   | .29○  | .25※  | .21    | .32   | .33○ | .00 | .13 | .07                    | .88   |
| 小・事務職    | (24)   | 47.6±6.3 | .14  | .43   | .33○  | .14○  | .16○   | .23○  | .39  | .22 | .04 | .00                    | .46※  |
| 中・事務職    | (48)   | 47.3±7.9 | .16  | .38○  | .34   | .21   | .26※   | .36※  | .42  | .13 | .15 | .06                    | .83   |
| 準大・事務職   | (24)   | 45.2±6.3 | .14  | .49   | .32○  | .18   | .21    | .21○  | .29○ | .08 | .04 | .04                    | .92   |
| 大・事務職    | (107)  | 44.8±6.4 | .15  | .43   | .33○  | .16   | .18○   | .27   | .39  | .10 | .13 | .04                    | .93   |
| 官公・事務職   | (52)   | 44.8±7.1 | .22  | .34○  | .38   | .16   | .23    | .31   | .43  | .20 | .08 | .04                    | .98○  |
| 小・販売職    | (56)   | 43.8±6.3 | .11○ | .38○  | .35   | .17   | .19    | .27○  | .28○ | .04 | .07 | .02                    | .43※  |
| 中・販売職    | (31)   | 43.9±6.7 | .23  | .46   | .47※  | .19   | .25    | .40※  | .65※ | .19 | .32 | .06                    | .74   |
| 準大・販売職   | (9)    | 41.1±5.0 | .11○ | .43   | .43※  | .15   | .31    | .43※  | .56※ | .22 | .22 | .22                    | .78   |
| 大・販売職    | (28)   | 41.6±5.2 | .18  | .48   | .41   | .23※  | .22    | .34※  | .42  | .04 | .19 | .19                    | .93○  |
| 小・運輸通信職  | (19)   | 43.5±7.1 | .26※ | .50※  | .42   | .22   | .26※   | .27   | .42  | .11 | .11 | .05                    | .37※  |
| 中・運輸通信職  | (24)   | 45.2±6.1 | .17  | .57※  | .40   | .22   | .24    | .30   | .46※ | .17 | .08 | .13                    | .75   |
| 準大・運輸通信職 | (7)    | 45.9±3.1 | .29※ | .56※  | .48※  | .21   | .19    | .34   | .43  | .14 | .14 | .00                    | 1.00○ |
| 大・運輸通信職  | (21)   | 47.1±6.8 | .16  | .44   | .40   | .14○  | .21    | .29   | .26○ | .05 | .00 | .05                    | .90   |
| 小・工員     | (162)  | 44.6±6.6 | .24  | .42   | .41   | .21   | .22    | .30   | .45  | .18 | .11 | .11                    | .49※  |
| 中・工員     | (85)   | 46.1±6.0 | .15  | .43   | .34   | .17   | .18    | .28   | .37  | .14 | .06 | .04                    | .84   |
| 準大・工員    | (24)   | 46.0±8.2 | .19  | .52※  | .42   | .19   | .27※   | .34   | .46※ | .25 | .25 | .04                    | .71   |
| 大・工員     | (33)   | 46.1±6.8 | .12○ | .45   | .40   | .16   | .24    | .32   | .33○ | .12 | .15 | .09                    | .94○  |
| 保安職      | (11)   | 48.6±6.7 | .40※ | .45   | .36   | .23※  | .31※   | .27   | .45※ | .18 | .18 | .09                    | .91   |
| サービス職    | (20)   | 46.0±7.3 | .11○ | .33○  | .32○  | .17   | .23    | .26○  | .55※ | .15 | .25 | .10                    | .60   |
| 臨時・日雇    | (63)   | 46.3±6.6 | .27※ | .53※  | .45※  | .30※  | .27※   | .39※  | .34  | .10 | .05 | .11                    | .46※  |

○逢坂 隆子 上嶋 弘嗣 朝倉 新太郎

(大阪大学医学部公衆衛生学教室)

1. はじめに 第20回本總會以来、すでに報告した通り、我が国では昭和35年頃からの高度経済成長期以降、中年期時に男子の死亡率の低下の停滞が著しい。今回我々は、沖縄県を除く46都道府県の中年期死亡率と社会経済指標との関連を段階的重回帰分析により検討したので、その結果を報告する。

2. 方法 用いた資料は、昭和50年国勢調査報告、人口動態特殊報告、国税庁統計年報である。重回帰分析に際しては、従属変数として昭和50年性・死因別訂正死亡率(全年令訂正死亡率または35~59才のいわゆる中年期訂正死亡率)を、独立変数として都道府県別の社会経済状態をあらわしていると考えられる。同年のアルコール消費量または日本酒の消費量と洋酒の消費量、未婚者率または離婚率、世帯あたり量数、生活保護率および失業者率を用いた。変数増加法による重回帰分析を行い、F値が2.0以上のものを順次回帰式に加えた。アルコール消費量は国税庁統計年報による各都道府県別のアルコール消費量を20才以上人口で除し、1人あたりの消費量を算出して用いた。日本酒(しょうちゅう、合成酒を含む)、洋酒の消費量も同様に算出した。未婚者率は男子35~49才100人あたりの未婚者の数を、離婚率は1000人あたりの年間発生件数、生活保護率は人口10万あたりの生活保護受給者の数を、失業者率は男子労働力人口10万あたりの男子失業者数を用いた。

3. 結果 (昭和50年男子総死因死亡率の段階的重回帰分析)

独立変数: アルコール消費量、失業者率、生活保護率、世帯あたり量数、未婚者率

表1 中年期

| 独立変数  | 係数       | 寄与率    | F値     | 有意水準    |
|-------|----------|--------|--------|---------|
| 失業者率  | 0.5947   | 0.3908 | 25.269 | P<0.001 |
| アルコール | 0.2353   | 0.5601 | 19.228 | P<0.001 |
| 未婚者率  | -10.6150 | 0.6151 | 6.000  | P<0.05  |

表2 全年令

| 独立変数  | 係数     | 寄与率    | F値     | 有意水準   |
|-------|--------|--------|--------|--------|
| アルコール | 0.1479 | 0.2142 | 10.544 | P<0.01 |
| 量数    | 3.0118 | 0.2867 | 11.895 | P<0.01 |
| 失業者率  | 0.3390 | 0.4093 | 8.710  | P<0.05 |

独立変数: 日本酒消費量、洋酒消費量、失業者率、生活保護率、世帯あたり量数、未婚者率

表3 中年期

| 独立変数 | 係数     | 寄与率    | F値     | 有意水準    |
|------|--------|--------|--------|---------|
| 日本酒  | 0.2764 | 0.4631 | 31.696 | P<0.001 |
| 失業者率 | 0.5232 | 0.6493 | 22.829 | P<0.001 |

表4 全年令

| 独立変数 | 係数     | 寄与率    | F値     | 有意水準    |
|------|--------|--------|--------|---------|
| 日本酒  | 0.2185 | 0.3827 | 27.279 | P<0.001 |

表5 (昭和50年男子中年期死因別死亡率の段階的重回帰分析F値)

| 独立変数   | アルコール     | 未婚者率    | 失業者率      | 世帯あたり量数 | 生活保護率  |
|--------|-----------|---------|-----------|---------|--------|
| 全結核    |           |         | 28.858*** |         |        |
| 悪性新生物  | 6.666*    | 3.754   | 2.454     |         |        |
| 食道癌    | 14.403*** | 4.686*  | 7.721**   |         | 3.492  |
| 胃癌     |           |         |           | 6.068*  |        |
| 糖尿病    |           |         | 22.495*** |         |        |
| 心臓病    |           |         | 3.522     |         | 7.033* |
| 虚血性心疾患 |           |         |           |         |        |
| 高血圧症   |           |         | 4.135*    |         |        |
| 脳血管疾患  | 31.062*** |         |           | 6.757*  |        |
| 消化性潰瘍  |           |         | 7.517**   |         |        |
| 肝硬変    |           |         | 21.905*** | 6.750*  | 4.249* |
| 不慮の事故  |           | 1.102   | 12.477**  | 6.468*  |        |
| 自動車事故  |           | 7.412** |           |         |        |
| 自殺     | 6.365*    |         |           |         | 6.638* |

\* P<0.05

\*\* P<0.01

\*\*\* P<0.001

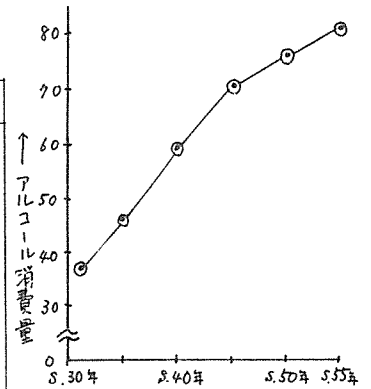


図1. 全国アルコール消費量の推移 (国民1人あたり年間消費量、純アルコールとして換算、単位100cc)

○天野松男, 竹原令宜, 坂井 浩, 中島裕而, 八木邦子

梅田玄勝 (健和労働衛生研究所)

真角欣一 (健和総合病院)、馬場亮三 (千鳥橋病院)

中山寿比古 (米の山病院)

このたび全日本民医連の呼かけに応じて北九州市、福岡市、大牟田市で行なわれた老人実態調査の資料を基礎として女性のひとり暮らし老人について検討したので報告したい。

(1) 調査期間：昭和56年 8月～12月 (一部はこれ以降も含む)

(2) 調査の方法、サンプル数など：サンプリングは選挙人名簿を用いて、(1) 行政区全体の60歳以上の老人を任意抽出し、その中のひとり暮らし老人をさがし (スクリーニング) 調査する一戸畑 (T) 一、(2) 特定の地域を設定し、その中の全てのひとり暮らし老人を調査する一博多 (H)、大牟田 (O) 一、のいずれかによった。調査は直接面接法によった (表1)。

(3) 調査結果と考察：

(1) ひとり暮らしになった年齢、親族の有無など

ひとり暮らしになった年齢は40歳および60歳付近が多く (図1)、40歳付近のピークは子供の進学や就職、60歳付近のピークは子供の結婚や配偶者の死などが背景として考えられる。図1でHには40歳付近のピークがなく、Hは県庁所在地で付近に大学の数も多いので進学や就職の機会がT、Oに比べて多いことを示唆するようである。また60歳以降のOのひとり暮らしになる年齢がT、Hに比べて若いのは、死亡率の高い鉱業従事者が多いことと関係していると推測される。子供はいないと答えたのはT=24%、H=28%、O=13%、また子供以外の親族はいないと答えたのはT=11%、H=7%、O=6%であった。従って中都市のOよりも大都市のH、Tのほうが老人の孤独化が進行しているように思える。

(2) 生計、仕事の問題

収入は5万円以上10万円未満と答えたものが最も多い (図2)。仕事をしていると答えたのはO=40%、H=31%、T=18%であった。主たる収入源が勤労収入と答えたのはO=28%、H=21%、T=10%で、生活保護費と答えたのはO=18%、H=24%、T=30%であった。従って経済的な貧困はスプロール化が進行したTが最も著しく、鉄鋼業の大資本の独占的支配による北九州経済への影響が深刻な形で現れていると推察できる。

(3) 医療、健康の問題

身体の具合が悪く医師にかかり薬をのんでいる、と答えたものはO=67%、H=60%、T=70%で、昭和56年厚生行政基礎調査報告による60歳以上の単独世帯の通院世帯の割合の48%に比べて高く、これらの地域の健康水準が低いことを示す。医療費 (自己負担) を使ったと答えたものはO=28%、H=21%、T=32%で、多くが2万円以下であったが低所得層の医療費の支出は生活を圧迫しており、老人保健法の成立はひとり暮らしの老人の生活と健康をさらに破壊すると思われる。

(4) 住居の問題

借家住まいはO=72%、H=64%、T=58%であった。その内Oの約80%が公営住宅、T、Hのそれぞれ約80%が民間木造アパートまたは借家 (一軒家) である。Oの公営住宅に住む割合は国勢調査と比べて高いので地域的なバイアスがあると思われる。部屋数が1と答えたのはO=3%、H=19%、T=9%で、県庁所在地であるHの生活条件の悪さが推察される。

(4) まとめ、今後の課題

一般に貧困を示す重要な指標として所得、住宅、家族、教育などがあげられる。本調査では教育に関するものはなかったが所得、住宅、家族などについてそれぞれの都市の過去、現在の発展過程に呼応するような貧困の形態が見いだされた。この調査は断面的なものであるので、今後の継続的な調査により老人問題をさらに考える必要がある。〔この研究は福岡県民医連から資料の提供をうけ、健和労働衛生研究所が中心になってまとめたものである。関係者の皆さんに感謝の意を表します。〕

表 1

| 地域略号       | T                     | H                    | O                    |
|------------|-----------------------|----------------------|----------------------|
| 調査主体       | 民医連北九州ブロックを中心とする実行委員会 | 民医連福岡ブロックを中心とする実行委員会 | 民医連筑後ブロックを中心とする実行委員会 |
| 方法         | 1                     | 2                    | 2                    |
| 調査地域       | 北九州市戸畑区               | 福岡市博多区吉塚、東吉塚校区       | 大牟田市高取中友校区           |
| 抽出名簿       | 選挙人名簿                 | 選挙人名簿                | 市民リスト                |
| 60才以上老人数   | 9484人                 | 3724人                | 2063人                |
| スクリーニング調査数 | 2842人                 | 3657人                | —                    |
| ひとり暮らし老人数  | 246人                  | 511人                 | 213人                 |
| 個別調査数      | 166人                  | 388人                 | 81人                  |
| 今回集計数      | 女140人 (全166人)         | 女285人 (全353人)        | 女67人 (全81人)          |
|            | (男26人)                | (男68人)               | (男14人)               |

図1 ひとり暮らしになった年齢

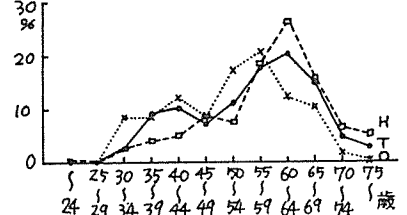
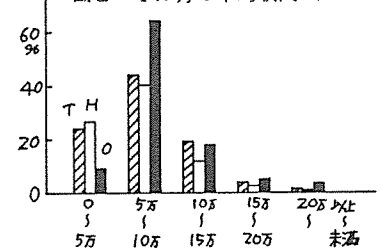


図2 1カ月の平均収入(円)



村瀬敏郎（渋谷区医師会） 小松真（日野市医師会）

丸地信弘（東大医学部保健学科）

○石川左門（東京進行性筋萎縮症協会）

## 1. はじめに

患者にとっての最も望ましい医療サービスのあり方は、身近な生活の中で、必要にして充分な医療が、何時でも受けられることであり、具体的には専門医、家庭医、保健婦、ソーシャルワーカー、住民ボランティア等の、ケースを囲む在宅ケアチームの編成によって、初めて可能となる。だがチームの活動の永続性は、その成員の個人レベルでの結びつきではなくて、専門病院、地域医師会、保健所、福祉事務所、住民団体等の、組織や機関相互の連携という、町づくりの中の位置づけを背景として実現される。そして、これら組織・機関の連携が如何にして成立するかという、出会いの場の形成を促す、その出会いそのものの動機づけが、ここに最大の課題として問われてくる。

## 2. 動機づけの方法

出会いの動機づけには二つある。一つは、サービスの提供者の立場にある組織・機関や、それを背景にした在宅ケアチームの活動を始動させ、継続を促すための、共に参加し担うことを通して、理解と信頼を深めることの出来る具体的な事業としての、企画の策定であり、一つは実際にそれを遂行するメンバーへの、人間的アプローチの問題である。企画には連携を発動させ、一定期間毎に活力を賦課させるものと、その結果を日常的なサービス活動に連動させる二つの事業があり、東京では神経系難病集団検診の共同実施を中心に、これらが推進されており、人間的アプローチについては、事業費の負担者を中心にしてすすめられている。

