

BULLETIN OF SOCIAL MEDICINE

社会医学研究

第26回 社会医学研究会総会

講演集

特別号

社会医学研究会

1985

JAPANESE SOCIETY FOR SOCIAL MEDICINE

第26回 社会医学研究会総会

主 題

転換期における社会医学の課題

経済・政治・行政の全般的な曲がり角のなかで、わが国の社会保障・保健・医療はすべての面において戦後最大の転換期にさしかかっています。

急速に変動しつつある保健・医療の動向を客観的に見定め、主体的に今後の展望を切り開いて行くために、いま、社会医学研究の力量を高め、研究者の輪を拡げて行くことが求められています。四国で初めて開催される今総会がそのために貢献しうよう大いに論議を深められることを期待しております。

会 期：1985年 7 月27日(土)～28日(日)

会 場：松山郵便貯金会館

総会事務局：愛媛大学医学部公衆衛生学教室

総会世話人代表 木 村 慶

7月27日（土）

第 一 会 場		第 二 会 場	
13:00	座長 川村佐和子（東京都立神経病院） 1. 「和解」後のスモン患者の実態と要求 —東京、千葉、徳島地区の事例調査から— 片平 洵彦（東京医歯大・難研） 2. スモン被害者の救済における患者会の役割 小沢 温（東大・保健社会） 座長 乾 死乃生（大阪保険医協会） 3. 心臓病相談10年 首藤 正一（心臓病の子供を守る会・宮崎） 4. パーキンソン病患者へのMSWのかかわり —友の会の活動を通して— 川村 初恵（長尾病院） 座長 木下 安子（東京都神経研） 5. 難病患者老人世帯の生活課題 —福祉学生、病院実習の体験から— 西尾 葉子（日本社事大・学生） 6. 患者手帳活用による在宅筋萎縮症患者の健康管理 —3年間の成果— 関谷 栄子（東京都神経研） 7. 重症心身障害児訪問看護事業3年間のまとめ 近藤 紀子（東京都衛生局）	座長 芦沢 正見（公衆衛生院・疫学） 24. 造船所退職労働者の石綿曝露による健康障害 新開 省二（愛媛大・医・衛生） 25. 大都市部の一民間医療機関におけるじん肺患者の受診状況 内田比佐夫（淀協社医研） 26. 東京S区における学校給食調理員の労働と生活および健康に関する調査 牧野 忠康（東京社医研センター） 座長 二塚 信（熊本大・医・公衛） 27. 民有林労働者の生活状態と健康について 櫻井 忠義（久留米大・医・環衛） 28. 振動障害の病像に関する議論について 松本 忠雄（名市大・医・公衛） 29. 林業労働者の振動病発症の概念についての欧米とわが国との見解のちがい 高松 誠（労働医研） 30. 神戸地方裁判所振動病損害賠償請求事件の概要 経過・現状・問題点 永田 徹（神戸弁護士会）	13:00
14:45	座長 佐藤 勝（愛媛県精神衛生センター） 8. 精神障害者処遇における対象理解の一方法としてのQOLモデル作成に関する予備的研究(第1報) 加藤 春樹（公衆衛生院） 9. 精神科医療供給体制の問題点 黒田 研二（阪大・医・公衛） 10. 大阪府における精神科疾患救急実態調査について 大湊 茂（阪大・医・公衛）	座長 原 一郎（関西医大・公衛） 31. 小企業における鉛中毒問題において専門家の果たした役割 平田 衛（大阪府立公衛研） 32. 労働負担の発生原因とそのとらえ方について 千田 忠男（杏林大・医・衛生） 33. 国の職業がん疫学調査批判 —大型人造黒鉛電極製造業調査を例に— 福地 保馬（北大・教育）	15:30
15:30	講演と討論 地域精神衛生活動の回顧と展望 —その現状の理解のために— 神奈川県精神衛生センター所長 石原 幸夫 司会 金澤 彰（愛媛大・医・精神）	シンポジウム 社会医学としての労働衛生学研究の方法論 司会 渡部 真也（滋賀医大・予防医学） 1. 最近の産業疲労研究の課題と方法論上の問題 斎藤 良夫（中央大・文・心理） 2. 過労死の労働衛生学的検討課題 上畑鉄之丞（杏林大・医・衛生） 3. 有機溶剤中毒研究のとりくみから 竹内 康浩（名大・医・衛生） 4. 振動障害対策のとりくみから 山田 信也（名大・医・公衛）	17:45
17:30			
19:30	自由集会 1. 丸山 博先生に聴く 「歴史・統計・社会医学」 世話人 木村 慶（愛媛大・医・公衛） 2. 核廃絶と飢餓克服 世話人 片平 洵彦（東京医歯大・難研） 相磯富士雄（東京学芸大・教育） 3. 労働衛生学研究の方法論をめぐって 世話人 原田 規章（愛媛大・医・公衛）		
21:00			

7月28日（日）

第 一 会 場		第 二 会 場	
8:20	総 会		
8:50	講演と討論	口演時間：発表 10分	
10:10	シンポジウム	討論 5分	
12:30		計 15分	
13:15	保健所	座長 片平 潤彦（東京医歯大・難研）	13:15
	座長 山本 繁（尼崎市環境保健局）	34. 社会医学の課題に関する一考察	
	11. 保健所再生のために ー肺がん発見のための結核集団検診の改革ー 堤 照（愛媛県宇和保健所）	寺西 秀豊（富山医薬大・公衛）	
	12. 保健所と病院の保健婦連携	35. 公害健康被害補償法「見直し」論の検討	
13:45	地域保健	福地 保馬（北大・教育）	
	座長 西 三郎（都立大・社会福祉）	36. 愛知筋拘縮症訴訟で問われたもの	
	13. 人口急増県にみる保健問題の一側面	久永 直見（名大・医・衛生）	
	氏平 高敏（奈良医大・衛生）	37. 「患者の権利宣言」の背景と機能	
	14. （演 題 取 消）	加藤 良夫（医療過誤問題研究会・名古屋）	
	15. 地方自治体の成人・老人歯科保健事業の現状と課題	座長 逢坂 隆子（大阪府大東保健所）	
	新庄 文明（阪大・医・公衛）	38. 「家庭医制度」を考える	
	座長 多田羅浩三（阪大・医・公衛）	山下 節義（奈良医大・衛生）	
	16. 岐阜県上矢作町の保健医療活動	39. K総合病院の救急車搬入入院患者の疾病構造と社会医学的考察	
	榊原 久孝（名大・医・公衛）	竹原 令宜（健和労研）	
	17. 老人保健法下の老人健診と健康状態	40. 死亡の社会経済的背景に関する考察	
	小川 正時（杏林大・医・衛生）	天野 松男（健和労研）	
15:00	老人	座長 梅田 玄勝（健和労研）	
	座長 相磯富士雄（東京学芸大・教育）	41. 都道府県別死亡率性比の格差に関する検討 その1：社会経済指標との関連を中心にして	
	19. M市における老人保健福祉活動について ー行政間の連携に役立った独居老人栄養調査ー	逢坂 隆子（大阪府大東保健所）	
	橋本美知子（関西医大・公衛）	42. 都道府県別死亡率性比の格差に関する検討 その2：肝硬変とアルコール、HBs抗原との関連を中心として	
	20. 老人病院に紹介するに至った30例のまとめ	三河 一夫（阪大・医・公衛）	
	島 正之（船橋二和病院）	43. 飲酒回数、飲酒量と血圧水準	
	21. 老人ホーム入所者の特性に関連する要因	上島 弘嗣（国立循環器病センター）	
	藤林 千春（阪大・医・公衛）	座長 朝倉新太郎（阪大・医・公衛）	15:45
	座長 木村 慶（愛媛大・医・公衛）	44. 健保改定後の患者・住民の受療動向調査結果について	
	22. 在宅医療の経営的側面について	小菰 幹夫（大阪府保険医協会）	
	朝倉 宏和（柳筋診療所）	45. 医療保障後退下の患者と医療機関の動向	
16:15	人	大山 正夫（全国保団連）	16:15
	23. 老人医療費の日英比較		
	多田羅浩三（阪大・医・公衛）		

第26回 社会医学研究会総会

講 演 集

第 1 日

7月27日(土)

第一会場

スモン賠償研究会 ○片平冽彦（東医歯大）、高木邦明（日社大）、
手島陸久（長野大）、木下安子（都神経研）、東田敏夫（元関西医大）、
牛山積（早大）、阪上裕子（公衛院）

目的と方法 未曾有の規模の薬害訴訟となった「スモン訴訟」は、1985年 6月現在、訴訟上の全面解決を目前にする段階に至っている。スモン問題にかかわってきた研究者・弁護士で構成する「スモン賠償研究会」は、①スモンの損害賠償が患者救済のうえでどのような機能を果たしているか②スモン患者の恒久対策の課題は何か、を明らかにするため、「和解」後のスモン患者の実態と要求についての調査を企図した。この目的のため、「徳島スモンの会」「スモン東京原告団」「千葉県スモンの会」に所属する和解済のスモン患者 130人を対象に、1983年 3～11月に面接調査を実施し、このうち 122人につき集計した。集計は東京大学大型計算機センターを利用した。

結果 ①性・年齢は表 1・2。平均年齢 60.27 ± 12.20 歳、最年少19歳、最年長90歳（1984年末現在）。スモン研究班の全国調査（11127人、男女比1:2.04、同時点での平均年齢 65.05 ± 15.59 歳）と比較し、男女比では有意差なく、平均年齢では有意差あり。②スモン発病前は「健康」が7割をこえ、発病年は1959～1970年。「病院・診療所」でのキノホルム投与が94.3%。売薬服用による発症は極めて少い。（表3）③患者本人が受けた被害では表4のように経済的被害（失職、収入・支出の激変など）、精神的被害（家族や知人への気がね、人間関係の悪化など）が目立つ。家族の被害では「経済的困窮」「家庭内が暗くなった」が半数近くあり、次いで「看病などでからだをこわした」など。④患者全員が今なお知覚障害をはじめ、歩行・視覚障害など、合併症を含む諸症状に苦しめられている。（表5～7）「難治性」「高齢化に伴う病状の悪化」「外見から病状がわかりにくい」が特徴である。⑤西洋医学の受診状況は表8。受診病名にスモンを含む人は86人で、残り36人はスモンの治療は受けず、直接医療費自己負担「あり」31人、間接医療費の負担は通院費が多い。受診上の問題点等としては、「効きめがない（ように思う）」「自宅から遠い」「身体障害のため、通院に苦勞する」など。⑥東洋医学の受診状況は表9。26/44人が全額自己負担。効果については、東洋医学の方が対症的ではあっても良いとの評価が西洋医学より高い傾向がある。⑦看護・介護を受けているのは75人（うち家族59人）、ニーズの最も高いのは外出の付添いで、次いで日常生活全てのこと、入浴など。⑧就労中は35人、これを続けたい人は26人で、転職・離職の希望はそれぞれ5人、4人。⑨鑑定結果は表11。症度の比率は1983年8月末現在での全国の和解済患者の比率に比し有意な差はない。全員が賠償金を受取済で、それによる生活の変化「あり」が67.2%。賠償金の使用状況は表13。使途は、土地・家屋の費用（46%）、家族等への謝礼（20%）などが多い。⑩福祉サービスの利用は、全般的に東京・千葉に比較して徳島の方が低い傾向がみられた。現在援助を受けている人は、家庭医（47人）、患者会の人（28人）、専門医（26人）、鍼灸師（25人）、保健婦（5人）、PT・OT（5人）、ボランティア（4人）、ヘルパー（3人）、ケースワーカー（2人）。⑪患者の楽しみや生きがいとして、重症者40人の検討では、(a)それらを失っている人（9人）(b)信仰が生きがいとなっている人（3人）(c)家族との交流や子・孫の成長が楽しみ・生きがいとした人（20人）(d)再起への希望をもち、新たな楽しみ・生きがいの創造に取り組んで来た人（8人）、の4群に分類出来た。

	実 数			表 7. 症状の変化 (1年前との比較)			
	全 体	徳島 (N=67)	東京千葉 (N=55)				
表 1. 性別				1. 良くなった	3	2	1
1. 男	38	20	18	2. (ほとんど) 変わらない	60	27	33
2. 女	84	47	37	3. 悪化した	58	37	21
表 2. 年齢				0. 不明	1	1	0
1. 29歳以下	1	0	1	表 8. 西洋医学の受診状況			
2. 30-39歳	10	5	5	1. 入院	5	3	2
3. 40-49歳	14	7	7	2. 通院	87	51	36
4. 50-59歳	36	18	18	3. 往診	8	3	5
5. 60-69歳	37	23	14	4. 薬だけ	7	3	4
6. 70-79歳	21	8	13	5. 受診せず	15	7	8
7. 80歳以上	3	1	2	表 9. 東洋医学の受診状況			
表 3. 発病時キノホルムを投与した医療機関・薬局				1. 入院	0	0	0
1. 病院・診療所	115	64	51	2. 通院	34	20	14
2. 薬局	4	2	2	3. 往診	7	4	3
3. 病院・診療所, 薬局	2	0	2	4. 薬だけ	0	0	0
4. 不明	1	1	0	5. DK. NA.	1	0	1
表 4. スモン発病による患者本人の被害 (複数回答)				6. その他	2	0	2
1. 仕事をやめた	66	37	29	9. 受診せず	78	43	35
2. 仕事の種類を変えた	10	4	6	表10. 看護・介護内容の希望 (複数回答)			
3. 就職できなかった	8	1	7	1. 食事の介助	2	1	1
4. 学校を中途退学した	1	0	1	2. 排便の介助	2	1	1
5. 学業がおくれた	1	0	1	3. 入浴の介助	4	1	3
6. 進学できなかった	3	0	3	4. 室内移動の介助	2	0	2
7. 配偶者と離婚した	2	0	2	5. 炊事の介助	10	4	6
8. 配偶者と不仲になった	13	11	2	6. 外出時の付き添い	7	2	5
9. 子供がもっとほしかったのにできなかった	9	5	4	7. 買物に行きたくて欲しい	15	5	10
10. 結婚できなかった	12	4	8	8. 育児を助けて欲しい	1	0	1
11. 家族・親戚との人間関係が悪くなった	36	21	15	9. 字を書くのを助けて欲しい	4	2	2
12. 近所との交際が途絶えた	19	6	13	10. 字を読むのを助けて欲しい	6	3	3
13. 収入が激減した	54	30	24	11. その他	11	6	5
14. 支出が激増した	47	29	18	12. (特に) ない	37	20	17
15. 商売に悪影響があった	14	10	4	13. DK. NA.	8	3	5
16. 生活保護を受けた	14	7	7	表11. ふだんの一日の過ごし方			
17. 家族に気がねしてきた	65	33	32	1. 寝たきり	13	4	9
18. 親戚や近所に気がねしてきた	38	16	22	2. 寝たり起きたり	19	13	6
19. その他	31	19	12	3. 起きているが家で過ごすことが多い	37	19	18
表 5. 現在一番つらい症状				4. 家内外で生活, 外出は買物程度	32	21	11
1. 知覚障害	53	27	26	5. 外出が多い	14	7	7
2. 歩行障害	23	14	9	6. その他	7	3	4
3. 視覚障害	11	6	5	表12. 鑑定結果			
4. 腹部症状	2	0	2	1. I度	28	11	17
5. 排便障害 (便秘)	5	4	1	2. II度	54	39	15
6. 腰痛	4	4	0	3. III度 (重症)	22	11	11
7. 関節痛	7	1	6	4. III度 (超重症)	16	6	10
8. 歯痛	0	0	0	5. III度 (超超重症)	2	0	2
9. その他	17	11	6	表13. 賠償金の使用			
表 6. 知覚障害「感じ」 (複数回答)				1. 全く使っていない	14	10	4
1. ジンジンする	64	39	25	2. 一部使った	87	48	39
2. 電気をかけられたようにビリビリする	18	8	10	3. 全部使った	19	9	10
3. ビリビリと痛い	48	19	29	4. DK. NA.	2	1	1
4. しめつけられたような感じ	50	29	21	表 14. 家族の暮らし向き			
5. 物がはりついたような感じ	42	23	19	1. 大変苦しい	1	0	1
6. ひきつる感じ	28	18	10	2. かなり苦しい	17	10	7
7. 感覚が鈍い・わからない	49	27	22	3. 少し苦しい	26	14	12
8. 冷える	76	41	35	4. まあまあ	58	32	26
9. その他	16	9	7	5. 少し楽	8	4	4
				6. かなり楽	5	3	2
				7. 大変楽	1	0	1
				8. その他	1	1	0
				9. 分からない	3	2	1
				10. DK. NA.	2	1	1

○小沢 温，国田 恭一，杉沢 秀博（東大医・保健社会）
 片平 洲彦（東医歯大難研）木下 安子，関谷 榮子（都研総研）
 高木 邦明（日社大）千島 隆久（長野大）加藤 春樹（公衆衛生院）

（目的）1967年以来、全国各地につく「スモン患者の会」はスモン被害者の救済と薬害根絶を目的に多くの活動を行ってきた。裁判が和解によりほぼ終結しようとしている現在、会の活動の中心はいわゆる恒久対策の確立に移行しつつある。そこで、これまで各地で行われてきた患者会活動のうち訴訟以外の活動を検討することを通してスモン被害者の救済における患者会の役割を考察する。

（方法）各地の会の活動実態を資料収集と関係者への聞き取りによって把握した。

（結果と考察）全国的組織の会として、「全国スモンの会」では82年に重度身体障害者更生援護施設「曙光園」を開設し活動している。「スモン連絡協議会」では愛知県を中心に検診・相談活動・薬害根絶の碑の建立や街頭活動等を行っている。「スモンの会全国連絡協議会」では79年に恒久対策部を設立させ、各地の会の交流と対行政交渉に重点をおき、そのための基礎データとして実態調査を行った。各地の会の活動としては、会員相互の親睦と相談、実態調査、重症者訪問、自治体交渉などであるが、最近の傾向では会員の拠金等による基金を設けた会が8年1月現在15（財団法人2）ある。これは78から80年の間に設立され、被害者の恒久対策と薬害根絶を目的に、前述の活動や検診・医療相談活動を行っている。患者会のこれまでの主体的な取組みによる活動は、スモン被害者の恒久対策の確立と薬害根絶のための推進力として意義深いものであるといえよう。特に、全国的組織の諸活動各地の会の地域の実情に応じた取組みが重ねられてきていることは注目すべきことである。また、患者自身の高齢化に伴い、地域の中で孤立しがちな患者とその家族の精神的な支えとしての患者会活動は太くに評価される必要があろう。しかしながら、会の活動に伴う問題点はあわせて多いと考えられる。ここでは次の3点について考察してみた。①スモン患者会の性格づけの問題。スモン患者は薬害被害者であると共に難病患者、障害者であり、このことに対応して、薬害被害者団体としての面と難病障害者団体としての面が出てくる。各地・全国の会のこれまでの活動をみても、この2面が程度の差はあれ反映しているのが実態である。スモン患者の2つの側面を考えると、団体としても2側面を統一的に考えていくことが必要である。②自主的活動の範囲の問題。恒久対策については、79年9月の「確認書」により原告患者側と国とが協議することが確認され、実際に協議を重ねられているが、8年1月までの段階では、京都宇多野病院などにスモン患者用病床設置等の施策は実施されたとはいえ、患者の要求をみたすには至っていない。こうした中で、各地の会では自主的な活動を積み重ねており、施設を作った会もあるが、その範囲をどう考えるか、つまり、恒久対策を被害者団体がどこまで自前で行うべきかという問題は、恒久対策を考える上で重要な問題である。このことに関して、スモン（問題）に責任を有する国と製薬企業、特に恒久対策について協議の確認をした国が患者会の要求に応じて最後まで責任を果たすことが必要である。③患者自身が会運営をすることに伴う問題。身体に障害を負い、健康人のように活動できない患者の活動には多くの困難が伴っており、役員が過労に陥る危険性や人手不足に伴う活動上の制約などが当然考えられる。こうした問題を克服するには会員からかなりの主体的な参加とボランティア、医療福祉関係者の積極的な援助が必要であらう。以上、3つの問題点を指摘し、その克服の方角を考察したが、患者会の今後の課題としては、各患者会の運動方針と我々のこれまでの研究結果からすれば、これまでの活動を一層発展させ、そのことを通じて日本の医療福祉水準を向上させること、未提訴患者を救済すること、薬害根絶の諸活動を行うことなどが考えられよう。

○首藤正一（全国心臓病の子供を守る会宮崎県支部）

1. 全国心臓病の子供を守る会とは

全国心臓病の子供を守る会は、昭和38年に結成され、現在38の支部に約5000家族が参加している。会則第2条で「この会は、心臓病児者とその家族の苦しみとなくすために会員が相互に連絡し助け合い、みんなで医療制度の改善と社会保障の拡充のために運動します」を目的とし、事務局は〒101 東京都千代田区神田北乗物町17 北乗ビル内におき、会長は小林登氏（埼玉）である。

宮崎県支部は、昭和50年に26家族で発足し、会員数は現在65家族、会費は月額400円、事務局は〒883 日向市春原町2-9 首藤正一氏におき、代表者も兼ねている。

2. 相談と会活動は併行してすすめるべきでない

会の発足と同時に、当然のことながらいろいろな相談に応之ねばならなくなった。会へ参加したいということから、医療機関の選定、心臓手術用の血液をどう確保するか、身障手帳のこと、医療費助成制度、術後のこと、教育のこと、就職のこと、漢方薬のことなど、多種多様である。

会の発足前後では、会の知名度も低く、活動範囲も狭いため、解決できないことも多く、惜けない思いをくり返しながら歯をくいしばって耐えた。相談に対し、何とか応えられるようにと、研修会を開いて学習を重ね、陳情をし、理解を求めていった。その中から「宮崎県小児心臓病のしおり」の発行、心臓病講話集の編集、そして手記集や子供達のミニ作文集などが生まれていった。他の難病や身障団体と手をつなぎ、ボランティア協会に参加するなど、活動の領域を拓けていった。

結局、相談を受け、それを解決していくためには、あらゆる分野での会の活動と不可分である。

3 相談事業の実態

全国心身障害児福祉財団を通しての国庫補助事業を受けて10年、その相談量としての昨年の実績報告をまとめて一覧表にすると次のようになる。昭和59年度福祉相談実施報告書より（数は件数）

項目	月	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	計	内訳		
															訪問	来訪	来電
相談	教育	2				1	2	2	1		1		2	11		3	8
	生活		1					1					1	3	1	1	1
	療育・療			1	5									6	1	1	4
	医療	1	3	2	3	1	7	6	7	3	2	3	2	40	1	14	25
	その他	4	2	10	8	10	12	10	5	8	8	5	5	87	5	6	76
	計	7	6	13	16	12	21	19	13	11	11	8	10	147	8	25	114
連絡	福祉事務				1	1	1	1						4	2		2
	医療機関			1	4		7	3	4		1	2	1	23	2	12	9
	その他	7	6	12	11	11	13	15	9	11	10	6	9	120	4	13	103
	計	7	6	13	16	12	21	19	13	11	11	8	10	147	8	25	114

施設に関するものではなく、その他の項の殆んどは父母の会や難病団体にかかわる学習会や子供達の行事、陳情、健保などであった。

4. 問題点

上表には、相談者とのやりとりや結果報告、取り次ぎが何ヶ所あってもそれは含まれていない。実際は、本当に大変な仕事で限られた会費の中ではとてもまかなえない。早の身障相談員にしてほしいとか相談事業に対する助成など陳情しているが実現しない。従って、研修の機会もなく、廃品回収やバザーなどの上に個人負担が重くのしかかってくる。特に、資金面での援助の早期実現を切望する。

4

パーキンソン病患者へのMSWのかかわり

—友の会の活動を通して—

川村初恵

長尾病院

はじめに：全国パーキンソン病友の会高知県支部の活動に対するMSWの援助について報告する。

1) 友の会の活動

活動内容	目的
会報の発行 (年3~4回)	○患者・家族に対して療養上の知識を提供する。会に出席できない患者・家族に対して仲間意識を育て、療養の希望とする。会のアツビール
療養相談会	○療養上の不安や問題の解決、生活充実等の手助けをつくる。
親睦会	○患者・家族が一堂に会し、意見を交換し、相談したり、励ましあったりして、孤立化を防ぎ、療養生活の意欲につなげる
他の患者会との交流	○患者の医療・福祉の向上に力をあわせる。情報交換
陳上活動	○国・県・市町村などに理解と対策援助を求める
啓蒙活動	○友の会の活動を報道機関を通じてアツビールする。福祉展などの考慮
日常の療養相談	○患者・家族の日々の療養生活上の相談、援助を行う

2) 療養相談とMSWの援助

①日常の療養相談の中でMSWに寄せられた相談内容と援助について紹介する。

相談内容	MSWの援助
病状や病状の変化に対する不安 治療に対する不安	○主治医に相談することをすすめる。MSWが仲介し、医師と相談し不安の軽減をはかる。他の患者の例を引用し、不安の軽減をはかる。病状に対する知識をパンフや会報などで提供し不安の軽減をはかる。病状を把握し、必要な援助を行なう
経済的な問題	○身体障害者福祉制度の活用指導。障害年金制度の手続き指導。特定疾患治療研究制度の手続き指導など
介護上の問題	○ヘルパー制度の活用。ボランティアの導入。保健婦への依頼。自立、介護の為の日常生活用具の活用指導。病院・施設の紹介。その他社会資源の活用指導

②事例：一時的に服薬効果がなくなり病状悪化したAさんへの援助

Aさん：女性・60才・単身。身体面：身障手帳4級・動作は緩慢で諸作に時間がかかる。経済面：財産・遺族年金・厚生年金・国民年金の手続き中。

相談時状況：夜11時頃電話がかかり、10分位前から調子悪くなり丸太棒の様になってきた。明朝病院へ連絡しようと思っているが電話をかけることができるかどうか分からない。夕食もまだ食べてない。

病状悪化時の状態	悪化時に対して本人の考えと対策	問題点	MSWの援助
四肢・体幹共に動かない	電話を枕元に設置。隣家へ通じるブザーを枕元に設置。	ブザーおせない。電話かけられない。隣人は病気の知識ない。援助者不足	訪問し状況把握。主治医に連絡し入院手続を。隣人に病気の説明。ヘルパーの導入

おわりに：この事例や相談活動を通してわかることは、患者・家族のみでは、療養生活上の問題を解決し、変化に応じた十分な対策をたてることは困難である。MSWは、療養上の最も身近な相談者として問題を的確に把握し、必要な援助を提供できる様、医療・保健・福祉関係者等との連携を保ち、社会資源の活用を行う。同時に患者サービス係や資源の開発にも努力をほらなければならない。

5

難病患者老人世帯の生活課題

(福祉学生、病院実習の体験から)

○西尾 葉子 (日本社会事業大学4年)

川村佐和子 (都立神経病院)

1. はじめに

難病患者・寝たきり者を家族が在宅看護するについては、解決しなければならない多くの課題が存在する。それが老人世帯でかつ看護者が男性である場合、その困難は一層大きなものであろう。神経病院での実習中に会った、寝たきりの妻を在宅看護する高齢の夫の生活課題を分析し、学生として、今後の福祉援助のあり方を考えた。

2. 事例紹介

Iさん 74歳 女性 脊髄小脳変性症 (寝たきり、排泄障害、言語障害)

夫 (80歳) と二人生活 患者の妹 (72歳) と長男の嫁がそれぞれ片道2時間以上かけて週1~3回手伝いに来る

医療一神経病院在宅診療 (月2~3回Dr巡回、他に看護職、福祉職巡回)

3. 家族看護の実態と問題 (表1.2参照)

表1 看護及び生活の実態と夫側の条件

	夫の看護・生活の実態	学生の解釈 (☆は+の解釈)	夫の対応の問題	夫側の条件
看護	患者の腕にパウダーおむつが汚れている 「入浴サービス」希望 薬の数が合わなくなる 点眼薬の使用法をさく 何枚切のパンかわからない	患者を気持良くしてあげたい☆ しもの世話が大変 清潔観念が薄い 入浴させられない 複数出されると混乱 指示を理解できない・忘れる 正しく看護したい☆ 細かいことは面倒 重要と捉えていない	看護に不慣れ 身体的負担大 新しいことの習得困難 記憶力の低下 一緒に看護する人かいけない	高齢 男性 二人生活
家事	部屋も看護者も小ざらばり	性格・余裕☆	家事が苦手	
看護者の生活	整形外科に通院 買物・通院以外は外出なし 患者の側で新聞を読む	看護・介助が大変 患者の側を離れにくい 世の中にも目を向けている☆	行動範囲が狭い 精神的負担大	
その他		日常の看護の代替者無し 看護が生活の全てか 不安はどうしているのか		

表2 生活条件からみた問題分析の試み

< > 内は対応

	内服薬	排泄障害のケア	家事	食事
経費	(老)	年金	炊	食
物	病院まで取りに行けない <訪問時持参>	<市の貸おむつサービス> <患者の妹が持参>		
能力	与薬法の理解困難 (病院側一特定の薬に 目印をつける/嫁一 訪問時に1回分ずつ まとめておく)	清潔観念が薄い おむつを毎回交換し 洗濯するのは負担大 <貸おむつの中に 紙おむつとあてて>	調理は苦手 <嫁が訪問時に 作り置きをする 或は宅急便で 調理したものを 送ってくる>	食べた量を細かく 計らない
時間				食べさせるのに 時間がかかる
場	<神経病院>	<妹が安価な店で購入>		

4. まとめ

Iさんの家族看護の分析から、看護者が高齢の男性で全介助を要する患者と二人生活の場合には、看護や家庭生活上に課題が多く、積極的な援助が必要だとわかった。又、表1.2にあげた直接的看護だけでなく、洗濯、掃除、買物等の家事一般に対する援助も不可欠であると思われる。

患者手帳活用による、在宅筋萎縮症患者の 健康管理 3年間の成果

○ 関谷栄子、木下安子、村村純江(神経科学総合研)
川村佐和子(神経病院), 野村陽子(厚生省)
牛込三和子(信州大学医療技術短大) 石川左門(東筋協)

＜研究目的＞ 進行性筋萎縮症は、骨格筋の萎縮が次第に進行するため、四肢機能及び呼吸、循環、腸管等の機能も低下し、日常生活行動の障害が著しい。さらに進行すると、呼吸障害、循環不全等により、致命的な障害を来し死に至る。したがって日常的な健康管理がきわめて重要である。しかし、確実な治療方法がないため医療機関とも疎遠となり、公衆衛生機関もこれら事例を把握しておらず、患者の身体症状の変化や対応は、家族の判断にゆだねられている。私達は、患者及び家族と保健婦とが、共通に活用できる健康管理票と患者手帳を作成し、患者に対する医療情報や、生活情報を収集し記録することによって、症状の変化を早期に発見し、また定期検診の機会に医療受療状況の確認、A、DLの評価、症状把握、療養方針樹立に役立てたいと考えた。3年間使用して健康管理を行なった結果について報告する。

＜研究方法＞ 1982年～84年まで、患者手帳を患者、家族が記録し、医師、保健婦がこれを参考に検診時等に健康管理票を記載、健康管理に用いる。患者の病状、A、DL、医療機関、援助チームの状況、家族の介護力、介護技術に関する情報等が把握されるよう記入方法を保健婦が指導し、訪問時にチェックする。また受診時に持参することをすすめた。年一回の患者会主催の検診時には、保健婦が記載内容についてチェックし健康管理票に転記した。

＜結果＞ 1. 検診の事前に担当保健婦を通じて家庭訪問がなされ、家庭内の患者の生活実態が専門医により観察できた。その結果は検診時に専門医の診察の際情報提供し役立てられた。

2. 定期検診や受診時に、患者、家族、専門医及び担当保健婦が立会う例が多くなり連携が強化された。
3. 保健婦によるバイタルサインチェックがされ病状判断が正確になった。家族に対してもチェック方法の指導がされて観察力が高められた。また、記録をつける必要性についても認識が高められた。
4. 日常生活について総合的に把握されるようになり、水分出納、食欲、便秘、ねがえり、変形、群衆困難などの全身像の把握がもれなく行なわれた。
5. 母親の介護負担が明瞭になり、家族間での協力関係が前進した例も多い。また、家族以外の援助を求める必要性についても検討された。
6. 医療疎外の患者は、成人に多く、彼らの健康管理、特に成人病予防のための援助や健康管理の必要性について自覚が高められた。

以上のように、患者手帳及び健康管理票の活用により、患者を中心に、保健婦、家族、専門医が多くの情報を総合的に検討する場がもたれた。そして経年的に続けられることにより、筋萎縮症の援助体制のシステム化に役立っている。

表1 病型別 検診受診者数 人

病 型	1982年	1983年	1984年
デュシャンヌ	15:42.9%	26:38.2%	21:47.7%
先天性	0	10:14.7	6:13.6
肢帯、顔面型	13:37.1	18:26.4	10:22.7
その他	7:20	14:20.6	7:15.9
計	35	68	44

表2 保健婦による事前訪問実施状況

	1982年	1983年	1984年
事前訪問 有	7:20%	50:73.5	38:86.4

表3 把握された患者情報 人

項 目	有 無	1982年	1983年	1984年
専門医受療	あり	25:71.4%	51:75%	40:90.9%
	なし	10:28.6	17:25	4:9.1
家庭医受療	あり	24:68.6	38:55.9	27:61.4
	なし	11:31.4	30:44.1	17:38.6
専門・家庭医連携	あり	5:14.2	8:11.8	7:15.9
	なし	30:85.8	60:88.2	37:84.1
病状	あり	34:97.1	68	44
	なし	1:2.9	0	0
家族の介護力	あり	26:74.3	61:87.7	42:95.5
	なし	9:25.7	7:10.3	2:4.5

東京都衛生局公衆衛生部母子衛生課

村田篤司 広田洋子 内藤とし子

○近藤紀子 岡本暉子

東京都では重症心身障害児の在宅対策の一環として、昭和57年2月より重症心身障害児訪問看護事業を実施している。今回昭和57年2月～昭和59年3月までの3年間にかけ、127例のまとめをしたので報告する。

1. 対象児の状況

性別では男子が85人、女子42人で男子が女子の2倍であった。年齢別には表1に示したとおりである。障害の程度は図1のとおりで、ねたきりでIQ20以下のものが67人(52.7%)であった。障害の原因とみなされる疾患では脳性まひが最も多く39.4%、つづいて脳炎・髄膜炎の後遺症11%、てんかん2.1%であった。病状では気管切開をしているもの9人、喀痰の分泌が多く吸引器が手放せないもの48人、経管栄養のもの19人を含め78%に摂食障害がみられ、褥瘡のあるもの9人、80%近くが抗けいれん剤を服用しているがなおコントロールがむづかしくけいれんが頻発しているもの8人を含み30人にけいれんがみられる。以上看護ニーズの高いものが多かった。

2. 家族の状況

訪問看護申請理由は表2のとおりで、医療・看護上の問題と介護負担の大きさ及び一時的に介護力が低下する時訪問を希望してきている。介護者は主に母親で、年々は30代が最も多く看護の経験のあるものは極めて少なかった。60代以上の高齢者もいた。介護者の健康状態は約半数のものがなんらかの健康障害を訴えていた。その内容は高血圧、リウマチ、心疾患など慢性疾患が多く、ついで腰痛、関節炎、睡眠不足や介護量の多いことからくる慢性的疲労の激しいものなどであった。

