

BULLETIN OF SOCIAL MEDICINE

# 社会医学研究

第25回 社会医学研究会総会

講演集

特別号

社会医学研究会

1984

JAPANESE SOCIETY FOR SOCIAL MEDICINE

## 第25回 社会医学研究会総会

### 主 題

#### 医療保障後退傾向下における国民の生活と健康

1980年代に入って保健・医療・福祉は、臨調答申、老人保健法、健保改革案などにみられるように、大きな転換期にさしかかっている。人々の現実の生活、健康と社会とのかかわりあいを科学的に分析・検討する中で、今後の保健・医療・福祉の方向性やその望ましい相互関係を探ることは、今、とりわけ重要であろう。

今年の総会は、初めて北陸において開催されるものであり、開催地の特色も反映させながら、社会医学研究の今後の発展の方向をみんなで探るものになりたいと考えている。

会 期：1984年7月28日(土)～7月29日(日)

会 場：呉羽ハイツ（富山）

総会事務局：富山医科薬科大学医学部

公衆衛生学教室

総会世話人代表 加須屋 実

7月28日(土)

A 会 場		B 会 場	
13:00	<b>要 望 (1) 老 人 ・ 障 害 者 問 題</b>	座長 飯田 恭子(魚津保健所)	座長 加藤 孝之(愛知医大・公衛)
		1. 重度障害者の地域での生活の場について 樋爪 延子(武蔵野市障害福祉課)	22. 国際比較における日本人男子のアルコール摂取量 三河 一夫(阪大・医・公衛)
		2. 外傷性脊髄損傷者の社会復帰の現状について 松井 和子(東京都神経研)	23. 飲酒と健康障害：循環器疾患を中心として 上島 弘嗣(阪大・医・公衛)
		3. 人工呼吸器・吸引器の地域における供給について 牛込三和子(東京都神経研)	24. 北陸における農民と漁民の成人病 鏡森 定信(富山医薬大・保健医学)
		4. 神経難病在宅ケアチームにおける心理技術職の役割 高坂 雅子(都立府中療育センター)	25. 地域保健活動としてのみそ汁塩分テストと血圧測定についてのまとめ 松山 明美(豊田病院)
		座長 山下 節義(奈良医大・衛生)	座長 鏡森 定信(富山医薬大・保健医学)
		5. すべての老人・障害者を対象とする地域歯科保健活動 新庄 文明(阪大・医・公衛)	26. 信金ママドックから主婦の生活を考察 前田黎生(元愛知県信用金庫健康保険組合)
		6. 富山市北部における寝たきり老人の実態について 吉田 雅一(豊田病院)	27. 高齢者の入院と福祉施設入居に関する統計的観察 中村 文子(健康保険組合連合会)
		7. 一地方都市における寝たきり老人実態調査 近藤 高明(名大・医・公衛)	28. 平均在院日数からみた病院医療の日英比較(その2) 多田羅浩三(阪大・医・公衛)
		8. 在宅寝たきり老人訪問検診活動からみた福祉 牧瀬 洋一(鹿大・医・1内)	座長 渡部 真也(滋賀医大・予防医学)
		座長 木下 安子(東京都神経研)	29. 奄美大島某地区での意識調査報告 ——離島での保健医療に対する要求の分析—— 吉見 謙一(鹿大・医・衛生)
		9. 寝たきり老人の訪問指導に関する研究 丸山 創(大阪府八尾保健所)	30. 油症患者の推定ライソオイル摂取量と悪性新生物による死亡率について 天野 松男(健和労働衛生研究所)
	10. 高齢化のすすむ市町村の中で 吉田 幸永(京都府日吉町役場)	31. シベリヤ抑留者の傷病歴、健康実態調査から 高田 勢介(東京社会医学研究センター)	
	11. 老人ケアにおける社会資源の活用 藤林 千春(阪大・医・公衛)	32. 中年期死亡の地域差と関連する社会経済指標の分析(その2) 逢坂 隆子(阪大・医・公衛)	
	12. 骨壊死症対策の医療福祉的課題 ——患者実態調査から—— 城田 淳子(横浜市中保健所)	— 討 論 —	
16:00	休 憩		
16:05	<b>シンポジウム</b>	被害者救済をめぐる諸問題 司 会 加須屋 実(富山医薬大・医・公衛) シンポジスト 藤野 紘(協立水保病院) 関川 智子(白山診療所) 蒔 昭三(城北病院) 青島 恵子(富山医薬大・医・公衛) 山本 直俊(富山中央法律事務所)	
18:00			
夕 食 (18:00~19:30)・休憩・(入浴20:00迄)			
19:30	<b>自由集会</b>	神通川流域住民のたたかい 映画「イタイイタイ」 挨拶 小松 義久 (イタイイタイ病対策協議会)	
21:00			

7月29日(日)

8:00	朝 食	
8:50	A 会 場	B 会 場
8:50	特別講演	医療保障の歴史と展望 小川 政亮(金沢大・法学部) 司会 加須屋 実(富山医薬大・公衛)
9:50		休 憩
10:00	シンポジウム	老人保健法発足後の諸問題 司 会 河野 俊一(金沢医大・公衛) シンポジスト 西 正美(石川県厚生部) 保坂 哲哉(金沢大・経済) 芝木 正幸(済生会富山病院ケースワーカー) 長越 洋子(ホームヘルパー) 林 瑛(寝たきり老人を守る会)
12:00		昼 食
12:50	総 会	
13:30	休 憩	
13:45	要 望 (1)  老 人 保 健 法  要 望 (2)  職 域 保 健	座長 西 三郎(国立公衆衛生院)
		13. 摂津市における保健事業の経験(第2報) ——定点方法と個別方式の比較—— 竹内 治一(摂津市医師会)
		14. 老人保健法実施後の在宅ねたきり老人の 保健・医療・福祉の連携 松村 タケ(九条診療所)
		15. 金沢市における老人保健法実施後の状況 中西裕康(城北病院)
		座長 能川 浩二(金沢医大・衛生)
		16. 農業の近代化に伴う農民の健康障害 高松 誠(労働医学研究所)
		17. 損害保険労働者の生活と健康について 服部 真(城北病院)
		18. 果樹栽培にとまなう花粉症多発の背景に 関する一考察 寺西 秀豊(富山医薬大・医・公衛)
		座長 山田 裕一(金沢医大・衛生)
		19. 大学教職員のVDT検診結果 宮尾 克(名大・医・公衛)
		20. N新聞社における技術革新と健康 (その1) 牧野 忠康(東京社会医学研究センター)
	21. N新聞社における技術革新と健康 (その2) 山田 信夫(東京社会医学研究センター)	
16:00	一  般  演  題	座長 滝沢 行雄(秋田大・医・公衛)
		33. スモン患者・家族への地域ケア——生活変 動をきたしたスモンの2事例 木下 安子(東京都神経研)
		34. スモン等薬害被害者の救済における「医 薬品副作用被害救済基金」の役割 片平 洸彦(東京医歯大・難研)
		35. 富山県神通川流域のカドミウムによる健 康被害の実態 窪田 裕子(富山医薬大・医・公衛)
		座長 片平 洸彦(東京医歯大・難研)
		36. 被害立証に関する若干の問題について 梅田 玄勝(健和労働衛生研究所)
		37. 森永ミルク中毒事件被害者にみる健康被害の 特徴と成人期に達した被害者達の救済事業の 今後 山下 節義(奈良医大・衛生)
		38. 地域ケアの組織化と住民の役割 萩原 康子(東京都神経研)
		座長 中川 秀昭(金沢医大・公衛)
	39. 難病相談室1ヶ年の活動を通して在宅ケ アの問題を考える 乾 死乃生(大阪府保険医協会)	
	40. 大阪府下の神経難病専門施設における入 院医療の現状 黒田 研二(阪大・医・公衛)	
	41. 富山病院における重症心身障害児(者) の動向 石崎栄美子(国立療養所富山病院)	

口演時間：発表10分、質疑5分、計15分

第25回 社会医学研究会総会

講 演 集

## わが国・医療保障立法のあゆみ概観 —— 国民の権利の観点から ——

小川 政亮 (金沢大学 法学部)

一、はじめに 「福祉総破壊元年」最大の攻撃の重点が健保改悪案におかれていることは甚だ象徴的である。このような時点に当たって、あらためて生存権の一環としての社会保障の権利の観点から、わが国の医療保障にかかわる法の展開と今日の問題点を概観・検討することは意味なしとしないであろう。

### 二、戦前期

1. 救命的医療法； 1874年成立の慈善的・前近代的「恤救規則」は医療扶助なく、僅かに人心収攬の必要最少限で1875年「悪病流行ノ節貧困ノ者処分概則」。これすら1891年廃止。地方費に転嫁。ようやく1897年伝染病予防法に復活。1909年「人民相互の情誼」強調のもと恤救規則による国庫支出大幅カット。1911年大逆事件の名による弾圧の半面のアメとして恩賜財団済生会成立。第1次世界大戦に際し、帝国主義的発展・人民の健康破壊の生活困難。米騒動の翌1919年結核予防法、トラホーム予防法、精神病院法成立。世界恐慌下1929年救護法成立し医療・助産等規定するも問題多し。1941年戦時下「医療保護の徹底を図る」と医療保護法。しかし政府は依然権利否定。1942年戦時災害保護法成立するも家族国家口実にて国家補償思想拒否し劣悪保護の合理化を図る。

2. 医療保険立法； 米騒動とともに社会保険日程にのぼり1922年過激社会運動取締法案の混乱の中で労働力保全と労資協調による産業発達をかけて健康保険法成立。労働者階級その内容を不満とし、給付開始の1927年ゼネストを含む健保スト。1934年小作争議激化「社会不安の素因の除去」として国民健康保険法案登場し曲折を経て1938年成立するも貧困者排除、療養給付費一部負担、臨時軍事費に比し「ノミの涙」的国庫補助等問題多し。1939年健康保険法改正し家族給付導入。同年成立の職員健康保険法は「体力向上」の名のもと本人給付率8割、療養費払い原則。太平洋戦争下1942年本法統合した改正健康保険法は国会での反対おして一部負担金制度(実質8割給付)導入。

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

第1期・占領期(1945.8~1952.3) 1946.9(旧)生活保護法成立。一般扶助主義の点で画期的だが依然、能力ある扶養義務者存在が保護の欠格条件、保護請求権も政府否定。失業労働者群の救職闘争、生活保護獲得闘争の高まる中、社会保障制度審議会「生活保護制度の改善強化勧告」(1949)を骨子としつつも同時に医療扶助費増抑制のための医療機関監督強化という逆行的要請もうけ1950.5現行生活保護法成立・施行。その矛盾的性格。

健康保険法1947年保険給付拡充の見地から一部負担を任意制、ついで1948年これを撤廃するも忽ち1949年保険財政対策理由に各方面の反対おして復活し、爾後漸次これを拡大。

この時期、1947年保健所法、1948年予防接種法、性病予防法、1950年精神衛生法、1951年(新)結核予防法と一連の公衆衛生的公費医療立法登場。

1950.10、社会保障制度審議会「社会保障制度に関する勧告」

第2期・MSA再軍備強行期(1952.4~1959) 全日土建(1953.10全日自労と改称)を中心とした広汎な運動で「わが国の社会保障制度のなかで労働者のたたかいによってはじめてかちとられた点で画期的」な日雇労働者健康保険法1953年成立。

1954年MSA協定調印・発効、自衛隊法成立。軍事費膨張・社会保障予算圧縮。日患、民医連第27団体「社会保障を守る会」結成。「入退所基準」「附添制限」反対闘争。朝日訴訟おこる(1957.8)。

1956.11 社会保障制度審議会「医療保障制度に関する勧告」「・・・疾病が貧困の最大原因であることを思い、医療の機会均等は最優先的に重視されなければならぬ」と。この

勧告の前年、しらがね診療所事件（1955.5.30石川県知事しらがね診療所に生活保護法による協定医療機関指定取消処分）。診療所側提訴するも金沢地裁1957.9.20原告敗訴判決。1957年赤字理由に健康保険法改正、一部負担強化・資格喪失後継続給付資格要件強化・保険医療組織への統制強化。一方、ビキニ水爆実験、第5福竜丸被災機に全国的に原水禁運動もり上がり背景に1957年いわゆる原爆医療法成立。

この期の終わり、「国民皆保険・皆年金」スローガンのもと国民年金法より一足早く1958年（新）国民健康保険法成立するも高率一部負担に加え被保険者範囲、給付の種類ともに制限的。

第3期・高度経済成長期（1960～1973） 画期的な朝日訴訟一審勝訴判決（1960.10.19東京地裁）。政府不当控訴しつつも1961年4月保護基準相当引き上げ、1962.4.25東京地裁、資格喪失後継続給付、加藤健保事件勝訴判決。同年8月社会保障制度審議会「社会保障制度の総合調整に関する基本方策についての答申および社会保障制度の推進に関する勧告」低所得被用者に被用者保険料減免など主張。1963年老人福祉法成立するも権利性不明確、老人健康診査規定導入するが費用徴収しうることとする。高度経済成長下、健康破壊現象広汎化、政府、保険財政赤字理由に総報酬制と薬価半額負担導入企図し国民的反対で一旦断念するも1967年臨時特例法（健康保険法及び船員保険法の臨時特例に関する法律）で初診時・入院時各一部負担強化、薬価一部負担導入、保険料率引き上げ等。1969年特例延長法案「最重点法案」とするも反対強く初診時・入院時一部負担と料率引き上げを本法たる健康保険法等に吸収、成立。1966.11.3患者の療養権を攻撃する三柏園事件おこる。1969年厚生省の妨害をおして革新都政下、老人医療無料化条例成立・施行。多くの地方自治体これにならい、ついに1972年老人福祉法改正、いわゆる老人医療無料化規定1973.1施行。同年9月、健康保険法改正、保険料率を大臣権限で一定率（80/100）まで引き上げうるとする非民主的弾力条項導入の半面、家族療養費給付率引き上げ（5割→7割）、高額療養費制度導入。

この期は朝日訴訟のたたかいと一審勝利に励まされ、加藤健保訴訟、神坂訴訟（岡山地裁1970.3.18判決、生活保護受給者にも医療機関選択の自由あり）、堀木訴訟、第1次藤木訴訟など成果多し。

第4期・低成長期あるいは軍事大国化の時期（1974～） 1973年秋のいわゆる石油ショック機に低成長へと転するや支配の側は、いわゆる福祉国家論すらかなぐりすて福祉社会論の名のもと自助と相互扶助、受益者負担論、民間委任等要するに国家責任棚上げ、勤労人民への負担転嫁、そして社会保障部門をすらすら大資本の利潤追求の場とすることをはかる。1975年大蔵省「福祉とて聖域でない」、1978年「都市経営論」、1979年閣議決定「新経済社会7か年計画」。老人保健制度についても費用負担あり方見直し要求。1981年度予算以来、軍事費のひ率社会保障費のそれを上まわる。1980年健康保険法改正、一部負担さらに引き上げ、分娩費・埋葬料各最低保障額を法律事項から政令事項に。1981.7第2次臨調「行革第1次答申、老人医療有料化始め医療費抑制方針具体化要求。1982.7.7堀木訴訟最高裁・大法廷判決、広汎な立法裁量論。1982.8老人医療有料化の老人保健法成立、1983.2施行、差別的診療方針・報酬で深刻な人権問題。これを突破口に1984年、健康保険法未曾有の改悪案。

四、現行医療保障立法の問題性——国民の権利要求にこたえたものとするために——

日本国憲法はもとより世界人権宣言、国際人権（A）規約、社会保障憲章等に照らし、次の諸点について検討の要。①権利性 ②被保険者の包括性 ③必要・十分性、…給付期間、給付の種類（予防給付からリハビリテーションまで）、給付水準（国際人権A規約12条1項「この規約の締約国はすべての者が到達可能な最高水準の身体及び精神の健康を享受する権利を有することを認める」2項「この規約の締約国が1の権利の完全なる実現を達成するためにとる措置、…」） ④被保障事故の包括性（母性給付を含む） ⑤いつでも、どこでも（指定医療機関制の問題性） ⑥無差別平等性（国籍差別・年齢差別・所得階層等による差別の問題性） ⑦医療は無料で（社会保障憲章） ⑧民主的管理・運営、地方自治 ⑨争訟権等

## 被害者救済をめぐる諸問題

司会のことば

加須屋 実（富山医薬大・公衆衛生）

我国における化学物質による人体被害の歴史は長く、また多彩である。足尾銅山の鉱毒被害はおそらく掘り始められた1600年からすでにあったに違いない。それは明治の初期、我国が急速に産業化し始めるとともに深刻化した。また一口に化学物質による人体被害といっても大きく三つに分けることができよう。一つは自然環境の汚染を媒介とした狭義の公害、二つに食品汚染関係、三つに医薬品によるものである。我国ではこれらすべてにかかわる死者を含む深刻な被害が発生した。

いうまでもなく公害としては、さまざまな物質による大気汚染関係の被害、水俣病、イタイイタイ病、慢性砒素中毒症などである。食品衛生にかかわるものではカネミ油症やAF2問題などの食品添加物、そしてプラスチック容器からの添加剤などの溶出などの問題があった。薬害については、スモンをはじめとしてサリドマイド、クロロキンによる眼網膜症、大脳四頭筋拘縮症、そしてペニシリンをはじめとする抗生物質によるさまざまな副作用が発生した。

これらの被害者の救済については幾つかの問題がある。その一つは表1に簡単に示した年表からもうかがい知れるように、行政的対策はつねに後追的に、それも非常に長い年月の遅延をもってなされた。イ病は大正年間から発生していたと考えられるが、少なくともその存在が紛れもなく明らかにされたのは昭和30年であった。水俣病もこのころに発生している。四日市ぜん息が急に増えだしたのは34、5年頃からである。そして公害対策基本法が制定されたのは42年である。カネミ油症の発生は43年であったが、化学物質の審査および製造等の規制に関する法律が制定され、難分解性で蓄積性の高い物質を事前に審査しようとしたのは48年だった。43年にスモンが発生し、34年には我国最初のサリドマイド児が生れている。医薬品副作用被害救済基金法が成立したのはスモン多発の頃からみてもじつに20年後である。しかもこれは過去に発生した薬害には適用されない。ところで第二の問題点は、ある程度法に裏づけられた救済がなされるようになったとしても、その適用あるいはその運用に際してはさまざまな要因が作用して、いわばその内容が変質したり、後退したりするということである。

救済内容の変質は社会経済的因子の変動に裏づけられた行政の姿勢の変化による。これを支えるものとして世論の移り変わりがあるであろう。ただ問題の難しさは、それぞれの化学物質による健康障害の内容が揃え難くなってきているという点にある。比較的短期間に高いレベルの暴露を受けて典型的な症状を発現したケースについてはまだ問題が少ないかもしれない。だが、暴露量が少なめで、症状がやや典型的ではない、あるいは極期的でないものについてはさまざまな判断がはいりこみうるのである。加齢によって症状が変化したり、いままで知られていなかった症状が発現したりしてくると、さらに問題は錯綜してくる。経済の低成長期を迎え、医療保障が後退しきいている中であって、さまざまな化学物質による健康被害の補償、あるいは救済の後退は法の改正や新設にはかならずしもよらなくても、その運用においてなされようとしているかのようでもある。

このシンポジウムでは、このような難しい局面を迎えた被害者救済問題が、それぞれの分野においてどのような形で噴出しているのかを明らかにしたいというものである。取上げたい、あるいは取上げるべき健康被害者事件は数多いが、三件だけに絞らせていただいた。また演者も、救済問題に力点をおくということから法律家も含めて広く第一線から集っていただいた。水俣病、イ病、スモンとそれぞれ違った疾病であるので医学的レベルでの話はおそらくかみあわないだろうと思われる。しかし、これらが共通して直面している壁のようなものがほのかに見えてくるならばよいのではないかと考える。公害、薬害の問題は現在マスコミの世界でも主要なテーマではなくなっていることもあり、これらの問題はすでに過去のものであると考えている人々も多い。このような時代にあってもこれらの健康被害者の問題に日々取り組んでいる人達が一堂に会して現状を発表することだけでも大きな意義があると考える。



表1：公害、薬害などの歴史と健康被害補償制度

年 (昭和)	制度	水俣病	イタイイタイ病	スモン	カネミ油症
28		(水俣病患者発生)	(大正年間より患者発生)	エンテロビオフォルム許可	27年よりPCB輸入開始
29					鏡淵化学PCB生産開始
30			奇病の報告		塩素ざ創多発(工場)
31		奇病(水俣)発生			
34		有機水銀説見舞金契約			
35				この頃より多発	
38			イ病研究班(文部省)		
39		(新潟に患者発生)		スモンと命名	
40		新潟水俣病発表		動物実験(ハンガルトナー)	
42	公害対策基本法				
43		メチル水銀が原因との政府統一見解	特別措置要綱実施(県)イ病原因の厚生省見解	キノホルム剤最終製造許可	カネミ油症発生カネミライソイル販売禁止
44	救済法	補償法指定*	補償法指定*	スモン調査研究協議会	民事訴訟三菱モンサントPCB生産開始
45	「基本法」改正公害紛争処理法			キノホルム発売停止	カネミ倉庫社長など起訴
46		認定要件通知(環境事務次官)			
47	無過失責任法		損害賠償請求原告勝訴		開放系使用中止通達生産中止
48	化審法公害健康被害補償法	第一次民事訴訟確定	イ病総合研究開始補償交渉妥結		
49		集中検診(熊本)			特化物指定
50		水俣病認定検討会(環境庁)			
51		認定不作為違法確認請求訴訟、原告勝訴			
52		水俣病関係関係会議			
53		認定促進通達		北陸スモン訴訟判決東京地裁判決	
54	副作用被害救済制度	損害賠償請求勝訴			昭59、福岡高裁、和解勧告国はこれを拒否 全国統一第一陣訴訟控訴審(3.16)で国敗訴、直ちに上告
55		国家賠償等請求、三次			
56		小児水俣病判定条件			

\*救済法指定だが補償法にひきつがれた

# 水俣病の底辺

## —メチル水銀の地域ぐるみ汚染の実態—

藤野 紘

(水俣協立病院)

### I. はじめに

私たちは、1970年から水俣病に取り組んで来たが、当時の認定患者は116名であった。現在認定患者は1987名を数えるが(図1表1)、これもまだ広範な汚染の水山の一角である。最近、患者団体の要求で熊本県が明らかにした地域(大字)ごとの被害状況は、文字どおり地域ぐるみ汚染の実態を明らかにしている(表2)。

私たちは全申請者はメチル水銀の何らかの影響を受けていると確信しているが、行政当局や一部の学者はそれを認めず、相変わらず厳しい審査がなされ、現行の救済制度は破綻している。

私たちはこの14年間地域ぐるみの汚染の実態を明らかにして来た。メチル水銀汚染は現在 Hunter-Russell 症候群に代表される神経症状に限らず、精神症状、さらに一般内科疾病との関連を追求することが医学的課題となっているが、ここでは神経症状を中心とした汚染の実態を報告する。

### II. 主な地域ぐるみの調査結果

私たちは不知火海沿岸住民の5000名以上を診てきたが、このような地域ぐるみの汚染を考える時、母集団をすべての住民とした悉皆調査が重要であると考え、それを追求してきた(表3)。

#### 1. F中 学一斉検診

先天性(胎児性)患者が多発した地区において、同じ時期に生れた者の中にメチル水銀の影響が表われていないかどうかを調査したが、対象にあっては精神遅滞の出現頻度が有意に高く、かつ神経症状を伴った外因性の精神遅滞が82%と高率であった。

#### 2. 湯堂・月の浦、嵐口一斉検診

熊大二次研究班の行った当時認定患者の最も多発した湯堂・月の浦地区と、汚染の影響が疑われていた嵐口の全住民を対象とした悉皆調査で、私たちは教室員の一人として参加した。湯堂・月の浦地区では調査時58名の認定患者(生存37名、死亡21名)がいたが、それらを上まわす144名を水俣病と新たに診断した。翌年さらに調査をすすめ、受診者965名中275名(28.5%、37名を合含む)を水俣病とした。他方、嵐口地区にあっては39名(2.3%)の水俣病患者を発見

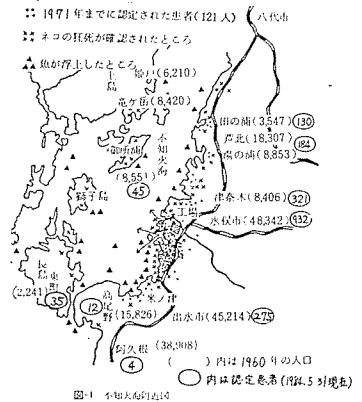


表1 水俣病 認定・申請・処理状況 1984.5.31現在

	認定	申請	未処分	計
熊本県	1624	3508	5011	10,143
熊本県内	363	1355	726	2,444
計	1987	4863	5737	12,587

表2 水俣病の認定申請者が10%を超えている水俣・芦北11地区の被害状況

地区名	人口	申請者数	認定者数	申請率	認定率	人口比
田原町 井中田	457	125	33	27.1	26.4	7.2
鹿 瀬	938	197	31	21.1	15.7	3.3
田原町 田原	1805	365	45	20.2	12.3	2.5
磯多島	185	31	1	16.8	3.2	0.5
芦北町 女 島	1024	409	135	39.4	33.5	13.2
計	1426	360	21	25.2	5.8	1.5
伊奈木町 福 島	2184	961	167	44.0	17.4	7.7
岩 城	2351	529	119	22.5	22.5	5.1
水俣町 月ノ浦	927	339	140	36.6	41.3	15.1
大 道	3143	942	390	30.0	41.4	12.4
計	498	54	4	10.8	7.4	0.8

単位：人、%。人口は芦北、田原が59年2月、伊奈木が59年1月、水俣が59年10月現在。申請者、認定者はいずれも59年2月現在。

表3 地域ぐるみ 検診結果と認定

	水俣市 F中 学	水俣市 湯堂・月の浦	湯堂・月の浦 嵐口	芦北町 女 島	出水市 症 状	出水市 島	東町 津和野	御所浦町 浦 口	津和野町 赤 崎
検 診 年	1970	1971	1971	1973	1974	1979	1976	1977-78	1971-83
対象者数	225	1120	1845	122	46	77	7	76	72
受診者数	223(99.1)	928(82.9)	723(39.4)	87(71.3)	26(100)	60(77.9)	7(100)	60(78.9)	304(421)
感 覚 障 害	21.5	28.0	7.6	-	100.0	100.0	65.5	80.3	92.0
知 覚 障 害	-	23.2	4.2	-	95.7	47.5	94.1	100.0	88.4
距離 飛 天	8.5	24.2	9.0	-	95.7	17.5	79.4	57.1	47.7
視 野 狭 窄	4.0~9.0	24.7	11.8	-	73.9	2.5	61.8	28.6	3.0
聴 覚 障 害	0.7	13.7	0.5	-	78.3	0	70.6	71.4	32.3
知 覚 障 害	11.7	12.2	12.2	-	32.6	0	20.6	0	13.0
知 覚 障 害	19.7	19.2	5.3	-	69.6	25.0	67.6	57.1	-
知 覚 障 害	17.5	22.7	10.3	-	76.1	2.5	55.9	42.1	-
精神遅滞	737(329)	39(2.3)	82(4.2)	45(71.8)	8(200)	32(94)	7(100)	48(61.8)	212(67.7)
水俣病	144(63.5)	40(2.3)	5(4.1)	1(22)	11(27.3)	2(57)	0	24(30.5)	17(5.6)
女の 疑	107(11.5)	40(2.3)	5(4.1)	1(22)	11(27.3)	2(57)	0	24(30.5)	17(5.6)
認定者	12	27(1.5)	59(48.4)	37(80.4)	3(6.7)	20(26.0)	3(42.9)	27(2.7)	45(8.6)
対 象 中	12	27	62	40(24.6)	63	43	27	74	
対 象 内	12	27	62	40(24.6)	63	43	27	74	

した。

### 3. 女島地区一斉検診

医師団の手によるはじめての地域ぐるみの検診で判決前にとり組み、行政(県)の調査と対比させることを目的とした。調査時点での認定患者1名を除く122名を対象とし、87名(71.3%)が検診した。

結果は、82名が水俣病、残る5名がその疑いであった。これに対して、県の調査で水俣病を疑われて3次にまわったものは14名にすぎなかった。その後1977年9月時点で58名が認定、12名が棄却の処分を受けた。軒並み水俣病発生のモデル地区である。

### 4. 桂島一斉検診

当初の掘り起し検診に引き続いて、審査会と同じ内容の精密検診をした。また母集団を戸籍原簿に基いて居住歴ごとに区分して、曝露されたすべてを汚染の流れの中で調査した。30歳以上の居住者はほぼ全員を水俣病と診断したが、その後行政によって80%が認定された。同じく転出者は94%を水俣病と診断し、59%が認定されたが、これは全転出者の26%にあたる。同じく転入者は全員を水俣病と診断し、43%が認定された。

### 5. 湯の口、福浦地区一斉検診

原田らの15歳以上の全住民を対象とした調査では、診断基準を感覚障害とすれば66%が、感覚障害と視野狭窄あるいは失調とすれば41%が、あるいは症状の重い人としても25%が水俣病であった。

### 6. 蔵口の二回目の一斉検診

二次研究班の受診者を対象として6~6.5年後の神経症状の推移と、水俣病の新たな発生を明らかにした。

### 7. 赤崎地区検診

一人の急性劇症認定患者の背景に、広汎な底辺を形成するさまざまな程度の患者がいることを明らかにした。また、婦人に河村のアンケート調査で、アセトアルデヒドの生産カーブにほぼ一致した異常妊娠(早産・流産・死産)(ピークは1963年の43%)があった(図2)。これらは原田正純のメチル水銀汚染モデルを証明した(図3)。

### Ⅲ. 剖検との対比、全身病としての追求

衛藤は1970年以後の申請者の解剖例281例中161例(57%)、うち90歳以上では13例中11例(85%)に水俣病の所見があり認定されたと報告した。厳しい病理の3基準中1つでも満たすものは80%に及ぶ(原田)。これらの結果は上で述べた地域ぐるみ汚染の結果が病理解剖によっても裏付けられていることを示している。

原田は自己が生前に診察した91例の申請者の剖検結果と診察結果とを対比させて、死因では癌と感染症が高いこと、甲状腺癌・前立腺癌・悪性リンパ腫はメチル水銀との関係で追求すべきと報告した(表4)。白木は動脈硬化がメチル水銀によって起ると強調している。腎尿管管障害、糖代謝障害、骨髄障害、甲状腺疾患、膠原病、心伝導障害、癌などとメチル水銀との関係を医学的に解明しなければならぬ。

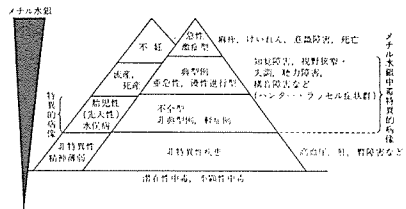
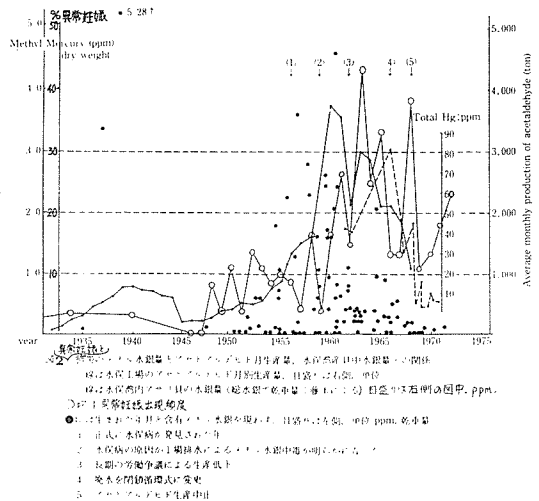


図3 メチル水銀と症状との関係性(原田正純自叙)

表4 剖検によって確認された病変 ( )内は直接の死因

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

# 新潟水俣病原告患者の実態

関川 裕子

(新潟勤労者医療協会・白山診療所)

はじめに：阿賀野川沿岸に発生した有機水銀中毒症をオ2の水俣病として公表されたのが昭和40年6月12日、それから19年が経過した。昭和46年オ一次裁判勝訴、48年補償協定締結と順調に進んできたように見えたが、昭和48年のオイルショック以来企業のまきかえしと、民主勢力の弱まりが相まって認定患者が激減してきた。そのような中、昭和53年作為的に作られた魚の水銀値の低下により、水銀汚染は終わったとする「阿賀野川安全宣言」が新潟県から発せられた。しかし汚染は依然として続いている。阿賀野川沿岸住民の一斉健診どころか、棄却された患者の経過観察をすることもなく放置されたままである。この状態では患者が全て死にたえるのを待っていると言われても過言ではない行政の対応である。このままでは私たちを取りまく環境は決してよくなるまい、なんとかしなければということで立ちあがった。棄却された人たちに水俣病ではないのか、認定された人達とどのような差があるのか。手に入った資料で比較したのでここに報告する。

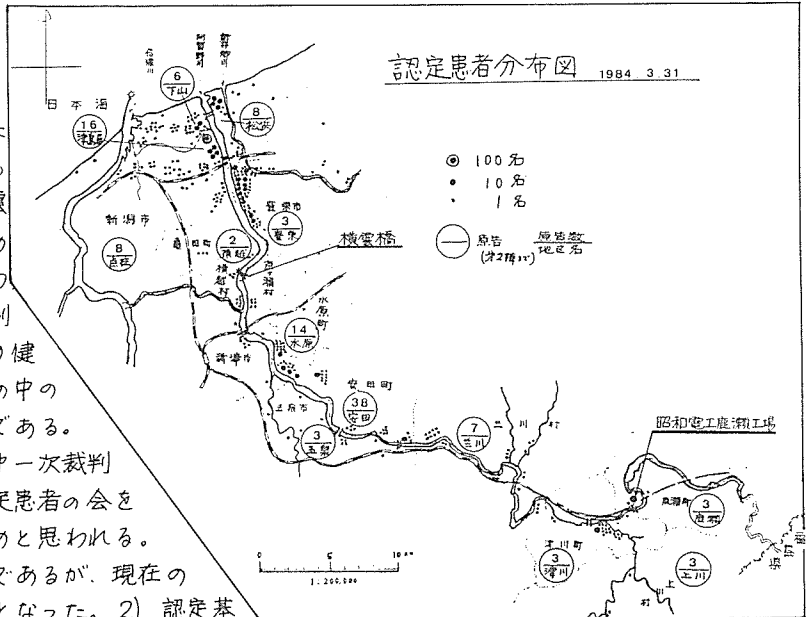
対象：原告患者（主としてオ2陣までの114人）の審査会資料、カルテの診察所見並びに認定患者〔横雲橋より下流地域で昭和50年～58年まで故白川教授（新大・医療短大）が診察してきた患者167名）のカルテの診察所見。