## 3. 現在までの実績

さて、検診事業の共同実施を通して、地域医師会、専門病院、地元保健所、関係行政窓口、患者会、住民団体等の連携体制を整えた地域は、昭和50年の東村山市に発して昭和57年に至るまでの間、東村山・東大和、日野、府中、小平、東久留米・清瀬、三鷹、国立の9市と、渋谷、荒川、江ノ川、新宿、江東、杉並、世田谷の7区に及び、昭和58年には、更に品川、豊島、葛飾、多摩の4区・市が予定されている。事業費は当初患者会の負担によったが、実施約3年程を経て、医師会内至は自治体の予算に移行するのが通例であり、現在では患者会負担地域6、地元負担地域8、患者会・地元共同負担地域2という状況にある。

## 4. 成果の内容と地域差の考察

検診事業の成果とその評価については、凡そ次の3つにランクづけされる。①検診をしたにとどまる、②検診後のフォローアップについての検討会を継続する、③サービスの需要と供給を結び、個々のケースについて在宅ケアのチームを編成させ、日常的なサービス機能を担うセンターを設置して、住民のニーズに対応する。これらの中身は、更に地域によりそれぞれの特徴を有するが、何れにせよ基本的には当該地域の医師会、保健所その他の関係行政機関、住民、専門医療機関と、その担当者一人一人の熱意や、取り組みの姿勢や、在宅ケアについての認識如何に左右されてくる。

## 5. まとめ

今後更にこの事業を他地域に普遍させる場合のポイントは、やはり、連携すべき立場相互の出会いを成立させる動機づけとしての、企画の共同実施にあり、その成否を左右する鍵は、それぞれの立場にある担当者相互の人間的な出会いにある。その人間的アプローチの作業は、最初に事業費の提供が可能であった、患者会の代表によって担われたが、原則的にはどの立場にある者でもよく、医療についての見識をもち、熱意をもって語りかけ、自分を中心とせず他者をたて、相互の間に共感的な人間関係を自然に成立させ得る人間的特性の所有者であれば、誰でもよいと考えられる。

大都市近郊における在宅看護に関する研究  
第一報 診療所の機能と在宅看護の関連

熊久保朝正 村山好道 今坂康雄 野口光子  
金指栄一 岡安紀子 井関洋子 伊藤英子 (所沢医療生協)  
○小川正時 上畑鉄之丞 (杏林大学医学部衛生)  
日野秀逸 (国立公衆衛生院)

1. はじめに 老人保健法の施行により、今後ますます訪問医療活動を正しくとりえらる事が重大な課題となって来た。地域住民の立場に立った訪問医療を考えた時、地域特性、患者・介護者の特性、診療所の規模および医療活動上の特性を検討することは重要である。

今回、同じ医療生協に所属する大都市近郊にある有床診療所(A診)と無床診療所(B診)の訪問看護活動ととして若干の検討を行った。

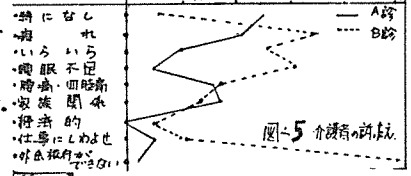
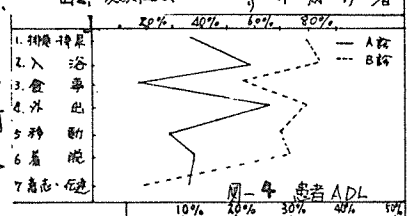
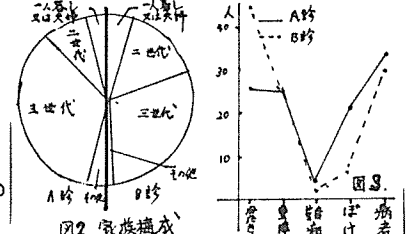
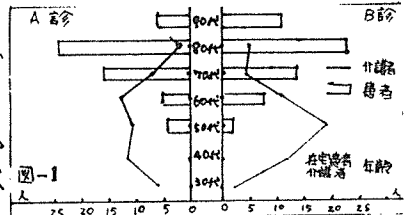
2. 方法 対象はA診、B診の訪問患者・介護者についての全数調査で、調査方法は患者カルテと訪問看護婦による個人面接。期間は昭和57年2月1日より昭和58年1月31日までの1年間の患者・介護者の健康に関する設問と、昭和58年5月1日より1ヶ月間調査した。

3. 結果 両診療所は所沢市内にあり、所沢市は人口242215人(昭和56年10月1日現在)を有する新興住宅都市である。市の特徴は、市域のほぼ中央部に米軍基地をかかえ、「西武の城下町」と言われている点であり、東京のベッドタウンとして発展した所で、20年間に人口は4.3倍になり、逆に一世帯あたりの人口は53人から32人へと核家族化していることである。医療施設・医療従事者数はともに全国平均以下で、人口急増に追いついていない状態にある。

A診は19床の有床診で、市北部に位置し、もともと農村地域であったものが高度成長の中で新興住民の進出により両者が入り込んで在住している。B診は無床診で、市の中央部に位置し商業地域である。古くから在住の者が多く、人口動態はわずかながら減少傾向を示したが昭和54年より基地返還地の宅地部分が含まれた事により急増傾向を示している。両診とも昭和20年代より熱心な在宅医療活動を行って来た。

訪問医療対象者は、A診72名(年間死亡17名)、B診85名(年間死亡23名)。死亡時年齢はA診がB診に比べて6才高く、感染症による死亡はA診2名に比べB診は8名と高い。図1より在宅患者は70才以上が多く、介護者は50-60才代でも高年齢である。図2では、A診が主に農村地域で余裕のある介護の中で看護がなされているのに比較して、B診は核家族傾向の中での看護が多い。図3、4、5では、B診の方がおたきりが多いなど重症感が強く、介護者の精神的訴えも強い。往診訪問の平均的な月の両診の活動内容は、表1に示す様に、A診が往診90件、訪問120件であるのに対して、B診は、往診206件、訪問168件と高いのにもかかわらず、医療差益は赤字を示している。

4. 考察 ①対象者の心身状態が診療機関の機能と関係がある。②訪問看護活動の経費にかかわる問題を整理する必要がある。安あがりの医療の充林とあつぐ訪問看護を指向するのではなく、患者・介護者、地域特性を把握した上で、医療サービスを検討する必要がある。我われの所では、ショートステイとしての有床診の使い方、ボランティア活動、患者・家族の会、公的医療サービス拡充の運動等が必要と考える。



|         | A 診(有)    | B 診(無)  |
|---------|-----------|---------|
| 1. 往診   | 90件       | 206件    |
| 2. 訪問   | 120件      | 168件    |
| 3. 往診回数 | 170回      | 206回    |
| 4. 訪問回数 | 120回      | 168回    |
| 5. 差益   | + 87,353円 | - 5564円 |

○首藤正一

(全国心臓病の子供を守る会宮崎県支部代表)

## 1. はじめに

宮崎県日向市は、宮崎県の北部に位置し、人口は約6万人の新産都市である。昭和56、57年と2ヶ年間、宮崎県より「障害者の住みよい街づくり推進事業」の指定を受けたほか、身障スポーツ大会やわたぼうしコンサートを実施するほど、障害者団体の要求を受けボランティア活動と行政の積極的取り組み、社協の地道な組織と定着への努力がなされている。指定が遅れたため対策も不十分な内部障害児者に対する対策を見てみたい。

## 2. 日向市における障害児者の状況

過去10年間の身障手帳所持者の数は、下表のとおりである。

(各年度末)

| 年 度      | 48   | 49   | 50   | 51   | 52   | 53   | 54   | 55   | 56   | 57   |
|----------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| 肢体不自由    | 752  | 799  | 850  | 865  | 791  | 864  | 928  | 1007 | 1050 | 1077 |
| 視覚障害     | 209  | 216  | 228  | 227  | 191  | 212  | 229  | 236  | 242  | 242  |
| 聴覚障害     | 202  | 199  | 224  | 234  | 226  | 244  | 270  | 288  | 299  | 311  |
| 平衡感覚機能障害 | 18   | 18   | 21   | 22   | 25   | 27   | 29   | 29   | 29   | 28   |
| 内部障害     | 23   | 23   | 29   | 42   | 49   | 59   | 73   | 90   | 110  | 121  |
| 計        | 1204 | 1255 | 1352 | 1390 | 1282 | 1406 | 1529 | 1650 | 1730 | 1779 |

なお、昭和57年度末1779人の等級別内訳は、1級216人、2級373人、3級322人、4級342人、5級293人、6級233人である。

障害児者団体は、肢体障害者「友愛会」、視力障害者福祉会、聴覚障害者協会、精神薄弱者育成会、肢体不自由児父母の会の5団体300人で身体障害者団体連絡協議会を、腎友会、じん災ネフローゼ児を守る会、心臓病の子供を守る会、重症筋無力症友の会の4団体60人で内部障害児者団体連絡協議会を組織している。ボランティア団体は、身障団体も含めて15団体800人である。

## 3. 内部障害児者対策

内部障害には身障手帳の2、5、6級がまだないことからわかるように、国の対策が遅れている。1、3、4級所持者に対する施策のほか、市の条例化されているものとして ①重度心身障害児年金——特見1級該当児の保護者へ年額12,000円、所得制限なし ②人工血液透析患者の通院交通費の助成制度——通院交通費1/2額助成 ③心臓病手術児児見舞金——18才未満の先天性心臓疾患児の手術時30,000円などの制度がある。

国障害者年と併に、市の予算書の中で社会福祉費の中より障害者福祉費が独立し、諸障害者対策がなされるほか、内部障害も含めた身障スポーツ大会の実施や各団体に対する助成が行なわれている。また、心臓病児の一般的教育を扱った映画「ママ、早く走れ!」や図書の購入も行なわれている。全戸配布の障害者に対するエチケット集には、内部障害のある人へのエチケットも含まれ、内部障害に対する身障相談員もいるし、市の窓口もはっきりしている。

内部障害児者対策はひとつの課だけでは行なえない。日向市では市や学校関係職員の研修会ももち、若狭若では重度障害者のリストを用意して救急対策をとり、学校検尿も年1回から2回になり、保健婦さんが増え、市主催で心臓病講演会もなされている。今校閲級の購入も検討されている。

まだまだ問題はあっても、これらのことは、内部障害児者団体が結成され、障害者の住みよい街づくり推進委員会と公的機関の中にはいり、あらゆる機会に訴える場をつくってくれた市の福祉事務所や社会福祉協議会などの組織的努力があったからにほかならない。

ねたきり老人の在宅看護におけるデイ・サービス  
と訪問指導について — ニードの評価方法

○藤林千春 多田羅浩三 上島弘嗣 黒田研二  
新庄文明 大湊茂 朝倉新太郎 (阪大・医・公衛)

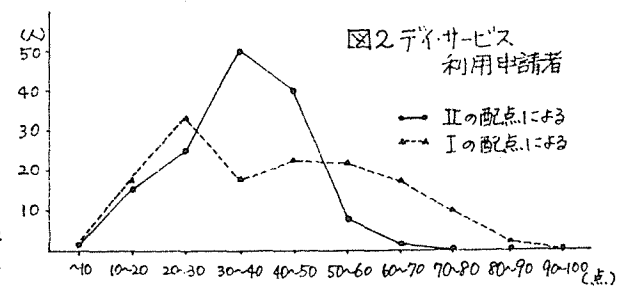
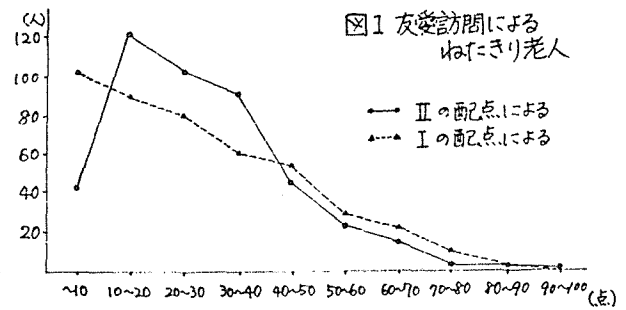
1 はじめに 在宅ケアの推進に際しては、多くの問題を考慮しなければならぬ。特に、ねたきり老人の家庭での介護を支えていくためには、既存のサービスや制度を有効に活用することが望まれる。そこで、サービスの効果的な供給を図るため、ねたきり老人のニーズをどのように評価することが望ましいか検討してみた。

2 方法 大阪府Y市において老人クラブの友愛訪問によって把握されているねたきり老人(476人)及びデイ・サービス利用申請者(163人)について、東京都I区で実施されている訪問対象者選定基準の評価点数(表I-I)を用いて対象者の点数別人数を算出した。この評価基準ではADLと介護力に対する配点比がほぼ3:1である。次いで、同じ対象者についてADLと介護力に対する配点比を1:1とした評価点数(表I-II)による人数を試算した。

3 結果と考察 ADLの状態を中心としたI区の評価方法による分布と介護力をADLと対等に扱った方法による対象者の評価点数別人数分布は図1・図2に示す通りである。友愛訪問により把握された対象者は軽症者を比較的多く含む集団であり、デイ・サービス利用申請者は重症者が多い集団である。2つの図からみると、ADLの状態を中心とした評価と介護力を加味した評価では人数の分布が異なる。I区の方法ではおおむねADLの状態に準じた分布を示している。軽症者を含む集団においては評価の低い人達を多く数え、重症者の多い集団では点数の高い人を多く数えることになる。一方、介護力を加味した方法では、ほぼ同一の山型を示している。これはADLの状態が良くても介護力の低いもの、また逆にADLの状態が悪くても充分な介護力があるものが山型を形成する方向にシフトしたものと考えられる。また、重症者の多いデイ・サービス群では山の中心がやや右に寄ることにより、対象集団の性格を表わしていることとみられる。訪問看護、訪問指導を始めるにあたっては、適確なプライオリティの決定を行うことは特に重要である。今回の分析はADLの状況に基づく評価点数と介護者の実情をも含めた評価点数を用いた場合の対象者の人数分布の相違点を示している。簡便で使いやすい評価方法としては、ADLと合わせて介護力をも反映できる方法が工夫されねばならないと考えられた。

表I 配点表

|    |          | I |   | II |   |                                                                          |    |   |   | I |   | II |   |
|----|----------|---|---|----|---|--------------------------------------------------------------------------|----|---|---|---|---|----|---|
|    |          | A | B | A  | B |                                                                          |    |   |   | A | B | A  | B |
| 歩行 | 独力で介助できな | 0 | 0 | 0  | 0 | 精神                                                                       | 普通 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2  | 2 |
|    | 独力で介助でき  | 1 | 1 | 1  | 1 |                                                                          |    |   |   |   |   |    |   |
| 座位 | 独力で介助でき  | 0 | 0 | 0  | 0 | 視力                                                                       | 普通 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1  | 1 |
|    | 独力で介助でき  | 1 | 1 | 1  | 1 |                                                                          |    |   |   |   |   |    |   |
| 食事 | 独力で介助でき  | 0 | 0 | 0  | 0 | 聴力                                                                       | 普通 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0  | 0 |
|    | 独力で介助でき  | 1 | 1 | 1  | 1 |                                                                          |    |   |   |   |   |    |   |
| 入浴 | 独力で介助でき  | 0 | 0 | 0  | 0 | 言語                                                                       | 普通 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0  | 0 |
|    | 独力で介助でき  | 1 | 1 | 1  | 1 |                                                                          |    |   |   |   |   |    |   |
| 排泄 | 独力で介助でき  | 0 | 0 | 0  | 0 | I: ADL:介護力=3:1<br>II: ADL:介護力=1:1<br>A: 友愛訪問によるねたきり老人<br>B: デイ・サービス利用申請者 |    |   |   |   |   |    |   |
|    | 独力で介助でき  | 1 | 1 | 1  | 1 |                                                                          |    |   |   |   |   |    |   |
| 着替 | 独力で介助でき  | 0 | 0 | 0  | 0 | A: 友愛訪問によるねたきり老人<br>B: デイ・サービス利用申請者                                      |    |   |   |   |   |    |   |
|    | 独力で介助でき  | 1 | 1 | 1  | 1 |                                                                          |    |   |   |   |   |    |   |



31. スモン患者・家族への地域ケア (その1)