3. 看護援助の実態

長年大きな褥瘡をつくっていった事例では、医療機関受診の機会をつくり、その指示を得て看護処置を実施し、徐々に家族が出来るまで援助し改善をみた。又、入院院を繰り返していた事例では、訪問時の状況を月1回程度、その他症状の変化した時々に医師に報告し病状の悪化を早期に発見し対処することにより入院回数の減少をみた。てんかん発作の多い事例では医師との連携で服薬管理を徹底することによりコントロールされるようになった。表3にみる各機関と密接な連絡をとりチームの一員としてかわり、つぎに。以上看護の役割として①医療のルートにのせる。②家庭での看護指導、③社会資源の活用、④家族介護力を高める、等があげられる。

表1 年齢分布

年齢	件数	率
0-6	42	32.0
7-15	38	30.0
16-19	11	27.0
20以上	14	
30	14	
40以上	8	
計	127	100.0

図1 大島分類別

21	22	23	24	25	IQ
		1	1	1	80
				1	70
			1	1	50
		2	2	5	35
	1	1	6	15	20
1	2	4	67		0

元は新田 隆雄氏 作成

表2 訪問申請理由

申請理由	件数	率
病状が不安定	43	29.3%
金事が大変	35	22.3
排痰便が大変	10	6.4
睡眠リズムのみだれ	7	4.5
褥瘡	6	3.8
多動	2	1.3
介護者が病状	41	26.1
介護疲れ	15	9.6
老令	5	3.2
介護の知識が足りない	25	15.9
介護者がわからない	25	15.9
本人の外出で不安	30	19.1
入浴が大変	28	17.8

表3 訪問看護導入の経緯

機関別	件数 (%)
保健所	23 (18.1)
福祉事務所	15 (11.8)
療育機関	23 (26.0)
病院	11 (8.7)
養護学校	3 (2.4)
入所待機児	28 (29.9)
その他	4 (3.1)
計	127 (100.0)

精神障害者処遇における対象理解の一方法としてのQOLモデル作成に関する予備的研究

—QWLモデル試案のアフショナリサーチによる抽出(第一報)着想と方法

○加藤 春樹(国立公衆衛生院専門課程)

1.本研究の着想:精神障害者の社会復帰を予定する中間施設乃至保護(福祉)的就労施設の必要性は生活臨床派の端的提起¹⁾等を契機として、今日全国的な展開を共同作業所という形態をもって実現している。共同作業所の機能および効果については、いくつかの先行研究があり、宗像²⁾丹野³⁾等は対象の行動変容と家庭における諸関係の改善等をあげているが、その内容は極めて限定的である。また黒田は作業所の機能として「社会復帰訓練の場(中間施設の役割)」と「生活の場を与える福祉施設(終末施設的作用)」の二つをあげている。⁴⁾ 渡者は地域社会資源整備、就中精神障害の早期発見→短期入院→地域外来診療所における治療→デイケアというルートが充実するならば、作業所の役割はより後者(ターミナルケア)に傾くと考えている。いずれにせよ今日精神障害者処遇の場として共同作業所が一定の期待値を背景に定在していることは疑いを入れない。

しかしこのような期待に対し現実の作業所の機能は極めて不十分である。それは作業所の出自がソーシャルアクションであることから由来する物的・人的貧困、特にケアスタッフの未訓練に負っている。蜂矢はこの点に着目し、スタッフの専門性の高次化が必要であると提言している⁵⁾が、これについても、単に精神医療の到達点をもってスタッフの訓練を行えば事足りるようなものではない。即ち精神医療・医学の疾病概念そのものの不安定性に由来する困難と⁶⁾ スタッフの教育的レベルに由来する困難が存在する。今日まで数多く提出されている診断におけるクライテリア⁷⁾はいずれも一定の訓練を経て精神科医の使用するものであり、所謂素人の要請に応える対象理解・処遇内容を規定づけるクライテリアではない。ここでは素人の視点から出発した処遇の内容・方法の糸口としての対象理解の方法が必要とされる。即ち対象を疾病から類推するのではなく、生活的事象から類推する方法でなければならない。IC-IDH¹²⁾はこのような視点と適合性を持つ。リハビリテーションは常に対象のハンディキャップから遡及して対象の障害克服を意図してきた。そして今日リハビリテーションの目的は対象のトータルな生活の再建と豊富化に焦点がすえられている。QOLの変容換言すればが今日のリハビリテーションの課題である。この考え方は精神障害にも妥当するのではないかという仮定のもとに、作業所における対象理解の手断としてのQOLモデルを作成すること、ただし後述するフィールドの性格と標本数に規制されて、QOL全般ではなく、その一構成部分であるQWLを抽出し、モデル化することを本研究の目的とする。¹³⁻¹⁴⁾ (文献別紙)

2.本研究の方法:フィールドを江東区のびのび第二作業所とし、在所する精神障害者18名を標本としたケーススタディーを行う。

1)対象の状態像に関する基礎資料として既存資料にもとづきAMDPおよびライフイベントを主としたライフヒストリーバーを作成する。2)標本面接、家族面接を行い対象の生活・作業・処遇の場における希望、願いと自己評価を抽出する。これに対し職員・渡者によるカンファレンスを行い対象の客観評価を作成する。(これについては調査表¹⁵⁾を、評価表を作成する。評価表についてはQWL構成因子のフォーマットを作成し、これに基づいて設計する。)3)1)2)の統合により各標本についてQWLのモデル化を試みる。4)3)で得られたモデルから典型例を抽出し処遇方針を立て、アクションリサーチを行う。5)作業空間内でのワーキングテーブルを各標本について作成し、対象の状態像と対象を規制する周辺環境を抽出する。6)4)5)の評価を行う。7)以上の作業からパラダイムを作成する。

注)論点として検討すべきは、これまで疾病概念の確定が医療(治療)を規定しつつも作業所等の生活的処遇とは全く切り離された形で示されていることである。より具体的には医師は作業所に対しその処遇内容まで立ち入って提示しないし、し得ない。逆に生活的処遇を行う側は疾病概念を全く理解しなかつた、あるいは無視したまま経験的妥当性のみで処遇を行っていることである。¹⁵⁾ したがって、本論における対象理解はその双方をリンクするものである。

○黒田研二，藤林千春，新庄文明，大湊茂，多田羅浩三，
朝倉新太郎（阪大公衆衛生）丸山創（八尾保健所）

精神科医療供給体制の問題点として、長期在院患者の病院への沈黙とリハビリテーション活動の不備、医療機関の偏在および医療の継続性が保障されていないこと、病院の閉鎖性、過密入院、職員の不足、救急医療体制の不備等が指摘されている。ここでは各種の行政資料（昭和57年度）より、大阪府における精神科医療供給体制の問題点の一部を具体的に検討したい。

1. 地域の医療ニーズと医療供給のギャップ
大阪市は同市を除く大阪府下（以下府下）に比べ人口万対同意入院件数が多く（図1）入院医療ニーズが高いといえる。府下の医療ブロック別人口万対精神病床数を図2に示した。大阪市内には単科精神病院はなく精神科病床は一般病院に計357床あるのみで人口当り病床数は極端に低い。精神衛生法による一般申請（23条）警察官通報（24条）の件数をみると、府全体57年度499件のうち大阪市からのものが275件（55%）あり、人口当りの率になおすと大阪市（人口万対1.05）は府下（同0.38）の2.8倍となる。このような緊急に対応すべき事例発生も大阪市が府下より多いにもかかわらず、入院病床や救急体制の不備のために対応が十分とはいえない。人口万対通院医療費公費負担件数は、大阪市42.9に対し府下39.4で、通院医療のニーズも大阪市が高い。大阪府にある精神科を標榜する一般病院（49か所）と診療所（108か所）の約半数は大阪市にあるので同市における通院医療の供給は比較的整ってきているといえるが、退院後のアフターケアの場合には、入院治療との継続性が医療施設間の連携によって保障されなければならない。

2. 精神病院の平均在院日数および関連する要因
精神衛生実態調査によると精神病院在院患者の65%を罹病期間10年以上の慢性患者がしめるに至り、リハビリテーションの遅れが指摘されている。府下の49の精神病院ごとの平均在院日数を求め、在院患者疾患構成、入院形態（費用区分）構成、病院医師・看護者の率との関連性を検討した（表1）。平均在院日数は、最も少ない病院で95日、最も長い病院では1,439日、49病院の平均は577日であった。平均在院日数と各種の因子との相関係数を計算すると、「分裂病入院比率」と強い正相関、「100床当り医師数」と強い負相関を示した（図3）。

また「措置入院比率」「生活保護入院比率」と正相関を示し、「自由入院比率」とは負相関を示した。病院報告による全国の精神病院100床当り医師数は3.5（常勤1.5，非常勤2.0）で、経年的には常勤医師数は低下する傾向にある。大阪府49精神病院の100床当り医師数（常勤換算）の平均は2.5で、2.0未満15病院、2.0以上3.0未満19病院、3.0以上15病院であった。今後、精神病院の平均在院日数を短縮させ社会復帰活動を促進するためには、マンパワーとくに精神科医師の増加をはかる必要がある。また、「自由入院」にみられるような患者自身の意志による入院を普及させるべく、病院関係者と行政当局が努力する必要がある。

図1 同意入院率の推移

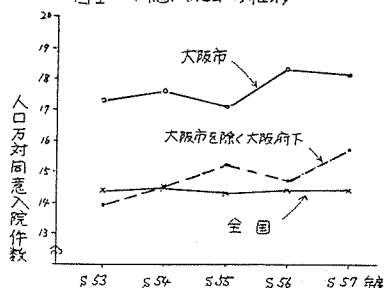


図2 大阪府の地域別人口万対精神科病床数（'55年度）

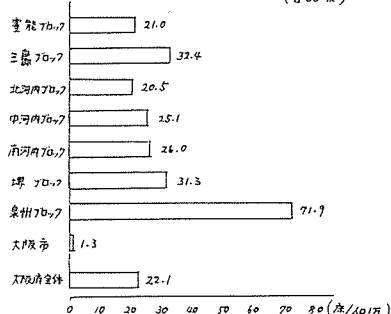
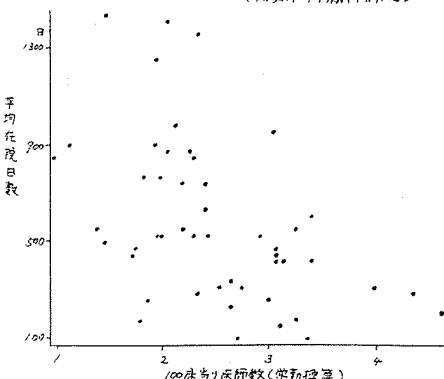


表1. 平均在院日数と各種因子の相関（大阪府49精神病院）

各種因子	相関係数	有意性
分裂病入院比率	0.5094	***
器質精神病入院比率	-0.0553	
中毒性精神病入院比率	-0.4097	**
措置入院比率	0.4071	**
生活保護入院比率	0.3777	**
自由入院比率	-0.3145	*
100床当り医師数	-0.4763	***
100床当り看護者数	-0.0611	

* $P < 0.05$, ** $P < 0.01$, *** $P < 0.001$

図3 平均在院日数と100床当り医師数の関係（大阪府49精神病院）



大阪府における精神科疾患 救急実態調査について

○ 大湊 茂 (大阪大学公衆衛生)
松本 明宏 (大阪府医師会)
長尾 喜八郎 (大阪精神病院協会 : 河崎 茂会長)
角辻 豊 (大阪精神診療所医会 : 大原和雄会長)

【はじめに】 大阪府医師会にあっては従来から、一般的疾患に関する救急医療体制の整備に積極的な取り組みがなされてきた。しかし、精神科疾患については人権問題の絡みもあって、行政と歩調をあわせようという慎重な対応が必要との認識の下に、救急体制の整備の準備を行ってきた。現在、大阪府下の精神障害者は、入院が約2万人、通院が約3万人で、潜在患者も含めると約10万人と推定されている。昨年度の、主に救急病・医院を対象とした1週間にわたる特定疾患の時間外救急に関する調査では、精神科救急の件数は極めて少いとの結果を得た。そこで今年度は、精神科疾患に関して、一般病院・精神科診療所・精神病院にアンケート調査を実施したので、その結果を中心に報告したい。

【方 法】 昭和60年2月を期して、各施設に郵送で配布、回収を行った(精神病院については、大阪精神病院協会を通じて配布)。調査内容は、前年度一年間に各施設を受診し、救急入院の必要ありと認められた精神科疾患患者の件数、各施設の抱える問題点や悩み、救急体制整備を実行するにあたっての要望や注意点などで、上記3施設群ごとに調査票を作成、集計した。

【結 果】 対象数・回答数については〔表1〕のごとく、高い回答率であった。説明項目が多岐にわたるので、その一部を以下に記す。一般病院においては、精神科疾患に対する自院のみでの対応は困難である例が多く、その取り扱いの際に困ることでは、〔表2〕のごとく、受け入れ先病院の確保が23.9%と最も大きい。精神科診療所においては、身体的合併症のために、他の医療機関に受け入れを問い合わせた際、拒否的対応を受けた経験では、〔表3〕のごとく、「しばしば」・「たまに」の両方で56.6%と高く、救急に限らず、身体的合併症にも対処しうる総合病院を待望する声が高い。

表5 救急体制への取り組みについて

	精神病院	精神科診療所
積極的に取り組みたい	43.9%	35.8%
特定の事柄には協力したい	34.1	20.7
消極的である	2.4	32.1
その他(重複回答を含む)	19.5	11.3

精神病院において、夜間の受け入れて気になることは、〔表4〕のごとく、「身体的合併症」に次いで「法律手続きが円滑に機能しない」ことが注目される。救急体制への取り組みについては、〔表5〕の結果を得た。

【おわりに】 〔図1〕には、大阪府を11ブロックに分け、そのブロックごとの精神病院へ救急入院した患者を紹介してきた機関ごとの内訳を示した。大阪市内(計4ブロック)には、精神病院は存在しないので、府下7ブロックについてのクロス集計になっている。救急告示病・医院の占める割合は低く、昨年度の調査結果と符合する。自由記入欄での指摘もあったが、府民は「精神科救急は専門科に」との認識を持っていることは明確である。保健所・福祉事務所や警察・消防の役割も大きく、次段階での調査計画とも併せて報告したい。

表1 対象施設数と回答数

	対象数	回答数	回答率%
一般病院	508	366	72.0
精神科診療所	70	53	75.7
精神病院	49	41	83.7

表2 一般病院で精神疾患への対処で最も困ること

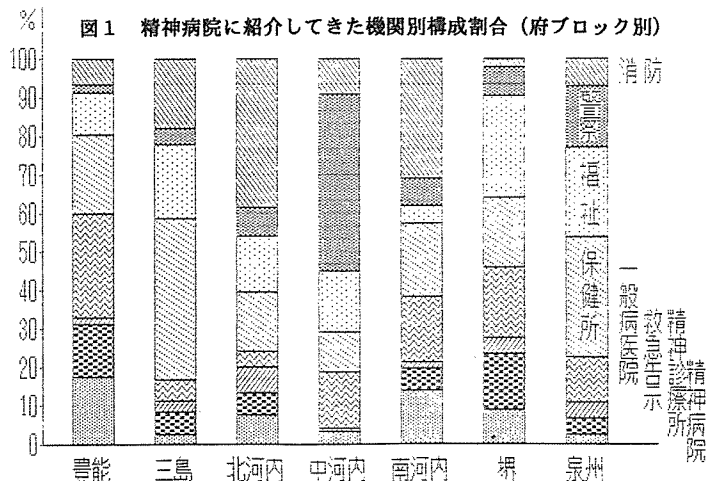
受け入れ病院の確保	23.9%
他の入院患者の療養を妨げる	22.8
「精神疾患」を家族が理解しない	3.2
患者の家族に連絡がつかない	3.3
治療方針に迷う	10.9
危険を感じる	3.6
看護婦等、スタッフが怖がる	6.0
病室がない	20.1
法律手続きが複雑	1.0
その他	2.6
無回答	2.7

表3 身体的合併症のために、他の医療機関に受け入れを問い合わせた際、拒否的対応を受けた経験(精神科診療所)

しばしば経験する	24.5%
たまにある	32.1
一度もない	35.8
その他(重複回答を含む)	5.7
無回答	1.9

表4 夜間に、他医療機関等から救急患者を受け入れる際に最も気になること(重複回答)(精神病院の場合)

他の入院患者の療養を妨げること	18.2%
「精神疾患」であることを家族が理解しない	9.1
家族に連絡がとれない	9.1
収容すべき部屋がない	7.8
法律手続きが円滑に機能しない	23.4
身体的合併症に対処できないことがある	28.6
その他	3.9



講演

地域精神衛生活動の回顧と展望

— その現状の理解のために —

神奈川県精神衛生センター 所長

石原 幸夫

1. 地域精神衛生活動について。

地域精神衛生活動とは何か。これをどう捉えるかは容易な問題ではない。精神病院の外での精神衛生活動とおおむねに定義すると、わが国の地域精神衛生活動はるかに大別することができよう。1つは保健所（精神衛生センターを含んで）を中心とした活動（公衆衛生活動）、2つは精神障害者の家族会などを中心とした活動（ボランティア活動）、そして3つは精神病院を中心とした活動（院外リハビリテーション活動）である。このうち、定められた地域全体をカバーすることを意図して組織的な活動が展開されているのはいうまでもなく保健所の精神衛生活動である。この意味ではわが国の地域精神衛生活動とは保健所の精神衛生活動であるといつてよい。

昭和41年に示された保健所の精神衛生業務運営要領には次の活動の実施が示されている。

- | | |
|--------------------|----------------|
| (1) 実態調査 | (2) 精神衛生相談 |
| (3) 訪問指導 | (4) 患者クラブ活動の援助 |
| (5) 衛生教育および協力組織の育成 | (6) 関係機関との連絡協調 |
| (7) 医療保護関係事務 | |

これらの活動は当時の保健所にとつては医療保護関係事務を除いて全く新しい経験で歓迎される存在ではなかった。

2. 地域精神衛生活動の生立ちと現状

わが国における地域精神衛生活動は昭和40年の精神衛生法の改正によって誕生した。すなわち在宅精神障害者訪問指導体制の確立というのがそれである。ライシャワー事件が法改正の契機となったが、この事件はわが国の地域精神衛生活動の初期の目的を示唆するものとして重要である。それは在宅精神障害者の医療保護ということであつた。精神医学的には外来患者（out-patient）のアフターケアということであり、公衆衛生の立場では在宅患者（ex-patient）の訪問指導ということである。当時関係者の間では「受診勧奨」、「服薬管理」という言葉がよく使われたが、それはこのことを物語るものであつた。

しかしながら、家庭訪問を初期の目的とした保健所の精神衛生活動は、その後徐々に変化することになった。変化をもたらした最大の要因は精神医学の側の条件にあつた。すなわち精神病院におけるリハビリテーション医療の導入である。しかしこの病院医療の変革は結局のところ成功しなかつたといわざるを得ない現状ではあるが、当時としてはわが国の地域精神衛生活動の発展という大きな要因になったといつてよい。国から示された次の指示は保健所の活動の変化のあとをたどることができよう。

- (1) 精神衛生都市対策事業（昭和45年）
- (2) 精神衛生センターにおけるデイケア事業（昭和47年）
- (3) 保健所における社会復帰相談指導事業（昭和50年）
- (4) 精神衛生センターにおける酒害相談指導事業（昭和54年）
- (5) 通院患者リハビリテーション事業（職親制度）（昭和57年）
- (6) 保健所における老人精神衛生相談事業（昭和58年）
- (7) 心の健康づくり推進事業（昭和60年）

すなわち、昭和47年にはA級精神衛生センターにデイケア活動が行なわれ、昭和50年にはリハビリ

テーションを重視した相談活動の実施が保健所に要望された。昭和54年には精神衛生センターを中心にいわゆるアル中の地域対策が計画され、昭和57年にはりハビリテーションのための職親制度が導入されている。また昭和58年には痴呆老人の相談活動が保健所業務の中に加えられることになった。そして昭和60年には神経症や不適応障害を対象とした心の健康づくり活動が精神衛生センターを中心に展開されることになっている。

これらの諸活動が実施の段階においても、全国の保健所および精神衛生センターにおいて一様に取りあげられ、そのレベルが向上したというわけでは勿論ない。しかしこの20年の経過の中で、わが国の地域精神衛生活動は大きく転換していることが理解できよう。すなわち、そのターゲットは、在宅患者の医療サービスから地域（家庭）の中でよりハビリテーション・サービスへと移り、その対象疾患は専ら精神分裂病にこだわるのではなくて、アルコール依存症や痴呆性老人にも拡大し、援助形態は個別的な対人保健サービスの形態と併せて、集団による援助モデルが積極的にとりあげられるようになってきた。精神衛生相談および訪問指導をルティン・ワークとしながら、クラブ活動、デイケア活動そして共同作業活動などの集団による援助活動が行なわれるようになり、さらには地域家族会、地区断酒会などの地域組織育成の重要性も認識されるようになってきた。

精神障害といえば入院の手だてしかなかった四半世紀前に比べれば大きな発展のあとがみられるといってよい。公衆衛生が精神衛生の中で果してきた役割は、公衆衛生当事者の不承不承に関係なく、大きなものがあつたといってよい。しかし現状は、とり残してきた未解決の問題が累積し、わが国の地域精神衛生活動は今低迷期にあるといってよい。

3 地域精神衛生活動の課題

1) 精神衛生対策が国の健康政策の中でプライオリティを獲得していないこと。このことは根本的には国民の精神衛生に対する差別と偏見に由来しているといつてよい。特に学校教育を中心にして全国民に対する積極的な啓蒙普及活動が必要であること。

2) 精神医療関係における法体系の不满について。今日の精神医療は医療と福祉の協調によってその実効が図れるものであるのに、社会復帰を中心とした生活福祉体系が殆んど整備されていない。特に、その中心的役割を担う精神衛生法は今日なお入院中心主義であること。

3) 病院精神医療における後進性について。地域精神衛生活動の発展は精神病院医療の開放性を前提にしてはじめて成立するといつてよい。宇都宮事件に象徴される日本の病院医療の後進性はわが国に地域精神活動が根づく土壌が存在するのかどうかを疑わせる。これに類似した行動特性を持っている精神病院医療の改革が必須であること。

4) 公衆衛生活動の低迷性について。公衆衛生活動の実践の場である保健所のアイデンティティの衰失傾向と活力の低下である。今日の保健所活動の転換期がその要因になっていると考えられるが、地域精神衛生活動にとっては第一線活動の低下につながる可能性があること。

5) マンパワーおよび予算の不正について。保健婦、医療ソーシャルワーカー、精神衛生相談員などの精神衛生に関連するスタッフが慢性的に不足していること。行革その他の政治社会情勢の変化に予算の不足と併せて、これら関係スタッフ不足に一層拍車をかけていること。

第 1 日

第 二 会 場

新開省二（昭和59年度国立公衆衛生院専門課程・愛媛大医・衛生）

芦沢正見（国立公衆衛生院疫学部）

天明佳臣（神奈川県勤労者医療生活協同組合港町診療所）

〔はじめに〕我が国は、近年年間 20-30万トンの石綿を海外から輸入しており、国内における石綿の加工・製品化およびその製品の利用と最終的な廃棄の各過程で、多くの労働者や一般住民が石綿に接触しており、その健康影響が懸念されている。しかし、その実態把握は不十分と言わざるを得ない現状である。そこで、我が国で石綿製品を利用する代表的な産業の一つである造船業に従事する労働者における、石綿曝露による健康影響の有無を明らかにする目的で、疫学的断面調査を行なった。

〔対象〕横須賀市内の大手U造船所を昭和40年代初期に退職した労働者 104名（平均年齢 69.3±3.1 S.D.歳、U造船所平均従事年数 30.3±7.8 年；以下造船群と略す）と、かつて造船業に従事したことのない同地域の同年代の対照者 65 名（平均年齢 67.5±5.1 歳；以下非造船群と略す）である。

〔方法〕上記対象者に対し、アンケート調査（自記式）と健康診断を実施した。アンケートでは、詳細な職歴、呼吸器系感染症（長期化した感冒、気管支炎、結核）の既往、自覚症状（息切れ、せき、たん；BMRCの各項目に準ず）を尋ね、健康診断では胸部単純X線撮影、肺機能検査および胸部聴診を行なった。得られた胸部X線写真は「ILO 1980じん肺X線写真国際分類」に従い、2名の専門医が独立して盲読影し、異常小陰影、びまん性並びに限局性の胸膜肥厚（肋横角部は除く）および胸膜石灰化の有無を調べた。胸部聴診は、2名（一部は1名）の専門医が独立して深呼吸聴診を行ない、左右の肺底部6

箇所における fine crackles およびその他の rales の有無を調べた。

〔結果〕調査結果の概要を表1に示す。

1. 造船群と非造船群との比較 造船群全体を非造船群と比較すると、長期化した感冒、気管支炎や肺結核の既往、%肺活量低下、両側性 fine cracklesの聴取、および胸部X線写真上の不整形小陰影、胸膜肥厚と胸膜石灰化の各異常所見が多かった。

2. 造船群内の、石綿曝露強度で分けた職種別サブグループ間での比較 造船所で石綿を直接取り扱った職種(++)、直接取り扱うことはないが(++)と同じ現場で作業した職種(+)、それ以外の現場職種(+)と事務(-)とに分けて結果を比較すると、長期化した感冒の既往、%肺活量低下、不整形小陰影、胸膜肥厚および胸膜石灰化を認めた割合は、(+)あるいは(++)の職種に従事していたサブグループほど高かった。

〔まとめ〕%肺活量低下、聴診上の fine crackles、胸部X線写真上の不整形異常小陰影、胸膜肥厚および胸膜石灰化は従来より石綿曝露との関連性が指摘されている異常所見である。これらが、対照群に比べて造船群に高率にみられたこと、また造船群内でも石綿曝露強度の高い職種に従事していたサブグループほど多かったことから、造船所退職労働者に、過去の造船所における石綿曝露による健康障害が及んでいると考えられる。

なお、本研究は小林陽子、谷聡子、簡野芳樹、秋沢より子、里見宏、光山玲子、大竹てふ子、内田美津子、

石井ひとみ、田村成人（昭和59年度国立公衆衛生院専門・専攻課程）との共同研究であり、簇野脩一、養輪真澄、藤田利治、伊藤国子、渡辺征夫（国立公衆衛生院）の先生方の御指導を賜わった。また、専門的助言を頂いた、三浦淳太郎（横須賀共済病院）斎藤宜照、信友浩一、細田裕（国鉄中央保健管理所）の先生方に感謝する。

表 1 健康調査結果の概要

		非造船群	造船群(104名)			
		(65 名)	全体	(-) (+)	(+) (++)	
既往症	長期化した感冒	3.1%	10.6%	6.4%	11.5%	16.7
	気 管 支 炎	3.1	9.6	8.5	7.7	13.3
	肺 結 核	10.8	16.5	12.8	23.1	16.7
自覚症状	息 切 れ	21.5	20.4	29.8	12.0	10.0
	せ き	24.6	20.2	21.3	15.4	23.3
	た ん	30.8	28.4	23.4	34.6	36.7
肺機能	%肺活量低下	3.1	10.7	8.5	12.0	13.3
	一秒率低下	4.6	3.8	2.1	7.7	3.3
胸部聴診	両側性 fine crackles ^{***}	4.6	38.8	38.3	42.3	34.4
	その他の rales	23.1	28.2	25.5	38.5	24.1
	不整形小陰影*	1.5	10.6	6.4	11.5	16.7
胸部X線写真	胸 膜 肥 厚***	21.5	59.6	51.2	61.5	73.4
	胸膜石灰化*	7.7	23.1	14.9	23.1	36.7

造船群（全体）V.S. 非造船群

* 0.01 < p < 0.05

*** p < 0.001

○ 内田比佐夫

(淀協社医研 西淀病院)

(はじめに)

近年、出稼ぎじん肺および旧炭坑地帯でのじん肺問題が多数報告されている。西淀病院では外来診療で、漸次じん肺患者が増加したので、大都市部に出稼ぎじん肺・旧炭坑鉱山地帯でのじん肺患者が拡散しているのではないかと考え通院患者を中心に調査事例検討を行なった。

(対象と方法)

西淀病院で過去５年間にじん肺の管理区分を申請した患者および通院患者計１５名を対象に、診療録・面接・電話調査で紹介経路、暴露歴、労働条件、作業条件、管理区分、生活状況などを調査した。

(地域と病院の概況)

西淀病院のある大阪市西淀川区は兵庫県尼崎市と接した全国有数の公害地帯である。区内人口9万人余り、所帯数3万余りで工業事業所数は1868

うち従業員29名以下の事業所は1483 89%をしめる。(84年大阪市統計) 西淀病院は220床、外来一日平均500名 内科、外科、小児科、整形外科、泌尿器科、産業医学科(職業病外来)をもつ。

産業医学科の患者疾患別比率（84年3月通院の295名）は頸腕、腰痛が計86.1%であり、じん肺は2.4%である。

(結果)

15名中、鉦山削岩 2名、ずい道削岩 3名、炭坑 3名、ガラス炉解体 1名、溶接 1名、黒鉛 粉碎 1名、ガラス原料調合 2名、ハツリ工 1名、鑄物工 1名であった。

15名中14名が随時申請であった。管理区分は2が3例、3が5例、4が6例、申請準備中1例であった。離職者13名の内検診受診した者1名であった。雇用形態は本雇2名不安定就労13名であった。暴露歴は最短5年最長40年であった。

表 1 に炭坑、鉱山、出稼ぎじん肺 8 例のまとめをしめす。8 例はすべて随時申請でそのうち離職時検診を受診した者は 1 名であったが結果は本人にしらされなかった。6 例は粉塵作業離職後大阪で就業したがその内職域検診で発見された者 1 例であった。症状発現悪化、近医に受診した 5

例はいずれも初回の医療機関でじん肺の診断をうけられなかった。職歴を問診したところは皆無であった。表2に阪神間の炭坑離職者の雇用促進住宅をしめす。過疎地出稼ぎじん肺地帯、旧鉱山炭坑地帯では就業困難、患者の高齢化で都市の子による扶養などで大都市部にこれらのじん肺患者が拡散しているのではないかと推察される。

(ま と め)

じん肺患者の受診状況の調査より、大都市大阪における炭坑、鉱山、出稼ぎじん肺患者の拡散とその対策の遅れが推察された。

表 1 炭坑、ずい道工事従事者 8 例一覽

事例	年令	業 出 身 作と地	暴露歴	区分	雇形 用態	肺経 の定	確路 紹診
1	60 歳	炭坑掘進 (天草)	12 年	3	下請	友介 入で	紹診 の受
2	66 歳	炭坑採炭 夫み(大島)	19 年	4	下請	工で 指摘	診肺 検ん
3	79 歳	炭坑掘進 夫(長崎)	24 年	4	下請	81 年の 断の	診先で に行院
4	51 歳	ず岩高 い(岡道 高郡)	7 年	4	下請	転肺 確生 定	数で 多検
5	56 歳	ず岩県 い(豊後 大分)	25 年	4	下請	検査 悪健	忌保診 嫌し受
6	56 歳	ず岩三 い(好道 徳郡)	20 年	3 合併	下請	振療へ 動で受	治阪 病大診
7	62 歳	鉾員山 (愛媛 県)	31 年	3 合併	本雇	職受 離業病	就動で 後振診
8	65 歳	鉾岩山 鉾岩山 嶺員よ 鮮制連	5 年	申請 準備中	S 15 20 まで 従属 S ～年 で事 軍	結締 癒症 知介	診治後 化紹診 とれ言 悪の受

1例のみ離職時検診あり

表 2
阪神間および西淀川区の雇用促進住宅

世帯 3044
地 地 32
団 団 15
下 下 54
居 居 は中
府 府 県
庫 庫 舎
宿 宿 入
も 在
大 大 兵
兵 兵 島
島 島 現
地 地 地
出 出 出
後 後 後
団 団 団
の の の
職 職 職
19 12 19
内 内 内
離 離 離
賀 賀 賀
下 下 下
区 区 区
坑 坑 坑
滋 滋 滋
川 川 川
川 川 川
炭 炭 炭
都 都 都
良 良 良
淀 淀 淀
が が が
京 京 京
奈 奈 奈
西 西 西
帯 帯 帯

東京S区における学校給食調理員の労働と生活 および健康に関する調査

0牧野 忠康 石川 孝夫 色部 祐
(東京社会医学研究センター)

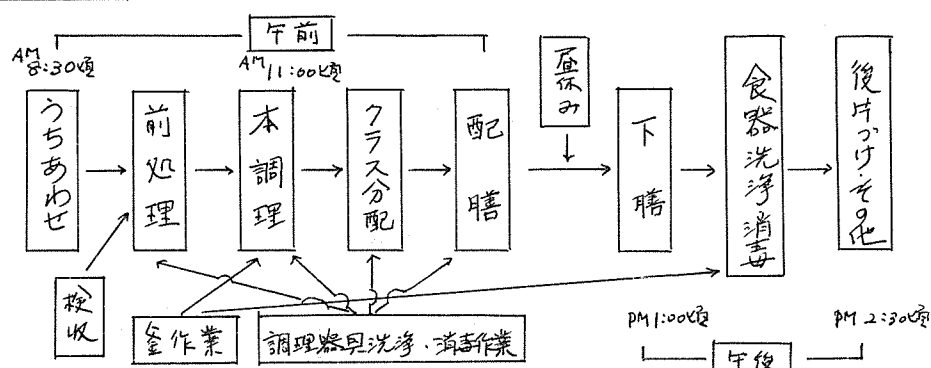
I はじめに 学校給食調理員においては、頸肩腕障害、背腰痛症、手や皮膚の疾患、外傷、火傷等の多いことは、従来より多くの調査研究がおこなわれ発表されてきている。調理員の労働条件、作業環境、作業姿勢等には、調理場の規模、設備、献立等と関連（労働衛生学上および社会医学的な多くの問題を包含しているものと考えられる。

II 調査の目的 調理場の作業環境状況と疲労、健康障害、災害の発生との関連性、作業態様による腰痛、頸肩腕障害等の発症との関連が心配される設備や構造面での問題等について、社会医学的な検討をおこなう。調理員の健康対策をすすめる上で必要な基礎資料をうること。

III 調査の方法 1. 環境衛生条件の測定（'84年7月、'85年2月）。2. ビデオ観察による作業内容に用連しての身体活動の分析（'84年7月、'85年2月）。3. 健康診断（'84年7月）。4. 質問紙調査（'84年7月）