## 結果と考察：

### 1) 認定患者の分布状況：

発生が最初下流地域であったため下流での健診はそれでも当時何回か行なわれた。横雲橋より下流は自主規制ではあったが一応漁獲規制が行なわれた。この橋より上流は規制はもとより、自治体としての健診も行なわれなかった。円の中の数字はその地区の原告の数である。特に安田地区が多いのは、オ一次裁判後棄却された人たちに未認定患者の会を作り組織的に動いてきたためと思われる。この図はオ2陣までのものであるが、現在のところオ3陣までで130人となった。2) 認定基

認定患者分布図 1984.3.31



準：水俣病の認定基準はランク1～6までである。ランク1, 2, 3は認定である。初期の頃ランク1, 2による認定があったが、その後は殆んどランク3による認定だといわれている。原告はランク4～86名、ランク5～20名、ランク6～1名、不明～7名となっている。ランク4による棄却が3/4を占めている。ランク3とランク4の違いは何か。言葉の上からは「…否定できない」と「…判断できない」の違いである。この言葉の違いが認定と棄却の分れ目である。椿教授（前新大）はランク4に対し「水俣病でないとは言っていない」と聞き直っている。では何なのか。3) 認定患者と原告患者の比較：認定患者は横雲橋より下流地域の患者で故白川教授が昭和50年～58年まで経過を観察した115人、原告患者はオ2陣までの114人。①比較した内容は知覚障害、協調運動障害、聴力障害、視野狭窄（対座法）、言語障害の水俣病で特徴的な症状、所見である。原告患者を審査時と提訴時（昭和56

年～58年診察)で比較すると、後者の方が多いものは、知覚障害では口周囲、体幹中心線、協調運動障害ではアジアドコキネーシス陽性、聴力障害、言語障害であった。認定患者は昭和50年～58年と前年、昭和56年～58年を後年として比較すると、体幹中心線の知覚障害、アジアドコキネーシス陽性者が後年に多くみられ、それ以外は後年の方が数字の上では少なく出た。原告患者と認定患者を昭和56年～58年の所見で比較すると、体幹中心線の知覚障害で認定患者に有意差が認められた。その他では有意差はみられなかったが数字の上では原告の方が多かった。(2)感覚障害の変化と重みをつけ(四肢末梢の知覚低下を1点、体幹中心線の知覚低下(+)を2点、(+)を1点、口周囲の知覚低下(+)を2点、(+)を1点)、5年以上の間隔で比較した場合、原告で良くなった=17.9%、変りなし=36.9%、悪くなった=45.2%に対し、認定患者ではそれぞれ、35.7%、34.8%、29.6%と原告患者の方に悪くなっている人が多く認められた。(3)知覚障害で左右差を訴える人が多くみられた。これは症状が軽いためとか、うそを言っているとか、精神的なものとか攻撃的になっている。これも原告患者と認定患者で比較してみると、左右差のある人、前者で52.6%、後者で82.0%、知覚低下が左右で変化する人、前者で9.6%、後者で12.2%みられ、左右差があったり、出没したりするのも水俣病の特徴であると考える。(4)故白川教授は診察所見を客観的に表わす方法を種々検討され、バイブロメーター、ペインメーターを考案、各疾患で比較し、水俣認定患者と健康人との間で有意差を認めて報告されている。我々も才野陣を含む未認定患者を同様に調べランク別で比較した。バイブロメーターでは、ランク4ではどの部位でも健康人に比し有意差を認めた。ランク5は人数が少ないため何ともいえない結果であった。ペインメーターではランク4もランク5も健康人に比し有意差があると同時に部位によっては認定患者より有意に悪い結果が得られた。以上の結果より、各種所見において原告患者と認定患者の間の差は認められなかった。(5)では何故にこれらの患者は認定されないのか?認定状況からみていくと、諮問者に対する認定の割合が昭和49年をピークにどんどん減ってきている。その理由を調べるため原告患者が大学を初診した年と認定患者が認定された年を比較してみた。認定患者の方が早く受診していることがわかった。症状が殆んど変わらないが若干でも改善されてきているにもかかわらず、受診した年が遅い為に認定されないわけである。実際大学の先生から「もう少し早く来れば良かったのに」と言われた患者が何人もいる。このことは認定基準の改悪があり、きびしくなっていることを物語っている。又行政不服審査会の処分方側の意見をまいてみても、暴露歴を認めるといながらも、全く無視し、症状の組み合わせや蓋然性を論ずる発言のみで、納得できるものではない。本症が家族集積性、地域集積性の強い疾患であることを私たちはもっと強く打ち出す必要があると思う。

まとめ:最近聞き取り調査で患者に接した折に、たかが「シビレ」と片づけられる内容の中にその人及び家族が言い知れぬ苦しみを感じていることがわかった。実例を紹介すると、ある中年の女性は今から10数年前、シビレの為、性生活がうまくいけなくなり、夫が浮気をし家族をかえりみず、その後夫が改心して帰ったが今度はアルコールを多飲し、アル中に近い状態となった。彼女には3人の子供があり、上2人は嫁に行っただる女に婿をとりたいたにも、このような状態では来てくれる人もいない。子供は、お父さんは何でこんなに酒を飲むのかと問うも、子供には本当のことも言えず、みんな自分が悪いからだと言ってきた。他の例では、昨年暮、原告団の幹事の人たち对生活調査を1週間つけてもらった、幹事全員が毎晩シビレのため目がさめ、何らかの処置をしなければならぬほど。日常診察の中ではなかなかきき出せないことが多く報告された。新潟の水俣原告患者は一般に軽い軽いといわれ、又知覚障害だけじゃないかといわれながら、そのことが、本人、家族に大きな影を落していることを痛感した。昔のような目に訴える重い症状が少ないため、なかなか理解されにくいのが現状である。今後更に阿賀野川流域の患者の実態を調べ、彼らの苦悩をよめられた状況を把握しこれらの患者が一日も早く救済されるべく努力していきたいと思っている。

## スモン患者の救済をめぐる今日の諸問題

藤 昭 三

石川勲芳看護協会，城業病院

日本では1970年以降スモンは発生しなくなった。しかしスモンに罹患し生存し得た患者はその後も後遺症のために日常生活に困難な問題をかかえている。今日の時代でのスモン患者の救済、特に生活圏でのケアという視点を言及する。

### (一) 患者数の把握

スモン患者の救済の第一歩は、地域における患者数を正確に特定し把握することである。表1は朝倉市による把握情報別の数である。地域の患者会も把握するには、過去を含めた公費負担申請名簿、身体障害手帳名簿、難病手当支給名簿、患者会名簿等の情報を総合的に検討する必要がある。

表1 朝倉市（大分県）におけるスモン患者の把握

把握情報	把握数(名)
保健所特定疾患公費負担申請 (66年度)	3( 5.2)
過去の公費負担も有る	17(29.3)
朝倉市特定疾患見舞金申請 (57年)	53(90.9)
過去の長子調査およびその後の追跡調査 (55,56年)	51(87.9)
総 数	58( 100)

注 朝倉市人口 337,167人 (58.1.31)

### (二) スモン患者の実態

今日のスモン患者の実態の上から問題点を考察する。

#### (1) 機能及び能力障害の特徴

表2は朝倉市の作成したものであるが、上田市は屋内独歩可能50名、屋外独歩可能66名としている。又感覚障害は全例にみられ、排便便障害のあるものが62名としている。このような実態からみれば、個人に対しては機能障害への対応が今日でも必要となる。

表2 スモン患者の日常生活動作、年齢階級別

	全 体	51～54	55～69	70～
寝たきり	17( 3.6)	3( 1.9)	5( 2.3)	9( 9.5)
要介助	68(14.5)	14( 8.9)	22(10.2)	32(33.7)
身の回り可能	168(35.8)	37(23.4)	92(42.6)	39(41.1)
軽作業可能	122(26.1)	51(32.3)	69(32.8)	11(11.6)
軽 送	94(20.0)	53(33.5)	37(17.1)	4( 4.2)
計	469( 100)	158( 100)	216( 100)	95( 100)

表3 障害者数の比較（\* 横型）結果

比較した二群	片側型				両側・縦型			
	歩行	歩行	歩行	歩行	歩行	歩行	歩行	歩行
障害の手入れ、買い物	<	<	<	<	<	<	<	<
入浴	<	<	<	<	<	<	<	<
着脱	<	<	<	<	<	<	<	<
食事・飲水	<	<	<	<	<	<	<	<
排泄	<	<	<	<	<	<	<	<
移動	<	<	<	<	<	<	<	<
その他	<	<	<	<	<	<	<	<

注 ① 歩行 < 歩行  
② 両側型のない二群は横型に準じている。

患者の日常生活活動を分析した中村市は表3を作成した。そしてスモン群は屋外移動を伴う活動が減少しており、積極的に身体運動を伴う日常生活を維持できるように心理的社会的環境の整備が必要であることを指摘している。

#### (2) 加齢との関係

今日スモン患者の高齢化が進み、障害者の調査でも60才以上62%、70才以上28%となっている。地域での調査では、歩行障害、下肢筋力低下、下肢筋萎縮、感覚障害の範囲、症状の悪化、ADLの低下は加齢に有意に関連しているという。安藤市も悪化例は合併症、老化、心理障害と関連していることを認めている。

加齢に伴う歩行障害、下肢筋力低下、ADL低下に対する積極的に対応と、活動面での異常に対する注意が特に必要となる。

#### (3) 合併症

井本市はスモン患者の合併症について「高血圧、脳血管障害、白内障、関節症が多い」としている。この合併症に対しては注意深く対処する必要がある。

#### (4) スモン患者の死因

朝倉市は1107人のスモン患者とその中の死亡者163人を分析し、「全死」と「自殺」が有意差もなく高く、「大腸癌」が比較的高率であったとしている。大村市は女性の「膀胱癌」を注目している。「自殺」を示す肉体的精神的苦痛に対する配慮、大腸癌、膀胱癌の発症に対する配慮が必要である。

### (三) スモンの治療法内到達 (畧)

### (四) スモン患者の変容形態



## 富山県神通川流域カドミウム汚染地域住民の健康被害救済の現状と問題

青島 恵子

(富山医科薬科大学医学部公衆衛生学)

### はじめに

イタイイタイ病は、神通川上流の三井金属神岡鉱山の排出した鉛といならびに排水中に含まれていたカドミウムにより流域が汚染され、そのために川水を飲用あるいは灌漑に利用していた流域住民に発生したカドミウム中毒である。大正時代より本病の発生があったと言われているが、もっとも多発をみたのは、昭和20年前後と報告されている<sup>1)</sup>。しかし、社会的には昭和30年代ようやく問題化され、昭和43年には国がカドミウムを原因とする公害疾患として正式に認めた(表1)。

このように、神通川流域では大正時代より多くの犠牲者がいたにもかかわらず、被害者の救済措置はようやく昭和43年から始まったばかりである。ここでは、イタイイタイ病認定の現状ならびに神通川流域住民の腎障害の現状と対策について取り上げ、いくつかの問題点について検討する。

### I. イタイイタイ病認定の現状と問題

イタイイタイ病患者は、現在公害健康被害補償法にもとづき認定審査会の諮問を経て、県が認定患者とすることによって初めて医療費などの補償を受けることができる。これは県に対して、医師の診断書を添え、患者本人が認定申請を行なうようになっている。認定審査が始まった昭和42年以降の認定患者数と要観察者判定数年次推移を表2に示した。昭和50年から57年までに患者と認定された者は僅かに3例(うち1例は死後剖検後認定)である。他方、要観察者として26例が判定されている。私たちが、昭和54年以来経験しているイタイイタイ病新患4例の患者認定申請は、全例却下され要観察者の判定であった。すなわち要観察者判定者のうち55年の2例、56年の1例、57年の1例がこれら4例であるが、いずれもイタイイタイ病認定条件(表3)を満足し、臨床的にも歩行障害などきわめて重症であったにもかかわらず患者と認定されなかった。58年には、10例の大量の患者認定がなされているが、このうち5例は骨生検により骨軟化症を確認してのものであり、4例は死後剖検所見による判定であった。しかしながら骨生検による認定5例は、それぞれ47、50、51、54年に患者認定を行なったが却下され要観察と判定されていた例であり、骨生検を実施しなくとも骨X線写真で十分に認定し得たものである。また死後剖検後認定の4例も、生前は要観察者の判定にとどまっていた。

表1 2)

年次	認定患者数	要観察者判定数
16世紀末		
慶長18年		
明治38年		
大正年間		
昭和21年8月		
昭和22年		
昭和30年4月		
昭和31年		
昭和32年12月		
昭和33年9月		
昭和36年6月		
昭和37年10月		
昭和38年6月		
昭和40年		
昭和42年12月		
昭和43年1月		
昭和43年3月		
昭和43年8月		
昭和43年10月		
昭和43年12月		
昭和44年		
昭和44年9月		
昭和45年2月		
昭和45年8月		
昭和45年10月		
昭和45年12月		
昭和46年5月		
昭和46年6月		
昭和47年3月		
昭和47年4月		
昭和47年8月		
昭和48年7月		
昭和48年10月		
昭和49年9月		
昭和49年12月		
昭和50年2月		
昭和50年8月		
昭和51年8月		
昭和51年10月		
昭和51年12月		
昭和52年		
昭和53年		
昭和54年		
昭和55年		
昭和56年		
昭和57年		
昭和58年		
昭和59年		
昭和60年		
昭和61年		
昭和62年		
昭和63年		
昭和64年		
昭和65年		
昭和66年		
昭和67年		
昭和68年		
昭和69年		
昭和70年		
昭和71年		
昭和72年		
昭和73年		
昭和74年		
昭和75年		
昭和76年		
昭和77年		
昭和78年		
昭和79年		
昭和80年		
昭和81年		
昭和82年		
昭和83年		
昭和84年		
昭和85年		
昭和86年		
昭和87年		
昭和88年		
昭和89年		
昭和90年		
昭和91年		
昭和92年		
昭和93年		
昭和94年		
昭和95年		
昭和96年		
昭和97年		
昭和98年		
昭和99年		
平成元年		
平成2年		
平成3年		
平成4年		
平成5年		
平成6年		
平成7年		
平成8年		
平成9年		
平成10年		
平成11年		
平成12年		
平成13年		
平成14年		
平成15年		
平成16年		
平成17年		
平成18年		
平成19年		
平成20年		
平成21年		
平成22年		
平成23年		
平成24年		
平成25年		
平成26年		
平成27年		
平成28年		
平成29年		
平成30年		
令和元年		
令和2年		
令和3年		
令和4年		
令和5年		
令和6年		
令和7年		
令和8年		
令和9年		
令和10年		
令和11年		
令和12年		
令和13年		
令和14年		
令和15年		
令和16年		
令和17年		
令和18年		
令和19年		
令和20年		
令和21年		
令和22年		
令和23年		
令和24年		
令和25年		
令和26年		
令和27年		
令和28年		
令和29年		
令和30年		

表2 3)

### イ病患者認定要観察者判定年次別一覧表

(559, 4, 2)

区分	認定患者		要観察者		計	
	認定	死亡	判定	要観察者	認定患者	要観察者
42	73	3	70	155	0	2
43	44	12	102	33	19	2
44	3	8	97	1	6	106
45	4	4	97	2	5	15
46	1	5	93	1	0	0
47	0	11	82	138	0	5
48	1	2	81	21	0	10
49	3	12	72	7	2	6
50	0	7	65	4	0	4
51	0	6	59	5	0	2
52	0	9	50	4	0	8
53	1	1	50	4	1	6
54	0	5	45	1	0	6
55	1	4	42	3	1	9
56	1	4	39	1	0	7
57	0	5	34	4	0	8
58	10	7	37	0	6	7
59		1	36			3
計	142	106	384	32	96	214

注: ( ) は要観察者, ○ は申請中完結者

- 1) 昭和38-40年度文部省科学研究費(機関研究)イタイイタイ病研究班: いわゆるイタイイタイ病に関する調査報告書 1967
- 2) 加須屋 実: カドミウム(総説), 廃棄物処理研究, 10, 32-52, 1984
- 3) 富山県厚生部



表 3 5)

1. イタイイタイ病の認定条件

- 次の1~IVのすべての項目に該当する場合には、イタイイタイ病と認定する。  
 1) カドミウム濃厚汚染地に居住し、カドミウムに対する暴露歴があったこと。  
 2) 次のIIIおよびIV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線検査あるいは骨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、骨所見のみで認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るものを含める。

2. イタイイタイ病認定に必要な検査事項

- 次の諸検査の結果を総合して、症状の有無と程度を判定する。  
 (1) 一般的所見  
 既往歴:カドミウム暴露歴、治療歴、遺伝関係など  
 臨床所見:骨格変形、とう痛(特に運動により増強)、運動障害(あひる歩行など)など  
 (2) 血液検査  
 P, Al-Pase, Ca など  
 (3) X線検査  
 所見:骨萎縮像、骨硬化像またはその治癒後、骨変形など  
 (4) 尿検査  
 蛋白、糖の定性・定量、カドミウム量、その他

3. 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があるもの。

表 4 イタイイタイ病患者剖検所見 6)

No	氏名	主病変	主な副病変	骨軟化症	骨粗鬆症	尿細管症	腎重量
1	I.Y.	イ病	動脈硬化	+	+	±	115:115
2	K.K.	結腸がん	イ病	+	+	+	120:170
3	C.A.	イ病	十二腸潰瘍	+	+	+	40:38
4	H.K.	イ病	S結腸穿孔	+	+	+	65:65
5	I.T.	イ病	肺結核	+	+	+	105:100
6	T.S.	イ病	腎盂腎炎	+	+	+	40:58
7	S.M.	イ病	胃潰瘍	+	+	+	65:70
8	T.S.	イ病	肺がん	検査中	検査中	検査中	
要	T.T.	尿路感染症	イ病	+	+	+	70:70
観	O.S.	イ病	肺炎	+	+	+	50:50
察	N.K.	イ病	胃がん	+	+	+	48:38
者	N.K.	イ病	腎炎	+	+	+	43:37

II. 神通川流域住民の腎障害の現状とその対策

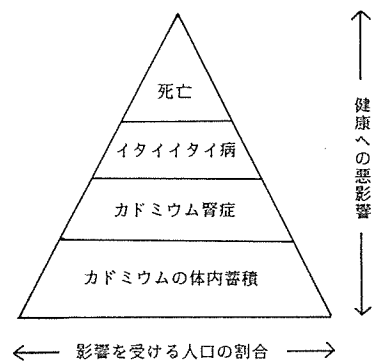
神通川流域カドミウム汚染地域には、イタイイタイ病ばかりではなく腎障害が多発している。この腎障害の型は、低分子蛋白尿と糖尿の所見に特徴的に示される尿細管の障害であり、イタイイタイ病の腎障害と同様のものである。この腎障害は、神通川水系灌漑地域に局限して多発しており、カドミウムによる尿細管障害(カドミウム腎症)である。神通川流域住民の腎障害の実態については、最近までまったく不明であった。表5に示すように全国の他の汚染地域に比べ、神通川流域住民の低分子蛋白尿陽性者数あるいは尿細管障害(%TRPの低下)例は著しく多く、その重症度もイタイイタイ病の発症に示されるようにきわめて高度である。

表 5 カドミウム汚染地住民健康調査 7)

	住民数	受診者数	低分子蛋白尿陽性者数	尿細管リン再吸収率80%以下	ファンコニー症候群
富山県 <sup>8)</sup>					
汚染地域	8833	8143	1357(16.7)	354(4.3)	
非汚染地域	882	772	17(2.2)	3(0.4)	
石川県					
汚染地域	628	566	66(11.7)	40(7.1)	25(4.4)
非汚染地域	531	470	9(1.9)	1(0.2)	0
長崎県					
汚染地域	358	333	28(8.4)	24(6.7)	14(4.2)
非汚染地域	564	494	8(1.6)	3(0.6)	0
兵庫県					
汚染地域	534	510	79(15.5)	27(5.3)	15(2.9)
非汚染地域	482	463	14(3.0)	3(0.6)	0
秋田県					
汚染地域	479	427	30(7.0)	6(1.4)	1(0.2)
非汚染地域	527	403	1(0.2)	0(0.0)	0
群馬県					
汚染地域	513	500	17(3.4)	9(1.8)	1(0.2)
非汚染地域	227	221	10(4.5)	2(0.9)	0
福島県					
汚染地域	765	729	14(1.9)	4(0.5)	1(0.1)
非汚染地域	654	643	10(1.6)	1(0.2)	0
大分県					
汚染地域	372	363	15(4.1)	3(0.8)	0(0)
非汚染地域	422	398	16(4.0)	2(0.5)	0

(富山県:1979~1982,45歳以上。 その他の地域:1976~1978,50歳以上)

図 1 カドミウム暴露と疾病 7)



8) 富山県厚生部: 公衆衛生行政の概要, 1983

9) 191191病対策協議会: 191191病のはなし

- 4) 青島島子地: 最近の2症例からみたイタイイタイ病の発症機転と病態, とくにビタミンD代謝について, 日内会誌73, 114-124, 1984  
 5) 環境庁企画調整局公害保健課長通知, 1972  
 6) 加藤孝文: イ病患者及び死亡者の諸検査成績についての総合的検討, 環境保健レポートNo.49, 121-124, 1983  
 7) イタイイタイ病および慢性カドミウム中毒に関する研究班: カドミウムによる環境汚染地域住民健康影響調査結果の解析および結果報告書, 1979 (日本公衆衛生協会)

## イタイイタイ病患者救済の現状と展望

山本 直俊

(弁護士)

## 1. はじめに

富山県神通川流域で発生したイタイイタイ病は、その上流岐阜県神岡町にある三井金属鉱業神岡鉱業所が長年にわたってたれ流したカドミウムによって下流農民に被害をもたらしした公害病である。大正年間にすでに患者が発生していたと伝えられ、以来多数の年老い婦人らが激痛のなかで身動きもできずに死んでいったといわれている。こうした被害にたいし、昭和42年はじめて行政による対策がとられることとなったが、表1のとおり、同年以降の今日までの認定患者は142名、要観察者は近べ384名にのぼっている。また、神通川流域のカドミウムによる被害はこのほか地域住民の多数に腎臓障害(カドミウム腎症)をもたらし、又数千ヘクタールにおよび「カドミウム汚染田を生みだしている。

## 2. 患者救済の現状と問題点

「業病」といわれた戦前戦後は患者の救済は全くなされてこなかった。しかし、やがてその原因究明のための研究がはじられ、地元の萩野昇博士をはじめとする多くの医学者の地道な研究によってカドミウムが原因とつきとめられ、昭和43年の厚生省見解となって結実した。以来、行政による対策が本格的にとられることとなり、47年のイタイイタイ病裁判控訴審完全勝判にこれに引き続く住民運動により加害企業との間で「賠償に相当する誓約書」、「医療補償協定」(後掲協定書参照)などの協定書を勝ちとることで患者救済は大いに前進した(たとえば、認定患者は一時金200万円、死亡の場合200万円上積み、要観察者は一時金100万円。そのほか、治療費は全額補償、また、毎月、患者は72000円、要観察者は43000円の医療介護手当その他がある)。

しかし、昭和50年ごろから強められた加害企業をはじめとする産界などによる「公害まきかえ」により患者救済は新たな妨害に直面してきている。雑誌「文春」や国会審議を使っての反カドミウムキャンペーンが厚生省見解の見直しへの働きかけなどマスコミ、政党、一部医学者を動員した動きは執拗かつ組織的になされ、それとともに行政による患者救済は大中に後退しはじめ、従前認定された患者と同様の所見を示している患者が認定却下されたり、結論をひきのばされて長期間保留されたりなどの例が多く出てきている。また、イタイイタイ病の前駆症状といわれるカドミウム腎症に罹患している患者が多数存在していることはこれら被害住民に対する救済はほとんどなされていなくなり現状である。カドミウムによる土壌汚染は日本全国にわたっているが、環境庁が昭和49～53年に秋田、群馬、石川、兵庫、長崎県など富山県を除く全国の汚染地で行った住民健康調査によっても、地域住民の多数に腎臓障害があることが明らかにされている。これら被害住民の健康保持と予防対策は緊急な国民的課題である。そのほか、当神通川流域被害地には、死後認定問題や医療補償協定の改訂などの問題も重要な課題として残されている。

## 3. 今後の展望

イタイイタイ病被害の救済は公害根絶を願う中広い国民世論に支えられた地元被害住民のねばり強い闘いと数多くのイタイイタイ病・カドミウム研究者の地道な研究とによって前進してきた(と言って過言でない)。そのひとつとして、50年来おさえ続けられてきた患者認定も、表1のとおり、58年には10名の認定を勝ちとることができた。これは住民運動の成果であるとともに、吉木法による骨生検などイタイイタイ病鑑別にあたっての医学者の研究の成果である。

このように、イタイイタイ病・カドミウムに関する研究は進んでおり、より一層の患者救済のためのますますの研究、発展を期待するものである。

表I、 イタイイタイ病患者認定・要観察者判定年次別一覽表

区分 年次	認定患者			要観察者判定					年内 合計	年末 現在数
	認定	死亡	年末 現在数	判定	患者認定	死亡	解除	計		
42	73	3	70	155	0	2	0	2	153	
43	44	12	102	33	19	2	29	50	136	
44	3	8	97	1	1	6	106	113	24	
45	4	4	97	2	2	5	15	22	4	
46	1	5	93	1	0	0	0	0	5	
47	7	11	82	138	0	5	0	5	138	
48	1	2	81	21	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	7	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	88	
56	1	4	39	1 <sup>①</sup>	0	7	0	7	62	
57	0	5	34	4	0	8	0	8	58	
58	10	7	37	④	6	7		13	45	
計	142	105		(318)			(148)	(273)		

注：( )は実数。  
④は申請中死亡者

医療補償協光 (848、7、19締結、53、2、29改訂)

三井全銀銀業株式会社は、

1. イタイイタイ病患者及び同要観察者(以下患者らと云ふ)の医療については、患者らの受診にかかる医療機関が必要と認める医療を実施し、これに要する費用は、当該医療機関の請求にかかる全額を負担する。
2. 前号の医療のための入院につき、看護者添乗のマイクロバスの運行など必要な措置をとるほか、患者らの入院に要する費用の全額を負担する。
3. 患者らに対し、次のとおり医療介護手当、温泉療養費を支払う。

区分	医療介護手当	温泉療養費
患者	月額7万2000円	年額2万円
要観察者	月額4万3000円	年額7万円

4. 患者らが、入院しているときにかかわらず、いわゆる「寝たきり」のため介護を必要とする場合、次のとおり特別介護手当を支払う。

- (1) 介護者が同居の親族の場合 月額7万7000円
- (2) 介護者が右以外の場合 定費金額

以上

## 老人保健法発足後の諸問題 司会のことば

河野 俊一（金沢医大・公衆衛生）

昭和58年2月に老人保健法が施行されて以来、現在までにほぼ1年6カ月を経過した。周知のとおり、老人保健法は、昭和48年の老人福祉法の改正で規定された老人医療費支給制度と老人健康診査制度、および、それまで国の予算措置で実施されてきた循環器疾患やがんを対象とした成人病検診を含む成人病予防活動を一本化して制定されたもので、高齢化社会に対応して、成人病の予防、治療、リハビリテーションを一体化した包括医療を法定した画期的な法律である。

このため、老人医療費支給制度のほかに、健康教育、健康相談および機能訓練を法定の事業としてとりあげるとともに、健康手帳の交付および40歳以上の者に対する健康診査を制度化している。また、医療を含めてこれらの事業の実施主体を住民の最も身近な自治体である市町村としているのも特徴の一つといってよいであろう。

しかし、成人病予防活動の法的根拠に基づく制度として確立された反面、老人福祉の面からみると、老人医療費支給制度に受給者の一部負担制度が導入されるとともに、これまで無料で実施されてきた老人健康診査にも一部負担金を必要とする事となるなど、本法発足頭初から老人福祉の後退として論議されてきたところである。

さらに、医療以外の保健事業についても、その運用の面で市町村がその実施主体となったが、市町村はその規模も様々で、すべての市町村で効果的な運用が可能か否か、とくに、人口の少ない町村では多くの場合保健衛生技術が不十分であり、保健事業の企画や保健事業委託機関の選定が正しく行われるか否かに不安があることも確かであり、さらに、保健所や地元医師会などの機関との連携も十分に行いうるかといった諸問題を提起されていた。

とくに、北陸地方は過疎地域が多く、人口も少く財政規模の小さい町村が多いというのに、最近の不況で経済の回復も思わしくない現状であり、いまだに保健婦のいない町村があるし、町村保健センターの設置も遅れており、これをバックアップする保健所の体制も人的、物的の両面で決して十分とはいえない。さらに、市町村の理事者の間にも住民健康管理の意義や必要性について必ずしも十分に理解されているとはいえない現状があるなど多くの問題点をみつめているといえる。

また、これまで公衆衛生活動の第一線機関として機能してきた保健所の役割が、今回の老人保健法では明確でなく、あくまでも技術的援助がその主体となっている点も問題であろう。市町村においても、これまで担当者が努力して水準の高い健康管理活動が行われてきた地域で、財政上その他の理由から全額一律の法定争項さえやればよいといったことにはならないという保証はない。国は再三にわたって法定争項は最低水準であつて、法施行前の健康管理の水準を低下させないよう通達しているが、現実には健康管理活動の水準の低下が懸念される事態がみられており、さらに、市町村以外の農協等の民間機関による健康管理活動も、市町村がやれば独自に費用をかけてやらなくてもよいといった考え方で縮小されつつあることも問題であろう。

今回のシンポジウムでは老人保健法が施行された頭初の混乱から1年余を経過した現時点で、老人保健法などのように機能し、また、どのような問題点をもっているのかを、観念的にではなく現実的に明らかにすることをねらいとした。そのため、現在北陸地方で成人病予防、老人保健、老人福祉活動の第一線で活躍されている皆さんにシンポジストをお願いし、具体的に事例報告をして頂くとともに学会の皆さんからも具体例を示し頂き、これらの事例のなかから今後の老人保健対策の方向を社会医学的に検討してみたいと考えている。

## 老人保健と保健所

西 正 美 (石川県厚生部)

新たに制定された老人保健法は、その事業主体を市町村と定めたが、戦後の我が国の公衆衛生、とくに地域保健を支えてきた保健所の位置付けをあらためて問い直す画期的なものと言えよう。つまり、戦後の地域保健が保健所＝市町村（政令市を除く）の図式で構成され、市町村が実施主体となる事業においてもこの図式を踏襲してきたが、老人保健法では、保健所に市町村に対する指導あるいは援助を求めているが、市町村には保健所の指導を求めることを規定していない。

このことは、この法律が老人福祉法を下敷きとした部分があり、福祉サイドの視点からの発想をも持つところから、保健所を含む地域保健システムを十分に理解しえていないくらいはあるとしても、保健所の公衆衛生の技術力及び行政能力の無力さを暗示するとも言えよう。一方、市町村は保健所を検診機関としてのみ考えていた節もないではない。このような保健所と市町村の乖離のまゝでは、地域保健システムは崩壊し、老人保健も画餅となり、住民の健康管理も十分に達せられないことになりかねない。

老人保健法を単なる医療費抑制の手段とするのではなく、健康管理体制の強化を図るものとするためには、保健所の指導力を高め、保健所＝市町村の地域保健システムの見直しと強化を図らねばならない。

保健所の基本的機能として、①公衆衛生診断、②地域保健管理、③地域保健情報管理、④地域保健行政指導などが挙げられるが、結核管理をはじめとする社会防衛的の疾病管理等、保健所の歴史の中で培われた技術を活用する地域保健管理や、人口動態統計、伝染病統計あるいは保健所運営報告等の保健情報の経験による保健情報管理は、その基盤を有しているが、公衆衛生診断や行政指導力は本来付加されている態勢でありながら、その実効を示している保健所は極めて少なかった。

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

## 1 マンパワーの強化

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

しかし、これらの専門職も現行の教育制度の中では、必ずしも公衆衛生のプロとして育てられる訳ではなく、多くは卒業後現任訓練の中で育てなければならない。とくに市町村との連けいで重要なのは保健婦であるが、保健婦は基礎的養成課程の中で公衆衛生のプロとして育てられる数少ない職種の一つである。公衆衛生においては視野の広さは不可欠であるが、とくに老人保健の実際にあたっては、保健婦に時流への適応と相互調整が期待されているのである。老人保健法の施行の下にあっては、関係職員の研修も予算化されており、その充実を図ることも急務である。

とくに、保健所保健婦の質の良否が、市町村での老人保健事業の有効な企画立案に及ばず影響の大きさを考慮すれば、公衆衛生診断に参加し、市町村への指導の窓口ともなる保健所保健婦の質の向上をはかる研修は重要である。狭い意味での保健指導の技術論の問題ではなく、地域保健全体の中における保健婦活動のあり方への判断力や、総合化への調整、とくに市町村での保健事業の整合性への調整能力の向上のための研修が必要であろう。

さらに重要なことは、公衆衛生を専攻する医師の充足である。近い将来、医師過剰時代が到来するというが、現実には保健所の医師不足は極めて深刻であり、保健所機能が低下したとする非難は、これに起因するといっても過言ではないだろう。

## 2 行政指導力の強化

保健所の歴史の中で、戦後のGHQの背景があった時期を除けば、保健所が市町村に対して強力な行政指導力を発揮し得た時はなかったのではなかろうか。予防接種法に基づく保健所長の指示、結核予防法に基づく定期健康診断の指示等法的に規定された指示、報告、届け出あるいは連絡でさえ十分に行われているとはいえない。保健婦助産婦看護婦法による保健所長の指示も無視されることが多い。直接、法によらない専門機関としてのスーパーバイズ、アドバイスでは、なおさらである。

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

市町村に対する地域保健の行政指導を、単に公衆衛生の技術的専門の側面からのみ行っても、十分な効果を期待できない一面はその背景である財政への配慮あるいは発言力の乏しさがあったことも否定できない。かつて、保健所は技術的側面のみを担当することで事たれりとする風潮もないではなかったが、公衆衛生を実効あらしめるには、公衆衛生活動における財政運用も十分理解し、これに対する指導力も具備しなければならない。とくに昨今、ようやく公衆衛生の分野でも費用便益の考え方がとりいれられるようになってきたが、このような視点は老人保健においても重要である。

