

BULLETIN OF SOCIAL MEDICINE

社会医学研究

第28回 社会医学研究会総会

講 演 集

社会医学研究会 特別号 1987

JAPANESE SOCIETY FOR SOCIAL MEDICINE

第28回 社会医学研究会総会

主 題

きびしい社会変動の中での国民のための社会医学

急速に迎えつつある高齢化社会、環境面でのさまざまな変化、経済・産業におけるめまぐるしい変動、国際関係における予期しない変化などによって、国民の生活と健康には多くの問題が生じています。医学・医療の発展などにもかかわらず、保健・医療・福祉の制度と対策などには見直しと改善を必要とする状況が作り出されています。

本総会では、国民の健康を守るための社会医学のあり方について話しあい、社会医学研究を一層推進するために活発な研究発表と討議を行なうとともに、社会医学の対応すべき諸問題についての論議などを行ないたいと思います。それらによって、これからの国民のための社会医学の確立に貢献できることを期待しております。

会 期：1987年7月25日(土)～26日(日)

会 場：名古屋サンプラザ（名古屋勤労者福祉センター）

総会事務局：愛知医科大学公衆衛生学教室

総会世話人代表 加藤 孝之

第一会場		第二会場	
13:00	主題講演 国民のための社会医学 加藤 孝之(愛知医大) 座長 朝倉 新太郎(大阪大・名誉教授)		
13:30	座長 上畑鉄之丞(国立公衆衛生院・疫学) 101. 頸肩腕障害の概念に関する今日的検討課題について 小野雄一郎(名古屋大・医・衛生) 102. 頸肩腕障害、非災害性腰痛労災申請の今日的意義—1年間20例の労災申請の経験から 内田比佐夫(淀協社会医研) 103. 頸肩腕障害の発症と療養をめぐる最近の諸問題について 牧野忠康(長野大・産業社会) — 討 論 —	座長 河野俊一(金沢医大・公衛) 201. 奈良市における後期高齢者の健康と生活 氏平高敏(奈良医大・衛生) 202. 老人と同居する婦人の健康実態からみた老人保健 — 奈良県榛原町の調査から 近藤雄二(奈良医大・衛生) 203. 老人保健法による歯周疾患の健康教育、健康相談事業の進め方について 新庄文明(大阪大・医・公衛) — 討 論 —	13:30
14:10	(要望) 労働と健康 座長 山田信也(名古屋大・医・公衛) 104. 中高年勤労者の短期保養制度の検討(その2) 心身への影響 上畑鉄之丞(国立公衆衛生院・疫学) 105. 日雇労働者の生活と健康 渡辺丈真(愛知医大・衛生) 106. ビッキング(商品仕分け)作業における婦人労働者の労働衛生的検討 近藤雄二(奈良医大・衛生) 107. 建築業における技術革新と労働衛生 一 石綿含有建材について 久永直見(名古屋大・医・衛生) — 討 論 —	座長 仁平 将(弘前大・医・衛生) 204. 肥満の健康に及ぼす影響について 齋藤征夫(愛知医大・公衛) 205. 吹田市における急性死の実情について—昭和59年、60年心臓病死亡の医療機関悉皆訪問調査より 馬場俊六(大阪大・医・公衛) 206. 在宅寝たきり老人の死亡者分析 近藤高明(名古屋大・医・公衛) — 討 論 —	14:05
15:00	座長 山下節義(奈良医大・衛生) 108. 職種階層別にみた都市勤務者のストレスと健康観 三河一夫(大阪大・医・公衛) 109. 小規模製造事業所における健康管理に関する訪問実態調査 平田衛(大阪府公衛研・労働衛生) 110. 公営交通企業職員の生活労働実態と健康 — 特にストレスを中心に 古田真司(名古屋大・医・公衛) 111. 生活時間構造の分析—就業者(有所帯)について 山田信也(名古屋大・医・公衛) — 討 論 —	一般演題 座長 上島 弘嗣(国立循環器病センター・集検) 207. 降圧剤使用者の血圧のコントロールとそれに関連している諸因子の検討 内山集二(南生協病院) 208. 脳血管疾患発症者の背景調査 榊原久孝(名古屋大・医・公衛) 209. 脳卒中発症後の生存と寝たきりに関連する要因について 大村外志隆(秋田大・医・公衛) — 討 論 —	14:40
16:00	休 憩	座長 相磯富士雄(東京学芸大・保健体育) 210. 薬局・薬店からみた住民の保健意識 — 「健康アーム」の実相 杉沢秀博(東京大・医・保健社会) 211. アーユルヴェーダは社会医学に貢献できるか 丸山 博(大阪大・名誉教授) 212. 添付文書の日米比較 (第3報) 抗生物質9品目の場合 片平冽彦(東京医歯大・難治研) 213. カドミウム環境汚染による慢性カドミウム中毒の自然史 青島恵子(富山医薬大・医・公衛) — 討 論 —	15:15
16:10	シンポジウム I 環境問題の現状とこれから 司会 加須屋 実(富山医薬大) 能川 浩二(金沢医大) 1. 水質汚染による健康障害の問題点 原田 正純(熊本大) 2. 大気汚染とその問題点 吉田 克巳(京都工場保健会) 3. 改善困難な環境汚染問題 — 自動車排気ガス問題を中心に 中川 武夫(中京大) — 討 論 —		
18:30	夕 食 会		
19:30	自由集会 1. 若い社会医学系医師の集い 2. 保健婦の集い 3. 医療のあり方 4. 核廃絶と飢餓克服	全国世話人会 世話人 小林 章雄(愛知医大・衛生) 世話人 木下 安子(日野市地域ケア研) 世話人 浜田 順三(医生協北病院) 世話人 片平 冽彦(東医歯大・難治研)、相磯 富士雄(東京学芸大)	16:00
21:30	懇 親 会		

6:30 健康教室(気功健康法) 講師 林 茂美 一中部気功研究協会一 自由参加

7:20 朝食

第一会場		第二会場	
8:30	<p>座長 大村外志隆(秋田大・医・公衛)</p> <p>112. 増加するアルコール消費量と健康障害 — アルコール依存症の社会的側面 上島弘嗣(国立循環器病センター・集検)</p> <p>113. 血液透析実態調査とその意義 西 三郎(東京都立大・社会福祉)</p> <p>114. パーキンソン病患者団体会員における保健・医療・福祉課題と社会資源活用の実態に関する調査研究 内藤美登里(愛知医大・付属病院) — 討 論 —</p>	<p>座長 木下 安子(日野市地域ケア研)</p> <p>128. 地域ケア体制とホームヘルパーの援助 田中由紀子(ヘルパースキル研究会)</p> <p>129. 障害者に対するヘルパー活動 井上千津子(ヘルパースキル研究会)</p> <p>130. 援助に対して拒否的な重症心身障害者をもつ高齢者世帯へのケア体制づくり 須加 美明(ヘルパースキル研究会) — 討 論 —</p>	8:30
9:10	<p>座長 西 三郎(東京都立大・社会福祉)</p> <p>115. 神経難病患者の在宅療養における看護の連携 小原典子(都立神経病院)</p> <p>116. 難病児をかかえた母親の自立への援助 秋村純江(東京都神経研)</p> <p>117. 重症難病患者の在宅療養に対する夜間援助体制の必要性 鷺見正博(松波病院・看護部) — 討 論 —</p>	<p>座長 多田羅浩三(大阪大・医・公衛)</p> <p>131. 痴呆性老人の地域ケアへの試み 草野文嗣(滋賀県・彦根保健所)</p> <p>132. 精神障害者共同作業所で処遇上派生する諸問題と従事者に対する支援について 加藤春樹(国立公衆衛生院・研究課程)</p> <p>133. 宮崎県公立高校における30%推薦性と障害児者団体の対応 首藤正一(全国心臓病の子供を守る会宮崎県支部) — 討 論 —</p>	9:10
9:50	<p>座長 芦沢正見(前 国立公衆衛生院・疫学)</p> <p>118. 難病患者の地域におけるグループワークのあり方の検討— 府下の事例を中心に 柳 尚夫(大阪府・大東保健所)</p> <p>119. 難病の地域医療ケアにおける保健所の役割 — 大阪府における経験から 黒田研二(大阪大・医・公衛)</p> <p>120. 地域におけるスモン患者の生活変容に関する一考察— 社会関係の側面から 小沢 温(東京大・医・保健社会)</p> <p>121. 三鷹市難病検診の意義と役割 西 三郎(東京都立大・社会福祉) — 討 論 —</p>	<p>座長 竹内康浩(名古屋大・医・衛生)</p> <p>214. 合成着色料に関する文献的考察 (第1報)黄色4号、5号について 片平洸彦(東京医歯大・難治研)</p> <p>215. 学童の食塩多量摂取と食生活 浜田順三(医生協北病院)</p> <p>216. 学童の尿中塩分量と摂取食品の実態 山内知子(名古屋大・医・公衛) — 討 論 —</p>	9:50
10:40	<p>座長 木村 慶(愛媛大・医・公衛)</p> <p>122. 国民健康保険加入者の所得と保険料との関連 岡本悦司(大阪大・医・公衛)</p> <p>123. 地域医療計画策定上の諸問題 竹内治一(摂津市医師会)</p> <p>124. 地域医療計画策定動向にみる特徴点 山下節義(奈良医大・衛生)</p> <p>125. 国民健康づくり計画モデル事業とその評価 西 三郎(東京都立大・社会福祉) — 討 論 —</p>	<p>座長 大島秀彦(愛知医大・衛生)</p> <p>217. 日本の都道府県別住民に関する社会衛生学的比較研究 (その1) 飯淵康雄(琉球大・医・保健)</p> <p>218. 乳児死亡研究の現代的意義と方法 丸山 博(大阪経済法科大) — 討 論 —</p>	10:30
11:30	<p>座長 滝澤行雄(秋田大・医・公衛)</p> <p>126. 暖房の健康に与える影響についての一考察 仁平 将(弘前大・医・衛生)</p> <p>127. 住居と老人の健康と生活— 住居調査および在宅医療活動を通じた寝たきり老人防止に関する考察(その1) 谷田悟郎(京都保健会・九条診療所) — 討 論 —</p>	<p>座長 片平洸彦(東京医歯大・難治病・臨床薬理)</p> <p>219. 被爆者、生保患者における成人の喪失歯についての調査 日高隆三(東神戸病院)</p> <p>220. 全自然に占める人間の位置 千田忠夫(杏林大・医・衛生)</p> <p>221. 神経難病の在宅ケアにおけるボランティア活動の成果と課題 木下安子(日野市地域ケア研)</p> <p>222. 「医療事故相談センター」の10年と患者の人権 加藤良夫(名古屋弁護士会) — 討 論 —</p>	11:00
12:00	<p>座長 滝澤行雄(秋田大・医・公衛)</p> <p>126. 暖房の健康に与える影響についての一考察 仁平 将(弘前大・医・衛生)</p> <p>127. 住居と老人の健康と生活— 住居調査および在宅医療活動を通じた寝たきり老人防止に関する考察(その1) 谷田悟郎(京都保健会・九条診療所) — 討 論 —</p>	<p>座長 大島秀彦(愛知医大・衛生)</p> <p>217. 日本の都道府県別住民に関する社会衛生学的比較研究 (その1) 飯淵康雄(琉球大・医・保健)</p> <p>218. 乳児死亡研究の現代的意義と方法 丸山 博(大阪経済法科大) — 討 論 —</p>	11:50

昼 食

午後部のプログラムは次の頁へ

7 月 26 日 (日) 午後 の 部

第 一 会 場	
13:00	総 会
13:15	
13:20	招待講演 「人生80から」 磯部 巖(金剛石クラブ理事長) 座長 加藤 孝之(愛知医大)
13:55	休 憩
14:00	シンポジウム II 高齢化社会における在宅保健医療福祉 司会 小栗 史朗(日本福祉大) 西 正美(石川県厚生部) 1. 在宅ねたきり者状況調査を行なって 高木 みさき(名古屋市南保健所) 2. 南生協病院での在宅医療の展開 ー 現状の活動を中心に ー 山田 三喜子(南生協病院) 3. 保健所における痴呆老人在宅療養指導 事業の経験から 伊川 あけみ(石川県厚生部) 4. 千葉県館山保健所管内における在宅ねたきり老人 の実態 小倉 敬一(千葉県茂原保健所) ー 討 論 ー
16:20	閉会 第28回社会医学研究会総会のおわりに 社会医学研究会代表、世話人代表
16:30	

第28回 社会医学研究会総会
講 演 集

主 題 講 演

招 待 講 演

シンポジウム I, II

主 題 講 演

国民のための社会医学

加 藤 孝 之 (愛知医科大学)

座長 朝 倉 新太郎 (大阪大学名誉教授)

招 待 講 演

人生80から

磯 部 巖 (金剛石クラブ理事長)

座長 加 藤 孝 之 (愛知医科大学)

シンポジウム I

環境問題の現状とこれから

司会 加須屋 実 (富山医科薬科大学)

能 川 浩 二 (金沢医科大学)

シンポジウム II

高齢化社会における在宅保健医療福祉

司会 小 栗 史 朗 (日本福祉大学)

西 正 美 (石川県厚生部)

第28回社会医学研究会総会

主題講演

国民のための社会医学

加藤孝之（愛知医大 公衆衛生）

1. はじめに

第28回社会医学研究会総会を名古屋で開催するためのお世話をすることになり、主題として「きびしい社会変動の中での国民のための社会医学」を定めることと共に、その主題についていろいろ考え、関係のことなどを勉強してきました。主題に関して先輩の諸先生が示されてきましたことや、これまでの27回にわたる社会医学研究会総会で示されてきたことなどをご紹介しますとともに、私なりにまとめたところを述べることにします。

1979年に名古屋で開かれた第20回社会医学研究会において“社会医学研究20年の歩みと今日の課題”がとりあげられてから、各研究会総会において「主題」をかかげての研究会が行なわれてきました。

- 第21回 1980年 東京 「健康、その公的責任」のめざすもの
- 第22回 1981年 静岡 「80年代における社会医学の展開」
- 第23回 1982年 滋賀 「きびしい情勢の中での社会医学のあり方」
- 第24回 1983年 大阪 「高齢化・過都市化・低成長化の国民の生活と健康」
- 第25回 1984年 富山 「医療保障後退傾向下における国民の生活と健康」
- 第26回 1985年 松山 「転換期における社会医学の課題」
- 第27回 1986年 秋田 「真の国民のための保健・医療制度の構築に果たす社会医学の役割」

2. きびしい社会変動

まもなく21世紀を迎えようとしているが、20世紀の残された十数年（予測）も含めて、この100年は、世界にとっても、日本にとっても、波乱万丈のきびしい100年といえます。

日本の社会における変化には、次の11項目の他に教育、文化、その他、多くの事項があります。まず、「高齢化、長寿社会」の問題について考えたい。

日本の社会の変化

高齢人口の総人口及び生産年齢人口に対する割合

- 1) 高齢化、長寿社会
- 2) 社会生活、社会活動の多様化
- 3) 価値観、人生観の変化
- 4) 情報化の推進
- 5) 科学技術の進歩
- 6) 産業構造の変化、労働条件の変化
- 7) 経済の低成長と変動
- 8) 政治、行政面の変動
- 9) 環境と生活の変化
- 10) 医療、保健、福祉対策の変化
- 11) 国際化、国際影響の増大

年次	65歳以上人口の割合		平均寿命	平均寿命以上人口の割合	
	対総人口	対生産年齢人口		対総人口	対生産年齢人口
1930	4.8 %	8.1 %	45歳	19.8 %	46.0 %
1955	5.3	8.7	65	5.3	8.7
1965	6.3	9.2	70	3.7	5.2
1975	7.9	11.7	75	2.5	3.5
1980	10.2	15.0	80	1.8	2.7

曾田長宗：長寿者社会万歳！——ある一部の俗論に対して
（順天堂 医学 23巻 3号 1979年）

の付表に1980年の関係データを加えた。

曾田長宗先生は前記論文のおわりのほうで、次のように書かれています。

“可能性として増大された65歳以上高齢者の残存労働力を、わが国の経済界、企業側がいかに活用し得るか、拡大された高齢者労働力のために適当な働き場を与え得るか、であり、他面においては、65歳以上の高齢者が、公的および企業年金などによって最低生活が保障されても、なお、相当の残存労働力をもつ限り、適当な職場で働く意欲を持ち続けるであろうか否かであり、保健・医療関係者の任務は、この両面にわたる問題が正しいバランスを保ちつつ、解決に近づくよう、高齢者の健康と能力の維持・増進に努めることにあるのでなかろうか。さらに、ある程度の高齢に達すれば、死に対する恐怖や苦痛も次第に薄らぐものと考えられるので、長寿こそ、個人的にも、社会的にも、well-being, well-aging の後に続く well-dying —「天寿」、「自然死」、人為によらぬ真の「安楽死」、に通ずる大道ではないだろうか。”

3. 健康について

健康の定義は、WHOの定義をはじめ、たくさんあります。個人の健康の定義については、R.デュボス(1901-)が、MIRAGE OF HEALTH のむすびに述べている「人間がいちばん望む種類の健康は、必ずしも身体的活力と健康感にあふれた状態ではないし、長寿をあたえるものでもない。じっさい、各個人が自分のためにつくった目標に到達するのにいちばん適した状態である。」(多田井吉之助 訳)がありますが、「身体的、精神的、および社会的」観点が必要であり、国民、公衆、集団といった共同社会の健康のためには、多くの社会的考慮を加えた健康観を、より重視することが必要である。

4. 社会医学、医学の社会化

社会医学の定義については、多数の定義の中から一つの定義にしぼることはむづかしいが、第16回社会医学研究会の特別報告「社会医学研究会15年のあゆみと今後の課題」(芦沢正見)の中に、第3回の研究会でアンケートにより作成者が提示した「社会医学は住民の健康状態と社会的条件の相互作用を分析し、保健政策の立案に資するとともに、保健政策、ひいては社会政策の反省となし得るものである。」に当時の会員の6割近い人が、賛意を表したとしている。

社会医学の研究者であり、活動家また行政官であられ、社会医学研究会の創設と推進に絶大なご指導とご努力をつくされた曾田長宗先生の遺された論文などをまとめて編集された「社会医学のはるかな道」の中で医学の社会化の意味について書かれている。

医学の社会化

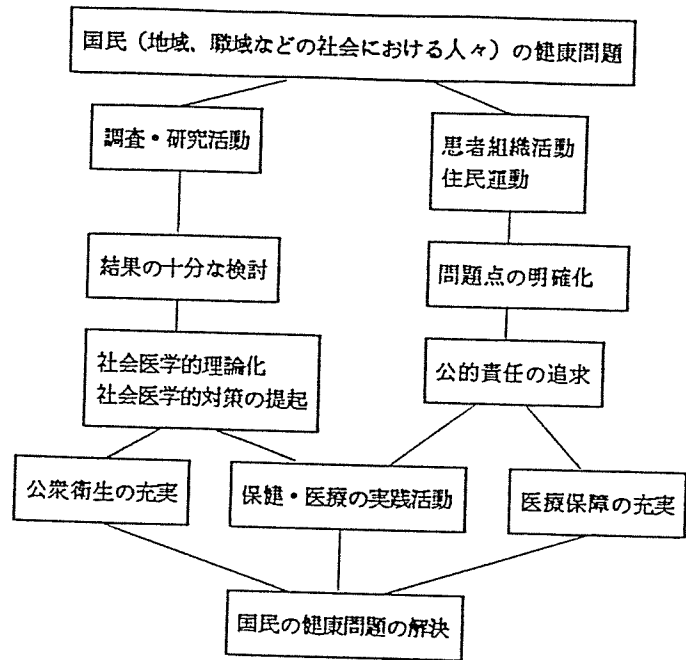
- (1) 医学知識の普及。
- (2) 医学の実用化。実験室、動物実験、死体解剖などによる医学研究の成果を治療や予防の実践に移す。
- (3) 医学を實踐するに当って、私的、個人的實踐から、より社会性の高い實踐に移行する。
- (4) 医学に社会的見地を導入し、学問としての社会医学の立場を確立する。
 - a. 発病を促す社会的要因を明らかにし、傷病の発生をおさえ、健康を保持増進する方策を、自然科学的のみならず、社会科学的考慮によって求める。
 - b. 傷病の蔓延や、国民の健康如何が、各方面の社会生活に及ぼす影響を明らかにし、社会経済計画を樹立し遂行する。
- (5) 医学研究体制の社会化。
- (6) 医学教育の社会化。

5. 健康問題への社会医学の展開

最近の健康問題には、次の①～⑩に示した問題の外にも、子供から老人にわたる多くの問題がある。それらに対する社会医学としての展開（対応）を図に示した。この図をながめて考えてみたい。

最近における国民の健康問題

- ①疾病構造の変化
- ②ねたきり、痴呆の増加
- ③少産少死に基づく母子保健問題
- ④ストレスと心の問題
- ⑤成人病、がんの問題
- ⑥職業病、労働による障害の問題
- ⑦難病の問題
- ⑧障害者問題
- ⑨エイズの問題
- ⑩保健情報の問題
- ⑪医療と人生



6. おわりに

急速に迎えつつある高齢化社会、環境面でのさまざまな変化、経済・産業におけるめまぐるしい変動、国際関係における予期しない変化などによって、国民の生活と健康には多くの問題が生じています。医学・医療の発展などにもかかわらず、保健・医療・福祉の制度と政策などには見直しと改善を必要とする状況が作り出されています。

本総会では、国民の健康を守るための社会医学のあり方について話しあい、社会医学研究を一層推進するために活発な研究発表と討議を行なうとともに、社会医学の対応すべき諸問題についての論議などを行ないたいと思います。

それらによって、これからの国民のための社会医学の確立に貢献できることを期待しております。

磯部 巖（金剛石クラブ理事長）

このたび、磯部 巖先生を第28回社会医学研究会総会にお招きして、ご講演いただくことになりました。

今年86歳になられますが、金剛石クラブの理事長（事務局は、名古屋市中区東桜2丁目 照雲寺ビル内）として、毎月2回は東京からお一人で来名されます。愛知県立明倫中学校、第八高等学校と名古屋で青春の日を過ごされたこともあって名古屋をこよなく愛しておられます。

金剛石クラブは“人生の幸福は人間平等から”“平和愛好の人間社会”などをめざす人たちでつくられた会であり、人間平等、平和愛好、健康人生、のための諸活動、アジアを主とする外国人留学生の支援、などを行なっている組織で、その中心として理事長を数年間続けられています。

ご健康については、胃の手術を受けられたことや入院されたこともあります。今は中国の気功を主とするご自分の健康法でお元氣な日々を過ごされています。

昨年（1986年）の夏に始めてお会いしてからこれまでの1年、名古屋に来られるたびに、いろいろとご指導を受けていますが、先生のお考えやお話をされることなどには教えられることが多く、社会医学研究会総会に集まれた方々も深い感銘とこれからの進み方への数々の示唆を受けられるものと考えます。

“人生80から”の題は、厚生省などが提唱する“人生80年”が一般化しつつある現在、“健康で幸福な80歳からの人生”の大切なこと、そのために我々は何をなすべきか、などについて考えたいということで講演をお願いしました。ご講演の内容については先生にお任せしており、興味深いお話がうかがえるものと期待しております。（記述 加藤孝之）

磯部 巖先生の主なご経歴

1901年 出生（大阪市）
 1922年 第八高等学校卒業
 1925年 東京帝国大学法学部卒業
 1925年～1946年

宮内省、内務省、などとともに、島根県をはじめ数県の官吏を歴任され、
 秋田県では知事（1945～1946）を勤められた。

1983年 金剛石クラブ理事長就任

最近の著述

“いのち”を儲ける方法	金剛石クラブ報	1059号	1987年1月
“いのち”を儲ける方法 補論（その1）	金剛石クラブ報	1060号	1987年3月
“いのち”を儲ける方法 愛について	金剛石クラブ報	1061号	1987年5月
“いのち”を儲ける方法 補論（その2） 血液と呼吸	金剛石クラブ報	1062号	1987年7月

現住所 東京都目黒区上目黒4-15-11

環境問題の現状と

これから - 司会の言葉 -

加須屋 実 (富山医大・公衆衛生学)

能川 浩二 (金沢医大・衛生学)

近年、環境問題はある曲がり角に来ているように思われる。ハイテク関係の産業による新しい環境汚染問題などがクローズアップされるとともに、一方では四日市喘息をはじめとする大気汚染による健康障害、水俣病、イタイイタイ病など、いずれも解決したとは思われぬにもかかわらず、環境基準が引き下げられたり、指定地解除の動きがさかんになったり、患者の認定が不明瞭になってきたりしている。このような時に、環境問題の現状を整理し、かつ今後の行く末を展望することは意味のあることと考え、今回のシンポジウムを企画することになった。

わが国で現在までに問題になった、化学的因子による環境問題を、その問題の消長に基づいておおよそ次のように分ける事もできよう。

1. 完全に解決のついた環境問題：残念ながら該当するものが無いと思われる

2. 発生源対策がある程度とられ、その後の継続的な環境汚染は相当抑制されたが、過去の汚染が影響を与え続けているもの：水銀化合物、PCB (カネミ油症問題は別として) など有機塩素化合物

3. 被害者が広範囲に残っており、解決はほど遠いのに一般には過去の問題視されがちなもの：水俣病、イタイイタイ病、土呂久のひ素中毒、大気汚染による呼吸器障害など

4. 一貫して解決困難なもの：排気ガス由来の大気汚染物質のうち特にNOx関連物質、農薬など

5. すでに存在しており今後ますます重要問題になっていくと考えられるもの：石棉、フロン、放射性物質など

6. 今後新しく発生しうる環境問題：先端産業由来のガス体やレアメタルによるものなど

今回は時間的制約もあり、討論の時間を充分取りたいことなどから、問題を3、4のあたりに絞るとともに、シンポジストを3人と、思い

きって少なくした。

まず、原田正純氏によって、水俣病の認定問題、あるいは病像の変遷などを追いつつ問題提起をしていただく予定である。ついで、吉田克巳氏により、産業由来の大気汚染問題を中心に、現状と将来についてご高見をいただきたい。中川武夫氏からは、現在まで問題になり続けてきて、かつこれからも解決困難な例として、自動車排気ガス問題を中心に問題を展開していただくことなるはずである。これら3人のシンポジストのお話の後、司会者の一人能川から、イタイイタイ病の現状と問題点について追加発言を受けて、討論に入りたいと考えている。

環境問題の解決は二つの側面を含んでいるといえよう。一つは、ある化学物質の毒性予測の研究に立脚しつつ、環境汚染とその先にある人体被害を予防していくことが必要であり、二つ目には、すでに発生してしまった被害の対策を充分に行なわなければならないということである。

人体被害が発生する以前に毒性を予測し、対策を立てることが何よりも大切であり、ついで環境汚染の防止をはかるべきであろう。だが、現実には、環境汚染の進展を放置し、ついで人体被害が広範囲に発生してから初めて毒性研究が開始され、対策が後を追ってきたという経過があり、しかも、すでに発生した環境問題そのものの解決も定かでないと言わざるをえない。

環境問題解決の二つの側面は平行して押し進めることができそうにも思われる。しかし、すでに発生した環境問題が解明され、充分解決のめどがたっていないと、新たな環境問題の予知と予防の問題を十分に進展させることが困難であるように思われる。新たな環境問題も重要であるが、いまとなっては古典的とも言われかねない環境問題を、あえてこのシンポジウムの中心に据えた理由である。

原田 正 純 (熊大医・遺伝疫学)

1. 産業構造の変化による健康障害の変化

わが国の近代化の中で足尾銅毒事件にみられるように水汚染の最大のもは鉱山およびその関連産業であった。今世紀初頭わが国の鉱業は重要な輸出産業であり、国策の重要部分であった。採掘、選鉱、製錬などのすべての過程から大量の汚染水が流出し、川河や土壌を汚染し、魚類が大量に死に、農作物が被害を受け、そして住民が健康被害を受けた。その後、とくに戦後において産業構造が変化していく過程で水汚染源も汚染物質も変化していった。セメント、パルプ、メッキ、化学薬物などの原料製造工場から肥料・農薬工場さらに、高度成長期になると石油化学工場、発電所などが有力な水汚染源となって行き、ついには常に被害者であった農漁業が農薬や養殖などで自ら汚染源となり、住民もまた洗剤や化学物質使用の増加によって汚染源となってきた。1970年代になると、原子力産業、IC産業の発達により放射性物質や有機塩素系の発がん物質が水汚染の主役として登場しつつあり、将来はバイオテクノロジーの発達による新しい水汚染の問題がおこることも予想される。このような変化に応じて当然ながら健康障害も変遷してきた。局所的・濃厚汚染による急性・重症の典型的公害病から、広汎性・比較的微量長期汚染の慢性・非特異的公害病へと変化しており、将来はさらに複雑化し、加齢、発がん性、胎児や遺伝に及ぼす影響の問題が深刻化するものと考えられる。

2. 典型的水汚染による公害病

1) 水俣病

化学工場の廃棄物中に含まれたメチル水銀化合物が環境を汚染し魚貝類に蓄積され、それを食べた住民にメチル水銀中毒を地域ごと発生させた。海水汚染によるものが1956年に発見された熊本県水俣市の事件で、河川汚染によるものが1965年に発見された新潟県阿賀野川流域でおこった。主として中枢神経を傷害し、特徴のある臨床症状を示した。水汚染を介して食物連鎖を通じておこった中毒という点で公害の原点などと呼ばれている。メチル水銀汚染の場合、海汚染でも河川汚染でも症状や発生機序に差がないようであるが、その後問題になったカナダ(1970)、中国(1972)の例は河川汚染であった。現在、水俣病の診断基準をめぐって問題は法廷にもちこまれている。水俣ではヘドロ処理が進行中で汚染はなお続いている。

ii) イタイイタイ病

鉱業活動によって神通川が主としてカドミウムに汚染され、その水を直接飲料水として用いたためにおこった。主として腎臓と骨を傷害した。1946年に発見され、1961年にカドミウムが原因とされた。その発生には自然条件と水、生活に関係がある。さらに、カドミウムによる広汎な水田の汚染もおこった。全国で12ヶ所が正式に汚染地と指定され、約12万人の住民が健康調査の対象となっている。しかし、神通川流域以外ではイタイイタイ病患者は発見されていない。それは、水俣病同様、その診断基準に問題がありそうである。今後とも健康の追跡調査がぜひ必要である。また、汚染田の処理にも問題が残る。

iii) 井戸水汚染

わが国では、1939年の神奈川県平塚市のマンガン中毒事件(患者16名、死亡2名)、1948年の福岡県古賀町の四エチル鉛中毒事件(患者17名、死亡6名)、1959年の新潟県中条町の砒素汚染事件(患者93名、汚染者454人)、1957年の青森県深浦の砒素中毒(患者9名)、などが知られている。

比較的最近では、1972年に福岡県久留米市で地下水が農薬とくにPCPに汚染されていることが明らかになった事件がある。井戸水汚染は決して終わっていない。

3. 健康障害の多様化

1) 水俣病における急性期と慢性期の症状（非典型化）：急性激症の多発によって水俣病は発見された。当然初期の症状はハンター・ラッセル症候群を崩れた典型的臨床症状を示した。しかし、環境汚染による中毒はばく露の程度もばく露を受ける個体の側も多様であるから、当然、症状の程度や組み合わせも多彩である。水俣における最近の15年間は「どこまでもメチル水銀による健康障害（水俣病）と考えられるか」という命題をめぐる研究が続けられ議論されてきた。将来、おこり得る水俣病は熊本や新潟のようにどうしようもない重症・典型患者が多発することではないし、それでは絶対に手遅れであるから、軽症、不全型をいかに早く発見するかということが水俣病ばかりでなく公害病の重要な問題になってくる。事実、カナダ（1970）や中国（1972）の例ではあのような重症典型例は見出されていない。

ii) 慢性期の他の臓器におよぼす影響（全身症状）：メチル水銀の好侵襲部位（臓器親和性）は神経系であり、砒素では皮膚・粘膜、呼吸器、末梢神経であるなどとされるその中毒の特異的症狀は慢性期になると非特異化、一般化し全身にさまざまな障害をおこしてくる。水俣病や砒素中毒における血管障害、糖尿病などの因果関係をめぐる論争が代表的なものである。その他、自律神経症状、免疫反応の変化なども問題になっている。

iii) 新しい化学物質の登場：有機塩素系物質など新しい化学物質の汚染による健康障害については未知な部分が多い。ますますその因果関係の解明は困難になるものと考えなければならない。

iv) 発がん性の問題：急性期・慢性期のみならず長期にわたる健康調査が必要であるのは発がん性の問題があるからである。水の農薬汚染地区の住民にがん発生が高いという疑いや砒素汚染地区において肺がん、皮膚がん多発の実例がある。このことをもってしても汚染地区住民は20年、30年と追跡調査を行うことが必要であることを示している。これらの水汚染とがん発生との関係を明らかにすることは、環境汚染とがん発生の関係を明らかにする重要な問題である。

v) 次の世代の問題：胎児性水俣病はメチル水銀の胎内中毒であった。催奇性は発がん性と同様に考えねばならない厄介な問題の1つである。

4. 最近の情勢

i) 実態無視の行政：以上のように健康障害は圧倒的に多様化しているにもかかわらず、救済のための診断基準は狭く、固定的で実態にあわない。たとえば水俣病では「現行の診断基準は実情に合わず、被害者を救済するにはあまりに厳しすぎる」と司法からの指摘がしばしばあるにもかかわらず、それを改めようとしない。本来、迅速な幅広い救済を目指した「公害健康被害補償法」を正しく適用していない。

ii) 先取りしない行政：未だ未解決の問題が少なくないのであるから、その対策は問題を大胆に先取りする必要がある。にもかかわらず、医学的未解決の問題を口実に対策を怠っているところがある。

iii) 疫学の必要性：病態が複雑で未知な部分が多く、従来の単純な蓄積理論や量・反応関係で十分に説明できない実態がある。したがってますます、疫学的調査・研究が重要になってくる。

iv) 先端技術産業による水汚染：1981年のアメリカのシリコンバレーの大規模地下水汚染事件に触発されて、1982年に環境庁は全国の地下水汚染の調査を行った。その結果、トリクロロエチレン（28%）、テトラクロロエチレン（27%）、1, 1, 1, トリクロロエタン（14%）など有機溶剤系の発がん物質が検出された。しかも、その汚染は年々進行している。

兵庫県太子町の例（1983）で具体的にその深刻さが明らかになったが、熊本市においても深刻な実態が明らかになりつつある。しかし、多くは企業秘密で不明な部分がある。

v) 汚染の国際化：インドネシアのジャカルタ湾、中国の松花江、タイのチャオプラヤ川、韓国の温山湾などの汚染が明らかになった。これにわが国企業が関係している部分があり、同時にその汚染の結果は再びわが国にもちこまれるという特徴（ブーメラン現象）をもつ。国際的な学際的研究交流や協力がますます必要になる。

吉田克巳（前三重大・医）

1. 戦後の大気汚染とその問題点

大気汚染の問題は、古くは明治時代から既に存在していた問題であったが、これが全国的な拡りをもつ問題となったのは第2次大戦後のことである。このことは世界的にもそうであって、戦前は単なるローカルなエピソード（事件）としての問題であったものが、戦後には多くの先進工業国で全国的な拡りをもつ問題となったケースが多くなっている。

このようなことの背景には、第2次大戦後のいわゆる『技術革新』の問題がある。この技術革新は戦後の世界的な工業技術史を特徴づける出来事の一つであって、言わば大量生産、大量消費の時代の到来を示したものである。

この技術革新の問題は、今日のいわゆるハイテク問題のような新規の生産技術と言うよりか、それまでも存在した商品の生産の巨大化を目ざした技術であって、わが国においても、戦後の高度経済成長の中にあって広い発展と実施を見たものである。例えば、粗鋼生産を例にとれば、戦前・戦中を通じての最大の生産量は粗鋼年産700万トン（昭和17年）であるが、戦後の生産量の発展は1億トンと10倍以上に達している。電力生産にあっても、昭和27年頃までは、発電機1基当りの出力は最大で3万キロワット程度までであったが、現在では100万キロワットと30倍以上に達している。

このような技術革新の進展は、生産と環境との間に新しい問題点を生むようになった。例えば、古く低出力型の発電機であれば、そのボイラーは全く公害防除施設なしでもその周辺環境のSO₂濃度を0.1ppm以上にするにはないと考えられるが、その出力が10倍以上となれば当然その周辺環境濃度は1.0ppm以上に達し得るわけであって、このことは、生産の巨大化には公害防除技術の発展が不可欠であることを示しているわけであるが、このことへの配慮を欠いたまま巨大化が遂行されたことが、第2次大戦後の先進各国における公害問題顕在化の1つの背景をなしていたと言えよう。

2. 四日市喘息の問題

ここでは四日市喘息の詳細を紹介・討議する必要はないと考えられるが、この問題の発生も前述の戦後の技術革新の問題から言わば必然的に生れたとも言える訳であって、当時の四日市が戦後の重化学工業化の波の中で、石油化学工業発展の担い手として、従来の日本の石油精製その他のレベルのほぼ10倍に近いスケールで発足していることが存在している。

四日市喘息の最初の集中発生地区として有名な四日市市磯津町の場合でも、そのSO₂濃度は1ppm以上の濃度が反覆されているが、これも、その前面約1kmの地点に集中していた各ユーティリティからのSO₂の発生量が年間7万トンと言う大量に達していたことにその根本的な原因があり、この背景にはこれらの工場のユーティリティの巨大化があったことが指摘されよう。

3. 四日市訴訟

この大気汚染の問題の解決に当って最も強いインパクトを与えたのがいわゆる四日市公害訴訟判決であったと言える。

この訴訟は、その影響が日本各地の大気汚染全般に及ぶものであることや、それがもつインパクトの大きさなどからして大きな注目を集めたものであるが、その主要な影響点をあげるならば、

- 1) 公害被害者補償法の制定
- 2) SO₂環境基準の改正強化
- 3) 総量規制法の導入

などがあげられよう。

このうち、大気汚染防止のための規制としては、最初の煙道濃度の規制、さらにK値規制法の導入などの変化があったが、いずれも根本的解決からはほど遠い点があった。汚染を抜本的に解決し得るものとしては、排出総量そのものを地域の実際から算出される一定量までに強制削減する総量規制法の導入が望まれていたのであるが、この判決を機に、先ず三重県が公害防止条例の中でその実施にふみ切り、ついで大気汚染防止法の改正によって全国的にその導入が行われ、言わば多年の問題であった硫黄酸化物汚染の問題はその終息をみるようになった。

4. 自動車公害問題

この固定排出源（工場）に基づく硫黄酸化物汚染の問題は、前述のような経過の中でおおむね昭和50年代後半までには全国的にもその解決がみられるようになったのであるが、それでは大気汚染の問題が総て解決したのかと言えば、この期間にあって全く別個の問題点が新たに登場し、大気汚染の内容を変えて行ったことに注意しなければならない。

5. 問題点——現状と将来

この問題は、大気汚染の問題が従来の固定排出源（工場）からの硫黄酸化物汚染の問題から、移動排出源（自動車）からの窒素酸化物汚染の問題への変化に基づいている。

わが国では、昭和40年代後半から著しいモータリゼーションの進展が見られたが、乗用自動車を中心とするガソリン内燃エンジンの場合には、言わゆる日本版マスキー規制によって排出の92%の削減が達成可能となったことでその問題化が回避できるようになったのであるが、貨物自動車を中心とするディーゼル・エンジンの場合には、その窒素酸化物の排出に対する規制削減量は現在もなお1/2程度に止っており、現行車のトータルの削減実施率は10%に達しておらず、事実上その効果はあがっていない。さらに、この間にわが国の物流システムに大きな変革が起き、それまで陸上荷物運輸の約8割までが鉄道運輸であったのに対して、鉄道輸送の事実上の壊滅によって、特殊な重量荷物を除いてその殆どがディーゼル貨物車による運送となったために、それによる排ガス汚染が大気汚染の主役を占めるようになったものである。

このことは、かつてのように、工場に対する地方自治体の排出規制が有効性を発揮し得たのと全く異なって、ディーゼル・エンジン車に対する政府レベルでの規制や、物流政策に大気汚染問題をどこまで反映させるかの政府レベルでの問題点（軽油税が極めて低く優遇されていることなど）、道路建設や道路構造に大気汚染対策がどこまで考慮されるかなど道路法にからむ問題などの従来とは全く異種の問題点に置きかわってしまっていることがある。この点では、従来のように、発生源（工場企業）の糾弾と言う単純な発想のみでは解決し得ない問題へと転化していることを考える必要がある。

このことは大気汚染の被害者救済の問題にも無視し得ない大きな問題点を投じている。それは、四日市判決によって因果関係が明白化された固定排出源の大気汚染への寄与が、総量規制実施後は事実上消失（例えばSO₂環境基準の達成率が98%を越え、又、NO₂汚染への固定排出源の寄与は大都市域で5~10%まで、地方工業都市でもせいぜい10~20%までと低下している）したことなどがこの問題に対する固定排出源の将来へ向っての責任は解除すると言う措置が出て来るようになっていく。

この問題は大気汚染の現状からすれば何等かの措置をとらざるを得ないのは事実であるが、同時に窒素酸化物汚染の問題について言えば、大都市域や国道などの幹線道路網地域では依然として深刻であり、この問題をどのように考えていくかは今日の最大の問題点であると言えよう。

中川武夫

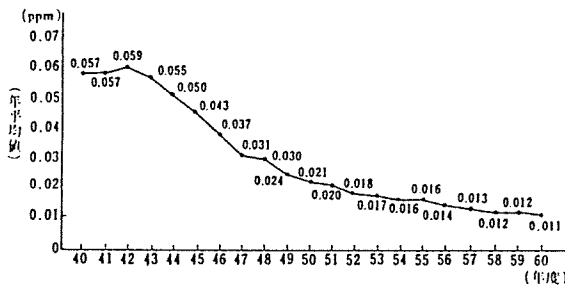
中京大学体育学部

〔1〕 自動車の発明からちょうど100年を経たが、日本の車社会はまだせいぜい30年である。それにもかかわらず、自動車による環境汚染は、日本におけるモータリゼーションの進展(S45 1829万台, 55 3899万台, 60 4824万台)にともない、年々深刻度を増している。排気ガス(NO_x , SO_x , CO , 炭化水素, 粉塵, ベンツピレン等の発癌物質)による大気汚染のみならず、アスベスト、タイヤ粉塵、騒音・振動、光害、電波障害、日照障害、地域分断等々広範囲な「自動車公害」を引き起こしている。

今回は、その中でも窒素酸化物問題について触れて見たい。

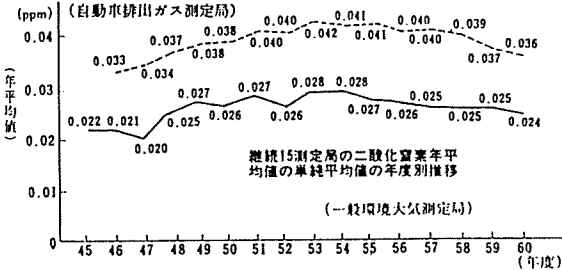
〔2〕 日本に於ける大気汚染問題は SO_x が大幅に改善されたことにより、 NO_x による汚染が前面に現れたといえよう。(SO_x , NO_x の経年変化の図参照)