IV 調査結果の概要

1. 学校給食調理業務の流れ



2. アスマン通風 乾燥計測結果

<BN学校の例>

	夏 (84.7.3)	冬 (85.1.28)	夏 (84.7.3)	冬 (85.1.28)	夏 (84.7.3)	冬 (85.1.28)	夏 (84.7.3)	冬 (85.1.28)
(註) 上段: 温度	26.7 ± 0.59 (25.8) °C	8.4 ± 1.30 (1.8) °C	30.9 ± 1.89 (28.6) °C	13.3 ± 1.25 (5.6) °C	28.7 ± 0.30 (28.6) °C	11.1 ± 1.25 (9.8) °C	30.6 ± 1.59 (28.6) °C	12.0 ± 0.34 (10.8) °C
(註) 下段: 湿度	80.0 ± 4.00 (85.0) %	78.2 ± 7.82 (85.0) %	64.3 ± 5.12 (62.0) %	79.0 ± 5.65 (67.0) %	73.0 ± 1.00 (67.0) %	73.7 ± 4.04 (75.0) %	71.7 ± 4.61 (67.0) %	80.3 ± 6.80 (62.0) %

3. アンケート調査結果（'84.7実施） N=277（小学校40校182人 中学校112校95人、回収率100.0%）、応答者の属性は、年齢：40歳以上が81.6%をしめ、50歳以上では37.2%と中高層が多く、給食調理員としての経験年数では10年未満が44.0%、10年以上が55.2%となっており、60%の者は主たる家族支持者であった。健康での自己評価は「健康」「まあまあ」としたものが70.8%であった。「翌日になっても疲れがとれない」と疲労の蓄積傾向を訴えたものが53.8%で、「仕事の姿勢で疲れがひどい」=71.5%、「仕事の動作で疲れがひどい」=74.7%、「仕事で精神的に疲れがひどい」=49.8%、という結果であった。自覚症状としては、「首、肩がこる」=76.9%、「腕がだるい・重い・痛い」=71.1%、「背がこる・腰が重く・痛い」=71.8%、「足がだるい・重い・痛い」=72.2%、「手指・腰・足が冷える」=55.2%がマースト5である。

V まえめ 作業条件・環境、作業動作・姿勢と健康影響の問題では、疲労対策と中高年対策および婦人対策などが有効かつ重要な課題であることが示唆された。今後、労働衛生学的な対策とともに社会的・社会心理学的な対策が必要であると考えられるので、調査研究を深めたい。

○ 櫻井忠義(夕留米大・医・環境衛生)

民有林労働者の生活状態と健康についての全国的特徴と地域性をみるために北海道、関東、関西、九州から一地区づつを選び、民間林業に従事する現職者に対し、現在の労働条件、生活条件、健康状態を質問紙表を用い聴き取り調査を行った。全国的な傾向として40才未満の労働者が1割にみえず、高齢化が進んでいる。仕事は10才未満のところが55%を超え、5才未満の事業所でも約1割の人が仕事をしていて、関東、関西でこの傾向が大きい。

年間作業日数からみても又、兼業の有無からみても、ほぼ専業に等しい林業労働者が殆どであるにもかかわらず、賃金形態は出来高制又は固定日給制の者が殆どで、月給制の下で働くものは約2%に過ぎない。こうした賃金形態のため、1日作業時間、1日工具取扱時間、年間労働日数はより長くなる傾向にある。現役の労働者でありながら、振動工具

取扱による症状がみられ、レイノー現象、手指のしびれ、手指の冷えが、かなりの率でみられている。こうした症状は工具取扱年数との関連が強い。手指のしびれ、冷えについては、この他に職場先をよく変える人達、年間作業日数、1日の作業時間、1日使用時間、單車通勤との関連が強くみられた。しかも、約3割の人達が特殊健診を受けず、職場を転々としている。

民間の林業労働者は森林組合や製紙会社、製材会社に雇われた労働者及び1人親方である。農業と兼業の者も少なくないが大多数が専業に近い林業労働者である。専業労働者が多いにもかかわらず、就業形態が明らかでなく、仕事が下請された時のみの期間労働者の色彩が強く、労働条件、雇傭条件の近代化が遅れ、労働福祉対策からも疎外されることが多かった。労働条件は整っておらず、雇傭も不安定な中で、出来高制の下で長時間労働をよぎなくされている。現在の状況では民間林業に従事する若年層の育成、確保が困難で、林業労働者の高齢化が進み、山林事業自体の後退が、

優慮される。

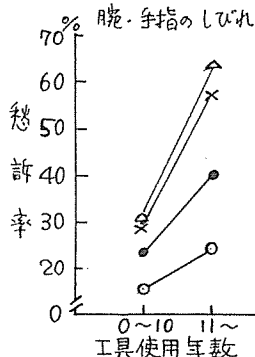
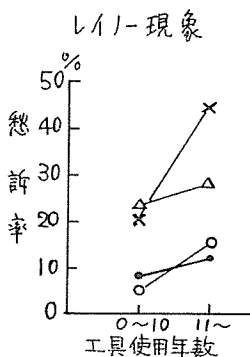


表1. 勤務先従業員数

管内人数	1~4	5~10	11~20	21以上	計
北海道	16	93	73	68	250
関東	14	49	8	11	82
関西	9	45	3	11	68
九州	6	18	22	6	52
計	45	205	106	96	452

表2. 年齢層

地域	15~29	30~39	40~49	50~59	60以上	計
北海道	4	30	86	140	39	299
関東	2	7	35	66	19	129
関西	0	11	32	55	14	112
九州	2	4	18	40	24	88
計	8	52	171	301	96	628

表3. 年間労働日数

地域	150以内	151~200	201以上	計
北海道	40	96	159	295
関東	44	30	56	130
関西	13	38	40	91
九州	24	10	41	75
計	121	174	296	591

表4. 通算の1日作業時間

地域	8時間以内	8時間超	計
北海道	242	45	287
関東	108	19	127
関西	44	46	90
九州	68	7	75
計	462	117	579

表5. 賃金形態

地域	出来高制	固定(月給)	固定(日給)	出稿+固定	計
北海道	145	2	111	27	285
関東	54	2	57	9	122
関西	51	0	33	8	92
九州	20	6	40	4	70
計	270	10	241	48	569

表6. 事業者の行う健康診断の受診

地域	受けた	受けていない	計
北海道	265	30	295
関東	82	48	130
関西	51	47	98
九州	52	27	79
計	450	152	602

振動障害の病像に関する議論 について

○ 松本忠雄（名市大・医・公衛）

近年、国際的にも国内的にも振動障害の病像に関する議論が活発になってきている。そこで、振動障害の病像についての記録をたどり、今後、この議論の有効な発展方向について考察した。

I. 我が国の振動障害に関する古い記録

①1934年 鯉沼荪吾著、鉄塔書院出版「職業病」の第14節 震動に因る疾患 には、「圧搾空気機による穿孔作業、鋸打作業に従事する者は1分間数千回の震動が右手より右肩に伝わるため、右肩関節の腫張、疼痛、運動障碍起り、頭痛、睡眠障碍を伴ひ作業不能となる。（中略）手の血管運動神経の興奮が起り、手の血液循環の障害となり、寒冷に会うときは特に之が甚だしく宛も死人の手の如く冷たく蒼白になるものがある。」と述べている。

②1938年 鯉沼荪吾、保健衛生協会版「職業病と工業中毒」第43章 運動器の疾患、第1節 「振動による疾患」にも、「…此の外作業者の訴ふる自覚症状としては、疲れ易いこと、頭痛、睡眠障碍、消化障碍等の神経症状であり、作業手の肥厚、滑液囊炎、腱鞘炎、聴器障碍等も見られる…」とある。

③1938年 村越久男の原著 「圧搾空気使用機に因る身体的障碍について」の中に、本病の主要症候として1. 倦怠、不眠、筋肉の凝り等、2. 血管運動障害 を含む、7項目の症状をあげている。また、臨症例として、45才の男で21年間打鋸機を扱った労働者の主訴として「激しき頭痛、右上膊より前膊、手指に互るシビレ感及びズクズク刺す様な筋肉痛、右指の機能障害」を記している。またこれらの諸症状と並んで「右上肢において血管運動障害、血管痙攣の為、指特に小指、無名指の感覚鈍麻があり、指の屈伸にさいしコワバリ感あり。握力の減退を認む」などの記載あり。

II. 労働省の見解

1971年12月 労働省労働基準局編著「業務上外認定の理論と実際」第十節 さく岩機、鋸打機等の使用により身体に著しい振動を与える業務による神経炎その他の疾病 の中に「…局所的に循環障害（手の血管運動神経の障害による血行障害）、関節障害（肩関節、肘関節の腫張、疼痛、変形）、筋肉、腱障害（筋肉痛、筋萎縮、腱肥厚）等を発生し、また全身症状として疲労、不眠、消化障害を起すことがある。」と記載あり。

III. 我が国に知られる主な振動障害症度分類（NG：全身症状を考慮に入れない分類法）

1956年 アンドレワ・ガラニナ分類	1976年 労働省治療通達分類
1974 林災防検診委員会分類	1978 林野庁対策研究委員会分類
1975 高松・的場 分類	1982 岡田・鈴木 分類（NG）
1975 Taylor-Pelmeur 分類（NG）	1983 全運職業病研究会分類

IV. ロンドン シンポジウムの内容と今後の方向

1983年3月末、ロンドンにてICOHの物理的環境因子に関する学術委員会主催のシンポジウムが開催された。日本から参加した4名の学者の中、岡田氏はこの会議の模様を私見も混えて報告した（北陸公衛誌10巻1号）。その中に「この会議は振動障害の診断基準に関して、自律神経系の症状をも包含することに対して、ソ連からはじまり日本でもそれを主張するむきがあるのに対して、欧米では否定的であり、そのために国際的な意見統一を目ざしたものと解され、ソ連からの出席者がなかったため、日本にその批判が集中したような感があった」と述べている。会議後には、この会議の事務局を務めたGemneから、会議の合意書案を送付してきた。その要点は、「振動暴露の結果、中枢神経系機能に慢性の不可逆的変化が起るという説は科学的に立証できなかった」として、「自律神経系の影響を振動障害に含めず、他方、騒音から情緒的因子までのさまざまな自律神経系の障害は振動影響と区別する」こと、そして結局、「レイノー症候、運動・支持系の障害、末梢神経障害などを振動障害として確定する」ことであった。この提案に対しては、参加者の一部から強固な反対意見が出されたためか、議事録の中には掲載されなかった。

今日の段階で、中枢神経系や自律神経系の障害についての科学的資料を収集して、明確な根拠を構築することが必要と考えられる。

高松 誠 (労働医学研究所)

はじめに： さく岩機、鉋打機、チェーンソーなど振動する工具や機械を扱う労働者に発生する健康障害を振動病または振動障害という。

特に戦後、昭和30年ごろから、わが国の林業で広く使用されたチェーンソーによる障害は白ろう病として社会的問題となり、昭和40年代から50年代にかけて多発し、今日では労働衛生分野において重要な職業病の一つとなっている。

チェーンソーによる振動病は欧米の林業国でも多発しており、これが国際学会で報告される時、欧米の研究者とわが国の研究者との間に振動病の概念において違いがあることが明らかとなってきた。今日はこの問題について述べる。

欧米とわが国の振動病の概念の違い

欧米の経緯をみると、戦前から圧縮空気工具(さく岩機等)の振動・衝撃による障害、主として骨・関節系の障害は法的に補償すべき職業性疾患とされてきた。

しかし、小型の内燃式工具(チェーンソー、草刈機等)が作られ、手持ちで移動ができる工具、機械で、振動は小さいが高い周波数の高エネルギーの振動に人体が暴露されるようになった。振動が質的に変化したことにより暴露される労働者へ現われる健康障害も、その病像を異にしてきた。

英国のテーラー(Taylor)を中心とする欧米の振動病研究は定着した骨・関節系の障害には触れず、チェーンソー使用による特異的所見から研究をすすめ、レイノー現象(振動による白指、VWF)を主徴とする末梢循環障害と病態の基礎としたのである。(TaylorのVWF分類)

西独は1929年(ぶ.4年)「圧縮空気もしくは他の動力源で動作する工具または機械を扱う業務における振動障害」を職業性疾患とした。

日本では昭和22年(1947)労働基準法により「さく岩機、鉋打機等の使用により身体に著しき振動を与える業務に因る神経炎、その他の疾病」を業務上疾病として認めるようになった。

後年、西独では内燃式工具の普及により、振動による手の循環障害を独立させている。英国でも同じ方式をとるが、日本では昭和53年(1978)に労働基準法施行規則第5条を改正し、振動の質的な差による病像の違いを職業病の中で分離させず、腰痛や頸肩腕障害などとともに身体に過度の負担のかつる作業性疲労の疾病として包括的に考えてきた。ここに欧米との振動による健康障害の考え方の上・具体的差がとってきた。

従って日本では「振動病は工具・機械・装置より発生する振動が主として人の手関節を介して伝達されてくるものであり、その病状は振動の物理的特性(大きさ、周波数、方向、暴露時間等)によって異なり、作業条件としての寒気、雨、機械・工具の重量、発生する騒音、作業姿勢、工具把持力など随伴する因子によって病状は増悪、修飾される」と考えられている。(日本産卫、振動障害委員会)

即ち、振動病の概念を、広義のチェーンソー使用による障害とするか、狭義の振動そのものによる障害とするか、のいづれかであり、後者には使用荷重とある。その他の労働による障害(例えば、頸肩腕障害、腰痛症、炭酸症、騒音による難聴、自律神経系障害など)これらをどのように含めるかということになる。振動影響以外の健康障害には職業影響なしとしていはいくつか、後者が明らかにしてくることになるが、予防対策のことを考えると、わが国の振動病の概念の方向は労働衛生的にはより合理的だと考えられる。この概念の上に基づいて病態の究明と行政措置が進められるべきであると考えている。

表. TaylorのVWF(振動による白指)の分類(1969)

- 段階 1. 一指のみ指先の蒼白現象、
- 〃 2. 一指又はそれ以上の指の蒼白現象、冬の寒気、
- 〃 3. 両手の指に蒼白現象、手足の麻痺と云、多くの場合、指のつけ根も及び、冬と同等、夏にも出現、
- 〃 4. VWFは重症ではなない、転換が必要

経過・現状・問題点

山崎満幾美（弁護団長）・小貫精一郎・宗藤泰而

山根良一・吉井正明・○永田徹

（いずれも神戸弁護士会所属弁護士）

一、当事者

原告らは、被告神戸造船所において、本工・社外工として、約4年間から40年近くの期間、ハッリ工・挟鉄工などの職種で、チップングハンマー等の振動工具を使用していたものである。

被告は、三菱重工業株式会社であり、船舶など重機械類の製造販売を業とし、神戸造船所を有す。

二、作業内容（例）

- 1、チップングハンマー、手持ハンマーで鋼板、型鋼を打撃し、歪取り、曲げ加工等の成型作業
 - 2、チップングハンマー、アングルグラインダー等を用いて、屋内や船台において、鋼板の歪取り、研削仕上げの作業
 - 3、鋼板の接続部位をチップングハンマーで打撃して、空隙を充填する作業
 - 4、チップングハンマー、スケーリングハンマー等を用いて鋳造部品のハツリ、仕上げ等の作業
 - 5、チップングハンマー、エアグラインダー等を用いて、鋼板のスケール除去錆打ち錆落し作業
- 三、被告会社の責任の主張（安全配慮義務違反・債務不履行・不法行為責任）

被告は、労働基準法1条、労働安全衛生法3、15、20、22、30条等の趣旨、条理により、従業員及び構内下請労働者に対しては、健康安全を保証し、職業性及び災害性の疾病の発生・増悪を防止すべき注意義務を負っているが、原告らに振動工具使用による振動障害発生が予測できたにもかかわらず、作業効率の向上のみを求め、振動工具を使用させる際には、使用時間の規制・防振装置の取付・健康診断の実施・作業環境の改善などをなし、障害の発生の予防措置をとることを怠り、長期間振動工具使用による振動に暴露せしめたことにより、原告らに重度の振動障害を発生せしめた。

四、損害

原告は合計11名であるが、うち山下敦夫は、大正元年生まれ昭和11年から45年まで本工（途中中断3年程あり）、以後50年まで社外工として挟鉄工の職につき、昭和47年ころから、冬期になると、親指を除く両手各指の才2関節までが青白くなり現存まで続く、同じころから頂部から右肩部右上腕にかけて、痛みを感じ、右手を動かすことが困難となった。その他歩くときの千鳥足、首肩のこり、難聴、耳鳴り、不眠、食欲不振、物忘れ、疲れやすいなどの全身障害に悩まされ、昭和55年に労災認定を受ける。この者は症度3度、2度から4度まで分布し、症状は類似する。他も同様。

五、被告の反論（要旨・一部）

- 1、具体的安全配慮義務を原告において主張すべし、振動工具の全てが有害というのか、その判断基準は何か、時間の長短を問わず使用させるなという主張か、
- 2、他の疾病や喫煙による影響否定できない、以前の職場での作業による発症も考えられる。
- 3、昭和22年の労基法施行規則も明確な医学的知見に基づいて制定されたものとは言い難く、振動障害に対する一般産業界の注意を喚起するまでには至らなかった。
- 4、振動障害を予防するための前提条件である振動そのものの把握方法についても確たる知見がなく、国際的にも確立した医学的・工学的研究に裏付けられた振動暴露基準が存在しない。
- 5、本件の如き振動障害はレイノー現象を主徴とする末梢循環障害、末梢神経障害及び骨、関節等の異常による運動機能障害という形で振動に直接暴露される手や腕に限局して発生する。
- 6、通常蒼白発作は作業的に起こらない。足趾にまで発症するなら耳や鼻に出てもよいのに報告例はない。足趾の蒼白は他の病気である。他の症状も他の病気や加齢によるものと区別されてない。

六、昭和56年7月提訴、公判26回、学者証人1名、担当医1名証言、以下鋭意続行中

小企業における鉛中毒問題において専門家の果たした役割

○ 平田 衛 (大阪府立公衛研・労働衛生)

田尻俊一郎 (淀川厚生協会・社医研)

原 一郎 (関西医大・公衆衛生)

はじめに：労働衛生の研究者が労働者自身の健康を守る運動に関わるとき、専門知識・技術を生かす機会を得、これまでの研究成果の実践的応用から一層研究の価値を高めることが可能である一方、研究者自身がテーマを見出すことも可能である。本報告では、労働者の運動に貢献するとともに、労働衛生学の進歩にも寄与した事例を報告する。

対象：大阪に本社があるD鉛化工機（従業員数約220名、うち7出張所に約70名）および一人親方を含む下請労働者である。同社は化学プラントの鉛ライニングを主とした耐酸加工および鉛管・鉛板製造などを業務とし、以前には故鉛精錬をも行っていた。

経過：第一期；1967年鉛工のS氏が小脳性失調をきたし発病。69年労働組合が鉛中毒との関連で取り上げ、諸所の医療機関に相談する中で田尻と接触。70年より会社側医師との医学論争が始まり、72年組合側医師の耳原病院のA医師の協力を得てS氏にEDTA誘発法を実施し、高濃度の尿中鉛量を認めた。その結果、73年3月労災認定がおりる一方、同月労組の自主健診（EDTA誘発を主）を10人に実施し5人に異常を認めた。

第二期；73年5月上記をふまえ、労組・会社間の協定締結（1.鉛作業者の精密健診、2.作業環境調査、3.これらを指導する産業医・公的機関の医師・組合側医師からなる医師団の結成など）に至った。1.は同年秋～76年に本社・出張所で、2.は本社のみで実施された。EDTA誘発法、神経伝導速度、ALA-D活性を含む精密健診の結果（表参照）、管理C（要治療）の労働者については労災申請がなされた。74年6月同社の鉛暴露労働者と下請労働者を中心に鉛産業労働者同盟が設立され、労組、医師団とともに鉛問題に取り組はじめた。以後、中毒患者の治療および作業環境の改善などの取組がすすんだ。

第三期；78年健康管理係を設け、ケースワーカーが配置された。同年第二回の鉛精密健診を実施し、報告会を行っている。この時期においては定期的な環境調査とEDTA誘発を含む患者の治療が行われた。しかし、都市再開発と業績不振に名をかりて会社は83年10月に閉鎖したが、第三回鉛精密健診を行い、散っていく労働者の健康について会社の責任を全うさせた。

考察：経過に見られるように労働組合の鉛中毒患者を守り、鉛中毒を撲滅してゆく運動は、全国の7出張所に分散し、下請を抱え困難な条件の小企業としては高水準にまでもっていくことができた。その背景には労組指導者が集めた医師団・専門家を中心に、1.鉛特別健診の項目設定・実施・判定、2.環境改善の指導、3.鉛中毒患者の治療などがおこなわれ、これらを通じて1)労働者の運動に科学的根拠を提供して支え、2)下請・小企業における鉛問題について学会において問題提起を行い、3)過去における鉛暴露の指標としてのEDTA誘発法の意義を確立し、4)ALA-D活性の実践的応用によりその有用性を確証し、5)鉛による神経伝導速度の変化を明らかにし、6)労組との協同により、全国的な病院・大学・研究機関による統一された共同調査研究の意義がある活動を行ったことが挙げられる。

表. 1973年協定による鉛特殊健診の結果と実施機関

	構内下請先	管理C人数	実施機関	実施年
大阪本社		9/160	公衛研、耳原病院	74年
八戸（宮古）出張所		1/?		
秋田出張所	三菱金属、ラサ工業	4/25	中通病院	74年
小名浜出張所	堺化学、小名浜精錬			
千葉工場	三井造船、新日鉄、三井東圧	6/12	杏林大学、北病院	76年
岡崎出張所	ユニチカ、旭硝子、日清紡	4/11	名古屋大学、安城病院	75年
徳島出張所	東邦レーヨン	1/6	耳原病院	74年
小野田出張所	三井金属、宇部興産、大和紡			
大牟田出張所	三井東圧、三井金属	3/17	中友病院	75年

千田 忠男（杏林大・医・衛生）

1 労働負担の発生原因と対策は労働様式の変化と結びつけて考えられることが多い。

そこで労働様式の変化を根拠づける要件について、(A)「労働負担の調査」（労研、1984）に述べられる斉藤（一）、小木の説の検討、(B)労働負荷の構造、(C)労働負担要因の意義、(D)労働負担研究の方法等の順で検討する。

2 斉藤「産業的労働負担の特質」（7-17）の検討：

(A)「労働負担とは労働者が労働力を行使して使用者と約束された就労をしていく過程で、労働者が負うところの……精神的・肉体的両面での重荷（おもに）のことをいう。（7）」

(B)「……労働が使用従属性をもつという性格に、その発生の本質が求められる。……生産と労働の管理における近代的経営論理が……貫かれ、……必然的にもたらされる。（9）」以上から労働負担は歴史特殊的な概念であり、その解消が目的とされるような心身の否定的な状態と理解される。

(C)労働負担は、疲（過）労、健康障害との連続のなかで把握される（11-12）。

3 小木「労働負担をどう調べるか」（17-37）の検討：

(A)「一定の拘束条件のもとでの有用労働」（20）が発生の根拠とされる。

(B)方法論上の視点（i）広い意味での人間研究、（ii）生産の科学技術の硬直化の批判、（iii）「えらんだ指標の値に問題がなければ労働負担としてもいいはずだといった割り切り方」への批判。

(C)労働負担の分析基準を労働生活を構成する三相六面におく。

(D)「働きにくさ症状と要因の関連をみるやり方」で負担評価をする。

3 労働負荷の構造：労働の質と量を規定する条件に特定の性質が付与されたものと考えられることができる。

(A)労働の質と量：(a)労働手段（生産技術）に規定される労働能力の発揮の仕方：労働手段を介して労働を行うかぎり、労働の内容（知覚—思考と判断—操作）は手段の発達程度によりきまる。生産技術は労働の節約、生産性の向上、新品種の創造を求めて発達する。このレ

ベルにおける時間研究は、科学技術上の可能性の一つであり、現実の労働時間に短絡されてはいけない。(b)管理（労働の組織化）に規定される能力発揮の仕方：労働の分割の仕方（これ自体生産技術の発達に条件づけられる）が労働の内容をきめるもう一つの要件である。(c)外延的、内包的労働時間：欲求と社会発展のために必要とされる労働時間で、労働の量をきめる。

(B)労働負荷：現実の社会では労働は資本蓄積過程として資本に掌握されて実現される。生産技術の発達、労働の分割は「近代的経営論理の実現」（斉藤）のために用いられ、構想と実行の分離固定、労働様式の統制等としてあらわれる。それらを前提として労働時間の延長高密度化がはかられる。このことから、労働の質と量を規定する条件が「近代的経営論理」のもとでは労働負荷を定める条件になる。この条件がなくなれば労働の「鍛練性」（斉藤(17)）の側面が残り、「重荷」（斉藤(7)）の性質は消えると考えられる。

4 労働負担要因：労働負荷は現実の労働者によって実現される。労働者個々人（個々の集団）は、生理心理的、社会文化的な種々のレベルで特徴づけられる労働能力をもち、さまざまな状態でさまざまに発揮する。そのためたとえ同じ負荷でも、労働者個々人に作用する内容や程度は異なる。そこで、現実の労働で特定の労働者に作用する負荷の表現型として「労働負担要因」を考える。労働者に作用する負荷の解明の手がかり、および労働者が負荷を認識する手がかりになるものである。

5 方法について：

(A)歴史的・現実的にみてどれだけ労働負担を軽減できるかという枠組みの中で研究が成立する。方法の有効性をはかる基本的な基準でもある。

(B)労働負担に対するそれまでの社会的価値判断が動揺破綻した時に、従来の方法の革新が課題となる。このため、労働負荷条件の動向と労働負担に対するの社会的価値判断の傾向が系統的に検討される必要がある。

(C)労働負担の発生原因と対策は、労働の質と量および「近代的経営論理」の系列と、労働負担—労働負担要因の系列の二つの方向から検討することができる。

同会のことば

渡部 真也

(滋賀医科大学・予防医学教室)

研究の方法は研究の目的によって規定されてくる。労働衛生学の研究方法は、労働衛生学の目的、すなわち、労働者の生命と生活と生産をよむ、という目的を達成するための方法である。もっと具体的に、その目的を達成するために設定された目標を達成するための方法である。

この目標には、即現実的に有効性を発揮するものから、至らぬ基礎的なものまで、また、自然科学的方法にちよものから社会的なものまで、大きな幅がある。したがって、その方法もまた、バラエティに富んでいる。

さて、本シンポジウムのテーマには、「社会医学としての労働衛生学」という言葉が用いられている。労働衛生学に「社会医学としての」という限定がついている。自ずと「研究方法」のほうにもこの限定がついてくる。そうすると、ここで「社会医学とは何か」とはつきりさせなければならない。しかし、社会医学という言葉は使う人によって異なる場合がある。かつてこの社会医学研究会でも議論が行われていたが、明確な定義を下しているわけではない。だが、この問題を今ここであらためて論じなければならない。本シンポジウムの本旨でもないであろうから、本研究会の大先輩のひとりである曾田長宗先生が、本研究会の創設にふれて述べられたところを引用しておきたい。

「そもそも社会医学研究会の創設に当っては、本来社会的生活を造る人類の代襲によって生じた医学が、個別的・自然科学的・生物学的研究成果に幻惑されて、ともすれば、その見方めんとする社会性を、あくまでも保持し、恢復しようとする反省が同会を生んだ……」(公衆衛生25、1、1961)

本シンポジウムはこの言葉にしたがって、ゆるやかな規定ではあるが、健康問題の社会的側面、あるいは、健康現象の社会的構造を捉えることに力点をあいた労働衛生学の方法論について、議論を進めることができれば幸いと考えている。

今日では、事実の客観的認識の手法は、自然科学の分野でも社会科学の分野でも非常に発達し、ひとつの高度な技術を修得するのに、あるいは日進月歩の努力で発達する技術についていくのに、大きな努力を必要とするようになってきている。したがって、事実認識のためのひとつの手法の研究だけでも、ひとりの研究者にとっては多大の労力と時間を要する課題となり、またそれはもともと知的好奇心で十分という問題にもなる。そういうところに入り込むと、しばしば社会医学的視点が稀薄になってしまう。

一方、今日の社会においては、健康問題は、しばしば社会の問題になるが、社会問題になっている健康問題を捉えていければそれで社会医学をやっていることにちよかといえは、そう簡単に肯定できるものではなからう。ななくらの視点や手法でその問題を扱っているかは科学とはいえない。

科学の装いをこらした反労働者の論文・学説がしきりに出現する今日の状況の下では、科学的に労働者の健康問題の構造を明らかにし、科学的な論拠をもった健康の歪の復元対策や予防対策を明確にしていることが、一段と重要になってきている。

こうした中で、これまでにわが国で行われた労働衛生学の研究の歩みをふりかえり、そこにある社会医学的考え方・視点・方法・対策へ向けての成果の活用などを、単に教訓としてだけではなく、法則性や原理として学ぶことは重要であり、有意義であろう。そのために本シンポジウムでは、1950年代以降のわが国における主要な労働衛生学的課題の中から、4つを選んで、これを素材としたが、社会医学としての労働衛生学の方法を煮つめていきたいと思う。

シンポジウム 労働衛生-1 最近の産業疲労研究の課題と 方法論上の問題

斎藤 良夫 (中央大・文・心理)

はじめに 日本の産業疲労研究は各時代の労働状況を反映したさまざまな課題を研究してきたが、その研究方法論を要約すれば次のようになる。(1) 疲労の発現および進展の過程をとらえることが中心課題であり、その回復過程まで含めて研究が行われて来なかった。このことは、研究の進め方の順序としては誤りではなかろうが、疲労現象そのものは休息(睡眠を含む)によるその回復のあり方を含めて生理的に意味をもつものであり、また生理学的にもそのあり方によって労働による疲労の程度の評価がかわることが見逃されて来た点では方法論上の欠陥をも、ていた。(2) “1人で一定の手順で行われる仕事”の意味の「作業」概念に基づいた研究であり、疲労管理の場でありまた職場人間関係がとりまはれる労働組織の中で遂行される労働の社会的側面が研究の上では排除されて来た。研究上は職場の複数人が調査の対象となっても、各人は負担の受け方や疲労のおこり方ではみな独立であり、相互作用はないと考へられて来た。(3) (2)に関連して「負荷-負担-疲労」の連続体をとらえる研究シエマの中で労働者は作業者に還元されて負荷に対する受動的反応をする者として理解されて来た。そこでは現実の職場の中で働く主体として、また労働条件や生活条件を改善する担い手としての社会的存在である労働者は登場しない。以上のような方法論上の問題点は、現在のコンピュータ労働による負担および疲労をとらえる場合不十分さをもち、また現実の労働状況の改善に大きく寄与できない弱点とな、てい、るといえる。以下現在および近い将来の若干の研究課題を述べる。

1. コンピュータ労働者の人格変容をとらえる方法の開発 コンピュータ労働の負担・疲労については今までVDT作業に研究が集中して来たが、その研究方法は上述の(2)に基づいた“物-人間係”であるといえる。コンピュータ労働は他の形態の労働と異、て次の特徴をも、ている。A. 働く者に仕事に関する自由が奪われていること — コンピュータの要求する時間には作業ペースを合せなければならずた、ては時間的に追いつけな、から作業すること；無味乾燥な抽象的情報を処理するだけで自ら情報をつくり出すことが少ないこと；作業能率管理が作業過程の一つ一つの行動にまで入、てくること。B. 人間的つながりの欠如 — 個人-コンピュータ関係の中で作業が遂行され、作業中の仲間との会話などは作業にとって邪魔になること；個人能率管理が徹底され、労働者間の競争がはげしくなること；これらの状況が職場の人員「合理化」によ、て一層拍車をかけらる。これらの特徴はコンピュータ労働者の負担を作業過程だけでなく疲労管理を含む労働組織との関連でとらえなければならぬこと。またその疲労は過労性神経症にいたる人格変容として理解する必要性を示唆(している)。前者に関連してはすでに1960年代より「心理的負担またはストレス (psychological load or stress)」概念の下に職務権限、責任の重さ、管理の厳しさなどの要因の影響がしらべられて来た。これらの要因は従来の作業態度や環境などの作業条件と異、て負荷が明確化できにく、かつ量的な取扱いが困難であるという難点があるが、現実的には重要な事柄であることは確かである。しかし、後者との関連でい、れば、その研究の指標が内分泌系の反応や冠性心疾患の症状などに集中(してい、)が、それだけでなく労働者の人格的変容に関連する意識・行動的指標を開発して調査(してい、)くことが望ま、れる。出勤拒否や労働意欲の低下などを主訴とする不適応者とともに、コンピュータとのつながりを一義的に考へてた、ては仕事へと駆り込、てらる過剰適応者の出現を防止することは、現在の産業疲労研究の重要な課題である。

2. 急性疲労と慢性疲労の関連性の解明 日本の産業疲労研究の一つの大きな反省は頸肩腕障害をはじめとする慢性疲労性健康障害の発生を予見できなかったことである。その理由は、身体的負担をその動的・静的特徴をとら、てRMR指標でとらえようとして来たこともあ、ろうが、1960年代

のハイウェイ時代を迎えて研究の中心が自動車運転やコンベア作業による単調の問題に焦点が合されて、慢性疲労の研究がなおさらに進んで来たことをあげることが出来る。頸肩腕障害の研究を通じて慢性的な疲労状態の諸症状、疲労から疾病にいたる過程が明らかにされて来たが、慢性疲労も毎日の労働による急性疲労の蓄積から生ずるとすれば、この二つの疲労間の関連性を明らかにすることは慢性疲労の予防の点から重要な課題であるといえる。換言すれば「作業条件—急性疲労」→「慢性疲労—疾病」という図式で二つのカテゴリーをつなぐ矢印の過程の解明ということである。この過程は二つの疲労の諸症状の相関とよばれるものではない。日常の生活過程における休息(睡眠)のとり方やさまざまな生活活動の調整の仕方を明らかにすることが必要である。労働者は自ら好んで慢性疲労状態になるのではなく、負担が大きすぎてその影響を自分の生活の中に吸収して対処しようとする。その対処が困難なとき慢性疲労へと移行していくと考えられる。この方法は長時間残業や交代制勤務による慢性疲労の発生を理解する場合に有効であろう。頸肩腕障害の研究では労働者の日常の生活上の不便さや許しをという重要性が強調されたが、健康診断のあり方にその集約が集り、これらの現象を時系列にとらえる重要性があまり指摘されてこなかったように思われる。

3. 労働者の内的条件の関与の理解 負担が過大である場合にはそれと作業者の負担や疲労とを因果的に直接結びつけてとらえることができようが、そうでないときは労働者の主体的(内的)条件が負担や疲労の及ぼす影響に大きく影響する。残業事例にあげる。長時間残業の実態とそれが労働者の健康や家庭生活に及ぼす影響が明らかにされてきたが、適荷の調査対象では労働者は必ずしもいやいやながら残業をしているわけではない。基本給の安さを残業手当で補いたい収入欲求もあるだろうか。技術系労働者の場合、労働内容の面白さ、オーストリアの技術に自分が関与している自負心、苦心して設計したものが製品として社会に出るとき喜びなどが原因となし、休日出勤を含む長時間残業が行われている。さらに、大抵の職場で行われていることであるが、残業をするかどうかは労働者の意思や都合で決められる点も重要な原因の一つである。彼らの毎日の疲労度は著しくなく、また休日の生活も自主性の自由度のともあるが友人とのスポーツや家庭サービスが中心となっている。労働者の内的条件が彼らの疲労の及ぼす影響に大きく影響することは古くから知られて来たことであるが、それは具体的にどうなるかと。性、年齢、睡眠年数などの属性的要因(か)研究されて来たかといえる。重要なことは労働者の毎日の労働の認識(その内容、社会的意義、条件など)が労働負担や疲労のあり方に影響していることを明らかにすることであろう。労働者は以前毎日の労働負担の経験が自らの労働条件の認識をかえていくことを明らかにする必要がある。その認識を「労働負担意識」とよんだが、今論じている事柄はそれと丁度逆の関係にある。いずれの場合にしても社会的存在としての労働者の主体形成の過程の解明に有意義な情報を提供するとともに、現場調査の結果を労働条件の改善のための対策へと結びつけていく場合に必要なことである。長時間残業の場合、さまざまな方法によりその健康および家庭・社会生活上の望ましくない影響を実証していくことを通じて、現在の日本の長時間労働の矛盾を労働者が認識すると共に自己の労働の認識を変えるような働きかけをしていくことが、産業疲労研究者に課せられている。