—東京都A区におけるスモン患者・家族の医療福祉  
ニーズと保健・医療・福祉機関との接触状況—

○手島陸久(長野大), 木下安子, 野村陽子, 関谷栄子, 牛込三和子  
(東京都神経研), 阪上裕子, 加藤春樹(国立公衛院), 片平冽彦  
(京医歯大), 園田恭一, 高不邦明, 杉沢秀博(東大・保健社会)

I. はじめに

スモン患者・家族は、多様な身体的障害や生活困難をかかえ、約9割が在宅療養となっており、地域での保健・医療・福祉の総合的な援助が期待されている。そこで筆者らは1982年度より、地域の保健・医療・福祉関係者と共同で患者・家族の医療福祉ニーズを評価し、必要な援助を提供しながら、望ましい地域ケアのあり方とその推進の方法を研究することを計画した。

このため82年度は、まず地域の保健・医療・福祉関係者や患者会の協力が得られるか等の検討を行い、研究の対象地域として東京都A区を選定し、研究の第一歩として、①A区のスモン患者・家族の医療福祉ニーズと、保健・医療・福祉機関との接触状況の把握、②地域ケアのための医療福祉ニーズ把握方法の検討、を行った。

II. 調査方法

調査対象は、患者会各グループが82年12月の段階で把握していた患者43人のうち、医療福祉ニーズが高いと考えられた27人ど、調査票に基づく訪問面接調査を82年12月～83年1月に実施。分析対象は、調査不能2人と他疾患で入院中1

(表1) 分析対象者の属性

| 年令・<br>抽出理由  | ～49才 |   | ～64才 |   | 65才～ |   | 計 |    |
|--------------|------|---|------|---|------|---|---|----|
|              | m    | f | m    | f | m    | f | m | f  |
| 重症<br>(うち独居) | 1    | 4 | 3    | 3 | 0    | 6 | 4 | 13 |
| 独居(中等症)      | 0    | 1 | 1    | 1 | 0    | 0 | 1 | 2  |
| 未提訴<br>会より要請 | 0    | 0 | 0    | 1 | 1    | 2 | 1 | 3  |
| 計            | 1    | 5 | 4    | 5 | 1    | 8 | 6 | 24 |

人を除く26人。分析にあたっては、後記(7)の医療福祉ニーズ・チェックリストを準用した。

III. 調査結果と考察

1. 医療 「医師にかかっていない」3例の他、「スモン・合併症をよく診てもらえない」「家庭医が得られない」「通院の介助や医療費が大変」「入院できない」等で、「とくに問題ない」は3例のみ。
2. 介護と家族の負担 重症例で特に深刻で、「介護者の疲労が強く共倒しの危険が大きい」3例。

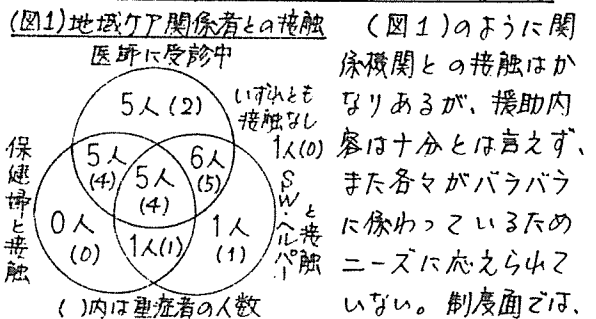
「介護のため子供が結婚していない」5例などの家族の犠牲に対し、患者のひげめ・気がぬも強い。独居の重症例4例は全員ヘルパーの訪問を受けているが、介助や家事の手不足は否めない。

3. 療養生活 比較的若い患者では、職業・家事などでの困難・苦痛・疲労がめだつ。一方、老令や最重度の患者では、役割喪失や家族への全面依存もみらる。ほぼ全例で生活圏が狭まり、「ほとんど外出しない」「話し相手がほしい」等の問題がめだつ。

4. 療養条件 比較的恵まれた例が多かったが、アパート等では条件の未整備から、「手を痛めた」「転倒による骨折や腰痛」「火災等への不安や緊張」など問題は少くない。

5. 将来の不安と生活設計 比較的若い患者では「生活設計や生きがいが見出せない」悩みが強い。また、「老化に伴う身体への衰えや病状の悪化の不安に加え、「介護者の老化への不安」も強い。

6. 地域ケア関係機関・サービスの利用状況



経済面のサービス(医療費・手当・福祉タクシー等)の利用は多いが、療養生活に直結するもの(住居・自助具・入浴サービス等)では少く、情報も十分伝わっていない。

7. 医療福祉ニーズ・チェックリストの作成

地域の全27の患者・家族の、身体面、生活面、精神面の多様なニーズに、各関係者が連携して援助していくには、まずそれらのニーズを見落しなく把握することが重要であり、そのためのチェックリストの作成を試みた(当日配布予定)。



## スモン患者・家族への地域ケア

その② 地域ケアシステム形成を目的としたアクションリサーチについて

寺島陸久(長野大学)、木下安子、野村陽子、  
関谷栄子、牛込三和子(東京都神経研)  
阪上裕子、加藤春樹(国立公衛院)  
片平列彦(東医歯大難研)、園田恭一、○高  
木邦明、杉沢秀博(東大・保健社会)

## 1. 研究の対象とねらい

スモン患者のニードは身体的苦痛のみでなく、家族を含めた生活面での困難・心理的苦悩など多面的なものであり、それへの対応は保健・医療・福祉の各サービスが統合され提供されて、はじめて効果が期待できるものである。つまり、患者に対するたんなる個別のサービスだけではない、家族をも含む対象の生活全体に働きかけていく総合的な地域ケアシステムの形成が必要と考えられるのである。さて、これまでもスモンをはじめとする難病患者・家族のニードを把握し、地域ケアシステムの必要性を指摘する調査研究は比較的多くみられた。しかし、では地域ケアシステムを誰かどのように形成し、推進し、評価はといったいどのように行うのかなどについて、具体的な実践活動を試みながら、そこで用いられる方法の有効性を試し、修正していくという、いわゆるアクションリサーチ的な意図的な試みはあまり多く見られなかった。われわれは今日特にこうした試みをすすめることが重要であると考えている。そこで、①での報告のように難病患者・家族への援助の態勢がかなり整ってきている都内A区において、われわれは保健・医療・福祉関係者等へリサーチへの参加を働きかけ、共同して患者・家族への具体的なケアを総合的に展開し、結果を評価し、地域ケアサービスの中で行政・住民・研究者などの役割や協力のすすめ方について明らかにしようと計画し、取組みをはじめている。今回はその第1報として経過等について報告したい。

## 2. a) アクションリサーチの試み&lt;1&gt;～これまでの主な取組みと今後の予定～

昨年末から今年1月にかけてスモン患者・家族への訪問面接調査(医療福祉ニードの把握)を行った後、5月に①調査結果の報告会・懇談会を開いた(患者・家族、区医師会、保健所保健婦、区訪問看護婦、区保健センター看護婦、福祉事務所ワーカー、調査研究メンバー等、約30人出席)。その後、区内の4つの保健所各管内ごとに、保健所保健婦、訪問看護婦、医師(医師会、保健所)、福祉事務所ワーカー等と一緒に②事例検討会(事前評価)を開くことを計画し、一部を6・7月に実施した。

今後、③各事例への目標の設定と具体的な援助の展開、④中間評価・事後評価としての事例検討会、⑤地域ケアシステム形成についての検討会などを関係者と共同して開いていく予定でいる。

これまでの報告会・懇談会(①)、事例検討会(②)では、患者・家族から「移動が困難だからひとりでできる近医がほしいが、なかなかない」、「食事・生活面での指導を保健婦さんに頼みたい」、「障害者の借りられる住宅がなく転居できない」などの声が出され、医師(区医師会)からは医療機関へのかかり方についての情報提供がなされたりしている。また、事例検討会をすすめていく上での区内の関係者とこちらの側との連絡調整に若干の問題も生じたりした。

## b) アクションリサーチの試み&lt;2&gt;～評価の方法について～

地域ケアシステムを形成していくにあたっては、とくに研究開発の含みを持っている場合には評価の重要性についていくら強調してもしすぎることはないであろう。われわれはとくに、①スモン患者・家族への援助効果の評価、②地域ケアシステムの評価の視点、について急ぎ整理をし、検討を重ねていくつもりでいる。

○高坂雅子 川村佐和子 水上瑠美子

(都立神経病院医療相談室)

伊藤淑子(都立大久保病院医療相談室)

〈はじめに〉 日中単身の癌末期患者に対する専門病院の在宅診療活動と、医師・医療相談室員(保健婦・福祉指導職・心理技術職)を中心とするホームヘルパーとの連携について報告する。

〈事例紹介〉 45才主婦。家族一夫・息子3人(高3・中3・小4)。s 54.1乳癌手術。s 54.9下肢痙性マヒ。s 55.2当院入院、転移性脊髄腫瘍の診断確定。バルンカテーテル留置。s 55.7退院、在宅診療開始、ヘルパー援助も同時開始。s 55.7頸部・後頭部痛、嘔吐激しく、当院再入院。癌性髄膜炎。失明。髄液癌形成。s 55.11自宅療養強く望み退院。s 56.2頸部痛・嘔吐・食欲低下・黄疸出現。当院10日間入院(死亡)。第1回退院後86日間、第2回退院後82日間の在宅診療(専門病院医師巡回12回)及び病院とホームヘルパーの援助・連携を表1,2に示す。

表1 専門病院とホームヘルパーの連携

| 時期               | 第1回退院後                                                                                                                                                       | 第2回退院後                                                                                                                                                      |
|------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 退本人の時の状態         | ・乳癌骨転移による脊髄腫瘍<br>・両下肢知覚マヒ・運動障害<br>・尿管バルンカテーテル留置                                                                                                              | ・転移性脊髄腫瘍+癌性髄膜炎<br>・ねたきり、寝返り不可<br>・失明<br>・バルンカテーテル留置・髄液癌<br>・精神活動低下<br>・要介助                                                                                  |
| ヘルパーの介護援助        | 病院のサポート                                                                                                                                                      | ヘルパーの介護援助 病院のサポート                                                                                                                                           |
| 1とム専ヘル病ハ院のサ      | ・夜間作り他家専<br>・機能回復訓練介助<br>・車イス移動の介助(生活の拡大)<br>・膀胱洗浄介助<br>・疼痛時マッサージ<br>・産棄使用介助<br>・日中単身時の工夫<br>・病院との連絡補助<br>・薬とり                                               | ・状態観察・記録<br>・器具の煮沸消毒・創傷処置<br>・清拭・更衣・シーツ交換<br>・水分補給・食事介助<br>・病院との連絡<br>・テープのふまこみ(本人と子供の交流の記録)                                                                |
| 専門病院             | ・在宅診療D巡回時、技術指導・病状説明・対応指導<br>・保健婦同行訪問時、情報交流・技術指導                                                                                                              | ・在宅診療D巡回時、保健婦同行訪問時 同左<br>・記録ノート・連絡ノート<br>・訪問前後の電話による情報交流                                                                                                    |
| ヘルパーが異常を察見した時の連携 | ・咳・発熱→相談室に連絡→D.薬を処方→ヘルパー薬とりに<br>・(甲)にバルンつまる→家族からヘルパーに電話→ヘルパーから相談室員に電話→相談室保健婦はDの指示をうけ訪問、ヘルパー同行。バルン交換<br>・痛み増強・嘔吐→相談室に電話→相談室員はDに報告、入院指示うけヘルパーに連絡。→ヘルパー、救急入院に同行 | ・褥瘡→相談室員に連絡→D指示をえ保健婦は処置薬持参、同行訪問し処置。対応指導。<br>・バルンつまる→相談室員に連絡→D巡回にてバルン交換<br>・発熱・嘔吐→相談室に連絡→D指示、D緊急巡回診療<br>・頸部の腫れ、痛み激化→相談室員に連絡→相談室員からDに報告→D指示、Dによる緊急巡回診療により入院決定 |

Dr. 保健婦による指導  
保健婦による指導  
相談室が窓口となり、Dr.の指示える

〈まとめ〉 専門病院在宅診療はホームヘルパーの家事・家政・家族介護力の補完をより効果的にするために連携に努めている。

表2.在宅診療活動と連携

| 時期  | 年   | 月  | 診療 |     | 相談  |       | ヘルパー  |       | ヘルパー |    |
|-----|-----|----|----|-----|-----|-------|-------|-------|------|----|
|     |     |    | ①D | ②家庭 | ③PT | ④ヘルパー | ⑤ヘルパー | ⑥ヘルパー |      |    |
| オ一回 | 55  | 4  | 2  |     |     |       |       |       |      |    |
| 退院後 | 5   | 2  |    |     |     | 5     | 8     | 2     | 4    |    |
|     | 6   | 1  | 1  | 2   | 6   | 10    |       | 1     | 4    |    |
|     | 7   |    |    |     | 4   | 5     |       |       | 1    |    |
|     | 86日 | 計  | 3  | 1   | 2   | 17    | 23    | 2     | 1    | 9  |
| オ一回 | 55  | 11 |    |     |     | 5     | 3     |       | 2    |    |
| 退院後 | 12  | 2  | 2  |     | 13  | 14    | 2     | 3     |      |    |
|     | 7   | 4  | 2  |     | 13  | 11    | 2     | 2     |      |    |
|     | 2   | 3  |    |     | 6   | 5     | 1     | 1     |      |    |
|     | 82日 | 計  | 9  | 4   | 37  | 33    | 5     | 8     |      |    |
|     |     | 総計 | 12 | 5   | 2   | 54    | 56    | 7     | 1    | 17 |

・影山ツマ子( 都立神経病院 ) 川村佐和子( )  
 高坂 雅子( ) 水工瑠美子( )  
 菅原 敏子( ) 中村 知子( )

当院在宅診療患者164名(55.7.1~58.4.30)の中、ヘルパー援助(派遣家政婦を含む)を受けた32名(19.5%)について検討を行った。《患者の状態》 ひとり18名(10.9%) 歩行不能6名(3.7%) バルンカラーテル留置、気管切開、経管栄養等自宅で処置を要する者14名(12.5%)。《家族構成》 2人世帯14人(43.7%)のうち3世帯、4人は障害者のみの同居世帯であった。未成年児童を含む核家族15名(46.8%)、単身者3人(9.5%)であった。(特徴的な事例については表にまとめた)

以上の状態にある患者・家族にあっては、① 介護能力の不足 ② 家政、家事の不徹底 ③ 外出困難等の介護上、生活上の障害があった。ホームヘルパーの派遣を受けることにより① 介護力の不足を補えた。② 家事の充実を得た。③ 外出が可能となり受診、訓練、買物や散歩が可能となった。④ 介護の代替者を得ることで介護者の外出が可能となった。当院では①の同行訪問を行う。②看護技術や医師の指示を伝達する。③容態の変化は密に連絡を行う。などホームヘルパーとの連携につとめた。