経緯15測定局の二酸化窒素年平均値の単純平均値の年度別推移 (一般環境大気測定局)



- (備考) 1. 環境庁調べ。
2. 年平均値とは、年間にわたる1時間値の総和を測定時間数で除した値をいう。以下同じ。

経緯26測定局の二酸化窒素年平均値の単純平均値の年度別推移 (自動車排出ガス測定局)



- (備考) 1. 環境庁調べ。
2. ザルツマン係数=0.84。以下同じ。

〔3〕 NO_x による被害について

◇58.4中公審答申「今後の交通公害対策のあり方について」

---交通機関の運行に伴う騒音、振動又は排出ガスによる交通公害問題は、これまで各種の対策が講じられてきたにもかかわらずいまだ解決を見るに至っておらず、各地で訴訟が提起されるなど依然として深刻な状況にある。---

◇国道43号線訴訟判決(61年)

- 騒音は、道路端付近のほとんど全部の測定点及び時間帯において公害対策基本法に基づく環境基準を上回り、さらにこれより高い騒音防止法に基づく要請限度を上回ることさえあり、---
- 排ガスのうち二酸化窒素は、他の沿道地域と比較して、ほぼ同等又は高濃度で最も問題であるが、---
- 原告らが沿道に居住することによって特別に受ける便益は、その被害の程度に比してさほど大きいものではないから、その公共性は沿道住民という一部少数者の特別の犠牲の上でのみ実現されているものであり、--

◇環境白書(62年版)

---二酸化窒素については、大都市圏を中心に未だ改善が遅れており、達成期限である昭和60年度内に環境基準を達成できなかった測定局が多く残されている。特に、総量規制が実施されている東京、大阪、神奈川の三地区の達成率は45%にとどまっている。

次に、自動車走行に伴う騒音についてみると、依然として環境基準の達成率は低く、市町村長が自動車騒音について対策を要請する目安となる要請限度を超過している地点も多い。地域別に見ると、騒音が著しい地域は、大都市圏及び幹線道路沿線の都市地域に集中しており、特に、大都市圏では改善が遅れている。

〔4〕 NO_x 対策をめぐる経緯

- 47. 日本版マスク法告示
- 48.4 カツリン・LPG車規制 石油危機
- 48.8 固定発生源第一次規制
- 49. 自動車業界「 NO_2 環境基準には種々の問題点がある。」
- 49.4 ティーセ[®]車規制
 - 5 環境庁51年度規制にたいする聴聞開始
 - 8 7大都市自動車排出ガス規制調査団発足
 - 10 同上報告書発表
 - 12 51年規制実施の2年間延期
- 50. 50年規制の実施
 - 50.6 鉄鋼連盟「 NO_2 環境基準批判」
 - 50.6 藤井丙午氏国会で NO_2 環境基準批判質問
 - 50.8 自動車業界のキャンペーン始まる
 - 50.12 固定発生源第二次規制
 - 52.6 固定発生源第三次規制
 - 53.4 カツリン・LPG車53年規制 ~58年

- 53.7 環境基準の改定 0.02ppmから0.06ppmへ
 - 54.8 固定発生源第四次規制
 - 56.6 固定発生源に対する3地区の総量規制（東京都区内、横浜市、大阪市）
 - 60.3 既設事業所にも総量規制
 - 61.10 ティーゼル小型車61年規制
 - 62.10 ティーゼル中型車62年規制（予）
- 63, 64, 65年規制も予定されている。

自動車排出ガス規制に係る NOx 排出量

ガソリン・LPG（平均値）低減効果の推移

乗用車

100%	48/4前(未規制)	} (51年度規制)
71%	48/4(48年度規制)	
39%	50/4(50年度規制)	
27%	51/4(等価換性重量1tを超えるもの)	
20%	51/4(等価換性重量1t以下のもの)	
8%	53/4(53年度規制)	

乗用車ディーゼル

100%	49/9前(未規制)	} (第1段階目標値)
80%	49/9(49年度規制)	
68%	52/8(52年度規制)	
60%	54/4(54年度規制)	
52%	57/1(57年度規制)	
37%	(等価換性重量1.25tを超えるもの)	} (第2段階目標値)
29%	(等価換性重量1.25t以下のもの)	
26%	(等価換性重量1.25t以下のもの)	
21%	(等価換性重量1.25t以下のもの)	

NOx 規制も一定程度進んだが、何故か汚染の改善はほとんど進展していない。交通量の増加、10モード規制の問題もあると思われる。例えば、A県公害調査センターによる「高速走行時のNOx 対策に問題がある。」との学会での研究結果の発表。社会的にも大きく問題となり、メーカーは対応をせざるをえなくなった。何故か、A県は次年度の研究予算をゼロとし、結局実験設備を廃棄してしまった。

環境基準の達成率は、基準の改定により大幅に基準達成の地域が増加した。しかし、幹線道路周辺では、依然として改定された環境基準も未達成の地域が多い。

[5] 大気系公害認定患者数の実態

全国の年度別増加率は、50年81.9%、51-69.2、52-31.9、53-14.9、54-11.3、55-4.3、56-3.8、57-4.0、58-3.8、59-3.0、60-3.8、61-2.9%となっており、現在もなお増加している。

名古屋市においても、56年522人、57年502人、58年434人、59年420人、60年426人という新規認定患者がいる。

[6] 疫学調査及び文献調査

- 複合大気汚染健康影響調査 環境庁 52.1
- 自動車道沿道住民健康影響調査 環境庁 52.7
- 窒素酸化物の健康影響に関する文献調査 環境庁 58.11
- 質問票を用いた呼吸器疾患に関する調査 環境庁
- 国民健康保険診療報酬明細書を用いた呼吸器疾患受診率調査（昭和52年度調査） 環境庁
- 国民健康保険診療報酬明細書を用いた呼吸器疾患新規受診率調査（昭和53・54年度調査） 環境庁

- 名古屋市における園児・児童・生徒の大気汚染による健康被害意識調査 名古屋市医師会 54～57年
- 大気汚染健康影響調査報告書 環境庁 61.3
- 複合大気汚染に係わる健康影響調査 東京都 61.5

各種調査結果の検討からは、急いで環境基準を改定したり、公害被害者認定制度を廃止すべきであるという、結論は出てこない。

[7] 公害健康被害保障制度見直しの経過

- 49.9 公害健康被害補償法施行
 - 54.4 経団連「公害健康被害補償制度に対する今後の取り組み方」
 - 58.2 経団連パンフ「公害健康被害補償法を考へる一大気汚染が改善された中で」
 - 58.3 臨調答申「公健法指定地域の解除要件の明確化」に言及
 - 58.11 環境庁長官「我が国の大気汚染の態様の変化を踏まえ、公健法2条12項に係わる地域の今後のあり方」を中公害に踏問
 - 環境保健部会、専門委員会を設置。委員13人
 - 59.2 日弁連の提言
 - 59.12 日本環境会議の提言
 - 61.4 中公害環境保健部会専門委員会、報告書提出
中公害環境保健部会、作業委員会により制度面の検討を開始
 - 61.10 中公害答申「第一種地域の指定解除が適当」
第108国会へ「保障法の一部改正法案」提出
- 答申を読んで感じた疑問点は、①どのレベルの影響を基準に評価するのか、②今回のいくつかの疫学調査の対象者を考慮した場合、安全係数を考えなくてよいか、③因果関係の存在（有意な相関）と、影響の有無の評価にギャップがある、④引用した疫学調査の妥当性の検討はどうか（対象の選定、調査地区の選定、解析方法の検討、等）、⑤なぜこのような問題点を放置して答申を急いだのか、等である。

[8] 窒素酸化物対策は、技術的に見ても困難な点を持っている。しかし、一連の経過を概観すると、はたして純粋に技術的な点が最大の問題となっているとは思われない。マスク法をそれなりに堅持した日本は、マスク法を放棄したアメリカを、自動車技術の上で凌ぐことになったことから明らかなように、技術は、社会的に強い要請が存在すれば、それなりに発展する側面を持っている。

我々に課せられた課題は、人の生存にとって、望ましい環境とは何かについて明らかにしていくことと、環境の人間への影響をより敏感で的確に把握できる指標を明らかにしていくことではなからうか。その為にも、多くの方が環境問題にも引続き関心をお持ち頂くよう期待したい。

司会 小栗史朗（日本福祉大学）

西 正美（石川県）

1. 政府の高齢者対策

昨年4月、高齢者対策企画推進本部（厚生省）は、高齢者対策の基本的方向と具体的方針を「報告」にまとめた。この「報告」は、高齢化社会危機論を前提にした「高齢化社会への対応」をロ案とし、そのトップバッターに「老人保健法」を登場させた臨調路線を詰めたものである。危機論の批判は他にゆずり（たとえば“「高齢化社会危機論」批判”賞金と社会保障No.951）、ここでは、「報告」の関連分野を大まかに紹介する。「報告」は「在宅サービスシステムの総合的推進」を強調しており、このシンポジウムを論ずるに当たって配慮すべき条件と思うからである。

「報告」の基本方針は、家庭、地域、職場等の各レベルで、「自助努力と行政施策を適切に組み合わせることであり、「在宅サービスシステム」を市町村に一元化し、民間活力の導入、活用を強調している。具体的には、①開業医中心の包括的保健管理サービスの体制づくり ②リハビリ機能の拡充（デイサービスセンターの整備など） ③ねたきり老人対策として訪問看護のネットワークづくり ④家族介護支援のためショートステイの普及、などが挙げられている。

この「報告」をふまえて、国民医療総合対策本部は、さる6月26日、「良質で効率的な医療サービスと供給システムづくりをめざす」中間報告をまとめた。それには、①施設サービスと在宅サービスを連携する総合的な地域ケア体制の整備、②社会福祉士、介護福祉士の活用と民間保険を導入し、家庭医機能を充実し、在宅ケアの充実、訪問看護の拡充、が強調されている。

2. 在宅保健医療福祉をどう展開するか

上記の対策論は、地域での保健医療福祉システムが、健康をもっとも懸念している高齢者にとって、また家族にとってきわめて不十分であり、これへの対応が焦眉の課題であることを、政府もまた認識していることを示すものである。

今回のシンポは、各家族化が進み、ねたきり老人などをかかえる家族の調査と行政側の対応の一部を報告するものである。これらが明らかにすることは、地域的に若干の相違があるにしても、家族だけで対応するには限界にきており、しかも公共的対応はきわめて制約されていて、民活とりわけシルバー産業などが導入され易い「わらをもつかむ」状況であろう。シルバー産業に期待できる家族とてきわめて限られており、大多数は「自助努力」に放置される「日本型福祉社会」が進行しようとしている。

憲法を生活に生かす歩みが、高齢化社会へ進むとともにさらに力強く、この社医研にも反映されてくることを期待し、高齢者国際行動計画（'82年、国連高齢者問題世界会議で採択）一部を列挙しておく。これは「高齢者による人生の見直しが緊急に求められている歴史の方向転換をわれわれがなす遂げることを促」しており、高齢化社会へのわれわれの対応に一定の示唆を与えるものと思う。

- ①保護やケアの提供の問題だけでなく、高齢者の関与と参加を奨め、活動的、積極的な高齢者観を重視
- ②健康増進、予防措置とともに早期の診療と適切な治療
- ③保健と関連サービスを地域で可能な限り展開
- ④栄養失調の早期発見と対策、咀嚼機能の改善
- ⑤身体に蓄積し健康に影響を与える有害物質の規制
- ⑥住宅と交通環境を高齢者に適合なものとする住宅政策と地域サービスの整備
- ⑦所得と就業の保障への適切な措置、こうした分野での協同組合の役割を重視し、その活動の奨励、など。

シンポジウムII-1. 在宅ねたきり者状況調査を行なって

○ 高木おささ 山崎利子 塚田沙予
(名古屋市保健婦)

1. 調査活動の意義と経過

名古屋市では、昭和53年からねたきり老人の訪問活動を展開してきた。事業開始当時行なった実態調査では、十分な医療や介護が受けられず、暗い部屋に寝たまま放置同然になっている患者が多く見受けられ、文字どうり衣・食・住(室内環境)の改善から取り組みが開始された。

その後、10年近くねたきり老人訪問活動を実施し、昨年(5.62.11～)から在宅療養支援システムが○区中の2区で試行されており、近い将来、実施地域が拡大される予定である。

私たち、名古屋市の保健所に働く保健婦は、昨年労働組合(保健婦委員会)で、この一年間に在宅老人問題に一歩進んだ取り組みをしようということで、「在宅ねたきり者状況調査」を提議した。目下行なっているねたきり者訪問活動の中で、改めて患者と家族の要求が違っているのか、住民はどんな事を行政や地域に望んでいるのかを聞き取るというものであった。そして、患者と家族が安心して在宅療養できるためには何が必要かを見出し、行政に政策要求する運動として発展させていこうという目的で取り組んだ。医療制度改善から住民、とりわけ老人を守ることが今必要であり、それができるのは、地域を歩いて実態をつかむ事のできる保健婦しかないのではないかという確信に基づき、実施までに9ヶ月間を費やし討論を重ねてきた。調査を具体化するために、保健婦の中から検討委員をつのり内容を検討し、改めて提案したところ、実施条件の確保(時間内に行ないたい)やアンケート内容の面から、職制上で実施してほしいという組合員の意見があり、幾度かの話し合いと調整の結果、時間内に仕事として取り組むこととなった。

2. 調査結果 (調査総数 220名)

(1) 基礎項目

性別では、男85名・女135名、年齢別では、最年少の19才から最高齢の100才まで、20代・30代を除く各層にわたっていた。中でも70代が98名と44.5%を占め、次に80代が69名(31.4%)、70才以上を合わせると181名(82.0%)にのぼることがわかった。ねたきりになってからの期間は、1～3年末満が67名(30.4%)、5～10年末満が58名(26.4%)の順で、10年以上のねたきりが26名あった。患者の98%以上が主治医を持ち、そのうち往診を受けているものが73%あった。

(2) 生活環境

家族がねたきりになったことで、家族の生活の場が変わったと答えたものが119名(54.1%)あった。また、病室が家族との交流が常にはかかっている場所にあると答えたものが191名(86.8%)、介護する上で住宅構造上不便な事があると答えたものが132名(60.0%)となっていた。

(3) 介護者の状況

主な介護者は、配偶者が102名(46.4%)、娘が55名(25.0%)、嫁が46名(20.9%)となっていた。年齢別では、70代が58名(26.5%)、50代が54名(24.7%)、60代が47名(21.5%)の順であった。健康状態が不良と答えたものが134名(61.2%)あり、介護を交替してくる人については、肩が119名(54.3%)、無が100名(45.7%)であった。

(4) 仕事の内容

家族がねたきりになった事によって、家族の仕事に変化が生じたと答えたものは76名(34.7%)で、その内容は、仕事をやめたが49名(64.5%)、転業・転職が11名(14.5%)、時間短縮が16名(21.0%)となっていた。

3.分析・考察

(1)介護者の年齢が60代以上が50%を占め、老人が老人を介護しているという現状が明らかになった。また、健康不良と答える介護者が60%以上あり、病人が病人を看ているという状況も明らかとなった。

(2)在宅状況の中の患者と家族の交流に関して、「常にほかいる」と答えたものが90%以上あったが、それが患者への配慮から生まれたことではなく、住宅の狭さゆえ、居間と台所と病室がかかぬていたり、トイレや浴室へ行くための通路であったり、階段のわきにベッドがあるため、いやでも顔を見ないわけにはいかないとい、た事情等から起、てきていることがわかった。

(3)介護の交替があると答えたものが50%以上あったものの、介護者の希望として「1週間に1度でもいいから、気軽に介護を交替してくれる人がほしい」という切実な訴えが多かったことが目だった。

(4)家族の心事に変化が生じたものは30%強であったが、その内容は、一家の天黒柱である夫が養病し、止むを得ず看を1人おいて妻がパートに出るようになったケースや、母の介護のために退職せざるを得なかった独身の57歳の娘が自分の将来に対して大変不安を感じているケースなど様々な深刻な問題が出されてきた。

(5)今までの間病・介護経験の中で困、たことやこれからの希望について、意見の多か、たものをあげてみると、医療関係では、「気軽に往診してくめる主治医がほしい」「緊急時に即入院させてくめる病院がほしい」という希望が多かった。また、福祉関係では、「難しい手続きなしで、緊急時にも対応できる制度や施設を整備してほしい」とか「託老所のような老人を一時的にあずか、てくめる施設や、短期保護制度を充実してほしい」という意見があった。

4.まとめ

老人の在宅療養には、「住宅事情」「交替のできる介護者の存在」「経済的な基盤」の3つの条件が満たされること最低必要であると考え取り組んできたが、220件の事例から、現在の在宅療養のほとんどは家族の犠牲の上に成り立、ていることが明らかになった。今後、この調査をもとに制度要求・事業充実のために、現場から声を大にして運動を高めていかななくてはならない。

なお、この報告は名古屋市衛生局の実施した「在宅ねたきり者状況調査資料」から分析したものである。また、保健婦検討委員会として検討したものでなく、今後検討を深めた上で、別途報告の場をもちたいと考えている。

シンポジウムII-2. 南生協病院での在宅医療の展開

(- 現状の活動を中心に -)

山田 三喜子 (南生協病院MSW)

はじめに

南医療生協は昭和34年の伊勢湾台風のヘドロの中から、地域住民が力を合わせ名古屋南部地域で活動を開始し、昭和36年に結成。3月末現在組合員数16847世帯、266床の病院と三ヶ所の内科系無床診療所、子供診療所1ヶ所、歯科診療所1ヶ所を持っている。それぞれの診療所は、病院を中心に半径1km以内に2診療所、2km以内に2診療所、7km以内に1診療所(東海市)が点在する。

南医療生協での寝たきり老人問題の現状

<資料1>は、南区寝たきり老人数に占める南医療生協の寝たきり老人数の現状である。学区寝たきり老人数とは、介護手当受給者(寝たきり状

(資料1)

南区わたきり老人数に占める南医療生協受診寝たきり患者数の状況

	学区わたきり老人数			南医療生協往診患者数			南生協病院入院中		
	62年1月	60年1月	55年8月	62年1月	60年1月	55年8月	62年1月	60年1月	55年8月
柴田	10	7	7	4	4	3	1		1
白水	20	24	16	8	16	11	1	3	4
千鳥	16	18	9	8	11	9		7	2
墨島	15	14	8	17	16	5		2	1
笠寺	38	36	26		3		1	1	
宝	12			8					
宝南	11	34	20	4	7	7			
大生	15	8	7		2	1			
その他	169	163	109	1					
計	306	304	202	50	59	36	4	13	8

診療圏内

*南区外の南医療生協往診患者数 (人)
 昭和55年調査時 港区 1人 緑区 4人 天白区 1人
 昭和60年調査時 港区 1人 緑区 10人 東海市 11人
 昭和62年調査時 緑区 2人 東海市 12人

態3ヶ月以上)のことであり、当生協受診寝たきり患者は、65歳以上の往診、入院患者(寝たきり予備軍を含む)とした為、寝たきりの程度や患者数に若干の差があるが高齢の患者故、いずれは寝たきり状態になって行くのではなからうか。
 <資料2>は、病院、各診療所で管理している寝たきり患者数(65歳未満を含む)と患者の状態である。重度の状態、濃い介護(看護)を必要とする人達が増え、介護の期間も長期化してきている。重度や長期化する寝たきり老人が増えれば、当然医療体制と介護体制、諸制度(福祉制度)の条件整備が必要となる。

南区医療生協往診患者数と往診患者の状態		調査年月日				昭和62年1月				昭和60年1月				昭和55年8月			
		病院	T診	H診	F診	病院	T診	H診	F診	M診	T診	H診	病院	T診	H診	F診	
各院所の寝たきり患者数		26	15	19	8	39	11	22	9	24	9	10					
臥床の状況	①寝返りも全くできず、終日臥床	10	5	3	4	13	2	4	4	3	0	0					
	②自分で起き上がる事ができないため常時臥床。	3	2	3	1	7	3	2	3	3	1	3					
	③自分で坐位または立位とれても長時間保つことができないため常時臥床。	8	2	6	2	5	4	3	2	15	5	6					
	④少しの動作で病状が悪化するため常時臥床(室内歩行可)。	4	6	7	1	12	1	13	0	1	2	0					
介護を要する程度	⑤老人性痴呆のため、常時全面的な生活介助を要する。	1	0	0	0	2	1	0	0	2	1	1					
	⑥自力で痰が咳出できない為、吸引器が必要。	5	2	0	0	8	2	0	3								
	入浴の状況	人浴ができないので、常時拭くのみ。	24	9	8	6	28	5	10	1	6	3	4				
		常時他の介護があれば、人浴ができる。	2	6	11	2	11	6	12	8	18	6	6				
	食事の状況	⑦経営栄養食である。	5	2	1	1	10	1	2	1	3	1	1				
		①他の介護があれば、食事ができる。	9	5	5	5	8	2	5	3	5	2	2				
		②横になれば食事ができる。	2	2	0	0	1	0	0	1	1	0	1				
		③物にもたれれば食事ができる。	0	1	2	1	1	2	2	1	6	2	0				
	④床の上でなら食事ができる。	10	5	11	1	19	6	13	3	9	4	6					
	排便の状況	⑧常時パルンカテテルを著装	7	0	1	0	11	0	4	0	3	0	0				
①常時、おしめを使用している。		10	9	4	5	11	9	4	4	10	1	4					
②常時便器(尿器)を使用している。		6	2	1	0	8	1	4	1	5	4	1					
③常時、他の介護があれば便所へ行く事ができる。	3	4	13	3	9	1	10	4	6	4	5						

—南生協病院での老人医療の取り組み—①往診、②訪問看護 ③入院 ④公的機関との連携と社会資源の活用 ⑤医療機器、看護用具の貸与、相談 ⑥デイケア（月2回） ⑦南医療生協ボランティアの活動と援助 ⑧介護者の会（随時）

南生協病院での在宅医療の展開—在宅医療をより豊かにするものとして、デイケアの取り組みを検討し、その目的を①患者同志の交流で寝たきりになるのを防ぐ。②日頃の介助で疲れている介護者には半日の自由時間を。③家庭で入浴困難な人達にはエレベーターバスによる入浴サービスの実施としてOTの採用に伴い昭和58年12月より開始。6月迄57回実施してきた経過の中で、①参加者の状況—72名参加し、死亡15名、施設入所4名、基準看護外病院への入院5名、ADLの低下で参加困難9名、定着者15名。定着者で往診からデイケアに参加、受診に移行した人5名。②体制—職員OT1名、看護婦1~2名、MSW1名、ボランティア10名前後 ③参加者の変化—**Ⓐ**患者の表情が豊かになり、感情や言葉が素直にできるようになった。**ⓑ**家族も美容院へ行ったり安心して買物に行けるようになった。**ⓒ**ボランティアも高齢者が多く（最高年齢81歳、65歳以上8名、平均年齢62歳）地元の人達なので、サービスを受ける人、行う人同志の共感。人間同志のふれ合いを大切に、地域の連帯を広げる場として大きなメリットになっている。

(資料 3) 南医療生協わたり患者の施設、他病院（基準看護外）への転院数

施設	年度	56	57	58	*59	60	61
特別看護老人ホーム		3	6	10	7	4	8
基準看護外病院		6	7	9	10	23	37
合計		9	13	19	17	27	45

*59年度は11月まで (人)

61年度 転院患者の家族構成

独居	8
老人夫婦のみ	11
介護者(主婦)不在 (息子と二人暮らし等)	7
2世代以上同居 介護者(主婦)にハンディがある (病式、高齢、家族に病人、障害、仕事)	16
介護者有り(主婦)	3

(人)

61年度転院患者の年齢

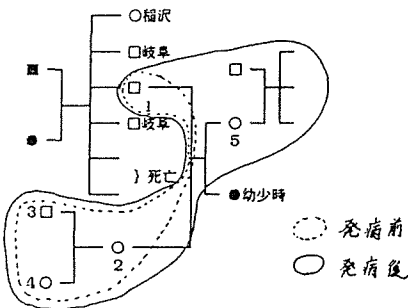
60才未満	2
60才代	8
70才代	24
80才代	10
90才代	1

(人)

—これからの老人福祉の課題—南生協病院として出来る限りの援助をしても、育児と違って、いつ終るとも知れない寝たきり老人の介護は、貧弱な福祉サービスの下では家庭での介護に限界があるのはやむを得ない。＜資料3＞は南医療生協わたり患者の転院数とその家族構成である。老人を支える家族機能も脆弱化している。更に核家族化の進行、出生数が減ってきているなかで、二世帯に渡って世話しなければならぬ事例も生まれている。＜資料4＞家族だけで支えなくてもいいシステムをどのように作るのか、誰が老後を見るのか、具体的な処方早急にせまられている。

(資料 4) 症例紹介
N 男 昭和3年4月14日生

〈家族型〉



- 1***本人 昭和3年生 脳卒中後遺症 右半身マヒによる寝たきり状態
- 2***妻 昭和5年生 健康
- 3***義父 明治39年生 心不全 リウマチ
- 4***義母 明治41年生 脳卒中後遺症 右半身マヒによる寝たきり状態
- 5***長女 昭和29年生 健康

〈主たる病名 脳出血、右半身麻痺、失語症〉

〈経過〉

- 1975年頃 職場検診にて脳脈病を指摘され、通院治療
- 1984年11月7日夜 自宅にて嘔吐、意識消失 救急車で近医受診、大学病院に転送、手術
- 11月12日 大学病院より関連病院に転院 リハビリ実施 十分なリハビリがやってもらえない(妻の弁) リハビリ施設の整った病院で、きっちりとしたリハビリをやって欲しいという妻の希望で
- 1985年2月20日 南生協病院に転院
- 2月21日~ 理学療法、作業療法、言語訓練開始 リハビリにて徐々に歩行が可能となりSLB杖にて近位監視歩行可能となる 家庭改造、その間、当院で義父母を社会的入院
- 8月30日 退院 2級の障害者となり、職場復帰(特定郵便局長)は不可能となり、定年を前にしての退職となる。 リウマチの義父と寝たきりの義母、介護を要する障害2級の本人が加わり、妻一人の介護ではやれず、結婚し、別居(兼刈谷)していた長女に介護援助を頼まざるをえなくなり長女家族との同居となる。患者の発病により、長女家族の生活が一変する。
- 退院後は南生協病院通院 リハビリ 診察 2回/月 理学療法1回/週 作業療法2回/週 言語療法1回/週 月2回 本人、義母 デイケア「つどいの広場」参加、妻、長女休業日。

痴呆老人在宅療養指導事業の経験から

伊川あけみ（石川県厚生部）、飯田芳枝（石川県総合看護専門学校）、清水 進（石川県松任保健所）
西 正美（石川県厚生部）

Ⅰ はじめに

人口の高齢化が進むにつれて、痴呆老人をめぐる問題が深刻化している。痴呆老人の出現率は高齢人口の約5%といわれており、全国で約62万人（在宅55万人、老人ホーム4万人、精神病院3万人）と推計されている。石川県では、高齢人口は138,037人（高齢人口比率12.0%）であり、61年8月の県高齢者健康福祉対策室の行った実態調査では、その内約3%にあたる4,027人が痴呆老人（痴呆563人、おたきり兼痴呆3,459人）であり、今後ますます増加するものと考えられる。

昭和58年から老人保健法に基づき、相談並びに訪問指導、広報普及活動を主体とする老人精神衛生相談指導事業を始めたが、石川県ではさらに61年から在宅痴呆老人訪問診査事業とデイ・ケアを主体とした痴呆老人在宅療養指導事業も始めた（図1）。今回は、この痴呆老人在宅療養指導事業（以下「やすらぎ会」という）の事業内容と今後の課題について報告する。

Ⅱ 「やすらぎ会」の発端

石川県松任保健所で昭和58年より老人精神衛生相談指導事業を始めたが、61年までに相談件数は年々増加し、合計90人となった（表1）。相談者の疾患は表2の通りで、痴呆性疾患が81人と全体の90%を占めている。この81人についてみると、入院・入所中の7人を除き、家族は初回相談に「入院・入所させたい」（30人）、「どうしたらいいのかわからない」（4人）といった訴えがかなりあり、あるいは「在宅で介護したい」（40人）といったものも過半数いることなどがわかった。また民生委員から、痴呆老人が老人会などに出席しようとしても、痴呆であるために仲間外れにされてしまい、どこへも行けなくなっているという実情を聞き、老人にとって今まで暮らしてきた地域内の一員として暮らしていくことが、必ずしも容易ではないことを知らされた。そこで今までの

相談事業のほかに、在宅で家族が痴呆老人を介護して行くにはどうすればいいのか、あるいは老人の問題行動の軽減や家族の負担軽減を計るにはどうするかを考え学習する場としてデイ・ケア「やすらぎ会」を始めた。

Ⅲ 「やすらぎ会」の実施状況

精神衛生センター、社会福祉協議会、福祉事務所、民生委員、婦人ボランティアの協力を得て、毎月1回午前10時から午後3時までデイ・ケアを行

図1 松任保健所老人精神衛生対策

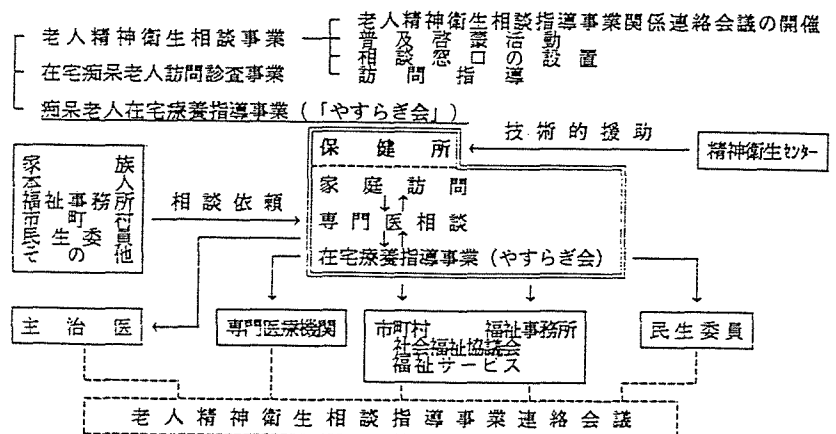


表1 精神衛生相談指導事業 相談件数

年度	58	59	60	61	総計
計	13	27(21)	32(27)	47(29)	119(90)人
男女	4	10(8)	9(7)	16(19)	39(29)
	9	17(13)	23(20)	31(19)	80(61)

表2 相談者の疾患別内訳

	アルカイ 脳血管性 痴呆	型痴呆 痴呆	その他の疾患による痴呆 ルシツ病 水頭症	アルコール依存 痴呆	その他
計	76人	3	1	1	9
男女	22 54	1 2	— 1	— —	1 5

うことにした。スタッフは精神衛生センター医師、ケース・ワーカー、民生委員、婦人ボランティア、保健所医師・保健婦・作業療法士・栄養士で、参加者は表3の17名である。うち1名は難聴のため、家族は痴呆を疑ったが、難聴によるもので痴呆ではないと判断した。他の16名については、アルツハイマー型痴呆、脳血管性痴呆、パーキンソン病等である。性別では女性が11名、男性が6名である。年齢はアルツハイマー型痴呆では平均82歳、脳血管性痴呆77歳である。各例とも、痴呆症状の他に何らかの精神症状または問題行動を認めた。歩行、排泄、食事について、すべて介助不要の者を除き、13人が何らかの介助が必要と思われるが、主な介護者は妻、嫁等すべて女性である（1人暮らし：1、夫と嫁：1を除く）。「やすらぎ会」のプログラムは、痴呆老人用と家族用に分かれるが、老人用では精神科医師、一般医師による診察後の体操・ゲーム・音楽等のレクリエーションや茶飲み会、家族用では家族懇話会、家族教室や介護相談等を組み込んである。ボール転がしやむかしの歌を合唱する時の老人の顔は生き生きとしており、家族懇話会では各人の体験談が堰を切ったように話された。「やすらぎ会」の前後に、保健婦の家庭訪問が行われている。

IV 「やすらぎ会」の果たしている役割

1 痴呆老人にとって

- ① 家族以外の人々との交流
- ② 問題行動の減少にやや有効
- ③ 健康チェック
- ④ 適切な受診勧奨

2 家族にとって

- ① 悩み・心配事の相談
- ② 痴呆介護方法についての学習

③ 福祉制度の学習と紹介

④ 同じ悩み同士の交流の

⑤ 老人介護の僅かな息抜

3 地域にとって

① 民生委員の早期支援

② ボランティアの支援

③ 新たな組織活動

表3 「やすらぎ会」参加者一覧

病名	性	年齢	長谷川簡易スケール	(物忘れ)	失見当	興奮	大声	症攻撃的	多訴	失禁	過食	火始末	徘徊	不眠	不潔	せん妄	言語障害	歩行	排泄	食事	介護者
アルツハイマー型痴呆	女	92	4.5	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●		○	△	△	嫁女
"	"	78	9.5	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●		○	△	△	嫁女
"	女	79	15	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●		○	○	○	嫁女
"	女	79	13.5	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●		○	○	○	嫁女
"	女	79	4	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●		○	○	○	嫁女
"	男	83	0	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●		△	×	○	嫁嫁
"	男	85	4.5	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●		△	×	○	嫁嫁
脳血管性痴呆	女	82	0	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	△	△	△	嫁嫁
"	女	87	0	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	△	△	△	嫁嫁
"	女	87	9	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	○	○	○	嫁嫁
"	女	73	9	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	○	○	○	嫁嫁
"	男	75	2	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	○	○	○	妻
"	男	74	27.5	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	△	△	△	妻
"	男	73	0	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	△	△	△	妻
正常圧水頭症	女	78	0	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	△	△	△	妻
パーキンソン病	女	67	6	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	△	△	△	妻
難聴	女	74	5	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	△	△	△	嫁
"	女	73	23	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	△	△	△	嫁

●：該当あり ○：介助不要 △：部分介助 ×：全面介助

4 参加者から

の意見

「老人は童心に戻り喜んでいた」「会の翌日は落ち着いている」「家族が休養できた」「同じ悩みの人と話し合い心が和らぐ」「もっと回数を増やして欲しい」という意見が出された。

V 「やすらぎ会」の問題点と今後の課題

- 1 老人の送迎は家族に委ねられており、家族の事情によっては参加できない場合がある。
- 2 開催頻度は現在1か月に1回であるが、望ましい回数についての検討が必要である。
- 3 特別養護老人ホーム等で行われているデイ・サービスとの密接な連携が必要である。
- 4 高校生、男性中壮年、老人に対して、老人支援のボランティア育成を計る必要がある。

千葉県館山保健所管内における
在宅ねたきり老人の実態

小倉敬一(千葉県茂原保健所)、石井市枝、根岸君江、松島ひろみ、
新田祥枝、石田とし子、石井仁子、関口典子、青木啓子、不破亘矢子
安藤由記男(千葉県館山保健所)、管内町村保健婦

1. はじめに.

我が国における人口の高齢化は、諸外国に例をみないスピードで進んでおり、それに伴って、ねたきり老人、痴呆老人等に代表される保健、医療、福祉面での新たな対応の問われる問題が次々と生じ、深刻化している。高齢化は、特に過疎化とあいまって奥山嶺村部に顕著で、かかる地域には日本全体が30~40年後に到達するであろう段階に既に達しているところもみられる。千葉県館山保健所管内は、房総半島の先端に位置しており、首都圏にありながら、(表1)にみる如くその高齢化は急ピッチで、急増する在宅ねたきり老人、老人世帯、独居老人、老人医療費等の問題に対する市町村当局、住民の関心も極めて高く、地域保健上の大きな課題となっている。(表2)

我々は、この地域の実状に鑑み、従来、ともすれば福祉サイドの問題として等閑視しがちであった在宅ねたきり老人問題を当保健所における重点課題としてとらえなおし、保健所としてこの問題に対して何が出来るか、何をなすべきかを明確にするため、実態調査に先立ち、既存の資料、情報の検討を行ない、その中で以下の諸点が指摘された。

- ①施設の増設ではとうてい対応出来ないほど要介護老人が急増している。(老人ホーム入所判定委等の深刻な実態)
- ②ねたきり老人の数倍にものぼるねたきり予備群が存在しており、新ねたきり発症防止という立場からの問題提起。
(この予備群は、老健法健康審査の対象者選びの中で明らかになった。)
- ③ねたきりの中には作られたねたきりが多く含まれており(本人、家族、医師のアクラメ)早期の対応、必要な時期に必要な指導、援助があればねたきりになるのは防げたのではないか。
- ④核家族化が進み家庭の介護能力が著しく低下してきている。併せて独居老人、老人のみの世帯の急増もみられる。
- ⑤介護者の健康問題の深刻化。(老人が老人を、病人が病人を看ている。)
- ⑥現在、地域を活動現場として展開されている在宅ケアサービスは、福祉サイド(ヘルパー派遣、入浴給食サービス等)医療サイド(往診、訪問看護)、保健サイド(PHNによる家庭訪問等)で、バラバラに行なわれていることが多いが、その連携の強化、一体的効率的な運営は出来ないだろうか。
- ⑦高齢化が進んでいる市町村は財政的に弱体なところが多く、ヘルスマンパワーの確保も困難なことが多い。

以上の如き問題点をふまえて、引続き管内のねたきり老人の実態を調査し、若干の知見を得たので報告する。

2. 調査方法

- (1) 対象：対象地区の概況は、表2に示す如くである。今回は、福祉、住居サイド、地区活動等から把握された館山市を除く郡部8町村の在宅ねたきり老人330名を対象とした。
- (2) 方法：保健所および町村保健婦により全例を訪問し、下記項目について調査し、検討を加えた。
i) ねたきり老人に対する項目：性、年齢、ねたきりの原因および期間、身体・生活・医療状況、訴え、家族構成
ii) 介護者に関する項目：性、年齢、続柄、職業、健康状態、代替者の有無、訴え
- (3) 調査期間：昭和61年4月1日~62年3月31日

表1 管内人口高齢化の推移

人口/年	S 30	35	40	45	50	55	60	61
総人口	146,429	133,829	137,481	127,353	126,523	124,752	121,446	121,418
老人人口	12,718	13,229	13,217	14,483	16,212	18,494	20,702	21,260
同率(%)	8.7	9.9	9.6	11.4	12.8	14.8	17.0	17.5

表2 管内の高齢化をめぐる現況 (S 61.4.1)

項目 市町村	総人口	老人人口	同率 %	90歳以上 (再掲)	超高齢者 率*1	ねたきり 老人数*2	独居 老人数	市町村保 健婦数*3	ヘルパー 数
館山市	55,700	8,906	16.0	138	1.5	106	840	8	5
宮浦町	6,624	1,213	18.3	21	1.7	23	32	1	1
富山町	7,061	1,310	18.6	26	2.0	42	97	1	1
鋸南町	12,333	2,237	18.1	35	1.6	49	96	1	1
三芳村	4,723	893	18.9	11	1.2	25	49	(1)	1
白浜町	7,089	1,411	19.9	37	2.6	17	158	0	1
千倉町	14,994	2,702	18.0	55	2.0	45	134	1	3
丸山町	6,359	1,281	20.1	19	1.5	25	74	(1)	1
和田町	6,535	1,289	19.7	17	1.3	25	65	2	1
計	121,418	21,260	17.5	359	1.7	357	1593	14(2)	15

*1 超高齢者率 = $\frac{90\text{才以上人口}}{65\text{才以上人口}} \times 100$

*2 福祉手当等受給者数
*3 ()は非常勤

表3 性年齢別分布

区分	男	女	計
64才以下	19	21	40
65~69	25	14	39
70~74	27	27	54
75~79	33	32	65
80~84	19	37	56
85~89	18	32	50
90才以上	3	23	26
計	144	186	330

表4 ねたきりの主な原因とねたきりの期間

原因	期間										不明	計	率
	6ヵ月未満	1年未満	1年~	2年~	3年~	4年~	5~9年	10~14年	15年以上				
脳血管疾患	14	5	25	13	15	8	17	15	7	15	134	40.6	
老衰	5	10	8	5	6	5	2	4	4	4	49	14.3	
リウマチ	2	5	8	3	5	2	4	2	4	4	35	10.6	
視力障害	1	1	2	2	4	3	4	2	5	5	29	6.1	
聴覚その他	3	1	1	2	2	2	2	2	1	9	13	5.5	
その他	10	5	5	3	2	4	6	5	7	12	59	17.9	
計	35	27	51	28	38	20	34	32	25	44	330	100.0	
率	10.6	8.2	15.5	7.9	11.9	6.0	10.3	9.7	7.6	13.3	100.0		

表5 障害保有状況

障害内容	保有者数	率
痴呆	159	48.2
言語障害	30	27.3
視覚障害	71	21.5
聴覚障害	59	17.9
聴覚障害	53	16.1
通称	52	15.8
その他	31	9.4

表6 ADL

ADL	数	率
ねたきり	132	40.0
ねたきりおきたり	148	44.8
歩行可	50	15.2
計	330	100.0

表8 家族構成

家族数	数	率
1人	5	1.5
2	71	21.5
3	79	23.9
4	39	11.8
5	51	15.5
6	52	15.8
7	21	6.4
8	12	3.6
計	330	100.0

表7 医療状況

状況	数	率	
往診	定期	51	15.5
	不定期	85	25.3
通院	定期	39	11.8
	不定期	25	7.9
薬のみ	48	14.5	
体調不調時	29	8.9	
医療なし	49	14.8	
不明	4	1.2	
計	330	100.0	

表12 介護者の健康(老・非老別)

老・非老	状況		計
	ふつう	不良	
64才以下	155 (79.9)	39 (20.1)	194 (100.0)
65才以上	87 (50.8)	85 (49.2)	132 (100.0)
計	222 (68.1)	104 (31.9)	326 (100.0)

表9 三たる介護者の続柄

介護者	配偶者		嫁	娘	その他	計
	夫	妻				
男	—	108 (74.1)	16 (11.2)	3 (2.1)	18 (12.9)	143 (100.0)
女	30 (18.4)	—	84 (45.9)	38 (20.8)	31 (16.9)	183 (100.0)
計	30 (41.7)	108 (30.7)	100 (28.8)	41 (12.6)	49 (15.0)	326 (100.0)

表10 介護者の高齢化状況

続柄	老人数	率
夫妻	25	83.3
妻	72	67.9
嫁	17	17.0
娘	7	17.1
その他	11	22.4
計	132	40.5

表11 介護者の職業

職業	数	率
農業	122	37.4
自営	25	7.7
パート	18	5.5
会社員	9	2.8
なし	152	46.6
計	326	100.0

身体状況では、2~5の障害を合併している例が約半数150名にみられ、それに加えて痴呆のある例も29例あり、これらは本人の闘病意欲にも影響し、更に介護の困難度も増している如くである。

日常の過ごし方(表省略)では、テレビ、ラジオ、新聞で一日をすごす、何もしないで寝てすごす等、受身的かつ無為にすごしている人が、248名(74.8%)を占めており、積極的にリハビリを行なっている例は14名(4.2%)にすぎない。

身体能力の低下、闘病意欲の低下、介護意欲の低下という悪循環をたちきるためにも、生活現場の中でのリハビリ活動の充実が強くのぞまれる。また、定期的な医療を受けている人は、2.7%と少なく、前述のリハビリ問題を合せて、今後医師による定期的な健康チェックにつなげていくことが必要と思われる。