まとめ 以上の研究課題の内容は、要約すれば、労働者の“Mentalなもの”をどうとらえるかということであろう。同僚はかつて「Mentalとは……個人ならびに集団の社会的歴史的および発展の時系列側面をさす」と述べたが、これは具体的にいえば、上述のように、労働組織の一員として、生活調整者として、また労働認識者として自己の労働生活を主体的に営んでいる者として労働者を理解するということだろう。産業疲労研究の中に、従来のように生理機能的な総合的ではなく労働生活として労働者をどのように登場させるかが最大の課題であるといえる。労働者にとりて産業疲労研究はどのような意義が今後主体的に行われる必要がある。

杏林大・医・衛生 上畑 鉄之丞

〔はじめに〕低成長経済下のもとでの労働者の健康に対する関心は、それまで多発した頸肩腕障害や腰痛、振動障害などの職業病についてだけでなく、職場の健康管理、健康診断のあり方や職業がんや在職死亡者の業務起因性、更にごく最近では精神障害発症者の業務起因性やいわゆるメンタル・ヘルス問題など多様に広がってきている。

演者は、ここ10年以上前から在職中に脳血管疾患や心疾患などの急性循環器疾患を発症し、死亡したり永久障害を残存させた労働者の業務上疾病についての意見を求められることが多く、そうしたケースのなかに過重な労働が直接の引き金となって発症したとも考えられるものが多いところから、いくつかの検討を加えてきた。この検討は、職業性中毒などの場合に、ほぼ単一因子にしばったうえでの動物実験や生体でのbiological monitoringが可能であるのに比較して、いわゆる職業性ストレスという量的測定が困難な因子が多様に混在していること、また発症してくる疾病も非特異的で多彩な成人病であること、従って個体差の影響も大きいところから研究上での難点も多いが、今までの取り組みの一端を紹介する。

〔発端〕過労死研究の最初の動機は労働者の訴えである。1974年、急性心不全で死亡した夜勤労働者の遺族から業務上申請を労働基準監督署に申請したところ、解剖上の所見から胸腺リンパ体質の素因が認められ、体質によるものと却下されたとの相談があり、同じ頃タクシー運転手の労働組合から組合員

に心臓病で死亡するものが目立っているので実態を調べたいとの依頼もあった。またその後も労働組合や弁護士などから急性循環器疾患発症の業務上認定の相談が続き研究の端緒となった。

〔事例研究での過労死の概念〕これらの相談事例は、その殆どが労災認定をしている点で共通しており、どんな負担要因が存在していたかを検討してみた。その結果、図1に示すような発症にいたるまでの災害的な過重労働負担の存在が予測され、過労死(Strained Death)の概念を提起するにいたった。この概念は、臨床医学的ではなく、社会医学的な概念であること、また労働過程における過労を誘因として発症、悪化させる疾病のなかで最も重篤な「死」に直面するものをさし、過労(蓄積疲労が進行し、健康障害を発症する状態)要因としては長時間労働、不規則深夜労働、多重単独責任、重激筋労働などがあげた。なおこの概念は、general adaptation syndrome(Selye)やFriedmanのcoronary-prone behavior pattern(A type behavior)と似ている。過労死をひきおこしやすい臨床医学分野の疾病と

図1 職場における急性死亡発症のメカニズム

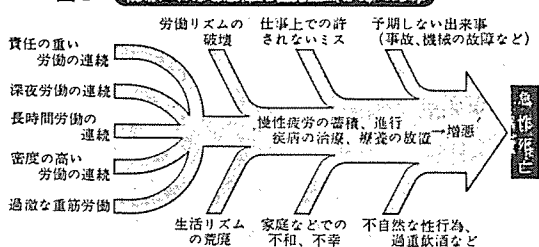


図2

過労によるくも膜下出血発症の機序

(田尻)

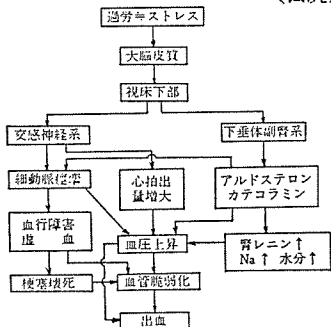
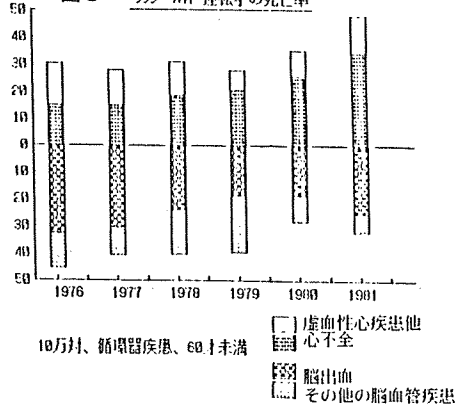


表1 ハイヤー、タクシー労働者の循環器疾患の標準化死亡比(上畑)

	観 察 数	期 待 数	S M R
全死亡	211人	222人	95
B30			
脳血管疾患	40	35	114
a. 脳出血	27	21	129
b. 脳梗塞	0	2	—
c. その他の脳血管疾患	13	11	118
B26, 28, 29			
心疾患	33	24	138
B26. 虚血性心疾患	11	12	92
B29. その他の心疾患	20	9	222
B27			
高血圧性疾患	1	2	50
B26~30			
脳心血管疾患	74	61	121

注) 東京自動車健康保険組合の1976年より1978年の3年間の死亡者から計算。年齢は25~54歳、男子。期待数は同じ年度の東京都の男子同年齢の死亡数より計算。標準化死亡比(SMR)は観察数/期待数×100

図3 タクシー運転手の死亡率



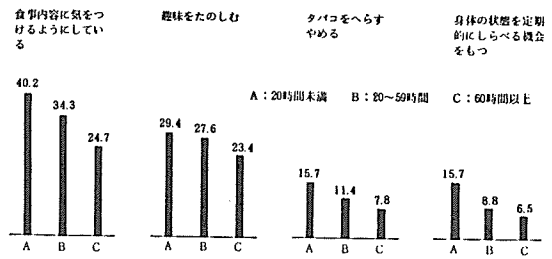
しては、脳出血、くも膜下出血、脳血栓などの脳血管疾患、虚血性心疾患や心不全（急性）などの心疾患の他に大動脈瘤や肝硬変による静脈瘤の破裂などがある。田尻は、図2に示すようにくも膜下出血の事例をとりあげて生体内での発症機序を説明しているが、血管そのもののき弱化（動脈硬化）、血管内圧の上昇（血圧の亢進）にともなう血行動態の変化、心臓の刺激伝導系の異常などが問題になる。また相談事例のあった職種としては、夜勤労働者、マスコミ労働者、交通労働者、建設労働者、金融・保険労働者、教員、公務員、中間管理職、出向社員などが多く、年代は30-50才前半である。

〔死亡の集積現象の観察〕過労死の発症しやすい労働態様のなかで、深夜を含む長時間労働が誘因と疑われた事例は最も多い。そのなかで代表的な職種としてタクシー運転手の集団で過労死にいたる可能性のある疾病群が多いかどうかを検討してみた。表1は1976-78年の3年間のT自動車健康保険組合での死亡数（保険本人）を東京都の同年代の死亡数を5才階級での標準化死亡比（SMR）を用いて比較したものである。総死亡での過剰死亡がないのに対して、循環器疾患では121、なかでも心不全（222）、脳出血（129）が高い。図3には1976-81年の6年間の推移を示したが、脳出血は減少傾向にあるのに対して、心不全はむしろ年々増加傾向にある。なお心不全の大部分の死亡病名は、急性心不全、心臓まひなどの急性発症であり、循環器疾患以外では自殺、慢性肝疾患、肺がんなどが多かった。また某新聞社での12年間の在職死亡者について解析した例では、死因を問わず、採用者が多かった年（団塊世代）のもののほど、その後の在職死亡数は、同一年代で多い現象を観察した。

〔過労死と生活習慣〕

過労死をひきおこす疾病群は今まで生活習慣や素因との関連で考えられてきた。食内容、

図4 月間残業時間と日常の健康維持対策



喫煙、飲酒やその結果としての肥満、高血圧、動脈硬化の進展、悪化などである。しかしこれらの生活が、それぞれの労働習慣の結果として生まれてくることについては、公衆衛生の実践面ではあまり注意を向けられてこなかった。過労死の発症した恒常的な長時間残業のある職場で演者らは、残業と生活習慣、労働意識と生活習慣についての調査を実施したが、図4,5に示すように残業が増加するほど生活習慣が乱れ、労働意欲が大きいほど生活パターンがくずれている現象を観察した。

〔まとめ〕演者が対象としている過労死の事例は、一家の働き手を失った家族の生活苦からの補償要求や職場の労働者が過密労働のもとで長生きできないかもしれないという不安から出発しているのがほとんどである。このことは中高年世代の国民有病率の推移（図6）からみても推察でき、中高年世代の勤労者の早老現象の進行と現代の労働ストレスとの

かかわりを検討し、質的、量的な現代労働の在り方を社会的に認知させるた

めの研究が必要である。

過去に社医研で取り組んだ中高年死亡の地域集積性と同様に労働の面からの集積性を疫学的に追跡する必要がある。また個別事例での要請に応えるうえからも、とくに精神的、心理的ストレス負荷と生体ホメオスタシスの崩壊現象の生理的、生化学的検討、疲労の蓄積過程と過労の発生、その緩和について明らかにしていく必要がある。

これらの研究は、労働安全衛生行政の改善やストレス性疾患を業務上疾病として正しく位置づけるための労働者の運動とともにすすめられるべきであろう。

図5 長時間残業職場での生活パターンと労働意識

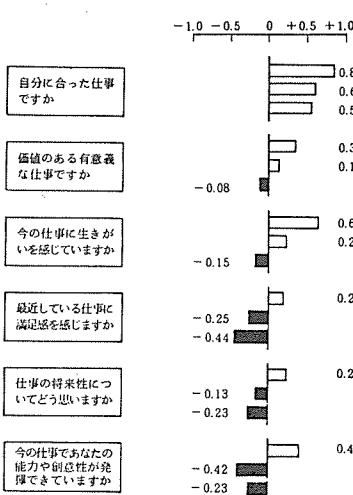
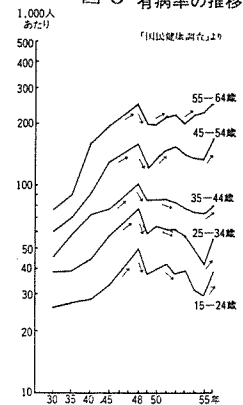


図6 有病率の推移



	月残業	飲酒	喫煙	深夜帰宅
上段 Ⅰ型パターン	40時間以上	毎日	30本以上	月9回以上
中段 Ⅱ型パターン	40時間以上	月数回	すなわち以下	月6回以下
下段 Ⅲ型パターン	40時間未満	月数回	すなわち以下	月4回以下

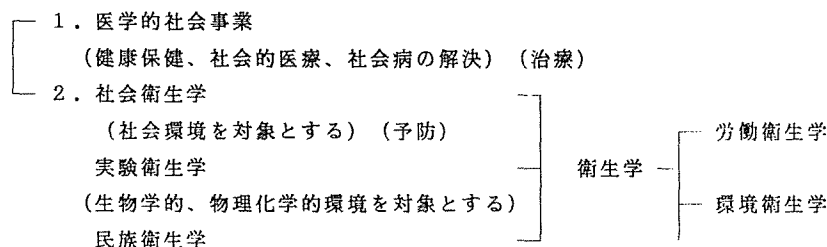
※労働意識は5段階評価による各グループの平均得点で示している。+は積極的評価、-は消極的評価になる。

竹内康浩（名大 医 衛生）

〔はじめに〕社会医学研究会の発足時には〔社会医学とは何か〕が盛んに議論されたと聞いているがその内容については不勉強でよく知らない。今回は自分の細やかな経験や考えてきたことを討論の素材として提示する。

〔社会医学とは何か〕

疾病の原因を社会に求め、その予防ならびに治療を社会的に行なおうとする学問
社会医学の対象



(鯉沼節吾、衛生学、昭和12年)

社会医学の方法

独自の方法があるのか。

目的遂行のためには自然科学、社会科学の成果を取り入れてあらゆる方法を駆使する必要があるのではないか。

5. 他のテーマへ

1960年後半 日本の高度経済成長期に入る。石油コンビナートの発展 石油化学 自動車 エレクトロニクス

(2) 研究への取り組み

1) 現実から出発

1. 労働衛生学の考え方や知識技術の習得(研究室の伝統、現実の反映と蓄積から)
アセトンの人体実験: 許容濃度の基礎資料の作成(白血球の貪食能、好酸球、反応時間など機能変化、自覚症)

有機溶剤職場の調査(機能変化、日間・週間変動、自覚症、環境調査)

2. 研究テーマの設定

トルエン: 使用量が最も多く、毒性不明の溶剤毒性の解明と許容濃度設定の基礎資料

トルエンの動物実験

ノルマルヘキサン: ビニルサンダル製造業者に末梢神経障害の多発 職場調査 零細企業・家内労働問題、神経障害

中毒事例の解析、業務上外の意見書

労働衛生相談室: 中毒以外に「合理化」病の多発 港湾労働者の腰痛症、タイピストの頸肩腕障害など

2) 研究の目的意識 方向性(明確にする努力がないと単なる摘発屋)

1. 実態を科学的に明かにする。

〔自分のやってきたことから〕

(1) 入局時の状況(1964. 4)

1950年 朝鮮戦争の勃発 産業の復興 水力発電 石炭

1955-1959年 ベンゼン中毒の多発
再生不良性貧血 白血病

1958. 8 第1回ベンゼン中毒協議会(東海地方会)発足

1959年 ベンゼン入りゴム糊の禁止

1960年 有機溶剤中毒予防規則施行

ベンゼン中毒の軽症化と一定の終熄

主要溶剤がベンゼンからトルエン、ノルマルヘキサン、トリクロロエチレンなどに代わる。

ベンゼン中毒研究からの研究の展開

1. ベンゼン中毒の機序の解明(細胞分裂や染色体への影響など)――発がん性のチェック(SCC) 化学発がん機序の解明

2. 早期診断法(中毒顆粒、白血球の貪食能、好酸球など)の他の溶剤中毒への応用

3. 代替溶剤の毒性の研究――神経毒性など

4. 零細企業の労働衛生問題

中毒事例の解析と報告 中毒の診断（臨床医と協力、職場調査） 労災申請の意見書

社会的に説得力のあるデータを得ることの困難さ；学問の未発達、情報の不足

職場の実態調査と報告 調査結果の労使への報告（改善の原動力）

2. 因果関係を科学的に明かにする。

量・反応関係を職場の疫学的調査で明かにする。

動物実験で類似障害の証明、毒性の量・反応関係、作用機序の解明

3. 早期診断法の追及（感度が高く、生体にとって重要な指標；神経系、内分泌系）

機能変化の重視（早期の変化を捉える努力）

4. 神経障害の重視

5. 許容濃度の考え方と基礎資料の提供

米国とソ連の考え方や数値の相違とその根拠
日本独自の資料作りの必要性

ゼロ基準（理念、最終目標）

量・反応関係の解明（研究者の当面の課題）

許容濃度の提案

アセトン 1000-500ppm (64)

200ppm (72)

トルエン 200-100ppm (69)

n-ヘキサン 500-100ppm (66)

40ppm (85)

ガソリン 2000-300mg/m (85)

基準値の設定は時の学問の発展、労働者の運動、世論、政治経済などの状況で決まる。

6. 労働条件、環境改善に役立つ（患者、労働者にも報告）（積極的な労働者に対応）

3) 研究の方法と手段

目的に適ったものを選ぶが諸分野の学問の発展段階に規制される。

1. 血液学的方法

血液一般 白血球分割

ベンゼン中毒に適応される。当時はリンパ球の機能が不明であった。

モムゼン中毒顆粒 白血球貪食能 好酸球

ベンゼン中毒以外の早期診断にも応用。

2. 神経系の障害の研究手法

神経生化学 電気生理学（MEの発達）

神経病理学（電頭の発達） 条件反射、行動

現場や動物実験に応用

臨床神経学

3. 疫学的方法（コンピュータの発達）

4) 社会的な取り組み

1. 許容濃度委員会 許容濃度の考え方、許容濃度の提案

2. 法制化、法改正への働きかけ

家内労働法（70）

有機溶剤中毒予防規則の改訂（60、72、84）

安全衛生法（72）

特定化学物質等障害防止規則（72、84）

3. 変異原性テスト結果等検討委員会

毒性の事前チェック

4. 国際的な働きかけ

靴製造労働者の四肢麻痺に関する国際会議（1974）

WHOのIPCS（トルエンの衛生基準）（1984）

5. 労働衛生教育

労働者（自主的、企業、行政など）

学生（講義、実習、サークルなど）

医師（学会、研究会、研修会など）

(4) 国家的対応

1. 労働関係法規の整備

2. 施設の拡充

産業医大（研究、教育、医師養成）

産業医学総合研究所（研究）

安全衛生サービスセンター（教育、特殊健康診断、環境測定など）

バイオアッセイセンター（毒性実験など）

食品農医薬品安全性評価センター（同上）

労働基準協会（教育、検診など）

民間業者の育成（検診、環境測定、毒性テストなど）

(5) 残された課題

1. 労働関係法規や施設が労働者の健康保護、増進に十分活用されているか。対応策は。

2. 毒性の事前チェック（労働者の安全が守れるか）

3. 慢性中毒（低濃度長期暴露による健康障害）の予防と診断

精神神経障害、発がん性、催奇性、遺伝影響など

4. 混合暴露、複合汚染の影響

5. 許容濃度の設定、考え方の発展

6. 中小零細企業の衛生

7. 生活全体への影響

【おわりに】一定の労働条件の改善がなされてきたが、どのような学問的成果がそれに貢献してきたのか、さらに新しい問題に取り組む力が何処にどのように蓄えられてきたかを明らかにし、それを発展させる必要がある。

— 振動障害対策の取り組みから —

名古屋大学医学部、公衆衛生学教室

山 田 信 也

〔1〕

(1) 人間は社会を形成し、労働し、生産することによって社会を発展させて来た。人間は労働と生活を通じて、文化を生みだし、学問を育てた。

(2) 学問の進歩は、人の人たる所以はなにか、人の持つ生命力とはどんなものか、生命力は生活と労働の環境下において、どのように発揮されるものか、という問題の研究を発展させた。

学問の進歩は、一方、人間の造った社会とはどのようなものか、この社会は、どのように発展してきたのかという問題の研究を発展させた。

(3) 医学は、人間の疾病の治療と予防を目的にした諸活動の蓄積をもとにして発展し、医学の究極的な目的が、人間の健康的な機能の発揮と、健康的な社会存在の達成を目的とすることを明かにして来た。

(4) 衛生学は、自然が人間と人間社会の母体であり、人間の健康は、人間の自然環境下での進化の過程で創造された諸機能の正常な発揮によって保たれるという認識を基礎としている。そして、健康の観点から、自然と人間と人間社会の存在の実態を明かにし、人間と自然との関係、人間と社会との関係を明かにし、これに評価を加え、その歪を修正し、自然の機能と人間の生命機能の向上、両者の関係の向上を目的にして、具体的な方法を提示し、その実現を計るための学問である。換言すれば、自然を健康な自然たらしめ、人間を健康な人間たらしめ、社会を人間に相応しい健康な社会たらしめるための学問である。

衛生学のこうした目的の達成には、当然のことながら、社会の実態を明かにし、社会の発展を人間にふさわしい方向に発展させることを目的にした諸学問との結合が必要になってくる。社会医学と呼ばれるものは、これを意識した学問といえるのかもしれない。

これが、殊に取り上げられるようになったのは、非人間的な、非健康的な社会の矛盾を意識的に解決しようとする活動が、産業革命以来、大きな動きとなってきたことに関連がある。

(5) 労働衛生学は、人間の労働に関して衛生学的な目的を追及する学問である。

その発展の過程は、人間らしからぬ労働の展開がもたらした悪影響を明かにして、これを取り除くための諸活動から始まり、これに大きな努力を投

入する時代が長く続き、それは今日でもなを続けているが、学問の基本的な目標は、人間らしい労働とその環境の設計を提示し、労働による健康障害の発生を防ぎ、人間らしい労働を可能にする社会条件の形成に貢献する目的をもっている。

労働の方法、労働の負担、作業の仕組み、労働の環境、生活の中での労働の態様を研究し、これらを人間に適したものにするために、生物としての人間機能に関する学問が、人間の社会的存在や労働の社会的存在を見極める学問と結合することの必要性、生産の方法と生産の社会的な存在を見極める学問との結合の必要性がある。

労働衛生学に社会医学としての性格を意識してその在り方を論ずることは、社会発展をめざす現実運動が、今日の労働衛生学の実践に絶えざるテーマを提供し、学問活動の緊張を高めていることに関連があるといえるのではないだろうか。

〔2〕

我が国の振動障害対策の研究と実際の活動は20年に及び、こうした労働衛生学の目的にむかって、どのように展開されたかを振り返り、そして、その中に、どのような学問の方法が存在したかを検討する段階に達しつつある。以下にその検討の素材を記し、これを基に、社会医学としての方法の展開を、報告において論ずることとする。

〔1〕活動の基本課題

(1) 振動障害の存在を明かにする

(2) なぜ、障害は、発生してしまったか、その発生の原因を解き明かす

(3) その対策(原因の除去及び影響からの防護、生体機能の異常の有無の診断、異常の治療、低下機能の回復、生活能力、労働能力の支障とその回復、労働と社会生活への復帰、補償)を明かにする

(4) 障害発生の責任と再発防止の任務が問われる(社会、企業主、労働者、学問に携わるもの)

(5) 健康を維持するための人類の知識は豊になったか、考え方は前進したか、

〔2〕労働者の問題提起とその受け止め方

現場の生の訴えを受けとめ、研究の課題を見いだす労働衛生相談活動、現場の調査から、研究の

課題を

〔3〕社会的病因論

振動障害の発生が、全体の機械化の進展による生産工程のスピードアップの中で、人力依存の部門への手持動力工具の導入に始まったことの認識
チェンソー発明とその実用化の意義、
林業「合理化」機械化の問題点、産業構造の変化、
林業労働の封建性の残存との関連（賃金形態、雇用形態と身分、国有林労働組合結成の意義
機械導入による生産性向上の評価、木材生産諸経費と林業労働安全衛生経費の見積り
機械導入に伴う労働条件と作業実態の変化
（日給から出来高賃金への移行と功程単価の低下）
林業労働者の人生史の変遷
国有林労働者と民間林業労働者との比較

〔4〕医学的病因論

チェンソー使用労働の健康影響として捉える
（1）疫学的検討－作業歴の分析（作業量の評価、振動暴露量の蓄積と関連因子の影響の結合）影響の年令別、経験別の現われ方
（2）作業負担因子の検討－機械化に伴う労働態様の変化と負担因子、（振動、重量と作業姿勢－静的筋緊張、寒冷、騒音の同時影響
（3）作業負担影響の評価－生理機能変化の測定と症状発生の追跡（作業時、寒気暴露、オートバイ走行、生活環境）

〔5〕病態生理学的検討

物理的環境因子の直達作用（外力）と神経インパルスによる障害（周波数応答）、
労働の生理的負担の評価の際の循環系、神経系機能の変化、
労働負担と神経系の病的変化の意義、
職業性疾病の自覚症－生活での支障、労働での支障の自覚の把握に始まり疫学的検討へ
神経学、血管外科学、生理学分野との共同検討
（早期診断方法）病態生理、病理的過程に対応するものを見つけ出す。集団的な検討

〔6〕臨床医学的検討

入院及び外来の個別症例の検討（職種別、経験年数、年令別）、
順次他の機能系への波及していく状況を把握する、
機能低下が回復不能になっていく経過、病的過程の成立の観察－病像の把握
診断と鑑別の注意点

〔7〕病理学的検討

病理像が明かにされた意義

〔8〕治療法

労働能力、生活能力の回復と社会復帰を目指し

〔9〕労働の衛生的規制と生産計画の衛生的再検討

労働負担を軽減し、障害の発生を予防するために、
職場にどんな生産活動を設計するか、
出来高賃金制の下での時間規制実施の基盤、
時間規制を中心とした作業規制（作業の組み合わせを提起したことの意義、協業の勧め）
後手を先手に導く方法に通ずる作業規制の意義
健康者への予防対策、
障害者への労働保護対策

〔10〕機械改良の評価

衛生学的な機械改良の評価、
労働者の立場からみた機械化の問題点、
機械導入の衛生的検討のための事前協議制
障害者も使用できるリモコン、チェンソー、固定、
移動玉切りソーの使用が可能になった段階、35
CC の軽量小型チェンソーの普及の段階での対策、
水平対向式エンジンチェンソーの普及の段階

〔11〕社会的活動の展開

農山村僻地での医療と保健衛生の結びつきの問題
労働者と医学研究者、医療従事者との結びつきの問題
労働者の自主的活動の広がりとの国際連帯
労働者活動が学問の研究と実際活動の展開を促した問題（早期診断、治療、予防、社会復帰）

〔12〕他の産業への波及

オートバイに関する人事院勧告の意義
病像の捉え方、環境因子の評価の上での積極的な意義（長年の振動障害研究の蓄積の反映）
作業規制の影響

〔13〕社会復帰

社会復帰と健康管理、作業管理、治療の体勢が軌道にのることとの結びつき、夫々の地域に適した自主的計画を、労働者の組織活動による創意ある作業療法に始まる復帰事業の展開を、労働基準監督署は事業主の指導の責任を、事業主は推進の責任を、地方自治体は事業の協力を、医師は治療計画としての観察指導を
今日の段階での労働衛生学の最後の試金石

第 2 日

7 月 2 8 日(日)

第一会場

はじめに

1955年から1970年代前半までの日本の高度経済成長は、民間部門における旺盛な投資意欲と国家および地方自治体の行政財政政策によって実現されたといえる。その時期には「福祉国家」が説かれた。しかし、石油危機と直接的契機として「構造的不況」に突入し、国家・地方自治体の財政危機は深刻化した。いまやオス臨調の「行政改革」路線を基礎とする「安価な政府」論が叫ばれている。ここでは、こうした政策路線の変更を行政財政政策・地方自治との関わりでとらえ、私達のくらしの方向を見極めることにしたい。

Ⅰ. 日本の高度経済成長と国家・地方自治体の政策

- (1) 日本の高度経済成長 1956~70 GNP年平均成長率10%以上、重化学工業化、現代的食糧
- (2) 国家の財政政策 ①公共投資の重視 ②財政投融资化 ③法人優遇税制 ④公営企業の独立採算制 ⑤財政の二重構造 ⑥財政民主主義の形骸化
- (3) 地方財政の構造的特徴

Ⅱ. 日本経済の構造的危機と臨調「行政改革」

- (1) 構造的危機とはなにか。 地域構造 産業構造 財政構造
- (2) オス臨調の論理 (オス臨調は1964年に「16項目の改革意見書」を答申)
 - ①背景 国際的緊張……イラン、アフガン、ポーランド、資源・エネルギー、保護貿易
国内環境……低成長、高インフレ、国民意識の多様化、財政収支の不均衡
 - ②新しい行政のあり方
 - ・活力ある福祉社会……個人の自助努力・相互扶助、行政の役割見直し(民間部門の自由)
学術・技術の研究・応用
 - ・国際社会への貢献……国際情勢の情報分析、収集伝達のための体制整備
 - ③行政の役割と財政のあり方
歳出構造の再編成 増税なき財政再建 受益者負担の徹底
- (3) 臨調改革の本質
 - ①政策路線の転換と統制管理機構の強化再編 ②軍事力の強化 ③広域行政 ④行政の減量化・民営化 ⑤独立採算制と受益者負担の徹底

Ⅲ. 行政改革と地方自治

- (1) 地方財政危機論争(1975~)
- (2) 行政の見直しの方向(行政の分権範囲論)
 - ・本来的に責任領域 軍事、外交、経済協力
 - ・新たな行政需要 国土、住宅、エネルギー、科学技術
 - ・見直しする領域 社会保障、文教、農業
- (3) 公務員対策……人員削減、賃金抑制
- (4) 地方自治の後退
 - ①選択と負担のシステム ②留保財源の均てん化 ③広域行政 ④民間委託

Ⅳ. 社会保障の「救済行政」化と国民生活

(1) 福祉とはなにか

「国民のくらし向きの良さを示す」(『経済白書』 1973 福祉元年)

①実質可処分所得(賃金水準, 物価水準, 租税, 社会保障負担など)

②行政サービスⅠ(所得保障, 住宅など)

③行政サービスⅡ(生活環境, 教育, 保健医療など)

(2) 臨調の社会保障観と「救済行政」への論理

社会保障は、財政危機や先進国病の原因だ(オレ部会報告や瀬島龍三氏の見解)

①医療について

医療機関の「減量経営」の徹底(国立病院・療養所の統廃合, 定数削減, 民営化), 国の医療分野への支出削減, 国民の医療負担の強化(老人保健法, 健保本人又割負担, 老人福祉サービスの有料化), 医療従事者の格差(医師の養成定員削減)

②年金 「高令化社会への対応」

③社会福祉 「施策の体系化, 重点化, 公私の連携」に問題あり。

公立社会福祉施設の民営化, ボランティアの活用, 施設の利用負担強化, 保育所の格差

(3) 社会保障削減策の動向と公衆衛生の必要性

①国民の健康悪化の状況

有病率の上昇 1955... 37.9 1972... 130.2 1978... 110.9 1982... 138.2

(乳幼児・少年層, 女性の有病率上昇) ⇒ 労働行政, 交通行政, 環境衛生・食品衛生

②社会保障削減策の動向

③地方自治体に対する財政措置

1984 国民健康保険関係補助金 3342億円削減 児童扶養手当交付金の地方負担導入

1985 国庫補助率削減 6800億円

(4) 公衆衛生の危機

①保健所の現状

保健所数 855 職員数 35149人 (健康増進センター16, 市町村保健センター467) 1983.3

保健婦 保健所 7870人 市町村 8390人 病院診療所 1246 その他 (1982.12)

保健婦ゼロ市町村 458 1人以下 1064

②最近10年余の保健活動の動向(1970~'82)

・人口10万人あたり保健所数 0.90 → 0.81 ・10万人あたり保健婦数 16.6 → 19.5

・健康診断受診者率(成人病 8.4 → 9.9 妊産婦 27.2 → 11.1 乳幼児 34.8 → 27.3

老人 22.9 → 23.8) ・人口千人あたり保健婦訪問 46.3 → 31.5

③地方自治体の対応と国の政策

老人保健法...成人病予防のための老人保健事業 → 市町村

母子保健法「改正」の目論み...現行(保健所・市町村, 児童相談所) → 市町村

⇒保健所の弱体化 → 民間機関への業務委託, 受益者負担

Ⅴ. 私達のくらしと地方自治・行財政のあり方

臨調「行革」は社会保障そのものを「救済レベル」に低下させ, その一環として公衆衛生分野も危機にさらされている。それは地方自治そのものの後退でもある。国家・地方自治体の行財政の方向が「活力ある福祉社会」を目指すものであるかぎり, 憲法で規定された国民の諸権利の実現は困難になる。「行政改革」の本質を見極め, その方向が本当に国民の健康や生活をおびやかすものであるかを確認し, 行財政全般における社会保障, その中での公衆衛生のあり方を新たな理論によって根拠づける。

保健所をどう再生させるか 司会のことは

小栗 史朗

日本福祉大学

1978年、日本公衆衛生学会保健所問題委員会が、「中間報告」を発表した。その委員の多くは、社医研会員であり、社医研もまた保健所問題を追求してきた。「報告」は、その成果の一つと評価できる。

「報告」と同時期に、自治体中核分科会から開催した全国保健所問題研究交流集会在、保健所労働者を核にして設けられ、今年で8回目を迎えた。また、自治体に仍る保健婦のつどいや新区協でも、保健所の諸問題が追求されてきた。「報告」は、学会では公認されなかったが、これらの運動の理論的支柱の一つとなってきた。けれども「報告」は、勿論、万全のもりではなく、その後の、とくに下記のような議論路線による情勢の急変に直面して、一定の見直しの必要も生じてきている。

保健所をめぐる情勢の議論「行革」による変化の概要をみると次のようである。

I. 保健医療面

(医療費面)

1. 「老人保健法」(83年)、「健康保険法」改定(84年)により、国庫負担削減、相互扶助と患者負担増となり、老人病院、特定承認保険医療機関という病院のランクアップが、差額徴収の公認とともに導入された。これらは、国民の早期診断、早期治療を抑制し、老人の肺炎・気管支炎による死亡率増大も指摘されている。

2. 継続審判となった「医療法改正案」は、医療供給体制を縮小再編する目的で、「地域保健医療計画」を都道府県に作成・実施させることを骨子としている。その対象とする区域を設定し、とくに第2次医療圏の必要病床数の規制を考えている。これは、「老健法」改正と併せて、相次ぎ老人などを収容し、本人又は扶養者負担と医療保険で運営する「健康福祉施設」(いわゆる「中核施設」)に病院を大規模に転換させようとしている。

また「労働者派遣法」や「男女雇用均等法」などは、医療労働者の労働条件悪化に、医療機関経営の企業化とともに利用される。

(管理体制など「学習」)

3. 「国民健康づくり対策」(78年より)は、環境衛生などの生活条件や労働条件などの健康づくりであり、その主なものは、健康・疾病自己責任論の普及・徹底である。その基盤は、市町村保健センターとされ、保健所の管理機関化から解体までも、下記の中核集権化への変化のもとでは予想される。この場合も、保健婦などの労働強化も進行しよう。

II. 地方「行革」と保健所

1. 保健所運営費補助金から運営費交付金への「保健所法」改定(84年)は、その3割を活動状況によって配分することで、厚生省の統制力を強化している。「必要規制緩和法」(85年)は、政令市保健所の運営協議会を複数保健所に1つ設置すればよいとして、第2次医療圏に1カ所の保健所と他を保健センターなどへの合理化を示唆しており、「民営を反映」する第一線科間よりも中核集権の末端科間としての位置づけが予想される。