## [特徴的協力連携事例]

| (性別)     | 患者の状態                             |                          | 家族構成                      | ヘルパー援助の<br>必要性        | 療養生活における<br>主な援助内容                  | 当院との<br>連携 |
|----------|-----------------------------------|--------------------------|---------------------------|-----------------------|-------------------------------------|------------|
|          | 年齢<br>性別<br>(病名)                  | その他                      |                           |                       |                                     |            |
| A<br>(女) | 48<br>女<br>(脳血管障害)                | 言語障害<br>視覚障害             | 夫<br>幼児と小学6<br>年の男子       | 日中介護者なし<br>家事担当者なし    | 家事、食事介助<br>外気浴、薬とり<br>病状連絡          | ○          |
| B<br>(女) | 45<br>女<br>(転移性脊髄腫瘍)              | 失明<br>バルンカラーテル留置<br>髄液ろう | 夫、高3・中3・<br>小4の男子         | 日中介護者なし<br>家事担当者なし    | 膀胱洗浄介助<br>食事介助、清拭<br>病状連絡、家事        | ○          |
| C<br>(女) | 37<br>女<br>(重症筋無力症)<br>(他酸素依存性疾患) | 気管切開<br>言語障害<br>企図振戦     | 夫<br>小学生2人<br>女子          | 日中介護者なし<br>家事担当者なし    | 家事、食事介助<br>清拭、排泄介助<br>散髪介助、薬とり      | ○          |
| D<br>(女) | 51<br>女<br>(脳萎縮)                  | 経管栄養<br>褥瘡<br>バルンカラーテル留置 | 夫 20才男子<br>高1女子、小<br>学6男子 | 介護力不足(高1娘)<br>家事担当者なし | 膀胱洗浄介助、洗髪<br>清拭、薬とり<br>病状連絡         | ○          |
| E<br>(男) | 23<br>男<br>(筋ジストロフィー症)            | 介助があれば<br>外出可能           | 障害者                       | 介助により外出実現             | 薬とり、散髪<br>清拭、<br>外出介助<br>家事<br>病状連絡 | ○          |
| F<br>(女) | 61<br>女<br>(筋ジストロフィー症)            | 介助があれば<br>外出可能           | 2人世帯                      |                       |                                     | ○          |
| G<br>(男) | 71<br>男<br>(筋ジストロフィー症)            | 褥瘡                       | 妻(心疾患で<br>入退院くりか<br>えす。)  | 家事不徹底<br>介護力不足        | 家事、食事介助<br>排泄介助、清拭<br>病状連絡          | ○          |
| H<br>(女) | 49<br>女<br>(脊髄小脳<br>変性症)          | バルンカラーテル留置<br>言語障害<br>振戦 | 単身                        | 介護者なし<br>家事不徹底        | 家事、<br>外出介助<br>洗髪                   | ○          |

35. 地域における難病患者の把握 ならびに  
保健婦による援助活動について

○黒田研二, 苅池伸彰, 新庄文明, 下湊茂,  
上島弘嗣, 多田羅浩三, 朝倉新太郎 (阪大医・公衛)  
丸山創 (大阪府八尾保健所), 坂井芳夫 (同吹田保健所)

1. はじめに 保健所は特定疾患(以下難病とする)公費負担申請の受付を行っているため地域の難病患者を把握しやすい立場にあり, 又, 申請時に医療相談に応じたり, 援助ニーズの高い事例には保健婦が訪問援助活動を行うなど, 地域ケアにおいて保健所がはたしうる役割は大きいと考えられる。そこで, (1) 公費負担申請による難病患者の把握率と把握しうる患者の特性の検討, (2) 大阪府の保健所の難病患者援助活動の現状の調査を実施したので, その結果を報告する。

2. 調査方法 1). 岸和田市および吹田市在住の難病患者を, 医療公費負担申請以外に, 市の見舞金支給名簿, および身体障害者手帳交付台帳より把握した。また各情報源から得られた患者の特性を検討した。 2). 府下24保健所6支所を対象に, 調査票郵送法により, 57年1年間に訪問した難病患者数と患者の諸特性, および各保健所の難病援助活動の現状を調査し, 22保健所5支所より回答を得た(回答率90%)。

3. 調査結果 1). 岸和田市(人口18.0万人)における難病患者の把握(57年1月実施)。57年度に医療費公費負担を申請した難病患者は51名であった。54年11月までの新規申請者18名と過去に申請があった者を加えると77名が保健所資料より把握された。54年に市の難病見舞金を申請した患者は61名で, そのうち保健所の資料から把握されていなかった者は11名であった(男4名, 女7名。パーキンソン病4名, パーキンソン病3名, MG2名, SLE, スモン各1名)。身障者手帳交付台帳より難病に該当する病名の記載のある者を30名見出すことが出来た。このうち保健所資料から把握されていなかった者は20名であった(男14名, 女6名。1級6名, 2級7名, 3級5名, 4級2名。パーキンソン病6名, パーキンソン病, スモン, ALS各3名, 脊髄小脳変性症2名, 多発性硬化症, 強皮症, 大動脈炎症候群各1名)。3種類の資料より実数105名の難病患者を把握したが, このうち57年度公費負担申請者は49%であった。

2) 吹田市(人口33.2万人)における難病患者の把握(58年1月実施)。56年度公費負担申請者は118名, 57年市見舞金受給者は180名であった。患者実数では241名となり, 公費負担申請から把握された患者は, 全体の49%であった。年齢構成をみると, 公費負担申請者では19歳以下25%, 20~64歳75%, 65歳以上0%で, 市見舞金受給者では, 19歳以下8%, 20~64歳68%, 65歳以上23%であった。

両市の調査結果より, 65歳以上の老人医療対象者と身障者手帳1・2級受給者(ともに公費医療を受給)が, 保健所の資料からは把握しがたいこと, 各種資料をあわせると公費負担申請数の約2倍の患者を把握しうることに注目される。

3) 府保健所27施設で, 57年1年間に保健婦が実際に訪問した難病患者は207人で, のべ590回の訪問が行われていた。訪問対象数は人口10万対4.51人で, 公費負担申請数人口10万対46.9人(56年度)の約10%に相当する。また590回の訪問は, 27施設の1年周訪問件数47,116回(56年)の1.25%に相当する。訪問患者の把握方法では, 公費負担申請による者が177人(86%), 他機関からの紹介30人(14%)であった(難病相談室10人, 医療機関5人, 市福祉4人, その他・不明11人)。他機関からの紹介群では, 若年者が少なく高齢者が多く, 身の回り要介助とねたきり患者が多いという特徴が認められた。公費負担申請を受け付ける際の対応方法では, 27施設中, 「原則として保健婦が面接し状態を把握する」4ヶ所, 「必要に応じ保健婦等が相談を受けける」18ヶ所, 「事務職員のみで対応」10ヶ所であった。今後, 難病患者の訪問活動を進めていく上で重要なと思う条件では, 訪問援助の実際的な方法の助言者と, 地域の医療機関・市福祉との連携を挙げる保健所が多かった。

○浅井芳子(都立神経病院、医療相談室)  
 中村和子( )  
 川村佐和子( )

自宅で嚥下障害を克服する為、経管栄養法を実施し、精神的自立としたALS患者における指導点は次の通りであった。① 患者の理解を助け、不安を少なくした。② 頻回に訪問し、質問に徹底して答え、患者が自己管理できるように共同作業により技術伝達した。③ 自宅にある食品を用いて、流動食を調理した。(患者自身の意見と入れ、調理参加もした。)④ 家庭介護者指導も患者指導同様行った。

病状の経過 患者:男性67才 病名:ALS 介護者:妻 医療:専門病院通院

| 発症    | 2年前        | 1年半前                         | 1年前                  | 6ヶ月前                       | 半月前                                     | 現在                         |
|-------|------------|------------------------------|----------------------|----------------------------|-----------------------------------------|----------------------------|
| 症状経過  | 言語障害に気付く   | 言語障害進行し家族は患者の言葉理解困難となる。会話時流涎 | 顔面筋力低下常時。涎が多い。仕事をやめる | 四肢の筋力低下痰がのどにたまり。指を入れ。紙で取る。 | 歩行時ふらつく。水分摂取が困難(むせる)嚥下力なく。上を向いて食物と流し込む。 | 首が重い痰がつかえる四肢筋力さらに低下し。通院不可能 |
| 嚥下の状態 | 食物を飲み込みにくい |                              | 食べる事が大変に困難になる。       | 口に入れた物がすぐ出ましまいい何回も入れる。     |                                         |                            |

在宅診療班の援助

| 在宅診療開始    | 1日目                                                 | 3日目 午前                                                                               | 午後                      | 4日目 電話連絡                                                      | 6日目                           | 14日目                 |
|-----------|-----------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|---------------------------------------------------------------|-------------------------------|----------------------|
| 患者の状態     | 口渇、首が重い<br>空腹、痰咳出困難<br>脱力感が強い                       | 経管栄養法についての不安が大きい                                                                     | 経管栄養法となり、流動食注入後徐々に満腹となる | 胃ゾンデに慣れる<br>励げます                                              | 口渇、空腹感なくなり、力がついてきた<br>顔色良好となる | 経管栄養法にすっかり慣れる        |
| 患者への援助    | 在宅診療班の説明(専門病院の医師の巡回、看護職、心理、福祉担当者の訪問指導、薬剤、物品の供給について) | 経管栄養法についての不安、疑問に対して納得のいくまで説明。家族と同じ食事内容の流動食を注入可能。体力がつかう事等を繰り返して話し解を得る                 |                         |                                                               | 食事量を少し増量する                    | ゾンデ交換と自分でできるような技術指導。 |
| 妻へ指導      |                                                     | 自宅にある食品を用いた流動食の調理と共同作業で指導                                                            |                         | 調理法技術の再確認                                                     | 患者の嗜好を考慮し、多種食品を調理する事を説明する     | ゾンデ交換技術と習得する様指導      |
| 食事内容 一日の量 | カステラ3切<br>牛乳300cc<br>コーラ190cc                       | カステラ1切、牛乳560cc<br>食パン1枚半、卵2コ、アミノール20g、大根、にんじん肉を少量、ほうれん草味噌汁                           |                         | 牛乳560cc<br>カステラ1切、プリン1コ、食パン1枚半、卵2コ、アミノール20g、チーズ15g、豆腐、肉、野菜、果物 |                               |                      |
| 訪問者       | 心理・看護職                                              | 心理・看護職                                                                               | 医師、福祉心理・看護              | 心理                                                            | 看護職                           | 医師・看護                |
| 物品の供給     | 吸引器(貸与)                                             | 自費購入:胃ゾンデ、栄養チューブ、ボトル、注射器、聴診器。<br>(上記の物品は相談室で一括購入し、必要に応じて分売する)<br>薬剤:アミノール、キシロカインゼリー。 |                         |                                                               |                               |                      |

ホームヘルパー難病ケア研究会  
 ○野辺英子(三鷹市) 沼田初枝(青梅市) 他一同

重度の身体障害者の多くは、閉鎖的で生きがいを失いがちな生活をしている。苦しい中でも、生きることにより喜びを感じられるように、ホームヘルパーは懸命にとり組んでいる。そのとり組みの1つに、自助具の工夫がある。自助具は、ヘルパーが工夫したもの、障害者やその周囲の人々が工夫したものであるが、日々の生活の中で、「これだけはどうしても独力でやりたい」という強い意欲から生み出されてきた物が多い。研究会では援助している人達と主な自助具を集めて交流した。食事の工夫2点、衣服の工夫1点、移動の工夫1点、排泄の工夫1点、コミュニケーションの工夫1点、である。これらは他の障害の入達にも応用出来るので、お互に発表しあったあと、写真集を作り、誰でもすぐ分かり、作ったり利用したりしやすくした。以下6点について表にまとめた。

| 自助具名                        | 自助具の説明                                                                                | 利用者の状況        |     |    | 利用目的                   |
|-----------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|---------------|-----|----|------------------------|
|                             |                                                                                       | 病名            | 年齢  | 性別 |                        |
| ①<br>マナ板と皮むき器               | ありあわせの板に釘を1本うち、それに野菜を差して小さい包丁や皮むき器を使うと、片手でも皮がむける。                                     | 片マヒ           | 70才 | 男  | 料理好き                   |
| ②<br>牛乳フタ付ストロー              | 牛乳びんのかたの真中にストロー(ビール管)を通して使用する。                                                        | 脳性小児マヒ        | 10才 | 男  | 寝たまま、水分をとりたい。          |
| ③<br>後あきスカートと足輪             | 後あきのスカートを作り、前中央に安全ピンをつけそれをくゆえて、ベットのわきの容器に立つたまま、排尿する。太もも、に布で作った足輪をはめると下腿に尿が伝わらない。      | 背髄 損傷         | 38才 | 女  | 両手マヒだが日中単身、一人で排尿       |
| ④<br>チャック付車いすと巻きスカート<br>の工夫 | 車いすの背に横開きにチャックを付ける。まは下着をつけず、巻きスカートは後開きに着用し尻を出しやすくして、差し込み便器を車いすの背より入れる。道端でも目立たずに処理出来る。 | 背髄 腫瘍         | 38才 | 女  | 頻尿のため車いす上での便器利用を容易にする。 |
| ⑤<br>ベット上で起座器をとり輪           | 手芸用の輪をひもでつなぎ、ベットの欄に結びつけ、手で少しづつたぐることで、起きられる。                                           | リュウマチ         | 50才 | 女  | 独力で起き上りたい。             |
| ⑥<br>指示棒つきメガネ文字盤            | めがねにつけ圧割ばしで、文字盤を指示し、まわりの人とコミュニケーションをもつ。                                               | 筋委縮性<br>側索硬化症 | 45才 | 女  | 四肢機能言語不能意志表示のため。       |

まとめ ヘルパーの仕事も、相互に検討しあい、共通のことからまとめて、誰でも利用できるようにすると仕事がしやすくなることを学ぶ。今後も仕事の検討、まとめを続けていきたい。

38. 10年間ねたまり主婦が主婦の座をとりもどすための援助

西山真沙予（園分寺福祉事務所）

(M母の現状況)

- 55年 - 50才
- 発病後 - 10年
- 障害 - ねたまり
- 1戸建 個室有
- 家族
  - ┌ 夫 - 52才
  - ├ 長男 - 21才
  - └ 長女 - 13才

発病後、6年目にヘルパー担当、訪問する。夫の考案のトイレつきベットのコーナーで日中単身。一応は自力で生活をしている。週2回の訪問でM母が愚考はしつかりし言語もほとんど通じるのに無気力なことに気がつく。家族は最依の事はやつてくれるが精神的にあまり温かくなく家族の荷物になっている感慮がこのような立場になつた様子。なんとか生きる楽しさを持つていたげないかと福祉事務所のケースワーカー、訪問診療をつづけてくれる医療グループの指導の中で働きかけた。特に衣食住のうち、食の部分が家族に主婦の立場を表現しやすいと考えた。少しずつであるが自己に自信を持ちはじめ主婦の座をとりもどしつつある事例を報告する。

(ヘルパーの援助と本人、家族の変化の経過)

|                          | ヘルパーの援助                    | 本人の変化                                                                                                                         | 家族の反応                                                                                                    |
|--------------------------|----------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1期<br>55/4<br>5<br>55/8  | 全介助で温かい食事の援助               | 野菜スープ、レモンミルク等。適温にて味わう。「私は家の事は解りません。総ておまかせします。」終日、ベットの中→ベットで座位→居間のソファへ移動⇒外気浴                                                   | 息子と夫は1日交替で夜の料理を担当。娘は夫に教えられ、ソーメンをゆで、つけ汁は味の素、醤油、酢、水をませ食べていた。夫、「頭がだめだから何をやつても意味がない。」                        |
| 2期<br>55/9<br>5<br>56/4  | 車イスで庭へ出て、緑の中で食事する。         | マカロニサラダ、ホワイトシチュー、フランス風スープ等。車イスで庭へ→草花に関心⇒時節いっぱい外へ⇒思考が広がり日常の事が細かく会話も多くなる。                                                       | 夫、「家族の世話になつているのに大きな顔をするな。」                                                                               |
| 3期<br>56/5<br>5<br>58/1  | M母に指示されてから料理する。            | 切り干し大根煮付、ひじき煮付、肉じゃが等。料理は夫に相談しないと洗まりぬ。庭を見て、夫、子供に洗濯の干し方ベランダの掃除等の指し示開始。                                                          | M母の家族に対する家事の指示に家族は馬耳東風。                                                                                  |
| 4期<br>57/2<br>5<br>57/12 | 台所の材料を伝え、メニューを考えるように働きかける。 | ピーマンの肉づめ、ギョウザ、ワカメ三杯酢等。台所のイスへ移動し冷蔵庫、戸棚を点検、新製品の食品へ理解、ラジオの季節の材料を聞く。家族に買物を頼む。家族にいつてもやらない事は必要ならくり返し頼む努力。                           | M母の指示の買物。息子、「以前の母はばくに何もいわなかつたが最近ばばくの行動にうろたひ。」娘、「ママは寝ていて家の中が見えないのに何でも知つていて不思議。」夫が初めて車イスでM母を庭へ出し専らと会話を始める。 |
| 5期<br>58/1<br>5<br>58/5  | M母の手に代わり作業、M母の考えた料理作りは徹する。 | 鳥のピカタ、竹輪の中華風炒め、春野菜煮メ、酢みそ和え、右い乾のりぞ佃煮等。インゲンの筋とり、菜ばしでボールの中の料理をませる。料理もつけ合わせ弁当のお菜と4~5種になる。好物を作り1人食べる楽しさも生れ食慾もどる。掃除、洗濯等、具体的に家族へ指し示。 | M母の指示は口答えをしながらも固くようになる。夫、「食事時にママの作つたものを残してはいけなぬ」と息子といい合いをしていた。」息子、「母の味を楽しみにしている。」                        |