家族構成は3人以下で半数を占めており、介護の代替者が得にくい実状である。主な介護者は、配偶者、嫁、娘であるが、表10~表12に見る如く、高齢者が多く、仕事をもっている、不健康者が多くという問題があり、介護する条件はきびしい。介護者の78%がなんらかの訴えをもっているが、介護疲れ、代替者が欲しいが、65名(20%)を占めているのも当然と思われる。

今回の調査を通して、保健婦は個々のケースごとに必要と思われる対応を行なってきたが、その主なものを表13に示した。保健婦による直接的な対応以外に、福祉、医療との連携がいかに必要かを示している興味深い。

今後も個々の対応も推進する中で、次々と発症するであろう在宅ケアを必要とする対象的確な把握、在宅ケアを適切に進めるためのネットワークづくり、介護代替者を含めたヘルスマンパワーの確保等、在宅ケアの充実に取り組んでいきたい。

表13 保健婦の対応(延件数)

身体的ケア 洗髪、清拭等 褥瘡の手当	101
指導、助言 介護方法 介護用品の購入 精神的支援	239
福祉 福祉手当等の申請 補助具の申請	99
医療 医師連絡等	49
その他 近所への依頼等	14

第 1 日

7月25日(土)

第一会場

○小野雄一郎、黄健、柴田英治、久永直見、竹内康浩

(名大医衛生)

【はじめに】頸肩腕障害の定義および病像が日本産業衛生学会頸肩腕症候群委員会より1972提唱されて以降、本年で15年となる。この間、当初問題となったキーバンチャー、タイピストから、機器組み立てやコンベア流れ作業等の上肢作業、さらに作業態様の複雑な職種（保母や調理員等）にも頸肩腕障害が見られることが報告されてきた。また、海外においても類似の障害の報告が増加した。今回、この間の本障害に関する研究や社会的状況の変遷を振り返り、頸肩腕障害の概念にかかわる今日的な問題点および課題の検討を試みた。

【頸肩腕障害の概念】 上記委員会は頸肩腕障害の定義、病像において、①上肢を同一肢位に保持、または反復する作業により職業的に障害が生じること。②神経・筋の（慢性的）疲労が生ずる結果としての障害であること。③頸肩腕部の筋硬結・圧痛、知覚障害、運動障害、自律神経失調症状、精神症状等の病像を進行に従って発現し、既存の疾病概念と異なる新たな診断基準を要する障害であること。④従来の整形外科的疾患名で表現されていた病態（腱鞘炎、関節炎、斜角筋症候群など）を部分病態として含むこと。⑤発症において精神的因子、環境因子も関与し得ること。等を提唱した。このような概念の確立により、それまで整形外科的諸診断名にもとづいて病像を判断していたことによる混乱は、一定に改善された。

【国際的状況の変化】 1980年前田（久留米大）は、スイスの会計機オペレーターを調査し、頸肩腕障害 Occupational Cervicobrachial Disorder (OCD)と考えられる症状が多いことを報告している。その前後より、北欧諸国、オーストラリア、米、英国等で各種の労働者集団を対象とする頸肩腕部の障害の報告が増加し、Cumulative Trauma Disorders, Repetitive Strain Injuries, Overuse Syndrome, Repetitive Motion Injuries, Soft Tissue Disorders, Occupational Musculoskeletal Disorders, Occupational Neck and Upperlimb Disorders, Occupational Rheumatic Diseases等ときわめて多様な障害名がつけられるに致った。これらは、社会心理学的な要因を定義に含むものや、腰部障害をも包含するもの等、多様な概念から成り立っており、一様ではない。このような経過の中で、以前我が国だけに見られるとして、頸肩腕障害の業務起因性を否定的に見ていた見解は、根本的な論拠を失った。

【考察】 頸肩腕障害の概念の項で述べた①～⑤に対応させて、問題点、検討課題について見解を述べる。

①「上肢を同一肢位に保持または反復する作業」の定義には同一肢位、単純反復のニュアンスが強く、保母のように、子供を抱く、引っ張る、腕を伸ばす、書く等の複雑な作業態様を有する職種も包含できる表現に欠けており、再検討を要する。

②「神経、筋疲労を生ずる結果としての障害である」とされたが、頸肩腕障害における神経、筋疲労の生体レベルでの本質的究明が依然として不足している。

③産業衛生学会の頸肩腕障害の概念とは別に、整形外科の分野では、飯野（1955）以降、頸肩腕症候群の名称が頸椎、腕神経叢、末梢神経等の異常に由来する疾患群の総称として使われており（服部1977）、類似した名称である頸肩腕障害について、未だに整形外科領域で理解が浸透しているとは言い難い。そのため、本来、職業に由来する神経・筋疲労性の障害と判断すべき事例も、少しでも頸椎や腕神経叢等の異常が発見されれば、整形外科的な頸肩腕症候群であると診断され、業務起因性が安易に否定されやすい状況が依然として打開されていない。

④諸外国の報告では、Naris（1980）の総説や、上肢反復作業のある職場集団の検討上、Cervicobrachial Disorderと胸郭出口症候群を全く別な障害として検討する例（Sallstromら、1984）にみられるように、斜角筋症候群と同様の病態が頸肩腕障害に伴って生ずるという観点はまだ見られない。ただし、我が国においても、後藤ら（1974）の仮説があるものの、この点が十分に実証されたわけではない。また、上肢反復作業について、手首、手指の障害（腱鞘炎、手根管症候群等）のみを検討対象とする例（Silverstein、1986）のように、障害を部分的に既存疾病のみにあてはめて理解しようとする、以前の我が国と同様の状況が見られる。現在、障害名およびその概念について国際的にきわめて多様であるため、疫学的な比較可能性、研究の相互発展の面から、用語および概念についての国際的なコンセンサスの形成を要すると考えられる。

⑤これまで、精神的因子の検討が個人の性格や成育史の問題へと矮小化され、業務起因性の否定へと結びつく傾向があり、批判の対象となってきた。しかし、一方、頸肩腕障害の発現において、労働による精神的負荷がどのように身体的影響を及ぼすかについての実証的検討が十分なされてきたとは言い難く、今後の大きな課題と言えよう。

内田 比佐夫 (淀協社医研・西淀病院)

【はじめに】

頸肩腕障害と非災害性腰痛は経験する患者数に比して認定は少ない。これは認定通達の厳格な運用によるしめつけと被災労働者の立証の困難さ、労組の右傾化による職業病運動の低迷、労災打ち切りなどによる運動体の萎縮、危険有害作業の下請、派遣労働化などが考えられる。

我々は従来労災申請件数が少ないという反省から、労災申請の意思のある患者の援助を昨年集中してとりこんできたので報告する。

【結果】

- ①西淀病院産業医学科で1988年に労災申請した24名のうち頸肩腕障害、非災害性腰痛の患者は計20名 労災認定18例 業務外審査請求1例 再請求1例
- ②業務外の1例は事業所の妨害と局医の明かな資料判断ミス、VDT障害の1例は本省扱いとなり申請取り下げ頸肩腕障害として再度申請。
- ③申請から認定までの調査期間は最大11ヶ月最小2ヶ月であり、自己意見書作成による遅延、労基署担当者の能力に左右された。
- ④支援組織は労組9例、自己の加入以外の労組2例、派遣先労組1例、政党1例、職業病運動体2例、無し5例。労組があっても支援を受けられなかった者3例
- ⑤18例が労働条件の改善につながった
 - ・弱電A社定時社員の契約更新の体力テスト中止・D自動車工業の労災欠勤有休振りかえを運及して是正・パート労働者の解雇阻止・派遣労働者のVDT 健診実施
- ⑥早期に認定された者は回復が早い傾向がある。

【まとめ】

職業病の労災申請は不利益あつかいや解雇など権利侵害に対抗して行なわれるため労使関係の事件になることが多く、一般には申請そのものが困難な事例が多い。

しかし職業病の予防対策を講じさせるには、後向きといえども現実の被災労働者の救済を契機として企業と行政の責任を明らかにさせることが重要であり、その効果は大きい。

頸肩腕障害、非災害性腰痛の労災申請の自粛傾向が見られるが、被災者の申請の権利性を明らかにし、申請の実際の知識と援助が受けられるようにすべきである。

表3

事例	A	B	性	歳	疾患	雇用	職種	作業態様	労組	援助組織	効果	期間	(A)業務上外の結果	
1	認定	△	女	37	頸肩腕	パート	物流倉庫ピック作業	立位上肢作業	有	無	1.2	5M	(A)業務上外の結果	
2	認定	×	女	53	頸肩腕	パート	弱電コンベア組立	座位電動工具	有	地域労組	2	11M	(B)転帰	
3	認定	×	女	53	頸腕腰痛	パート	弱電コンベア組立	座位電動工具	有	地域労組	2	11M	○完全復帰	
4	認定	○	女	25	頸肩腕	派遣	病院会計	VDT作業	無	派遣先労組	1	6M	△制限復帰	
5	認定	○	女	25	頸肩腕	本雇	信用金庫窓口業務	打鍵 硬貨扱	無	無	無	4M	×強い制限	
6	認定	×	女	37	頸肩腕	本雇	病院看護助手	介助	無	労組支援	2.3	3M	復帰が休業	
7	認定	△	女	46	頸肩腕	本雇	アルミサッシ組立	立位電動工具	有	無	2	5M	(疾患)	
8	認定	△	女	48	頸腕腰痛	本雇	民間保育所保母	保育	有	労組支援	1	7M	頸肩腕	
9	認定	△	女	27	頸肩腕	本雇	障害児施設指導員	介助	夜勤有	有	労組支援	1	2M	頸肩腕障害
10	認定	△	女	25	頸肩腕	本雇	乳児院保母	保育	夜勤有	有	労組支援	3	3M	頸腕腰痛
11	認定	○	女	24	頸腕腰痛	本雇	特養老人ホーム寮母	介護	夜勤有	有	労組支援	1	2M	頸肩腕障害に
12	認定	×	女	47	頸肩腕	本雇	特養老人ホーム寮母	介護	夜勤有	有	無	1	6M	腰痛を伴なう
13	認定	×	女	58	頸腕腰痛	本雇	特養老人ホーム寮母	介護	夜勤有	有	無	1	5M	腰痛
14	認定	×	女	64	頸肩腕	本雇	成人障害者施設寮母	介護	夜勤有	無	1	6M	非災害性腰痛	
15	認定	△	男	35	頸腕腰痛	本雇	障害児施設指導員	介助	夜勤有	有	労組支援	1	4M	
16	認定	×	男	44	腰痛	本雇	自動車組立工	重量物組付	有	政党	2.3	2M		
17	認定	×	男	48	腰痛	本雇	ハム製造工	重量物運搬	有	労組支援	4	3M		
18	認定	×	男	58	腰痛	パート	フォークリフト運転	立位	有	労組支援	無	6M	(効果)	
19	審査請求	×	女	47	頸肩腕	パート	ホーロー製造工	立位上肢作業	有	地域組織	無	3M	健診1	
20	再申請	×	女	25	VDT障害	本雇	法律事務所事務	VDT作業	無	地域組織	無	3M	解雇制限2 労働条件改善3 設備改善4 (期間)保留期間	

(注) 事例2,3 は同一事業所それ以外は各々別の事業所

表1 手指・前腕・頸肩腕障害(略頸腕)と非災害性腰痛の業務上疾病発生状況

年	頸腕			非災害性腰痛		
	全国	大阪	西淀HP	全国	大阪	西淀HP
55	111	16	8			
56	111	25	14	327	17	2
57	98	17	6	55	11	1
58	82	11	3	87	3	0
59	148	9	4	55	15	1
60	121	14	2	70	21	0
61			15			3

表2

労災認定にあたっての不利となった要因

事例1 短期従事で発病(従事2M)

しかし電算システム移行期の過重を立証

事例2,3 10数年前の発病が争点

事例4 短期従事で発病(従事2M)

事例5 会社資料隠滅 改ざん 立証困難

事例8 看護助手の頸腕は前例無し

事例8 他者より過重と立証困難

事例14 頸椎の老人性変化

事例17 業務量の立証困難

事例19 会社の偽証、資料隠滅

事例20 VDT 障害は本省で判断

○牧野忠康 (長野大学産業社会学部)

石川孝夫 (芝病院健診センター)

I. はじめに

頸肩腕障害の労災打ち切り攻撃は、昭和57年12月に始まった。第2波、3波と疾病範囲も広がり、いわゆる長期療養患者をなでぎりにしていった。攻撃は、MTTや公災にまで波及してきた。地方、OA化の潮流のなかで、ニューフィスの職業病としてVDT労働をはじめとするテクノストレス症候群が登場してきた。これを労災申請しても、労働省はほとんど業務上認定しない。さらに、61年の労災保険法の改定で「事業主の意見申し出制度」を新設し、企業責任の回避の道を拡幅する等の「改悪」をした。これでは被災労働者が救われない。

II. 労災保険打ち切り後の患者の動向

1. 昭和57年に始まった「はり・きゅう及びマッサージ」の労災保険給付制限(基発第375号)を契機に、頸肩腕障害を中心にいわゆる長期療養患者が、「症状固定・治癒」として大量に、一方的かつ画一的な労災保険給付の打ち切りを、労働省が強行した。

2. 打ち切りを契機として、職場にいられなくなって、あるいはいざらくなって退職したケースが少数ながらある。

3. 大多数の患者は、不本意だが健康保険での治療を続けながら、ほぼ通常に就労している。そのうちの極少数が、給付打ち切りを不服として「審査」請求を聞いている。

4. 「審査」請求をしていない人たちも、「打ち切り」は当然だとしているものは誰ひとりとしていない。忤怩たる思いがある。長期療養者の大多数は、労災認定の段階で会社や労基署との激しい闘いを経験している。これで症状が悪化した辛酸をなめている。労基署との闘いはもう御免だとの思いがある。まさに労働省起因性症候群である。だが、審査請求や裁判の闘いには熱い視線をおくっている。

5. 忤怩たる思いがあっても「打ち切り」を受

容し、かつ症状が残存していれば、障害補償給付の対象になる。これがまたすさまじい状況にある。労基署の指定する医療機関に行けといってくる。そこに待っているのは、検査と医師の罵詈雑言である。やっと貰える障害等級は、最低の14級である。14級は、障害補償一時金で、給付基礎日額の56日分である。なかには、障害補償給付を申請しながら「20万円もらえようが30万円だろうが、もう労基署に行きたくない。」と申す申請をとりさげる人もでてる始末である。

6. 会社は勿論、仲間からさえ労基署が「治った」といっているのにまだ具合が悪いといって通院したり休むのはおかしいという有言無言のプレッシャーも強い。

III. 人間回復の職業病医療・補償を求めて

1. いわゆる頸肩腕障害の発症形態として、①腱鞘炎、局所反復使用慢性神経・筋疲労型、②精神ストレス、タイプA行動・強迫行動型、がみられる。最近の傾向としては、①がベースにあるが②が優位のケースが目立つ。

2. 療養長期化の経過をたどるものには、会社の対応がひどくまずいか、仕事に展望が見出せないか、職場の人間関係が悪いケースが多い。

3. したがって、自己決定による保健行動が困難な、労働内容、労働条件、労働量、労働密度等についての管理を、健康管理の立場から当該労働者の意見を尊重して労使間で点検し適正化するサポートシステムの確立が必要である。

4. さらに、健診についても労働者の心身および労働生活を包括し、かつ保健・疾病行動の気付きと変容を促進するサポートシステムとして確立する必要がある。

5. また、労働省の労働安全衛生・補償の行政、労働者のための予防、治療、リハビリ、補償の包括的ヘルス・ケアのサービスでなくてはならない。

上畑鉄之丞(公衆衛生院疫学)、大堀孝雄(東海大体育)
為社優子(労働金庫健保組合)、松岡敏夫(杏林大医衛生)

昨年の本研究会で、中高年勤労者の短期保養制度の構想について報告したが、その後、軽度の成人病変化を持つ30名の男性中高年者を対象に5泊6日間の保養実践セミナーをY県N温泉を中心に実施した結果を報告する。

(対象)参加者は某金融機関に所属し、全国の各店舗から希望し、かつ推薦されたものであり、年齢は40-53才で、高血圧、糖尿病、高度肥満、肝機能障害やその他の所見を有し、医師より飲酒、喫煙、運動、食生活などの改善を求められているものである。

(方法)保養期間中の諸活動は、昨年の報告とほぼ同様な内容で実施したが、日中は森林浴、ハイキング、ストレッチ体操などの身体活動のほか、各自2回の調理実習、クアハウス浴など、夜は主としてレクチャーを行い、最終的に集団で保養実践の総括討議をおこなった。期間中の参加者の反応をみるうえで、最終日に自記式の質問票に記入を求め、また開始2日目及び5日目早朝に体重、血圧測定及び採血を行い、保養活動前後での身体的影響を評価した。

(結果)図1に示すように参加者の反応は、良好としたものが多かったが、プログラムの内容に拘束性を感じた者、身体疲労を感じたもの、睡眠が十分でないものなどが若干あり、運営上考慮すべきと考えられた。

また保養前後での身体的所見の変化は、表1に示すように、体重減少、収縮期血圧の低下、HDL-CHの増加、TG及び磷脂質の減少、遊離脂肪酸の増加、 γ -GTPの減少などの良好な影響が認められた反面、血糖、尿酸及びGOT・GPT値の増加が認められた。ただ対象者中、高度肥満者ではT-CH値も低下、糖尿病患者では血糖値はかえって減少しており、全体としてホメオスタシス調節維持機能を保つ効果があり、これらの効果は身体活動の活発さのみでなく、日常生活での脱ストレスや湯治、断酒や規則的な食生活などの総合的な影響によると療温泉

(考察)中高年勤労者の健康保護の今後あり方として、健康診断の充実にのみでなく、積極的、自発的な健康維持のための制度づくりが望まれ、そのひとつとして自然なかで保養がおこなえるような休養制度の確立に労働組合が取り組む必要があると考えられた。

図1 実施直後の参加者の意見・感想

数字は人数を示す

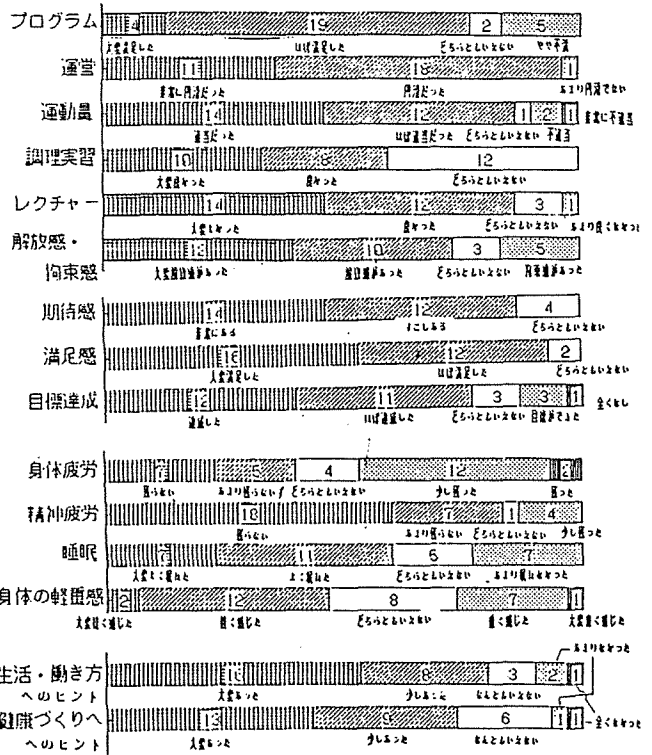


表1 体重、血圧及び血清生化学所見の前後値の比較

項目	前(29日)	後(5日)	
	平均(S.D.)	平均(S.D.)	
1. 体重(kg)	70.7(7.89)	69.7(7.18)	**
2. 血圧(mmHg)			
収縮期血圧	141(19.6)	132(14.0)	**
拡張期血圧	92(10.5)	94(8.2)	NS
3. 血清脂質			
T-Ch(mg/dl)	205(32.7)	203(27.6)	NS
HDL-Ch(mg/dl)	44(13.9)	47(13.1)	**
TG(mg/dl)	162(99.3)	97(57.2)	**
FFA(mg/dl)	.63(.23)	.67(.24)	NS
Phos-L(mEq/l)	249(43.5)	221(23.1)	**
LPO(nMOL/ml)	9.7(2.58)	11.4(3.47)	*
4. 空腹時血糖(mg/dl)	102(26.1)	109(19.9)	*
5. 肝機能			
γ -GTP(mU/ml)	47(2.2)	45(2.1)	*
GOT(K-U)	20(9.1)	27(10.1)	**
GPT(K-U)	25(15.9)	31(17.0)	**
6. 尿酸(mg/dl)	6.5(1.23)	6.9(1.52)	**

** : P<0.01 * : P<0.05 NS : no significance

○横尾 大真、吉井 景、小林 森雄 (愛知医科大学・衛生学)

【はじめに】日雇労働者に対する年末年始対策として、名古屋市は12月29日より1月4日までの期間、臨時相談所の開設、臨時無料宿泊施設（以下宿泊施設）の提供などの対策をおこなっている。一方、各種団体、個人の自発的な意志に基づく救護活動がおこなわれている。この中には、名古屋駅周辺の日雇労働者を対象とした一斉健診（12月25日ごろ）およびそれ以降、1月10日までの夜間の健診（これらを以下笹島地区健診）が含まれる。今回は、これらに加え、宿泊施設入所者のうち、希望者を対象とする健康相談が行われた。（以下宿泊施設健診）以下では、宿泊施設健診と笹島地区健診の結果を比較するとともに、市の年末年始対策の中の問題点についても考察した。

【臨時相談所利用者の経緯】図1に相談の経路を示した。臨時相談所の窓口において、市の係員が医療機関を受診（医療要否の判断のため）させるか否かを判断する。この際、笹島地区健診受診者で、医療機関への紹介状を持参しているものは、ほとんど医療機関受診として取り扱われている。一方、特に健康上の訴えを持たない相談窓口で判断されたもの、および医療機関受診後、治療の要なしとされたものは、臨時無料宿泊施設へ入所することとなる。表1に、市のとりきめている施設入所該当要件を示した。

【笹島地区と宿泊施設との健診結果の比較】1. 宿泊施設での一斉健診は1987年1月4日の昼間に実施した。2. 笹島地区での夜間健診は1986年12月25日～1987年1月10日に、一斉健診は1986年12月28日の昼間に実施した。3. 健診受診者、計213人を解析の対象とした。4. 初診時に作成した受診者カードから、年齢分布、週あたりの就労状況、1日の飲酒状況、健診後の方針、紹介状発行時の推定される傷病、健康保険取得状況、日雇雇用保険取得状況、原子力発電所労働歴について、宿泊施設健診受診者と笹島地区健診受診者を比較した。健康保険、日雇雇用保険などで若干の違いはみられるものの、両群間で大きな差異は認められなかった。

【宿泊施設健診後の経緯】図2に、宿泊施設健診受診者については、健康相談時に医師より医療機関あての紹介状が出されたもののその後の経緯を示した。入院した者が3人、救護施設へ移送されたものが3人いた。入院者のうち1人は肺結核の疑いであった。【まとめ】1. 健診受診者の生活、健康状況には、笹島地区と宿泊施設とで顕著な差がみとめられなかった。2. 施設入所者の中にも受療を要するものが存在した。3. 相談窓口での、より適切な医学的対応、宿泊施設での健康管理対策などの必要性が感じられた。

図1 年末年始臨時相談者の経緯

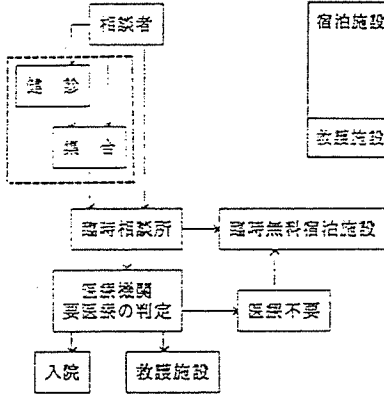


表1 施設入所該当要件 (名古屋市)

宿泊施設	1. 手持金(10,000円以上)を有し、労働の意志と能力を有する者 2. 年末年始対策対象者 ・手持金がなく労働の意志と能力を有する者 ・他の施設に適していない者
救護施設	労働能力なく、生活保護費の活用を必要とする者

図2 宿泊施設健診時紹介状発行者の経緯

初診 18人 (34人中)	入院 3人 救護施設 1人 救護施設受療 2人 受診・投薬 9人 未受診 3人
再診 5人 (13人中)	救護施設 2人 受診・投薬 2人 未受診 1人

+ : 初診時紹介状(-) 1人を含む

表2 年齢分布 (初診者)

	宿泊施設健診	笹島地区健診
20才未満	0(0.0)	2(1.2)
20才代	0(0.0)	6(3.5)
30才代	3(9.1)	13(7.9)
40才代	15(45.5)	63(36.8)
50才代	12(36.4)	61(35.7)
60才代	3(9.1)	26(15.2)
不明	1(-)	8(-)
受診者数	34人	179人

表3 週あたりの就労状況 (過去1ヶ月間・初診者)

	宿泊施設健診	笹島地区健診
0	1(3.0)	24(15.7)
1~1.5	2(6.1)	8(5.2)
2~2.5	6(18.2)	24(15.7)
3~3.5	5(15.2)	27(17.7)
4~4.5	6(18.2)	25(17.0)
5~	13(39.4)	44(28.7)
不明	1(-)	26(-)

表4 1日の飲酒状況 (過去1ヶ月間・初診者)

	宿泊施設健診	笹島地区健診
飲まない	6(27.3)	39(33.6)
3合未満	11(50.0)	49(42.2)
3合以上	5(22.7)	28(24.2)
不明	12(-)	63(-)

表5 方針 (初診者)

	宿泊施設健診	笹島地区健診
要入院	1(3.0)	10(6.0)
要加療	16(48.5)	103(61.2)
経過観察	12(36.4)	41(24.4)
要無	4(12.1)	14(8.3)
不明	1(-)	11(-)

表6 紹介状発行時の推定される傷病 (初診者)

	宿泊施設健診	笹島地区健診
呼吸器系	2(11.1)	24(25.3)
消化管系	1(5.6)	10(10.5)
肝・胆・脾	2(11.1)	17(17.9)
循環器系	5(27.8)	21(22.1)
腎泌尿器系	0(0.0)	6(6.3)
代謝・内分泌	3(16.7)	5(5.3)
脳・神経系	1(5.6)	3(3.2)
骨・骨格系	2(11.1)	11(11.6)
外傷	1(5.6)	3(3.2)
皮膚科領域	1(5.6)	5(5.3)
精神科領域	1(5.6)	3(3.2)
眼科領域	1(5.6)	1(1.1)
耳鼻科領域	0(0.0)	6(6.3)
その他	0(0.0)	7(7.4)

表7 健康保険取得状況 (初診者)

	宿泊施設健診	笹島地区健診
なし	32(100)	151(91.0)
国保	0(0.0)	11(6.6)
社保	0(0.0)	1(0.6)
日雇	0(0.0)	3(1.8)
不明	2(-)	13(-)

表8 日雇雇用保険取得状況 (初診者)

	宿泊施設健診	笹島地区健診
なし	33(97.1)	145(87.9)
あり	1(2.9)	20(12.1)
不明	0(-)	14(-)

表9 原子力発電所労働歴 (初診者)

	宿泊施設健診	笹島地区健診
あり	2(6.5)	16(10.4)
なし	29(93.5)	138(89.6)
不明	3(-)	25(-)

注 ; () 内に%を示した。

ピッキング(商品仕分け)作業における
婦人労働者の労働衛生的検討

○ 近藤 雄二¹⁾ 細川 汀²⁾ 梶山 方忠³⁾ 山下 節義¹⁾
(奈良医大 衛生学¹⁾, 京都府大 産業福祉学²⁾, 兵庫・職業病センター³⁾)

生協の物流センターでは、多品種の生活必需品を、毎日、多くの家庭班に供給する。ピッキング作業は、自動化が難しいために省力化が最も遅れた人力依存型の作業形態になっている。この作業は、受注伝票を片手に、商品を探し、注文数量だけ、箱に入れるものである。この作業に、コンピュータで受注情報、コンベアと商品棚が制御されたピッキングシステムが導入された(図1)。

自分の受持範囲で、表示器に提示される必要数だけ商品を取り、箱に入れ、リセットキーを押すとコンベアが移動し、次の班の箱が流れてくる。この繰り返すである。1商品当たりの動作時間は、0.7 から 1.4秒。複数の作業者の、最も作業手順の遅い者に、システムが反応し、作業終了後、作業者毎の作業量や動作時間が、1/1000秒単位毎に算出される。従来の作業方式と比べ、集品伝票そのものが不要で、商品の保管場所の記憶や伝票との照合、数量確認がいらぬ。単純化された作業のため熟練や訓練を必要としないため、パート作業者を配置することが多い。我々が調査した生協物流センターの作業者はすべて女性。35-44才の中高齢層が中心で、有子者が96.1%で、そのなかで下の子供が6才未満はわずか5.5%であった。勤続3年未満が7割を占めていた。全員がパート雇で、週当りの勤務日数は5日60.7%、4日34.7%。一日の勤務時間は3-4時間勤務が大半である。寒冷などの環境条件に違いがあり、生協は夏期、作業場の室温が15-18℃と外部温との差が大きい。事業場は「作業時間が短縮した」、「ミス率が減少した」、「作業効率が向上した」と評価しているが、いずれの施設でも、働き始めてから肩痛腰痛や頭痛症で通院した者が見られ、その割合は少なくない。^(表1)手荒れなどの皮膚障害もすべての施設でみられた。^(表2)検診や休暇制度には施設間で差があり、これら諸制度が未整備の施設もみられた。^(表3)作業者は、ミスや動作時間の提示に負担を感じ、姿勢・動作上の負担も強い。施設により作業時間管理や労務管理などの違いがみられるが、作業者にとっては

図1 ピッキングシステムでの作業概要

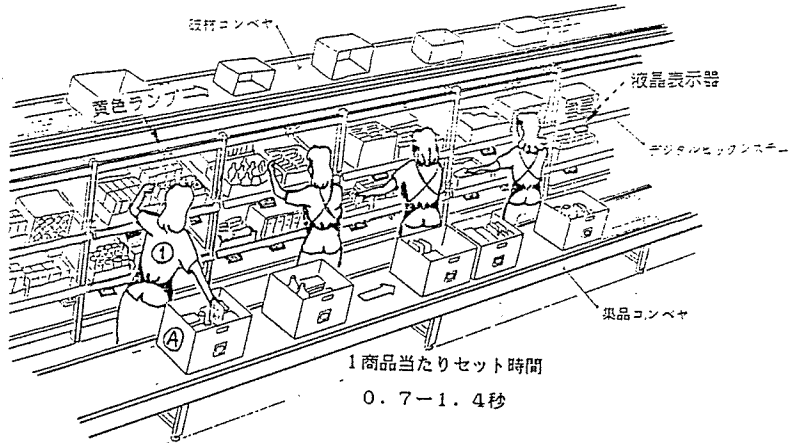


表1 生協の物流センターでのピッキングシステム下の作業者と職場の状況

作業単位時間が1秒内外と非常に短く、視認にたよる作業情報の出現間隔時間が一定でないため、従来の作業に比べ、単純化されているだけ作業での”注意・集中度”が強くなっている。コンベア・商品棚などの不備な人間工学的条件、寒冷などの環境条件が加わることで、頭、肩、腕、手、腰、下肢への負担や神経系の負担が、健康障害の多発として顕在化することが考えられ、施設、作業方法、作業管理(ミス率管理)などの負担軽減策が必要である。

	A (90)	B (330)	C (149)	D (52)	E (122)	F (51)	G (271)	H (232)	全体 (1348)
平均年齢	37.0才	41.2	42.2	42.0	37.3	38.1	39.5	38.7	39.9
勤務年数(中央値)	1y6m	1y11m	3y8m	3y7m	1y11m	0y9m	1y11m	1y6m	1y11m
半日勤務の割合	91.1%	99.4	96.6	98.1	96.7	98.0	99.6	96.9	98.1
パート(7割)を含むの割合	100.0%	99.7	99.4	100.0	98.3	100.0	99.3	99.6	99.5
既往・現症									
高血圧	0%	7.6	8.7	13.5	5.7	0	3.7	7.1	6.1
手荒れ等の皮膚障害	17.8	24.2	9.4	11.5	18.9	52.9	27.3	8.1	19.5
頭痛障害	21.1	29.1	36.2	42.3	33.6	41.2	42.8	32.1	32.1
腰痛症	26.7	22.4	16.8	25.0	17.2	23.5	32.1	19.2	21.9
貧血症	3.3	12.7	11.4	11.5	9.8	7.8	11.1	3.2	9.2
働きにくさの要因									
動作時間の提示がづらい	7.8%	18.5	26.2	0	4.9	19.6	7.7	3.2	11.4
ミスしないかと気になる	50.0	39.1	54.4	46.2	47.5	78.4	56.1	17.0	42.3
休憩時間が短い・少ない	61.1	33.9	37.6	5.8	36.1	17.6	25.1	22.3	30.1
身体の具合が悪くても中途でやめにくい	14.4	26.1	24.2	30.8	27.9	56.9	29.5	10.6	24.0
作業すべからずな動作が多い	24.4	29.1	28.9	21.2	14.8	49.0	32.5	10.6	20.5
立ちづまみのがつらい	33.3	41.2	32.2	34.6	37.7	33.3	29.9	23.3	34.3
外部温との差が大きく慣れるのに時間かかる	68.7	51.3	28.8	73.1	32.0	60.8	49.4	23.3	47.3
重たい商品を取る時つらい	65.6	33.8	57.0	53.8	56.6	52.9	55.7	23.4	47.3
職場別									
有給休暇	○	○	○	○	○	○	○	○	7
生理休暇	○	○	○	○	○	○	○	○	6
職場休養	○	○	○	○	○	○	○	○	6
職場検診	×	×	○	○	×	×	×	×	4
就業時検診	○	○	○	○	○	○	○	○	7
一級健康診断	×	×	○	×	×	×	×	×	2
頸腕・腰痛検診	×	○	○	○	×	×	×	○	2
労働組合	×	○	○	○	○	○	○	○	9

○: 制度として有り
×: なし

○久永直見¹、細川 汀²、酒井潔³、柴田英治¹、河内 賢¹、
黄 健¹、竹内康浩¹、小野雄一郎¹ (1:名大・衛生、2:京
府大・文・社会福祉、3:名古屋市・衛研)

石綿含有建材の技術革新と普及：現在わが国では建築物軽量化、不燃化、施工簡便化、工期短縮などのために石綿含有建材が多用されている。わが国の石綿含有建材の歴史は1914年の波板の製造に始まり、その後平板、フレキシブル板、石綿パーライト板、石綿セメント珪酸カルシウム板など多種類が加えられ、鋸断、釘打ちなども可能な加工性の高い製品が次々に開発されている。石綿スレート類でみると生産量は、1950年から70年にかけて急増し以後横這いとなっているが、1985年の生産量は50年の20.3倍の7712万枚である（建材統計年報）。他方わが国の建築関係従事者のうち自ら石綿含有建材を扱うかまたは他人が扱う傍で作業をする可能性が高いと思われる業種を拾うとその合計は136万人（総合工事業の建築工事業 101万人、職別工事業の大工16万人、左官16万人、屋根工事業 3万人）に上る。（昭和56年度事業所統計調査報告）。

Ⅱ 筆者らの調査結果：筆者らは、昨年来、全京都建築労働組合との協力の下に建築現場における石綿含有建材使用と石綿粉塵発生状況を調査してきた。①建築現場で使われている石綿含有を疑われる建材を収集し、成分を分析した結果、23種中 6種からクリソタイルとアモサイト、10種からクリソタイル、1種からアモサイトを検出した。②建材の電動丸鋸切断、電動ドリル穿孔、釘打ち等をしている作業者の肩先の気中石綿粉塵濃度を測定した。丸鋸切断時（図1）には、作業者の手元がかすむ程多量の発塵がみられた。15分未満の測定時間の試料（n=10）では、787.0-3.0f/ml、15分以上の試料（n=15）では131.0-0.3f/ml が検出された。作業により濃度には差があるが、しばしば高濃度が検出されることが注目された。いずれの作業でも呼吸用

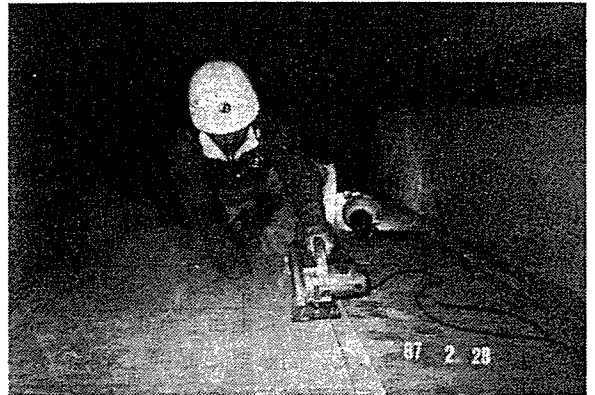
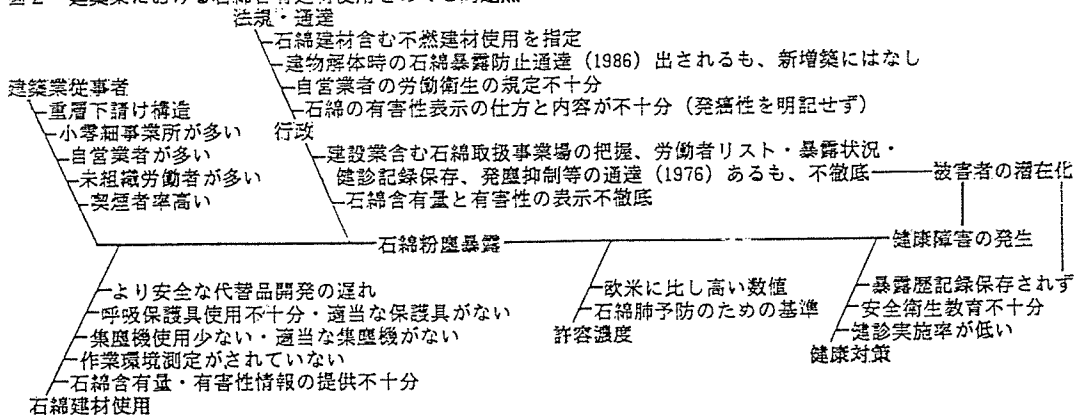


図1 石綿含有建材の丸鋸切断時の発塵状況

保護具、集塵装置は不使用であった。◎全京都建築労働組合のA支部員 612名を対象に石綿含有建材使用状況に関するアンケート調査を行い、364名（大工 102名、左官35名、土木30名、電気26名、塗装22名、その他 149名、回答率 59.5%）の回答を得た。石綿含有建材の使用経験年数は、平均13.4± 8.6年（n=118）、最近1年間の月間取り扱い日数は、平均 6.6± 5.9日/月（n=94）、取り扱い日の取り扱い時間数は、平均 4.0± 2.3時間/日（n=91）であった。

Ⅲ 問題点：調査のなかで挙げられた問題点を整理すると図2のごとくであった。問題点は多岐にわたるが、技術革新と労働衛生という観点からみると、石綿含有建材の導入が、多数の労働者に石綿暴露をもたらすことが明白であるのに、法規行政、作業教育、環境管理、健康管理などの面での十分な暴露防止、健康保護対策を欠如させたままで進められ、実態把握も十分にはされずにきたことが基本的問題と考えられた。

図2 建築業における石綿含有建材使用をめぐる問題点



職種階層別にみた都市勤務者のストレスと健康観

○三河 一夫¹ 上島 弘嗣² 馬場 俊六¹
 多田 羅 浩三¹ 朝倉 新太郎¹
 1(阪大医公衛) 2(国循センター集検部)

【目的】今回、都市勤務者に対し、ストレスと生活習慣に関する問診票、血圧測定、血液検査を実施した。職種階層別の生活習慣やストレスを感じる頻度、ストレスと血圧あるいはストレスと飲酒との関係について検討することにより、ストレスが健康に及ぼす影響を明らかにしようとした。【対象と方法】対象は大阪にある生命保険会社の20～59歳の男子勤務者で、無作為に抽出した133名が本試験に参加した。問診票により、ストレス

表1：職種階層別に見た調査データの比較、男子133名、20～59歳

人 数 (人)	職 種 階 層				階 層 間 の 有 意 差
	1	2	3	4	
28	44	23	42	24	p < 0.001
年齢 (歳)	28	35	46	52	
83	83	79	78	75	無
運動はめったにしない (%)	32	57	41	48	無
喫煙本数 (本/日)	15	13	11	9	無
飲酒量 (ml/日)	14	23	26	18	無
γ-GTP (U/l)	23	30	32	28	無
総コレステロール (mg/dl)	198	197	205	212	無

運動、飲酒、喫煙習慣等について調べた。血液検査を実施し、γ-GTP、総コレステロール等を調べた。血圧測定は、ランダムゼロ血圧計を用いた。【結果】表1は、職種階層別(階層の低いものから順に1、2、3、4)に調べたデータを比較したものである。全階層で75%以上がストレスを感じており、30%以上が運動しないと回答した。喫煙本数は、階層が高くなるほど減少する傾向を示した。1日当たり平均飲酒量は、中間層で多く、γ-GTPも中間層で高い傾向を示した。総コレステロールは、階層が高くなるほど増加する傾向を示した。図1は、ストレスを感じる群と感じない群の2群間で、収縮期血圧と拡張期血圧をそれぞれ階層別に比べたものである。職種階層1を除く各階層では、収縮期血圧、拡張期血圧ともに、ストレスを感じる群に高い傾向を示した。図2は、ストレスを感じる群と感じない群の2群間で、1日平均飲酒量を階層別に比べたものである。職種階層1を除く各階層では、ストレスを感じる群に多い傾向を示した。図には示さなかったが、ストレスを感じる群について、1日平均飲酒量と収縮期血圧及び拡張期血圧の間の

収縮期血圧、拡張期血圧ともに、ストレスを感じる群に高い傾向を示した。図2は、ストレスを感じる群と感じない群の2群間で、1日平均飲酒量を階層別に比べたものである。職種階層1を除く各階層では、ストレスを感じる群に多い傾向を示した。図には示さなかったが、ストレスを感じる群について、1日平均飲酒量と収縮期血圧及び拡張期血圧の間の