2. 地方行革大綱(85年1月)は、自治体の組織の簡略化、情報システムの整備、民営化などを通して人件費削減をすすめており、一部の自治体の保健所では、これらの合理化によって、自己完結能力を失い保健センターなどに移行しつつある。また、保健所の都市移管もすすめられている。行革審の「科間兼任事務と権限移譲」答申(85年7月)も、これらの合理化をすすめるよう。

3. 情報管理システムは、厚生省の「国民健康づくり対策」の柱の一つであり、自治省も「内部情報ネットワーク・システム構築」検討に着手している。東京都のシティ・ホール構想は、都民と都政の総合的情報管理のデータ・ベースを併設し、自治省構想のさきがけとなる予定である。人

員削減と情報管理の「近代化」をセットした効率化は、第一線材肉の縮小再編成と併せて中央集権化をすすめる。この情勢は急速に推進され、人間の孤立化と疎外、そして社会の荒廃を予想させる。

以上のような変化は、① 保健医療という公共サービスを大企業の市場にかえ、② 公共サービスに競争原理を導入して中央集権的な労務管理の全面的な再編・強化をはかっている。③ 国民の生存権・健康権を保障し、人間の発達を促進し、国民の解放への道を切り開くべき公共サービスを、管理と利潤の場にすめるものである。

このような情勢は、15年戦争期にもみられた。国民体力法(1940年)、国民医療法(1942年)などがその一環であった。当時の政府は、全面的に国民を管理する体制を構築したが、今日はいかに併せて大企業への奉仕体制をももっている。ただし当時とちがっているのは、国民の主體的・組織的な民主主義を育み発展させる力量が強くなっていることである。

率直にいうと、情勢はきわめて困難であり、保健所再生の展望に甘んじ期待は許されぬが、この相違点に依拠し、保健所労働者と関係者は、保健所再生にその力を結集し発展させねばならぬ。

今回のシンポジウムが、そのような困難な条件下で、自治体や保健所の現場で、民主的な側面を展開すべく努力している人たちに、情勢と努力の報告、あるいは展望などを語っていただき、保健所再生への一助となることを期待したい。

なお、フロアからも積極的な批判、報告、意見などもお寄せいただきたい。

尼崎市環境保健局 橋本周三

私たちは、常に、住民に対し、住民の健康を守る仕事をするのが、保健所であるといってきた。だから、健康とは、どのようなものであり、健康を阻害する原因は何かを考え、それを除外するには、どうしたらよいのか、又、健康を維持するには、どんな方法があるのか、色々と、自分に命題を与えながら、保健所を運営してきた。人の健康というイメージは、健康という状態と病気という状態と繰り返すなかで作られている。そして、健康という状態がより長く続くことが望ましく、病になつても一日も早く治ることを乞い願うものである。

一般的には、健康というものに対し、空気という大切なものに、意識がないと同様に、健康という状態に、あまり意識しないものである。しかし、健康に対する意識を高めめることは大切であるとともに、住民が意識しなくとも、健康を維持するための施策を講ずる必要がある。

住民の健康を守るには、① 健康の維持・増進の策を因ること、② 健康を阻害する因子を除くことと③ 病気を治し、社会生活に復帰させること、このような施策を体系的に実施する必要がある。

このことを体系図として(図1)に示した。

1. 健康の維持・増進 : “自分の健康は、自分で守る”といことは大切なことであるが、個人の健康への努力を助長すべく、健康増進に必要な施設や、正しい知識をえるための衛生教育等、個人が利用できる機会を与えなければならぬ。

2. 健康阻害因子 : 健康を阻害因子は、(図2)に示した如く、内的な因子と外的な因子がある。

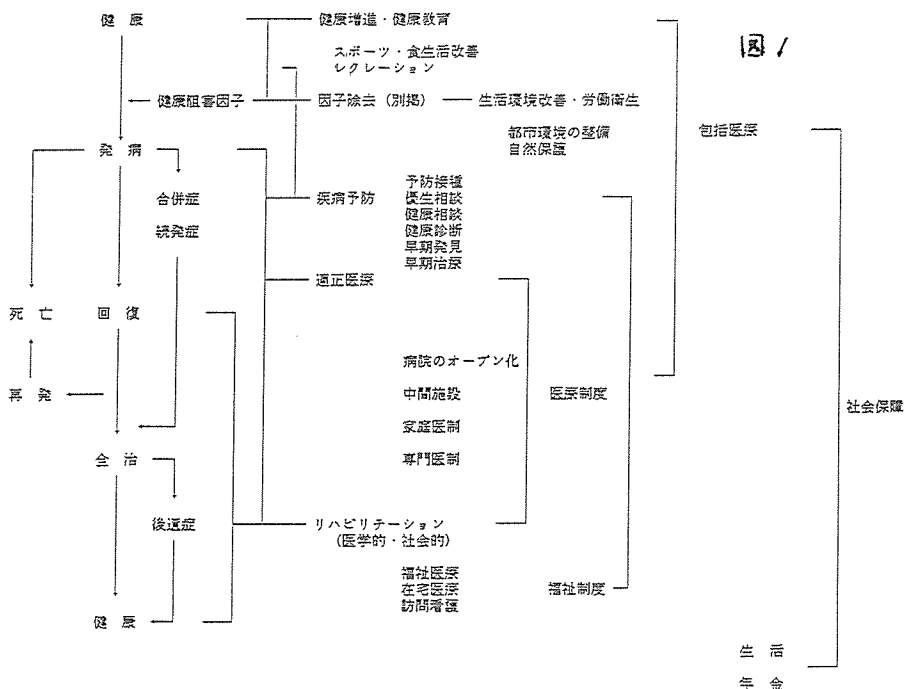
内的因子は精神的なもの、肉体的なものがあり、外的因子は、自然環境や社会環境が複雑な形で、人体に影響を与えている。

即ち、人体の内的環境が崩れても、人間をとりまく環境が悪化しても、病気がおきるのである。

故に、心身の健康の増進と生活環境の改善は、人が健康で快適な生活を送る最善の策である。

3. 医療 :

現今の混乱する住民の医療を確保するには、病院と診療所の医療機能の分担を明確にすることである。診療所は、在宅医療を、病院は入院医療を原則とすることである。病院の性格も、急性疾患と慢性疾患とを目的とした医療機能を配慮し、前者は、生産年齢層を主に、後者は、高年齢層を主とする医療



健康と疾病の自然史

自然史にもとづく体系図

療と受け持ち、リハビリテーションと配慮した機能と設備が必要である。診療所は、家庭医と専門医に分け、家庭医は、プライマリ・ケアを理念とした医療を行い、専門医や病院等とともに、最善の医療が行いいうるように、お互いの機能の連携が必要である。

特殊な医療として、救急医療、周産期医療、伝染病医療等、包括医療の中のサブシステムが必要である。

一オ 疾病予防や健康維持の対策については、保健所と医師会の協力のもとに、保健事業の強化を図らなければならない。又、高齢化社会にあつて、介護や養護を必要とする福祉医療、即ち在宅医療としての訪問看護や、中間施設、福祉施設等、医療と福祉の接点にある機能の在り方について、早急に、解決を図らなければならない。

4. 個人の健康史： 正しい健康の維持管理には、個人の検診や医療等の健康記録を集積し、個人の健康史とつづる必要がある。又、これらの資料は、その地域の健康問題を知る上でも大切である。

以上のような理念で保健所を運営してきたが、実務的には、保健所法第六条に明記されている項目と各種の単独法の枠に限定されがちである。即ち、それは、保健予防業務と衛生業務が二本の柱であり、医療の問題には、関与しなく、保険制度に追随しているのが現実ではなからうか。

又、現今、残念ながら、保健予防業務も市町村と医師会に流れ、衛生業務も監視業務の機動性の導入により、その業務の合理化と集中化が図られ、保健所から脱離しようとする等、保健所機能自身が崩壊しつつある。

このときに当り、保健所の機能の維持と回復を図り、住民との密接な関係ととりもどすために、次のような事業を行うことを提案する。

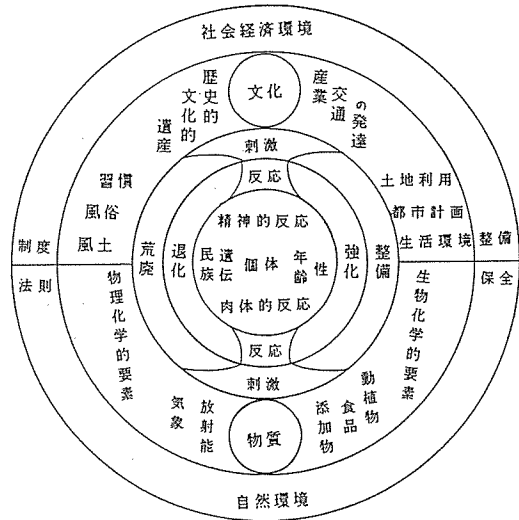
1. 高齢化社会や高度管理社会に発生する精神衛生問題 あるいは、高齢者ケアのために、デイケア、リハビリテーション等、福祉の施設的事業を積極的に行うこと。

2. 衛生業務と住民の関係を密着させるため、食品問題や生活環境の不潔条件の解決に力を注ぐとともに、行政の保守性を脱皮するために、許認可より施設の衛生管理の科学的な手法により指導すること。

3. 住民は、ゆとりある生活と快適な生活環境を求めている。この求めに答つた地域保健衛生組織の今日的な活動目標と共にも求めること。

貧乏な経済活動は、健康や福祉を商品化しつつある。例えば、300万円ものヘルスクラブ加入金や数千万円の医療つき住宅の売出し等である。そして、これらの事業に医師自身が、無責任に商業主義の片鱗をかつぎつつあるということである。

健康阻害因子



保健所長の立場から

草野文嗣(滋賀県彦根保健所)

現在の保健所の機能の中で、最も欠けているのが管内における連絡調整機能とリーダーとしての働きであると思う。これらを充実発展させることが、保健所の再生につながる道であると考える。

1. 保健所の役割について

公衆衛生活動は、非常に多くの分野との関係が深く、生活全般に関係した総合的な活動である。そのため、各分野との協力関係によってその推進を図っていく必要がある。

老人保健法に関する活動についても、実施主体は市町村であるというものの、その遂行にあたっては、保健所が中心的な推進役を果たすべきであり、管内市町村をはじめ関係団体・機関との連絡調整と共に、それらに対して強力な指導性を発揮しなければならない。現在各保健所管内において、地域の保健・医療・福祉の問題を掘り起し、それに対して総合的な判断を下し、関連諸機関との連絡調整を行ない解決策を見出し、解決へと導いていく能力を有しているのは、保健所をのぞいて他にはないと思う。問題は、現在の保健所でそのような機能を十分果たしていない所が多いという点である。現在その機能が十分果たしていないのは、その必要性についての自覚が足りないのか、そのような能力を持っていないと過小評価をしているのか、それとも持っている力を発揮しようとする熱意や努力に欠けるかのいずれかであろう。

2. 所内における調整機能

保健所が、管内の保健課題の発掘から解決への一連の対策を進めるためには、まず業務遂行に対する所内の調整ができていなければならない。

(1) 今までの業務の見直しと効果測定

現在の保健所は、人的・物的に決して十分とはいえない。その上現在行なっている業務の全てが有効なものかといえば、そうでない面が多い。従って、改めて必要かつ有効な業務と、廃止または縮小してもよいものを区別するため、現行の業務を見直すべきである。そのためには、保健所が行なっている業務の効果測定が是非必要であろう。

(2) 保健所の意志(活動方針)の決定

保健所が市町村をはじめ、他の関係諸機関等と協力して事業を推進していくためには、所内で、何のために(目的)、どのようにして(方法)事業を進めていくかという、一人一人の職員としてだけでなく、所としての意志決定がなされなければならない。今実際には、このことが保健所に欠けている大きな部分であると思う。

保健所の活動方針を決定し、その意志を対外的に表明するためには何が必要か、それには、現在有している能力を測定し、供給量を明らかにすることである。これと同時に、管内全般あるいは各市町村の保健課題の発掘を行ない、需要量を正確に測定することが不可欠の要件である。次いで、所としてどのように対応するかを十分検討し、方針を決定すべきである。

さらに保健所に欠けている大きなものは、所内での職員同士のコミュニケーションであろう。コミュニケーションのない所には、意志決定などあり得ない。所内での意志疎通をよくし、議論を活発にするためには、職員一人一人が職業人として前進する熱意を持ち、仕事を通じての意見や疑問を積極的に述べ、事あるごとに議論を深め、問題を解決していく姿勢が必要である。所としての意志表明は、最終的には所長の行なうことであるが、それまでの段階では上司や部下という区別なく、積極的に意見を出し合うことが重要である。上司は自分の意見を述べると共に、部下の意見をよく聞き、取り入れる姿勢が必要であり、所としての意志や方針の決定は、全員で創り上げるものだという、所内の雰囲気が生み出され了解が得られなければならない。このためには、職員個人個人の保健所業務に対する理解を深め、業務遂行の能力向上のため、所内外での教育的配慮も必要である。管内全体に対する連絡調整と指導性

これが保健所本来の機能であるので、いかにすれば本来の姿に立ち返り、管内のリーダーとしての役割を果たせるかが課題である。

(1) 管内の実情把握とそれによる問題提起

保健所が管内の保健活動の推進役として、また市町村に対してのリーダーとして、その役割を果たすためには、管内全般及び各市町村に関する保健・福祉・医療についての実情や住民の現状を知ることである。そして足りているもの、足りないもの、それらに関する問題点を明らかにし、関係者に対しての問題提起と、解決策を検討、提示することである。これは保健所が最もやり易い立場にあり、基本的な仕事として定着させる必要性がある。

(2) 管内市町村と保健所との意思疎通と連携

管内市町村に対して、必要に応じて助言指導をし、必要な技術援助を行ない、ともに問題解決のための努力をするのが保健所の役割である。その中で、市町村への補完的業務と将来を見越しての先取りの業務に大別し、活動を推進することが重要であろう。

保健所が市町村に対してこのような働きかけが出来ると同時に、市町村から期待されるためには両者の信頼関係が不可欠である。ところが一部保健所にあつては、市町村からあまり期待と信頼がよせられていないとの批判がある。その理由の大きなものは、互いの理解を深め、信頼を強め、意思の疎通を図るための話し合いが不足していることであろう。両者の話し合いによって、何が不足していて、何が必要で、互いにそれをどのようにして充足させていくかが明確になり、互いに納得して仕事出来るものと思う。

(3) 管内の関係機関・団体との連携・協力

総合的な保健衛生活動を推めるためには、関係する団体・機関・専門職種等との連携をとり、協力を得ることは不可欠の要件である。そのため保健所としては、市町村は勿論、医師会、病院、福祉事務所、社協、福祉施設、公民館(教委)、老人クラブ、民生委員・婦人会等と連絡をとり合い、各種の問題解決のためのネットワークづくりをしなければならぬ。保健所は地域保健のリーダーとして、この役割を果たすのに最適な立場にあるものと信ずる。これによって、地域の潜在的能力が大いに活用されるものと思う。

(4) 老人保健連絡協議会の活用

老人法施行に伴い、各保健所ごとに本協議会を

設置することになった。この協議会が中高年保健対策推進の要として活用されるためには、先ずオ/に、管内全域にわたる保健・医療・福祉の諸問題について審議の出来る委員を置くこと、オ2に協議会を何のために設置し今後どのような方向で審議しようとするかを明らかにし、オ3に、問題点を発掘しその理解を得ること、オ4に、開催ごとに議題をしぼり、まとまったものは確認を得、次回までに必要なことは準備し整理しておくことなどである。

(5) 保健所長の役割

所長は、所としての最終意思決定者であり、責任者である。先ずそれについての自覚が必要である。そして所長の役割は、大きく三つに分けられると思う。オ1は、医師としての役割。オ2は、保健所の責任者としての所内での役割。オ3は、管轄地域の保健衛生全般にかかわる調整及びリーダーまたはアドバイザーとしての役割の三つである。この中で、現在欠けているとの指摘が多く、また求められているのは、オ2、オ3の役割であり、余人をもって代え難い重要な役割である。

4. 今津、彦根保健所での活動

(1) ねたきり老人訪問看護指導システム開発(今津保健所)
潜在看護力(在宅看護婦)の活用により、管内在宅ねたきり老人の介護をよりよいものとし、介護者の負担を少しでも軽減させるための、関係者の連携によるシステムづくりである。連携した機関としては、病院、医師会、福祉事務所、市町村民生委員、ヘルパーである。

(2) ねたきりにさせないシステム開発(今津保健所)
ねたきりの原因の半数が脳卒中であることから、脳卒中後遺症者の退院後のリハビリ指導を、看護取の家庭訪問によって実施。病院の医師、理学療法士の協力が特に大きい。

(3) 集団による地域リハの実践(彦根保健所)

管内及び隣接地のあわせて5病院の協力による集団での退院後のリハ訓練の実施である。これには、地域医師会の協力も大である。

(4) 痴呆老人対策の推進

痴呆老人検討委員会を設け、家族会の結成やデイサービスの実施に向けて検討を始めている。福祉と社協との協力関係が大きい。

京田 祥史 (渋谷区保健所)

1975年、東京23区にあった53保健所と11保健相談所が、特別区の「自治权拡充」と保健所の「再生」の期待をになって区に移管されてから10年がたった。この10年間に、特別区の保健所に何が起きたかを報告する。

1. 特別区の人ロ変動.

表11に見るように、人口総数は約28万人減
少した。区別に見ると、江東・世田谷・板橋・練
馬・足立・江戸川の6区で増加し、他の7区で
は程度の差はあるが減少している。

表1 特別区保健所職員数の推移

	1975年	1985年
23区の人口	8,643,442	8,361,718
保健所数	53	53
保健相談所数	11	26
保健所職員数	2,644	3,226
職員/人当り人口	3.269	2.592
保健婦数 (再掲)	528	765
保健婦/人当り 受持人口	16,371	10,931

2. 保健所の増改築と保健相談所の増設

この10年間に19区で22保健所が全面改築され、歯科相談室・成人病相談室等を既存の保健所に増設したところを含めると、すべての保健所が手を加えられた。

また、保健相談所は10区で15ヶ所が新設され、3区で5保健相談所が改築された。

これらの特徴は、建坪が従来の規模を大きく上廻り、なかには2倍、3倍というものもあるし、
くなくない。

3. 職員数の増加,

表1のとおり582人が増えた。少し詳しく職種別に見たのが、表2である。

事務は実数で78人増だが、医療監視員36人は事務職員であるのと、業務員28人は事務補助なのでこれを含めて142人、15%の増と見た方がよい。

医師は2人増。医師の充足については都区共同で努力しているが改善の兆しはない。

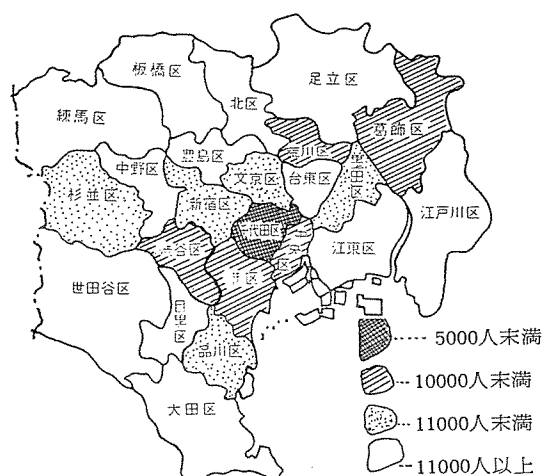
表 2 職種別職員数の変化

職 種	1975	1985	増・減 (△)	率
事 務	962	1,040	78	8.1
医療監視員	—	36	36	
ケースワーカー	1	—	△1	
医 師	112	114	2	2
歯 科 医 師	2	7	5	250
放射線技師	131	146	15	11
歯科衛生士	25	84	59	236
栄 養 士	76	120	44	58
検 査 技 師	159	154	△5	△3
保 健 婦	528	765	237	45
看 護 婦	—	4	4	
精神衛生相談員	(6)	5	5	
食品衛生監視員	357	399	42	12
環境衛生監視員	170	219	49	29
運 転 手	60	59	△1	
ボ イ ラ ー	8	4	△4	△50
用 務 員	52	39	△13	△25
業 務 員	—	28	28	
作 業 員	—	1	1	
防疫指導員	—	4	4	
電話交換手	1	—	△1	
計	2644	3226	582	22

(注) 精神衛生相談員の () は保健婦の内数

保健婦は図ノと俵せて見てみたい。増員は3ヶ人は他職種の昇格を抜いて多い。しかし、母数も多いので、増加率4.5%で4位である。千代田区・

図1 保健婦の受持人口



中央区は例外として、受持人口でみると、1万人未満に踏み込んだのは、まだ6区にすぎない。

最も増加が目立つのが歯科医師と歯科衛生士である。前者は移管当時の3倍だが、まだ5区7保健所にすぎない。

歯科衛生士は、移管直前まで5人しかおらず、せめて1区1人は、と努力したことを考えると、隔世の感がある。現在は配置されていない保健所が3ヶ所にすぎず、保健相談所での配置も進み、16ヶ所(62%)に配置されている。

検査技師は5人の裁となっている。これは、港中野、杉並、板橋区などで衛生検査所または検査センターが設立され、組織的には保健所から分離してこれらが数が入っていないためである。

栄養士は複数配置の保健所が3ヶ所、全体の70%になり、この傾向は着実に進んでいる。

5番目の増加率となっている環境衛生監視員は水道法改正やビル監視業務の増大に伴うもので、環境衛生の業務が大きく変りつつある。

4. 予算

図2で各区の衛生費の増加率を示した。83年度の決算までしか入手できなかったため、8年間の動きしかわからないが、普通会計予算総額の増加率が2.24であるのと比べて衛生費は平均で2.53と多くなっている。区民1人当りの金額は最高の千代田区(27.97万円)は最低の杉並区(5.05万円)の5.5倍、区平均では(8.489万円)となっている。

5. 住民との結びつき

保健所区移管は「住民の身近かで仕事ができる」メリットがあると言われてきた。

練馬区では母子保健活動などが住民をとらえ、最近では保健所の親衛隊ができてしていると報告している。学習会を積み上げてきた墨田区では夜間住民健診を実施してよこばれている。住民と結びついたこのような活動は多くの区でなされている。

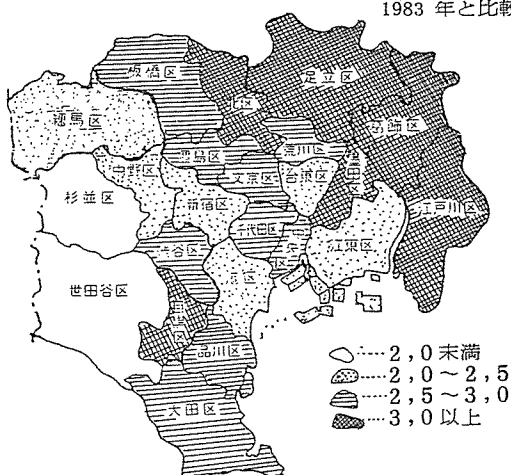
6. 組織

近年行政改革の波は教しく「業務見直し」という合理化が進んできた。対人保健分野では健診業務などの委託が進み、保健所の管理部門を廃止する動きも顕著になってきた。

7. まとめとして— いくつかの教訓 —

「地域保健のあり方について」(中間報告)

図2 衛生費増加率 (1775年を100として1983年と比較)



は「50年の東京都保健所の区移管は……成果」と言っているが、いくつかのデメリットはあるものの「成果」と言える。特別区は受けた保健所の充実に並々なりぬ意欲と努力をし、区民の期待をした。

1) そのために建物も立派になり職員も予算も増えた。

2) しかし保健所の役割りと任務が十分理解されておらず、「行革」や国の指導等もあり「軽費健診削減」化するおそれがある。

3) 職員増は行われたがその教育は不十分で特に2~3年他部署と人事交流する事務職の教育は重要である。

4) また、職員や予算の増が平均以下でも住民との結びつきを重視して取組んでいる保健所は自力をつけてきている。

5) 労組組合や職能団体が保健所の役割りと住民の役割り、その共同の関係を方針で覆っているところでは大きな役割りを果している。

6) 業務の委託や下請けが多くなるなかで、地域開業医との連携について、反省が生まれ、連携強化への模索が始まっている。

奥田さち子

岡山市役所 保健衛生課

1 岡山県における保健所の歴史

全国的な保健所再編成の動きの中で 岡山県は 先進的にその動きをキャッチしながら進めてきた経過がある。昭和43年の「基幹保健所構想」が打ち出される中 昭和47年には、保健所の総合的機能から 環境衛生と対人保健に分けて 環境食品衛生と試験検査の機能を基幹保健所に集中した。

岡山、倉敷、高梁、津山の保健所を大型保健所として位置づけたのである。

また保健婦活動の中では、昭和47年に岡山市との業務を地区分担制から業務分担制に切りかえたため、総合的な保健婦業務としての機能が失われた。保健所の保健婦は、法的根拠のある結核、精神、未熟児等々の業務をし、地区組織活動や母子保健、成人病関係の業務は岡山市の保健婦が持つこととなった。

そして昭和56年には、自治省出身の長野知事は、地方行革岡山版ともいえる「県行財政問題懇談会」の答申を

岡山保健所民営化の動き

昭和21年	寄生虫検査
昭和30年	婦人科検診、尿検査他
昭和32年	婦人科検診（組織診）
昭和48年	循環器検診 飲料水検査（細菌、化学）
昭和49年	原発被爆者検診 食品衛生検査
昭和50年	胃検診
昭和52年	心電図検査（小中高）

出し 全国に先がけて進めたのである。

その答申は

第1に、保健所を県の総合出先機関である地方振興局の中に組み入れること。

第2に、岡山市、倉敷市にある5つの保健所をそれぞれの市に移管すべきではないか。

第3に、保健所長について 行政職による対応が考えられないか。

等々の案が出され この行革案に対して 岡山市の保健婦として、市職労として住民に知らせるとともに 反対運動に立ち上った経過がある。

2 岡山市の保健婦活動と保健所とのかかわり

なぜ保健所に属さない保健婦がこの運動に立ち上り得たのか、若干の歴史的経緯の中から考えてみた。

岡山市は 昭和40年代の後半から岡山市町村合併がすすめられ1市10町村にも及ぶ合併により急激な人口増加をもたらした。岡山、西大寺両保健所管内以外の7町村が合併したにもかかわらず両保健所の充足は 殆んどなく そのままに居置かれた。このため合併町村の管轄保健所が対応していた保健婦業務の多くを、岡山市の保健婦が背負わざるを得ない状況におかれたといえる。

岡山市の保健婦業務は 昭和40年代初めの食品公害の取り組み、森永ヒ素ミルク中毒の3児連への支援活動の中で 母乳推進を重点活動の一つに位置づけ、あらゆる業務の中で取り組んできた。各地区の愛育委員の積極的な活動も加わって 岡山市の母乳栄養は 全国、県の平均を大きく上回っている。保健婦自らも育児時間、育児休業を組合として勝ち取る中で 母乳栄養を親子に伝えてきた。これは 組合として母性保護運動を中心になってやった保健婦の力であったといえる。

また 業務分担になる中で、障害児に積極的にのかかわり、親の会への支援と障害児保育の運動に力を入れてきた。そして 障害児の早期発見、早期療育の必要性を感じながら 1才半健診が始まることを契機に 母子管理システムについて検討した。 生後6カ月までの全乳児の発達の把握をすることによって 障害児発見のむねをなくしようと努力してきた。当初の97%把握率から、現在では、88%と低下している状況である。これはシステム化をするに当たっての体制の不十分さや、

保健婦業務の増加によると思われる。また保健所も この体制に部分的な働きで終っており、障害の早期発見、早期発達保障といいつながり総合的な体制が確立は困難である。さらに 健診は岡山市医師会の協力で実施しているが、発達保障の観点から見ると低レベルである。このように 母子保健活動は 確立されておらず 見直しもない中で 市町村におろされるような委託や切り捨ての方向が出されるのは目に見えている。

また、老人保健事業は 保健所の役割が充分確立しないまま 医師会との協議の中で進められてきた。私達は せめて検診内容の充実、人員増、体制確立をしようと不十分ながら取り組み一定の前進はあった。しかし 総合的体制の確立が不十分であり特に保健所の機能は殆んど果されておらず 事業は バラバラで一貫性のないものとなっている。しかも実施しているのは4項目であり、訪問活動、リハビリは ほんの一部しかできていない。

いずれにしろ 保健所がもう少し主体的に取り組めば 量的にも質的にも機能すると思われることを常に感じてきた。長い間職場の民主化をめざす取り組みと同時に、全国のいろいろな集会に参加する中で 情勢をしっかりとつかみ 保健所の役割と公衆衛生の重要性を意識しながら保健婦集団全員が高まるよう時間内学習の場を設けたり、組合に結集して開いたことが保健所運動につながったといえる。

3 行革による保健所政令市移管の動きと運動

県の保健所再編案に対して 保健婦のみの運動でなく、市職労全体としてとらえ、全市民に広く訴え 従来保守の基盤となっていた町内会、老人クラブ、愛育委員、また障害児(者)団体、民主団体の賛同を得運動をおこした。県の再編案が出されわずか10日間に、いち早く県市民に知らせるとともに「公衆衛生の充実を求める市民の会」を結成署名運動に 取り組み自民党県議まで紹介議員になり 保革を越えて手が結べることができた。運動の方向として 市職労が従来からかかげていた「保健所政令市」といった主張を保留し「今のままでの移管反対、充実強化と増設」という運動は全県の保健所運動につながり、保健所の保健婦を含め、自己の条件を可能な限り生かした運動になった。2月定例県議会では 自民党から共産党まで全党の紹介議員になり保健所議会といわれるほどになったにもかかわらず、最終的には 県の再編案を 共産党のみの反対で押しきられた。しかしながら 県市民の中に保健所の役割や重要性の認識を深めたことは成果といえるのではないか。

4 現状と今後の方向

今日、国が臨調「行革」を強行に押し進める中、県当局は 岡山市当局とともにプロジェクトチームを作り、作業を進めてきたが この6月議会で 県知事は 岡山市は 慎重すぎる、県の荷物を軽くするのでないので早く受けるべきであると発言した。一方岡山市側も フレーム作り日終り市長の決断にかかっている状況である。

私達は 行革移管にはあくまで反対しながら 本来の保健所の機能を取りもどすため今後も運動を進めていきたい。そのために 保健婦業務の中から 健康破壊の現状や行革による切り捨ての現状を市民に訴えながら、保健所の必要性を訴えていきたい。また住民と手を結び、住民の要求する保健所の青空裏をとともに作っていきたいと思う。職場でも常に学習や話し合いを通して保健婦集団の意志統一と組合に結集した力を得て 過去の障害児運動、保育、保健所の継続見健診などのように一つ一つ成果をあげていきたい。

そのためにも 県下の公衆衛生関係者、保健所の職員とともに 県市民運動を強めていきたい。過去「保健所が 岡山市にあったなら」といふ思いと「保健所つぶしの受け皿となる移管反対」という思いのジレンマに 何處たたされたか わからないが 今や保健所すうなくそうという中では 住民と開くしか 道はないと 確信している。

はじめに

わが国の肺がん死亡は、急速に増加し続け、近い将来がん死亡の中で1位を占めることが予測され、胃・子宮がん対策に比べその対策は不十分な現状である。しかし肺野型肺がんは胸部X線撮影により早期発見が可能であるところから、住民に定着している結核検診の活用によりその実現化が期待できる。

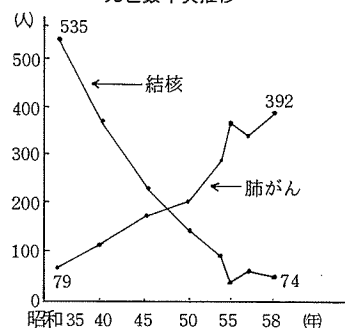
そこで、保健所としては、かつて結核予防対策に熱意を示したようにこの活用に取り組み、救命できる段階の肺野型肺がんの発見は必ずしも不可能ではなく、保健所の地域で果たす役割は極めて大きいと考える。

肺がん死亡と結核検診などの現状

表1 結核検診の実施状況（愛媛県・全国）

表2 愛媛県における年次別肺がん検診の実施状況

図1 愛媛県における結核及び肺がん死亡数年次推移



	間接撮影者数	発見者数		
		結核患者	核者	結核発病の疑い者
愛媛県	S 53	398,119	193	1,658
	S 58	357,732	86	956
全国	S 53	26,813,000	13,800	...
	S 58	25,528,720	7,684	...