入院をくり返す77才の母と二人暮らしの相欠き  
障害者への援助

牧 紀子 (武蔵野市役所 障害福祉課

ホームヘルパー)

〈はじめに〉 重度身体障害者の家族介護者である親が老令化し、健康障害を持つ場合、家庭奉仕員が生活援助して行く上での課題は大きい。母と二人暮らしの事例への7年間の援助を報告する。

〈事例〉 52才、女性、CP。母(77才、腰痛症、難聴、心疾患)と二人暮らし。母はS50年脊椎圧迫骨折のため5ヶ月入院。母退院時から本人歩行不能になる。S51.3 しびれ、圧迫感発作のため一週間入院。以後相欠き、発作頻回。全面的に介助を要する。同居していた第一家の転居による転居。唯一の介護者となる母は腰痛で介護力低下。難聴。本人は言語がはつきりせず。二人の間の会話がうまく行かず、生活不安非常大。S51.5 家庭奉仕員派遣開始。その時々事情により派遣回数増減あり。現在は市の家庭奉仕員、都の家事援助者週に各二回訪問、本人の介助・母への援助に当たっている。7年間に家庭奉仕員派遣 込670回

〈まとめ〉 CPも加齢により障害が重症化する場合がある。親も老令化し介護力が低下するだけではなく、被介護者になる。この様相状況の中では、家庭奉仕員の援助に対する期待は非常に大きい。表。本人・家族の状況変化と家庭奉仕員の援助

| 時期                | 本人の状況                                                                                                                                                                                            | 家族の状況                                                                                                                                   | 家庭奉仕員の援助                                                                                                                                                             | 援助頻度 |
|-------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|
| 援助開始(51.5.4)      | <ul style="list-style-type: none"> <li>機能回復訓練に意欲的に取り組むが疲労大。発作回数は減少。</li> <li>機能徐々に回復(食事→ベッド上、座位可・新聞、本を読む・寝返り可)</li> <li>発作は心因性と医師の説明を受ける。</li> </ul>                                             | <ul style="list-style-type: none"> <li>S51.7 第一家転居。母と本人の二人暮らしになる。</li> <li>母は本人の発作に対処出来ず不安大。介護時腰痛。</li> <li>本人の入院を希望。</li> </ul>        | <ul style="list-style-type: none"> <li>S51.5 家庭奉仕員派遣開始。二人共警戒心が強いが、1ヶ月程で全面的に介助を任せられる。保健婦と同時訪問→シャワー浴する。</li> </ul>                                                     | 1回/週 |
| 生活拡大(52.4.53.12)  | <ul style="list-style-type: none"> <li>痛み、しびれはあるが生活拡大に積極的。(編物、買物、コーラスグループ参加・合宿、ボランティア、アとの交流)</li> <li>更に機能改善(食事・衣服着脱自立・ベッドの上げ下げ降り、いざり道具可に・腰を支えられれば立つ等)</li> <li>S53春・生活寮建設に仲間と活動</li> </ul>      | <ul style="list-style-type: none"> <li>母・比較的元気な時期。全面的に奉仕員を信頼し仕事任せ、自分の時間を持つようになる。</li> <li>S53夏、母腰痛症とヘルニアのため家事不能。介護力低下。</li> </ul>       | <ul style="list-style-type: none"> <li>外出介助(デパート等)</li> <li>入浴介助(オシエキ・2人派遣による手確保等)</li> <li>S53.7、入浴シャワーを制限される(2階)清拭も行い</li> <li>トイレ介助(便器を口抱かすトイレまで連れて行く)</li> </ul> | 2回/週 |
| 家族状況悪化(54.1.57.8) | <ul style="list-style-type: none"> <li>S56.1~3、E病院入院(緊急一時保護)以後、いざり道具、立つ等不能に</li> <li>S57.1市の施設に5日向入院(緊急一時保護)。S57.4再度5日向入院。</li> <li>膝関節の支え強度に2週間不能の療養。診断「右股関節脱臼」</li> </ul>                      | <ul style="list-style-type: none"> <li>S56.1母入院(左下肢神経痛・胃潰瘍→55日向)</li> <li>S57.1母背部痛・胸部痛のため家事不能</li> <li>S57.4母疲労大・本人のトラブル頻発。</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>清拭・シャワー浴・洗髪等介助する。</li> <li>皮膚弱く、爛れ・床ずれ等出来やすい。</li> <li>掃除・洗濯・買物等も加わり仕事も多くなる。</li> </ul>                                       | 2回/週 |
| 本人の状況悪化(57.8)現在   | <ul style="list-style-type: none"> <li>S57.8~12 N病院入院(しびれ、痛み増大、右股関節脱臼手術のため)</li> <li>S57.12 A病院入院18日間(腎益美)</li> <li>以後、機能低下(術後、右足パンプラ・補足具により固定、おれり(深き)痛みあり座位困難に→家事時以外は相欠き、オムツ使用、褥瘡あり)</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>母・週1~2回本人に面会に行く。以外の日休養、少し元気になり。</li> <li>母・介護に自信がなくなり患者に訴え援助を要請。</li> </ul>                      | <ul style="list-style-type: none"> <li>本来は母本人入院中は派遣中止する所であったが、母は弱体化のため引き続き訪問。</li> <li>家事援助、本人介助(全身清拭・褥瘡守具・通院介助)。</li> </ul>                                         | 2回/週 |



ホームヘルパーの援助により10年間外出不能だった  
主婦がデイ・ケアセンターへ通所するまで

○江田雅子(東大和市福祉事務所)

〔対象〕43才主婦 小脳失調及び右上肢、両下肢麻痺にて、歩行不能。身障手帳1種1級。

〔家族の状況〕夫、子供2人、実父との5人家族。出産後の後遺症で身障の身となり現在までの10年間で3回脳腫瘍の手術を受けたが状態は変化なく、日中単身でうとうと眠っている状態で一日を過ごす。〔ヘルパーの援助〕本人の介護、家事は夫と子供で分担しているが、本人や家族の心理的不担当を考えた時、地域社会との関わりが全くなさない、現状を変えていく必要性を感じ、デイケアセンターへの通所、民生委員、ボランティアへの働きかけ等地域に住む一人の障害者が暖かく人間らしい生活を送れることを目的とした記録です。現在まで37ヶ月、延べ302回、ヘルパー4人、交替で訪問。福祉の現場にいる者として感じることは絶えず問題意識をもち、相手か何を求め、何を援助することが一番大切かを考えCWとも連携をとりながら誠意をもって望むことが大切だと思う。 妻、ヘルパーの援助と本人、家族の変化、地域社会の動き。

| 年月           | ヘルパーの考え                                                                                                        | ヘルパーの援助                                                                                                                                                            | 地域社会の動き                                                                                  | 本人家族の反応                                                                                                              |
|--------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 55年<br>5月    | <ul style="list-style-type: none"> <li>社会との交流をさせたい。</li> </ul>                                                 | <ul style="list-style-type: none"> <li>家族構成を考え、家庭料理の味を大切にしたり料理を工夫する。</li> </ul>                                                                                    | <ul style="list-style-type: none"> <li>福祉事務所係長</li> </ul>                                | <ul style="list-style-type: none"> <li>夫は食事造りのよりデイケアセンターへ働きかけをしていく。</li> </ul>                                       |
| 12月          | <ul style="list-style-type: none"> <li>デイケアセンターの利用はできないだろうか。</li> <li>室内に手すり、浴場に入浴シートがあれば、生活範囲が広がる。</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>民生委員へ安全確認を依頼。</li> <li>本人のトイレ介助</li> <li>本人に代り受かまつハイキング行事へ参加する。</li> <li>手すりつけた夫に近し、製品を紹介する。</li> <li>入浴用品を紹介する。</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>センターへ働きかけをしていく。(老人ではないので対象にならない。)</li> </ul>      | <ul style="list-style-type: none"> <li>夫は食事造りのよりと要望。</li> <li>借家のこと、できない。</li> <li>高価なもののため購入しにくい。</li> </ul>        |
| 56年<br>1月    | <ul style="list-style-type: none"> <li>子ども達がさびしい思いをしないうように元を配る。</li> </ul>                                     | <ul style="list-style-type: none"> <li>歯科治療のため車椅子で通院介助をする。</li> <li>子ども達とおハツをつくる。</li> <li>子どもの話を聞いてあげる。</li> <li>宿題をみてあげる。</li> </ul>                             | <ul style="list-style-type: none"> <li>福祉事務所ケースワーカー、ヘルパー、夫とりハビリ訓練について話し合いをもつ。</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>本人6ヶ月間入院する。退院後も本人変化なし。</li> </ul>                                             |
| 57.11<br>12月 | <ul style="list-style-type: none"> <li>社会との交流の必要性を痛感する。</li> </ul>                                             | <ul style="list-style-type: none"> <li>再びデイケアセンターへ働きかける。(本人の受療経過と自宅生活の経過について説明する。社会との交流の必要性を説明する。)</li> </ul>                                                      | <ul style="list-style-type: none"> <li>ヘルパーが判断のため訪問。</li> </ul>                          | <ul style="list-style-type: none"> <li>本人が居宅または通所よりハビリ訓練ができないだろうか。</li> <li>本人、家族はデイケアセンター通所を強く希望</li> </ul>         |
| 58年<br>2月    | <ul style="list-style-type: none"> <li>バス停までの送り迎の人手確保が必要である。</li> </ul>                                        | <ul style="list-style-type: none"> <li>通所のための送り迎えについて4人のヘルパーと話し合いをする。</li> <li>ヘルパーの訪問日をセンター利用日に合わせ、交替で送り迎えにあたる。</li> </ul>                                        | <ul style="list-style-type: none"> <li>通所が可能となる。</li> <li>朝の送りのみボランティアの協力を得る。</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>夫は車椅子が通りやすいように門をなす。</li> <li>長男は春休み、送迎に協力する。</li> <li>本人元気に訓練にかよう。</li> </ul> |
| 3月           |                                                                                                                |                                                                                                                                                                    |                                                                                          |                                                                                                                      |

41.

気管切開して脳外科を退院した患者の入浴援助

1. ホームヘルパーとの連携によるMSWの援助

○水上 瑠美子 (都立神経病院)

川村 佐和子 ( )

はじめに 気管切開創と褥瘡を有する自宅療養患者の安全な入浴を実現するにあたって、MSWが行なった、専門病院の医療職とホームヘルパーとの連携への取り組みの報告である。

事例紹介 Kさん42才は52年11月、脳動脈瘤破裂でF病院に入院、53年12月自宅退院した。妻は自律神経失調により発汗の多いKさんを、入浴させたい希望が強く気管切開創のあるKさんの入浴をいかに安全に実施するかが自宅療養生活を送るうえでの一つの重要な課題であった。

表1 生活情况及びMSWの援助

|        | 身体状態の変化                                                                                                                         | MSWの援助                                                                                                                                                   | 本人の生活の変化                                                                                                                                         |
|--------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 53年12月 | <ul style="list-style-type: none"> <li>○四肢機能障害</li> <li>○寝たきり全介助</li> <li>○会話不能</li> <li>○気管切開創あり</li> <li>○仙骨部褥瘡あり</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>○吸引器貸出し、滅菌ガーゼの供給、褥瘡処置、褥瘡予防マット使用等の指導に相談室内の保健婦の協力を求めた</li> <li>○ヘルパー派遣の協力を得た</li> <li>○保健所保健婦へ訪問指導の協力を得た</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>○退院、自宅療養の開始</li> <li>○相談室のMSW、保健婦の訪問援助が始まった</li> <li>○ヘルパー派遣された</li> <li>○子供を突発よりひきとり生活に明るさが出た</li> </ul> |
| 54年3月  | <ul style="list-style-type: none"> <li>○褥瘡少し悪化</li> <li>○声を出すようになった</li> <li>○座位が独力で15分続かなくなった</li> </ul>                       | <ul style="list-style-type: none"> <li>○M病院を訪問して、主治医からの往診依頼書を届けた</li> <li>○常時主治医との連絡をとり指示を得た</li> <li>○諸手当、年金受給の手続を指導した</li> </ul>                       | <ul style="list-style-type: none"> <li>○保健所保健婦の訪問があった</li> <li>○M病院の往診が開始された</li> <li>○ヘルパー交替した</li> <li>○ベッド貸与された</li> </ul>                    |
| 54年8月  | <ul style="list-style-type: none"> <li>○よく笑うようになった</li> <li>○褥瘡治癒した</li> <li>○いざりの移動が少し出来るようになった</li> <li>○反応が敏速になった</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>○浴室増築など住居改善にあたって具体的な方法を指導した</li> <li>○妻やヘルパーとの連絡を密にして、Kさんの状態の変化を敏速に把握出来るようになった</li> </ul>                         | <ul style="list-style-type: none"> <li>○重度手当、障害年金受給により家計にいくらか余裕が出た</li> <li>○浴室増築し、入浴始まった</li> <li>○座位で子供とボール投げが出来るようになった</li> </ul>             |

表2 入浴にあたってのMSWとホームヘルパーの連携

|          | 浴室の増築にあたって                                                                                                                                                   | 入浴にあたって                                                                                                                               | 入浴後                                                                                                                                         |
|----------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| MSWの援助   | <ul style="list-style-type: none"> <li>○主治医と連絡をとり、入浴の許可を得た</li> <li>○相談室内の保健婦に協力を求めた</li> <li>○都住宅局に事情説明し、増築許可を得る。手続の方法を知った</li> <li>○妻に手続の手順をつけた</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>○相談室内保健婦に指導の協力を求めて気管切開創に湯水が入らない方法を工夫した</li> <li>○リハビリへ働きかけて座位保持など機能訓練の指導を受けられるようにした</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>○相談室内保健婦の協力を得て、褥瘡処置、処置に必要な滅菌ガーゼの供給等を行なった</li> <li>○常に主治医に報告、次の指示を得るようにした</li> </ul>                  |
| ヘルパーへの協力 | <ul style="list-style-type: none"> <li>○増築にあたっての経過を連絡した</li> <li>○浴室設計上の工夫(介助のしやすさ)について、保健婦が同行訪問してアドバイスした</li> </ul>                                         | <ul style="list-style-type: none"> <li>○主治医の指示の上で保健婦が同行訪問して指導した</li> <li>○主治医の指示の上で、リハビリPT同行訪問して指導した</li> </ul>                       | <ul style="list-style-type: none"> <li>○主治医の指示の上で保健婦が同行訪問して指導した</li> <li>○同行訪問時や電話により常に情報交換した</li> <li>○相談室を窓口にして主治医の指示が伝わるようにした</li> </ul> |

まとめ 本事例のように、高度の医療処置を必要とする患者の自宅療養生活への援助(例えば入浴介助)には、専門病院医療職とホームヘルパーとの緊密な連携が必要不可欠である。

関口清子 (入玉子福祉事務所)

Kさん(分オ)は気管切開創、褥瘡のある寝たまり重度障害者である。住居はテラスハウス式都営住宅で浴室はない。妻は発汗の多いKさんの為に浴室の増築を計画。ヘルパーは妻から相談を受けて、介助の容易さの面から浴室設計に協力した。また、入浴の実施は通院中の病院の医師、保健婦、医療ソーシャルワーカー、リハビリ、からの指示指導を受けた。