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

これまでの公衆衛生関係の各種補助金等は、多くは保健所を素通りあるいは無関係に事務がながれていたが、上述のような考え方で事務を行うと、事務能率が若干低下するという非難がないではない。しかし、保健所の指導力を強化し、公衆衛生の総合的効率を向上させるものであり、長期的展望にたつて判断することも必要であろう。

以上二つの問題点を挙げで言及したが、いずれも老人保健に特有のことではない。しかし、新たな制度として組み立てていくチャンスである。老人保健制度の中で、地域保健の保健所＝市町村の図式が見直され、保健所＝市町村がユニットとして定着し、さらには他の分野にも拡大できれば健康管理が住民のものとして根づくことになろう。

# 老人保健法発足後の諸問題

## 一市町村財政との関連で

保坂 哲哉

(金沢大学 経済学部)

老人保健法が発足してのち、市町村財政との関連などのような問題がでてきているがレポートせよ、というのが与えられた課題である。しかし、昭和58年度の市町村財政データはまだ利用できないし、報告書は市町村での老人保健法実施の事情についてあまり詳しくないので、実態は即したレポートといよりは制度的仕組みのこのコメントをするというからして、与えられた役割を果したい。

市町村は、老人保健法に関してこの役割を担う。老人保健法にもとづく医療の実施主体、同じく医療以外のヘルス事業の実施主体、そして老人医療費の分担者である国民健康保険の運営主体、がそれぞれある。役割の分化に対応して会計も分離される。医療以外の保健事業の実施責任は、老人保健法によって新たに市町村に与えられるものがあるが、大変重いものと思える。老人保健法は、医療と医療以外のヘルス事業を総合的に実施するところに特色があると思われているが、老人保健法の存在は、市町村がこの責任をうまく果たせるのかにかかっている。医療についてはさまざまな法律で規定をまもりながら、ヘルス事業については、法律の規定で発生する実施基準をまもる態勢による創設工夫と独自の努力を要するところを経験される。それ以外のハイ・レベルの企画力、すべからず行政手段、多くの労働と費用を要するほかの他の事業がある。人口数10万の大都市から人口2,000未満の小村にいたるまで、多様な条件を抱えたい2000余りの市町村がすべてこのように老人保健事業の実施責任を十分果たせるのである。財政という概念を従来の出入り付けに限定せず、より広く資源の確保、配分、利用一般にかかわるものと思え、まず、市町村の老人保健事業実施体制と中心的マンパワーの確保、配分の問題を取り上げ、次いで老人医療費の分担の問題にふれることにしたい。時間的制約もあるので、いずれの問題をかなり限定して論ずる。

老人保健法では、医療費保障に片寄った医療事業を、予防を重視したケアを中心とする包括的、総合的なヘルス事業へと転換することが企画されている。しかし、これを實現するための、資源の流れと変え人々の態度の変化を促すような制度的改革が不可欠であると思われる。そのように課題を論じているのである。これは関連して問題の世界をわけるここから一つある。「本格的な高齢化社会の到来に備えて健康な老人づくり」をすすめるという老人保健法の主要なものの一つを、各市町村の責任をもちて實現するためのには、勤務形態はどうか、市町村の総合的ヘルス事業の中心的担い手としてのコミュニティ・ドクターが必要なのではないか、という疑問がある。この分野でのモデルとしてこの自治体にはかたがとさういう役割の担い手が登場する。人口規模や他の条件が大きく異なる3000余の市町村について一律に対応は正しくないが、行政医官、public health doctor、臨床医という分類形態を越えて協力組織はむしろマンパワーの内蔵が必ず必要ではないのか、あるいは、農山漁村部では、複合的な機能をもち医師と保健師が確保されれば、ヘルス事業はそれだけ成功はかぎり保証されるであろう。これに補ってマンパワーの量的確保が比較的容易な都市部では、医科看護、病院、保健センター等の一定の分業・競争関係が前提として、地方では医師の組織化と並行しては必要ではないのか、あるいは、さういふマンパワーがヘルス事業の総合的に入ったものに必要とされる。

ヘルス・マンパワーの養成は、若干の例外を除いて市町村の任務ではない。新しい事業のために新たにヘルス・マンパワーを確保することは、多くの市町村にとりて困難な仕事であろう。市町村によって確保の条件にかなりの差があること、人材費補助の制度があるとしても一律的なものには有効、適切ではない。むしろ現物給付のほうが効率的。ヘルス資源を動員するに経済的インセンティブを訴えるのであれば、市町村の財政力格差を反映する資源動員量の差が生じ、地域的医療資源の分布





## 老人保健法発足後の諸問題 医療ソーシャルワーカーの立場より

荻木 正幸

( 済生会富山病院・医療福祉相談室 )

### 1. 病院紹介と医療ソーシャルワーカー(以下MSWと略す)の業務内容

当院は富山駅の西南約600mの所にある、社会福祉法人立の200床規模の総合病院で、外来患者数は一日300名弱である。特色としては、昭和52年に結核病棟が廃止され、内科、脳外科を中心とした成卒中センターを設置している。MSWは病院等で、患者・障害者・家族に対し、治療・リハビリテーション等の道すじで生じる、療養・日常・社会の各生活上の障害や問題に対し、その解決をはかる援助者の役割を担っている。援助の流れは、(1)傾聴を主とする患者の持つ悩みや問題状況の把握、(2)信頼関係を築きながら解決の糸口を患者と共に探す、(3)患者の意欲と能力を最大限に引き出す方向で関わる、(4)患者ひとりではできないこと、医療チームの協力が必要なこと、福祉事務所、保健所、福祉施設など他の機関との分担が必要な時の振り分け、(5)より良い生活の保障、となる。援助の内容は、(1)医師、看護婦等への情報の提供、助言、(2)療養条件を良くするための生活費、医療費保障の相談、(3)療養にまつわる人間関係を良くするための調整、(4)院内・在宅での療養生活に必要な福祉サービス活用の助言、(5)生活の場・就労の場等の確保のための福祉施設・機関の紹介、などがある。相談を受けて10年目になるが、一貫した傾向は生活費、医療費に関する相談が多く30%以上を占めることである。近年の高齢化に伴う相談も増加しつつあり、家族との人間関係、在宅療養の介護の問題、単身老人の住む場所や食事、洗濯の問題、老人病院への転医などが組み合わさって生活障害を形成している。

### 2. 当院における老人保健法の「医療」の問題点

当院の場合、65歳以上の老人が占める割合は、入院で約40%、外来で約20%である。(1)医療費無料の開始日は、老人福祉法の時は「その日の属する月の初日から」無料という考え方であったが、老人保健法では、一日生まれの人のみその月から開始し、2日以降に生まれた人は「翌月の一日から」開始となった。このため老人保健法の枠に市町村単独事業として上乗せをしている自治体などによっては、要領などの開始日にパラツキがある。そして、一カ月の高額療養費制度利用時の支払い額5,100円を支払う人と、支払わなくても良い人が出るという較差がでてきた。(2)障害老人に対する一部負担金の返却方式は、富山市は「65歳以上の身障1~4級の一部(下肢)等の老人」に対して、入院一日300円を2ヵ月間、外来1ヵ月毎に400円の一部負担金を患者が病院の窓口へ支払わなくても良い方式(市から病院へ一括払い)にしたのに、富山県は一部負担金を患者が病院に一度支払い、領収書を持って市町村役場で払い戻しを受ける償還方式をとった。このため障害老人には、体の都合や乗り物利用の費用などの面で問題がある。(3)「65歳以上の身障4級の一部(<sup>上肢</sup>)等の老人」達への対応では、富山市は一部負担金を単独事業で無料としたが、富山県は65~69歳までに対して単独事業として、老人保健法と同額の一部負担を残して他の負担を無料とした。全国の例に同じく、住む市町村によって無料化の有無の較差がある。(4)医療保険の本人で慢性疾患によって通院している老人は70歳未満の人に較べて、毎月400円ずつ支払う必要があり、健康保険等の保険料を若い人と同じか、それ以上に徴収されているのに、余分に負担させられるという不満を聞く。(5)老人保健法実施による患者数の増減では、過去2年間の各月末の入院・外来患者の定数で、全患者に占める65歳以上老人の割合を調べたが、昭和54年2月1日を境とする変化はなかった。これは、公的、公立などの総合病院では変化が特にないという話と一致している。

### 3. 当院における老人保健法の「健康診査」の問題点

(同1) 当院における健康診査の状況を過去10年間みてみると、一般診査は毎年増加してきたが、老人保

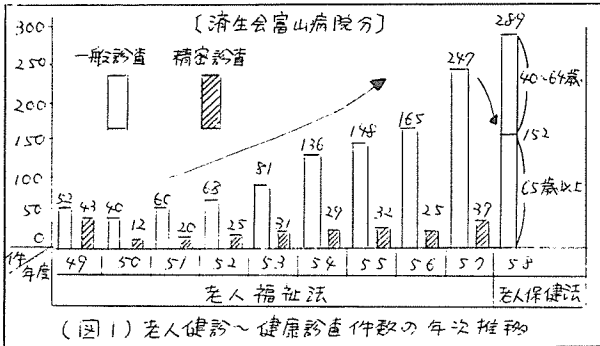
健法に変わった昭和58年度は40歳以上の新規の対象者も含めれば増加したが、65歳以上と比較すると10年間ではじめて減少した。精密診査については10年間ほぼ構ばいの状態が続いたが、昭和58年度は0件となった。これは生活保護や身障1～4級の一部(下肢)の障害者や70歳以上の老人を除いた人が、精密診査を受けると1/3が自己負担となったためである。健保家族や国保の人は3割自己負担なので、医療保険を使った方が得となる。また医療事務に伴う問題では、(1)精密診査の項目が限定されているため、医師から精密診査の指示が出されても診査項目になければ、無料とはならず医療保険を使う。そうするとある診査は健康診査、他の診査は医療保険か私費としての区分が必要となる。また電算機に医療保険部分だけを入力する操作も加わる。(2)病院の窓口の混乱としては、医療保険証を持ってこない人もあり、治療が必要で場合、投薬などもできない。そのため、保険証のある人はその日に受診してもらうが、保険証の持参がない人は精密診査を次回に正式に保険証を持参してもらう日に行ったりした時期(昭和57年以前)もあった。すなわち、開業医の場合は医師が保険証を確認して、精密だけとか、治療もやろうという判断がつくが、総合病院等は、精密診査で止めよのか、治療までするのかの判断が、保険証確認の点で曖昧になりやすい。(3)病院の業務量が保険診療に合わせて一定あるところへ、受診方式の違う「健康診査」がまとまって入ってくるのはなく、不定期にパラパラ入ってくるので、システムとして単純に処理できる方向を選びやすい。もちろん患者に損をさせるような方法は、たとえシステムが単純でもとらないが…。

#### 4. 富山県内における老人保健法の「医療」と「保健事業」の状況

(1)医療：老人病院で「特例許可外」から「特例許可」へ、「特例許可」から「一般病院」へ変更したところもある。現時点では「特例許可外」が厳しい診療報酬の内容なので、いずれは「一般病院」と「特例許可」とに二分されることになる。県内のある「特例許可」老人病院では看護職員が110人から70人に減ったようだ。「特例許可」が収容の病院でなく、福祉(生活)施設等の方法論・技術論が導入できると、日常・社会生活も視野に入れた施設に変容して行けば、高齢化社会が備えるべき医療福祉施設となる。訪問看護の制度はできたが、回数が退院後3ヵ月のみで最高8回という限度と、1回1,000円しか病院の収入にならない低額のため、訪問看護をあらたに始めた病院の数は聞かない。在宅医療をすすめるのであれば、期間と回数の撤廃、実情に合う診療報酬の保障が必要であると思う。

(2)健康教育：富山県内の市町村数は、9市18町8村の計35である。全部の市町村で健康教育を実施しており、公民館、保健センター、健康センターなどで多く開かれる。テーマは成人病予防や家庭看護、疾患別予防、食生活などさまざまである。開催数では、福光町の年間68回を最高に、富山市48回、小矢部市36回、氷見市34回、高岡市33回などで、最低は平村1回、上平村2回であった。市は10～48回、町は6～68回、村は1～20回である。健康教育を医師会と連携して行っているのは7市12町3村ある。(3)健康相談：常設個別、巡回・出張、電話の形態があり、組み合わせている市町村が多い。また健康教育と同時に行うところも、2市3町2村あった。時間数は氷見市の年間4,208時間を最高に、高岡市2,600時間、黒部市1,148時間があり、最低は舟橋村30時間、上平村32時間、宇奈月町45時間であった。相談内容や場所は健康教育と同様であった。(4)機能訓練：場所は保健センター、老人福祉センター、社会福祉センターで行なわれているのがほとんどである。実施していないのは1市(黒部市)4町6村で、村での実施は細入村だけである。機能訓練を実施しているほとんどの市町村で、PT、OTの参加・関与が行なわれているが、左川町はそれがなく、富山市はそれに無回答であった。(5)訪問指導：未実施は6町1村であった。57年度実績で富山市を例にとると2,196名で、1人11.3回平均となっていた。少ない市町村では年に1人2回程度である。(6)健康診査：全市町村で実施しているが、一般診査を有料としているのは滑川市の100円だけであった。精密診査を有料としているのは富山市・塚中町の1/3負担、高岡市の1,000円、上平村の600円、滑川市、氷見市、大沢野町の300円であった。実施方式では、朝日町、城端町が一般診査、精密診査ともに集団検診方式であった。

(※1) データ出所：富山県保険医協会(会長 田中悌夫) 58年度保健事業アンケート調査結果表



要医療 170件 (59%)	正常 89件 (31%)	要精密 30件 (10%)
----------------------	--------------------	---------------------

(図2) 58年度診断区分【済生会富山病院分】

40代 25人 (9%)	50代 59人 (20%)	60代 107人 (37%)	70代以上 98人 (34%)
--------------------	---------------------	----------------------	-----------------------

(図3) 58年度受診年代区分【済生会富山病院分】

(表1) 介護手当(市町村単独事業) (表1)~(表7) データ出所:富山県医療ソーシャルワーカー協会福祉事業一覧表

【富山市】①身障1.2級, ②右左きり老人6ヵ月, ③療育「A」18.35以下 年7万2千円  
 【高岡市】①身障1級かI&G 35以下 年2万円, ②65歳以上3ヵ月介護 年1万7千円  
 【魚津市】年2万4千円, 【黒部市】年1万2千円, 【上市町】右左きり12ヵ月老人 年3千円  
 【大山町】①身障1.2級, ②療育「A」, ③65歳以上右左きり3ヵ月 年7万2千円  
 【八尾町】①身障1.2級, ②療育「A」, ③65歳以上右左きり3ヵ月 年1万4,400円  
 【大沢野町】18歳未満の在宅児童で①身障1.2級, ②精薄I&G 35以下で6ヵ月以上右左きり 年3万6千円, 【滑川市】①身障1.2級, ②療育「A」 年1万8千円  
 【砺波市】65歳以上右左きり6ヵ月 年1万4千円

(表2) 老人家庭奉仕員派遣事業(国の制度) おおむね65歳以上の老人

【実施市町村で特記すべきもの】(砺波市)週6回, 週18時間以内【八尾町】週3回, 【細入村】常勤職員, 【未実施市町村】(舟橋村)【上平村】【上市町】費用負担 生活保護・所得税非課税世帯0円, 生計中心者所得税額年3万円未満 2,450円/月, 3万円以上 5,900円/月 (砺波市町村は右左きり老人あり)

(表3) 老人入浴サービス事業(国の制度) 適用: 65歳以上身体虚弱, 訪問: 65歳以上心身障害者

【富山市】搬送, 入浴, 理髪(特養 晴風荘 水橋), 【魚津市】, 【朝日町】, 【橋本町】, 【入善町】月1回, 5~10人, 【滑川市】週1回, 特養利用, 本人200円負担, 【宇奈月町】舟見寿楽苑へ委託【井口村】福祉デイサービスを利用【入浴車】(高岡市)月1回, 【八尾町】(塚中町)【細入村】(山田村) 婦人会社協会一併事務組合へ委託, 【水見市】

(表4) 給食サービス事業(国の制度) 特養利用: 65歳以上独居老人 配食: 65歳以上老人及び身障者

月3回実施【立山町】月2回実施【魚津市】・【朝日町】・【橋本町】・【入善町】・【新湊市】  
 月1回実施【富山市】16校下88人・【高岡市】(宇奈月町) 20人, 30人, 87人

(表5) 老人デイサービス(通所)(国の制度) おおむね65歳以上で常時介護を要する老人

【給付内容】入浴 食事 生活指導 休養 輸送 ADL訓練など【県内施設】富山シルバーホーム(富山市), 福寿園(福野町), 新川ウィーラ(魚津市), 清寿荘(滑川市), 【実施市町村】(富山市), 【高岡市】(魚津市), 【井波町】(福野町) (砺波市), 【井口村】

(表6) 紙おむつ支給事業(市町村単独事業) 60歳以上右左きり老人重症心身障害者など

【富山市】月130枚(貸おむつは週2回訪問して交換・1ヵ月372枚), 【高岡市】月120組 1/3自己負担, 【魚津市】月120枚, 【黒部市】月120枚, 【利根村】月120枚, 【大門町】, 【福本町】, 【大沢野町】(滑川市) 1/3自己負担

(表7) 右左きり老人に対する寝具乾燥, クリーニングの事業(国の制度)と(市町村単独事業)

	富山市	高岡市	砺波市	黒部市	大門町	八尾町	福岡町	井波町	福野町	入善町	立山町	左川町	山田町	滑川市	津町	利根村	注
寝具乾燥	○		△	△	○ 右左きり3ヵ月			○		○×1 年3回	○ 年2回			○×2 年3回			※1 対象30人 ※2 1/3自己負担 △=回数不明
クリーニング		○ 年2回			○	○ 年2回	○ 年1回	○	○ 年1回	○			○ 年2回		○ 年2回	○ 年3回	

【富山市】(福岡町)【入善町】は一人暮らし老人にも実施と回答  
 - 22 -

(表8) 老人実態基礎資料と老人保健法「保健事業」の市町村比較

◎=必ず、△=ほぼ時

市町村	人口 (55.10.1) 国勢調査	65歳以上 人口 (57.10.1)	%	高齢者 人口 (75)	健康教育			健康相談			機能訓練			訪問指導					
					年間 講座数	医師会 主催数	年間 実績 時間数	年間 実績 件数	形態 出張 TEL その他	健康教 育センター 会場	57年 実績	57年 実績	PT OT 連携	PT OT 参加	57年度 実績 人時	57年度 実績 人時	57年度 実績 人時		
富山市	305054	32423	10.6	47316	48	88	768	1340	0	地区センター 公民館等	0	0	0	0	0	2196 11.3回	4860 148回	0	
高岡市	175055	18778	11.3	32916	33	0	2600	5200	0	本庁相隣 公民館	0	0	0	0	0	定324 延710 手2.1回	2000	0	
黒部市	35443	4111	11.6	5910	20	15	1148	3151	0	公民館	X	X	—	—	—	1490	1500	0	
魚津市	49511	5752	11.6	5711	16	1	180	1500	0	公民館	X	0	0	0	0	—	110 550回	0	
小矢部市	36497	4781	13.1	10133	36	?	216	1800	0	健康センター 公民館	0	0	0	0	0	—	700 70回	—	
新湊市	43074	5406	12.5	1832	10	0	240	800	0	保健センター	X	0	0	0	0	—	50 100回	0	
滑川市	30744	3888	12.7	6515	12	6	620	1200	0	市民健康センター	0	0	0	0	0	50 170回	100 22回	0	
砺波市	33331	4950	13.8	4922	20	16	270	1100	0	市民健康センター 公民館	0	0	0	0	0	150 193回	150 220回	0	
氷見市	62413	8162	13.1	14344	34	0	4708	19095	0	保健センター	0	0	0	0	0	10 5回	10 5回	0	
八尾町	22829	3042	13.3	4518	20	?	144	1000	0	健康センター 公民館	0	0	0	0	0	—	—	△	
立山町	27870	3526	12.7	4610	6	—	344	700	0	保健センター	0	0	0	0	0	—	16 12回	—	
宇奈月町	7653	1017	13.3	1020	6	—	45	延300	0	公民館	X	0	0	0	0	29 40回	70 70回	0	
大沢野町	17689	2137	10.7	2722	28	3	240	1300	0	保健センター 公民館	X	X	—	—	—	326 557回	300 600回	0	
福光町	22483	3025	13.5	6414	68	0	411	1370	0	福光町 保健センター	0	0	0	0	0	176 20.2回	140 1090回	△	
庄川町	7700	1103	14.3	1711	11	7	216	650	0	保健センター	X	0	0	0	0	—	—	—	
井波町	11601	1643	14.2	4044	14	0	330	3350	0	井波町 保健センター	0	0	0	0	0	3 5回	30 60回	0	
福岡町	11845	1493	12.6	4713	10	—	174	700	0	公民館	0	0	0	0	0	—	—	—	
朝日町	18631	2284	14.7	6510	12	—	X	X	—	保健センター	X	0	0	0	0	4 4回	4 4回	0	
小杉町	26559	2371	8.9	3713	12	9	180	60	0	地区巡回 教室	0	0	0	0	0	—	45 60回	0	
上市町	24049	3186	13.3	5531	27	?	500	500	0	地区公民館	X	X	—	—	—	—	—	往 訪	
大門町	12036	1471	12.2	1244	34	5	68	300	0	福祉会館 公民館	X	X	—	—	—	54 61回	114 468回	0	
城端町	11281	1744	14.3	2515	12	4	320	1600	0	保健センター	0	0	0	0	0	23 4回	20 4回	X	
婦中町	26456	3375	12.8	5422	24	?	376	?	0	町会 保健センター	X	X	—	—	—	—	—	—	
大山町	12657	1522	12.0	1511	10	?	200	600	0	保健センター	0	0	0	0	0	95 20回	記2 ?回	0	
大島町	7386	660	8.9	1411	6	0	240	200	0	社会福祉 センター	0	0	0	0	0	6 10回	10 20回	X	
入善町	29163	3445	13.2	5411	13	—	320 (40回)	530	0	健康センター	0	0	0	0	0	17 24回	1216 530回	0	
福野町	15269	2068	13.5	5116	7	7	0	467	0	公民館 (夜間)	0	0	0	0	0	—	—	X	
上平村	1103	189	17.1	633	2	0	X	32	30	0	山形 センター	X	X	—	—	—	33 2回	99 2回	0
舟橋村	1360	191	14.0	310	6	1	0	30	100	0	公民館	X	X	—	—	—	57 184回	0	
井口村	1448	240	16.6	644	9	—	116	300	0	福祉センター	X	X	—	—	—	20 10回	延60 30回	0	
平村	1829	412	22.5	611	1	—	X	72	180	0	平村 保健センター	X	X	—	—	—	延93 2回	延180	X
細入村	2679	376	14.0	510	5	—	X	184	400	0	保健センター	X	0	0	0	87 104回	? 54回	0	
下村	1945	263	13.5	510	20	0	0	108	300	0	下村 環境改善センター	X	X	—	—	—	—	—	—
山田村	2188	297	13.6	1111	10	1	0	192	120	—	—	—	—	—	—	249 160回	180 138回	X	
利賀村	1328	227	17.1	614	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
富山県	1103459	131547	11.9	248540	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	

(表9) 老人保健法と医療費無料化と支払方式

(※3) データ出所: 富山県厚生部 社会福祉課  
地域福祉実態調査報告書 52.5.1  
(※2) データ出所: 富報第5号 55.12.19  
(※4)~(※7) データ出所: (※1)と同じ

老人保健法枠	国R年全1.2割 障害障害 障害無	国R年全1.5割 障害障害 障害無
一部負担金方式 (有料)	国R年全1.4割 障害障害 障害無	国R年全1.5割 障害障害 障害無
償還方式 (無料)	国R年全1.4割 障害障害 障害無	国R年全1.5割 障害障害 障害無
現物給付(無料)	国R年全1.4割 障害障害 障害無	国R年全1.5割 障害障害 障害無

富山県方式 富山市方式





## 老人保健法施行後に見聞すること 及び要望

林 鐵

(石川県金沢市・寝たきり患者を守る会)

老人保健法施行後、1年有余の期間しか経過していないので、表面からこれに対する関心と不満が現われて来ている。しかし、病気に罹り、或は寝たきりの老人や家族において、ボツボツとおこりつゝあることは事實である。最初に戦前と戦後の日本の家族構成と医療の移りかわりを考えた。

### 1. 戦前・戦後の家族構成と医療の移りかわり。

イ 核家族の増加 —— 戦前の日本は、祖父母・両親・子と三世代で一家庭をなしていた。そして、世に助け合いながら、一家族が仲良く、強い心のつながりがあった。貧しくとも、楽しい・豊かさがあった。ところが、敗戦によって、憲法が改正され、自由と平等が与えられ、経済復興が急速に進み、生活が豊かになった。誠と箱桶をことである。この間、家族構成も変化し、親子は別居生活とし、核家族が日々進んで増加した。それは一途是としとも、一面大きな歪が生じて、あることは見逃し得ない。今、この歪について論議する意はないが、最も心配するのは、老夫婦で僅かの年金生活をしている家庭のことである。

ロ 遺棄から医療機関へ —— 戦後、暫くまでは、各家庭には、監山の薬として、大きな紙袋に、風邪薬・腹薬・虫下し薬・創薬等が入れてあり、年に1回、大きな特色の風呂敷や蓆籠を背負い、交換に来た。病気になる、自己診断をして、その袋の中の薬を薬人び服用した。余程、重い病気になるると、医師の診断を受けることはなかった。また、その当時に医師が各科を一人で受け持ち、それの出来る医師が名匠とされてきた。その頃、私の部落では、60才と存すと、村の元老であった。戦後、健康保険制度が導入され、国民皆保険となり、凡ての人の母体による医療を受けられるようになった。最初は、健康者には、「医療を受けるのに1ヶ月、保険料を支払うなんて」という不満の声もあつたものである。その他、行政では、住民の健康を維持するため、あらゆる方法で健康診断を行い、病気の早期発見、早期治療に全力投球をしてきた。それと平行して、医療の進歩・良薬の発見・栄養の指導とにより、国民の生命はぐんぐん伸び、世帯で長命国となった。加えて、老人医療無料の制度もできた。

ところが、一部の病院は「老人の集会所」や影口を言う者もいた。長い間、身心を酷使すれば、年老いて、いろいろ病気になるのは当たり前である。特に老人は複合的に病気になる。治療にも日数がかかる。ところが、厚生省では、赤字保険解消のため、先づ老人と目をつけ、老人保険法を制定した。

### 2. 老人保健法実施後特に見聞すること。

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

事例① 8年前前から、④病院に入院している。現在84才の老母。家は1人息子で、自営業。病気が軽い循環器系で、2~3年前から、軽い不整脈症状。この患者が病院側から在宅で退院させられた。家は嫁も老に働かぬ存在で、また、いつ、病気の発作などの不安がある。どこか入院させられる所は有りものだろうとの訴えであった。公営の収容機関は満床、老人病棟を持つ④病院でも断わられた。現在、伯人の病院に頼られているが、いつ退院させられるの不安がある。

事例② 昨年暮頃から、漸次不具合が始まる。家は農家。老夫婦二人暮らし。昼は誰ともなく有りこの間、歩いたり、犬の始末が心配、時々頭痛を訴える。2~3の病院に入院を懇願したが断られた。

2つの事例を書いたが、最近、医師の方からも、簡単に「在宅医療」という言葉をよく聞く。可能を条件のある家庭ならば、それにより大変なことである。核家族の増加（という今日、老夫婦のみを家庭と、引き取って看護したい気はあるが、共倒れという危険性も含んでいる。有る有る至難な事象が数多く残されているのが現実である。

### 3 福祉行政をお願いしたいこと

イ 中間的医療施設の増設 —— 医療機関から在宅で療養するよう退院させられ、家庭では受け入れ難い患者を収容し、そこで、リハビリ・治療・生活相談等の可能を中間的医療施設を早急に増設をお願いしたい。高齢化社会の進む今日、ますますこのような施設が要求される。

ロ 在宅患者の利用出来る入浴施設を増加してほしい。 —— 寝たきり患者を家庭に入浴させることの出来る市町村に対して、現在、公的機関では療養まで入浴出来る施設へ運び入浴させている。現在、金沢市では、1ヶ月半に1回かやるとである。これも、冬季は外みである。患者にとって入浴はどれだけ必要であり、楽（みか）は当事者ご自身は理解出来ない。少くとも、週1回可能の目標で増設をお願いしたい。

ハ ホームヘルパーの教育と増員 —— ホームヘルパーは各市町村に採用されているが、実際には訪問回数が少なく、漸く来て頂いても、指示事項が多くて、奉仕が少い。また、人間関係においても、いろいろな難しい問題がある様々聞いている。ヘルパーの増員と教育と訪問回数を増加すれば、少しは問題が解決出来るのではないかと。

以上の他、まだまだお願いしたいことが、数多くあるが、書くページが限るので、最後にあらゆる機関を動員して、血の通った福祉行政を切をお願いしたい。

### 4 医療機関をお願いしたいこと

ある日、突然病魔に侵され、その日から患者と家族は暗い毎日を送らなければならない。「病は治さばらうか。社会復帰出来るか。経済的にどうすれば…。」「生活設計はどうすれば…。」といういろいろな心配がでてくる。この時、医師・看護師の一言一言がどれだけ、心理的に大きな影響を与えかねない。次に2～3をお願いしたいことを述べてみたい。

イ 栄養指導について —— 入院中は、病状に応じて食事がとられるが、それ以外に副食や間食を患者が要求する。また、退院後の食事の攝取に条件の加わる病氣もある。これに、患者と家族に対して適切に指導がなればどれだけ助かるかわからず。

ロ リハビリテーションの指導について —— 特に、在宅療養より患者を持った本人及び家族に対して、家庭に出来る最低限のリハビリの方法を指導してほしい。入院中の患者並に家族に対して在宅となった時の必要を看護講座のようなことをしてほしい。

ハ 退院の際に親切な指導を —— 社会復帰が出来なくて退院させられる患者・家族に対してこの患者は自分の患者であるという意識のもとで、医師・看護師から親切な助言がなければ、「異状があったら、いつでも来てくたさい」と親切な指導がなればどれだけ安心出来るかわからず。

ニ 訪問看護を積極的 —— 在宅療養より患者に対して、既に、2～3の病室では訪問看護をされている。リハビリ・入浴・身体の手入れ・患者家族からの訴え等も、親切に行い、如何に喜ばれていることか。この病室では、患者が退院しても、自分の患者であるという意識のもとで見放してはいない。在宅患者の増加している今日、この制度を強化し、積極的に実施し、行政はこの行為の裏付けをしてほしい。

まだまだ要望（お願い）があるが、要するに、医療は、医師・看護師と患者・家族の信頼関係がもたらされて始めて可能である。

現在、老人保険法に続いて、健康保険法の改正が厚生省から出され、国会で大きく波打つ呼んでいる。国民全体が一斉に、保険法が逆戻りするような政策に対しては欲くまで反対し、老人保険法が一旦早く撤回され、真の福祉国家になるよう祈って止まない。



# 1. 重度障害者の地域での生活の場について 武蔵野市に於ける「共同生活寮」のとりくみ

植川 延子 (武蔵野市役所障害福祉課 家庭奉仕員)

## はじめに

武蔵野市には、重度肢体障害者の自主的な「共同生活寮を作る会」というグループがある。これは介護者である親なきあとも、生れ育った地域で、仲間たち、ボランティアの方々と助け合って、小さなホームで暮らしたいという切実な願いによって出来たものである。ヘルパーとの15年のかわりのなかで、この小さな芽ばえがあり、今日大きく発展しつつあることを報告する。

## 車イスのフォークソンググループ「コールメルヘン」の誕生

昭和44年9月始めて私はKさん宅を訪ねた。20才になった彼女のところには、色々振袖の広告がといた。多感なKさんにとつてはそれは辛く、よく涙をみせることがあったので、なんとが立ち直らせたかと努力し、そのきっかけとなったのが、翌年の成人式出席であった。車イスに乗った白いセーター姿の彼女は、着飾った人々のなかでひととき美しく、重度障害者の成人式出席第1号であった。それから外出が多くなり、片岡みどり氏主催の身障友の会、市内の重度障害者との交流と、友人の輪が広がった。歌の好きなKさんに、言語訓練もかねて、フォークソングのグループ作りをすすめ、よい指導者を見つけて、彼女の詩に曲をつけて頂き、「若い歌声」というテーマソングも出来て、50年5月にコールメルヘンが誕生した。市内の亜細亜大学のボランティアグループ「せせらぎ」も仲間入りし、市の福祉行事には出演するまでに成長した。

## 共同生活寮の構想、愛と和の寮の設立

このコールメルヘンが母体となって、共同生活寮の構想が生まれた。53年9月には、2000名の署名も添えて市議会に請願書を提出、全会一致で採択され、11月には、「作る会」が発足した。以下5年間の主な歩みを記す。

- 54年6月 資金作りのため、父の日に第1回の愛の花束売り(吉祥寺の東急池袋伊勢丹各デパート前)恒例
- 55年4月 あけぼの愛のバザールに、愛の花束売り、障害者の作品展示、即売 恒例。
- 56年2月 共同生活寮設置に関する要望書を市長に提出、アパート、貸家探しはじめる。
- 4月 武蔵境、あづま荘で、通所共同生活寮開設。6月 賛助会発足。
- 12月 心身障害者通所訓練施設「愛と和の寮」として市より認可。
- 57年2月 市長訪向 5月 第1回総会開かれる。
- 12月 自主記録映画「共同生活寮をめざして—愛と和の仲間たち—」撮影はじまる。  
武蔵野美術大学スタッフの協力による。
- 58年2月 機関誌「寮」第1号発行。
- 5月 映画完成、上映。