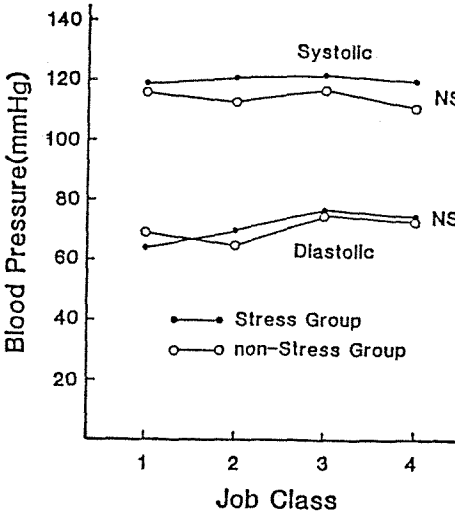


図1 職種階層別及びストレス群、非ストレス群別の血圧値の比較

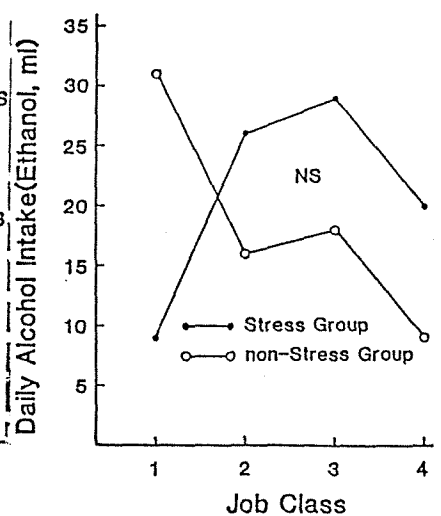


図2 職種階層別及びストレス群、非ストレス群別1日平均飲酒量の比較

相関係数はそれぞれ、 $r = 0.18 (P < 0.05)$ 、 $r = 0.38 (p < 0.001)$ で有意差を認めた。【考察とまとめ】階層が高くなるにつれ喫煙本数が減少傾向を示した。これは高い階層ほどタバコの害をよく認識し、節煙に努めているのかも知れない。ストレスを感じる群に血圧が高く飲酒量も多い傾向がみられた。今回の調査では、全階層で75%以上がストレスを感じており、健康管理の立場から、ストレスを軽減する方策の推進が望まれる。

ここでいう職種階層とは所得及び社内での地位の階層である。

小規模製造事業所における健康管理に関する訪問実態調査

杉本寛治、石橋富和、安藤 剛、中村清一、○平田 衛、田淵武夫、松永一朗、小坂 博、熊谷信二、吉田俊明（大阪府立公衆衛生研究所労働衛生部）、逢坂隆子（大阪府大東保健所）

小零細企業における健康管理は、極めて不十分と言われ続けてきたがその実態を明確に数値に表した報告は少ない。1986年夏、我々は大阪府東部の一衛星都市の小零細企業密集地域において健康管理に関するアンケート訪問実態調査を行った。その結果を示すと共に、小零細企業における健康管理に対する地域保健サイドの関与の可能性と今後の展望について考察する。

【対象】表1. に示す。

【結果】主な結果を表2、3、4に示す。

【考察】高齢化社会が喧伝され、「健康づくり」が云々される一方、今回の調査結果により、小零細企業においては定期健康診断さえ満足に行われていず、成人病健康診断においても極めて不十分であるなど健康管理の大きな問題点が明らかになった。しかし、大・中企業と同一な方式を小零細企業に適用するのは無理であり、とりわけ30人以下の小零細企業については、労働者を地域に住み、働く地域住民とみなし、健康管理を考えるのが現実的であろう。それは事業主の安全衛生責任の認識を明確にする過程（啓発・教育）を当然踏まねばならない。このような中での地域保健サイドの関与は、健康管理の専門家として、商工団体、医師会、市町村、労働基準監督署などともに協力する中にあると考えられる。

表1 訪問実施製造事業所数

業 種	事業所数
I群 木材関連加工業	33
II群 プラスチック関連加工業	41
III群 機械金属関連加工業	325
IV群 電気部品関連加工業	32
V群 その他の製造業	28
合 計	459

表2 集計対象事業所の業種別規模構成

規模構成 (人)	1 - 4	5 - 9	10 - 19	20 - 29	30 - 49	計
I群 事業所数 (X)	15 (45.5)	8 (24.2)	8 (24.2)	2 (6.1)	0	33
II群 事業所数 (X)	16 (39.0)	14 (34.1)	7 (17.1)	2 (4.9)	2 (4.9)	41
III群 事業所数 (X)	140 (43.1)	100 (30.8)	53 (16.3)	16 (4.9)	16 (4.9)	325
IV群 事業所数 (X)	11 (34.4)	10 (31.3)	5 (15.6)	2 (6.2)	4 (12.5)	32
V群 事業所数 (X)	10 (35.7)	8 (28.6)	7 (25.0)	2 (7.1)	1 (3.6)	28
計 事業所数 (X)	192 (41.9)	140 (30.5)	80 (17.4)	24 (5.2)	23 (5.0)	459

表3 規模別定期健康診断実施状況

規 模 別	1 - 4 (192)*	5 - 9 (140)*	10 - 19 (80)*	20 - 29 (24)*	30 - 49 (23)*	計 (459)*
定期健康診断						
実施している (X)	135 (70.5)	115 (82.1)	76 (95.0)	23 (95.8)	23 (100.0)	372 (81.0)
実施機関						
市 医 生 診 断 所	119	92	53	13	11	288
近 所 医 生 診 断 所	4	4	4	0	1	13
政 府 保 健 診 断 所	0	1	2	0	0	3
木 業 医 生 診 断 所	2	2	1	0	0	5
健 診 機 関 等	7	14	15	6	9	51
内 容						
胸部Xpのみ	117	91	50	13	9	280
Xp+尿検査	2	0	0	0	0	2
Xp+尿+血圧	6	12	12	4	4	38
Xp+尿+血圧+視力+体重	9	11	14	5	10	49
実施していない (X)	57 (29.7)	25 (17.9)	4 (5.0)	1 (4.2)	0	87 (19.0)

* () 内数字は事業所数を示す

表4 規模別成人病健康診断実施状況

規 模 別	1 - 4 (192)*	5 - 9 (140)*	10 - 19 (80)*	20 - 29 (24)*	30 - 49 (23)*	計 (459)*
成人病健康診断						
実施している	11 (5.7)	18 (12.9)	14 (17.5)	5 (20.8)	9 (39.1)	57 (12.4)
実施機関						
市 医 生 診 断 所	2	0	0	0	0	2
近 所 医 生 診 断 所	3	0	0	0	1	4
政 府 保 健 診 断 所	3	11	6	2	3	25
健 診 機 関 等	3	4	7	2	4	20
内 容						
X線	1	1	0	0	0	2
胃+循環器	0	0	1	0	1	2
胃+尿+血液	1	0	2	0	0	3
胃+尿+血液	0	0	0	0	1	1
尿+胃+血液	8	17	10	5	6	46
対 象						
全 員	2	2	0	1	1	6
若 年 者 の み	4	6	7	3	4	23
希 望 者 の み	1	9	7	2	3	22
実施していない	181 (94.3)	122 (87.1)	66 (82.5)	19 (79.2)	14 (60.9)	402 (87.6)

* () 内数字は事業所数を示す

○古田真司 山内知子 宮尾克 榊原久孝 近藤高明
滝日久仁子 山田信也 (名大、医、公衛)

【はじめに】 近年、職場におけるストレスと、それに関連する疾病が増加していると言われている。しかし、職場や日常生活上のストレスが、勤労者の健康にどの様な影響を与えているのかを示すデータはまだ少ない。今回我々は、ある公営交通企業体の、成人健康診断受診者約千名に対して、生活労働実態および精神健康に関するアンケート調査を実施したので、その結果のうち、生活労働実態とストレスとの関連について報告する。

【対象および方法】 対象：中部地方の、ある公営交通企業体職員のうち、35歳、40歳、45歳、50歳の男子1050名
方法：1986年秋に、これらの職員を対象に行われた成人病健康診断の際（受診者992名）、あらかじめ配布した生活および労働実態に関するアンケートを回収して分析した（回収者925名）。なお、アンケートには、CMI (Cornell Medical Index) テストのための質問項目が付加されており、職員の神経症的傾向の指標として用いた。

【結果】 アンケートで尋ねたストレスは、①人間関係のストレス、②多忙・過労のストレス、③配置転換のストレス、④家族内のストレスの4項目で、それぞれの有無を尋ねる形をとった。

表1に示すように、全体の43.5%が何らかのストレスを訴えているが、全体的にみると年齢による差はあまりなかった。しかし、家族内のストレスが35歳にやや多く、配置転換のストレスは45歳に多かった。一方、神経症的な傾向（CMIテストの結果、深町分類のⅢ・Ⅳをこのように分類）は、若年ほど多くなる傾向があった。

勤務形態は、①泊りあり（地下鉄乗務、地下鉄駅員、地下鉄工場関係など）、②早朝・深夜の勤務あり（バス乗務者など）、③日勤のみ（事務職、技術職の一部、その他）の3つに分類した。これらとストレスの関係を見ると、人間関係、多忙・過労、配置転換の各ストレスに、勤務形態間の差を認めたが（表2）、これらは、勤務形態による直接的な影響とともに、職種の違いもかなり反映していると思われる。

泊まりの回数とストレスの訴えとの関係を見ると（同じく表2）、多忙・過労のストレスが泊まりの回数とあまり関連してないのに対し、人間関係のストレスや配置転換のストレスが、泊まりの回数の増加につれて、訴えの率が高くなっていった。また、神経症的な傾向を持つ人の割合も、泊まりの回数の増加につれて有意に増加していた。

通勤時間との関連では、通勤時間の短い人に、人間関係と配置転換のストレスの訴えが少ない傾向を見た。睡眠時間との関連では、1日7時間未満の人に、多忙・過労と家族内のストレスが有意に多く、また、神経症的な傾向も強かった（同じく表2）

表3は、アンケート上で把握した職員の過去1年以内に治療した疾病と、ストレスとの関連を見たものである。多忙・過労のストレスを訴える者に高血圧治療者が多く、配置転換のストレスと心臓病、家族内ストレスと胃・十二指腸潰瘍、神経症的傾向と胃・十二指腸潰瘍や腰痛・神経痛などの関連性をみとめた。

【考察と結語】 CMIテスト（深町法）は、心理テストの一種で、身体的な自覚症と精神的な自覚症から神経症的な傾向を見るものであるが、女性や若年者ほど得点が高いと言われている。今回の調査でもその傾向は見られるものの、泊まりの回数や睡眠時間の差などで有意な差を認めており、これらは年齢に関係のない要因であるので、考慮すべき問題点であると考えられる。

表3に示したストレスと疾病との関係は、本人の自覚症としてのストレスが、実際の治療を要する疾病の発生と関連していることを示している。ただし、ストレスを強く訴える人の医療機関の受診率が高い可能性も否定できないので、その点も考慮する必要がある。

なお、我々は、これらの職員の健康診断結果（心電図、血液・生化学データを含む）の分析も同時に行っており、これらのデータとストレスとの関連性について、現在検討中である。

表2 主な生活労働条件とストレスとの関連（％で示す）

	＜勤務形態＞			＜泊まりの回数＞				＜通勤時間＞			＜睡眠時間＞	
	泊りあり (n=366)	早朝・深夜 勤務あり (n=366)	日勤のみ (n=191)	なし (n=554)	1-4 (n=106)	5-8 (n=220)	9-12 (n=45)	0-29 (n=420)	30-59 (n=308)	60- (n=197)	7h未満 (n=207)	7h以上 (n=718)
①人間関係のストレス	24.3	9.3	18.3***	12.3	24.5	22.3	35.6***	11.7	21.8	21.8***	17.9	17.0
②多忙・過労のストレス	18.6	23.5	15.2**	20.8	18.9	18.6	15.6	21.4	18.2	18.8	26.6	17.8***
③配置転換のストレス	7.4	2.7	4.7**	3.4	6.6	7.3	8.9	2.9	5.5	8.6***	4.8	5.0
④家族内のストレス	6.0	6.8	4.7	6.1	6.6	6.4	2.2	5.7	6.5	6.1	10.6	4.7***
⑤①-④のいずれかあり	47.5	42.3	37.7	40.8	48.1	46.4	51.1	41.0	45.1	46.2	49.3	41.8
⑥CMI深町分類(Ⅲ・Ⅳ)	23.2	12.3	15.7***	13.7	19.8	22.7	31.1***	15.0	20.5	17.8	22.2	16.0**

表3 過去1年以内に治療した疾病とストレスとの関連

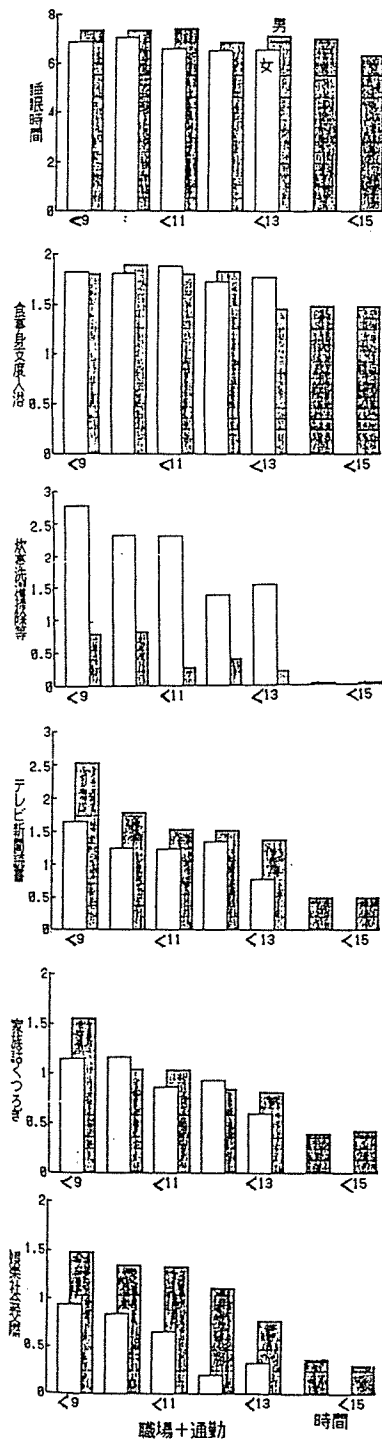
	①人間関係 のストレス		②多忙・過労 のストレス		③配置転換 のストレス		④家族内 のストレス		⑤①-④の いずれか		⑥CMI 深町分類	
	なし (n=766)	あり (n=159)	なし (n=742)	あり (n=183)	なし (n=879)	あり (n=46)	なし (n=869)	あり (n=56)	なし (n=523)	あり (n=402)	I・II (n=764)	III・IV (n=161)
a 高血圧	9.9	10.1	8.9	14.2**	9.7	15.2	9.7	14.3	8.0	12.4**	10.2	8.7
b 糖尿病	2.2	4.4	2.3	3.3	2.5	2.2	2.4	3.6	2.3	2.7	2.5	2.5
c 胃・十二指腸潰瘍	5.2	5.0	4.7	7.1	4.9	10.9	4.7	12.5**	4.0	6.7	4.5	8.7**
d 心臓病	1.7	1.3	1.3	2.7	1.4	6.5**	1.4	5.4	1.1	2.2	1.3	3.1
e 肝臓・胆嚢疾患	3.5	3.8	3.1	5.5	3.4	6.5	3.3	7.1	2.9	4.5	3.7	3.1
f 腰痛・神経痛など	9.1	9.4	9.0	9.8	8.9	15.2	9.0	12.5	8.2	10.4	8.1	14.3**
◎以上を含む何らかの病気	29.5	31.4	28.4	35.5	29.0	45.7**	29.0	42.9**	26.4	34.3**	29.1	33.5

注) **はp<0.05、***はp<0.01 (χ²検定)

生活時間構造の分析
— 就業者 (有所帯) について —

山田信也 官尾 克 榊原久孝
近藤高明 古田真司 滝日久仁子
(名古屋大学公衆衛生学教室)

図1 就業者 (有所帯) 生活時間構造 (平日)
女80名, 男109名 (1987/2)



【目的】「変形性」を軸として労働時間の運用の「弾力化」をはかる労働基準法の改正が国会審議の日程に上っている時、労働者の生活向上に資する目的で生活時間構造を調査検討した。

【方法】調査は、愛知労働問題研究会の労働実態調査の一部として行った。労働実態調査の対象は、名古屋近辺の建設、製造、卸売小売、運輸、医療、サービス、教育、公務などの362名のアンケート記入による。生活時間構造は、24時間内の(1)睡眠(2)食事・身支度など(3)家事・掃除・買物等の家事時間(4)テレビ・新聞・読書など(5)家族との対話・くつろぎなど(6)娯楽・交際などを分単位で記載してもらった。

【結果】有所帯で、生活時間構造の記載の正確な189名(男109名、女80名)を対象として、6項目の所用時間を、統勞にともなう拘束性、半拘束性のある(職場+通勤)時間別に計算し、項目毎に図1に示した。また24時間より職場+通勤時間を差引いた非拘束性の生活時間内での各項目の時間の比率を図2に示した。平日と休日の6個の項目の時間の比較を図3に示した。

労働実態の資料のうち年齢、勤続年数、職場時間、通勤時間は男女別に図3の註に記した。

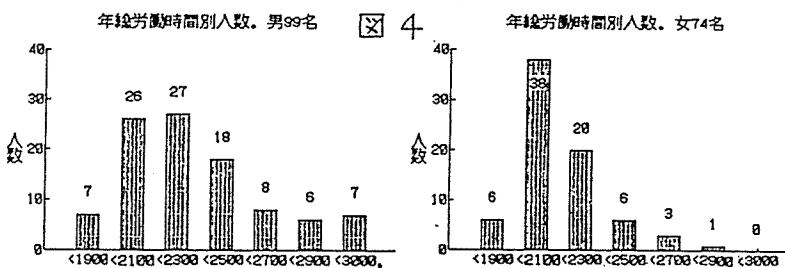
年間の総労働時間については、記載のある男99名、女74名の時間別人数を図4に記した。

- 1) 睡眠時間、食事・身支度時間は必要下限近くで、(職場+通勤時間)が増しても変化は少ない。それでも拘束が11時間以上では睡眠が、12時間以上では食事・身支度が短くなる。
- 2) 家事時間は女に多く男の分担は少い。拘束が10時間、11時間以上になれば減少の程度が増す。
- 3) 新聞テレビ、くつろぎ、娯楽交際などは拘束が9時間以上で減少。女はこの時間が少ない。
- 4) 休日では平日に比べて、睡眠は約1時間、新聞テレビ、家族・くつろぎは2時間増す。社会生活は男で平日に比べて、睡眠は約1.5時間増す程度である。家事負担は女は男の倍である。
- 5) 年間総労働時間は1800時間(新前川レポート)を遙かに上回っている。

【まとめ】1) 以上の結果には、生活時間構造の内容のバランスは(職場+通勤)の拘束的時間の長さによって左右され、その増加は、まず社会的・文化的な生活時間の短縮を、次いで家事、睡眠の短縮に及ぶという従前の知見に合致する。「時間短縮、週休二日による生活の充実」「家庭・社会生活への男女平等の参加」という今日的、国際的な課題からみて大きな遅れを示す実態である。

2) 生活内容と関連させた疲労の回復の観点からの分析は今後の課題である。

3) 労働時間の弾力的運用が生活時間構造の内容に与える影響の検討は、継続した課題である。



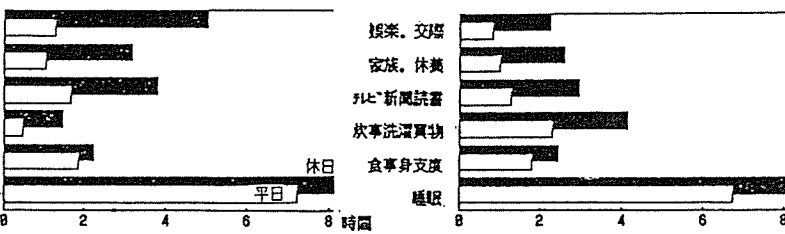
生活時間構造(男)平日休日比較

年齢 35.2+6.3 勤続 13.1+7.8
通勤 1.2+0.8 職場 9.2+1.2

図3

生活時間構造(女)平日休日比較

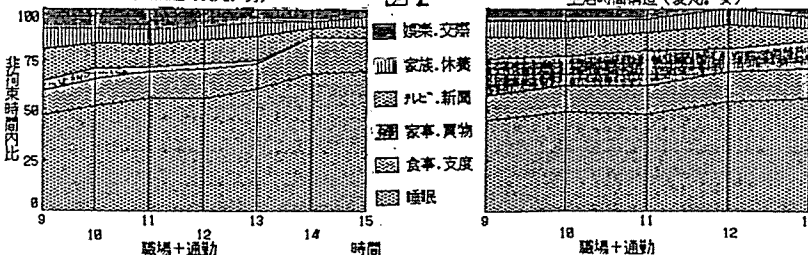
年齢 38.5+6.5 勤続 17.0+7.4
通勤 1.3+0.7 職場 8.7+0.7



生活時間構造(愛知, 男)

図2

生活時間構造(愛知, 女)



第 1 日

7月25日(土)

第二会場

○氏平高敏 近藤雄二 関美彦 山下節義

(奈良医大衛生)

【はじめに】

約10年前に行なわれた健康調査と同じ対象者で、現在75歳以上の在宅高齢者の健康と生活の実態調査を行なったので、その結果を報告する。今回調査のねらいは後期高齢層の健康と生活の実態の一端を明らかにすること、10年前の状況との対比で、後期高齢層の健康状況を規定する要因の解明を試みること等である。

【対象及び方法】

10年前の被調査者8677人のうち、奈良市旧市内、近郊農村、新興住宅地、山間部の各地区に居住する4279人を選び、このうち死亡者、転出者、不明者を除外した1306人を対象に、訪問面接調査を行なった。

【結果及び考察】

(1) 高齢者の健康状況の特徴

今回の調査対象となった高齢者は、10年前に医療を受けていたものは約50%、今回は、医療受診中が約70%と増加していた。にもかかわらず、現在、痛みや病気がある等のなんらかの心身の不調・苦痛を持っていても、「健康」だと答えた人が少なくなかった。

(2) 日常生活での行動範囲

移動能力を見ると、改善をみた例も少なからずみられたが、反対に、移動能力がありながら、「寒い」「面倒」「楽」などといった理由で、行動範囲が狭められている例もみられた。

(3) 10年前と比較した高齢者の健康状態の推移と特徴

「配偶者有り」「自力で歩行可能」「病気なし」「人と交流有り」「家庭内の役割有り」「趣味あり」「信仰あり」といった要件をもつ人達に、健康を維持し続けているとするものが、そのような条件を持たないものに比して多く、「家族との間に問題有り」「脳血管疾患あり」「心疾患あり」「痛みあり」「転倒経験有り」「機能障害あり」といった条件をもつものに、その他のものに比して健康状況が悪化しているとするものが目立った。

ここにあげた諸項目は、あるものは、健康との関係で「原因的」な性格をもち、またあるものは、「結果的」な性格をもっていることから、同列に扱うには問題があるが、「高齢者の健康感」を規定する要因という意味でみるならば、前者は、いはば「正の要因」であり、後者は「負の要因」という見方をすることができよう。

(4) 家族の問題

性別にかかわらず、配偶者のいる高齢者に「健康」だと答

えたものが多いことからみても、配偶者の有無は高齢者の「健康感」に大きくかわりがあるものといえる。高齢者にとって、配偶者や家族の存在は、年を取るほど、精神的にも肉体的にも大きな支えとなっていることのあらわれでもあろう。

家族との交流状況は、高齢になるほど、日常的な家族とのかわり合いが少なくなる傾向がみられた。「もう年だから」「歩いては危ないから」といった、家族の思いが、老人を孤独に追いやり、心身の機能低下を加速することにつながりかねないことに留意する必要がある。

また、配偶者のいない老人の場合、疾病を持つものが多く、日常の行動範囲が狭くなりがちであり、家族以外の人との交流も乏しくなりがち傾向がみられるなど、生活全般にわたって万事に消極化するという特徴がみられた。

この10年余の間に、「ひとり暮らし」から「拡大家族」へ、あるいは、「拡大家族」から「ひとり暮らし」等のように老人の家族構造が変化している。より高齢のものほど、家庭環境の変化によって様々な影響をうけやすくなるが、その場合、好ましい影響よりも好ましくない影響を老人の心身にもたらしがちである。

(5) 人との交流、家での役割

人との交流状況は高齢者の健康感によって左右される傾向がみられた。社会参加の状況は「老人会」参加がもっとも多くて3割、ついで多いのが、近所との交流であった。

家での役割を性別でみると、男性では「庭の手入れ」、女性では「家事」が多かった。家での役割が「ない」とするのは、男性で27%、女性で13%とかなり違いがみられた。

【まとめ】

調査結果から、高齢者達のこの10年余の経験の教えるところは、自らに工夫し、或は、家族の献身的な援助のもとに、「ておくれにならない」、「ほけない」、「ねたきりにならない」ための努力を、日々重ねて来た結果として、「良好な」姿を現在に維持することを可能としているという事にある。

こうした事実、彼等を支える家族や地域の援助の手を、これまで以上に必要とする事態が避けられない後期高齢者が、「健やかに天寿を全うする」ためには、在宅医療・看護・介護機能の強化と、地域福祉の拡充を中心に、暮らしの場・地域に高齢者の健康と生活をささえるための地域総合ケア体制を確立することが、重要かつ緊急の課題であることを示している。

○ 近藤 雄二, 氏平 高敏, 山下 詠義

(奈良県立医科大学 衛生学教室)

榛原町は、宅地開発で人口が急増してきた。老人保健法での保健事業の活用を考えた保健活動を行うため、在宅老人が今後とも増えるなかでの家庭婦人の立場を考慮し、人口の増加のなかで相対的にその割合が多くなった40才代婦人を対象に調査を実施した。調査時の町人口や40才代婦人状態を表1に示した。調査結果：婦人自身の自覚的健康状態と、婦人からみた家族の健康状態をみた。家族は「皆健康だ」とした者が61.6%、「本人は健康だが家族のなかに病弱・通院者がいる」とした者が25.2%、「本人も病弱だし、家族のなかに病弱・通院者がいる」者が7.2%。家族の健康状態により、婦人自身の健康感にも違いがある。家族の中に病弱者をかかえる婦人は、本人が「病弱だ」が多い。家族に病弱者をかかえる婦人は38%であるが、老人と同居する者に、家族の病弱者が多い。また、婦人本人が「病弱だ」とする割合は、家族に病弱者をかかえる婦人に多い。「病弱だ」とした婦人は、自覚症状の訴え率も高い。また、「病弱だ」とする婦人のなかでも、老人と同居している婦人は、「手・腕・肘の痛み・しびれ」、「腰のだるさ」、「肩のこり」の自覚症状の訴え率が高い。家族に病弱者をかかえる婦人は、自分自身の健康にも悪影響があると考えられた。とくに、病弱の割合が多くなる老人と同居する婦人にとって、婦人の健康は、老人の在宅生活の維持を左右する要素を含んでいる。この調査結果をふまえて61年、病弱家族の家庭看護(介護)教室をのべ6回試み、75名の参加を得た。30と40才代婦人が多く、参加理由では、現在寝たきりなどの家族を抱えている者よりは、今後の問題として関心をもつ者が多かった。在宅老人の生活を保障する条件として、婦人の健康管理、婦人の負担軽減のために合理的な

表1、榛原町の地域別人口等と40才代女性の立場

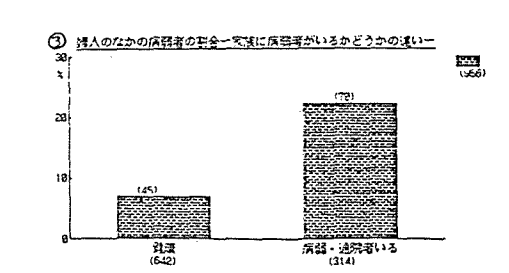
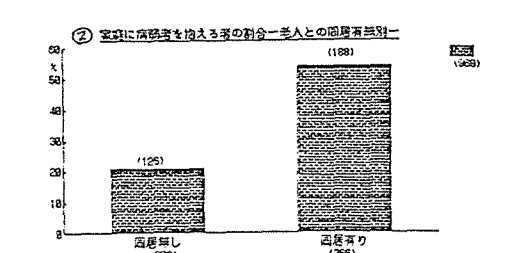
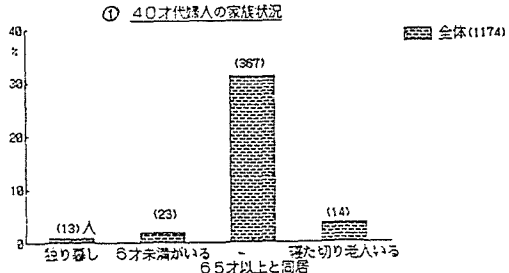
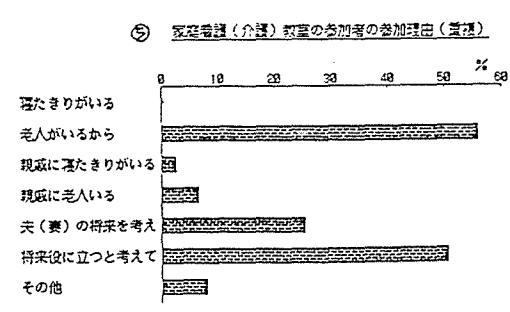
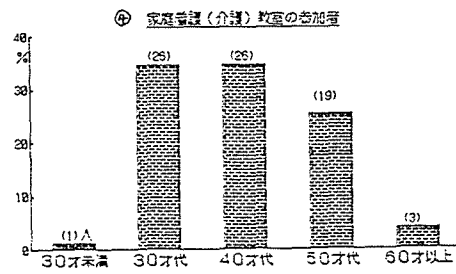
	農山村地区	商業的地区	新興住宅地	町全体
人口(人)	8,195	4,242	2,172	14,609
増加率(%)	1,882	1,151	1,309	4,342
増加率(%)	970	112		1,082
増加率(%)	4.2	3.7	3.5	3.3
人口増加率(S45年比)	-2.6%	-6.2%	-33.4% #1	-43.3%
40才代女性人口(人)	494	311	451	1,236
就業状況				
専業主婦	60.7%	47.9%	72.3%	62.1%
パート・アルバイト	17.2%	13.2%	10.3%	13.3%
無職・自営・その他	17.2%	37.1%	17.4%	18.4%
就業状況	4.3	4.3	7.2	5.7
40才代女性の老人同居率(%)	53.3%	36.7%	13.1%	34.1%
(同居者数)	(265人)	(111)	(63)	(439)
同居老人の年齢構成				
65-74才	47.9%	50.5%	49.2%	48.0%
75才以上	52.1%	49.5%	50.8%	51.3%

昭和60年時点、住民課資料により作成(就業状況の資料は町税務課調べ)。#1:新興住宅地の人口増加率は、S45、S50年での人口が0と3人のためS.55年比とした。

自身の健康感にも違いがある。家族の中に病弱者をかかえる婦人は、本人が「病弱だ」が多い。家族に病弱者をかかえる婦人は38%であるが、老人と同居する者に、家族の病弱者が多い。また、婦人本人が「病弱だ」とする割合は、家族に病弱者をかかえる婦人に多い。「病弱だ」とした婦人は、自覚症状の訴え率も高い。また、「病弱だ」とする婦人のなかでも、老人と同居している婦人は、「手・腕・肘の痛み・しびれ」、「腰のだるさ」、「肩のこり」の自覚症状の訴え率が高い。家族に病弱者をかかえる婦人は、自分自身の健康にも悪影響があると考えられた。とくに、病弱の割合が多くなる老人と同居する婦人にとって、婦人の健康は、老人の在宅生活の維持を左右する要素を含んでいる。この調査結果をふまえて

61年、病弱家族の家庭看護(介護)教室をのべ6回試み、75名の参加を得た。30と40才代婦人が多く、参加理由では、現在寝たきりなどの家族を抱えている者よりは、今後の問題として関心をもつ者が多かった。在宅老人の生活を保障する条件として、婦人の健康管理、婦人の負担軽減のために合理的な

介護指導などのほか、老人世帯へのデイケアサービス、家庭看護サービス、ボランティア活動の育成などが今後の課題となっている。(本調査は、榛原町保健婦が中心になって実施したものである)



○ 新庄文明・多田羅浩三・黒田研二
(大阪大学医学部公衆衛生学教室)

【 はじめに 】

生活習慣が大きく反映し、幼年期から蓄積する歯科疾患は、成人、老人期における健康にも大きく影響する。しかしながら、壮年期以後の歯の喪失の大きな原因となる歯周疾患の予防体制は、成人病にくらべて弱いのが現状である。老人保健法の第2次5か年計画の中で、歯の健康教育、歯の健康相談事業を強化することが述べられているが、その具体的な取り組みの方法について、明確な方針は確立されていない。兵庫県南光町における事業実績をもとに、今後の成人歯科保健事業の進め方を提案する。

【 南光町における成人歯科保健事業の実績 】

兵庫県の南光町では、昭和58年度以来、町立歯科保健センターを基盤に、老人保健事業とともに成人歯科健診を含む保健事業を進めてきている。

健康教育は、婦人の健康教室、老人健康教室、食生活改善普及教室や糖尿病教室などに、医師、保健婦とともに歯科医師、歯科衛生士も講師として加わっている。60年度の老人保健事業において歯科保健をも内容として実施した健康教育の回数は74回、延べ参加者は人口のほぼ25%の1225人を数える。この他、町の防災無線放送に定時の「暮しと健康」講話や「歯磨き時間」の番組を設けている。

歯科健診は、集団健診として一般診査の全受診者を診査している。約1か月後の健診の結果説明会において個別歯科健康相談も併せ、ハイリスクの者の予防処置を含む個人指導は歯科保健センターにおいて実施し、要治療者は地域の医療機関への受療勧告をしてきている。

昭和58年から62年にかけての40～59歳の受診者実数は、住民1389人の40%にあたる553人であった。成人歯科健診の受診者の口腔清掃状態の改善については、昨年の社会医学研究会において報告した。

ねたきり老人には、全数訪問診査を実施し、治療の必要な者には歯科保健センターから訪問治療を行い、治療後の経過観察には、歯科衛生士が訪問して指導している。

これらの事業の実施にあたって、歯科保健センタ

ー運営協議会が住民、専門家、行政の共通の理解を得るのに役立っている。

【 老健法第2次5か年計画と歯科保健事業 】

第2次5か年計画の重点健康教育、相談事業は、「医師、歯科医師、歯科衛生士」などが担当するものとされ、歯の健康相談の内容は「口腔歯肉、歯牙の状態等について行う観察」「歯垢及び歯石の除去」「ブラッシング等について行う個別的な指導」などの方法が示されている。

歯科健診は、健康状態を的確に把握し保健事業を効果的に進めるためには必須であるが、健康相談の項目として歯科が含まれていない現状では、健康相談事業を、何らかの不安や愁訴を有する者に限らず、広範な住民に対する口腔観察あるいはスクリーニングとして実施することが望まれる。

スタッフの確保が困難な場合は口腔清掃状態の把握や唾液潜血反応などの簡易な検査法をスクリーニング手段として用いることもできる。その機会としては集団健診に併設することが効果的である。

健康相談事業としての予防処置、個人指導は、異常所見を有する者にたいする個別指導として実施されるべきであるが、市町村保健センターや、従来は休日急病診療所や障害者診療施設として機能してきた口腔保健センターなどの活用、歯科診療所での保健指導の体制が検討されれば、事業の推進にとって大きな役割を果たすこととなろう。

健康教育においては歯科保健にたいする住民の関心を喚起し、保健事業への参加意欲を高めることが重要で、口腔状態の把握がされた上で具体的な予防方法や生活改善のための教育がなされることが効果的である。

寝たきり老人の在宅老人健康相談が歯科衛生士によって取り込まれば、歯科医療へのニーズの把握や治療後の経過観察、事後指導が可能となり、訪問歯科診療の展開も容易となることが期待される。

地域の実情に応じた取り組みに関しては、老人保健事業連絡協議会や健康づくり協議会での具体的な検討が期待される。

○斎藤 征夫、柳生 聖子、岡本 伸夫、高橋 玲、大塚 亨、
前田 清、岡本 和士、加藤 孝之（愛知医大、公衆衛生）
岩崎 昭治（中部健康管理センター）

【目的】 種々成人病の直接的、間接的な原因となる肥満は社会的な問題であり、その対策は成人病予防の最重要課題である。今回、我々は同一集団における小学校1年から高校3年までの身長、体重の発育状態とともに、成人の肥満の実態と肥満が生体に与える影響を調べたので報告する。

【対象および方法】 ①対象は表1のごとく、生徒は昭和62年にN高校を卒業した418名（男230名、女188名）、成人は昭和61年度にS温泉療養所の検診を受診した6272名（男4900名、女1372名）である。②成人病検診は、身体計測、循環器、消化器、泌尿器、呼吸器、代謝、血液等の58項目を施行した。なお、採血は空腹時に行なった。③肥満度はBrocaの変法にて算出した。

【結果】 ①同一集団における小学校1年から高校3年までの身長、体重の経年変化を図1に示す。身長については、男は高校2年まで、女は中学校3年まで増加するも、その後は変化はない。一方、体重は男では高校3年まで、女では中学校3年まで増加を認めるも、女の中学校3年以後は有意な変化を認めなかった。なお、卒業時の体重が男女とも急増しているが、これらは、受験勉強などによる生活の変化と思われ

れる。②成人の各年代の肥満度は図2のごとく、男の20歳代は他の年代とは明らかに異なる分布を示したが、40歳以後は同様な分布であった。女では加齢とともに明らかに増加が認められた。図3は成人における肥満度と高血圧（境界域血圧を含む）および血清脂質異常者（総コレステロール、中性脂肪、β-リポ蛋白）との関係を示したものである。高血圧症、高脂血症の出現頻度は、男女とも肥満度の増加とともに高くなるも、男の場合、140%以上でそれらは著明に低下した。なお総コレステロール、中性脂肪、β-リポ蛋白は肥満度との関係において、男女間にて異なる変化を示した。図4は

肥満度と空腹時血糖、尿酸値異常者との関係を示したものである。両異常者の割合は肥満度とともに増加するも、男において著明であった。しかも、男の場合、高血圧症、高脂血症と同様に肥満度が140%以上で有意な低下が認められた。

肥満度が生体に与える影響において特異であった肥満度140%以上の成人における分布は表2のごとくである。女では、加齢とともに増加するも、男では、60歳以上では低下するも、その他の年代では同程度であった。

【まとめ】 ①児童生徒の身長、体重は男女とも中学校2年までは同様に発育するも、それ以後は男女間において差が認められた。また、高校3年は特異な変化を示した。②肥満は生体に重大な影響を与えるも、その程度は男女間において差異が認められた。③肥満度140%以上の男では、肥満の生体に与える影響が他と異なるものと思われる。

表1. 対象者の性、年齢分布

	-29歳	30-39歳	40-49歳	50-59歳	60歳-	計	児童生徒
男	475	1,352	1,581	1,202	290	4,900	230
女	227	397	432	263	53	1,372	188
総数	702	1,749	2,013	1,465	343	6,272	418

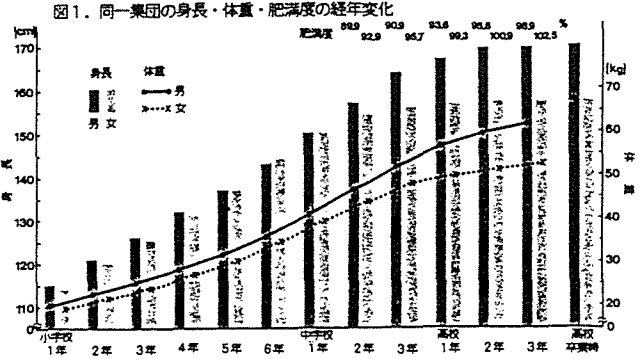


図1. 同一集団の身長・体重・肥満度の経年変化

図2. 各年代別の肥満度

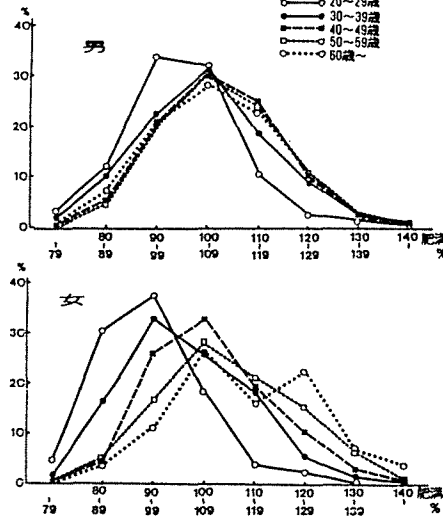


表2. 肥満度140%以上の者の年齢分布

	-29歳	30-39歳	40-49歳	50-59歳	60歳-	計
男	8 (1.7%)	18 (1.3%)	12 (0.8%)	14 (1.2%)	1 (0.3%)	53 (1.1%)
女	0 (0.0%)	3 (0.8%)	8 (1.9%)	14 (5.3%)	6 (11.3%)	31 (2.3%)

図3. 肥満度と血圧、血清脂質異常者との関係

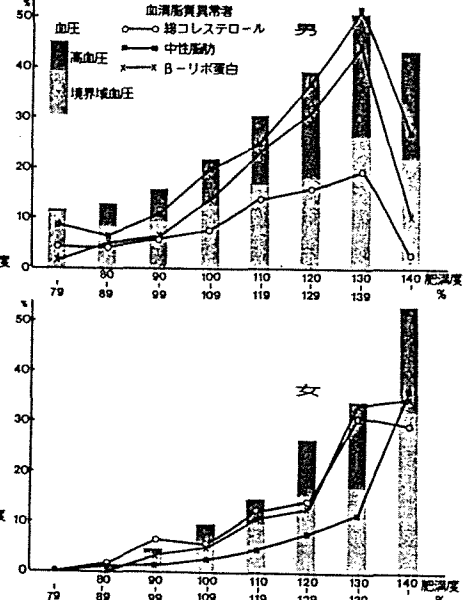
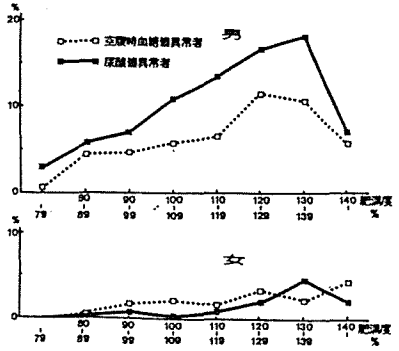


図4. 肥満度と空腹時血糖、尿酸値異常者との関係



○馬場俊六（阪大医公衆衛生）、小澤秀樹（国立循環器病センター）、坂井芳夫（吹田保健所）、松山英俊（吹田市医師会）、多田羅浩三（阪大医公衆衛生）

【目的と方法】急性死の実態については医療機関レベルでの情報が少なく、不明な点が多い。今回は2年間の吹田市（人口34万7千人）の心臓死亡医療機関悉皆訪問調査よりMONICA（WHOの心血管疾患多国間モニタリング計画）の診断基準で急性死とされる症例（発症から24時間以内の急死別で、急性心筋梗塞の証拠は明らかでないが、心臓以外の明らかな原因が考えられない）で、かつ死亡前後の状況について、確かな情報の得られた31名について分析した。すなわち、発症後の発見時点から24時間前以内に目撃があり、ある程度元気だったことが確認されている者に限った。心臓死亡調査対象者は25～74歳の男女死亡者で、原死因がICD.410～4299となっている者であり、計220名の対象者に対し、死亡小票より得られた医療機関での調査を試み、結果、216名のデータを得ている。

- 【結果】
1. 心臓病死亡全体に比較してより若年者に多く、又、男性にやや多い傾向がある（図）。
 2. 夜間（表1）に、また安静時（表2）に多い。
 3. 季節的には秋、冬に多い（表3）。
 4. 発症時の状況を見ると、特に疾患のない者が睡眠中に急死するいわゆるポックリ病タイプが7、精神疾患（分裂病、うつ病）治療中が5、飲酒後に入浴、又は扇風機にあたって睡眠中の者が4含まれた（表4）。
 5. 職業は女性は無職7、不明2、男性は自営4、事務職（非管理職）3、家業手伝い2、無職4、不明6等であった。