表I 浴室設計および入浴介助についての工夫と援助

|          | 浴室増築進行状態                                      | 患者の状態                                                                                                                                               | ヘルパーの援助、工夫                                                                                                                                                                                                                       |
|----------|-----------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 浴室増築の準備期 | 4月<br>浴室増築の申請<br>をす<br>5月<br>許可あり<br>6月<br>着工 | <ul style="list-style-type: none"> <li>○寝たまり、四肢機能障害</li> <li>○座居保持困難</li> <li>○気管切開創がある</li> <li>○褥瘡がある</li> <li>○手が届かない</li> </ul>                 | <ul style="list-style-type: none"> <li>○折込み式ドアによって入口の広さや南床の容易さをはかる。</li> <li>○洗い場を高くして車椅子からの移動が楽な方法を考える。</li> <li>○浴室が家屋から離れている為移動困難を考慮して接続部分(廊下)をつけることを提案する。</li> <li>○入浴時の介助を容易にする為、手足の機能訓練とする</li> </ul>                      |
|          | 8月<br>浴室完成                                    | <ul style="list-style-type: none"> <li>○発汗が多い</li> <li>○褥瘡良くなつてくる</li> <li>○手を開きパイプが握れる様になる</li> <li>○独がでの座居保持が可能となる</li> <li>○食事、水分にむせる</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>○浴室までの移動に(家屋→庭→浴室)車椅子を使うが50cmの段差があり困難。妻と二人で抱えて運ぶ。</li> <li>○木の椅子を使うが安定悪く壁を背に床に足を伸ばして直角に座居を取らせる。</li> <li>○横転を防ぐ為に手の届く位置にパイプをつけた。</li> <li>○洗い方に工夫をする。(すべり止マットを背にあて身体を前後に分けて洗う)</li> </ul> |
| 入浴開始期    | 10月<br>家屋との接続部分(廊下)完成                         | <ul style="list-style-type: none"> <li>○いざつて廊下からバットまで行ける(2人位)</li> <li>○褥瘡治癒</li> </ul>                                                             | <ul style="list-style-type: none"> <li>○気管切開創に湯(水垢)が入りまなり工夫をする。</li> <li>○身体があたたまるとシャワーと手桶で湯水をかけ続ける。</li> </ul>                                                                                                                  |

表II 入浴時の注意と工夫、対応

|     | 注意を要する点      | 工夫、対応                                                                                                                                                                           |
|-----|--------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 入浴中 | 気管切開創がある。    | <ol style="list-style-type: none"> <li>① 湯水が気管に入るのを防ぐ(ガーゼ付絆創膏の上からサラシラップをテープで止める。下を開けること。長マに注意する。</li> <li>② 湯水が流れまなり体位をとらせる。(深めに座居を保つよう注意する)</li> <li>③ 湯水のかけ方に注意する。</li> </ol> |
|     | 座居でも転倒しやすい。  | <ol style="list-style-type: none"> <li>① 足を伸ばして座居を取らせる。腰を直角に安定した。</li> <li>② すのこを敷いて座る。</li> <li>③ 壁と背の間にスポンジマットを入れすべり止めにする。</li> </ol>                                         |
| 入浴後 | 気管切開創や褥瘡がある。 | ① 入浴後たぐちに医療機関の指導どりに消毒をする。                                                                                                                                                       |
|     | 水分を補給する。     | <ol style="list-style-type: none"> <li>① エンド困難あり。むせるのに注意する。<br/>(水飲を使って口の奥の方で飲みこむ速座に合せ注入する)</li> </ol>                                                                          |

まとの 気管切開創をもつ重度障害者の入浴を実現する為ヘルパーの工夫と実際をまとめた。

#### 43. 骨壊死症を合併したスモン患者について (第1報)

○片 平 洸 彦 (東医歯大・難研臨床薬理)

二ノ宮 節 夫 (東大医・整形外科)

小 林 高 義 (東医歯大・神経内科)

##### 目的

スモンの合併症についてはこれまで多くの報告があるが、厚生省の特定疾患 (調査研究) に指定されている特発性非感染性骨壊死症 (以下「骨壊死症」) についての詳細な報告は、されていない。筆者らは骨壊死症を合併したスモン患者の実態を明らかにすることを目的に、1982年度はその一部につき症例調査を実施した。

##### 方法

(1) 厚生省骨壊死症研究班で把握しているスモン患者の調査 (1982年6月以降) (2) 全国各地のスモン患者団体への問合せ (1982年7月以降) (3) スモン調査研究班の昭和55年度研究業績に記された1症例の調査 (1983年2月) によって、スモン患者でかつ骨壊死症と診断されている症例につき、関係資料の閲覧や、可能な場合は患者本人への面接調査を行なった。

##### 結果

1983年2月迄に、スモンでかつ骨壊死症を合併している患者として、上記方法の(1)により3例、(2)により5例、(3)により1例、計9例の名前が挙げられた。このうち、診療録ないし骨壊死症調査票により、両者の診断が確定していることが判明した4例につき、以下に記す：①N.S., 男, 1928年生。1966年にスモン発症、入院を繰返していたところ、1972年頃より左股関節疼痛を訴え、1974年3月に骨壊死症の診断。ステロイド剤はプレドニゾン換算で1971年迄に3720mg、1981年迄に5380mg。現在股関節の可動域制限とスモンなどの症状があり、入院中。②N.N., 男, 1938年生。1969年にスモン発症。1971年夏頃から股関節痛が生じ、1972年2月右大腿骨骨腫瘍の疑いでO大受診、後に骨壊死症と判明。ステロイド剤は1969年に233日間、総量プレドニゾン換算で2985mg服用。1979年5月左人工関節全置換術を受けたが痛みが続いており、右側の手術を拒絶している。③Y.Z., 女, 1938年生。1969年にスモン発症、治療のためステロイドを8ヵ月間、プレドニゾン換算で4127.5mg服用。1970年4月「多関節痛」、1973年8月「両膝内障」、1974年11月「腰椎々間板症」そして1975年5月「骨壊死症」の診断。股関節等の痛みの増大・緩和の繰返して、現在入院中。④M.E., 女, 1919年生。1967年スモン発症。1977年5月より右腰仙部に痛み、1978年1月右股関節疼痛、1979年12月「右股関節壊死」、1980年2月S大で右人工関節全置換術を受ける。ステロイド剤の服用は不明で、2才の時先天性股関節脱臼の病歴あり。現在寒冷時に痛み。

##### 考察

骨壊死症は、近年発症が急増している疾患として整形外科の領域で注目を集め、1973年と1977年には日本整形外科学会での疾患をめぐるシンポジウムが開かれ、また1975年から厚生省の調査研究対象の特定疾患として調査研究班が組織され、研究が続けられている。この厚生省研究班の報告<sup>1,2)</sup>では、本症は1960年頃から増加し、1978年度末までに全国から1386症例が報告されている。疫学的特徴として、性・年齢別では20才代から50才代までの男性に多いこと、合併ないし基礎疾患としてSLEなどのいわゆる膠原病や、アルコール愛飲者を含む肝疾患、腎疾患などが多いこと、などが示されており、原因としてはアルコールの長期大量摂取などのほか、副腎皮質ステロイドホルモンの服用によりおこりうる事が指摘されている。

骨壊死症を合併したスモン患者の症例は、骨壊死症研究班では3例、スモン研究班では2例<sup>3,4)</sup>が報告されているが、その詳細は報告されておらず、またスモン研究班での全国規模の調査はなされていなかった。今回の調査では、スモンの患者会ルートの照会を中心とした調査により、骨壊死症を合併したスモンである可能性のある患者として9例の名前が挙げられたが、うち3例は骨壊死症の、また2例はスモンの診断が確認出来ていないため、両者の診断が確認出来た4例につきその概要を記した。

これら4例の中で問題となることの1つは、ステロイド服用と骨壊死症発症の因果関係である。症例4を除く3

例はいずれも骨壊死症発症前にステロイドを服用している。総服用量は平均をとれば3610mgで、従来のSLEや腎移植などの患者の平均服用量<sup>5~8)</sup>の半以下だが、個別にはこの程度、ないしはさらに少量の症例の報告も出されている。

ステロイドはスモンの治療にかつてかなり使われ、<sup>9)</sup>現在も一部では使用され続けているが、周知の如く多様な副作用があり、骨に対する影響としては、骨壊死症のほか、骨粗鬆症 (Osteoporosis)、病的骨折などが指摘されている<sup>10~12)</sup>。今後、スモン患者中の骨壊死症、ことにステロイド既往の骨壊死症の患者の割合と実態を調査すると共に、ステロイド療法がスモン患者に及ぼした、あるいは及ぼしている影響についても調査を深める必要があると考えられる。

## 結論

骨壊死症を合併したスモン患者の症例調査を行ない、1983年2月までに、2疾患の診断が確定している4症例を得て、その発症経過・治療歴・現症等につき検討した。

本調査に御協力いただいた国立療養所宇野病院の西谷副院長、およびI病院、O病院の関係の先生方に厚く御礼申し上げます。

## 文献

- 1) 二ノ宮節夫, 田川宏ほか: 特発性大腿骨頭壊死症に関する全国疫学調査最終結果報告, 厚生省特定疾患特発性非感染性骨壊死症調査研究班昭和52年度研究報告書, P. 19, 1978.
- 2) 田川宏, 二ノ宮節夫ほか: 特発性大腿骨頭壊死の研究, 厚生省特定疾患特発性非感染性骨壊死症調査研究班昭和54年度研究報告書, P. 127, 1980.
- 3) 西谷裕ほか: スモン患者の自立, 社会復帰のための計画 (第2報) (プロジェクト研究), 厚生省特定疾患スモン調査研究班昭和55年度業績, P. 48, 1981.
- 4) 花籠良一: スモン後遺症患者の合併症, 厚生省特定疾患スモン調査研究班療養分科会ワークショップ, 1982.
- 5) 真角昭吾: 副腎皮質ステロイド投与後におこる骨壊死症について, 日医会誌80(1) 39, 1978.
- 6) 泉田重雄, 石井良章ほか: 当院及び関連病院における特発性大腿骨頭壊死の再検討, 厚生省特定疾患特発性非感染性骨壊死症調査研究班昭和54年度研究報告書, P. 33, 1980.
- 7) 塩川優一, 橋本博史ほか: SLEにおける非感染性骨壊死症の臨床的検討 (第二報), P. 75.
- 8) 二ノ宮節夫, 宮永豊ほか: 大腿骨頭壊死を合併したステロイド使用基礎疾患の臨床像, 厚生省特定疾患特発性非感染性骨壊死症調査研究班昭和55年度研究報告書, P. 25, 1981.
- 9) 楠井賢造: スモンに対するステロイド療法の検討 其の一 従来の経験から, スモン調査研究協議会研究報告書 No. 2, P. 220, 1971.
- 10) 副腎皮質ステロイド剤の副作用, 新内科学大系, 第7巻, P. 27, 中山書店, 1976.
- 11) 杉本民雄: 副腎皮質ステロイド剤, 医薬ジャーナル, 15(9) 31, 1979.
- 12) 武田克之, 花川寛ほか: 副腎皮質ホルモン剤の効力と副作用, 医薬ジャーナル, 17(1) 87, 1981.

○青島恵子 寺西秀豊 加藤輝隆 窪田裕子 田中旨子  
加須屋 実 (富山医科薬科大学 医 公衆衛生)

1. 認定審査成立後の患者認定状況 (1967年~1983年) (表1)

イタイイタイ病 (以下イ病) 表1.

の認定登録制度は昭和42年より開始された。昭和42年から58年6月までの認定状況は表1に示した通りである。患者把握は、昭和42~43年に富山県が金沢大学の協力の下に、発地域及びその周辺地域の30才以上の男女について健康調査を実施し、健康調査第3次受診者とそれまでの調査で把握されていた患者を調査し、患者・要観察者を決定した(表内1, 2)。

昭和44年の要観察判定の大量解除と47年の要観察者の再判定(表内3)の事態については、石崎が報告している(環境保健レポート、36, 25, 1976)。

昭和58年4月20日に骨生検申請8名、剖検申請11名の計19名の審査をし、骨生検申請5名と剖検申請4名の計9名を認定した(表内4)。

2. 患者認定審査制度

富山県公害健康被害認定審査会は、①申請に基づく審査と②要観察者管理検診および住民健康調査の結果提出されたものについての判定を行い、知事が患者の認定を行う。イ病の認定条件は表2に示す通りである。

3. 患者認定をめぐる諸問題

認定条件のうち4)項の骨所見についていくつかの問題がある。明らかにX線検査において骨軟化症の所見(骨改変層)が認められても、患者認定されない例のあること。また本年より骨生検の結果が判定に用いられるようになったが、骨生検により骨軟化症の診断が下されても、X線検査に異常がない場合には認定されないなど、骨所見の判定条件が厳しくなっている。

イタイイタイ病患者及び要観察者年次別一覧表 (昭和58年6月22日)

| 区分<br>年 | 患者認定 |     |           | 要観察判定 |      |    |     |         | 年末<br>現在数 |
|---------|------|-----|-----------|-------|------|----|-----|---------|-----------|
|         | 認定   | 死亡  | 年末<br>現在数 | 判定    | 要観察  |    |     |         |           |
|         |      |     |           |       | 患者認定 | 死亡 | 解除  | 内訳<br>計 |           |
| 42      | 73人  | 3人  | 70人       | 155人  | 1人   | 2人 | 0人  | 3人      | 152人      |
| 43      | 44人  | 12人 | 102       | 33人   | 18   | 2  | 29  | 49      | 136       |
| 44      | 3    | 8   | 97        | 2     | 1    | 6  | 108 | 115     | 23        |
| 45      | 4    | 4   | 97        | 2     | 2    | 5  | 15  | 22      | 3         |
| 46      | 1    | 5   | 93        | 1     | 0    | 0  | 0   | 0       | 4         |
| 47      | 0    | 11  | 82        | 139人  | 0    | 4  | 0   | 4       | 139       |
| 48      | 1    | 2   | 81        | 20    | 0    | 10 | 16  | 26      | 133       |
| 49      | 3    | 12  | 72        | 7     | 2    | 6  | 9   | 17      | 123       |
| 50      | 0    | 7   | 65        | 4     | 0    | 4  | 20  | 24      | 103       |
| 51      | 0    | 6   | 59        | 5     | 0    | 2  | 3   | 5       | 103       |
| 52      | 0    | 9   | 50        | 4     | 0    | 8  | 0   | 8       | 99        |
| 53      | 1    | 1   | 50        | 4     | 1    | 6  | 6   | 13      | 90        |
| 54      | 0    | 5   | 45        | 1     | 0    | 6  | 0   | 6       | 85        |
| 55      | 1    | 4   | 42        | 3     | 1    | 9  | 10  | 20      | 68        |
| 56      | 1    | 4   | 39        | 1     | 0    | 7  | 0   | 7       | 62        |
| 57      | 0    | 5   | 34        | 4     | 0    | 8  | 0   | 8       | 58        |
| 58      | 9人   | 6   | 37        | 0     | 5    | 7  | 0   | 12      | 46        |
| 計       | 141  | 106 |           |       | 31   | 95 |     |         |           |

(富山県厚生部公衆衛生課「公衆衛生行政の概要」より)

表2 イタイイタイ病の認定条件 (47年6月20日環境庁通知)

1. イタイイタイ病患者

次の1)から4)までのすべての項目に該当すること。

- 1) カドミウム濃厚汚染地域に居住し、カドミウムに対する暴露歴があったこと。
- 2) 次の3)および4)の状態が先天性のものではなく、成年期以後(主として更年期以後の女性)に発現したこと。
- 3) 尿細管障害が認められること。
- 4) X線検査または生検によって骨粗しょう症を伴う骨軟化症の所見が認められること。  
この場合、骨軟化症の所見については、骨所見のみで確定できない場合でも、骨軟化症を疑わせる骨所見に加えて、次の2)に掲げる検査事項の結果が骨軟化症に一致すればこれを含めること。

2. 要観察者

前記1)のイタイイタイ病の認定条件のうち、4)の条件を欠く場合、将来イタイイタイ病に発症する可能性を否定できないので、要観察者として経過を観察する必要性が指摘されている。

45. 労働衛生学的にみた森永ニ素ミルク中毒被災者の健康障害とその対策について

小松病院 西谷宣雄

I はじめに

森永ニ素ミルク中毒事件発生以来、28年の時日が経過した。「14年目の訪問」やその後の健康調査によって知られている如く、その「後遺症」は決して過去の傷害の静止した「遺残症状」ではなく、成長の過程のなかで、変化し乍ら継続しつつあり、最近多くの被災者が動き始めると共に「労災・職業病の不安」を訴えている例も少くはない。ここでは健康調査などの結果から知り得た労災・職業病例を紹介し、はたらいっている被災者の健康管理について考えてみたい。