以後、テレビ、雑誌、新聞などマスコミにとりあげられ、ボランティアの奉仕、見学者も多くなる。現在賛助会員は300名を超え、自己資金もふえつつある。

## 今後の目標

親は日毎に高齢化し、限界に達した家庭もある。生活寮の設置は急を要する。武蔵野市一市では無理な場合は、近隣市に呼びかけて、一日も早く一同願っている。まことに残念なことに、完成をまたずに、二人の所員がなくなつた。こゝまで大きく育つたかげには、本人、親の努力、地域内の有力な専門家の援助、数多くのボランティアの協力によるものであり、ことに重い障害を持ちながら、明るく希望をもつて、多くの困難に打ちあがっている会長Kさんには、心から拍手をおくりたいと思う。私もヘルパーの立場から、アドバイザーとして新画委員会の一員に加えて頂き、完成を夢み、祈っている。

## 2. 外傷性脊髄損傷者の社会復帰の現状について

松井 和子  
東京都神経科学総合研究所

1 はじめに 昭和30年代脊髄損傷者の大半は一生涯病院生活の状態であったが、現在では救急医療体制が完備されていれば、その初期治療から日常生活の自立に要する訓練期間は半年以内で十分可能と説明されている。実際受傷直後に脊損専門病院へ入院し、3カ月間の入院で自宅退院後再入院することなく、健常者並みの労働時間で就業中の例も実在する。しかし現実には社会復帰の第一段階である病院から自宅退院も非常に困難な例が少なくないのが実状である。そこでその入院期間を中心に脊髄損傷者の社会復帰の現状についての調査結果を報告する。

2 対象と方法 全国脊髄損傷者連合会（58年11月会員数4177人）の会員を対象とし、その原簿より収集した2083人の受療経過に関するデータと58年4月実施した全国規模の郵送法調査によって収集した1331人のデータを活用した。

3 結果 ①、脊髄損傷者2083人についてその初期治療から自宅（または施設）退院に要する入院期間をみると、56年時点で6カ月以内は1%、1年以内でも4%にとどまり、平均 $6.2 \pm 5.7$ 年、58年調査の脊損発生後の総入院年数では6カ月以内2%、1年以内13%、3年以内50%とやや短縮傾向を示すが、なおその平均は $4.2 \pm 4.7$ 年の長さである。②、脊損部位別の総入院年数は平均では高位損傷者ほど長い、その分散は下位損傷者に大きい。（表1）③、初期治療施設別にみた総入院年数は国立病院、私大病院、労災病院が短く、長いのは私立病院とくにその個人病院である（表2）。④、初期入院治療期間は1年以内、単身者4%、既婚者8%、5年以内はそれぞれ50%、

表1 脊損部位別総入院期間

脊損部位	対象数	平均(SD)月
頸髄損傷	292人	52.2(49.0)
胸髄損傷	607	49.8(56.7)
腰髄損傷	291	43.9(54.4)

63%であり、また労災受給者は1年以内6%、5年以内55%に対し、私傷脊損者はそれぞれ8%、68%であった。⑤、脊損発生2年以内で57%占めていた病院入院者は3年以後著減するが、21年以上で14%とやや増加を示す（表3）。

表3 脊損発生後の経過年数別にみた生活場所

経過年数	対象数	自宅	病院	施設
2年以内	56人	38%	57%	4%
3～5年	189	85	12	3
6～10年	326	89	7	3
11～20年	513	88	8	3
21～40年	235	77	14	6

表2 初期治療施設別総入院年数

	計	～2年	3～5	6～10	11年～
		%	%	%	%
私個人病院	264人	27%	41%	22%	11%
立総合病院	145	33	40	18	9
医大病院	29	41	41	7	10
国立病院	112	38	46	9	6
公立病院	214	37	38	13	12
労災病院	329	41	38	12	9
その他の病院	125	33	36	16	15

4 まとめ 脊髄損傷者の初期入院治療期間および総入院年数は、現代の医療技術で可能とされる6カ月以内は1～2%にとどまり、1年以内でも4～13%である。その長期入院には初期治療施設および家族構成や経済的条件が関与することが統計的にも実証され、かつ病院が今日なお生活場所として利用されている実態も示されていた。

### 3. 人工呼吸器・吸引器の 地域における供給について

○片込 三和子・関谷 栄子・木下 安子(東京都神経  
科学総合研究所) 川村 佐和子・井口 和子(東京  
都立神経病院)

はじめに 最近、在宅で吸引器を使用する患者がふえており、また人工呼吸器を装着している患者も  
でてきている。しかし人工呼吸器や吸引器の地域における供給、管理体制は不十分で、生命に直結す  
る医療器械であるだけに向題は多い。今回、東京及び近県の在宅重症患者について、人工呼吸器及び  
吸引器の供給・使用の状況およびトラブルの発生状況とその対応について調査したので報告する。

#### 1. 人工呼吸器 1) 使用状況・購入費用・技術指導および向題が生じた時の相談先(表参照、S57年6月)

事例	病名・年齢・性別	使用期間	在宅期間	在宅のきっかけ	器種	所有者	購入時負担	技術指導	相談先
1 I	ALS 46才 死亡時 男性	5.50.5~51.3 10ヵ月	7月に同じ 10ヵ月	本人の希望	キムラ 1) K200(流量) 2) K300(流量)	1人	1) 32万円 2) 45万円 コフレッサー22万	家庭医 メーカー取具	家庭医
2 Shi	ALS 69才 死亡時 男性	51.6~55.6 4年	51.12~55.6 内2ヵ月入院 3年6ヵ月	医師のすすめ	AIKA R120 (流量式)	1人	80万円	入院中 医師	専門医
3 O	OPCA 58才 男性	55.11~現在 3年7ヵ月	56.3~現在 3年3ヵ月	医師のすすめ	AIKA R120 (流量式)	患者団体	なし	退院1ヵ月前 医師と看護婦	専門医
4 Ku	PMD(肢帯型) 38才 死亡時 女性	57.2~58.8 1年6ヵ月	57.3~58.6 1年3ヵ月	本人・家族の 希望	ACOMA ARF-850E (流量式)	1) 患者団体 2) 1人	1) 使用料 500円/日 2) 70万円	退院1ヵ月前 退院後メーカー取具	メーカー取 具
5 Na	ALS 38才 男性	58.2~現在 1年4ヵ月	58.12~現在 6ヵ月	本人・家族の 希望	AIKA R120A (流量式)	患者団体	40万円 (一部負担)	退院2日前 医師とメーカー取具	神経研 保健婦
6 Ho	ALS 49才 男性	① 57.9 離脱 ② 58.7~現在 1年	59.4~現在 2ヵ月	本人・家族の 希望	ACOMA ARF-850E (流量式)	1人	70万円	入院中 医師	医師器械 業者

2) 停電時対策: 全事例が東京電力営業所に届け出ており、予定の停電時は電源車の配置、急な停電  
時は優先的に復旧作業を受けている。事例1では特別な配線工事がされた。

3) 器械のトラブル: **事例1** 1台目は故障多く、妻が修理、2台目購入。**事例2** 気道内圧メー  
ターの不調を病院看護婦が訪内時に発見、医師→業者。**事例3** 1) 作動不調で呼吸困難、病棟連絡、同  
型器械と医師が運ぶ。4時間アンビュー。2) 病状悪化時、訪内した医師が器械不調を指摘。**事例4**  
器械の不調3回、うち2回は故障で修理、1回は病状悪化時で故障箇所不明。土曜午後④保健婦が同  
型器械を運ぶ。**事例6** 休日にアラーム故障、販売業者自宅→メーカー取具自宅の連絡で、代りの器  
械、2日間。**まとめ** ①高額の患者負担、②病状悪化が器械不調への判断の困難、③夜間休日の相談  
窓口、④医療機関の責任ある供給管理体制。

#### 2. 吸引器の使用状況

入手方法	技術指導	故障・トラブル	その対応
神経研より借用	7	保健婦 14	3 他への患者宅から一時借用 1 保健婦が業者に連絡 1 業者が代替品を持参 2 近所のガソリンスタンドで買った
社会福祉協議会 より借用	2	看護婦 2	
福祉事務所	1	医師 1	
市・区役所	2	P.T 1	
保健所	1	患者会 1	
患者会より	2		
個人	1		
自費購入	5		
公費支給	1		

**まとめ** ①使用開始は医師の指示があるが、技術指導は看護取が担当。②購入費  
検査費用は自己負担。③福祉事務所、社協には医療取がないので修理点検が不充  
分。④定期点検の指定がなく、業者の責任が不明確である。⑤保健所が購入し、  
貸出した例は少ないが、今後、期待が増えると思われる。

4.

## 神経難病在宅ケアチームにおける 心理技術職の役割

○高坂 雅子 (都立府中療養センター)

川村 佐和子 (都立神経病院)

〈はじめに〉 都立神経病院(前勤務先)では重症な在宅神経難病患者に対し、医師・看護職を中心に在宅診療を行っており、筆者在任中は心理技術職としてチームに参加していた。8/9.12〜8/8.11の10年間24人の患者への対応経験から在宅ケアチームにおける心理技術職の役割について考察する。

〈心理技術職の役割〉 心理技術職の業務は患者・家族の精神生活の改善を図ることを目的としている。業務内容、対象課題、課題に対する心理技術職の直接対応方法、在宅ケアチームメンバーとの協力・関係を分類し表に示す。直接対応方法では家庭を訪問して実生活の中で観察することが大きな位置を占め、チームメンバーとの協力は緊密さを要することが特徴だった。〈おわりに〉 在宅ケアにおける心理技術職の業務は特徴をふまえた技術論・方法論の確立を図る必要がある。

表. 神経難病在宅ケアチームにおける心理技術職の業務

業務の内容	対象となる課題	心理技術職の直接対応	在宅ケアチームの他職種との協力・関係
① 心理アセスメント	<ul style="list-style-type: none"> <li>・患者の知的能力・精神的葛藤・人生観・性格特徴・欲求・防衛機制</li> <li>・家族の知的能力・精神的葛藤・患者-家族関係</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・面接</li> <li>・心理検査</li> <li>・行動観察</li> <li>・面接室で実施</li> <li>・家庭を訪問して実施</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・チームメンバーからの情報収集</li> <li>・医師の指示に対し、結果報告、診療に役立てる</li> <li>・チームメンバーに情報提供</li> </ul>
② 患者の知的機能の向上を図る	<ul style="list-style-type: none"> <li>・小児の教育</li> <li>・青年期の患者の教育</li> <li>・知能低下者の精神生活</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・患者の観察・検査</li> <li>・患者への家族の対応の評価、アドバイス</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・医師・看護職に医療・看護側面の指示をえ、教育(学校・社会)関係者と連携</li> </ul>
③ 患者・家族の情緒の安定を図る	<ul style="list-style-type: none"> <li>・疾病の進行に伴う患者の情緒障害</li> <li>・介護に伴う家族の情緒障害</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・カウンセリング</li> <li>・生活場面面接</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・チームメンバーへ情報提供、対応に配慮をえる。</li> <li>・問題の具体的な解決に向けた協力依頼</li> </ul>
④ 精神的異常の早期発見と対応	<ul style="list-style-type: none"> <li>・精神症状</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・生活場面で行動観察</li> <li>・対応方法の検討、家族へのアドバイス、その評価</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・医師に報告し、医療的対応をえる。</li> <li>・チームメンバーに情報提供、観察等協力をえる</li> </ul>
⑤ チーム援助と患者・家族の心理についてのアセスメント	<ul style="list-style-type: none"> <li>・チーム対応の患者・家族の心理に及ぼす心理的效果</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・生活場面観察</li> <li>・縦横面接</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・医療判断をふまえ、チームの援助方針についてチーム内に提言</li> </ul>

5. すべての老人・障害者を対象とする

地域歯科保健活動— 歯科保健センターを基盤として —

○ 新庄文明・黒田研二・大湊 茂・上島弘嗣  
 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）

● はじめに ● 近年、心身障害者の歯科治療や歯科保健への積極的な取組みの重要性が認識され着手されるようになってきたが、高齢者への地域での歯科保健や医療の活動は十分ではない。地域にねざした保健・医療の活動をすすめる方策について、老人・障害者の歯科受療に関する調査結果をもとに検討したい。

● 対象と方法 ●

町立歯科保健センターを中心として、医療・行政・住民が一体となり歯科保健事業に着手している兵庫県南光町において、身体障害者手帳所持者 204名、65歳以上の高齢者 815名全数を対象とし、それぞれ、身体障害者福祉協会および老人クラブ連合会の地区役員を通じてアンケート調査を行なった。回答は、高齢者は748名(92%) 障害者は73名(36%) から得られた。

● 結 果 ●

高齢者の歯科治療への希望については、有効回答の12%が『治療がうけたい』としながら受療していない。歯牙の状態は、図1にみるとうり、外出できないものほど劣悪であることが推察される。歯牙の状態と食事とは、図2のとうり密接に関連している。障害者については、回答数の49%、全対象者の18%が歯科に関する不快症状をもちながら受療していない。

● 南光町歯科保健センターにおける保健活動 ●

昭和58年6月に設立された南光町歯科保健センターでは、住民・歯科医師会などの代表からなる歯科保健

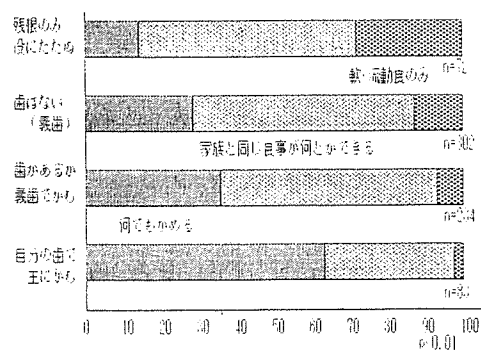
健康診査	◆ 乳幼児健診	◆ 妊婦健診
	◆ 成人病健診	◆ 障害者健診
健康教育・健康相談	◆ 乳幼児健康相談	◆ 高齢者健康相談
	◆ 妊婦教室	◆ 高齢者教室
	◆ 婦人学級	
訪問指導・訪問診査	◆ ねたきり老人	◆ 在宅重度障害者
歯科治療	◆ 乳幼児	◆ 妊産婦
	◆ 高齢者	◆ 成人予防処置

センター運営協議会によって地域で最も重要なものとして協議された、表に示す事業が実施されている。今回の調査も、歯科保健センターによるpriorityを明らかにするために計画、実施されたもので、これに引続き障害者歯科検診が実施されている。

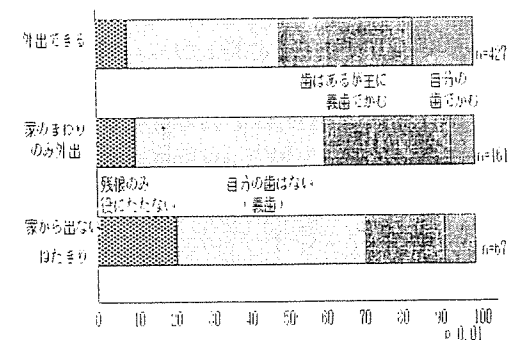
● 考察と結論 ●

高齢者・障害者の多くは歯科疾患をもちながら受療していないが、医療機関の充足だけでは受療につなぐりにくい要因があると思われる。老人・障害者をも含めた全ての住民の健康を守るためには、医療・行政・住民の代表からなる地域の歯科保健に関する協議会において地域の実状の調査・検討や保健計画の立案が考慮されるべきであろう。また、協議会のもとに、歯科保健センターの運営が計られれば、老人・障害者の歯科治療をも含めた、地域にねざした歯科保健活動が充実したものとなることが期待される。

■ 図2 ■ 高齢者の歯牙の状態と食事の内容



■ 図1 ■ 高齢者の行動範囲と歯牙の状態



6. 豊田病院における訪問看護の実践から  
—ねたきり老人の実態と問題点について—

富山医療生活協同組合 豊田病院  
訪問委員会

・名口寛子 渡谷諭 百田雅一

①はじめに……いわゆる高齢化社会を迎え、ねたきり老人の増加が叫ばれている。全日本民医連ねたきり老人実態調査(昭和)によると、総数で知事以上4.1%、6ヶ月以上寝こんでいる人52%、ねたきり期間5年以上32%である。受診の有無では、医師にかかっていない人11.9%存在している。私たちが豊田病院のある豊田・奥田地区昭和54年調査においても、ねたきり老人実数男性21名女性26名、その内6ヶ月以上続けて寝こんでいる人14名(42%)、介護年数1年以上63%、医師にかかっていない人11名(33%)という現実がある。豊田病院の訪問看護実績はまだまだ低いところにある。しかし、「老人が一番喜ぶ時は、子供・親戚・友人等が側にいてくれるとき」という言葉をとりかみしめて、今回は我々の病院の経験を発表する中で、今後の方向性を探っていきたい。

②当院の経験から……昭和54年4月に開始された当院の訪問看護管理応診も今年で5年目を迎える。昭和54年11月には「身体の不自由な方を支える家族の会」(いまわりの会)が結成され、看と秋の外出会にも積極的に取り組んでいる。現在訪問看護管理応診を行っている患者14名のうち12名までが、当院に入院経験あり。退院後の患者管理に大きな役割を果たしている。今回は、気管切開施行患者で退院後の管理が難しいことこれに患者が非常によく家庭管理されている症例を発表したい。

■症例……患者 N. N. 氏 男性 77才 介護者 妻(羊服の仕立を直しをして  
いる娘と同居。娘に子供はいない。近くにもう一人娘がいて時々顔を出す)

・病名……脳塞栓症(四肢関節の拘縮あり、ねたきり・心筋細動・発語不能)

■入院中の主な経過……羊服の仕立直しの仕事をしながら心筋細動にて通院していたが、昭和54年12月25日脳塞栓症にて入院。左半身不全マヒ・球マヒ症状にて経過中。数回嚥下性肺炎を併発、その後は気管切開。経管栄養にて管理していたが、本人退院の希望強く退院決まる。退院時は四肢関節の拘縮強いが指創はほぼ全治していた。家人は退院への不安強かつたため吸入療法・経管栄養・気管切開部の管理等指導していくうちに積極的に上記内容実施されるようになり自信つき、昭和54年12月10日退院となる。

■退院後の治療方針……在診毎週・訪問看護毎週 ①現状維持→一般状態アップ・ジゴタリス中毒に注意 ②感染予防→採培養・タン培養、熱発時抗生剤内服 ③指創を作らぬ→エアーマット使用・体交

■訪問看護中の経過……最初2ヶ月間は病棟看護婦と一緒に訪問し家人との面談と果の正しい処置方法も実際に行う中で申し述べ、このご家人の不安も軽減された。退院後は時々熱発あるが状態は安定している。時口、下痢。便秘をくり返すため、そのつど内服でコントロールしている。訪問看護による処置・使った材料(指交)交換・カニューレ交換・気管切開部ガーゼ交換)が自費請求に与る為、経済面での負担をさく目上回の在診を週1回とし家族の経済的負担を少くしている。

③考察……病院で行なう入院治療は、急性期の患者への対応が中心である。一方入院治療を必要としなくなった患者ととりまか在宅療養条件は非常に困難なものがある。①女性に家庭増加による介護者不在 ②介護人非専業主業・日常生活用具の給付事業等の限界性 ③在診等の限界(リハビリ入浴等)

その中で訪問看護は①在宅でのリハビリ・入浴介助や全身状態の観察・処置等を行っている。しかも②医療機関で行なっている場合、医師との連携もスムーズに管理しやすいという利点をキープしている。

しかし、現在在宅で補助事業を行なっていない医療機関で行なっているのはわずかであり、在宅での治療と介護をするのていくには、関係機関(保健所・自治体 施設 民生委員や家族)をつなぐネットワークづくりが必要不可欠である。

## 7. 一地方都市における寝たきり老人実態調査

○近藤高明, 榎原久孝, 宮尾 克, 山田信也, 山内知子  
滝日久仁子(名大医公衛), 張山あけ美, 三宅みき子  
松井よし子, 早川和子(中津川市保健センター)

目的: 在宅寝たきり老人の実態を市町村レベルで把握し、今後の地域老人保健活動を展開するうえでの基礎的資料を得ることを目的に岐阜県N市(人口約5万人)で訪問調査を行った。

対象と方法: 4, 5月に市内各地区の民生委員から提出された寝たきり老人福祉票を基礎に、民生委員と市保健センターが新たに把握した40歳以上の寝たきり患者及び身体障害者手帳1・2級該当者を加えた186名のうち、死亡・入院中・転出・調査不能者33名を除いた153名を訪問対象とし全員訪問した。調査は市保健センター保健婦により昭和58年11月より昭和59年2月にかけて実施された。

結果: 訪問者の内、「日常生活の大半を在宅寝たきりで過ごす状態が3カ月以上続いた場合」を寝たきりの定義とし、非該当者を除く118名を分析対象とした。年齢構成と寝たきり期間は表1に示すとおりで、平均年齢は76.7歳で、男女間にほとんど差はなかった。平均寝たきり期間は6.0年であった。寝たきりとなった原因は表2に示すとおりで、脳血管障害が約半分を占める。次に拘縮・麻痺の程度を図1, 図2に、ADL障害程度の内、食事・用便・失禁・入浴について図3から図6に示す。その他のADL評価項目については、介助なしで寝がえり不能16.1%, 坐位保持不能18.6%, 起き上がり不能34.7%, 起立位不能50.8%であった。褥瘡は14.7%に認められ、潰瘍形成4名, 発赤程度13名であった。発症直後のリハビリテーション指導の有無を脳血管障害患者についてみると、有りが41.3%, 無しが54.6%, 不明4.1%であった。訪問時点での医師による定期的な健康管理・治療の有無は図7に示すとおりである。ただし受けていると回答した者には、薬のみ23.1%, 受けていないと回答した者には、いざという時診てもらえる医師がいる15.4%を含む。介護者の内訳は表4に示すとおりで、嫁が最も多い。介護者で自覚症状有りとは回答した者56.9%の内最も多かったのは腰痛32名で、以下睡眠不足15名, 疲労9名, イライラ感7名と続く(重複回答有り)。

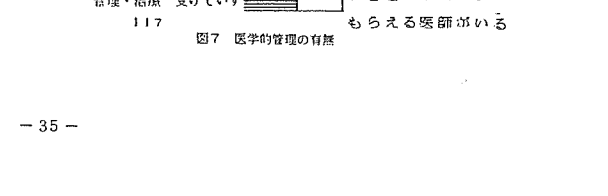
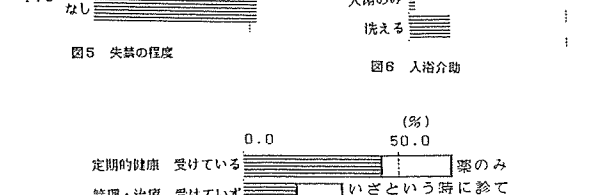
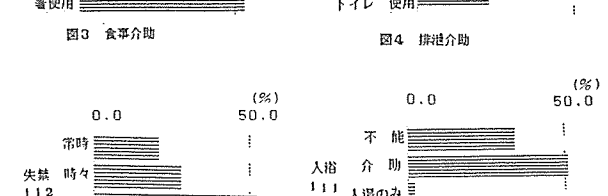
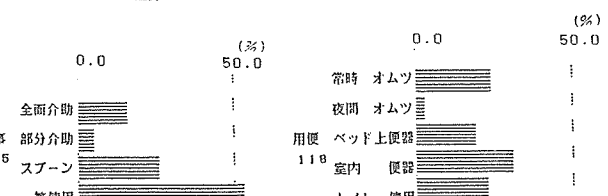
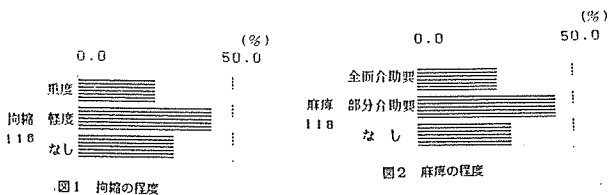
介護上困難に感じる事有りとは回答した者82.6%の内最も多かったのは排泄の世話37名と入浴の世話37名で、以下着替えの世話20名, 食事の世話17名と続く(重複回答有り)。介護者自身の生活への影響有りとは回答した者82.6%の内最も多かったのは外出できない63名で、以下仕事に出られない25名, 夜間に起こされる9名と続く(重複回答有り)。まとめ: 今回の調査では、寝たきり老人のADL・介護・リハビリテーション・医学管理の実態と、介護者の状況が明らかになった。今回の初回訪問をさらに検討しつつ、今後定期的な訪問看護指導を実施する予定である。

表1 年齢階級別寝たきり期間 (不明 2名)

	40-54才	55-64才	65-74才	75-84才	85才-	計
3-11カ月	0	1	3	7	3	14
1-2年	0	3	9	11	11	34
3-4年	2	1	1	13	8	25
5-9年	2	3	7	6	2	20
10-19年	0	0	4	9	3	16
20年-	3	0	0	3	1	7
計	7	8	24	49	28	116

表2 男女別疾患内訳

疾患名	脳血管障害	老衰	リウマチ	他の筋骨格障害	視力障害	パーキンソン	他の神経疾患	慢性肺疾患	その他	計
男女	26 35	6 9	1 10	3 7	1 3	2 1	4 3	2 0	4 1	49 69
計	61	15	11	10	4	3	2	2	5	118



## 8. 在宅寝たきり老人訪問検診活動 からみた福祉

牧瀬 洋一  
(鹿児島大学医学部第一内科)

1. はじめに 鹿児島大学医学部では、10年前から卒業生が中心となって「在宅寝たきり老人訪問検診活動」が毎年行われてきた。この活動では毎回特定の目的をきめて行っているが、目的以外に今後の医療活動にとって役立つことが多い。今回の目的は、社会福祉でありとくに地域生活に関する問題にしぼることにした。訪問の結果は、アンケートとケースレポートという形で訪問活動終了後、発表された。今回訪問家庭は63人であった。

2. 対象・方法 対象者は55才以上で、一人では日常生活に支障があり、何らかの介助や介護を必要とするものとしたため老人福祉関係の法律に必ずしも一致せず、しかも、検診希望の有無をハシキや電話で聞いて希望者のみ行なったため一般に対象者は「うまくいっている方の」家庭であった。対象者は、平均年齢78才(最高102才)で、寝たきりとなった原因は、脳血管障害が一番多く41.3%で、寝たきりの期間は平均5.9年(最高 年)であった。採光、換気、清掃など一般によかった。家族の状況は、自分を含め平均2.9人、一人ぐらしは2軒のみで、2人ぐらしは26軒、3人ぐらしは17軒、4人は11軒であった。家族構成は、本人とその子供と子供の配偶者又はその家族は28軒、本人とその配偶者が17軒であった。介護者は配偶者(21人)、嫁(21人)、娘(17人)であった。介護者の年齢層は55~60才が一番多く、45~49才が次に続く。

3. 結果及び考察 「寝たきり老人」に対し行政サイトから少なからぬ「福祉サービス」が用意されているが、その「有効性」と「利用度」となると問題は多い。

1) 潜在需要の問題: 「福祉サービスの利用状況」というアンケート結果をみても、「知らなかったが利用したい」と答えている例が少なくない。潜在需要の問題は、主にこの部分に含まれていると考えられ、やはり知らせる側の努力が必要であろう。民生委員や保健婦らの老人の身近な人の力が大事であろう。

2) 福祉サービスをもっと有効に利用することによって解消される可能性のある「家庭」および「介護人」へのしわよせの問題: 「寝たきり老人」の問題は「老人そのものの問題」以外に、「老人をかかえる家族や介護人の問題」が同時に大切である。介護人の健康の問題は、決して見逃しにできず一例に介護人の神経症の例があり 身体的愁訴は介護人の約5割に聞かれた。介護人に対して「老人家庭奉仕員」、「家庭介護講習会」、「老人福祉手当」などの福祉サービスがあるが、特に2人ぐらしの場合の「介護疲れ」、「外出の困難さ」などの理由による「家庭奉仕員希望」は、たいへん多く、所得制限を含め、制度の再検討が必要と思われる。「家庭介護講習会」は、年に一回しかないが、希望者は非常に多かった。行政側では「参加者が少ないから回数を減らす」が、介護人は回数が少ないため、外出の都合がつかず参加できないという悪循環が繰り返されていると思う。

3) 機能回復訓練等「寝たきりにさせない」福祉サービスの位置づけに関する問題: 脳血管障害の患者が、病院から家庭に帰ってからそこで機能回復訓練が打ち切られるという例が多く、入院→退院→家庭→通所による機能回復訓練という一連の流れの最後がうまく機能していない例があった。在宅での機能回復訓練や家族ぐるみあるいは地域ぐるみの機能回復訓練の理解が必要である。

以上、問題点を検診をふまえて述べたが、「介護人どうしの地域ごとの集まり」がもっと重視されても良いと思う。「介護人」どうしの日常的なケアなどに対する情報交換の場所にもなるし。互いに、悩みをはきだしあう場所にもなると思った。



# 9. ねたきり老人の訪問指導に関する研究

## — 把握方法、受け入れる条件、優先順位 —

○丸山 創・高山 佳洋・原田 和代(保健婦  
大阪府八尾保健所)

朝倉 新太郎・多田羅 浩三・藤林 千春(阪大公衛)

1. 目的 ねたきり老人を的確かつ効率的に把握する方法、訪問指導を受け入れる条件及び訪問指導の優先順位のきめ方を研究するために、老人保健法の老人保健調査事業として、この調査を行った。

2. 対象 大阪府八尾市在住の在宅ねたきり老人、1981年に脳卒中で八尾市内の病院に入院した患者、八尾保健所保健婦が1982年9月から1年間に家庭訪問したねたきり者、1982年7月八尾市内の院所に受診中のねたきり老人、1983年4月現在の八尾市デイサービス事業の登録者。

3. 方法 八尾老人ケア研究会の協議を経て、その構成団体である八尾市老人クラブ連合会・八尾市医師会・八尾市民生部福祉課・八尾市社協等の協力により、訪問によるアンケート調査、調査票による配票調査及び既存資料による比較調査を行った。

4. 成績及び考察 (1) 対象の把握方法は調査の実施主体、対象及び方法により、表1のとおり、それぞれ一長一短がある。現実的には老人クラブの友愛訪問とねたきり老人見舞金申請者からの把握を基盤にすることが、最も簡便で普遍的な方法であろう。これに公私両面からの把握を加えると共に、スタッフが足りなければ増員して、対象者の範囲を保健・福祉のサービス利用者や医療機関受診者にまで拡大することが望ましい!