表1 発症時刻の分布

時刻コード	人数
1	8
2	3
3	5
4	12
1 or 2	1
2 or 3	1
3 or 4	0
4 or 1	2
1: 0～6時	2: 6～12時
3: 12～18時	4: 18～24時

表2 発症時の活動状況

活動状況	人数
睡眠中	9
安静時	11
労作時	4
用便中	1
入浴中	4
不明	2

表3 季節的分布

月	12～2	3～5	6～8	9～11
性別				
男	7	4	5	6
女	4	0	1	4
計	11	4	6	10

（図）急性死及び全心臓病死亡者の性・年齢別分布

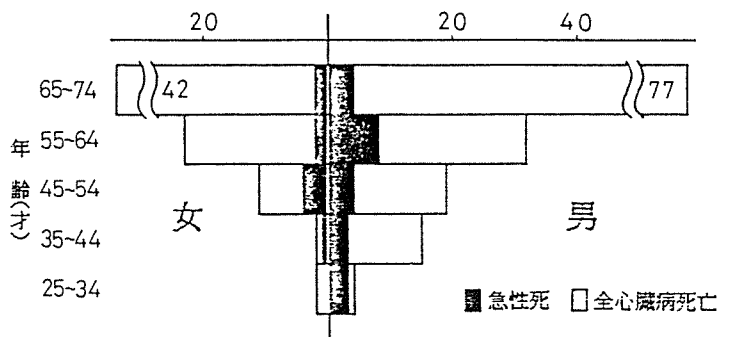


表4 発症状況別分類

状況	人数
1. 特に疾患はない者が睡眠中に急死	7
2. 特に疾患はない者が動作中に急死	4
3. 精神病治療中（分裂病 4、うつ病 1）	5
4. 飲酒後（入浴中 2、扇風機にあたって睡眠中 2）	4
5. 風邪治療中	2
6. 高血圧治療中	2
7. その他	7

○近藤高明, 榊原久孝, 宮尾克, 山内知子, 古田真司, 滝日久仁子, 山田信也
(名古屋大学医学部公衆衛生学教室)
張山あけ美, 三宅みき子, 古田よし子, 早川和子 (中津川市保健センター)

【はじめに】

岐阜県N市では、老健法に基づく保健事業の一環として訪問指導を行うために実態を把握する必要上、昭和58年に訪問調査を実施し、その結果について演者らは既に第25回社医研総会で報告した。本調査は老人福祉台帳のみを基礎資料とせず広く対象者把握に努めたうえ実施されたもので、N市ではその後、市保健センターを拠点に保健婦看護婦が家庭看護訪問指導を継続してきている。しかし同市では、1年間に在宅寝たきり老人の約1/4~1/3の死亡とほぼ同数の新規発症が観察されており、迅速な在宅療養支援の展開を図ることが望まれる。今回演者らは、前記調査対象者の3年間の経過を検討する目的で、死亡に着目し検討を加えたのでその一部につき報告する。

【対象資料】

前述の訪問調査対象者のうち、昭和58年末時点で60歳以上の在宅寝たきり老人121名の資料を分析した。また昭和62年2月までに死亡した67名を死亡者群、他の54名を生存者群とし、死亡者群については、死亡票より死亡年月日と死因を確認した。

【結果】

図1に昭和58年10月より62年2月までの生存者数曲線を示すが、35カ月に半数が死亡した。死亡者群、生存者群の昭和58年末時点の年齢は、各々74.0±7.5歳、81.0±7.3歳(m.±s.d.)、後者の死亡時年齢は82.4±7.4歳であり、生存者群では女性の占める割合が高い(表1)。寝たきりの原因疾患としては両群とも脳血管障害が過半数を占めるが、死亡者群ではいわゆる老衰による者も多かった。死亡者群では機能回復訓練を受けた者は少なく、身体諸機能・ADLも悪かった。特に排泄機能に関しては両群間に大きな差が認められた。本人の闘病意欲、楽しみの有無、対人接触機会に関しても死亡者群では状況が悪かった。図2から図4では各要因の有無別に58年末の年齢(m.±s.d.)と生存率曲線を示したが、prospectiveな観察においても明らかな違いを認める(回答不明者は除外)。

一方介護者の状況についてみると、自覚的訴えとしては両群とも約1/4に腰痛肩凝りがみられたが、死亡者群では睡眠不足を訴える者も多かった。また、死亡者群の介護者では食事・排泄の世話に苦勞を感じている者が多く、外出や仕事ができない、夜間起こされるといった日常生活への影響もより大きい傾向がみられた。これらは調査時点での死亡者群の心身の機能低下の程度が大きかったことによると推測される。

【まとめ】

3年間の追跡により、身体的精神的能力の低下した在宅寝たきり老人はそうでない群に比べ予後が悪く、介護者の負担も大きいことが裏付けられた。N市は山間の中核都市(人口約5万人)という性格上、家族構成や住宅事情は在宅介護に比較的に有利な条件を備えているが、地域で在宅介護を支援するための基盤整備は必ずしも充分とは言えない。保健事業第2次5カ年計画を進めるにあたり、寝たきり者・要注意者への訪問指導を一層充実させる必要がある。

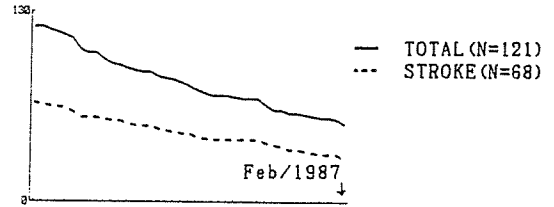


Fig 1: Number of survivors up to February 1987

Table 1: Sex distribution in both groups

	Male	Female
Dead	33	34
Alive	20	34

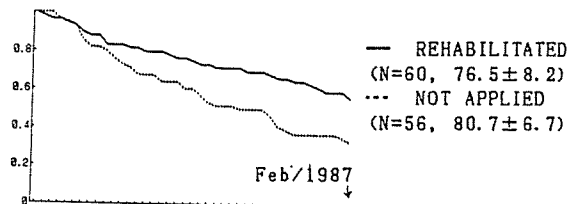


Fig 2: Survival rate curve for the rehabilitated and the non-applied patients

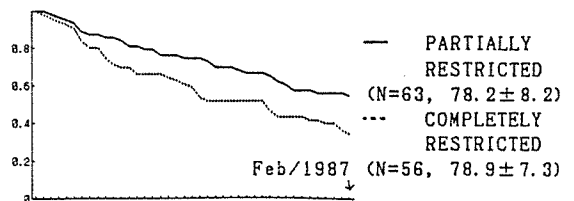


Fig 3: Survival rate curve for the partially and totally restricted patients

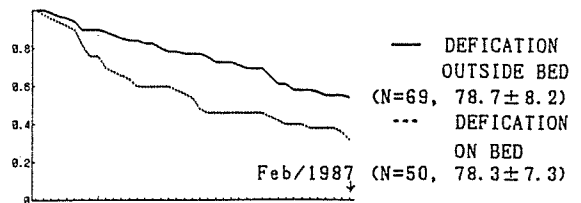


Fig 4: Survival rate curve for those capable of defecating outside the bed and not capable

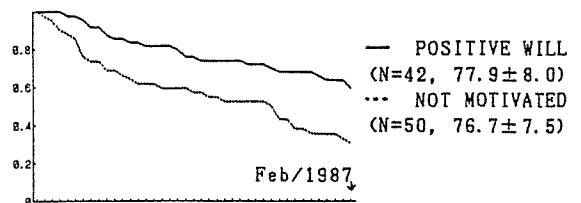


Fig 5: Survival rate curve for those with positive motivation and without it

降圧剤使用者の血圧のコントロールとそれに 関連している諸因子の検討

内山集二 (南生協病院)

倉沢高志 (耳原総合病院)

関沢敏弘 (京都北病院)

中塚比呂志 (西淀病院)

高血圧追跡調査会 (民医連 129 院所) の共同研究

【目的】降圧剤使用者は日本で600万人以上いると推定されるが、その実態はあまり知られていない。そこで本研究は降圧剤治療者の実態を明らかにし、治療上の問題点を検討した。

【方法】全国129の院所で①降圧剤使用者 ②高血圧の初診より1年以上③40-75歳④脳卒中、心筋梗塞、心不全、腎不全、癌がない⑤血糖降下剤、インスリン、ステロイド剤の未使用、の全てに該当するものを無作為に7418人登録した。登録時に検査成績、問診による生活調査、使用降圧剤を調べた。また登録時の血圧測定と過去1年間の4半期毎の初回血圧値を調べた。本研究ではこれら5回の血圧値の平均を各人の血圧値とした。全調査票は事務局へ集められ、大型電算機SPSSを使って解析を行った。表1

【結果】①登録患者数/高血圧人口(昭55循環器基礎調査より推定)を相対的受診率とし表2に示した。男で低く、40歳代で低かった。

②拡張期血圧95mmHg以上の者をコントロール不良者とすると、その割合は男女とも若年で多かった。

表3 収縮期血圧では160mmHg以上のコントロール不良者は高齢群に多かったが、70歳代でも17%でその頻度は少なく年代差も小さかった。

③40,50歳代の者を収縮期血圧139mmHg以下、140-159mmHg、160mmHg以上の3群(SBP群)および拡張期血圧89mmHg以下、90-94mmHg、95mmHg以上の3群(DBP群)に分けて血圧のコントロールと諸因子との関連を検討すると男ではSBP、DBPの高い群で飲酒者(表4)および喫煙者(表5)が多かった。女でもDBPの高い群に飲酒者が多く(P=0.005)、SBPの高い群に喫煙者が多かった。(P=0.05) その他、女DBPの高い群に仕事のストレスが多く(表6)、女DBP、SBPの高い群に屋外であまり歩行しない者が多かった。(表7)

【結論】40歳代の相対的受診率は低く、40,50歳代の降圧剤使用者に血圧のコントロール不良者が多かった。これら不良群にアルコール、喫煙、ストレス、運動不足などが多かった。これらの

結果は、40,50歳代の高血圧者の受診率を高め、治療を強化する課題と生活改善の指導の必要性を示唆した。今後、これら登録患者を5年間追跡していく中で諸因子と脳心事故との関連を引続き調べていきたい。

解析にあたり名大衛生学教員竹内康浩教授、教室員の方々よりご指導をいただいた。深謝する。

表1 登録数

	男	女
40歳代	562人	530人
50歳代	1070	1336
60歳代	939	1734
70歳代	424	823
計7418	2995	4423

表2

性別、年代別の相対的受診率
登録患者数/高血圧人口=1.0

	男	女
40歳代	0.57	0.76
50歳代	0.85	1.22
60歳代	0.97	1.43
70歳代	0.82	1.21
全体	0.80	1.20

表3 性別、年代別の拡張期血圧値区分

	男			女		
	90以下	90-94	95以上	90以下	90-94	95以上
40歳代	37.2%	25.1%	37.7%	51.0%	22.1%	26.8%
50歳代	49.1	14.3	26.6	63.3	19.5	17.1
60歳代	70.6	16.0	13.4	79.8	12.5	7.7
70歳代	82.7	11.6	5.7	88.3	8.3	3.4

表4 アルコール量(40-59歳男)

SBP群	のまない	2合未満	2合以上
140未満	17.3%	50.2	32.5
140-	13.5	46.9	39.6
160以上	15.1	47.9	37.0

KENDALL TAU B P=0.007

表5 たばこ(40-59歳男)

SBP群	のまない	19本未	20本~30本~
139未満	60.1%	13.9	18.2 7.8
140-	53.7	15.1	21.3 9.9
160以上	50.8	12.2	24.3 12.7

KENDALL TAU C P=0.0009

表6 仕事のストレス
(40-59歳仕事している女)

DBP群	よくある	ない
90未満	15.9%	84.1%
90-94	18.3	81.7
95以上	26.0	74.0

KENDALL TAU C P=0.001

表7 屋外歩行(40-59歳女)

SBP群	30分未満	30分以上
140未満	35.3%	64.7%
140-	40.5	59.5
160以上	45.1	54.9

KENDALL TAU C P=0.002

脳血管疾患発症者の背景調査

○榊原久孝、宮尾克、近藤高明、古田真司、山内知子、滝日久仁子、山田信也
 (名古屋大学医学部公衆衛生学教室)
 伊藤雅晴、中根八千代、川上悟(上矢作町)

岐阜県上矢作町にて、脳血管疾患発生予防を目指し、発症前の健康管理および生活労働実態を調査した。70歳未満の比較的若年発症者を対象に1986年8月に発症者宅を個別に訪問し、面接聞き取り調査をした。女性も調査したが今回は男性15名について報告する。

下に15名の結果を示した。高血圧や糖尿病などの要治療の基礎疾患保有者(1,3,5,6,8,10,11,12,13,14,15)で、しかもその治療が自覚症がないことや忙しいなどの理由で中断や放置であった例(1,3,5,6,8,11,13,14,15)に発症が多く、同時に家族歴でも高血圧、脳卒中、糖尿病のある例(1,4,5,6,7,8,9,10,11,12,13,14)が多かった。こうした現病歴、家族歴保有者の健康管理の必要性が示唆される。多くは検診を受診していたが、未受診者(1,3,15)は、いずれも零細業者で、長時間労働であり、高血圧の治療も放置や中断例であった。こうした基礎疾病管理の不十分さに加え、現実労働が多く(1,2,3,4,5,6,7,8,9,11,12,13,14,15)、さらに11時間にも及ぶ長時間労働(1,2,3,9,10,13,14,15)の例がみられ、労働の要因も誘引として働いていることが示唆される。また仕事の繁忙期、冠婚葬祭、農作業、酒の付き合いなど、通常の生活以外の肉体的・精神的負担の存在が発症の誘引になったと考えられる例(3,5,6,8,9,10,12,13,14)も多かった。また酒やたばこが過度な場合(1,3,4,5,6,8,10,15)も他の要因に加わると要注意と考えられた。上矢作町では今回の結果を住民に知らせ保健活動に生かしていく予定である。

なおこの調査は、名古屋大学医学部学生サークルの活動として上矢作町の協力の下になされた。結果は上矢作町健康祭の場で報告した。

表1 脳卒中発症者の状況

(①病型②発症年齢③発症年月④発症時の様子⑤現病歴⑥家族歴⑦職業⑧検診⑨その他)

- | | | |
|--|---|--|
| 1) ①脳出血 ②39 ③52年7月
④帰宅後庭でさし木をしていて発症・死亡
⑤高血圧そのうち行くと放置
⑥高血圧・脳卒中・糖尿病
⑦ガソリンスタンド店勤務。朝6時から夕方6時まで勤務。
⑧検診未受診
⑨酒毎日1升、タバコ40本。 | 6) ①脳出血 ②51 ③55年4月
④降雪で小屋で火に当たっている時発症・死亡
⑤高血圧自覚症なく薬内服面倒なため放置。
⑥高血圧、脳卒中
⑦林業(国有林)
⑧職場検診
⑨酒2〜5合。タバコ20本。発症2〜3か月前に結婚式、引っ越して忙しかった。発症前月役員に昇格しつきあいが続いた。発症前夜も深酒。風邪で10日休み仕事に出てまもなく発症。 | 11) ①脳出血 ②59 ③54年1月
④休日夜発症。昼草取
⑤高血圧「血圧計で測れない程」自覚症なく放置。
⑥脳卒中
⑦土木工事。8時間労働
⑧職場検診
⑨酒なし、タバコ10〜20本。 |
| 2) ①脳血栓 ②42 ③51年8月
④朝便所へ行った時発症
⑤低血圧、15の時脳膜炎で手術
⑥なし
⑦林業、下刈り。早朝から日暮まで 11〜12時間作業。
⑧職場検診受診
⑨酒タバコなし。 | 7) ①脳出血 ②51 ③50年5月
④仕事先
⑤なし
⑥高血圧
⑦自営LPガス商、8時間労働
⑧結核検診受診
⑨酒2合。タバコ15本。 | 12) ①脳血栓②59,60 ③56年9月,60年5月
④作業中。朝寝床にて発症
⑤高血圧にて規則正しく治療中。後に糖尿病。
⑥脳卒中
⑦トラック運転手、陶器運搬。10時間労働
⑧職場検診受診
⑨酒1.5合、タバコ15本。2回目発症前、祝や葬式で酒多かった。発症前日も同級会で酒多かった。 |
| 3) ①脳出血 ②43 ③51年8月
④帰宅し晩飯後発症
⑤高血圧自覚症状ない為放置。最高200
⑥なし
⑦トラック運転手で長野まで往復。午前1時〜午後6時まで深夜を含む長時間勤務。睡眠5時間。
⑧検診未受診
⑨酒5合。タバコ40本。発症10日まえ親類の家建設手伝いをしそのまま仕事を2日続けた。2年前家を新築。 | 8) ①脳血栓 ②57 ③57年5月
④作業中
⑤糖尿病。忙しかった為治療中断。心筋梗塞
⑥脳卒中、糖尿病
⑦鉄工所勤務。8〜10時間労働
⑧職場検診受診
⑨酒まれ、タバコ40本。発症前農作業で田植等あり過労傾向。 | 13) ①脳血栓 ②60 ③52年8月
④早朝起床にて発症
⑤高血圧自覚症なく忙しい為放置
⑥高血圧
⑦生命保険外交員。外出AM8時帰宅PM11時。睡眠5〜6時間。7月と11月が決算で発症前月は休日も仕事。
⑧職場検診
⑨酒タバコ多かった。 |
| 4) ①クモ膜下出血 ②47 ③57年3月
④帰宅後発症
⑥なし
⑥高血圧
⑦林業(国有林)
⑧職場検診受診
⑨酒3合。タバコ40本。 | 9) ①脳血栓 ②57 ③59年7月
④仕事終了後自宅で夕食中に発症
⑤糖尿病境界域
⑥両親高血圧・脳卒中
⑦自営、木の箱作成。3年前勤務していた会社が倒産。自営するも資金で苦勞。朝7時から夜11時まで働く。睡眠6時間
⑧結核検診受診
⑨酒1〜2合、タバコ20本。発作2ヵ月前娘さんが結婚。 | 14) ①脳血栓 ②61 ③55年3月
④祭りの打ち合せの最中・死亡
⑤高血圧自覚症なく忙しい為放置。最高200
⑥高血圧、脳卒中
⑦山の整地作業。11時間労働。
⑧職場検診
⑨酒2合以上、タバコ10本。祭りの準備の最中。 |
| 5) ①脳出血 ②48 ③53年6月
④早朝電話中発症・死亡
⑤高血圧自覚症状ない為治療中断。最高220
⑥脳卒中
⑦土木作業。8時間労働。
⑧職場検診受診
⑨酒5合。タバコ40本。発症5日前親戚交通事故で死亡。葬式の準備を中心になって準備。 | 10) ①脳出血 ②57 ③53年3月
④会議中に発症・死亡
⑤高血圧規則正しく治療中。肝疾患。
⑥高血圧、心臓病
⑦町役場管理職。10〜11時間勤務。睡眠5〜6時間。予算時期、人事、部落懇談会など忙しく、かつ神経を使うこと多かった。
⑧近医受診
⑨酒7〜8合、タバコなし。1週間前より付き合いの為夜遅く2時ごろ就寝。不眠気味。 | 15) ①不明 ②63 ③52年11月
④山へ芋掘りに行って発症
⑤高血圧自覚症ない為治療中断。心肥大
⑥なし
⑦八百屋、魚屋自営。朝5時から午後4時ごろまで仕事。
⑧検診未受診
⑨酒5合、タバコ20本。 |

脳卒中発症後の生存と寝たきり
に関連する要因について

○大村外志隆、滝澤行雄（秋田大医・公衛）

児島三郎（秋田衛研）

目的 脳血管疾患発症者について性、年齢、病型などの関連因子別に生存率と、生存者の寝たきりについて検討した。

方法 対象は秋田県平川町住民で、昭和50年より昭和56年の7年間に於ける脳血管疾患の初発者とした。それら発症者のその後5年間の生存の有無と、生存者については毎年寝たきりの有無と検討を調査した。なお、生存率については、昭和50年の生命表を用いた相対生存率で表した。

結果 上記期間中の初発者は109例で、年平均発生率は人口10万対244.0であった。その内訳では、男/女比は1.32、65歳以上の割合は62.4%、病型別では脳梗塞76例(69.7%)、脳出血21例(19.3%)、くも膜下出血6例(5.5%)、分類不能6例(5.5%)であった。また、発症時年齢については、男は63.3歳、女は71.7歳であった。

これら発症者の関連因子別に、相対生存率を比較した。その結果、女の生存率は男より低く、発症時年齢については、65歳以上の老年期発症者は中年期発症者より低率であ

った。病型別では、脳出血は脳梗塞に比べ生存率は低く、また、くも膜下出血については6例中1例が3か月で死亡した。さらに、生存者の寝たきりについては、男より女で高く、また、中年期発症者より老年期発症者に高率であった。さらに、寝たきりや失禁などの重度障害群が長期に生存することは少なく、死亡群と日常生活が自力で可となる軽快群のいずれかに、分かれてゆくことが示された。

本研究に御協力頂きました秋田県衛生科学研究所、井川町および秋田県五城目保健所保健婦各位に感謝致します。

表1. 性・年齢別発症者数と百分率

年齢	男	女	合計
<39	2 (3.2)	0 (0.0)	2 (1.8)
40-49	3 (12.9)	1 (2.1)	4 (3.0)
50-59	12 (19.4)	5 (10.5)	17 (15.6)
60-69	15 (24.2)	13 (27.7)	28 (25.7)
70-79	20 (32.2)	18 (38.3)	38 (34.8)
80-	5 (8.1)	10 (21.3)	15 (13.8)
合計	62 (100.)	47 (100.)	109 (100.)

表2. 性・病型別発症者数と百分率

病型	男	女	合計
脳梗塞	43 (69.3)	32 (70.2)	75 (69.7)
脳出血	14 (22.6)	7 (14.9)	21 (19.3)
SAH	4 (6.5)	2 (4.3)	6 (5.5)
その他	1 (1.6)	5 (10.6)	6 (5.5)
合計	62 (100.)	47 (100.)	109 (100.)

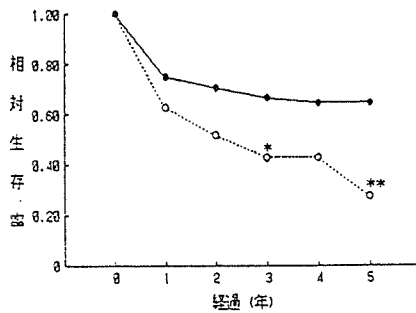


図1. 性別による相対生存率
● 男 (62例)
○ 女 (47例)
* P<0.05, ** P<0.01

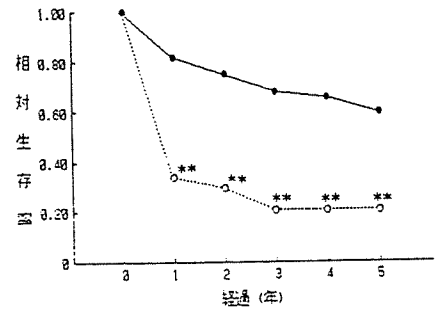


図2. 病型別の相対生存率
● 脳梗塞 (76例)
○ 脳出血 (21例)
* P<0.05, ** P<0.01

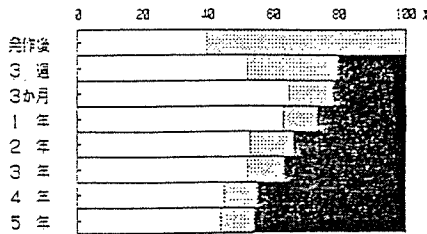


図3. 寝たきりについて(男)
□ なし
▨ 寝たきり
■ 死

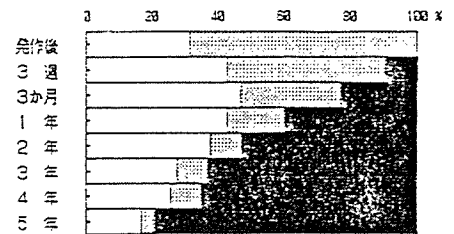


図4. 寝たきりについて(女)
□ なし
▨ 寝たきり
■ 死

○杉 沢 秀 博 , 山 崎 喜 比 古

(東京大学・医学部・保健社会)

【研究の目的】 近年、健康ブームといわれるように、健康食品、漢方薬、大衆薬への期待や需要が高まっているといわれている。この健康ブームを支える住民の保健意識や行動の実態と問題点を明らかにするために、今回の調査では、健康食品や漢方薬、大衆薬の利用者と日々接し、その相談に応じている薬局、薬店の薬剤師が、住民の薬に関連する保健意識をどのように評価しているかをきき取り、その解明、検討の手がかりとした。

【研究方法】 調査は、東京文京区の本郷と大田区の大森「線路下」（京浜東北線と東京湾にはさまれた地区）の2地区で店舗をかまえる薬局、薬店計80店（本郷地区50店、大森地区30店）の店主である薬剤師を対象に、訪問面接方式で行なった。調査実施数は計73件（有効回答率91%）であった。

【結果と考察】 1) 薬に関して ①表1からいえることは、まず、人々が全体として薬に対する正しい知識や考え方、利用法を身につけてきており、薬に関する情報を積極的に収集するようになったと薬剤師がみているということである。この薬に対する情報を積極的に求めるようになってきていることに対しては、いい傾向であると評価していた。

②同時に、薬の副作用に対する必要以上の警戒、また、薬に過剰な期待をかけすぎるという傾向も強まっているとみている。そして、表2に示したとおり、両者ともに強まっているとする者が最も多いが、両者ともに変化がないとする者も多かった。したがって、「薬への不信」と「薬への過信」ということで、問題ケースをみたときには、「薬不信」という傾向が、「薬過信」より、今日優位な変化であると考えられた。

③医者にいった方がよいと思われるのに、売薬で何とかすまそうという者が多いと薬剤師はみている。そうする理由としては、忙しくて暇がないからということを指摘する者が多かった。

2) 漢方薬、健康食品、ダイエット食品に関して ①表3に示したとおり、薬剤師は、漢方薬については、これを求める傾向が強まっているとみている。この理由として、効き方がおだやかで、副作用が少ないと思われるからと考える者が多かった。したがって、薬の副作用への不安感の広まりを背景として、住民の間に、漢方薬を求める傾向が強まってきていると考えられた。また、漢方薬に対する利用者の考え方や利用法に問題があるなど感じる者が多く、その例として、副作用がないと思っということを指摘する者が多かった。

②健康食品、ダイエット食品については、いずれも、これを求める傾向が強まっているとみている者は少なく、逆に、弱まっていると考える者が多い点が目立っている。また、健康食品の利用者の中に、健康食品よりも、普段の食事をきちんとした方がよいと思われる人が多いとみている。また、健康食品の場合も、ダイエット食品の場合も、この2つがそれぞれ、95%、57%と高かった。

3) 健康への関心が高まっているとか、健康ブームだといわれる現象の背景要因

半数以上の者が選択した回答を示すと、「マスコミの影響が大きい」「ストレスが多い世の中になってきたため」「生活が豊になって、健康についていままでもあまり気にしていなかった人たちが関心をもちはじめたため」「自分の健康は自分でつくるという自覚や意識が高まってきたため」であった。このように、健康への不安が増大したことと、健康への自覚や意識がたかまったことの2点が、健康ブームの背景にあると薬剤師はみている。

【まとめ】 1. 全体として、薬に対する関心が高まり、薬に関する情報を積極的に収集するようになったという点で、薬に対する考え方や知識が改善してきているとみているが、2. 同時に、薬の副作用への必要以上の警戒や薬への過剰期待が強まってきており、特に、前者の方が最近優位な変化であるとみている。3. 薬の副作用への不安感の増大を背景として、最近、漢方を求める傾向が強まってきているとみている。4. 健康食品、ダイエット食品を求める傾向は、最近それほど強まっていないとみている。5. 健康への不安が増大したことと、健康への自覚や意識がたかまったことの2点を、健康ブームの背景にあるものとみている。

表1 薬に関する住民の意識に対する評価

	頻度				4-5年前と比べての増減			
	増加	不変	減少	NA	増	不変	減	NA
「薬の副作用について質問、相談する客は増えているか」	-	-	-	(%)	62	33	4	-1
「全体的にみて、客は薬に対する正しい考え方や知識、利用法を身につけてきているか」	-	-	-	(%)	53	40	6	0
「薬の副作用などを必要以上に警戒しすぎと思う客がいるか」	16	75	8	1	58	27	7	4
「薬に期待をかけすぎだと思っ客がいるか」	21	58	21	1	33	56	7	4
「医者にいった方がよいと思われるのに、何とか売薬で済まそうという客がいるか」	10	78	12	1	-	-	-	-

表2 薬の副作用への必要以上の警戒と薬への過剰期待の増減傾向との関係

過剰期待	必要以上の警戒			増減 (%)
	増	不変	減	
増	3	3	5	4
不変	2	2	7	2
減	2	2	4	2

表3 漢方薬、健康食品、ダイエット食品に関する住民の意識に対する評価

	4-5年前と比べてときの				考え方、知識、利用法に問題があると思っ経験	増減 (%)		
	増	不変	減	NA				
漢方薬	47	30	22	1	18	52	29	1
健康食品	33	21	35	11	30	37	16	16
ダイエット食品	29	34	19	18	26	36	25	14

丸山 博（大阪大学名誉教授）

このようなギモンがでてくるのも無理からぬことだ。私が1969年4月、衛生学実習のテーマにアーユルヴェーダ研究をだしてから、毎年刊行し、通ページ1744ページに及ぶ、1986年度頃まで17冊を機関紙として発行したアーユルヴェーダ研究会は1986年から事務局本部を大阪から東京に移した。

昨1986年11月、は“アーユルヴェーダの世界へ——20世紀から21世紀へむけての奇妙な招待状——”を関係者に呈上した。

この小冊子のはじめに、1985年第26回「社医研によせる私の資料8章」のことにすこしふれた。また1986年第27回社医研のときに、さらに「2章」追加した。

今回は表題のようなギモンには、以上の資料がこたえたであろうが、さらに今年7月には「いま改めて“衛生”を問う」の小文を日本科学者会議の機関紙「日本の科学者」第22巻第7号の“扉のことは”にのせた。

本稿はこれと呼応するものである。

アーユルヴェーダが現在の社医研の諸君に理解されにくい点がありとすれば、それは次の視点を問うてみたらよい。「人間（生命）と自然と社会（国家）の関係が歴史的にいかなる変化をとってきたか」を現代的意味で理解しなおすことである。つまり生理的人間と社会的人間との間にある矛盾を克服し、両者を統一的に生かすことが、社会医学の役割だと考えたなら、いまこそ社会医学の出番ははっきりするだろう、とはあらためて言うまでもないことではないか。

この際、大正時代、第一次大戦後、東京大学で社会医学研究会が誕生した頃、大きな影響力を与えられた石原 修先生（1885～1947）がなくなられて今年丁度40年、また昭和時代、第二次大戦前、大阪大学で、社会医学研究の芽を育てたα会の命名者、梶原三郎先生（1895～1986）がなくなられて丁度1年、いずれも6月のことであった。

約30年前、いまや第28回総会をもつにいたった現在の社会医学研究会の創立の中心的役割を果たされた、大阪の関悦四郎博士（1912～1977）、東京の曾田長宗博士（1902～1984）はいずれも幽明境を異にして、時代は世代交替をして、私のような老骨は初心忘れがたく、諸君の仲間に加えてもらっているにすぎない。

今日ここではアーユルヴェーダの長講義は上記の資料にゆずって、石原 修先生の昭和2年、いまから60年まえに講義された内容を紹介し、諸君の同意をえたいと思う。

その内容目次に次にあげる。これは鉄道省主催の災害医学講習会の講演集からの抜きぎである。

題して《予防医学に就て》（大阪医科大学教授・医博・石原 修）

第1章 緒言、第1節 予防医学の意義、第2節 治療医学との限界、第3節 医学の本質と予防医学、第4節 医学と其の効果。

第2章 効果の史的考察、第1節 太古時代、第2節 中世紀時代の欧州、第3節 科学時代、第4節 応用衛生学時代、第5節 新興時代。

第3章 効果と研究の不一致の理由、第1節 研究の研究室化、第2節 医学者と予防医学研究、第3節 社会と予防医学研究、第4節 予防医学的研究行績。

第4章 予防医学の実体、第1節 目的と目標、第2節 研究と方法。

以上のような構成であるが、とくに今、私たちが玩味しなければと思う要点を、口演当日に披露しよう。

このときには、次の論文、石原 修「衛生学の特質」（日本学術協会報・第4巻・昭和3年）[「大阪大学医学部衛生学教室のあゆみ」（私の定年退官記念につくられた文集のなかに再録されている。昭和48年、いまから14年まえのこと。）]が併せ読まれることで一層、理解はふかまるであろう。

今年は大阪大学の朝倉新太郎、後藤 稔の両教授も定年で退職された。日月は人を待たず、学成りがたし。私にとっては忘れられない先学の業績を社医研の諸君にあらためて伝える。

以上で表題の「アーユルヴェーダは社会医学に貢献できるか」の私の解答とする。

参考付録：いま改めて“衛生”を問う（日本の科学者・1987年7月号・抄録）

212. 添付文書の日米比較 (第3報) 抗生物質9品目の場合

○片平潤彦(東医歯大・難研),武光重英(柳原病院),日野寛明(多摩薬局),山脇洋子(立川相互病院),鈴木達代(たくみ外苑薬局),杉沢秀博(東大医・保健社会)

(目的) 今後の薬害防止対策に資するため、医薬品の添付文書の記載事項・内容の問題点と今後のあり方を説明することを目的に、同一有効成分の医薬品につき日米の記載を比較した。

(方法) 第3報として、抗生物質9品目(AMPC, PIPC, AMK, NTL, CEZ, CXM, GCL, GTX, CPZ)を選び、米国の製剤はPDR記載の企業の、また日本の製剤は原則としてその企業の系列または技術提携している企業の製品について、日本の添付文書(1986年9月現在)とPDR(1986)の記載を比較した。

(結果) 記載項目の比較では、PDRの方にのみ記されていた項目は、警告(全品目)、用量(2品目)、他の含有成分(1品目)、非感受性菌の種類(1品目)、感受性テストの具体的方法(4品目)、授乳婦への投与(7品目)であった。記載内容の比較では、PDRの方で①3品目で小児への投与の安全性が未確立②2品目で腎障害の患者に血中濃度などを指標として用量を調整する③3品目でプロベネシドとの併用に注意するなどの、日本にはない記載がみられた。また、やはりPDRの方で④7品目で重篤な副作用発生時の対処法⑤3品目で体内薬物動態⑥2品目で腎障害患者への投与方法がそれぞれ日本よりも具体的に記されていた。

(考察・結論) 日米の相違点につき企業と国に問合せ、第1報(消炎鎮痛剤8品目)¹⁾、第2報(抗悪性腫瘍剤9品目)²⁾の結果もふまえて考察をした結果、これら9品目の日本の添付文書の今後のあり方として、①少なくとも警告、過量、他の含有成分、授乳婦への投与の4項目の新設と②体内薬物動態、重篤な副作用発生時の対処法、腎障害患者への投与方法の具体的記載と、プロベネシドとの併用時の注意の記載を、品目毎の必要度に応じて検討すべきと考えられた。

以上の、また第1・2報の結果から、総論として、添付文書の目的・性格、医薬品情報伝達媒体としての位置づけの問題を考察してみたい。

日本では、添付文書は薬事法第52～54条を法的根拠とする公的文書であり、52条には「用法、用量その他使用及び取扱い上の必要な注意」が記載されるべきこと、また54条には「承認を受けていない効能若しくは効果又は保健衛生上危険がある用法、用量若しくは使用期間が記載されてはならない」ことが規定されている。然しながら、周知の如く、日本の添付文書はかつて「能書」と呼ばれた(今でもそう呼ぶ時もある)ように、医薬品の有効性の面を強調し、安全性の面への配慮に欠ける傾向があった。相次ぐ薬害問題を背景とした薬事法の改正(1979年)などの動きの中で、1983年5月18日付薬務局長通知(薬発第385号)により、旧来の添付文書は1986年4月末を目途に改訂されることになり、一定の是正がされたとは言えよう。しかし、それでもなお、米国のそれと比較し、特に安全性の面で記載が不十分であるのは、これまで見てきた通りである。

米国では添付文書(labeling)は薬事法(施行規則)PART 201に規定されており、「薬を安全かつ有効に使用するのに必要な不可欠の科学的情報の要約を含まねばならない」(§201.56)こととされている。(PDRはこの添付文書を集約した書物である。)

このようにみえてくると、日米の添付文書の位置づけの違いは、米国では薬事法(施行規則)に前記のようなことが唱われているのに対し、日本では薬事法に危険防止、取締りのための記載はあるものの、米国のように「安全かつ有効な使用のため」という観点が不十分であるということである。

以上のことから、薬害を防止するという立場からは、日本の添付文書も、米国のように医薬品の「安全かつ有効な使用のため」という目的を薬事法に明記することが望ましいと考えられる。

文献 1)片平潤彦ほか:臨床薬理16:303, 1985. 2)片平潤彦ほか:臨床薬理17:169, 1986.