	受診数			発見者数		
	総数	男	女	総数	男	女
昭和52年	3,106	2,376	730	1	1	0
昭和55年	9,879	6,890	2,989	4	3	1
昭和58年	11,975	8,017	3,958	3	2	1

表3 愛媛県保健所における結核検診実施状況（昭和59年4月～9月末）

	撮影数			結核患者	肺がん発見数		
	総数	間接撮影数	経過観察数		総数	男	女
総数	51,359	51,175	184	13	6	2	4
東宇和2保健所（再掲）	10,716	10,637	79	7	4	1	3

結核検診発見肺がん患者、肺がん死亡者と結核検診との関連

表4 結核検診から発見された肺がん

症例1 53才 女 発見時 死亡前 59. 7. 9 59. 9. 26	絨毛がんによる肺転移 59年住民検診で右肺尖部に円形影発見。診断未確定のまま右血胸をおこし検診後3ヶ月で死亡。 (59. 10. 11 死亡) (5年前の破壊胞状奇胎よりの肺転移)
症例2 69才 女 推定初発時 がん診定時 55. 7. 4 59. 8. 1	左肺高分化型腺がん 59年住民検診で左肺上野に腺がん発見。胸部CTで右肺転移のため手術不可能。化学療法実施。 (再読影で55年同一部位に小陰影あり、毎年受診しながら発見されなかった。)
症例3 74才 女 推定初発時 がん診定時 55. 9. 18 59. 8. 27	両肺低分化型乳頭腺がん 59年経過観察者検診で両肺に腺がん発見。手術不可能で化学療法実施。 (56年右肺に異常認め、58年陰影増大し結核の発病おそれある経過観察者となる。)

表5 肺がん死亡者と結核検診の状況

症例1 67才 男 推定初発時 がん診定時 56. 8. 26 58. 7. 27	59. 1. 13 死亡 腺がん（右上葉） 56. 57年の住民検診で異常陰影を認め直接撮影をしたが両年とも異常認めなかった。 (再読影ではがん発生部位に小陰影を認めた。)
症例2 73才 男 推定初発時 がん診定時 55. 7. 23 57. 10. 26	59. 9. 7 死亡 腺がん（右下葉） 55. 56年の住検で小陰影あり結核の治ゆと判定。57年10月K総合病院で肺がんと診定。 (再読影で56年陰影増大)
症例3 54才 女 推定初発時 がん診定時 55. 9. 22 58. 6. 30	59. 2. 25 死亡 がん性胸膜炎 55. 57年住検で結核の治ゆ判定 (再読影で57年には陰影かなり増大) 58年5月末より右胸痛を訴え、K総合病院で58年6月がん性胸膜炎と診定。

結核検診発見肺がん患者や肺がん死亡者の過去の間接写真を追跡すると、がん診定時の同一部位に小さな陰影が認められ、直接写真で否定されたり治癒痕跡と判定されていた。肺がんの初期像を理解するために死亡者や患者の過去の間接写真を把握することが大切である。

結核集団検診システムの改善

患者や死亡者の症例から肺野型肺がんの初期発見がいかに困難であるかが示された。そこで現行の集団の中で疾病異常をスクリーニングするような結核集団検診のあり方を見直し、受診者個人を経年毎に観察することにより、微細な異常陰影の出現を発見し、さらにその陰影の性状を見極め肺がんの疑いをおいて精査することが大切である。そのため受診者全員の間接写真を専用ファイルに整理し、個人票を作成するなどして個人毎の管理を行う必要がある。

川村 佐和子（都立神経病院）

〈はじめに〉都立神経病院（前身は都立府中病院神経内科）では昭和46年8月から、保健婦が「在宅診療」中心に看護に従事してきた。今回は最近の事例から、地域保健婦との協力を検討した。

〈協力事例 A〉Aさん（60才、脊髄小脳変性症）。5年前に当院外来受診し、診断確定したが、通院困難となり、医療放置であった。B市役所保健婦が乳児相談で、Aさんの孫を訪問。その時、C市に住むAさんが医療放置であることを知り、病院保健婦に連絡してくれた。病院保健婦はC市管轄保健所保健婦に連絡し、C市の保健所保健婦がAさんを訪問の上、通院困難の解消を図って、Aさんの受療は再確保された。この際、病院保健婦は初診時の主治医と連絡し、近日の情報を伝えた。

〈協力事例 B〉Bさん（65才、脊髄小脳変性症）。排尿障害のため当院入院。膀胱カテーテル留置のまま、退院が決定。病院保健婦は家族と話し合いの上、保健所保健婦に連絡。昼間、独居でいるBさんの清潔や膀胱洗浄の実施など、ケアを正確にするため、病院・保健所西保健婦から、訪問看護婦派遣（東京都事業）を要請した。保健所保健婦はBさんの家族が風邪などで受診しているC医院のC医師に、Bさんの往診と膀胱カテーテルの交換を含む一般診療について、家族に同行して、依頼をした。保健所保健婦はC医師が保健所事業に協力してくれる際、顔見知りであり、Bさんの自宅療養希望や当院の医療体制（とくに在宅診療活動）について、よく説明してくれた。病院ソーシャル・ワーカーが調整した退院前カンファレンス（主治医、病棟看護婦、保健所保健婦、訪問看護婦、家族、病院保健婦が出席）では、实际的に退院後医療の内容が検討され、退院後必要な修正をえて、Bさんの在宅生活は円滑に営まれはじめた。

〈まとめ〉Aさん、Bさんのように、神経難病患者は通院困難となりやすく、しかも診療や看護を必要としている。これらの患者の地域ケアにあたっては、保健所や市役所の保健婦の地域ケア能力と病院保健婦の院内資源活用を含むケア能力をニーズにあわせて適確に統合することでよいケアが実現すると考えている。

表. 膀胱カテーテル留置、退院直後のBさんをめぐる看護職のチームケア（主として病院保健婦の立場から）

受 療	C医師の往診（1回） （含膀胱カテーテル 交換） 当院在宅診療巡回（1回）	退院才1週目は在宅診療医師巡回。才2週目に当院主治 医がC医師を訪ね、自宅で安定していることを報告し、 今後、C医師往診と当院在宅診療巡回を交互に行うこと が決められる。
処 方	C医院（内服薬、膀胱洗浄 一食一、消毒薬）	退院直後採水量が減り、尿の混濁が生じ、膀胱洗浄、消毒 薬は入院中と同薬品にすることが決り、当院処方となる
膀胱洗浄	訪問看護婦（3回） 家族（1回）	退院才2日目（月曜）は当院保健婦、才3日目は訪問看 護婦・保健所保健婦、当院保健婦が同時訪問、Bさんと 共に今後の看護計画を立て、連絡ノートを作成。看護職 全員でC医師を訪問、あいさつする。膀胱を週三四回訪 問時に行うこととする。尿検査実施。
消毒物品	C医院で膀胱セットと消 毒用カスト（カーゼ、綿 球）を消毒してもらい、 家族がうけとりにいく。	カストの形がC医院消毒器にあわず、当院消毒にする。 膀胱セットの不足も当院から貸し出す。
看 護	訪問看護婦（3回） 保健所保健婦（1回） 当院保健婦（2~3回）	尿路の管理（膀胱、採水量と尿量の計測と適確量確保の 指導）。Bさんが日常生活に慣れるための援助。

氏平高敏

近藤雄二

荒地秀明

山下節義

(奈良医大 衛生学)

ねらい：全国有数の人口急増県であり大阪経済圏で働く人々の住まいの場となっている奈良県の保健問題上の特徴点を明らかにすることを目的に、衛生行政統計に基づいて、人口急増あるいは過疎化といった地域特性に基づいて、地域間比較を試みた。

資料：「国勢調査報告」「奈良県衛生統計年報」「奈良県統計年報」

方法：上記の資料に基づいて市町村別に、人口動態、社会経済的指標を求め、人口動態統計は各年度を中心に5年間の合計を用いた。

結果：①奈良県は、北西部の奈良盆地、北東部の大和高原、南部の紀伊山地と3区分される(図1)。②県下の全人口は昭和30年代後半より増加し始め、昭和40年代からの大規模な県内各地での地域開発の進行と共に、全国有数の人口増加率を示すに至る(図2)。人口増加は大阪の通勤圏内に位置する全県面積の1割弱の奈良盆地で進行し全人口の8割以上が居住している。山間部では過疎化が進んでいる。③粗死亡率指数の年次推移をみると、昭和40年代の人口増加と時を同じくして低下傾向を示す。しかし昭和48年の石油ショックを境にして社会増が鈍化するや、粗死亡率指数は上昇傾向に転ずる(図3, 表1)。④SMRでは、昭和35年、山間部の東部で低値で、山間部の西部では高値。昭和45年、55年では人口の増加の続く奈良盆地に低値を呈するところ増加。⑤昭和35年に全県を基準にして有意に低かったのは8市町村。昭和55年には、わずか4市町村。有意に高かったのは8市町村から6市町村に減少。⑥昭和35, 45, 55年のSMRの推移をみると常に低いところは、奈良盆地北部の市部と山間部東部の町村であった。SMRが高値で推移したのは山間部西部に多い(図4)。

まとめ：奈良県の場合大阪からの住み分けによる、人口急増であるところに特徴があると思われる。人口増加の著しい自治体でSMRの変動めだつ。また山間部で西部と東部との間に地域差がみられた。地域保健、医療を考えるうえで、地域の社会・経済・医療面の特性を把握することが必要である。

図1

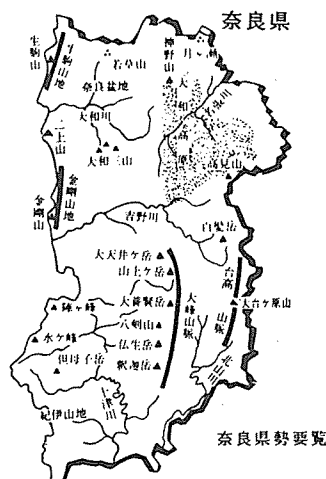


図2

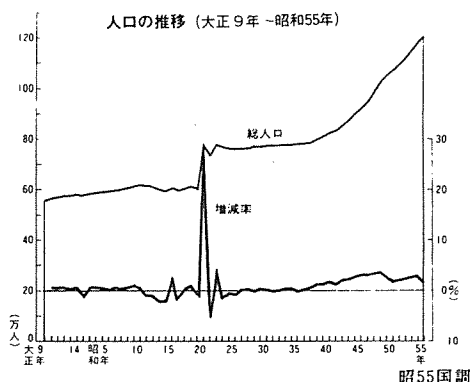
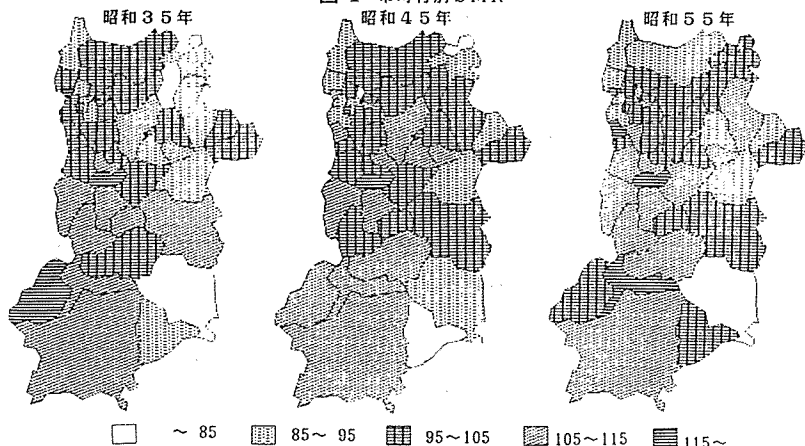


表1 人口の自然増加及び社会増減(昭和25年~55年)

(△は減少)			
年次	自然増加率(%)	社会増減率(%)	人口増加率(%)
昭和25年~30年	5.4	△ 3.7	1.7
30年~35年	3.5	△ 3.0	0.5
35年~40年	4.0	1.8	5.7
40年~45年	5.2	7.4	12.6
45年~50年	6.5	9.3	15.8
50年~55年	4.4	7.8	12.2

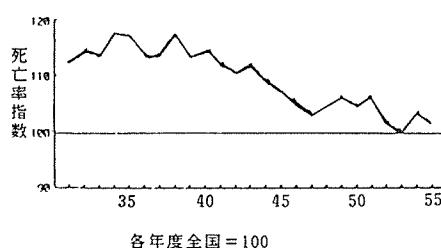
昭55国調

図4 市町村別SMR



□ ~ 85 ▨ 85~95 ▩ 95~105 ▪ 105~115 ▫ 115~

図3 死亡率指数年度別推移



各年度全国=100

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

【はじめに】

演者らは第25回の本研究会において、高齢者の歯科衛生の実態調査結果にもとづき、地域における高齢者・障害者の歯科保健活動の推進が重要であることを示した。地方自治体の保健事業の分析から、今後の地域における成人・老人歯科保健事業における市町村の役割について検討したい。

【方法】

歯科保健センターを基盤とする歯科保健事業を推進している兵庫県南光町と、町村の国保医療施設を基盤として保健活動を実施してきた岩手県沢内村、福岡県朝倉町における老人保健法にもとづく保健事業実績および、南光町歯科保健センターの事業内容について分析した。

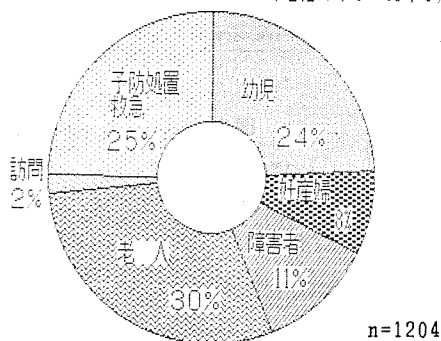
【結果】

1 南光町、沢内村、朝倉町の昭和58年度保健事業実績における健康教育、健康相談の内訳は表1の通りである。保健事業の中で健康教育・健康相談において歯科保健に重点がおかれていることを指摘できる。

表1 昭和58年度老人保健法による保健事業実績

	沢内村		南光町		朝倉町	
	健康 教育	健康 相談	健康 教育	健康 相談	健康 教育	健康 相談
実施回数	193	222	62	109	14	97
担当講師						
医師	7	0	3	3	7	97
保健婦	216	222	51	68	14	194
栄養士	126	46	21	23	1	0
歯科医師	0	0	8	41	7	97
歯科衛生士	20	84	10	40	0	0

図 南光町歯科保健センターにおける受診者数
(昭和59年6-60年5月)



2 南光町歯科保健センターにおける歯科診療の対象者の内訳は図に示す通りであった。

3 南光町歯科保健センターによるねたきり老人の訪問歯科診療の結果を表2に示す。

表2 ねたきり老人の訪問歯科診療の結果

	男	女	計
咀嚼の改善が得られた	16	14	30
修理義歯を使用せず	0	1	1
治療を辞退	0	4	4
効果を得るまでに死亡	2	1	3
治療の必要なし	1	1	2
計	19	21	40

【考察】

保健活動を意欲的に推進してきた町村では、老人保健事業においても、健康教育、健康相談に歯科保健をも積極的に取り入れていることがわかる。

成人や高齢者の歯科疾患は適切な治療を受けていなかったり、進行した過去の疾患の蓄積であるといえる。人生80年時代を迎えて、乳幼児から老年まで生涯を通じた歯科健康管理が重要な課題とされている。その際、従来の保健・医療の体制では十分に対処できなかった事業を地方自治体は公的責任において取り組むべきであろう。

南光町歯科保健センターでは、健診や予防処置、保健指導とともに、地域の医療機関の受診が困難な住民の歯科診療を意図的に進めており、幼児、老人の受診が極めて高くなっている。

ねたきり老人の訪問歯科診療は、愛知県、長野県下や兵庫県洲本市、沢内村等においても実施されているが、これらの地域においては、いずれも歯科医師会や医療機関が組織的に対処し、かつ自治体や保健所が密接な連携をもって事業にあたっていることを指摘することができる。

【結論】

母子歯科保健活動は都市部において先行し、農村部へと波及してきた。成人の健康管理は、沢内村や八千穂村の例をあげるまでもなく、人口の稀薄な地域において手がけられ、すぐれた業績をあげ全国に拡大しつつあるといえる。成人・老人の歯科保健活動を地方自治体の事業として推進していくべきであるという立場から検討した。

○榊原久孝、近藤高明、宮尾克、山田信也、瀧日久仁子（名大・医・公衛）、中川武夫（中京大・体育・健康教育）、川上悟、大島紀弘夫（上矢作病院）、中根八千代（上矢作町住民課）

【はじめに】岐阜県恵那郡上矢作町では、昭和51年以降住民検診に取り組んでいる。今回今までの住民検診を中心とした保健医療活動について現状をまとめた。

【上矢作町の概況】上矢作町は岐阜県、愛知県、長野県の県境にある人口約3500人の山村である。表1でみるように、人口は減少傾向にあり、老人人口比は高くなってきている。昭和50年国保上矢作診療所ができ（昭和52年国保上矢作病院となる）、昭和51年より1部落にて住民検診を開始した。以後徐々に拡大し、昭和56年には上矢作町内10部落中6部落で検診が行なわれるようになった。検診に際して事前、事後に地域説明会が行われ、毎年の結果は健康台帳にまとめられている。

【住民健診血圧の推移】図1に初期より住民検診を開始した2部落の高血圧の推移を示した。特に検診開始年に60才以上での高血圧が多く、その後高血圧の頻度は減少している。

【脳血管疾患患者の発生数・死亡数の推移】図2に上矢作町の脳血管疾患患者の発生数、死亡数の推移を示した。死亡数は岐阜県衛生統計を用い、発生数は国保上矢作病院のカルテおよび保健婦の情報を基にした。そのため発生数は昭和53年以降を調査した。死亡者数は、変動はあるが、昭和55年までは年間平均約10人強であったが、昭和56年以降は年間3～4人に減少している。発生数も昭和53～55年までは年間20人前後であったが、昭和56年以降10人強に減少している。

【その他の疾患の死亡数の推移】表2に見るように、ガンは死亡数は減少傾向はみらず、そのなかでは胃ガンがもっとも多い。

【考察・まとめ】住民検診初期には多くの高血圧者が発見されており、検診の必要性が認識された。その後の経過では、脳血管疾患の発生数・死亡数共に減少を示しており、生活様式の変化と同時に、検診活動を通じた保健活動の効果も徐々に現われ始めていると考えられる。しかしながら今後の保健活動を考えて次のような点が必要と思われる。

1. 住民検診の量的・質的充実・・・全住民対象の検診への発展－昭和60年より実現へ。検診内容の充実－ガン対策、胸部X-P、胃X-P。人間ドックの施行。

2. より住民に密着した保健活動の展開・・・検診後の事後指導の強化。地域での保健予防活動の組織化。健康づくり推進協議会による住民の主体性の向上。

表1. 上矢作町の人口の推移

	人口	老人人口比
昭和40年	4563人	10.2%
45年	3935人	13.9%
50年	3685人	15.2%
55年	3564人	18.2%

図1. 住民検診高血圧の推移

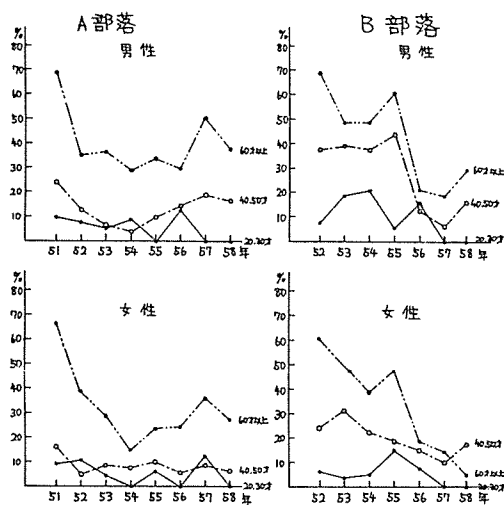


図2. 脳血管疾患の発生数・死亡数の推移

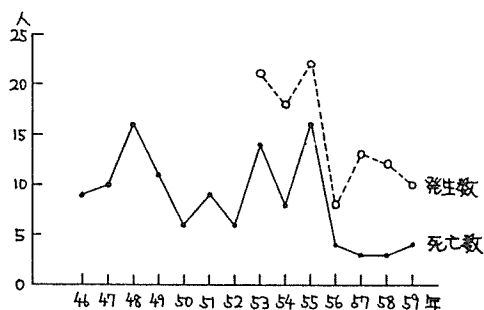


表2. 疾患別死亡数の推移

	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57
脳血管疾患	10	16	11	6	9	6	14	8	16	4	3
ガン	9	12	4	9	7	8	6	8	16	9	6
(胃ガン)	6	6	1	5	1	4	3	3	5	3	3
心疾患	2	1	3	2	7	6	5	3	2	6	3
全死亡	43	47	35	29	28	30	36	31	44	32	26

金指栄一 岡安純子 伊藤幸夫 熊久保朝正(所沢医学生)
 ○小川正時 松岡敏夫 阿部真雄 松本一弥 千田忠男
 上畑鉄之丞 古見耕一(杏林大・医衛生)

1. 目的 T市の老人健診受診状況と老人の健康状態につき検討し、老人保健法の問題と今後の対策につき若干の考察を加えた。

2. 方法 T医療(内科小児科)が59年度行った老人健診受診者1106名の受診動向と、同医療が同年8月T市老人クラブ(T地区会員823名)を対象に行った老人健康意識アンケート調査で回答を得た674名の結果をもとに、T市保健予防課より報告された同年度老人保健法下の健診結果と比較し、T市全体の老人の健康実態を推察した。

3. 結果 T市は、全国の60才以上の老人割合が13.9%(昭和58年1月1日)に対し8.4%(59年1月1日)と、青壮年人口の多い東京のベットタウンとして発展した町である。T市の老人健診は、高齢者の会等の請願運動も手伝って65才以上の老人が、昭和58年度は一般健康診査・厚生省指示項目、昭和59年度はT市付加項目(8項目)を加え無料で実施している。その為全体的にも高受診率を示している。(表1)しかし市と医師会の契約により行われた精査項目は、例えば厚生省指示項目が、項目数にかかわらず1人5,000円とした為、精検者は増えたが精検の内容は貧弱となった。昭和56年度の1人当りの精検点数は、市の報告より判り出すと966点であったのに対し、58年度は109点である。(表2)

T医療に受診した1,106名(精密検査受診者1,015名)中、要治療(表1)要精査)者は946名、異常なし(要観察)に160名であった。要医療者946名中807名はT医療に通院中の慢性疾患患者であり、初診者は139名であった。今回はじめて受診した299名中、要治療(要精査)者は46.5%にあたる。T医療にて異常を指摘された病名は図1に示す様に、筋骨結合臓及び神経疾患を除くと、厚生省の有病率とはほぼ同一の病態を呈している。T市の報告によれば、高血圧(69.3%)、貧血(18%)、肝(10.3%)、糖尿病(8%)の順であった。精密検査実施内容は表3に示す通り、T市が指示項目1人あたり2.18件、付加項目4.07件に対しT医療にそれぞれ3.66件、7.74件と高値であった。

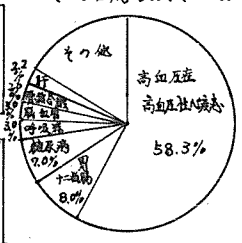
T医療の受診者動向をT市に照らし予測してみると表に示す通り、異常者の4,946名はかかりつけであり、残りの852名がはじめて受診した者である。又健診に参加せず、管理されている5,586名中46.5%の2,597名は、何らかの異常があると考えられ、その数は65才以上の17.7%にもあたる。老人クラブの調査結果によれば、市の受診率よりも高い70.5%の人が毎年老人健診に受診すると答えており、無回答者と除くと83%の人が主治医を持っていると答えている。相互の関係は、主治医を持っている老人ほど老人健診への受診率が高い事が示された。

4. 考察 1. 検査項目を充実するほど、異常出現率が高くなり、有病率に病態が近づく傾向にあり今後老人の病気にあった検査内容の検討が望ましい。2. 異常者の85%はかかりつけの老人であり、現行法下では、かかりつけの老人の受診率を高めていくと同時に、初診者の46%に異常を認めている以上、かかりつけでない老人の健診参加が是非必要である。3. 現在、40才以上で統計がとられ、特に病態の異なる老人の健康状態が把握されにくくなっている。自治体として将来の老齢化に向けて、健診の事後管理を更に拡充する必要がある。4. 医師会が老人・住民との一層強い信頼で結ばれていく為に、法後の果たす役割りを明らかにしていく必要がある。

(表1) T市老人健診受診率

年度	受診者/総人口
55	53.0%
56	53.7%
57	55.4%
58	47.1%
59	58.1%

(図1) 疾病分類(T医療)



(表2) 精密検査受診者1人当りの検査件数比較

	検査項目	精密検査	貧血	肝	血糖	平均件数
T市	5,098	4,611	2,875	2,444	1,199	2.18
T医療	1,015	945	926	913	935	3.66

(表3) 付加項目

	受診者数	XPT	BUN	UA	TG	HDL-C	ALP	ZTT	TTT	精検
T市	4,409	2,282	2,824	2,377	3,780	2,324	1,521	1,828	1,628	4,079
T医療	827	716	778	801	798	811	798	798	798	774

(表4) T医療に精検したT市の老人の受診状況と健康実態

	異常あり(要治療)	慢性疾患患者
異常なし(要観察)	5,798名	4,946名
		初診者
		852名

	慢性疾患患者	初診者(管理を受けていない老人)
受診者	未受診者	受診者
4,946名	5,60名	3,548名
	277名	277名

摂津市における保健事業の経験（第3報）
 —コンピュータ使用の問題点—

竹内 治 一 （ 摂 津 市 医 師 会 ）

朝 倉 新 太 郎 、 多 田 羅 浩 三 （ 阪 大 ）

1、はじめに

一定数以上の健診結果の集計管理をコンピュータにて行うことは極めて適切、かつ便利である。しかし医学的によほど細心の注意をはらっておかないと、色々と困難な問題を生ずる。

殊に健診結果は各受診者に必ず通報され、健康教育、事後指導、訪問指導等のフォローが行われるため、唯一ヶ所のミスも許されない。こゝに摂津市における経験を報告して御批判を仰ぎたい。

2、大型コンピュータを導入した理由

摂津市では保健事業をコンピュータにて集計したのは昭和57年からで、阪大朝倉教室のパソコンにより処理されたが、被検者が5000名以上に達した昨年度からは摂津市において大型機器を導入したものであり、その細目については「摂津市地域保健システム研究会」＝（会長朝倉新太郎教授）において検討され、まず次の事がらが期待された。

- （1） 検診成績の経年的管理
- （2） 検診結果の自動判定
- （3） より高度の集計、統計処理
- （4） フォローアップ情報の収集及び活用
- （5） 事務作業の自動化、省力化

3、実際に生じた問題点

- （1）については確かに必要なことではあるが、プライバシーの問題が生ずる。既に対象者の30%をこすようになっているから、摂津市においても条例制定などの必要が生ずるであろう。
- （2）については、検診にあたっては、予めコンピュータに入力しやすいようにB4判サイズの複写用紙に記載した175項目のチェックポイントがある。これが甚だ問題であって、数字が0、1変るだけで、疑われる疾患のあるなしに影響するなど、簡単な問題ではない。
- （3）についても、コンピュータにインプットする迄の作業が決して馬鹿にならない。データーそのものが数千枚のものがすべて完全ではないので綿密な医学的、事務的点検が必要。
- （4）においてもフォローアップを完全に行うための専門職員が不足している。
- （5）事務作業の省力化というけれどもコンピュータの専門職員が必要であり、現在は取りあえず業者委託を行っている。

4、医師の役割の重要性

データーを最終的に判断して住民の健康の増進をはかるためには、医師は唯検診をのみするだけにとまらず、データー管理の最終段階において専門性を発揮する必要がある。そうでないと、保健事業全体がコンピュータに奉仕することになりかねないのである。

○橋本美知子(関西医大 公衆衛生)

【はじめに】私どもは1980年以来、大阪市に隣接するM市において、老人の健康、生活意識、生活態度について実態調査を行なっている。当初は、市福祉事務所老人福祉課の紹介で老人会会員有志を対象としたため、65才以上老人の4%の把握にとどまった。'83年以降M保健所との共同研究として、独居老人の栄養調査を行つている。これらの調査を通じて介護を必要とする独居老人の調査の重要性を痛感した。そこで社会福祉協議会からホームヘルパーが派遣されている介護を要する独居老人を調査対象とする中で、今まで疎遠であった保健所と老人福祉課、衛生課、社会福祉協議会が、より親密な連携をもち、老人保健福祉対策が行われるようになった経過を報告する。

【M市の概況】M市は、人口16万6千、人口密度12,260/km²、中小企業が多く、庶民住宅密集地域である。人口は'46年4万8千から急激に増加し、'71年18万8千と戦後最大となり、以後次第に減少してきている。人口推移を年齢構成で見ると、0～14才及び15～64才では、'71年以降減少しているが、65才以上人口は反対に増加している(図参照)。'85年4月1日現在65才以上人口は、12,777名で、総人口の7.9%をしめている。

【独居老人の栄養調査】調査対象の独居老人をえらぶに当り、保健所が市福祉事務所老人福祉課、市生活環境部衛生課に積極的に話しかけ、ホームヘルパーが派遣されている介護の必要なもの19名と保健婦や私どものかかわりのあったもの8名計27名を対象とすることができた。表1の如く、介助を要するものが、8割を占め、年金・恩給者が、96%、生活保護30%。3日間の国民栄養調査方式にもとづく訪問は、独居老人の心を開き、独居のきっかけ、生活歴、悩み、希望などが提起された。栄養調査結果は、栄養所要量を満たすものが7名にすぎず、1000kcal/日未満の者が5名もあり、蛋白質、Ca、Fe、ビタミン類等の低い者が多かった。この結果は栄養指導内容をそえて、保健婦から本人に通知されている。

【老人くらしの1000人アンケート】以上の独居老人栄養調査がきっかけとなり、市福祉事務所老人福祉課主催で地区民生委員による70才以上老人8,159名('84.8.1現在)より無作為抽出による1,026名の聴き取り調査が、殆ど同時に行われた。結果は、表2の如く、M市では独居は11%、老夫婦23%、家族と同居65%で、独居老人は年金・恩給者が8割を占め、生活保護が1割、1戸建6割だが、アパート住い3割と高く、つきあいも少ないものも多く、医療費・住いに対して気掛りだと訴えるものが、家族と同居よりも多い実態があきらかとなった。

【まとめにかえて】私どもと保健所との共同研究がきっかけとなり、M市福祉事務所、老人福祉課、衛生課、社会福祉協議会、更に医師会の協力をえて、昨年6月以来老人問題連絡協議会が発足している。以上の老人1000人調査から、M市には推定270名の寝たきり老人の存在が判明した。それらを対象に今年は保健所、医師会、市衛生課、老人福祉課とが協力して、寝たきり老人の実態調査計画をたて、地区民生委員・福祉委員等と連携をとりながら老人保健福祉活動の一步が踏みだされている。

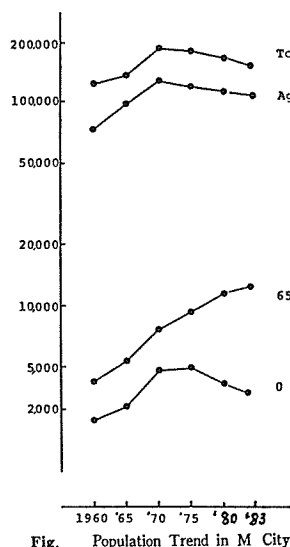


Fig. Population Trend in M City

表1 独居老人の栄養調査(%) (1984.7-9)

総数		27名
性	男	29.6
	女	70.4
年齢	70～79才	51.9
	80才以上	48.1
A ² D L	全独立	18.5
	部分独立	77.8
	全介助	3.7
健康状態	病気はしない	37.0
	病気がち	44.4
	ねたきり ¹⁾	18.5
生活基盤 ³⁾	年金・恩給	96.3
	自分で働く	3.7
	親族の援助	11.1
	貯金・財産	33.3
	生活保護	29.6
	その他	11.1

1) 「わてていることが多い」を含む

2) 一般老人の無回答を除く

3) 重複回答を含む

表2 老人くらしの1000人調査成績(%) (1984.9)

家族形態		独居	老夫婦	家族と同居 ¹⁾
調査数		115名	236名	671名
性別	男	20.0	75.3	32.5
	女	80.0	24.7	67.5
年齢	70～79才	78.3	85.5	75.1
	80才以上	21.7	14.5	24.9
生活基盤 ²⁾	年金・恩給	83.5	82.1	59.8
	働いた収入	11.3	25.1	13.4
	住い	35.7	19.1	49.0
	財産収入	7.0	9.8	10.7
	生活保護 ³⁾	7.8	8.9	4.0
	その他	—	—	6.9
住居種類	一戸建 ³⁾	60.9	68.1	81.1
	公営住宅 ³⁾	0.9	4.3	3.0
	アパート・文化 ³⁾ ・間借り ³⁾	31.3	21.3	9.1
健康状態	殆ど病気なし	41.7	50.2	43.8
	病気がち	51.3	34.9	42.8
	寝ている事多い	2.6	4.7	4.9
交際	多い方	23.5	29.8	36.7
	まあまあ	46.1	50.2	45.3
	少ない方	26.1	18.7	17.3
医療費	非常に気がかり	19.1	18.7	16.5
	ふつう	53.9	45.1	42.9
	気がかりなし	20.0	21.7	30.6
年金	非常に気がかり	13.9	18.3	11.9
	ふつう	65.2	54.0	49.0
	気がかりなし	13.9	16.6	29.5
住い	非常に気がかり	13.9	7.2	6.9
	ふつう	49.6	53.2	39.0
	気がかりなし	25.2	26.8	41.9

1) 「他人と同居」6名を含む

2) 複数回答

3) 民生委員からの回答

○島 正之、齊藤江美子、佐藤クニ子
(千葉勤医協、船橋二和病院)

【はじめに】

1983年2月の老人保健法施行により、「老人病院」という言葉が正式に使われ始めた。また最近「中間施設」論議が活発化し、老人病院のあり方も注目されている。老人病院に限らず、一般病院でも入院患者の多くを老人が占め、その退院後のケアが大きな問題となることが多い。

当院では、ねたきり等の日常生活困難な患者について、急性期の後は一定のリハビリテーションを行い、できる限り在宅での訪問管理等に移行することを追求しているが、老人病院等に転院することも稀ではない。当協会の2病院より、いわゆる老人病院に転院したケースについて検討する。

【老人病院転院の実態】

1981年5月より本年3月の期間に、入院加療の後に老人病院に転院したケースのうち、資料を探索し得たのは30例(当院21, 千葉健生病院9)である。対象は老人病院のみで、老人ホーム等の施設は除いた。転院に際しては主としてMSWが関わったが、家族自ら入院手続きをした例も含めた。

転院先となったのは17病院(県内14, 県外3)である。年次別、年令別の患者内訳を表1, 2に示す。昨年は13例, 本年は既に3例となっている。年令は48才から87才に及び、女性の方が多い。病

名では脳血管障害が最も多く、ほとんどの患者は運動麻痺等のために日常生活が制限されている。老人性痴呆や骨関節疾患も多く、糖尿病、心疾患等の多くの合併症を有することもある(表3)。

家族構成と転院の理由を表4に示す。転院の理由としては多くの要素があげられ、個々のケースでも複雑であるが、最も主たる理由と思われるものを示した。同居者の中に病人がいるために引取り困難とするケースが最も多く、老人世帯の実態の深刻さが推察される。

転帰(本年6月現在)は表5の通りである。死亡が最も多く、入院中の者がそれに次ぐ。自宅に退院したケースは3例にすぎない。

【まとめ】

老人病院は増加してきており、その医療内容についての様々な意見も聞かれる。しかし、実態についての情報は少ない。今回対象としたのは入院患者の転院例であり、例数も多くはないが、老人病院からの家庭復帰が相当困難であると推察される。今後さらに多くのケースの検討を要することだが、日常生活困難で、すぐには家庭復帰のできない、安定期の患者に対し、在宅ケアへの移行を目標に、必要なリハビリテーション、生活訓練等を行う施設が必要であると考えらる。

表1. 年次別転院数

	男	女	計
1981年	2	3	5
1982	0	0	0
1983	4	5	9
1984	5	8	13
1985	1	2	3

表2. 年令別転院数

	男	女	計
40～49才	2	0	2
50～59	0	0	0
60～69	1	6	7
70～79	6	7	13
80～89	3	5	8

表3. 病名

(上位5つ、重複有)	
脳血管障害	17
老人性痴呆	5
骨関節疾患	5
糖尿病	5
心疾患	4

表4. 家族構成と転院の理由

転院理由	家族構成	独居	配偶者のみ	3人以下(本人含)	4人以上(本人含)	計
独居生活不能		6	0	0	0	6
家人に病人がいる		0	4	4	3	11
介護者がいない(共働き等)		0	0	2	3	5
家族が引取りを拒否		0	1	2	5	8
計		6	5	8	11	30

表5. 転帰

死 亡	11
入 院 中	10
他施設へ	4
家族と同居	3
不 明	2
計	30

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

1はじめに 中間施設の構想が発表され、その具体的内容が検討されつつある。各都道府県ごとの特別養護老人ホームの入所者の特性に相違があることに着目し、この相違がどのような要因に関係しているのかを明らかにし、中間施設を考える上での基礎資料を得ることを目的として本研究を行った。

2方法 各都道府県別の特別養護老人ホーム（以下「特養」と略す）の入所者の特性については、全社協より昭和57年11月に出された「全国老人ホーム基礎調査」より資料を得た。その他の都道府県別の医療、社会経済に関わる指標については政府刊行物を中心に、昭和55～57年の資料を採用した。特養入所者の特性と各種指標との相関係数をもとめ、有意性の検定を行った。