II 症例報告

これらの人々の就労状態並びに職業病例は表1、2、3に示す如くであるが、任意短・長時間労働に耐え乍ら小規模の事業場を転々として働いている例が多く、一定の必然性を以て労災職業病が発生しているのが認められる。

表3のうち、A、Bは、入社時「職場適応訓練」を受けているが、訓練期間中あるいは訓練終了後をわめて短期間に受傷し、労災の適用をうけるようになった。

Cは、「原病」の増悪し易い作業現場に働いた結果、症状の増悪をくり返した例である。

D、E、G、Hは、業務基因性を認め乍ら労災の適用を受けていない例である。

その効果として；A、Bの症例から、企業内での職場適応訓練などの実態調査をすすむ、災害防止のために「職場適応訓練制度」そのものについても再検討をすること。

Cの症例から、職場配置前の健康状態を正しく評価し、適正配置をすすめること。

その他、労災の適用を受けていない例からは、労働基準法ならびに労働安全衛生法があらゆる職場において正しく適用されることなほを緊急の課題として取り上げなければならぬ。

以上のごとく、これらの職業病例からは、働く被災者の健康状態について調査を続け社会人としての「自立と発達」をたすけるための「労働衛生指導」が行われることも含めて、労働衛生学的視点を明確にした救済活動をすすめてゆくことが必要となっている。

III 総括と結論

森永ニ素ミルク中毒被災者の健康障害は、事件発生後28年を経過した今日なお変化し乍ら継続している。とくに最近、被災者の多くが劣悪な労働条件のもとで働いており、必然的に労災職業病の発生が認められる結果を招いている。

困窮障害者年であるにも拘らず、任福祉政策のすすめられる社会的条件のもとで、被災者の健康を守り「社会人としての自立と発達」をたすける為には、労働衛生学的視眼に立った救済活動が、社会医学的に重視されなければならない時点に到達していると考えられる。

1. 事業所規模別就労者数

(人)

| 企業規模(人) | 男     | (%) | 女     | (%) | 合計    | (%) |
|---------|-------|-----|-------|-----|-------|-----|
| 1~29    | 534   | 31  | 324   | 22  | 858   | 32  |
| 30~99   | 268   | 16  | 217   | 21  | 485   | 18  |
| 100~499 | 312   | 18  | 171   | 17  | 483   | 18  |
| 500~999 | 120   | 7   | 69    | 7   | 189   | 7   |
| 1,000~  | 263   | 15  | 115   | 11  | 378   | 14  |
| 庁公府     | 201   | 12  | 119   | 12  | 320   | 12  |
| 計       | 1,698 | 100 | 1,015 | 100 | 2,713 | 100 |

3. 森永と森ミルの中毒被害者の職業病例

1983年 6月

| 性別  | 原病名                                      | 職種                                            | 職歴                                        | 職業病の内容                            | 職業病歴                                              |
|-----|------------------------------------------|-----------------------------------------------|-------------------------------------------|-----------------------------------|---------------------------------------------------|
| A 男 | 脳性マヒによる<br>体幹機能障害<br>(身障者手帳 5級)<br>アトピー型 | 製本会社 社内の印刷<br>" 裁断作業                          | 1978年7月～80年9月<br>入社時「職場適応訓練」              | (右の肩) 腰痛<br>(裁断機操作)<br>右中指骨折<労災>  | 1979年4月 腰痛発生<br>1981年10月                          |
| B 男 | 精神薄弱(軽度)<br>てんかん                         | 電設会社 電柱工事<br>製材所 { 製材作業 }<br>" { 切り作業 }       | 72年5月～77年4月<br>81年3月～82年3月<br>入社時「職場適応訓練」 | 下肢骨折<労災><br>外傷性肩関節炎< ><br>" < >   | 76年2月～10月入院<br>81年5月～9月入院<br>82年6月 " }<br>視力低下が続く |
| C 男 | せんえん (13才より)                             | 塗料会社 塗料の調製<br>電設会社 電柱工事<br>機械会社 塵埃の多い<br>現場作業 | 72年～76年6月<br>78年12月～80年3月<br>80年4月～80年11月 | せんえんの悪化<br>右足趾と肩関節<労災><br>せんえんの悪化 | 79年9月～10月入院                                       |
| D 男 | 精神薄弱(軽度)<br>てんかん                         | 仏壇製造会社<br>塗料作業(軒着剤)                           | 73年4月～80年12月                              | 有機溶剤中毒(?)                         | 78年8月 手足のしびれ<br>頭痛                                |
| E 女 |                                          | 司法書士事務所<br>タイピスト                              | 77年～                                      | 腰痛、拒食<br>神経性排尿障害                  | 78年発症                                             |
| F 男 | 椎間板ヘルニア<br>(17才の時手術)                     | 陶器店 陶工                                        | 79年5月～80年5月                               | 第5腰椎分離症<br><労災>                   | 80年3月 激痛                                          |
| G 男 | 脳性マヒによる四肢機能<br>障害<br>(身障者手帳 2級)          | 機械工具製作所 造出                                    | 81年4月～(休職中)                               | 右腕湿疹<br>(機械油皮膚炎)                  | 81年(略) 発生                                         |
| H 女 |                                          | パン工場                                          | 71年～                                      | 湿疹(10歳湿疹)                         | 72年(略) 発生                                         |

2. 休暇と転職について

|              |          | 全受診者(人)  |          |          |          |          |          |          |
|--------------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|
|              |          | 1～29     | 30～49    | 100～499  | 500～4999 | 1000～    | 平均       | 計        |
| 体調が悪いときの休暇取得 | 一度も休み    | 10       | 5        | 5        | 3        | 2        | 3        | 6        |
|              | 時に休み     | 21       | 23       | 18       | 20       | 22       | 16       | 20       |
|              | 無理していく   | 25       | 25       | 19       | 19       | 18       | 18       | 22       |
|              | あつたに休みない | 42       | 42       | 51       | 53       | 51       | 55       | 47       |
|              | その他      | 2        | 5        | 5        | 4        | 5        | 8        | 5        |
|              | (不明)     | 0        | 0        | 2        | 1        | 2        | 0        | 0        |
|              | 計        | 100      | 100      | 100      | 100      | 100      | 100      | 100      |
| 転職経験・転職回数    | 1回       | (47)     | (64)     | (62)     | (53)     | (66)     | (83)     | (56)     |
|              | 2回       | (21)     | (14)     | (16)     | (16)     | (17)     | (8)      | (18)     |
|              | 3回       | (15)     | (14)     | (13)     | (21)     | (15)     | (5)      | (14)     |
|              | 4回以上     | (11)     | (8)      | (9)      | (10)     | (2)      | (4)      | (12)     |
|              | 小計       | 44 (100) | 29 (100) | 20 (100) | 10 (100) | 12 (100) | 16 (100) | 27 (100) |
|              | なし       | 54       | 70       | 78       | 88       | 86       | 83       | 71       |
| (不明)         | 2        | 1        | 2        | 2        | 2        | 1        | 2        |          |
| 計            | 100      | 100      | 100      | 100      | 100      | 100      | 100      |          |



○西垣良夫, 飯島郁夫, 佐々木徳子, 松島松翠  
(佐久総合病院 健康管理部)

はじめに

3年前の第21回社医研総会において、農協組織を中心に組織されてきた健康管理推進協議会の現状と問題点、今後の課題について(「代表者による調整」から「活動の寄り集まり」へ)報告した。今回は現場の保健担当者が定期的に会議を開き、ヨコの連携を強めて地域の保健活動全般を推進してゆくことを志向した集団、「担当者連絡会」について報告し、今後の農村地域における保健活動をめぐる連携について検討する。

1, 方法 長野県下127農協と市町村との集団健康スクリーニングをめぐる連携の状況、及び担当者連絡会のある地域の保健婦、生活指導員などからの聞きとりアンケート調査による。

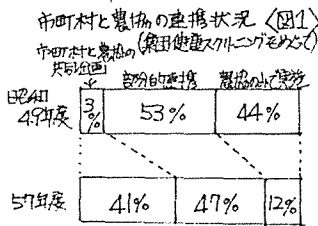
2, 結果と考察 農協と市町村との連携が近年すすんできた指標として、集団健康スクリーニングについて共同企画で取り組まれるところが昭和49年度は3%であったものが、昭和57年度には41%に増加し、部分的連携を含めれば88%にのぼる。当然のことながら共同企画の方が受診率が高く、その他の保健活動も広く行われている。

農村地域の保健予防活動を全般的に、組織的に行為に「上から」は各農協単位に健康管理推進協議会が作られてきたが、現状は形ばかりで実際は不十分な活動にとどまっているところが多い。そこで現場担当者が必要にせまられ、健診を始め地域の保健活動をすすめる為の連絡会が作られるようになってきている(24ヶ所)。連絡会の構成メンバーは、農協生活指導員、市町村保健婦、生活改良普及員が主であり(70%以上)、公民館主事、養護教員、保健所保健婦、地域医療機関の参加は限られた地区となつている(30%以下)。地域の保健、医療全般をリアルに把握するには各種の専門家の参加が必要であり、特に社会教育活動の担当者が加わることによつてダイナミックに地域全体が学習、調

査活動にとりこんでいる事例(長野県松川町)もある。住民団体の参加は現在は少数であるが、将来の方向としてはプロのみでなく、「下から」の保健活動の方向を強める為にも様々な地域住民団体も加わる必要があろう。連絡会の設置の目的、現状の評価としては、健診をめぐり調整、連絡をあげているのが90%以上、地域の保健全般についてのとりくみが50%、最も重要と考えられる地域住民の主体的な学習、調査、実践活動への援助についてはまだ一部分にとどまっている。

今後、a)地域保健担当者の集団として年間保健計画の調整、任務分担にさらに習熟し、リーダーシップを果してゆくこと、b)地域住民の保健についての悩みや要望を肌でくみとり、住民の学習、政策活動に援助してゆくこと、c)地域の公的な保健組織(健康づくり推進協議会など)の保健計画に活動が反映してゆくことなどが課題となろう。

今後の地域医療計画の民主的な審議の方向へ、「下から」まきかえす運動の一端ともなりうるべく努力が求められる。



開催の理由(表2)

| 理由                                               | 数         |
|--------------------------------------------------|-----------|
| 1. 相互に必要とする活動の調整のため                              | 22 (91.7) |
| 2. 各種の健康生活指導の重複を避け、一貫したサービスを提供するため               | 15 (62.5) |
| 3. 地域の保健問題をよりよく解決するために地道な研究や各種の活動の協力を図るため        | 13 (54.2) |
| 4. 住民の主体的な組織の育成を目的として、あるいは各種健康活動の連携をとりこむための手段として | 4 (16.7)  |
| 5. 将来専門的立場からの意見として行政に反映させるため                     | 2 (8.3)   |

担当者連絡会の構成メンバー(表1)

| 構成メンバー         | 連絡会の数      |
|----------------|------------|
| 1. 農協生活指導員(専任) | 24 (100.0) |
| 2. 市町村保健婦(〃)   | 24 (100.0) |
| 3. 改良普及所       | 17 (70.8)  |
| 4. 公民館         | 8 (33.3)   |
| 5. 地域医療機関      | 8 (33.3)   |
| 6. 保健所         | 3 (12.5)   |
| 7. 学校          | 2 (8.3)    |
| 8. その他(在宅課士など) | 5 (20.8)   |

活動の客観的評価(表3)

| 評価項目                     | 評価の数      |
|--------------------------|-----------|
| 1. 健康生活指導の連携の調整          | 23 (95.8) |
| 2. 地域の健康生活問題の把握や対策の立案と実施 | 14 (58.3) |
| 3. 健康大会等の運営の調整に際して       | 14 (58.3) |
| 4. 学習や共同研究活動             | 12 (50.0) |
| 5. 住民の主体的な活動の援助          | 7 (29.2)  |

○新庄文明・黒田研二・上島弘嗣・大湊 茂  
 多田羅浩三・朝倉新太郎（阪大・医・公衛）  
 衣畑明美（兵庫県南光町住民福祉課）

【はじめに】急速に高齢化社会を迎えつつある中で、在宅の寝たきり老人や障害者にたいする歯科サービスの体制はわが国では十分に整備されているとはいえない。また、成人の歯牙喪失の原因となる歯周病の検診・予防の体制もこれからの課題とされる。社会的要求の変化と多様な需要に効果的に対応すべく、従来のむし歯治療中心の歯科医療の枠を破り、乳幼児から老人に至る全住民にたいする予防から治療まで一貫した歯科医療の体制の整備が要請されている。

すでに高齢者が高い人口比率を占めている地域での老人歯科への取り組みの一例について報告したい。

【地域でのねたきり老人歯科への取り組み】

兵庫県佐用郡において昭和57年に在宅ねたきり老人全数の生活実態と歯科受療状況に関する調査を郡歯科医師会、保健所、町の協力を得て実施した。

寝たきり老人福祉見舞金の受給申請をしている者86名（65才以上の2.0%）のうち歯科治療を希望すると回答した者は31%であった。治療の希望は介護者が配偶者である例においては他の家族が介護している場合よりも希望が多く（ $p<0.01$ ）、また本人が生計の中心を占める場合も他の場合に比して希望する者の割合が高かった（ $p<0.05$ ）。

歯科治療を希望する者で歯科医師の訪問診査に本人・家族ともに同意したのは希望者全体の31%にあたる8例であった。これらのケースには歯科医師会会員が訪問診査・治療にあたった。

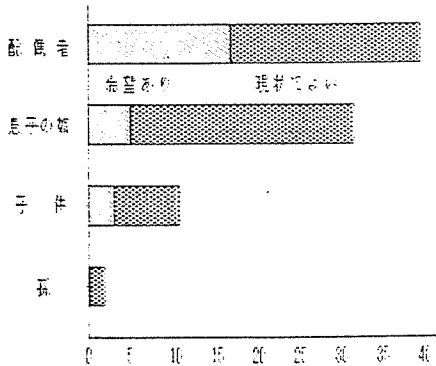


図1 介護者の種別によるねたきり老人の歯科治療への希望

【歯科保健センターと成人病健診】このような取り組みの中で、同郡内の南光町においては歯科医師会の協力を得て、一般の歯科サービスをうけにくい障害者・高齢者や重要な時期にある妊産婦・乳幼児の歯

| 南光町歯科保健センター運営協議会委員 |               |
|--------------------|---------------|
| 会長                 | 保健対策推進協議会会長   |
| 副会長                | 郡歯科医師会会長      |
| 同                  | 町議会総務委員長      |
| 委員                 | 郡歯科医師会副会長     |
| 同                  | 郡医師会副会長       |
| 同                  | 町議会議長         |
| 同                  | 町区長会会長        |
| 同                  | 連合婦人会会長       |
| 同                  | 老人クラブ連合会会長    |
| 同                  | 国民健康保健運営協議会会長 |
| 同                  | 社会福祉協議会会長     |
| 同                  | 連合PTA会長       |
| 同                  | 大学医学部教官       |
| 顧問                 | 保健所長          |

科治療と全住民の健康管理を目的とする歯科保健センターを設立した。その運営は『歯科保健センター運営協議会』（表）において立案・協議されている。

このセンターでは、社会福祉協議会や保健婦とともにねたきり老人など在宅重度障害者の訪問歯科診査を実施している。21名中12名に治療を開始した。また高齢者教室・妊婦教室・乳幼児講座の中での歯科健康教育や乳幼児歯科健診とともに、成人病の『町ぐるみ健診』の中で成人歯科健診を実施し、事後の歯周病予防のための処置・指導をおこなっている。

【考察】ねたきり老人や重度障害者の歯科医療を地域で確保するには保健所・市町村・歯科医師会などの協力体制の確立が望まれるが、それには自治体行政の積極性が不可欠である。また口腔衛生の保持、歯科受診にあたっては家族の理解と協力が必要であり、そのためにも保健婦などによる療養指導の中での歯科保健指導が極めて重要である。