○青島 恵子, 加須 豊 実

(富山医科大学医学部公衆衛生学)

目的

カドミウム環境汚染によってひき起こされる慢性カドミウム中毒の Natural history を明らかにする。

方法

対象地域は富山県・津川町・八尾町・大沢町等の1町3町にわたがる神通川流域カドミウム汚染地(図1)。対象者は、1町3町から11地区(図1・3〜11)を選び、そこに居住する55〜70才の女性住民256名。検査は早期尿中の β_2 -microglobulin(β_2 -m)の測定(RIA法)。尿 β_2 -m排泄高度例に対する腎機能、骨代謝検査。

結果

- (1)地区別尿 β_2 -mの分布(図2); B~Lの神通川流域住民にのみ高 β_2 -m尿がみられる。
- (2)多発性尿細管機能異常症の発生(表1); 尿 β_2 -m 1mg/gクレアチニン以上の86例について各種の尿細管機能検査を行う。30mg/gクレアチニン以上では低分子タンパク尿、尿酸クリアランス高値、腎性糖尿、代謝性アシドーシスを認める。
- (3)尿細管機能異常と骨代謝異常(表2); 尿細管障害高度例に低リン酸血症、アルカリホスファターゼ上昇、骨萎縮を認める。

結論

慢性カドミウム中毒の Natural history は、カドミウムの体内蓄積 \rightarrow β_2 -m尿 \rightarrow 多発性尿細管機能異常症(Fanconi症候群) \rightarrow 骨代謝異常 \rightarrow 骨軟化症、骨粗しょう症(イタイイタイ病)。

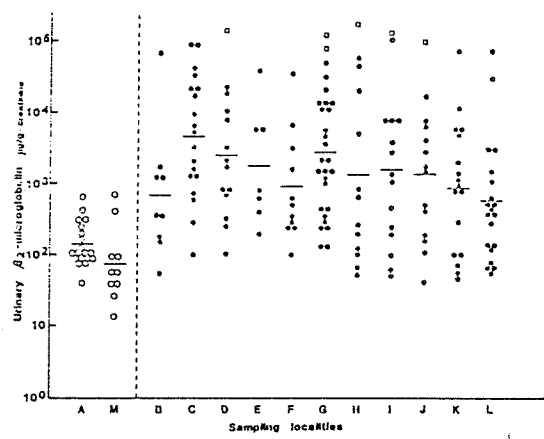


図2. 地区別尿 β_2 -マイクログロブリンの分布(55~66才, 女性)

表1. β_2 -マイクログロブリン排泄異常例の出現頻度

	尿 β_2 -m 1mg/g Cr以上(%)	尿 β_2 -m 1mg/g Cr以上の出現頻度				合計
		20人	20人	10人	10人	
尿細管機能検査	異常例					
β_2 -マイクログロブリンクリアランス	0.1% <	2/20 (100%)	2/20 (100%)	1/10 (100%)	1/10 (100%)	6/60 (100%)
尿酸クリアランス	10% <	2/20 (100%)	2/20 (100%)	1/10 (100%)	1/10 (100%)	6/60 (100%)
腎性糖尿(テストテープ)	± <	0 (0%)	7 (20) (28.0%)	9 (47.4%)	14 (87.5%)	30 (52.7%)
尿酸性リン酸塩収縮(TaP/GFR)	<2.5mg/dl	0 (20.1%)	2 (7.1%)	6 (26.3%)	13 (81.3%)	20 (33.3%)
代謝性アシドーシス(血中炭酸水素塩)	<21meq/l	0 (22) (0%)	2 (20) (7.7%)	0 (17) (0%)	4 (12) (33.3%)	6 (7.8%)
クレアチニンクリアランス	<60ml/min.	0 (34.0%)	1 (5.6%)	1 (57.0%)	2 (15.0%)	4 (53.5%)

表2. 血清カルシウム・リン・アルカリホスファターゼ値とマイクロドシメトリー法各指標値の尿 β_2 -マイクログロブリン排泄量別比較

尿 β_2 -Microglobulin	mg/gCr	I群 <3				II群 3-10				III群 10-30				IV群 30<					
		対象者数				24				38				19				13	
血清 Calcium	mg/dl	4.45±0.11				4.52±0.19				4.50±0.10				4.40±0.23					
Phosphorus	mg/dl	3.24±0.37				3.36±0.45				3.11±0.39				2.81±0.38*					
A L - P	KAU	8.55±2.1				9.48±2.15				9.97±2.34				11.56±5.33*					
M D 法指標																			
D	mm	8.12±0.62				8.33±0.51				8.50±0.69				8.51±0.52					
d	mm	4.84±0.70				5.11±0.58				5.52±0.95*				5.58±0.52**					
M C I	mm	0.405±0.79				0.386±0.06				0.353±0.06*				0.344±0.05**					
Δ G S min	mmA1	1.59±0.36				1.50±0.23				1.40±0.23				1.32±0.23**					
Δ G S max	mmA1	2.98±0.29				2.84±0.24				2.74±0.29*				2.69±0.29*					
E	mm	0.53±0.08				0.52±0.06				0.51±0.06				0.49±0.06					
S - G S	mm ² A1	16.26±2.17				16.27±1.81				15.50±1.50				15.34±1.64					
S - G S / D	mmA1	2.00±0.26				1.95±0.21				1.83±0.22**				1.80±0.21**					
A x c	year	61.0±3.5				62.0±4.2				63.3±4.8				64.4±4.1*					

1) 各項目の平均値±標準偏差を示す。
 2) 各群間の有意差検定には、Student-t検定を行う。a: I群と比較して有意差あり(p<0.05)、b: II群と比較して有意差あり(p<0.05)、c: III群と比較して有意差あり(p<0.05)

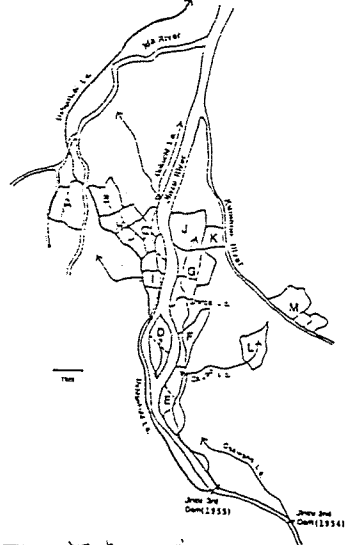


図1. 調査地域

第 2 日

7月26日(日)

第一会場

○上島弘嗣(国立循環器病センター・集検部)

黒田研二 多田耀浩三、朝倉新太郎(大阪大学・医・公衆衛生)

【はじめに】アルコール依存症を含むアルコール症患者数は、200万人を越えていると推測されている。本研究では、アルコール依存症者の社会的側面の実態について報告する。【対象と方法】大阪府下のあるアルコール症治療専門病院に1983年9月からの5か月間に入院した男性患者108人である。調査はケース・ワークが患者本人に直接して行なった。飲酒量については1日当りの日本酒量に換算した。【結果】入院患者は40歳代が多かった(図1)。飲酒開始年齢は20歳未満が全体の82%を占めた。また、2合以上毎日飲酒する年齢は20-24歳が最も多く、毎日5合以上では30-34歳であった(図2)。入院回数が多いものでは、職を失っていた(図3)。職を失った結果、生活保護の受給者が増え、健康保険が社会保険本人である率は低かった(図4)。患者の離婚、別居の比率は25%に達し(図5)、約40%のものが独身者を含む単身生活者であった。入院紹介者は、保健

所と断酒会が大きな比重を占め、初回入院患者の中では、35%が保健所の紹介によった。また、断酒会は入院の回数と関係なく約20%の関わりを示した。【考察】1人当りのアルコール消費量の増加は過去25年間に2.4倍を越えた。アルコールを多飲できるか否かは遺伝的な素因によって決まり、日本人の約半数がアルコールを多飲できる素質を持つ。アルコールの多飲の結果生じたアルコール依存症は、職場、家庭内で問題を起こし、職を失い家庭を失って行く。アルコール依存症は一生の断酒によってしか治療し得ない疾患であり、その一次予防は重要な課題といえる。【まとめ】多くの人が飲酒を楽しむようになったが、その一方では、恐ろしい酒害を生じている。アルコール依存症は、若い頃からの多飲を経て、職を失い家庭を失った状態になっている。その一次予防は重要な課題といえる。

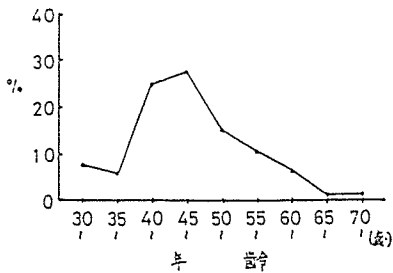


図1 アルコール依存症患者の入院時年齢分布、男性108名

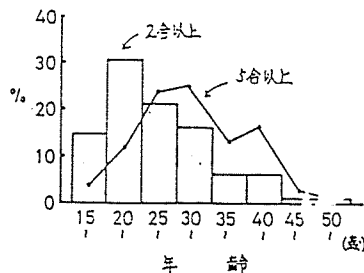


図2 毎日日本酒にして2合以上および、5合以上飲酒するようになった年齢

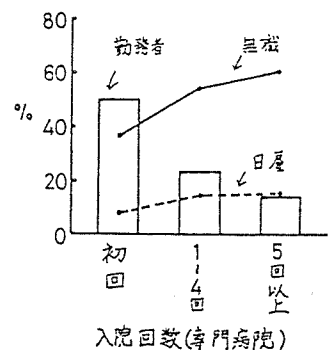


図3 入院回数別にみた入院前の職業

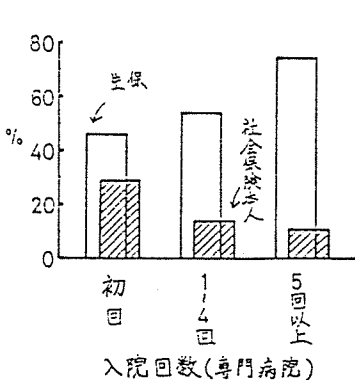


図4 入院回数別にみたアルコール依存症患者の健康保険の種類(生保と社会保険)

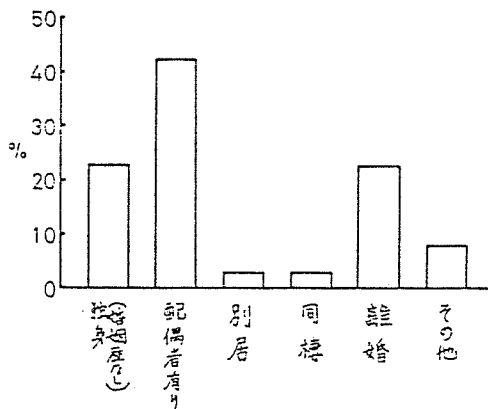


図5 アルコール依存症患者の配偶関係

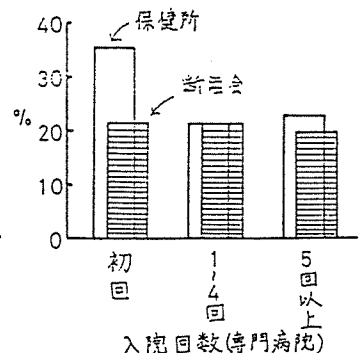


図6 患者の入院回数別にみた入院の紹介者

西 三郎（東京都立大学人文学部社会福祉行政論講座）

全国腎臓病患者連絡協議会は、日本透析医会及び日本統計研究会と共同して血液透析患者の実態を調査し1987.3公表した。

この調査は、全体計画の段階で医会・社会科学者・患者会とが共同し、個々の調査の段階で患者と主治医が協力して行った。

厚生省は、観念としての「家庭医」を検討し、厚生省、日本医師会とともに実態を踏まえ、将来の展望を欠いたまま空虚でしかも国民不在の論争に終始して報告書をつままとめた。他方、患者団体による血液透析患者実態調査が医師との協力により実施された意義は大きいものがあることから報告する。

1. 血液透析患者実態調査を行い得た背景

血液透析は、腎不全による死亡を回避させる優れた医療ではあるが、本質的治療には結び付かず、高額な医療費と長期の療養を要することから、医療経済の視点から批判の対象とされていた。その上透析医の収入が多いことから診療報酬の見直しが迫られている。このような背景のもとで、透析治療の研究開発は、他の医学分野とは異なり、大学、大病院よりはいわゆる開業医によるところが大きかった。高い診療収入が自前の研究を可能にしたことも否定できないが、実地診療のもとで患者の協力を得た研究への努力が現在の延命効果を高めているといえよう。透析医は、日本透析医会を設けるとともに患者団体であるそれぞれの地域及び全国腎臓病患者連絡協議会（全腎協）との連携も比較的良好な関係を保持している。

最近の診療報酬値下げに関連して日本透析医会は、経済及び統計の専門家を主な会員としている財団法人統計研究会との医療経済面からの共同研究を行い、経営資料の提供を含めた分析を進めている。すなわち、透析医療は、新しい医療であるための医師間の協力、患者との連携さらに社会科学者との接点を持つという従来の医師とは多少異なる側面を有している。

2. 実態調査のねらいと方法

調査のねらいは、血液透析患者の生活実態を明らかにし、生活水準の向上、社会復帰および就業機会の改善、腎不全医療の向上に資するためとされ、過去3回の実態調査の結果をふまえて、日本透析医会との共同事業としたことが大きな特徴である。

調査は、透析を担当する医師が腎不全医療の専門的な立場から調査の対象になった患者一人一人について腎不全となった原因疾患、病状、合併症、移植・CAPDを受けたことの有無を記載し、患者が自分の生活実態を回答する方法によった。すなわち、全国的規模で、医師と患者とが協力し、それぞれの所見、意見を一つにまとめた調査として最初のものである。このような調査ができたことは、全国的な組織の段階で医師団と患者会との相互信頼と協力関係ができていのみならず、個別の医師と患者の関係にも信頼の絆が結ばれていることを示したものと見えよう。調査は、全腎協会員の15.6%の6482人を調査標本とし、有効回答数5518、85.1%の高い回答率を得た。

3. 実態調査の主な結果

調査報告は、「1986年血液透析患者実態調査報告書」財団法人統計研究会(1987.)にまとめられ公表されている。

1) 医学的な立場からの主な結果

- (1) 貧血の程度が進んでいる患者が多く、労働力の向上のためにも造血ホルモン等の治療適用が期待される。
- (2) 透析療法が長期化することにより骨・関節痛、皮膚そう痒症、手根管症候群、低血圧、副甲状腺機能亢進症、病的骨折等の合併症がみられ、透析技術の進歩が期待される。
- (3) 原病の発見動機に健康診査が17.7%で、治療中断もみられ公衆衛生、医療対策の整備が必要である。
- (4) 主観的体調と医学的病状とは、平行していないことから、患者の訴えを尊重することが必要である。

2) 患者の生活にかかわる主な結果

- (1) 女性患者が全体の4割りに近づいたが、独身患者が多い。
- (2) 患者の高齢化が進行し、高齢化対策が必要である。
- (3) 血液透析の原因疾患は腎疾患に限られていない。
- (4) 合併症は減少したが、体調の悪化がみられ、医療技術の進歩とその成果の普及が期待される。
- (5) 腎疾患の早期発見、早期治療体制の確立が急務である。
- (6) 低い所得と就業の困難から、福祉対策の充実が必要である。
- (7) 多様な期待に答える患者会運動が望まれる。

○内藤美登里、愛知医科大学付属病院医療相談室
 河野 繁、パーキンソン病友の会東京都支部
 川村和子、東京都神経科学総合研究所社会学研究室
 高坂 雅子、東京都立府中療育センター心理技術室

1. 目的

パーキンソン病の患者の特色は、高齢者も多く進行性の障害を示し日常生活に不自由を及ぼす。そこでパーキンソン病患者の意思生活の実態と社会福祉制度の活用状況及び今後の生活の希望を調査した。

2. 方法

昨年9月パーキンソン病友の会東京都支部より会員に対して郵送調査の質問紙を作成し、その調査結果を分析した。

3. 結果

アンケートは、都内・都外の会員540人に郵送した。そのうち261人から回答を受けた。この回答の中から65才以上、在宅療養者について分析し下記の結果を之にて報告します。

<対象者> 男女は男58.9% 女41.1%。このうち70才代が67.8%。60才代が28.9%。80才代が3.5%であった。家族構成は3人以上50% 2人が47.7% 1人暮らしが2.3%。現在主に妻の世話をしているのは、配偶者が70.1% 親が1.3% 子供が15.6%である。その他二人で介護するのを加之者と配偶者のみで割合が高い。また介護者の年齢をみると60才代が43.3% 70才代が24.3%と高齢者が介護している。患者の状態は発病からの年数は平均9年であった。

<日常生活動作> 移動、つかまらないう歩行は58% つかまり歩行は30.6% 寝たまり、歩行ないが、11.4%。食事介助はいらない62.5% 時々介助27.3% ほとんど10.2%のみのみについてはあせると答えた者41.1%。経営栄養が2.2%と目まぐるしい状態がある。トイレは行けるが71.6%。ノータブルトイレ使用が6.8%。尿器 便器、あむつ使用17%。膀胱カテーテル使用が4.6%。

<医療> 通院状況は、患者自身が月に3回以上が11.1% 月に2回以上18.8% 月に1回以上受診が47.8%。また家族が兼て取りに行く者は、月に1回以上が合計1250%を示している。このような患者をかかえどのようなサービスを受けた事があるかの質問に対して、保健婦の訪問 35.6% パーキンソン病棟の会 46.7% 難病検診 33.3%。今後サービスを受けた希望として、リハビリ転換の訪問 ホームヘルパーの訪問 訪問看護の訪問 緊急一時入院 外出時の移送サービス 老人施設などの短期入所、老人施設、療養施設などの通所訓練 が20%以上の希望となっている。

<今後の生活希望> ずっと自宅で暮らしたいと希望する者78.0% 充分な援助があれば可能な自宅で暮らしたいと希望する者51.3% 施設に入りたいと希望する者2.5% ずっと入居したいと希望する者2.5%。

<まとめ> パーキンソン病は、難病の問題だけでなく、老人問題、身体障害 精神障害を兼ねた疾患である。調査実態から少ない家族で高齢者の介護者によって在宅生活を及ぼしている。ほとんどの患者がこれからもずっと在宅療養を希望している現状から福祉制度の広範囲な援助内容の拡充と制度の活用をもっとつかいやすくする必要があると考える。

○小原典子、近藤紀子、長沢つるよ（東京都立神経病院）
川村佐和子（東京都神経科学総合研究所）

【目的】当院で在宅診療を受けている患者114名についてみると、89%に当たる102名の患者が地域の援助を受けて療養生活を送っている。看護援助について取り上げてみると、当院の看護援助の他に地域の看護サービスを受けているのは62%に及んでおり、地域看護職との連携は重要な課題となっている。今回神経難病患者2事例に対して行われた看護援助を分析し、在宅療養における看護の連携について検討した。

【方法】終末期にある筋萎縮性側索硬化症（ALSと略す。）と病状安定期にあるオリブ橋小脳萎縮症（OPCAと略す）患者への在宅看護援助を分析・検討する。

【事例A】発症後5年を経過した62才の女性。

診断名：OPCA

経過：上肢の運動障害で発症。その後言語・歩行・排尿障害が徐々に進行し、発症後5年目には寝たきり状態となる。現在、気管切開・バルンカテーテル留置・経管栄養の医療処置を受け在宅療養7ヶ月を経過している。

介護状況：夫と二人暮らしで、夫が主に介護に当たる。

長男・次男夫婦が近所に住み嫁二人が交代で手伝っている。

看護訪問状況：最終退院後の状況を図1に示す。

【事例B】発症後7年を経過した43才の男性。

診断名：ALS

経過：上・下肢運動障害、言語障害で発症。全身の筋萎縮や球症状が次第に進行し発症後6年3ヶ月目に経管栄養、気管切開の医療処置を受け、退院。約4ヶ月の在宅療養経過の後、呼吸筋力低下が進行し、自宅にて死亡。

介護状況：妻・子供（中1・小3・小2）の5人暮らし。主な介護者は妻。生活保護受給。

看護訪問状況：最終退院後の状況を図2に示す。

【結果・考察】

a 事例Aに於て、問題発生時に訪問援助量は増加しているが安定期には大きな変動は見られない。

b 事例Bに於て、病状は悪化の一途を辿り訪問援助量は増大し続けた。又、病状に応じて地域の看護体制は変化していった。

c 事例A・B共に、発生した問題に対してスムーズに事態を乗り越えるためには、看護チームによるアプローチが有効であった。

d 特に終末期は病状の変化が激しく、常に看護体制の修正が要求される為日常よりケアを共有する必要がある。

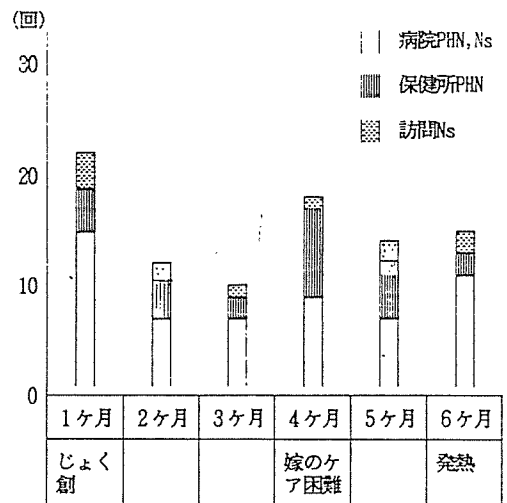


図1 退院後訪問看護援助量（事例A）

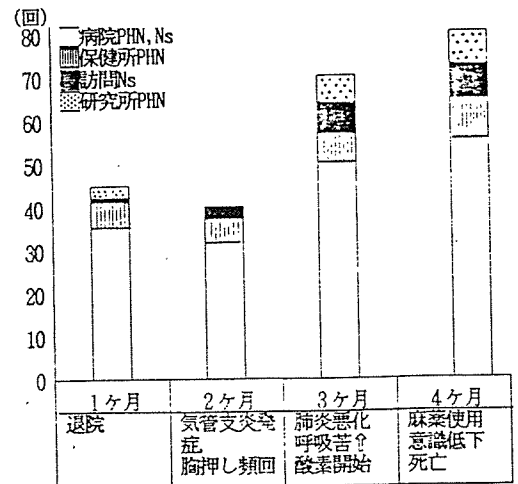


図2 退院後訪問看護援助量（事例B）

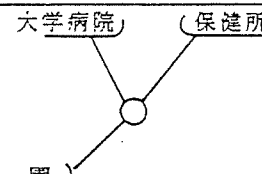
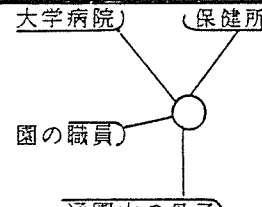
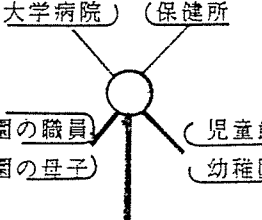
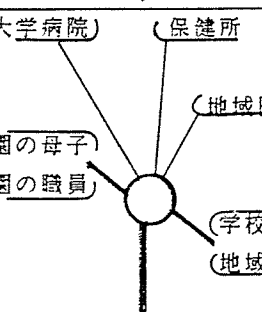
0 秋村純江、川村佐和子 関谷栄子

(東京都神経科学総合研究所)

<目的> 子供が難病児であると診断された時、母親が錯乱状態で自閉的になることが多い、それを回復させる為の援助プロセスを 1、医療・訓練・保育の機能をもつ重症心身障害児施設に通園させ継続させる 2、園の職員が統一した方針でケアにあたる 3、同じ園に通う障害児の母親たちと交流させる 4、地域の同病患者の家族と交流させる 5、これらの過程を通して、家族が一般社会の中で資源を有効に活用して自分達の生活を充実させていける能力の獲得を援助するものと仮定した。今回、先天性筋萎縮症(福山型)の子をもち、特に錯乱状態の激しかった母親に対して、診断直前より現在までの7年間をこの仮設に基づいて援助し、その経過を分析・検討した。

<対象> 2歳時に大学病院で先天性筋萎縮症(福山型)と診断された女兒の母親(7年前35歳) 父(自営業:従業員なし、当時36歳)10歳、5歳児の5人家族

<母親の状態と援助経過>

母親の状態	援助内容
	<p>母親は錯乱状態、泣くばかりで上の2人の子の世話も出来ず。不眠、自閉的</p> <p>父親は比較的冷静に受け止めている。</p> <p>通園時、十分な時間をとり話を聞く。不安定な時は夜間も自宅に電話するなどのフォロー実施</p> <p><u>通園してくるように援助</u></p> <p>園の専門医、看護婦、福祉職員が統一的援助(交流者25人)</p>
	<p>母親は精神状態不安定で、時々泣き崩れることもあるが、「訓練でなんとか治してやりたい」と熱心に訓練やグループ指導に通い始める。</p> <p>園に通園中の障害児や、その母親達と接するよう援助</p> <p>生活指導グループに入れる。PTOT、心理指導員の援助も加わる</p> <p><u>他の障害児やその母親達と接するよう援助(交流者65人)</u></p>
	<p>同病の人や家族と知合いになり、病気のことももっと知りたいと患者会に入り、積極的になる。</p> <p>同病者やその家族との交流で、積極的になるよう難病相談室にて患者会との交流を勧める。</p> <p>地域の児童館や幼稚園への通園も併用し、<u>普通児との交流の場をつくる(交流者105人)</u></p> <p>専門医の勧めもあり、普通児との交流希望</p>
	<p>就学時に普通小学校、特殊学級と迷うも、養護学校へ落ち着く。同級生に同病児4名おり、他児の母親との交流で一段と積極的になる。</p> <p>就学時、両親が自分達の方で情報を集め、学校の選定をするよう援助。同級生の両親とうまく交流できるよう援助。病状が進行しているため、緊急時対応の準備(病院、保健所とのつながり)を強化するよう援助</p> <p>患者会の宿泊検診では、他地域の母親との交流も積極的になる。</p> <p>病状の進行に伴い、落ち込むこともある。</p> <p>(交流者155人)</p>

<まとめ> この事例に関しては、上記の仮設に基づいた指導・援助が有効であった

鷺見正博

1. はじめに：看護研究で筋萎縮性側索硬化症患者の、退院時から在宅療養へ移行した時期に、在宅看護チームの一員として訪問看護に参加した。長期間訪問看護を継続できなかったが、患者宅に泊まり夜間ケアを実施した。夜間は一般に睡眠の時間であり、肉体的精神的休憩のできる時間であるが、重症神経難病の在宅療養家庭では、患者、家族共に緊張し疲労する時間帯なのである。今回の夜間ケア実践を通し、昼間のみでなく夜間の看護援助体制の必要性を考える。

2. 事例紹介：Nさん、56の男性、大学生の長男と妻の3大家族。59年3月発病し、1年1ヶ月後に気管切開し人口呼吸機装着となった。退院は61年11月であった。退院時のKNさんの状態は、気管切開施行され気管カニューレ装着し、人口呼吸器を使用していた。食事は経管栄養で、言葉によるコミュニケーションが不可能であり、口唇の動き、目の動きにより意思を理解しなければならなかった。入院時に気管内吸引、清潔操作、など在宅療養に必要な技術指導が家族に対して実施されていた。KNさんからの要求は、フットスイッチ式のチャイムで知ることができた。

3. 夜間ケアの実践：夜間ケアを実施したのは、在宅療養開始1日、3日、55日、56日、66日、67日であった。1日、3日は退院直後であり夜間の突発的変化が不安であったが、KNさんの状態に変化はなかった。夜間の主な援助は、気管内吸引、排泄の介助、体位交換などであった。1日の0時から5時までの援助回数は16回、3日は15回で、約20分毎にケアが必要であった。KNさんも家庭に帰った安心感からか、新聞を読みたいなどの要求があった。また、家族に手のマッサージを要求するなど、家庭ならでわのシーンもあった。深夜KNさんと2人の時に、KNさんの要求を理解できず焦燥感を与えることもあった。入院中に1回面会したのみで、相互のコミュニケーションが円滑でなく、吸引を家族に実施してもらうことを希望することもあった。在宅療養開始55日の訪問時には、妻から夜間ケア援助の依頼を受けた。妻は昼夜を問わずの介護で、肉体的精神的疲労が著しいことが予想された。0時から5時までのケアは8回で、退院当初より7回減少していた。チャイムで合図しても息子が起きなかったことがあり、介護者が眠らないか不安で、開眼し様子を見ているなど、睡眠できないようであった。そのためか、昼間に浅眠状態のことが多かった。58日から61日にかけて発熱が持続し、痰も粘稠性となり、家庭医から内服薬の処方を受けていた。66日の訪問時には、KNさんは発熱による疲労、妻は介護による疲労が著しく、十分に睡眠をとり休養することが必要であった。家族の要請もあり66日67日に夜間ケアを実施した。

4. 考察：KNさんの介護は、妻と息子の2人で行っていたが、息子は学業のため援助できる時間が減少し、妻の負担が大となった。ケアは昼夜の別なく15分から20分間隔おきに必要であり、家事と合わせると妻の休憩時間はほとんど無いといえる。また、発熱するなどの不安もあり、肉体的精神的ストレス状態が持続していたことが予測される。KNさんも夜間は不安が増強し、眠れないことがあり疲労が蓄積されていったようであった。夜間ケアを実施したことで、家族の負担を軽減できたように思う。在宅療養を支えることは、家庭を支えていくことであり、KNさんのような重症在宅療養家庭では、昼間ケアのみならず夜間ケアを提供することが必要であると考えられる。

4. まとめ：在宅療養を継続するためには、患者の病状が安定していること、家族が健康で介護できることが条件である。疲労蓄積状態で介護を継続することは、患者の安全な療養生活を脅かす因子であり、家族の健康を疎外する因子となり、家庭崩壊にも連なる。夜間援助を提供することは、在宅療養を安全安楽なものにする。今後在宅ケアチームのなかで、夜間援助体制を検討し、確立していく必要がある。最後に御指導くださいました、ケアチームメンバーの方々に感謝致します。

難病患者の地域におけるグループワーク のあり方の検討（府下の事例を中心に）

柳 尚夫、逢坂 隆子、林 義緒 他
（大阪府大東保健所）

<はじめに>

大東保健所では、60年度より難病患者への援助内容の質的向上のため「パーキンソン病患者及び家族の集い」という、パーキンソン病患者のためのグループワークとリハビリテーションを60年9月より月2回のペースで実施しているので報告する。

<グループをはじめるきっかけ>

まず「同病の患者さんを紹介して欲しい」という患者さんの要望があり、同時に、パーキンソン病を初めとする神経難病患者個人に対して、医療機関の調整や福祉制度等のCW的支援の後は、リハビリと精神的支援の問題が大きい事を保健婦が認識し始めた。「愚痴を聞くだけで、精神的支援と言えるのだろうか？」という疑問が、保健婦の中に起こっており、リハビリについても、保健婦には患者に対し個別実施するだけの時間も知識も不足しており、患者のニーズ応えられなかった。これらより、保健所と市、社会福祉協議会、医師会で協議し、市と保健所が共催、他が後援の形でパーキンソン病患者の集いを設定することになった。

<目標>

- 1) 患者や家族が病気への理解を深める
- 2) 地域でのリハビリをうけられるようにする
- 3) 患者や家族の自助組織づくり

<運営上の約束>

- 1) 楽しくやろう、2) 楽にやろう、3) 患者さんの人格の尊重、4) なかよくやろう

<運営方法>

開催場所は、市立総合福祉センターの機能訓練室を使用している。最大の問題の送迎は、市のケースワーカーが市のマイクロバスの運転を担当し、保健所保健婦が同乗して患者さんの家の前まで行って送り迎えをしている。グループの運営は、基本的には、保健所から医師1名、保健婦2名、市からは、PT2名ケースワーカー1名、センターの看護婦1名で当たっている。62年よりは、ボランティアの協力も得ている。

<参加状況>

平均参加者数 10名（患者 7名、家族 3名）

1度でも参加した患者数、17名、

保健所把握患者数 27名、

不参加者10名の内訳 入院中4名、拒否3名、
寝たきり1名、仕事1名、通院1名、

<内容の概要>

- ・医療相談（専門医による相談と講義）
- ・リハビリテーション（個別メニューと体操、ゲーム）
- ・患者交流会（患者の意見の交流、クリスマス会）
- ・福祉相談（福祉制度の一般的知識と個別相談）
- ・野外活動（バスハイク）
- ・難病の患者会との交流

<集いの雰囲気>

メンバーは、第1回の集いでは緊張が強く、振戦の強くなる人や表情の固い人が多く、中には失禁をしてしまう人まで出た。最近では、みんな表情も柔らかく、笑い声が絶えない状況である。

<61年度からの新しい活動>

1) グループに参加していないケースへのアプローチとしては、入院しているため等で集いへの参加の困難なケースにも、集いの案内文を発送するだけでなく、寝たきりケースの中には、リフト付きバスでの送迎をすることにより参加してもらっているケースもある。

2) 活動の活発化と、自助組織への発展

①会のニックネームをハッピー会とつけ、患者、家族会として会則や世話人を決めた。

②野外活動の実施（春秋のバスハイク）

③吹田市千里のパーキンソン病の患者会との交流会実施

3) 61年度より月1度のパーキンソン病のための個人リハビリが開始し、リハビリの充実を図った。

4) ボランティアにリハビリテーションの補助等の協力を得れるようになった。

<グループワークのメリット>

（患者側）

- 1) 外出の機会の増加
- 2) 家族以外の人との交流をすることができる。
- 3) 予後の不安の減少
- 4) 患者同士の病気の日常的な知恵の交換

（スタッフ側）

- 1) 関係機関との連携が、事業を通じて強まる。
- 2) 多数のスタッフと接触を持てるので、保健婦の個人的能力以上の援助をすることができる。
- 3) 患者を月に一度は把握でき、グループでのケアのほうは、効率的である。
- 4) 保健婦の患者への援助の評価ができる。

<事業の評価について>

パーキンソン病を初めとして難病は、長期的には予後の悪く、原則として、症状は徐々に悪化する前提で考えていくべきであろう。従って、ADLや症状の改善のみを評価の尺度にせず、生活の質(QOL)の向上を評価尺度としたい。そうでないとグループのメンバーのなかから寝たきり者がでたり、死亡者が出るとグループの意義を見失いかねず、グループの存続に関わる問題である。

<終わりに>

今後患者会としての一層の独立性が必要であり、それに対する保健所を始めとする公的サービスのあり方の検討が必要と思われる。また、他の神経難病の患者に対するケアの問題等多くの課題が残っている。しかし、難病患者のケアの一つのスタイルとしてのグループワークは、今後も充実発展させて行く必要がある。

○黒田研二、多田羅浩三、朝倉新太郎

(大阪大学医学部公衆衛生)

大阪府では昭和59年度より府下の一部保健所において「在宅難病患者訪問指導事業」を予算化した。同事業を実施する保健所は次第に増えている。そこで、難病患者の地域ケアを推進する上での保健所の役割に検討を加えたい。

1. 都道府県レベルでの難病対策 全国都道府県の難病対策をみると、表1のように、①医療費等援助、②調査研究、③相談・訪問事業等のサービス、④患者団体助成、⑤関係職員研修、⑥医療機関の整備や助成、等が実施されている。国の対策が「特定疾患調査研究」に重点を置いているのに対し、都道府県では、患者の療養やケアを直接的に支援する事業に重点を置いているといえる。難病患者の地域ケアを推進するための基盤づくりという点では、現状の完結からするとまず府県レベルの施策の展開が期待される。大阪府では、以上の6項目の事業をすべて実施しているが、今後は地域ケアを促進するという観点から各事業間の相互の関係を形成していくことが課題となっている。

2. 保健所の難病患者ケア活動では「難病」をどうとらえるべきか 難病＝「特定疾患」ととらえるむきがあるが、「特定疾患」は、地域ケアの対象としてカテゴライズされたものではない。従って特定疾患患者の中には、寛解状態でケアの必要はない患者から、寝たきり状態、あるいは進行性で致命率も非常に高い疾患の患者まで様々な病態の者が含まれることになる。地域ケアの活動では、患者や家族の状態を考慮して対象を規定していく、という考えかたの方が合理的である。その場合、対象を規定する規準は、「患者および家族の困難度・負担度」と「適切な医療を受けているか」であろう。患者・家族の負担には、介護負担、経済的負担、精神的負担がある(表2)。保健所では、「特定疾患患者」の中からさらに「困難度・負担度」が高い人を優先的に選択できるような態勢を持つことが必要である。さらに、特定疾患以外にも、同様のケア・ニーズを有する患者を保健所が把握することができるならば、同様に地域ケアの対象に組み込んでいくべきであろう。

3. 難病患者のケアの活動に保健所が取り組むことの意義 難病患者家族が有する問題は多面的であり、ひとつのサービス機関ではその問題に総合的に対応することができない。難病患者と同様に、総合的な社会サービス(医療、保健、福祉サービス)を必要とする人々は、高齢化社会の進展とともに、今後増大していくことは確実である。地域ごとに、これらの人々に対する総合的、包括的なケア・サービスの組織化を図ることは、今や公衆衛生の重要な課題である。保健所には、地域でケア・システムを組織化していく戦略を立て、そのプロモーターとしての役割をになうことが期待される。

4. 地域ケアの組織化を促進するために保健所には何ができるか 難病患者のケアに取り組んでいる府下の保健所では、現在まだ試行的な段階ではあるが、①保健婦による訪問指導援助、②医療費援助申請時における面接相談とケア・ニーズの評価、③医療福祉相談会の開催、④グループワークとしての「患者の集い」、⑤専門医による講演会、⑥事例検討会などを実施している(表3)。保健所ではこれらの事業を今後とも開発、発展させていくとともに、さらにこうした活動を展開するにあたって、市町村の保健・福祉部門、医療機関や医師会、患者会やボランティアなどにも働きかけて、地域の総合的な活動にしていくよう工夫することが重要である。個々の事業を地道に確実に発展させる過程で、地域ケアの組織化も促進すると期待される。

表1. 都道府県の難病関連単独事業 (昭和60年度)

事業	実施都道府県数	備考
医療費援助 介護付・見守り等	16 17	府県の単独事業
調査研究 実態調査	14 5	大学等への委託 患者数の把握等
相談・訪問	20	保健所実施 15 患者団体委託 4 その他医師会等
患者団体助成	32	
関係職員研修	10	医師対象 6 保健婦対象 4
医療機関補助	7	申請や患者指導の 手数料など

(厚生省 難病対策推進課調べ)

表2. 特定疾患患者・家族が困っていること (11府保健所アンケート, 1985)

	全体 (196人)	介護が必要 (153人)
〈生活〉		
1人で病院ではない	17.3%	35.0%
病気のため収入が減少	17.3%	28.3%
1人で外出できない	15.3%	39.6%
生きがいを見出せない	12.2%	20.3%
近くにお医者さんがない	11.9%	17.0%
通院の費用がかさむ	8.9%	13.2%
〈医療〉		
薬計が合わない	19.9%	35.0%
仕事に出られなくなった	8.2%	18.9%
家を回れなくなった	8.2%	24.5%
他に治療の余地がない	7.7%	15.1%
病気に合った介護方法がわからない	6.1%	9.5%

表3. 大阪府保健所、特定疾患公費負担申請時の対応、訪問指導の現状、昭和57年と昭和60年の比較

	昭和57年 (27施設)	昭和60年 (28施設)
〈公費負担申請時の対応〉		
事務職員のみで対応	10施設	4
必要に応じて保健婦が面接	13	15
原則として保健婦が面接	4	9
その他	0	1
〈訪問指導の現状〉		
年間訪問患者実数	207人	737人
人口10万対訪問患者数	4.5人	15.3人
訪問患者数/医療費援助数	9.6%	19.3%
年間訪問回数	590回	1940回
年間患者1人対平均訪問回数	2.9回	2.7回
年間総訪問回に占める割合	1.2%	3.5%

○小沢 温, 園田 恭一, 杉沢 秀博 (東大・医・保健社会)
片平 例彦 (東医歯大・雑研), 木下 安子 (都神経研・社会学)
加藤 春樹 (公衆衛生院・研究課程), 手島 陸久 (都老総研・福祉医療)

目的) スモン発症時、スモン患者は社会関係上多くの困難を有していたことが指摘されている。本研究ではスモン患者の発症から現在に至るまでの社会関係(家族以外の人間関係)の悪化とその対処過程を分析し、関係改善の有無と改善の場合に有効であった社会資源について解明する。

対象と方法) 「東京スモン患者の会」に所属している患者190名のうち患者会のケースワーカーの紹介による11名の患者に訪問面接調査を実施した。調査は61年11月～62年1月にかけて実施された。

結果と考察) ①対象者の属性は、40-49才4名(男性1名、女性3名)、50-59才3名(男性2名、女性1名)、60-69才3名(男性2名、女性1名)、70才1名(女性)であり、最高年齢70才、最少年齢11才(共に調査時)である。鑑定症度は、I(5名)、II(1名)、III(5名)である。②近隣との関係では、1例が感染説により関係が悪化し、転居によって対処していた。残り10例のうち2例は近隣関係の悪化を恐れ、スモンであることを知らせないように対処しており、現在でもスモンのことを話すと、近隣から感染症と誤解される不安があると回答していた。スモン患者の地域ケアには近隣住民の理解が不可欠であることを考えると、一般の人へのスモンの正確な知識を普及していくことが依然として重要である。③医師・医療機関との関係では、すべての患者がキノホルム剤投与医療機関から転院しており、この理由として、単にスモン様症状の改善が見られないことだけでなく、発症の初期の段階における治療法、症状の説明の不十分さなど医師への不信を抱いたとする者もいた。従って、スモンの発症は薬剤投与医師と患者との関係の崩壊につながっていったといえよう。現在、スモンを理解し信頼できる医師に受診できる者は7例おり、これらのうち医師、医療機関からの紹介による者は2例と少なく、知人、親戚などによって関係を形成した者が多かった。残り4例は近隣の開業医がスモンを理解していないと回答しており、開業医に対してのスモンの知識と情報の普及が望まれる。また、投薬証明書請求時に薬剤投与医師(医療機関)が最初拒否した例が4例おり、これらの患者はスモン患者会・弁護士の活動によって証明書を取得でき、個別和解に果たした患者会の役割は非常に重要であった。④職場関係では、発症時職業についていたものは5例おり、失職を契機に関係を失った者が2例いた。この2例は、その後、身体上の都合により就職することができず、生活水準の低下で苦しんだ。残り3例のうち1例は、発症時に勤務していた食品会社から感染のおそれがあるとして出社を拒否されたが、専門医の診断で、その危険のないことがわかり、出社を認められた。その他、体力の低下によって、発症前の仕事を変えていた者が1例、身体上の都合で発症前の仕事を減らしていた者が1例であった。このように発症の影響は、職場関係において大きかった。⑤その他、発症後、趣味の仲間、地域障害者団体との関係を深めている患者がそれぞれ3例づついた(両方に関係のある者1例)。趣味の仲間の場合は、2例が和解後、知人の紹介によって参加しており、地域障害者団体の場合は、全例、保健所の保健婦、福祉事務所のケースワーカーの紹介によって、関係が形成されていた。また、患者の中には、家族にも言えない悩みをうちあけられるほど障害者の仲間と親しくしているとの回答もあり、これらの関係は、患者の精神的な安定に重要な役割を果たしていると言えよう。従って、これら地域障害者団体などとの関係を形成していく上で、コーディネイターとしての保健婦、ケースワーカーの活動は非常に重要である。

結論) 社会関係の悪化は、近隣、職場、医師(医療機関)との関係で顕著な事例がみられた。その対処に有効であった社会資源として、患者会・弁護士の訴訟、和解における活動、保健婦・ケースワーカーの患者を地域障害者団体に結び付ける活動、および、専門医師によるスモンに関する正確な知識の伝達が挙げられる。

西 三郎（東京都立大学人文学部社会福祉行政論講座）

三鷹市医師会は、7年間の難病検診をとりまとめて『難病検診の意義とその役割 みんなが幸せで健康なまちをめざして』を有斐閣、1987.より刊行した。この本の内容をふまえて、難病対策のあり方とその方向を報告する。

東京三多摩から始まった難病検診が東京都区内各地の医師会と保健所との協力により実施されている。しかしながら、その多くは、本質的なねらいが不明確なまま形式のみが受け継がれた事業化している。特に近年厚生省は、この難病検診を含め東京都立神経病院による在宅診療班の活動を着目し、基本的な事を切り捨てて在宅での重症患者がいる事実のみを重視した検討会が開かれ、在宅ケア推進の名のもとに医療費削減政策に協力している。このような、現状のなかで、医療の基本を踏まえた活動をすすめている三鷹市の事例を表記の本が出版された機会にその意義を改めて確認し、まとめることが重要であると考え、考察を加えた。

三鷹市は、東京都の島しょ部を除いた中央部に位置する人口16万の近郊住宅地で地方交付税不交付団体である。三鷹市の基本計画は、昭和60年に改訂され、「高齢者が長年住なれた三鷹市において、安心して生涯を全うできる諸条件を整えるとともに、すべての人が健康で生きがいのある老後生活を送ることができるよう高齢者全体に視野を広げた取り組みが必要です」と述べている。三鷹市医師会は、市民団体とともに市民の健康な生活の確保に努めている運動の経過と本の内容の概略を以下に示す。

三鷹市医師会編『難病検診の意義とその役割』の内容の概略：

§ 1 三鷹市難病検診の意義とその役割（医師会員による論文等）

三鷹市医師会に於ける地域医療の実践（中村努）、医師会の目指す在宅ケア（村田欣造）、医師会の在宅ケアの確立に果たした役割（西三郎）他

§ 2 三鷹市難病検診とその後のフォロー

神経難病検診のまとめと難病検診後のフォローの状況（77症例の紹介）

§ 3 三鷹市難病ケア会議とその経過

第2月曜に8.1月を除き欠かさず事例検討と連絡会を開催

§ 4 三鷹市の衛生行政としての難病活動

三鷹保健所及び三鷹市における難病の取り組み

§ 5 難病検診を始める努力とその問題点

最初にかかわった人々による本音での座談会

§ 6 三鷹市難病検診にかかわる諸報告

在宅神経疾患患者の保健サービスの実践（川村佐和子他）、生きるまちを拓く（宮川 齊）他多数

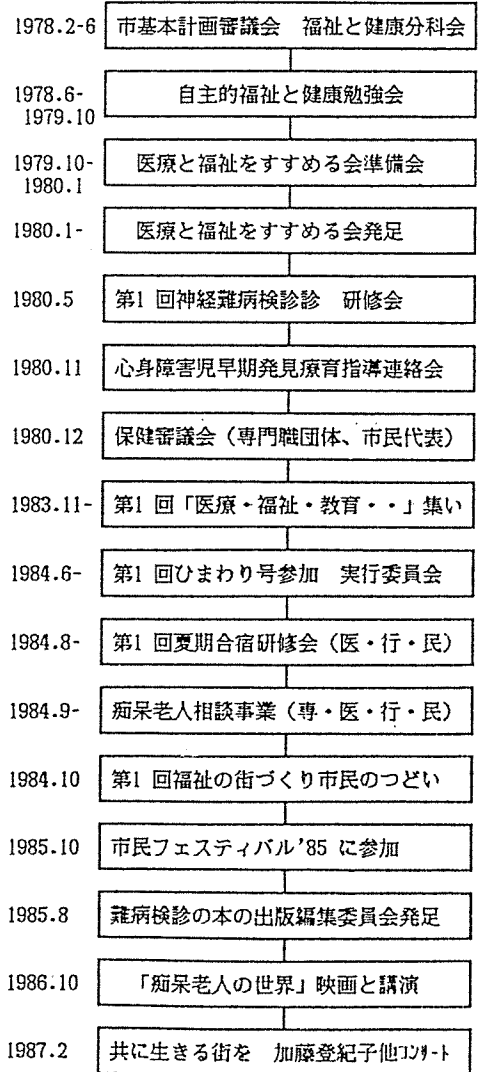
§ 7 三鷹市難病検診の広報など

§ 8 意義ある事業の一翼を担って

三鷹市医療と福祉をすすめる会ニュースより市民、参加学生、その他関係者の記事を転載し、難病検診以外の市民の意見を紹介

医師会編でありながら、行政、市民幅広い参加によりまとめている。

図 市民組織及び医師会の発展過程



岡本悦司 多田羅浩三 (阪大公衆衛生)

〔方法〕札幌、東京、大阪および、大阪府T町、K国保組合を対象に国民健康保険保険料算定プログラムを作成し、加入者の所得と国民健康保険保険料との関連を分析した。(札幌、大阪、東京の3都市は62年度、T町およびK国保組合については61年度の料率を使用した。)

保険料算定のもととなる住民税算定の際の控除額は基礎、配偶者、扶養者控除(各26万円)の他(医療費、社会保険料控除など)は一律20万円とした。またT町は資産割がありこの図に示した額の他に固定資産税(評価額の1.7%)の33.7%を賦課しているが、ここでは借家人等、資産割=0円の加入者を想定した。

〔結果と考察〕①社会保険料は一般に所得あるいは資産に応じた負担主義がとられる。一方、民間保険では個人のニーズ(あるいはリスク)に応じて保険料が決定され、基本的には所得と無関係な定額制となる。

K国保組合は定額保険料制をとっており任意加入(市町村国保と自由な選択が可能)であることもあまって事実上民間保険と類似した保険料体系を有している。それに対して東京23区では単身世帯の場合総所得417万円までの所得層で住民税とはほぼ平行した累進制となっており社会保障原理が貫かれている。