2) 訪問指導を希望する要因は表2のとおりである。従って訪問指導を受け入れられるための条件は、日常生活能力の低下した老人に、早期にニーズに応えるサービスを提供することである。保健・医療・福祉のチームで頻回に訪問できる体制が必要である。

3) 訪問の優先順位のきめ方は、先ず表3の①から⑥までの何れかに該当する者を選び、次に②から⑥までの点数の和を求める。この点数と表3に示すその他の条件を勘案して保健婦が判断する。

表1 各種ねたきり老人調査の比較表

調査の種類	適時性	希望者把握度	重症者把握度	調査対象の範囲	制度化
老人クラブ友愛訪問調査	X	X	△	○	○
医師会ねたきり老人調査	X	○	○	X	X
デイサービス登録者調査	X	X	△	X	X
脳卒中発症者調査	○	△	X	X	△
保健婦家庭訪問調査	不明	○	△	X	○
ねたきり老人見舞金調査	不明	不明	△	△	○
医療問題八尾連絡会実態調査	X	△	△	○	X

表3 訪問指導優先順位決定表

項目	内容	点数	項目	内容	点数
①	独力で可能	0	⑤	独力で可能	0
②	座介助で可能	1	⑥	食介助で可能	1
③	位不可能	2	⑦	車不可能	2
④	なし	0	⑧	なし	0
褥	褥できる危険性	1	⑨	疑	1
創	あり	3	⑩	痴呆あり	3
⑪	なし	0	⑪	女性	0
失	ときどき	1	⑫	男性	3
禁	常時あり	1	⑬	4人以上	0
⑭	独力で可能	0	⑭	家族3人以下	3
移	介助で可能	2	⑮	合計	点
動	不可能	3	⑯	介護者(続柄・年齢・健康状態・保護力)	
そ	介護者(続柄・年齢・健康状態・保護力)		⑰	介護従事可能時間・介護継続の見通し	
他	同居(浴室・便所専用室) 経済状態等				

表2 諸条件からみた訪問指導の希望状況

訪問指導の希望状況(%)	褥創		排便		移動		食事		痴呆		同居者		同居者数		便所		脳卒中	
	あり	なし	困難	可能	困難	可能	困難	可能	あり	なし	娘	嫁	3人以下	4人以上	不便	便利	あり	なし
定期的訪問	5.6	3.0	3.6	3.2	3.9	2.4	3.9	3.1	2.8	3.6	1.9	0.5	6.0	0.4	7.4	3.1	1.8	3.5
時々必要時訪問	38.9	27.5	35.5	21.1	32.9	17.3	37.0	22.7	34.0	25.1	23.1	26.6	30.5	26.3	40.7	18.8	35.1	23.1
訪問不要	29.6	54.2	38.1	58.4	43.6	62.5	36.4	56.8	39.6	53.6	53.8	57.2	37.1	58.3	33.3	58.2	45.9	47.6
不明	25.9	15.4	22.8	17.2	19.5	17.9	22.7	17.4	23.6	12.7	21.2	15.8	26.3	15.1	18.5	19.9	17.1	25.8
合計	54	37.1	19.7	27.9	30.7	16.8	15.4	32.2	10.6	36.2	5.2	22.2	16.7	27.8	2.7	25.6	11.1	39.9
	%	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

10. 高齢化のすすむ市町村の中で

吉田幸永

(京都府 日吉町役場)

1983年2月の「老人保健法」の施行とともに、老人保健制度は、益々重要になってきたが、農業ハカイのすすめられる日吉町で、おとしよりたちが、どんな状態に陥りまわっているか。ケース・レポート3題を報告する。日吉町の老人人口は、16.7%で、年々増加の傾向をたどりつつある。

① Sさん 73才

訪問のきっかけ

長男の妻から「おぢいさん、夜ねむらず」死にたい、死にたいばかり言っている、みに来てほしい」の依頼で訪問。S氏、昨年8月、長男急死、建築業のあとを継ぎ、規定にのりかけた時の死亡であった。地元の開業医の診察をうけ、安定剤をもらったが効果なく、食事もとらず入浴もせず、枕元に1升ビンをおいて、3リットルの中をうすくまっていた。1月、3つづきの訪問で、長男の急死がショックで、どうしようもない悲しみを吹き出すように話し、オリのある精神病院へでも行きますよ、と言った。主治医は、脱力脱力化と、ショックによる分離症と診断、これ以上薬の出しようがない。保健婦にまかせると言った。主治医の治療内容の紹介をもらって、専門医の診察をうけ、華が受けた。3月日に訪問すると、S氏、自転車で仕事に行くと、うれしいニュースが、ビックリ、此後S氏は、週に1回、保健婦に会いに来て心のあちつきをみせている。

② Oさん 75才

訪問のきっかけ

長男の妻、健康相談の席で「おぢいさん、昨年10月、仕事場で倒れ、救急でA病院に入っているが、1日5000円もいると、とても私のパートではやつていけない、リハビリをやつてもらえる病院紹介してもらえないだろうか」の訴えで、A病院訪問。Oさん、主治医に会った結果、いろいろなお話をわかんのだが、紙面の都合上、当日発表させて頂く。O氏は今年5月1日、リハビリのできるR病院へ入院し、手厚い職員の手護と、週2回家族が入浴せ、リハビリをR病院で学習するため通院中である。

③ Nさん 85才

訪問のきっかけ

主治医の連絡で訪問（T.O.、かつきー十）58年2月、かぜをひき、相次ぎとなり、妻75才、スモーク先の介護は不十分で、入浴、仏骨部褥瘡、主治医と連絡をとりながら、週2回訪問。着床褥瘡処置で治療、自力で立上りたい意欲をみせはじめたNさんとともに、頑張り、1月28日の大雪まで、訪問はあいてPM6:00-8:00、大雪で1週中止、2月未訪問、褥瘡なく元気、で立上る練習をしていた。更に1週後、訪問に出よるとすると、N氏の死亡診断書が届いた。ビックリ！何故だ。診断書には「気管支炎」となっていた。

高齢化が急ピッチで進む中で、手一杯の仕事をかかえながら、こういうおとしよりに接すれば接する程、月1回の訪問では意味をなさないことがわかり、特に冬の寒い夜、ゆきつづけた結果、医師も保健婦もダウンし、現在治療中である。



## 骨壊死症対策の医療福祉的課題

## — 患者実態調査から —

城田淳子 (横浜市中保健所)

## I. はじめに

現在、厚生省の特定疾患調査研究班は43あるが、その対象疾患のひとつに特発性大腿骨頭壊死症(以下「骨壊死症」)がある。この調査研究により、骨壊死症に関する医学的側面からの解明は進んだが、まだ医療福祉的側面からの実態解明は不十分である。そこで本研究では生活の実態をふまえた骨壊死症患者の全体像を把握し、今後の対策の課題を明らかにしたい。

## II. はじめに

目的：骨壊死症対策の医療福祉的課題を明らかにすること。

対象：首都圏骨壊死症友の会会員54名

方法：自計式調査票による郵送法

期間：昭和58年9月1日～9月30日

## III. 実態調査結果と考察

## 1. 身体状況

回答者は中年層が多い。何らかの基礎疾患により、ステロイドを服用したことがある人は51.6%である。中には基礎疾患があるため、骨壊死症の治療や管理がうまくゆかない

人もいる。歩行障害のある人は87.1%で、そのうちの74.1%が松葉杖などの補装具を使用している。日常生活動作では、外出、服着脱などに不自由を感じている人が多い。手術歴のある人は80.6%で、そのうち人工骨頭置換術を受けた人は44.0%である。術後の経過は良好な人がいる半面、人工骨頭の耐用年数とそれにともなる再手術の不安も強い。

## 2. 生活への影響

働き盛りの男性が多いため、職業生活に影響した人が84.6% (無回答を除く) で、そのうち退職した人は24%いる。その結果、経済状況に影響がみられ、多少なりとも苦しくなった人は40%で、現在困っている問題の中でも、経済的

な問題とあげている人が多い。また、家族への影響なしと答えた人は9人だけ(無回答9人を除く)で、影響の中には家族が仕事についたり、看病のため家族が健康を害した事例もみられる。

3. 社会資源の利用  
身体障害者手帳の所持率は87.1%で、3級と4級が最も多い。手術後取得する場合はほとんどである。福祉制度の利用では、前述したように経済的問題が大きいので、所得保障に関する制度(税金、公共料金、手当、年金)がおもに利用されている。

## III. 今後の課題

## 1. 医療保障に関する課題

- ① 治療法の確立を早急に行うために調査研究を充実すること。
- ② 治療研究対象の特定疾患として医療費の公費負担を行うこと。
- ③ ステロイド性の骨壊死症に関しては医薬品副作用被害救済基金の適用も考慮すること。

## 2. 生活保障に関する課題

- ① 身体障害者福祉法や身体障害者雇用促進法など現行の法に基づく制度やサービスを改善し、拡充すること。
- ② 福祉タクシーやガソリン代の補助など各自治体ごとに実施されている社会福祉制度やサービスを拡充すること。

## 3. 発症予防に関する課題

- ① 病因の解明を行い、新たな発症を予防すること。
- ② ステロイド服用に関する安全基準を設けるとともに副作用についての医療従事者および患者や国民に対しての啓蒙を促進すること。

以上に述べた課題に対処するためには、患者団体の運動と共に、行政、医療機関における保健、医療、福祉従事者の理解と協力が必要と思われる。

15.

# 板津市における保健事業の経験 (カ 2 報) 定食方式と個別方式の比較

竹内 治一 (板津市医師会)

板津市では昭和51年から、板津市、大府府政用保健所板津支所、板津市医師会三者協力の下に定食方式のみの保健事業を行つて来、近年は毎年2000名を越える検診を實施してゐる。

昭和58年保健法の発足以来、市内民間医療機関参加による個別方式をも併用する事により、検診者数を一挙に倍増せしめ得た。世上、個別方式をよしとする者あり、又定食方式をよしとする者ありの論議が定まらぬ。そこで今回は、板津市での昨年一年行つた両者併用の経験から、両者り和算得失を比較して大方の参考に供しむ。因みに昨年定食方式で2179名、個別方式で2244名であり、ほぼ同数となつた。

	定食方式 (板津市保健センター)	個別方式 (市内各医療機関)
1. 被検者性別	80% 女性	60% 女性
2. 検診日数	(昼5時間 夜2時間 平日の昼間実施のみ) 5.6月の15日間	(夜間も実施する) 6.7月の25日間
3. 眼底カメラ	346名 (16.3%)	31名 (1.5%)
4. 地域分布	やや偏在あり	大体まんべんなく
5. 要医療者数	9.1%	45%
6. 筆跡指導実施数	599名 (有訴患者の69%)	不詳

その他医学的余荷当日口述の予定。

以上で分明的に、理解階では、いづれか一方をよしとする断言は困難である。少くとも理解階では両者の併用が望ましい。しかし推察で言ふことは、保健法の発足以前に実施主体を市の村としていた以上、板津市が自ら医療施設を一つ持たず、小自治体は(人口も5千人)併集大府府政用支所に手を出さねばならぬ、結局個別方式にたよるべきを得物確目な存する。定食方式にたよるにしても医師は市医師会並の方向である。

この予了を事遂に存する時、一体保健所の役割何なるか。又この予了を方向に一途進んでいこうか。是なる間、大府府の方向は住民にとり好ましい方向であるか。

結果ともそれは本の経験を生かして併用方式は必要では無いであらうか。

14.

## 老人保健法実施後の在宅ねたきり老人の 保健・医療・福祉の連携

○松村 タケ 城 貞子 坂本 正伸  
藤江 志津子 堀川 洋 森本 剛  
谷田 悟郎 (京都保健会 九条診療所)

老人保健法実施後3年度にあたるが、老人福祉法時代比に、京都市では、1般健康診査で受検者の著減、特に65才以下の成人で著しく、一方65才以上では、オール精確でない不満が強い。また集団健診の1般医療機関依託の撤止、在宅ねたきり者訪問指導件数の減少など、後退面が目立った。この様な状況下、私連の地域が駅裏再開発で、人口の老令化、核家族化の促進の度を速め、独居老人や老人夫婦のみの世帯が増加し、軽症の疾病発生でさえも、対応の遅れで重症化する例が極め多くなった。特に訪問ケースでは、1982年度 訪問件数 78例中、行政や地域との連携 14例(17.9%) 1983年度は 78例中 21例(26.9%)、本年度はさらに増加してきた。老人保健法実施下の当診療所の訪問活動の経験から、今後の老人の立場に立った真の老人保健法の取組みについて、問題提起したい。

当診療所では、老人保健医療活動の目標を、健康老人から病死でなく、真の安楽死 即ち性生死とし、その過程の中で生理的・病的更に社会的老化も加わって、基礎的な老年病等の発病、ややもすると低運動症候群も加わって、寝たきり症候群、病死と進行する中、これらに対し、保健所・福祉事務所・医療機関の役割分担、連携と統合を進めてきた。又、5つの重点活動(保清・低運動・尿便失禁に傾き、栄養・痴呆)を決め、各職種の特長的技術を駆使して、総合的訪問活動を活動の方法としてきた。この訪問活動ケースのうち、3例を選び報告し、連携の種々相から検討してみた。

症例Ⅰ 医療機関から行政・地域に連携を働きかけた「まだら呆けをもつ高血圧の86才の女」単身で就労の次男と同居介助。介護中心の家族に老親介護を決意させ、老人を支える家庭の核形成の上、寝たきりを克服させる総合的な治療方針を提起し、それに基づき夫々の機関の力量での役割分担と共に、尚不十分な家庭機能への援助を、ボランティアの協力で、寝たきりからの克服を可能とした。

症例Ⅱ 保健所から医療機関に連携を働きかけられた「白内障による全盲で、尿便失禁に傾き、寝たきり前状態の81才の女」緑内障で片眼のみ僅かに視力を残し、働く娘夫婦と同居介助。問題提起した保健婦を中心に、ケースカンファレンスで、治療・リハビリ・介護の方針の統一と、それに向っての民主的な連携チーム作りが、うつ状態の老人をかえ、手術の決意をさせ、視力回復へと好転させた。

症例Ⅲ 「幻覚・妄想をもち、精神興奮をもつ82才の単身の女」たまたま間借りしていた零細工場主の妻が、長年世話をしていたが、腰痛から寝たきりとなった患者の介護困難な為、福祉C.W.に相談、入院前提で医療機関へ紹介。始めは強制入院の試みがあったが、地域の協力と共にチーム連携で、痴呆への配慮した対応—老人の心理の理解、老人性痴呆の二次要因の解明、特に非言語的コミュニケーションの重視—などで、入院を可能にした。

以上、特徴的な3ケースを上げたが、どの機関であれ、地域であれ、問題発見した人々が単独では対応出来なかった例でも、発見者が問題を提起し、協力を求める事で連携ができた。先づ、家族が老人を支持する民主的で強固な核を形成し、特長的な援助と生活サービス援助の輪を、行政・医療機関・地域とで作り、治療・リハビリ・介護方針の統合及び役割分担し、社会資源を活用し、寝たきりから日常生活自立へ、更に生活の豊かさを図れた事が教訓であった。この経験から、臨調行革の先がけとしての老人保健法が、長年、社会に寄与した老人にさえも自立自助を、更に地域にも責任を求め、国や自治体の責任を回避する問題点を明かにしつつ、私連は、連携の効率性のみでなく、老人の立場に立ち、憲法25条の健康権、福祉権、生存権を守る立場に立ち、ケースを通じ家族を核とした民主的な地域・行政・医療機関がチームを組んだシステム作りを図り、国、自治体への老人保健法改善の要求運動となる、地域の単一核運動が、今こそ、求められている事を確信する。

中西裕彦

(城北病院、MSW)

はじめに

老人保健法は、老人の医療費の増大を抑制するため、70才以上の老人を対象に、外来は医療機関ごとに月400円、入院は300円(2ヶ月間)などの一部負担、また入院医学管理科などの老人診療報酬による新体系をつくった。ここでは、全国老人福祉問題研究会石川県支部の行った「老人の医療とくらしの110番」、金沢市での「特別養護老人ホームへの待機者、申請者の増加」、石川県国保の「老人診療諸率の動向」を取り上げ、特に医療を中心に検討する。

1. 老人の医療とくらしの110番

83年6月20日～24日の5日面電話相談を行った。相談には、MSW、医師、看護婦、生健会等の参加を得、家族より14件、本人7件、その他3件に対応した。特徴点は、①医療と福祉の谷間に置かれているケースが5件、②病状についてが4件と、患者と医者との信頼関係の稀薄さ、③介護者、特に女性からは18件もの相談があった。

2. 特別養護老人ホームへの待機者、申請者の増加

金沢での特別養護老人ホームへの入所申請者数は、83年3月を境に激増している(資料1)。しかも、内分けを見ると、入院者よりの申請が増えている。その結果、入所申請から入所決定まで、老人保健法施行以前は約3ヶ月～6ヶ月であったものが、確実に1年はかかることになった。

3. 老人診療諸率の動向

石川の国保老人診療諸率の動向(資料2)の対前年同月比受診率の伸びは入院、入院外共に83年2月ないし3月を境に大幅に低下し、1件当たり日数では、入院は短期化となり、受診抑制は行われた。

4. まとめ

地域での不十分なフォローアップ体制の中での病院からの退院強制は、老人と家族の悩みを深刻化させ、負担を増大させた。また、受診抑制による疾病の早期発見、早期治療がおくれ、重症化しないか不安が残る。今後、老人をとりまく状況を明らかにし、具体的に老人、地域住民、医療機関等の連携を深め、地域の中でのケアシステム作りを強く行政の中に反映させていくことが大切と考える。

資料(1)

金沢市特別養護老人ホーム入所申請数  
(金沢市老人福祉課調べ)

	入所申請数	入院者よりの申請数
57/4	10人	4人
5	10人	6人
6	11人	6人
7	6人	3人
8	7人	5人
9	7人	2人
10	5人	4人
11	10人	5人
12	9人	4人
58/1	8人	3人
2	12人	8人
3	24人	20人
4	18人	10人
5	17人	6人
6	14人	7人
7	12人	5人
8	17人	10人
9	14人	5人
10	12人	5人
11	14人	9人
12	12人	10人
59/1	14人	7人

資料(2)石川県の国保老人診療諸率の動向 (単位:円/日)

年 月	1人1日受診率				1日1人受診率				1日1人1日数				1日1人1日数													
	人数	対前年同月比	入院	入院外	人数	対前年同月比	入院	入院外	人数	対前年同月比	入院	入院外	人数	対前年同月比	入院	入院外										
昭和59年 7月	28099	73	92	21	968	21	61	155	246358	22	11921	71	10353	43	9761	21	1883	79	4998	22	2519	11	3857	-0.2	127	25
8月	26173	79	91	99	971	46	57	137	239850	53	11290	51	15069	78	9698	45	3937	73	5884	104	2473	07	363	-0.22	296	-0.26
9月	26726	107	90	73	962	42	61	82	213737	52	11510	55	15160	-0.23	9878	45	4001	64	4825	-0.07	2168	07	383	-0.27	311	-0.16
10月	28231	119	92	74	969	12	67	111	218061	69	11836	61	16475	41	9866	58	4057	74	5121	37	2512	11	368	-0.11	322	0.3
昭和58年 11月	27222	115	92	69	955	07	65	226	212113	18	11619	79	15820	07	9927	22	2864	03	1967	-0.04	2442	004	376	-0.17	117	10
12月	28266	76	90	32	938	-08	63	117	250915	25	15665	58	16109	-0.06	9694	10	8273	68	5010	-0.20	2588	15	367	-0.08	322	19
1月	27200	130	94	47	918	90	60	270	250448	74	13997	37	15065	27	9704	70	4279	40	4829	31	2581	04	327	-0.69	310	-0.03
2月	26637	71	98	48	821	-174	42	-0.17	235638	45	15045	115	16078	126	10251	75	4360	86	5077	67	2299	-0.28	344	24	117	57
3月	27792	17	101	26	879	-055	52	-0.37	241933	17	16116	115	16623	108	10150	34	4299	86	5059	47	2413	-0.17	375	27	329	58
4月	29157	56	95	-0.07	896	-148	56	98	251206	64	10980	105	17002	07	10512	57	6240	68	5065	25	2390	07	377	36	336	63
5月	28636	42	92	-0.18	906	-032	58	-0.11	250087	36	10218	122	15721	39	10112	35	4283	84	4983	19	2466	0	378	34	315	19
6月	28625	18	91	-0.07	920	-062	56	-0.81	249041	56	10226	122	16871	52	10341	46	6247	76	5014	27	2409	10	381	41	328	22
7月	29822	16	89	-0.32	923	-060	54	-0.09	257271	41	10165	91	16463	07	10266	49	6231	90	5078	16	2506	-0.05	382	-0.08	324	-0.09
8月	29305	78	91	0	926	-048	52	-0.91	257229	75	16409	143	16029	64	10593	92	4276	86	5044	-0.08	2435	-0.15	381	50	318	74
9月	28222	41	87	-0.25	919	-044	51	-0.66	257255	55	10226	117	16508	89	10547	68	4374	93	5015	39	2439	-0.12	371	22	329	48
10月	29110	29	89	-0.27	919	-052	59	-0.22	246374	59	16385	104	17321	51	10389	52	4403	85	5239	23	2506	-0.02	372	16	331	28

○ 高松 誠 (労働医学研究所)

I. はじめに 農業の近代化に伴い農村はとどまるどころを知らないほど変動を続けている。特に70年代から進行してきた農業の機械化、化学化、施設化は農業労働の生産性ばかりでなく土地生産性を高め、労働の省力化に大きく寄与した。しかし、他方では所得率の低下、規模拡大、農業の複合化などをうみ、更には日稼ぎ、出稼ぎなどの農外就労などを生みだし、新たな労働負担と健康障害とがおこっている。

II. 下段に農業の近代化に伴う健康障害のありさまを表としてまとめた。いくつかの問題点について述べる。

1. 農業機械の導入による健康障害

大型農業機械による事故と外傷が増えている。また、特定の農山漁村の出稼者にはクエンソー、ピックなどによる振動病と、けい肺が発生し集積して社会医学的問題となっている。

2. 農業除草剤による障害の増加

殺虫、殺菌剤としては低毒性の農業が使用されるようになって急性中毒による障害は減少した。しかし、除草剤パラコート(グラモキシオン)に

よる死亡者は年間200名にも及んでいる。最近では、散布中皮膚障害をおこし死亡した例も報告されている。また、CNPを主成分とする除草剤(例:M0)は河川に流れ込み飲料水、地下水などを汚染し、川魚に蓄積している。ダイオキシンを副成するので問題となってきた。

3. 農業の施設化および流通機構に伴う新たな健康障害が増加している。施設化に伴う障害としてのハウス病症候群は克服されたが、新しき労働態様による健康障害としての腰痛、頸肩腕障害、皮膚かぶれなどが発生している。

4. 出稼ぎ、日稼ぎ、内職の増加などにより収入は増えたが、育児に十分な時間がとれず、子供の体力の低下、う歯、夫婦間のトラブル、老人のファミリー・ケアの欠陥などの問題もおこっている。

5. 農業労働の高齢化と老人の増加  
昭和58年2月から老人保健法が実施されているが、老人の増加に伴う対応は農村自身で、特に農協が中心となって対処していくべきだと考える。

① 農業の近代化に伴って

1. 農業機械の導入

重カキ耕耘機、コンバイン、カッター、トラクター ---> 事故と外傷、  
クエンソー、草刈機、ピック、ブレーカー ---> 振動病、けい肺

2. 農業肥料の広範な利用

水銀、塩素系農薬(BHC, DDT) --- 残留性 ---> 農薬中毒の研究 --->  
有機燐剤・カルバメイト剤 --- 急性中毒 --->  
除草剤、パラコート --- 自殺のため使用 --->

3. 農業の施設化

施設園芸  
畜産の増加  
ハウス病 --- 腰痛、頸肩 ---> 人間工学的研究。  
し尿処理や 農夫肺など

4. 流通機構に伴う新しき労働負担

② 農家の兼業化が進むなかで

1. 収入の増加、都市化した栄養 動脈硬化、肥満、糖尿病 ---> 成人病予防 --->  
2. 出稼ぎ、日稼ぎ、内職の増加 家庭内のトラブル ---> 農家生活の新しい対応

③ 農村地域の变革

1. 都市的風潮 --- 共同体的ムードの破綻、若者の非行化 --->  
2. 農村公害 --- 工場の農村進出による公害、河川の汚染 ---> 環境汚染防止  
3. 農業労働力の高齢化と老人の増加 ---> 老人保健

農業病の認定  
労働災害補償  
法の確立

地域保健の  
確立。  
農村保健センター  
構築。

(荏原俊一氏資料より)



# 損害保険労働者の労働

## ・生活・健康について

○服部 真・金子視好・筋 昭三

(石川勤医協 城北病院)

### 1. 目的と方法

現代の労働者がかかえる労働・生活・健康上の問題をさぐるため、全国損害保険労働組合金沢地協の組合員を対象に、質問紙による調査を行った。回答の得られた250人について解析を加えた。

### 2. 結果

表1-3. 図1-3を参照。

### 3. 考察

仕事に関して自信や価値を感じていないもの。長時間労働と過大な精神負担により、不定愁訴や健康に不安を持つ者が多い。子供との接触不足など家庭生活にも重大な悪影響がみられる。

表1 質問紙回答者の性別・年齢別分布

性別 年齢	人(%)	
	男	女
18-29歳	35 (27)	88 (73)
30-39	65 (50)	21 (18)
40-49	27 (21)	7 (6)
50-	3 (2)	4 (3)
計	130 (100)	120 (100)

表2 性別平均帰宅時間

性別 帰宅時間	人(%)	
	男	女
18時頃	27 (21)	83 (75)
20時頃	67 (52)	27 (24)
22時頃	19 (14)	1 (1)
22時以降	17 (13)	0 (0)
計	130 (100)	111 (100)

不明 女9人

表3 家族といっしょに夕食をこる回数(1週)(単身を除く220人中)人(%)

性別 回数	男	女
ほとんど別々	24 (23)	15 (13)
2-3回	56 (53)	26 (23)
4-5回	15 (14)	29 (25)
ほとんど毎日	11 (10)	44 (39)
計	106 (100)	114 (100)

図1 自覚症状の性別有訴率(いつもある、時々あるの合計)

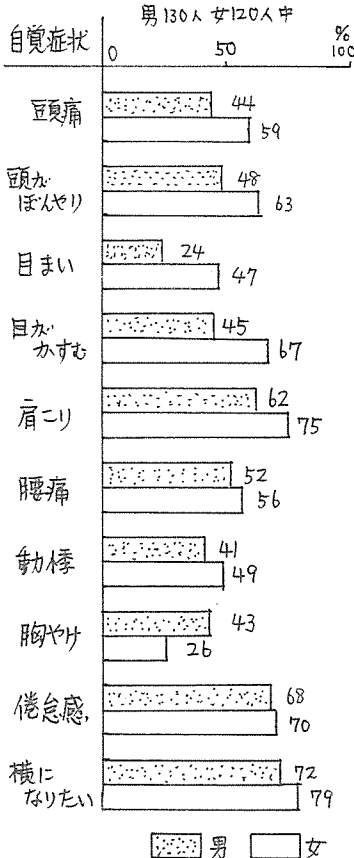


図2 ZUNGのSDS scoreの性別分布

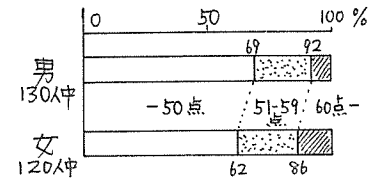
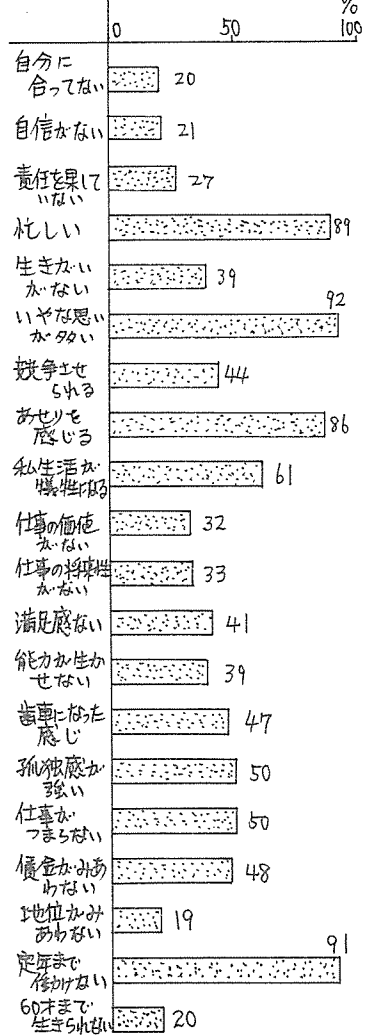


図3 仕事に関する感じ方(いつもある、少しあると答えた者の割合(男130人中))



## 果樹栽培にともなう花粉症多発の背景 に関する一考察

○寺西 秀豊、青島 恵子、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学部公衆衛生学教室)

### 〈はじめに〉

果樹園作業にともなう花粉症として、リンゴ、ナシ、モモなどが報告されているが、私たちは、果樹園に繁殖する下草花粉アレルゲンの重要性を指摘した。このような職業性アレルギー多発の社会的背景はあまり論じられていないが、現在の社会医学的課題の一つと考え、若干の考察を加えた。

### 〈果樹栽培の近代化〉

1930年頃、養蚕にかわって果樹栽培が行われるようになった。1950年代、果樹栽培は広範囲化し、1961年の農業基本法制定にともない、遠域的に拡大され、近代化が急速にすすんだ。図1は、富山県の果樹類収穫高の年次推移であるが、1960年代から1970年代にかけ、ナシは急激に増加したが、リンゴ、カキ、モモは、停滞あるいは減少傾向を示している。同じナシに中でも、幸水など商品価値の高い品種の伸びが著しい。こうした近代化に伴い、果樹労働も変化し、①危険な農業や機械の使用、②機械化のできない作業(人工授粉など)負担の増大、③作業密度とストレスの増加などにつながっている。

### 〈アレルギー多発の背景〉

従来より、農村には衣食住の遅れからくる「農村病」の多発とともに、農業労働にともなう「農業病」の増加傾向が指摘されていた(若月ら、1970)。果樹栽培は、米のような食糧制度がなく、流通資本と市場原理に支配され、輸入自由化に対抗して、特殊な近代化がなされた。図2に示のように、複雑な経過をたどりながら、結果として、職業性傷病を増加させている。農業による死亡事故のような激烈な中毒は少ないものの、多数の農薬、高濃度アレルゲン暴露、疲労、ストレスの蓄積などが、そうした傷病多発の背景を形成していることは疑いない。予防対策、医療施策の充実が望まれる。

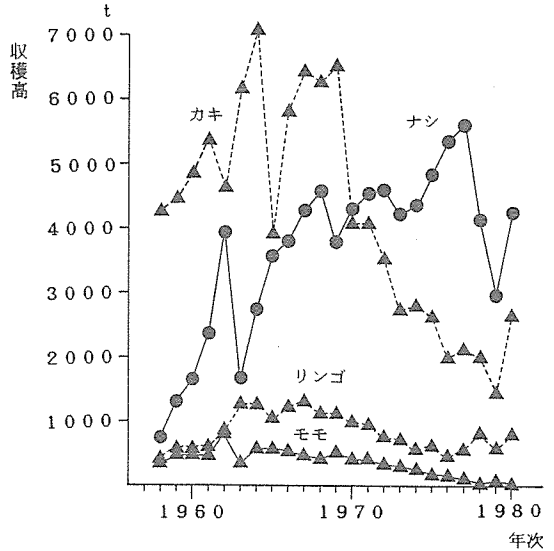
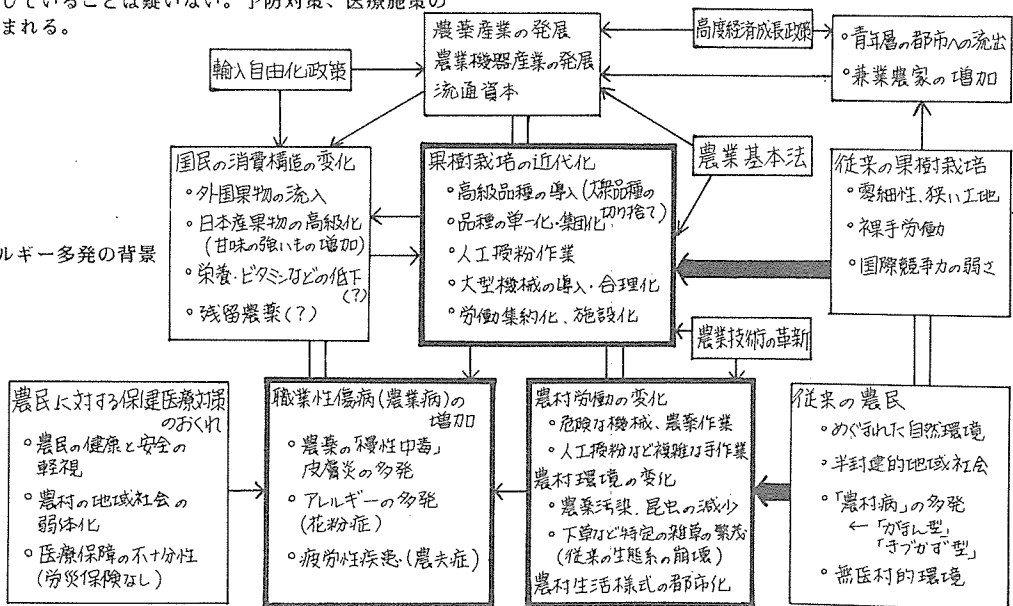


図1 富山県の果樹類の収穫高の年次推移

図2 アレルギー多発の背景



19. 大学教職員のVDT検査結果

○宮尾 克, 榊原久孝, 村松常司, 山内知子, 滝日久仁子  
赤松康弘, 山田信也 (名大医公衛) 小野雄一郎 (名大医衛生)  
戸田安士, 伊藤 章, 佐藤祐三 (名大総合保健センター)

[はじめに] 近年, OA化の進展に伴い, 大学においても研究, 教育, 事務処理, 図書館, 病院事務など広範囲にVDTが増加している。今回, ある大学の教職員に対してVDT使用者特別検診を実施したので報告する。

[対象] 大学教職員のVDT作業者 144名 (対象者受診率約80%) が受診した。表1のとおり, 男93名, 女51名で, 男女とも30才台が多かった。表2のように, この数年で使い始めた人が多い。表3には, VDT使用日の平均使用時間, 表4には週平均使用日数が示してある。1日2時間前後が多いが, 4時間以上も8%いた。表5は, 受診者の眼鏡の使用状況だが, どの世代も半数弱が近視眼鏡を使用しており, 40才以上に老眼鏡が約16%いた。

[方法] 作業条件アンケート, 産衛研院委員会問診表, 鈴村の眼精疲労問診表を記入させ, 図1に示す検査項目の検診を実施した。

[結果] 表6と表7には, 通常的眼鏡の使用状況での遠点視力と近点視力が示されている。それぞれの視力が, 0.5以下の人が18%と10%いた。表8は, 50cm赤緑テストの結果だが, 近視眼鏡使用で緑が鮮明にみえる10人と, 老眼鏡使用で赤が鮮明にみえる3人は, 過矯正と推測される。表9は, 通常遠点視力と眼疲労訴え項目数との関連であり, 視力0.5以下の人に眼疲労症状が多い(χ<sup>2</sup>乗検定, P<0.01)。表10には, 眼鏡の種類・赤緑テスト結果別の眼疲労訴え項目数が示されている。過矯正の群が症状が多く, 近視眼鏡使用者では, 赤緑テストの緑鮮明群が症状が多かった(1元分散分析, P<0.05)。

[まとめ] 検診の目的には, 職業病の早期発見, 保健指導や適性配置の資料, 負荷の総合的把握などがあろう。この報告は, 主に保健指導のための視機能の結果である。今後, 負荷の評価, 作業環境の整備をさらに進めたい。

表1 男女別年齢構成

	20才台	30才台	40才台	50才台	計
男	27	43	14	9	93
女	10	27	9	5	51
計	37	70	23	14	144

表2 VDT従事期間

	3年未満	6年未満	10年未満	10年以上	計
男	14	47	28	4	93
女	8	32	5	4	49
計	22	79	33	8	142

表3 1日平均使用時間 (使用した日のみ)

	0-59分	60-119分	120-239分	4-5時間	計
男	18	23	42	9	92
女	10	17	17	2	46
計	28	40	59	11	138

表4 週平均使用日数

	0.1-2日	3-4日	5-6日	計
男	16	31	46	93
女	11	21	15	47
計	27	52	61	140

表5 使用眼鏡 ( )内: コンタクトの内訳

	20才台	30才台	40才台	50才台	計
不使用	男 14	17	5	6	42
	女 7	19	2	2	30
近視眼鏡	男 13 (1)	25 (1)	7	1	46 (2)
	女 3 (1)	8 (4)	7 (4)	1	19 (9)
老眼鏡	男 0	0	2	2	4
多焦点	女 0	0	0	2	2

表6 通常遠点視力 (裸眼・矯正: 作業時のまま)

	0.01-0.2	0.3-0.5	0.6-0.9	1.0-2.0
男女計	10	16	32	83

表7 通常近点視力 (裸眼・矯正: 作業時のまま)

	0.01-0.2	0.3-0.5	0.6-0.9	1.0-1.5
男女計	3	11	39	88

表9 通常遠点視力と眼疲労症状訴え項目数 (P<0.01)

	視力 0.5以下	0.6以上	計
眼症状3項目以下	7	63	70
4項目以上	19	51	70
計	26	114	140

表8 赤緑テスト (50cm)

	赤が鮮明	緑が鮮明	赤緑が同等
眼鏡不使用	4	7	3
近視眼鏡	5	10	4
老眼鏡	3	2	1

表10 眼鏡の種類, 赤緑テストと眼症状訴え項目数

	眼鏡不使用	近視眼鏡 (P<0.05)	老眼鏡
赤	3.6±2.8(47)	4.2±3.5(50)	6.0±--(3)
緑	4.5±3.7(19)	6.3±3.7(10)	1.0±--(2)
同等	3.3±--(3)	5.0±--(3)	7.0 (1)