老人の歯科疾患は適切に治療されていない過去の健康上の要求の蓄積であり、ねたきりになってからの歯科治療には多くの困難が伴うことから、高齢化社会にむけて中高年における健診や保健指導と早期の治療を地域において実施する包括的な歯科保健の体制整備がなされなければならない。

○上島弘嗣 多田羅浩三 大湊 茂 黒田研二 新庄文明  
朝倉新太郎(阪大医・公衛)

1. はじめに 循環器疾患の受療率の動向と、血圧水準の推移及び高血圧の頻度の推移との関連について、長期間の観察データを基に検討した成績は少ない。循環器疾患の受療率は、治療の普及率と考えても大きな誤りはなく、それが国民の血圧水準や高血圧の頻度にかかる影響を与えたかを検討することを目的とした。

2. 対象と方法 用いた資料は、昭和31年から55年までの国民栄養調査における血圧値及び肥満度、患者調査の循環器疾患受療率、専売統計要覧の食塩消費量、たばこ世論調査及び全国たばこ喫者率調査による喫煙率、国税庁統計年報のアルコール消費量である。男女別に、30-69才の最大・最小血圧の平均値、高血圧の頻度(最大血圧180mmHg以上、最小血圧100mmHg以上)を求め、それを従属変数とし、また、男女別の国民の循環器疾患受療率、国民の平均年間食塩消費量、同アルコール消費量、男女別の30-69才の肥満度、男女別の喫煙率を独立変数として、段階的重回帰分析を行った。

3. 結果とまとめ 最大血圧は昭和30年代に上昇し、40-55年に下降した(図1)。また、女の血圧水準の下降は男よりも早く、38年以降は徐々に性差が大きくなった。それと軌を一にして、受療率も、昭和38年頃より性差がみられるようになった。重回帰分析では、受療率が有意に国民の血圧水準、高血圧の頻度、他の因子とは独立して関与していることを認めた(表1)。受療率の性差に影響を与えている要因の分析が、今後の重要な研究課題と考えられる。

図1 循環器疾患の受療率の動向と最大血圧の推移

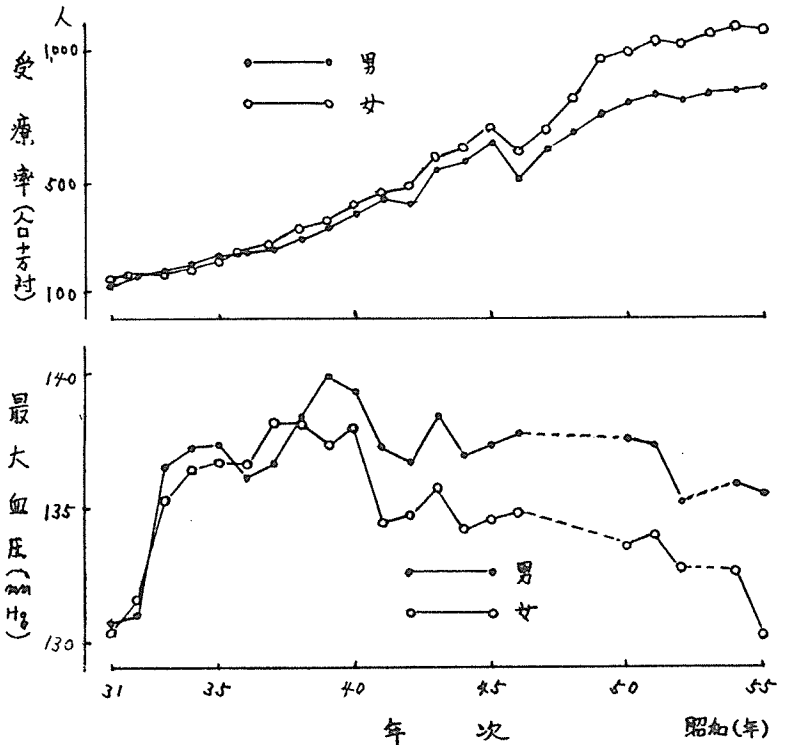


表1 最大血圧・最小血圧、及び高血圧の頻度(SBP $\geq$ 180, DBP $\geq$ 100)に対する段階的重回帰分析。独立変数は循環器疾患受療率、肥満度、アルコール消費量、食塩消費量、喫煙率(F=2.0以上を式に入れた)

| 最大血圧(男)          |           |              | 最大血圧(女)          |           |                |
|------------------|-----------|--------------|------------------|-----------|----------------|
| 変数               | 係数        | F値 有意        | 変数               | 係数        | F値 有意          |
| アルコール            | 0.002789  | 6.809 P<0.05 | 受療率              | -0.01437  | 12.068 P<0.01  |
| 受療率              | -0.01383  | 4.926 P<0.05 | アルコール            | 0.002664  | 8.188 P<0.05   |
| 重相関係数(R)=0.544   |           |              | R = 0.665        |           |                |
| 最小血圧(男)          |           |              | 最小血圧(女)          |           |                |
| アルコール            | 0.001712  | 3.437 NS     | 受療率              | -0.00443  | 8.070 P<0.05   |
| 受療率              | -0.007747 | 2.071 NS     | 肥満度              | 30.78     | 3.914 NS       |
| R = 0.469        |           |              | R = 0.583        |           |                |
| 最大血圧180mmHg以上(男) |           |              | 最大血圧180mmHg以上(女) |           |                |
| 受療率              | -0.008681 | 8.581 P<0.01 | 受療率              | -0.006561 | 36.086 P<0.001 |
| アルコール            | 0.001069  | 4.350 NS     | 肥満度              | 31.79     | 8.266 P<0.01   |
| R = 0.684        |           |              | R = 0.880        |           |                |
| 最小血圧100mmHg以上(男) |           |              | 最小血圧100mmHg以上(女) |           |                |
| —                |           |              | 受療率              | -0.004013 | 32.508 P<0.001 |
| —                |           |              | R = 0.787        |           |                |

○ 有田和弘・大湊 茂・多田羅浩三・新庄文明  
 黒田研二・上島弘嗣・朝倉新太郎  
 (大阪大学医学部公衆衛生学教室)

岩垣正典 (奈良県立医科大学眼科学教室)

【はじめに】

近視や遠視による視力異常は、学校保健上「う歯」に次いで高率に認められる疾患である。特に学童の近視の発症・進行には、家庭での生活習慣などが大きく影響していると思われるが、それを裏付ける基礎データとなるような調査はあまり行なわれていない。このような現状をふまえて、昭和57年度に八尾市学校保健会養護教諭部会が行なった児童生徒の視力に関する基礎調査の結果を分析・検討したので報告したい。

【方法】

八尾市内の幼稚園から中学校までの全児童生徒数42259人(幼稚園児1507人・小学生28613人・中学生12139人)を対象に、裸眼視力検査を実施し、生活習慣を中心にしたアンケート調査を行なった。さらに裸眼視力が1.0未満の児童生徒9939人に対し、依頼状を渡して眼科受診を指示したところ、2064人(対象者の20.8%)が受診し、屈折度の測定を受けた。また、幼稚園から中学校までの全教諭を対象に、学童の近視に関する意識調査を行ない、1476人からの回答を得た。

【結果】

(1) 裸眼視力の相対度数分布から、視力0.6以下の者の割合は幼稚園児13.0%小学生9.4%に比し、中学生では27.1%と急速に高率になっている(表1)。

(2) 屈折度の測定を受けた児童生徒のアンケート結果から得られた「近業をよくする者」の割合は、ジオプリーのプラス側からマイナス側にかけて増加する傾向が認められた(図1)。(カイ検定:  $P < 0.01$ )

(3) アンケート結果から、裸眼視力と、勉強時の姿勢・勉強時間・テレビ視聴時間・テレビ視聴距離などの生活環境因子との間には、有意の関係が認められた(図2)。(カイ検定:  $P < 0.01$ )

(4) 裸眼視力別分布と、「メガネをかけている家族」の有無との間には、男女ともに有意の関係が認められた(図3)。(カイ検定:  $P < 0.01$ )

(5) 屈折度測定の結果、近視と診断された児童生徒の屈折度数分布から、-3ジオプリー以上の近視の比率は、幼稚園児で0%、小学1~3年生では5.6%であったが、4~6年生になると17.4%、中学生では15.0%を占め、小学校高学年以降で高率となることが認められた。

【考察】

(1) 裸眼視力は中学生で急速に低下している。屈折度測定の結果では、小学校高学年の時期から、全近視児童における中等度以上(-3ジオプリー以上)のもの占める割合は、すでに中学生と同程度に高くなっており、視力低下防止のためには、小学校の頃からの早期対策が必要と思われる。

(2) 児童生徒の裸眼視力と日常生活習慣は密接に関連していることが認められた。不適切な生活習慣が児童生徒の視力低下の原因であるのか、あるいは結果なのかは、本調査からは明らかではないが正常な視力維持のためには、家庭での適切な生活指導は不可欠であると考えられる。

表1 児童・生徒の裸眼視力分布

| 対象   | 裸眼視力            |               |                |                | 計              | 合計             |
|------|-----------------|---------------|----------------|----------------|----------------|----------------|
|      | 1.0以上           | 0.9~0.7       | 0.6~0.3        | 0.2以下          |                |                |
| 幼稚園児 | 998<br>(66.2)   | 313<br>(20.8) | 192<br>(12.7)  | 4<br>(0.3)     | 509<br>(33.8)  | 1507<br>(100)  |
| 小学生  | 23653<br>(82.7) | 2248<br>(7.9) | 1952<br>(6.8)  | 758<br>(2.6)   | 4958<br>(17.3) | 23653<br>(100) |
| 中学生  | 7667<br>(63.2)  | 1170<br>(9.6) | 1587<br>(13.1) | 1715<br>(14.1) | 4472<br>(36.8) | 7667<br>(100)  |

( )内は%

図1 近業をよくする者の割合

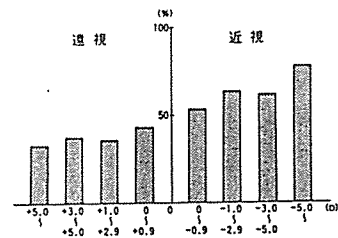


図2 裸眼視力別生活習慣の比較 ( )内の数字は人数 図中の数字は%

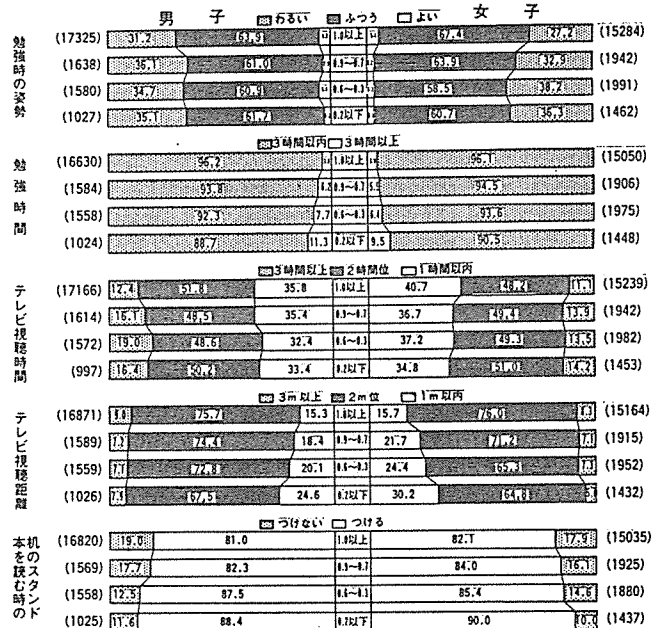
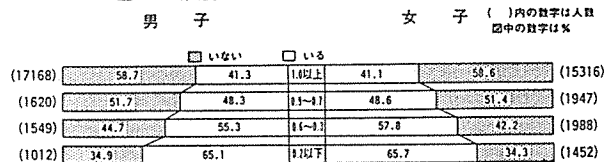


図3 家族にメガネをかけている者の有無



○多田雅浩三 新庄文明 黒田研二 上島弘嗣  
大湊 茂 朝倉新太郎 (阪大医・公衛)

(i)はじめに 諸外国の例に比してわが国の病院医療の平均在院日数が非常に長いことについては、従来より指摘されてきたことである。今日、医療計画の策定やプライマリケアの推進、あるいは医療費の抑制という点から、病院医療のあり方が大きく議論の対象となるなかで「平均在院日数」については、基本的な点として適切な分析がとくに必要になっている。ここでは病床数、医師数、看護婦数との関連で、英国とわが国の平均在院日数の比較分析を行ったので報告する。

(2)分析結果(表を参照) (i)1977年には英国の平均在院日数は20.9日、日本は55.3日で大きな差がみられる。

(ii)平均在院日数の推移をみると、英国では約30年の間に逐次減少し大巾に短縮しているが、日本ではこの20年間にほとんど変化がない。

(iii)上の期間における人口10万対、病床数の推移をみると、英国では近年逐次減少しているが、日本では20年の間に50%増加している。

(iv)医師数は、病床千床あたりの人数でみると1977年に英国では74.1人、日本は52.5人である。1959年にはそれぞれ33.2人、56.3人であったので、英国は2.2倍に増加しているのに対し、日本はほとんど増加がない。

(v)看護婦数は、病床千床あたりの人数では、

1977年に英国が746.8人、日本は260.1人である。大きな差がある。その推移は、1969年にはそれぞれ530.0人、195.4人であったので、英国は1.4倍、日本は1.3倍である。英国はもとの人数が既に大きいので増加が目立たないが、実数でみると千床あたりの看護婦数は英国が216.8人の増加に対し、日本は64.7人の増加にしかすぎない。

(vi)入院医療に要した患者1人あたり医師日数を、平均在院日数×病床1床あたり医師数として求めると、1977年には英国では1.55人日、日本は2.90人日である。英国は入院患者に日本の2分の1強の医師日数しかかけていない。同じく看護婦日数は、英国が15.61人日、日本が14.35人日である。

(3)まとめ (i)日英両国の平均在院日数の大きな差は、病床数の推移と大きな関連を有している。入院医療需要の増加に対し英国は在院日数の短縮、日本は病床増設によって対応したと考えられる。(ii)平均在院日数の短縮は、両国の比較でみる限り、病床あたりの医療看護力の強化によって達成されていると判断される。(iii)1人の入院患者に要した看護婦日数は平均在院日数の大きな差にもかかわらず、英国が日本を越えている。強かな看護体制が、英国の病院医療の基盤になっていると考えられる。

<日英両国の病床数・医師数・看護婦数・平均在院日数の推移>

|      | 人口10万対 |      | 病床1000床あたり |      |       |       | 入院医療患者1人あたり |      |           |      |             |       |
|------|--------|------|------------|------|-------|-------|-------------|------|-----------|------|-------------|-------|
|      | 病床数    |      | 医師数        |      | 看護婦数  |       | 平均在院日数      |      | 医師数(人・日)* |      | 看護婦日数(人・日)* |       |
|      | 英国     | 日本   | 英国         | 日本   | 英国    | 日本    | 英国          | 日本   | 英国        | 日本   | 英国          | 日本    |
| 1949 | 1035   |      | 25.9       |      |       |       | 49.4        |      | 1.28      |      |             |       |
| 1959 | 1064   | 712  | 33.2       | 56.3 |       | 197.3 | 37.6        | 60   | 1.25      | 3.38 |             | 11.84 |
| 1969 | 955    | 1013 | 47.5       | 43.5 | 530.0 | 195.4 | 26.3        | 56.3 | 1.25      | 2.45 | 13.94       | 11.00 |
| 1974 | 877    | 1048 | 62.9       | 48.3 | 630.9 | 228.3 | 22.7        | 54.4 | 1.43      | 2.63 | 14.32       | 12.42 |
| 1976 | 845    | 1054 | 70.7       | 51.0 | 727.3 | 249.7 | 21.6        | 55.0 | 1.53      | 2.81 | 15.71       | 13.73 |
| 1977 | 827    | 1063 | 74.1       | 52.5 | 746.8 | 260.1 | 20.9        | 55.3 | 1.55      | 2.90 | 15.61       | 14.38 |

英国の数字は Health and Personal Social Services Statistics 1949-69は England & Wales 1974-77は England \* 1病床あたり医師数(あるいは看護婦数)×平均在院日数