②国保保険料は一般の租税と異なり、賦課限度額が設けられている。一方、限度額以下の加入者には累進率を課す自治体が多く、そのような場合、負担率(総所得に対する保険料額)は限度額前後の層で最も高くなる。

札幌市の場合、保険料率が住民税の8倍と急勾配のため単身世帯では年間所得124万円で限度額(37万円)に達し、それ以上の大半の所得階層で事実上の定額制となっている。その結果、もし仮に限度額が設けられていなければ高所得層に賦課されたであろう保険料額は算定総額の64.9%と全国第3位になっている

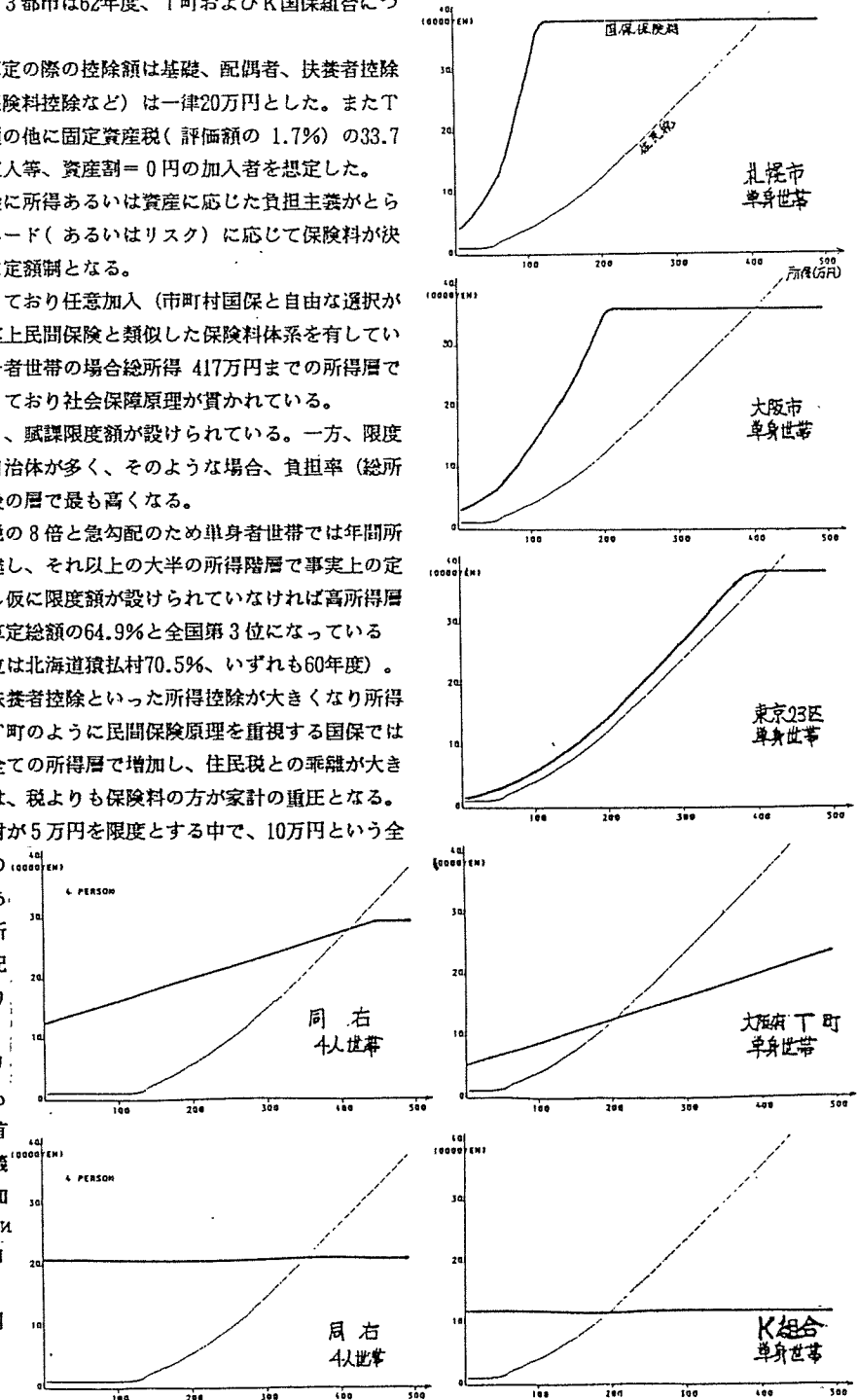
(一位は愛知県碧南市77.3%、二位は北海道猿払村70.5%、いずれも60年度)。

③家族数が増えると配偶者控除や扶養者控除といった所得控除が大きくなり所得税・住民税は軽減される。しかしT町のように民間保険原理を重視する国保では数人家族が増えるだけで保険料は全ての所得層で増加し、住民税との乖離が大きくなる。その結果こうした世帯では、税よりも保険料の方が家計の重圧となる。

④昭和45年まで京都市は他の市町村が5万円を限度とする中で、10万円という全国一高い限度額を設けていた。その

背景には国保事業を保険ではなくあくまで社会保障としてとらえ、低所得層にシワ寄せがゆかないための配慮のあったことが当時の議事録より伺えた。

〔結語〕これら国民健康保険のポリシーが形成されるのは加入者代表も加わっている国保運営協議会なる首長の諮問機関であるが、そこでの議論の内容はほとんど一般加入者に知らされていないのが現状である。被用者保険では限度額を越える加入者が3%を越えたら限度額を引き上げることが法定されているが、同様の規則が国保でも求められる。



竹内治一（摂津市医師会）

今回の地域医療計画は、1985年12月の医療法改正によって始められた。政府の狙いははっきりしている。即ち、現在180万床に迫ろうとしている病院ベッド数を100万床程度に削減し、それによって医療費を大幅に減らそうというのである。

これは具体的にいうと「必要的記載事項」であるとした地域医療圏の設定と、その圏内の必要ベッド数の算定である。そして算定公式は厚生省通達のガイドラインにより既に定まっているので、地域医療圏さえ決定すれば圏内の必要ベッド数は直ちに出来る。この数は調査時点の入院患者総数の1.2倍程度と考えればほぼ問題ない。

さて、このような荒っぽいやり方で地域住民の真に必要なとするベッド数が果たして決定しうるのかどうか。大変疑問に思うところであるが、そのことを決定するのは、当該地域医療圏で、いかなる医療が行なわれるのかを決定する「任意的記載事項」を重視し、十分これを盛りこむことによってある程度果たしうるのではないか。既に発表された神奈川、兵庫等の地域医療計画では一体どれほど「任意的記載事項」が論議されたのであろうか。発表されたものを読む限り、極めて不十分といわざるをえない。

地域医療という概念は憲法、地方自治法上の人権意識を根底にしっかりと据えた上で

- (1) ガイドラインを金科玉条とすることなく「任意的記載事項」を漏れなく論議させること
- (2) 地域医療計画策定のあらゆる段階で住民参加の道を開くよう努力すること
- (3) 都道府県自身には必ずしも地域医療の専門家がいるとは限らないので、現状では計画策定に当たって彼らが医師会を大きく頼るのは仕方がないであろう。しかし医師会には能力差があり、能力なきところは行政のみでやってしまったり、又、民間調査機関に任せたり、大学に頼りきりのところもある。この中にいかにしてわれわれの要求を盛りこむか
- (4) 地域医療の最小単位となる地方自治体をいかに自覚させるか。第一線医療を担当するわれわれがこれについて重要な役割を果たすべきだと考える
- (5) 都道府県単位の審議会は昨年8月から早々と決められている。地域医療圏ごとの協議会、各自治体における協議会をいかに民主的に構成するか。都道府県は各自治体が独自に協議会を持つことを必ずしも喜ばないであろう。しかし、今後の運営にこの協議会は必須である
- (6) 地域の民主団体をいかに糾合するか。各自治体の担当者すら殆ど関心を示さぬほど理解度は低い、一般住民ではなおさらであろう。それをいかにして地域医療計画策定に参加させるか
- (7) これに反して病院や病院団体は地域医療計画、特に地域医療圏に対し過剰なまでの反応を示し、その割に地域医療というものを十分理解していないという弱点を持つ

◎山下清隆 兵下厚敏 近藤雄二 関 美彦
（奈良国大 第三学教育）

1. はじめに：目下、「改正」医療法にもとずき各地で地域医療計画作製の作業がすすめられている。これまでの経過や近接の状況等をふまえて、今回の地域医療計画にまつわる問題点について点検し、医療計画の今後にもたらす事柄について考えたい。
2. 医療計画策定の位置付け：今回の事態を作り出した医療法「改正」への動きは、1985年の富士見国大の医療法改正案、一旦当県病院問題等を契機に、医療法「改正」によりこの種の問題に対するしよとしたことにはじまる。その法、「医師行医」を厳格化するとともに、国民医療費適正化対策として、国民医療費を抑制するとして、「行政改革」的対応の「医療適正化法」的対応へと移行して、もつて「医療制度改革」の「第一歩」として「改正」医療法による医療計画策定が取り扱われることとなる。すなわち、医療法の「第二次改正」作業が進められていると伝えられているところであり、また、厚生省の「国民医療費削減目標」の中間報告を公表するなど、「医療制度改革」の新たな動きが進むにつれ、医療計画策定作業が取り扱われること、の点に重要な意味がある。
3. 計画策定の狙い：「医療を提供する体制の確保を図り、もつて国民の健康の保持に寄与することを目的」（医療法第一条）。「医療供給体制の効率的・効率的システム化」、「プライマリ・ケアから高度専門医療に至る途の保健・医療機能の分化」と「医療機関相互のネットワーク化と連携強化」を進め、「持続性のある医療資源正化対策の確立を目指す」。「公私医療機関の役割分担の明確化」。医療計画はそのための「第一歩」
4. 計画内容：都道府県が計画（「医療を提供する体制の確保に関する計画」）を定める。厚生大臣は、「計画の作成上重要な技術的事項」について「必要な助言をすることができる」、「あらかじめ」市町村等の「意見を聴かなければならない」。「厚生大臣に提出する」とともに「公示」する。（a）必要記載事項＝二次医療圏以上の圏域設定、二次医療圏毎の病床総数の設定。（b）任意的記載事項（関係者の合意を得て可能な限り記載）＝病院機能の整備目標、僻地・救急医療の確保、病院・診療所・薬局等の相互の機能連携、医療と密接な関連を有する施策（公衆衛生、薬事、社会福祉等）との連携等。
5. 計画進行状況（1987.6.20現在）：① 神奈川、兵庫、新潟、鹿児島は既に公示・施行、② 1987年度完成予定が愛知、京都、奈良、広島、岡山、大阪等 20 府県、③ 1988年度完成予定が北海道、岐阜、三重、香川等 12 道県、④ 1989年度以降：宮城、東京、⑤ 既に地域保健医療計画策定済とされ、岡山、広島、高松、愛媛など 11 府県では、当面、「必要記載事項だけ」の計画作成となる可能性あり。
6. 各地でのこれまでの計画作成作業にみうけられる特徴点：① 計画の前提となる保健・医療情報の質の問題（例えば、患者調査の結果は、既存の医療機関分布に規定された住民の受診行動の結果にすぎない）、② 設定された医療圏域の規模は適当か、一次医療圏の設定の在り方、三次医療圏の在り方、設定のあり方の問題（圏域の広域化と住民の日常性との乖離傾向の拡大）、③ 病床総数規制の有効性、現状維持的傾向の問題、既得権益の保護にならないか、④ 医療計画の「性格」＝病・診の機能分化と有機的連携等はいかにして有効性を確保するか、⑤ 一次医療圏計画の欠如＝プライマリ・ケア中心の医療計画となりうるか、家庭医療機能の維持と二次医療機関等による支援体制の在り方の問題、⑥ 地域保健計画と「健康自己責任論」・「習慣病」、⑦ 計画策定過程の「秘密主義」的傾向の問題、⑧ 計画の進行管理体制（計画の具体化の手続き、到達度評価、効果判定等）と責任の所在、行政の役割の在り方の問題、⑨ 地域住民の声を如何に計画に汲み上げているか－top downとbottom up、⑩ 任意的事項の「簡略化」の動きもたらすもの、「駆け込み増床」問題との関連で、
7. 目下、作業中の医療計画については、前記のことき問題点を踏めとして、様々な気にかかる問題点がみうけられる。計画は「目的」ではなく、住民も含めて関係者共通の「目標」であり、「目標」達成へむけての「手段」であり「道具」であることが、求められると思われるが、現在作成されつつある各地の計画は、果たしていかなる性格のものとなるか。医療計画に基づく取り組みか、今後にいかなる事態を暮らしの場・地域にもたらすか、今後に見守っていく必要があるが、現段階で明かなこととして指摘しうるのは、過剰病床地域では保険医療機関指定を認めないといったことも検討されていると伝えられているように、医療計画を有効機能させるためには、現状よりも更に一段と規制強化の事態が続くことになる恐れが大きいという点である。また、厚生省の高齢者対策企画推進本部報告(1986.4)や、国民医療総合対策本部の中間報告(1987.6)に盛り込まれている内容等から見て、医療計画作成が今後にもたらすものは、大病院中心の医療再編の進行であり、病床総数の規制や老人保健施設への再編病床転用計画などからみて、「縮小再編」という事態が続くことになるものと思われる。

西 三郎（東京都立大学人文学部社会福祉行政論講座）

1. モデル事業のねらいと実態

厚生省は、1973年より始めた国民健康づくり計画をさらに効果的に展開するために、健康・体力づくり事業財団の協力ののもとに「国民健康・体力づくり事業財団計画モデル事業」を1981年より中間予算1,000万円、5か年の事業として実施することとし、全国より京城県（水戸地域）、新潟県（上越地域）、長野県（上小地域）、愛知県（西三河地域）、大阪府（吹田地域）を選定した。事業の内容として ①地域保健総合計画の策定 ②健康づくり事業の実施 ③評価とした。厚生省は、各地域に担当官を配置し、健康・体力づくり事業財団は、検討会（研究者として小町善男、多田羅浩三、西 三郎）を設けた。

モデル事業を中心的に推進する機関を保健所に限定せず、それぞれの地域で市町村、医師会その他の機関があるもよしとされた。しかしながら、実態は、県庁の企画する事業の下請けに終始し、一部の地域のみが主体的な取組みを行ったに過ぎない。検討会の学識経験者は、各地域の指導を行うとされていたが、実際には小町は茨城、多田羅は大阪にかかわりを持ち、西は長野からの要請を受けて指導したのみで、他の地域では、研究者への働き掛けを殆どしていなかった。厚生省の担当官の役割は、当初の期待と異なり形骸化されていた。すなわち、モデルの名のもとに多額の費用を掛けながら、実態としてただ予算を執行したといっても過言ではなかったといえよう。

2. 中間報告とその後

1983年は中間年であることから、「国民健康づくり計画モデル事業について（資料集）」（1983.3）を公表した。その内容の多くは、2年間に実施した事業の取りまとめにとどまり、モデルとしての方向を打ち出してはいなかった。その後、検討会自体もモデルとしての思想の論議も殆ど行わず、会議の開催も少なく、最終年度の1985年をまとめと整理のために1年間期間を延長し、1986.8に最終報告書素案の提出と定め、その素案に基づいて検討会の研究者が中心となりまとめることとした。しかし、現在まで報告書素案が研究者に手渡されていない。

保健所の将来がかかる事業で、しかも保健所としては多額の

予算の事業であり、しかも研究者を配置しなから霧散に近い結果になっている。

3. 長野県の事例

長野県でのモデル事業は、上田県保健所を中心となり管内全市町村に保健所としての指導性を発揮し、各市町村とも県庁計に保健計画策定のための検討資料を作成した。この経過にみられた上田保健所が、各市町村のみならず関係諸機関、団体をまとめ、さらに保健計画策定に向けての優れた指導力が本庁から高く評価され、その経験を普遍化するため県単独事業として1985年より「ニューライフ健康づくりやまびこ運動事業」と名打って保健所の再生を目指した事業が始まった。現在、県内全保健所が当該事業をそれぞれ独自に取組み、各保健所ともにそれぞれ管内市町村への指導力を高めてきている。本来の保健所の業務であったとはいえ最近の保健所が低迷しているなかでようやく再生への糸口をつかんだ段階にあり、今後の発展が期待される。

4. 衛生行政の課題

長野県は、モデルとしての意図を保健所の再生として実現できた貴重な例といえる。もちろん、吹田市地域保健計画の策定のように他の地域においてもそれなりの成果を挙げたであろうが、県内に事業が拡大された例は無く、国からの補助の終了とともにともに事業自体も解消される可能性が高いと思われる。

現在、国は、「公衆衛生」という言葉を抹殺し、概念不明確な「地域保健、地域医療」に置き換えている。多くの開業医は、毎日診療を行っているが「地域医療」は実践していないと答えるように、それぞれが都合の良い解釈がされている。地域保健も同様で、住民自治を踏まえられない地域論、しかも生活実践を欠いた机上論での地域論に依拠し、しかも保健活動そのものが国民の健康な生活の確保するという基本的視点を欠き、ただ健康診査、保健指導、健康教育等々の事業消化に追われている実態の中で、モデル事業が霧散することが避けられなかったのは当然ともいえよう。わずかに長野県での事例が、基礎的自治体としての市町村を地域の単位としてそこでの保健活動を論じていたことが成果を挙げ得た理由といえよう。

仁平 潔 (弘前大・医・衛生)

<目的>

暖房の有無と種類の違いなどが健康に与える影響について知り、今後の生活改善・指導に役立てること。

<方法>

青森県八戸郡生島の最先端にある一過村に居住する60歳以上の住民約360名を対象として、大雪・寒波被害・主たる収入源・支出・障害・首痛・腰痛などの問題点・食物の嗜好・暖房など、自然環境の最も厳しい冬期問題の生活状態、健康状態を調査した。調査期間は1986年12月～1987年2月であり、調査は家庭訪問で行う人または学校に行ける生徒聞き取りを中心とし、一部は調査員の観察による。今回はこのうち、暖房を中心として解析を行った。

<結果>

調査期間中の調査に応じた人は男291名、女375名の計666名(うち、夫婦172組)であった。これら男女別の年齢構成には大きな差はなかった。

健康状態と受診状況(表1)では、体に何らかの障害・自覚症状のある人の率には男女間に大きな差がなかったが、定期的に受診している人の率は女にやや高かった。

自分自身の部屋(寝室)に暖房がない世帯が196、ある世帯が278であったが、暖房の有無と健康状態との間には明確な関連は見い出せなかった。暖房が部屋にないのは、日中は暖房のある家族共通の部屋で過ごし、自分の部屋は寝室としてのみ使用する例が多いためと考えられる。

暖房の種類(表2)では、60%以上が電気毛布のみであった。また、その他はマキストープ3、葉中暖房2、床暖房2、湯タンポ、電気アンカなどであった。

トイレの様式と暖房について(表3)。

トイレの様式では、494世帯中和式390世帯、洋式104世帯であった。洋式のトイレが当初予想したよりも多かったが、簡易便座の普及があり、これを合算したためと考えられる。

トイレに暖房がある世帯の率はごく低かったが、洋式の方が和式に比較して率が高いためである。

トイレ暖房の種類は葉中暖房によるものが2を除いては全て電気ストーブであった。

かつて、この村で数多く見られた屋外トイレは今回の調査では見られなくなっていた。

表2 部屋(寝室)の暖房の種類

	世帯
灯油ストーブ	69
電気ストーブ	10
こたつ	1
火鉢	0
電気毛布	182
その他・不明	36
計	298

表1 健康状態と医療

健康状態	受療状況	男 女	
		男	女
障害・自覚症状なし	受診なし	100	97
障害・自覚症状なし	受診あり	35	54
障害・自覚症状あり	受診なし	34	45
障害・自覚症状あり	受診あり	122	179
計(人)		291	375

表3 トイレの様式と暖房

様式	暖房	世帯
和式	あり	8
和式	なし	382
洋式	あり	26
洋式	なし	78
計		494

住居と老人の健康と生活—住居調査および在宅医療活動を通じた寝たきり老人防止に関する考察(その1)

○谷田悟郎、松村タケ、森孝剛、坂本正伸
 (京都保健会南ブロック 在宅診療所)
 水野弘之(京都府立大学医学部)

昭和60年開始の京都府大生治科学部の寝たきり老人住居調査を契機に、「寝たきり老人がつけられる」原因に着目して、住居と在宅医療の両面から調査研究を行ったので、報告する。本研究では、寝たきり老人形成過程における住居的要因、日常生活的要因、社会医学的要因の個別的作用および総合的作用を説明し、総合的対策を企てるための拠点を導くことを目的とする。主語句は、外出・徒歩・バスなどの日常生活の空間的範囲(移動)と主語句である。日常生活圏とは、遠足・散歩、医療活動、リハビリなどの総合的範囲と社会医学的範囲を合せて検討する。

調査対象として、当診療所の定常主治の患者中で生活圏が徒歩に及ぶ(18例)のうち、寝たきり老人の事例を選んだ。調査項目は、患者の属性、生活条件、疾病、在宅状況、医療サービスなどである。調査は医師、訪問看護、訪問リハビリを通じて実施し、独自の住居調査も行った。

調査結果は、Ⅰ.日常生活行為の空間的範囲と寝たきり程度との対応(表1参照)、Ⅱ.寝たきり形成要因の抽出(推定)(表2のⅡ参照)、Ⅲ.寝たきり防止対策の実施状況(表2のⅢ参照)の三つの観点から検討した。

それらによれば、寝たきり老人の形成過程には、疾病の種類(外傷、歩行障害などを含む)とともに、住宅内外の多様な有形無形のバリエーション(障壁)が介在すること、また、在宅リハビリをしない・できないために、依拠運動症候群が進行すると、さらに、行政の責任、専門技術部門の補完的サービスが欠けていると推測される。

今後の取りくみについて言えば、地域での地域住民と保健・医療・福祉のネットワーク、住居的対策も加え、地域における総合的対策として推進する必要性を痛感する次第である。

表1. Ⅰ.日常生活行為の空間的範囲と寝たきりの程度

類型	性別	年齢	移動の状況	住宅と居住階	日常生活の範囲	寝床形式	離床の有無	排泄の場所と方法	入浴等の場所と方法	外出	
Ⅰ	G	女	84	移動せず	戸建1F	寝床のみ布団	×	寝床・おむつ	入浴せず	×	
Ⅱ	Y	女	60	歩中心で移動	集合2F, EVなし	住宅内	布団	○	寝床・おむつ	洗面・トイレ・バス	△
Ⅲ	S	男	77	杖で歩行	集合3F, EVなし	住居内	バット	○	便所・自力	洗面・トイレ・バス	△
Ⅲ	C	男	71	杖で歩行	戸建1F	地域	布団	○	便所・自力	洗面・自力	○

記号 EV エレベーター
 PB ポーパルバス
 △ 歩行の障害が有る状態で外出
 × 全く外出せず
 ○ 自力で外出

表2. Ⅱ.寝たきり形成要因(推定)とⅢ.寝たきり防止対策実施状況

事例	Ⅱ.寝たきり形成要因(推定)	Ⅲ.寝たきり防止対策実施状況
網	照度管理 夜間起立 介護士 疾病の種類 推定	住居改善 11世紀エレベーター 地域サポート
G	生活保護 2(娘) 居宅 歩行障害(高血圧) 2回 2回	歩行補助具 足籠
Y	生活保護 2(息子) 居宅 歩行障害(腰痛) 1回 2回	歩行補助具(別回) 本人積極的
E	生活保護 2(妻) 車椅子 歩行障害 1回 1回	歩行補助具 11世紀エレベーター 介護士 歩行補助具
S	生活保護 1 同棲 歩行障害 1回 1回	歩行補助具 11世紀エレベーター 介護士 歩行補助具
C	生活保護 3(妻) 歩行補助具 歩行障害 1回 1回	歩行補助具 11世紀エレベーター 介護士 歩行補助具

第 2 日

7月26日(日)

第二会場

田中由紀子 (ヘルパーズセンター長)

国分市立第二事業所長(兼事務主任)

〔はじめに〕 ケア体制づくりを目的とするヘルパーの援助内容について考える

〔方 法〕 東京都国分市福祉事務所で介護受給者の中からケア需要を高く感じながら介護への具体的な援助内容が不足する、S59・10～S61・3

〔背 景〕

介護の需要は、A子、H子、母親手帳1名、介護手帳1冊、市野介護センター、市立第二事業所、市立第三におきけるヘルパー派遣事業などにより、日常生活に支障をきたすほどの介護を要しているが、介護の介護の現場にきて、本人の介護力、介護の時の介護不足、医療の連携不足、介護に支障をきたしている状態であった。

ヘルパー派遣と援助は、介護の現場を支援するものとして介護に必要がくるまで、母子援助事業を通じて、生活介護をするなかで、ケア体制をつくりあげていった。以下援助を通じて具体的な援助内容で示す。

図1 具体的援助の内容

経過	環境	状 態	条件整備	援助者	経過	環境	状 態	条件整備	援助者		
初 回 1 6 ヶ 月	天 婦 げんか 家 庭 内 別 居 経 済 的 困 難 夫、妻に 暴 力	殆ど放置	福祉へ相談	母	1 0 ヶ 月	完全別居	手足の拘縮 発作の連続 口腔衛生悪し	引っ越し 専門病院へ相談 訪問検診 外来受診	+都立病院 相談室 +専門病 院 +保健婦		
		情報不足 着替なし オムツにタオル 便秘	古着の寄付品 紙オムツ 大人用オムツ 定時薬に加える	+社 協			10 ヶ 月 1 6 ヶ 月	母、寝込む 体力の衰 え	入浴困難 介護の限界 栄養失調	歯科治療 車椅子支給 施設見学 一時入所 薬の調整	+療育セ ンター
		陰部に湿疹 尿もれ多量 爪の変色	入浴回数増 ふとん乾燥事業 用品の支給 夫婦間の調整	+市厚生 課			父入院			定期検診 訪問看護導入 視察と連絡	+訪問看 護婦
7 ヶ 月	母親虐待	寝具の点検	時間をかけて爪切 夫婦間の調整 ムアツ西園支給	+市法律 相談	現 在	父死亡 財産分与	経済の安定 (父の年金)	看護婦との連絡 ノート			

〔考 察〕 導入のきっかけは、母親の介護力の限界による部分的な援助であったが、生活の援助とは、そのひとつひとつが切り取れるものではなく、夫婦の状態、本人の状態によって、そのつど援助内容を深えながら、相互を結び付け、関係機関の拡大、援助者の拡大になっていき、本人を含むその家庭全体の生活支援の拡大になって行った。当初ケースワーカーとヘルパーのみの係わりから現在は医療機関が4機関、援助者の職種も5職種をこえている。

〔まとめ〕 このように、外部の援助に拒否的な家庭に、援助を行なうためには、その前提に、①援助を受け入れる家庭の姿勢をつくる必要がある。新しい環境、援助にたいし拒否的要素を示さぬよう準備の援助を進めなければならない。そしてそのうえで、②医療・生活・療育に対する制度的保証を導入していく。③ホームヘルパーの援助が、この過程で単なる、代替・補充にとどまらず、組織的処遇によって、生活サイドから世帯を単位として、ケア体制をつくり上げて行く為の役割をもつものであった。とすることが言える。

井上 千津子

ヘルパー・スキル研究会

(上越市 ホームヘルパー)

◇研究の目的：下半身麻痺が進行し、高齢な夫と二人暮らしの為入浴ができず介護をもとめてくるヘルパーとして入浴のみでなく、生活自立を目的とした援助を行う。この事例への援助を通してヘルパー活動のスキルを考えてみたい。(72回訪問)

氏名	続柄	年齢	生年月日	心身	学歴	備考	◎希望する援助内容(申請時)
1. A男	夫	79	M. 41. 1. 31	健健	高小	難聴	
2. B子	妻	69	T. 6. 9. 22	健ね	高小	2級	

◇世帯の状況と生活歴

A 男：農機具製作所勤務、50才頃より難聴となり補聴器をつける。会話には不自由ない不十分ながらB子の世話をし、家事を行っている。

B 子：幼くしてクル病となる。年季奉公をして仕立職を身につける。A男と結婚、不自由な体でも家事は立派にやっていた。S57脳卒中で倒れ、歩行困難となり、座して四つん這いで移動する。家事・身の回りの事全面依存となる。

娘C子：D夫と結婚、最初は同居していたが現在別居(他町内在住)

◇援 助

	援 助 前	援 助 内 容	生 活 上 の 変 化
入 浴	風呂へ連れて行き、かけ湯をする。	ガーデンプールを風呂場におき風呂のお湯を汲み込んで簡易浴槽を作る。	プールの縁を枕にして寝かせる。肩・腰・足・と湯につかる事ができ体中が暖まる。洗髪も充分出来る。B子大喜び。
排 泄	ポータブルトイレの使用、その都度夫の介助が必要。トイレが高過るのでA男にとっては排泄介助は重労働。B子のA男に対する気兼ねの原因。	ポータブルトイレの改良。B子の立膝の高さにする。排尿が勢いがいいと外へ飛び出すので、ウレタンを底に敷く。	B子独力で可能、A男トイレの工夫をする事に積極的になる。A男長時間の外出が可能になり、老人クラブの旅行に参加する。B子遠慮なくお茶がのめると言う。
食 事	B子、歯がなく歯茎で咀嚼。栄養のバランスとれず便秘がち、A男の味付けではおいしくないと言う。	調理方法の工夫、夫にデンシレジの使用を指導し、半製品の利用を進める。電熱器をB子の近くへ置き自力で味付けをする。	調理品目の拡大、A男の食事の準備に対する重荷を取り除く。
寝具の乾燥	B子の布団が重く、干す事が不可能。畳変色。	布団乾燥サービスを受ける。	汚れも落ち臭いもなくなる。
衣類の着脱	紐でしぼる。ボタンかけ不可能。	衣類の改良(頭からかぶるよう似する)。	衣類の着脱自力で可、改良作業を通して娘との交流がスムーズなる。
室内の移動	はいずるので向うずねが赤くはれる。	ももひきの足の部分で厚手のストッキングを作り保護する。	はいずるのに膝の痛みがなくなる。
外部との接触	5年間外出した事がない、庭の草花が見たいと言う。	車椅子貸与の手続きをとる。庭に面した窓ガラスを透明にする。	車椅子で外につれ出す。窓ガラスを通して庭の草花を眺める事が出来る。

須賀 美晴 ヘルパーズキル研究会
（国分寺もじこースワーカー）

1 はじめに 行政や周囲に対して拒否的（あるいは無目撃）なケースにおいて行った援助のすすめ方と、関連機関との連携によるケア体制づくりを検討する。

2 方法 東京都国分寺市福祉事務所で3法（身障・障害・老）ケースワーカーの日常業務の真実を分かった。

3 結果 1事例の経緯 A子（41歳）身障手帳1級、愛の手帳（障害）1更 重度自覚化後、母（72歳）と二人暮らし時は父（S61死亡）との三人世帯、母は障害の要因が父に由来と聞き周囲に言いづらな関係。障害の母と父の同居は6年。母はA子の世話を生き甲斐とするが、その甲斐はなくなり周囲が拒否的。母は父に世話をよくすとの希望を目的。

2相談・処遇の開始 本世帯では、施設入居や障害・介護のロードとして母問題は表面に出ず、夫婦喧嘩として現れる。背景には、生活と障害へのケアの問題がある（図1）。上記事例から読み取り援助は図2のように進んだ。

3制度・施策適用の動きかけと配置 障害福祉年金の手続きからじわじわ、障害者が各種支援をうけるために必要な愛の手帳（郵便目。国の療育手帳に相当）をとり、各種手帳等は愛をしたが、施設通所、入所、ヘルパー派遣、訪問療診・看護などの直接的サービスは拒否。A子以外に子供なく、その世話をする以外の生き方をしらない母は、加齢による介護不能に至っても外へ援助を求めず、夫及び親戚への不意から心中する危険も考えられた。加齢による介護能力低下は時間の問題と考え、ヘルパー派遣を機会あるごとに促した。

4ヘルパー派遣の成果 A子の唯一の楽しみと母が思う入浴の介護が不可能となりヘルパー申請がでた。母は「入浴のみ」とヘルパー業務を限定してきたが、生活全体のケアにすすむ事を予測し、そのとおりに従った。派遣開始後、約一年で図3のケア体制をつくることができた。

4 考察とまとめ ①特別な施策、体制は前提でなかった。国分寺市は五法ワーカー4名（S51まで2名）ヘルパー4名で特別な施策はない。神経病院相談室の助言をうけ医療と連携したケア体制に至った。②直接処遇職員＝ヘルパーを生活サイドのキーパーソンにする。ケースワーカーがわかりえなかった点がヘルパーによって、把握、解決した。ワーカーは訪問・面接までであり、オムツなど排泄の衛生状況を評価できない。療養や歯科治療の必要性の把握とそれへの同意誘導をヘルパーは、日常業務を通じて行うことができた。本来は外から隠されている生活のなかに入りこむヘルパーの特性をいかすなかで、対象者への無理ない指導、効果的な処遇が可能となった。このため、①福祉行政側のケースへの柔軟な対応と、②ケースワーカーとヘルパーの連携による共同のケース処遇が重要と思われる。

図1 ケース分析と処遇方針

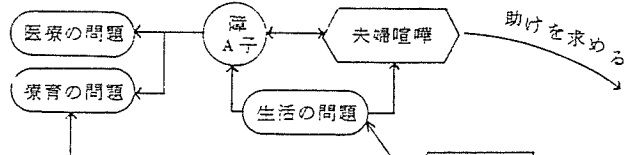


図2 援助の開始と進行

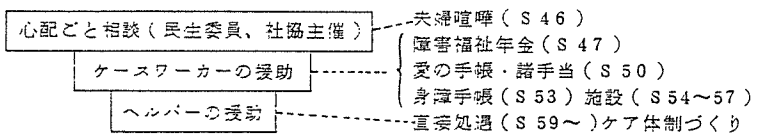
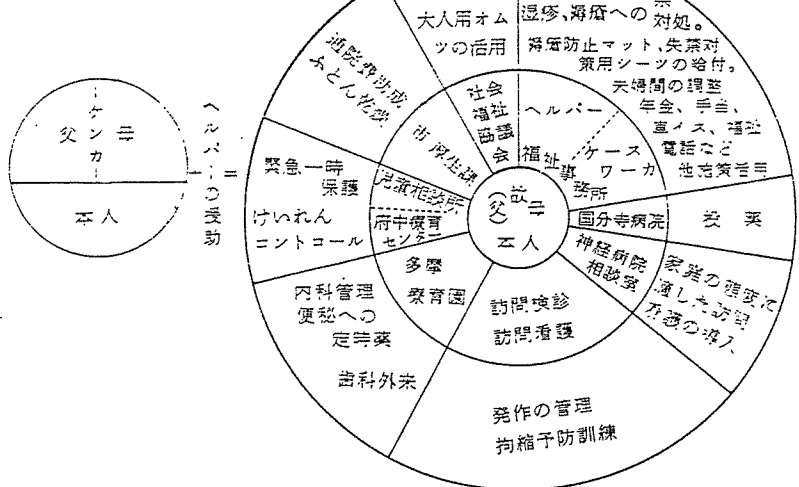


図3 ヘルパー導入後のケア体制



。卓野文詞（滋賀県彦根保健所）

高齢化社会における老人問題の大きな課題は、おにきり老人と痴呆性老人であろう。われわれは保健所管内の痴呆性老人を対象として、昨年5月よりデイケアをスタートしている。その経緯や課題について述べる。

（開催までの経緯）保健所に設置している老人保健連絡協議会の下に、痴呆性老人対策検討委員会（メンバー：内科医・精神科医・福祉事務所職員・社協職員・家族の代表・保健婦を含む市町職員・保健所長・保健所保健婦）を設け、59年度末より痴呆に関する研修を含めて現状を話し合う中から、対策の必要性とあり方について検討をすすめてきた。そこで話し合っただけで実行に移されてきたことは、①相談窓口の開設（保健所）、②家族会の結成、③保健婦の家庭訪問、④ボランティアの養成、⑤デイケアの開設、⑥職員の研修（医師・保健婦）である。

（デイケアの実施）61年5月から、在宅痴呆性老人を対象としたデイケアを実施している。この目的は、①各々の老人の特性を知り、それをの家族に対して、老人へのかかわり方、介護の仕方アドバイスをしたい、②出来れば、必要な人に対しては投薬など医療的にかかわりの可能性を探りたい、③日夜老人の介護に心身共に苦勞している介護者に、自由な時間を与え、わずかでも介護の軽減をはかり、よりよい介護の一助としたいということと、④それによって地域における介護の継続を推進したいということである。

この事業の実施主体は市町村で、在宅痴呆性老人の地域ケアのモデル事業として、県の補助をうけて行なっている。これも、前記検討委員会の熱意をうけて、地域からの強い要求により予算化されたものである。

（デイケアの実施）対象老人の当日の介護にあたるスタッフは、保健所医師・保健婦及びボランティアの人々である。開催場所は県立の老人福祉センターを借りて、開催頻度は週1回である。参加する老人の送迎は原則として家族の手で行なわれ

ている。

（ボランティアの養成）上述したように、このデイケアの用意については、ボランティアの参加が非常に大きな力であり、これなくしては成り立たない、と、つて間違っていない。これらのボランティアは、彦根市社会福祉協議会と共同で開催した痴呆性老人のためのボランティア養成講座を受講した人々を中心とした会の会員である。この社会との共同での養成講座は、デイケアでの介護の協力を前提とした講義と実習とを行なった。現在はデイケアでの協力だけであるが、将来は、各家庭での介護等への協力も期待している。

（その他痴呆をとりまく環境）上記の活動と平行して、家族会を開催している。これは2ヶ月に1回日曜日に開催しているが、①家族の苦勞話の吐露、②互いの工夫や知恵の交換と家族の連帯、③学習会と、ボランティアも参加してもらっているので、ボランティアの勉強の場にもなっている。

この他に力強いことは、医師会の理解と協力である。痴呆の検討会に医師会の委員も出席してもらっていることもあって、医師会の関心は高い。それは、痴呆の専門病院、施設への見学、痴呆に関する講演会の開催から、薬物療法の実践への協力などとして表われている。最近では、病院の精神科医師との連携もできかけてきた。

（この事業の存在価値）これについては、前記実施の目的の中で述べたことの一部を達成し、家族の負担の軽減の一助となったり、地域への啓蒙の核となり得ている部分があることは確かである。しかし、これよりも大きいことは、管内市町、保健所、福祉事務所、医師会、社協、ボランティアなど、地域の関係者、団体との協力（ネットワーク）によって成り立っているということである。（今後の課題）①関係団体等との連携の強化、②ボランティア活動と公的協力の拡大、③開催場所・開催回数の拡充、④対象老人の公的送迎の確保などである。

○加藤孝典（国立公衆衛生院研究課程）

石川英三郎（清水きつる（のびのび第二作業所）

楳井登子（福原敦子（江東区深川保健所）

本報の目的：精神衛生法および関連諸法規の改定に伴い、現存する精神障害者の地域ケア資源として保健所、作業所に対する期待は高まると考えられる。精神障害者を対象とする作業所は現在全国で300ヶ所を数え、発達施設界における社会的な位置を認識しているかと思えるが、作業所の社会的責任の果たし見守りなど多くの課題と取り組むには困難を認識している。この困難の克服と共、その克服のためにどのような支援が求められているかを明らかにすることが本報の目的である。

方法：作業所職員、および作業所に協力している保健所の保健婦、医師から作業所処遇で課題とする問題（経営、運動を除き発達処遇上の事項のみ）とその解決のための方策、意見の聞き取りを行い、記述的に整理し考察した。

結果と考察：問題点とその克服のために求められる事柄は以下の様なものであった。

1. 処遇上派生する問題点

日常ケアの基本方針樹立ないしリハビリテーションゴールの設定が不明確な事例が未だ若干存在する。症候像の変化に対応した効果的な言語的(verbal/vocal)支持を行う余裕に欠ける。

再発準備性の高まりに対応した支持的介入(crisis intervention)を意図しても十分行い得ていない。投薬遵守性(Drug Compliance)と投薬内容の妥当性に関する検討が困難。

投薬と関連する対象状況（肥満、不眠、暗眠など）に対する対策が困難、行っても効果が得にくい。

対象の生活技能水準に即応する作業の導入が困難。

日常処遇に Skills Trainingを導入することの困難。

作業という処遇枠組みの治療的性格ないし有効性の検討が不十分。

対象状況に作業が治療的に有効であるか否かの検討が不十分のまま通所開始を要請される。

2. 克服のための意見

1) 現行職員定数を対象5：職員1から当面3：1に改善する必要がある。

2) 給与が生活費保障に満たない現状を早急に改善する必要がある。

3) 研修機会の保障と共に職員の資質に対する社会的要求水準の形成（資格の制度化）が必要である。

など公的助成を含む制度改善を前提としつつも地域でSocial Actionとして実施可能な課題としては

4) 職員に対する教育的支援の networkが地域内専門職の共同事業として組織される必要がある。

ソーシャルワークの手法の演習、実習、記録手法、事例検討方法、病理、薬理知識など作業所職員が求めている教育的支援は数多い。これに相應る地域内専門職の協力と network形成が必要である。

5) 保健所、病院などが作業所に紹介したケースについて確実にデータを提供すること、さらに共同 conferenceを行うこと。

作業所の職員はSocial Workerの倫理綱領に基づき対象に関するデータの守秘義務を道義的責任として有している。また紹介者が処遇に必要な情報を現に処遇責任を負っている者に伝えるのはごく初歩的な常識であるのにこれを弁えない専門スタッフが少なくない。

また作業所と保健所、病院の処遇方針調整とその高次化には共同 conferenceは不可欠である。

6) 以上の教育的支援を通じて作業所処遇の高次化と関係機関との対等平等な信頼関係形成が意図されねばならない。

宮崎県公立高校における30%推薦性と
障害児者団体の対応

首藤正一（全国心臓病の子供を守る会宮崎県支部）

1. 実態

昭和62年度宮崎県立高等学校入学者選抜試験における受験生の動向は、表1の通りである。各高校における推薦要件に、中学校長より推薦された中学生は、合格者の30.7%となっている。学力検査は、推薦志願者も一般志願者も同じ試験を受け、全員に面接が実施される。宮崎県教育委員会は、入学者選抜の尺度の多元化を推進し、学力序列のみに拘泥しない。中学校における望ましい進路指導を進め、教育指導全般の充実に資する。中学校・高等学校間の相互理解と連携が一層深められるようにすることをねらいとしている。

2. 導入の経過

宮崎県独自の異常に高い推薦率（表2）をもつ県立高校入試の経過をたどってみると次のようになる。
 1984年 7月20日 推薦入学の積極的な実施をすすめた、文部省初中局長「公立高等学校の入学者選抜について」通知
 1984年11月 5日 宮崎県立高等学校入学者選抜方法改善協議会設置
 1985年 3月27日 同協議会第1次答申、推薦入学及び面接の導入を骨子とする
 1985年 7月12日 同協議会第2次答申、推薦制及び面接の導入について試案を答申する
 1985年 8月 8日 県立高等学校選抜方法の改善について教育長通知
 1985年10月14日 昭和61年度宮崎県立高等学校入学者選抜要項、同推薦入学要項を発表