図1 検診用カルテ

VDT作業従事者特殊検診票 1984年									
氏名	性	男	女	生年月日	明大昭年	月	日	身長	体重
所属	職種			身長	cm			kg	
検査項目	右 (矯正)			左 (矯正)	備考				
視 遠距離視力	. ( . )			. ( . )	5m 眼鏡の種類				
近距離視力	. ( . )			. ( . )	30cm 近視眼鏡 老眼鏡				
力 負荷視力	. ( . )			. ( . )	0.5D 乱視加入 遠視				
調節近点距離	mm		mm		+2D				
レッドグリーンテスト	上 GR=			下 GR=	50cm				
利き目	右			左					
舌下温	°C		°C						
皮膚温	右	d B	左	d B	きき手				
振動覚	右	g	左	g	きき手第3指				
痛覚	右	g	左	g	同				
握力	右	kg	左	kg	左右2回ずつ				
眼球突出	+	-	+	-					
外 眼瞼下垂	+	-	+	-					
眼 結膜充血	+	-	+	-					
部 角膜 他									
脊椎 打痛	右			左	左右5箇所				
筋圧痛	右			左					
Tinel's sign	右			左					
Allen テスト	右			左					
頸運動痛, 等	右			左					

## 20. N新聞社における技術革新と健康(その1)

○牧野 忠康 山田信夫  
(財)東京社会医学研究センター

I はじめに 当社研センター、艾病院健診センターでは、N新聞社の健康診断を10年以上にわたってとりくんできた。10年の間に新聞産業の労働の現場も大きく変貌してきている。このとりくみの経験を報告し、N新聞社における技術革新と健康の問題について検討したい。

### II N新聞社の健康診断をとりくむことになった経緯

N新聞社では、昭和41年頃に腰痛症が多発し、45年には鉛中毒が多発した。当時、N新聞社には新聞労連(日本新聞労働組合連合会)N新聞労働組合が組織されていたが、全従業員の1割に満たない少数組合で、会社からの不当労働行為などの攻撃、弾圧はすさまじいものであった。しかし、「いのち」と「くらし」を守るために、職業病の認定と予防のためには労組を中心に職場闘争として、強かにとりくまれた。このためには、「合理化」下における、いのちと健康を守る闘いとして重要な意味をもつものであった。職業病と反「合理化」の闘いであった。45年7月、健康アンケート実施。同年8月21日労組自主検診実施と矢張り早にとりくまふ。18名の受検者のうち13名が労災認定基準を越える状態であることが判明した。ここで鉛中毒労災認定闘争が強かにとりくまふた。鉛中毒問題の解決をみない段階で、47年には電算室のキーパンチャーおよび写真製版部の写植オペレーターに、新しい「合理化」病である筋骨腕症候群が発症した。その上、筋骨腕症候群罹病者が不当配転されるという労働争議まで発生した。こうしたなかで労組は、企業優先が徹らく者に何をもちらすかを明らかにしつつ会社による分業攻撃を築きこえて、職業病発生の企業責任追及のためには、やはり強くとりくまふた。ついで、48年に「霧田不当配転、不当労働行為責任、組合活動の権利、労働災害、業誌上疾病補償の労使正常化全面協定」をからとった。この結果、48年秋より、特殊検診を東京民医連に委嘱(して実施することとなり)、50年からは年2回の一般健康診断も東京民医連に委嘱することになった。

### III N新聞社の「合理化」と新聞産業における技術革新にともなう労働者の健康問題

N労組の「いのちと健康を守る闘い」の経過でも明らかのように、41年の腰痛問題は、39年10月に東京オリンピックが開催されるという高度経済成長期に新聞報道業界はかつてない巨額の機械化「合理化」を行い、増ページ体制をとってきたなかで発生し、45年の鉛中毒問題は「新守保」体制下の「合理化」態勢のもとでの労働強化であり、コンピューター化のなかでの新しい疲労性の職業病として筋骨腕症候群の発生であった。古典的な職業病である鉛中毒と新しい「合理化」病である筋骨腕症候群が同時に発生しているのは注目し得る。新聞労連の前進である全新聞(全日本新聞労働組合)は、24年4月の第2回大会で「新聞労働者の職業病とくに鉛中毒に対し、全新聞をあげて職場改善闘争を行う」ことを決議している。N新聞労組から、全新聞に幹部を送り去っていた。

### IV CTS化にともなう労働者の健康問題

N新聞社ではCTS(コールドタイプ システム)化がすすめられている。N-CES(N新聞コンピュータライズド エディティ ング システム)が開発され、編集、印刷工程の漸次移行がすすめられてきている。労組では、このシステムの導入にともなう人員減、労働条件の変更、配転転換などについてさまざまな問題が発生することを予測して、54.1.24に「CTS協定」を結んでいる。この協定には、CTS化により労働条件を低下させない、職業病発生の予防義務と発生の場合の会社責任が明記されている。現在、VDT作業にともなう健康障害について、健康診断、健康管理、作業および環境管理の面で、当社研センター、会社、労組が協力して検討を深めている。労働者の中高年層化にともなう健康管理をふくめ、技術革新のなかでの健康管理対策は、新局面を迎えている。

## 21. N新聞社における技術革新と健康（その2）

○山田 信夫

牧野 忠康

（〈財〉東京社会医学研究センター）

緒言. 新聞活版印刷部門の労働者群約300名の健康診断を10年継続している。この間職場では労働者の意欲的な取り組みによって、職場環境の大幅改善、週休2日制の実施が定着し一方ではCTS化が進行して、現在その業務量の半がCTS化するに至った。この時点でこの労働者群の健康状態の変遷と、今後の健康課題を明らかにしてみたい。

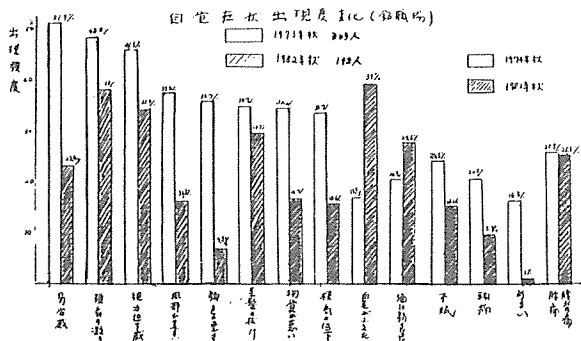
対象. 方法. 都心の工業日刊新聞社の鉛取扱労働者約300名を、毎年春秋2回一般、並に特殊健康診断してきた。本報告では回収率100%の問診表にもとづく自覚症状変化、握力、全血比重、赤血球数、CaNa<sub>2</sub>EDTA 1gr静注後2時間尿中鉛量、平均約8年の加齢（33才より41才）を指標に検討してきた。

結果. 自覚症状については大中に減少する項目と、小中に減少する項目と、増加する項目と三極に分離した。（図1）握力、全血比重、赤血球数には変化なしと認めた。（表1）CaNa<sub>2</sub>EDTA 1gr静注後2時間尿中鉛量は、年を追って平均値、分布は減少傾向を著しく示し、労働者の鉛蓄積の著減を示唆した。従って指標間では、自覚症状の晋変と、尿中鉛の著減が目立った。（図2）

考察. この労働者集団をとりまく、この10年間の労働条件の変化として、哥排、全排気装置、集塵装置、ロッカー、休憩室分離の徹底、週休2日制の導入、CTS化がみられ、一方で積極的排鉛治療も行なわれた。従って、一般疲労の軽減と鉛曝露減少によって諸症状が大きく改善したものと思われる。一方でCTS化に伴う神経系疲労症状は新に増加と理解できるものがあり微減に止り、加齢症状は増加した。

結論. 以上により鉛関連症状としては、めまい、顔色の悪さ、肩那のひきやすさ、易疲労感、物覚えが悪い、根気の低下、頭痛、不眠であり、神経系疲労症状としては、腰背痛、頸肩こり、視力低下、不眠があり、加齢症状としては、白毛の心え、酒、弱くなつた、毛髪の抜け、視力低下と判断される。今後の課題、視神経大脳末梢神経筋肉系疲労、元化防止、飲酒、並に一般成人病対策である。

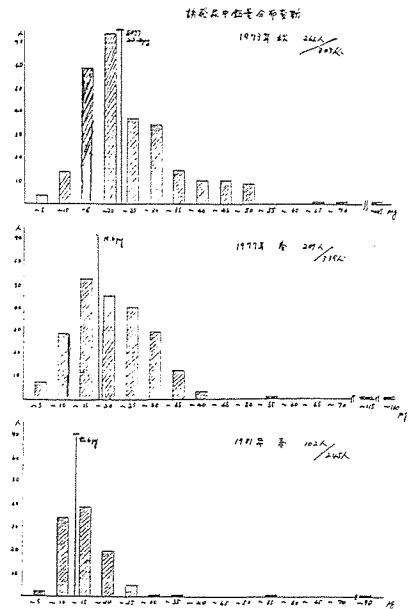
（図1）



（表1） 握力平均kg 赤血球数万 $\mu\text{m}^3$  全血比重

1974年秋	Y. 43.6	X. 41.2	489	1.057
1982年秋	Y. 43.2	X. 41.6	477	1.059

（図2）



## 国際比較における日本人男子のアルコール摂取量

○三河 一夫 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 (大阪大学 公衆衛生)

【目的】 日本人のアルコール摂取量は少ない、という一般的認識に焦点を当て、その問題点を明らかにしたい。【成績】 図1のごとく、日本人一人当たりの、アルコール摂取量は、明らかに少ない。しかし、これは、男女の飲酒習慣の相違を、考慮に入れないものである。飲酒率で見ると、男子では、日本は、各年齢層とも、オーストラリアや、米国の飲酒率よりもやや高いが、女子では、日本は、オーストラリア米国の飲酒率の1/2である。さらに、表1より、日本人男子のアルコール摂取量は、エネルギー比率では、米国の成績より高く、純アルコールの摂取量も日本の方が多い。【まとめ】 日本人一人当たりの、年間アルコール消費量は、工業国の中では、最下位グループに属する。しかし、それは、日本人女子の飲酒率が、低い

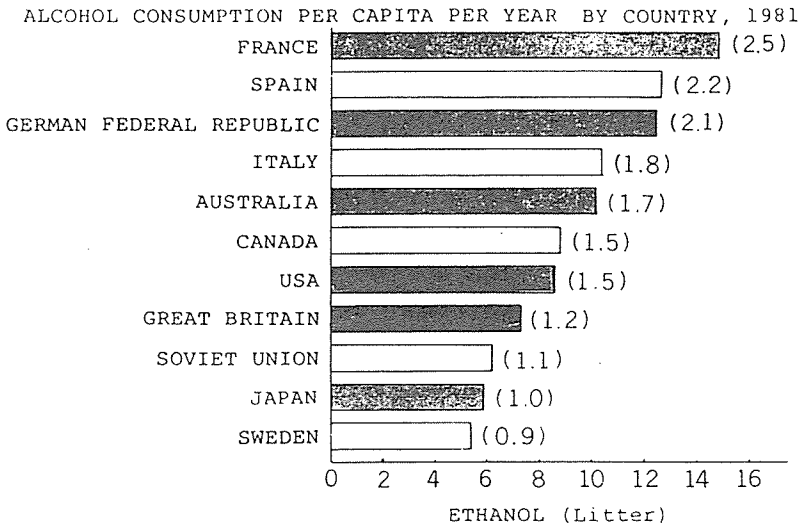


Fig 1 Alcohol consumption per capita per year by country, 1981. Numerals in parenthesis are the ratios of alcohol consumption in other countries to Japan.

Table 1 Alcohol Intake in Japan and the USA by Population Group, Men, 1975-1977

Population	Energy Intake (Cal per day)	Alcohol Intake (% of Cal)	Alcohol Intake (g per day)
USA MRFIT (35-59 years)	2473	7.4	26.1
Michigan (18-70 years)	-	-	27.9
Japan (40-59 years)			
Clerical workers of Osaka	2038	11.3	32.9
Manual workers of Osaka	2187	9.6	30.0
Inhabitants of Osaka	2172	9.6	29.8
Inhabitants of Kochi	2506	10.6	37.9
Inhabitants of Akita(A)	2382	16.6	56.5
Inhabitants of Akita	2409	14.2	48.9

ためであり、日本人中年男子のアルコール摂取量は、米国に比べて、少なくなかった。他の工業国に比し、日本人のアルコール消費量は少ない、という点から、日本人男子の飲酒問題をとらえることは、誤りであるといえる。

【文献】 1) 酒類食品統計月報、昭和58年 9月号 2) 循環器疾患基礎調査報告、厚生省、昭和55年 3) Med J Aust 2,1930 4) Hypertension 3, 1981 5) Arterio-sclerosis 2,1981 6) Circulation 66,1982 7) AJPH August 70,8,1980

循環器疾患を中心として

○上島弘嗣、逢坂隆子、多田羅浩三、大湊 茂、  
黒田研二、新庄文明、朝倉新太郎

〒大阪大学医学部・公衆衛生学教室

【はじめに】 従来より、多量の飲酒が肝障害やアルコール性精神障害を来すことはよく知られている。しかし、循環器疾患との関連性については、特に注目されて来なかった。近年、飲酒と高血圧、脳卒中との関連性が指摘されつつあり、増大するわが国のアルコール消費量の中で、循環器疾患に与える悪影響の可能性について考えてみた。【疫学調査成績より】飲酒が高血圧と関連することは、ここ数年来、オーストラリア、米国、イギリス、ユーゴスラビヤ、など世界各国からの報告にみられる。図1は、大阪、秋田における男子40-69歳の成績であるが、飲酒量の多いものほど、血圧値の高いことを示している。図2は厚生省の循環器疾患基礎調査からの成績であるが、左の図は、高血圧者の頻度が男子に多いことを示しているが、図2右の飲酒しないものでの比較では、この男女の高血圧の頻度の差は30歳代を除き消失することを示している。

飲酒が脳卒中と関連していることの指摘は日米の疫学追跡調査によっても、数は少ないが報告されている。そこで、中年期男子(35-59歳)の府県別脳卒中死亡率とアルコール消費量を比較すると(図3)、脳卒中死亡率の高い府県は、アルコール消費量も多いことが認められた。また、アルコールは男がそのほとんどを消費しており、アルコール消費量の多い府県では中年期脳卒中死亡率の男女比が高いと考えられるが、事実アルコール消費量と高い相関が認められた(図4)。

【中年期男子の飲酒の問題】 わが国のアルコール消費量は過去25年間に純アルコールにして、2.3倍の伸を示した。しかも、そのほとんどを中年期男子が消費している。中年期の男子で毎日飲酒する物は、50%近くにも達し、その内、多くのものが、毎日、日本酒にして2合以上飲んでいる。今後さらに、飲酒と中年期の健康問題について検討を加えたい。

図1 飲酒量別にみた大阪・秋田の血圧  
男 40-59歳 年齢校正 1975-1977

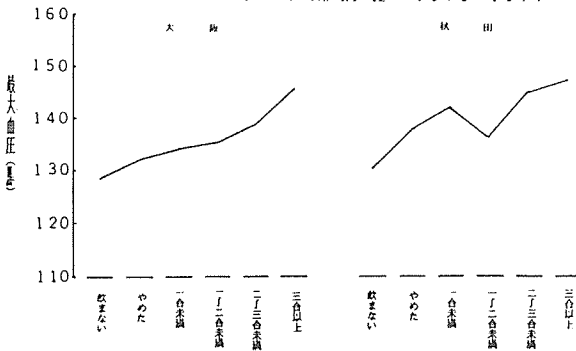


図3 STROKE MORTALITY AND ALCOHOL CONSUMPTION 1975

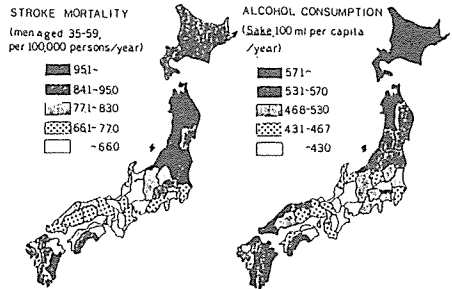


図4 MALE:FEMALE RATIO OF STROKE MORTALITY AND ALCOHOL CONSUMPTION BY PREFECTURE AGED 35-59 yrs, 1975

図2 FREQUENCY OF HYPERTENSION IN JAPAN 1980

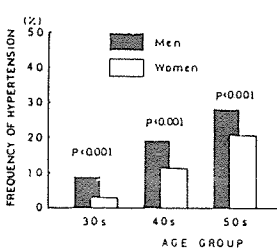
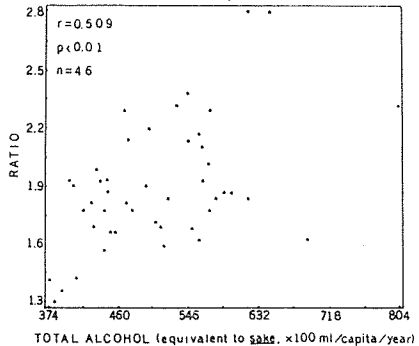
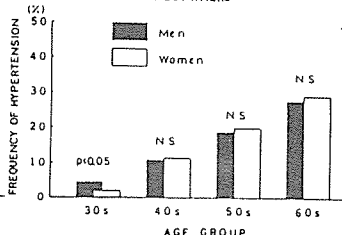


図2 FREQUENCY OF HYPERTENSION IN JAPAN, 1980 COMPARISON BETWEEN MALE AND FEMALE ABSTAINERS



## 24. 北陸における漁民と農民の循環器疾患とその関連要因の検討

○鏡森定信 藤田孝子 渡辺正男 (富山医大 保健医学)  
 飯田恭子 (富山県魚津保健所)  
 大田和子 (福井県武生保健所)

**はじめに** 脳卒中や虚血性心疾患(IHD)では、栄養要因として動物性蛋白質や脂肪の摂取状況がその発生に強く関与することが報告されている。農村と漁村ではその摂取状況がしばしば違ふことから、両者における循環器疾患の発生の差異についても興味をもたれ、脳卒中では一般に漁村が農村にくらべて低い死亡率を示すことが報告されているが、IHDではまだこのような差異は明らかになっていない。わが国は昭和30年代の後半に北陸で始まった循環器の検診に参加してきたが、それらの地域のうち、今回の報告の目的にあう地域を選り、循環器疾患の発生状況およびそれに関連する栄養要因について検討を加えた。なお前者については全国の農民と漁民の循環器死亡率も算出しその差異を概観した。

**対象と方法** 富山県では魚津市、石川県では能登島町、福井県では河野村と越前町を対象地域とした。いずれも漁協を有し、また農村地区をひかえているが、魚津市以外はいわゆる漁村に属する地域なので循環器疾患の発生は地域レベルで観察した。一方魚津市では農村地区(西布施、松倉)住民および漁協組合員(遠洋漁業従事者を含む)の健康づくり事業から得られた成績を主に使用した。全国の農民と漁民のデータは1970年と1975年の人口動態統計によった。

**成績** ① 漁村に属する町村の循環器死亡: 1969~1978年の10年間のSMR(疾病の疫学分布研究班重松彦造班長, 1982年)より脳卒中およびIHDのそれとを抜きとして表1に示した。脳卒中のSMRはいずれも100以下であったが、IHDでは福井県の1村1町では高くなるもの、能登島町のそれは有意に高い値であった。② 魚津市の両地区の循環器疾患の発生と死亡率の比較: 農村と漁協で表1. 北陸の漁村の循環器疾患のSMR(1968-78) その発生率に著差はなく、脳卒中死亡率では漁民のそれは高い値であった。(表2)

	全死因	脳卒中	IHD
能登島町	男(1985人) 111 女(2187人) 109	99 100	234** 188**
河野村	男(1275人) 108 女(1377人) 111	79 70	98 46
越前町	男(4020人) 96 女(4300人) 86	63*** 68***	117 88

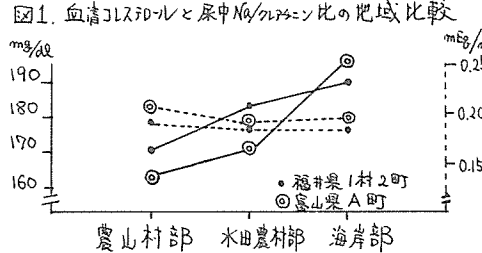
( )は1973年の人口 \*\* : p<0.01 \*\*\* : p<0.001

表2. 魚津市における農村住民と漁民の循環器疾患の比較 (1980~1983年)

	脳卒中発生率(1000人年)	IHD発生率*	脳卒中死亡率(1000人年)
農村住民	男(916人) 4.0 女(1082人) 3.1	1.8 0.9	12.0 2.8
漁民	男(580人) 7.5 女(576人) 1.7	1.1 1.7	17.5 8.9

③ 血清コレステロールおよび尿中Na/クレアチン比の比較: ( )は30以上の人口 \* 北筋硬直と急性死

図1に示したごとく、北陸では都市の中心部を除いて一般に海岸から農山村にむかって血清コレステロール値が下降することが多い。しかし食塩の摂取量を反映する尿中Na/クレアチン比にはそのような傾向はみられない。④ 全国の農民と漁民の循環器疾患死亡を表3に示した。脳卒中は農民にIHDは漁民



により多かつた。しかし訂正死亡率では農民、漁民とも脳卒中死亡率IHDによる死亡率を大きく上まわっていた。なお両疾患とも、1970年から1975年への死亡率の減少は農民のものがより大であった。

表3 日本の農民と漁民の循環器疾患死亡の比較

年	人数(15-64才)	全死因	脳卒中	IHD
農男	1970 3,423,050 1975 2,551,450	152*(421.3) 131*(361.2)	202*(43.5) 148*(68.3)	124 (18.0) 105 (15.3)
農女	1970 4,749,810 1975 3,162,320	153*(199.2) 133*(193.2)	187*(42.7) 142*(32.5)	177 (7.4) 133 (5.6)
漁男	1970 373,365 1975 341,240	163*(430.7) 141*(389.6)	156 (42.1) 111 (31.2)	150*(21.9) 140*(20.5)
漁女	1970 89,355 1975 68,535	158 (268.3) 180*(222.8)	119 (27.1) 166*(37.9)	246*(10.3) 255*(10.7)

**まとめ** 所得水準や労働内容から漁民の脳卒中死亡は農民より大きいと推測したが、全国レベルではむしろ逆であった。しかしIHD死亡率の大きいことと循環器疾患死亡率の減少傾向が農民より小さいことは漁民の問題として残った。

(注) SMRは1975年の死亡率(15-64才)を基準として算出した。有性別の校正は各年の全人口(15-64才)のSMRに対して行った。( )は年齢訂正死亡率、人口10万当り



はじめに 食塩摂取量が、地方では、高血圧やその合併症を有する脳卒中の発症率が高くなるといわれており、塩分摂取量が多いわが国では、以前より塩分についての関心が高い。私には富山医療生活協同組合では、地域に出て組合員の社会を開いていくが、その中で種々の健康を守る活動にとり組んできた。その活動の一環として、みそ汁の塩分量を目安に、塩分摂取量のチェックを行って、今年、高血圧、職業との関係についてまとめた。

対象・方法 昭和58年より59年にかけて行ったに社会で、各家庭から持ち帰るにみそ汁150cc中に含まれる塩分量を、ソルト・チューカー・CS2型で測定した、あわせて血圧の測定も行った。高血圧の診断は測定した時点の血圧が160/95以上のものをとした。職業は生計を立てている人の職業を代表させた。

結果 α 280名の家庭から持ち帰られたみそ汁150cc中に含まれる塩分量は、1.6~2.0gが111名40%と最も多く、次いで1.1~1.5gが97名35%であった。(図1) 年齢によるものは、59歳以下では1.1~1.5gの人が多く、60歳以上では1.6~2.0gの人が多くなり、若い年齢層ではうす味の傾向があることが示唆された。高血圧の有無、職業によるものは明らかになかった。(図2、3、4)

考察 長期間にわたる塩分のとりすぎは、高血圧、脳卒中の発症と関係するといわれている。食塩の生理的の必要量はごく少ないが、一般的には一日10g以下に抑えるべきとされている。近年、わが国でも塩分についての関心が高まり、少しづつ塩分摂取量が減少しているが、昭和58年の国民栄養調査では、平均12.3g摂取された。1%の塩分を含むみそ汁一リヤを150cc中に1.5gの塩分を含むみそ汁程度の塩加減にするには、一日の塩分摂取量を10g以下に抑えることが必要といえる。今回の調査では、みそ汁150cc中の塩分量を測定した。一般的にはまだ塩分摂取量が多いが、若年層ではうす味の傾向がみられたのは、十分に評価でき、今後の家庭活動に期待できるものと思われ、今回は高血圧、職業についての調査が不十分であり、評価できる結果が出なかった。これから今後の課題にしたいと思う。私には

医療生活の活動はまだ不十分な点があるが、地域に出て直接みそ汁の味とみるから、塩分の話、高血圧の話としていく活動をつづけ、少しづつその輪を広げていきたいと思います。

まとめ 一日の塩分摂取量を目安として、みそ汁中の塩分を測定し、年齢、高血圧、職業との関係についてまとめ、

図1 みそ汁150cc中の塩分量 (g)

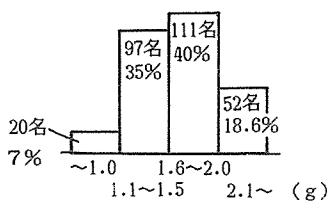


図2 年齢によるみそ汁の塩分量のちがいは

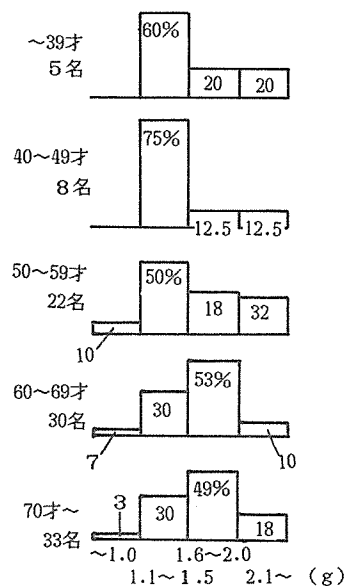


図3 高血圧 (HT) の有無によるみそ汁の塩分量のちがいは

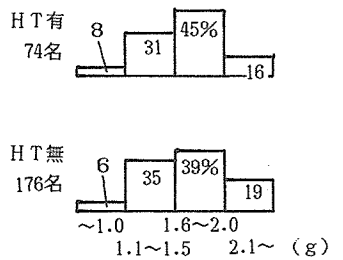
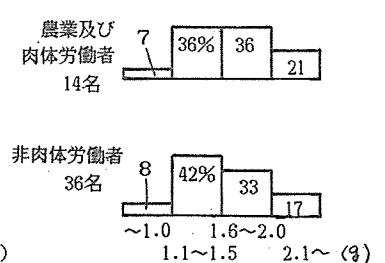


図4 職業によるみそ汁塩分量のちがいは



○ 前 田 黎 生

(愛知県信用金庫健康保険組合 保健婦)

1. はじめに 信金健保組合は、被保険者の配偶者に、簡易ドック(信金ママドック)を医療機関に依頼してきた。利用は年々増加し、検診結果の内容の問合せが組合によせられるので、検診のやり方などを改めて定め、55年(私が就職した年目)以来、保健婦による指導指導を开始した。

信金ママドック手帳を三枚指導にし、一部を組合保健婦へ回送するシステムで、結果表に医師の指示のあるものを中心に、家庭へ電話で必要な保健指導を実施した。以上の統計によると食血による指導が多く、このことは、主婦の生活や食習慣を重視するといえ、58年度は要指導者の生活状況をくわしく調べた。その結果はまわめて及否的なものであつたのであつた。

2. 55年~58年の受診状況

年度	総数	要指導者数	90	血圧	心	代謝	泌尿系	胃腸	食血	高脂血症	乳子病	肥満	総指導数
55	602	304	508	42	3	27	15	90	15	25			324
56	752	236	314	33	9	27	5	28	3/13	91	16	24	251
57	836	279	334	42	10	50	8	31	3/18	107	26	33	546
58	1026	392	382	44	15	73	14	46	4/21	160	38	26	505
計	3216	1211	119	144	194	75	132	101	448	95	108	5	1526

※ 毎年受診する人もある。

3. 58年度の要指導者について (食血の判定は血を少量のみ、問題はあつた)

受検者総数1027名、検便者392名、その中の要指導者210名(20.4%)を特に重視した。指導順位は①食血 ②心臓 ③高血圧 ④高脂血症 ⑤乳子病

4. 食血患者102以下の70名について

胸	心臓	肝	高血圧	高脂血症	肥満	食血	その他	計
8	42	11	5	1	17	22	21	68(2)

要指導者210名中の食血者については、特に生活状況をくわしく聞きたつた。

質問項目	ある	ない	不明	質問項目	ある	ない	不明
三食ほか	30	38	2	ハート病家族	38	10	20
偏食は	20	48	2	合併症ほか	37	20	13
喫煙は	2	66	2	自覚症状ほか	8	60	2
生活不変は	0						

考察 毎年か今年初めてドックを受けて食血と診断されて、病院によつては通常の指導を受けているか、要指導者。半数がパート(スルのコンビニ等)勤務の採用、シフト制、商売の店員)

5. まとめ 食生活も国の政策によつて、アメリカ形の食生活が家庭の中に、無批判に導入されている現状、特にこの食習慣を育つた人が主婦にまつている。日本生活が慢性的疾患の根本になつていふことに注目している。パートで働いていふ人は、夕食の準備は昼休みにする。パート初めは簡単なものになりやすい。自分の食生活は朝の遅いせい、3-4時など、電話を掛けることになり留守者の幼少になる。「22時」として夕飯をという。翌日の昼休みに電話を掛つてくる。

主婦が働くことを非難していない。しかし、この食血の実態調査を通じて、主婦が自分の体を代償にして働き、調剤する傾向をほおび、食べられればよいという食生活に家庭も巻きこまれている現状に、明日の労働力の再生産の場である家庭が、大きな危険にさらされていることを痛感している。

日本には食品があふれているといふのに、この食血の食生活も食生活を改善からして、健康づくりが自己責任にまかされている現状を深く考へさせられる。

7月よりでは、自覚症状もないが、合併症がかなりあり、肝機能検査陽性、高血圧、心疾患が多い。思ひの外にみかあまのこはと考へられるが、また、食血と診断されて8年か9年という人、胃の術後者、虫歯病の人もある生活状態であった。身体の警鐘には耳がきかずに、健康づくりの音とに踊つていふようになつた。知識としてしつていても、現実のと違つた状態であつた。

# 27. 高齢者の入院と福祉施設入院に関する統計的観察

宇村 元三

(健康保険組合連合会)

現在、高齢者まとりまく生活環境の改善や医療・福祉のあり方が論議されているわけには、現状を明かにするための統計的資料は限られている。ここでは、現在入手できている統計・調査の結果を用いて、どこまで現状を把握できるかを試みることに、将来への問題提起に役立てたいと思う。

使用する資料としては、主として厚生省の諸調査、「患者調査」、「医療施設調査」、「社会医療調査」、「厚生行政基礎調査」、「社会福祉施設調査」を用い、これに自治体別の調査などを補足的に用いた。

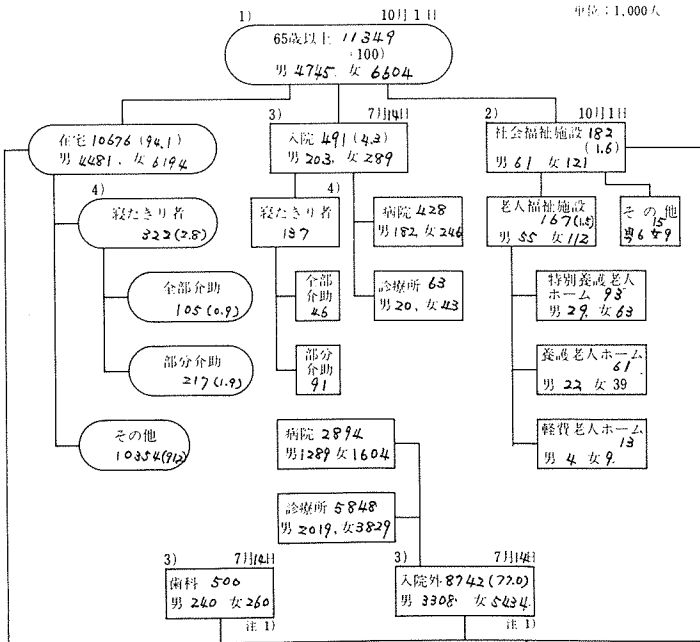
高齢者は、65歳以上の者とし、次の事項の分析を行った。

1. 施設利用状況と在院者についての数量的把握
2. 入院患者についての分析
3. 福祉施設入院者についての分析
4. ねたまり者についての分析

数値の関係から、図と表の提示にとどめた。

分析に当たるときに感じたことは、高齢者のうちの20歳以上の要素が大まかに、高齢者の医療・福祉は生活そのものという問題が多く、多面的対応が必要ということがある。

図1-1 施設利用状況と在院者についての数量的把握 (昭和57年)



資料：1) 総理府統計局 2) 「社会福祉施設調査」厚生省 3) 「患者調査」厚生省  
 4) 「厚生行政基礎調査」厚生省(56年)の人口動態調査を用いた推計。  
 注：1) 入院外・歯科の患者数は当日加療中のものを示し、患者調査患者数に治療間隔を乗じて算出した(平二美智子氏推計)。推計方法は「患者調査の治療間隔、井上他、厚生省の指標、昭和55年10月号」  
 2) 寝たきり者とは、病氣(老衰を含む)・けが等で日常生活をほとんどおいていない状態にある者をいう。  
 3) 各項の和が総数と合わない箇所があるのは、四捨五入のためである。

表1-1 年齢階級別入院率(人口100人)

年	年齢	施設入院				在院
		病院	診療所	特養	その他	
昭57年	65-69	2.4	0.3	0.3	0.4	93.6
	70-74	3.6	0.4	0.5	0.7	94.8
	75-79	4.9	0.9	1.0	1.1	92.1
	80歳以上	5.9	1.0	2.3	1.6	89.2
52年	65-69	2.1	0.3	0.2	0.4	97.0
	70-74	3.2	0.6	0.4	0.8	95.0
	75-79	3.7	0.9	0.7	1.2	93.5
	80歳以上	3.6	1.0	1.6	1.8	92.0

患者調査、社会福祉施設調査

表2-1 入院患者中の高齢者割合 (%)

年	年齢	割合		
		総数	病院	診療所
57年	65歳以上	36.6	36.2	38.6
	80歳以上	9.5	9.2	11.8
52年	65歳以上	30.1	28.4	43.1
	80歳以上	5.5	4.9	10.3

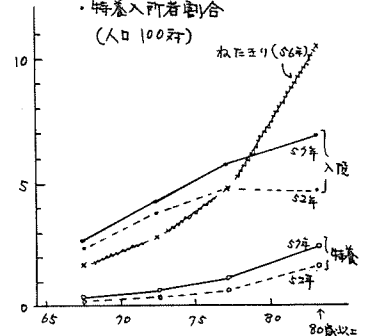
患者調査

表4-1 世帯種別ねたまり者数 (1000人)