3結果 ①内部関連 表1に示すように特養入所者の特性として、平均年齢、長期在り所者の割合、入所前の家族構成の割合、ADLをとりあげ、それらの相互の関連性をみた。家族構成とADLに強い相関がみられ、入所前の家族構成で、子と同居していたものが多い都道府県はADLの重篤なものの割合が高く、逆に、入所前に独居のものを多く措置して

いる都道府県では、ADLの重篤なものの割合はよりよいことが認められた。②各種

指標との関連 入所者の特性及び施設の特
性を示す指標と医療、世帯構成、住環境、
社会経済状況を示す指標との関連性を調べ
た。(表2)入所前の家族構成とADLが
関連していたのに対して、各都道府県ごと
の世帯構成の割合とADLとの関連性が見
出されなかった。また、老人人口千名特養
定員数(特養定員率)が、経済指標と強い
相関を示しており、消費支出が低く、完
全失業率、生活保護率の高い都道府県ほど、
特養定員率が高いことが認められた。さら
に、特養定員率の高いところは病床数や養
護老人ホームの定員率も高かった。

4考察 ADLと深い関係のある特養入所者の措置前の家族構成は、各都道府県の

世帯構成を反映したものでなかった。これは特養措置の窓口である都道府県の福祉事務所の措置基準に差があるためと推察される。特養定員率が各都道府県の世帯構成や老人人口割合とは異なり、経済指標と深い関連を示したことは旧来の救済的意味合いが未だに主流を占めているためではないかと考える。また、特養定員率が養護定員率や病床数とも深い関連を示していることから、経済指標の悪い地域に収容施設が集中しているものと考えられる。

表1 都道府県別の特別養護老人ホーム入所者の
特性の内部関連

	年齢・期間	家族構成						A D L
	入所者 平均年齢	5年以上 前所属	入所前 子と同居	入所前 兄弟姉妹	入所前 独居	排せ全 介助看	歩行全 介助看	痴呆症 のものを
年齢 期間	入所者平均年齢 5年以上在住者				米			
家族 構成	入所前子と同居 入所前老夫妻 入所前 独居				米(-) 米	米	米	
A	排泄完全介助者							米
D	歩行完全介助者							
L	痴呆症のもの							

注) * $P < 0.01$ (-) 1 行目の相関を示す
* * $P < 0.001$

表2 都道府県別の特別養護老人ホーム入所者の特性及び施設特性
と各種の社会指標との関連

		年毎の期間		家族構成			A D L			施設受給状況	
		入所看 望者の 数	5人以上 の住居 往住者	入所前 3と同居 者	入所前 を夫婦 で同居 者	入所前 単独 居住 者	世帯全 介助者 数	歩行全 介助者 数	認知症 のみの もの	入所前 に介護 受給者 数	入所後 に介護 受給者 数
医	人口10万対補綴		*		*					**	
療	人口10万対 医療機関数									**	
	平均在院日数		*	**						**	**
福	老人人口割合										
祉	老人人口千対 看護定員				*	(-)		*		**	*
	老人人口10万対 老人福祉員				*					**	*
	核家族割合	**									
世	単独世帯割合	**					*	(-)			
帯	1世帯別人員	**(-)			*	(-)					*
	1人当り異数	**(-)									
	持ち家率	**(-)					*	*			
経	消費支出			**(-)						**(-)	
済	生活保護率	*		*	*					**	**
	完全失業率	**			**					**	*

注) * $P < 0.01$ (一)は負の相関を示す
 ** $P < 0.001$

大面和雄（柳筋診療所・医師）

初田淳子（同・看護婦）　○朝倉光和（同・MSW）

日高隆三（大阪大学公衆衛生学教室）

Ⅰはじめに：過去「老人医療の諸問題」第一報では入院患者の調査から、第二報では退院後の患者の動態を中心に述べてきたが、今回第三報として現在の厳しい医療情勢の中、経営抜きでは現在の医療は考えられないが、訪問看護制度が確立されていない神戸市において在宅医療を中心に医療活動を進めている当診療所におけるその経営面についてまとめてみたので報告したい。

②地域性：柳筋診療所は医療法人神戸健康共和国の一診療所で神戸市中央区の東部に位置し、「老人医療の諸問題」第二報で発表された東神戸診療所の北東500mにある。地域的には商業地と住宅地が混在した地域で、昼は一人暮らしの人が多い。建物は4階建て延87坪、職員は医師1名、看護婦4名、パート看護婦2名、事務4名、放射線技師1名、薬剤師1名である。一日の平均外来患者数は約100名、一カ月の来院患者を保険別に見ると別表Ⅰのとおり健保本人が27%、家族17%、国保の患者は全体の約4割を占めている。中央区における医療機関の状態をみると、中央区人口115329人（昭和55年国勢調査）に対し医療機関は230人に1院所の状態となっており、東灘区の666人に1院所、北区の1229人に1院所に比べると医療機関の過密地域といえる。又、当診療所より半径500m以内に3病院、36診療所がある。

③在宅医療の現状：当診療所で訪問看護が位置付けられたのは昭和51年頃からで、昭和55年9月より看護婦の半専任体制がとられ一定の成果を挙げてきている。在宅管理件数は月平均40名で月一回の往診、症状により週1回から数回の訪問看護、服薬・栄養指導訪問、胸部レントゲン、心電図等の在宅検査、MSWによる初回時訪問等を行っている。在宅管理になるケースには、①家族、地域の人からの依頼、②外来患者がそのまま在宅管理に、③病院退院後在宅で看っていく、④福祉事務所等からの依頼がある。救急時の対応として看護婦がポケットベルを持ち、おり、同じ法人内の東神戸病院と病診連携をとっている。在宅患者を介護する家族の人達にかかる負担は大変なもので、年に2回家族の会を開き介護上でのいろいろな経験、教訓等意見交換をしている。ねたきり患者を年に1回外へ連れ出す在宅患者会も行っている。又、過去在宅で長期間入浴されていなかった患者を対象に入浴サービスも行っている。社会資源の活用という点ではヘルパーの申し込、身障手帳の手続き、ねたきり老人介護手当の申請等行っている。現在、神戸市では訪問看護が制度化されておらず、その制度化の為に署名運動、対市交渉を行い調査費をもちとった。

④収入：表Ⅱは在宅患者及びその家族の診療所に占める割合を表わしたもので、参考のため昭和58年6月分を掲載した。①医療収入では在宅患者のそれは診療所全体の約1割を占めており、家族も含めると約14%になる。②件数は診療所の約7%、③延患者数も約7%を占めている。④件当円は診療所平均の約1.4倍、⑤日当円は約1.3倍となっている。図Ⅰは昭和55年4月から60年3月までの5年間の医療収入、件数、延患者数を表わしたもので、所長が交代した昭和56年1月を境にして本格的に在宅医療に取り組む前と後との違いが分かる。

⑤まとめ：①厳しい医療情勢の下、医療機関過密地域の中で地域の人々の要求にこたえながら在宅医療を進めてきた結果、在宅患者だけでなくその家族の広がりもあって医療収入も増えてきた。②病診連携では、大面所長が東神戸病院に入院した患者の主治医になるシステムをとっているのが安心して入院ができている。③地域医療の民主的形成の為、在宅医療を中心に診療所活動の典型になるべく大面所長先頭に全職員で頑張ってきた。④なお、今後は地域全体で在宅患者をみていく、そういう地域作り、街作り、人作りの必要性、また、訪問看護の制度化実現への運動も必要であり更に頑張っていきたい。

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

1)はじめに：わが国の一般診療費の増加に対し最も寄与率の高いのは、周知のとおり65歳以上老人の入院医療である。本分析はこの老人の入院医療の、より詳細な実態を明らかにし、イギリスの実情との比較を試みることを目的に行ったものである。

2)方法：大阪府A市の昭和57年5月分の国民健康保険診療報酬明細書のうち入院請求分9371件(全件数の92%)を対象に分析を行った。イギリスの数値はケント保健局の報告書にもとづくものである

3)結果と考察：(1)国保の入院医療について60歳以上老人の占める割合は病院規模の間でほとんど差がみられない。いずれの規模の病院でも60歳以上の者が国保患者の50%以上を占めている。70歳以上の者については規模によって差がみられる。これは80歳以上老人の占める比率の差によるものである。(図1)老人の入院医療についてはまず80歳以上老人のケアのあり方から検討すべきと考えられる。(2)年齢階級別の請求実数では、50001実以上の請求の患者は141件で、このうち65歳以上の老人は101件(総件数の10.8%)であった。これらの老人の請求実数は、全請求実数の31.3%であった。件数の占める割合に対し請求実数の占める割合が極めて高い。また請求実数が高くなるほど70歳以上の者の率が高くなっている。(図2、表1)(3)1日あたり平均実数は、病床規模別、年齢階級別に特定の傾向はみられなかった。(表2)(4)平均在院日数は、101~200床の病院が最も長く、20~50床の病院が最も短かった。1~200床のところでは、病床数と在院日数の間に有意($P=0.000$)の相関がみられた。(表2)(5)イギリスの入院医療では病院の性格によって1日あたり費用に段階的な差がみられた。長期収容型の老人病院では1日7~8000円となっている。老人医療に対し、それぞれの病院の果た役割が明確に位置づけられていることがわかる。(表3)この実上の分析は、わが国の老人医療は大きな課題を有しながら体系的な取り組みがすすんでいないことを示している。

表2 病床規模別1日あたり平均実数
および平均在院日数

年齢		おおよそ平均在院日数							
病床数	30-34	N	50-54	N	70-74	N	全年齢	N	平均在院日数
1-19	1343	2	1222	3	795	3	1382	36	96
20-	1465	5	2979	5	3162	18	2842	115	63
51-	2524	5	1753	4	1337	11	2054	35	199
101-	2335	10	1181	6	1250	10	1186	133	537
201-	1300	15	1566	10	2124	37	1642	250	304
401-	1348	19	2067	7	1980	27	1722	167	446
601-	1120	2	2383	3	1566	10	2544	58	157
801-	999	3	0	0	0	0	1750	20	426
1001-	1720	6	6966	2	1902	8	2015	62	460
	1592	67	2097	40	2012	124	1854	936	318

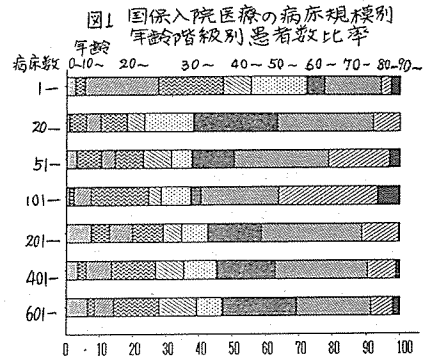


図2 国保入院医療の1件あたり請求実数階級別
年齢区分別患者数比率

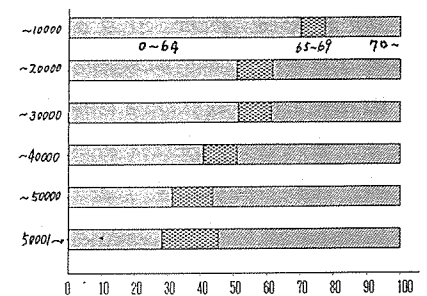


表1 年齢区分別1件あたり請求実数区分別合計請求実数

実数				
~50000 50001~				
年齢		1	2	3
0~64	11	3701	7737	11438
65~69	21	2424	1836	4260
70~	31	7273	7764	15037
計	41	13398	17337	30735

表3 カンタベリー保健地区の老人医療(1979/80)

種 類	地区一般病院			老人 病 院			
病 院 名	M	R	NF	HH	Ha	BH	He
運 動 病 床 数	228	126	124	102	91	41	116
在 院 日 数	6	10	38	116	142	362	391
病 床 数	722	239	214	192	136	36	152
患者1日あたり費用 (ポンド)*							
直 接 費 用	3079	1903	1142	1044	1042	1065	915
医 科	598	307	213	39	55	43	28
看 護	1892	1240	769	932	914	972	836
材 料・患 具	176	111	53	20	33	9	12
薬	279	231	107	33	40	11	39
そ の 他	134	14	—	—	—	—	—
診 断 部 門 費 用	154	248	33	11	5	1	—
その他の医科・パ ラメディカル費用	39	65	75	62	35	4	18
理 学 療 法	24	37	38	38	18	—	—
作 業 療 法	2	3	28	15	10	—	14
一 般 サービス費用	2043	1472	1069	1569	1219	750	789
計 (ポンド)**	53.15	36.38	23.19	26.86	23.01	18.20	17.22

* 1ポンド=5円, ** 1ポンド=500円

資料: Kent Area Health Authority: Summary of Annual Cost Statements 1979/80

第 2 日

第 二 会 場

寺西秀豊（富山医科薬科大学医学部公衆衛生学）

はじめに

昨年（第25回）社医研総会準備のために企画した朝倉新太郎先生の講演「社会医学研究会の歴史と展望」をきっかけに、社会医学の今日的課題について考察した。

1. 社会医学研究会のテーマの展開

朝倉先生によると過去の社医研の主要テーマは3-4本の柱にまとめられ、そのテーマが何年かごとに繰り返しめぐってとり上げられてきたという。

(1) 公害・環境問題 (2) 都市問題・農村問題 (3) 住民運動に関連した問題 (4) 公的責任の追求などである。

私なりに社会医学の主要課題を図式化してみた。図1に示すように、人々の健康問題の解決をはかるといことが、社会医学全体を貫く目標である。出発点は人々の健康問題を認識するところから始まる。様々な調査や研究などが行われ、健康問題の実態、病因、責任などが明らかにされる。患者には保健医療活動が行われる。一方では社会医学的理論化が行われ、対策等が提起され、行政などをおし解決策が施行されることを目標としているわけである。しかし、過去の多くの例では、患者運動や住民運動が公的責任を追求してはじめて対策に結びついたことも事実である。

2. 今日的 社会医学の課題

図式化を試みた理由は、社医研の25年の成果を少しでも定着させたいと思ったこと、「社会医学とは何か」といった若手の疑問への簡明な端緒を提供したいと思ったことなどによる。社会医学の定義を試みたのではない。しかし、この図から読みとれる問題点がいくつか上がる。

(1) 社医研と住民運動、患者運動との関連性はどうあるべきなのか——学界や研究者のアカデミズムとの関連性はどうなのか。

(2) 社会医学的対策指向の重要性——様々な調査・研究活動をどのように高め、問題解決や対策に結びつけるのか。

(3) 住民、患者と公的責任追求に関連して——健康の義務、権利、責任をどのように位置づけるのか。

(4) 社会医学の将来構想と関連して——社会医学にも総論、各論、診断学、予防学、治療学等の発展の可能性はあるのか。

(5) その他 社会医学の教育、啓蒙活動など。

おわりに

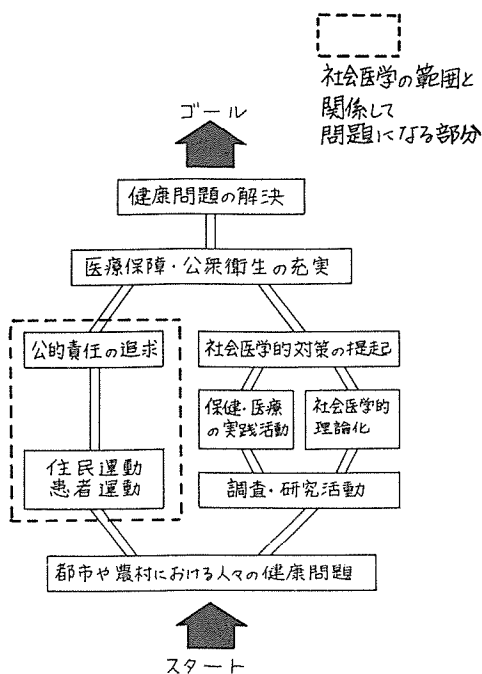
社会医学には歴史もあり、また、現在未解明の問題の多い学際的分野としての特徴がある。社会の様々な変化にともない課題や方法も変化してきている。今後どのように発展すべきなのか、会員諸賢の御討議を期待する。

参考文献

朝倉新太郎：著作集4、労働旬報社、1984

芦沢正見：社会医学研究会15年のあゆみと今後の課題、公衆衛生、39(12)：853-860、1975

図1 社会医学の主要課題（試案）



福地保馬

(北大・教育)

(日本科学者会議公害環境問題委員会)

公害健康被害補償法(公健法)は、四日市公害裁判での患者側全面勝訴を契機として、公害病患者に対する汚染者の民事責任を踏まえて1974年9月に施行された。この公健法は、患者への補償と同時に指定地域での新たな公害発生への一定の歯止めの役割をしている。

一昨年11月、環境庁は、中央公害対策審議会に公健法「見直し」に関する諮問を行った(今夏に答申か)。この諮問は、「科学的見地から検討をすゝめ、地域指定および解除の要件の明確化をはかる」という臨調答申にもとづくことは明らかで臨調路線を強引におしすゝめようとする財界の圧力に屈したものである。

これより先、一昨年2月に経団連から出された公健法「見直し」に関する意見書(「公害健康被害補償制度を考える——大気汚染が改善された中で——」)によると、財界の公健法「見直し」論は、次の2点を主要な根拠としている。

①大気汚染は、大幅に改善された。それにもかかわらず、認定患者が増えつづけるのは不合理である。

②もともと、大気汚染と呼吸器疾患との関係は明らかではない。喫煙や加齢あるいはアレルギーによるものである。

したがって、「著しい大気汚染のなくなった地域は、地域指定を解除せよ」および「喫煙者や高齢死者の補償について再検討し、認定要件を厳格にせよ」という主張が、財界の公健法「見直し」論である。

以下、上記の根拠となっている諸点について検討する。

1. 大気汚染と呼吸器疾患の関係について

(1)慢性気管支炎などの公健法指定4疾患の原因として、大気汚染以外にさまざまな要因を挙げることによって、これらの疾患への大気汚染の関与を軽視または否定させようとしている。

(2)急性的・特異的な疾患に適用されるべき因果関係の判断要件で、慢性的・非特異的な疾患であ

る慢性閉塞性呼吸器疾患との関連を評価しようとする「疫学的因果関係」の適用の誤りがある。

(3)大気汚染の呼吸器への影響を測定・評価するにあたって、性・年齢・喫煙などの交絡因子を考慮することは、疫学研究上の常識であり、その上で、これまでの研究により、大気汚染が呼吸器に悪影響をおよぼすことが明らかになってきたのである。近年の汚染レベルにおいても、喫煙・加齢・アレルギーなどの影響を除外しても、大気汚染と呼吸器疾患との関連性は明らかである。

2. 大気汚染の状況について

(1)SO₂汚染が改善されたことを主たる理由として「大気汚染は改善された」と主張されている。近年の大気汚染状況を、環境庁の観測データによっても、環境基準達成状況や年平均値の経年変化をみても、SO₂とCOは一定の改善傾向がみられるが、NO₂、浮遊粒子状物質、光化学オキシダントについてはむしろ悪化ないし横ばい状態にあり、大気汚染は依然として改善されていない。

(2)近年、大気汚染の程度を総括的に反映する「大気汚染度の指標」としてのSO₂の意義は低下してきており、SO₂濃度の低下だけによって「大気汚染の改善」と主張するのは妥当性を欠く。最近では呼吸器症状有病率と大気汚染指標との関連性はSO₂単独よりも、NO₂濃度や、各種の複合指標の場合の方が高くなっている。

3. 公害病認定患者の増加について

(1)新規認定患者は、むしろ減少している。(罹患率と有病率の混同)

(2)そもそも大気汚染は改善されていない。

(3)公健法指定4疾患は、典型的な疾病像が形成されるまで永年かかり、認定手続の遅れと相まって、大気汚染の消長と患者発生の消長とが一致するとは限らない。

(4)これらの疾患は、病期がほとんど生涯に亘る慢性疾患であり、大気汚染の改善があっても、容易に有病率と低下にはつながらない。

<本研究は、日本科学者会議公害環境問題委員会における共同研究である>

○久永直見¹、中川武夫²、小野雄一郎¹、岩田全充¹、柴田英治¹、
金田誠一³、加藤良夫⁴
名大衛生¹、中京大体育学部²、名古屋市衛研³、栄法律事務所弁護士⁴

〔1〕本年5月、名古屋地方裁判所は、愛知筋拘縮症訴訟に、原告の製薬会社、医師に対する損害賠償請求を一部認め、国については請求を棄却するとの判決を下した。この判決は、医師とは和解の後、製薬会社に対しては原告側の勝訴、国に対しては原告側の敗訴とした1983年3月の福島筋拘縮症訴訟判決、本年3月の山梨筋拘縮症訴訟判決に続くもので、初めて国、製薬会社、医師の3者に下される判決として注目されていた。筆者らは、1974年以来、筋拘縮症の自主検診ならびに注射と筋拘縮症との因果関係の疫学的研究等に取り組み、この訴訟にも関与してきた。本報では裁判の過程で問われた我が国の医薬品安全性確保の実態に関する問題のうち2点につき述べる。

〔2〕第1の問題は、筋拘縮症が全国的に多発し社会問題化するまで対策が講じられなかったことである。我が国では既に1947年に注射による筋拘縮症の報告があり、1953年の外科全書には、本症が稀な疾病ではなく、注射起因例が多いと記載されている(表1)。1960年頃より本症の報告は増加しており、1975年には報告症例累積数は900例に達している。愛知訴訟の原告らの発症原因となったグレン注射の販売元のT薬品についていえば、1952年に自社製品が筋硬結を作り易いと指摘され、19

53年にはウサギの外側広筋を用いた筋注射剤の局所障害性評価方法を確立している。このような経過からすると筋拘縮症の1次予防対策の実施はより早期に可能であったと思われる。

第2の問題はグレン注射液にピラビタールの溶解補助剤として加えられていたウレタンの催腫瘍性についてである(表1)。ウレタンの催腫瘍性もまた古く1943年に発見されており、以後日本の報告も含め多くの報告があり、複数種の動物で、肺、肝、皮膚など多くの臓器に腫瘍を形成することが明らかにされている。一方ウレタンは、白血球減少作用があるため、一時期白血病の治療に使われたが副作用として肝障害、再生不良性貧血を生ずることが判明していた。最終的にはウレタンは、強力な催腫瘍性を理由に医薬品から排除された。ところが、この間グレン注射液は1951年以後の累計でも3000万本が販売されている。ウレタンの催腫瘍性情報は、より早期に製薬の実際に反映されるべきであったと思われる。

〔3〕以上、愛知筋拘縮症訴訟において示された医薬品副作用情報のフィードバックが適切でなかったと思われる2つの問題を紹介したが、同様の問題は他にも潜在している可能性があり今後十分の注意が必要と考える。

〔表1〕 グレン注射、ウレタンの毒性および我が国の筋拘縮症に関する年表

年	グレン注射	ウレタンの毒性	筋拘縮症	グレン注射液の1951年以後の累積販売本数	ウレタン催腫瘍性論文累積数(INDEX MEDICUS)	筋拘縮症論文・学会発表累積数(医学中央雑誌)
1930	グレン注射液発売(1A2ml 中ピラビタール0.3g、ウレタン含量不詳、製造G製薬、販売T薬品)					
1938	筋注後薬疹					
1939	口蓋粘膜に注射後壊疽					
1940	高張液で溶血性強いため静注後静脈炎。製薬会社が静注用希薄液を作る必要ありとの報告。					
1943		マウスに肺腫瘍(世界最初の報告、米国)			1	
1944		1回投与でマウスに肺腫瘍。投与回数と腫瘍数に直線関係。			2	
1945		マウス皮下、経口、腹腔内投与いずれも肺腫瘍。			3	
1946		ウレタンを白血病治療に使用。			3	1
		本邦最初の筋拘縮症症例報告。				
1947		ラットに肺癌、肺腺癌。ウレタン投与患者に肝障害。			7	2
		本邦最初の注射による筋拘縮症2例報告。				
1950	1A2ml 中ピラビタール0.2g、アミノピリン0.1g、ウレタン0.25gに成分変更。			万本	13	2
1951		ウサギに骨髄障害、肝脂肪変性(日本)。当時日本でもウレタンを白血病治療に使用。動物に癌、患者に再生不良性貧血が生じうること知られていた。		91	18	2
1952		ラットの肺に前癌病変を疑う変化(日本)。		197	20	3
		注射による筋拘縮症6例。バグノン(ウレタン含有、T薬品製)、ピラビタールが筋硬結作り易いとの追加発言。				
1953	グレン注射溶血性強い。T薬品は筋注射剤局所障害性評価のための動物実験法確立。			326	27	3
		日本外科全書に筋拘縮症の多くは注射によると記載。				
1957		マウスに皮膚と前胃の乳頭腫。		883	36	4
1958		マウスのX線による白血病増加(日本)。マウスに乳癌、悪性間葉腫。マウスに胎芽死、奇型(日本)。		1072	36	5
1959	成分中ウレタンを0.15gに減量しサリチルアミド-0-酢酸Na 0.3g、オキシメタンスルホン酸Na 0.01gを追加			1226	37	5
1960		ハムスターに前胃乳頭腫。		1399	42	9
1961		マウスに肝、脾、腸管の血管腫、皮膚黒色腫		1553	54	11
1962		マウスに肺腫瘍、肝癌、白血病、乳癌、縦隔リンパ腫(日本)。ウレタン10%水溶液筋注でウサギの筋変性強度(T薬品報告)。		1691	70	15
1968		ラットに胆管癌、脳腫瘍。		2376	142	54
1969		ラットに眼の黒色腫。		2485	153	56
1970		モルモットに卵巣腫瘍。		2611	172	63
1971	第8改正日本薬局方より発癌性のためウレタンを削除。			2710	180	86
1973		妊娠マウス1回投与で子供に肺癌(日本)。		2886	191	114
		山梨県で筋拘縮症集団発生が明るみに出る。				
1974		妊娠マウス1回投与で子供に奇型、胎児死亡(日本)。		2996	207	165
		愛知自主検診開始。				
1975		10mg/KgBW 1回投与でマウスに肺腫瘍(日本)。		3006	211	260
	厚生省、溶解補助剤ウレタンの製造販売中止決定(当時該当医薬品は35品目)。					
	グレン注射製造販売中止。					

加藤 良夫 (弁護士
医療過誤問題研究会
(名古屋))

／「患者の権利宣言」の背景

／タフ8年に開催された第19回社会医学研究会において、私は「医療事故相談センターからみた医療被害の実態」を報告した。その後と相談活動を継続し、これまでに200件以上の相談を受けた。これら医師と患者の人間関係が破綻した多くのケースを検討してみると患者の不満の背景にあるものとしては、事前、事後の説明不足を指摘しうる。さらに、私がこれまでに担当した医療過誤裁判事例(終了2ノ件、継続中20件、合計22ノ件)をみても、問診不十分(6件)、説明不足(2件)、転医指導の遅れ(2件)といった点が主要な争点となつてゐるケースも少なくない。このように患者、とりわけ医療被害者の視座からみると、今日の我国の医療現場では、患者は必ずしも十分にその人格を尊重されてゐるとは言えない。

ところで、医療は患者が中心でなければならぬが、このことについては医療側にも患者側にも意識構造の上で弱点がある。すなわち、「病気の治療について、素人は医師に任せとおきなさい」「専門的なことは何もわかりませんので一切お任せします」という両者のありようは、今日の医療問題の混迷を生み出して重要な要素の一つであると思われる。

こうした受け身の患者像であり続ける限り、医療の改革は困難である。そして、自ら疾病に立ち向かい、自ら健康を回復しようとする患者自身の自覚が治療効果の面でも、人間関係の面でも、良好なものとなると考えよう。すなわち、「与えられる医療から参加する医療へ」患者像が変れ、ていくことが必要である。そのためには、患者が自ら享有する権利の内容を自覚し、個々の診療場面で人としての尊厳性をもとに、診療過程に主体的にかかわり、ていくことが必要である。ここに患者の権利宣言の意図がある。

2 「患者の権利宣言」の機能

患者の権利は、単に起草され宣言されるだけでなく、日常の診療の中でも、社会政策の面でも、具体的に尊重され、保障されなくてはならない。

患者の権利宣言が定着化していくためには、医療従事者の姿勢如何も重要であり、宣言(案)をめぐって患者と医療従事者との十分な意見交換がなされることを望まれる。医師過剰時代＝選択する時代に入ると、医療の分野にも消費者意識＝消費者運動の波は押しよせるだろう。すなわち、患者の権利宣言が機能しうる条件は、次第に備わつてくると考えられる。

「患者の権利宣言」が果たすべき機能を大きく見れば、第1に、患者は、個々の診療の場で自らの診療過程に自覚的、能動的、主体的、積極的に参加していくことを通じ、自らの健康に関わる医療上の諸問題にと関心を持ち、今日の医療の混迷に対して良心的な医療従事者とともに行動する契機を得ていくことになる。第2に、医師と患者のこれまでの人間関係は、対等の関係ではなく、「お医者様」と「クランケ」の傾斜した関係であつたが、患者の権利を軸に患者が医療の「主体」であり「主人公」であることが自覚せられ、対等の良好な人間関係が形造られる。第3に、専門職種間にも、人間関係の傾斜性は存する。専門職種間の差別を取り除き、患者を中心にして、医師を含む各スタッフのリング構造の中で、パラメディカルスタッフの専門性の確立と地位の向上が可能となる。

「患者の権利宣言」は、医療事故の防止の面でも次のように機能する。すなわち、問診、説明、療養指導、転医措置等、これまで軽視されていた部分に光があたり、誤診等の医療被害の減少が期待しうる。又、十分な説明は事故(例えば腰椎麻酔事故)の軽減に役立つとされているほか、ある疾病(例えば過敏性大腸炎)では、的確に病状を説明すること自体が最大の治療法ということもある。

山下節義・近藤雄二・氏平高敏
荒地秀明
(奈良医大 衛生学教室)

① 厚生省は6月に「家庭医に関する懇談会」を挙行させ、「プライマリケアを重視し」「包括的かつ継続的な保健医療体制の確立」を目指して、「プライマリケアを担い、医療の継続性の中心となる家庭医」の「育成普及」の方策について、2年間を目途に検討をもとめた。

② 「家庭医」問題は、かつて国民皆保険体制が実現した時期に前後して、「医学の進歩とともに専門医の専門分化の進行」との関連で、医療保障拡充の視点から論じられることがある。今回の論議は、「臨調行革路線」のもとで進められている医療費総額抑制策としての医療供給体制の「改革」による医療再編合理化との関連で登場してきた。③ 1983年の保健衛生基礎調査では、「かかりつけの医師」をもつものが65%であるが、1960年代はじめの「入院経路調査」(対象は調査病院入院患者)では、「かかりつけ」のあるものが66%であった。1984年の一般住民を対象とした「健康づくり実態調査」では、「かかりつけ」をもつものが63%(ただし、「大都市部」で65%、「中都市部」で66%、「農山村部」で58%と地域差が認められる)。④ 調査結果から「かかりつけ」といった面からみるならば、60年代以降の市営医の「地域からの撤退」等の市営医機能の変容や保健医療を取りまく情勢の変化にもかかわらず、はたして本質的な変化が生じてきているか吟味を要するものと思われる。⑤ 今もめられていたものは、厚生省の考える「家庭医制度」であろうか。専門医的機能を基盤にそれなりの「重武装」で今日に至った「市営医」がより一歩の「成長発展」を可能とする条件・体制の整備。即ち、地域での「生命と暮らし」の支えとなる保健医療のシステムの確立のための取り組みと、地域の人々との「共同思考」「協同作業」によって展開していくことが求められている。

表1. かかりつけ医師の機能

	総数	11大都市	その他の市	郡部
I. 家族全員がみてもらっている(家庭医機能)	56.9%	57.9%	54.5%	61.9%
II. 内科的な診察だけでなく簡単な眼・耳の処置、傷の手当などでもしてもらう(総合診療機能)	36.3	29.2	31.1	54.0
III. 病状以外に健康相談・健康診断のためにも行く(健康管理機能)	32.7	36.2	31.1	33.7
IV. 他の医院・病院へ行くとき必ず指示・紹介で行く(紹介機能)	36.3	38.1	34.3	39.5
V. 以上のいずれの機能も持たないかかりつけの医師	20.4	19.2	23.1	14.9
・I+IIの機能	25.4	20.4	21.1	39.1
・I+IVの機能	24.8	25.6	22.8	28.9
・I+II+IVの機能	13.6	11.5	11.0	21.3
・I+II+III+IVの機能	8.6	7.8	6.9	13.0

(注: 数値は、かかりつけの医師を決めている世帯に対する割合)

保健衛生基礎調査

表2. 患者と医療機関との関係

12. 「かかりつけ」医と患者との関係

	あり	なし	計
「かかりつけ」	66%	34%	100%(1803)
	機関	医師	計
「かかりつけ」の種類	20%	80%	100%(1183)
	密接	疎遠	計
「かかりつけ」医との関係	60%	40%	100%(1181)

2) 「かかりつけ」医選択理由

	知り合い	近い	技術、設備よい	親切だ	その他	対象数
関係密接今回利用	27%	74%	16%	30%	6%	483人
その他	17	76	16	20	6	654
全	21	75	16	25	6	1137

(患者と医療機関との関係に関する実証的研究)

表3. かかりつけ医に対する意識

	きめていない	病気の時	健康相談	生活指導	その他	不明	合計
農山村部	807 41.9	941 48.9	91 4.7	70 3.6	7 0.4	10 0.5	1,926 100.0
中都市部	857 33.6	1,325 51.9	190 7.4	144 5.6	4 0.2	34 1.3	2,554 100.0
大都市部	602 35.2	815 47.7	140 8.2	122 7.1	7 0.4	23 1.3	1,709 100.0
男	1,246 42.0	1,312 44.2	205 6.9	174 5.9	5 0.2	23 0.8	2,965 100.0
女	1,020 31.6	1,769 54.9	216 6.7	162 5.0	13 0.4	44 1.4	3,224 100.0
40~49(才)	872 39.8	1,132 51.6	121 5.5	51 2.3	6 0.3	11 0.5	2,193 100.0
50~59	846 38.9	1,029 47.3	127 5.8	139 6.4	5 0.2	31 1.4	2,177 100.0
60~69	548 30.1	920 50.6	173 9.5	146 8.0	7 0.4	25 1.4	1,819 100.0
合計	2,266 36.6	3,081 49.8	421 6.8	336 5.4	18 0.3	67 1.1	6,189 100.0

(成人の健康づくりに関する調査 '84)

表4. かかりつけ医師として望ましい条件(重複回答)

	総数	11大都市	その他の市	郡市
(1)夜間・休日でもみてる	62.6%	60.0%	63.2%	63.0%
(2)病状・治療方法を十分に説明してくれる	55.0	56.9	56.1	50.7
(3)必要なとき専門医・専門病院へ紹介してくれる	53.4	56.8	52.8	52.3
(4)家から近い	42.9			
(5)往診してくれる	41.4	49.1	42.7	38.3
(6)よく患者の話を聞いてくれる	37.3	41.6	40.3	43.9
(7)専門的な技術をもち医療機器を整備している	35.0	38.3	37.3	36.3
(8)どんな病状でもみてる	23.8	33.0	34.6	37.6
(9)家族の健康相談・健康診断をしてくれる	23.8	21.6	21.8	30.0
(10)昔から家族がみてもらっている	16.9	24.8	23.6	23.5
		17.9	15.9	18.7