3. 検討はしたが

初年度（昭和61年）の推薦要件は次のようであった。
 1) 目的意識が明確で、志望校（学科）の選択に必然性が認められること。
 2) 意志が強固で、当該学校における学校生活に適應する見込みが顕著であること。
 3) 当該高等学校（学科）の教育課程を履修し、かつ十分に成業の見込みがあること。
 昭和61年度には、「高校入試30%推せん性」の再検討を求める県民の会などの要求を容れて、宮崎県立高等学校入学者選抜方法検討委員会を設置し、9月1日に報告書を提出した。これまで5回の審議の結果、推薦率を30%±5%にする、成業の見込みを推薦要件から除く、など8点の指摘をしたが、この制度の継続を容認した。

4. 障害児者団体の対応

この推薦制に対して、まず、いち早く反対を表明したのが、宮崎大学教育学部の先生方であった。引き続き県労評や父母も反対し、「高校入試30%推せん制」の再検討を求める県民の会を結成し、今日までこの会が中心になって運動が展開されている。

私達、全国心臓病の子供を守る会宮崎県支部でも、独自の立場で、フリーターキングでの学習会、運動の進め方についてのアンケートの実施、それらの上に立って検討委員会に陳情書の提出、そしてまた学習会と活動をつないでいる。

基本的には、①障害児は居住地に最も近い高校に入学させる ②0.5%程度の定員の枠外入学を認める
 ③就学援護措置を講ずる ④そのための啓蒙活動を展開することなどとしている。
 （資料は、高校入試30%推せん制の再検討を求める県民の会、宮崎県高等学校教職員組合から受けました。）

表1 昭和62年度宮崎県立高等学校入試結果

学 科	募集定員	推薦募集定員	推薦入学 志願者数	%	一般入学 志願者数	合格者数	
全 日 制	普通系	6,493	1,938	1,987	30.6	5,225	6,480
	商業系	2,213	662	690	31.2	2,010	2,249
	工業系	1,759	529	530	30.0	1,756	1,747
	農水系	1,120	336	330	29.5	798	1,001
	家政系	1,162	513	331	28.5	950	1,116
計	12,757	3,977	1,868	30.3	10,739	12,593	
定 時 制	普通系	240	72	7	2.9	46	42
	商業系	120	36	0	0.0	16	21
	工業系	120	36	1	0.8	19	27
	計	480	144	8	1.7	81	90

表2 全国各県の普通科推せん制調査(文部省;1985年度入試)

県 名	募集学科 定 員	推せん募 集 定 員	推せん 人 件 数	推せん 希望者数	合格者数	合格率 %
埼 玉	48,780	162	0.3	445	208	46.7
石 川	8,820	10	0.1	15	13	86.7
静 岡	21,960	189	0.9	179	172	96.1
福 岡	27,360	18	0.1	64	18	28.1
佐 賀	5,355	30	0.6	48	30	62.5
鹿 児 島	10,935	15	0.1	35	15	42.9
宮 崎	6,300	1,887	30.0	1,869	1,869	100.0

注) 推薦入学志願者は、全員合格

※推薦入学志願者の募集定員割合

宮崎県は1986年度

○片平潤彦, 佐藤嗣道(京医歯大・難研)
城戸あつ子(京大・保健社会)

(目的) 近年わが国では食品添加物(食添)の規制緩和が進められている。日本生活協同組合連合会では食添の総量規制の考え方にたつて、現在使用が認められているものの安全性・有益性を学者・専門家に委託して個別に検討している。筆者らはこの委託を受け、1985年度(KB-03,第27回総会で片平が報告)に続き、1986年度には合成着色料(赤色1・3号、黄色4・5号)を担当したが、今回は第1報として黄色4・5号(以下Y4, Y5)につき報告する。

(方法) Y4, Y5に関する内外の文献をJICSTの検索システムなどを用いて収集・検討すると共に、1986年3月4・5日に片平がスウェーデンの食品局を訪れ、北欧諸国の状況につき調査した。

(結果・考察) Y4(Tartrazine)は、1884年Zeiglerにより発見されたモノアゾ色素で、日本では戦前にも食品着色剤として用いられたが、1946年厚生省令第29号で食用タール色素として食添に指定された。現在使用が認められているタール系色素11種のうち、最も生産量が多く、1984年度の検定量は121,550kgで、11種の合計230,384kgの約半分を占めている。食品をはじめ、医薬品、化粧品に単独または他の色素と共に広く用いられ、食品としては、和洋菓子類、漬物類、キャンデー、粉末ジュース、清涼飲料水、果汁入飲料水、魚肉ねり製品などに広く用いられている。本品で特に問題となる毒性はアレルギー様の過敏反応で、外国では1959年から77年迄の間にLockey, Feingold, Michaelsson, Freedman などにより14報告が、日本では1982~83年に末次により2報告(総説を除く)が出されている。過敏症状は末次のまとめによれば、喘息発作、じんましん、血管性浮腫、鼻炎症状、口腔粘膜症状などで、これらの症状の発現はY4摂取後ほとんど1時間以内とされている。こうした「タートラジン過敏症」は、アスピリン過敏症との関係で注目されている。すなわち、アスピリンなど非ステロイド性消炎鎮痛剤により前記のような症状が生ずることがあり、Y4はアスピリンなどと交叉反応性を有することが明らかとなっている。末次は、日本ではアスピリン喘息が喘息患者全体の約1割位存在すると考え、全国には約12万人ものアスピリン喘息患者がいると推計し、これらの人々へのY4などの影響を憂慮している。

Y5(Sunset Yellow FCF)は、Y4と同じ時期に食添に指定されており、1974~84年度の生産量は年間29~43tで、1984年度は38,155kgと、食用タール色素の16%を占めている。用途は製菓(和洋菓子、焼物、せんべい、ウエファース)、たくあん漬け、おりうりなどである。本品の毒性についても、Y4と同じく過敏反応が問題となる。すなわち、1959年以采Lockey, Michaelssonらにより、Y5摂取後のじんましんなどの症状発現が報告されている。米国では1984年Y5が腎臓がんの発生を増加させていると疑われたが、これは86年にNTP(National Toxicology Program)により否定された。

Y4, Y5の外国での規制状況だが、FAO/WHOリストはともにA(1)であり、ADIはそれぞれ7.5mg/kg, 5mg/kgである。米国では1979年Y4の表示が義務づけられたが、1986年には安全性確認の訴訟が提起されている。北欧では、スウェーデン(1980年)では酒精等ごく一部の食品を除き使用禁止、ノルウェー(1978年)フィンランド(1981年)では例外なく使用が禁止されている。

Y4・Y5のような着色料を食添に用いることの利点としては、「食品を美化し魅力を増すもの」であると説明されているが、これは他の指定基準と比較して、消費者にとっての必要性という点で説得力に欠けると言わざるをえない。北欧諸国で使用禁止等の措置がとられてすでに5~8年を経過しているということは、少くともY4などのアゾ色素は必要不可欠ではないことを示している。

(結論) Y4, Y5は、その有害反応として喘息・じんましんなどのアレルギー様過敏反応をきたすことがあり、特にいわゆるアスピリン喘息患者へのリスクを考慮しなければならない。食品に着色し美化するのが目的であるから、こうしたリスクを超えてなお使用する必要はないと考えられる。従って、ノルウェーやフィンランドのように、全面禁止の措置をとることを早急に検討する必要があると考えられる。

○浜田順三¹⁾・山内知子²⁾・古田真司²⁾・宮尾克²⁾・榊原久孝²⁾
 近藤高明²⁾・山田信也²⁾
 1)北医生協 北病院 2)名大 医 公衛

<はじめに>

食塩の過剰摂取をおさえるために、厚生省が成人1日10gという値を示して7年になるが、国民の食塩摂取量はなお12gをこしており摂取量低下も停滞している。

我々は味覚の習慣が小児期の食習慣の影響をうけることを考え1985年9月名古屋市北区第1どんぐり学童保育所で1年～5年生28名の早朝尿食塩調査を行い、最高15.9g/l、最低3.2g/lと差が大きいこと、過剰摂取児の食生活調査で、常にふりかけをかけるなどの食習慣傾り型と、そうした傾りのみられない滲漫性過剰型があることが認められた。今回、対象をひろげ、早朝尿食塩排泄量、みそ汁塩分濃度、食生活調査等を実施した。

<結果>

①対象322名の早朝尿中食塩排泄量の分布は、図1のとおりであった。栃久保らは早朝尿食塩排泄量1g以下は1日量7g以下、早朝尿2g以下は10g以下と推定している。本調査では、1g以下が33%にとどまり、2gを超える学童が21%おり、過剰摂取の傾向を示した。

②対象を早朝尿食塩排泄量2g未満と2g以上の2群に分け、みそ汁塩分濃度との関連を分析した。表1のように尿中食塩排泄量の多少と、みそ汁の薄い(1.0%以下)、濃い(1.2%以上)、との間には有意な関連(χ^2 検定 $P<0.05$)があった。

③早朝尿食塩排泄量の少ない群(1g未満)と多い群(2g以上)を対比させ、食品を分析し表2の結果を得た。サラダ、スパゲッティは両群間に差($P<0.01$)を認めた。みそ汁、ハムも同様の傾向であった($P<0.10$)。

④実際の塩味の程度と、主観的な塩味の好み(親子)との関係を分析し、図2、図3を得た。塩味の好み「普通」の親子でも、みそ汁は濃いものも多く、「うす味」を好む子でも濃いみそ汁を飲んでいる子が6.2%おり、塩味の好みとみそ汁塩分濃度は関連がなかった。

<考察とまとめ>

本調査によって、学童が食塩過剰摂取の食生活を送っていることがうかがわれた。その責任食品としては、みそ汁、サラダ、スパゲッティ、ハムなどが浮かび上がった。今日問題とされているスナック菓子、加工食品、外食依存などは本調査では、上位に上がらなかったが、これには演者らがすでに実施した「第1どんぐり調査」が教育的に影響・介在した可能性がある。本調査結果から、学童はごく普通の食事の中で、自分の塩味の好みは普通であると思いつながら、滲漫性に食塩を過剰摂取している傾向が明らかになった。

減塩の方法として、みそ汁をやめるなど特定の食品の除去や、主観的なうす味の励行が今日の減塩指導法として、適切でないことは、本調査の結果や食材料・種類についての足立報告、胃癌予防とみそ汁についての平山報告などから明らかである。食品のバランス、食の文化などの教育と合せて、食塩をどのくらいとっているか、どのくらいの濃さをかき自覚させる尿中塩分チェック、みそ汁塩分チェックなどが重要であり、効果的であろう。

本調査に基づき、結果の報告学習会が各学童保育所父母の会で順次開催されている。その場での父母の真剣さや関心の高さをみると、家庭に減塩を根づかせるうえで、父親をも巻き込む学習の動機づけとして、このような塩分チェックが有効であることを認識させられた。

終わりに、ご協力をいただいた学童保育所の父母、指導員、北病院の職員の方々に感謝します。

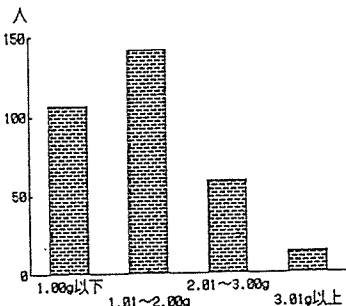


図1 早朝尿中食塩排泄量の分布(人数)

表1 早朝尿中食塩排泄量とみそ汁塩分濃度の関係

	薄いまそ汁		合計
	1%以下	1.2%以上	
排泄量2g未満	107 (45.9)	126 (54.1)	233 (100.0)
排泄量2g以上	20 (30.3)	46 (69.7)	66 (100.0)
合計	127 (42.5)	172 (57.5)	299 (100.0)

数字は人数、()内は% $P=0.03356$ (χ^2 検定)

表2 早朝尿中食塩排泄量と食品摂取回数(1週間当たり)の関係

	サラダ	スパゲッティ	みそ汁	ハム
排泄量1g未満	3.2	0.29	3.5	2.4
排泄量2g以上	4.2**	0.59**	4.2	2.9

** $p<0.01$

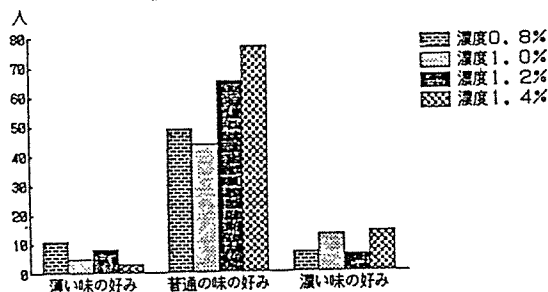


図2 子供の味の好みとみそ汁塩分濃度(人数)

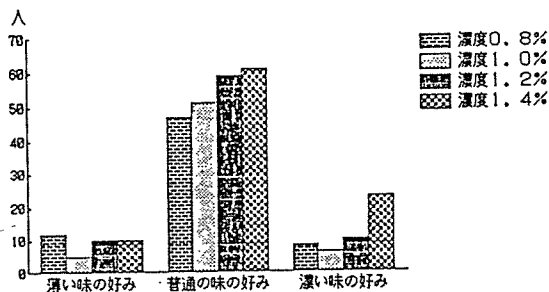


図3 大人の味の好みとみそ汁塩分濃度(人数)

学童の尿中塩分量と摂取食品の実態

○山内知子¹⁾・宮尾 克¹⁾・浜田順三²⁾・古田真司¹⁾・楳原久孝¹⁾
 近藤高明¹⁾・瀧日久仁子¹⁾・山田信也¹⁾

1) 名大 医 公衛 2) 北医生協 北病院

< はじめに >

近年、成人病の低年齢化が危惧され、子供の時代の食生活に一層の関心
 が示されてきている。特に味の好み(塩分)は、小児期に習慣化されるもの
 と考えられる。しかし小児の食塩摂取の実態を検討した報告は殆どみら
 れない。そこで我々は名古屋市内の学童保育所の児童を対象に、塩分摂取
 の実態を明らかにし減塩教育の動機づけを行うことを目的に調査を行った
 ので報告する。

< 調査方法 >

1) 調査対象 名古屋市北区学童保育所17か所の小学生322名(表1)。

2) 調査項目

[調査I] ①早朝尿中食塩排泄量:早朝尿(平均9.8時間分)を採尿し、
 Na濃度(炎光光度計)を測定し食塩量を算出した。尚、採尿は一週間食事
 調査終了翌朝に実施した。②血圧測定:臥位安静10分後右上腕で、2回測
 定し収縮期が低い方の値を採用。③身長・体重 ④一週間食事摂取頻度調
 査(以後、簡易調査):食塩分の多い食品21種類を選び、朝・昼・夕・間
 食における摂取の有無を調査した(留め置き法)。⑤みそ汁塩分濃度測定
 :ソルトペーパー(栄研)で測定を行った(採尿当日)。

[調査II] 調査対象者322名の内26名に対して、更に以下の調査を行っ
 た。①24時間蓄尿食塩排泄量:携帯型1日尿比例採取器(NHO式・Alquot
 cup)を用い3日間食事調査最終日に採尿した。②3日間の食事調査(以
 後、食事調査):献立名、食品名、調味料の重量、概量について留め置き
 調査し、回収後聞き取りで確認した。尚、調査Iの簡易調査の食品別塩分
 量は、調査IIの食事調査と食品成分表で推定した。

3) 調査期間は1986年8月末である。

< 結果 >

1) 表2に年齢別身長・体重・血圧の平均値を示した(M±SD)。収縮
 期血圧は、年齢と共に上昇する傾向を示した(P<0.01)。収縮期血圧と拡張
 期血圧との間にはr=0.680(P<0.001)の相関があった。又、高血圧者を
 認めなかった。尿中塩分排泄量と血圧との間には相関は認められなかつた
 (r=0.043)。

2) ①調査Iの早朝尿中食塩量とNa濃度は図1に示した。排泄量は、
 1.47±0.82 g/l(0.21~5.28 g/l)であった。Na濃度は、167.8±59.2 mEq/
 l(40~334 mEq/l)であった。②調査IIの24時間蓄尿食塩排泄量は6.15±
 2.15 g/lであり、早朝尿中食塩排泄量は1.62±0.52 g/lであった。両者の
 相関係数はr=0.411(p<0.05)であった。③簡易調査と3日間食事調査の
 比較を行った所、表3の通り塩分摂取推定量は3日間共に強い相関を認め
 た。④調査IIにおいて24時間蓄尿・早朝尿中食塩排泄量と食事摂取塩分量
 との相関を表4に示した。尿中食塩排泄量は直前の摂取塩分量との相関が
 高かつた。⑤調査Iにおける(322名)の採尿前日の食事摂取塩分量
 は7.8±2.6 g、同日夕食の推定量は3.9±1.7 gであった。

3) 調査Iの食品別塩分摂取量を図2に示した。上位食品にはみそ汁、
 煮物、揚げ物、焼き物が認められた。

< まとめ >

小児期の血圧と食塩摂取量とは関連が認められなかつたが、尿中塩分排
 泄量、食事摂取塩分量の高い学童を多数認めた。そこで調査終了後、集団
 ・個人へのきめ細かい結果返しを行い親子の注意を喚起し、実生活の中
 の減塩教育の動機づけの一助とした。

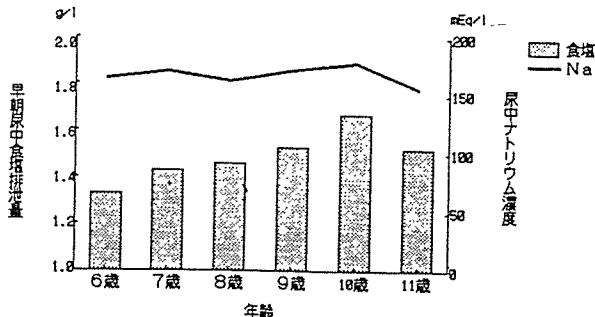


図1 早朝尿中食塩排泄量とNa濃度

表1 調査対象者 (名)

	6歳	7歳	8歳	9歳	10歳	11歳	総数
男	32	39	35	26	25	12	169
女	29	36	41	24	15	8	153
総数	61	75	76	50	40	20	322

表2 年齢別 身長・体重・血圧の平均値(標準偏差)

年齢 (歳)	身長 (cm)	体重 (kg)	血 圧	
			収縮期	拡張期(mmHg)
6	117.2 (4.5)	21.0 (2.2)	98.1 (8.0)	52.0 (6.1)
7	120.2 (5.2)	22.0 (3.0)	97.6 (8.4)	52.0 (6.9)
8	126.2 (5.3)	25.2 (4.0)	99.4 (7.6)	52.4 (5.8)
9	131.5 (6.6)	27.9 (4.9)	101.6 (8.6)	55.0 (6.3)
10	134.5 (5.8)	29.8 (4.4)	100.1 (10.1)	53.3 (7.4)
11	139.2 (6.5)	32.9 (4.6)	105.6 (10.4)	55.3 (7.5)

表3 食事調査と簡易調査の塩分量の比較(n=26)

	食事調査	簡易調査
1日目	7.44±2.50 g	7.34±1.84 g
		** r=0.551
2日目	7.86±1.84 g	7.92±1.69 g
		*** r=0.815
3日目	9.20±2.62 g	8.62±1.84 g
		*** r=0.764

** P<0.01 *** P<0.001

表4 三日間の食事摂取塩分量と、24時間蓄尿(第
 日目)および早朝尿(第4日目)の塩分排泄量の相
 関係数 (n=26)

	24時間蓄尿	早朝尿
1日目	0.166	0.238
2日目	0.193	0.373*
3日目	0.347*	0.523**

* P<0.05 ** P<0.01

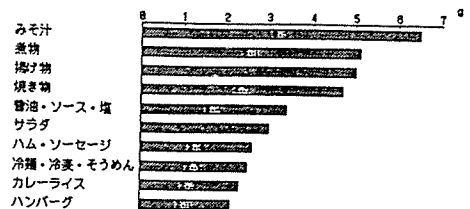
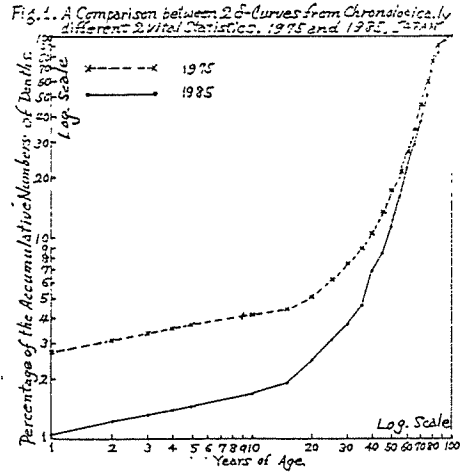


図2 食品別推定塩分量(1週間の合計)

○ 飯淵 康雄 加藤 種一 (琉球大・医・保)

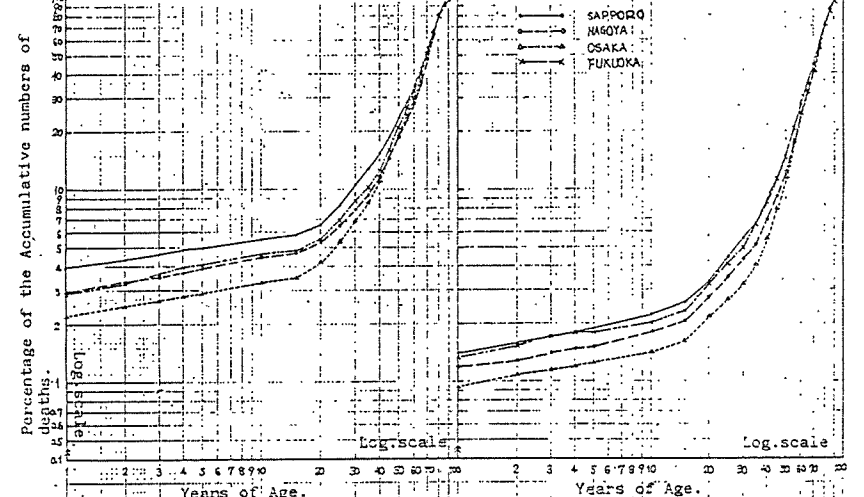
<序> 健康の保持や疾病の発生を未然に防ぐ社会的施策の実行の前提条件は近代的自我意識が社会的に広く行き届ていること

が必要であろう。この前提条件を土台にして、国民生活の実態が把握され、数値化されてまとめられたものが、行政施策の結果として公表されて来ているはずである。この意味では人口動態統計や人口動態統計とはたして来ている社会的役割がいかにかきま



名古屋市を軸にした大都会に住む住民の“生残度”の程度或いは“進化又は進歩”の度合いを比較してみようと思うのである。<資料> 1) 厚生省編昭和50年及び同60年「人口動態統計 中巻」 2) Ch.DARWIN The origin of species. London.1920. 3) K.Pearson. Grammer of Science. 1899. 4) 丸山博、乳児死亡(II) 統計の研究 1957. <方法> 上記資料 1) を用いて、名古屋、大阪、福岡、及び札幌の4つの大都会の年齢別累加死亡比を算出し、Fig.1 及びFig.を作成し、Δ-Curve を比較的に観察する方法。<結果> Fig.1に見るように、1875年

Fig.2-1 Comparisons of Δ-Curves among 4 big Cities of Japan.



Δ-Curve と1985年のそれとを比べてみると、生残条件の進歩は明白である。しかし、その構成要素を4つの大都会にしぼってみると、名古屋市住民と福岡市住民は札幌市と大阪市との中央線に位置づけられた形で存在したが、これが10年先には Fig.2-2に見るように、全体的により低下してきているが札幌市と福岡市は互いに接近し、名古屋市は札幌-福岡連合体と大阪市住民との中央に位置しているのが一つの特徴である。<考察> 大都会住民においてもΔ-Curve の推移をみると、時代と共に死亡生残現象は着実に進化して来ている点を読みとることができる。この点、死亡総数がより少ない県ではどうなのか、比較方法検討すべき問題は残されようが、時代の進化は否定すべくもないものとなるであろう。

丸山 博（大阪経済法科大学）

協力者 藤岡光夫（旭川大学）

人間は、自然的存在であるとともに、社会的、経済的存在である。人類史の発展において、人間は物の生産とともに生命の再生産をくり返してきた。乳児の死亡は、その生命の再生産の失敗の一つであり、直接には乳児自体の問題と母親の側の問題に規定されるが、そこには社会経済的諸条件の劣悪さが反映すると考えられる。

かつて、丸山が行なった戦前の乳児死亡の研究において、死因指数としての質的指標である α インデックス（乳児死亡率+新生児死亡率）は、量的指標である乳児死亡率とともに用いることにより、社会経済的諸環境の劣悪度を測る指標として有効性を発揮した。近年、わが国における乳児死亡率は著しく低下し、乳児死亡問題が解消したかのような議論がある。ところが、統計的にみて乳児死亡率は低下したとはいえ、乳児死亡の実数においては無視できない数を示している。また、世界的にみれば、依然として、発展途上国を中心に乳児死亡率は高水準にある。そこで、本報告の目的は、現代における乳児死亡研究の意義を改めて確認し、その方法を提起することにある。

まず、第一に乳児死亡率の高い発展途上国を中心とする乳児死亡問題に接近する糸口を探るために、国連の世界人口年鑑や統計年鑑等を用い、1970年から80年にかけての各国のデータに基づき、乳児死亡の変動を対数グラフであらわした Δ 曲線（累積死亡曲線）によって観察し、さらに乳児死亡率、 α インデックスおよび社会経済諸指標との重相関分析により、社会経済的環境の劣悪度の反映指標としての α インデックスの現代的利用可能性を検討した。次に、第二に乳児死亡率が極端に低下したわが国の乳児死亡問題を研究する方法として、大阪府枚方市保健所でおこなわれている訪問事例調査の取り組みをもとに統計的研究から事例研究に向かう方向の必要性を考えてみた。

第一の点に関しては、乳児死亡率、 α インデックス一覧表（別表）や Δ 曲線（別図）により、現在においても発展途上国を中心に乳児死亡率、 α インデックスが依然高水準にあり、生存期間別でみて顕著な変動を示す部分が生後一ヶ月以上の死亡であることが明確に把握しうる。さて、重相関分析の結果は、医師一人あたり人口、一ベッドあたり人口、政府の財政支出に占める保健費支出の割合との関係から、 α インデックスは、保健衛生環境の劣悪度を測る指標としても、有効性を発揮する可能性が示された。さらに、社会保障費・福祉費、防衛費支出の割合、一人あたり国内総生産額との相関関係から α インデックスは、乳児死亡率とともに用いることにより、社会福祉水準や経済状態などの反映指標としても利用可能性があることが統計的に確認された。今後、 α インデックスを利用した統計的研究により、乳児死亡変動のパターンや規則性の研究などが課題となる。

さて、第二の問題について、まず、わが国の乳児死亡の変動を統計的にみると、一方で、死産率の高さや妊産婦死亡率に問題が残されているが、乳児死亡率は著しく低下し、とくに生後一週以後の死亡の減少が著しいことがわかる。大阪府枚方市の乳児死亡に関する事例調査は、同市の昭和60年の乳児死亡21件について、死亡小表に基づき、昭和62年2月から3月にかけて保健婦による訪問調査をおこなったものである。この事例調査の結果、統計的にみると相対的に改善が遅い早期新生児死亡に関して、その多くに母体の側になんらかの問題があった点が明らかになった。さらに、新生児死亡における病院や医師の対応の問題、早期新生児死亡に対する医療システムの遅れなどの問題が指摘されている。また、ハイリスク妊婦の訪問体制や、家族計画、家族・地域健康教育の必要性等、保健所の側の問題も提起されている。この事例調査は、調査項目の設計等、調査の企画や事例研究の方法においていくつかの課題が残されている。しかし、ここから統計では捉えられない問題を明らかにすることができ、統計的研究から事例調査、事例研究に向かう重要性が提起されていると考えられる。

被爆者、生保患者における成人の喪失歯についての調査

日高隆三 (東神戸病院)
新庄文明 (阪大 公衆衛生学教室)

はじめに；喪失歯を一般的に述べれば、20才までの虫歯、40才頃よりの歯そうのうづり（歯周病）、又年齢を問わずの事故等によって起る。大体60才以上は半分を喪失すると云われている。残存歯は、そのいずれの原因によるものかは明らかになし得なくとも、喪失した結果を表わしている。被爆者医療に肉ゆつて10数年、被爆者より「歯が弱い」、「歯の治療出来るとこそはなかが」の訴が多い。被爆者は全口で36万人余、兵庫県では6506人、このうち神戸市内に2000人余が居住し、なお増加しつづけている。

目的；被爆者と同様に、生保患者も歯科受療の機会が少いので、喪失歯が多いか、否かを調査した。
対象と方法；表Ⅱのとうり対象は、被爆者265人、生活保護患者138人については、昭和61年7月1日より62年4月末日までの10ヶ月間、対象の一般患者324人は、昭和61年9月1日より11月末日までの3ヶ月間の東神戸病院及び東神戸診療所の外来患者よりの調査である。方法は後数28本（上下14本づつ、左右各7本づつ）中の喪失歯を調べ、残存歯卒を求めた。図Ⅰに表示している。

結論は、表Ⅱ、図Ⅰのとうり、被爆者は一般患者と異なるが、とくに男性では喪失歯は少く、ネガティブデータに落ちた。ともあれ、この結果は、被爆者にとって喜ばしいことと思えば、うれしい結果だった。しかし、生保患者は、各年代とも約20%、約10年も早く、歯を喪失しているのので、有意の差があり、何らかの社会的要因（受療出来なかった）が関与していると考えられる。

この点より、行政上の医療機関の対応を見たキのが、表Ⅱのとうりである。病院は、被爆、生保ともにかなり協力しているが、医師及び歯科診療所では、生保の取り扱いでは、約半分位にすぎない。被爆との肉ゆりでは、20.1%、11.6%と低いのである。

被爆者は結核予防法（病診を含めた取り扱い医療機関、82%強）と同様、自己負担分は口の責任で支払われる公費負担制度であるので、もっと歯科の指定医療機関の増加により、よりよい歯科受療が得られるよう望みたい。

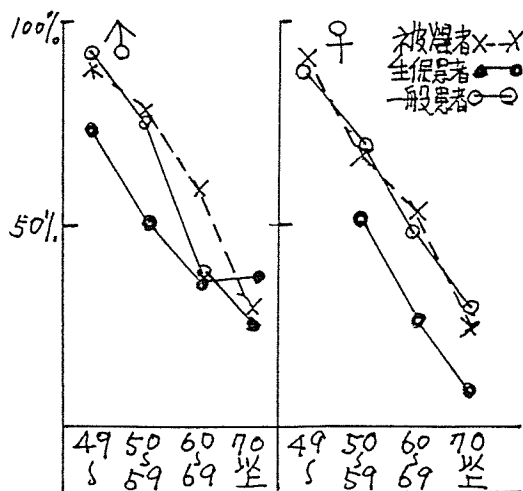
生保患者は、受療の機会を阻害した事実的な結果としか云いようがなく悲惨である。この面でも改善されることを望みたい次第である。

表Ⅰ 被爆者・生活保護取り扱い医療機関数

	被爆%	生保%	総数%
医[病院	299 73.2	227 66.8	370 100
科L診療所	826 20.1	2039 50.3	3885 100
歯科診療所	250 11.6	1002 46.6	2148 100

昭和61年3月末現在(兵庫県)

図Ⅰ 年齢別(10才区分)平均残存歯率



表Ⅱ 調査対象人数 平均残存歯率(11才別10才区分)

男	被爆%			生保%			一般%		
	人数	割合	平均	人数	割合	平均	人数	割合	平均
~49	32	8.8	91.4	42	9.8	92.7	48	8.8	91.4
50~59	41	9.9	90.1	54	6.8	93.2	48	8.8	91.4
60~69	21	5.9	94.1	44	5.8	94.2	41	4.9	95.1
70以上	14	3.0	97.0	17	2.7	97.3	17	2.7	97.3
計	108	7.7	92.3	157	6.2	93.8	164	6.2	93.8

千田忠男 (杏林大・医・衛生)

1 はじめに：ある限られた側面から見ると生物的なものと思われる諸問題を、社会の動きの中から見出し、その解決のための検討を行うという場合に、人間と社会をどのように把握するか、または人間を全自然の中にどのように位置づけるかという問題が生ずる。そこで田中一兵(田中一、現代と自然科学、汐文社、1976)の提示した史的自然科学モデルにもとずいて検討する。

2 田中モデルの特色：これは全自然の階層性と歴史性を顕明なモデルで表現できるといふ特徴を持っている。すなわち重粒子や原子核から天体、星雲に至る物質の連鎖を主系列とし、ついで単細胞から人間までを含めた生物的運動形態を、「主」に対する「枝」系列としている。しかしながら、生物的運動形態(枝系列)に人間(知的存在)も含めていることは疑問である。というのは、もしそうだとするならば、人間の現在にかえる困難はもっぱら生物的運動形態の検討によって解決されることになるからであり、また人間は生物的運動形態から出て、なおそれを超えるものと考えられ(小原)ているからである。

3 生物的運動形態と人間の異同：生物的運動形態は、系統発生によって新しい種を作り出すという様式で発展してゆくのであり、その結果として生物種としての「ヒト」が生成された。生物種としての「ヒト」は、それ以上の別の種を生成することなく、他の生物種に見られないほどの発展を示し、他の生物種を圧倒するに至っている。この事は人間の発展の様式が他の生物種と異なること、すなわち社会構成体の発展という様式で発展してきたこと、また、物質代謝の手段として労働手段を発達させてきたことによると考えられる。これらをまとめて表に示した。

また、生物的運動形態は地球規模の環境を大きく変化させ、さらに外界と交渉する手段の能力を向上させ、系統発生の総体を実現してきた。これに対し人間は外界と交渉する手段として労働手段を発達させて自己の能力を向上させ、さらに自然に對

表 生物的運動形態と人間の異同

区分	生物的運動形態	人間
運動の様式	核酸と蛋白質の特殊な構造物で、物質代謝を自己の生産と再生産の条件とする。	目的意識性にもとずく労働による社会的物質代謝を自己の生産と再生産の条件とする。
発展の様式	ミューテーションと自然淘汰による系統発生(進化)という様式で発展する。	生産力と生産関係という土台、上部構造、社会的意識、すなわち社会構成体の発展という様式で発展する。
物質代謝の手段	細胞内器官—組織—器官……の発展	労働手段の発展

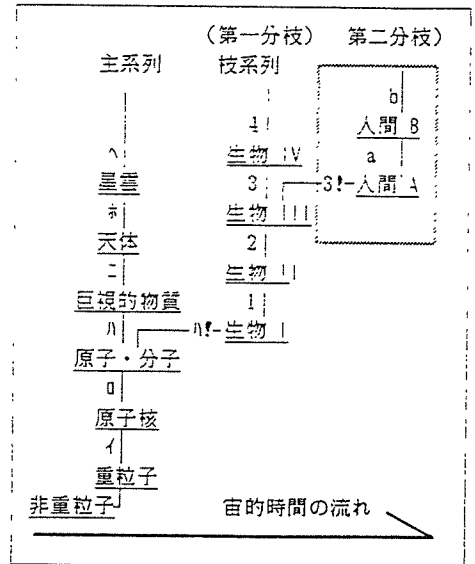


図 主一枝系列学説を人間の発生、発展の点から拡張したモデル(点線枠内を原図(田中)から拡張した)

する普遍的認識として科学を発展させてきた。

この事は、史的自然科学モデルで人間を含む系列を生物的運動形態から分枝させる積極的な理由の一つにあたるものと考えられる。

4 拡張モデルの提案：この仮説にもとずいて田中モデルを拡張したものを図に示した。ここでは、主系列から枝系列(生物的運動形態)が分枝する場合に、「原子・分子」の運動から「生物 I」の生成が説明される(図中ハ!)。生物的運動形態は系統発生という様式で発展するが、その途中で生物種としての「ヒト」を生成する(図中3!)。

「ヒト」は目的意識性にもとずく労働による社会的物質代謝を自己の生産と再生産の条件とするようになって人間となり、それ以降は社会構成体の発展という様式で発展してきた。

6 まとめ：人間を全自然の中にどのように位置づけるかという問題意識から、史的自然科学モデルで人間を含む系列を、さらに分枝させる仮説を提案した。

木下安子（日野市地域ケア研究所）

石川左門（日野市地域ケア研究所）

<目的・方法>

東京都日野市に於いて神経難病患者の在宅ケアを支えるため中間施設「愛隣舎」と、その運営について責任をもつ日野市地域ケア研究所が1985年5月より活動をはじめた。この研究所成立の経過及び1986年度の活動について分析し、成果と課題を述べる

<結論>

医師会、市、保健所、神経病院等の保健、医療、福祉サービスの提供に加え、当研究所のボランティア活動により、患者・家族へのサービスが充実するとともに、ボランティアの研修・学習となり、地域ケアへの意識が高まり、街づくりが意欲的にすすめられている

[表3 サービスの概要]

1) 入所

- (1) 入所者延人数 9人
- (2) 宿泊者延日数 14日
- (3) ケアボラ延人員 27人

2) 通所

- (1) 通所者延人数 86人
- (2) ケアボラ延人員 179人

3) 入浴

- (1) 利用者延人数 19人
- (2) ボラ延人員 59人

4) 訪問

- (1) 訪問延回数 170回
- (2) ボラ延人員 約250人

5) その他

- (1) 会食会 2回
- (2) ガレージセール 1回
- (3) 火曜例会 毎週1回
- (4) 月例会 毎月1回

[表1 日野市地域ケア研究所成立経過]

期	年月	内容
1	-50.9	難病患者の声が増在化
2	50.10-52.6	組織作りの努力
3	52.7-54.6	重症者の増在化とケア体制作り
4	54.7-60.4	中間施設の準備
5	60.5-現在	日野市地域ケア研究所発足と運営

[表2 対象事例の概要]

ケース	性別	年齢	病名	状況	入所事由	問題
1	女	59	筋萎縮性側索硬化症	・要介助、一日数時間座位可能 ・神経師の老夫が介助	・夫を介護から解放してやりたい ・ボランティアに全生活を知らしてもらいたい	・夜間介助の体制がどこまで組めるか ・夫婦共々入所の場合の対応について
2	女	58	進行性筋ジストロフィー症 顔面肩甲上腕型	・自力外出不能、室内自立生活辛じて可能 ・団地一人住いの限界点にある	・ボランティアとの人間関係を深めたい ・同病者との対話の機会をもちたい	・問題が生じた場合の親族との連絡、承諾をどう取りつけるか
3	女	31	進行性筋ジストロフィー症 ウィードニッヒホフマン型	・要介助、自立歩行経験なし ・老母と二人暮らし	・母親を疲労から回復させたい ・ケアチームのメンバー相互の出会いを促したい	・入所期間の延長にどこまで対応できるか
4	男	21	進行性筋ジストロフィー症 ドゥジャンヌ型	・車椅子使用、一日数時間連続座位可 ・妻として母親が介助	・家庭の閉鎖性から脱け出したい ・同世代のボランティアと話し合いたい	・若い世代のボランティアの参加をどう広げるか
5	女	31	進行性筋ジストロフィー症 肢帯型	・室内にて常時車椅子使用、要介助 ・母・弟との三人世帯	・母親を自分の介護負担から解放したい ・ボランティアとの人間関係を広げたい	・主治医・保健師の確保（地域外のため）
6	女	38	進行性筋ジストロフィー症 顔面肩甲上腕型	・自立歩行辛じて可、作業所通所 ・介助者の母親病弱、二人暮らし	・母親を楽にさせてやりたい ・類似同病者の友人と会合したい	・主治医・保健師の確保（地域外のため）
7	男	20	慢性気管支炎	・車椅子による外出移動部分介助 ・娘61歳が介助	・娘の介助が中断された場合に備える ・ケアチームのメンバーを把握したい	・本人の自己閉鎖性をボランティアの手でどこまで解消できるか
8	女	37	老衰による歩行障害	・歩行不能、いざり、つかまり立ち可 ・老夫95歳が介助	・夫婦共々入浴がしたい ・身近にボランティアと知り合いたい	・別居家族たちとのコミュニケーションをどう図るか
9	男	70	脳梗塞後遺症	・要歩行介助、言語障害 ・老妻と娘で介護	・介護者が倒れた場合の備えとして ・ボランティアと知り合いたい	・ボランティアによるケアチームの構成がどこまでできるか
10	男	74	脳内出血後遺症 左半身不随	・体重80kg、日常生活動作介助要 ・老妻70歳が介助	・入浴希望のため ・訪問ボランティアと知り合うため	・男性ボランティアのマンパワーの確保をどうするか

「医療事故相談センター」
の10年と患者の人権

○加藤良夫（名古屋弁護士会）

久永直見（名大・衛生）

〔はじめに〕 1977年10月に、弁護士・医師が中心になって名古屋に医療事故相談センターが開設された。センターが相談活動を開始してから本年秋には満10年が経過する。センターの設立の目的は、医療事故被害者の権利救済を図りつつ、我が国の医療を良くしていくことにある。

〔相談の仕組〕 ①医療被害に会ったと思う患者又はその家族が、センターに電話をかけてくる。②センターでは「調査カード」（アンケート式質問表）を送付する。③そのカードが記入の上センターに返送されてくる。④面談する。そして、必要な調査をした後に解決の方策を探ることとなる。

〔相談件数等〕（表1）のとおり、本年6月末までに記入返送されてきたカードの累計は336件である。このうち提訴した件数は29件である。協力医師等の意見も参考にしながら、提訴すべき事案かどうかを検討している。示談、和解で解決したケースのほとんどは、もしセンターがなかったならば泣き寝入り之余儀なくされたことであろう。

相手方となった医療機関の所在地としては（表2）のとおりであり、県外からの相談申込みも少なくない。医療機関の診療科別に整理してみると（表3）のとおりである。なお、歯科に関しては十分対応しきれないため、当センターでは積極的に取り上げてこなかったが、相当数の苦情相談が潜在していると推察できる。

〔10年を振り返って〕 ①医療被害を受けた者が相談しやすくなりつつある。②センターの活動が定着してきた。③医師の医療裁判に対する関心が高くなった。④患者に対する説明はなお不十分である。

〔患者の人権〕 1984年10月には患者の権利宣言（案）が公表された。とくに、患者の知る権利と自己決定権が重要な柱となっている。日常診療の場における患者の主体性確立を援助し、患者中心の医療のあり方を共に摸索していきたい。医療被害者が医療の場、法の世界でどのように扱われているかということは、その国の患者の人権のレベルを示していると言えよう。医療被害の原因を曖昧にせず、医療事故をタブー視せず、失敗の教訓を生かして同種事故の再発を防いでいくことが必要である。

〔提言〕 現在全国には7つの都府県に医療被害の相談に応ずる弁護士・医師のグループが存するが、各県ごとに医療事故被害者のための相談センターが設けられること、そして、各地の医療事故に関する情報が相互に交流、集約され、医療現場に有効に生かされることが望ましい。

（表1）

受付調査カード累計	336件
証拠保全済数	71
示談	15
提訴した総数	29
一審判決前和解終了	9
一審判決	6
一審判決終了	2
一審判決後和解終了	3
一審判決後現在係争中	1
現在一審係争中	14
現在提訴準備中（調査中）	1

（表2）〔医療機関所在地〕

名古屋市内	157
愛知県内	82
〃 外	94
不明・その他	3

（表3）〔診療科別〕

外科（麻酔含）	99	眼科	15
整形外科	21	耳鼻科	14
産婦人科	53	精神科	8
小児科	11	皮膚科	1
内科	102	薬害	1
歯科	10	不明	1

第28回社会医学研究会総会のおわりに