年	年齢	世帯種別				ATB/総数
		A 単独世帯	B 核家族	三世帯	その他	
昭56年	65歳以上	438	19	90	248	24.9
	男	194	6	64	98	36.1
80歳以上	男	244	13	26	151	54
	女	182	8	20	104	50
昭53年	65歳以上	61	2	12	33	14
	男	121	6	8	71	36
昭52年	65歳以上	386	11	75	212	89
	男	163	3	57	82	22
80歳以上	男	223	8	19	130	67
	女	142	4	12	69	57
昭52年	男	46	1	8	23	14
	女	97	3	4	46	43

厚生行政基礎調査

図1-2 年齢階級別ねたまり者・入院患者・特養入所者割合 (人口100人)



## 平均在院日数からみた病院医療 の日英比較 その二

○多田 羅 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)

(1)はじめに：英国では医療制度の効率的な運用をはかる指標として、入院患者の「平均在院日数」を重視してきた経過がある。昨年の本学会において、日英両国の病床数、医師数、看護婦数、と平均在院日数の関連性について年次推移の面からみた分析結果を報告した。今回は日英両国の病床数と入院受療率および平均在院日数との関連について分析を行ない、またわが国の在院日数を延長せしめている特徴的な要因についても検討した。

(2)分析結果：①1977年の日英両国の年齢階層別人口に対し、この年の日本の患者調査による入院受療率を用いて求めた推計入院患者数を求めた。日本の入院受療率を想定した場合、英国では人口10万人に1211人、日本は1016人の入院患者が存在することになる。一方この年の両国の人口10万対病床数は、英国は826床、日本は1301床であった。この年の病床利用率は、それぞれ78.8%および81.7%であったから、入院患者数は651人、1063人と推定される。日本は2つの計算結果がよく一致しているが、英国は大きな差がある。

②英国の全科の平均在院日数は20.9日、老人科は83.7日、日本(患者調査)は、総数54.9日、70歳以上老人は112.0日である。この平均在院日数を使って計算してみると、人口10万対の入院患者数は、英国は663人、日本は510人となる。英国

では、①の651人の数字とよく一致している。つまり、①の英国での受療率から得られた患者数と病床数から得られた患者数の差は、この結果からする限りほぼ「平均在院日数の差」によって説明しうるものである。英国では、より高度の高齢化社会ではあるけれども、少なくとも日本程度の入院受療率に対し、平均在院日数の短縮をはかることによって、約64%の病床数ですましていることになる。一方、日本は英国程度の平均在院日数が確保されれば、現在の病床数の約半分ですむことになる。

③さらに入院患者数の0-64歳と65歳以上と比較した場合、英国と大きな差が存在するのは、0-64歳である。老人患者の病床占有ということが指摘されているけれども、上の分析からみる限り、平均在院日数との関連で入院患者の病床利用が英国に比して大きな割合を示しているのは、64歳以下のグループであるということは、とくに注目すべき点であると思われる。

(3)まとめ：日英両国の人口あたり病床数の差は、平均在院日数の差によるものとして説明できることが示された。英国では医療制度の効率の向上に対し、同程度の受療率を確保しながら平均在院日数の短縮によって、その目標を着実に達成しつつある成果と考えられる。また病床の占有は老人よりも中高年層に大きいという結果は重要な検討課題である

イングランドと日本の推計入院患者数

年齢	人口構成 (人口10万対, 1977)		入院受療率 (人口10万対, 1977)		推計入院患者数 (人口10万対, 日本の受療率による)			
	イングランド	日本	日本	日本	イングランド		日本	
0	1,137	1,525	601		6.8		9.2	
1~4	5,111	6,105	160		8.2	$659.7 \times \frac{20.9^{5)}}{54.9^{6)}} = 251.1$	9.8	$678.6 \times \frac{20.9^{5)}}{54.9^{6)}} = 258.3$
5~14	15,948	16,191	210 <sup>1)</sup>		33.5		34.0	
15~44	40,161	46,007	693 <sup>2)</sup>		278.3		318.8	
45~64	23,119	21,307	1,440 <sup>3)</sup>		332.9		306.8	
65~	14,526	8,876	3,796 <sup>4)</sup>		551.4	$551.4 \times \frac{83.7^{7)}}{112.0^{8)}} = 412.1$	336.9	$336.9 \times \frac{83.7^{7)}}{112.0^{8)}} = 251.8$
計	100,000	100,000			1,211.1	663.2	1,015.5	510.1

注 1) 5~9歳, 10~14歳の受療率の算術平均値  
2) 20~24歳, 25~34歳の受療率の算術平均値  
3) 45~54歳, 55~64歳の受療率の算術平均値  
4) 70~74歳の受療率

5) イングランド全科の平均在院日数  
6) 日本全科の平均在院日数  
7) イングランド老人科平均在院日数  
8) 日本70歳以上老人平均在院日数

人口10万対 病床数(1977)  
イングランド826 日本1301  
病床利用率  
イングランド78.8% 日本81.7%

29. 離島無医地区での医療要求の分析

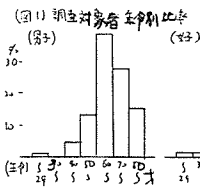
— 奄美大島加計呂麻島での調査報告 —

吉見 謙一<sup>(1)</sup> 福庭 勲<sup>(2)</sup> 藤崎 知文<sup>(2)</sup>

(<sup>(1)</sup>鹿児島大学 衛生学 <sup>(2)</sup>南大島保健生協南大島診療所)

<はじめに>

鹿児島県は全国2番目に多数の離島をかかえ、県人口の12%が島嶼部に居住する離島県である。我々は二十数年来、鹿児島県奄美大島で有床診療所を開設し、離島医療にたずさわっているが、昨年より診療所近隣の無医地区で検診を開始し、二次予防の活動をすると共に、今後の離島無医地区での保健医療活動の方向をさぐる為の調査活動も開始している。今回は、昨年実施した医療



・保健要求についての要求アンケートを実施し、若干の知見を得たので報告する。

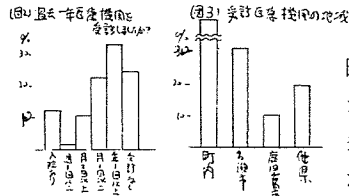
<対象・方法>

鹿児島県大島郡瀬戸内町(右図)加計呂麻島(近接医療機関まで船で30~60分、周囲約50km人口約2900人)の中で7部落を対象に集検を昨年8月実施し、234名の受診者を得た。その中で224名(男84人、女140人)に対してアンケートを面接法にて実施した。



<結果>

回答者の男女別年齢構成を図1に示す。過去一年の医療機関受診率をみると高令者が多い事を反映してか男子では77.4%女子では74.3%が少なくとも過去一年間に一回は受診している(図2)。



ただし、週一回以上の定期受診者は1.0%

ときわめて低い頻度を示し、逆に入院の頻度が12%ときわめて高いものとなっている。受診先は大部分が地元の瀬戸内町内の医療機関であるが、鹿児島市や他県への受診者も10%



21%と高い率となっている。無医地区にいる事に対して不便を感じるかという問に対して、68%の人が不便さを訴えた。何に不便さを感じるかという問、近隣に病院がなくすぐかかれぬという当然の問題の他、耳鼻科等の専門的医療や救急への不安が高い率で出されている(図4)。又、急病になった際困る事として、30%近くの人が、面倒をみてくれる人がいない、経済的不安をあげている。現在の医療に対する要求として、地区内へ医療機関がほしい、専門科がほしいという他、39%の人が検診・教育活動等の保健活動等の保健活動の活発化を望んでおり(図5)、特に回答者の中で交通の便のよい部落では51%の人が保健活動を望んでいる。

<考案>

今回の調査対象となった離島無医地区の医療要求の第一としてやはり医療機関の地区内の設置であった。受診状況も、高令者を多く対象者に含むアンケートにもかかわらず、慢性疾患治療の週1回の定期通院者が少なかった。しかし、一方では、これらの身近な医療機関の要望とは別に、発病時の生活の不安、経済的不安もつよく、福祉的要求も強いものと思われる。又、検診、保健婦活動など公共的保健活動に対する要求が強い事も今後の注目すべき点であろう。

<まとめ> 奄美群島の一無医地区での医療要求をアンケートにもとづいて分析した。

30. 油症患者の推定ライスオイル摂取量と悪性新生物による死亡率について

○天野松男 八木邦子 梅田玄勝  
(健和労働衛生研究所)

油症患者の肝癌の標準化死亡比 (SMR) が高いので、ライスオイル推定摂取量と発癌との間の関係を検討した。

■資料、対象および方法■ 1) 資料: カネミ油症事件判決書<sup>2)</sup>および原告準備書面<sup>3)</sup>より世帯ごとのライスオイルの1週間当たりの平均食用回数と1人1ヵ月当たりの平均購入量を求めた。油症患者の死亡診断書は全遺族より提供を受けた。2) ライスオイル推定摂取量の指標とその得点化: 指標としてライスオイルの1週間当たりの平均食用回数と1人1ヵ月当たりの平均購入量およびそれらの積を用い、得点化した(表1-2)。各家族1人当たりの食用回数、購入量等については判決書注釈によった。3) 対象: カネミ油症事件統一民事訴訟原告油症患者(第1~第3陣)1086人のうち食用回数や購入量の明瞭な対象者を、推定摂取量の得点の分布に応じて三つの群に分けた(表3)。4) 方法: 観察期間は昭和44年1月1日から58年10月31日までとし、方法は文献1)に準じた。各群の期待死亡数を計算しSMRを求め、日本人の平均死亡率との有意差、さらに推定摂取量とSMRとの相関分析から量-反応関係の存在を推測した。

■結果および考察■ 油症患者の全死因、悪性新生物およびそのうち比較的死亡数の多い肝の悪性新生物について、昭和52年1月1日~58年10月31日の期間の40歳以上の患者に関して観察した結果を表4に示す。

食用回数を摂取量の推定値として用いた場合は摂取量得点とSMRとの間の相関係数は男性の肝の悪性新生物において有意であった。この結果はPCBおよび夾雑物(PCQ, PCDF等)の肝臓の発癌性に関し量-反応関係が存在することを示唆している。しかし、摂取量得点群ごとの粗死亡率を用いた比率の線型性の検定では有意な結果は得られなかった。

摂取量を推定するために用いた三つの指標のうち、統計的に有意な結果は食用回数のみを得られた。購入量は単純に一人当たりの量に換算したので、多量喫食した患者は実際よりは少なめに、少量喫食した患者は多めに摂取量が推定されるので摂取量の個人差が現れにくい。食用回数によれば摂取量の個人差が購入量によるよりも反映されるので、摂取量の推定値としては食用回数の方が購入量またはそれらの積よりも相対的に良好な指標となったと考える。

■まとめ■油症患者のライスオイル食用回数と悪性新生物による死亡数の調査から、PCBまたはその夾雑物(PCDFおよびPCQ)の肝臓に対する発癌性の量-反応関係の存在を示唆する結果を得た。

表1. 1週間当たりの平均食用回数得点

回数	1	2	3	4	5	6	7回~
得点	1	2	3	4	5	6	7

表2. 1人1ヵ月当たりの平均購入量得点

購入量	得点	購入量	得点	購入量	得点
~0.19	1	~0.49	4	~0.79	7
~0.29	2	~0.59	5	~0.89	8
~0.39	3	~0.69	6	0.90ℓ~	9

表3. 推定摂取量得点別人数

		第1群			第2群		第3群	
食用回数	摂取量群	1~3		4~6		7		
	得点範囲	1~3		4~6		7		
人数	男	127		81		118		
	女	119		75		102		
購入量	得点範囲	1~2		3~4		5~9		
	人数	130		117		83		
食用回数と購入量の積	得点範囲	1~9		10~21		22~63		
	人数	129		96		69		
	男	113		91		73		
	女	113		91		73		

表4. 観察死亡数とSMRおよび摂取量得点とSMRとの相関係数(観察: S52年1月1日~58年10月31日, 40歳以上)

		相関係数					
		男		女			
		摂取量群	観察死亡数	SMR	観察死亡数	SMR	
食用回数	全死因	(上男)	5	9.5	3	10.4	
		死因(下女)	2	7.6	1	6.6	
			3	4	1.29	6	6.9
	悪性新生物		1	3	2.04	2	2.60
			2	1	1.15	0	0
			3	4	4.26*	1	1.54
	肝		1	0	0	0	0
			2	1	9.09	0	0
			3	2	16.67**	0	0
	購入量	全死因		1	6	14.1	4
			2	5	14.4	2	7.4
			3	2	6.2	4	12.7
悪性新生物			1	3	2.65	1	1.47
			2	5	4.50**	0	0
			3	1	1.01	0	0
肝			1	0	0	0	0
			2	2	15.38**	0	0
			3	1	9.09	0	0
食用回数×購入量		全死因		1	4	8.9	3
			2	3	10.5	3	13.6
			3	2	7.4	4	16.6
	悪性新生物		1	2	1.55	0	0
			2	3	3.61	1	1.88
			3	1	1.19	0	0
	肝		1	0	0	0	0
			2	2	20.00	0	0
			3	1	10.00	0	0

\*: 0.01 < p < 0.05, \*\*: p < 0.01. ただし、SMRについては日本人の平均死亡率との差について検定した。

■文献1) 天野, 他: 油症患者の死因に関する統計学的観察 日衛誌 39(1), 443, 1984. 2) 福岡地方裁判所小倉支部: カネミ油症事件判決書(全六冊中第二および第三分冊, 油症原告被害一覽表) 3) カネミ油症事件弁護団: カネミ油症事件第一陣控訴審訴訟第11回準備書面(第二分冊の1および2, 油症被害生活破壊一覽表)

# 31. シベリア抑留者の傷病症. 健康実態調査から

高田 琢介

色部 祐

戦国法人

東京社会医学研究センター

## はじめに

1945年 8月、日本の降伏によって当時中国東北部に駐留していた旧日本軍兵員及び軍属など、約50万人は、ソビエト軍により武装解除を受けシベリアに抑留された。本調査はこのシベリア抑留中の強制労働、身心拘束による損失の国家賠償請求訴訟をおこなっている「全国抑留者補償協議会」（以下、全抑協）の依頼によって実施した。調査の目的は、このシベリア抑留期間における強制労働、作業環境、生活条件が抑留者に対していかなる健康上の影響を及ぼしたか、帰国後現在にいたる期間中の健康障害、身体状況などの様子を経過したかにつき個別の調査票によって把握し、その集計結果からシベリア抑留によって生じた健康上の被害事實を明らかにし、訴訟上の証拠として裁判所に提出しようというものであった。

## 調査内容及び方法

調査は、生年月日、留押期間、従軍歴、兵種など個人属性、抑留経路、就労作業、抑留地域、及び抑留中の傷病状況、さらに帰国後の就業状況、帰国から現在にいたる健康状態、現在の住居状態につき質問項目への記入を求めるものとした。全抑協加入の抑留者は、全国で約8万人であるがこの中から北海道、秋田県、静岡県、徳島県、福岡県の五道県を選定、生年月日、帰国年月、現住所、抑留地域の名称を作成し、調査対象とした。（表1）調査対象数は13938名であり、重複別、帰国法別内訳は表2の通りであった。つぎにこの対象者の約10分の1を抽出することを目標として、生年月日ごとの1月生者を選定し調査票を配布した。調査期間は、昭和58年11月から12月までの2ヶ月間を、回収数は1245名分、91.1%の回収率であった。表3にその内訳を示すが、高年齢層での回収率に一定の低下が見られる。

## 結果

本報告では、集計結果のうち抑留経験者が現在にかかっている病気をたは体の障害について要約紹介する。調査票では、現在、症状のある病気・障害として、外傷による障害以下、呼吸器病、心臓病、高血圧、胃十二指腸潰瘍、肝脾胆のう病、糖尿病、骨関節痛、リウマチ神経痛、脳卒中、失明視力障害の12項目につき、そのはじまり～原因の発生した時期、労働への影響、治療状況につき設問をおこなった。この中で、いつも治療していると記入した6項目について、厚生省の国民健康調査の統計と比較しているのが、表4である。調査時英での被調査集団の生年4区分別構成は、表5に示されているが、明治45年以前は、ほとんどが75歳以下71歳以上、下正11歳以降生れば、大部分が71歳以上となっている。この区分に相当し、この調査時英にもっとも多い1981年の男子55歳から79歳までの区分したる階級の国民健康調査による有病率と、本調査における《いつも治療している》病気、身体不調を、ほぼ同じ病名についてここに表示した。本調査の《いつも治療している》率と、国民健康調査の有病率との差(差)がもっとも小さいのは、脳卒中-脳血管疾患、ついで高血圧-高血圧症である。これに比し、心臓病と糖尿病は本調査の《いつも治療している》率のほうが比較的若年齢層でかなり高く、胃十二指腸潰瘍では著しく本調査の《いつも治療している》率が高くなっている。抑留中の傷病歴では、もっとも多かったのが栄養失調であった。34.9%。つぎが外傷、15.9%。栄養失調は、11.9%にのぼっている。そこでこれらの抑留中の特異な(総数の)生活、労働条件に起因する障害を、イ、外傷、火傷、栄養失調のいづれかをたはすべてをたはもの(十一)口、栄養失調または貧血に該当したものの(一十)ハ、外傷、火傷、栄養失調のいづれにも、栄養失調、貧血のいづれかにも該当したものの(十十)の三群に区分し、現在の病気をたは体の(病気)名の12項について、それぞれの罹病率を算出した(表5)。外傷、栄養失調などの障害がなかったとした群と比較すると、抑留中にこれらの障害を受けたものは、現在の病気をたは体の障害においていづれも高い罹病率を示しており、抑留中の健康被害が成人病の発症、症状の促進に際していることは明らかといえる。表6は、上記、イ、ロ、ハの三群

<表-1> 調査対象 (県別内訳)

北海道	秋田県	新潟県	徳島県	福岡県	総数
4,519	5,234	1,007	1,117	2,106	13,983

<表-2> 年齢階層別帰還年度

出生年	昭和22年以前	昭和22年	昭和23年	昭和24年	昭和25年以後	計
明治45年以前	40 (2.1)	719 (37.0)	795 (40.9)	346 (17.8)	43 (2.2)	1,943 (13.9)
大正1年~5年	69 (2.6)	866 (33.5)	1,028 (39.8)	556 (21.5)	61 (2.3)	2,580 (18.4)
大正6年~10年	106 (2.8)	1,082 (28.7)	1,476 (39.1)	1,001 (26.5)	107 (2.8)	3,772 (27.0)
大正11年以後	172 (3.0)	1,554 (27.3)	2,294 (40.3)	1,531 (26.6)	155 (2.7)	5,688 (40.6)
計	387 (2.8)	4,221 (30.2)	5,593 (40.0)	3,416 (24.4)	366 (2.6)	13,983 (100.0)

<表-3> 調査票回収数年齢階層別帰還年度

	昭和22年以前	昭和22年	昭和23年	昭和24年	昭和25年以後	計
明治45年以前	3 (1.9)	70 (44.6)	56 (35.7)	25 (15.9)	3 (1.9)	157 (12.6)
大正1年~5年	6 (3.0)	64 (32.0)	77 (38.5)	49 (24.5)	14 (2.0)	200 (16.1)
大正6年~10年	10 (3.1)	92 (28.8)	177 (36.6)	90 (28.1)	11 (3.4)	320 (25.7)
大正11年以後	11 (1.9)	151 (26.6)	238 (41.9)	155 (27.3)	13 (2.3)	568 (45.6)
計	30 (2.4)	377 (30.3)	488 (39.2)	319 (25.6)	31 (2.5)	1,245 (100.0)

<表-5> 抑留中傷病歴4区分、現在の病気または障害12項それぞれの罹病率(%)

抑留中傷病歴4区分	総数	外傷による障害	呼吸器病	心臓病	高血圧症	胃指腸十潰二瘍	肝臓病	糖尿病	骨関節病	リウマチ痛	脳卒中	失明・視力障害
++	158	35.4	17.1	12.7	24.1	22.8	8.2	13.3	27.8	42.4	5.1	24.1
+-	189	28.0	6.3	9.5	18.0	13.2	2.1	5.8	11.6	24.9	4.2	15.9
-+	218	6.8	8.9	10.0	21.0	15.7	7.1	8.2	12.8	26.0	2.8	17.4
--	617	4.5	6.3	6.5	17.5	12.2	3.6	5.0	8.4	17.7	2.6	10.7

++：12傷病歴の抑留中中で、3その他の外傷、4火傷・熱傷、5凍傷の3項目の1~3項に該当し、かつ11栄養失調、12貧血症の2項中の1~2項にも該当している人  
 +-：同じく、3、4、5の1~3項に該当、11、12項に不該当  
 -+：同じく、3、4、5項に不該当、11、12項中の1~2項に該当  
 --：同じく、3、4、5、11、12項のすべてに不該当

<表-6>

	1 外傷性障害	2 呼吸器病	3 心臓病	4 高血圧症	5 胃潰瘍	6 肝・膵・胆のう病	7 糖尿病	8 骨関節病	9 リウマチ・神経痛	10 脳卒中	11 痔	12 失明・視力障害
イ	6.0	1.6	1.4	1.1	1.3	1.0	1.5	1.9	1.6	1.6	1.5	3.5
ロ	1.7	1.9	1.5	1.3	1.5	2.3	2.0	1.9	1.6	1.2	1.7	2.5
ハ	7.9	2.7	2.0	1.4	1.9	2.3	2.7	3.3	2.4	2.0	2.3	6.8

らかにしてゆくことは重要なことと思われろが、同時に高度化社会における保健の一部活動の課題としての成人病予防や、難治、慢性の疾病発生条件を追究する上で、抑留者の健康状況の追跡的調査をすすめてゆくことは、保健医学上の尚題として不可欠なことと考えている。さらに以上はいわゆる北の山岳労働者等のシベリアじん肺の問題も含め、深刻な健康被害が、社会的に埋没した状況にあることに対し、多方面からの関心を喚起して頂くことをお願いしたい。

<表-4>

	大11~55-59	大6~1060-64	大1~565-69	~明4570-74	~明4575-79
心臓の疾患	18.0	25.7	30.5	43.5	44.8
高血圧性疾患	65.0	77.0	125.8	140.3	144.3
胃・十二指腸潰瘍	58.1	43.8	55.0	38.2	
糖尿病	13.0	17.1	20.3	23.8	22.4
脳血管疾患	7.9	9.6	28.0	30.9	39.8

	大11~55-59	大6~1060-64	大1~565-69	~明4570-74	~明4575-79
外傷による傷害	107.4	128.1	120.0	140.1	
筋骨格系及び結合組織の疾患	29.6	34.2	53.4	67.3	47.3

について、各群以外の現在罹病率との比較をおこなったものである。イ群は、外傷等はなかったとす群と比べて肝臓胆のう病をもいってすべて高く、ロ群、ハ群ともすべてそれらの障害を受けなかったものの罹病率より、高い率を示している。

まとめ

ベリアからの帰国が35年前後を経過した現在、抑留生が経年経過の中には抑留中の苛酷な生活、労働条件下で受けた健康上の影響が今日もなお



32. 中年期死亡の地域差と関連する  
社会経済指標の分析 (その二)

○逢坂 隆子 上島 弘嗣 朝倉 新太郎  
(大阪大学医学部公衆衛生学教室)

表1. 都道府県別男子死亡率と社会経済指標の相関係数

社会経済指標 死亡率	失業者率		アルコール消費量	
	昭和35年	昭和50年	昭和35年	昭和50年
35~39歳	0.604***	0.632***	0.396**	0.539***
40~44	0.491***	0.727***	0.399**	0.409**
45~49	0.445**	0.684***	0.387**	0.446***
50~54	0.412**	0.687***	0.333*	0.605***
55~59	0.156	0.562	0.354**	0.474**
中年期 (35~59歳)	0.484***	0.625***	0.487***	0.598***
全年齢	0.017	0.313*	0.147	0.463**

\* P<0.05 \*\* P<0.01 \*\*\* P<0.001

表2. 男子年齢訂正死亡率の段階的重回帰分析F値

従属変数	アルコール消費量	失業者率	生活保護率	未婚率	世帯別置数
全年齢	s35年	2.03		7.02**	
	s50年	10.54**	8.71*		11.90**
中年期	s35年	5.79*	4.24*	3.14	5.12**
	s50年	19.23***	25.27***		6.00**

\* P<0.05 \*\* P<0.01 \*\*\* P<0.001

注: F値が2.0以上のものをF値の大きいものから順次重回帰式に加える

はじめに: 昭和35年頃より全国的に中年期、とくに男子の死亡率の低下の停滞が著しい。前回に続き都道府県別中年期死亡率の地域格差の関連をさぐり、男子中年期死亡率低下の遅れの原因の解明を試みた。

方法: 第24回本誌会議演題集演題25と同じ。昭和35年と昭和50年の比較をおこなった。

結果と考察: ①男子中年期死亡率低下の停滞は昭和50年においても認められるが、遅れのピークは年次推移と共に高齢の方に移動。昭和50年では45~49歳で遅れのピークがみられる。(図1) 女子ではこのような死亡率低下のはっきりした遅れは認められない。

②そのため、中年期の死亡率性比は年を追ってますます大きくなり、図2に示す如く、そのピークは高齢者におけるピークをこえ、かつそのピークは年々高齢の方に移動。昭和50年では45~49歳に死亡率性比のピークが認められる。ピークにあたる人々は昭和6~10年生まれに相当する。

③中年期死亡率の地域差が貧困、家族崩壊、就業不安等の社会経済背景と深い関連を有することは本誌会でも多数報告されている。昭和35年と昭和50年とを比較すると、表1、表2に示す如く、昭和50年の方が、男子中年期死亡率の地域格差は男子失業者率とさらに深い関連を有するのみならず、アルコール消費量(20歳以上人口年間1人あたり)とも著しく深い関連を有する。年齢別死亡率と失業者率の相関係数は35年では35~39歳が最も大きく、50年では40~54歳で最も大きくなっている。戦後の動乱期に思春期を迎え、高度経済成長をにぎい、今また不況の影響をまともにうけている昭和6~10年生まれを中心とした現在の中年期男子の健康問題について更に追求める必要がある。

図1. 全国男子年齢5歳階級別死亡率指数(死亡総数)

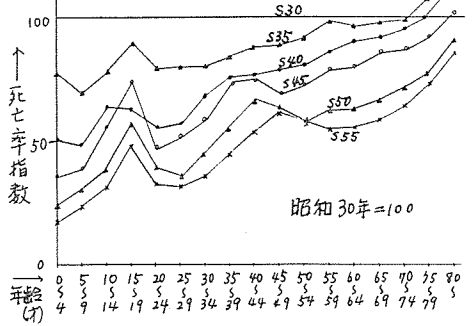
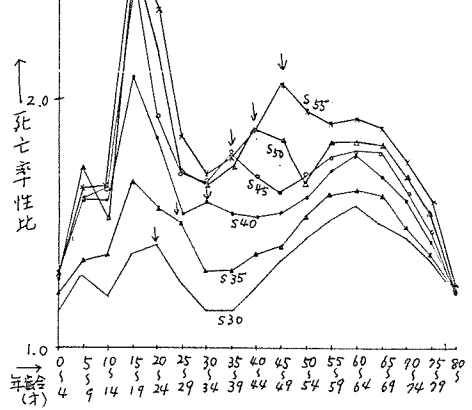


図2. 全国年齢5歳階級別死亡率性比(男子死亡率÷女子死亡率)の年次推移



## スモン患者・家族への地域ケア

## 一生活変動をきたしたスモンの2事例一

○木下安子・野村陽子・牛込三和子・岡谷栄子(都神研) 園田  
恭一・杉沢秀博(東大) 阪上裕子・加藤春樹(国立公健院)  
手島陸久(長野大) 高木邦明(日社大) 片平冽彦(東医歯大難研)

## 〈目的と方法〉

1982年、東京都A区において、スモン患者・家族の実態調査を行ったが、その後、A区厚生部、地区医師会、保健所、福祉事務所など関係機関の協力を得て、これら患者・家族24例のフォローアップ及びケーススタディを実施してきた。フォローアップ・ケースのうちで、この1年間に大きな生活変動のあった2事例につき、その原因と実態を報告する。

## 〈結果〉

事例 1. 62歳の未婚女性。スモン発症1966年。当時は会社員であった。

現在、重度で室内のいざり移動がなんとかできる程度である。視力障害はない。都営住宅に91㎡の実母と2人暮らしで、近くに住む実姉から日常生活の援助を受けていた。82年6月実母が死亡し、1人暮らしとなった。

実母死亡前までは、A区からの援助として、老令でねたきりになった実母に対して、訪問看護婦が週1回、介護人派遣が週1回行れた。1人暮らしになってからは、家庭奉仕員が週1回、2時間派遣され、掃除、洗濯などをしてもらっていた。食事は姉が作り、1日1回運んでもらい、それを分けて食べていた。医療は近くの内科診療所で高血圧症の治療を受けていた。

1982年7月、重度障害者更生機護施設入所をすすめられた。短期入所も可能であることがわかり、まず83年4月に1週間の体験入所をし、6月に正式入所となった。

現在は車イス使用が可能であるため、行動範囲がひろがり、また患者同士、互に辛さが判りあえ、職員も理解してくれるため、安心して毎日を送っている。医療は専門医による診療が受けられ、理学療法、リハビリ等も続けている。その外、耳鼻科、眼科等の受診、補装具を作ることもできた。

事例 2. 74歳の既婚女性。夫は10年前に死亡。発症は1963年。

現在、重度で失明、ねたきりで床の中でねがえりができる程度。歯がないのでキザミ食。おむつ使用で全面介助を要する。精神障害があり、被害妄想や大声でどなるなどの行動がある。長女夫婦、孫2人と同居。主に長女の世話を受けていた。10歳の孫息子は精神発達遅滞、下肢の機能障害がある。

1981年、長女が母の介護、障害のある自分の長男の世話に耐えきれず、一家心中きすると福祉事務所へ通報、ただちにケースワーカー等がかけつけ相談にのり、生活の立直しができた。家庭奉仕員、介護人制度も利用したが、患者がきらい。スカ月間で止めた。医療は発症当時、入院した病院で4年間にリハビリを受け、その後、老人病院への入退院をくり返し、在宅になった。2週に1度、長女が医師に報告し、与薬のみ受けている。1983年3月、長女の夫の故郷F県K市へ一家を挙げて転居した。

## 〈考察と結論〉

事例1は単身となったが、自立する意志がつかよく、施設利用によって将来への希望を得ることができた。事例2は重複障害者を2人かかえた家族が、介護・療育の負担が大きく、生活維持が困難となり、土地・家屋を売却し、移転した。高令のスモン患者が主治医からはなれ、保健・福祉の援助も充足されない状況で新しい生活を始めた例である。

両事例とも長年月を経た現在、患者の高令化、家族状況の変化から、生活の変動を経験している。特にスモンによる身体的障害があることによって、地域生活において、介護・医療・リハビリ等が必要であるが、適切な対応が必ずしも行れていないこと、スモンの補償金をめぐって家族の葛藤を生むことがあるなど、スモン被害が患者及び家族の生活に少なからず影響をもち、生活変動の要因のひとつと考えられる。

### 34. スモン等薬害被害者の救済における 「医薬品副作用被害救済基金」の役割

○片平冽彦（東医歯大・難研） 園田基一，高木邦明，杉沢秀博（東大・保健社会） 木下安子，野村陽子（都神経研・社会学） 阪上裕子，加藤春樹（公衛院・衛生行政） 手島陸久（長野大・社会福祉）

〔目的〕1979年10月の発足以来4年半を経過した「医薬品副作用被害救済基金」（以下「基金」）の業務実態と問題点を解明し、スモンなど薬害被害者の救済における「基金」の役割につき検討した。

〔方法〕厚生省医薬品副作用被害対策室(1983年10月24日)および「基金」(1984年1月25日)を訪問し、担当係官からの聞き取りと資料収集を行い、後刻電話による補充調査を行なった。

〔結果〕「基金」の業務は、大別してA：1980年5月1日以降発生 of 副作用被害に対して、①製薬企業等から拠出金を徴収②被害者と判定された人への救済給付等、B：上記期日より前に発生 of 副作用被害に対して、①原因企業への資金貸付け②救済事業、である。1984年3月までに、A-①は一般製薬企業より61億2400万円、薬局医薬品製造業より9000万円、計62億1400万円収納された。これに対し、A-②は、211件の請求に対し127件が支給され(内訳は、延べ236件のうち医療費58件、医療手当103件、障害年金10件、遺族年金10件、遺族一時金14件、葬祭料32件)、給付額は1億5735万1658円となっている。「保健福祉事業」は未だ実施されていない。またB-①は国の債務保証により民間市中銀行27行からなる協調融資団から原資を借入れ、これを低利で原因企業に貸付けている。スモンの場合、日本チバガイギー他7社に対し総額349億8600万円を貸付けている。B-②は、スモン患者に対し製薬会社20社から委託されて健康管理手当(1983年度末で4986人に支払い、5年間の総額70億5496万円)と介護費用(同じく609人、25億3726万円)の支払いを、また国から委託されて介護費用(同じく547人、4億3880万円)の支払いを行なっている。

〔考察・結論〕「基金」の業務実態と問題点については、中村が第2回社会薬学研究会総会(1983)において「利用者が極端に少い」「拠出金が余っているのに保健福祉事業が手つかずである」などを指摘した。今回の調査は中村の指摘後約1年という時点であり、基本的には同様であったが、利用者は徐々に増加の傾向にあった。今後、医療従事者および一般国民に本制度の存在を周知せしめると共に、給付水準の改善と保健福祉事業の実施(特にスモンなど既発生被害への適用の検討)などが必要と考えられる。

図1 医薬品副作用被害救済制度のフローチャート

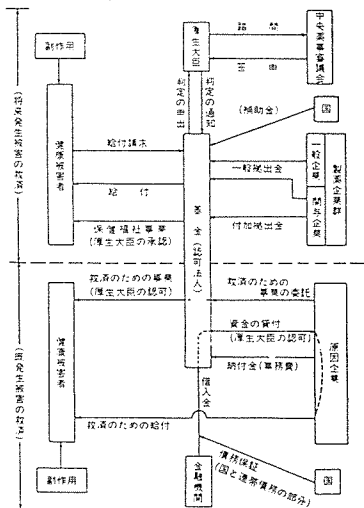


表1 救済給付に係る請求及び支給件数等(1984年3月末日現在)