資料: 厚生省「保健衛生基礎調査」58年

表5. 医師に対する期待(京都保険医協会)

総数	夜間でも診察してくれる	よく検査してくれる	往診してくれる	日曜・休日でも診てくれる	原費について詳しく説明	薬の申身や作用・飲み方	健康や医療の相談にのる	必要に際して紹介	地域住民の健康をこころ	積極的に活動する
1,140	61.0 695	30.3 345	29.7 339	51.1 583	23.2 264	34.4 392	38.7 441	38.8 442	12.8 146	14.1 161

京都市民の保健と医療に関する意見調査 1981

K総合病院の救急車搬入入院患者の 疾病構造と社会医学的考察

○竹原令宜, 天野松男, 八木邦子, 前田義則, 梅田玄勝
(健和労働衛生研究所)

【はじめに】 北九州市は生活保護人員保護率が43.6 (%)と政令都市の中で最高である¹⁾。また35～54歳の男子中高年層の年齢訂正死亡率が高く、死亡率と社会経済的指標との間で相関が認められ、特に肝硬変による死亡率が全国の2倍である²⁾。救急告示病院としてのK総合病院に救急車で搬入された入院患者〔市内の救急患者搬入実績の15.2% (1983年)相当〕の疾病構造を社会医学的に検討し若干の知見を得たので報告する。

【調査資料と方法】 K総合病院(北九州市戸畑区)に救急車で搬入され(1981年1月～1983年12月)入院した症例を、各年次、性別にそれぞれ300名計600名を無作為に抽出し総数1800名の診療記録を調査資料とし支払方法別に解析を行った。疾病分類は救急車搬入時の病名をもとに、第9回修正国際疾病分類により行った。社会経済的要因との関連で「消化系の疾患」については、19歳以上の健保本人、国保本人、生活保護の入院患者について診療記録より入院時検査データ、飲酒、喫煙、家族状況、婚姻状況などを調べた。解析にあたり記載不備なデータは除外した。

【結果と考察】 I. 支払方法別疾病構造と平均入院日数: 支払方法別主要疾病割合の特徴として「循環系の疾患」の構成割合は国保、「呼吸系の疾患」の割合は生活保護で高く、「消化系の疾患」の割合は生活保護、健保本人で高い。「損傷及び中毒」では、その他、自費で高い(表1)。「消化系の疾患」の内、「胃及び十二指腸潰瘍」の割合は健保本人で高く、「慢性肝疾患及び肝硬変」、「腸閉塞」の割合は生活保護で高い。これらの結果は、疾病と職種、家庭・生活環境が密に関係していることを示す。

平均入院日数は健保本人が23.6日、健保家族26.3日、国保27.4日、生活保護31.8日の順に延びている。生活保護の疾病別平均入院日数は、特に「呼吸器系の疾病」、「中毒及び損傷」、「消化系の疾患」で長引く傾向を示した。

II. 消化系の疾患についての検討: (肝機能異常率) 男性の肝機能異常率は女性のそれに比べて高い。生活保護の入院患者ではGOT, GPTの異常率が男女ともに極端に高く、男性の異常率は80%以上であり健保本人の異常率の約3倍である。女性の異常率は35%以上である(表2, 3)。(飲酒状況) 生活保護の入院患者の平均飲酒量は男女ともに高く、男性3.3合/日、女性1.2合/日である。健保本人、国保本人の入院患者の平均飲酒量に比べ大量飲酒の傾向が認められた。(婚姻状況と肝機能異常率との関係) 未婚(35歳以上)、離婚、死別の割合の増加とともに肝機能異常率が高くなっている(図1)。健保本人<国保本人<生活保護の順に生活環境や経済的諸条件が悪く、救急疾患発生頻度と深くかかわっていると考えられる。今回の調査では、生活習慣(飲酒状況等)、婚姻状況などの家庭環境の劣悪さが、健康水準の低下と密接な関連を有し、さらに「消化系の疾患」においては、特に男性の肝機能異常率が高く、入院日数が長いことと深い関連性があることが明らかとなった。これらは中年期男子の肝硬変による死亡率²⁾と深く関連しているものと推察された。 【まとめ】 K総合病院の救急車搬入入院患者の疾病構造と社会経済的要因との関連について検討した。その結果、生活環境や経済的諸条件の悪化と健康水準の低下との間に密接な関係が認められた。

特に生活扶助を受けている人々に対する予防衛生活動と社会的救済策さらには地域社会の経済的活力の向上が重要であることが考察された。 【文献】 1) 大都市統計協議会編: 大都市比較統計年表/昭和57年。社会調査研究所, 1984年
2) 梅田, 他: 北九州市の都市構造と住民の健康に関する社会医学的考察。社会医学研究 1, 19-30, 1980

表2 GOT異常率

	男	女	総数
健保本人	25.6% (11/43)	0.0% (0/5)	22.9% (11/48)
国保本人	58.3% (21/36)	30.0% (3/10)	52.2% (24/46)
生活保護	89.7% (26/29)	35.7% (5/14)	72.1% (31/43)

判定基準: 30IU/ℓ (異常者数/実数)

表3 GPT異常率

	男	女	総数
健保本人	30.2% (13/43)	0.0% (0/5)	22.9% (13/48)
国保本人	50.0% (18/36)	20.0% (2/10)	43.4% (20/46)
生活保護	86.2% (25/29)	35.7% (5/14)	69.8% (30/43)

判定基準: 25IU/ℓ (異常者数/実数)

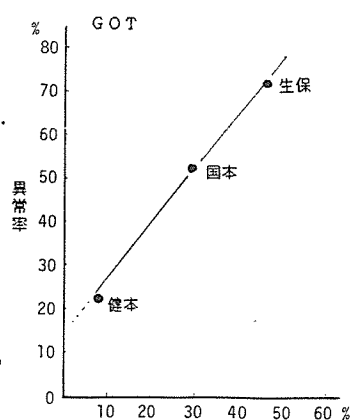


図1 未婚(35歳以上)、死別、死別の割合とGOT異常率との関係

表1 支払方法別主要疾病割合

疾病分類	健康保険 本人	健康保険 家族	国民保険	自費	その他	生活保護
循環系の疾患	28.5 (72)	28.4 (117)	35.9 (230)	13.0 (6)	12.5 (29)	30.6 (66)
呼吸系の疾患	5.1 (13)	6.3 (26)	6.7 (43)	0.0 (0)	3.4 (8)	9.3 (20)
消化系の疾患	19.8 (50)	11.2 (46)	11.5 (74)	13.0 (6)	6.0 (14)	21.8 (47)
妊娠、分娩及び産後の合併症	1.2 (3)	4.6 (19)	2.8 (18)	10.9 (5)	1.3 (3)	0.0 (0)
周産期に発生した主要病態	0.4 (1)	6.6 (27)	2.3 (15)	10.9 (5)	2.6 (6)	1.4 (3)
損傷及び中毒	27.3 (69)	22.6 (93)	20.1 (129)	32.6 (15)	66.8 (155)	18.1 (39)
総数	(253)	(412)	(641)	(46)	(232)	(216)

(実数)

○天野松男, 竹原令宜, 八木邦子, 梅田玄勝
(健和労働衛生研究所)

演者らの過去の研究¹⁾では、北九州市の35-54歳の中年期男子の死亡率は高く、これらは労働力状態や一人当たりの量数、老年化指数、従属人口指数などと相関があり、その背景に社会的な要因が考えられた。館²⁾によると人口構造は、過去から現在に至る社会の変動が、人口動態の諸要因を通して発現したものであって、社会の歴史的発展の所産であるという。その意味においては北九州市、福岡市、大牟田市の歴史的発展過程に特徴があり、産業構造や就業構造もかなり異なるといえる。本研究はこれらの3都市のデータを用い、正準相関分析法で循環系の成人病による死亡の社会経済的背景の要因について考察した。

資料と方法

■資料：各年次（昭和40, 45, 50, 55年）の国勢調査結果および各都市の衛生統計年報。■方法：各年次の国勢調査結果から各都市の職業別、従業上の地位別、配偶関係別人口の性別総人口に対する構成割合を求めた。これらの人口構造と衛生統計年報より死因別（心疾患、高血圧性疾患、脳血管疾患）粗死亡率を求めて、それらの間の関係を正準相関分析法で検討した。その際観察死亡数は各年次を中心として3年間の平均値をとった。分析に供したデータ数は3都市4年次の合計12個である。

結果と考察

■図1に第一正準変数の得点分布を示す。正準相関係数は全て有意であった。大牟田市の得点が高く、大牟田市の死亡率が他の都市に比べ高いことと一致した。■表1に構造係数（新に合成された総合特性値とそれぞれの変数との間の相関係数）を示し、死亡と職業、従業上の地位、配偶関係等との間の関係を主として第一正準変数について考察する。■職業との関係 男性は失業、農林・漁業・採掘の係数が大きく、女性は失業の係数は大きくないが農林・漁業・採掘、運輸・通信等の係数が大きい。これらの職業から推察される要因は、経済的地位の低下、肉体的に厳しい労働や労働環境の悪さ等であろう。■従業上の地位との関係 男性は雇用者、女性は家族従業者の係数が大きい。雇用者の半数以上は産業医を委嘱する法的義務を負わない従業者数50人未満の事業所で働いている。また、家族従業者の健康管理は放置されているのが現状である。この結果は、これらの労働者が健康管理制度上不利な状況におかれていることの反映であろう。■配偶関係との関係 男性は未婚の係数が最も大きく、女性はその逆である。しかし、男女とも死因と未婚の係数は逆であるので、未婚と死亡の相関が負であることを示している。4つの配偶関係の係数の大きさと配偶関係別平均死亡年齢は順序がほぼ一致するので、この結果は単に死亡と年齢との関係を示したと考える。

まとめ

正準相関分析法により、経済的地位の低下、肉体的に厳しい労働や労働環境の悪さ、労働者の健康管理制度上の不備等が循環系疾患死亡の背景的要因として注目された。

〔文献〕1) 梅田, 他: 社会医学研究 1: 19-30, 1980年

2) 館 稔: 人口分析の方法 P.132 古今書院 昭和38年

図1 第一正準変数の得点分布

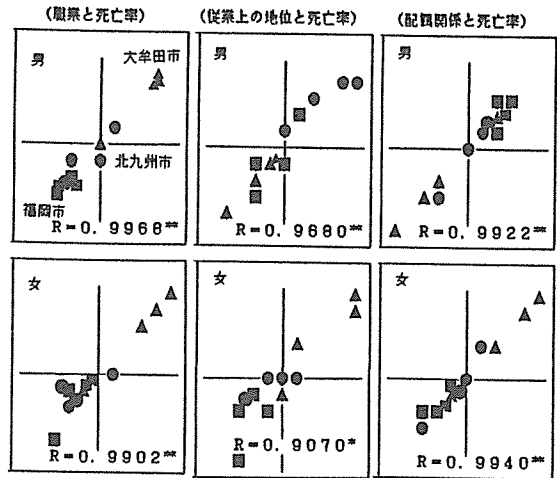


表1 正準相関分析による構造係数

		構造係数		
		第一正準	第二正準	第三正準
職業	男			
	専門・技術・管理・保安	-0.53	-0.06	-0.64
	事務・販売	-0.73	0.03	-0.54
	農林・漁業・採掘	0.70	-0.62	0.25
	運輸・通信・技能・生産	0.27	-0.59	0.71
	サービス	-0.53	0.19	-0.67
	完全失業	-0.80	-0.45	-0.13
	心疾患	0.91	-0.28	-0.31
	高血圧性疾患	0.71	0.53	0.46
	脳血管疾患	0.54	-0.03	0.84
	正準相関係数	0.9968	0.9845	0.9201
従業上の地位	女			
	専門・技術・管理・保安	-0.25	-0.69	-0.62
	事務・販売	-0.71	0.02	-0.67
	農林・漁業・採掘	0.83	0.08	0.08
	運輸・通信・技能・生産	0.75	-0.32	0.11
	サービス	-0.52	0.49	-0.52
	完全失業	-0.23	-0.86	-0.42
	心疾患	0.29	-0.95	-0.16
	高血圧性疾患	0.95	-0.08	-0.30
	脳血管疾患	0.88	-0.13	0.46
	正準相関係数	0.9902	0.9585	0.7782
配偶関係	男			
	雇用者	0.81	-0.54	-0.24
	自営業主	-0.84	-0.10	-0.54
	家族従業者	-0.39	0.89	-0.22
	心疾患	-0.58	0.09	0.81
	高血圧性疾患	-0.25	0.96	0.16
	脳血管疾患	0.37	0.81	0.46
	正準相関係数	0.9680	0.8401	0.121
	女			
	雇用者	-0.82	-0.53	-0.24
	自営業主	0.48	-0.81	-0.32
	家族従業者	0.64	-0.74	0.23
	心疾患	0.14	-0.32	-0.94
	高血圧性疾患	0.77	-0.64	-0.09
	脳血管疾患	0.97	0.09	-0.21
	正準相関係数	0.9070	0.6341	0.1327
配偶関係	男			
	未婚	0.78	-0.34	-0.26
	有配偶	-0.92	0.06	-0.12
	死別	-0.76	0.63	0.14
	離婚	-0.55	-0.71	0.27
	心疾患	-0.99	0.02	-0.17
	高血圧性疾患	-0.34	0.94	-0.01
	脳血管疾患	-0.33	0.69	0.64
	正準相関係数	0.9922	0.9141	0.3616
	女			
	未婚	-0.73	0.03	-0.63
	有配偶	0.68	-0.47	-0.34
	死別	0.91	0.41	-0.12
	離婚	0.47	-0.86	-0.05
	心疾患	1.00	-0.09	0.04
	高血圧性疾患	0.47	0.62	-0.62
	脳血管疾患	0.39	0.92	0.08
	正準相関係数	0.9940	0.8343	0.4179

都道府県別死亡率性比の格差に関する検討 その1: 社会経済指標との関連を中心に

・逢坂 隆子 (大阪府大東保健所)
上島 弘嗣 (国立循環器病センター)
朝倉 新太郎 (大阪大学医学部公衆衛生学教室)

〔目的〕昭和30年代以降中年期特に男子の死亡率低下の遅れが目立ち、その結果中年期の死亡率性比は年々増大傾向が著しい。今回は都道府県・死因別中年期死亡率性比の地域格差とアルコール消費量やその他の社会経済要因との関連を検討し、中年期男子死亡率低下の遅れの原因をさぐった。〔方法〕第24回本誌会議集25と同じ。死亡率性比を従属変数とし、社会経済指標を独立変数として変数増加法による重回帰分析を行なった。所得は総務府統計局「社会生活統計指標」と用い、NaClは「日本公債誌」Vol.30 No.10 589~598「竹森地」を引用した。〔結果〕①中年期死亡率性比の地域差はアルコール消費量と深い関連を有す。死因別には悪性新生物、脳血管疾患、肝硬変で著明(表1、表2、表3)②35年にくるべ50年でよりこの傾向が顕著である。(表4)中年期は35~59歳とす。

表3. 中年期死亡率性比と社会経済指標の相関

社会経済指標		昭和50年	
		アルコール	失業率
死亡率性比	総死亡	0.623**	0.348*
	脳血管疾患	0.509**	0.122
	肝硬変	0.343*	0.227
	悪性腫瘍	0.491**	0.099
	心疾患	0.183	-0.150
男子死亡率	総死亡	0.598**	0.625**
	脳血管疾患	0.618**	0.006
	肝硬変	0.018	0.771**
	悪性腫瘍	0.153	0.299
	心疾患	0.275	0.152
女子死亡率	総死亡	-0.037	0.439**
	脳血管疾患	0.322*	-0.101
	肝硬変	-0.142	0.514**
	悪性腫瘍	-0.307*	0.176
	心疾患	-0.006	0.239

表4. 中年期死亡率性比と社会経済指標の相関

社会経済指標	アルコール消費量		失業率	
	35年	50年	35年	50年
総死亡	0.368*	0.623**	0.341*	0.348*
脳血管疾患	0.151	0.509**	0.162	0.122
肝硬変	0.090	0.343*	0.083	0.227

* $P < 0.05$ ** $P < 0.01$ *** $P < 0.001$

表1. 中年期死亡率性比の段階的重回帰分析結果F値 (50年)

死因	アルコール	失業率	未婚率	生活保護率	世帯あたり人口数	所得	NaCl
総死亡	21.895***						3.334 ⁻
全結核		4.852*					
悪性新生物	14.445***						2.698
食道癌	2.907						
胃癌				2.388**			
糖尿病	10.196**						3.087
心臓病		3.173			6.774*		2.837
虚血性心疾患		6.507*			8.433**		
高血圧症							
脳血管疾患	18.343***	2.741	3.510 ⁻		14.238***		
消化性潰瘍							
肝硬変	5.317*		2.998				
不慮の事故							3.235 ⁻
自動車事故							9.190***
自殺	3.009		2.062				5.239*

表2. 全寿命死亡率性比の段階的重回帰分析結果F値 (50年)

死因	アルコール	失業率	未婚率	生活保護率	世帯あたり人口数	所得	NaCl
総死亡	17.522***	2.203*					12.427 2.976 ⁻
全結核	7.956 ⁻			5.663*			2.928 ⁻
悪性新生物	6.428*						
食道癌	8.187**	2.970 ⁻					
胃癌							2.738
糖尿病		15.582***					
心臓病							4.255 ⁻
虚血性心疾患							5.778 ⁻
高血圧症							
脳血管疾患	17.318***						4.278 ⁻
消化性潰瘍							
肝硬変		9.736**	6.073*				
不慮の事故							2.418 ⁻
自動車事故							
自殺	6.650*						8.836***

(F値が2.0以上のものを順次回帰式に収めた。一は偏回帰係数(負))

三河一夫¹⁾、上島弘嗣²⁾、逢坂隆子¹⁾、朝倉新太郎¹⁾(大阪大学医学部公衆衛生¹⁾、国立循環器病センター²⁾)

アルコールの多飲が、肝硬変と関連することは広く認められている。しかし一般に府県別のアルコール消費量は、肝硬変死亡率と関連しないとされてきた。そこで今回の研究では、いくつかの統計資料をもとに、肝硬変死亡率と関連するもう一つの因子であるHBs抗原陽性率を加味して、都道府県別の肝硬変死亡率とアルコール消費量との関連性の再検討を試みた。

【方法】 肝硬変死亡率は、人口動態統計特殊報告の主要死因別訂正死亡率の昭和50年と55年より、アルコール消費量は、国税局統計年報書昭和50年版より、HBs抗原陽性率は、日

Table 1 Simple Correlation Coefficient between Age-adjusted Mortality from Liver Cirrhosis and Alcohol Consumption and between Age-adjusted Mortality from Liver Cirrhosis and the Prevalence of HBs Antigen (+) by Prefecture in Japan, 1975 and 1980

Mortality from Liver Cirrhosis	Alcohol Consumption in 1980	HBs Antigen(+) in 1981
In 1975		
Men		
Middle Ages	0.13	0.54**
All Ages	0.16	0.57**
Women		
Middle Ages	-0.06	0.42**
All Ages	-0.00	0.48**
Male-Female Ratio		
Middle Ages	0.34**	0.12
All Ages	0.33*	0.25
In 1980		
Men		
Middle Ages	0.09	0.56**
All Ages	0.17	0.53**
Women		
Middle Ages	-0.07	0.29**
All Ages	-0.11	0.36**
Male-Female Ratio		
Middle Ages	0.25**	0.19
All Ages	0.45	0.24

* p<0.05, ** p<0.01

本赤十字社血液事業の現状昭和51年と55年統計表より得た。統計的方法としては、府県別肝硬変死亡率と府県別のアルコール消費量並びに府県別のHBs抗原陽性率の間の関連性について、相関分析及び重回帰分析を行ない、総合的に再検討した。【結果】 Table 1は、昭和50年と55年の性別の、府県別肝硬変訂正死亡率及びその男女比と昭和50年の府県別のアルコール消費量並びに昭和51年の府県別のHBs抗原陽性率の間の相関係数を示している。昭和50年の性別肝硬変死亡率は、中年期、全年齢ともに男女いずれも、アルコール消費量よりも、HBs抗原陽性率と有意のより強い相関を示した。一方、昭和50年の肝硬変死亡率の男女比は、中年期、全年齢ともに、HBs抗原陽性率よりも、アルコール消費量と、有意のより強い相関を示した。また、昭和55年の性別肝硬変死亡率は、中年期女性を除いていずれも昭和50年と同様アルコール消費量よりも、HBs抗原陽性率と有意のより強い相関を示した。そして、昭和55年の肝硬変死亡率の男女比をとると、全年齢では、昭和50年と同様HBs抗原陽性率よりもアルコール消費量と、有意のより強い相関を示したが、中年期では、昭和50年と異なりHBs抗原陽性率並びにアルコール消費量のいずれとも有意の相関を示さなかった。重回帰分析の結果も、上記の結果と同様の傾向を示した。次に、昭和51年と55年のHBs抗原陽性率の間の相関分析では、有意の高い相関($r=0.63$, $p<0.01$)が得られ、5年間の年次間隔においてではあるが、HBs抗原陽性率の地域差は、年次が違っていても変わらないことが認められた。【考察とまとめ】 肝硬変死亡率の地域差は、HBs抗原と強く相関した。しかし、肝硬変死亡率の男女比は、むしろ、アルコール消費量とより強い関連を示した。わが国では、男子が、全アルコール消費の大半を占め、本研究において、飲酒量の多い府県ほど、肝硬変死亡率の男女比も高い結果が得られたことから、飲酒量の地域差が、肝硬変死亡率の地域差と関連していることが、明らかになった。

○ 上島 弘嗣 (国立循環器病センター)

飲酒量の多いもの程、血圧水準が高く、高血圧の頻度も高率であることは、内外の多くの疫学調査により、認められている。しかし、飲酒回数と血圧との関係については、報告は少なく、また、飲酒回数と飲酒量のどちらが血圧とより密切に関連しているかについては、明らかでない。そこで、本研究においては、会社職員の男子の断面調査成績より、飲酒回数と飲酒量の、血圧に対する関連性について検討する。【対象と方法】 対象としたのは、男子20-59歳の生命保険会社職員1468名である。社内の定期検診時に、飲酒習慣について、保健婦らが質問し、飲酒回数と飲酒量について聞き取った。受診率は、90%以上であった。血圧は、医師が測定した第1回目の測定値を用いた。飲酒量については、飲酒回数と1回当たりの飲酒量より、平均飲酒量を純アルコールのml数として算出し、データの処理に使用した。共分散分析により、年齢、肥満度、服薬の有無を補正し、飲酒回数別に血圧水準を比較した。また、飲酒量別にも同様の分析を行なった。次に、重回帰分析により、飲酒回数と飲酒量のどちらが血圧とよく関連しているかを、年齢、肥満度、高血圧の既往、禁酒の有無なども説明変数に入れ、検討した。【結果】 飲酒回数と最大血圧の平均値の検討では、最大血圧の平均値は、飲酒回数により有意に異なり、週2回以上飲酒する群はその他の群より高値であった(図1)。また、最小血圧についても同様の結果を得た。図2に飲酒量と最大血圧の平均値を示した。飲酒回数と同様に、有意の差を認めたが、飲酒回数よりも、この飲酒量の分類では、飲酒量が多いもの程、血圧水準が高かった。最小血圧についても同様の結果を得た。次に、最大、最小血圧を従属変数とし、飲酒回数、飲酒量を独立変数とした段階的重回帰分析を行なった。その結果でも、飲酒回数よりも、飲酒量が、血圧とより強く関連していることがわかった。【考察とまとめ】 飲まないものと、月2000-2500mlの純アルコール飲用者との間には、最大血圧値において、約6mmHgの差異があり、節酒による血圧降下が期待できる。また、飲酒回数よりも飲酒量そのものが血圧とより強く関連することが明らかになった。

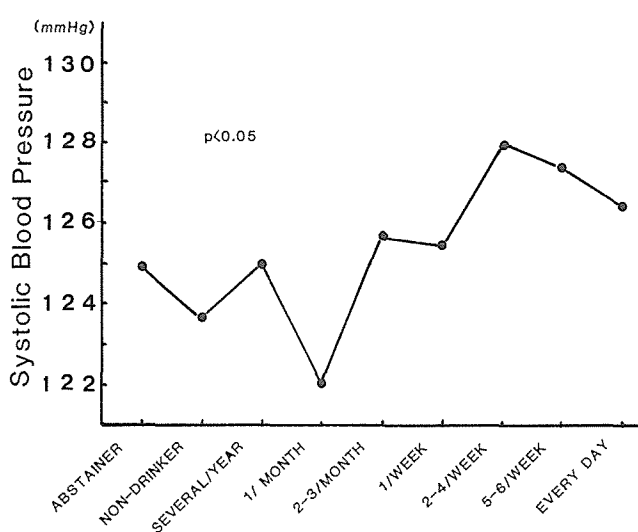


図1 飲酒回数と最大血圧の平均値の比較、肥満度、服薬を補正、男子20-59才、明治生命スタディ

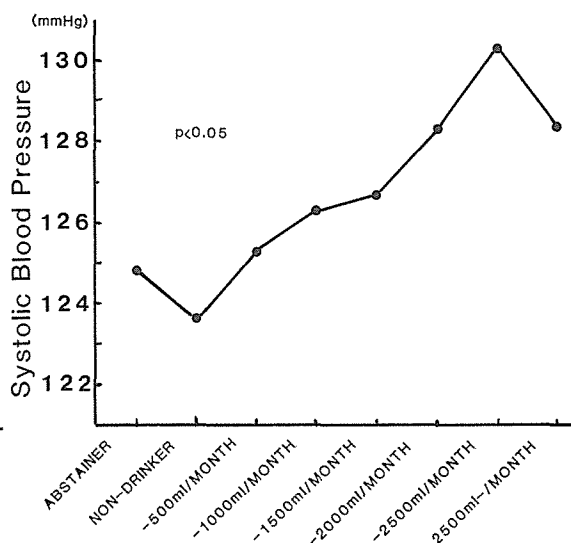


図2 飲酒量と最大血圧の平均値の比較、肥満度、服薬を補正、男子20-59才、明治生命スタディ

竹内治一 ○小菰幹夫（大阪府保険医協会）

(はじめに) 昨年10月実施された健保本人への1割負担導入が、患者・府民の受療動向にどのような影響を与えたか一について客観的に把握することを目指す目的に、大阪府保険医協会および「大阪の医療をよくする連絡会」が実施した。

(調査の概要) (1)医療機関アンケート…昭和60年4月中旬に実施。932医療機関から回収。うち治療中断の項目回答者は654。(2)患者アンケート…53医療機関(国立、大学、市民、民間各病院、診療所)で、60年1月24～25日に実施。回収9,257(外来患者6,576、入院患者2,681)。(3)住民アンケート…しるきた市民生活協会の組合員を対象に、60年1月中～下旬に実施。1,915世帯から回答を得た。

(調査結果について)

(1) 健保本人の治療中断状況…回答者の70.2%が「明らかに必要な治療が中断した」と報告している。(表1)

(2)患者(外来分)・・・健保本人の約80%に負担感。83.3%が2割負担導入反対。本人10割給付復活「たばうこ」が50.2%。

(3) 患者(入院分)・・・健保本人の81.4%が負担感。10割復治51.9%が「たまたま」と回答。

(4) 住民(健保加入者のみ抽出)・・・健保改定後、医療機関に行、た756人のうち、「負担になっている」67.7%。「想像以上に家計に影響を与えている」12.4%、「2割負担反対」75.7%。10割増治「ただちに」が53.9%となっている。

(まとめ)

1. 健保改悪が患者・住民の受療動向に与えた影響の大きさ（とくに受診抑制に関して）を実証した。この点で、大阪府が実施した「府民の生活意識調査結果」（59年10月末～11月末実施）を具体的に反映している。即ち、府政入の希望項目で、「保健医療対策」が56年度の28.9

2. 2割負担導入には、患者・住民ともに「反対」が圧倒的。一方、本人10割給付復活要求は、過半数が賛意を表明しているものの、一定数の府民には「困難」とうつ、ている。

3. 患者・住民アンケートともに、保険料差別にみると健保加入者と国保加入者とによつて、態度に一定の差異がみられる(表2)。これは、今後の医療保障制度改善・拡充運動の中で、十分な注意を払ふ必要性を示しているよう。国保加入者も広範にまきこんだキメの細かい植えを草の根からつくりあげていくことが大切である。

表1 昨年10月1日以降、明らかに必要な治療が中断したと思われる患者の主な病名を三つあげれば…… (大阪府保険医、協会調べ)

(病名)	(件数)				
高血圧症	400	膝関節症	11	更年期障害	3
肝・胆障害	241	白 癩	11	慢性皮膚疾患	3
胃・腸炎	145	アレルギー性鼻炎	11	便 秘	3
胃・十二指腸潰瘍	122	網膜症(高血圧, 糖尿病)	10	頸椎骨粗骨症	3
胆石症	120	咽喉炎	9	眼底疾患	3
心臓病	59	肩関節周囲炎	9	貧血症	2
腰痛症	48	腎 炎	8	STD類	2
膵臓炎	38	腎不全	7	肺 炎	2
中耳炎	29	頸椎症	6	うつ病・不安症	2
動脈硬化症	28	ほうこう炎	6	乾 癬	2
神経痛	26	低血圧症	6	網膜出血	2
遷延・じん疹	25	狭心症	6	てんかん	2
感 冒	22	座 創	5	肺結核	2
気管支ぜん息	19	前立腺肥大	5	節 かん	1
高脂血症	18	膝部びらん症	5	甲状腺機能障害	2
リウマチ	18	胃がん	4	胃カタル	2
気管支炎	14	変形性脊椎症	4	癆瘵症	2
白内障	16	眼精疲労	4	網膜血管硬化症	2
頸后腕肘関節群	15	卵巣機能不全	4	椎間板ヘルニア	2
聴覚・耳鳴り	15	自律神経失調症	4	硝子体混濁	2
関節炎	14	上気道炎	4	五十肩	2
腎 炎	14	耳管炎	2	角膜炎	2
冠不全	12	膝内障	4	脳卒中	1
痛 風	12	肝硬変	1	肩椎炎	1
慢性結膜炎	11	胆石症	4	M G	1

(総 数 932)

本項の回答者 654

(70.2%)

表2 保険種類別にみた2割負担導入に対する態度
(健保加入者)

保 険 種 別	項 目	賛 成	反 対	やむをえない	よくわからない	N・A	計
政 管 健 保		1	255(82.0)	19(6.1)	13(4.2)	23	313(100.0)
組 合 健 保		3	660(79.4)	53(6.4)	24(2.9)	91	831(100.0)
共 済 会		1	174(83.3)	10(4.8)	10(4.8)	14	209(100.0)
船 員 会		0	0	0	0	0	0
小 計		5	1089(80.6)	82(6.1)	47(3.3)	128	1351(100.0)

〔国保加入者〕

項目	賛成	反対	やむをえない	よくわからない	N・A	計
保険種類 国保	6	296(60.7)	60(12.3)	41(8.4)	85	488(100.0)

○ 大山 正 夫 (全国保団連)

政管健保・本人・対前年同月比伸び率(59年10月~60年3月)

図1 受診率(平均-7.1%)

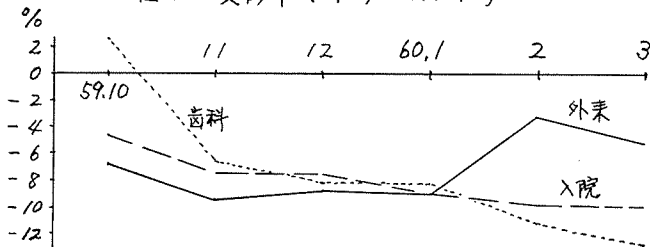


図2 1件当たり日数(平均-7.3%)

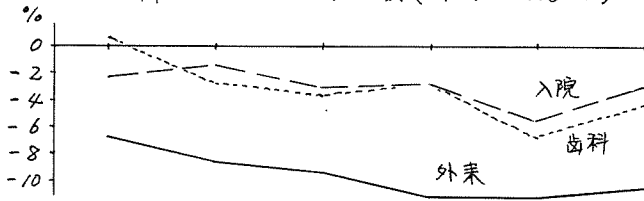


図3 1日当たり医療費(平均1.0%)

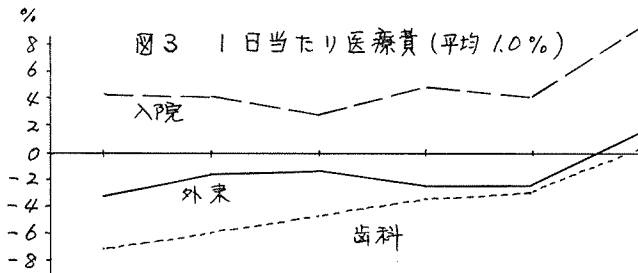
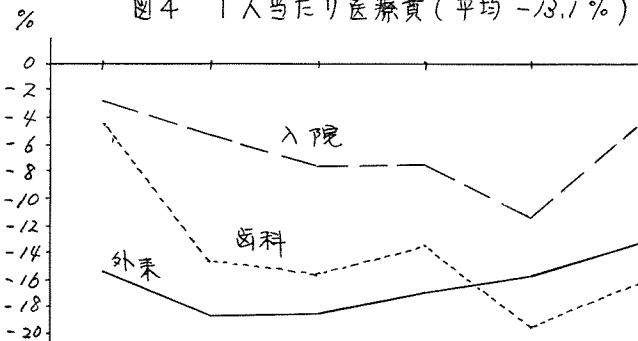


図4 1人当たり医療費(平均-13.1%)



59年10月より実施された健保改悪の主な柱は①本人1割負担、②口保への口庫負担削減、③自由診療、差額徴収の拡大、④医療機関への審査、指導、監査の強化であり、これはその後の家庭医、中間施設、医療法等の医療制度再編成へとつながっている。

政管健保本人を基礎に昨年10月以降の受療動向などをみると、受診率は予測された通り著しく低下した。(図1) さらに1件当たり日数も低下しており、とくに外来では1割ほど減っている。(図2) これは患者がまず初診を抑制し、一旦受療したあとも受診日数を減らしたことを意味している。

しかしながら1日当たり医療費は余り変化がなく(図3)、これは診療内容の変化がなかったからで、せにいうタダだから過剰診療を行うという批判が当たらなかったことを示している。また3月の入院は8%上がったが、外来と歯科は殆どゼロであり、3月の診療報酬改定の性格を表しているよう。

これらの結果1人当たりの医療費がマイナス13%にもなっているが(図4)前記の如く患者の受診抑制が大きく号している。医療機関の側ではそれだけ収入減を来したわけで、外来を主とする医療機関の打撃は大きい。厚生省はさらに口保、老人、入院医療の削減に追い打ちをかけるとしている。

一方、健保組合は59年度収支で、2700億円の黒字を出し、また東京証券一部上場企業の32%は過去最高の利益を記録し(3月期決算)、全平均でも前年同期比26%の経常利益増となっており、医療費と対照を示した。