年度\区分	請求件数	支給件数	不支給件数	取下げ件数	総支給額
55	20	8	2	-	1,077千円
56	35	20	1	1	5,407
57	78	38	8	8	57,355
58	78	61	9	2	93,512
計	211	127	20	9	157,351

表2 スモン患者への健康管理手当・介護費用等支払状況

年度	健康管理手当		介護費用		重症スモン患者介護費用	
	年度末受給者数	支払金額	年度末受給者数	支払金額	年度末受給者数	支払金額
54	2,298人	130百万円	331人	80百万円	-人	-百万円
55	3,972	1,378	561	604	-	-
56	4,549	1,668	611	593	-	-
57	4,856	1,846	619	616	544	219
58	4,986	2,032	609	644	547	219
合計	/	7,054	/	2,537	/	438
備考	委託会社 20社		委託先 国			

(注) 1. 健康管理手当…月額 34,400円  
2. 介護費用………月額 74,700円(超重症者) 124,500円(超々重症者)  
3. 介護事業………月額 33,600円(介護費用)

# 35. 富山県神通川流域のカドミウムによる健康被害の実態

○ 窪田 裕子 寺西 秀豊 加藤 輝隆 青島 恵子 田中 旨子 加須屋 実  
(富山医科薬科大学医学部公衆衛生学教室)

はじめに：富山県神通川流域の住民のカドミウムによる健康被害については、1962年に疫学調査が開始され、1967年からイタイイタイ病（イ病）患者の救済がはじまった。しかしそれ以前の被害状況についてはほとんど明らかにされていない。そこで今回、過去の健康被害の実態を解明することを目的とし、過去にさかのぼって住民の死亡状況を世帯別に調査したので報告する。

対象と方法：調査は「公害対策協議会」に加盟する1404世帯（全て農家世帯）を対象に1984年2月に実施した。調査用紙を各世帯に配布し、世帯主が記入したものを回収したが、記入の不十分なものは点検後再度記入してもらった。また、対照として、非汚染地の農家561世帯に対しても同様の調査を実施した。

結果と考察：調査用紙の回収率は、汚染地域は89.5%（1257通）、対照地域は35.5%（199通）であった。

昭和元年から調査時点までにイ病に類似の症状を呈していた死亡者（イ病類似死亡者）--表1に示した質問項目に該当する者--は、汚染地域では394名（男91名、女303名・・31人/100世帯）、非汚染地域では12名（男6名、女6名・・6人/100世帯）であった。また、この中でもその症状がイ病により近いと考えられる者、つまり、全身のなとう痛（症状項目1）や易骨折性（症状項目2）を訴え、かつ、重度の運動制限（症状項目4または5）が認められた者は、汚染地域では157名（男11名、女146名・・12人/100世帯）認められたが、対照では女性1名のみであった。次に、女性のイ病類似死亡者数の年次別の推移について図1に示した。分布は二峰性であり1955年前後と1970年前後にピークを示している。そこで、二つのピークの近接部の1947年～1956年と1957～1966年の類似死亡者について、症状、死亡時年齢を検討した。平均死亡時年齢は1947～1956年では63.14歳9.79才、1957～1966年では72.59±8.39才であり10才近くの差が認められた。一方、男性の場合は、女性の様な二峰性は示さず、平均死亡時年齢も1946～1957年では70.83±10.69才、1957～1966年では71.64±8.44才とほとんど差が無かった。また、この二つのグループ間の症状について比較すると、女性では、1947～1956年の死亡者に重篤な例が多い傾向がうかがわれた。

対象とした汚染地域は神通川左岸5地区と右岸1地区の6地区に分けられる。このうち3地区ではイ病類似死亡者が34人/100世帯、41人/100世帯、44人/100世帯と高頻度に認められた。

考察：以上の様に、イ病に類似の症状を呈していた死亡者が、認定制度発足（1967年）以前にも多数存在し、特に女性に多発していたことが明らかになった。地区別のイ病類似死亡者の発生分布はイ病認定患者、要観察者の地区別発生分布と一致していた。また、イ病類似死亡者の死亡数の年次推移をみると1955年前後と1970年前後にピークが観察された。倉知ら（京大）の報告によると、神岡鉱山の廃物化カドミウム量は1945年頃と1970年頃に二つのピークを示している。このことから1950年前後の第二の死亡者のピーク形成に対して廃物化カドミウム量が1945年頃急増したことが大きな影響を与えていたと考えられる。そして、この時期の医療事情や衛生状態が不十分な状況にあったことを考慮すると、カドミウム汚染の増大が症状の重篤化から

ひいては生命予後にも重大な影響を及ぼした当時の悲惨な状況が推測される。また、第二のピークは、この激烈な時期を乗り越え慢性化し平均寿命を全うした集団と、1970年前後のカドミウム汚染の増大により新たに加わった中毒患者の死亡により形成されたものと考えられる。

今後、当時の汚染状況や患者の発生状況を更に調査し、当地域のカドミウムによる被害の全体像を明らかにしていきたいと考えている。

表1 調査項目例

4. 昭和元年から現在までに死亡された御家族についてお答えください。

① 生前、かんたんに骨折したり、体のあちこちが痛くて動けなくなって床についていた方がおられましたか。

イ、いた      ロ、いなかった      ハ、わからない

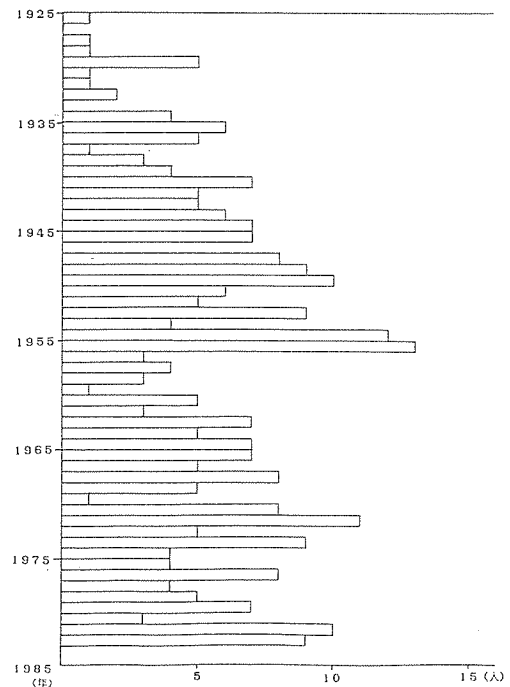
② 「いた」と答えられた方だけ下欄に御記入ください。

③ なお、病状の項には下欄の「病状の例」にあてはまるものがあれば、その番号を記入してください。

家族番号	ふりがな氏名	性別	死亡年	死亡時年齢	病状
例	やまだよし 山田ヨシ	女	昭和10年	48才	(1) (6) (足が曲っていた)

- 「病状の例」
- (1) 体のあちこちを痛がっていた。
  - (2) かんたんに骨折したことがあった。
  - (3) 腰や背中が曲っていた。
  - (4) 歩くのが不自由で、よく床についたり、座ったりしていた。
  - (5) わたまりで、ほとんど身動きができなかった。
  - (6) その他（ ）

図1 イ病類似死亡者（女性）の死亡数年次推移



○梅田 玄勝 八木 邦子 天野 松男  
(健和労働衛生研究所)

被害者救済をめぐる諸問題に対し、著者らはカネミ油症（以下油症）事件全国統一民事訴訟（地裁・高裁）損害論に係る被害立証を例にあげて若干の問題に触れ、見解を述べることにしたい。

いわゆる「公害病」は、医学史上初めて経験する健康被害・疾病である。原因物質との関係においては、同類の原因物質に起因する職業病に当該公害病の原型を見ることができ、職業病の事例から得られる情報は当面する公害病のすべてを説明し得るものではない。被害者救済を前提とした損害論における被害立証に要求されるのは正しい科学的認識論であった。著者らが経験してきたことを過去に記述した論文、記録から再録し紹介すると以下のようである。

1. 「油症は内臓障害を伴う全身性疾患である」（1971年梅田証言）<sup>1)</sup>と定義し、その後の立証を方向づけたが、これはまた同時に当初の皮膚科学的重症度を基礎とした診断基準へのアンチテーゼでもあった。その後診断基準は改善された。

2. 「…病像には非常なバラツキがあり、典型的顕性発症から非典型的な不顕性発症にいたる縦の関係（直線的關係）と病型分類における顕在型、潜在型、内臓型それぞれが現わす軽重、強弱の差という横の関係（非直線的關係）とがみられる。さらに臨床病態生理の面からすれば油症固有の特異的過程の他に疾病一般に共通的に現われる非特異的過程が同時に共存している。そのうえ PCB中毒という特異的過程に制約される特殊さが、非特異的な反応の中に発現するの、油症の実体なるものは、きわめて複雑であり、急性中毒実験で得られるような単純な典型のみで説明し尽くすことは不可能である。したがって PCB中毒の生体への作用を解明するためには、病型分類が示唆しているように、人間の行動の変化という巨視的段階から酵素学的ないし分子水準における変化という超微視的段階にいたる直線的關係並びに非直線的關係におけるそれぞれの結節としてとらえなければならない。」<sup>2)</sup> さらに「…病理的過程には二つの対立した側面がみられる。特異的なものと非特異的なものがそれぞれである。特異的過程は PCB中毒固有の病理現象であり、他の疾病と鑑別する際の診断学的根拠となり、局所性に、病理組織学的変化として現われることが多い。塩素ざそう、毛孔黒点、皮膚、粘膜、結膜、爪などにおける特有な色素沈着、爪の変形などの肉眼的所見がその一つである。非特異的過程は、生体が「まさに病気である」ことを特徴づけるものであり、全身性に、積分として表現される病態生理的变化である。油症患者共通にみられる倦怠感、易疲労性、食思不振、目の疲れその他の症状がその例であり、PCB中毒以外の疾病にも現われる病気一般に共通したものである。しかし、非特異的過程が病気一般に普遍的にみられるとはいえ、この過程が特異的なものと同時に発生し、存在し、相互に依存し合っているかぎり、特異的過程を反映し

た一定の特殊性が全身的非特異的の反応の中に現われると考えるべきである。その特殊性は、漢方医学でいうところの証という概念で集約されているように一定の法則性をもっている。したがって PCB中毒の診断を決定する因子としての特異的過程が明確に把握できない場合は、全身性に表現される非特異的過程（反応）の中に見出される法則性をつかむことで解決されてくる。」<sup>2)</sup> 以上のような認識のもとに立証を進めてきたが、学会においては研究上の作業仮説は許されるが、法廷ではクリアカットな証言（確率論でなく決定論）が要求される。ここに被害立証の困難さがある。

油症は1968年に発生した。原因物質への暴露が中断されて以来すでに16年目を迎えたが、その間に発生した重要な病理的变化は、過去における証言（作業仮説に基づく推論が大半であった）を実証する結果となった。

2,3の例をあげると以下のとおりである。TIA様症状の発現<sup>3)</sup>（1972）、UCG異常所見<sup>4)</sup>等、心血管系に変化があり得ることを指摘したが、その当時の自主健診においてはまだ明確に立証し得るほどの成績は得られなかった。しかし、1981-1982年にかけて行った疫学調査、患者対照研究において、Minnesota Code I-1, I-2により定義するQ, QS所見を示す虚血性心疾患の出現頻度が、1980年の循環器疾患基礎調査による全国のそれに比べ危険率 1%ないし 5%以下で有意に高いという結果を得た<sup>5)</sup>。このような危険が発生する可能性は、すでに1971年の証言<sup>1)</sup>において推論として指摘したものである。死亡票に基づく死因の分析から、癌特に肝癌による死亡（男子）と虚血性心疾患による死亡（女子）が有意に多いことを立証することができた<sup>6)</sup>。この点についてもすでに初期の証言で指摘した<sup>1)</sup>。

作業仮説に基づく推論と、それによる被害立証は常に被告側から根強い反論を受けてきた。しかし、われわれの立証が正しかったことは後で明確になった。いわゆる「福岡判決」<sup>7)</sup>においては推論を含めたわれわれの立証が全面的に採用された。事件発生以来16年を迎えるが被害者救済のための被害立証は今後も継続しなければならない。

- 1) 最終準備書面（抄）：法律時報 49（5），85，1977
- 2) 梅田玄勝：PCB中毒をめぐる諸問題について、日本の科学者 8（11），547-553，1973
- 3) 梅田玄勝：PCB中毒症におけるTIA症状について、産業医学 14（5），491-492，1972
- 4) 梅田玄勝、他：油症の臨床像と二、三の問題（続報）、日衛誌 31（1），146，1976
- 5) 八木邦子、他：PCB中毒症（油症）の病態生理における長期変動、特に心血管系の変化、医学と生物学 108（6），投稿中
- 6) 天野松男、他：油症患者の死因に関する統計学的観察、日衛誌 39（1），443，1984
- 7) カネミ油症事件第1審判決：判例時報 866，21，1977

# 37. 森永ミルク中毒事件にみる被害の特徴と成人期に達した被害者達の救済事業の今後

西谷 宣雄 (小松病院)  
山下 節義 (奈良医大)

1955年発生の森永ひ素ミルク中毒事件は「食品公害第1号」といわれ、その後の諸公害事件処理の原型ともいえる特徴的を持っている。本件被害者は12/31名(死亡130名<sup>356</sup>,厚生省)で、多くの未確認被害者をうんだ。被害者や親達の長年にわたる苦難の斗いの末作られた「ひかり協会」(昭49設②)により、被害者救済事業がとりにくまれている。被害者が成人に達し、協会事業が10期を迎えたのを契機に、中長期的展望に立って、「30年代の救済事業のあり方」「金銭給付の見直し」の論議がおこなわれている。この事件の被害の特徴として、①被害は事件発生当時の中毒症状にとどまらず、「後遺症」は被害者の成長とともに、様々に姿を変えつつ今日なお「生き」続けている動的過程にあること。②加齢に伴う健康の質の転換期にあたり、健康被害の「悪化」もしくは「悪性化」の可能性が増しつつあること ③健康上の問題を有する被害者ほど、「社会生活」が年を経るとともに、「一般的・標準的」な水準から相対的に低下する可能性をはらんでいること。④労災等、社会経済的條件の「悪化」による健康・生活影響の問題が一層重視されねばならないこと。⑤臨調路線のもと「戦後社会保障の総決算」を進めんとする政治のもとで、被害者達のこれ迄の苦難の道にもまして、「新たな困難」をもたらしつつあること。などが指摘できるが、救済事業の今後は、これら諸点をふまえて、「健全な老後生活」をも射程におさめた視点から立案・計画される必要があらう。「体をもとに戻せ」との被害者要求に、「健康・教育・就労」を柱に、救済事業がとりにくまされてきたが、今後は「就労」を軸にした被害者の「自立・発達」保障のとりにくみがより一層重視される必要があらう。(文献:健康会議 No.419, '84.2.)

① 社会生活別健康状況別人数 (重複回答あり) (人), カッコ内%

	各人数	全く健康	普通	具合の悪いところがある	記入なし	計	備考
仕事についている	3,335(100)	434(13)	2,318(70)	559(17)	36(1)	3,347(100)	12人2重記入
就学	112(100)	14(13)	86(77)	11(10)	1(1)	112(100)	
主婦	733(100)	114(16)	502(68)	110(15)	8(1)	734(100)	1人2重記入
在宅	169(100)	8(5)	94(56)	65(38)	2(1)	169(100)	

② 総合判定の推移 (3回とも受診したもの) (京大病院, 府立医大病院, 日赤等々を含む) (1981年調査 ひかり協会)

(1) 総合判定 (人) (2) 総合判定の推移 (人)

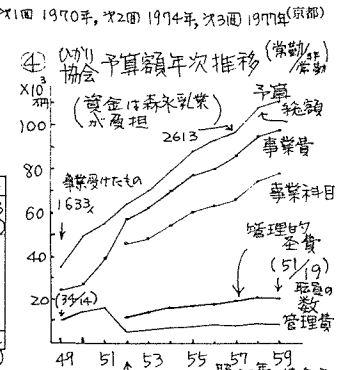
	第1回(1970)			第2回(1974)			第3回(1977)		
	男	女	計	男	女	計	男	女	計
正常	0	0	0	17	12	29	22	14	36
要観察	17	13	30	20	11	31	15	8	23
要精査	16	9	25	4	0	4	5	1	6
要治療	16	7	23	8	6	14	7	6	13
計	49	29	78	49	29	78	49	29	78

③ 昭和49年度事業一覧 (ひかり協会)

1. 相談指導等	相談指導	相談指導	相談指導
2. 給付等	健康管理	健康診断	健康診断
	医療費	医療費	医療費
	一時介護	一時介護	一時介護
	調理手当	調理手当	調理手当
	援助手当	援助手当	援助手当
	雇用奨励	雇用奨励	雇用奨励
	教育	教育	教育
	保護育成	保護育成	保護育成
	その他	その他	その他

第1回 要観察 29名のうち

	第3回			
	計	正	常	要観察
計	29	15	7	3
第1回 要観察	10	8	2	0
第2回 要観察	14	5	4	3
第3回 要精査	0	0	0	0
第3回 要治療	5	2	1	0
計	26	13	8	3



⑤ 協会京都事務所把握している被害者数と推移状況

種別	種別	種別	種別	種別
1 常時連絡	312	31	343	
2 親戚知人連絡	83	3	86	
3 本人親戚連絡	93	6	99	
4 連絡拒否	66	0	66	
5 住所不明	91	8	99	
6 欠答ナシ	138	11	149	
7 死亡	28	1	29	
計	728	56	784	

⑥ 相談事業実施状況

項目	回数	回数	回数
検診	316	74	
内科	42	21	
外科	262	178	
大目談指導	155	54	
医療費支給	381	220	
計	728	567	

⑦ 対象者状況の変化 (単位:人)

種別	種別	種別	種別	種別
一般就労	14	24	10	
臨時パート内職	3	2	1	
家業手伝	1	1	0	
家業	2	1	1	
主婦再就業	9	7	1	
家事手伝	3	1	2	
在宅療養	1	4	3	
介護	4	1	3	
学	11	1	10	
長期入院	3	2	1	
施設	0	2	2	
合計	56	56		

萩原 康子 (財・東京都神経科学総合研究所)

近年、地域社会における住民の健康や保健についての関心は非常に高まっており、生活の質における『健康』の占める位置は、最も重要な課題として認識されていく。このことは同時に、人々が健康を阻害されやすい生活状態にあり、生活に密着した地域ケアへの要望の高くなることを意味していると言えよう。これらの住民のニーズや意識の高まりを背景として、住民が自らの地域の保健や医療のあり方に関与したり、地域のニーズにより適合したケア体制をつくり上げ、発展させるのに参加する動きが見られる。患者やその家族を含めた住民や、地域の専門職と一般住民が協力して地域ケアに関わっていく住民参加型という地域参加型、新たな方式として注目すべき活動を展開している。東京都三多摩地域の日野市における在宅の難病患者を中心とした地域ケアシステムは、最も代表的なものの一つであろう。

その活動内容や目的は異なるが、米国においても1960年代末から地域参加方式が試みられていく。本報告では、日野市で実現している活動、米国の保健システム機関方式(HSA)、およびいわゆる大都市インナーシティのスラム地域への医療ケア提供としての近隣保健センター方式(NHC)をとり上げ、地域ケアの組織化と活動における住民の役割を検討する。

	日野市	保健システム機関	近隣保健センター
組織	日野市医師会 日野市医療と福祉研究会	ECHSA (地区HSA)	MLK-NHC
運営と政策決定	難病チーム会議(円卓方式) 合意的	ECHSA Board of Directors 合同方式	MLK-NHC Community Board 助言的
組織目的	包括的地域ケア=町づくり	地域医療・保健の質の向上 市民サイドの医療費抑制	都市スラム地域のプライマリ ケアの提供
活動内容	難病患者の在宅ケア、 医療・保健・福祉・教育など 包括的ケアチーム作り、 専門医療チームとの連携 地域難病検診、その他	地域の保健医療システム に全般的に関与・検討 :保健状態、患者教育、 医療施設、市民の保健 教育等の課題作業班の 活動	地域住民のプライマリ 医療サービス 包括的保健指導(母子、 慢性疾患、精神、産後計 画、栄養等生活指導) 保健マンパワーの養成
専門職(保健 医療関係) (※地域外)	医師(地域医師会) 保健婦、専門医、MSW APT、看護婦、	医師、CHN(看護職) 保健プランナー、MSW	医師、看護婦、保健婦、 ナースプラクティショナー、 MSW、APT、薬剤師等
一般住民	患者家族、患者団体役員 市役所職員、教員、ボラ ンティア、市民団体など	SW、教員、病院職員、 など一般市民	地域保健ワーカー、 地域ワーカー、環境相談 員、地域リーダー、法律家
制度的支援誘導	自発的活動	州保健調整協議会(SHC)	経済機会会局(のちにHEW)
協力連携機関	都立府中・神経病院		地域病院、大学病院

地域ケアへの住民参加による住民の役割は、(1)、専門職と一般住民との相互作用を通じて理解が深まり、患者ニーズの把握が敏感で地域生活に適合した新たなケア方法を追求、検討できる。(2)、参加による地域資源の充実、創出。(3)、専門職との協働過程で地域活動の活発化となり、連帯感が形成される。

39. 難病相談室、一ヶ年の活動をとおして  
在宅ケアの問題を考える

○乾 友乃生、竹内 治一  
山本 哲夫、小藪 幹夫

(大阪府保険医協会)

【はじめに】 昨年7月、大阪府保険医協会内に地域医療活動の一環として「難病相談室」が開設された。1年間の活動について報告する。相談室には保健婦一名、月毎金の週3日相談業務を行っており、対象は府下に居住する調査研究対象疾患のうち、国が指定している2疾患と、府が独自に指定する4疾患で、原則として、「寝たきり状態」の在宅難病患者と、これに導く状態の者としている。相談業務について、58年7月～59年5月までの11ヵ月間、相談実人員は表①の63人で、相談件数は表②の153件。そのうち家庭訪問15件、関係諸機関訪問12件、面接相談6件である。相談者のうち一番多いのは、患者・家族からで表③の25人、次に保健所保健婦が16人、開業医からの相談が少なりのは、P.R不足と、在宅看護がまだ定着してはなからではないかと考えられる。相談内容は、表④受診相談、保健指導の順で、併せて35.4%、約1/3強を占めている。

①

相談者	人員
患者・家族	25
保健婦	16
医師	4
P.R	8
計	63人

②

相談件数	153件
男	76
女	77
家庭訪問	15
諸機関訪問	12
面接相談	6
電話相談	120

③

相談内容	件数	%
受診相談	42	20.1
保健指導	32	15.3
入院院相談	25	12.0
看護指導	24	11.5
家庭問題	13	6.2
医療相談	10	5.7
その他	61	29.2
計	209	100%

相談室がかわかっている事例を通し、在宅難病患者の抱えている問題、これに問題解決のために開業医に期待されている役割を探ってみた。事例Aは、57年3月、心専門病院から、近く退院するので在宅看護の依頼が大阪難病相談室に電話であった。A女は8才、男性、多発性硬化症である。住居はマンション10階LDKに一人暮らし、退院時は車椅子で移動していたが、最近殆んどベッド上の生活である。一応の在宅サービスが軌道にのるまでには種々な苦勞があった。ある日曜日、何度電話をしても出ないのので深夜に訪問したことがある。一度ベッドから落ちると自力で起き上がることができ

＜事例A＞

病名	性別・年齢	患者の状態	医療	4-1 援助内容
多発性硬化症	男 8才	本府下初発、視の障害、歩行低下、全身のしびれ、車椅子移動(自)	57/1/初、専門医と家庭医の連携に力、1/1 往診	専門医 1/3月通院・往診 易科医 1/1 往診 福祉 ヘルパー 3回 ワーカー 随時 保健所保健婦 1/1 往診 相談室保健婦 1/1 往診 姉(京都居住) 1/1 往診 フィットネスサービス 1/1 (6人) 給食サービス 毎日 マンション管理員 1/1 消防署 1/1 易科医 1/1 退院時 1/1

ない。これが、カケとなり、退院後6ヶ月目に身障ヘルパーが派遣された。日常生活用具の給付、トイレは温水・温風付々に改善された。ろうそくにより給食サービス(毎食食・臭着)も行われている。問題は医療面で、退院後3ヶ月1回、専門病院に通院してはいたが、昨年未より筋肉のびまん性、しゃくりが頻発するようになったので、週一回、コチゾン系の注射を打たなければならなくなった。専門医から「近くの開業医に主治医を引継ぎてもらえないだろうか」と相談があった。保険医協会の協力で開業医の医師が「緊急時、専門病院の協力が得られるなら」と主治医に話して下された。今年1月末から週一回往診されている。A女は、心医師のおかげで入院せおにすんだと喜んでいいる。5月19日には、A女宅に開業医の医師、専門医、関係者一同が集まり、2才一回のカンパレスをもった。A女をめぐる在宅ケアは、関係者の連携で着実に根づきはじめていた。

【まとめ】 難病患者と一口にいっても、生活・療養に殆んど不自由のない者から、重度介護を要する寝たきりの者まで様々である。最も問題とすべきは、重度介護を要する身体障害を併う神経筋難病患者と思われる。その多くが無理をして通院しており、患者の生活の場で医療が受けられることが、最も望ましいが、そのような地域医療体制は存在してはいない。前述のような連携態勢を開業医と専門医・保健婦らでチームプレーが実現できるよう保険医協会の協力で少しづつ状況も切り開いてゆきたい。



## 大阪府下神経難病専門施設 における入院医療の現状

○ 黒田研二 新庄文明 上島弘嗣 大湊茂 多田羅浩三  
朝倉新太郎（阪大公衆衛生） 高橋光雄（阪大2内）他  
大阪神経難病研究会会員

【はじめに】神経筋難病患者の地域ケア体制を整備していくためには、早期に診断と療養方針を確立するための専門病院への紹介システムや、診断確定後の治療における専門施設とプライマリケアとの連携などが促進されることがのぞましい。これらの点についての現状を明らかにするため、専門施設において入院治療を受けた神経筋難病患者を対象に、調査を実施した。

【対象と方法】大阪神経筋難病研究会会員の属する専門施設<sup>1)</sup>において昭和57年1～12月に入院治療を受けた神経筋難病患者<sup>2)</sup>を対象とした。調査票は主治医が記入し、郵送にて246名についての調査票を回収した。

【結果】1. 対象患者が診断を受けた医療施設は会員の属する病院である場合が88%をしめ、他の施設の場合でも大学病院、国公立病院、公的病院が大部分をしめていた（表1）。発病から診断までの期間は1年未満が40%であったが、2年以上の者も38%をしめていた。2. 会員のいる専門施設には52%が紹介をうけて受診していた。紹介した医療機関においても大学病院、国公立病院、公的病院のしめる割合が大きかった。また、初回の入院が55%をしめていた。他の施設を経由して受診した患者は72%であった（図1）。3. 入院目的では「診断と治療方針の確立」が44%をしめ、次いで「病状増悪に対する治療」33%であった。紹介の有無別に入院目的をみると「診断と治療方針の確立」の割合には、差はみられなかった（表2）。4. 在院期間および転帰は、各疾患の特徴を反映していた。退院患者全体では、1か月以内に42%が退院し、2か月以内に65%、半年以内に90%が退院していた。退院後も入院していた専門施設に通院するものが退院者の78%をしめていた。これを介助の必要の有無で2群にわけ、患者の居住地と病院の位置の関係をみてみたが、要介助でも遠方からの受診が少なくなかった（図2）。

【考察】神経筋難病の専門施設の機能として、「診断と治療方針の確立」の比重が高いことが、今回の調査から裏づけられた。しかし、第1線医療機関から専門施設への患者紹介は少なく、また、発病後診断までの期間が2年以上の者が38%みられた。今後、早期に診断が確立されるために、第1線医療機関からの患者紹介が増えることが望まれる。一方、退院後も入院した専門施設の外来に通院する患者が大部分をしめ、専門施設とプライマリケアの連携はわずかしみられないのが現状である。このため障害が重度となり日常生活に介助を必要とする場合でも遠方の専門施設へ受診している者が少なくなかった。第1線医療を担当している医師も難病患者の医療ケアに従事し、しかも第1線医療と専門施設との連携が得られているような体制を、今後追求していく必要があるといえよう。

- 1) 北野病院神内、国立泉北病院神内、住友病院神内、大阪医大1内、阪大2内、同1外、同小児、府立成人病センター2内、大手前病院内、府立病院精神  
2) パーキンソン病、重症筋無力症、脊髄小脳変性症、運動ニューロン疾患、スモン、多発性硬化症、ハンチントン舞蹈病、後縦靭帯骨化症

表1. 診断した医療施設

施設	人数(%)
当該施設	163 (68%)
他の施設	78 (32%)
(大学病院)	31
(内国公立病院)	19
(公的病院)	12
(私的病院)	7
(診療所)	2
(不明)	7

表2. 入院目的

入院目的	全体	紹介あり	紹介なし
診断・治療方針の確立	44%	45%	44%
病状増悪に対する治療	33%	25%	41%
手術	9%	17%	1%
リハビリテーション	1%	2%	0%
その他の特殊治療	8%	7%	7%
その他	6%	4%	8%

図1. 入院時の紹介者の有無 (n=243, 除不明3)



紹介者の内訳(不明2)

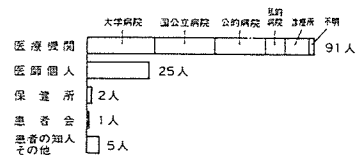
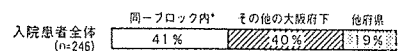
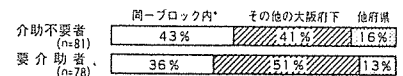


図2. 患者の居住地と病院との地理的關係



退院後も入院した施設で通院治療を受ける場合  
退院時の障害度別



\* 大阪府下を、大阪市を1ブロックとし、他は大阪府医師会の方法によって分割した。(豊前、三島、五内内、中河内、河内内、堺、泉南)

41. 富山病院における重症心身障害児（者）の動向

○石崎 栄美子 小林 光雄 浅岡 昭一  
山崎 幸志 石崎 哲夫

（国療富山病院 小児科 指導室）

従来は重症心身障害児（以下重症児）の療育は民間の施設に限って実施されてきたのを昭和41年、国立療養所の病棟にも入所できることとし、また年令で児童と成人を分離しない一貫した療育を打ち出し、翌42年、児童福祉法が一部改正され、重症児施設が児童福祉法の施設であると同時に医療法上の病院としての形態をとるに至った。

当院重症児病棟は昭和44年開設され、4病棟160床、緊急一時ベッド4床の定床がある。当院における高令化・成人化及び、障害分類上の周辺児（者）、当院の適応ではないとされる患児（者）が問題として浮上してきたのは昭和47年頃からである。昭和59年6月1日現在は在籍者が158名で平均年令17.7才、成人者69名、平均在院年数9年9ヶ月になり、昭和55年と比較すると表1になる。さらに浜本氏の重症心身障害児分類区分により、患児（者）を分類してみると、患児（者）158名中、I群43名（27.2%）、II群60名（32.4%）III群13名（4.4%）IV群23名（14.6%）V群6名（3.8%）VI群12名（7.6%）区分23～251名（0.6%）となり、昭和55年57年と比較すると表2の如くなる。I II群は重症児として問題はなく、III IV群も準ずる群と考えられるが、I～IV群を合計すると139名（88%）V～VI群18名（11.4%）、区分23～251名（0.6%）となり、昭和55年と比較すると障害分類区分上のより重度の重症児が増加してきている。この間、昭和47年の第3病棟、昭和50年には第4病棟が開設され、分類配置を考慮した。即ち、I II群を中心とした医療病棟、II群以上を中心とした療育病棟として、その目的に添った療育を展開してきた。昭和54年に成人化対策として病棟増改築及び、療育訓練棟が隣接され、院内における独自性と療育指導等の対策が講じられたが、V群ならびに区分23～251に該当する患児（者）の処遇に関しては当院の適応ではないと考えられるゆえ、一方には単なる収容に陥りやすい状態であった。早期発見・早期治療がさげばれるなか、緊急一時入院・一般入院・外来受診患児が増加し、生命維持すら危ぶまれる待期患児の現状をみるにつけ、本来の重症児の基準から逸脱する児の措置変更に取り組むことが当院の大きな課題であった。患児（者）の将来の有り方を検討する際に家族の意向は大きな比重を占める。当院においては昭和54年、将来あるべき当院の機能をどう捉えているかを知るために、家族の意識調査を実施し、V群～区分23～251に該当する成人者に面接調査を実施し、措置変更に関する具体的な施策について検討を重ねると共に児童相談所との定期連絡会を持つに至った。また県内諸施設訪問を実施し、情報交換を行ってきた。開設時からの患児（者）の動向を年度より入院数とその現在数、措置変更等で表すと表3、4の如きになる。

措置変更に関しては当院単独で実施できるものではなく、関係機関との連携が今後とも強く望まれるところである。

表1

年度	在籍者	平均年令	平均在院年数	成人者数
昭和55年9月1日	159名	16.3才	7年3ヶ月	46名
昭和59年6月1日	158名	17.7才	9年9ヶ月	69名

表2 障害分類区分

年度	I	II	III	IV	V	VI	区分23～251
昭和55年	43	60	13	23	6	12	23
昭和57年	43	60	13	23	6	12	23

表3

年度	S	44	45	46	47	48	49	50	51
入院総数(人)	4.4	4.4	4.5	2	4.9	5	5	4.9	1.5
入院時平均年令(才)	1.0	9.5	5.1	1.0	8.5	7.6	6.8	7.8	
現在数(人)	2.1	2.9	2	1.8	5	3	3.6	8	

表4 患児者の動向

年度	入院総数(人)	転入院	緊急一時入院	転退院	死亡退院	自宅退院
昭和44年	44	7	1			
45年	45	1				
46年	46	2				
47年	47	4	17	4	1	4
48年	48	8	8	2	4	1
49年	49	1	2		2	
50年	50	1	2	9	5	1
51年	51	15	2	10	4	1
52年	52	6		2		2
53年	53	3	15		3	
54年	54	2	4	1	3	
55年	55	10	7	1	9	1
56年	56	4	10		2	1
57年	57	9	2	3	1	5
58年	58	7	2	10	3	
59年6月1日現在	59	3	1	2	5	